

The Journal of Tokyo Medical Association

TMA

医師と東京都医師会を結ぶ会報誌

12

2025 VOL.78
No.10

特別対談

医療を経済する

菅原琢磨
法政大学経済学部教授

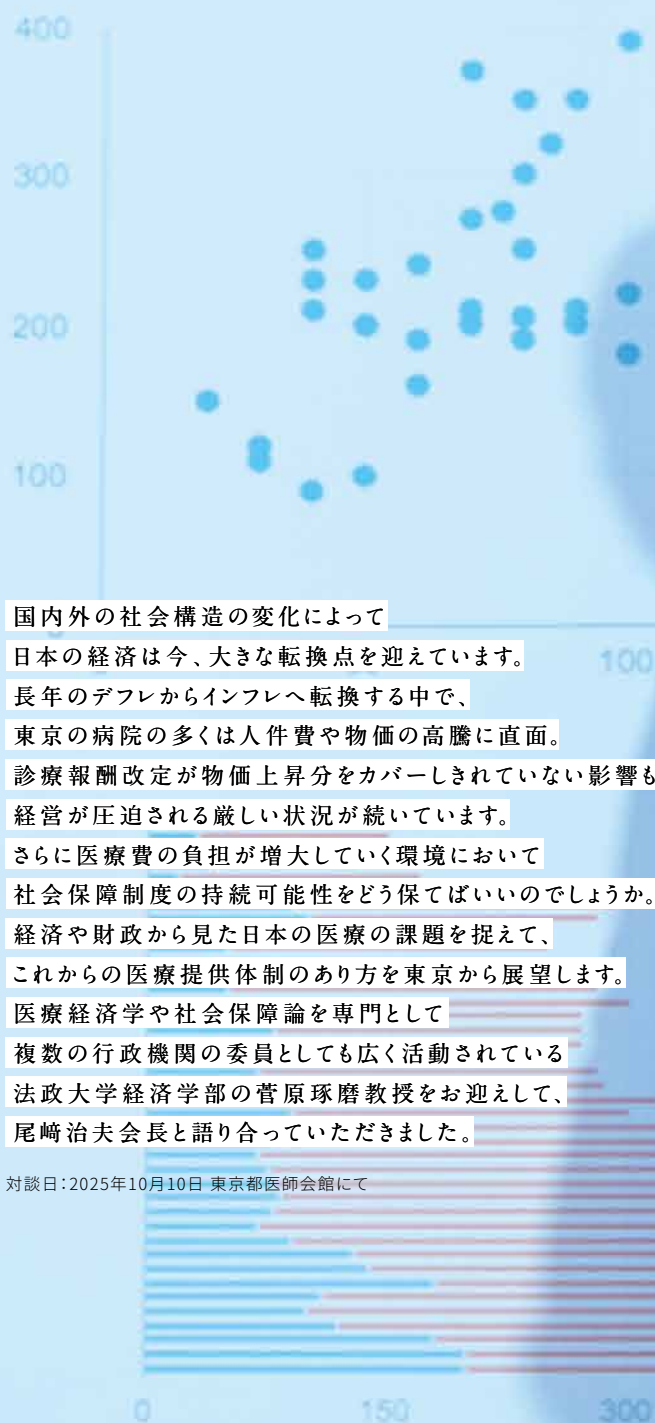
尾崎治夫
東京都医師会会長



医療を 経済する

法政大学経済学部 教授

菅原 琢磨



国内外の社会構造の変化によって
日本の経済は今、大きな転換点を迎えています。
長年のデフレからインフレへ転換する中で、
東京の病院の多くは人件費や物価の高騰に直面。
診療報酬改定が物価上昇分をカバーしきれていない影響もあり
経営が圧迫される厳しい状況が続いています。
さらに医療費の負担が増大していく環境において
社会保障制度の持続可能性をどう保てばいいのでしょうか。
経済や財政から見た日本の医療の課題を捉えて、
これからの医療提供体制のあり方を東京から展望します。
医療経済学や社会保障論を専門として
複数の行政機関の委員としても広く活動されている
法政大学経済学部の菅原琢磨教授をお迎えして、
尾崎治夫会長と語り合っていました。

対談日：2025年10月10日 東京都医師会館にて

東京都医師会 会長

尾崎 治夫



01 世界19か国を見て回った実感として 「やはり日本の医療制度は素晴らしい」

尾崎 菅原教授は2023年から2年間の海外留学で、欧米諸国の医療制度の実態を見てこられました。帰国されて、各国と比べた日本の医療の現状についてどう感じられましたか。

菅原 率直に、日本の医療制度は素晴らしいと感じました。各国の医療制度は、歴史的な経緯や政治的な背景や国民性などに深く根付いています。当然それぞれ差があるのに、どの国も直面している医療問題は共通点が非常に多いです。例えば、医師偏在など医療資源確保の問題は、イギリスでもフランスでもドイツでも同じように解決に苦心しています。日本の資料で見たような内容が各国の資料にも羅列されているほどで、究極的な課題は一緒にアプローチの重心点が似てきています。

我が国の医療問題が深刻なのは間違いありません。しかしグローバルな視野で見れば、日本の医療は先行きが不安だと自己否定的でネガティブな見方のみをする必要は全くないと、個人的には断言できます。私は北欧に行ってからアメリカに渡りました。世界の医療制度が右から左までであるとして、日本をどこに位置づけるか。それを展望するのが今回の海外留学における研究

テーマの1つだったのですが、日本は右と左のほぼ真ん中で、制度を細部までうまく機能させていると思いました。もちろん、改善すべき点も各国に学ぶべきこともたくさんあります。

尾崎 日本は各国と比較して、国民負担率は低い水準に留まっているかと思えます。そうした医療費負担などを含めて、医療経済学の観点からより詳しく捉えていくと何が見えてきますか。

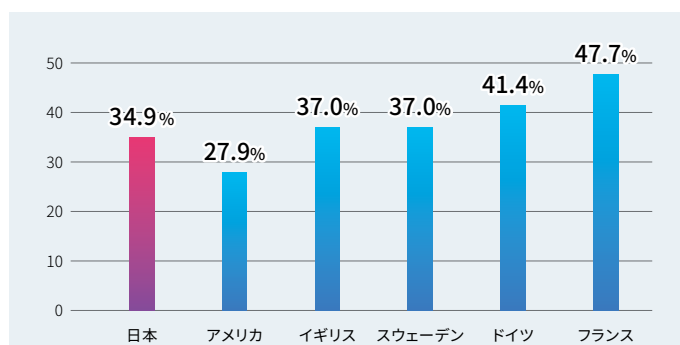
菅原 限られた医療資源の適正化から考えてみます。一般論として医療資源の配分手法の考え方は大きく、①コスト負担、②専門家のトリアージ、③待ち時間の3つに分けられます。アメリカは民間保険主体ですが①を上げることで受診をある程度コントロールしていると言えます。かかりつけ医などのゲートキーパーを通さないと高度医療にアクセスできないよう②を強化している国もあります。数百万人規模の受診待機者がいて重篤な場合でない年単位で待たされることもあるイギリスは、③によって無料の医療体制を保っています。私が2年間で19か国を見てわかったのは、各国は①②③を上手に組み合わせているということです。

尾崎 これを日本に当てはめると、どうな

るのでしょうか。

菅原 ①は自己負担1割から3割で比較的安全である、②は機能分化を図って強化する動きがある、③はイギリス等に比べれば調整できている、というのが私の見立てです。ちなみに、この3つが機能しなくなると、公的保障の外にある民間保険の需要が高まります。イギリスではあまりにも待ち時間が長く、待てなくなった人や迅速にいい医療にかかりたい人がその日のうちに一通りの診療を受けられる民間病院に向かって人気を博し、そこに人材や資本が流れて公的な病院の医療機能が損なわれる事態が起こり始めています。このような民間保険のあり方を含めて、日本は良いバランスを取りながら医療体制を維持していると思います。高齢化の進展具合、医療へのアクセシビリティ、提供している医療サービスの質から考えても日本の医療水準は非常に高いと言えます。

尾崎 国民皆保険制度を基盤とした日本の医療は、今その持続可能性が問われています。2023年度の国民医療費は48兆円を超えて過去最高を更新しました。医療費の増大は、多様な病気を抱える高齢者の増加、先進機器やロボットなど医療の進歩、



対GDP比の
国民負担率の国際比較(2022年)

日本の対GDP比の国民負担率はドイツやフランスなどと比べて低い水準ですが、医療資源配分の3つの考え方をバランスよく組み合わせることで、世界的にも水準の高い医療制度を実現しています。

※日本は年度、それ以外は年。※財務省の公表資料より。



高額な医薬品の増加などが要因です。そんな中で、これまで通り誰に対しても分け隔てなく手厚く医療を提供していくのであれば、そこにコストがかかってくるのは当然の話だと思います。

菅原 そうですね、医療費増大のマクロ要因は大きく3つに区分できます。1つ目は医療の技術進歩。特に日本のように、基本的に有効性と安全性が確保されていれば保険に適用して幅広くアクセシビリティを保証する国においては、よりよい医療技術が新しく出てきた分だけ医療費が増えます。2つ目は高齢化の進行。1人当たりの医療費を見ると、現役世代に比べて75歳以上の高齢者はおよそ4倍から5倍になります。もちろん疾病構造の変化も含まれます。これらは尾崎会長がおっしゃった通りです。そして3つ目は、国民所得が増えると医療需要

とそれを賄う費用も増えること。経済的に豊かになればより高度で良質な医療を求めるからです。

1つ目と2つ目に関しては自然な現象ですから、ある意味仕方がありません。問題は、30年にわたって続いた日本経済の低迷、異常なデフレ状況下で、3つ目の要因が今まで顕在化してこなかったこと。その30年間を厚生労働省の診療報酬改定作業でやり過ごしてきました。ただインフレ傾向が定まれば、従来の診療報酬の枠組みの決め方では早晩、医薬品供給も医療機関も大変なことになることは前から自明でした。しかし残念ながら、それに関する危機感や問題意識は日本になかったと思います。ですから、合理的に考えると非常にシンプルなことが今起こっているだけなのです。

金融危機やパンデミックの時期を除き、

多くの欧州各国は経済成長していましたから、GDPやインフレの伸びに対して医療費全体をアジャストする仕組みや一定の配慮が、日本よりはできていました。それができなかった日本は、今後インフレの手当を医療費にどう反映していくか、きちんと制度として考えないといけないと思います。

尾崎 今のままでは財源がもたないと主張する人もいれば、必要な医療を増やすために財源を確保すべきと説く人もいます。医師側にも皆保険制度を守らねばという声はあります。学者の方、政治家、医療者でそれぞれ意見がありますが、国や財務省は議論を深めずいきなり医療費の抑制を掲げます。そして無駄を省くことができないかと我々医療者に迫るのは、言う相手が違うと私は思います。「誰もが比較的安価にどの医療機関も待ち時間が少なくなること



02 資源の配分を最適化して、 全世代が負担し合って支えていく医療へ

ができて、内容も濃い医療を日本では提供してきました。しかし、医療費が増大していく今後も同じように続けていいのでしょうか、無駄はないでしょうか」と、国は国民に問うべきです。医療費を抑えることが正しいのか、それを国民が望んでいるのか、医療を受ける側がどう考えているかが一番大事だからです。そこがはっきりしないと、これからの医療の方向性は定まりません。

菅原教授のように海外に出ると日本の医療の素晴らしさを感じられると思いますが、ずっと日本にいる多くの人にはなかなか実感できません。水道の蛇口をひねれば安全な水が出るのと一緒で、保険証を持って行けばリーズナブルに何でも診てくれるのが当たり前で、その医療費の仕組みまでは関心が向かない。そうしたことを学校教育で子どもたちに伝えることが重要だと思います。

尾崎 先ほど菅原教授がおっしゃったように、欧州諸国のインフレ時の対策が日本はできていません。にもかかわらず今年4月の消費者物価指数は前年比3.5%上昇しています。来年は2年に一度の診療報酬改定がありますが、これまではベースアップ調剤等の使途が限定されたもので取り繕われてきました。現実として東京都の病院は約8割、診療所は約4割5分が赤字です。私のクリニックも今年で35周年ですが、最初の2年間を除いて昨年初めて赤字になりました。それまでの蓄えがあればいいのですが、若い先生は相当厳しい。このままでは潰れる医療施設が増えて医療インフラが失われます。2025年問題に向けて進めてきた地域包括ケアネットワークにも影響が出かねません。当座は財務省が何を言っても今回の診療報酬で対応してもらい

たいと強く思います。

それとは別に、我々医療者側も身を切ることについて議論をするべきでしょう。例えば低価値治療や無価値医療の医療費は一考しなくてははいけません。風邪薬と湿布薬は一度保険適用外として反応を見てもいいと私は思います。湿布を求める患者はまだ多く、湿布薬の年間医療費は約1,300億円ともいわれます。保険から外せば代わりに治療に1億円かかる病気の人が1,300人受けられるようになる。そうした保険診療の成り立ちや仕組みも含めて国民にきちんと説明すれば理解が進み、みんな納得した上で「医療費は命に関わるような病気の人に回してあげよう、湿布は自分で買おう」という意識を持ってくれるようになる。医師も国民も一緒になって、世界で最も素晴らしい医療を支える世の中にしていかな

ければならないと考えています。

今後、医療や介護の担い手は減っていく中で、状況はその時々で変わっていきます。先行きが見えないからこそ、1人ひとりが考える時代になったのだと思います。

菅原 財源をどう考えて今後の医療財政を整えていくかは重要です。今“適正化”という言葉は“抑制”の意味で使われることが多いですね。アカデミアの立場からは、支出をオプティマイズ＝最適化するのがいいのではないかと考えます。例えば、本当に必要な抗がん剤も湿布も一律に3割負担というのは、資源配分としては最適化されていません。そのことを改めてみんなで考えて、尾崎会長がおっしゃるように保険適用から外す選択肢も生まれるべきだろうと。費用対効果などの技術的な問題は横に置くとしても、支出の質を上げることが意識するのは大事だと思います。低価値・無価値医療については医師会の先生をはじめ、医療の専門家で議論することが重要で、本当の意味でのプロフェッショナルイズムは尊重されるべきです。あまり安易に専門外の人間が口を出すことは慎むべきでしょう。

日本は初診から手厚い医療が当たり前になりすぎて、国際水準からすると異常なほど恵まれています。そして失われた30年の間、欧米諸国での最低限の生活コストが高騰しすぎて日本人はほとんど海外に行かなくなり、相対的な国の立ち位置も、置かれている状況も全くわからなくなってしまいました。これは円安による社会的なコストだと私は思っています。ノルウェーの首都オスロに1年間いても、ロサンゼルスやビバリーヒルズを連休中に歩いても、日本人を1人も見ませんでした。世界と日本の

違いについて実感しづらくなったのは国民だけでなく政策担当者や政治家も同じです。外に出れば日本は本当に高く評価されていて、日本を知りたい学びたい人も無数にいます。しかし、そこに日本人がいないのです。

尾崎 そのようなお話を聞くと、経済学的にはビジネスチャンスのように思いますがどうなのでしょう。

菅原 おっしゃる通りです。ノルウェーにたい焼き器を持って行って焼いたら行列ができました。日本風のレストランはたくさんあるのに日本人自身がやっているのは見当たりません。膨大な国益を損ない続けていて、非常にもったいない。やはり人をつくる教育が大事だと感じます。特に国際的視野で日本を引っ張るリーダーを育てる教育が必要でしょう。小さい頃から進学教室に通って、いい大学に入るための勉強をしたエリートが世界で通用しなくなっています。グローバルで見ると、日本の教育は価値がなくなりつつあるように思います。

尾崎 無価値医療ならぬ無価値教育と言えるかもしれませんね。さて、医療財政をどう整えていくかに話を戻して、支出の最適化という“出口”についてはお話しいただきました。それに対して“入り口”についてはどのようにお考えでしょうか。

菅原 1つは所得に応じて保険料を徴収する、もう1つは資産を考慮して徴収する、そして最後は消費に連動させた税金で徴収する、概ねこの3つに整理できます。そしてこれからは幅広い世代で公平に負担しないと財源がもたないことは、人口構造の変化などを鑑みると明白です。6歳未満、18歳未満、65歳以上、75歳以上などの年齢制限は日本特有のものです。欧米の制度が

全ていいわけではありませんが、比較で言えば日本ほど年齢で区切って制度の根幹をつくっている国はありません。社会がこれだけ変わったのに昔ながらの制度設計にこだわり続けるのは趨勢的にも合いません。全世代が能力に応じて負担し合い、それを透明化する、それしかないと思います。自己負担を上げると受診抑制がおこって健康にどれほど影響が出るのかとよく言われますが、これまでの学術的エビデンスでは、一部の低所得層などを除き、影響は限定的ですね。

尾崎 必要で医療機関にかかっている高齢者は、自己負担が1割から3割になってもかかると思います。そのために高額療養費制度は存続させて負担をある程度カバーしなければなりません。命に関わる病気ではない人は、すぐ医療機関にかかるのではなく、まずはセルフケア・セルフメディケーションを徹底して、限られた医療資源を適正に利用できるような流れをつくる必要があります。

そういうことを国民に向かって本当に丁寧に説明しながら、思い切って実行できる政府を期待しています。今後は特定の世代だけではなく、全世代に呼びかけて巻き込んでいくことが大切です。東京都医師会としても政策提言などを積極的に行っていくと考えています。

菅原 それは東京都医師会だからこそできることだと思います。

尾崎 医療者側にも診療報酬だけ下がらなければいいというような旧態依然の考え方がまだ残っています。患者だけでなくそうした医師の意識も変えていくことは、医師会が前に立ってやらなければならないと思います。



03 多様な医療課題解決のロールモデルを 東京から生み出し、日本全国へ発信していく

尾崎 菅原教授にTMA近未来医療会議の第1クール座長をお願いしたのが2年前になります。我々が財政や社会保障について耳学問で学んで医師同士で議論しても、実際にどういう仕組みでどう動いているかなどわからない部分はあります。そういうときに、行政機関の委員として広く活動されている医療経済学の専門家として菅原教授にお話をお聞きますと、漠然と考えていたことをいつもの確に整理してくださって、ポイントがクリアになりました。そのほかの有識者の方々にもさまざまなお話をいただき、今後の東京の医療を考える上で見通しが開けましたね。

菅原 他の会議などではそこまで踏み込んだ発言を控えることもありますが、尾崎会長をはじめとした先生方の懐の深さのおかげで、より踏み込んだ議論をすることもでき、私としても本当にいい経験になりました。

私は医師会を含めて基本的に全チャンネルオープンです。厚生労働省とも財務省とも、健康保険組合連合会（健保連）とも全国健康保険協会（協会けんぽ）ともお話をしています。そこでは自身の良心とアカデミアとしての客観性に従ってどの方とも接していますが、ただ自分の中であるべき医療の姿や方向性はあります。TMA近未来医療会議で尾崎会長や理事の先生方とお話をする中で、方向性として共感できる部分が非常に多くあり、今もこうしてお付き合いをさせていただいていますね。日本医師会からも今後、理事の政策研究会にお呼びいただいたのでお話しさせていただこうと思っています。

尾崎 楽しみにしております。

菅原 ありがとうございます。

日本は八百万の神の国ですから、一神教の国とは違って1人ひとりの大切な考えがあります。医療を預かる医師会にも、財政を預かる人たちにも、それぞれ守らなければならない正義があります。その間に挟まって意見を集約するのは難しいですが、少子高齢化、人口減少が進み、我が国の政策意思決定にかけられる時間があまり残されていない中で、少しでもスムーズに議論が進むようさまざまな政策の調整に貢献できればと思います。

尾崎 協会けんぽが話に出ましたが、今後は予防医療の一環として医師会が企業に出ていって、タバコ対策などで協会けんぽと連携して取り組みを進めていきます。

セルフケア・セルメディケーションの取り組みでは、大手の保険組合と意見交換を

重ねて今後さまざまな活動と一緒に進めることになりました。中央社会保険医療協議会では立場の違う者同士が、新しい局面では手を取り合い、コラボレーションの形ができつつあります。

菅原 すり合わせには時間がかかると思いますが、手を組める分野はまだまだあるでしょう。今後はこれまでにないそうした動きが大事になってきますね。

尾崎 医師会も保険組合も健康を守りたいという意味では一緒です。医療問題をなんとかしたいという思いが同じであれば連携できますよね。

今、医療の何が課題なのかは47都道府県ごとに変わってきます。それを日本医師会が全てまとめようとしても難しいわけです。今後は保健医療行政を都道府県独自



で運営できるようにして、医師会もそこと連携を取り、課題解決に必要なものをまとめて国にぶつけて予算をもらう形に変えていかなければならないと思います。日本医師会が全部の意見だけ聞いて平均化したものを出したところで、どこにもありがたくありません。

菅原 おっしゃる通りですね。東京は医療人材が豊富で、行政との接点や情報面から見ても他の道府県に比べて非常に恵まれていますよね。また、他の道府県からすると東京は大都市のイメージがあると思います。しかし地勢的に言えば島しょ部も山間部もあり、意外に多様な医療のあり方が内包されていて、一種のロールモデルをつくり出す土壌としては日本の中で最高のポジションです。

高齢化の問題は都心にも市町村にもあり、社会的貧困の問題もあり、多様な外国人もいるなど、各々の行政課題に対する1つのロールモデルをつくる余力が東京にはあると思います。他の道府県に対して東京ならではのパワーで貢献していく姿勢を示すことも、リーダーとして必要ではないでしょうか。大都市というステレオタイプにとられず、東京が擁している多様性を生かして医療課題解決のロールモデルを数多く用意し、国にぶつけながら全国展開していく、そんな取り組みを東京都医師会や尾崎会長に期待したいですね。

尾崎 ありがとうございます。超高齢化社会におけるロールモデルができれば今後世界からも注目されるように思います。

菅原 世界は日本を超高齢社会のフロン

トランナーとして見えています。とにかく日本のことを知りたがっていて、最後には何か解決策を出す、底知れないポテンシャルがある国だと認識されているのです。いいモデルを医療から発信していけば、それは必ず世界の中で輝くメイドインジャパンの1つになります。

また、人口減少や高齢化を必要以上にネガティブに捉えないことが大事だと思います。私が行ったノルウェーは、日本と同じような広さの国土と、日本の約25分の1ほどの人口でありながら、世界で最もハッピーな国に選ばれたこともあります。そこで豊かに生きている人の姿を見て感じたのは、人が少ないからこそ1人ひとりを大事にする発想が社会に根付いていくということです。そうすると1人ひとりの生き方に寄り添うオプティマイズされた制度設計になっていく。年を取ってからでも教育や資格取得を国がサポートするような国の方向性は、これから我が国も目指すべきあり方ではないかと考えました。高齢化や人口減少を社会変革の1つの契機としてどう捉えていくか、そして人の幸せの感じ方をどう演出していくか、そういうことが大事なのだと思います。

尾崎 この東京からできること、考えられることはまだまだ可能性に満ちていますね。そんな希望を具体的な力に変えて、東京から日本に広げていけるよう東京都医師会は取り組んでいきたいと思っています。本当にさまざまな示唆に富んだお話をいただいて、一層意欲が湧いてまいりました。本日は医療と経済について議論を深めるお時間をいただき、ありがとうございました。

