

# 医療機関に対する新型コロナ関連補助金の『見える化』

2021年10月11日

一橋大学 国際・公共政策大学院 教授 井伊雅子

# コロナ禍での受診行動の大きな変化

- (1) 患者の予防による受診減
- (2) 不要不急の受診減(患者側・医療側)
- (3) 必要な医療を控えている可能性

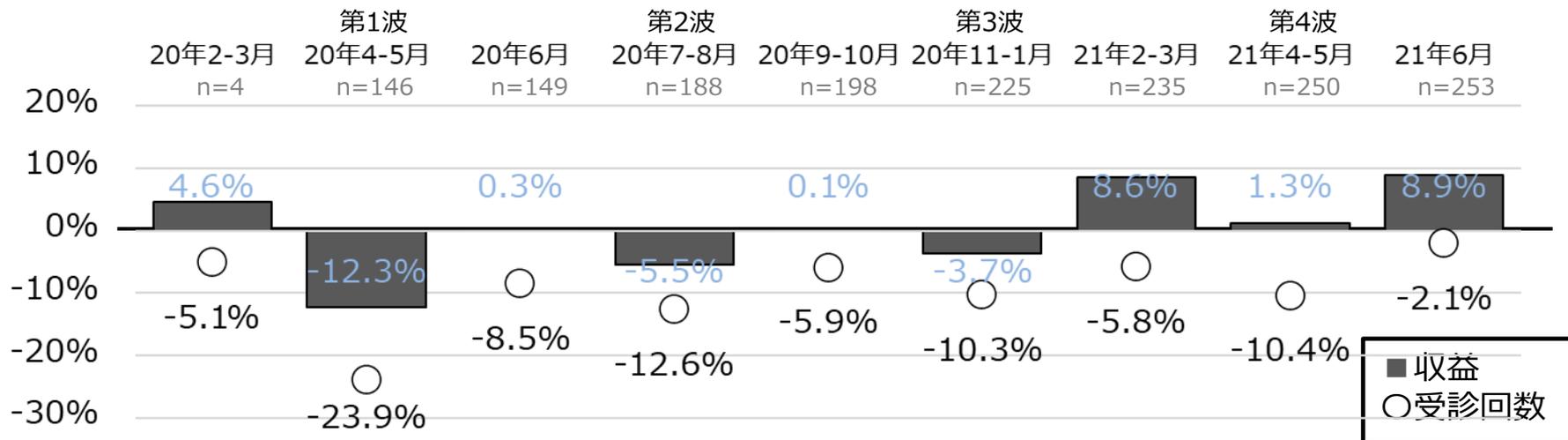


⇒医療機関の経営への影響が指摘されるが、国から様々な支援策が講じられており、全体像が見えにくくなっている

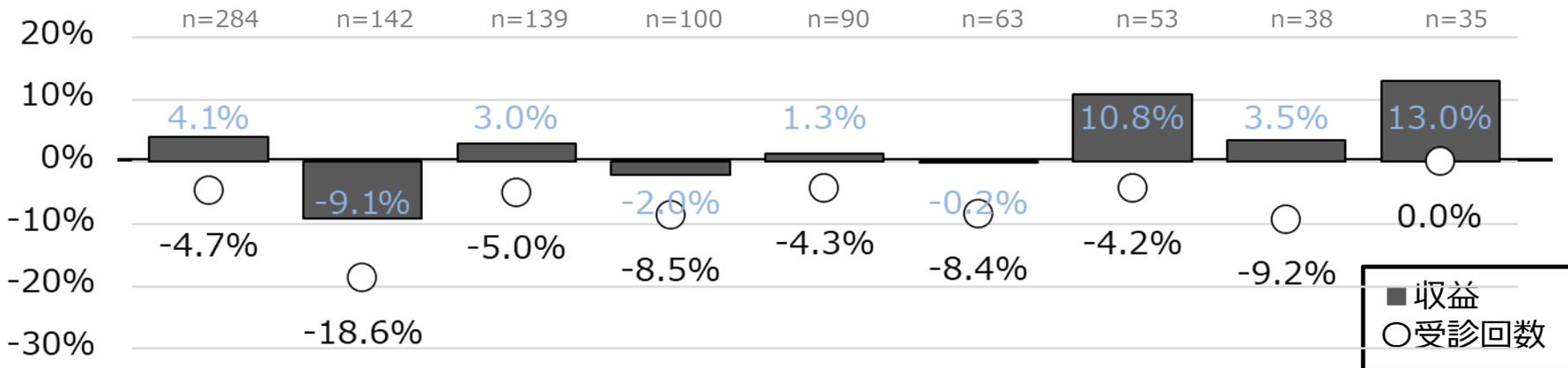
# コロナ受入なし病院と比較し、受入あり病院の悪影響はより大きい が、コロナ受入れなし病院へも外来受診影響はある

【外来受診回数・外来収益 コロナ受入有無別 前年同月変動率】

## <コロナ受入あり病院>



## <コロナ受入れなし病院>



※288病院を対象に分析

※分析対象期間：2019年2月-21年6月

※2021年2-6月は19年2-6月からの変化率

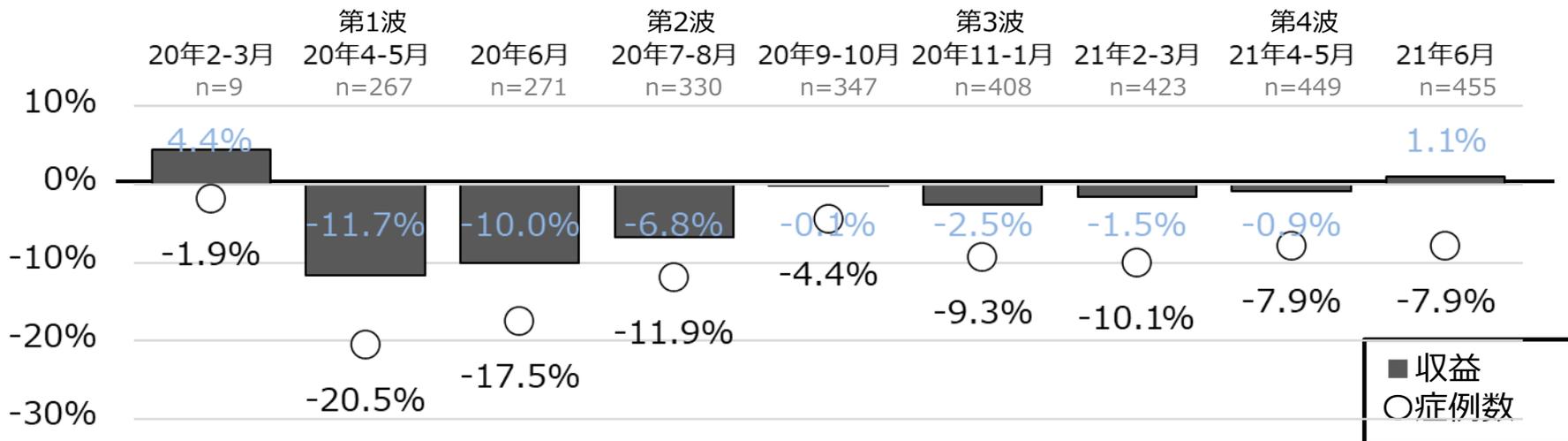
※退院月ベースでコロナ（疑い病名除く）受入時点から「受入あり病院」と判定（5日以内転院が8割以上の場合を除く）

グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン  
の分析による

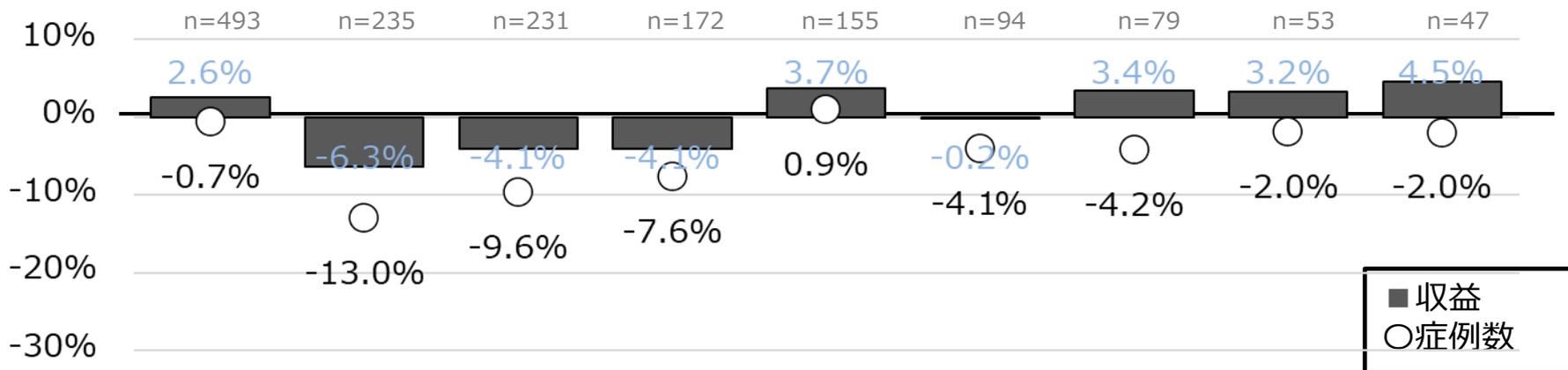
# コロナ受入なし病院と比較し、受入あり病院の悪影響はより大きい。

【退院症例数・入院収益 コロナ受入有無別 前年同月変動率】

## <コロナ受入あり病院>



## <コロナ受入なし病院>



※502病院を対象に分析

※分析対象期間：2019年2月-21年6月

※2021年2-6月は19年2-6月からの変化率

※コロナ（疑い病名除く）受入時点から「受入あり病院」と判定（5日以内転院が8割以上の場合を除く）

グローバルヘルスコンサルティング・ジャパン  
の分析による

## 病院・診療所別の診療報酬総点数の新型コロナ感染拡大前との比較

		医科					歯科	調剤	
		病院	診療所	内科	小児科	整形外科			
2020年12月	(前年同月比)	▲2.9%	▲2.9%	▲7.6%	▲11.1%	▲23.7%	3.6%	6.1%	▲2.7%
2021年1月		▲4.7%	▲6.3%	▲10.5%	▲13.6%	▲27.0%	▲1.1%	2.9%	▲4.2%
2月		▲3.6%	▲6.1%	▲6.9%	▲8.9%	▲17.7%	0.5%	1.5%	▲5.1%
3月	(前々年同月比)	5.9%	3.4%	▲0.2%	▲0.5%	▲2.3%	9.4%	8.8%	5.4%
4月		5.5%	0.7%	3.3%	2.3%	6.4%	9.8%	10.3%	0.4%
5月		4.7%	▲2.0%	2.1%	2.1%	10.2%	5.5%	10.4%	0.9%
6月		9.5%	3.8%	5.6%	4.6%	16.5%	10.6%	8.0%	7.3%
7月		1.6%	0.4%	3.9%	4.1%	23.6%	2.9%	3.1%	2.5%
8月		5.3%	3.6%	8.9%	13.2%	24.0%	4.4%	5.6%	2.9%

※社会保険診療報酬支払基金のデータ。7月、8月は速報値。

健診・検診についても、「令和3年版厚生労働白書」で以下の指摘。

「新型コロナウイルス感染症の影響による減少が見られた。2019(令和元)年と2020年の健診実施数を比較すると、各種健診において、緊急事態宣言期間下の4～5月の実施状況が前年と比べて大きく落ち込んでいる。特にがん検診については、公益財団法人日本対がん協会による調査によると、前年同月比で、4月に14.8%、5月には7.3%まで大きく落ち込んだ(なお、宣言解除後の6月以降は一定の回復傾向が見られる。)」

一方で、そもそも適正な頻度・内容の健康診断については、エビデンスによる検証が必要

## OECD 公衆衛生白書:日本 2019



- この人口高齢化により医療制度の財源がかつてないほど逼迫しているにもかかわらず、日本では国民の健康促進と疾病の早期発見を目的とした健康診断を幅広く取り入れています。異常なほど多くの健康診断を頻繁に行っても効果はなく、費用対効果も悪く、有害にすらなりかねません
- 有効性を高めるためには、日本は無駄のない予防パッケージに焦点を当て、あらゆる関係者の明確な期待を絞り込み、国民全体を対象としたより強い政策で後押しすべきです
- 健康診断項目の削減を優先すべきだが、その中には全国民に対して行われているがん検診のより良い調整を含むべきである

<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecd-reviews-of-public-health-japan-9789264311602-en.htm>

# これらのデータに補助金は含まれていない

例えば補助金額の大きい緊急包括支援交付金の個別医療機関への支払いデータは、全額国負担であるにもかかわらず、都道府県が情報を公開しない限り『見える化』されない

また、情報公開に当たっては、そもそも都道府県によってはコロナ患者を受け入れている医療機関名を公表していないことがネックとなる可能性。海外（英国など）ではコロナ対応医療機関名はサイト等で公表

# 医療機関も事業会社と同等の会計基準の下で 財務諸表を年1回作成し、公表すべき

地方公共団体が開設する病院事業及び公営企業型地方独立行政法人の運営する病院事業に関しては、「地方公営企業年鑑」から財務諸表を入手可能

民間の医療法人に関しては、都道府県に情報公開請求を行うことにより、財務諸表を入手可能であるが、時間を要する。紙での管理が基本であり、分析に更に時間がかかる

※なお、医療法人の財務諸表において、補助金は事業収益に含まれており、補助金を取り出して分析できない。法人登録をしていない小規模病院や診療所の財務諸表は入手ができない。

## 経済財政運営と改革の基本方針2021

医療法人の事業報告書等をアップロードで届出・公表する全国的な電子開示システムを早急に整え、感染症による医療機関への影響等を早期に分析できる体制を構築する。

⇒効果検証を行うためにも、早期に体制整備を行うべき

⇒あわせて、交付された補助金なども把握できるよう事業報告書の内容の精緻化にも取り組む必要

なお、上記のデータベース化は、診療報酬改定の判断材料としても重要（現行の「医療経済実態調査」はサンプル調査であり、サンプル数の少なさから主たる診療科別など属性別の把握の精度が落ちる、3月決算の診療所の割合が低いため診療報酬改定の厳密な影響把握ができない、経年的推移が把握不能などの課題が指摘されている（一橋大学荒井教授の研究））

# 病床確保料が支払われた医療機関について、 入院患者受入実績の検証が必要

<日本テレビニュースより>

## 病床使用率リスト入手「幽霊病床」実態とは

2021年9月6日 22:44

0TELNEWS24

病床使用率が100%を超えている病院が50施設ありました。その一方で、病床使用率が40%未満の病院が27施設ありました。

退院が一度に多くでて、一時的に病床使用率が下がったケースもあるかもしれませんが、中には0%という病院も7施設ありました。

受け入れ可能と申告していながら実際は使われていない病床、「幽霊病床」ともいわれています。これまでこうした問題があるとはいわれていましたが、今回初めて数字として明らかになりました。

補助金の問題もあります。こうした「確保病床」については、国から補助金が支払われているのです。

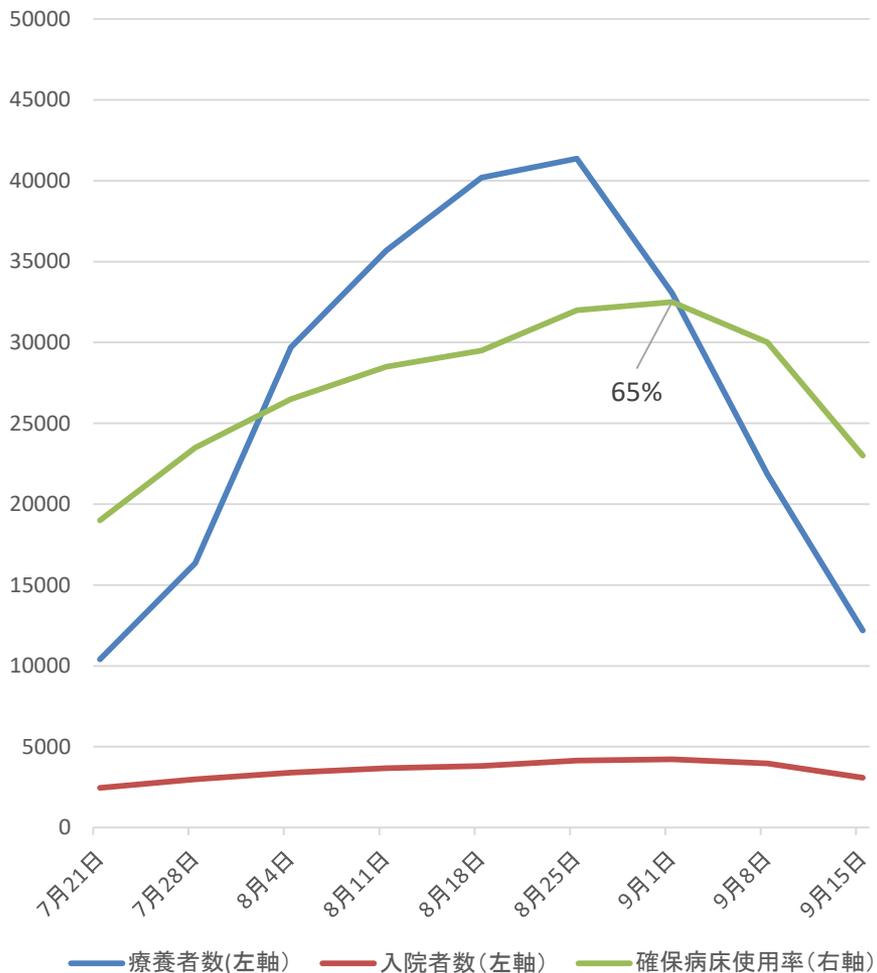
重症者用ベッド1床につき、最大1950万円、重症以外の患者のベッド1床につき、最大900万円の補助金が、申請をすると国から医療機関に支給されています。

また、これとは別にコロナ患者がいない時も即入院可能とするために、ほかの患者を受け入れないで、ずっとベッドを空けてキープしておくとなると、病院の収入に影響がでますので、コロナ患者の入院がない間は、日割りで「空床確保料」というのも支給されています。

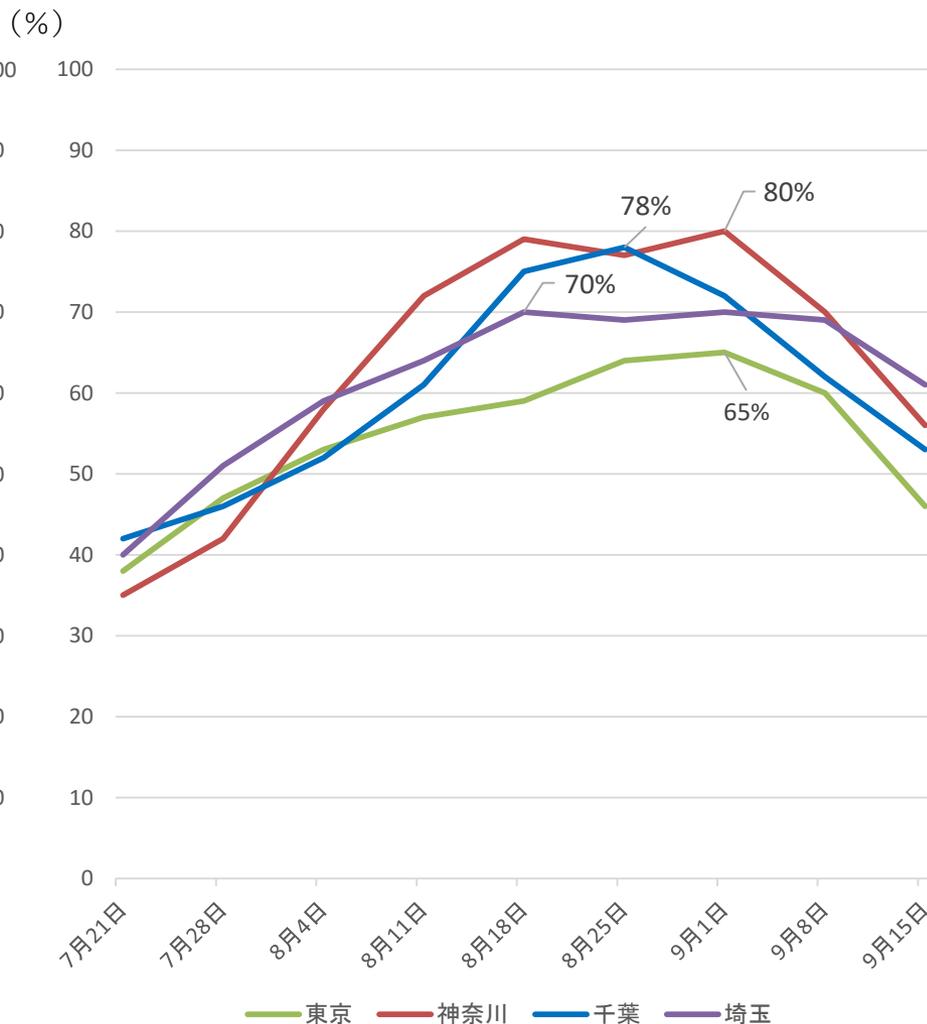
仮に補助金をもらっているのに、患者の受け入れがないとなると不適切です。こうしたことから東京都と厚生労働省は、申告に見合った受け入れを求めています。関係者は、「実態は把握しているが協力してもらっている以上、ダメとは言えない」として、確保病床の申告数の見直しには慎重な姿勢を示しています。

第5波における東京都の確保された病床の使用率は最大で65%であった。  
残る三分の一の病床の事後検証による『見える化』が必要。

東京都の療養者数・入院者数と確保病床使用率  
(人)



一都三県の確保病床使用率



# ワクチンの補助金についても同様に検証が必要

<日本テレビニュースより>

**釧路でワクチン接種「日給17万円」……全国から医師続々 “打ち手”確保へあの手この手 東京は土日に応募“殺到”**

6/23(水) 9:25 配信

**07 NEWS24**

自治体や職場で集団接種が広がりますが、懸念は打ち手の不足です。北海道釧路市では日給を17万円以上と高額に設定し、医師を確保しました。東京では医師不足を見据えて救急救命士らへの研修も。一方、東京では土日の求人に医師から応募が殺到しています。

ワクチン接種率が6割を超え、財政のインセンティブはカンフル剤としては効果的であり、11月の希望者への接種完了まで継続するのは理解できるが、費用対効果の検証や実績の「見える化」は必要。

イギリスでは接種は一本打つごとに£12.58（1,900円程度）の報酬が診療所側に入るとされている一方、日本は消費税込みでは2,277円/回（休日加算に下記の追加支援策を含めた場合最大7,620円/回。しかも診療所の多くは免税事業者）。加えてワクチン接種体制確保事業から医療機関に協力金が支払われる。

医療機関に対する協力金について、幾ら支払いがなされているのか『見える化』が必要

## ワクチン接種に係る支援策について

### 【ワクチン接種対策費負担金】 (接種の費用)

予算額: 4,319億円(令和2年度三次補正)

#### <概要>

- ・単価: 2,070円/回
- ・時間外・休日の接種に対する加算  
(時間外: +730円、休日: +2,130円)



### 【ワクチン接種体制確保事業】 (自治体における実施体制の費用)

予算額: 3,439億円(令和2年度三次補正等)  
+3,301億円(令和3年度予備費)

#### <概要>

- 接種の実施体制の確保に必要な経費
- 集団接種など通常の予防接種での対応を超える経費 等



### 【新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金】 +818億円

(令和3年度予備費)

#### 個別接種促進のための追加支援策①～③)

個別接種

##### ①「診療所」における接種回数の底上げ

- ・週100回以上の接種を7月末まで/8・9月/10・11月に4週間以上行う場合⇒+2,000円/回
- ・週150回以上の接種を7月末まで/8・9月/10・11月に4週間以上行う場合⇒+3,000円/回

##### ②接種施設数の増加(診療所・病院共通)

医療機関が50回以上/日のまとまった規模の接種を行った場合は、10万円/日(定額を交付)。(①とは重複しない)

集団接種

#### 都道府県が実施する大規模接種会場の 設置等に必要となる費用を補助

##### <概要>

- 都道府県がワクチン接種を実施するために設置する大規模接種会場に係る設備整備等の支援を実施  
(使用料及び賃借料、備品購入費等)

#### 時間外・休日のワクチン接種会場への医療従事者派遣事業

##### <概要>

- 時間外・休日の医療機関の集団接種会場への医師・看護師等の派遣について、派遣元への財政的支援を実施
  - ・医師 1人1時間当たり 7,550円
  - ・看護師等 1人1時間当たり 2,760円

※地域の実情に応じて都道府県知事が必要と認める地域への派遣を対象

同様の扱い

##### ③「病院」における接種体制の強化

特別な体制を組んで、50回以上/日の接種を週1日以上7月末まで/8・9月/10・11月に4週間以上行う場合に、上記の医療従事者派遣事業と同様の仕組みを活用し、②に加えて追加交付

#### 職域接種に対する新たな支援策④)

##### <概要>

外部の医療機関が出張して実施する職域接種であって、以下の条件に該当するものに対し、都道府県が設置する大規模接種会場に対する支援と同等の支援を実施。(1,000円×接種回数を上限に実費補助)

- ・中小企業が商工会議所、総合型健保組合、業界団体等複数の企業で構成される団体を事務局として共同実施するもの
- ・大学、短期大学、高等専門学校、専門学校の職域接種で所属の学生も対象とし、文部科学省が定める地域貢献の基準を満たすもの



企業・大学

個別接種促進について、カンフル剤である以上のべつ幕なしではなく、効果的なタイミングで発動すべき。その内容も不断に見直すべき。

## コロナ渦における医療需要を分析し、日本の支払い制度における過剰医療を指摘した論文

<https://medrxiv.org/cgi/content/short/2021.10.01.21264447v1>

### **The paradox of the COVID-19 pandemic: the impact on patient demand in Japanese hospitals**

April 2021

Masako Ii, Sachiko Watanabe

#### **Abstract**

Analyzing data from a large, nationally distributed group of Japanese hospitals, we found a dramatic decline in both inpatient and outpatient volumes over the three waves of the COVID-19 pandemic in Japan from February-December 2020. We identified three key reasons for this fall in patient demand. First, COVID-19-related hygiene measures and behavioral changes significantly reduced non-COVID-19 infectious diseases. Second, consultations relating to chronic diseases fell sharply. Third, certain medical investigations and interventions were postponed or cancelled. Despite the drop in hospital attendances and admissions, COVID-19 is said to have brought the Japanese health care system to the brink of collapse. In this context, we explore longstanding systematic issues, finding that Japan's abundant supply of beds and current payment system may have introduced a perverse

# 過剰医療と過少医療の実態と その財政への影響

財務総合政策研究所学術論文集

『フィナンシャル・レビュー』

(2022年3月発刊予定)

井伊 雅子 一橋大学

国際・公共政策大学院教授 責任編集