

令和3年2月12日

国立大学病院の新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 対応について

一般社団法人国立大学病院長会議
会長 横手 幸太郎

国立大学病院では、2020年1月以降から現在まで、様々な形で COVID-19 医療に尽力しております。特にダイヤモンド・プリンセス号、成田空港、羽田空港、海外帰国者隔離施設への人材派遣などにも積極的に協力してまいりました。これについては、2020年4月21日付で「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の医療実施に関する声明」にも記載しております。

COVID-19 患者の受入れ体制構築は、重点医療機関の指定に代表されるように、国ではなく都道府県が主体となって進められていますが、各国立大学病院は、地元都道府県の要請に従い、政府の予算を活用して、PCR 検査の実施や COVID-19 患者の受入れ、特に重症患者の受入れに努めてきました。さらに、地域の中核医療機関が COVID-19 対応でできなくなった一般患者の手術・治療についても機能を分担して国立大学病院が対応する都道府県もありました。

このように COVID-19 に対する国立大学病院の協力体制は、都道府県からの依頼により実施されており、「新型コロナ向け重症者病床数」も都道府県ごとの医療提供体制等の事情を踏まえた調整を経て、指定されています。このため、その値は、各都道府県内の調整に応じて大きく異なり、一律に確保率を横並びで比較し、特に確保率の低い国立大学病院は受け入れに消極的であるとの強い印象を与える報道は、現在も重症の COVID-19 患者を受け入れ、尽力する現場の医療者への配慮に欠けたものであり、看過しがたいものです。

とりわけ病床数という単純な数値だけで病院の COVID-19 対応に対する貢献度を評価する報道姿勢には、多くの医療者が違和感と不信感を持ち続けています。もちろん都道府県により、持っている医療資源に大きな違いがあるため、重症患者の受入れに関して病床数から分析した場合に、国立大学病院が担う役割の大きさに差が生じてしまうのは事実ですが、それ以外の貢献度が全て無視されて報道されることに、COVID-19 医療の現場で汗を流す医療者たちは強い憤りを感じています。

国立大学病院の COVID-19 医療の中で果たす役割は、最重症の患者さんの治療を行う「最後の砦」であり、その貢献度を最も顕著に示す指標は、「重症患者の受入れ数」です。ただし「重症」の定義が曖昧なために、報道される数値が大きく異なることが多く、国立大学病院としては、対応に必要な医療従事者の数や機器、感染防護措置などに非常に多くの人出と医療技術を要する、「人工呼吸器を必要とする重症患者をどれくらい受け入れているか」の数値にも注目していただきたいと考えております。

この件については現在早急に国立大学病院長会議として全会員に向けて調査を行い、データを交えて改めて報道関係者、一般市民に向けてご説明させていただきますが、本日は、国立大学病院の位置づけ、取組についてご説明いたします。

国立大学病院は、全国40の都道府県に置かれた42の医学部附属病院(大学附属を含む)、2つの歯学部附属病院、1つの研究所附属病院において、診療・教育・研究及び地域貢献を使命として活動しています。中でも42の医学部附属病院は、厚生労働省が構築を進める地域医療提供体制の中で、一般病院とは異なる役割、すなわち医療法に規定された特定機能病院としての「高度の医療の提供」、「高度の医療に関する研修」、「高度の医療技術の開発・評価」を担うことを求められています。

加えて、昨年1月の COVID-19 の感染拡大以降は、国や都道府県からの要請に従い、所在する地域の保健所と密接に連携して、PCR検査の実施や COVID-19 患者の受入れに取り組んできました。特に、特定機能病院として有する機能(ICU、EICUなどの高度救命病床、陰圧室などの感染症対応可能な病室、ECMOや人工呼吸器などの呼吸器不全症状に対応できる高度な医療機器、及び感染症専門医、看護師や高度な医療機器を取り扱うことのできる臨床工学技士等の人材)を生かし、重症患者を中心に受け入れを行っています。

一方で、仮に各国立大学病院が全てのICUを COVID-19 患者対応とした場合、高度な管理が必要とされる術後患者の受入れ、ひいては高難度手術の実施そのものが停止することになります。また、COVID-19 患者の診療・看護には、通常よりも多くの医療従事者が対応する必要があるため、地域内の COVID-19 患者の増加に伴い、国立大学病院での重症患者の受入れ数が通常診療と共存できる限界を超えると、他の診療科の外来や入院を縮小、あるいは閉鎖せざるを得ません。さらに、重症患者を多く受け入れると、院内感染発生のリスクが高まるため、クラスターを発生させる危険性と隣り合わせの状況になります。これらにより国立大学病院における通常診療が機能不全に陥ることは、地域医療の崩壊を意味し、決し

て都道府県が求めるものでもありません。

また、COVID-19 の感染拡大以前から、特定機能病院の数や公立病院、医療法人立の民間病院等の数は各都道府県により大きく異なっています。さらに COVID-19 患者の発生状況は、2次医療圏や地域によっても異なっているため、COVID-19 に係る重点医療機関の指定などの体制構築は、都道府県の判断で行われ、実際の陽性患者の入院受け入れに関する調整も地域の保健所が行うことになっています。

これまで、各国立大学病院は、上記の背景の中で、持てる医療資源を最大限活かして、重症患者を中心に COVID-19 患者の受入れに取り組むとともに、特定機能病院が担う地域医療の最後の砦としての役割を維持すべく、都道府県や保健所、及び地域の医療機関と連携して、取組を進めてきました。

今後も引き続き、取組を進めてまいります。

なお、別紙1に千葉大病院における COVID-19 へのこれまでの対応状況を、別紙2に今回の報道に先立ち行われたアンケートの設問と当院の回答結果をまとめておりますので、ご参照ください。