

## コロナ危機後の医療提供体制—予測と選択

「パワーポイントなどは使わない。証拠隠滅型電気紙芝居は嫌いだ。大量のプリントを配布する」(村上宣寛『「心理テスト」はウソでした。』日経BP社,2005,158頁)

二木 立 (日本福祉大学名誉教授)

### はじめに

私は、昨年3月に新型コロナウイルス感染症(正式名称はCOVID-19。以下、コロナ)患者が急増して以降、4か月間、コロナの勉強とそれが日本や世界の医療に与える影響の検討・研究に没頭し、昨年5月～9月に集中的に8つの論文・インタビューを発表しました。昨年9月に緊急出版した『コロナ危機後の医療・社会保障改革』(勁草書房。以下、拙著)には、主な3論文を収録しました。

本講演では、拙著序章第1・2節と Buzzfeed Japan インタビュー(昨年7月4-5日)をベースにしつつ、その後明らかになるか、新たに得た情報も加えて、コロナ危機が今後の日本の社会と医療・医療提供体制に与える影響についての私の予測と改革提言についてお話しします。最後に、国民皆保険制度の意義と財源選択についての私見(価値判断)を述べます。

### 1 コロナが世界と日本社会に与える影響

○コロナは世界・日本経済に重大な影響を与え、それによるGDPの落ち込みは2008年のリーマンショック(世界金融危機)や2011年の東日本大震災を上回る。

○しかし「100年に一度の危機」、「社会が一変(ポストコロナ時代)」は過剰反応。

\*この10数年間にも「100年に一度の危機」は3度生じている。

\*コロナをペストと比較するのは無理(P・フランコパン「歴史的な大局観を」『毎日新聞』5月26日)。

—14世紀ペストの致死率は35～40%、人口の1/2～1/3が死亡→社会変革的ショック。

\*1918-20年の「スペイン風邪(インフルエンザ)」と比較するのも無理。

—スペイン風邪の日本の死者39～45万人→現在の人口に換算すると89-103万人!

& スペイン風邪後も日本の都市化は変わらずに進んだ(中川雅之「人口集積と感染症リスク(下)」『日本経済新聞』7月9日)。

スペイン風邪は日本でもアメリカでも「忘却された」(速水融『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ』藤原書店,2006,429頁)。

○政府(主として中央政府=国家)の役割の復権—新自由主義的改革は頓挫、医療・社会保障費の大幅抑制の見直し。私はコロナ危機による都道府県の役割拡大は限定的と判断。

cf. The Economist 3月28日号: The state and covid-19 - Everything's under control.

片山善博『知事の真贋』文春新書,2020年11月:小池都知事・吉村府知事を酷評。

※日本における新自由主義的医療改革=医療分野への市場原理導入を目指す改革:①株式

会社の医療機関（病院）経営の解禁、②混合診療の全面解禁、③保険者と医療機関との直接契約（2001年「骨太方針」）。これは伝統的な医療費抑制政策とは異なり、その全面実施は挫折。それに対して、伝統的な医療費抑制政策は安倍・菅政権まで継続。

vs コロナ対策を名目とした「監視国家」化の危険ー中国ではコロナ以前から実現し、コロナ対策でそれが加速：梶谷懐・高口康太『幸福な監視国家・中国』NHK出版新書、2019 & 浦上早苗『新型コロナ VS 中国 14 億人』小学館新書、2020年6月。  
※私は個人的には中国とアメリカは大嫌いだが、両国は"Too big to ignore"（大きすぎて無視できない）であり、最新動向はきちんと学ぶ・知る必要があると考えている。

### ○日本のコロナ対策とその結果は複眼的に見る必要：「日本モデル」は幻想。

\*人口当たり死亡者数は欧米よりはるかに少ないが、アジアでは4番目に多い：  
フィリピン>インドネシア>ミャンマー>日本>韓国>…中国>…台湾。  
\*日本：イタリア・英国・米国の30分の1以下だが、中国の10倍、台湾の100倍。  
※第5波時のデータ（9月上旬）では、新規発生の患者数は、アメリカやイギリスよりは少ないが、ドイツやフランス等の大陸ヨーロッパ諸国並みになっている。

### ○紹介：『令和3年版厚生労働白書』第1部「新型コロナウイルス感染症と社会保障」。

\*私の論評は『日本医事新報』8月7日号（52-53頁）&『文化連情報』9月号（18-22頁）。

## 2 コロナ危機は中期的には日本医療への「弱い」追い風になるー私の予測

○私の「客観的」将来予測の方法：プラス面とマイナス面を「複眼的」に指摘。  
コロナ危機については「マイナス面」は周知なので、敢えて「プラス面」に力点。  
\*私の主張のポイント：「中期」（概ね5年。not短期）& 「弱い」（not強い）追い風。

○「追い風」の出発点：コロナ禍で、国民・ジャーナリズム・政府の医療に対する意識・認識がガラリと変わったこと（昨年5月の私の判断）。

\*国民が、非常時にも貧富や年齢の区別なく、必要な医療を受けられることの大切さに気づきコロナと闘う医療機関・医療従事者に対する強い感謝の気持ちを持ったことが決定的。  
\*ジャーナリズムも、以前は、医師・医療機関批判の報道が中心だったが、コロナ危機後は、コロナと闘う医療機関・医療従事者の奮闘を大きく報道するだけでなく、医療機関が大変な経営危機に陥っていることも、継続的に報じている。

\*私は約50年間、日本の医療と医療政策を観察してきたが、こんなことは初めて。

補：ふだんは医療に対して厳しい態度をとっている財務省・財政制度等審議会が昨年11月25日の「建議」の「社会保障」の項の「新型コロナへの対応」（34頁）の冒頭で、「新型コロナの脅威が続いている中、闘いの最前線に立ち続け、献身的な努力を重ねていただいている医療従事者の方々には深い敬意とともに心からの感謝の意を表したい」と書いた。

\*このような変化を考えると、今後、国民皆保険制度の根幹を揺るがすような極端に厳しい医療費抑制政策や医療分野への本格的市場原理導入を強行することは困難。

※ただし、一部の医療団体の不用意な言動は、「追い風」をだいぶ弱めている。

- -

○この追い風によって、「中期的」には保健医療に以下のことが生じると**予測**（昨年5月）。

\* 厳しい医療費抑制政策には歯止めがかかる。

\* 保健所の機能強化が図られる。

\* 地域医療構想の3つの**見直し**（not 停止）がなされる。

①「医療機能別必要病床数」に感染症病床が含まれる。→本年の医療法改正時実現。

②高度急性期・急性期病床の大幅削減方針の見直しが図られる。

③「効率」一辺倒で余裕のない地域医療構想のスタンスが見直される。

**○その後もう1つの「追い風」が生まれた**：コロナ危機により、それまでの「効率」一本槍の医療提供体制改革への反省が生まれ、医療には「余裕」・「冗長性」が必要であることが広く認識されるようになった。

\* 武田元医政局長「コロナ感染症が起きてみると、医療提供体制はある程度余裕をもった形でないとなりに備えられないということが分かりました」（『コミュニティ』（第一生命財団）165号：26頁,2020年11月。←50頁の大座談会で一読に値）。

\* 河野太郎衆議院議員「感染症が国内で拡大したときに備えて、医療の冗長性（同じ予備機能が複数あること）を確保することの重要性を、私たちは身にしみて感じました（『日本を前に進める』PHP新書,2021年8月,131頁）。

○今後は、病院経営に「余裕」を持たせるための診療報酬改革が不可欠（**私の価値判断**。not 予測）：入院医療では、「地域医療構想」が想定する病床利用率（高度急性期75%、一般急性期78%）でも十分に経営が成り立ち、適正利益が確保できるような水準（拙著18-19頁）。

\* 武田元局長：「厚労省を辞めたから言うわけではないんですけど、私の理想は、病床利用率7割で採算がとれる病院なんです」（上掲誌：37頁）。

\* 相澤孝夫日本病院会会長「病床の稼働率が今70%程度だったとすれば、今回のコロナの経験から、一般病床を感染症が起きた時に転用する備えをしておけば、なんとかなる」（『社会保険旬報』2021年9月1日号：26頁）。

\* コロナ危機が収束後も、患者の入院・外来受診がコロナ危機前に完全に戻らない可能性は十分にあり、その場合、病床利用率7割が常態化する可能性は十分ある。

### **現時点での今後の医療提供体制改革についての私の価値判断・提言**

①コロナ患者に限らず重症患者を受け入れる「高度急性」期病床の集約化は不可欠だが、中等症～軽症の急性期患者を受け入れる「急性期」病床を持つ病院は分散化しておく方が、患者のアクセスが良い。

**※重要なのは病床数ではなく、職員（特に看護師）配置の強化**：急性期病床の看護師配置基準の上限（患者7人に対して看護職1人）を、日本看護協会が求めているように5対1に引き上げる。ICUの看護師配置基準も現在の2対1から1対1に引き上げる。『令和3年版厚生労働白書』も、コロナの「重症患者を受け入れた医療現場」では、ICUの現行基準の2倍～4倍の看護師の配置が必要とされたと認めている（103頁）。

②約8.7万床存在する「休眠病床」のうち、財政的保障のある公立病院の休眠病床を、新たなパンデミックに備え、「医療安全保障」の視点から確保しておく。

③コロナ危機により活動を停止・縮小している「地域包括ケア」を再起動し、そのための「マ

- -

ネジメント費用」の財源を確保する。(→4で述べる)

○ただし、現在の政策の延長では、医療分野に継続的に大幅な税財源が投入される可能性は大きくはない。

\*菅義偉首相は、安倍晋三前首相の、「消費税は今後10年間あげる必要がない」との方針を踏襲→医療分野には「強い」追い風ではなく、「弱い」追い風が吹く。

**補：**本年1月に突発し、現在も、経済紙や経済界で繰り返されている「日本の病院病床数は世界一多いのに、病床逼迫が生じるのは、コロナ患者を受け入れない病院、特に民間病院の責任」との言説の検討は、下記2文献参照。

**\*二木 立「1月前半に突発した(民間)病院バッシング報道をどう読み、どう対応するか？」**『文化連情報』2021年4月号(517号)：20-26頁(「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」201号)。

**\*相澤孝夫「[講演録]新型コロナウイルス感染症の対応と病院への影響」**『社会保険旬報』2021年9月1日号：16-28頁。相澤氏は、日本病院会会長兼松本市・相澤病院最高経営責任者の両方の経験に基づいて、新型コロナウイルス感染症の拡大に病院がどう対応したかを医療現場の実情を踏まえて率直に説明すると共に、新型コロナに関する疑問—日本は一般病床が欧米諸国より多いのに病床が逼迫するのはなぜか—に答えて、データを元に日本の病床の現状と問題点を述べる。厚生労働省の公開資料を用いて独自に作成した、全国&都道府県別の病床の4グループ化に基づく説明は圧巻。

### **3 医療機関への財政支援のあり方の最大の論点：支援の対象をコロナ患者を受け入れた医療機関に限定すべきか否か**

○私は、医療機関は、公私の区別を問わず、国民の健康を守るために公的役割を果たしている「**社会的共通資本**」(故宇沢弘文氏)であり、「**医療安全保障**」の視点からも、医療機関の倒産や機能低下を防ぐために、経営困難に陥っている医療機関全体に対する公的支援が必要と思っている(拙著14頁)。

○迫井正深医政局長：「新型コロナ患者の有無にかかわらず、医療機関をつぶさない対応は必要であり、支援策を財政当局と協議しているところだ。／8月28日の新型コロナ対策のパッケージにおいても、医療機関の経営支援は明記されており、予備費の活用を含め対応を講じる」(「医政局長就任会見」『社会保険旬報』2020年9月21日号：9-11頁)。

vs

○「日本経済新聞」の特異な論調：「コロナ治療を阻むのは誰」(2021年1月25日)。  
—医療を一般の「商売」と同列に扱い、4月からの診療報酬の特例的引上げを批判。

### **○医療機関への短期的な財政支援の方法と財源の選択**

\*昨年度は租税による緊急支援：第二次補正予算の「医療提供体制の確保」約3兆円+予備費のうち2兆円+α。

\*コロナ危機は今年度以降も継続するので診療報酬による支援も必要：神奈川県保険医協会の診療報酬の「単価補正」支払い提案は**アイデアとしては非常に優れている**と思う：迅速な支払いが可能+患者負担を増やさない。

- -

\*財政制度等審議会 2020 年月「建議」の注目すべき提案：「新型コロナへの対応」で、「仮に措置が必要とすれば」という条件付きだが、「執行の迅速性や措置の継続性を含めた予見可能性、さらには診療科別のばらつきへの対応可能性からは、緊急包括交付金のような交付金措置よりも診療報酬による対応の方が優れており、新型コロナの流行の収束までの臨時の時限措置としての診療報酬による対応に軸足を移すべき」(35 頁)。

→ 2021 年度前半の「特例措置」として、初再診料 1 回 5 点、入院料 1 日 10 点等の加算。

vs これは本年 9 月で終了したが、私は継続すべきだったと考える。

**\*注目すべき 2021 年度介護報酬改定**：通所介護に利用者が減った実績を基準にした加算を時限的に導入。今までの「実際に提供した報酬より 2 区分上位の区分を算定できる」(ただし、利用者の同意が条件)との奇妙な「コロナ特例」に代え、大規模型と大規模以外別に実績対応に切り替え。大規模以外は、延べ利用者が減少した月の実績が、前年度の平均延べ利用者数から 5%以上減少している場合、基本報酬に加算として 3%算定(「シルバー新報」1 月 29 日号)。「通所介護等の報酬について、**感染症や災害の影響により利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点**」(介護給付費分科会 1 月 18 日資料 1「令和 3 年度介護報酬改定の主な事項について」2 頁)。

#### 4. 医療機関(特に民間中小病院)の「自助努力」と生存戦略—「地域包括ケア」・地域づくりへの積極的参加

(拙著第 2 章第 1 節「日本の病院の未来」)

○地域包括ケアは「システム」ではなく「ネットワーク」。

→そのあり方は、地域によって異なる。

○「地域包括ケア」の概念・範囲はどんどん拡大しており、最近は「地域づくり」が強調。

○厚生労働省は 2018 年診療報酬改定で、医療機関の「複合体」化奨励に舵を切った。

(『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,91-93 頁)。

\*地域密着型の「複合体」は単独施設より「地域包括ケア」・地域づくりに参加しやすい。

○「地域マネジメントのコストは誰が負担するか？」

→ 7 月 24 日の社会政策学会関東部会の拙著「合評会」で出された質問

\*「調整コストが軽視されている」、「こうしたコストを緩和するか、人的・財源的支援は非常に重要」との指摘は、現在の地域包括ケアの議論の盲点。これは(医療)経済学的には、「アンペイドワーク」と言える。

\*ただし、地域包括ケアがネットワークであることを考えると、今後も、公的財源(診療報酬と介護報酬、補助金等)は調整コストのごく一部を補填することしかできない。現実にも、地域包括ケアに主導的に参加している事業者は「本来業務」で利益を確保し、その一部を割いてボランティア的に活動しているし、この方が活動の自発性・創意性を保持できると思う。そのために、国が必要な財源確保をした上で、事業者が「適正利益」が確保できるような診療報酬・介護報酬・補助金単価等を設定することが求められる。

\*地域包括ケアや地域共生社会づくりに主導的に参加している事業者は、その活動を通して地域住民の信頼を得てそれが「集客効果」(患者や介護保険サービスの利用者増)につながり、収益増を実現している。自治体もそのような事業者を信頼し、様々な事業を委託し、その補助金からも(わずかだが)収益増が生じている。

**○推薦：『日経ヘルスケア』2021年8月号特集「10年後、20年後も地域に選ばれるための医療・介護発『街づくり』」(34-49頁)。**

…以下の3部構成。①医療法人主導型の街づくりのトップランナーである茨城県常陸大宮市・志村大宮病院グループの活動のドキュメント。②「永続的な患者、利用者増の実現を視野に『街まちづくり』で長期的な課題に向き合う」ための「総論」：医療法人や介護事業者が街づくりに関わる(コミュニティへのメリット&自施設へのメリット)。③事例報告(済生会、医療法人、NPO法人、株式会社)：「街づくり」活動のポイントが示されている。

**おわりにー国民皆保険制度の意義と財源選択についての私見(価値判断・持論)**

○私は、医療保障制度に関して、コロナ以前から、以下の3点を強調。

\*国民皆保険制度は現在では、医療(保障)制度の枠を超えて、日本社会の「安定性・統合性」を維持するための最後の砦となっている。

\*国会に議席を有する全政党が国民皆保険制度の維持・堅持を主張している。

\*小泉内閣時代の2003年閣議決定が「必要かつ十分な」「最適の医療」の給付を決定。

○国民皆保険制度＝社会保険方式である以上、その主財源は保険料で、補助的財源は消費税を含めた各種の租税。ただし、国民健康保険では低所得者への配慮は不可欠。

\*租税財源の多様化も必要：所得税の累進制の強化、固定資産税や相続税の強化、法人税率の引き下げの停止、内部留保への課税等ー「財源は全員野球」(権丈善一氏)。

(以上、拙著『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房,2019,序章：1-9頁)

○コロナ危機後は、「それに加えて、東日本大震災後の「復興特別税」と同様の『コロナ復興特別税』(仮称)が導入され、保健・医療の充実に加えて、コロナにより医療同様に大きな被害を受けた介護・福祉事業や従業員の救済、および失業者・経営困難に陥った企業の救済(額としてはこれが一番多い)等が総合的に進められることを期待」している(拙著8頁)。

\*財源を国債発行のみに依存することは不可能ーMMT(現代金融理論)は幻想(同9頁)。