

【生連通信 Vol.58】

医療提供体制拡充を阻むボトルネック

全国的な感染者数の増加に歯止めがかからず、緊急事態宣言の対象地域が全11都府県に拡大しました。

昨今コロナ病床や人的リソースの不足による医療提供体制の逼迫が報道されています。このような状況で政府は感染症法や特措法を改正し、医療機関に対する命令権限の強化を検討しています。しかし、それで医療体制は整備されていくのでしょうか。本日は、医療提供体制拡充を阻むボトルネックをお伝えいたします。

① 民間病院が患者受け入れを実現するためには「損失補填」も必要では

全国の病院の一般病床と感染症病床は合わせると約90万床あり、人口あたりの病床数では世界トップクラスです。しかし、そのうち4%ほどしかコロナ病床に充当されていない上に、その数は第1波から大きな変化は見られません。更なる拡充には、全国の病院数のうち8割を占めている民間病院の協力が不可欠です。

現状、新型コロナ病床確保のための医療機関への緊急支援として、政府は重症者病床に1床あたり約2,000万円の補助を行うなど対策を講じています。しかし、あくまでこれらの補助は経費などの実費負担に対してであって、**コロナ患者を受け入れた際に生じる経済的損失に対しては補填がありません。**

医療関係団体による「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」では、コロナ禍による受診控えもあり全体の医業収支が悪化している中、コロナ患者を受け入れた病院の経営は全体と比べて、さらに厳しいものとなっています。使命感を持ってコロナ患者を受け入れた病院に対してこそ、貴重な財源をもとに然るべき支援をすべきではないでしょうか。病床確保には、**民間病院はじめ医療機関が納得感を持って、コロナ患者を受け入れる仕組みが必要だ**と考えます。

② 医療資源の最大限の活用には、情報の一元管理が不可欠

全病床数の7割弱は200床以下の中小規模の病院が占めており、コロナ患者とそれ以外のゾーニングが難しく、補助金による病床確保推進だけでは限界があります。

日本では、新型コロナウイルス感染者の症状は、「重症」「中等症」「軽症」「無症状」の4つに分類されています。厚生労働省が医療機関向けに発信している「新型コロナウイルス感染症診療の手引き」においては、中等症以上を入院対象とし、軽症はリスク因子があれば入院対象とするとのルールが定められています。また、厚生労働省から自治体には「軽症以下は宿泊または自宅療養を基本とする」との通達が出ています。しかし、実際には入院患者の6割～7割が軽症者との調査結果が出ており、軽症患者の多数の入院が病床数逼迫の一因となっても考えられます。

そのような制約の中、医療資源を最大限活用するためには、**重症者は一定規模の病院で対応し、軽症者・回復期にある患者は中小規模の病院への入院・転院、無症状者の宿泊・自宅療養など、症状や病期別の機能を分けることが必要**だと考えます。

東京都が公表している症状別患者数では、「軽症」、「中等症」の区別がなく、管理すべき都や保健所が情報整理できずに的確な割り振りができていないのが現状です。本来ならば国や自治体を中心となって、感染者の症状や年齢、持病の有無や、各医療機関や保健所、宿泊療養場所等医療資源の**コロナ対応に必要な情報を一元管理**することで、国や自治体、医療機関が一气通貫で対処する医療体制が望まれます。

生団連では本件を含め、引き続き必要な法制定・改定の調査、研究や提言に取り組んでまいりますので、今後も「新・重点課題 緊急事態下における法制度とオペレーションの見直し」について、ご意見やご要望がございましたらぜひ事務局までお寄せください。引き続き何卒よろしくお願い申し上げます。

国民生活産業・消費者団体連合会

事務局：〒108-0075 東京都港区港南 2-18-1 JR 品川イーストビル 8 階

TEL：(03) 6833-0493