

感染症病床はなぜ減らされたか

9割を公立・公的病院が担っているのはなぜか

医療・介護・保健所の削減やめて！  
いのちまもる緊急行動スタート学習会

# 感染症病床の歴史と国立病院の役割

戦後、1945年に陸海軍病院、傷痍軍人療養所が管轄を厚労省に移され、1947年に日本医療団の結核療養施設が合流して、国立病院・療養所（以下、単に国立病院）が発足。

国立病院は、国民のいのちをまもるための病院として、かつて流行し「国民病」と呼ばれた結核の治療や、民間では担うことの困難な医療を担ってきました。

感染症の拡大や大規模災害などの緊急時には、全国にある国立病院のネットワークを活用し、国民のいのちを守るための医療を提供する役割があります。

# 感染症病床の歴史と国立病院の役割

国立病院は、当時、国民病と言われた結核対策を担い、1955年には結核病床6万5500床を有していました。

その後、結核入院患者の減少に伴い、病床転換が行われ、難病や筋ジストロフィー、重症心身障害病床等が整備されました。

国立病院は、国民のいのちの砦として、がん、心疾患などの高度医療とともに重症心身障害、筋ジストロフィー、神経難病、結核・感染症、精神、災害医療、へき地医療など民間では困難な医療を担い、地域医療に重要な役割を果たしています。

# では、結核感染者は減少し 気にしなくても良い病気になったのか

「厚労省：2019年 結核登録者情報調査年報集計結果」

- ※日本の結核罹患率（人口10万人対比）は11.5%であり、米国3.0%、ドイツ7.3%、英国8%など欧米諸国に比べて依然として高い罹患率である
- ※2019年の結核による死亡者数は2,088人で、この10数年来、ほぼ同水準で推移している。ちなみに、直近2020年に交通事故による死亡者数は2,839人。
- ※新たに結核患者として登録された者の数（新登録結核患者数）は14,460人。内、就労年齢では「20～29歳」1,164人（8.0%）が目立って高く、登録時の年齢が20～59歳であり、登録時の職業が無職臨時日雇等であった者は762人19.2%。男性の患者に占める無職臨時日雇等の者の割合は55～59歳が最も割合が大きく31.6%。「格差と貧困」拡大の影響とも受け止められる
- ※新登録肺結核患者のうち有症状の者の中で、受診が遅れた（症状発現から受診までの期間が2か月以上）患者の割合は、20.4%と極めて高く、感染を広げる原因にもなりうる危険性を現している

# 国立病院の位置付け

## ◆国立病院機構法 （緊急の必要がある場合の厚生労働大臣の要求）

第21条 厚生労働大臣は、災害が発生し、若しくはまさに発生しようとしている事態又は公衆衛生上重大な危害が生じ、若しくは生じるおそれがある緊急の事態に対処するため必要があると認めるときは、機構に対し、第十五条第一項第一号又は第二号の業務のうち必要な業務の実施を求めることができる。

## ◆高度専門医療に関する研究等を行う国立研究開発法人に関する法律

（緊急の必要がある場合の厚生労働大臣の要求）

第24条 厚生労働大臣は、災害が発生し、若しくはまさに発生しようとしている事態又は国民の健康に重大な影響のある特定の疾患等に関して、公衆衛生上重大な危害が生じ、若しくは生じるおそれがある緊急の事態に対処するため必要があると認めるときは、国立高度専門医療研究センターに対し、第十三条第一項第一号若しくは第二号、第十四条第一号若しくは第二号、第十五条第一号から第三号まで、第十六条第一号若しくは第二号、第十七条第一号若しくは第二号又は第十八条第一号から第三号までの業務のうち必要な業務の実施を求めることができる。

2 国立高度専門医療研究センターは、厚生労働大臣から前項の規定による求めがあったときは、正当な理由がない限り、その求めに応じなければならない。

# 結核病床や感染症病床を 民間医療機関で受け持ちきれない理由

## ※感染症病床と結核病床の利用割合（厚労省2019年医療施設調査）

1日の平均在院患者数⇒感染症病床73人、結核病床1,474人  
病床利用率⇒感染症病床3.8%、結核病床33.2%

## ※診療報酬上の仕組み

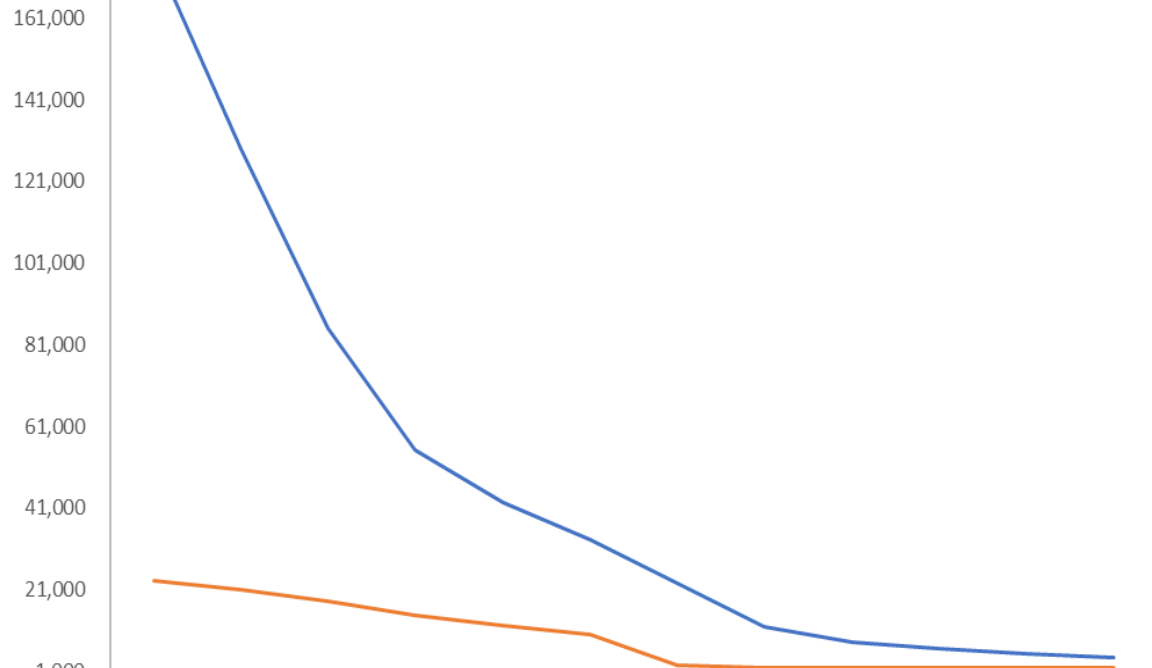
感染症病床の加算は、陰圧室を設置しても1日200点（2,000円）しかない  
結核入院は在院日数が長くなる傾向があるため、入院基本料が減ってしまう

## ※度重なる診療報酬「マイナス改定」

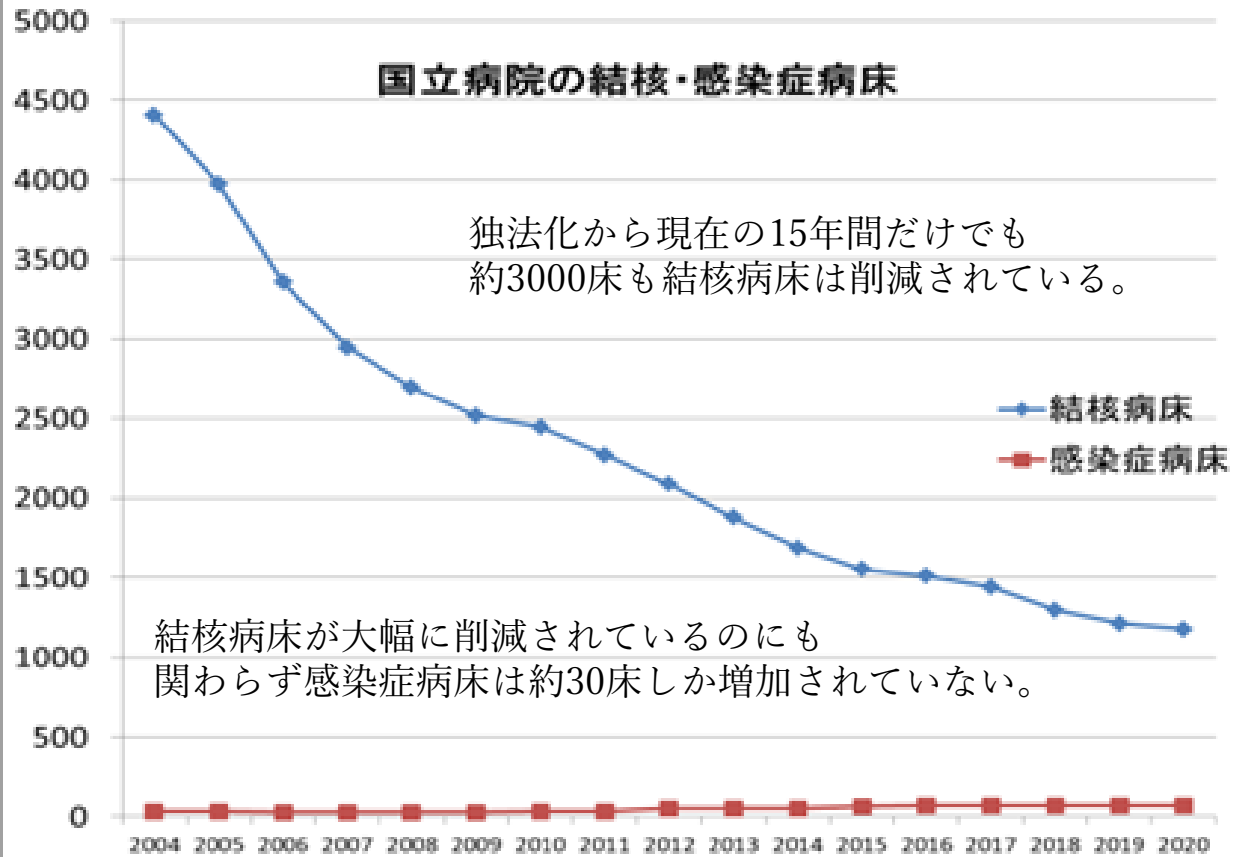
高い病床利用率を維持し、人員をぎりぎりまで削減しないと経営が成り立たないため、不採算部門は民間医療機関では受け入れられない

# 国内の結核病床と感染症病床数の推移

結核病床と感染症病床数の推移



国立病院の結核・感染症病床



# 感染症病床を減らしてきた弊害が コロナ禍で明らかに

※感染症病床が減れば、専門医も少なくなり、専門知識を有する看護師も少なくなる

※結果として、パンデミック当初に都内の有名大学病院や、大手民間病院でも院内感染を引き起こし、その後介護施設などでもクラスターが頻発した

※いかに感染症の専門家が少ないかについては、テレビに同じ顔の専門家が出続けていることでも理解できる



# 感染症病床の拡充設置とそれを中心に担う公立・公的病院の拡充こそが必要

※21世紀に入ってからパンデミックの実態

⇒2002年のSARS、2009年の新型インフルエンザ、2012年のMERS

そして2019年～新型コロナウイルスと21世紀に入ってからだけでもこれだけ感染症が

※コロナ禍を経験し、後手の対応こそが莫大な財政出動を伴うことが明らかに

⇒感染拡大初期の段階で、PCR検査を徹底し、症状別に療養場所を確保していれば第3波第4波の感染爆発と医療崩壊は避けられたであろう

※日常から不採算部門をしっかりと国が財政補償して、備えをしておくことが、むしろ支出が押さえられることになることは明白

※そして、結核も終わった病気ではないことをしっかり受け止め、備えを確立すべき