Professional Eye

プロフェッショナルアイ

# コロナ病床の逼迫の問題

FDSグループ代表
吉冨明彦
エージェントバンク（FDSグループ）主任研究員
関戸恵子

## はじめに

第一スマート少額短期保険（第一生命の子会社）が、寄付金を保険料に充てる形で新型コロナウイルス等の感染症を保障する「特定感染症保険」を、新型コロナ患者の治療に当たっている医療従事者に無償で提供する旨のニュースが報道された。

昨年から蔓延している新型コロナウイルス感染症により、医療の現場は想像以上の負荷がかかっていると思われる。緊急事態宣言下では、しばしば病床の逼迫（ひっぱく）が報じられた。

今回は、病床数世界一の日本において、海外に比べ桁違いに少ない新型コロナ感染者数を前に、病床の逼迫が発生した背景についてみてみる。

## 1. 現状

①新型コロナ感染者数

6月20日現在、新型コロナウイルス感染者数の上位3カ国はアメリカ（感染者数約3353万8000人、前日比約2万2000人）、インド（同約2988万2000人、同約5万8000人）、ブラジル（同約1788万4000人、同約8万2000人）である。その他ではフランス（同約581万7000人、同約2600人）、イギリス（同約463万7000人、同約1万人）、ドイツ（同約373万人、同約1000人）等となっている。

日本国内で確認された感染者数は約78万5千人で前日比は1308人と、主要国の中でも少ない。

②日本の病床数

日本には約8000の医療機関があり、その約1割が国・公立（自治体）病院や公的病院（日赤病院、済生会病院等）で残りは民間病院である。人口100万人当たりの病院数は66で、フランスの45、ドイツの37、イギリスの29、アメリカの19を上回っている。

また、日本の病床数は約150万床で、人口1000人当たりの病床数は約13であるが、これはOECD加盟国中で最多である。さらに急性期病床数も先進国最多の約88万9千床で、1000人当たりでは7・8床となり、アメリカの2・5床の3倍以上である。

③コロナ病床

累計感染者数が人口の約6%に上ったイギリスでは（日本では0・3%、2月時点）、全病床の2割超（22・5%）が新型コロナ用に使用された。アメリカでも11・2%がコロナ病床に転換された。

日本のコロナ病床数は約3万5000床で一般病床に占める割合は3%強である（6月23日現在）。また、公立病院の受け入れはさらに少なく、首都圏でもコロナ病床は4・6%であった（3月時点）。

## 2. コロナ病床の逼迫の要因

第3波では新型コロナ感染者に対する入院者の割合が約20%まで下がり、自宅療養や宿泊療養中に亡くなるケースも発生した。

①集中の不完全

イギリスのNHSトラスト等が数百～数千人単位で新型コロナ患者を受け入れたように、欧米では患者を集中的に受け入れ効率的に対応した。

日本では1病院当たりの受け入れ数が少なく、85の「特定機能病院」でも重症者が5人未満のところが62あった（1月時点）。日本では、新型コロナ患者を集約的に受け入れる、例えばコロナ専門病院のような役割をする病院がなく、効率的な病床の確保が困難であったようだ。

②医療資源の分散

日本の医師数は約32万7000人で、人口10000人当たりの医師数は2・5人と、フランスの3人、ドイツの4・3人、イギリスの3人に比べ少ない（OECD加盟国37カ国中27位）。1病院当たりの医師数もアメリカの137人、ドイツの114人に比べ、日本は38人である。数少ない医師が多くの病院に分散している現状にあり、勤務医の過重労働が問題視されている。人口1000人当たりの看護師については12人とOECD加盟国の8位であるが、1病床当たりでは0・9人とアメリカの4・1人、イギリスの3・1人を大きく下回っている。

医療人材の分散で病床当たりの数が手薄になっており、諸外国に比べ治療効率が低い。

分散は医療人材だけでなく、例えば日本では全国各地に約1400台のエクモ（体外式膜型人工肺）があるが、人員数や技術面等の理由から使用されるケースが多く、高額な医療機器が生かされていないことも少なくない。

そんな医療資源の分散する中小零細病院においては、新型コロナ専用エリアを確保するゾーニングが難しく、一般病棟より手厚い人員数を必要とする新型コロナ患者が受け入れにくい。また、通常診療の縮小や院内感染による経営悪化も懸念される。国等の補助金や診療報酬の上乗せ等の支援も十分とは言い難い。このような状況が、病院がコロナ病床の確保に消極的にならざるを得ない背景の一つにあるようだ。

③連携の不十分

アメリカでは地域ごとの非営利組織「医療事業体」に属する医療機関が患者情報を共有し、入院・転院がしやすい。

日本では新型コロナウイルス感染症の重症者が大病院等で治療を受け回復した後でも、急性期を脱した患者を受け入れる中等症患者用の病院との連携が不十分で、スムーズな転院が難しい。その結果大病院などは回復期の患者のために病床を空けることができず、新たな重症患者を受け入れることができない。

さらに治療が終了した高齢者にあっては、高齢者施設との連携も十分でないため、入院し続けるケースもある。

連携の不足は「下り（ステップダウン）」だけでなく「上り」、つまり重症化した場合にもスムーズに転院ができるシステムがない。

つまり、平時から医療機関の連携が密な海外と病院間の連携が不明確で柔軟な対応ができない日本の差があらわになった形である。

④不明瞭な役割分担

スウェーデン（感染者数は日本の数十倍）では首都の大病院が約1600床（3割弱）を新型コロナ用に転換し、他の病院が新型コロナ以外の患者を受け入れた。

日本は、急性期、回復期、療養病床（高齢者向け等）のすべてを提供するケアミックス型（混合型）の病院が多く、急性期と慢性期の両機能を持つ反面、急性期の対応は劣る。

例えば400～500床以上の公立病院に入院する新型コロナ患者の3分の1が軽症者で、重症者は1割未満に過ぎない。つまり重症患者に特化すべき大病院が多くの軽症者を引き受けていることになる。新型コロナ患者を高機能病院に集中させ、その他の病院は通常医療を提供する機能分担が明確でなかったことが病床逼迫の原因の一つといえるであろう。

⑤司令塔の不在

イギリスでは国主導で危機下の状況に応じた体制を構築、つまり緊急時に医療機関や医療従事者を動員する仕組みがある。アメリカでは州によって指揮権を持つ医療機関が決められている。

日本では、新型コロナ患者の受け入れを強制する法的根拠はない。

厚生労働省は、都道府県が主体となった推進・達成を基本とする観点から、地域で役割分担を明確にするよう都道府県に事務連絡し、実際のコロナ病床の確保は地域任せである。一方、自治体には権限がなく機能不全の状態といえよう。

病院の自主的な判断に委ねるのでは限界があり、コロナ病床の増加につながらなかったものと思われる。

## 3. 医療改革と医療保険

日本の医療は、世界に誇る国民皆保険制度等で世界有数の高齢社会を実現し、また、どこの病院でも受診できるフリーアクセス制を小規模病院の点在が支え、均一の医療提供を可能にしてきた。

しかし薄く広くの非効率な医療提供体制では、限りある医療資材が生かせず、新型コロナ蔓延のような緊急時にスムーズに医療を提供できない欠点があった。問題は病院数や病床数ではなく、危機時に有効に機能するか否かである。

コロナ後は危機時対応の構築はもちろん、病院の統廃合や病床の削減等専門人材や設備の集約により、より効率的な医療提供体制を狙った改革が進むものと思われる。

医療提供体制の変化によって、民間の医療保険はこれまでもさまざまに進化してきた。付添看護に対する保障は完全看護の導入により姿を消し、入院給付金の支払いに必要な入院日数は次第に短くなり、今や日帰り入院が一般的である。

これから実施される医療改革においても、医療保険の対応が必要になる場面があるかもしれない。今後の改革から目が離せない。

## 危機時対応と効率的な医療体制構築へ改革を

M&A保険入門
表明保証保険の基礎知識
山本 啓太 弁護士　関口 尊成 弁護士・ニューヨーク州弁護士 著
M&A取引の安全性を高める（2021年2月刊）
表明保証保険（M&A保険）について、M&Aと保険の両実務に精通した著者が実務者向けにQ&Aで解説
ISBN978-4-89293-439-1　●A5判・196頁
●定価2,420円（税込）／送料495円（税込）
お申込みはFAXまたはWEBで
FAX 03-5816-2863
http://www.homai.co.jp/
㈱保険毎日新聞社
東京都台東区台東4-14-8
シモジンパークビル2F
TEL 03-5816-2861