

コロナ禍の医療提供体制

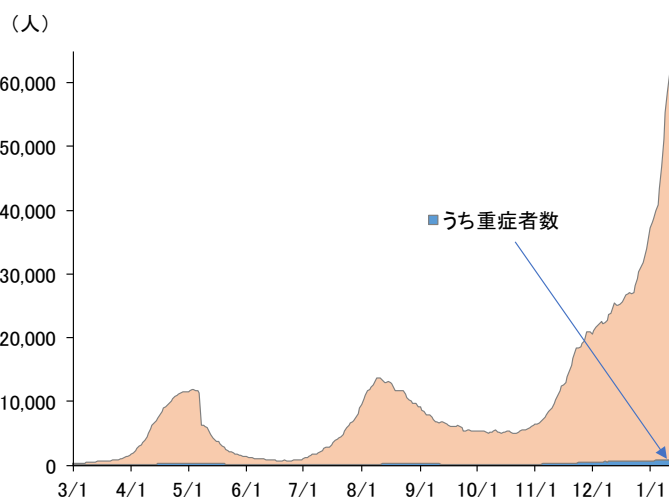
政策・経済研究部 主任研究員 内匠 功

1. 緊急事態宣言を再発令

新型コロナウイルス感染症の患者数は、昨年11月頃から再び増加に転じ、年末年始にかけて伸びが加速した。厚生労働省の集計によると、入院治療を要する患者数（実際には入院せずに宿泊療養・自宅療養している患者もいる）は1月13日時点で63,648人、うち重症者は920人である（図表1）。各都道府県知事や医療関係者等から、医療提供体制が逼迫しており、このままでは医療崩壊を招くとの発言が続出するようになった。

このような一連の流れを受け、菅首相は1月7日、1都3県（東京、神奈川、埼玉、千葉）に緊急事態宣言を発出し、1月13日にはさらに7府県（大阪、兵庫、京都、愛知、岐阜、福岡、栃木）を追加した。

図表1 入院治療を要する患者数の推移

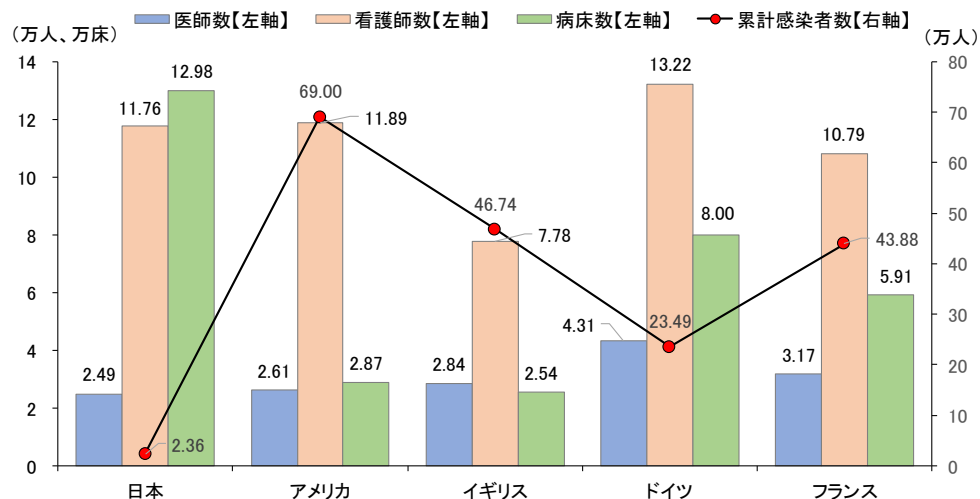


出所：厚生労働省資料より作成

2. 医療提供体制が逼迫している要因

わが国は主要先進国（アメリカ、イギリス、ドイツ、フランス）と比較すると、人口千人あたりの医師数（2.49人）は他国よりもやや少ないものの、極端に少ない訳ではない。看護師数（11.76人）は他国並みであり、病床数（12.98床）は最も多い（図表2）。医療提供体制は決して脆弱ではなく、むしろ世界最高水準と言われることもあるほどであり、その一方で、新型コロナウイルス感染者数は他国よりも桁違いに少ない。

図表2 主要先進国の人口千人あたり医師数・看護師数・病床数・累計感染者数（1月12日時点）



出所：OECD Health Data 2020、米ジョンズ・ホプキンス大学のHP等より明治安田総合研究所作成

一見すると、わが国が医療崩壊の危機に瀕しているようには考えづらい。病院内で感染することを不安に感じる一般患者が受診を控えており、外来・入院ともに減少していることに加え、今冬はインフルエンザの患者（高齢者は重症化して肺炎等を起こしやすく年間1万人程度が死亡）が激減（1月3日までの累計患者数は591人で、昨年同時期の0.1%程度）していることを考慮すればなおさらのことである。

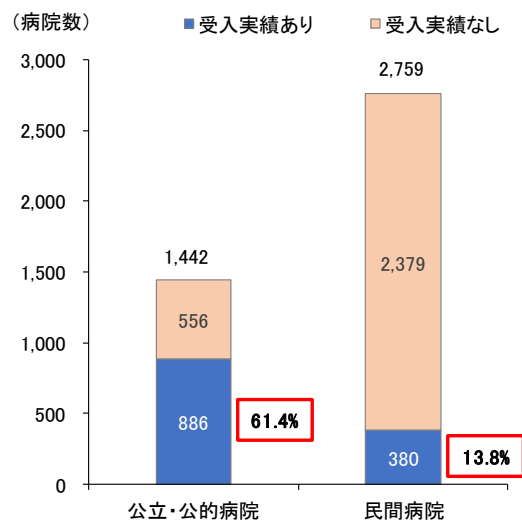
それにもかかわらず医療提供体制が逼迫している要因としては、コロナ患者を受け入れている病院が少ないことがあげられる。急性期病棟を有する病院のコロナ患者の受入実績（2020年9月末時点）は、公立・公的病院では61.4%であるが、民間病院では13.8%に過ぎず、全体では30.1%である（図表3）。

民間病院がコロナ患者の受入に消極的な理由としては、①院内感染を警戒する一般患者の受診が減少する可能性が高いこと、②コロナ患者用に病床を空けておく必要があるため病床稼働率が低下すること、③院内感染の防止対策等の諸経費が膨らむこと、④医療従事者（医師、看護師、事務スタッフ等）の退職が増えることが懸念されること、等があげられる。

厚生労働省の集計によると、全国の都道府県がコロナ患者用に確保した病床数は、1月6日時点で27,650床であり、これは2019年10月1日時点の全国の病床総数（1,620,097床）の1.7%に過ぎない。

わが国の場合、民間病院の割合が高いことに加え、行政（都道府県）は民間病院にコロナ患者の受入を強制することができない。厚生労働省幹部の発言として「実際には人も病床も余っている。本当に必要なところが足りていない」との新聞報道もあり、コロナ患者を受け入れている一部の病院に負担が大きくしわ寄せされているというのが実情と言えるだろう。

図表3 急性期病棟を有する病院のコロナ患者受入実績
（2020年9月末時点）



出所：厚生労働省「地域医療構想に関するワーキンググループ」（2020年10月21日）の資料より明治安田総合研究所作成

3. 厚労省が政策パッケージを公表

一般の医療を確保しつつ、新型コロナウイルス感染症患者に対する医療提供体制を拡充していくため、厚生労働省は12月25日、「感染拡大に伴う入院患者増加に対応するための医療提供体制パッケージ」を公表した。その主な内容は以下のとおり。

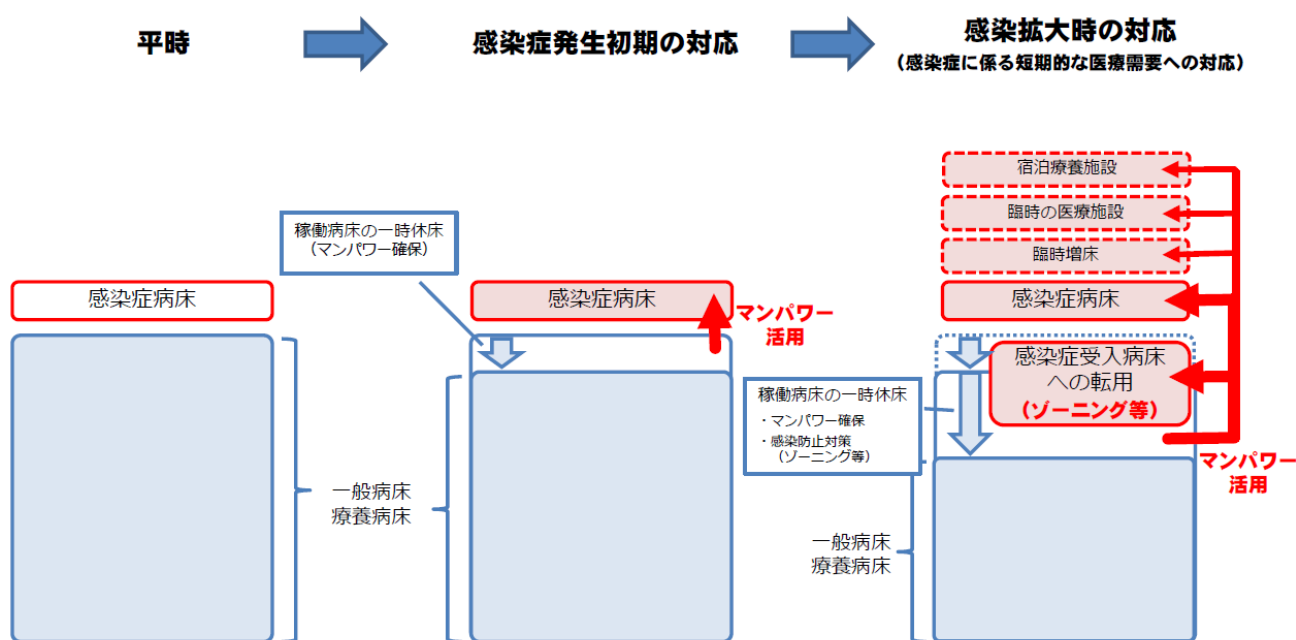
- （1）新型コロナ患者の受入病床と人員を確保するため、今年度内の緊急的な措置として、重症病床1床につき1,500万円、その他病床は同450万円を支援（緊急事態宣言の再発令を受け、新たにコロナ病床を確保した病院に11都府県では450万円、それ以外の道県では300万円を上乗せ）。3月31日までは、都道府県からコロナ患者の受入要請があった場合に、正当な理由なく断らないことが条件
- （2）医師が入院の必要がないと判断した無症状・軽症の患者は、宿泊療養・自宅療養を活用することを推進。
また、医療法の特例により、病院の敷地内（駐車場等）にプレハブ病棟の設置が可能なことを明確化
- （3）新型コロナの影響で人員が必要となる病院に医師・看護師等を派遣する場合、派遣元医療機関への補助上限額（1人1日あたり）を引き上げ（医師：7,550円→15,100円、看護師等：2,760円→5,520円）
- （4）看護師の負担を軽減するため、病院内の消毒・清掃等の委託料は感染拡大防止の補助対象経費であることを明確化し、民間事業者への委託を促進

厚生労働省は上記のような政策を推進することによって、感染拡大時には一般病床・療養病床の感染症病床への転床に加え、臨時の増床や宿泊療養の有効活用等を進めてコロナ対応病床を確保し、それに合わせて医師・看護師等のコロナ対応へのシフトも図る方針である（図表4）。

田村厚生労働大臣は、上記政策パッケージ公表後の記者会見において「新たに民間病院等も含めて、（中略）ぜひともコロナ患者の方々をお受け入れいただきますように、厚生労働省としても心からお願い申し上げ、そのために今回のパッケージをお示しさせていただいたということです」と述べている。菅首相も1月14日、日本医師会・中川会長、日本看護協会・福井会長、日本病院会・相澤会長等と会談し、コロナ病床の確保を要請した。これに対し、日本医師会・中川会長は「日本医師会や日本病院会などで対策組織を立ち上げ、少しでも病床確保や人材確保につなげたい」と述べ、政府の要請に協力する姿勢を示した。

1月15日の日経新聞や読売新聞は、政府はコロナ病床を確保するため、感染症法を改正し、国や都道府県が病院などに患者の受入を勧告できるようにする方針を固めた、と報じた。1月18日召集の通常国会で感染症法改正案を提出し、早期の成立を期すという。これまでも行政は病院に「協力」を求めることができたが、改正案では「勧告」を可能とし、患者の受入勧告に応じなかった場合は病院名などを公表できるようにし、実効性を高める方針のようである。

図表4 新型コロナウイルス感染症の感染拡大時の受入体制（イメージ）



出所：社会保障審議会医療部会（2020年12月25日）の参考資料

4. 今後の展望

上記の一連の政策によって、これまでコロナ患者を受け入れてこなかった民間病院も、一定の人材や設備を有している病院を中心に、今後は新たに受入を開始する可能性が高い。現在、コロナ患者は多くの病院に少しずつ入院しており、医療人材や設備の分散等の非効率を招く要因となっているが、東京都が都内の3病院（広尾病院、荏原病院、豊島病院）を実質的にコロナ専門病院化する方針を示している。今後は全国的にこのような動きが広まると見られ、医療資源を集中させて効率的にコロナ患者を治療する体制が構築されていくと予想される。

また、緊急事態宣言が11都府県に発令され、感染リスクが高いとされる飲食店において時短要請が強化されることなどから、新規感染者も徐々にピークアウトに向かうと見られ、逼迫した医療提供体制も次第に緩和することが期待される。

今回のコロナ禍で医療提供体制が逼迫した背景には、これまでの「医療計画」（医療法に基づいて、各都道府県が医療提供体制の確保を図るために策定）に感染症対策が盛り込まれてこなかったことが指摘できる。このような状況を受け、昨年10月1日から厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」において議論が進められ、12月15日に「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方」が報告書として公表された。

同報告書では、医療計画の記載事項に感染症対策を追加することが適当とされた。具体的には、平時からの取組みとして、①感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保（感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備等を含む）、②感染拡大時を想定した専門人材の確保、③医療機関における感染防護具等の備蓄、④院内感染対策の徹底、⑤クラスター発生時の対応方針の共有、⑥医療機関におけるPCR検査体制の整備、等があげられており、第8次医療計画（2024年度～2029年度）から実際に感染症対策が盛り込まれる見通しである。

また、同報告書では、「地域医療構想」（長期的な人口減少や疾病構造の変化等を踏まえ、2025年までに各地域の病床数を機能別に適正化）について、背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていないため、感染拡大時の短期的な医療需要には各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応し、地域医療構想の取組みは着実に進めていくべきとの方向性が改めて示された。

2024年度から医療計画に感染症対策が盛り込まれ、行政や病院が平時から上記のような準備を実施するようになれば、実際の感染症発生時の対応が迅速かつ的確に行なわれるようになり、社会的な混乱も抑制できる効果が期待される。また、地域医療構想は病院の統廃合に焦点が当たることが多いが、本来は地域の病院が役割分担しつつ互いに連携し、効率的な医療提供体制の構築をめざすものである。感染症の流行時（医療提供体制の逼迫時）こそ、医療機関が連携して対応することの重要性が増すと言えよう。

※本レポートは、明治安田総合研究所が情報提供資料として作成したものであり、いかなる契約の締結や解約を目的としたものではありません。掲載内容について細心の注意を払っていますが、これによりその情報に関する信頼性、正確性、完全性などについて保証するものではありません。掲載された情報を用いた結果生じた直接的、間接的トラブルや損失、損害については、一切の責任を負いません。またこれらの情報は、予告なく掲載を変更、中断、中止することがあります。

●照会先● 株式会社 明治安田総合研究所 〒102-0073 東京都千代田区九段北3-2-11 TEL03-6261-6411