

第Ⅲ章


医療政策

令和2・3年度
医療政策会議報告書

新しい時代に
社会保障と経済は
どう変わるのか

令和4年4月
日本医師会医療政策会議



 日本医師会

令和4年4月5日

日本医師会長
中川 俊男 殿

日本医師会医療政策会議
議長 権 丈 善 一

医療政策会議は令和2年11月13日開催の第1回会議において、中川俊男会長より「新しい時代に社会保障と経済はどう変わるのか」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令和2・3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、令和2・3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（北海道医師会顧問）
委員：稲野 秀孝（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：河合 直樹（岐阜県医師会会長）
委員：佐藤 和宏（宮城県医師会会長）
委員：鈴木 邦彦（茨城県医師会会長）
委員：空地 顕一（兵庫県医師会会長）
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：松田 峻一良（福岡県医師会会長）（令和4年1月退任）
委員：松村 誠（広島県医師会会長）
委員：村上 博（愛媛県医師会会長）
委員：村上 正泰（山形大学大学院医学系研究科医療政策学講座教授）

【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：村上 正泰

（五十音順、令和4年3月現在）

目 次

序 章：この2年、パンデミックと政治の変化を経験して……………	1
第1章：資本主義経済の変化とコロナ禍での需要創出……………	8
第2章：最近の社会情勢と医療政策の課題……………	14
第3章：日本の医療政策、 そのベクトルをパンデミックの渦中に考える……………	20
終 章：おわりに……………	28

序章

この2年、パンデミックと政治の変化を経験して

権丈 善一（慶應義塾大学商学部教授）

2020年11月13日に中川会長による挨拶の後、「新しい時代に社会保障と経済はどう変わるのか」の諮問を受けた。その後都合5回にわたる討議を重ねている。

社会保障と経済の変化の方向性と医療政策会議が考えるあり得べき姿については、これまでの医療政策会議の中で長く検討し続けてきた。特に、前期の医療政策会議では、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ており、平成30・令和元年度報告書「序章 医療政策会議における共通基本認識」にまとめている。

前期の医療政策会議報告書から2年が経つ。その間、まさに、会長からの諮問にあるように「新しい時代」が到来した。

特質すべき時代を画する出来事として、少なくとも2つを挙げなければならないであろう。新型コロナウイルス感染症によるパンデミック、および他の先進諸国のみならず、日本の政治の方からも、いわゆる「新自由主義」見直しの声が上がることになったことである。

新型コロナウイルス感染症は、日本の医療に衝撃を与えた。その衝撃は、平成30・令和元年度報告書にまとめられていた、医療政策会議が求める医療のあり方に関して、政策ベクトルのスカラーの強化を求めるものであった。そうした、政策ベクトルを確認できる文章を、平成30・令和元年度報告書「序章 医療政策会議における共通基本認識」から引用しておこう（脚注も前報告書による）。

【以下、「▽▽▽」から「△△△」まで引用】

▽▽▽

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¹⁾」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²⁾」である。

…略…

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

¹⁾ 社会保障制度改革国民会議（2013年8月）。

²⁾ 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）。

序 章：この2年、パンデミックと政治の変化を経験して

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。

…略…

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、とすれば「いつでも、好きところで」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…」。

…略…

ACP³「人生会議⁴」時代におけるかかりつけ医の重要性

第XV次生命倫理想談会答申『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、人が生きてい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。

…略…

地域医療構想の医師配置版

…略…

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。2019年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するとともに、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。

△△△

こうした方向性のスカラーを強化すべきことを、新型コロナウイルス感染症によるパンデミックは、医療界に求めた。そうした示唆を、次の言葉からも得ることができよう。

▽▽▽

相澤孝夫日本病院会会長『社会保険旬報』2021年9月1日号より

- ・機能しなかった地域包括ケアシステム

かかりつけ医になれる人、あるいは感染症の患者をずっとフォローできる医師が最初に患者を診て、自宅療養あるいは宿泊療養になったときに、その医師が続けて診れば、もう少し医学的な管理ができて、重症化して亡くなることを防げたのではないかな。

- ・コロナが明確にした今後の医療の課題

今回の新型コロナのまん延によって、今の医療提供体

³ 第XV次生命倫理想談会答申「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」。

⁴ 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。

序 章：この2年、パンデミックと政治の変化を経験して

制がおかしい、入院医療における機能分化・連携がうまくいっていない、急性期の重症患者の治療をどうしていくのかといった課題が明確になり、きちんと対応していくためには、各病院が互いに役割分担をしながら協働していくことが大切である。

横倉義武前日本医師会会長『新型コロナと向き合う——「かかりつけ医」からの提言』（2021）岩波新書より

第四派が感染拡大していた2021年前半は、全国で自宅療養や宿泊療養の方々が、万を超えていました。新型コロナ患者の療養指導においても、この在宅医療の仕組みを生かしつつ、かかりつけ医の果たす役割は大であると思います。そして第五派では、かかりつけ医を中心とする自宅療養者への医療体制が各地で具体化されてきました。かかりつけ医が一層、普及・定着していれば、新型コロナ感染症についても、相談、検査、診断と治療、療養といった一連の医療を切れ目なく、適切かつより円滑に行えたのではないかと思います。

△△△

日医・四病院団体協議会が定義した「かかりつけ医機能」を持つ「かかりつけ医」の普及促進は、新型コロナを経験した新しい時代においては、以前よりも一層高まっている。

なお、前期の医療政策会議報告書では、被用者保険の一元化を下記のように提案していた。今回、村上正泰委員から、「副業・兼業の収入をめぐる問題に対応する上でも、被用者保険の一元化は望ましいと言える」との論拠が示された。詳細は村上論文を参照してもらいたい。

▽▽▽

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。

△△△

長期的な医師数と医学部定員問題

ところで、医師の需給問題を扱う「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」が、2022年1月開催の第40回に第5次中間とりまとめを行い、その役割に区切りをつけた。この会議は、2015年12月に開始され約6年間続けられたものである。

会議の第1の目的は、医学部臨時定員の見直しであった。2008年度に増やした「臨時定員」の最初の期限は2017年度——2018年度以降の医学部定員は決まっておらず、各大学は入試の2年前の6月、つまり2016年6月に入試大綱をまとめるため、そこまで結論を出す必要があった。しかしながら、結局、現在に至るまで臨時定員の見直しはできなかった。

2020年の医学部入学定員は9,330人、2020年の出生数は84万835人である。単純計算で、人口1,000人当たり11.1人——ちなみに、18歳人口当たりの医学部定員数推計（1,000人当たり）1990年3.8人→2020年8人→2050年11.5人である⁵。

次は、片峰茂・医師需給分科会座長のインタビューである。

「私は1950年生まれで、医学部に進学するのは500人強に1人の割合。直前の団塊の世代は600～700人に1人の割合でした（全国医学部長病院長会議資料）。一方で今は120人に1人が医学部に入学する時代である上に、18歳人口は今後減る一方です。…「医師が不足するなら数を増やせ」式の発想を変える必要があります。「医師の偏在問題が解決できなければ、医師の総数の問題は議論できない」といった意見もあります。しかし、私の考えは違います。サステナブルな医療体制を構築していくには、まず総数の問題にとりあえずの結論を出す。その上でどう医師を配置していくかを期限を切って議論をしていかないと、これまで通りにいつまでも決められない事態を

⁵ 第36回医師需給分科会（2020年11月18日）における「権文構成員提出資料 医師という国家資格を伴う職種の需給を考える際の留意点」より。

序 章：この2年、パンデミックと政治の変化を経験して

招く懸念があります」(m3.com 医療維新「片峰茂・医師需給分科会座長に聞く Vol.1「医師過剰時代、いずれくることは間違いない」(2022年1月18日)。

これまで医師の総数を増やしてみたが、偏在問題は解決しなかった——医師需給分科会が始まった時のメンバーの共通した問題意識であった。そうした医師需給分科会・片峰座長の考えに理解を示すであろう日本医師会も、医学部定員と、先に「地域医療構想の医師配置版」で述べた医師偏在問題に関する政策形成に積極的に関わってってもらいたい。

政治環境の変化

次に、前期の医療政策会議報告書から2年を経る中で、社会経済政策を巡る潮流に大きな変化が起こっている。次のバイデン米大統領の演説からもその変化をうかがい知ることができる。

▽▽▽

バイデン米大統領の議会演説 (2021年4月27日)

ウォール街にはいい者たちがいるが、ウォール街がこの国を作ったのではない。中間層がこの国を作ったのだ。

誰も、仕事や給料を得ることと、自分自身や親、配偶者、子供など大切な人の世話をすることのどちらかを選ぶざるを得ないような状況にあるべきではない。

米国民の皆さん、(富裕層が豊かになれば、低所得層にも効果が波及するという)トリクルダウン理論は、一度も機能したことがない。底辺を引き上げ、中間層を起点に経済を成長させるときだ。

△△△

日本においても米国と同じような変化が起こっている。バイデン大統領の演説から5ヶ月ほど経った10月8日、岸田文雄新首相は所信表明演説で次のように語っている。

▽▽▽

岸田文雄新首相の所信表明演説 (2021年10月8日)

経済をしっかり立て直します。そして、財政健全化

に向けて取り組みます。その上で、私が目指すのは、新しい資本主義の実現です。

新自由主義的な政策については、富めるものと、富まざるものとの深刻な分断を生んだ、といった弊害が指摘されています。世界では、健全な民主主義の中核である中間層を守り、気候変動などの地球規模の危機に備え、企業と政府が大胆な投資をしていく。そうした、新しい時代の資本主義経済を模索する動きが始まっています。

△△△

政治の世界においては、2年前とはベクトルの方向性そのものが変わったようである。そうした中、2年前の医療政策会議報告書の内容では、客観的な情勢とのズレが生まれる事態もでてきている。

前期の報告書がまとめられた2年前は、二木立日本福祉大学名誉教授が書いていた『「千三つ官庁」対「現業官庁」』⁶における前者が主導していた医療政策が意識された文章が、報告書の中に多くあった。そうした政策は、予防で医療費は抑制できる、抑制された医療費で財源問題は解決できる、病気になるのは自己責任、医療は、予防で若返った人たちを労働力として経済成長に貢献させるためにある、ゆえに既に病気になっているひとたちが軽視されてしまうといった要素を含むものであった。そうした医療政策は、『「現代優生学」の脅威』という本の第5章『「生きる権利」がないがしろにされる社会』に書かれているように、「財政難や労働力不足といった民衆の不安に訴えかけるような“ポピュリズム医療政策”」でもあった。そして、『現代優生学の脅威』で、著者の池田清彦氏は、「現代優生学」が引き起こした犯罪の極みと言うべき事件として、「津久井やまゆり園」の事件をあげている。著者の池田氏は、「経済合理性に基づき、重度障害者や終末期の高齢者への支出を削減しようという考えは、いまや各所で叫ばれるようになりました」と論じている。ポピュリズム医療政策は、数年をかけてそうした風潮を生んでしまった。しかし、前期の医療政策会議報告書から2年経った今、政治環境が変化した。ゆえに、医療政策のあり方も変わってきており、医療政策会議が前期の報告書で批判していた諸々の論点が、過去のものとなり

⁶ 二木論文 (2020)『「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』『平成30年・令和元年医療政策会議報告書』

序 章：この2年、パンデミックと政治の変化を経験して

つつある。

たとえば、前報告書には次のような論があるが、今はことさら強調する必要もなくなっている。

▽▽▽

- ・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 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、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は即していることが示されている⁷。
- ・2018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⁸。

- ・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」。

△△△

こうした文章は、2年前当時の医療政策に向けられた批判である。あれから世界も日本も変化した。

このように、新型コロナウイルス感染症によるパンデミックと政治の世界の変化を受けて、ひとつは「かかりつけ医機能」を備えた「かかりつけ医」の普及促進への期待が高まるとともに、医療政策が提供体制の改革から目を背けていた経産省主導の時代は、現段階では過去のものとなりつつある——もちろん、将来はわからない。

財政金融政策へのスタンス

医療政策会議の中でこの10年近くの財政金融政策へのスタンスはいかなるものかに関する問題提起があった。コロナ禍の下、赤字国債を財源とした政策が数多く大規模に展開された。こうした政策は、2013年の社会保障制度改革国民会議が指摘していたように、財政運営に関して「金利の上昇に脆弱な体質」を加速させる動きであった。ゆえに、今のこの国は、金融政策のひとつである金利の引き上げは政策手段としては封じ込められた状況になっている。では、国債の買いオペについてはどうか。これについては、前期の医療政策会議の報告書を紹介しておく。

▽▽▽

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よしとする論もある。だが、そういう環境では国債買入れ（買いオペ）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。

△△△

前期の医療政策会議報告書には、上述の文章の前に、次のような、キーワードとしての「逆再分配」を論じた文章があることも紹介しておこう。

⁷ Salomon JA1, 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.

⁸ 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。

序 章：この2年、パンデミックと政治の変化を経験して

▽▽▽

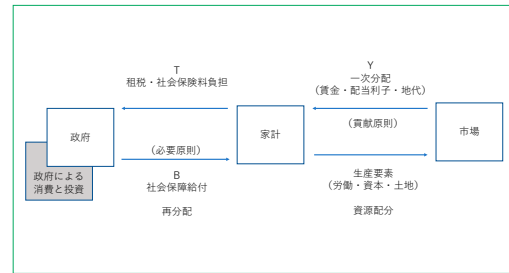
国民自身が国債の貸し手となる内国債の場合には、将来世代への負担は生じないとの指摘もある。しかしそうした論は、グローバル化が進んだ現代の国債市場は、長きにわたって現状が持続するとは言えない面があることに加えて、将来世代は国債費の増大による予算編成上の制約を強く受けることになるため、国債保有層は償還費を受け取れる一方、それ以外の国民は社会保障関係費をはじめとした政策的経費の抑制や増税といったネット負担増のみを求められ、両者の間に逆再分配の問題が生じることを捨象している。内国債であっても、その規模が大きくなればなるほど、将来世代に負担が転嫁されると共に、それに伴い望ましくない再分配が起こる可能性があ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

△△△

公的債務をため込むことによるこうした問題点を避けるための第一歩として、分配政策というものを正確に理解しておく必要がある。

分配には、図表1にみるように雇用者所得、配当利子、地代など、市場が直接行う一次的分配（Y）と、政府が一次的分配に税・社会保険料を課して財源（T）を調達し、その財源で給付（B）を行う再分配がある。

市場は、生産された付加価値の総計である所得 Y（＝国内総生産（GDP））を、生産活動にどれだけ貢献したかに応じた貢献原則で家計に分配する。しかしそれでは、格差や貧困が生じてしまうし、様々な家計の必要に対応することができない。それが分配を苦手としている市場の性質である。そこで、政府は、市場が分配した所得に租税・社会保険料 T を課し、それを財源として、個々の家計の必要に応じた必要原則に基づいて、医療や介護などの現物給付を含めて所得 B を家計に再分配する――『所得再分配調査』は、「再分配所得：当初所得から税や社会保険料負担を控除し、公的年金などの現金給付と医療、介護、保育などの現物給付を加えたもの」と定義している。ゆえに経済財政諮問会議での「社会保険料率の抑制は、労使双方にとって所得増をもたらす」（2021 年 11 月 25 日）などの文章には、その意図するところは？



図表 1

と疑問符がつく。

分配政策とは、給付と負担、すなわち誰への給付を誰が負担するのかをセットにして、所得分配のあり様を変えることである。

経済政策の中で分配が意識されるようになってきたのは、ヘンリー・フォードの次の言葉にみられるような考え方を忘れていたことによる様々な問題が、目に余るほどに顕在化してきたからであろう。

・雇用の削減とか賃金カットによる国家利益などという言葉をよく耳にする。賃金カットは結局購買力を低下させ、国内市場、国内需要にブレーキをかけることになるのだが、なぜそれが国家利益になるのだろうか⁹。
・我が社が本当に発展しだしたのは、1914 年に日給を 2 ドルから 5 ドルに引き上げ、最低賃金を定めてからであり、それによって従業員の購買力は増加し、他社の製品を買う力もますます向上していった。わが国が繁栄する背景には、高い賃金を払い製品価格を下げて、大衆の購買力を向上させるという考え方がある。これは我が社の基本的な考え方であり、我々はこれを賃金指向と呼ぶ¹⁰。

分配は、長く経済学の中核で中心的関心の外におかれてきた。しかし、分配は、かつては生産と並んで経済学の中で重要な分析の対象であった。2015 年の春に日本でも大流行していたピケティの『21 世紀の資本』の意図は「分配の問題を経済分析の核心に戻す」¹¹ ことであった。小野善康委員の論文は、効率の観点から分配の重要性を説くものであり、まさに分配問題を経済分析、特にマクロ

⁹ ヘンリー・フォード/豊土栄訳（2000）『ヘンリー・フォードの軌跡』87 頁。

¹⁰ ヘンリー・フォード/豊土栄訳（2000）『ヘンリー・フォードの軌跡』146 頁。

¹¹ ピケティ『21 世紀の資本』17 頁。英文では、Putting the distributional question back at the heart of economic analysis.

序 章：この2年、パンデミックと政治の変化を経験して

経済学の核心に戻すための論考である。

なお、2021年末に議論されていた「賃上げ優遇税制」などは一見、一次分配に関する政策のようにも見えるが、その実は、租税支出（tax expenditure）と呼ばれる支払うべき税を免除するという技術を用いて企業側に賃金の引き上げを求める政策である。したがって歳入のロスが生まれる。そのロス分の財源は、租税などを通じて埋め合わせる必要があるために、「賃上げ優遇税制」も再分配政策の一種と位置づけることもできる。

問題は、最近の世界的な分配重視の風潮の中で、給付と負担の関係がきちんと意識されているかということである。主要国では、新型コロナウイルスへの対策による財政の緊急出動を踏まえ、増税を含めた財源の確保や財政再建に向けた議論を開始している。例えば、イギリスでは、今回のパンデミックの影響で悪化した財政の立て直しのために2023年4月から法人税率を引き上げる法律を2021年6月に成立させている。

先に、公的債務が増えていくことに対する財政金融政策上の、将来のリスクは説明した。このリスクを回避するためには、給付を行う今の段階から財源調達の議論をすることは必要となる。もちろん、財源調達の議論は政治的には厳しい。しかしながら、その厳しい議論に耐えうる給付に絞っていく民主主義プロセスを経て実行されていくからこそ、給付には社会的意義と民主主義の正当性が認められるのである。そこで前報告書に書いていた、財源についての提言も、ここで確認しておこう。

▽▽▽

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¹²⁾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上げを参考）。

△△△

前報告書の最後にある、財源調達に関する介護保険の見直しについても確認しておこう。

▽▽▽

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」（略称、子育て基金）——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子育て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。

△△△

¹²⁾ 『社会保障制度改革国民会議』（2013年8月）9頁。

第1章

資本主義経済の変化と
コロナ禍での需要創出

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

伝統的な経済政策は、多くの場合、生産性の向上に焦点が置かれ、需要面からはあまり考えられていません。しかし、長期の総需要不足に直面している日本経済を活性化させるには、実需を作ることこそが大切です。目下、問題になっているコロナ禍への経済対策も、このような視点で考える必要があります。

以下では、経済政策の意味を供給側と需要側から考えるとともに、コロナ対策として、どのような経済政策をしたらいいか議論します。

2. 神の見えざる手

経済学のなかでもっとも基本的と考えられている大定理とは、企業と消費者が市場の競争ルールに則って好き勝手に行動する、つまり自由競争をすれば、「神の見えざる手」に導かれて一番いい経済状態になる、というものです(図表1)。企業は自分が儲かるように行動し、消費者は自分の好きなように働き、稼いだ所得を好きなように消費に回せばいい。そうすれば「パレート最適」という最適な状態が達成される(パレートは古いイタリアの経済学者です)。「パレート最適」とは、ほかの人の経済的な幸せ度を変えないまま、自分が最もいい状態になっていることを言います。そのため、政府は企業や個人の経済行動に、できるだけ介入しない方がいいことになります。

皆が好きなように行動するだけで、なぜこんなに都合よくいくのか。多くの消費者がある製品に対して「これがほしい」と思えば、需要が拡大して値段が上がる。企業側から見ると、その製品を作れば儲かるわけですから、たくさん作る。つまり、個人はほしい物やサービスは「ほしい」と言えばいいし、企業はそれを効率よく大量に生

産すれば、儲けも増えるし消費者のためにもなる、ということです。人間は非常に身勝手な存在ですが、その身勝手さを正直に発揮すれば、経済は最も良い状態になるという定理です。

しかし、ほかの人の経済的な幸せは変えずに自分の幸せを最大にする、ということですから、スタート時点での貧富の差は問題にしません。今、この社会で一人だけがほとんどの資産を持っており、ほかの人々はすべて貧しいとします。このとき、貧しい人の生活水準は今の水準を維持した上で、一人の金持ちが最も都合いいように消費行動すれば、初期の資産分配を与えられたものとして、最適状態になるというわけです。つまり、当初の不公平については一切関知していません。

そうは言っても、一方の生活水準が余りに悲惨で他方は非常に豊かでは、社会が不安定になる。そこで、再分配が問題になり、最低限の生活補償、所得補償をしましょうという発想が出てくる。これが再分配政策です。ですから、基本は、皆、自由競争しましょう。それでも生活できなくなるほど貧しい人がいるかもしれないので、そ

伝統的な資本主義像

神の見えざる手:

「企業と個人が思いのままに行動すれば最も効率的で幸せな状態(パレート最適)が生まれる。」

企業:利潤最大化、個人:効用最大化

(パレート最適: 他の人の効用を変えずに自分の効用最大)

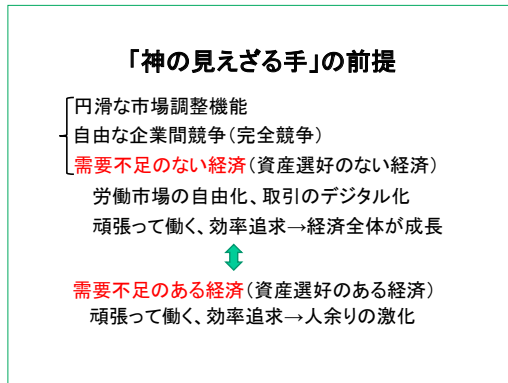
分配問題が残る:

最低限の所得補償

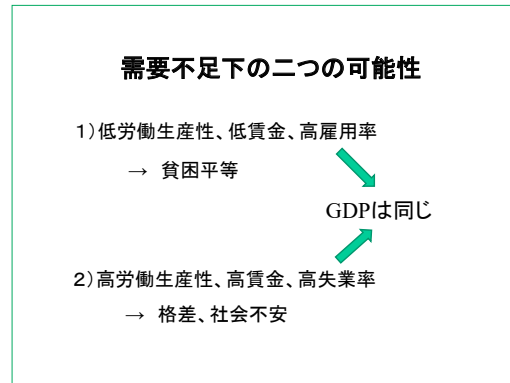
→ 生活保護、ベーシックインカム

図表1

第1章：資本主義経済の変化とコロナ禍での需要創出



図表 2



図表 3

の人はぎりぎり助けてあげましょう。でもその人を助けすぎると一生懸命働かなくなるからだめです。これが、伝統的な資本主義の政策のあり方であり、歴代の政権が掲げる構造改革もここから出ています。

しかし、「神の見えざる手」が経済をパレート最適に導くためには、いくつか前提があります。そのひとつは、市場調整機能が円滑に働く。つまり、物価や賃金が高止まりすることはない。売れなければ値段がすぐに下がるし、売ればすぐに高くなる、というものです(図表2)。

つぎに、自由な企業間競争という前提があります。たとえばコロナ禍でマスクの需要が急増して、値段が跳ね上がりました。もし1社しかマスクを作れなければ、その会社は自由にマスクの値段を上げることができます。しかし、儲かるとわかれば、マスクの生産者が新規にどんどん入ってくるので、価格はちょうどマスクの生産コストに見合う水準まで落ちていく。その結果、もっとも効率的な生産が行われ、適正なコストを反映した需要が生まれる。自由な企業間競争はこのような状態を作るから、「見えざる手」が働くために不可欠、というわけです。独占禁止法や公正取引委員会は、このような自由競争を守るためにあります。

さらに、もうひとつ重要な前提がある。それは、労働や物への需要不足がない経済、作れば売れる経済であるということです。そうであれば、生産能力をフル稼働して作った物はすべて活用されて、経済全体は最適状態になるはずですが。

ところがここ20~30年間、日本は総需要不足に陥って経済成長せず、GDPも消費もほとんど動いていない。それまでは高い成長率を維持していたのに、需要の伸びが

止まって経済は成長しなくなった。こんな状態なのに、神の見えざる手を信じて、皆が頑張っているのなら、物売りや人余りがひどくなるだけです。

3. 総需要不足下の選択肢

総需要が不足している状況では、生産側の選択肢は図表3の1)と2)の方法しかありません。今、物が100個しか売れないのに生産能力が200あるとする。このとき、選択肢1は雇用維持を最優先する方法です。100個しか売れないので、雇用を維持するためには生産性を下げるしかありません。そうすれば、雇用は減りませんが、生産性が低いので賃金も低くなります。つまり、低労働生産性、低賃金、高雇用率、要するに貧困平等です。

選択肢2は、労働生産性を上げる方法です。しかし、100しか売れないので、人が余って失業率は上がる。働いている人の労働生産性は高くなるので、賃金は高くなりますが、働けない人がたくさん出てきます。結果は格差拡大となって、社会不安が広がります。

どちらを選んでも売れる量は決まっていますから、経済全体の活動水準は変わらず、同じ量の仕事を皆で分けるか、一部の人だけでやるかの選択でしかありません。

これに関して、日本とフランスの経済指標の比較が参考になります(図表4)。まず、1人当たりGDPも1人当たりの家計消費も、両国でほとんど同じです。つまり、フランス人と日本人は、生活水準がほとんど変わりません。一方、労働生産性はフランスの方が日本より断然高い。そのため、そこだけを見れば、「フランスのように生産性を上げればよい」と思うかもしれませんが。ところが消費水準、つまり売れる量は同じですから、生産性を上

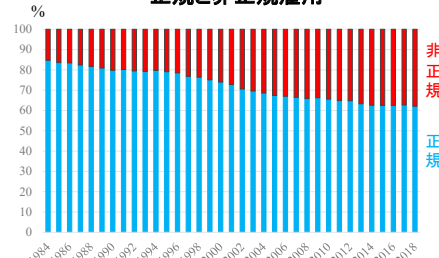
第1章：資本主義経済の変化とコロナ禍での需要創出

日本とフランス比較 (2017)

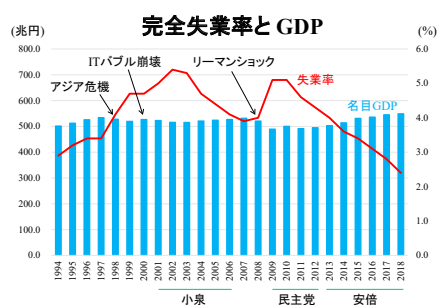
		日本	フランス
GDP/人(\$1000)	UN	38.2	38.4
家計消費/人(\$1000)	UN	21.2	21.5
労働生産性(\$1000)	ILO	76.0	94.8
完全失業率(%)	ILO	2.8	9.4
政府歳入/GDP (%)	IMF	37.4	56.5
政府歳入/GDP (%)	IMF	34.3	53.8

図表 4

正規と非正規雇用



図表 6



図表 5

望ましい政策1

消費喚起 > 生産性向上
(需要) (供給)
消費喚起は困難
1) カネを配る → 無意味(次図)
2) 新消費の創出 → どんなタイプか?
① 1個で2個食べた満足 = 生産性上昇
→ 景気悪化
② 従来の消費を無力化 → 破壊と創出
コロナ禍の需要構造変化はチャンスにもなる。

図表 7

げれば必然的に失業率が上がる。実際、日本は失業率がすごく低くて、フランスはすごく高いわけです。つまり、売れる量は決まっています、仕事を皆で分けて、効率悪く働いているのが日本、生産を一部の効率のいい人だけに集中させて、その代わり失業率が高いのがフランスということです。

生産の低さを公的部門が大きいせいにする人もいます。しかし、日本とフランスを比べると、日本は政府の歳入も歳入もフランスに比べて圧倒的に小さい。それなのに労働生産性は低い。つまり、生産性の低さは公的部門のせいではありません。結局、総需要が決まっています、生産を多くの人で分け合うかどうかの違いにすぎないのです。

上記の特徴はGDPと完全失業率の動きを見てもわかります(図表5)。90年代初頭から現在まで、アジア危機、ITバブル崩壊、リーマンショックなどがありました、GDPはほとんど動いていません。他方、失業率は、

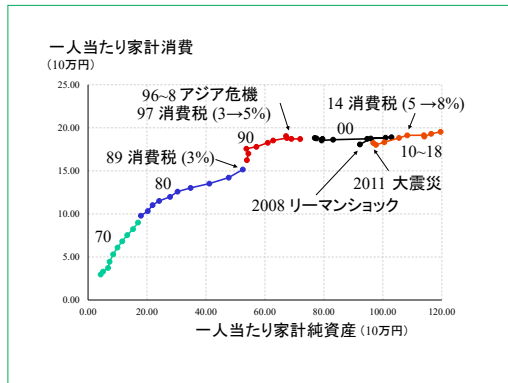
小泉改革の初期とリーマンショックの後という2回のピークがあり、結構動いています。

図表6は、非正規雇用(上)と正規雇用(下)の比率を表しています。2000年あたりの小泉改革の頃から非正規がグッと増えています。つまり小泉改革とは、GDPは動かず非正規雇用を増やただけです。それから、真ん中あたりで正規と非正規の割合があまり動いていませんが、これは旧民主党政権下です。それでもGDPは変わってはいない。次にアベノミクスで非正規がどんどん増えています、それでもGDPは変化していません。

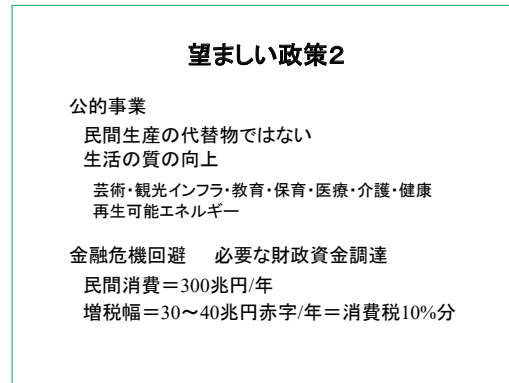
4. 望ましい政策

労働生産性を上げてても下げても経済活動に変わりはないとすれば、消費を喚起するしかありません。しかし、消費喚起は非常に難しい。図表7では、消費を喚起する効果があると考えられている2つの政策、すなわち、1) カネの配布と2) 新製品開発について、考えています。

第1章：資本主義経済の変化とコロナ禍での需要創出



図表 8



図表 9

はじめに、カネを配っても効果がないことは、**図表 8** から分かります。この図表の横軸は1人当たりの家計純資産、縦軸は1人当たりの家計消費を示しています。これを見ると、日本では、1990年までは家計の純資産が増えていくと同時に消費も増えていることがわかります。ところが、90年以降は、1人当たりの家計純資産が大幅に増えていっても、消費には回っていかない。家計純資産の合計も90年頃は600兆円であったのが、最近では1,600兆円にまでなって、1,000兆円も増えたのに、消費は全然増えていません。

1,000兆円増えても消費を増やさないのですから、消費税減税を行ったり、一律給付金を配ったりしても、消費に影響がないことは明らかです。しかし、人々は、使わなくてもカネはほしいわけですから、これらのバラマキ政策はある程度支持される。典型的なポピュリズムです。

次に、新しい消費財を作れば人々の購買意欲が高まるでしょうか（**図表 7**の2)）。たとえば、今まで2個食べて得られた満足を1個食べただけで得られるような新製品を、同じ労働投入量で生産できるようになったとします。この場合、人々は半分食べればよいので需要は半減します。つまり、これは生産性が2倍になった場合と同じ効果を持ち、人が余って、かえって不況はひどくなってしまう。このようなマイナス効果は、消費の効率をよくすることによって、それを買うことのできるカネの魅力も並行して上がってしまうために起こります。

そのため、消費を喚起する新製品とは、既存の消費を効率化するものではなく、無力化するものです。たとえば高度成長期の電化製品の普及では、掃除機はほうきに取って代わり、洗濯機は洗濯板に取って代わりました。

つまり、今までの生活パターンが全く変わり、従来の製品は無意味になったので、それらを全部捨てて、新たな生活パターンを始めることになるわけです。これは従来の物が無力化して、まったく新しい魅力的な物が現れたことを意味します。最近の例でそれに近いのは、スマートフォンです。

しかし、生活パターンを一変させるような消費財を作るのは、簡単ではありません。その代わりになるのが公的事業です（**図表 9**）。公的事業といっても、民間生産物の代替品では、民間から政府に生産を移すだけで、経済活動全体は変わりません。また、生産効率を上げるような産業道路などのインフラ投資では、かえって総需要不足が激化します。民間生産物の代替品でも生産インフラでもなく、生活の質を直接上げるものがよく、それには芸術・観光・教育・保育・医療・介護・環境などがあります。道路を作るなら観光道路がいいということです。

環境については、最近、自動車産業に関してエンジン全廃、EV転換という方針が打ち出されました。これは、先ほどの「既製品を捨てて、新製品にしましょう」という産業政策で、非常に効果的です。有効な需要喚起という点では、再生可能エネルギーも同じです。「何年何月までに全部再生可能エネルギーに」と言ったら、やはり大きな需要創出になります。

5. コロナ禍がもたらす需要減少

つぎに、コロナ禍の経済政策を考えてみましょう（**図表 10**）。

コロナ禍の需要への効果とは、第1に、感染拡大への不安や自粛圧力などで、強制的に需要を圧縮したという

コロナ禍の需要効果

需要減の原因：
 強制的需要圧縮：不安、自粛圧力
 (観光、外食、etc.)
 需要構造の転換：清潔、三密回避
 (マスク、消毒液、医療、ネット環境、etc.)
 消費者の資金不足でない
 → 消費者にカネ配布無意味
 無駄に財政赤字拡大
 不安軽減、自粛圧力緩和 → 需要は自然回復
 財政資金不要

図表 10

コロナ禍でのカネの流れ

✓ 全産業が一様に被害の場合：
 全員の需要＝支出＝所得が一様に減少
 → 貯蓄(所得－支出)は全員不変
 ✓ 一部(例観光)のみ被害の場合(コロナ)：
 観光需要＝観光支出＝観光産業所得が減少
 他需要＝他支出＝他産業所得不変
 → 観光従事者の(所得－支出) ↓ → 困窮
 → 他従事者の(所得－支出) ↑ → 貯蓄増
 一部は所得 ↑ + 支出 ↓ → 大儲け！

図表 11

ことです。需要の魅力がなくなったわけでも、カネがなくなったわけでもない。本当は使いたいし、カネもあるけど、コロナが怖いからやめるという状態です。第2は、需要構造の転換、つまり、感染抑制に関連する製品への需要の増加です。たとえば、マスクや消毒液、ワクチン保存のための冷凍庫や輸送ネットワーク、在宅勤務に必要なネット環境などです。これらは、まさに新需要創出です。

重要なのは、消費者のカネがなくなったわけではないということです。それなのに、政府は、国民一人当たり10万円を配っています。これでは効果がなく、財政赤字を広げているだけです。さらに、飲食業の営業制限や自粛要請はしたまま、GoTo キャンペーンで旅行や飲食に補助金を出しています。これで需要が本格的に回復するはずがなく、もともとコロナ禍を押してでも行こうとした人が安上がりになり済むだけのことです。また、旅行が増えたとしたら、感染を地方に広げてしまう。つまり、GoTo キャンペーンは貯金が増えて、コロナ禍でも遊びに行こうという人に、さらにカネを渡す政策であり、効果は薄く、感染を拡大させて、おまけに不公平でもあります。

カネなど一銭も配らなくても、「コロナはもう平気です。ワクチンを打てばまったく大丈夫です。自粛もする必要がありません。」と言ったら、これまで皆は我慢して行かなかったからです。観光地やレストランはすぐに満杯になります。つまり、コロナ感染症対策こそが唯一の景気対策です。

そうは言っても、仕事が減って経済的に困窮する人たちが出ている以上、何らかの対策が必要です。それを考

えるために、図表 11 では、コロナ禍でのカネの流れを示しています。

コロナ禍による需要の減少は一部産業に偏っていますが、最初に、ベンチマークとして、人々がすべての物やサービスへの需要を一様に1割下げたと考えてみましょう。そうすると、われわれ全員の所得が1割減ってしまいます。しかし、その原因は、我々が支出を1割減らしたからです。所得が1割減って支出も1割減っているなら、カネの出入りから見て、各人の懐はまったく変わりません。つまりだれも困っていません。ですから、カネのパラマキも経済政策もいりません。感染症対策だけに集中すればいいのです。

しかし現実には、需要の減少は観光や外食などの一部産業だけが被ります。その人たちだけは所得が減るのに、ほかの人たちの所得は全然減りません。それどころか、「コロナで飲み会が減ったから、カネが前より貯まった」という状態です。今回の一律給付金は、そんな人たちに、さらに10万円を上乗せした。まったくの無駄です。

では、どうしたらよいか(図表 12)。被害を受けなかった人たちが、今まで外食をし、旅行をしたのと同じように、外食産業や旅行産業にカネを渡せばいいのです。そうすれば、われわれの所得は同じで、支出も同じですから、われわれの経済状態は変わらない。一方、外食産業や観光産業の人たちは、これまでと同じ所得が補償されるので、困らない。だから経済は何も変わりません。

しかし、カネの出入りは今までと同じですが、レストランと観光からのサービスは受けられなくなって、楽しみが減ります。コロナ禍で皆が同じように旅行や外食を我慢するのは仕方ありません。しかし、支出が減って

コロナ禍の対策

1. 短期:産業構造維持
平時のカネの流れ再現:被害者への所得補償
→ 産業構造保全、感染抑制
2. 長期:産業構造の転換
安心安全への私的投資の促進
安心安全インフラの整備
緊急医療、感染症対策etc.
利益増:通販、食品スーパー、ゲーム機、
デジタル化関連
大赤字:航空、鉄道、アパレル、外食、観光、
百貨店

図表 12

貯金が増えている人がいる一方で、外食産業や旅行産業の人たちだけが困窮している。ですから、コロナで貯金が増えた分は今までと同じように払いましょう、ということです。

こうすることで、貯金が減ることはないまま、コロナが取れば外食や観光のサービスは以前のように受けられます。しかし、所得補償をせず、外食産業や観光産業が廃業してしまうと、コロナ後に、われわれは元のサービスを受けられなくなってしまいます。

なお、被害産業への支出減少分がすべて被害産業に渡されたら、その人たちの所得は以前と変わらないので、その人たちが外出自粛や制限で支出を減らす分だけ得をする。それでは、その人たちへの所得補償を行った他の人より得になってしまうので、他の人にかけて税金と同率で補償を減らし、それで余った分を医療や予防などの感染症対策に回すべきです。そうすれば、すべての人のカネの出入りは変わらず、感染症対策にカネが回ります。

ところが今は、カネを皆に一律10万円配って、被害産業を除いたすべての人は「旅行やレストランに行くのを

やめにしたからカネが貯まった。さらに10万円ももらった。さらに、うちは子どもが2人いるので20万円ももらった」と喜んでいる。その裏で、ただでさえ危機的な政府財政はさらにひどい状況になっている。まったく無駄で不公平で、絶対にやってはいけない政策です。

6. コロナ禍の産業構造変化と経済成長

感染症が比較的短期に収束し、今後、感染症対策を考えなくてもいい場合には、上記の政策で十分です。しかし、グローバル化が進み、今後、いつ同様の感染症が起こるかわからない。そのため、長期的にはさらに進んだ政策をすべきです。ではどうすればよいか。

感染症の蔓延は需要構造の変化を強制するものです。安全安心に関わる需要が増え、宅配やネットビジネスなどの産業も一気に拡大します。実際、通販、食品スーパー、ゲーム機、デジタル化関連などが利益を伸ばしています。つまり、悪くなった産業もあるが、儲かっている産業もたくさんある。全体が悪くなったというよりは、産業構造が変化したのです。それが次の経済成長の源になる。

一方、航空、アパレルなどは大赤字です。しかし、たとえば航空は絶対必要で、維持するなら航空機内や空港施設での感染症対策が必要だし、それらをきちんとできる技術開発への需要も高まってくる。そうなれば、私的にも次世代のビジネスチャンスがいろいろと出てくるし、公的にも、ネット環境の整備、感染症への医療面の備え、外食産業や観光施設周辺の消毒や清潔な環境の確保など、いくらでもやる必要があります。

コロナ禍は、感染症対策関連産業における新たな需要創出でもある。カネを配ることではなく、新需要創出による新たな経済成長への好機であるという発想で、経済政策を考えるべきです。

第2章

最近の社会情勢と医療政策の課題

村上 正泰 (山形大学大学院医学系研究科医療政策学講座教授)

はじめに

「社会保障」(social security)はしばしば「社会が個々の人々の暮らしを保障する」という意味合いで捉えられるが、「国家安全保障」(national security)が「国家の安全を他国やテロリストなど外部の脅威から守る」ものであるのと同様に、社会保障にも、それによって「社会全体の安定性を守る」という側面がある。それでは、今日、社会の安定性を揺るがしている脅威は何かと言えば、社会における「分断」の深刻化と自然災害、感染症などの相次ぐ「危機」であり、これらによって社会の脆弱性が増大している状況への対応が求められるようになっている。本稿では、こうした時代状況の変化も踏まえながら、医療政策における課題を検討する。

深刻化する社会の分断と不安定性

分断の深刻化は、わが国のみならず、世界共通の社会状況となっているが、さまざまな分断線が幾重にも重なり合いながら、社会を蝕んでいる。その背景としては、1990年代以降のグローバリゼーションの下、自由な資本移動による飽くなき利潤追求と、国境を越えて多層的に形成される製造ネットワークを通じた生産の効率性向上が志向され、新自由主義的な政策が進められてきたことが挙げられる。その結果、労働の不安定化や経済的格差の拡大をもたらし、社会不安が広がることになった。

同時に、社会の「つながり」を軽視し、個別の損得勘定を優先する風潮も生み出されてきた。このため、社会の内部で対立が煽られ、深刻化してしまう。例えば、社会保障に関しても、家族による私的扶養の負担を社会化し、代替している側面を無視し、高齢者が「得」をし、若者が「損」をしていると「世代間格差」を殊更に強調した言説が後を絶たない。医療と経済の関係についても、

医療が国内需要を構成する重要な分野であり、地域において雇用を創出する重要な受け皿でもあることを無視し、医療費を単なる負担としてしか捉えない一面的な議論が以前から流布されてきた。コロナ禍においても、高齢者と若者、医療と経済を対立軸で語る議論が見られた。しかし、高齢者と若者にせよ、医療と経済にせよ、それぞれが別々に独立して存在しているのではなく、社会の中で複雑につながり合っているのである。分断化した社会では、そうしたつながりを無視した乱暴な政策が提案され、分断をますます加速し、社会が不安定化するという悪循環に陥る。

内部が不安定な社会は、外部からのショックにも脆弱である。それはコロナ禍でも浮き彫りになったと言える。分断によって社会の脆弱性が増している時代であればこそ、岸田首相の掲げる「新自由主義からの転換」は時宜にかなった方針であり、そのためには社会保障の重要性は必然的に高まる。しかし、同時に、社会保障は人々の支え合いを制度化したものであり、それが機能するためには基盤として人々の間の連帯感がなければならない。自らの損得勘定を超えて負担を分かち合い、社会全体で支え合っていく連帯感を強化していくことが不可欠なのである。それは国民の意識にも深く関わるため、分断化した社会ならではの困難にも直面するが、格差を助長するのではなく、さまざまな分断の隙間を埋め合わせていく丁寧な姿勢が政策全般に求められる。

多様な働き方と社会保障制度

こうした観点から医療保険制度を見ると、保険料負担の格差が生じており、勤務先や雇用形態の違いに中立的になっていないことを問題点として指摘することができる。

非正規雇用者について、段階的な社会保険の適用拡大

第2章：最近の社会情勢と医療政策の課題

が進められており、そのこと自体は高く評価できるが、それでもなお対象となる要件によって格差が依然として残っている。また、被用者保険においては、勤務先の健康保険によって保険料率は異なっており、給与水準の高い企業で保険料率が低くなっている場合も少なくない。さらに、これまで段階的に引き上げられてはいるものの、被用者保険においては標準報酬月額、国民健康保険においては保険料賦課限度額の上限が定められている。このため、保険料負担における逆進性がかねて指摘されてきており、その是正は引き続き重要な課題である。

しかも、これから働き方がますます多様化すると見込まれる。副業・兼業も推進されている。現状でも複数の事業所で加入要件を満たす場合には手続きが必要ではあるが、副業・兼業の収入は多くの場合、保険料が賦課されていない。このため、合計した収入額に対して保険料負担が相対的に軽くなっている。また、健康保険に加入している主たる勤務先の勤務時間を減らして副業・兼業を行う場合、仮に主たる勤務先の給与が減少すると、副業・兼業分に保険料が賦課されなければ、保険料財源の減少につながり得る。したがって、副業・兼業による収入も保険料を賦課する対象に含めることは検討に値すると考えられる。なお、保険財政への影響は、非正規雇用の社会保険適用拡大や高齢者の就業促進についても、それぞれの医療保険の加入者像の変化に伴って生じる可能性がある。

いずれにしても、今後、働き方が多様化する中で、制度上の損得が生じないようにすべきである。前回の医療政策会議報告書では、被用者保険の（都道府県単位への）一元化を提言しているが、健康保険組合間の保険料負担の格差を是正するのみならず、副業・兼業の収入をめぐる問題に対応する上でも、被用者保険の一元化は望ましいと言える。私は個人的には国民健康保険なども含めて制度全体で一本化するのが理想だと考えているが、現実にはハードルが高い。それゆえ、少なくとも被用者保険の一元化は進めるべきだと考える。

保険給付範囲見直し論の問題点

医療保険制度については、患者負担の引き上げが議論になることが多い。これまでの累次の医療改革の中でも、医療費抑制を目的として患者負担の引き上げが繰り返されてきた。しかし、患者負担の引き上げの背景には「受益者負担」の考え方があり、見方によっては患者の「自

己責任」を強化することを意味する（それゆえ、新自由主義と親和的である）が、医療にこうした発想を持ち込むことは本来的に適切ではなく、必要な受診を阻害しかねない患者負担の引き上げは望ましくない。にもかかわらず、最近でも患者負担の引き上げが再び議論されるようになっている。とりわけ、OTC類似薬の保険適用除外や薬剤の種類に応じた患者負担割合の設定など、保険給付範囲を見直すべきとの提案がしばしばなされている。

保険給付範囲については、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険の基本的理念に照らして考える必要がある。「必要かつ適切な医療」を給付範囲から除外するような見直しは決して認めるべきではない。「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」で対応すべきとの意見もあるが、公的保険として適切ではない。

何をもって軽症、重症と線引きするのかをア priori に決めることは難しく、軽症なのか重症なのかも診療の結果として決まるものである。たとえば当初は軽症であっても、適切な診療がなされなかった結果、重症化する危険性もある。個別事例における必要性・適切性に関する判断と制度上の給付範囲の問題は、峻別して考える必要がある。

諸外国での仕組みを参考にした提案もなされているが、すでにわが国の3割負担は国際的に見て患者負担割合として高い水準に位置しており、保険給付範囲を縮小することは、より一層の患者負担増、ひいては必要な受診の抑制を引き起こすことになりかねない。公的医療保険の負担割合が比較的高いフランスでは、補足的医療保険が整備されており、低所得者は拠出義務を負うことなく、補足的医療保険に加入できる仕組みになっており、わが国の民間保険とも位置付けが大きく異なっている。それぞれの国によって患者負担の基本的な構造や水準は異なっており、その中の一部だけを見て、そのまま導入しようとするのは適切ではない。負担を給付から患者負担に移し替えるだけの単なるコスト・シフトは、本来的な意味での効率化とは何の関係もなく、政策手段としても不適切である（保険給付範囲見直し論の問題点については、拙稿「薬剤を中心とした保険給付範囲見直し論」日医総研リサーチレポート No.111、2021年9月10日を参照のこと）。

今回のコロナ禍を通じて、多くの国民は医療へのアクセスの重要性を痛感した。財政上の理由から保険給付範

第2章：最近の社会情勢と医療政策の課題

囲を縮小していけば、たとえすべての国民が公的医療保険に加入しているとしても、国民の必要とする医療サービスをきちんと給付できなくなる。その結果、低所得者層の貧困化も社会問題となる中、所得などによって、必要な医療を利用できる患者と利用できない患者の間での分断を生み出してしまう危険性がある。国民皆保険は医療保障だけの問題ではない。格差拡大によって社会の分断が進めば、社会の安定性も維持できなくなる。国民生活を支える基盤として、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険の理念を今後とも堅持していくことが求められる。

相次ぐ危機と医療体制に求められる 余裕と柔軟性

社会の分断と並んで現代日本社会が直面しているのは、自然災害や感染症などの危機が日常化しているという事態である。よく知られているように、フランク・ナイトは確率によって予測可能な「リスク」と区別して、確率分布で測定できない事象を「不確実性」と呼んだ。危機とはまさに不確実性の中で発生する予測不可能な事態だが、今やそうした国家の「非常事態」＝「例外状態」（カール・シュミット）が「例外」としてあるのではなく、例外が（「偏在」ではなく）「遍在」する時代になっている。社会保障制度は基本的に日常的なリスクに備えたものであり、その中で医療体制も平時のニーズに対応するのを前提に組み立てられているが、医療本来の問題である感染症だけではなく、自然災害にせよ、さらには最近では「台湾有事」などへの懸念が高まっているように、安全保障上の危機が発生した場合においても、医療は人命を救う上で必然的に多くの危機に深く関わることになる。危機が日常と隣り合わせになっている今日、医療には安全保障・危機管理の観点からの体制整備が不可欠である。

当然のことながら、資源の制約がある以上、野放図にゆとりを持たせることは不可能ではあるが、効率性やコスト削減という観点だけで医療現場を切り詰めていると、外部からのショックに脆弱になり、必要な時に機能できなくなる。有事にも対応できるようにするためには、平時からある程度は余裕を持たせた医療体制整備が必要なのである。そのために必要な財源は適切に確保されなければならない。

他方で、どこまで事前にゆとりを持たせたら良いのか

の判断は難しい。例えば、感染症病床は1994年の約1万床から1,900床弱まで減少していたが、それでも病床利用率は3～4%程度しかなく、コロナ禍を経験する前としては、かなりの余裕があったと見ることもできなくはない。危機を想定した準備が不可欠なのは言を俟たず、一定の対処に有効だが、想定には限界がつきもので、想定を超えた事態が生じるからこそその危機なのである。

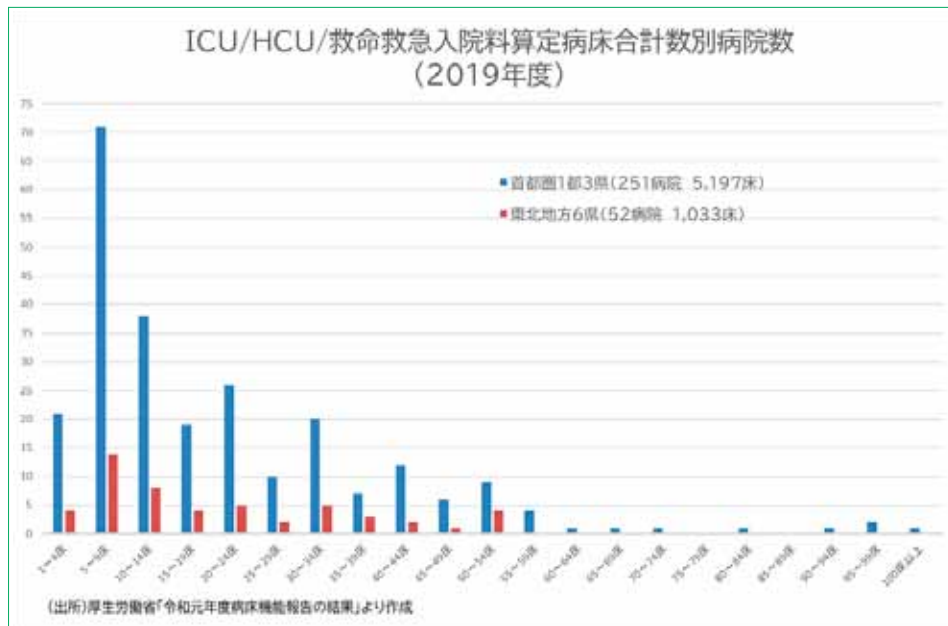
したがって、危機への備えやゆとりが必要だとしても、それには限界がある以上、疾患の特性や事態の変化に応じた臨機応変な対応も重要になってくる。その場合、平時にできないことを有事にできるはずがなく、平時からの柔軟性や機動性が不可欠なのである。

例えば、この数年間、地域医療構想を通じて、医療ニーズに応じた病床数や病床機能の見直しが協議され、それと表裏一体の課題として「地域包括ケアシステム」の構築も目指されてきたが、これらは病床削減や医療費抑制が本来の目的なのではなく、地域ごとに有効に機能する医療機関の役割分担と連携の体制を構築するためのものである。

感染症であることや疾患の特性はあるものの、新型コロナウイルス感染症の対応において求められた医療機関の役割分担・連携の構図は、これまで議論されてきた医療提供体制の姿とある意味で相似形だと言える。無症状や軽症の場合、自宅・宿泊療養で済むことも多いが、それらの患者の対応においては、病状急変などのリスクへの備えを含め、地域の中でかかりつけ医機能を担っている医療機関の協力が重要となる。また、退院基準を満たした患者については、後方病院が転院を受け入れることにより、新型コロナウイルス感染症の治療に当たる病院は病床を空けることが可能となる。すなわち、手持ちの限られたキャパシティの中で、医療資源を有効活用すべく振り分け、フェーズに応じた調整を柔軟に行いながら、対応する必要がある。平時から「地域完結型医療」が謳われてきたが、有事においても、地域の中で役割分担に応じながら、それぞれの医療機関が「面として」対応することが求められるのである。

このように考えてくると、危機に備えた余裕や柔軟性を確保するためにも、それぞれの地域において役割分担・連携のあるべき姿を検討し、有効に機能する体制を構築しなければならないと言える。例えば、コロナ禍では重症患者の対応体制が最大のネックとなったが、わが国では診療密度の高い急性期病床が小規模に分散してい

第2章：最近の社会情勢と医療政策の課題



図表 1

るため、機能が中途半端になりがちで、限られたスタッフの配置も手薄になり、現場は過重労働に苦しんでいる。平時から病院経営や勤務環境にゆとりがないのが急性期病院である。そこに余裕を持たせ、地域全体でしっかりと医療機能確保のためにこそ、病院の再編・統合や急性期病院の集約化が必要な地域や病院も少なくない。

医療提供体制改革の方向性について

今後の医療提供体制改革においては、高度で専門的な診療密度の高い医療は地域の基幹病院などで集約化を図る必要がある。実際、こうした患者は広く薄く分布している一方、医療が高度化する中で、高い診療機能を発揮するためには一定以上の症例数の確保が必要になるからだ。すなわち、専門性が高く、高額な医療機器や多くのスタッフを必要とするような技術集積性の高い医療は、機能を分散させているよりも、集約化を図ることが医療の質の観点からも重要になるのである。

ところが、例えば、集中治療室（ICU）、ハイケアユニット（HCU）、救命救急入院料算定病床について、首都圏1都3県、東北地方6県で病院別の病床数の分布を見ると、図表1のようになっている。

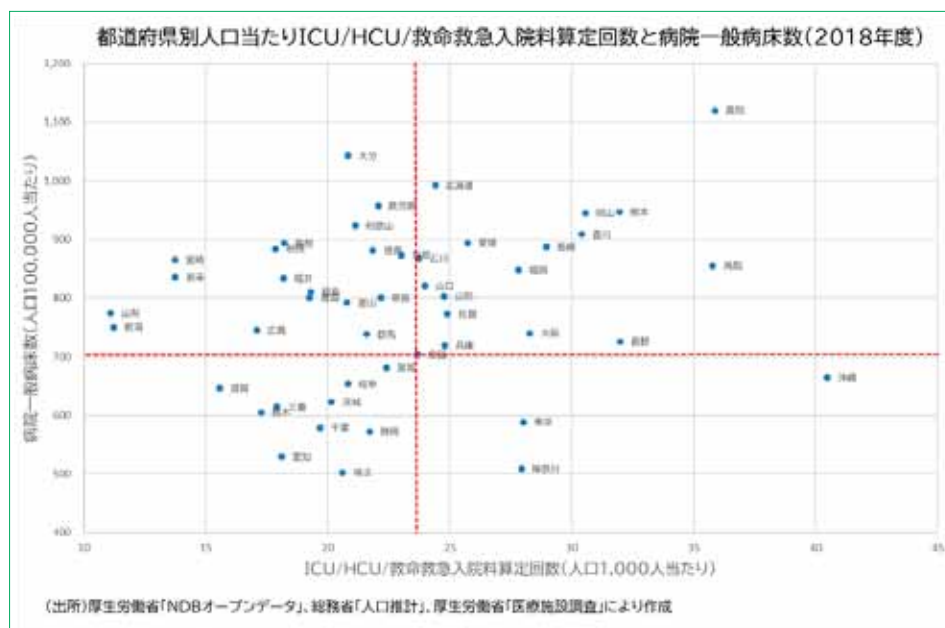
首都圏ではこれらの病床数が非常に多い病院もいくつ

が存在しているものの、首都圏でも東北地方でも、3分の1強の病院が1桁しかない。機能が少しずつ分散している体制では、病院ごとに見た場合、1病院当たりの重症患者への対応能力が限定的になってしまうのである。しかも、専門の医師や看護師がそれぞれの病院に分散して配置されるため、確保できる人材の数も限られ、人手不足が現場に重く押し掛かる。こうした平時からの問題点がコロナ禍でも表面化した。また、都道府県別に人口当たりでICU、HCU、救命救急入院料算定回数を見ると、最大と最小で約3.64倍の差がある。病床数全体で見ても地域差が存在するため、人口当たりの病院一般病床数との関係を見ると、図表2の通り、全国平均よりも病院一般病床数は多いながらも、ICU、HCU、救命救急入院料算定回数が全国平均を大きく下回っている地域もある。

地域医療構想では、高度急性期、急性期、回復期は医療資源投入量に基づいて必要病床数の推計が行われているため、現場における機能の実態との間に乖離が存在する。また、それ以外については現状追認となっており、従前からの医療提供体制改革のシミュレーションが前提としていたような医療資源の集中投入や平均在院日数短縮に関する議論は織り込まれていない。

しかし、医療提供体制改革は、単に病床数を削減したり、急性期から回復期に機能を転換するだけで済む問題

第2章：最近の社会情勢と医療政策の課題



図表 2

ではない。高度で専門的な診療密度の高い医療は医療資源を集中投入しなければならず、そのためには集約化も不可欠になる。急性期機能の集約化により、急性期医療に医療資源を手厚く投入することとセットで考えるべきだ。

他方で、日常的で頻度の高い医療ニーズに対応する診療圏は狭く、地域密着型医療機関が担う必要がある。特に超高齢社会における疾病構造の変化を考えると、慢性疾患を抱えて療養生活を継続する高齢者などが症状の悪化や変化を繰り返しながら、最期の看取りへと至る生活を支える診療機能に対するニーズが増大する。それらはある程度身近な地域で確保することが重要である。

そうした患者までもが大規模急性期病院に集中すると、そこでしかできない専門的な治療に集中できなくなる。他方で、大規模急性期病院はその性格上、臓器別の専門に細分化した医療には高い機能を発揮できるが、虚弱高齢者の複合的で全人的な医療ニーズに適合しているとは言い難い面もある。地域密着型医療機関でも、患者数を踏まえた病床規模の適正化や機能の見直し、他の医療機関との経営統合の検討が必要になる場合もあるが、地域密着型中小病院の存在が今後の超高齢社会において重要な鍵となる。

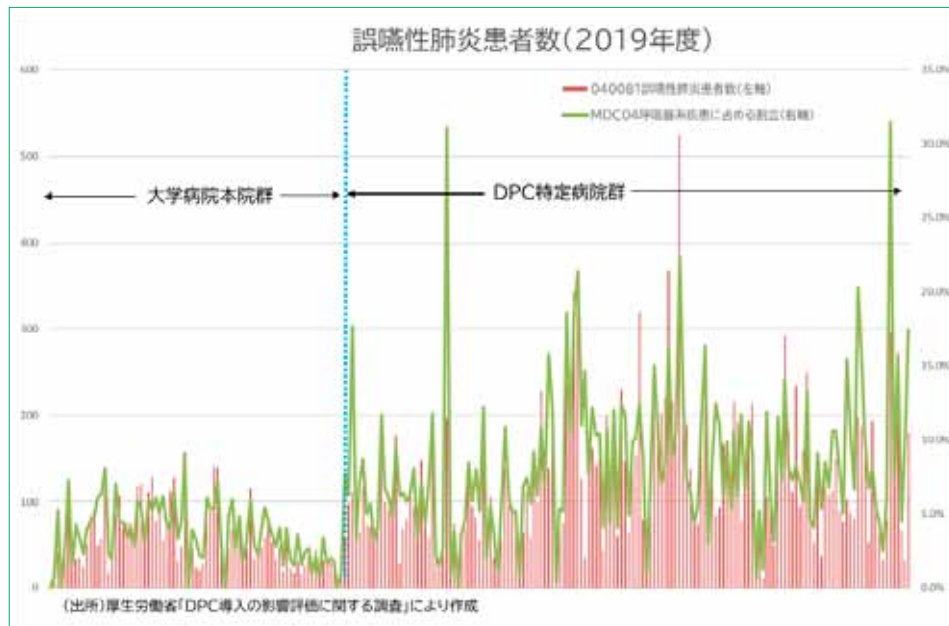
図表 3 は、厚生労働省の DPC 調査により、大学病院

本院群と DPC 特定病院群で、誤嚥性肺炎の入院患者数と呼吸器系疾患に占める割合を見たものである。大学病院本院群では、誤嚥性肺炎患者は相対的に少ないものの、それでもほとんど誤嚥性肺炎の患者がいない大学病院から、呼吸器系疾患入院患者の 1 割近くを誤嚥性肺炎が占めている大学病院もある。そして、大学病院本院に準じた診療密度や一定の機能を有しているとされる DPC 特定病院の中には、誤嚥性肺炎患者がかなり多くを占めている病院があることが分かる。

もちろん、これらの病院であっても、誤嚥性肺炎の患者を入院させてはいけないということはなく、地域の実情や患者の状態等によっては受け入れなければならない場合もあり得る。とは言え、誤嚥性肺炎の患者が専門性の高い大規模急性期病院に集中することが地域の役割分担の状況として適切と言えるのかは考える必要があるだろう。これからは、高齢化に伴って、誤嚥性肺炎の高齢患者の増加も見込まれている。むしろ、地域密着型病院がこうした患者に対応していけるような役割分担と連携の強化が望まれる。

地域医療構想では、病棟単位の機能の選択が前面に出ており、病院単位での役割分担という視点が必ずしも明確ではないが、集約すべき機能と、ある程度は分散して確保すべき機能のバランスが医療提供体制においては重

第2章：最近の社会情勢と医療政策の課題



図表 3

要となってくる。今後の疾病構造の変化を考えると、軽度な急性期患者にどこで対応するのかという点が大きなポイントになるが、その点も含めて、集約すべき機能と分散すべき機能の線引きも一律的ではなく、地域の実情に応じながら、そのバランスを構築する必要がある。

また、決して忘れてならないのは、コロナ禍が終わった後も、日本社会は少子高齢化・人口減少という中長期的な人口動態から逃れられない点だ。医療ニーズの変化に対応した医療提供体制の見直しという要請自体はコロナ禍を経ても本質的に変わることはない。むしろ、2040年を展望すると、人口動態の局面は高齢者の急増から人口減少の加速へと変化するため、医療提供体制改革の必要性はますます高まる。コロナ禍の教訓も踏まえながら、地域ごとに有効に機能する医療機関の役割分担と連携の体制を構築していく必要がある。

おわりに

何事においても、時代の移り変わりに応じて変化していくことは不可欠であり、医療政策も例外ではない。し

かし、新しい時代を展望する時ほど、変化する側面、変化しなければならない側面と変化しない側面、変化させてはならない側面を見極める冷静さが不可欠である。とりわけ、「守成は創業より難し」とも言われるように、守るべきものを守り、受け継いでいくことの方が遥かに難しい場合も少なくない。医療政策において堅持すべきものの筆頭は、国民皆保険であろう。本稿でも強調したように、社会の不安定性が増している今日だからこそ、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険の基本的理念を揺るがせてはならない。

同時に、医療システム全体を守るためにこそ、変わらなければならない点も多い。本稿では、有事にも対応できる余裕と柔軟性を平時から確保するためにも、高度で専門的な診療密度の高い医療の集約化を中心として、医療提供体制改革の必要性について論じた。これまで議論されてきた大きな方向性を踏襲しながらも、コロナ禍の教訓を踏まえ、さらには欠落していた視点を補った上で、より現実的な形で軌道修正を加えることにより、医療提供体制改革を加速していくことが求められる。

第3章

日本の医療政策、そのベクトルを
パンデミックの渦中に考える

権丈 善一（慶應義塾大学商学部教授）

医療政策におけるある種の法則

自然科学の世界とは違い、人が大きく関わる世の中での法則はなかなか成立しづらい。そうした中、医療の世界の1人当たり医療費はどういうメカニズムで決まっているのか、何が1人当たり医療費の水準を決めているかという研究は、長く世界で展開されており、広く共有されている結論がある。それは、1人当たり医療費は1人当たり所得がほぼ9割決めているということである。詳しくは「総医療費水準の国際比較と決定因子をめぐる論点と実証研究」『医療経済学の基礎理論と論点』（2006）にまとめている。

所得が大きく伸びるときには医療費も大きく伸び、所得の伸びが鈍化すると医療費の伸びも鈍化する。公的な医療保障制度をもつ国の中では、その年の医療費が高齢化水準の高いところに流れる、病床や医師が多いところに流れている事実は観察できる。だが、1国全体の医療費の水準は一体どのように決まっているのかというと、1人当たり所得が決めている。これはどうもそういうものであるようなのである。

医療制度は内生的

これをどのように解釈すればいいのか。その理由を問うて、1977年に、医療経済学者ニューハウスが書いた論文がある。

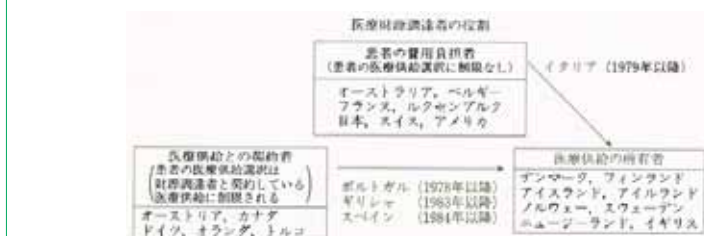
ニューハウスが、1977年に提示した仮説は、医療制度は内生的であるというものである。

図表1を参照してもらいたい。

たとえば、医療制度が変わる方向性として、イタリアでは、医療財源の調達者が、患者の費用負担者であった制度（つまりは日本のような公的医療保険者）から、公的財源調達者の役割が大きくなっていき、財源調達者は医療供給の所有者へと変化していった。また、ポルトガル、ギリシャ、スペインは、医療の財源調達者が、古くは、医療供給との契約者であったのが、ここも、医療供給の所有者へと変化していった。

図表2を見ると、外来部門における医療費支払方式においては、出来高払いが人頭払いに変わり、人頭払いが給与支払に変わるという変化もあった。これは、どの制度が良いか悪いかを論じているわけではなく、所得が大幅に鈍化していったとき、その所得の伸びと大きく乖離

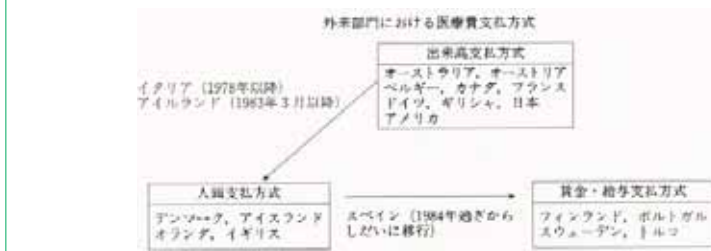
図表1 医療制度の変化の方向Ⅰ



出所：『医療年金問題の考え方——再分配政策の政治経済学Ⅲ』（2006）、88頁

図表1

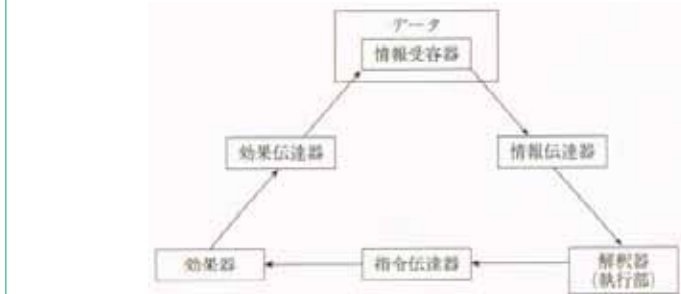
図表 2 医療制度の変化の方向性Ⅱ



出所：『医療年金問題の考え方——再分配政策の政治経済学Ⅲ』（2006）、89 頁

図表 2

図表 3 ホメオスタット機構（サーモスタットの例）



出所：『医療年金問題の考え方——再分配政策の政治経済学Ⅲ』（2006）、84 頁

図表 3

しないように、制度のほうが変わられていく動きがでくる。ニューハウスの医療制度は内生的であるという仮説は、そういう意味をもつ。

内生的医療制度と医療費

もう少し、制度が内生的であるということを考えてみよう。制度の内生性を理解するためには、ホメオスタット機構の代表例であるサーモスタット（温度を調整するための装置）の構造を概観するのがよいであろう。ホメオスタットとは、生命体が絶えず内外の諸変化にさらされながら、形態の状態や生理の状態を一定の安定した範囲内に保ち、個体としての生存を維持しようとする性質である。このようなホメオスタシス（恒常性）を乱すような＜変化＞を＜情報＞として受け取った場合に、その＜変化＞を打ち消すような指令を与える＜負のフィードバック＞を備えた体系がホメオスタット機構である。社会学者パーソンズは、社会がこのようなホメオスタシス

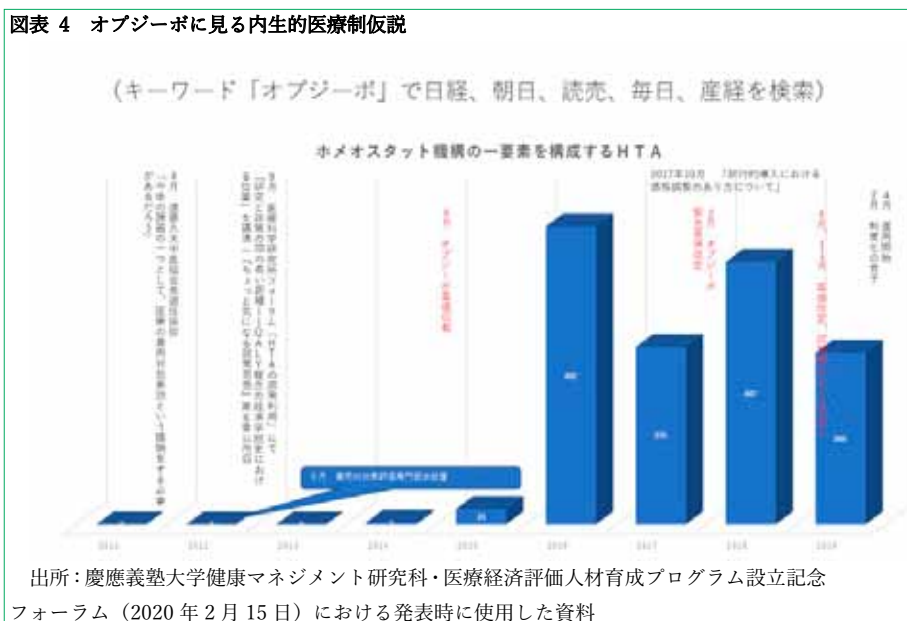
（恒常性）を備えているとして、彼の社会システム論を構築した。

サーモスタットの場合、データとは周りの空気である。たとえば室内温度を24度に設定した場合、周りの空気がそれを超えると、恒常性を保とうとするサーモスタット機構が起動し始める。

医療政策では、データのところに保険料率があると考えれば理解しやすい。所得の伸びよりも医療費の伸びが大きくなろうとすると保険料率が上がる圧力がかかることになる。そうすると、「情報伝達部」に位置するメディアなどいろいろなところが、財源調達者、費用負担者たちを支持する情報伝達を開始する。

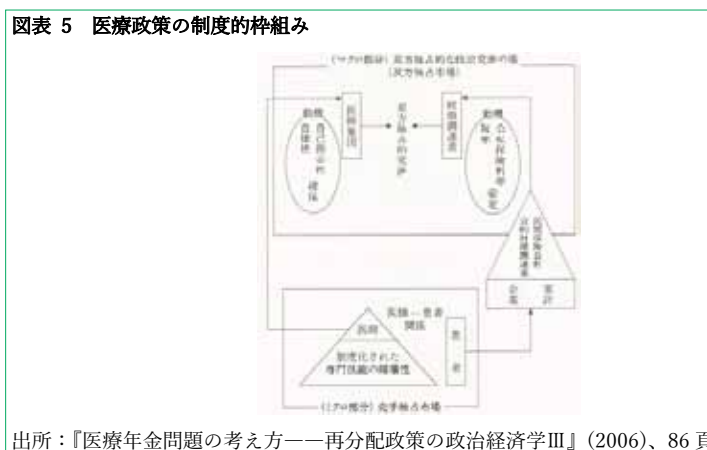
逆も成立して、所得がどんどん伸びているときには、医療費が伸びても保険料率の上昇はさほど必要ないために、医療費の伸びは世の中の関心事ではなくなってくる。そうしたホメオスタット機構の中で、医療制度は形成されていく（図表3）。

図表 4 オブジーボに見る内生的医療制仮説



図表 4

図表 5 医療政策の制度的枠組み



図表 5

オブジーボの問題もあったが、オブジーボで財政が破綻するという報道の勢いが増せば、オブジーボの価格を下げる政策を実現させる世論が形成され、解釈器（執行部）は、それを実現できるようになる（図表 4）。

そういう力学が働いていると考えると、高度経済成長期に作られていた諸々の医療政策、それは、法律が立案され成立に至る政策形成過程を含めて、なにがしかの変化が求められてきたことになるとも考えられる。図表 5

を見てもらいたい。

普通の財・サービスは、市場において取引がなされ、需給のバランスがとれて均衡が達成され、総額が決まる。ところが、医療の場合は、ミクロの市場では医師と患者の間で、情報の非対称性もあり、売手独占市場が形成されやすい（相手の支払い能力に応じて料金を変える善意の医師が存在し得たのも、価格操作を行うことができる独占市場ゆえ）。多くの国ではそうした市場を作らず、一

図表 6 診療報酬改定率と経済成長

- 診療報酬改定が、その改定率決定時における過去の経済動向を踏まえつつ、決まることを考えると、両者の関係に一定のタイムラグがあると考えられるため、前のページの診療報酬改定率と経済成長率の関係について、経済成長率を1年ずつ過去にずらして、相関係数をとる試みを行った。
- すると、タイムラグを4～5年とった場合に、約0.9という非常に高い相関係数が得られた。

診療報酬改定率と経済成長率の相関係数

タイムラグ	参照期間	相関係数
0年	改定率 (1986～2006)	0.513
	成長率 (1986～2006)	
1年	改定率 (1986～2006)	0.590
	成長率 (1985～2005)	
2年	改定率 (1986～2006)	0.602
	成長率 (1984～2004)	
3年	改定率 (1986～2006)	0.718
	成長率 (1983～2003)	
4年	改定率 (1986～2006)	0.885
	成長率 (1982～2002)	
5年	改定率 (1986～2006)	0.882
	成長率 (1981～2001)	
6年	改定率 (1986～2006)	0.758
	成長率 (1980～2000)	

出所：第3回医療費の将来見通しに関する検討会（2007年3月22日）資料4

図表 6

方で財源調達者が共同でグループを作り、もう一方で医療提供者側が共同でグループを作り、両者が拮抗して公の場で双方独占的交渉を行いながら、物事を決めていくという仕組みがつくれている。

結果的に、日本で言えば診療報酬改定率も、支払側の費用負担能力を代理する賃金やGDPの伸びがほぼ説明するような医療制度ができあがることになる。図表6にみるように、診療報酬改定率と経済成長率というふたつの変数は、単年度ではパラレルに動いていないが、時間を4～5年ほどずらしていくと、診療報酬改定率は、GDPの伸び率との間に高い相関が観察されることになる。

この傾向は国際的にみられる。そして、なぜタイムラグが生まれるのかについては、医療経済学者ゲッツェンは、次のように答えている。

「医療制度に関連する一連の意思決定は、政府、医療専門職者、使用者、国民の間でのある種の暗黙の長期契約（implicit long-term contract）である。国民医療費をどの程度にするべきかという計画は、現在の収入に関する期待にもとづいてなされる。そうした計画は、前年になされた意思決定——累積した黒字、赤字や賃金の変化率や生産費、技術など——を反映することになる。しかし、

実際の支出は予期せぬインフレーション、不景気、ストライキ、伝染病などのために、計画水準から乖離する。計画と実際の支出額のギャップが、状況の変化にどれだけ早く調整され得るかということは、組織のダイナミクス（organizational dynamics）（経営管理者層、官僚的硬直性の程度、予測能力）に依存する。個人の行動、組織、財政メカニズム、政府の政策などに慣性がつきものであり、そのために、意思決定がなされる時期と、そこで決定した意思が国民医療費に影響を与える時期との間にラグが生じる。経験的には、現行の医療費は、数年間にわたるGDP成長率の遅延関数（delayed function）となる¹」。

なお、ゲッツェンは、一国の医療費は、医療ニーズではなく富が決めるということを、印象深い表現で語っている——「仮にニーズが医療費総額を決めるのであれば、バングラディッシュの人びとは——彼らの多くはなんらかの病気にかかっている——、ボストンの人びとよりも医療を多く消費することになる。しかし、事実はそうではない。なぜならば、病気ではなく富が一国の医療水準を決めるのであり、それゆえ、不幸にも貧しいバングラディッシュの人びとは、医療を受けずに過ごさな

¹ Getzen (1995), T.E. "Macroeconomics and Health Care Spending," in J. M. Pogodzinski, ed, *Readings in Public Policy*, Oxford: Blackwell, 35-36.

第3章：日本の医療政策、そのベクトルをパンデミックの渦中に考える

なければならないからである²⁾。

政策形成過程までもが内生的に変化

他の先進諸国へのキャッチアップを目指す中で、後発性の有利 (latecomer's advantage) を使い終え、所得の伸びが他の国とさほど変わらないような状況に落ち着いていって、医療保険の保険料率の上昇圧力が高まってくると、医療費をコントロールしようとするベクトルのスカラーが強くなっていく。そうした力学が働く中で、医療をあまり知らない人々による、皆保険による保障機能の弱体化をはじめとした公的に提供される医療の質を犠牲にする提案が力を持つことがないように、いかにして医療の質が高くなる方向へ変化の方向を持ち込んでいくかというベクトルを働かせていく——それが医療を知る者たちの医療政策における問題意識であったと思える。

結果的には、医療費は、GDP、所得が大まかには決めていくわけだが、所得の変動に医療費の動きを従属させようとする力学が働く中で、医療の質を維持・高めていくためにはどうすべきかを意識してまとめられたのが、2013年の「社会保障制度改革国民会議」の報告書であった。その報告書には、「皆保険の維持、我々国民がこれまで享受してきた日本の皆保険制度の良さを変えずに守り通すためには、医療そのものが変わらなければならないのである」という文章があった。

そこでは、「効率」という言葉は、費用抑制の意味ではなく、「高齢化の進展により更に変化する医療ニーズと医療提供体制のミスマッチを解消することができれば、同じ負担の水準であっても、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できることになる」というように使われていた。

所得の伸びが鈍化し、医療費だけが単独で伸びていく状況下では、費用負担者たちの政治力が強くなっていく。その時に、どうすればいいのか。今は、かつて経済が順調に伸びていた成長期とは、医療政策の展開、医療団体の運営は、難易度が違う。

いかんとも動かしがたい力学は、所得に連動して医療制度は動くという、医療制度は内生的であるという事実である。そのなかに財源調達者の集団と医療提供側の集団があり、双方が交渉していくわけだが、時代時代においては、所得の伸びの度合いが力のバランスを決めてい

くことになる。

議論が求められる課題までもが変化してきている

医療政策の議論のスタート地点として、医療制度は内生的であるという点の理解は不可欠であろう。医療を取り巻く環境は、所得が大いに伸びていた時代のものと、今は全く異なっている。特に、1960年代当時の政策形成の過程において医療提供者側が意識しなければならなかった交渉の相手も今は変わってしまった。今日、誰もが、かつての厚生省、現厚生労働省のみを相手とすればすむとは考えていないであろう。そして議論されている中身もかつてとは次元の異なる世界に入っている。

たとえば、「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」の第1次中間とりまとめには、次の文言があった。

2016年6月3日

将来的に、仮に医師の偏在等が続く場合には、十分ある診療科の診療所の開設については、保険医の配置・定数の設定や、自由開業・自由標榜の見直しを含めて検討する。

この検討会で、委員である私は次の発言をしている。

2022年1月12日（第8回医療従事者の需給に関する検討会・第40回医師需給分科会合同会議）

政策の技術的な話をしますと、偏在問題というのは自由開業とか自由標榜、フリーアクセスというような条件を設定すれば確実に起こります。偏在を問題だというのであれば、起こる原因を議論せざるを得ません。それを議論することがいいことか悪いことかというのは抜きにして、偏在は問題である、診療科偏在あるいは地域偏在が問題であるというのであれば、技術的にその原因を議論せざるを得ないということになります。

この発言に対して、日本医師会からは次の発言がなされる。

権丈先生が指摘されましたけれども、職業選択の自由、あるいは医師に関して言えば診療科、あるいはどこで医療を行うかということの自由を担保するという大前提の下でこれまでずっとやってき

²⁾ Getzen (1995), p.36.

第3章：日本の医療政策、そのベクトルをパンデミックの渦中を考える

たわけだけれども、それを今後、その自由裁量に任せていくことで果たして国民全体により医療が提供できるのだろうかということは、医師会はそのことについては非常に反対意見が多いわけですが、どうしても現実を直視すると、そういうところをどうやって国民の理解を得るために、医療従事者、特に医師がそのことをどういうふうに自覚できるかということに今後非常に関わってくるのだらうと強く感じます。

2016年の第1次中間とりまとめで示された課題の検討を経て、第2次中間とりまとめでは、次になる。

2017年12月21日

次の①から③までの対策については、今回の取りまとめの内容を、より進めたものとすべきか否かについて、更なる議論が必要である。

- ①専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定
- ②認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価
- ③無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入

そして、今年の第5次中間とりまとめには、それまでの議論が引き継がれていった。

2022年1月12日

第2次中間とりまとめにおいて将来に向けた課題として整理した、①専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定、②医師少数区域経験認定医師を管理者の要件とする医療機関の拡大、③無床診療所の開設に対する新たな制度上の枠組みの導入等については、これまでの取組みの効果をみるとともに、これらが及ぼす様々な影響等を考慮したうえで、改めて検討されることを期待する。

プライマリ・ケアや総合診療医についても、第2次中間とりまとめでは、一歩踏み込んだ議論がなされる時代になっている。

2016年6月3日

プライマリ・ケア等の地域医療を支える医学教育を充実するとともに、医師の少ない地域に勤務を行う医師に対する事前・派遣期間中のプライマ

リ・ケアの研修・指導体制を確保する。

…

医師個人に対するインセンティブのみならず、医師派遣要請に応じて医師を送り出す医療機関、認定医師によって質の高いプライマリ・ケア等が提供される医療機関等、認定制度の実効性を高める医療機関について、税制、補助金、診療報酬上の評価等の対応について検討し、必要な経済的インセンティブが得られる仕組みを構築すべきである。

そして、第6次中間とりまとめでは、次のようにまとめられている。

2022年1月12日

診療科偏在の背景には、医師の専門分化が進んだことが一因として考えられる。疾患の治療に高い専門性が求められる領域への対応は今後も必要である一方、今後、偏在対策を進める上では、限られた医療資源において、幅広い地域のニーズに対応できる総合的な診療能力を有する医師を育成することが重要である。

このあたりの医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会の認識は、医療政策会議の前期平成30・令和元年度報告書の「序章 医療政策会議における共通基本認識」にある次の見解に近い。

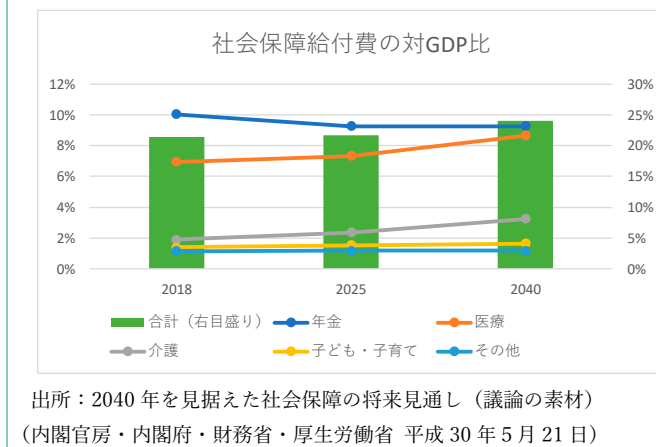
日本のプライマリ・ケアにおいて、日本の提供体制の土台を支える最も重要な役割を担うかかりつけ医と、学問的な見地からの評価による総合診療医は、車の両輪として連携を保ちながら医療を提供していることを広く国民に理解してもらえるように努めていくべきである。

今回のコロナ禍を経験して、経済同友会や財政制度等審議会が、かかりつけ医の制度化を提案するようになったのは印象的であった。

医療を頻繁に利用する小児を持つ親、高齢者は、いわゆる「かかりつけ医」が誰かと問われれば、即座に答えることができるであろう。

今回の新型コロナウイルスは、日常生活の中でさほど医療を意識しないで過ごしていた人たちに、自分の健康面での問題を自分で解決しなければならない負荷を与

図表 7 2040 年を見据えた社会保障の将来見通し



図表 7

えたようである。そして、自宅療養者への健康観察、在宅医療等への対応やワクチン接種などをめぐって、日頃健康な人もかかりつけ医を持つことの重要性、さらには、地域におけるかかりつけ医機能が有効に発揮されることの意義などが強く認識された。

そこで求められた医療——このニーズが、かかりつけ医の制度化という表現になっていったと考えられる。だが、ここで求められているケアというのは、主に小児や高齢者を対象として今も機能している「かかりつけ医機能」と同じではなく、重なる部分が多いとはいえ、いわゆるプライマリ・ケアというものなのではないだろうか。もちろん、日医・四病院団体協議会が提案した「かかりつけ医機能」をもつ医師であれば、新型コロナウイルスの蔓延下でも十分に対応できるのではあるが、そうした医師を、身近に意識して生活していない人たちが圧倒的に多いのも現状である。

このあたりの用語、議論を整理しておかなければ、自分をかかりつけ医とみなしている子どもや高齢者には、しっかりと対応していることを確信している多くの医師たちと、求めているのは、いつか必ず必要となる医療のために健康な時からつながりを持つことができる医師であるという、かかりつけ医の制度的普及を求める人たちの間での隙間は埋まらないままにいくことになるのではないだろうか。

2013 年の国民会議の報告書には、次のような記述もあり、医療を利用する人たちと共に、今一度思い出してお

きたい。

- 自らの健康状態をよく把握した身近な医師に日頃から相談・受診しやすい体制を構築していく必要がある。
- 医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましいことを理解してもらわなければならない、患者の意識改革も重要となる。

今後とも追加的な財源が必要となる医療と介護

「我々国民がこれまで享受してきた日本の皆保険制度の良さを変えずに守り通すためには、医療そのものが変わらなければならない」（前掲「国民会議報告書」）ことは、地域医療構想、地域包括ケアという車の両輪のさらなる推進、この両輪の牽引を託され、医療法に「地域医療構想の達成及び地域包括ケアシステムの構築に資する役割を積極的に果たすよう努めなければならない」とされている地域医療連携推進法人の普及、そして医師偏在問題の緩和をはじめ、いくつかあるように思える。所得の伸びが鈍化し、財政制約が強まる中、「高齢化の進展により更に変化する医療ニーズと医療提供体制のミスマッチを解消することができれば、同じ負担の水準であっても、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できる」（同上）方法があることを、医療提供者グループは費用負担者グループに示し続け、率先して行っ

第3章：日本の医療政策、そのベクトルをパンデミックの渦中に考える

ていく必要があるのだろう。そうして国民全般との信頼関係を築いていきながら、新たな財源調達の道を論じていく必要がある。2018年に出された「2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）」（図表7）が示すように、GDP比でみれば公的年金の給付費は今後低下していくのに対して、公的医療・介護給付費の対GDP比は増える。医療・介護の財源はやはりどうしても追加的に必要となってくる。

医療制度は内生的であろうとする力学に抗うかのような追加財源の調達は、この国ではどれほど難しいことであっても、実現していかなければならない課題である。医療・介護の関係者たちと共に今の時代に見合う世の中への財源調達の説得のあり方、できれば支払い側に少しでも納得してもらえる方法を考えていく——今はそれが医療・介護をとりまく政策のなかで最もと言って良いくらいに大切なテーマであるように思える。

終章

おわりに

長瀬 清（北海道医師会顧問）

今期（令和2、3年度）の日本医師会医療政策会議は、令和2年11月13日の第1回会議に始まり、全5回の予定が組まれました。

会議は、コロナ禍により、Webと対面のハイブリッド形式で行うことになりました。

令和元年末に、中国湖北省武漢市に発した新型コロナウイルス感染症は韓国、日本、東南アジア、欧州、米国等全世界に急速に蔓延。未知の感染で、行政も、医療関係者も、対応に暗中模索の状況でした。その混乱の最中に新たに日本医師会（日医）会長に選出された中川俊男会長は、本会議が日医にとって最重要会議として継続設置としました。会議の冒頭に、進行役として議長には慶應義塾大学商学部の権丈善一教授、副議長に小職が中川日医会長から指名されました。

次いで、会長より議長に対して諮問書が手渡されました。

諮問は「新しい時代に社会保障と経済はどう変わるのか」で、新型コロナウイルス蔓延というパンデミックのなか、次の新たな時代を迎え、対応を迫られている私たちにとって、まさに時宜を得たテーマでした。

医療政策会議の委員は、政治、経済専門の学者3名、都道府県医師会長13名の計16名で構成されました。

新型コロナウイルス感染症が発生してから、マスク着用、手指の消毒、他者との密な接触を避ける等の自己防御に加え、日本では緊急事態宣言や蔓延防止等重点措置、海外ではロックダウン等の感染症対策が行われました。感染症対策と経済活動とは裏腹の関係にあり、強力な感染症対策を実行すると、経済への抑制が強く表れるため、経済活動を考慮しすぎた結果、感染が拡大するという状況が世界中に見られました。この間にワクチンの製造と接種、治療薬の開発、使用が進み、第五波の沈静化がみられ、経済活動も立ち直りの兆しが見えてきました。こ

の時期にまた新たな変異株オミクロンが発生し、また、長い年末年始の休みによる活発な人の往来、会合の機会の増加で全世界に拡大しています。100年前にスペイン風邪が今回と同様の様相を示し、その後に世界大恐慌と世界大戦が勃発しました。歴史の繰り返しが心配されます。今回の日医の医療政策会議のテーマは重要です。これからの20年先の日本は確実に顕著な少子高齢社会となり、今回の諮問について有効な対応が求められます。社会保障制度の充実と、経済の活性化です。現在、平均寿命が男女とも90歳前後で、100歳を超える人も多い。また高齢者の資産所有は高く、一方、資産活用度が低いと言われます。高齢者の活力に期待したい。今回の会議に先立って、政治では総理が菅氏より岸田氏へとバトンタッチされました。新首相は政治の目指す方向を新資本主義から新自由主義社会へと転換するとしました。

2040年に向けて急速な人口減少の進む地域の社会保障のあり方とそれを支える経済がどうあるべきか問題です。

新型コロナウイルス感染症が三波、四波、五波、そして第六波と畳みかけるように押し寄せる中、医療界が一致団結してこの難局を凌ぎ、国を挙げての懸命な経済活動と、マスクの着用、ソーシャルディスタンス遵守等の自己防御でこれらの波に耐えています。新型コロナウイルス感染症の収束の目途が立っていませんが、勝ち抜くためにマスクの着用、ソーシャルディスタンスの遵守、大人数の会合は避けるなどの自己防御の基本を守り、加えてワクチンの開発・接種や治療薬の早期開発への努力が進められています。

その間にも新型コロナウイルスは、変異を繰り返し、しぶとく生き延びています。日医は地域医療計画の5疾病5事業に新興感染症を加えることを主張し、新たに6事業とさせた素早い対応は評価されます。コロナ禍に負

けずに頑張りましょう。

三委員の執筆要旨

I 小野善康 大阪大学社会経済研究所特任教授 「資本主義経済の変化とコロナ禍での需要創出」

成熟社会にある日本経済は長期の需要不足に直面しており、それを活性化させるには実需を作ることが大切である。そのためには労働者の総生産活動を上げて雇用を維持することが最優先である。その実現のために望ましい政策は、非常に難しいが消費を喚起すること、また、政府が民間の生産活動とは別の分野で積極的に労働力の使い道を考えることである。

新型コロナウイルス感染症対策として経済の上からは、感染症対策が唯一の景気対策である。

II 村上正泰 山形大学大学院医学系研究科医療政策学 講座教授 「最近の社会情勢と医療政策の課題」

社会全体の安定性を守る安全保障が危機に瀕している。その大きな基は世の中に多く見られる「分断」現象である。

バイデン政権下の米国でも同様の状況にある。トランプ前大統領の扇動による、共和党支持者による連邦議会への突入にみられる明らかな社会の分断現象である。分断の深刻さは我が国のみにあらず、世界共通の社会状況

となっている。

高齢者と若者の世代間格差、医療と経済の関係でみられる。現在進められている働き方改革の結果によっては、大きな問題になる。

III 権丈善一 慶應義塾大学商学部教授

「日本の医療政策、そのベクトルをパンデミックの渦中に考える」

1人当たり医療費は一人当たり所得が約9割決めている。所得が大きく伸びるときは、医療費も大きく伸びる。

公的な医療保険制度を持つ国では、高齢化水準が高いところに医療費が流れ、また、病床、医師の多いところは医療費が増加する。

医療制度は内生的（1977 ニューハウスの論文）であり、所得が変わったとき、医療制度もそれに合わせて変えられる。支払側と医療提供側の対応で、数年の時間差（4、5年）で診療報酬改定率と経済成長率がほぼ一定する。

最後に、今回のコロナ禍の経験から、今後の医療について

- ・優れた日本の皆保険制度を守る。
- ・プライマリケア医と総合臨床医の育成を。
- ・身近なかかりつけ医が必要。
- ・これらの国民への広報が重要。