特別インタビュー

民間中小病院は集約されるより分散している方が合理的である

―今後の医療政策と病院経営の展望―

日本福祉大学　名誉教授　二木　立

生産年齢人口が現状の半分となり高齢者人口がピークを迎える2040年に向け、国は健康寿命を延ばし、多様な就労・社会参加の環境を整備し、高齢者が現役世代を支える全世代型社会保障制度の実現に向けた改革を始めている。昨年12月には、全世代型社会保障構築会議が岸田文雄首相に報告書を提出し、今年の社会保障改革は同報告書で示された改革の方向性・提案をもとに進められることになった。そこで、日本の医療経済・政策学の第一人者である二木立先生に今後の医療政策と病院経営の展望についてお話を伺った。

―― 全世代型社会保障構築会議が岸田文雄首相に提出した報告書（以下、報告書）は、「社会の持続可能性を高める対応を強化していかなければならない」と断言しています。社会保障制度の持続性という観点からは、技術の進歩に伴う高額薬剤の登場、病院医療費の高騰などが医療財源を脅かすのではないかという懸念も付きまといます。

二木　今後は高額新薬が急増するため医療費が急騰し、国民皆保険制度は財政破綻に直面することとなるため、保険給付範囲の縮小・「混合診療」の拡大が不可避になるとの悲観論は、2015年に國頭英夫医師が「オプジーボ亡国論」を発表して大きな議論を巻き起こしました。

実際に2015年度の概算医療費は対前年度比3.8％増（41兆5000億円）、そのうち調剤医療費は9.4％増の７兆8743億円となり、しかも薬剤料に限れば11.3％増（５兆9783億円）と急増しました。しかし、政府は2016年12月に「薬価制度の抜本改革に向けた基本方針」を決定し、これに基づいた一連の強力な医薬品費抑制政策を実行していきます。菅義偉官房長官（当時）主導で取りまとめられたこの基本方針（厚生労働、財務、経済財政政策担当、内閣官房長官の４大臣合意）のターゲットは「革新的かつ非常に高額な医薬品」であり、①新薬は「年４回薬価を見直す」②「全品を対象に、毎年薬価調査を行い、その結果に基づき薬価改定を行う」③「新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度をゼロベースで抜本的に見直す」④新薬の「費用対効果評価を本格的に導入する」⑤「外国価格調整の方法の改善」―を打ち出しました。

その結果、概算医療費中の調剤医療費の割合は2015年度の19.0％をピークにして以後微減し、最新の2021年度も17.5％でした。なお2021年度は、新型コロナウイルス感染症による受診控えが顕著だった2020年度比では増加したものの、2019年度比では調剤医療費0.0％増（微増）、薬剤料だけを見れば0.4％のマイナスでした。また、国民医療費に対する医薬品費の割合も2015年度の22.6％をピークにしてその後2017年度22.0％、2018年度21.2％、2019年度21.6％と推移しています。「国内医療用医薬品市場の推移」をみても2015年～2021年までの７年間は10兆円強で安定しており、高騰は見られません。私はそれまでの日本における医薬品費を含めた技術進歩と医療費（抑制）政策の歴史を検証し、「今後、新医薬品・医療技術の適正な値付けと適正利用を推進すれば、技術進歩と国民皆保険制度は両立できる」ことを結論として導き出しました[1]。ここで重要なのは、「適正な値付け」と「適正利用」はどちらか一方ではなく、常にセットで推進するということです。

最近では、過度の医薬品費抑制が画期的新薬の開発を阻害し、ドラッグラグを再燃させる等の認識が製薬団体だけではなく医療団体、厚生労働省でも共有され、22年８月には厚生労働省内に「医

薬品の迅速かつ安定的な供給のための流通・薬価制度に関する有識者検討会」が発足して再検討が始まりました。今後は、国民医療費の伸び率と同程度の伸長は認められていくでしょう。医薬品費は対国民医療費の２割程度にコントロールされていくと思います。

医療費増に対しては、今後はほかの支出が急増するため、その財源確保のために社会保障費・医療費が圧迫されるという悲観論もあります。その一つが軍事費です。これは古典的な「大砲かバターか」論の復活とも言えるものです。政府は今後５年をめどに、防衛予算を現行のGDP比１％から２％へと倍増し、22年度には補正予算を含め６兆円弱だった防衛費を23年度からの５年間で計43兆円とすることを決定しています。もしこれが実現すれば、そのしわ寄せが社会保障分野にまで及ぶ可能性は否定できません。

もう１つは、社会保障制度の枠内での再配分です。報告書で「Ⅲ．各分野における改革の方向性」の第一に挙げられた「こども・子育て支援」政策は、１月の岸田首相による施政方針演説で「最重要政策」と明言されました。これには数兆円規模の新たな恒久財源が必要になります。与党公明党が昨年11月に発表した「子育て応援トータルプラン」では、６兆円強の追加財源が必要と試算しており、しかもその財源の一部は社会保険料とすることが想定されているという報道もあります[2]。

私はコロナ感染爆発の直後から、東日本大震災後の「復興特別税」と同様の「コロナ復興特別税」（仮称）を導入し、それを保険・医療の充実等に使うことを提唱していましたが、この「復興特別税」も、そして医療団体が以前から医療費増の財源として提案していたたばこ税増税も、いずれも防衛費増に使われることになってしまいました。

ですから、社会保障費・医療費の財源確保が非常に厳しくなっているのは事実です。ですが、厚生労働省は国民医療費の対GDP比は医療技術の進歩と人口高齢化によって2040年までは漸増すると予測していますし、財務コンサルタントのマーク・ロビンソン氏は、コロナ危機後の「これからの30年という時間枠で［2050年までの］先進国の公的支出の未来を展望」し、「医療、気候変動、介護はすべての国の政府が今後支出を増やさざるをえない」ため、「大多数の国の対GDP比で最低でも７pptの増加となる」と予測しています[3]。しかも、７分野の政府支出（社会保障費も含む）の中では、医療が長期の支出増で突出した最大の領域になるとしています。氏の分析で注目すべきは、「これは『大きな政府』論者が政治的に勝利するからではない。政府のイデオロギー上の姿勢とは関係なく、政府支出に大きく影響する外部要因の圧力の結果として、大幅な支出増が起きる」と、いわば「中立的」に指摘していることです。

―― 医療という成長産業の中において、特に中小病院においては再編・統合を強いられるだろうというような将来の厳しい経営環境を予測する悲観論もあります。これからの病院経営の在り方についてどう見ておられますか。

二木 ここで「医療という成長産業」という理解は非常に重要です。私は1990年代は医療冬の時代論といわれていた1986年から、医療は安定産業だと主張し続けています。高成長ではありませんが、衰退産業ではありません。そのうえで、「病院は再編•統合を強いられる」との認識は三重に誤っています。なぜなら、第一に、国・自治体が民間病院・病床の再編・統合を強いることは法的にできないからです。このことは、地域医療構想でも確認されています。

第二に、再編・統合が生じるのは、高度急性期病院と人口減少が激しい地方の公立病院（一部の民間病院を含む）に限られると思います。高度急性期病院の集約化は私も不可欠だと思いますが、それはスタッフの集約化と医療機能向上実現のためです。ただし注意していただきたいのは、このような統合の場合、中機能病院が高機能化することで、医療費はむしろ増加する可能性が大きいことです。その好例が山形県酒井市の県立・市立病院の統合の事例です[4]。

第三に、高齢者の入院医療の大半は「高度急性期病床」ではなく、「（一般）急性期病床」や「回

復期病床」、「療養病床」で提供され、それを中心的に担うのは民間中小病院だということです。設備の充実した高度急性期病床に比べれば、これら病床の医療費は半分以下で済みます。今後急増する高齢者の入院ニーズ－（誤嚥性）肺炎、骨折、尿路感染症等－に応える上でも、医療費の過度の上昇を予防する上でも、さらには高齢者のアクセスという面からも、「(一般）急性期」および「回復期」を担う民間中小病院は集約されるより分散している方が合理的です。

ただし、今後、人口・患者が急減する地域では、病院のダウンサイジングや有床診療所化が必要になると思います。「(一般）急性期病床」と「地域包括ケア病棟」の機能が類似していることを考えると、両者を制度的に統合することは検討に値しますが、その際の大前提は、地域包括ケア病棟の看護体制を現行の13対１から10対１以上にすることです。13対１の看護基準では高齢者救急に対応することは難しいからです。

したがって、民間中小病院が地域包括ケアに積極的に参加し、地域に根ざした保健・医療・介護サービスを展開すれば、大半が生き延びられると判断しています。地域密着型の中小病院は今後も医療の中心であり続けるでしょう。

これに関して、松田晋哉氏は、今後の医療のネットワーク化の方法について①複合体化②地域医療連携推進法人創設③「アライアンス」形成－の３つの選択肢を示した上で、「どのような形で進むのか、それぞれの地域の状況による」と書いています[5]。私もこの認識に賛成です。

ここで注意が必要なのは、政府・厚生労働省の地域医療連携推進法人に対する立場が変わってきていることです。同法人制度が発足した2017年当初、厚生労働省は中立の立場でした。それは翌年の診療報酬改定で同法人を後押しする加算等が導入されなかったことにも表れています。その後、2020年、2022年の診療報酬改定でもそのような加算項目は導入されていません。しかし2021年と2022年の骨太方針で地域医療連携推進法人の「活用」という表現が登場し、全世代型社会保障構築会議報告書でも「かかりつけ医機能」の実施においてその活用が一例と示されました。これは当初の「中立」から同法人を育成しようという方針に転換したとみることができます。２月10日に閣議決定された医療法一部改正案では、地域医療連携推進法人に個人病院・診療所も参加できることになりました（第70条第１項)。

Ｍ＆Ａによりグループを急拡大させている医療法人伯鳳会の古城資久理事長も、最近の講演で「病院経営は今後厳しくなると思うが、病床数そのものは減らないし、入院患者は恐らく減らないだろう。むしろ今後入院してくる患者の層は中小民間病院の得意な患者が増えてくるだろう。ビジネスチャンスはまだまだある」と述べています[6]。

―― 全世代型社会保障構築会議報告書の全体的な印象について、改めてお聞かせください。

二木 本文にして25頁から成る報告書は、菅義偉内閣時代の「全世代型社会保障検討会議最終報告」(2020年12月）がわずか５頁にすぎず、内容的にも少子化対策と医療改革（後期高齢者の２割負担導入）のみで、分量・内容とも史上最薄であったのと比べるとよほど充実しています。中でも「Ⅱ．全世代型社会保障の基本的考え方」や「Ⅲ．１．こども・子育て支援の充実」、「Ⅲ．２．働き方に中立的な社会保障制度等の構築」「Ⅲ．４．「地域共生社会」の実現」の総論部分は評価できます。「Ⅱ．全世代型社会保障の基本的考え方」では、「最も緊急を要する取組は、『未来への投資』として、子育て・若者世代への支援を急速かつ強力に整備すること」であり、「子育て費用を社会全体で分かち合い、こどもを生み育てたいと希望する全ての人が、安心して子育てができる環境を整備することこそ何よりも求められている」と強調し、５点から成る「全世代型社会保障の基本理念」を提起しています。

私は、少子化・人口減少が日本に限らず世界的趨勢であることを考えると、少子化対策の有効性(出生率低下の反転・急上昇）には疑問を持っていますが、この「基本理念」、およびこの理念に沿った取組みを「時間軸」と「地域軸」の２つの視点

から進めることには大枠で賛成です。特に「基本理念」③（個人の幸福とともに、社会全体を幸福にする）が、社会保障における「消費」の重要性を繰り返し強調していることに大いに共感しました。

しかし、「報告書」は今後の社会保障費増加を賄う「財源確保」の具体策・選択肢についてほとんど触れておらず、財源の裏付けのない、いわば片肺飛行の改革提案になっています。これは「報告書」取りまとめ時期に、岸田首相が防衛費の対GDP比２倍化のための財源確保のために全力を注ぎ、社会保障の財源確保の議論が封印されたためとも言えるでしょう。

――「報告書」各論の「３．医療・介護制度の改革」は医療提供体制の改革を強く求め、特に、かかりつけ医機能が発揮される制度整備について言及しています。この背景をどうみればよいでしょう。

二木 背景としては２つあるとみています。１つは、コロナ大流行時に、患者がかかりつけ医（と思っていた）医療機関に受診できなかったとされ、マスコミに大きく取り上げられたこと、もう１つは、英国のGP制度のような登録制・人頭払いのかかりつけ医制度の導入を主張していた一部の指導的プライマリケア医の主張に、かかりつけ医を制度化すれば医療費が抑制できると期待した財務省、健保連や日本経済新聞が便乗したのではないかということです。

前者について、かかりつけ医に受診できなかったという事例は実際にあったと思います。爆発的流行時に、供給が需要に応えきれないという事態は起こり得ます。けれど私が調べた範囲では、このエビデンスを示した論文や新聞記事はありません。2021年１月に突如起こった病院バッシング報道では病床数の数字なども取り上げられましたが、それらは私から見れば全て統計の誤用です。

そこで、日本で最も影響力のある市民医療団体の一つであり、患者・家族から最も多くの電話相談を受けていると思われる認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOMLの山口育子理事長に、COMLへの電話相談で、2020年のコロナ禍後、診療所またはかかりつけ医（と思っていた医師）に診療を断られたとの苦情は増えたかを尋ねたところ、「ほぼ届いていません」「私も非常に個別的な事例をさもどこでも起きているかのように利用されているように思っています」との返事をいただきました。

仮に、医療機関での診療拒否が広範に生じていたとしたら、国民の医療不信は強まったはずです。しかし現実には、コロナ禍後、国民の医師に対する信頼は増しているとの調査があります。NHK放送文化研究所も参加する国際比較調査グループISSPが毎年特定のテーマと共通の質問文で行っている世論調査で、2021年のテーマは、2011年に続いて２回目となる「健康・医療」です。2021年の調査は、コロナ感染者が国内で確認されてから２年近くになる2021年11月から12月にかけて行われました。それによれば、医師を信頼できるとの回答は７割（70％）にも上り、しかも前回調査時の６割（60％）を上回りました。医療制度に至っては信頼しているとの回答が９割近く（87％）を占め、前回の65％から大幅に高まりました。コロナ禍の影響を直接尋ねた調査項目でも、コロナの感染拡大への対応が医療制度に対する信頼を「高めた」が41％で、「低下させた」の21％を大きく上回りました。逆にコロナ禍が政府への信頼を「低下させた」は44％で、「高めた」の18％を大きく上回っています。

後者の状況証拠としては、草場鉄周医師（日本プライマリケア連合学会理事長）が2021年10月11日の財政制度分科会の有識者ヒアリングで、「コロナ禍を乗り越えてあるべきプライマリ・ケア」について講演し、財務省はその直後の11月８日の分科会で、「かかりつけ医等がいないこと、「受診・相談センター」に連絡がつながりにくいこと、加えて発熱外来を実施する医療機関名の公表を促すことにしていたにもかかわらず、実際には地域の医師会の合意等を得られない等で公表が進まなかったこと等から、発熱患者等が円滑に診療を受けられない状況が生じた」と断じました（資料「社会保障」45頁）。これを契機にして、財務省は「かかりつけ医の制度化」要求を強めていきました。

私は過去20年にプライマリケアと医療費と医療の質の３者または２者の関係について検証した文献を検索・精読し、プライマリケアの拡充が医療の質を引き上げることを示した実証研究があることは確認できています。しかし、プライマリケアの拡充が医療の質向上と医療費抑制を共に実現させるとの一部のプライマリケア医や研究者の主張の根拠となるような実証研究はなく、逆に、プライマリケアの拡充によって医療費が増えるまたは変化しないとの良質な研究はたくさんありました[7]。

例えば2006年のクローネマン等の「プライマリケアにおけるフリーアクセスと患者の満足度－欧州調査」は、欧州18カ国を対象にした国際比較研究で、プライマリケアにおけるフリーアクセス指数が高い国ほど患者のGPサービスに対する満足度が高い（門番機能が高いほど満足度は低い）ことを示しました。2021年には、高水準のプライマリケアへの包括払い導入が、一人当たり総医療費を減少させるとのエビデンスが全くなかったことを疑問の余地なく示した社会実験的研究が、プライマリケアの充実するオランダで発表されました。

ほとんどの「かかりつけ医制度化」論者は英国のGP制度を理想化して紹介していますが、同GP制度は、コロナ禍前から受診までの待ち時間が長いことが問題視されていました。今年１月には、Economist誌が英GP制度が危機的状況にあることを克明に報じています[8]。私が一番驚いたのは、コロナ患者の激増によりGPへの不満が高まり、GPに対する国民の満足度は、以前はNHS全体に対する満足度より高かったものが、2019～2021年に68％から38％への激減し、NHS全体に対する満足度と同レベルになったことです。

――「かかりつけ医機能が発揮される制度」と「かかりつけ医制度」を置き換えた報道や意見表明も散見されましたが、先生は両者を混同してはならないと仰ってきました。

二木「かかりつけ医の制度化」論者は、ストレートにまたは本音で、英国GP制度のような登録制・人頭払いのかかりつけ医制度の導入を目指していたと思いますが、そのような検討が政府の公式文書に書かれたことは一度もありません。「かかりつけ医機能が発揮される制度」を「かかりつけ医制度」と読み替えるのは、意図的であれば悪質ですし、無意識とすれば、不勉強ですね。

もう一つの誤りは、「かかりつけ医の制度化」論者は「かかりつけ医＝診療所医師」と思い込み、病院が含まれることを見落としていることです。「かかりつけ医の定義」を示した日本医師会・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方」（2013年８月）は、定義の冒頭、「『かかりつけ医』は、以下の定義を理解し、『かかりつけ医機能』の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない」と明記しています。そしてかかりつけ医機能（当時は「主治医機能」）の最初の制度化といえる2014年度の診療報酬改定で新設された「地域包括診療料」の対象は「200床未満の病院または診療所」とされており、今後もこれら医療機関がかかりつけ医機能を担うことになるでしょう。ただし、英国や米国、フランスでも、かかりつけ医はグループ診療を行っていますが、日本ではグループ診療はまだ例外的です。単独の開業医が求められている機能全てをカバーするのは難しいので、ITなども活用した連携の在り方を考えていくのがよいと思います。

――「かかりつけ医制度」ではなく「かかりつけ医機能が発揮される制度」という表現が選択されたことをどう解釈するべきでしょうか。かかりつけ医機能が強化されるとすれば、「外来時の定額負担」の議論も再燃してくるでしょうか。

二木「かかりつけ医機能が発揮される制度」とは、いわばかかりつけ医をストレートには認めないための表現手法です。ですから今回の表現により「かかりつけ医の制度化」は公式に否定されたと読むことができます。「かかりつけ医制度化」の急先鋒の浅川澄一氏（元「日本経済新聞社」編集委員）も、「遠のいた『かかりつけ医』制度化また医師会の壁崩せず」と「敗北宣言」を出し

ていました[9]。

ですが、外来時の定額負担はとても大事な議論です。2015～2019年の政府の「改革工程表」では、かかりつけ医と外来時の定額負担が結び付けられていました。ただしその当時はかかりつけ医を１人に固定し、かかりつけ医以外の医師を受診した場合の定額負担という構図でしたので、かかりつけ医を１人に固定することを否定している今回の改革では、外来時の定額負担は直ちには導入されないでしょう。ただしこの問題とは別に、医療保険の財政対策として議論が復活してくる可能性は十分にあります。

―― 外来時の定額負担は医療費抑制に寄与するものでしょうか。

二木 外来時の定額負担は保険者から患者へのコスト・シフティングですから、社会全体で見れば変わりませんが、医療費を保険負担者に限定すれば、寄与しているように見えます。そしてそれにより低所得者の受診抑制が生じ、医療（受診）の平等性は低下しますが、定額負担によって受診を控えざるを得ないような人々は少数派であるため、医療費総額が目に見えて減ることはありません。米国のランド研究所が1970～80年代に行った大規模な医療保険実験でも、患者負担を増やした場合、低所得者に限れば健康状態を悪化させることが見えてくる一方で、調査対象全体の「平均値」を取るだけでは、患者負担増による健康状態の悪化という結果は見えてきませんでした。

――「かかりつけ医機能」という点では、在宅医療、介護を含めた医療連携が重要になってくると思われます。この点、地域包括ケアとの関係はどうあるべきとお考えでしょうか。また、もし医療連携が重視される場合、地域フォーミュラリーの策定なども進むでしょうか。

二木 私は、コロナ禍で止まってしまった地域包括ケアを再起動するための３条件の第１に、「地域包括ケアの参加組織とサービス提供の拡大」を挙げています[1]。薬局はもちろん、例えばコロナ対応を通して医療機関との連携の重要性が再認識された保健所とは、平時でも連携を継続するべきです。そして地域包括ケアを地域共生社会と統合して、各地域で、医療を含んだ地域共生社会作り、言い換えると全年齢・全対象型地域包括ケアを進めるのが現実的と考えています。「地域共生社会」の理念は素晴らしいですが、医療が抜けています。一方の地域包括ケアシステムは65歳以上の高齢者に限定されています。「全世代型社会保障構築会議報告書」が両者を縦割りで論じ、整合性がとられていないのは残念です。

地域フォーミュラリーの策定は、凝集力の強い地域医療連携推進法人ではすでに試みられていると聞いています。今後、もし診療報酬で経済的インセンティブが与えられれば、凝集力の強くない地域医療連携推進法人や、それよりもさらに緩やかなネットワーク型連携でも進む可能性はありますが、経済的インセンティブが与えられた場合には、財務省や健保連等の思惑とは逆に、医療費は増加する可能性が大きくなります。地域医療フォーミュラリーを含め、医療の標準化により過剰医療・無駄な医療を減らすことにより医療費抑制が期待されていますが、医療の標準化は過少医療の標準的医療への引き上げももたらすので、一義的に減るとは言えません。また、凝集力が強い、すなわち人口移動がほとんどない閉鎖的な地域、強いリーダーシップといった特殊事例での成功例を一般に横展開するのは困難が大きいと思います。

1　二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房、2022
2　日本経済新聞１月24日
3　マーク・ロビンソン『政府は巨大化する　小さな政府の終焉』日本経済新聞社,2022（原著2020）
4　二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房、2020
5　松田晋哉『ネットワーク化が医療危機を救う』勁草書房、2022
6　社会保険旬報2023年１月21日号
7　二木立「プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加する－過去20年間の実証研究の結論」『文化連情報』2022年10月号
8　The Economist January 14th, 2023
9　『Wedge』2022年12月30日