大阪大学
感染症総合教育研究拠点
CiDER
CENTER FOR
INFECTIOUS DISEASE EDUCATION
AND RESEARCH

CiDER-PDP

Center for Infectious Disease Education and Research, Policy Discussion Paper

PDP017

JSPS 課題設定による先導的人文学・社会科学研究推進事業 学術知共創プログラム
課題A 将来の人口動態を見据えた社会・人間の在り方
～コロナ危機から視る政策形成過程における専門家のあり方～

第3回 カンファレンス
医療経済学の視点からみるコロナ危機

高久　玲音　　一橋大学大学院経済学研究科
伊藤由希子　　慶應義塾大学大学院商学研究科
小出　直史　　大阪大学感染症総合教育研究拠点(CiDER)
大竹　文雄　　大阪大学感染症総合教育研究拠点(CiDER)

JSPS 課題設定による先導的人文学・社会科学研究推進事業 学術知共創プログラム
課題A 将来の人口動態を見据えた社会・人間の在り方
～コロナ危機から視る政策形成過程における専門家のあり方～

第3回 カンファレンス
医療経済学の視点からみるコロナ危機

高久玲音[1] 伊藤由希子[2] 小出直史[3,4] 大竹文雄[3,*]

要約(和文)

カンファレンスでは、高久玲音氏の『医療崩壊の経済学』に基づく講演と、同氏・伊藤由希子氏らによる病院別データを用いた病床確保料の分析をもとに、3 つの論点が示された。第一に、コロナ禍の「医療崩壊」は、急性期医療の小規模分散や実績要件のない救急告示制度など、平時の医療提供体制の構造的問題が有事に顕在化したものといえる。第二に、約 7.5 兆円の病床確保料は受け入れ実績ではなく確保病床数に応じて交付されたため、空床を維持する逆インセンティブが生じた。都道府県が実効的な権限を持つ病院が限られていたことが、機動的な病床調整を難しくしたとの指摘もあった。第三に、病院別のデータはコロナ後に情報開示請求によって得られ、危機時に政策の実施と検証を並行させる基盤の欠如が露呈した。総合討論では、有事に専門家が役割を果たすには、平時の制度設計、情報共有体制、研究者と医療現場のネットワークが鍵となることが論じられた。

要約(英文)

At the project's third conference, three issues emerged from Reo Takaku's lecture on his book *Iryō Hōkai no Keizaigaku* [The Economics of Healthcare Collapse] and from an analysis of hospital-level data on COVID-19 bed reservation subsidies, presented by Yukiko Ito based on joint work with Takaku and colleagues. First, the so-called "collapse" of the healthcare system during the COVID-19 pandemic can be understood as the crisis-time manifestation of structural problems in the healthcare delivery system that already existed in normal times, such as the fragmentation of acute care across many small hospitals and an emergency hospital designation system with no minimum volume requirements. Second, the subsidies, which totaled approximately JPY 7.5 trillion in FY2020–2023, were paid per day for each reserved bed left vacant rather than according to the number of patients actually admitted, creating a perverse incentive to leave beds unoccupied. It was also argued that prefectural governments had effective authority over only a limited number of hospitals, which hampered timely adjustment of bed capacity. Third, the hospital-level data became available only after the pandemic, through freedom of information requests to prefectural governments, revealing

[1] 一橋大学大学院経済学研究科
[2] 慶應義塾大学大学院商学研究科
[3] 大阪大学感染症総合教育研究拠点（CiDER）
[4] 大阪大学社会技術共創研究センター（ELSI センター）

the lack of infrastructure for evaluating policies in parallel with their implementation during a crisis. In the general discussion, participants argued that whether experts can play a meaningful role in a crisis hinges on institutional design in normal times, information-sharing systems, and networks linking researchers with frontline healthcare providers.

* The author to whom correspondence should be addressed.
ohtake@cider.osaka-u.ac.jp

キーワード:
#新型コロナウイルス感染症、#病床確保料、#幽霊病床、#医療提供体制、#急性期医療の集約化、#救急医療、#都道府県のガバナンス、#情報公開、#政策評価、#科学的助言

Keywords:
#COVID-19, #bed reservation subsidies, #ghost beds, #healthcare delivery system, #consolidation of acute care, #emergency medical care, #prefectural governance, #freedom of information, #policy evaluation, #scientific advice

---

作成日：2026 年 11 月 3 日

本稿は、JSPS 課題設定による先導的人文学・社会科学研究推進事業 学術知共創プログラム・課題A「コロナ危機から視る政策形成過程における専門家のあり方」の研究活動として、2026年7月27日に現地+オンラインのハイブリッドで開催された、第3回カンファレンス「医療経済学の視点からみるコロナ危機」の記録である。

本研究の実施にあたり、大竹文雄、高久玲音、小出直史は、JSPS より、課題設定による先導的人文学・社会科学研究推進事業 学術知共創プログラム 課題 A「コロナ危機から視る政策形成過程における専門家のあり方」（JPJS00123812864）の研究資金の支援を受けている。

第3回 カンファレンス「医療経済学の視点からみるコロナ危機」

◆概要　　＊敬称略

日　時：令和 8 年 7 月 27 日（月）15:00～17:00

場　所：大阪大学感染症総合教育研究拠点（大阪大学・日本財団 感染症センター）1F 小ホール
〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 1 番 10 号
（https://www.cider.osaka-u.ac.jp/access/）

形　式：現地+オンライン（ハイブリッド）

講演者：高久玲音「医療崩壊の経済学―現代日本医療制度の再検討―」
伊藤由希子（オンライン）「病床確保料の分析からみる医療提供体制と病院再編の実態」

参加者：(現地)大竹文雄、岩本康志、高久玲音、村上道夫、小出直史
(オンライン)：待鳥聡史、児玉聡、小原美紀、磯野真穂

傍　聴：（現地）芝啓太、加藤大貴
（オンライン）正箱尚久、文部科学省学術振興局振興企画課学術企画室

企　画：小出直史、高久玲音

収　録：小出直史

編　集：小出直史

事務局：小出直史、中居美恵、高瀬理帆

◆議事次第＊本稿の目次と兼用

1．イントロダクション

2．講演 1

高久玲音「医療崩壊の経済学―現代日本医療制度の再検討―」

2-1 平時と有事を一体でみる―本書の全体像

2-2 集約化はなぜタブー視されてきたのか

2-3 症例集約と医療の質―東京とロンドンの比較

2-4 情報開示請求でみた「10 床確保」と幽霊病床

2-5 実績要件なき告示制度―二次救急の実態

2-6 「断らない救急」は有事にも強かった

2-7 在院日数・DPC と急性期拠点機能

2-8 プライマリ・ケアと開業医の報酬

2-9 都道府県の権限と保険者の再編

2-10 質疑・応答―感染症であることの制約と動線

2-11 質疑・応答―医療スタッフの処遇と流出

3．講演 2

伊藤由希子（オンライン）「病床確保料の分析からみる医療提供体制と病院再編の実態」

3-1 18 兆円のうち 9.5 兆円―配分のいびつさ

3-2 空床にしておく方が得になる構造

3-3 500 億円で「終わったこと」になった検証

3-4 情報開示請求と文書の保存期間

3-5 大学病院の「幽霊病床」と病床確保料の「公平性」

3-6 2019 年の再編議論とその後―424 病院と 7.5%

3-7 小規模分散の非効率と地域内の「分担」

3-8 質疑・応答―感染症法改正と成果連動の報酬

3-9 質疑・応答―現場の情報優位をどう崩すか

3-10 質疑・応答―診療報酬か補助金か

3-11 質疑・応答―頑張った病院が声を上げない構造

3-12 質疑・応答―住民・政治と病院再編

4．総合討論（進行：大竹）

4-1 平時の準備と協定の実効性

4-2 入院調整の司令塔を明文化する

4-3 大学病院のあり方

4-4 誘因と制裁―ネーミング・シェーミングは可能か

4-5 ECMO にみる「装備」と「運用」

4-6 メディアの批判機能と「命」対「経済」

4-7 医療者内部の多様な意見をどう可視化するか

4-8 平時からの専門家ネットワーク

◆カンファレンス記録

1．イントロダクション

【小出】

みなさん、こんにちは。

本日は、高久先生が出版された『医療崩壊の経済学』[5]について、皆さんにご紹介する趣旨のカンファレンスです。後半では、大竹先生の進行で、これまで重ねてきた様々な議論と関連づけた自由討論を予定しています。

それでは、早速ですが高久先生、よろしくお願いします。

2．講演 1

高久玲音「医療崩壊の経済学―現代日本医療制度の再検討―」

【高久】

◆2-1 平時と有事を一体でみる―本書の全体像

この研究費から補助をいただいているプロジェクトもあり、いろんな研究をまとめて、COVID（コロナ危機の意）における医療のあり方をどのように振り返られるのかを 4 月（2026 年）に本にしました。大竹先生には大変ありがたい書評をいただいたところです。

章立ては、有事のことだけでも十分ですが、私は東京都の会議に多く参加しており、平時から存在している問題が有事になって目立って現れてくるという構図があるのではないかという問題意識を持っていたので、平時と有事のトピックを一体で見られる形を心がけました。とはいえ、医療政策には医師や公衆衛生の研究者が非常に多く、経済学者が外から助言したからといって何かが変わるようなものではないだろう、とも強く感じておりました。そして、そういった方々が読んでいたような古典の本を下敷き（参考）にして書き上げることを意識したつもりです。

1996 年に出版された『日本の医療』（池上直己、J.C.キャンベル著）[6]は、医療の評価の基本的な部分を指摘している良い本だと思いますが、いかんせん 30 年前の本で、COVID ないし、2000 年代からの議論も踏まえてアップデートしたいと思っていました。例えばこういった本の中で言われている、ある種の歴史観は、いわば日本の医療はアメリカよりも良い医療制度で、基本的に抜本的な改革は必要ないのではないか、というスタンスで書かれています。日本の平均寿命は長く、当時世界的に見れば医療費も安いと言われていたので、国民は医療についてそれほど大きな抜本改革を望んでおらず、少しずつ改革していけば十分ではないかというスタンスで書かれています。

ただ、先日、『The Lancet Regional Health – Western Pacific』[7]の特集で、日本の題材が発表され、津川先生も参加されていたものがあります。そこでは、大規模な医療改革が必要ではないかといった論調になっていました。そこで私もそういう問題提起をしたいと思ったのが一つありました。

---

[5] 高久玲音『医療崩壊の経済学――現代日本医療制度の再検討』（慶應義塾大学出版会・現代経済解説シリーズ、2026 年、ISBN 978-4-7664-3101-8）。本カンファレンスは同書の刊行を機に企画された。

[6] 池上直己・J.C.キャンベル『日本の医療――統制とバランス感覚』（中公新書、1996 年）。日本の医療制度を国際比較の視点から論じ、診療報酬による医療費コントロールと漸進的改革を評価した。

[7] Yamasaki L, Sakamoto H, Hashimoto H et al. Japan's health system toward 2040: structural challenges and a renewed social contract The Lancet Regional Health – Western Pacific, 2026; 72: 101920 (https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(26)00124-0/fulltext).

特に、2 番目の公的な大病院を中心とした専門医療の改革で、1996 年の池上先生の主張では、大病院を中心とした 1 日あたりの包括、かつ、公的病院を中心に導入するが選択制にするなど、できる限り強制力を持たずにやる方向性が示されています。これはそのまま 2003 年の DPC/PDPS[8]で導入されました。

ただ、COVID の時には、日本は病院数が多い中で病床の逼迫も起こりました。そこでは、DPC のような改革が病院に与えるインセンティブとして十分だったのかという疑問を持ちました。COVID の時、現場の救急医をされていた名大の山本尚範先生 [9]などは、当時医療崩壊で日本の緊急事態宣言やむなしという論調の中、うまくできるのではないかという指摘をされていた、ただ 1 人の救急専門医だったと思います。彼の指摘でも、急性期の医療は目覚ましく分散されているのではないかと。例えば、急性心筋梗塞の治療は、8000 病院中 1173 病院でカテーテルができる、つまり 7 病院のうち 1 つは急性心筋梗塞の治療ができるということになっています。他国では症例を積むことによって医療の質を上げることを徹底しているので、オランダでは 30 病院、イングランドだと 49 病院で、人口あたりに直すと、大きな違いがあることがわかります。

◆2-2 集約化はなぜタブー視されてきたのか

ただ日本では、2000 年代から、病院機能を集約化すべきという議論は半ばタブー視されてきました。今でも外科系の学会で「外科は少なくとも集約した方がいい」という程度にとどまっているようです。病院単位の集約については、基本的に人口減少地域が議論のターゲットになっているように思います。地方の病院は経営難で、こういった論調が強まってきています。こうしたトピックについて、データを確認することは時宜にかなっていると思います。

それから、個々の診療科について見ると同時に、急性期医療は救急搬送を受け入れられるかがセットになります。急性期病院で救急搬送を受けなくていいとされているのは、希少疾患の専門病院だけです。この点も、「日本の医療は世界一」と言っている間に整備されてこなかったということだと思います。搬送先がすぐ決まるのはどこか、一度の電話で決まるのか、についても地域差が大きく、本の中でかなり詳しく紹介しています。紹介している内容は、この前 PLOS ONE でも公表されています [10]。

その他、本の中で扱ったのは、プライマリ・ケア、開業医、保険のあり方、患者の自己負担のあり方をどうするか、それから学校の感染症対策には、大きな疑問を感じていたので、岩本先生の本 [11]の紹介をしながら書きました。

そして、3 章から 6 章は非常に重要だと思っています。8000 病院ある中で、急性期のカテーテル治療ができるところが 1000 病院もあって、東大の康永先生 [12]も、あんなにあっても症例を積むことが難しいから医療の質としても大きな問題ではないかと主張されています。今後、患者数が減っていく中で、こういったトピックは重要だと思います。

---

[8] DPC/PDPS（Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System）：2003 年に導入された、診断群分類に基づく 1 日あたりの包括支払い制度。在院日数の区分に応じて 1 日あたり点数が逓減する仕組みをとる。

[9] 山本尚範（名古屋大学医学部附属病院 救急科）。救急医学。救急医療の集約化と機能分担について発信している。

[10] Hirata K, Chiba T, Takaku R, Meilai C, Ikeda S, Shiga T. Beyond the freedom to refuse patient: A retrospective comparative study of emergency transportation during the COVID-19 pandemic in Japan. PLoS One. 2026 Jul 9;21(7):e0331535. doi: 10.1371/journal.pone.0331535. PMID: 42424312; PMCID: PMC13349190.

[11] 岩本康志『コロナ対策の政策評価――日本は合理的に対応したのか』（慶應義塾大学出版会・現代経済解説シリーズ、2025 年、ISBN 978-4-7664-3038-7）。

[12] 康永秀生（東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻 臨床疫学・経済学・教授）。大規模診療データベースを用いた臨床疫学研究に取り組む。

◆2-3 症例集約と医療の質―東京とロンドンの比較

釈迦に説法ですが、集約化を進める医学的理由として、手術件数の多い病院ほど手術成績も良いことなどが知られています。COVID 前は、そういったことが経験則としてあることはもちろん知っていましたが、日本の急性期医療の質が低いという報告はあまり聞いたことがなかったので、現場医師が頑張っていることで一応回っているという理解でした。ただ、COVID の時に、国際比較がある程度可能になったため、詳細を見ると、日本の状況は少し行き過ぎていたと言っても過言ではないと思いました。

これはロンドンと東京の重症者の数を比較しているグラフですが、COVID では人工呼吸器をつけると重症に分類されました。人工呼吸器をつける基準が、国際的に大きな違いがあるとは思えませんので、重症者の数は、ある種、波の高さをより正確に比較できる指標になると思います。感染者数や入院の患者の数では本当の比較になりませんが、重症はある程度比較できます。ロンドンで一番ひどかった時は 1 日 1200 人ぐらい人工呼吸器をつける患者がいて、東京だとデルタ株の時が一番多かったですが、それでも 300 人弱でした。

東京は当時、その 300 人ぐらいの重症患者を色々な病院で 3、4 人診て、といった形で分担して診ていましたが、驚いたことに、イギリスだと、トニー・ブレアの時に NHS[13]の大改革を行って、病院の合併を進めたため、ロンドン市内で 5 つの病院グループで大体 600 人ぐらいの患者がいる形になっていました。ロンドンも医療崩壊していたと言われていますので、どちらがいいという話ではないのかもしれませんが、少なくとも、もう少しキャパシティを増やす視点が必要だったのではないかと思いました（図 1）。

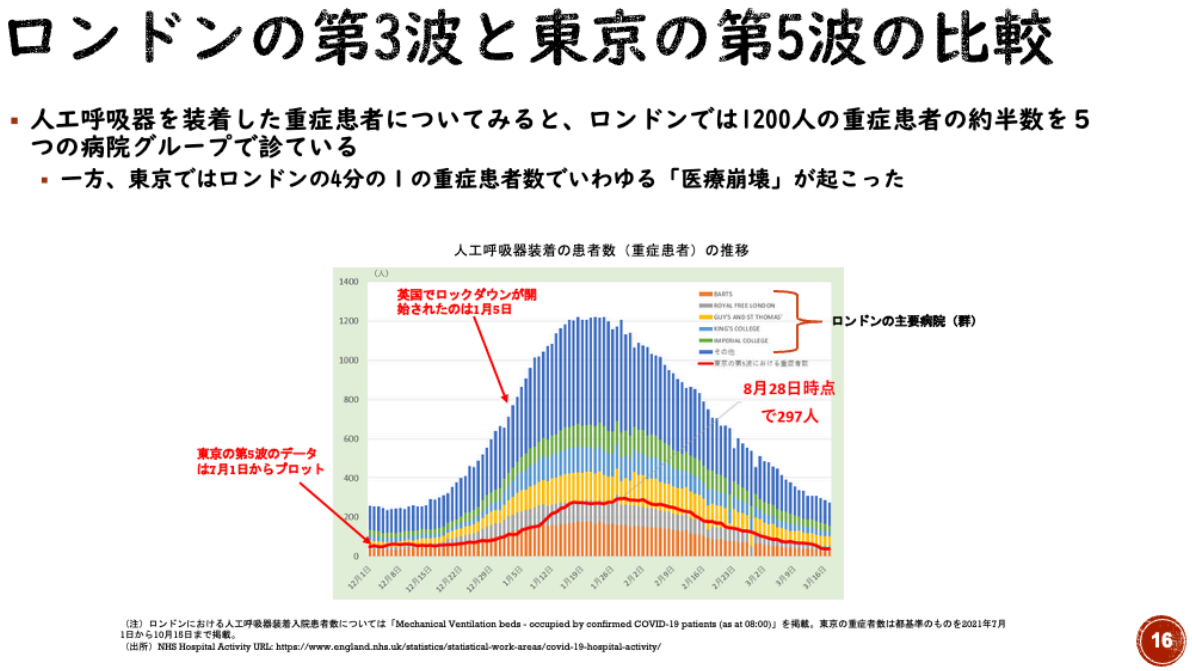


図 1．ロンドンの第 3 波と東京の第 5 波の比較

（出所）講演スライドより

[13] NHS（National Health Service）：英国の国民保健サービス。税財源により原則無料で医療を提供する。

◆2-4 情報開示請求でみた「10 床確保」と幽霊病床

後ほど伊藤先生からもご紹介があると思いますし、本でも書いていますが、COVID の対応について、都道府県に対して情報開示請求[14]を行い、どの病院がどれぐらい診ていたのかを確認する少し泥臭い作業をしました。その中で、ピーク時に 10 床確保して COVID に協力していますという医療機関がゴロゴロあって、大体 1600 の病院がコロナ対応していると回答しています。そのうち 800 病院ぐらいは 10 床未満でした。10 床未満の対応というのは非常に小規模で、仮に空床があってもなかなか情報伝達が難しいというような実態がありました。10 床未満の超小規模で分散していた点は、うまくいかなかったと言っていいのではないかと思います（図 2）。

ピーク時に実際どれぐらい病床が使われたのかについて、病床確保料[15]をもらっていながら実際には使われていなかったという幽霊病床[16]の話がありました。都道府県平均の 7 割以下の基準で幽霊病床を見ると、10 床未満の病院の 5 つに 1 つは幽霊病床になっていました。一方、40~60 床ほどの病院ではほぼ使われていました。たまたま空床が多かったのだとすれば、確保したよりも感染が広まらなかったという理由で、他の病院が受け入れているのに受け入れていないといったようなことは大規模な病院では全くなかったと言っていいと思われます。次に感染症が蔓延したときには「病床は小さく確保してもうまくいかないところがある」ということが、1 つの教訓として得られたと思います。

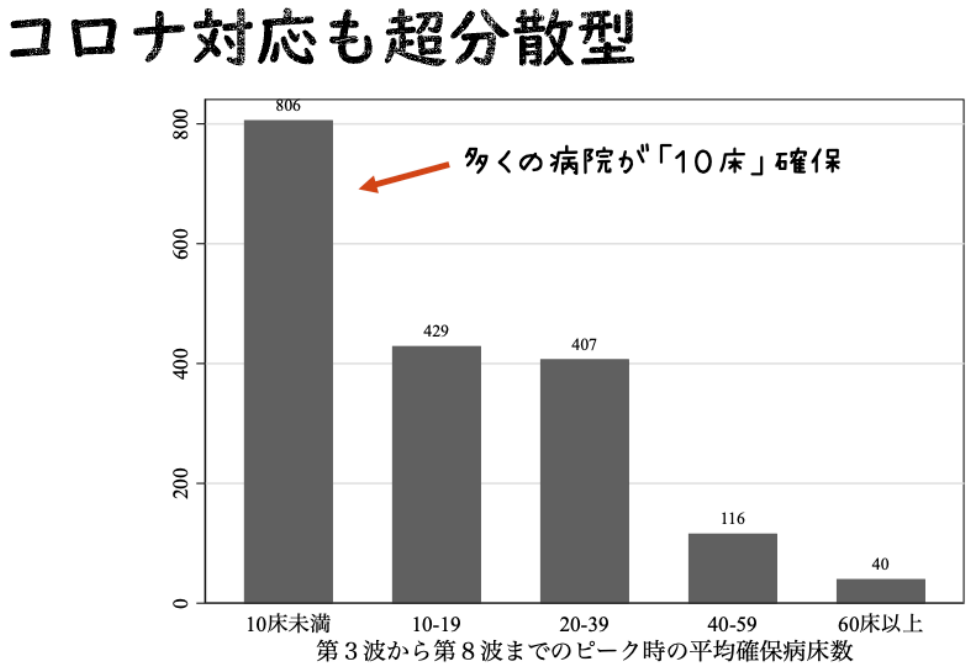


図 2. 確保病床数と病院の規模

（出所）講演スライドより

[14] 情報開示請求：行政機関の保有する情報の公開に関する法律および各自治体の情報公開条例に基づき、行政文書の開示を求める手続。本研究では、都道府県が保有する医療機関別の病床確保料交付額および入院者数の開示を求めた。

[15] 病床確保料：新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）等により、感染症患者の受入れに備えて病床を空けておく医療機関に対し、その空床数に応じて交付された補助金。休業補償の性格をもつ。

[16] 「幽霊病床」：病床確保料の交付を受けながら、実際には患者の受入れに用いられなかった病床を指す通称。2021 年頃から報道で用いられるようになった。

◆2-5 実績要件なき告示制度―二次救急の実態

もうひとつ、国民に医療対応がうまくいっていない印象を与えたものとして、救急車の搬送先が決まらなかったことがありました。感染拡大で患者数が多くなったため仕方がないという話があり、その通りだった側面もありますが、それにしても平時の制度設計がまずかったのではないかと考えられることが多々ありました。

日本では、1963 年の消防法改正[17]で、消防隊に患者搬送の義務が課されました。その翌年に、救急医療機関告示制度[18]という、現在の救急医療体制の先駆けでもある、救急医療機関の要件を定めた仕組みが整備されました。現在、入院医療・救急を担う二次救急医療機関[19]は約 3000 ありますが、現時点で実績要件はありません。どこであっても、手を挙げれば、救急医療に参画できるような状況になっています。

厚労省（厚生労働省）の会議資料にもありますが、二次救急を担っている機関で年間何件受け入れているのかは、中央値で 576 件で、1 日に 1、2 件（台）というのが日本で救急車を受け入れる主力病院の姿になっています。なかなかに少ない印象で、さらには 0 台というところも 141 病院あって、受け入れてなくても二次救急と名乗って構わない形になっています。

救急医療が大事だと思うのは、いわゆる大規模急性期病院のあり方を考える際に、「急性期」と区分されている病床に、どこから患者が入ってくるかというと、25%程度が救急搬送で運ばれるケースです。医療機関の機能を分ける際に、急性期と回復期の違いなど色々あり得ますが、救急車を取るかどうかが境目になっています。

応需率トップ２０の消防本部：2021年

順位	市区町村名	搬送先が1度で決まる割合	年間搬送件数
1	一宮市	97.8%	16257
2	秋田市	97.2%	11516
3	岡崎市	96.8%	14104
4	豊田市	96.7%	15616
5	松阪地区広域消防組合	96.3%	12990
6	春日井市	96.2%	12837
7	平塚市	96.0%	13376
8	湖南広域行政組合	95.6%	12522
9	松本広域	94.3%	16056
10	藤沢市	94.1%	20318
11	長野市	94.0%	17737
12	久留米広域	93.7%	19293
13	大津市	92.8%	14922
14	岐阜市	91.4%	21271
15	衣浦東部広域連合	91.3%	19411
16	静岡市	90.1%	35261
17	横須賀市	90.0%	22165
18	柏市	89.9%	18921
19	那覇市	89.8%	16196
20	厚木市	89.8%	10005

図 3. 2021 年における救急応需率トップ 20 の消防本部

[17] 消防法（昭和 23 年法律第 186 号）。1963 年の改正により、市町村の消防機関の業務として救急業務が位置づけられた。

[18] 救急医療機関告示制度：1964 年に定められた省令に基づき、都道府県知事が要件を満たす医療機関を救急告示医療機関として認定・告示する制度。

[19] 二次救急医療機関：入院や手術を要する救急患者に対応する医療機関。日本の救急医療体制は、初期（一次）救急、二次救急、三次救急（救命救急センター）の三層で構成される。

（出所）講演スライドより

一方、うまくいっている地域もありました。そういった事例を本の 6 章で取り上げました。うまくいった地域をしっかり見習って、良かったところをピックアップしていかないといけないと思います。

2021 年の救急応需率トップ 20 を見てみると、一宮市や岡崎市など名古屋の近傍あたりの地域がピックアップされ、湘南、藤沢あたりも一度で決まる地域になっていました。一方、ワースト 20 は大阪府東大阪市や豊中市、吹田市などで、大阪は分散具合が高いことで、搬送先がなかなか決まらない形になっています。大阪は軒並みランクインしており、専門的な臨時医療施設を建てようという動きもあり、あまり使われませんでしたが、中小規模の病院がゴロゴロあるとどこが協力してくれるのかわかりにくいため、行政も箱物の建設を推進しがちなのではないかということも、本に書きました（図 3）。

◆2-6 「断らない救急」は有事にも強かった

日本はこういったことについてほとんど法的整備や仕組みを作ることをしてこなかったので、現場医師の自治に任せる形になっていました。その結果、うまくいっているところもあればそうでないところもあって、愛知県では、搬送が円滑で、例えば一宮西病院など、救急車を断らないことを、独自にやっているところがあるのが地域の特性になっていました。そうした地域で働いている方の話を聞くと、自分の病院だけではなくて他の病院が断っていないか、お互いにチェックするのだそうです。あなたのところ（病院）は最近応需率が低いのではないか、などお互いに牽制し合う、他が断ると自分のところに来て困ることになるので、経済学でもありそうな話ですが、他が断ると自分が困るからみんなでチェックするといったようなことをしている地域になっているようです。

神奈川県には、有名な湘南鎌倉総合病院[20]があって、鎌倉市の搬送の約 9 割を受けているという話で、中小規模の病院が複数あって、分担し合っているという話はそもそもありません。COVID の時にはそういうのが大事だったのではないかと思いました。「断らない救急」が根付いた地域と、近くにあってある程度分散されているような地域を少し比較しました。グラフだけでわかるので、本に書いてもそれほど難しくはないということで載せています。

搬送時間だと、神奈川県では鎌倉と、赤がほぼ横浜、緑は県内の全ての消防本部が入っていて、横浜、川崎も入っていますが、これを見ると、湘南の辺りは平時から搬送時間が 5 分ぐらい短い。有事になるとさらにその差が広がったことがわかるのではないか。感染の拡大のところは黄色のバーですが、感染拡大すると搬送困難になりますが、上がり方が小さいことが数字でしっかりわかります。

もっと衝撃的な結果は、4 回以上搬送が断られると救急搬送困難事案[21]に分類されますが、そういう地域では、COVID の間を通して事案が 0 でした。ですから、医療崩壊を回避するために緊急事態宣言が長引いたところがありましたが、崩壊していない地域もあるではないかと。同じ日本の話ですから、海外のやり方を真似ろと言っているわけではなく、その地域の良いところを、他の地域でも真似できることはたくさんあるのではないかということを書きました。ある程度、病院の数、病院自体をまとめることは、将来の医療提供体制をより強くするために必要なことだと考えられます。

---

[20] 湘南鎌倉総合病院（神奈川県鎌倉市、医療法人沖縄徳洲会）。2019 年病床機能報告では年間 14,253 件の救急搬送を受け入れており、講演資料でも「断らない救急」の事例として紹介された。

[21] 救急搬送困難事案：救急隊による医療機関への受入れ照会が 4 回以上、かつ現場滞在時間が 30 分以上に及んだ事案。総務省消防庁が定義し、定期的に公表している。

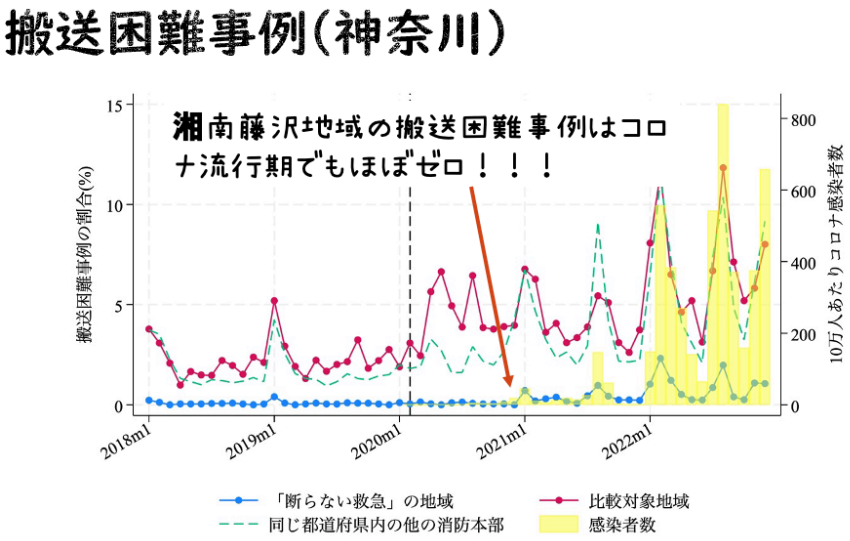


図 4. 救急搬送困難事案と地域差

(出所) 講演スライドより

◆2-7 在院日数・DPC と急性期拠点機能

特に、本の中で強調したのは、同じ病床数でも在院日数[22]が 3 倍になれば受け入れられる患者は 3 分の 1 になる、という点です。したがって、主力となる病院では在院日数を短縮するという、古くから指摘されてきたことに、より注力して取り組む必要があると考えています。急性期の在院日数は現在も 16 日程度に及んでいます。DPC では在院日数に応じて 1 日あたりの診療報酬が階段状に下がっていきますが、入院期間Ⅱ(2 段階目の期間)の終わりまで入院させる運用になりがちです。入院期間Ⅱの終わりは大体 15～16 日程度なので、16 日程度まで入院させておくことになります。1 日あたりの包括払いが採用されたのは、1990 年代から医療政策の有識者の間で、日本では在院日数に差があることから DPC が現実的だという見方で一致し、現在の制度に至ったためです。

目指すべき方向性については 11 章で全体像を示しましたが、COVID の経験を踏まえて改革すべきことを 1 つ挙げるとすれば、1 番目の点、「急性期拠点に相応しい診療報酬を」ということになると思います。ちょうど今、病院の機能を明確化し、急性期の拠点機能[23]のようなものを病院ごとにしっかり認定しようという話になっています。東京では、講演の 2 日前に m3[24]のニュースで報じられていましたが、600 病院中 71 病院がこの急性期拠点機能を標榜するとのことです。ただ、色々な機能を標榜させても、診療報酬とのリンクが全くないので、各病院が真剣にその機能を選んでいるわけではなく、名札の付け替えに過ぎないとも言われています。今後、急性期拠点を標榜する場合には、在院日数が延びた分を報酬で面倒を見る必要は全くないでしょう。端的に言えば、国際標準である、いわゆる DRG[25]と呼ばれる 1 入院あたりの包括払いに、選択の余地なく改めるべきだと本では提言しています。

---

[22] 平均在院日数(average length of stay):入院患者が退院までに在院した日数の平均。同じ病床数であっても、在院日数が短いほど受け入れられる患者数は増える。

[23] 急性期拠点機能:新たな地域医療構想において、救急医療の提供や手術等の医療資源を多く要する診療を担う病院の機能として整理が進められているもの。

[24] エムスリー(m3.com):医療従事者向けの医療情報提供サービス。

[25] DRG(Diagnosis-Related Group):診断群分類ごとに 1 入院あたりの包括報酬を定める支払い方式。国際的には 1 入院包括支払いが主流である。

在院日数が延びても報酬が全く増えないとどうなるかについては、医療経済学でも伝統的に、在院日数の過度な短縮が起きて医療の質が低下するのではないか、という議論があります。ただ、それは必ずしも正しくありません。在院日数で報酬が増えなくなる分、症例数、すなわち入院件数を増やすインセンティブが働き、各病院が得意な症例に特化することで、医療の質がむしろ向上するとも考えられます。日本では DRG は過少医療を招いて医療の質を下げると指摘されていますが、国際的にみても、質の低下が一貫して確認されているわけではありません[26]。本では、こうした理解を広めることも意識して、将来の改革について書きました。

◆2-8 プライマリ・ケアと開業医の報酬

このほか、7 章ではプライマリ・ケアのあり方について書きました。日本の開業医の報酬は全労働者の平均年収の 5 倍ほどで、他国と比べて圧倒的に高い水準です。それにもかかわらず、かかりつけ医機能[27]は十分に機能しておらず、COVID の時には「発熱患者お断り」の張り紙が長く掲げられていたような状況でしたので、多くの国民が疑問を抱いていました。本では、こうした点についても書きました。

ただ、開業医の報酬が高いことは、公衆衛生の専門家からすると、必ずしも悪い面ばかりではないという異論もあり、本ではそれも紹介しています。つまり、日本の開業医は専門性も高く、高額になりがちな入院医療を外来の段階で抑えているのだから一概に悪い制度とは言えず、むしろ医療費を抑制しているという見方です。医師会の立場に近い意見ではありますが、実際にそうした見解をお持ちの方もいらっしゃるので、しっかり取り上げました。

◆2-9 都道府県の権限と保険者の再編

最後に、COVID に関連して私が非常に大きな問題だと感じたのは、都道府県が多くの病院に対して実質的な権限を持っていないことで、こうした仕組みは見直す必要があると考えています。

最近、スウェーデンの元国家疫学者であるアンデシュ・テグネル[28]氏のコロナ対応の回想録が出版され、私も書評を執筆する機会があり読みました。スウェーデンでは高齢者施設での死亡や超過死亡が多かったことは、皆さんもお聞きになったことがあるかと思います。その理由について、テグネル氏なりの解説がなされています。スウェーデンでは基本的に県が医療を提供していますが、1992 年のいわゆるエーデル改革[29]で、介護だけが市（コミューン）に移管されました。そのため、県が様々な対策を講じても、高齢者施設は市の管轄（指揮命令系統が別）であったことから迅速で有効な対応ができず、その結果、多くの高齢者が施設で亡くなってしまった、という整理です。

やはり、指揮を執る主体と現場の病院を直接管轄する主体が異なるところでは、多くの国で問題が生じました。日本についても、情報開示請求で得たデータを集計し、確保病床数の推移を開設者別に見ると、都道府県立病院では、例えば第 4 波や第 5 波のピーク時に確保病床が迅速に増えていました（図 5）。その一方で、日赤・済生

---

[26] Pott C, Stargardt T, Frey S. Does prospective payment influence quality of care? A systematic review of the literature. Social Science & Medicine, 2023; 323: 115812. 講演資料で引用されたシステマティックレビュー。

[27] かかりつけ医機能：身近な地域において、日常的な診療、健康管理、専門医療機関への紹介等を継続的に担う機能。2023 年の医療法改正により報告制度が設けられた。

[28] アンデシュ・テグネル、ファニー・ハーゲスタム（2025）『学際的パンデミック対策：新型コロナウイルスと戦ったスウェーデン元国家疫学者の証言』宮川絢子訳、法研。

[29] エーデル改革（Ädelreformen）：1992 年にスウェーデンで実施された高齢者ケア改革。それまで県（ランスティング）が担っていた高齢者の介護・居住サービスの責任を市（コミューン）に移管した。

会 [30]などの公的病院や、同じ自治体病院でありながら開設者が都道府県ではないというだけの違いしかない市区町村立病院では、第 4 波・第 5 波のピーク時にも確保病床の増加は小幅にとどまっていました。都道府県が要請を通せる病院が、国公立・公的病院の中でもごく限られていたことが大きかったと考えられます。

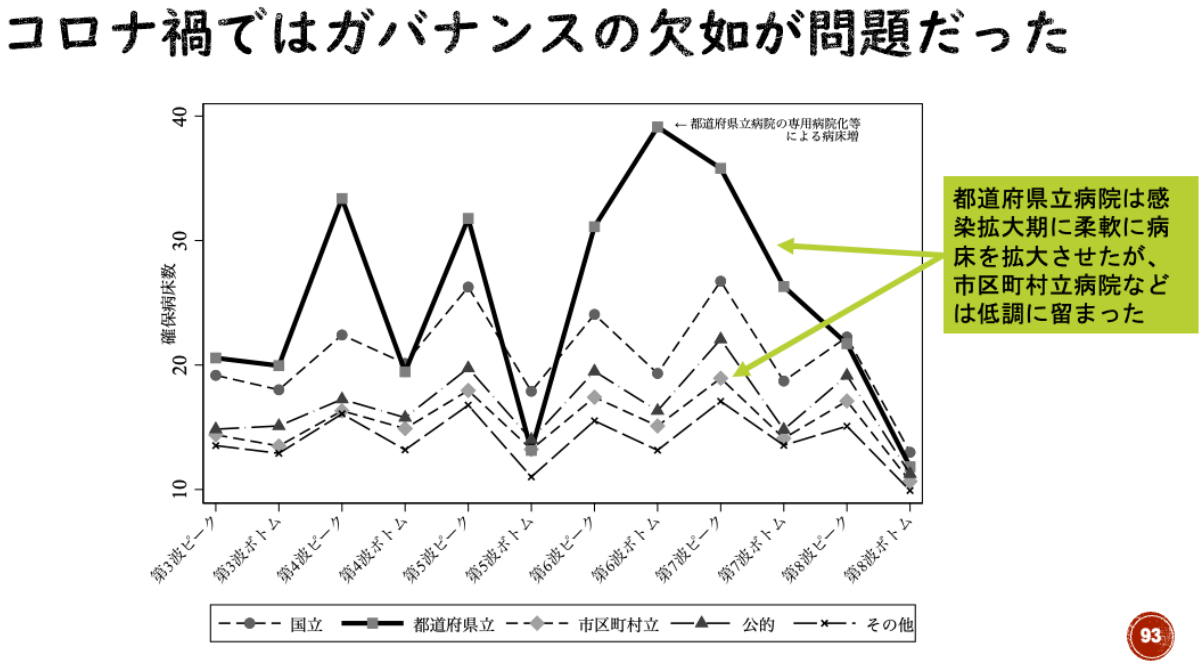


図 5. 開設者別にみた確保病床数の推移

（出所）講演スライドより

【大竹】

JCHO はどの区分に入りますか。

【高久】

JCHO[31]はここでは公的病院に含めています。国病 [32]は、実際の区分は異なりますが、ここでは国立に含めています。国病は報道ではかなり批判されましたが、それなりに対応していました。一方、COVID の際に日本で議論になったのは、民間病院の協力不足でした。民間病院の協力が足りないというバッシングが相当あったため、民間病院側からは、公的病院は補助金があるから対応できているが、民間病院には補助金がないので、空床確保のための補助金をもっと出してほしいという声が一斉に上がり、その結果、非常に高額な補助金が設定されることになりました。民間病院の団体の方と話した際に、「補助金の額をあれだけ引き上げたのは私だ」とおっしゃる方がいましたが、実際にそういう経緯だったのだと思います。ただ、冷静に見れば、400 床台や 500 床台の大病院では過半が公立・公的病院ですので（図 6）、まずはそうした病院に、立地する都道府県や政府の要請に応じてもらえばよかったのではないか、感染者が少なかったので、それで十分に対応できたのではないか、ということも本の中で

[30] 公的医療機関：医療法上、都道府県・市町村のほか、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会（厚生連）、国民健康保険団体連合会等が開設する病院を指す。

[31] JCHO（独立行政法人地域医療機能推進機構、Japan Community Health care Organization）：旧社会保険病院・厚生年金病院等を引き継いで運営する独立行政法人。

[32] 「国病」：独立行政法人国立病院機構が運営する病院（国立病院）を指す略称として用いられている。

少し触れています。

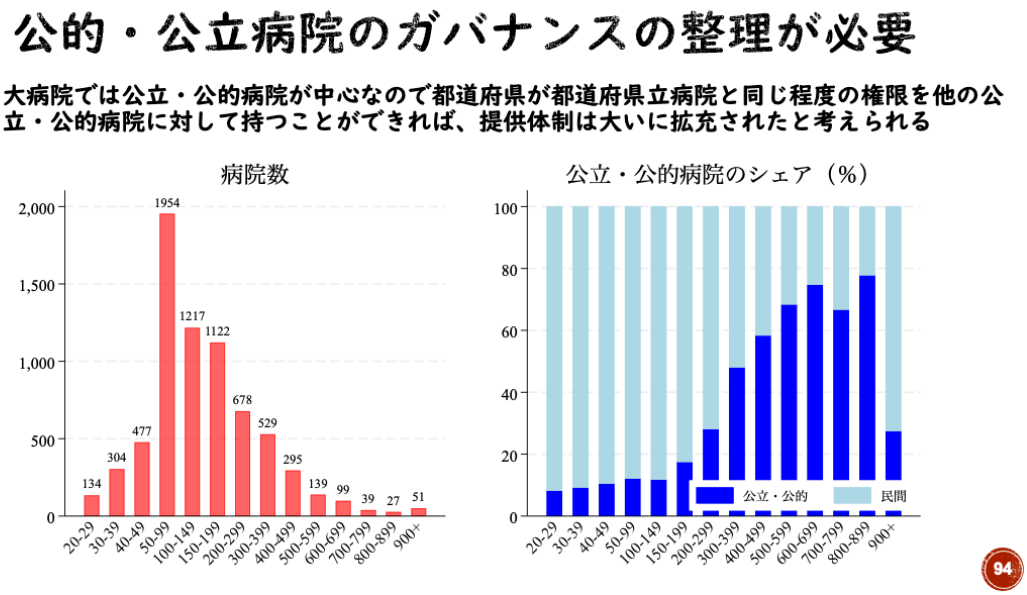


図 6．病床規模別にみた病院数と公立･公的病院のシェア

（出所）講演スライドより

いま、有事を離れた医療政策の文脈でも、国保[33]などは伝統的に市区町村が運営してきましたが、これからは都道府県が単位になっていきます。都道府県の役割を明確化しなければならないと考えると、保険者の再編も検討してはどうか、ということも 11 章で書いています。都道府県を単一の保険者として位置づけ、医療提供体制に対してしっかりと責任を持ってもらうということです。とりわけ市区町村立病院については、都道府県への財政移転の目途もつけながら、完全に移管することも検討すべきではないかと思います。歴史的経緯があって難しいかもしれませんが、有事の際に都道府県立病院しか使えないのでは、うまくいくはずがありません。本ではこうした点についても述べていますので、その他の章も含めてぜひご覧いただければと思います。以上です。

◆2-10 質疑･応答―感染症であることの制約と動線

【岩本】

こちらの本を読ませていただきました。貴重な研究が多いですが、有事のところで、急性期の病床の問題として捉えていますが、感染症であるという性格について、あまり触れられていないように思います。感染症でないという急性期と、感染症の差については、何か考えないといけないことはあるのでしょうか。それともこういう形で扱って大丈夫でしょうか。

【高久】

感染症と感染症でないところで考えなくちゃいけないポイント、あまり意識はしておりませんでしたが、海外で病院が集約化されて、そこに感染症の患者が大量に運ばれて、病院の待合室で並ぶと、そこで感染が爆発しているの

[33] 国民健康保険（国保）：被用者保険等に加入していない自営業者や退職者等が加入する公的医療保険。従来は市町村が運営してきたが、2018 年度から都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村とともに保険者となった（国保の都道府県単位化）。

ではないかということはよく言われておりましたので、考えるとすれば、その点だろうと思います。
入院の体制に入るまでの動線を分けるなどがより重要になる、違いはおそらくそれだけだと思います。

【大竹】
同じ急性期であっても、感染症の場合は、患者数が急激に変化するのですぐに対応できないところもあるのではないかということですか。

【岩本】
感染症の特徴は、一斉に患者が増える。感染症でなければ、それはなかなか起こりにくいです。また、院内感染があるので、病院としては感染症でない疾病とは違ったことをやらなければいけないというところが、制約になる。これらをどう扱うべきでしょうか。

【高久】
それは確かに制約ではありましたが、神奈川県など比較的円滑に回っていたところでは、救急搬送困難事案はなく、感染すれば患者は湘南鎌倉総合病院か、もしくは他の 2、3 の病院に行くという形になっておりました。
感染が拡大した 5 月頃に、その大病院の隣に、退院後の臨時医療施設[34]をすぐ作るということで、こうした地域はほとんど搬送の困難は起こらなかった。そうした地域で、確かに患者はその病院に行くわけですが、院内感染が起こったことも聞いていないので、おそらく普段から集約化されている病院がいくつかあって、そこの隣にある種軽快化した患者を受け入れる臨時施設を作るというのが日本ではうまくいったケースではないかと思います。

【岩本】
コロナが怖いからそういう患者を受け入れないというところがあったということですね。

【高久】
はい、そうだと思います。
湘南鎌倉総合病院の隣にできた医療施設は、閉鎖されるまでに 12 億円かけて 3 万人の軽快化した患者を受け入れました。大阪の臨時医療施設は 300 億円かけて 300 人ぐらいでしたので、神奈川県のそういった事例では、患者が集まっているからといって、院内感染が爆発的に起きたというようなことは聞かれませんでしたので、おそらく費用対効果が非常に良い事例だったと思います。

【大竹】
病院の建物の構造の問題もあるでしょうね。大阪では大阪公立大学医学部附属病院が当初はあまりコロナ感染者を受け入れませんでしたが、動線を分けるのが難しい建物の構造だというのが理由でした。

【高久】
建築上の理由では、東大病院もそうですね。

---

[34] 臨時医療施設：新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき、都道府県知事が医療の提供を行うために臨時に開設する施設。

【大竹】
建て増しが続いたために、複雑な構造になっているんですね。
【高久】
ただ、それをどこまで許容するか。私も東京都の会議で話した時に、東大病院があまり受け入れてないというような話になり、あれは建物の構造上、本当に迷路みたいな部分なので難しいと言ったら、東京都の担当者の方は「そうなの？」みたいな感じで、それでも診ろよと思ったのかもしれませんが、建物の関係でできた・できないという判定は非常に難しいですね。

【大竹】
運用を工夫すれば解決する部分もあるでしょうけれどね。

◆2-11 質疑・応答―医療スタッフの処遇と流出
【芝】
県立病院など、感染者が多いと言われていましたが、「うちの病院はコロナ患者をたくさん受け入れます」という姿勢は、医療スタッフからはどう映るのかなと思っていました。例えば、たくさん受け入れていれば、志高い人が集まっているから頑張ろう、となるのか、ある程度収まってから、こんなにコロナ患者を受け入れるなんて思っていなかったから辞めます、というような医療スタッフの求人を出しても人が集まりにくいなどの話はありましたか。

【高久】
看護師が辞める話はよく聞きました。
こういう病院に限ったことではないですが、COVID の対応をしたときに、その病棟に勤めている方の給与がかなり上がるという形であればいいですが、実際は他の部門のところから看護師がやってきますので、他の部門が大変になるんです。
そうすると、他の部門の看護師も給与を上げなくちゃいけない。要は、全員の給与を上げないといけない話になると収拾がつかないので、多くの医療機関はほとんど給与を上げずにやってきた。そういうことが起こらないよう、どうすればきちんと給与が上げられるかというのは重要なところかもしれません。日本では、全ての部門の看護師の給与を上げなければいけないとなると相当な額になりますから、瞬時にはできないということで、上げませんでした。

【大竹】
ただ専門病院は給与を高くしたと聞いています。
十三市民病院[35]の給与は高めだったので、実は看護師の中には異動を希望する人も多かったと聞いています。むしろ、コロナ専門病院への異動希望者が出た病院では、それを止めていたという噂も聞いたことがあります。

【高久】
割にちゃんと人のところに給与が行けばその通り動いたんですよね。

[35] 大阪市立十三市民病院。2020 年 5 月に新型コロナウイルス感染症の中等症患者専用病院となった。

ワクチンバイト[36]はその典型だと思います。まさに、破格の金銭的インセンティブでした。

【大竹】
上げることができなかったところが、職員の流出を抑えるのが大変だったというのが実態ではないでしょうか。

【小出】
高久先生、ありがとうございました。

3. 講演 2
伊藤由希子（オンライン）「病床確保料の分析からみる医療提供体制と病院再編の実態」

【伊藤】
本日はお招きいただきありがとうございます。
今日は、高久先生らとの共同研究[37]である病床確保料の分析からみる医療提供体制と病院再編の実態についてお話ししたいと思います。

◆3-1 18 兆円のうち 9.5 兆円―配分のいびつさ
まず、コロナ禍の財政支出の規模です。2020 年度から 2024 年度に国が支出した医療関連の感染症対策費は約 18 兆円[38]で、そのうち 9.5 兆円が医療機関に交付され、さらにそのうち 7.5 兆円相当が病床確保料でした。ある程度の国の資金を拠出しなければならなかったのは当然ですが、この規模に見合う効果があったのかを議論したいと思います。

---

[36] 「ワクチンバイト」：新型コロナウイルスワクチンの集団接種会場等で行われた、医師・看護師等による短時間の非常勤勤務を指す通称。

[37] 吉村聡浩・伊藤由希子・高久玲音・前村聡（2026）「コロナ禍における病床確保料の効率性―情報開示請求による病院別個票データの解析―」KEO Discussion Paper No.195、慶應義塾大学産業研究所（https://www.sanken.keio.ac.jp/publication/KEO-dp/195/KEO-DP195.pdf）。

[38] 国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」の 2020～2024 年度分に含まれる、新型コロナウイルス感染症対策に係る主な事業等の費用のうち、医療として区分される支出の合計（2026 年 7 月 29 日公開資料より）。特別定額給付金、持続化給付金、地方創生臨時交付金（検査促進交付金以外）等は社会保障費用統計に含まれない。なお、前掲 KEO DP No.195 では、2020～2023 年度の緊急包括支援交付金（約 9.4 兆円）のうち約 7.5 兆円を病床確保料と推計している。

新型コロナ対策関連の主な事業等の費用：社会保障給付費の区分別

出典：国立社会保障・人口問題研究所 企画部「社会保障費用統計に含まれる新型コロナウイルス感染症対策に係る主な事業等の費用」

（令和6年度 参考資料） 単位:億円

No.	主な施策・事業	R2～R6年度合計	社会保障給付費の区分
■ 医療			
1	新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）	94,723	医療
5	新型コロナウイルスワクチン接種体制確保事業費臨時補助金	16,083	医療
6	新型コロナウイルスワクチン接種対策費負担金	12,831	医療
7	ワクチン購入・流通費用＊3	12,715	医療
8	新型コロナウイルス感染症治療薬の確保	11,084	医療
9	感染症予防事業費等負担金（感染症発生動向調査事業）	9,135	医療
11	新型コロナウイルス感染症医療提供体制確保支援補助金	6,472	医療
14	医療用物資の備蓄等事業	4,797	医療
18	検疫所における検疫・検査体制の強化	3,388	医療
20	新型コロナウイルス感染症患者の入院医療費等の公費負担	2,453	医療
21	新型コロナウイルス感染症対応検査促進交付金	2,251	医療
22	新型コロナウイルス感染症抗原定性検査キットの確保	2,106	医療
	医療 小計（12事業）	178,038	

図 7. コロナ禍の医療関連の感染症対策費（2020~2024 年度、計 17.8 兆円）

（出所）講演資料（スライド 3）より

対策費は、医療（17.8 兆円）と福祉その他（14.0 兆円）を合わせると約 32 兆円になります。この中で、医療機関への配分は非常にいびつでした。例えば、全産業の雇用維持のために事業者に給付された雇用調整助成金[39]は約 6.0 兆円ですが、病床確保料（7.5 兆円）はそれをも上回ります。産業全体に占める医療の割合を考えると、医療機関へ極めて大きく配分したことになります。一方、介護施設への給付は 0.4 兆円にとどまりました。感染症のようなインパクトがあると、医療分野への配分が突出して増えるということを、まず触れておきたいと思います。

■ 福祉その他			
2	雇用調整助成金	60,109	福祉その他
3	子育て世帯等臨時特別支援事業費補助金（子育て世帯分）	17,745	福祉その他
4	子育て世帯等臨時特別支援事業費補助金（住民税非課税世帯等分）	16,278	福祉その他
15	緊急小口資金等特例貸付事業（償還免除分）＊6	9,417	福祉その他
10	電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金（社会保障費用統計集計対象分）＊4（新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金内）	8,033	福祉その他
12	新型コロナウイルス感染症セーフティネット強化交付金（低所得の子育て世帯に対する子育て世帯生活支援特別給付金）	4,974	福祉その他
13	緊急雇用安定助成金	4,867	福祉その他
16	新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）	4,210	福祉その他（介護対策）
17	新型コロナウイルス感染症対応休業支援金・給付金	3,707	福祉その他
19	コロナ禍における原油価格・物価高騰対応分（社会保障費用統計集計対象分）＊4（新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金内）	2,600	福祉その他
23	ひとり親世帯臨時特別給付金	1,802	福祉その他
24	子育て世帯臨時特別給付金	1,495	福祉その他
25	新型コロナウイルス感染症セーフティネット強化交付金	1,335	福祉その他
26	新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（障害分）	1,271	福祉その他
27	新型コロナウイルス感染症による小学校休業等対応助成金・支援金	1,207	福祉その他
28	住居確保給付金	901	福祉その他
29	新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（児童福祉施設等分）	464	福祉その他
	福祉その他 小計（17事業）	140,415	

図 8. 医療分野・福祉分野の感染症対策費（計約 32 兆円）と雇用調整助成金

（出所）講演資料（スライド 4）より

病床確保料の「効率性」については、医療対策と雇用・教育など他の政策とのバランス、コロナの治療と他の傷病の治療とのバランス、都道府県間の地域差といった論点がありますが、今日は特に、3 年間の病床確保体制の見直しと、医療機関別の受け入れ行動について、高久先生らとの共同研究のお話をしたいと思います。

◆3-2 空床にしておく方が得になる構造

病床確保料の細かな仕組みについては割愛しますが、一言で言えば、ICU では 1 日 1 床あたり 43.6 万円、HCU では 21.1 万円など、額が大きすぎました。COVID-19 感染者の入院治療として設定された通常の 3~5

[39] 雇用調整助成金：経済上の理由により事業活動の縮小を余儀なくされた事業主が、労働者に休業手当等を支払って雇用を維持した場合に、その費用の一部を助成する制度。

倍程度の診療報酬は、そこから実際の治療コストを引いた分が病院の利益です。一方、空床確保は、患者がいない病床に 1 日数十万円の価格が付くうえに、治療コストは実質ゼロなので、ほぼ全額が病院の利益です。もちろんスタッフの当直体制には一定の人件費がかかりますが、感染の縮小期はそれも不要になります。つまり、入院患者を受け入れるよりも空床にしておく方が実入りがよいという逆インセンティブ[40]が生じ、空床にしておく、あるいは救急搬送を積極的には受け入れないことが、病院にとって合理的な選択になってしまいました。その結果、病床を確保したことにより、逆に救急搬送困難事案[41]を招くのではないかという問題意識を持っていました。

病床確保料の制度が始まってから、この政策への疑問は強くありました。日本経済新聞に「病床確保料をやめるべきだ」と寄稿しましたし（2021 年 7 月）、実際、同じ年の秋には、確保病床に空床があるのに、感染症患者を受け入れていない「幽霊病床」の問題が顕在化しました[42]。

◆3-3 500 億円で「終わったこと」になった検証

その後、2022 年 11 月と 2023 年 1 月に会計検査院[43]が病床確保料の過大交付やずさんな使われ方を指摘し、これを受けて厚生労働省が都道府県を通じて医療機関に自主点検を求め、2023 年 9 月に過大交付額を取りまとめて返還を求めました[44]。ただ、交付総額は 7.5 兆円でしたが、過大に交付されたとして返還を求められたのは、その 1%にも満たない約 500 億円（対象は 2020~2021 年度分）でした。しかもその 500 億円は、患者さんが退院した日の病床を空床として数えるかどうかといった、経理手続き上の簡単に検証できるミスが中心で、政策設計自体のミスや「幽霊病床」への過大な交付ではありませんでした。しかしながら、厚労省としての検証はこれでほぼ「終わったこと」とされ、病床確保料の制度自体は適切であったという扱いになりました。

ちょうどそのタイミングで、高久先生とご一緒する厚生労働省の行政事業レビュー[45]の会議があり、その打ち合わせの際に、「これで終わったことになってしまいますね。何とか検証して論文にしませんか」ということで、情報開示請求をして、どこの病院にどれぐらい病床確保料が交付されたのか検証しようということになりました。実は同様の情報開示請求は、日本経済新聞が 2022 年（第 6 波の頃）に各都道府県に対して行っていましたが、この時は、非公開を前提に医療機関から入院状況を収集していることや、開示すると医療機関への風評被害につながりかねないことを理由に、多くの都道府県で開示に至りませんでした。そこで、病床確保料の交付が終了した後の 2024 年 2 月から、改めて全ての都道府県に情報開示請求を行いました[46]。

---

[40] 病床確保料の 1 日 1 床あたりの上限額は、重点医療機関の場合、ICU 43.6 万円、HCU 21.1 万円、その他の病床 7.4 万円（講演資料による）。会計検査院の 2023 年 1 月の報告では、特定機能病院の ICU 病床の約 6 割で、空床としておく方が患者を受け入れるよりも 1 日 1 床あたりの交付額・報酬が高くなる状況にあったと指摘されている。

[41] 前掲注 21 を参照。

[42] 日本経済新聞朝刊 2021 年 7 月 6 日（伊藤の寄稿。病床確保料の廃止を主張）、および同 2021 年 10 月 16 日の記事（確保した病床が実際には使えない、いわゆる「幽霊病床」問題）。

[43] 会計検査院：日本国憲法第 90 条および会計検査院法に基づき、国の収入支出の決算を検査する機関。毎年度、決算検査報告を作成し内閣に送付する。病床確保料については、令和 3 年度決算検査報告（2022 年 11 月 7 日）で約 55 億円の過大交付が不当事項として指摘されたほか、2023 年 1 月 13 日に会計検査院法第 30 条の 2 に基づく報告「新型コロナウイルス感染症患者受入れのための病床確保事業等の実施状況等について」が国会及び内閣に提出された（https://report.jbaudit.go.jp/org/r04/ZUIJI1/2022-r04-Z1015-0.htm）。

[44] 厚生労働省医政局医療経理室ほか事務連絡「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（医療分）の病床確保料の過大交付額について」（2023 年 9 月 8 日）。会計検査院の指摘を踏まえた医療機関の自主点検の結果、岩手県・徳島県を除く 45 都道府県の 1,536 医療機関の 2020~2021 年度分について、約 500 億円の過大交付が明らかになった（https://www.mhlw.go.jp/content/001144410.pdf）。

[45] 行政事業レビュー：各府省が所管する事業の執行状況を自ら点検・公表する仕組み。外部有識者が参加する公開プロセスを含む。

[46] 病床確保事業は 2023 年 9 月末で終了した（医療費の公費負担は 2024 年 3 月末まで継続）。情報開示請求は伊藤・高久・吉村が 2024 年 2 月から全都道府県に対して行い、前掲 KEO DP No.195 では 39 都道府県 1,798 病院のデータを解析対象としている。第 9 波については、病床確保料の支給が制度上終了している都道府県もあり、論文内では第 3 波～第 8 波の 6 波を比較対象とした。

◆3-4 情報開示請求と文書の保存期間

ここで私たちが驚いたのは、実はこの補助金の交付に関する文書の最低保存期間は、3 年または 5 年[47]で、それを超えると廃棄される場合もあるということでした。ですから、ある時期までに請求しなければ、この病院にいくら交付したという情報そのものがなくなってしまう。また、何月何日に何人の患者さんを受け入れたかということ自体も情報としてなくなってしまうということもあり、この保存年限もあって急いだ経緯がありました。

全部の日数を収集するわけにはいきませんので、第 3 波から第 9 波までの各波について、新規陽性患者数のピーク日、その 2 週間後にあたる入院者数のピーク日、そして波と波の間で新規陽性患者数が最も少ないボトムの日という、山と谷の部分をピックアップして、都道府県ごとに、その日または最も近い日の入院者数と確保病床数の情報を収集しました。

◆3-5 大学病院の「幽霊病床」と病床確保料の「公平性」

結果をかいつまんで言いますと、公立、特に都道府県立病院が多くの病床を確保して受け入れたこと、確保病床が 10 床未満の小規模な病院が十分に稼働しなかったことが大きな事実ですが、注目したいのは、大学病院の確保病床数が病院機能等を補正したうえで、同規模の民間病院と比べると 13 床ほど少ないこと、かつ、幽霊病床化[48]する割合も高い傾向にあったことで、これがかなり特殊な構造であるように思いましたので、この点について補足したいと思います。

考えられる要因として、大学病院には平均より重症度の高い患者さんが入院し、数人分相当の手間がかかるので、受け入れ人数に制約が生じたということもあります。ただ、そればかりではなく、病床確保料の高さが、受け入れを制約するインセンティブとして働いたのではないかと思い、分析しました。

これが大学病院の病床確保料のランキングで、大学病院の中で一番病床確保料を受け取ったのは奈良県立医科大学附属病院の 175 億円で、これは全国の病院の中でも最高額です。

ただ、よく見ていただきますと、感染のピーク時の病床使用率（46%）も、ピークを過ぎたボトム時の病床使用率（12%）も、いずれも決して高くありません。逆に言うと、確保病床に対して空床が多かったからこそ、この金額になったといえます。一方、ピーク時に同じぐらいの入院患者数を診ている日本大学医学部附属板橋病院は、病床使用率がピーク時 63%、ボトム時 60%と受け入れ実績では上回っているにもかかわらず、病床確保料は 103 億円と、奈良県立医科大学の 6 割程度にとどまっています。

これについてもう少し掘り下げたものがこちらで、奈良県立医大と日大板橋病院のピーク時とボトム時の受け入れですが、いずれも日大板橋病院の方が受け入れ率・受け入れ人数ともに上回っています。また、日大板橋病院は、確保病床を波に応じて 25 床から 66 床の間で機動的に調整していました。一方、奈良県立医科大学は全ての波を通じて確保病床を 80 床で固定しており、実際の入院患者が 1 割程度まで減っても、病床確保料は 80 床分を受け取っていました。また、受け入れ実績についても、単に奈良県の感染者数が少なかったというだけではなく、6 波中 2 波で受け入れ率が県内平均の 7 割を下回っており、奈良県内で比べても受け入れの度合いが低かったという実態です。つまり、受け入れ実績が相対的に低い病院が全国一の病床確保料を受け取っていたことに

---

[47] 講演資料では、公文書管理法施行令別表第 2 に定める行政文書の最低保存期間を参照している。補助金交付決定書や補助事業実績報告書は 5 年、医療機関ごとの交付額の根拠となる決裁文書等は 3 年とされ、例えば 2020 年 7 月の交付の根拠資料は 2023 年 7 月まで、実績報告書は 2025 年 7 月までが最低保存期間となる。なお、都道府県の文書の保存期間は各自治体の文書管理規程等による。

[48] 本研究では厚生労働省の定義を援用し、病床使用率が当該都道府県内医療機関の平均値の 7 割以下である場合を「幽霊病床」として集計した。確保病床 10 床未満の病院は全体の 44%を占め、そのうち 22.4%で幽霊病床が生じていた。

なります。病床確保料が受け入れ率や受け入れ人数ではなく、確保病床数の規模で決まっていたということは、補助金の配分のかたちとして非常にいびつだと言えます。

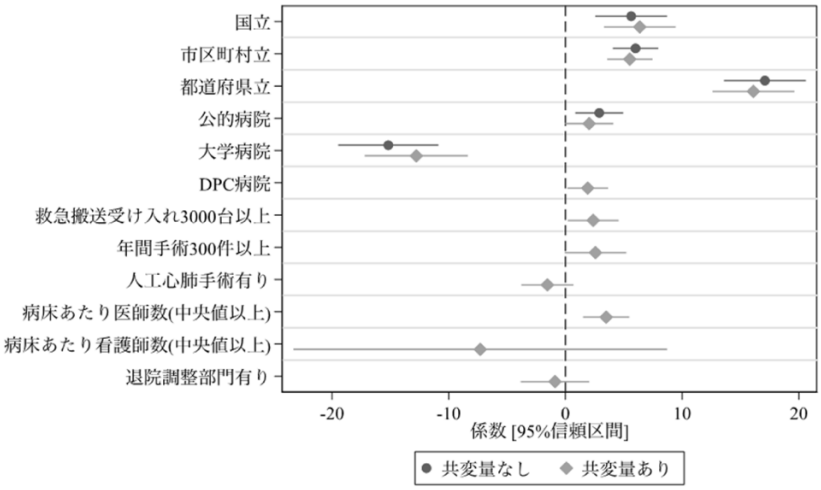


図 9. 病院特性と確保病床数（回帰分析の係数と 95%信頼区間）
（出所）講演資料（スライド 26）より

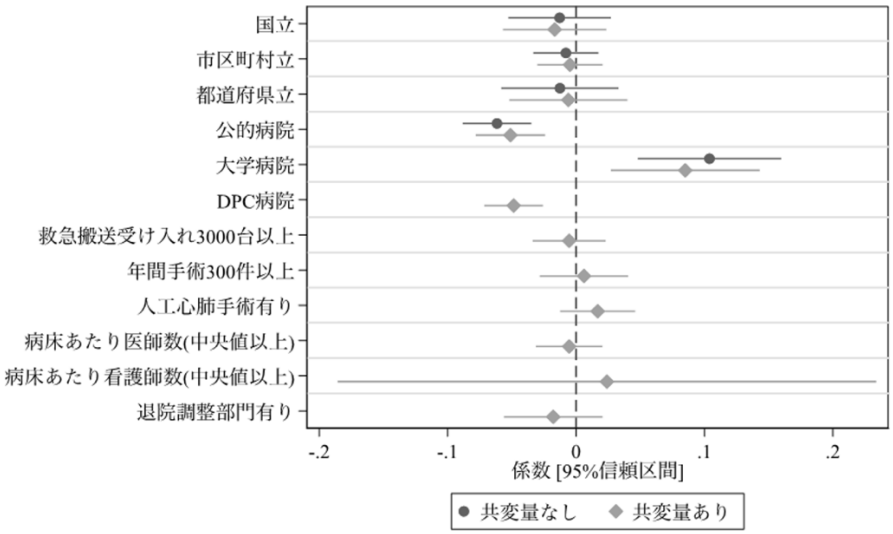
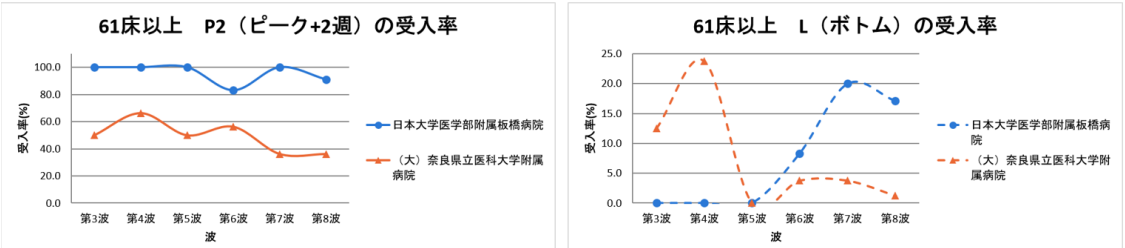


図 10. 病院特性と幽霊病床化の有無（回帰分析の係数と 95%信頼区間）
（出所）講演資料（スライド 29）より

確保料順位	医療機関名	2020年度病床確保料	2021年度病床確保料	2022年度病床確保料	**3年度分合計病床確保料**	ピーク時病床使用数	ピーク時入院者数	**ピーク時病床使用率**	収束期確保病床数	収束期入院者数	**収束期病床使用率**
		億円	億円	億円	**億円**	床	人	**%**	床	人	**%**
1	奈良県立医科大学附属病院	55.5	67.9	51.2	**174.7**	77.1	35.4	**46%**	72.0	8.9	**12%**
2	東京医科歯科大学病院	72.9	49.7	28.5	**151.1**	50.3	29.4	**58%**	32.9	16.3	**49%**
3	北里大学病院	40.9	50.5	43.0	**134.5**	58.4	30.9	**53%**	54.9	12.1	**22%**
4	川崎医科大学附属病院	16.3	63.2	42.2	**121.7**	23.4	11.0	**47%**	20.5	5.5	**27%**
5	聖マリアンナ医科大学病院	50.7	32.4	26.6	**109.7**	42.6	16.6	**39%**	43.0	7.6	**18%**
6	千葉大学医学部附属病院	32.0	40.1	32.3	**104.4**	46.5	18.5	**40%**	39.9	9.0	**23%**
7	東京大学医学部附属病院	37.9	40.4	25.2	**103.4**	26.3	16.6	**63%**	18.0	10.8	**60%**
8	日本大学医学部附属板橋病院	12.6	43.0	46.8	**102.5**	57.5	36.4	**63%**	34.3	20.5	**60%**
9	名古屋市立大学病院	25.5	40.8	33.6	**99.8**	38.6	15.0	**39%**	36.0	1.1	**3%**
11	札幌医科大学附属病院	32.2	36.3	26.4	**94.9**	35.7	15.2	**42%**	30.9	13.1	**43%**
12	東京女子医科大学病院※	41.8	26.5	25.3	**93.6**	55.0	26.7	**49%**	28.9	15.8	**55%**
13	名古屋大学医学部附属病院	23.2	36.3	33.8	**93.3**	35.4	10.4	**29%**	34.3	0.8	**2%**
14	日本医科大学付属病院	17.8	35.1	39.5	**92.4**	35.8	18.0	**50%**	20.2	11.0	**54%**
15	岡山大学病院	27.4	45.0	19.3	**91.8**	24.3	8.4	**35%**	23.6	5.1	**22%**
16	東海大学医学部付属病院	40.4	26.7	24.0	**91.1**	31.0	19.3	**62%**	27.5	6.3	**23%**
17	帝京大学医学部附属病院	25.8	32.7	32.0	**90.6**	46.8	26.3	**56%**	30.6	16.0	**52%**
	大学附属病院平均値	15.2	19.0	15.4	**49.1**	**27.3**	**14.5**	53%	**22.4**	**6.1**	27%

図 11. 大学病院の病床確保料ランキング（2020~2022 年度）

（出所）講演資料（スライド 30）より



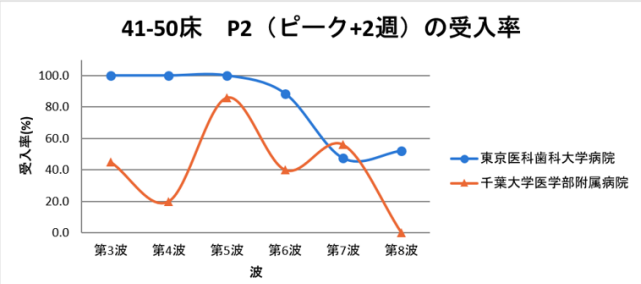
病院	時点	平均確保病床	第3波	第4波	第5波	第6波	第7波	第8波	第9波	平均(第3-8波)
日本大学医学部附属板橋病院	P2	60.8	100.0	100.0	100.0	83.3	100.0	91.1	31.4	95.7
奈良県立医科大学附属病院	P2	80.0	50.0	66.3	50.0	56.3	36.3	36.3	10.0	49.2
日本大学医学部附属板橋病院	L	60.8			0.0	8.3	20.0	17.1		11.4
奈良県立医科大学附属病院	L	80.0	12.5	23.8	0.0	3.8	3.8	1.3	0.0	7.5

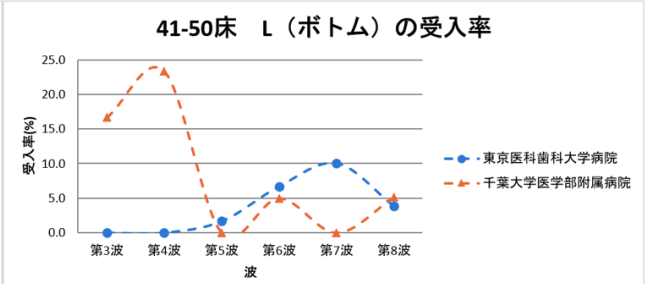
図 12. 平均確保病床 61 床以上の大学病院の比較（奈良県立医科大学附属病院・日本大学医学部附属板橋病院）

（出所）講演資料（スライド 31）より

次は、似たような確保規模の大学病院を比べているものです。特にここでは、平均確保病床 41 床~50 床の千葉大学医学部附属病院と東京医科歯科大学病院[49]を比較していますが、東京医科歯科の方が受け入れ実績が高く、病床確保料も 151 億円と千葉大学（104 億円）を上回っています。一方、千葉大学は波ごとに受け入れが不安定で、6 波中 3 波で受け入れ率が県内平均の 7 割を下回っていました。絶対数では多くの病床を確保し、かつ 1 床あたりの単価も高い大学病院が、コロナの時には必ずしも医療機関として十分に機能しなかったということが、1 つの大きな事実としてあるかと思います。

[49] 東京医科歯科大学は 2024 年 10 月に東京工業大学と統合して東京科学大学となり、同病院は東京科学大学病院に改称された（https://www.tmd.ac.jp/medhospital/）。

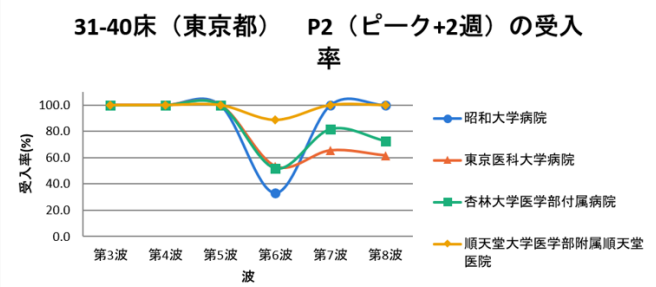




病院	時点	平均確保病床	第3波	第4波	第5波	第6波	第7波	第8波	第9波	平均(第3-8波)
東京医科歯科大学病院	P2	49.5	100.0	100.0	100.0	88.5	47.3	52.0	70.4	81.3
千葉大学医学部附属病院	P2	46.5	45.0	20.0	86.0	40.0	56.0	0.0		41.2
東京医科歯科大学病院	L	49.5			1.6	6.7	10.0	3.8		5.5
千葉大学医学部附属病院	L	46.5	16.7	23.3	0.0	5.0	0.0	5.1		8.4

図 13．平均確保病床 41～50 床の大学病院の比較（東京医科歯科大学病院・千葉大学医学部附属病院）
（出所）講演資料（スライド 32）より

次も参考までに、東京都内の私立の医科大学の中での比較です。受け入れ状況に大きな違いが出てくるのは第 6 波 [50]以降ですが、この中で、受け入れ実績が都内平均並みにとどまるにもかかわらず多くの病床確保料を受け取ったのが東京医科大学病院で、同程度の受け入れ実績の昭和大学病院 [51]の倍ほどの補助金（48 億円と 24 億円）になっています。一方、受け入れ実績が都内平均を上回る杏林大学医学部附属病院（1.3 倍）や順天堂大学医学部附属順天堂医院（1.8 倍）は、受け入れ実績の割には病床確保料がそれほど多くないという状況です。



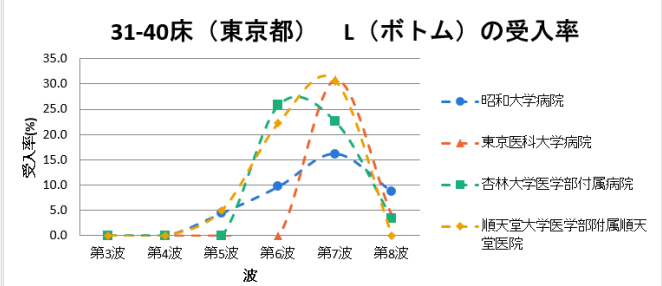


図 14．平均確保病床 31～40 床の大学病院の比較（東京都・私立医科大学）
（出所）講演資料（スライド 33）より

次の有事対応における改善策としては、大学病院の機能をもう少し考えた方がいいかと思っています。特に第 6 波以降は軽症者が多かったにもかかわらず、確保病床数や病床確保料が多すぎたのではないか。しかも、はじめは仕方ないにしろ、軽症者が増えてもなお、柔軟に対応しなかったことが問題としてあるのではないかと思います。やはり、受け入れた患者数など実績に応じた報酬と、確保料返還の厳格な仕組みが必要だったと考えます。

[50] 感染の波：新規陽性者数の増減の周期を指す通称。本稿で言及される第 3 波（2020 年秋以降）から第 9 波（2023 年）までの区分は、講演資料における集計上の区分による。

[51] 昭和大学は 2025 年 4 月に昭和医科大学に改称し、同病院は昭和医科大学病院となった（https://www.showa-u.ac.jp/SUH/）。

【次の有事に向けた政策に必要なこと】
病床確保は、治療の「手段」であったはずが、「目的」になってしまったため、
医療提供体制をゆがめてしまった。

- 改善策１「成果を上げたところに報酬を支払う保証をする」

感染リスク・減収リスクにさらされながらも、患者の受け入れと治療を積極的に
行った医療機関の成果に対して、診療報酬や補助金が支払われる仕組み

- 改善策２「コロナ対応が適切に行われた病院特性を分析し、要請の的を絞る」

コロナ対応は、今後の有事に向けた、最大の教訓（学習事例）
対応力を左右した要因
＋　都道府県立病院（患者受入要請を都道府県から直接受けやすいガバナンス体系）
－　確保病床の少ない小規模病院（患者受入要請が少ない？人材余力が乏しい？）
－　大学病院（病床確保料が高額？通常医療体制・非コロナ患者を優先？）

図 15. 次の有事対応における改善策
（出所）講演資料（スライド 37）より

◆3-6 2019 年の再編議論とその後―424 病院と 7.5%

次に、少し話を遡りまして、病床再編についてです。

実はコロナ前に、厚労省が病院名を具体的に提示して病床再編をすべきだという議論をしたことがあります。それは 2019 年 9 月で、診療実績が特に少ない、あるいは近隣に類似の診療実績を持つ病院がある公立・公的病院は再編を検討すべきだという基準を示し、対象の病院名を公表しました。その数か月後にはコロナが発生してしまったので議論は沙汰止みとなりましたが、2019 年当時に再検証が必要だとされた公立・公的病院のコロナ対応が機能したのかという点を調べましたので、ご紹介したいと思います。

2019 年 9 月に厚労省が示した再編検討の基準は、当時の新聞でも大きく報じられました。

がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期、災害、へき地、研修・派遣の 9 領域すべてで診療実績が特に少ない（下位 3 分の 1 以下の）病院や、がん、心疾患、脳卒中、救急、小児、周産期の 6 領域すべてで類似の実績を持つ病院が車で 20 分以内に近接している病院は、再編を検討すべきだということでしたが、当時は現場からかなりの反発を受け、まもなくコロナが発生したこともあり、病院名を挙げる形での問題提起はその後行われていません。

その時の病院の状況ですが、縦軸が診療実績の少ない領域の数（0~9）、横軸が類似機能を持つ病院が近接している領域の数（0~6）で、類似機能が多いところは診療実績が少なくなるという傾向があり、分析対象となった 1455 の公立・公的病院のうち 424 病院 [52]が、2019 年に再検証が必要だとされました。それから約 7 年経った 2026 年時点でどれくらい再編されたのかを調べると、閉院・統合・診療所化のいずれかが行われたのは 1455 病院中 100 病院、約 7%に過ぎず、再検証対象とされた病院でも約 7.5%と、対象外の病院とほとんど差がありません。

[52] 分析対象は、公立・公的医療機関等 1,652 病院のうち高度急性期または急性期の病床を持つ 1,455 病院。424 病院は分析対象の約 29%、公立・公的医療機関等全体の 25%超にあたり、報道では「25%超」と報じられた。

1455病院のうち、閉院・統合・診療所化は100病院（全体の7%）

全1,455施設の分布

実績少＼類似近接	0	1	2	3	4	5	6	計
0	22	11	5	3	2	0	0	43
1	62	38	51	21	15	1	0	188
2	20	28	30	29	16	5	3	131
3	6	15	34	33	26	19	9	142
4	0	4	23	34	31	30	16	138
5	0	4	8	22	39	40	19	132
6	0	0	5	7	34	35	32	113
7	0	0	0	9	25	51	44	129
8	0	0	1	2	13	67	79	162
9	0	0	0	0	5	87	185	277
計	110	100	157	160	206	335	387	1455

主要再編事例（閉院・診療所化・統合）の件数

実績少＼類似近接	0	1	2	3	4	5	6	計
0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	4	1	2	1	0	0	0	8
2	2	2	1	0	2	0	0	7
3	1	1	4	2	0	4	0	12
4	0	0	1	1	0	4	3	9
5	0	1	3	2	2	6	2	16
6	0	0	0	1	3	3	3	10
7	0	0	0	0	1	3	2	6
8	0	0	0	0	0	5	9	14
9	0	0	0	0	0	9	9	18
計	7	5	11	7	8	34	28	100

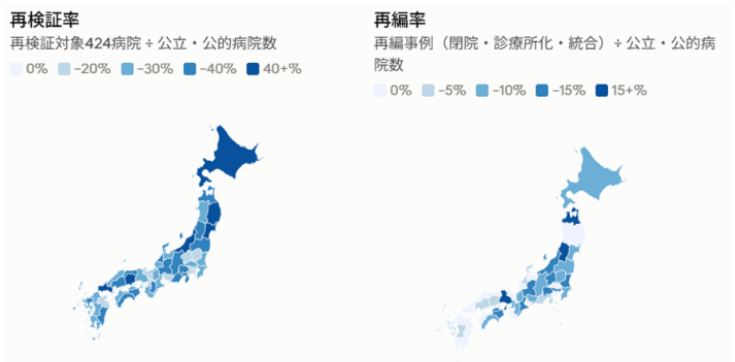
再編分類	施設数	構成比
A_閉院・廃止（統合に伴う）	14	1.0%
B_閉院・廃止（単独）	6	0.4%
C_診療所化	14	1.0%
D_統合・再編（存続）	66	4.5%
E_経営形態・運営主体	144	9.9%
F_機能転換・病床再編	14	1.0%
G_移転・改称のみ	92	6.3%
H_特記なし	1105	75.9%
合計	1455	100.0%

がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期・災害・へき地・研修/派遣機能の9領域における診療実績の少なさ（1～9）
※医療圏における下位3分の1以下

がん・心疾患・脳卒中・救急・小児・周産期における機能の類似した医療機関の車で20分以内の近接（1～6）

図 16. 診療実績の少なさ･類似近接機能数別の病院数と再編の状況（1455 病院）
（出所）講演資料（スライド 40）より

こちらも再検証が必要だとされた病院数、割合が多いところを濃い青で示しており、実際に再編したかどうかを右の図で、やはり濃い青で示しているものです。地域ごとに差はありますが、再検証対象の病院を 1 件以上抱える 46 都道府県のうち、対象病院の再編が 1 件もない都道府県が 29 もあり、中でも山口県は、公立･公的病院 30 病院中 14 病院（46.7%）が再検証対象とされながら、再編事例は 0 件です。再検証対象の割合が高いのに再編が手付かずのワースト 5 は、山口県、岩手県、佐賀県、宮崎県、鳥取県で、九州･沖縄･中国地方が低い傾向にあります。



地域ブロック	病院数	再検証対象424	再編事例	うち再検証対象	うち非対象	再検証率	再編率	進捗率
北海道・東北	266	113	24	14	10	42.5%	9.0%	12.4%
関東	271	49	19	1	18	18.1%	7.0%	2.0%
中部	289	92	23	9	14	31.8%	8.0%	9.8%
近畿	224	51	23	5	18	22.8%	10.3%	9.8%
中国	129	48	2	2	0	37.2%	1.6%	4.2%
四国	75	21	5	1	4	28.0%	6.7%	4.8%
九州・沖縄	201	50	4	0	4	24.9%	2.0%	0.0%
全国	1455	424	100	32	68	29.1%	6.9%	7.5%

再検証率=再検証対象424病院÷病院数、再編率=再編事例÷病院数、進捗率=再検証対象のうち再編事例÷再検証対象

再検証対象を1件以上抱える46都道府県のうち29県で、対象病院の再編事例は1件も該当しない。
九州・沖縄・中国地方が低い

山口県は、公立・公的病院30病院中14病院（46.7%）が再検証対象
→再編事例は0件

再編先送り上位5件
山口県（46.7%／0件）
岩手県（41.7%／0件）
佐賀県（38.5%／0件）
宮崎県（33.3%／0件）
鳥取県（33.3%／0件）

2020年2月からのCOVID-19対応が、再編先送りの理由とされてきた

図 17.「再検証」対象病院の都道府県別割合と再編状況
（出所）講演資料（スライド 41）より

◆3-7 小規模分散の非効率と地域内の「分担」

こちらは、その当時、公立・公的病院が、「診療実績の少なさ&類似近接機能数別」で分けた時の、同じ病院のコロナ対応の実績を見たものです。まず、上のクロス集計は、確保病床をそもそも設定したかどうかを示しています。類似機能を持つ病院が近接しておらず、診療実績が少ない領域も少ない、いわばレッドカードやイエローカードが少ない病院は、確保病床を設定した割合も高いですが、診療実績が少なく類似機能の病院が近接している病院では、そもそも確保病床を設定した割合が低調です。また、設定した場合でも確保病床数は平均 10 床以下の数床レベルで、いわば申し訳程度に確保病床を作り、効率的に運用できない病床をたくさん作ってしまったことが見て取れます。

診療実績の少なさ＆類似近接機能数別の確保病床の設定と病床数

確保病床の設定率（%）

実績少＼類似近接	0	1	2	3	4	5	6	行計
0	100.0	100.0	75.0	100.0	100.0	–	–	97.2
1	92.2	96.8	97.4	88.2	100.0	100.0	–	94.7
2	93.8	90.9	96.3	96.2	92.3	100.0	100.0	94.6
3	100.0	91.7	100.0	93.1	100.0	94.1	83.3	95.7
4	–	100.0	94.4	88.5	81.8	100.0	100.0	92.4
5	–	100.0	100.0	84.2	93.3	75.8	100.0	88.4
6	–	–	60.0	71.4	92.6	92.6	90.5	88.5
7	–	–	–	85.7	82.6	68.2	73.7	74.1
8	–	–	–	100.0	66.7	57.4	66.2	62.9
9	–	–	–	–	80.0	26.6	50.0	42.9
列計	94.5	95.1	95.3	89.6	89.0	62.5	64.7	77.9

「実績少＆類似近接」の医療機関（競合機能が多く、診療実績が少ない）は、そもそも確保病床の設定率が低調

平均確保病床数（全施設・未設定は0）

実績少＼類似近接	0	1	2	3	4	5	6	行計
0	30.11	23.33	39.71	35.75	36.17	–	–	30.13
1	28.65	29.87	34.00	28.81	41.58	64.33	–	31.56
2	24.57	20.99	31.54	28.58	36.85	27.43	35.59	28.26
3	30.83	18.42	24.84	21.57	27.30	38.36	23.61	25.91
4	–	24.61	15.32	19.25	22.25	31.87	19.62	22.17
5	–	40.67	14.48	15.51	18.18	17.42	29.18	19.94
6	–	–	9.20	24.86	12.44	21.00	22.47	18.33
7	–	–	–	3.69	8.49	7.05	12.84	9.10
8	–	–	–	4.00	7.15	6.27	9.62	7.98
9	–	–	–	–	4.13	1.68	4.56	3.61
列計	28.36	25.37	26.97	21.86	19.60	12.40	10.37	17.54

「実績少＆類似近接」の医療機関の平均確保病床数は10床以下
→非効率的な運用につながる

図 18. 診療実績の少なさ・類似近接機能数別の確保病床の設定率と平均確保病床数
（出所）講演資料（スライド 42）より

公立・公的の中でもかなりグラデーションがあります。診療実績が多く類似機能の病院が近接していない病院は約 30 床の確保病床を設定し、平均の入院患者数は 10～15 名で推移していた一方で、実績が少なく類似機能の病院が多く近接している病院は、確保病床が 5～15 床、平均入院患者数が 2～4 名と、ほとんどガラガラな状態が続きました。

こちらは、今の話をグラフで表したもので、診療実績が少ない領域が多い病院ほど、また類似機能の病院が近接しているほど、確保病床を設定した割合が低く、設定しても確保病床数が少ないという結果です。

実際に病床再編を必要とされる地域は全国にたくさんあり、その中で、具体的に同じ地域の中で、病床がどういう使い方をされたのか比較をしました。例えば三重県では、四日市市には大きな病院として市立四日市病院と三重県立総合医療センターがあり、それぞれ 19 床、17 床を確保して、平均 15 名、12 名の入院を受け入れる形で分担していましたが、例えばひとつの大きな病院があって、そこで約 40 床を確保し全部受けることができていたら、だいぶ違ったのではないかと考えられます。それから、松阪市では３つの急性期病院があり、最も多く受け入れたのは呼吸器の専門医もおられる松阪市民病院（35 床確保、平均 20.5 名入院）で、済生会松阪総合病院（25 床確保、平均 14.5 名入院）と JA 三重厚生連の松阪中央総合病院（11 床確保、平均 9.5 名入院）もそれぞれ病床を確保し、3 病院で分担して対応しました。受け入れはできたわけですが、やっぱり地域の中でより効率的な受け入れ体制を構築できた可能性があるなと、考えています。

診療実績の少なさ＆類似近接機能数別の確保病床の設定と病床数

平均確保病床数（全施設・未設定は0）

実績少＼類似近接	0	1	2	3	4	5	6	行計
0	30.11	23.33	39.71	35.75	36.17	–	–	30.13
1	28.65	29.87	34.00	28.81	41.58	64.33	–	31.56
2	24.57	20.99	31.54	28.58	36.85	27.43	35.59	28.26
3	30.83	18.42	24.84	21.57	27.30	38.36	23.61	25.91
4	–	24.61	15.32	19.25	22.25	31.87	19.62	22.17
5	–	40.67	14.48	15.51	18.18	17.42	29.18	19.94
6	–	–	9.20	24.86	12.44	21.00	22.47	18.33
7	–	–	–	3.69	8.49	7.05	12.84	9.10
8	–	–	–	4.00	7.15	6.27	9.62	7.98
9	–	–	–	–	4.13	1.68	4.56	3.61
列計	28.36	25.37	26.97	21.86	19.60	12.40	10.37	17.54

平均入院患者数（全施設・未設定は0）

実績少＼類似近接	0	1	2	3	4	5	6	行計
0	12.26	9.95	22.13	14.75	13.08	–	–	12.96
1	14.66	15.59	19.18	15.99	24.00	53.83	–	17.17
2	12.19	11.23	19.10	17.10	18.49	11.30	14.67	15.57
3	13.03	10.78	13.75	12.80	17.80	20.17	13.33	14.72
4	–	9.72	7.19	8.54	11.55	19.28	13.88	11.99
5	–	23.13	6.05	6.98	8.78	11.01	17.96	11.03
6	–	–	6.00	11.52	7.20	12.14	13.87	10.62
7	–	–	–	2.14	3.54	4.38	6.76	4.88
8	–	–	–	2.00	2.90	3.86	4.66	4.15
9	–	–	–	–	1.70	0.65	2.07	1.59
列計	13.64	13.22	15.14	11.71	10.44	7.21	5.64	9.48

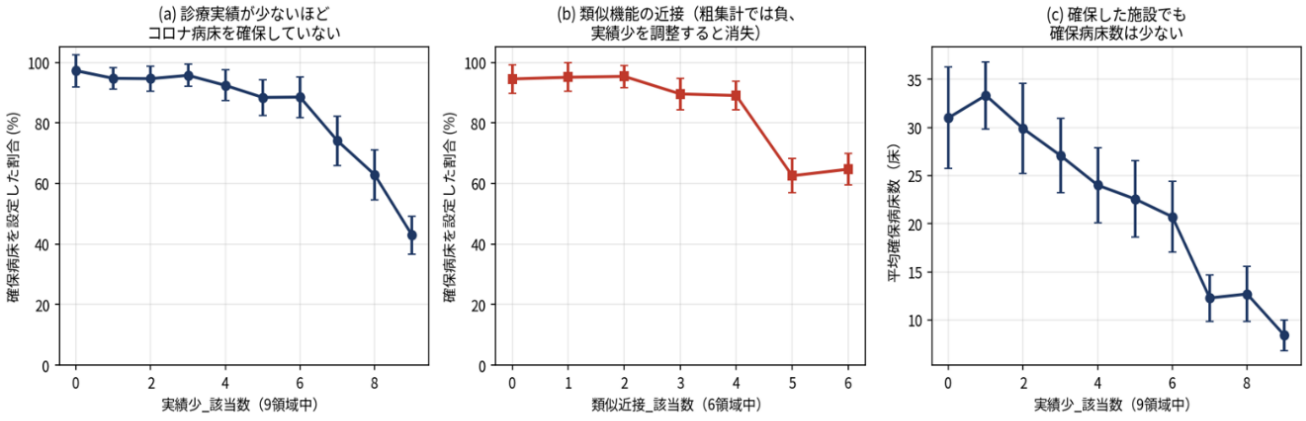
平均確保病床数
公立・公的病院の平均は

「実績多＆類似無」の病院で
約30床
平均入院患者数は10～15名

「実績少＆類似多」の病院で
約5～15床
平均入院患者数は2~4名

図 19. 診療実績の少なさ･類似近接機能数別の平均確保病床数と平均入院患者数

（出所）講演資料（スライド 43）より



急性期の診療実績が少ない領域が多い医療機関ほど、確保病床を設定した割合は低下（※類似調整後）

類似機能の医療機関が近接するほど、確保病床を設定した割合は低下（※実績調整後）

急性期の診療実績が少ない領域が多い医療機関ほど、確保病床を設定したとしても、確保病床数が少ない（※類似調整後）

図 20. 診療実績の少なさ･類似近接機能数と確保病床の設定（調整後）

（出所）講演資料（スライド 44）より

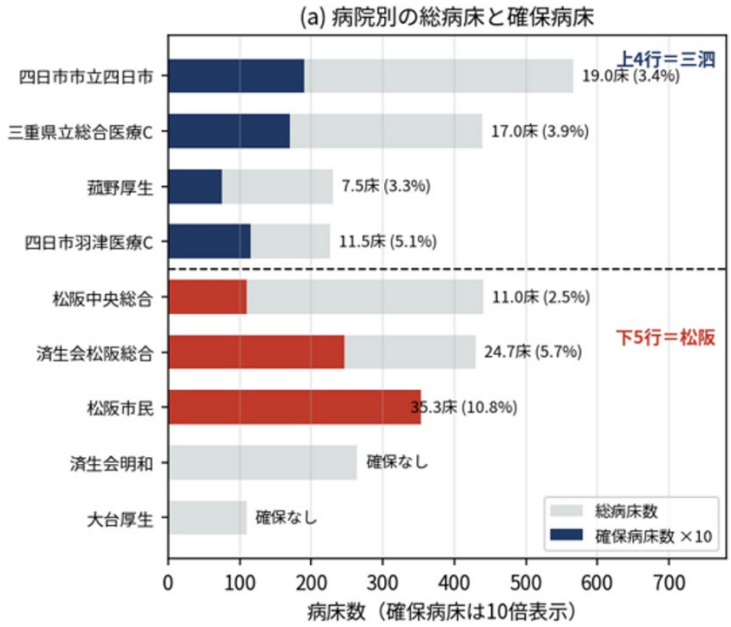


図 21．三重県（四日市市・松阪市）における確保病床と入院患者数の分担

（出所）講演資料（スライド 48）より

最後に、高久先生がこうした点も含めて、大変胸のすくような内容の本を出版されたことを、個人的にもとても嬉しく思っております。

どうもありがとうございました。

◆3-8 質疑・応答―感染症法改正と成果連動の報酬

【大竹】

確保病床の金額が、合理的でない高い水準になっていたという話ですが、次回のパンデミックの時にはどのように設定すべきかの議論がどこかでされているのでしょうか。もし、議論がされているなら、今回の反省を踏まえた形になっているのでしょうか。そうではなくて、次回もパンデミックが始まったら突然に、確保病床の金額の水準が決まるような状況になっているのか、そのあたりはいかがですか。

【伊藤】

政策的な対応として 2 つありまして、1 つは新型インフルエンザ等対策政府行動計画[53]の改定と、もう 1 つは感染症法の改正です。

行動計画は改定で倍以上の分厚さになり、事細かにフローは書いてありますが、いつ、誰がガバナンスするのかが明記されていないことが、私は欠点だと思っています。そういう意味では、病床確保の要請について、誰がどの情報に基づいて判断するのかが、まだうやむやなままだと思っています。

[53] 新型インフルエンザ等対策政府行動計画：新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき政府が定める行動計画。コロナ対応の経験を踏まえて 2024 年 7 月に全面改定され、対策項目が 6 項目から 13 項目に拡充された。

感染症法の改正[54]に関しては、平時のうちに都道府県が医療機関と医療措置協定を結んで病床確保を要請し（公立・公的医療機関等には感染症医療の提供が義務付けられています）、いわゆる休業補償的な財源を確保するところまでは感染症法に規定されていますが、基本的に報酬は成果次第で出すというやり方が良く、前払いするから対応してほしいというやり方では、反省が活かされないと思っておりまして、この点はまだまだ機会があれば言っていきたいと思っています。

【大竹】
なるほど、確保病床についての協定は結ばれているけれど、成果報酬なのか前払いなのかは、きちんと設定されていないということですね。確保病床の金額の水準もそうなのですか。

【伊藤】
金額の水準については、少なくとも法律の中ではまだ明記されていません[55]。財務省は、やはり補助金という建て付けにすると医療機関の事務が非常に煩雑になるので、コロナの時のように通常の診療報酬の 3 倍とか 5 倍といった報酬で対応するのがいいのではないかという議論をしています。あるいは、前年度の医療収支の水準は保証するとか、そのようなある程度保険診療の中でカバーできる出し方がいいのではないかといった話もありますが、まだまだ具体化されてはいないので、例えば来月ぐらいに感染症が起こったとしても流行初期以降については何も決まっていない状態だと思います。

◆3-9 質疑・応答―現場の情報優位をどう崩すか
【岩本】
医療提供体制については、昔からさまざまな問題がありますが、結局、外部の人間がいろいろと言っても、現場の方は言われたことに関して抵抗する、たくさんの理由を持っていて、なかなか改革が進まず、現場では「そう簡単にはいかない」ということになってしまいます。
それは情報格差が本質的に存在するためで、さまざまなことを現場の裁量に任せてやってもらう形になっていることで、改革はなかなか難しいです。
伊藤先生のお話を伺っていて、「もっと受け入れられるのではないか」と外部から考えるのは簡単ですが、現場からすれば「いやいや、これが精一杯です」「これ以上受け入れることが難しいのには、こういう理由があります」と、さまざまな事情が出てきます。
そこを、現場の言っていることが必ずしも正しいわけでなく、外部から示している方向性の方が正しいという場合に、無理なく改革を進めていくためには、どのような方法が考えられるでしょうか。

【伊藤】
結論から言うと、外部には情報がありませんので、タイムリーにうまく進ませることはとても難しいんですよね。私た

[54] 感染症法（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律）：2022 年の改正により、都道府県と医療機関が平時のうちに病床確保等について取り決める医療措置協定の仕組みが設けられた。同改正では、流行初期の減収を補填する流行初期医療確保措置も設けられた（https://laws.e-gov.go.jp/law/410AC0000000114）。
[55] 2022 年改正感染症法では、医療措置協定を締結し一定の基準を満たす医療機関について、流行初期（新興感染症の発生の公表後おおむね 3 か月）に感染症医療を行った月の収入額が、流行前の同月の収入額を下回った場合に、その差額を公費と保険者の負担により支払う「流行初期医療確保措置」が設けられた。流行初期以降の病床確保に対する補助の水準は、法律上は定められていない。

ちも情報を取れたのはコロナが終わってからなので、外部の人間からはタイムリーな改革はできません。
ただ、今、コロナの補助金がなくなって医療機関の経営が苦しくなり、財政支援を求める声が強まっていますが、そもそもコロナの時に不必要に受け取った補助金はどこに消えたのかという問いがあります。手術支援ロボット「ダヴィンチ」[56]をはじめとする高額医療機器の特需、つまり、国に返還しなくて済むように医療機器を買ってしまおうというようなブームが突如起こったという話もありますし、そういった話を事実として伝えて、医療機関は経営が苦しいと言っているけれど、そもそもお金の使い方に問題があったのではないかということを、後になっても言い続けることが、外部者ができる抵抗なのかと思います。
本質的な解決にはなりませんが、過去のことは忘れたことにしてしまう傾向があり、病床確保料も、高久先生とのこの研究がなければ「500 億円の過大交付があった」という話で終わってしまったように思いますので、そういうところに今後も一石を投じていきたいです。

◆3-10 質疑・応答―診療報酬か補助金か
【岩本】
病床確保料で、ベッドを空けておくことに補助金を出すこと自体、明らかに経済学的におかしいわけで、それを設計した厚生労働省がおかしいですよね。そうであれば、論理的に考えて、政策担当者として厚生労働省を外すべきということになります。そこまで政策評価でやりますか。私はやった方がいいと思いますが、どう思いますか。
つまり、厚生労働省がインセンティブの使い方をわかっていないことが大きな問題だから、問題があるところは直していかなければいけないということは正論なので、そうすると厚生労働省は医療提供体制の担当から外れるべきであることになります。そうおっしゃっていただければありがたいです。何も間違っていないと思います。

【大竹】
例えばコロナのための補助金を特別につける状況になった時に、財務省が付け方を決めることは制度的には可能ですか。

【岩本】
コロナなら内閣官房が関与しているわけですから、そこに経済学を知っている者がいれば、厚生労働省だけで決めなくても、ある程度議論できる余地はあったと思います。

【大竹】
内閣官房で制度設計できるようにすればいいという感じですか。

【岩本】
診療報酬全体に関しては同じ問題があって、政策誘導するところで診療報酬を使うというのは変なんですよね。診療報酬でやっている限り、支払う側と受け取る側に同じ価格がついていて、価格操作をしたらおかしくなるだけなので、政策誘導するとなれば、補助金で支払い価格と受け取り価格を違えるべきです。それが経済学的には真っ当ですが、医療の中では全く使われていない。診療報酬でこんなことをやっていること自体がそもそも間違いだと

[56] ダヴィンチ（da Vinci）：米 Intuitive Surgical 社の手術支援ロボット。

いうことが医療政策全体で考えられていないと思います。

【伊藤】
厚労省の政策として、1 つの良い取り組みをやっているところを救うために、10 ぐらい救わなきゃいけないという仕組みになるところが非効率かと思っています。
先ほど高久先生が言われていたような、誰かの給料を上げるという話の時に、全員上げなきゃいけないみたいな話がまさに起こっていて、普段から医療機関の差というものを明確に可視化していないというか、本当はわかっていても、それを出すと風評被害になるから出さないでおこうといったことが暗黙の前提になった状態で、診療報酬という全国一律の公定価格をつけているので、何か頑張っている現場の取り組みを応援しようとすると、頑張っていないところも含めて応援しなければいけなくなるというところが本質的な問題としてあると思います。
普段からその病院ができること、できないことをきちんと把握して、それに応じたランク付けをかなり細かくしておかないと、有事に優先的に資金を配分する際に出しすぎてしまうなどの可能性が非常に高くなるのではないかと思います。

【岩本】
有事の時にお金を出しすぎるというのは、政治も何か対策をしていることを示すためのインセンティブが働いています。政府の経済対策は規模を競い合っているものですから、コロナもそのようになってしまいました。
元々お金を付けようとしたところで、多くのお金が結局病院に流れてしまった。コロナにいくら使ったかという本質は、今日、伊藤先生が示したものだと思います。
もう 1 点、高久先生もおっしゃっていましたが、公立病院のガバナンスはすごく大事な問題だと思いますが、同時に、この時期に東京都は都立病院を独立行政法人化しました。経営の自由を与えてしまうということをコロナの最中にやっていて、これも考え方がおかしい。独立行政法人は以前からありましたが、独法化する団体は公共サービスをやる独占的な機関であって、経営効率が悪くなるから、民間の経営手法を入れていくということになるのですが、病院は民間がむしろ主流なので、民間と競い合うマーケットにいるという意味で、環境の違う組織なのです。それをなぜか独立行政法人化したらうまくいきますという感じでやっていること自体が、理論の適用がうまくいっていない状況かと思います。
むしろガバナンスを強めた方がよく、他の公的サービスの提供主体とはマーケットの質や性格が違うということを、もっと強くおっしゃっていただきたいです。

◆3-11 質疑・応答―頑張った病院が声を上げない構造
【村上】
そもそも頑張っている医療機関の方があまり声を上げていないように聞こえましたが、理由はあるのですか。
例えば都道府県立の病院は一般的には頑張っているということだと思いますが、そういった機関は不公平じゃないかという声を上げないものでしょうか。

【伊藤】
忙しいからではないでしょうか。声を上げるほどの暇がない。

【村上】
それほど忙しかったわけですよね。他が頑張っていないから忙しくなっているのであって、という声の上げ方もある気がします。イメージとして、都道府県立が頑張っていると聞くとイメージは湧きやすいですが、何か別のところでインセンティブが与えられているのか、他に何か理由があるのかなど思ってしまいました。

【大竹】
他は受け入れてなくて、うちは受け入れているという情報すらもなかったのではないでしょうか。阿南[57]さんの話では、神奈川県は受け入れ状況の情報提供をかなり早くからやったので、いい方向に行ったということでした。大阪府も途中からやり始めました。

【村上】
だとすると、有事の時に情報交換をやっていくことも、1つの対応策にはなりますね。

【大竹】
病床の状況を病院間で全部見せるようにするのは一つの方法だと思います。ただし、逆の方向にも働きます。高久さんも良い方向に働いた例をおっしゃいましたが、逆に、あそこが受け入れていないからうちも受け入れないという均衡にもなります。もちろん、受け入れたところが、うちだけ受け入れているじゃないかと言いやすくなる方向にも行くかもしれません。

【村上】
有事になんだかんだ起きるような形で動くと思うので、うまくいく方向に行くような気がしました。

【高久】
私も最初の頃は、ある大学病院院長の先生が「他の病院のベッドがどれぐらい空いているのか全くわからないので、コーディネートのしようがない」というようなことを会議で言われているのを耳にしてびっくりしたんですが、その状態が大体一年半ぐらい続きました。ですから、なかなか厳しいなと思うと同時に、確実ではありませんが、感染があるという初期の風評被害でものすごく赤字になってしまうということがあり、それも情報が開示されない1つの理由になったかとは思います。他の国は開示されていましたから。

◆3-12 質疑・応答―住民・政治と病院再編
【高久】
伊藤先生、ありがとうございました。2019 年に再編の名指しがあった 424 病院[58]のうち、再編が進んだのは7.5%ということは、数字として驚くべきものがあると思いますが、医療者の方もある程度再編した方がいいと思っ

[57] 阿南英明（地方独立行政法人 神奈川県病院機構 理事長）、詳細は CiDER-PDP016 に収載されている（https://cdn.cider.osaka-u.ac.jp/2026/01/CiDER-pdp016.pdf）。
[58] 再検証対象病院：厚生労働省が 2019 年 9 月に公表した、診療実績が特に少ない、または類似の実績をもつ医療機関が近接する公立・公的医療機関等 424 病院。第 24 回地域医療構想に関するワーキンググループ（2019 年 9 月 26 日）で病院名が公表され、再編統合を含む具体的対応方針の再検証が求められた。その後、2020 年 1 月に対象の一部が見直された（7 病院の取り下げ、約 20 病院の追加（病院名非公表））。

ていて、外部の人も再編した方がいいと思っているにもかかわらず進まない理由のひとつは、結構住民や政治家が反対するからだと思います。東京でも、吉祥寺南病院が老朽化と建設費高騰で 2024 年に診療を休止した際、武蔵野市は「吉祥寺から病院がなくなる」ことを危機と捉え、事業承継先による 300 床規模の新病院計画を後押ししました。地域全体の医療資源の最適配置という観点から議論される前に、「地元に病院を残す」ことが既定路線になったように見えます。外部の我々が、そうした政治家や住民の方の認知を変えることはできないでしょうか。

【伊藤】
どの医療機関が救急搬送を何件受け入れているかなどの情報を、日々の生活情報の一環として開示するといいのではないでしょうか。地域の医療計画の書面と実態を見ていると、書面には書いてあっても実績として全くやってないところがたくさんあって、おそらくその事実を住民は全然知りません。
例えば心臓外科医が 1 人しかいない病院で大動脈解離の手術ができるわけがないのに、対応可能と書いてあるような文書がまかり通っています。そういうものに対して、例えば国が定量的な基準を作り、「この実績がなければ対応可能と記載してはいけない」とするなど、表に出ている情報と実態との整合性を持たせるということと、デイリーの情報として、病院についても救急の稼働状況を情報として開示することが考えられます。レストランでも営業状況や混雑状況などの情報が公開されているのに、なぜ病院にはその情報がないのか。活気がある病院とそうでない病院の違いを、住民が認知できるようになるとよいのではないかと思います。

【高久】
わかりました。ありがとうございます。

【大竹】
その医療機関で、どれだけ手術しているのかなどの情報は、手に入れようと思えば、入手できるものですか。

【高久】
オープンデータではありますが、コンパイルしたりして見える形にするのは結構難しい気もします。
やっぱり住民の方の反対は大きくて、1 人でも反対すると、ものすごく声が大きくなるので、何もできないということになってしまう。

【大竹】
ただ、そういう情報から、近所の病院は全然受け入れていないとか、ちゃんとやっていないということがわかったら、病院を統合してまともな病院になった方がいいという意見も出てきそうな気がします。

【高久】
ただ、現場の会議では、そういう数字のエビデンスベースな議論ではありません。
むしろ、医師会の人たちが、新しい病院ができるのにしっかり反対をしてくれる面もあったりしますので、一番わかっていないのは、住民と政治とみたいなことになっているのではないかという気がします。

【大竹】

なるほど。それでは質疑は以上とします。伊藤先生、どうもありがとうございました。

4. 総合討論（進行：大竹）

【大竹】

じゃあ、高久先生、伊藤先生を含めて議論に進みたいと思います。

◆4-1 平時の準備と協定の実効性

このプロジェクトは「専門家は何ができるか、何をすべきだったか」という趣旨で行っています。高久さんの話を聞いていると、パンデミックが始まってうまくいかなかった地域や制度は、パンデミックが始まる前から問題を抱えていたことが多いように思いました。そのため、パンデミックが始まってからすべきこと、できることは限られているのかなと感じました。それより始まる前の準備をもう少し頑張って、今の議論も含めて、専門家から今度こういう体制にしておかなければいけないと提言すべきことが多いのではないかと思いました。

例えば、パンデミックに備えて各自治体は医療機関と協定を結ぶ[59]ことになっていて、確保病床の依頼には協力してくださいという形になっていると思います。協定を結ぶ段階で、もう少し踏み込んだ形のものにしておく必要があるのではないでしょうか。細かいことはパンデミックが来てからその場で決まるという感じでは、その時に専門家がそのスピードに合った提言をできないし、きちんとした提言をしたとしても時間がかかって手遅れになるような気がします。

【高久】

そうですね。協定を結んではいますが、何か具体的な数字があるわけではないので、どの程度の協力なのかがある程度明確化されないと、蓋を開けてみれば全くやっていないではないかと言えないので、そういったものを決められるような枠組みにはどのようなものがあるのかとは思っています。新しい感染症がどれぐらいのものなのか、ウイルスのタイプもやっぱりよくわかっていないので、現状でできることはそれほど多くはないという気がしていて、むしろ平時からの医療のあり方を変えた方がそのまま対策になるということが本に書いているスタンスです。

◆4-2 入院調整の司令塔を明文化する

【伊藤】

ひとつできることとしては、入院調整のトリアージについて、病院、県、県庁所在地の市、保健所などいろんなところがやり出してしまったため、情報を一元化できなかったことが搬送困難の時に顕在化したので、やっぱりトリアージの機能、司令塔についての明文化は各都道府県でしておくべきではないかと思います。コロナでは法令上、入院調整は保健所が担うことになっていましたが、保健所の対応能力を超える規模になってしまった時に、じゃあ誰がやるのかが決められていなかったので、次の教訓で唯一できるとすれば、トリアージの司令塔を決定し、その司令塔に毎日の入院状況を報告するところだけでも義務化して強制力を持たせると、少なくとも情報の集約だけはできると思います[60]。

---

[59] 医療措置協定：2022 年改正感染症法に基づき、都道府県知事と医療機関が平時のうちに、感染症の発生・まん延時における病床確保、発熱外来、自宅療養者への医療提供等について締結する協定（感染症法第 36 条の 3）。

[60] 2022 年の感染症法改正により、都道府県知事による入院調整等の総合調整権限や保健所設置市等への指示権限、都道府県連携協議会の設置が規定された。ただし、有事に誰が入院調整の司令塔を担い、どの情報を日次で報告させるかといった実務上の体制は、各都道府県の予防計画等に委ねられている。

◆4-3 大学病院のあり方

平時に何をするのかについては、色々するべきことがあり難しいですが、大学が医師を派遣していることで地域の病院が維持できていて、両者の関係は非常に微妙というか、今回、地域の病院よりも大学病院の受け入れ率が低かったのは、重症度や医療機能が合わなかったということもさることながら、認知症のある高齢のコロナ患者さんは大学病院では診ていられないからと、市中の病院に任せてしまったところもあると思います。

（第６波以降）コロナ患者に占める重症者の割合が低かったことと、大学病院という立場でいろんな他の病院にメンバーを派遣しているという理由で任せてしまったところもあると思うので、そのやり方がどこまで適切だったのか、それが入院機能の最適配分だったのかということは検証する余地があると思っています。今後も、大学病院から人が来ないと医療現場では回っていかないので、平時の医療体制を適切な方向に巻き込んで議論することはできるかと考えています。大学の先生は、現場の病院の先生より話を聞いてくれる可能性があるとも思っています。

【大竹】

ただ、最初の頃は、大学病院では大学病院でないと診られない新型コロナ以外の患者さんが多くいらっしゃるので、そうした患者さんの受け入れを減らして、新型コロナ患者の受け入れを増やすことはできないということが、受け入れを拒否する理由にはなっていたと思います。

【伊藤】

そうですね。ただ、そうであればコロナ患者さんは診られない、と確保病床も減らしてくれたらよかったですが、確保病床はキープしたままでしたから、実態も合わせてほしかったと思います。

【高久】

大学病院が少なくとも受け入れる主力になっているということは、様々な国でありますので、日本だけ、重症患者を受け入れているとか、他の重症患者を診るためにとっておかなければいけないとか、「研究のために大学病院は存在しているので、研究が優先されるべきである」など受けない理由が主張されすぎました。厚労省でも検討会があったと記憶していますが、大学病院のあり方について見直しをしてほしいと思うところです。

大学病院だからといって、かなりの患者が誤嚥性肺炎だったりするところもあって、そもそもその病院でなければいけない、高度医療でどれだけやっているのかが可視化されているのかをきちんと見て、次回のパンデミック時には対応してもらいたいと思います。

東大病院では約 1200 床ぐらいありますが、1200 人全員が東大病院でないといけない患者ではないですし、次回はそういう議論も起こり得るので、瞬時に反応できるようにしておく必要があると思います。

【伊藤】

そういう患者さんも入れないと大学病院も大赤字になってしまうということだと思います。

◆4-4 誘因と制裁―ネーミング・シェーミングは可能か

【岩本】

有事に体制を整えるやり方というのは、平時に病床を再編するやり方と共通する部分があるので、平時にもうまくいっていなければ有事にもうまくいきません。技術的には簡単な話であるかもしれなくて、金銭的なインセンティブに反応しているので、コロナ患者の受け入れに十分なお金をつけて、お金がついたら受け入れますという方へ病院を動かすという方法はあります。平時もやっぱりやり方は同じで、7 対 1 の時にはめちゃめちゃ反応したので、病床の再編などもそういうのでやればいいのでしょうが、政治的にはなかなか困難な部分があるのでできない。となると、当事者の意思をあまり尊重しないで決めていかなければいけない問題かとは思います。

インセンティブは、お金をあげるだけではなくて、ペナルティを科すやり方もあって、要は患者を受け入れない病院は特定されているので、名前を出すというようなことをしてもいいはずです。特措法 45 条[61]では要請・指示に応じない施設については、その施設名等を公表できると定めていますので、協力していない医療機関を大々的に公表するというのは構わないはずですが、それは抵抗ありますか。

【高久】

まさに COVID の前に再編統合が必要だと要請した 424 病院については、厚労省の中でもネーミング・シェーミング[62]が取られているんですよね。なので、そういったことについてあらかじめ周知しておくことは、できると思います。ただ、思い返しても、COVID の最初の 1 年は全ての医療従事者は国民の英雄でしたから、受け入れないところの名前を晒すというようなことが、国民感情と政治的にできるのかなという印象は持ちました。

【大竹】

一年も医療従事者が英雄だと思われる状況が続いたのは、一種の情報操作の影響ですよね。

【高久】

確かにそうですね。

◆4-5 ECMO にみる「装備」と「運用」

【正箱】

先ほど大竹先生のお話にもあったように、結局、平時が大事だという話で、私が思い出したのは、最初、とにかくECMO[63]が足りないという話になっていたと記憶しています。今度、ECMO を拡充させましたとなった時に、ECMO があればいいという問題ではなくて、それを扱える人材を育てるには時間とコストがかかるので、もうちょっとお金が必要ですとなり、さらに後半の方になると、ECMO ってランニングコスト、維持費がすごく高いんですよと、どんどん議論が変わっていった印象を持っていて、お金だけではなく、買ったものや人材、教育など平時に適切に運用されているのか、見えないところが結構多いと思っています。その辺がきちんと検証、可視化できるといいと感じました。

---

[61] 新型インフルエンザ等対策特別措置法第 45 条は、新型インフルエンザ等緊急事態において、住民に対する外出自粛の要請、および学校・興行場等の施設の使用制限等の要請・指示とその公表について定める規定である。

[62] ネーミング・シェーミング（naming and shaming）：規範に従わない主体の名称を公表し、社会的評価を通じて行動の変容を促す手法。

[63] ECMO（extracorporeal membrane oxygenation、体外式膜型人工肺）：重症の呼吸不全・循環不全の患者に対し、体外で血液の酸素化と二酸化炭素の除去を行う生命維持装置。

【大竹】
ECMO は新型コロナの治療法が確立した段階で、必要性が低下したので、そういう意味では ECMO が重要だったのは初期の初期だけだったと思います。
【高久】
ECMO は日本には 1400 台あって、130 医療機関ぐらいで使えたんですよね。イギリスでは 6 つの医療施設でしか使えませんでしたから、当然普段から必要な時には使っているわけですが、日本だと使用しないのに持っているところがあって、治療に必要だというより、高度な医療機器を持っていると若いお医者さんをリクルートしやすいというのが結構大きいので、そういうことについても何か介入ができないか、考えているところではあります。

◆4-6 メディアの批判機能と「命」対「経済」
【磯野】
今日ご発表された伊藤由希子さんの研究を、私は発表等々の時に何回引用したかわかりませんが、メディアなどに呼ばれた時に、経済学者がしっかり出してくださったデータが、短い時間で言わなければいけない検証の時に本当に役に立っていて、学問の力ってこういうところにあるんだなと思っていました。まずお礼を申し上げたいです。
大竹さんから制度面での整備の話も出ていましたが、結局メディアの批判の姿勢がほとんど向かなかったことは結構問題だと思います。結局、「命」と「経済」が完全に振り分けられてしまって、医療は全て「命」側であるという形で、実は医療の中にかなり「経済」が入っているということがほぼ隠蔽されてしまった状況というか、これ政治家だったらこんな風にならないと思うんですよ。
政治家がこんなお金の使い方をしていたら、制度のあるなしにかかわらず、おそらく道義的に問題だということでものすごい批判が集まると思うんですが、なぜか保守的な政権に対してものすごい批判をするリベラルの人たちもこの医療の問題に関しては本当に黙ってしまったという問題もありますし、メディアとかいわゆる批判側に立つ媒体が、今日皆さんがお話しされたような批判の視点を初めから向けられる空気を作っておくことは、すごく大事なのではないかと思いました。

【大竹】
メディアが適切ではない医療の問題を批判できるようにというのは、いち早く問題点がわかるように経済学者が数字を出していけば批判をしてくれるのか、それとも経済学者が言うだけではお金のことしか考えないと言われてメディアは対応してくれないのか、どうなのでしょうか。

【磯野】
私は、いわゆる科学ジャーナリズムのようなことをされている方とお話しするとすごく思うのですが、彼らが感じている自分の役割は、医療者が小難しく言ったことを噛み砕いて易しくして翻訳してあげることだとしている方がやっぱり一定数いらっしゃって、それが大多数だと思っています。で、その医療ジャーナリズムのもう 1 つ重要な役割は、やはり医療を批判していくことだと思うので、これって政治ジャーナリズムだったら当然だと思うんですよね。政治家が言っていることを噛み砕いているだけだとただの太鼓持ちではないですか。
ところが医療になると、なぜかジャーナリズムの役割が太鼓持ちになってしまうところがあるので、平時から医療ジャーナリズムというのは批判もあるべきだということを言っていくべきではないかとは、今日のお話を聞いて改めて思ったところです。

【岩本】
そういう批判的な人って取材させてくれなくなりますよね。
【磯野】
政治ジャーナリズムから学ぶべきところがあるんじゃないかと思います。医療を批判する適切な批判というのはどうしたらいいのかという。

◆4-7 医療者内部の多様な意見をどう可視化するか
【村上】
この印象ですと、医療者同士でもだいぶ仲が悪いはずですが、あまりそれは顕在化しない。医療者同士がここはこういう問題があってと共有することはあり得るはずですが、感染症なら感染症の専門家に任せましょうとなってしまったり、いろんな方がいるはずで、そこをもう少し仕掛けができないのかなとは思います。

【高久】
私がよく話しているある先生もコロナ禍の医療の対応って日本の恥だとか言いまくっていましたから、そういった医療者の方も普通にいたんだけど、なぜか国民に届くところにいるのは全然違う立場の人だけというのは、私も非常に不思議に思いました。

【村上】
意見の違いが、多様な意見がありますよということをきちんと示す形にすることに、本来反対する人はいないはずなんですよ。なので、医療者の中でもこういう意見があります、いろんな種類がありますということを示すこと自体は、そこまで医療者の中で抵抗感は示されないように思うので、そちらの方向で持っていけないのかなとは思いますね。

◆4-8 平時からの専門家ネットワーク
【大竹】
そのための 1 つの方法は、普段から一生懸命やっている病院などと経済学者がネットワークを組んでおくことでしょうか。

【高久】
そうですね。今回少し貴重なネットワークを持っていたので良かったです。

【大竹】
そのようなネットワークがあれば、いざとなった時に早く正確な情報が入ってきて、どうすればいいかのヒントが得られますよね。

【村上】
なんとなくパンデミック直後に医療者への差別みたいな話が別にあって、「医療者の近くにいると感染するのではないか」から「医療者叩きは良くない」という話が全然違う文脈であって、その中で、医療者を攻撃するようになっ

て、最初の辺りとかはしにくかったのだろうという気はします。

【大竹】
それが一年続いたということですね。

【村上】
それは医療者同士なら、組んでできるところがあるのかなという、正直、予測ですけど。

【大竹】
平時からやらなければいけないことが、そういう医療関係者とのネットワーク作りだということですね。そうすれば、経済学者、あるいは人文社会科学系の専門家にもう少し正確な情報が入って、いざというときも情報操作されないというところはあるかもしれないと思いました。
お二人の報告をもとに、このプロジェクトでどういうことを進めていかないといけないのかも十分に議論できたと思います。ありがとうございました。第 3 回カンファレンスは以上となります。