

コロナも「自助努力」 軽視される経済的負担

2022年8月11日 稲葉剛・立教大学大学院 21世紀社会デザイン研究科客員教授



新型コロナウイルス感染拡大の影響で、救急患者の搬送先がすぐ決まらない「救急搬送困難事案」が増加している。8月2日、総務省消防庁は「救急搬送困難事案」が、7月25～31日の1週間に全国で6307件あり、第6波のピークだった今年2月の6064件を上回って過去最多となったと発表した。7月末には東京都内に暮らす末期がんの患者（80代男性）がコロナに感染して重篤な症状に陥ったものの、救急搬送先が見つからず、自宅で死亡した。

岸田文雄首相は自民党総裁選の候補者だった昨年9月2日、国会内で開いた記者会見で「新型コロナウイルス対策についての説明が十分なのか、現状認識が楽観的過ぎないか」という声が多数ある。こうした声を踏まえて対応したい」と述べた上で、「医療難民ゼロ」「感染症有事対応の抜本的強化」など「コロナ対策『岸田4本柱』」と題した政策を発表した。

この時は「有事対応」として感染症対策を進めていく必要性を説いていた岸田氏は、現在、全国各地で感染爆発が起こり、「医療難民ゼロ」どころか「医療崩壊」が現実化している現状をどう捉えているのだろうか。昨年10月に岸田政権が発足してからのコロナ対策への認識は、前政権以上に「楽観的過ぎ」だったのではないかと。厳しい検証が必要だ。

貧困状況への理解が欠けている

8月に入り、政府の対策が後手後手に回っていることに危機感を抱いている専門家からの独自の発信が相次いでいる。

政府のコロナ対策分科会の会長を務める尾身茂氏ら専門家の有志も、2日に記者会見を開き、感染者の全数把握の見直しや診療する医療機関の拡大などの対策緩和を2段階で進

める必要があるとの提言を公表した。コロナ診療の費用負担についても、ステップ1では原則公費負担を続けるものの、ステップ2では重症患者や高額治療薬は公費負担とし、それ以外は通常の保険診療で対応するとの方向性を打ち出している。



記者会見する政府の「新型コロナウイルス感染症対策分科会」の尾身茂会長（右から2人目）ら専門家有志＝東京都千代田区の日本記者クラブで2022年8月2日、前田梨里子撮影

第7波においては「自宅療養」を基本とし、自分で購入した市販薬を飲みながら健康観察をおこない、重症化のリスクのある人だけ医療機関を受診する。将来的には、公費負担を縮小し、通常の医療同様、患者にも医療費の負担を求めていく。感染症対策の専門家からは個々人の自助努力を求めるメッセージが相次いで発信されている。

現在の感染状況や日本の医療体制の現状を踏まえるなら、専門家からこうした意見が出てくるのも理解できなくはない。だが私は、専門家からの発信に日本社会に広がる貧困についての理解が欠けており、患者の経済的な負担を軽視する傾向があることを懸念している。

「自宅」がない人がいる

現在、私たち生活困窮者支援団体の相談現場で問題になっているのは、住まいがない状態の生活困窮者が発熱をした際の対応である。「自宅療養」をしようにも、その「自宅」がない人たちがいるからだ。

私たちは東京都や各区に対して、安定した住まいがない人が発熱した場合、路上やネットカフェで待機するのではなく、すぐに宿泊施設に入所して療養できる体制を整備することを何度も要望してきた。東京都は住まいのない人がコロナ感染をした場合、療養ホテルに入所できると説明をしているが、第5波や第6波の時にも、都が用意するホテルに入れるまで数日かかる事例があったため、このタイムラグの短縮を私たちは要望してきた。

しかし、行政の動きは遅く、運用の改善はなされないまま、第7波が広がるという事態に至ってしまった。そのため、現場では、各支援団体が独自に確保している個室シェルターで発熱した人を受け入れざるをえない状態が続いている。

民間の個室シェルターも空き部屋の数に限りがあるため、関係者の間では「最悪、軽症の場合は路上生活のまま支援をして、そこにボランティアの医師が駆けつける方法しかないのではないか」という議論をせざるをえなくなっている。感染の疑いがない人であれば、ホテル代を支援団体で出して泊まってもらうこともできるが、症状のある人を私たちがホテルに連れていくことはできないからである。

「住まいがあること」は、「自宅療養」の最も基本的な条件だが、他にも安心して療養するためには以下のような条件が必要になる。

- ・部屋にエアコンがあり、室温を適切に保つことができる。電気代を気にせずにエアコンを使える。
- ・市販薬や食料品を購入できる経済的余裕がある。
- ・行政の窓口や医療機関と連絡を取るために必要なネット環境や電話がある。
- ・自分の健康を気遣ってくれる家族や友人が近くにいる。

「今どき、そんなこともままならない人がいるのか」と思うかもしれないが、私が日々の生活困窮者支援活動で出会う人の中には、これらの条件を満たさない居住環境や経済状況の中で暮らしている人が少なくない。自宅療養を求めるのであれば、療養できる環境を整えるための支援が不可欠だ。

こうした「医療の手前にある問題」は福祉政策が対応すべき課題であるとされ、感染症対策の議論では正面から取り上げられない傾向があるが、感染症対策を効果的に進めるためにも両者の連携は必要である。

感染症対策に必要な社会的排除の視点

さらに将来的にコロナ診療の公費負担が縮小されれば、経済的な理由から医療にかからない人が続出するだろう。

今年1月に国立研究開発法人国立国際医療研究センターが在日ベトナム人の技能実習生や留学生ら929人を対象に実施した調査では、症状があってもコロナの検査を受けていないと回答した人が27%にのぼった。その理由としては「費用がかかってしまうのではないか」(58%)、「検査がどこでできるのか分からない」(45%)という2点が最も多く挙げられていた(注2)。

これは外国人を対象とした調査だが、日本人の低所得者の間でもコロナ診療に自己負担が発生すると誤解して受診を抑制する人は少なくない。現状でも広報の不徹底により医



療へのアクセスが妨げられているのだから、公費負担が縮小すれば、状況はさらに悪化するだろう。

コロナ以前から日本では貧困が深刻化していたが、コロナ禍で政府が十分な貧困対策を打ち出さなかったため、状況はさらに悪化してしまった。

こうした状況において、今後の感染症対策が「自助」を強調する方向へと進んでいけば、医療に見放される人が大量に発生してしまう事態が起こりかねない。感染症対策に貧困や社会的排除の視点を入れることが不可欠であると強調したい。