

# 二木 立

日本福祉大学副学長

## 医療経済・医療政策の視座で日本を見る

リハビリテーションの現場から医療経済学・医療政策学に軸足を移し、

日本の医療の実証研究と政策に対する積極的な批判・提言に力を注いできた。

「医療費抑制」が叫ばれ、現場に閉塞感が充満する中

公平、良質、しかも効率の良い医療のあるべき方向性はいずれにあるのか。

——日本で医療費抑制が言われるようになったのは、ずいぶん前からですね。

二木 1983年、当時の厚生省保険局長だった吉村仁氏が発表した、いわゆる「医療費亡国論」が、医療費抑制ひいては医療荒廃の元凶と考える人が多いのですが、実は間違いです。

80年代前半に財政再建を目指した第二次臨時行政調査会(土光臨調)で出た答申に基づいて社会保障費を抑制すると82年に閣議決定され、厚生省はそれを具体化した“番頭”に過ぎません。当時、社会保障の中では、年金がまだ十分に成熟していない一方、医療費は圧倒的に多くて目に付く、ということで抑制のターゲットにされました。

吉村氏は、「医療費効率通減論」も唱えました。各国の国民1人当たり所得が中程度になるまでは、医療費を増やせば死亡率は低下します。しかし、豊かになって医療費もある程度以上になると、増やしても死亡率の低下には大きく効かない、だから医療費を抑制しても実害は大きくないという主張です。WHOの統計でも、確かにそういう傾向はあり、境界は1万ドルぐらい

とされています。

しかし、そういう指標は古くて今の日本には合わないのです。感染症が中心の時代や途上国では、医療の効果は死亡率で測れます。しかし、日本のように疾病構造が慢性疾患中心になると、死亡率だけでは判断を誤ります。

例えば、私が専門としていたりリハビリテーション医学は、寝たきりの人を減らせますが、死亡率低下を尺度にすれば、ほとんど効果がないことになりかねません。リハビリ医学はADL(日常生活動作)を指標に用いましたが、それでも重度の障害者はすくい取れないので、80年代頃からQuality of Life(QOL)が使われるようになりました。現在では、どの領域でもQOLが重視され、その視点から医療費の効果がよく分かるのですが、当時は、そういう理解が十分でなく医療費が抑制の標的となったのです。

### 将来の医療に 三つのシナリオ

——日本の医療の行く末について三つのシナリオを挙げられています。

二木 私は70年代から医療政策を研究していますが、90年代後半に流れが変わったと感じました。それ以前は、政府の意を受けた厚生省が公的医療費も総医療費も抑制する、それに対し医師会や医療団体が反対して「国民医療を守れ」「医療費を増やせ」と主張する、という二つのシナリオでした。90年代末、同じ医療費抑制論でも、特に経済官庁から、医療にも市場原理を導入しいわゆる規制緩和をして、私費部分を大幅に増やしたり、株式会社の医療機関経営を認め競争を促進したりして医療の質を高めようという流れが出てきました。政府の文書では、小渕内閣の経済戦略会議最終答申(99年)に初めて登場します。究極的には国民皆保険はやめ、低所得向けの医療は公的保険、それ以外はアメリカ型民間保険にしようという論調です。

小泉政権時代にそれが頂点に達しましたが突然出てきたのではない。世界も日本も新自由主義的改革という流れの中で、三つ目のシナリオが登場したというのが、私の理解です。

——どこに向かうべきでしょうか。

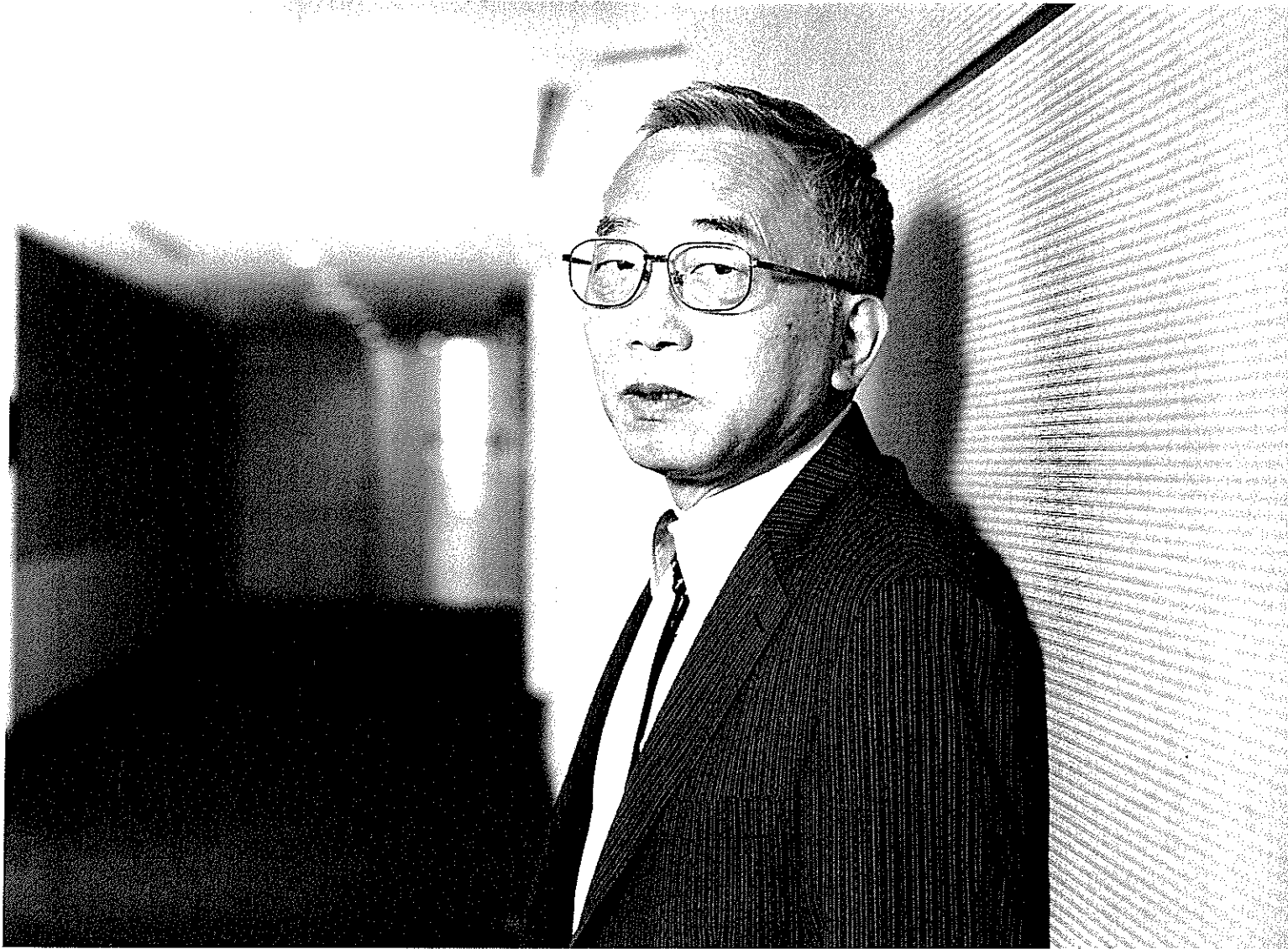


写真 山本倫子(東京・丸の内。2010年9月2日 以下同じ)

二木 今後の医療改革に唯一の「正しい」ものはなく、各自の価値判断が問われます。私は、医療に市場原理を導入することには、「自らの価値判断に照らして、反対」です。

私は、「公平で、良質で、しかも効率的な医療を目指すべきだ」と思っています。厚生省が87年に出した「国民医療総合対策本部中間報告」は今でも影響力を持っていますが、そのキャッチコピーが「良質で効率的な国民医療を目指して」で、医療分野で「効率」が前面に出てきました。

良質には誰も反対しないが、効率は当時、医療になじまないと、多くの医療団体から反論が出ました。それに対

して、私は医療経済学の立場から、費用対効果という意味での効率はとても重要だと指摘しました。ただし、この文書には公平の概念がないので、直後に論文を発表し、「公平、平等なき効率重視への疑問」をだしました。

#### 効率追求と医療費抑制は同義でない

——今でも、効率と医療費抑制は混同されているように感じます。

二木 実際に、厚労省が「効率化」と使う場合は、ほとんど医療費抑制と同じ意味です。しかし現実には、効率を高めると医療費が増えることは、よくあります。例えば、クリニカルパスを

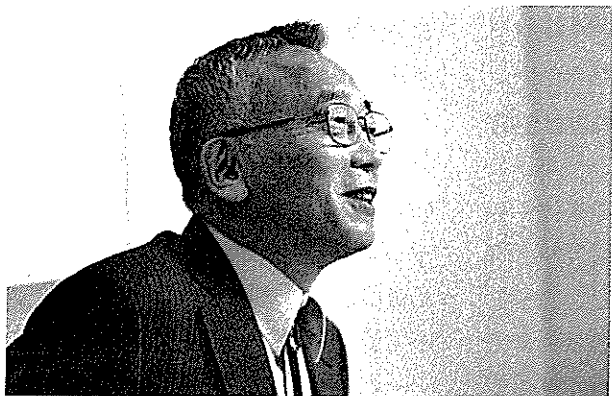
にき・りゅう◎1947年生まれ。72年東京医科歯科大学医学部卒業、代々木病院勤務。東京大学医学部附属病院リハビリテーション部医員を経て、74年代々木病院リハビリテーション科開設、科長・病棟医療部長。85年日本福祉大学社会福祉学部教授。2009年から現職。

導入すれば、医療が標準化されて在院日数が短縮され、医療の質も向上します。1人の患者について見れば、在院日数が短くなれば医療費は減りますが、濃厚な医療をするので1日当たりの医療費は増えます。なおかつ病床の回転が良くなるので、医療費総額は増えます。別の例では、画期的な新薬や治療法が出てくると、治療効率が上がって費用が増えることがあります。——混合診療の問題もいわれます。

二木 新自由主義派で市場原理が正しいと信じている人は、所得水準が違う人が、同じ医療を受けるのはむしろ不公平だという論調です。車なら、金持ちは高級車、貧しい人は軽自動車で我慢する。それと同じロジックで、日本の皆保険は高所得層の需要を抑制しているから不公平・不公正だということです。価値観の問題ですが、これだと皆保険も原理的に否定されます。

大学病院や大病院の医師には、先端的な医療が制約を受けずに済むよう、混合診療の原則解禁、全面解禁を支持する人が結構多くいます。そうした人でも、国民皆保険の医療が最低でいいと言う人はいないと思います。医療倫理の基本は、あくまでも良心的に病気の「重い」「軽い」を基準にすべきだと理解されているからです。

日本で混合診療が禁止されているというのは誤解です。保険外併用療養という制度があり、評価療養と選定療養という2種類が導入されています。評価療養の代表が先進医療で、新しい医療技術で、効果や安全性はある程度確認されていてもまだ十分に普及していないものについて、とりあえず混合診療で使い、ある程度広まってきたとなったら保険診療に移すというルールです。



日本にはドラッグラグがあって、新規の抗がん剤などは混合診療でなくては困るといわれます。しかし、例えば、イギリスの国営医療では、費用対効果が悪い高価な薬は給付対象になりません。もし、評価療養制度をなくし、混合診療を全面的に解禁すれば、喜ぶのは財務省です。「保険診療はここまで、あとはご自由に」と、いつまでも保険診療にならないことも考えられます。

選定療養はいわゆるアメニティー部分で、差額ベッドは全病床の5割まで、承認を受ければ10割にもできます。食事も標準負担額を超える部分は自由料金で東京にはレストラン並みの食事を提供する病院もあります。混合診療全面解禁で、これ以上何をするのかということです。

### 財源には社会保険を充実させるべき

——医療の財源として、社会保険を充実させるべきだとお考えですね。

二木 主財源が社会保険料ということで、社会保険料だけと言っているわけではありません。医療制度改革には様々な議論がありますが、少なくとも現状は全政党が、国民皆保険制度の維持あるいは堅持を主張しています。

今の国民皆保険の財源構成は、ざっと半分が社会保険料、次いで公費（国費または自治体負担）が35%、患者負担が15%ほどです。社会保険方式を維持するのなら、論理的には、社会保険料を中心にするしかあり得ません。

消費税は、「打ち出の小づち」のように言われる

ことがあります。消費税を引き上げても、まず国民年金の国庫負担分の増額に使われ、次に少子化対策、財政再建にも回るでしょうから、医療にはほとんど回らない。また、先の参院選では、菅首相が持ち出した消費税増税が敗因の一つだと言われており、当面引き上げはできないはずで

税金派の人は、国家予算の無駄を省き、霞が関の埋蔵金を掘り出せば、国民負担を増やさなくても捻出できると主張もします。しかし、公共事業費は90年代後半をピークにどんどん減りました。2010年度の予算で1.3兆円の大減額にもかかわらず、医療費引き上げは公称で700億円（うち国庫負担は160億円）。後発品への置き換えによる薬価の隠れ引き下げを除けば100億円です。民主党のマニフェストでは、無駄の排除で約20兆円を捻出できるとありますが、昨年末の事業仕分けでも捻出できたものは約1兆円です。

医療費財源を捻出できなければ、社会保険料を相当上げざるを得ません。すると、国民健康保険加入者に多い低所得の人には負担なので、保険者間の財政調整をしなくてはいけないと思っています。社会保険料は、経済学的に言えば、究極の目的税でもあります。

日本のように国民全体を対象にした医療保障制度ができている国では、抜本改革は不可能で、部分改革をしていくべきです。社会保障としての医療の特徴は、赤ちゃんから高齢者まで、ほぼ国民全部が利用することです。年金や介護保険は、基本は高齢者向けです。障害者、母子、生活保護などの福祉を利用する人は限られます。

また、例えば年金問題ならば、国はお金を支払うだけなので割と簡単です

が、医療には利害関係者も多いので、過激な改革をすると大きな利益を受ける人が出る反面、多大な被害を受ける人も出て人命がかかわりかねません。例えば最近の例で、リハビリテーションの給付制限をしたらリハビリ難民が出て袋だたきに遭う。

民主党政権で、医系技官は臨床を知らないとして、バッシングが盛んになりました。しかし、医療政策は医学の論理ですべて決まるわけではない。それは独自に勉強するしかないので、私も臨床をやめました。医療政策は、医学の論理だけでなく政治・経済などいろいろな論理を組み合わせて総合しないと、国民の納得を得られません。

——政治家も思い込みで発言していることが多いですね。

二木 価値判断について、「正しい」「間違い」とは言えませんが、その主張の是非をデータで検証できる分野もあります。例えば、「医療分野に市場原理を導入すると、競争が促進されて医療費が抑制され、医療の質が上がる」という主張があります。しかし、アメリカでは、株式会社立病院は非営利病院より医療費が高いことが100%証明されています。質も低いというデータも多いのですが、まだ論争が続いています。

また、人口高齢化によって医療費が急増するとの議論があります。これが誤りであることは、90年代に、私が最初に実証し、現在では厚生労働白書などにも載っています。直感的に言うと、高齢者の医療費は若者の医療費の4倍で、「だから上がる」となりますが、一方で、若年人口の減少で、若年者の医療費は減ります。高齢者の医療費増加分から若年者の医療費減少分を差し引くと、人口高齢化による正味の医療費

の増加は1%未満。自然増が3%とされていますから、その3分の1です。

私はこうしたデータによる検証をやってきました。05年から、「二木立の医療経済・政策学関連ニュースレター」を配信し、「非営利・協同総合研究所のちとくらし」のホームページ(<http://www.inhcc.org/jp/research/news/niki/>)に転載しています。

### 医療は他産業に比べまだ恵まれている

——現場の医師にはどうもモチベーションが上がらない時代と見えています。

二木 医療は日本の産業で最も恵まれている産業の一つです。今は国策として医療の強化が言われており、医療費の伸びは小泉政権の時代からほぼ一貫してGDPの伸び率を上回っています。

私は大学の副学長と常任理事として経営にもかかわっていますが、大学に比べると、少なくとも五つの点で医療のほうが恵まれています。

まず、高齢人口が増えるので、それに応じて医療ニーズは確実に増えます。2番目が、医療はほとんどが公的な費用で賄われているので、取りっぱぐれがない。3番目に、医療は地域性があり、よほど特殊な疾患を除けば、ある地域で賄える。特に高齢者の診療圏はとても狭い。大学は首都圏・近畿圏のブランド大学とそれ以外の地方大学との2極分化が進んでいます。4番目に、医療の場合は機能分化で、棲み分けがなされています。最後は経営者の視点ですが、医師は過労死が問題になるぐらいよく働きます。

職員も医療現場は常勤雇いが基本で



す。医師は過剰労働気味で、特に勤務医の報酬はちょっと低いと思います。社会人一般と比べて安いわけではない。GDP比で見た日本の医療費はOECD30カ国中20番程度ですが、経済成長の源であるべき教育の予算は最下位です。医療は永遠の安定成長産業であり、医師は社会的尊敬も受ける良い職業で、恵まれていると思います。

(構成 塚崎朝子 ジャーナリスト)

### インタビューを終えて



医療と政治・経済の関連という問題は重要だ。政治・経済の時々都合で、我々の健康・医療が軽々しく扱われるのは、なんとも我慢がならないのも確かである。日本に住む人たちの健康と医療を考える中で、一体何が最も大切なものか、という基本的な問いかけが、選挙の時にしても、日々の政治・経済報道にしても往々にして忘れ去られているのではない。医療経済という数字を扱い客観的な議論が可能な分野の専門家をこのインタビューの場にお招きしたのは、そんな日本の医療の「基本」はなんであるべきなのかをお聞きしたかったからにほかならない。さて、この「基本」からどういう方向性と広がりをも日本の医療と政治が持つのだろうか。まだまだ揺れ動きそうである。(本誌編集長・内村直之)