

# 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

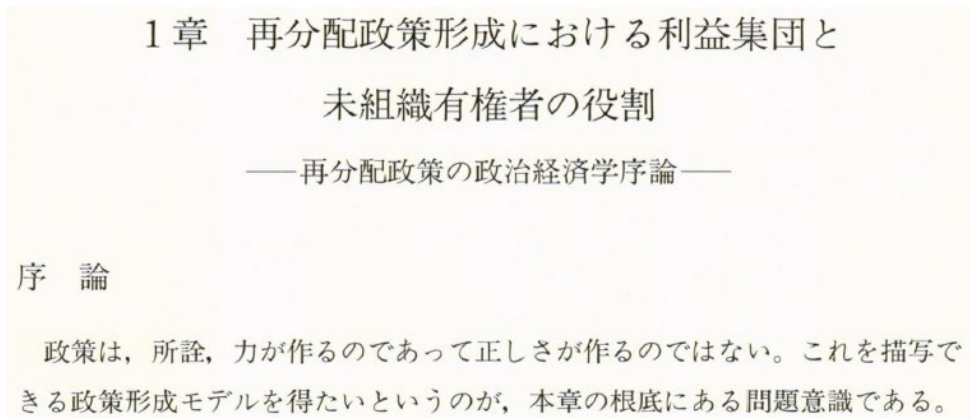
かかりつけ医機能が発揮される制度整備に関わる問題 ..... 1

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

5次中間とりまとめ」までにも繰り返し記載)

- 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)

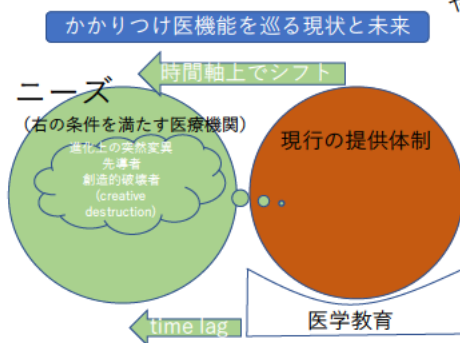
### 第9回全世代型社会保障構築会議議事録 (11月24日)

「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すし、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



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」

### 「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の具体的要件を別途検討。

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、審議会と言えば、公益代表の人たちかと思います。

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。

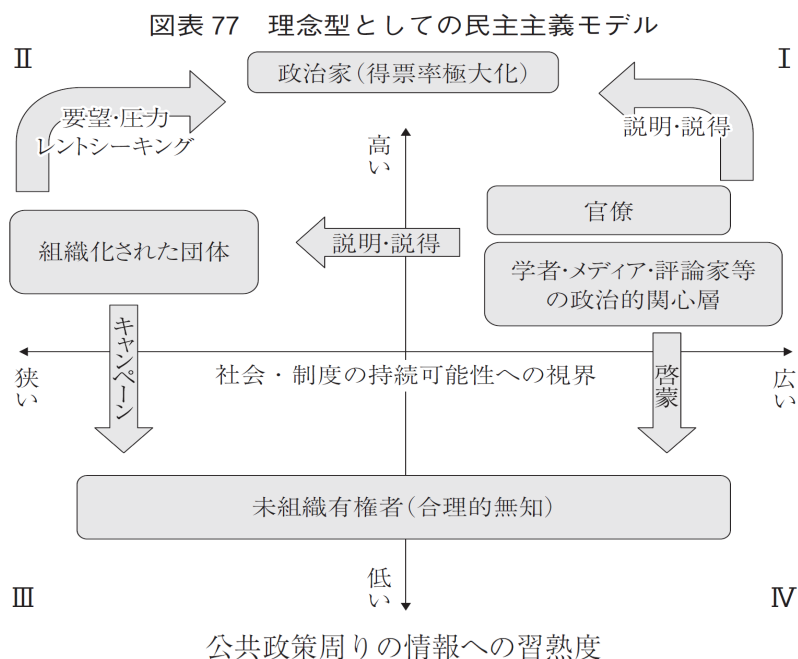
その際、60年代、70年代時の権力構造、力関係が反映した、公共政策の意思決定システムが今も受け継がれているように見えます。年金でも医療でもそうですが、利害当事者たちと霞ヶ関の当該の部局が、役所の人たちの方が受け身の立場で打合せをして、そこでなんとか調整がとれた案が、政策として具体化していく。そうした方法では、公益委員達が考える改革は、何年経っても実現できません。できるとしても、亀よりも遅い歩みとなる。

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