

この国の医療を変えるには…

<第92回>

病床数世界一なのになぜ医療が逼迫するのか？

——コロナ禍で見た日本医療の“病根”

隈本邦彦(くまもとくにひこ)

江戸川大学メディアコミュニケーション学部教授

名古屋大学客員教授

元NHK 報道局記者

わが国の人口1000人あたりの病床数は13.1と断トツの世界一である。

図1を見てほしい。欧米諸国と比べても、ドイツ、フランスと比べて約2倍、イタリア、アメリカ、イギリス、カナダなどに比べると実に4~5倍の水準となっている。数から言えば、「世界で一番入院しやすい国」であるはずだ。

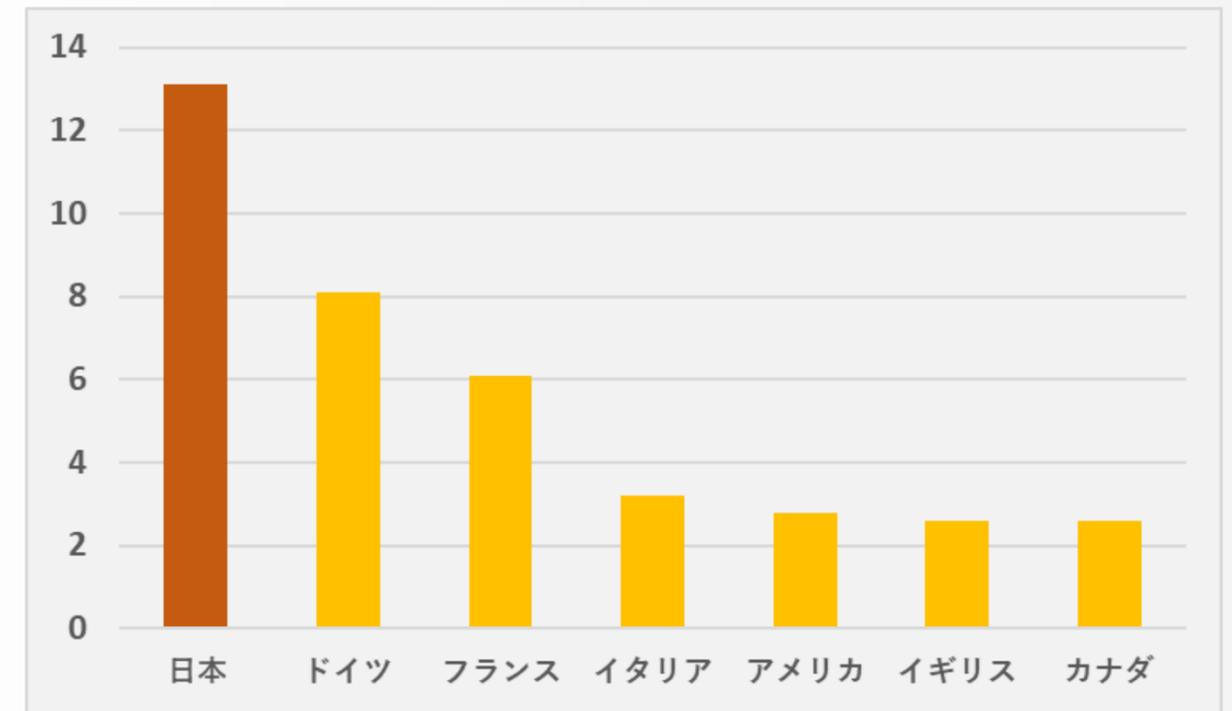


図1 人口1000人あたりの病床数 (OECD 健康統計 2015-17 より)

そんな中、新型コロナウイルス感染症の拡大が第3波を迎えている。東京都の新規感染者数が何千人を超えたとか、きょうも何県で過去最多だったとか連日大騒ぎである。そして「このままでは医療崩壊が起きる」とか「入院患者の選別が必要になる」などという物騒な議論まで起き始めている。

しかし、である。

いくら急増しているといっても日本の感染者数は、欧米諸国に比べればまだまだ少ない。その理由=いわゆるファクターX=

については諸説あるが、とにかくありがたいことにまだ感染者数は少ないのである。

札幌医科大学フロンティア医学研究所のまとめによると、2度目の緊急事態宣言が出された2021年1月8日の直近1週間の、日本の新型コロナ感染者数は、人口100万人あたり283.7人だった。同じ期間、ドイツ・フランス・イタリア・カナダでは1683.3～1794.8人だから日本の約6倍レベル、アメリカは5228.7人と約18倍、イギリスに至っては6136.1人と日本の約22倍の水準である。(図2参照)

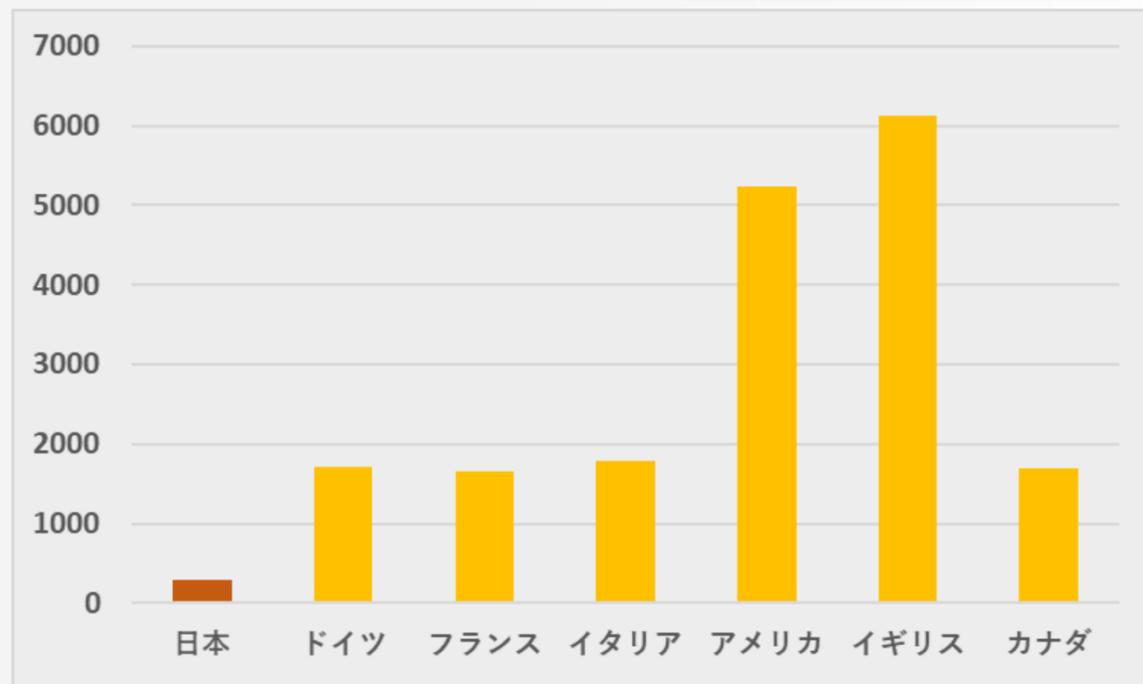


図2 2021年1月2日～8日の人口100万人あたりの新型コロナ感染者数

ということは・・・日本は、米英の4～5倍の病床数がありながら、米英の約20分の1の感染者しかいない状態で、もう「病床が足りない」とか「このままでは医療崩壊する」と騒いでいるということになる。

なぜこんなおかしいことが起きているのだろうか。

◆世界一の病床数、その内実は

その答えを探していこう。

まず世界一の数を誇る日本の病床数の、その中身である。

2019年の厚労省医療施設調査・病院報告によると、日本には病院・診療所合わせて162万の病床がある。うち153万が病院病床だが、約31万が高齢者などの療養病床、約33万が精神病床なので、そこに新型コロナ患者の入院はできない(実は精神病床の多さも世界一であり、日本医療の恥ずべき一面なのだが、その問題についてはまた別の機会に述べる)。

残る約89万の一般病床で新型コロナ患者を受け入れることが、“理論的には”可能だが、実際にはまったくそうになっていな

い。

厚労省の2021年1月6日付のデータによると、各都道府県が確保した全国のコロナ患者受け入れ病床数は、あわせて2万7650。一般病床のわずか3.1%に過ぎないのである。

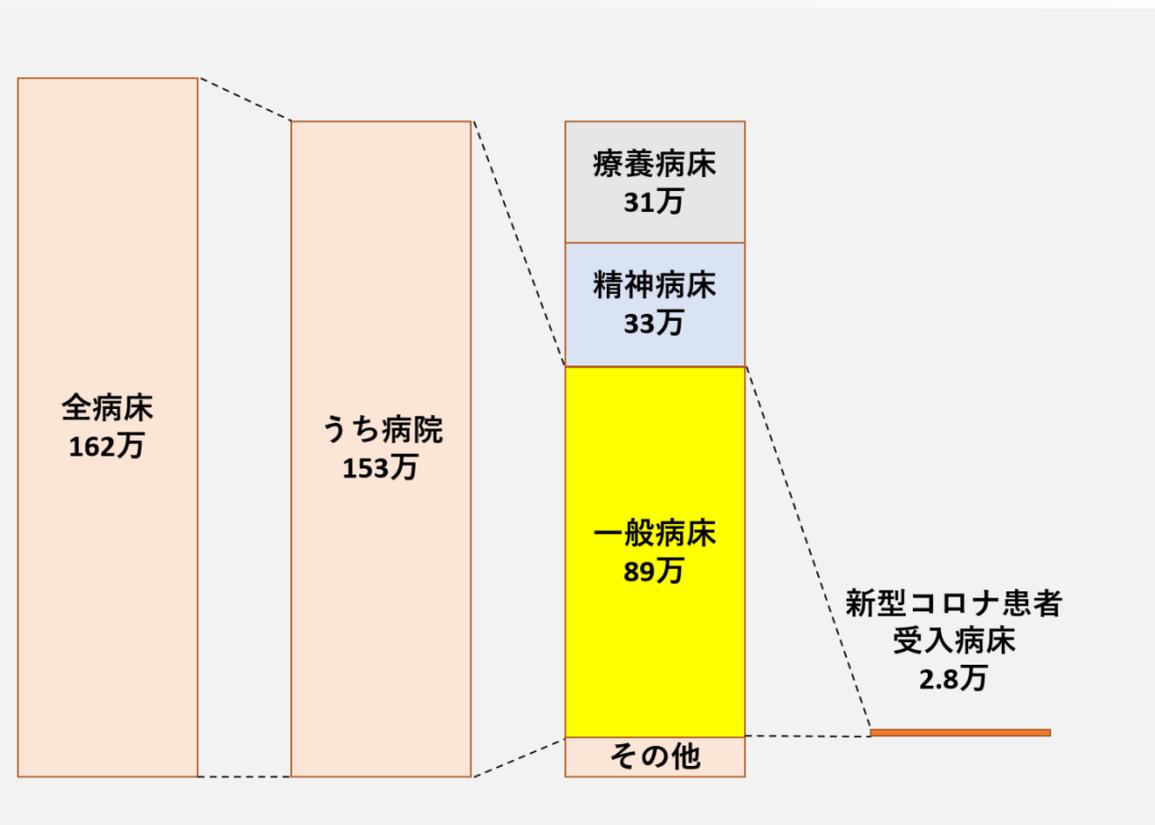


図3 日本の入院病床数の内訳（厚労省データより）

つまり、世界一の病床数を誇る日本だが、うち4割が療養病床や精神病床なので入院できず、残った6割の一般病床に入院させようとしても、そのわずか3.1%（病床全体からすると

1.7%）でしか、新型コロナ患者を受け入れていないということがわかる。

だから米英の約20分の1の流行でも、すぐに医療逼迫の危機に瀕してしまうわけである。

◆その実態が正しく知られていない

ところがその事実は国民に正しく伝わっていない。

理由の一つは、医療界自身がそのことを明らかにしていないためだ。

医療界のトップ、日本医師会の中川俊男会長は、度々記者会見をして「このままでは医療が崩壊する」と危機感を訴え、政治家の会食やGo Toキャンペーンを批判している。ところが、そうになっている原因の一つに、患者の受け入れが“できない”のではなく、そもそも病院が受け入れを“していない”ことがあることには触れようもしない。

またメディアの伝え方にも問題がある。

新型コロナ報道で、各社は入院患者の対応に追われる多忙

な病院を取材する。特にテレビ局は、内部を撮影させてくれるとか、撮影した映像を提供してくれる病院を優先して、その様子をニュースやワイドショーでさかんに流している。確かにそれらの病棟はたいへんな状況なのだろうが、それを見た国民の多くは、まさにいま「医療現場全体」が危機に瀕しているように誤解をしてしまう。

ところが、**新型コロナ患者を受け入れていない全国の多くの病院では、以前とまったく変わらないか、むしろコロナ禍による患者の受診抑制や、この冬インフルエンザがまったく流行していないことの影響で、閑古鳥が鳴いているところも多いのである。**しかしその様子が報道されることはほとんどない。

◆なぜ新型コロナ患者を受け入れないのか

ではなぜ約 89 万床もある一般病床の 3.1%しか新型コロナ患者を受け入れないのだろうか。

筆者に言わせれば、それは日本の医療がもともと持っている“病根”によるものだ。各医療機関の管理者の権限が強大すぎ

るのだ。

新型コロナ患者を受け入れるとさまざまなデメリットがある。まず職員や入院患者への感染を防ぐために、特別の対応が必要になる。精神的にも負担がかかるし、新たな設備投資が必要になることもあるだろう。マスク・手袋・防護服といった資材も余計に必要だ。もし職員に感染者が出れば、濃厚接触者も含めて休業させなければならず、経営的に大きなリスクを背負うことになる。さらに過去には、新型コロナ患者を受け入れている病院の職員が差別されたり、職員の子どもが学校でいじめられたりといったとんでもない話もあった。

要するに儲からない上にリスクが多いのだ。だからよっぽどの使命感と義侠心がなければ、自ら進んで新型コロナ患者を受け入れる病院管理者は少ないのである。

医療機関の専門分化が進んでいることも、患者受け入れを阻む壁になっている。都会には巨大なビルを持つおしゃれな眼科病院や産婦人科病院がたくさんあるが、いかに緊急事態といえども、それらの病院が専門の壁を越えて新型コロナ患者受け入れを申し出てくれることはない。

日本の医療は長年、民間の、しかも中小規模の医療機関によって支えられてきた。

全国の 8300 の病院のうち、国や公的機関が経営するものは 19% (1575) に過ぎない。残りの 81% は民間である。そして 10 万 2600 の診療所も、国や公的機関が経営するものは 4% (4500) しかなく、残る 96% が民間である。

民間の医療機関の管理者は、それぞれ中小企業の社長さんみたいなものなので、国や都道府県知事から「新型コロナ患者を受け入れて」と言われても、「無理です」「お断りします」ときっぱり断れる立場なのである。

もともと日本の医療法では、国や都道府県知事が医療機関に「こうしろ」と命令することはできない。基準に反している医療機関に対して管理者の交代命令を出すことはできるが、普段から「どんな医療をやれ」とか、「どんな患者を入院させろ」という命令は一切できないことになっている。だから他にいくら病床が余っていても、新型コロナ患者を受け入れるように命じることはできないのである。できるのはあくまで「要請」や「誘導」である。そこで、厚労省は、医療が逼迫している地域で新たに新型コロ

ナ患者を受け入れれば1床あたり 1950 万円を支払うなどの経済的誘導策を打ち出した。しかしいまのところ医療機関側からの反応は冷ややかだ。「それくらいのカネではちょっと無理」ということなのだろう

どこの病院も現状では空き病床が少ないということもある。いまの診療報酬体系では、空きベッドが多いと赤字になってしまう。だから民間の医療機関は、経営上の理由で、常にある程度の稼働率になるよう病床を埋めている。



国や公的機関が経営する病院であれば、赤字覚悟で、国などの要請に応じてくれるかもしれない。もちろん民間にも“俺がやらねば誰がやる”的な発想で、患者を受け入れている病院もある。

しかしそれらすべてを合わせても、残念ながら、一般病床のわずか 3.1%でしか受け入れていない、ということなのである。それが日本の医療機関の管理者たちの“賢い選択”の結果だ。

◆医療は自由競争で良くはない

イギリスでは、医療機関はほぼすべて NHS (国営医療サービス) の傘下であり、単一のシステムなので、トップの方針が全体に浸透しやすい。全国各地の NHS の病院は大規模で、多くの診療科を併設している。病院の規模が大きいことは、急に忙しくなった診療科に他の科の職員や病床を回すことができるので、融通が利く。

2021年1月8日現在のイングランドの新型コロナ入院病床数は、日本で確保された病床数とほぼ同じ 2万 6467 だが、こ

れはイングランドの全病床数の実に 28%にあたる。日本の 20倍以上の感染状況にあつて、なんとかイギリスの医療が持ちこたえているのは、地域の病床の 3割をそれに充てることのできる柔軟性を持っているからである。

全体の 8割を占める民間病院がそれぞれに運営している日本では、真似をしようとしても絶対にできない。

普通の商品なら、民間に自由に競争させておけばうまくいくこともあるだろう。良い商品を安く売っていれば消費者から支持されるし、逆に悪い商品を買ったり目先の利潤追求ばかりしている企業は自然淘汰されていくからだ。

しかし、医療は違う。患者の評判がいい病院が流行ることは確かにあるが、質の悪い医療を提供している病院が市場原理で廃業に追い込まれたという例はほとんど聞かない。

日本では、どこに開業するかは自由で、診療科の標榜も自由なので、開業して儲かる都会にはたくさんの医師が集まるが、地方は医師不足になる。人気のある診療科には多数の医師が参入しているのに、足りない診療科ではますます人手不足が進

んでいる。

そしていま、長年の自由競争の末に乱立した民間の中小医療機関の多くが、新型コロナ患者の受け入れないという選択をしているために、患者が欧米より極端に少ないのに医療崩壊が起きようとしているのだ。

別の言い方をすれば、**現行の医療制度の自由を謳歌してきた医師集団と、そのご機嫌を大切にしてきた厚労省が、いまの状況を生んだのである。だから日本医師会の記者会見でも、厚労省の記者会見でも、その問題点に触れられないのである。**

◆日本医療の問題点も同じ“病根”から

読者の皆さんは、いつも、“自分たちは忙しすぎる”と感じていると思う。もう少し余裕があれば患者さんにあれもできたのにこれもできたのにと思うことがあるのではないだろうか。**実はそうになっている理由も、今回の新型コロナで医療逼迫があまりに早く起きているのと同じ理由によるものである。**

日本は病床数が群を抜いて世界一だと述べた。

それに対して人口 1000 人あたりの医師数、看護師数は、欧米諸国よりやや少ないか、同じくらいのレベルだ。(図4参照)

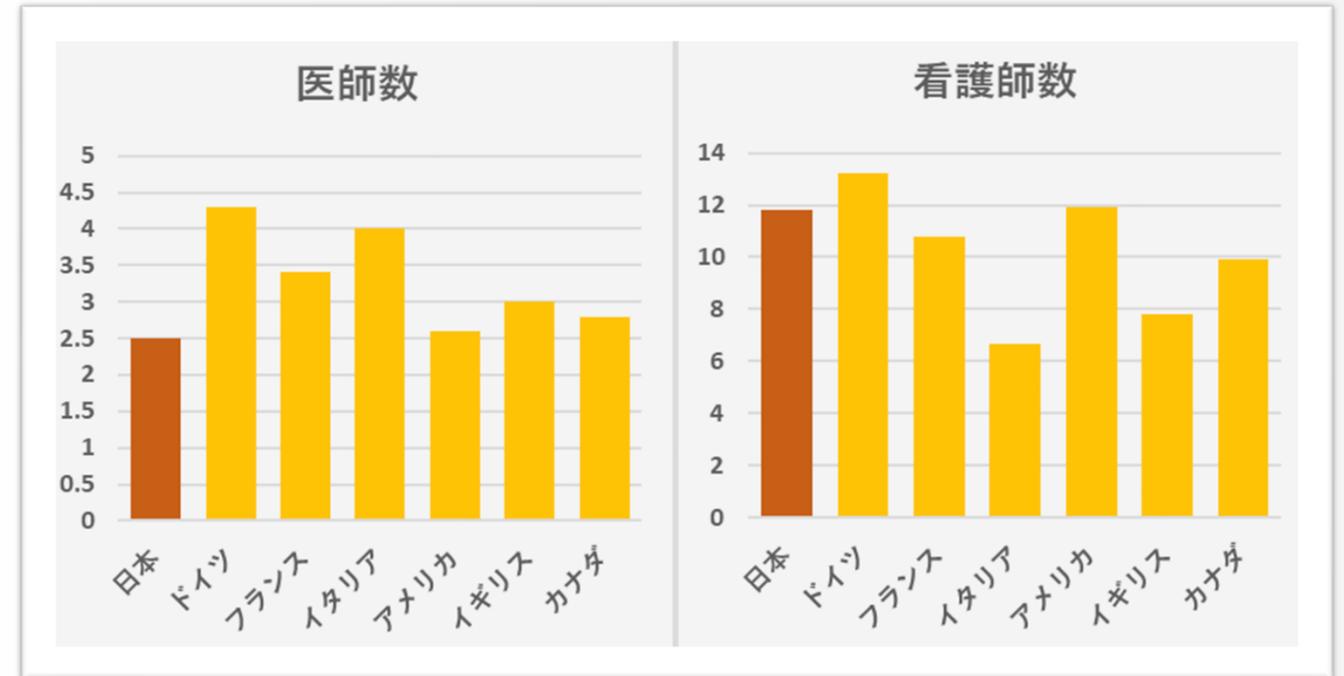


図4 各国の人口 1000 人あたりの医師数と看護師数 (OECD 健康データ)

ということは・・・**日本は「世界一多い病床数を、それほど多くない人数で回していかなければならない国」ということである。**しかも前述したように、赤字経営を避けるためには、ある程度の病床稼働率になるよう常に患者を入院させておかなければならない。“そこそこの人数で多数の患者のケアをする”ことが日本で常態化しているのは、これが主な理由なのである。

試しに筆者が、医師1人あたり、看護師1人あたりの病床数を計算してみた。

図5がそのグラフだが、**医師・看護師ともに欧米諸国の2倍から3倍レベルの数値になっている。これでは日本の医師や看護師が過重労働になるのも無理はない。**

読者の皆さんの「忙し過ぎるのではないか」という実感は、決して間違っていないのである。そしてそのツケは、当然、忙し過ぎるスタッフにしか面倒を見てもらえない患者も被っている。

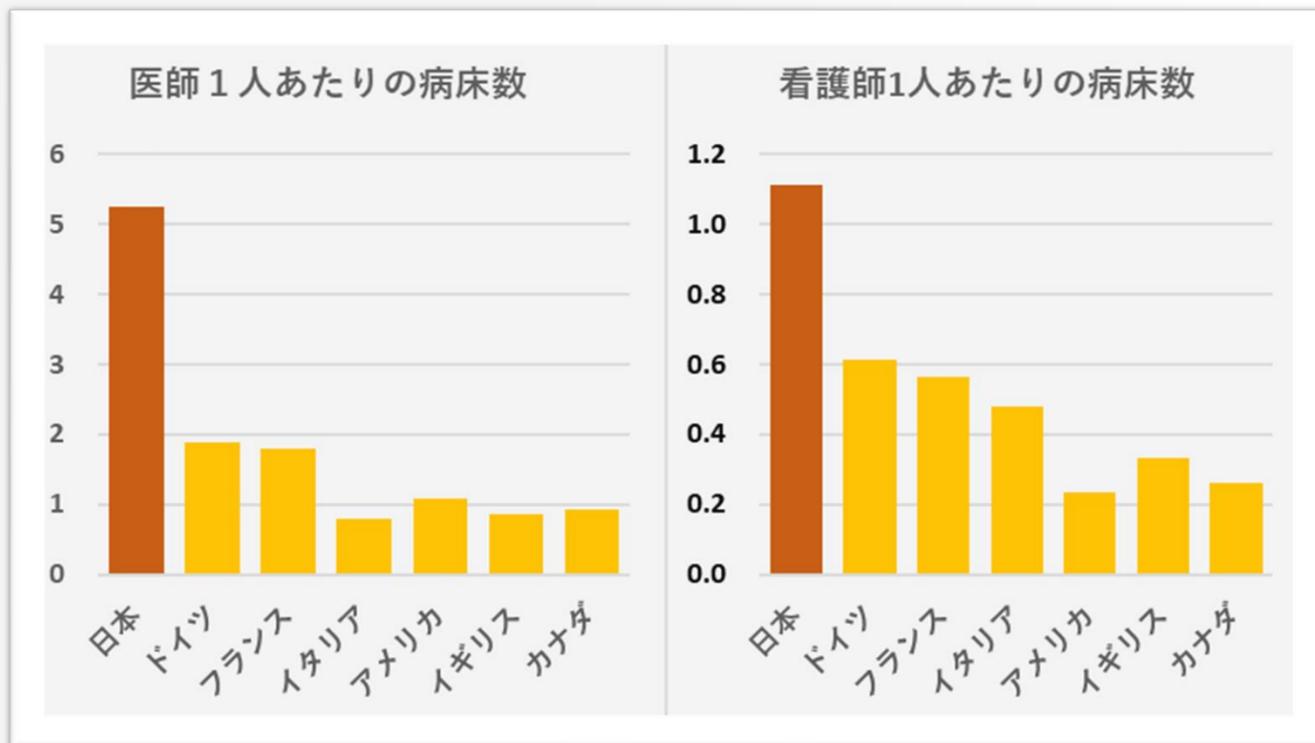


図5 医師1人、看護師1人あたりの病床数（OECD健康データから筆者が換算）



◆病床数が多いのは誰のため？

ではなぜ日本は世界一病床が多くなったのだろうか。

それが医学的理由や患者の希望などではなく、医療機関の管理者の判断＝つまり経営上の理由ではないかということを示唆するのが、図6のグラフである。

各都道府県の人口あたりの医療費と人口あたりの病床数を比較したものだ。

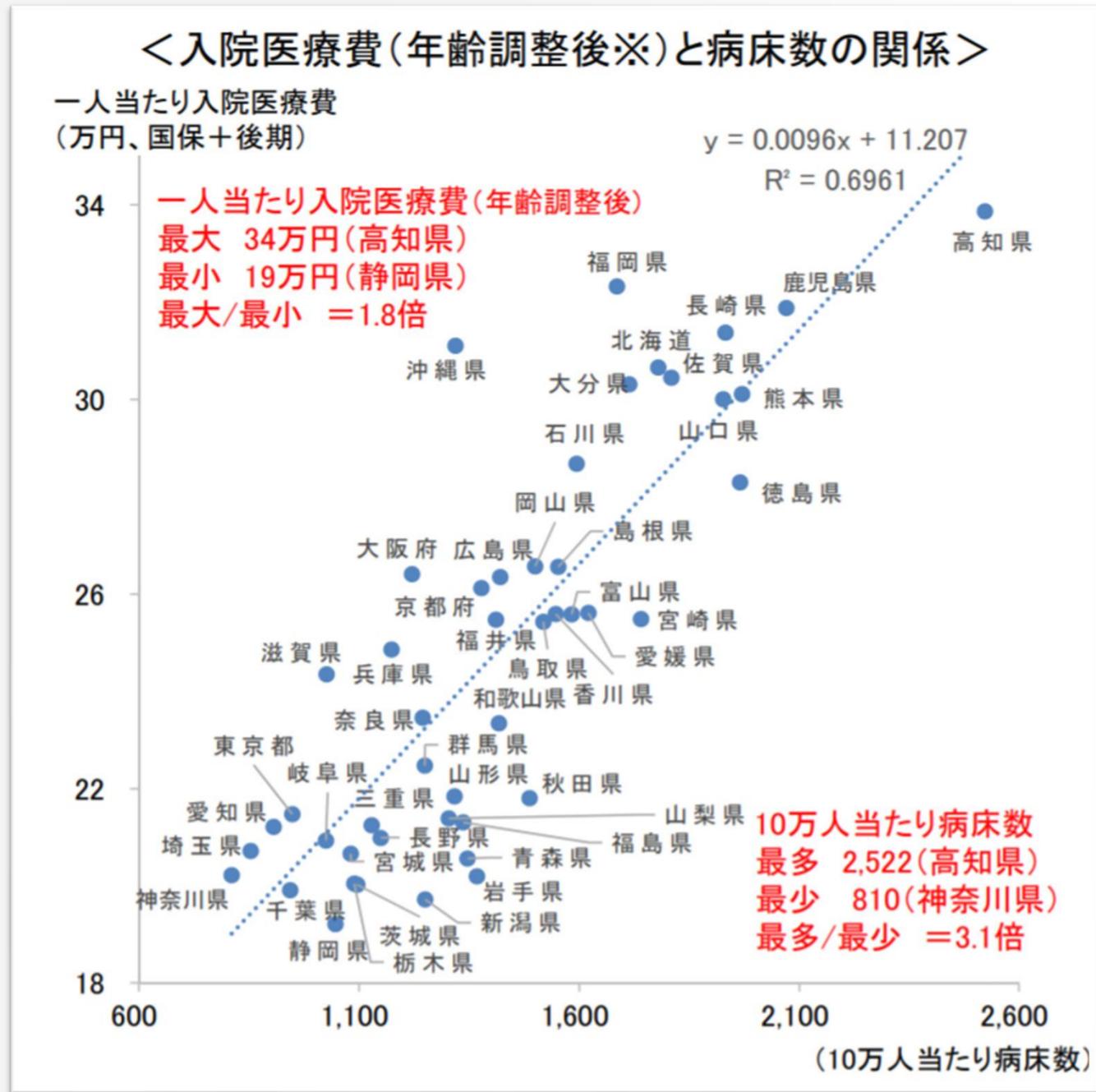


図6 2018年10月30日財政制度審議会財政制度等分科会資料より(2019)

高齢化率で補正した1人あたりの医療費は、最も高い高知県の34万円と、最も安い静岡県の19万円との間に1.8倍の開きがある。では高知県民はそんなに病気がちかという、決してそうではない。

横軸の人口あたりの病床数を見ると、高知県の病床数が日本一であることがわかる。最も少ない神奈川県と比較すると実に3.1倍の開きがある。医療費が最も少ない静岡県と比べても2倍以上だ。

このグラフが教えてくれるのは、病床数の多さは医療費の多さとほぼ比例しているということだ。

医療費とはすなわち「医療機関の売上高」である。入院病床をいくつ作るかは病院管理者が決め、入院が必要かどうかの判断は主に主治医が行う。だから結局のところ、病床数は、医学的理由や患者側の希望によるものというよりも、“その医療機関がどれだけ売上げが必要だと思っているか”という医療機関側の都合で決まっていることを示唆するデータである。

日本の病床数は、1985年の都道府県医療計画の導入で、

初めて民間病院を含めた病床数の総量規制が行われることになり、その計画が出来上がる 89 年の直前に「駆け込み増床」が行われた結果、その時点の約 160 万という病床数がほぼ固定してしまっただけで、それが既得権益となって、そこにメスを入れようとすると、各医療機関の管理者からの大きな反発が起きるので、厚労省もあえて火中の栗を拾おうとしていない。

だからそれ以降の 30 年間、世界一の病床数をそこそこの医療スタッフで回さなければならない現状がずっと固定されているのである。

しかし考えてみれば、民間の医療機関といえども、その主な収入源は健康保険から支払われる診療報酬であり、保険点数と薬価という公定価格で守られている。ある意味公的な存在なのである。医師の養成にも多額の税金がつけ込まれている。

そういう意味で、いま日本の多くの民間医療機関が「新型コロナ患者を受け入れるとデメリットが大きいから嫌」というような消極的姿勢をとっていることは、本来なら許されないことなのではないかと筆者は思う。医師のプロフェッション（職能集団）である日本医師会は、記者会見で政府批判をするより、まず困って

る仲間を助ける行動をとるべきだ。

いま第 3 波の拡大で、医療の現場も報道の現場も混乱していることはわかる。

しかしこういふときだからこそ、むしろこれをきっかけにして、今回のコロナ禍を通じて明らかになった日本の医療制度の“病根”を、どう改善すべきか議論を始めてほしい。

医療機関の管理者の自由度と権限が大きすぎて、統制が効かないという日本医療の問題点に国民の多くが気づき、改革への機運が高まってほしいと思う。



「医療・看護事故の真実と教訓」
限本邦彦著
A5 判 2,400 円＋税

* 単行本

<http://lifesupport-co.com/order04/books.html>

* 電子版

<http://www.shinanobook.com/genre/book/218>