

新型コロナウイルス感染症対策で第2次提言

No.25
医療政策関連情報



感染した人へ医療を保障する仕組みの構築を

京都府保険医協会は2021年1月26日に新型コロナウイルス感染症、および今後の新興感染症パンデミックを見据え、既存の法制度の枠組みを超えた感染症対策の確立を求めて2本の提言をとりまとめた。その後の第4波、第5波がもたらした保健所と医療機関のひっ迫や人々の生命・健康、そして生活上の危機を受け止め、医療保障を進める立場で、入院、宿泊施設療養、在宅での医療やワクチン接種などに取り組んだ現場の視点から11月30日に第2次提言をとりまとめた。この提言は11月18日にオンラインで開催された「新しい感染症対策の在り方に関するシンポジウム」(京都大学主催)において増田監事がパネリストの一人として報告した。

感染症体制の見直しと保健所再生を (第2次提言)

京都府保険医協会

2021年11月30日

1. 第2次提言の目的

(1) 第1次提言（2021年1月26日）の概要

私たちが先に公表した「新型コロナウイルスを含む感染症パンデミックへの対応体制の見直しについて」(第1次提言・2021年1月26日)は、新型コロナウイルス感染症の感染爆発に直面し、日本の「対応体制」が事態に対応しきれなかったことを踏まえ、国の果たすべき役割の見直しを中心に提案するものだった。

- 1) 医療費抑制策をすすめ、医師数・病床数抑制や公衆衛生政策を後退させる政策を進めてきたことが保健所や病床のひっ迫を引き起こしたことを指摘。
- 2) 以上を前提に対応体制の問題点を次のように整理。
 - ・病床、収容施設のひっ迫、人員不足
 - ・科学的知見及び予防、治療での後進性

- ・政府によるリスクコミュニケーションの失敗（「3密」を打ち出す一方でGoToキャンペーンを実施する等）
- ・2010年の新型インフルエンザ（A/H1N1）対策の総括が踏まえられず、国立感染症研究所をはじめとした機関の拡充が図られてこなかったため、国・地方自治体・地方衛生研究所、保健所、医療機関が役割を十分に発揮することができなかったこと

- 3) 以上の問題点の背景にある既存の法制度の枠組みの弱点を次のように整理。
 - ・パンデミック時に求められる国・厚生労働省から地方自治体、地方衛生研究所、保健所等に対する明確な指揮命令系統が不在であること
- 4) 以上の弱点を克服するために次の施策の必要性を指摘。
 - ・ナショナルセンターの創設（日本版CDC）ⁱ

- ・既存専門機関と、地域の医療機関、介護保険施設等の機能強化と活用。そのための基礎的な感染予防技術の習得
 - ・科学的根拠に基づく政策形成過程の透明化
 - ・非常時体制に速やかに移行できる平時体制
 - ・感染症専門家の育成と感染予防のための標準的感染予防教育
- 5) 以上を踏まえた〈私たちの提言〉は次の5つである。
- ・提言1) 感染症対策に第一線で取り組む各自治体を効果的に支援するために、アウトブレイク対応からパンデミック対応への「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(以下、感染症法)の改正が必要である
 - ・提言2) パンデミック対応力強化のための日本版CDC(Centers for Disease Control and Prevention)の創設と人材育成および医療介護分野での標準的感染防御の教育の導入が必要である
 - ・提言3) 感染症法の改正を軸とした、新たな国としての体制の再構築により、各都道府県における対応にばらつきや遅れがでないようにすることが必要である
 - ・提言4) 非常時には、全ての医療団体・医療機関が災害医療に準じて行政と共同することが必要である。そのためには、地域の医療機関、介護施設および民間の検査機関等の積極的な参画が必要である
 - ・提言5) 情報の共有と政策決定過程の透明化が必要である

(2)「公衆衛生の再確立と保健所再生に向けて(第1次提言)」の概要

第1次提言には別建ての「公衆衛生行政の再確立と保健所再生に向けて」を付し、保健所を中心とした日本の公衆衛生行政の歴史と現状、改善方向について提言した。

- 1) 新型コロナウイルス感染症は日本の公衆衛生政策のうち、地域保健分野の大部分を担う保健所が、新興感染症の大規模流行に対応できない組織となっていたことを赤裸々にした。
- 2) 保健所は法の求める感染症対応すら職員の過労死水準を遙かに超える過酷な労働を伴わずには実践不能な状態にある。
- 3) 1935年の「都市保健館」「農村保健館」を先駆けとする保健所は、発足当初から戦争協力機関に位置付けられた。戦後は日本国憲法に基づく社会保障の担い手へと存在意義を変えた。
- 4) しかし結核制圧から非感染性疾患へと疾病構造が変化し、保健所の取り扱う健康課題も変化していった。1970年代終わり頃には、健康対策事業の拠点がより身近な市町村へと移管され、保健所の役割は対人援助業務から計画策定・企画調整・市町村支援へとシフトした。
- 5) 1994年には保健所法が地域保健法に改正され、市町村保健センターの設置が進む一方で保健所数の大幅削減が始まった。しかし折しも始まった構造改革政治(新自由主義改革政治)によって、市町村の保健・福祉業務の多くが民間に移管される中で、保健所・市町村何れの業務も縮小される結果となり、公衆衛生政策全体の後退がもたらされる結果となった。
- 6) 全国の政令指定都市では行政区単位の保健所が1カ所に統合された。京都市においても同様の流れとなった。これによって地区医師会を中心とした地域の医療機関と自治体との緊密な連携・共同関係が崩壊した。
- 7) 地方衛生研究所ⁱⁱも根拠法が存在しないまま今日まで推移しており、機能・体制強化が求められる事態となっている。
- 8) 公衆衛生政策と保健所の再生が必要であり、感染症に立ち向かう地域の再生の中核

を担うことが必要である。

(3) 第2次提言の目的

以上の第1次提言は国の感染症対策の見直し方向について大きな視野から提案するものだった。今回の第2次提言は第1次提言の内容は前提としながらも、同提言公表後の第4波、第5波がもたらした保健所と医療機関の逼迫や人々の生命・健康、そして生活上の危機を受け止め、医療保障を進める立場で、入院、宿泊施設療養、在宅での医療やワクチン接種などに取り組んだ現場の視点より提言する。

第4波、第5波のもたらした危機からは、大きく2つの課題が明らかとなった。

1つは、現行感染症法が感染症に罹患した患者に対して「良質かつ適切な医療」の提供を謳っているにもかかわらず、実際には構築されていなかった「医療提供体制」の拡充である。

2つめは、パンデミックの下でも人々の生活が継続できる公衆衛生・保健福祉行政のあり方についてである。

2. 地域において人々と医療者の前に立ちだかった現実と行政の対応

(1) 京都府公表データにみる第4波、第5波の感染状況と療養者の処遇

- 1) 京都府における新型コロナウイルス感染症陽性者は累計 35,949 人（11月15日現在）である。
- 2) 2021年のゴールデンウィークをピークにした拡大期である第4波においては、最大新規陽性者数が174人（4月24日）、最大入院患者数が330人（5月17日）、最大自宅療養者が1,060人（5月6日）、最大入院調整中数が58人（4月11日）だった。
- 3) これに対し、2021年7月上旬からの拡大期である第5波においては、最大新規陽性者数が601人（8月26日）、最大入院患者数が505人（9月5日）、最大自宅療養者数が

4,495人（8月26日）だったⁱⁱⁱ。陽性であっても入院した人は全体の9%~10%に止まった。

*新聞等では、新規感染者数や死亡者数しかなく、京都府のホームページでも病床利用率や施設療養、自宅療養の数字などいくつかの表を見なければならぬため、京都府保険医協会では8月18日から、療養者の状況の一週間の動向が一目でわかる表を作成し、ホームページに毎日掲載している（別表1）。

(2) 京都府における感染症対策の仕組み

- 1) 京都府では、発熱等症状のある方は「診療・検査医療機関」（842カ所。但し紹介患者を受け入れるのは140カ所のみ）として、京都府と京都府医師会の集合契約に参加する医療機関に受診し、医師の判断に基づきPCR検査、抗原検査を受ける。
- 2) 陽性確認された場合、医療機関が保健所に発生届を提出。保健所は入院医療コントロールセンターと協議し、当該患者を入院・自宅療養・宿泊療養に振り分ける。
- 3) 宿泊療養施設として借り上げるホテルは3カ所ある。うち1カ所は「重症化リスク」のある人、あと2カ所は軽症者を対象としている。ホテルには人材派遣会社（株）メディカル・コンシェルジュ）の看護師を中心としたスタッフが常駐している（後述）。
- 4) 自宅療養者については、保健所が健康観察を行う。京都府は2月から「訪問診療チーム」を設置し、京都市内における自宅療養者への在宅医療を実施していた。第5波の最中から、京都府の設置する保健所が地区医師会と連携した健康観察、必要に応じた往診等を開始、京都市も市内病院の訪問看護ステーションによる健康観察や「京都市電話診療所」^{iv}を設置する等、対策を強化した（後述）。
- 5) 陽性者外来が29病院に設置されており、

自宅療養中に外来診療が必要と判断された場合の受診先となっている。

(3) 明らかになった限界

感染の拡大に伴い病床はひっ迫し、自宅療養者・宿泊施設療養者が増大した。自宅療養・宿泊療養者の中には発症時は軽症であっても後に急変し、重症化する人もあった。

1)-① 宿泊療養施設での死亡事例の発生

i 宿泊施設療養では2021年5月、死亡事例が発生した。亡くなったのは60歳代の男性で基礎疾患のある患者であった。男性は5月17日に発症（咳・咽頭痛）し、19日に陽性と判明。20日に宿泊療養施設に入所した。発熱が治まらないまま経過し、25日22時10分を最後に看護師は連絡が取れなくなり、翌26日の13時10分に看護師が部屋を訪問し心肺停止を確認。搬送先の病院で14時9分、死亡確認された。

ii 案件を通じて明らかになったのは、宿泊療養施設においては、医師を中心に医療スタッフがチームを形成し、患者に医療を提供する体制がないことであった。

1)-② 事例を受けた京都府の対応

i 事例を受け、京都府は「緊急改善策」をとりまとめ、実施。「連絡がつきにくい方への対応」として、「安否確認手順書に、繰り返しの問い合わせに応答がない場合の具体的な対応方法、実施する時間が定められていない」ことに対し、居室への緊急立入基準を規定し、「緊急入室する場合の基準（連絡がつかなくなつてからの経過時間等）を定め、異変の有無を速やかに確認」できるようにした。

ii また兆候を見逃さないため、「宿泊療養施設入所後の症状や健康観察で得られた情報について、入院医療コントロールセンターとの間での共有方法がルール化されていない」ことに対し、「重症化の兆候を見逃さないよう、高熱が続いたりSpO₂が一定値

を下回る療養者情報を、入院医療コントロールセンターとの共有（方法をルール化）」を行うこととした^v。

iii さらに議会等から指摘され、京都府医師会からの出務医師だけでなく、夜間に京都府立大学の医師を常駐させ、看護師も増員し、直接雇用の看護師も配置した。

2)-① 京都市における自宅療養者の死亡事例の発生

i 感染が拡大し、病床ひっ迫が深刻化すると全国で自宅療養中の死亡事例が発生した^{vi}。第3波では京都市でも80代の独居女性が入院を6日間待つ間に重症化し、肺炎で亡くなっていたことが新聞報道（2021年1月16日）で明らかになった^{vii}。

ii 第4波においては、20代の男性が自宅療養中に死亡する事例が発生した。男性は4月29日、発熱や咳などの症状を発症し、5月2日に感染が確認された。3日には入院を希望するも、厚労省の基準にあてはまらず、自宅療養とされた。5日には京都市健康観察の電話を5回入れるもつながらず、6日未明、死亡が確認された。

iii 案件を通じて明らかになったのは、京都市保健所のひっ迫であった。新聞報道によると、京都市保健所の残業は最大1995時間にも及んでいた。陽性となると患者はかかりつけ医の手を離れ、保健所の健康観察に委ねられる。保健所逼迫で健康観察が機能不全に陥ると患者が完全に医療から切り離されることが明らかとなった。

2)-② 事例を受けた京都府の対応

i 事例を受け、京都市は連絡がつかない場合は必ず訪問すること等を徹底。さらに全庁をあげて京都市保健所において感染症対策を担う医療衛生企画課への支援を実施した。

ii さらに第5波の渦中より、新たに京都府医師会へ健康観察を委託する「京都市電話相談所」を設置。あわせて市内の病院が設置

する訪問看護ステーションに緊急時の訪問も含めた健康観察を委託（10月4日現在、3カ所）している。

iii また第5波にあつては府内各保健所もひっ迫し、健康観察について地区医師会と連携し、開業医らによる往診も含めた対応が開始された。

(4) さらに第5波において新たに講じられた対策

加えて、第5波において京都府は「入院待機センター」を島津アリーナに設置（最大30床）し、臨時的医療施設とした。同施設では中和抗体療法も使用できることとなった。9月29日段階で53人が利用し、7件の中和抗体療法が施行された^{viii}。

3. 感染した人へ医療を保障する仕組みの構築を

(1) 旧伝染病予防法から感染症法の歴史的評価

1) 感染症に罹患した患者へ「良質かつ適切な医療」を保障することは、公的な責任のもとに行われなければならない。それは、現在の感染症対策の基本法の一つである「感染症法」（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律）に明記されたことである。

2) 同法が施行された1999年4月までは、旧伝染病予防法（1897年・明治30年施行）が日本の感染症対策の基本法だった。同法は「集団の感染症予防」に重点を置き、感染した者を社会防衛として「隔離」するための法律という側面を持っていた。

3) 現行の感染症法は、らい予防法（1996年廃止）が引き起こした人権侵害への反省も踏まえ、感染症に罹患した患者を隔離する規定がある一方で、患者が入院し「良質かつ適切な医療を受ける」ことを権利として明記＝隔離中心から治療中心への法整備の転換したものと評価できる。

4) ただし新型コロナ禍において、同法並びに同法に基づく国の運用では、十分な医療体制を準備できなかった。1990年にあった感染症病床は12,199床だったが、2019年には1,809床に激減している。感染症法に謳われた理念は重要なものだが、現実には新型コロナウイルス感染症のような新興感染症パンデミックを想定した体制整備が行われてこなかった。2009年の新型インフルエンザを受け、「新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議」は「総括報告書」において必要な提言を行っていたにもかかわらず、その実現をサボタージュしてきた政治と医療界の責任が問われる。

5) 第1次提言で私たちが指摘したように、感染症法には様々な限界がある。しかし、感染症法の枠内でまだ出来ることはたくさんある。以下の提案は、感染症法における「良質かつ適切な医療」の保障を実現する体制を構築するための実践的提案である。

(2) 感染の早期発見・治療と感染拡大防止のために何が必要か

1) 診療・検査医療機関は季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症の同時流行を念頭に、発熱等の症状のある患者を受け入れ、検査・診断につなぐ医療機関である。感染拡大当初には「自分はコロナではないか」と不安になった市民が保健所に設置された相談センターの電話に殺到する事態も起こっていた。診断・治療につながる重要な機関であり、都道府県が指定している。前述のとおり京都府も824医療機関を指定している。しかし、すべての医療機関が広く患者を受け入れているわけではなく、圧倒的多数はかかりつけの患者のみに対応しており、行政からの紹介等を受け入れているのは140カ所に止まる。加えて、京都府においては医療機関名が一切公表されず、住民が発熱時にどこにかかれば良

いのがわからない事態がずっと継続していた。これは公衆衛生政策として明らかな誤りであった。協会は当該医療機関の同意を前提とした公開を要望し続けてきたが、2021年10月29日、ようやく公表された^{ix}。東京都医師会は第6波に向け、発熱外来を地図上で公表する方針を明らかにしており^x、京都府においてもこうした措置が求められる。また、ホームページ上の公開のみではアクセスできる層に限界があるため、自治体広報誌等での公開も積極的に進めるべきである。

- 2) 一方、動線等の条件が合わず、診療・検査医療機関になれない医療機関のスタッフも含めて出務してもらえ「公的発熱外来」の設置も提言してきた。府内では独自に地区医師会と病院が連携し、独自に発熱外来の設置を進めた事例もあるが、公的なサポートは未だにされていない。地域の医師が総出で発熱者の受け入れが可能になるよう、公的発熱外来の設置が必要である。
- 3) 発熱時に救急搬送で入院医療につながるケースも考えられるが、コロナ禍において「救急搬送困難事案」^{xi}の増加が問題となっている。消防庁の調査(2021年10月4日～10日分)によると、全国の搬送困難事案件数について対前年度比32%、対前々年度比だと75%増加している。救急告示病院であっても発熱症状等がある場合、受け入れが難しいケースが増加しているものとみられる。コロナ患者を受け入れていない救急告示病院であったとしても、一旦、発熱患者を受け入れ、少なくとも陽性を診断し、受け入れ病院へ送ることが可能となる仕組みづくりが必要である。
- 4) PCR検査拡大は必要十分な医療提供体制の実現と一体的に行われる必要がある。この場合、人々が自らの判断で気軽に検査を行えるようにすることと、検査する場所が公的に設置され、その検査結果を公共機関が

把握し、陽性であった場合には、適切に必要な医療が提供されることを両立した体制とするべきである。

(3) 必要十分な病床確保のために何が必要か

1) 緊急に求められること

- ① 当面する第6波に向け、国は入院患者受け入れの3割増強と受け入れ病床の8割以上の稼働率達成を求めている^{xii}。京都府の場合、確保病床数708床(2021年10月18日)^{xiii}であり、3割増で920床が必要となる。病床使用率を50%以下に抑えるためには、第5波における最大入院患者数が505人だったことから、 $505 \times 2 = 1,010$ 床が必要となる。また厚生労働省の発表によると第5波における8月のピーク時には自宅療養者・宿泊療養者の10人に1人は中等症以上だったとの報道もある。これに照らせば、京都府で最大入院患者数505人を記録した同日の自宅療養・宿泊施設療養者数計4,678人のうち、468人が入院対象であったことになる。現在の基準で本来入院が必要な方全員に入院してもらうには、+468床の1,176床が必要である(臨時医療施設も含めて)。こうしたことから当面する整備目標は3割増でも足りず、計1,100～1,200床が必要となる。HER-SYS等のデータを活用し、第5波において本来必要だった入院病床数を明らかにし、これをベースとした病床数目標を設定すべきである。
- ② 病床増に向け、都道府県がリーダーシップを発揮し、地域単位に病院連携会議を開催し、調整を行う。また公立・公的医療機関における重症者の受け入れを強化する。大阪府では10月末までに臨時医療施設「大阪コロナ大規模医療・療養センター」(軽症・無症状者向け800床、中等症向け200床、計1,000床)を確保した。このように入院できず亡くなる人をゼロに出来るよう、コロナ専用病床を臨時的医療施設とし

て設置することも必要である。

2) 今後に向けた制度改善課題

①感染症法に基づく感染症病床の配置基準

(表)は新型コロナウイルス感染症のよう
な新興感染症を想定して
いないため、

(表) 第二種感染症病床の配置基準

人口30万人未満	4床
30万人以上100万人未満	6床
100万人以上200万人未満	8床
200万人以上300万人未満	10床
300万人以上	12床

見直す^{xiv}。また、感染拡大期には感染症病床のみでなく、一般病床でも感染症患者を受け入れることになるため、一般病床の運営基準を見直す(機械換気設備、遮断施設、消毒設備の標準装備化)。あわせて都道府県医療計画における基準病床数も見直す。

②地域医療構想で都道府県に設置が義務付けられた、二次医療圏単位の「地域医療構想調整会議」の枠組みを活用し、圏内の各医療機関の感染拡大時における役割分担をあらかじめ想定しておく。

③地域医療構想を活用した病床数コントロール・病床抑制策を抜本的に見直す。高度急性期・急性期を減らし、回復期へ移行させる方針は中止する。同時に感染症対応にとって本来中心的な役割を果たすべき公立・公的病院の廃止・統合を目指す政策は撤回し、感染症対応に取り組めるよう拡充する。

④医師数抑制策を転換し、医師数全体をOECD諸国並みに増員する。医学教育や専門医制度等の研修過程において、すべての医師が標準的な感染症対策の知見を身につけるとともに、感染症専門医の育成を強化する。また重症者への対応を強化するため、集中治療専門医の育成も必須である。

(4) 病床ひっ迫時の地域における医療体制をどうするか

1) 緊急に求められること

①新型コロナ陽性者は軽症であっても急変・

死亡に至る事例が起こっている。このことから、良質かつ適切な医療を受けてもらうことが必要であり、菅前政権が「感染者が急増している地域では自宅療養を基本」

「入院は重症者や重症化のおそれが強い人に限る」と療養方針の見直しを一方的に打ち出したこと(2021年8月2日)は間違いであり、厚生労働省の「診断の手引き」

(第6.0版)に沿った対応^{xv}が必要である。宿泊療養施設・自宅療養の場合、患者に対する医学管理は行政機関と地区医師会を窓口とした地域の医療機関が連携して担う。急変時の入院や投薬等の適応の判断は、担当する医師が行う。入院を判断した場合は、行政機関を通じ、都道府県と調整する。

②宿泊療養施設は可能なまで病院に近い療養環境と医療の提供を可能にする。中和抗体療法も行えるようにする。大阪府では第6波に備えて宿泊療養施設の「病院化」をすすめた。宿泊療養施設内に診療所を新設、さらに病院が軽症者向けの宿泊療養施設を直接運営する取組が行われている。

③家庭の状況により、家庭内隔離は困難である場合も多い。例えば認知症の方は感染対策の基本であるマスクや手洗いも難しいことがある。こうした患者は軽症であっても入院を原則とすべきである。

④高齢者施設はじめ福祉分野の入所施設でのクラスター発生時に入院できず、職員自身も感染しながら介護を続けたという事案も発生しており、重大な問題となっている。こうしたケースでは、ガイドラインを超え、無症状者であっても優先して入院できるようにすべきである。

⑤自宅療養、宿泊療養を支える地域の医師に対し、休業補償も含めた十分な支援体制と必要に応じた検査の実施を公費で保障する。

2) 今後に向けた制度改善課題

診療所も含めたすべての医療機関が参加

する感染症対策の体制を日常から構築しておく。構築する体制は、せめて行政区単位、可能であれば日常生活圏域単位とする。この体制は、行政機関（保健所、保健センター、区役所）を中心として、医療機関のみならず、介護・障害等の福祉事業者も連携し、陽性となった患者、家族（とりわけ、子ども、高齢者、障害のある方）をサポートできるよう、本当の意味での「地域包括ケア」体制を構築する。

(5) 新型コロナウイルスワクチンと治療薬

- 1) 新型コロナウイルスワクチンの普及は、病床ひっ迫を回避し、人々の感染症による重症化・死亡リスクを下げるために極めて重要である。希望する住民全員にワクチンを接種する体制構築するという、かつてない難事業を紆余曲折がありながらも遂行している市町村とそれを支援する都道府県に対し、敬意を表したい。
- 2) 同時に地方自治体とともに地域の医療機関が果たした役割は極めて大きかった。小泉昭夫氏（京都大学名誉教授）の「素朴な時系列解析での予測と実測の比較」^{xvi}によると、第5波（7月1日～10月24日）の全国の新規感染者数に対する死亡者数が、予測値16,114人に対して3,415人、約13,000人・約21%抑え込まれていた。これは新型コロナウイルスによる効果が大いだと推定される。また、もしもワクチンがもっと早期確保されていれば、より死亡者を減少させられた可能性も指摘されている。接種が進んだのは地域の医療機関によるワクチン接種協力体制の寄与するところが大きいとされる。全国の2回目接種終了者は11月5日時点で92,556,990人。うち、自衛隊による大規模接種会場や大企業の職域接種等を除く約77,000,000人への接種は、個別医療機関あるいは集団接種会場で行われたものと考えられ、それを担ったの

は地域の医療者である。地方自治体が担う公衆衛生政策に地域の医療者が積極的に参加し、死亡者数や重症化を抑制した経験は、今後の公衆衛生政策の在り方を考えるにあたって、極めて重要である^{xvii}。

- 3) 今後、新たな治療薬が開発され、普及が進むことが期待されている。国は必要とするすべての人に治療薬が行き届くようにするとともに、すべての情報を開示し、医療機関はじめ人々との意思疎通を図ることが重要である。同時に日本においてもワクチンや治療薬の開発が推進されるよう、私たちが第1次提言で求めた「研究センター」（日本版CDC）の創設はじめ、未知の感染症への対応を可能とする科学的推進力の強化を期待する。

(6) 新型コロナウイルス感染症の医業経営への影響

1) 2020年度 医療費の動向（概算医療費）

2020年度概算医療費は総額42.2兆円となり前年度比約1.4兆円（3.2%）減で2017年度並みとなり、過去最大の減少額・幅である。診療種類別では、入院が3.4%減の17.0兆円、入院外が4.4%減の14.2兆円、歯科が0.8%減の3.0兆円、調剤が2.7%減の7.5兆円だった。医療費全体の減少分1.4兆円のうち、約1.24兆円が医科分で、疾病分類別では呼吸器系疾患が0.57兆円（25.3%）減、年齢層別では未就学児が0.27兆円（19.1%）減と大きかった。医科の医療費を病院・診療所別でみると病院は3.3%減の23.0兆円、診療所は5.3%減の8.3兆円だった。病院の中では公的病院（4.9%減）、大学病院（3.3%減）の下げ幅が大きかった。診療所の診療科別では小児科が22.2%減の2,673億円、耳鼻咽喉科が19.5%減の3,390億円、外科が11.5%減の3,468億円。主な診療科医療費の47.9%を占める内科は4.3%（1777億円）減の3兆9,576億円となった。

2) 診療報酬上の財政支援

新型コロナウイルス感染症に対する診療報酬の臨時的取り扱いはいろいろあるが、外来の主なものは感染症対策実施加算、院内トリージ実施料で、更に電話による初再診、往診、発熱外来診療等について加算がついた。入院では、感染症対策実施加算をはじめ、二類感染症入院診療加算をベースに、救急医療管理加算を通常の2倍から6倍に、ICUやハイケアユニット、救命救急センター等の特定入院料を3倍に引き上げた。これだけの臨時取り扱いをしても、2020年度概算医療費は前年度から1.4兆円減少したということである（別表2）。

3) 補助金等の財政支援

2021年5月の財政審建議によると、新型コロナについて医療提供体制の強化のために、8兆円弱の国費による支援が行われ、そのうち医療機関及び医療従事者への支援は緊急包括支援金として4.6兆円で、医療機関の感染拡大防止対策等支援、病床確保支援、発熱外来体制の構築等である。

病床確保に約1.6兆円措置している。この時点で病院の年間減収を0.9兆円と予測してマクロとしては、新型コロナに対応する医療機関の減収を補いうる額が措置されたとしている。確かに、1床当たり最大1,950万円の緊急支援による受け入れ時の補助金や、受け入れ病床の空床や体制確保のため休止した病床について、受け入れ医療機関の機能に応じて1床1日当たり1.6万円から43.6万円まで補助している。病院経営に大きく寄与したといえる。外来部門では、2020年秋からインフルエンザ流行期に備えた発熱患者の外来診療・検査体制確保事業として、（受け入れ時間に応じた基準患者数）から（実際の発熱等患者数）を引いた数に13,477円をかけた補助金を2021年3月まで施行。

これは都道府県を介せず国による直接執行で予算額は2,068億円で、分かっている範

囲での交付決定額は1,581億円であるが確証はない。（別表3～4）

4) 2020年度の病院経営状況

日本病院会など3病院団体の病院経営実態調査によると、2020年度決算で収入減により医業利益は前年より赤字額が増大していたが、それを上回る補助金（医業外収入）で最終利益は黒字に転換している。自治体が経営する公立病院事業も減収にもかかわらず、2019年度の934億円の赤字から一転して944億円の黒字になった（11月24日公表の医療経済実態調査では赤字額の減少に止まっている）。日赤は91病院の総収支で、前年度の174億円の赤字から1,090億円の黒字に回復した。厚生連、済生会も同じ傾向である。国立病院機構、JCHO（地域医療機能推進機構）、国立大学病院も減収増益である。1兆を超える病床確保等の補助金でマクロでは病院の経営は守られているが、あくまでも加重平均による結果で、補助金のない病院やコロナ受入病院であっても重点医療機関では手厚い補助で黒字化した病院が多いものの協力医療機関やその他の受入病院では、総体でも赤字が減少した程度で、黒字に転化まではしていない。

5) 2020年度の診療所経営状況

診療所については11月24日公表の医療経営実態調査結果によると個人診療所・医療法人共に前年より減収で経営は悪化している。補助金が入っても微々たるもので病院のような赤字から黒字への逆転現象は少ない。個々の診療所で赤字施設の割合が増加しており、補助金・診療報酬両面からのより大きな対応が必要だったと考えられる。

6) 総括と課題

10月11日の財政制度等審議会で財務省はコロナ関連の補助金の医療機関収支への影響についてデータを公表し、緊急支援事業補助金の支給でコロナ対応病院が黒字に転じていることを示した。

その中で国立病院機構の患者一人当たりの補助金に大きなばらつきがあるとの指摘があり、今後コロナ補助金の経路を追う必要性や、病床確保や経営状況の見える化などの声が上がっている。

政府とマスコミは、補助金を受け取りながらコロナ患者を受け入れていない病床を「幽霊病床」と批判している。コロナ関連補助金は緊急性が高く手さぐりで対応で制度設計が甘いという声（厚労省）もあるようだが、国民から疑念を抱かれるようなものであれば、設計しなおすべきである。診なかつたら補助金が入るのでなく、忙しくて汗をかいたら補助金が増える方が分かりやすいように思える。

今回感染症対策実施加算は外来・入院とも9月30日打ち切りになったが、むしろ恒常化すべき点数で、補助金と診療報酬の絶妙なバランスで医療機関の経営を守り、医療提供体制を維持すべきである。

なお、クラスターが発生した病院や介護・老人施設、休診に追い込まれた診療所などは時間をおかずに、財政支援が必要である。

結論として病院は補助金等によりマクロでは経営が守られたといえるが、診療所は大きな打撃を受けた。診療報酬・補助金何れも外来医療の支援にもより振り向けるべきである。

4. 公衆衛生・保健福祉拡充のための保健所機能再生と地域コミュニティ再建

(1) 新型コロナウイルス感染症の中核を担う行政機関として保健所は大きな役割を果たしている。その業務の流れをあらためて整理すると次のようになる。

- 1) 住民からの相談を受け付ける窓口機能（京都府新型コロナ医療相談センター、または地域の「診療・検査医療機関」を通じて、対象者に検査を実施する）
- 2) 保健所自らが実施した検査について、検体

を検査機関（京都府保健環境研究所等）に運搬する

- 3) 結果、陽性となった方について、京都府の入院医療コントロールセンターと入院調整を行う（入院・宿泊施設療養・自宅療養のトリアージ）
 - 4) 入院医療機関への患者搬送を行う
 - 5) 陽性でも入院できず、自宅療養となった患者の健康観察を行う
 - 6) 積極的疫学調査（感染源調査・接触者調査）を実施。陽性確定の方より、発症14日前（潜伏期1～14日）から陽性確定の日までの行動の聴取。発症2日前から陽性確定日までの間で濃厚接触者を特定し、PCR検査を実施。陽性者は入院調整、濃厚接触者の健康観察を行う
- (2) しかし、第5波では京都市のみならずほとんどの保健所はひっ迫に陥った。自宅療養者の数が膨大なものとなり、保健所のみで健康観察を行うことは不可能となった。当初、保健所による健康観察は濃厚接触となり、自宅待機となった人に対するもので、陽性者の健康観察は保健所にとっては想定外の業務だったと考えられる。
- (3) そこで第5波では、京都市が京都府医師会に健康観察の一部を（チェックシートに基づきハイリスク者を抽出して）委託（京都市電話診療所）、また病院の訪問看護ステーションにも委託した。京都府の設置する保健所は地区医師会に協力を依頼、日頃からの連携が活かされ、地域の医療機関による電話診療と往診の取り組みが始まった。
- (4) こうした経過が示すものは、感染症法の下での対策を担うにはあまりに保健所の人員体制、設置数が不足していたこと。そして「健康観察」という言葉に見られるように、少なくとも陽性となった人に対しては、入院できなくとも医療保障が必要であるとの観点が、国の政策から完全に欠落していた事実である。そして、自宅療養者に対する医療を保障

する動きは、保健所と地区医師会との関係性から、自主的・主体的に起き上がることになった。先に述べた地域の医療者によるワクチン接種推進の経験とともに、地域の医師が公衆衛生行政へ参加する動きにこそ、公衆衛生政策、保健・福祉機能の発展と拡充を目指す足掛かりがある。その視点から保健所が地域において果たすべき役割を捉えなおす必要がある。

- (5) もともと感染症対策において求められている保健所の役割は、積極的疫学調査やサーベイランス機能だけではない。地域における公衆衛生の専門機関として、住民の不安に寄り添いながら住民とともに感染防止に努めること、感染した人を医療につなげることで、それこそが感染症対策において本来求められている保健所像である。第1次提言末尾のウインスロー(1877~1957)の公衆衛生の定義をあらためて引用する。

「公衆衛生とはサイエンスでありアートである。いずれも組織化されたコミュニティの努力によって、疾病を予防し、寿命をのばし、健康づくりと諸活動の能率を高めるためのものである」「組織化されたコミュニティの努力の対象」

第1に、環境衛生(トイレの使用など)の改善。

第2に、コミュニティにおける感染症のコントロール。

第3に、衛生の諸原則に基づいた人々の教育。

第4に、疾病の早期診断と予防的治療のための医療と看護サービスの組織化。

第5に、コミュニティに住む一人一人が健康であり続けられるように適切な生活水準を保障できる社会制度の開発。

- (6) 第1次提言で指摘したように、主に疾病構造の変化から1950年代末には「公衆衛生の黄昏」が言われ、地域における保健所の役割は相対的に軽視され続けてきた。その過程に

において、とりわけ都市部では地区医師会を窓口とした地域の医療者との密接な連携関係が失われてきた。しかし国と地方自治体は社会保障責務を負い、それに基づく公衆衛生行政を地域の隅々にまで行き渡らせて人々の生命と健康を守る義務がある。そのための中核機関として保健所は存在せねばならなかったはずである。かつて保健所の担ってきた対人サービスの多くが準市場と民間に委ねられた今日にあっても、その「公的責任」は消滅しない。むしろ地域の医師、福祉関係者等と緊密なネットワークを構築し、人々を守る要としての役割を果たせるよう、再生が求められている。新型コロナ対策における地域の医療者の活躍はその必要性を強く示しているのではないか。

- (7) コロナ禍において国・自治体の公衆衛生政策とその中核としての保健所に問われている課題は「感染」それ自体に止まらない。病床ひっ迫、医療崩壊が進行する一方、「地域」では様々な住民の困難が起こっている。新興感染症パンデミックの渦中にあっても、人々が生活を営む「地域」で安心して暮らしが継続でき、なおかつ感染拡大を防ぐ住民の主体的な努力が行われるようにするには、公衆衛生行政と医療・福祉行政を中心としたサービス主体の連携と、住民との対話・協力体制が不可欠である。とりわけ大きな課題と考えるのが次の点である。

- (8) 1つは、医学的・科学的知見に裏付けられた情報の発信の必要性である。2020年の感染拡大当初にとりわけ顕著であった患者や家族に対する差別や偏見、「自粛警察」と呼ばれるヘイトクライムは、人々が未知の感染症に対し抱いた恐怖の現れともいえよう。恐怖の源泉となっているのが、インターネット・メディアも含め、膨大な情報が氾濫しているにもかかわらず、人々が情報の真偽(科学的な正当性の有無)を確かめる術を何ら持たされていない現実である。本来、地域において

最新の医学的・科学的知見に裏付けられた情報を発信し、住民の不安にこたえ、感染拡大を防御しうる生活や衛生習慣を啓発することは、公衆衛生行政の基本的な役割のほずである。それによって、感染拡大を防ぐのみならず、感染症法第4条の謳う「国民は、感染症に関する正しい知識を持ち、その予防に必要な注意を払うよう努めるとともに、感染症の患者等の人権が損なわれないようにしなければならない」の実践を、人々とともに実現する責務を公衆衛生行政は果たさねばならないのである。

- (9) 2つめに、医療のみならず患者の生活全般を支える施策の必要性である。感染拡大当初ほとんど行き届かなかったのが陽性や濃厚接触となった方の生活支援である。事実上外出を制限される自宅療養者や入院待機者、濃厚接触者の買い物、家族の送り迎えといった日常生活を誰が、どのような形で支えるべきか。あるいは本人や家族に障害のある人、高齢の人、ケアの必要な人たちが、感染しても切れ目なく保健福祉サービスを受けられるようにするためのコーディネート機能は誰が果たすべきか。
- (10) 2021年に入り、ようやく自治体による希望者への食料品の提供等が取組まれるようになった。しかしこの課題は未だほぼ手付かずである。感染症に罹った人を「感染者」とのみ捉えるのではなく、生活を継続し、必要なケアを保障される主体として捉えた施策の実施は、公衆衛生行政に止まらない、国・地方自治体の基本的な任務のほずである。
- (11) 関連して3つめに、新型コロナウイルス感染症はウイルスによる直接の生命と健康の危機をもたらすばかりではない。雇用、労働、営業といった生活の基礎自体を揺るがしている。特に運輸・通信業（対前年比15.0%）やサービス業（対前年比5.6%）等、休廃業・解散が2021年に入って急増している^{xviii}。就業者数の減少も著しく、総労働時間や現金給

与総額も減少し、とりわけ非正規雇用労働者への影響は凄まじい^{xix}。

- (12) こうした中、自殺者数は2019年に10年連続で減少し、統計開始（1978年）以来過去最低を記録したにもかかわらず、2020年に再び増加し21,081人を記録した。男性は11年連続の減少に対し、女性の自殺者が増加している^{xx}。2021年7月段階で、子どもたち（小中学生・高校生）の自殺も過去最多であった昨年同月を上回っている^{xxi}。警察庁は「自殺の多くは多様かつ複合的な原因及び背景を有しており、様々な要因が連鎖する中で起きている。（「経済・生活問題」や「家庭問題」等、他の問題が深刻化する中で、これらと連鎖して、うつ病等の「健康問題」が生ずる等）」と書いている^{xxii}。COVID-19と自殺の関係についての研究は多くないとされるが、①感染症のパンデミックは不安・恐怖、イライラ、睡眠障害、物質依存、精神疾患の発症・憎悪をもたらすこと、②日常活動の行動・活動への制限によるメンタルヘルスへの影響が自殺リスクや衝動性を高める可能性があること、③経済危機と自殺率の上昇は2008年の世界金融危機以降、解析・報告されていること等が指摘されている^{xxiii}。コロナ禍は医療問題にとどまらず、複合的な形で地域社会に立ち現れている。一方、その結果としての自殺者増は医療の役割と密接不可分である。国・地方自治体が住民のあらゆる困難を把握し、対応する力を取り戻すことが必要である。
- (13) 当面、感染拡大時における保健所業務のひっ迫、破綻を回避し、住民と保健所職員の生命を守るための具体的提案は次の5点である。
- 1) 新型コロナウイルス感染症の収束が見られるまで、保健所が主導し、市町村・地区医師会はじめ地域におけるすべての医療・福祉関係団体と「新型コロナウイルス感染症対策地域包括ケアネットワーク」（仮称）を立ち上げ、感染拡大時の役割分担、連携

- 体制を決めておくこと。
- 2) 上記の連携体制においては、自宅療養者に対しては「健康観察」でなく、地域の医療者による電話・オンラインを用いた「医学管理」を基本とし、入院・入所できない場合等、必要に応じて往診も可能とする体制とすること。
 - 3) 日常から介護サービスや障害福祉サービス等、特にケアを必要とする人たちが陽性となり、なおかつ入院できない場合は、自宅療養中であっても、サービスが継続され、ケアの水準が低下しないようにすること。この際、サービス事業者と基礎的な感染予防策の共有、必要資機材、休業補償等を公的に準備すること。
 - 4) あわせて、自宅療養者と濃厚接触による自宅待機者、およびその家族に対しては、市町村(保健センターも含む)の担当者による、食事、買い物、子どもたちの通園等、基本的な生活行為に対する支援と、あらゆる困りごと対応を行うこと。
 - 5) 京都市のような政令市においては、行政区単体に以上の取組を行えるよう、集約化した保健所機能の一部を区役所に戻すこと。
- 以上

-
- i 2009年の新型インフルエンザ流行を受けて取りまとめられた「新型インフルエンザ(A/H1N1)対策総括会議報告書」は、国立感染研究所について米国CDC等を参考に組織・人員体制構築するよう提言。一般社団法人日本医学会連合会も「感染症対策を強力に押し進めることのできる疾病予防情報センター(日本版CDC)の創設を2013年4月に内閣総理大臣に対して要望した。しかしこれらは安倍政権によって無視され、実現することなく新型コロナウイルス感染症パンデミックに見舞われた。一方、自治体が独自にCDCを立ち上げたケースもある。広島県では感染症対策の司令塔の役割を果たす「ひろしまCDC(広島県感染症・疾病管理センター)」が2013年に設置されるとともに、同センター長を理事長とする「NPO法人ひろしま感染症ネットワーク」も創設され、と積極的な検査の推進等が進められている。
 - ii 地方衛生研究所設置要綱に基づき、都道府県または指定都市に設置されている。要綱は設置の目的について次のように記している。「地方衛生研究所は、地域保健対策を効果的に推進し、公衆衛生の向上及び増進を図るため、都道府県又は指定都市における科学的かつ技術的中核として、関係行政部局、保健所等と緊密な連携の下に、調査研究、試験検査、研修指導及び公衆衛生情報等の収集・解析・提供を行うことを目的とする」
 - iii 第5波では入院調整中は連日一桁に止まった。これはスムーズに入院調整が進むようになったというよりは、早い段階で自宅療養者と判定される陽性者が増加したためと考えられよう。また、京都市保健所からの療養解除者数の報告が遅れたことから、療養者数が実数の1.5倍になっていたことが判明しており、この最大値は信憑性が問われるものであることを含んでおく必要がある。具体的には最大療養者数8,569人を記録した9月2日の自宅療養者数は7,729人だったが翌3日には4,829人にまで減少している。なお、協会は京都府に対し、本当の最大値を照会したが、現在集計中との回答であった。その後11月13日、読売新聞朝刊31面で「第5波ピーク」は「4495人(8月26日)」と報道された。詳細は引き続き照会中。
 - iv 名称から、患者が直接電話する診療所であるかのように受け取れるが、実際は保健所による健康観察を京都府医師会に委託したものであり、患者へ電話をかけるのは診療所である。京都市は同診療所を京都市急病診療所への委託という形で設置。業務について次のように説明している。「京都市保健所が実施する自宅療養者に対する健康観察において、重症化リスクの高い患者さんを把握し、当該患者さんの電話での診療を京都府医師会の医師が実施することで、次のとおり適切な治療に繋げていく。(1)病状把握、療養上のアドバイス、(2)服薬処方の実施、(3)保健所が実施する陽性者外来や入院の調整業務との連携(中和抗体薬の治療の適応のある患者の把握や投薬実施医療機関の調整を含む。)」
(京都市情報館 <https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000288032.html>)

- v 京都府 HP「宿泊療養施設の緊急改善策」
<http://www.pref.kyoto.jp/koho/kaiken/documents/06080301.pdf>
- vi 朝日新聞は独自調査結果として「自宅や高齢者施設での療養中に亡くなった人が、8月末までに全国で少なくとも200人を超える」と報じた。(朝日新聞デジタル 2021年9月24日)
<https://www.asahi.com/articles/ASP9S64W2P9JULEI008.html>
- vii 京都新聞(2021年1月16日・朝刊)
- viii 第55回京都府新型コロナウイルス感染症対策本部会議資料並びに京都府ホームページ 2021年10月14日閲覧 <https://www.pref.kyoto.jp/koho/jijikyoto/29092902.html>
- ix 10月29日の公表時点では、京都府の診療・検査医療機関数は776カ所うち公表可が462カ所、うち、かかりつけ医患者以外も可が341カ所とされた(府医通信)。また京都府は「900カ所を超える地域の身近な医療機関で新型コロナウイルス感染症の診療・検査が可能」とホームページに掲載している(11月30日時点) https://www.pref.kyoto.jp/hofukuki/corona_iryotaisei.html
- x NHK ホームページ <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20211012/k10013304191000.html>
- xi 救急隊による「医療機関への受け入れ照会回数4回以上」かつ「現場滞在時間30分以上」の事案として、各消防本部から総務省消防庁宛に報告のあったものとされる。「新型コロナウイルス感染症に伴う救急搬送困難事案に係る状況調査について」総務省消防庁
<https://www.fdma.go.jp/disaster/coronavirus/post-1.html>
- xii 「次の感染拡大に向けた安心確保のための取組の全体像」新型コロナウイルス感染症対策本部決定(R3.11.12) https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/kihon_r_031112_2.pdf
- xiii 京都府は11月30日見込みの確保状況として、確保病床を48病院・745床+入院待機ステーション(臨時の医療施設)110床=855床、と発表。うち、即応病床を計669床としている(第57回京都府新型コロナウイルス感染症対策本部会議資料 2021年11月25日)。
https://www.bousai.pref.kyoto.lg.jp/dis_portal/topics.html?lang=ja
- xiv 現在、京都府の医療計画における感染症病床は府全域で38床のみである。
- xv 国の「診療の手引き」は入院が必要なのは中等症以上である場合、また軽症と診断されても「重症化リスク因子」がある場合としている。
- xvi 「新型コロナウイルスはなぜ減ったか? 6波はくるか?」講演資料
- xvii 協会試算による。根拠は以下のとおり。11月5日時点での全国の2回接種完了者が92,556,990人。自衛隊大規模接種会場(東京・大阪)は5月24日~10月23日の計153日間で、一日あたりの接種可能件数が15,000人とされていたため(153日間×15,000人=2,295,000人(最大値))。職域接種(大企業)での接種者が12,800,000人(四季報オンラインニュース6月21日付より)。よって2,295,000人+12,800,000人=15,095,000人が地域の医師が関わっていない接種人数と想定される。よって、総数92,556,990人-15,095,000人=77,461,990人が地域の医師が関わったコロナワクチン接種人数と推定した。
- xviii 帝国データバンク「2021年1-6月全国企業「休業業・解散」動向調査」(2021年7月13日)
<https://www.tdb.co.jp/report/watching/press/p210705.html>
- xix 「深刻化する貧困問題と生活支援システムの課題」(村田隆史著・国民医療No.350所収)
- xx 警察庁ホームページ「自殺者数」(2021年10月6日閲覧)
<https://www.npa.go.jp/publications/statistics/safetylife/jisatsu.html>
- xxi NHK ホームページ「一人で苦しめないで」子どもの自殺 過去最多の去年を上回る(2021年8月26日 23時04分) <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20210826/k10013225931000.html>
- xxii 警察庁ホームページ「令和2年中における自殺の状況」(2021年3月16日・厚生労働省自殺対策推進室、警察庁生活安全局生活安全企画課)
- xxiii 武見基金「COVID-19有識者会議 COVID-19に関連する自殺(2021年1月28日・伊藤弘人独立行政法人労働者健康安全機構 本部研究ディレクター、本橋豊厚生労働大臣指定法人いのち支える自殺対策推進センター センター長) <https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/3782>

(別表1) 通常は直近の一週間単位のをwebにアップしているがピーク時点を示すため12日間のものを掲載した

京都府新型コロナ 新規感染者・療養者等の状況 (21年8月25日~9月5日)

2021/9/7 京都府保険医協会作成

	8月25日	8月26日	8月27日	8月28日	8月29日	8月30日	8月31日	9月1日	9月2日	9月3日	9月4日	9月5日
新規陽性者数(人)	531	603	524	540	469	345	446	532	478	372	406	339
直近1週間と先週1週間の比較(7日間平均)	1.27	1.32	1.27	1.20	1.13	1.11	1.01	0.98	0.89	0.86	0.82	0.81
入院(人/確保病床数) 確保病床利用率 (50%以上でステージIV)	428/565 75.8%	428/565 75.8%	441/565 78.1%	453/565 80.2%	460/565 81.4%	466/565 82.5%	466/565 82.5%	477/614 77.7%	477/614 77.7%	486/614 79.2%	504/614 82.1%	505/614 82.2%
入院率(入院者数/全療養者数) (25%以下でステージIV)	6.4%	6.1%	6.1%	6.0%	5.9%	5.9%	5.8%	5.7%	5.6%	10.1%	10.2%	9.7%
うち重症※1	高度重症病床 (人/確保病床数) 確保病床利用率 (50%以上で ステージIV)	27/44 61.4%	27/44 61.4%	29/44 65.9%	26/44 59.1%	28/44 63.6%	28/44 63.6%	27/44 61.4%	26/44 59.1%	28/44 63.6%	28/44 63.6%	28/44 63.6%
	その他(人)※2		6	6	8	8	8	7	7	7	6	4
	施設療養(人)	309	340	348	338	351	332	325	346	357	375	397
自宅療養(人)※3	5,948	6,204	6,470	6,720	7,001	7,142	7,258	7,471	7,729	3,962	4,043	4,253
入院調整中(人)	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6
療養者合計(人)	6,692	6,979	7,266	7,518	7,820	7,948	8,062	8,300	8,569	4,829	4,950	5,193

出典:京都府ホームページ

- ※1 京都府の高度重症病床は、人工呼吸器管理または体外式心肺補助(EMO)による管理が必要な方
- ※2 入院後に人工呼吸器管理が必要になり、高度重症病床以外で療養している方・体外式心肺補助(ECMO)による管理が必要な方
- ※3 京都市保健所からの療養解除者数の報告が遅れたことから、療養者数が実数の1.5倍になっていたことが判明。
21年9月3日時点で実態に合った数字へと変更された。そのため8月25~9月2日までの数字は不正確である。

京都府の新型コロナワクチン接種率 二回目接種終了者	9月6日
43.44%	

京都府2回接種総人数 1,099,184人 (首相官邸HP週間発表より)
京都府総人口 2,530,609人 (総務省 21年1月1日
「住民基本台帳に基づく人口」)

(別表2)

新型コロナウイルス感染症 主な診療報酬上の対応

2021/11/8 京都府保険医協会作成

	項目	金額
外来	外来等感染症対策実施加算(21年9月30日まで)	50円/回
	乳幼児感染予防策加算(21年9月30日から500円)	1,000円/日
	院内トリアージ実施料	3,000円/回
	救急医療管理加算(自宅・施設療養者への外来、往診)	9,500円/回
	二類感染症患者入院診療加算(電話等初・再診、発熱外来診療)	2,500円/日
入院	入院感染症対策実施加算(21年9月30日まで)	100円/日
	二類感染症患者入院診療加算	2,500~10,000円/日
	救急医療管理加算	9,500~57,000円/日
	特定集中治療室管理料	166,360~426,330円/日
	ハイケアユニット(HCU)入院医療管理料	126,720~205,650円/日
	救命救急入院料	157,940~354,060円/日

(別表3)

新型コロナ入院患者を受け入れる医療機関への直接的支援、病床確保のための緊急支援

補助の概要	措置額
病床確保料(休止病床を含む) 重点医療機関 7.1~43.6万円(1床1日当り) 協力医療機関 5.2~30.1万円(1床1日当り) その他医療機関 1.6~9.7万円(1床1日当り)	1兆2,953億円
病床確保のための緊急支援 重症者病床数×1,500万円 その他病床数×450万円 疑い患者病床数×450万円 + 緊急事態宣言が発令された都道府県において 新たに割り振られた確保病床数×450万円 緊急事態宣言が発令されていない 都道府県では300万円	2,693億円
合計	1兆5646億円

Ex 重点医療機関(救命救急センター)で20床確保した場合

	8月1日	8月25日	8月1カ月間で
確保病床数	20	20	620(月) 20 _(1日平均)
入院患者数	3	20	394(月) 12.7 _(1日平均)
空床数	17	0	226(月) 7.3 _(1日平均)
補助金	$43.6 \times 17 = 741.2$ 万	0	226×43.6 万 =9853.6万円

病床確保のための緊急支援として 20床×1500万=3億円

(別表4)

発熱患者の外来診療・検査体制に対する補助金(予算額2068億円)

補助基準額 $13,477$ 円×(受入時間に応じた基準患者数-実際の患者数)
Ex 体制確保時間7時間。実際の患者数5人の場合 $13,477$ 円×(基準患者数20人-実際の患者数5人) = 約20.2万円/日