

特集 コロナに克つ ～つながりと協同の新たな地平へ

01

新型コロナウイルスがもたらす

日本の医療への影響

聞き手 加賀美 太記 (就実大学経営学部 准教授)  
二木 立 (前日本福祉大学学長・医学博士)



二木 立氏

中国の湖北省武漢で新型コロナウイルスの感染者が確認されてから1年余りが経った。2020年12月現在、日本では全国的に第3波と呼べる程の感染者の増加が続いている。北海道や大阪府では医療体制が逼迫し、医療崩壊の懸念も高まりつつある。世界的にはイギリスでワクチン接種が始まるなど、新型コロナを巡る事態は刻々と変化している。

新型コロナと向き合ったこの一年間、私たちのくらしや日本社会はそれまでと大きく様相を変えざるを得なかった。とくに新型コロナウイルスに対応する医療分野への影響は深刻である。しかし、医療経済学・医療政策を専門とする前日本福祉大学学長の二木立名誉教授は、新型コロナウイルスをむしろ「中期的には、新型コロナは日本の医療の『弱い追い風』になる」と肯定的に評価されている。

これまでの日本の医療のあり方や、新型コロナウイルスがもたらす日本の医療への影響について二木先生にお話を伺った。

※インタビューは2020年11月24日午後、リモートにて行いました。インタビューの内容は、その時点の情報に基づいたものです。

### 「弱い」追い風としてのコロナ

**【加賀美】** 二木先生はインタビューで、新型コロナウイルス感染症が中期的には日本の医療にとって「弱い」追い風になる、と評価されておられます。改めて、日本における医療の現状と、新型コロナが「『弱い』追い風になる」という意味についてご教示ください。

**【二木】** 私が、新型コロナウイルス感染症が中期的には日本の医療にとって「弱い」追い風になる、と書いたのは5月のことです。緊急事態宣言が続いていて、医療関係者でも医療崩壊が起きる

んじゃないかと懸念している人が圧倒的に多かった時期です。

私は医療政策の将来を予測する際には、常にプラス面とマイナス面、なおかつどちらの比重が高いかを見るようにしています。5月の時点では、皆の意見がマイナス面、極端に悲観的な方向に振れていたのので、あえてプラス面に注目しました。ただ、プラス面と言っても、決してバラ色の内容ではないので、「弱い」追い風という括弧付きの表現にしたのです。

また、コロナと医療の問題については、今回のコロナ危機が日本の医療の脆弱性を明らかにした、といった否定的な論調の人が思想の左右を問わず多いんです。私は、それは正しくないと思っています。もちろん日本の医療にはいろんな問題があるけれども、コロナ危機において、アメリカやヨーロッパ諸国と異なり、患者さんが医療を受けられないという意味での医療崩壊も、医療機関の経営破綻という意味での医療崩壊も、どちらもぎりぎりのところで日本は防げたんです。個々の医療機関では危機的なこともありました。日本の医療、より正確に言うと保健所も含めた保健・医療の関係者はとても頑張ったんです。アメリカやヨーロッパでは、医師や医療従事者が現場から逃避したことが報じられましたが、日本ではそういうことはほとんど起きなかった。医療従事者のモラル、士気も非常に高かった。彼らを励まし、希望をもってもらいたいと考え、あえてプラス面に力点を置きました。

そうした背景の下、私が短期的にはともかく、5年程度の中期的には「弱い」追い風になるといったのは、次の2つの点からです。

ひとつは、国民の医療に対する意識の変化です。私は1970年代から日本の医療の

分析をしてきましたが、国民、それからマスコミにおいて、医療に対する評価がこれほど高まったのは初めてのことです。今までは、医療不信が強調され、マスコミが医療を取り上げるときは、医療機関の誤診とか誤療、あるいは医療機関の儲け過ぎといったネガティブな報道が多かったわけです。

ところが、今回それがガラッと変わりました。日本の医療機関と医師、医療従事者の頑張り、また貧富の差なく誰でも医療を受けられる日本の医療の特徴がマスコミで大きく取り上げられ、国民もそれをよく理解したのです。繰り返しますが、こんなことは、この50年の間、一度もなかったことです。

この医療に対する国民の信頼は、相当長く続くだろうと考えます。現在、第3波と言ってもよいと思いますが、再び感染者の拡大傾向が現れています。また、コロナが落ち着いた後も、他の新しい感染症、あるいはさまざまな大事故や大災害が起これる。いざとなったら医療は大事なんだということを国民は肌感覚で理解した筈です。これが医療にとっての一番の追い風です。どんな産業も国民の支持や共感なしに成り立ちませんから。

ふたつめは、国民の医療への信頼を前提にして、今までは効率一辺倒で進められてきた保健所の縮小や再編、あるいは病床削減を目指した地域医療構想の大幅な見直しがなされるだろうということです。

この2つの意味で、今回のコロナが医療にとっての追い風だと言ったわけです。

ただし、残念ながら医療の大事さを国民は分かってくれましたけれど、一方でいま大変な経済的困難に直面しているため、負担を増やして社会保障財源を確保するという国民的合意には至ってはいません。政府

も第 1 次と第 2 次補正予算で、コロナ以前と比べると桁違いの医療機関に対する支援を行っています。それらは全て一時的なものです。国民の医療に対する理解は深まったけれど、医療・社会保障の充実のための財源確保の道はまだ見えない。今のまま条件が変わらなければ、追い風は弱いまままだ、というのが私の「弱い」追い風という主張の意味するところでは。

**【加賀美】** 今回、医療負担に対する合意が生まれたわけではないけれど、国民が医療に対する信頼を深め、必要性を広く認識したことが大事ということですね。

**【二木】** そうです。たとえば、日本の医療の問題点の 1 つとして、日本はプライマリ・ケア医制度が遅れているという主張があります。ところが、プライマリ・ケアが充実しているはずのヨーロッパでは大規模な医療崩壊が起きました。また、イギリスやスウェーデンといったプライマリ・ケア医が制度化されている国では、軽い症状だと自由に医療機関を受診できません。それに対して、日本の医療はフリーアクセスです。ちょっと熱が出た場合も、安心して医療機関を受診できる。この医療へのアクセスの良さが、今回はよい意味で大きな影響を及ぼしたと思います。

国民全員が公的医療保険に入っているだけでなく、医療機関に自由にかかること、さらに平等にかかるということが大事だと思うんです。ヨーロッパの国々、たとえばスウェーデンでは ICU には 80 歳以上の高齢者、あるいは 80 歳未満でも重度の合併症のある人は受け入れない、ということが国民の合意のもとで行われています。スウェーデンに限らず、海外のコロナ死亡患者の半分ぐらいは、いわゆる老人介護施設

の入居者ですけど、その理由がこうした医療へのアクセスの悪さにあるわけです。日本では ICU への入室、ECMO という特殊な呼吸補助の機械も年齢制限なしに受けられた。それが日本の国民の合意なわけです。日本では、貧富の差だけじゃなくて、年齢によらず、基本的な医療はきちんと受けられることが改めて国民の間で認識されたんだと思います。

## 国民皆保険という最後の砦

**【二木】** こうした日本の医療、とくにそれを支える国民皆保険制度は、今では医療の枠を超えて、日本社会の統合を維持するための最後の砦になっていると思います。コロナの前から主張してきたことですが、改めて、このことが明確になったのではないのでしょうか。

日本でもアメリカほどではないですが、国民の間で意見の対立があって、分極化・分断化が進んでいると言われていますが、国民皆保険を維持するという点に関しては、自由民主党から日本共産党まで全政党で一致しているんです。そんな政策、他の分野にはないですよ。

加えて、国民皆保険制度を維持するとは医療保険の給付する医療サービスが「最低水準」ではなく、医療技術の進歩や国民の生活水準の向上に対応した「必要かつ十分な」「最適水準」であることが重要です。このことは 2003 年に小泉純一郎内閣で「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針について」として閣議決定されていますが、現在に至るまで、厚生労働省の公式文書や高官の答弁にも引き継がれています。この点は皆が認めているわけです。

今の本当に色々な問題がある社会で、万

が一、国民皆保険制度がなくなったら、社会の底が抜けてしまいかねません。国民皆保険制度は、今の日本の社会にとって、医療の柱を超えて大事なものですと改めて強調しておきたいのです。

## 現在の医療支援の課題

**【加賀美】** 2020年9月に菅内閣が発足しました。菅内閣の下で第3次補正予算案と2021年度当初予算案の編成が進む見込みです。第2次補正予算の評価や、今後の医療支援の展望や焦点について、ご意見をお聞かせください。

**【二木】** 安倍内閣で成立した第2次補正予算については、予算の中身に入る以前に、10兆円という前代未聞の予備費が計上されている点が大きな問題です。これは、いわゆる「財政民主主義」を壊すやり方ですから、与党である自民党の石破茂元幹事長や、比較的政権に近い土居丈朗慶應義塾大学教授（財政学）等も批判しています。

しかし、この補正予算は既に成立しています。もちろん予備費自体に問題はありませんが、成立した以上は、コロナ対策にしっかりと使うほうが合理的ではないかと思えます。

その上で、第2次補正予算の医療機関に対する支援には、大きく2つの課題があります。

ひとつめは、コロナ患者を受け入れた医療機関に対する支援に関するものです。第2次補正予算の「医療提供体制等の強化」は総額2兆9892億円とされています。この中には、コロナ患者を受け入れる重点医療機関の病床確保等（4700億円）、コロナ患者を受け入れた医療機関等の医療従事

者・職員への慰労金（2900億円）、医療機関・薬局等の感染拡大防止策等の支援（2600億円）等が含まれます。とくに、コロナ対応の空き病床に最大30万円超を補助する「空床確保料」の補助と、医療機関の医療従事者・職員への慰労金を最大20万円、約310万人に支給することは、史上初めてとなる画期的な施策です。

このように今までの歴史に比べて、たいへん充実した内容になっているのですが、現時点（2020年11月）で、実際に医療機関にどのくらい行き渡っているのかというと、これは共産党の小池晃議員が国会質問で指摘していましたが、10月15日時点で約3200億円、10月31日時点でも5000億円に留まります。つまり、計画の約2～3割しか医療機関には行き渡っていないという課題があるわけです。

もうひとつの課題は、コロナ患者は受け入れていないが、患者の受診控えや感染対策への出費増等により経営困難に陥っている医療機関への支援がほとんど含まれていないことです。これは早急に何とかしないとイケません。ここが、今の焦点になっていると思います。

この点に関しては、たとえば厚生労働省の迫井医政局長等も、その必要生を認めています。また、自民党新型コロナウイルス対策医療系議員団本部や神奈川県保険医協会などが、具体的で面白いアイデアを提案しています。ただし、これらも煮詰まったものになっているわけではありません。財務省の財布の紐は固いでしょうが、地域医療を支えるという意味で、コロナ患者を受け入れていない医療機関にも支援をしないとイケないと思います。

先にお話ししたとおり、第2次補正予算には「10兆円」の予備費があります。5兆円は使い道がほぼ決まっていますが、

残りの5兆円はまだ決まっていない。だったら第3波が起きつつある今こそ、この予備費の5兆円を使って、さらに手厚く医療機関を支援すべきだと考えます。

## 菅政権の医療政策

**【加賀美】** コロナの問題とは離れますが、菅政権はいわゆる新自由主義的な「小さな政府」志向が強いと指摘されています。こうした政権の政策志向は、医療政策についてはどのような影響を与えとお考えでしょうか。

**【二木】** 菅内閣の社会保障・医療改革方針については、『文化連情報』2020年11月号で整理しています。現時点では、菅政権の医療・社会保障について本格的に論じたのは、この論文だけだと思います。

そちらでも述べていますが、実は菅首相の社会保障や医療改革への関心は極めて薄いのです。このくらい関心の薄い首相も、ちょっと珍しいのではないのでしょうか。実際、菅内閣の社会保障・医療改革の柱とされているのは「不妊治療の保険適用」と、「オンライン診療の恒久化」の2点だけです。

しかしこれらは医療改革の本筋ではありません。現在の医療改革の本筋は、地域医療構想と地域包括ケアですが、これらは、従来どおり厚生労働省が粛々と進めていくと思います。地域医療構想も地域包括ケアも、安倍内閣以前の民主党政権の時代から、二度の政権交代を経たにもかかわらず、それなりに一貫して進められているものですから、コロナをきっかけに様々な行き過ぎが是正されこそすれ、中止されたり見直されたりすることはないと思います。

なお、安倍前首相と菅首相を比較すると、

安倍前首相には割と「ウェット」な側面もあったけれど、菅首相はものすごい「ドライ」で強権的で「小さな政府」志向がより強く現れています。この点ではむしろ小泉元首相に近いでしょう。菅首相のプレーンにもそういった人が多いので、そこには注意を払うべきだと思います。

## 医療保障の財源は

**【加賀美】** 二木先生は医療体制の整備などのため、中期的には「コロナ復興特別税」の導入も検討すべきと提言されておられます。一方、新型コロナウイルスにともなう経済的な打撃を軽減するためにも、時限的な消費税減税を図るべき、といった主張もあります。

**【二木】** 私は今後の医療・社会保障を論じる場合に、もし社会保障機能を強化するという立場に立つならば、必ず財源とセットで論じなければならないと考えます。あるべき医療だけを掲げて、財源は知らないっていうのは無責任だと思うのです。

2006年から私は一貫して、医療保障の財源は、主財源は社会保険料、補助的財源は消費税を含む公費とすべきと主張しています。なぜなら、先程もお話ししたとおり、今は国会に議席を有する全政党が国民皆保険制度の維持を主張しているからです。一時、維新の会が国民皆保険に否定的な論調を取っていたこともありましたが、今は維新の会も含めて、国民皆保険制度の維持が国会の合意なのです。そして国民皆保険制度は社会保険方式を採用しています。であるとしたら、理論的に主財源は社会保険料で、補助的財源は公費しかありえません。イギリスや北欧のように公費負担方式に変えるなら話は別ですが、今そんなことを言

う政党は1つもないのですから、大枠はこれしかありません。コロナの問題が発生したため、そうした大枠の上でコロナ復興特別税という提案をしているだけなのです。

時限的な消費税減税を図るべきだという主張についてですが、たとえば消費税を5%に減税すると、1年間で約12.5兆円の税収減になります。ものすごい大幅減税です。では、それを補てんする現実的な財源はどうするのか。これを同時に示さなければ、社会保障の機能強化という問題は解決しません。

実際、安倍前首相が消費税率の引き上げを2回も延期しましたが、その結果として4年間で20兆円の財源が失われました。社会保障の機能強化も、全部4年間先延ばしされてしまったのです。たとえば、年金を含めても所得が低い方の生活を支援するために、年金に上乘せして支給する年金生活者支援給付金制度があります。これは消費税率引上げ分を活用するものでしたから、低所得者が消費税引き上げの延期によって、むしろ大きな打撃を受けた事例です。

最近では、MMT（現代金融理論）に依拠して、主権国家は国債を無制限に発行できると主張される方もいますが、MMTでも国債発行はインフレが起きていないという条件付きなんです。インフレが起きる可能性があるときは、増税によって通貨に対する需要を増加させるべきという話です。その際には歳出削減も進むので、社会保障関係費がもっとも抑制されることでしょう。

それに、日本はアメリカを含めたすべての国と比較しても、相当に小さな政府になっています。だから財政の無駄を減らしても大きな財源を捻出できません。これは民主党政権時代の苦い教訓です。

消費税を減税するとして、その代替財源もあわせて提案するべきなのに、残念なが

ら、それはどこの政党も提案していないのです。

なお、私は消費税に万々歳と言ってるわけではありません。あくまでも消費税を含む公費を増やさざるを得ないと言っているだけです。消費税で社会保障の全てを賄う、いわゆる消費税1本足打法ではなく、租税財源の多様化（所得税の累進制の強化、固定資産税や相続税の強化、法人税率の引き下げの停止や過度の内部留保への課税等）が必要だと主張しているのです。

**【加賀美】** 実は日本が諸外国と比べても、かなり小さな政府であるということは、あまり国民に浸透していないように感じます。そのためか、2000年代以降、公務員が非難の対象になってきたように思います。

**【二木】** その点一番いい例が、かつての維新の会じゃないでしょうか。維新の会は橋下徹さんが元気だったころは、今おっしゃったように、役所バッシングをしてましたよね。だけど、今の松井一郎市長と吉村洋文知事の体制になってから、それなりに福祉充実の政策もとるようになり、そうした政策が大阪での維新の会の支持につながっていると聞いています。

ただ、やはり国民の公務員に対する理解は十分ではないと思っています。たとえば、つい先日『ブラック霞が関』（新潮新書）という本が出版されました。著者は千正康裕さんという、厚生労働省の元キャリア官僚です。社会保障・労働分野で8本の法律改正に関与する等、たいへんやり手であると同時に現場にどんどん出ていく素晴らしい官僚だったんです。ただ、無理すぎて体を壊してしまい2019年に退職されたんですね。彼が自分の経験を通じて、今の霞が関の働き方に警鐘を鳴らしている本

です。このままでは霞が関が機能停止すると。

実際、この間厚生労働省の業務はべらぼうに大きくなってますよ。だけれども、定員はむしろ減らされてぎりぎりのところになっているそうです。7時に仕事開始で、退庁は27時20分。27時20分ってことは朝5時ですよ。こんな民間企業も鼻白む小さな政府を続けていては大変なことになって警鐘乱打しているんです。

先ほど、せっかく第2次補正予算でコロナ患者を受け入れた医療機関に対して、トータル約3兆円の支援がなされたけれど、医療機関に届いたのはまだ3000億円とか5000億のレベルだと言いましたけれども、これは必ずしも官僚や公務員の怠慢のせいじゃないんです。国でも自治体でも公務員をどんどん減らしてきたうえに、今回コロナの業務が集中して、現場がパンクしているってということなんですよ。

要するに、今よりもさらに小さい政府を目指す、国民、あるいは医療機関が求めている支援も遅れてしまうという水準にあるんだと思います。私は医療・福祉関係者だけでなく、多くの人がこの本をぜひ読むべきだろうと思います。志も高く、しかも力のある人も病気で辞めざるを得なかったということ、そうした小さな政府に今既になっっていて、それが国民のくらしにも影を落としていることを、国民の側もちゃんと知る必要があると思います。

**【加賀美】** 二木先生は書籍やインタビューのなかで、今後起こりうる災害等に対応できる「医療安全保障」の必要について述べられています。この「医療安全保障」について、改めてその内容をご教示ください。

**【二木】** この「医療安全保障」は、何か新

語のようなものではありません。医療関係者の間では普通に使われている言葉です。たとえば、コロナ禍において必需品となったマスクも、その多くは中国からの輸入品ですよ。しかし、パンデミックのような事態では、輸入が止まることだってありうる。そうすると医療機器・医療用品の自給自足を図る必要がある。こうした意味で医療安全保障は使われています。

一方で、私は日本の将来を見通したとき、必ず生じるであろう大災害（新たな感染症の発生、南海トラフ地震や首都直下型地震等の大地震、さらには富士山噴火等）にも迅速に対応することができるゆとりをもった医療が不可欠だと思います。そのためには効率一辺倒の地域医療構想のスタンスを見直して、「余裕」のある医療体制を築く必要があると考えています。こうした人間がくらししていくうえでの安全保障の延長という意味合いで、医療安全保障と使ったわけですよ。

また、「余裕」という点では、けがの功名だと思いますが、「地域医療構想」で2025年の必要病床数を推計する際に、高度急性期病床の病床利用率を75%、（一般）急性期病床のそれを78%に設定したことは、結果的に極めて適切だったと思います。

正直なところ、2015年に初めてこの数字を見たとき、ずいぶんゆるい基準だなと思ったんですよ。なぜかという、現実の医療機関は最低90%、できれば95%ぐらいの病床利用率を維持しないと利益が出ないからです。しかし、今度のコロナを通して、厚生労働省が認めていた75%~78%ぐらいの病床利用率で運営しないと、とても危機には対処できないことがわかりました。

事実、今回のコロナ危機では、患者の7割を公立・公的病院が受け入れたと厚生労働省の吉田学医政局長（当時）は国会で報

告しています。私は、その理由を、コロナ患者を受け入れやすい高機能病院において公立病院の割合が高いだけでなく、公立病院の病床利用率が民間病院よりも低く、結果的に患者を受け入れる「余裕」があったためでもあると、推察しています。

つまり、75%～78%ぐらいでも医療機関が経営を黒字化できる制度を目指せば、今回のような事態にも対応できる医療安全保障になると考えています。

## コロナで社会的連帯意識は高まったのか

**【加賀美】** 二木先生は、東日本大震災のときと比べると、新型コロナ禍では感染者の「自己責任」が問われるなど、社会的連帯意識が強まったとは言えない、と指摘されておられます。誰もが感染する可能性がある中で、なぜ「おたがいさま」とならず、自己責任が問われ続けるのでしょうか。

**【二木】** やっぱり東日本大震災のときは、被災者が東北に限定されていて、なおかつ原発事故を除けばそれで終わりだったことが大きかったのでしょう。だから、それ以外の地域の国民は、いわば安全地帯にいたから、安心して支援できたんです。ボランティアにもどんどん行きましたし、私が学長をしていた日本福祉大学からも多くの学生が支援に赴いて、ずいぶん鍛えられたことをよく覚えています。

ただ、当時の全てを美化することはできません。現在も残っていると思いますが、当時は原発事故が生じた福島県民と福島県産食品に対する差別意識が、ものすごく強かったですよね。

今回の事態では、全国民が潜在的に患者

になりますし、期間も限定ではありません。NHKの国民意識調査でも、実に国民の80%が不安を感じていることがわかります。こうした不安に駆られ、多くの人が自己防衛に走っているのだと思います。さらに、政府広報が個人責任を強調しましたよね。

そのため、まずは感染しないようにと自己防衛感が高じて、患者への差別につながり、あろうことか患者を治療する医療従事者、あるいは福祉施設の従事者まで差別するなんてことが起こったんだと思います。

今ではうつさない、うつらないが合い言葉になりましたよね。これは言い換えれば、他人との交流をやめろということと同義です。そのため、東日本大震災のときのように、社会連帯という意味での国民意識は、あんまり強まらなかったのではないかなと思っています。

## これからの日本医療とコロナとの向き合い方

**【加賀美】** 最後になりますが、今後の医療体制を社会全体で考える上で必要な論点と、さらに私たちはコロナに対してどう向き合うべきか、先生のご意見をお聞かせください。

**【二木】** 最初の話の繰り返しになりますが、今回のコロナを通して分かったことは、保健所を含めた、保健・医療体制を維持することが、いかに大事かということです。国民皆保険制度と医療へのフリーアクセス、さらに日本の医療の質の高さ、医師や医療従事者の高いモラルと志気、そういう点を守ることの大事さは広く国民の間で共有されました。

そして、そのためには当然ながらお金がかかります。お金の話は避けては通れません。とくに医療・福祉の費用は人件費の塊のようなものです。だから費用を抑制するという事は、現場で働く職員の数を減らす、あるいは彼らの賃金や労働条件などを悪くするという事になります。

今日は時間の都合で医療のことしか説明できませんでしたが、日本では福祉分野もずいぶんと頑張ったと思うんです。先ほども言いましたけど、アメリカやヨーロッパ諸国では、死亡者の半分ぐらいは、いわゆる高齢福祉施設にいるお年寄りなんです。だけど日本の場合、もちろん高齢者の死亡率は高いですけど、高齢福祉施設での死亡はそこまで多くありません。これは日本の老人福祉施設における、ケアの水準の高さによるものだと思います。

そうした医療と福祉を守るには、より「余裕」を持った医療、福祉体制へと変えなければならない。そのためには、人員を増やさなければいけない、賃金や労働条件も良くしないといけない。そのためには、お金がかかります。そうした財源の問題は、避けられがちですが、真剣に議論すべき問題です。

また、コロナについては、私は過剰におびえる必要はないと思っています。私は以前の BuzzFeed Japan のインタビューでも申し上げましたが、かつてのペストなどと違ってコロナで社会は大きくは変わらないと考えています。

今は第3波ということで感染者と死亡者が拡大していますが、それでも日本の死亡者は 2,000 人を超えたくらいです。これは例年のインフルエンザの死亡者に比べても少ないくらいなんです。しかも、今年はコロナでみんながみんな自己防衛したから、インフルエンザ患者が驚くほど少ないんで

す。そのため、アメリカやヨーロッパ諸国と違い、超過死亡という、例年の死亡者数に上乗せしてコロナ死亡者が増えたということはありません。むしろ増えているのは自殺のほうです。

これらを踏まえると、決してパニックにはなる必要はないと思います。政府も提唱しているし、生協でも広報していると思いますが、いわゆる 3密を避けるとか、人と会うときはマスクをするとか、そういう基本的な防衛をすれば、コロナ罹患率はそこまで高くなるわけではありません。それにそうした自己防衛をした上で感染するのだったら、それこそ「お互いさま」の世界です。きちんと感染予防の努力をする必要はあるけれども、過剰に不安になる必要はありません。

**【加賀美】** わかりました。本日は貴重なお話をありがとうございました。

#### 【文献】

- 二木立『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房,2020,序章「新型コロナウイルス感染症と医療改革」(1-25頁)。
- 二木立 BuzzFeed Japan インタビュー「医療界には『弱い追い風』 医療経済学者が新型コロナの影響を前向きに捉えるわけ」、「コロナで社会は大きくは変わらない 『100年に一度の危機』が度々訪れる時代にどう備えるべきか (2020年7月45日公開。聞き手・岩永直子氏) <https://www.buzzfeed.com/jp/naokoivanaga/covid-19-niki>
- 二木立「菅義偉新首相の社会保障・医療改革方針を複眼的に予測・評価する」『文化連情報』2020年11月1日号(512)号:20-27頁。
- 二木立『医療改革と財源選択』勁草書房,2009,第1章第3節「公的医療費増加の財源選択と私の判断」(32-47頁)。
- 宮川絢子「(インタビュー) スウェーデン新型コロナ『ソフト対策』の実態。現地の医師はこう例証する」<https://forbesjapan.com/articles/detail/34187/1/1/1>(フォーブズ・ジャパン)。
- 千正康裕『ブラック霞が関』新潮新書,2020。