「大震災後の医療・福祉再構築と千葉県の課題」

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（まつやま ゆきひろ）　様

５月25日（水）、京成ホテルミラマーレにおいて松山様をお迎えし、「震災後の医療・福祉再構築と千葉県の課題」と題してご講演をいただきました。ご講演の要旨は以下の通りです。

キヤノングローバル戦略研究所の松山でございます。本日は「大震災後の医療・福祉再構築と千葉県の課題」というテーマでご報告させて頂きます。その際、医療・福祉における千葉県の潜在力についても私の考えを述べさせて頂きます。

はじめに、東日本大震災復興事業についてお話しします。復興事業に関しては、第１次補正予算で４兆円以上のお金が確保されていますが、そのうち2.5兆円は、実は企業経営者の方々が保険料を納めている厚生年金の積立金が借用されています。この積立金を無利子で借用されることは、民間勤労者にとって約1,000億円もの損失になります。具体的に説明しますと、厚生年金積立金の管理は政府が行っていますが、公務員年金の積立金は、国家公務員共済組合連合会、地方公務員共済組合連合会という民間法人が行っています。従って、財務省は公務員年金の積立金に手が付けられないという理屈で、厚生年金積立金を無利子で借りることにしたわけです。

しかし、これには法的根拠はありません。一方、2.5兆円を仮に1.5%で運用すれば年間375億円の利息収入になります。2.5兆円を将来的な増税で返済するとしても、消費税を引き上げるまでを３年と仮定しますと、３年間で利息収入は約1,000億円。この運用収益は戻ってきません。厚生年金のしくみは、保険料率を18.3%まで引き上げた後、財源が足りなければ自動的に年金額をカットするというマクロスライド方式になっています。今回無利子で借用されたということは、必然的に民間の年金受給額が将来的にカットされることにつながります。

また、借用した2.5兆円は基礎年金の財源にも使われますが、基礎年金は公務員共済年金受給者ももらいますから、公務員は民間の積立金を使って自分たちの基礎年金をもらう仕組みになっているということです。今年３月の政府委員会資料によれば、年金受給額は公務員の方が厚生年金よりもかなり大きいのですが、これは元々の給与が高くて長期間納めているからです。年金給付に必要な積立金の額は、民間よりも保険料率が低い公務員の方に余裕があります。

ですから、早く共済年金と厚生年金を統合して、

実質的に公務員共済年金の方から2．5兆円を拠出させる仕組みを作るべきです。今、国会では第2次補正予算が議論され始めていますが、財源がありませんから、このままだと厚生年金の積立金をもう1回、更にもう1回という形で、数10兆円が厚生年金積立金から借用されるという事態も起こり得ます。

次に東日本大震災の復興事業における医療と福祉に関してですが、医療分野においては第1次補正予算で約900億円を投入して病院や診療所が再建されます。一方で、福祉はほとんど議論されていません。福祉サービスに関しては、高齢者、障害者、孤児とか生活困窮者など、様々な問題を抱えている人が多く存在し、かつ長期化しますから、仕組みを整える必要があります。

1923年の関東大震災の時は、民間の努力により政府を補完しました。それが社会福祉法人の原型となっています。戦後日本国憲法を制定する時に、民間の社会福祉事業者に対して政府が補助金を出すことを憲法第89で禁止しました。背景には、補助金を出して民間に社会福祉をさせることを認めると政府自らが社会福祉をやらなくなるのではないかという、GHQ側の懸念があったと言われています。しかし、現実問題としては戦後復興期に生活困窮者、母子、孤児等を救済するためには、民間施設も多数作る必要がありました。そこで、1951年に社会福祉事業法が制定され、憲法89条をクリアーしました。公の支配に属する要件を定めて厳しくコントロールすることにして、今の社会福祉法人制度が作られたのです。

その際のキーワードが「措置制度」「補助金」「原則非課税」の3つです。この中で重要なのは「措置制度」です。福祉サービスを受ける人が要件を満たすかどうか、政府が判断し費用も拠出するという仕組みです。その結果、社会福祉法人には経営の裁量権がない代わりに確実に黒字が保証されたわけです。

それから50年が経過し、2000年に介護保険が導入されたのを機に、社会福祉基礎構造改革が実施されました。利用者がどの事業者からサービスを受けるかを選択し1割を自己負担する。民間企業の参入も認めました。民間企業の参入を認めたことでイコールフッティング論が激しく議論されました。社会福祉法人には多額の補助金や非課税の優遇措置があり、同じ事業をやっている民間との格差が大きいという問題が今でも残っています。

社会福祉法人の数は2010年3月末現在18,674です。そのうち、補助金を受けて優遇されている施設経営法人は16,299です。社会福祉法人は複数の施設を持っており、例えば高齢者施設だけのところもあれば、病院も含めてグループ全体で様々な種類の施設を持っているところもあります。残念なことに、社会福祉法人全体の財務データがありません。そこで、私は約800法人の財務データを入手し、それを施設別、事業の特徴別に分類して連結作業を行ってみました。すると、驚くべき数字が出たのです。社会福祉法人全体で4,400億円もの利益を計上しており、利益率は5.9%。それから、純資産が約13兆円、補助金残高が5兆円もあるのです。社会福祉法人がその使命を果たすには黒字経営であることが必要です。しかし、その利益を社会にどれだけ還元されているかということが重要です。

そこで、東北地区に社会福祉法人全体で復興事業基金を作り、そこで社会福祉事業を行うことを提案したいと思います。5年ぐらいの時限立法で、余裕のあるところから資金を拠出してもらう仕組みを作ったらいかがでしょうか。一つのアイデアとして、社会還元度の低いところほど拠出額を大きくする形で年間1,000億円を集めることにしてはどうでしょう。先ほど申し上げた通り、赤字法人を含めても全体の年間黒字額が4,400億円ありますから、黒字法人だけを見れば、おそらく5,000億円を超える利益だと思います。1,000億円は、この年間利益の2割に過ぎませんから、おそらく社会福祉法人の資金繰りにはほとんど影響が出ません。

実は、社会福祉法人による共同拠出の先例として、大阪府社会福祉協議会が2004年から実

5月例会

大震災後の医療・福祉再構築と千葉県の課題

施している社会貢献事業があります。大阪府内の約400の老人福祉施設が集まって生活困窮者を共同で支えようと毎年7,000万円から8,000万円の資金を出し合っています。当初は反対意見もありましたが、補助金や非課税などの優遇措置を守るためにもこれくらいの貢献は必要という意見が勝ったとのことです。今回の東日本大震災の復興にあたって、社会福祉法人が日本全体で団結して動くことをしなければ、社会福祉法人制度の存在意義を問われることになるのではないかと思っています。

次に、千葉県の医療・福祉が全国的に見るとどういう状況にあるのかをお話しします。まず、災害拠点病院が19か所指定されており、これらの自家発電能力は全体平均で3.7日分です。従って、燃料補給さえできれば自家発電によって災害拠点病院を稼働させ、県民の命を守ることができます。東京都の八王子市には大学病院が2つありますが、2つとも自家発電の能力は3時間程度と聞いています。災害が起きたら八王子の拠点病院はすぐに動かなくなってしまいます。

千葉県の医療・介護の市場規模は、医療費1兆4,000億円、介護費2,000億円、合計1兆6,000億円です。県内産業の活性化のためには、これをいかにうまく使うかということが非常に重要です。注目すべきは、全国に占める千葉県の人口シェアは4.85%なのに対して、医療費と介護費のシェアはそれより小さい。全国47都道府県を比較したときに、実は千葉県はもっとも医療費を使っていない県なのです。市町村国保と75歳以上の後期高齢者医療費のデータで見ると千葉県は一人当たりの医療費が35万円です。県内でも格差があり、特に旭市が一番低くなっています。この地域は旭中央病院がカバーしている東総医療圏です。重要なことは、千葉県の医療費が全国で一番低く、かつ県内で東総医療圏が一番低い、つまり全国で最も医療費を使っていない地域にある旭中央病院が黒字経営なのです。

地域医療崩壊がずいぶん騒がれていますが、小泉政権による診療報酬の抑制、マイナス改訂が地域医療崩壊の原因ではないのです。あくまで経営の手腕、マネジメントが原因だということを理解できるかと思います。つまり、自治体病院である旭中央病院は、最も医療費が低く補助金が少なくても黒字経営していますが、県立病院はいつまで経っても経営改善できずに大赤字です。累積欠損金は300億円近くに達します。千葉県立病院7病院に関しては、21年度の決算が大幅に改善したことでプラスの自己評価をしていますが、実態は補助金が4億円増えているので、ほとんど変わっていません。3年程前に非公務員化して地方行政独立法人になることが検討されましたが、残念ながら経営改革は実施されませんでした。銚子市立病院が閉鎖されたときの委員会の委員長だった東北大学の先生が著書の中で、この市立病院がダメになったのは人災だと書かれています。

それから千葉県の医療で非常に問題なのは、620万の人口がありながら医学部が一つしかない。しかも、その千葉大学付属病院は全国から見た時に非常に評価が低いのです。医学部を卒業し医師免許を取った方が、最初に研修に行く病院を選べる制度に変わり、出身大学に残る必要がなくなりました。千葉大の場合、定員70名に対して28名しか確保できていません。定員不足は42名で充足率は40%です。旭中央病院や亀田総合病院では充足率はほぼ100%です。要因

の一つは、旭中央病院と亀田総合病院には学閥がないことです。学閥のあるところに良い医師は行きません。医師は競争があって自分の技量をいかに高めることができるかどうかで判断します。旭中央病院は常に全国から募集していますので、皆が来たがるわけです。旭中央病院は、症例数が非常に多く、病院の経営も安定している上、新病院が完成しましたので、今年はもっと人気が上がると思います。

もう一つ千葉県のデータで重要なのは、国民健康保険の保険料です。2007年度のデータで見ますと、茂原市とその隣の大多喜町の平均保険料は1.48倍もの格差があります。全国的には小規模で自立できない保険者が山のようにありますので、都道府県単位でまず国民健康保険を統合するという政策が必要です。この政策は何年も前から出ていますが、いまだ実現していません。その最大のネックは合併した時に、保険料が上がるところと下がるところが発生し大混乱が予想されることです。しかし、それを乗り越えなかったら日本の社会保障制度は崩壊してしまう局面まできています。

また、千葉県が医療費を非常に効率的に使っているということは、他県に財源を補助しているということです。協会けんぽ保険料は、全国一律の保険料率から都道府県ごとの設定に運営が切り替わっていますが、今は緩和措置の最中です。例えば北海道では平均よりも0.55%ぐらい保険料を上げなければなりませんが、一度に保険料を上げると北海道が可哀そうだということで、初年度は引上げ率を10分の1に抑えています。逆に千葉県の場合は、本来であれば0.3%ぐらい保険料を引き下げることができるのですが、引き下げ幅を小さくして、その財源を他県に回しています。当初は、平成26年までに解消することになっていましたが、いつの間にか30年まで先延ばされています。現在どうなっているかというと、協会けんぽ保険料率は千葉県で9.44%。本来だったら9.2%でいいはずですが、その差額は北海道とか佐賀県に回っています。北海道と佐賀県は現在9.6%の保険料率ですが、彼らの医療費の使い方だと本来は10%の保険料でないと採算が合いません。

次に視点を大きく変え、海外はどうなっているか見てみたいと思います。海外ではアメリカを筆頭にカナダ、オーストラリア、イギリスでも医療が経済成長のエンジンになっています。そのメジャープレーヤーとなっているが、Integrated Healthcare Network（統合ケアヘルスネットワーク、略称IHN）と言われる大きな事業体です。この概念は、一つの事業体が、人口が少なくとも50万人、多ければ100万人とか200万人の地域で、すべての医療を提供できるワンストップショッピングの医療体制を作って、それ以外の民間医療施設はそこと連携するという仕組みです。一人の患者が病気を治すために手術をして、リハビリをして、在宅ケアを受けて、社会復帰をしてその後も投薬管理をしてもらうのに、一つの医療チームで全部面倒を見てくれるわけです。米国以外の国々では、この仕組みをクリニカルガバナンスと呼び、トップダウンで改革を進めています。

しかし、日本だけが遅れています。その原因の一つは、学閥や院長先生同士の仲が悪いといったことです。海外ではそういうことは許されません。医療施設を考える際に、一つの病院の枠を超えて千葉県という一つの医療圏を考えるのです。千葉県全体に配置されているさまざまな医療施設を一括りにして、医療事業体としてガバナン

スを行うという発想が必要なのです。

世界中でIHNが急成長している一番の要因は医療技術の進歩です。1980年頃は米国でもカナダでも日本でも医療費に占める入院費の割合というのは40%ぐらいだったのですが、今ではどの国も30%前後です。これは、医療技術の進歩によって患者が病院の外にシフトからです。具体的には日帰り手術の増加や、抗ガン剤治療が外来で行われるようになったことです。また、色々な疾病で入院期間が短くなり在宅医療に移っていったことです。

そうなると、急性期病院は単独施設経営では競争優位に立てません。入院から在宅に至るまで患者を囲い込むことが戦略上不可欠になってきました。そのためには、医療施設の機能を分けて、一つひとつの規模をできるだけ小さくして一元管理する、つまり水平統合ではなく垂直統合することが重要です。世界各国のIHNの事例から判断すると、効率的経営のできるIHNとなるためには、医療収入500億円以上の事業規模が必要です。

IHNの第1のメリットは垂直統合のシナジー効果です。医療サービスをすべて揃えれば、政策による医療財源のシフトが起きても、全体での収益は政策変更の影響を受けずに済みます。公立病院を民営化してIHN化すれば、日本の医療制度の活性化にもつながりますし、公立病院の経営リスクから自治体を解放することも可能になります。

第2のメリットは、ＩＴ投資の効果を自らが享受できるようになることです。日本は先進諸国の中で最も医療情報の活用ができていない国です。その原因は、ＩＴ投資をしてもその恩恵を受けるのは投資コストを負担した病院ではなく、その病院とつながる他の医療施設や保険者となりがちだからです。一方、IHN化した医療事業体の場合、ＩＴ投資の経済的便益をフルに自分のグループ内で享受できるようになります。

第3のメリットは学閥がなくなり多くの医療専門人材が集まるようになることです。日本の病院の多くが学閥を医師確保の主な手段とすることで、逆に医師不足に陥っています。学閥ができる一番の要因は病院の規模が小さいからです。しかし、IHN化することで大学の医学部よりも医療事業体の方が大きくなれば、その事業体は特定の学閥に依存することができなくなりますから、自然と学閥は解消します。

第4のメリットは、患者の大病院志向を是正できることです。日本では大きな病院ほど良い病院だというような錯覚がありますが、現実はそうではありません。患者さんには大病院から退院後に紹介される診療所できちんとした医療が受けられるのかという心配があります。そのため、大病院に来たがるのです。患者の不安を払拭するためには、どの施設にいっても同じブランドの同じ医療チームの下で治療が受けられるという仕組みに変えればよいのです。米国でもオーストラリアでも救急患者は放っておくと大病院の方へ行きたがるとのことです。しかし、その9割は診療所レベルで処置できるものです。ですから、大病院から何キロか離れたところに第1次救急受け入れ施設を作っておいて、本当に危機的な人だけをそこから大病院に送るという仕組みに変えています。この仕組みは非常に有効に機能しています。千葉県の場合でも、外房地区の救急システムが機能していないので、本来であればサテライト施設をまず作って、そこでチェックするように変えるべきです。

オーストラリアでは過去10年間大胆に医療改

革を進めてきました。ニューサウスウエールズ州の場合、人口720万人で広域医療圏が15設定されています。この広域医療圏ごとにIHNが医療公営企業として設置されています。州民は、住所に関係なくどの医療公営企業で治療を受けてもいいことになっています。これは、医療公営企業の間でブランド競争が行われているということです。それぞれの医療公営企業は多数の医療施設拠点をもち、それに民間施設が連携するという仕組みです。そのため、災害時であっても平時の一元管理された仕組みが機能します。ですから、災害時などに医療現場が混乱することはありません。日本でもこの仕組みを作るべきです。

地域医療ネットワークで最も参考になるのが米国バージニア州にあるIHNセンタラヘルスケアです。米国にはメガ非営利医療事業体であるIHNが2011年現在576あります。そのうち約4分の3が純民間非営利病院IHNで、残り4分の1が公立病院IHNです。メガ非営利医療事業体IHNの経営能力の評価ランキングが毎年公表されています。センタラヘルスケアは、2010年、2011年と2年連続で第1位の評価をもらいました。センタラヘルスケアの年間収入は30億ドル、日本円で2,500億円ぐらい。職員数は2万人で、この地域全体で最大の雇用主となっています。

日本で本格的に地域医療ネットワークを作る場合は、このセンタラヘルスケアから色々なことを学ぶべきことができます。純民間ですから補助金ゼロ、自治体による人事の介入もありません。センタラヘルスケアの組織の特徴を一言で表せば、非営利持株会社です。非営利であるコーポレート本部組織の下に病院などの医療施設、医療保険会社、その他の関連子会社がぶら下がっています。事業拠点数は100以上あり、医療レベルは世界最先端です。例えば、癌医療に関しては半径120キロぐらいの医療圏の中で各施設の機能を明確にしています。無駄な重複投資は行わず、高度医療は一か所に集約しています。要するに広い医療圏、例えば千葉県という一つの医療圏の中で、質向上とミスマッチの極小化を目指す仕組みとなっています。

IHNでは臨床部門内での情報共有が非常に重要です。診療にあたっては、その患者にとって何が最善の医療であるかコンピューターで意思決定支援を受ける仕組みになっています。日本ではまだ普及していませんが、米国、オーストラリア、カナダなどでは、患者が自宅のパソコンからカルテを見ることが当たり前になりつつあります。自分の主治医に健康状態をメールで相談することもできますし、家族の健康状態も相談できる。過去の自分の診療録や検査結果も自宅のパソコンから見ることができます。診療予約や健康管理指導もインターネット上でできます。この仕組みは原則無料です。5､6年前から急速に普及が始まっており、あと5年ぐらいで全米3億2000万人の国民の半分ぐらいが、このマイチャートと呼ばれる仕組みの利用者になると言われています。

千葉県経済界の方にぜひ注目していただきたいのは､ピッツバーグにあるIHN､UPMCです。ピッツバーグは1980年頃に最大の産業だったUSスチールが実質倒産して、公害だけが残る都市になりました。全米で最も住みにくいというレッテルを張られました。そこで地元の政財界の方が集まってピッツバーグを再生するために何をするべきかという議論を行いました。その時に目標と決めたのが環境と医療です。病院一つから始め、今日では世界で最も成長している医療事業体になっています。これを地域で作っていったのです。この

5月例会

大震災後の医療・福祉再構築と千葉県の課題

UPMCは、ピッツバーグ大学と関係の深かった病院が元になっているのですが、今では年間予算が80億ドル。大学が18億ドルですから、大学よりも遥かに大きくなっています。医療施設の建設を毎年のように行っていますから、新しい雇用もどんどん生まれます。イタリアのシシリー島にある臓器移植の国立病院の運営なども行っています。海外の癌センターとか医療情報システムもここが作っています。

千葉県から見てなぜこれが重要かというと、インフラや経営資源を比べて見ると、千葉県はUPMCとほぼ同格だからです。このUPMCの医療圏の市場規模というのは1兆6,000億円～1兆7，000億円で千葉県と同じです。UPMCの医療圏におけるシェアは約45%ぐらいです。1982年からインフラ作りを始めて、96年にその第1段階ができて、その時に多角化戦略という経営計画を策定しました。つまり世界に出ていくということです。いろんな子会社を作り、賛同してくれた企業が世界中から集まりました。それがシナジー効果を生んで現在に至っています。もし日本が医療を経済成長の牽引役にするのであれば、実際にビジネスを行う医療事業体は、臨床が強くて地域住民から見てもいい医療を行って、世界中から患者や医師が集まるようなブランドを築かなければ勝てません。

現在、中国は医療に多額の投資を行っています。北京の近くに国際医療都市を作っており、日本人のお金持ちに来てもらうために日本語のホームページまで作っています。介護施設も高級なものを作り、世界中から患者を呼び込む努力をしています。

また、韓国では済州島に中国と同じような医療都市を作る計画をしています。全世界から優秀な医師に来て貰うために医師に対する所得税をゼロにするそうです。そうすると、腕に自信のある医師が済州島に来て10年ぐらい働き稼いで母国に帰るということが起こるわけです。場合によっては日本の病院が韓国に患者を取られるという時代が来るかもしれません。

このように海外の動向をお話しましたが、IHNの原型を作ったのは実は日本なのです。一番有名なのは長野厚生連。これは農協がスポンサーになって設立されたものですが、事業体としては独立しています。拠点数55で長野県一帯に病院、介護施設を配置、救助ヘリまで持っています。11病院持っていますが、その中には経営が難しいと言われる中山間部に立地しているものもあります。しかし、マイナス改定で診療報酬が最低と言われた2009年度に全病院が黒字でした。つまり、経営が適切であれば病院は赤字にはならないのです。長野厚生連は医療レベルも非常に高い評価を受けています。もう一つは聖隷福祉事業団。聖隷佐倉市民病院の指定管理者です。聖隷福祉事業団も100以上の施設を持ちながら全体で黒字経営を維持しています。米国でIHNができ始めたのが1994年頃からで、オーストラリアやカナダで公立病院をIHN化したのが2000年以降ですから、日本の場合はそれよりも以前に作っていたわけです。

それから日本の医療制度改革で新しい経営形態として社会医療法人が創られました。107の社会医療法人のデータを集めてプロットしてみましたら、なんと最も診療報酬が低かった2009年度に平均経常利益率が3.8%でした。社会医療法人は、非課税優遇を受けるためには救急、周産期、小児などに尽力していることが要件です

から、公立病院以上に公益機能を果たしています。公立病院側は公益機能を果たすことで赤字になっているという抗弁をしますが、実際には政策医療にしっかり取組んでいるところは黒字経営なのです。公立病院が赤字なのは、結局、マネジメント不足ということなのです。

社会医療法人の模範例として大阪府の生長会があります。ここは非常にいい経営をしています。3年ぐらい前に将来の成長戦略をどうするかということについて議論させていただきました。その時に私は、同じ医療圏に税金に依存して放漫経営している公立病院が5つもある、近い将来これらの公立病院が公設民営を選択して指定管理者を募集してきたらそれを引き受けることでより強固なIHNになることができる、と申し上げました。そして、生長会は2011年4月から実際に阪南市民病院の指定管理者になりました。

千葉県には徳洲会グループに属する木下会という社会医療法人があります。その中核病院が千葉西総合病院です。木下会は循環器医療でブランドを築いています。元々ライバルだったはずの地域の52医療機関をオープン方式、つまり地元の先生方にも自分の施設を使わせるという発想で地域医療ネットワークを作り、収益力を高めています。今度608床の新病院を建設するとのことです。

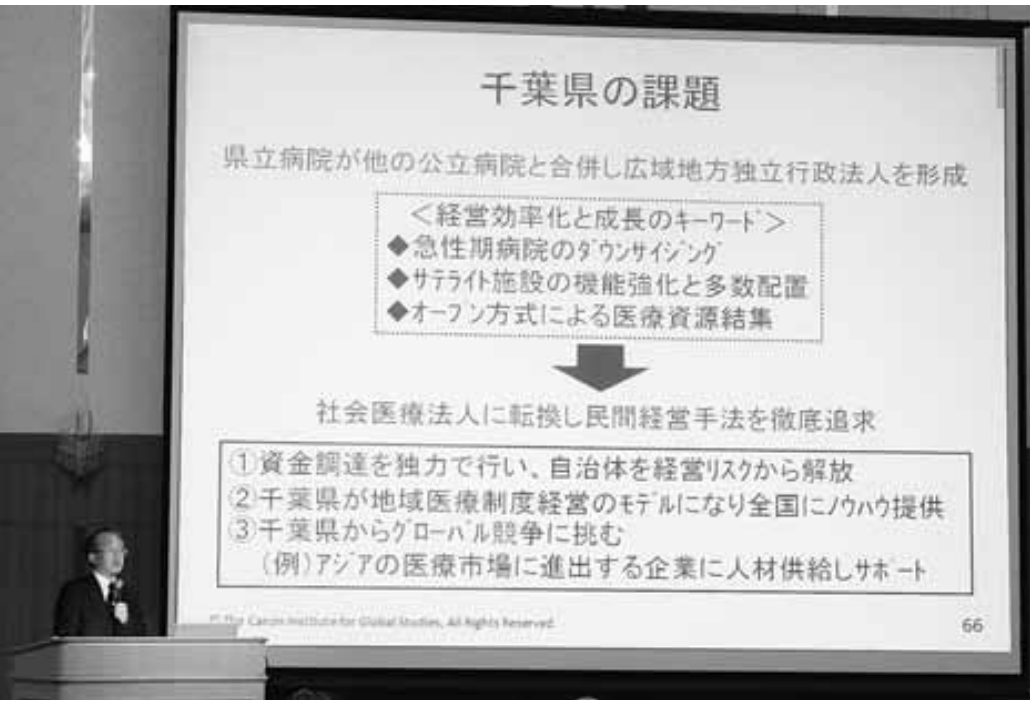
最後に、「医療改革の方向と千葉県の課題」ということでお話しします。この先、日本が直面する危機がどのようなプロセスをたどるかを正確に予測することは困難ですが、医療経営環境が一層厳しくなることは確実です。

その第1の理由は、国の財政危機が臨界点を超える結果、診療報酬単価のアップが望み薄だからです。一般政府債務のGDP比は日本だけが200%を超えています。これを引き下げるためには、名目GDP成長率が長期金利を上回り続ける必要があります。しかし、構造改革を先送りしている限り到底達成できません。その上、東日本大震災復興事業のための大量国債発行で、一般政府債務のGDP比上昇が加速します。いつの時点から国債金利が上がり始めるかということが、今や世界の注目の的となっています。

第2の理由は、医療保険の都道府県単位での統廃合を契機に地域差指数の高い県では自己責任を問われモラルハザードが許されない状況になることです。医療制度運営の地域間競争、都道府県単位で地域間競争が始まるということです。そのスタート時点では、先程ご説明した通り、千葉県は非常に有利な立場にありますから、私はこれを利用すべきだと考えています。

3つ目の理由は、医療界全体の問題として消費税率が上げられれば損税が拡大することです。医療提供に必要なものを購入した時には消費税を払っていますが、診療報酬には消費税がかかりませんので、医療機関側は消費税分だけ払い損になります。診療報酬が消費税非課税になっているのは、消費税導入時に日本医師会の主張を取り入れた結果です。今になって診療報酬も課税してくれと言っていますが、仮に診療報酬が課税対象になっても問題は解決しません。損税を解消するにはそのための追加財源が必要になります。そこで、財務省が医療機関の手取り収入が増えないように診療報酬を引き下げる方向に動くと思われるからです。ですから、損税を解消できたとしても医療経営上プラスになる保証はありません。

4つ目の理由は、人口減少が高齢化医療費増



加効果を相殺する地域が現れ、単独施設経営では存続、成長が一層困難になることです。千葉県全体としてはまだ人口が増えていますが、外房地域を中心に急激に人口が減る時期が来ます。その時には医療機関が新たに設備投資をすることが非常に難しくなります。

以上を踏まえると、医療改革の目指すべき方向は次の４つです。第１に、医療保険の都道府県での統廃合を早期に実施すべきです。国の政策としては都道府県単位で統合することが決まっていますが、なかなか前に進みません。その理由には、自営業者の所得把握率が非常に悪く、給与取得者との公平性が保たれていないという事情があります。これを解決するための大きな鍵は、社会保障カードの導入です。社会保障カードを導入して所得把握率を向上させたうえで、協会けんぽ、国保も含めて全体を統合する。企業の健保組合は解散しても構わないと思います。今の状態ですと集めた保険料の半分以上を高齢者に持っていかれますから、健保組合を運営するメリットがなくなっていると感じられます。

第２に、公的保険を二階建てにすることです。わが国の財政状況では、現在の医療保険制度を公費負担割合引き上げで維持することは不可能に近いと思います。公的制度の枠組みの中で国民一人ひとりが医療の給付と負担のバランスを選べるような仕組み、カフェテリア方式と呼ばれる工夫を導入すべきです。カフェテリア方式により、国の負担も今よりはコントロールできるようになります。企業経営から見ると、医療保険も年金と同じように確定拠出型にするということです。海外では国民一人ひとりが、基礎的な公的保険だけを選ぶのか、それとも少し多めに負担してオプションを付けるかを自分で選択できるようになっています。こうすることで、国の財政負担を高めることなく、医療にお金を使いたい人は民間保険に入るよりは割安に保険を利用できるようになります。都道府県単位の保険を統廃合するのであれば、千葉県が率先してこの仕組みの導入を検討する必要があろうかと思います。

改革の方向の第３は、1,000億円規模の医療公益企業、即ちＩＨＮを創設して地域間競争に挑むことです。それが道州制のインフラにもなると考えます。具体的に申し上げますと、経営形態は地方独立行政法人または社会医療法人です。その目的は、民間的経営手法を追求し、資金調達でも政府・自治体から独立させることにあります。最大のネックは、公立病院の職員は公務員ですから非公務員化に対する抵抗が非常に強いことです。というのは、日本の公立病院の特徴としては、医師の給与は民間以下ですが、医師以外の給与は民間以上、特に事務職については３、４割高く、看護師に関しても２割ぐらい高い。しかし、現在は国家公務員の給料を１割カットするという話があり、地方公務員の給与もいずれカットせざるを得ない。そうなると、今のうちに非公務員化して退職金をもらった方が手取りは大きくなりますから、広域医療圏単位で公立病院を経営統合して非公務員化するということも実現可能になって

きます。また、1,000 億円規模のＩＨＮを作ることができればグローバル競争も可能です。

第４は、大学医学部設置要件から附属病院を外すことです。なぜなら、財政危機を理由に国立大学付属病院に対する交付金はカットされ続けており、いずれ交付金がなくなる時がくる。そうすると大学も附属病院を抱えることが経営リスクになってきます。大学が附属病院を持っている国はドイツと日本ぐらいで、他の国では附属病院を持っていないことが一般的です。大学の機能は臨床研究と教育にあり、そのために必要な臨床フィールドは地域の病院から借りればよいからです。

医薬品と医療機器の貿易赤字は過去 20 年の間に急拡大しました。2000 年時点では、医薬品の対米貿易収支は黒字だったのです。ですから、日本が海外に勝てないことはないのです。やればできるはずだったのにやらなかった結果なのです。海外で台頭してきているメガ非営利医療事業体を日本では持っていない。やはり、それは政策的に作るべきです。例えば、千葉県でメガ非営利医療事業体を作り、米国のセンタラヘルスケアと業務提携して技術・人材交流すれば、多くの医療専門人材が千葉県に集まる可能性があります。その優秀人材からの協力を求めて企業も集まるようになります。こうして資金と人材が集まるようになれば、千葉県を拠点にグローバル競争に打って出ることが可能になってくるのです。

具体的には、県立病院が他の公立病院と合併して広域地方独立行政法人を作るべきだと思います。その際のキーワードは、急性期病院のダウンサイジング、サテライト施設の機能強化と多数配置、それからオープン方式による医療資源の結集です。その後、完全に民営化して社会医療法人に転換、自治体を経営リスクから解放する。そうなれば、千葉県が全国に医療経営のノウハウを提供する基地になれると思います。

そして、千葉県からグローバル競争に挑む。これは千葉県が海外に病院を作るとうことではありません。重要な点は、人材と資金を供給できるようになることです。今後、もっとも伸びるのはアジアですから、アジアの医療市場に進出する企業をサポートすればいいのです。三井物産がマレーシアの医療関連投資企業に確か 900 億円ぐらい出資しました。その事業体はアジア全体で事業展開する病院グループを持っています。おそらく 15 年ぐらいしたらその病院グループの年商は１兆円を超えるでしょう。他にも、八王子にある北原国際病院の北原理事長が、カンボジアに日本の医療制度、医学部と病院をセットで輸出するという準備を始めています。アジア開発銀行がバックに付いていますが、韓国や中国との競争です。千葉県も同じことをやるべきと思います。そのためにはコアになる医療事業体、ＩＨＮが必要です。ＩＨＮを創るには現在ある公立病院などの経営資源を活用すれば可能です。そうであれば是非チャレンジすべきではないかというのが、私の長年の研究テーマであります。

ご清聴ありがとうございました。