

命を守れ!

連続コラム Vol.6

市長発 COVID-19 ドキュメント 2020-2022



多摩市長
阿部裕行(あべひろゆき)

前号よりつづく

第5章

国の感染症対策報告の概要と 多摩市の独自策

(1) 病床ひっ迫で病床確保のための 転院支援事業を開始

自前の保健所を持たない自治体として医療崩壊を回避するため市として独自に取り組んだ施策をいくつか紹介します。感染症法により、PCR検査の結果、陽性と判明した患者は隔離が求められ、原則、入院となっていました。が、病床ひっ迫から、疾病の程度により、ホテル療養、自宅療養など患者の入院調整については保健所が一手に担ってきました。

一方、第3章で記載したように、入院が

必要な患者を引き受けた日本医科大学多摩永山病院、都立多摩南部地域病院の基幹2病院そして発熱外来等を担った多摩市医師会、日野・稲城・多摩の3市を管轄する南多摩保健所ならびに多摩市とで五者協議を定期的に行っていました。が、2021年7月頃の協議で、基幹2病院から、ある程度病状が緩和してきた患者を適宜、転院させないと新たな患者を引き受けられない、その対応は誰が担うのか、と東京都に早急な対応を求めたいとの声がありました。

当時、23区を中心に感染の波は広がり、三多摩地域は、1、2週間遅れて、陽性者



が増加する状況でした。特にデルタ株への置き換わりにより、病床のひっ迫度は増しつづありました。入院調整は、保健所から東京都福祉保健局のプロジェクトチームが一括し対応していましたが、デルタ株の急速な拡大により、東京都の病院調整機能は限界を超えていました。

そこで、保健所を持たないとはいえ、市として何かできないか支援の方法を探り、感染症患者を受け入れていない一般の民間病院の力を借り、二つの基幹病院から治療を終えた患者を転院させる「新型コロナウイルス感染症病床確保のための転院支援事業」という取り組みを進めることとしました。

重症化し入院していた患者が快方に向かったとしても、基礎疾患その他への影響から引き続き入院治療が必要な患者を引き受ける病院を探すことから始まりました。幸い、複数の病院から、引き受けられる、との回答をいただきました。

ただし、前提として院内感染等を防止するため、厚生労働省で定める感染症患者の退院基準を満たすか、新型コロナウイルス感染症によらない事由により引き続き入院加療等を要するものに限定するなど受け入れ態勢を整えていきました。

転院対象となる患者については、①市内2病院からの転院患者は、市民と市外居住者を対象とする、②市外感染症病床からの転院患者は、多摩市民に限る、とし、市税を充てることも鑑み、結果として、市内2病院のベッド数のひっ迫を可能な限り、緩和し、入院が必要な市民の自宅待機を一刻も早く減らしたいとの一心でした。

転院への後方支援として手を挙げた医療機関と多摩市とで「新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う病床確保に関する協定」を締結することとし、天本病院、聖ヶ丘病院の2病院で、この事業をスタートしました。

2021年9月から2022年3月までの間に、この仕組みを活用し、23人が転院することができました。二つの基幹病院からの転院は18人（市内13人、市外5人）、市外病院からの転院は5人（市内5人）でした。転院対象は、わずかだったかもしれませんが、コロナ対応に汲々としていた基幹2病院からは助かったとの声が寄せられました。また、地元自治体として、入院が必要な市民のベッドを確保できたことで、やれることもある、との希望を見出すこともできました。なお、補助金額は一般ベッド1日当たり8000円。個室は1日当たり2万8000円とし、

受け入れ患者1人に対する補助期間は10日間としました。

当時、各自自治体の取り組みがメディア等で紹介されていました。その中に2021年2月頃、注目を集めたのが長野県の松本市など3市5村の医療機関が連携し、取り組んでいた病床確保のための「松本モデル」と呼ばれる広域連携システムでした。これは、重症患者は国立の信州大附属病院と民間の相澤病院、中等症は公立の松本市立病院と国立のまつもと医療センター、軽症は、安曇野赤十字病院、松本協立病院などが担い、コロナ以外の患者の対応は、民間の病院が担うという態勢で、1週間で100人以上の感染者が発生した際にも乗り切ったというものです。

相澤病院の相澤孝夫理事長は日本病院会の会長でもあり、メディアには、よく登場していました。話を伺っていると、感染症が発生する以前から、松本の医療圏で日常的に病院間の連携に取り組んでいたようです。私は、この「松本モデル」からヒントを得て、多摩市でも民間病院の力をお借りし後方支援など病院間の連携ができないかと検討をはじめ、この転院支援事業を「多摩市モデル」と自負していました。なお、墨田区でも保



健所が中心となり、同様な取り組みが始まっています。

② 陰圧分娩室支援事業でコロナに感染した妊産婦を救う

2021年8月、千葉県柏市で新型コロナウイルスに感染した妊産婦が入院できず、自宅で出産し、新生児が死亡するとの痛ましいニュースが全国を駆け巡りました。

柏市の保健所は記者会見で県の母体搬送コーディネーターなど総動員で入院先を探したが、みつからず、妊婦は自宅出産を余

儀なくされ、救急隊員が駆け付けた時、新生児は既に呼吸がなかったと痛恨の説明をされていました。

また、周産期医療を担っていた地元の千葉大医学部附属病院は、感染し入院が必要な妊婦の出産を引き受けられるよう、母体胎児集中治療室(MFICU)全6床のうち3床を用い、妊産婦2人、新生児2人を引き受けると発表しました。

当時、日本医科大学多摩永山病院の中井章人院長は日本産婦人科医学会の理事でもあり、メディアでの取材に対し「コロナ感染した妊婦は母体救命と感染対策のため帝王

切開が多くなる。出産後、すぐに赤ちゃんを隔離する必要があり、高度な新生児医療と感染症対応が必要で受け入れられる病院が少ないのが現状。妊娠後期に感染すると重症化しやすく、妊婦とそのパートナーは積極的にワクチンを打った方がよい」と応えています。

私は、出産を控えた妊婦の不安を軽減することや、周産期医療を行う医療従事者の感染を防止するためにも、何らか支援はできないかと、直ちに市の医療政策チームに検討を指示しました。

その結果、感染病床を有する周産期連携病院である日本医科大学多摩永山病院は、南多摩医療圏のみならず周産期医療の広域での拠点病院であり、同病院からも支援の要請があったことから、「多摩市新型コロナウイルス感染症医療提供体制緊急整備事業」を新設対応することとしました。

整備内容としては、新型コロナウイルスに感染した妊産婦の出産に必要な医療提供体制や院内感染防止のための分娩室の設備整備補助とし、具体的には、分娩室を仕切り完全に個室化する、分娩室内を陰圧にするための換気装置整備、分娩室内の照明整備などを補助の対象としました。

この事業により、同病院は、通常、入院前にPCR検査を行い、新型コロナウイルス感染症対応をしたことですか、緊急の場合、いったん、陽性扱いとし、入院する際に、この陰圧分娩室を有効活用しているとのことですか。

なお、転院支援事業、分娩室整備事業、いずれについても議会の議決は必要であり、補正予算として議会上程し可決いただきました。

(3) 自宅療養者対策ならびに電話相談対応について

本稿で、何回となく指摘しているように、陽性が判明した患者は、保健所の管轄となります。東京都では、保健所から自宅療養を求められた陽性者に対して「東京都自宅療養者フォローアップセンター」でLINEを活用した健康観察ならびに保健所から配食の依頼があった場合、その翌日に食料品等の配送を行うこととなっています。

しかし、陽性者が急増し、この仕組みが機能しなくなってきたことから、自前の保健所を持たない自治体では、市民の命を守る

ため、陽性者の情報を東京都と共有し、自治体での対応を行って行きたいとする動きが高まってきました。これらの経緯は第3章で記載した通りです。

多摩市では、2021年8月20日から、新型コロナウイルス感染症の自宅療養者と、その同居者を対象に、東京都の物資が届くまでの支援として、3日分程度の物資（食料品・日用品・生理用品）を希望者に届けるサービスを開始しました。防災安全課の職員が、自宅に配送するという仕組みです。基本は接触を避けることもあり置き配での対応としています。周知の方法は、保健所あるいは市内の発熱外来を行っている医療機関にお願いし、市役所の専用窓口に連絡いただくことにしています。

感染症そのものが一時的に収まってきた2022年6月3日まで実施しましたが、配送世帯数は、1359世帯。食料品は、3775人分。日用品は、1241世帯。生理用品は102人にのびりました。7月からの第7波で、東京都のフォローアップセンターの対応が厳しくなってきたことから同センターの要請を受け、再び開始しました。

また、保健所に電話してもつながらない

という事態を受け、コロナ感染症に関する相談に市の看護師、保健師が対応する事業を2022年1月26日からスタートしました。6月3日までに合計2290件の電話相談に対応し、市民の不安な声に寄り添ってきました。ただし、陽性者からの相談については保健所と連携し対応してきました。

(4) 新型コロナウイルス対応を検証する有識者会議報告書から

さて、本稿の「はじめに」で述べたように、私は、新型コロナウイルス対応に関する検証会議なるものを立ち上げるべき、と願っていました。政府は、「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」（座長 永井良三 自治医科大学学長）を設置し、同会議は、2022年6月15日、「新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期多岐な課題について」と題する報告書を岸田内閣総理大臣に提出しました。総勢8人の委員の中には、テレビでもおなじみの社会学者の古市憲寿さんもメンバーとして名を連ねておられました。が、会議そのものは1か月程度と極めて短く、ご本人もテレビでの取材に「限

られた回数の中でやるべきことはやったのかな」と吐露しています。

政府は、この報告を受け、6月17日に「新型コロナウイルス感染症に関するこれまでの取り組みを踏まえた次の感染症危機に備えるための対応の方向性」を対策本部でまとめました。ここでは、①内閣官房に感染症危機管理監(仮称)を長とする「内閣感染症危機管理庁」(仮称)を設置する、②厚生労働省各局にまたがる感染症対応・危機管理に関係する課や室を統合し、新たに「感染症対策本部(仮称)」を設置する、③国立感染症研究所と国立研究開発法人国立国際医療センターを統合し、感染症に関する拠点となる専門家組織として日本版CDCを創設する、などを柱とし、改革していく旨、明らかにしました。

保健所については、業務がひっ迫しないよう計画的な保健所の体制の整備、緊急時に外部保健師等を円滑に応援派遣する仕組みの整備、人命にかかわる緊急時の入院勧告・措置を都道府県知事が23区並びに保健所設置市に指示できる権限の創設等の検討を行うこととなっています。

そうでない市との間で個人情報情報の厚い壁で情報共有が図られず、保健所設置市ではない自治体では、自宅療養で苦しむ市民の命が危機に瀕していたことなどについては一切、触れられていません。

救急の現場で入院できる病院が探せず、危機的状態となっていた入院調整についても、「保健所業務がひっ迫する中、都道府県や保健所設置市・特別区間との間で調整が難航した事例があった」とし、「都道府県、保健所設置市・特別区間の意思疎通や情報共有を円滑に行うとともに、緊急の場合に圏域内の入院調整ができる仕組みが必要である」と記述しているのみです。

自宅・宿泊療養者、陽性の施設入所者への医療提供体制等の確保については、「各地域で個々の医療機関が組織的にかかわる仕組みもなく、現場は感染症危機発生後に要請に基づいて対応せざるを得なかった」と総括しています。

発熱患者を治療する医療機関は一部のみの公表にとどまったこと。自宅等で症状が悪化して亡くなる方がいたなど、自宅での健康観察や訪問診療等の必要性が急増したこと。高齢者施設でクラスターが発生した場合、病床がひっ迫した時期には、施設内

で療養せざるを得ないケースが発生したと。などの具体例を挙げていますが、「感染症危機時には、国民が必要とする場面で確実に外来診療や訪問診療等が受信できるように、法的対応を含めた仕組み作りが必要」とまとめています。現場の悲鳴に真摯に向き合っているとはとても思えません。

冒頭の総括部分で、2010年に日本が経験した新型インフルエンザとの闘いについて触れ、当時の厚生労働省はじめ関係した専門家らが政府に提言した「新型インフルエンザ(A/H1N1)対策会議報告書」を紹介し、「新型インフルエンザの流行後にとられた対応が、平時に危機意識が薄れたことや初動からの保健・医療提供体制の構築について現場レベルのオペレーションに落とし込まれていなかったことなどから、不十分だったと言わざるを得ない」とサラッと書き記しています。

毎日新聞の報道によれば、尾身茂新型コロナウイルス感染症対策分科会会長へのヒアリングはたったの7分と報じられています。全世界をパンデミックに陥れ、日本国内でも、全校一斉休校、緊急事態宣言、感染症2類同等、37・5度以上4日間、保健所のパンク問題、入院調整機能の機能不全

問題、国・都道府県・市区町村の情報連携など、検証する課題は山のようにあります。特に、本稿で指摘しているような課題については、ほとんど触れられて折らず報告書として極めて不十分と言わざるを得ません。

（5）2010年の「新型インフル
エンザ（A/H1N1）報告書」
から学ぶこと

今回の有識者会議・報告書で記載された2010年の報告書について私の感想を述べておきます。話は2009年に遡ります。今回の世界的パンデミックのまさに前哨戦となった新型インフルエンザ（A/H1N1）が日本を襲いましたが、そのことを、政府は認識していたという事実を確認しておかなければなりません。当時の報告書が厚生労働省に存在していたという話題が2020年6月15日の参議院決算委員会を取り上げられ、ニュースとなりました。私もこの報告書を一読しましたが、今回のパンデミックで課題となっていたことは、既に大方、掌握していたということが分かりました。

2010（平成22）年6月10日、厚生労働

省に新型インフルエンザ（A/H1N1）対策総括会議から報告書が提出されました。ネットにこの報告書は全文掲載されていますので、誰でも読むことができます。この報告書には、実に重要な提言がまとめられています。

報告書をまとめた対策会議の座長は、金澤一郎日本学術会議会長。当時の厚生労働大臣は長妻昭氏。内閣総理大臣は鳩山由紀夫氏です。つまり民主党政権の時代です。新型インフルエンザが発生した2009年は自民党の麻生太郎内閣総理大臣の時代でした。2009年8月30日の解散総選挙で民主党は政権につきました。2010年3月にこの総括会議は設置され、7回の会議を開催し、現場の状況もヒアリングするなどしてまとめられています。

当時の状況を、改めて簡単に振り返ってみます。2010年の「厚生労働白書」に概要は紹介されていますので、そちらを参照ください。2009年4月24日、WHO（世界保健機関）は、米国とメキシコ周辺で豚が感染するインフルエンザウイルスに数百人が感染し、死者が発生したと発表し、日本は、WHOがフェーズ4を宣言した4月28日に内閣総理大臣を本部長とする新型イ

ンフルエンザ対策本部を設置し、対策に乗り出します。その後、大阪府内の高校で集団感染の事例が発生するなど、大阪、兵庫を中心に関西圏での流行が認められました。一時的に感染者は増えますが、海外と比較し、致死率も高くなり亡くなられた方は約200人に留まりました。はつきりとした理由は分かりませんが、感染は、それ以上拡大せず収束を迎えました。この報告書から、一部採録し紹介します。

「いわゆる水際作戦・学校閉鎖等、感染拡大防止対策の効果の限界と実行可能性を考慮し、感染力だけでなく致死率等健康へのインパクト等を総合的に勘案して複数の対策の選択肢を予め用意し、状況に応じて適正に判断し、どの対策を講じるのかを柔軟に決定するシステムとすべきである。ただし、流行の初期においては、病原性や感染力等疫学情報が不明または不確かな場合が多いので、万が一病原性が高かった場合を想定し、最大限の措置を選択せざるを得ないことに留意が必要である」と記述されています。

次に「迅速かつ的確に状況を分析、判断し、決断していく必要があることから、国における意思決定プロセスと責任主体を明確化

するとともに、医療現場や地方自治体などの現場の実情や専門家の意見を的確に把握し、迅速かつ合理的に意思決定のできるシステムとすべきである。また、可能な限り議論の過程をオープンにすることも重要である」と述べています。

今回の新型コロナウイルス感染症対応でも、学校での一斉休校、緊急事態宣言はじめ、意思決定プロセスと責任主体が明確でない場面がしばしばありました。政府の専門家会議の会議録が残されていないことを含め、議論の過程がオープンにならなかったことは、既に指摘されている通りです。

感染症危機管理に関わる体制の強化については次のように述べています。「発生前の段階からの情報収集・情報提供体制の構築や収集した情報の公開、発生時の対応を一層強化することが必要であり、このため、厚生労働省のみならず、国立感染症研究所（感染症情報センターやインフルエンザウイルス研究センターを中心に）や、検疫所などの機関、地方自治体の保健所や地方衛生研究所を含めた感染症対策に関わる危機管理を専門に担う組織や人員体制の大幅な強化、人材の育成を進めるとともに、関係機関のあり方や相互の役割分担、関係の明確

化等が必要である。特に国立感染症研究所については、米国CDC（疾病予防管理センター）を始め各国の感染症を担当する機関を参考にし、より良い組織や人員体制を構築すべきである。なお、厚生労働省における感染症対策に関わる危機管理を担う組織においては、感染症に関する専門的知識を有し、かつコミュニケーション能力やマネージメント能力といった行政能力を備えた人材を養成し、登用、維持すべきである」このあたりについては、2022年にまとめられた今回の報告書でも触れられていますが、2010年の段階でも既に指摘されていることばかりです。保健所の人員増が難しければ、せめて中央の国立感染症研究所の増員と研究の拡充は不可欠だったのではないでしょうか。

「サーベイランス」についても、次のように指摘しています。

● 厚生労働省及び国立感染症研究所によるサーベイランス実施体制の一元化や、サーベイランス結果の情報開示のあり方等を含む全体のサーベイランス方法や体制、特に評価に関わる方法や体制について、検討・強化すべき。

● 各国のサーベイランスの仕組みを参考に

しつつ、地方自治体の意見も聞きながら、国立感染症研究所、保健所、地方衛生研究所も含めた日常からのサーベイランス体制を強化すべき。とりわけ、地方衛生研究所のPCRを含めた検査体制などについて強化するとともに、地方衛生研究所の法的位置づけについて検討が必要。「学校の臨時休校等」についても、次のように指摘しています。

● 学校や保育所、通所施設等（以下「学校等」という。）の臨時休業について、今回は一定の効果はあったと考えられるが、今後さらに、休業中の行動も含めた学校等の休業時の実態を把握し、情報を公開しながら知見を収集し、学校等の臨時休業の効果やそのあり方を検討すべき。

● 病原性に応じた学校等の休業要請等について、国が一定の目安（方針、基準）を示した上で、地方自治体がその流行状況に応じて運用を判断すべき。

● 学校等の臨時休業や、事業自粛、集会やイベントの自粛要請等には、感染者の保護者や従業員が欠勤を余儀なくされるなどの社会的・経済的影響が伴うため、国はそれらを勘案し、対策の是非や事業者によるBCP（事業継続計画）の策定を

含めた運用方法を検討すべき。

この報告書では、今後、2009年の感染症を上回る世界的パンデミックが日本を襲う可能性があることを十分認識し、対応を急ぐべきとのトーンで記載されており、この報告書そのものが、長い間、休眠状態にあったことは極めて残念としか言いようがありません。

(6) 多摩市が声を上げてきた 医療提供体制の確保

多摩市が訴えてきた要望の内容を改めて説明しておきます。東京都との間では、市区町村長と都知事との意見交換の場がありますが、2021年11月2日に次のような要請を行いました。当日は小池百合子都知事に代わり、就任したばかりの黒沼副知事とWeb形式で行いました。

私からは「コロナ後の南多摩保健医療圏における医療提供体制の確保」について申し上げます。一つは、市民の生命を守ることでこそが基礎自治体の使命と考えており、引き続き保健所と市との連携、現場レベルは勿論のこと、設置主体であると都と地元自治体という組織レベルでの連携を深めて

いけるよう協力をお願いしたい。二つ目に、感染症患者急増期に多摩地域の入院可能な医療機関は、23区の患者でいっぱい、多摩地域の患者の受け入れが困難な状況でした。感染拡大時の医療提供体制の病床確保の在り方と入院・転院・退院調整のあり方について、都としての検討をお願いしたい。三つ目に、地域の高度救命救急を担っている三次救急病院の建て替え等、高度急性期への対応に苦慮する地元自治体を支援していただきたい、などの要請を行い、都としても要請の趣旨は理解したとの認識が示されました。

本稿で、自前の保健所を持たない自治体の苦悩を書き記してきましたが、国、東京都は「個人情報保護の壁」について解決の途を開きました。

今回、都知事に要請した保健所の設置主体である都と地元自治体という組織レベルの連携について、もう少し詳しく説明します。当時は第6波への備えでしたが、第5波の時と同様、病院などへの入院調整が困難となり、自宅療養の選択肢しがなく、生活支援についても東京都のフォローアップセンターの機能も一杯となり、保健所を持たない自治体からの直接支援が必要となっ

た段階で、東京都のセンターから溢れた陽性者の情報をスムーズに提供していただけるよう、その体制とシステムを整えることでした。

さらに、この機能を充実させ、生活支援のミッションだけでなく、保健所で陽性者を確認した段階で、地元自治体と情報を共有することにより、自治体が行っている個人情報データの照合を行いたいとのお願いです。要は、早期発見早期治療で患者の命を救い、病院の医療崩壊を防ぐというあたり前のことを実行したいという話です。既に多摩市を所轄している南多摩保健所とその協議を始め、現在は、その方法も確立しています。

地域保健法で、感染症対策を含め地域の公衆衛生については、都道府県の責務であることは先にお示しした通りですが、都道府県の機能がアップアップしている時には、市民に最も身近な地方政府が機敏に行動できる体制を整えておきたいとの考えです。

保健所の設置についてですが、人口規模40万人から50万人を定数として、保健所を設置することも考えられます。100万人を超える規模の政令指定都市などで一つの保健所しかないことの問題も今回の感染症

対策の過程で浮き彫りになりました。東京都の多摩府中保健所は、武蔵野市、三鷹市、府中市、調布市、小金井市、狛江市の六つの自治体で総人口は104万人もいる自治体です。そこに1箇所だけでは、今回のような事態では対応できないことは、明白です。同様に約66万人の人口を抱える多摩立川保健所。約74万人の人口を抱える多摩小平保健所などについても保健所機能は拡充すべきです。

私は、本来、これら多摩地域の東京都直轄の保健所を東京都が有効に活用することができていれば、PCR検査の拡充、積極的疫学調査、自宅療養者への支援、オンライン診療、入院調整など多摩地域300万人超の独自ネットワークというまさに「多摩モデル」を構築できるチャンスがあったのではないかと思います。

また、23区の特別区の保健所では、緊急時にそれぞれの庁内でファストコールの要員など増員、派遣する態勢を取ったことを紹介しました。他の道府県でも他部署からの応援時に積極的疫学調査などの職員研修を行った自治体もあるようです。多摩地域の保健所についても災害時に東京都の中だけでの職員派遣で大丈夫なのか、自前で保

健所を持たない自治体で、例えば保健所の業務の中で後方支援できる業務を抽出する必要はないのかなど東京都と災害時応援協定のような協定を改めて結ぶことも考えられます。

東京都では第5波、第6波の際、福祉保健局で担っていた入院調整業務が機能しなくなった旨、紹介しました。23区に病院、特に三次救急医療機関が集中しているという実態や特別区制度と市町村との三多摩格差など東京の特殊性もあり、全国各地の例と一律にはできませんが、冒頭に紹介した和歌山県では、入院調整を県で一括して行う体制を整えました。患者が多かった時期でも、全員を入院させたという実績を残しています。また、神奈川県は医療危機対策統括官をおき、病院の役割分担、機能集約を行い、患者の重症度で入院先を調整する「神奈川県モデル」をつくりました。ただし、神奈川県では、横浜市、川崎市、相模原市の三つの政令指定都市と三つの保健所設置市があり、神奈川県の保健所ネットワークは、この六つの自治体以外の県が直轄していた自治体を中心に担い、それをベースに全県展開していたようです。

また、都内の墨田区でも、重症者、死者

ともゼロという実績をあげています。墨田区保健所は感染者が急増した2021年7月、東京都から積極的疫学調査の範囲を縮小するよう通知を受けていたものの積極的疫学調査を続行するという決断をしています。濃厚接触者のPCR検査を継続していくことが無症状者による感染拡大を抑えられるとの保健所長の判断があったからです。さらに、保健所、医師会、墨田区内の12の医療機関で定期的にミーティングを行い、情報共有していたことも相互に支援・協力体制を整えることに役立ついたようです。このことは、保健所を持たない多摩市でも頻度は墨田区ほどではありませんでしたが、緊急時に会合を開催していましたので、必要なミッションだったと受け止めています。

一方で、保健所を健康福祉部門など行政内に組み込んでいる23区では、母子保健の乳幼児健診、パパママ学級、新生児訪問などが中止に追い込まれた自治体もありましたが、多摩市では、コロナ禍ではあっても、地元の小児科医、内科医などの協力をえて、乳幼児健診は中止することなく対応してきました。この点は保健所を抱えていない自治体だからこそ継続できたとも考えています。

column

地域の三次救急医療機関は
生命維持装置そのもの

多摩市には、日本医科大学多摩永山病院という三次救急医療機関があり、重症のコロナ患者を一手に引き受けていました。1977（昭和52）年に日本で最大のニュータウンとして大規模造成が行われていた多摩ニュータウンの一角に開院し、まちの発展と共に歴史を刻んできました。

今回の新型コロナウイルス感染症との闘いでは、国内で感染症患者が確認される以前から中井院長を先頭に医療従事者としての使命感を持ち最前線で奮闘してきました。

診療科は内科系10科、外科系12科の22科、ベッド数405床、職員数835人の救命救急を主とした病院です。新型コロナウイルス感染症のピーク時には、ICU7床、ECMO3床、そして40床のベッドを重症のコロナ患者のために開

放しました。もう一つの基幹病院である東京都公社病院の多摩南部地域病院は東京都の要請に基づき、約200床のベッドを軽症・中等症患者向けにフロアごと開放し、連携し対処してきました。

さて、三次救急医療機関は、二次救急で対応できない複数診療科領域の患者に対し、高度な医療技術を提供できる病院のことです。人口100万人当たり最低1か所は、設けることとされており、2021年2月現在で全国に266の三次救急医療機関があります。なお、日本で最初の救命救急センターは、1977（昭和52）年1月に認可された日本医科大学付属病院でした。

多摩永山病院も、この日本医科大学の救命救急の伝統を受け継ぎ、発展してきました。現在は東京がん診療連携拠点病院、周産期連携病院、脳卒中、脳神経専門病院など南多摩医療圏の拠点病院として市民の命を守る砦として大きな役割を果たしています。中井院長が自ら牽引している周産期の妊婦への緊急医療や脳卒中など時間との戦いの中で救命に重点を置

いた診療体制は代替機能のないものです。

病院開院以来40年以上を経過し、老朽化した建屋の建て替えも視野に入っています。三次救急医療機関が地域に持続し続けていくためには、国、都の支援は必須です。特に新型コロナウイルス感染症との闘いの中で、三次救命救急医療機関の重要性は多くの市民が再認識したのではないのでしょうか。しかも、日本では、その多くは私立大学付属病院や民間病院であり、公的病院が少ないことも明らかになりました。特に東京では、26ある救命救急センターのうち、半数以上を私立大学や民間病院で占めています。

私は、脳卒中、心筋梗塞など一分一秒を争う疾患、さらには事故などの際の救命救急を担っている病院は、極めて公共的色彩が濃いと考えます。また、多くの市民にとって日常の生活を維持していく上で、命を守る最後の砦としての三次救急医療機関は、必要不可欠なまさに地域の生命維持装置そのものかもしれません。

（多摩市長 阿部裕行）