

医療改革の方向について



キヤノングローバル戦略研究所
研究主幹・経済学博士
松山 幸弘 (まつやま ゆきひろ)

1. 医療で日本を再生する視点

社会保障制度の2本柱は医療(本稿では介護も含む)と年金である。両者の決定的違いは、医療には経済成長のエンジンになる可能性があるが年金にはない点である。その意味で平成23年度経済財政白書が「産業としての社会保障」と題して、医療・福祉産業と経済成長の関係を分析していることが注目される。

同白書は、日、米、英、独、仏、スウェーデンの6カ国を比較した上で「労働投入量の拡大に偏った付加価値の増加が我が国医療・福祉産業の特徴」と、医療・福祉分野で働く人々の生産性上昇率が低い

ことが問題と指摘。その上で、「我が国の医療・福祉産業の雇用誘発効果は、他の先進国に比べて産業平均からかい離が大きくないことも分かる。(→本来なら産業平均よりもっと大きいはず…筆者注)国内の他産業に比べれば、医療・福祉産業の雇用誘発効果は高いものの、まだ伸びる余地があるかもしれない。例えば、医療・福祉産業において、イノベーション等を通じて生産性を高めることで持続的な成長を実現できれば、これまで以上に成長と雇用拡大を両立させることが可能かもしれない。」(経済白書から抜粋)と分析している。つまり、イノベーションしだいでわが国でも医療を経済成長の牽引車にできると言っているのである。

このような視点から政府が医療イノベーション会議を設置、具体策の検討を開始している。しかし、その議論はゲノム関連等の基礎研究や医薬品・医療機器の開発といった新技術にテーマが偏っており疑問である。なぜなら、経済成長に結びつく医療イノベーションの分野には医療提供体制と新技術の2つがある。前者の方が経済全体に与える効果が後者より遥かに大きく、かつ諸外国に先駆けて新技術を実用化するという後者の成功は変革し続ける医療提供体制という前者にかかっているからである。換言すれば、最先端技術により新薬や医療ロボットを創ったとしてもその一つひとつは医療全体の一部分にすぎないのに対して、医療提

供体制のイノベーションは医療全体の付加価値増加に直結するのである。

わが国では医療費増加による負担増が強調されるあまり、医療制度全体の抜本的改革がなされることなく10年以上も同じ議論が続いている。医療IT投資や医療評価情報集積も先進諸国の中で一番遅れている。これは、わが国の医療提供体制と医療財源制度の両方が加速する医療技術の進歩と不適合を起していることを看過しているからである。医療技術進歩に適合した制度とは、医療技術進歩の恩恵をいち早く国民に届け、それによる医療費増加を負担しながら活力に転換できる仕組みである。これを財政再建と両立する形で実現することはわが国でも可能である。その具体的内容は、本誌121号(平成23年7月1日発行)で書評を頂いた拙著「医療改革と経済成長」(株)日本医療企画発行)に記した。出版後、医療界の様々な立場の方々と意見交換させて頂いた。そこで、本稿では頂戴したご意見ご批判を踏まえて拙著の補足説明を行うこととした。

2. メガ非営利医療 事業体を創る

WHO(世界保健機関)の健康達成度総

合評価で日本は世界一の評価を得ている。そのため、医療提供体制でもわが国が世界一であり、海外から学ぶ点がないように論じられることが多い。しかし、わが国には世界中から医師や患者が集まる医療事業体が一つも存在しない。世界標準の医療マネジメント追求を掲げてそれを実現している医療経営者もいない。「医療産業集積」を自称する地域もあるが、海外には全く知られていない。それは税金で研究施設を乱立させただけで、世界標準の臨床研究・教育の仕組みを欠いているからである。医療産業集積は、世界中から医師や患者が集まる医療提供体制ができていく地域に企業や研究機関が来る結果誕生するのであり、研究施設があるのではない。医療産業政策の目標は、何よりもまず地域住民が世界標準の医療が自分たちに提供されていることを実感できる仕組み創りでなければならぬのである。

先進諸国の医療機関が医療提供の基礎にしている医学は世界共通である。したがって、医療財源制度に違いがあるとしても、医療技術進歩に合わせて効率的に医療提供を行う仕組みには共通点の方が多いはずである。そして、いずれの国でも患者が必要とする医療サービスを急性期から外来、リハビリ、在宅、介護に至

るまで継ぎ目なく提供することが政策目標になっている。図表①がその概念図であり、そのために登場したのが統合ヘルスケアネットワーク(略称IHN)と呼ばれる医療事業体である。

医療が経済成長の最大のエンジンになっている米国には、2011年現在576のIHNが存在する。その大半は地域住民がガバナンスを担う非営利であり、事業規模が数千億円を超えるメガ非営利IHNも多数ある。医療財源と医療提供が共に「公」中心であるオーストラリア、カナダ、英国でも一千万円前後のIHNが政策的に創られている。これらの諸外国のIHNの共通点は垂直統合である。垂直統合とは、一つの地域医療圏内で様々な異なる機能を有する医療施設群を経営統合し意思決定を一元化したビジネスモデルである。

技術進歩と共に人々の医療ニーズ並びに個々の医療行為の費用対効果が常に変化しているため、医療提供体制も絶えず変革する必要がある。1980年頃、入院医療費が医療費全体に占める割合は、米国、カナダ、日本共に約40%であった。それが現在ではいずれの国でも約30%に低下している。これは、急性期ケア入院日数の短縮、日帰り手術や外来抗がん剤治療の普及など技術進歩により患者が病

院の外にシフトしたからである。そのため、単独立地病院に固執する経営では成長が難しくなった。そこで、地域住民が必要とする医療サービスをフルに品揃えし、それらを継ぎ目なく提供することで患者を囲い込むビジネスモデル→IHN化が進んでいるのである。

IHNの長所は、人口100万人前後の医療圏単位でミスマッチを極小化できること、政策による財源シフトの影響を中和できることの2点に集約できる。どの国でも慢性期から急性期へ、入院から在宅へ、あるいはその逆と技術進歩とともに財源配分のシフトが行われている。特定の医療サービスに特化している医療事業体は、これにより収益が大きく変動する。個々の医療施設がバラバラに政策変更に対応すれば、当該医療圏内における医療ニーズと経営資源配分のミスマッチが拡大する。しかし、個々の医療施設をダウンサイジングして経営資源配分を一元管理するIHNになっていけば、ミスマッチ発生を防ぎ、医療費総額が増えている限り増収増益が可能である。

このIHNの長所は日本でも有効である。実は、わが国の方が欧米諸国より先に垂直統合した医療事業体を創造した。JA長野厚生連や聖隷福祉事業団がその代表例である。両事業体は、国・公立

図表① IHN(統合ヘルスケアネットワーク)の概念図



病院以上に政策医療を実践していながら、診療報酬が最低と言われた2009年度においても黒字経営を堅持できている。

しかしわが国の医療提供体制全体を見ると、医療施設の多くが単独立地でありIHN化ができていない。その最大の元凶は、国・公立病院、国立大学医学部附属病院がバラバラに経営され、逆に税金に依存した過剰設備投資競争をしていることにある。わが国にも国立病院機構や日赤病院グループのようなメガ非営利医療事業体が存在する。しかし、いずれも異なる医療圏で単独施設経営を行う病院が水平統合したものにすぎず、事業体としての求心力がない。臨床研究・教育のフィールドとして世界標準を追求する組織カルチャーを醸成することもできてない。

IHNの経営ノウハウを学ぶには、拙著に解説したとおり、米国バージニア州ノーフォークに本部を置くIHNセントラヘルケアの経営戦略を研究することがベストである。セントラヘルケアは、全米のIHNの中で経営力評価ランキングで第1位であり、他のIHNと比べものにならないほど詳細に経営活動の情報開示をしてくれるからである。筆者は、2002年に初めて視察して以来毎年セントラヘルケアを訪れ、その経営手法が進化するプロセスを見てきた。本年11月にもわが国のブランド医療事業体経営者や県医師会の先生方をお連れし、セントラヘルケアア首脳陣と意見交換する予定である。今回の主要テーマの一つは在宅ケアである。わが国の医療関係者は、「米国の医療事業体は高度先進医療に注力」という印象を持っている人が多い。しかし、IHNの最近の投資行動を見ると経営資源配分が急性期よりも在宅ケア、外来に大きくシフトしている。セントラヘルケアも、地域住民がインターネット上で自宅から診療録閲覧、主治医への健康相談、投薬管理、受診予約などができる体制を構築した。在宅高齢者に食事配送サービスまで行っている。

これは、わが国の厚生労働省が医療改革の目玉にしている地域包括ケアが目指すものと同じである。日米の違いは、IHNでは一つの医療事業体がサービス提供を一元管理しているのに対して、日本の地域包括ケアは経済的利害関係がしばしば対立する医療事業体間の連携に依存している点にある。IHNの場合、地域の独立開業医との関係はオープン方式に基づく施設利用契約締結時に調整済みであり、経済的利害対立が発生する余地はほとんどない。しかし、わが国の地域包括ケアの弱点を解決する方法はある。それは、広域医療圏単位で国・公立病院を経営統合してIHN構築のインフラとした上で、そこに開業医が自らの選択で参加できる仕組みを創ることである。地域包括ケアが成功するためには、オープン方式のメガ非営利医療事業体の存在が極めて重要なのである。

3. 公的医療保険を 一階建てに

人は誰でも自分や家族が重い病気になればその時点の医療技術で最高の治療を受けたいと思う。一方、この医療技術の進歩が加速し医療費増加の最大要因になっている。そのため、いずれの国でも医療費増加率が名目GDP成長率を上回り財政を圧迫している。

加えて、医療技術の進歩が患者に対して治療方法の選択肢を提供するようになった。同じ病気でも患者の判断によりコストが異なる時代が到来したのである。このことが、医療を巡るコスト負担と給付(医療消費)のバランスの公平性の議論を複雑にした。諸外国は、医療制度設計上のこのジレンマを解決する方法の一つとして、国民一人ひとりにコスト負担と給付のバランスを選択させる工夫を実施している。

これに対してわが国では、政府が決め

たコスト負担と給付のバランスを全国民一律に適用する発想から脱却できていない。このような一律適用の仕組みが有効なのは財源が豊かな時である。現在のよ様に財源不足を凌ぐために民間勤労者の健康保険組合から一方的に財源を国保や高齢者医療にシフトすることを繰り返しては、健康保険組合解散を加速し企業の海外流出を招きかねない。

先進諸国の医療財源制度は一見すると、仕組みや名称が様々で全く異なっているように思われる。それらを分類する場合、公的医療保険、民間医療保険のいずれが中心的役割を果たしているかが判断基準とされることが多い。しかし、実質負担者に着目すると、いずれも4つの原則に基づき制度設計されていることが分かる。①医療財源は税・保険料・患者自己負担の合計②現役世代の医療費は全額現役世代が負担③高齢者医療費の大部分も現役世代が負担④高齢者も負担能力に応じて一部負担——の4原則である。わが国の医療財源の仕組みが持続可能性を失っている最大の理由は、現役層から高齢層への所得移転が行き過ぎ(③が過大で④が過小)だからである。

しかし、医療改革を決める国会は投票率の高い高齢者の意見に左右されやすい。この政治の壁を打破する方法としても、

国民一人ひとりに選択権を与える手法は使える。現行制度の保険料と給付内容をナショナルリニマム標準保険とすることで、新制度開始時点では高齢者や選択権行使に必要な理解ができていない人に現状維持を提供できるからである。その上で、健康管理に自信のある人や終末期延命医療を望まない人には患者自己負担割合は標準保険より大きいが保険料が安いオプションプランを用意する。標準保険の給付対象になっていない新技術やアメニティも給付対象としたい人にはオプション割増保険料を支払ってもらおう。これにより公的保険の枠組みの下で医療にもつとお金を使う意思のある人々の支出を促し、医療技術進歩と弱者救済のための追加財源の獲得を目指すのである。

もちろんオプションを導入することは、公的医療保険の下で格差がつくことになる。そのため、結果平等を絶対視する人々からの反対が予想される。社会制度の目標として結果平等が機会平等より望ましいことは支持できる。しかし、「財源が限られていることを無視して全ての国民に最高の医療を公的制度のもとで提供する」という結果平等が実現できるのはユートピアだけである。財政破綻間近のわが国の医療制度において結果平等原理主義を貫けば、果てしない診療報酬平均単

価の引き下げに陥る。技術進歩により次々と新しい医療が実用化され診療件数が増加するなか、追加財源がないのであれば、1件あたり単価をマイナス改定せざるをえないからである。これにより最もダメージを受けるのは医療経営者であり、国民全体の医療サービスレベルも低下する。

4. 地域間競争の 主役は知事

海外で日本の医療制度を説明する際、皆保険制度のもと保険者が3千以上もありその多くが被保険者集団の規模が小さく構造的赤字に陥っている事実を説明すると、大きな驚きをもって質問攻めに会う。公的制度による皆保険であれば当然保険者が集約されているはずと考えるからである。

わが国の場合、医療サービスの価格である診療報酬は全国一律である一方、保険料率は保険者毎に大きく異なる。これは、地域毎に医療提供体制の効率に格差があることに加えて、被保険者集団毎に医療消費行動に違いがあるからである。この医療提供体制の効率と医療消費行動が保険料率に与える結果を都道府県別に見るデータとして、全国健康保険協会(協

図表② 協会けんぽの都道府県単位保険料率と隠れ補助金(2011年度見込み)

隠れ補助金を受け取っている都道府県					隠れ補助金を負担させられている都道府県				
	保険料率		加入者 総報酬額 十億円	補助金 受取額 百万円		保険料率		加入者 総報酬額 十億円	補助金 負担額 百万円
	所要率 %	調整後 %				所要率 %	調整後 %		
北海道	10.00	9.60	3,314	13,256	東京都	9.36	9.47	8,884	9,772
大阪府	9.74	9.55	6,419	12,196	静岡県	9.15	9.43	2,062	5,774
福岡県	9.89	9.58	3,373	10,458	長野県	8.93	9.39	1,223	5,626
岡山県	9.74	9.55	1,395	2,651	埼玉県	9.23	9.45	2,225	4,895
広島県	9.65	9.53	2,027	2,432	新潟県	9.14	9.43	1,536	4,454
佐賀県	9.98	9.60	509	1,933	愛知県	9.40	9.48	4,825	3,860
大分県	9.82	9.57	735	1,838	千葉県	9.21	9.44	1,530	3,519
香川県	9.82	9.57	726	1,816	茨城県	9.18	9.44	1,220	3,171
熊本県	9.72	9.55	1,022	1,738	群馬県	9.30	9.46	1,112	1,779
徳島県	9.81	9.56	479	1,199	富山県	9.25	9.45	839	1,678
兵庫県	9.56	9.52	2,858	1,143	栃木県	9.32	9.47	981	1,472
山口県	9.67	9.54	841	1,093	山形県	9.25	9.45	688	1,376
長崎県	9.63	9.53	802	802	神奈川県	9.44	9.49	2,751	1,375
秋田県	9.67	9.54	604	785	岩手県	9.27	9.46	688	1,307
石川県	9.62	9.53	872	785	福島県	9.37	9.48	1,149	1,264
高知県	9.70	9.54	476	762	山梨県	9.26	9.45	464	881
鹿児島県	9.57	9.52	1,025	512	三重県	9.40	9.48	974	779
奈良県	9.59	9.52	559	392	滋賀県	9.38	9.48	673	673
青森県	9.55	9.51	704	282	岐阜県	9.45	9.49	1,405	562
和歌山県	9.57	9.52	529	264	京都府	9.46	9.49	1,744	523
島根県	9.54	9.51	486	146	鳥取県	9.41	9.49	355	284
愛媛県	9.52	9.51	971	97	沖縄県	9.45	9.49	700	280
宮崎県	9.51	9.50	656	66	宮城県	9.49	9.50	1,219	120
					福井県	9.50	9.50	601	0

(出所) 全国健康保険協会「都道府県単位保険料率の算定に関わる基礎データ」より筆者作成

協会けんぽの保険料率がある。協会けんぽは、中小企業等で働く従業員やその家族が加入している健康保険であり、全国一律保険料率であったものが2008年10月より都道府県単位保険料率に変わった。都道府県単位保険料率の算定にあたっては、まず所要保険料率が計算される。所要保険料率とは、保険収支実績から計算される保険料率に各都道府県に責任のない年齢構成と所得水準の影響を排除する計算をしたものである。

図表②のとおり、この所要保険料率は最高の北海道の10%から最低の長野県の8.93%まで差がある。2008年10月の制度変更時からいきなり所要保険料率を適用すると、北海道などは保険料率アップが大きくなる。そこで、10年間かけて徐々に所要保険料率に近づける調整を行う激変緩和措置が採用された。これは、所要保険料率より高い保険料率の都道府県が所要保険料率より低い都道府県に補助金を出していることを意味する。その「隠れ補助金」は、「(所要保険料率 - 調整後保険料率) × 加入者総報酬額」で推計できる。図表②にはその結果も示した。北海道、大阪府、福岡県が得ている補助金は100億円を超える。それを負担させられているのが東京都、静岡県、長野県などである。

著者は経済学博士で現在キャノングローバル戦略研究所研究主幹、オーストラリア・ニューサウスウェルズ大学医学部臨床ガバナンス研究センター客員研究員、文京学院大学大学院客員教授等に在籍。
 主要著書「米国の医療経済」、「エイズ戦争、日本への警告」、「新エイズ戦争、日本防衛の為にリスクマネジメン
 ト」「アメリカの医療改革」、「人口半減、日本経済の活路」、「医療改革と統合ヘルスケアネットワーク」等

図表③ 都道府県別の医療介護費用額と名目GDP比(2008年度)

	医療介護 費用額 十億円	名目 GDP比 %		医療介護 費用額 十億円	名目 GDP比 %		医療介護 費用額 十億円	名目 GDP比 %
高知県	332	14.98	福岡県	1,889	10.48	山梨県	268	8.60
長崎県	577	13.39	大分県	465	10.41	長野県	689	8.58
鹿児島県	673	12.66	香川県	374	10.36	福井県	272	8.57
熊本県	693	12.37	山形県	403	10.26	富山県	374	8.31
徳島県	318	11.96	岩手県	445	10.14	埼玉県	1,701	8.18
奈良県	428	11.85	岡山県	710	9.82	大阪府	3,011	7.93
宮崎県	415	11.70	山口県	558	9.75	千葉県	1,556	7.91
島根県	274	11.52	兵庫県	1,774	9.29	三重県	565	7.71
愛媛県	536	11.46	広島県	1,058	9.19	神奈川県	2,367	7.66
北海道	2,099	11.43	新潟県	789	9.07	栃木県	587	7.35
秋田県	417	11.40	石川県	418	9.07	茨城県	812	7.05
和歌山県	377	11.39	京都府	871	8.78	静岡県	1,110	6.75
沖縄県	420	11.37	宮城県	718	8.76	滋賀県	387	6.70
鳥取県	221	11.11	福島県	668	8.71	愛知県	2,057	6.09
青森県	490	10.95	岐阜県	628	8.65	東京都	4,035	4.50
佐賀県	314	10.74	群馬県	622	8.62	全国計	40,770	8.07

(出所) 政府公表資料より筆者作成

激変緩和措置が解消される2018年3月にはこの隠れ補助金がなくなる。それに加えて、市町村単位に細分化された国民健康保険も都道府県単位で統合される方向にある。このように医療財源の運営が都道府県単位になることは、医療提供体制が非効率のままでは当該都道府県の財政に大きな負担が生じることを意味する。逆に、医療財源と医療提供の一体経営に優れた都道府県は医療を地域経済成長のエンジンに転換できる。

図表③は、都道府県別に見た医療介護費用額が名目GDP(県内総生産)に占める割合である。2008年度時点、名目GDP比は(最高)高知県14.98%(最低)東京都4.50%と地域によって大きな差がある。同比が10%を超えている所が21もあり、これらの道県では既に医療介護が最大産業になっているところも多々と思われる。したがって、医療制度運営の巧拙が都道府県知事の評価に直結する時代が到来すると言っても過言ではない。