

報告

平成27年度医政講演会
「2015年医療介護福祉制度改革の深層」

キヤノングローバル戦略研究所
松山 幸弘 研究主幹

常任理事・医療政策部長 笹本 洋一

平成27年10月31日(土)、16:00～17:50に、北海道医師会館8階会議室において、平成27年度医政講演会が開催された。本講演会は昭和49年から社会保障や医療政策について、一般会員と医療機関従事者、行政関係者、職能団体等向けに開催している。

本年度は、キヤノングローバル戦略研究所研究主幹の松山幸弘氏が講演した。松山氏は、1975年東京大学経済学部を卒業し、生命保険会社に24年間勤務。その後、民間医療法人専務理事などを経て、2009年より現研究所で研究、講演活動を行っている。これまで、厚生省HIV疫学研究班員、内閣府規制改革会議健康医療ワーキンググループ専門委員、社会保障審議会福祉部委員などを歴任されている。

以下に講演内容のあらましを紹介する。



●はじめに

私には他の医療政策研究者と違うところが1点ある。地域ネットワークの本を書いた2005年、机上の空論ばかりでは仕方がないと思い、自分が痛風で通っていた中規模民間病院の事務長になった。3年半の間に看護師と分院の事務長の戦争を治め、看護師の派閥を調整し、労務管理も行うという非常に面白い経験をした。その後、日本一の自治体病院である千葉県・旭中央病院の顧問になり、半年間、市議会でサンドバッグとなった。なぜ自治体病院の先生が苦勞しているかが非常によく分かった。

私は2002年に『人口半減 日本経済の活路』を書いた。日本経済、社会はまだ余裕があるので、社会保障制度を抜本的に改革し、少し年金を圧縮して消費税を上げて医療・介護の方に財源シフトすれば人口が減っても社会の幸せは保てるという内容である。この時、国民の5歳年齢別の社会保障の給付と負担を消費税込みで計算したら、70歳から74歳の負担が極端に少ないことが分かり、その自己負担を増やすべきだとも書いた。その後、そういう法律ができた。

さらに、このまま行くと医療の財源が足りなくな

るので、海外が行っているように国民一人ひとりに公的医療保険の選択権を与える仕組みを入れる「二階建て論」にも触れた。お金を持っている人が医療にもっとお金を使いたいという時に、公的保険の枠組みの中に取り入れる仕組みをつくる。これには混合診療という概念は入っていない。例えば、自己負担は3割ではなく4割にするが、その代わり保険料を安くする。逆に自己負担を2割にして、保険料は高くするというオプションを設ける。今でもこの考え方を支持している厚生労働省の人と時々議論することがあるので、多分この方向に流れるのではないかと考えている。

●近未来の不都合な真実

1つの国の経済や社会がどうなるかをみる時に最も重要な指数は従属人口割合指数である。これは分子に14歳以下の子どもと65歳以上の人口、分母に15歳から64歳の人口を置く。バブル経済が崩壊したのは1991年で、その直前の1990年時点では日本の指数は先進諸国の中で一番低かった。100年後の日本の歴史の教科書には、「日本の経済を社会全体でみた時の歴史上のピークは1990年」という文言が入ると思う。問題は、日本は2013年までに一気に62にまで上がってしまったことである。さらに今後どうなるかということ、将来人口推計が出ているのではほぼ100%の確率で100近くまで急激に上がっていく。したがって、現在の社会保障制度の枠組みを維持できない。

もう一つの問題は、日本は国と地方自治体が借金をしているが、その合計額が経済の大きさ、GDPに対して何%であるかということである。日本はバブル経済が崩壊する直前の1990年は適正レベル、先進諸国の中でも平均的な位置にいた。しかし、その後20年以上にわたってめちゃくちゃな政策が続けられた結果、ギリシャが171%で破綻した時の日本の数字は230%、昨年末には246%となっている。ギリシャは今後の改革のあり方次第で落ち着いていくだろう。それから、財政危機が叫ばれているアメリカは2020年に104%になるかもしれないと大騒ぎしている。これから日本の数字がどこまで伸びるか分からない。日本が国際通貨基金(IMF)に相当出資しており、安倍政権にとって都合の悪い数字は書けないので、かなり安定しているようにみえるがジャンプする恐れもある。このような状態にあるにもかかわらず消費税の引き上げを延期したので、もう危機のソフトランディングはできず、相当なハードランディングになるだろう。そのような状態でも、なぜ日本が無事なのか。それは国民の家計金融資産で国と



自治体の借金をほぼ賄うことができるレベルだからである。問題はこれがどうなるかであり、今の政治の動向を延長していくと日本の借金は急激に増えていく。一方で家計金融資産は減り始めており、2013年に貯蓄率がマイナスに転落した。貯蓄を取り崩していく高齢者の割合が増え、その分国民全体の貯蓄率が構造的に落ちていることが一番の原因である。今後、多少プラスになることがあるかもしれないが、構造的にマイナスの状態であり、2025年ごろにはクロスする恐れがある。国際金融市場はクロスすることが見えてくる4～5年前に日本売りをする。日本売りというのは国債が売られて金利が上がり、それで円安になっていくことである。金利が上がれば、国の財源の中で金利負担が大きく跳ね上がるので、一般政策に使える財源がなくなって診療報酬、介護報酬の単価引き上げはあり得ない。ところが、今日のニュースのように世界中が低金利政策に動き始めているので、金利は上がらないのではないかという意見もある。実は、医療界にとっては金利が上がった方が上がらないよりましである。日本の金利が上がらなると、世界中の経済が日本と同じようになっているので、日本企業の収益が落ちて税収も減って財源がなくなる。その方がもっと怖い。

●金利と経営

私は無料のコンサルタントなので、全国の医療機関経営者からいろいろな質問メールが届く。最近、ある医療法人の経営者から「病院を建て替えのため16億円を融資期間20年で借りるが、銀行には最初10年は変動金利で0.68%、金利が上昇しても1.3%上切り、福祉医療機構には20年固定金利で1%と言われたが、どちらが良いか」と質問されたので、私は金利の意味を理解しているか尋ねた。変動金利0.68%はどういうことかということ、恐らく銀行の資金調達金利は0.18%ぐらいで0.5%マージンを乗せている。もしも5年後に金利が上がり、調達金利が2%ぐらいになるとマージンを乗せて2.5%になる。そういうリスクがあるから銀行の担当者は「金利が上昇しても1.3%以上にはしません」と言っているが、それが本当に契約書に書かれているか確認しなければとんでもないことになる。なぜかということ5年後に調達金利が2%に上がると金利は2.5%になる。そうすると利益が全部吹っ飛んで構造的赤字になり、金利が下がらなければ、その金利負担だけで病院が倒れてしまうリスクがあることを明確に理解した上で、再交渉をしてくださいと説明した。先週初めに結果連絡があり、銀行が15年固定で0.8%という数字を出してきたので合意したとのことである。その数字は病院経営として金利上昇のリスクを完全に回避できるのでベストの回答であり安心した。私も金融機関におり、医療機関の融資を担当したことがあるので分かるが、融資の担当者は上司から「とにかく融資の実績をつくれ」と言われて、何でもい

いから貸したいわけである。なので、相談に来る先生の中で、びっくりするような借金をしている方がいる。東京に回復期リハビリテーション病院をつくることを前提に銀行から年間売上上の3倍の借金をした地方病院の経営者が、私のところにどこに病院をつくるか相談に来られたが何も言えなかった。あとは、人口が減少している地域に施設をつくってしまった方もいた。先生方の医療に対する思いをうまく利用して貸し込んでしまう銀行担当者の手口に気をつけたいといけな

●国公立病院

日本で何がネックかということ、私は国公立病院、特に公立病院の赤字を税金で穴埋めをして重複投資を続けていることだと思っている。ここにメスを入れない限り日本の医療提供体制の改革はできない。その改革が遅れているがゆえに、民間医療法人が弊害を受ける事態になっているし、今後それが強まる可能性がある。半年ぐらい前に、日本の病院団体が主催する講演会に出席した時、ある有名な先生が「これから1,000病院が減ると言うの大変だと思うかもしれないが、既にそういうペースで減ってきており、そんなに驚くことではない」と言っていた。地方独立行政法人になった公立病院を除いて、約8,000億円の補助金が投入され続けている。公立病院改革をしなければ大変なことになる。

もう一つ、国立大学附属病院の問題がある。大学附属病院を大学から分離し、近隣の国公立病院と経営統合させて、急性期に偏っている医療投資の削減、重複投資を停止して、浮いた財源を医療圏の非急性期に回るようにすべきである。

病院設置者の種類が20以上ある
～ 2014年12月時点～

病院設置者の種類		病院数	病床数	病床シェア
Total		8,495	1,570,012	100%
国	厚生労働省	14	5,583	0.4%
	国立病院機構	143	55,116	3.5%
	国立大学	48	32,708	2.1%
	労働者健康福祉機構	34	13,072	0.8%
	独立行政法人国立センター	8	4,357	0.3%
	地域医療機能推進機構	57	16,286	1.0%
	その他	25	3,805	0.2%
自治体	県	204	55,294	3.5%
	市町村	651	137,927	8.8%
地方独立行政法人		90	34,634	2.2%
民間	日本赤十字	92	36,660	2.3%
	社会福祉法人	286	58,104	3.7%
	厚生連	107	33,884	2.2%
	私立学校法人	110	55,488	3.5%
	共済組合	46	14,542	0.9%
	医療法人	5,720	858,156	54.7%
	その他	860	154,396	9.8%

国立大学附属病院・国公立病院が税金で重複過大投資

将来1,000病院、2,000病院が非病院に転換が必至

●地域医療連携推進法人制度を巡る論点整理

すでに日本再興戦略の図をご覧になっていると思うが、医療法人を束ねて地域でグループ化すること、大学附属病院を大学から分離して、国公立病院と合併させるという2つのことが書かれている。

厚生労働省と総務省は、今年3月に公立病院、場合によっては国立病院も地域医療連携推進法人の中に入れるようにするとコメントを出しているが、実はそちらが重要である。厚生労働省はもともと国公立病院の地域統合を考えており、私の知る限り、厚生労働省幹部も国立病院が非営利法人カンパニーになるべきと十分理解している。

厚生労働省は「地域医療連携推進法人設立の効果・メリット」という図を作成した。厚生労働省の医療法人の事業展開等に関する検討会でも、各医療団体から選出された委員が「こんなものをつくったって誰もやらない」と的確に指摘した。さらに、既にこのようなものがたくさん存在している。ただし、今あるものは参加法人のオーナーは共通しており、経営意思決定が一元化されているからうまくいっているのであって、もともとライバル関係にある持分あり医療法人を束ねることは無理筋であることを厚生労働省は十分承知している。社会保障制度改革国民会議の事務局の官僚が、これらを無視して動いたのが今回の結果である。

それから、なぜ持分あり医療法人とライバル関係にあるところが一緒になれないかとうい、最初に持分あり医療法人があって、それが成長した結果、MS法人をつくって、他の都道府県に傘下の医療法人をつくって大きくなった。現行制度をフル活用した結果であり、私はこれ自体をすごく高く評価している。経営能力が高いからであって、私が経営者だったら同じことをする。ただ、営利か非営利かは特定個人に収益が帰属するかどうかで判断され、この実態は営利であるが私は営利であっても構わないと思っている。なぜならば、先生方が個人保証までさせられて自らのリスクで築き上げた事業体なので、むしろ評価されるべきである。しかし、地域包括ケアでプラットフォーム機能を果たすべき事業体は、持分があったら情報共有できない。

●IHN(Integrated Healthcare Network)

アメリカには地域包括ケア事業体、IHNというものがあって非常に大きな事業を行っている。(註: 詳述されたが割愛)

IHNに反論する人は日本にはそのようなものはないと言うが、日本の方が先につくっている。浜松に拠点のある社会福祉法人は急性期の病院から始まって、全国に介護施設を持っている。事業規模も1,000億円で補助金がなくても黒字を維持している。国公立病院でここ以上に公益性を発揮している事業体はない。

地域単位で200億円～300億円規模でこのような

仕組みをつくっているところもある。アメリカの経営者から「どうやってこれをつくったのか」と聞かれた理事長は「何も考えずにつくったら、結果的にこうなった」と答えられた。実はそれが非常に重要である。つまり常に地域住民のニーズに合わせて何が必要かを考え、求められるものをつくっていったらこうなったというのが重要である。

大学附属病院や国公立病院の業績がなぜ悪いかというと、語弊があるが、先生方の急性期に対する価値観、急性期の方が高いレベルにあるという思い込みで医療経営しているからである。地域住民のニーズに合わせるためにどうするかという発想がなければ、どんなに頑張っても医療経営はうまくいかない。私は、社会医療法人の経営者はそれをうまくやっておられると思っている。

新潟県にある有名な社会福祉法人は医療機関を有し、かつ介護で非常に力を持って東京にも進出している。

●世界の医療改革の新潮流

地域包括ケアの仕組みでは、米国は遙か先を行っている。例えば、カリフォルニア州には医療保険と医療提供の両方を行い、地域包括ケア事業体として有名なカイザー・パーマネンテという5兆円規模の会社があるが、メールによる遠隔受診を当たり前に行っている。なぜそんなことをするかというと、受診しなくても済む患者が来ると医師は困ってしまう。メールで主治医に健康相談をしたら、主治医はインターネットで処方箋を出す。そして主治医に対して診療報酬が払われる。保険者はそれによって医師が働きやすくすることを認めて、そこに財源投入している。全米がすべてこういう仕組みになっている。

メキシコではスマートフォンで診療報酬を払っている。自分の診療情報をインターネットで見るのは当たり前である。日本でも技術的にはいつでもできるがそれを許容する社会的風土がまだできていない。

それから決定的に違うことがある。今、医療改革のパラダイムシフトが何かというと、日本はいまだに患者が医師のところへ来るのを待っているが、ポピュレーションヘルス、つまり地域人口単位で健康向上をさせる流れになっている。地域医療保険の会社、日本でいうと国民健康保険組合が全住民の疾病リスク解析をしている。例えば1人の開業医に5,000人のプライマリケアを依頼する時に、その5,000人に対して今までどおりの治療をしていたら、5年後いくらまで医療費が増えるか統計的に計算できる。5,000人のデータの中から医師が最もアクセスしなければいけない患者をピックアップできるので、その人に保険会社が電話をかけて「先生のところへ行ってください」と指導する。それから、処方箋をもらっても薬を飲んでない人がたくさんいるので「ちゃんと飲んでいますか」という問い合わせを絶

えず行っており、そのデータベースもある。つまり医師から患者に直接アプローチする。医師が保険者の求めている疾病管理や予防に力を入れて協力したら、その成果をお金で支払う時代になっている。

●医療介護福祉制度運営の主役は知事

保険事業と地域包括ケア事業体が行っているポピュレーションヘルスに関して、アメリカの保険会社の専門家は「日本は米国にはないナショナルデータベースなど複数のデータベースをつくっているの、優れたものができるのではないか」と言っている。そのキーパーソンは誰かということ都道府県知事である。しかし、都道府県に財源と提供体制の両方を見ることができる人材がいないとこの仕組みは動かない。今までこのようなことを行ってこなかったの、厚生労働省にもそれができる人はいない。だから、そういう人材を育成する必要がある。これはものすごくレベルの高い仕事で、やりがいがあると思う。

オーストラリアには、昔から各大学にポピュレーションヘルス学科というのがある。アメリカでは、2008年にペンシルベニア州のジェファーソン大学に初めてポピュレーションヘルス学科ができ、今は他の大学にも普及が始まっていると思う。

北海道大学にこのポピュレーションヘルス学科をつくって、北海道全体の医療経営資源をいかに活用できるかを研究するというのを是非行うべきである。

そういうことをやる時に知事が重要になってくる。皆さんご承知のとおり、地域医療構想の制度運営の権限と責任、特に財務リスクは都道府県が持つ。何でこのようになったかということ、財務省は2010年にフランスの医療制度の研究をしている。このことは、産業医科大の松田教授がフランスに詳しく、かつフランスの医療制度が日本に一番合っているのではないかと推奨なさっている影響があると思う。現行制度との違いは政府がガバナンスを利かせることである。それを基金を使って行うことは方向としてやむを得ないと思うが、最初に申し上げたように基金の使い方を間違えると民間医療法人にとって不公平な結果になりかねない。それがしっかりとできるのかという問題がある。

それから昨年法の改正により、知事が地域医療構想において言うことを聞かない医療機関の名を公表しても良いことになったが、こんなことを実行する知事はいないと思う。実際に複数の県に確認したが、知事にそんなことはさせないとの回答であった。なぜかということ金融機関が事前にどの病院か認識して融資をストップし、知事が言わなくても非常に厳しい状況に追い込まれていく。ただし、それには政治的、医療政策的には問題があるのではないかという気がする。

GDPに占める県別の医療介護費の割合は、データを補正せず単純に計算すると北海道は12.9%である。しかし、医療介護費とGDPのデータについて

県別の値と国全体の値の誤差を修正すると北海道の割合は13.9%となる。修正後の全国平均が10.1%、高知県に至っては18.2%である。何を言っているかというと、医療介護費を負担するのは医療介護以外の産業の付加価値であり、そこが成長しないと都道府県別に財政管理をすることになる。医療介護費の割合が高いところ、かつ他の産業が弱いとじり貧になっていく。

それから、現在の協会けんぽの保険料は調整されている。2008年に都道府県別の区分経理に変更した時、保険料を各都道府県の実力どおりにすると、北海道、福岡、大阪が跳ね上がってしまい大変であるので、緩和措置で東京、長野、新潟などが多額のお金を負担して、北海道、福岡、大阪に隠れ補助金を出している。今回の法改正で、2020年3月以降も場合によっては隠れ補助金を続けて良いことになったが、北海道にとって大変なことであるが多分そうはならず、2020年3月で打ち切りになると思う。なぜかということ都道府県別に財務管理をすることになると、今の隠れ補助金を出している都道府県が猛反発する。したがって隠れ補助金が打ち切りになると、北海道では協会けんぽのコストだけで約110億円が消えることになる。それから、国民健康保険も似た仕組みになっていくので、同じようなインパクトが起こり得る。

●非営利法人カンパニー

最後になるが、私は非営利法人カンパニーをつくる必要があると主張している。地域の先生方が今ある経営資源で患者情報を共有できるプラットフォーム機能を持った事業体をつくる。そして個々の経営者が、自らの判断でグループに入るか、もしくは業務提携するかを考えていく。まず、特に国公立病院の急性期病院への重複投資を止めさせることがスタートになると思う。厚生労働省で医療提供体制を考えている人たちと随分議論しているが、彼らは私の考えを強く支持してくれている。ただ、実際にどうやるかは政治問題である。特に公立病院に関しては、院長たちが一生懸命改革しようと思っても、議会が言うことを聞かなければ何もできないので、そこをどうするかという問題がある。ただ、本当に財政がパンクしてしまえばそんな議論も吹き飛んでしまっ、最初から作り直すしかなくなるので、いずれこのように進むだろうと思っている。



約1時間30分にわたり、重要なデータを含む64枚のパワーポイント(配付資料)を用いた非常に中味の濃いご講演であった。誌面の関係上、かなり割愛させていただいたことをお詫びいたします。

なお、講演全文および資料をご希望の方は、事業第二課〔011-231-1725〕へご連絡いただければ、お送り申し上げます。