

講演

# 政治経済学者から見る 日本の医療政策

日時：2022年12月20日11:00~12:00  
場所：日本医師会館 小講堂



権丈 善一（慶應義塾大学商学部教授）

## 政治経済学者の観点とは

お久しぶりです。

私は14年間、医療政策会議をやっていたようです。先ほど「今回断らないで、あと1期、医療政策会議の委員をやっていたら15年表彰か何かあったのかな」と聞いたから、15年表彰は以前はあったそうですが、今はないということでした。なるほど（笑）。

先ほど会長からご紹介いただき、政治経済学者と正しく呼んでいただき、ありがとうございます。私は経済学者あるいは普通の経済学者ではないみたいで、経済学は、アダム・スミスが始めた頃は、political economy、政治経済学だったのですが、それが19世紀末から20世紀のはじめに経済学になっていきました。それを再び政治経済学に戻さなければいけないと長く思っていました。そうした観点でずっと世の中を眺めてきたわけです。

たとえばということで、本日の配付資料2をご覧ください。

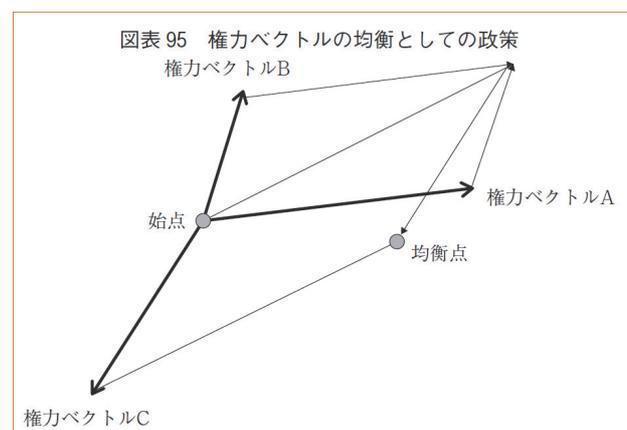
私が初めて本を出したのは2001年、まだ30代のころです。その時の本の第1章の冒頭に、この資料のはじめにあるように、「政策は所詮、力が作るものであって、正しさが作るのではない」と書いています。こういう突拍子もないことを書くのは今時いないとは思いますが、こうした問題意識が私の根底にあります。

本日、お手元にあります「もっと気になる社会保障」262ページをご覧ください。

政策は、それに関わっている人たちが、自分にとってはこれが望ましいと思うベクトルを意識している（図表95）。日医も、日医にとってはこうしてもらうのがベストという答えがあると思います。そして、それを実現した

いために政治家を応援したりする。もちろんそうしたことを、いろんな人たちが頑張っている。つまり、ベクトルのスカラーの強化を図ろうとみんな頑張っている。そして自分にとって望ましいと思っている人たちの力が均衡したところに、政策が形成されていると、私は考えてきました。

ですから、現実問題として、政策が力の均衡点に形成されているのであれば、今ある政策を全否定して「全く新しいものを作ります」と言った政党が、以前、日本にはいたわけですが、圧倒的支持を得ます。みんなは現状を最善とは考えておらず、様々な不満を抱えているわけですから、着地点を示さずに新しいものを作ると言っておけば支持されます。けれど政策論議というのは、この均衡点を次のところに移動しますという代替案を言わないことには成立しません。それを隠した卑怯さというものもあったので、私は2009年の政権交代が行われた8月30日の夜、政府に連絡をして、「私は一切の政府の仕事は辞める。彼らとは関わらない」という連絡をしてい



図表 1

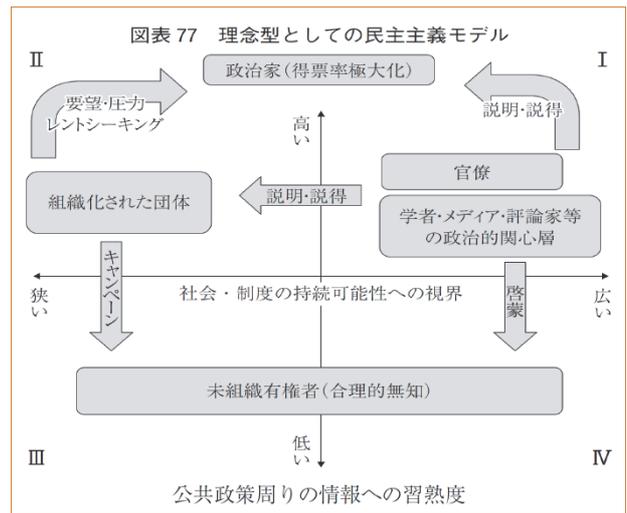
ます。必ず行き詰るといのが見えていましたし、自分が正しく生きるためにもですね。

そういう観点で、このベクトルの均衡点をどう描いていけばいいのか。たとえば年金は、企業に雇用されている被用者であれば、老後の生活を保障するためには厚生年金に入ることができるようにするのが広く国民、生活者の観点からは正しい政策です。その正しい政策を厚生年金の適用拡大と呼びます。ところが、適用拡大を試みようとすると、毎回実現できない。つまり適用拡大によって労務費が高くなる、中小企業やパートに依存しているスーパーマーケットやフード業界などの圧力団体に、負けるわけです。民主主義というのは、いったい何なんだというような問題意識が私のなかに昔からあり、2001年に私が初めて出した本の冒頭に、「政策は所詮、力が作るのであって正しさが作るのではない」と書いていくことになり、それが私の考え方のベースにあります。

今日の配布資料2は、第全世代型社会保障構築会議で配布したもので、「データによる見える化と同様に重要な、政策形成過程の可視化」というタイトルの前半部分にありますように、経済学者はデータによる見える化、データを集めて、物事を見える化していこうということは一所懸命頑張るけれども、政策形成過程の可視化、見える化に関しては関心が無い。

きのうNHKの記者が来て雑談のなかで、政策形成過程の可視化が最も進んだのは2013年の社会保障制度改革国民会議のころだと話しました。すべての議論はリアルタイムの動画で配信されていました。動画で配信されていて、だれが委員のなかで起草委員として筆を執るかを決めるシーンも公開された場で議論されていき、そして医療・介護に関しては私が書いていくことになるわけです。起草委員の立場は尊重され、私は議事録からしか文章は拾わないというルールを作り、協力している官僚もいるわけですが、互いに文言を変えていくときには、議事録のこの文言にしたがってこの文章はこうしましょうということしかやっていないです。報告書に対応する項目毎に議事録をまとめた虎の巻というのを作っていて、議事録のこの部分があるから、こういうようにしましょうという議論しかしていません。

某製薬業界は繰り返し、多方面からアプローチしてきましたが、全部断ってました。横倉会長も私が執筆している間は一切連絡してきていないです。報告書を提出して2日後くらいに「もう終わったか」という連絡がきて



図表 2

「終わりましたよ」という話をして、じゃあということで、日経OBの渡辺俊介さんたちとの福岡飲みで会ったのは、8月8日とか9日くらいだったかと思います。

けれども、その後、状況が変わり、2019年からの全世代型社会保障検討会議もそのようですが、公開されるのは議事要旨みたいなものになっていく。委員の意見も、与られるのは1分間ぐらいしかなく、その1分間の話も事前にチェックをしていく窮屈な状況になっていき、政策形成過程の隠し化といえますか、そういうものがどうも進んでいった。

その意味では、今回の会議は、政策形成過程は前の全世代型検討会議よりはだいぶよいわけです。だいぶよいけれども、2013年の会議のときと比べると、かなり見えなくなってきたという状況でしょうか。ただ、2013年の時代に戻ることができるのかということ、おそらく難しいだろうという気はします。2014年に内閣人事局が立ち上げられていったりすることによって、霞ヶ関はかつてのような自律性の高い会議を運営することが難しくなっていると思います。

### 民主主義はどのように機能しているのか

本日の資料2に貼り付けている「もっと気になる社会保障」216ページ図表77をご覧ください。今話したことが、どのような磁場で起こっているのかも説明できるモデルを描いています。

横軸に「社会・制度の持続可能性を持っている視界」を取ります。同時にもう1つ「もっと気になる社会保障」で重要視している話は、個々人がミクロ的に合理的な行動

を取ってしまうと、それらミクロの行動を複合したマクロの行動は社会の利害に対して反対の方向を向いてしまうこと、これは合成の誤謬と呼ぶわけですが、この合成の誤謬の視点を、「社会・制度の持続可能性を持っている視界」で意識しておくことはきわめて重要な視点です。

個々人は合理的な行動を取っている、けれどもミクロの活動を全部足し合わせてマクロから見ると不都合な結果になる、という問題を解決することに、公共政策は大体関わっていくこととなります。そういう合成の誤謬が起る問題は確実に総論賛成、各論反対になります。ですから総論賛成、各論反対でどうしようもないと諦めていたのであれば、公共政策は展開できなくなってくるわけです。そして存在意義がなくなっていく。

「もっと気になる社会保障」でも論じているように「それでもなお」、マックス・ウェーバーが言った「dennoch」ですね、それでもなお総論に基づいて政策を前向きに展開していかなければいけないということを考えていくことになる<sup>1</sup>。これを横軸に置く。そして縦軸に公共政策に関して情報をしっかりと持っているかどうか、習熟度が高い・低いという座標軸で描いていく。第Ⅰ象限には官僚やメディアなどがいてしかるべきで、ただここからはみ出た行動をするメディアも官僚も多々いる。だけど、世の中の人たちは、そうした人たちは本来第Ⅰ象限に在るべきと思っている。逆に言うと、だから、そこから外れた人たちを批判するのですよね。

オリジナルには第Ⅰ象限に、あるべき姿としての官僚や学者、メディア、評論家などがいるのだろう。そして一般の人たちは「24時間自由に時間を使っていいですよ」と言われたのなら、公共政策のことを理解しようと思って勉強する人はまずいないと思います。

日医ニュースの「プリズム」というところで、「合理的無知」という文章があります(2011年2月)。そこでは、「せっかく休みの時間を政治経済の勉強に使う意味がな

<sup>1</sup>次は、平成28年3月にまとめられた『医療政策会議報告書』における私の文章からである。

「マックス・ウェーバーが『職業としての政治』に残した有名な言葉である。政治家に限らず、公共政策に関わる者たちはみな意識しておいてもよい言葉であるような気がする。

政治とは、情熱と判断力の2つを駆使しながら、堅い板に力をこめてじわっ、じわっと穴をくり貫いていく作業である。…現実の世の中が——自分の立場からみて——どんなに愚かであり卑属であっても、断じて挫けない人間。どんな事態に直面しても「それにもかからわず dennoch！」と言い切る自信のある人間。そういう人だけが政治への「天職 beruf」を持つ。」

い、ミシュランのガイドブックでおいしいレストランを探すことに時間を使う方が合理的だと考えて、難しい勉強はやめて無知であることを選択します。これを政治経済学では“合理的無知”と言い、大衆が選択する行為だそうです」と紹介されています。これを書いた先生から、僕の本を参考にプリズムを書いたという連絡がきたので、なんでミシュランのガイドブックなんだあと冗談半分でクレームを付けたのですが、まあ、投票者は合理的に行動すれば、公共政策に関して無知のままという選択を行うのは、当然のような気がします。

サッカー選手として生きていこうと思うのであれば、自分が持っている自分の時間をサッカー選手としての練習に費やしたほうが絶対リターンがあるわけです。一方公共政策を懸命に勉強し、国防はどうあるべきかを考え、財政・社会保障はどうすべきかを考えたけれども、意思表示の機会は投票日の選挙のときの1票しかない。その日は、雨が降っているから選挙には行かないでおこうかと思っても、ほとんど結果に影響を与えない。ひとり一人が合理的に考えれば考えるほど、普通の人たちが公共政策を学ぼうとするはずがない。だから合理的に行動すると、公共政策に関して無知になっていくというようなところがある。

この図の上のほうに、政治家として生きていくためにはどうすればいいかと考えている政治家がいて、左側に組織化された団体を描いています。厚生年金の適用拡大では、中小企業やスーパーマーケットの団体に、どうして毎回負けていくのだというような思いがあって、こういう図を昔考えていたわけです。

それで今回、総理が勤労者皆保険をやるというようなことを総裁選の公約のなかで発表した。これはもう素晴らしいことです。私が2月に自民党で話をしたとき、勤労者皆保険という話をしていたら終わった後、ある先生が私のところにやってきて「先生、それはわれわれの支持基盤と戦えということですよ」という話をされて、周りにいた人たちは大笑いになるわけですが、そこにいた長老の先生が「われわれも変わらなければいかんということだよ」とおっしゃられていたのは良かった。その通りなんですね。

先週12月16日に、総理が全世代型社会保障構築会議に出席されました。私は、勤労者皆保険という錦の御旗を掲げていただいて本当にありがたかったと話しました。この制度改革によって、社会的弱者が救われていく

わけです。

水木一郎さんが先日亡くなりました。本日司会をして頂いている黒瀬常任理事は同じ世代ですが、われわれの世代はマジンガー Z などを見て育ったようなもので、Z のテーマのなかに「幸せ求めて悪を討つ」という歌があるのですが、まさに総理が旗幟鮮明に「勤労者皆保険をやっていく」と言ってくれたがゆえに、今回の会議では、善と悪がはっきりしましという話をして、やはり総理や後藤大臣を含めみんなマジンガー Z をよく知る世代だったわけですが、構築会議が終わった後にも、参加されていた政治家達は、私のところにきて、戦いますとおっしゃっていました（笑）。

そのようなことをずっと私は考えてきていたわけです。政治経済学の観点から、何ゆえに政策の均衡点が今の状況にあるのか。何が正しい、正しくないという以前に、何ゆえに、その政策は、その形で存在するのかをずっと考えてきたようなんですね。

### かかりつけ医とプライマリ・ケア医

今回、かかりつけ医をどのように考えるか総理から指示がありました。その指示に対して、私がずっと昔から考えていたことは、かかりつけ医機能が発揮される制度整備が関係してくる問題とは一体何だろうということでした。

本日の資料にまとめているように、1つは超高齢社会への対応です。地域完結型医療にしないといけないというのは2013年の社会保障制度改革国民会議のなかで論じています。「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」という文言を私が書いていたわけですが、もうそういう時代になってくる。

2013年の社会保障制度改革国民会議というのは2025

<sup>2</sup> 『社会保障制度改革国民会議』(2013) 31 ページ。

「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。

これらの医師が幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を提供することで、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応できると考えられ、さらに、他の領域別専門医や他職種と連携することで、全体として多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することができる。

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。」

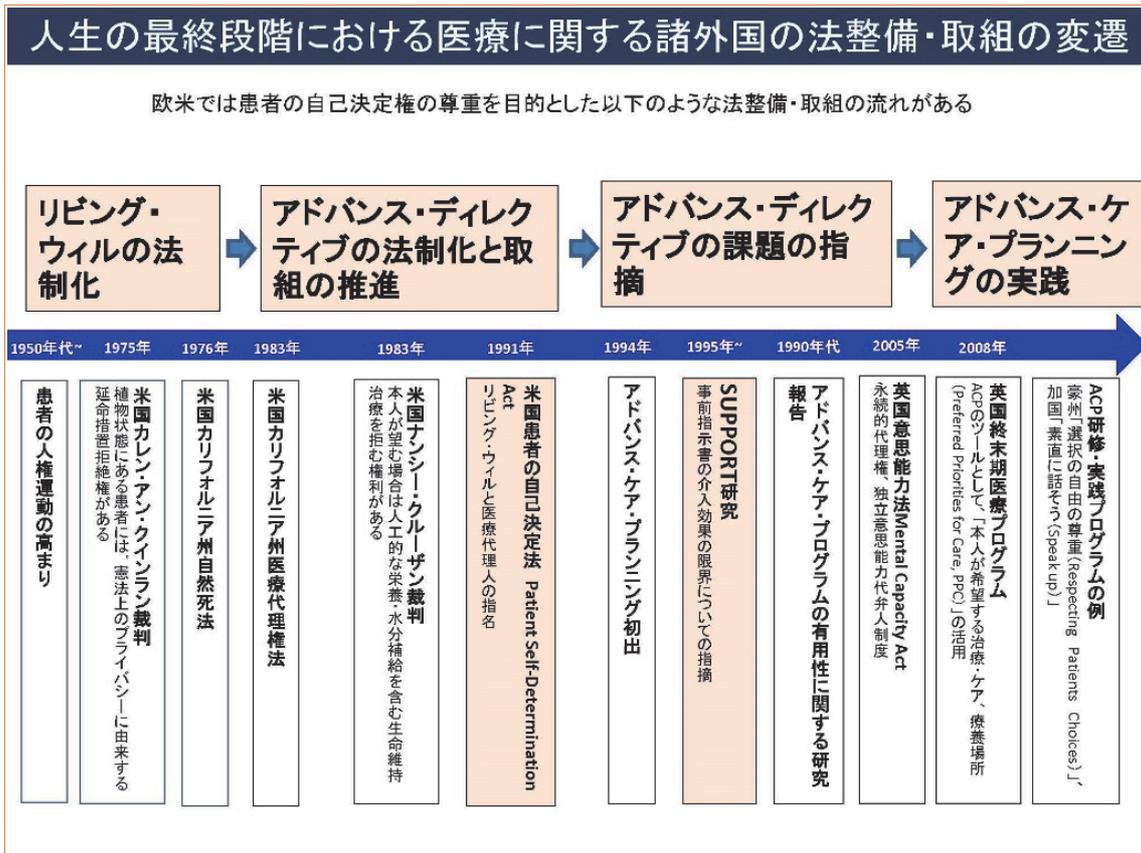
年を見越して書いていたわけです。超高齢社会への対応は、今までのような病院完結型ではなくて、地域全体で治し支えていく地域完結型医療を考えなければいけないということ、明示していたわけです。あの時は、報告書に、総合診療医に関する期待も書いていました<sup>2</sup>。

もう1つは、人口減少地域での医療の持続可能性です。これは現在の東京や大阪、医師からも住民からもさほど意識されていないと思うのですが、人口減少地域は今もそうですが、今後ますます各地で離島のような状態になっていくわけです。離島で、どのような医療提供体制を準備していくかを考えていきますと、東京のように医師あるいは専門医が多くいるような地域でその人たちが連携し、トータルで考えるとかかりつけ医機能を果たしているという仕組みで、はたして成立するのだろうかという疑問が私のなかではずっとあったわけです。

たとえば OECD のデータから見ていくと、平均値ではプライマリ・ケア医は1,180人くらいの地域住民に登録されている。では専門医はどうかということとなかなか数字がないのですが、循環器内科専門医の必要医師数は大体9,000人だという論文があります。この数字で1億2,000万人を割っていくと大体1万3,000人くらいです。郵便局やローソン、ファミリーマートなどがどのくらいの人口規模で成立するかという考え方がありますが、それと同じような観点で考えたときに、離島に循環器内科専門医がいてもたぶんだめですね。各地域で人口減少がどんどん進んでいて、島根県の森本会長が昔「もう高齢者のなり手さえいなくなっている」という冗談のような話をされていましたが、そのような状況のなかで、何が必要になってくるかということをやったり考えていかないとならないのではないかと思います。

医師偏在問題に関しては医師需給分科会で、第5回目までの中間取りまとめをしています。そこで私がずっと言っていたのは、地域医療として従事してくれる人たちについては世界的にいろいろな研究がありますが、やはり地元の人たちがものすごく地域医療をしっかりとってくれるわけです。そのことに触れた論文から私は引っ張り出してきて home coming salmon hypothesis、鮭が母川に帰っていくという鮭の母川回帰仮説を利用しない手はないと、WHOなども推奨しているからこれはまず最初にやらなくてはならないと考えています。

2番目が、どうも世界中のデータを見ていくと、プライマリ・ケア医が地域医療をやってくれていて、3番目く



図表 3

らいが、若いときに地域医療の経験をしたかどうかというのが、医師偏在問題に対して大きな影響を持っているみたいだ。

ですから、医師の地域偏在の問題を考えていけば、政策変数としてこの地元枠、プライマリ・ケア医の育成、そして若いときの経験を使ったほうがいい、あるいは強く推奨しますというのがWHOなどから出てきているわけです。

地元枠、地域枠は、医師需給分科会である程度進めることができました。でもプライマリ・ケアのところはなかなか進めることができなかったわけです。福井(次矢)先生も当時の医師需給分科会に参加されていました。報告書には、中間整理として、もう5回も中間取りまとめをまとめていて、2回目くらいからプライマリ・ケアという言葉が出てきて、4回、5回目には強く出てくるわけですが、医師偏在問題を考えていくとするのであれば、プライマリ・ケア、総合的な診療能力を有する医師養成の必要性が繰り返し確認されていくということになります。

次に ACP の推進ということが、この 10 年間くらいで

大きく表に出されることになりました。平成 31 年 2 月から生命倫理懇談会で終末期医療をやったとき、私も横倉先生に頼まれて参加させていただきました。

2007 年に「終末期医療のあり方に関する懇談会」が厚労省に設置された時は、医療事故からいかに医師を守るかということが議論されていました。だけど、それらの議論は、時代が変わるなかで、いかに地域全体で治し支える医療を行うかという方向に流れが変わって行って、この 10 年くらいで、ACP をいかに実行していくかという世界が変わっていくわけです。そのあたりは、『もっと気になる社会保障』の「知識補給 終末期の医療をめぐるこの十数年の大きな変化——いかに生きるかの問題へ」に書いてますので、お手すきの時にでもどうぞ。

終末期医療の在り方はいろいろな議論がずっとありました。それがほぼ ACP に流れているところでは、さまざまな哲学がカントに流れていくというイメージが私にはあって、そのような図を厚労省にも作ってもらったりしていました（この図は、たぶん未公開）。

そのようなことから考えていくと、やはりこのなかにも、生命倫理懇談会の報告書あるいは 2019 年の厚労省

「人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書」のなかにも、かかりつけ医の重要性が確認されていることになります。

そして、予防や健康増進、健康面での不安の緩和を、今回コロナ禍で大きく感じるわけです。もう3年前になりますか、コロナ禍が始まってしばらくして開かれた医療政策会議で、日医のかかりつけ医研修を受けた人たちを公にして、国民が健康面で不安を強く抱いている今、いろいろな形で対応していったらどうですかというようなことを、私と小野先生、小野先生はこの会を抜けて非常に寂しがられています、僕らは発言をしましたが、医療政策会議の中で、いろいろと公にできない理由を語られていました。理由はよく分からないけど、かかりつけ医研修を受けていない人もかかりつけ医だからとかなんだとかの理由もあって、できないと。

そして仮にPHRを医師が把握していくと同時に、私は、医師と知り合いになっていく、気軽に相談できるようになっていく、あるいは家族のことを相談することができるというなかで、人間関係が作られていくことがきわめて重要だと基本的なところで思っていて、「医師の家族化」と言って、それはものすごく日頃の生活に安心を与えてくれるものと思っています。この年齢になると、いろんなところに顔なじみの人がいて安心して訪ねることができる。ところがこと医療に関してはそうではない残念な状況がある。

PHRをいろいろな状況で把握していったら、何か最近のデータがおかしくなっていますねということで、医師側からプロアクティブな対応、サービスをすることができるということは当然あっていいと思っています。同時に、今の日本の医療は病気にならないと医者に会えないという状況で、子どもと高齢者はたしかに自分のかかりつけの医師というのをイメージできるでしょうけど、普通の人たちは医師とは全然関係ない生活をしている、けれども相談したいということは往々にしてある。健康という、誰もが強く関心を持つことに医師の家族化が制度化されている社会を準備する。そこで得られる安心感は、終身の給付がある公的年金保険が与える安心感に匹敵するのではないかと考えています。そういうことを考えていくというのが5番目くらいにある。

そして、パンデミックというような平時とは違う状況のなかでの医療をどう考えていくか。これを表に出す人もいるけれども私は6番目くらいに位置づけているわけ

です。実際のところ、かかりつけ医をどうするかという話はもう2013年の社会保障制度改革国民会議の報告書のなかでも書いています。

そして7番目に、プライマリ・ケア医を日本でどのように養成していくかということがあるわけですが、この議題が、なかなか表に出てこない。同時に、この1から6まで全部を含めた形での最善の解決策としては、プライマリ・ケアをどう整備するかというのがあると思っています。一つ目の超高齢社会への対応に対してプライマリ・ケアが最善なのか、二つ目の人口減少社会に対して最善なのか、ということは議論の余地があるかもしれないけれども、1から6まで含めていったら、ここの積集合で考えられるプライマリ・ケアの育成を表に出していくのは、やはり大切だというのが、だいぶ前にできあがっている私の考えです。

したがってこの『もっと気になる社会保障』のなかで書いているように、1985年、86年ごろに言葉が生まれていった「かかりつけ医」と、横倉先生の時代に、2013年につくられていった「かかりつけ医機能」というものはもう明確に意味が違う、明確に意味が違うけれども、「かかりつけ医機能」と「プライマリ・ケア」にも距離がある。

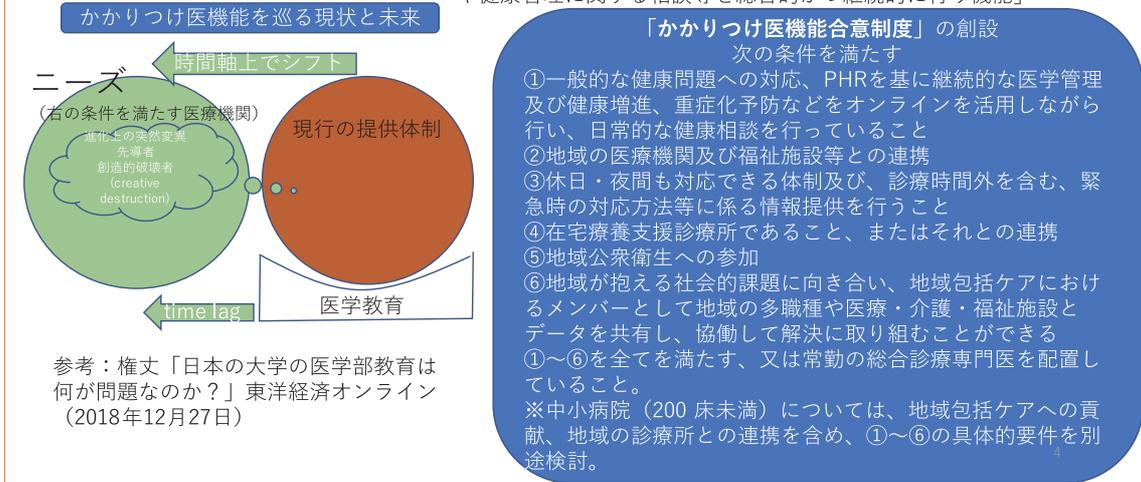
ですから、次のステップとして、先ほど話したようなことがベースとなって「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」は明確に違うけれども、かかりつけ医機能という横倉先生が論じられていた、あるいはもう、日医という組織の中でぎりぎりのラインとして2013年時に論じられていたあの時代からも、今はやはり一歩進んでいいのではないのか。

去年くらいに、オンライン診療のところで横倉先生の定義とも違う「かかりつけの医師」というまた新しいものが出てきますが、それも意味が違うという話が出てきて、「もっと気になる社会保障」194ページにあるように「かかりつけ医機能」と「プライマリ・ケア」について論じています。

私は第9回の全世代型社会保障構築会議のなかでも、総合診療医を考える人たち、つまり総合診療医を専攻する人が少ないわけですけど、キャリアパスが明確でなく、将来が見えないところに手を挙げる人はいないだろうということで「総合診療医を考える人たちが明るい希望を持てるキャリアパスを制度的に整備していくことや、その際医師偏在の是正を視野に入れた、かかりつけ医機能

# かかりつけ医機能の次元におけるニーズと 現行の提供体制

「かかりつけ医機能を発揮できる制度整備」  
かかりつけ医機能 = 「身近な地域における日常的な医療の提供  
や健康管理に関する相談等を総合的かつ継続的に行う機能」



図表 4

を發揮できる制度整備という議論をこれまでもしてきました」と発言しています。ここは國土先生と私が足並みそろえて議論していたところです。

もう1つ、第8回全世代型社会保障構築会議で、1番目から6番目くらいまでの問題を解決してくれるような形で、必要な医師というのはどうも世の中にはあるのだけれども、この人たちは表にはなかなか出てこなかった。けれども、もうすでに何人かいるではないかという話をしています。

医療政策会議委員の香取さんと、7月の参議院選挙の前に対談をしました。そこで私は「政策的なサポートがさほどなされていないのに、すでに地域医療のなかでの連携やプライマリ・ケアを行っている医師たちがいる。彼らは進化上の突然変異みたいなもので、われわれから見れば好事例でも、周りからは出る杭とか余計なことをすると評されているかもしれない。自然界では自然環境が進化を促していくけれども、政策の世界では制度が彼らを適者とする役割を担う。制度設計者たちの役割は重要である。全世代型社会保障構築会議の中間整理に「時間軸」をもって「患者の視点に立ち」改革を進めるべきである。今の時代に求められている医療を提供する人たちに、手挙げ方式で徐々に切り替えていく。この会議で総理も「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」を行うと言われたから進むだろう」と話しました。

香取さんも「手挙げ方式で始めるのが現実的だ」とい

うことで、構築会議で増田主査から何かメモを出してほしいという話になって、香取さんと私が頼まれて出すことになるわけですが、私も香取さんも手挙げ方式でいこう、この条件を満たした人たちが手挙げ方式でやっていくという形でいこうとしました。

ですから、やりたくない人には一切迷惑をおかけしませんという姿勢です。だから、手を挙げない人たちは議論の邪魔もしてもらいたくない。現実問題として、もうすでにやっている人がいるではないか。ゼロだったら不可能な話をしているかもしれないけれども、その人達を対象として制度としていっても、もういいのではないかというようなところがある。

今、私はこの進化上の突然変異の人たちと、いろいろと話したり意見を聞いたり会ったりしているのですけれども、面白いです。私が突然変異と言っていたら、シュンペーターはイノベーションを起こす人達を破壊的創造者と呼ぶのですけれども、そちらのほうがいいというから最近では創造的破壊者という言葉を使っていますけれども、そのような状況になっていく。

資料2の2頁にある図は、私が2013年の国民会議のときからずっと言っていたこと、なぜ提供体制の改革が必要なのかを描いた図になるわけですが、結局、提供体制の改革というのは、提供者側から見て望ましい形でできあがっているかもしれない今の医療制度を、患者あるいは地域のニーズを含めた形に変えていきたいと思います。そ

れが2013年の社会保障制度改革国民会議の報告書でした。

左側のベン図をみてもらいたいのですが、若干名の異端の人たちが医療ニーズ側に来てくれているのだから、それでいいではないか、手挙げ方式でやってみようということ、

①一般的な健康問題への対応、PHRを基に統計的な医学管理および健康増進、重症化予防などをオンラインを活用しながら行い、日常的な健康相談を行っていること。

②地域の医療機関および福祉施設等との連携を図って、

③休日・夜間も対応できる体制および診療時間外も含む緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと。

④在宅療養支援診療所であること、またはそれとの連携。

⑤地域公衆衛生への参加。⑤地域が抱える社会的課題に向き合い、地域包括ケアにおけるメンバーとして地域が多職種や医療・介護・福祉施設とデータを共有し、協働して解決に取り組むことができる。

①～⑥をすべて満たす、または常勤の総合診療専門医を配置していること、というような形で私は案を提案して、手挙げ方式というのが今生き残っているのですけれども、このような仕組みになる。

ベン図の右側図で分かるように基本は医学教育で、医学教育というものが、その上に載った現行の提供体制というのを生み出していくわけけれども、医学教育から変えるのは少し難しい。ということで、医学教育から左に向かっている矢印にはtime lagというのを書いています。

もちろん医学教育から変えていくという方法もある。それは別途議論したいところです。これは医師需給分科会で、医学教育でプライマリ・ケアをやってくれということを、福井次矢先生をはじめ私も含めて繰り返しみんなで言い続けていた話です。今後は、そういうことにも焦点が当てられていくのかなと思っています。

ということで私の今日の講演はこれで終わり、質疑応答になるわけですが、ただこういう話は、私は医療政策会議のなかでもずっと言っていたわけです。これまでの報告書には、それらしきことはいっぱい書いてあります。「総合診療医」と「かかりつけ医」は車の両輪としてしっかりやってみようというところまで書かせてもらっていますし、プライマリ・ケアについても、今年の

4月に会長に答申した報告書に次のように書いています。

プライマリ・ケアや総合診療医についても、(医師需給分科会)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。

さらには、次の文章もある。

そこで(今回の新型コロナウイルスの下)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。

医療政策会議のこれまでの報告書は、予言の書みたい

な形になっているなという気がするわけなのですけども、さて今後どうなるかなというように楽しみにしています。以上になります。どうもありがとうございました。

追記——質疑応答の中で

お手元の『もっと気になる社会保障』345ページをご覧ください。このあたりは、令和元年の『医療政策会議報告書』からです。ここに、社会保障が灌漑施設というの

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が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」とあります。だから、今回の本は、緑色であることはマストであったわけです。

資料1

資料7

# 国民の医療介護ニーズに適合した提供体制改革への道筋 医療は競争よりも協調を V2

於 全世代型社会保障構築会議  
2022年11月11日

全世代型社会保障構築会議構成員  
慶應義塾大学商学部教授  
権丈善一

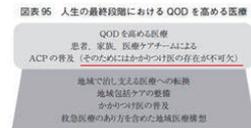
全世代型社会保障構築会議の医療・介護のテーマ別検討の議論の素材として提出した資料

1

## 日本の提供体制改革の方向性は、 10何年も前と変わらず

- 2004年4月 新医師臨床研修制度スタート
  - 医師の臨床研修の必修化に当たっては、医師としての人格を涵養し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得するとともに、アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備することを基本的な考え方として、制度を構築。
- 2013年4月19日 社会保障制度改革国民会議での権丈提出資料
  - 「国民の医療介護ニーズに適合した提供体制改革への道筋—医療は競争よりも協調を」  
ゆえに今回は「国民の医療介護ニーズに適合した提供体制改革への道筋—医療は競争よりも協調を V2」
- 2013年8月6日 社会保障制度改革国民会議報告書
  - 地域完結型の「治し・支える医療」への転換の中では、「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」と説かれる。
  - ただし、<医療問題の日本の特徴>として次が指摘される。  
「日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。公的セクターが相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、現に欧州のいくつかの国では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。」
- 2013年8月8日 日本医師会・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方」において「かかりつけ医機能」を定義。
- 2018年3月29日 「人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書」において、ACP(Advance Care Planning)を推奨する中で、かかりつけ医、看護師等の医療・ケアチームの重要性が確認される。
- 2020年頃より 新型コロナ禍の下、国民の多くが、かかりつけ医という言葉を知ることになり・・・

参考：権丈（2017）「日本の医療は高齢社会向きでないという事実」  
東洋経済オンライン（2018年4月21日）

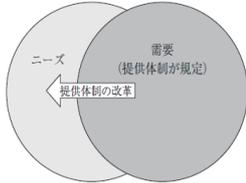


図表95出所：権丈（2017）「第17章 政治経済学からみた終末期医療」『ちょっと気になる医療と介護 増補版』263頁  
注：QOD:死に向かう医療の質—「死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「Q O D（クオリティ・オブ・デス）を高める医療」『社会保障制度改革国民会議報告書』32頁

図表 5

# 医療ニーズと需要、そして提供体制改革の意味

知識補給図表6 医療ニーズと需要、そして提供体制改革の意味



医療需要は、現実に顕在化したものであり、常に提供体制とマッチしている。ゆえに、需要に提供体制をマッチさせるなどという日本語は成立しない。しかしながら、ニーズに提供体制をマッチさせるという日本語は意味をなす。

出所：権丈（2022）『もっと気になる社会保障』326頁、権丈「医療政策で「需要」と「ニーズ」を使い分ける理由」東洋経済オンライン（2012年6月1日）

「（全世代型社会保障構築会議メンバーが語る）社会保障改革はどうなる？」〔香取照幸氏との対談〕『週刊東洋経済』2022年7月9日号

権丈：政策的なサポートがさほどなされていないのに、すでに地域医療の中での連携やプライマリケアを行っている医師たちがいる。彼らは**進化上の突然変異**みたいなもので、我々から見れば好事例でも、周りからは出る杭とか余計なことをすると評されているかもしれない。自然界では自然環境が進化を促していくが、政策の世界では**制度が彼らを適者とする役割を担う**。制度設計者たちの役割は重要である。

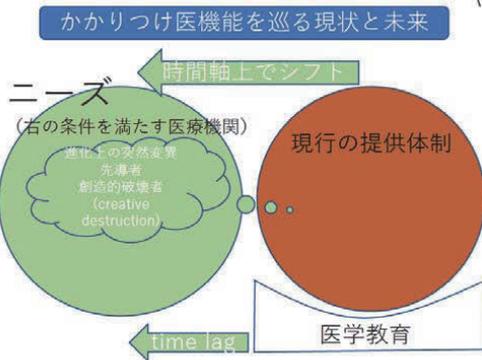
全世代型社会保障構築会議の中間整理に「**時間軸**」をもって「**患者の視点に立ち**」改革を進めるべきとある。今の時代に求められる医療を提供する人たちに、**手挙げ方式で徐々に切り替えていく**。この会議で総理も「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」を行うと言われていた。進むだろう。

香取：…かかりつけ医制度を来年から全国でやれと言っても無理だ。基幹病院を中心に医療圏の中で診療所との連携ができている地域から**手挙げ方式で始めるのが現実的**だろう。

3

# かかりつけ医機能の次元におけるニーズと 現行の提供体制

「かかりつけ医機能を発揮できる制度整備」  
かかりつけ医機能＝「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を総合的かつ継続的に行う機能」



参考：権丈「日本の大学の医学部教育は何が問題なのか？」東洋経済オンライン（2018年12月27日）

## 「かかりつけ医機能合意制度」の創設 次の条件を満たす

- ①一般的な健康問題への対応、PHRを基に継続的な医学管理及び健康増進、重症化予防などをオンラインを活用しながら行い、日常的な健康相談を行っていること
- ②地域の医療機関及び福祉施設等との連携
- ③休日・夜間も対応できる体制及び、診療時間外を含む、緊急時の対応方法等に係る情報提供を行うこと
- ④在宅療養支援診療所であること、またはそれとの連携
- ⑤地域公衆衛生への参加
- ⑥地域が抱える社会的課題に向き合い、地域包括ケアにおけるメンバーとして地域の多職種や医療・介護・福祉施設とデータを共有し、協働して解決に取り組むことができる

①～⑥を全てを満たす、又は常勤の総合診療専門医を配置していること。  
※中小病院（200床未満）については、地域包括ケアへの貢献、地域の診療所との連携を含め、①～⑥の具体的な要件を別途検討。

図表6

# かかりつけ医機能合意制度と地域医療

- かかりつけ医機能合意制度
  - 医療機関、患者双方による手挙げ方式
- 前頁の条件を満たす医療機関を「かかりつけ医機能医療機関」として都道府県知事が認定（名称独自）
- 認定医療機関は、（医療連携推進方針のように）かかりつけ医機能医療機関であり、運営の方針を地域住民が閲覧することができるように公開し、この方針に合意する患者（地域住民）を募る。
- 認定医療機関は、本人の同意確認を前提に、継続的にPHRを蓄積し、一般的な健康問題への対応、日常的な医学管理、及び健康増進、重症化予防を行い、休日・夜間も問い合わせの対象となる住民の名簿を作成し、（産業医が果たしているように）管理することとする。
- 蓄積されたPHRをかかりつけ医機能を備えた医師・医療機関が継続的に管理しているため、プロアクティブなサービス、換言すれば、医師側から健康増進のために事前、予防的にアプローチできる環境が整備されているとも言える。
- 合意した住民は、必要な時に必要な医療を受けることができる日本のフリーアクセスの下で、医療の「必要性」そのもの、いかなる医療が必要なのか、その医療はどこが最も適切な医療機関であるのかを認定医療機関よりアドバイスを受けることができる（いわゆる、緩やかなゲートキーパー機能の活用）。
- 合意した住民は、休日・夜間、診療時間外を含み、緊急時にも、119番に連絡をする前に、認定医療機関に適切な対応の在り方を問う連絡をすることができる。
- 合意した住民は、住まいとは離れた勤務先からも、自分の生活地域の認定医療機関が提供するオンライン診療を受けることができる。
- 認定医療機関は、患者の身体機能や認知機能が低下した際には、ケアマネジャーと連携しながら適切な介護サービスへと導くことができ、もし患者が通院困難になった際は、単独あるいは在宅療養後方支援病院などの他の医療機関と連携しながら在宅医療を提供することができる。
- 合意した住民は、認定医療機関を「自らの健康状態をよく把握した身近」（社会保障制度改革国民会議）で「日頃から相談・受診しやすい」（社会保障制度改革国民会議）医療機関として利用することができる（いわば、健康面に関するコンサルティングとしても利用できる）。

5

## 地域医療構想 + 地域包括ケア = 車の両輪を推し進めるためには （医療ニーズと提供体制のマッチングによる医療の質 [患者のQOL] の向上）

1995年	第一高次層位決定 ・地域医療計画の策定（1999年5月までに全都道府県で完了）
2006年	医療法人設立促進法 ・施設外単位の保険財政共同決定に事実（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17の病院型急性期病院から47都道府県の施設1212へ（2008年10月より）
2014年	医療介護総合向上推進法 ・地域医療構想の策定（2015年5月～2018年3月であるが、2016年手ばまでが標準）
2015年	医療保険財政改革推進法 ・（民間型病院の保険者、都道府県に）（2018年4月より）

出所：『ちょっと気になる医療と介護 増補版』71頁

- 医療行政機能の都道府県への更なる移行(地域医療構想の推進エンジンの整備)
  - 国保の都道府県化
    - 『社会保障制度改革国民会議』
    - 「効率的な医療提供体制への改革を有効ならしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を国民健康（医療給付責任の主体を都道府県と一体的に担うことを前提に）を責務の主体を国民健康、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである」
    - 「国民健康保険の保険者の都道府県への移行は財政運営の安定化のみならず保険料負担の平準化に資する取組である」
  - 後期高齢者医療の都道府県化

提供体制のあり方に責任を持つ本当の意味での保険者機能の遂行



- 他のルートからは、都道府県知事が認定する地域医療連携推進法人の推奨
  - 地域医療連携推進法人：医療法で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る法人の認定制度。複数の医療機関が法人に参加することにより競争より協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保。

地域医療連携推進法人という医療機関間の協調の場を社会的共通資本とみなし、その整備をサポート

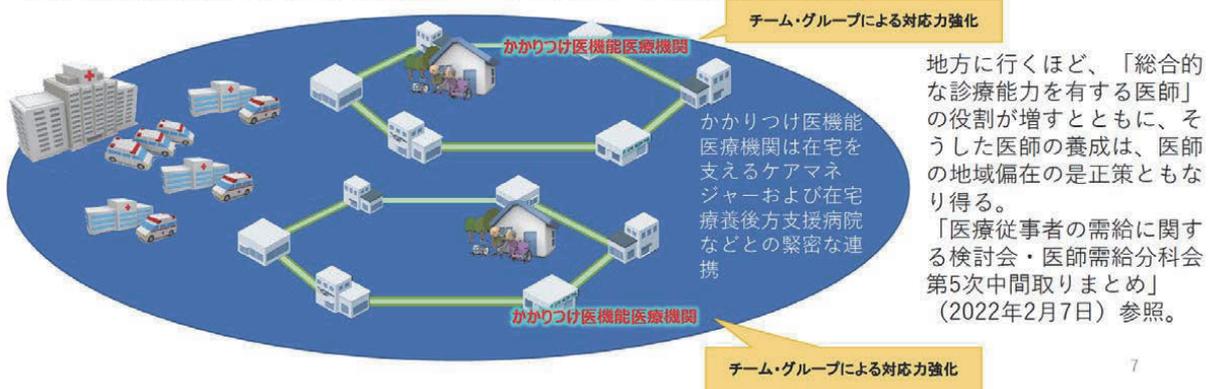
出所：権丈（2022）『もっと気になる社会保障』142頁

図表 7

## 地域医療の在り方——競争よりも協調を

- 協和会・北川透理事長「地域全体を1つの医療機関のように活用して、患者がスムーズに移動して必要な医療と介護を受けられるようにする」北田明子「赤字だった市立川西病院が劇的な変身を遂げた訳」『東洋経済オンライン』（2022年9月7日）

「競争よりも協調を」を体現した  
地域医療連携推進法人（面として横断的につながり、治し・支える医療を目指す）



## 要点

- 全世代型社会保障構築会議「議論の中間整理」  
「中期的、長期的な課題に取り組む必要があり、各種の課題について、「時間軸」を持って、計画的に取組を進めていくことが望ましい」
- 時間軸上で政策展開を評価
  - 保険、財政面での改革は、当該年、翌年に変化ができるが、提供体制の改革は変化が起こるまで時間を要するし、継続的な努力を必要とする。ゆえに、10年近い時間軸上で評価されるべき。初年度、医療機関の手挙げがゼロでも、政策チャンネルを準備すること自体の意義は大きい。
  - （支援費制度、運用三号のような混乱と撤廃は避けなければならないが）慎重な検討を行ったとしても、新しい制度の立ち上げというのは（高齢者医療制度の創設時のように）混乱が生じるものである。そうした混乱、そして収束、定着という歴史的推移も織り込み済みで、発足時の政策展開の在り方を評価されるべき。

図表 8

データによる見える化と同様に重要な、政策形成過程の可視化

政治経済学者から見る社会保障論

2022年12月7日

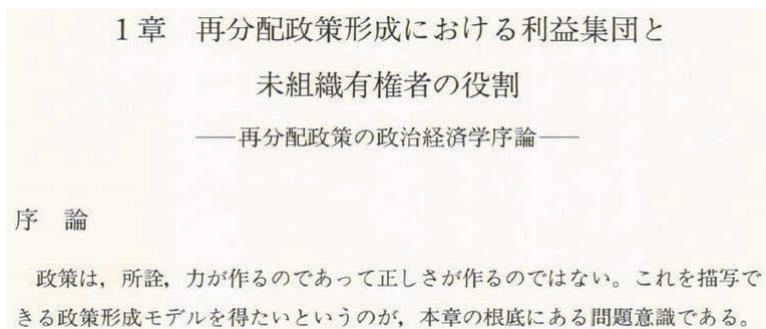
全世代型社会保障構築会議構成員・慶應義塾大学商学部

権丈善一

内容

『再分配政策の政治経済学』（2001）より..... 1  
 かかりつけ医機能が発揮される制度整備に関わる問題..... 1  
 かかりつけ医機能が発揮できる制度整備の話は、政策形成過程の話..... 2  
 民主主義はどのように機能しているのか..... 3  
 プロフェッショナル・オートノミーとは異なるプロフェッショナル・フリーダム..... 4

『再分配政策の政治経済学』（2001）より



かかりつけ医機能が発揮される制度整備に関わる問題

- ① 超高齢社会への対応（地域完結型の「治し・支える医療」への転換の中では、「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」『社会保障制度改革国民会議』（2013））
- ② 人口減少地域での医療の持続可能性（現在の東京、大阪では医師からも住民からもさほど意識されていない問題：地方の地域が、各地で離島に似たような状態になっていく）
- ③ 医師偏在問題（地域、診療科双方。②同様に、現在の東京、大阪では医師からも住民からもさほど意識されていない問題：「医師需給分科会」（2015年～2022年）において、偏在対策としての「プライマリ・ケア」「総合的な診療能力を有する医師」養成の必要性が繰り返し確認され、「第

1

図表 9

5次中間とりまとめ」までも繰り返し記載)

- ④ ACP(Advance Care Planning)の推進 (『人生の最終段階における医療・ケアの普及・啓発の在り方に関する報告書』(2018)において、かかりつけ医の重要性を確認)
- ⑤ 予防・健康増進、健康面での不安の緩和 (PHR を医師・医療機関が継続的に管理し、医師側から予防的にアプローチできるプロアクティブなサービスによる健康増進や、コンサルテーション機能の整備)
- ⑥ そしてパンデミック等、平時とは異なる状況下の医療
- ⑦ プライマリ・ケアの整備 (①から⑥の最善の解決策でもある)

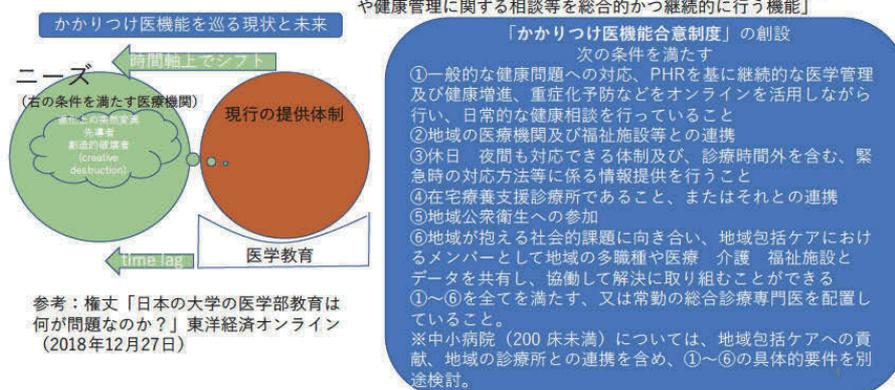
第9回全世代型社会保障構築会議議事録 (11月24日)

「総合診療医を考える人たちが明るい希望を持てるキャリアパスを制度的に整備していくこととか、その際、医師偏在の是正を視野に入れた、かかりつけ医機能を発揮できる制度整備という議論をこれまでもしてきました。」

第8回全世代型社会保障構築会議議事録 (11月11日)

「スライド4にもどって頂きたいのですが、ここにベン図を描いています。このベン図は、右側の人たちは確実に反対することを描いているようなものです。しかし、岸田総理も加藤大臣も、患者の視点に立って考えるように指示をだされているわけでして、それは、左側の図の観点、ニーズの観点に立って制度整備をするようにとの指示と受け止めるべきかと思います。」

## かかりつけ医機能の次元におけるニーズと現行の提供体制



出所：第8回全世代型社会保障構築会議 資料7

「国民の医療介護ニーズに適合した提供体制改革への道筋——医療は競争よりも協調を V2」スライド4

かかりつけ医機能が発揮できる制度整備の話は、政策形成過程の話

全世代型社会保障構築会議のテーマ別検討における9月頃の発言メモより

少し趣の異なる話を、政治経済学者としてしたいと思います。

この会議に集まっているメンバーは、審議会で言えば、公益代表の人たちかと思います。

図表 10

年金部会も、医療も介護も、公益委員の意見は、だいたいひとつに纏まっているものです。しかも、長い歴史の中で、昔から同じ方向を向いている。

ところが、それが、何年経っても実現できないままにいる。

それはなぜかと考えると、政策形成過程というか、公共政策の意思決定プロセスに日本の特徴があるのではないかと考えることができます。

日本では、ステイクホルダー、利害が違う関係者がみんな参加して、全員一致の報告書をまとめるという方法が、いろんなどころでとられてきている。特に、現業との関わりをもつ厚労省ではそうした方法がとられている。

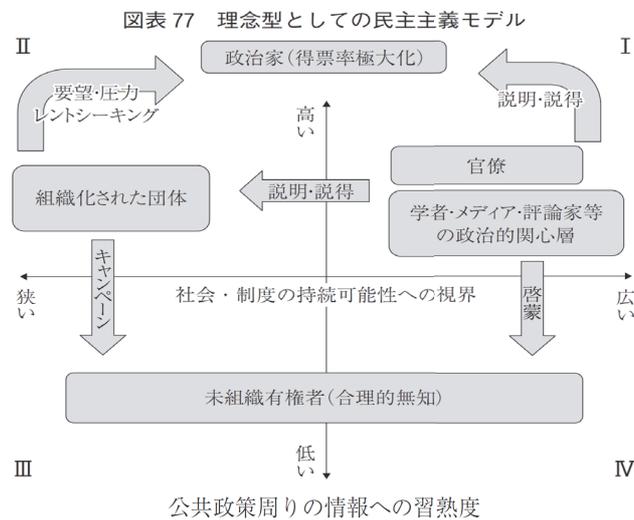
その際、60年代、70年代時の権力構造、力関係が反映した、公共政策の意思決定システムが今も受け継がれているように見えます。年金でも医療でもそうですが、利害当事者たちと霞ヶ関の当該の部局が、役所の人たちの方が受け身の立場で打合せをして、そこでなんとか調整がとれた案が、政策として具体化していく。そうした方法では、公益委員達が考える改革は、何年経っても実現できません。できるとしても、亀よりも遅い歩みとなる。

どうもそうした政策形成過程の特徴が、この国の社会保障行政にはあるのではないか。

もしそうならば、構築会議で議論され一定の方向性を得た改革を実現するためには、政策形成過程を変えないとこれまでの繰り返しになるだけで、ダメなのではないかという、見通しになる。

全世代型社会保障構築会議に総理が出席されたとき、勤労者皆保険をやる、かかりつけ医機能が発揮できる制度整備を行うと発言されました。これからの課題は、大きく分配問題、つまり誰かが得すれば誰かが損をするという分配問題に関わる話ですので、従来の政策形成の手順では実現できないのではないかと思います。つまり、総理の発言は、明言した政策が実現できるように意思決定システムを変えるようにという指示として、我々は受け止める必要があるのではないか。

民主主義はどのように機能しているのか



出所：権丈（2022）『もっと気になる社会保障』216頁

「社会・制度の持続可能性への視界」（合成の誤謬への視界を含む）と「公共政策周りの情報への習熟度」…

このように2つの軸をとった平面上において、まずは、民主主義社会の理念型を考えながら、この社会に登場するいろいろなプレイヤーたちの位置を考えてみよう。ここでいう理念型とは現実型ではなく、本質的要素だけを取り出して作ったモデルであって、現実への理解を明確にするために作る抽象的な世界である。

…

### 民主主義におけるプレイヤー間の関係

次にそれぞれの関係を見てみよう。第Ⅰ象限に位置する官僚や一部のメディアは未組織有権者に情報発信をすることによって、いわゆる「啓蒙活動」を展開する。また、社会・制度の持続可能性への視界から、財政や社会保障政策に関して、やるべき政策を課題として持つ官僚は、政治家や組織化された団体に新たな政策の必要性の説明と説得を重ね、社会・制度の持続可能性を高めるために政策をなんとか進めようとする。一方、第Ⅱ象限に位置する組織化された団体は自らの利益を求めて、時にレントシーキング（団体が自らに都合がよくなるように規制や制度を変更させることで利益を得ようとする活動）、ロビイングを行い、時に選挙協力などを行う。

政策を進めていく中での民主主義の理念型というのは、まずはこのように考えておこう。

出所：権丈（2022）『もっと気になる社会保障』216頁

### プロフェッショナル・オートノミーとは異なるプロフェッショナル・フリーダム

日本の医療政策の世界では、「プロフェッショナル・フリーダム」という言葉がある。神林（2018）によると、この言葉は武見太郎元医師会会長によって使われた言葉で、「医師が国民のための的確な医療を提供するために努力するための自由裁量権」のことである。専門職として誰よりも、医療に関して正しい知識を持つ医師が、その知見と能力を活かし、専門職の立場から医療政策を立案し、国の政策として実現していくというものである。

出所：権丈（2022）『もっと気になる社会保障』115頁