『2020年代初頭の医療・社会保障』出版記念インタビュー

コロナ後の医療提供体制構築へ、存在意義増す厚生連・公的病院

二木　立（日本福祉大学名誉教授）

主役の座を降りた市場原理主義・新自由主義

――新著『2020年代初頭の医療・社会保障』の出版を記念して、お話を伺います。1年半前の前著『コロナ危機後の医療・社会保障改革』発刊の頃は、新型コロナウイルス感染症がパンデミックとなった直後でした。コロナ禍が2年以上続いているわけですが、社会の変化をどう見られていますか。

二木　正直言って、こんなにコロナが長引くとは思っていませんでしたが、逆に長引いたから、日本でも世界でも、2008年のリーマンショックの時とは比べものにならないぐらい世の中が大きく変わったと思うのです。

ちょっと大きな話をしますと、リーマンショックの後、オバマ大統領が出現し、日本でも民主党への政権交代がありました。資本主義の在り方、いわゆる新自由主義が挫折して、今度こそ資本主義のゆがみが正されるだろうと言われました。私も著書でそういうことを書いたのですが、物の見事に外れて（笑）、むしろ弱肉強食の資本主義が復活しました。

それに対して、今度のコロナでは、社会や経済、政治に与えた影響がものすごく強くなりましたから、今まで政治思想の面で支配的だった新自由主義が完全に退場したかどうかは別にして、主役の座を降りたということは間違いないと思うのです。サッチャー元首相が「社会なんてものは存在しない」と福祉国家体制を否定してきたイギリスでは、同じ保守党のジョンソン首相が「社会というものはあるのだ」としてNHS（国民保健サービス）を評価しています。新自由主義のスウェーデン人研究者が「われわれは政治的孤児になった」と発言したことが、イギリスの雑誌『エコノミスト』の昨年11月20日号で報じられています。岸田首相の「新自由

主義からの転換」「新しい資本主義」も、中身がどこまであるかの評価は保留しますけれど、少なくともスローガンとしては世の中の流れを反映していると思います。

コロナ危機を市場原理の導入で解決しようなんて誰も言わない。リーマンショックとは桁違いの、ひとつの流れになる可能性が高いと思います。

窓口支払いの応能負担拡大に反対 衆議院で意見陳述

――そのような中、先生は、2021年4月20日の衆議院厚生労働委員会で意見陳述をされました。「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の改正案」の、後期高齢者の2割負担化に反対する意見です。応能負担や受益者負担の問題性に切り込んだご意見でした。新著にも全文が掲載されています。

二木　国会で話すなんて初めてでしたが、いい経験になりました。議員からの質疑も事前に内容を聞いているわけではなく、ガチンコ勝負の討論で面白かったです（笑）。

まず応能負担についてですが、社会保険論では、「保険料、あるいはもっと広げて税金に関してはお金持ちがたくさん払う。けれどサービスを利用するときの自己負担は無料か定額、少なくともだれでも同じ」というのが、応能負担の常識だったのです。しかし今回の法改正で応能負担の原則を窓口負担に変えてしまっており、それはおかしいと、主張しました。保険料に対する応能負担の負荷範囲に、例えば金融資産を入れることはありだと思いますが、応能負担と称して窓口負担を増やすことはやめるべきです。窓口負担は可能な限り安いほうがよい。原理的、究極的には窓口負担がないほうがよい。政治的には最低限1割、つまり今の高齢者の負担に全世代を合わせればいいと、私は思います。

コロナ医療は自己負担無料で 社会問題を回避

二木　小泉元首相の時代だったら、物やサービスを受けた人が払うのが当たり前だとして、応益負担、受益者負担論が幅を利かせていました。ですが、それこそ今のコロナ医療は、治療もワクチンも全部無料ですよね。なおかつ若い人もお年寄りも一切区別しない。もしこれが感染症の類型で五類もしくは一般の医療保険適用だったら大変でした。インフルエンザと同じですから、治療の場合は現役の人は3割負担、ワクチンは全額自費となります。

私はコロナを永久に五類にすべきではないと言っているのではなくて、本当にコロナウイルスが弱毒化して、インフルエンザ並みに弱くなって季節性のエンデミックになったら、五類にすることはあり得ると思うのです。しかし、今のようにまん延しているときに五類にすると、貧富の差で治療を受けられないとかワクチンが受けられない人が続出して、深刻な社会問題になると思います。今は治療もワクチンも無料で提供しているから、大変だと言いながらも、ほかの国みたいに暴動も起きているわけではないのです。

健康の社会的要因は世界的常識でSDGsにも入っていますから、今すぐはともかく、理想としては窓口での自己負担なし、あるいはごくごく低額の自己負担にすべきということは旗としては揚げるべきだと思って、私としてはだいぶ踏み込んで主張しました。

欧米諸国の社会保険方式の国で、日本のように、外来医療に3割もの自己負担を課している

国はほとんどありません。ドイツでは外来の自己負担はありませんし、フランスは名目上３割負担ですがその大半を補足的な疾病保険（共済組合等）で償還しています。アメリカのメディケアですら２割（年間１８３ドルを超えた場合）です。

世代間対立あおるが、現役世代の負担減はごくわずか

――若い世代と高齢者の世代間対立をあおるような政府の論建ても大いに問題がありますね。

二木　若い人だって歳を取ります。世代間の対立はうそなのです。菅前首相のもとでまとめられた「全世代型社会保障改革の方針（最終報告）」（２０２０年12月）は、世代間の対立をあおる本当にまずい内容だと思います。

国会の意見陳述で私が一番強調したかったのは、「若い世代の負担上昇を抑えることは待ったなし」という割には、今回の後期高齢者の負担増のうち現役世代の負担減に回るのは２割弱に過ぎないことです。現役世代「本人」の負担減は年３５０円で、ひと月当たり30円弱にすぎません。若い世代は給与水準が低いので、高齢者への支援金に対する抑制効果はさらに小さくなります。一方で後期高齢者の外来負担増は、経過措置の間でも、ひと月当たり３０００円も増えて、その分、公費と企業の負担が減るのです。現役世代の負担抑制論はそのためのダシに使われたといえます。

若い世代の生活の苦しさは深刻であり、根本的に給与引き上げと正規雇用化の促進、住居費・教育費への公的補助の拡大こそが不可欠だと思います。

混合診療の全面解禁からスタンス転換した財務省

――財務省の「改革」スタンスの変化の検討に一つの章を割いています。

二木　新著ではこの点も重視しました。財務省の医療・社会保障改革のスタンスについては一般的に誤解されているからです。

世間では、財務省が新自由主義的な改革を目指しているとよく言われます。確かに小泉首相が登場する頃の２０００年前後に財務省は混合診療の全面解禁とか、新自由主義的な主張をしていました。しかし結論的に言うと、財務省の「潮目」の変化、つまり新自由主義からの転換は２００５年後半から２００６年に生じたと判断しています。同省の高官が「混合診療解禁、株式会社参入に与するつもりはない。公的保険の枠組みを崩すやり方はやめるべき」と発言し、審議会の建議でも混合診療への言及がなくなりました。

これは私が２００４年から主張していましたが、新自由主義的医療改革の本質的ジレンマと言って、医療分野に市場原理を導入すると、それにかかわる企業は利益が増えるけれども、それに伴って医療費全体および公的負担の医療費も増えてしまい、国是である医療費抑制に反することになってしまうのです。ですから医療費が増えるのはだめだと、財務省は方針転換したのです。だからといって公的医療費を充実させようとしているわけではなくて、医療費抑制は厳しくやってきます。ここは誤解のないようにしてください。しかし、市場原理の導入はごく限定的であるべきだと認めたことはすごく大事なのです。

コロナが収束したら厳しい医療費抑制政策や新自由主義的改革が進むとか、よく皆さん心配されますが、それは無理ですよ。コロナの医療

は全部公費負担できちんとやっていて、一般医療だけめちゃくちゃに水準を下げるとか、負担を増やすなんてことはできっこないじゃないですか。今度の診療報酬改定でも本体はマイナス改定にはなっていないのです。

財務省は復権も過大評価は間違い

――昨今言われる財務省の復権についてはどう見られていますか。

二木　第二次安倍内閣は経済産業省主導内閣と言われ、財務省は影が薄かったのですが、安倍内閣の末期から菅内閣、岸田内閣になって、財務省がほぼ復権したと言えるでしょう。

昨年12月の財政制度等審議会建議では、「コロナへの対応の過程で顕在化した、医療提供体制の脆弱さ」や「低密度医療」の批判を繰り返すなど、ぞっとするような内容を書き連ねていました。財務省は医療費抑制のために、厚生労働省が担う分野にまで領海侵犯をしています。

しかし、財務省の影響力を過大評価するのも間違いで、そうドラスチックには進まないだろうとみています。診療報酬の包括払いの徹底も、かかりつけ医の制度化も、この4月の診療報酬改定でいきなり実施されたものはほとんどない。当たり前のことですが、すべて財務省の言うとおりに実現するわけではないのです。

ただ、『財務省の「ワル」』（岸宣仁著　新潮新書）にあるように、財務省は本当に変わり身が早いのです。正論とデマゴギーに通じることをちゃんぽんで書き込んで政策を実現してしまうような、清濁併せ呑むずる賢い「やり手」のエリートがいる点に注意が必要です。

岸田内閣の賃上げ方針は診療報酬引き上げと連動を

――岸田首相は「分配」に言及していますが、社会保障を通じたそれには触れていないように思います。

二木　新自由主義からの転換をスローガンとしたことは評価できますが、岸田首相にとっての分配は、イコール賃上げなのです。実際に賃上げができるのは優良大企業だけで、中小企業の支援や最低賃金制の改善は一言も言っていません。さらに、彼は社会保障を通じた「再分配」とは言わない。金融所得課税の見直しも消えてしまいました。

安倍・菅政権時代との違いは、「全世代型社会保障構築会議」や「公的価格評価検討委員会」の構成員に、社会保障・税一体改革のときに中心になった社会保障の機能強化の立場の元官僚や研究者を人選していることです。また、医療・介護・保育職の賃上げ方針を打ち出しています。診療報酬引き上げとの連動にまでは踏み込んでいません。これをすれば、他国に比べて低い日本の医療の「付加価値生産性」（（利潤＋賃金）÷労働者数）の向上にもつながるのですが……。

いずれにしても、首相は参議院選挙が終わるまでは余計なことは言わない方針であり、その後どこまでの政策が出るかに注目したいと思います。岸田首相は巷で言われているよりずっとしたたかだと思います。

高度急性期・急性期の大幅削減方針は見直し、看護師配置基準の抜本的引き上げへ

――コロナ後の医療提供体制、地域医療構想の問題ですが、先生は、高度急性期と一般急性期のベッドもスタッフも足りないことが明確になり、見直される点について強調されています。

二木　私はコロナ後の改革の予測として、厳しい医療費抑制策への歯止め、保健所の機能強化に加えて、地域医療構想の（停止ではなく）見直しを挙げました。高度急性期と一般急性期の病床の大幅削減方針は見直しが図られるでしょう。公立・公的病院の再編統合の再検証要請は無期限延期されました。コロナ診療で積極的役割を果たしたのが、厚生連をはじめとする公立・公的病院だったから当然です。今まで効率一辺倒で進められてきた余裕のない地域医療構想のスタンスは見直さざるを得ません。

コロナの治療をするのはベッドではなくて、医師、看護師を中心とした医療従事者です。重要なのは病床数ではなく、急性期病床の看護師配置基準も現在の7対1から5対1に、ＩＣＵも現在の2対1から1対1に引き上げるべきです。残念ながら今回の診療報酬改定ではそうなりませんでした。

２０１１年に民主党政権で最初に「２０２５年モデル」オリジナル版が出されたときには、病床は減らすけれども人員と医療費は大幅に増やすとしていました。高度急性期は人員2倍と単価1・9倍、一般急性期は人員6割増と単価1・5倍です。これが実現していたら、今般のコロナ患者急増時でも病床ひっ迫が生じなかった可能性があります。この医療資源を集中投入して高密度にしようという提案を、後の政府が下ろしてしまいました。

現時点で、今後の医療提供体制改革についての私の価値判断・提言は、①コロナ患者に限らず重症患者を受け入れる高度急性期病床の集約化は不可欠だが、中等症～軽症の急性期患者を受け入れる急性期病床を持つ病院は一極集中ではなく分散化しておく方が、患者のアクセスが良い。②約8・7万床存在する「休眠病床」のうち、財政的保障のある公立病院の休眠病床を、新たなパンデミックに備え医療安全保障の視点から確保しておく。③コロナ危機により活動を停止・縮小している地域包括ケアを再起動する――ことです。

70％台の病床利用率で適正利益を確保できる報酬へ

――さらに先生が指摘をしているのは、病院経営の余裕、病床利用率の在り方です。これは重要な論点ですね。

二木　実は地域医療構想の前提が、病床利用率は高度急性期75％、一般急性期78％なのです。しかし、そんな利用率だったら病院経営は成り立たない。90～95％を維持しないと利益を確保できないのが現実でしょう。逆にいうと、70％台の病床利用率でも十分に経営が成り立ち、適正利益（売上高比で概ね5％）が確保できるような診療報酬の点数に変えればよいわけです。コロナの収束後も、患者の入院・外来受診がコロナ前に完全に戻らない可能性は十分にあり、その場合、病床利用率7割が常態化する可能性

もあります。今後は、病院経営に余裕を持たせるための診療報酬改革が不可欠だと思います。

地域包括ケアの再起動へ マネジメントコストの確保

――停滞してしまっている地域包括ケア、地域づくりの再起動も大きな課題です。

二木　医療機関の自助努力と生存戦略として、地域包括ケア、地域共生社会づくりへの積極的参加が不可欠となります。厚生労働省は２０１８年度の診療報酬改定では医療機関の「複合体」化の奨励に舵を切っています。病院完結医療は無理なのですから、地域完結医療として地域のことを考えざるを得ないと思います。

地域包括ケアの再起動のためには、第１に、参加組織とサービス提供対象の拡大、とりわけ保健所の参加です。第２に、ＩＣＴ・デジタル技術の積極的活用。そして第３に、私の新しい提起として、地域包括ケアのマネジメントコストをどうするかという課題です。

参加する組織間の調整やネットワーク維持のためのコストは今は厚生連でもみんなボランティア、アンペイドワークで支えていると思います。これを少しでも診療報酬に組み込む。さらに、地域単位で若干の定額補償をすることはあり得ますが、公費丸抱えというわけにはいきません。やはり医療機関、事業者が適正利益を確保できることが必要です。また、社会福祉法人に学んで寄付金を集めることも考えるべきでしょう。急性期病院のソーシャルワーカーが入退院の調整に手が取られていて、なかなか地域に出られない状況を改善しなければなりません。

医療保険による需要増加は モラルハザードではない

――この間の著作では、医療経済・政策学に関する章がいつも設定されており、勉強になります。新著ではアローの「不確実性と医療の厚生経済学」（１９６３年）を批判的に取り上げています。

二木　アローはアメリカの新古典派の理論経済学者でノーベル経済学賞を受けています。医療経済学における神様みたいな人ですが、私はこの論文に率直な疑問を持ち、取り上げました。

疑問の一つは、医療の経済的特徴を「不確実性」を出発点にして分析していることです。不確実性が大きいのは医療に限らず福祉や教育でも同じです。効果が早く明らかになる急性期医療と比べて、むしろ慢性期医療や福祉や教育のほうが不確実性が大きい。世の中全体が不確実性に満ち満ちています。医療に不確実性があるのは事実ですけれども、それが医療の特徴かというと、違うと思うのです。不確実性よりはる

かに重要なのは、医師と患者間の「情報の非対称性」です。

二つ目は、アローが一般の保険論でいわれる「モラルハザード」概念を、公的な医療保険に無批判に持ち込んだことです。医療保険によって安心して安く受診できるので医療需要が増加するのは、経済学的には、値段が下がれば消費が増えるという当たり前の合理的行動です。モラルの問題ではありません。潜在需要の顕在化なのか、あるいは無駄な医療なのかは、別に議論すべきことです。医療保険加入による医療需要増加をモラルハザードと呼び、悪の権化みたいな否定的・侮蔑的保険用語として医療経済学へ流用・誤用させてしまったのは、「罪」だと思っています。アローのような偉い人が言うと、アメリカ人も日本人も忖度してしまう。権威に弱いというわけです。

200回迎えた「医療時評」連載

――新著では『文化連情報』の連載論文を中心として、医療提供体制の展望、各政権の政策総括、自助・共助・公助論等、多岐にわたる論考が7章、245頁に渡り展開されています。

二木　貴誌に「医療時評」の連載を開始したのが2005年の1月号からで、もう17年目、先月号で200回となりました。この間、「医療時評」を本にするというパターンで、今回何と10冊目なのです。新著に掲載した21本の論文中、『文化連情報』に掲載したものが15本で、枚数でいいますと9割ぐらいを占めます。貴誌の連載のおかげだと感謝しており『文化連情報』様々です（笑）。

大学を退職してから歩かなきゃいけないと思って、毎朝必ず35分速歩で歩き、新聞を喫茶店で3紙、家で3紙読むことを日課にして、頭と体の健康維持に努めています。今後ともよろしくお願いします。

コロナで活躍した厚生連に強い追い風

――さて、全国の厚生連病院は率先してコロナ患者に対応してきました。最後に先生から厚生連の皆さんへのエールをいただければ幸いです。

二木　厚生連病院はコロナ危機への対応が評価され、その存在意義がすごく高まったと思います。公立・公的病院にはさらに強い追い風が吹いているといえます。誰も病院をつぶせなんて言わなくなりました。住民も患者もよく見ていますからね。自治体や国からの厚生連病院、公立・公的病院に対する信頼は大幅に上がりました。今後も積極的に患者受け入れに頑張っていただきたいと思います。その大前提は国による万全な減収補償であり、引き続き堂々と求めていくべきです。

――これからもご指導、問題提起をいただき、さらなる研究の発展をご期待申し上げます。

本日は長時間ありがとうございました。 文

（聞き手＝文化連代表理事理事長　東　公敏／2022年2月8日）

2020年代初頭の医療・社会保障
コロナ禍・全世代型社会保障・高額新薬
勁草書房　2022年3月刊　2750円
A5判　272頁