

2020年 6月 25日

各 位

## 公的医療費抑制策転換に向けた意見書

～誰もが質の良い安全で安心できる保健・医療・介護・福祉を享受するために～

公益財団法人日本医療総合研究所理事会

日々のご奮闘に敬意を表します。

公益財団法人日本医療総合研究所はこれまでみなさまのご協力ご支援を賜りつつ、保健・医療・介護・福祉に関する調査研究、集会および人材育成ならびに日本医療労働会館の運営に関する事業等を行い、誰もが質の良い安全で安心できる保健・医療・介護・福祉を享受しうる社会の形成に寄与することを目的とし、この目的実現のために運営して参りました。

この度、新型コロナウイルス感染症の蔓延に際し、上記の目的にある社会の形成に向けて本意見書を記しました。公的医療費抑制策の転換、公衆衛生の充実等に関して、政府をはじめ関係各位のみなさまとともに考え、当研究所においても向かうべき社会の形成の一端を担う責任があると考えています。

関係各位のみなさまとともに知恵と工夫を結集し、政策形成を進める必要があると考え本意見書がこれからの社会のあり方を考える契機となることを願い、ここに提起します。なお、本意見書の要点は次の通りです。

### 記

1. 今回、露呈した医療崩壊の主因である公的医療費抑制策の転換と、保健所をはじめとする公衆衛生機能の強化を図ること。
2. 公立・公的病院の再編・統合をはじめとする地域医療構想の推進を中断し、病床および人員体制（介護、社会福祉も含む）の充実など地域医療の充実を図ること。
3. 科学的根拠にもとづいた政策展開を進めることで信用度を高め、医療機関や介護・社会福祉施設、医療・介護等の従事者、地域住民、自治体とともに政策形成を図ること。

以上

(解題)

## 1. 医療・介護等の人員体制について

政府は4月16日、新型コロナウイルス感染症は国内各地において蔓延している現況を受けて、緊急事態宣言をこれまでの7都府県から全国に拡大することを決定しました。その後、新規感染者の減少傾向が続いているとして5月25日に全面解除に踏み切りましたが、第2波、第3波の感染拡大が発生する恐れは依然として続いています。しかも、この間の感染拡大によって生じた医療・介護の問題点は、何ら根本的な解決には至っていません。

感染拡大にともない患者数が増加し、医療機関における指定感染症病床をはじめとする医療供給体制はもちろんのこと、医療従事者の負担は各地で限界を超える事態が生じました。院内感染の相次ぐ発生は、防護服やマスクなど衛生材料の乏しさに加え、感染症対応について熟練した医療従事者の不足も大きく影響しています。このような深刻な事態は、すでに日本医労連の記者会見(4月7日)においても明らかにされています。

これ以上の「医療崩壊」を防ぐとされ、医療機関での受け入れ体制が厳しい状態になっているもとで軽症段階にある患者には宿泊施設等を利用することが各地で計画・実行されていますが、医療機関ではない宿泊施設を利用せざるを得ない状態そのものが、まさに「医療崩壊」していることを示しています。

そもそも医師や看護師など医療従事者の人員体制に全く余裕がなく、各地で医療従事者が確保できずに休止・廃止病床が進んでいる状態です。今回の感染症蔓延に際して、休止・廃止病床の活用が計画されていますが、なぜ休止・廃止病床となっているかを踏まえて、これまでの政策展開を見直す必要があります。

これまで公的医療費抑制の一環として、医師養成数の抑制を続けてきたことも「医療崩壊」の一因です。日本医師会による3月末の医療危機的緊急宣言をはじめ東京都医師会などの声明は、医療現場の最前線で感染症対応にあたる医師たちの悲痛の叫びを踏まえたもので、これらは医師養成数抑制を続けてきたことの誤りを示すものといえます。

集中治療室(ICU)の少なさも日本集中治療医学会声明によって指摘されている通りですが、感染症対応に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るといった事態も生じています。人員が絶対的に不足している事態が露呈しています。

医療現場のみならず、介護や福祉施設などでも集団感染が起きています。ご高齢や障害のある方々の中には、何らかの基礎疾患をお持ちの方が多く見受けられます。日常的に余裕ある体制が組み立てられている必要がありますが、いずれの施設・事業所でも人員体制に余裕は全くありません。保健・医療・介護・社会福祉の現場における人員体制の現況は、「社会保障・税一体改革」や「経済・財政一体改革」など社会保障の費用抑制を主眼にした政策

が長期にわたって継続されてきたことに起因しています。

## 2. 提供体制の再編について

2014年の医療介護総合確保法によって制度化された地域医療構想は、2016年度中にすべての都道府県で策定されました。この地域医療構想で示した必要病床数の実現に向けて、各地で病院の再編統合、ダウンサイジング、機能転換等が求められてきました。

地域医療構想は2025年における医療提供体制のあるべき姿を実現する取り組みとされており、医師・医療従事者の働き方改革、医師偏在対策とともに、「三位一体の改革」として推進される改革です。

この地域医療構想の実現を加速させるために、2019年9月に厚生労働省が公表したのが再編統合の議論が特に必要と名指しした公立・公的病院424のリストでした。地域での議論と合意形成を無視したものであり、一方的だとして各地で反発の声があがりました。

今回の新型コロナウイルス感染症対策で、感染症病床を主に担っているのは公立・公的病院です。全国の感染症指定病床は367病院、1,869床（2019年4月時点）、このうち、実に346病院が公立・公的病院となっています。さらに、上記の424の名指しリストによって再編統合の議論を進めるべきとされた公立・公的24病院が感染症病床のある病院です。

感染症病床をもつ公立・公的病院が統廃合や再編対象となっている状態です。今回の事態を機に、感染症病床だけでなく、公立・公的病院が担う機能を再評価するとともに、余裕ある病床受け入れ体制と人員体制を構築する方向へと転換を図る必要があります。

新型コロナウイルス感染症の収束後には、公立・公的424病院の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をただちに中断し、地域医療を充実させる病床および人員体制の充実を図ることが重要です。

もともと地域医療構想の根拠として示されているデータは、客観性を装いつつも、地域の実態を反映せず、算出根拠も提示していないものです。このような非科学的なデータに基づいて政策展開を進めるのではなく、地域の実態を反映させ、地域の参加を得ることができる科学的なデータにもとづく必要があります。424病院の名指しリストの基準も同様に、客観的な妥当性がなく、むしろ恣意的に操作したものと考えられます。

## 3. 疾病・健康の自己責任論と公衆衛生について

1997年から全面的に施行された地域保健法によって、保健所は再編・統合などが行われ、全国に852カ所あった保健所はほぼ半減し、公衆衛生機能は大きく低下しました。しかし、今回の新型コロナウイルス感染症への対応からも明らかのように、住民の命と健康を守る基盤となる保健所の、調査・検査体制の強化、人員の充実を図り、公衆衛生機能を高めて

いくことが極めて重要です。

なお、公衆衛生にとって自己責任論は最大の敵となります。ウイルスとは上手く付き合っていくしか方法はありません。今回の新型コロナウイルスの感染者への非難やネット上での誹謗中傷やそれらを仕方ないとする雰囲気醸成は、体調不良があっても言い出しづらくさせ、新たな感染者を生み出すことにつながります。このような自己責任論を求める社会から脱する必要があります。

そもそも病気には誰でもかかる可能性があります。自己責任で解決できる問題ではありません。だからこそ、公衆衛生・医療などの社会保障、社会福祉が歴史的に形成されてきました。自己責任論や地縁・血縁による相互扶助を基盤とする自助・互助・共助と称して社会保障を整理する考えは、歴史的に逆行し公的責任を曖昧にするものと言わざるを得ません。

同時に、これまで医療や介護等において市場化、産業化が企図され進められ、直近では、健康づくり産業、予防重視の政策が展開されています。さらに、今回の新型コロナウイルス感染症の蔓延を機に、ICT やデータの利活用を進めて、国民の健康管理を名目に、市場化・産業化が加速される恐れが大いにあります。こうした市場化・産業化は、予防・健康づくりを社会保障の枠から外し、市場を通じた自己責任による対応に委ねるもので、注意が必要です。市場化・産業化のために、個人情報について保護への考慮を疎かにしたままその「活用」を安易に進めようとする動きも強まっており、この点も警戒しなければなりません。さらに、政府はこの機に乗じてオンライン資格確認の導入のために、マイナンバーカードの普及を加速させようと躍起になっていますが、番号制度の安全性と信頼性が確保されていない中、オンライン資格確認の導入につながるマイナンバーカードの普及は容認できません。

#### 4. 誰もが質の良い安全で安心できる保健・医療・介護・福祉を享受するために

緊急に新型コロナウイルス感染症患者の対応にあたる特例として診療報酬が上乘せされることになりました。

しかし、医療機関の感染症対策の体制は十分なのでしょうか。患者自己負担の増加に連動することへの対策が取られているのでしょうか。医療へのハードルをできるだけ低くすることが、感染拡大を防ぐことにもつながります。所得の多寡に関係なく、医療を利用することができるようにすることが重要です。

感染への不安から受診を控えることで、持病が重症化した事例も出ています。受診抑制が起きていることは明らかで、開業医への調査では外来患者が大幅に減少するなど、医療機関の収入減が顕著となっています。医療提供体制の確保という観点からも、さらなる対

策が求められます。

新型コロナウイルス感染症にかかる受診において、国民健康保険の被保険者で資格証明書発行世帯については、2月28日の厚労省通知により3月分から3割自己負担で受診できるようになっています。緊急対応での政策としては一定評価できますが、保険料を長期に滞納せざるを得ない労働・生活実態に対して制裁措置として資格証明書が発行されている世帯にとっては、3割自己負担すら困難だというのが実態です。より意義のある内容での通知を行い、医療へのハードルを下げる必要があります。

国民健康保険の保険料の減免については、4月8日に厚労省より通知がされています。新型コロナウイルス感染症の影響で収入減となった被保険者の保険料減免を行うことができる自治体への指導です。国保における傷病手当金の活用についても厚労省から通知がされています。しかし、これほど重要な内容は、保険者である自治体に任せるのではなく、厚労省が一括で被保険者の減免や傷病手当金の活用に対応すべきです。

医療費の窓口自己負担分の軽減、国保の被保険者への保険料減免等の対応は喫緊の課題です。介護保険等においても同様です。また、今後、失業者の増加などにともない、経済的に厳しい状況に置かれる人々の増加も想定されます。

なお、上記に示した通知をはじめ、生活保護利用者へ給付される特別定額給付金を収入認定しないと厚労省通知が出されるなど、部分的に改善が図られている点には注目したいところです。

このように実施されてきた政策的対応を見直し、地域住民の健康権、受療権を保障することができる内容への政策展開を進める必要があります。地域の医療・介護需要や住民の生活問題を科学的に分析・把握し、住民とともに地域づくりを進めることが重要であり、計画や方針に住民を当てはめるのは本末転倒です。

以上の通り、当研究所は公的医療費抑制策の転換等について、標記の措置を政府に提起するとともに、誰もが質の良い安全で安心できる保健・医療・介護・福祉を享受しうる社会の形成に向けて本意見書を提起します。

(第27回臨時理事会決議)