



高橋教授の

# この人に 会いたい

Vol.67

ゲスト

# 前村 聡

氏

日本経済新聞社社会保障エディター

新型コロナウイルス感染症との闘いも3年を過ぎた。2022年は第6波から第8波まで3回の感染拡大を経験。23年は感染力が高いウイルスと共存する「ウイズコロナ」を定着させ、医療現場をいかに正常化するか、正念場の年となる。さまざまな公開情報などを解析するデータジャーナリズムの手法に定評がある日本経済新聞社の前村聡・社会保障エディターとコロナ対応を総括するとともに、24年の診療報酬改定に向け議論を交わした。

(1月10日取材)

## 戦術にとどまり、戦略を描けない コロナで明白になった日本の弱点

### 22年は大きな分岐点だった 問われるべき6波重点措置

高橋 本日は2022年の新型コロナを総括し、今後新たな新興感染症が現れたとき、社会としてどう対処すべきかを論じたいと思います。1年前に第6波を迎え、まん延防止等重点措置が適用された当時のPCR新規陽性者が1日約20万人、死者が約2000人、現在は陽性者約20万人、死者は約500人です。今年は死者数が倍以

上なのに、重点措置が出ないばかりか、外に出る人の数はすごく増え、人々は普通に生活ができるようになっていきます。私は1年前にもまん延防止はやりすぎと主張しましたが、今でも1年前の対応は過剰防衛だったと考えています。

前村 22年は政策を転換すべきポイントだったと言えます。第6波のとき、重点措置が出た36都道府県は、約2週間後には感染・陽性者数とも減少に転じ、重点措置を出さなかった11県は増加傾向が見られました。効果があつたように

見えますが、細かく分析すると様相が異なります。たとえば、鳥取県は重点措置が出ていませんが、陽性者に早期に対応した結果、新規陽性者数を低く抑えることができました。第6波は、重点措置を出さずに対応できるターニングポイントだったのです。

高橋 22年春、欧米では「マスクなし」に転換し、普通の生活に戻りましたが、日本を含む東アジアの多くの国は従来同様の抑制政策を続けました。コロナ禍でいろいろなこと抑制がかかったことで

経済活動が止まって倒産や飲食店の閉鎖が増え、出生率が低迷し、自殺を選ぶ人たちも増えた。私自身、第6波当時のまん延防止等重点措置により守られたものより、失ったもののほうがはるかに大きかったと思っています。

前村 日本では20年度、感染対策を強化した影響もあつて超過死亡は生じませんでした。21年度は増加したものの、2年間の合計ではほぼプラス・マイナスゼロです。死者数を減らす目的において日本は一定の成功を収めたと言えます

撮影=関口宏紀

す。欧米は多くの感染・死亡者を出し多大な犠牲を払いながらも、集団免疫の効果もあり、マスクなしの生活に戻りました。日本は、第8波を迎え人口の4分の1以上が感染し、ワクチン接種も進みませんでした。そろそろソフトランディングしないといけないのですが、政

策の切り替えや国民への説明が大幅に遅れています。

### 感染の実態を把握するため 全体の数字を鳥の目で見ると

高橋 厚生労働省の発表データを基に、新型コロナウイルスの株の

流行期ごとのPCR陽性者数、重症者数、死者数を再集計しました。デルタ株とオミクロン株(BA.2)を比較すると、感染力が10倍以上上がった一方、病原性は10分の1に下がっています。オミクロンは20年10月に南アフリカで発生しましたが、その年の11月の南アフ

リカの感染推移のデータを見れば、オミクロン変異株の特性は推定できました。欧米の政策決定者はおそらく、南アフリカのデータを最大の根拠としてマスクをしない政策を取ったと思われます。日本は病原性が低いウイルスであること、ほとんど告知せず、従来の施策を続け「もったいなかった」という印象です。

前村 国立感染症研究所の調査によると、第6〜7波で亡くなった方の中央値は約86歳。これは男女合わせた数字ですが、男性の平均寿命を超えています。厚労省の死因・年代別統計を分析すると、70歳以上、特に90歳代以上の高齢者が多く亡くなつていて、平均寿命には大きな影響を及ぼしています。個別ケースを虫の目で見ると、日本全体を鳥の目で見ることがあります。そうしたデータを示すことで、感染の実態を知ることができそうです。

高橋 病原性は高いが感染力はあまり強くない武漢株からデルタ株までの期間、日本はかなりうまく対応していました。しかし、オミ





## 国はデータを集め、自ら公表すべき——前村

クロン株のように感染力の強いウイルスは、「守ろう」と思っても守り切れるものではありません。幸い病原性は低くなったので「絶対かからせない」ではなく「かかったらあきらめて、おとなしく寝る」といったインフルエンザ的な対処で臨んだほうが、社会がうまく回ったと思います。

**前村** メディアにも責任があります。私たちは問題が起きている部分に焦点をあてます。問題がなければニュース性もないからです。

## 前村 聡

**Akira Maemura**  
日本経済新聞社 社会保障エディター  
まえむら・あきら ●1995年、一橋大学社会学部を卒業し、日本経済新聞社入社。東京・大阪社会部、法務報道部に所属し、主に厚生労働省を担当。2004年から日経実力病院調査を実施し、全国のがん治療病院から約13万人分のデータを集めて5大がんの5年生存率の格差などを報じた。医療安全、児童虐待、過労死問題などのほか、災害取材も多く、20年から現職。共著に「2030年からの警告 社会保障上の安心網」(日本経済新聞社)ほか

コロナに限らず、日本では現状維持バイアスが強い傾向にあり、これを変えることへの恐れは日本経済の「停滞の30年」にもつながっています。社会全体をどちらの方向にもっていくか、社会全体の戦略から考えて対応する欧米に対して、個々の現場の戦術から入る日本は戦略までたどりつけないため、政策転換が遅れたのではないのでしょうか。

## 「低稼働」なのに巨額補助金 実績に応じて支給すべき

**高橋** 次に、コロナ関連の補助金についてお聞きしたいと思います。コロナ患者受け入れのために確保した病床などに対して国から補助

入れるために確保した病床が空床でも補助金が出るため、新たなコロナ患者を受け入れる動機づけになりにくかったという実態が浮かび上がりました。  
**高橋** こうした実態についてはどう思われますか。  
**前村** 実は、取材した病院や都道府県の担当者は、私たちが示したデータに驚いていました。たとえば九州のある公立病院は、第3波のとき、コロナ病床20床を確保するために160床を休止して対応

するなどして病床確保料が膨張していました。他県では7対1で対応していた病院があるなか、ほぼ2対1という手厚すぎる対応をしていたのです。この県全体やこの病院の病床確保料が全国でも突出して高いデータを私たちが示すまで、関係者はこれまでの対応が特殊だったことを認識していませんでした。こうしたデータは、国民の税金から補助金を出している国が収集・検証して公表すべきです。他の病院や他県がどのように対応

しているかを知らないため、同じ感染状況の県間でも、病床確保料に大きな格差が生じました。

## 引き締め感漂う24年度改定 利害調整にとどまる公算も

**高橋** 24年度診療報酬改定については、財源が限られゼロサムゲーム的な側面が強いなか、医療DXは重点的に進めていくと思います。補助金の影響もあり、引き締めムードが強くなりそうです。  
**前村** 大盤振る舞いをした反動として引き締めはあると思います。ただ、中医協は利害関係者の調整を個別に行う場になっていきます。先ほどの話でいうと、細かい戦術ばかり

金が支払われる病床確保事業をめぐる、病床の稼働率が低い病院にも補助金が交付されていた実態を一面トップ\*で報じました。補助金についてはどう考えますか。  
**前村** より多くの病床を確保するため、国は全額負担の補助金を導入しました。都道府県の財源では地域差が生じるため、やむを得ません。ただ、一定程度病床を確保した後は、患者の自己負担分を補助したうえで診療報酬の重みづけをさらに強化すべきでした。病院を取材すると、コロナ患者を受け

\*日本経済新聞が2022年12月26日に調査報道シリーズ「国費解剖」企画として報道。新型コロナウイルス患者用の病床に支払う国の補助金「病床確保料」の2021年度分について情報公開請求で得たデータなどを基に分析した結果、感染ピーク時の病床使用率が都道府県平均を大きく下回った404病院に2年間で3660億円超を交付していたことが判明した。病床確保料は、▽コロナ患者等入院させるために確保した病床のうち空床となっている病床、▽コロナ患者等を受けて入れるために休止した病床——に対して支給され、1床ごとに最大43万6000円。国が全額負担し交付額は2021年度で3兆円に上る。国は22年10月からは半年の病床使用率が50%を下回る病院の補助金に上限額を設ける措置をとった。

性は変わらない気がします。そもそも、診療報酬で望ましい政策に誘導しようとすることは患者の負担増につながり、政策が進みにくい側面があります。診療報酬だけでなく補助金をうまく組み合わせていかないと、持続可能な社会保障、医療体制は構築できません。  
**高橋** コロナ前、24年の医療提供体制の構築に向け「三位一体改革」(地域医療構想、働き方改革、医師偏在対策)という構想が描かれていたのですが、コロナで実行できなくなりました。  
**前村** 厚労省の人口動態統計を見ると、病院で亡くなる人が急激に減り、自宅や施設で亡くなる方が増えています。そのなかで、患者を全人的に診て家族の意向を聴いてくれる、〃かかりつけ医〃の存在が見直されています。かかりつけ医の役割に診療報酬がどう報いていけるか、注目しています。

## 高橋 泰

**Tai Takahashi**  
国際医療福祉大学教授  
たかはし・たい ●1986年、金沢大学医学部卒業、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学部医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月、国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授。2016年9月より21年3月まで安倍内閣未来投資会議の構造改革徹底推進会合医療福祉部門副会長を務めた

24年度診療報酬改定では、高橋 コロナの後始末と同時に、国家戦略である働き方改革、DX推進が鍵になるのは間違いないでしょう。本日はありがとうございました。

## 抑制政策を続けた代償の検証を——高橋

