

# ポストコロナの医療供給体制

佐藤 主 光

御紹介にあずかりました一橋大学の佐藤です。

今日は、お招きいただきましてありがとうございます。

私の本業は財政学ですが、今、一橋大学社会科学高等研究院医療政策・経済研究センター長をやっています。国民医療費が既に四〇兆円を超え、多額な税金、社会保険料が医療に投下されていることを勘案すると、我々としても、経済学の視点で費用対効果分析が必要との認識の下、経済学のエビデンスに基づいた形で医療提供体制のあり方、ファイナンスのあり方を考えなければいけ

ないだろうという問題意識がありました。一橋大学は社会科学の大学で、医学部があるわけではありませんが、社会科学を専門とするからこそ新しい切り口があるのではないかと考え、このセンターを立ち上げ、既に五年目に入っております。

## 一、コロナ禍が露呈した課題

今回、コロナ禍によって何か新しい問題が生まれたというよりは、これまでであった問題が顕在化している、そういう側面が極めて強いように思

ます。

コロナの前から、医療機関のベッドは多過ぎるのではないか、また、高度急性期・急性期・回復期・慢性期という形で役割分担しなければいけないのではないかと言われていました。日本の病院はどこを見ても幕の内弁当みたいなもので、急性期もリハビリも全部やっている。しかし実際は、いわゆる社会的入院、慢性疾患の入院患者が多い。これではいけないということで、医療機関の間でネットワークをつくり、連携することによって地域の医療を支える、つまり地域完結型の体制が必要だという話をしてきたわけです。これが「地域医療構想」あるいは「地域医療計画」で、都道府県が推し進めていたのですが、笛吹けど踊らずで、現場にはなかなか浸透してこなかったという過去の経緯があります。

後で御紹介しますが、オンライン診療も同じで

す。コロナ禍以前からありますが、「患者さんを見て何ぼ、さわって何ぼ。オンライン診療なんてとんでもない」ということで全く進んできませんでした。

つまり、連携の欠如、デジタル化の欠如、これらは以前からあった問題が、コロナの中において露呈したということになります。

同じことは行政の分野にも言えます。典型的なのは学校教育です。

文科省はコロナ前から、GIGAスクール構想というものを掲げていました。平たく言えば、子どもたちにタブレットを配り、オンラインで教育できるようにしようという話です。しかし、タブレットを買うにはお金がかかりますし、何よりも先生がタブレットを使いこなせないという問題があり、なかなか進んできませんでした。こうしたなかで去年、いきなり学校が休校になりました。

気のきいた私立の学校はオンラインで授業を行っていたと思いますが、ほとんどの公立の学校では行われず、結果的に子どもたちの教育機会が失われるという大きな問題を生み出したわけです。これもやはり行政側のデジタル化の遅れということになります。

ちなみに、フランスやアメリカなど、海外では簡単に学校を休みにしますが、それはオンライン教育が普及しているからです。子どもたちは学校に行っていないだけで、家で授業を受けられる。そのあたりも決定的な違いかなという気がします。

テレワークも全く同じです。私は、以前、一年ほど東京都の特別顧問をしていたのですが、そのときに、満員電車対策として、テレワークを一般の方々にもっと普及させなければいけないのではないかという話をしていました。日本では、「テ

レワーク＝家で仕事をする」というイメージがあります。そういう意味ではありません。サテライトオフィスや図書館などの公共施設を使って仕事してもらえば、わざわざ都心まで来なくてもいいし、来るにしても時差通勤ができる、そういう話です。

しかし、これも全く普及しませんでした。つまり、本来ならコロナ前にやっておくべきことをやってこなかった、その大きなツケを今我々は払わされているということです。

さて、医療の話に戻ります。露呈した課題の一つ目は、病床利用の非効率です。

最近はマスコミの論調も大分変わってきましたが、初めはどちらかというと、「病床が足りないのはベッドの数を減らし過ぎたからではないのか」「もっと医師を養成するべきだったのではないか」「医療費を抑制してきた財務省はけしから

図表 1

## 課題其の1: 病床利用の非効率

- ・ 医療機関の逼迫は病床数の不足ではない・・・

表 1.1 総病床数の国際比較

- ・ 我が国の病床は「量的」には諸外国に比して多い
- 進まないコロナ病床への転換
- 医療機関の連携の欠如
- 医療経営を悪化させるコロナ患者の受け入れ
- ✓ 政策判断ではなく、医療機関の経営判断が優先・・・

| 人口1,000人当たり病床数 |      | (床／人口1,000人)             |                           |                                  |                             |                            |                             |
|----------------|------|--------------------------|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
|                | 調査年  | Total hospital beds<br>計 | Curative care beds<br>急性期 | Rehabilitative care beds<br>リハビリ | Long-term care beds<br>長期ケア | Other hospital beds<br>その他 | Psychiatric care beds<br>精神 |
| カナダ            | 2019 | 2.5                      | 2.0                       | 0.1                              | 0.4                         | 0.0                        | 0.4                         |
| フランス           | 2018 | 5.9                      | 3.0                       | 1.6                              | 0.5                         | 0.8                        | 0.8                         |
| ドイツ            | 2017 | 8.0                      | 6.0                       | 2.0                              | 0.0                         | 0.0                        | 1.3                         |
| イタリア           | 2018 | 3.1                      | 2.6                       | 0.4                              | 0.1                         | 0.0                        | 0.1                         |
| 日本             | 2018 | 13.0                     | 7.8                       | —                                | 2.6                         | 2.6                        | 2.6                         |
| 英国             | 2019 | 2.5                      | 内訳の報告なし                   |                                  |                             |                            | 0.4                         |
| 米国             | 2017 | 2.9                      | 2.5                       | 0.1                              | 0.2                         | 0.1                        | 0.3                         |

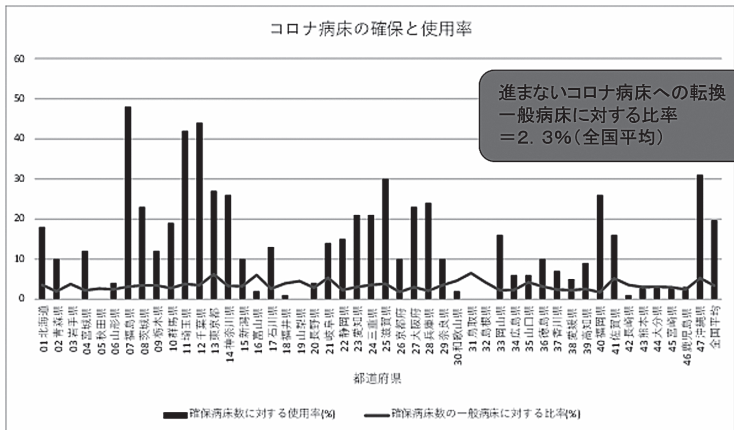
出所：日本医師会（2021年2月22日）

ん」こんな感じだったと思います。

しかし、医療機関が逼迫しているのは、病床数が不足しているからではありません。この表は、日本医師会自身が調べた総病床数の国際比較です（図表1）。一〇〇〇人当たりで基準化していますが、日本のベッド数は先進国の中でも圧倒的に多い。したがって、ベッド数が足りないわけではない。しかし、医師の数が足りないのは事実です。しかし、それ以上に問題なのは医師の偏在です。東京などに集まり過ぎているという地域的な偏在だけでなく、耳鼻科など特定の診療科に偏っているといった診療科の間の偏在があります。

ちなみに、「高度医療機器やICUが足りないのではないか」ということも言われますが、厚労省に言わせると、そこまで足りないわけではない。日本はもとと、ECMO（エクモ）やMRIなど、高度な医療機器を結構買っていて、IC

図表2



出所：新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果（令和3年3月10日0時時点）  
 注：一般病床数は令和元年9月時点（病院報告）

Uも意外と多くの病院にあります。問題は、それらがきちんと使われていないということです。

ICUを持っているのにコロナ患者を受け入れていない病院（特に民間病院）は少なくありません。逆に、ICUがないのに重症患者を受け入れてしまった病院もあります。これは非常に危険なことですが、要するに一言で言うと、ミスマッチの問題があるということです。

このグラフは、コロナ病床の確保と使用率です（図表2）。実際データを見ると、一般病床に対するコロナ病床の割合は、全国平均で二・三％、東京は少し多くて約六％です。つまり、残りのベッドは、相変わらずこれまでどおりの使われ方をしているということになります。

ここに、医療機関側とコロナ対策を進める政府・自治体側の間の大きな視点のずれがあります。

一つ目のずれは、「政策の視点で考えるか、経営の視点で考えるか」です。

日本は民間病院が多いので、基本的に経営判断として、コロナ患者を受け入れるか受け入れないかを決めています。経営判断ですから答えは簡単です。受け入れません。ほかの外來患者を受け入れられなくなりますし、動線を区別するために出入口も変えなければいけない。さらには、病棟を丸ごとコロナ用に置きかえなければいけないという問題もあります。

また、日本の病室は相部屋が多いというのも大きな問題です。海外では、プライバシーを大事にするので個室が多く、コロナ患者を受け入れてもほかの患者にうつす心配はありませんが、日本では、コロナ患者を一人でも受け入れたら、同じ部屋の中にあるほかのベッドが使えない。したがって、経営判断としては、やはりコロナ患者の受け

入れは難しいということになるわけです。

しかし、コロナの感染拡大を抑制し、患者を速やかに治療する、これは国策です。政策としては、コロナ向けに病床を転換していかなければいけないのに、患者を受け入れるか受け入れないかの判断が個々の病院に委ねられ、経営判断が優先されていく。その結果、病床の転換が進んでこなかったという面があります。

二つ目のずれは、トリアージ（優先順位をつける）に対する考え方です。

「コロナ患者を受け入れたら、これまでの患者はどうするのか」「ほかの病気で治療が必要な重症患者はどうするのか」という話をよく聞きますが、個々の医療機関からしたら、医者が見ているのは目の前の患者ですから、それを追い出してコロナの患者を受け入れるのかという話になります。しかし、社会全体で考えた場合、今優先的に

治療すべきは誰かと言われたら、それはコロナ患者であって、申しわけないけれども、ほかの患者はほかの病院へ行ってもらうか、あるいは自宅で療養してもらおうということになるわけです。

もちろん、現場には現場の論理、倫理があるので、それは別に否定はしませんが、申し上げたいのは何かというと、明らかなる目線の違いです。国が見ているもの、自治体が目指しているものと、医療の現場が目前にしている現実があまりにも違い過ぎて、その目線が合わない、これがコロナに対する対応を遅らせている要因の一つではないかという気がしています。

では、どうすればいいのか。キャノングローバル戦略研究所で、コロナ分科会のメンバーである小林慶一郎先生を中心に研究会を開いています。経済学者だけでなく、医科歯科大の学長やかかりつけ医の先生など、医療の現場をよく知っている

方々にも入っていただいているのですが、その中で集約化されていくのは、やはり役割分担と連携です。コロナには重症・中等症・軽症・無症状があり、重症患者は大学病院などの拠点病院が診なければなりません、その人が中等症になったら、後方支援ということではほかの病院に移ってもらい、軽症になったら今度はかかりつけ医の方たちに手当てしてもらう、こういう役割分担と連携が必要なわけです。

これが、冒頭申し上げた「地域医療構想」のものととの考え方です。厚労省は「シームレスな医療提供体制」という言い方をしますが、要するに、病気になるってから回復するまでのプロセスにおいて、いろいろな病院が連携しながら患者のケアに努めていくという考え方です。この準備ができませんままコロナが広がってしまったわけですが、本来はこういったことをきちんとやらなければ

ばいけないという話です。

露呈した課題の二つ目は、デジタル化の遅れです。

現段階でオンライン診療を行っているのは、医療機関全体の約一五%です。しかも、オンライン診療といっても電話込みですから、そのうちの半分は電話診療です。したがって、ZoomやSkypeやLINEなどを使った対面でのオンライン診療はまだそれほど普及していません。これは大きな問題です。

東京をはじめ幾つかの府県で、自宅待機中の軽症患者の容体が急変して亡くなってしまおうということがありました。こういう話を聞くと、「何てひどい、ちゃんと入院させなきゃいけないじゃないか」という議論になりがちですが、問題は、その人を誰が見ていたのかということです。

日本の場合は基本的には保健所です。定期的に

電話をして健康状態を確認するわけですが、保健所も手いっぱいですから、毎日はいないと思います。しかし、本来これは、患者にとって身近な医療機関であるかかりつけ医の役割です。一日一回、オンラインで会って、顔色を見ながら様子を確認する、こういうフォローアップがなければいけないのに、今回その役割を果たせていない。連携が不足していることに加えて、オンライン診療の導入が遅れているのですから、当然です。

何が問題かというと、オンライン診療のリスクです。どの分野でもそうですが、平時のリスクと非常時のリスクは違います。平時のリスクは、一言で言えば情報漏えいです。患者情報が漏れてしまいかもしれないし、オンラインですから、どこかで盗聴されるかもしれない。したがって、患者のプライバシーが守れるのかと問われると、医療機関はデジタル化、オンライン化を躊躇するわけ



です。

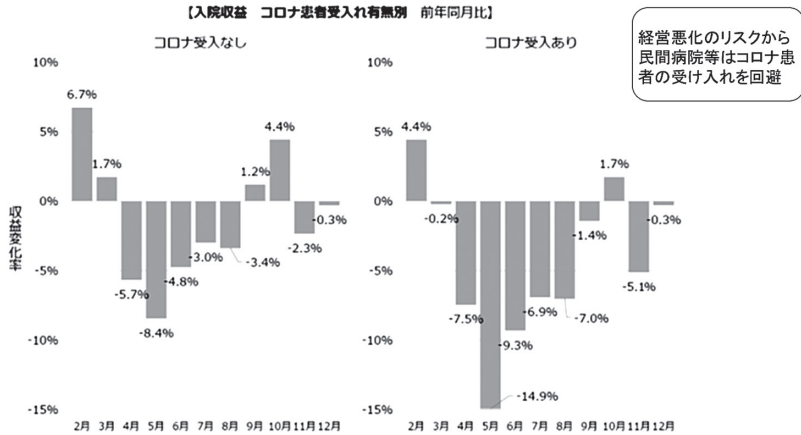
ところが非常時は、情報漏えいよりも、むしろ感染リスクのほうが大きな問題です。病気を抱えている人が病院へ行き、そこでコロナをもらってしまったら話になりませんし、医者の方も、もし来院した患者がコロナに感染していたら自分もコロナに感染する可能性がある。つまり、非常時には院内感染のリスクが出てくるわけです。

しかし現場は、平時のリスクはよくわかるのに、非常時のリスクに対してはなかなか想像が及ばない。私は厚労省のオンライン診療の検討会に入っているのですが、お医者さんサイドがいつも言うのは「患者情報はどうなるんだ」という話で、対面したときのリスクについてはあまり前面に出てきません。これも先ほど申し上げた目線の違いかもしれませんが、非常に大きな問題だと思います。

テレワークも同じです。会社がテレワークを嫌がる理由の一つは、いろいろな機密情報が漏れることを心配しているからです。では、普通にオフィスに来て対面で仕事をした場合の感染リスクはどうなのか。どうしても皆さん、ふだんから直面しているリスクには配慮が及んでも、感染拡大という非常時のリスクには目が行かない。それが結果として、デジタル化の遅れという形になってあらわれている。我々としては、この危機を転換の機会と捉えて、行政も医療も教育もみんなオンライン化に向かうだろうと思ったのですが、この非常時においてさえなかなかそうもいかないのは、皆さんが見ているのがやはり平時のリスクだからだと思います。

皮肉なことに、コロナで医療機関の経営状態は相当悪化しました。最近少し戻ってきていますが、第四波が来ればまた悪くなると思います。

図表3



去年三月のデータでは、外来患者が大幅に減りました。その結果、診療報酬が下がり、病院の収益は著しく悪化しています。

こちらは去年二月から一二月までのデータです（図表3）。コロナ患者を受け入れている病院も受け入れている病院も、コロナが拡大している状況においては収益率が悪化していますが、特に受け入れている病院の悪化が激しいことがわかります。

ここから出てくるポイントは二点ありまして、一点目は、コロナ患者を受け入れると経営的にはかなり厳しくなるということです。したがって、民間病院が受け入れを躊躇するのは、ある意味、経営の論理としては理にかなっているわけですが、政策の論理には反しています。

二点目は、どちらにしても収益は下がっているということです。理由は二つあります。

御存じのとおり、この冬はインフルエンザがはやりませんでした。うがい、手洗い、マスクの着用によって、コロナ以外の感染症、特に子どもの病気が減ったことが一つ。

もう一つは、我々の言葉で言うところのモラルハザード、要するにコンビニ受診し過ぎていたのではないかという話です。七五歳以上の高齢者は一割負担ですし、東京を中心に子どもの医療費を無料化している自治体が多いので、皆さん気楽にコンビニ受診していた面が否めないわけですが、これはいわゆる不要不急です。その不要不急な受診行動が抑制されたことが収益率の悪化につながったと考えられます。

これが持つ意味は何か。我々は、医療機関は病人を治すところだと当たり前のように思っていますが、このビジネスモデル、特に診療所の外来モデルはもはや限界に来ていると思います。なぜな

ら、病気になってもらって、病院に来てもらわないといけないからです。ところが、今回のコロナのような状況では、手洗いやマスクの着用で意外と病気になりませんし、やはり院内感染は嫌なので病院に來ない。では、どうしたらいいのか。

これからの医療は、個人が病気にならないことによって儲かる仕組みにしなければいけません。何を言っているのかと思われるかもしれませんが、これをやっているのがイギリスです。

イギリスでは、かかりつけ医のことをGP (General Practitioner) といいます。彼らは基本的に、地域の中で面倒を見る患者が決まっています、その人たちが病気になろうとなるまいと、登録されている人数に応じ、人頭払いで報酬を受けます。そのかわり、健診も含め、その人たちの健康管理をするのも彼らの仕事です。つまり、地域の住民に健康でいてもらうことによって、治

療の手間がかからないだけでなく、自分たちも儲かる仕組みになっているわけです。

しかし日本は、個人を病気にして儲かる仕組みになっている。しかも出来高払いですから、検査の回数をふやせばふやすほど、薬を出せば出すほど、再診すればするほど診療報酬が上がります。

したがって、先ほど言ったモラルハザードも起こりやすいですし、患者さんに来てもらわないと儲からない。この点についてはまた後でお話ししますが、やはりビジネスモデルの転換が求められていると思います。

## 二、経済、健康、財政の両立

コロナによって露呈した日本の医療制度、経済構造の課題について申し上げましたが、では、経済、健康、財政、これらを両立させるにはどうし

たらいいのか。

あえて言えば、自粛自体は問題を解決しません。では、何のために自粛をするのか。

自粛とは、一言で言えば時間稼ぎです。感染拡大のピークをある程度遅らせることによって、その間に、病院間の協力・連携を強化して、病床増や人員配置など、感染者がふえても大丈夫なようにキャパシティを上げる。また、ワクチンあるいは治療薬を開発して感染・重篤化リスクを抑え込む。もちろん、こういうとき頑張らなければいけないのは医師だけではありません。経済の側にもやる必要があります。テレワーク、時差通勤を徹底させる。飲食店では三密対策をしっかりとやってもらう。こういう形できちんと体制を整えることが重要です。何もやらずに自粛だけさせておいて、感染者が少し減ったから解除する、これではまた感染者がふえるに決まっています。

政府はこれまで二回、緊急事態宣言を出してい

ますが、大事なものは、宣言を出したか出さないか、いつ解除したかではなく、その間何をしてきたかです。「皆さん、自粛してください」とひたすら呼びかけるだけなら、誰にでもできます。恐らく多くの国民が怒っているのもまさにそこなのだと思います。自粛はやはり国民にとって負担です。しかし実際のところ、対策は進んでおらず、ワクチンも遅れている。我々はこの間、時間を無駄にしてきたのではないかということが問われるわけです。

ここで重要な視点は、「健康をとるか、経済をとるか」という二者択一を迫られているわけではないということです。経済を重視すれば、G O T Oトラベルはいつやるのかというような話になりますし、感染を減らすことを重視すれば、いつまでたつても自粛は終わらないということになっ

てしまいます。

この国の問題は、文系と理系の間のミスコミュニケーションです。健康重視は公衆衛生の先生方なので理系、経済重視は文系ということ、どうもそのあたりで目線が合っておらず、問題意識が共有されていない部分がある。公衆衛生の先生方からすれば、とにかく感染者数を最少化することが第一の目標で、そのために経済が幾ら犠牲になっても、それは彼らの範疇ではない。逆に、我々経済学者は割り切ったもので、いかに経済活動を維持し、経済成長を高めるかというほうに躍りになってしまいうわけです。

しかし、本当に問われるべきは、感染を抑えながらどう経済活動を維持するか、つまり、自粛と経済活動の再開をどううまく組み合わせていくかであって、どちらかを選択するという話ではありません。

では、どうしたらいいのか。一つは検査をふやすことです。これはいかにも経済学者らしい思考ですが、先ほど御紹介した小林慶一郎先生をはじめ、アメリカの経済学者も同じことを言っています。

つまり大数の法則です。我々はモニタリング検査という言い方をしていますが、サンプルをたくさんとって、そのうち何%の人が陽性なのかがあれば、社会の中で今コロナがどれくらい広がっているかがわかりますし、その人たちを早期に隔離し、治療することもできるので、これ以上の感染拡大を抑えることができます。とにかく検査数をふやし、早めに感染の実態を把握しようというわけです。そういう情報がなければ、いつ緊急事態宣言を発令したり解除したりすればいいかの判断もできません。

モニタリング検査というのは、必ずしも感染の

疑いがある人を調べるわけではありません。ランダムに選んでいって、実際どれくらいの人が感染しているかを把握するものです。もちろん、感染していたら、保健所に連絡し、治療を受けてもらわなければいけませんが、とにかく無症状者のモニタリング検査をしつかりやろうということです。

こういう話は去年からずっとしていたのですが、保健所はそのたびに、「検査は正確でなければいけない」「PCR検査は保健所でなければできない」と言っていました。確かに最初は、鼻の奥から検体採取していて、くしゃみをするかもしれないので感染リスクがあり、慎重にやらなければなりませんでした。

しかし、そうこうしているうちに、打率は少し落ちますが、手軽にできる抗原検査が出てきて、しかもモニタリング検査に至っては、家にキット

を送り、「唾液をとって送り返してください」というやり方で、かなり手軽になっています。これはこの一年間での進歩です。もちろん、検査にひっからなかった人たちは、マスクをしなくていいとか、飲み歩いていいというわけではありませんが、少なくとも差し当たりは、経済活動をして誰かにうつすリスクはほかの人に比べて高くない、そういう判断もできるわけです。

しかし本来、ゴールはワクチン接種だったはず。もう四月一日を過ぎてしまいましたが、一応のスケジュール感としては、医療従事者から始めて、高齢者、基礎疾患のある人、それ以外の人たちということで優先順位をつけて行う。イギリスもこんな感じでやっているの、順番づけとしては妥当だろうと思います。

問題はそれよりも、ワクチンが確保できるのか、そして、それをどうやって配分するかです。

対象者は当面一六歳以上ということになっていますが、今後広げるという話も出ていますから、原則論だけ言えば全国民を対象にしたまさに戦後最大の予防接種プログラムであって、これをどう効率的かつ迅速に行うかが新しい課題になります。これができないと、最終的には経済活動の再開ができませんから、検査の拡充とワクチン接種の普及、この二つが経済と健康を両立させる意味においては重要になってくるわけです。

恐らく、日本でワクチン接種が遅れるとしたら、理由は二つあると思います。

一つは、副反応に対する抵抗感です。最近だと子宮頸がんワクチンがそうですが、副反応が出るとなると、やはり皆さん躊躇するところがある。幸いにして、今のところ日本ではそこまで重篤な副反応は出ていませんが、いずれ出てくる可能性はあります。そのときにネットでうわさが立つ

と、ワクチン接種をためらう人がふえる。あるいは、自治体はワクチン接種の奨励をためらうかもしれません。したがって、正しい情報提供が必要です。

もう一つは、役人の言葉で言うとは無謬性、つまり失敗があつてはいけないという意識です。高齢者が終わらないと若い人にやつてはいけないとか、住民票のある自治体でないとだめとなると、希望する高齢者が少ない場合、ワクチンは余って捨てることになるかもしれません。

では、どうするか。一番いいのは、誰でもいいから、その辺にいる人をつかまえてきて打つてしまふことです。ただ、その場合は、免許証の番号など、その人が誰であるかを確認できる記録をとり、後で自治体に報告する必要がありますが、それさえしつかりすればいいわけです。日本人の悪い癖で、何でもきつちりやろうとしますが、それ

がワクチン接種の普及を阻害するかもしれません。

PCR検査もそうです。偽陽性とか偽陰性とか、必ず間違いはあります。「間違いがあるから検査を信頼してはいけない」と言う専門家がいますが、世の中には間違いなんて幾らでもあるわけで、そこが問題ではありません。要はリスクの程度の問題です。抗原検査にも、不確実なところはかなりあるので、そういうこともある程度は許容しないと、検査の拡充もワクチン接種の普及も遅れてしまいます。

### 三、ポストコロナの課題

まだコロナは終わっていませんが、ポストコロナの課題は何か。

忘れてはいけなのは、コロナだけが唯一の問



題ではないということです。最近言わなくなりましたが、デフレの話も終わったわけではありません。デフレというこれまでの危機があり、コロナという今の危機があり、そして社会の高齢化というこれからの危機がある。私たちはこれらの問題に取り組んでいかなければいけません。

ポインントは何か。冒頭申し上げたとおり、今回コロナによって、日本の医療提供体制、あるいは日本経済の構造的な課題が露呈したわけですが、そこを正さなければ、これからの危機に対応することはできません。繰り返しになりますが、医療機関の間の連携を主張している地域医療構想はもと、コロナ対応ではありません。もちろん今の危機にも使えますが、これからの危機に対応するものです。つまり、非常時の対応が平時の構造改革にもつながっていくということです。

そして、財政学者として言わなければいけない

のは、抱え過ぎた財政赤字をどうするかという話です。

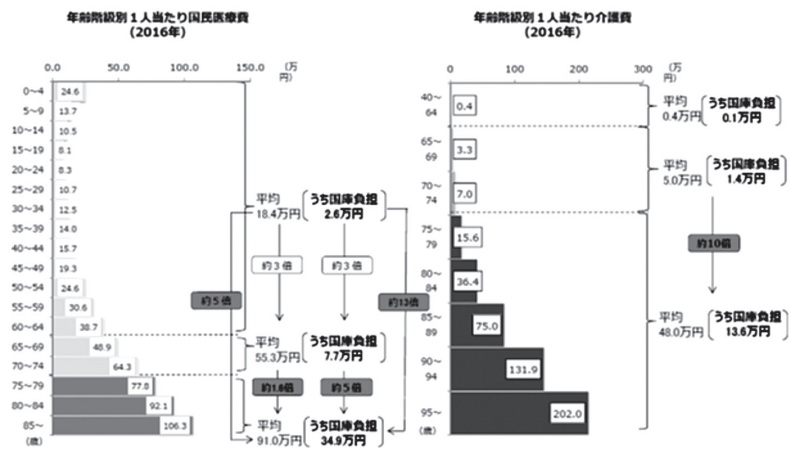
消費税については、コロナが終わった暁にはという言い方になりますが、社会保障の財源をどうするかという議論もしなければならぬと思います。私たちは今、財政問題を無視しています。

とりあえず赤字国債を出しておいて、どうやって返すのだろうという話もありますし、高齢化でこれからふえる社会保障費に対してどう財源的な手当てをするのかという話も、政府は半分公式見解のような感じで、今は増税の議論をする時期ではないと口をつぐんでいます。しかし、財政問題についてはいずれ議論しなければなりません。

左のグラフは年齢階級別一人当たり国民医療費ですが、やはり高齢者に偏り過ぎています（図表4）。高齢者は病気になるやすいので、お金がかかるのはある意味当然ですが、実は、先ほど申し

図表4

年齢階級別 1人当たり医療・介護費について



出所：財政制度等審議会

上げたようにモラルハザードの面が否めません。おもしろい実験があります。昔、七〇歳未満が三割負担、七〇歳以上が一割負担だったとき、年齢を並べて受診率で見ると、何と七〇歳を境に外来に行く人の数が急にふえています。七〇歳の誕生日を迎えた途端にみんな病気になるのか。そんなことはあり得ません。これはコンビニ受診です。したがって、人々の受診行動自体も改める必要があるということです。

これはコロナの話とつながります。ここで重要なのは、フリーアクセスの見直しです。日本ではフリーアクセスが当たり前だと思っていますが、世界では当たり前ではありません。イギリスでは、風邪を引いたからといって病院に行っても門前払いされます。自分のGPに「あなたは専門的な治療が必要です」と言われて初めて病院に行ける。もちろん、救急車で運ばれたら事情は違いま

すが、一般的には、まずかかりつけ医に行き、かかりつけ医を通して病院に行くというルートになります。

今回のコロナでよくわかったのは、「かかりつけ医」とか「プライマリ・ケア」とか、呼び方は幾つかありますが、平たく言えば開業医の役割です。そこがきちんとゲートキーパーとしての役割を果たす。そして、オンライン診療を通じて患者の健康管理に努めることも求められます。これらの危機に備えるには、お金の手当てはもちろんですが、過剰受診を抑制するためにフリーアクセスのあり方自体を改めることも必要で、それには開業医の役割が重要になってくるということです。

そのためには医療機関の連携が求められるわけですが、このときに重要なのが患者情報です。患者の医療情報をどこかに集約化させ、どの病院に

行っても見られるようにする。もちろん、プライバシーの問題がありますので、患者の許可をとることが必要ですが、患者が同意すれば、前の病院で使っていたカルテや過去の受診歴、処方された薬など、さまざまな履歴を確認できる、そういった情報の連携がなければいけません。

まずはかかりつけ医に行き、何かあったら専門の病院を紹介してもらうとなると、病院側からすれば、その患者のことは何もわからないわけですから、当然、かかりつけ医から情報をもらわなければいけない。また、引越しをすればかかりつけ医がかわりますから、やはりその場合も、以前のかかりつけ医から、過去の受診履歴、どんな疾病を持っているか、どんなアレルギーがあるかなどの情報が提供されないといけない。そういう形で情報の連携が必要になってくるということです。

デジタル化とは、一言で言えば情報をつなげることです。医療においてデジタル化を進めるのであれば、単に情報を集めるだけでなく、情報の利活用が求められます。一つは、この疾病にはこの治療法が一番有効であるといった学術的な研究のための利活用、それから、個人が病院に行ったとき、自分が提供した情報がきちんとつながっている、そういった利活用もあります。つまりカルテの共有です。レセプトについては、いろいろなところで情報をつなげるという話がありますが、診療の中心についての情報連携は、日本ではまだ進んでいません。

#### 四、持続可能な医療制度に向けて

では、持続可能な医療制度に向けて、これからどうしたらいいのかという話です。

これまで説明してきたことの繰り返しになる部分がありますが、やはりパラダイムシフトが求められるだろうと思います。要するに、我々が当たり前だと思っていたことを大きく変えなければいけないということです。

これまでは、病気になったら、治療からリハビリまで全部同じ病院の中でやってきました。患者と医師の信頼関係の下ではそうあるべきだと言われてきましたし、我々もそれが当たり前だと思っていました。しかし、それでは各医療機関が幕の内弁当状態になり、役割分担できていない。したがって、今回のようなコロナ禍においては対応できない、こういうことになるわけです。

先ほど、MRI、ECMO、ICUの話をしました。高度な医療機器や人材がいろいろな病院に分散しているのがこの国の大きな課題です。なぜ分散するかといえば、医療機関の間で役割分担

できていない、つまり、それぞれの病院が高度急性期から回復、あるいは療養まで全部やろうとしているからです。その結果、人は薄く配置されることになり、専門特化していないので、経済学的に言えば比較優位が発揮できない。それを変えるために、地域で完結する医療機関のネットワークがつかれないかということです。

こういう話をする、「では、競争はどうなるのか。病院同士が競争すればこそ、よいサービスが提供されるのではないか」と言われます。しかし考えるべきは、個々の病院の間での競争ではなく、医療機関のネットワークの間での競争です。個々の病院の間での競争は無駄です。むしろ協調・連携があったほうがいいわけです。

実際厚労省も、今回のコロナを機に、これからの地域医療機関のあり方として、地域医療構想をやめるのではなく、もっと前進させなければいけ

ないということを言っています。

病床については、高度急性期・急性期・回復期・慢性期があり、それぞれ役割分担する必要があります。また、東京や埼玉など、ふやさなければいけないと思われるエリアも一部ありますが、地方はこれから人口が減りますので、全体的には圧縮していくことになります。

病床を減らしたら、今回のコロナみたいなことがあったときに大変ではないかという議論がありますが、そこは公立病院や中核病院がバッファを持っていればいいわけで、全ての病院が過剰な病床を抱える理由にはなりません。これもやはり役割分担できていけばこそということになります。

医療機関のネットワークをつくるときに一つ参考になるのが、地域医療連携推進法人です。わかりやすく言うと病院のグループ化です。法人形態

は必ずしも問わないので、医療法人でも公益法人でもいいのですが、そういったものを傘下に入れたグループをつくれないうことです。山形県では比較的うまくいっているようです。

連携といっても、器がなければ連携できません。一つは、都道府県がリーダーシップをとって地域医療構想を推進するということがあつてしかるべきですが、もう一つは、こういう地域医療連携推進法人のような器、つまりグループをつくつて、その中に病院を巻き込んでいく。そして、人材の育成や医療機器の調達もそこで一緒にやればいいということです。

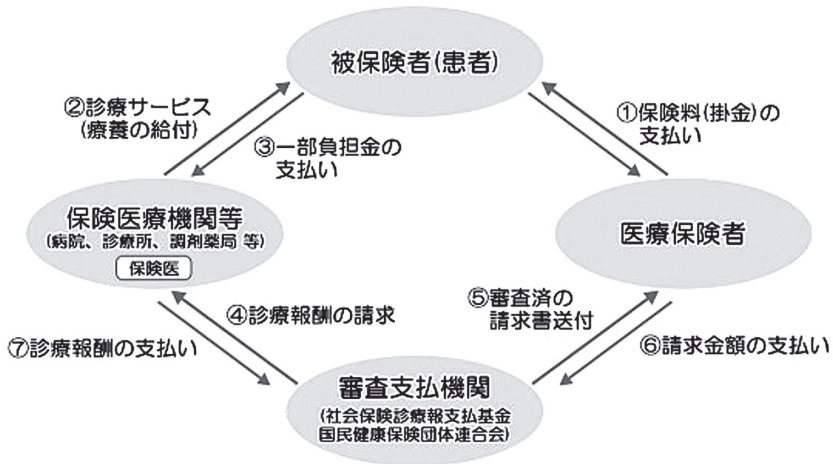
患者待ちの医療経営については、住民が病気になる、しかも来てくれないと儲からない仕組みになっていますが、逆に、地域住民の健康を高めることによって利益が上がる、そういうビジネスモデルに転換していく必要があります。

かかりつけ医の機能のイメージですが、彼らは、生活指導など、日常的な医学管理と重症化予防を行います。海外には疾病管理プログラムというものがあり、基本的には慢性疾患を持っている人が対象ですが、その人たちの生活指導を担っています。必ずしも病気になる前から来てもらうのではなく、病気になる前、あるいは病気が悪化する前にきちんと対応する、それがかかりつけ医の役割であり、もちろん在宅医療も提供します。

これが今の日本の医療の仕組みです（図表5）。患者が病院に来て初めて診療報酬がもらえるわけですが、イギリスのような人頭払い方式に切りかえることができないか、そういった議論もあります。

それに関連して、病院ではなく自治体の話ですが、今の日本の行政は申請主義です。例の一〇万円の一律給付も、生活保護も、申請して初めて対

図表5  
保険診療の仕組み



応してもらえる。皆さんそれを当たり前だと思っ  
ていますが、健康の事となると、申請があつてか  
ら対応したのでは遅過ぎるケースがあります。人  
はどうしても「自分は大丈夫」と思いがちなの  
で、健康に関しては、人の判断というのはあまり  
合理的ではありません。

では、どうしたらいいのかというと、プッシュ  
型です。パイオニアである呉市の例が有名です。  
市（保険者）が健診データとレセプトデータを突  
合し、健診の結果が悪いのに病院へ行っていない  
市民（被保険者）に対して受診勧奨するという仕  
組みです。今日本では、健診やレセプトのデータ  
は自治体にあるので、保険者である自治体がこう  
いう役割を担っているわけですが、似たようなこ  
とはかかりつけ医もできるはずです。

むしろ彼らは、カルテ情報も持っていますし、  
医療情報が共有できれば、ほかの医療機関の受診

歴もわかるので、例えば、「この間の健診、結果が非常に悪かったですよ。血圧が上がっています、最近体調はどうですか」とか「この間倒れましたけど、その後の回復はどうですか」と、こちらから健康状態を確認したり、また、「今のこの状態でしたら、こういうことをやったらいいですよ」とアドバイスを与えたり、場合によっては、「病院に来てください」とか「オンラインでもいいので一回受診しませんか」というように、プッシュ型でサービスを提供することも可能はずです。まだ日本ではやっていませんが、患者待ちから、むしろ患者の健康管理に働きかける、そういう方向にビジネスモデルを展開していくことが必要だと思います。

医療機関の連携において大きな障害になっているのは、セキュリティの名の下での情報の分断です。オンライン診療がなかなか普及しないのは、

平時のリスク、つまり患者情報が漏れるのではないかという不安感があるからですが、医療機関に限らず行政でも、いわゆる「個人情報保護法制二〇〇〇個問題」と言われるように、自治体によって個人情報の定義や運用の仕方が違っていることで情報の分断という問題が起きています。

どうもこの国は、セキュリティとコンプライアンスというものに対して妙に神経質なところがあり、とりあえずセキュリティと言っておけば何もしなくていいといえますか、「セキュリティは大丈夫なのか」と言われたら、そこでもう話がとまってしまふ。明らかに、デジタル化、オンライン化をしない言いわけに使われています。

では、どうしたらいいのか。バックアップ体制を整えることです。情報が漏れたときどうするか、いわゆるプランBがしっかりとしていれば被害は拡大しません。企業の情報漏えい事案はいろ



いろいろあります。その際、マスコミは情報が漏れたことを大々的に取り上げますが、本当に重要なのは、その後どうしたかです。対応が迅速なら被害は抑えられているはずです。

したがって、セキュリティをきちんと担保するのはもちろんですが、セキュリティをガチガチに守ることによって情報漏えいを防ぐというよりは、漏れたときの対応を含めてのセキュリティ、つまりリスクマネジメントをしっかりとやる必要があります。

ただ、セキュリティ対策をする上で問題になるのがローカル・ルールの存在です。厚生省が通知の中で、個人情報を取り扱う基幹系ネットワークとインターネット接続する情報系ネットワークを分断するのも一つのやり方だと例示したところ、全部の病院がこれをやるということが起こりました。

しかし、実際の通知は、「原則は〇〇である。

しかし、こういう場合は△△してもよい」という形になっていて、現場での柔軟性がある程度認めています。ですから、原則としてはセキュリティを守らなければいけません、ファイアウォールなどがしっかりしていれば別にいいわけです。ところが、現場はやはり原則を見てしまう。したがって、分断と言われたら分断、やるなどと言われるやらない。私も大学に勤めているのでよくわかりますが、文科省より厳しいお達しがローカル・ルールとして来ることがあります。文科省はそこまで求めていないはずなのに、ローカル・ルールはどうしても厳しくなりがちです。

これもやはり上と下の目線が合っていないことが原因です。今回のコロナでよくわかったのは、国が意図していることと現場が見ているものがあり、また違うということです。もし柔軟な対応を

認めるのであれば、通知だろうと事務連絡だろうと、明確に「柔軟な対応は可能です」と明記すべきなのに、そうは言っていないからローカル・ルールが厳しくなる。したがって、こういうローカル・ルールはできるだけ排除していくというのが一つポイントになってくると思います。

結局これも現場の解釈です。国としてはもっと柔軟な対応を予定しているはずなのに、やはり目線が合わない。法律や通知の解釈のずれが情報の利活用を阻害し、結果的に対応を遅らせてしまうというわけです。

最後に、今回のコロナとはあまり関係ないので、私も委員の一人として規制改革推進会議で議論をしたスイッチOTCについてお話ししたいと思います。

スイッチOTCとは、医師の診断・処方箋に基づき使用されていた医療用医薬品を薬局・薬店な

どで購入できるように転用（スイッチ）した医薬品のことです。具体的な例としては花粉症の薬がありますが、最近話題になったのは緊急避妊薬です。今は医師の診断・処方箋が必要ですが、諸外国ではもう安全性が確認されているのだから、薬剤師の服薬指導の下、薬局で売ってもいいのではないか、こういう議論です。つまりこれは、セルフメディケーション（個人による健康管理）を普及させるためにも、スイッチOTC化を進めていかなければいけないのではないか、そういう話です。

ところが、これがなかなかうまくいかない。なぜか。薬局で売っていいかどうかを判断する会議のメンバーの半数以上が医師だからです。医師にとっては安全性と有効性が重要なので、そうするとゼロリスク志向になる。医療事故一つあってもいけないということになれば、これもだめ、あれ

もだめとなってOTC化は全然進まないわけですね。

しかし本来、経済性や利用者の利便性に対する配慮が必要であることを考えたら、そういう部分を代表する人たちもメンバーに入っていないわけじゃないです。何が言いたいかというと、この国では専門家があまりにもタコつぼ化してしまっているということです。我々経済学者も人のことは言えないかもしれませんが、タコつぼ化した専門家が決めることはやはりタコつぼで、一般の目線が欠けている。

これはまさに医療制度のガバナンス問題です。我々は、医療制度というものをあまりにも医師たちに任せ過ぎてしまった。本当は経済や経営の視点もなければいけないし、デジタル化というのであれば、ITの専門家も入るべきです。しかし実際は、医師の視点ばかりで、外部の人間から見

と、ある種、非常にゆがんだ意思決定になりやすい。したがって、誰が決めているのか、ここにもきちんと目配りをしていかないと、国民にとって便利な仕組みにはなりません。

デジタル化というのは、まさにこういう世界です。デジタル化のときによく言われるのが「ユーザー目線」ですが、では医療のユーザーは誰かというと、患者、つまりは地域住民です。地域住民の目線がしっかり入った仕組みにしていくことも、これからの医療提供体制には求められているのだと思います。

私の話は以上です。御清聴ありがとうございます。（拍手）

○増井理事長 コロナに関連してだけでなく、日本の医療提供体制全般についてお話いただきました。

せっかくの機会ですので、御質問等ございますでしょうか。

○質問者A 厚労大臣ないしは知事、市長が指示すれば、病床を全部コロナ専用にかえることだつて一カ月もあればできると思いますが、その権限が与えられていません。アメリカは日本以上に民間病院が多いのに、ちゃんとそうなっています。

医師試験は全米共通ですが、開業免許は知事が与えるわけです。自分の地域のバランスを考えて、必要な医師だけに開業を認める。なぜ日本の知事はそういう権限を持っていないのか。そのところを考える必要があると思いますが、いかがでしょうか。

○佐藤 御指摘ありがとうございます。

ポイントは多分三点あって、一点目は、日本では今この段階においても、都道府県は保険医という形で指定していますが、何か条件をつけている

わけではないので、医者なら全部保険医になれているということ。「民間病院が多いのがいけない」という言い方をしますが、アメリカの状況を考えると、それも言いわけのように聞こえます。問題はむしろ、保険医に指定するときに契約を結んでいないことです。

今回コロナで露呈したのは、まさに権限の問題です。ある看護師さんが「戦争のときはどうするか」と言っていました、コロナどころかもっとすごいことになります。東京が空爆されて死傷者がたくさん出たら、全国から医師を集めなければいけない。でも、動員する権限はないわけです。したがって、一つの考え方として、そもそも医師にはプロとして公益に資する義務があり、それなりに高い診療報酬を払うわけですから、保険医に指定するときに「非常時には必ず都道府県知事の命令に服する」というような契約を結んでお

く必要があります。

二点目は権限の偏在ですが、行政側に医療のプ  
ロがほとんどいないので、専門的なことがわから  
ず、結局地元の自治体に調整を丸投げしてしまっ  
ている状況です。

では、どうしたらいいのか。例えばオランダで  
は、医療機関の言うことをうのみにしていたら幾  
らお金を払っても足りないので、保険者（行政）  
側が自分たちで医師を雇っています。厚生省の医  
系技官だと、立場的にどうなのかと思うところ  
はありますが、自治体に関しては、医療の知識のあ  
る専門家を嘱託でもいいので雇って、医者と対等  
な立場で議論できるようにしないと、結局は、調  
整を丸投げするか、相手の言っていることをうの  
みにするかのどちらかになってしまいます。

そして三点目、実はこれが非常に悩ましくて、  
要するにプロフェッショナルリズムの問題です。例

えば金融政策というのは高度に専門的ですから、  
金融の専門家が決めていいはずです。そこで、消  
費者目線とか、業界目線とか言われても、そ  
れは少し違いますし、そんなことをしたらグチャ  
グチャになってしまいます。ただし、そのかわり  
に、議事録の公開や委員の指名といったことには  
徹底的な透明性を求めているわけです。

しかし、日本のプロフェッショナルリズムとい  
うのは村社会になってしまっているもので、非常に不  
透明です。例えば中医協もそうですし、先ほど紹  
介した委員会もそうですが、そこで何を議論して  
いるのか、どうしてこの人たちが委員として指名  
されているのか、それは誰が承認しているのかと  
いったことについては極めて不透明で、ただ何と  
なく「プロだから」という理由で認められてい  
る。これは大学の教員の採用でも同じです。

もちろんプロフェッショナルリズムは大事です

が、それを前提にするならば、もっと透明性がなければいけません。まさにガバナンスです。地元の医師会の会長はどうしてこの人がなったのかも含めて、その部分が曖昧だとやはりまずい。したがって、広く見たら、日本の医療制度のガバナンス問題だと思います。

○質問者B 大新聞は書きませんが、月刊誌には、医系技官の問題や感染症村の話が出ています。いろいろな問題にしっかり対応していくのが行政の仕事なのに、その村が自分たちの権益のためにむしろとめているのではないか、そういう記事が随分ありますが、その辺いかがでしょうか。もしそうだとしたら、どうしたらいいのでしょうか。

○佐藤 一〇年前にも同じ話がありました。あのときは原発村で、東電と原発関係の専門家の不透明な関係が指摘されましたが、実はこれ、霞が関

のガバナンス問題でもあります。

例えば厚労省は、制度設計をし、許認可を出すと同時に、モニタリングをする機関でもあるわけですが、しかし本来、自分たちが許認可を出したものについて、その効果の検証や、事が正しく行われているかどうかを監査する機関は外になければいけません。会計検査院のような感じです。これは別に医療に限った話ではなく、公共事業だろうが何だろうが、あらゆるものについて、許認可を出している人間が監査をしてはいけないわけですよ。

ところが、日本では、厚労行政という名の下に厚労省が全部やってしまっている。これは国交省も総務省もみんな同じです。別に厚労省の肩を持つわけではありませんが、中には改革しようとす

る人間もいて、何もやらないわけではない。ただ、許認可を出しているということは、権益を与

えている側でもあるわけで、その自分たちが与えている権益を、規制緩和したりして自分たちで否定するというのは自己矛盾です。したがって、やはりここは組織のあり方を見直していく必要があると思います。

○増井理事長 そのほかにございますでしょうか。——今の御質問を伺って、医療の問題については、皆様ストレスが相当たまっているなという感じがしましたが、今日は、そのストレスが少し解消できるような非常にクリアなお話を頂戴いたしました。

佐藤先生にもう一度拍手をお願いいたします。

(拍手)

(本稿は、令和三年四月五日に開催した講演会での講演の要旨を整理したものであり、文責は当研究所にある。)

さとう もとひろ・  
国際・公共政策大学院教授、  
一橋大学社会科学高等研究院  
医療政策・経済研究センター長

佐藤 主光 氏

略 歴

一橋大学経済学研究科、国際・公共政策大学院教授

一橋大学社会科学高等研究院医療政策・経済研究センター長

1992年一橋大学経済学部卒業、98年カナダ・クイーンズ大学博士号（経済学）取得  
99年から一橋大学に着任、現在に至る

専門は税制・財政学

政府税制調査会委員、財務省財政制度等審議会委員、内閣府規制改革推進会議委員  
などを歴任、主な著書に「地方税改革の経済学」（エコノミスト賞受賞）など。

2019年日本経済学会石川賞受賞