

2015年医療・介護改革の深層

一般財団法人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

世界が注目する日本の高齢化の行方

筆者は、本月報が発行される直前の2015年10月上旬、カタールの首都ドーハで開催される国際医療政策学会で高齢化が各国の医療制度に与える影響に関するシンポジウムのパネリストに指名された。これは、世界で最も高齢化が進行している日本の近未来におけるセーフティネットのあり様に対する海外からの関心が高いことの表れである。

高齢化が一国の経済の活力や社会保障制度改革の柔軟性に与える影響を測る指標として、従属人口指数が注目されている。同指数は、分子を14歳以下人口と65歳以上人口の合計とし、分母を彼らの生活を支える15歳から64歳の人口とすることで算出される。この値は低いほど好ましい。図表1のとおり、バブル経済崩壊直前の1990年時点では、先進諸国の中で日本が最も低く好条件であった。しかし、その後の「失われた20年」の間に日本の指数だけが急上昇、2013年時点で62になった。

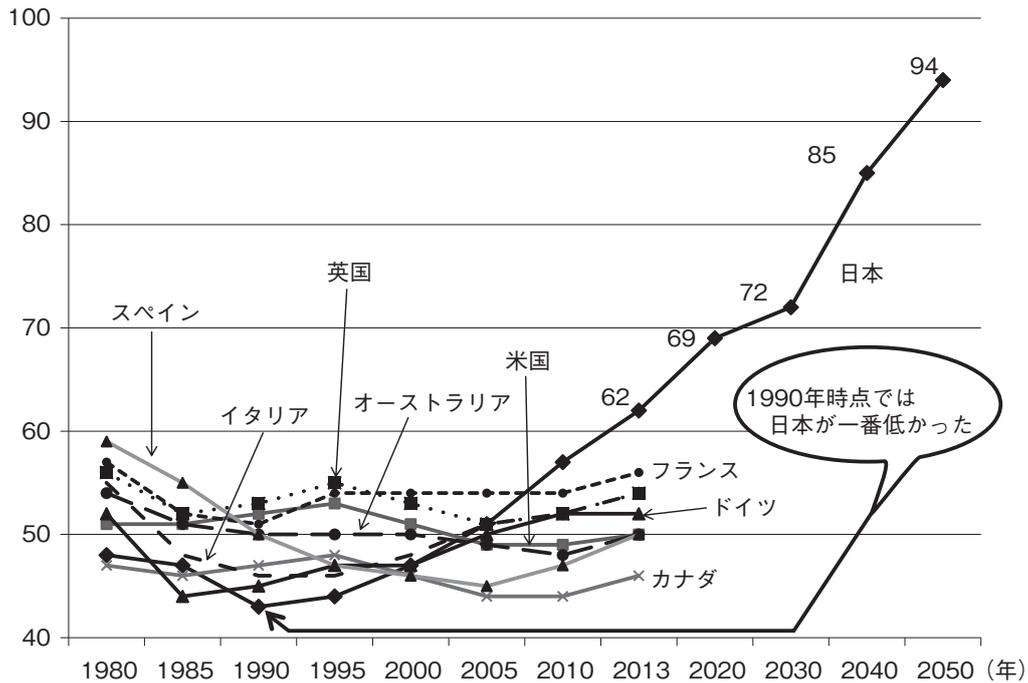
問題はその後である。日本の同指数が将来どうなるかは、国立社会保障・人口問題研究所が作成した「日本の将来推計人口（平成24年1月）」によりほぼ100%の確率で予測できる。日本の従属人口指数は2050年に94と100

に近づくのである。これは、勤労者一人で子供・老人一人を養わなければならない社会になるということである。したがって、現在の年金制度や医療・介護制度のように負担・給付のバランスが高齢者に有利な仕組みは維持できるはずがない。しかも日本の一般政府債務残高（国と地方自治体の借金合計額）が名目GDPに占める割合は、2014年12月末時点で246%と未曾有の水準にある。経済破綻しているギリシアの値が177%（IMF（国際通貨基金）による推計）であることを考えれば、日本が異常事態にあることは誰の目にも明らかである。

経済学によれば、この割合を引き下げることの必要条件の一つは、名目GDP成長率が長期金利を上回り続けることである。これは、日本経済がデフレから完全に脱却しない限り難しい。

もう一つの必要条件は、消費税率引き上げである。しかも、高齢者が医療を受けた時の自己負担割合を現在の10%から現役世代と同じ30%に引き上げるなどして、社会保障制度における高齢者負担を高めたとしても消費税率を20%以上にする必要がある。しかし、安倍政権は2015年10月に8%から10%に消費税率を引き上げることを見送った。これにより、

図表1 従属人口指数の国際比較



(出所) 世界銀行データベース、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月)」より筆者作成

日本政府の財政再建の本気度が海外から疑われている。2017年4月に消費税率引き上げを行わなければ政権崩壊を招くため、景気がよくなっていなければ、2020年の東京オリンピックを大義名分に国債発行による大盤振る舞いを行うことが予想される。しかし、それは財政再建の放棄とみなされ、国債価格の暴落→金利上昇の引き金を引くことになりかねない。

日本売りのタイミング

ではなぜ日本が今のところ平穏無事なのか。その理由の一つとして、家計金融資産残高(2014年末時点1,696兆円)が一般政府債務残高(同1,202兆円)より大きいことがあげられている。換言すれば、国と地方自治体の借金全額を国民全体の貯蓄で吸収できる状態に

あり、国債発行にあたり外国資本に依存する必要が今まではなかったのである。しかし、社会保障制度の抜本改革による歳出カット、消費税率引き上げを先送りし続けたことで、一般政府債務残高が家計金融資産残高を突き抜ける時期が近づいている。しかも、2013年に家計貯蓄率も▲1.3%とマイナスに転じた。貯蓄を取り崩して生活する高齢者が増えているからである。前述した従属人口指数の急上昇により、この家計貯蓄率マイナス幅が拡大し、一般政府債務残高と家計金融資産残高の差の縮小スピードが速まる可能性がある。

問題は、そのような事態が現実となる何年も前のタイミングで日本売り、具体的には海外ファンドからの日本国債売りが始まることである。それは、国の予算の中で金利負担が増加し、社会保障や他の政策に使える財源が縮小することを意味する。そうなれば、年金

図表2 2014年度診療報酬改定の構成

		改定率	うち消費税率3%引き上げに伴う損税増加対応分
全体		+0.10%	+1.36%
内訳	診療報酬本体	+0.73%	+0.63%
	薬価改定	▲0.58%	+0.64%
	材料価格改定	▲0.05%	+0.09%

(出所) 厚生労働省「診療報酬改定について」(2013年12月) から筆者作成

図表3 社会医療法人242の売上高合計と平均経常利益率

	2013年度	2014年度
売上高合計	1兆6,313億円	1兆6,560億円
平均経常利益率	3.78%	3.01%

(出所) 社会医療法人の財務諸表から筆者作成

給付額、診療報酬、介護報酬は議論の余地なく強制カットに追い込まれる。国民生活セーフティネットの崩壊である。

診療・介護報酬のプラス改定は期待薄

これまで医療介護業界は、OECD（経済協力開発機構）が作成する定義に基づく医療介護費がGDPに占める割合において日本が先進諸国の中で最低水準にあることを理由に、医療介護のための公費拠出追加を主張してきた。しかし、昨年発表されたOECD統計によれば、2012年の同割合のOECD平均9.3%に対して、わが国の値は10.3%である。つまり、日本は既に「医療介護費がGDP対比で割高な国」になっているのである。筆者の知る限り、財務省と厚生労働省は統計発表前の2013年時点でこの事実を認識していた。これも、2014年診療報酬改定と2015年介護報酬改定が業界にとって厳しいものになった一因なのである。

図表2は2014年度診療報酬改定の構成を示している。プラス0.73%の診療報酬本体改定

を薬価と材料価格のマイナス改定が相殺し、全体改定率はプラス0.1%であった。医療経営者にとってショックだったのは、それに損税増加対応分プラス1.36%が含まれていたことである。損税とは、医療機関が仕入れ時に消費税を支払う一方で非課税扱いの診療報酬でそれを回収できないことから発生する費用のことである。したがって、医療機関側の手取りから見た実質改定率は、医薬品と医療材料の仕入単価が改定率と同じだけ下がるという仮定をおくと、マイナス0.63（0.73-1.36）%だったのである。

勝ち組・負け組の格差が拡大

そのため、医療界から「診療報酬が低すぎて医療崩壊が起きる」という批判が出ている。しかし、診療報酬全体として本当に医療経営が成り立たないほど低水準なのだろうか？これを検証する方法の一つとして、社会医療法人の業績データが使える。社会医療法人とは、救急医療、周産期医療、へき地医療など赤字になりがちな政策医療を国公立病院と同等に

実施していること、開設者が出資持分（株式会社の株式に相当）を放棄して解散時の残余財産が公に属すること、などを要件に非課税優遇が与えられた医療法人である。個々の社会医療法人の診療ポートフォリオは異なっているが、その全体合計で見れば急性期ケアから在宅ケア、介護、リハビリなどを網羅的に含んでおり、原則国公立病院のように補助金を得ていないため、その収入構成は診療報酬体系に近似していると思えることができる。

図表3は、2015年7月1日現在認定されている社会医療法人249のうち本稿執筆時までに入手できた242法人の業績データである。2014年診療報酬改定が実質0.63%のマイナス改定であった中で、1.51%の増収を達成し、経常利益率も約3%を確保している。これは、社会医療法人の多くが単独施設立地経営ではなく複数の異なる機能を有した施設群で患者囲い込みを実践している地域包括ケア事業体であることの効果と推定できる。いずれにせよ、社会医療法人全体で経常利益率が低下傾向にあるとは言え黒字を維持しているのであれば、「診療報酬全体としては医療崩壊の原因になるほど低すぎることはない」ということを示唆している。

社会医療法人の業績が示すもう一つ重要な点は、経常利益率格差が大きいことである。経常利益率がマイナスである社会医療法人の赤字原因は、「過大設備投資・借金過多による金利負担」と「診療ポートフォリオが患者ニーズとミスマッチ」の組み合わせである。前述のとおり、今後診療・介護報酬のプラス改定は期待できない。したがって、社会医療法人のみならず2013年時点で赤字の医療法人の多くが近い将来経営危機に直面する可能性が高い。

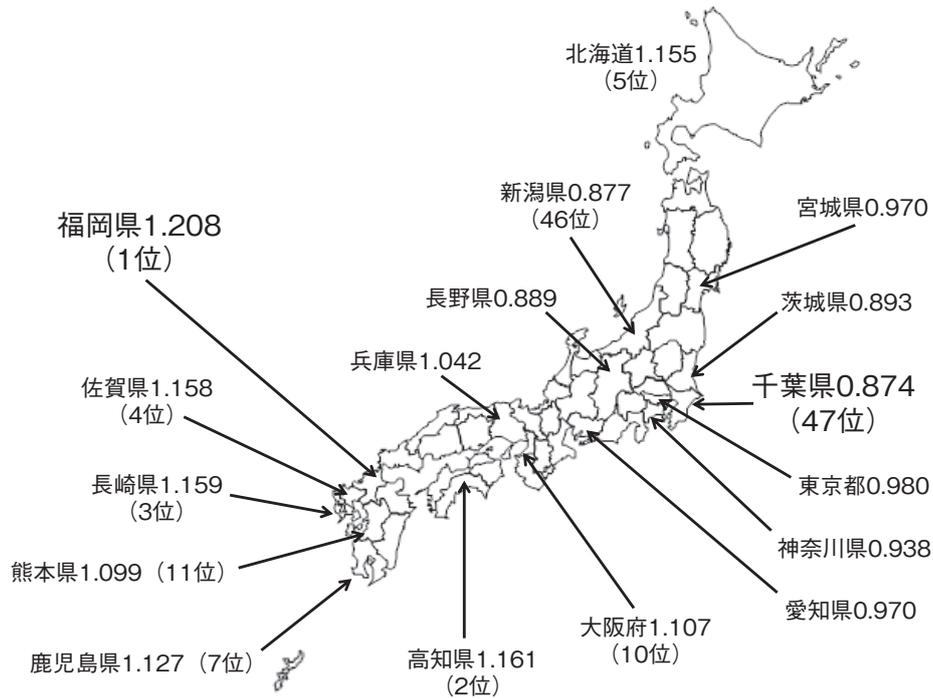
都道府県別制度運営で 医療法人倒産が増加

筆者は、無料コンサルタントとして全国の医療経営者から様々な相談に応じている。また、話題となった医療法人の財務諸表を情報公開制度に基づき入手、医療経営動向を長年観察してきた。そうする中で時々驚くことは、売上高にほぼ等しい借金、中には売上高の2倍近い借金をしている医療法人があることである。売上高を超える借金をすることに合理性があるのは、その市場に急成長が見込まれる場合である。しかし、これら借金過多医療法人の共通点は、既に人口減少が始まっている地域で過大設備投資を続けていることである。繰り返しになるが、今後診療・介護報酬のプラス改定はまずあり得ない。したがって、現在借金過多で、かつ赤字の医療法人は、政府が医療改革目標としている2025年までに全滅すると予想される。

今回の国民健康保険法・医療法改正は、医療制度運営の責任と権限を都道府県に集約する改革である。全国一本であった中小企業向け健康保険は、「協会けんぽ」という名称で既に2008年から原則都道府県毎の運営になっている。そして市町村が保険者である国民健康保険が都道府県単位に統合されることが決まった。全ての病院が自らの機能を都道府県に届ける病床機能報告制度も始まった。都道府県が地域医療構想を策定するプロセスで、その機能が地域ニーズとミスマッチを起こしている病院が明らかになる。

図表4は、国民健康保険と後期高齢者医療制度の地域差指数（2012年度）を示している。地域別の医療費を左右する最も大きな要因は年齢構成である。地域差指数とは、年齢構成

図表4 国民健康保険と後期高齢者医療制度の地域差指数（2012年度）



（出所）厚生労働省「医療費の地域差分析」より筆者作成

図表5 都道府県別の医療介護費がGDPに占める割合（2012年度）

高知	18.2%	島根	13.7%	広島	11.9%	群馬	10.3%
長崎	15.6%	大分	13.5%	福島	11.6%	富山	10.3%
鳥取	15.3%	徳島	13.3%	石川	11.4%	大阪	10.2%
奈良	15.2%	山形	13.2%	長野	11.0%	神奈川	10.0%
鹿児島	15.1%	福岡	13.0%	京都	10.9%	栃木	9.4%
熊本	15.0%	青森	13.0%	岐阜	10.9%	三重	9.3%
佐賀	14.7%	和歌山	12.7%	新潟	10.8%	静岡	8.9%
宮崎	14.2%	岡山	12.3%	福井	10.8%	茨城	8.6%
秋田	14.1%	岩手	12.2%	埼玉	10.8%	滋賀	8.4%
沖縄	14.0%	兵庫	12.1%	宮城	10.7%	愛知	7.6%
北海道	13.9%	香川	12.0%	山梨	10.5%	東京	5.6%
愛媛	13.7%	山口	11.9%	千葉	10.4%	全国	10.1%

（出所）県民経済計算、都道府県別医療費・介護費統計より筆者作成

の差の影響を調整して算出した都道府県別の医療消費指数（全国平均＝1）である。福岡県は全国平均よりも20.8%多く医療サービスを消費している。医療財源確保の責任を都道府県が持たされるようになれば、福岡場の

合診療報酬1点が現在の10円から引き下げられる可能性も出てくる。

図表5は、わが国の医療介護費定義に基づく金額がGDPに占める割合を都道府県別に示したものである。47都道府県中39が全国平均

である10.1%を上回っている。高知県は18.2%と突出して高い。その財源を支えねばならないのは、同県内の医療介護以外の産業である。したがって、医療介護以外の産業の成長が不十分であれば、医療介護制度運営の責任者となる知事は、医療介護施設の供給過剰調整を余儀なくされる。これは医療法人倒産増加という形で現れる。

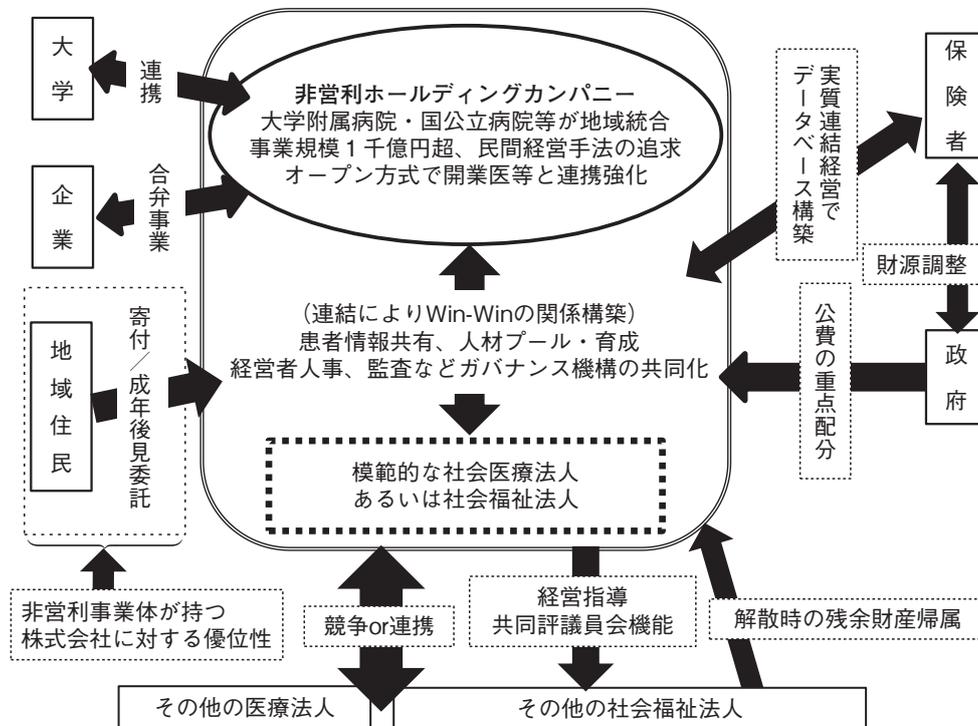
優良融資先はどのような事業体か

しかし、医療法人が倒産しても施設建物、医療機器、人材といった経営資源は残さなければならない。地域住民の医療介護ニーズに応える必要があるからである。また、旧経営者ができなかった機能（提供する医療介護サービス内容）転換を地域住民のニーズに一致

させる方向で行えば、その経営資源を活かすことができる。つまり、医療法人が倒産したとしてもその経営を肩代わりできる事業体が存在すれば、地域医療崩壊を防止できる。

筆者は、そのような受け皿となる事業体を非営利ホールディングカンパニーという経営形態で創ることを提唱してきた。図表6がその概念図である。非営利ホールディングカンパニーは、既存の経営資源、例えば多額の補助金が投入されている国公立病院の地域経営統合を行い民営化することで実現できる。また、国公立病院と同等に公益性を發揮し非課税優遇を受けているその他公的病院を核に創出することも可能である。さらに、最新鋭の医療機器や施設の利用を地元開業医に開放する。実際、筆者は設置母体が異なるその他公的病院の病院長グループや国立病院との合併

図表6 非営利ホールディングカンパニーの概念図



(出所) 筆者作成

を模索している社会医療法人理事長から非営利ホールディングカンパニー設立の相談を受けている。

非営利ホールディングカンパニーの使命の一つは、医療介護制度運営の責務を担う都道府県に対して政策決定に必要なデータ提供、助言を行うことである。非営利ホールディングカンパニーがそのようなデータ集積プラットフォーム機能を果たすためには、医療圏人口の医療・介護に係る市場シェアを20%から30%確保できればよい。したがって、医療法人の多くは患者情報共有という形で非営利ホールディングカンパニーと連携すれば、共存共栄が可能である。このような仕組みが全国各地に普及すれば、医療介護産業の生産性向上に役立つ。年8千億円を超える公立病院に対

する補助金も圧縮できる。そして何よりも優良な民間資金投資先が誕生することの意義が大きい。その詳細は拙著『医療・介護改革の深層』（2015年7月、医療企画社刊）を参照して頂ければ幸いである。

松山 幸弘（まつやま ゆきひろ）

1975年3月 東京大学経済学部卒業

1975年4月 生命保険会社入社

1999年4月 富士通総研経済研究所主席研究員

2005年7月 民間医療法人専務理事

2008年4月以降、民間コンサルタント会社顧問、国保旭中央病院顧問、等を経て、2009年4月より現職。

（2015年10月より現在の兼務・公職）

国際医療福祉大学大学院客員教授

千葉商科大学大学院客員教授

豪州マッコーリー大学客員教授

社会保障審議会福祉部会委員

規制改革会議健康・医療ワーキンググループ専門委員