

# 医療政策会議講演録

## 医療政策会議報告書案 と社会保障政策に 関する若干の捕捉

講演日  
平成29年10月4日

権丈 善一



# 医療政策会議報告書案と 社会保障政策に関する若干の捕捉

権丈 善一（慶應義塾大学商学部教授）

## 医療政策介護報告書についての提案

医療政策会議報告書の最初の数ページで「こういうことが書いてあるのだな」「この会議でみんなが基本認識を持っていることはこういうことで、医療政策会議の考え方はこういうことだな」といった、まとめのようなものがあつたほうがよいかもしいないと思ひ、案を作つてまいりました。

たとえば医療政策会議における基本認識で、「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」というような、この会議で異論なく皆が共有している話を書くことができると思っています。

医療政策会議で諮問されたテーマは「社会保障と国民経済」です。子育て支援、医療・介護、年金という社会保障政策は、人口構造や財政金融政策の上に乗っているものであつて、これらを独立させて議論することはできません。いわば、社会保障政策は、人口構造・財政金融政策という大海に浮かぶ小舟のようなものです。

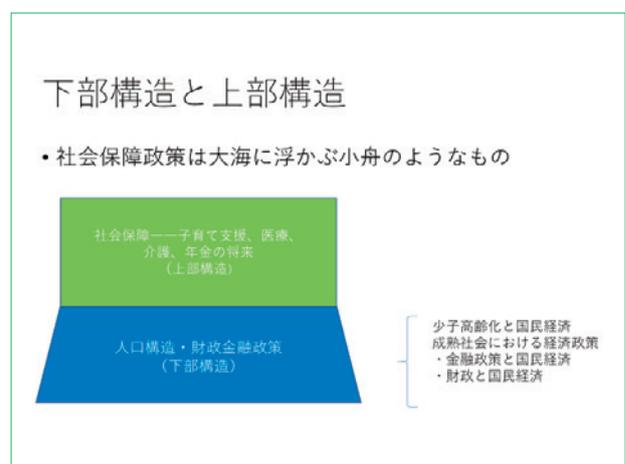
ですから、この諮問は、社会保障政策に関わる人たち皆が、必ず議論しておかなければならないテーマだと日ごろから思っています。

国民経済がどのようにかかわっているか。たとえば少子高齢化と国民経済に関していろいろなことを考えていきますと、「医療政策会議において合意を得られた事項候補」と書いていますが、たとえば少子高齢化と国民経済の関係を見る指標は、65歳以上人口を何人で支えているかとかいうようなものではなくて、就業者1人当たりの非就業者というような数字で見るべきで、この数字はある程度過去からも安定しているし、将来的にもそれほど心配するような話でもない。やらなければいけないのは、高齢者を含めて積極的に皆さんが社会参加できる社会シ

ステムをいかにして作っていくという話になるのかなと思います。

また、人口減少社会で重要な経済政策の指標は、1人当たりGDPであつて、総GDPではありません。ピケティが200年単位で本を書いているわけですが、あのなかには1つも総GDPの指標はなく、すべて1人当たりGDPで議論をしていますし、人口が大きく変化するタイムスパンを対象としている限り、そうせざるをえないんですね。日本の人口はこれから加速度を付けて減少していきます。GDPを今後大きく増やして600兆円にというような目標を掲げると、ちょっと無理が出てきて、いろいろところで軋みが出てしまうということは、みんな共通しているのではないかと思います。

日本の1人当たりGDPの伸びは、他の先進諸国と比べてそれほど遜色があるわけではない状況のなかで、問題はこれをどう分配していくか。きちんと消費者の購買力を育てるために、しっかりと分配をしていかないと駄目ですよというようなところも共通しているのかなと思います。



図表 1

私が最近翻訳しておりますニコラス・バーの *The Economics of the Welfare State* 『福祉国家の経済学』のなかに、「最近まで、真の解決策—引退年齢の引上げを捉えることに完全に至った提案はほとんど存在しなかった。珍しい例外は、英国年金委員会の報告書である。論理は簡単である。現在の人々は、100年前よりも長く生きる。それは、私たちすべてが賞賛すべき素晴らしい結果である。高齢化の「問題」をグロテスクに話題にすることは、的外れである。問題は、人々が長生きしていることではなく、彼らがあまりにも早く引退していることである」とあります。こういうことがようやく世界的に言われるようになった中で、高齢社会のトップを走る日本もその辺りをきちんと自覚して、しっかりと雇用を考えていこうという政策と整合性を持つ税や社会保障システムの議論をしていきたいと思いますという認識も、これもみんな共通しているかという気もいたします。

今年の2月に、日本老年学会・老年医学会が合同で、高齢者は75歳からと提言しました。日本老年学会と日本老年医学会は2013年から高齢者の定義を再検討する合同WGを立ち上げて、高齢者の定義についていろいろな角度から議論を重ねてきたらしいです。特に65から74歳は、心身の健康が保たれており、活発な社会活動が可能な人が大多数を占めているという科学的根拠があると発表されています。高齢者というのは、どうしても引退者というイメージがつくので、私たちは、随分と前から、高齢者とする年齢を上げようと言ってきました。しかし、世の中は少しも相手にしてくれなかった。ところが、今回は違うようです。メディアは大きく取り扱うし、永田町の議論のなかでも日本の高齢者が75歳からは当然じゃないかという感じになっていて、なんだか本当に、この国では75歳からが高齢者とみなされる社会が築かれそうな勢いになってきています。やはり、医師、医学の説得力はすごいです。

## 財政金融政策と国民経済

### 成熟社会にある日本

金融政策と国民経済ということを考えていかなければいけないときには、やはり小野委員がおっしゃるような、今の日本は成熟社会にあるのだということですね、成熟社会の段階で、どのような政策が必要になるのかということを考えなければいけない。

私がよく言うのが、ビックカメラの最上階から下まで、

各フロアを回ってみて、「どうしても月賦で買いたいというものはありますか」と問うと、大体みんな「ない。月賦かあ、懐かしい言葉だ」と言います。そうした、多くの人たちの購買意欲がとても弱い社会、いや、適切な表現をすれば、ある程度消費が飽和している社会が高度経済成長期のような成長を遂げることができるはずがないです。経済学では三面等価の原則と言いまして、国民経済の生産=分配=支出は等価になります。多くの人たちの消費がある程度飽和しているために支出、つまり需要が増えそうにない社会で、企業を税制などで優遇しても生産、供給を増やさないでしょうね。

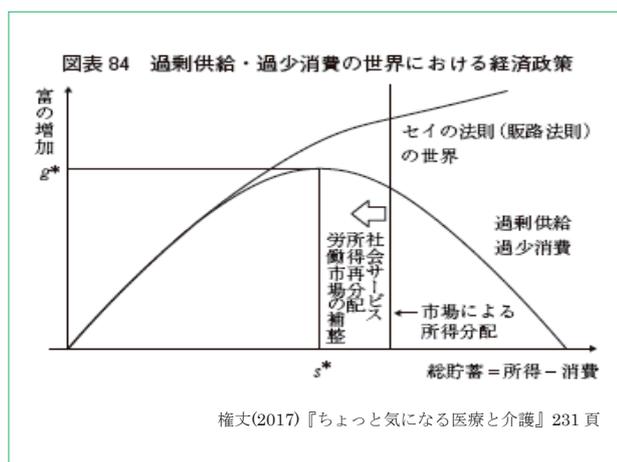
そういう社会ではどのような政策を展開していく必要があるかという、小野委員がまとめられている富裕層から貧困層への再分配とか、しっかりと現物給付を充実させていくとか、つまりは、私の本で書いてありますように、経済の活力のピークになりそうどころよりは貯蓄というのが右側にきている社会になっているわけですから、これをある程度消費のほうに回していく政策をやらざるをえない。

それは社会サービスをしっかりと充実させていったり、高所得者から低所得者に所得を再分配していったり、あるいは1次分配のところでしっかりと賃金を支払っていくというような仕組みを作っていくことこそが、実は経済に活力を与えるといえますか、本来の意味で成長戦略なのだというような話は、この会議のなかで共有できるのではないかと考えています。

次に財政と国民経済で、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なければいけないということは、香取委員が最近書かれた「アゼルバイジャンから<sup>1)</sup>」の中にも書かれていますように、とにかく財政健全化もしっかり考えていかなければいけない。財政健全化、経済成長と社会保障の機能強化は一体的に考えていこうということも、この会議の中で共通しているのではないかと思います。

### 完全雇用余剰と税制

そしてこの財政の問題を考えていくときに、ドーマー条件というのは不可欠な知識であり、私の本のなかにもあります。もう1つは完全雇用余剰です。景気が悪いときは財政赤字になるのはよいのだけれど、今のような完全雇用のときには、今度は余剰が生まれるぐらいの税システムというのを作っておくのは当たり前の話です。



図表 2

バブルのときに赤字国債がなくなる、発行しなくてもよいぐらいのところであって、その段階でもまだ余剰が生まれていないのは、やはりどこか税が根っここの部分でおかしいという認識はみんな共通していると思います。永遠に赤字国債を累積し続けていってもかまわないという政策思想、経済思想は、人類の歴史上どこにもないですから。今の総選挙の最中<sup>2</sup>に、希望の党から排除された民主党の人たちをメディアのように「リベラル」と呼ぶのは大間違いで、リベラルという言葉に失礼です。今の日本の税制と財政状況の下で、増税の必要はないというようなりベラルなんて、世界中のどこを探してもありません。1909年に、イギリスの Liberal Party、自由党は、ロイド・ジョージ蔵相の下で、貧困対策など社会問題の解決を図るために、累進所得税導入、相続税・資産課税による富裕層への増税とたばこ税・酒税の増税を行いました。社会問題を解決するために国家には確固たる課税権があると考えて、国家の課税権を否定する人たちと対峙し、問題解決のために増税を国民に説得するのが Liberal です。そのようなことをしっかりと押さえておかなければいけないし、ドーマー条件とプライマリーバランスというものがどのような関係にあるのかも、しっかりと押さえておくことが不可欠になってきます。

### ストックはストックへ

そして、いまだに埋蔵金を言う人がいますが、昔から埋蔵金のようなストックは、これだけ累積債務を持つ国

においては、ストックはストックへ、つまり埋蔵金というストックは累積債務というストックの返済に回すというのは当たり前のことです。埋蔵金がまったくないとは言わない。ないということを証明することは難しいので、埋蔵金があると言う人がでてきたら、その論者の論をひとつひとつ確認していくことになるのでしょうか、仮に埋蔵金なるストックがあったとしても、ストックはストックの問題、フローはフローの問題として、やはりしっかりと考えていかなければなりません。

### 給付先行型福祉国家の宿命

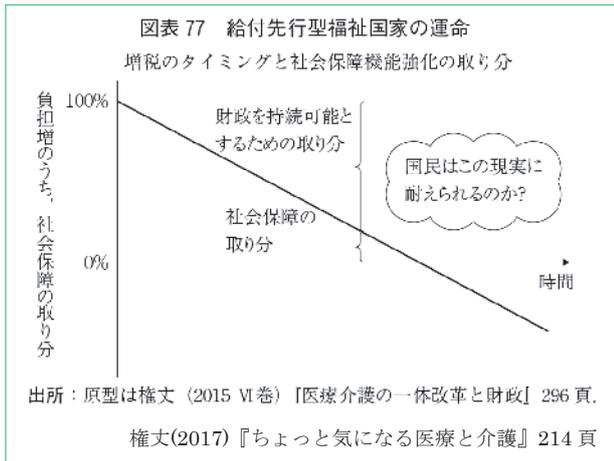
そしてもう1つ現状認識として確認しておきたいことは、成熟社会であると同時に、給付先行型の福祉国家になっているということです。香取委員の最近の文章にも書いてありましたが、赤字国債を出しながら給付を先行したというのは、景気を取っているとも言えます。負担の先送りだけではなくて、景気を取っているわけで、そうしたブースターがかかった景気と比べると、景気が悪くなるから財政再建はやるべきではないと言っていると、永遠にこの赤字状態から解放されないことになってしまいます。ですから、日本は、給付を先行した福祉国家であって、給付の先取り、景気を取っているということは、しっかりとみんなで認識しておく必要があります。

そして日本が給付先行型福祉国家であることは、面倒な政治問題を起こすことにもなります。今後、仮に増税できたとしても、増税の相当部分は財政再建に回さなければならないため、増税分すべてを社会保障給付に使うことはできません。普通の人は財政事情のことなど知りませんから、すぐ『増税するのに、なぜ社会保障が増えないんだ』と怒り始めます。さらに、増税のタイミングと社会保障機能強化の取り分を考えると、時間がたてばたつほど、社会保障の取り分が少なくなり、国民の不満が出やすくなる(図表 3)。

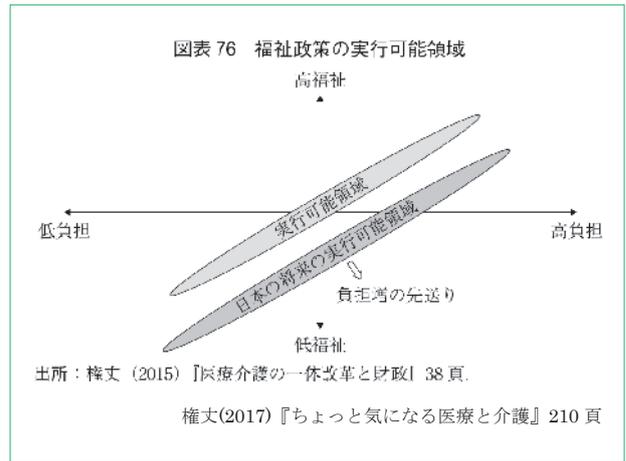
まさに、今の選挙戦のなかでも起こっていることだし、これからの日本では深刻さが増しそうなことです。この医療政策会議の委員の方々には、「いったん給付先行型になったものを、はたしてこの国で元に戻すにはどうすればいいのか」を考えるということでは、共通した認識を

<sup>1</sup> 『Web 年金時代』掲載の「謎の新興国アゼルバイジャンから——第10回(番外編)社会保障・税一体改革 財政と社会保障—消費税の用途と社会保障財源」(2017年9月28日)。

<sup>2</sup> 2017年10月10日に公示、10月22日投票の第48回衆議院議員総選挙。



図表 3



図表 4

持たれているのではないかと思います。

### 国民経済と財政をめぐる政治の動学

国民経済と財政をめぐる政治の動学として、この10年ほどの間、日本はどのような展開をみせたのかというところを、縦軸に福祉の水準、横軸に負担の水準をとって説明しています (図表 4)。

公的累積債務の GDP 比を一定にする、つまり「発散」させずに一定にするためには、金利  $r$  と成長率  $g$ 、分母の成長率と分子の金利の相対的な関係を考えなければなりません。分子にある債務の金利が分母の成長率よりも 1 ポイント高くなると、1,000 兆円の借金を抱えているとすると、10 兆円ぐらいのプライマリーバランスの黒字を出し続けられないことは、公的累積債務の GDP 比は水平にならず発散してしまいます。これが要するにドーマー条件のところになるのですが、プライマリーバランスがとれるだけでは水平になりません。

そのような関係を考えていくと、金利  $r$  がいずれ成長率  $g$  を抜いて正常状態に戻ってくるとなると、この実行可能領域が東南方向にどんどんシフトしてくことになる。したがって、給付先行型福祉国家では、高負担だったら中福祉になるし、中負担だったら低福祉にならざるをえなくなる。金利が大きく上がれば国債費が大幅に増えますから、高負担でも低福祉になりかねません。

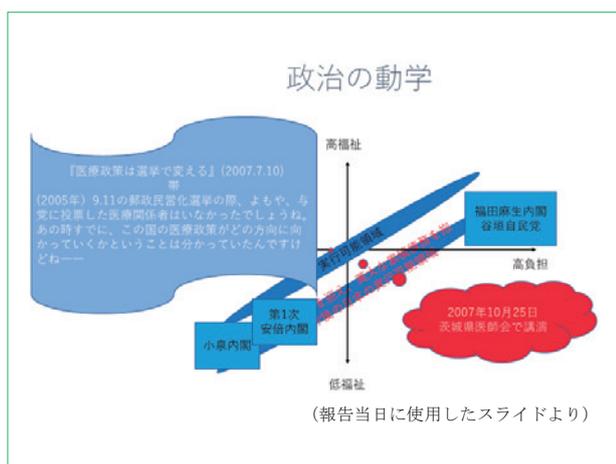
過去 10 数年間の政治の動きを少し歴史的に見てみると、小泉内閣が、将来の実行可能領域の左上にあった日本の財政を何とかしてこのライン上に乗せようとして増税をした。また第 1 次安倍内閣もそれをやろうとして増税を最初は考えていたようです。私は 2007 年の 7 月の参議院

選挙の直前に、『医療政策は選挙で変える——再分配政策の政治経済学Ⅳ』という本を出しました。帯には、「(2005 年) 9・11 の郵政民営化選挙の際、よもや、与党に投票した医療関係者はいなかったでしょうね。あの時すでに、この国の医療政策がどの方向に向かっていくかということとは分かっていたんですけどね」と書かれてある本ですね (図表 5)。ところが、そういうことを書いていた私が、半年後には、社会保障国民会議に呼ばれることになる。なぜならば、第 1 次安部内閣から福田内閣に変わると、自公政権は、負担を行って中福祉を支えて行こうという位置に移ってきたからです。つまり、自民党のなかで政権交代が起こり、福田内閣は、中長期的には、社会保障政策の分水嶺に位置づけられることになりました。

そのように、同じ政党の中で政策の政権交代が起ころうとしていた頃、2007 年 10 月 25 日に私は茨城県医師会で講演をしています。その日は、講演の最前列に座られていた茨城県医師会の会長をはじめとして幹部が揃って『医療政策は選挙で変える』を持っていて、講演を終えて私が帰った後に、茨城県医師会は反自民、民主党支持への決議を行ったようです。ここは実に難しいところですが、茨城県医師会が反自民に転じた時には、自民党は小泉・安倍路線ではなかったわけですが、でも、そういう政治の機微は、普通、医療者には分からないと思います。

### 2009 年政権交代前夜

そして、福田さんが、社会保障国民会議を作り、そこに数ヶ月前まで自公政権に選挙で投票するなという本を書いていた私が呼ばれる。2008 年 11 月に国民会議が報



図表 5

告書を出し、12月に中期プログラムが閣議決定され、翌年の2009年3月に平成21年度税制改正付則104条が成立しています。与謝野さんが主導して成立させた、この附則104条は、もうじき確実に来ると考えられていた民主党への政権交代の後でも、消費税の増税論議が継続して行われるように、楔を打ち込んだものでした。

そして大方の予想通りに、2009年8月30日に民主党が勝つ政権交代選挙が行われます。このときもまた、4日前の8月26日に私は茨城県の筑波市で講演をしていて、茨城県医師会の人たちの前で、「依怙<sup>えこ</sup>によって弓矢は取らぬ。ただ筋目<sup>いすかた</sup>をもって何方<sup>ごうりき</sup>へも合力す」という演題、つまり、この「依怙によって…」は信玄の言葉なのですが、自分の利益では戦をやるようなことはしないけれども、筋が通るのだったら誰にでも味方をするという演題で講演をして、民主党のマニフェスト、そして彼らの政治手法を徹底的に批判しています<sup>3</sup>(図表6)。この時、茨城県医師会(当時の)若手幹部から、「官僚支配の政治の打破が必要なのではないか?」と質問されて、「役人任せの政治をやっていたら、今のような財政状況にはなっていないですよ」と答え、続けて、「2大政党による競争は必要なのではないか?」と問われたから、「まあ、ルー

ルを守って競争すればね。ウソ、いかさまなんでもありのルール違反の競争が展開されると、悪貨が良貨を駆逐するってことになって、政治のレベルが落ちていくだけなんですよ」と答えています<sup>4</sup>。

### 民主党政権と社会保障制度改革国民会議

それで結局、鳩山内閣ができて、大局的、長期的にはそうした小さな動きに追随した日医も大混乱の時代を迎えるのですが<sup>5</sup>、鳩山内閣を継いだ菅・野田内閣は、実は、先ほどの福田・麻生内閣の位置に移動してきます。この政治の大仕事をリードしたのが、先ほども平成21年税制改正附則104条のところで話した与謝野さんですよ。菅内閣が、三顧の礼で与謝野さんを迎えるわけですが、直接、与謝野さんのところへお願いに行った人に与謝野さんは、「僕はかわらないよ」と答え、即座に「大丈夫です、民主党がかわります」という会話があったとか、なかったとかの話があり、たぶんあったと思います(笑)。そうして、与謝野さんは、2008年の社会保障国民会議の事務局、つまり香取さん達を再結集します。ただ、あまりにも、菅内閣が鳩山内閣の時の位置と離れすぎて、今度は民主党が分裂する危機にさらされたので、菅さんの後を継いだ野田さんが党内融和という言葉を用いて、福田・麻生内閣と鳩山内閣の真ん中あたりに、菅内閣の後の民主党を位置づけることになります。と言っても結局は、消費税増税をめぐる、民主党は分裂するわけですが。

そして、消費税増税を進めてきた民主・自民・公明の3党の合意を得ようとしても、なかなかやっかいな社会保障、特に民主党が思いっきり争の具にしていた年金の話とかもありましたので、社会保障に関しては有識者に任せようということになって、ここに社会保障制度改革国民会議が立ち上げられます。そしてこの国民会議は、2008年の社会保障国民会議の位置、つまり民主党政権前の元に戻ってくるという動きが、この間に起こっていま

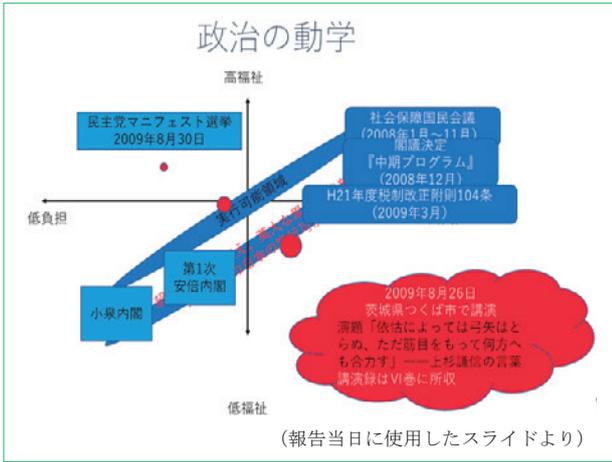
<sup>3</sup> 「勿凝学問246 謙信ではないけれど、依怙によっては弓矢はとらぬ、ただ筋目をもって何方へも合力す——衆院選、県知事選で賑わっている茨城6区で、今日、話してきたこと」(2009年8月26日脱稿)参照。この文章は、『茨城県 病院協会報』No.74(2009年10月発行)にそのまま収められている。

<sup>4</sup> 「勿凝学問248 あのねえ、役人任せの政治をやっていたら、今のような財政状況にはなっていないよ——茨城県で民主党支持者に官僚支配の政治の打破が必要なのではないかと問われて」(2009年8月29日脱稿)参照。

なお、2009年8月30日政権交代総選挙の5ヶ月前2009年3月に、私は『社会保障の政策転換——再分配政策の政治経済学V』を出していた。そこには、福田・麻生内閣の下での社会保障国民会議の中で、この国の社会保障政策に関して大きな政策転換がなされたことを書いていた。だが、そのことは世の中に伝わらなかった。次のように…

<sup>5</sup> 09政権選択: きしむ保守地盤/中 医師会、自民離れが拡大『毎日新聞』2009年8月13日朝刊「医師会は自民に利用されてきただけ。なのに、上の方だけで自民支持を決めてきた」。「福田(衣里子)推薦」を提示した高原晶支部長(55)は憤りを隠さない。手元にあった本は『医療政策は選挙で変える』。至るところに鉛筆で線が引かれていた。」

<sup>5</sup> 2011年7月15日に、医療政策会議で報告をした私は、「無政府状態下の日本の財政・社会保障」という演題で話をしている〔権丈(2015)『医療介護の一体改革と財政——再分配政策の世辞経済学VI』第15講に所収〕。



図表 6

す。というも、持続可能性という観点からみれば、この位置しかあり得ないわけですから。

### 持続可能性という政治軸への意識を

私は、持続可能性という軸を基に、政治の良し悪しを判断したり、政策の論者の持続可能性を予測するのが、ある時期から最重要になったように思えます。政府の規模の大小への選好、趣味、思想で政治的態度が別れていた時代は、給付先行型福祉国家に大きく踏み出す前の話で、懐かしいセピア色の遠い昔の話です。医療界は、政治フィールドにおけるこうした変化に、はじめはついて行っていなかった。そして持続可能性から外れたことを言う政党・政治家には持続可能性がないという当たり前のこともほとんど意識されていませんでした。もっとも、団体として政治的成果をどう引き出すかという視点も大切なことではありましようが、それも、交渉の相手が持続可能性を持つポジションにいるのかどうかの先読みができた上で行った方が、成果を大きくすることができるかと思えます。

ここで一言付け加えておきますと、2009年のああいふ形での政権交代は、日本の政治に大変大きな悪影響を与え、後遺症を残しました。今を生きている多くの日本人は、あの政権交代を大変な失敗体験と記憶することになりました。この記憶が国民の間に残る限り、この国の政治がうまく機能するのは難しいです。もっとも、当時の混乱の責任者たちがいなくなれば話は別でしょうけど、それはあり得ない。

### 社会保障・税一体改革の正確な理解を

資料に書いてありますように、給付先行型福祉国家は結構きつい。増税した分を全部社会保障に持ってくることはできません。

そのような状況のなかで、私は2012年10月に「消費税の運命はまだ予測がつかない状況にある」と書いています。そう書いたのは、2012年9月26日に総裁選が行われているのを見ていたからです。

医療政策会議の先生方には、一体改革のフレームをしっかりと正確に理解し共有することを、私はお願いしたいと思います。

5%の消費税のうち1%は確かに社会保障に回しますと言っていたのですが、その時もタダで財源を回すのではなく、徹底的に改革した形で効率化したうえで、条件をつけた形で給付を増やすという話です。次に5年分の自然増のために1%をあてていた。そして基礎年金の国庫負担の1/2を確保するために1%。消費税増税による物価上昇分も1%見込んでいた。そうした状況でしたので、財務省から見ると、残りのたった1%ぐらいしか財政再建に使えないのかという現実のところを持ち込まれていたわけです。そのあたりのところを、医療政策会議の先生たちには共有していただけたと思います。今回の選挙の中で、メディアなどは、「借金返済」に回す消費税というような表現がなされていますけど、「返済」などは夢のまた夢。一体改革では、借金がなくなる度合いをほんのわずか小さくすることしか予定されていませんでした。しかしそうしたことは、世の中の人たちが知りたいことではなかったために、彼らには届かなかった。

そしてこれから先の財政政策を考えていくと、消費税増税を着実にやらなければならない。経済状況を勘案しながら前倒しも考慮したほうがよいのではないかと。軽減税率も考え直した方がいい。さらに、消費税10%の先の検討を速やかに開始し、その際は毎年1%の引き上げも視野に入れていってよいのではないかと。

ヨーロッパでは付加価値税の増税時に2%、3%というのはあまりなく、1%ぐらいを徐々に徐々にやってきた(図表7)。

私は、前から言っているのですが、2004年から年金を0.354ポイントずつずつ上げてきた、そのような形で消費税を上げていかないと、この国は財政的にはきついという話になります<sup>6</sup>。

**EU加盟国における付加価値税率(標準税率)の引上げ回数**

| 0%超～1%以下 | 1%超～2%以下 | 2%超～3%以下 | 3%超～ |
|----------|----------|----------|------|
| 42回      | 35回      | 18回      | 12回  |

(注) EU加盟国28カ国の付加価値税導入以降の標準税率の引上げ回数について、引上げ幅別に集計したもの。  
(出典) 欧州委員会資料等

図表 7

### 医療介護の一体改革

いちばん左側の社会保障国民会議から始まって、上の地域医療構想、提供体制の改革、真ん中が保険の改革、3番目がマンパワーの配置の問題という、三位一体改革と私は呼んでいます、そういうことが書かれています。

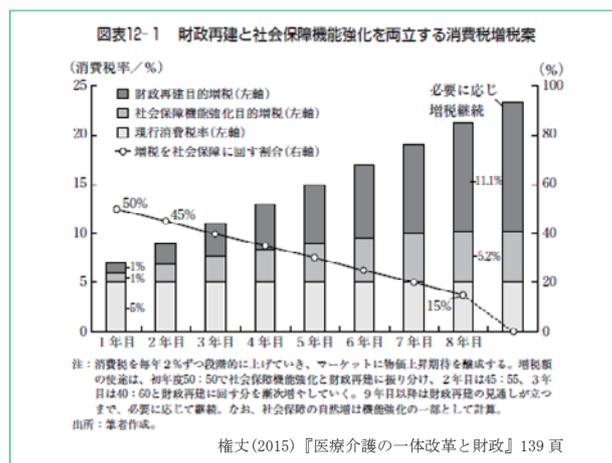
地域包括ケアに関して、まず医療政策会議の皆さんに共有していただきたいことは、地域包括ケアはシステムではなく、既存のリソースのネットワークなのだという

ことです。もちろん、不足するリソースが明白にある場合には、それを整備するということはありますが、香取委員も報告時に言われていたように、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って、行政がお膳立てする話ではないということをご共有していただければと思っています。

次に、かかりつけ医ですが、いま日本の医療・介護で進められている医療・介護一体改革の鍵は、かかりつけ医の存在です。このかかりつけ医に関して、別添の「配布資料」にある実に素晴らしい定義を日医と四病協が、2013年8月8日に合同提言を行っているわけですが、これに対して図にしているのが厚労省の中医協の資料です(図表 12)。このなかで、①日常的な医学管理と重症化予防、②専門医療機関との連携、③在宅療養支援、介護との連携で、どうも1と3がこの国では弱い。ここをどう強化していけばよいかというのが、この国の医療の大きな課題になっています。

「かかりつけ医を中心とした地域包括ケアシステムの構築・推進」ですが、ここにはとても大切なことが書いてあります。「きっとあなたの町にもかかりつけ医がいます」とあります。つまり、かかりつけ医というものをしっかりと定義して、日医が、このかかりつけ医を推進して

<sup>6</sup> 次の図は、2011年に権丈(2011)「震災復興と社会保障・税の一体改革両立を」(『WEDGE』2011年5月号[権丈(2015)『医療介護の一体改革と財政——再分配政策の政治経済学Ⅵ』所収])で描いた、毎年消費税を2%ずつ上げていながら、財政再建と社会保障の機能強化(2008年社会保障国民会議で描かれた程度の機能強化)を同時に行う計画である。



<sup>7</sup> この合同提言が出された2013年8月8日は、社会保障制度改革国民会議の報告書が総理に手交された8月6日の2日後。そして8月19日に日医会長・4病院団体協議会会長の5人から厚労大臣に直接手渡される。

2011年当時、説明として次のような文章を書いている。  
「毎年度2%の消費税率引き上げを2012年度から行えば、2020年度の消費税率は23%になる。これぐらいの消費税率を達成してはじめて、長期金利が名目成長率を1%上回る場合でも、国民会議が提案した控えめな「中福祉国家」が持続可能なものとなる。だが、いわゆる逆進性対策として軽減税率や低所得者向けの給付を設ける場合や、長期金利が名目成長率を1%以上も上回る事態の出来が事前に予測される際には、社会保障機能強化を先送りして、いったんは2020年度に基礎的財政収支を黒字化し、それ以降も消費税率引き上げを行うかどうかの選択を迫られる未来が訪れる」。

雑誌『WEDGE』は、東海道新幹線の中で読むことができるため、少なからぬ医療関係者が、先の図をみて、目が点になられていたようである。

いこうとしていることを、地域住民の多くの人たちは知らない。そして、医師を対象として、かかりつけ医の研修を日医が行っている段階でもある。

したがって、これを国民に広く広報し、かかりつけ医が自分の住む地域のどの医療機関にいるのかを、簡単に

検索できるシステムを作るということも目指してよいのではないかというのを1つ提案させていただいて、私の報告を終わりたいと思います。どうもありがとうございました。

**配布資料**

**医療政策会議報告書案と社会保障政策に関する若干の捕捉**

**諮問**

社会保障と国民経済——医療・介護の静かなる革命  
 斜字 医療政策会議において合意を得られた事項候補  
 医療政策会議における基本認識

- ・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。
- ・それを前提にすれば、今後も医療費の主財源は社会保険料であり、それを消費税を含めた様々な公費で補う必要がある。

「スライド 下部構造と上部構造」

**国民経済**

少子高齢化と国民経済

- ・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。
- ・人口減少社会で重要な経済政策の指標は1人当たりGDPであり、総GDPではない。
- ・日本の1人当たりGDPの伸びは、他の先進諸国と比べて遜色のない伸び——問題は、分配。
- ・超高齢社会への対応策は、幅広い社会参加——税、社会保障システムの見直し

金融政策と国民経済

現状認識：成熟社会

恒常的な需要不足社会での経済活性化

- ・垂直的再分配
- ・現物給付
- ・量的緩和では物価は上昇せず、経済は活性化せず

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
- ・ドーマー条件<sup>8</sup>（公的債務のストックと、金利、財政の関係性を可視化）、完全雇用余剰<sup>9</sup>、プライマリーバランスの知識は不可欠
- ・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<sup>10</sup>

現状認識：給付先行型福祉国家

- ・景気の前取り
- ・給付の前取り

「スライド 政治の動学」

少し表現を変えた、一体改革成案による説明（2011年6月30日）

**今後の政策**

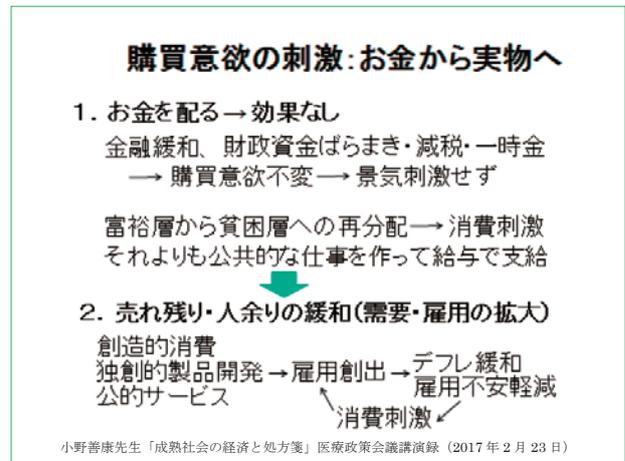
財源

- ・消費税増税を着実に行うとともに、経済状況を勘案しながら前倒しも考慮
- ・消費税10%の先の検討をすみやかに開始。その際には毎年1%の引上げも視野に入れる（2004年年金改正後の保険料引き上げを参考）。

「スライド EU加盟国における付加価値税率の引き上げ回数」

「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

- ・軽減税率の見直し



小野善康先生「成熟社会の経済と処方箋」医療政策会議講演録（2017年2月23日）

図表 8

<sup>8</sup> 権丈（2017）『ちょっと気になる医療と介護』208-223頁

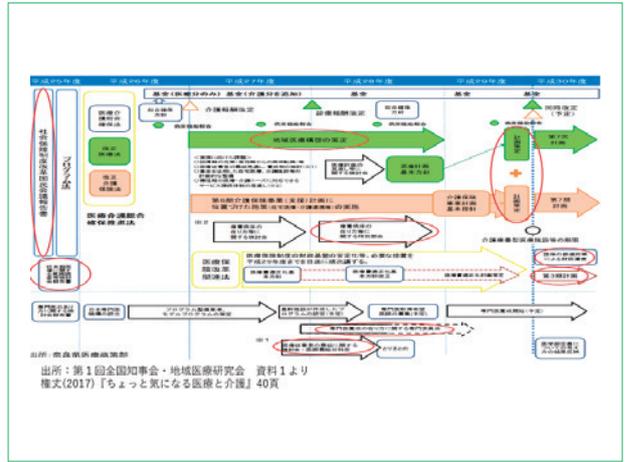
<sup>9</sup> 権丈（2015）『医療介護の一体改革と財政——再分配政策の政治経済学』31-35頁

<sup>10</sup> 権丈（2015）『医療介護の一体改革と財政——再分配政策の政治経済学』103頁

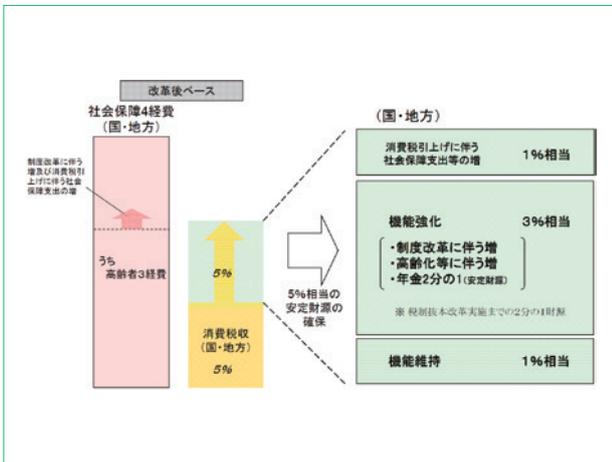
社会保障・税一体改革のフレームを正確に理解

- 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  
 消費税増税5%はすべて社会保障のためであることを理解  
 消費税増税5%の内訳
- ・消費税導入に伴って生じる国・地方の負担増 1%
  - ・「ネット」の給付改善 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%
  - ・ネットの財政赤字削減部分 1%

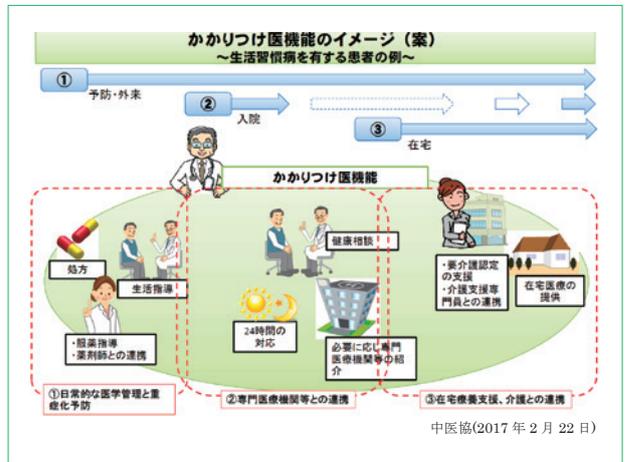
図表 9



図表 11



図表 10



図表 12

- ・インボイス制度の2012年4月からの確実な実施、さらには前倒し導入も検討
  - ・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
  - ・公的年金収入を給与収入と等しく課税
- 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後述

超高齢社会への対応——幅広い社会参加

高齢者

現在の再雇用、再任用制度の限界を直視して、定年制を65歳まで延長

在職高齢年金の見直し

女性

配偶者控除の見直し

両立支援の充実

全般

厚生年金の適用拡大による国民生活の老後の安定  
 医療・介護

地域医療構想 + 地域包括ケア = 車の両輪

- ・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
- ・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

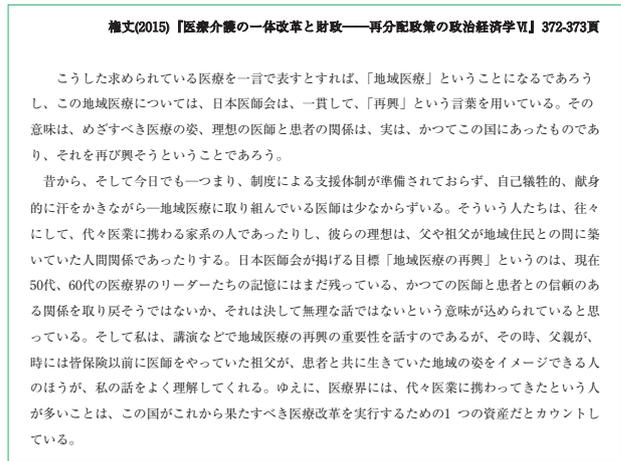
かかりつけ機能の強化は医療介護一体改革の要

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

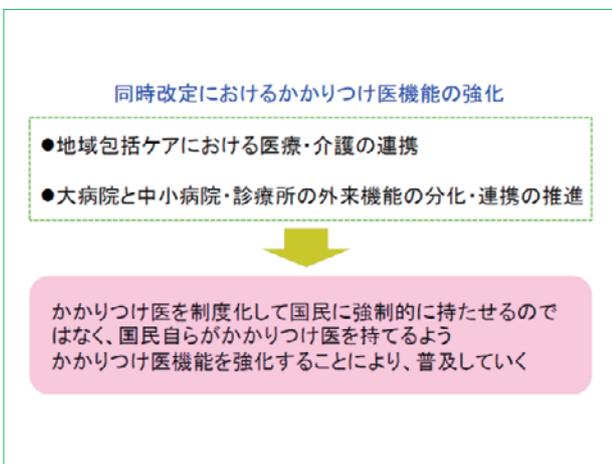
- ・「かかりつけ医機能」
- ・かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。



図表 13



図表 15



図表 14

図表 29 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<br>・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<br>・都道府県単位の保険財政共同安定化事業 (2006年10月より)<br>・広域連合単位の後期高齢者医療制度 (2008年4月より)<br>・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<br>・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<br>・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(2017)『ちょっと気になる医療と介護』69頁

図表 16

・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。

ここで定義された「かかりつけ医機能」をイメージ化すると

①日常的な医学管理と重症化予防

②専門医療機関等との連携

③在宅療養支援、介護との連携

日本の医療制度は、①と③が弱く、その強化が大きな課題。

日本医師会の方針

・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ひろく広報

・かかりつけ医が、自分の住む場所のどの医療機関にいるのかを簡単に検索できるシステムを作る

チーム医療の確立

『社会保障制度改革国民会議報告書』31頁

「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。もちろん、そのような医師の養成



## 第7回社会保障制度改革国民会議議事録（2013年3月27日）より

**権丈委員** フリーアクセスについて質問させてください。この国はフリーアクセスを持っておりまして、これは非常に価値のあるルールだと思います。ただ、価値はあるけれども、メリットもあるけれども、デメリットもやはりある。先ほどの病診連携のところも大きく関わってくるところですけれども、このままフリーアクセスを続けることができるのか、あるいは続けようとする、外来の数が国際比較をしても圧倒的に多すぎるといようなこととか、患者の大病院志向というのは問題があるのではないかとというような問題、弱点があると突かれます。そうした弱点をどんどん突かれていって、大元のフリーアクセスそのものが危なくなってくる可能性が出てくるのです。そういうときにフリーアクセスを皆さんどういうふうに考えられているのか、このまま今の状態で続けるべきと考えられているのか、幾つかの改善点を考えられた上でこの制度を守るべきだと考えられているのか。それとも、もうフリーアクセスというのは無理があるのではないかと。

**堺日本病院会会長** フリーアクセスというのはうまくいけば世界に冠たるシステムであるのです。例えば国会議員の方でもイギリスにいらして足をけがして手術をやらしてもらえないとかいろいろあったということも伺いますけれども、そういう意味では良いのですけれども、問題は、日本はフリーアクセスしか今まで経験していないですね。ですから、これでやめてしまうのかということ、なかなかすぐそうだとおっしゃるところがあると思うのです。そうすると、ある程度今先生がおっしゃったように段階を経て、それだったらこういう手立てをやってみよう、次にこの手立てをやってみようとして、それだからこうという結論に行く必要があると思うのです。ですから、例えば先ほど私が申し上げたのは、ゲートキーパーというとおかしいですけれども、最初の入口は診療所の先生、あるいはかかりつけが良いと思うのです。そこでキャッチボールすればかなり良いと思うのです。

夜間救急もウォークイン・クリニックのようなことはやめてほしいというがあるので、そういうところを一挙に解決するのはなかなか難しいので、あるカテゴリーを決めて、今回はこのことをやってみよう、それで評価しよう、次はこうやっていかないと、いきなり今の状況はよくないからフリーアクセスをやめようという議論にはなかなかかなりにくいのではないかと思います。

**今村日本医師会副会長** フリーアクセスにつきましては、やはり日本の医療の最大の利点であるとは思いますが、それが権丈先生のおっしゃるようないろいろな問題点が生じているのは間違いのないと思います。私は強制的にゲートキーパーでここを通らなければ次にいけないというものが落ちたものではないと思います。やはり国民にどうやって今の日本の医療を理解していただくか、医療の優れた、実は日本の国民というのは、OECDからこれだけ高評価を受けているということを知りません。自分の健康度は悪いと国民自身が思っているというのは、世界のOECDの先進国の中で日本だけなのです。ずっとこういう状態が続いています。まず国民に日本の医療の状況をよく理解していただくという啓発は我々もしていくし、国にもしていただきたいと思っています。そういう中で、「緩やかなゲートキーパー」の機能というものをかかりつけ医が持って、必要なときにはきちんと最終的に必要な医療につながるという意味でのフリーアクセスというものがきちんと維持できていければ良いのではないかと考えています。

**大久保日本歯科医師会会長** 基本的には今村先生と同じ考えなのですが、フリーアクセスは極めて大事な我が国の国民皆保険の土台になっていると思います。ただ、権丈先生が御心配されているのだと思いますが、今のままに本当にフリーアクセスをこのまま守れるのかということ大変難しい点がある。ただ、それが今村先生と同じなのですが、余りにも強制的な方法で規制をかけると、ただし私は規制が全く必要ないとは言っていないので、ドアが自由に開くためには蝶番が壁に留められていなければならないという言葉のように、規制は制度を維持するために最低限必要だと思っています。けれども、ドアを自由に開け閉めするためにフリーアクセスを外側から決めるというのもたしかに一つの方法ではありますが、我々医療担当者が例えば診療所の役割、病院の役割、それより地域の中で、医療界の内部でしっかり議論して、自分たちの役割分担として決めていくという方法を作っていくと、フリーアクセスをこのまま本当に継続できるのかということについては、危機感はあることはあります。それは我々がその努力をすべきだという部分も必要なのだと思っています。

図表 19