

## 新型コロナウイルス感染蔓延——背景には公的医療費抑制政策

今回のコロナ危機で、医療体制や公衆衛生の対応力が弱体化していることが露呈した。背景には、新自由主義による公的医療費抑制政策の弊害がある。市場原理や経済効率を重視する新自由主義的医療改革は、1980年代に実行された「臨調行革」路線を端緒に、1996年の橋本政権による構造改革路線によって本格化した。2001年に発足した小泉政権は、「医療費の伸びを経済財政と均衡の取れたもの」にするとして、公費投入の抑制による公的医療費抑制政策を展開し、需要面では患者自己負担を増やし、供給面では病床削減や病院の統廃合、医師養成数の抑制を、医療の市場化・産業化と一体で進めてきた。

### 病床削減・病院統廃合を推進

厚生労働省の公衆衛生審議会が取りまとめた「新しい時代の感染症対策について」（1997年）では、感染拡大の防止と患者の人権を守るために、「感染患者に対して医療機関で早期に良質かつ適切な医療を提供することは不可欠である」ことを指摘していた。

今回のコロナ危機では、医療現場のひっ迫が深刻になる地域が増え、医療崩壊が目前に迫る状況であった。新型コロナウイルス感染者用の病床はピーク時に3万1,077床が必要だと見込んでいる。しかし、実際に確保できているのは1万4,486床（5月10日公表、厚生労働省）で半分に満たない。安倍晋三首相は5万床を確保すると表明していたが、目標とはほど遠い現状が浮き彫りになった。

これまでの公的医療費抑制政策が今回の重大な結果を招いたことは明白である。小泉政権の「医療制度改革の論点」（2003年）では、公的医療費の伸びの多くを占めている入院医療費を抑制するため、病床数の削減や供給医師数の計画的削減などの「効率化を図る」ことを基本方針にした。今後、需要が増大する高齢期の医療は、がん、脳血管疾患、心疾患などの慢性期が中心であるとして、感染症を含む急性期医療の縮小を進めてきた。急性期医療に医療資源（医師・看護師等のマンパワーや医療機器など）を集中投入し、病床の効率的活用——病床稼働率を高め、患者の入院日数を短期化することで、急性期の病床を絞り込み、全体の病床数も減らしてきた。全国の感染症指定病床は、1998年に9,060床あったが、この20年で1,869床（2019年4月現在）まで減少した。全体の病床も減少のスピードは増しており、この2年間で約3万床も減っている。

2014年の「医療・介護総合確保法」では、新たな病床削減の仕組みである地域医療構想を導入した。2025年時点の病床数を、本来必要とされる152万床から119万床に、33万床削減していくため、急性期病床がある400超の公立・公的病院を名指しして、病床の削減や統廃合を迫っている。しかし、全国の感染症指定病床がある病院は367病院だが、このうち9割を超える346病院が公立・公的病院だ。名指しリストに載った24病院は感染症病床のある病院である。そもそも地域医療構想には、感染症対応の病床を確保することが欠落しており、名指しリストの公表をはじめとする地域医療構想の推進は中断すべきである。その上で、各都道府県が作成する医療計画に、感染症対応の病床や

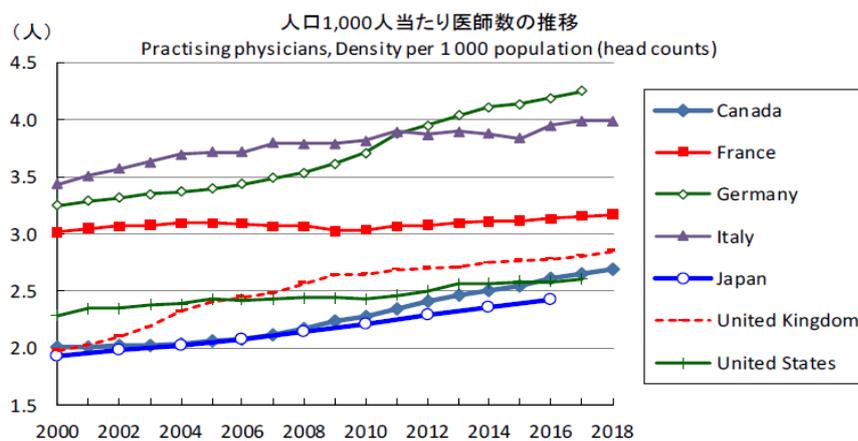
医療従事者の確保計画、人工呼吸器やECMO（体外式膜型人工肺）などの医療機器、感染防護具の備蓄計画を具体的に盛り込む必要がある。

重症の感染症患者を治療するICU病床数（人口10万人当たり）は、ドイツは29.2床と世界的にトップクラスで、医療崩壊が起こったイタリアでも12.5床ある。日本は4.3床（診療報酬算定上の3つの病床合計数は13.5床）だが、ICU病床には医師や看護師などの人員が大幅に割かれるために、その他の一般病床が手薄になり、手術制限を行うことや、救急搬送患者を制限するといった事態まで生じている。

本来、医療には緊急時のための余力、余裕が大事だ。常にぎりぎりまで入院患者を受け入れるという「効率化」ではなく、余裕のある病床受け入れ体制と人員体制が必要である。例えば、院内感染の発生で、病院が患者の受入れを休止した場合、その地域にある他の病院でカバーしなくてはならない。ドイツでは「過剰」と名指された病院病床によって、重症患者を適時に治療できる態勢を整え、多くの命を救えた。

### 医師養成を抑制、看護師不足を放置してきた弊害

医師の絶対数が不足していることも医療体制の弱体化を招いている。日本の人口千人当たり医師数は2.4人で、OECD（経済協力開発機構）の加盟国平均は3.5人だ。あと約14万人養成しないと平均値には達しない。G7のなかで日本の人口あたり医師数は最低で、フランスの7割、ドイツの6割の水準に過ぎない。1982年に「将来は医師過剰時代になる」として、医学部の入学定員を抑制する閣議決定が行われ、定員削減が2008年まで続いたことが背景にある。



\*\*OECD Health Statistics 2019から作成

(出所) 日医総研リサーチエッセイNo. 77 2019年9月

看護師不足も深刻な問題である。感染症の重症患者を治療するとき、人工呼吸器やECMOを装着すると、一般病床の患者に対するときに比べ、何倍もの人数の看護師が必要になる。体力的にも精神的にも厳しい状況であるため、看護師の免疫力が落ちて感染する危険も高まる。院内感染が起これば、感染の可能性がある人は現場を離れざるを得ず、ますます人手が不足する。この負の循環は、各地の病院で広がっている。



国は、結核患者の減少を理由に「感染症の時代は終わった」として、感染症研究所、衛生研究所、保健所などを縮小し、公共サービスを削減してきたが、こうした政策の誤りが露呈した。今回のコロナ危機を契機に、感染症専門家の育成、感染症病床の増床と充実、保健所の調査・検査体制の強化、CDC（疾病対策センター）の創設をはじめ、弱体化した公衆衛生システムの大転換が必要である。

なお、国はアメリカの抗ウイルス薬「レムデシベル」を特例承認したが、通常なら1年程度かかる審査をわずか3日で終了した。治療薬の開発に期待することは十分に理解できるが、リスクがあっても使用すべきなのかどうか、有効性や安全性、副作用には細心の注意を払って症例を蓄積し、分析を続けることが必要である。

## 命と健康、生活を脅かす政策の大転換を

政府の全世代型社会保障検討会議（議長：安倍晋三首相）は、経済成長戦略の観点から、健康づくりビジネスや予防を重視する方針を示している。人口減少社会が進行している中で、必要な働き手を確保するため、高齢者を安上がりに使える働き手として活用しようとしているが、そのためには、健康であることが前提だとして、予防と健康づくりへの自助努力を求めている。経済産業省が示した「予防の投資効果」の試算では、労働力が最大840万人確保することが可能になり、消費は年1兆8千億円の拡大が見込まれるとしている。

しかし、感染症をはじめ病気は誰でもかかる可能性がある。自助努力や自己責任では解決できる問題ではない。だからこそ、公衆衛生、医療などの社会保障が構築されてきた。自己責任や助け合いの問題にすり替えることは、公的責任を曖昧にすることになる。

感染症対策からも、所得の多寡に関係なく、医療へのアクセスを保障することも重要である。ところが、全世代型社会保障検討会議は、公的医療費抑制政策に固執し、現在は原則1割の75歳以上の医療費窓口負担について「一定所得以上は2割」に引き上げようとしている。「一定所得」をいくらにするかによって、実質的に原則2割に近づいてしまう。しかし75歳以上の高齢者は、外来で9割が何らかの慢性疾患を治療し、6割が2種類以上の慢性疾患を治療している。このため、収入に対する医療費の自己負担は年7万7千円で、窓口負担が2割・3割の75歳未満の人より1.7倍も高くなっている。しかも9割の人が所得200万円未満と困窮している。2割負担を押し付けることは、受診抑制・中断を広げ、重症化を招くばかりか、将来への不安を増長させることになる。

厚生労働省の社会保障審議会では、▽外来で受診したときの窓口負担に定額（数百円）負担を追加する▽所得や金融資産に応じて3割負担となる対象を広げる▽市販している薬と類似の効能がある薬の患者自己負担を引き上げる——などについても検討に入っている。

今後、失業者の増加や経営悪化などに伴い、経済的に厳しい状況に置かれる人々の増加が想定される。公的医療費抑制と社会保障給付の大幅カットという国民の命と健康、生活を脅かす政策は大転換すべきである。憲法25条を活かして、社会保障を充実することは、将来不安を抱える多くの国民に、安心を示すだけでなく、生産誘発効果や雇用誘発効果などを通じて日本経済を底支えることにもなる。

（文責：医療動向モニタリング小委員会委員 寺尾正之）