

新型コロナウイルス感染症拡大
医療機関を疲弊させたのは誰なのか!?

今こそ医療費抑制策の転換を



兵庫県保険医協会

新型コロナウイルス感染症拡大で医療崩壊!?

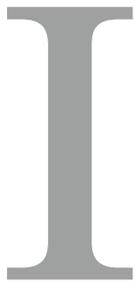
新型コロナウイルス感染症拡大の下、「病床逼迫」「医療崩壊の危機」「看護師不足」等が、大きくクローズアップされました。政府は緊急事態宣言の発令等で国民の協力を訴えてきましたが、このような状況をもたらした背景を考えるには、政府がとってきた厳しい医療費抑制策が、すでに日本の医療を危機的状況に追い込んでいたことに目を向ける必要があります。政府は、医療の高度化や超高齢社会に対応したマンパワーの養成を意図的に抑制してきました。その結果、すでに2000年代のはじめには、医師不足による医療機関の廃院、病院での産科や小児科などの診療科の閉鎖などが社会問題になっていました。

それでも政府は、その状況を逆手にとり、「病院の統廃合」をいっそう推し進めてきました。地域住民から病床を奪うことで、マンパワーに応じた病床数へと、医療機関が「縮小均衡」を図らざるを得ない状況が作りだされてきました。こうした政策の結果、意図的に脆弱化させられた「医療提供体制」の下、新型コロナウイルス感染症が襲ったのですから、医療現場が大混乱に陥るのは必然です。

つまり、もともと進行していた医療崩壊や、医療提供体制の様々な矛盾を、新型コロナウイルス感染症の拡大が顕在化させたというのが、現場の医療関係者の実感です。首相や閣僚の言動からは、こうした長年の医療費抑制策への反省は一切見られません。それどころか、医療機関に十分な補償を行わず、この混乱に乗じて、国民に新たな患者負担増を提起する始末です。

この冊子では、こうした問題点をみていきながら、医療費抑制策を転換する道筋について、皆さんと考えていきたいと思ひます。





新型コロナウイルス感染症 ……浮き彫りになった 医療費抑制策の弊害

世界的に新型コロナウイルスの感染が広がる中で、医療提供体制と死亡率の関係が、取りざたされました。当初死亡率が極めて高く、感染の広がりが甚大な被害をもたらしたイタリアでは「過去5年で医療機関約760か所を閉鎖、医師約5万6千人、看護師約5万人が不足していた」(日経新聞2020年3月23日)と、ショッキングな報道がなされました。もともとの医療提供体制の弱さが、被害を拡大した可能性が浮き彫りになり、象徴的事例として取り上げられたのです。

こうした事態に対して、多くの医療関係者が従来の日本の医療費抑制策の転換を迫りました。

①「医療費削減を進めた結果」 日本医師会 中川 俊男 副会長(現会長)

日本医師会の中川俊男副会長(現会長)は、イタリアの医師・看護師不足の原因を「欧州連合の求めた財政緊縮策に応じて、医療費削減を進めた結果」だと指摘。日本も「教訓を得なければならない」と強調した上で、有事に対応できるよう「平時からハード・ソフト両面に余力がある医療提供体制を構築する必要がある」と主張。「例えば病床数の一定の余裕や緊急時に対応できる医療機器等の備え」が必要だと具体例も挙げ「国はそのために必要な財源を確保する必要がある」と訴えました(2020年3月19日厚生労働省「地域医療構想に関するワーキンググループ」での発言より)。

②「常に余裕が必要」 全国自治体病院協議会 小熊 豊 会長

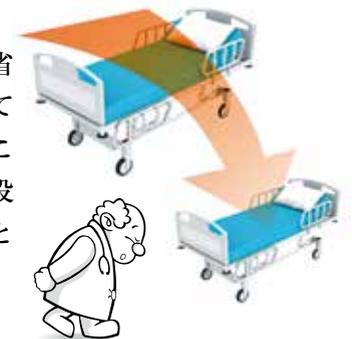
全国自治体病院協議会の小熊豊会長は、公的公立病院の立場から「有事に対応するため、常に余裕を持つ必要があると主張してきた」と見解を表明。

有事に備えている余裕を「平時には使わないからと言って、効率性や助成金の面から批判されると問題が生じる」と述べました(2020年3月19日厚生労働省「地域医療構想に関するワーキンググループ」での発言より)。

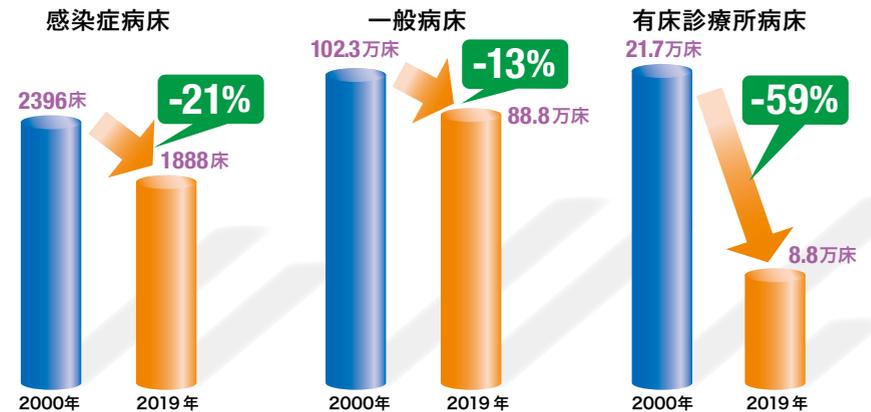
③「医師不足が原因」 済生会栗橋病院 本田 宏 前院長補佐

「日本の医師数はOECD平均に比べて、10万人以上も少ない状態です。PCR検査数が少ないのも、医師数が少なく、さらに保健所も感染症病床も削減してきたからです。10年前に、日本感染症学会は、300床規模以上の病院には感染症専門医が常駐すべきで、3千人から4千人が適正と発表していましたが、専門医数は現在でも1500人ほどです。同学会の館田一博理事長は、全国408の感染症指定医療機関のうち、専門医が在籍しているのは144しかないとして、専門医育成と配置を要望しています。また、日本集中治療医学会理事長の西田修先生は、ICUとそれに準ずる病床をカバーするには集中治療医が最低でも4500人が必要との試算を示しています。人口8千万人のドイツは約8千人の集中治療医がいるのに対し、人口1億2千万人の日本は1850人にすぎません。ドイツ並みなら、1万2千人の集中治療医がいてもいいことになります」(兵庫保険医新聞2020年9月25日付)。

2001年以来の小泉構造改革以降、財界や財務省は、「効率一辺倒」の医療提供体制を、現場に求めてきました。新型コロナウイルス感染症の拡大で、こうした政策が、医療の公益性や特性、果たすべき役割を全く無視したものであり、今日の困難の元凶となっていることが、一層鮮明になったのです。



I-1/ 減らされてきた病床



出典：厚生労働省「平成12年医療施設(動態)調査」「令和元(2019)年医療施設(動態)調査」より

II

医療機関経営はかつてない危機に

新型コロナウイルス感染症が広がり、緊急事態宣言が出された中で、2020年4月7日、政府は全国の病院・診療所に対して、事業の継続を要請しました。これに従った医療機関は「あらゆる人がコロナに感染している可能性がある」との前提での診療を行うこととなり、継続的な医療提供にかつてない不安と困難を強いられました。

政府の要請で診療体制をとりつづけたものの、国民への外出や営業活動の自粛要請、感染を恐れた患者さんの受診抑制が全国的な規模で起こり、医療機関の経営は危機的状況を迎えました。なかでも、小児科や耳鼻科等の窮状は深刻で、とりわけ歯科医療機関は、感染患者発生が皆無であったにもかかわらず、厚生労働省が「不要不急の歯科治療をやめるよう」通知したため、患者数が激減しました。その結果、半年で医療費が1兆円以上もマイナスとなる、かつてない事態が起きました(図II-1)。

こうした受診抑制の一方で、医療経費増加の要因は多岐にわたりました。新型コロナウイルス感染者の入院を受け入れた医療機関は、コロナ病床確保や医師・看護師の増員、勤務体制再編などが緊急に必要になりました。その他の医療機関でも、発熱外来や様々な感染防止対策など、新たな設備投資やマンパワーの両面から対応を迫られました。マスクや防護服、グローブなど医療材料の高騰も、医療経営を圧迫しました。

長年の診療報酬抑制策で、ただでさえぎりぎりの経営を強いられていたところに、このような状況が直撃したのですから、医療機関は国民皆保険制度成立以来、経験したことのない危機に陥りました。国は、補助金や診療報酬の増額で対応しましたが、その額は到底減収を補えるものではありません。現に病院団体の調査では、4割の病院が冬季の賞与をカットすると回答(図II-2)。兵庫県保険医協会の調べでも収支悪化に「内部留保・個人資産の取り崩し」で対応している医療機関が74%にも上っています(図II-3)。このような事態に「コロナ患者を診ている、診ていないにかかわらず大変な経営状況になっている。補填がないと医療機関は持たない」(自民党・羽生田俊参議院議員)、「コロナと最前線でたたかっている医療従事者の心が折れてしまう。直接届く医療従事者への手当や医療機関への減収補填という形でやるべき」(日本共産党・小池晃参議院議員)などの声が、与野党問わずあがるほど、医療機関の経営は深刻な事態に陥りました。

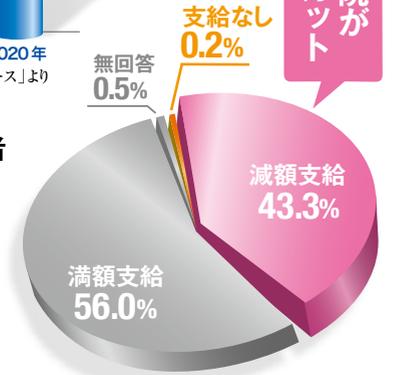
国による医療機関への「減収補填」が、政治課題にのぼったのです。

II-1/ 国民医療費の推移(各年4~9月)

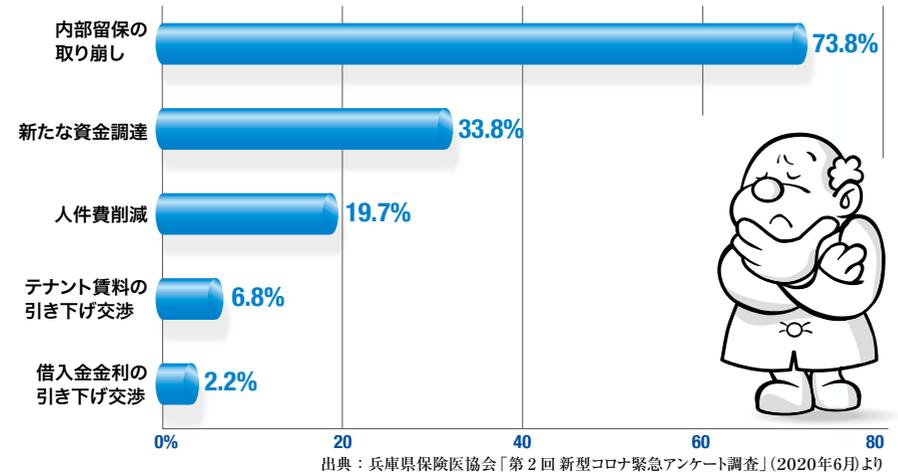


II-2/ 新型コロナウイルス感染症入院患者受入病院における2020年冬季ボーナス支給状況

出典：日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会「新型コロナウイルス感染拡大による病院経営状況の調査(2020年度第3四半期)」より



II-3/ 収支悪化への対応



国民への医療提供は国の責任

憲法第25条は、すべての国民に「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」を保障し、すべての生活部面において「社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と国の責務を明記しています。この生存権保障の具体化として、戦後医療保険制度確立をめざす様々なたたかいがあり、その到達点として、国民健康保険法の成立を受けて1961年に「国民皆保険制度」が実現しました。

医療の「公益性」

医療は、特定の個人に対する提供であっても、その利益が不特定かつ多数の者に及ぶ「公益性」を有しています。これに加えて、日本では国民皆保険制度により社会保障の一環として国民に対する医療提供を国に義務づけており、その原資はすべての国民が負担する税と社会保険料であり、医療の「公益性」を極めて高いものにしていきます。

こうした制度下で医療を提供するにあたって、医師・歯科医師には、他人に対する侵襲行為の違法性を阻却するという特別な権限が与えられている一方で、高度な専門知識及び技能、倫理性が必要とされ、様々な義務が課せられるとともに、医療機関には徹底した「非営利性」が求められています。

「名称独占」と「業務独占」の意味

医療は人の命や心身を脅かしかねない行為であり、医師・歯科医師と患者との間には、情報だけでなく理解度、判断力にも大きな非対称性が存在します。そのため、医師法・歯科医師法は、いわゆる「名称独占」「業務独占」を認めて、患者や国民の安全を確保するために、高度な専門知識及び技能、倫理性を持たない者を排除しています。

医師・歯科医師の義務の本質

医師法・歯科医師法は、診療（応召）義務として「診療に従事する医師・歯科医師は、診療治療の求めがあった場合は、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」と定めており、他のサービス産業と異なり、事業者による顧客の選別は許されません。今回の新型コロナウイルス感染症に際しても厚生労働省は、感染を恐れた医師が診療拒否する可能性があることを想定

し、患者の発熱等は「診療を拒否する『正当な事由』に該当しない」との通知を出しています。その他にも医師・歯科医師には、処方箋交付、診療録の記載と保存、守秘義務等が課せられています。

さらに、医師・歯科医師が保険診療を行うには、厚生労働大臣に申請し「保険医として登録」を受け、「保険医療機関（病院もしくは診療所、薬局）として指定」される「二重規制」を受ける必要があり、保険診療に問題があれば、いつでも登録や指定の取り消しが行われます。

求められる「非営利性の徹底」

医療法は「営利を目的として、病院、診療所または助産所を開設するものに対しては、許可を与えない…」としています。医療機関はその資金を自ら調達し、運営責任とリスクを負いますが、その利益の分配（剰余金の配当）は禁止され、活動目的である医業の再生産費用にしか使えない仕組みになっています。また診療報酬は、その範囲と内容、技術・サービスと物の価格が国によって明確に定められ、審査支払機関による厳しい審査を常に受けています。もちろん、価格の上乗せや値引きといった、資本主義経済での基本である「利益追求のための自由な価格設定」はできません。

保険医の要求は、法律の仕組みに根拠がある

こうした法律等の規定に従って、医師・歯科医師は日常診療を行っています。公共財である医療の提供は政府の重要な役割であり、平時だけでなく、今回のような非常時においてこそ、市場原理に基づかない医療供給の回復が他に優先して求められます。だからこそ、国は、国民皆保険制度の運営主体として、時々の社会情勢に応じて、保険医療機関の経営を安定させ、国民への医療提供体制を保障する責任があるのです。

新型コロナウイルス感染症に端を発した医療機関の経営危機に対して、保険医が国に減収補填を求めるのは、国民皆保険制度を守るため、必要な要求なのです。



III

民間病院・開業医は非協力的!? 実態を踏まえない主張

「民間医療機関がもっとコロナ患者を受け入れろ」「開業医が非協力的」などの言説を、一部の「識者」「コメンテーター」などと称する人々が主張しました。これらは日本の医療提供体制の実情を踏まえない、極めて短絡的な「喧伝」であると同時に、現場の実態を踏まえていない、非常識な言説です。

第一に、そもそも日本の医療機関は、地域の診療所、二次救急を担う一般病院、高度急性期を担う大規模病院など、それぞれの医療機関の機能に応じて、国民に医療を提供しています。こうした分担の中で政府は、民間病院では対応困難な感染症対策を政策医療として公立・公的病院に担わせてきましたが、この間不採算性を強調することで、感染症病床を減らす政策をとってきました。このような姿勢が、新型コロナウイルス感染症への対応を困難にしたのは明らかです。これらのことには一切言及することもなしにそうした機能を備えていない民間病院を攻撃するのは理不尽です。

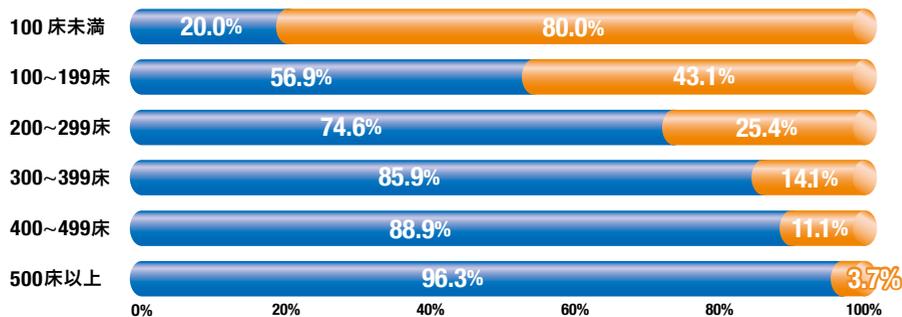
第二に、医療提供体制の実情からも、公立・公的病院の受け入れが多くなるのは当然です。新型コロナ患者受け入れのためには、独立した専用の病棟やそれに付随する様々な施設を整備する必要があります。病床数の多い病院の方が、相対的に受け入れる体制の条件が整っていることは、図Ⅲ-1に如実に表れています。つまり、一部の人の言うような「やる気」の問題ではなく、受け入れる「体制の条件」の問題なのです。そして図Ⅲ-2のように、民間病院は病床数の少ない病院の割合が多いのですから、受け入れ数が相対的に少なくなるのは当たり前です。

第三に、そうした状況にもかかわらず、民間医療機関が新型コロナウイルス患者を受け入れてきたことが、統計に表れているということです。図Ⅲ-3は東京都の新型コロナ患者受け入れ状況ですが、「受け入れ患者数」は公立・公的病院が62%、民間病院が38%となっていますが、「受け入れ病院数」では公立・公的病院が35%、民間病院が65%となっています。先にみた病床規模の特徴も勘案して考えれば、感染者が増加する中、民間病院がぎりぎりの努力をし、新型コロナ患者を受け入れていることが、この統計に表れています。

第四に、開業医批判が極めて不条理なことです。そもそも発熱患者に最初に対応するのは、開業医・地域の診療所です。また、これだけ全国に新型コロナ

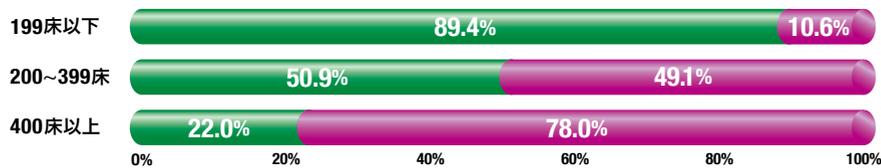
ウイルス感染症が広がっている中では、「診療所を訪れる全患者が新型コロナウイルスに感染している可能性がある」との前提で日常診療をつづける必要があります。感染防御のためにかつてない体制と細心の注意を行った上で、適切な診断・治療を行い、地域医療を支えている開業医を、新型コロナウイルス感染症に対応していないかのように批判するのは、見当違いです。

Ⅲ-1/ 新型コロナ患者受け入れは病床規模による



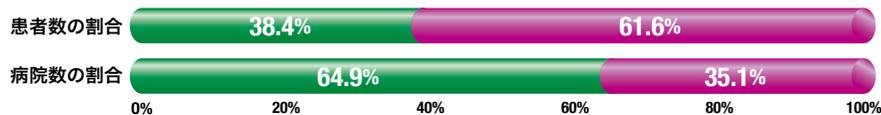
出典：株式会社グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン「新型コロナ、対応すべき規模の民間病院1割未満」(2021年1月15日)より
● 受け入れている ● 受け入れていない

Ⅲ-2/ 病床規模の大きな病院は公立・公的病院の割合が高い



出典：株式会社グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン「新型コロナ、対応すべき規模の民間病院1割未満」(2021年1月15日)より
■ 民間病院 ■ 公立・公的病院

Ⅲ-3/ 東京の新型コロナ患者受け入れ状況



出典：東京都医師会「定例記者会見(令和3年2月9日開催)資料」より
■ 民間病院 ■ 公立・公的病院

国の姿勢がコロナ対応を困難に - 医療機関の実情は切実 -

病床稼働率は大幅低下

明石市・大久保病院 吉岡 巖先生



新型コロナウイルス感染症の拡大の中で、これまで提供していた医療が続けられない状況が生まれています。私の病院は199床で、毎月約80件の救急患者さんをお受けしていました。できる限りお断りせずに行っていました。新型コロナウイルス感染症が拡大して以降は、一人の発熱患者さんが来られて救急室を使うと、その間救急の受け入れができなくなりました。感染の疑いがあるうちは、他の患者さんを入れるわけにいかないからです。「救急室をたくさん作れ」と言いますが、そもそも病院自体がそういう仕様になっていません。当院では救急室は二つですが、一つの部屋に発熱患者さんが入れば、概ね1時間半はかかります。その間、動線から隣の部屋は開けておく必要があります。

以上は一例ですが、感染症対策に万全を期しながら新型コロナウイルス感染患者を受け入れるのは、並大抵ではありません。明石市民病院が受け入れていましたが、満

床になり、受け入れ要請がありました。

これを受けて、当院も含めて六つの病院が、明石市民病院で一定回復した患者さんの受け入れを検討することになりました(2021年1月現在)。また自院で確認した軽症の患者さんは、体制を整備して引き受けざるを得ない状況になりました。そのためにはトイレやエレベーターをはじめ病棟の動線から看護体制まで、すべて別にする必要があります。コロナ病床を数床確保するにも、病棟ごとコロナ病床に振り向けるなどの対応も必要となります。そうすると一般病床が20床~30床、場合によっては全体の半分くらいに減ることになります。結果、病床稼働率が大きく下がっても、政府から何の減収補填もありません。

診療報酬の度重なる削減で、通常でも常時病棟を満床にしなければ経営が苦しい状況の中で、民間病院はこのような状況に直面しているのです。

発熱患者受け入れも大幅減収

神戸市東灘区・口分田玄瑞診療所



新型コロナウイルス感染症拡大により、医療体制の逼迫が報道されましたが、診療所でも深刻な影響が出ています。新型コロナの治療について、テレビでは病院が取り上げられることが多いですが、当然ながら、発熱などの風邪症状のある方を最初に診察するのは地域のかかりつけ医になります。

保険医協会のアンケート結果でも動線分離等の問題で、やむなく「発熱等診療・検査医療機関」の指定を受けていなくても、ほとんどの医療機関で、発熱患者に対して、時間を分けての診察や電話での対応、発熱外来を実施している診療所や病院への紹介など、患者さんにとって必要な措置を講じており、地域の開業医の役割も大きいと言えるでしょう。

一方で、生活習慣病などの慢性疾患を抱える患者さんの中には、感染を恐れて診療所に来る回数や院内に滞在する時間を減らすために、薬剤の長期投与や、短時間の診察を希望される方もおられます。ですが、慢性疾患の患者さんの通院間隔が長くなると、処方している薬の種類や分量が患者さんの体に合っているのかの判断が難しくなりますし、短時間での診察では、細かい体の不調をつかむことが難しくなります。

医療機関では、発熱患者の待合室を別にするなど動線分離や、院内の消毒、換気などの必要な感染対策を施していますので、患者さんには安心して、必要な受診はこれまでどおりに行っていただきたいと思いますが、協会のアンケートでも、7割以上の医療機関が依然として収入減に苦しんでいるというのが実態です。深刻な受診抑制による問題の一つに、患者さんの減少によって、医療収入が減少し、安定した経営が脅かされていることがあります。収入が減少したからといって、医療機関では他の業種のようにスタッフを減らしたり、診療時間を短くすることはできない上に、感染対策費や消毒の徹底などで、これまで以上の経費がかかります。

また、万一にも医師や看護師が感染したり、濃厚接触者となってしまうと、一定期間は医療機関を閉鎖せざるを得ません。

そうすると、これまでの医療費抑制策に伴う診療報酬抑制によって追い詰められている医療機関の経営に打撃的な影響が出てしまうのは必至です。医療崩壊を防ぎ、患者さんの命と健康を守るため、政府は医療機関の減収や休業への十分な補償を実施すべきです。

不当な厚労省通知で受診抑制

伊丹市・かわむら歯科 川村雅之先生



新型コロナウイルス感染症の影響で、歯科医療機関でも患者数の減少、特に初診の患者さんやSPT(歯周病安定期治療)など定期的な受診の減少に見舞われました。治療時に患者さんとの距離が近いので「歯科治療で感染するのではないか」と言われましたが、歯科治療での感染報告はなく、完全な風評被害です。

問題なのは、厚生労働省の「感染防止の観点から、歯科治療は応急処置にとどめるよう」求める通知が出されました。しかし歯科では、唾液や血液、粘膜に接触する機会が多いことから、従来から院内感染防止対策に万全を期してきました。2018年の診療報酬改定で、院内感染防止対策と研修が初・再診料の算定の要件とされましたが、すでにほとんどの歯科医療機関が届出を行い、施設基準をクリアしています。そもそも早期の歯科治療と定期的な専門的口腔ケアは感染予防のカギです。受診を制限させるような通知は、これに逆行するもの

で、納得できません。

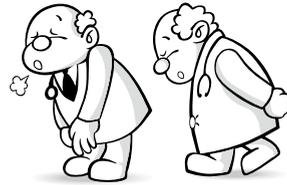
現にその後大幅な受診抑制がおり、患者さんの口腔状態が悪化しました。歯周病の定期受診の患者さんが受診を控え、抜髄や、感染根管処置、膿瘍切開など、治療が遅れ重症化したう蝕の患者さんも目立ちます。初期段階での歯科治療、重症化予防がようやく定着してきたのが、台無しです。また、歯科訪問診療での高齢者への専門的口腔ケアができなくなると、一般の方以上にリスクは高まり、誤嚥性肺炎など、命が危ぶまれる事態を引き起こす懸念があります。

低い歯科診療報酬で経営が非常に厳しい状況の上に、歯科材料の暴騰や、消費税増税の影響が大きく、新型コロナによる受診減少が加わり、歯科医院の収支はさらに悪化しています。歯科技工所にいたっては、これまで各種補助金の対象にもなっていません。

地域で継続的に歯科医療を患者さんに提供できるよう減収補填など、国の補償が求められています。

IV

マンパワー不足は明らか



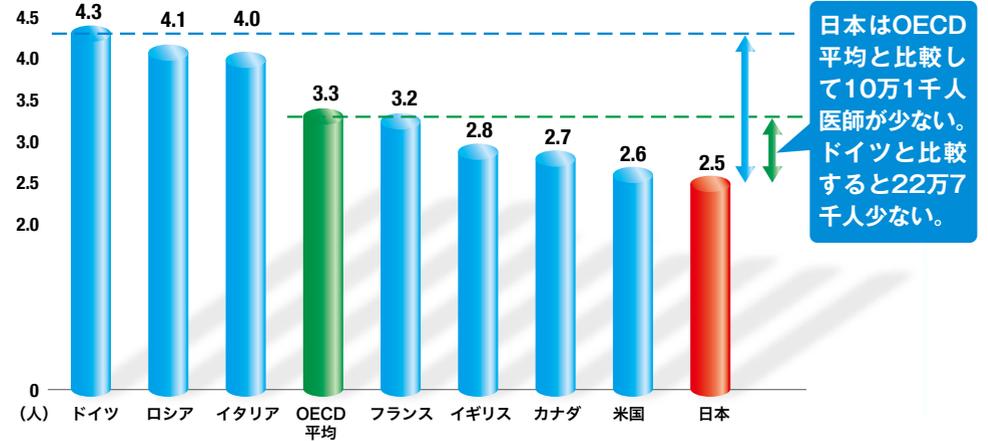
新型コロナウイルスの感染拡大以前、具体的に政府は医療提供体制をどのようにしようとしていたのでしょうか。長きにわたる医療費抑制策によって、人員配置も必要病床も、徹底して削ってきたことが明らかになっています。

人口当たりの日本の医師数は、G7の中で最低(図IV-1)で、OECD平均と比べると10万人も少なく、絶対的に不足しています。このような状況でも国は抜本的医師数増には全く着手せず、形だけの偏在解消やタスクシフト、患者の医療のかかり方等に問題をすり替えていました。医師の長時間過密労働についても、2019年に出された厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」報告書では「過労死ライン」と言われる年間960時間の倍に当たる、1860時間の時間外労働を容認。現状を改善するどころか、こうした実態を追認する報告をまとめていました。

入院患者をケアする看護師の不足も深刻です。病床数当たり看護師数は、ドイツ・フランスの約半分、アメリカの4分の1となっています(図IV-2)。今後もこれを改めない方針が、厚生労働省の「第11回看護職員需給分科会」(2019年)で明らかになっています。この会議に示された2025年の看護師の需給推計では、需要が188万~202万人に対して、供給は175万~182万。つまり6万人~27万人不足することを、厚生労働省自身が認めているのです。

新型コロナウイルス感染症の拡大で、医師・看護師をはじめとする医療従事者に、経験したことのないような精神的・肉体的負担がのしかかりました。しかし、そもそもそうした事態を引き起こした原因は、医師・看護師不足を抜本的に解決しようとしなかった、政府の姿勢にあるのです。

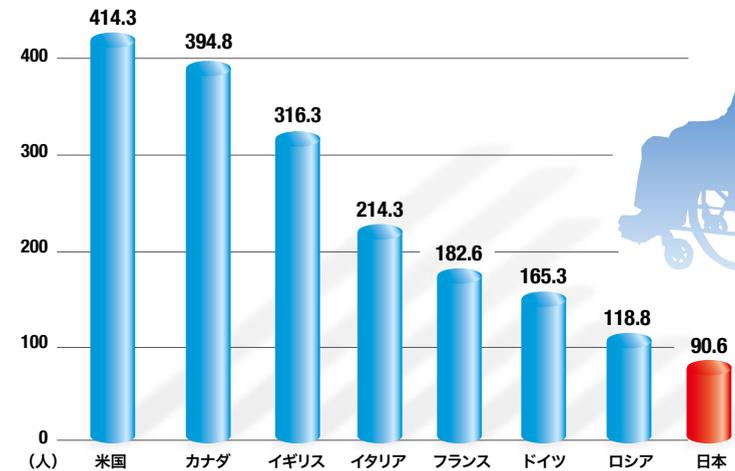
IV-1/人口1000人当たり医師数(2019年)



日本はOECD平均と比較して10万1千人医師が少ない。ドイツと比較すると22万7千人少ない。

出典：OECD「Health care resources」より
注：ドイツ・ロシア・フランス・米国・日本は2018年のデータ

IV-2/100床当たり看護師数(2018年)



OECD「Health care resources」より作成
注：病床数についてカナダとイギリスは2019年、ドイツと米国は2017年のデータ

V

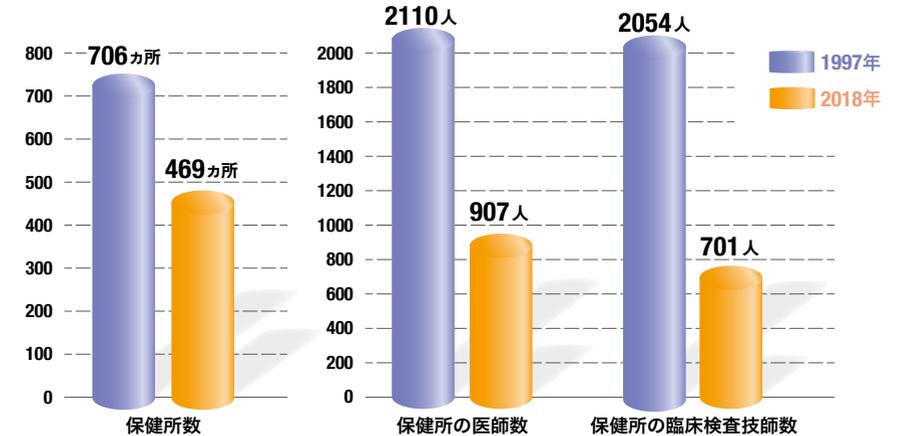
病床削減、保健所統廃合 —コロナ対応が困難に

感染症対策、病床の整備についても政策の経過を追えば、政府の愚策ぶりはますます浮き彫りになります。今回保健所の機能不全がクローズアップされましたが、政府は90年代から一貫して保健所を統廃合してきました。1997年に706カ所あった保健所を2018年には469カ所にまで削減し、職員も徹底して減らしてきました(図V-1)。病床問題も同様です。一貫して病床削減に躍起になったばかりか、直近では2017年の「感染症対策に関する行政評価・監視の結果に基づく勧告」で「感染症病床の不足」が指摘されていたにもかかわらずこれを放置。それどころか、2019年9月に厚生労働省が発表した「再編統合の必要性について再検証を求める424公立・公的病院等」で、53もの感染症指定医療機関を統廃合の対象にしていました。

これらを見ても、新型コロナウイルス対応を一層困難にさせるような路線を政府が取り続けていたことがわかります。しかも、国会でこの政策の見直しを求められた加藤勝信厚労相(当時)は「並行して将来に向けた対策も考えるのは当然だ」(2020年3月27日の参院予算委員会)と拒否。新型コロナウイルスの感染拡大の中でも、同じ政策を続けるというのですから、教訓を生かさそうという姿勢が見られません。「地域医療構想」では、2025年度までに全国の病床を約14万床、10%以上も減らそうとしています(図V-2)。新型コロナウイルスの拡大で医療機関にベッド確保を求めながら、一方でベッド削減を「並行して進める」のですから言語道断です。

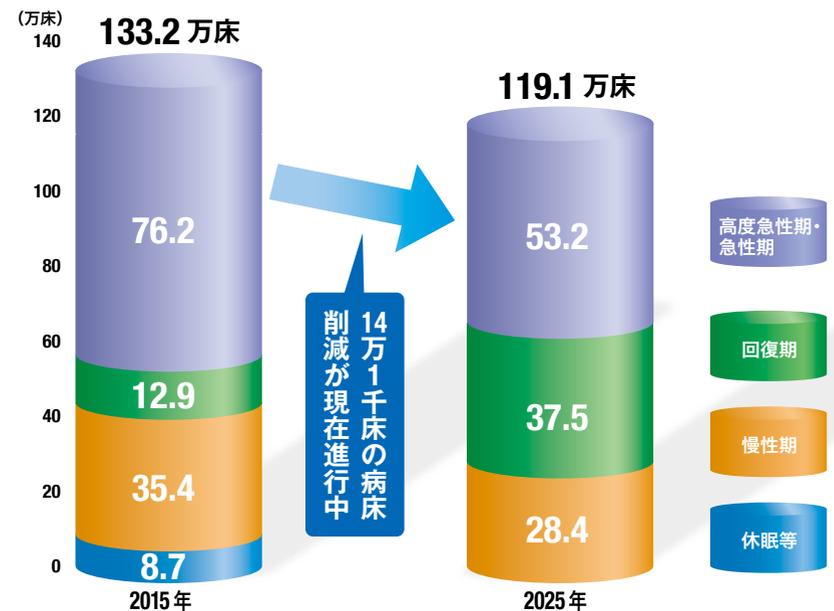
医療機関を統廃合する一方で、政府は診療報酬を削減し、常にベッドがいっぱいでなければ病院の経営が成り立たないような、ぎりぎりの努力や使命感を現場に強いてきました。そうした厳しい状況を、医療従事者の長時間労働、献身的努力や使命感で何とか持ちこたえさせてきたのが、日本の医療だったのです。そういう矛盾が、医療崩壊の危機として国民の目にも明らかになっています。今回のコロナ禍を契機に、今までの日本の医療政策のあり方を根本から問い直すことが必要なのです。

V-1/脆弱化させられてきた公衆衛生の体制



出典：全国保健所長会「保健所数の推移(平成元年～令和2年)」、厚生労働省「平成12年度地域保健・老人保健事業報告の概要」「平成30年度地域保健・健康増進事業報告の概況」より
注：保健所等の医師数、保健所等の臨床検査技師数は保健所で勤務する常勤職員および市区町村の地域保健事業に関わる常勤職員の数。なお、1997年の診療検査技師数には衛生検査技師を含む

V-2/地域医療構想による病床削減計画



出典：厚生労働省「平成29年版厚生労働白書-社会保障と経済成長-」より

VI

大企業は優遇、国民には自己責任

政府が医療費抑制策を続けた背景には、どのような考え方があったのでしょうか。政府は80年代の臨調行革以降、国家による福祉・公共サービスを縮小し、様々な規制緩和を進めてきました。この路線は、「市場に委ねる」とのスローガンの下、とりわけ90年代後半に一層顕著になります。

その中身はどのようなものだったのでしょうか。度重なる医療の自己負担増や年金の給付削減、生活保護の改悪など、医療・社会保障の連続改悪で、国民生活は困窮しました。一方で法人税の大幅減税、労働者派遣法の改悪など労働コストの大幅削減を可能にする労働法制改悪など、大企業が「より利益を最大化」できるよう、政府は便宜を図ってきました。その結果非正規雇用は2000年の1257万人から2159万人へと900万人近く増加、反対に正規雇用は81万人も減少するなど(図VI-1)、国民生活を非常に不安定な状況に追いやったのです。

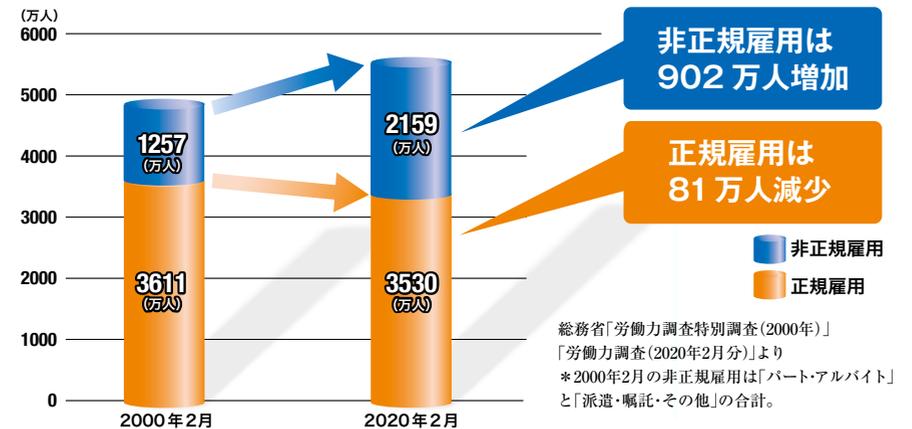
つまり「市場原理に委ねる」のは国民生活だけで、反対に大企業は「市場の暴力性から徹底的に保護」してきたのです。

菅首相が自らの政治スローガンとして、にわかに「自助・共助・公助」を掲げだしたのは象徴的です。これは、2000年代に入って「社会保障のあり方に関する懇談会」が、それまで「公助」を最重視していた従来の解釈を捻じ曲げ、「自助」を過度に強調し、本来公的責任で担うべき医療・年金などの社会保障を「共助」に「格下げ」するなど、極めて悪質な定義変更を行った、いわゆる「いわくつきの用語」です。菅氏はこのようなスローガンで、またしても国民に自己責任を押し付けようとしているのです。

そもそも保健、医療、福祉、年金など国民生活の基礎的部分は、まずは国が責任を持つ社会保障で安定させるというのが、先進国でとられてきた政策でした。そして企業活動こそ、第一義的に「自己責任」を貫くというのが、市場経済の大原則のはずでした。国が保障すべき医療・社会保障分野には「自己責任」を押し付け、自己責任を求めるべき大企業は徹底して保護する、このような路線は、本末転倒と言わざるをえません。

このような政治が長年続いてきたのです。

VI-1/ 正規雇用の減少と非正規雇用の増加



「医療費亡国論」が諸悪の根源

中曽根内閣による臨調行革のもと83年に、当時の吉村仁厚生省保険局長が「医療費亡国論」となえました(「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」)。少子高齢化が進んで医療費が増大すれば、経済の大きな負担になり、国家運営が危機に陥るとの主張です。この考えに基づいて、政府は80年代以降、一貫して「公的医療費抑制策」をとってきました。直近の安倍政権の医療改悪を見ても、その実態が分かります。診療報酬は4回連続マイナス改定。とりわけ72年以降続いてきた、薬価引き下げ分を、医療機関への支払いである診療報酬「本体」に振り替える慣例を破ったことで、いっそう厳しい診療報酬の減額が行われ、経営困難が加速し、医療機関はさらにぎりぎりの経営を迫られることになりました。歯科では、20年にわたり困難な状況が常態化させられています。

90年代終わりから、医療・社会保障への投資は、消費を高め、雇用を生み出し、日本経済を牽引すると、多くの識者が主張するようになりました。医療・社会保障の拡充は、国民の命と健康を守ることだけでなく、国民の生活の安定と向上、経済の健全な発展をもたらす、極めて有効な政策であることが明らかになってきたのです。こうした中で、医療費亡国論に批判が強まりましたが、歴代自民政権はその後この路線を改めるどころか、逆にいっそう厳しい医療費の削減を続けてきました。根拠のない「医療費亡国論」に基づく政策を、一刻も早くやめさせる必要があります。

VII

「企業負担削減」と「巨大利権」 医療を歪める新自由主義

このような、新自由主義の「大企業優遇」は、当事者である財界代表が直接政府の審議会等に入って「指示」を出しています。彼らは一見「識者」としての「公平な意見」をよそおいながら、自分達の利益を拡大させるための身勝手な主張を繰り返してきました。その象徴が経済財政諮問会議です。この会議では小泉内閣以降、①徹底した企業負担の削減、②規制緩和による公的部門の営利化、を財界代表とそれに追随する学者が声高に主張し続けました。

彼らは「規制改革」と称し、医療分野にも様々な提言をしてきました。

公的医療保険の縮小、混合診療の解禁など、国民皆保険制度の範囲を狭め、機能を弱めることで、私的医療分野を拡大し、ビジネスチャンスを狙いました。

また病院の統廃合などの医療提供体制の縮小にも積極的な姿勢を見せてきました。直近では2019年10月の経済財政諮問会議で、財界代表の「民間議員」から、約13万床の病床削減を「強力に進める」よう求める提言が出されていました。公的医療費を抑制し、事業主負担や健保組合の負担を大幅に減らそうとの狙いですが、言い換えれば自分達の目先の利益のために、国民から「命を守る病床」を奪おうというもので、その後の新型コロナウイルス感染症拡大をみれば、彼らの手前勝手な主張が、いかに国民に不利益をもたらす政策であるかは、明らかです。

そうしたことに一切の反省もなしに、2021年の経済財政諮問会議では、今回の新型コロナウイルス感染症拡大の混乱に乗じて、オンライン診療の初診時からの導入、保険証とマイナンバーカードの一体化などが打ち出され、「デジタル化」の巨大な利権を新たに創出することに躍起になっています。



下の表VII-1にあるような財界の要求は、保団連・保険医協会や医師会、国民の運動により、今のところ必ずしも彼らの思惑どおり進んでいません。しかし、今後もこうした要求が出されることは必至です。経済界の「ビジネス」のために、日本の公的医療保険制度が歪められれば、結局は国民・患者の利益が損なわれることにつながるのです。

VII-1/ 医療を歪める財界の要求

経済財政諮問会議、規制改革会議、政府審議会等での財界の主張
(2001年小泉内閣以降の主なもの)

- 「混合診療の解禁」
- 「株式会社の医業経営への参入」
自由診療部分に民間保険を導入し、ビジネスに
営利を目的に医療経営を行い、医療機関を様々な儲けの対象に
- 「診療報酬削減」
- 「診療報酬改定は経済財政諮問会議で論議」
医療費削減、企業負担を減らすため診療報酬の中身まで介入
- 「公的病院の統廃合の推進」
- 「統廃合した医療機関に全額国庫の補助金を」
- 「統廃合が必要な病院の実名公表」
医療提供体制を縮小、医療費を削減し、企業負担を減らす狙い
- 「マイナンバーカードに保険証機能」
- 「初診時からのオンライン診療」
医療の「デジタル化」推進で、巨大利権を手にするため



大企業の社会保障負担の削減と
ビジネスチャンスに結びつくもの
ばかり。しわ寄せは医療機関・国民に



VIII

消費税増税は法人税減税のため

このような新自由主義に基づいて、医療費抑制策と、低水準の年金や福祉など、国民生活を切り捨てる政治が長年続けられてきました。政府は事あるごとに「財政赤字が放置できない」「超高齢化社会が支えられない」などと、この路線を正当化し続けてきましたが、これはとんでもないことです。

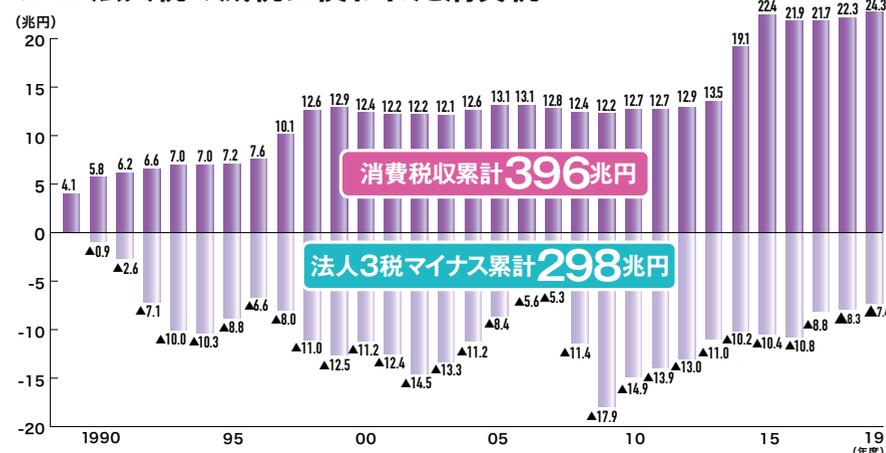
政府の主張が国民を欺くものであることは、消費税をめぐる経過をみればわかります。政府は2019年10月1日、消費税引き上げを実施しました。安倍政権発足以降の7年間で、消費税は5%から倍の10%に引き上げられたこととなります。一方で同じ期間で安倍政権は、何と7%も法人税を引き下げているのです。消費税増税は「財政危機」「高齢化社会」のためではなく、莫大な利益を上げる大企業の負担を一層軽減するためのものであることは、このことから明らかです。

これは今に始まったことではありません。図VIII-1は消費税導入以降の消費税と法人税の税収を比較したのですが、約30年間の消費税収396兆円に対して、法人税は298兆円も減税されています。つまり、導入以来30年で消費税収の約75%が、法人税減税に使われているのです。こんなことをやっているのですから、財政赤字も改善するはずはありませんし、医療・社会保障にもお金が回ってくるはずはありません。法人税の異常な税収減は、別の指標からも読み取れます。図VIII-2は、日本の企業の経常利益と法人税の額を比較したのですが、消費税導入直前の89年度では、経常利益が39兆円に対して、法人税は19兆円でした。ところが2019年度には、経常利益が倍近い71兆円に達しているにもかかわらず、法人税はわずか12兆円に減っているのです。30年にわたり、法人税を減税し続けた実態が、この数字に明確に表れています。仮に、89年の水準で企業が法人税を負担すれば、それだけで22兆円も単年度の税収が増えるのです。

歴代政府は、あたかも超高齢社会の到来で国家が破たんするように喧伝して国民を脅しながら、国民から吸い上げたお金で法人税を減税し続けたので

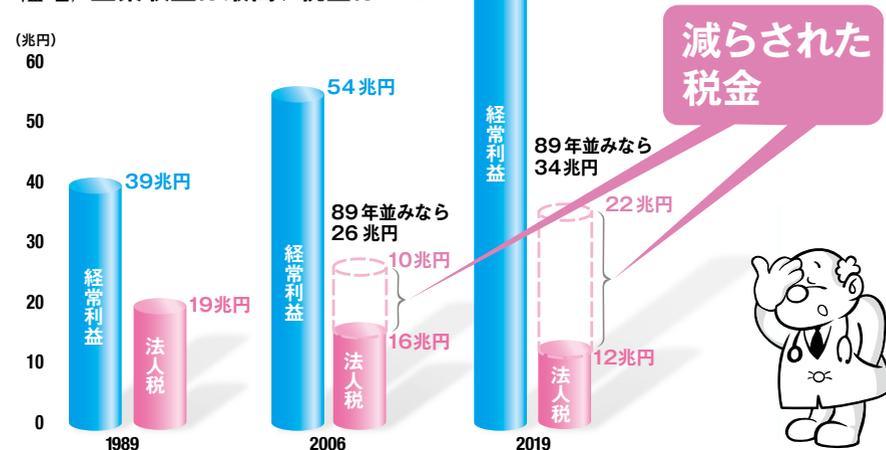
す。消費税の最大の特徴の一つは、最終的には消費者が負担するので「企業負担がない」ということです。つまり政府は、消費税導入以来、法人税を消費税に置き換えることで負担を免除しただけでなく、法人税も大幅減税し、大企業の社会的責任を限りなく縮小していく仕組みづくりを行ってきたのです。

VIII-1/ 法人税の減税に使われた消費税



出典:財務省および総務省公表データより計算、2016年度までは決算、2017年度は国は補正後、地方は予算額、2019年度は当初予算ベース

VIII-2/ 企業収益は最高、税金は…?



出典:財務総合政策研究所「法人企業統計」/財務省「一般会計税収の推移」より 注:経常利益は金融業を除く全産業の合計

IX

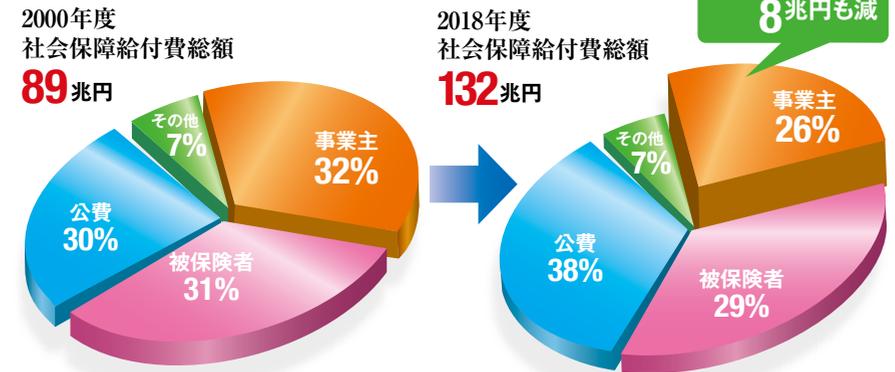
大企業は利益に応じた社会的責任を

前項でみたことと同様の現象は、社会保険料負担にも表れています。図IX-1は社会保障給付費の財源負担を示したのですが、事業主負担は、直近の2018年度は2000年度に比べて6%、金額に換算すると8兆円も減っています。この間は企業が賃金を抑制し、非正規雇用を増大した時期と重なります。

2003年の労働者派遣法の改悪で「製造現場への労働者派遣解禁」が行われて以来、非正規雇用は増え続け、労働者の4割を占めるまでに至っています(図IX-2)。直近では2015年の改悪で、事実上期限の区切りなく正社員を派遣労働者に置き換えることが可能になりました。これらは、日本経団連が「規制緩和」と称して、政府に要望し続けたものの具体化です。その狙いが如実に表れているのが、日本経団連が2001年末に行ったアンケートです。派遣労働者の「活用」の「メリット」として、大企業の約8割が「人員の整理が比較的容易」、6割が「人件費の削減」と回答しています。ここには、労働者の生活に責任を持つ姿勢は全く見られません。このように、とにかく法人税・社会保障の事業主負担を減らし続け、労働者の非正規化と正規労働者の賃金抑制で労働コストを削減し続けた結果、大企業の内部留保は年々増え続け、直近の2019年度では459兆円に上っています(図IX-3)。

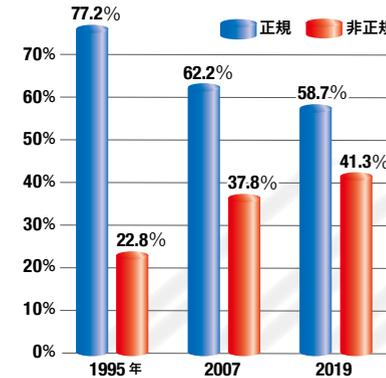
資本主義社会の下で、企業が利潤を第一義的に追求するのは当然のことです。しかし、企業が健全な経済活動を続けていくためには、労働者の健康や教育など、社会インフラが公的に整備される必要がありますし、労働者を雇用する以上は労働力の再生産と同時に、健康で文化的な生活に資する賃金を保障する義務があります。ここに企業が社会的責任(CSR)を果たす根拠が存在するのです。大企業は負担を極限まで減らすことが認められ、莫大な内部留保金を積み上げる。その一方で、ぎりぎりの生活を強いられる非正規労働者が4割にもものぼる。このようにあまりにも偏った構造は、政府の政策の結果であり、社会の歪みを一層拡大しているのです。

IX-1/ 事業主支出は大幅減— 社会保障給付費の負担割合



出典：国立社会保障・人口問題研究所「平成30(2018)年度社会保障費用統計」
「社会保障費統計資料集 平成19年度週及版」より

IX-2/ 労働者の約4割が非正規労働者に



出典：厚生労働省「就業形態の多様化に関する実態調査(1995年)」
厚生労働省「就業形態の多様化に関する実態調査(2007年)」
厚生労働省「就業形態の多様化に関する実態調査(2019年)」より

IX-3/ 大企業の内部留保は459兆円に増大



出典：財務総合政策研究所「法人企業統計」より
注：金融保険業を除く全産業、資本金10億円以上の企業のデータ

X

雇用安定、社会保障拡充で 経済によい循環を

新型コロナウイルス感染症が拡大する以前から、社会保障改悪、長年の雇用破壊と賃金抑制などで、国民生活は大打撃を受けていました。逆にそうした政策等により大企業は、空前の収益を上げていました。大企業は、家計からお金を吸い上げておきながら、ひたすら内部留保を蓄積するだけで、「投資不足」「経済循環の機能不全」がかねてから指摘されていました。自分達が雇用破壊や賃金抑制を続けながら「国内消費が冷え込んでいる」と、ますます海外への進出を強めて国内経済を空洞化させてきたのです。

大企業がただただ内部留保を積み上げるだけの経済構造は、富を偏在化させ、一方に多数の貧困層を生みだします。こうした社会が健全なはずはありません。

日本の社会保障が低水準なのは、統計にも表れています。図X-1は、社会保障への公的な支出である社会支出(GDP比)の国際比較ですが、仮に日本のGDPを500兆円とすれば、ドイツ並みで25兆円、フランス並みで50兆円、社会保障への給付を増やすことができます。そのうち医療への支出は5兆円も増やすことができます。

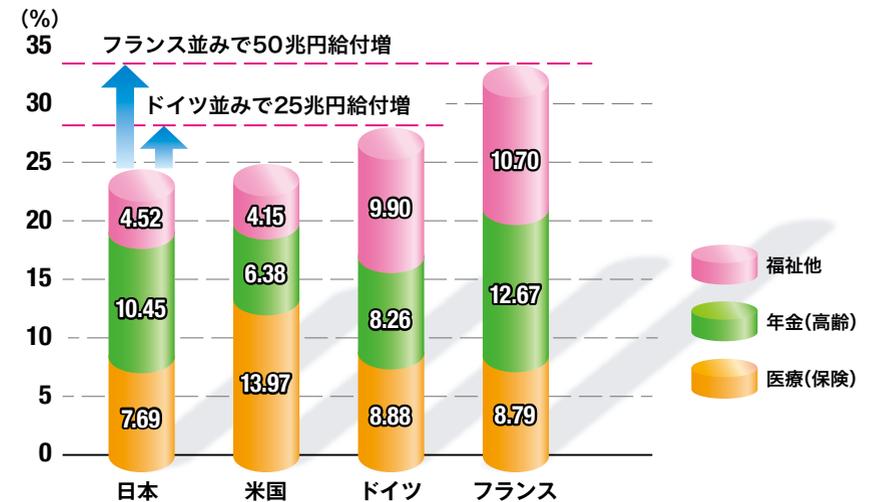
こうした例を参考にしながら、社会保障給付を増やしていくことは可能ではないでしょうか。先にみたように、消費税導入以降、とにかく法人税を減税し続けた結果、莫大な内部留保が生まれています。これは、大企業が経営を行っていく上で、十分な体力があることを物語っています。

短期間で達成できなくても、体力のある大企業を中心に、法人負担を増やしながら社会保障の財源を生み出すことは十分可能です。また、労働者派遣法などの労働法制を改正し、企業に正社員の雇用を増やすよう義務付ければ、雇用は改善し、格差も縮小し、ひいては社会の安定化につながります。

こうした政策は、逆に回りまわって企業の収益にも寄与します。雇用と社会保障の安定は、国民の購買力の向上、内需の拡大につながり、結果として企業業績にもプラス効果をもたらします。何よりも、より多くの国民が、健康で文化的な生活を送ることが可能になります。つまり、大企業が利益に応じた社会的責任をきちんと果たし、社会保障と雇用を充実させれば、国民の幸せを伴った経済発展が可能になるのです(図X-2)。

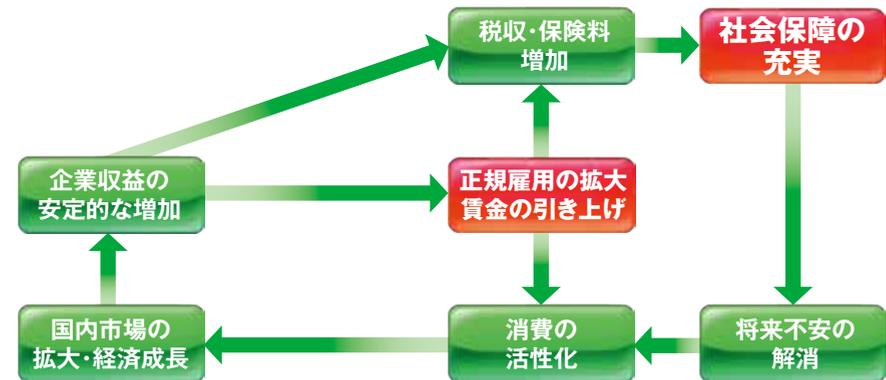
今こそ医療・社会保障の拡充が求められているのです。

X-1/ 経済力に比べて低い、日本の社会保障給付水準(社会支出の対GDP比・2017)



出典：OECD「Social Expenditure: Aggregated data」より

X-2/ 社会保障・雇用を充実させれば、社会も豊かに



兵庫県保険医協会の作成

新型コロナ禍で 浮き彫りになった 日本の医療費抑制策

新型コロナウイルス感染症の拡大は、社会保障などに行き過ぎた資本主義や効率至上主義を持ち込んだ日本社会の問題を明らかにした。長年、兵庫県の赤穂市民病院で地域医療を牽引しながら、全国自治体病院協議会の会長や中央社会保険医療協議会委員として健康保険制度や診療報酬の改定などを通して、医療政策立案にも関わってきた邊見公雄全国公私病院連盟会長に、住江憲勇全国保険医団体連合会(保団連)会長と西山裕康兵庫県保険医協会理事長がインタビューした。

病院経営は常にギリギリ

西山 本日は新型コロナウイルス感染症が蔓延するなか、お時間を頂きありがとうございます。早速ですが、この感染症を押さえ込むことができていない現在、医療提供体制の逼迫が問題になっていますね。

邊見 そうですね。もともと民間病院の赤字は、いわゆるポストホスピタル・ケアといわれる介護や在宅医療、療養支援などで生み出されています。急性期病床の収支は拮抗しているか、もしくは赤字があたりまえで、ICUと

もなれば確実に赤字です。病床稼働率も90%以上でなければ黒字になりません。これは政府が低医療費政策の下で診療報酬を抑制し続けてきたからです。つまり長年にわたり病院は、民間も公的病院もギリギリの経営を強いられてきたのです。そこに、新型コロナウイルス感染症が蔓延し、急に「病床を確保しろ」といわれてもできるわけがないのです。

住江 そうですね。私たち保団連が常に主張してきたように、日頃から余力を持った医療機関経営ができる診療報酬体系や医療提供体制の整備が大切ということですね。

邊見 そうです。私は兵庫県で長らく仕事していたのですが、余力の大事さを一番実感したのは阪神・淡路大震災です。震災直後、日頃から地域医療や高度医療で活躍していた病院は、ベッドに余裕がなく多くの被災者を受け入れることができませんでした。一方、たくさんの方が人らを救ったのは、病床に余裕



邊見公雄
会長
全国
公私
病院
連盟

1944年生まれ。1968年京都大学医学部卒業。大和高田市立病院、京都通信病院などを経て、78年に赤穂市民病院外科医長、87年に同病院院長に就任。医学博士。現在、全国自治体病院協議会名誉会長、赤穂市民病院名誉院長など

西山裕康
理事長
兵庫
県保
険医
協会



1957年生まれ。神戸大学医学部卒業。加古川市民病院や帝京大学医学部付属救命救急センター勤務などを経て、1992年西山クリニック継承。兵庫県保険医協会副理事長などを経て、2015年から現職

のあった病院です。普段、行政などから「それほど患者の受け入れ実績もないし、本当に必要な病院なのか」などと苦言を呈されていた病院こそが事があれば大活躍する事実を、身をもって体験しました。やはり医療には良い意味での「遊び」がないといけないと思います。

すべての病院が地域で役割発揮

西山 この間、新型コロナウイルス感染症がなかなか収束しない中、病院の機能分化を図れば、もっと病床が確保できるという意見もあります。さらに民間病院での感染症患者の受け入れが少ないという批判もあります。

邊見 公立病院は、それぞれの地方で政策医療を担うために整備されてきた医療機関です。一方民間病院も、ベッドを持たない診療所が、地域住民のニーズに応じて病床を整備して病院に成長したところがほとんどです。つまり民間病院も公的病院も、各地域でそれぞれの医療ニーズを満たすために、補い合いながら医療を提供してきたわけですね。それを行政等が上から急に機能分化を進めろというのには無理があります。確かに機能分化は大切で、今注目を集めている長野県の松本モデルでは、重症患者は信州大学医学部附属病院と民間病院である相澤病院、中等症や疑似症は松本市立病院とまつもと医療センター、その他の軽症者は安

1948年生まれ。関西医科大学卒業。大阪厚生年金病院勤務などを経て1981年に住江眼科開院。大阪府保険医協会理事長、保団連副会長などをを経て、2006年から現職

曇野赤十字病院や民間の松本協立病院、宿泊療養施設で対応しています。本当は早い段階から各地域でこのような体制を採るべきだったと思います。しかし、地域によってはそれが難しいところもあり、そもそも分化するほどの多くの医療機関がないという地域も珍しくありません。そういったところでは、公立病院が新型コロナウイルス感染症患者を受け入れながら、その他の医療も提供し、民間病院はこれまでどおりケアミックス型の医療提供を行っています。

西山 確かに公立病院が新型コロナ患者を受け入れたことによって通常医療が縮小しましたが、その提供を代替できるような大規模な民間病院のない地域がほとんどですね。

住江 民間病院での感染症患者の受け入れが少ないという意見についてですが、グローバルヘルスコンサルティング・ジャパンの調査では、民間病院が多くを占める100床から199床規模の病院では、その約57%が昨年の2月～11月にかけて新型コロナ感染症患者を受け入れているとされています。また、東京都医師会の猪口正孝副会長も、1月12日時点で東京都内の約3000人のコロナ入院患者のうち、約55%を民間病院が引き受けているとしています。実際には多くの民間病院が新型コロナウイルス感染症患者を受け入れているのです。



住江憲勇
会長
全国
保険
医団
体連
合会

病院の再編統合見直しを

西山 医療逼迫の背景には様々な要因が関与していると思います。

遼見 そうですね。とりわけ医師不足が非常に深刻です。厚労省は「偏在」としていますが、都市部でも勤務医は全く充足していません。地域によっては診療所に跡継ぎがおらず、診療所がその地域からなくなっていきます。つまり日本中どこに行っても医師が余っているところなどないのです。

住江 医師不足の背景には、医師が増えるのと医療費が増えるという根拠薄弱な政府の考え方が根強くあります。最近ではそれに加え、医療費抑制のために病床も減らすという流れが強くなっています。

遼見 一昨年、厚生労働省が地域医療構想を推進するとして424の公立・公的病院を名指しして、「再編統合の対象だ」と言いだしました。このときに私が厚労省の担当に指摘したのは、「424病院のうちいくつかの病院に行って、その病院が地域で果たしている役割をみたのか」ということです。私は実際に200以上の病院に足を運びました。厚労省は、各病院の診療実績の数値だけで、再編統合を進めようとしています。現場からすれば非常に腹立たしいやり方だと思います。

医療充実が地域経済に貢献

西山 こうした医療費抑制政策の大本には何があるのでしょうか。

遼見 やはり古くは80年代の中曽根内閣時の臨調行革に始まり、2001年からの小泉-竹中・宮内ラインによる構造改革で確立された「小さな政府」を志向する新自由主義があるのだと思います。私は小泉内閣が「聖域なき構造改革」を進めているときに、政府の審

議会で「医療と教育は聖域にするべきだ」と発言しました。自衛隊や警察、消防が「赤字だからなんとかしろ」などとは普通言われません。公立病院が指摘されるように、自衛隊が「効率が悪い」などと言われることもありません。自衛隊に効率至上主義を導入すれば、戦後一度も戦争をしたことがないのですから、組織自体が無駄だということになってしまいます。しかし、自衛隊や警察、消防は、国民の命と財産を守るためにある意味「聖域」として扱われているのです。医療機関も国民の命と健康を守っています。ですから医療も本来聖域にするべきと主張しました。

住江 そうですね。新自由主義的政策の下、非常に厳しい医療費抑制政策により医療機関は大変疲弊しています。一方で、この間の法人税減税などに見られるように大企業はずいぶん優遇されてきました。

遼見 大企業はこの間、労働者の賃金が安い国に進出して製品を作り、それを先進国に輸出してもらうける、その後進出した国の経済力が上がって賃金が高くなれば、より賃金の安い低開発国に移転する。まるで「焼畑農業」のような手法を繰り返して、収益を上げています。つまり、政府が力を入れて育成している日本の輸出大企業は、利益を日本の労働者に還元していないのです。一方で、医療は違います。ほぼ全ての収益を地域に還元しています。地域の患者さんを診て得られる診療報酬は、その医療

機関で働くスタッフの賃金として地域に還元されます。それに雇用面でも地域の経済を文字通り下支えする規模です。たとえば、高知県で一番従業員の多い事業所は近森病院グループです。高知県に本社を置く四国銀行が1400人弱の規模ですが、近森病院は1600人を雇用しています。3番目に従業員が多いのは1200人の細木病院グループです。

住江 先生の仰るように医療や社会保障にこそ国は大きな予算を投じるべきです。地域を経済的に支えるため、そして今回の新型コロナ禍で浮き彫りになった日本社会の格差や貧困を解消するためにも、医療や社会保障の役割は重要です。

遼見 そうですね。すでに一億総中流という言葉は過去のものになっているというのは分かっていましたが、ここまで格差や貧困が拡大しているというのは驚きです。

コロナ禍は資本主義への警告

西山 新型コロナ禍で顕在化した格差や貧困の解消は世界中で課題となっています。それだけでなく今の行き過ぎた資本主義や国

家主義、覇権主義にも厳しい目が向けられています。今後の社会をどう展望すればよいのでしょうか。

遼見 神戸市立医療センター中央市民病院の木原康樹院長が今回の新型コロナ禍のことを「グレタの涙」と表現しています。これは、新型コロナ禍はスウェーデンの環境活動家であるグレタ・トゥンベリさんの訴えに耳を貸さない多くの大人たちに対する警告だという意味です。私もこれまで人類が立ち入ることのなかった熱帯雨林が開発されれば、未知のウイルスや細菌が人類の前に現れると思っていました。この間の国家主席の下での中国の覇権主義、トランプ政権下におけるアメリカの度を越した資本主義などを見ると、非科学的だと思われるかもしれませんが、確かに新型コロナ禍は私たち人類に対する警告だともれます。日本でも学問の自由に対する政権の介入や罰則付きの緊急事態宣言を発令できる特別措置法の成立、さらには新型コロナ禍に乗じて自衛隊病院を拡充するなどという話も出てきています。日本でも国家主義的な動きが強まっていることには危機感を持ちます。イージス艦をどれだけ建造しても、自国でマスクもワクチンも用意できなければ国民を守ることができないという今回の教訓から何も学んでいないと言わざるを得ません。14世紀にヨーロッパでペストが猛威を振った後、何もできなかった教会の権威が失墜し、それが宗教改革やルネッサンスにつながったと言われています。私たちもこの新型コロナ禍をきっかけに人類のあり方をより良い方向に変えていこうとしなければならないと思います。

住江 本日は、新型コロナ禍における医療提供体制から国の医療政策、今後の人類のあり方まで示唆に富む話をありがとうございました。



日本の医療・社会保障を再建する提案

- ① 全ての医療機関に対し新型コロナウイルス感染症による減収補填と感染症対策費の補償を
- ② 診療報酬を大幅に引き上げ、社会保障費を欧州の先進国並みに引き上げる
- ③ 歯科の保険適用範囲を広げる
- ④ 医療費窓口負担を引き下げる
- ⑤ 医師や看護師をはじめ医療スタッフを増やす
- ⑥ 地域医療構想は病床削減ありきでなく、新興感染症等の流行に充分に対応できる体制に
- ⑦ 社会保障の財源として大企業には利益に応じた負担を
- ⑧ 正規雇用を増やし賃金を引き上げ保険料収入を増やす
- ⑨ 保険料や所得税の累進性強化を



企画編集

兵庫県保険医協会

〒650-0024 神戸市中央区海岸通1丁目2-31 神戸フコク生命海岸通ビル5階

TEL. 078-393-1801 FAX. 078-393-1802

発行：2021年6月