

コロナ危機が日本社会と医療・社会保障に与える影響と選択

日本福祉大学名誉教授・二木立氏

////////////////////////////////////

協会政策部が 2 月 19 日、日本福祉大学名誉教授の二木立氏を講師に招き、「コロナ危機が日本社会と医療・社会保障に与える影響と選択」をテーマに開催した医療問題研究会の講演録を今号から 2 号に渡り掲載します。（文責・編集部）

////////////////////////////////////

はじめに一講演にあたって

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。それらでは以下の 2 つのことを強調しました。①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、②コロナで社会は「大きくは」変わらない。

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）の序章には、主な 3 論文を収録しました。本日の講演では、これと BuzzFeed Japan インタビュー（昨年 7 月 4-5 日）をベースにしつつ、その後明らかになったか、新たに得た情報も加えて（2 月 12 日現在）、コロナ危機が今後の日本の社会と医療・社会保障に与える影響についての私の事実認識と「客観的」将来予測を 3 つの柱建てで述べます。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

◆「社会が一変」、は歴史を顧みない過剰反応

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。これは確定した事実です。

しかし「100 年に一度の危機」、であるとか「社会が一変する、ポストコロナ時代になる」との主張は過剰反応だと思っています。なぜかという、単純です。この 10 数年間にも、それぞれの分野で「100 年に一度の危機」は 3 度生じています。俯瞰的に考えるのが好きな方は、コロナを 14 世紀のペストと比較しますが、それは土台、無理です。P・フランコパン「歴史的な大局観を」（毎日新聞 5 月 26 日）にも書いてありますが、14 世紀ペストの致死率は 35 ～ 40 %、人口の 1/2 ～ 1/3 が亡くなって、これが中世が終わり近世が始まる、社会変革的ショックになったことは事実ですが、それとコロナは致死率も死数も桁が違います。

100 年前の 1918-20 年の「スペイン風邪（インフルエンザ）」と比較する人もいますが、これも無理だと考えます。スペイン風邪の日本本土（植民地は除く）の死者は、39 ～ 45 万人とされています。当時の人口は本土は 5 千万人なので、現在の人口に換算すると 89-103 万人！なのですね。

それに対して、コロナによる国内の死者は 6,804 人（2 月 11 日現在）と書きましたが、昨日段階で、7,294 人です。最終的にも 1 万人にいくかどうかで、大雑把に言ってスペイン風邪の 100 分の 1 です。大事なのは、スペイン風邪はいまの人口に換算して 100 万人も死んだから、世の中変わったかとい

えば、変わっていないのです。一番いい指標は、スペイン風邪になっても、日本の都市化、人口に対する都市部人口の占める割合は、全然減らず、増え続けたのです。これが大きく減ったのは第二次世界大戦です。

速水融氏の『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ』が再評価され、読まれた方もいると思いますが、速水先生がなぜこの本を書いたかという、スペイン風邪は日本でもアメリカでも「忘却された」から、記録を残そうと思い書かれたのです。

コロナが日本社会に色々と影響を与えることは当然ですが、ただ、それで世の中が一変するというのは言い過ぎだと思います。

◆国家の役割が復権 英国のNHS改革は代表例

一番目の柱の2番目で私が強調したいことは、コロナによって、政府（主として中央政府＝国家）の役割が復権したことです。政府は中央政府と地方政府に分かれますが、私は中央政府に限定しています。その結果、新自由主義的改革は頓挫して、医療・社会保障費の大幅抑制の見直しが、日本だけではなくて、世界的に起きているのです。

このことを最初に書いたのは、自由主義の旗手であるイギリスの雑誌、「The Economist」の昨年3月28日号です。（The state and covid-19 Everything's under control）。他の国の特徴的な動きを言いますと、イギリスです。イギリスのジョンソン首相はほんの10年前まではNHS（ナショナルヘルスサービス）を馬鹿にしていた、社会保険方式に変えた方がいいなどと言っていた人なのですが、ご存じのようにコロナに罹患して、NHSの職員の献身的な治療、看護で生還して、開口一番なんと言ったか。「コロナウイルス危機がすでに証明したと私が考えることは、社会なるものは現に存在するということだ」と声明した。これだけだとわかりにくいですが、いまから30年前（1987年）にイギリスで新自由主義的改革を推進したサッチャー首相が言った、「社会なるものは存在しない。あるのは個人と家族だけだ」という有名な言葉、それを正面から同じ保守党の首相が否定したのです。

しかも、これはリップサービスではないのです。イギリス政府は2月11日、つい最近、NHSの大改革をするとの「白書」を発表したのですが、それによるといままでもNHSで行ってきた市場メカニズムの導入とか、疑似市場とかはやめて、国家が全面に出るのだ、と。それから医療資源も増やして看護師は5万人増やす、病院は40新しく作るなど、いままでの流れを逆転したことをやろうとしています。このNHSの白書はweb上に公開されています。これの解説で私が読んだ中で一番わかりやすいのはイギリスの「The Economist」の2月13日号の46—47頁（Boris Johnson's NHS prescription: more control, less competition）、これもWEB上に公開されています。

もうひとつはイタリアです。イタリアはイギリスと並んでコロナの人口当たり死者数がすごく多く、「医療崩壊」が起こったと報道されています。このイタリアでも、コロナによる「医療崩壊」に対処するため過去30年間の医療費・医師数大幅抑制政策を転換したことが、「Health Policy」という雑誌に載っていました（「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」200号に抄訳を掲載）。

◆「早期収束」知事は低評価の不思議と監視国家化の危険

ここで政府の役割の復権についてひとこと言うと、先ほど言いましたが政府には中央政府と地方政府があります。日本の出版物で、コロナによって都道府県の役割がすごく大きくなったと書いている本が少なくありません。しかし私は、法律上はともかく、実態的にはコロナ危機で都道府県の役割が大幅に拡大した、国を凌駕するとまでは言えないと思っています。

この点については、片山善博氏（以前、鳥取県の知事で改革派知事として、全国的に有名になった方）が、『知事の真贋』（文春新書）を書かれています。この本は、コロナに対する各知事の勤務評定をしており、面白いのでお読みください。小池知事は酷評です。コロナについての広報係長、課長じゃないです。大阪の吉村知事も批判しています。それに対して和歌山県や山形県の知事などは評価していました。面白いのは、片山さんがこう言っていることです。「日本では感染が拡大した地域ほど、知事の人

気が高まる。逆に早期に抑えた知事はメディアに評価されない。」小池さんや吉村さんに対する痛烈な皮肉だと思います。

では国家の役割が大きくなるのは良いことかという、私はそう単純ではないと思います。コロナ対策を名目とした「監視国家」化が進む危険があるからです。日本ではまだ「危険」と言うレベルだと思いますが、実はお隣のコロナ危機を早々と封じ込めたとされる中国では、コロナ以前から監視国家が実現して、コロナ対策でそれが加速されたのです。この点については、『幸福な監視国家・中国』（NHK 出版新書）、コロナ危機後に書かれた『新型コロナ VS 中国 14 億人』（小学館新書）という本が活写しています。

純粋な個人的見解ですが、私は中国国家とアメリカ国家は大国主義で大嫌いです。しかし、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、日常的に両国を論じた本や論文を読んでいます。

◆欧米の 1/30 でも台湾の 100 倍の死者数 複眼的視点は必須

あと一番目の柱の最後で強調したいのが、日本のコロナ対策とその結果は複眼的に評価する必要があります。一方的に失敗だとみなすこともできませんが、逆に安倍前首相のように「日本モデル」が成功したと主張するのは幻想です。指標に何をとりか色々ありますが、一番国際比較に適しているのは、人口当たり死者数だと思います。その点で見ると確かに日本は欧米、イタリア・英国・米国の 30 分の 1 以下です。ただ、これはあまり知られていないのですが、アジア 13 か国・地域で見ますと、4 番目に多い。一番多いのはフィリピン、二番目インドネシア、三番目がいま問題となっているミャンマー、その次が日本。日本の死者数はコロナの発祥の地である中国の 10 倍、世界で一番コロナ対策が成功したといわれている台湾と比べると 100 倍も多いのです。このように、日本のコロナ対策は複眼で評価する必要があります。

2 コロナ危機は中期的には日本医療への「弱い」追い風になる一私の予測

◆医療者の献身へ国民、報道、財務省が謝意

次にコロナ危機は中期的には日本医療への「弱い」追い風になるとの、私の「客観的」予測について述べます。私は「客観的」将来予測を行う場合、必ず、プラス面とマイナス面を「複眼的」に指摘しています。ただ、コロナ危機については「マイナス面」については皆さんに周知なので、本日は敢えて「プラス面」に力点を置いて述べます。言うまでもなく、マイナス面は、コロナ第二波が収束しないうちに第三波が到来したことで、これは Go To キャンペーンが誘発したと思います。

私の主張のポイントについて、誤解が無いようにお話します。「中期」とは概ね 5 年で、短期ではありません。それから「弱い」追い風が吹くと言っているのであり、強い追い風が吹くとは言っていません。「中期」で「弱い」、これが私が強調したいことです。実はこの判断を公表したのは、最初の緊急事態宣言が解除された直後の、昨年 5 月です（『日本医事新報』5 月 23 日号）。なぜ、このように考えたのか。この「追い風」という事実認識の出発点は、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です。

具体的に言いますとコロナで、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だと思っています。

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、継続的に報じています。ほんの 10 年前は、乱診乱療とか、病院の儲けすぎなどの報道が主流だったことを考えると、まるで違う世界になっています。

私は 1972 年に医学部を卒業して以来、約 50 年間、日本の医療と医療政策を観察してきましたが、こ

んなことは初めてです。

あと私が注目して是非、皆さんも読まれたほうがいいと思うのが、ふだんは医療に対して厳しい態度をとっている財務省・財政制度等審議会の昨年11月25日の「建議」です。その「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」と書いているのです。これは本当に世の中が変わった、認識が変わった、一つの歴史的な文書になると思います。

ここまでは財政制度等審議会の「建議」のことを除けば、著書にも書いたことです。

「補足」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？

◆非常事態宣言と軌を一、「日経」「読売」「朝日」の民間病院批判

ここで、本には書いていないことを【補足】します。それは本年1月前半に突然生じた病院バッシング、特に民間病院バッシングをどう読み、どう対応するかです。これは新しい事象で、まだどこにも書いておらず、本日、初めて述べます。なお、この補足は早期に論文化する予定です(※編注:この【補足】部分は、『日本医事新報』3月6日号と『文化連情報』4月号に掲載されています)。私は、30年来毎日全国紙とブロック紙の6紙を読み比べているので気付いたのですが、「日経」「読売」が同時多発で、民間病院批判の記事・社説を出して経済学者も同調した。そして少し1週間遅れて、「朝日」が追随しました。

具体的にいいますと「日経」1月8日の朝刊は、論説委員長の署名入りの論説「経済崩さず感染抑制を」で、政府批判をすると同時に医療機関を厳しく批判しています。それと同じ内容が社説、「緊急事態に合わせコロナ即応体勢を」でも書かれました。そして、その翌日1月9日に、今度は「読売」が「人口比の病床数世界一なのに コロナ病床逼迫 日本の弱点 民間病院受け入れ慎重」と、いう大きな記事を書きました。それから1週間遅れの1月16日、ふだんは「読売」とは論調が違う「朝日」も、「病床 民間に確保迫る 患者受け入れ偏り 公的病院では75% 民間は17%」という、用いているデータも「読売」と同じで、ほとんどコピー的な記事を出しました。

それから、新型コロナウィルス対策分科会メンバーの大竹文雄氏(有名な行動経済学者)が「BuzzFeed Japan」のインタビュー(1月14日)で、日経の記事と瓜二つの主張をしました。取材は1月7日と記されていました。

実は、私はあるジャーナリストから、この動きの評価を求められたので、こう述べました。「コロナ対策が後手後手と批判され続けた菅首相や官邸が、医療逼迫の責任を病院、特に民間病院に転嫁するために意図的に始めたのではないか」。ただしこれの「物的証拠」はありません。「状況証拠」は、以下の通りです。二回目の非常事態宣言が出されたのが1月8日です。菅首相の記者会見は前日です。その直後に新聞や報道、経済学者の発言が同時多発した。しかも日頃、政権に近いといわれる「日経」や「読売」が先導したため、このように推察しました。

こう判断した直後に、1月15日に感染症法改正案が発表され、病院バッシングはその布石だったと感じました。この法案には、患者の受け入れを拒否した医療機関名の公表が含まれています。本来、感染症法の改正は厚労省が主導するものですが、今回は「官邸の意向が働いた」との報道(「朝日」1月16日)もあります。

◆突出した大阪府でのバッシングが感染症法案の先取り 現在はほぼ収束

ここで見落としてならないのは、「日経」や「読売」の報道とほぼ同じ時期に、大阪では民間病院バッシングを吉村知事が先導し、当地の新聞・テレビがそれに追随したことです。このことは、大阪の友人の複数の医師から、悲鳴に近い形で教えてもらったのですが、全国紙、あるいは私の住んでいる名古屋版の新聞ではほとんど報じられていません。簡単にいうと吉村知事が、民間病院に一床二床ずつでい

いから、コロナ患者受け入れに協力してくれ、協力してくれないと病院名の公表も辞さない！と要望しました。これは感染症法改正の先取りと言えます。

そのために、加納繁照日本医療法人協会会長、大阪で複合体を経営されている方ですが、「民間病院には追い風どころか、向かい風」という発言も報道もされたました。神奈川県保険医協会の事務局の皆さんにも調べてもらいましたし、私も調べましたが、先ほどの「日経」「読売」少し遅れて「朝日」の全国版の報道を除けば、地方版の病院バッシングの記事はほぼ大阪版に限定しています。

その後、どうなったか。「日経」はその後も同種記事を連発しています。1月25日「コロナ治療を阻むのは誰」（大林尚上級論説委員）、このタイトルでわかるように犯人捜し、当然、民間病院です。それから、2月4日で「病床確保進め民間協力」、2月8日「民間は受け入れが悪い」、これは同じ図が載っているのに芸がないと思うのですが。ただし、それ以外の新聞は、「読売」を含め、その後、冷静な「調査報道」や論説を載せています。

「朝日DIGITAL」1月26日は「揺れる『ベッド大国』日本 医療逼迫は民間病院のせいかな」、疑問形ですので違うということです。「朝日」1月31日「コロナ病床なぜ逼迫 民間病院受け入れると減収 後手後手に回った政府」。それから、「毎日」1月26日「『受け入れたいのに受け入れられない』民間病院、コロナ患者対応に苦悩」。それから「中日」の1月27日社説「病院間の連携 進めねば医療体制の逼迫」、これはよくできています。「読売」も2月11日にはガラッと変わって、「重症者回復 8都県転院調整せず 病床不足の一因」と、すごく冷静な記事を載せています。

今回ウェブの記事・論評も見ましたが、断トツに優れているのは、国立国際医療センターで実際にコロナ患者の診療に携わっている忽那賢志医師のYahoo! Japan 1月17日の論説、「医療が逼迫しているのは民間病院のせいなのか?」、これはものすごく優れています。読まれていない方は是非読まれることをお勧めします。MEDIFAX Webの安田雅之氏の2月8日の「新型コロナ患者、民間病院のさらなる受け入れは可能か」という記事も非常によくできていました。

ということで、これら新聞報道から判断すると、現時点での私の判断としては、病院、特に民間病院バッシングは「日経」と大阪府を除いて収束したと思っています。

◆総病床の4割は精神・療養病床 職員数は度外視の詐術報道

以上は新聞記事の分析ですが、民間病院バッシングの根拠は何か。実は2種類のデータが使われていますが、共に「統計でウソをつく法」の見本みたいなやり方です。統計を使う人の中には、「統計は客観的データだ」、「データは事実だ」、と豪語する人がいますが、それは統計の実態を知らぬ。統計でウソをつくことは、いくらでも可能です。今回使われている手法は異質な数字を単純比較する。これを英語でオレンジとリンゴの比較 (A comparison of apples and oranges) といいます。もう1つ、実数を示さず%のみ示す、この二つが使われました。

まずはタイプ「A」、一番目の根拠とされている数字は、日本の人口当たり病床数は世界一多いのに医療崩壊が起こっている、これは医療機関に問題がある。こういう論調ですね。実はこれに二つの亜型があります。ひとつ、A1:総病床数が世界一多い、というものです。これは医療のことにあまり詳しくない記者が書いた記事に見られます。読売新聞1月9日、朝日新聞1月16日などです。OECDのデータで日本の総病床数が世界一多いとされているのは事実です。ただし、日本の病床の4割は精神病床と療養病床で、これらは欧米では病院病床に含まれないのが普通です。

それから、こちらはさすがに医療の専門家と称する人たちが書いていますが、A2:急性期病床数も世界一多いというもの。大変残念なことに『平成28年版厚生労働白書』もそう書いていたのです。しかし、日本の急性期病床と言われる約89万床は、急性期病床だけでなく回復期病床も含んだ「一般病床」です。

では、日本の一般病床のうち急性期病床はどの位か？一つの指標はDPC対象病院病床約48万床、それから旧7対1看護病床約35万床。これで人口千人当たり病床数を計算するとそれぞれ3.8床、2.8床で、大半のヨーロッパ諸国の急性期病床と同水準です。

九州大学名誉教授の尾形裕也氏は、地域医療構想のワーキンググループの座長で病床の実態に一番詳しい方ですが、彼がDPC対象病院には「なんちゃって急性期」が含まれると指摘して、彼の経験に基づく、日本の高度急性期及び急性期病床は「せいぜい30万床程度」と推計しています。そうすると、むしろヨーロッパより少ないということになります。

総病床を使うにしろ、急性期病床を使うにしろ、このような論法はどちらも、日本の病院の病床当たり職員数が欧米に比べはるかに少ないことに触れていません。今までは、日本の人口当たりの病床数は多いけれども100床当たりの職員数は少ないから、急性期も人手が足りないと、両方示すのが常識だったのです。

実際に『平成28年版厚生労働白書』93頁は「日本の病床100当たり臨床医師数は17.1人（2012年）であり、アメリカ85.2人、英国100.5人、ドイツ49.0人、フランス48.7人と比べて大幅に少ない状況にある」と認めていたのです。この事実を抜きにしてベッド数だけで論じるのはあまりにも皮相です。

実は本日とほぼ同じ内容の講演を先週、東京でしたのですが、講演後、東京都医師会のある幹部の方が私にメールをくれて、民間病院がコロナ患者を診ていないというバッシングに対して、こう書いていました。「今回の話は病床数に偏りすぎて、この手の話は医師や看護師等の人員数に力点を置くべきだと思います。ベッドが患者を治療するわけではありません。医師や看護師等が治療にあたるわけですから」。単純な病床数の比較をした記者や執筆者は大いに反省すべきだと思います。

◆東京は民間病院の65%がコロナ患者受け入れの「真実」

次に二番目の統計、タイプBです。民間病院のバッシングで国公立病院はコロナ患者の受け入れで頑張っているのに民間は患者を拒否しているとの主張の根拠とされた数字があります。それは、民間病院の新型コロナ患者受入可能割合は18%にすぎず、公立69%、公的等79%と比べ、極端に低いという、昨年10月21日の地域医療構想ワーキンググループ資料の数字です。これが何度も使い回しされているのです。日本経済新聞は、少なくとも3回使い回ししています。芸がないですね。

しかし、同じ厚労省のホームページの「地域医療構想」のサイトに参考資料「医療機関の新型コロナウイルス感染症の受け入れ状況等について（補足資料）」が1月25日にコッソリ(?)アップされているのです。なぜか厚生労働省も宣伝しないし、新聞も見落としているのですが、これが非常によくできています。病床規模別に見ているのです。私も驚いたのですが、200床未満のコロナ受け入れ病院の68.5%が民間(379/553、1月10日)です。200床未満の病院は公立だろうが、公的だろうが、受け入れ病院は少ないのですが、病院数でいくと民間病院が68.5%と随分頑張っています。それから、病院開設者別に新型コロナ入院患者数の割合をみると、公立32.1%、公的等40.0%、民間27.9%(1月6日)ということで、民間もなかなか頑張っていると言えます。

この資料をみて驚いたのですが、「公的等」には民間の地域医療支援病院も含んでいるのです。医療法人、社会福祉法人、あるいは大学病院です。普段はこういう数字はみません。

コロナ患者がダントツで多い東京都ではどうなっているか。猪口雄二日本医師会副会長が「東京都では、新型コロナに対応した病院数は民間の方が多い」と、雑誌『病院』2021年1月号の座談会で発言していたのです。これは一般の常識と違います。そこで安藤高夫衆院議員を通じ資料を戴きましたが、コロナ患者受け入れ病院のうち「民間」の割合は64.9%と2/3を占めています。民間病院は規模が小さいので入院中患者のうち「民間」の割合は38.4%と下がりますが、この割合は都立、自治体立の病院よりずっと多いのです。ただし、民間病院のうちコロナ患者を受け入れているのは21.9%(2月9日)で、これは厚労省の数字と似ています。なお、この資料は2月9日の都医師会定例記者会見のサイトにアップされています(資料の2の1。猪口正孝都医師会副会長作成)。

◆公立のコロナ専門病院の開設を 自宅療養者への在宅ケアも

以上をまとめますと、民間病院と国公立・公的病院との病床規模・機能の違いを抜きにして、コロナ

患者受け入れの比率を比較するのは、異質な数字を単純に比較する「オレンジとリンゴの比較」、および実数を使わず%のみ使うという、「統計でウソをつく法」の2つのテクニックです。

以上を踏まえた、「病床逼迫への対応策」ですが、私は4段階で考えています。①財政力のある都府県・市は、長期的視点からも、公立のコロナ専門病院・病棟を開設すべきだと思います。コロナが今回収束しても、いずれ遅かれ早かれ、いろんな感染症がおきるからです。

②設備・スタッフの余裕のある中核的民間病院の中等症患者の受け入れは当然だと思います。ただし、大前提として国・自治体による万全な減収補填、これには風評被害の補償も含まれますが、必要です。

③民間病院の対応で重要だと思うのは、中川日医会長が1月20日の「新型コロナウイルス感染症患者受入病床確保対策会議」の総括で述べられた「中小病院が直接新型コロナに対応するのは、公立・公的・民間を問わず難しく、退院基準を満たした患者の受け入れ先となることが突破口になる」ということです。

今までの新聞報道では、コロナ患者の受け入れは全部、入院の話になっていますが、④日本在宅ケアアライアンス、新田國夫先生が会長ですが、「新型コロナウイルス感染症の自宅療養者等への対応」をアピールしていて、これは重要だと思っています。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

◆「厳しい」医療費抑制策は停止「強引」な病床削減は不可能

以上が補足の話です。ここから本題に戻ります。

このような「追い風」で、「中期的」には保健医療に以下のことが生じると予測しています。このことは、新著の序章第1節で詳しく書いたので、そのポイントと、新著に書いていないことを話します。

まず、厳しい医療費抑制策には歯止めがかかる、という点です。実は安倍内閣は結果的には小泉内閣以上に厳しい医療費抑制政策をしていたのです。私は「ステルス作戦」と呼びましたが、それは繰り返せないと思います。

それから、保健所の機能強化が図られる。この数十年、保健所の数も機能も低下してきましたが、この逆転が起きます。最近の情報だと今後、感染症対応業務に従事する保健師数を2年間で約900人増員（現行の1.5倍）とすることも決まったそうです。（1月21日厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会）。

地域医療構想では、次の3つの見直しがなされると思います。これは、「見直し」であり決して「停止」ではありません。地域医療計画には色んな問題がありますが、計画そのものは今後の人口高齢化・人口減少に対応して進めるべきだと思います。

①「医療機能別必要病床数」に感染症病床が含まれると、本では書きましたが、これは不正確でした。地域医療構想の上位概念として、医療計画があります。その医療計画に「新興感染症等の感染拡大時における医療」が加えられるということです。先ほど引用した尾形氏から教えてもらったことです。

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ます。一昨年9月に発表され、大きな衝撃を与えた公立病院の再編・統合案は無期限延期されました。なぜか。公立病院の再編・統合の対象になっていた病院も含めて、公立病院がコロナ診療で積極的役割を果たしたからです。

あと私は、コロナ対応によって、強引な病床削減は政治的に不可能になったと判断しています。なぜか。患者が人質になるからです。この点については、あの強気な菅首相が1月26日と27日の衆参の予算委員会で、自宅療養中のコロナ患者の死亡多発に「責任者として大変申し訳ない」と謝ったのです。ですから、今後は、患者さんが医療を受けられずに亡くなるような、ドラスティックな急性期病床の強引な削減はできなくなったと思います。

◆病院経営に「余裕」もたず診療報酬改革は不可欠

③今まで「効率」一辺倒で進められてきた余裕のない地域医療構想のスタンスが見直されると思います。この点については、武田俊彦元医政局長、この方はとても見識のある方ですが、『コミュニティ』

（第一生命財団）という雑誌の 50 頁もある大座談会で、「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有事に備えられないということが分かりました」と、率直に仰っているのです。

マンガ的なのが、元大阪府知事の橋下徹氏です。去年の 4 月 3 日のツイートで、こう謝罪しているのです。「僕が今更言うのもおかしいところですが、大阪府知事時代、大阪市長時代に、徹底的な改革を断行し、有事の今、現場を疲弊させているところがあると思います。保健所、府市立病院など。そこはお手数をおかけしますが見直しをよろしく願います」。大阪の人は随分率直ですね。日本の自治体の首長の中で一番強引に、医療を含めた行政合理化をした人が反省しているのです。

ということで、私は、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だと判断しています。ただし、これは私の価値判断で、予測ではありません。

では、具体的にどんな目安となるかというと、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（売上高比で 5% ぐらい）が確保できる水準が目指されるべきだと思います。

実は、私は 2015 年に地域医療構想が発表されたときに、この病床利用率（高度急性期 75 %、一般急性期 78 %）は、随分ゆるい数字だなと思ったのです。なぜかということ、実際の病院経営では急性期病院は病床利用率 90% とか、95% ぐらいじゃないと、適正利潤など確保できません。しかし、今回コロナ危機が出現して、この数字が凄く合理的だったと気づきました。これからは、70% 台の病床利用率でも病院経営、入院医療の経営が成り立つ診療報酬を目指すべきだと思います。

この点について武田元局長も「厚労省を辞めたから言うわけではないのですが、私の理想は、病床利用率 7 割で採算がとれる病院なのです」と率直におっしゃっています。

問題は今後、患者数の落ち込みがどうなっていくかです。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、病床利用率 7 割が常態化する可能性があります。なぜなら、人口当たりの入院・外来患者数減少はコロナで突然、出現したわけではなく、1990 年代後半から徐々に進行しており、これがコロナ危機で加速したと理解すべきからです。この点に関して、日本病院会会長の相澤孝夫氏が、「コロナ禍の『医療崩壊』は『10 年後の日本社会』だ」と仰ったとおりだと思います。

◆国民負担増回避の菅政権の税財源投入の限界

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、と思います。

なぜか。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」との方針を踏襲しています。そのため私は、医療分野には「強い」追い風ではなく、「弱い」追い風が吹くと予測しています。なお、安倍・菅発言の真意は、「消費税」だけでなく、すべての「国民負担」の引上げ凍結ですので、誤解のないようにしてください。

あと補足になりますが、「医療モデル」批判、これからの医療は cure ではなくて care なんだとの主張があったのですが、これはコロナ危機で破綻したと言えます。コロナ危機で大事だったのは急性期医療でした。これから求められる医療は「治し、支える医療」（cure & care）であることが改めて確認されたと思っています。

この表現の初出は、社会保障制度改革国民会議報告書（2013 年 8 月）です。これは非常にうまい表現だと思います。地域医療構想も「治し、支える医療」を想定しています。よく誤解がありますが、地域医療構想は病床の計画だけではありません。医療機能別病床数（高度急性期、急性期、回復期、慢性期の区分）とともに、在宅医療等をどう整備するかも含んでいます。

3 コロナにより経営困難に直面している医療機関への財政支援のあり方・論点

◆医療は「社会的共通資本」 医療機関への財政支援は全体へ

最後に第三の柱、医療機関への財政支援のあり方に関する私の考えを述べます。医療機関への財政支援の最大の論点は、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です。この点は新聞によって論調が違っており、日本経済新聞と読売新聞は、支援をするのはコロナ患者を受け入れた病院に限定すべきだとしています。しかし、私は違います。

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ます。

この点については、迫井正深医政局長、この方は技官のエースと言われているのですが、去年8月の医政局長就任のインタビューで「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。」と述べ、少しずつ実行に移していると思います。私も大変、評価・期待しています。

それに対して、「日本経済新聞」は特異な論調で、「コロナ治療を阻むのは誰」（1月25日）では、医療を一般の「商売」と同列に扱い、お客さんが少なくなったから価格を下げるのが当たりという立場から、4月からの診療報酬の特例的引上げを厳しく批判しています。

「医療機関への短期的な財政支援の方法と財源の選択」に関して私は、今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、それから予備費のうち2兆円、そして使途が決まっていない予備費5兆円の活用となると思います。

◆「単価補正」支払いは非常に優れたアイデア 介護で類似方式採用

ただ、コロナ危機がこのまあいくと間違いなく来年度以降も継続する可能性が強いので、その場合は税金だけでなく、診療報酬による支援が必要だと考えています。この点では神奈川県保険医協会の診療報酬の「単価補正」支払い提案、簡単に言うと、点数が例えば2割下がったら、その逆数で2割増しにする、1点12円にする、これはアイデアとしては非常に優れていると思っています。理由は二つあります。一つは税金の支援と違って、迅速な支払いが可能なこと、それともうひとつ、このアイデアがいいなと思ったのは医療機関に対する支払いは例えば1点12円にするけれども、患者負担については1点10円のままで、患者負担を増やさない。これは非常に患者目線に立った提案だと思います。ただ、これがどれくらい現実の力となるかは私はわかりません。

先ほど紹介した財政制度等審議会「建議」に凄く注目すべき提案があります。「新型コロナへの対応」で、「仮に措置が必要とすれば」という条件付きではありますが、「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」と書いています。たぶん、これにより2021年度前半の診療報酬の「特例措置」として、初再診料1回5点、入院料1日10点等の加算がなされました。

それから、もう一つ注目すべきなのは、2021年度介護報酬改定の通所介護ですごく面白い改定、利用者が減った実績を基準にした加算を時限的に導入したことです。今までは「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」でしたが、それに代え、これからは大規模型と大規模以外別に実績対応に切り替えて大規模以外は、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%算定する。これは神奈川県保険医協会のアイデアに似ていますね。

そのロジックとしては、「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」から、この特例を時限的に導入する、と書いています。診療報酬の場合はともかく、介護報酬では神奈川県保険医協会のアイデアが部分的に採用されたと考えております。

おわりに―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・持論）

◆皆保険制度は社会統合の最後の砦 主財源は保険料で補助的に租税

最後にコロナの枠を超えて、国民皆保険制度の意義と財源選択についての私の見解、価値判断、持論を述べます。私は医療保障制度に関して、コロナ以前から、以下の3点を強調していました。

①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。

②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。

③これは余り知られていませんが、あの厳しい医療費抑制政策を断行した小泉内閣時代の2003年の閣議決定が、これからの国民皆保険では、「必要かつ十分な」「最適の医療」の給付すると決定してる。つまり、医療は最低ではなく、最適なレベルにすると書いているのです。

そして、国民皆保険制度が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となります。論理的にこれしかありえないのです。ただし、国民健康保険では低所得者への配慮は不可欠です。

それから、租税財源の多様化も必要で、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が必要だと思っています。この点について、慶應義塾大学商学部教授・権丈善一氏は「財源は全員野球」だ、だから特定の財源に頼らないで、あらゆるところから財源を集める必要があると主張されており、私も大賛成です。

◆「コロナ復興税」導入を 財源の国債発行のみ依存は不可能

ここまでは、コロナ危機前に出版した拙著『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』で書きました。コロナ危機後は新著で「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」と書きました。もちろん、これはコロナ危機が収束した後の話で今すぐやるということではありません。

ただ、残念なことに菅首相や自民党は、民主党政権が導入した「復興増税」に強硬に反対していたので、今後どうなるか分かりません。

あと、財源の問題で、一言触れておきたいのですが、財源を国債発行のみに依存することは不可能だと思います。もちろん、短期的には別です。緊急避難ですから。日本を含めたすべての国で国債発行で財源を確保していますが、これは緊急避難でしかたないと思いますが、MMT（現代金融理論）がいうように主権国家は自由に国債を発行できる、という主張は幻想だと思います。

しかし、医療関係者でもこういうことを主張する人がいるのですね。私の友人からもこういう意見はどうでしょうか、と聞かれました。

それを聞いて国債発行、国民の負担を増やさずに財源を確保するという主張にははすごい既視感があるのです。昔、同じようなことがあったな、と。どうということかという、2009年の民主党政権成立前に、一部の善意の(warm heart & warm head)医療関係者は、高橋洋一氏の「霞が関埋蔵金50兆円」があるとの説に幻惑され、それを取り崩せば国民負担増なしに社会保障費を増やせると期待したことがあります。現実には不可能だったのですが。この高橋さんが現在も国債発行でなんとかすると主張しているので、本当に同じ人は同じ主張を繰り返す、だまされる人は同じ人にだまされる、と思った次第であります。