

講演

医療介護福祉制度改革の論点整理

日時：2015年2月17日 10:00~11:30
場所：日本医師会館

松山 幸弘（キャノングローバル戦略研究所研究主幹）



ご紹介、大変ありがとうございました。キャノングローバル戦略研究所の松山です。

私は、たしか2007年にもここにお招きいただき持論を説明させて頂きましたが、その時はずいぶんお叱りを受けました。多少反省はしたものの、きっと今日も同じような話をするかもしれませんが、ご容赦をお願い致します。それでは、早速説明させていただきます。

1. 近未来の不都合な真実

Japanization という英語が定着しています。私は1980年代前半に保険会社の職員としてニューヨークでファンドマネージャーをしていました。その時のJapanizationというのは「日本みたいになりたい」という意味でした。日本の経済発展の成果を見て、日本の仕組みを取り入れたいという話だったのです。しかし、2011年7月に図表1の記事がEconomist誌に出ました。日本みたいになったら大変だという内容の記事です。

その後も日本の改革がなかなか進まないの、今、ヨーロッパが非常に懸念をしています。

それで昨年9月に3週間、Bruegelという、ヨーロッパでトップ評価の政策研究所から呼ばれて、日本病の実情を根掘り葉掘り聞かれました。図表2にあるように、論文を書かせてもらったのですが、それだけヨーロッパが日本に注目しているのです。なぜなら、ヨーロッパもデフレ傾向にあり、失業率が高く、財政も厳しく、日本が過去20年間たどった道を自分たちも進むことになるのではないか、と真剣に心配しているのです。

彼らと話をする時に最初に示したのが図表3です。分母に15~64歳の人口、分子に14歳以下と65歳以上の人口を入れて、比率がどうなるかというデータです。この従属人口割合で見ると、1990年、バブル経済が崩壊する直前は、日本は最優等国だったのです。このころはいちばん割合が低かった。しかし、2013年時点では日本だけが60%を超えています。これがほぼ100%の確率で急速

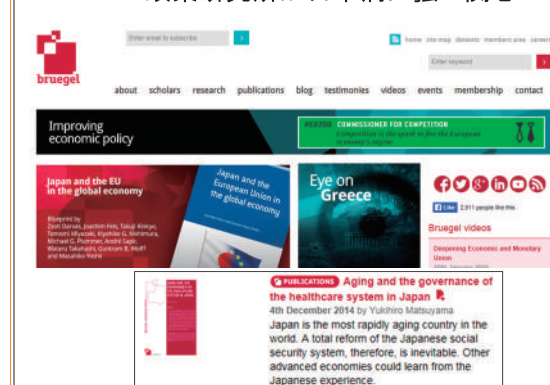
昔英国病、今日日本病
Japanization



4

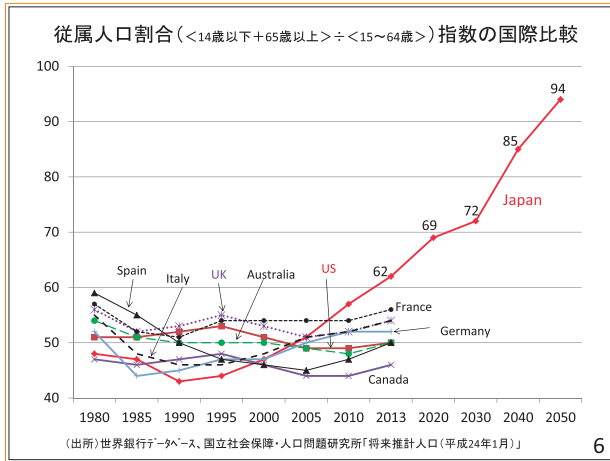
図表 1

EU政策研究所が日本病に強い関心

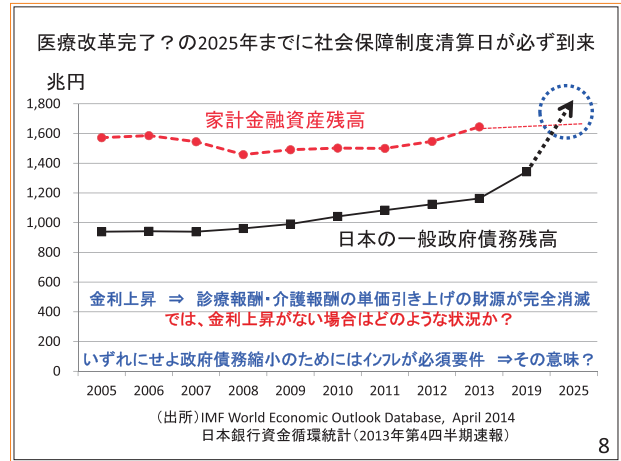


5

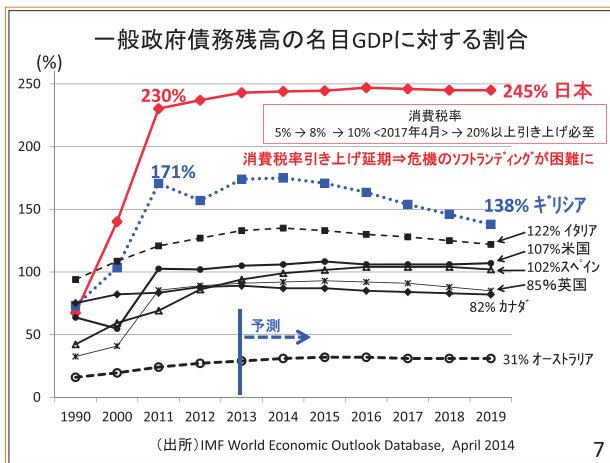
図表 2



図表3



図表5



図表4

に100に近づいていきます。ヨーロッパの研究者は十分に知っていたデータですが、この図を見た時にどよめきがありました。それだけ厳しい数字だということです。

もう1つのデータは、日本の国と地方政府の借金の金額がGDPに対して何倍あるかという数字です(図表4)。これも実はバブル経済が崩壊する前、1990年時点では、日本は他の国と同じようなレベルで優等生だったのです。そして、2011年に破綻したギリシャの値は171%でした。しかし、その時の日本の値は230%です。それが今後も上昇すると予測されています。このグラフは、毎年4月にIMF国際通貨基金が発表しているものです。

問題は消費税率の引き上げです。私どもの研究所がハーバード大学等の研究者たちと共同研究した結果によれば、日本が現在の社会保障制度を維持しようとすると、消費税率は35%必要です。ヨーロッパの国々は20%前後になっていますので、日本も最低でも20%まで引き上

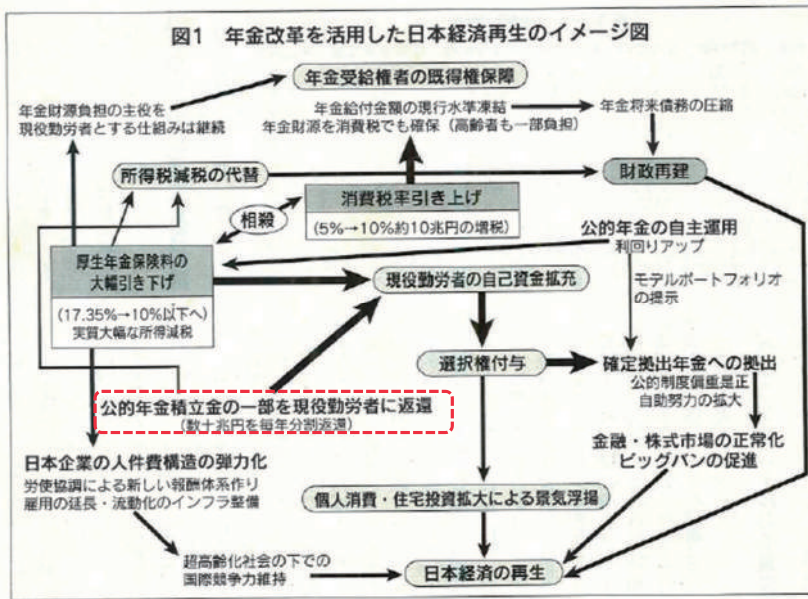
げないといけない。今回の消費税率引き上げ延期が何を意味しているかということ、日本が直面する危機のソフトランディングが非常に困難になったということではないかと思います。

私は、これまで発表されたアベノミクスの成長戦略では、2017年4月に消費税率を上げることができるような経済情勢になっていないのではないかと予想しています。非常に厳しい。

ではなぜまだ日本が破綻しないかということ、大きな理由は、家計金融資産が政府の債務残高を上回っているからです。しかし、社会保障制度の抜本改革を先送りし続け、現在のような財政構造のままでいれば、いずれ政府債務残高が家計金融資産を突き抜ける可能性があります(図表5)。なぜなら、人口に占める割合が高くなった高齢者が貯蓄を取り崩して国民全体の貯蓄率がマイナスになるという事態が起きています。そういう状態のなかで国債発行を続ければ、必然的にいつか債務残高が家計金融資産を突き抜けます。このことが見えてきた何年も前に国際金融市場で日本売りが始まります。日本売りとは円安の進展と金利の上昇です。金利が上がったら政府の金利負担が急激に上がりますので、そうすると診療報酬／介護報酬の単価引き上げの財源がその時点で完全消滅します。要するに政府が予算を組めなくなる状態になるのです。国自体がなくなるわけではありませんが、予算が非常に難しくなるということです。

一方、現在各国とも金利を引き下げています。そこで日本の金利は上がらないのではないかということ言う方もいます。しかし、このまま金利上昇がない状態というのはもっと怖い状態です。日本の金利が上がるか円安

1998年7月週刊東洋経済に発表した松山私案



2002年出版



負担と給付のバランス
の世代間公平性の
基準を明示

年金積立金の一部を現役世代に返還すると同時に消費税率引き上げ
社会保障財源を年金から医療介護にシフトさせる改革

9

図表 6

になるかというのは、海外の状況との相対比較になります。日本の金利が上がらない、円安にもならない、日銀がどんどん輪転機を回して一万円札を刷り国債発行できるという状態は何かというと、ヨーロッパも米国も経済が停滞しているということです。それは世界経済大不況ですから日本国民の所得が増えません。一方、医療・介護ニーズは増加しているわけですから、それに対応する財源をどこから持ってくるのだという問題がより深刻になる。金利低迷は金利上昇よりもっとひどい状況を意味するのです。

政府の過大債務問題を解決するには、インフレしかありません。インフレによって国の借金の実質的価値を下げる、年金債務の実質的価値を下げるということをしないとイケないのです。今取り組んでいます、それが実現するということは、国民の生活水準が平均的に1-2割今よりダウンするということを甘受せざるを得ない時代になるということです。それをいかに国民の理解を得ながらソフトランディングさせるか、ということが政策当局の課題なのです。

図表 6 は 1998 年に発表した私の改革案です。その時

考えたのは、日本の厚生年金、いわゆる公的年金というのは他の諸国に比べて給付水準が非常に高く、かつ、180兆円近い積立金もある。であれば、今のうちに年金を実質的に圧縮して、その分医療・介護・福祉に財源をシフトさせるという案です。年金を圧縮する方法の一環として、消費税率を1%引き上げる毎に保険料を払っている現役世代に2.5兆円返却することで消費税率を上げた時の景気へのマイナスのインパクトを相殺する。そして、消費税率引き上げで得た追加財源を医療・介護のほうにシフトさせるのです。加えて、あとでご説明いたします国公立病院の経営改革を行うという案でした。

少し話が逸れますが、ちょうどこれを書いた時に外資系証券会社に転職するのが内定していました。しかし、外資系で仕事をするより日本再生のための本を書くべきではないかと思い、保険会社を辞めて学者になりました。それが2002年に出した『人口半減・日本経済の活路』という本です。このなかで、公的年金積立金の返却シナリオの計算をして、仮に消費税引き上げと同時に数十兆円現役労働者世代に返したとしても、50年、60年先まで年金制度は守られるということを書きました。また、医療、

(松山私見)

政治・経済環境変化に最も強い医療制度はオーストラリア

医療経済研究機構 Monthly IHEP 2014年4月号掲載論文より抜粋

医療制度には医療提供体制と医療財源確保方法の二面がある。その分類の切り口として公中心、民中心といった基準が使われることが多いが、具体的仕組みのあり様は、仮に公中心あるいは民中心であってもその国の医療制度の歴史、社会・経済の構造、人口動態等により大きく異なる。しかし、医療サービスの基礎である医学は世界共通である。一国の医療財源確保の方法は、税金、保険料、患者自己負担という3要素の組み合わせであることも同じである。さらに、その組み合わせの外見が異なっても、現役世代の医療費については現役世代が全額負担、高齢者医療費の大部分も現役世代が負担、高齢者医療費の一部を高齢者自身が負担、というルールが制度設計上の基本原則になっている。そして、先進諸国における医療改革の共通テーマとして地域包括ケア、予防による医療費抑制、給付と負担のバランスの公平化などが掲げられている。

このように外見や各プログラムの名称は異なるが制度設計の基本構造に共通点が多い各国の医療制度の優劣を判定する場合、改革案に対する国民のコンセンサスが成立しやすいか否かという視点が重要なように思われる。つまり、少子高齢化や財政難など医療制度設計の前提条件が大きく変化したことを受けて給付と負担のリバランス改革を大胆に行いたい時に、国民の合意を得やすくするための仕掛けが予め医療制度に組み込まれているか、という判定基準である。これは、その国の医療制度全体のガバナンスの妥当性評価とも言える。

<オーストラリアの医療制度の特徴>

- ①主財源を税で確保した上で、平均所得以上の国民に民間医療保険加入によりアメニティを充実する選択権を与えている。
- ②民間医療保険料引き下げを公費で補助した上で保険会社の収支を事後的に調整。
⇒①と②により相対的富裕層から追加財源を確保する2階建て公的制度を構築
- ③広域医療圏単位で公立病院をIHN化し税による重複投資を防止、民間病院、開業医との機能分担を確立

10

図表 7

介護のほうにお金をシフトさせる仕組みを書きました。医療・介護の負担・給付のバランスを世代別、年齢階層別に消費税も含めて計算したところ、70~74歳の年齢層だけが特に負担が少なかったの、ここを引き上げるべきと提案しました。

もう1つは教育改革です。当時はゆとり教育が始まっていましたが、「こんなバカな教育制度はすぐに潰れる」と書いたら、ネットで教育界からずいぶんバッシングがありました。でも、ゆとり教育というのはすぐなくなりました。

私の政策提言は、2002年に出したこの本の内容をバージョンアップしているにすぎないのです。

私は、オーストラリアの制度が医療制度全体の、つまり財源確保と医療提供体制両方のガバナンスの仕組みとして一番柔軟性があるのではないかと評価しています。

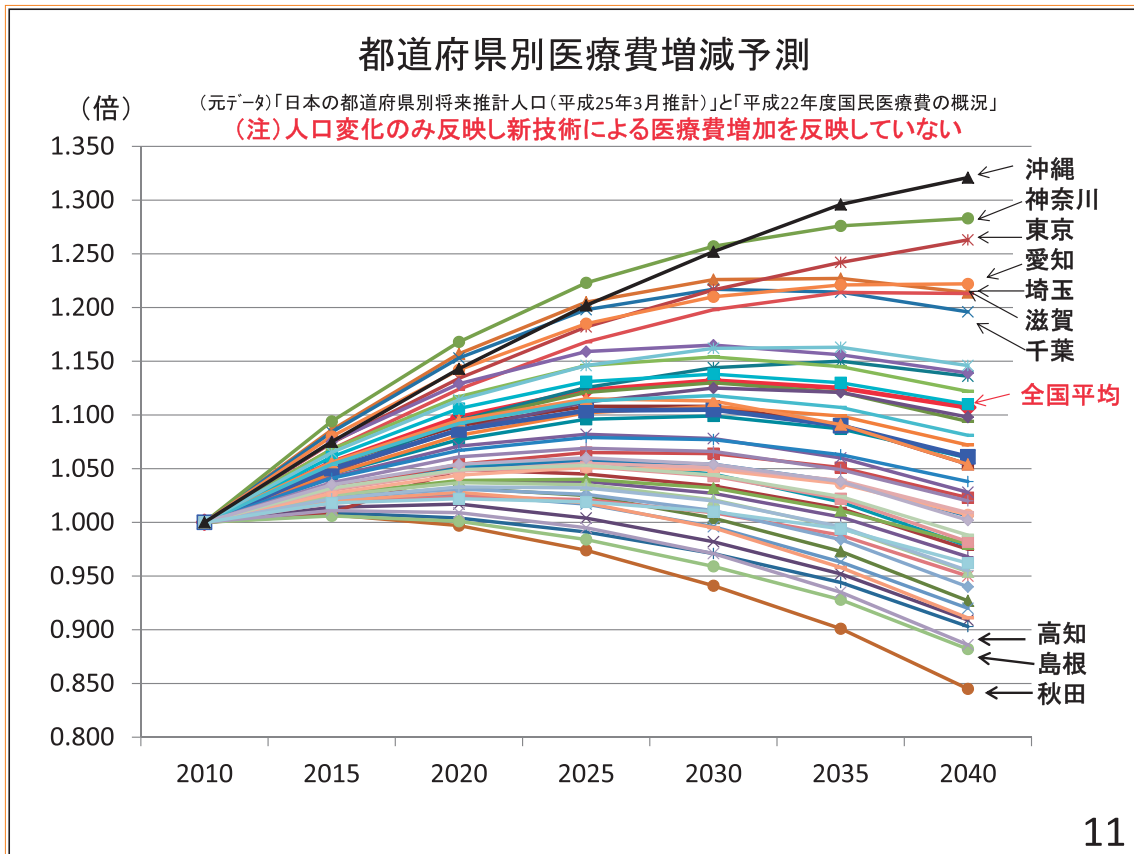
医療サービスの基礎である医学は世界共通です。一国の医療財源確保の方法も、税金・保険料・患者自己負担の3つの組み合わせであるという点で世界共通です。

3月に世界30か国の医療改革の最新事情に関する本が出ます。これは英語の本ですが、2年かけて世界中の学

者と一緒につくったものです。この本を読まれば分かりますが、表面上は制度の名前やお金の流れは違いますが、医療制度の原則は変わりません。そういうなかでどの制度がいいかを議論する時に、1つの判断基準は、その制度を作った時の環境が大きく変わった時に、新しい環境に合わせるようにスムーズに国民と議論ができる仕組みになっているかどうか、だと思います。

この判断基準で比較して見ると、オーストラリアの制度が非常によくできていると思います。図表7に書いてあるとおり、まず財源の大部分を税で確保したうえで、連邦政府が州政府に配分するわけです。そして、平均所得以上の国民、全国民の約46%の人々に対して民間医療保険加入によりアメニティ部分を選択する権限を与えています。アメニティに限っているというのは、医療の質に差は設けないけれども、医師を指名できる、早く入院できる、個室に入れる、ということです。お金持ちに「医療にお金を使いたいのであればどうぞ使ってください」という仕組みを、医療の質の公平性を保ちながらやっているのです。

しかも、2番目にあるとおり、民間医療保険料が高くな



図表 8

りすぎないように民間医療保険の給付財源の30%を税金で補助しています。その分、保険料を下げようとして、かつ、民間保険料も所得の高い人ほど高くなるように設計しています。さらに、健康な被保険者をより多く集めた結果保険収支黒字が大きくなった保険会社から保険収支黒字が小さかった保険会社に決算後に財源を強制移転させる仕組みを取り入れています。こうすることで公的保険の枠組みのなかで保険会社間の公平性を確保、実質的に2階建ての公的医療保険制度を構築しているのです。

オーストラリアは、2011年に大胆な公立病院の改革も断行しました。病院数は、公立病院770、民間病院550で公立病院のほうが少し多い。基礎的な医療のところは公立病院が中心にやっているので、そこを地域単位で経営統合させてIHN化している。それによって、医療提供体制でもガバナンスがうまく効いているという印象を私は持っています。

図表8は、人口の変化だけを反映した場合医療費がどうなるかを示しています。全国平均で見ると、高齢化による医療費増加効果を人口減少による医療費減少効果が

上回り医療費が減り始めるのが2030年です。

問題は、都道府県別に見ると大きな格差があることです。高知、島根、秋田に関しては、おそらく数年先から医療費全体の減少が人口構造の観点からは始まります。これを各都道府県の市町村別に見ればもっと極端に人口動態の医療費増減に与える影響の格差が出ます。これは、医療機関がどの地域に立地しているかが経営に大きな影響を与えることを意味しています。

一方、医療費は人口動態だけで決まるわけではなくて、新しい技術の登場によっても増えていきます。一般的には新技術が出ればよりよいものがより安くということになるのですが、医療の場合はそうっていない。これは医療経済の1つの謎になっていますが、主たる理由として2つあげられています。1つ目の理由は、保険給付や公費補助があることで患者側がコストをあまり考えずに過剰消費してしまうというモラルハザードが発生することです。2つ目は、情報の非対称を背景にして医療機関側が医療を過剰供給することです。

新技術による医療費増加が年率何%ぐらいかは厚労省の統計で推計できます。日本の場合、それは年率約1.5%

新技術の医療費増加寄与率は年1.5%超

1990年～2011年の期間における国民医療費増減率の要因別内訳(年平均)				
国民医療費 増加率	増減要因			
	診療報酬改定	人口増	高齢化	その他
3.27%	▲0.06%	0.15%	1.63%	1.50%

(注)四捨五入のため合計は一致しない。(出所)厚生労働省公表資料より作成

<技術進歩が医療費低減(より良いものがより安く)に結びつかない理由>

①保険・公費補助によるモラルハザード ②情報非対称を背景にした過剰供給

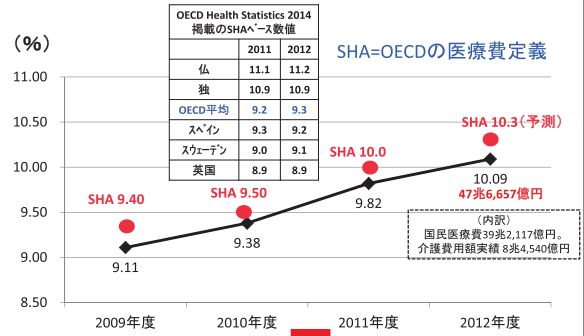
「その他」には新技術、賃金上昇、物価上昇などが反映されていると考えられる。
 一方、1990年～2011年の期間における
 サービス業・医療福祉資金指数の年平均上昇率は▲0.45%
 消費者物価指数の年平均上昇率は▲0.21%。

新技術による医療費増加は少なくとも年率1.5%あると推察できる

12

図表 9

医療介護費の“GDP比”が2011年にOECD諸国の平均を超えた

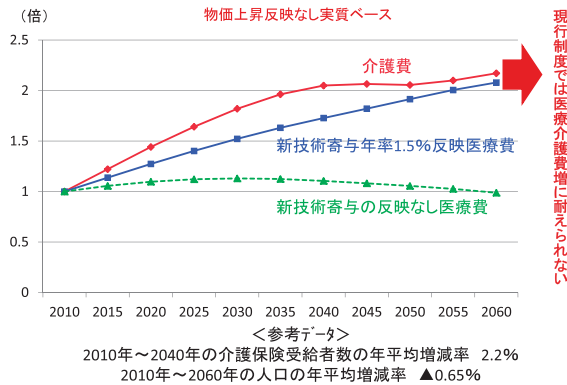


先進諸国の中で日本の医療介護費が割安という根拠が消滅

14

図表 11

新技術の影響1.5%反映医療費と介護費の推移



13

図表 10

です(図表 9)。これは、人口動態に関係なく医療ニーズが増えるということです。米国でもその値は1.5~2%と指摘されています。

一方、今後の人口の年平均減少率はマイナス0.65%です。したがって、人口減少により医療費減少圧力が高まるとしても、技術進歩の影響1.5%の方が大きいわけで、人口減少があっても国民の医療ニーズが増え続けるということです。問題は医療費以上に介護費の伸びが高い点です。2040年までは明らかに介護費の伸びが医療費より大きい。したがって、現行制度では将来の医療介護費増に耐えられないのは明らかです(図表 10)。

図表 11 が非常に重要です。

黒の折れ線グラフは、厚労省が毎年発表している国民医療費と介護費用額の単純合計がGDPに対して何%占めたかというものです。一方、OECD諸国でこの割合を比較する時は、OECDのSHAという医療費の定義に基

づいて比較されます。

昨年6月ここに示すデータが出ました。日本は他の国に比べて国民医療費確定値が出るのが遅いので、昨年6月時点で確定していたのは2011年度の10%です。このように、すでに2011年時点で実はOECDの平均9.2%を日本は上回っていたのです。英国、スウェーデン、スペインよりもかなり高くなっています。

日本の2012年の同割合は10.3%と推計できます。同年の名目GDP成長率がマイナスで、医療介護費増加率がプラスだったことを反映した値です。問題はこれからどうなるかです。

私は2011年に医療介護費負担をGDP比で論じるリスクを「あらたにす」に書きました(図表 12)。「あらたにす」とは、当時、日経新聞、読売新聞、朝日新聞が共同事業として運営していたインターネット新聞です。日本の医療介護財源に公費をもっと投入するための理屈として、医療界はOECD諸国のなかでいちばん割合が低いのだという主張をしてきました。たしかに2009年頃までは英国並みでOECD平均以下のレベルにあったわけですが、私は、遅くとも2012年までには日本の値はOECD諸国平均を大きく上回ってしまうと予測しました。そうであれば、医療介護への公費投入を主張するのであれば、別の理屈を考える必要があると考えたのです。

米国の場合、医療費がGDPに占める割合は、米国の医療費定義で17.4%、OECDのSHA定義で16.2%です。世界で一番医療費を使う国です。しかし、それでも米国では医療費増加により経済成長率に悪い影響が出るという議論は出ていません。それはなぜか。そもそも医療費というのは、学者が計量経済学でどんなに分析しても、

医療介護費負担をGDP比で論じたのは医療界の戦術の誤り

『あらたにす』新聞案内人 2011 年 8 月 29 日号に掲載

今後も医療費は名目 GDP 伸び率を上回るペースで増加すると予測されている（表 6）。その結果、医療費が名目 GDP に占める割合は 09 年の 17.6%から 20 年には 19.8%まで高まる見込みである。

しかし、医療費増加のために米経済が破綻することにはならないだろう。なぜなら、仮に経済が支えきれないほど医療消費が増える状況になれば、公的医療保険の診療報酬引き下げ、患者自己負担引き上げ、医療へのアクセス制限などが発動されるに違いないからだ。

医療費の名目 GDP 比の理論的最適値など存在しない。その比率は国民の消費選択行動のトータルな結果であり、良し悪しは言えないのである。

経済成長率を超える医療介護費増加が許容されるための必要条件は何か？



医療介護サービス産業の生産性向上



わが国でそのための最大のネックになっているものは何か？

15

図表 12

GDP に占める割合が何%でなければいけないという理論的最適値は存在しません。なぜなら、この割合は、国民がその時の人口構造とか疾病構造に応じて医療を使いたいと思った結果にすぎないからです。だからその医療ニーズに応えられる財源確保の仕組みを作ることができるのであれば医療費が増えても問題ではない、と私は「あらたにす」に書いたのです。

そうしたら「日本の名目 GDP に対する医療介護費の割合がイギリスよりも高くなるというのは嘘だ」と私をネットで批判している学者がいると友人に教えられました。昨年、その批判を掲載した本まで出版しています。しかし、私が予測したとおりのデータを OECD が既に発表しているのです。

アベノミクスが提唱するように医療を経済成長のエンジンにしたいのであれば、名目 GDP 成長率より医療介護費増加率が高くなければなりません。ではその財源を確保するために世論から支持される要件は何か。そのための第一の必要条件は、医療・介護サービス産業の生産性向上です。

では、わが国でこの生産性の向上を阻んでいる最大の

原因は何か。この問題に対して、社会保障制度改革国民会議がとんでもない結論を出しました。

私は以前から、日本の医療介護の生産性向上の最大のネックは、国公立病院であって民間事業体ではないと主張をしてきました。自治体が設置者である公立病院には毎年 7,000 億円以上の補助金が入っています（図表 13）。オーストラリアのように、公立病院の地域統合を行うことで重複投資をやめさせ、加えて民間医療機関よりも過大な医師以外の職員の人件費を削減すれば、この 7,000 億円は浮くはずで。だから、2005 年に出した本のなかで、これからの医療介護福祉改革のキーパーソンは都道府県知事である、改革断行のためには公立病院を兵糧攻めにすべきだ、と書いたのです。厚労省も同じ意見だと思います。

先ほどのお話で、なぜ GDP の 17.4% も使っている米国で医療費膨張が経済にマイナスの影響を与えないかというと、図表 14 が理由の 1 つです。

米国でも医療介護費の財源の大半は現役世代が負担しています。ではその現役世代の人件費がどうなっているのかというのを図表 14 で見てみます。2000 年 3 月から

自治体が設置者である公立病院の収支状況

2012年度 947病院のうち847 病院の合計

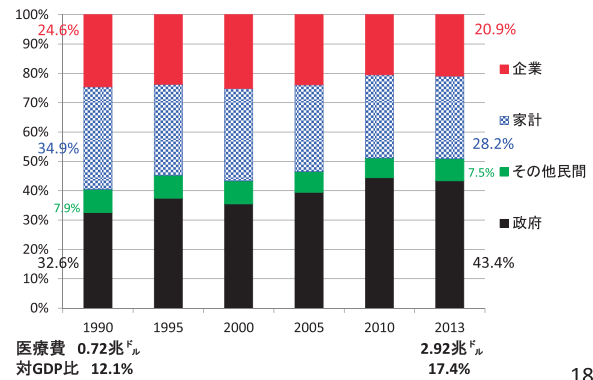
総収益 (1)	3兆9,430億円
診療報酬等	3兆4,180億円
経常費用補助金 (2)	5,250億円
総費用 (3)	3兆9,390億円
名目の利益 (4)=(1)-(3)	40億円
実質の利益 (5)=(4)-(2)	▲1,210億円
繰り延べられている未処理損失	▲1兆9,580億円
設備投資補助金 (6)	1,790億円
補助金合計 (7)=(2)+(6)	7,040億円

財政危機本格化により削減されるのは必至

16

図表 13

米国の医療費財源構成の推移



18

図表 15

医療費膨張は米国企業・経済の成長ネグになっていない
「経済全体の生産性向上+政府負担割合引き上げ」で吸収

米国企業の1時間あたり人件費の増加要因 (単位: ドル)				
	2000年3月 ①	2014年9月 ②	増加額 ②-①	増加額 構成比
1時間あたり人件費	19.85	30.32	10.47	100%
現金支給額	14.49	21.18	6.69	63.9%
企業福祉給付コスト	5.36	9.14	3.78	36.1%
医療費	1.33	2.71	1.38	13.2%
団体医療保険	1.09	2.36	1.27	12.1%
メディア・パートA	0.24	0.35	0.11	1.1%
年金等貯蓄	1.56	2.65	1.09	10.4%
その他	2.47	3.78	1.31	12.5%

(注) 団体医療保険＝勤労者自身とその家族のための医療保障。
メディア・パートA＝65歳以上高齢者の入院費用財源を現役世代が労使折半で負担する制度で保険料率は2.9%

17

図表 14



医療を、産業として育てます。
日本が最先端を行く再生医療では、細胞を、民間の工場で生み出すことが可能になります。日本では、久しく「不可能だ!」と言われてきたことです。
40年以上続いてきた、コメの減反を廃止します。民間企業が障壁なく農業に参入し、作りたい作物を、需給の人為的コントロール抜きに作れる時代がやってきます。日本では、久しく「不可能だ!」と言われてきたことです。これらはみな、昨年の秋、現に、決定したことです。
加えて、昨日の朝私は、日本にも、Mayo Clinicのような、ホールディング・カンパニー型の大規模医療法人ができてしかるべきだから、制度を改めるようにと、追加の指示をしました。

安倍総理が国際公約!

20

図表 16

2014年9月、約15年間の人件費の伸びのデータを見ると、1時間あたりの人件費が19ドル85セントから30ドル32セントに増えているのですが、医療費が増加要因で寄与しているのは13.2%にすぎません。

つまり、日本の新聞で米国企業では医療費増加が国際競争力を低下させているという記事が出るがありますが、あれは嘘です。例えばゼネラルモーターズが医療費で倒産したといいますが、あれはキャデラックプランという退職者に有利な医療保険を提供したために、経営破綻したにすぎません。普通の米国企業はそんなことをしていません。

図表14の数字は全部の米国企業の平均です。つまり、米国経済から見て医療費はどうかというと、医療費が増えているのは事実ではあるけれども、保険料を負担する医療以外の産業の成長でそれを十分にカバーできているということです。また、医療産業の生産性の向上でも医

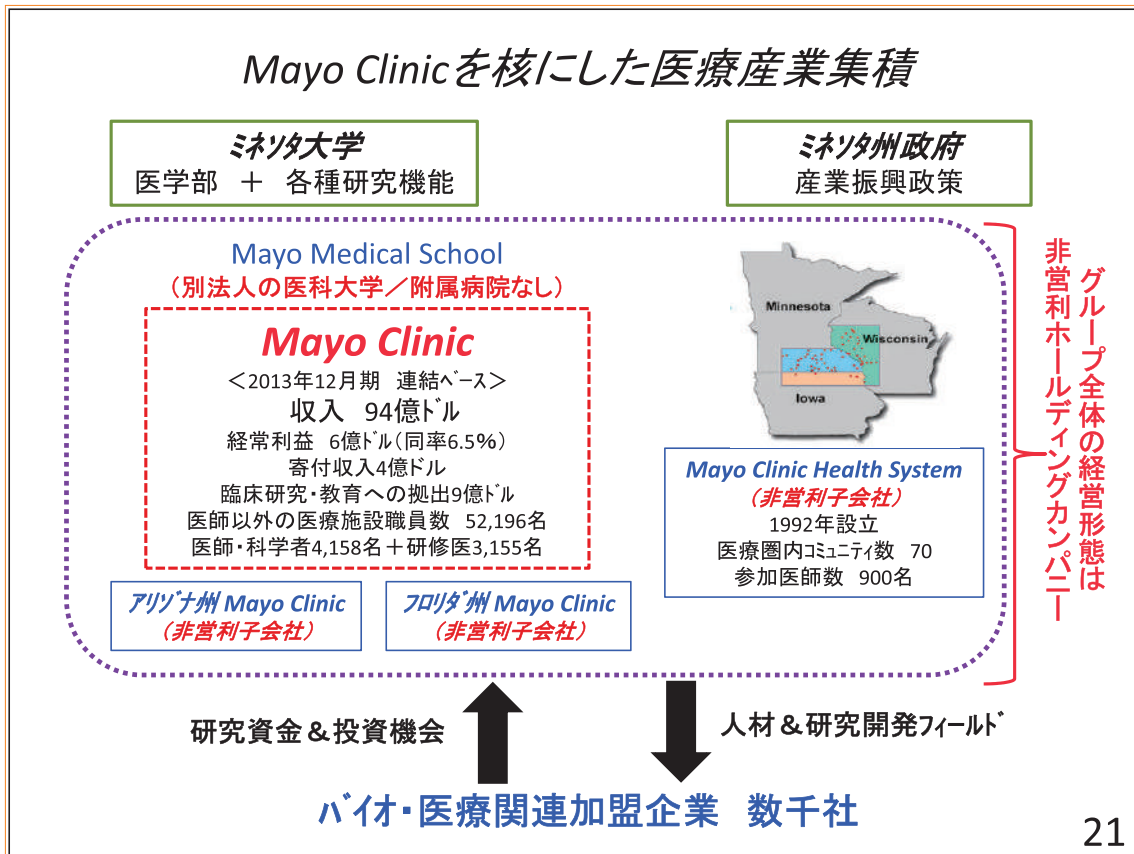
療費増加の影響を吸収しているのです。

ちなみにオバマ改革は、公費投入をもっと増やすということなのです。だから実は全体で見ると企業の負担率が減っており、その分、全部政府が肩代わりしているのです。そういう改革だということを数字でご確認いただきたいと思います(図表15)。

2. 混迷する医療法人制度改革の論点

総理が2014年1月スイスで開催されたダボス会議でMayo Clinicのような医療事業体を作ると発言なさったことは重要です(図表16)。日本の医薬品や医療機器の国際競争力、つまり医薬品・医療機器開発のための臨床研究のインフラを強化するということであり、政策の方向としては正しい。

Mayo Clinicの経営形態は非営利ホールディングカンパニーです。ミネソタ州に100年以上前から形成された



図表 17

医療施設群が親会社機能を持ち、アリゾナ州の病院群、フロリダ州の病院群、Mayo Clinic Health System（ミネソタ州、アイオワ州、ウィスコンシン州にまたがる医療介護福祉事業体 Integrated Healthcare Network）を非営利子会社をしています。全体の連結売上高は94億ドルで1兆円を超えています。ここに臨床研究の情報が集まっているがゆえに、世界中から医薬品・医療機器の会社がお金と人材を持って集まっているのです(図表 17)。こういうものを日本にも数カ所作るべきというのが私の持論でして、それを申し上げてきたわけです。

そういう意味で、安倍総理がダボス会議でおっしゃったのは、改革のベクトルの方向としては正しい。

図表 18 は、臨床研究国際競争インフラのデータによる日米比較です。米国には Mayo Clinic をも超える事業体があります。例えば、ピッツバーグ大学が業務提携している UPMC という非営利ホールディングカンパニー医療介護福祉事業体です。ここは 1986 年にピッツバーグ大学の附属病院 3 つを分離し、わが国でいえば社会医療法人とした上でゼロスタートしたものです。25 年かけて 2010 年に Mayo Clinic を事業規模で抜きました。今では

世界一の医療産業集積インフラ事業体になっています。また、ハーバード大学は Partners と CareGroup という 2 つのライバル関係にある非営利ホールディングカンパニー医療介護福祉事業体を臨床研究フィールドにして、医療産業集積を作っています。わが国の国立大学附属病院全てを合計しても Mayo Clinic、UPMC、Partners/CareGroup に全く歯が立ちません。

私が米国に取材に行くたびに相手に質問されたことは、「医療サービス以外ではトヨタ、キヤノンなど日本にもグローバル企業がある。しかし、日本は世界第 2 位の医療市場なのに、なぜ Mayo Clinic とかピッツバーグと競争できるような事業体が 1 つもないのだ」です。では、他の国は、米国と臨床研究で競争するためにどうしているのでしょうか。

私は、日本が最初に目指すべきはケンブリッジ大学の仕組みだと思います(図表 19)。ケンブリッジ大学は、近隣の公立病院の地域ネットワークと一体経営することで臨床研究インフラを構築、その運営会社を作っています。その事業規模は 1,700 億円です。これであれば、日本でも東京とか関西に政策的に作るができると思います。

日本の大学の臨床研究フィールドは世界基準から見れば弱小

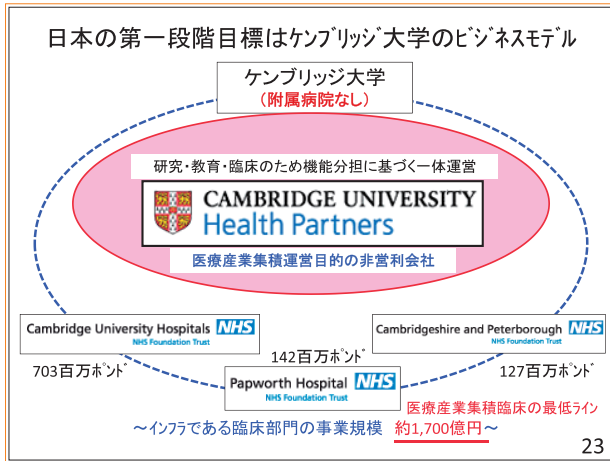
(単位:億円) 1US\$=120円換算	京都大学	東京大学	ピッツバーグ大学	ハーバード大学
	2014年3月期	2014年3月期	2014年6月期	2014年6月期
収入	1,500億円	2,233億円	2,407億円 2,006百万ドル	5,290億円 4,408百万ドル
授業料・入学料等	119億円	143億円	673億円 561百万ドル	1,054億円 878百万ドル
公的補助	492億円	739億円	226億円 188百万ドル	733億円 611百万ドル
附属病院収益	332億円	457億円	0	0
その他	557億円	894億円	1,508億円 1,257百万ドル	3,503億円 2,919百万ドル
臨床研究フィールドに している業務提携先 医療事業体の規模	0 附属病院全体合計 9,667億円	0	1兆3,700億円 UPMC 11,416百万ドル	1兆5,400億円 Partners 10,346百万ドル CareGroup 2,449百万ドル

附属病院を分離し、IHNを創ることこそが大学ブランド戦略

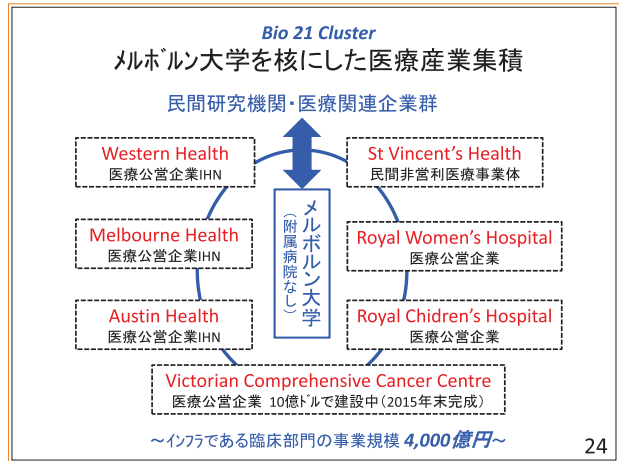
22

図表 18

日本の第一段階目標はケンブリッジ大学のビジネスモデル



図表 19

Bio 21 Cluster
メルボルン大学を核にした医療産業集積

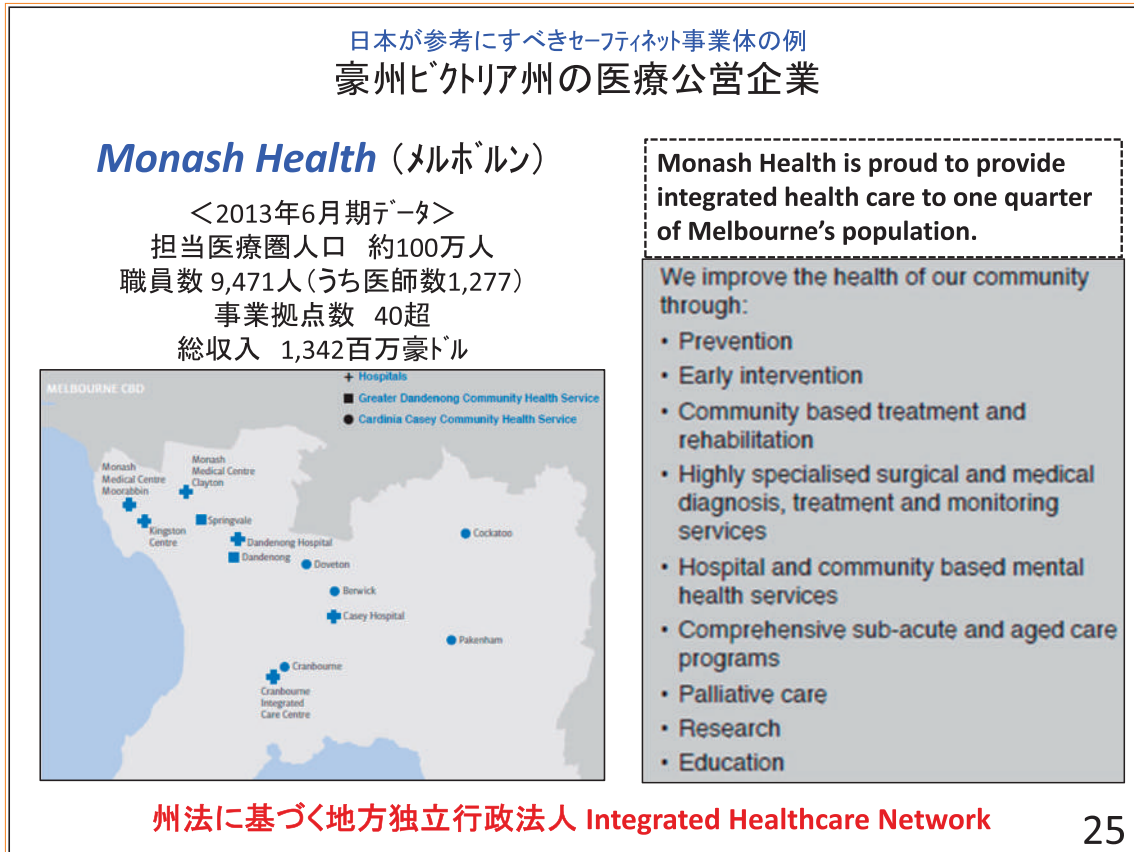
図表 20

それをさらに大きくしたのがメルボルン大学です。メルボルン大学も附属病院を持っていませんが、公立病院の地域ネットワークと非営利民間病院のネットワークを束ねています。これは親会社と子会社の関係というよりは、臨床フィールドの情報を共有するという仕組みです(図表 20)。その臨床事業規模は4,000 億円です。

世界レベルの臨床研究を目指す場合、ケンブリッジ大

学の仕組みでも十分に戦えるわけですから、私は早くそういうものを日本に数カ所政府のトップダウンで作るべきと提案しているのです。

オーストラリアは2011年に医療制度の大改革を実施しました。公立病院を人口50万人から100万人の地域単位で統合しました(図表 21)。この公立病院ネットワークは、急性期病院以外の施設も運営、そこに民間病院とか



図表 21

開業医がそれぞれの立場で機能分担するという仕組みです。オーストラリアは、これを全国レベルで実現しているのです。

このような米国やオーストラリアの Integrated Healthcare Network は特殊なものではありません。類似の事業体は日本にもすでにあります。代表例が社会福祉法人聖隷福祉事業団です(図表 22)。長野厚生連もそうです。急性期から在宅、介護、リハビリに至るまで地域住民が必要とする医療介護サービスを包括的に提供しますので、海外の IHN と事業構造はほとんど同じと言えます。

図表 23 は、昨年 6 月に出たアベノミクスにおける日本再興戦略です。私が提唱し続けてきた国立大学附属病院を大学から分離して近隣の国公立病院と経営統合、臨床研究の国際競争力を高めるという考え方が盛り込まれています。問題は、先ほど横倉会長からご説明のあった、非営利法人カンパニー検討会の中身です。

私が非営利ホールディングカンパニーを提唱した際に念頭に置いたのは国公立病院と大学附属病院の改革であって、民間医療法人は対象にしていまませんでした。し

かし、この日本再興戦略が非営利ホールディングカンパニーによる改革のメインターゲットを民間医療法人と社会福祉法人としたために、厚労省検討会が間違った方向に行ってしまいました。

図表 24 は、厚労省検討会の結論を示しています。日本再興戦略の前提になっている閣議決定に医療法人と社会福祉法人を束ねるという文言が入っているため、改正法の中身はそうように規定される模様です。しかし、社会福祉法人に関しては、別途社会保障審議会福祉部会で改革案が審議されており、社会福祉法人の資金は社会福祉のためだけに使う仕組みが強化されます。したがって、仮に医療法人と社会福祉法人がグループ化されても、社会福祉法人の資金が医療法人に流れないようにファイヤーウォールが作られるはずで

昨年 8 月に出版された医療白書に、「非営利法人カンパニー制度の議論がなぜ錯綜しているのか」という論文を書きました(図表 25)。

この論文は、非営利ホールディングカンパニーに関する厚労省検討会の議事録をベースに解説したものです。検討会委員の方々が非常にもっともなことをたくさん言

日本の非営利HNNの代表例 社会福祉法人聖隷福祉事業団

浜松市リハビリテーション病院 180床
指定管理者



聖隷浜松病院744床



聖隷三方原病院934床



聖隷淡路病院152床



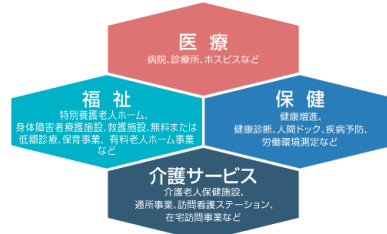
聖隷横浜病院300床



聖隷袋井市民病院 50床
指定管理者



聖隷佐倉市民病院400床



病院	7	有料老人ホーム	12	ショートステイ	12
診療所	1	グループホーム	1	在宅介護支援センター	5
障害者施設	8	デイサービスセンター	22	地域包括支援センター	7
特別養護老人ホーム	16	保育園等子どもの施設	17	ケアプランセンター	15
介護老人保健施設	3	訪問看護ステーション	17	生活支援ハウス	1
軽費老人ホーム	3	訪問ヘルパーステーション	9		

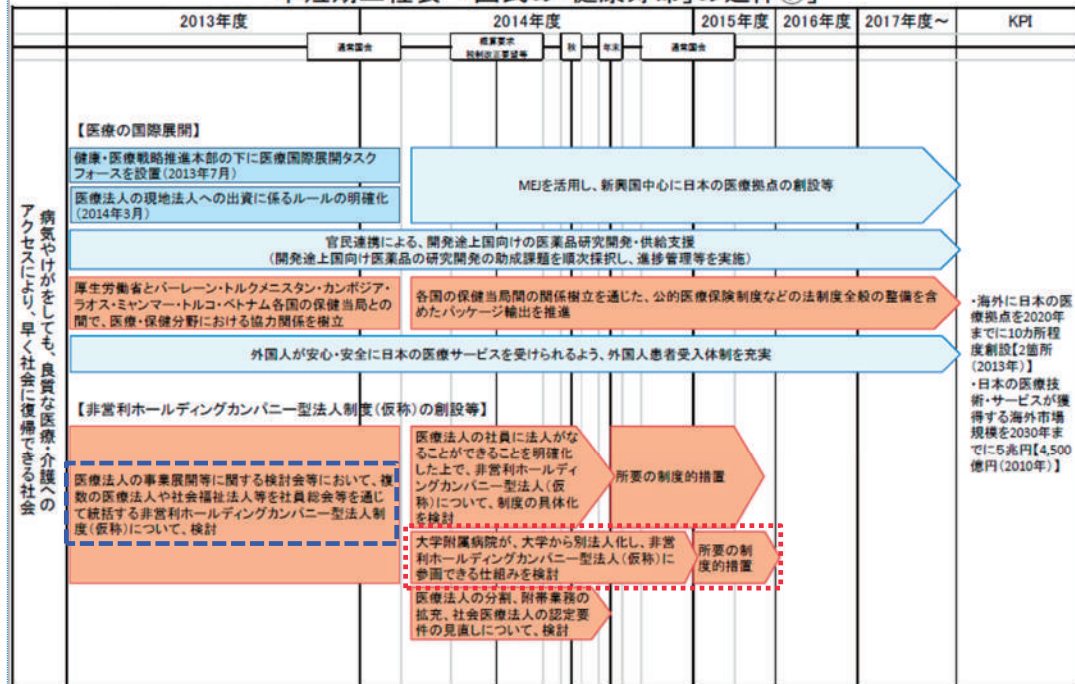
(出所) 聖隷福祉事業団WEBサイト

26

図表 22

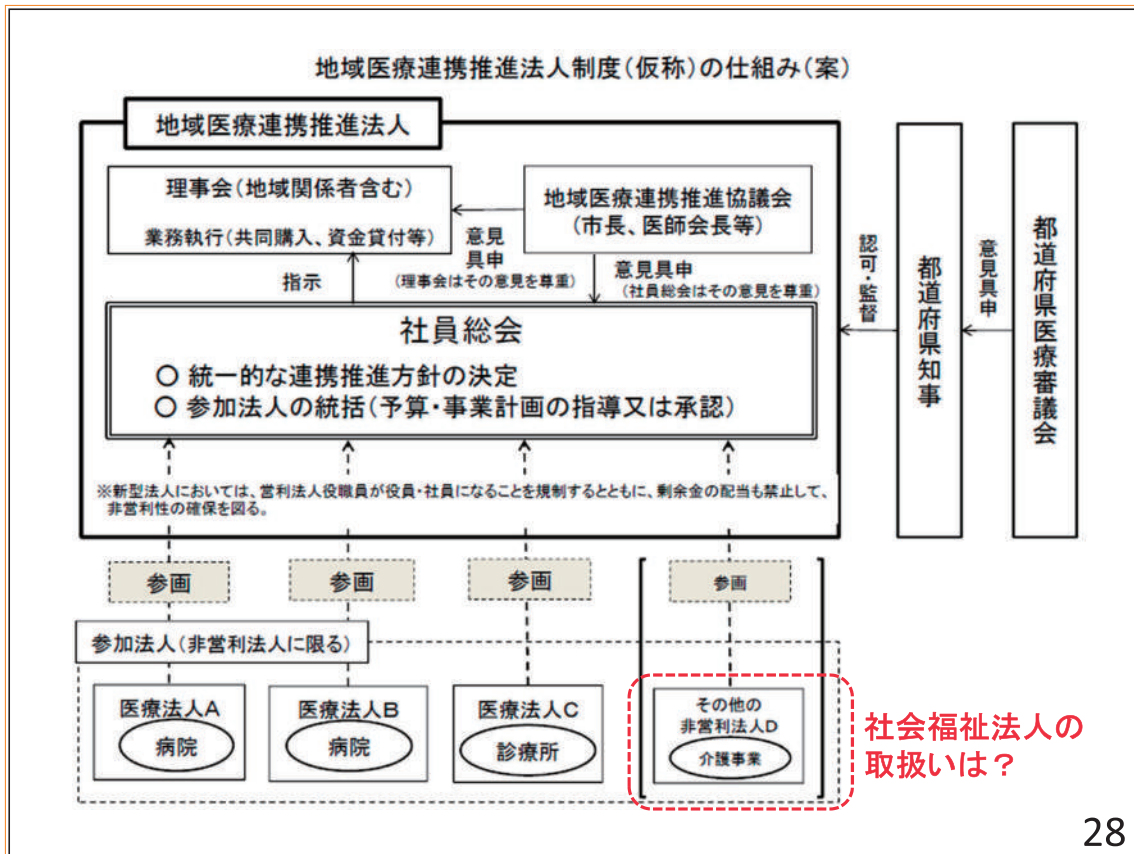
日本再興戦略2014年改訂版

中短期工程表「国民の「健康寿命」の延伸⑦」



27

図表 23



28

図表 24

医療白書
2014-2015年度
地域新時代
における
医療の未来像

第1章

厚生労働省の描く新たな法人制度

非営利ホールディングカンパニー型法人制度導入は何をもたらすか

一般財団法人キャノングローバル戦略研究所研究主幹
松山幸弘

2014(平成26)年6月に公表された日本再興戦略改訂版に「非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)の創設」が明記された。厚生労働省検討会がその具体策を審議している。しかし、非営利ホールディングカンパニーに対する誤解から議論に混乱が見られる。そこで、提唱者である筆者からその正しい理解を解説する。

29

図表 25

(委員指摘③) 7ページに書かれている非営利ホールディングカンパニー型法人というのは、たくさん現存しているのですよね。これと、これから練ろうとしている構想とどう違うのか、あるいは現在こういう形で運営されている congromarit という名前がいちいち付いていて、現在どう呼ばれているのか分かりませんが、こういう法人とどこに問題点があって、なぜこういう新しいものを持ってこないといけないのか…(後略)

持分あり医療法人が形成している congromarit 事業体は私有財産であり、経営統合、業務提携など重要な経営方針決定に政府が介入することは、その事業体が経営危機にあるなどの事情がない限り不適切である。一方、地域包括ケアの必須要件である情報共有がわが国で進まないのは、税金が投入されている国立大学附属病院、国公立病院、非課税優遇を受けている社会医療法人、社会福祉法人が地域内でバラバラに経営されていることが元凶である。したがって、非営利HC型法人の議論の対象は、持分あり医療法人ではなく持分のない医療介護福祉事業体とすべきなのである。

今回の医療法人制度改革を実施しなくても以下の方法で政策目的を達成可能
 ①国立大学附属病院、国公立病院を地域統合して社会医療法人にする
 ②社会医療法人と社会福祉法人の合併を認める
 ③上記の事業体に追加財源獲得手段として株式子会社を認める

30

図表 26

われています。例えば、厚労省が示した医療法人と社会福祉法人を束ねた概念図みて、ある委員が「7ページに書かれている非営利ホールディングカンパニーというのは、たくさん現存している」と指摘しています(図表 26)。

そもそも、持ち分あり医療法人が、名前を出して恐縮ですが、徳洲会グループのような congromarit を形成している事例は既にたくさんあるわけです。私が経営者であれば当然同じような経営戦略を実行します。持分あり医療法人は、経営者個人が全てのリスクを負って作りあげた私有財産です。そこに政策的に介入して「一緒になれ」なんて言うことはナンセンスです。

私が目標としたのは、税金を使って重複投資を繰り返している国公立病院、国立大学附属病院の改革です。そして、Mayo Clinic と臨床研究で競争できる事業体を日本に数か所作ることです。それは、国公立病院、国立大学附属病院を民営化し社会医療法人とすることで可能だと思います。

図表 27 は、厚労省検討会報告書の要旨です。この中で「一つの選択肢」という文言が重要です。

つまり、地域医療連携推進法人という新型法人ができ

ても、それは選択肢にすぎないのでから、既存制度には何ら影響を与えないのです。ということは、私は自分が提唱している改革を進めるうえでこれは障害にならないと勝手に解釈しています。

それから、私は、社会医療法人や社会福祉法人など持ち分のない医療介護福祉事業体为本業ではない周辺業務において株式子会社をぶら下げることを認めるべきと思います。非営利の最重要要件は、利益が特定個人に流れることがないことです。持分なし事業体が株式子会社から配当金をもらっても、それが特定個人に流れることは原則ありません。したがって、その持分なし事業体の非営利性が損なわれるとは思えません。わが国の場合、持分なし事業体の経営者が自分の給与を自分で決められるという抜け道はありますが、そのところはガバナンスや情報公開の強化で非営利性を担保できると思います。

地域医療構想ガイドラインの目玉として、地域別に必要病床数を計算して各医療機関に病床の種類と数の見直しを促す、その指示に従わない場合は医療機関の名前を公表する権限を知事に与えるという改革を行うようです。しかし、知事に医療機関名公表権限を与えても実際

地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設について(概要)(案)

資料2

趣旨

医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携を推進し、地域医療構想を達成するための一つの選択肢として、地域医療連携推進法人(仮称)の認定制度を創設する。これにより、競争よりも協調を進め、地域において質が高く効率的な医療提供体制を確保する。

ポイント

※医療法改正

最も重要な文言⇒その含意は？

- 法人格
 - ・ 地域の医療機関等を開設する複数の医療法人その他の非営利法人の連携を目的とする一般社団法人について、都道府県知事が地域医療連携推進法人(仮称)として認定する。
- 参加法人
 - ・ 地域で医療機関を開設する複数の医療法人その他の非営利法人を参加法人とすることを必須とする。
 - ・ それに加え、地域医療連携推進法人の定款の定めるところにより、地域包括ケアの推進のために、介護事業その他地域包括ケアの推進に資する事業を行う非営利法人を参加法人とすることができる。
 - ・ 営利法人を参加法人・社員とすることは認めない。
- 業務内容
 - ・ 統一的な連携推進方針(医療機能の分化の方針、各医療機関の連携の方針等)の決定。
 - ・ 病床再編(病床数の融通)、患者情報の一元化、キャリアパスの構築、医師・看護師等の共同研修、医療機器等の共同利用、病院開設、資金貸付等。
 - ・ 関連事業を行う株式会社(医薬品の共同購入等)を保有できる。
- ガバナンス(非営利性の確保等)
 - ・ 社員の議決権は各一個とするが、不当に差別的な取扱いをしない等の条件で、定款で定めることができる。
 - ・ 参加法人の事業計画等の重要事項について、意見を聴取し、指導又は承認を行うことができる。
 - ・ 理事長は、その業務の重要性に鑑み、都道府県知事の認可を要件とする。
 - ・ 地域医療連携推進協議会の意見を尊重するとともに、地域関係者を理事に加えて、地域の意見を反映。
 - ・ 営利法人役員を役員・社員にしないこととともに、剰余金の配当も禁止して非営利性の確保を図る。
 - ・ 外部監査等を実施して透明性を確保する。
 - ・ 都道府県知事が、都道府県医療審議会の意見に沿って、認可・監督を行う。

31

図表 27

にそれが行使されることはないと思います。なぜなら、私も以前金融機関にいて医療機関への融資審査をしたことがあるので分かるのですが、指示に従わない医療機関の名前を知事が公表する前に、金融機関がその医療機関に対する融資を止めます。各都道府県で行われる必要病床数の計算結果を見てどの医療機関の経営に近い将来危ないのかというのが知事による医療機関名公表がなくてわかるので、そのようにできるわけです(図表 28)。

具体的に何が起こるかを予想すると、利益率が低く運転資金が不足している医療機関の場合、職員ボーナスの時に金融機関に短期資金を借り入れる必要があります。その短期資金を銀行が貸さなくなれば、職員が敏感に反応し、看護師などの退職者が増えると思います。一方、知事としては、自らが医療機関名を公表することで医療機関が倒産するような政治リスクは負いたくない。であれば、医療機関名を公表せずに自然淘汰されるのを待つ方が得策となります。ただし、財政危機の深刻化を背景に地域医療制度全体の危機が訪れた時に知事が何らかの政治的権限を発揮する必要があるという観点からは、今回の法改正で知事に強い権限を与えておくというのは意

義があると思います。

それから、先日参加した地域医療構想ガイドラインに関するシンポジウムで一番驚いたのは、民間医療法人の病床規制のことだけが議論の対象になり、わが国の地域医療提供体制の非効率の元凶である国公立病院が取り上げられていなかったことです。講師の一人だった厚労省幹部も国公立病院の病床問題に言及しなかったので、非常に不思議に感じました。

3. 第三の矢を生み出すための課題

問題は、新しく導入される医療・介護費の都道府県別支出目標制度です(図表 29)。昨年7月に横倉会長とフジテレビのニュース番組で一緒にさせていただいた時に、司会者からいきなり「都道府県別支出目標制度が導入されますよね。どんなものでしょうか」と言われたので、私はやや否定的な回答をしました。なぜなら、そのような制度が上手く機能するためにはインフラとなるデータ分析以上に、利害関係者間の信頼関係が重要だからです。地域別医療・介護費管理制度の成功事例は海外にたくさんあります。しかし、わが国の場合、ナショナルデータ

(出所)第5回地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会資料

【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

- ・ 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行うことができる。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関等が上記の命令・指示に従わない場合には、管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示、医療機関名の公表、地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し等の措置を講ずることができる。

従わない医療機関の多くは経営難(事業ポートフォリオの誤り)にあると想定される。
⇒名前を公表されれば金融機関からの借り入れが困難になり倒産が早まる

その結果に対する批判が巻き起こる政治リスクが知事側にある

＜実際に起こること＞

公表しなくても対象医療機関のデータが作成されるので金融機関等が敏感に反応
⇒知事は「厳しい診療報酬改定の中、自然淘汰が進むのを傍観視する」を選ぶ

しかし、近未来の危機対応のため知事に公表権限を与える改正は必要

32

図表 28

医療・介護費の都道府県別支出目標制度が導入される

3.「経済財政運営と改革の基本方針2014」(平成26年6月24日閣議決定)(抜粋)

第3章 経済再生と財政健全化の好循環

2. 主な歳出分野における重点化・効率化の考え方

(1) 社会保障改革

(基本的な考え方)

我が国の社会保障給付は、少子高齢化の更なる進行の中で、継続的に経済成長を上回るペースで増大しており、国民の負担の増大を抑制していくことが重要である。このため、国民のニーズに対応するための社会保障の機能強化を図りつつ、自助・自立のための環境整備を進める。国、地方公共団体、保険者等がそれぞれの役割を的確に果たすこと等により、医療・介護を中心に社会保障給付について、いわゆる「自然増」も含め聖域なく見直し、徹底的に効率化・適正化していく必要がある。その際、「自然増」について、高齢化による増加とそれ以外の要因による増加などその内容を厳しく精査していく。

その際、先進的に取り組んでいる地域の事例の横展開や各制度の横断的な見直しの視点が重要である。特に、地域横断的な医療介護情報のICT化により「見える化」を進め、各地域の状況を比較した結果を踏まえて医療介護支出の効率化・適正化を図る。世代間・世代内での負担の公平を図るため、負担能力に応じた負担を重視する制度への転換を進める。

(医療・介護提供体制の適正化)

医療提供体制については、関係者間での協議及び都道府県による実効性のある行政上の措置等を通じて、病床の再編等を含め、早急な適正化を推進する。その際、地域の医療需要の将来推計等の情報を基に各医療機能や在宅医療の必要量を含めた地域医療構想を策定し、病床数等の目標設定と政策効果の検証を行うとともに、中長期的な視野に立った工程管理を行う観点からPDCAマネジメントの実施を進める。こうした医療提供体制の再編と併せて在宅医療・介護を進める地域包括ケアの推進を図ることにより、患者がその状態に応じたふさわしい医療等を受けられることができるようするなど入院の適正化を図る。

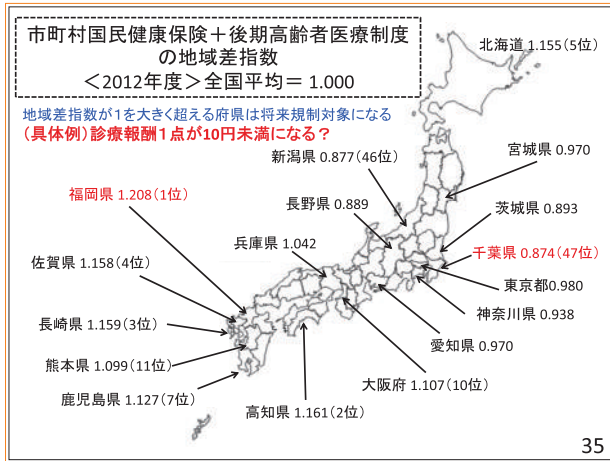
また、平成27年の医療保険制度改革に向け、都道府県による地域医療構想と整合的な医療費の水準や医療の提供に関する目標が設定され、その実現のための取組が加速されるよう、医療費適正化計画の見直しを検討する。国において、都道府県が目標設定するための標準的な算定式を示す。

介護については、第6期以降の介護保険事業計画の策定等に当たり、上記の医療における取組と歩調を合わせつつ、市町村及び都道府県において2025年までのサービス見込量、給付費、保険料を推計し、中長期的な視野に立った工程管理ができるよう、PDCAマネジメントを行う。

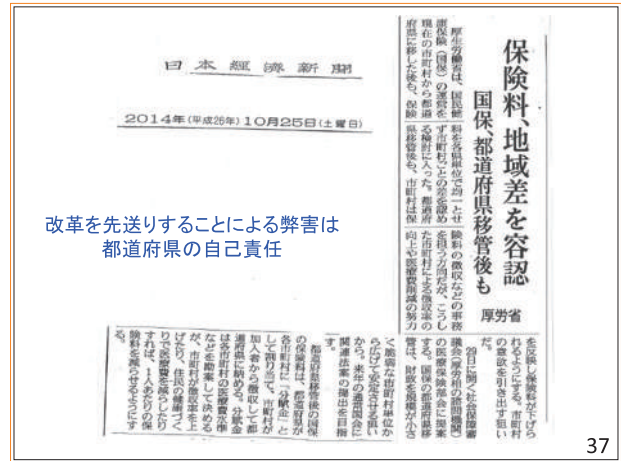
地域医療構想や医療費適正化計画の策定等に当たっては、国は、都道府県・市町村において必要となる人材の養成、研修等の体制整備の支援を行う。

34

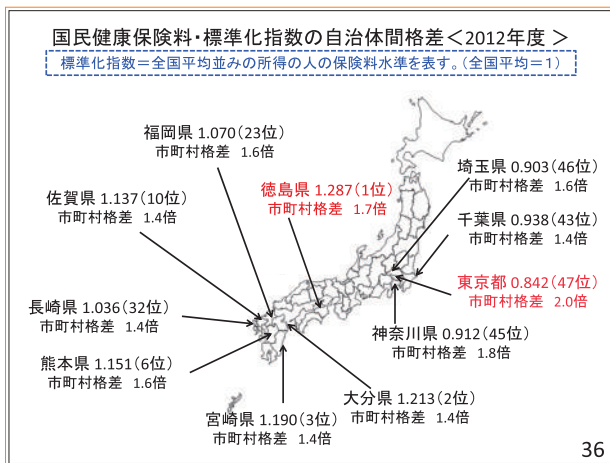
図表 29



図表 30



図表 32



図表 31

ベースは構築されたものの、都道府県単位で医療・介護費を管理するためのノウハウが未熟です。

この前、ある県の公立病院の講演会に呼ばれたら、最前列にこの制度の県の責任者が座っていました。その方に「どこのコンサルタントを雇ったらいいでしょうか」と質問されました。「どうしたらいいのか分からない」とのことです。私の知るかぎり、厚労省のなかにもこれがどのようなメカニズムで運営されるかということに関し具体的なイメージを持っている人はいないと思います。これは、地域医療制度全体の利益からの判断を常に求められる非常に高度な仕事ですので、チャレンジする人材を育成しなければなりません。

図表 30 は市町村国保と後期高齢者医療制度の地域差指数データです。横倉会長には申し訳ないのですが、福岡県が1位になっています。これを前提に都道府県単位で財源と医療提供体制の改革をすると、おそらく1点10

円という原則が崩れてくる可能性があると思っています。

それから、図表 31 は国民健康保険料の標準化指数の自治体間格差です。これは所得を同じとした場合の保険料水準が今の医療消費を反映させるとどうなるかという数字です。徳島県がダントツの1位です。

ご承知のとおり、国保は都道府県間だけではなく、同じ都道府県の市町村内でも大きな格差があります。それを都道府県単位に統合するとなると、保険料は平均値で決まりますので、どの都道府県においても必ず保険料が上がる人と下がる人が半分ずつ発生します。だから政治的に決着ができなくて、困った状態に陥るのが見えているので、保険者の統合はするが当分の間保険料の統合はしなくてもいいという不思議な制度にするらしいのです(図表 32)。そんなことをしている余裕など日本にはない、というのが私の意見です。

図表 33 が重要です。協会けんぽが2008年に全国一本から都道府県単位の組織に改革をした時に、保険料率を各都道府県の実勢どおりに一気に変えようと、保険料率が大きく跳ね上がるところが発生するので、10年間かけて調整するという激変緩和措置を採用しました。今調整期間中ですが、その激変緩和措置の結果何が起きているかというと、補助金を取られている都道府県と補助金をもらっている都道府県があるわけです。現在補助金をもらっている都道府県は、2018年3月にこの他県からの補助金がなくなることを肝に銘じて置かねばなりません。

これをベースに国保のことも考えると、今、全国平均よりも多めに医療を消費している都道府県のマネジメントというのは相当大変だろうと思います。でもそれはやらなければいけないのです。なぜなら、補助金を負担さ

協会けんぽ激変緩和措置の隠れ補助金都道府県別収支 ＜2014年度 百万円＞									
隠れ補助金を負担					隠れ補助金を受け取り				
東京	▲7,416	長野	▲5,027	北海道	11,450	福岡	10,686		
新潟	▲4,861	埼玉	▲4,742	大阪	10,058	岡山	3,200		
静岡	▲4,459	愛知	▲3,571	佐賀	2,807	広島	2,126		
宮城	▲3,407	福島	▲3,402	香川	2,112	熊本	1,995		
茨城	▲2,933	千葉	▲2,789	山口	1,668	徳島	1,511		
神奈川	▲2,083	富山	▲1,753	長崎	1,445	大分	1,398		
岩手	▲1,727	群馬	▲1,664	兵庫	1,210	石川	900		
三重	▲1,464	栃木	▲946	高知	800	鹿児島	766		
京都	▲928	山形	▲810	和歌山	514	秋田	424		
岐阜	▲598	山梨	▲593	愛媛	409	島根	252		
滋賀	▲505	沖縄	▲391	奈良	239	宮崎	211		
青森	▲376	鳥取	▲150	激変緩和措置＝各都道府県の年齢調整・所得調整後の所要保険料率の全国計との差が10分の2.5になるように調整					
福井	▲62	措置は2018年3月終了							

協会けんぽ改革前の補助金額(制度運営能力格差)は上記の1.33倍³⁸

図表 33



図表 35

日本の地域医療再生の活路はデータヘルス(Population Health)にある		
予防注力により対象人口全体の健康向上と医療費削減を目指す (注)予防で“医療費先送り”はできるが生涯医療費削減は保証なし		
	①広域単位	②被保険者集団単位
特徴	地域住民全体の健康状態、罹患率、医療費、医療アクセスなどをマクロ分析し指標化	一つの被保険者集団をセミマクロ分析、ベンチマーキング評価等に止まらず、個々の被保険者の健康状態、受診行動をミクロ分析し個別指導
実施主体	政府	保険者
海外参考モデル	オーストラリア、カナダ	米国のIHN
日本における担い手の有力候補	国保データベース	健保データベース

Population Healthの経済的便益は保険者が享受、データ集積作業は医療提供者

都道府県のマネジメント力が問われる

図表 34

せられている方の都道府県はその分負担が軽くなりますので、激変緩和措置を2018年以降も続けることを受け入れるはずがないからです。

次の課題はデータヘルスです。データヘルスは海外ではPopulation Healthと呼ばれています。その仕組みは、広域単位と被保険者集団単位の2つに分類できます。日本はナショナルデータベースを複数持っており、国保のデータベースは広域単位で、健保データベースは被保険者集団単位です(図表34)。

米国にはナショナルデータベースはありません。ではなぜPopulation Healthの仕組みが機能できるのか。それは、人口100万人ぐらいをカバーできる規模の大きな医療介護福祉事業体が各地に存在しているからです。彼らは、自分たちのデータだけでPopulation Healthの有効性を検証しつつ改善策を練ることができます。

繰り返しになりますが、データヘルスもしくはPopu-

lation Healthを実施する場合、都道府県のマネジメント力が問われます。都道府県の担当者が医療制度全体を本当に分かっているプロになる必要があるのです。

これまでの経験では、都道府県に任せると都道府県立病院が有利になるような結論に行く傾向がありましたが、それでは医療・介護費支出目標制度は上手く機能しないと思います。

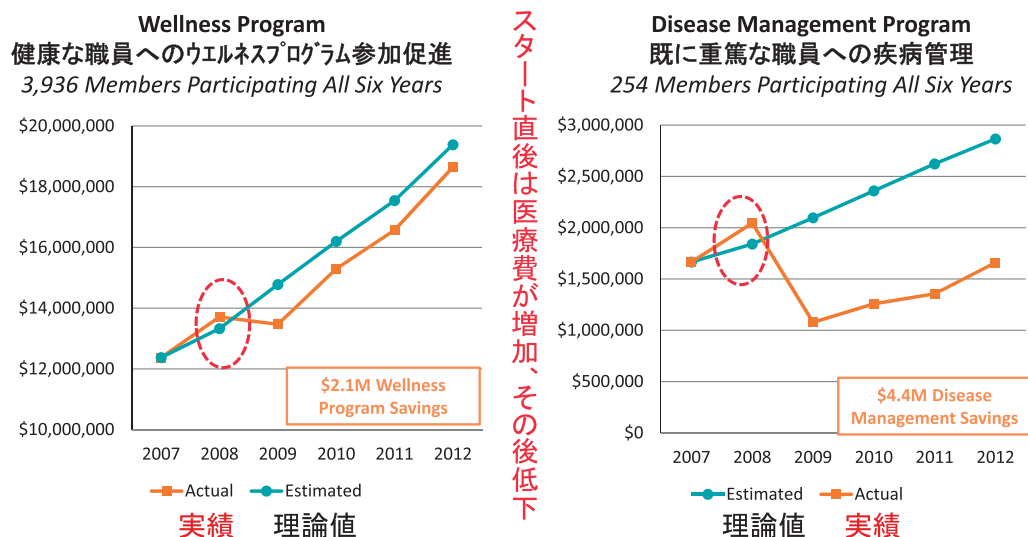
図表35は、岡山県のある市が1年間診療を受けなかったら1万円をボーナスで支給するという制度を始め話題になっている件です。オバマの医療改革でも、先ほどのPopulation Healthの一環として保険会社が指導する健康管理に忠実にしたがった人には保険料を最大30%カットしてもよいというような法律ができています。

国民一人ひとりにインセンティブを与え、かつ、国民一人ひとりに公的保険の枠組みのなかで選択肢を与えるという手法というのは、海外ではいろいろな形で入っています。

図表36は、米国のバージニア州ノーフォークに本部を置く非営利医療介護福祉事業体Sentara Healthcare(以下センタラと略す)がPopulation Healthの手法を自らの職員に実験した結果を表しています。センタラは、患者となっている地域住民一人ひとりの現在の疾病情報並びに医学的見地からの将来疾病リスクと医療費を推計するデータベースを持っています。右側の図は、職員2万人のうち既に重篤な慢性病になっている254名の職員の医療費です。青色がPopulation Healthを実施しなかった場合の医療費の理論値です。オレンジ色は、Population Healthで介入し疾病管理指導を行った実際の医療費で

米国におけるPopulation Health の効果検証結果

2014年3月18日に開催した日米保険者Population Health 勉強会の資料



(注) 上記は64歳以下現役世代であり高齢者へのPopulation Health 効果は別途検証要あり

41

図表 36

す。疾病管理指導を行った初年度は実際医療費が理論値より大きくなりましたが、2年目以降は実際医療費が理論値をかなり下回っています。これはPopulation Healthの効果があったことを示しています。左側の図は、健康な職員約4千人に健康管理プログラムに参加してもらった結果です。やはり、初年度は実際医療費が理論値よりやや大きくなりましたが、2年目以降は実際医療費が理論値を下回っています。

米国でも主治医が「あなたはこういう病気だから、次は何月何日に来てこういう処置を受けなさい」と言っても、来ない人がいるのです。主治医の指示に従わない患者が結構いるので、その人たちに主治医と保険会社が一緒になって受診を促すのです。センタラの経営者が健康な職員4千名に「健康管理プログラムに従った人には年間50ドルのボーナスをあげます」と言っても誰も関心を示さなかった。そこで、10倍の500ドルにしたら全員参加したとのこと。インセンティブにお金がかかって職員が健康になり医療費が下がり、生産性が高まるのであれば有効とのこと。

2014年3月に私どもの研究所で、厚労省保険局、国保

中央会、協会けんぽ、健保連の方々とセンタラの地域医療保険子会社社長との間で、データヘルス、Population Healthの意見交換会を行いました。その際、日本側から「図表36の結果はセンタラの現役職員のデータなので、65歳以上高齢者に対してもPopulation Healthが有効かどうか別途検証する必要がある」との指摘がありました。また、米国側からは「ナショナルデータベースを構築したのであれば、日本の方がより優れた仕組みを作ることができるのではないか」とのコメントがありました。

オバマの医療改革で導入された地域包括ケアプログラムの初期のものはほとんど失敗したそうです。原因の一つは、開業医の意見を聞かずに保険会社側が仕組みを考え実行してしまったからだそうです。センタラの場合、開業医と2年間議論して、開業医側にもインセンティブとなる仕組みを実現しました。

つまり、もし予防であのように医療費が下がるのであれば、得をするのは保険会社です。予防で中心的役割を果たす開業医にずっと協力してもらうには、その成果配分をする必要があります。それでセンタラは開業医と協議してインセンティブの仕組みを決めました。例えば、

図表1 データヘルス（日本）とPopulation Health（米国）の比較

共通点	* ICT 活用により被保険者の健康向上を図ることで医療費削減を目指す * レセプトデータ解析により被保険者集団構成員を疾病リスクにより階層化 * データ分析を担当するのは保険者 * 健康管理指導に従う被保険者にインセンティブ付与		
相違点		データヘルス	Population Health
	被保険者に健康指導を連絡するのは	保険者	医療チーム
	個々人の疾病リスク予測モデルの活用	なし	あり
	医療提供者評価システム（ベンチマーキング）及び医師教育とのリンク	なし	あり
	医療提供者側の財務リスク負担（プライマリケアへの包括支払い制度導入）	なし	あり
	医師が患者予約事務を保険者側に委任	なし	あり
	eVisit（スマートフォン等による受診）	なし	あり
	患者の受診情報を保険者側がリアルタイム把握する仕組み	なし	あり
	全国共通の患者 ID 番号	検討中	なし
	ナショナルデータベースの有無	あり	なし

(出所) 筆者作成

Monthly IHEP 2014年5月号特別寄稿「アベノミクスと医療改革第3回：ICT活用」

保険者（財源）と医療機関が経済的利害を一致する仕組みが必須要件

42

図表 37

医療・介護費GDP比と産業構造の県別比較(2011年)

	佐賀県	福岡県	長崎県	高知県	
人口	835千人	5,093千人	1,386千人	738千人	
医療介護費	3,519億円	2兆1,166億円	6,310億円	3,608億円	全国平均 9.82%
医療・介護	13.2%	11.8%	14.3%	16.7%	
政府サービス生産者	11.9%	8.1%	12.4%	14.9%	
サービス業	6.9%	11.1%	9.1%	9.7%	
製造業	20.2%	15.0%	13.4%	7.4%	
不動産業	11.8%	13.2%	13.1%	11.9%	
卸売・小売業	8.1%	15.2%	11.6%	10.8%	
運輸・通信業	8.1%	11.4%	7.9%	8.3%	
建設業	6.5%	4.6%	4.7%	5.8%	
金融・保険業	4.5%	3.7%	3.6%	4.3%	
農業	2.0%	0.6%	1.7%	2.2%	
水産業	0.5%	0.1%	1.0%	0.7%	
その他	6.4%	5.2%	7.3%	7.3%	

43

図表 38

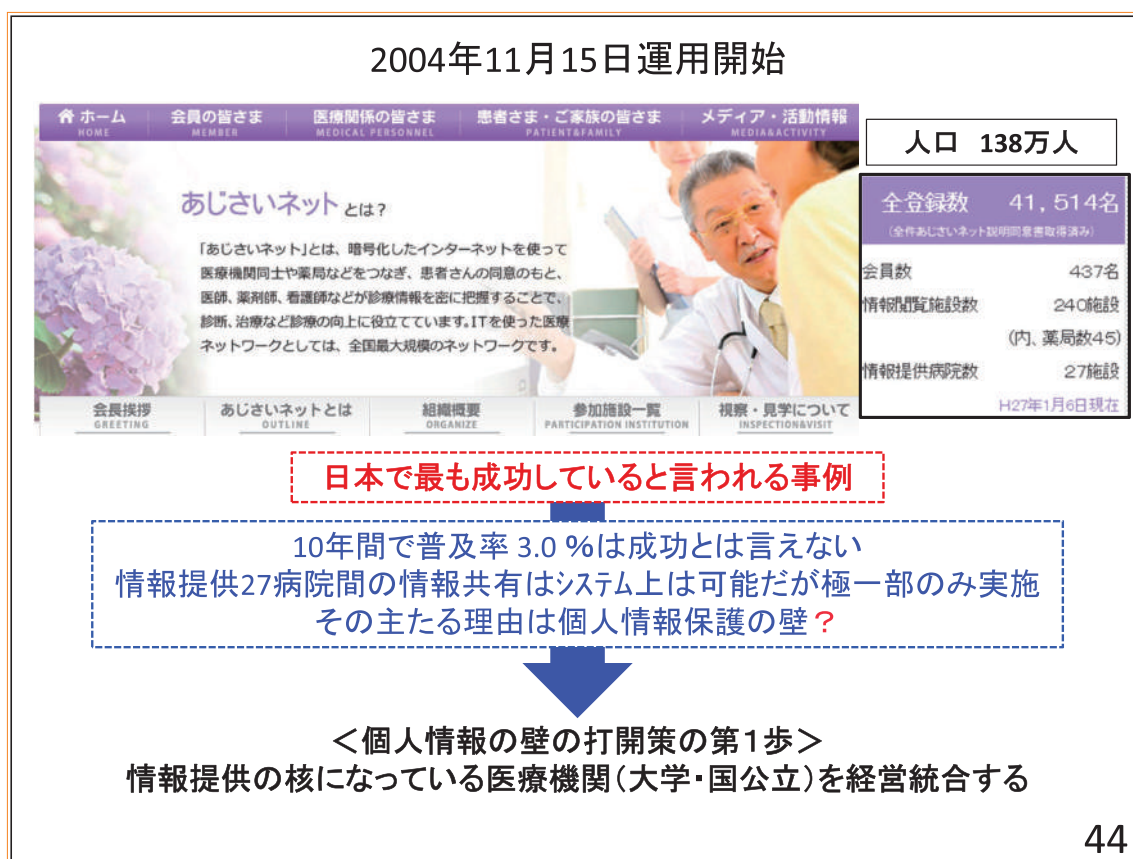
の成果を分け合うという仕組みになっているのです（図表 37）。

センタラの場合、開業医と保険会社の信頼関係ができたので、両者が一緒になって1週間に1回会議を開き、来週はどの患者に受診を促すかを決めています。患者への連絡、予約管理など色々な事務処理が発生するわけですが、それを全て開業医が保険会社に任せるようになりました。要はバックオフィスの仕事は保険会社にやってもらって、開業医は診療に専念する仕組みができたのです。ただし、これは成功例であって、まだ全米に広がっているわけではありません。

先ほど述べましたとおり、米国の場合、医療費がGDPに占める割合は、米国の医療費定義で17.4%、OECDのSHA定義で16.2%です。日本も都道府県別に見ると米国並みのところがあります（図表 38）。

高知県は2011年の時点で16.7%ですから、たぶん現時点では17%を超えていると思います。問題は医療費を負担してくれる他産業の状況です。特に製造業の割合が高くないと、医療費を将来負担してくれる人々がより速いスピードでいなくなるリスクがあります。

1人の開業医が約5,000人の地域住民を担当します。Population Healthの予防活動で5,000人全体の実際医療費が理論値よりいくらか下がったかを算出する方法を決めています。節約できた医療費の何割かを開業医にボーナスとして支給する契約なのです。つまり、医療制度運営の財務リスクを開業医も負担するわけです。言い換えると、保険会社と医療機関が実質的に連結して地域医療



図表 39

都道府県別の産業構造というのは、これから医療制度運営の面からも非常に重要なのです。もちろん国レベルではその産業構造の差、もしくは年齢構成の差、所得格差に応じた財源配分の調整を当然するわけです。しかし、それでも足りない部分は自助努力になりますから、知事にとって自分の都道府県の産業政策、成長力が非常に重要なのです。近い将来どの都道府県でも医療・介護が最大産業になりますので、そのマネジメントが知事の最大の仕事になるのです。

厚労省が医療情報共有の資料を作る時、しばしば長崎県の「あじさいネット」が模範例として出てきます（図表 39）。長崎県の方には申し訳ないのですが、人口が138万で、普及率が10年で3%というのは、決して仕組みとして成功事例とは言えないのではないかと。普及率が低迷する原因を事務局の方にヒアリングしたところ、個人情報保護の壁だとのことでした。

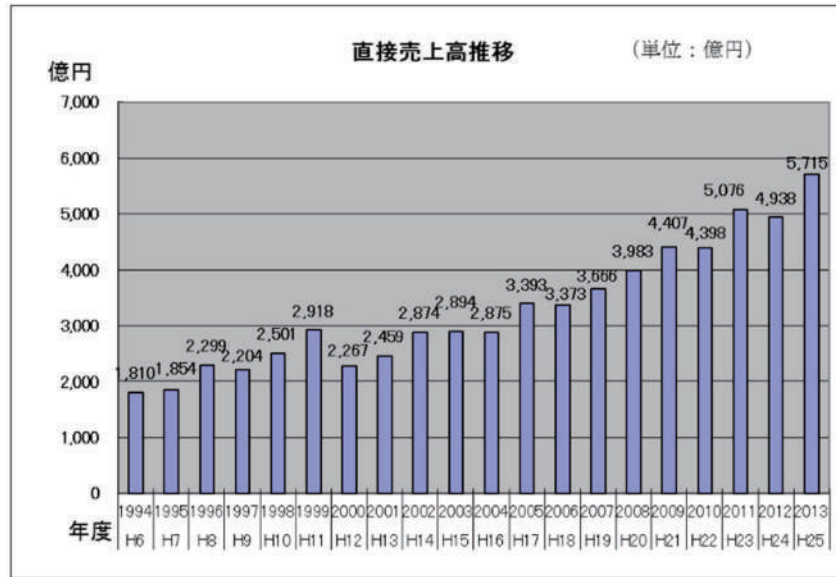
やはり、オーストラリアのように中核になるセーフティネット事業体の規模が小さくないと、その地域にある様々な医療機関が患者情報共有して機能分担していく流れにならないのだと思います。大きな事業体の場合、

その事業体のなかでは患者情報共有は当たり前になります。そこがプラットフォーム機能を果たすことで、他の独立経営している医療機関も参加せざるを得ない環境が生まれると思います。

そのためにはIT投資が必要なのですが、日本の医療介護のIT投資は医療介護費の1.2%です（図表 40）。諸外国の医療IT投資の状況から判断すると、アベノミクスの成長戦略で書いてあるような医療情報活用を実現するには、医療介護費の3%、最低でも2%くらいまでITの費用負担を増やす必要があります。わが国の医療介護費合計は50兆円ですから、IT費用負担を1%アップするには5,000億円、2%アップして3%にするには1兆円追加財源が必要です。これを民間医療機関に現在の診療報酬の中から工面しろというのは無理です。IT投資による医療情報活用で経済的メリットを最も受けるのは保険者ですから、財源を握っている保険者がIT投資費用を負担する仕組みを作る必要があります。

英国、オーストラリア、カナダが医療IT活用で進んでいるのは、やはり財源も医療提供体制も公が中心なので、トップダウンでやりやすいのです。米国はそうなのは

医療介護費用に対する IT 投資割合は約1.2%



(出所) 保健医療福祉情報システム工業会公表資料

追加必要財源(年間1～2兆円?)はマネジメント力で節約可能

45

図表 40

いないのですが、その代わりに民間の地域ネットワークのひとつひとつが大きいので、彼らが自らの収益の中から医療 IT 投資コストを出しています。

国公立病院だけではなくて民間医療機関に対しても保険者が医療機関側に財源供与する必要があるのですが、日本の欠陥は、財政危機と景気低迷を背景に保険者の財政状態が悪化している結果、それを実行できていないことです。わが国の場合、財源不足を補い医療 IT 活用を実現するには地域別医療提供体制のガバナンス構造を抜本改革する必要があります。

では、どこに財源が眠っているのかです。私は、国公立病院の重複過剰投資の補助金に加えて、社会福祉法人に注目をしています。厚労省が所轄している 350 法人の財務データを集計分析し昨年 10 月に研究所 WEB サイトに公開しました (図表 41)。

図表 42 は、病院あり複合体社会福祉法人の例です。L 法人は重症心身障害児のために医療をしているところで、利益率も低いし、ぎりぎりの経営をしているわけです。

問題は N 法人です。これは厚労省所轄ではなくてある

県の所轄ですが、年間事業支出 93 億円で金融資産が 270 億円あります。これには職員退職金積立金 20 億円が含まれていませんので、それを含めると 290 億円です。これは 2013 年 3 月末の数字であり、2014 年 3 月末は金融資産が合計 300 億を超えています。毎年 15 億円から 20 億円積みあがっているのです。利益率が毎年 15% です。ここは病院と特養を経営している社福です。

平成 25 年 (2013 年) 度の財務諸表に関しては、厚労省からインターネット上で公開するべきという通知が出ています。N 法人はこれに従っていません。今回の法改正で財務指標を公開することが義務づけられます。その結果公表された財務諸表を見た職員たちが怒るのではないかと思います。自分たちの給与が抑えられてこんなに大きな利益が出でていることに気付くからです。社福の制度は不思議な点がたくさんあります。N 法人のような高利益率で年間予算の 3 倍を超える金融資産を持つ法人に 3 億円以上の運営費補助金が入っているのです。N 法人は、今度の法改正後に最も注目される社会福祉法人になると思います。

さらに、特養中心の社福で利益率が 3 割近いところが

社会福祉法人に眠る財源



キャノングローバル戦略研究所
The Canon Institute for Global Studies

全体集計(2012年度データ)

単位:千円

施設種類	集計対象 法人数	収入	経常収支差額	同率	支出	総資産	純資産
高齢者	123	212,664,478	13,242,392	0.0623	197,996,067	575,785,565	345,412,803
保育所	77	43,541,393	3,181,861	0.0731	40,318,381	67,244,763	50,886,277
高齢者&保育所	45	89,859,725	4,696,305	0.0523	84,674,332	227,368,299	141,180,285
障害者	29	33,868,528	2,909,825	0.0859	30,982,834	64,021,263	52,016,670
児童養護	5	4,158,450	145,300	0.0349	3,960,072	10,008,373	8,839,529
母子、発達障害支援等その他	6	6,219,781	341,172	0.0549	5,888,022	10,095,915	8,733,259
病院あり複合体(済生会と聖隷を除く)	15	116,640,890	3,883,693	0.0333	113,651,210	228,617,535	179,422,778
病院なし複合体	48	137,869,200	8,096,112	0.0587	129,370,260	295,589,151	224,038,252
小計	348	644,822,445	36,496,660	0.0566	606,851,178	1,478,730,864	1,010,529,853
済生会	1	554,447,904	13,999,457	0.0252	541,858,091	782,128,439	407,029,670
聖隷福祉事業団	1	94,229,934	3,917,422	0.0416	91,454,460	131,948,631	46,261,833
小計	2	648,677,838	17,916,879	0.0276	633,312,551	914,077,070	453,291,503
合計	350	1,293,500,283	54,413,539	0.0421	1,240,163,729	2,392,807,934	1,463,821,356

一法人あたり平均

単位:千円

施設種類	収入	経常収支差額	同率	支出	総資産	純資産
高齢者	1,728,979	107,662	0.0623	1,609,724	4,681,183	2,808,234
保育所	565,473	41,323	0.0731	523,615	873,309	660,861
高齢者&保育所	1,996,883	104,362	0.0523	1,881,652	5,052,629	3,137,340
障害者	1,167,880	100,339	0.0859	1,068,718	2,207,630	1,793,678
児童養護	831,690	29,060	0.0349	792,014	2,001,675	1,767,906
母子、発達障害支援等その他	1,036,630	56,862	0.0549	981,337	1,682,653	1,455,543
病院あり複合体(済生会と聖隷を除く)	7,776,059	258,913	0.0333	7,576,747	15,241,169	11,961,519
病院なし複合体	2,872,275	168,669	0.0587	2,695,214	6,158,107	4,667,464

46

図表 41

病院あり複合体社福の財務データの例

(百万円)

	L法人 厚労省所轄	M法人 厚労省所轄	N法人 県所轄
事業収入	12,097	13,393	10,870
利用料収入	18	N/A	21
補助金収入	15	N/A	356
国庫補助金等取崩額	44	N/A	115
事業支出	12,025	11,720	9,259
経常収支差額 (同率)	72 (0.60%)	1,711 (12.78%)	1,652 (15.20%)
総資産	6,374	33,434	40,542
純資産	4,241	30,590	35,363
国庫補助金等特別積立金	863	6,460	1,624
会計上内部留保	3,370	23,833	33,089
金融資産	3,006	13,650	26,950
借入金	547	225	1,421
純金融資産	2,460	13,425	25,529

◎N法人に補助金を与える理由は？
◎L法人のようなは重症心身障害児(者)医療施設には
経常費用財源の優先配分が必要により思われる。

47

図表 42

高齢者施設社福の財務データの例

(百万円)

	A法人	B法人
事業収入	1,415	4,050
利用料収入	0	817
補助金収入	0	0.2
国庫補助金等取崩額	30	178
事業支出	1,010	3,678
経常収支差額 (同率)	409 (28.89%)	309 (7.64%)
総資産	5,109	12,515
純資産	4,911	6,932
国庫補助金等特別積立金	587	4,456
会計上内部留保	3,451	2,121
金融資産	2,459	1,423
借入金	14	5,404
純金融資産	2,445	▲3980

◎A法人には職員給与と引き上げ余力が十分あるように思われる。
◎B法人は借入金により積極的に規模拡大を図りつつ
7%を超える黒字率を達成していることは経営能力が
高いと評価できる。仮に毎年の黒字の一部の拠出を義
務付けられても返済能力に問題ない。

48

図表 43

いくつかあるのです(図表 43)。財務諸表自体に問題はないので、なぜ今の介護報酬体系の下でこんなに利益が出るのか解明する必要があります。これらは講演会の時は法人名を出しませんが、研究所のホームページに個別法人名を入れて公開しています。

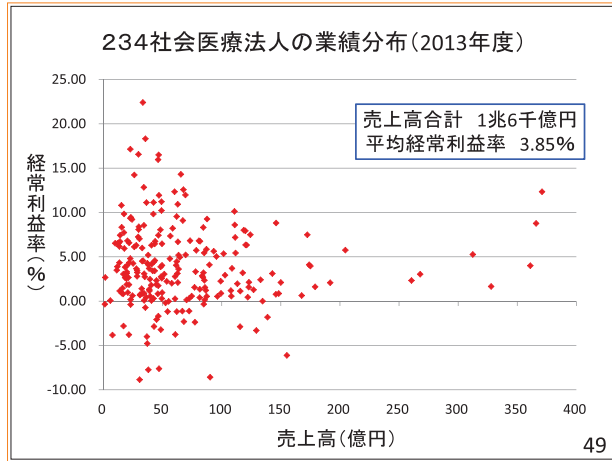
ただし、財務省が今回やったように、介護報酬を一律で下げるとするのはちょっとやりすぎだと思います。問

題は、経営能力が高いがゆえに利益率が高くて、キャッシュが貯まっているところに焦点を当てて、それをきちんと使ってもらうようにすべきなのです。いきなり介護報酬全体を引き下げると介護市場が大混乱するのではないかという懸念を持っています。

図表 44 は、本日の講演のために3か月かけて234 社会医療法人の2013年度の財務諸表を集めて作成したも

のです。

売上高合計が1兆6,000億円、平均経常利益率が3.85%です。この利益率は非常にいい数字だと思います。4%前後というのは、これに減価償却費のキャッシュフローを入ると今の設備を維持する投資を継続できますし、利益率を少し高めれば事業拡大の新規投資ができます。



問題は、収益率がマイナスになっていて、なかには債務超過になっている社会医療法人もあることです。これらは、診療報酬改定がよほどプラスにならないかぎり、たぶん3~4年後に非常に厳しい事態になるのではないかと思います。

貿易赤字の問題ですが、問題はいちばん下です(図表45)。2013年の輸入額は医薬品3兆700億円、医療機器1兆3,000億円、合計約4兆円です。円安でドルが80円から120円になると値段が5割上がったということです、2兆円の負担増なのです。

このように日本の医薬品・医療機器の貿易収支は2兆円を超える赤字です。特に医薬品の赤字が大きい。しかし、医薬品の貿易赤字の最大の理由は国際競争力がないからではないのです。

図表46を見れば明らかです。米国は、医薬品の研究開発力で世界一ですが、日本の倍の医薬品の赤字です。これはなぜかという、米国も法人税率が日本と同じように高いので、製薬企業が生産拠点の大部分を海外に出してしまっているからです。海外生産したものを逆輸入せざるをえない状態になっているためにこれだけの赤字が

拡大を続ける医薬品・医療機器貿易赤字

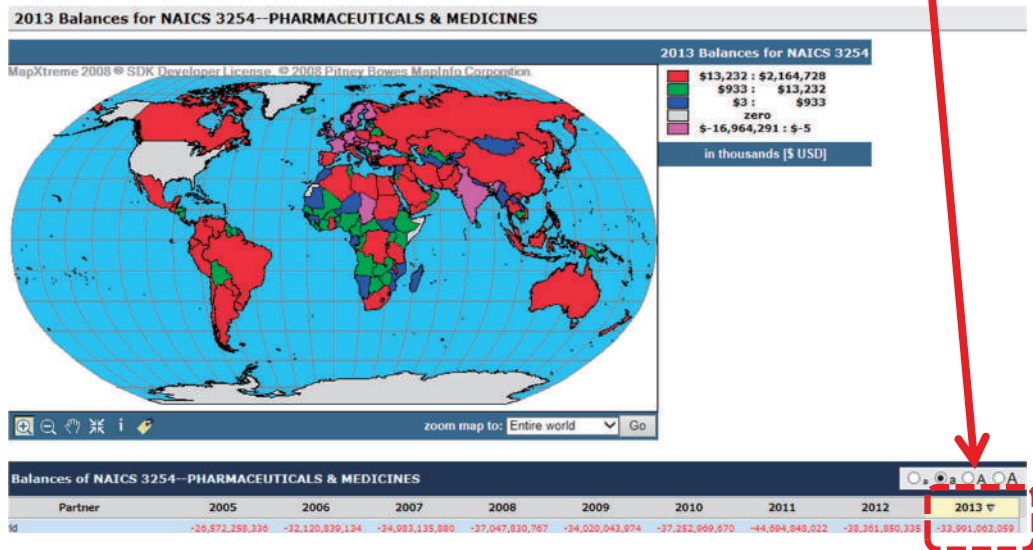
			1990	2000	2010	2013
医薬品	国内生産額		5兆5,954	5兆9,273	6兆7,791	6兆8,940
	貿易収支	対米	▲691	360	▲1,218	▲2,804
		対EU	▲1,513	▲2,263	▲7,054	▲1兆0,973
		対その他諸国	▲635	▲301	▲3,166	▲4,009
		計①	▲2,838	▲2,205	▲1兆1,438	▲1兆7,786
	技術導入 収支	受取	250	864	3,128	4,413
		支払	225	390	519	804
		収支差②	25	474	2,609	3,609
医療機器	国内生産額		1兆2,742	1兆4,863	1兆7,134	1兆9,055
	貿易収支	対米	▲642	▲4,283	▲4,494	▲5,094
		対EUその他諸国	653	▲297	▲1,527	▲2,609
		計③	11	▲4,580	▲6,021	▲7,703
合計額 ①+②+③ (億円)			▲2,802	▲6,311	▲1兆4,850	▲2兆1,880

2013年の輸入額 医薬品 3兆773億円、医療機器 1兆3,008億円
円安が医療に与えるデメリットは巨額

50

図表 45

日本の赤字の2倍 医薬品研究開発力世界一の米国の医薬品貿易赤字 **340億ドル**



生産コスト、法人税率が高いこと等を理由に製薬企業が海外流出⇒輸入増加

51

図表 46

今後拡大が見込まれる地域医療介護総合確保基金の狙い

第2章 フランスの医療制度

2.4. 医療計画

全国レベルの医療財政計画は、毎年国会の議決を受ける社会保障財政法において大枠が定められる。社会保障財政法には、医療保険支出全国目標(ONDAM)が設定されており、医療費総額の目標、及び①開業医、②病院(2004年以前は公的病院と民間病院を区分)、③社会ケア施設等の医療サービス部分、④その他(病院のキャピタルコスト支援、医師の開業支援等)の区分別の総額目標が議決の対象になっている。

民間病院に関しては、ドクターフィーは自由開業医と同様の協約料金、ホスピタルフィーは公的病院の包括払い方式に準じた報酬の支払いがなされる。また、2007年病院計画の一環として、キャピタルコストの2～3割に補助金を支給し(総額20億ユーロ以上)、民間病院の再編成を促すことが試みられた。補助水準は、教育や研究の拠点である公的病院

同時に、「病院・患者・健康・地域法(HPST法)」(2009年7月)に基づいて、地域の医療供給体制を監督する地方医療庁(ARS)が通院診療と病院診療の有機的な連携及び両者と社会ケア部門との協調を推進すべきこと、病院関係者が保健医療諸機関の新たなガバナンスを構築すべきこと、などを踏まえた配分(通院診療と病院診療の支出目標を共に2.8%に設定)にしたとの説明もなされている。また、新型インフルエンザの影響を限定的なものとするためにワクチン政策を強化することも表明されている。

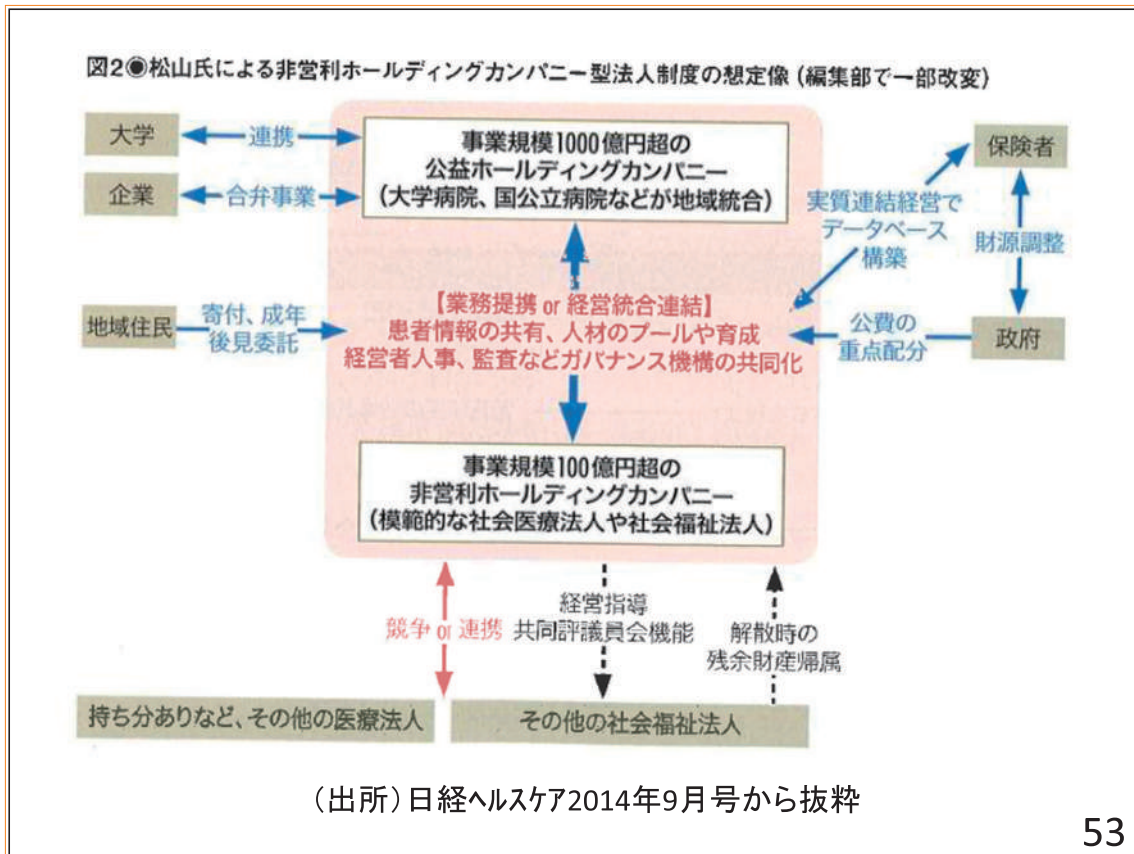
医療制度の国際比較

2010年6月

財務省財務総合政策研究所

52

図表 47



53

図表 48

出るのです。

2、3日前の新聞に出ていましたが、オバマ政権が米国の法人税率を28%に下げるそうです。そうせざるをえない状況に米国もあるのです。ですからアベノミクスで医療を経済成長のエンジンにするために医薬品、医療機器の議論をする場合、単に研究開発機能だけではなく、関連する制度全体もにらんで行う必要があるのです。

財務省と厚労省が今、何をねらっているかという点、たぶんフランスのように、新規の設備投資の補助金を通じて公立病院と民間病院の両方をガバナンスするような仕組みにすることです。地域医療介護総合確保基金が設立されましたが、それを拡大させて中央のコントロールが効くようにする狙いがあると推測しています。

図表47は2010年に公表された財務省の調査研究報告書です。下線部分に注目下さい。鈴木邦彦先生がドイツ医療の調査報告書の中で日本の財務省もこのようなことを目指しているのではないかと指摘されていました。私もまさにそのとおりだと思っています。

図表48は「日経ヘルスケア」の2014年の9月号に出したものです。私がめざしているのは、医療・介護・福

祉の生産性を高めようと思ったら、まず重複投資で税金の無駄使いをしている国公立病院を何とかすべきということです。それができたら、社会福祉法人や社会医療法人などの持ち分なし事業体が、業務提携などの形で結びつき、患者情報共有する。それ以外の事業体は、経営者自身の判断でそこに参加するかしないかを考えてもらえばよいということです。

地域によって異なりますが、このような仕組みを作ったとしても、20%から30%のシェアを持てば十分にその政策目的を達成できるので、他の民間医療介護福祉事業体を駆逐することにはならないと思います。

先ほど申し上げたように、国立大学附属病院、国公立病院を民営化する必要があります。それらを社会医療法人にして経営統合すれば、重複過剰投資の背景でもある地方議会などからの医療経営に関する不当な干渉を受けないようにできると思います。

以上です。ありがとうございました。