

平成30・令和元年度
医療政策会議報告書

人口減少社会での 社会保障のあるべき姿

～「賽は投げられた」のその先へ it's our turn ～

令和2年3月
日本医師会医療政策会議

 日本医師会



日本医師会キャラクター 日医君

令和2年3月

日本医師会長
横倉 義武 殿

日本医師会医療政策会議
議長 権 丈 善 一

医療政策会議は平成30年10月11日開催の第1回会議において、横倉義武会長より「人口減少社会での社会保障のあるべき姿～「賽は投げられた」のその先へ it's our turn～」について諮問を受けました。本会議では、この諮問を踏まえて平成30・令和元年度の2年にわたり、鋭意検討を重ねてまいりました。

この度、平成30・令和元年度医療政策会議報告書として取り纏めましたので、ここに提出いたします。

医療政策会議委員

- 議長：権丈 善一（慶應義塾大学商学部教授）
副議長：長瀬 清（北海道医師会会長）
委員：池田 琢哉（鹿児島県医師会会長）
委員：太田 照男（栃木県医師会会長）
委員：尾崎 治夫（東京都医師会会長）
委員：小野 善康（大阪大学社会経済研究所特任教授）
委員：金井 忠男（埼玉県医師会会長）
委員：後藤 励（慶應義塾大学大学院経営管理研究科准教授）
委員：佐藤 和宏（宮城県医師会会長）
委員：茂松 茂人（大阪府医師会会長）
委員：武田 俊彦（前厚生労働省医政局長）
委員：二木 立（日本福祉大学名誉教授）
委員：馬瀬 大助（富山県医師会会長）
委員：柵木 充明（愛知県医師会会長）
委員：松井 道宣（京都府医師会会長）
委員：松本 純一（三重県医師会会長）
委員：松田 峻一良（福岡県医師会会長）
委員：宮田 俊男（みいクリニック代々木院長）
委員：渡辺 憲（鳥取県医師会会長）

【報告書執筆担当】

- 議長：権丈 善一 副議長：長瀬 清
委員：小野 善康 委員：後藤 励
委員：武田 俊彦 委員：二木 立
委員：宮田 俊男

（五十音順、令和2年3月現在）

目 次

序 章：医療政策会議における共通基本認識	1
第1章：最近のマクロ経済理論と政策の考え方	10
第2章：「千三つ官庁」対「現業官庁」—経産省と 厚労省の医療・社会保障改革スタンスの3つの違い	16
第3章：我が国の医療政策の変遷と一体改革、そして今後の課題	20
第4章：国民皆保険制度をいかに維持し、 同時にイノベーションを両立させるか	24
第5章：医療における「効率」と「費用」の役割	30
第6章：灌漑施設としての社会保障～社会保障政策の政治経済学～	35
終 章：平成30・令和元年度医療政策会議報告書あとがき	44

医療政策会議における共通基本認識

権丈 善一（慶應義塾大学商学部教授）

はじめに

2018年10月11日に横倉会長による挨拶の後、「人口減少社会での社会保障のあるべき姿——「賽は投げられた」のその先へ it's our turn」の諮問を受けた。その後都合6回にわたる討議を重ねている。その中で、委員の間でいくつもの最大公約数的な見解を得ることができた。この序章「医療政策会議における共通基本認識」では、そうした見解を挙げておく。

今回の共通認識で最も重要なことは、前回医療政策会議の序章をベースに、それを一歩先に進める形式で報告書をまとめるべきというものであった。前回の医療政策会議は、2018年4月に答申を行っている。その時の会長からの諮問は「社会保障と国民経済——医療介護の静かなる革命」であり、今回の諮問同様に、日医が取り組むべき医療政策、社会保障政策上の諸課題の基礎となる人口減少社会が包含されていた。今回の諮問にある「人口減少社会」というのは、医療提供体制のあり方、社会保障政策における優先順位のあり方、財政のあり方すべてに影響を与えるものである。

なお、前回医療政策会議の序章タイトルは「医療政策会議における基本認識」であったが、委員の間での最大公約数的な見解であるために、今回は、「共通基本認識」と改めている。

人口減少社会での社会保障

団塊の世代がすべて後期高齢者になる2025年という年次を目標として、これまで長らく社会保障・税一体改革は進められてきた。そこまでの目標が、地域医療構想

をはじめ、十分に達成できた状態にないことは広く共有された認識であろう。しかし、医療を重要な生活インフラとみなしている国民の観点、そして病・医院経営等の観点からみると、残り5年程度という期間はあまりにも短い。そこで、人口減少社会については、2040年以降を念頭に考えていく必要がでてくる。2008年の社会保障国民会議が2025年の医療介護ビジョンを示した時は、17年先を見通していた。ゆえに今は、2040年のビジョンを描いていくのに適したタイミングにあると思われる。

2040年と2015年の人口を比べると、総人口は13%程度減少する。しかしながら、**図表1**で都道府県をみると、秋田県は34%減、青森県は31%減、高知県は26%減となる。2015～2045年では、秋田41%減、青森37%減、高知32%減とすさまじい。

こうした、今後、全国規模で急激に変化していく社会の中で、質の高い医療・介護を持続可能な方法で提供していくためにはどのようなことを考えていく必要があるのか。まずは、持続可能性のベースとなる財政の観点から、論じていこう。

財政に関する基本認識

日本は、赤字国債を発行しながら、社会保障の給付を先行させるという「給付先行型福祉国家」を作り上げてきた。その過程では、給付のみならず、景気も先取りしてきた。

財政に関していえば、景気が悪いときに財政を赤字にして景気の回復を図ることは、もちろんあり得る。しかし、そうした裁量的な財政政策の下では、長期的に財政のバランスをとるために、完全雇用時には財政収支が黒字、いわゆる「完全雇用余剰」が生まれるのは当然となる¹。だが日本の財政制度の下では、バブル景気（1986年

¹ 「景気が上昇し、完全雇用近づいたとき、財政が黒字でなければならないことに注意しなければならない。なぜならば、この時、累積する黒字を不況期に支出して、景気上昇への誘因を作り出さなければならないからである。これを「完全雇用余剰」という。完全雇用余剰が大きければ、多額の公共支出を不況期に「一挙」に行き、景気対策を行うことができる」（伊東光晴（2006）『現代に生きるケインズ』141-142頁）。

人口減少社会の衝撃(2015年比減少率)							
	2025年	2040年	2045年		2025年	2040年	2045年
秋 田 県	13.5%	34.3%	41.2%	岩 手 県	9.2%	25.1%	30.9%
青 森 県	11.5%	30.5%	37.0%	徳 島 県	9.0%	24.0%	29.2%
高 知 県	10.4%	26.3%	31.6%	和 歌 山 県	9.1%	23.8%	28.6%
山 形 県	9.6%	25.8%	31.6%	長 崎 県	8.7%	23.5%	28.7%
福 島 県	9.5%	25.5%	31.3%	山 梨 県	8.6%	23.1%	28.3%

注：2040年に減少率が大きい順に10県。推計人口は2045年まで試算されているので、参考データとして掲載。

出所：国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別推計人口(2045年まで)』（2018年推計）。

図表 1

12月～1991年2月)、いざなぎ景気(2002年2月～2009年3月)、そしてバブル期を超えと言われる今も(2012年12月～)、財政収支が黒字になったことがない。

財政状況を表すひとつの指標である公的債務残高の対GDP比は、名目金利 r 、名目成長率 g 、そしてPB(=プライマリーバランス=税収 T -政策的経費 G)と切り離して論じることはできず、一体的に考える必要がある。そして次のロジックは、今の日本の財政を議論する際に必要とされる最低限の知識となる²。

公的債務残高の対GDP比は、2つの要因に依存して決まる。

- ・金利と成長率の大小関係
- ・PB(=税収 T -政策的経費 G)が赤字であるか黒字であるか。

金利が成長率よりも高く、またPBが赤字であるときには、公的債務残高の対GDP比は上昇していく(これを発散と呼ぶ³)。ここで仮にPBが均衡しているとしても長期的には、名目金利が名目成長率を上回るとすれば、公的債務残高対GDP比は発散し、発散を避けるためには、PBを黒字にしなければならない。

国民自身が国債の貸し手となる内国債の場合には、将来世代への負担は生じないとの指摘もある。しかしそう

した論は、グローバル化が進んだ現代の国債市場は、長きにわたって現状が持続するとは言えない面があることに加えて、将来世代は国債費の増大による予算編成上の制約を強く受けることになるため、国債保有層は償還費を受け取れる一方、それ以外の国民は社会保障関係費をはじめとした政策的経費の抑制や増税といったネット負担増のみを求められ、両者の間に逆再分配の問題が生じることを捨象している⁴。内国債であっても、その規模が大きくなればなるほど、将来世代に負担が転嫁されると共に、それに伴い望ましくない再分配が起こる可能性があり、残高が大きくなるほどその蓋然性は高まる。

将来、インフレが生じる、もしくは生じやすい環境になれば、その時になってはじめて、中央銀行は、物価の安定に専念すれば良しとする論もある。だが、そういう環境では国債買入は行えず、物価安定には財政赤字の縮小が求められることになる。ところが、財政赤字には社会保障など構造要因があるので、それを縮小することは必ずしも容易ではない。そしてそもそも日本医師会は、社会保障給付の大幅カットによる歳出の縮小という国民の生活を脅かす手段によってインフレを抑えるというような政策そのものを容認することはできない。

それゆえ、中長期スパンでの対応策を持ち、リスクマネジメントの観点に立った財政運営を行っていくことが肝要であり、具体的には、債務残高の対GDP比が発散

² 債務残高の変化とPB(プライマリーバランス=税収 T -政策的経費 G)の関係は、次の恒等式で表される——添え字(-1)は前年度を示す。

$$\frac{B}{Y} - \frac{B_{-1}}{Y_{-1}} = (r - g) \left(\frac{B_{-1}}{Y_{-1}} \right) - \frac{T - G}{Y}$$

この恒等式は、ドーマー条件とも呼ばれ、この条件式から、債務残高の対GDP比(左辺)が、金利と成長率の大小関係とPBが赤字であるか黒字であるかに依存して決まることが分かる。

³ 発散は、 $\frac{B}{Y} - \frac{B_{-1}}{Y_{-1}} > 0$ で表される。発散は持続可能性がないため、長期的な政策目標は、 $\frac{B}{Y} - \frac{B_{-1}}{Y_{-1}} \leq 0$ に設定せざるを得ない。

⁴ 権丈論文参照

していくことのない財政運営が求められることになる。そしてその際、名目金利が名目成長率を上回る局面が来る可能性も視野に入れ、少なくとも名目金利は名目成長率と同程度であるとの前提に立って、財政運営を考えていく必要がある。

財政金融政策に関しては、なかなか厳しい条件の下にいる日本ではあるが、一方、幸いにもこの国は、潜在的な供給力に対して需要が不足している成熟社会の段階にある。成熟社会は、所得を今よりも平等に分配することが経済に活力を与え、労働分配率を高めることと資本の成長は整合性を持ち得る。さらに、財源調達を行いながら皆保険を維持していくことが、成長に有利に働く社会でもある⁵。要するに、現代の資本主義は、基礎的消費の社会化を図る社会保障という水路を全国に張り巡らし、その地域地域の田畑に必要な水を流して、土地を青々と茂らせる「灌漑施設」としての再分配政策に頼らなければ成長も難しいのである⁶。

議論する際の共有前提

- ・この10年間、国民の日本医療に対する評価（満足度等）と改革の必要性についての理解は着実に高まっている。
- ・「社会保障制度改革国民会議報告書」が指摘したように、今後の改革では「医療専門職集団の自己規律」の強化が必要であり、日本医師会はその先頭に立つ必要がある。
- ・今後とも、国民皆保険制度、介護保険制度は堅持する必要がある。それは、国民医療を守るためだけでなく、「分断社会」化を防ぎ、日本社会・日本国民の統合を維持するためにも不可欠である。
- ・日本では、今後も医療費の主財源は社会保険料であり続け、それを消費税をはじめとした様々な公費で補う必要がある。消費税率が10%になる2019年まで、1979年の一般消費税導入の挫折から40年かかり、年速0.25ポイントでしか進むことができなかった歴史を考えると、日本は、他の国にもまして、財源調達は「全員野球」でやらなければならない。
- ・2018年6月に内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省により「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議

論の素材）」が出された。この将来見通しを、メディアは2040年社会保障給付費190兆円、2018年の1.6倍と報道していた。しかし、社会保障の長期試算は実額ではなくGDP比でみるべきものであり、2040年の社会保障給付費のGDP比は1.1倍にすぎない。医療の質を高める普段の努力は続けなければならないが、十分に負担可能な水準である⁷。

国民経済に関する基本認識

少子高齢化・人口減少と国民経済

- ・少子高齢化と国民経済の関係を見る指標は、就業者1人当たり非就業者である。
- ・人口減少社会で重要な経済政策の指標は1人当たり実質GDPであり、総実質GDPではない。
- ・たしかに、総実質GDPの伸びは他の先進諸国に比して低くなるが、それは、人口減少、特に生産年齢人口の大幅な減少ゆえである。2010年代に入ると、生産年齢人口は年間100万人単位で減少している。人口100万というと、47都道府県で人口（2019年6月1日推計）の多いほうから37位の富山県で104万人、38位の秋田県で97万人であり、こうした人口規模に等しい20~64歳人口が、2012年から14年にかけて1年ごとに消えていた——ちなみに、46位の島根県は68万人、47位の鳥取県は56万人でしかない。
- ・日本の1人当たり実質GDPの伸びは、他の先進諸国と比べて遜色のない伸びを示してきた。ただし、ユーロ圏、アメリカでは、1人当たり実質GDPの伸びに応じて賃金が伸びているのに対して、日本は賃金が伸びていない。問題は、労働分配率の低下傾向、さらには、所得分配の格差のあり方にあることは言うまでもない。
- ・超高齢社会への最も有効な対応策は、就労やボランティアを通じた幅広い社会参加である——2017年1月に日本老年学会・老年医学会が医学的な観点から高齢者75歳を提言していることを参考として、雇用環境、税、社会保障などの社会システムを見直していく必要がある⁸。
- ・寿命の延伸については、[有病状態の拡大（expansion of morbidity）] 説と有病状態の圧縮（compression of

⁵ 詳しくは、小野論文、権丈論文を参照。

⁶ 後藤論文、権丈論文参照。

⁷ 二木論文参照。

⁸ ただしこの時、日本の公的年金保険のように、「マクロ経済スライド」という財政収支を自動的に調整する仕組みを持つ受給開始時期の自由選択制の下では、いわゆる「支給開始年齢の引上げ」は行う必要はないことにも留意しておくべきである。もっとも、社会保障制度改革国民会議（2013年8月）、社会保障制度改革プログラム法（2013年12月）にある「マクロ経済スライドの見直し」は、未だ不十分であり、さらなる見直しは必要である。

morbidity)] 説が古くからある。予防で医療費を抑制できるとする、最近政策の表舞台に出てきた説は⁹、後者に依存したものである。しかし、厳密な研究では、前者の有病状態の拡大が現実に即していることが示されている¹⁰。

・2019年4月1日に、日本医師会は「医療のグランドデザイン2030」をまとめている。そこで予防医療について次のように論じられている¹¹。

- ・嗜好品、食品や運動にターゲットを絞った一次予防は、一定の意義はあるものの「絶対ではない」。
- ・「世界の動向」(ランダム化比較試験(RCT)の結果)に基づけば、二次予防(健診・検診)の健康増進効果は確認されていない。
- ・「話を日本の検診に戻すと、本来ならある一つの健診の本格導入の前に、RCT等で一定の効果を確認してから開始すべきであったはずだが、『早期発見はできるし、それを早期に治療すれば、予後は必ずいいはず』との臨床的な経験に基づいて開始されたものがほとんどである。しかし、(中略)科学的には明確に健診・検診の効果を証明できないまま今日に至っている」。

いわゆる「生活習慣病」という疾病の発症には、『生活習慣要因』のみならず『遺伝要因』、『外部環境要因』など個人の責任に帰することのできない複数の要因が関与しているにも関わらず、そのネーミングゆえに、『病気になったのは個人の責任』といった疾患や患者に対する差別や偏見が既にうまれてきている¹²。そうした事態の深刻さを認識すると共に、生活習慣病というネーミングの再検討を行う必要もあろう。

なお、健康寿命をなるべく延伸することは個人にとって望ましく、取り組むべき課題ではあるが、政策論の理念や政策の評価指標として用いることは困難なので、医

療政策会議においては、「健康寿命」という言葉は使わないでおく¹³。この点、2019年3月にまとめられた厚生労働省「健康寿命のあり方に関する有識者研究会」報告書では、「健康寿命は必ずしも指標と特定の施策との対応、因果関係が明確ではなく、また経時的な変化も緩やかである(施策に対する感度が悪い)ことから、施策の効果・進捗を評価するためのKPI¹⁴としての適切性には欠ける」ともされている。概念はすばらしくとも、その概念を政策に落とす際の指標との間に大きな隔たりが生まれるものが多々ある。健康寿命もそのひとつであり、そうした概念・指標は、無用の混乱を招かないためにも使わない方が無難である。

金融政策と国民経済

- ・現在の日本は巨大な生産力を手に入れた成熟社会を迎え、人々はお金を使うよりも貯めることに心が向かった結果、需要が不足する事態が続いている¹⁵。
- ・成熟社会で経済に活力を与える政策として次が考えられる。
 - ・高所得者から低所得者への垂直的再分配
 - ・現金給付よりも現物給付(ベーシック・インカムは導入が不可能・不適切¹⁶)

財政と国民経済

- ・財政健全化、経済成長、社会保障の機能強化は一体的に考える必要がある。
- ・本序章冒頭に述べた、完全雇用余剰、ドーマー条件の知識は不可欠である。
- ・未だに埋蔵金論議をする者がいるが、ストックはストックへは大原則である¹⁷。

⁹ 二木論文参照。

¹⁰ Salomon JAI, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, Murray CJ. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet*, 2012 Dec.

¹¹ 元厚生労働省健康局長の佐藤敏信氏執筆による「医療提供の実態 予防医療、現状と検証」より。

¹² 二木論文参照。

¹³ 現在は、健康寿命の指標として、①主観的に感じる「健康」である期間(従来の算定方法)②国際比較可能な、疾病による制限のない健康期間(WHO)③客観的な手法(65歳以上しか入手できないが、介護認定調査)による自立した期間(新しい方式)などがあるが、高齢化社会に即した新たな指標が求められている。なお、①の従来方式では、国民生活基礎調査の調査票(健康票)において、入院又は介護施設への入所をしている人たちは、調査対象から外されている。したがって、病院完結型から地域全体で治し支える地域完結型を目指す時代の医療介護関連指標としては不適切であることも指摘しておく。

¹⁴ KPIとは、Key Performance Indicatorの略称で、「重要業績評価」と訳され、民間の企業が経営目標を達成するために使われるさまざまな種類の業績評価指標の中でも、「キー(重要な)」となる指標のことである。最近では、経済財政諮問会議での議論を中心に、公共政策の指標としても使われ始めている。民間経営活動のように公共部門の活動も指標化されやすいのであればいいのであるが、概して、公共部門の活動はOutcomeの客観的把握が難しく、特に医療・介護のような高度な対人サービスはその傾きが強い。民間での成功体験を持つ人々によるKPIの公共部門への当てはめが、現場の戸惑いと混乱をもたらすことにならないよう、今後見守っていく必要がある。

¹⁵ 小野論文参照。

¹⁶ 前回医療政策会議報告書(2018)、権丈論文参照。

¹⁷ 仮に特別会計に剰余金が発生したとしても、それは公的債務の返済に回す。それがストックはストックへ。

社会保障・税一体改革のフレームに関する基本認識

1999年から消費税国税分は社会保障目的税
 高齢者3経費から社会保障4経費へ
 消費増税5%の内訳（5つの1%）

- ・ネットの給付増 1%

（選択と集中を前提とした給付改善）

- ・基礎年金国庫負担1/2の確保 1%
- ・5年分の社会保障費自然増 1%
- ・消費税導入に伴って生じる物価上昇による国・地方の負担増 1%
- ・社会保障の機能維持 1%

（ネットの財政赤字削減部分）

5%の増税のうち、1%は社会保障の充実4%は安定化という説明は、不適切。さらに、4%を「借金の返済」と呼ぶのは不正確。

今後の政策に関する基本認識

財源

今後、全世代型社会保障改革を進めて行くにあたっては、「社会保障制度改革国民会議報告書」にあるように「全世代型の社会保障への転換は、世代間の財源の取り合いをするのではなく、それぞれ必要な財源を確保することによって達成を図っていく必要がある¹⁸⁾」ことは議論の大前提である。そうした前提に立って次を掲げておく。

- ・消費税10%の先の検討をすみやかに開始するべきである。その際には毎年1ポイントの引上げも視野に入れて検討していく（2004年年金改正後の保険料引き上げを参考）。
- ・「能力に応じた負担の在り方、負担の公平性が強く求められる」（『社会保障制度改革国民会議報告書』24頁）方向性の徹底という観点から次の施策を図るべきである。
 - ▶社会保障における能力に応じた負担という考え方は、財源調達面に限るのであり、生活リスクに直面してニーズが顕在化し給付を受ける段階で、自己負担率に差を設けることは、社会保障の理念にそぐわない¹⁹⁾。ゆえに、低所得者対策を除いて、所得に応じた自己負担に差を設けている現行制度も見直すべき

である。このことは、公的年金の繰下げを進める政府の方針とも整合性を持つ。

- ▶所得税の所得ブラケットを見直して中高所得層への課税を強化するとともに、課税最低限についても再考
- ▶恒久的減税や制度減税によって生まれた控除や分離課税を見直し（たとえば効果があった2014年以降の上場株式等の譲渡所得比例税率のさらなる引き上げ）、徐々に所得総合課税に近づけていき、課税ベースの拡大を図る²⁰⁾。
- ▶死亡時の金融資産に本来消費していれば払っていたであろう消費税に準じた税率を課す——これにより得た財源を、たとえば後期高齢者医療制度への公費分という消費に還元することにより、亡くなった方の金融資産を国民経済に貢献してもらう制度を考えていく。
- ▶さらには、死亡時に金融資産を残された方の高額療養費を、残された金融資産から払ってもらう制度を考えていく。
- ▶長らく日医は、内部留保を賃金に回し、賃金経由での税、社会保険料の増加を唱えてきたが、賃金は伸びず、内部留保増加の勢いは止まらない。ゆえに、内部留保を国民経済に還元する積極的な策を考えていく段階にあると考えられる。

社会保険料については都道府県への医療政策再編の中で、被用者保険の一元化として後述

超高齢社会への対応に関する基本認識——幅広い社会参加

人生の高齢期への備え

現在の民間の再雇用、公務の再任用制度が十分な人材活用を行っていない現状を反省して、定年制を少なくとも65歳まで延長し、その後の雇用も弾力化を図るべき。

公的年金保険の受給開始可能年齢の上限を現行の70歳以上に上げるべき。

全般

両立支援の拡充。

厚生年金保険の適用拡大による国民の高齢期の生活安定を図るべきである。

¹⁸⁾ 『社会保障制度改革国民会議』（2013年8月）9頁。

¹⁹⁾ 堀勝洋『社会保障・社会福祉の原理・法・政策』（ミネルヴァ書房、2009）第2章1「社会保障と社会保険の基本的考え方」（4）「応能負担原則とニーズ給付原則」（41-44頁）参照。

²⁰⁾ 権丈論文参照。

医療・介護に関する基本認識

地域医療構想+地域包括ケア=車の両輪

- ・地域医療構想は、「質の高い効率的な医療提供体制を目指す」ものである。そして、地域医療構想をはじめとする提供体制の改革は、「現在の医療とは異なる質の高いサービスを効率的に提供²¹」するためのものであり、「患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの²²」である。
- ・地域包括ケアはシステムではなく、まずは既存のリソースのネットワークであることを再確認すべきである。
- ・地域包括ケアは地域でオペレートする側の人間のいわば知恵と力と勇気の問題であり、行政がお膳立てする話ではない。

かかりつけ機能の強化は医療・介護一体改革の要

2013年8月8日、日本医師会と四病院団体協議会が共同でとりまとめた「医療提供体制のあり方」より「かかりつけ医機能」

- ・かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- ・かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- ・かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。
- ・患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

これを要約して、日本医師会は、かかりつけ医を「な

んでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と位置づけている。そして日本医師会は、2015年より「かかりつけ医機能研修制度」をはじめている。

医療政策会議は、日本医師会に次を求める。

- ・かかりつけ医を中心とした地域包括ケアの構築・推進が、日本医師会により強く進められていることを国民に積極的に広報するべきである。
- ・2015年から「日医かかりつけ医機能研修制度」がはじめられていることを国民にも広報すべきである。
- ・「かかりつけ医機能研修制度」の修了証書を持つ医師を、検索できるシステムを構築するべきである。

緩やかなゲートキーパー機能

かかりつけ医は、緩やかなゲートキーパー（相談・紹介）機能も持つことが期待されている。

『社会保障制度改革国民会議報告書』（24頁）より「これまで、ともすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須…」。

この「緩やかなゲートキーパー（相談・紹介）機能」の普及は、今展開されている医療改革の要である。次の資料も参照。

ACP²³「人生会議²⁴」時代におけるかかりつけ医の重要性

第XV次生命倫理懇談会答申『超高齢社会と終末期医療』には「地域包括ケアシステムの中核となって個々の患者に接するかかりつけ医や介護職その他の関係者が、本人がどのような生活を送りたいかを尋ね、そのために利用可能なサービスを情報提供し、継続的に一緒に考えていくACPが重要となる」（31頁）とある。医師はガス、水道、電気と同じく、人が生きて行くために必須の生活インフラなのであるが、その中でもかかりつけ医は、ACP「人生会議」時代の基礎的な社会インフラであり、その普及が、人

²¹ 社会保障制度改革国民会議（2013年8月）。

²² 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告（2015年6月）。

²³ 第XV次生命倫理懇談会答申「用語について」より

「ACP（Advance Care Planning）将来のケアについてあらかじめ考え、計画するプロセスないしそのプロセスにおける患者の意思決定を支援する活動を指す。一般的には、患者本人、患者の家族、医療・ケア提供者の「話し合いのプロセス」と解釈されており、患者の希望や価値観に沿った、将来の医療・ケアを具体化することを目標にしている」。

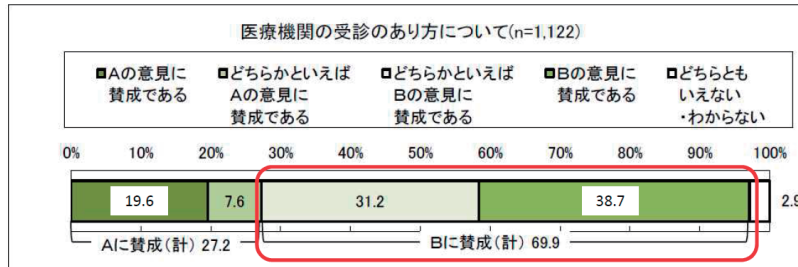
²⁴ 2018年11月、ACPは人生会議と、厚労省の「ACP愛称選定委員会」にて命名される。

医療機関の受診のあり方に関する考え

○ 医療機関の受診のあり方について、「最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する」に賛成する者が70%近くを占めた。

Q21 医療機関の受診のあり方として、次のAとBの2つの考え方について議論されています。あなたはどちらに賛成しますか。

- A 病気の程度に関わらず、自分の判断で選んだ医療機関を受診する
- B 最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する



出典：日本医師会総合政策研究機構 第5回日本の医療に関する意識調査（2014年12月24日）14

中医協(2017年2月22日)

図表2

図表1 都道府県単位への医療政策再編の動き

1985年	第一次医療法改正 ・地域医療計画の策定（1989年3月までに全都道府県で完了）
2006年	医療制度改革関連法 ・都道府県単位の保険財政共同安定化事業（2006年10月より） ・広域連合単位の後期高齢者医療制度（2008年4月より） ・全国1つの政府管掌健康保険から47都道府県の協会けんぽへ（2008年10月より）
2014年	医療介護総合確保推進法 ・地域医療構想の策定（2015年4月～2018年3月であるが、2016年半ばまでが望ましい）
2015年	医療保険制度改革関連法案 ・国民健康保険の保険者、都道府県化（2018年4月より）

出所：筆者作成。

権丈(2018)『ちょっと気になる医療と介護 増補版』71頁

図表3

生の最終段階におけるQOD（死に向かう医療・ケアの質）を高めるためにも必要とされていることを、日本医師会は、しっかりと国民や会員に広報すべきである。

被用者保険の都道府県化…都道府県への医療政策再編

・被用者保険の都道府県単位への一元化を実現し、保険料率を揃えることにより負担の公平化、財政の安定化も図るべきである。

日本医師会は、2010年「国民の安心を約束する医療保険制度」において「職域保険として、共済組合を協会けんぽに統合し、組合健保を段階的に協会けんぽに統合する」（18頁）ことを提言している。これは武見太郎会長時代からの地域、職域保険の一本化への経過措置として

の提言であるが、被用者保険の都道府県単位の協会けんぽへの一元化は、基本的には妥当である。そしてこの被用者保険の都道府県単位への一元化は、これまで進められてきた都道府県単位への医療政策再編の流れにも沿ったものであるとも評価できる。

なお、被用者保険の保険料率を、仮に現段階の協会けんぽに合わせて、すべて10%にすると²⁵、現状の保険料収入と比べて、1.0兆円弱の財源を得ることができる。

地域医療構想の医師配置版

医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会『第2次中間とりまとめ』（2017年12月）には「有効な客観的なデータの可視化を通じて、医療ニーズに合致した効果

²⁵ 2019年度、協会けんぽ10%、組合健保平均9.22%、2017年度データになるが、国家公務員共済組合平均7.84%、地方公務員共済組合9.68%、私学教職員共済組合8.48%。

的な医師偏在対策を実施することができるようにするとともに、PDCA サイクルを通じて、都道府県が実施した医師偏在対策の効果を検証し、対策の改善が行われるような環境整備を図っていく」方針が示されていた。そして『第2次中間とりまとめ』を踏まえ、2018年3月に「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」が同年7月に成立し、主な法改正事項は2019年4月施行であった。

医師偏在是正の目標は、2036年度に全ての都道府県において医療ニーズを満たす医師が確保されていることである。2036年度までには、3年（初年度は4年）毎の医師確保計画の計画サイクルが5回繰り返され、これにより医師偏在是正の達成が目指されている。改正医療法においては、都道府県が医師確保計画を策定することとともに、その際に都道府県が地域の医師会等と必ず連携をとれるようにするため地域医療対策協議会の機能強化が図られている。したがって、この新たな法の枠組みの元で、医師会としては各地域における実効性を持った偏在是正対策に責任をもって関与し、偏在是正に主体的に取り組んでいくべきである²⁶。

また、日本医師会が唱える「かかりつけ医機能」の充実の観点からも、『第4次中間とりまとめ』にある

- ・文部科学省は、厚生労働省との連携の下、医学教育モデル・コア・カリキュラムにおけるプライマリ・ケアや地域教育に関する内容の充実を図るとともに、大学に対して、各大学のカリキュラムにおけるプライマリ・ケア等の教育の充実を要請するほか、
- ・医師国家試験においてもプライマリ・ケア等をより重視していくことは、必須、かつ喫緊の課題である²⁷。これが克服の難しい大きな課題であることは、第16回医師需給分科会における次の発言を参照されたい。

○福井（聖路加国際大学学長）構成員 内面的なインセンティブというか、地域医療をやりたいという気持ちに医学生がなるよう、そもそも医学教育がそういう方向で行われていないというのが実情です。…ある大学で入学時には医学生の50%がプライマリ・ケアを将来やりたいと答えていたのですが、卒業時には2、3人になりました。それはなぜかと言うと、私も経験がありますけれども、総合診療部なんか入ると、そういうメッセージをいろいろな臓器別専門診療科の先生方は学生

に言い続けるわけです。したがって、ジェネラルをやる、全身的に診るという理想に反して、高度な医療機器も使えない、そういう診療をやるのはレベルが低いというメッセージを6年間ずっと伝え続けられますので、心の底から地域医療をやりたいと思う人は、よほど芯の強い人だと思います。ちょっとした外形的なインセンティブでは行動変容は起こらないのが実情だと思います。

プライマリ・ケアや地域医療を支える医学教育の充実は難易度の高い政策課題であるが、その遂行に、日本医師会は惜しみなく協力するべきである。

この点、今日、医療のあり方そのものが変化を求められていることも後押しをするはずである。

社会保障制度改革国民会議報告書（31頁）。

「医療の在り方そのものも変化を求められている。高齢化等に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、これらの患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）による診療の方が適切な場合が多い。…このように「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取組（「総合診療専門医」）を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である。

日本のプライマリ・ケアにおいて、日本の提供体制の土台を支える最も重要な役割を担うかかりつけ医と、学問的な見地からの評価による総合診療医は、車の両輪として連携を保ちながら医療を提供していることを広く国民に理解してもらえるように努めていくべきである。

介護保険の被保険者の見直し

被保険者を40歳以上から20歳以上にすることにより、今の40歳以上の人たちの負担を平準化して今後の保険料の引上げ余地を作り、介護保険の財源調達力を高めるべきである。ちなみに、介護保険は65歳以上の被保険者が給付費の98%を利用しており（医療58%）、高齢期に支出が集中している側面は、年金と類似している。なお年金では、20歳以上が被保険者となることにより、各年齢時における負担を平準化することに成功している。

- ・介護保険の被保険者範囲の見直しは、将来構想としての「子育て支援連帯基金」²⁸——年金保険、医療保険、

²⁶ 武田論文参照。

²⁷ 武田論文参照。

²⁸ 権丈論文参照。

介護保険など各種社会保険が、自らの制度の持続可能性を高め、将来の給付水準を高めるために子育て支援連帯基金に資金を拠出する構想——においても重要となる。今のままでは、社会保険の中でも介護保険の40歳未満の現役期のみが、この連帯基金に関わらないことになるからである。

医療・介護費用の国際比較と2025年の次の政策目標としての2040年

- ・医療費の国際比較を行う際は、国内での都道府県、市町村間比較でも行っているように、高齢化率による補整を行うべきである。高齢化補整を行えば、日本の医療費の対GDP比は、OECD加盟国平均よりもなお低いことは、複数の研究で確かめられている。
- ・社会保障・税一体改革の目標年次は、段階の世代が75歳に達する2025年とされていた。それまでに何をなすべきかの議論も終え、実現に向けて着実に改革が進められてきた今、高齢者数がピークを迎える2040年を射程に据えて、将来計画を立てる準備を開始すべきである。

また、社会保障制度改革国民会議では、「地域により人口動態ひいては医療・介護需要のピークの時期や程度が大きく異なり、医療・介護資源の現状の地域差も大きい実態が浮かび上がり、医療・介護の在り方を地域ごとに考えていく「ご当地医療」の必要性²⁹」が改めて確認されていた。各地域は、行政・大学・医療関係者などとの問題意識を共有するために、地域住民が安心して暮らすことができる「医療のグランドデザイン2040」を作成し、リスクマネジメントの観点、かつバックキャストिंगな観点から、人口減少社会においてもニーズに見合った持続可能性のある提供体制の構築を図るのに取り組むべ

く課題を可視化して、明らかにしていくべきである。

社会保障・医療政策の基盤安定化の必要性

国民皆保険制度を含む社会保障制度の恩恵を国民の隅々に至るまで受けることができるようにすることは、政府が進める健康・医療戦略の文脈においても、革新的な医薬品・医療機器・再生医療等製品、次世代における電子カルテの標準化と普及・オンライン診療・人工知能・パーソナル・ヘルス・レコードの恩恵を広く国民が受けることになり、それらに関わる企業もおおいに恩恵を受け、成長に資する。その場合、単なる規制改革に走ることなく、企業のそれぞれの開発におけるコスト構造や産官学におけるレギュラトリー・サイエンスの推進（新たなルール構築を含む）、官の側の人材のキャリアパス支援・人材育成、将来のかかりつけ医になる若手医師の教育と自由診療における医師に対するガバナンスの強化を念頭に置く必要があり、社会保障の基盤を安定化させることとイノベーションの両立を丁寧構築していく必要がある³⁰。

また、パンデミックや災害に対応するための体制が不十分であり、米国のCDC（疾病対策センター）等を参考にしっかりと構築する必要がある。この体制を整備するためにも財源と国のリーダーシップが求められる。

序章、おわりに

以上、医療政策会議の委員の間で共有されている見解を挙げてみた。この「医療政策会議における基本認識」が、医師会の会員をはじめ、広く国民全般に理解されることを期待したい。

²⁹ 『社会保障制度改革国民会議』（2013年8月）25頁。

³⁰ 宮田論文参照。

最近のマクロ経済理論と政策の考え方

小野 善康 (大阪大学社会経済研究所特任教授・名誉教授)

1. はじめに

本章では、医療政策を含めた経済政策の背景にある最近の経済理論を振り返り、それらが過去の経済政策にどのような影響を与え、なぜ思うような効果を上げなかったのかについて考えていく。その理由とは、日本が成長段階を終えて十分な生産力と富を蓄積し、成熟社会に入ったことを明確に認識していなかったからである。

経済学の目的は、ひとりひとりの幸せの最大化である。この目的は同じなのに、一方では徹底的に競争することがみんなを幸せにすると主張し、他方では競争は人々を不幸にすると主張している。

このうち後者の競争懐疑的な議論のほとんどは、数学的に完結したモデルがないため、経済学者の多くが、競争が重要、医療サービスの量や価格も競争して決めるべき、と主張する。医療を充実させるなら、その分、他をあきらめなければならず、他と比較してどちらが重要か、という選択の議論になる。例えば、コンビニ弁当と医療はどちらが重要か、それをはっきりさせるのが市場での競争であり、多くの顧客を獲得する方が生き残るべきだ、ということになる。

以下に示す最先端のマクロの諸理論でも、ほとんどがそういう考え方である。

2. 不況分析の類型

経済活動レベルは、生産能力と需要量のうちの小さいほうで決まる。ある経済が100の生産能力を持ち、人々が生産物を100だけ欲しいと思えば、経済活動は100になる。ところが、100の生産能力があっても80しか欲しくなければ80しか売れず、経済活動は80になってしまう。反対に、人々は100だけ欲しいと思っているのに、経済全体で80しか作る能力がなかったら、やはり経済活

動は80になってしまう。

そのため、経済変動を考える理論を理解するには、生産能力と需要レベルのどちらを決める理論なのかを知っておく必要がある。図表1では、そのような視点に立って、経済の活動レベルを決める最近の分析を7つに類型化している。

まず、左側に示した生産の低迷を原因とする諸理論①～③を見てみよう。①は典型的な供給側の考え方で、生産能力が高ければたくさん作ることができるので景気がいいし、小さければ不況だという。この理論に従えば、今世界経済がだめなのは、技術が停滞し生産が非効率だからということになる。

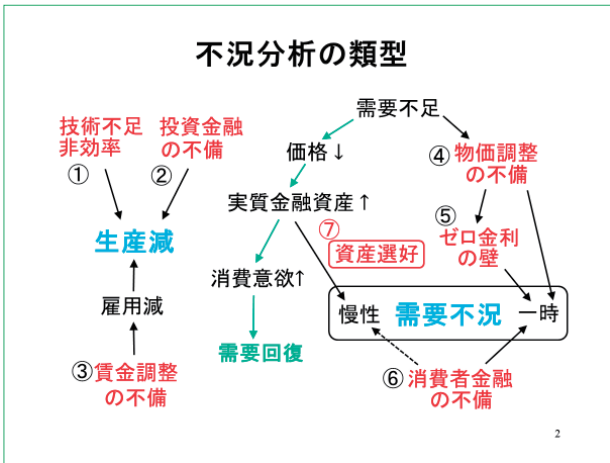
②では、投資金融の不備が経済停滞の原因だと考える。良い技術を持つ企業があっても、情報が不完全で投資資金を貸してもらえないから生産できず、景気が停滞するという。これも、生産停滞が不況の原因だと考えている。

③は、賃金調整の不備が不況の原因という説である。①や②は技術や資本の不足・不備が原因だが、③は労働不足が原因と考えている。賃金が高すぎれば、企業は雇用を減らし生産を控える。反対に賃金が低すぎれば、労働者がこんな賃金では働けないと言う。いずれにせよ働く人が減るから生産も下がり、これを不況と考えている。

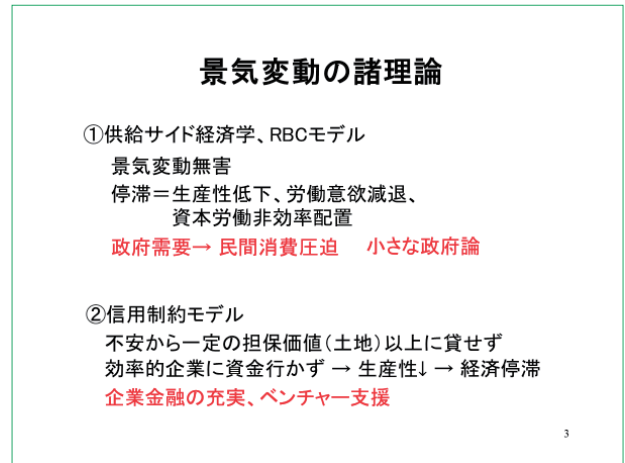
次に、図表1の右半分に移ると、④～⑥は、不況などは最初からないし、あっても短期間だ、という理論である。

需要不足のもとでは物価が下がり、同じ金額を持っていても実質的に金持ちになる。100万円持っていて物価が1/10になれば、1,000万円持っているのと同じである。そのため、もっと買おうとして需要は回復する。このような物価調整が円滑に行われるなら、市場の調整に任せればよいことになる。

④は、このような物価調整が円滑に運ばないために、



図表1



図表2

調整が済むまで不況が続くと考え、円滑に行かない理由を分析している。企業が独占的だから物価がすぐには下がらない、流通が非効率であるから物価が円滑の調整されない、などである。さらに、それに関連する⑤の「ゼロ金利の壁」については後述する。

⑥では、消費者金融の不備が不況の原因と考えている。金持ちと今手元にお金のない人がいて、金持ちは貸したいし手元にお金のない人は借りたいのに、消費者金融が不備で借りることができない。そのため、十分消費できずに需要不足になる。

最後に⑦は私自身の理論である。人々には消費したいという願望と、資産を持っていたいという願望がある。このうち資産への選好が強ければ、お金が消費に回らないから、需要が不足して不況が起こる、と考える。

3. 成熟社会での不況の原因：非効率や不備ではなく資産選好の顕在化

このように、①から⑥までは、すべて「不備」や「非効率」という言葉が入っている。つまり、不況はどこかに不備があるから発生するという主張であり、そうであれば、不備や非効率を取り除けば不況はなくなるはずである。これに対して⑦だけは、何かの不備で不況が起こるとは考えていない。不況は人間の本質的な欲望、すなわち資産選好によって引き起こされ、不備や非効率を直しても不況はなくなる。特に経済が大きな生産力を蓄えて富を蓄積し、成熟社会に入ると、消費選好よりも資産選好が顕在化し、長期不況が起こる。日本を含む先進諸国はこのことを認識し、従来の発想からの経済政策を根本的に考え直さなければいけない、ということにな

る。

もし何かの不備が原因で不況が起こっているなら、不備を取り除けば、働きたい人は十分に働けて、生産能力を発揮できる経済になる。そうなれば、後はその生産能力を何に発揮させるかという選択の問題になり、選択には競争させてその勝ち負けで判断すべき、という議論につながる。

しかし、資産選好があれば不況が生まれる可能性があり、その場合には人手も生産能力も余るため、その余剰部分を公的な目的に使っても、他の経済活動を妨げない。そのため、公的な活動を市場競争にさらして、他の活動と比較する必要がなくなる。さらに、社会資本を整備すれば新たな雇用も生まれるため、我々の生活も景気も同時に良くすることができる。

以下、それぞれの理論を詳しく見ていこう。

4. 供給側から見た景気変動理論

図表2に示したように、図表1に示した①はサプライ(供給)サイド・エコノミクス、あるいはRBC(リアル・ビジネス・サイクル)モデルといわれるものである。経済変動は無害であり、景気が良くなったり悪くなったりするのは、経済が正当に反応している証拠だ。それによって何の非効率も生まれないから、下手に介入するのはよくないという理論である。キドランドとプレスコットは、これでノーベル賞を受賞している。

これによれば、経済が停滞するのは生産性の低下、労働や資本の非効率性などが原因であるため、技術開発の促進や労働者の能力向上が重要になる。さらに、政府は競争にさらされていないから非効率であり、できる限り

- ③サーチマッチング・モデル
労働市場の不備：摩擦的失業、人探しに費用がかかる
→ 作れば売れる前提
職安や求人情報の充実
- ④ニュー・ケインジアン
不況：物価・賃金調整の遅れ＝短期
企業はそれを読み込んで行動、需給不均衡なし
金融政策で調整の遅れをある程度補完 雇用流動化
- 長期では自律回復 → **長期は生産力向上**
(オールド・ケインジアン)
乗数効果：今の所得と消費しか考えず

図表3

政府活動は縮小して民間にやらせるべき、ということになる。いわゆる「小さな政府論」である。前述した、コンビニ弁当と医療を比べて、コンビニ弁当のほうが重要なら、医療を減らすべきだという発想はここから生まれる。

長期需要不足で生産力が余っているという発想がなければ、この主張を理論的に批判するのは非常に難しい。ネットゲームと医療の比較でも同様である。ネットゲームが楽しくてしょうがない人にとっては、ネットゲーム開発の人材や資本が医療に向けられるのは反対であろう。

次に、②の信用制約モデル（清滝・ムーア）では、一方に効率のいい企業があり、たとえばベンチャーで、もう一方に効率の悪い企業がいて、これは昔からの企業と考える。このとき、効率の悪い企業が資本を占有して効率のいい企業が使えないため、生産が伸びずに経済が停滞する。経済を成長させるためには、資本を効率の悪い企業からいい企業に円滑に貸すようにすればよい。ここから、企業金融の充実やベンチャー支援という発想が出てくる。

以上の理論では、すべて需要不足という発想がない。人々はいくらでも消費したいが、効率の悪い企業が生産を独占しているから、経済は伸びていかないという理解である。

5. 賃金物価調整の不備

図表3では、図表1の③と④について説明している。③のサーチマッチング・モデルを作ったモートンセン、ダイヤモンド、ピサリデスの3人は、この研究でノーベル賞を受賞した。

各企業は、労働者が職探しに来るのを待っているが、必ずしも両者の要求がマッチするわけではない。もしひとりの労働者とひとつの企業がうまくマッチすれば、ものが1個作られる。そのとき、雇用はひとりだけ、生産量も1個だけであり、賃金は企業とその労働者との交渉で決まる。マッチは単位時間当たり一定率で解消され、企業と労働者は、新たに労働者探しと職探しを始める。この経済では、マッチが増えれば生産量も増えて景気よくなる。

このとき、マッチの数（＝生産量）は、企業が労働市場に参加するために（ハローワークにエントリーするのに）、いくらコストがかかるか、労働市場がどのくらい整備されているかなどに依存する。したがって、ハローワークの充実や就職情報の改善が不況克服の鍵になる。

これも作れば売れるモデルであるため、企業が作ったものの一部を公共的なものに使えば、民間で使える量は減ってしまう。そのため、社会資本かネットゲームか、という選択の問題から逃れられない。

さらに、もしこれが現在の世界的な経済停滞の理由であれば、リーマン・ショックの前までは職安や求人情報は整備されていたが、以降は劣化したから、失業が増えて生産が下がった、と言うしかない。現実には、今の方が求人情報も職業マッチの技術も高いと思われる。

次は④のニュー・ケインジアン・モデルである。企業は簡単に自分の製品価格を変えることはできない。1度いくらかと値段を付けてしまったら、次の機会が来るまで変更できない、と仮定する。そのため、一時的な天候不順、自然災害、金融不安、政策変更などによる生産の減少や需要の後退が起これば、元の状態に戻るのに時間がかかると考え、その変動過程を分析している。

しかし、実際は、かなり頻繁に価格改定は可能であり、特にネット取引が普及している現在では、値段はどんどん変わっていく。そのため、これが原因の経済停滞は半年かせいぜい1年ほどの一時的現象でしかなく、日本を含む多くの先進国が直面している長期停滞は説明できない。

さらに、企業は自分で値段を変えるタイミングが制限されているだけであり、しかもそのことをあらかじめ知って生産計画を立てるので、作ったけれど売れないという需要不足の状態は考えられていない。

- ⑤インフレターゲット
 物価の(短期)硬直性+ゼロ金利制約
 現在:ゼロ金利 金利下からず=金融政策無効
 将来:景気自律回復前提、貨幣量拡大→高物価
 将来の大規模金融緩和約束
 将来の高物価予想→買い急ぎ促進→現在の需要拡大
 現在の物価が急速に下がれば解決
- ⑥借入制約:消費者が借金できない
 3世代重複モデル+ゼロ金利制約
 若年:借入れできず、過少消費=過剰貯蓄→金利低下
 中年:ゼロ金利の壁、金利の低下に下限→消費伸びず
 老年:資産を消費
 消費者金融の充実

図表4

6. ゼロ金利制約と消費者金融の不備

図表4の⑤には、クルーグマンのインフレ・ターゲット理論を示している。この理論では、まず、今の物価が高止まりして、しばらく下がらないと仮定する。この価格が続くなら消費は今のまま停滞する。徐々に下がっていくと思えば、買い控えが起こって消費は減少する。しかし、これから上がっていくと思えば、今のうちに買っておいたほうが得であり、今の消費が増える。

インフレ期待が形成されなくても、利子が十分に低下してマイナスになり、金融資産を持っていればどんどん目減りしていくなら、貯蓄を止めて消費に回す。しかし、名目金利はゼロ以下になれない(ゼロ金利の壁)。金利がマイナスなら、そんな資産は持たずに現金で持つておけば、額面金額は目減りしないからである。そのため、デフレ経済下では実質金利(=名目金利-インフレ率)は高止まりして、貯蓄が十分に不利になれず、消費は増えない。この状況を打開するには、インフレ期待を作って、実質金利をマイナスにするしかない。これがインフレ・ターゲットである。

では、どのようにして人々にインフレ期待を持たせるか。この理論で重要な仮定は、今は物価が下がらないということとともに、明日はお金をたくさん発行すれば物価が上がる、というものである。そのためには、明日には景気が回復していなければならない。景気が悪い今、いくらお金を発行しても全然物価は上がらないなら、明日も不況なら、貨幣を発行しても、やはり物価は上がらないはずである。つまり、この議論は明日には不況は解決しているということ、本質的に短期不況であるという

ことが前提である。

この理論はアベノミクスの根拠になっており、黒田日銀総裁による異次元金融緩和はこれに基づいている。日銀は、2年もすれば2%のインフレが起こると豪語していたが、現実には6年経ってもインフレは全く起こっていないし、人々がインフレ期待を持ったようにも見えない。その理由は、誰も近い将来、景気が回復するとは思っていないからである。そのため、日銀がとんでもない規模で貨幣を発行してもインフレは起こらず、インフレ期待も醸成されず、ただお金の供給だけが異常に増えて、円の信用不安さえ出かねない。

最後は⑥の消費者金融不備の理論である。一方で、今消費したいが手元にお金がない若者がいる。借金をしても将来十分に稼いで返せるのに、消費者金融の不備で借金ができない。他方で、お金がたくさん持っているが、消費者金融市場の情報不足で貸すことができず、将来、高齢者になったときに十分な利子収入を見込むことができない中年世代がいる。こうして、若い人も中年世代も高齢者も十分に消費ができず、不況になる。

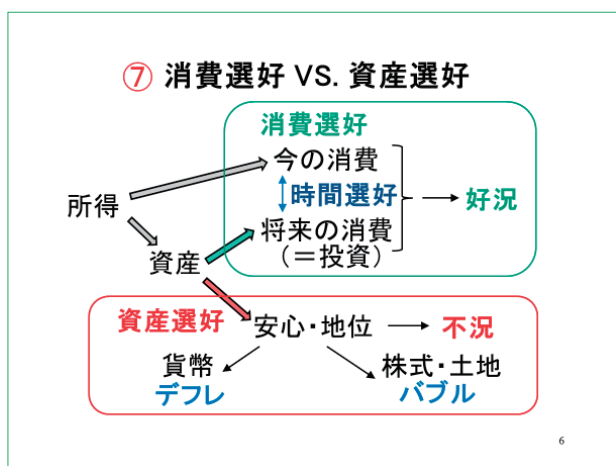
これを解決するには、消費者ローンを充実して信用保証制度を整備し、若い人にお金をどんどん貸せるようにすればよい。

このように、以上の6つの議論は、消費したい人たちばかりだけれども、市場のどこかに欠陥、不備があって十分に生産あるいは消費ができず、そのため景気が悪くなる、というものである。したがって、このときの政策は、欠陥や不備を直せばいい。

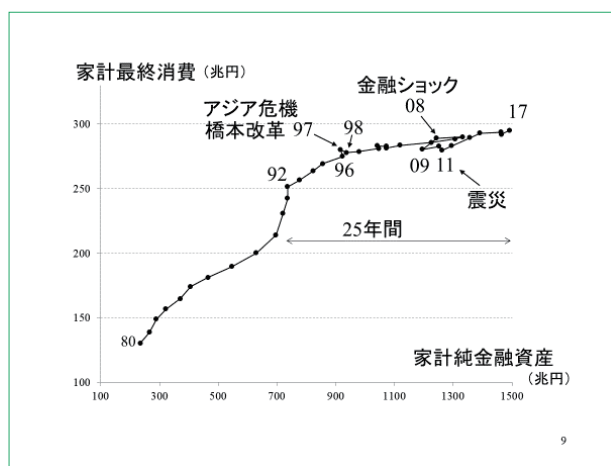
それによって完全雇用が実現されれば、医療かコンビニ当かネットゲームか、という選択の問題に突き当たり、どれにするかは市場競争で決めるべきということになる。そのため、医療が成長産業か否か、医療にも競争力を、という発想が生まれてくる。

7. 資産選好と需要不況

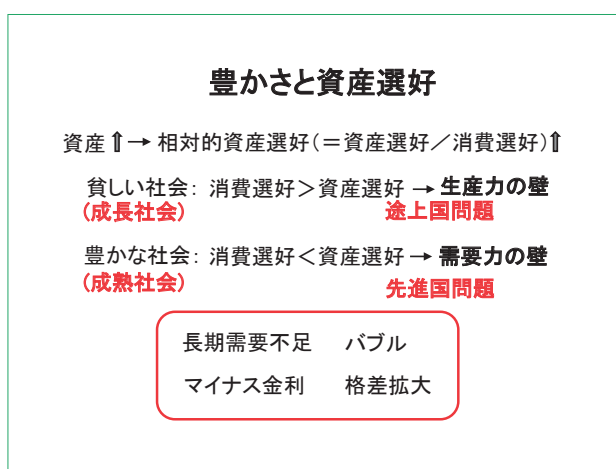
以上の理論に対し、私は、市場の不備ではなく、人間の本質的な欲望が、豊かになると需要不足を起こすと考える(図表5の⑦)。人間には、お金を使って消費したいという消費選好と、お金を持っていたいという資産選好がある。他の理論では資産選好はなく、お金を持つならそれは将来何かに使いたいためであり、その何かはすでに具体的に分かっている。これに対して私は、お金を持っていること自体が嬉しい、という人間の欲望に注目



図表 5



図表 7



図表 6

する。

貯め込むのは将来具体的に使う目的があるからであれば、消費か貯蓄の選択は、今の製品と将来の製品の選択に過ぎない。今の製品なら今の生産を刺激し、将来の製品なら今の設備投資を促進する。いずれにしても需要を生むので、決して需要不足にはならない。

しかし、将来の具体的な使い道は考えていないがお金は持っていたい、という選好があったら、お金は需要に結びつかない。今の消費も将来の消費もなく、将来売れなければ今投資する理由もない。そのため、生産能力が余ってしまう。

お金への保有願望が強く、ものを買わないなら、人手やものが余って価格が連続的に下がり、デフレになる。デフレで物価が下がり続ければ、お金の価値は時間を追って上昇するため、ますますお金を持つことが有利になる。たとえ、お金を別の資産である株式や土地への投

機に回しても、資産選好がある限り、株価や地価が上昇するバブルが発生するだけで、消費は増えない。

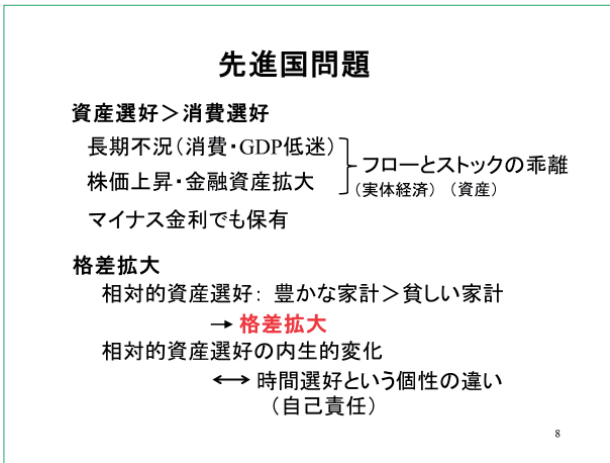
図表 6 は、消費選好に比べた相対的な資産選好の強さと、経済が直面する問題との関係を示している。貧しければ、貯めるよりもまず消費を考える。そのため、所得が入ると欲しいと思っていたものを買う。ところが、金持ちになるほど相対的な資産選好が強くなり、お金を増やすことを考えるようになる。

そのため、生産力の乏しい発展途上国では消費選好が強くて需要不足はないため、そもそも生産力不足で実現できる消費水準は低い（生産力の壁）。また、生産力が向上すれば、そのまま経済成長につながるため、成長社会となる。一方、巨大な生産力を手に入れ成熟社会となった豊かな先進国では、消費が十分に大きくなるので、相対的に資産選好が強くなり、需要が伸びずに需要の壁にぶつかってしまう。このように、先進国問題は市場の不備や生産の非効率性ではなく、資産選好という人間の本性が引き起こしている。

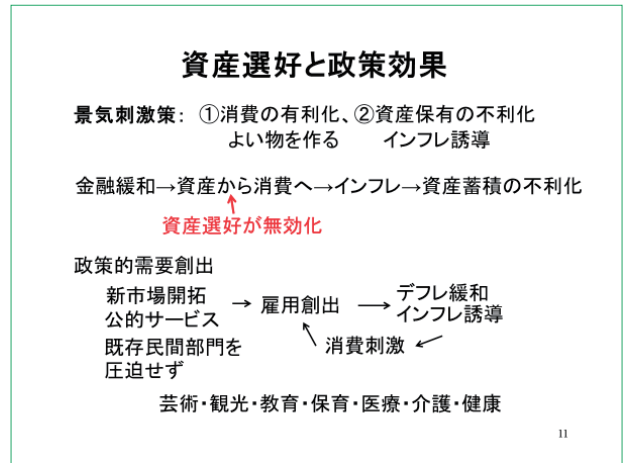
日本における実際の家計の純金融資産と家計最終消費との関係はどうか（図表 7）。1992 年までは資産が増えるにつれて消費が増えていったが、それ以降は金融資産が増えているのに消費は伸びていない。すなわち、経済が貧しいうちは金持ちになるにつれて消費は増えるが、ある程度経済が発展して金持ちになると、それ以上金持ちになっても消費を増やさず、貯めるばかりになる。

8. 資産選好と格差拡大

資産選好は格差拡大をも自然に説明することができる（図表 8）。金持ちになるにつれて相対的に資産選好が増



図表 8



図表 9

すので、金持ちはますます貯めるのに対し、貧しい人は消費を優先してあまり貯めない。そのため、資産格差がどんどん広がっていく。すなわち、同じ人間であっても、たまたま当初に豊かになりますます豊かになるし、貧しければ貧しいままである。

このように、格差拡大は個性の違いではなく、誰にも共通する人間の本性がもたらす。ところが一般には、人間性の違いのように言われ、貧しいのは浪費家だからであり、金持ちは節約してむだ遣いしないからだ、と言われる。つまり、自己責任論である。

資産選好はマイナス金利を説明することもできる。資産選好が強ければ、実質利子率がマイナスでも持っていたいと思うからである。このように、資産選好を考えると、長期需要不足、資産バブル、格差拡大、マイナス金利など、従来の理論では説明しにくい現象が自然に説明できる。

RBCモデルやニュー・ケインジアン・モデル、インフレ・ターゲット理論などは、短期的な経済変動しか取り扱えない。例えば、98年のアジア金融危機や橋本改革、2008年のリーマン・ショックあたりの数年間の変動である。これに対して最後の⑦の理論は、何十年という長期での劇的な変化を対象にしている。現代の先進国問題に対処するためには、そういう視点から捉えるべきであろう。

9. 望ましい政策とは

短期不況の理論では、成熟社会での慢性的需要不足という視点がなく、長期になれば生産能力がフル稼働すると考えているため、経済の制度設計を考える際には、医療とコンビニ弁当やネットゲームとどちらが大切か、という比較が重要になる。ところが、成熟社会となって資産選好が顕在化し、長期的な需要不足が起こっている場合には、生産余力を社会共通資本の整備に回しても、私的財の生産を阻害しない(図表9)。

そのため税金をしっかりと集め、市場では取引されないが役立つものを公的に整備すべきである。それにより、人々の生活の質が上がるとともに、雇用も増えて所得も増えるため賃金や物価の低下も止まり、デフレ脱却もできる。それが消費を刺激するが、生産余力があるため他を犠牲にすることがなく、選択の問題から解放される。経済活動が拡大すれば税収も増えて、累積財政赤字問題の解決にもつながる。

最後に望ましい公的支出の対象として、芸術・観光・教育・保育・医療・介護・健康を挙げたが、これらはすべて競争産業ではなく、民間と競合しない。民間に対して競争力を持つような活動なら、逆に民間活動を阻害してしまう。すなわち、成熟社会となって経済が停滞している先進国ほど、社会共通資本の整備が重要になってくる。

第2章

「千三つ官庁」対「現業官庁」 —経産省と厚労省の医療・ 社会保障改革スタンスの3つの違い

二木 立（日本福祉大学名誉教授）

はじめに—安倍内閣の下での経産省・財務省・ 厚労省の力関係

医療関係者を含め、一般には、財務省が現在でも「最強官庁」であり、安倍内閣の政策を主導していると思われる。しかし、それは過去の話です。安倍首相は、小泉純一郎内閣時代からの筋金入りの「上げ潮派」（高い経済成長を実現すれば税収が増えるので、財政再建も自ずと実現でき、消費税引き上げ等の国民負担増は必要ないとの考え）で、財務省に代表される「財政再建派」（財政再建のためには消費増税が不可欠との考え）を毛嫌いしていました。そのため、安倍内閣では、「上げ潮派」の代表とも言える経済産業省（以下、経産省）の影響力が一気に強まったのです。

それに対して、財務省は、2018年に一連の自爆的スキャンダルが生じたことも重なり、安倍内閣への影響力は大幅に低下しています。ただし、財務省は政策形成の表舞台から完全に退場したわけではなく、「ポスト安倍」時代に備えて捲土重来を期しています（これを英語で、“down but not out”と言います）。財政制度等審議会「建議」をはじめ、同省関連の文書は極めて緻密であり、「突っ込みどころ満載」の経産省文書とは大違いです。

また安倍首相は、第一次安倍内閣時代の「消えた年金」事件が内閣退陣の主因だと考え、それ以来、厚生労働省（以下、厚労省）を嫌悪しており、しかも財務省と同じく、厚労省も2018年に一連の不祥事をおこしたためもあり、医療・社会保障改革についても、官邸・経済産業省に主導権を奪われています。私は2019年1月に発表した「経済産業省主導の『全世代型社会保障改革』の予防医療への焦点化」で、このことに注意を喚起しました¹⁾。この傾向は、その後も続いているため、最近では、「『予防医療』で経産省路線に転じた厚労省の本音」との厳しい論評も

みられます²⁾。

しかし、私は、経産省と厚労省の医療・社会保障改革スタンスには依然として大きな違いがあることを見落とすべきではないと思っています。本節では、この点を以下の3側面から指摘します。①今後の社会保障給付費増加の表示と評価、②予防医療の推進と終末期医療の見直しによる医療費抑制、③生活習慣病対策。なお、本節の表題で用いた「千三つ官庁」、「現業官庁」の意味は、「おわりに」で述べます。

社会保障給付費一名目額 vs 対GDP比

まず、社会保障給付費（医療給付費も含む）について、経産省は、今後社会保障給付費（名目額）が高騰し、社会保障制度・医療保険制度の破綻（「ほけん丸の沈没」）が必至であるとして、社会保障費の抑制が不可欠と危機意識を煽っています。例えば、「経済産業省におけるヘルスケア産業政策について」（2018年10月9日。ウェブ上に公開）の「社会保障給付費の推移」には社会保障給付費、医療給付費、介護給付費とも名目額のみが示されています。私が調べた範囲では、経産省の各種文書は、社会保障給付費等をすべて名目額のみで示していました。ただし、なぜか研究開発費や防衛費については、名目額と対GDP比の両方を記載していました。

それに対して、厚労省は、最近では、社会保障給付費は対GDP比で評価すべきであり、それらは今後も社会的に負担可能と主張しています。例えば、鈴木俊彦事務次官は「『社会保障の将来見通し』（後述）により」2040年の24%という水準は、日本よりも高齢化率の低いスウェーデンやフランスが負担している水準よりも低いものであり、国民が負担できない水準ではないことが分かりました」と指摘しました³⁾。伊原和人大臣官房審議官（当時）も「社会保障の規模は、GDPに占める社会保障

給付費の割合で見るのが適切な見方だ」、「日本は高齢化率が高いのに社会支出の対GDP比はドイツより少ない。フランス、スウェーデンは高齢化率が20%に達しないのに日本よりも高水準となっている」と述べています⁴⁾。

なお厚労省は、以前から、社会保障給付費や国民医療費の将来推計で、名目額と対GDP比（または対国民所得比）を併記していました。しかし、鈴木事務次官や伊原大臣官房審議官のようなストレートな発言をするようになったのはごく最近です。

学問的には、厚労省の立場が正しいと言えます。なぜなら、社会保障給付費は「独立変数」ではなく、GDP（経済成長）の「従属変数」であり、今後のGDPの伸びの違いで大きく変動するからです。

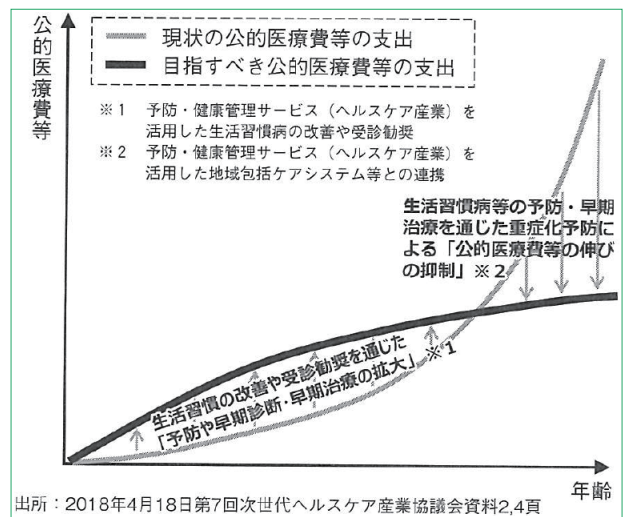
鈴木事務次官が引用した「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」

（内閣官房・内閣府・財務省・厚労省が共同で2018年5月に経済財政政策会議に提出）の「将来見通しの結果（ポイント）」も、社会保障給付費をすべて「対GDP比」で表示し、名目額はカッコ内で示すとどめています。ただし、この文書の提出主体には経産省が入っておらず、同省はこの文書に責任を負わない立場なのかもしれません。

予防医療と終末期医療費 —経産省は過大評価 vs 厚労省は沈黙

次に、経産省は予防医療の推進と終末期医療の見直しで、医療費抑制が可能と主張しています。この点が一番明確なのは、「次世代ヘルスケア産業協議会」（事務局：経産省）の第7回会議（2018年4月18日）に提出された図「予防・健康管理への重点化」です（図表1）。この図は、「生活習慣の改善や受診勧奨を通じた『予防や早期診断・早期治療の拡大』」で現役世代の公的医療費等は少し増えるが、「生活習慣病等の予防・早期治療を通じた重症化予防」（および終末期医療費の削減—二木補足）により高齢者の医療費は半減するとしています。

この図では明示されていませんが、経産省は終末期医療を医療費抑制のターゲットに位置づけています。2017年に公表されて大きな反響を呼んだ、経産省若手プロジェクト『不安な個人、立ちすくむ国家』は「健康で長生きしたあとで、人生最後の1ヶ月に、莫大な費用をかけてありとあらゆる延命治療が行われる現在」を批判しています⁵⁾。



図表 1

さらに経産省の社会保障改革のスポークスマンとも言える江崎禎英氏（商務・サービス政策統括調整官）は、「医療費は死ぬ時が一番高い。人生最後の1か月で生涯医療費の50%を使う」とのトンデモ発言をしています（2018年10月25日医療経済フォーラム・ジャパン「第17回公開シンポジウム」）。事実は、死亡前1か月間の医療費は国民医療費の3%にすぎず、しかもこれには心筋梗塞や脳卒中等による急性期死亡の費用も含まれていません⁶⁾。

それに対して、厚労省は、最近では、両者について、沈黙しています。「最近は」と限定したのは、厚労省も、小泉純一郎内閣時代の2006年の医療保険制度改革時には、「生活習慣病対策の推進」により2025年には医療給付費が約2.4兆円（約4.1%）削減でき、「自宅等での死亡割合を4割に」引き上げることにより、2025年には「終末期における医療費」（死亡前1か月の医療給付費）を約5000億円削減できるとの試算を発表していたからです⁷⁾。

厚労省の沈黙は、このかつての公式説明の誤りの「学習効果」かもしれません。公平に見て、小泉内閣時代と比べると、最近の厚労省の医療施策は、相当エビデンスに基づいており、しかも関係団体の可能な限りの合意形成を踏まえて行われるようになっていると思います。その好例は、2018年度の診療報酬・介護報酬同時改定や介護医療院の創設、2019年度からの薬価等の費用対効果評価の本格実施等です⁸⁾。

なお、2005-06年当時、財務省から厚労省保険局に向向していた村上正泰氏（山形大学教授）は、厚労省は経済財政諮問会議が提起した医療費の「伸び率管理」への「対

抗策として生活習慣病対策の推進と平均在院日数の短縮を位置づけた」が、それらによる「医療費削減効果は明らかではない」と証言しています⁹⁾。

拙論「『骨太方針2019』の社会保障改革方針をどう読むか？」で指摘したように、「骨太方針2019」の「疾病・介護の予防」の記述は穏当な表現に落ち着きました¹⁰⁾。これは、政府内での厚労省や財務省の奮闘・抵抗の成果かもしれません。

生活習慣病対策—経産省は個人アプローチ

最後に生活習慣病対策についての違いを述べます。私は、これが一番重要と思います。まず、経産省は「生活習慣病」=個人責任の立場から、個人アプローチのみを主張しています。2018年10月22日の「未来投資会議」への経産大臣提出資料（資料9、12頁）中の「疾病・介護予防の促進に関する提言」には「保険者・事業者・個人へのインセンティブ投資を強化し、行動変容につなげるべき」と書かれています。

この点でも、もっとも先鋭的な発言をしているのは江崎英氏で、以下のように述べています。「『生活習慣病』という名前が示す通り、その原因は主に生活習慣にあります。身体の外から細菌やウイルスなどが侵入して起きる感染症と異なり、生活習慣の原因は自分自身の中にあります。『健康管理などする気はないけど、病気になったらその費用は公的保険で払って欲しい』というのはいかかなものか、という点に踏み込まない限り、医療財政の問題は解決しないと思っています」、「日本の糖尿病患者の95%は2型なのです。生活習慣病によって『ほけん丸』が沈もうとしているのに、1型の話しを持ち出して話しをうやむやにすべきではありません¹¹⁾」。江崎氏は上記シンポジウムでは、この認識に基づいて、「健診を受けないと出世させない等のペナルティを与える必要がある」とまで述べました。

それに対して最近の厚労省は、個人アプローチと社会環境改善（社会的）アプローチとの併用を提唱しています。例えば、上述した2018年10月22日の「未来投資会議」への厚労大臣提出資料（資料8、5頁）の「健康寿命の更なる延伸に向けて（健康寿命延伸プラン）では、「①健康無関心層へのアプローチを強化しつつ、②地域・保険者間の格差の解消を図ることによって、個人・集団の健康格差を解消し、健康寿命の更なる延伸を図る」と書かれました。ここでも「最近の」と限定したのは、厚労

省は2012年の「健康日本21（第二次）」以前は、「生活習慣病」の説明で、健康の自己（個人）責任を前面に出していたからです¹²⁾。

おわりに—経産省の主張は「レッドヘリング」

以上から、経産省と厚労省の医療・社会保障改革スタンスには、依然として大きな違いがあることを明らかにできたと思います。私は、この点について（限って）は、厚労省のスタンスが妥当と判断しています。

私は、経済産業省の改革案の最大の問題点は、今後の医療・社会保障給付費が高騰すると無責任に危機意識を煽る一方で、予防医療の重視と終末期医療の見直しにより、医療費を大幅に減らすことができるため、今後の負担増は不要との「根拠に基づく」ことのない主張（私からみるとデマ）を繰り返すことにより、今後、人口の高齢化と医療技術の進歩により着実に増加する医療費の財源確保の方策から国民・政治家の目をそらすことだと考えています。これを、英語では「レッド・ヘリング（本題から目をそらせるための偽情報、本題からかけ離れた紛らわしい情報。猟犬が野獣の臭いを嗅ぎ分けられるよう訓練するさい、「燻製ニシン」の強烈な臭いを使って犬を惑わしたことに由来）と呼びます。ちなみに、医療経済学の代表的なレッドヘリングは、人口高齢化が医療費増加の主因とする主張です¹²⁾¹³⁾。

それだけに、日本医師会は本報告書序章に書かれた財政、国民経済、医療・介護とその財源に関する確固とした認識を共有し、それについて国民・患者・政治家の理解を得るための努力を不断に続ける必要があると思います。

最後に一言。私は、2004年に、ある高名な厚労省OBから、以下のように教えて頂いたことがあります。「かつて霞ヶ関では、旧通産省は『千三つ官庁（千の提案で三つ実現すればよい）』、旧経済企画庁は『公卿の館』と呼ばれておりました！いずれも軽やかではあるが、詰めの甘い、アイデア倒れの官庁といったニュアンスです。これに対し、財務省や厚生省は泥臭く鈍重ながら、実際の制度や予算を所管していることからくる強み（と限界）があるということでしょうか」（匿名で引用することの許可済み）。本節をまとめる過程で、この方の対比が絶妙であることを再確認しました。

文 献

- 1) 二木立「経済産業省主導の『全世代型社会保障改革』の予防医療への焦点化—その背景・狙いと危険性（「二木教授の医療時評」（166）」『文化連情報』2019年1月号（490号）：22-31頁.
- 2) 無署名『『予防医療』で経産省路線に転じた厚生省の本音』『集中』2019年9月号「厚生省ウオッチング第137回」：45頁.
- 3) 鈴木俊彦・清家篤・中村秀一・梶本章「（新春座談会）社会保障・税の一体改革をふりかえり2040年の社会保障改革を展望する」『社会保険旬報』2019年1月1日号：4-21頁（本文で引用した発言は13頁）.
- 4) 伊原和人「（講演録）2040年から考える社会保障について」『社会保険旬報』2019年1月11日号：25-33頁（本文で引用した発言は28-29頁）.
- 5) 経産省若手プロジェクト『不安な個人、立ちすくむ国家』文藝春秋、2017、15頁.
- 6) 二木立「（インタビュー）トンデモ数字に振り回されるな 繰り返される『終末期が医療費を圧迫』という議論」BuzzFeed Japan Medical 2019年1月25日（聞き手：岩永直子記者）<https://www.buzzfeed.com/jp/naokoiwanaga/ryuniki>
- 7) 厚生労働省「第17回社会保障審議会医療保険部会・（資料1）中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」2005年7月29日、6、14頁.
- 8) 二木立『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房、2019、85-122頁（第3章 2018年度診療報酬・介護報酬改定と医療技術評価）.
- 9) 村上正泰『医療崩壊の真犯人』PHP新書、2009、165-174頁.
- 10) 二木立「『骨太方針2019』の社会保障改革方針をどう読むか？」『日本医事新報』2019年7月6日号（4967号）：58-59頁.
- 11) 江崎禎英「（インタビュー）生活習慣病は自己責任、うやむやはダメ」朝日新聞デジタル版2019年3月3日.
- 12) 二木立「厚生労働省の『生活習慣病』の説明の変遷と問題点—用語の見直しを検討する時期」『文化連情報』2017年9月号（474号）：16-23頁（文献（8）：150-161頁）.
- 13) Zweifel P, et al : Ageing of population and health care expenditure : A red herring? Health Economics 8 : 485-496, 1999.
- 14) Wong A, et al : Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures : A carpaccio of red herrings. Health Economics 20 (4) : 379-400, 2011.

[本稿は日本医師会第6回医療政策会議（2019年9月4日）で報告し、『文化連情報』2019年9月号に掲載した「経産省と厚生省の医療・社会保障改革スタンスの3つの違い—『千三つ官庁』対『現業官庁』」を再構成したものです.]

我が国の医療政策の変遷と一体改革、そして今後の課題

武田俊彦（前厚生労働省医政局長）

はじめに 現在の状況

我が国は、世界に例のないスピードで高齢化が進み、欧米を超える高齢社会となったが、数年前から本格的な多死社会、人口減少社会に入っている。今や、多くの世代が親の介護や近親者の死に直面していることから、社会の関心も親や自らの人生の仕舞い方に移ってきている。平成30年（2018年）1年間の数字を見ても、日本の総人口は約42万人減少とかつてない人口減少幅になっている¹。死亡者数は137万人で、これがピーク時には167万人になると予測されている。こうした人口推計はかねてより出されていて、死亡者数の急増も厚生労働省から繰り返し発信されてきたが、令和元年はベストセラーや各種出版物を見ても、多死社会を身近に感じる時代になったと誰もが実感する年となった。これに、医療が、そして社会が対応していかなければならないのが現下の喫緊の課題である。

のみならず、我が国の対応が世界から注目されていることも忘れてはならない。我が国は高齢化の速度が欧米先進国よりも各段に速いことが特徴で、短期間に各国の高齢化率を追い抜いて今や世界における高齢化のトップランナーとなったが、その我が国の後をアジア各国が日本の過去の速度を上回る速さで駆け上がってくるからだ。

このため、我が国がどう対応しようとしているか、具体的には地域包括ケアシステムを我が国がどう構築するのか、医療提供体制をどう高齢・多死社会に適合させようとしているのか、他の国々も注目しているのである。

このような今後の取り組みの前提として、これまでどのような医療政策の議論があり、施策が考えられ、実行されてきたか、そして今後どのような課題があるかについて考えてみたい。

過去50年間の医療政策の流れ・概観 1970年代～2010年代

これまでの医療政策の流れを、10年単位で振り返ってみると、1970年代（昭和45年～昭和54年頃）は、周知の通り老人医療費無料化時代であり、患者が急増し、高齢者を受け入れる病院病床が各地に作られ、これに応じた医療費の増加や老人医療の質が問題になった時期である。そして、国の財政の悪化を受けて、いわゆる臨調行革路線と呼ばれる増税なき財政再建路線の下で各種改革が進められたのが次の1980年代（昭和55年～平成元年頃）である。老人医療に一部負担金を復活させるとともに予防、治療からリハビリまでを市町村で一元的に行うという理念の老人保健制度が導入され、一方で医療提供体制については、医療計画で病床規制を行う第一次医療法改正が行われた。また、健康保険は被用者保険本人に1割の定率負担が導入された。直前の老人医療費無料化の10年間の反省にたち、適正受診等のための患者負担増、持続可能な保険制度実現のための保険者間財政調整、高齢化に対応した医療提供体制の改革等が進められた時期とみることが出来る。

次の1990年代から平成の30年間に入るが、この30年の歴史は消費税の動向と切り離すことができない。消費税の導入は平成元年（1989年）だが、その年末に当時の大蔵省・厚生省・自治省の三省の間で消費税の用途に関して10年間の計画が合意された。正式名称は高齢者保健福祉推進10か年計画と言うが、通常「ゴールドプラン」と呼ばれている。急速な高齢化に対して、高齢者に対して適切な介護サービスを提供するため、そのサービス基盤を整備しようというものであり、長期的財源の裏打ちを含めた計画は、医療・福祉分野では画期的なものだった。これにより各地の介護基盤の整備は大きく進んだが、

医療と介護で制度自体は大きく異なったままだったので、これを統合する新しい仕組みが待ち望まれていた。そして介護保険法が立案され、準備期間を経て平成12年(2000年)4月に施行されたが、この法律の施行により、医療費の中の介護部分が介護保険に移行し、その後は医療そのものの在り方がより集中的に議論される時代に入っていた。

介護保険法施行の翌年、平成13年(2001年)は、中央省庁再編により、医療政策の舞台には大きな変更が生じていた。医療所管省庁は厚生省が労働省と統合されたことにより厚生労働省となり、内閣府が省庁横断的分野を担当することされ、審議会の再編により新設の経済財政諮問会議が内閣府に設置された。官邸主導の大方針の下、この経済財政諮問会議を舞台に政策が決められる流れとなったが、その象徴的な出来事が、最初のいわゆる「骨太の方針」で医療費効率化プログラム(仮称)を策定するように厚生労働大臣に対して指示がされたことである。その内容は細部にわたり、診療報酬のあり方、株式会社立病院の参入などの医療提供体制改革、公的保険における混合診療導入の検討、給付と負担のあり方の検討、などが列挙されていた。

これに対して厚生労働省では単なる効率化ではなく、質が高く効率的な医療体制を目指すことを宣言し、医療ビジョン(21世紀医療提供の姿)を出すとともに、医療制度改革の提案を行った(平成13年9月の医療制度改革試案)。詳しい経緯は省略するが、医療提供体制では質の向上と効率化のために機能分化・機能連携が打ち出され、様々な施策が講じられていく一方で、公的保険制度では自己負担の引き上げ(3割負担の導入)や二度にわたるマイナス改定など、極めて厳しい改革が進められた。この結果、21世紀最初の10年間、00年代の終盤に至るまで、医療費の伸びは抑制されて対GDP比では横ばいとなった。

この時期をどう評価するか、その評価は立場によって様々だが、医療の質の向上の面では、医療費の抑制の中にあっても大きく進展したと思われる。機能分化・機能連携は、医政局の促進策に加え、診療報酬面でDPC制度が導入されたことで、単なる出来高払いではなく各病院の取り組みが反映されるような報酬支払いになり、医療提供体制の改革の環境整備が大きく進んだ。最近の例

では、山形県で地域医療連携推進法人の制度も活用して公立二病院が機能再編を行い、赤字だった急性期医療を集中的に実施する病院では一日当たり診療単価が倍近くに高まり、他方の病院はリハビリなどの機能に集中化することで採算を維持し、結果として両病院ともに黒字化を達成している。また、医薬品の承認遅れや多くの国内未承認薬の存在により、海外の標準治療が我が国で受けられない状況があったが、医療提供体制の拠点の整備、薬事制度や薬価制度の改革でドラッグラグ(新薬の導入遅れ)の解消が図られたのもこの時期である。このように、医療サービスの向上は着実に図られたが、医療費全体が伸びない中で急速に改革が進んだことは現場に大きな負担をもたらし、さらに医療ビジョンから10年たつて、高齢化と多死社会への対応が眼前の課題として立ち上がってきた。介護サービスが拡大・充実する一方で、医療そのものが高齢・多死社会にどう対応するか、大きな課題が残されていたのである。

この課題に取り組むために、社会保障・税一体改革が、大変な困難の末に実行に移された。法案が成立したのは平成24年(2012年)のことである。消費税率10%への引上げは度々延期されたが令和元年(2019年)10月に施行され、2010年代の10年間にはほぼこの一体改革の時代に重なる。この時代は、医療改革を行うには財源が必要だということが認められ、消費税率の引上げ分が医療への追加財源として充てられることになったが、これは、医療は効率化のために改革が必要であり、医療費単価を引き下げるべき、という00年代の議論から大きな政策転換がなされたことを意味する。この追加財源は、これまでの機能分化・連携で引き続き高度医療の質の向上を目指すという流れとともに、高齢・多死社会への対応として、地域包括ケアに取り組むという新たな柱が加わり、この二つが改革の柱となっている。もう一つの大きな変化は、諮問会議と厚生労働省という政府部内の議論だけではなく、医療の提供に責任を負う医療関係者側が改革姿勢と方向性を自ら宣言していることである。平成25年(2013年)8月に出された日医・4病協合同提言²は、政府文書としての社会保障制度改革国民会議の報告書に呼応し、自ら改革の方向を示したことにより、現在に至るまで医療改革の方向性を牽引している。その理念は、治し・

² 「医療提供体制のあり方 日本医師会・四病院団体協議会合同提言」平成25年(2013年)8月8日、日本医師会・四病院団体協議会

支える医療の推進であり、地域包括ケアの推進であり、かかりつけ医の推進である。

本医療政策会議の初回で、与えられたテーマは「it's our turn」であった。地域包括ケアの構築は、医師だけではなく、患者、家族、地域、自治体、という全体の課題であり、広く集められた消費税を使う意味もそこにある。皆が負担した財源を所得や世代に関係なく皆が使っていく、消費税の趣旨にふさわしい分野だと考える。これを具体化するため、地域や地域住民と医療専門職がいかに協働しながら地域の医療を作り上げていくか、まさに各地域、各医療専門職に投げかけられている課題と言えよう。そして、地域包括ケアは、入院より地域での生活を志向する以上、病院がそこにあればいいという、いわば病院が医療に全責任を負う形ではなく、病院と診療所が、あるいは入院機能と外来機能が、連携して責任を分担し合う形を目指していくべきであり、そのためにネットワークで、また多職種で医療を支えて行くことを目指していくべきだろう。これにより、社会的共通資本としての医療がその理想像に近づいていくのではないだろうか。その環境整備のために制度変更や報酬体系の変更が必要であれば、求める医療が実現できるか否か、という観点からより深い議論をしていく必要があるだろう。

医療費の伸びと抑制について 最適医療の実現を

医療制度の改革や、医療の充実というときに、医療費の問題を避けて通ることはできない。現状認識と、今後の重要な論点について、簡単に触れておきたい。

近年の医療政策、特に医療提供体制の改革の歴史を振り返れば、2000年代の質の向上と効率化を目指した時代と、2010年代の一体改革による治し・支える医療と地域包括ケアを併せて目指す時代と分けて考えることができることを示した。前者は医療費抑制の観点から一部負担金の引き上げや二度にわたるマイナス改定の時代でもあった。後者は、大きな患者負担増を避けながら保険料負担については適正化・公平化を図り、マイナス改定を避けながら薬価財源や制度改革財源、消費税財源をプラス改定に充ててきた。この二つの時代の医療費の伸びを比較すると、興味深いことが見えてくる。どちらの時代も、医療費の経済に占める割合は横ばいであり、すなわち経済の伸びを上回る医療費の伸びにはなっていない。

時代は、次の10年間、2020年代に入る。この時代は、

団塊の世代が75歳以上になり、後期高齢者の数が大幅に増える時代となる。何もしなければ医療費、それに対する財政支出は拡大する。そこで、医療の質、患者の幸福、医療提供体制の維持、医療費の適正化、このバランスを取っていくためにはどうすべきか、大きな分かれ道に来ているのではないだろうか。結論から言えば、ここから進むべき道は、最適な医療こそが社会にとって望ましい医療費になる、それを関係者が一団となって示していくことではないか。

地域包括ケア、支える医療の推進という医療提供体制の改革がそれをこの10年示しているように、これからの10年も患者・国民と医療提供側がともに医療を貴重な資源として尊重し、国民皆保険制度という我が国の医療保険制度が大切な国民の財産であることを認識し、困難であっても最適な形を作り上げていく、という方向を志向すべきではないか。そのために各方面が知恵を出していくことが求められているのである。

今後の課題

今後、支える医療、地域包括ケアということを考え、推進していく上で、これまでとにかく病院が各市町村にあることが大事で、病院があれば安心だ、という考え方の変更が必要になっていることを先に論じた。病院があるというだけでは高齢化・多死社会では安心出来ないということは、たとえば、地域に在宅医療を行ってくれる医師がいなければ、地域で住み続けていくこと、安心して退院して地域に戻ることは困難であることを考えれば分かることである。病院の偏在だけではなく、医師の偏在対策にやっと国の制度も一歩を踏み出したが、偏在対策が急務になっているのは、こういう面からも理解される。

新たな課題は数多く、ここで網羅的に見ることはできないが、重要テーマについて患者の視点で今後論点となることを指摘しておきたい。それは、患者の視点から見た、フリーアクセス、かかりつけ医の普及、という論点である。

日医・4病協同提言で示されているように、かかりつけ医の普及は今後の医療ニーズを考えれば極めて重要である。国民は、いざとなったら救急車を呼ぶ体制が確立しているのと同様に、普段の暮らしにおいても地域で

医療の心配なく暮らし続けられることを望んでいる。しかし、近年、119番通報が増加し続けていることを見ても、また入院や施設入所を選ばざるを得ないケースが多いことから見ても、患者の視点に立ったときに、新たな時代の医療アクセスは保障されていると感じられていないのではないか、と思える。多くの国民がインターネットに情報を頼っているのも、決して望ましい形とは言えない。

むしろ、現時点でみると、フリーアクセスの保障という我が国医療体制の際だった特徴のもと、アクセスが保障されているが故に、患者がどこに行っていけばいいかわからない、誰を頼ったらいいかわからない、という不安の元に置かれているのではないか。いざというときには救急車があるということが逆に早期の適切な医療の妨げになっていないか。真の意味で、かかりつけ医を持つ、そのアクセスは保障されているのだろうか。

2010年代の一体改革の中でまとめられた国民会議では、「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要があるとの指摘があった。患者の視点からみても、この意味でのフリーアクセスを守るために、かかりつけ医の普及は必

須である。しかし、実態はどこまで進んでいるのだろうか。

さらに言えば、かかりつけ医の役割は、治療にとどまらず、保健指導や予防も含まれている。患者教育の機能も必要だろう。しかし、実態は、病気になってはじめて医師のところに来ることがほとんどであり、予防ニーズ、例えばフレイルの入り口である低栄養問題は、病気でないが故に、地域に埋もれきちんと対応できていないのではないか。入院から在宅へ、という医療のあり方の変化は、治す医療から治し・支える医療へ、という国民会議のスローガンが示すように治療偏重から本人の暮らしや生きがい尊重にシフトしていこう、という考えが含まれている。この理念に基づけば、診療所のあり方、外来診療のあり方も、現状は必ずしも十分ではなく、変わって行かなければならないのではないだろうか。

いずれにしても、国民、患者、そして医師の視点で、高齢・多死社会の医療のあり方、それを実現する制度的・報酬的枠組みのあり方についてはさらに議論をしていくことが必要だと思われる。それこそが、本医療政策会議に与えられた「it's our turn」の核心の一つであり、日本医師会としての重要課題ではないかと思われる。

国民皆保険制度をいかに維持し、同時にイノベーションを両立させるか

宮田 俊男 (みいクリニック代々木院長、大阪大学産学共創本部特任教授)

はじめに

日本医師会がしっかり世の中に影響力をもって、あるべき医療の在り方をしっかりと提言を行うことは大変、重要です。一方、政治主導、官邸主導、経済産業省や産業界の影響力が強まり、メディアがあるべき医療の未来を十分に発信ができていない中、戦略をさらに練るが必要だと思えます。世界に稀にみる我が国の国民皆保険制度をしっかりと守り、次世代に受け継いでいくためには、日本医師会が若い医師も含め、しっかり取り組み、医師の業界の外にも知識を持ち、国民にも支持され、医療政策により大きな力を持つ必要があると思えます。

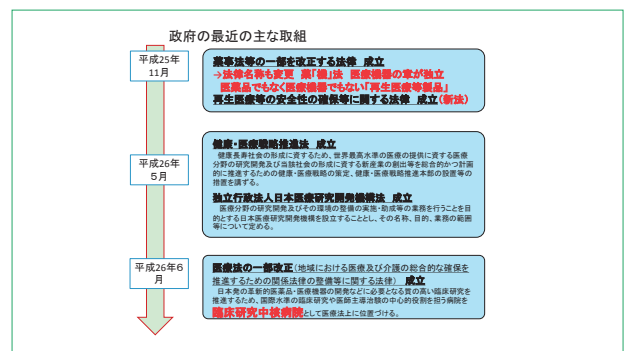
医薬品・医療機器・再生医療等製品の コスト構造の改革の必要性

国民皆保険制度を守っていくためにはいかに全体の財源を増やし、コストを抑えていくかが重要です。コストを抑えていくことについては、コストに占める医薬品、医療機器や細胞を用いた再生医療の割合は大きく、日本医師会が中身をしっかりと精査し、医療上必要な医薬品・医療機器等がしっかり現場に届くことが前提として提言していくことが必要です。例えば高額な抗がん剤、循環器系の治療機器等は外資系企業の製品にかなり依存していますが、内資系が国内先行で開発する場合と比べ、外資系から導入する製品のコスト構造は極めてわかりにくく、厚労省側も把握できておらず、不明瞭と言えます。昨今、数千万円以上の高額な薬価がついたりしますが、適正な価格かどうか改めてよく考えなければなりません。国内でいかに効率的かつ迅速に医薬品、医療機器、再生医療を生み出すことはとても重要ではありますが(中国、韓国、シンガポールなど国際的競争にさらされ、また国内に必要な医薬品・ワクチン・医療機器等が供給

されることは国の安全保障の観点からも重要です)、国内先行で開発する診療報酬上のインセンティブが低いばかりか、日本がものづくりや基礎研究が強いにも関わらず、主力産業にするにはなかなか難しい一つの要因として日本は臨床研究を取り巻く制度に大きな課題があると考えられます。

政府は薬機法改正や再生医療新法、健康医療戦略推進法や日本医療研究開発機構の創設、医療法改正による臨床研究中核病院の指定など様々な取り組みを行っています(図表1)。臨床研究中核病院の指定により臨床研究支援の財源が必要となったり、革新的医薬品・医療機器・再生医療等製品の申請を受け入れるために医薬品医療機器総合機構(PMDA)の強化が必要となりますが、これらは税・社会保障一体改革の医療イノベーションパートでも盛り込まれていたことであり、着々と進んでいると考えています。

そもそも企業の開発コストというのは何なのかということの本質的にとらえ、因数分解し、下げられるところを徹底的に下げようなことを考えなければいけないのではないかと思います。例えば武田薬品は有望な新薬を生み出すことができず、現在、すでに外資系企業のように



図表 1

企業の開発コストを下げることで薬価、材料の価格を下げるができる
 配合剤へのインセンティブは疑問。ジェネリックの原産国の公開。
 外資系の開発コストの透明化。
 医療現場、大学との連携、ICTシステムの整備、レギュラトリーサイエンスが重要
 PMDAの審査は改善しているとはいえ、課題残る 開発ラグの改善は見られない
 PMDAと厚労省医薬局の統合が必要 審査と承認の一体化
 臨床研究法の運用もかなり課題。医師主導治験と臨床研究も将来的に統合が必要
 電子カルテ業界の改革は必須 リアルワールド、臨床疫学の推進

図表2

に変革しましたが、従来の武田薬品は革新的新薬よりも配合剤、例えばカルシウムブロッカーとARBの配合剤、の開発などに力を入れてきた歴史があり、高い薬価が付いていました。このような甘やかした構造が新薬開発を阻害してきた要因とも推定されます。製薬企業、特に内資系企業は、こうした配合剤の開発にしのぎを削ってきており、他にも高脂血症の配合剤などが出ていますが、革新的新薬よりもこうした開発に製薬企業がしのぎを削るのは、いかがなものかと考えています。最近ではようやくアンメット・メディカル・ニーズの開発にシフトしてきましたが、動きはかなり遅かったと考えられます。一方で、革新的新薬、希少疾患、難病でも、一部の製薬・医療機器企業は従来から尽力してきた企業もあります。実際には薬事承認のプロセスや薬価政策のなかで、開発を断念せざるを得ない医薬品・医療機器も多くあります。採算の合にくい革新的医薬品・医療機器・再生医療等製品の開発にはもっとインセンティブが必要で、そのような開発については薬価や材料点数も含め、日本医師会が応援するべきだと思います。製薬・医療機器企業の適切なあるべき開発を実際にそれらを使用する医師の側、日本医師会からもチェックをして、診療報酬も含めて政策提言していくことが必要だと思います。日医総研（日本医師会総合政策研究機構）を大いに活用するべきと考えています。

後発医薬品政策の現状と課題

一方で、後発医薬品の割合を80%以上に引き上げるといふ政策もリスクがあると考えています。最近、フォーミュラリーという概念が出てきています。医薬品の処方

に内服される特定の後発医薬品に決まっても、全くすべてが同じわけではありません。現状、原産国も開示されていないというような後発医薬品が多くあります（ちなみに長期収載品にもそのようなものがあります）。さらに言えば、生産プロセスがしっかり安全性や品質が担保されているのか、確認が必要です。従って、ジェネリックは本来、医療費を下げる、上げるは抜きにして、そもそものジェネリックの質に対しても、医師の側からしっかりと行っていく必要があるのではないかと思います。フォーミュラリーを単に医療費を削減するという目的で導入されないよう日本医師会が目光らせる必要があります。地域でフォーミュラリーを作成するのであれば、医師会も関与して医療の質の観点から作成するべきであると考えます。例えば、保湿剤などは同等性が証明されていても、同等性以外の部分で使い心地の質や保湿効果の長さが保湿剤の使用継続に影響を及ぼしたりしますし、実際の医療費もその他の薬剤に比べればかなり小さいもので置き換えても財政的影響は微々たるものと考えられます。むしろ保湿剤がしっかり継続して使われないことでアトピー性皮膚炎の発症や増悪により患者さんのQOLを損なうばかりか医療費を逆に大幅に増やしかねません。

レギュラトリーサイエンスの重要性

次にレギュラトリーサイエンスについて言及したいと思います。医薬品の開発というのは多種多様の動物実験を含む非臨床試験や、臨床試験に関しても複数行う必要があり、多くの規制があります。そうしたなかで、医師の目から見ると、本当にそこまで実施する必要があるのかというような臨床試験、非臨床試験があります。先進医療Bという枠組みで、再審査期間がかなり以前に終了したような抗がん剤を適応外使用するような申請が散見されますが、いざ薬事承認をとろうとすると企業が決められた非臨床試験や治験、薬事申請を実施しなければならないことがあります。医師の目からみた場合、一定のエビデンスが認められれば、そこまでしなくても薬事承認、保険収載されてもよいものがあります。このようなことが認められれば、製薬・医療機器企業の開発コストをかなり下げることができると考えられます。このような提言を日本医師会が行うことは企業にとっても賛同を得られると思います。PMDAの審査はかなり改善してきたとはいえ、他国の審査当局と比較すると、やは

りまだまだ課題が残っていると思います。日本をとばして中国や韓国、シンガポールで開発が先に実施されるような開発ラグもずっと残っています。米国のFDAと日本のPMDAを比較した場合に、PMDAは審査をする一方で、厚労省が承認権限を持っています。結局、これが二重審査のようになっていきます。FDAでは医師の審査官の地位もPMDAと比べると相対的に高く、医師の意見が多く採用され、審査・承認されていきます。厚労省の薬事部局にも医系技官がかなり少ないのが現状です。PMDAと厚労省の薬事部局をFDAのような形になるように統合し、医師の薬事行政官、審査官の地位を引き上げ、医系、薬系がしっかり連携して、レギュラトリーサイエンスを推進することにより、製薬企業の開発コストをしっかりと下げることに繋げるべきと考えています。国民皆保険制度の持続性とイノベーションの推進の両立において重要な観点と考えています。また臨床研究法の運用も大きな課題になっており、医師主導治験と臨床研究を将来的に統合していく必要もあるのではないかと考えています。先進国で医師主導治験と臨床研究が法的に分離している国は日本だけです。医師が主導する研究をしっかりと制度面から支援できるよう日本医師会が国に提言する必要があります。日本医師会治験促進センターの役割は重要です。

電子カルテ改革について

健診結果、レセプトデータ、DPCデータを含むリアルワールドデータの活用や臨床疫学の推進に電子カルテ業界の改革も必須です。日本医師会のORCA管理機構は医療情報基盤法の活用においても大きく期待されています。大きな病院だけではなく、かかりつけ医を含めて、医療情報連携、医療情報の利活用を進めていかなければなりません。電子カルテを外の機関と連携するためのコスト面が大きなボトルネックになっており、なかなか進んでいないという状況があります。また診療所における電子カルテの普及度もかなり低く、かかりつけ医のデータを電子化することにも大きなハードルがあります。電子カルテは医薬品や医療機器のように国が値付けをするわけでもなく、医療機関の経営を圧迫する一因になっています。日本医師会は電子カルテ改革に向けて、しっかり提言しなければなりません。日本医師会ORCA管理機構が新たな電子カルテシステムの開発に大きく関わることが必要だと思います。開業医が無料でダウンロー

ドできて、すぐに使えて、かつ、使いやすいような電子カルテが求められています。これらのインフラの整備によって、製薬・医療機器企業の市販後の臨床データの収集、リアルワールドデータの活用にも活かされ、開発コストを抑えることにも繋がり、エコシステムの形成にも繋がります。また経済産業省、厚生労働省の縦割り行政の中で、経済産業省主導でPHR（パーソナル・ヘルス・レコード）が推進されていますが（厚労省健康局でPHR検討会が開催はされているものの）、医師会がPHRの実際の運用には大きく関わる必要があります。医師不在の予防や未病政策は大変、リスクが高いと考えられます。

高額医薬品・医療機器・再生医療等製品についてどう考えるか？

我が国の大学研究者発の再生医療研究が国内企業の再生医療等製品の世界初の薬事承認、保険収載され、世界に先駆けて実用化されるものが出てきています。将来的にはiPS細胞由来のとてつもなく高額な再生医療等製品も現場に出てくると考えられます。

現在は、高額薬剤、例えばオブジーボといっても二木先生の論文でも書かれているように、しばらく財政的影響は限定的と思っておりますが、iPS細胞を用いるような再生医療は、従来の医薬品とは違って、ヒトに投与される前にフルゲノムシーケンスを規制当局から要求され、一つの非臨床試験だけでもいざ実施しようとする、すぐに1億円程度、開発費用に追加されるような時代になってきており、全体の開発コストが上昇しています。そうしたコストを原価計算していけば自ずと、1億円以上の薬価となる製品が次々と保険収載されていく可能性があります。

現状として、医療経済評価、評価療養や選定療養、患者申出療養が制度として存在していますが、高額薬剤、医療機器、再生医療の在り方について、日本医師会も強力で提言していかなければ、いつかまた、例えば、現状では総理官邸などが非常に力がありますし、仮に官邸や有力な政治家の誰かがポンとひとこと言ったりすることがあれば、たとえば混合診療が一気に進むリスクがあると思います。そうした危機感を共有し、医師会として国民を巻き込んだ議論をしていく必要があります。国民にもっと国民皆保険制度を守る意識を高めていく必要があるのではないかと考えます（図表3）。

また臨床試験も、外資系の製薬企業等はFDAとのコ

高額薬剤の医療経済評価と評価療養、選定療養のあり方について議論が必要

有効性の統計的有意差を出すことは現在においていろいろな手法が出てきているため対応が必要

図表3

医系技官のキャリアパスをもっと支援する必要

ポストも固定化している

局長ポストが現在、健康局長のみ

図表4

コミュニケーションにより、新しい評価手法が進歩していますが、有効性の統計的有意差を出す手法にも非常に長けています。微妙な差であっても有意差を出し、微妙な差であっても有意差が証明されれば、これは有効性があるということです。これは薬機法の法律解釈上、認可ができるということになってしまいます。保険収載の仕組みからいったんは原則、すべて保険収載となります。先進国で日本が特異的に薬事承認された製品はほぼ100%保険収載される仕組みになっていますから、欧米では薬事承認があっても保険収載されていない製品について日本だけが保険収載される状況について対策を考えていかなければならないのではないかと考えられます。

厚生労働省の医系技官について

上記のような政策を進めていくうえで、医系技官は大変重要です。例えば、医政局研究開発振興課の歴代の課長は医系技官であり、製薬・医療機器企業の開発に関する政策を所管する以外に現在は電子カルテやナショナルセンター、臨床研究法も追加されています。医政局医事課も働き方改革やタスクシフティングなど従来にない重要な仕事が増加しています。専門医の偏在の調整などは激務そのものです。医系技官の存在は重要性がさらに増していますが、医系技官の働き方改革はあまり進まず、政治主導、経済産業省主導の政策の中で、モチベーションを失って、企業へ転職する実力のある医系技官が目立ち始めています。

そうしたなかで、医系技官を同じ医師としてもっと日本医師会が応援する必要があるのではないかと考えています（図表4）。やはり医系技官というのは現場の医師にとって大きな味方にしなないとはいけません。医系技官のポストも、非常に固定化してしまっており、現代の課題解決の流れを踏まえて、こうしたポストの固定化を改善し、

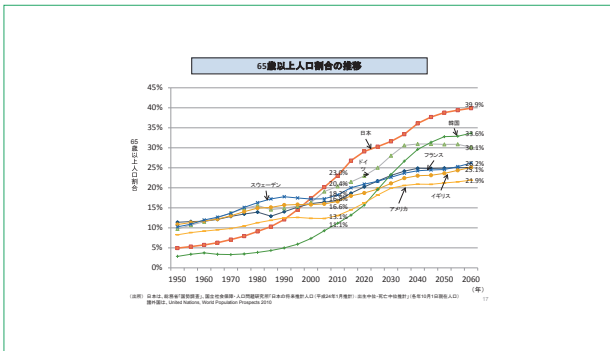
もう少しこういうポストに医系技官を配置してほしいというような要望を日本医師会が提言してはどうかと考えます。臨床現場の若い世代の医師たちが非常に悩んでいることを日本医師会と医系技官がコミュニケーション良く連携し、現場と政策の溝に落ちた課題の解決が図られていけば、若い世代の医師も自ずとどんどん医師会に加入していくのではないかと考えられます。

あとは医務技監ポストができたということもありますが、局長ポストが現在は健康局長のみになっていますが、やはり局長が現場への権限を大きく、強く持っており、やはり医系技官の局長が増えて欲しいと思います。若手医師にとって将来の選択肢として魅力ある職種にならなければなりません。今後、米国CDC（疾病対策センター）のような体制整備が日本にも求められており、医系技官の役割はますます重要と思います。

かかりつけ医の役割の増加とそれに対する対応に関する提言

高齢化の進展により、認知症患者は急増し、一方で、少子化が進む中で、小児疾患患者さんの親への対応はより時間をかけないといけない傾向にあり、小児から認知症の方、さらには在宅医療も行わなければならないかかりつけ医の負担は大きく増しています。地域におけるかかりつけ医の存在感、重要性は増しており、かかりつけ医を地域にしっかり普及させていくことは極めて重要です。

何でも相談できて、いつでも診てくれて、患者さんの不安に寄り添い、必要な時に適切な専門家を紹介し、昨今の高度化している医療も含め、分かりやすく説明できることがかかりつけ医に求められていますが、住民が健康に長生きするという、純粋にただ生きるということを支えるなかで、かかりつけ医の役割は、地域のつな



図表 5

開業医、中小民間病院の医師確保は大変な時代
 医学教育そのものを大きく見直す必要あり
 国公立病院の見直しも急務
 看護師確保も困難になっている

図表 6

がりが減る傾向にある現代において、大変重要さが増えています。一方で開業医の後継者不足の問題は深刻化しています。

特に、世界の65歳人口割合で、日本だけが突出して高齢の方が増えるなかで(図表5)、健康寿命を延伸させていくことは重要で、健康寿命を延伸させる観点からかかりつけ医の役割はますます重要になっていると思っています。

診療所や中小民間病院の医師確保は特に大変な時代に差し掛かっており、そうしたなかで、医学教育そのものを大きく見直していく必要があります(図表6)。欧米では、美容外科医になれる人というのはごく限られていますし、皮膚科や眼科もかなり数が限られています。日本においては、スーパーローテーションにより、内科、小児科や外科系を経験すると後期研修では敬遠されがちです。最近ではスーパーローテーションが終われば、自由診療の美容外科クリニックに高額な年取で医師3年目から転職する若い医師もいます。そもそも、医学教育そのものも、今は幼稚園から受験対策のようなことになってしまってきているので、そうしたものも見直していかなければいけないのではないかと思います。また診療所や中小民間病院において一定の質を有する看護師確保も非常に難しくなってきており、地域包括ケアシステムをかかりつけ医のもとで支える看護師確保というのも非常に困難になってきていますので、それについても考えていかなければいけないと思います。

これだけ働き方改革といわれているなかで、国公立病院の在り方も本当に問われてきています。例えば、都会の国公立病院にしても近隣に多くの病院があり、さらに横浜、川崎にしても、地元の国公立病院に行くかといえ、多くの患者さんが東京でがんの手術を受けています。こうした二次医療圏を越えて患者さんが移動する時代

で、例えば市立病院は市からたくさんの補助金が出て老朽化した施設を建て直すことができたりしますが、一方で民間病院は苦勞して、老朽化した施設で疲弊しています。そうした問題は、やはり直していかなければいけません。

国が在宅医療を推進するなかで、都会の在宅医療は、臨床経験が十分ではない若手医師がどんどんクリニックを開いて、営利的に在宅医療ばかりをする医師が増えてきている印象があります。あまり医師としてのキャリアが少ない医師が在宅医療を多く担うようになると、在宅の医療の質も低下していくことにつながり、そもそも在宅看取り率というのがどれほどの意味があるのか、都会と地方で分けて考える必要があると思われます。また都会において医療・介護連携は地方と比べると民間介護事業者の力が強いかかりつけ医が医療・介護連携におけるリーダーシップをとることは相対的に難しく、一方で高齢者人口の流入も増加しており、都会における地域医療の特有の課題そのものを抽出して、地方とは分けて考えていかなければいけないのではないかと思います。

地域医療を担う若手医師の支援を医師会が担うことで、若手医師が地域の医師会に加入するメリットを感じられるようにする必要があります。

薬剤師との今後の連携とセルフメディケーションに関する提言

セルフメディケーションの課題として、医療機関への受診勧奨の判断や臨床的な重症度の判断を薬剤師がある程度できなければ、OTCで対応可能な範囲の軽症であるかという判断をすることが難しいわけですが、現状では薬学部が4年制から6年制に移行したとはいえ、その臨床的教育はまだ不十分であると思います。そうしたなかで、セルフメディケーション医薬・生活衛

薬剤師のあり方も医師会側から積極的に提案する必要があるのではないか

院内調剤、院内処方についても診療報酬について提言
診療所でも薬剤師を雇用

図表7

営利的な医師に対するガバナンスを強化

省庁との連携も必要

図表8

生局で進めています。行政の縦割りを越えてもっと医政局も関わって、医師会が不必要な成分を多く含む副作用のリスクが高い市販薬、あるいは高額でかつ科学的でないサプリメントの問題について提言していく必要があります。最近ではドラッグストアで認知機能に関するサプリメントまで販売されてきていますから、そうした現状を野放しにしてはいけなと思っています。医師がセルフメディケーションの政策や現場での運用にしっかり関わり、医療機関で診察を受けるべき人はしっかり受診勧奨することを前提として、医師たちも軽症かどうかの判断や市販薬のチェックに関与し、余計な成分が入っていない適切な市販薬であるかなど患者さんに正しい情報が届くようにかかりつけ医がセルフメディケーションにも関わるべきであると考えています。WHOの定義ではセルフメディケーションは「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」とあり、単に薬剤師が市販薬を販売するだけではなく、医師も地域の住民の方々のヘルスリテラシーの向上の支援に関わり、かかりつけ医とかかりつけ薬剤師のあるべき連携がすすんでいくべきであると思います。またセルフメディケーションを支援するようなICTツールも昨今色々なものが出ていますが、かかりつけ医と連携できるようなツールを支援するべきです。セルフメディケーションも医師会がしっかり関わらないでいると、政治的にスイッチOTCを含めセルフメディケーションが大きく進むような状況に仮になってしまったときに、国民の健康を損ねるリスクが高まる可能性があると考えられます。スイッチOTCも医師会が認める薬局に限定して、新しくスイッチされたOTCを扱うことを認めるような仕組み、そうしたものも検討する必要があると思います。薬剤師の役割、薬局経営のあり方も、日本医師会側か

ら積極的に提案していく必要があると考えます（図表7）。昨今、チェーン薬局を株式会社の形態で経営できて、東証一部上場により大きく資金調達する薬局企業が生まれてきており、いわゆる医療モール、医療ビル、そうしたものが次々とできていくなかで、診療所の新規開業も増えていきます。医師会がしっかり関与し、地域医療のバランスが崩れないように配慮していく必要があります。また医薬分業に関しても、院内処方が行われるような診療所において薬剤師を雇用できるくらいの仕組みを検討してもよいと思います。やはり地域でかかりつけ医を持つ患者さんにとっては特に新薬でもない数剤ぐらいまでのシンプルな処方であるうちは院内処方を選びたい患者さんも多く存在します。医療の質を上げるという観点から考えていくことが必要ではないかと思っています。

新たな医療と医師にたいするガバナンスについて

オンライン診療のガイドラインもかなり進んできました。そうしたなかで、営利的な医師に対するガバナンスを強化していかなければいけない時代に入ったのではないかと考えています（図表8）。

再生医療等の安全性の確保等に関する法律と同様に、オンライン診療に関する法律も将来、必要となる可能性もあります。自由診療で医療を行う営利的な医師たちに対しては、やはりきちんとした罰則を考えていかなければ、歯止めがきかないのではないかと考えられます。医師が自由診療の世界に出ていってしまうと、医師会側から介入していくことは実質、難しいと思います。警察庁を含めて省庁と連携をして、厚労省の法律の専門家の力も借りていかなければならないと思います。もちろん医学教育についても医師たる根本についても十分に学べるように見直していく必要があります。

医療における「効率」と「費用」の役割

後藤 励 (慶應義塾大学経営管理研究科)

1 はじめに

基礎的な医療需要の充足によりこの20年間の死亡率は継続的に減少している(図表1)。ただ高齢者の死亡率のみが低下したわけではなく、40歳から90歳すべての年齢で30%前後の死亡率の減少が見られている。したがって、死亡率の減少という面でも健康改善の恩恵は、高齢者だけでなく若年層にも広がっている。

一方、生産年齢人口は長期的に低下し続けており、財政赤字の増大など医療財源の中での社会保険料や税に関する制約は大きい。そのためか、医療について、効果を上げているにも関わらず、効率的ではないという批判は少なくない。また、効率的ではないから費用対効果を高めるべきだという主張もしばしばされている。

最近では、これまで印象論で語られることも多かった医療の「非効率性」をデータで示そうとするための基盤構築が進んできている。しかし、データ基盤がそろったとしても「効率的ではない」とか「ムダである」ことにどのような意味があるのかを検討しないままには議論は空回りしてしまう。効率や費用対効果と言った、日常でも使う言葉の意味は経済学で用いられる用語の意味と微妙にずれている場合がある。本稿では、医療を考える際によく使われる「効率」や「費用」ということばについて経済学上の意味を中心に考えてみたい。

2. 2種類の効率(性)

臨床の現場で効率性を高めるといって、同じことをするのなら薬や機器などのモノや時間を無駄使いせずできるだけ安価に治療を行うということの意味するのではな

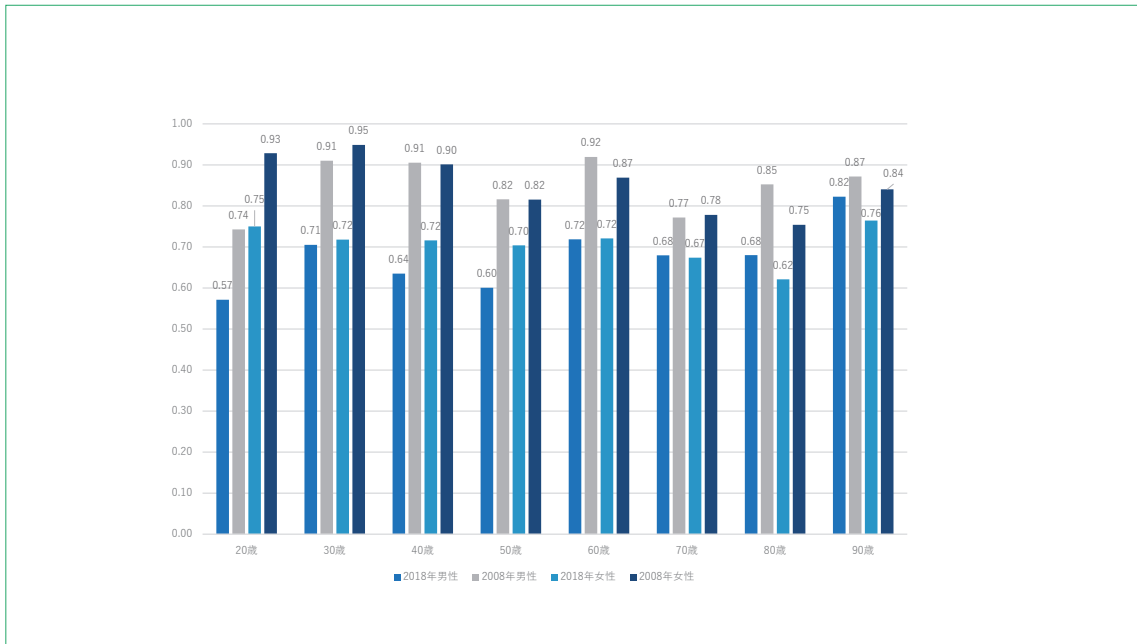
いだろうか?このように同じ医療サービスを行うのに、できるだけ費用を少なくすることを生産の効率性を高めると言う。日本ではごく一部の高度な医療以外では多くの地域で複数の医療機関を選択できる場合が多いので、質の競争¹を通じて患者さんのニーズを得ようと個々の医療機関が診療を行っている。この場合、コスト意識を高め同じ質の医療サービスを供給するためにできるだけ費用を抑えるというのは多くの臨床現場で取り組んでおられるだろう。

もう一つの効率性は、配分の効率性と呼ばれる。社会全体の望ましさ(厚生)が最大になるようにどのサービスをどれだけ供給するかを選ぶことである。その際、一つ一つのサービスの生産の効率性は配分の効率性の前提となる。通常モノやサービスではこの2つの効率性は市場を通じて実現される。一つ重要なことは、生産の効率性が高くても配分の効率性が高まるとは限らないという点である。

たとえば、デジタルカメラの登場によりデジタルカメラの市場はほぼ消失した。これは、画質が同じくらいになった時点で保存や画像加工の点でより便利なデジタルカメラを消費者がより好むようになったことによる。しかし、この時点でもフィルムカメラの生産の効率性が低くなったわけではないだろう。つまり、生産の効率性は生産者の努力で改善できるが、配分の効率性は消費者の嗜好や選好により変わり生産者の努力だけなんとかできるものではない。生産の効率性が高くても選ばれないモノやサービスはどうしても出てきてしまう。

通常の市場では、生産者と消費者が自由に取引することで生産と配分の効率性の両者が達成される。しかし医

¹ 質と言っても、患者が認識できる質と認識することができない質の2種類がある。職員の対応や施設の充実度は前者の、症状のない疾患に対する治療の長期的な予後改善などは後者の例といえる。



図表 1

療、特に保険診療で行われるサービスでは、配分の効率性を市場に任せることで達成することは困難である。患者側は常に何割引かの価格でサービスを受けているので、通常の衣食住のように質と価格との関係を正しく判断して消費することはできない。また、質に関しても本当に自分の健康のためになるかどうかを判断することは多くの場合困難である。したがって、医療に使うお金の限りがあり効率性の改善が社会上必要になってくると、市場の代わりに配分の効率性を吟味することが必要になってくる。

3. 効率改善に向けて

先に述べたように、民間の医療機関の間での競争が激しい日本では、生産の効率性に関する意識は以前より高かったといえるだろう。生産の効率性は、そのサービスに新規参入が起こるような場合改善する。高度医療を除く通常の医療では、新規参入は鉄道・航空や電気、保育などの公共的なサービスと比べても柔軟である。したがって、それぞれの医療現場では生産の効率性を高めて診療をする条件は整っているともいえる。

それでは配分の効率性をどのようにして改善するのだろうか。トップダウンで配分の効率性を分析し意思決定を行う場合もある。薬剤に関しては、サービスではなくモノについての評価であること、プラセボを用いたランダム化比較研究など効果に関しても多くの人が納得す

るような検証方法が一般的に行われていること、から日本を含む多くの国で政府が費用対効果評価に基づいて、公的な医療制度での償還や価格についての意思決定を行っている。

たとえ薬剤であっても実際に費用対効果評価を行ってみると、配分の効率性を見るための指標、特にQOLを指標として取り入れることについてその方法論に異論が多いことなど、多くの人々が納得する資源配分の方法を考え制度化することは難しい作業である。一方、地域医療の資源配分の効率化は薬剤に関するそれに比べ格段に難しい。地域によって利用できる資源（医療・介護・福祉・ボランティアなどの社会的資源・家族）の状況が大きく異なるし、薬剤に比べると効果の分析に対する方法論が蓄積されていない。したがって、地域医療の配分の効率性を高めるために薬剤のような費用対効果の検討をトップダウンで行うことは困難だと言える。

しかし、幅広いサービスの供給を求められる地域医療において、個々の地域で自分たちが行っていることについて、どのくらい費用をかけてサービスを行っているかを見ていくことは生産の効率性を高めることに通じる。この積み重ねが最終的にその地域での配分の効率性を自律的に考えるためには不可欠であろう。

費用対効果による配分の効率性の評価が進んでいる英国でも、地域医療の評価は薬剤のように進んでいるわけではない。一般医が地域住民の健康以外のニーズを充足

するために様々な社会資源を活用する社会的処方を取り組みの評価においては、費用対効果の評価を行う前に、個人、地域、保健医療のそれぞれがサービスを行うために、どの程度のモノや人を投入しているかについてまずは調査することから評価を始めている。つまり、配分の効率性の評価の前に、その前提となる生産の効率性の評価をするための基礎的な費用構造について調査することが優先されている。

4. 効率を考えるための「費用」

費用を考える際に、大事なことは、経済学の上での費用と会計上の費用とが少し異なるという点だ。会計の目的は資産や負債、売上や費用などの経済活動上の現金の動きを管理して記録しておくことにある。どちらかというと、過去の業績を金銭的に振り返って確認できるようにしておくことが目的となる。一方、経済学の費用では将来に向けての意思決定をするために金銭的な情報を集めるのが目的である。会計上の費用と経済学の費用の違いと次に述べる2つの費用概念についての違いを図表2に示す。

4-1 機会費用を考える

経済学の費用概念で最も重要なのは機会費用である。病院で新しい治療の費用を薬剤費、人件費、消耗品費、事務管理費、水道・光熱費などを考慮して分析・計算したとする。こうした原価を計算していくこと自体非常に難しく、特に事務管理費や水道・光熱費といった多くの医療サービスに共通した費用を案分するのはやっかいである。これら会計上把握できる費用以外に具体的にお金は動いていないけれども機会費用として考慮するべきものがある。

今行っているケアを行うのに現在のマンパワーでは足りず、地域住民のボランティアが必要だとしよう。ボランティアというと費用はかからないように見えるが、この住民はケアの手伝いをした分だけ、外で働いて給料を得る機会、自宅で家族と時間を過ごす機会を失ってしまう。こうして失った機会を金銭価値で評価したのが機会費用である²。もし機会費用を考慮しないと、本当はマンパワーをたくさんつかったケアとそうでないケアを同じ

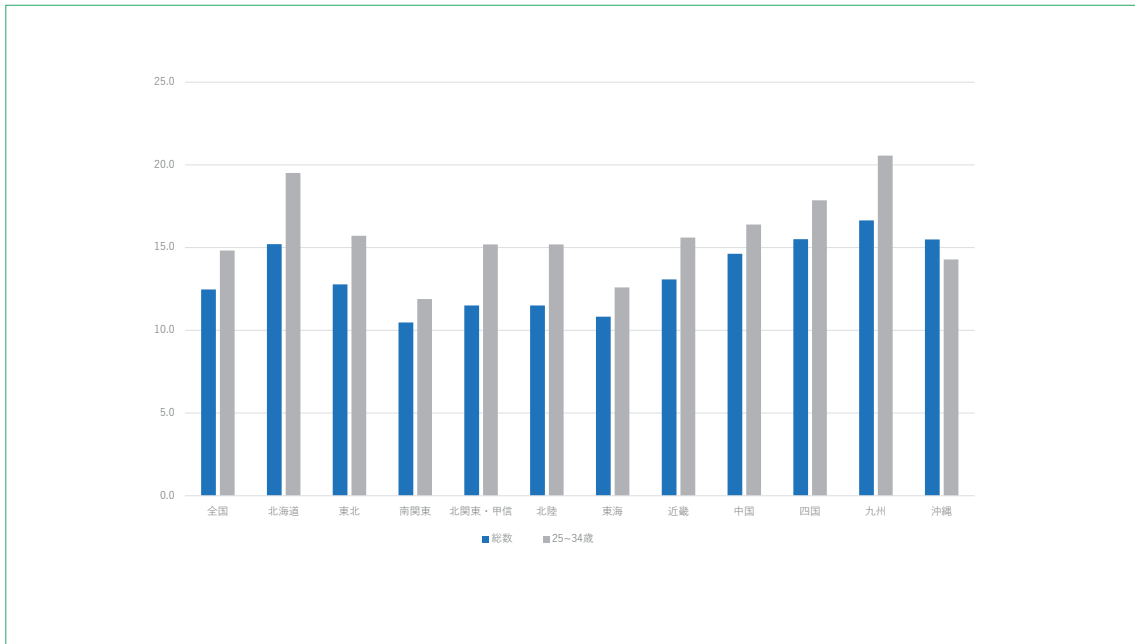
費用と見なし、どちらをするかどうかの判断が変わってしまう。

何かをするかしないかの意思決定のために、他の選択肢の場合も考えてどのようなモノ・カネ・ヒトといった資源を使うのかを金銭的に明らかにするのが機会費用である。人件費以外でも機会費用を考えることが出来る。糖尿病治療の運動療法を考えると、医療費は抑えられるかもしれないが、月に10回2時間の運動をした場合、この患者は他の事でえられたはずの200時間の価値を失うことになる。

医療に関する消耗品や設備は、その治療に対する目的で購入されることは少ない。そのため、他の「機会」に使ったらどうなる？という問い自体あまり当てはまらないかもしれない。また、医療機関の土地や建物などは、長い目で見ると貸したり売ったりすることで他の機会に使用することもできるが、短期的には困難である。したがって、医療における機会費用はヒトの時間に関するものが多い。特に労働集約的な医療では、費用を機会費用としてとらえることが重要である。人口減少と高齢化が続く日本では、働いてお金を稼ぐかどうかは別として、国民全体の使える時間の総量が減っている社会と考えることもできる。したがって、お金以外の資源特に時間が貴重であり、それらの配分を考えるには、まず見える化することが必要となる。

機会費用を考えるとと言っても、個人ごとに違う機会の価値をどのように数値化するかは難しい。医療の経済評価では、機会費用を平均的な数値で置き換えることが一般的だ。たとえば、上記の糖尿病治療の運動療法の患者の機会費用は、労働者全体の平均賃金で評価することが多い。働いていない人についても、余暇や買い物など労働以外の時間を使っており無為に過ごしているわけではないから、使える時間が増えるのであればその分金銭的な評価を行う。そのため、働いていない場合であっても時間の価値を金銭で表す数字で最もよく使われている平均賃金を使い評価することが多い。ただし、これは時間の価値は働いていない人も働いている人も一緒という暗黙の価値観に基づいている。賃金を得ている時間の価値とそうではない時間の価値を区別するかをはじめ、一見数字として客観的に見える費用でもその取り扱い方法に

² 何かをしないという選択をした場合も機会費用もゼロではない。逆に、地域住民にとってケアの応援をしない機会費用には、ケアに関する技術習得の機会を失う費用、地域で行っている事業への参加依頼を断ることで被る可能性のある生活上の不利益に関する費用などがある。



図表 3

については一概に決められることではなく、分析結果を使う人々の価値観による。

4-3 影響を受ける範囲をできるだけ広く考える

何を費用として考えるかに加えて、どの費用まで考えるかということも大きな問題となる。経済学では、医療などある一つの分野だけの分析を部分均衡分析と呼び、社会全体の分析を一般均衡分析と呼ぶ。医療にお金をかけるかどうかを考えると、社会全体にどのような影響が起るかを正確に予測することはとても難しい。したがって、実際には影響があるものについてはできるだけ広く考えるという方法で分析の範囲が決められる。糖尿病の運動療法の例では、機会費用も考慮すれば患者の時間の価値を費用として考慮した方がより幅広い分析が可能となる。医療費だけを分析すると運動療法の医療費の推定としては過小評価になってしまう。また、日本を含めて世界的にもまだ分析が進んでいないが、医療費と介護費の間には関連があることが予想される。したがって、介護が必要となるような疾患では、医療費以外に介護費も含めた分析が不可欠である。

特に地域医療は、地域経済全体とも密接な関係がある。図表 3 は、全就業者に対する医療・福祉部門の就業者の割合を示している。東京都を含む南関東や東海地方では、医療・福祉部門の就業者の割合が小さく、北海道・四国・九州などの地方でその割合が高いことがわかる。また、

ほぼすべての地方で全年齢層の就業者割合よりも 25～34 歳の若年者の就業者割合が高い。したがって、医療・福祉をサービス生産の場ではなく、働く人が生活の糧を得る場所であると考えれば、医療・福祉の現場の変化の影響は若年者であるほど、そして地方であるほど大きくなる。地方では、医療・福祉の資源の使い道を考えることが直接地域経済を考えることと関係が深いと言えるだろう。

一方、分析の範囲を広げると考える必要のない費用も出てくる。その一つが年金である。年金は医療など特定の目的のために資源を使っているわけではなく、誰かが生活のために使おうとしていた所得を高齢者や障害者に分配したお金である。これは移転所得とよばれ、社会全体でのお金の出し入れはプラスマイナスゼロと考える。ある分野に特にお金を回すかどうかの選択は効率性の問題であるが、誰がお金を使うかは公平性の問題として別に考慮する。

5 費用は意思決定を助けるための数値

費用を考えることは、診療の過程で患者家族やその家族と医療者側の双方がどのような資源を使ったかを、できるだけ幅広く客観的に情報収集することといえる。患者側にとっては、患者の受ける治療が自分や家族の時間の使い方をどう変えるかが重要である。一方、医療者側も診療を行うのに自分の貴重な時間を使っている。費用

は単に数字、あるいは価格のように決まった数値のように見えるが、いろいろな時間の使い方の間の価値観に基づいて時間の価値を数値化したものが費用といえる。

それらの情報を集め整理することで、医療の効率性を分析することが出来る。もちろん効率性のみで意思決定がされるわけではないが、最終的には医療に対する財源を支払っている一般の人々が納得できるような透明な意思決定が求められることに変わりはない。次のような例を考える。特定の住民に対する1000万円のプログラムAと住民全体に対する800万円のプログラムBがある。二つのプログラムの健康に対する効果が同じだったとすると、効率面ではBの方が優れている。しかし、Aの方を優先したいという考え方もあるだろう。もしプログラムAを選ぶとしたら、それは効率性以外の要素に少なくとも

も200万円の価値があると考えたことと考えることもできる。このように費用という数値には、それを考えることで効率性以外の要素の重要性について相対的に考える手がかりを与えてくれるという側面がある。

近年は健康に関する情報も比較的高度なものまで一般の人でもアクセス出来るようになってきた。医療サービスの過程で何が起きたのかを可能な限り正確にわかりやすく表示し、医療が使った資源の量をたとえお金が動いていなくても金銭の形で見える化するための情報が費用の役割といえる。その役割は、医療サービスだけでなく、介護や福祉、ボランティアなど様々な社会サービスを組み合わせて住民の生活を支えている地域医療の効率性を考えるためには、ますます重要となっているといえる。

灌漑施設としての社会保障 社会保障政策の政治経済学

権丈 善一（慶應義塾大学商学部教授）

持続可能性指向派と上げ潮派が織りなす政策の歴史

「経済学とは何か？」を考えた経済学者にライオネル・ロビンズがあり、彼は次のように言う。

他の用途を持つ希少性ある経済資源と目的との間の関係としての人間行動を研究する科学

ロビンズの意図は、いわば、効率性という価値をノルム（規準）とする資源配分（allocation）の研究に経済学は特化すべきであり、公平性というような、あまりにも多義的、それゆえに論争的となることが必然であるノルムを必須とする所得配分（distribution）は科学としての経済学の対象とするべきではないというものであった。その考えには、^{がえ}背んじがたいものがあるが、彼の言う、「他の用途を持つ希少性ある資源の研究」の意義そのものは確かにある。

経済学の応用領域である政治の経済分析では、「政策」が生産物として想定されることになる。政策が生産される際の生産要素として——通常の財・サービスが生産される場合の労働力に相当するものとして——政治家、官僚が想定される。政治家、官僚という政策リソースは、ロビンズが言うように「他の用途を持つ希少性ある資源」であり、この政策リソースに関して、次のような文章を、しばしば書いてきた。

成長戦略、健康政策はとても盛んで、今や、日本の2大政策の体をなしている感がある。成長は望ましい、健康になることは望ましい、これは間違いがない。しかしながら、望ましいからという理

由のみで、政策の対象になり得るものでもない。そしてそうした話でも盛り上がること（いや、盛り上げることに）、霞ヶ関の貴重な政策リソースが大量に使われ彼ら自身が疲弊していく¹。

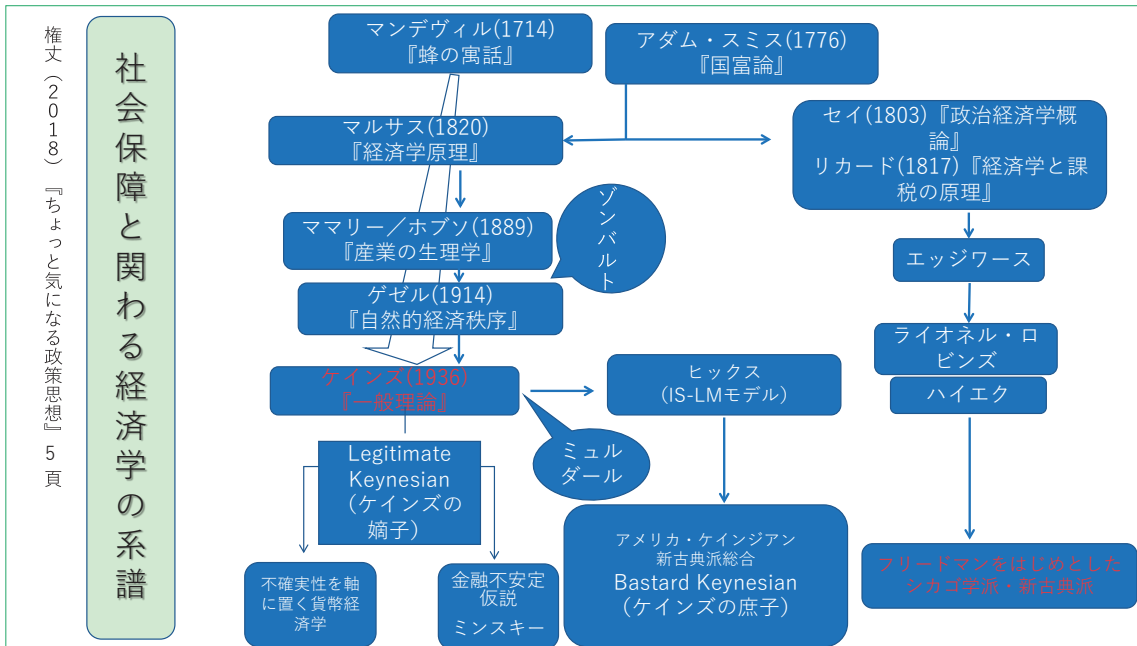
政策領域では、今や、成長戦略と健康・予防政策が大いに盛んで、右を見ても左を見ても、盛り上がっている。以前はそれほどではなかったのに、どうしてそうなったのか？

それは、政策形成の場、つまりは政治の場において、財政の問題、医療・介護の提供体制の問題、財源調達の問題など、政治的に解決がタフな問題を避けるためである、という仮説に沿って眺めれば理解できる。これらの問題を避けておけば、選挙にはめっぽう強い政権が生まれることになる。

以前から、この国には財政の健全化を図るためには負担と給付の問題を直視しなければならないとするグループがあった。しばしば財政再建派と呼ばれることもあったが、財政再建そのものが目的ではなく、彼らが見据える将来到達すべき目標は、財政の上に立つ、社会保障をはじめとした各種公共政策の持続可能性である。ゆえに、ここでは「持続可能性指向派」と呼んでおこう。対して、経済が成長し、そこでの果実が自然と低所得者までにしたたり落ちるトリクルダウンで対応しておけば、財政の話もノープログラム、社会保障のような所得の再分配政策もさほど重要ではないとする「上げ潮派」というものが、古くからあった。

府省的にみれば、持続可能性指向派は財務省、厚労省からなる。財務省は財政再建のためだけの増税では国民

¹ 「日本経済はどんな病気にかかっているのか——政府の成長戦略は「やった振り」で終わる？」『東洋経済オンライン』（2019年10月31日）



図表 1

の支持を得ることが難しいと判断して、国民に人気のある社会保障と財政再建の抱き合わせで財政再建を国民に求めようとする。厚労省は国民が望む社会保障といえども財源がなければいかんともしい難いため、財務省と戦略的な互惠関係を結んで、財政の上に載る社会保障制度の持続可能性を指向してきた。そしてこの持続可能性指向派が支配的な時代には、社会保障周りでは明るい雰囲気は覆うことになる²。一方、上げ潮派は、かつての通産省が2001年の省庁再編時に「経済」の名を得ることにより、広く、いわば何にでも介入できる道を得た経済産業省がリードし、このグループが支配的な時代には、社会保障政策は、税は動かさないという縛りの下で論じられることになり、社会保障周りは閉塞感が覆うことになる。

歴史的には、福田内閣から野田内閣までは（鳩山内閣を除いて）、持続可能性指向派がこの国の舵を取っていたが、第2次安倍内閣に入ると上げ潮派に転じている。この両派は、私が言う、図表1「社会保障と関わる経済学の系譜」における、前者は左側の経済学、後者は右側の経済学に近似する。

ここでの関心は、いずれの方が事実に基づいているか

ということである。

事実に基づくのはいずれか

医療政策会議の報告書には、前回の平成28・29年度報告書の「序章 医療政策会議における基本認識」の頃から次がある（今回の報告書「序章 共通基本認識」でも継承）。

- ・ 少子高齢化と国民経済の関係を見る指標は、就業者1人当たり非就業者である。
- ・ 人口減少社会で重要な経済政策の指標は1人当たり実質GDPであり、総実質GDPではない。たしかに、総実質GDPの伸びは他の先進諸国に比して低くなるが、それは、人口減少、特に生産年齢人口の大幅な減少ゆえである。
- ・ 日本の1人当たり実質GDPの伸びは、他の先進諸国と比べて遜色のない伸びを示してきた。

ここには当然の事実が書かれているが、上げ潮派の論は、少子高齢化を示す指標として、総人口/高齢人口、経済を見る指標として総GDPでみる。そして、総人口/高齢人口が急激に低下し（いわゆる、御神輿型から肩車型

² 次は、『ちよっと気になる医療と介護 増補版』217頁より

「実は、僕は大変な幸せ者でして、消費税を上げる、その財源で医療介護の機能強化をどのように図っていくかという、おそらく、日本の行政、財政面では、高度経済成長期以来の明るい雰囲気の中で、2013年に社会保障制度改革国民会議というところで政府の仕事関わりができていました。それはそれは、霞が関界隈にはやる気が満ちていた明るい時代でした。彼らのやる気が出るのも当たり前で、社会保障というのは助け合い、連帯の制度として人々を幸せにするためにあるのですから、それら社会保障の機能強化のために働く人たちも、気分は当然明るくなります。逆に、それを減らす仕事しかないときは、その犠牲になる人たちから責められるばかりで、あまり楽しい仕事には思えないはずですよ」。

図表2 ポピュリズム医療政策の4つの特徴

- ①将来の医療費や社会保障費を、名目値で示し、将来の負担はこんなに高くなると大衆を脅す。
- ②終末期の医療費は、人が一生に使う医療費の半分ほどを使うと、エピソードベースの話をして大衆を驚かす。
- ③医療費は予防で抑制できる、特に終末期の医療費を大幅に抑制できると大衆にデマを飛ばす。
- ④終末期で浮いた財源を若い世代に持っていけば、全世代型社会保障も実現できると、大衆受けのする話で結ぶ。

出所：第1回全国医師会・医師連盟医療政策研究大会（2018年11月25日）における権丈報告資料「日本の医療 その課題と展望」より

図表2

へ)、総GDPの伸びが他国に比して劣ること(いわゆる失われた何年のフレーズ)を強調する。

また、今回の医療政策会議報告書「序章」には次がある。

・2018年6月に内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省により「2040年を見据えた社会保障の将来見通し(議論の素材)」が出された。この将来見通しを、メディアは2040年社会保障給付費190兆円、2018年の1.6倍と報道していた。しかし、社会保障の長期試算は実額ではなくGDP比でみるべきものであり、2040年の社会保障給付費のGDP比は1.1倍にすぎない。

これも公共政策を論じる者の間では常識の話なのであるが、上げ潮派の社会保障論は2040年には190兆円になると実額を掲げ、今よりも1.6倍になると喧伝するところからはじまる。

どうして上げ潮派は、事実を無視するのか？

その理由は簡単で、不安を煽り、その不安を自分が解決するというのが、最も安易な統治方法だからであろう。大病を患っているわけでもない人に大病を宣告し、私に

任せなさいという論を展開すれば、医者として大もうけができるが、それは職業倫理が抑えている。それと似たような話である。政治的には、この手法はデマゴグと呼ばれるものであり、ポピュリズムの中では常用されてきた。

たとえばポピュリズム医療政策

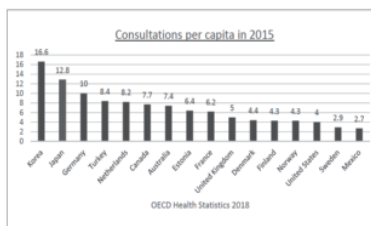
2018年の後半に、「喫緊の課題「医療介護の一体改革」とは——忍びよる「ポピュリズム医療政策」を見分ける」(『中央公論』2019年1月号、刊行は2018年12月10日)を書いていた。一年以上前の当時は、ポピュリズム医療政策は“忍びよる”であったが、あれから月日が経ち、全世代型社会保障検討会議などを経て、この国の喫緊の課題である「医療介護の一体改革」は「ポピュリズム医療政策」にとってかわられた感がある。ここに言うポピュリズム医療政策は、図表2の論理構造を持つ——と、2018年11月25日の、第1回全国医師会・医師連盟医療政策研究大会で紹介している。

医療関係者や医療の研究者から見れば、ポピュリズム医療政策の論を構成する①から④まで、すべてが事実に

図表3 予防・健康政策の現状

日本医師会医療政策研究機構
『日本の医療のグランドデザイン2030』

- 元厚生労働省健康局長である佐藤敏信氏「医療提供の実態」
 - 嗜好品、食品や運動にターゲットを絞った一次予防は、一定の意義はあるものの「絶対ではない」。
 - 「世界の動向」(ランダム化比較試験(RCT)の結果)に基づけば、二次予防(健診・検診)の健康増進効果は確認されていない(204-205頁)。
 - 「本来ならある一つの健診の本格導入の前に、RCT等で一定の効果を確認してから開始すべきであつたはずだが、『早期発見は必ずいいはず』と多くの臨床的経験に基づいて開始されたものがほとんどである。…科学的には明確に健診・検診の効果を証明できないまま今日に至っている」(206頁)。



佐藤氏「日本の国民1人が医師の診察を受ける回数は年13回程度とOECD主要各国のほぼ倍で、米国の3倍程度である。世界的な基準で捉えると、早期発見、早期治療は、保険制度の中で相当程度に実現できていると言える」日医総研『日本の医療のグランドデザイン2030』208頁
・予防への支出 OECD平均の1.6倍

注：佐藤敏信氏が、OECD Review of Public Health: Japan をも参考にしてまとめた内容。

出所：日医総研(2019)『日本の医療のグランドデザイン 2030』における佐藤氏執筆「医療提供の実態」を筆者が要約。

図表3

反していることは一目瞭然であろう。ところが、政治の場における要請、すなわち彼らが司える官邸政治を意識して、財政問題を口にせず、提供体制の改革論を避けるという上位目的は、ここ数年、事実よりも重視されてきた。

問題は、こうした政策のうねりが、合目的性を基準とした効率的な政策リソースの配分になっているかということである。この国は人口減少社会に入っていると共に、今後の高齢化の度合いは今よりも増す。そうした社会の社会保障政策で、図表3のような現実にある予防・健康政策に、永田町、霞ヶ関の政策リソースを大幅に割り、人口減少・高齢社会向けの医療提供体制の構築がおろそかにされて良いのかと言うことである。まさに、ロビンズが指摘した「他の用途を持つ希少性ある資源」を有効に活用できているのか。

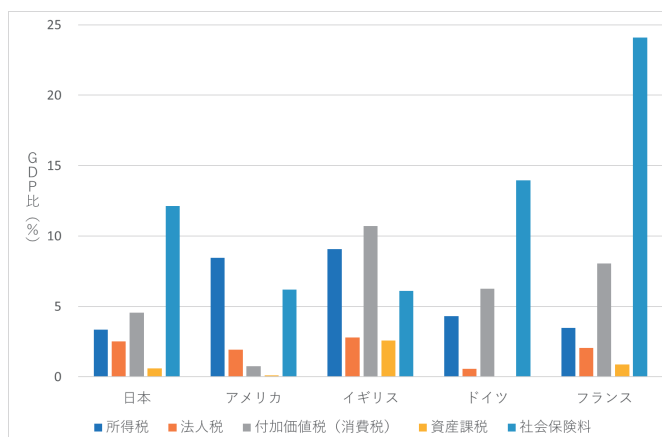
2019年末にでた樋口恵子さんの本『老〜い、どん!』に次の文章があった。

「87歳の私は、満身創痍ならぬ満身疼痛、痛いところだらけです」。…「日本社会の最大の目標の一つが「健康寿命の延伸」で、それはそれでいい

と思います。その上で思います。どんなに努力しても、自然の理としての老いが心身の衰退だとしたら、なおその期間もその人の人生の延長として、その人らしさが発揮でき、何よりも人間の尊厳が保障されてほしい。この時期が多くの人にとって、完全に避けられないものであるものならば、この時期の問題点を見据え、ソフト、ハードとも、暮らしやすいように再設計してほしい、人生100年の中にしっかりと組み入れてほしい」。

予防・健康に議論を集中させることは、財源問題と提供体制改革の議論を回避するには有効ではろう。しかし、2013年の『社会保障制度改革国民会議』が掲げた「治し・支える」医療、医療と介護が一体化した地域包括ケアへのニーズが既にある人たち、自然とそうしたニーズが不可避となっていく人たちからは、自分たちが見捨てられたような気にもなるのだと思う。障害者もしかりである。そして予防・健康の話では、どうしても疾病は自己責任、病気は悪という考えとセットで理解する人がでてくるために、既に、世論に、国民を分断するような差

図表4 GDPに占める租税(2016年)・社会保険料収入(2015年)の割合



出所: OECD, Revenue Statistics より筆者作成。

注: 社会保険料は2015年、他2016年。所得税は、Taxes on income, profits and capital gains of individuals の訳で、ここにはキャピタルゲイン課税も入っている。

図表4

別的な意識がでてきている³。

加えて、チャールも「成長は社会の矛盾を覆い隠す」と言っていたように、成長は政治の七難を隠す。いや、成長を口にしておけば政治自らの七難を隠すことができる。だから、成長戦略という言葉は、どの国でもいつの時代も政治的魅力を持ち続けてきたのである。しかしながら、大幅な人口減が起こっている社会での経済政策のスタート地点に、総GDPの伸びが他国と比べて劣っているとすること認識を置くのは経済政策の全般に誤謬をもたらす。正確な事実、これまで日医で繰り返し論じてきたように、日本の1人当たり実質GDPの伸びは、他の先進諸国と比べて遜色のない伸びを示してきたというものである⁴。さらに言えば、今回の医療政策会議報告書「序章」にあるように、「ただし、ユーロ圏、アメリカでは、1人当たり実質GDPの伸びに応じて賃金が伸びているのに対して、日本は賃金が伸びない。問題は、労働分配率の低下傾向、さらには、所得分配の格差のあり方

にあることは言うまでもない」。それにそもそも、「成長がなぜ起こるのか、成長の主因であるTFP(全要素生産性)はいかなる要因によって上下するのかの間に答えることができないとすれば、成長はコントロール可能な政策対象になりようがない⁵」。ところがこれまで、幾度となく成長戦略と称するものが掲げられてきた。

上げ潮派が好む予防・健康政策、成長戦略を、私は「やった振り」と称してきたが、二木論文にあるように「レッドヘリング(重要な事柄から人々の注意を逸らそうとする技法、インチキ)」と呼ぶ方が的確であろう。

医療介護の財源問題⁶

給付先行型福祉国家においては、今の日本の社会保障を将来世代に残しておくために我々世代は負担増を行っておかなければならず、今後の負担増で我々の社会保障をさほど充実させることは難しいということを前提とした上で、いくつか論じておこう。

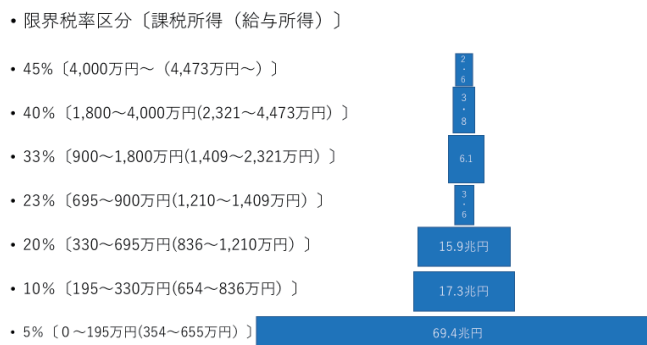
³ 権丈(2018)『ちょっと気になる医療と介護 増補版』の「知識補給 国策としての健康増進で医療費が抑制できるのでしょうかね」で、「国策としての健康増進はほどほどにしておくべき。さらに言えば、その動きは優生思想とも安易に結びついてしまうために危険でさえある」と警鐘していたことである。

⁴ 詳しくは、「日本経済はどんな病気にかかっているのか——政府の成長戦略は「やった振り」で終わる?」『東洋経済オンライン』(2019年10月31日)を参照。

⁵ 「日本経済はどんな病気にかかっているのか——政府の成長戦略は「やった振り」で終わる?」『東洋経済オンライン』(2019年10月31日)

⁶ この節の詳細は、日医総研2019年4月にまとめた『日本の医療のグランドデザイン2040』における「財源論」(権丈執筆)を参照。

図表5 税率区分毎の課税所得の逆さ漏斗型分布



出所：財務省資料に基づき筆者作成

図表5

日本医師会の財源論に関する基本方針は、前回の平成28・29年度『医療政策会議報告書』の「序章 医療政策会議の基本認識」にある「日本では、今後も医療費の主財源は社会保険料であり続け、それを消費税をはじめとした様々な公費で補う」にある。図表4を見れば分かるように、日本では、所得税も、付加価値税（消費税）も低い。逆に、法人税は、比較した国々よりも若干高い水準にある。

消費税率が10%になる2019年まで、1979年の一般消費税導入の挫折から40年かかり、年速0.25ポイントでしか進むことができなかつた日本を考えると、他の国にもまして、財源調達には「全員野球」でやらなければならない側面は強いのかもしれない。その際、おさえておかなければならないことがある。それは、財源調達で、消費税と並び、野球の3番、4番バッターとなりうる所得税では、高所得者の負担増に頼るだけではさほど財源が得られないことである。

図表5に見るように、所得税を課すことのできる課税所得は「漏斗」を逆さにしたような「逆さ漏斗型」とも言える分布をしている。漏斗の細い先端部分に課税をしても、多くの税収を得ることはできない。

いずれ仮に、フランスの一般社会拠出金（CSG：la Contribution sociale généralisée）——一部の例外を除きあらゆる収入に課される——のような社会保障目的の財源を考えると、課税所得の分布が逆さ漏斗型に

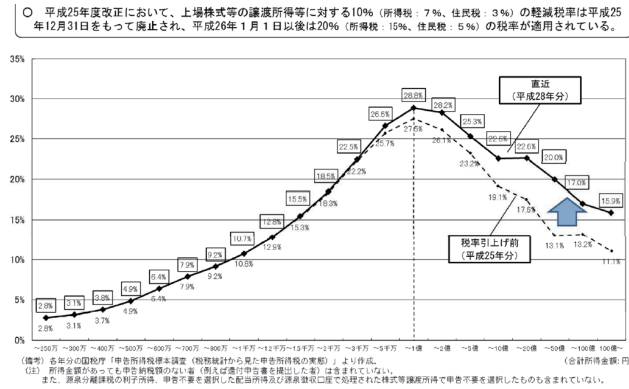
なっている事実は広く共有しておく必要がある。高所得層に課すだけでは広範囲な給付を伴う福祉国家を支えるのに要する多くの税収を期待できないのである。

もっとも、公平性の観点から、資産所得に対する分離課税の見直しも重要である。株式の譲渡益などは所得の多寡にかかわらず一定税率（国・地方合計で一律20%）が適用されている（分離課税）。そのため、高所得者層ほど所得に占める株式の譲渡益などの割合が高いことから、次の図に見るように、所得が1億円を超えると本来上昇すべき負担率が逆に減少するという問題が生じている。このことは看過することはできず、将来的な総合課税を視野に入れながらも2014年以降の上場株式等の譲渡所得比例税率の引き上げが効果があったことを考慮すれば、さらにその方向に改革を進めていくべきであろう。

その上でやはり財源調達においては、課税項目としては全員野球の財源調達を視野においていかなければならない。その意味で介護保険について触れておこう。

介護の財源調達については、図表7「子育て支援連帯基金」という、年金保険、医療保険、介護保険など各種社会保険が、自らの制度の持続可能性を高め、将来の給付水準を高めるために、年金の受給者をも含めて、連帯の理念の下に「子育て支援連帯基金」に資金を拠出する構想を考えてきた。今のままでは、図表8に見るように社会保険の中でも介護保険の40歳未満の現役期のみが、この連帯基金に関わらないことになる。それは不自然で、

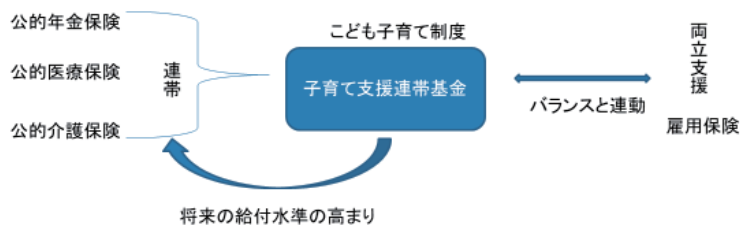
図表 6 申告納税者の所得税負担率



図表 6

図表7 子育て支援連帯基金

- 年金保険、医療保険、介護保険という、主に人の生涯の高齢期の支出を(社会)保険の手段で賄っている制度が、自らの制度における持続可能性、将来の給付水準を高めるために次世代育成支援連帯基金(子育て支援連帯基金)に拠出し、この基金がこども子育て制度を支える。



出所：権丈(2018)『ちょっと気になる政策思想』69頁。

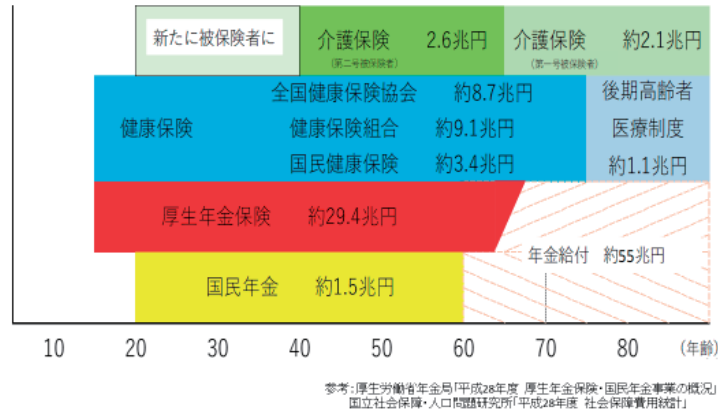
図表 7

介護保険は、子育て支援連帯基金の創設とセットにして、20歳まで被保険者年齢をさげる——そういう構想である。

給付先行型福祉国家で起こる所得の逆再分配

給付先行型福祉国家のままでは現在我々が享受している社会保障制度を将来世代に残すために財政の再建を図っておく必要があり、そうしなければ、将来、「高負担

図表 8 人々の人生と支える側の保険とのかかわり



5

出所：2018年ユース年金学会における権丈ゼミ報告資料より

図表 8

だったら中福祉、中負担だったら低福祉」ということになりかねない。こういう見通しに対して、国際は国内で消化されているのであるから問題はないという意見もある。このあたり少し説明しておこう。

経済学は、一国に1人しかいない代表的エージェント・モデルでものを考えがちである。日本には1人しかいないと仮定した世界で、国債が国内で買われているとすれば、国債はその国の中でお金をぐるぐる回しているだけであるため、なんら問題なしとなる。しかし、国債費は社会保障と歳出において競合する。そして、社会保障費よりも国債費の方が歳出の優先順位は高い——ゆえに、国民負担が変化しない状況下で国債の元利払い費である国債費が増えていけば社会保障は減らされ、国債費を賄うために増税がなされたとしても、社会保障は増えず、いずれにしても国民負担相応の福祉を享受できなくなる。代表的エージェント・モデルではなく、少なくとも Poor、Middle、そして Rich がいるモデルで給付先行

型福祉国家を考えると、その行き着く先は社会保障給付費を犠牲にすることによって Rich の資産を守るという、Poor、Middle から Rich への所得の逆再分配が予測されることになる。それのみか、なによりも、本質的に「中間層の人たちによる中間層の人たちの間の助け合いの制度」である社会保障が極めて薄い社会になってしまい、Poor と Middle、そして場合によっては Rich までもが生活リスクに対して互いに助け支え合う社会全体でのリスクヘッジ機能が失われることになり、中間層の貧困化が顕著な社会に陥ってしまう。それゆえに、将来の、「高負担だったら中福祉、中負担だったら低福祉」が問題視されるのである⁷。こうした背景があるために、次のように記してきたのである。

「この国が抱える問題はまさに、国民のニーズに見合った社会保障が本当に提供されているのかということにある一方で、必要な財源確保を何十年間も先送りしてきたゆえ、今後の財政健全化のた

⁷ 平成 28・29 年医療政策会議報告書には「代表的エージェント・モデルではなく、少なくとも Poor と Rich がいるモデルで給付先行型福祉国家を考える（権丈担当箇所）」とあるが、これを本稿のように、「少なくとも Poor、Middle、そして Rich がいるモデル」に修正している。その理由は、福祉国家を特徴付ける制度である「社会保障というのは、中間層の人たちによる中間層の人たちの間の助け合いの制度」（権丈（2017）『ちょっと気になる社会保障 増補版』34 頁）だからである。

めに社会保障の量的充実も相当に難しいというジレンマに直面していることにある。

そして今、このジレンマの中で、よりニーズに見合った給付を行うという意味での制度の効率化・給付の重点化を、各制度の関係者たちの協力の下に懸命に進めながら、国民の生活を守るために、可能な限りの財源の確保が模索されているのである⁸⁾

今の20代の若者たちは、生まれた時から消費税が当たり前のようになり、買い物時の税金の高い海外にもよく行っている世代である。彼らには「どうして消費増税を10%に上げる程度でこんなに大騒ぎするの？」とみえるようである。彼ら、そして彼らに続く将来世代に確かな社会保障を将来世代に伝えるために⁹⁾、医療政策会議はあべき財政運営の姿を示し続けていく必要がある。

最後に——灌漑施設としての社会保障

次は、日本医師会「平成22・23年度 医療政策会議報告書」の「第4章 医療保障政策と医療団体の政治経済学的位置」において、次の文章を書いていた。

「灌漑政策としての社会保障」という言葉を使うのは、高所得者から低所得者、喫緊の消費の必要性のない人・時期から喫緊の必要のある人・時期に所得を再分配する政策として、社会保障を位置づけているということであり、医療も然り。今後、灌漑施設の水路の幅を広げる分だけ、医療介護は成長産業であり、その水路に毎年、水が安定的に供給されるのであれば、医療介護は安定産業でもある。そして、灌漑施設のおかげで田畑が潤い農作物が生産されるようになるという意味で、医療介護は経済成長に資することになる。しかしながら、社会保障という灌漑政策で潤った田畑で、何を育てるかは、政府の仕事ではなく民間の仕事である。日本の国内総生産は約500兆円であり、社会保障給付費は100兆円を超え、年金50数%、医療は30%強、介護は7%を占めている。この社会保障は、「ミクロには貢献原則に基づいて分配され

た所得を、必要原則に基づいて修正する再分配制度であり、マクロには、基礎的消費部分を社会化することにより、広く全国に有効需要を分配するための経済政策手段である」。社会保障は混合経済の中心的な構成要素であり、企業や高所得者に負担を求めて、日本国内での中間層の創出に大きく期待されている」。

2011年2月15日に、自由民主党の国家戦略本部第1分科会「成長戦略」で話をしたときの演題は、「灌漑政策としての社会保障——呼び水政策と灌漑政策との相違」であった。呼び水政策はひろく知られた言葉であり、1回限りの財政支出追加によって総需要が拡大し、それに民間経済活動が刺激され、消費や投資が誘発される可能性にかけた政策である。しかし、灌漑政策とは、上述のように、基礎的消費部分を社会化することにより、広く全国に有効需要を分配するための経済政策のことである。それはちょうど、2019年末、中村哲さんをおそった突然の出来事の後、繰り返しテレビで放映されていた、彼がアフガニスタンに作った灌漑施設にも似て、絶え間ない水の流れる砂漠を青々とした緑の大地としたように、今の国民経済に作用するのである。

どうして現代の国民経済に、そうした政策が必要となるのか¹⁰⁾。

それを示したのが図表9である。社会の総貯蓄が横軸にあるとする。そしてスミスの資本蓄積論やセイの法則と言われている「供給はそれ自らの需要を創る」が成立するのならば、貯蓄は多ければ多いほど、それが投資に回って生産力が増強され、生産されたものは売れていくことになる。ところが、マルサス、あるいは最終的にはケインズによって理論づけられていく考え方は、高所得者や企業、場合によっては政府による社会全体の総貯蓄が多すぎると、行き着く先は過少消費に陥って、経済の成長力が落ちていく。

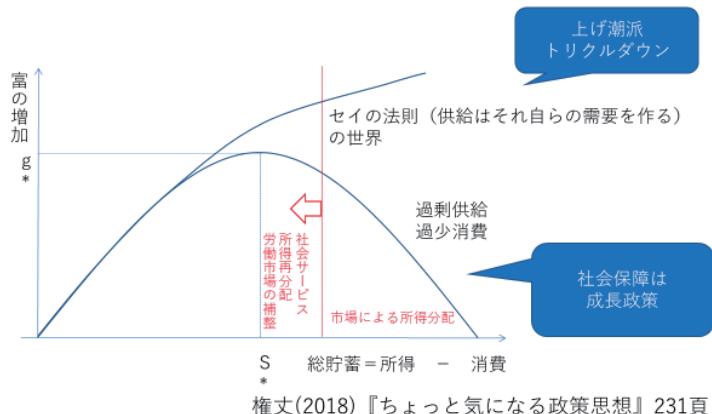
スミス以来続いてきた信念は、ケインズの言う「資本の成長は個人の貯蓄動機の強さに依存し、われわれはこの成長の大部分を富者の余剰からの貯蓄に仰いでいるという信念」であり、それゆえに〈高所得者から低所得者

⁸⁾ 「医療費膨張の「誤報」はこうして生まれる——医療費を決めるのは高齢化ではなく政治的判断」『東洋経済オンライン』(2018年8月2日)

⁹⁾ 2013年社会保障制度改革国民会議報告書のタイトルは、「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」であった。

¹⁰⁾ 以下の内容は、『ちょっと気になる社会保障』の第1章から第3章を参照されたい。

図表9 セイの法則の世界と有効需要理論に基づく過少消費の世界



ケインズが戦った、主流派経済学の信念

資本の成長は個人の貯蓄動機の強さに依存し、われわれはこの成長の大部分を富者の余剰からの貯蓄に仰いでいる、ゆえに再分配は成長を阻害する

出所：全国医師会・医師連盟第1回医療政策研究大会（2018年11月25日）における権丈報告資料「日本の医療 その課題と展望」より

図表9

への所得再分配は資本の成長を阻害するために望ましくないとする思想)が支配的であった。

つまり、高所得者の限界的な貯蓄性向は低所得者のそれと比べて高い。高所得者から低所得者に所得を移すという所得の再分配は、社会の総貯蓄を少なくする。したがって、セイの法則が成立すると考える世界では、所得の再分配は経済理論上、望ましくない政策とみなされることになる。そして、低所得者の生活の向上は、経済全体の成長の結果としての、先述したトリクルダウンが解決してくれるということになる——こうした考え方はトリクルダウン理論と呼ばれてきたのだが、理論と呼ばれてきたわりに、歴史上、いまだ確認されたことはない。

他方、ケインズがその中心にいる経済学では、セイの法則は否定される。そこはシュンペーターが評するように、「(ケインズの)教義は、実際にはそうっていないかもしれないが、貯蓄をしようとする者は実物資本を破壊するという、ならびに、貯蓄を通じて、所得の不平等な分配は失業の究極的な原因となる」世界である。

セイの法則どおりにことが進まないのは、個々には妥当しても全体を合計すると妥当しなくなるという「合成の誤謬」が成立するからである。これはケインズが『一

般理論』で説いた考えの基礎にあるもので、そうした、セイの法則が成立せず合成の誤謬が支配的な世界では、経済に活力を与えるためには、むしろ、限界消費性向の高い中・低所得層の購買力を高めることで、社会全体の需要を増やすほうが成長に即した政策ということになる。

先の図の山型の曲線を見てもらいたい。社会が極大点 s^* (経済成長の極大点) の左側であれば、高所得者や企業による貯蓄の増加が、生産そして消費の拡大を生んで経済を成長させる。

しかし、時代時代の所得分配の状況とその時々 of イノベーション水準に規定された需要がある程度飽和した成熟社会の段階に入ると、市場による所得の分配が高所得者や企業に偏っていき、貯蓄水準が s^* を越えて右側の世界に入っていく。そのため、そこから先の潜在的な供給力の増大に有効需要が追いつかなくなり、過剰供給・過少消費の世界に入ってしまう。そうした世界では、生産力を拡大してもそれに見合った需要が見込めないために、個々の企業は期待収益率を低く予想するようになる。そこでどんなに生産者たちを優遇しても、そして金利を下げても、さらには金融機関の利潤を減じて追い詰めていっても、いわば、それは無人島で商売をやれと言われ

図表10 公的年金の地域経済を支える役割

(家計消費の2割が年金の地域もあります)

都道府県名 高齢化率	対県民所得比	対家計最終消費支出比
島根県 -33.60%	18.20%	23.50%
鳥取県 -31.00%	17.50%	20.50%
秋田県 -35.60%	16.30%	18.90%
愛媛県 -32.10%	16.20%	19.30%
長崎県 -31.30%	16.00%	18.10%
高知県 -34.20%	15.80%	18.80%
奈良県 -30.30%	15.80%	20.60%

出所：厚生労働省年金局「いっしょに検証！公的年金」より

図表10

ているようなものであり、生産力を拡大するための投資は狙い通りには増えない。そこで、有効需要を拡大して社会の富を増加させるために、労働市場の補整（資本から労働への所得の分配）、所得の再分配（所得分配の平等化）、そして社会サービスを充実（皆保険・皆年金政策の維持強化）して、政府が、田畑に水を供給するように、灌漑施設としての社会サービスを国内全域に張りめぐらせることにより有効需要、なかでも総消費を下支えしようという考えが出てくる。一例を挙げれば、図表10に見る年金の地域間再分配機能がそうである。

現代の日本は、基礎的消費の社会化を図る社会保障という水路を全国に張り巡らし、その地域地域の田畑に必要な水を流して、土地を青々と茂らせる「灌漑施設」としての再分配政策に頼らなければ成長も難しいのである。特に地域経済においてはそうであり、社会保障なくして、国内全域のバランスのとれた成長を実現することはできない。しかも、社会保障は、図表11が示すように、格差問題の防波堤として機能する。

ところが社会保障の機能を維持・強化していくためには、政府が行う再分配の原資を、税・保険料という形で国民に求めなければならない。しかもこの国は、給付先行型福祉国家という特異な国の形を続けてきたのである

から、これからの負担増分のすべてを社会保障で使うことはできない。持続可能性指向派から見れば、社会保障の維持・強化と財政再建の両立を図るというナローパスを通す方法を考えて行かざるを得ない。

上げ潮派から見れば、問題が顕在化するまでは、政治的に難しい問題は先送りしておこうということになるのであろう。だが彼らも、いずれはインフレが起り金利が上昇するとは想定している。その時、本報告書の「序章 共通基本認識」にあるように、「そういう環境では国債買入は行えず、物価安定には財政赤字の縮小が求められることになる。ところが、財政赤字には社会保障など構造要因があるので、それを縮小することは必ずしも容易ではない。そしてそもそも日本医師会は、社会保障給付の大幅カットによる歳出の縮小という国民の生活を脅かす手段によってインフレを抑えるというような政策そのものを容認することはできない」。日本医師会とわずとも、財政のそして財政に支えられた社会全般の持続可能性を指向するグループからみれば、今から、「中長期スパンでの対応策を持ち、リスクマネジメントの観点に立った財政運営を行っていくことが肝要」であり、ドーマー条件において将来の国債費に影響を及ぼすB/Yの規模を極力抑えておかなければならないのは必然である。

その時代に生きていれば、私も疑問を持たなかったと思うのだが、かつてこの国では、企業年金の積立金は最低でも5.5%で運用することを前提とした計画が、国の認可の要件となっていた。5.5%の認可要件というのは、当時においては、熟慮の末の結論なのではあろう。いくら熟慮をしてみても、人間の将来を見通す能力というのは、そもそも、はじめからこんなもの——そう考えるようになってかなりの月日が経つ。

経済学では、同じ「将来の不確実性」といっても、将来の発生確率の分布をおおよそでも知ることができる状況を risk (リスク) という。対して、将来の事は、戦争や地震や疫病などの災害が起こるかもしれず、市場の動きも長期には何がどういふふう展開し、どこでどのように転換点を迎えるのか正直なところよくわからないという状況を uncertainty (不確実性) と呼ぶ。そしておおよそ100年先までを見通すことになっている公的年金の財政検証に関しては、「将来の状況を正確に見通す予測 (forecast) というよりも、人口や経済等に関して現時点で得られるデータの将来の年金財政への投影 (projection) という性格のものであることに留意が必要がる¹¹⁾」と公文書にあるのは、無理のない論であると言える。そし

てそうであるから、「複数ケースの前提を設定し、その結果についても幅を持って解釈する必要がある」のである。

将来について確実なことは、将来は不確実であるということである。将来が不確実というのは、ひとつひとつの状態が生起する確率分布が未知であるということであり、その場合には、ひとつひとつの状態が生起する確率が互いに等しいとみなす方が論理的妥当性をもつ——論拠不十分の原理、不十分理由の原理などと訳される、Principle of insufficient reason とはそういうことである。

今を生きる我々からみると、孫、ひ孫たちの世代が生きる百年近い将来の状況を想定する際には、ドーマー条件において $r < g$ が継続するとか、 $r > g$ にいずれはなるはずだという、本来は不確実な未来に関する議論、しかも現時点でいくら議論しても決着はつかない話で時間を費やすのではなく、いずれの状況も含めた複数の状況を想定し、その結果についても幅をもって解釈しておく必要がある。公的年金保険の財政検証は、そうした考え方の下に行われている。ゆえに、様々な事態に対応でき得る頑強な制度、今よりは望ましい姿についても議論ができるのである。財政もこの方法に従うべきであろう。

¹¹⁾ 「年金財政における経済前提と積立金運用のあり方について」(平成26年3月12日、社会保障審議会年金部会 年金財政における経済前提と積立金運用のあり方 に関する専門委員会)より抜粋

平成30・令和元年度医療政策会議報告書あとがき

長瀬 清（日本医師会医療政策会議 副議長）

今期（平成30・令和元年度）の日本医師会医療政策会議は、平成30年10月11日に第1回会議が開催された。冒頭、横倉会長の挨拶の後、議長に慶應義塾大学教授の権丈善一、副議長に北海道医師会会長の長瀬清が指名され、諮問「人口減少社会での社会保障のあるべき姿～『賽は投げられた』のその先へ it's our turn～」を受けた。

会議の構成委員は都道府県医師会長として池田琢哉鹿児島県、太田照男栃木県、尾崎治夫東京都、金井忠男埼玉県、佐藤和宏宮城県、茂松茂人大阪府、馬瀬大助富山県、柵木充明愛知県、松井道宣京都府、松本純一三重県、松田峻一良福岡県、渡辺憲鳥取県、長瀬清北海道の13名、有識者委員として小野善康大阪大学社会経済研究所特任教授、二木立日本福祉大学名誉教授、権丈善一慶應義塾大学商学部教授、後藤励慶應義塾大学大学院経営管理研究科准教授、宮田俊男みいクリニック代々木院長、武田俊彦前厚労省医政局長の6氏と日医担当役員（中川俊男副会長、石川広己・松本吉郎両常任理事）であった。

寿命の著しい延伸により、人生100年の時代を迎え、国では社会保障も全世代型で対応するとしている。それを受ける側、直接関わる我々としても、実のある制度確立のために、如何に、どの様なものを作り上げていくか提案していく事が求められた。その基盤となる必要な基礎的知識を学習し、議論を尽くしていくことが求められた。本会議は日本医師会にある約50の委員会の内、学術推進会議および生命倫理懇談会とならび3大会議の一つであり、日本医師会の方向性を決める重要な会議である。

間もなく迎える団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年が問題視され、対策が練られてきた。地域医療構想に則った地域医療計画、地域包括ケアシステム構築、医療・介護・福祉の連携等である。現在進行中の少子高齢社会では、人々が住み慣れた地域で病気の急性期・回復期治療と、慢性期療養、在宅医療を受け、安全、安心

な生活を完遂することにある。人口の変化はその後も著明で、団塊ジュニアが高齢者となる2040年には高齢者人口は頂点に達すると共に、2015年比で13%程度人口が減少するなか、秋田、青森では30%以上の人口減少が生じる。諮問にある人口減少社会のただ中にある2040年の社会保障ビジョン提示が喫緊の課題である。

本会議では、国民が求めるであろう社会保障制度の在り方、国民の負担の可能性および財政等をどうするのが望ましいか、現状分析と可能性を考えた。

社会保障国民会議・社会保障制度改革国民会議・社会保障制度改革推進会議の重要構成メンバーであり、本会議の議長を務める権丈善一氏と小野、二木、武田、宮田、後藤氏より各氏の研究分野での考え、意見を聴き、それを基に構成メンバー全員で議論し、これをまとめて本報告書とした。なお、「序章 医療政策会議における共通基本認識」については、権丈、二木、武田各氏が起草委員として2019年11月末に案文を書き上げ、それを有識者委員全員でブラッシュアップして、12月末には、全委員に配付されている。その後、案文を読んだ委員からのコメントを受けて修文を加えた上で、第7回医療政策会議での質疑応答、アドバイスを受けて、共通基本認識がまとめられていった。

有識者委員の講演としては、初めに権丈議長が、「これから日本は高齢者の増加と全人口の急速な減少をし、団塊ジュニアが高齢者となる2040年の社会での質の高い医療を持続させる方策をどうするか考えなければならない。これに対して日本の財政は給付先行型の福祉国家を作り上げた。日本医師会としては社会保障給付の大幅カット、歳出縮小は国民生活を脅かし容認出来ない。」と指摘した。

以下、各委員の講演について要点を示す。

1. 小野善康 委員

日本は現在成熟社会にある。従って、資産選好が強く、消費選好が弱い。そのために長期不況が起こる状態にある。そこで経済政策を根本的に考え直さなければならない。

2. 二木立 委員

財務省、経産省、厚労省の現安倍政権下での力関係。一般的には財務省が最強官庁として安倍内閣を主導していると考えられているが、首相は高い経済成長により税収増を考え経済産業省を重視している。

3. 武田俊彦 委員

日本の医療政策の現在とこれまでの歩みについて、行政の立場から述べた。今後の在り方について、支える医療、地域包括ケアの重要性。フリーアクセスとかかりつけ医の普及の重要性について。

4. 宮田俊男 委員

日医が世の中に影響力を持って、あるべき医療の姿をしっかりと示すべきである。医薬品、医療機器、再生医療等製品、電子カルテのコスト構造の改革とレギュラトリーサイエンスの推進が重要。

5. 後藤励 委員

医療における「効率」と「費用」の役割。基礎的な医療の充実によって、この20年間の死亡率は減少した。

本会議の委員構成が日本全国にわたり、それぞれの地域の状況にも違いがある。日本医師会としては、本会議の意見を基に関係省庁の会議等様々な機会を活用し、日医の考えとして理論を構築し意見表明することを望む。

令和2年3月