

コロナ禍での医療供給体制に対する一考察

早稲田大学教授

野口 晴子

1. 日本の医師数と病床数

OECD Health Statistics 2021
によれば、日本の人口千人当たりの医師数は2・49人で、32か国中29位と最下位に近い(32か国の平均・約3・56人)。他方、それが効率的か否かはさておき、日本の医療供給体制の最も大きな特徴は、その病床資源の豊かさにあるといわれている。人口千人当たりの病床数は12・84床と、38か国平均の3・52床を大きく上回り、近年病床数が急速な増加傾向にある韓国と並んで、OECD諸国のなかでも突出している。

このように、世界的にみて病床数が最も多い日本で、酸素投与を必要とする中等症ⅡのCOVID-19患者ですら、入院がなかなか困難な病床逼迫が続く状況に、違和感を覚える人が少なくないのではないかと。なかには、国から多額の補助金を受け取り、「即応病床」を標榜しながらも、受入実績が全くない病床も散見され、市民目線から見れば、メディアが「幽霊病床」と揶揄したり、不正受給を疑ったりするのも無理からぬことだ。実際に不正受給を行っていた病院は論外としても、直近の3週間に自宅療養者数が連続して10万人を突破し、療養中の重

症化や死亡等の深刻な事態が発生していることから、COVID-19対応の病床確保に対し、何がボトルネックになっているのかを見極める必要がある。

2. 病床とともに医師の確保も

COVID-19対応の病床数が伸び悩む要因として、医療供給を規制している医療法の限界が指摘されている。2019年『医療施設調査』によれば、一般病院の総病床数約128万床のうち、公立・公的病院の病床数は約34%の44万床で、残りの約66%の84万床が民間病院によって運用されている。患者受入に対する医療機関の裁量が大きい現行法の下では、たとえ監督権限のある都道府県であっても、民間病院に対しては「協力要請」に留まっているのが現状だ。では、法律改正により行政の介入力を強め、COVID-19対応の病床数を半ば強制的に増やせば事足りるかという点、そうではない。直近のデータで相関をとる

と、都道府県別、人口10万人当たりの病床数とCOVID-19対応・重症者対応病床数との相関には統計学的な有意性が観察されず、都道府県における病床資源の多寡が、必ずしも対応病床数に関連していない。他方、人口10万人当たりの医師数との間には、双方の対応病床数ともに統計学的に有意に強い正の相関があり、このことは、病床資源よりもむしろ、医師等の人的資源の方が、COVID-19の対応病床確保のボトルネックになっている可能性を示唆している。つまり、病床数のみを増やしても、「幽霊病床」をさらに増やしてしまう結果になりかねない。

前段で触れたように、世界一の病床数に対し、他のOECD諸国と比べ、比較的小さい医師数で診療を行っている日本では、平時においてさえ、1病床当たりの医師数が少ない。したがって、今後しばらく繰り返されるであろう感染拡大の波に備え、COVID-19対応病床の確保とともに、いかに効率的に医師

図1 公的セクターの病床数とCOVID-19対応病床数との相関

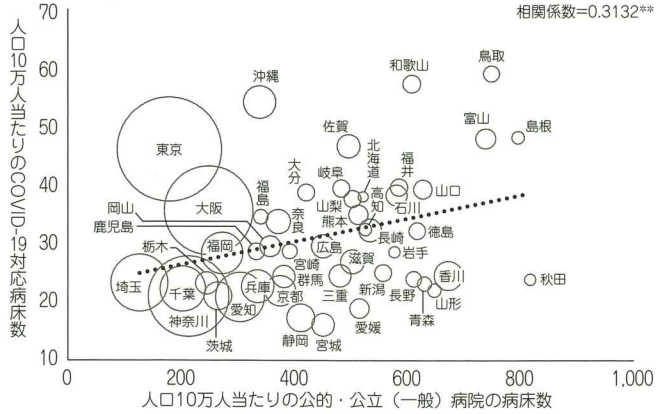
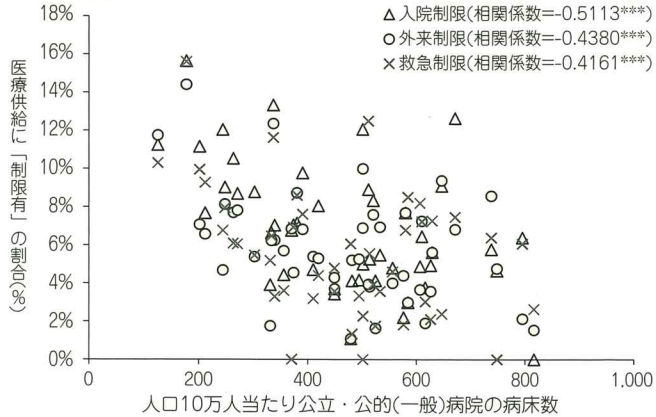


図2 公的セクターの病床数と医療供給体制(制限有)との相関



出所：人口10万人当たりの公立・公的(一般)病院の病床数は、2019年『医療施設調査 令和元年医療施設(動態)調査 都道府県編』(厚生労働省) (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/19/>)；COVID-19対応病床数は、『NHK 特設サイト-新型コロナウイルス-』 (<https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/hospital/>)；医療区分別の医療供給の制限割合については、『新型コロナウイルス感染症対策関係：全国医療機関の医療体制の状況(G-MIS データ)』及びオープンデータ(β版) (https://cio.go.jp/hosp_monitoring_c19/)に基づき筆者作成。
注) 相関係数については、***が1%水準、**が5%水準で統計学的に有意であることを示す。

3. 公的セクターが担う行政的医療の重要性

最後に、公的セクターが担う

を配置し、その人的資源を集中投下する体制を構築できるかが重要な鍵となる。そのためには、病院・病床を対象とした補助金ばかりではなく、医師等の人的資源に対する何らかのインセンティブを検討してもよいのではないか。

ている役割について、簡単な相関図によって概観しておく。前段で、都道府県における人口当たりの病床数全体に着目すると、COVID-19対応病床との関連性が見られないとのべたが、公立・公的病院のみを対象とすると、違う景色が見えてくる。

図1は、都道府県別に人口10万人当たりの公立・公的(一般)病院の病床数を横軸に、COVID-19対応病床数を縦軸にとり、両

者の相関をプロットした図である。円の大きさは、各都道府県の人口密度を表している。この図から、公的セクターとCOVID-19対応の病床数との間には統計学的に有意な正の相関があり、人口当たりの公的セクターの病床資源が、COVID-19対応に寄与している可能性を示唆している。そして、この傾向は、とくに人口密度の低い地域において明らかだ。

次に図2では、図1と同じく、人口10万人当たりの公立・公的(一般)病院の病床数を横軸に、入院・外来・救急別に、公的・民間を問わず、都道府県にある全病院のうち、医療供給に何らかの「制限有」と回答した割合を縦軸にとり、プロットした。図2から、公的セクターの病床資源と医療供給に「制限有」と回答した割合との間には、統計学的に有意な負の相関が観察される。つまり、コロナ禍にあつて、都道府県内の公的セクターの病床資源が、通常医療も含めた医療供給体制を下支えした可能性が示唆される。

今回のパンデミックは、私たちに、有事の際、公的部門が提供する行政的医療の重要性を再認識させる経験であったことは間違いない。他方、持続可能性の点で、公的部門を拡張することは得策ではなく、中長期的には、公と民間にある医療資源の平時と有事双方に対応可能な効果的・効率的な連携の在り方を検討する必要があるだろう。