

医療崩壊の真実

『月刊まなぶ』編集部

高原 敏朗

はじめに

2020年1月5日、日本で初めて新型コロナウイルス感染症の陽性者が出てから、2021年9月30日の非常事態宣言、蔓延防止指定解除まで、1年9カ月間、日本の国民は、医療崩壊の危機にさらされてきたといわれています。昨年10月に入り、急激に減少したコロナ感染者数は11月1日現在9人と一桁台まで減ってきましたが8日には18人と倍化してきました。専門家は「減少してきたが、第6波に備えねばならない」と警戒感を怠ってはならないと言います。しかし、なぜ減少してきたのか、原因と根拠が明らかにされてきませんでした。

また今なお、陰性に転化しながらも半年、1年と後

遺症に苦しむ患者、さらには、中等、軽症などの自宅療養を強いられる「自宅放置」患者はあとを絶ちませんでした。なぜ、病院など医療機関は、受け入れを拒否していたのでしょうか。

これが「医療崩壊」といわれるものです。そこで新型コロナウイルスであぶりだされた日本の医療提供体制の問題点とは何か。考えてみたいと思います。それには、実際の「医療崩壊の真実」を探り当てなければなりません。

病院外で亡くなる人の多さ

『コロナ戦記』からまなぶ

昨年10月、山岡淳一郎氏（ノンフィクション作家）

◆特集 コロナ感染がもたらした教訓とは



ノンフィクション作家・山岡淳一郎著『コロナ戦記』（岩波書店刊）

がコロナと闘った体験を語っていたのでまなびたい。

「9年にわたる安倍・菅政権が、新型コロナウイルスとの闘いに敗れた。政治主導を掲げ、官邸が各省の幹部人事権を握り、敵と味方を峻別する戦法は、永田町・霞が関界隈を震え上がらせても、ウイルスには通用しなかったといえるのではないか。コロナは、アベノマスクも、ワクチン接種の一点突破による政権延命策も打ち破る、とてつもない破壊力だった。」と振り返った。ワクチンの普及を自賛しつつも、「医療体制をなかなか確保することはできなかったのは大きな反省点」と敗北を認

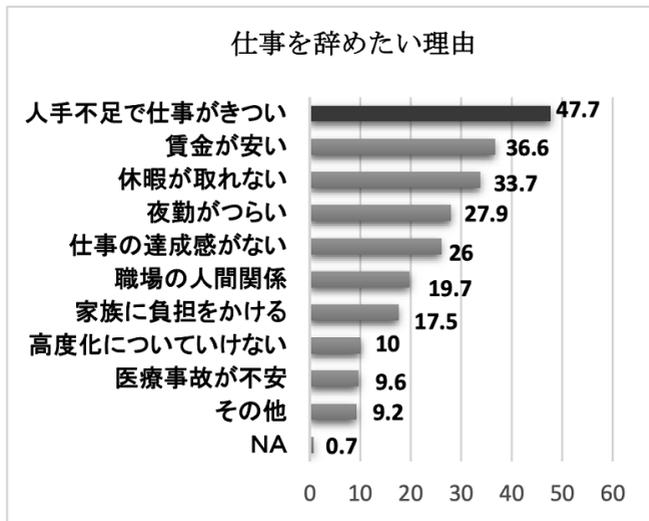
めざるを得なかった。

欧米に比較し、感染者が少ない西太平洋・オセアニア地域で、100万人当たりの死者数は、中国3・2人、ニュージーランド5・6人、シンガポール10・3人、台湾35・3人、豪州5・8人、韓国47・0人
：日本はどうか。136・2人。カンボジアの126・1人よりも多い（2021年9月19日現在）。なぜ、日本の度合いが他国に比べて多いのか。

医療崩壊の度合いは、発症しながら医療機関にかかれず、病院外で亡くなる変死事案の数に表れている。2020年3月から2021年8月までに、コロナに感染して自宅などで症状が悪化し亡くなった人は、警察が把握しているだけで817人にのぼる。警視庁のまとめでは、そのうち250人が、第5波のピークだった2021年8月に集中していることが分かっている。

都道府県別では、東京都が112人で最多だ。第3波の1月には全国で132人が自宅で死亡していた。東京都知事の小池百合子が「無観客という歴史にない大会をやりとげ、世界中の人が観客となって勇気と感動を共有できた」と自慢した五輪の裏で、これだけの人が医療に見放されて命を落としていたのだ。

◆特集 コロナ感染がもたらした教訓とは



マンパワー不足のうち看護師の実態。

日本医療労働組合連合会 「2017年 看護職員の労働実態調査」による

露呈した医療構造の脆弱さ、

医師の絶対数が足りない

菅元首相は、会見で医療体制が崩れた要因について、「病床や医療関係者の確保に時間がかかる、治療薬やワ

クチンの治療・承認が遅く、海外よりも遅れてしまう、緊急時でも厚労省を始め省庁間の縦割りや、国と自治体の壁があつて柔軟な対応が難しい」とさらりと述べた。

マンパワー不足や治験・承認の手続きの遅さ、省庁間の縦割り、国と地方の壁は、いまに始まったことではない。そうした構造的な問題が露わになったのは、平時は「国民皆保険」でそれなりに回っていた医療がパンデミックの圧力に耐えられなかったからだ。危機的状況になやかに適応し、復元する力、つまりレジリエンスが欠落していたのである。どうして日本の医療は強靱さがたりないのか。これこそが問題の本源だ。

よくいわれるように日本は先進諸国の中でも、病床数は断然、多い。OECD（経済開発協力機構）のデータによれば、人口1000人当たりの病床数は、日本が13・0床、ドイツ8・0床、フランス5・9床、米国2・9床、英国2・5床と大きく差をつけている。しかし、人口1000人当たりの医師数を見ると、日本は2・5人でOECD加盟35カ国中28位。日本と同じく国民皆保険制度を維持するドイツ4・3人、フランス3・4人、英国3・0人に遠く及ばない。つまり、日本の医療は医師の絶対数が足りず、少数の医療スタッフがたくさんの病床の患者を診なくては成り立たない構造に

なっている。しかも、日本の全病院数の約80%を民間病院が占め、国立・公立（自治体）公的（日赤、済生会、共済組合、厚生連など）病院は20%弱（病床数では30%）に留まる。日本の医療の中核を担うのは、民間の中小病院なのだ。フランスやドイツでは公的セクターの病院が全病床の65〜85%を占めている。

そうした状況で新型コロナウイルス感染症が大流行し、構造的な弱さが表面化した。厚労省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」の資料によると、民間病院の82%は、感染対策や治療技術などの面でコロナ患者の受け入れは不可能とされている。民間の中小病院は十分な戦力たり得なかった。一方、公立病院の69%、公的病院の79%は患者の受け入れが可能だ。

第2種感染症指定医療機関351施設（感染症病床1752床）の9割が公立・公的病院である。患者は公立・公的病院に集中した。患者を受け入れた922病院の7割が公立・公的病院だった。その「公」の支えが感染爆発で限界に達し、周辺病院や診療所がカバーできず、在宅死という医療崩壊現象が起きたのである。

*第二種感染症指定医療機関とは、感染症の予防及び感染症

症の患者に対する医療に関する法律で定められた二類感染症（結核、

SARS、MERS等）の患者に対する日本の医療機関。知事が認定。

切られる公立・公的病院

「公」の支柱が細いのは、経済効率を重んじる新自由主義的な医療「改革」の反動であろう。2001年に発足した小泉純一郎政権は、「小さな政府」を志向し、患者の自己負担額の増額（2割を3割に増）と診療報酬の大幅な切り下げ、療養病床の削減を打ち出した。のちに小泉路線はやや修正されたが、「効率化」が医療体制を揺さぶった。その象徴が、2008年大阪都構想（大阪市廃止）を唱えて大阪府知事の椅子に座った橋下徹の行政改革だった。

橋下は「二重行政の廃止」「行政のスリム化」を訴えて、医療・衛生部門の職員の数を減らす。公的病院の大阪赤十字病院への補助金年3765万円、済生会千里救命救急センターへの補助金年3億5000万円を削った。橋下の後を継いだ松井一郎、吉村洋文も「府市病院の一体経営で、大阪全体の医療資源を充実させる」と称して病院統合を進めた。三つの大阪市立病院を非公務員型の独立行政法人に移行し、一部を大阪府立病院機構に統合した。

こうして府の支出を減らされて府立病院機構は資金難にあえぐ。大阪の惨状は、医療の効率化、病院の再編・

◆特集 コロナ感染がもたらした教訓とは



一部では、コロナ対策に距離を置いた、と批判される、公的病院の筆頭・東京大学附属病院

統廃合と背中合わせなことが分かる。東京都はどうか。再編・統合の流れは止まりそうにない。というのは、都立、公立併せて14病院の独立行政法人化（以下独法化）が目前に迫っている。小池都政は、毎年一般会計から約400億円を病院事業に組み入れることを解消しようと独法化を決めた。2022年度内を目途に地方独立行政法人を設立する予定だという。独法化されれば、職員給

与の水準は下げられ、非正規職員が増えることは目にみえている。また、個室料金などの患者負担も重くなるだろう。何よりも不採算部門の切り捨てが憂慮される。はたしてコロナ禍の渦中、血税400億円の使い方も公立病院の存続は十分に検討されたのだろうか。「公」の重さ、公立病院の存在価値とは何か。

問題は平時にどれだけ、

先を見越した備えができるかだ

厚労省は、「感染拡大時における医療」をどうイメージしているのだろうか。感染症病床や重傷例を想定した施設・設備の整備、専門人材の確保が連記されている。そんなことは当たり前のことだ。問題は、平時にどれだけ、先を見越した備えができるかではないかだ。

現場の声に耳を傾けてみよう。横浜市立市民病院（650床）は、ご存じのように、クルーズ船、ダイヤモンド・プリンセス号の陽性者28人を含む463人の感染者を2021年2月まで受け入れてきた。その後も感染者患者への対応は緩めず、第5波のピーク時はコロナ専用72病床がほぼ満杯になった。まさにコロナに立ち向かう公立病院の旗手である。



安心とつながりを重視した横浜市立病院

2021年3月までこの横浜市立病院の院長だった石原淳（現平塚市民病院事業管理者）氏は次のように語る。

「実は、横浜市立病院はSARS（重症急性性呼吸器症候群、2003年）やMARS（中東呼吸器症候群、2012年）の疑いがある患者さんも受け入れていまし

た。幸いどちらも感染していなかったのですが、フル防護服で対応したんです。以前、米軍とは感染症患者移送の合同訓練、横浜検疫所とはクルーズ船で新型インフルエンザの患者が発生したと想定して、患者搬送、受け入れ、診療までの過程を検証する訓練もしています。ですから、クルーズ船のケースも驚かなかった。うちに患者さんがくるな、と構えていた。実際に大勢の患者さんを診て平時の大切さを痛感しています。たとえば、病院に個室がどれだけあるかで、診療や感染制御の質が決まる。個室は多いほどいいのです。米国では、2006年に病院建築のガイドラインが改定され、新築の病室はすべて個室とされました。二人部屋もダメです。国はそのあたりの基本から見直したほうがいいのでないでしょうか」と警鐘を鳴らしています。

こうしてみるとやはり、「公」の現場で実際医療に当たっている医師が一番知っていることが分かりました。国立・公立の病院や医療従事者を削減するなんてことは絶対やってはならないのです。東京都を始め、都市部、地方で活躍する「公」の医療機関の存続を現政権にも求め続けていかねばなりません。

（たかはら としろう）