

二木学長の出版記念インタビュー

厚生連の枠を越えて地域の医療・福祉機関、住民、行政と協力し、大きな役割を果たしてほしい

日本福祉大学学長 二木 立

地域包括ケアと地域医療構想の関係を書いた初めての本

——このほど『地域包括ケアと地域医療連携』（勁草書房）を出版されました。

二木 いつものことなのですが、今回の出版も『文化連情報』に掲載させていただいている「医療時評」と、『日本医事新報』の連載の2つが

稿させてもらいました。それから数えてちょうど13年になります。

それ以降、『文化連情報』『医療時評』をべーすにし、それ以外の論文も含めて論文集を出し続けてきたのですが、もう6冊めです。最初は2007年の『医療改革—危機から希望へ』で、それ以降、『医療改革と財源選択』、『民主党政権の医療政策』、『TPPと医療の産業化』、『安倍政権の医療・社会保障改革』、そして6冊目の『地域包括ケアと地域医療連携』です。

この本のあとがきにも書きましたが、私は2年前、2013年4月から日本福祉大学の学長をしています。大学経営は医療とは桁違いに厳しい冬の時代で、少子化の影響をもろに受けます。そういう中で連載を書くのは、ある意味大変なことですが、今後も、『文化連情報』には、3カ月に2本ぐらいのペースで書き続けようと思っていますので、よろしく願います。

——「地域包括ケアと地域医療構想」という現在の課題を正面から検討されています。非常に良く理解できる内容となっていますが、その狙いについてお聞かせください。

二木 一般の人々には、地域包括ケアの方が有名です。しかも現在、地域包括ケアは国策となつ

柱です。調べてみましたら、『文化連情報』の連載を始めさせていただいたのが2004年10月号です。ちょうど混合診療の解禁論争が大きくなり、2004年の9月に当時の小泉首相が経済財政諮問会議で混合診療の解禁を検討せよという指示を出しました。いよいよ全面解禁かという心配が広がった時に、私はそんなことはない、当時、1ページ物だったのですが、寄

ていまずので、それに関係する書物もたくさん出ています。しかし、「地域医療構想」について本格的に論じた本はまだ出版されていません。ましてや両方の関係をきちんと書いている本はありません。なぜかと言いますと、やはり行政の縦割りが大きいと思います。行政だけでなく研究者の世界も縦割りですので、歴史的に地域包括ケアの研究者は福祉関係者が多く、地域医療構想は当然医療関係者が多いのです。そして、両方とも新しい分野なので、解説書は別として、まだ両者をまとめて論じた本はありません。いわば二眼レフレンズにして、なおかつその関係をきちんと書いた初めての本だと思っています。

地獄のシナリオがそのまま 実現するわけではない

——『地域包括ケアと地域医療連携』で、先生が一番強調したい点についてお聞かせください。
二木 この2つのテーマ、さらに安倍政権の医療・社会保障改革、患者申出療養制度などもそうですが、私は包括的に分析すると同時に歴史的に検討することを重視しています。例えば地域包括ケアに関しては、手前味噌ですが、初め

てルートとその発展について明らかにしました。第一章「地域包括ケアシステムの展開と論点」にも書きましたが、自分の主観的理想を描いて、これは本物の地域包括ケアであるとか、これは偽物だとかとおっしゃる方も一部にいます。しかし地域包括ケアは、地域ごとにいろいろな形態であるのが特徴ですし、地域医療構想の方がまだ全国一律的な面があります。地域包括ケアというのはご承知のとおり、厚生労働省関係者、研究者も、今ではネットワークだと認めています。それぞれの市町村、正確に言うと中学校区位の地域でいろいろなものがあり、どこが優れているとか、どこが劣っているという言い方はあまりすべきではないと思っています。一番強調したかったことは、それぞれの地域で、医療機関、福祉機関、住民、行政が作っていくということです。

——地域医療構想に関してはどうですか。
二木 地域医療構想に関しては、せめぎ合いということを一番強調しました。厚生労働省の検討会でまとめた「ガイドライン」は、日本医師会や病院団体の努力で随分良いものになったと思っっています。何よりも医療機関の自主性が強調されました。今までのような官僚統制でなく

なったことは大変結構なことだと思うのです。しかし、大事なものは、「ガイドライン」それ自体が単独で存在しているのではなく、今後、厚生労働省の他の医療行政や都道府県の医療費適正化計画の官僚統制が強くなりますので、それとのせめぎ合いになっていくことだと思います。さらに、厚生労働省の政策の枠を越え、経済財政諮問会議や規制改革会議、それから、少しエリアは違いますが、公立病院改革などの圧力があります。

地域医療構想が「ガイドライン」どおりに、日本的な医療制度の独自性を生かした上で作られれば、かなり良いものができる可能性もありますが、一方で財務省の要求どおりになれば、私は「地獄のシナリオ」と書きましたが、強引なことが行われます。その幅があるということです。ですから、未来はまだ決まっていらないです。

本書第2章第3節の「病床」削減策失敗の歴史に学ぶ」にも書いていますが、今回の病床削減計画は5回目で、今までの4回は全部失敗しています。私はもちろん楽観はしていませんが、地獄のシナリオがそのまま実現するわけではないことを、本書では強調しました。

小泉首相時の1.7倍の 国庫負担を削減する方針

— 今後も医療費抑制策はさらに厳しくなると考えられますが、どのように展開されていくかについてお聞かせください。

二木 今の安倍政権の財政再建策では、「社会保障改革しか道はない」と言っています。一方で安倍首相は、消費税は2017年に10%にするが、それ以降は一切上げないと言っています。しかし他方で、2020年までにはプライマリバランス、国債の利払いを除いたものは収支を合わせるとも言っています。論理的にはその場合には財政の抑制しかないのです。歳入は増えませんが、社会保障改革しかないのです。社会保障改革のうち、年金は2005年にそれなりの改革をやりました。制度も決まっていますから、ほとんど動かさない。そうなる、抑制するのは医療と介護の分野ということになります。

私が重要だと思っていることは、「骨太方針2015」の社会保障費抑制策です。最終段階で自然増の抑制方針が「目安」と書かれたこともあり、一部にはたいしたことはないと楽観視し



ている向きもあります。小泉元首相の時に比べて厳しくはないと言っている人もいますが、もし決定どおりにいけば凄まじいものとなります。本書第3章第5節にも書きましたが、小泉首相当時、1年当たり2200億円（国庫負担）の自然増削減を実現するために、診療報酬が大幅に引き下げられた結果、医療荒廃が進みました。今度の場合に、高齢化による自然増を5000億円は認めますよということに目が向けられがちですが、大事なのは実際の自然増はどのくらいか、それがどのくらい抑制されるのかです。

これは厚生労働大臣自身が国会で答弁していますが、過去3年間（平成25年度～27年度）の

自然増は年平均8860億円です。これを5年間に換算すると4兆4300億円です。高齢化による増加分を年額5000億円は認めるとしていますから、5年間で2兆5000億円となります。差し引きますと、今後5年間で約1兆9000億円も削減することとなり、年平均では3800億円となります。小泉首相時代の自然増2200億円削減のなんと1.7倍の金額を削減することになります。このことを強調しないとイケないと思います。もちろん、さっき言いましたように、「せめぎ合い」ですから、このとおりになるわけではありませんが、閣議決定として公式目標になっているので、もし実現されたら大変なことになってしまうと思います。

国民や患者の支持と理解を得れば流れを変えられる

二木 ここで大事なことは、社会保障費には社会保障給付費と社会保障関係費の2つがあることです。医療関係者や社会保障に関わる人が社会保障費と言う場合には、「社会保障給付費」のことを言います。これは税金プラス保険料です。しかし、国家予算の場合には、「社会保障

関係費」のことで、国庫負担を意味します。現在、社会保障給付費のうち国庫負担の割合は大ざっぱに言って3割ですから、今の制度が変わらないとしたら、5年間で国庫負担が1・9兆円抑制されるといことです。それを社会保障給付費に換算すると、その3倍の6・5兆円も抑制されるわけです。これは決して私の机上の空論ではなく、9月の本学と藤田保健衛生大学の共同シンポジウムの時に、厚生労働省の老健局の担当者にお話を聞いたのですが、3倍の抑制だから厚生労働省としては大変であると、私と同じことを言っていました。

「自然増を5000億円認めてくれた」とか、「削減は目安」という言葉が目くらしになって、小泉首相時代より緩いと思っただらとんでもないということになります。数字のレベルでも、実際に厚生労働省担当者の認識でも、非常に厳しいことが分かると思います。

——「せめぎ合い」と言われましたが、そのせめぎ合いが重要なのでしょうか。

二木 実際そうですね。小泉政権の1年間2200億円の抑制は5年間続くはずだったけど、実際は2年で終わりました。同じ自公政権の枠内でも、福田・麻生政権は社会保障の機能強化路

線に転換しました。それが2009年の民主党政権に引き継がれました。私は、医療改革の流れの変化は民主党政権の政権交代ではなく、その前段階で起き、民主党政権がそれを引き継いだと言っています。今後、安倍政権、あるいはその後の自公政権の枠内でも十分変わる可能性があると考えています。

財源に関しても、国際的に見ると、日本の国民負担率、税・社会保障負担がアメリカと並んで低いのは、常識となっています。このまま安倍政権の政策が進められたら、最下位に戻ってしまいます。「この道しかない」ではなく、「あの道もある、この道もある」ということが政治一般だけじゃなく、医療や社会保障でも重要であると思っています。

私はそういう視点から第3章第6節「公的医療費抑制と医療の営利化は『避けられない現実』か?」を書きました。今のままでいくと厳しい面があるけれど、今までの歴史を振り返ると、それが自動的に決まっているわけではないということ強調したわけです。今の力関係のまままで座して待っていると大変なことが起こるけれども、医療関係者が国民や患者の支持と理解を得れば、10年前と同じように変わる可能性

があることを強調したいと思っています。

死亡者が急増する時代に 受け皿を減らすことはできない

——現在、地域医療構想の中でも調整会議等が各地で行われています。病院の先生方に聞くと、病床数の削減問題が出てくるのではとの心配もあるようです。

二木 その点については、地域包括ケアと地域医療構想を一緒に理解しないと駄目だと思います。地域包括ケアのことを抜きにして、財政的な視点からだけみると、病床が削減されるのは必然と思われがちです。しかし何度も言いますが、地域包括ケアシステムと地域医療構想は一体なのです。ここがポイントです。地域医療構想に関してはつきりしているのは、全国一律の動きはないということです。首都圏と南九州は違いますね。東京、愛知、大阪など病床が増えるかほぼ同じと計画されている大都市圏では、政府の第一次報告に対してもある意味呑気なのです。金持ち喧嘩せずということですね。そうではないところが大変だと思っています。

第1章第1節3「地域包括ケアシステムの供

給と再編を考える上での留意点・論点」で、厚労省は自宅での死亡割合の増加を想定していないということを指摘しています。数年前まで、在宅イコール自宅と誤解している人がいて、死亡難民が生まれると言っていたのですが、とんでもない間違いです。厚労省自身が、地域包括ケアを進めても自宅での死亡割合は2030年まで12%前後で、増えないと予測しているのです。これはすごくリアルですね。

大事なのは、在宅での限界点を高め、病院や施設への入院・入所を遅らせるけれども、最期は本当に自宅で看取られる人は12%、逆に言うと88%は他でカバーしなければならぬということです。地域包括ケアの究極の目的は、これからの死亡急増時代に死亡難民を作らないということなのです。

2006年の診療報酬改定においてリハビリの期間制限が付けられ、リハビリ難民が大きな社会問題になりました。その結果、異例なことに診療報酬が1年で変更されました。リハビリ難民でもあれだけの社会問題になったのですから、もし死亡難民が起きたら、厚労省の負けです。あらゆる手を尽くして死亡難民を出さないような施策を行わないといけないのです。

厚労省予想でも、死亡場所が「その他」の人が今のままでは今後年間47万人も出てくるのに、ベッド数を20万人分減らせるわけがないのです。死亡者が急増する時代に、死亡者の受け皿を減らすことはできないのです。この点を考えると私は、これから病院や施設がどんどん増えるとは言いませんが、財務省主導や官邸が出したような機械的な病床削減は不可能だと思っています。地域包括ケアシステムを推進する立場から、できないと考えています。

公的医療費の抑制が「主」 部分的市場原理は「従」

——本書では、あらためて安倍政権の医療政策についても論じられています。

二木 2000年から限定してもいいのですが、政権交代が2回ありましたが、一番大事なことは、医療・社会保障改革のゼロスタートの抜本改革はないということ、これが一番の基本です。これは医療・社会保障制度が確立した高所得国、あるいは先進国の共通の状況です。そのため、2000年以降一貫しているのは、公的医療費、正確に言うとも国庫負担の抑制を強



めることが中心です。それに加えて、部分的に市場原理を医療に導入することです。大事なのは、これら主と従を区別することです。

一部の人は後者に目がいつても、国民皆保険が解体されるとか言っていますが、そんなことはできません。日本の医療保障制度は、国民全体に定着している最大の制度です。これは介護保険と比べれば、はつきりします。介護保険の場合には、利用者が高齢者で、なおかつそのうちの2割の高齢者です。逆に言いますと、高齢者の8割は利用していません。ですから損得論が起きてしまいます。しかし医療に関しては、赤ちゃんからお年寄りまで、1年に1回も受診

しない人はほとんどいないので、損得論が起きないのです。しかも抜本改革など大きな改革を行うと、激しい利害対立が発生してきます。ですから医療に関しては、多少の改革はあっても、国民全体の利害に真っ向から反することはできないのです。

さらに、今回の患者申出療養でも明らかにりましたが、最初の選択療養制度はかなり怖いものでした。しかし、それはすぐに沈没して、実際には現在の保険外併用療養、先進医療とほとんど変わらないものとなりました。だったらどうして作ったかという、ほとんど安倍首相のメンツですね。大事なものは、混合診療を全面解禁すると医療費が増えてしまうということです。そのため現実的には、医療分野への市場原理導入は限られたものになるのです。

非営利ホールディングカンパニーもそうです。最初はメイヨークリニック並み(年商1兆円)のものをつくと、安倍首相がダボス会議で発言しました。しかし結局、落ち着くところに落ち着きました。もちろん患者申出療養も、地域医療連携推進法人も、私は手放して安心してやるわけではありません。それぞれに火種はあります。それを医療関係者がしっかり監視してい

けば、それらが大きくなり、日本の医療制度の根幹が揺らぐことはないと思います。

私は、第3章に「2000年以降の医療・社会保障改革とその加速」という表現を使いました。これは「新段階」ではないのが味噌で、あくまでも公的医療費の抑制が主で、医療分野への部分的市場原理が従であると言っています。今後の改革の二本柱である地域包括ケアと地域医療構想は、いろいろな問題があるとしても、部分改革で、市場原理などほとんど関係ないのです。

アメリカの部分的市場原理導入 要求には油断しない方がいい

二木 大事なことは、第3次安倍内閣により、社会保障・税一体改革が事実上棚上げされたという事です。安倍首相は当初、社会保障・税一体改革を引き継ぐと言っており、「骨太方針2014」までは、言葉で1カ所、社会保障の機能強化がありました。しかし、3回の国政選挙で勝ったこともあり、向かうところ敵なしになったのか、「骨太方針2015」では社会保障の機能強化も消えてしまいました。

今までは、財務省が社会保障改革についていろいろ言っても、それは総論の話で、各論は厚生労働省に任せていました。しかし、本書の第3章第4節「財務省の社会保障改革提案の『基本的考え方』と医療制度改革を複眼的に読む」で論じたように、最近財務省が平気で各論部分まで首を突っ込んできて、法律で決まっていることさえ無視した提案をしてくれています。そういう意味で、医療費抑制策は今後ますます厳しくなると思います。

——安倍政権が強力に進めてきたTPP交渉も、現在、最終合意ができていません。現在の状況をどのように見られていますか。

二木 私は、当初から「妥結するかどうかかわらない」と言っていました。以前のWTOの経験から、賛成反対は別にして、締結を既成の事実として見ないほうが良いとの判断でした。医療に関しては、アメリカの方が大幅に譲歩してくているようです。その典型が、混合診療問題です。財務省だけではなく、アメリカの製薬企業にとっても、今の制度の方が良いということがわかってきたのです。

例えば、いま肝炎の新しい治療薬が出ています。月100万円単位の価格です。この新薬が

保険診療ではなく自費診療となると、それを支払える患者はごくごく限られるでしょう。これは製薬企業にとっては、売れないということですから。日本の保険制度では、高額な医薬品も承認と保険給付がほぼ同時なので、患者にとって負担が少なく、高額な医薬品でも使用できることとなり、製薬企業も儲かります。日本の薬価制度があるから、新薬を出してもほとんど利益が上げられるとわかってきたのです。

大事なことは、T P Pが締結されなくても、アメリカの要求は、医療への部分的市場原理導入であることは無視できません。T P Pが締結されようがされまいが、それは油断しない方がいいと思います。

厚生連の枠を越えて協力を

——最後になりますが、『文化連情報』の読者の方々へのメッセージをお願いします。

二木 いつも同じ話で恐縮ですが、厚生連病院は、日本のいろいろな病院の中で、公的であると同時に民間でもある珍しい病院です。公的病院となりますと、住民に支えられている病院です。しかし、合理的経営をせざるを得ません。

逆に言うと、一番生き残りやすい病院なのではないかと思っています。住民に支えられていると同時に、親方日の丸ではないという点です。

中核都市にある病院もそうですが、特に農村部での役割は大きいものがありますね。そういう点で、これからも大きな役割を果たせます。病院経営に困難な面があるのは確かですが、何度とも言っているように、医療や介護は長期的に見れば永遠の安定成長産業です。地域医療構想での協議が始まっていますが、厚生連の枠を越えて、地域の医師会や他の病院や医療・福祉団体との協力が今まで以上に強く求められます。厳しい面はありますが、希望を持って取り組んでいただければと思っています。

——本日は、ありがとうございます。
 ——聞き手〃文化連理事長・山田尚之／9月16日



勤草書房／2015年10月
 272頁／2700円＋税