

2021年12月16日(木)
18:30~20:00
オンライン方式
Zoomウェビナー

医療介護福祉政策研究フォーラム事務局
第89回月例社会保障研究会

東京大学法学部
教授 金井利之
(自治体行政学)

コロナ対策禍の国と自治体～保健所という難所(kneipunten)～

1. 国・自治体の制度基盤

(1) 世紀転換期改革の矛盾

2000年分権改革 国と自治体とは対等・協力の関係へ

自治体の自発的政策対応を国が基盤整備(財源・人員・情報など)

2001年中央省庁等改革(実は 内閣機能強化、官邸主導体制・一強体制)

国＝首相・内閣・官邸への権力集中体制

(2) 21世紀自治～忖度・寵愛・同調競争の自治～

この2つのせめぎ合いのなかで、2000年代から2010年代にかけて、後者が優位

自治体は内部ではミニ官邸主導を真似る ポピュリスト・強権首長の暴走

自治体は、強力な首相官邸に対して忖度寵愛競争して、率先して気に入られる必要

国(官邸)のお先棒を担ぐ自治体へと、自治体の「自発性」は歪曲

例)国が一斉休校をする前に、自治体が一斉休校を表明

例)国が緊急事態宣言を発出する前に、自治体が「ロックダウン(都市封鎖)」を提唱

例)ワクチン・検査パッケージなどを利用した接種者優遇の経済・観光政策

(3) コロナ対策における生理・病理現象

官邸が強力な方針を示す場合、自治体の忖度同調競争によって、政策は全国的に迅速実施

官邸の方針が正しければうまくいく、官邸方針が間違いならば全国的に失態

官邸が方針を示せないときには、ミニ官邸の自治体は世間受けを狙う放縦へ

自治体が陥りやすいのは、特定の対象への差別・排除・攻撃

もともと、感染症は感染者等への差別・排除が起きやすい経験を持つ

例)感染者・家族・クラスター施設・不可欠従事者などへの差別中傷

自治体はもともと区域限定、域外排除の傾向を持つ(域内住民を敵に回さない)

例)県外ナンバー狩り、帰省否定、

但し、域内住民も外部と接点があると、排除される

ワクチン接種拡大の結果、非接種者への差別・排除が進む危険を孕む

2. 感染症政策体系の限界

(1) 感染症法制の仕組

感染症の類型ごとに、規制・制限の異なる政策手段を用意

しかし、新型コロナウイルスのように「不詳」のものは、「最も重い」政策手段の適用
(一般には「二類相当」を謂われているが、実際は、ありとあらゆる手段の総動員)

陽性者＝「原則」入院(治療がなければ経過観察＝放置)、実質は、隔離政策

ハンセン病などと同じ扱い？

陽性者をPCR検査などの積極的疫学調査で「炙り出し」て隔離入院、クラスター潰し
陽性者は全額公費・保健所の指示に基づく対応

(2) 感染症法制の限界

陽性者全員入院が対策なのに、入院できる医療施設がなかった 政策体系の破綻

保健所による配給統制経済体制の破綻

通常の国民皆保険・受診自由選択(フリーアクセス)・自由開業標榜制の医療供給体制
(準市場)に乗らず

保健所が入院優先度の鑑別、入院先を探す、ボトルネックの発生

但し、保健所等の鑑別・入院差配が機能しても、入院施設がなければ、結局、同じ

統制経済とは供給不足の際に、行政が配分先を決定して事業者に命令すること

そもそも、保健所には病院への命令権限はない

命令権限があっても、保健師・一般事務職などの「素人」に優先度鑑別はできない

→自宅療養中の在宅死が避けられない＝コロナ対策禍

(3) 「対症療法」的なコロナ対策

・医療施設(人員・機材も)の拡大 例)中国武漢「火神山医院」建設方式

局所的には可能 例)旭川市に自衛隊が派遣

しかし、全国的に蔓延する場合には、他地域からの応援には期待できない

短期的には医療従事者の総数は一定、そのなかでのやりくりしかできない

コロナ病院・病棟・病床を増やすことは、他の診療を止めること

仮に命令権限があっても、行政にそのような比較衡量の判断能力があるか？

ポピュリストの世間・マスコミ受け政治的パフォーマンスに墮落するだろう

・宿泊療養施設の確保 「隔離」(経過観察・放置)するだけならば、素人でも可能

・自宅療養 宿泊療養より手薄、経過観察・治療が必ずしも保証されない

生活物資の配送を保健所・自治体が行う必要＝配給経済

迅速適時適量の配給はまず無理 大体、数日のタイムラグが発生

・感染・重症者抑制というマクロ対策へ

結局、市中感染・家庭内感染を防げない仕組、総量の患者・重症者を減らすしかない

→人流・三密などという社会経済文化活動の大幅低下という対策しかなかった

→人々の経済社会生活や心身健康に大きな打撃 コロナ対策禍

本末転倒 感染対策のための医療のはずが、医療を維持するために感染対策

そもそも感染予防ができれば医療など要らない

3. 保健所という門番機能

(1) 総論

通常：受診自由選択(フリーアクセス)、つまり、医療受診への門番機能がない
家庭医登録制度やNHSの場合、最初のアクセス点が限定

軽症だと数ヶ月も待たされることで、平常時から問題になっている

感染症法：初回受診は医療機関でも可能、陽性となると保健所の指示(統制下)に入る
フリーアクセスが禁止

保健所から追加処置がなければ医療拒否状況に、陽性判明しない方がマシ

日本人(患者・医師・行政)は門番がある医療システムに全く習熟していない

(安易な「家庭医・登録医制度を整備せよ」という提言は、極めて危険)

(2) 実例①

拙著「コロナ対策禍と自治体の虚弱体質」『月刊自治研』2021年10月号

(3) 実例②

https://saitama-np.co.jp/news/2021/09/01/04_.html

埼玉新聞電子版

2021年9月1日付記事

<新型コロナ>自宅療養の父死亡…安否確認は2週間なし 娘が訪問して見た光景
…父は心肺停止、母は重症化

さいたま市は31日、新型コロナウイルスに感染して自宅療養中に死亡した60代男性について、健康観察の電話に回答しない状態で、「県宿泊・自宅療養者支援センター」が2週間にわたり安否確認をしていなかったと明らかにした。同センターは同時期に業務が逼迫(ひっぱく)しており、市保健所への連絡はなかったという。

市保健所によると、男性は8月11日に陽性と判明。保健所職員が12日午後、13日午前前に電話をして、発熱などの症状を聴き取り、軽症と判断して13日午後、同センターに引き継いだ。男性には糖尿病の基礎疾患があったという。

男性は13日午後～18日まで自動架電装置による1日4回の連絡に回答はなく、センターの看護師が19、21、24日に直接電話したが回答はなかった。市への報告がない理由について、市はセンターから聴き取りができていないという。

同居の妻も陽性で自宅療養し、23日からセンターが健康観察を担当。看護師が24日に電話で話し、自動架電装置に27日まで記録が残っていた。妻は体調悪化で、男性の異変に気付かなかつたとみられる。

別居の娘が連絡が取れないとして、27日に男性方を訪れて119番。救急隊員が駆け付けたときには心肺停止状態で、県警は25日に死亡したとみている。妻は重症化しており、搬送されて入院した。

市保健所の西田道弘所長は「通常であれば電話に出なければ訪問して安否確認する。8月中旬以降、保健所もセンターも業務が逼迫し、十分な対応ができなくて結果的に亡くなられたことは残念に思う」と述べた。

4. 都道府県入院調整本部方式

(1) 厚生労働省方針

① 専門家と行政的正当性

「重い類」の感染者は原則入院勧告 実質的には隔離措置入院と同じ

個人に「強制」を行う以上、民間機関を含めた医師のみでは困難、行政庁の任務
参)精神保健福祉法「措置入院」

2名以上の精神保健指定医の診察、自分を傷つけたり他人に危害を加えよう
とするおそれがあると判断、都道府県知事の権限により措置入院

一般行政職さらに政治家(首長)は実質的判断はできない

専門家(医師)の判断を行政・政治が「丸呑み」して正当性を付与する、と言う仕掛け

保健所長の医師資格が必要になる？

しかし、公衆衛生を中心とする保健所医師は、臨床入院要否鑑別に習熟している？

保健所には医師はほとんどいない、保健師・看護師が実質的に鑑別する？

(「教授回診大名行列」と同じ論理 現場多数判断を一人が正当性＝権威のみ付与)

② 入院調整本部と保健所

権威を付与すべき行政庁は、都道府県知事か、保健所長(保健所設置市長)か

権限移譲の論理から、保健所設置市に関しては、保健所設置市長が正当性を付与すべき
(都道府県から見れば、政令指定都市の区域などが、パッチワーク的に抜ける)

入院先の選択は、必ずしも自己管轄区域に限定する必要はない

(救急でも市町村外・都道府県外搬送はある)

しかし、現実的には、全国的に蔓延する場合には、域外から受け入れる余裕は不足
都道府県区域での調整がとりあえず現実的

理屈上は、全国的調整も有り得る 仏：TGVで患者をパリから田舎に輸送

いきなり全国大ではなく、隣接府県間などでの「広域調整」

(地方厚生局の区域にはこだわらない)

患者を動かすくらいならば、医療従事者を広域展開した方が良い？ ECMOネット

【参照】2021年2月改正感染症法

第22条の3 都道府県知事は、一類感染症のまん延により当該都道府県知事の管轄する区域の全部又は一部において感染症指定医療機関が不足するおそれがある場合その他当該感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、保健所設置市等の長、医療機関その他の関係者に対し、第19条又は第20条の規定による入院の勧告又は入院の措置その他の事項に関する総合調整を行うものとする。

第48条の3 都道府県知事は、新感染症のまん延により当該都道府県知事の管轄する区域の全部又は一部において感染症指定医療機関が不足するおそれがある場合その他当該新感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、保健所設置市等の長、医療機関その他の関係者に対し、第46条の規定による入院の勧告又は入院の措置その他の事項に関する総合調整を行うものとする。

【参照】「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備について（第3版）」

II. 都道府県調整本部の設置及び広域搬送の調整について

○ 都道府県に県内の患者受入れを調整する機能を有する組織・部門（本資料においては、以下「都道府県調整本部」というが、名称は各都道府県で適切に設定すること）を設置すること。なお、直近の感染状況に鑑み、本事務連絡の発出後、早急に、都道府県調整本部を設置されたい。都道府県調整本部には県域を越えて患者の受入れを調整する場合を想定して、広域調整担当者をおくこと。

○ 都道府県調整本部には、集中治療、呼吸器内科治療、救急医療、感染症医療の専門家、災害医療コーディネーター等に必要に応じて参加を要請するとともに、搬送調整の中心となる「患者搬送コーディネーター」を配置すること。患者搬送コーディネーターは、24時間いつでも搬送調整が必要になることを考慮し、複数名選定すること。その際、円滑な搬送調整実施のために、患者搬送コーディネーターのうち少なくとも1人は、自然災害発生時における「統括DMAT」の資格を有する者であることが望ましい。患者搬送コーディネーターは患者の状態を考慮した上で搬送の是非、搬送先の選定を行う必要があるため、集中治療にも精通していることが望ましいが、そうではない場合には、集中治療に関する専門家の参画を要請し、患者搬送コーディネーターと連携して搬送調整を行うこと。

○ また、今後の感染状況等に応じて、「I. 医療提供体制等を整備する際の基本的な事項について」で述べたように、都道府県域を超えた広域で患者の受入れ調整を行うことも踏まえて、各地域で感染が拡大する状況をそれぞれ想定し、隣県の都道府県と事前に広域搬送の調整・準備を行っておくこと。その際には、予め地理的な繋がりや関係がある各都道府県調整本部の広域調整担当者が中心となって具体的に、患者受入れ先となる医療機関（候補）の確認や搬送手段・搬送ルートを検討等の調整・準備を行っておくこと。広域調整先の都道府県については、地方厚生局の区域にとらわれず、各都道府県の別添2実情に応じて柔軟に調整すること。

○ 都道府県域を超えた広域調整を行うに当たっては、厚生労働省としても都道府県調整本部への厚生労働省職員の派遣も含めて必要に応じて支援を行う予定であるため、調整状況や事前の準備状況について、厚生労働省へ報告をお願いする。

○ 都道府県調整本部は、都道府県内の重点医療機関の設置等の医療体制整備状況、各医療機関の病床稼働状況、人工呼吸器やECMOの稼働状況等を把握した上で、新型コロナウイルス感染症等の入院患者及び重症患者の受入れ医療機関の調整を行うこと。

○ なお、受入れ調整のみならず、搬送についても都道府県調整本部が中心となって調整を行うことを想定しており、搬送の手配については「V. 搬送について」でお示しするものを参考に対応すること。

○ 都道府県調整本部については、統括DMATなどの関係者との協議の上、都道府県の実情を踏まえてDMATメンバーの参画も考えられる。（以下略）

○ 「III. シナリオに基づくピーク時の医療提供体制の整備について」以降に示す患者の受入れ調整及び搬送調整は、都道府県調整本部が中心となって行う。

5. 入院調整の運用

(1) 第1波実例～埼玉県入院調整本部～

<https://humonyinter.com/column/med/med-25/>

ヒューモニー特別連載「第25回 行政の現場で起こっていたこと」2020年11月09日

①第1波

新規感染者が発生→各医療機関は発生届を各保健所→各保健所・保健師が患者に症状や感染の状況（感染源が推測できるか等）の聞き取り調査→情報を県調整本部に上申→患者が適切な医療を受けられるように病院等の手配

軽症者担当する病院入院患者の症状が悪化→中等症・重症受入施設に転院させる調整
県内の救命センター・急性期病院の有志の医師が分担して調整困難例を手伝い

2020年4月1日、新型コロナ感染症埼玉県調整本部の正式設置（←県庁感染症対策課）

4月上旬 第1波、病床逼迫、入院調整が困難、電話をしても

「ベッドがありません」「なんとかありませんか」「申し訳ありませんが受入れられない」

当初は県内11の感染症指定医療機関が対応する前提

感染症病床を数十床持っているのは、県立循環器・呼吸器病センターのみ→すぐ満床へ
新規感染者全員を調整本部に上げても捌き切れず→保健所に優先順位をつけさせる

（どうしても即時要入院者のみ調整本部へ、残りは次の日の調整に回す）

各感染症指定医療機関には増床要請をしたが、それでも全然追いつきかず

→指定医療機関以外に（主に）公的医療機関に病床確保確保の依頼（県庁医療整備課）

それでも病床確保が進まず、ピーク時で300人以上が自宅待機

4月中旬～下旬、知事・副知事自ら各病院に電話をして増床の依頼→なんとか増床

5月GW、新規感染者の発生が徐々に減少、GW明けには落ち着いた

現場では、かなり急激に患者数が増えたという印象（一週間の間で状況が一変）

「病床を増やしましょう」という議論をしている間もなく、あっという間に満床へ

②第2波

第1波のあと、各病院は増床分を一般病棟に戻す

7月～8月の第2波、第1波のノウハウで時間をかけずに病床用意（病床逼迫を回避）

各医療機関の間で温度差はある

各病院には本当に協力していただいていると感謝、受け入れ病院のスタッフは大変

医療機関によっては高圧的な医師、調整本部職員は心が折れてしまう？

調整本部職員は、少しでも早く患者さんを入院させてあげたいと思って電話

何回も何回も断られるとやはり皆辛そうな顔

調整本部は、患者の症状・状態、年齢や持病、状況、発生管内などから総合的判断

依頼された病院にそれぞれ事情があるのはわかるが、できればすべての病院が速やかに受け入れてほしい

一部医療機関だけでなく県全体で負担してほしい（病院関係者が集まる機会をお願い）

万が一欧米並みに感染が拡大したら、調整本部はお手上げ

(2) 第3波事例～神奈川県入院適応絞り込み調整～

2020年11月27日神奈川県資料「感染拡大時に入院治療が必要な患者の考え方」

①新たな入院基準

緊急時に確実な入院態勢 自宅療養の推進、宿泊療養のキャパシティー拡大

自宅・宿泊療養中の管理(基礎疾患保有者への配慮)

厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部令和2年11月22日付事務連絡

「11月以降の感染状況を踏まえた病床・宿泊療養施設確保計画に基づく病床・宿泊療養施設の確保及び入院措置の対象について(要請)」

「病床確保や都道府県全体の入院調整に最大限努力したうえで、なお、病床がひっ迫する場合には、上記政令による入院勧告等ができるとしている者のうち、医師が入院の必要がないと判断し、かつ、宿泊療養施設(適切な場合は自宅療養)において丁寧な健康観察を行うことが出来る場合には、そのような取扱として差し支えないこと)

(*自己矛盾状態 入院させられないならば、そもそも入院勧告する意味がない)

②入院優先度判断スコア

入院適応:年齢・リスク因子を考慮して医師(含保健所所長)が病態から判断できる
(病態として重症・中等症判断)

課題:医師間での判断に差異、依頼側と受側の認識の差異

→入院優先度判断スコア=共通化した基準で入院優先度を判定する目安として活用

留意点・多職種間や立場の異なる者同士の入院適応判断に活用、しかし、医師判断優先

・透析、37週以降の妊婦、酸素投与が必要な患者は必ず入院

・37週未満妊婦はまず指定コロナ対応産婦人科医療機関を受診、入院要否判断

・療養が困難な家庭環境の患者は入院適応とする。

・基礎疾患情報が必要、医師・保健師・看護師は情報収集記録 など

③基礎疾患保有者への配慮(自宅・宿泊療養者管理)

LINE(1日2回)による体調確認/電話(委託業者)による体調確認

→県保健師による電話体調確認

→連絡取れないとき→保健所・宿泊施設が電話連絡→自宅・居室訪問

→悪化確認 ←保健師による確認←コロナ119への電話(24時間対応)

→県医療危機管理対策本部の医師による状況確認

→療養期間延長・薬処方・薬処方・救急搬送など

④積極的疫学調査の「神奈川モデル」 *検査要請さえなければ入院調整しないでよい?

市中一般患者の積極的疫学調査の意義低下(一般社会への感染蔓延、調査の質的低下)

重点化 高優先:医療機関(特に高齢者多数)、高齢者・福祉施設

中優先:学校・保育園幼稚園教員

低優先:市中一般感染

集中検査対応の強化)、予防的検査(蔓延防止措置が困難な精神・知的障害児者関連施設)

(3) 第5波事例～東京都入院調整本部による「選別」～

日テレNEWS24(news zero) 2021年8月31日 21:04 配信

<https://news.yahoo.co.jp/articles/c70785b439b7fceb4201f498deac99ef9b4fa0a8>

東京都入院調整本部にいる民間医師から news zero にメールを報道

【メール文章抜粋】

「東京都の調整本部での我々のトリアージは知られていません。私はこのトリアージをまず知ってほしいと思います。調整本部に上がる調整は1000件ほど。【(テレビはカット) 残りは35の保健所が各自で入院調整を行っています。】病院が受け入れ可能な病床を毎朝あげます。これを見て我々は患者さんの入院調整をしています。

先週、重症が50名上がっていました。救急車内、転院搬送、在宅医療が介入、何もされていない人。ICUは1床…誰をここに入院させるか、それを決めなくてはなりません。まして、その人は自分の目の前にいません。我々はバイタルばかりじゃなく、患者さんの顔を見て状態を把握します。そんな中で誰をその1床に入れなくてはならないかを決める必要があります。その後は100件の病院にダメ元で電話をする。最後に保健所に状態が悪くなったら直ぐに救急車を呼ぶように伝えて、帰宅する・・・。

救急車を呼んでも病院に入れない。この選別(トリアージ)をどんな思いでしなければいけないか。誰が勝手に優先順位をつけられるんだ。それも人の命の。

まずは、『もうこんなトリアージをする必要があるんだ』と言うことを一般の人に広める必要があります。患者と接する時は、『私はこの人の身内』と思い対応するようにしています。入れ込みすぎず。自分の身内に優先順位をつけられたら、それで生命の危機にたたされたら、基準もなく。たまったものではありませんよね。

でも、いまのCOVIDは災害で、明らかに天秤はCOVID陽性者に傾き、医療資源が枯渇しそうな感じです。皆、最近『COVIDは災害だ』と言い出していますが、医療者は“災害モード”に切り替わっていません。平時は1人に全力を尽くし救える命を救おうとしています。災害時は1人にすべての資機材をつぎ込んでいたら、残りの人は何の恩恵も受けられなくなります。今までは“ECMO導入、助かる確率が1%でもあるなら全力で”ですが、この状態では助かる見込みがない少ない人には治療の断念を考えねばなりません。

家族が希望すればなんであろうが集中治療(人工呼吸管理、人工透析)を行うのが日本です。今は本人や家族が望んでも治療の見込みが薄い人は治療を断念する。病院も『自分の所は重症見られないから』。

4波まではそれで良かったかもしれないけど、自分たちで出来ることを1個でも増やせば、1床病床増やせば、120床増える。1床人工呼吸器をつければ、120の重症者がみられる。そして最大限の治療を行い、最大多数を救う事を行う必要があると思います。このことは医療者がちゃんと認識しなければいけないことと思います」

【報道外メール内容】

無理矢理ICU定員増、無理矢理転院で、入院調整を実施

救急隊も、警防本部から救命センターで受入がないから、「二次選定」を求められる

「二次選定」になると、救急隊が自ら病院に連絡を入れる必要

救急隊が駐車場に何時間も待機する事態になる

6. 都道府県・保健所という門番と市町村

(1) 消極的対応

①責任回避

入院調整は都道府県の任務になったので、市区町村としては責任回避できて安堵
実際に住民が自宅療養などの医療難民になっても「不知」といえる
(感染者の情報が必ずしも共有されないことを奇貨とする)
文句だけ：感染者情報が来ない(保健所情報は県へ、県は個人情報保護)
県の対応が鈍い
医療機関・医師会が言うことを聞かない

②任務分担

自己管轄施設の感染・クラスター対策 いわば施設事業者としての自治体
給付金・助成金など、市区町村には感染症蔓延対策とは別の任務がある
一般経済・事業者対策
一般(困窮)世帯対策
ワクチン接種大作戦
もっとも、自宅療養者については、情報「不知」により生活支援任務は回避?
→自宅療養者などの情報提供による対応へ

(2) 積極的対応

①A市

日常から、A市長が県に対して政治的に「強面」で通じている
そのため、市職員も県庁の無理難題にご無理ごもっともと平伏する姿勢ではない
→県調整本部が必ずしもA市内医療機関に広域調整を求めない
A市民を押しつけてまで、県民の搬送入院をしない

A市長は、逆に言えば、県に責任転嫁できず、A市民の病床確保の責任を負うことに

A市内医療機関にコロナ病床確保を要請(補助金を大量に支給)

医療機関とは、これまでの政策展開で日常的な付き合いのネットワークがある
しかし、赤字を出してまで医療機関は動かない、カネは不可欠

A市財政の単独措置を覚悟

多くの場合、政策の方向が正しければ、事後的に国は交付金などを措置するもの
国は意思決定に時間が掛かるだけ

国の補助金決定を待ってから対応するのでは、応急事態には間に合わない
結果的に負担になる可能性があるので、財源基金積立があったことは重要
市議会とは決して良好ではないが、市民理解があれば議員理解は得られる

A市医師会との日常的協力、自宅療養者への在宅訪問医療体制の構築

A市職員に対する柔軟な人事発令 必要な部署に職員を集中投入

②八王子市(保健所設置市)

日テレ NEWS24、2021年8月27日 11:14 配信

<https://www.news24.jp/articles/2021/08/27/07930262.html>

「八王子市コロナ対策支援チーム」が電話で病院に入院を依頼
市役所内チームに医師・救急救命士が支援アドバイザーとして常駐、受診・入院判断
医師が症状に応じて入院要否を判断、症状に応じた調整
従前は60人の保健師が電話で健康観察(8月25日段階で自宅療養者1751人)
呼吸症状を電話だけの聴き取りをしなければならず、保健師に大きな負担だった
入院調整に追われ連絡が3日以上遅れるなど→健康観察に専念

③B市

保健所設置市ではないので、入院調整は県の任務であるとして責任回避

*仮に保健所設置市になっても、小規模団体では、十分な組織体制は作れない

*権限移譲は求めず、県保健所の方がマシ、できない仕事は抱込まないのが市民のため
県調整本部のなすがままではない、実質的に市立病院に病床確保 保健所より市立病院

注) なお、市立病院を持っていれば積極的に対応するとは限らない

市長に見識や責任感がない、市立病院に影響力がない 全て病院・医師任せ

市立病院幹部が真摯に医療体制を構築しない(できない)

対外的に安易に受け入れると大見得だけ切って、内部医療体制が崩壊するC市
特定の診療科に負担過重になれば、その医師・看護師が疲弊・病気・退職
他診療科のやる気のない医師・看護師に応援を強制するとかえって足手まとい
内部の突き上げて、そもそも、受け入れる方針を示せないタイプ

④墨田区(保健所設置区) *新聞報道より

都立墨東病院、墨田区は保健所設置市区 いずれも東京都調整の意向通りに動く?

墨田保健所は、都の積極的疫学調査「効率化」の通知に反して、従前通り継続

無症状の濃厚接触者の追跡を継続しなければその後の対策は取れない

保健所の人員強化 →24時間体制で自宅療養者の自宅訪問できる健康観察チーム

自宅療養者の重症化を防ぐための早期抗体カクテル療法の実施

そのままでは、隅田区内病床は都の入院調整ですでに満床、抗体カクテル治療できず

墨田区は区内医療機関と協議、補助金給付により、短期の緊急対応病床を確保

抗体カクテル療法の実施により、多数に上った自宅療養者でも、重症化ゼロで

地域連携体制がコロナ発生時より構築

区役所、保健所、医師会、医療機関と週1回のミーティング

最前線の基幹病院の入院困難事例を共有、当初は消極的だった医療機関も理解

特に、回復期患者を受け入れることで、基幹病院の負担を緩和

県の方針に従うばかりだと一律基準となつて、様々な患者に対応できない

*但し、都内他地域の医療機関からは、墨東病院は他地域からの転院に消極的(患者を
選り好みする)という批判もある

7. おわりに

(1) 最終手段を持つ者

都道府県入院調整本部・保健所などが門番機能になるときに、住民・市町村は無力？

実際には、サービス提供部隊をどの程度、市町村が保有しているのかで、変わる

生活支援サービス 市町村と事業者

在宅訪問医療・介護 地区の医師会・介護事業者など、訪問看護介護態勢

医療機関との連携・協力→市町村立病院の意義

市町村立病院を市町村が維持し、市町村と病院幹部の関係が良好であれば……

(2) 実例～X町国保病院院長の懲戒免職訴訟に関する弁護士HP見解～

市町村為政者(首長・議員・職員)と市町村(国保)立病院幹部(院長など)との関係の問題

「この裁判を通じて明らかになってきたことは、病院の開設者である町の理事者が地方の医療について貢献しようとする医師に、理不尽な扱いをして退職を迫る、その結果医師は辞めざるを得なくなり医師不足が発生する。そして町民がその影響をまともに受けるという構図がありました。……

院長は、2007年4月に、副院長として就任しております。そして、翌年、前任の院長の定年退職により院長に就任し、2014年6月に懲戒免職処分を受けるまで院長職にありました。……医師の一斉辞職からも分るように、この病院では医師が定着しない原因がありました。

同病院の運営のあり方を巡って、町長と医師の間に、対立があったのです。院長は、土幌町病院に赴任してからそのことに気付きました。町会議員の一人が、自分の選挙地盤で年1回無料健康診断会を開催し、それに前院長や元総看護師長などが協力しておりました。無料健康診断会は、心電計などの病院の機材を持ち出して、且つ病院の試薬を使って健康診断を行っていたのです。……

そして町長は、院長にその「議員の言うことを聞くように。これは院長のためだよ」と述べ、暗に公私混同を容認しろと言うのです。病院の開設者である町長と病院の管理者である院長は、上下の身分関係はありませんが、院長は、「町長のもとに雇用されている一地方公務員に過ぎない」から、町長の命令に従えとまで言うのです……。

すると、今度はその議員が委員である町議会産業厚生常任委員会は、病院に所管事項調査を行うと通知してきたのです。「嫌がらせ」であることは明らかです。……こんな私怨に起因する嫌がらせを受けたならば、医師たちが離れていくのは当然です。現に、院長が2011年4月にリクルートした外科医に対して、猛烈な退職勧奨を行い、2015年3月に依願退職させています。

医師を確保できなければ、被害を受けるのは病院の利用者である町民です。そんなことはお構いなしに、どうやったら意に沿わない医師を追放できるかを画策していたのが町の執行部です。……もう一人。2012年4月に入所した内科医に対しても、退職勧奨が行われております。内科医を退職するための嫌がらせのように手当を一方的に月額30万円減額したのです……。町長と保健医療行政の責任者であるセンター長との会話の中で、「(内科医の)給料をがっばり下げて」、「(そのうち)嫌気さすんべ」という発言が録音されておりました。……」

(3) 実例～とある市立病院内科医ブログ～

首長・市町村行政と病院幹部が協力しても、病院幹部と現場医師が対立することも

「2020年4月1日、当院でも初めて新型コロナウイルス（COVID-19）に感染した患者さんを受け入れることになった。

当初、ウイルスの感染性や病毒性は全く不明だった。保健所からの受け入れ要請から、実際の到着まで4時間以上を要し、午後8時を回っていた。着なれないPPE（個人用防護具）に身をつつみ、曇るゴーグル越しに問診、診察、採血を行った。胸部CTをとり、隔離病棟へ搬送した。

受け入れ直前の管理会議では、みな沈黙を守り、一体誰が診るのか？全く方針が決まらなかった。「では、しばらく私が受け入れましょう。」口火を切り、会議は終了した。呼吸器内科医は僕を含め3人。僕が〇歳で最も年齢が高く、残りの2人はJ大病院で一緒に働いていた。3人でローテーションを組み、受け入れすることも考えたが、“得体の知れないウイルス”であり、3人が同時に感染することはリスクと考えられた。自分は……最も年齢が高いことから、“生物学的に”適任と判断した。自分が感染して倒れた場合には、残りの2人が順番に対応していくことになった。5月のゴールデンウィークには都道府県から地区ごとに受け入れ病院が決定され、2つのチーム編成がなされたが、決められた受け入れ日以外にも受け入れ要請があり、予測はできる状況ではなかった。その後も休みなく、保健所の要請に応じて、受け入れを継続していた。

COVID-19の知見が集まるにつれ、スタッフも次第に熟練した。受け入れは呼吸器内科医3人でローテーションを組むようになった。その頃、他の病院では、呼吸器内科、内科だけでなく、病院全体で受け入れに応じるようになっていた。当院の対策会議でも、「病院全体での受け入れを検討してほしい」と何度も提起したが、院長が応じることはなかった。

2020年12月16日内科医n名で、年末年始の受け入れと発熱外来の体制につき、院長室へ直談判へ出向いたが、感情的な対応に終始したのみであった。2021年1月20日付で、市長と事務長宛に状況の改善を求めて、内科医師連名で要望書を提出した。市長の返答は院長と我々の『報連相』が不十分である、との内容であった。」

「2021年3月15日夜、院長と事務長に呼び出され、院長命令に従うこと、組織人として振る舞うことを迫られた。「無条件に院長の命令に従うか？」事務長の質問に対し、「人として正しいことをします」と答え、3月19日副院長兼薬剤部長を解任されることを告げられた。4月1日より“参事”という役職につけたと言われた。さらに9月22日の夜、事務長から呼び出され、10月1日付けで内科部長を解任すること、付属の診療所へ移動させることを告げられた。

“診療所”とは名ばかりで、レントゲンもなく、血液検査もほとんど行われていないところで、点滴をすることもできない。血液検査をした場合は、そのまま静置し、まとめて病院に午後搬送して検査を行う状態である。診療所のひと月の総受診者数は100～150名で、ほぼ処方のみ。僕の現在の受診者数は月600名、これではどうにもならない。J大病院の頃から診てる患者さんたちは、皆15年の歳月を経て高齢化し、常に検査や入院の判断を迫られる状態である」

終