

第5期 （平成28・29年度）

医師会再生ビジョン委員会答申

医療と経済の関係を考える

平成30年4月

公益社団法人福岡県医師会

医師会再生ビジョン委員会

平成 30 年 4 月 17 日

福岡県医師会

会長 松 田 峻 一 良 殿

福岡県医師会 医師会再生ビジョン委員会

委員長 福 田 秀 一

答 申

医師会再生ビジョン委員会では、貴職からの諮問「医療と経済の関係を考える」について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

医師会再生ビジョン委員会

委員長	福 田 秀 一
副委員長	田 中 彰 一
副委員長	西 田 英 一
委員	安 藤 由起子
委員	植 山 奈 実
委員	加 地 由 美
委員	楠 田 三樹子
委員	高水間 亮 治
委員	酒 井 賢一郎
委員	下 川 雄 弘
委員	富 松 健太郎
委員	秦 洋 文
委員	原 賀 憲 亮
委員	平 川 勝 之
委員	箕 田 政一郎
委員	牟 田 和 正
委員	山 路 浩三郎
委員	原 祐 一
委員	中 村 秀 敏
オブザーバー	鍋 島 史 一

目 次

はじめに（大川三瀨医師会 福田秀一）	1
--------------------	---

医療と経済の関連性

（１）国の借金 1000 兆円の真実（大川三瀨医師会 福田秀一）	2
（２）小児医療と経済の展望を考える（福岡市医師会 植山奈実）	5
（３）日本経済とそこでの医療（北九州市医師会 酒井賢一郎）	8
（４）医療と雇用についての一考察（柳川山門医師会 田中彰一）	11
（５）医療費亡国論からの脱却（筑紫医師会 秦 洋文）	13
（６）医療費と経済（北九州市医師会 原賀憲亮）	15
（７）世界の歴史を踏まえ、諸外国の戦略的視点を学び、医療を経済社会の 根幹として改めて捉え直す！（大牟田医師会 富松健太郎）	16
（８）国の医療費についての認識（田川医師会 箕田政一郎）	21
（９）富国のための医療（福岡市医師会 山路浩三郎）	22
（10）医療と経済の関係（福岡県医師会常任理事 原 祐一）	25
（11）透析医療と経済について考える（福岡県医師会理事 中村秀敏）	26

日本における現代医療の問題点

（１）少子化対策や子育てに関わる医療より考えてみた『医療と経済』 （北九州市医師会 安藤由起子）	29
（２）高齢化社会における介護問題 ―現場からの提言― （朝倉医師会 加地由美）	31
（３）日本人は先行き不安病（粕屋医師会 楠田三樹子）	34
（４）国民皆保険の存続のため、医師がやるべきこと、国民が考えること （北九州市医師会 高水間 亮治）	35
（５）医療費の適正使用を考える（直方鞍手医師会 下川雄弘）	38
（６）格差社会について考える（北九州市医師会 西田英一）	39
（７）医師会のイメージアップ（福岡市医師会 平川勝之）	44
（８）将来にツケを残さないために（福岡市医師会 牟田和正）	48
（９）福岡県の人口動態から感じること （福岡県メディカルセンター主席研究員 鍋島 史一）	50

あとがき（柳川山門医師会 田中 彰一）	52
---------------------	----

各委員の感想	53
--------	----

第 5 期医師会再生ビジョン委員会日程	61
---------------------	----

はじめに

医師会再生ビジョン委員会委員長
大川三潯医師会 福田 秀一

平成 29 年 10 月 22 日の衆議院総選挙で自民党が圧勝しました。自公連立で衆議院の 3 分の 2 を獲得したことから与党単独で法案を通過させることができます。消費税率 10%に引き上げることが自民党の公約でしたから、安倍総理は国民の信を得たと受け止め 2019 年には消費税は 10%に引き上げられることでしょう。10%引き上げられることで 5 兆円の税収の増収が見込めるとのことですが、この 5 兆円のうち、1 兆円が社会保障費に、さらに 1 兆円が教育費に回され、残りの 3 兆円は政府の借金返済(国債の償還)に使われるそうです。税金を国民から更に吸い上げ、この吸い上げた増収分を支出に回すのならまだしも、意味のない国債の償還を行ってプライマリーバランス黒字化という愚策に向かうのであれば、この日本のデフレはさらに深刻にならざるを得ません。まさに国民を愚民化、そして貧困化する政策です。

2015 年 6 月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2015」では年間 6300 億円増え続ける社会保障費を 5000 億円の伸びに抑えるよう提示されています。その結果、国民医療費が年 2.6%のペースで増加しているのに対し、財務省は平成 30 年度の診療報酬の全体改定率を 2%台半ば以上のマイナス改定にしようとしています(結局、診療報酬本体自体は 0.55%のプラス改定にはなりましたが診療報酬全体ではマイナス改定です)。医療の分野に対してもプライマリーバランス黒字化という愚策を大前提にデフレ圧力をかけています。これでは身を粉にして働いている医療介護従事者に玉砕しろと言っているようなものです。そしてこの国で培われてきた国民皆保険制度、いつでも、どこでも、適切な価格で医療を受けることができる医療のアクセスビリティ、セーフティネットである医療安全保障が瓦解しまさに「医療崩壊」、「医療亡国」に突き進んでいるとしか言いようのない状況です。

医師会に所属する医師の多くが、世の中の経済に関して疎く、その一方巷間で我々医師は特権階級、富裕層と見られています。しかしながら医師一人一人は患者さんからの応召義務に応えるべく 1 日 24 時間、1 年 365 日奮闘している姿が実体です。私たち福岡県医師会再生ビジョン委員会の声は小さな声かもしれませんが、しかし、この答申書にしたためられた委員の先生方皆さんの一つ一つの著作は、今まで声に出すことができなかった、過酷な医療現場の最前線で戦う医師たちの生の声です。いずれも素晴らしい珠玉の輝きに満ちています。「大医は国を医す」と言いますが、一人一人の日本の医師たちが、この国のあるべき姿を目指して声を 1 つにしていけば、この国の国民が幸福になれる「経世済民」の世が訪れることを信じて、福岡県医師会再生ビジョン委員会からの答申書を捧げさせていただきます。

医療と経済の関連性

1. 国の借金 1000 兆円の真実

医師会再生ビジョン委員会委員長
大川三瀧医師会 福田 秀一

今、私たち日本国民はいくらの所得を得ているのでしょうか？すべての国民の所得の合計が GDP（国民総生産）です。ピンとこないかもしれないので練習問題をやってみましょう。日本国民が 4 人しかいないとします。それは、農家と運送業者と小売店業者と消費者としましょう。農家がまったく費用をかけずに 100 円の野菜を作って運送業者に売ったとします。運送業者は農家から 100 円で野菜を買って小売店業者に 200 円で売ったとします。小売店業者はお店で消費者に 300 円でこの野菜を売ったとします。この時の GDP はいくらになるでしょう？実は農家の方、運送業者の方、小売店業者の方、それぞれ 100 円の所得を得たので、 $100 \text{ 円} + 100 \text{ 円} + 100 \text{ 円} = 300 \text{ 円}$ が GDP になります。つまり、農家、運送業者、小売店業者の所得の合計が 300 円という GDP なのです。新聞・ニュースで GDP が増えている、減っているという話は実は皆さんが得ている所得が増えているか、減っているかという身近な話なのです。

今の日本経済はデフレです。デフレというのは物やサービスに対する需要が不足している状況です。言い換えれば物やサービスが過剰にあって、誰もがその、物やサービスを買いたい求めない状況です。その結果、物やサービスの値段がどんどん下がる現象が起こります。つまり以前買っていた高いものを買わなくなったり、贅沢なサービスを受けなくなったということです。以前は 1 万円の化粧水を買っていたけれど、もう 5000 円の化粧水でいいやとか、以前は 1 万円のエステに通ってたけど、5000 円のエステでいいやという具合です。そうするとどうなるでしょう。経営者は価格競争に走って、物やサービスの値段を安くせざるを得ません。そうすると当然、利益が減り、経営者も従業員も所得が減っていくことになります。デフレの恐ろしいところは物やサービスの価格の下落以上に自分たちの所得が下がっていくことです。ならば、このデフレを脱却するにはどうすればいいのでしょうか？答は一つです。需要を生み出すことです。需要を生み出すにはどうすればいいのでしょうか？今、企業は投資をしても利益を得られないことを知り尽くしています。特にリーマンショック後、企業の多くは内部留保に奔走しています。ですから企業は今、銀行から融資を受けて投資をしようとしていません。需要を生み出すためには誰かが羽振りよく（？）十分な物やサービスを購入することが必要です。じゃあ誰がお金を使う、言い換えれば投資をするべきなのでしょう？答は政府です。「でも国は 1000 兆円を超える借金があるって言うじゃないですか？これ以上借金を増やしたら国が破綻するんじゃないですか？」という声が聞こえてきそうです。まず、この 1000 兆円を超える国の借金について考えてみましょう。借金というからには、そのお金を貸した人（債権者）と借りた人（債務者）が存在するわけです。この 1000 兆円を超えるお金を借りた人（？）は誰でしょう？それは言わずもがな政府です。ではお金を貸した人（？）は誰でしょう？それは（市中）銀行です。皆さんはどこかの銀行に

銀行預金を持っています。つまりお金を借りた人は政府であり、お金を貸した人は最終的には日本国民なんです。「日本国民は1人800万円を超える借金がある！」と言って恐怖を煽るマスコミや経済評論家があります。それはまったくの欺瞞であり、真実は日本国民1人1人が政府に800万円を貸し付けています。

皆さんは国（政府）の借金が1000兆円もあって心配に感じると思います。けれどもこれが、全く心配する必要のない話だとしたらどうでしょう？政府はさまざまな予算に対して税收で予算をカバーできなかった場合、特例国債（赤字国債）を発行します。そしてこの国債を市中銀行に購入してもらい政府は資金を調達します。さて日本銀行（日銀）の金融緩和とか量的緩和とかいう話を聞いたことありませんか？要は日銀が、市中銀行が購入した国債を買い上げているという状況です。しかも大量に。2013年、第2次安倍内閣が発足した翌年から日銀黒田総裁は約3年間で250兆円を超える国債を市中銀行から買取りました。それまで、日本国民がデフレのために物やサービスを買わない、企業で言うところの会社も投資をしない状況でした。市中銀行としては金貸してならば、金利運用もしくはファイナンシャルビジネスで銀行は成り立っています。ですから、銀行としては運用先がないので長期安定的に金利が得られる日本国債を購入することに走りました。これでは、日本経済（実体経済）の中で投資にはますます結び付きません。そこで日銀は大量の国債を市中銀行から買い上げて金利を含めた国債発行額を市中銀行に支払っています。そうすると、何が起こるのでしょうか？市中の銀行の中には溢れんばかりのお金がいっぱいあるということです。実は、日銀がこの国債を市中銀行から買い上げる際に行うことは市中銀行が日銀内に保有する日銀当座預金の預金残高を増やすだけです。例えば、〇〇銀行から10兆円の国債を日銀が購入した際に日銀がするオペレーションは〇〇銀行が日銀に保有する日銀当座預金のデジタル数字を10兆円増やすだけです。一瞬で終わる作業です。ちょうど、私たちが朝目覚ましをセットするのにデジタル時計を7時にセットするのと同じ感覚です。こうやって日銀は市中銀行にお金を発行してお金の量（マネタリーベース）を増やしました。ところで市中の銀行というのは、無限にお金を貸し付けることができることをご存知ですか？例えば、A会社が〇〇銀行から20億円借金するとしたら、貸し付ける銀行の中でどんな変化が起こると思いますか？別に20億円の札束がA会社に運び込まれる訳じゃないですよ。単にA会社の〇〇銀行口座にデジタルデータで20億円が記入されるだけです。つまり、市中の銀行はデジタル操作でいくらでもお金を貸し付けることができるということです。「そんなバカなことはないだろう。融資は銀行の預金しているお金の範囲内から貸し付けるに決まっているじゃないか。」と思われる方も多いでしょう。実は一般の方々の預金残高と貸付額の限度には何の関係もないのです。現在の銀行は預金者から預金を募る必要もない。つまり、銀行は銀行預金を受け付けている昔ながらの慣習を今も続けているに過ぎないのです。話が脱線しましたが、結局、市中銀行は無限大に貸し付けを行うことができるのですが、唯一これに歯止めをかける手立てが市中銀行が、日銀に保有する日銀当座預金の預金残高です。日銀は市中銀行の各銀行の日銀当座預金の〇〇パーセントの範疇でしか貸出しができないよう規制しています。もともとはインフレ抑止策だ

ったのですが、これが市中銀行の預金準備高です。現在、黒田日銀総裁の国債買いオペレーションで日本中の銀行が貸し出すことができる金額は 100 京（けい）円を超えています。1 兆円の 100 万倍です。けれども、どの企業も家庭も誰も積極的に投資をしていません。その結果、日本は今もデフレです。この状況を見かねた日銀は市中銀行が国債ばかりで資産運用する姿をみて、もっと国内企業に融資を促すためにマイナス金利という政策を導入しました。つまり市中銀行が国債を保有していても得になりませんよ、逆に金利を頂きますよという政策です。もう、ぐちゃぐちゃです。市中銀行からは普通、金利のつかない日銀当座預金に金利をつけて国債を買付け、政府委託金という形で新たに発行された国債の一部に対してはマイナス金利で対応するという、まさに政府・日銀は苦肉の策を講じました。

政府が発行した国債 1000 兆円、日銀が全て買取って日銀当座預金のデジタルデータを「1000 兆円」とセットすれば一瞬にして消えてしまう政府の借金です。政府は日銀の株式の 60%以上を保有しています。ですから日銀は政府の子会社です。親会社と子会社は決算時には連結決算で貸し借りはチャラになります。つまり政府の借金のうち日銀が買取った国債は全てチャラになっていて、実は政府の借金は毎年毎年大幅に減っています。先に述べた 250 兆円もの借金が実は返済されています。このことは日本のメディアでは全く報道されません。政府は律儀（？）にも、毎年毎年、日銀に利払いや一部償還を行っていますが、決済時には日銀は国庫納付金という形で日銀の資産を政府資産に計上しています。つまり政府と日銀の間でのやりとりは、自分のお金を右手から左手に、移している痛くもかゆくもない話なのです。もっと話を深堀りすれば、この国債の利払いや国債の償還については毎年、借り換えが行われています。つまり、未来永劫にわたって政府は国債を返済償還する必要はないということです。政府は私たちのように生きているうちに借金を返さないといけな存在とは、まったく違うのです。政府が途絶えることは想定されておらず、未来永劫、国債を返済する必要などないのです。明治初期の国債発行額は 1000 万円ほどでした。現在の 1000 兆円を超える国債発行額は何と明治時代の 1000 万倍の国債発行高です。でも日本は返済不能状態である破綻（デフォルト）に至っていません。日本の国債は 100%円建て、自国通貨建てです。日本政府はデフォルトしたくても、することができません。ギリシャ、ロシア、アルゼンチンなどデフォルトした国々は全て自国通貨建てでない国債、つまりユーロ、ドル建て国債でした。日本に財政問題などありません。ならば『健全な経済成長』とはなんなのでしょう？それは政府の借金（国債発行残高）の増える速度よりも（名目）GDP が増える速度が速いことです。プライマリーバランス黒字化でもなんでもありません。そして今、日本に必要なのは消費税増税ではありません。第 2 次安倍内閣がアベノミクス 3 本の矢の 2 番目の矢として公約して、実現しなかった財政出動が必要な時なのです。例えば 1 兆円の財政出動（国債発行）をすれば 5 倍の 5 兆円の GDP が増えます。そしてそれは 1.5 兆円の税收増につながります。国民の生活保障、インフラ整備、社会保障、技術開発、防衛安全保障、これらに必要な財政出動を政府がすることこそが今の日本に求められていることであり、日本国民が豊かになって幸福な生活を享受するために必要な施策なのです。

2. 小児医療と経済の展望を考える

福岡市医師会 植山 奈実

“小児医療”と“経済”はなかなか結び付かない言葉ですが、私自身が小児科医師であり、私見的な考えを述べさせていただきます。

以前から出生数の減少が懸念されていましたが、国政や地方自治体が打ち出す“少子化対策”は一向に功を奏していないと感じています。減少こそ止まり気味ですが、出生数の増加には至っていない状況です。その原因として、結婚年齢の高齢化や出産適齢層の生活の不安定さが考えられ、“こどもを産んで育てる”ということにためらいが出ていると思われます。その対策として、出産費用の補助金支給・児童手当の支給、医療費の公費負担(自治体で異なる)を政府は行っていますが、若い世代の夫婦層に“こどもを産み、育てたい”という気持ちに向かわせることはまだ出来ていないようです。

このように厚生労働省を含めた政府が躍起になっている“少子化に歯止めを、人口増加を”と力を入れている背景には、将来の人口減少が懸念され医療の発達に伴い超高齢化社会となり、その高齢層が増加し続けること、逆に我が国を支えていかねばならない働き世代の年齢層が少なくなり、国民一人一人の負担が重くなることが懸念されているからだと思います。つまり日本が国として元気に発展していくためには、今から成人していく子どもたちを心身ともに健やかに成長させて、将来我が国を背負い向上させていく働き手世代の育成を重要視しなければいけないと思います。その“子どもたちの心身ともに健やかな成長”のお手伝いをするのが私達小児科医の役目と考えています。

しかし、現状では小児科医のなり手が少ない状況です。その理由として収入が少ない、労働内容がきつい等があげられます。更に“かかりつけ医制度”を厚労省が掲げ、24時間地域の小児科医が対応すれば診療報酬点数を加算するという内容ですが、これは昼夜問わず対応するという内容なのであり、昨今の働き方改革とは真逆の動きだと思います。子どもたちの健やかな成長を見守るはずの小児科医が心身ともに疲弊してしまったら、元も子もないと思います。

他の科の先生も同様だと思います。医師が疲弊すれば、その街の人々の健康を維持管理できなくなります。街の人たちが健康であれば、そこに健全な家庭が存在し、そして子どもが産まれて街が元気になるという図式を確保するためには、まず我々医師が心身ともに健康であることが大切だと思います。

現在の医療現場では高齢者対策として介護保険や地域包括ケアシステムの構築に力を注いでいるようですが、小児科医として同じくらい力を入れていただきたいのは“これからの小児医療”です。戦後、核家族化が進み、一夫婦に多数の子供を持つケースは今後も期待出来ないようです。おそらく一子もしくは多くても三子くらいと想定される状況です。この数少ない子ども達をいかに心身ともに健やかに成長させ、立派な働き世代へと国全体で育てられるかが、我が国の経済の発展につながり、明るい未来へと導いてくれるのではないのでしょうか？

では大切な命を授かったこども達に何をしてあげるべきかいうと、まず“病気の予防”のワクチン接種があげられます。この分野において我が国は世界的に“ワクチン後進国”でしたが、昨今の急速なワクチン導入により新しくヒブ・肺炎球菌・水痘・B 型肝炎が定期接種となりました。この導入により化膿性髄膜炎の起炎菌であるヒブ・肺炎球菌の感染が減少し、予後の悪い化膿性髄膜炎罹患数が激減し、さらに水痘は2回接種が定期接種となったため、今後は水痘の罹患率も激減すると想定されます。しかし、まだ任意接種のワクチン(ロタ・ムンプス)は残っており、一度定期接種になった子宮頸がんワクチンも有害事象との因果関係の問題で、暗礁に乗り上げている状態です。子どもが病気に罹ると看病のために、保護者が仕事を休まなければならなくなります。それは一時的ですが働き力の欠落となります。すなわち経済力のロスです。個人個人の問題ですが、大きな目でみればワクチンで防げる病気を国が助成してあげてワクチン接種することで予防できることは経済力のロスを防ぎ、また医療費の削減にもつながるわけです。様々な意味で殆どの小児科医は一刻も早く全てのワクチンの定期接種化を望んでいます。

次に“こども達の医療制度”です。現在は大体どの自治体でも乳幼児医療制度が導入されており、少なくとも6歳未満までは公費負担を受けられます。最近では小学生以上中学生未満までは一定の金額の支払い(月に一回)をすれば、それ以外の医療費は公費補助を受けられるようになってきています(自治体によって違いあり)。ただ中学生・高校生にはこの制度はありません(ただし、手厚い自治体は中学生まで医療補助あり)。通常、両親が健在で社会保険や国民保険に加入している子ども達はいわゆる保険診療を受けられます。そして“ひとり親世帯”や“生活保護世帯”は非課税対象となり、中高生含めて医療費は負担なしです。しかし、ひとり親世帯でも一定以上の収入が見込まれる世帯は、非課税対象とはならず、中高生は一般の保険診療でしか診療は受けられません。通常の一般診療費程度であれば大きな負担にはなりません、高額医療対象にならない手出しの多い医療費の場合は、そのようなひとり親世帯には非常に気の毒な状況に陥ってしまいます。この仕組みを悪用して、わざと婚姻関係を解消したり、最初から入籍せずにこの公費助成を受けている“世帯”があるのも悲しい現状です。またこのような生活環境で育ったこども達は“親の背中を見て育つ”わけであり、“親があまり働かなくて楽に生活をする”という環境の中でそのような考えが刷り込まれていかないと懸念されます。微々たることかもしれませんが、非課税世帯を改めて見直すことも医療費削減につながると考えています。

日本は世界各国に誇れる“高福祉国家”です。このことはあまり国民の意識に浸透されていないのが実情です。一部の特殊な医療以外は、個人の収入に関わらず手厚い治療を受けられます。このことは日本国民である我々にとって、代えがたき幸福であり、このことを医療サイドは国民一人一人に啓蒙していかなくてはなりません。医療費をむやみやたらに国の財政を逼迫すると目の敵にせず、国民の健康を守る大切な医療費と国民一人一人が認識を変えていくべきではないでしょうか？

次に虐待の問題です。新聞の紙面をこの問題で見ない日は少なくないといった嫌な時代になってきました。日々の診療の中でも虐待やネグレクトの予備軍を考えさせられる患児も時折目にすることがあります。この問題に対しては、もっと大きく厚労省は取り上げて

いかないと美しく静謐な心を持つべき日本人がいなくなってしまう…と考えてしまいます。親から虐待やネグレクトを受けた子どもは、成長し高齢化した親を同じように虐待しネグレクトしてしまうのではないのでしょうか？

人間は遅かれ早かれ、小児であろうが高齢者であろうが人生が終わります。我々医師はその終焉を国民一人一人にいかに幸せに迎えていただくか、前述の言葉“高福祉”にかけて“幸福死”と目指していくべきではないのでしょうか？

私見を書き記してみましたが、小児医療は“経済”に直接つながらないかもしれません。ただ、健やかな成長を遂げた子ども達が我が国の将来をしっかりと支えて発展させていくという大きなプロジェクトと考えては如何でしょうか？

3. 日本経済とその中での医療

北九州市医師会 酒井 賢一郎

私は北九州市内の急性期総合病院に勤務する内科系救急医です。昨今医師の働き方改革の中で超過勤務の抑制を政府は求めてくる中、急性期病院では24時間365日の救急体制を堅持するために医師はシフト制を敷く等の工夫が求められるようになりました。そもそも人員の確保は簡単ではありませんし、医師増員に耐える病院経営が成り立つためにも診療報酬を上げる必要があると考えます。ところが政府は財政状況が厳しいことを理由に診療報酬マイナス改定の方角に進んでいます。健康保険組合や経団連・連合などがマイナス改定を求めています。その理由として、「企業の保険料負担の増加が経済活動の足枷となり、結果として経済成長が大きく鈍化することが懸念」（平成29年11月22日 日本経済団体連合会 平成30年度診療報酬改定に関する要請）されるからということのようです。経済界からこのような要求を突き付けられており、私たち医療人も経済について無知ではられません。

日本は世界に誇る高医療高福祉国家です。2000年の世界保健機関(World Health Organization : WHO)の報告によると日本は先進15カ国中、健康達成度総合評価で1位でした。これには国民皆保険という制度と、私たち医療界が多分に自己犠牲を払って高い水準の医療を提供してきたに他なりません。ただこの高水準の医療を提供する日本ですが、OECD ‘Health Statistics 2017’によると医療費（正確には総保健医療支出）のGDP比は10.9%で、OECD加盟国中6位となっており、‘Health Statistics 2016’における同11.2%、同3位に比べ下がったもののここ数年高い水準と順位を示しています。1位の米国17.2%に比べ低いものの保健医療支出はOECD諸国のほとんどで経済成長を上回るペースで増加している状況です。どうも日本の医療制度に対する「費用対効果が高い」という評価は修正すべきようです。

ここで国民医療費の概況についておさらいをすると、平成27年度の国民医療費は42兆3644億円、前年度の40兆8071億円に比べて3.8%の増加となっています。国民医療費のGDPに対する比率は7.96%となっています。財源別にみると、公費は16兆4715億円、そのうち国庫は10兆8699億円、地方は5兆6016億円となっています。保険料は20兆6746億円、そのうち事業主は8兆7299億円、被保険者は11兆9447億円となっています。前年度に比し事業主は4007億円、率にして4.8%の増額となっています。この増額が日本の経済界を圧迫しているというのですが、診療種別別に国民医療費をみれば更に増額の要因は明確になります。前年度増減額（率）をみると、医科診療医療費は7955億円（2.7%）の増加、薬剤調剤医療費は6985億円（9.6%）と増加が著しいです。国民医療費の増額は総額で1兆5573億円、その実に45%を薬剤調剤医療費が占めており、調剤医療費の伸びが国民医療費全体を押し上げた大きな要因です。平成26年・27年にはC型肝炎治療薬が相次いで発売されたことによる薬剤料の著増による影響が高いとされています。予想を大幅に超えて売り上げを伸ばした一部抗ウイルス薬に対し平成28年4月国は診療報酬改定で薬

価引き下げを施行しました。その他高額薬剤の費用対効果を評価する取り組みも始めています。結果、厚生労働省より公表された平成 28 年度調剤医療費の動向によると、同年度の調剤医療費（電算処理分のみ）は 7 兆 4395 億円で前年同期比マイナス 4.9%となっています。薬剤料がマイナス 6.7%となる一方で技術料は 1.1%増となっています。以上のように、経済界にとって保険料という形で支出が増えるのは痛手でしょうが、経済界の一部である製薬業界の収益に医療界が寄与していたのではないのでしょうか。また、調剤にかかる技術料にはメスが入っていない状況も気になります。

所得格差が大きい社会では人々の健康状態が悪化することが知られています。社会経済的格差を是正（所得の再配分）することで健康を改善できる可能性があるのも、その政策を優先すべきという考え方があります⁽¹⁾。健康達成度評価が高い理由については上記以外にも終身雇用制度を敷いていた日本の社会経済構造も寄与していたと考えられます。雇用制度の変化で非正規雇用の増加が話題になっていましたが企業からすれば正規雇用は厚生年金・健康保険等社会保障負担が生じ、他方非正規雇用では事業主負担が生じません。このような社会保険における格差是正をすべく、政府は平成 28 年 10 月 1 日施行の健康保険法改正を行いました。これにより非正規労働者への社会保険適応基準が緩和され、厚労省試算で約 400 万人の短時間労働者のうち約 5 万人に被用者保険の適応が拡大されたことになります。ここ数年、生産年齢人口が減少中の日本において完全失業者数・率ともに減少し、かつ正規職員数も平成 26 年以降増に転じている傾向が見られますが、これに伴う社会保障事業者負担分の相殺に賃金削減や福利縮小につながっていないか注視する必要があります。

あとは、企業業績が改善した分を内部留保せず、内需拡大に向けた投資を行うことでデフレを脱却できれば税収も増え医療費を含めた社会保障の充実に繋がるのでしょうか。この核心の部分について無責任ながら私は答えを持ち合わせません。ただ、医療費の増大が日本経済を圧迫しているという経済界の論調は残念でならないのです。経済界が日本経済には発展性がないというメッセージを医療費削減を通して訴えているのであれば、政府はそれ相応の医療体制を甘受するよう国民に発信すべきです。「24 時間 365 日、安心して医療を受けられる状況は提供できません」と。

参考文献

1. 医療の効率性と公平性： 日内会誌103:1203～1209, 2014
2. 酒井正 事業主負担と被保険者負担 日本労働研究雑誌 No. 657/ 2015
<http://www.jil.go.jp/institute/zassi/backnumber/2015/04/pdf/076-077.pdf>
3. 前川聡子 日本における企業の社会保障負担の変化
4. http://www.kansai-u.ac.jp/Keiseiken/publication/report/asset/sousho153/153_04.pdf

図 国民医療費・対国内総生産・対国民所得比率の年次推移
 (出典：厚生労働省 平成 27 年度 国民医療費の概況)

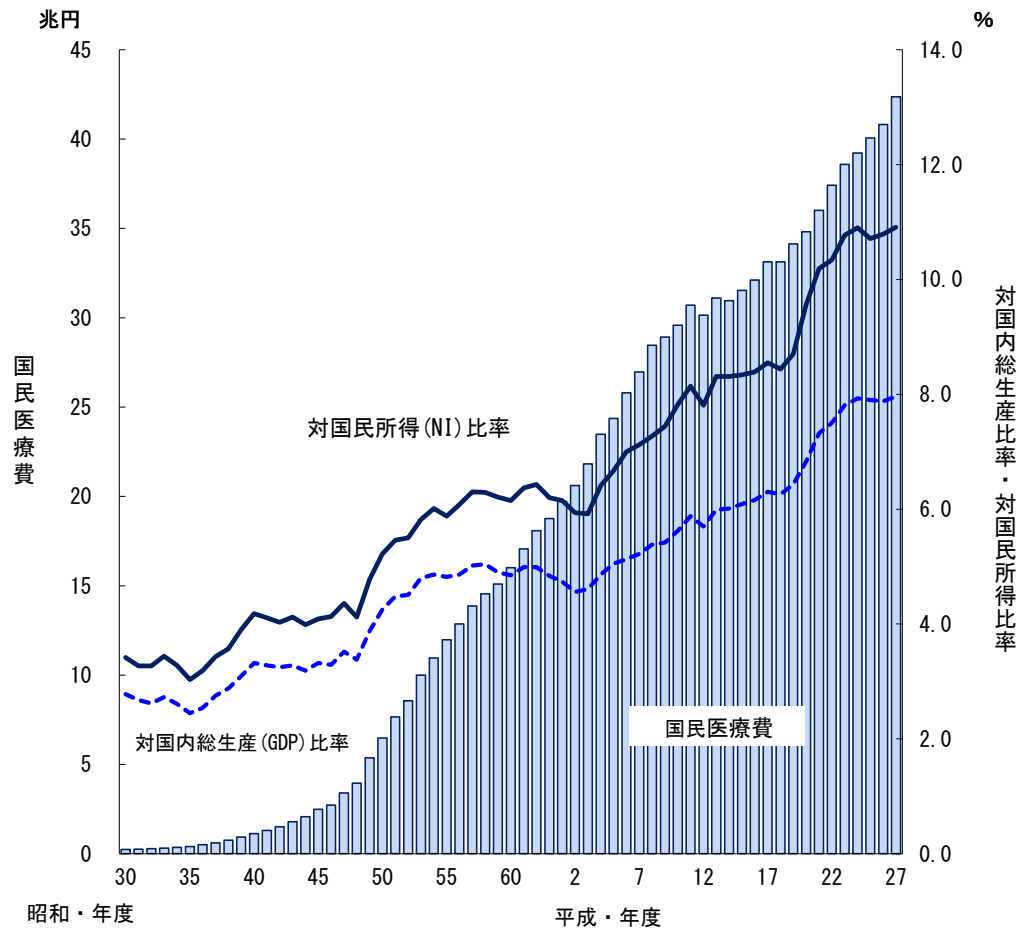


図 財源別国民医療費の年次推移
 (出典 厚生労働省 平成27年度 国民医療費の概況)



4. 医療と雇用についての一考察

医師会再生ビジョン委員会副委員長
柳川山門医師会 田中 彰一

1. はじめに

医療費亡国論(厚生省保険局長吉村仁氏)が言われて久しいです。医療費と医療保険の関係については、色々語られていますが、日本の経済成長と医療費の関係について、議論されているものは少ないです。今回、多少の考察を含めて述べてみます。

2. GDP と医療費

日本の国内総生産 GDP は平成 27 年で約 532 兆円、国民医療費約 42 兆円となっています。医療費として、GDP の 7.9 パーセントが使われたことになります。ここで、この数字をマイナスととらえるか、プラスととらえるかで、社会の考え方が大きく変わります。

医療費の増大が政府財政並びに経済に対する悪影響を懸念し医療費を削減しようとするグループと、医療福祉分野に経済成長を見込み医療費を維持、増大させようとするグループです。

医療費を削減しようとするグループは、高齢化社会において社会保障を維持するためには、医療費を削減する必要があると説明します。医療費を削減するということは、医療のサービスの低下、規模の縮小が考えられます。必要な医療を提供することは、医療者として絶対に必要なことですが、ここでは、経済的な面から考えてみたいと思います。

GDP の 7.9 パーセントがもっと小さくなれば、当然 GDP 本体も小さくなることが予想されます。経済活動としての医療は、42 兆円産業です。医療にかかわる就業者人口は 230 万人、介護を含めると 360 万人に上ります。これは、全就業人口 7600 万人の 4.7 パーセントに当たります。自動車産業の 100 万人と比べると、大きな就業者を抱えた産業です。当然、医療が縮小すれば、その産業の雇用能力が奪われます。就業者は、当然生活の必要から、買い物や消費などの経済活動をするため、そのチャンスすら奪う可能性があります。このように、医療の縮小が、経済全体をマイナス方向へ向かわせることが考えられます。

政府は、国税のプライマリーバランスについて言いますが、実際、医療保険への、国の支出は医療費 42 兆円のうちの約 10 兆円で、その他として、地方 6 兆円、保険料 20 兆円(企業と労働者の折半) 患者負担 5 兆円です。政府の国債 1000 兆円に対して、年間の医療費への 10 兆円が高いものなのか安いものなのか考える必要があると思います。

他方、医療費を維持、増大させようとする考えでは、GDP の 7.9 パーセントの産業を、雇用の創出と、経済活動の促進ととらえます。医療とは国民皆保険で成立しているため、産業構造を政府がコントロールしやすいことも事実です。政府は国家予算における医療費、並びに保険料という収入サイドと、診療報酬という支出サイドの両方を握っています。この二重のコントロール手段を持っているのは社会保障である医療介護分野だけではないでしょうか。診療報酬改定で、医療産業の成長を後押しすれば、他の産業への補助金や支援よりも簡単に GDP を押し上げることができると思います。

医療は、社会福祉であり、社会の成長を妨げるものであるという考えから、経済活動の一翼を担う産業であり、なおかつ国がコントロールしやすい産業であると考えるほうが、現在の社会に適合すると思います。

高齢化社会では、社会保障の増大により、社会の活力がそがれていくと心配されていますが、他方で、労働力不足が深刻になっています。高齢者を、平成 20 年より 75 歳以上の後期高齢者と 75 歳未満の前期高齢者にわける高齢者医療制度が行われました。また年金の支給年齢を変更することも考えられているようです。このことは、徐々にではありますが、政府は高齢者の年齢定義を変える事、また、就業定年年齢を引き上げることを考えているのではないのでしょうか。高齢者の定義を変更することにより、就業者数の増加による労働力不足の解消、年金支給年齢の延長による年金制度の維持、社会保険納付年齢の延長による医療保険制度の維持を可能にできると思います。

3. 結語

日本の医療保険の維持と経済の成長を、同時に可能にする方策として、就業定年年齢の延長は一考の価値があると考えられます。

参考 厚生労働省 平成 27 年度国民医療費の概況（平成 29 年 9 月 13 日）
医療費の動向について（平成 28 年 3 月 23 日）

5. 医療費亡国論からの脱却

筑紫医師会 秦 洋文

医療行為・サービスは言わずと知れた実体経済であり、名目 GDP 増加に寄与する立派な経済活動であることは間違いないことです。日本の GDP における医療費の比率は約 11% を占め、医療という経済活動が日本経済の「失われた 20 年」を下支えしてきたといっても過言ではないでしょう。もしこのデフレの時代に日本人の高齢化とそれに伴う活発な老人医療（介護も含む）がなければ、失われた 20 年どころか再起不能の 20 年になっていた恐れもあったと思います。デフレと高齢化のタイミングが重なり日本は幸運でした。高齢化のおかげで日本経済は何とか生きながらえたのではないのでしょうか。

高齢化が進み長寿人口が増えれば様々な疾病が増え医療費が増大するのは当然です。医療費が増えるということは、医療を通じて経済活動が活発になっている＝名目 GDP の増加に寄与していることであり、日本を豊かにすることはあっても決して日本を破滅に導いているはずはありません。ましてや医療を経済で語る以前に、医療は国民の幸福・健康生活には不可欠なものであり、世界に誇るべき国民皆保険は維持するべきものであります。

しかし、医療費の増大が財政を圧迫し国を亡ぼす、という医療費亡国論の洗脳から抜け切れず、医療費増大は悪者にされ医療費削減の方向にしか議論が進まない現状があります。

その理由として、①日本の医療費増大や財政破綻を過度にあおりプロパガンダする輩が存在する ②国民が経済に関する正しい知識を持っていない ③医師への偏見 があると思います。

① については、国の借金 1000 兆円超・国民一人当たり 800 万円超の借金という偽りの言い回しをし、財政健全化と称してプライマリーバランスにこだわり増税を図ろうとする財務省が一番の問題でしょう。それを真に受けて、あるいは意図的に垂れ流すマスメディアも大問題だと思いますが、相手が強大すぎて私一人が文句をつけたところで何にもならないことと思われます。しかし個人で対抗できないからこそ医師会という組織力を生かして対抗していくべきではないかと考えます。

医師会ではすでに多くの取り組みがなされていることと思いますが、日本経済は大丈夫なこと・医療費（社会保障費）は削減しなくて良いこと・医療はすでに崩壊し医師個人の踏ん張りで何とか保っていること、などなど正しい知識・現状を世間に浸透させ医師会の悪いイメージを払拭させる戦略を地道に行っていく必要があると思います。医師会単体の活動だけでなく、建設業など公共事業に参入している業界やその他社会保障にかかわる団体や業界とタイアップして社会保障費を確保していく努力も必要かもしれません。

② については、役人やメディアがまさか偽りを言うとは思わず、言われたことを鵜呑みにしてしまう心理背景がある上に、過去の情報源・発信源はマスメディアに握られていたことが大きいと思います。しかしインターネットが発達した現代ではあらゆる情報がいとも簡単に手に入るようになり、数ある情報の中から自分で正しく判断し簡単に騙されないようになりました。そんな中 11 月 21 日プレジデントオンラインにおいて、第一生命経済研究所の主席エコノミスト・永濱利廣氏は「日本政府の借金はもう最悪期を脱している」と題する記事の中で「財政再建より景気回復を優先すべきだ」と述べています。このような真つ当な意見を目にすること自体喜ばしいことですが、このような情報をお金もかけずに簡単に手に入れて深く考えることが出来るようになりました。私自身もこの度の再生ビジョン委員会ではインターネットや本といった主要なメディア以外の情報から正しい認識に至り医療費亡国論の洗脳から脱出できたのです。これを逆手に取って、著明な経済評論家をスポンサードして医師会の考えをマスメディアを通じて浸透させていくなどのことができれば面白いと思います。

③ 医療費は多くが公費負担です。したがって、我々が税金の使い道に敏感で公的機関・公務員を厳しい目で見ると同じ目で我々医療職は見られていると言えるでしょう。極端に言えば、公僕・清貧を旨とし奉仕する姿勢が求められているのではないかと思います。一方で、医師は経済的に恵まれ不自由のない生活をしていると思われており、その思いと現実のギャップが医師が医療政策や医療財政について正しい意見・提案をしても世間から受け入れられにくい背景となっているのではないかと考えています。

我々医療者がより良い医療にしていくためには、これら①②③を意識した取り組みが必要と考えますが、過去において医師会はストライキを行い、その事実は負の遺産としていまだ国民感情に刻まれていることは忘れてはなりません。このような過ちは二度と起こしてはいけません。

現在の医師会においては長年に渡り地道な努力・様々な取り組みがすでになされていることと思います。そのことがこの度の医療費の財源確保に繋がったのは間違いないと思います。国を動かすには時間が掛かりますが、医師会は確実に結果を出しているのではないのでしょうか。

戦略的にはまだまだ様々なプランがあると思いますが、医師会の一会員としては患者さんに寄り添って正しいことを行い続け言い続け、ただただ努力を続ける、これしかないのではないかと考えています。

地域医療に全力を尽くし地域住民の信頼を勝ち取ることが医療行政への発言力向上に繋がっており、それが医療費の財源確保へ、そして国民の健康・幸福の実現から最終的には日本の繁栄へ繋がることを信じて、これからも目の前の診療に励んでまいりたいと思います。

6. 医療費と経済

北九州市医師会 原賀 憲亮

医療と経済は、繋がりが薄く、医師会の倫理綱領においても、「医療は営利を目的としない。」とされているため医療に経済を持ち込んではいけなくと考えていました。

しかし、診療報酬という形で、労働に対して対価が払われること自体が、すでに経済なのであるという考えに変化しています。

まず、医療では薬、医療機器、白衣、など細々とした診療や、検査に必要な道具があります。

また、病院に至っては、看護師、検査技師などの医療従事者、事務員、介護職員、給食、清掃などの多岐にわたる職員が必要になります。そしてそれは診療報酬から支払われることを考えると、経済の動向に左右されることは当たり前のことであると考えます。そのうえ病院では、人員配置や施設の広さにより施設基準が診療報酬に加算で上乗せされることを考えると、その時々々の経済状況に左右される事が大きいです。医療にとって経済は切っても切れないものであると考えます。

平成 30 年に診療報酬の改定が行われることになっています。今回も診療報酬のアップはあまり期待できないと考えます。今後の少子化、超高齢化社会を考えると今後の診療報酬のアップは期待できない状況です。そのため、現状を維持することが経営の考え方の一つとしたとき、経費削減、人員削減などを考えなくてはなりません。

以前、勤務していた、地方都市の病院では、地元に残る若者の就職先の一つがその地区の病院でした。地域病院は地域の患者だけでなく、地域経済を支えてもいるのであると考えています。

戦後の高度経済成長期、ベビーブームは社会も活気があり、経済全体も活気があった時代でありました。やはり少子化は、経済にとっては、良い影響を与えるとは考えにくいです。子育てしやすい街、安心して子供が住める街を考えていくことが長期にみて経済にプラスにはたらくのではないのでしょうか。少子化対策にしっかり取り組むことが、将来的には経済の活性化になっていくと考えています。

また、高齢者医療についても、看取りは本人だけの問題ではなく、看取りを行う家族の心情も考慮しないといけなくと考えています。確かに高度な延命治療により、無駄な医療費を使うことは避けなければいけませんが、残されていく家族の感情も含めて看取りを考えないといけなくと思います。そのためには、ある程度の医療費が必要であり、そこに消費が生まれてくるのではないのでしょうか。やや、時代の考えと逆行していると思えますが、医療が経済に与えることを考えると、高齢者への医療が無駄と言ってしまう事には私自身は、少し抵抗も感じています。必要な消費は、必要に応じて行うことも大切であると考えています。

今後、医療が経済に大きく関わる事を考えると、少子化、小児医療を中心に手厚くしていくことや、高齢者医療をすべて無駄と断ち切るのではなく、程よく消費していくことが大切であると考えています。そのためには、医師会が、中心となって医療費の充実が、経済面でも必要であると、アピールしていくことが大切であると考えます。

7. 世界の歴史を踏まえ、諸外国の戦略的視点を学び、医療を経済社会の根幹として改めて捉え直す！

大牟田医師会 富松 健太郎

医療と経済を考えるにあたり、まず考えるのは、医療というものは、軍隊や警察、消防や鉄道や道路、運輸業や信書、インターネット等々、と全く同義の社会的インフラストラクチャーということです。インフラ整備が遅れている国は、経済の発展も有り得ません。つまり、生活に欠かせない下支えをするものであるということです。

特に我が日本国では、『貴賤を問わず』の医療が、国民皆保険制度下で実現しています。世界に冠たる長寿命国となっています。戦後の経済成長とともに、寿命も伸長していきました。日本は第2次世界大戦後の東西冷戦下、地政学的にもその狭間に位置し、資本主義陣営の一員として振舞っているとされますが、1990年代のバブル崩壊までの官民一体の護送船団方式経済（尚、移民の受け入れや逆に移民に出ることもほぼありません。この大戦後の70年間の経済発展等は、日本の歴史上、むしろ稀有な特殊な期間であると考えられます。）の中著しい経済成長を遂げました。しかし逆に、特に、医療のそれは共産主義にある種近い色彩を帯びているのでありますが・・・。

さらに、下記に述べるように「医療」は常に「経済」と密接に絡んでいます。例示すると、共産主義計画経済の持続性の欠如により崩壊したソビエト社会主義共和国連邦は、領土の縮小した現在のロシアにおいては、男性の平均寿命は未だ60歳代とききます。ロシア同様に寒冷な気候である、高緯度に位置するアイスランドの寿命は長いです。アイスランドの経済は現在、観光等で好調とききます。一方、亜熱帯に位置する香港の寿命も長いです。香港は言わずと知れた、英国領から中国に返還された国際貿易の拠点都市です。つまり現代社会において、寿命は、健康問題は、気候等の要因より、経済と医療の連関が強いのは自明です。例外的な場合もあります。本当の実情は分かりませんが、所謂旧社会主義陣営で、経済は低迷していますが、キューバは医療に力を入れ、ひどい政権崩壊をきたさずに、平均寿命も70歳台後半とききます。

話が変わりますが、昨今の日本は、ある種歪められた情報を元にして、自虐的な風潮が常に蔓延しているように思えます。無論、近年はびこる『日本！スゴイ！デスネ』的論に与するつもりも全くないことは申し上げておきます。「欧米に比べて」「北欧の福祉に」「UKのNHS」「軍隊を持つことは」等々、ある種のイメージ、空気感に基づいて、そういった発言がMediaから真実みを帯びて発信されます。多面的な理解はなされず、一面的にしか、問題を捉えません。ファクトに基づく議論はなされません。一地方紙である西日本新聞の国際面にすら、小さくではありますがきちんと掲載されている情報を以下に記述します。又、Wikipedia等の情報でも、その正確性が不明瞭な点は指摘されますが、それなりに調べる価値はあります。人口970万のスウェーデンのニュースです。2010年7月に100年以上続いた男子の徴兵制は正式に廃止されましたが、その後2015年には国防要員の不足という事態に陥りました。しかも2014年のロシアのクリミア併合に伴い、ロシアに対する

警戒から、2018 年から男子の徴兵制復活、女子にも義務を課することが決まっています。スウェーデンは NATO 北大西洋条約機構非加盟国であり、切迫した状況が窺い知れます。これが、もしも昨今の極東アジア情勢（北朝鮮の核問題等）で、「日本で徴兵制復活！女子も！」ということが国としての方針として打ち出されたなら、日本の世論・マスコミはどう反応するのでしょうか。現実として、自衛隊ではなく、日本における米軍基地が、それに対応するプレゼンスとして存在していることは論を待ちません。

かような国であるスウェーデンであります。日本人の多くは、「IKEA」にて「北欧家具・オシャレ」程度のイメージしかないのではないのでしょうか。逆の言い方をすると、世界展開している「IKEA」の「イメージ戦略」は完璧に機能していて、したたかにしか見えません。同じくロシアに歴史的におびやかされ続けているフィンランドの「NOKIA」も以前、携帯電話端末で世界を席巻しました。高い安全性の良いイメージの車「VOLVO」は現在は中国資本の傘下です。時代は変遷し続けます。「フィヨルド海岸」「オーロラ」等の豊かな自然観光のイメージの強いノルウェーですが、現在は北海油田による典型的な資源国家です。

（北海油田は、スコットランドの UK からの独立運動の大きな拠り所でもありました）EU 非加盟国です。その資源の枯渇に備えたノルウェー政府年金基金は、世界有数の資産運用組織です。ちなみに、ノルウェーは既に NATO で一番早く 2015 年より女性の徴兵制が取り入れられています。また Microsoft のビルゲイツが主導している、地球の温暖化等や、種の減少を見越した「スバルバル世界種子貯蔵庫＝種子のノアの箱舟計画」のスピッツベルゲン島もあります。税金が高いことでも有名な国です。何事も一面的に捉えることは良くないです。EU 加盟国共通通貨ユーロをもとに経済も好調なドイツは原発廃止を打ち出し、イメージが良いようによく喧伝されます。しかし隣国の原発大国であるフランスから電気を買っているのが現実です。移民を比較的快く受け入れていて、人権的にも良いイメージであります。安い労働力としての側面は全く否定できません。今は移民の受け入れも今後どうなるか議論が紛糾しています。

欧州には、Google や製薬会社等の超巨大国際企業の税制上の本拠地を誘導するために、優遇税制を敷いている国等あり、合法であっても極めて狡猾で戦略的です。頻繁にそういった企業は、欧州委員会からの税の追徴で争っています。スイスは「アルプス山脈」「観光列車」「チーズフォンデュ」等、牧歌的なイメージすら持たれるかもしれませんが、欧州の強国に挟まれ、またその通ridorに位置するため、何度も領土を蹂躪されたことから、「永世中立国」となり、非 EU 国で、「金融」、「NESTLE」「NOVARTIS」、等の世界企業を有し、「各家庭に地下核シェルターを持つ」等、極めて戦略的な国家です。（現在、日米から嫌われ、危険人物と目されている DPR-KOREA のトップ金正恩はスイスで中学生時代を過ごしたといわれます。日本国民で、スイスと金正恩が繋がるとイメージできる人は多くはないと思われま。北朝鮮とスイスが国交があるので特別不思議なことでは全くないのですが・・・。高級時計のような表面だけでなく、金融機関を含めてスイスは金一族との関係は浅からぬもので深い関係であるものと推測されます。）「綺麗なイメージを保持する」「ブランディング」するのは欧州国家の得意技です。列举すれば切りがないです。そもそも、最近「中華人民共和国のアフリカ戦略（港湾・鉄道・道路等のインフラ整備等）を危険視」するニュー

スがよくなされていますが、欧州各国（ポルトガル、オランダ、スペイン、英国、仏国等）はそもそもアフリカにおいて、南米において、米国において、オーストラリアにおいて、インドにおいて、アジア諸国において、中東において、大規模な奴隷貿易を含めた、先人を追いやったのキリスト教圏の拡大、鉄砲の拡大、植物（胡椒・茶等）を含めた資源探索（鉄・銅・金・ダイヤモンド・石炭・石油等々）を、世界的植民地政策を長年行ってきたではありませんか。その旧宗主国と植民地の関係は現在も連綿と続いています。それに基づく紛争も絶えません。歴史的に考えれば、かつてユーラシア大陸を席卷した世界最大の領土を有したモンゴル帝国を含め、中国は民族・王朝・その領土の大きな変遷を繰り返してきた、元々東アジア覇権国家です。要は、力と力の戦いが、人類の歴史上繰り返されているに過ぎません。地中海を挟んでの、イベリア半島での、シナイ半島での、パレスチナでの、アナトリア半島での、ペルシャでの、イスラム世界とキリスト教圏（ユダヤ人含）との争い（もちろん、イスラム同士、キリスト教圏内同士の争いも絶えない）も古来から、変わらずに続いています。無論、歴史の事実はその勝者によって、書き換えられるものではあるのであります。

蛇足ですが、「納豆は日本固有のものではなくアジア各国に存在する」し、「トマトはイタリア原産ではなく、南米のアンデス原産である」し、「じゃがいももアンデス原産である」、「Tea=Cha の文化は英国でなく、源泉は中国である。しかも英国東インド会社がインドで栽培させた」つまりイメージというものは、「極最近の歴史が、さも長年の伝統のように」刷り込まれます。植物で遺伝子的に明らかでイメージ通りのものは「イネが中国南部・タイ・ラオス・ミャンマー辺りが原産地で、それが東に北に南に広まって、しかも、現代でも今も同じ地域で食されている」くらいなものではないでしょうか。

これらから学ぶことは、日本は過度な悲観論に陥らず、「日本の良いことは良い」とその自信を取り戻すべきでしょうし、人口減少等、課題が山積しているのですが、上記の国々等に学ぶことは学び、しかし、日本にフィットした形での移民の受け入れ等早急にその骨格を打ち出すべきでしょう。人口減少社会の中、その担い手不足は深刻な国家的問題です。

かつて貧しい時代、日本からブラジルを中心とした南米やハワイ等へ移民で入植していた時代もありました。今は、その逆になっています。しかし、第2次大戦後はむしろ閉鎖的で真にグローバルな意味での人の移動は減りました。既に高齢化の著しい台湾では、フィリピン等からの介護人材の奪い合いを呈しているとききます。中国の高齢化も加速する中で、東アジアにおいては介護・医療の人材は苛烈な争奪戦になることは、予測される近未来です。やはり、人口一億人超で、現在の医療の質を担保できている「日本の現実」をまずは誇るべきでしょう。上記のアイスランド、香港、ノルウェー、スウェーデンやシンガポール等に、部分的には学ぶことは極めて多くあったとしても、人口・経済規模では日本に全く比肩できるものではありません。税制等も全く違います。

一方、「寿命」ばかりでなく、「健康寿命」という観点からも含めて、医療を捉え直す必要もあります。「寿命」ばかりだと「高齢化」で、逆に「子供を産みやすい」環境を構築していかなければ、少子高齢化は加速するのみで、「閉塞感」が覆い、「経済」÷「景気」÷「期待」÷「希望」÷「未来」が収縮していく感覚に襲われます。「安心感」が減っています。

我が国では、隣国の韓国程の学歴戦争ではないですが、子供への教育費は高いです。塾等の費用は、物価に全く連動していません。高騰し続けています。やはり「閉塞感」が漂います。「子供の養育に優しくない」感じを、払拭し、「良いイメージを構築」し、「安心して子供を産み、将来自らがその子供らに支えられる」ような「未来」を構築していくためには、やはり「少子化の打破」は必要に感じます。既に世界トップの「胎児の周産期死亡率の低さ」を達成している状況で、単純に医療資源を産科・小児科に向けるというよりは、「子供を授かりやすい健康なカラダづくりの啓蒙や教育」からが、そのベースに必要と感じます。

日本人女性は OECD 加盟先進国で最も痩せており、カロリー制限・過剰な糖質制限の喧伝、等々、「現在戦後むしろ最も、女性の摂取カロリーが低い」との報告もあります。過度なダイエット志向は、正される必要があります。

さらには子供の養育費の高騰も勘案すると、女性が子供を出産に至らない傾向は強まるばかりです。

話は飛びますが、不妊治療は一般に高額です。しっかりした「子供を産みたい」というニーズには、サポートを行う必要があります。国が衰退すると、経済が停滞し、そうすると医療も衰退します。現在の医療の質を維持するには、やはりその担い手の確保が絶対的に必要です。

経済を動かすものは、「未来への期待感」です。「人の欲望」です。「期待感は信用である」「信用はクレジットである」「信用は貨幣である」「信用は紙幣である」「信用はお金である」「信用は経済である」、「お金というものは、ある種のイメージである」なぜなら、紙幣自体の資産価値は紙で、その価値はありません。一方、宝飾品としての時代、金本位制の時代から、現在もゴールド自体には価値があります。近年は BitCOIN 等さらに、複雑になってきています。いずれにせよ信用が、価値を産み出します。医療も同様に信用がないと、成り立たちません。

今まで述べてきたように、社会を支えるものは、信用と力です。「安心」の基盤となる「医療」をしっかり強くし、「安心感」を高め、「未来への期待」を上昇させることは、「経済」の活性化に繋がりますし、また「経済の活性化」が、「医療」の質の維持にそれがまた繋がると考えます。

これまで述べてきたように「医療」と「経済」は、常に表裏一体であり、「医療」の大きな要素として薬剤・デバイス（ロボット技術等も含めて）等自体が、そもそも巨大産業でもあります。今後の日本でこれらの産業がより発展することは、医療の向上だけでなく、経済の向上と完全なパラレルな関係になります。介護分野でのロボットの活躍も期待されます。

近年、所謂士業、独占国家資格業、先生と言われる職業（教師、弁護士、司法書士、医師、看護師等々）の地盤沈下が激しいです。先日は、博多の高校で教師が授業中に生徒に足蹴にされる動画が拡散しました。悲しい動画でした。今までは、その専門性等から、敬意を払われ、先生と言われてきた職業です。しかし、情報の入手のし易さ等から、その権威が失墜しています。「信用」されづらくなっています。しかし、今こそ、表面的な知識で

なく、「医療」において臨床現場で働く者が、その専門性を改めて発揮して、正確な情報を提供し「信用」を取り戻し、「医療」に対する「安心」「信頼」を取り戻すことは、社会に安心を提供することと同義であるし、社会の安心が基盤にあれば、経済も再び発展していくことが可能になると考えます。その発展がまた医療に還元されます。

このような良い循環を、戦略的な思考・方策を諸外国に学びつつ、今の日本の現実に応じて、再構築していくべきです。

8. 国の医療費についての認識

田川医師会 箕田 政一郎

国が社会保障費を財政負担と位置付けると総額を縮小へと誘導する

これでは医療機関の収入は減少します。社会保障費の自然増を国が認めるのに、何故か医療収入はここ 10 年で右肩下がりで。厚生労働省「毎月勤労統計調査」から作成された、常用労働者 1 人平均月間現金給与総額のグラフがあり 2009 年度を起点として、2015 年度において全産業は 99.5 とほぼ横ばいで増加なく、製造業は 107.6 と右肩上がりなのに対して医療は 97.5 と見事に右肩下がりで。国も医療業界の内情を把握している証拠です。しかし関連の業種、製薬会社、卸売業、リース会社、など営業利益を追求可能な業界はまだ他業種より盛業な様子です。我々の医療行為で発生する業界であり、不思議な構造、原資は診療報酬、僅かな薬価差益です。

同じ診療行為なのに過去算定出来ていたものを無くしたり画像診断料も料金減額、政府は物価上昇、デフレ脱却、従業員給与の増額勧めている事実と反します。

病院の赤字、消費増税、で職員給与が上がらず厚労省はどう説明するのでしょうか？結局、医療費亡国論から脱却出来ないのが原因と考えます。

元来、医療は営利目的ではないとの考えならば、納税者は医療提供にお金がかからないとも解釈できます。その為に国税、社会保険料を納めています。国は安全保障、社会保障、インフラ整備などは全て国税、社会保険料、建設国債で行いそれに伴う人件費もこの枠内だと、この様な事は不可能なのです。分かっているが現在に至っています。医療費亡国論は捨てて総枠拡大、そして医療界からの税収を上げていく経済循環は出来ないのでしょうか？

医療費亡国論とは、昭和 58 年当時の保険局長、後の厚生事務次官になられた吉村仁氏の論文が元の様です。以来、医療費の増加により日本国の経済は破綻すると言われ社会保障費は国の財政負担の根源と見なされこうした考えが現在も続いています。

そこで、現日本医師会会長である横倉会長は「日本医師会の医療政策」と題した講演で 1. 社会保障と経済成長 2. 平成 29 年度予算編成に向けて 3. 平成 29 年度税制改正大綱について 4. 持続可能な社会保障に向けた医療側からの提言 5. 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、推進などの内容で示されました。

国の一般会計税収、歳出総額と国民医療費の推移、国の貸借対照表 2014 年度末を示し現在我が国の負債額が 1100 兆円超と喧伝されていることの間違いも指摘、資産も有ります。さらに国は民間議員からなる経済財政諮問会議での骨太の方針の中で 2015 年に今後の医療費、社会保障の高齢化による伸び高を年間 5000 億円に抑えろと言う方針を出した事も述べられています。

民間議員の諮問会議で決めるのは良くないと思います。民主主義国家の我が国では選挙で選ばれた国会議員が民意を反映し立法、行政機関である関係省庁に指示し国政を運営するのが当然です。ここに我々医師の集団である医師会の意見も十分に参考にされるべきと考えます。

9. 富国のための医療

福岡市医師会 山路 浩三郎

社会保障費の増大が財政を圧迫しているといわれています。年金を受給し医療費をより多く必要とする高齢者が増え、それを支える労働人口が減ることや医療高度化によるコスト増などが原因と考えられています。国は財政再建のために医療費の自然増を抑えるという政策をとり、外来・入院の診療点数を下げたり、算定しにくい条件をつけたりするようになっていきます。また、保険者も査定を厳しくする傾向が見受けられ、病院や診療所などの経営は年々厳しくなっています。内科医である自分が診ている患者さんの多くが高齢者であり、このような話を聞くと、自分たちが頑張れば頑張るほど財政を圧迫してしまうのかも、という少し後ろめたい気持ちになることさえありました。また、こんなご時世なので診療報酬が下がっていくのは仕方がない、せめてこれ以上診療報酬が下がらないよう財源確保するため消費増税してもらわなければならないのだろう、と思っていました。しかし、実際にはどうなのでしょう？

我が国の財政状況について考えてみます。日本国の財政はというと、「国の借金は 1000 兆円超」、「対 GDP 比 230%でギリシャを抜いて世界ワースト 1 位」、「その額は国民一人あたり 800 万円超」などのフレーズを、テレビその他の報道で聞き飽きるくらいよく耳にします。我々国民のために使う予算を国がだれかに借金をしてくれている、取り立てられたら返せないで破綻する、といった論調で語られ、聞いているとなんだか暗い気持ちになってしまいます。でも実際は、政府は国債の殆どを国内の、主に金融機関や保険会社などに買い取らせることで資金調達して予算に充てており、その金融機関や保険会社のお金は預金者や契約者、すなわち国民が預けているお金です。従って、ギリシャのように、よその国から借金の取り立てをされて大変なことになるようなことはないですし、日本の金融機関などが国債を売り払うようなことないでしょう。たしかに国債をはじめとする政府の負債は増えつづけており平成 27 年度末で 1423 兆になっていますが、一方で借りたお金で資産も増やしており、その額は 958 兆円にのぼり、資産分を負債から引いた純負債である資産・負債差額は 465 兆円となっています（財務省 平成 27 年度連結貸借対照表）。そう考えるとされているより借金は少なく、また日本の家計金融資産は 1800 兆円あり、そんなに悲観になる必要はないのではないのでしょうか。

では日本の医療費は高いのかというと、日本の 2014 年の医療費は、OECD 加盟 35 か国中、対 GDP 比の割合で 3 位となっています。こう聞くと高いように感じますが、国民一人当たりになると 15 位となり中間くらいの位置になります。OECD の 2017 年報告にも“日本の医療制度パフォーマンスの概観”として、『日本の出生時平均余命は OECD 加盟国の中で最も長く、医療アウトカムの向上が進展し続けている。健康的な生活スタイル、医療アクセスの良さ、概して質の高い医療が、こうした良好な医療アウトカムを生み出しており、これらは全て、医療費支出が OECD 平均水準を大きく上回ることなく達成された。』と評価されています。医療ニーズが高い 65 歳以上の高齢者の割合が、日本は OECD 加盟国の中でトッ

プであることから考えると、効率的に医療が提供できていると考えられます。しかし我が国の重要政策について話し合う経済財政諮問会議によればまだ足りないらしく、財政健全化のためプライマリーバランスの黒字化を推進するためにはさらに支出を減らす必要があります、これからますます高齢化率が高まるため、現役世代への負担増加への懸念から医療費の自然増を抑制していくべき、と言っています。

プライマリーバランスの黒字化とは簡単に言えば税収を増やして、予算を削ることなので、経済活動においてはブレーキになると考えられます。そもそもここ 20 年間デフレがつづき、経済指標としての名目 GDP が 500 兆円前後のまま増えず横ばいで推移している状況です。また日本の財政も噂ほど悪くない状態（というよりむしろ健全）であるにもかかわらず、わざわざそれを至上命題にしてしなくてよいのではないのでしょうか。90 年代後半からつづく緊縮財政や政府？財務省？の財政危機情報拡散キャンペーンが消費マインドをスポイルし、消費の低迷、デフレを助長している大きな原因になっているように思います。消費税率アップをやめ、むしろ消費を刺激して経済が循環するために公費を投入することが必要と考えます。支出抑制の生贄のように医療費を総じて抑制しすぎると、高齢者のみならず、現役世代にとっても健康への不安から収入を貯蓄にまわす傾向が強まり消費が低迷する原因になりうると考えられます。また、景気が悪化すれば若者にとって将来への不安につながり、婚姻率の低下、少子化に結び付く可能性が考えられます。

我々が従事する医療という分野は、病気を治したり予防したりすることで、人々の健康を維持し生活を守る手助けをする社会福祉である一方、診療報酬として対価を得るサービス業であり、GDP に反映される経済活動としての側面をもちます。医師、薬剤師、看護師、検査技師、診療放射線技師、理学・作業療法士など、有資格医療従事者の数 240 万人、歯科医師、歯科衛生士・技工士、保健師、助産師、指圧師、鍼灸師など含めると 300 万人にのぼります。医療機関には上記以外の事務系の職員もいますし、薬品や医療材料、医療機器などを取りあつかう会社やメーカーなどの社員など合わせるとさらに増えます。医療費はそれらの仕事をしている現役世代の収入の源であるので、その所得が減ることになれば個人の消費や医療機関の設備投資も減ることが予想されます。規模が大きいだけにその影響は国全体に衝撃波のように及ぶことでしょう。

少し前まで日本では長寿ということに重きをおくあまり、やや行き過ぎた延命治療が行われた感はありませんが、いまでは健康寿命、すなわち生活自立の維持に主眼を置くことに医療はシフトしてきています。その取り組みは、被介護者数の減少、介護者負担の軽減に直接結びつきます。そして健康な高齢者に労働へ参加してもらえるしくみができれば、労働力が増え経済規模が拡大し GDP の増加が期待できます。また高齢者に所得が生まれ、定年と年金受給開始年齢の乖離からおこる不安の解消につながり、消費も増えると考えられます。国を動かす政府が緊縮財政に向けば、そこに暮らす国民の消費は冷え込むのは当たり前です。デフレ脱却のためには、国民の生活を守り安心させるような政策が必要であり、財政出動し医療にもしっかりと財源を確保すべきだと思います。

経済財政諮問会議の議事録をみて、いまだにプライマリーバランスの黒字化達成することを目標にしていることを知り残念に思いました。かく言う私も、この勉強会にでて学ば

せてもらうまではそう思っていましたので偉そうなことは言えませんが、会議に参加している議員の誰もがそのことを疑わず、それを前提に重要政策を決定する話し合いをしているのは問題だと感じました。医師会としては会員、そして国民にむけてアピールすべきだと思います。また選挙の際に各地域で候補者を推薦しますが、地元の候補と医療政策について意見を交わすことが、我々の意見を反映させていくために重要であると改めて考えさせられました。

10. 医療と経済の関係

福岡県医師会常任理事 原 祐一

医療と経済は一般的にあまり関係がないように思われます。「医師は金のことなど考えるべきではない」という方も多いのではないのでしょうか。本稿では医療と経済が密接なつながりをもっているという事実を紹介します。

マクロ経済において需要項目は、①消費（個人消費、政府最終消費支出）、②投資（公的固定資本形成、民間住宅投資、個人住宅投資）、③純輸出（輸出－輸入）から構成されます。この中で医療は消費項目にあたります。

GDPは国内総生産、即ち国内における生産の総額です。GDP三面等価の原則（生産＝需要＝所得）から、医療の消費量（供給量）が少なくなると、GDPも縮小することになります。1983年に当時の厚生省事務次官の吉村仁氏が「医療費亡国論」という論文を著しましたが、彼はこのような経済の基本を知らなかったのでしょうか。1990年にバブルが崩壊し、日本の総需要は減少していきしましたが、その中で政府最終消費支出のみが増加傾向にありました。これは、医療費・介護費の増加、すなわち社会保障費の増加（年金は所得の移転であるため、直接には需要項目を形成しない）の結果ですが、もし医療費・介護費の増加がなければ、日本の総需要はさらに減少して、GDPは400兆円以下になっていた可能性もあります。医療は日本人の所得を生み出す重要な消費項目であることを明記しておきたいです。

さて、消費という言葉に「お金がこの世から消える」という印象を持つ人が多いのではないのでしょうか。しかし、社会全体としては消費によってお金が消えたり、減っていくという事はないです。むしろ、消費をする際には付加価値が上乗せされることが大半のため、消費をするとお金（マネーストック）は増えていくと言えます。消費とはお金を増やす行動です（消費という言葉に「消える」という文字が使われているので、「消える」という印象をもたせるのかも知れません）。消費が増えれば、その度に付加価値が生産され、その付加価値が多く労働者の所得に転化し、その結果、国も豊かになっていきます。

消費には「財」の消費と「サービス」の消費があります。財とは在庫ができるモノのことを指し、サービスとは生産と消費が同時に行われるモノを指します。サービスを増やすと、国内への資金循環が増加していきます。サービスの中で割合が大きなものは「小売り」「運輸」「卸」「医療介護」であり、医療介護が増加していけば、消費が喚起され国民所得も増大していくのは当然の帰結です。

一方、多くの方が医療や介護を不必要な消費であると、ネガティブな感情を抱いているように思えます。健康であれば受けなくてよい医療介護を一部の人が過剰に消費しているという現状も理由であるのかもしれませんが。医療介護は個人個人の消費ではなく、家族全体や社会全体の消費であるということを理解してもらう努力をしていく必要があります。

もう一つとしては、適性を超えた利潤を追求する医療機関の存在があるのではないのでしょうか（その結果、高額の所得を得て一般国民の何倍もの消費をする医療関係者がおり、それらの一部の人々が一般国民のルサンチマンを高めている面もあります）。一部の動きであってもそのような誤解を避けるため、我々は適切な医療提供を心がけ、過剰な利潤追求に目を向けることのないよう自ら律していくことが求められます。

11. 透析医療と経済について考える

福岡県医師会理事 中村 秀敏

我が国の透析患者は2016年末で32万9609人います。また透析患者の医療費は年間500万円ほどかかります。よって透析患者にかかる医療費は1兆5千億円にも達することになります。日本の人口が約1億2700万人であり、日本の国民医療費が約42兆円であることを考えると、人口の約0.25%の人に対して、約3.5%もの医療費を費やしていることになります。また透析患者は年々増加しており（最近では年間5,000人前後）、より高齢化・長期化しているため合併症にかかる医療費も増大傾向です。

透析患者は医療費が多くかかるだけでなく、人手もかかります。透析患者は、平均年齢が67.86歳で、最も多い年齢層が男女ともに65歳～69歳と高齢者が多いです。透析となる原因疾患の第一位が糖尿病（43.2%）、第二位が慢性糸球体腎炎（16.6%）、第三位が高血圧症によって起こる腎硬化症（14.2%）であることから、動脈硬化性の合併症である脳血管障害や心血管障害のリスクが高いです。結果、麻痺があったり下肢切断したりする患者が多いです。また食事制限（蛋白制限・塩分制限）が必要なことや透析治療によってアルブミンを喪失することなどから、低栄養状態を介してサルコペニアやフレイルに陥る患者さんも多いです。

2010年末の透析医学会のデータで透析患者のうち終日就床している割合が5.8%、日中の50%以上就床している割合が7.1%でありました（合計12.9%）。日中の50%以上は起居しているものの軽度の介助を必要としている割合が12.7%であり、合計で約4人にひとり（25.6%）がなんらかの介助を必要としています。このように透析患者はADLが低い患者が多いため、血液透析では年間156回の通院がネックとなります。自力通院出来ない患者が増えているのが問題化し、合併症のため入院となると、さらにADLが低下して退院が困難になるケースも少なくありません。特別養護老人ホームや老人保健施設では、透析患者の入所が不可能なことが多いことから、受け入れ先が見つからずに長期に病院のベッドを占有してしまう結果になることも少なくありません。

2016年、某フリーアナウンサーが「人工透析医療費が日本の健康保険料を食いつぶしている。自分の健康管理に問題があったのだから、透析医療費を患者の実費負担にさせるべきだ」との内容を自身のブログにアップしたのです。実際の文章はもっと過激な論調で本文に転載しかねる内容でした。結果、逆に本人や番組を持つテレビ局にも批判が集まったため、その人は全ての担当していた番組を降板する羽目になりました。しかし、その人は明らかに表現方法に問題があったものの、「自分がまいた種とも言える状態に対して医療費が免除されるということを問題視する」という思考過程には同感する人は、少なくないと思われます。

このように、ごく一部の領域の患者によって医療費が圧迫されていることは問題視されやすく、実際に毎回の診療報酬改定でも削減のターゲットとされています。2002 年の小泉内閣時代の「聖域なき構造改革」での医療制度改革によって大幅に点数が下げられて以来、毎回の診療報酬改正で透析に関する診療報酬点数が削減されています。

透析医療の診療報酬が引き下げられる一方で、必要な人手は増えています。近年、透析患者はより高齢化・長期化して、介助を受けなければならない人が増えています。入院患者においてもそうであり、病室と透析室の往復に、車椅子やストレッチャーを必要とする患者が増えました。事実、私どもの病院においても、在籍する介護福祉士の人数が小泉改革当時に比べて倍増しました。入院中の介助動作自体に診療報酬が評価されているわけではありませんので、その分の人件費増を補うのは経営努力によるほかありません。

透析患者が年々増加し続ける中、透析医療費が引き下げられるのは仕方がないという風潮は透析医療業界内にも感じられますが、それにも限度はあると思います。点数の引き下げによって減少した医業収入を回復させるには患者増しかありませんが、透析医療にはベッドと透析監視装置というスペースが必要です。もし、現状で有する透析ベッドに対して透析患者が飽和している状態なら、増築や新築することが必要となってきますが、土地や資金面の問題があり容易ではありません。

こういった背景からか、透析医療機関の M&A やグループ化が進んで来ています。関東や東海地方では、病院やクリニックを複数持つ法人も珍しくありません。中には透析患者数が 1,000 人を超える法人もあります。大きなグループとなると、医療資材調達面で有利となり、拍車がかかっているように感じます。M&A やグループ化自体を批判するつもりは全くありませんが、グループ化の傾向は地域差が激しく、今後、単一施設と巨大グループとの格差が広がってしまうことに懸念があります。

年々かさむ透析医療費を減らしていくのは、診療報酬点数の引き下げに頼ってはいけなと思います。最も効果的なことは透析患者数の増加を減らすこと、または患者数自体を減らすことです。現状でも、透析患者数の伸びは鈍化しています。透析患者数は 2005 年頃まで年間約 1 万人ずつ増加していましたが、2014 年は前年比 6,010 人増、2015 年は 4,538 人増、2016 年は 4,623 人増となっています。つまり、この 10 年で透析患者数の増加は約半数に減ったことになります。これは、毎年増加の一途をたどっていた透析導入数が 2009 年以降減少や横ばいを示しているからといえます。

この傾向は、透析になる原因疾患第一位（43.2%）の糖尿病の治療の進歩によるところが大きいと考えます。DPP-4 阻害薬が国内で初めて発売されたのは 2009 年でした。2014 年には SGLT-2 阻害薬が発売されました。この 2 種類の新薬の登場で、糖尿病の治療成績は画期的に改善していると思われます。またインスリンの新薬、デバイスのイノベーション（針

の極細化、持続血糖測定器）などによって、インスリンでの治療を余儀なくされている糖尿病患者の治療環境も以前に比べずっと改善されました。

また、行政の取り組みによるところもあります。私が在住する北九州市では、40 歳から 74 歳までを対象とする特定検診において、慢性腎臓病（CKD）と診断された人を対象として、腎臓病を専門とする医師が在籍する医療機関への受診を強力に勧めることを事業化しています。この事業によって早期の慢性腎臓病患者が、専門医を適切に受診できる仕組みを確立しました。透析まで進行してしまう原因の一つに、慢性腎臓病の多くが自覚症状に乏しいために放置して、望ましい薬物治療や食事療法を開始するタイミングを逃してしまうことがあります。この事業によって、放置する患者が確実に減っています。北九州市の取り組みは先駆的な取り組みでしたが、今では他の自治体も追従しています。

透析医学会は以前に、透析患者数は 2021 年に頭打ちになることを推測しています。現在治験中であり今後発売されるであろう新薬にも期待がかかります。そうすると、透析にかかる医療費の総額も同じく頭打ちになり、今後の診療報酬引き下げの程度も緩和されるのではないかと淡い期待を抱いています。

また、透析患者数の減少だけでなく、一人あたりの透析医療費の減少にも期待がかかります。透析医療分野では、近年合併症に対する治療薬が数々発売されました。特にリン吸着薬に関しては相次いで新薬が発売されましたが、高リン血症が是正されることで、心血管病が予防されます。冠動脈疾患の血管内治療やバイパス術の医療費は高額であるため、高リン血症のさらなる是正が望まれます。また 2016 年の診療報酬改定において、透析患者の下肢救済に加算が認められました。下肢末梢動脈疾患（PAD）も同様に治療が高額であることと、もし下肢切断になれば長期入院となり医療費がかさむことにつながるため、加算がついたことにより予防活動が普及することが期待されます。

さて、これまで本稿の中で、透析医療費が国民医療費の中で多くを占めていることを「善くない」であるかのように書いてきましたが、今回この再生ビジョン委員会に参加することで、これまで自分は「国民医療費の増大が日本経済を圧迫している」との論調にまんまと騙されていたことを学びました。その理論は他の委員の答申に書かれてあると思います。そのような考え方ができると、透析医療費は高くてもいいと思えます。透析医療は合併症の縮図ですので、透析医療の発展が日本の医療全体の発展にも貢献してきたとも捉えなおすこともできます。また、透析にならないために糖尿病や糸球体腎炎などの疾患の治療が発展してきたんだと、前向きにとらえることも可能です。これまで透析医療費に関しては肩身の狭い思いをしてきましたが、胸を張っていこうと考え直しました。

参考文献：図説 わが国の透析療法の現況、一般社団法人 日本透析医学会 統計調査委員会

日本における現代医療の問題点

1. 少子化対策や子育てに関わる医療より考えてみた『医療と経済』

北九州市医師会 安藤 由起子

私が医療と経済について述べることはとても困難なことです。そこで私のわかる産婦人科領域で経済を考え答えにつなげていきたいと思っていました。しかし再生ビジョン委員会で学習するうちに私の考えていた『少子化対策と経済』は実質経済成長とはあまり関係がないとわかりました。それでも何とかこの自分のフィールドで考えていきたいと思います。

私の考えたことは、経済成長に必要な3要素（生産性、資本、労働）のうち経済成長率を決定的に決める要因ではない労働力に関することになります。委員会のなかでもGDPが維持されれば人口減少はかならずしも悪いことではないという話が出ていました。しかしながら人が必要とされない社会はなく出生率の回復に処方箋がないとしても、特に地域経済においては人口減少の影響を最も深刻に受けるため産業構造の転換、働き方の改革とともに少子化対策は継続されるべきものと思います。

さて国立社会保障人口問題研究所によると2065年には日本人は3割減で日本人口を8808万人とすると女性が生涯に産む子どもの数は48万人で現在の半分程度、合計特殊出生率1.44で人口維持の目安である2.07を下回っています。20歳代の出生率は前回推計を下回り晩婚化の傾向は続いているため、若者の雇用の安定化や子どもを生み育てやすい環境の整備は引き続き課題となっています。また「生涯未婚率（50歳の時点で一度も結婚したことがない）」も2010年には男性20.1%、女性10.6%と増加しています。

「労働生産性の上昇」と言う観点から若いうちに結婚・出産・子育てがしやすいように生活環境や労働環境を整えることで、結果的に子どもが増えるならば、女性本人だけでなく社会全体にとっても、ありがたいことだと思います。

そのような状況の日本で不妊治療をうける女性は増え続けています。日常診療のなかで私たち産婦人科医はこの生殖医療に関わっています。不妊治療にはおもにタイミング法、人工授精、体外受精、顕微授精がありますが、タイミング法をのぞき保険適応とはなっていません。そのため1回の治療費は順番に数千円、1万5千円程度、20～50万円、40～60万円となっています。不妊に悩む方への特定治療支援事業（1回約7.5～15万円、通算6回）は女性の年齢と夫婦の年収による制限はあるものの年々増加（平成25年には148659件）しており一定の成果をあげているように推測します。実際には生殖医療の治療周期の数は2015年には年間40万周期に及んでいます。また2015年には約5万1千人が生殖医療により妊娠出生したと推定され、それはすなわち2015年に生まれた子どもの20人にひとりということになります。年間40万周期が1周期100万円としても、また回数の制限がなくなり現在費用の面で治療を我慢している夫婦が治療を受け10倍の400万周期が年間に治療されたとしても年間医療費からみれば少ない額であり、法的問題等があったとしてもな

ぜ保険適応にならなかったのか疑問です。政府が少子化対策を衆院議員選挙の争点としたこの時期に少子化対策としての生殖医療を産婦人科医としては再度考え直すべきではないかと感じています。

他方、子ども子育てに関する施策は厳しい現状ではあるものの地域においてもさまざまな形で行われています。北九州市では「元気発進！子どもプラン」を作成し15の政策100を超える事業を行っています。その政策1のうち母子医療は医療機関相互の連携強化や周産期母子医療体制の整備・安定的な運営を目的として北九州周産期医療協議会を開催し周産期医療体制の充実を図り、市内4基幹病院での専門的な医療の提供していること・小児救急ネットワーク部会や小児救急医療先進都市作り会議などを催し市内医療機関の連携による24時間365日対応の小児救急医療体制の維持していることで毎年Aの評価を受けています。そのほか新生児聴覚検査事業、ペリネイタルビジットなどの開業医でおこなわれている事業も他の政令指定都市に先駆けて行っており、NPO エガリテ大手前¹より4年連続子育てしやすい政令都市No.1を獲得しています。行政との会合の中でこのような医療と行政の連携が地域作りに必要なものだと感じています。これこそが医療と経済の関係ではないのでしょうか？

同様に北九州市まち・ひと・しごと創生総合戦略では女性と若者の定着などにより社会動態をプラスにして地域創生の「成功モデル都市」を目指し合計特殊出生率の政令指定都市トップクラスの維持を基本目標のひとつにしています。そして北九州市版CCRC²では首都圏方面からのアクティブシニアの移住を促進するための基本要素として地域包括センター（政令指定都市で唯一、直営方式）、健康づくり、介護予防、健康管理が含まれており、まちづくりに医療が大きく関わっていることがわかります。確かに年を取れば交通の便が良く（公共交通機関を身近に利用できる）、スーパーが近く、病院が近い事が最も望ましい居住地域と言えます。

このような北九州市の子ども子育ての取り組みや地域創生を医師会の仕事を通じて行政とともに私たちが推進しているのだと実感しています。これらのことや前述した生殖医療が「医療と経済」への私の答えとしたいと思います。

¹ エガリテ大手前：広く一般市民を対象として、男女共同参画社会の形成に関する調査・研究を行い、評価・公表並びに、広報・出版、講演などの活動を通して、男女共同参画社会の形成促進に寄与することを目的としたNPO法人

² CCRC：「Continuing Care Retirement Community」の略称で、高齢者が健康な段階で入居し、終身で暮らすことができる生活共同体のこと。日本版CCRC構想は「東京圏をはじめとする都市部で生活する高齢者が、自らの希望に応じて地方に移り住み、地域社会において健康でアクティブな生活を送るとともに、医療介護が必要な時には継続的なケアを受けることができるような地域づくり」を目指すものとして始まった。

2. 高齢化社会における介護問題 ―現場からの提言―

朝倉医師会 加地 由美

高齢化が世界の中で最も進んでいると言われているわが国で、団塊の世代が後期高齢者となるまでの今後 10 年、現在問題となっている介護問題を改善しなければ、いわゆる「その時」つまり団塊の世代が一時期に大量の介護パワーを必要とする状況で、そのニーズにこたえることができないのは明らかであります。医療経済的にも高齢になれば、疾患が増えるわけですし、それに対応する医療コストも上昇します。しかし、その医療費を削減しようとして在宅医療推進に積極的に誘導する国の方針には危ういものがあると考えられます。高度成長期以前には家族は 3 世代同居が当たり前でした。しかし核家族化がすすみ、家庭で介護できる余裕がどこまであるのか不安要素が計り知れません。今後は中間的受け皿であった病院（慢性期型）の病床も急性期病床の削減により、社会の要望に十分応えることができない状況に陥る可能性もあります。社会でも老々介護の末、悲惨な結果報道も目の当たりにして、セーフティーネットの必要性が重要であると考えます。そのため高齢者福祉施設の更なる充足が期待されますが、現在の福祉予算を見る限りでは、将来的に問題が解決するどころか現状でも十分ではない状況であります。残念ながら経済的裏付けのない福祉は成り立たないと危惧するものであります。

介護現場で働いている医師として、直面している問題、特にその介護職員の処遇の低さによる人材難に焦点をあて提言をいたします。

問題点として最も重要なものは、介護人材に対する待遇、すなわち手当などの低さです。ざっくりいえば給与にみる介護職への賃金の低さは、この分野からの人材離脱に直結しています。2017 年の初任給は大卒で 21 万円、高卒で 16 万 6 千円でした。¹⁾これに比して介護職員の初任給は高卒初任給の同水準の事も多く、さらに平均給与も大卒を下回る水準でした。また昨今は社会的にも他業種でも人手不足による求人難で、時給や給与水準の上昇をきたしている状況では、その格差は広がるばかりです。また就職の状況を見ても大手企業に就職希望は集中しており、実際問題として介護現場のような労働条件においては希望者が少ない現状です。さらに少子化が進む中なおさら労働人口も減少することが予想されており、人員の充足は困難な状況であります。最も良い解決案は介護関連の支出を倍増し、介護士の待遇改善などを進め、若者が介護職を積極的に希望する環境をつくることですが、しかしながら現状では困難であり、直近の状況改善にはつながりません。そのような状況で、代替案の 1 つとしていわゆる「外国人助っ人」に期待する必要もでてきています。

つまり働き手不足にある介護施設で、上記の取り組みを検討することで、今後の医療経済の参考になればと考えています。

今回、介護施設で実際に人材確保として EPA（経済連携協定：Economic Partnership Agreement）制度²⁾によるフィリピン人スタッフ採用されている事例を紹介します。

まず定義として財務省によれば EPA とは、2 以上の国（又は地域）の間で、自由貿易協定（FTA：Free Trade Agreement）の要素（物品及びサービス貿易の自由化）に加え、貿易

以外の分野、例えば人の移動や投資、政府調達、二国間協力等を含めて締結される包括的な協定を言います。

この人材交流制度では日本側窓口として、公益法人国際厚生事業団（JICWELS）があり、日本国内の医療法人・社会福祉法人を対象に候補者の斡旋等の業務を独占して行う受け入れ調整機関として円滑かつ適正な受け入れ業務や支援を厚生労働省等と連携し行っています。それに対し費用負担としては、求人申し込み手数料 30000 円/初年、受入れ施設当たり + あっせん手数料 131400 円/1 名 + 滞在管理費、国家資格取得前 20000 円/1 名 1 年当たり：国家資格取得後 10000 円/1 名 1 年当たりを支出する一方、フィリピン側の窓口としてはフィリピン海外雇用庁（POEA）があり、送り出し調整機関 POEA への手数料 450 米ドル相当/1 名当たり（450 米ドル=約 51400 円）健康診断実施機関への支払い 3000 ペソ/1 名当たり（3000 ペソ=約 7300 円）支出しています。

実際には日本語研修または看護・介護導入研修に関してはインドネシア人及びフィリピン人候補生を受け入れる場合日本語研修の一部負担金として 360000 円（税込）/1 名当たり日本語研修機関に支払います。つまり日本に呼び寄せるまでに合計で 1 人当たり約 60 万円程の金額が必要となっています。

半年間基本的な研修を終え実際に介護福祉士候補生として、受け入れ施設で雇用契約に基づき就労・研修を開始することになります。

朝倉市にある社会福祉法人である当施設では受け入れ初年度の給与設定は日本人の高校新卒者と同額の月額給与 152000 円 X 12 月 + 賞与 490000 円 + 処遇改善加算 210000 円 = 年額約 2524000 円 その後日本人と同じ体系でベースアップ等もあります。

生活費としては住居費等に関しては福利厚生兼ね社宅 2DK 又は 3DK に 2 人 1 組で入居し家賃：1 人 5000 円/月 {通常職員は 20000 円/月} 水道・光熱費は自己負担。日本では生活費が高いですが、給与から 3～5 万円/月を自国へ仕送りしている人が多いようです。

平成 22 年（2010 年）から、フィリピンミンダナオ島の日系人会が設立したミンダナオ国際大学の福祉科へ直接施設担当者が出向き面接行い 2 名/年採用決定していました。また、日本人スタッフの現地文化背景理解のため数日間ではありますがフィリピン研修に数名リーダークラスのスタッフを派遣しています。ミンダナオ大学卒業生の評判が良く、他施設からの求人が増えたため、平成 28 年から大学の推薦のある学生で興味がある人を学生実習として日本にホームステイで受け入れる試みも行われています。予め日本の実際の介護を知ってもらい 3 週間でマッチングしています。平成 30 年の候補生として学生 2 名が決定しています。

介護福祉士候補生の 4 年後にある受験のハードルは高く、平成 29 年 1 月 29 日実施の第 29 回介護福祉士国家試験合格者は日本人含む全体で受験者数 76323 名うち合格者が 55031 名で合格率 72.1% そのうち EPA 介護福祉士候補者 209 人が受験し 104 人合格し合格率 49.8%でした。（同一問題だが漢字にルビがある事。回答時間の設定が、1.5 倍）当施設では専属に週 3 回月水金の午前中日本語の授業やテスト対策として 3.5 時間/回行い、平成 26 年から 6 名の合格者が出ています。実際には資格取得後に結婚、その他で離職する人もいますが、現在 8 名のフィリピン人スタッフがおり、内 4 名は介護福祉士資格を持ち日本

人と一緒に働いています。当施設では外国人介護福祉士の質の担保と定着をはかり施設の介護者の割合の4～50%まで雇用を考えています。

一方、外国人技能実習制度で平成29年11月より技能実習卒で介護者を受け入れる事が始まっています。³⁾ 基本的な考え方として、介護が「外国人が担う単純な仕事」というイメージにならないことや日本人と同様に適切な処遇を確保し、日本人労働者の処遇・労働環境の改善の努力が損なわれないようすること、また介護サービスの質を担保するとともに、利用者の不安を招かないようにするとされています。外国人技能実習として、集団介護の必要ない東南アジアの国の出稼ぎ希望者が、技能を習得し自国に持ち帰るとは考えられません。入国時日本語の小学生レベルのN4合格レベルだけの資格で開始する介護の仕事が可能なのか、さらには介護の質の低下が懸念されています。介護される側も、外国人というだけでも抵抗がある利用者もいる中で、専門訓練をうけていない、つまりは担保された知識や技術のないものに介護されることに大きな抵抗が生まれると推測します。また農業や機械加工といった現状の技能実習生のトラブルも報道されています。

日本自体も対策や取り組みにより改善はあるものの、外国人労働者を受け入れる体制も理解も十分ではなく、総合的に考えるとやはりEPA制度を利用して、国内試験に合格して介護職についた者が適任であると考えます。

今後の介護人材不足解消は早急に計らえるべき事案ではありますが、日本人だけで解決するのは困難であり、全面的ではなく補完的にEPA制度の利用が重要であると考えています。技術革新やロボット導入等も並行して行うべき物ではありますが、今やれることで最善をつくして行くしかないと思います。

最後に繰り返しになりますが、介護人材不足は危機的状況にあり、早急に改善する必要があります。このままでいけば10年先の需要に対応できず、高齢者の介護の為の仕組みが破綻する危険性さえ含んでいます。少なくとも国をはじめ介護や医療に携わる関係者は、有効な改善策を立て早急に実施する必要があると考えます。

参照

- 1) 労働行政研究所報告 <https://www.rosei.or.jp/research/pdf/000070502.pdf>
- 2) 国際厚生事業団 https://jicwels.or.jp/?page_id=16
- 3) 厚生労働省外国人技能実習
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/jinzaikaihatsu/global_cooperation/index.html

3. 日本人は先行き不安病

粕屋医師会 楠田 三樹子

私はしがない開業医です。一人で細々とやっています。毎日、生活指導の名目で患者の生活習慣とともに家庭や家族の事も聞いています。ほとんど愚痴聞き老婆です。

だから保険点数が減らされても差程実害はないので、のほほんとしていました。しかし、最近糖尿病性腎症が進行しているにも拘らず受診してくれず、そのたびに悪化するので問い詰めた所、金がなくて借金して来たといいます。彼は母親の介護の為離職してその後正職につけず、わずかな年金で暮らしています。確かにインスリンを含む透析前治療には自己負担額が大きく彼には無理でした。そうすると、いっそ透析になって一級身体障害者になって医療費が無料になる道しか残っていません。透析回避のための努力は泡沫と帰しました。私としては医療費削減の為の精一杯の努力でしたが。彼は経済的理由で真実な医療を受けることができませんでした。こんな例は彼一人ではありません。当院では透析移行する人の半数が同様な事情です。

この国には確か基本的人権を謳った憲法があったはずですが。

窓口負担の少ない高齢者はくしゃみ1つしても受診しますが、明日とも知れぬ病気をかかえた若者が受診できないのが現状です。

先日テレビの報道番組で言っていましたが、今、日本人は「先行き不安病」にかかっているのだそうです。そりゃそうです。いったんリストラや介護で離職してしまうと地獄が待っています。定年まで働いたとしても老後年金だけで食べていけるだけ支給されそうにもありません。だからどんなに金融緩和しても日本国民は消費行動に走らずせつせと貯金や財テクに励むという事ではないでしょうか。

では「先行き不安病」を治す薬は何でしょうか。それは先行き不安をなくす事ですが、現在の政治の流れをみていると経済がよくなっても医療福祉費を増額する気配はみられません。それどころか、財政諮問会議では「骨太の格子案」のひとつに医療福祉を削減して健全な財政にするといいます。国民の健全よりも財政の健全が優先されるらしいです。それで国民の先行き不安病は治るのでしょうか。むしろ医療福祉を充実させた方が国民の不安はなくなるのではないのでしょうか。そうすると消費欲が出てきて経済も良くなるのではないのでしょうか。せめて、医療費削減をする前に行政としてまず疾病予防対策を徹底してほしいです。例えば小児のワクチン、禁煙の推進、戦略的減塩などです。また病気の早期発見早期治療を啓発することです。薬を飲みながらも重大な病気を予防できれば医療費は削減できますし、いくつになっても働き続けられると年金支給が減らされても遅くなくても生きていけます。認知症も予防できます。介護費も減ります。

そもそも経済とは、経世済民という意味らしいです。民を救うために経済が考えられました。それが今や経済を良くする為に民を削るという事でしょうか。本末転倒です。民を救い、民の不安をなくし消費を活発にすれば自ずと経済は良くなるのではないのでしょうか。

問題はこの論理を国民に周知し理解してもらおう事ですが、その方法をこれから考えていきたいと思います。

4. 国民皆保険の存続のため、医師がやるべきこと、国民が考えること

北九州市医師会 高水間 亮治

最近、多くのメディアで医療費削減について言及した文章を目にする機会が増えていきます。それらの要旨は、「65 歳以上の人口は、現在 3000 万人を超えており（国民の約 4 人に 1 人）、2025 年には 65 歳以上の高齢者人口は約 3500 万人以上になると推測されます。2042 年の約 3900 万人でピークを迎え、その後も、75 歳以上の人口割合は増加し続けることが予想されています。高齢者は悪性疾患や肺炎などに罹患する機会が増え、その診療に対する医療費が増えることが予想されます。国の厳しい財政状況の中、このまま社会保障費が増え続ければ日本の経済が破たんする危険性があり、現在わが国が直面している大きな課題である。」というのです。

厚生労働省は平成 29 年 9 月 13 日に 2015 年度の国民医療費を公開しました。国民医療費は年々増加しており、最近の 10 年間で減少した年はありません。2015 年度の国民医療費は 42 兆 3644 億円、人口一人当たりでは 33 万 3300 円に上がりました。

前年度の 40 兆 8071 億円に比べ 1 兆 5573 億円（3.8%）の増加。人口一人当たりでは 33 万 3300 円で前年度の 32 万 1100 円に比べ 1 万 2200 円の増加でした。国民総生産（GDP）に対する比率は 7.96%（前年度 7.88%）、国民所得に対する比率は 10.91%（同 10.79%）と増加しています。

確かに医療を単に“消費”としての行為であると考えるのであれば、医療費の無駄使いは避けるべきです。

しかしながら現在医療機関には 300 万人以上が従事しており、特に地方においては雇用という面で他の産業よりも雇用誘発効果が大きく、経済の活性化に多大な貢献をしていると思われます。

病院内には医師、看護師、薬剤師、放射線技師、検査技師、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカー、医師事務、看護クラーク、看護補助員など、さまざまな職種の医療従事者が携わっています。したがって医療従事者への手当は経済成長やローカルアベノミクスの推進につながるものと思われ、雇用拡大が“経済の好循環”をもたらすと思われます。

また、近年医療の多様化が進んでいます。がん、脳卒中、虚血性心疾患、肺炎などの疾患に対する従来の医療に加え、遺伝子治療、不妊治療、美容形成に関する医療などさまざまな分野に広がっています。それに伴い治療薬剤および医療機器の開発、医療研究の進歩、医療サービス・情報の充実などさまざまな産業の関与に伴い、経済効果に大きく貢献していると思われます。

一方、医療機関の費用構造については、厚生労働省が過去に推計した医療機関の費用構造を参考として比較したところ 10 年前と比べて人件費が 49.1%から 47.0%に減少し、医療薬品費が 20.9%から 21.9%に上昇した他、材料費およびその他の支出（設備投資費や経費）も増加しています。これらの上昇が医療従事者の人件費を圧迫する要因になっています。今後消費税率が上がればさらに人件費率が縮小することが予想され、雇用拡大を抑制する方向に向かう可能性があります。

医療と介護の関連が大きく変化してきていることも考えなくてはなりません。2025 年に向け高齢者人口が急激に増加し、高齢者の一人暮らしはさらに増加する傾向にあります。肺炎などで入院した場合、その多くが自宅へ退院し以前と同じ生活が行えるのは困難であると思われます。認知症があればなおさらのことです。その中で現在“地域包括ケアシステム”の構築が進められています。

地域包括ケアシステムとは高齢者が要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい生活を最期まで送れるように地域がサポートし合う社会のシステムのことです。医療と行政がうまく連携しながら家族や地域とのつながりの中で高齢者をサポートしていくためには医療は単に疾病の診療にとどまらず社会保障の一環として機能しなければなりません。

医師会は地域包括ケアシステム機能の普及と定着を推進しています。その中心的な役割を各地域のかかりつけ医が担うべきだと考えています。地域のかかりつけ医には“まちづくり”の中心的役割を果たすことが期待されており、質の高い、安全で安心な医療を提供していく必要があります。そのためには医療を縮小することなく、医師の技量を始め、医療に携わるすべての職種へのさらなる手当を確保し、地域医療の充実と確保に向けて国に訴えていく必要があります。

また財源確保策に関しては我々医療側からも適切な医療を提言していく必要があります。まずは医療費が過度に伸びないように努めていく必要があります。わが国は国民皆保険制度を取り入れています。その特徴は

- ① 国民全員の医療を公的保険で保障する
- ② 医療機関を自由に選べる
- ③ 安い医療費で高度な医療が受けられる
- ④ 社会保険方式を基本にしつつ、皆保険を維持するために公費を投入することが約束されている。

です。これらの特徴より治療実績のよい医療機関や高度な検査機器を備えた医療機関には全国から患者が集まり、その結果医療従事者の間で切磋琢磨の競争が起こり、日本の医療機関を世界のトップレベルに押し上げる要因になっています。

その反面、誰もがフリーアクセスであることから大病院を受診し、高度な医療を受けることはどう考えても経済性、効率性を考えれば避けなければならなりません。最近インターネットの普及で誰でも情報を得ることができます。不適切な情報から大病を心配して大病院を直接受診する患者が増えている傾向があります。

コンビニ受診や重複受診、過度の検査の要求、不必要な薬剤の内服など不適切な医療を避けてもらうことも必要です。そのためには一般市民に医療現場の現状を理解してもらうことが重要です。

「医療とコスト」に関して特集を組んだ某新聞に以下のような読者からの声が載っていました。

「40 代女性：自治体によって違いますが、子ども医療費による無料化で、病院に行くと少し鼻水が出た、少し湿疹が出たなど本当に病院に行く必要があるかどうかわからない子供が受診してます。無料ということで安易に病院にかかる事実があります。医療費を少額

負担すれば不要な受診は控えると思います。互いに痛み分けをして少しでも長くこの医療制度が保てたらよいと思います。」

「30代女性：私が勤めるクリニックでは内科や皮膚科、耳鼻科などの薬でも患者が希望すればした分だけ処方します。太った人にはやせ薬として漢方薬を処方したり、中性脂肪値を下げる薬を高級サプリメントと言って処方したりしています。」

「50代女性：調剤薬局の事務をしています。いったん生活習慣病で薬を処方すると大抵の医者は薬を減らす努力を患者と共にしていないと感じます。内科診療のついでに湿布70枚を毎月出してる現状もあります。日本の医療制度は本当に素晴らしいと思いますが、今一度その制度が国民に支えられてできていることに気付いてほしいと思います。」

このように日本では保険病名があればどんな薬でも保険適応されます。増え続ける医療費を前に「無駄使い」を続けることへの危機感が一般の市民からも寄せられていました。

欧米では医師と患者が診察の場で医療費のことも含めて相談し、医療を進めていく「shared decision making＝共有意思決定」という取り組みが始まっています。日本でも医師がコスト意識を高め、もっと患者と話し合う必要があると思われます。

高齢者に対する医療についても議論があります。

肺炎は日本人の死因の第3位であり、年齢別死亡者数（2015年度）では65歳以上が全体の97%を占めています。肺炎は終末期や老衰などの患者で高率に併発する病態です。

しかしながら2011年をピークとして肺炎死亡率は低下傾向に転じています。これは老衰による死亡者数が年間10%の割合で増加しているためであり、特に女性では減少幅が大きく、2014年以降の死因は老衰が肺炎を逆転しているからです。この傾向がつづけば2020年には老衰が肺炎・脳血管障害を抜いて死亡原因の第3位になると推定されます。

「人生の最終段階における肺炎を契機とした死亡は、老衰か、肺炎か」「終末期や老衰などの患者に対しても感染症治療を行うことが絶対的に正しい選択であるか」という問題が浮き上がっています。

今後は「超高齢社会と終末期医療」に関する生命倫理懇談会での議論や、「人生の最終段階における医療体制整備事業」の推移を見守りつつ、地域包括ケアシステムを構築していく中で人間の尊厳が生涯にわたって大切にされる社会の現実を目指し、国民とともに様々な角度から取り組みを進めていく必要があります。

今回の医師会再生ビジョン委員会で経済発展が社会保障の財政基盤を支え、他方で社会保障の発展が生産誘発効果や雇用促進効果を通じて日本経済を活性化していく、社会保障と経済は相互関係にあることを学びました。

持続可能な社会保障を守るためには適切な財源の確保とその配分ができるように医療等従事者の確保のためにも“モノからヒトへ”という医療費の配分の在り方を考え直すべきです。

医師がやるべきこと、患者ができることを明確にし、患者と医師のより良い関係を構築し、国民皆保険と財政規律を両立していく必要があります。

以上、「医師会再生ビジョン委員会」に参加させていただき、医師会の先生方と討論しながら学んだことをまとめてみました。

5. 医療費の適正使用を考える

直方鞍手医師会 下川 雄弘

先日、厚生労働省から2016年度の医療経済実態調査の結果が発表されました。

精神科を除く一般病院全体では利益率がマイナス4・2%の赤字で、15年度から0・5ポイント悪化しており、1967年度の調査開始以来、3番目に低かったそうです。病院以外の利益率は一般診療所が13・8%、歯科診療所が21・6%、薬局が7・8%の黒字を確保しています。

政府は報酬改定で医師の収入に直結する「本体部分」と、薬などの「薬価部分」を合わせた全体でマイナスとする方向であり、本体部分もマイナス改定となりそうな情勢です。

高齢化の現状から医療費の増大は避けられません。

われわれ医師は医療財源の効率的な利用が求められることになります。

ジェネリック医薬品への転換やフリーアクセスの弊害ともいえるハシゴ受診の改善や高額な医療の適正な提供などが求められることになるでしょう。一部では患者情報を共有するネットワークの構築など対策も講じられています。

日本は国民皆保険制度で、世界に誇れる、良質な医療を誰でも受けることが可能な体制にあり、そのおかげで平均寿命は高水準にあります。しかし、そのために医療費や介護にかかる財源は上昇し、高額な医療を必要とする絶対数も増加すると考えられます。

誰でも高額な医療を受けることが可能ですが、それを湯水のように提供しては財源が破綻する危険性をはらんでいます。そのために適切な提供が求められていますし、それをすべての医療機関が適切に医療を提供していく必要があると考えられます。

6. 格差社会について考える

医師会再生ビジョン委員会副委員長
北九州市医師会 西田 英一

景気拡大が続いています。今年の9月で58ヶ月となり、戦後2番目に長い「いざなぎ景気」を超えたことが確実となりました。企業の業績も回復し、日経平均株価は当初の1万円前後から2万3千円を超えて来ました。実に21年ぶりの高値です。超高級車も売れています。ランボルギーニ、フェラーリともに日本における昨年度の販売実績は過去最高を更新し、中国をも上回ったようです。それだけ日本には金持ちが増えたと言うことでしょう。

しかし周囲を見渡しても、あるいは自分自身のことを考えても、これほど景気が良いという実感はありますでしょうか。お金がないので検査を嫌がる患者。高い薬を飛ばして服用し、薬代を安くしようとする患者が増えている様な気がします。また施設に入るお金がないので、孤独死のリスクを抱えながら独居を続ける老人。それを地域包括ケアシステムの中で支えようと頑張る医療関係者。財務省や財界は「これ以上財政赤字が続き、国の借金が増えると日本が破綻する。財政を圧迫している社会保障費を抑制するために、次回の診療報酬は2%以上のマイナス改定が必要」と繰り返していますが、日本が崩壊する前に既に社会保障制度が崩壊しているのではないのでしょうか。

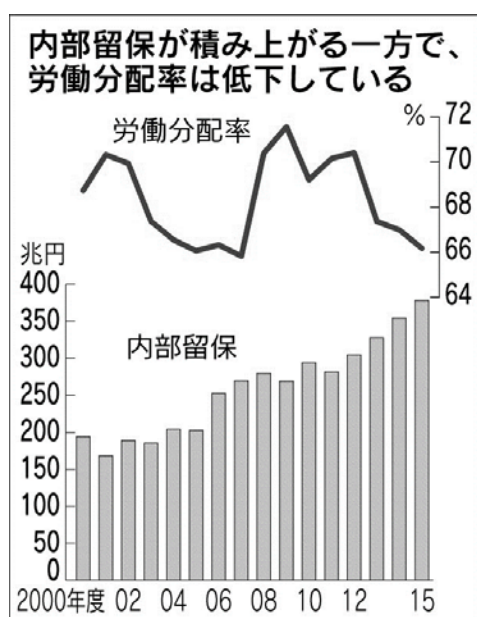
今回の景気拡大の始まりとなったアベノミクスは、大胆な金融緩和、機動的な財政政策、民間投資を喚起する成長戦略の「三本の矢」を柱に景気回復を図り、景気が回復して税収が増えれば、社会保障費を手厚くできるというものであったはずですが。しかし実際は、景気がこれだけ回復しているのに関わらず社会保障費は抑制され続けています。いったいお金はどこに行ってしまったのでしょうか。これは現在の日本においてごく一握りの人に富が集中し、多くの人々が徐々に貧困になって行く格差社会が進行しているからに他なりません。格差社会が進行している原因について、以下の4つの問題点について考えてみました。

1. 労働分配率の低下

息の長い景気拡大を背景に、企業が抱える現金と預金、いわゆる内部留保が2016年度末に211兆円と過去最高にふくれあがっています。一方、労働者の賃金は横ばいから低下傾向が続いており、企業が儲けた巨額の利益が全く労働者に回っていない状況にあります。企業が生み出した付加価値のうち、人件費として労働者に支払われた割合を示す「労働分配率」を見ても、アベノミクスが始まってから一貫して低下し続けています(図1)。

いったい企業は現金を貯め込んで、何に使おうというのでしょうか。企業は儲けたお金を人件費や設備投資には回さずに、他の企業への投資や企業買収(M&A)、株主への配当に使っているのです。実際、株主への配当も2016年度は5年前と比べ7割増の20兆円に上っています。新たな工場など設備投資にお金を回してくれれば、新たな雇用を生み、

労働者にお金が回るのです。しかし投資や配当では、企業のオーナーや大株主といった資本家に利益が向かうことになるのです。M&Aでベンチャー企業を買収・合併しても、莫大な富を手に入れるのはベンチャー企業の株主だけで、そこに働く多くの従業員は、合併後にリストラされるのがオチでしょう。このように企業が稼いだ利益が資本家に集中し、労働者に回らなくなっている傾向は今後も続くと思われ、格差拡大の原因の1つになっています。

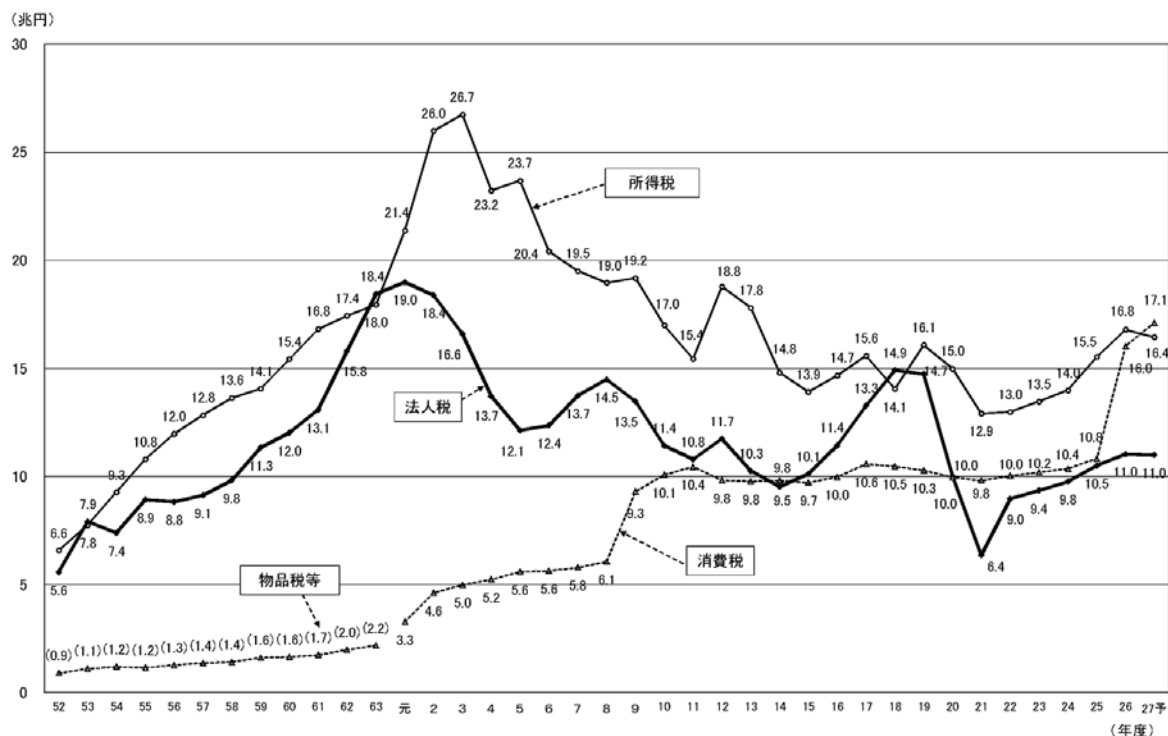


(図1. 2016/9/3の日本経済新聞より)

2. 税収構造の変化

景気が拡大し、企業の内部保留も過去最高を更新して、さぞ税収、特に法人税収入が増加しているかと思いきや、図2のごとく法人税はさっぱり増加していません。この原因は日本の税制改革によるものです。まず平成元年に法人税率と所得税率が引き下げられ、セットで消費税が導入されました。その後も法人税率は低下を続け、国税、地方税も含めた法人三税の実効税率は、アベノミクス開始当初の37%から現在30%以下まで低下して来ています。これではいくらアベノミクスで景気が回復し、企業が利益を上げてても税収は一向に増えない構造になってしまっています。税収が増えずに財政赤字が続いているのを、社会保障費削減で補おうとするのは全くの筋違いではないでしょうか。

一方、消費税は3%から8%まで引き上げられ、平成27年度の総税収に占める消費税の割合は、法人税、所得税を抜きトップになっています(図2)。消費税は所得の低い人ほど税負担が重くなる逆累進課税の性質を持っています。今後、消費税が10%まで引き上げられれば、さらに所得の低い労働者の負担が増加し、大企業や裕福な資本家が優遇され、所得格差がますます拡大して行くものと思われます。



(図2. 財務省のホームページより：)

http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/011.htm

3. 診療報酬の分配

平成27年度における医療費の伸び率は3.8%で、近年にない高い伸び率でありました。そのうちの2%以上を薬剤費の伸びが寄与しています。これはオプジーボやハーボニーと言った画期的な薬に高薬価がついたためです。今後もゲノム創薬により抗がん剤などの高価な薬が開発され、医療費に占める薬剤費の割合が増加して行くものと思われます。

新薬の開発は、難病に苦しむ人々を救うだけでなく、効果的な医療を通して医療費の節約につながる可能性があります。ある意味、未来投資と考えられ、大いに歓迎すべきことでしょう。しかしこの投資の原資を診療報酬にすべきではないと考えられます。新薬の開発には膨大なお金がかかるのは理解できます。薬価を引き下げて、製薬メーカーが新薬の開発意欲を失くされては困ります。現在の制度では、新薬の研究開発費用の原資も診療報酬から支払われていることになります。そうではなく特に日本の製薬メーカーには、国策として新薬開発を支援するような予算を別に組むべきです。そもそも我々医療機関が臨床研究を行う目的で行う検査などを診療報酬で請求することは禁じられています。それと同じく、製薬メーカーの研究費の原資が診療報酬で支払われていることは矛盾しています。

さらに新薬を開発した製薬メーカーに多額の診療報酬を支払い、その一部が配当という形で株主に還元されているのはおかしい話です。診療報酬はあくまでも社会保障のための費用です。社会保障とは格差是正のため再分配する制度であり、その社会保障費の一部が資本家に再分配され、格差を助長しているのは社会保障の趣旨に反していると思われます。

4. 技術革新

技術革新が人々を貧困にする、と言うと少し違和感を覚えるかもしれません。しかし一つの技術革新が、その産業の労働者を失業に追い込んだり、賃金を低下させたりすることは歴史を見ても繰り返されています。たとえば第一次産業革命後、紡績機や織機が導入されると労働力が節約できるので、多くの手織工が失業しました。失業を逃れても生産効率では機械にかなわないので、職人の賃金は低下しました。自動車産業においてもオートメーション化や産業ロボットの導入で、多くの労働者が必要でなくなるとともに、工場で働く労働者の賃金も上がることは無くなりました。

実際は、技術革新が起こってもまた別の産業が創出されるので、労働移動が起こり、大きな問題となることはありません。第一次産業革命、第二次産業革命により「肉体労働者」の賃金は低下し、多くが「事務労働者」に労働移動しました。そしてコンピューターの導入やインターネットの発達により起こった第三次産業革命は、文書作成や集計・解析、事務手続きを効率化し、「事務労働者」の賃金を低下させています。我々医師や新たな商品の開発等に携わっている人々、いわゆる「頭脳労働者」の賃金はまだ低下していません。しかし今後、第四次産業革命といわれる人工知能（AI）が普及すると「頭脳労働者」の賃金も低下して行くものと思われます。診療にAIが全面的に導入されれば、医療費自体がマイナス改定されずとも診療報酬の大部分をAI使用料に支払われ、医師の賃金は低下して行くでしょう。

それではお金はどこに集まるのかと言えば、機械や工場を持っている「トヨタ」や「パナソニック」と言った大手メーカーの株主、情報サービスを提供している「アマゾン」や「グーグル」「フェイスブック」といったIT企業（日本の企業は第三次産業革命の波に乗れなかった）の株主に富が集中しているのです。たとえばフェイスブックの創業者で大株主のマーク・ザッカーバーグの資産は、8兆円にもなります。技術革新には、労働者から職を奪い賃金を低下させ、資本家に富を集中させて格差を広げる作用があります。

人々を単純に労働者と資本家に分けて考えると、労働者は賃金労働する人、資本家は工場や会社を所有したり、それらに出資する人になります。労働者の収入源は賃金所得であり、資本家の収入源は利子や配当といった不労所得になります。資本主義経済が長期に続くとしても資本分配率の上昇＝労働分配率の低下が強まり、資本家に富が集中して格差が広がって行く傾向が出てきます。もちろん我々医師は基本的には資本家ではありませんので、今後ますます収入は低下して行くと思われます。これは日本だけでなく、資本主義経済の先進国共通に見られる傾向です。

そこで格差社会の対策として世界的に検討されているのが、ベーシックインカムです。ベーシックインカムとは、収入の水準によらず全ての人に無条件に、最低限の生活費を一律給付する制度です。ベーシックインカムも社会保障制度の一つと考えられますが、人々の「最低限の生活費」を一律に決めることはできるのでしょうか。障害のある人、病気を持っている人、生活コストのかかるところに住んでいる人など「最低限の生活費」は人それぞれです。結局、健康保険制度や生活保護制度などの社会保障は残さざるを得ないので、

余計に社会保障制度が複雑になる様な気がします。また給付額をいくらにするかも問題になります。人々は貧困になると将来や老後のことが不安になり、ベーシックインカムで中途半端な金額が支給されても結局、消費に回さずに貯金するだけで経済が回りません。逆に多額の支給がなされると、誰も働かなくなる可能性がありますし、財源を高所得者から補おうとすると反発も必至です。

格差問題の解決策は、ベーシックインカムの様なバラマキではなく、医療や介護といった社会保障を充実させることで人々の将来に対する不安を解消することにあると思われます。健康の不安や老後の不安を抱えていると、どうしても新しいことにチャレンジすることができません。格差が拡大し、ほんの一握りの資本家だけに富が集まってしまうと、消費する人やチャレンジする人がいなくなって経済が萎縮し、資本主義自体が自滅する可能性があります。社会保障を充実させることで、人々の不安を解消し、経済活動を助けることが、日本の発展につながると考えられます。

そうすると次に社会保障を手厚くするための財源はどうするのか、と言った問題が出てきます。財源の問題は他の委員の先生が書かれていますのでここでは割愛しますが、特に現在の様なデフレ状況下では、プライマリーバランスなど気にせずに、赤字国債をどんどん発行しても全く問題ないと言っておきましょう。

7. 医師会のイメージアップ

福岡市医師会 平川 勝之

社会医療費は年々増大しつつあります。これは高度な医療を提供する病院において、医療費自体の高騰や高齢化に伴う医療需要の増大に基づいているからだと思います。医療技術の進歩には高価な医療機器・設備や薬剤が必要ですし、またチーム医療の推進に伴い様々な医療専門職を配置する必要もあります。その一方で、これらの一定水準以上の医療環境を整備しなければ、医療施設を維持すること自体が困難となってきています。医療機器や材料のメーカー・薬剤会社は、医療機関が得た診療報酬の一部が収入源でしょうし、医療関連専門職等の給与も診療報酬の一部でしょう。医療は、非常に広い範囲の経済を動かしています。今後さらなる高齢化を迎えることとなりますが、豊かな老後を送るためには、「健康」と「生きがい」、「お金」が必要と言われます。どんなに潤沢にお金があっても、心身が不健康な状態では夢や希望を体験・実現することは困難です。豊かで自由な老後には、一つ目の要素「心身の健康」が必須であることは間違いありません。同時にこの「心身の健康」を維持するためには医療が必要であり、三つ目の要素である「お金」が関与することになります。残念ながら今の一般の国民にとっては、自身の医療費について、その一部しか自己負担していないにも拘わらず、その一部の負担でさえ高額な支出と捉えているのではないのでしょうか。国の歳出においても社会医療費は「無駄遣い」で、この増大は国を滅ぼしかねないと感じているように思います。この「無駄遣い」を後押しし、自分達だけの利益を追求しているのは「医師会」であるとの間違った認識があるように思います。医師は医療を実施するための知識や能力、国家資格等があり、他人からの尊敬の対象となりうるのと同時に、このような長所を羨ましく感じる嫉妬の感情が生じてしまいます。この嫉妬心は人の当然の感情であり、なくすことは不可能だと思います。その一方で、この感情を日頃お世話になっているかかりつけ医に向けるのは申し訳なく、結局この感情の向かう先は医師会になるのだと思います。このような認識を改善し、社会医療費についての国民の正しい理解を広めていくことが必要ですし、そのためには医師会についてのイメージアップが必要でしょう。

昨今の報道を通じて一般の国民は、「国の借金は膨大で社会医療費は際限なく膨らみ続けている」ので「診療報酬の引き下げは当然」であり、「もっと引き下げるべき」と感じているのではないのでしょうか。その一方で、何らかの病気にかかり医療機関を受診すると「自分は最高の医療をうける権利がある」と訴え、「提供される医療サービスの質」を問題にし、支払窓口では一部負担であるにも拘わらず「たったこれだけの診察でこんなに高いのか」と疑問を呈しているのではないのでしょうか。そして言い方は悪いのですが、その元凶であり嫉妬の対象となっているのが医師会と言って過言ではないように思います。

2012年の厚生労働省の報告で、OECD加盟国の医療費の状況、総医療費の対GDP比は10.3%で第10位、一人当たり医療費3649ドルで第15位（OECD平均総医療費の対GDP比は9.3%、一人当たり医療費3484ドル）です（表1）。またG7諸国において、我が国の65歳以上の

高齢化率は24.1%と第1位でありながら総医療費の対GDP比は第10位に抑えられています（表2）。主要国との比較では、人口千人当たりの総病床数、急性期医療病床数ともに第1位、人口千人当たりの臨床医師数、病床百床当たりの臨床医師数はともに最低ながら、平均在院日数、急性期平均在院日数および人口一人当たりの外来診療回数は第1位、平均寿命は男女ともに第1位となっています（表3）。我が国の国民は医療をうけることに関し、極めて恵まれた環境にありながら、提供する側のその人的・経済的環境は極めて厳しいことがわかります。医療を支える社会保障制度の制度類型については、社会保険制度と税方式の二つに大きく分けられます。我が国では社会保険制度のなか、自己負担3割となっていますが、諸外国に比し高いものではありません。財源として、保険料は協会けんぽの場合、報酬の10%（労使折半）、国庫負担は給付費等の16.4%となっています（表4）。

このような特に諸外国との比較を交えた情報や実態を、国は正確に広く国民に伝えるべきでしょう。そして医療が広い範囲で国の経済的貢献に係わっていることを。国からのこのような情報提供に加えて、医師会も現状をもっとアピールすべきと考えます。残念ながら前述の嫉妬心からか、大手マスコミは医師や医師会に対して好意的な印象は持っていないようです。若者を中心とした新聞・マスコミ離れが進む中、一つの方法として、もっとネットやSNSを通じ直接国民へ情報発信を行い、医師会への理解と協力を進めていく取り組みが必要であると考えています。国民が医療の現状と問題点を正確に把握してはじめて、診療報酬の削減といった医療への締め付けが緩むのではないのでしょうか。

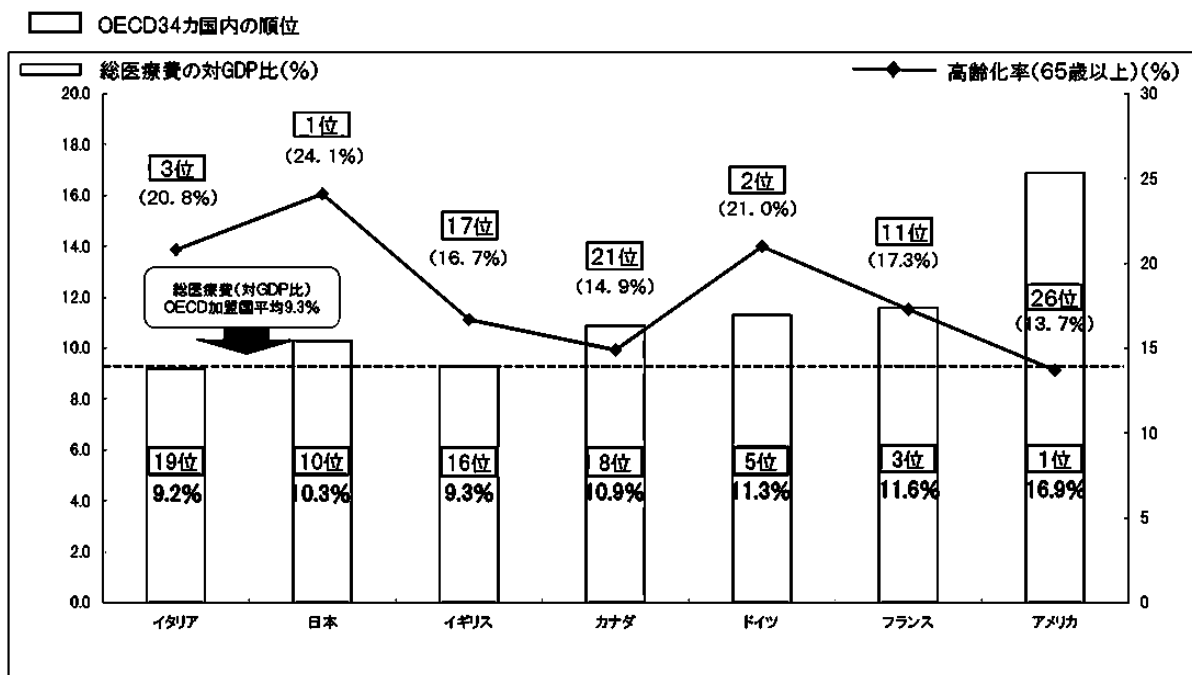
OECD加盟国の医療費の状況(2012年)

国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
	順位		順位		
アメリカ合衆国	16.9	1	8,745	1	
オランダ	11.8	2	5,099	4	
フランス	11.6	3	4,288	11	
スイス	11.4	4	6,080	3	
ドイツ	11.3	5	4,811	6	
オーストリア	11.1	6	4,896	5	
デンマーク	11.0	7	4,698	7	
カナダ	10.9	8	4,602	8	
ベルギー	10.9	8	4,419	10	
日本	10.3	10	3,649	15	
ニュージーランド	10.0	11	3,172	20※	
スウェーデン	9.6	12	4,106	12	
ポルトガル	9.5	13	2,457	23	
スロベニア	9.4	14	2,667	22	
スペイン	9.4	14	2,998	21※	
ノルウェー	9.3	16	6,140	2	
イギリス	9.3	16	3,289	18	
ギリシャ	9.3	16	2,409	24	
イタリア	9.2	19	3,209	19	
オーストラリア	9.1	20	3,997	13※	
フィンランド	9.1	20	3,559	16	
アイスランド	9.0	22	3,536	17	
アイルランド	8.9	23	3,890	14	
スロバキア	8.1	24	2,105	27	
ハンガリー	8.0	25	1,803	29	
韓国	7.6	26	2,291	26	
チェコ	7.5	27	2,077	28	
イスラエル	7.3	28	2,304	25	
チリ	7.3	28	1,577	30	
ルクセンブルク	7.1	30	4,578	9	
ポーランド	6.8	31	1,540	31	
メキシコ	6.2	32	1,048	33	
エストニア	5.9	33	1,447	32	
トルコ	5.4	34	984	34	
OECD平均	9.3		3,484		

【出典】「OECD HEALTH DATA 2014」
 (注1)上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの
 (注2)※の数値は2011年のデータ

表1

G7諸国における総医療費(対GDP比)と高齢化率の状況(2012年)



○ 出典:「OECD HEALTH DATA 2014」

○ OECDの「総医療費」には、国民医療費に加え、介護費用の一部(介護保険適用分)、民間の医療保険からの給付、妊娠分娩費用、予防に係る費用等が含まれていることに留意が必要

表 2

医療分野についての国際比較(2012年)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり 総病床数	3.1 ※1	2.8	8.3	6.3	2.6	13.4
人口千人当たり 急性期医療病床数	2.6 ※1	2.3	5.4	3.4	2.0	7.9
人口千人当たり臨床医師数	2.5 ※2	2.8	4.0	3.3 #	3.9 ※2	2.3
病床百床当たり臨床医師数	79.9 ※1	97.7	47.6	48.7 #	148.7 ※2	17.1
人口千人当たり 臨床看護職員数	11.1 #	8.2	11.3 ※2	8.7 #	11.1 ※2	10.5
病床百床当たり 臨床看護職員数	371.4 #	292.3	138.0 ※2	143.6 #	420.2 ※2	78.9
平均在院日数	6.1 ※2	7.2	9.2	9.1 ※2	5.8	31.2
平均在院日数(急性期)	5.4 ※2	5.9	7.8	5.1	5.6	17.5
人口一人当たり 外来診察回数	4.0 ※1	5.0 ※3	9.7	6.7	3.0 ※2	13.0 ※2
女性医師割合(%)	32.7 ※2	45.7	43.7	42.1	46.2 ※2	19.6
一人当たり医療費(米ドル)	8,745	3,289	4,811	4,288	4,106	3,649 ※1
総医療費の対GDP比(%)	16.9	9.3	11.3	11.6	9.6	10.3
OECD加盟国間での順位	1	16	5	3	12	10
平均寿命(男)(歳)	76.3 ※2	79.1	78.6	78.7	79.9	79.9
平均寿命(女)(歳)	81.1 ※2	82.8	83.3	85.4	83.6	86.4

(出典): OECD Health Data 2014 OECD Stat Extracts

注1: 「※1」は2010年のデータ 「※2」は2011年のデータ 「※3」は2009年のデータ。

注2: 「#」は実際に臨床にあたる職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。

注3: 一人当たり医療費(米ドル)については、購買力平価である。

表 3

主要国の医療保障制度概要

	日本(2014)	ドイツ(2013)	フランス(2013)	スウェーデン(2013)	イギリス(2013)	アメリカ(2013)
制度類型	社会保険方式 ※国民皆保険 ※職域保険及び地域保険	社会保険方式 ※国民の約88%が加入。 ※被用者は職域もしくは地域ごとに公的医療保険に加入。一定所得以上の被用者、自営業者、公務員等は強制適用ではない。 ※強制適用の対象でない者に対しては民間医療保険への加入が義務付けられており、事実上の国民皆保険。	社会保険方式 ※国民皆保険(国民の99%が加入) ※職域ごとに被用者制度、非被用者制度(自営業者)等加入。(強制適用の対象とならない者: 普遍的医療給付制度の対象となる。)	税方式による公営の保健・医療サービス ※全居住者を対象 ※広域自治体(ランズティングなど)が提供主体(現金給付は国の事業として実施)	税方式による国営の国民保健サービス(NHS) ※全居住者を対象	社会保険方式(メディケア・メディケイド) ※65歳以上の高齢者及び障害者を対象とするメディケアと一定の条件を満たす低所得者を対象とするメディケイド ※国民皆保険になっておらず(いかなる医療保険の適用も受けていない国民が人口の15.4%(2012))現役世代の医療保険は民間が中心
自己負担	3割 〔義務教育就学前 2割 70歳～74歳 2割 (現役並み所得者は3割) ※平成26年4月以降に新たに70歳になる者 2割 同年3月末までに既に70歳に達している者 1割 75歳以上 1割 (現役並み所得者は3割)〕	-外資: 2013年初より自己負担増 ※それまでは同一疾病につき四半期ごとに10ユーロの診察料(紹介状持参等は無料) -入院: 1日につき10ユーロ(年28日を限度) -薬剤: 10%定率負担(負担額の上限103-0、下限53-0)	-外資: 30% -入院: 20% -薬剤: 35% (抗がん剤等の代替薬のない高額な医薬品は0%、貴重薬は35%、有用性の低い薬剤60%、ビタミン剤や強壮剤は100%) ※償還制であり、一旦窓口で全額を支払う必要あり(入院等の場合は現物給付) ※自己負担分を補填する補足疾病保険が発達している。(共済組合形式、国民の8割が加入) ※上記の定率負担のほか、外来診療負担金(1回1ユーロ、毎年で50ユーロが上限)、入院定額負担金(1日18ユーロ、精神科は13.50ユーロ)があり、これについては補足疾病保険による償還が禁止されている。	-外資: ランズティングが独自に設定 プライマリケアの場合の自己負担は、1回100～200クローナ ※法律による患者の自己負担額の上限は全国一律1,100クローナ。各ランズティングはこれより低い額を定めることもできる ※多くのランズティングでは20歳未満については無料。 -入院: 日額上限100クローナの範囲内でランズティングが独自に設定 ※多くのランズティングでは18～20歳までは無料。 -薬剤: 全国一律の自己負担額 900クローナまでは全額自己負担 ※年間2,200クローナが上限	原則自己負担なし ※外来処方箋については1. 処方当たり定額負担、歯科治療については3種類の定額負担あり。 なお、高齢者、低所得者、妊婦等については免除があり、薬剤については免除者が多い。	-入院(In-A) (強制加入) ～60日: \$1,184までは自己負担 61日～90日: \$298/日 91日～150日: \$592/日 ※生後60日だけ、それを超えた場合は全額自己負担 151日～: 全額自己負担 -外資(In-B) (任意加入) 年間\$147+医療費の20% -薬剤(In-D) (任意加入) \$325までは全額自己負担 \$325～\$2,970: 25%負担 \$2,970～\$4,750: 47.5%負担(ブランド薬)/79%負担(ジェネリック) \$4,750～: 5%負担又は\$2.85(ジェネリック)/\$6.6(ブランド薬)の高い方
財源	保険料 報酬の10.00% (労使折半) ※協会けんぽの場合	報酬の15.5% 〔本人: 8.2% 事業主: 7.3%〕 ※全被保険者共通 ※自営業者: 本人全額負担	資金総額の13.85 % 〔本人: 0.75% 事業主: 13.1%〕 ※民間商工業者が加入する被用者保険制度(一般制度)の場合	なし	なし ※ NHS費用の2割は、退職年金等の現金給付に充てられる国民保険の保険料から充当されている。	入院(In-A) 給与の2.9%(労使折半) ※自営業者: 本人全額負担 外資(In-B) 月約104.9ドル(全額本人負担) 薬剤(In-D) (平均保険料) 月約40.18ドル(全額本人負担)
	国庫負担 給付費等の18.4% ※協会けんぽの場合	連邦一般予算の健全化のため、2012に補助上限である140億ユーロに達していた連邦補助が、2013年分は115億ユーロに削減された。	従来、国庫負担は赤字補填に限定されていたが、1991年から国庫負担が増大。医療、年金等の財源として、一般社会拠出金(目的税)からの充当あり。(税率: 資金所得の7.5%、うち医療分5.29%)	原則なし ※ランズティングの税収(住民所得税等)と患者の自己負担額で賄っている。 ※わずかであるが、国からの一般交付税、補助金あり。	租税を財源としている。	入院(In-A) 社会保険料を財源 外資(In-B) 費用の約75% 薬剤(In-D) 費用の約75%

表 4

8. 将来にツケを残さないために

福岡市医師会 牟田 和正

医療費を中心とした社会保障費の増大が日本の財政を圧排しているという話をテレビなどでよく耳にします。「国の借金が 1000 兆円ありそれを国民一人当たりに直すと 800 万円になる。」「平成 27 年度予算における社会保障関係費は約 31 兆 に及び、一般会計歳出 96 兆の 32.7% に及ぶ。」これだけ聞くと、日本の財政が破綻してしまう前に、社会保障費の抑制は急務であり、その財源確保のための消費税増税はやむなしと考えてしまうでしょう。実際、財務省のホームページの社会保障と税の一体改革の紹介ページでは「消費税率を引き上げ、その増収分を全て社会保障費に充てることで社会保障の充実・安定化と財政健全化を同時に達成し、将来にそのツケを残さない」と全く反論できない内容が明記されています。

しかし、実際の日本の財政状況を調べてみると、日本政府の債務は確かに 1000 兆円以上ありますが、有する資産が大変多く 600 兆円以上あること、日本の国債のほとんどが円建ての内国債であることなどから決して破綻するような財務内容ではないことがわかります。この事実はテレビや新聞などの旧来の情報媒体を通して知り得る内容とあまりに違います。作為的に偏っていない客観的な事実の報道や議論が今後広がっていくことを望みます。

私が医師になった 2006 年にはバブル崩壊して既にだいぶ時間が経っており、その後も好景気というものを体験しなかったためか、現状にそれほど悲壮感を持っていません。不景気慣れしている世代と言えます。しかし現実にはバブル崩壊以降、日本の経済は失速し 2009 年に中国に GDP を抜かれて以降、あっという間に差がつかしました。2017 年の名目 GDP は日本の 480 兆円に対し、アメリカは約 1900 兆円と 3 倍以上、中国は約 1200 兆円と 2 倍以上です。

社会保障費が増大してきたことは、高齢者が増加している社会的な要因を背景とした自然増であり予想できたことです。現状の日本の財務内容が悪いと仮定しても、バブル崩壊後のデフレにより日本経済が 20 年間停滞してきたことの方が、その主たる原因ではないかと考えます。“たれば”はよくないと思いますが、バブル崩壊がなくそれ以前の GDP 成長率を維持し日本の名目 GDP がだいたい 1400 兆円ほどになっていたと仮定すると、財務省が声高に叫んでいる債務残高の対 GDP 比 230%も大幅に改善されます。分子である社会保障費の割合を悪者に仕立て世論を誘導するのではなく、経済成長をして分母の GDP を増やしていくことの方が日本全体としてよほど健全であり建設的な考え方だと思います。

しかし、医療の分野でも解決すべき問題は多くあると思います。医療費の増加を悪と決めつけ、とにかく減らすことを目標とするやり方には反対ですが、現状の医療費の状況が適正であるかを見直すことは大切だと思います。

例えば、救急車の出動件数は H28 年度 6,210,082 件と 10 年前と比較して 100 万件増加しています（総務省：「平成 28 年の救急出動件数等(速報値)」の公表）。救急車を要請すべき症例であれば問題はありませんが、救急車の必要がないケースも多くあります。

また、ポリファーマシーという言葉があります。薬を多く摂取することで、健康に有害な結果が出ることを言います。外来で話を聞いているとかなりの患者さんから、「お薬もう少し減らせませんか」とか「お薬でお腹がいっぱいになるよ」との意見を聞きます。実際、必ずしも必要ではない薬が、常習的に処方されているケースはとても多いのではないのでしょうか。内服薬を思い切って減らしてみても自覚症状やデータは変わらないことも多いですし、むしろ患者さんの食欲が増幅して、以前より元気になるケースもよく経験します。我々医療サイドが自省すべきところは改善していくことも、発言力を持つ上で大切だと思います。“適正な医療費”の“適正”とはなんなのか、我々も今後広く議論していく必要があると思います。

今回このような機会をいただき、勉強するまでは前述までの医療に対するネガティブな情報が溢れる中で、自分たちの医療行為が国の財政を圧迫させているという後ろめたい気持ちがあったように思います。しかし、医療はいうまでもなくかけがえのない社会インフラであり、健康不安を抱えることなく、仕事を行えることは経済の生産性を下支えしていることは疑いようがありません。同時に、我々が行なっている行為は医療というサービスを提供する経済活動の一環であり、日本の GDP に貢献する側面も持ち合わせています。決して、生産性のない日本の赤字部門ではありません。

まず、日本全体が社会保障費の増加が国を滅ぼすというネガティブなマインドから脱却し、日本の経済が成長すれば社会保障費は国の負担ではなく、むしろその成長を支える最も必要なインフラの一つであると同時に生産性のある産業であるというポジティブなマインドを持つことが大事だと考えます。その中で、我々医療人は従来通り質の高い医療サービスを正々堂々と提供し、それに見合った対価を受け、その中で、自省を怠らず国に対して発言力も保っていくことが必要です。大げさかもしれませんが、今マインドを転換できるかどうかは、医療業界に従事するものだけではなく、日本という国の数十年後の未来を決める分岐点かもしれません。

9. 福岡県の人口動態から感じること

オブザーバー

鍋島 史一

(福岡県メディカルセンター主席研究員)

医療と経済を考えるひとつの指標として、福岡県の人口動態（2015 年－2040 年）を図表 1、2 に示します。福岡県の人口は 2015 年 505 万人から 2040 年 438 万人と約 67 万人減少します。高齢者（65 歳以上）人口は 2040 年ぐらいまで増加し、後期高齢者（75 歳以上）人口は 2035 年あたりから減少します。労働人口（20 歳～64 歳）は減少し続けます。論点としては、2025 年団塊の世代が後期高齢者となり、2040 年前後まで医療・介護需要が増大することになりますが、2040 年以降の医療・介護需要の減少を念頭に、医療・介護に係る人・もの・金・情報をどのように整備し、回収するかということになります。

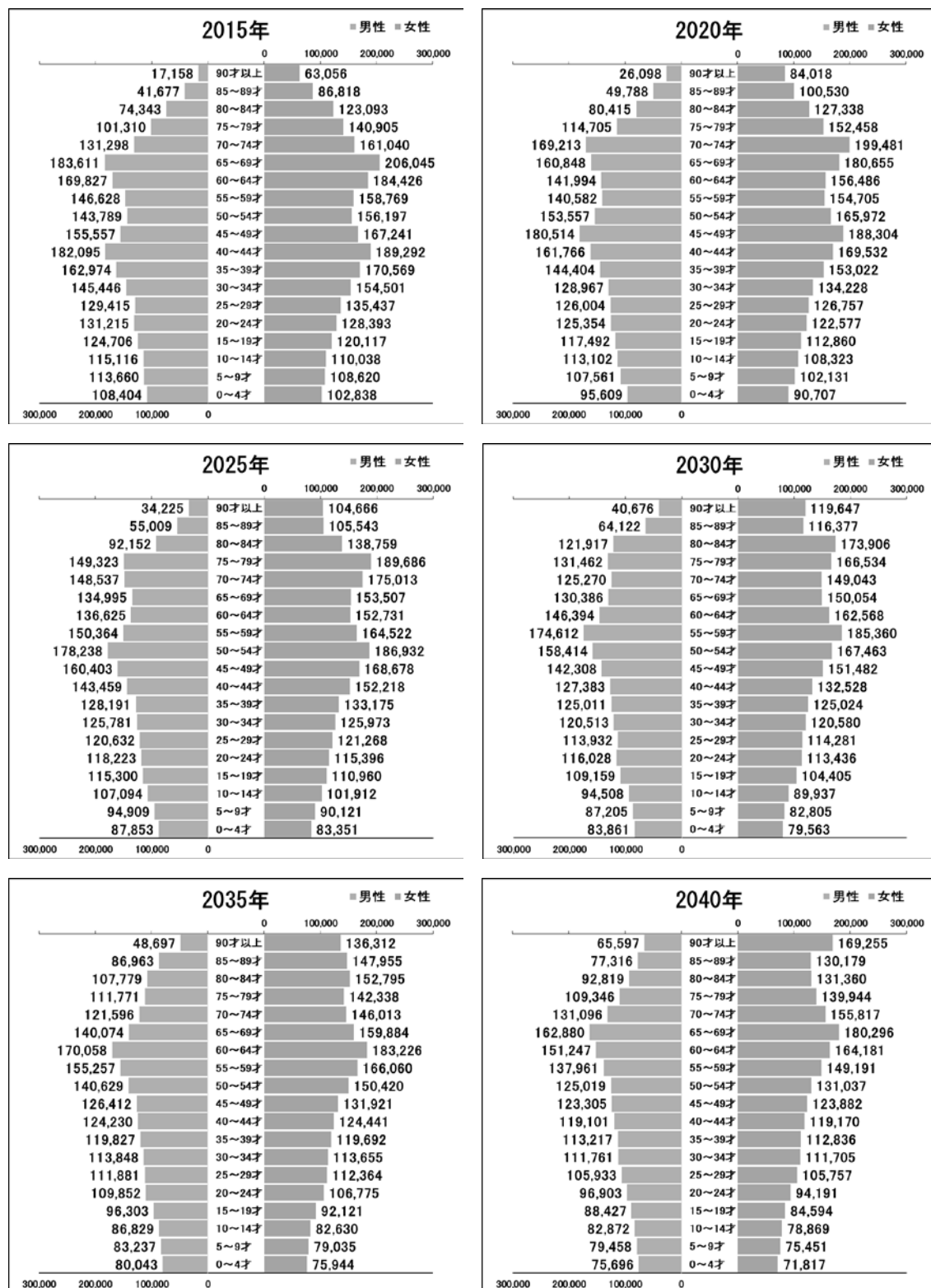
人・もの・金については、国・都道府県・市町村レベルで『地域包括ケア』、『地域医療構想』、また各地域の実情に応じた施策で乗り切る準備が始まっています。情報に関しては、福岡県医師会では『とびうめネット』の運用を開始し、さらに『福岡県民 100 年健康ライフ構想』を整備中です。本委員会では、地域医療の現場を支える先生方から医療と経済について様々な議論・提案がなされましたが、この先 30 年間の医療・介護に係る困難を克服するには、『県民の健康・生命を守る』という地域医師会の先生方個々の熱意と努力が大前提であることは言うまでもありません。

図表 1 福岡県の人口動態（2015 年－2040 年）

	年	総数	0-19	20-64	65-74	75-84	85以上	(再掲) 65歳以上	(再掲) 75歳以上
人数（千人）									
福岡総計	2015年	5,046	903	2,812	682	440	209	1,330	648
	2020年	4,968	848	2,675	710	475	260	1,446	735
	2025年	4,856	792	2,583	612	570	299	1,481	869
	2030年	4,718	731	2,497	555	594	341	1,489	935
	2035年	4,559	676	2,381	568	515	420	1,502	935
	2040年	4,379	637	2,196	630	473	442	1,546	916

出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）」を基に作成

図表 2 福岡県における 2015 年から 2040 年までの人口ピラミッドの変化



あとがき

医師会再生ビジョン委員会副委員長
柳川山門医師会 田中 彰一

再生ビジョン委員会では、平成 28. 29 年度の 2 年間にわたって、「医療と経済の関係を考える」をテーマに、討論を進めてまいりました。各委員が、率直に意見を述べ合い、現在の社会の問題点や、医療、経済に関するいろいろな視点での討論ができたと思います。

各委員は、専門とする診療科や、病院、診療所などの規模の違い、都会と過疎地など地域特性の違いなど、その立脚する立場は違いますが、皆、真摯に地域医療に貢献するためには医師はどうあるべきか、社会はどうあるべきか話し合いました。

医療は社会福祉の基盤ではありますが、他方で、医療機関サイドで見れば経済活動であり、利益を確保できなければ雇用も設備投資も困難になることは、だれにも理解のできることだと思います。他方、一般の国民には、保険診療でフリーアクセスが当たり前の感覚を持たれていることも事実です。

国民皆保険という制度をいかに維持しながら、国民の医療に対する満足度を、維持発展させえるかは、日本国という経済の発展を基礎としなければ立ちいかなくなるであろうことを考えさせてくれる 2 年間でした。

最後に、この 2 年間再生ビジョン委員会をお世話いただいた、福田委員長、各委員の皆様、原常任理事をはじめとする福岡県医師会事務局のみなさまに感謝しつつあとがきとします。

各委員の感想

安藤 由起子 委員

『医療と経済』を諮問に頂き、正直なところ悩みました。私は最も語るにふさわしくない者と考えたからです。

しかしながら委員会の中でいろいろと学習し委員会の構成員の先生方の意見を聞くことで、今までとは違った視点を持つようになりました。今回の再生ビジョン委員会ではその点をととても感謝しております。

この諮問に関する自分の意見は最初から大きく変わることがありませんでしたが、日常診療や医師会活動をとおして地域経済にすこしでも貢献できれば良いなと思いました。

植山 奈実 委員

まず初めにこの様な諮問委員会の参加する機会を与えて頂き、深く感謝いたします。

私は今まで安穏と単調な診療を粛々とこなすだけの日々でしたが、この委員会に参加することにより、様々な多方面から医療と経済について勉強することが出来ました。その内容はとても難しく奥深くまだ殆ど消化しきれていない状況ですが、これから少しずつ理解していきたいと思います。

諸先生方の貴重なご意見を拝聴しながら、これまでとはまた違った視点で医療と経済について考えるようになりました。有難うございました。

今後は将来の医療について、医師会を通しての働きかけや一個人として地域医療や小児医療に貢献していきたいと思います。

今後ともどうぞよろしくお願い致します。

加地 由美 委員

2 期目の参加させていただき、日々診療をしているだけでは得られない貴重な経験と勉強をさせていただきました。前回政治の時は自見はなこ先生とお会いしたし、今回は杉田尚史先生の御講演があり、「医療は経済である」学ばせていただきました。私は「政府発表する景気回復や失業率の低下で、消費税 10%はしかたない。」と思っていましたが、再生ビジョン委員会に参加し増税しなくても良い考え方があると学ばせてもらいました。今回介護現場での人手不足の現状を紹介しましたが、夢の解決策の提案をします。外国人に頼らず、日本人で医療や介護に関わらない人は徴兵の代わりに介護の仕事に 1 年就くと言うのはどうでしょうか？施設での人材確保の苦労がなくなり一定数の人材が確保されます。高校 4 年とし返還金無しの無償化のメリットと一般の人であれば、高齢者の状態が理解できるし、緊急時の対応等は、社会生活する上でも役立つと思います。特に政治家志望の人は医療や介護の現状を是非知ってもらいたいです。また、技術職希望の人が実際の現場を分かっているれば、認知症の徘徊対策や職員の腰痛問題の解決の技術革新やロボット開発も早く進歩し、コストダウンして中小の施設でも使用可能な物にならないかなと思います。

現実には厳しいですがこれからも、社会に目や耳を持ち地域の医療や介護を手伝っていきたいと思います。

楠田 三樹子 委員

今年のお題は医療と経済の関係を考えるという事で私には全く取り付く島もないようなお題で当初はどうなる事かと思いましたが、フリーディスカッションと色々な専門家の講師のお話を聞かせて頂いたり、また杉田尚史先生の本を読んだり講演を聞かせて頂いたり目から鱗の落ちる思いでした。お蔭様で日本経済の実態を知る事ができ大変勉強になりました。ただ日本人全体が理解してくれないとか知らされないという事は悲しい限りです。少なくとも私達医師が真実を理解しそれを現場でどう生かすか、実際にやる事に余り変わりはありませんがやる意味を考えながらやる事でポテンシャルが上がりますし、社会に貢献しているという自負が出てくると思います。

この委員会で今まで縁のなかった経済のイロハから丁寧に教えて頂き本当に有難うございました。合宿も楽しかったです。

高水間 亮治 委員

今回北九州市医師会副会長からのご指名で、初めて医師会再生ビジョン委員会に参加させていただきました。第1回の委員会で「医療と経済の関係を考える」というテーマを与えられた時は“なんとつかみどころのない漠然としたテーマなんだ”、“テーマが大きすぎて、果たして討論できるのか”というのが率直な感想でした。しかしながら委員会に参加してみなさまの意見を聞き、ディスカッションしていくうちに「医療と経済」の関連性について少しは理解できるようになり、また自分なりに考えるようになりました。

わたくしは内科の勤務医ですが、開業医の先生、診療科の違う先生、介護施設の先生また福岡県内の違う地域の先生方のさまざまなご意見を伺うことができ、大変勉強になりました。そして「医療と経済の関係」を考えていく上で、医療とは今後どうあるべきか、我々はどうしていくべきかと考えさせられました。このような貴重な体験をさせていただきありがとうございました。

最後に福田委員長を始め、この委員会をオーガナイズしていただいた先生方には深く感謝いたします。先生方の導きがなければこのような実のある委員会は体験できなかったと思います。また辛抱強く原稿を待っていただいた事務局の方々にも感謝申し上げます。ありがとうございました。

酒井 賢一郎 委員

この度「医療と経済」をテーマに複数回にわたる討議に参加することで、医療と日本経済との関係性を学ぶ機会を与えていただき、感謝申し上げます。

今回の診療報酬改定では「企業の保険料負担の増加が経済活動の足枷となり、結果として経済成長が大きく鈍化することが懸念」と経団連がアピールしたことが私にとっては衝撃でした。

ところが、医療費の内訳をみると経済界の一部である製薬業界の収益に医療界が多大に寄与しているに過ぎないことを感じました。また調剤にかかる技術料にはメスが入っていない状況も気になりました。

アベノミクスによる企業業績が改善した分を内部留保せず、内需拡大に向けた投資を行うことでデフレを脱却できれば、税収も増え医療費を含めた社会保障の充実に繋がるのではないかとまでは思考できたのですが、その方向に向かわせるのは政策なのか、情報操作などによる国民感情の変化を期待することなのかわかりません。このあたりは行動経済学といった分野の見識を広げてみようと思います。

下川 雄弘 委員

正直、所属医師会から参加を指示され、初めて会場に入ったときは「とんでもない委員会に参加することになったな」と思いました。2年間参加させていただきましたが、皆さんの見識の深さに驚くばかりでした。

しかし、テーマである医療経済についてディスカッションをするために自分なりに本やインターネットで記事を読み、皆さんの知識や考えを聞くことで自分の見識も広がったと思います。

このような機会をつくっていただき、たいへん感謝しております。医療経済はわれわれ医師だけの力ではどうにもならない問題だとは思いますが、この委員会で知りえたことを医師の立場として少しでも今後に生かすことができればいいなと思います。

田中 彰一 副委員長

平成 28, 29 年度のテーマとして、「医療と経済の関係を考える」ことが諮問され、福田委員長以下 17 名の再生ビジョン委員会委員、並びに原常任理事、中村理事、県医師会事務局のご指導の下、2 年間の諮問期間が終わろうとしています。2 カ月に 1 回の間隔で、各委員が、自分の考えをまとめ上げていく作業が続きましたが、一定の方向性が出ているのではないかと思います。特筆すべきは、福田委員長の指導力で、各委員のレポートや意見に対し、真摯に目を通し耳を傾け、ポイントをついた質問や意見など、うまく委員会をリードされてきたことです。

私自身、前回の平成 26, 27 年「医政をどう考えるか」より 2 期目となり、再生ビジョン委員会という、医療とは直接の関係はなくても医療に必要なテーマに接する機会を頂きました。日頃考えることのないことばかりで、愚痴になるような事ばかり言っていたような気がします。

最後に、福田委員長、各委員の皆様、原常任理事を始めとする県医師会の方々にお礼を申し上げ、感想の文とします。

富松 健太郎 委員

まずは、委員長先生以下、各委員の先生方ならびに、平素から委員会の準備を滞りなくして頂いている県医師会事務担当職員の皆様に、深く感謝申し上げます。

県の委員会は今回が初めての参加でした。「医療と経済」という大きなテーマでの委員会活動に参加し、各委員の先生方の専門領域を踏まえた上での種々の視点からの御意見には、自分にはない新たな視座や気づきを与えて頂きまして色々と考えが自分なりに深まりました。今後も委員会活動をできる範囲で取り組まさせて頂こうと思いました。

今回の自身の答申に関してですが、各委員の先生方のように、経済学者のような見識を自身が全く持ち合わせておらず、極めて観念的な独りよがりの文章になってしまっていることを、答申を提出した今恥じております。

西田 英一 副委員長

2期4年間にわたり委員をさせていただきました。前回のテーマが「政治」、今回は「経済」でした。どちらも普段の診療の中では全く考えることのないテーマで、委員会に参加させていただくことで大変勉強になりました。ここで気付いたことは、「政治」も「経済」も「医療」と同様に正解の無い、不確実なものを対象にしているということです。同じ病気に同じ治療をしても、効果は人それぞれで、患者の満足度も違います。「この患者にはこの治療で良いのだろうか」といつも悩みながら診療しています。同様にみんなが納得する政治はありませんし、景気が回復してみんなが豊かになれる経済政策もありません。この正解のない課題に対して、4年間にわたり委員の皆様と喧々諤々と議論した経験は診療にもフィードバックでき、医師としても成長できたような気がします。

今回、副委員長という役を仰せ付けりましたが、ほとんど福田委員長に任せっきりで、楽をさせていただきました。2年間にわたり委員の皆様を引っ張ってこられた福田委員長には、大変感謝しております。また難しい経済の話を何でも分かりやすく教えてくれた原先生を初めとした福岡県医師会の先生方、そして事務局の方々にも感謝申し上げます。ありがとうございました。

秦 洋文 委員

筑紫医師会の理事を初めて拝命し右も左も分からないまま県医師会での活動に参加することに大きな不安を抱いていました。そのようななか委員長・福田先生、副委員長・田中先生をはじめ多くの先生方にあたたくお導き頂き最後まで全う出来ましたことを深く感謝申し上げます。

もともと医療費・社会保障費、日本経済の景気、国債などのマクロ経済について興味があった私にとって、この度の「医療と経済の関係について考える」再生ビジョン委員会は大変有意義なものでした。

約2年に渡る委員会の中で、私なりに学び様々な先生方のお話をお聞きすることで自分自身の知識も増え正しい理解が深まり、また幸運にも会期中に衆議院選挙が開催されたことで医師会が政治に関わるさまを身近に感じる事ができ、医師会活動についてより深く理解するきっかけとなりました。

大学勤務時代は自分の技量と経験で目の前の患者さんの疾病を治すことに全力を注ぎ、良くなって退院なさっていく患者さんのご様子に満足し自分の誇りにしていたものでした。そしてそれこそが医療の全てであると思っていた自分がいました。今思えば病気しか診ていなかったのだと思います。

しかし事業継承し開業医として患者さん・ご家族に向き合いながら学校医活動や役所との会合などを通じ地域に関わりはじめるようになってから、多くの患者さんが生活環境の整備や生活サポート、ご家族内や地域での調整やサポートを必要としており、それらを解決して初めて疾病が安定することを経験させてもらっています。そしてこれこそが「患者さんを診る」ことだと考えるようになりました。

しかし今回の再生ビジョン委員会を通じて、地域医療だけでは「患者さんを診る」ことはまだ不十分であり、地域にとどまらず県・国を動かして医療体制・医療経済を整えてこそはじめて本当に「患者さんを診る」ことが完成することに気が付きました。

その活動を担う医師の必要性・重要性はもちろんであり、その役割を担えるのは日本医師会しかありません。医師会は決して圧力団体・利益誘導団体ではなく、患者さんを診る団体なのです。そう思い至った瞬間、世間が抱く医師会へのイメージが私の中から完全に払拭され、医師会員である自分に誇りを取り戻すことができました。

私はこれからも地域の最前線に立つ医師として、日本医師会の一員として、また日本医師会のサポーターとして誇りを持って頑張っていきたいと思っています。

最後に、医師としての私を成長させて下さった再生ビジョン委員会・県医師会の諸先生方と私にこのような機会を与えて下さった筑紫医師会の諸先生方に厚く御礼申し上げます。

原賀 憲亮 委員

2年間、「医療と経済」について私なりに悩み、考えたつもりであった。また、最初に考えていた自分の考えが、委員会を重ねるごとに変化してくるのか、自分でも楽しみに考えていた委員会であった。

元々、経済についての知識も少なく、数字等にやや抵抗がある為、経済についてはテレビなどで見る程度で、改めて考えることなどしたことがなかった。しかし委員会において、他の先生の考えや意見を聞いていると全てに納得し、その知識や考えの深さに感心させられていた。

当初、私自身は、医療と経済は相反するものであると、考えていた。日本人の中には「医は仁術である。」といった考えが強く残っていると考えていたし、日本の医療システムを考えると、海外のようにはいかないと思っていた。特に海外は医療制度だけでなく、民族に考え方自体も日本人と異なっているため、海外と日本を、同等に考えるのは難しいと思っている。特に日本は島国国家であり、単一民族を基本としている農耕民族である。そのため村社会の考えが強い。しかし海外は、国境を境にしている国が多く狩猟民族のため、個人主義的な感覚が強いため、日本のような共同生活環境という考えが乏しいと考えている。ゆえに医療に対しても海外のような感覚にはなりにくい。経済をとしてみるには難しいの

ではないかと感じていた。

今でも十分医療と経済の繋がりを理解している訳ではないが、再生ビジョンに参加して、時代が変化していく中で、医療も経済としてとらえていく時代であり、病院を経営していく医師も考えを変えていかないといけないと感じた。私自身の考えを修正できた２年間であったと考えている。

平川 勝之 委員

「医師会再生ビジョンに参加させていただいて」

今回の医師会再生ビジョンにおける会長諮問は、「医療と経済の関係を考える」でした。お恥ずかしい話ではありますが、これまでの私は、我が国における基本的な経済の構造はもとより、医療経済の現状や問題点について、ちゃんとした知識をもっておらず、当委員会の委員長や副委員長の先生方、県医師会執行部の先生方の御指導のもと、大変勉強させて頂きました。高齢化等に伴い増え続ける社会医療費に対して、消費税が充てられるとのことでしたが、この消費税増税は2019年10月に再延期されました。この消費税増税のメリット・デメリットをはじめ、医療経済への波及効果についてや、そもそも医療費の増加は無駄な支出なのか、少子高齢化は経済にどのように影響するのかなど、非常に広い範囲で知識を得ることができました。

今回勉強させて頂いた事柄について、今後さらに知識を深めてまいりたいと考えています。このような大変貴重な機会をお与えくださったことに感謝いたします。

福田 秀一 委員長

それは青天の霹靂でした。2014年から2015年まで1委員として再生ビジョン委員会に大川三瀨医師会からの代表として参加して、2年間の“おつとめ”（？）を終えて、やっとこれで開放されると思っていた2015年再生ビジョン委員会最後の懇親会での席でした。宴もたけなわ、いきなり福岡県医師会の原先生が私の横に座られたかと思うと、「福田先生、次年度の再生ビジョン委員会の委員長を是非、お願いします。おそらくテーマは“医療と経済を考える”となると思います。」と、あの抗いきれない甘い笑顔で、こう切り出して来られました。先の再生ビジョン委員会の2年間、原先生と私は時折、話をさせていただく機会がありました。それは原先生と、いつも馬が合う話が“経済”の話、とりわけ「国の借金なんかない！今、日本において必要なのは財政出動だ！」という話で、なにか勤皇の幕末の志士たちが“日本の夜明け”を信じて、語り合うかのように私は原先生と語り合ったことを記憶しています。その結果、2016年の再生ビジョン委員会のテーマの方向性が原先生の頭の中で思い描かれた時、私の委員長としての“刑期延長”はほぼ決まっていたんだなと悟りました。私たち大川三瀨医師会会長の酒井 良先生の我々役員に対する通達は“滅私奉公”でありましたので、原先生からこのお話を頂いた時には、驚きと躊躇はしましたが、私に残されていた返答は“ハイかYES”でした。私は、この懇親会にて時期委員長を務めさせていただく趣旨のご挨拶と、懇親会中に西田先生と田中先生に副委員長をお引き受けいただく了承を頂いて、懇親会が始まる前には予想だにできなかった次期委員長を

拝命するという、ある意味光榮な状況に突入していくことになりました。

月並みな言い方かもしれませんが、2016年からの再生ビジョン委員会は、あつと言う間の2年間でした。委員会の初期は私も当然不慣れで、どう会を運営していけばいいのか悩みました。委員の皆さんもそれぞれの表情に緊張感が漂っていて、私も2年前はそうだったなあと改めて自分の辿ってきた道を思い出しました。けれども委員会も回を重ねるごとに委員の皆さんが徐々に熱を帯びてきて、そして副委員長の西田先生、田中先生の機転の利いたアシストとリードで会を進めていくことができました。また田中先生を始め中村先生、鍋島先生、堤副会長、瀬戸専務理事の機を得たご発言は委員会議論を高めるうえで貴重なご意見でした。この場を借りて、皆さんにお礼を申し上げたいと思います。ありがとうございました。

もうすぐ、松田会長への答申書が完成します。この委員会を通じて、お知り合いになれた委員の先生方には、そのご苦勞を称えたい気持ちと、同じ苦しみ、喜びを共有することのできたどこか戦友のような愛おしさを皆さんに感じます。この2年間、ありがとうございました。そして、米永さん、飯田さんを始めてとして事務局の皆さん、細かいサポートありがとうございました。皆さんとの時間は一生忘れられない思い出として私の貴重な財産となりました。また、どこかでお会い致しましょう。ありがとうございました。

箕田 政一郎 委員

医療と経済を考えると、県医師会長よりの諮問を医療再生ビジョン委員会のメンバー先生方とディスカッションしていく過程で私が気づいた事は医療費亡国論があるかぎり、また現在の財務省の財政均衡論があるかぎり、時の政府が大規模な財政出動をしない限りは、デフレ脱却、医療費総額の増大は見込めないということです。医療費亡国論とは理屈でなくもはやイデオロギーになっており、思考の大転換でも無ければ世界に誇れる国民皆保険制度を維持できないと思います。デフレ下の政策である、財政出動、増税廃止、等が出来れば経済が循環し世の中にお金が回るのです。政府の支出は国民の所得という言葉もあるくらいです。今の政府に政策が出来ればと期待しています。

牟田 和正 委員

「医療と経済」を考える。勉強しなくてはならないと思いながらなかなかその機会がありませんでした。意識を持って情報を求めなければ、既存の情報媒体から我々が知り得る情報は医療業界にとって大変ネガティブなものばかりです。その情報の中で自分たちの行っている医療行為が日本の財政を圧迫しているという肩身の狭い思いをどこかに抱きながら日常診療を行ってきました。しかし、しっかり調べてみるとそれらの情報がかなり偏っていると思いました。今後、医療費はさらに縮小傾向になっていくと考えられる中で、医師の一人一人が、「経済」に関して勉強していくことが必要であると考えます。

山路 浩三郎 委員

経済や政治のことをあまり深く考えたことがなく、どちらかというと苦手な方でした。普段報道で耳にする程度の情報、知識から漠然と、医療をふくめて日本経済がしぼんでいくような不安を感じていました。しかし2年にわたる会議に参加させていただき、不安ばかりではなく希望もあり、考え方を換えれば別の未来が開けるように感じることができ、大変勉強になりました。ありがとうございました。答申にも述べましたが、国民が不安なく暮らすこと、それこそが経済の発展につながることで、そしてそのためには保険医療の維持・充実が必要であると思います。これらを理解してもらうため、医師のみならず国民へ情報発信し、地元選出候補との意見交換をしていくことが大変重要だと感じました。

原 祐一 福岡県医師会常任理事

今回の再生ビジョン委員会のテーマは医療と経済であった。医療と経済は一見全く違うテーマのようにも思えるし、「医師は金のことなど考えるな」という教えもある。一方、診療報酬改定が我々にとって重要な項目であるのは事実である。医薬品の購入には費用が必要であり、職員への給与も支払わないといけない。また、医療行為はサービス行為としてGDP（国内総生産）を構成しており、医療と経済は切り離せないものである。医学部・歯学部は他の学部よりも経営者になる確率が非常に高い学部でもあり、経済のことをよりよく知っていく必要もあることが分かった。2年間の議論により、委員の皆様も経済のことに関心を持っていただけではないかと思う。

中村 秀敏 福岡県医師会理事

再生ビジョン委員会に参加させていただき、また委員の皆さんとお知り合いになれたことに感謝しています。県医師会理事として就任したばかりで、しかも「医療と経済」という、自分の疎いテーマを受けて、どうなることかと正直心配でした。回数を重ねて出席するごとに、僅かずつではありますが理解が深まり、とても勉強になりました。経済のことだけでなく、ジュニアドクターズネットワーク（JDN）の存在や取り組みを知るきっかけになったことも有意義でした。また、同時期に日本医師会の「将来ビジョン委員会」にも参加させていただきました。同時期にふたつの「ビジョン委員会」を経験させていただいたことは、今後の自分の医師会活動にとって大きな意味のあることだったと思います。この委員会で学んだことを活かしていきたいと思います。そして自分の「医療と経済」の理解はまだまだ浅いので、少しずつ学びを重ねていきたいと思います。

鍋島 史一 オブザーバー（福岡県メディカルセンター主席研究委員）

勉強熱心な先生方に感心致しました。

頼もしい限りです。

第5期医師会再生ビジョン委員会日程

会長諮問「医療と経済の関係を考える」

平成28年度

- 第1回 平成28年 9月27日（火）19：00
- 第2回 平成28年11月22日（火）19：00
- 第3回 平成29年 1月31日（火）19：00
- 第4回 平成29年 3月28日（火）19：00

平成29年度

- 第1回 平成29年 5月23日（火）19：00
- 第2回 平成29年 7月25日（火）19：00
- 第3回（合宿）

平成29年 9月30日（土）16：00

・講演「医療と経済（マクロ）」

南ときわ台耳鼻咽喉科 院長 杉田 尚史 先生

平成29年10月 1日（日） 9：00

- 第4回 平成29年11月28日（火）19：00
- 第5回 平成30年 1月23日（火）19：00
- 第6回 平成30年 4月17日（火）19：00

・答申提出