

平成 30・令和元年度

医政研究委員会答申

医療と経済について

令和 2 年 3 月

福岡県医師会医政研究委員会

令和2年3月12日

福岡県医師会

会長 松田 峻一良 殿

医政研究委員会

委員長 酒井 良

答 申

医政研究委員会では、貴職からの諮問「医療と経済」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。

医政研究委員会

委員長 酒井 良
副委員長 松浦 尚志
委員 案浦 美雪
今渡龍一郎
大橋 輝明
鍵山 明弘
小島 浩樹
白石 博昭
中野 信彦
福田 秀一
松田 晋哉
松村 洋
松本 直樹
寺澤 正壽
辻 裕二
原 祐一
戸次 鎮史

目 次

はじめに	1
I 総論 ～日本の医療の特徴～	
(1) 日本の医療の現状と論点	2
(2) 経済学と医療の関わり	6
II 各論 ～これからの医療と経済について～	
(1) 医療の経済への貢献	9
1) 「医師の力で、医療を経済貢献へ導く」	9
2) 「経済については素人だが、いろいろと考えてみたこと」	10
(2) 外国人医療	12
(3) ICTとAI	14
(4) 高額薬剤	16
(5) MMT理論	18
(6) 医療・介護の財源選択	20
(7) 社会保障費と財源	22
(8) 診療報酬と消費税の関係	24
(9) 国民の理解を得られるためには 医療界、医師会に何が求められているのか	26
おわりに	28

はじめに

今期の福岡県医師会医政研究委員会の会長諮問は「医療と経済」であった。テーマが途方もなく大きく経済学を専門的に学んだことのないものにとっては雲を掴むようなものであった。そこで各自が選んだ書籍を閲覧し、医療界、経済界、地方自治体首長、国会議員から見た「医療と経済」の講演を拝聴しながら少しずつ知識を深め議論を重ねた。

その中で、超少子高齢化による医療費の増大は避けられないが、医療費、社会保障費は対GDP比で見ると漸増はするが急騰はしない。故に医療費の抑制ありきの改革は避けて国民皆保険制度を堅持しつつ、良質で公平な医療を効率的に提供するための改革を着実に進めることなどは共通認識とされた。

しかし、いわゆるMMT理論の是非によって、現状認識、消費増税に対する意見の隔たりは大きく、激しい議論の応酬があった。当委員会でそこに一つの結論を導き出すことは難しく両論を併記する答申になったことは委員長の力不足であることをお詫びする。

この委員会開催中、2019年4月に統一地方選挙、7月に参議院選挙が施行された。日本医師連盟の推薦候補は当選したものの前回から10万票余りも減らし、医療系候補での最上位当選の目標も果たせなかった。その後の様々な動きはこの選挙結果に関係している。少子高齢化と同時にライフスタイルが多様となる中で誰もが安心できる社会保障制度に関わる検討を行うために設けられた「全世代型社会保障検討会議」の構成員に社会保障分野の代表たるべき医師会からさえ選ばれていないことはその最たるものであろう。12月に入り来年の診療報酬を巡る報道が乱れ飛ぶ中、横倉会長の大変なご尽力で本体プラス改定でまとまった。医師会活動、投票行動を起こさない人々が医師会が弱いからだなど声高に叫び、マスコミが自民党の有力支持組織の医師会が圧力をかけたなどのニュースを流すのもこの時期である。

2年に一度こういう騒ぎではなく、故宇沢弘文先生の言葉「医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせるのが、社会的共通資本としての医療を考える時の基本的視点である。」を政官界、マスコミ、そして国民が共通認識と持てるように医師会を先頭に医療界の日々の働きかけがますます重要と考える。

超少子高齢化が進み、経済状況もなかなか好転の兆しが見えない中、世界や国民から評価されている我が国の医療を経済との関係を中心に検討したのがこの答申書である。医療は国民に、またこの国に、この国の経済にどう貢献できるのか、新たな医療の可能性と医療費の関係はどうなるのか。医療介護の連携を含め社会保障費の財源選択はどうあるべきか、今の医療を維持発展して行くために医療従事者の負担軽減、働き方改革をどう進めていくのか、安心安全で質の高い医療介護福祉の継続発展のため医療費を含め社会保障費の伸びをいかにして国民の理解を得るのか、などについて委員各位の考えをまとめていただいた。

I 総論 ～日本の医療の特徴～

(1) 日本の医療の現状と論点

1) 日本の医療の特徴

「日本の医療の特徴は」と問われ何を思い浮かべるだろうか。

国民皆保険、フリーアクセス、現物（医療サービス）給付、そして、女性 87 歳、男性 81 歳を超え過去最高を更新し続ける平均寿命の伸びや周産期・乳児死亡率の低さなどに代表される医療水準の高さなどだろうか。

国民皆保険制度は 1961 年に始まり母体の異なる公的医療保険のいずれかに全国民が加入している。75 歳以上は後期高齢者保険制度の対象になる。そして保険証一枚あれば国民はいつでもどこでも自分の行きたい医療機関を受診することができる。そして病気になればお金ではなく必要な医療が最後まで給付される。

日本の医療に対する評価としては、WHO が 2000 年に「総合的な健康達成度」で 191 カ国中トップとした。2017 年 *Lancet* に発表された保健医療の質の高さやアクセスの良さのランキングでは 195 カ国中 11 番目、そのスコアも年々上昇している。この質とは「もし適切に治療されていたら防げたはずの死をどのくらい防げたか」を評価しており、日本は世界最高レベルとされている。一方で国民の医療に対する評価は必ずしも高いとは言えなかったが、医療提供者の様々な努力もあり、日医総研の調査では 2002 年から上昇傾向になり、2017 年では受けた医療に対し 28.8% が満足、63.5% がまあ満足、医療全般に対し 14.8% が満足、59.3% がまあ満足となっている。2019 年の日本医療政策機構の調査でも医療、医療政策について 62% が満足、項目別では医療の安全性に対する満足度が最も高いとされている。

【論点】

- (i) 健康寿命をみると男性 72.14 歳、女性 74.79 歳と伸びているものの平均寿命とは差があり、この差は要支援・要介護になる期間とも重なる。予防医学は医療費削減には効果がないとされるものの健康寿命を伸ばすためにも必要で推進すべき。
- (ii) 現在、特定機能病院や 400 床以上の地域医療支援病院では紹介状なしの受診時、選定療養費が徴収されるが、「いつでもどこでも」と理解されているフリーアクセスを「必要な時に必要な医療に」アクセス、まずはかかりつけ医に、という国民の共通認識は形成されたのか。

2) 日本の社会構造や環境の変化

①人口の激変

明治初期まで 3,000 万人程度で推移していたが、1920 年には出生数 200 万人を超え総人口も 5,596 万人と急増した。戦争を挟み、1945 年からの 5 年間で 7,215 万人から 8,320 万人へ、さらにその後 10 年間で 9,342 万人、1967 年にはついに 1 億人を突破した。2008 年の 12,808 万人をピークに 2011 年以降完全な人口減少社会となっており、2018 年の自

然減は 44 万 4,085 人。長崎市の人口以上が減った計算になる。更に 2019 年には 51 万 2 千人と初めて 50 万人を超えた。これはほぼ松山市の人口が減ったことになる。今の出生率のままでは 2050 年すぎには 1 億人を切ってさらに減り続けると予測されている。

②急速な超少子高齢化

我が国の年間出生数は第 1 次ベビーブーム期に約 270 万人、第 2 次に 210 万人だったが 1975 年に 200 万人、1984 年に 150 万人、2016 年にはついに 100 万人を割り、2018 年には 91 万 8,397 人と過去最低を更新。2019 年には更に 86 万 4 千人と想定より 2 年速く 90 万人を割った。合計特殊出生率を見ると、第 1 次ベビーブームの時 4.3 を超えていたが、1989 年 1.57、2005 年には 1.26 まで落ち込み、その後微増も 2018 年は 1.42 と 3 年連続低下傾向である。生涯未婚率が上がり、結婚年齢も上がり、晩産化が進み、第 2、3 子を生む人が減少している。

我が国の 65 歳以上人口は 1950 年には 5%にすぎなかったが、1970 年に 7%を超え、1994 年に 14%へ、2007 年に超高齢化社会へと突入し、2017 年の高齢化率は 27.7%となった。また 75 歳以上は 13.8%である。2025 年には約 30%に達し、2042 年に高齢化人口はピークに達するものが高齢化率は上昇を続けるとみられている。それに伴い認知症高齢者は 2012 年の 462 万人（有病率 15.0%）から 2025 年には約 700 万人（25%）へと急激な増加、前段階の MC I：軽度認知障害の数も考慮するとさらに著増すると思われる。また、要介護者の増加、単独、夫婦のみ高齢者の世帯も増加する。

【論点】

- (i) 社会の扶養負担を考えると従来の「65 歳以上人口÷20～64 歳人口」を指標にするのではなく「(65 歳以上+20 歳未満人口)÷20～64 歳人口」では今後もほぼ 1 で変化しないとされている。
- (ii) 女性や 10 歳若返ったとされる高齢者の就業率の上昇や ICT、AI を利用して労働生産性の向上は図れるのか。
- (iii) 「エンゼルプラン」をはじめとする今までの少子化対策はほとんど効果がなかった。出産適齢期の女性人口が減るため、出生数、出生率の増加には 1 人の女性が生涯に何人の子供を産むかという出生力を上げるしかない。結婚、出産は個々の意思に基づくものではあるが結婚、出産の希望がある人々が安心して結婚、出産、子育てできる施策を打ち出せるのか。
- (iv) 地域別の高齢化率にも大きな差があり(既にピークに達した地域もあり 2040 年にピークを迎える地域もある)、単独世帯の数にも差があり地域ごとの取り組みが必要。
- (v) 増加する訪日・在留外国人への医療供給体制の整備は。

3) 社会保障と財政

2017 年度の国民医療費は 43 兆 710 億円と増加、制度区分別では公費負担 7.4%、医療保険等 45.8%、後期高齢者 34.3%、患者等負担 12.2%である。財源別では公費 38.4%、保険料 49.4%（事業主 21.1%、被保険者 28.3%）、その他のうち患者負担は 11.6%であ

る。また年齢別では65歳以上が60.3%を占めている。都道府県別人口一人当たりで見ると高知、長崎が高く、低い埼玉、神奈川とは約1.5倍の開きがある。政府は基礎的財政収支（PB）を2020年度までに黒字化を目指していたが消費税増税分の使途を教育の無償化などへ変更し目標は先送りされた。PB対象経費に占める社会保障費の割合は年々増加し、最も大きな割合を占めている。一方、産業としての医療福祉を見ると本年6月発表された産業連関表では、前回ほどではないものの、国内生産額の伸びは増加しており、雇用の場としても重要さを増している。

【論点】

(i) 医療を含む社会保障費の財源は。

租税財源の多様化：所得税累進課税の強化、固定資産税、相続税の強化、法人税率引き下げの停止、法人の内部留保への課税など。

(ii) バラバラな保険料率を一定水準引き上げることで増収を図れないか。

(iii) 総理は今後10年消費税増税の必要はないと公言したが、、、。

4) 医療の需要と供給

①疾病の変化

我が国の疾病構造を見ると、感染症などの急性疾患から悪性新生物、心疾患、脳血管障害などの生活習慣病をはじめとする慢性疾患へと変化してきている。入院患者の将来推計では、肺炎、心疾患、脳血管障害が増加する。

②入院患者数、入院受療率は1990年代をピークに低下傾向にある。2000年の介護保険スタートで入院患者の一部が介護保険に移行したことや平均在院日数短縮が要因である。また外来患者数も伸びていない。

人口10万人あたりの病院数、病床数はともに減少傾向で、いずれの病床区分も平均在院日数は減少傾向、病床利用率は横ばいの傾向。

無床診療所は増加、有床診療所の減少傾向は深刻で1990年の23,589施設、2008年の11,500施設が今年7月末では6,681施設と著減している。診療所総数としては横ばい。

医師数は1952年から1974年にかけては3~4,000人のペースで、その後新設医学部の卒業生が増え8,000人に急増、その後30年はその前後で推移、2009年に定員増加が打ち出され9,000人程度に増加している。性別では1996年と2016年で比べると男性医師が21%増加、女性は109%と伸び、結果、全医師数に占める女性医師比率は13%から21%に上昇した。

本年4月から施行された改正労働基準法では、医師については時間外労働の規制適応が2024年以降に先送りされたが、上限が一般的な医師で年間960時間、救急、研修医などで1,860時間とされるなど一定の基準が示された。

【論点】

(i) 上記の変化も踏まえ、国民会議報告書に記載の、救命、延命、治癒、社会復帰を前提

とした「病院完結型」から住み慣れた地域や自宅で生活のための医療、地域全体で治し支える「地域完結型」へ、地域医療構想と地域包括ケアシステムがうまく連動できているのか。

- (ii) 医師の働き方改革は労働時間や応酬義務との整合性、それにも関連する地域偏在、診療科偏在とも相まって医師の健康と地域医療の維持が両立できるのか。

③高額技術、薬剤

例えば、欧米から導入が始まり日本でも急速に施行施設が増えている、経カテーテル大動脈弁置換術（TAVI）。外科手術が選択できない高齢者、心機能の著しい低下、心臓以外の合併症、過去の手術歴などにより周術期の死亡リスクが高い患者には有用である。重症僧帽弁不全症に対しても新たな治療が開発されている。又、補助人工心臓を重症心不全患者に埋め込めば、100歳の人の寿命を110歳に伸ばすことが可能とされる。又、高額薬剤の代名詞となったオプジーボの後にも今年、一回の投与で3,349万円の白血病治療薬キムリアが保険適応され大きなニュースになった。他にもC型肝炎治療薬、分子標的薬、生物学的製剤など効果が劇的で高額な薬剤が相次いで出現している。

【論点】

- (i) TAVIは入院費などを合わせると600万円と従来の大動脈弁置換術の2倍、植え込み型人工心臓は材料費だけで1,000万円を超える。医療保険でこのような高額な技術、薬剤をどこまでカバーするのか。

④ICTやAIへの期待

ビッグデータの蓄積と活用：切れ目のない個人の出生時から高齢者になるまでの一元的管理。

とびうめネットやアザレアネットに代表されるネットワーク化による情報の共有や活用。地域包括ケアシステムへの導入。

僻地、医師少数地区などでの遠隔診療の活用、CTやMRIなどの診断、病理診断などにも活用が期待される。

【論点】

- (i) 個人情報保護
- (ii) 普及の地域差や病院、診療所での差

(2) 経済学と医療の関わり

経済学とは何か。そもそも人の幸福のために存在する学問であり、決して人を不幸にすることを目的としてはいない。しかし現在の日本の経済政策は少なくとも医療に関してはひとびとを幸福にする方向にむかっているとは思えない。その原因としてあげられるのは「社会保障は経済状況に従うべき」という政府、財務省の方針にある。これは新自由主義経済的、あるいは個人主義的考えによるため、これに批判的な「医療に経済をあわせるべき」という宇沢の考え¹や、「有効需要をささえる社会保障が堅実な経済政策に重要になる」という権丈らの主張²が政策において主流とならないためのようである。

マクロ経済学という国全体の経済の動きをみる学問はアダムスミスの国富論により始まったとされるが、それ以降の系譜はサミュエルソンにより整理され「経済学の系統図」として経済学の標準的テキストになっている。権丈はこれにもとづき、社会保障に関わる経済学の系譜を示している。権丈によれば大きく分けて二つの流れがあり、一方の新古典派経済学といわれる経済学派は市場の動きに強い信頼を寄せる立場にあり、供給を中心に考えるもので、いわゆる右側の経済学（右派という意味か）と表現している。これは資本家、投資家、今でいえば経営サイドにたった考え方で、高所得者へ富が流れれば投資が増え、供給が増え、経済状態は上向くというもので、経済状態がよくなれば賃金も上がり、失業も減り、低所得層の生活もよくなるといういわゆるトリクルダウン理論である。しかしその現象は歴史上確認されてはいない。なぜなら高所得者の貯蓄がふえても低所得者に再配分されなければ消費は供給に追いつかず、供給過剰となり経済は悪くなるからである。

経済に活力を与えるためには中低所得層の購買力を高めることで社会全体の需要を増やす方が経済はよくなる、すなわち需要に重きをおくのが左側の経済学で（左派という意味か）ベラルという意味のようである）、これは新古典派経済学の矛盾（失業者の増加、貧富の差の拡大）を突き、個々の経済主体の合理的行動が全体の不調和を生むという合成の誤謬という考え方に立つ。この両者は交わることがないとしている³。

また「医療と経済学」という入門書的テキストによれば医療に関わる経済学は上記の新古典派経済学と再分配政策を考える制度派経済学に分類される⁴。制度派経済学は権丈のいう左側の経済学にあてはまるようだ。医師会は制度派の立場、需要を重視する左側の経済学、宇沢のいう「医療は社会的共通資本である」という立場をとるが、経済学全体では新古典派の経済学者が圧倒的に多いようだ。政府、政策に関与するエコノミストはほとんどが右側の経済学から学ぶらしい。このために医療も市場に任せるべきという主張がまかり通っている。この二つの経済学と医療のかかわりを考える際、財・サービスの捉え方をみるとわかりやすくなって来る。

経済学において財・サービスは私的財、価値財、公共財に大別される。

私的財は購入者の所得水準、嗜好に基づいて購入は自由に行われるが、料金を支払わない人（支払えない人）は排除される。これは需要供給の関係で成立し、市場での取引になじむものとされる。価値財は教育のように需要にまかせると過小供給になるため、一定の水準を保つため政府が介入して規制や割り当てを行うもの。公共財は警察のように政府が一律に全国に供給するものとされる⁴。

では医療はどこに位置するのかとなると、これは国によって違い、たとえばアメリカでは私的財の様相がつよく、効率性を重視した形になり、イギリスでは第二次世界大戦後、医療は国営化され市場機能を排しており、公平性を重視した公共財として取り扱われている。アメリカでは医療を市場に任せているために低所得者層は十分な医療を受けることができないと聞く。一方イギリスでは誰でも無料で医療を受けられるとのことで国営化された当初は国民に歓迎されたが、医療費は国の予算に大きく左右され、歳出を抑制することで医療水準が著しく落ちたとされている⁵。日本では価値財として扱われ、国民皆保険制度による保険料と、政治の介入である税と、あとは自己負担により、限定的市場機能の効率性と国の介入による公平性の確保がバランスをとって達成されている。

ではなぜ医療費抑制が経済政策の根幹をなすようになったのか。

バブルの崩壊後歳出が増え、赤字国債が累積していくとともに社会保障費の予算に占める割合が目立つようになってきたことから厚生省官僚による医療費亡国論が生まれ、「高齢者の増加による医療費増加が歳出増大の主因である」として政府、経済界は医療費増加を抑えることに躍起になっていった。さらに小泉内閣（2001年～2006年）の進める郵政民営化を主軸にした「聖域なき構造改革」の中で、医療を私的財としてとらえ、医療費削減のため規制撤廃を謳いながら市場原理主義に基づき医療に営利性を強く求め、民間保険の導入、混合診療の導入を計ろうとし、さらに診療報酬ダウンという形で医療を徹底的に痛めつけた。この構造改革は竹中平蔵を経済財政政策担当大臣として起用し推し進められた。彼の主張する市場原理主義をもとにすすめられたが、その政策の怪しさを指摘するものを抵抗勢力として打倒し、結局は抵抗勢力から奪い取った富を改革勢力で分配しただけと総括されている⁶。

彼は民主党政権による格差社会批判にさらされたが、安倍政権のもと、産業競争力会議の中心メンバーとして復活し、現在も未来投資会議のメンバーとなっている。改革を掲げながら自らも富を蓄積しているという、その行動、結果はあまりに露骨であり人間的にも学識者としても品格を疑う。宇沢によれば竹中の考えは「人生最大の目的は儲けることであり、そのために政府は企業活動をできる限り自由にして儲けのチャンスを多くするべきである」というものであり、これが小泉、竹中改革の基礎であると喝破している¹。

この市場原理主義はいつどこからやってきたのか。

東西冷戦時代のソビエト連邦による社会主義は崩壊したが、同時期世界を二分した資本主義もアメリカの内的矛盾が顕在化し、資本主義のもとで資本家階級のあくなき利潤追求により労働者階級の大多数が悲惨な生活を送らざるを得ないという社会正義に反する状況が存在するようになった。第二次世界大戦後ハイエク、ナイトらにより新自由主義という経済学が生まれたが、これは企業の自由が最大限保障されているときにはじめて人間の能力も最大限に発揮でき、そのためにすべての生産要素と資源を私有化し市場を通じて取引することで社会全体として望ましい状態が実現できるという経済学的思想である。それがミルトン・フリードマンをリーダーとする市場原理主義に姿をかえ、利益をあげるため儲けるためなら何をしてもいい、水爆を落とすのもいいという人間の正義を超えたところまですすんでいった。当時は新古典派経済学のリーダーとしてアメリカの経済学を牽引する立場にあった宇沢弘文は、この市場原理主義を批判し、社会的共通資本という考え方を

提唱するようになり日本に帰国したとある⁶。この数年NHKの特集番組でも資本主義の矛盾が取り上げられているが、その中で資本主義の源泉は人間の欲望であり、利益を追求するあまりに富裕層と貧困層の格差がひろがり、結果として国民の分断をまねいているとして市場原理主義を批判している⁷。

この市場原理主義が小泉、竹中らによって日本に広げられようとしたのである。彼らによって「聖域なき構造改革」、「医療も市場にまかせるべき」というアメリカが押しつけてきた私たちからみて許しがたい政策がとられるようになった。ここから「経済に医療をあわせる」という政策が露骨になってきたように思う。きっかけはアメリカの圧力だったかもしれないが、郵政、医療分野に進出を図ろうとするアメリカの意図を汲んだ政策だった。この構造改革と称する市場原理主義の展開で、需要創出を無視した緊縮財政政策がとられるようになり格差社会がひろがった。

これに対し日本医師会は市場原理主義に批判的な宇沢弘文の「医療は社会的共通資本であり、プロフェッショナルオートノミーにより守られるべきもの」という主張を全面に押しだし、「医療をまもるための経済学」、左側の経済学を主張する。宇沢の提唱する社会的共通資本とは、「一つの国ないし特定の地域に住むすべての人々が豊かな経済生活を営みすぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的に維持することを可能にするような社会的装置」を意味する。医療は社会的共通資本の根幹をなすものであり、決して官僚的に管理されるもの、市場的基準によって配分されるものであってはならない。また医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせるという視点に立つべきであり、医学医療の分野に経済学的合理主義を短絡的に導入してはいけないと宇沢は主張している⁸。さらに「医療はそこにかかわる職業的専門家が中心となり、医学に関する学問的知見にもとづき、職業的規律・倫理に反するものであってはならない⁹」と医療側の責任についても言及している。

まさに医療は連綿と受け継がれてきたプロフェッショナルオートノミーによって守られるべきものである。人々の自由を抑圧するような社会主義は必要としないが、格差を広げ、医療も市場にまかせるという市場原理主義も受け入れがたい。経済学は政策実現のための学問であるならば、私たちの主張する経済学が政策の根幹をなすように政府に働きかけるべきであり、これは医政と切り離して考えることはできない。

「社会的共通資本は市場原理主義では守れない」ことを肝に銘じるべきである。

II 各論～これからの医療と経済について～

(1) 医療の経済への貢献

1) 医師の力で、医療を経済貢献へ導く

諮問の「医療と経済」に対して「医療の経済への貢献」という問題を考えてみる時に、まず我が国の医療については 1961 年に制定された国民皆保険制度の元で行われており、世界でも有数の健康長寿の社会をつくり上げており素晴らしい医療環境であるといえる。日本医師会は国民と共に歩む医師会を目指し、社会保障としての医療のさらなる充実に貢献すべく、国民の健康と医療を守るという決意をもって、良質な医療を提供すべく邁進しており、我々医師会会員も患者に良い医療を提供し、人々の健康を守るために日々診療や健診に努力している。

次に経済とはどのようにして成り立っているのかを考える必要があるわけだが、世の中において人間の営みとして労働し、物を生産し、それを消費する、その過程において金銭的な流通が興り、そこに経済が派生するのであれば、医療は間違いなく経済に貢献していると言えると思う。なぜなら、働く人がいなくては経済は成り立たず、また働いて生産していくためには健康の維持が必要であり、そのためには健診や病気になった時の治療が必要だからである。

Wikipediaによると経済とは漢語で「世の中を治め、人民を救う」事を意味する経世済民の略語であるということだが、人々が生活するために安定的提供が絶対に必要であると考えられる社会的共通資本としての医療というものは社会生活の基盤となるものである。この二つを纏めてみると医療は経済に貢献していると結論付けられると考えられる。しかし、今回の諮問はこんな事が訊かれているのではないことは承知している。人々が幸福に生活し、ゆたかな経済を実現するために医療は貢献する。しかし医療を提供するうえで避けられない問題点は医療費という莫大な金銭的負担が派生するという事である。そこで、我々が行っている医療を国民経済へより貢献させるためにはどのように医療の方向性を持っていったらよいのか。我々は医療費をもっと効果的に使用する方法は無いのか。ピアーズ・レビューとして医療界の中からの意見を抽出し医師会として提言できないか。などという事も考えなければならない。

我が国の国民医療費は、現在 30 兆円の規模であり、その中でも高齢者に係る老人医療費は約 10 兆円で年々その割合が上昇している。国民医療費の増加は、国民所得の増加率を上回る伸びを示しており、特に老人医療費の伸びが著しくなっている。現在は国民医療費の対国民所得比は 7% 台であるが、2025 年には 12% を超え、現在の 1.7 倍もの規模となると予測されている。

「少子超高齢化の社会の到来で、日本の経済は大丈夫なのだろうか」という不安を持たれる方も多いかと思う。話は 30 年以上前に遡るが、1983 年に「医療費亡国論」という意見を厚生省保険局長が提出した。引用すると「このまま医療費が増え続ければ、国家がつぶれるという発想さえ出てきている。国民の医療・福祉の負担が増えると、国民の消費行動が抑制されて経済に影響が出る。病気の治療よりも予防に力を入れる方が医療費抑制に

効果的である」という内容であるが、その中の「医療費によって国家財政がつぶれる」というフレーズだけを小泉純一郎と竹中平蔵が利用し聖域なき構造改革と称して医療費抑制政策を実行し、市場原理主義を医療の世界に持ち込もうとした。一方で、医療費は社会に貢献するという理論もある。社会的共通資本という概念を日本に広めた経済学者である宇沢弘文先生の「人間の経済」という本の中にイギリスの経済学者ミードの考えが引用されている「医療に対する支出には非常に高い乗数効果がある。それと同時に、医療のような社会保障の原点に関わる分野では、単なる経済的な乗数効果だけではなく、貧しい人たちや苦しんでいる人たちを救済することで、社会を安定させる効果が大きい」と。

纏めにもならないが、我々の行っている医療は社会にも経済にも貢献していると信じている。しかし、経済についての知識も理解も乏しいただの開業医では医療と経済の話を論ずるには難点が多い。

社会保障としての医療と医療費という経済的問題を正しく導いて行くためには日本唯一の医師の職能集団である日本医師会の考えとその発言が今後ますます重要となってくる。

2) 経済については素人だが、いろいろと考えてみたこと

病院にかかる(病気になる)と言うことは、NEGATIVEなイベントである。時間がかかる、お金がかかる、改善が見込めるかどうかわからない、など不安な事ばかり考えてしまう。ただ、命を救われた 病気が良くなった改善した、と言うことについてどう値段をつけばいいのか。大病だと PRICELESS と感じるであろうし、軽い病気だとお金がかかりすぎると思う人もいる。患者側にとっても受け取り方は様々である。こういったことを考えると現在の医療制度(国民皆保険制度)はさまざまな問題があるにせよ長い歴史もあり絶妙なバランスであろうと考えられる。今後、医療がますます高度化し(新薬、新しい検査、新しい治療法など)高齢者人口が飛躍的に増加すれば、当然医療費は多くなり、今の皆保険制度はいずれ崩れていくのではないかと、悲観的に考えてしまう。高度経済成長の時期のように、何もかもが上向きになるような時代であれば、何も考えずに、日常の診療の仕事が続けられるかも知れないが、デフレだ、労働人口の減少だということになれば、医療のみならず国家の経済全体に暗雲が立ち込めるであろう。

以前勤務医をしていたころは、患者のこと(つまり自分の仕事のこと)だけ考えていればよかったのだが、自分で病院をやるとなるとスタッフの事や収入の事など、お金の問題はいつも付きまとう。普通に一般的な診療をして病院が成り立っていくには、内容もさることながらある程度の患者数がどうしても必要となる。患者数が減少しているのに同じだけ収入を得ようとすれば、濃厚診療のそしりを受けがちだ。そもそも、保険点数のあがりさがり自分のやり方や考え方を変えるのは、釈然としない。

さて医療費は国内GDPの約10%になるわけで、これだけの規模の産業は(ここであえて産業と呼ばせてもらう)他には類がない。さらに医療や介護に携わる就業人口は300万人ともいわれており、医療費が減少すれば、これが次第に縮小するのは明らかである。小泉自民党時代に、医療費が上がると国が滅びるなどという理論に振り回されたあげくに、今の医療制度があるわけで、国民皆保険の維持と経済の成長を、同時に実現できるような

施策が必要だと考える。他の先生が詳しく語られると思うが、思い切った財政出動を考える時期かもしれない。

私が危惧するのは、医師会側がこのような発言をすると、どうしても手前みそな意見としてとらえられるのではないかということだ。ここは我々医師会が国民の健康のためにいかに活動しているかを声を大にして広報すべきだろう。健診事業、予防接種、などなど多くの社会貢献を行っている。諸外国と比べても、我々の貢献をもっと誇っていいと思うがいかがなものか。

(2) 外国人医療

最近外国人を診療する機会が増えてきている印象がある。先日福岡市中央区医師会と官公立病院の連携座談会でも外国人の医療問題が議論された。この外国人医療の経済問題を3つの側面から論じてみたい。

一つ目は訪日外国人の問題である。訪日外国人旅行者数は、15年ほど前には500万人台であったが、10年前には800万人台に達し、2018年は3,100万人台と10年前の4倍近くに急増している。福岡市は市を挙げてインバウンドを推奨している。また2020年オリンピック・パラリンピックに伴い海外からの来訪者が増加することは必至である。ところが旅行者に医療が必要になった時の対策が十分に取られておらず、救急を受け入れている病院では医療費が払えないとのトラブルや帰国時への医療サポートシステムの不備などが指摘されている。また通訳の問題も病院に負担となっており、正確な通訳がなされず本人や家族とのトラブルが起きている例もある。医療費の未払いは特に大きな問題である。日本を訪れている外国人患者を受け入れた病院の約2割が、医療費の未払いを経験し、厚生労働省の調査で分かっただけでも総額は約9,300万円、1,000万円を超える病院もあったという。未払い金は、外国人が日本を出国してしまうと徴収は困難となり、未払い金を病院側が負担せざるを得ないなど病院の経営を圧迫しかねない問題である。医療費未払いの背景には医療情報の説明不足も指摘されており、言語の違いによるコミュニケーション不足解消に向けて「医療コーディネーターの養成」や「医療通訳の認定制度」の構築、入国前の旅行保険加入の推進などの対策が急がれる。

二つ目は在留外国人の問題である。福岡県内に住民登録をしている外国人は78,000人を超え人口の1.5%に達している。さらに労働力不足を解消するために海外に労働力を求める方針となり2019年から在留資格「特定技能」が創設され、外国人労働者の受け入れ拡大は必至である。就労や留学などの在留資格を有し、一定要件を満たす外国人とその家族にも健康保険への加入は認められおり雇用側の責任として労働者を保険加入させることは必須である。

しかし、医療を受けることを目的として入国した者に対しては、国民健康保険の適用がなされないこととされているにもかかわらず、昨今、入国目的を就労や留学などと偽り、不正に在留資格を取得し、国民健康保険に加入した上で医療を受け、治癒後に出国する外国人が見受けられるとも聞く。また他人の保険証を借りて、本人になりすまして受診する、本当は扶養関係にないのに扶養家族として、保険を利用するといった不正も問題となっている。こうした不正なケースに対する保険給付は、決して許されるものではない。

これに対し2018年福岡県議会から以下のような意見書が提出されている。

「(前略) よって、国におかれては、国民皆保険体制を保持するためにも、負担の公平性を保ち、日本人も外国人も安心して医療を受けられる制度となるよう、次の事項について適切に対策を講じるよう強く求める。

- 1 制度の不適正な利用について、実態の把握を行うこと
- 2 試行的に運用されている在留外国人の国民健康保険適用の不適正事案に関する通知制度について、運用状況を踏まえた上で確実に制度化すること

3 国民健康保険のみならず、国民皆保険体制が脅かされないよう、全ての医療保険制度において不適正事案への対策を講じること

企業が運営する健康保険組合などは加入者本人だけでなく扶養家族にも保険が適用され、現行制度は日本に生活の拠点がなくても給付を受けられていた。がんや狭心症などの高額な治療は祖国にいる家族を呼び寄せて日本の健康保険で治療を受けさせる。家族が訪日した時に受診し 6 カ月分や一年分の処方を求めるなど日本の健康保険を使わなければ損といった態度を私もしばしば目にし、釈然としない思いを抱いた。母国の家族の医療費を日本の健康保険で賄う仕組みは医療費の膨張につながると懸念され、改正健康保険法などが 2019 年 5 月に成立し、健康保険から給付を受けられる扶養家族を原則として日本国内の居住者に限るとされたのは歓迎すべきことと思われる。

三つ目は医療ツーリズムの問題である。日本は世界中から見ても、医療のレベルが高く高度な治療を受けることができる国の一つである。医療を産業の一つととらえ、治療行為だけではなく人間ドックや健康診断などを新興国の富裕層やより低価格の医療を求めるアメリカなどからの医療ツーリストに提供する。また来日した外国人患者、その同伴者や見舞い客が長期滞在し観光することによる、インバウンド対策の成長市場と日本経済全体への効果が見込まれているという。しかしそれらの需要を取り込むためには、海外への情報発信や医療ビザの整備、言葉の壁の問題など様々な課題がある。また官公立病院などでは働き方改革などもあり通常業務以上の余裕はないとも言われ、営利目的の民間企業が今後取り組んでいく可能性が高いと推察する。

これまで日本の医療制度はグローバル化に対応しきれていなかったと言わざるを得ない。社会保障費が財政を圧迫していると言われる今、外国人医療問題に対しても新たな体制作りが必要と思われる。福岡県はアジアの玄関口として留学生も旅行者も大変多い地域である。国内の先駆けとして我々が実際感じている外国人の経済問題を発信して行くことは重要と考える。

(3) ICTとAI

1) ICT

ICTとはInformation and Communication Technologyの略であり、いまやICTは社会活動のすべてに用いられている。医療においても、電子化することで情報を高速で大量に送ったり、長期間保存することが可能となっており、後述するAIの進歩に大きく貢献している。近年、医療機関や施設で保有するEHR (Electronic Health Record)を集約した広範囲のネットワークを作り複数の機関、地域で共有することで効率的で最適な医療、介護を提供する試みがなされている。また、個人の生涯を通じた医療情報を時系列的に収集管理するPHR (Personal Health Record)を使用することで個人にあった医療サービスを提供することが期待されている。

2) AI

①AIとは人工知能 (Artificial Intelligence)は60年くらい前から研究が始まり、現在は機械学習・ディープラーニングが注目される3次ブームを迎えている。初期のAIは全てを人間が指示する必要があったが、第3次ブームのAIは実世界のデータからコンピューターが自ら学習する機械学習・ディープラーニングにより、大きく変革を遂げようとしている。大量のデータから学習に用いるデータをコンピューター自らがデザインして学習するのがディープラーニングであり、これにより人間の手を介さずに大量のデータからの機械学習が可能となり、様々の分野で大きな発展をとげている。

②医療におけるAIの経済的影響

現在、AIは多くの分野において用いられており、今後さらに増えていくものと考えられている。これは医療においても例外ではない。医療においてAIに求められているのは人間には不可能なビッグデータを解析することによって新たな知見を見つけることと人間の業務を補助、支援、場合によっては代行することによる省力化と考えられる。

(i) 創薬

AIに膨大な論文や特許等の情報を読み込ませ、新たな洞察を引き出して創薬のヒントを得ることで莫大な費用を要する創薬を効率的に行い経費を削減することができる。

(ii) ゲノム解析

AIによる患者の遺伝子情報の解析は治療法の選択の一助となる。腫瘍細胞の全ゲノムシーケンスによって得られる腫瘍細胞の無数といえる変異情報からAIはどれがdriver mutation (癌化に関与する変異)で、対応する薬剤は何かということ網羅的に解釈することができ、医療の効率化と治療効果の向上が期待できる。

(iii) 疾病の発症及び重症化の予測

AIによる血液検査のビッグデータ解析と実際の疾患発生から将来起こりうる疾

病の危険性の予測がなされており、良好な予測成績が報告されている。これがすすめば血液検査から疾病のハイリスクグループを抽出して予防的なサポートを行うことで疾病の発症を予防することが期待される。

また、患者のバイタルデータの解析から状態急変の予兆を予測する試みがなされ、このAIが活用されれば迅速かつ予防的な対応が可能になる。特に、進化したIoTデバイスから送った患者情報をAIがリアルタイムで解析して状態の急変を予測することができれば在宅等の遠隔医療を安全にかつ安価に行うことが可能になる。

(iv) 画像診断

医療分野におけるAI導入が一番開発が進行している分野である。画像情報の電子化で集積が容易になったので、診断を大量に正確に行え、人件費の削減が期待できると考えられる。現在は支援であるが、AIによる診断の精度は人間の医師をしのぐレベルになりつつあるものもあり、将来的には代行される可能性が高い。

(v) その他の業務の代行

音声認識と音声合成は多くの業種において人間の業務を代行できるようになる可能性があり、医療や看護、介護等においても大きな省力化が期待できると考えられる。

③課題と問題点

AIの活用には診断治療の意思決定、誰が使用するか、責任分担、意図せぬ結果が提示された時の取り扱い、医療者を介さない利用の是非、個人情報保護等、解決すべき法的、倫理的、社会的課題が多く残されている。

現在、医療用AIの開発にはアメリカと中国の企業が他社に先行しているが、大量のデータの翻訳、解釈のデファクトスタンダードを握った企業が情報を集積させ、市場を占有すると思われる。今後、AIがさらに進化すると医療の専門家が介在しなくても情報工学の専門家のみでデータの翻訳、解釈が可能となり、IT企業が医療を席捲する可能性がある。特に電子化された医療情報には国境はないので米中の企業が日本の医療を占有してしまう懸念もあると思われる。わが国でもAIによる医療に対する技術的な開発のみならず医療分野での法整備など国による医療分野でのAI開発加速への支援がはかられており、AI医療を産業として発展させ、国の経済に貢献することが期待されている。

(4) 高額薬剤

我が国の医療費は、2017年度42.2兆円であり、そのうち薬剤費が占める割合は約30%、9兆円と高水準となっている。その要因の一つが超高額な新薬であり、薬剤費の約50%を超えているとされている。高額医薬品の名が、世の中で注目されるようになったのが2014年に発売されたがん治療薬「オプジーボ」である。発売当初は、1人あたり年間3,500万円になる薬価が設定され、それは米国の2.5倍の価格であったこともあり問題視され議論となった。

また、2015年発売の「ハーボニー」は、多くのC型肝炎患者に朗報をもたらしたが1錠8万円と高価格であったこと、2019年2月一部の白血病患者などへの新しい治療薬「キムリア」が医療保険の適用となり、その薬価は3,349万円で、保険対象薬としては過去最高額となったことも話題となった。さらに2020年以降は1億円を超えると予想される脊髄性筋萎縮症への治療薬「ゾルゲンスマ」が発売、保険適応される見込みとの報道がなされている。

医療の進歩に伴い、薬剤の効果が高い一方、高額となるため、必要とする患者には恩恵が多いものの医療費の膨張を促し、医療保険財政を揺るがしかねない問題となっている。患者さんが、高額薬剤を使用するにあたり、自己負担額も膨大となるが、わが国では、高額薬剤を使用しても、実際の患者負担は月8万円程度で済む。なぜなら、国民全員が加入する公的保険（国民皆保険）があることと高額療養費制度があるためであり、その結果、実際にかかる薬剤費と患者負担の差額は、国民全体で負担した医療保険料と税金で賄われることになる。「キムリア」の場合は、投与は1回で済み、当面の想定患者数も年間216人と少ないため、保険財政への影響は限定的とする向きもあるが、高額薬剤の費用がかさみ、国全体の医療費の半分以上も占めるようなことになれば、極端な保険料引き上げや増税を迫られるか、保険料や税を負担できる範囲で医療給付を抑制する方向でいくつかの治療行為や医薬品は、国民皆保険の対象外とするというようなことになりかねない。

医療保険で高額な治療薬剤を補うのは限界に近く、国民皆保険制度を維持できないという危惧もあり、今後、特定の患者に劇的な効果を発揮する抗癌剤等の高額医薬品の薬価をどう考えるかということが問題となる。日本では薬の値段は、製薬会社が開示する原価データを基に国が公定価格として決定される。そこで高額薬剤である再生医療等製品や抗体製剤、生物学的製剤等の新規医薬品が、科学的な検証を経て、臨床現場に提供され、癌や難病の多くの患者さんが恩恵に浴することができるようになったことは、素晴らしいことではあるが、薬価や医療材料等の価格設定については、原価計算方式のように開発企業や製薬会社の開発費用を申し出通りに認めるのではなく、費用対効果や、適用患者の拡大及び医療財政を考慮して総合的に決定すべきである。特に海外企業の製剤については、海外での価格を参考に、先入観を持って価額を決定するのではなく、我が国においては公的皆保険の下で、適応患者に広く使用されうることを考慮して抑制された薬価等を決定すべきである。それゆえに、高額薬剤価格の抑制策として、①費用対効果の導入、②薬価制度自体の改革、③最適使用推進ガイドラインの設定、④高額な抗がん剤のバイアル

製剤の廃棄額が 738 億円という現状の改革が挙げられる。

費用対効果については、2019 年 4 月から行われ、効果の割に新薬の価格が高いと判断されれば、薬価を下げる仕組みが導入された。実際「オプシーボ」の薬価が段階的に 4 分の 1 に下がっており、一応の効果が期待される。

今後、青天井に伸びると危惧される薬剤費の抑制には、むしろ個別化医療の研究を国として加速化させ、効果が見込まれる「患者の選別」を積極的に進めていくべきであるし、国民の意識改革を促す努力も必要になるだろう。患者や家族も安易に「新薬を使いたい」と求めているか、医師も安易に使っていないかの検証も求められる。

そう考えると、医療者、製薬業界、そして政府全体で、高額薬剤の使用と医療保険制度のあり方について、痛みも含めて十分な説明を尽くし、国民的な議論を喚起していくべき時期ではないか。高額薬剤の議論は最終的に人間の命のあり方、国民負担に直結するだけに、この機会を生かし国民を巻き込んだ議論を期待したい。

(5) MMT理論

MMT理論とは「Modern Monetary Theory」の略で「現代貨幣理論」と訳される。MMTは、もともと1990年代に一部の経済学者が主張していた。主唱者の一人、ニューヨーク州立大学のステファニー・ケルトン教授が、大統領選出馬を表明したバーニー・サンダース上院議員の政策顧問を務めていたことや、アメリカ最年少国会議員であるオカシオ・コルテス氏がその理論を引用したことで、格差是正や積極財政を求める左派の理論的支柱として、にわかに注目を集めている。その主旨は¹⁰

1. 日本や米国のように「通貨主権」を有する政府は、自国通貨建てで支出する能力に制約はなく、デフォルトを強いられるリスクもない。財政赤字や国債残高を気にするのは無意味である。
2. 政府にとって、税金は財源ではなく、国債は資金調達手段ではない。政府が先に通貨を支出しない限り、民間部門は税金を納めることも、国債を購入することも理論的に不可能である。税金は所得、国債は金利にはたらきかけ、経済を適正水準に調整するための政策手段である。
3. 政府は「最後の雇い手」として、希望する人々全員に、一定以上の賃金水準就業する機会を約束することができる。この「就業保証プログラム (job guarantee program)」は「完全雇用と物価安定」という公共目的に資する、強力な経済安定装置である。

MMTの主張を一言で言えば自国通貨建てで政府が借金して財源を調達しても、インフレにならないかぎり、財政赤字は問題ではないという主張だ。つまりMMTは財政赤字の拡大を容認する。政府は財政赤字を気にせず財政出動（国債発行）すべきだとMMTは主張する。その根拠は、通貨発行権を持つ国がいくら自国通貨建てで国債を発行しても債務不履行（デフォルト）には陥らないことによる¹¹。ただし、MMTは自国通貨建ての国債発行を制限する要因としてインフレに陥っていない国であることを条件としている。

今の日本経済はデフレである。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ある。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ある。実際、現在の日本の実質賃金は下落の一途であり、20年前の実質賃金と同等である。つまり、現在の就業者の初任給は20年前と何ら変わらないということである。ならば、「このデフレを脱却するにはどうすればよいのか」答は需要を生み出すしかない。「需要を生み出すにはどうすればよいのか」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る。リーマンショック後、企業の多くは投資をせずに内部留保に奔走している。「それでは誰が投資をすべきなのか」答は政府である。

「国（政府）の借金が1,000兆円もあるのに、これ以上借金を増やせば将来日本は破綻する」という声が聞こえてきそうだが、この国の借金、正式には政府の借金 (government debt) は全く心配する必要のない借金であることをご存知だろうか。政府はさまざまな予算に対して税収で予算をカバーできなかった場合、特例国債（赤字国債）を発行する。そしてこの国債を市中銀行が購入し政府は資金を調達する。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デフレ脱却政策として3年間でインフレ率を2%上昇させるとコミットメントし、約3年間で250兆円を超える国債を市中銀行から買取る量的金融緩和を開始した。こうして日銀は市中銀行にお金を発行して（正確には市中銀行が日銀に保有する日銀当座預金残高を増額して）お金の量（マネタリーベース）を増やしたが、民間に需要を喚起できなかった。その結果、インフレ率は2%どころか、まったく上昇せず、5%から8%への消費増税のデフレ圧力もあり、インフレ率は0%であった。そして日本では今もデフレが続いている。

政府は日銀の株式の60%以上を保有しており日銀は政府の子会社である。親会社と子会社は決算時には連結決算で貸し借りは相殺される。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る。日銀が250兆円の国債を買取ったということは250兆円もの政府の借金（国債債務残高）が返済されたことを意味する。このことは日本のメディアでは全く報道されていない。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るが、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る。つまり政府と日銀と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である。もっと話を深掘りすれば、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る。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ことを意味する。今は、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、実現されなかった財政出動が必要な時である。例えば1兆円の財政出動（国債発行）があれば5倍の5兆円のGDP（国内総生産）が増える。そしてそれは1.5兆円の税収増につながっていく。

MMT主張者はデフレ脱却のために日本で行われた「異次元の金融緩和」と呼ばれたこの量的金融緩和をもってしてもデフレ脱却できなかったことがMMTが正しかった証拠であると主張している。そしてMMTの主張は、今の日本に求められていることは、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発動することであり、このことこそが日本国民が豊かになって幸福生活を享受するために必要な施策だと説いている。

最後にステファニー・ケルトン教授の言葉を引用して私の章を終えたい。

「貨幣の発行者である政府が財政収支の辻褄を合わせる事を目標にすることは無意味、あるいは害をもたらすものであり、適切な政府支出・財政赤字の水準は税収ではなくインフレ率や社会のリソース（供給能力）などの経済状態を材料にして決めるべき、つまり財政の均衡ではなく経済の均衡を目標にして決めるべきである。」

(6) 医療・介護の財源選択

1) 社会保障費と租税財源

国家財政の収入と支出の不均衡は過去十数年、拡大の一途である。その多くは社会保障分野での不均衡から生じている。最大の原因は少子高齢化に伴い社会保障の収入がほぼ横ばいであるのに、給付費は増え続けており、その差額を公費負担、主として「税金+国債」で補完する政策的構造となっているからである。これは「ワニの口」と言われ、その口は高齢化が進むに連れ確実に拡大傾向にあり、政府や地方の財政を強く圧迫している。こうした国の負債が年々増加し、社会保障制度の抜本的改革が遅れ、制度そのものが破綻しつつある現状に国民の多くが自覚し、不安を感じ、景気低迷感を増幅している要因の一つとなっている。つまり、財政政策を先送りできないタイムリミットがついに来たのである。

2) 消費税

マスコミは消費税に対する国民の嫌悪感を助長するかの様に異論を推奨し、政権批判を繰り返し、ポピュリズムによる力を誇示してきた。しかし、2015年、消費税10%への増税に与野党が合意。国民も若い世代を中心に消費税へのアレルギーは少なくなっている。

世界経済のグローバリゼーションによる弊害、即ち、富の偏向、貧富の格差拡大に対し、富の再分配を望むとすれば、消費税増税はそれにかなう。消費税率が上がるほど、社会保障制度などの生活給付が充実し、貧富の差が少なくなっていくことや、逆進性ではあるが納税額を比較すると高額所得者層の方がより高い税金を払う結果となる。すでに先進諸外国でそれらのことは実証されている。消費税は万民から公平に確実に徴収できる。決して逃れることができない税である。しかも、国家にとって毎年、安定した高額な税収入となる。

EU加盟国では現在、間接税（消費税）を最低でも15%以上負担することが各国に義務付けられている。「日本は西側先進諸国（USAは除外）の中でも国民負担率が他国より低い。」という現実を日本国民は自覚しなければならない。

3) 所得税

「金持ちからもっと税金を取れ。」と左翼政治家は言う。ところが、先進国の中でも日本の高額所得者（年収1,000万以上）の所得税負担率は世界でもトップクラスである。

しかも、その人数が少なく、年間所得額も低いので増税しても期待するほどの税収は全く得られない。逆に、中所得者層以下の課税は国際的には低い。ただし、その層は他国に匹敵する社会保険税を支払っていて、全体の層に渡って負担は重く受け止められている。

4) 法人税

法人税率は他国と比較して低くない。国際競争力低下、国内生産の空洞化の観点から、限度もあるし、年により税収の波があり、安定的な財源とは言い難い。

5) 保険料

国民健康保険は自営業、社会保険から退職国保となった高齢者や非正規雇用者、ニート、無職などの人々が多く、国保が大きな赤字を抱える原因となっている。すべての保険を統一合併できれば良いが、まだ先の長い話となろう。保険料率は毎年、わずかながら増加してきているが、全く事足りない。本格的な見直しについて現状では賛同は得られまい。

6) MMT (Modern Monetary Theory) 消費税不要論への反論

日本は今や発展途上国を終えた成熟国家であり、少子高齢、人口減少社会である。確かに産業も空洞化し、金利が低いのに国内需要も低いままである。しかし、物価は安定し、完全雇用率は高くなり、インバウンドを含め企業収益は伸びている。(所得格差はグローバル化の影響が大きい。) 日本の現状をケルトン女史が評価するが、別にMMTを意識して実践している訳ではない。本来、MMTは日本以外、すでに議論されていない。中央銀行の独立性を否定し、政府と日銀の国債の債務と債権を統合すれば政府の債務は相殺されるという詭弁である。「帳簿上、異なるバランスシートを数理的に抽出すれば数字のトリックが生まれる」それを信じるMMT信奉者はプライマリーバランスを無視する。「自国通貨建てで国債を発行している限り、債務不履行はあり得ない」と強調するが、それは当たり前の話である。問題は社会保障給付費が国の予算の33.6%を占めており、保険税収入だけでは足りずに毎年、国債の全額に近い32.5兆円で補っていて、国民皆保険制度そのものが破綻しつつ財政的に継続困難である。

OECDは「税負担が大きいほど貧困格差はなくなり、そのため再配分を考慮した間接税が有効である。貧困格差を放置すると経済成長を大幅に抑制する」と報告している。

景気対策として、異常な低金利下でさらに国債発行額を過度にすれば民間投資を阻害するcrowding outをおこす。金利が上昇すれば日銀の国債買入れが困難となり、国債の世界的信用は低下する。半島情勢、天災、世界的景気低迷などのリスクが生じれば、国民は紙幣が紙切れになる前に銀行に取り付く。預金も保険金も多く、基金も1,000兆円の赤字国債で消えている。政府資産もすぐに現金化できる物は少ない。政府紙幣を発行するようなことにでもなれば円は信用を失くし金融危機へ連動してゆく危険性が十分ある。

リーマン・ショック直後に大型の財政出動は有効であった。世界恐慌の時も高橋是清は成功している。しかし、財政赤字の主因が社会保障支出の増大である日本の現状で複数世代を考えた場合、積み残した1,000兆円を超える赤字国債や国債の利払い(国家予算の23.5%)はさらに拡大し、次世代へ過大な負の資産となる。

経済は生き物である。天変地異や社会秩序、生活環境の人為的变化、金融市場の心理的变化、等、さらに時間軸との組み合わせにより千変万化する。経済学者のご推察通りに成らなかったことの方が多い。「風が吹けば、桶屋が儲かる」とは限らない。

人はつらい時に易き道を夢想するものである。幕末の動乱期、関西を中心に「えーじゃないか！ えーじゃないか！」と集団で踊る続ける一部の庶民達がいた。しかし、多くの日本国民は勤勉で誠実、忍耐強く、きつい上り坂を一步ずつ歩いて来たのではあるまいか。消費税の増税を受け入れ、国民一人一人が税負担を感じながら自らの力で社会保障制度を維持し、正面から借金を減らす様に努力をすることが正道である。

(7) 社会保障費と財源

日本国形成の基盤は国民であることは紛れもない事実で健康に過ごせるための医療は欠かせない。そして日本ではフリーアクセスで必要な医療は必要な形で受けられる医療制度であることが前提になる。近年、少子高齢化特に団塊の世代が後期高齢者に移行するいわゆる 2025 年問題での医療費高騰問題は喫緊の課題となるが、国は地域医療構想と地域包括ケアシステム構築を造り上げて対応を急いでいる。2017 年度概算医療費は 42.2 兆円で前年比約 0.9 兆円の増加となり過去最大となった。うち 75 歳未満が 0.23 兆円、75 歳以上が 0.68 兆円であった。国の基本的な予算規模を示す一般会計総額は、2018 年度 97 兆 7,128 億円で医療費の 42.2 兆円という額は、国の予算の 4 割を超えているということになる。要因は「高齢者医療需要の増加」と「医療の高度化」と考えられている。高齢化すると医療を必要とする人が多くなりまた経年の医療技術進歩により高度化することは当然である。この医療費の増加を抑制するためには我々医療機関も含め国民も医療の過剰使用を改めること、また今後 AI の適切な活用や国の推進するジェネリック薬品の使用促進が必要である。一方、経済的対策として①国際的に低水準である保険料率をあげる、②非正規労働者数の低減や外国人労働者の受け入れ等労働人口増加による保険料増収、③消費税額をあげる等が考えられる。特に 75 歳以上の後期高齢者医療費は今後 2040 年までは更に増加するためこのような対応が必要と考える。また、健康寿命 10 年延伸には地域での健康づくりを中心とした「地域包括ケアシステムの構築」による医療費削減やポリファーマシー是正による内服薬適正化なども必要である。

一方、少子高齢化、つまり現役世代の減少が主になる一般会計税収の伸び悩みと増加する一般会計歳出の差は、平成に入り拡大して「ワニの口が開く」かたちとなっている。財政法第 4 条は、「国の歳出は、公債又は借入金以外の歳入を以て、国の歳出はその財源としなければならない」と定めている。つまり経常経費に充当する公債の発行は、財政法上禁止されている。ところが、1965 年度の補正予算において、経常経費の赤字を埋めるための赤字国債が発行され、さらに、日本が財政の危機に陥った 1975 年以来、赤字国債の発行が常態化した。つまり国のプライマリーバランスはマイナスで 2018 年度は約 10.4 兆円の赤字となっている。このような状況下で社会保障充実が可能であろうか？国はこのことをもって増税したい狙いもあるようである。2019 年 9 月 20 日政府は少子高齢化に合わせた「全世代型社会保障」のあり方検討会を開催した。2025 年問題で医療・年金・介護などの社会保障費給付費の増加が加速して 2018 年度約 121 兆円 (GDP 比 21.5%) であったが 2025 年度には約 141 兆円 (同 21.8%) となる予想で、財政圧迫の最大要因となる。そこで消費税の増額となった。所得税や法人税の増税でも税収は増えるが、所得差の拡大もあり現役世代に集中した負担をかけるため、高齢者を含めた国民全体で広く負担する消費税がふさわしいとされ 10 月 1 日をもって 8% から 10% になった。これにより約 5.6 兆円の税収が見込まれ、うち約 1 兆円が社会保障費に使われる予定である。今後、社会保障費財源としての消費税率は欧州並みに 15~20% が必要かもしれない。「高福祉・高負担」あるいは「低福祉・低負担」等のような社会を目指すのかは国民の選択に任せなければならない。今後も日本は世界の中でも少子高齢化社会を突っ走る最先端の国

である。したがって社会保障費と財政に関して適切な模範を示さなければならないと感じている。

(8) 診療報酬と消費税の関係

消費税は 1989 年に始まった税である。当初は 3%であったが、1997 年に 5%に引き上げられ、2014 年に 8%へ、2019 年に 10%に引き上げられた。

消費税は原則としてすべての取引に税がかかる方式を取っている。しかし、例外があり、保険診療報酬、介護報酬、学校の授業料、火葬費、個人への賃貸住宅などは非課税となっている（表 1）。学校の授業料、火葬費、賃貸住宅などは非課税であるが、価格は自由のため消費税額相当を値上げする方法も可能である。一方、保険診療報酬、介護報酬は公定価格であるため、消費税額相当を各医療機関で値上げする事は出来ない。そのために、診療報酬を消費税額相当だけ引き上げることで対応してきた。3%の時代には、あまり目立つ額ではなかったため、大きな議論になることはなかったように記憶している。時代が経て、5%、8%となる際に、診療報酬に消費税額相当額が本当に上乗せされているのかという議論が起きるようになった。この 30 年ほどで、診療報酬の体系も大きく変化し、個別の報酬から包括の報酬へ変化するものも多く、上乗せが不透明になってきたからである。現在は例えば、「初診料」288 点のうち 18 点、「急性期一般入院料 1」1,650 点のうち 84 点が消費税対応分などになっている（表 2）。

非課税である医療を原則課税にする「税転換」については表 3 の問題があると言われており、今まで課税にすることができなかった。

しかしながら、診療報酬の体系が大きく変化し、現状の上乗せ方法ではだれも理解できなくなるのは時間の問題である。どこかで現状の方式を変更しないといけないと考える。現在、議論されている改正案としては、①課税転換のうえ、軽減税率を導入する、②病院については課税、診療所については非課税とする、③10%超部分のみ課税とする、といったものである。

そこで、ここでは 3 つの案を提案したい。

第一案：上記の①の「課税転換の上、軽減税率を導入する」。将来的には医療費も消費税課税とする。そのため、この 30 年にわたって診療報酬に上乗せされていたと言われていた上乗せ部分は廃止とする。各項目の減額については、日医と税担当者、厚労省の十分な協議を行い、期限を切って決定する。その後、医療については消費税率 0%とする。医療機関は支払った消費税分の還付を受ける方式とする。

第二案：医療機関の保険診療に関するすべての仕入れを非課税とする。すなわち、薬剤費、医療材料費、医療機器などは最終消費税負担者をメーカーとする。

第三案：2014 年消費税増税時に増額部分は社会保障財源とするとされた。そのため、医療介護総合確保基金が創設され、その額は 2014 年度予算では 904 億円であった（2014 年消費税増税額は約 6 兆円のため、基金はその 1.5%にすぎない）。2019 年に消費税は 8%から 10%に増税されたため、この基金の大幅な増額を行い、その増額部分を消費税の損税対策として医療機関、介護施設に補填する。

このように、保険診療に関する消費税を現行の制度（医療機関が最終消費税負担者）から大きく変えていかなと、医療機関の存続も危ぶまれ、だれも理解できない制度になって

しまうことを危惧する。

表 1 消費税非課税項目

社会政策的配慮から非課税としているもの
<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療保険各法等の医療 ・ 介護保険法の規定に基づく居宅サービス、施設サービス ・ 社会福祉法の規定する社会福祉事業および社会福祉事業に類する事業 ・ 助産 ・ 埋葬料、火葬料 ・ 身体障がい者用物品の譲渡、貸付 ・ 一定の学校の授業料、入学金、施設設備費、学籍証明書等手数料 ・ 教科用図書譲渡 ・ 住宅の貸付
税の性格から非課税としているもの
<ul style="list-style-type: none"> ・ 土地の譲渡、貸付 ・ 有価証券、支払い手段の譲渡 ・ 貸付金等の利子、保険料等 ・ 郵便切手類、印紙、物品切手等の譲渡 ・ 行政手数料、外国為替取引

表 2 2019 年の消費税増税による点数の変化

主な項目	令和元年 9 月 までの点数	令和元年 10 月 からの点数	内消費税 対応分
初診料	282	288	18
再診料	72	73	4
外来診療料	73	74	4
急性期一般入院料 1	1,591	1,650	84
急性期一般入院料 2	1,561	1,619	83

表 3 診療報酬等を消費税課税にする際の問題点

負担増により国民の理解が得られない
保険料の上昇により社会（企業・保険者等）の理解が得られない
過去の上乗せ分「引きはがし」の議論
所得税の概算経費率（四段階制）への影響
消費税の免税事業者、簡易業者への影響
事業税非課税措置の存続に否定的な議論が及ぶ可能性

(9) 国民の理解を得られるためには一医療界、医師会に何が求められているか

経済という概念に対して我々医師ははっきりと説明できる方は少ないと思われる。経済学とは、「人々の生活がどのようにして今のような状態になったのか、それに影響を及ぼすいろいろな過程を明らかにする学問であり、また、どうすればこうした過程そのものに影響を及ぼすことができるかを見出すことによって、なれることや行えることに制約のある人々の将来の見通しをもっと明るいものにしようとする学問である」(パーサ・ダスグプタ：一冊でわかる経済学)とある。では医療経済学とは何か?「社会に生きて働く人々の心身の健康を保持、改善するための医療サービスがその目的に沿って適切かつ効果的に提供され、結果として人々が幸福になることを目指した学問」とある。このことは、直接的な医学技術やサービスの提供を通じてではなく、サービス提供の環境整備、価値創造、方法論の検討・分析を通じて、社会における医療の在り方を提言することが目的である。

2017年度に医療機関に支払われた医療費の速報値「概算医療費」は42兆2千億円となり過去最高を記録した。

病院、診療所などの医療界には医師、看護師をはじめ薬剤師、放射線技師、理学療法士、検査技師、医療事務など様々な職種の人々が働いている。その数は300万人以上と言われている。問題点としては、医療には好景気や不況などなく環境に経営を左右されることは少ないが、人口の急激な高齢化や抗癌剤などの医薬品の高額化、治療検査機器の高性能化による高額化などにより医療費の伸びは非常に大きくその反面、診療報酬の伸びは鈍くなっており医療従事者における人件費は年々減少していることだ。医療界にとって人件費を含む必要経費の確保は重要課題であり避けて通れない問題である。この問題を解決するには医師会が先頭に立って政府に積極的に働きかけ適正な診療報酬を強く要求していく必要がある。

マスコミなどのジャーナリズムは、医師会は圧力団体だといつも言っている。一般国民はこのような医療界の問題をよく認識していないため、ジャーナリストの言葉を鵜呑みにしてしまっている。このことに関しても医師会を中心にして広く国民に今、医療界のこの現状を丁寧に説明する必要があると思われる。医療の根本にあるのは国民の信頼である。国民の多くが身近で最も重要だと考えていることは、自身の健康である。その国民の健康を守るために我々医療界に携わるものと医師会がしっかりとその責務を果たしていかなければならない。医師会はその医療界を支えるとともに、国民の理解を得る努力が必要になる。

まず、国民の医療を守るための国民皆保険制度を堅持すること、医療界を支えるために国に対してはっきりとした要望を行い実現させること、医療界の現状をきちんと国民に理解できるように説明すること、この3点が重要ではないかと思われる。

医療界にとっても国民に対しての対応を丁寧に行う必要があると思う。治療効果の乏しい高薬価の薬剤の使用、不必要な頻回の検査など厳に慎むべきである。要は医療の無駄を省くことに努力する必要がある。最近ではポリファーマシーなどの講演会が盛んに行われている。医療経済を考える上でこのようなことも非常に重要である。

国民の健康を守る医療には莫大なコストがかかりその財源も限りあるものである。国民

に理解を得て頂くためには、無駄のない適切な医療を受けて頂くことを医師会が啓蒙していくことが大切であり、医療経済を安定的に運営するためにも重要だと思われる。

2018年における国民の平均寿命は、男性 81.25 歳、女性 87.32 歳となった。過去最高である。このような長寿社会に突入すれば高齢化による医療費の伸びはどんどん増化していくことになる。超高齢化社会、人口減少社会に向けた医療費の適正化を図るため日本健康会議が立ちあげられ、徐々に地域にも広がっている。医師会としては①地域の実情に応じた医療提供体制を整える地域からのボトムアップ、②地域でのかかりつけ医を中心とした切れ目のない医療、介護を提供する、③消費増税による社会保障の充実を踏まえた政策を掲げている。国に対しても①地域医療構想の実現による適切な医療提供体制、②医師の健康に配慮した働き方改革の推進、③医師の偏在対策への取り組みを要望している。このようなことをふまえて高齢化社会に対する医療費の伸びを適正化することが考えられている。

このようなことがうまく進めば、国民も納得し理解が得られるものと思われる。

現行の千円札の肖像画は野口英世先生である。2024年には紙幣が一新され、新しい千円札の肖像画は初代日本医師会会長の北里柴三郎先生となることが決まっている。2代続けて医師が肖像となったことは国民にとってまた社会にとっても医療、医師が欠かせないということの裏付けであり、我々医師も国民、社会への十分な責任を果たすことが重要であると思われる。

おわりに

「医療と経済」についてというどこからどう切り込めばいいのか分からない大きなテーマの諮問をいただいたが、私自身経済学について本格的に学んだことはなく、はじめて取り組む未知の領域に近いものであった。さらに選ばれた委員には医師とは思えないような経済通の方々も多くおられ、その中での副委員長の仕事は精神的にも負担の大きいものであった。しかし社会的共通資本という医療政策のキーワードからこれが宇沢弘文先生の提唱する比較的新しい理念であることを知り、彼自身や彼に関する著書に触れ、救いを得た気分であった。そこから経済学派の流れを知り、経済学は歴史の浅い学問であること、絶対的正解を得ることは困難であることも知った。また現代のグローバル経済を席卷する新自由主義、市場原理主義は世界的に格差社会や国民分断を生み、多くの人々が現状に不満、反発を抱き、資本主義そのもののあり方を問われるようになってきていることも知った。

今回の答申では日本における資本主義経済のなかでの医療と経済の関わりをまとめることになったが、委員長の提示された論点にそって各委員が各論をまとめるという体裁をとっている。全体を俯瞰できる委員長および担当の県医師会理事の知識、見識に敬服したが、諮問に応える委員のまとめた各論も秀逸である。社会保障費と財源の問題、消費税問題、財政赤字、赤字国債、プライマリーバランスの収束さらにはMMT理論などに関しては議論百出といってもいいような決着はつかない状態であったが、医療は新自由主義の市場経済にはなじまないということ、財政主導の医療政策から国民皆保険制度を守るために医師会は動かなければならないという共通認識はもてたように思う。

私たち経済学の素人集団が大上段に構えても説得力にかけられるかもしれないが、医療の専門家団体としては医療を守るために声を発し続けるべきであろう。

¹ 人間の経済 宇沢弘文 新潮新書 2017

² 医療介護の一体改革と財政 再分配政策の政治経済学VI 慶應義塾大学出版会

³ ちょっと気になる政策思想：権丈善一 勁草書房 2018

⁴ 医療の経済学「第3版」河口洋行 日本評論社 2009

⁵ 医療制度改革の国際比較 田中滋、二木立 勁草書房 2007

⁶ 市場と権力 佐々木実 講談社 2013

⁷ 欲望の資本主義 丸山俊一「NHK欲望の資本主義政策班」、東洋経済社 2017

⁸ 経済学は人びとを幸福にできるか 宇沢弘文 東洋経済新報社 2013

⁹ 社会的共通資本 宇沢弘文 岩波新書 2000

¹⁰ L. Randall Wray 著、鈴木正徳訳；MMT 現代貨幣理論入門, 2019

¹¹ 財務省ホームページ：外国格付け会社宛意見書要旨

委員会講師一覧

○第2回（平成31年1月30日）

医療と経済について ／委員・産業医科大学公衆衛生学教室教授 松田晋哉

○第3回（平成31年3月27日）

日本医師会総合政策研究機構のご紹介・経済国家財政の現状社会保障支出医療費

／委員・福岡県医師会常任理事

日本医師会総合政策研究機構研究部長補佐 原 祐一

○第4回（令和元年5月15日）

金融機関から見た医療業界について

／福岡銀行法人金融サービス部副部長 樺島義明

福岡銀行法人金融サービス部部長代理 中尾剛治

○第5回（令和元年7月17日）

地方自治体財政と社会保障費／大川市長 倉重良一

○第6回（令和元年9月18日）

国会議員から見た医療と経済について

／衆議院議員 古賀 篤