

CIGS財政・社会保障シンポジウム  
「財政破綻後～危機のシナリオ分析」

# 財政破綻に備える次なる医療介護福祉改革

2017年12月8日(金)

松山 幸弘

キャノングローバル戦略研究所 研究主幹・経済学博士

# 「財政と社会保障」の基本的考え方

## ①年金と比べて医療介護福祉に未解決課題が多い

## ②医療介護ニーズ(患者自己負担も含めた必要財源)は人口減少下でも増え続ける。

➡公的保険の給付対象を縮小し公的制度の持続性を高めるという発想だけでは、セーフティネットに対する国民の安心・信頼感を向上させることにならない。

➡国民負担に患者自己負担、民間保険料を含めた議論を行うべき。

➡公的保険の枠組みの中に追加財源獲得、効率化の仕掛けを入れる。

＜具体的方法＞2階建て公的医療保険(前回2016年12月のシンポジウムで説明)

➡公平性実現のためにはマイナンバーによる所得・資産の正確な把握が不可欠。

## ③医療介護福祉財源は潤沢に供給されており、供給体制改革で財源捻出の余地大。

➡医療は構造的過剰投資の下でも全体が構造赤字になっていない。

➡政策医療を補助金なしでも行っている社会医療法人全体で黒字。

➡赤字の主因は、ニーズとのミスマッチ(単独施設経営は無理筋)、経営判断ミスにある。

➡医療地域差指数の格差が大きいのは財源が過剰供給されている地域がある証拠。

➡高齢専門社福の平均経常利益率は、愛媛県10%、岐阜県6.5%、徳島県5.8%・・・

➡保育所専門社福の2015年度平均経常利益率は7.5%

## ④制度運営の権限と責任を都道府県に集中する方向は正しいが専門人材育成が急務。

## ⑤社会福祉法人の高利益率の理由解明と課税を検討すべき。

➡全ての社会福祉法人の財務データベースの活用で改正法形骸化に対抗すべき。

# GDPに対する医療介護費割合の国際比較

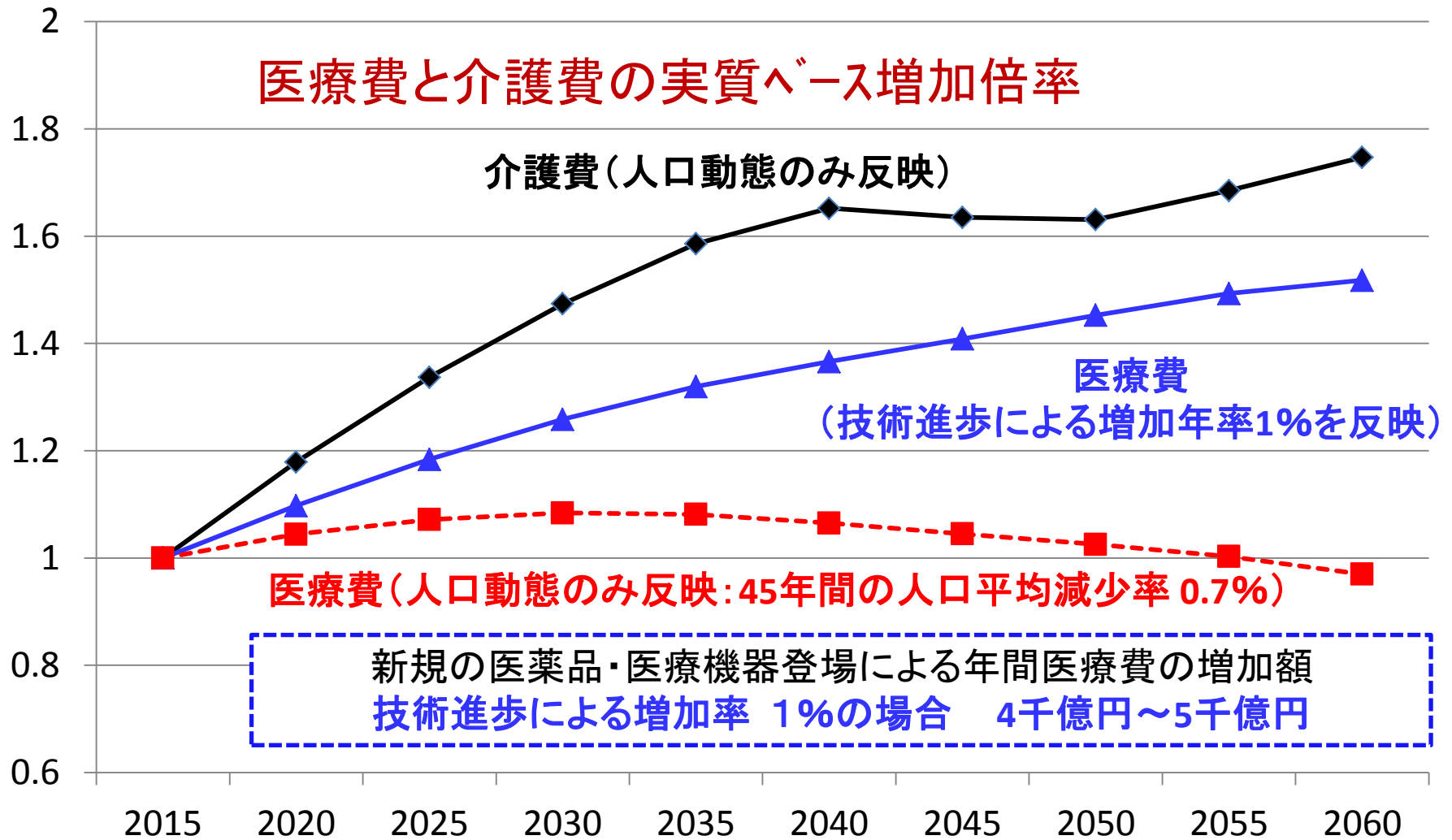
## 日本は医療介護費負担が重い国になった

(%)

	2000	2010	2014	2015	2016 見込み値
米国	12.5	16.4	16.5	16.9	17.2
スイス	9.3	10.7	11.6	12.1	12.4
ドイツ	9.8	11.0	11.1	11.2	11.3
フランス	9.5	10.7	11.1	11.1	11.0
<b>日本</b>	<b>7.2</b>	<b>9.2</b>	<b>10.8</b>	<b>10.9</b>	<b>10.9</b>
オランダ	7.1	10.4	10.9	10.7	10.5
英国	6.0	8.5	9.8	9.9	9.7

(Source) OECD Health Statistics 2017

# 人口減少下でも医療介護必要財源は増え続ける



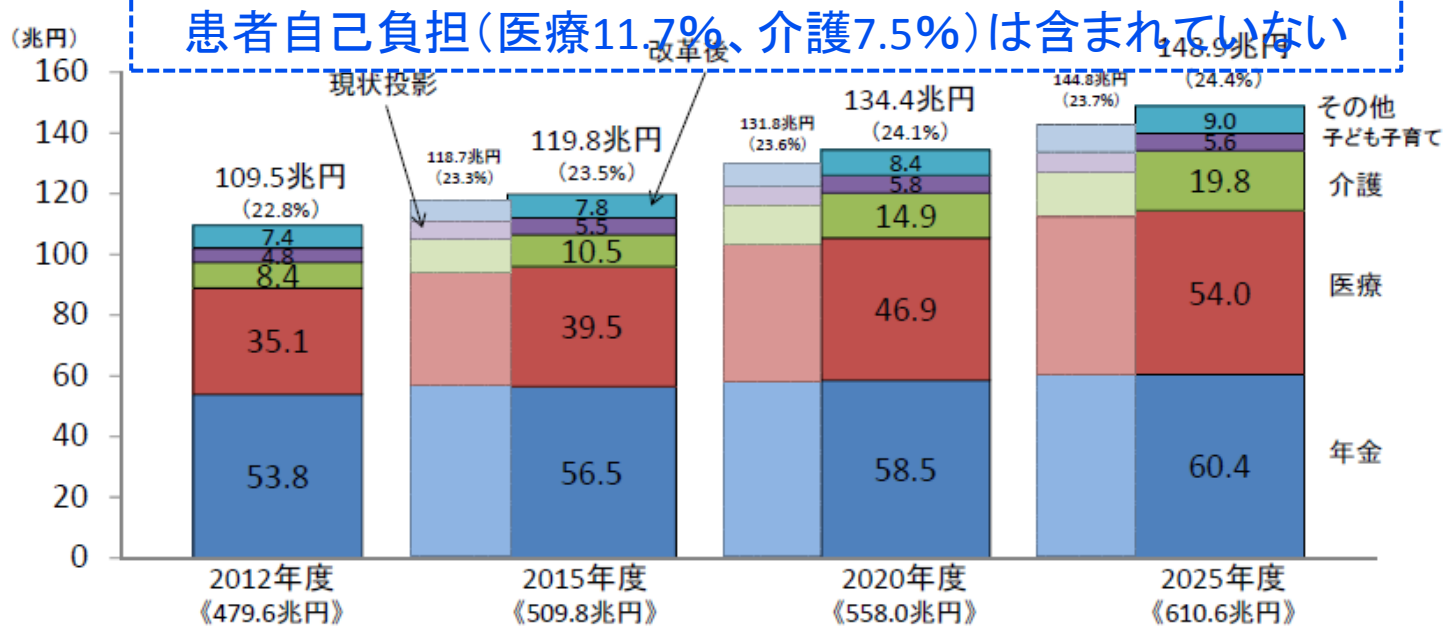
(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」  
厚生労働省「平成26年度国民医療費」、「介護保険事業状況報告」などから作成

# 政府の医療費・介護費将来推計のうち介護費が過大

社会保障に係る費用の将来推計について《改定後(平成24年3月)》

## ○給付費に関する見通し

給付費は2012年度の109.5兆円(GDP比22.8%)から2025年度の148.9兆円(GDP比24.4%)へ増加。



政府推計(2015年度)の患者負担含む補正後

医療費 44.7兆円 介護費 11.3兆円

患者自己負担を含む実績値(2015)

医療費 42.3兆円 介護費 9.8兆円

政府推計(2025年度)の患者負担含む補正後

医療費 61.2兆円 介護費 21.3兆円

新将来推計人口に基づく松山試算(2025)

…政府推計と同じ物価上昇率、賃金上昇率を反映…

1.2%

2.5%

…医療費は技術進歩による増加年率1%を反映…

医療費 60.2兆円 介護費 16.4兆円

# 百万人あたり病院数から見える日本の医療過剰投資

	総人口 (百万人)	病院数	百万人あたり 病院数
日本	127	8,426	66
オーストラリア	24	1,359	57
フランス	67	3,111	46
カナダ	35	1,417	40
ドイツ	82	1,956	24
米国	323	5,564	17

機能分化が決定的に遅れている

(注) 病院数は日本が2017年6月、米・独・加が2015年、仏・豪が2014年のデータ。

人口は日・仏が2017年、他国は2016年のデータ

(出所) 米国は米国病院協会、United States Census Bureau。

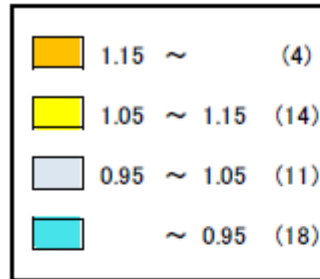
豪・仏・加・独の人口は日本外務省の国・地域情報WEBサイト。

豪・加の病院数は政府公表資料。仏・独の病院数は医療経済研究機構の調査研究報告書

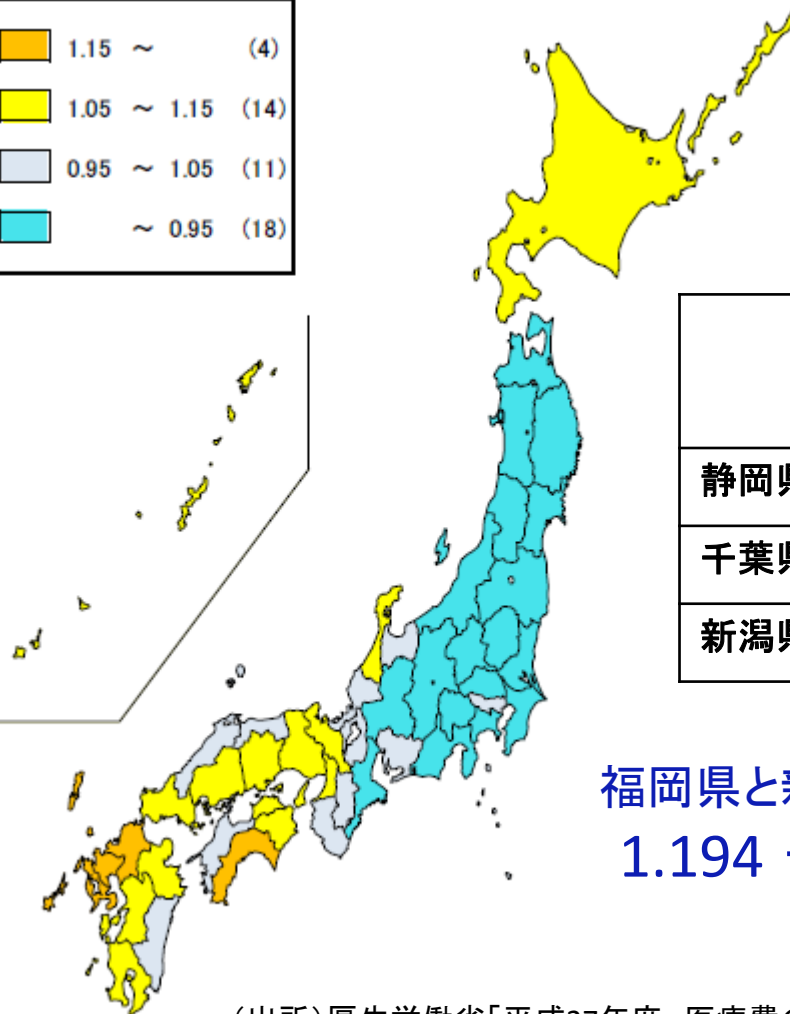
# 医療過剰投資を支える過剰財源を示す根拠①

地域差指数が大きい都道府県には財源が過剰供給されている

「市町村国保＋後期高齢者医療制度」の地域差指数(年齢調整後:全国平均=1)



	地域差指数	一人あたり実績医療費(千円)
福岡県	1.194	632
高知県	1.186	696
佐賀県	1.168	658
長崎県	1.154	646
北海道	1.138	635



	地域差指数	一人あたり実績医療費(千円)
静岡県	0.890	490
千葉県	0.888	455
新潟県	0.867	510

福岡県と新潟県の医療消費格差  
 $1.194 \div 0.867 = 1.38$ 倍

## 医療過剰投資を支える過剰財源を示す根拠②

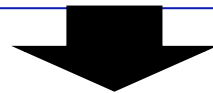
# 過大投資の元凶である公立病院へ巨額の補助金

	地方公営企業 病院 812の計 ①	地方独立行政 法人病院 81の計 ②	①+②
経常収益(売上高)	4兆 0,108億円	7,787億円	4兆7,895億円
うち収益的補助金 ③	4,976億円	997億円	5,973億円
経常損益 ④	▲548億円	6億円	▲542億円
補助金抜き経常損益 ④-③	▲5,524億円	▲991億円	▲6,515億円
設備投資補助金 ⑤	1,695億円	74億円	1,769億円
補助金合計 ③+⑤	6,671億円	1,071億円	7,742億円



# 医療過剰投資を支える過剰財源を示す根拠③ 補助金なしでも社会医療法人全体で黒字

社会医療法人とは、公立病院が赤字の原因と主張する救急医療、へき地医療、周産期医療などの政策医療を補助金がなくても実施している等を条件に認定される事業体。その多くは、病院以外の施設経営やケアサービス提供に取り組み、地域包括ケアシステムで重要な役割を果たしている。また、**競争のため社会医療法人自体も過剰投資状態にある。**



<仮説>

社会医療法人全体の診療ポートフォリオは診療報酬体系に近似している

社会医療法人 278 の集計結果			
	2015	2016	前年度比
売上高	1兆 8,880億円	1兆 9,133億円	1.3%増加
経常利益	556億円	368億円	33.8%減少
平均経常利益率	2.9%	1.9%	1%低下



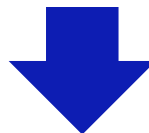
診療報酬が低過ぎるという主張は誤り

# 社会医療法人の2016年度4月診療報酬改定後の業績 2016年度の前年度比の売上高増減と経常利益率上下の法人数

売上高が増加した法人数		169
	経常利益率アップ <sup>°</sup>	86
	経常利益率ダウン	83
売上高が減少した法人数		109
	経常利益率アップ <sup>°</sup>	17
	経常利益率ダウン	92

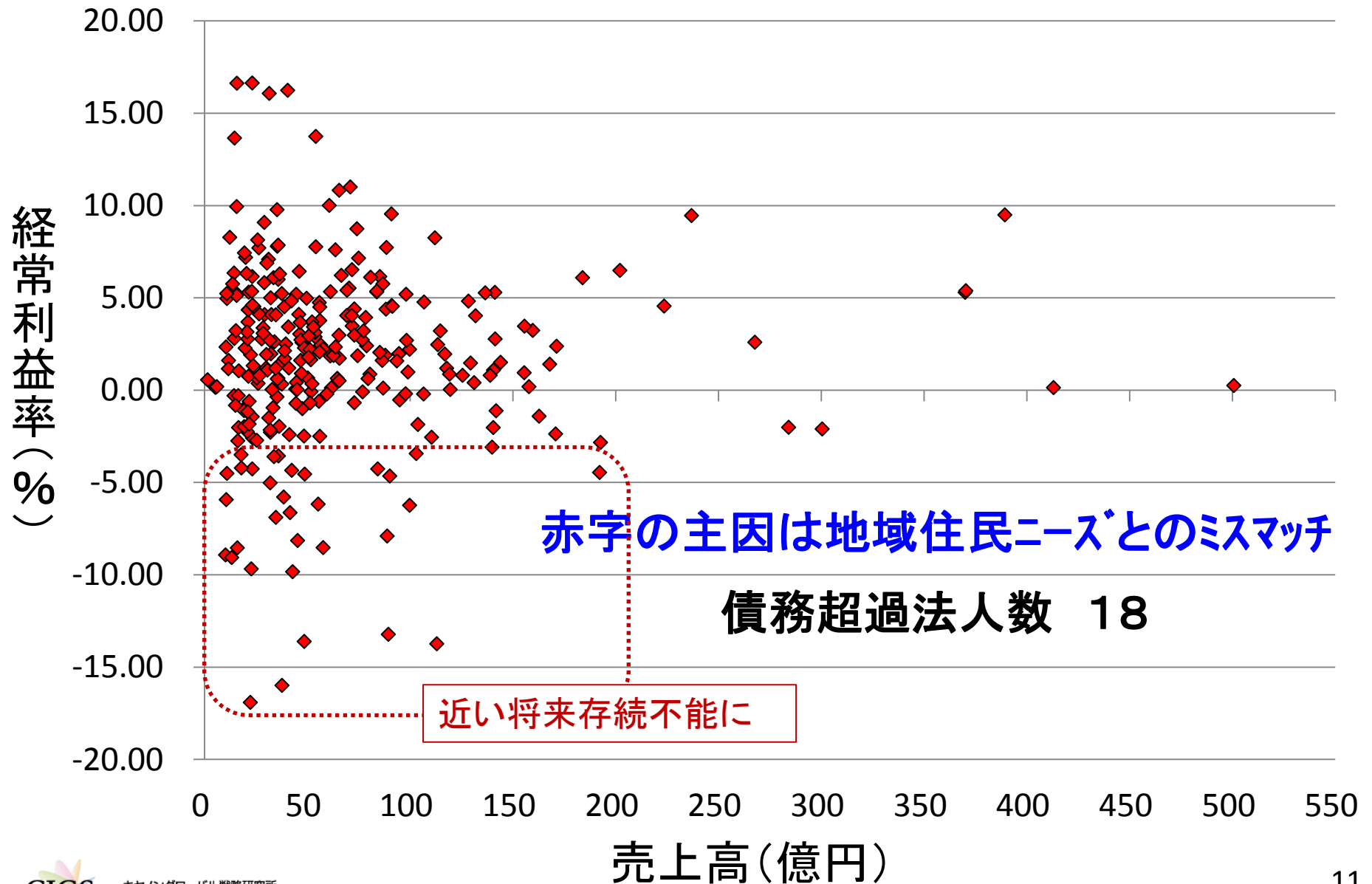
(注) 経常利益率アップ<sup>°</sup>には赤字率縮小も含む  
経常利益率ダウンには赤字率拡大も含む

■  
経常利益率低下の原因は診療報酬水準ではない



業績格差が拡大する構造変化が起きている

# 全国の社会医療法人278の業績分布(2016年度)



# 財政破綻した時、民間病院の被害が最も大きい

- ◆高金利で国債発行が再開されて国の資金繰りに目途がつくまでの期間、医療機関側に公費分相当額の未収金が積みあがる。
- ◆しかも、未収金が満額支払われる可能性は低い。
- ◆かつ、国の利払い負担急増による恒常的財源不足から診療報酬の大幅カットが懸念される。

国公立病院、大学付属病院は財務リスクを誰も負わない仕組み

銀行融資で連帯保証させられている民間病院経営者は窮地に陥る

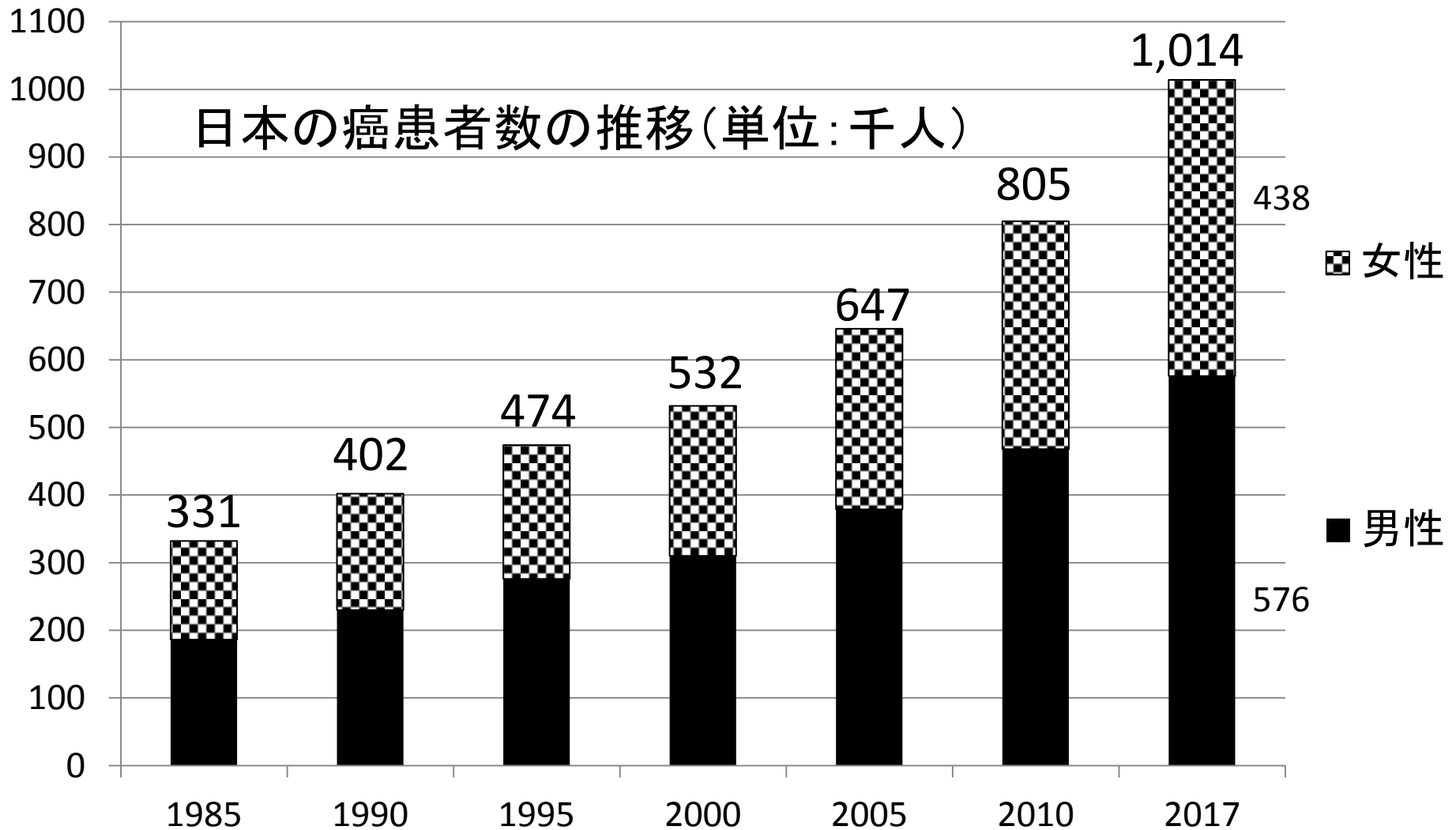
## 「受益と負担の在り方」が大きな政治問題になる①

財政破綻 → 円安 → 物資不足で医療機関が機能不全に

			2010	2014	2015
医薬品	製品	輸出	3,787億円	3,530億円	4,623億円
		輸入	1兆5,226億円	2兆2,140億円	2兆9,241億円
		貿易収支①	▲1兆1,438億円	▲1兆8,610億円	▲2兆4,618億円
	技術	輸出	3,128億円	4,476億円	4,771億円
		輸入	519億円	1,056億円	1,758億円
		貿易収支②	2,609億円	3,420億円	3,013億円
医療機器	輸出	4,534億円	5,723億円	6,226億円	
	輸入	1兆554億円	1兆3,685億円	1兆4,219億円	
	貿易収支③	▲6,020億円	▲7,962億円	▲8,023億円	
合計 ①+②+③			▲1兆4,849億円	▲2兆3,152億円	▲2兆9,628億円

## 「受益と負担の在り方」が大きな政治問題になる②

# ギリシア財政破綻で最も大きな影響を受けたのは癌医療

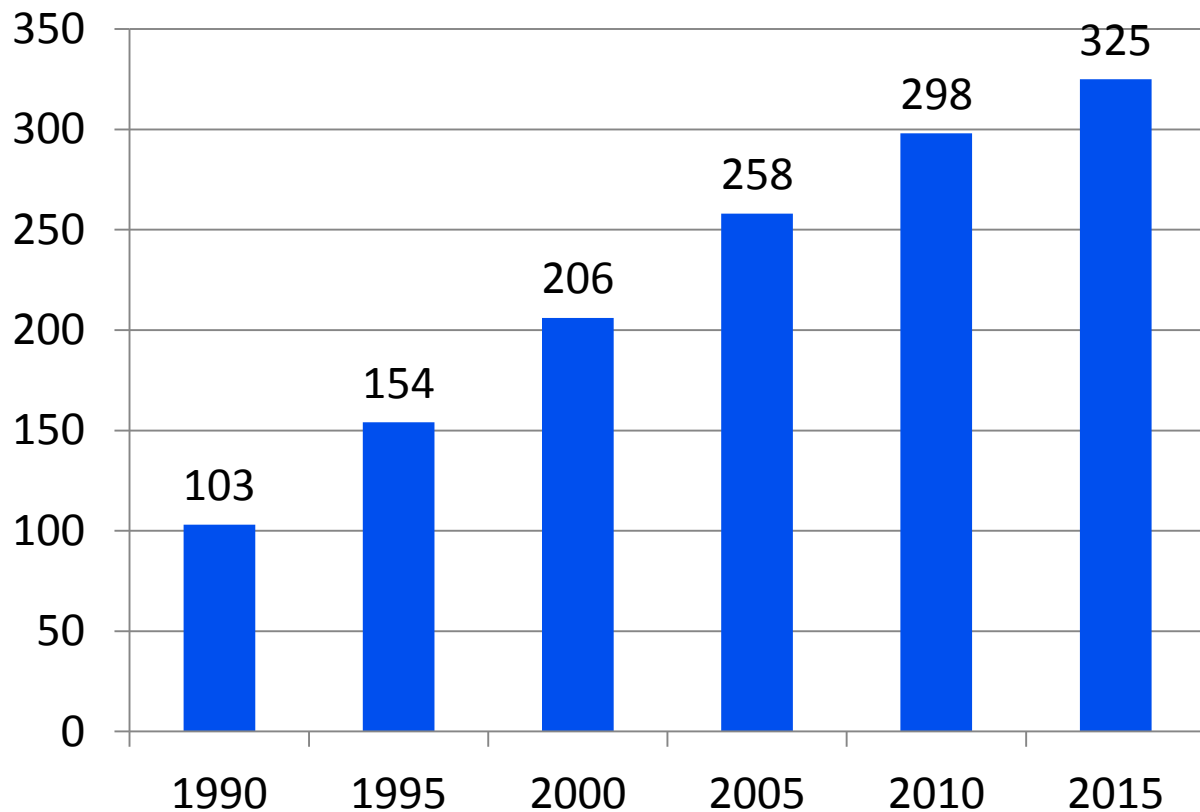


(出所) 国立がん研究センターがん情報サービス。2017年は予測値。

「受益と負担の在り方」が大きな政治問題になる③

## 財政破綻時に透析患者医療が直面する課題

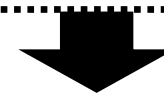
慢性透析患者数の推移(単位:千人)



(2015年度の透析医療費)  
1兆5,637億円  
患者一人あたり 481万円  
透析患者の他疾病医療費を含まず

(出所)厚生労働省「平成27年度国民医療費の結果」

<透析医療体制の特徴>  
大部分が民間施設



財政破綻混乱時のコストを  
民間医療機関が負担？

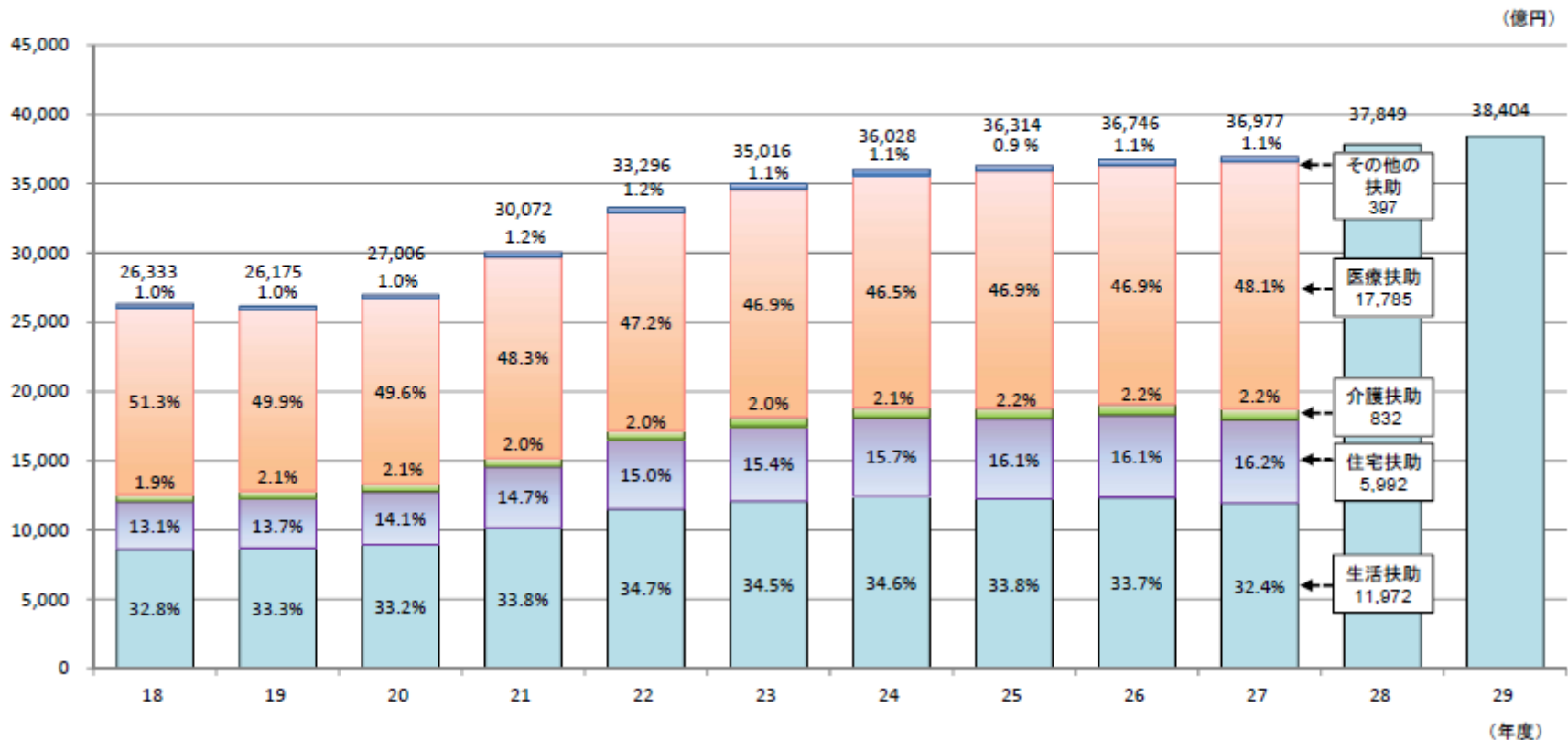
(出所)日本透析医学会「図説わが国の慢性透析療法の現況 2015年12月31日現在」

# 「受益と負担の在り方」が大きな政治問題になる④

## 財政破綻で急増する生活保護費の半分は医療費

### 生活保護費負担金(事業費ベース)実績額の推移

- 生活保護費負担金(事業費ベース)は3.8兆円(平成29年度当初予算)。
- 実績額の約半分は医療扶助。



(出所)厚生労働省「社会保障制度審議会生活困窮者自立支援及び生活保護部会(第1回)」資料(平成29年5月11日)



# 医療財源確保の世界共通原則

各国の医療制度は、給付受益とコスト負担のバランスのあり方、その仕組みが大きく異なるように見える。しかし、...



制度設計の原則は世界共通

- ①財源は、税、保険料、患者負担の3つ
- ②現役世代の医療費は全て現役世代自身が負担
- ③高齢者の医療財源の大部分も現役世代が負担
- ④高齢者の富裕層も一部負担



＜医療制度を国際比較する場合の優劣判定基準＞

キーワードは *Resiliency*

経済、人口動態、技術進歩など制度設計前提条件が変わった時に  
改革のための国民コンセンサスを得る、弾力性・復元力があるか？

# 公的医療制度（皆保険）における日本の特殊性

	日本	日米以外の先進諸国
皆保険の意味	対費用効果を精査することなく有効性が認められた医療を全て保険給付対象としている	有効性が認められた医療が全て国民共通の公的医療保障の中に含まれているとは限らない
受診アクセス制限	一部導入したが緩い	家庭医等による強い規制
設備投資規制	都道府県の医療計画は画餅で過剰重複投資防止に効果がなかった	広域医療圏単位で強い規制
保険者（財源）と医療機関が実質連結する仕組み	保険者と医療機関が対立	財源と提供体制が共に公中心の国々では両者が実質連結運営される仕組み
営利性（病院の利益が特定個人に帰属する割合）	先進諸国の中で最も高い	公立病院と非営利事業体病院が中心なので低い
受益と負担のバランスに対する国民側の選択権	全国民に一律適用	国民一人ひとりに選択権を与えている

## 財政破綻に備える次なる改革の方法①

### 他国におけるアクセス制限を一層強化した仕組みにする

想定される危機対応策の例	
既に実施 または 検討中	<ul style="list-style-type: none"><li>・医療マイナバーの早期導入と活用</li><li>・都道府県別診療報酬制度</li><li>・基金を活用して設備投資、機能分担を完全にコントロール</li></ul>
新規	<ul style="list-style-type: none"><li>・患者トリアージによるアクセス制限</li><li>・医療機関に対して電子診療録開示・共有を強制</li><li>・健保組合を解散し保険者を都道府県単位で一本化</li><li>・マイナバーで個人の所得と金融資産を把握して富裕層の負担増</li><li>・高齢者の患者負担割合を原則現役世代と同じ3割に</li><li>・医師の自由開業制の廃止</li><li>・医師の公務員化による行政側の医師配置権限強化</li></ul>

# 都道府県別診療報酬を巡る論点

医療費地域差指数から見た各都道府県の損得は？

財政制度等審議会

高齢者医療確保法14条  
の活用策を主張

VS

日本医師会

反対

高齢者医療確保法第14条（診療報酬の特例）

厚生労働大臣は、第十二条第三項の評価の結果、第八条第四項第二号及び各都道府県における第九条第三項第二号の目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。

# 都道府県別診療報酬を巡る論点(続き)

## ＜医師会からの反論＞

診療報酬が異なる都道府県の間を患者が行き来した場合の事務処理が大変

しかし、例えば、

「診療報酬が低いA県の住民が診療報酬が標準のB県で受診した場合、A県の保険者はあくまでA県の保険給付額を負担、差額はその患者が負担する」、

「診療報酬が標準のB県の住民が診療報酬が低いA県で受診した場合、B県の保険者と患者はA県の低い保険給付と患者自己負担をそれぞれ負担する(もしくはA県の医療機関はB県からの患者に対してはB県の標準診療報酬を請求するでもよい)」といった

ルールさえ決めれば、そのシステム構築で事務処理の問題は解決

# 財政破綻に備える次なる改革の方法②

## 公的医療保険を二階建てにする

公的医療保険の下でオプションを入れた諸外国の例

ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 2007年4月に「選択タリフ」を導入</li> <li>➡ 法定給付以外の様々な給付プログラムの中から被保険者自身が選択し、疾病金庫と契約して給付を受けるもの</li> <li>* 高所得者等は民間医療保険選択可(11.5%が民間医療保険)</li> </ul>
オーストラリア	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 国が平均所得以上の国民に民間医療保険を推奨(46%が加入)</li> <li>* 民間医療保険はアメニティで公的保険より給付が手厚い</li> <li>* 保険会社による加入謝絶禁止など強い規制</li> <li>* 保険会社の給付財源の30%公費補填の見返りに決算後調整</li> </ul>
フランス	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 国民の約95%が補足的医療保険に加入している</li> </ul>
米国	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 財政負担に直結する公的高齢者医療保険のうち外来と処方薬の保険に選択肢が用意されている。</li> <li>* 1990年頃に現役世代が加入する民間団体医療保険に確定拠出型医療保険(カフェテリアプラン)を認めるための税制を明確にした。</li> </ul>

## 二階建ては公的医療保険の **Resiliency** を高めることに寄与する

(財政制度等審議会「建議」(2017年5月25日)から抜粋)

大きなリスクは共助、小さなリスクは自助

公的保険でカバーすべき範囲に関して、個人で対応できないような大きなリスクを対象とする一方で、日常負担できるような低額な負担については、制度の持続可能性を踏まえ、「自助」により対応していく必要がある。

公的保険の給付範囲を縮小することには政治的困難が大きく時間がかかる

＜松山意見＞

**政治的リスクを緩和し改革実現のスピードを速める方法**として「公的保険の二階建て」が有望

◎現行制度の給付・負担のバランスを標準プランとして残す → 国民が理解しやすい

◎給付範囲を縮小するかわりに保険料がその分安いプランを提示して国民に選択させる

◆オプションプランの対象は、高額医療費か低額医療費かに関係なく全てのケアサービスに適用が可能 → (例) 終末期医療を健常時に選択させる

75歳以上高齢者、新規高額医療、処方薬の患者自己負担割合  
外来受診時の定額負担割合

## 財政破綻に備える次なる改革の方法③

# 大規模地域包括ケア事業体創設とPopulation Healthの実践

(財政制度等審議会「建議」(2017年5月25日)から抜粋)

### 医療分野での都道府県のガバナンス強化

平成30年度から、都道府県において、地域医療構想の実現に向けた医療提供体制改革、医療費適正化計画の推進、国民健康保険の財政運営を一体的に担うようになる。各地域において地域医療構想や医療費適正化計画を実現していくためには、これにあわせて、都道府県に実効的な手段・権限を付与するとともに、取組の結果に応じた強力なインセンティブを設けることで、医療保険・医療提供体制を通じたガバナンス体制を構築する必要がある。



医療制度運営の権限と責任を都道府県に集中する改革の方向は正しい。

しかし、**財源とケア提供体制の両方をみながら全体最適の意思決定(Population Health)**をする専門人材が皆無に近い。その専門人材育成と地域医療構想を実現するためには、都道府県内で市場シェアを20%~30%を握る大規模地域包括ケアを創設する必要がある。



# 制度運営 (Population Health) 専門人材の育成が急務

狭い医療圏単位ですら標準化・均等化ができていない国

日本

広域医療圏単位で  
標準化・均等化がほ  
ぼできている国  
➡米、仏、加、豪等

情報共有、ベンチマーキング等  
により国全体の標準化・均  
等化を一定レベル実現した国  
➡エストニア、オランダ、台湾等

1億人超の国で医療現場を全国一律に標準化、均等化を目指す政策は無理筋  
改革の原動力は医療現場の人々が“**自分の仕事が向上する**”と感じるメカニズム



広域医療圏(人口約100万人)単位で標準化、均等化を達成すれば、  
全国レベルの標準化、均等化と同等の政策目標達成となる

(例) 米国は全国データベースが無くても医療ビッグデータ活用で世界最先端

(注) 日本は全国データベースが完成してもその活用スピードが遅い

➡専門人材不足の中で国が号令を出しても都道府県は動かない

## 財政破綻に備える次なる改革の方法④

### 社会福祉法人の黒字と余剰金融資産を再配分

	経常利益率	
	2014年度	2015年度
高齢專業	3.9%	2.4%
保育專業	4.9%	7.5%
障害專業	7.0%	6.6%
児童專業		9.0%
児童保育	3.7%	7.6%
高齢保育	4.6%	4.6%
高齢障害	4.3%	3.8%
障害と保育or児童	7.1%	7.7%
その他施設		4.2%
複合体	3.7%	3.7%
全体	4.4%	4.1%

施設経営社福法人  
約1万8千の  
全体推計値

年間黒字  
3千億円超

純金融資産  
2兆円超

