

新都市総合病院 コロナ禍の苦闘

神奈川県 S 市にある新都市総合病院は病床数 360 床の中規模急性期病院である。急性期一般病床 280 床、ICU6 床、回復期リハ 30 床、地域包括ケア病床 30 床、緩和ケア病床 14 床を有する地域密着型総合病院である。今年 55 歳になる町田亮介院長は 2018 年 3 月に就任して今年で 3 年目を迎えるが、院長として最も苦勞し、いまなお翻弄されている新型コロナ感染対策を振り返っていた。

新都市総合病院は昭和初期に創業者が個人医院として開業、日本の高度成長とともに有床診療所から病院に発展した。当初は一族で経営していたが、昭和 40 年代に創業家一族に医師がいなくなり、創業家は医療法人理事となり、病院の運営は理事会で選任された院長に任されていた。前院長の小淵は気さくな人柄で、10 年にわたり院長を務めた。小淵前院長の時代、病院は安定成長期を迎え、経営は順調で規模を徐々に拡大した。新都市総合病院は「日常生活における安心の地域急性期医療の提供」をミッションに掲げて、1 次、2 次の救急、総合診療をはじめ、心臓カテーテル治療、消化器がんの手術から回復期リハ、地域包括ケア、緩和医療まで幅広く手がけている。3 次救急や高度医療は大学病院に任せ、「地域完結の身近で頼りになる病院」を目指している。

町田は消化器内科医で、小淵前院長のもとで 5 年間副院長を務めたが、副院長時代に病院の各部門や組織運営の細かいところまで見て回り、病院の機能とマネジメントを実地に学んできた。小淵前院長は病院運営の実務は町田に任せて、自分では「渉外担当院長」を自認して医師会や病院協会のつき合いに忙しかった。小淵が勇退した後、町田が理事会から院長に推挙されたのは自然の成り行きといえた。町田は院長就任のスピーチで、小淵路線を継承し、地域医療のために力を尽くすと述べた。実際、副院長に外科の大野部長を指名したほかは、看護部長、事務長はじめ病院の幹部人事は小淵時代のまま変更していない。大野はおおらかな人柄で、若手医師からの人望があった。町田は副院長時代と同じように多くの会議に出て幹部と相談して指示をし、院内を回り、自ら業務の調整にあたっていた。

コロナ感染 第 1 波の到来

町田が院長に就任して 2 年ほどたった 2020 年 2 月、新型コロナウイルス感染のクラスターが発生した豪華クルーズ船ダイヤモンド・プリンセス号が横浜港に接岸した。多くの感染患者が下船するために急遽、入院先が必要になり、新都市総合病院にも神奈川県から患者受入れの打診が来た。しかし、町田は大野副院長、玉川看護部長、鶴川事務部長と相談した結果、当院は感染症指定病院ではなく、専門医がない上に施

設が整わないことを理由に患者受け入れを断った。この時は県もそれ以上は言うてこなかった。3月になると新型コロナ感染が市中に徐々に広まり、学校は休校になり世の中の動きが止まった。保健所は37.5度以上、3日以上または、濃厚接触者と認定しないと、PCRを広く行わないという杓子定規な対応に終始した。この間に潜在感染患者が広まったことは否めない。町田はテレビで都内の花見の人出を見ながら、いずれ新型コロナウイルス感染は感染症指定病院だけでは支えきれなくなるのではと危惧した。しかし、近隣の病院の動向を見ても、コロナ患者を受けると他の一般患者が来なくなることを懼れてか、積極的にコロナ患者を診ようとはしていなかった。若い開業医たちが医師会でPCRセンターを立ち上げようと提案したが、古参の医師会役員の反対で実現しなかった。

患者受け入れを決意

ダイヤモンド・プリンセス号の騒ぎがようやく一段落した3月下旬に国内で新型コロナウイルス感染の第一波が始まった。新都市総合病院にも保健所からコロナ患者受け入れの打診があり、町田院長は部長会議を招集、コロナ患者の受け入れについて相談した。町田は新都市総合病院の規模と地域での役割から、いずれ新型コロナ患者を受け入れざるを得なくなるだろう、と考えていた。しかし、産婦人科部長からは、「地域での役割はわかるが、コロナ患者を診るとなるとお産がとれなくなる。産科医療も立派な地域貢献だ。」と反対意見が出た。救急部からは心筋梗塞、脳卒中などの他の救急対応をどうするのか、と心配する声が続いた。感染症指定病院ではないし、構造的にゾーニングもできない、当院だけが前のめりになることはない、むしろ当院は一般患者の診療に注力すべきではないか、という意見が多かった。一方で、このままコロナ感染が広まると、地域密着型の当院には潜在的なコロナ感染患者が否応なしに受診してくるので、院内感染を引き起こし診療機能がマヒしかねない。むしろコロナ感染疑い患者を明確に区別して診療できる体制を整えた方がよい、という意見もあった。結局、この日の会議では結論に至らず、しばらく様子を見ることになった。

4月になると緊急事態宣言が発出され、経済の動きが止まり、世の中が騒然となってきた。新都市総合病院でも発熱外来を設置し、新型コロナ感染疑いの患者とそれ以外の一般診療患者が交わらないようにした。さらに、学会の提言もあり外科手術の縮小を決め、入院患者への面会を制限した。このころから外来受診患者が著明に減少してきた。救急要請も減り、結果として救急からの入院患者も減少した。県からはコロナ感染患者受け入れについて再三の要請が来たが、町田院長はまだ準備ができていないとして回答を保留していた。一方で、町田は折に触れて副院長や看護部長、主だった診療部長らに、「うちの規模や地域での役割を考えると、コロナ患者を受けなきゃならないかもねえ」と打診しはじめた。若手医師からは積極的にコロナ患者を受け入れましょう、と声が上がりはじめた。

緊急事態宣言とともに患者の受診抑制が始まり、外来収入は 30%減少した。特に小児科は壊滅的になった。待機手術の制限により、手術件数は昨年比べて 4 月に 75%、5 月には 50%にまで落ち込んだが、6 月と 7 月は 90%まで回復した。日本病院会など医療関係 3 団体が共同で行ったアンケート調査によると 2020 年第一四半期では、回答のあった 1400 病院の約 7 割が赤字となり、特にコロナ患者を受け入れている病院ほど経営状況が悪化していた。4~6 月は新都市総合病院でも毎月約 1 億円の赤字が発生した。7 月の賞与について、事務長から相談された町田院長は例年より 2 割の減額支給とした。職員からは不満の声が上がったが、手元の運転資金の枯渇が心配であった。

こうした病院経営の窮状に対し、国はコロナ感染患者病床を確保するために、順次、さまざまな臨時の診療報酬上の支援を始めた。例えば、専用病床の確保などを行った上で重症・中等症患者を受け入れた場合の評価を 2 倍から 3 倍に引き上げ、特定集中治療室管理料 3 は 9,697 点（平時）から臨時特例の更なる見直しにより 29,091 点（3 倍）に引き上げられた。また、中等症患者は救急医療管理加算 2850 点を算定可能とした。さらに、コロナ病床の空床確保のための支援として、重点医療機関で 1 床あたり 1 日 71,000 円、協力医療機関に対し 52,000 円の補助金を支給することになった。

この機に町田は副院長、看護部長たちとコロナ患者を受け入れる場合の課題について具体的な検討を始めた。コロナ患者の診療は、呼吸器内科を中心に、総合内科と救急部が合同で担当してくれることになった。受け入れ病棟としては、緩和ケア病棟なら他の病棟から離れてゾーニングしやすく、全 14 床個室なので新たな工事は最小限で済みそうであった。緩和ケアで入院している患者は特別個室に移ってもらうことにした。問題は看護師の配置であった。玉川看護部長が緩和ケア病棟の須藤看護師長にコロナ病棟にすることを打診すると、須藤看護師長は顔色を変えながらも了解してくれた。コロナ病棟の看護師構成について、看護部長は院内から志願者を募って混成チームにすることも考えたが、須藤師長から今の緩和ケア病棟の看護師チームでやりたい、との申し出を受けて、まずは半年間、看護師はそのままのチーム編成を基本として、患者の減少している一般病棟の一部を休床にしたうえで、看護師数人をコロナ病棟に異動させることにした。

須藤看護師長は振り返る：緩和ケア病棟をコロナ病棟にしたいと言われたときにはびっくりしました。病棟の看護スタッフからも最初は「なぜこの病棟なのですか、ショックです、他の病棟ではみないのですか」、などの声が聞かれました。でも、うちの病院でコロナの患者さんを受け入れるなら、ゾーニングの点で緩和ケア病棟が一番いいというのは理解できました。うちの病棟の看護師は比較的若い看護師が多いのですがチームワークがよく勉強熱心で、これまでも患者中心の看護を実践しています。今のチームでなら、感染症対策を勉強して新型コロナ患者さんの看護を受け入れることができると思いました。他病棟から新たに来てくれた看護師はベテランが多く、感染対策や呼吸管理などで頼りになりました。

コロナ病棟の開設

7月、町田院長はコロナ患者の受け入れを決断した。緩和ケア病棟の看護ステーションにパーテーションを設置し、病棟のゾーニングと換気ができるようにして、個室10床で中等症までのコロナ感染患者を受けすることにし、残り4床はPCR結果を待つコロナ感染疑似症患者の病室とした。町田院長は全職員説明会を開催し、新都市総合病院に求められている地域の役割などを説明し、中等症までのコロナ患者を受け入れることを表明した。大野副院長からは最新の流行状況、ウイルス感染対策、臨床症状、治療法、これまでの経緯などを説明した。しかし、職員の多くにとっては「当院の役割」より、目の前の不安の方が先立っていた。

幸い、コロナ病棟の開設から約1か月間は入院患者がいなかったため、勉強会やシミュレーションを繰り返して準備する時間が持てた。他の病棟からは「コロナ病棟は暇じゃないの!？」と揶揄する声も上がったが、看護師たちと医師チームは、入院ルートやCT検査室へのルート、患者が使用した食器、リネン類、洗濯物、買い物などをどうするのか、汚染エリアから清潔エリアへ物品を持ち出すときの決め事など、一つひとつを感染管理室に確認しながらルールづくりを始めた。すべてが初めてのことであった。ノートパソコンは清潔区域と分けて、感染区域では廊下の定位置に設置した。PPE（感染防護具）を着ているとトイレに行くのも大変で、病棟の決められた職員用トイレでPPEの外側に触れないようにズボンを下ろして、便座は使用前後に消毒した。トイレのドアノブの消毒にも気を使った。トイレ回数を減らすため看護師は勤務中の水分を控えた。これまで看護助手あるいは清掃業者が担ってきた清掃、物資の補充、洗浄などは、そのスタッフが閉鎖空間に入れられないためすべて看護師が担うことになり看護師の負担が増えた。看護師の中にはコロナ病棟に反対する意見もくすぶっていたが、こうした準備を進めるうちに気持ちがひとつになっていった。

このころ、事務長は不足しているN95マスクやPPEなどを求めて奔走していた。サージカルマスクの院内在庫は3か月分だけだった。さらに輸入が制限されたためにジェネリック医薬品までも仕入が難しくなってきたため、一部は高額な先行医薬品に切り替えざるを得なかった。有難いことに、コロナ感染患者の受け入れを表明し、県から新型コロナウイルス感染症患者受け入れ協力病院としての指定を受けると、自治体からマスクやPPEが優先的に供給されるようになった。一体、自治体のどこにストックされているのか不思議であった。

最初の入院患者は保健所から紹介されてきたPCR陽性の高齢患者で、入院時には発熱と頭痛、食欲低下があったが、肺炎の所見は軽度で、そのまま経過観察となった。さらにこの週のうちにコロナ疑似症患者3人が入院した。うちひとりには認知症があり、個室から自分で出てしまうこともあったが、幸いPCRは陰性で間もなく退院した。これ以降、保健所からはPCR陽性が判明した患者の入院依頼が、他病院や発熱外来から

は疑似症患者が入院してきた。また、夜の街関連の患者も増えてきた。患者の重症度は中等症までとしていたので、最初は呼吸管理が必要な重症患者は紹介されてこなかったが、入院後に症状が悪化して酸素投与を必要とする患者が増え始めた。今まで呼吸困難患者を看護したことのない若手スタッフたちは先の見えない不安と自分や家族も感染するかもしれないという恐怖におびえた。

コロナ病棟には認知症患者も入院してきた。認知症患者はマスクを着けずに部屋から勝手に出てしまう、食事やトイレに毎回の介助が必要になるなど、ケアに人手がかかった。かといって拘束はしたくないし ADL も下がってしまうので、看護師たちは根気よく患者に付き添った。高齢の患者に付き添うという点では緩和ケアでの経験が活かされた。業務を終えて PPE を脱いで一息ついた直後に患者に呼ばれて、再度 PPE を装着することもざらであった。一方で、飲み会で感染してきた若い入院患者の中には感染の自覚に乏しく、不自由な入院生活に悪態をついて看護師たちのモチベーションを傷つける患者もいた。若手医師からはもっとコロナ患者を受け入れようという意見があったが、町田は現状で管理できる範囲にとどめ、コロナ病床をこれ以上は広げない方針とした。中等症で入院してきた患者が、人工呼吸器や ICU 管理が必要な段階になると大学病院に転院させた。臨床検査部では夏までに PCR 検査を院内でできる体制とした。これにより最初は手術患者を対象に、後には全入院患者に入院前 PCR 検査を施行できるようになった。

クラスター発生

9月5日、コロナ病棟とは関係ない一般内科病棟に入院していた患者が新型コロナウイルス PCR 陽性となったことが判明した。この患者は近くの老健から咽頭痛と全身倦怠感のため紹介されてきた患者で、入院時の PCR 検査は陰性で肺炎の所見もなかった。あとから問い合わせたところ、この老健ではすでにクラスターが発生していたのだが、転院時にその情報は伝えられていなかった。この病棟の全入院患者と職員の PCR 検査を実施したところ、入院患者 6 人と職員 10 人の合計 16 人が陽性であった。さらに職員 40 人が濃厚接触者と判定された。クラスターの発生であった。

町田院長は緊急の診療部長会議を招集し、院内非常事態を宣言した。外来新患受入れの中止、救急受入れ中止、クラスター病棟の閉鎖、待機手術の再度の延期を決めた。クラスター発生について保健所に報告するとともにプレス発表し、外来玄関に貼り出すとともに、HP でも公開した。透析患者は他院へお願いし、お産も可能であれば他院にお願いした。救急の輪番を返上したことで他病院に負担をかけることになり、町田はあいさつ回りに追われた。噂は瞬く間に広まり、外来患者は激減し、予約のキャンセルや問い合わせなど多数の電話が殺到した。癌の患者からは予定されていた化学療法が受けられないなど厳しい言葉が聞かれた。

町田は毎朝、コロナミーティングを開いて院内の情報を集めて、指示を出した。ク

クラスターが発生した内科系病棟は閉鎖し、PCR 陽性患者をコロナ病棟に移した。PCR 陽性でも症状のない職員は自宅または宿泊施設に待機させた。コロナ病棟では患者数が増え、重症度、医療・看護必要度が一気に上がり、夜勤看護師が足りなくなったため、手術室、外来などから即戦力となる看護師を応援に入れた。こうした看護師のなかには家族への感染を恐れて自宅に帰らない看護師も出てきた。

クラスターによる PCR 陽性患者がコロナ病棟に移っても主治医はもとの診療科のままとして治療に参加してもらった。コロナ病棟には呼吸器内科と総合内科の医師がはりつき、医師チームはコロナ感染症に対する治療方針を標準化するため文献を調べ、診療マニュアルを整備し、毎朝症例カンファレンスを行った。大学病院の感染管理部から講師を招いて感染対策の勉強会を開催し、全病院で手指消毒のタイミング、やり方を再確認し、感染しない、広げないためのルールづくりをした。感染症のゾーニングを徹底し、シーツ、病衣、タオルなどのリネン類を病室から出すときの扱い、感染廃棄ゴミ箱の位置など新しい細かなルールが作られた。病院から職員への指示や情報が次々と変わり、情報の伝達が課題になった。

コロナ病棟でこれまで以上の看護体制が必要となる一方で、クラスター病棟を閉鎖したことで、看護師の配置のためにすべての病棟で再編が必要になった。病棟再編を試みると、それまで表に出なかった様々な問題が表出されてきた。病棟再編に伴うコミュニケーションエラーもあった。若手看護師の中にはなじんだ上司がいないので聞きたいことが聞けず、応援派遣先での慣れない業務でストレスが高じるものが増えてきた。職員の PCR 陽性者は 20 人になり、自宅待機する者が増えてきた。PCR 陽性でなくても体調不良や濃厚接触が疑われると、すぐに出勤停止にした。残ったスタッフの負担が増し、ストレスから表情が硬くなり、口調が厳しくなるスタッフが見受けられるようになった。一方、PCR 陽性となった看護師が 2 週間の自宅待機を終えて病棟に戻ってくると職場や業務が変わっていて、さらなる精神的な打撃となった。職員は情報の不足と過多の中で混乱していた。職員のメンタルケアが必要になり、精神科医と臨床心理士が対応にあたった。

町田院長と看護部長は頻繁にコロナ病棟にお菓子をもちて激励に訪れた。気づいたら、他の診療部長たちも激励に行っていた。地域の商店街からの弁当など差し入れや激励の手紙が多数届いた。ありがたかった。自分たちはまだ地元に見放されていないと思った。

葛藤の噴出

クラスターは 1 か月で徐々に収束したが、職員の心身に残した傷跡は大きかった。看護師が子供の通う幼稚園で差別を受けるなどの報告も上がってきた。クラスターを乗り越えたものの職員全体に疲れが出てきた。さらに、新型コロナ感染に関わる部門と関わらない部門との間に分断が生じてきた。コロナに直接関与していない部門の中

にはコロナ関連部門に積極的に協力しようとしなければいかりか、コロナ感染を他人ごとのように振る舞う職員もいた。自分の目の前しか見られなくなり、仲間を慮ることができなくなっていた。例えば内科医が、自分の担当している高血圧患者を発熱外来に丸投げしてくることもあった。コロナ患者をもっと積極的に診るべきだ、とする若手医師達のグループと、コロナ患者は大学病院や感染症指定病院、公立病院に任せて、うちの病院の役割はそれ以外の一般診療をきちんと提供することにあるとする古参医師の意見の対立が表面化してきた。若手医師の矛先は積極的に動こうとしない理事会に向けられようとしていた。

町田は一番苦しいときに組織に内在する葛藤が噴出してきたように感じていた。町田のもとには毎日、病院内外のあらゆる情報が集められ、それら一つひとつに細かく指示を出すことに忙殺された。結果として現場を見て回る余裕がなくなってきた。町田は目の前の処理に追われ、場当たりの対応を繰り返し、近視眼的になって、大局的に考えられなくなっていると自覚し始めていた。しかも、町田の指示を待っていたのでは対策が後手になるばかりでなく、現場が指示待ちになって自発的に動かなくなってきた。職員の抱えるストレス、不安をみるにつけ、町田は院長としての自分の役割を変える必要があると感じ始めた。

院長の役割を変える

町田は思い切って大野副院長に日々のコロナ対策のマネジメントを一切任せ、自分には広い視野で病院全体とこの先を見据えることにした。大野副院長は早速、多職種 7 人からなるコロナ対策チームを結成し、日々上がって来る問題への対応にはそのチームが動くようにした。チームは大野のもとでコメディカルと事務職から構成され、できることはすぐにやる権限が与えられた。例えば、老健施設から患者を受け入れる際、施設のクラスター情報が乏しいことから、独自に老健サーベイランスを開始した。スタッフ休憩室を増設し、病院がバスタオルを準備して勤務後にシャワーに入れるようにした。また、院内の各種情報が日々刷新されても正確に伝わらないことから、職員が出退勤時に通る廊下に白板を並べ、院内コロナ感染情報やルールの改訂を時系列で掲示した。さらに職員への情報発信に SNS を使い始めた。

町田は多くの職員の意見を聞きたいと考え、いろいろな考えを持つ各部門のオピニオンリーダーたちを院長茶会と称して数人ずつ院長室に招いて週に 1～2 回のペースで意見交換会を始めた。コロナ禍にあって、この地域での新都市総合病院の役割をテーマに、若手、古参、不満派などが自由に発言するなかで、町田自身は聞き役に徹した。意見交換会のもう一つの目的は、病院のミッションに立ち返って考えてもらうことだった。

院長茶会が 10 回を数えた 11 月、町田は全職員集会を開いて、これまでのコロナ対応を振り返るとともに今後の方針についてメッセージを発信することにした。全職員

集会では、町田が今後の基本方針、ビジョンを語り、大野副院長と看護部長が具体的対応を説明し、その後にフリーの質疑を受け付けた。町田は「異論の出ない組織は間違える」という考えから、院長茶会で病院の方針に反対意見を述べた職員に頼んで、職員集会の場で質問や意見を述べてもらった。

職員集会での町田院長のメッセージ：新都市総合病院は今後も軽症から中等症までのコロナ患者さんを受け入れつつ、コロナと一般診療の両立を目指します。コロナ感染症は地域住民の最も関心の深いところで、万一、コロナに感染しても地元で診てもらえるという安心感をもってもらいたいと思っています。現在、ワクチンの開発が進められており、コロナ感染は1年から長くても1年半で収束するでしょう。それまではまずコロナ対策に力を入れます。その間の一般診療の縮減はやむを得ません。むしろこの機にぜい肉を落としてスリムな体制をつりたい。コロナ禍を機に未来の病院の姿を考えていきたいと思っています。どうか皆さんの協力をお願いします。

コロナ禍が長くても1年半でけりがつく、というのは全くの楽観的見通しであったが、町田はリーダーとして不確かでもいいから見通しを示す必要を感じていた。あわせて、12月の賞与は例年通り支給すること、全職員に特別休暇を付与すること、感染症関連での出勤停止には疑い例も含めて給与全額を保証することなどが示された。古参医師からは、一般診療の縮減に危惧を述べる意見が出たが、一律に縮減するのではなく、業務の見直し通じて選択と集中をすすめ、地域医療機関との連携強化を図ることで、診療の質を保ちつつ無駄を省くという方向性が示された。

長期化への備え

コロナ対策は一病院だけでできるものではない。地域全体が面で支える体制が必要である。ところが、開業医や中小病院の中にはこの時点まだコロナ患者の診療を受けていない施設も多かった。開業医のなかには発熱患者は診療できません、と玄関に掲示するところまであった。

12月に近隣の山手寿病院という療養型病院でクラスターが発生した。日ごろあまりつき合いのない病院であったが、窮状を聞いて新都市総合病院からクラスターを克服してきた感染対策チームを派遣して、感染対策を支援した。幸い、山手寿病院のクラスターは小規模で収束した。以来、同病院とは協力体制ができ、退院患者の下り搬送（転出）を積極的に引き受けてもらえるようになった。

冬のボーナスは全職員に100%支払ったうえで、さらにコロナ病棟の医師、看護師にはインセンティブをつけた。この時点で収支は大幅な赤字が予想されたが、町田は新都市総合病院のような地域の病院では医療者こそが生命線である、と理事会を説得した。背景には県から相当の補助金が得られそうだという事務長の見込みがあった。

看護部長は半年間、ストレスにさらされているコロナ病棟の看護師の入れ替えを考えていた。しかし、現場の看護師に個人面談をしてみると、コロナ病棟の看護師から

転出希望も離職希望者も出なかった。「うちの病棟から感染を広げることはないです」「せっかく看護師になったのだから、この歴史的な感染症に関わりたい」「コロナ患者さんを看た経験は今後のキャリアに重要になります」という自信がうかがえた。感染管理のレベルが上がり、中等症のコロナ患者の看護に自信が出てきたのだ。一方で、看護師の長期にわたるストレスや今後のキャリア形成を考えると、このままでいいのか悩んでいた。

第三波の襲来

振り返ってみると、11～12月の特別休暇がつかの間の英気の養いとなった。この頃までにはコロナ病棟ばかりでなく、全病院で新型コロナウイルス感染症に対する対応ができてきた。コロナ患者の診療マニュアルを総合内科と救急、呼吸器内科で充実させるとともに、毎朝カンファレンスを行い統一した診療体制を組むことで、他の診療科医師の参加が得られるようになった。しかし、12月から始まった感染の第三波は厳しかった（資料1）。毎日のように他病院、保健所からの入院依頼が続いた。受け入れ病床は14床まで拡張したが、スペースの面からも人的資源の面からもコロナ病床をこれ以上広げることがしなかった。ピーク時には大学病院の重症患者病床が満床になり、中等症患者が重症化しても大学病院に転送できず新都市総合病院のICUを仕切って呼吸管理をせざるを得なくなっていた。患者数は多かったが、それまでに病棟業務の無駄を省き、効率化を図り、退院基準を整備し、ソーシャルワーカーも動いて後方病院との連携もできてきたので、かろうじて第三波を乗りきることができた。

2021年3月、県からのコロナ医療費補助金の額が確定した。コロナ患者の診療報酬は手厚く設定されており、コロナ病床についても十分な空床補償が示された。町田院長は2020年度の決算概要を眺めながら想いをめぐらせた（資料2）。一般診療患者や救急患者の大幅な減少、手術制限、クラスターの発生などにより医療収支（利益）は大幅な赤字であったが、コロナ関連の補助金により年間の経常収支（利益）は黒字を計上することができた。黒字に安堵したものの、町田は漠然とした不安感を拭い去ることができなかった。この補助金がいつまでも続くとは思えない。コロナ禍による患者減少は、コロナ後に到来する人口減少時代の予告ではないか。コロナ後には患者の減少に加えて、行政から地域医療構想の実現を厳しく迫られるだろう。一方で日本の地域医療体制はパンデミックへの脆弱さをさらけ出した。地域医療における危機管理のリーダーが不在であるうえに、危機管理の仕組みも保健所も機能不全に陥っているのだ。この時、町田の漠然とした不安感を裏付けるように、デルタ株による未曾有の医療崩壊の足音が近づいていた。

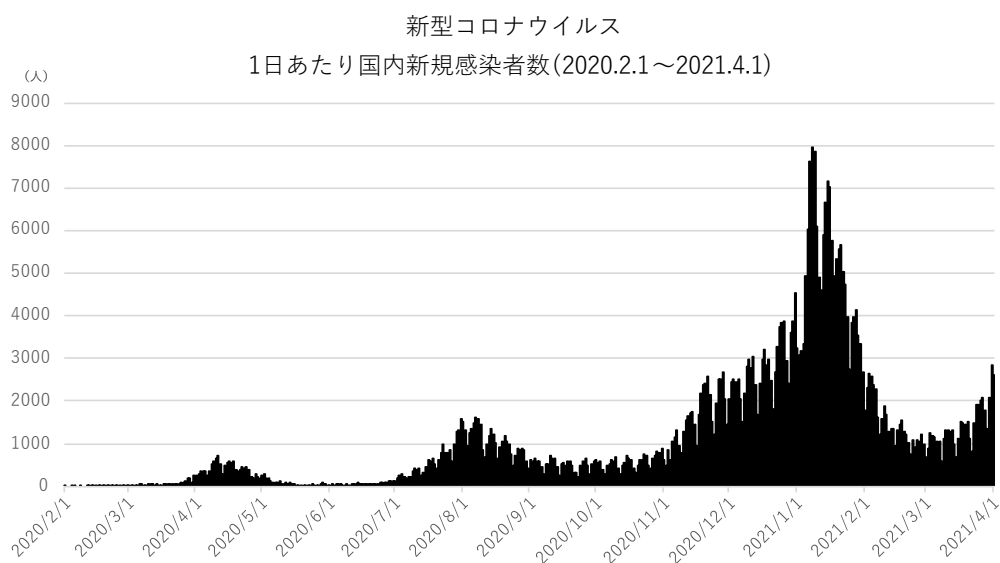
【参考文献】

1. 河合香織：分水嶺、岩波書店（2021年）
2. 日本看護協会出版会編集部：新型コロナウイルス ナースたちの現場レポート、日本看護協会出版会（2021年）
3. 高野ひろみ、武田聡子、松尾晴美：永寿総合病院看護部が書いた新型コロナウイルス感染症アウトブレイクの記録、医学書院（2021年）
4. 日経ヘルスケア 新型コロナ患者に積極対応する病院・介護施設の“勝算”、2021年7月号

【課題】 このケースは2021年3月末までの時点のものです。実際には、その後のデルタ株の急激な蔓延により2021年夏には首都圏をはじめとして日本各地で医療崩壊が現実のものとなりました。しかし、討議ではケースに記載の時点までの情報で議論をします。

1. 新都市総合病院はコロナ感染症患者をもっと診るべきでしょうか、それとも地域密着型の病院として一般患者の診療に注力すべきでしょうか。
2. コロナ病棟を開設し維持するうえで、解決すべき課題を整理してください。
3. 町田院長のリーダーシップについて評価してください。

資料 1



資料 2 新都市総合病院の決算概要

	2020 年度	2019 年度	対前年度比
経常収入 (百万円)	10,876	10,165	711
経常利益 (百万円)	1,006	290	716
医業収入 (百万円)	8,486	9,320	▲ 834
医業利益 (百万円)	▲ 602	280	▲ 882
入院収入 (百万円)	5,535	6,102	▲ 567
入院診療単価 (円)	61,778	59,778	2,000
手術件数 (件)	2,560	2,805	▲ 245
のべ入院患者数 (人)	89,595	101,924	▲ 12,329
病床利用率 (%)	70	78	▲ 8
平均在院日数 (日)	12	14	▲ 2
外来収入 (百万円)	2,450	2,569	▲ 119
外来診療単価 (円)	13,500	12,282	1,218
のべ外来患者数 (人)	181,175	209,124	▲ 27,949
紹介患者率 (%)	71	72	▲ 1
逆紹介患者率 (%)	62	63	▲ 1