

『病院の将来とかがりつけ医機能』出版記念インタビュー

報酬改定を機に 新たな地域医療構想へ

二木 立 日本福祉大学名誉教授

聞き手：日本文化厚生連 代表理事理事長 東 公敏



地域医療構想の破綻 地域密着の急性期重視へ路線修正

——新著『病院の将来とかがりつけ医機能』の出版を記念して、お話を伺います。今回の診療報酬改定、とりわけ「地域包括医療病棟」の新設には驚きました。「あっ、二木先生のこれまでの分析・論説の通りとなった」と思わず声に出しました（笑）。

二木 今回の改定の目玉として「地域包括医療病棟」が新設されたことは、とても大事な

点です。厚生労働省は今まで、一般急性期病床を減らして回復期病棟を増やす地域医療構想を、やみくもに進めてきました。今回の新設は、その路線の破綻といってもよいと思います。新著では、「第1章 病院の将来」で急性期病床削減の地域医療構想を分析し、その改善の必要性を取り上げていますが、おおむねその予測通りとなりました。

昨年の年末までは、厚生労働省も健保連に代表される支払い側も、軽度救急の高齢者が急性期病院に集中するのを防ぐために、「地域包括ケア病棟」を活用せよと何度も言っていました。厚生労働省の当初の目論見では、「地域包括ケア病棟」をさらにランク分けして、ランクの高いところで高齢者救急をやらせようとしていたのです。それに対して医療者側が、看護体制が13対1の「地域包括ケア病棟」で救急を診るのは絶対に無理だと強く反対しました。それで10対1の急性期の新病棟をつくる路線に転換したわけです。

前回改定は高度急性期に大盤振る舞いで、「地域包括ケア病棟」等の梯子外しといわれるようなコストシフトが起りました。今回

の改定は、これからの超高齢社会を考えるとスーパー急性期をたくさん作るよりも、地域密着型の、ほどほど急性期を作った方が合理的だという元々の方針に戻った感があります。診療報酬改定全体の私の分析は、本誌の5月号で詳しく論述しますので、お楽しみに(笑)。

「地域包括医療病棟」は リハ・栄養・口腔の一体的提供

——「地域包括医療病棟」の設置の理念や施設基準については、どうぞ覧になっていますか。

二木 「地域包括医療病棟」は、地域で高齢の救急患者を受け入れ、在宅復帰をめざすものとされています。そのため、看護体制だけではなく、リハビリテーション、栄養、口腔管理を一体的・包括的に提供する、その人員配置まで決めた点は重要です。この施設基準は相当厳しいといえるかもしれません。

この病棟における「看護補助体制充実加算」の施設基準に「介護福祉士の資格を有す

る者」が含まれたことにも注目しました。今まで在院日数の短縮ばかり言っていたのとは違い、理念としては結構いい線をいっていると思います。

「小さく産んで大きく育てる」 5～10年で誘導していく戦略か

——新しい「地域包括医療病棟」へは、どのくらい転換が進むのでしょうか。

二木 厚生労働省の主な狙いは、急性期入院医療1、2（7対1および10対1看護）からの誘導・転換です。しかし良い意味においても「地域包括医療病棟」は施設基準・人員配置が厳しい。「地域包括ケア病棟」からのリンクアップが相当きついでではなくて、7対1や10対1の急性期病棟からの移行も結構大変です。ギリギリで7対1を取っている民間の中小病院が移行することはあるとしても、短期的に雪崩を打って移るといったことはないでしょう。

厚生労働省としては「小さく産んで大きく育てよう」と、5～10年の単位で誘導してい

くという戦略だと思われます。2000年導入の回復期リハビリテーション病棟も、施設基準がきわめて厳しく、最初は増えなかったのですが、これが病院の生き残りには大事だということがわかってきて、あれよあれよという間に増えていきました。

——「地域包括医療病棟」は実質的に急性期とみてよいと思います。なぜ国は回復期を増やすことばかりにこだわってきたのでしょうか。

二木 実は、「地域包括医療病棟」が急性期だとは、厚生労働省はどこにも書いていません。財務省や官邸に対する忖度があるから、公式には急性期だとは書いていないのですが、中身は急性期です。点数が1日当たり3050点で、加算を全部取ると4000点弱になります。加えて、リハビリ、手術、検査も出来高で算定できます。

財務省や経済界は、回復期を増やすと医療費が減ると誤解していたのです。回復期においても、医療の質を担保しつつ医療費を減らすのは、そもそも無理なのです。さらに、「地域包括医療病棟」の新設は、医療費の抑制に

は繋がりません。「地域包括医療病棟」により、すぐに急性期医療費の抑制ができるわけではありませんが、5〜10年の単位で、包括払い的な性格が強い地域包括医療病床を大幅に増やし、それにより急性期医療費をコントロールしようと考えていると思います。

意味のない急性期と回復期の峻別 余裕を持った病床利用率の設定を

——どうもこの間、病床機能の4区分に振り回されてきたのではないのでしょうか。

二木 その通りです。振り返ると地域医療構想には問題が多くありました。私は当初より、病床の大幅削減の不安が煽られた「2025年の必要病床数」（2015年発表）の虚実について指摘してきました。休眠病床の指定取り消しと介護療養病床の介護医療院への転換で、ほぼ達成できると見込めたからです。実際に、病床総数については、2025年目標は達成されつつあります。

回復期病床は不足しているといわれていますが、実は、不足していません。急性期と報

告されている病床には実質的な回復期が相当含まれており、急性期と回復期を峻別することには意味はないと思います。官邸から言われたから仕方なく便法的に、医療の中心ではなくて点数で機械的に区分してしまっただけなのです。

さらに、新型コロナウイルス感染症が多くのことを炙り出しました。地域医療構想は感染症対策を欠いていました。公立・公的病院の再編統合計画も、コロナ患者受け入れに公立・公的病院が大きな役割を果たしたことから、一時棚上げとなりました。

もうひとつコロナではっきりしたことは、病床利用率を余裕を持って設定し、病床数の計画を立てることの大切さです。この点で地域医療構想の必要病床数は、高度急性期の利用率75%、一般急性期78%で設定されており、極めて適切だったといえます。しかし、現実には、現在の診療報酬では、急性期病床を黒字にするためには病床利用率を90〜95%以上に保つ必要があります、病院の運営・経営にはほとんど余裕がなかったのです。

——先生は2040年に向けた新たな地域医



療構想の課題を明示されています。

二木 新たな地域医療構想を2040年に向けて考えることが必要です。

ひとつは、地域医療構想を病床数と医療費の「抑制」の呪縛・幻想から解放することです。ふたつめに、現在の高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床機能の4区分を見直すこと。今回の新しい病棟の新設もその流れにあります。慢性期病床でも軽症救急にがんばっているところも存在します。区分見直しのい

い時期だと思えますよ。みつつめに、新興感染症の出現に迅速対応するためにも医療には「余裕」が必要で、それを支える計画と報酬体系をつくることです。

厚生労働省の本気度低い 地域医療連携推進法人

——医療機関の機能分化と連携あるいは複合化についてお聞きします。

二木 2010年頃、一部では「病院の世紀の終焉」が主張されましたが、本書の第1章第1節で指摘したように、2000年以降、どの指標を見ても病院の比重は減っていますから、病院の将来について大きく不安がある必要はありません。ただ、病院のあり方が変わるのです。今まではスタンドアローン（独立・孤立型）の病院でもよかったのが、これからは、それは高機能の単科専門病院以外は無理でしょう。

病院間や開業医との連携だけではなくて、介護施設や行政ともいろんな連携をしながら、その中核に病院が存在するというあり方に変

わると思います。今回の報酬改定でも、介護や障害との連携、DXを使った連携にもかなり点数が付きました。ただし、連携、組み合わせに全国一律の形はありません。それぞれの地域単位で考えていけばよいのです。

——地域医療連携推進法人については、厚生労働省の方針はどうなっているのでしょうか。

二木 地域医療連携推進法人は2017年の誕生のときからの経緯がややこしいのです。安倍首相と経済産業省が、アメリカのメイヨークリニックのような大規模な医療の産業的なことを考えたのが始まりでした。しかし厚生労働省は全然乗り気ではなく、医師会の抵抗もあり、非営利性が非常に強い今の仕組みとなったのですが、その後「活用」が「骨太方針2022」に書き込まれました。昨年の医療法改正では、個人病院・診療所でも参加できることとなりました。

しかし、地域医療連携推進法人は医療費の増加を招く傾向が明確です。山形県酒田市の公立病院が統合した例を見ても、それは明らかです。医師らの集約による医療機能の高度化、医療の質の向上により、入院単価・外来

単価と病院収益が大幅に増加したのです。

厚生労働省が本気で地域医療連携推進法人を優遇・推進するならば診療報酬でも点数を付けるはずですが、その可能性は低いと私は見えています。地域医療連携推進法人によって病床が減っても、医療費は増加するからです。予測のとおりで、今回の報酬改定でも地域医療連携推進法人は完全にシカトされました。今のところは、現場でこの仕組みが使い勝手がよいなら活用すればよいということでしょう。

長期収載医薬品の 選定療養導入は「禁じ手」

——薬価制度では、長期収載品に選定療養が導入されます。これはどう見えますか。

二木 これは、厚生労働省が医薬品の患者自己負担を増やすために、一律定額負担、薬剤の種類に応じた自己負担、市販品類似薬の保険外し、長期収載品の自己負担の見直し——の4つの案を出して、医療側が「悪魔の選択」を求められてしまった結果です。

二重の意味で「禁じ手」だと思っています。法改正を行わずに厚生労働省の告示でやるうとしていた点がひとつ。この手法がまかり通るなら、患者負担の割合が拡大するだけではなくて、2000年に予定されていた「医療保険制度抜本改革」の目玉として持ち出されたものの、医療者側と支払い側、さらにはアメリカ政府の反対により撤回された参照薬価制度も、法改正なしで可能となってしまう。

それから、いずれ保険に収載する評価療養と違って、選定療養は患者さんの自由選択なのだから、本来は病院が自由に値付けできるはずのもので。今回の改定では、事実上、患者負担が公定されました。

また、選定療養では、本来、医療機関の収益になるべきですが、実際には入りません。医薬品のイノベーションを謳って新薬の価格維持や加算をするために、薬剤費全体の中で再配分された形になっています。

ただし、後発医薬品との差額の4分の1だけの患者負担であり、後発医薬品が逼迫する中で医師の判断があれば負担の対象外となる

など、今回の患者負担増はマクロ的にはごくわずかでしよう。逆に言うと、これで医薬品のイノベーションの促進などできるわけがないと思います。

「かかりつけ医の制度化」と

「かかりつけ医機能の強化」は違う

——新著のもう一つの柱が、「かかりつけ医機能」についての論説です。

二木 「かかりつけ医の制度化」(登録制等)

か、「(制度化を伴わない) かかりつけ医機能の強化」かが、この論争の構図です。

かかりつけ医機能は、高齢患者・慢性疾患患者・小児患者にとってはとても大事です。

政府は「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」と言っています。これを一部のマスコミヤ研究者が「かかりつけ医の制度化」と読み替え、「コロナに対応できなかった日本のかかりつけ医はなっとらん」「イギリスの登録医のような) 制度化をすべき」と空騒ぎしました。非常時と平時をちゃんぽんにした一種のショックドクトリンの主張です。

しかし政府は意外に冷静、現実的で、「かかりつけ医の制度化」とは公式文書・公式発言では一切言っていませんし、そのかかりつけ医を開業医に絞っていません。「かかりつけ医機能」を評価する「地域包括診療料」の対象は、200床未満の病院または診療所となっています。この「地域包括診療料」の対象患者の拡大と施設基準の緩和が、現実的に取るべき道です。かかりつけ医が必要な高齢患者等から「かかりつけ医機能が発揮される」状況を広げていけばよいのです。

——先生は昨年5〜6月にイギリス・ドイツ・フランスの現地調査に行かれました。

二木 日本医師会の調査に参加しましたが、

「かかりつけ医の制度化」とコロナとは全く関係がないことが分かりました。このことは本書の第3章で詳しく述べました。

コロナに一番うまく対応したのはドイツで、コロナ軽症患者を診療所で診て病院の病床逼迫を防ぎました。しかし、ドイツのかかりつけ医は法定ではありません。9割の患者さんはかかりつけ医を持っているけれども、日本と同じで信頼関係でやっているだけなのです。



それに対してイギリスでは、政府の方針もあって、コロナ禍の際、開業医はコロナ患者に対応しませんでした。これが事実です。ちなみに日本では、開業医も病院もコロナ患者によく対応してくれたというのが大方の国民の評価です。

中小病院・診療所はフリーアクセス維持 かかりつけ医の「制度化」は不要

——かかりつけ医の政策についてのこれまでの議論の混乱に対して、いわばケリを付けた格好だといえると思います。

二木 一時、財務省は「かかりつけ医の制度化」を主張しましたが、今では取り下げています。プライマリケア、慢性疾患の包括払いは、実は医療費を増加させることに、「変わり身の早い」財務省は気付いたからだとは私は推察しています。

税制度のイギリスは、登録制・人頭払い・ゲートキーパー制のがんじがらめの「かかりつけ医制度」ですが、これをフリーアクセスの社会保険制度の日本にそのまま当てはめる

のは無理があります。イギリス型の「かかりつけ医の制度化」の政策議論は、日本ではすでに「死に体」となっています。

日本では、紹介状なしで大病院を受診した場合の「特別料金」の付加で、患者の大病院志向はだいたい正されています。さらに、今後は、大病院と中小病院の連携・役割分担の強化や「紹介受診重点医療機関（病院）」の制度化等により、この傾向が強まるのは確実です。そのため、中小病院の外来と診療所のフリーアクセスは今まで通り維持して、「かかりつけ医」を必要と考える患者は、自由にそれを選択すればよいと思います。患者と特定の医師を登録して結び付ける「かかりつけ医の制度化」は必要ないし、実現しないと判断しています。

医療介護含めた「地域共生」施策を 「地域包括ケア」は全年齢対応型へ

——新著では、「地域共生社会」と「地域包括ケア」について章を割かれています。農協グループの中でも「地域共生」の言葉がよく

使われますが、現実の政策・制度とかみ合った取り組みとはなっていないように思います。

二木 「地域包括ケア」は、法律で規定されている概念で、財源が付いています。この点が大事です。それに対して、2006年の閣議決定「ニッポン1億総活躍プラン」で出てきた「地域共生社会」は、理念としては誰も反対できないけれど、実態がすごくふわふわしています。未だに政府としての正式な定義はありません。施策の実態としては、厚生労働省社会・援護局の狭い意味での福祉施策、生活保護や生活困窮者自立支援制度その他の、予算規模も小さな限定されたものとなっています。何かやろうと思ったら、財源なしにはできないです。

「地域包括ケア」の一番の弱点は、法律上はまだ高齢者に限定されていることです。「地域包括ケア」において年齢を取っ払って全年齢対応型にしていく。逆に「地域共生社会」に施策の実態のある医療や介護を含めて考えていく。そうすれば、どちらかが上位でも下位でもない、イコールになります。

歴史的視点をもって医療政策を分析

——新著のほしがきで「歴史的視点をもって分析」することを述べておられます。医療政策を長く研究されているからこそその先生の視点について、最後にお聞かせください。

二木 新著のテーマの地域医療構想や病院の将来像も、かかりつけ医問題も、私は早くから論争に関わってきました。政策の歴史的な経過を知らないで論評をすると、すごく底の浅い分析になってしまいます。ジャーナリストなどの言説を見ていると、「今しか」見えないのです。

私はよく、医療政策の公式文書の読み方と見て、「書かれていないこと」に注目する必要がある」と話しています。そこをきちんと見抜くのがプロの研究者の読み方といえます。それには2つあって、ひとつは、今までは書かれていたのに無くなっていること。もうひとつは、本来は書かれるはずなのに書いていないことです。常に歴史を踏まえて分析・論評する、そういう癖をつけています。

新著には23論文を収録しましたが、そのう

ち18論文は『文化連情報』の私の連載「医療時評」からの掲載です。コンスタントな出版ができるのは、貴誌の連載のおかげだと感謝しております。

——地域医療構想を考え直すエポックメイキングな報酬改定の年にあたって、時宜を得た出版だと思えます。これからも本誌連載のご執筆をよろしく願っています。

本日は長時間ありがとうございました。
(2024年2月26日)

