

特
集

令和元年度 医療問題研究委員会 特別講演会

医療と医療政策を 複眼的に読む

——拙新著『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』をベースにして



この記事は、令和元年7月13日に開催された「令和元年度医療問題研究委員会特別講演会」の様態をまとめたものです。



栗山隆信・大阪府医師会理事

大阪府医師会理事 栗山隆信

ただいまより令和元年度医療問題研究委員会の特別講演会を開催いたします。

今回は、日本福祉大学名誉教授の二木立先生をお招きして、「医療と医療政策を複眼的に読む——拙新著『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』をベースにして」とのテーマでご講演をお願いしております。

本日の座長は本会の茂松会長が務めます。では、茂松会長、進行をよろしく願いいたします。

大阪府医師会長 茂松茂人

本日は、医療問題研究委員会では常に教えに来ていただいております二木立先生にご講演を



茂松茂人・大阪府医師会長

お願いしました。二木先生とは、日本医師会の医療政策会議でご一緒させていただいており、席が隣同士ということで、いつもご指導を仰いでいるところでございます。

二木先生は、医療・介護・福祉に関する資料にはほとんど目を通されているということです。その中で、過去から日本の医療制度というものを見て、その評価をしながら今まで勉強してこられました。そのことについてどういう観点で見ていくかということ、複眼的視点と云われていますが、そのことでお話をいただいて、その後、意見交換をしたいと思います。二木先生、よろしく願いいたします。

「医療と医療政策を複眼的に読む

——拙新著『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』をベースにして」

二木立・日本福祉大学名誉教授

大阪府医師会医療問題研究委員会でお話をさせていただくのは、今回で7回目です。最初にお話ししたのは2002年8月で、それから18年で7回。2～3年に1回ということで、最近は医

療問題研究委員会のメンバーが変わるたびに呼ばれている気がします。これまでの6回では、新しく出版した著書あるいは出版予定の著書を踏まえて、その時々医療政策のいわば各論を



二木立・日本福祉大学名誉教授

お話ししてきましたが、今回は少し趣を変えた「医療と医療政策を複眼的に読む」という、もう少し広いタイトルにして、「拙新著『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』をベースにして」ということでお話しする予定でした。

私は新しい本を出すたびに、東京にある医療経済研究機構で講演をさせていただいています。今年も2月19日にお話ししたのですが、医療経済研究機構の西村周三先生がコメンテーターとして、この本に対してコメントしてくれました。「一言で言うと、相変わらず面白い。『ものは、このように見ると深まるのだ』というお手本。『複眼』のお手本なので、私たちが『複眼でものを見る能力』を養うためのテキストブックとして読むというのもひとつの読み方。世の中には、医療・介護の将来を過度に悲観的にとらえる人びとや過度に医療・介護費を抑えたい人が多い中で、冷静に物事をとらえ、社会全般についての洞察力でものを見ると、こういうことになるのだと喝破する本。私は内容について、異論をはさむところは『まったく』ない」と言っていただきました。

それで、こういう読み方もあるのかと気づき、皆さんに事前にこの本を読んでいただいた上で、それをベースにして医療と医療政策を私

がどのように複眼的に読んでいるかという話をしようと3月に決めました。

しかし、その後、また心変わりしました。どういうことか。6月に「骨太の方針2019」が閣議決定されました。その1週間か2週間前に原案が出たのですが、それを一般の日刊紙、社会保障関係の雑誌がこぞって報道しました。しかし、私から見ると、ほとんどずれているのです。なぜずれているのか。それは「骨太の方針2019」しか読んでいないからです。医療政策を分析しようと思ったら、それは絶対にしてはいけないことです。必ず古い政策、最低限でも去年の「骨太の方針2018」と「骨太の方針2019」がどう変わったのか、最低限比較しなければいけないのですが、残念ながら、新聞記者は忙しいのでしょうか、古いものとの比較をしないのです。ということで、私から見ると大事な点を見落としている、あるいはピントが合っていない分析をしている。それで、医療関係者に要らぬ不安をもたらしていると思い、『日本医事新報』の7月6日号に『「骨太方針2019」の社会保障改革方針をどう読むか?』というのを書きました。

政府・厚生労働省の公式文書の 分析の3つのポイント

「政府・厚生労働省の公式文書の分析の3つのポイント」、これは私が2006年に出版した『医療経済・政策学の視点と研究方法』の第2章「医療政策の将来予測の視点と方法」に記載しておりますが、これを解説しながら、この視点から見ると「骨太の方針2019」はどう読めるのかという話をしたいと思います。

私は長年、「複眼的かつ歴史的視点から分析する」という視点から医療政策を分析しています。

医療経済・政策学研究の基本的 視点・心構え、「客観的」将来 予測の方法、および医療改革に ついての価値判断

「私の医療経済・政策学研究の基本的視点・心構え、『客観的』将来予測の方法、および医療改革についての価値判断」を述べます。

まず、「私の医療経済・政策学研究の3つの基本的視点と心構え」を述べます。キーワードは、何度も言いますが、「複眼」です。

1つは、医療経済・政策学研究の視点から、政策的意味合いが明確な実証研究（量的研究）と医療・介護政策の分析・予測・批判・提言（政策研究）の二本立ての研究と言論活動を行っております。

もうひとつは、私の医療経済・政策学研究についての3つの心構えです。第1は、医療改革の志を保ちつつ、リアリズムとヒューマニズムとの複眼的視点から研究を行うこと。第2は、事実認識と客観的将来予測と自己の価値判断の3つを峻別するとともに、それぞれの根拠を示して反証可能性を保つこと、この視点から医療・介護政策の光と影を常に複眼的に見るということです。

「『客観的』将来予測」とは、私の価値判断はとりあえず脇に置いて、現在の社会的・経済的・政治的条件が続くと仮定した場合にどのようなことが起こるだろうかという予測です。皆さんは医師ですから、自分の価値判断と客観的判断、事実に基づいた判断を区別することには慣れておられると思います。ところが、経済学を含めた社会科学の場合には、客観的判断と事実認識が渾然一体として完全に区別がつかないのです。よって、この両者を区別して話すという発想にならない人が多い。例えば経済学者の

書いた論文で、市場メカニズムは社会の資源の一番有効・効率的な配分方法であるという表現を読まれた方がおられると思います。これはどちらでしょうか。これは実は価値判断です。市場メカニズムでももちろん効率的な資源配分ができる場合もあるけれども、できない場合もある。特に医療とか福祉の場合には、効率以外の価値判断も重要な役割があるわけです。ですから、市場メカニズムは資源の効率的な唯一の配分メカニズムであるということを知りただけで、この方は事実認識と価値判断を区別していないということが分かるわけです。現実には社会科学では、人間の価値判断と客観的事実の区別は難しいのですけれども、可能な限り区別する。ただ、それだけでは寂しいので、私の価値判断も述べるようにしております。

それから、第3はフェアプレイ精神で以下の3つを励行しています。①実証研究論文だけでなく、時論・時評でも、出所・根拠となる文献と情報はすべて明示する。このようなことは医学の世界では当たり前だと思うのですが、社会科学では曖昧です。②政府・省庁の公式文書や自分と立場の異なる研究者の主張も全否定せず、複眼的に評価する。ましてや、黙殺はもってのほかです。これも医学研究する場合は当たり前のことですが、社会科学だと自分の好きな文献しか読まないという人が割と多いです。私はそういうことはしません。自分と価値判断が違う人の方をむしろ熱心に読みます。自分と同じような価値判断の人の論文はほどほどにしか読みません。なぜなら、私のほうが詳しいからです。③自己の以前の著作や論文に書いた事実認識や判断、将来予測に誤りがあることが判明した場合には、それを潔く認めるとともに、大きな誤りのときはその理由も示す。これも医学を含めた自然科学研究のモラルだと思うのですが、社会科学ではこっそり直している人がほと

んどではないでしょうか。

医療改革の志を保ちつつ、 リアリズムとヒューマニズムとの 複眼的視点から研究を行う

第1の心構えに戻りますが、「医療改革の志を保ちつつ、リアリズムとヒューマニズムとの複眼的視点から研究を行う」、この言葉を聞いて経済学あるいは名言が好きな人は思い出した言葉があるのではないですか。1900年前後に世界の経済学界を主導したマーシャルというイギリスの経済学者の「冷静な頭脳と温かい心をあわせ持つことが大事である」という言葉です。

では、ここで皆さんに質問です。「冷静な頭脳」と「温かい心」をつなぐ英語の接続詞は何かわかりますか。「と」だと「and」ですよね。ところが、マーシャルの原語は「but」なんです。「cool heads but warm hearts」です。ところが、日本ではごくごく一部の方を除いてほとんど「冷静な頭脳と温かい心」としていますが、これは誤訳です。

マーシャルは経済学の教授です。そして、この有名な言葉は、彼がケンブリッジ大学の初代

の経済学教授に就任したときの就任演説です。

「私はこれから『cool heads but warm hearts』を持つ経済学徒を育てる」と宣言したのです。どういう意味か。経済学だけを勉強すると冷静な頭脳は割と身に付きやすいけれども、温かい心は忘れることが多いのです。だから、冷静な頭脳を持ち、なおかつ、あわせて、しかし、温かい心も持った経済学徒を養成するというのを言いました。だから、この「but」には物凄く重い意味があります。冷静な頭脳と温かい心とは、無意識のうちに偏ってしまう。冷静な頭脳を身に付けると温かい心を忘れるようになるし、逆に温かい心をしっかり身に付けると冷静な頭脳を忘れがちになります。

私は日本福祉大学に33年勤めたので、これはよく分かります。福祉学部の学生や教員がそうなのです。社会福祉の人は温かい心を持っていると思います。しかし、冷静な頭脳に欠けている人が学生にも教員にも多いのです。だから、私は全国の医療ソーシャルワーカーの会議で話して、マーシャルをもじって逆転して、ソーシャルワーカーは温かい心を持っているのは認めます、だけど、しかし、それにあわせて冷静な頭脳も持ってくださいと問題提起したのです。



ということで、医療政策を考える場合には、冷静な頭脳と温かい心を併せ持つということが結構大変で、よほど努力しなければならないということをぜひ理解していただきたいのです。

医療政策の「客観的」 将来予測の3つの方法

次に、私の医療政策の「客観的」将来予測の3つの方法について述べます。

私が1991年に出版した『複眼でみる90年代の医療』からこの方法をとっております。それを2006年に出版した『医療経済・政策学の視点と研究方法』の第2章で詳細に説明しました。この本は今から13年前に出しましたが、まだ絶版にならないで売られています。医療政策の客観的将来予測を、学問的と言うと少しオーバーですが、体系的に述べた唯一の本です。今に至るまでこういうものはありません。13年間に2回の政権交代がありましたが、今読み直しても、そのまま通じると思います。

まずは、日本医療の構造的変化の徹底的な実証分析です。

2番目は、自己の臨床経験に即して判断するとともに、それを補足するために新しい動きが注目される医療機関を個々に訪問し、そこから生の情報を得る「フィールド調査」です。この本を書いた1991年頃、私は代々木病院で非常勤で診療していましたから臨床経験と書きました。

私は、地元の名古屋、あるいはとんぼ返りすることも多い東京で講演する場合以外は、必ず講演の前にご当地の医療機関を見学させていただくことにしています。今まで大阪府医師会で7回講演した際もほとんど講演前に施設見学をさせていただきました。なぜそうするのか。日本は国営医療ではないからです。国営医療の国

の場合には、国が青写真を描いて、それに基づいて医療提供制度の改革をすればいいわけです。イギリスがその最たるものです。しかし、日本は民間医療機関が主体で、民間医療機関の先進的な活動を政策にも反映するような流れがあります。もちろん厚労省は、一方で政権や官邸からの圧力で厳しい医療費抑制政策をせざるを得ないけれども、他面、医療提供体制の改革に関しては、医療費抑制政策の枠の中で少しでも日本の医療が良くなるような努力はしています。私自身も厚労省とは別の意味で、それぞれの地域で創意工夫に富んだ活動を行っている病院・施設を見学するようにしているわけです。

3番目に、政府・厚労省の公式文書や政策担当者の講演記録の分析（文献学的研究）を行っています。政策分析となると、これだけやる人がいるのですけれども、特に医療系コンサルタントですが、これは間違いだと思います。全国データをしっかり分析する、それから、先進的な医療機関の動きをキャッチする、それに加えてこういう文献学的研究もするべきだと思っています。

『医療経済・政策学の視点と研究方法』 の「政府・厚生労働省の公式文書の 分析の3つのポイント」

『医療経済・政策学の視点と研究方法』の「政府・厚生労働省の公式文書の分析の3つのポイント」は以下のとおりです。

第1は、各種文書の序列・重みづけを常に意識して分析することです。具体的には、法律、法案、閣議決定、各省庁の公式文書、各省庁の審議会・委員会等の最終報告、同中間報告等の序列です。医療政策を分析する人の中には、こうした序列を無視して、閣議決定と審議会・委員会の中間報告に書かれていることを同列で論

じている人や、更にひどい場合には、検討会に提出されたり、あるいは参考人の発言を政府の公式決定、これは閣議決定以上のものですが、これと同列に論じている人がいるのですが、これは全然だめです。法律、法案、それから、閣議決定エトセトラ、こういう序列でみる。逆に言うと、各省庁の審議会や委員会等は、中間報告は言うまでもなく、最終報告でもそれがそのまま政策になるという保証はないということです。これはしっかり押さえる必要があると思います。

2番目は、各省庁の公式文書の相互関係と異同に注意することです。これは21世紀になってから必要になってきた見方です。20世紀の1990年代までは、政府の方針は少なくとも外から見ると一枚岩でした。よって、通産省（現・経産省）も厚生省（現・厚労省）も大蔵省（現・財務省）も見かけ上の違いはほとんどなかったのですが、1990年代の末から政府の中で、あるいはもっと広げると体制の中で、医療や社会保障改革に対する対立が出てきました。

具体的にどういうことかという、特に財界や経産省の側から、それまで聖域と言われていた医療や社会保障にも市場原理を導入するという主張が結構強まりました。信じられないと思いますが、2000年前後には国民皆保険の解体を提案する文書も出ました。1999年に経済戦略会議の文書が出たのですが、その時の公式文書は、当時アメリカで大流行していたマネジドケアの日本への導入、日本型マネジドケアの導入ということが書いてあるのです。これだけ見るとよく分かりませんが、実はその裏文書があり、それも半分公開されていますけれども、それには国民皆保険をやめるとはっきり書いてあります。公的な医療保険は低所得者だけに限定する、それ以外の国民はアメリカと同じように民間保険、マネジドケアに入ってもらって、民

間保険同士の競争を促進するなど書かれていたのです。あるいは、『日経メディカル』という雑誌の1999年1月号に医療改革の提言が載りました。それも、当面はともかく長期的にはアメリカ型のマネジド・コンペティション——マネジドケアとマネジド・コンペティションはほぼ同じ意味ですが、それを導入すると書かれていました。

今は全く違います。今は、少なくとも国会に議席を有する政党に関して言うと、自由民主党から共産党まで国民皆保険を維持するという点で共通しています。厳密に言うと、ご当地で強い日本維新の会は、橋下さんが元気だった頃は一時、国民皆保険に極めて否定的な選挙公約を出したこともあります。最近はそうではなく、日本維新の会も国民皆保険維持です。今は、少なくとも表面的には国民皆保険の維持という点では全政党が一致していますし、経産省、内閣府、厚労省、財務省も一致していますが、一皮むくと少し違いがあります。経産省は、混合診療を全面解禁したくてうずうずしているわけです。医療機関にだけ医療費を使わせるのはもったいないから、一般企業にも参入させたいということで、予防医療に一般企業が参入して、それで医療費が下がるなどと、笑い話のようなことを主張しているわけですから、各省庁の公式文書の相互関係と異同に注意することが重要です。

今、安倍政権のもとで圧倒的に強い力を持っているのは、財務省とのイメージがあると思いますが、違います。財務省ではなくて、経産省です。経産省は影響力があるだけでなく、内閣府、内閣官房のいわゆる官邸官僚の大半は経産省からの出向者です。経産省は無責任な省で、アドバルーンばかり上げるのが仕事だと思っているような官庁です。「千三つ官庁」という言葉があります。1,000の政策アドバルーンを上

げて3つ物になればいいやという官庁のことで
す。経産省の前身である通産省がこう言われて
いました。

1960年代ならともかく、1980年代以降は日本
の企業が強くなりましたから、わざわざ通産省
のお世話にならない。逆に言うと、通産省のや
ることがなくなったものだから、医療・社会保
障や農業政策など、他省庁の縄張りにちょっか
いばかり出すようになったのです。それで「千
三つ官庁」、つまり1,000のアイデアを出して3
つ物になればいいという発想でやっている官庁
です。

それに対して、厚労省は現業官庁ですね。医
療保険・年金保険・介護保険は、そんないい加
減なやり方ではやっていけません。華々しさは
全然ありませんし、経産省の役人に比べると演
説も下手、だけど、地に足がついている。こう
いう比較で、経産省に比べれば厚労省は余程ま
ともだと思います。私は、前は厚労省を厳しく
批判していたのですが、経産省があまりにも強
過ぎるので、最近ではむしろ経産省の批判に焦点
を当てて、厚労省はもっと頑張りなさいよとい
う言い方に意識的にスタンスを変えておりま

す。

最近の公式文書と以前の公式 文書との異同を分析的に検討

続いて、最近の公式文書と以前の公式文書と
の異同を分析的に検討するということです。こ
れが一番大事です。比喩的な言い方をします
と、ジャーナリストは、新しい政策文書を読ん
で何が新しいかと思うことに注目します。それ
に対して私のような医療政策分析のプロフェッ
ショナルは、今まで書かれていたことで今度は
何が書かれていないかに注目します。だから、
常に今書かれていることが、新しいことなのか
古いことなのかということと比較しながら読み
ます。

そういう点でいい教材があります。「キャリ
アブレイン・マネジメント」というネット上の
情報誌がありますが、そこが6月13日、「骨太
の方針2019」の原案が出たことを受けて、こう
いう報道をしています。「骨太で入院基本料見
直し明記、重症度水準見直しへ、7対1からの
転換促進、支払側は中医協で攻勢強める」とい



う見出しです。本文は、「急性期から回復期への病床再編は、地域医療構想で進めるのが基本だが、骨太方針2019は、『入院基本料の見直しによる病床再編について必要な対応を検討』と明記する」とあります。

このニュースを読むと、「骨太の方針2019」でこのようなことが新しく書かれたと普通の人には思いますね。えっ、そうかなと思って、私は2018年の「骨太の方針」を見たわけですよ。そうすると、一字一句同じことが書かれていました。「病床の転換や介護医療院への移行などが着実に進むよう、地域医療介護総合確保基金や急性期病床や療養病床に係る入院基本料の見直しによる病床再編の効果などこれまでの推進方策の効果・コストの検証を行い、必要な対応を検討する」という文章が「骨太の方針」の2018と2019で完全に同じなのです。唯一の違いは、2018年の文書では「等」が平仮名で、2019年は漢字に変わりました。これはコピーの世界です。皆さんも分かりますよね、こんなこと最近言ったわけではないと。だけど、これを書いた記者は去年と比較しないから、ああ新しい、なんて錯覚してしまうのです。それで世を惑わせるわけです。

それに対して、「骨太の方針2019」の医療提供体制の改革で何が新しいかというと、『医療提供体制の効率化』の新方針」とあります。実は、「医療提供体制の効率化」の大半は去年のコピーですが、新しいことが2つだけ書いてあります。

1つは、「真に地域医療構想の実現に資するものとする観点から必要な場合には、消費税財源を活用した病床のダウンサイジング支援の追加的支援方策を講ずる」。去年はどう書いてあったか。「病床のダウンサイジング支援の追加的方策を検討する」。全然意味が違いますね。去年は「検討する」でした。検討するというこ

とは、やるかやらないか分からないということです。それに対して今年「講ずる」、これはするということです。それから、去年は財源については何も書いていなかったのですが、今年は「消費税財源を活用した」と書いてあります。ですから、消費税財源を使ってダウンサイジングをするということです。これが1つです。

もうひとつ、「精神病床については、認知症である者を含めその入院患者等が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築など基盤整備への支援等を講ずる」としました。これはどういう点が新しいか。地域包括ケアシステムは、法律上は介護保険法で規定されていますから、65歳以上の高齢者オンリーです。精神障害者は含みません。ですから、地域包括ケアの対象に65歳未満の精神障害者を含むということは画期的なことです。

ただし、ここで見落としとしてはならないことは、この方針は、「諸外国と比べて高い水準にとどまる入院日数の縮小を目指す」方針の一環として書かれているということです。地域包括ケアに精神障害者も含む、入院日数を縮小するとはどういうことですか。間接的には当然精神病床を減らすことです。これは初めてのことです。ご承知のように、地域医療構想で高度急性期、急性期、回復期、慢性期と病床区分がされていますけれども、精神病床は外れています。けれども、これからは精神病床も地域医療構想に組み込み、その削減を目指すことを今の段階で示唆しているということ、これは良い悪いは別にしてください。

去年の方針と今年の方針を比較すると、こういう違いがわかります。しかし、一般の新聞はもちろんのこと、社会保障関係の雑誌も一言も触れていないのです。要するに、医療政策を分

析する場合にはその当該年度の政策を読むだけでなく、最低限1年前あるいはそれより前の文書と比較することです。できればもっと古くから比較した方がいいです。

「全世代型社会保障」 改革の中身が変容

関連して言いますと、安倍政権の社会保障改革のキーワードである「全世代型社会保障」改革の中身が、去年と今年で大きく変わっています。去年は、子育て・少子化対策と財政健全化との関係で全世代型社会保障が語られました。なぜですか。消費税を8%から10%に上げるけれども、国民の反発が多いから、伝統的な社会保障以外にも子育てに使いますと、これは安倍首相の鶴の一声です。

ところが、今年は全世代型社会保障に子育ても少子化対策もなくなって3本柱になりました。①70歳までの就業機会確保、②中途採用・経験者採用の促進、③疾病・介護の予防——。全然違うでしょう。これら3つは去年の「骨太の方針2018」以降に安倍首相が言い出したこと

です。去年9月の自民党総裁選挙の時に、これからの社会保障は負担増ではない、疾病の予防をすればいいのだ、そうすると医療費が減るのだなどと言い出しました。70歳までの就業確保は前から言っていましたが、今年の4月から更に突然、中途採用・経験者採用の促進を言い出したのです。これはいわゆる団塊ジュニア世代・就職氷河期世代の支援策です。安倍首相が言ったらそれが入ったということで、これは明らかな参議院選挙対策です。だから、全世代型社会保障改革といっても中身が違います。

あと、①と②は社会保障ではなくて雇用・労働政策です。これは社会政策という概念です。一方で雇用・労働政策があって、他方で社会保障制度があって、それら全体を含めて社会政策というのが大体学問的な常識です。こういう形で社会保障と言うと社会福祉士の国家試験に落ちるのではないかと思います。安倍首相はこのように言葉を変えているのです。そして、残念ながら、一般の新聞も社会保障の専門誌もこのことを書いていません。ということで、医療政策を読む上では、ぜひ私の本や論文を読んでもらいたい、こういう宣伝になるわけです。



日本の医療改革についての 私の2つの価値判断

最後に、「日本の医療改革についての私の2つの価値判断」です。

私は、客観的将来予測をするだけでなく私の価値判断も明示しますので、2つ言います。第1は、必要・可能な医療改革は、現行制度（国民皆保険制度と民間医療機関主体の医療提供体制）の枠内での部分改革の積み重ねであり、そのためには医療者の自己改革が不可欠である。第2の私の価値判断は医療改革の財源選

択で、主財源は社会保険料率の引き上げ、補助的にたばこ税・所得税・企業課税・消費税等の引き上げを用いるべきということです。

これはもともと私の価値判断です。ですが、現在ではこの2つの価値判断はほとんどの医療政策研究者や政策立案者——厚労省、財務省の共通理解になっています。府医会長と一緒に私も医療政策会議の委員で、それが2年に1回報告書を出しますが、大変嬉しいことに、去年4月の報告書でこれが医療政策会議の共通見解に採用されました。興味のある方はぜひ読んでいただきたいと思います。

質 疑 応 答

○Q 今後の医療費増大に危機感を持っているのですが、今後、消費税の増税分が5兆円位あると言われており、それが全世代型社会保障に使われますが、医療費増大に対応する形では使われないというようになっていると思います。そのあたりについて先生はどのようにお考えになっていますか。

○二木 非常に大事な点です。私は消費税に対してはこういう見方をしています。今から10年前は、社会保障の拡充の財源は何でもかんでも消費税という流れがありました。2008年の「社会保障国民会議の財源報告書」には、ストレートには書いていませんでしたが、当時はこれから増える社会保障の財源はすべて消費税で賄うという理解が一般的でした。

私は、それに対しては2つの点を言っていました。1つは、社会保障全般ではなくて、医療に関して限定すると、主財源は保険料だと。国

民皆保険の維持は自民党から共産党まで一致している唯一の政策です。正確に言うと、1970年前後は当時の社会党は医療公営化といって、イギリスや北欧をモデルにして、国民皆保険に否定的だったのですが、今は社民党を含めて国民皆保険だと。そうすると、主財源は社会保険料だ、このことを言わないで消費税を言うのはおかしい。

また、私は消費税を上げることには賛成です。ただし、消費税だけでは他に回ってしまいます。更に、消費税は国民に評判が悪い。ですから、消費税は税財源の1つであるけれども、他の色々な税財源を全部集めるしかないでしょう。これは前提です。

その上で言いますと、非常に大事な点ですが、消費税が使われるとしても、それは年金の国庫負担増とか、あるいは少子化対策とか、広い意味での医療以外の財源に使われるので、医

療に使われるのはごくごく一部だからあまり期待しないほうがよいと言っていたのですが、それは今でも同じです。ただ、医師会等が努力したのでしょうか、ベッドを減らすのに消費税を使うとかは少しありますけど、あまり使われなと思います。あくまでも大事なものは、医療に限定すると、国民皆保険を維持する限り、主財源は社会保険料である、そして補助的財源として消費税も含めた色々な財源を使うというのが一番良いと思っています。

私が今一番困っているのが安倍首相です。10月に消費税を10%に上げるのは構わないが、あと10年間消費税を上げないなどと言っています。あれは困ります。もちろん安倍首相の個人の意見で、どうなるか分かりませんが、それは無理です。社会保障の財源で、もちろん社会保険料も上げる必要はあるけれども、それだけでは無理だから、消費税を10%に上げた後、10年間上げないと大変なことになってしまいます。

消費税は、医療に関して大事な財源ではあるが、それがメインではない。しかし、10%で固定されると厳しい問題があります。

○Q ありがとうございます。もう一点、2050年の社会保障について、医療費は今の42兆円位から、どれ位まで膨れ上がるとお考えでしょうか。

○二木 厚労省は最近、医療を含めた社会保障費はそれほど増えないということを一生涯懸命言っています。それは私も賛成です。今後の医療や社会保障費の伸びを名目額で言うのは間違いです。対GDP比で見べきです。なぜか。経済成長するでしょう。特に安倍首相の望むように、もし年率3%で名目が伸びるとしたら、それに比例して、正確に言うとそれを少し上回る率で社会保障費、医療費が増えるのです。逆に言うと、安倍首相の思惑が外れて名目GDPがあまり増えないと、それに合わせて医療・社

会保障費も増えないのです。よって、社会保障費が多いか少ないかは名目額で論じても意味がなく、対GDP比で見ないといけないのです。

「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」で医療を見ると、2018年度はGDP比7.0%です。ところが、2040年度でも8.9~8.7%にしか増えません。だから、パーセントポイントでいくと、1~2%です。あるいは、社会保障費全体でも2040年の対GDP比というのは今のドイツやフランスより低いのです。

だから、社会保障費が増える、あるいは医療給付費が増えるから日本社会が破産するなどということはないわけで、社会としては十分負担できる。大事なものは誰が負担するのかを論議すべきで、あたかも自然法則のようにどんどん増えて国家が破産するなどということはないわけです。

経産省と厚労省との違い、「千三つ官庁」の話をしました。経産省は名目医療費・社会保障費を使うのが大好きです。そうすると、すごく増えるように見えます。よって、医療費は抑制だと。それに対して厚労省はすごくリアルで、医療費は対GDP比で評価すべき、それは2040年も社会的に負担可能というキャンペーンを張っています。『社会保険旬報』という雑誌の1月1日号に新春座談会があり、そこで厚労省の鈴木事務次官がそのことをはっきりと言っています。事務次官が言うということは、当然厚労省の幹部の間で意思統一しているわけです。医療費は対GDP比の伸び率を少し上回る形で伸びるということを厚労省はリアルに見ているわけです。ただ、それでいいかどうか、もっと上げるかどうかという話はまた別の問題で、その場合には必ず財源をどうするかということとワンセットで言わなければいけないと思います。私はその立場ですから、社会保険料も上げるべきだ、消費税も含めた租税も上げるべ

きだという立場です。

○**茂松座長** 現在は名目GDPで120~130兆円、それが2040年には190兆円と言われていますが、実際GDPの比でいうと21.8%が24%になる。これはスウェーデンやフランスなどに比べるとそれほど高くないということで、日本ではカバーできると考えられます。

○**Q** 先生のご著書の中で、地域医療構想と地域包括ケアについて、地域包括ケアは恐らく一層小さくなっていくだろうと。エリアが狭くなっていき、居宅生活の限界点を高めるのが地域包括ケアシステムだということで、エリアは地域医療構想とはかなり隔たりがある。大きな地域医療構想と小さな地域包括ケアシステム、このあたりについて、例えば精神科病院、認知症も含むということで、地域医療構想に精神科病院を入れるということであれば、大阪市は精神科病床が少ないという大きな問題点がある。恐らく都市部はそういうことだろうと思うのですが、高齢者を地域で見守るときに地区医師会は地域医療構想と地域包括ケアをどのように考えればよいのかについてお考えをお聞かせください。

○**二木** それはすごく大事な点です。地域包括ケアシステム、地域医療構想は、法律上も行政上も実体的にも切り離せないです。2025年の機能別病床数で慢性期が相当減ると言っています。その理由は、地域包括ケアを進めて、今入院している患者を地域に30万人移すということです。それで一体なのです。しかし、地域が全然違うのです。地域包括ケアの地域は中学校区、人口1万人で、だから全国に1万あるわけです。それに対して地域医療構想は、昔風に言うと第2次医療圏だから300少し、よって全く別です。逆に言うと、1つの医療区域、昔で言う第2次医療圏に数十の地域包括ケアがあるということです。

地域医療構想の場合には都道府県単位で調整をしますが、地域包括ケアはそういう計画がありません。よって、それぞれの地域でできる範囲のことをするしかないのです。行政は調整するだけ。私は地域包括ケアシステムという言葉はおかしいと思っています。「システム」というのは制度ですから、上から作るというイメージがあって、ということは国あるいは自治体を中心になるはずだが、そんなことはないのです。ネットワークというのは網の目ですから、全国一律の中心などないのです。よって、それぞれの地域でやりたい人、やれる組織がやればいいので、地域医師会が強いのであればそこがやればいいし、あるいはそれぞれの病院が強いのであれば、そこが相対的中心になっても構わない。医師会のレベルではこの両者は一体に扱わなければならないけれども、地域の範囲は全然違うということで、それぞれのレベルで考えるしかないと思います。

○**茂松座長** 有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅が地域でもう少し要るとか、高齢者の住まいが地域にもう少しないといけないとか、そういう意味合いでご質問されたのですか。

○**Q** そうでもないのですが、介護医療院であるとか、例えば高齢者医療が介護保険に移行するとか、そういうことが言われるようになってくるのかと思い、それには危惧を持っているのですが、有料老人ホームや高齢者住宅というのは、それぞれできるのは仕方がないだろうと。それに地域の医師会がどのように関わっていくのかは今回の話とは別に考えております。

○**茂松座長** むしろ医療にかかられた人が介護の方に行ってしまうということでもないですか。

○**Q** 結局は、医療費を抑制するとか医療費が増えるということよりも、社会保障費が増え

る増えない、医療・介護トータルで考えて、それは増えていくのだろうとは思いますが、それぞれだけを見て判断するのはどうかと。やはりまとめて見るべきと考えています。

○二木 おっしゃるとおりだと思います。政府の方針も今は医療改革と言いません。医療・介護の改革という言い方で、これは2013年8月の「社会保障制度改革国民会議報告書」からそういう言葉が使われています。ただ、大事なものは、医療と介護を見ても、医療費が減る、介護費が増えるなどということはないです。医療費も増えるし、介護費も増える。高齢化の影響を考えると、介護費の伸び率の方が高いと思いますけれども、医療費も着実に増えると思います。

○Q 国民の負担も増えていくだろうと思います。医療も介護も、やはり生活していかなければならないというところもありますし、住民の視点、あるいは住民の経済状況というのも考えなければなりません。

○二木 おっしゃるとおりだと思います。あと大事なものは、「国民」というのは、個々一人ひとりの住民という意味だけではなくて、例えば企業負担の問題もあるし、あるいは環境税とか、個々の国民が一人ひとり、保険料的に払うもの以外の財源もあります。一般論で言えば、最終的には国民が払うというけれども、住民というカテゴリーもあり、企業というカテゴリーもあり、色々なカテゴリーがあって、それを全部増やすしかないということです。私は社会保険料で全部やるなどということは全く考えていないし、消費税だけでも無理ということで、何でもかんでも使うしかないという立場です。

○茂松座長 企業の努力や協力が見えないところがありますので、そこをどう考えるか。内部留保になってきているので、税収を上げるために累進課税も色々あるでしょうが、額がそれ

ほど多くなならないということもあるでしょうし、その辺り、二木先生が言われるように色々な税収を持ってくるということになるのだろうと思います。

ありがとうございました。二木先生には医療政策の考え方というものを教えていただいております、今後もしもご指導いただくようお願い申し上げます。

(文責：広報委員会)