

# 希望をもって 病院運営を

日本福祉大学二木立学長インタビュー



## 安倍政権の医療政策は伝統的な 公的医療費抑制政策の徹底

—先生はこの度『安倍政権の医療・社会保障改革』という本を出版されましたが、出版に当たって一言お願いします。

二木 『文化連情報』さんには、私の本が出版されるたびにインタビューしていただき、心から感謝しています。この本には、2012年5月に出版した『TPPと医療の産業化』から今年の3月までに発表した主な論文26本を収録したのですが、ちょうど半分の13本が『文化連情報』の連載「二木学長の医療時評」からです。『日本医事新報』に連載した論文も10本収録していますが、『文化連情報』が主な産みの親だと思いを感謝しています。

この本は、安倍政権の医療・社会保障政策あるいは改革を、包括的であつ個別的に、総論専科ではなく、実証的かつ批判的・複眼的に分析した最初の本だと思っています。このような本は現在唯一の本であるとも自負しています。安倍政権の医療政策に限りませんが、医療政策の解説、診療報酬改定を含めて、医療政策をライブでフォローしている研究者やジャーナリスト

は、現在はほとんどいません。ですから少し手前味噌ですが、唯一の本だと思っている次第です。

——第2次安倍政権の医療政策等について、最大の特徴は何でしょうか。

二木 それについてはよく「小泉政権の再来」ではないかと質問されるのですが、本質は全く違います。安倍政権の医療政策ならびに社会保障政策も同じなのですが、大枠は伝統的な公的医療費抑制政策の徹底です。そのために、規制強化がものすごく強くなっているのです。例えば今年4月の診療報酬改定、それから今国会に上程されている医療・介護総合確保法案など、規制強化の塊です。それが主な側面で、それに加えて部分的に医療の営利化政策、医療の営利産業化政策があります。「主」と「従」を間違えると評価を誤ると思います。これがこの本で一番言いたかったことです。

もう一つ大事なものは、医療政策あるいは社会保障政策の根幹は、安倍政権の前の三代の民主党政権、さらにはその前の福田・麻生政権と重なりがすごく多いのです。その一番典型的な例が「地域包括ケアシステム」です。これは第3章で詳しく書きましたが、地域包括ケアシステ

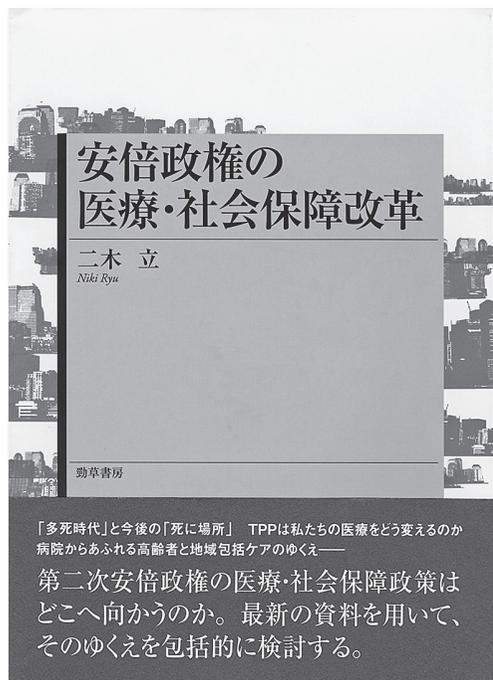
ムは、麻生内閣の時に検討が始まり、民主党政権の時にもその延長で検討が進められ、さらに安倍政権でもその延長となり、今はもう国策になりました。スタートした時は介護保険制度の改革というイメージがあつて、医療関係者はあまり興味を示しませんでした。しかし、今や厚生労働省の担当者自身が国策という言葉を使うなど一貫性がすごく強いと思います。

それから、昨年12月に成立した社会保障制度改革プログラム法、その基盤になったのが、昨年8月にまとめられた社会保障制度改革国民会議の報告書です。この報告書の中身は、福田・麻生内閣の時にまとめられた社会保障国民会議報告書の延長なのです。この点でも極めて連続性がある政策となっております。逆に言うと、医療関係者には小泉内閣にひどい目に遭ったというイメージがすごく強いのですが、小泉内閣はむしろ日本の医療政策の流れの中では、異端な面があったと言えます。

## 薬価引き下げ分の診療報酬 本体への振り替えを否定

——医療関係者からしますと、民主党政権時に診療報酬が上がりなりにも上がったのですが、安倍政権になって最初の診療報酬改定で下げられたというのが率直なところなのです。その点について医療政策全体の流れの中で、今回の改定というのはどういう位置付けなのですか。

二木 そこはすごく大事なところですよ。先ほど主な側面は伝統的な公的医療費抑制政策の徹底と言いました。民主党政権時代の2回の診療報



勁草書房／2014年4月／240頁／2400円＋税

酬がプラス改定と言われていますが、いろいろと隠れ引き下げなどがあり、全体改定率はほとんどゼロだったのです。では今回も同じなのかという点と違うのです。民主党政権の時代には曲がりなりにも薬価の引き下げ分が診療報酬に置き換えられて、2回の改定とも大ざっぱに言う5000億円を診療報酬本体の引き上げに当てました。それに対して今回は、消費税の引き上げに対応する分を除けば、診療報酬本体の引き上げは400億円ぐらいで、10分の1です。これは大きな変更だと思えます。

『文化連情報』3月号にも詳しく書きましたが、1972年の中医協の建議から42年間も続けられ、厚生労働大臣どころか、時の首相も二代にわたって認め、財務省も事実上容認してきた薬価の引き下げ分を診療報酬本体に振り替える慣例が、今回否定されたのは、今後のことを考えるとものすごく重大なことです。この間のいろいろな議論を見ていると、振り替えの根拠について、関係者は昔のことをよく覚えておられないと思うのです。それで私が、1972年の建議から40年間の経過を発掘して詳しく書いたのですが、これが大変注目されています。医療政策に連続性があると同時に、今回の診療報

酬改定は今までの医療費抑制政策の単純な延長ではなく、抑制を徹底してきています。他面、小泉内閣のように医療分野への市場原理導入は前面に出ていなくて、規制強化がものすごい勢いで進められています。7対1看護基準の5つの新しい条件や、医療・介護総合確保法案の医療計画についても、ここまで規制強化するののかという感じですね。

ただ、それはある意味では伝統的な政策なのです。ですから「伝統的な公的医療費抑制政策の徹底」という表現を使ったのです。

### 厚生労働省は7対1病床削減の数値目標を示していない

——厚生省の2025年のあるべき姿論が出され、それに向けての本格的な改定という位置づけだと思のですが、その実現可能性の問題と、その政策が本当に正しいかということに関してはどうでしょうか。

二木 それは、この本の枠を超えていますが、私は研究者ですから、単に価値判断で賛成反対ということ論じるのではなく、事実、根拠に基づいて発言しないといけないと思うのです。

2025年モデルは民主党政権時代に提起されたものですから、それ以後の文書を全部調べ直してみたら、とんでもないトリックがあるので。これは私が初めて指摘し、『文化連情報』5月号に書きました。

2025年モデルのオリジナル版は、病床数は高度急性期18万床、一般急性期35万床、亜急性期など26万床、地域一般病床24万床で、これは今に至るまで同じです。今後人口が高齢化しますから、本来ならベッドを増やさなければなりません。今、107万床の一般病床を、今の延長の医療をやっていたら129万床に増やざるを得ない。しかし財政制約等のためにそれができないから、平均在院日数を大幅に短縮するのです。高度急性期に関しては15〜16日、一般急性期が9日。このために高度急性期は職員を2倍、一般急性期でも6割増ということを引き出したのです。

このことは、ある意味で合理的だと思えます。今までも厚生労働省は在院日数の短縮は言ってきましたけれども、在院日数の短縮のためには職員増が必要だということは言っていないませんでした。医療関係者にとっては当たり前のことを頑として認めなかったのですが、今回初めて認

めたのです。この点では画期的だと思います。私も、高度急性性が18万床というのは、それほど違和感ないと思います。ただし、その前提は職員を2倍、一般急性期も6割増ということですから、それが担保されれば、それなりに合理的な機能分化だと思っています。ただし、一般急性期9日は厳しいと思います。なお、2025年モデルのオリジナル版には一般病床の内訳なども書いていないのです。これは、今後の医療法改正で実施していくと思いますが、明確ではありませんでした。

それに対して、保険局が同じ2011年の11月に中医協に出した有名な資料で、病床機能別病床数をカテゴリーから寸胴型にするという図は大問題だと思っています。この2つの図形を並べて比較するから問題になります。目の錯覚で、高度急性性が7対1で多過ぎるから減らして、一般急性性を10対1か、あるいはそれ以下にするというように描かれています。ここにはトリックがあるのです。例えば一般急性期病床を平均在院日数9日にしようと思ったら、最低職員数6割増は必要だということは、一般急性期でも5対1ぐらいが必要です。高度急性期になるとさらにその上というのが普通の感覚だと思

うのです。それがトリックで、7対1が多過ぎるというキャンペーンです。一説によると36万床を2年間で9万床減らす、2025年までに半分減らすという議論になっているのですが、この点に関しては、私自身、この論文を書く前に、厚生連を含めていろんな団体に聞いたのですが、これができると思っている人はほとんどいないです。

この論文の謝辞にも書きましたが、例えば、この点を一番はつきりおっしゃっているのは、全日病会長の西澤先生です。高度急性期に関し



ては5対1、一般急性期でも7対1は絶対必要だと、はつきりおっしゃっています。だから現実問題として、難しいと思います。

それから実際の問題として、厚生連を含めて民間病院には活力があります。今の基準で7対1が3割減るなどと国がいくら机上の皮算用をしても、絶対にうまくいかないと思います。あと大事なのは、この論文の冒頭「はじめに」で書いたのですが、厚生労働省は公式には7対1病床削減の数値目標を示していないのです。これは、財務省の文書の数値なのです。もちろん実際問題として財務省が勝手に出すわけにいかないで、厚生労働省と裏で打ち合わせしていると思いますが、厚生労働省は公式には1回も認めていません。これは厚生労働省関係者からも確認しています。

厚生労働省も要するに板挟みなのです。彼らも本音では病床を増やさないと、今後の超高齢社会、死亡急増社会に対応しようと思つたら、2025年モデルのオリジナル版でやるしかないと思つているのです。だけど、財務省からの強い圧迫、あるいは安倍政権の医療費抑制の圧力で、苦肉の策として修正版でやるということだと思います。しかし良心があるから9万床と

か、ましてや18万床減らすのは無理だということ、数値目標は出さないのだと思います。

## 2025年モデルの オリジナル版は合理的

——しかし、現実的に減らさざるを得ない病院も出てきますね。

**二木** 私も調べましたが、例えば民間の単科の専門病院、小さな病院ですね。眼科、透析、整形外科などの専門病院は、重症度がとてもクリアできないですから、7対1は維持できないと思います。ただし、そういう病院は病床数が少ないですから。患者さんにとっても実害はありません。それよりも今問題になっているのは、厚生連さんを含めて僻地の基幹病院だと思います。厚生連も含めた僻地や、医師不足・看護師不足の地域は、今のままだと大きな問題が起きると思いますが、全国で見るとそのような病院の数は多くありません。ですから9万床はとて減らない。せいぜい数万床だと思えますよ。

——農村部の厚生連病院にしますと、7対1を維持することができないので、ある程度減らさざるを得ないというのが実態です。

**二木** そうですね。しかしその受け皿になっているのは地域包括ケア病棟です。地域包括ケア病棟は、本来は亜急性期です。亜急性期病棟を置き換えたのですから、それで、なおかつ基準は13対1です。少し加算が付けば、もう少し上になります。7対1から10対1にせざるを得ないでしょうが、当面はそれでいいとして、それで平均在院日数9日などは絶対に達成できないと思います。もし機械的にやれば、せっかく改善していた看護師の過重労働問題が再燃します。私は7対1看護の一番の功績は、看護師の極端な労働強化がなくなり、労働条件が良くなって、満足度が高まって、離職率が下がったことだと思っています。それがまた崩れてしまいう危険があるので、心配しています。

少しこの本から離れますけど、『文化連情報』5月号で強調したのは、2025年問題について「オリジナル版」に戻れということです。オリジナル版でしたら、まだ医療関係者の合意を得られると思います。それをしないで、病床数を増やさないと、これからの超高齢社会、死亡急増社会を乗り切れないのは確実です。今の医療の延長でやれば129万床いるわけですけど、それはできません。その大前提はベッド

の回転率を良くすることです。2025年モデルのオリジナル版のように、高度急性期は2倍、一般急性期は6割増程度の職員を投入しないと無理です。オリジナル版はかなり合理的なものだと思います。

## 混合診療を推進しているのは 規制改革会議だけ

——第2章でT P P問題、特に混合診療問題についても、いろいろと浮上もしてきているというところで論じられています。その関連についてお聞かせ下さい。

**二木** 第2章「T P Pと混合診療問題」は、前著『T P Pと医療の産業化』の続編です。手前味噌ですが、前著が出た時には、日本がT P Pに加盟すると国民皆保険制度が崩壊するとか、私流に言うところ「地獄のシナリオ」を言っている人が結構いたのですが、今は私の「3段階説」が広く認められていると思います。つまり、T P Pに加入したら、今そこにある危機は、薬価や医療機器の価格規制の緩和で、新薬や医療機器の価格が上昇すること、その一方で、患者さんにとっては保険料の引き上げにつながる

るし、医療機関にとっては、薬価の引き下げ分が振り替えられていた診療報酬の抑制につながります。しかし今回の診療報酬でその前提が崩れましたから、医療機関には相当なパンチだと思います。

ただし、TPPそのものが発足するかどうか分からないということについては、私は以前から言っています。この本でもTPPの発足は今後空中分解する可能性があることを指摘しています。第2章には2012年の12月に日韓定期シンポジウム、本学と延世大学が毎年行なっているのですが、そこで言ったことを再掲しました。TPPの問題は流動的ですから、今の段階では何とも言えません。はっきりしているのは、必ず発足する保証はないということです。発足したとしても、2年前と違って、TPPには農業の枠を超え、いろいろな問題点があるということがだいたい広く知れ渡ってきました。少なくとも国民皆保険が崩壊するような地獄のシナリオはないと思います。ただ、それこそ今後、農協や医師会がどこまで運動するかで変わると思っています。

混合診療問題について、この本で新しく書いたことが2つあります。1つは財務省が混合診

療の全面解禁にはっきり反対の意思表示をしました。混合診療をもし全面解禁すると、それに伴って私的な医療費は当然増えます。しかしそれだけではなく、それに連動して、公的な医療費も増えてしまうことを、財務省がやっと分かり、反対を鮮明にしました。

もう1つ、よく事情を知らない医療団体の中には、医薬品産業は混合診療の全面解禁を求めているという言説があります。要するに薬価が自由になると、その分だけ利益が増えるからだと。しかし、これは間違いです。現在の新薬は本当に高く、それを全額自費で払えるような人はほとんどいません。製薬企業は自分たちの利益を増やすという点でも、国民の健康を守るという点から言っても、新薬をできるだけ早く保険収載してもらい、自由価格より価格は安いけれど、患者負担が減り、たくさん処方されれば、その方がずっと売れるし、儲かるのです。

今や混合診療を組織として推進しようとしているのは、政府関係の組織だと規制改革会議だけなのです。規制改革会議が3月末に新たに提案した「選択療養費制度」の問題点と実現不可能性については、『文化連情報』6月号に記載していますので参考にして下さい。

## 地域包括ケアは「システム」ではなく「ネットワーク」

——第3章での地域包括ケアシステムについてですが、これは徐々に進んでいっているのでしょうか。

二木 地域でのデコボコがすごく大きいのですが、私が第3章で一番強調したいことの1つが、地域包括ケアシステムは、もともとは介護保険の枠内で提案されたが、今は完全に医療と一体なことです。2009―2010年に発表されたオリジナルの地域包括ケア研究会の報告書を見ると、病院の居場所がないのです。せいぜい有床診療所です。今は病院も位置付けられていて、医療機関の機能分化と地域包括ケアは一体だということになっています。

それから大事なものは、これはシステムじゃないということなんです。厚生労働省の担当者に自治体担当者がモデルを示してくれと来るらしいのですが、モデルはありませんと言っているそうです。それぞれの自治体でやるしかないということです。私の本にも引用した現在の原老健局長も、「地域包括ケアはこうすればよいというものがあるわけではない」「市区町村が地域の自主性や主体性、特性に基づき、作り上げてい

くことが必要」「誰が中心を担うのか、どのような連携体制を図るかは地域によって異なる」と明言しています。ですから、それぞれの地域で力と意思がある個人・団体がイニシアチブを取るしかないのです。全国共通のモデルはありません。例えば愛知県厚生連足助病院では病院が中心になっています。

私流に言うと、地域包括ケアは「システム」ではなく「ネットワーク」なのです。この理解が一番大事です。システムというと、国から出てくるのを待ってればいいというイメージがありますが、それでは駄目なのです。それぞれの地域にある人的・物的資源を使って、試行錯誤するしかないということです。「社会保障制度改革国民会議報告書」でも、地域包括ケアシステムはネットワークだと公式に認めています。システムというと、どうしても上から作られる固いものというイメージがあります。最初から「地域包括ケアネットワーク」とも言えばよかったですのではないかと思います。

## 7対1の算定要件の極端な厳しさ

——第4章では野田内閣の時の政策についても

論じられていますが。

**二木** 第4章で一番言いたかったことは、民主党がガタガタだから、今さら関係ないと言う人がいるのですが、今の安倍内閣の医療・社会保障改革と連続しているということです。一番大事なのは、今の医療・社会保障改革の原点は社会保障制度改革推進法です。この法案は、民主党野田内閣の時に、当時野党だった自民党主導でまとめられたもので、続いているのです。

また、安倍内閣は医療の産業化を強調していますが、それは民主党の菅内閣の「新成長戦略」、それをモデルチェンジして、野田内閣が「日本再興戦略」と言った、それがまた出てきているのです。医療・社会保障政策に関しては、そのぐらい連続しているということ、その関連性についても理解していただければと思っています。

——そういう流れの中で、だんだん真綿で首を絞められるような規制をかけられているというのが、病院、医療関係者にとっては非常に頭が痛いのですが。

**二木** そうですね。実は小泉内閣の時も、市場原理導入一辺倒ではなく、医療費抑制がむしろ主だったのです。ですから、厳しい医療費抑制



政策が復活した、あるいは徹底したということが一番大きな問題です。その典型が7対1の算定要件の極端な厳しさですね。この延長で医療費抑制政策がさらに強められれば、せっかく一段落した医療荒廃や医療危機がまた再燃する可能性があると思うので、そうならないようにしていきたいと思います、この本も書いています。

——厚労省としては、7対1を減らしたいと

思っているのでしょうか。

**二木** そこがジレンマですね。これからの超高齢化・死亡急増時代を病床数を増やさないで乗り切るためには、病院の回転率を良くするしかないのです。そのためには人員を増やさなければいけません。

厚生労働省の担当者はリアルですから、いくら地域包括ケアをやっても、狭い意味での自宅での死亡をそんなに増やせないことはよく知っています。だから2025年のオリジナル版を出したのですが、財務省、あるいは官邸、内閣府からの強い圧力で医療費を抑制しなければならず、7対1を厳しくしたというジレンマだと思います。ですから、厚生労働省は、単純に7対1を減らせばいいとは思っていないと思います。

## 医療は永遠の安定成長産業

——最後に、読者の方にメッセージがあればお話し下さい。

**二木** これは「はしがき」の最後にも書いたのですが、安倍首相になって、今度の診療報酬改定で意気消沈している人が多いと思うのです。

しかし私は、2006年に『医療改革—危機から希望へ』という本を出した時から、あえて希望を語るということを言っていました。手前味噌ですが、大体そのとおりになってきたように思います。1〜2年の単位ではなく、5〜10年単位で見れば、医療は永遠の安定成長産業です。さらに、医療に関して抜本改革はあり得ないのです。

厚生連病院は、公的な病院であると同時に民間病院です。民間病院が主体の日本の医療提供体制は、民間病院の合意・参加なしに変えられないのです。それは社会保障制度改革国民会議報告書ではつきり書かれました。ですから1つは、医療は永遠の安定成長産業であること、それからもう1つは、抜本改革はなくて部分改革で、特に医療提供体制の改革に関しては、広い意味での民間医療機関の積極的な参加なしにできないということです。いくら規制強化といっても、それぞれの地域の実情を無視した形での規制は無理です。厚生連病院のように地域に密着した医療を展開していれば、将来はまだまだ明るいのではないかと思います。ぜひこの本を読んでいただいで、希望をもって病院運営を進めてもらいたいと思っています。

——先生は学長になられてからも、旺盛な執筆活動を続けられています。多忙を極めているわけではありませんか。

**二木** 私は、管理職が長かったのでストレス耐性はついていたのですが、学長としての業務量と拘束時間の多さは予想以上ですね。これは副学長時代とは比較になりません。正直言って、『文化連情報』と『日本医事新報』の連載も、青息吐息（笑）で、自転車操業です。しかし本学のような地方の中規模大学ですと、学長のパブリシティも非常に大事なので、学長として世の中にいろいろと「発信」しなければならず、「動く広告塔」と称して、どんどん発信しています。研究論文を発表する、あるいは今回のように本を出版することは大学の広報活動にもなると思っています。

最低限、学長任期の残りのあと3年間、「時評」は頑張って続けたいと思っていますので、『文化連情報』にもぜひ発表の場を継続して提供していただきたいと思っています。

——こちらこそよろしくお願ひいたします。本日はお忙しい中ありがとうございました。 **文**  
〔聞き手〕文化連常務理事・山田尚之／5月2日