

日本医療再生の具体的提言
日本の医療に残された道

沖縄県立中部病院 経営アドバイザー
大東文化大学 非常勤講師（病院経営）
NPO法人病院経営支援機構
藤井 将志

目次

第1章 日本の医療を取り巻く環境.....	3
1. 日本の少子化の状況	3
2. 日本の個人資産の状況.....	5
3. 日本の医療費の状況	7
第2章 持続可能な医療制度設計	10
第3章 経済成長と少子化対策	12
1. 日本経済の最大リスクは少子化	12
2. なぜ日本で子どもが増えないのか	12
3. 子ども手当では効果が薄い	13
4. 少子化対策に効果的な支給額.....	14
5. 少子化問題を解決するための目標出生数.....	14
第4章 金融資産の未来シフト	16
1. 高齢者の資産総額	16
2. 高齢者の支持を得る	16
3. 人生安心口座（HLA）の創設	17
4. 自己選択による信頼性のある制度構築	19
第5章 あるべき医療制度改革の姿	20
1. 医療制度の本来の目的	20
2. 患者のためになっていない現行の医療制度	20
3. インセンティブ構造を変える	22
4. 参考とする仕組み	22
5. 新たなインセンティブ構造	24
6. 医療費の削減効果	26
7. 二次医療圏ごとの医療特区	27
第6章 まとめ	28
1. 各章のまとめと課題	28
2. イノベーションの副次的効果	29
おわりに	31

論文要旨

本論文では日本の医療を取り巻く問題を解決するための施策を具体的に提言する。日本の医療水準は世界的にも高く評価されている一方、医療費は決して高いわけではない。一方で医療を取り巻く環境は刻々と変化している。生活習慣が起因する疾病構造が多数を占めるようになったり、経済環境が変化したり、医療分野における技術革新が進んだり、などである。こうした環境の変化のもと、現状の制度を維持することで、高水準の医療が未来永劫維持できると考える人は少なくなってきた。つまり、「何かしら変革」をしないと、これまでのように、それなりに満足する医療を提供し続けることが難しい、ということである。

では、日本における医療の最も大きな課題は何であろうか。それは「財源問題」であると考えられる。経済が成長し続ける環境のもとで想定していた医療制度が、過去 20 年間も経済成長が止まっているような環境では制度を維持するのに「お金が足りない」というのが根本的な課題であろう。そのため、小手先の改善を求め診療報酬制度を中心に“医療改革”を推進してきたが、結果としては医療現場で汗水流して働いている医療者を「あるべき姿」とは別の方向性に向かせてしまっている。

このような問題認識のもと、本論文では経済成長を成し遂げないと、医療を取り巻く最大の課題である財源問題の克服はできないとしている。そのため、はじめに経済成長を導くための施策を提言している。経済成長に不可欠なのが、少子高齢化によって人口が減少していくことを食い止めることである。人口のバランスを保ち、一定の規模を維持することで日本経済の最大のリスク要因ともいえる少子化の問題をどのように解決すべきか。端的に言うとも子育て世代に「子どもを産むことは金銭的な負担がかからない」と思ってもらえる施策を実施することである。

その施策を実現するには大規模な財源と、その施策を推し進めるための有権者の支持が必要となる。その財源として、日本の個人資産の多くを占める高齢者の資産を元手に、少子化対策に活用していく。しかし、高齢者の資産を奪うようなやり方をすれば支持が得られるはずがない。そこで、高齢者の不安である「老後の生活費の確保」を保障することを施策として打ち出す。

このように、少子化対策の財源を確保し、少子化の問題を克服し、国の経済を安定的に成長させる筋道を国内外に示すことができれば、医療を取り巻くボトルネックが解決する。そのうえで、現在の医療制度改革が、「真に患者のため」を思って医療者が行動できるようなインセンティブ構造となっていないことを指摘する。本来あるべき姿に戻すためには、背景が異なる地域ごとに自由度を持たせた上、患者のため・地域住民のために行う医療が収益に連動するように、医療機関に対するインセンティブ構造を大幅に変える必要がある。現行では全国で一律、1 点 = 10 円となっている診療報酬を二次医療圏ごとの人口当たり医療費に連動させるインセンティブ構造に変えるべきである。さらに、それを実現するための医療圏単位で、医療特区を認め規制にとらわれることなく地域に合った取り組みを促進させることが求められる。

第1章 日本の医療を取り巻く環境

本章では第2章以降で論述する内容に関し、基礎となる現状のデータを確認していく。

1. 日本の少子化の状況

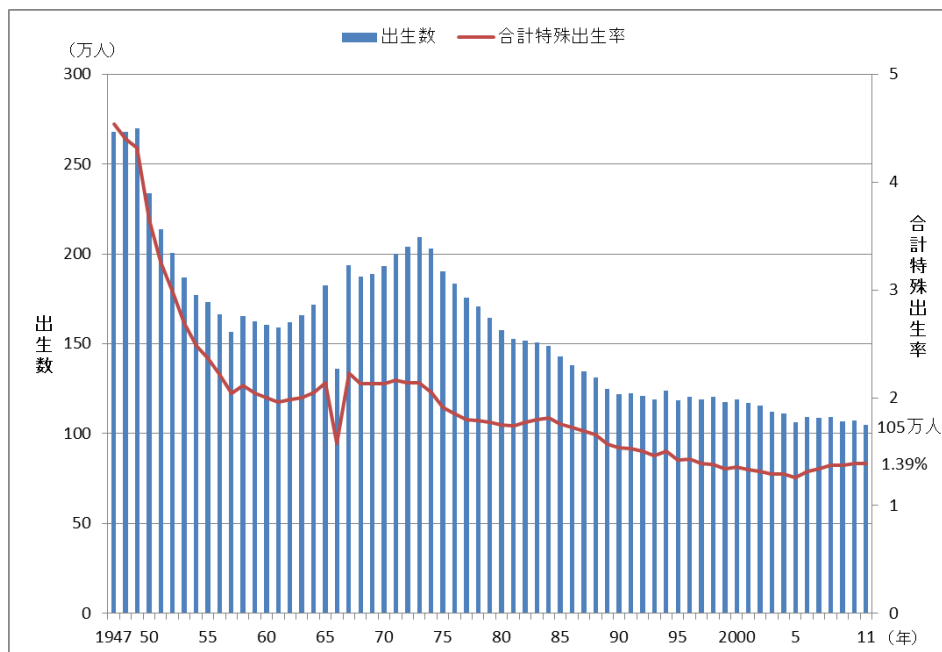
(1) 出生数の推移

戦後の日本における出生数は第1次ベビーブーム期には約270万人、第2次ベビーブーム期には約200万人であったが、1975年に200万人を割り込み、それ以降、毎年減少し続けた。1984年には150万人を割り込み、1991年以降は増減を繰り返しながらも、緩やかな減少傾向となっている（図表1参照）。

近年の動向をみると、2011年の出生数は105万806人と、前年の107万1306人に比べ2万498人減少した。2011年の出生数はそれまで過去最低であった2005年の出生数である106万2530人を下回っている。

出産年齢の人口減少も考慮されている指標である合計特殊出生率¹も、戦後右肩下がり減少してきている。しかし、2005年の1.26を最低にして微増しており、2010年、2011年ともに1.39となっている。今後この数字が本当に底をついており、改善していくのかどうか注目される。

図表1：出生数と合計特殊出生率



¹ 出産年齢（15～49歳）の女性1人に対し何人の子どもが産まれたかをみる指標

出典：厚生労働省「人口動態統計」

（２）出生数の国際比較

「将来の人口」を規定することになる、現時点での出生数をみていく。人口 1 億人を超える国では、日本の出生数は 105 万人と群を抜いて低い（図表 2 参照）。次に少ないメキシコでも 224 万人と日本の 2 倍もの出生数である。日本は今後、明らかに人口 1 億人以上の国からランク外へとなり、フィリピンやアフリカ諸国がランクインしてくることが予想される。

しかし、そもそも先進国で人口が 1 億人を超えていたのは、アメリカと日本の 2 か国だけである。日本が 1 億人以上の国から外れたとしても、他の先進国の仲間入りしたようなものである。人口大国で自国の巨大市場（消費市場も労働市場も含む）で経済活動が完結した時代から、自国の市場だけでは十分な競争力が得られず、外国とのコラボレーションが重要になっていく。こんなことは何年も前から分かっていることであり、既に日本企業の海外進出も進んでいる。

“グローバルゼーション”なんて言葉は死語になり、そもそもグローバル化していることが当たり前の時代に向かっているのだろう。

図表 2：世界の出生数比較

国	人口	出生数
インド	12億2317万人	2767万人
ロシア	1億4192万人	1610万人
中国	13億5404万人	1604万人
ナイジェリア	1億6475万人	645万人
インドネシア	2億4447万人	517万人
アメリカ合衆国	3億1418万人	413万人
パキスタン	1億7891万人	383万人
バングラデシュ	1億5004万人	286万人
ブラジル	1億9836万人	276万人
メキシコ	1億1487万人	224万人
日本	1億2761万人	105万人

出典：IMF, World Economic Outlook Databases April 2013

UN, World Population Prospects: The 2010 Revision

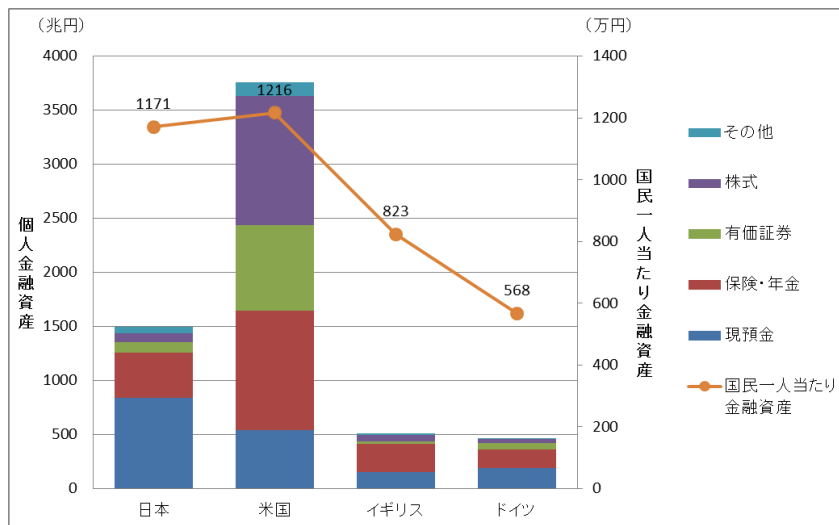
2. 日本の個人資産の状況

(1) 個人金融資産

「日本人は貯金するのが好き」というイメージで語られることが多いが、実際はどのようなのであろうか。現金や株、債券などの金融資産を家計でどのくらいもっているのかを示したのが「家計金融資産」である。日本銀行の調査によると 2012 年で 1547 兆円となっている。2007 年から一時的にマイナスになったが足元では回復してきている。ちなみに、過去最高は 2007 年の 1602 兆円である。外国と比較すると、アメリカの 3000 兆円超には及ばないが、イギリスやドイツの 3 倍近くの金融資産を有していることになる（図表 3 参照）。

よく言われるのが、その金融資産の構成比率である。諸外国と比べてみると日本は現金預金の比率が 50%を超えており非常に高い。イギリスは保険産業が発祥した国であり、保険年金の比率が高いなど、国による特徴はあるのだが、こうした日本の「貯金好き」な性格から、株や債券といったリスク商品をあまり持ちたがらないとされている。

図表 3：個人金融資産の国際比較



出典：第一生命経済研究所「データ集（2011 年末）」

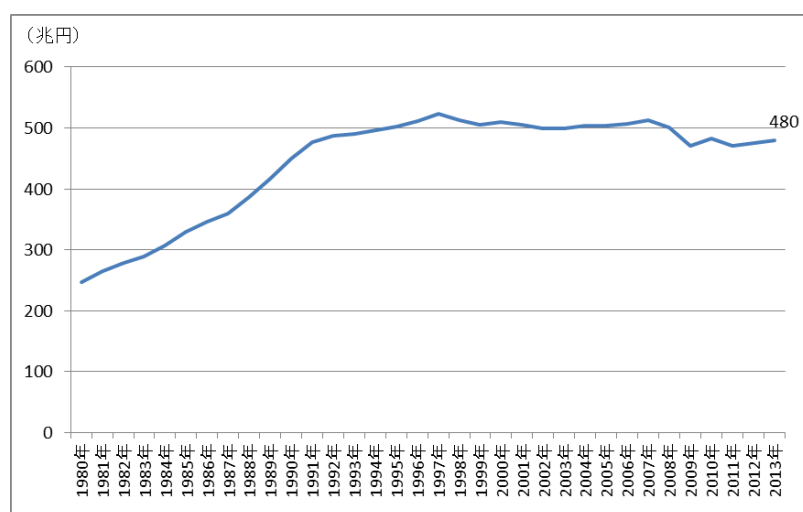
(2) 経済成長

日本の GDP(国内総生産)成長率はバブル崩壊の 1991 年以降低調に推移している(図表 4 参照)。成長率がマイナスに転じた年も 4 年ほどあり、良くても 2%の成長率という時代が続いた。2000 年代に入りこの低成長時代を顧みて「失われた 10 年」と言われていたが、今では「20 年」に延長してしまっている。

同期間に世界全体では先進国も含めて 2~4%の成長をしているので、日本だけが取り残されてしまった。経済成長もしないので、物価も下がる、企業利益も上がらない、賃金も下がるといった悪循環に陥っている。さらに悪いことに、こうした環境下でグローバル展開をしている企業は、成長率が高い途上国などに進出していき、産業の空洞化といった事態にも発展している。日本国内で賃金下がっているとはいえ、比較すると途上国の方が安い賃金で労働力が手に入るため、経済合理性を考えて海外に展開する企業も増えている。

こうした状況が続いたため、成長期を知らない若者を中心に「成長しなくてもいいのではないか」というような“草食系”な考え方も広まってきている。成長する楽しさやエキサイティングさを実感したことがないのだから、当然なことかもしれない。

図表 4：日本の名目 GDP 推移



出典：IMF, World Economic Outlook Databases April 2013

3. 日本の医療費の状況

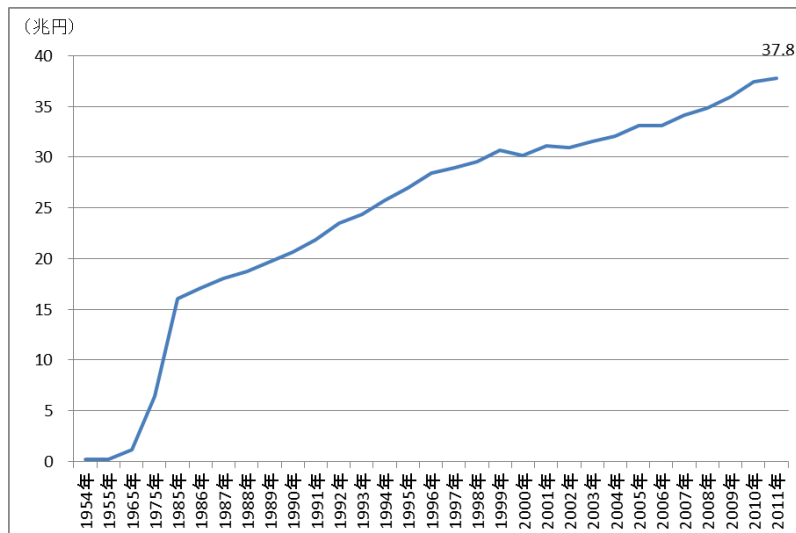
(1) 医療費の推移

日本の国民医療費は年単位で下がった年はあるにしても、過去において上昇基調で推移してきた（図表 5 参照）。2010 年の国民医療費は 37 兆 4202 億円と、前年度の 36 兆 67 億円に比べ 1 兆 4135 億円（3.9%）増加している。みごとに過去最高記録を更新した。

こうした医療費の増加は医療産業が拡大していることと同義である。実際に、医療産業で働く労働者の数は増加しており、2012 年末の産業別就業者数では 730 万人と、建設業の 486 万人をしのぎ、卸小売業、製造業に次ぐ規模となっている（図表 6 参照）。さらに、卸小売業や製造業で働く人は減少しているが、医療福祉業で働く人は市場規模の拡大に伴い増加している。

医療の産業規模が拡大しているということは、医療関係者にとってみれば喜ばしいことのように思える。しかし、こうした医療費の 37.5%（平成 21 年度）²が税金で賄われおり、経済成長が実現できず財源が乏しい国や地方自治体にとってみれば医療費の増加は死活問題である。さらに、医療費の半数を占める保険料の約半分は雇用主である企業が負担している。従業員の高齢化に伴い、こうした社会保険料が重荷となり、経営破たんした米国のゼネラルモーターズ（GM）は記憶に新しいだろう。民間企業にとっても、売り上げが伸び悩む中、こうした費用が膨大にかかることは避けたい。

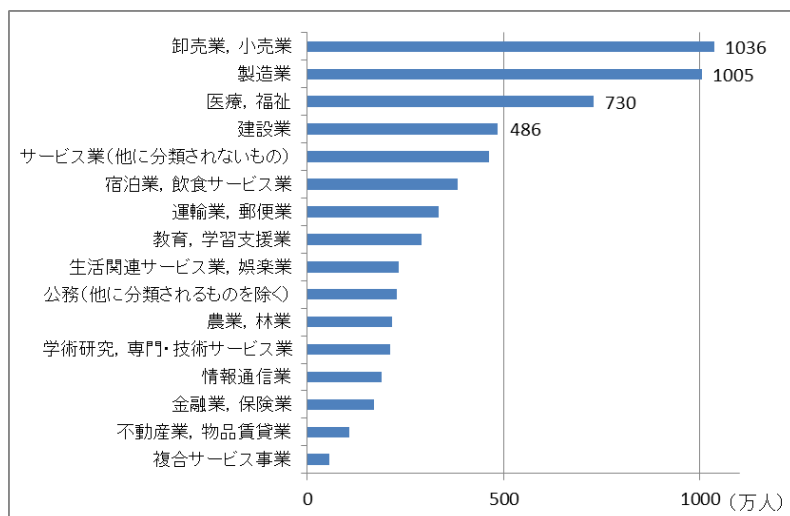
図表 5：国民医療費の推移



出典：厚生労働省「国民医療費の概況」

² 厚生労働省「平成 21 年度国民医療費の概況」

図表 6：産業別就業者数（季節調整値）



出典：総務省統計局「労働力調査（2012年12月値）」

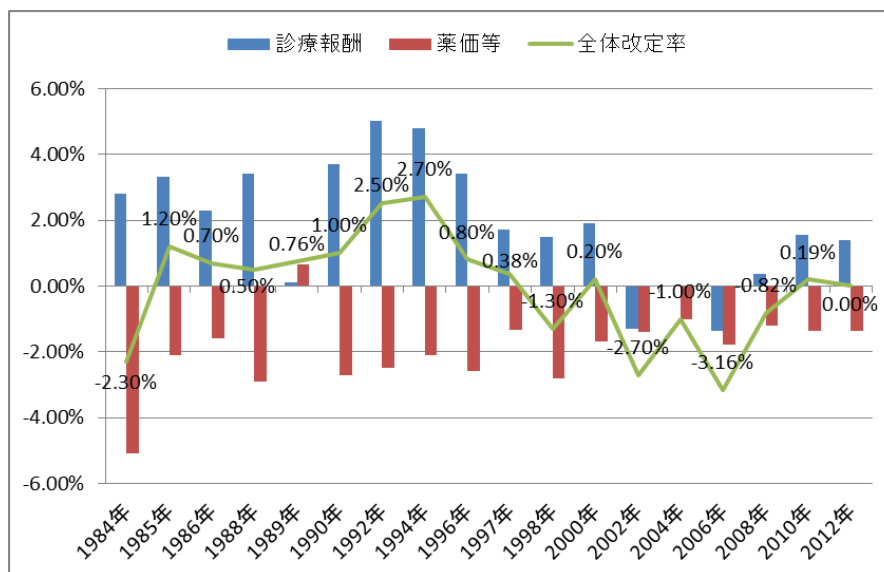
（2）診療報酬

日本の医療費が「高いのか、低いのか」といった議論については、対 GDP 比では低いとか、国民 1 人当たりの薬剤費は高いなど様々な意見がある。人口が 1 億人以上ありながらも皆保険制度が整っており、結果として平均寿命や乳児死亡率などが世界最高水準であるということは事実であろう。つまり、高くはない医療コストで、それなりに水準の高い医療が提供されている、ということは反論がないのではなかろうか。

しかし、だから医療費が低すぎるので上げるべきだ、という意見をくみ取るほど日本の国家財政に余裕がないことも確かである。このため、経済成長が鈍化し始めた 90 年代後半から診療報酬の改定率はマイナス、もしくはプラスであっても微々たるものである時期が続いた（図表 7 参照）。患者のたらい回しや、へき地における医師のサボタージュなどがマスコミに取り上げられるようになってからは、改定率もようやくプラスになってきたが、基本的には薬剤費から技術料への財源シフトという構図である。

勘違いしてもらいたくないのは、たとえ改定率がマイナスやプラマイゼロであっても、医療費そのもの（医療市場の規模）は前述のように増加してきた、ということである。これは医療を主に受けている高齢者の数が増えているので、それに伴う医療費増は避けられないことを意味している。

図表 7：診療報酬改定率の推移



出典：厚生労働省保険局「診療報酬改定率」

第2章 持続可能な医療制度設計

世界的な医学雑誌ランセット（LANCET）は2011年9月号で、皆保険制度導入50周年を記念した「日本の医療」を特集で取り上げた。こうしたことから、日本の医療水準や医療制度がこれまで生み出してきた結果は高い評価を得ていると言えよう。医療現場や患者・市民からも現行の制度に対する不満はあるものの、おおよそ満足できる医療が日本中で提供できている（少なくともこれまではできていた）のではないだろうか。

現状で良好な結果が得られているとはいえ、前章でみたように財源や保険者にとっては医療費が増え続けることは望ましくない。そのため過去に診療報酬のマイナス改定で医療費が抑制されてきたことも、みてきたとおりである。しかし、こうした医療費の抑制策には限界がある。医療機器や医療材料、医薬品というモノの価格はグローバル化が進む環境下で、先進国の中で日本だけ安くし続けることは難しい。逆に、輸入超過となっている医療関連品は「日本価格」があり、外国市場に比べて高いという認識が一般的である。投下する材料代が安くないのであれば、医療費抑制のしわ寄せは人件費にくる。しかし、ここにもグローバル化の流れは止められまい。優秀な医師や看護師などの医療者にとって、日本で働こうが外国で働こうが何も変わらないのである。海外に毎月のように招聘されている医師、ボランティア活動で世界中を飛び回る看護師などは今や特別ではない。人的資源のグローバル化の結果、給与水準が他の先進国に比べ圧倒的に下がってしまっただけでは、人的資源の海外流出を招くだけである。実際、途上国で育成された医師や看護師が先進国に流出することは、各途上国の大きな社会問題ともなっている。

では、今のような医療費の抑制に限界があるとしたら、どうすればいいのか。医療費の対GDP比率で考えると、分子である医療費を下げるのではなく、分母であるGDPを高めればいいのである。つまり、医療制度を維持できる水準以上に経済を成長させるということだ。

「経済を成長させる」と簡単にいっても、それが難しいことは周知の事実である。これまでも規制緩和や金融緩和などいろいろなチャレンジをしてきたが、国民が期待するような結果は出ていないのが現状であろう。経済を成長させるための基盤となるのは「人口」である。同じことをやっっているが、人口が減少していけば経済の規模も小さくなるのは当然である。そこで、一定の経済規模が維持できる程度まで「子どもの数を増やす」ことを日本の至上命題にすべきである。「子どもが増える⇒経済規模の維持がみえてくる⇒医療費がまかなえる」という循環を回すことが、まっとうな医療費を確保することにつながる。

本論文ではこれらを実現するための施策を次章からみていく。第3章「経済成長と少子化対策」では経済成長を成し遂げるため、少子化の問題を解決する施策を提示する。第4章「金融資産の未来シフト」ではその施策を実施するための財源の裏付けを提示する。こうした施策の結果、経済成長が実現され医療費が確保されるからといって、医療費や医療政策が“現状維持”でいいわけではない。政界や経済界に努力しろというだけでなく、医療界においても努力する枠組みを新

たに設ける必要がある。その点について第5章「あるべき医療制度改革の姿」で取り上げる。現行の医療制度では「真に患者のため」を思って医療者が行動できるようなインセンティブ構造となっていない。この構造を改革し、医療者の向く方向性を修正し、同時に医療費全体をコントロールする仕組みについて提言する。

第6章「まとめ」ではこれまでのまとめと、それぞれの課題について述べるとともに、第5章で提言した医療制度改革を実施することによって得られる可能性のある副次的効果についてみていく。

図表 8：持続可能な医療制度のモデル図



第3章 経済成長と少子化対策

1. 日本経済の最大リスクは少子化

日本経済における最大のリスク要因とされているのは「少子化」である。子どもの数が減少し続けることで、市場規模も労働市場も縮小することが容易に推測できる。多くの調査や有識者によっても、同様のことが指摘されている。IMF（国際通貨基金）が日本国債に関するリスクをまとめたレポート³では、「現時点で安定している日本国債市場も中長期的にみると人口の少子高齢化の影響で大暴落の懸念もある」と指摘している。日本銀行も「人口動態の変化が日本のマクロ経済にどのように影響を与えているか⁴」という講演録の中で、人口の伸び率が成長にプラスに寄与していたのは1990年代までであり、2000年代に入ると人口の伸び率が減速していることからプラスの寄与度はほぼ消滅している、との指摘している。企業経営者に対する調査やコメントでも少子化による人口減少に対する問題提起は頻回にされている。世界的に有名な投資家も日本のリスクは「少子化高齢化と財政赤字」という指摘をしている⁵。

言い換えると、少子化の問題が解決できれば、日本に対する世界の評価は見直され、有望な市場として改めて評価される可能性が高い。

2. なぜ日本で子どもが増えないのか

では「なぜ子どもが増えないのか」という点をみていく。以下では内閣府の発表した「少子化社会に関する国際意識調査報告書⁶」を例として取り上げるが、類似する各種調査も同じようなことが指摘されている。まず、子どもを産むことについては「子どもいると生活が楽しくなる」などポジティブな評価がされている。しかし、子どもを増やしたくない理由や、子育てで負担に思うことでは「経済的負担」が挙げられている。

子育てに関する費用で最も高いと指摘されているのが教育費である。実際に家計に占める教育費の割合は38.8%（日本政策金融公庫による調査⁷）もあり年々高くなっていると指摘されている。産まれてから大学卒業までにかかる教育費は1000万円以上とも言われている。子育てが「家

³ Lam, Raphael W. ; Tokuoka, Kiichi, IMF Working Paper; Assessing the Risks to the Japanese Government Bond (JGB) Market, December 01, 2011

⁴ 白井さゆり（日本銀行政策委員会審議委員）「人口動態の変化は我が国のマクロ経済に影響を与えているのか？ — 金融政策へのインプリケーション — （2012年9月7日）」

⁵ 投資家ジム・ロジャーズは「少子高齢化・財政赤字」投資対象としての日本などといったタイトルで、日本の少子化問題を経済成長のボトルネックであることを指摘している。

⁶ 内閣府政策統括官（共生社会政策担当）「少子化社会に関する国際意識調査報告書（2011年3月）」

⁷ 株式会社日本政策金融公庫「教育費に関する調査結果（2012年11月28日）」

の購入に次いで費用がかかる」を言われる所以である。

現在、筆者も子どもを産む世代に属しており、周囲の友人や教鞭を務める大学での授業で学生にヒアリングをしてみると、ほぼ誰もが「子どもはお金がかかる」と指摘する。なので、頑張って1人の子どもを産んだとしても、2人3人と子どもを増やすことに躊躇してしまうのである。

子育てに対する心理的負担面も、経済的なゆとりがあればベビーシッターなど、支援サービスを活用することで軽減することができる。昔は祖父母と同居していたり近所に住んでいたりと、親のサポートを受けられたかもしれないが、今の社会では現実的ではない。結果的に現状の子育て世代では、できるだけ夫婦のみで対応しようとして、重い負担感の結果、第2子以降の子どもを産む選択肢がなくなっていくのである。

3. 子ども手当では効果が薄い

少子化や人口減少に対する問題認識は政府も持っており、これまでも数多くの施策を実施してきた。そのうちのひとつである「児童手当・子ども手当」は、まさしく子育て家計への経済支援策として実行されてきた。児童手当が開始されたのは1972年であり、当初は児童労働禁止の厳格化など、子どもの権利を整える国際的な動向に伴い日本でも導入された。その後、共働きの増加、核家族の増加、出生率の低下といった環境の変化に伴い、制度の目的も変化してきている。

導入当時は第3子以降5歳未満の子ども1人につき月額3千円の支給であり、金額は段階的に引き上げられ、対象者も小学校第6学年の修了前までに拡大された。2010年には子ども手当へと制度が変更され、対象者は中学校修了までに拡大され、支給金額が月額1万3千円、さらにそれまであった所得制限が廃止された。2009年に始まった民主党政権のもと、月額2万6千円の支給が訴えられたが、財源の問題もあり実現できなかった。結果として現行（2013年現在）では子ども手当から再び児童手当へと制度が戻り、3歳未満、第3子以降の小学生までは月額1万5千円、第1・2子の小学生までと中学生までは1万円となり、所得制限も復活した。

このように、子どもがいる家計への支援制度の歴史は長いですが、結果として出生率を回復させるほどのインパクトはなかった。この程度の金額では「子どもを産んだらお金がかかる」というイメージを払しょくすることはできないのである。子育てにかかるもろもろの費用は、私立の学校に行くのかどうかにより大きく変動はするものの、産まれてから大学を卒業する22歳まで1,500万円～3,000万円程度かかる⁸とされている。つまり月額に平均すると5.7万円～11.4万円かかる。それに対して、たかが1万円や2万円が支給されたとしても、まるで砂漠に1滴

⁸ AIU「現代子育て経済考（2005）」では誕生から22歳（大学卒業）までの子育て費用は3,000万円と指摘されている。野村證券「家計と子育て費用調査（2007年）」では誕生から18歳までの子ども関連支出が1,555万円と指摘されている。

の水であろう。

4. 少子化対策に効果的な支給額

どのような施策も結果が出ないのであれば、やっても無意味である。たとえ過去に例がない施策であっても、課題が解決できれば効果があったことになる。少子化問題について言えばインパクトのある金額を支給し、「子どもを産んでも政府からの助成で、金銭的な負担はない」というイメージを子育て世代に浸透させないと結果は出ない。

具体的には1子につき月額5万円～10万円程度の支給を想定する。25歳～34歳までの女性の平均年収は295万円程度⁹であるので、支給金額が月額10万円の場合、子ども2人だと年額240万円、3人だと年額360万円と平均年収を越えてくる。つまり、子育てだけしていても「それなりの収入」が保障される。もし、働き続ける場合でも、これだけの支給があればベビーシッターやさまざまな育児支援にお金をかけられるだろう。

さて、これだけの支給金額に対しどれほどの財源が必要になるのであろうか。現時点（2011年10月1日）における15歳未満の子どもの数は1670万人¹⁰であるので、月額10万円の支給だと年間で20兆400億円の費用がかかる（月額支給額や対象年齢などを変化させた場合の必要額は図表9を参照）。2012年度の子ども手当の支給総額が2兆2857億円、また国の一般会計歳出のうち社会保障給付費は29.4兆円であるので、先の金額がいかに大きいかが分かる。

これだけの規模の財源をいかに確保するのかは、現状の歳入条件では不可能に近い。次章「第4章 金融資産の未来シフト」において、その財源について提言する。

図表 9：支給金額と必要費用

項目	単位	0～14歳まで支給		0～22歳まで支給	
対象人口	(万人)	1,670		2,651	
支給額	(円/月)	100,000	50,000	100,000	50,000
必要費用	(兆円/年)	20.04	10.02	31.81	15.90

5. 少子化問題を解決するための目標出生数

「子どもを産んでも金銭的な負担がない」どころか、「産むと家計が安定する」という状況になれば、出生率は大幅に上昇することが期待できる。では、どの程度まで上昇させることが望ましいのであろうか。人口が増加も減少もしない均衡した状態となる合計特殊出生率を「人口置換水準」という。人口が増加しないまでも、人口置換水準を達成できれば高齢者の数がアン balan

⁹ 国税庁「民間給与実態統計調査（平成23年分）」

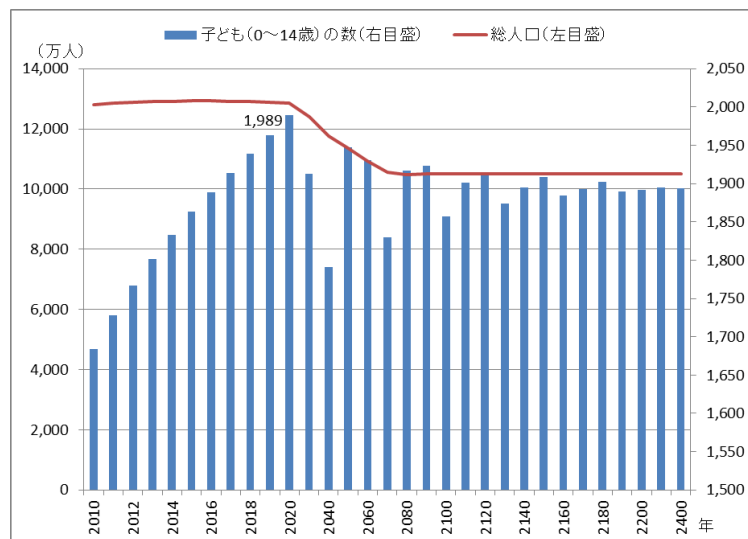
¹⁰ 総務省統計局「人口推計（平成23年10月1日現在）」

スに増える状況を回避できる。

2010 年時点での人口置換水準である合計特殊出生率は 2.07 であるので（国立社会保障・人口問題研究所）、この数字を目標値と仮定する。2011 年の合計特殊出生率は 1.39 であり、目標値とは大きく差がある。日本において出生率が 2.07 に近かったのは 1974 年の 2.05 であるので、第二次ベビーブーム期に匹敵するということである（第 1 章図表 1 参照）。外国の出生率と比較すると、米国の 2.10（2010 年）、ニュージーランドの 2.10（2011 年）、フランスの 2.00（2010 年）に近い値となる。

国立社会保障・人口問題研究所の試算によると、人口置換水準を維持した場合、15 歳未満の子どもの人口が最大になるのは 2020 年の 1,989 万人である（図表 10 参照）。仮に先述した月額 10 万円が 15 歳未満の子ども全てに支給された場合、年間 23.9 兆円の財源が必要となる。

図表 10：人口置換水準を維持した場合の子ども数と総人口



出典：国立社会保障・人口問題研究所「人口問題研究」

第4章 金融資産の未来シフト

1. 高齢者の資産総額

第1章「2. 日本の個人資産の状況」でみたとおり、日本の家計金融資産は約1500兆円にも上る。その内訳を年代別にみると70歳以上の資産総額は4,624万円で最も高くなり、貯蓄から負債を差し引いた純貯蓄額でも1,627万円と60代の1,703万円に次いで高くなっている(図表11参照)。こうした現状が「日本人は死ぬ直前が最も金持ち」と言われる¹¹⁾所以である。日本全体の純貯蓄額は466兆円であり、そのうち70歳以上が占める割合は38%の177兆円、60歳以上では80%を超える。

その一方で、毎年亡くなる人は、70歳以上が93.7万人(2010年)¹²⁾であり、先の数値より試算すると純貯蓄額の合計は15.2兆円であり、総資産でいうと43.3兆円になる。これらの資産を先の少子化対策に活用できないか、というのが財源確保の施策になるが「将来の子どものために資産を譲ってください」というのでは支持が得られないだろう。

図表 11：年代別資産状況

項目	単位	30歳未満	30～39	40～49	50～59	60～69	70歳以上
資産総額	(千円)	4,968	13,060	22,261	34,206	44,327	46,245
純貯蓄額	(千円)	780	-1,059	1,289	9,116	17,034	16,271
純貯蓄総額	(兆円)	2.2	-7.7	10.4	85.5	198.5	177.0

出典：総務省 統計局「平成21年全国消費実態調査 家計資産に関する結果」

2. 高齢者の支持を得る

(1) プレストン効果の活用

さてここで「プレストン効果」について考える。1984年、米国の社会学者であるサムエル・プレストンは、同国で70年代から子どもの貧困が増え、教育支出が低下する一方で、年金や医療が手厚くなっていることを指摘。この現象について、子どもと高齢者はどちらも被扶養者でありながら、子どもの利益を代弁する「子を持つ親」よりも、高齢者の人口のほうが相対的に多いことと関係があるとし、この考え方を「プレストン効果」と呼んだ。つまり、少子高齢化が進むほど、高齢者より若い世代の有権者が少なくなり、高齢者に有利な政治判断が下されやすいことを意味する。

¹¹⁾ 経営コンサルタントである大前研一氏は、著書等で日本人の資産管理について「使う予定もないまま貯金を続け、死ぬときが一番お金持ちという意味のない蓄財方法」と指摘し、生前に“生きたお金”を使うマネープランを推奨している。

¹²⁾ 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課「人口動態統計(2010)」

実際に 2012 年 12 月に実施された第 46 回衆議院議員総選挙の投票数¹³を確認してみる。全国の 49,214 投票区の中から調査で抽出された 188 投票区でみると、子育て世代と言われていた 20 歳～44 歳の有権者数は 15.4 万人であるのに対し、60 歳以上では 16.4 万人と子育て世代より 6.1%多い。さらに、子育て世代の投票率は 48%と低いが、60 歳以上では 68%であるので、投票者数の差でみると 60 歳以上が 53%も多くなる。まさに現在の日本ではプレストン効果が生じやすい環境となっている。

「若者の投票率を向上させればいい」といった意見もあるだろうが、意識改革だけではなかなか難しい。そうであるならば、プレストン効果を利用し、高齢者が望むような政策を実施すればいいのである。

(2) 保険好きな日本人

日本の高齢者が、先述のような莫大な貯蓄をする理由が各種調査により明らかになっている。どのような調査でも貯蓄の目的は「老後生活のための備え」という結果が多い¹⁴。つまり、老後の生活資金を担保できるかどうかが高齢者の不安の種であり、それを政府が保障できれば支持が得やすいだろう。

もう一つ日本人の習性を確認する。日本人の「保険好き」という点である。まさに「何かあった時のために備えておく」という認識が染みついている。「世界人口 2%に満たない日本人の保険料は世界中の約 18%のシェアを占める」「日本は人口が米国の 40%に過ぎないにも関わらず、保険料は米国と同じ額」などと指摘されている¹⁵ことから分かるだろう。この性質を活用した仕組みを考えていく。

3. 人生安心口座 (HLA) の創設

(1) HLA の概要

具体的には、高齢者の資産を担保とし政府に提供することで、残りの人生を生きていくうえで必要な生活費を永年保障する、というものである。しかし、実際に自分の銀行口座からお金が無くなることには心理的な抵抗があるだろうから、特別な口座「人生安心口座 (HLA : Happy Life Account)」へ権利をシフトするだけであり、常に自分が管理できる状態にしておく。予定して

¹³ 財団法人明るい選挙推進協会「第 46 回衆議院議員総選挙における年齢別投票率」

¹⁴ 日本郵政公社「家計における金融試算選択等に関する調査」(2005)によると、貯蓄の動機は全体 (n=4914) で「老後の生活への備え (67.1%)」と最も高い。70 歳以上に限定しても同 51.0%と最も高い貯蓄の動機となっている。

¹⁵ 週刊ポスト「世界人口 2%に満たない日本人の保険料は世界約 18%のシェア」2013 年 1 月 11 日号

いた年齢まで、計画通りに貯金を使っていき、もし想定以上に長生きができた場合は、それ以降の生活費を政府が保障するのである。ただし、予定よりも早く亡くなってしまった場合、もしくは予定通りでも資産を余らせて亡くなった場合は、それらの権利は政府に還付される。

何もすべての資産を提供しろ、というのではなく、子どもや孫に残したい分はこれまで通り自己管理とし、もともと自らの生活費として使おうと思っていた資産のみを移管する。「政府に資産を奪われる」のではなく、日本人の保険好きな性質を活かし、どうせ老後のために備えるのであれば「政府保障にした方が安心」と思ってもらえるようにする。

（２）サンプルケース

例えば、現在 71 歳の男性であり、2,000 万円の純貯蓄と時価評価で 1,500 万円の土地を保有しているとしよう。貯蓄のうち 1,000 万円は妻と子どもに残したいと思っているが、残りの貯蓄は老後の生活費に使いたい。保有している土地は遺産として子どもなどに引き継ぐ予定はないとしよう。ここで土地については現金同等品に比べ流動性リスクがあるため時価の 7 割の価値とし 1,050 万円だとすると、貯蓄と合わせて合計 2,050 万円で残りの人生を満足に暮らしたいとする。

本来なら保険数理に基づいたリスク評価や複利計算等をすべきであるが、簡易的なイメージで考える。70 歳男性の 2010 年の平均余命は 15.08 歳¹⁶であるので、同男性が向こう 15 年生きるとする。そうした場合、先の資産を HLA に移管することで年間 136 万円が提供される。もし 15 年以上生きた場合は、その後も同額が保障される。しかし、15 年を前にして亡くなってしまった場合は 2,050 万円から使用した分を差し引いた額が政府に還付される、という仕組みである。

（３）HLA により得られる資金

実際に政府に資産が移管されるのは、当事者が亡くなった場合のみであるが、政府としては事前に“資産を移譲される権利”を得られる。先述の通り、70 歳以上の死亡者数 93.7 万人が有するとされる総資産は 43.3 兆円であり、その一定割合が毎年政府に還付される。それと同時に、70 歳以上がもつ総資産 503 兆円のうち一定割合が、HLA の仕組みにより権利が政府に移管される。

例えば、政府に移管される割合が 50%と仮定する（平均して総資産の半分は HLA に資産移管されるとする）と、死亡により還付される資産が 21.6 兆円、まだ亡くなられていない人の資産の権利が移管される分が 251.5 兆円となる。

¹⁶ 厚生労働省「簡易生命表の概況」（2010）

権利の移管分については、それを担保に市場から資金調達をすることで、キャッシュに変えることも可能であろう。こうして権利を担保として得られた資金と、死亡により還付される資金をもとに、想定以上に長生きができた方への支払いと、少子化対策に資金を回すのである。

4. 自己選択による信頼性のある制度構築

少子化対策に必要な子どもに支給される金額や支給対象も、高齢者の資産を移管する金額や対象者もさまざまなパターンで設定することが可能である。

子どもに支給される金額では、5万円にするのか10万円にするのか、子供が増えるにつれて支給額を増やすのか、などが考えられる。支給される対象では、15歳未満にするか、大学最終学年までにするか、所得制限を設けるか、などが考えられる。高齢者の資産を移管する金額では、流動性の高い金融資産だけにするか、時価で評価ができる土地まで含めるか、などが考えられる。対象者では、70歳以上とするか、60歳以上とするか、などが考えられる。

設定条件を変えることによってバランスのとれた組み合わせが可能である。しかし目標とするのは、子育て世代にとっては「金銭面の負担を感じずに子どもを産める」ことを、高齢者にとっては「金銭面の心配をせずに老後を過ごせる」ことを保障できることである。どちらにしろ、中途半端ではうまくいかない。

子どもが産まれて生産年齢に達するのに15歳、多くの子どもたちが大学を卒業して働き出すのが23歳である。少なくとも、開始してこのくらいの期間はこの仕組みをやり抜く必要がある。いつ打ち切りにされるか不安である子ども手当や、支給年齢が突然延びてしまったり支給額が減ってしまう年金のような制度では絶対に信頼を得られない。

信頼を得るべき対象はこれらの国民だけではない。出生率が人口置換水準を達成し、急速に人口が減ることなく経済が成長し続ける国であることを、国内外の投資家や企業経営者に示さなければならない。これを10~20年程度で達成していくことで、人口1億人程度のマーケットを抱える、安定して成長できる国にしていく。安定的な経済成長を実現させることで、年金や介護をはじめ、次章でみていく医療費の根本的問題が解決に向かう。

第5章 あるべき医療制度改革の姿

1. 医療制度の本来の目的

日本の医療を取り巻く根本的な問題は財源問題であり、それを解決するためには経済発展が不可欠である。その処方箋として、日本経済の中長期的発展のボトルネックとなっている少子化の問題を解決する方法をこれまでみてきた。では、財源問題が解決した場合に、医療のあり方は現状のままでいいのであろうか、それもまた違うであろう。これまでの医療政策は一定の評価を得ているが、今後も同じ制度設計で良質な結果が出続けるとは思えない。

現状の医療制度において、最もおかしい点は「現場で医療を提供する医療者（医師、看護師、コメディカル、事務職員など）が、“真に患者のため”を思って医療を提供することができない」という点に尽きる。もちろん、現状でも「患者のため」を思った医療が提供できているからこそ、世界でもトップ水準の医療が日本中で提供されていることは確かであろう。ここでいう「真に患者のため」というのは、仮に現行の医療制度の枠組みがなく、本当に目の前の患者、その疾病が発生した生活環境、敷いては地域環境も考慮したうえで、ベストな医療を提供するということを、医療者一人一人が考えられる環境になっているか、ということである。

それを突き詰めて考え実行していくと、医療機関の経営が成り立たず持続的に良質な医療の提供ができなくなってしまうのが現行の医療制度ではないだろうか。多くの医療機関で「患者さんのための医療」といった類のビジョンや方針に掲げられているであろう。しかし、本当にそのことを実行することが許される医療制度となっているであろうか。

もちろん、「顧客中心主義」を掲げるどんな企業であっても、利益を出し続けなければ組織が存続できず、財務の側面を無視してまで顧客中心主義を貫け、というのは難しい。そのバランスが重要ではあるが、今の医療環境ではあまりにも「患者のため」を考えると財務の側面でマイナスになってしまいかねない制度が多すぎる。本来、高い志を持って医療界に身をささげることを決心した医療者が集まっているのであるから、患者のためになることを切磋琢磨させる環境を設けることで、良質な医療が提供されるはずである。それを導くのが正しい医療制度ではなかろうか。

2. 患者のためになっていない現行の医療制度

以下では現在の医療制度のもとで「真に患者のため」とはなっていない事例を挙げる。これらの事例は現場で頑張っている医療者が悪いわけではなく、現在の医療制度のインセンティブ設計が間違っていると考えられる。

- 医療法に基づく地域医療計画で定められているため、需要に応じて個々の医療機関で病床数を増減させることはできない。例えば、患者が集中する地域においても、地域一帯もし

くは各医療機関で、常に満床状態でもゆとりある病床数を確保することは許されない。結果として日々の診療では「もう十分に治療が完了し、退院後の状況が整ったか」ではなく、「最低限の治療が済んだか、後方支援の病院や在宅の場合は“確保できた”か」が退院の判断基準となり、早期退院が必要以上に促進される。

- 社会的入院という名の長期化した患者を一概に悪者扱いし、在院日数の短縮化が診療報酬の随所で求められている。その一方で病院経営上、病床稼働率が低下してしまうと収益が激減してしまうので、「在院日数を短縮しすぎないように」という号令が経営幹部から出される。
- 回復期リハビリテーション病棟の患者像は診療報酬で規定されているため、リハビリが必要であるのが分かっているにもかかわらず、求められる各種数字が達成できない患者は受入の対象とならない。また、薬剤料が包括されてしまうので、少しでも肺炎などを発症してしまうと、本来なら自院でも治療が可能であるが、近くの急性期病院に救急搬送せざるを得ない。
- 療養病棟や介護施設では、少ない医療者で対応しているため、できるだけ日常の世話がかけられない患者が望ましい。日々の世話で手間がかかることの筆頭が、1日3回の食事である。その手間を削減し、かつ報酬評価も高くなるため「胃ろうの増設」が入所の条件となっている。
- 医薬分業という名のもと、苦痛があるから来院している患者に対し、ワンストップで薬が提供されず、雨でも雪でも強風の中でも、いちど“公道をはさんだ先”にある院外薬局に立ち寄って、再び受付をして薬を購入しなくてはならない。
- その薬局では、後発品の促進が求められているが、“効能追加”で同じ機能がない医薬品は、後発品に切り替えると査定されてしまうため先発品のまま提供する。製薬企業のMRも必死にそれを宣伝する。
- 厚生局においては、診療報酬制度で決まっていると言いながらも、全国ばらばらであいまいな基準で査定や監査の判断をしている。基準を守らせることがミッションであるにもかかわらず、内部基準は非公開のままで査定する。杓子定規に施設基準を解釈し、壁厚すぎるだけの面積が数㎡足りないなど、医療の質に関係のない指摘がまかり通る。
- 人口当たりのCTやMRIが“異常に多い”状況を作ったのも、必死に頑張っているメーカーやディーラーの営業努力の結果である。目の前の医療機関に売ることが目的であり、地域住民のためを考える視点は二の次である。
- 製薬企業についても同様に、“朝駆け”をして医師に一瞬でも時間をもらい新薬の製品説明をし、社内システムでディテリングのフラグを一つ増やすことが評価される。

こうした類のことを書き出したらきりが無い。これらの行動が一切行われていない、こうした人たちは自分の医療機関には一切関わっていない、と胸を張って言えるところがあれば教えても

raitai. ともとも、こうしたことを医療の現場に求めてしまうような制度設計になっているので、仕方のない結果なのである。

3. インセンティブ構造を変える

では、どのような仕組みにすれば医療者が「真に患者のために」行動ができ、かつ財政面で持続可能な制度となるのであろうか。「何がベストなのかは分からない」それくらい日々進歩しているのが医療の世界である。抗がん剤治療はすべきかすべきでないか。脳ドックは意味があるのかないのか。新薬は効き目があるのかないのか。ロボット手術は術後の成績が良くなるのか悪くなるのか。何が現時点でベストなのかは分からないことだらけである。

このような解のない状況において、全てを制度で規定しようとする自体に無理がある。大きな枠組みだけは規定し、行動するインセンティブが患者視点となっていれば、現場においていろいろなチャレンジができるようにすべきであろう。そのチャレンジを競わせて、結果が出ているところが評価されるようにするのである。

端的に言うとも、より患者のために行動している医療機関、医療者は儲かり、患者や地域住民は少ない医療費負担で済む。頑張っているところと比較して、「患者のために」が少ないところは、医療提供側は収益が下がり、患者や地域住民の医療費負担は高くなる。こうしたインセンティブ構造にしてはどうか。

4. 参考とする仕組み

(1) DPC/PDPS

包括払い方式（DPC/PDPS）では、診断群分類ごとの点数や入院期間が、全国の DPC 対象病院のデータをもとに算出されている。そのため、自院だけが基準値から大きく外れた医療をしていると、評価が低くなりがちである。例えば、白内障の手術を片眼で 5 日間もかけて実施しているところは、入院期間Ⅲの間に収支が見合わなくなる。

このように各医療機関における取り組みの結果が 2 年に一度の診療報酬改定で見直され、点数設計に反映される。全国の数字を使っているので激変することは少なく、徐々に変わっていく上、データが公開されているので、しっかりと日々の診療プロセスを改善できているところは取り残されることはない。こうした個々の医療機関の誘導を図りつつも、点数をコントロールすることで総額の医療費も管理することが可能である。

DPC/PDPS でひとつ残念なことが、在院日数を短縮させるということが主たるインセンティブ構造となっていることだ。在院日数の短縮が必ずしも「患者のため」とは限らない。さらに近年の診療報酬改定では機能評価係数が複雑化してしまっている。こうしたミクロな規制を設けて

しまうと、不要なインセンティブが働きかねない。制度を構築している側からすると、これらは規制ではなく結果に対する評価だというかもしれないが、新たな評価がなされればデータが分析され、その評価が高まるように行動が誘発されるのは避けて通れない。

（２）ACO

もう一つ考えなければならないのが「患者のために」を追求した際に、インセンティブが機能する集団をどの範囲にするのか、ということである。最小単位は医師など医療を提供する個人であろう、次いで医療機関であり、現在の診療報酬上は医療機関単位での行動誘発が主となっている。

しかし、生活習慣が主たる原因となっている現状の疾病構造を考えると、医療機関単位で最善の医療を提供していても、「真に患者のために」なるとは限らない。医療機関で治療している間に、病気になった根本的な原因まで解決することは難しいからである。例えば、糖尿病患者に対しインスリンの処方ではできても、患者の生活スタイルに合った運動を指導し、習慣化することは現状の診療報酬では評価されない。さらに、こうしたことまで考えると、一医療機関の行動範囲を超えて、後方支援の開業医や福祉サービス、地域のコミュニティとの連携が必要となってくるだろう。

マイケル・E・ポーターは「医療戦略の本質」のなかで、医療サイクル全体における医療の評価を高める仕組みの必要性について述べている¹⁷。まさに、日本の医療制度も患者のためを旨とした集団を設定すべきである。ポーターの示している概念の事例としては、米国のオバマ政権下で進められている ACOs（Accountable Care Organizations）が挙げられる。しかし、米国の医療環境と日本のそれとは大きく異なるので、単に真似てもうまくいかない。そもそも米国の ACO の取り組みも、まだ良い結果が出るか分からない。

日本には既に二次医療圏という医療計画で定められた地域がある。二次診療圏ごとに患者のためを旨とした取り組みをトライアンドエラーする枠組みを構築してはどうか。

（３）二次医療圏

日本は診療報酬制度のもと一律の評価基準で保険診療が提供されている。米国のようにバラバラな保険会社の制度のもと医療が提供されているわけではないので、この制度もうまく活用したい。

診療報酬制度は全国一律であるが、かかる医療費やアウトカムは地域により差が生じている。例えば、2010 年の市町村国民健康保険と後期高齢者医療制度の一人当たり医療費（入院＋入院

¹⁷ マイケル・E・ポーター「医療戦略の本質—価値を向上させる競争」

外＋歯科）は都道府県によって、最低は千葉県の 37 万 6 千円から最高は高知県の 59 万 5 千円まで 1.58 倍の差がある¹⁸（図表 12 参照）。もちろん都道府県によって年齢構成が全く異なるので、数字の単純比較は意味がない。しかし、同様の数字を年齢構成を補正し市町村別にみると、最大と最小の差は 2.4 倍になることが分かっている。

年齢を補正したところで、医療の提供体制が異なれば医療費は変わるのは当然ではないか、という指摘もあるだろう。例えば、その地域に医療機関が少なく、医療を受けようにも受けられないところもあるはずだ。そこで、ある程度地域内で医療提供が完結される単位が二次医療圏だと考えられる。

図表 12：都道府県別 1 人当たり実績医療費（市町村国民健康保険＋後期高齢者医療制度）

			(単位:千円)		
都道府県	医療費	順位	都道府県	医療費	順位
全 国 計	462	—	三 重 県	451	31
北 海 道	560	10	滋 賀 県	467	27
青 森 県	420	39	京 都 府	497	20
岩 手 県	441	35	大 阪 府	471	25
宮 城 県	441	34	兵 庫 県	491	22
秋 田 県	496	21	奈 良 県	460	29
山 形 県	476	24	和歌山県	471	26
福 島 県	462	28	鳥 取 県	508	19
茨 城 県	391	44	島 根 県	558	11
栃 木 県	403	43	岡 山 県	542	14
群 馬 県	421	38	広 島 県	577	3
埼 玉 県	385	46	山 口 県	585	2
千 葉 県	376	47	徳 島 県	561	8
東 京 都	405	42	香 川 県	555	12
神奈川県	405	41	愛 媛 県	513	18
新 潟 県	456	30	高 知 県	595	1
富 山 県	517	16	福 岡 県	561	9
石 川 県	543	13	佐 賀 県	567	6
福 井 県	517	17	長 崎 県	564	7
山 梨 県	431	37	熊 本 県	533	15
長 野 県	449	32	大 分 県	574	4
岐 阜 県	441	33	宮 崎 県	482	23
静 岡 県	416	40	鹿 児 島 県	572	5
愛 知 県	433	36	沖 縄 県	386	45

出典：厚生労働省「医療費の地域差分析 基礎データ」

5. 新たなインセンティブ構造

さて、肝心のインセンティブ構造をどのように設計するか、について述べる。現在の診療報酬制度では地域ごとの給与水準を反映させた地域加算はあるものの、基本的に 1 点 10 円で支払額

¹⁸ 厚生労働省保険局調査課「医療費の地域差分析（平成 22 年度）」によると、市町村国民健康保険＋後期高齢者医療制度の 1 人当たり実績医療費について、年齢構成を補正した地域差指数を市町村別にみると、和歌山県北山村が最も高く 1.54、長野県王滝村が最も低く 0.63 となっている。

が計算されている。この 10 円の設定を二次医療圏ごとの医療費をもとに変動させるのである。端的に言えば、医療費がリーズナブルな医療圏においては、医療機関への支払いを 1 点 10 円以上に設定し、医療費が高い医療圏においては、医療機関への支払いを 1 点 10 円以下に設定する。さらに、全国は平均となる地域を基準とし 1 点 10 円になるように設定することで、総医療費は変わらず配分を変えるのである。

例えば、肺炎の医療費が全国の平均医療費に相当する A 医療圏では平均して 10 万円かかるとする。B 医療圏は平均以上で 13 万円だとする。現行の制度では医療機関側の収入は B 医療圏の方が高くなり、医療費を逡減させるインセンティブは働かない。このプラス 3 万円を医療機関への支払いから差し引くのである。つまり、患者負担が 3 割だとした場合、B 医療圏の医療機関では本来なら 9.1 万円の収入が保険者からあるが、3 万円分を差し引き 6.1 万円に減る。これを 1 点換算で置き換えると、これまで 10 円であったが、7.69 円で換算することになる。

逆に平均以下である C 医療圏では同費用が 9 万円だとする。現行では保険者から医療側への支払いは 6.3 万円であるが、医療費がリーズナブルになった分の 1 万円が上乗せされ 7.3 万円となる。1 点換算で置き換えると、11.11 円で換算することになる。3 つの医療圏のうち最も医療機関への支払いが高くなるのは医療費がリーズナブルな C 医療圏となり、全医療圏の医療費総額は変わらない。

患者側の負担率は現状のままで、医療費が上がると負担金額も上がるため、高い医療費に対しては高い負担額を強いられるという、インセンティブが働いている。このため、患者負担は現行のまま 1 点 10 円で計算する。

事例では分かりやすくするため肺炎という個々の疾病の医療費を示したが、DPC/PDPS のように疾病ごとの医療費管理はすべきではない。あくまで医療圏全体の人口当たり医療費で管理する。そのため、例えば肺炎の医療費が少ない理由が、再発の防止により患者数が少ないのか、域内の医療機関全体で抗生剤の選択がリアルタイムに管理されており、短期間のうちに狭域で安価な薬剤に切り替わっているからなのか、などは問わない。

ただし、基準値の設定を人口構成による補正を行ったとしても、既に医療圏ごとの医療費には大きな差が生じているので、単純に実施すると地域の医療が崩壊しかねない。そこで DPC の調整係数のように一定期間の猶予を設け、ソフトランディングができるように誘導することが望ましい。

図表 13：医療圏別のインセンティブ構造

項目	(単位:円)		
	A医療圏 (全国平均相当)	B医療圏	C医療圏
平均医療費	100,000	130,000	90,000
平均との差	-	30,000	-10,000
現行制度			
患者負担(3割の場合)	30,000	39,000	27,000
保険者から医療機関への支払い	70,000	91,000	63,000
	↓	↓	↓
制度変更後			
保険者から医療機関への支払い	70,000	61,000	73,000
1点換算	10.00	7.69	11.11

6. 医療費の削減効果

先の国民健康保険と後期高齢者医療制度のデータを用いて試算をしてみる。仮に、全国の平均値より1人当たり医療費が高い都道府県ではそれぞれの医療費が10%削減する取り組みがなされたとしよう。その場合、全体の医療費に換算すると5%削減される(図表14参照)。

国民医療費も同比率で削減されとした場合、2012年度の国民医療費が37.8兆円であるので、5%では1.89兆円にも相当する。もちろん短期的にこれだけの削減は難しいうえ、実際には高齢者人口の増加と共に医療費そのものは伸びていくだろう。しかし、各地域の取り組みによりその伸び率が抑制されることが期待できる。

何よりも、在院日数の短縮や、単なる後発品への切り替えといった目先の医療費削減ではなく、地域全体を俯瞰し、その地域に合った形で結果的に医療費が削減されることが期待できる。医療費を削減するため、ではなく地域ぐるみで「病気になるため、健康でいるため」を求めることで、結果として医療費が下がるようになる。

図表 14：医療費の削減効果

【現行の1人当たり医療費が平均より高い都道府県が10%削減した場合の医療費を試算する】

					(単位: 千円)				
都道府県	現行の1人当たり医療費	現行医療費総額	削減後の1人当たり医療費	削減医療費総額	都道府県	現行の1人当たり医療費	現行医療費総額	削減後の1人当たり医療費	削減医療費総額
全国計	462	23,059,146,483	439	21,922,798,560	三重県	451	318,820,272	451	318,820,272
北海道	560	1,217,552,095	504	1,095,796,886	滋賀県	467	221,435,167	420	199,291,650
青森県	420	270,823,292	420	270,823,292	京都府	497	479,591,476	447	431,632,328
岩手県	441	253,137,854	441	253,137,854	大阪府	471	1,604,581,912	424	1,444,123,721
宮城県	441	397,423,878	441	397,423,878	兵庫県	491	1,018,678,839	441	916,810,955
秋田県	496	236,038,552	446	212,434,697	奈良県	460	248,033,892	460	248,033,892
山形県	476	235,660,956	428	212,094,860	和歌山県	471	221,425,355	423	199,282,819
福島県	462	388,508,040	462	388,508,040	鳥取県	508	122,153,170	457	109,937,853
茨城県	391	490,579,452	391	490,579,452	島根県	558	163,605,018	502	147,244,516
栃木県	403	332,080,880	403	332,080,880	岡山県	542	395,208,547	488	355,687,692
群馬県	421	359,301,056	421	359,301,056	広島県	577	605,270,936	519	544,743,842
埼玉県	385	1,031,373,417	385	1,031,373,417	山口県	585	347,019,536	526	312,317,583
千葉県	376	897,928,948	376	897,928,948	徳島県	561	173,349,077	505	156,014,170
東京都	405	2,029,512,544	405	2,029,512,544	香川県	555	215,920,242	500	194,328,218
神奈川県	405	1,303,047,358	405	1,303,047,358	愛媛県	513	315,017,912	462	283,516,120
新潟県	456	431,272,793	456	431,272,793	高知県	595	204,222,561	535	183,800,305
富山県	517	208,844,226	465	187,959,803	福岡県	561	1,058,119,417	505	952,307,475
石川県	543	235,845,745	489	212,261,170	佐賀県	567	194,132,478	510	174,719,231
福井県	517	155,987,713	465	140,388,942	長崎県	564	356,387,815	508	320,749,034
山梨県	431	161,561,320	431	161,561,320	熊本県	533	427,689,087	479	384,920,178
長野県	449	398,281,868	449	398,281,868	大分県	574	278,306,548	516	250,475,893
岐阜県	441	372,641,863	441	372,641,863	宮崎県	482	247,919,243	434	223,127,318
静岡県	416	629,530,984	416	629,530,984	鹿児島県	572	423,515,604	515	381,164,043
愛知県	433	1,138,734,609	433	1,138,734,609	沖縄県	386	243,072,939	386	243,072,939

出典：厚生労働省「医療費の地域差分析 基礎データ」を加工

7. 二次医療圏ごとの医療特区

この制度を実行するにあたっては、租診租療が行われないように一定のアウトカム指標を公開することは必要であろう。しかし、むやみに規制をするのではなく、地域特性に合わせた取り組みを尊重すべきである。地域レベルで対応しなければ効果的な改善ができないので、医療機関の枠を超えた取り組みが誘導されるであろう。医療に関する取引業者についても、こうした地域を考慮した機器の配置や薬剤のコントロールが求められるようになる。

診療報酬改定で医療圏ごとの基準点数が見直されると同時に、各医療圏での取り組みを公開していくことで、良質な取り組みが横展開されやすくなる。医療や社会環境が複雑になり「これがベストな医療である」ということを、誰も提示することができない。それぞれの地域で「患者のため」を思って、これまでにない取り組みも含めチャレンジすることで新たな改善策が見いだせるだろう。

このような地域に根差した競争をさらに促進させるために政策で支援できることは二次医療圏ごとの医療特区である。医療を取り巻く規制はあまりにも多い。その規制が良好に作用していることもあるだろうが、より望ましいものへと変革すべき規制も残されているはずである。一定期間後の検証を条件に、特区内で規制を緩和することを認めることで、さらに革新的な取り組みが期待できる。

第6章 まとめ

1. 各章のまとめと課題

本章ではこれまでの政策提言をまとめるとともにそれぞれの課題点を挙げる。また、第5章で提言した新たな医療制度の副次的な効果について述べる。

まず、大前提にあるのは、現在、医療制度改革という名のもとに行われているような施策では本当の改革は難しい、ということである。理由の1つは、そもそも医療を取り巻く環境で最大のボトルネックは財源の不足であり、それを医療費の抑制によって解決しようということ自体に限界がある。財源の問題を解決するには、潤沢な財源を確保するしかなく、そのためには経済を一定程度成長させ続ける必要がある。しかし、「失われた20年」という言葉で表されるように、日本はこれまでの20年間さまざまな政策を実施してきたが、継続的な経済成長を成し遂げることはできなかった。

経済成長を実現するためには、それこそたくさんの選択肢があるだろう。そのあらゆる選択肢を今後も取り組み続けていかなければならない。その中でも特に、日本の人口構造が少子高齢化によりアンバランスになっており、人口減少が加速することが日本経済の最大リスクと考えられている。その課題に対する確固たる処方箋を示すことが求められている。

そこで、少子化問題に対し第3章で子育て世代に対し「子どもを産んでも金銭的な負担がかからない」というメッセージを明確に打ち出せるほどの手当を支給することを提言した。具体的には月額10万円程度が提供できると、インパクトが高いであろう。結果として人口置換水準である合計特殊出生率を達成することを目指す。給付金の提供方法は現状の育児手当と同じであれば新たなシステムを導入しなくても済む。ここでの課題点は、どの対象にいくら給付を提供するか、という点である。後述する財源の確保と共にバランスを取りつつも、明確なメッセージが打ち出せる金額を提示することが求められる。中途半端な金額で、結局出生率が“大幅に”改善しなければ無駄な出費になってしまう。

仮に月額10万円を現在の15歳未満の全人口に対して提供するとなると、財源としては年間20兆円が必要となる。この財源をどう確保するかが課題となる。そこで第4章では、高齢者の資産を少子化対策の財源に移管させることを提言した。高齢者は最大の有権者層であり、選挙で支持が得られなければどんな施策も実現不可能である。高齢者にメリットがありつつも、少子化対策に財源を移管させることが重要になる。

そこで、高齢者が貯蓄をする理由ともなっている「老後の不安」を解消することを訴える。具体的には、現在高齢者が保有する資産のうち、老後資金として使用するつむりのものを“人生安心口座（HLA）”に移管する。同口座は決して政府のものではなく、自己の口座の定期預金のように別枠になっているだけである。予定通りの人生を生活している間はその口座から生活費を引き出

し、もし予定以上に長く生きられた場合は不足分を政府から毎月提供する。しかし、予定よりも早く亡くなってしまった場合は、HLAに残った資産は全額政府に還付される。

例えば、70歳以上の死亡数から推定される資産は43.3兆円であり、これらの一定割合が政府に移管される。また、HLAに移管された資産を担保に債券を発行し流動化すれば、70歳以上の総資産は503兆円にも上り、これらの一定割合を担保とし資金を調達することが可能となる。

ここで重要になるのが、毎月の生活費の支給額は保有する資産をもとに自ら設定するという点であり、それを政府がしっかりと保障することだ。現状の年金制度のように政府の財政状況でむやみに変わってしまうと、信頼は得られずHLAへの資産移管もままならない。

課題点是对象年齢と対象資産（現金同等品のみか土地等も含まれるのか）をどうするのか、HLAを現状の銀行口座や証券口座とどのようにシステム連動させるのか、保険数理を考慮し毎月の支給額をどのように算出するのか、という点である。

これらの2つの施策により、医療を取り巻く最大のボトルネックである財源の問題に中長期的な解決のめどをつけつつも、医療界でも自助努力を働かせる必要はある。そこで第5章では、医療を提供する全てのプレイヤーが「真に患者のため」を考えて、所属する医療機関という枠にとらわれることなく、地域も含めて最善な行動をとることが誘導されるインセンティブ構造を設けることを提言した。

具体的には全国の二次医療圏を単位とし、人口構成や患者の流入出を補正した人口1人あたり平均医療費よりも高い医療圏では、医療側は収益が減り、患者は支払いが増える仕組みとする。医療費が低いところはその逆である。現在は1点10円で計算されている診療報酬を、診療圏ごとに設定することで先のインセンティブを反映させる。

現在の医療の世界は日進月歩で変化しており、どのような取り組みが最適なのか分からない。そこで、詳細な制限をかけるのではなく、できるだけ自由度を持たせ「まだ見ぬ答え」を求めてチャレンジを促進させる。そのために二次医療圏を医療特区とし、現在の医療に関わる各種規制を一定期間後の検証を条件に緩和することが求められる。

2. イノベーションの副次的効果

この第5章で提示した医療制度改革が実現すると、さらなる副次的効果が期待できる。現在、世界中で問題を抱えていない国はないといっても過言ではない。制度改革により、医療提供体制に関するさまざまな取り組みが全国で行われる。その結果、リーズナブルな医療費で良質な医療が提供することができれば、それをモデルとして世界中に提示することも不可能ではない。つまり、医療界のこうしたチャレンジ自体が日本の経済成長の源泉となる可能性もある。

二次医療圏の数は340を超えており、人口構成や医療提供体制、地域機能など環境の違いは非常に大きい。それぞれの医療圏で様々な取り組みが実施され、結果がみえてくる。改革のイン

センティブが働いているので、うまくいった医療圏の取り組みは、他の医療圏でも積極的に取り入れられるだろう。このような事例を別の医療圏で模倣し、別の環境でも同じような成果が出るのか再び試される。こうしてたくさんの施策が異なった環境下で試行錯誤され、確固としたノウハウとなり蓄積していく。

以下では、こうしたイノベーションに成り得そうな取り組み事例を紹介する。

石川県 救急生存率 2 年連続の全国一

心筋梗塞などで心肺停止となり、救急搬送された患者の生存率で、石川県が 2010 年、11 年と 2 年連続で全国トップだった。07 年に 119 番の通報者に救命措置を指導するマニュアルを全国に先駆けて策定。県内全ての消防局が活用しており、独自の「救命虎の巻」が効果を発揮している。

心肺停止から 5 分以上経過すると、生存率が極端に低くなる。県内で 119 番通報を受けて救急車が現場に到着するまでの時間は平均 7 分 6 秒となっている。「到着時間をこれ以上大幅に短縮することは難しく、通報者による救命措置が生存率の向上につながる」として、通信指令員が電話で、心臓マッサージの方法や自動体外式除細動器（AED）の使用法などを指導するマニュアルを導入した。¹⁹

品川区 特養に介護度改善に対するインセンティブ付与

東京都品川区は 2013 年度、入所者の要介護度を改善した特別養護老人ホームなどに報酬を与える。現行制度では入所者の要介護度を改善すると事業者を支払われる介護報酬が低下してしまう。減収分を報酬で補い、介護現場の意欲向上を図る。入所者の要介護度を 1 段階改善すると、1 人あたり月 2 万円を事業者に交付する。2 段階改善すれば月 4 万円、3 段階改善すれば月 6 万円となる。助成期間は改善した月から 1 年間で、再び悪化した場合は助成を打ち切る。

区によると、入所者の要介護度が 1 段階改善すると 1 人あたり平均 2 万 2 千円程度の減収となり、介護スタッフが入所者の健康状態の改善に努力しても報われない現状があった。減収分の大半を補填し、事業者や現場で働く介護スタッフに入所者の要介護度を改善する意欲を高めてもらう。1 年間の試行で成果を検証し、14 年度以降に本格導入するか決める。²⁰

¹⁹ 北國新聞社 2013 年 3 月 18 日

²⁰ 日本経済新聞 2013 年 2 月 5 日

インド ナラヤナ・ルダヤラヤ病院の心臓手術は超低価格

2001年にインド南部カルナタカ州の州都バンガロールに設立されたナラヤナ・ルダヤラヤ病院では、高度な心臓手術の価格が、日本円にしてわずか14万円で提供されている。先進国では数百万円から1千万円以上かかるとされる。心臓手術に驚くべき価格破壊を起こした同病院には、優秀な若手医師がインド中からこぞって志願してくる。

設立したのはマザー・テレサの主治医でもあったデヴィ・シェティ医師。というと、貧者を救うための理想に基づいた病院と思われるかもしれないが、それだけではない。もちろん貧困層も含めて高度な心臓手術を提供しているが、同時にきちんと利益を生み出しており、ボトム・オブ・ピラミッド（BOP）²¹戦略の成功事例と言われている。

以上の事例はごく一部であり、他にも画期的な取り組みが日本中、世界中でたくさん行われている。二次医療圏ごとに自由に発想し、住民の健康を旨としたイノベーティブな取り組みが促進され、それが世界に対して輸出できるレベルになることを期待したい。

おわりに

これまで30程度の医療機関の経営改善に携わり、現在は沖縄県立中部病院に常駐型で経営改善に取り組んでいる。仕事から短期間で収益を改善させることが求められ、なんども医療現場で働く医療者に医療とは関係ない収益の視点で改善をしてもらってきた。医療の質の改善や業務プロセスの改善といった医療者と利害が一致することもあるが、収益をあげるために診療報酬で求められていることを優先することも多い。そうしないと病院の経営が成り立たないので仕方がない。しかし、本来医療者は医療のこと、患者のことを徹底的に考え抜いてもらうべきだと、常々感じている。しかも、一医療機関内で完結するレベルではなく、地域ぐるみでどうすべきかを考え、動いていかないと根本原因が解決しないことが多い。こうした思いから、今回の論文で自由度の高い医療制度の設計という提言をさせてもらった。日本経済、国家財政、医療の現場が崩壊する前に、抜本的な改革が遂行されることを願っている。

²¹ BOPとは、所得階層別人口ピラミッドの最底辺（ベース・オブ・ピラミッド）に位置する人々のことを指す。世界中で途上国を中心に約40億人、世界総人口の70%以上を含む大きな市場とされるBOPに対し、貧困の削減・社会課題の解決といったソリューションを提供する新たなビジネスモデルが、BOPビジネスと呼ばれ注目を集めている。