

コロナ禍での 民間病院の役割を 正確に把握したうえでの 議論を望む

加納繁照 日本医療法人協会会長

患者受け入れ病院の実情を検証すべき

——4月26日の経済財政諮問会議で、有識者議員から「社会保障改革～新型感染症を踏まえた当面の重点課題～」が提出されました。医療提供体制における緊急時の対応強化として、「民間病院を含めて緊急時に必要な医療資源を導入できる仕組み」や「受け入れ病院の指定など民間病院に対する都道府県知事の権限や手段を強化」することなどを提言しています。

今回の新型コロナウイルス感染症対策を通じて、日本の医療提供体制において民間病院がどれだけ大きな役割を果たしているか、広く国民の皆様の間で認識を共有していただけたのではないかと思います。私は従前より、病院数、病床数、救急搬送受け入れ件数の割合について、公立・公的病院がそれぞれ2割、3割、4割、対して民間病院は8割、7割、6割を占めるという「2・3・4、8・7・6の法則」を提唱してきましたが、これも多くの方々に知っていただけるようになりました。

ただ一方、残念ながら、このことを間違った解釈で認識されている方々も一部におられます。たとえば、今回の新型コロナウイルス感染患者の受け入れについても、「民間病院は病床数が多い割に受け入れられている患者数が少ない、その割合は公立病院と比べて見劣りしており、問題だ」という見解も耳にしています。しかし、これが誤った考え方であることは、この談話でも繰り返しお話してきたとおりです。特に感染患者の受け入れで問題視されたのは東京都や大阪府のような大都市圏ですが、大阪府の場合、1月以降の患者受け入れ件数は民間病院が公立病院を上回っています。

——「民間病院を含めて緊急時に必要な医療資源を導入できる仕組み」は、すでに構築されていると言えます。

「含めて」というより、都市部では民間病院と公立病院が「協力して対応した」というのが実態でしょう。また今後、公立病院が患者受け入れのために確保したと報告している病床数と、実際に受け入

コロナ禍での民間病院の役割を正確に把握したうえでの議論を望む

れた患者数はどのように推移していたのか検証しなければいけないと思っています。たとえば、第4波のなかで加納総合病院は20床を確保し、連日、満床で、一時的にオーバーベッドし25床まで拡大しました。それどころか、本来求められていた軽中等症患者だけでなく、重症患者の受け入れにも最大5人まで対応してきましたが、この間、公立病院の確保病床数と受け入れ患者数の割合はどうだったのか。今後、医療従事者を含めて医療体制をどう敷いていくかを考えるうえでも把握しておかなければなりません。こうした検証作業を抜きにして、医療提供体制を議論するのは非常に危険です。

病院の独自の判断が院内感染を防いだ

——「都道府県知事の権限や手段の強化」についてはどう理解すればいいでしょうか。

これも、コロナ禍以降お話ししていることですが、今回のコロナ禍のなかで、先進国で唯一医療崩壊を起こさなかったのは日本であり、そのポイントとして、「民間病院が主体的に機能している」ことが挙げられます。感染爆発は多くの国で人口密集地である都市部を中心に起きていますが、その都市部の救急医療について、日本は例外的に民間によって運営される二次救急病院によって「面」で患者を受け入れる体制が整えられています。

そして、民間の二次救急病院の感染患者対応は、昨年4月以降の第1波のなかで2つに分かれました。当院のように、2009年の新型インフルエンザ以降対応を進めてきたために患者受け入れが可能だった病院は第1波当初から受け入れてきました。一方、PPEやサージカルマスクなどが不足し、入院患者や医療従事者を感染から守る体制が整わなかった病院は、病院トップが自らの経営判断として「受け入れない」という方針を立てたのです。

仮にここで指揮権が発動されて、防御態勢が不完全なままで命令に従って患者受け入れに踏み切っていたら、欧米のように院内感染があちらこちらで起き、同様に感染拡大していたでしょう。

感染患者を受け入れなかった病院も、決して何もしてこなかったわけではありません。新型コロナ以外の一般救急患者は前年比で目減りしたとはいえ、コロナ患者の約10倍近い患者数がいました。そこで、感染患者受け入れ病院が対応できない分、頑張って一般救急患者を受け入れたのが、非感染患者受け入れ病院だったのです。

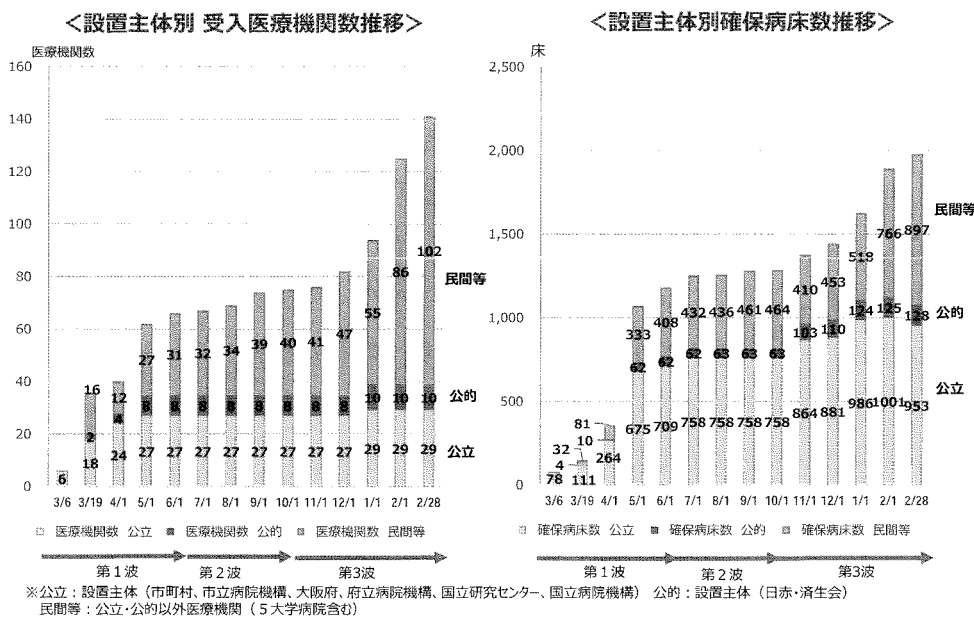
さらに言えば、昨年秋以降、PPEやマスクが調達でき、診療態勢が整った段階で、民間病院は続々と感染患者受け入れに名乗りを上げ、実際に受け入れていきました。第3波以降は特に入院患者が増えましたが、こうした民間病院の活躍もあり、院内感染を起こさずに乗り切ったのです。つまり、それぞれの病院の的確な経営判断があったからこそ対応しきれたといえるでしょう。

一部マスコミでは「医療崩壊が起きた」との論調が見られますが、これも誤りです。「医療崩壊」をどう定義するかにもよりますが、コロナ禍においても一般の救急医療はほぼ維持されました。これは特筆すべきです。爆笑問題の田中裕二さんが今年1月に脳卒中で緊急入院されましたが、現在は快復されてタレント活動を再開しています。このことも、都市部の救急医療が十分に機能していた証左と言えるでしょう。医療崩壊は、起きなかったと考えるべきなのです。

また、コロナ禍でも民間中心の救急医療体制が維持され急性期医療の過剰な「集約化」が進んでいなかったからこそ、院内感染を未然に防ぐことができたという面もあります。欧米では、急性期医療機能の集約化が進んでいる国ほど医療崩壊の度

コロナ禍での民間病院の役割を正確に把握したうえでの議論を望む

新型コロナウイルス感染症にかかる入院医療体制等の概況 病床の確保状況



合いが激しくなっています。理由は明らかで、医療機能の集約化が進んでしまったために、普段から救急患者のウェイトイングが生じているうえにコロナ感染患者も、そうでない一般の救急患者も同じ病院に搬送されることになり、そこでさらに感染が広がってしまったからです。このことを踏まえてフランスでは、「集約化」を見直す動きが出てきています。過去20年間、フランス地域医療、医療計画の司令塔として、急性期病床削減、医療機関合併閉鎖、人員削減を進めてきたARS（地域圏保健庁）の閉鎖論が有力になってきているのです。

20年度の赤字幅は前年比3倍に拡大

——6月3日、日本医療法人協会、日本病院会、全日本病院協会による「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査（2020年度第4四半期）」の結果が発表されました。20年度の経営指標も公表されています。

20年度の経営指標で特に注視したいのは、医業損益の赤字幅が約3倍に拡大している点です。19年度で平均1億4782万円だったのに対し、20年

度は4億6859万円でした。そもそも、19年度時点ですでに赤字になっていること自体、憂慮すべきことですが。20年度はそれが3倍になっているのです。さまざまな支援金によって最終的には「黒字」に転換していますが、病院経営状況の厳しさがうかがえます。「支援金を繰り入れたことで赤字を解消できた。めでたし、めでたし」となってはいけません。

現に、憂慮すべき事態があります。現在検討されているという21年度の補正予算案のなかで、医療機関への支援が一切検討されていないとのが出ているのです。これほどのダメージの影響が、一過性のものですむはずはありません。ここで支援を止めてしまえば、新型コロナへの対応はきわめて中途半端ななかで大幅に縮小を余儀なくされますし、今後の医療、あるいは感染対策にも大きな禍根を残しかねません。

日本医療法人協会では、日本病院会、全日本病院協会とともに、病院経営の実情を訴え、さらなる追加支援を求めています。

——ありがとうございました。