

医療・介護・保育「未来への投資」プロジェクトチーム

有識者意見交換会

平成 22 年 3 月 4 日(木)

19 時 00 分～20 時 00 分

共用 第 6 会議室

議 事 次 第

1. 開会

2. 有識者の発表

広井 良典 氏 (千葉大学法経学部総合政策学科教授)

3. 質疑

4. 閉会

医療・介護・保育「未来への投資」プロジェクトチーム 有識者との意見交換会

日時：平成22年3月4日(木)
19:00 ~ 20:00
場所：共用第6会議室(2階)

(傍聴席) (記者席)

広井 良典
千葉大学法経学部
総合政策学科教授



中山 弘
アドバイザー

伊奈川 秀和
社会保障担当参事官

間 隆一郎
政策企画官
(社会保障担当参事官室))

海野 耕太郎
政策企画官
(社会保障担当参事官室、労働政策担当参事官室併任))

関野 秀人
医薬食品局
医療機器審査管理室長

池田 千絵子
医政局経済課
医療機器政策室長

野村 知司
医政局医療制度調整官

藤原 朋子
老健局企画官

長妻 昭
厚生労働大臣

長浜 博行
厚生労働副大臣

山井 和則
厚生労働大臣政務官

足立 信也
厚生労働大臣政務官

木下 賢志
大臣官房総務課参事官

佐原 康之
大臣官房総務課企画官

朝川 知昭
雇用均等・児童家庭局
総務課少子化対策企画室長

(傍聴席) (記者席)

草野 哲也
老健局振興課長補佐

泉 潤一
社会・援護局
福祉人材確保対策室長

堀井 奈津子
雇用均等・児童家庭局
総務課調査官

(事務局)



入口

社会保障と経済への視点 —「創造的福祉社会」の可能性—

広井良典(千葉大学)

hiroii@le.chiba-u.ac.jp

内容

- 社会保障と経済への視点
- (付論)「医療への投資(特に医学研究政策・医療技術政策)」への視点

社会保障と経済への視点

問題意識：「社会保障(or福祉国家)と経済」の3段階

- 第1段階：“福祉国家の黄金時代”・・・第二次大戦後～1960年代頃
 - ・再分配を通じた総需要拡大→経済成長
 - ・“ケインズ主義的福祉国家 Keynesian Welfare State”
 - ・「平等と成長」の同時達成
- 第2段階：“福祉国家の危機”・・・1970年代～80年代頃
 - ・「経済の“お荷物”」としての福祉
 - ・背景・・・①高齢化→「再分配による需要拡大」という機能弱まる（世代間の移転としての性格強まる）
 - ②(物質的な)需要そのものの飽和

■ 第3段階:福祉と経済(ひいては環境)の新たな相乗効果・・・
現在そして今後?

・背景

①「人生前半の社会保障」→潜在能力の活用を通じた活性化

②「ケア」関連分野の発展

* 人々のニーズないし消費構造の変化(物質・エネルギーの消費→情報の消費→ケアの消費)

cf.フロリダの『クリエイティブ資本論』

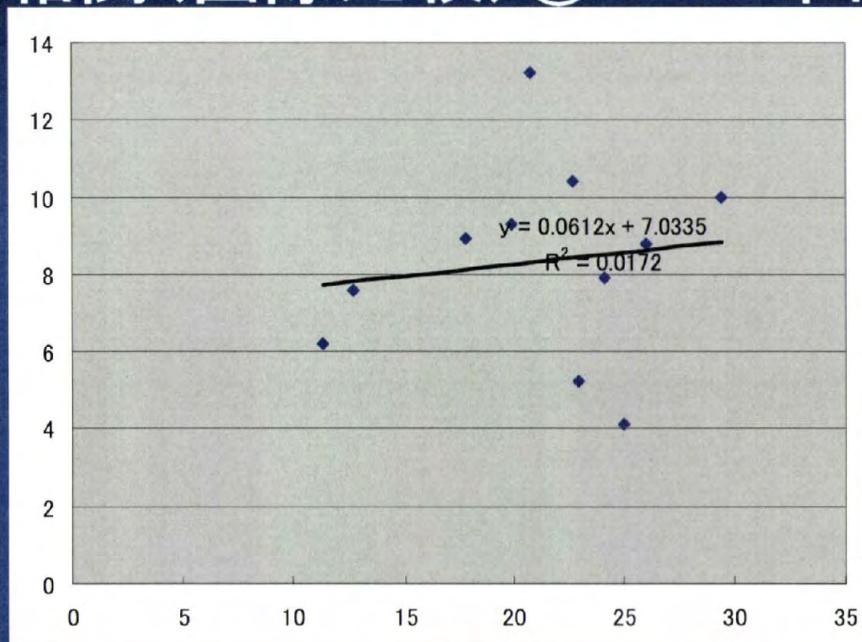
* 「生産性」概念の変容・・・労働生産性から環境効率性へ

→「労働集約的分野」の新たな重要性 (雇用創出効果大、失業率削減にも貢献大)

・ただし、その「アウトカム」は必ずしも「GDP増加」ということに還元されず、より広義のもの →新たな指標の検討の必要性

(参考)社会保障給付と経済成長率の 相関(国際比較)①:1980年代

GDP成
長率
(1980 - 9
0年平均)



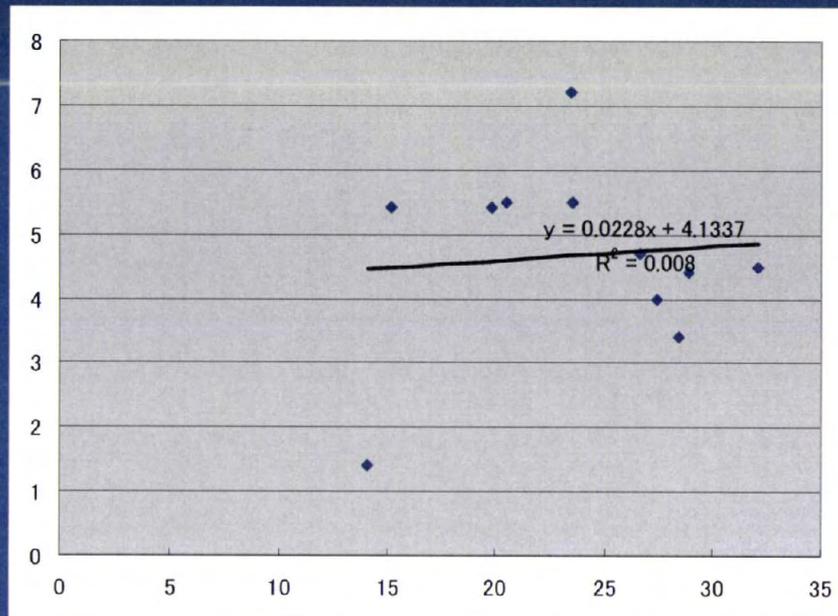
社会保障給付費の対GDP比(%)、1985年

(注)対象国はデンマーク、フィンランド、フランス、ドイツ、イタリア、日本、オランダ、ノルウェー、スウェーデン、イギリス、アメリカ。

(出所)OECDデータより作成。

(参考) 社会保障給付と経済成長率の 相関(国際比較)②: 1990年代

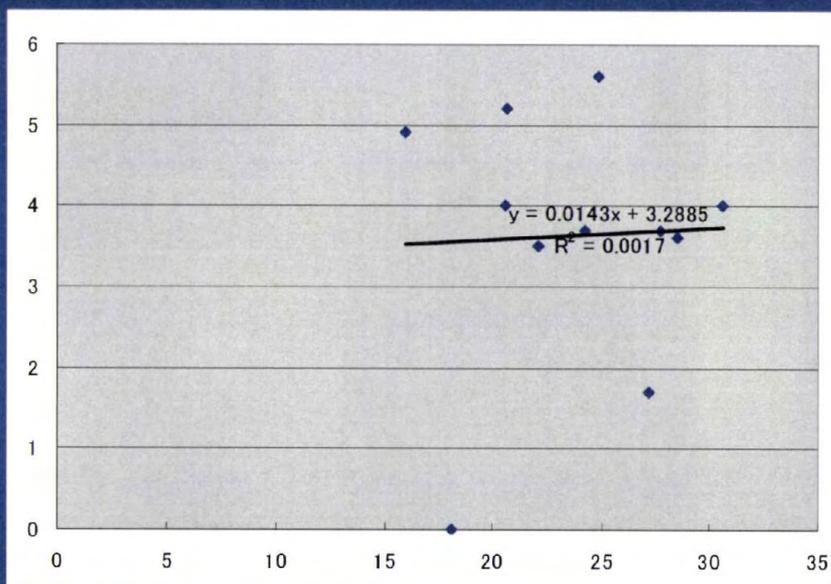
GDP成長率
(1990 - 2000
年平均)



(出所) 社会保障給付費の対GDP比(%), 1995年

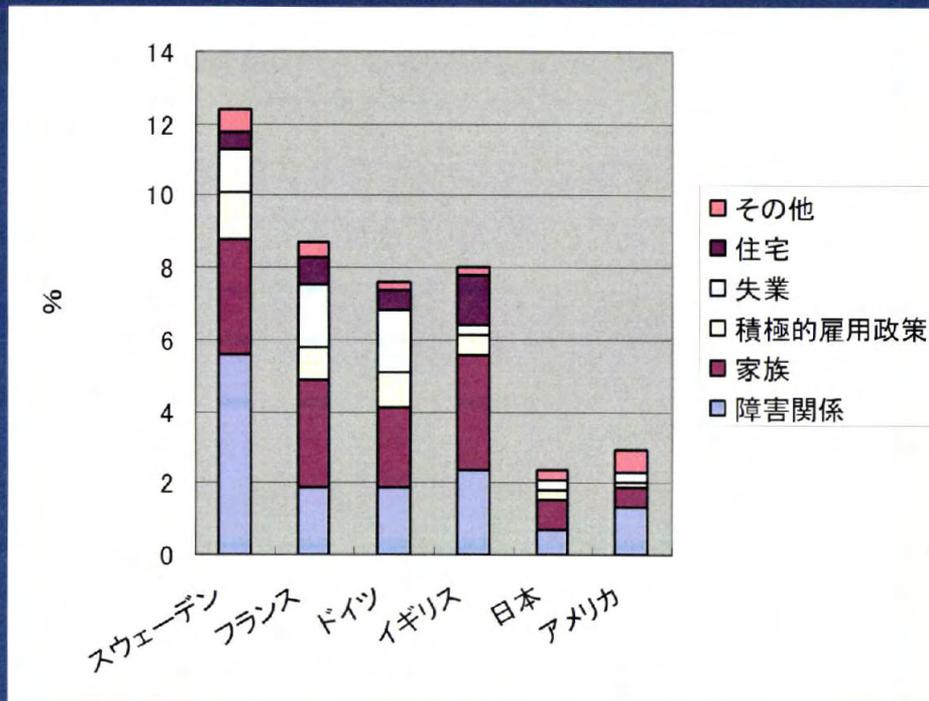
(参考) 社会保障給付と経済成長率の 相関(国際比較)③: 2000-05年

GDP成長率
(2000 - 2005
年平均)



(出所) 社会保障給付費の対GDP比(%), 2003年

「人生前半の社会保障」の国際比較 (対GDP比%、2005年) —日本の低さが目立つ—

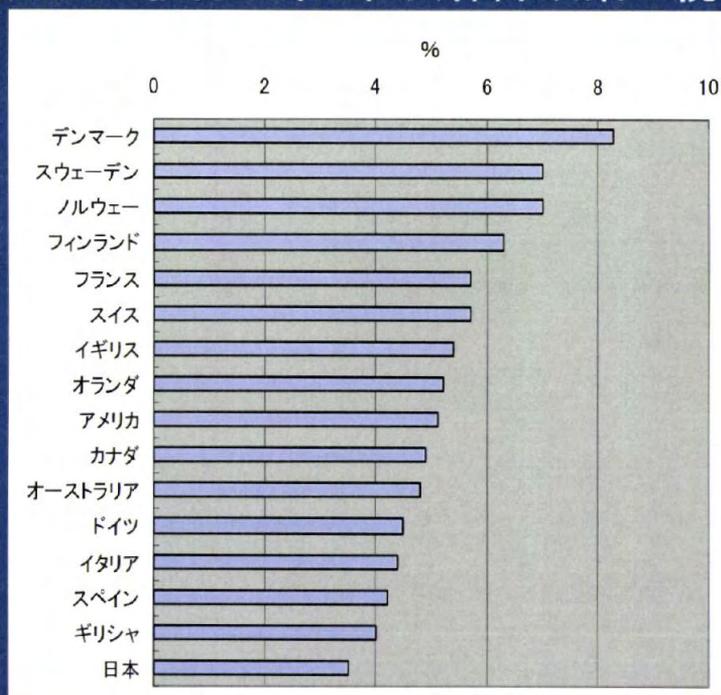


公的教育支出の国際比較

(対GDP比、2005年)

日本はOECD加盟28か国中最低。

→ 今後は「教育政策と社会保障政策の統合」が重要。



フィンランドの例

—「イノベーションとしての福祉」—

- 「すべての市民に対する社会保障、無料の学校教育等によってもたらされる市民のしあわせと社会の安定は“特許のないイノベーション”」。
- 「福祉社会と競争力は互いにパートナー」。
(イルッカ・タイパレ(前フィンランド議会議員)編『フィンランドを世界一に導いた100の社会改革』より)
- 大学の学費が無料であることに加え、大学生に対して月額最大811ユーロの「勉強手当」を支給(住居補助252ユーロ、勉強手当259ユーロ、奨学金ローン300ユーロ。最高55か月。GDPの約2%に相当)。
- キーコンセプトとしての「創造性」～「考える力」

11

(参考)資本主義の進化と「反転」

—事後から事前へ、フローからストックへ—

- 第1ステップ(19世紀～[市場化・都市化]):救貧的施策(生活保護など)
- 第2ステップ(19世紀後半～[産業化]):社会保険の整備
[同時代における「近代的都市計画」の展開]
- 第3ステップ(第2次大戦後～):ケインズ政策(政府による事業・再分配を通じた需要創出→経済成長)“ケインズ主義的福祉国家 Keynesian Welfare State”
[同時代における「社会住宅」の展開]
- 第4ステップ:「人生前半の社会保障」「ストックをめぐる社会保障」など、もっとも“上流”にさかのぼった社会化
…もっとも「事前的」、予防的あるいは積極的な対応へ
…資本主義・社会主義・エコロジーの融合

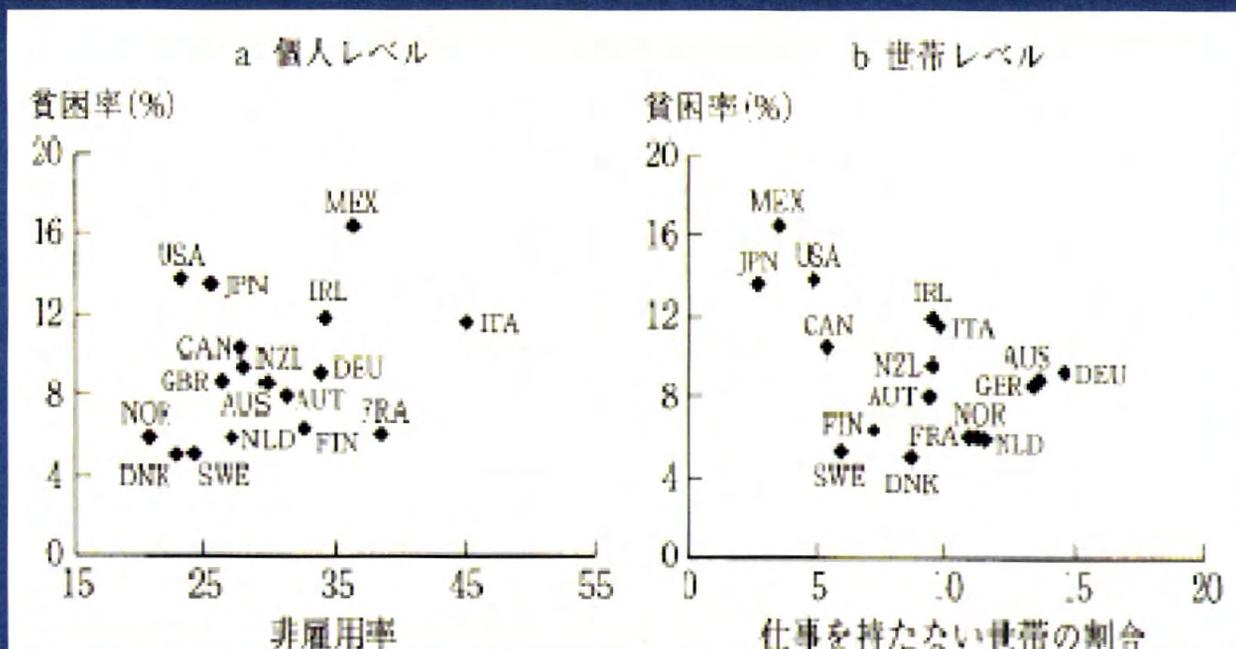
12

「クリエイティブ資本論」の評価

- リチャード・フロリダ『クリエイティブ資本論』の議論
- これからの資本主義の中核となるのは「クリエイティブ産業」…科学、デザイン、教育、アート、医療等
- 資本主義の変容
 - 1) “非貨幣的な価値”が労働のモチベーションに
 - 2) 「コミュニティ」や「場所」の重要性の高まり…ある種の資本主義の“反転”論

13

失業率(非雇用率)と貧困率の相関の国際比較

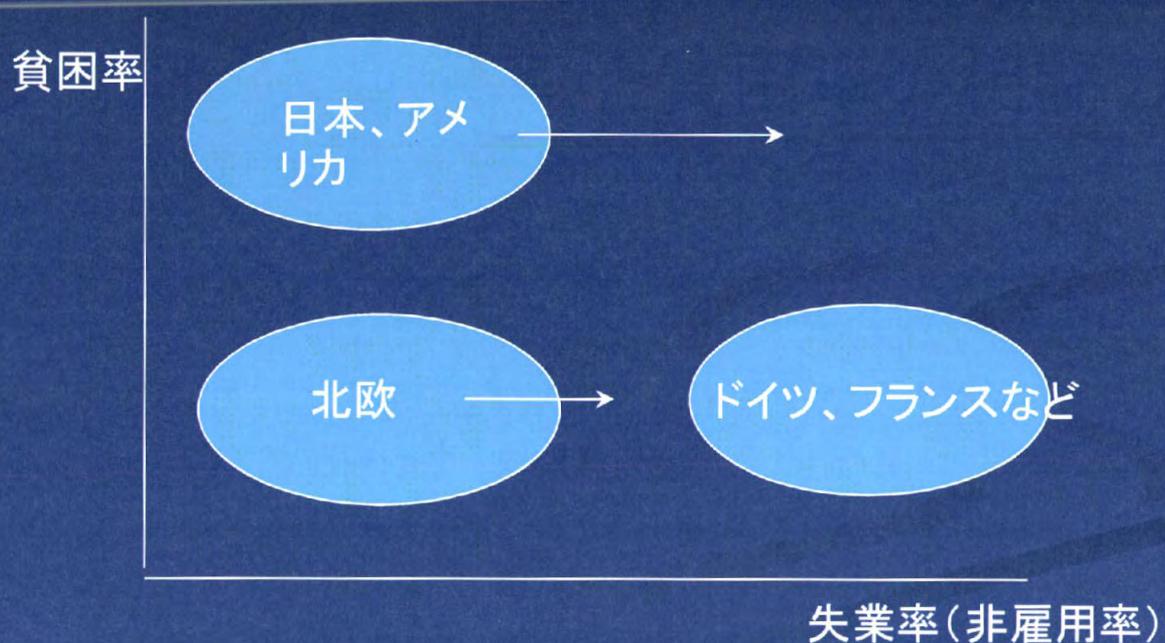


(注)データは主に90年代後半。

(出所)OECD(2005)を一部改変

14

失業率(非雇用率)と貧困率の相関の 国際比較:3つのパターン



15

北欧が貧困率も失業率も(相対的に) 低い理由

- 1) 国際競争力の高さ(…輸出の強さ。
→but 2008年以降の経済危機の影響大)
- 2) いわゆる「フレキシキュリティ(Flexicurity)」
と呼ばれる雇用・社会保障システム
- 3) 労働時間の短さ (…大陸ヨーロッパも同様)
- 4) 介護・福祉分野への積極投資

16

「生産性」概念の見直し と福祉(ケア)関連分野の新たな意義

- かつて: “自然資源余り、労働力不足”
- 現在: “自然資源不足、労働力余り(失業)”の時代
- →労働生産性から環境効率性(資源生産性)へ
「資源集約型経済構造」から「労働集約型構造」へ
- 介護や福祉の分野はこれまで“生産性が低い”とよく言われてきたが、それは従来のモノサシ(=生産性概念)からの発想であり、環境効率性(資源生産性)の面からはむしろ「優等生」。雇用誘発効果ももつとも大。
- 加えて「定常型社会」においては、人が人をケアする領域が大きく発展し、「人への投資」が本質的な重要性を担う。
- 実際、福祉や教育に積極的な投資を行っている北欧等は国際競争力も高。

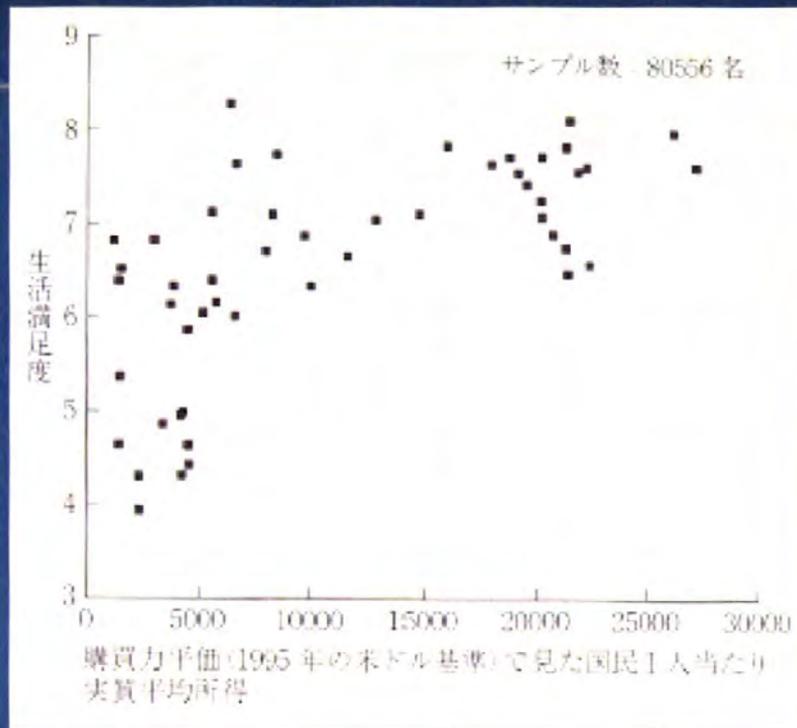
17

経済アウトカムの指標は？

- 福祉と経済&環境の新たな相乗効果
- ただし、そのアウトカム(成果)は「GDP増加」とは限らない。
- ソーシャル・キャピタルなど社会的・非経済的要因や主観的要因等への注目
例)・フライ他『幸福の政治経済学』
 - ・OECD, *The Well-being of Nations*, 2001
 - ・ローカル・レベルでも: GAH(荒川区)など
- 様々な試み
 - ・「持続可能な経済厚生指数(Index of Sustainable Economic Welfare)」(イギリスのNew Economics Foundationなど) = 個人消費 - 所得不均衡 + 家内労働 + 非防衛的政府支出 - 防衛的個人支出 + 資本調整 - 環境悪化費用 - 自然資本の減耗
 - ・OECDでの検討(Alternative Measurement of Well-beingなど)

18

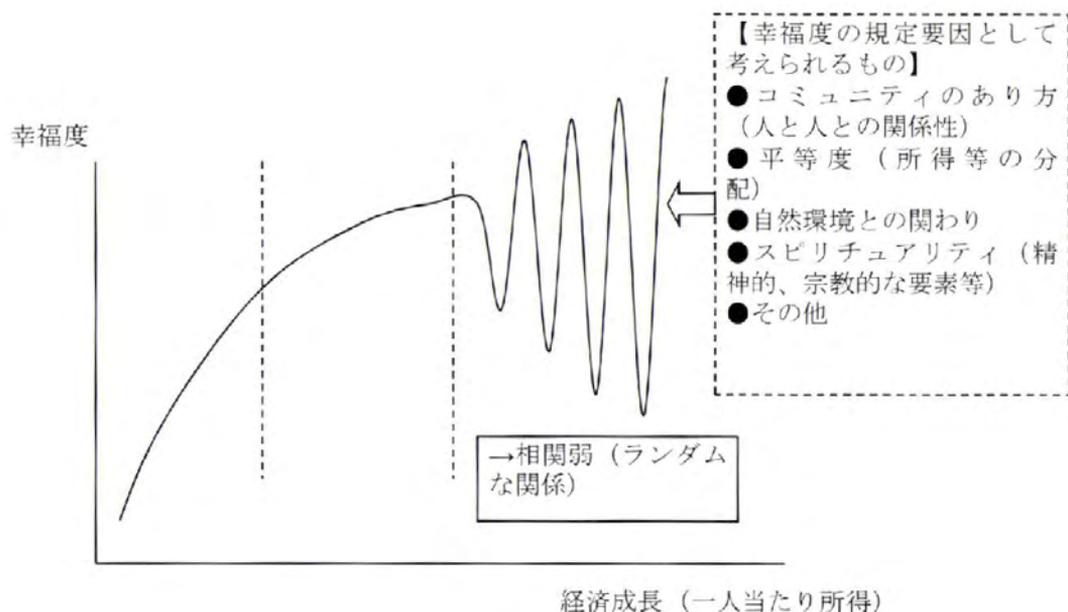
生活満足度と所得の関係 の国際比較(1990年代)



(出所)フライ他(2005)

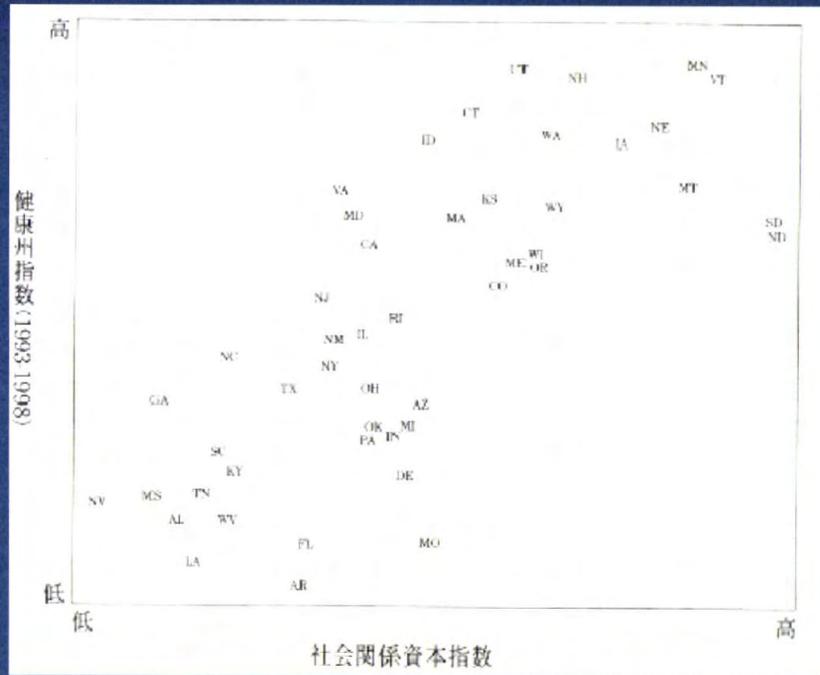
19

経済成長と「幸福」 (仮説的なパターン)



20

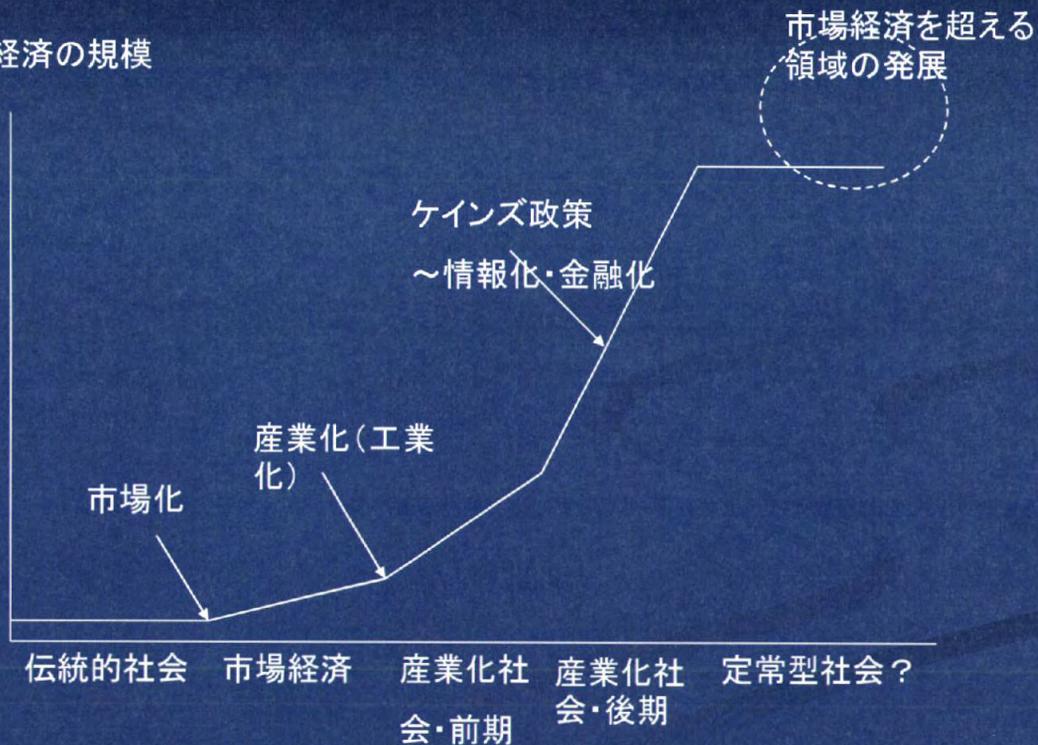
ソーシャル・キャピタル (人と人とのつながりのあり方) と健康水準の相関 (アメリカ)



(出所) パットナム(2006)

経済システムの進化と定常型社会

(市場)経済の規模



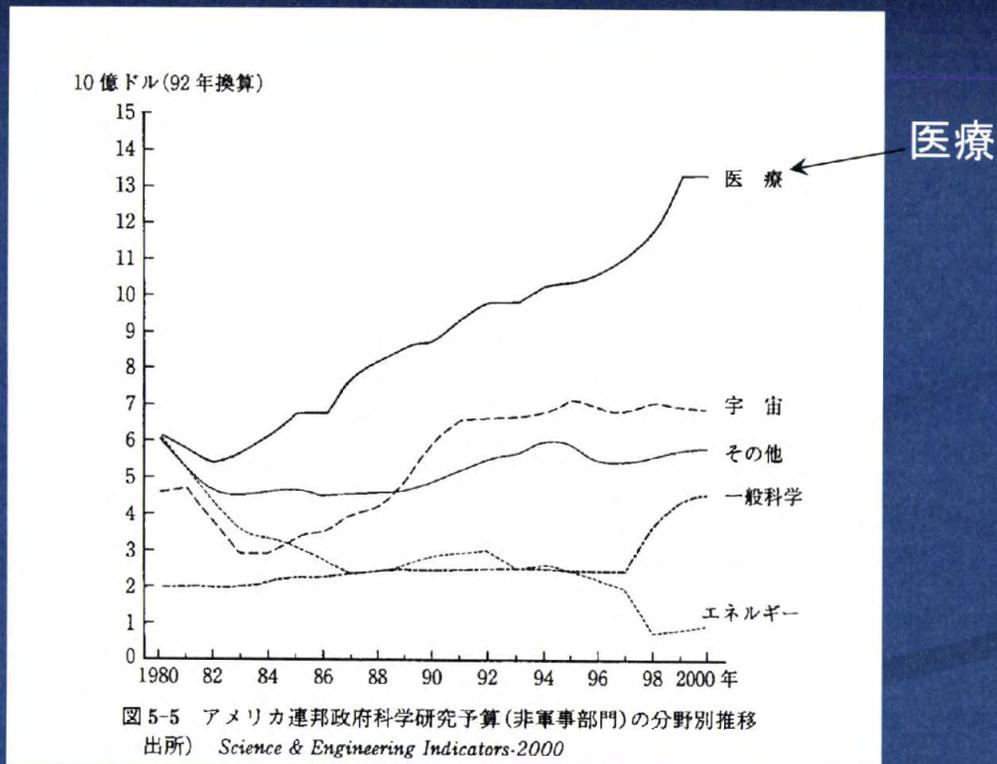
物質の消費 → エネルギーの消費 → 情報の消費 → 時間・ケアの消費

「環境－福祉－経済」の関係

	機能	課題ないし目的
環境	「富の総量(規模)」に関わる	持続可能性
福祉	「富の分配」に関わる	公平性(ないし公正、平等)
経済	「富の生産」に関わる	効率性

(付論) 「医療への投資 (特に医学研究政策・医療 技術政策)」への視点

アメリカ連邦政府・科学研究予算 (非軍事部門)の年次推移



25

アメリカの医学研究政策

- 医学研究への莫大な投資
 - ・・・NIH (National Institutes of Health)の医学研究予算305億ドル(2009年度)
- 医学研究への投資重視は戦後の一貫した政策展開
 - ・・・医学研究政策 > 医療保険政策
- ブッシュ政権・・・NIH予算を5年間で倍増する政策(136億ドル(98年度)→271億ドル(2003年度))
- 「統合医療」あるいは代替医療も重視
 - ・・・NIHのNCCAM (National Center of Complementary and Alternative Medicine)予算は1.2億ドル

26

アメリカ・日本の医療政策の比較

	アメリカ	日本
基本理念	自由 卓越性(エクセレンス)の追求	平等
一次的目標	最高の医学の実現	医療サービスへの 国民のアクセスの保障
具体的政策	医学・生命科学研究への 莫大な政府投資 最小限の公的医療保険制度	国民皆保険の実現 そこでの給付と負担の公平
現在の問題点	医療費の高騰(世界最高) 多数の無保険者の存在 等	医療費の増加(特に高齢化 との関係) 「医療の質」とその評価 基礎研究の弱さ 公平性の揺らぎ 医療費の配分 等

(出所) 広井良典(1992)『アメリカの医療政策と日本』を一部改変。

27

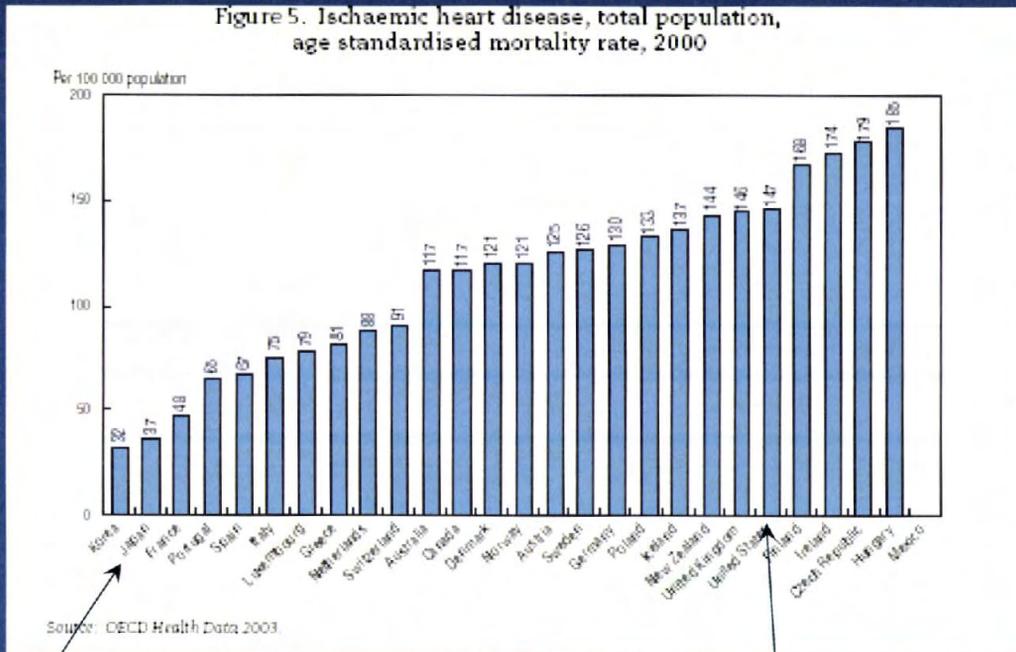
全般的な医療システムの目標達成度 (WHO, 2000)

1	日本	93.4
2	スイス	92.2
3	ノルウェー	92.2
4	スウェーデン	92.0
5	ルクセンブルク	92.0
6	フランス	91.9
7	カナダ	91.7
8	オランダ	91.6
9	イギリス	91.6
10	オーストリア	91.5

28

虚血性心疾患の死亡率 国際比較

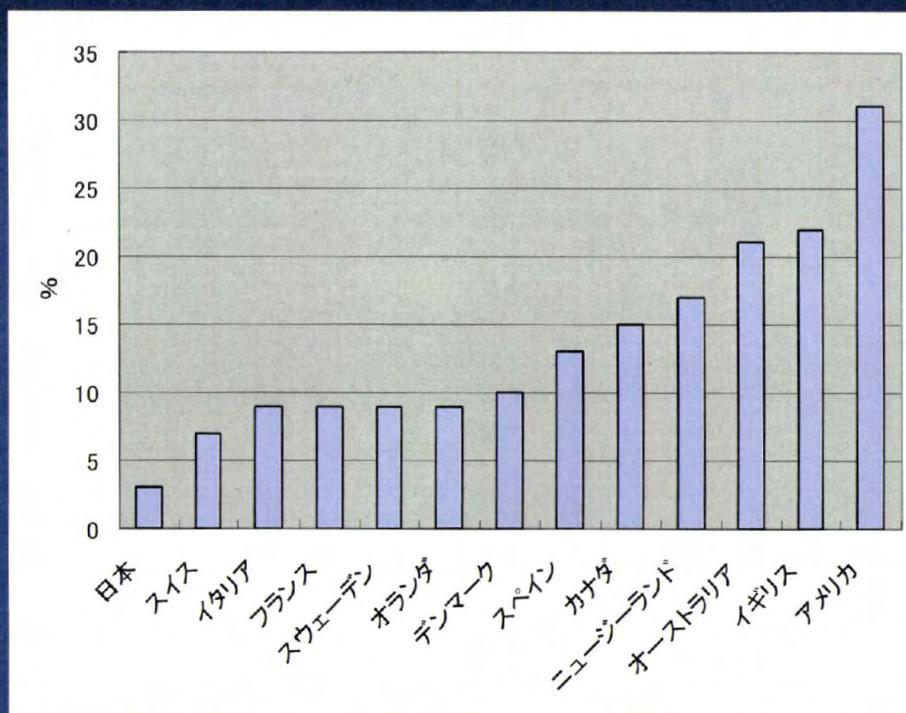
(2000年、OECDデータ)



日本

アメリカ

成人の肥満率の国際比較



(注) 成人のうち肥満者 (BMI 指数30以上) の割合。主に2001年データ。
 (出所) OECD, *Towards High-Performing Health Systems*, 2004より作成。

アメリカの医療システム

- 医療費は際立って高
 医療費の対GDP比 15.3% (2006)
 ←→日本(8.2%)の2倍弱
- 医療システムの「反応性」は1位
- 健康寿命 世界24位
- 医療システムの全般的パフォーマンス 37位
- →医療を考えるにあたっては、個々の技術のみならず、社会的要因の大きさ(食生活、経済格差、コミュニティのあり方、医療保険制度など)を考慮に入れる必要。

体系的な「医療技術政策」の確立

	基礎研究	臨床	
		臨床研究	普及・標準化
推進 promotion	基礎研究支援、 技術移転	臨床研究の 推進	医療保険への 導入
評価 assessment	研究評価と研 究費配分	有効性、経済 性等の評価	質評価、診療 ガイドラインな ど
規制 regulation	研究規制 (クローン等)	ルール作りや 被験者保護	医療計画など

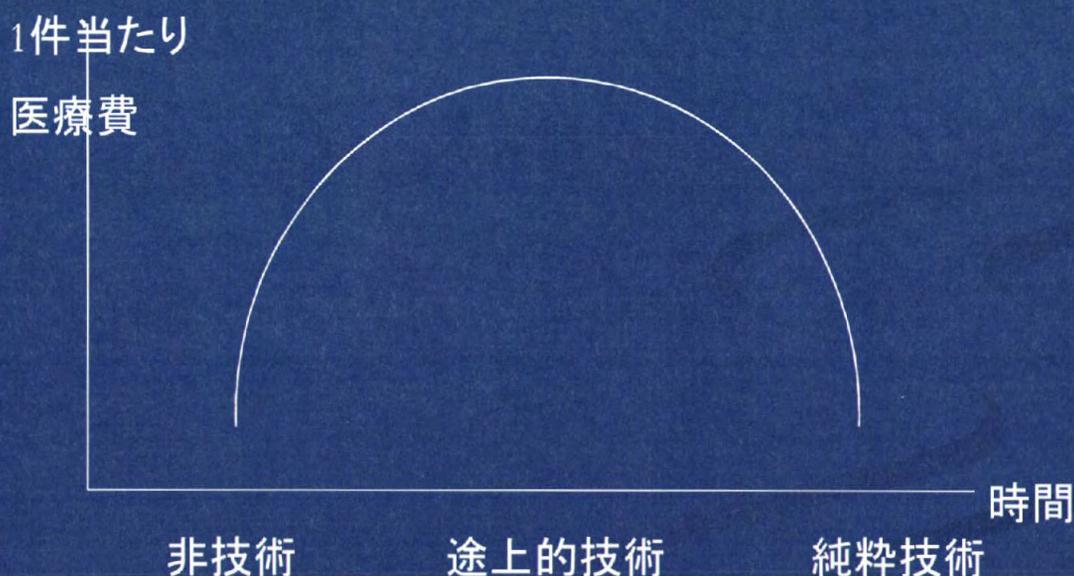
* 全体を通じ、生命倫理への視点も重要

医療技術革新と医療費の関係

- 医療における技術進歩は、医療費を増加させるのか、むしろ医療費の減少につながるのか
- 二つの見解
 - A. 逆U字カーブ仮説
 - B. 効果逓減説

33

医療技術の発展段階と医療費 (Lewis Thomasのモデル)



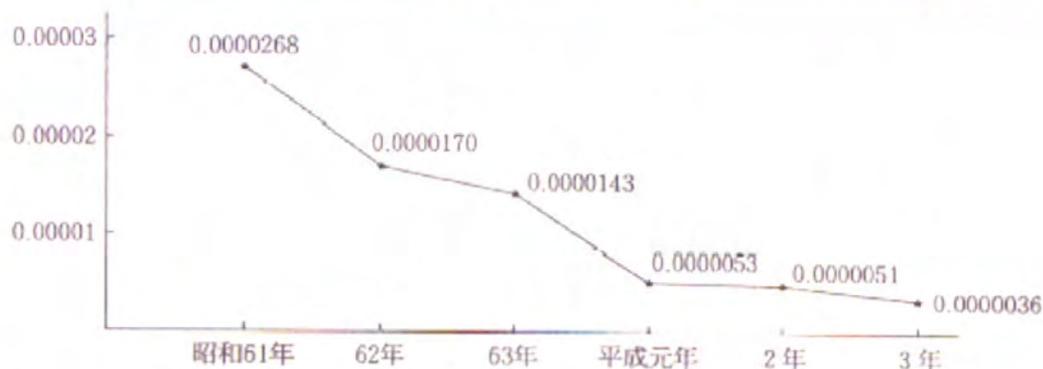
34

A. 逆U字カーブ仮説

- ・「**純粹技術 genuine technology**」によるブレークスルー
→ 疾病の根治 → 医療費の削減
- ・Lewis Thomas, OECD 報告書
- ・医療費の資源配分のあり方
→ 医学研究(特に基礎研究)への投資の重要性
- ・例) H2ブロッカー、エリスロポエチン等

35

胃潰瘍手術の頻度の減少



「社会医療診療行為別調査」をもとに筆者作成

(注) 社会医療診療行為別調査における全診療行為回数に対し、胃潰瘍手術に相当すると考えられる項目(昭和61年および62年は「胃切除術」、他は「その他の胃、十二指腸手術」)の回数の割合をみたもの

36

B. 効果遞減説

- ・感染症に対するワクチンや抗生物質など初期の医療技術革新は大きな費用対効果を有するが、慢性疾患や老人退行性疾患になると、医療技術革新の効果は著しく減少する

37

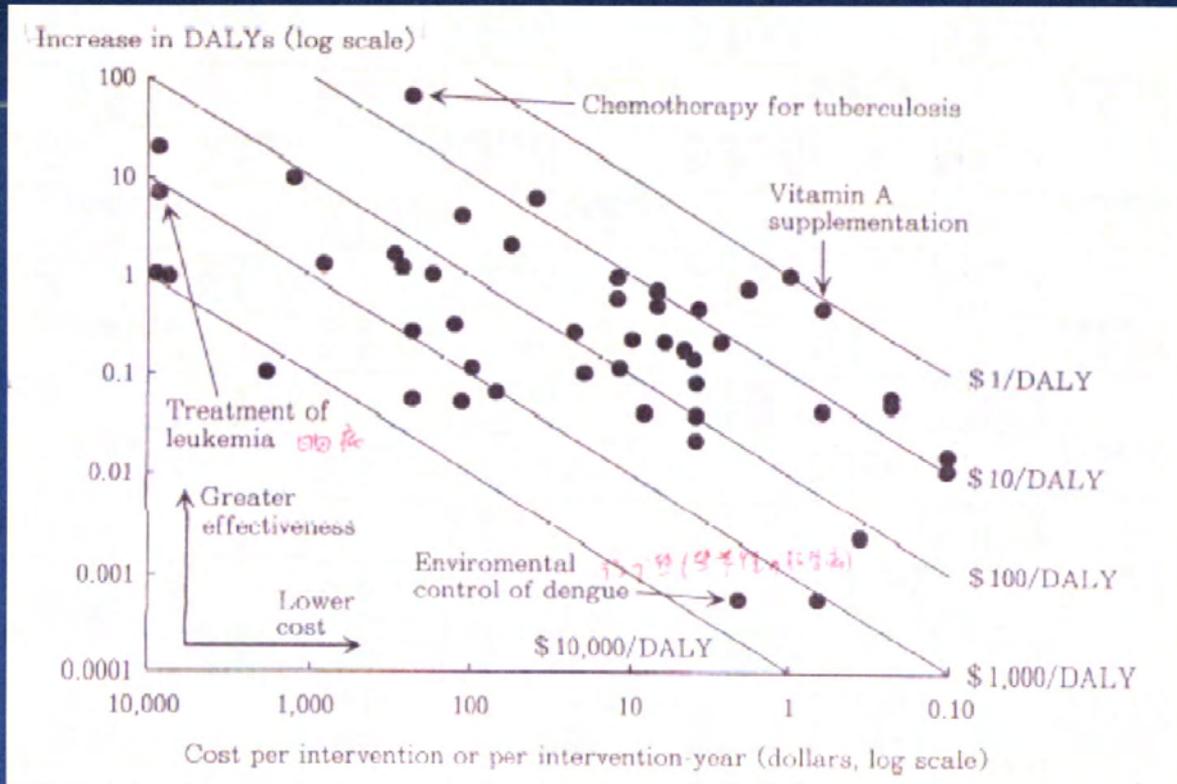
効果遞減説(続き)

- ・D. Callahan、世界銀行報告書
「急性疾患と交換に慢性病を手に入れてしまった医学は、死との戦いを至上命令とする自己規定をもてあましている」(D. Callahan)
- ・医療費の資源配分
→ 予防やケア、福祉サービスなどの充実が優先

38

様々な医療的介入の費用対効果

(World Bank, 1993)



39

二つの見解の相違の背景

(1)「シーズ」からの視点 (or提供者の視点)

- ・科学の frontline としての生命科学
物質→エネルギー→情報→生命
- ・様々なブレークスルーの可能性

(2)「ニーズ」からの視点 (or患者の視点)

- ・疾病構造の大きな変化
- ・「医療モデル biomedical model」の有効性の相対的低下

40

「健康転換(Health Transition)」の考え方

- 感染症 (公衆衛生、開業医中心)
- ↓
- 慢性疾患 (病院中心の医療、医療保険制度)
- ↓
- 老人退行性疾患 (高齢者ケアシステム;
施設→在宅、
医療→福祉)

さらに精神疾患の拡大

41

15-44歳の病気の負担 (burden of disease (in DALYs)) の主要要因 (先進国、1990年)

—「人生前半の医療」は精神的・社会的なものが中心—

男性		女性	
1) アルコール摂取	12.7	1) うつ病	19.8
2) 道路交通事故	11.3	2) 統合失調症	5.9
3) うつ病	7.2	3) 道路交通事故	4.6
4) 自傷行為	5.6	4) 双極性障害	4.5
5) 統合失調症	4.3	5) 強迫障害	3.8

(資料) 世界銀行(2002)、Murray and Lopez(1996)

42

「複雑系」としての病い

- 病いは身体内部の要因のみならず、
心理的要因、環境との関わり、社会的要因等
を広く含む

→異なるケア・モデルの融合の必要性

そもそも「科学(的)」とは何か
「病気」とは、「健康」とは？

43

健康転換と 有効なケアモデルの変容



44

(参考)進化医学

Evolutionary Medicineの知見

—そもそも病気とは何か—

■ 人間の生物的特性

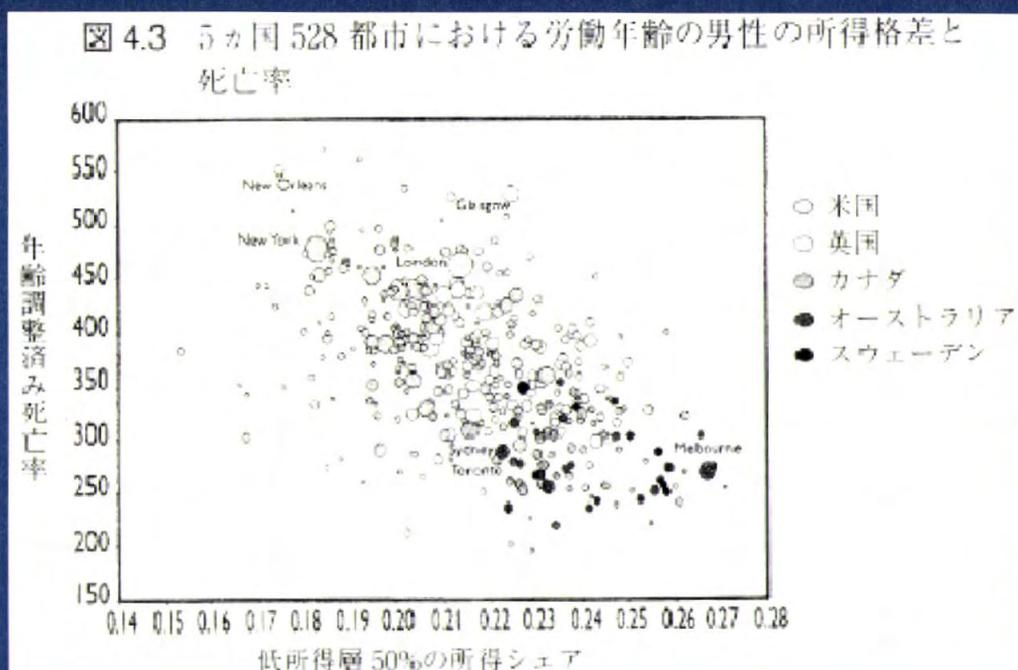
←→人間を取り巻く社会や環境の大きな変化の“ズレ”から病気をとらえる

■ 飢餓に強い血糖維持機構(→糖尿病等)、止血系の発達(→血栓、動脈硬化)、免疫(→アレルギー)、ストレス、節約遺伝子等々。

■ 今後は「環境と医療」の統合が重要(病気に関する“エコロジカル・モデル”)。

所得格差と健康水準(死亡率)の相関

—所得格差の大きい都市ほど死亡率高—

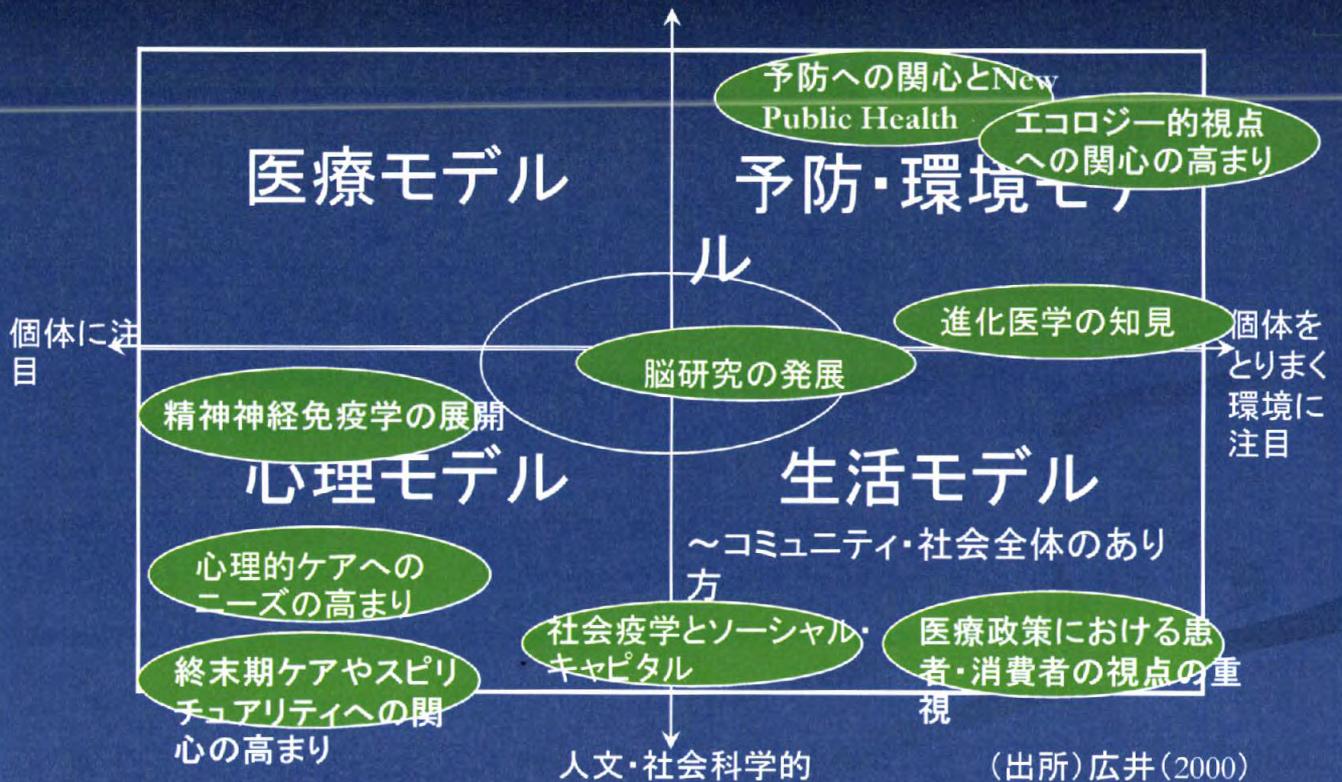


(出所)ウィルキンソン(2009)

新たな視点とケア・モデルとの関係

—様々なモデルの「統合」が重要—

自然科学的



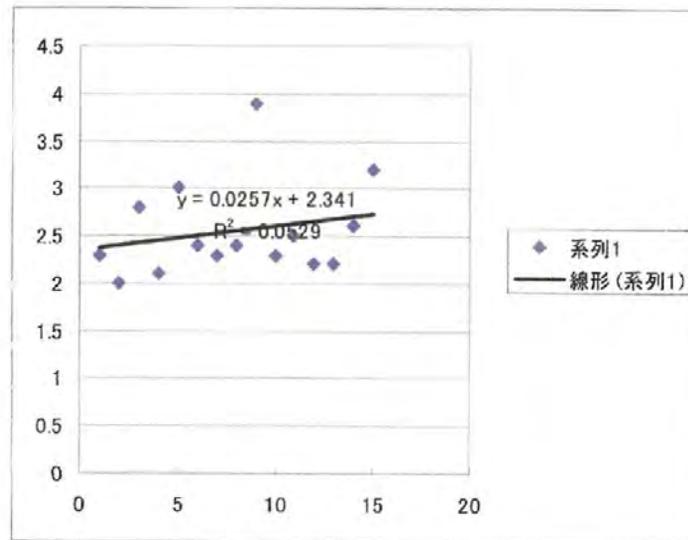
47

参考文献

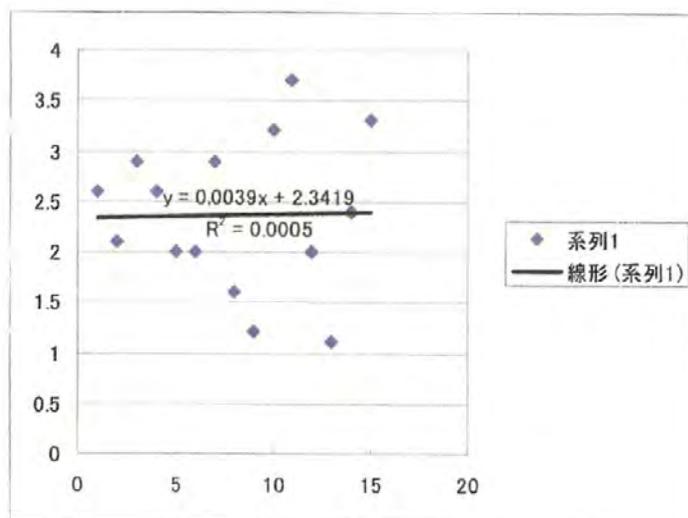
- ウィルキンソン（2009）『格差社会の衝撃—不健康な格差社会を健康にする法』、書籍工房早山。
- 近藤克則（2005）『健康格差社会』、医学書院。
- ロバート・パットナム（2006）『孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生』、柏書房。
- 広井良典（2003）『生命の政治学—福祉国家・エコロジー・生命倫理』、岩波書店。
- 同（2005）『ケアのゆくえ 科学のゆくえ』、岩波書店。
- 同（2006）『持続可能な福祉社会—「もうひとつの日本」の構想』、ちくま新書
- 同（2009）『グローバル定常型社会』、岩波書店。
- 同（2009）『コミュニティを問いなおす』、ちくま新書。
- 福士正博（2001）『市民と新しい経済学』、日本経済評論社。
- ブルーノ・S・フライ他（2005）『幸福の政治経済学』ダイヤモンド社。
- リチャード・フロリダ（2008）『クリエイティブ資本論』、ダイヤモンド社。

48

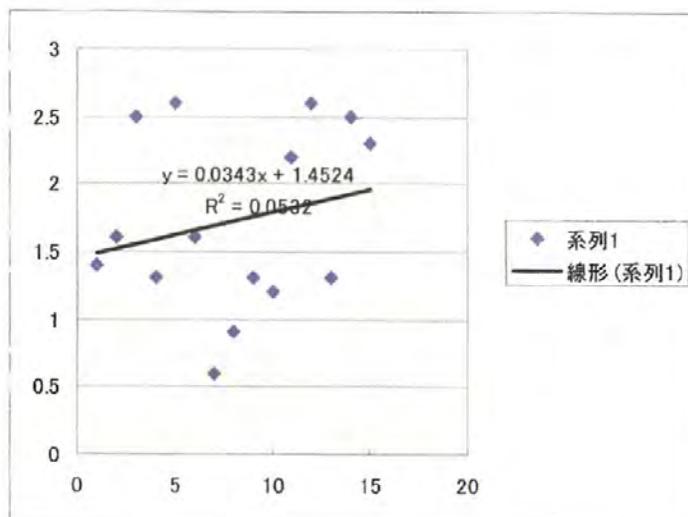
1980年代



1990年代



2000-05年



対象：オーストリア、ベルギー、カナダ、デンマーク、フィンランド、フランス、ドイツ、イタリア、日本、オランダ、ノルウェー、スウェーデン、スイス、イギリス、アメリカの15カ国

先日公表された厚生労働省の統計では、2005年度の医療費は過去最高の33・1兆円となり、今後も着実な増加が予測されている。医療費あるいは医療のあり方についてはさまざまな議論が行われている。しかし、重要にもかかわらずこれまで公式な形ではほとんど検討されていない

いう点が重要な点である。なぜこうした視点が重要になるのだろうか。そもそも現在の医学は、17世紀に西欧で起こった「科学革命」に起源を有するものであり、そのパラダイムの中心にあるのは、19世紀に成立した特定病因論という考え方である。これは「一つの病気には一

が想定されていることに特徴がある。こうした特定病因論の考え方が、感染症や外傷等の治療においては絶大ともいえる効果を上げてきたことは確かな事実である。ところが現在はどうか。「現代の病い」という表現があるが、うつなどの精神疾患を含め慢性疾患等への

大の医学研究機関といえるNIH(国立保健研究所)の中にNCCAM(国立補完・代替医療センター)が創設され、数百億円に上る多額の国家予算が配分される形で研究が進められている。またイギリス上院は2000年に、補完・代替医療に関する精緻な報告書をまとめ公表した。スウェーデン、ドイツ等でも独自の政策展開があり、中国や韓国では、東洋医学を西洋医学と同等に位置づける政策が行われつつある。

医療改革と「統合医療」の視点

いテーマがある。それが表題にも掲げた「統合医療」である。

統合医療とは、一言でいえば近代西洋医学以外の医学の視点や病観・療法を再評価し、それを西洋医学と統合していこうとする考え方であり、とりわけ東洋医学との統合と

つの原因物質が対応しており、その原因物質を同定し、それを除去すれば病気は治療される」という考えだ。基本的に身体内部の物理化学的關係によって、病気のメカニズムが説明されると考えること、また「原因物質→病気」という単線的な因果関係

疾病構造の変化の中で、こうした特定病因論のみでは解決が困難な病気が一般的になってきている。すなわち病いは身体内部だけではなく、ストレスなど心理的要因、労働時間やコミユニティとのかかわりなど社会的要因、自然とのかかわりを含む環境的要因など、無数の要因が複雑に絡み合った帰結として生じているのだ。

医療改革の議論は、ともすれば現在の医学のパラダイムや制度を前提にしたうえで、小手先の医療費抑制や改革の議論に終始しがちである。しかし今何よりも求められているのは、統合医療という視点を含め、そもそも医学・科学とは何か、あるいは病気・健康とは治療とはといった、医療のあり方についての根本にさかのぼった再吟味と、それを踏まえた制度改革ではないだろうか。

経済を見る眼

今週の眼

千葉大学法経学部教授

広井良典



ひろいよしのり●東大教養学部卒、同大学院修了。厚生省を経て千葉大助教授。2001〜02年マサチューセッツ工科大学研究員。03年より現職。専攻は社会保障・公共政策。著書に「定常型社会」(岩波新書)、「持続可能な福祉社会」(ちくま新書)など。