### 経済同友会「社会保障フォーラム」資料

# 医療介護福祉の追加財源

2018年3月20日(火) 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 豪州マッコリー大学医療イノベーション研究所 名誉教授



## 「財政破綻後・・・シナリオ分析」が4月に出版される

第4章 公的医療·介護·福祉は立て直せるか····・執筆者 松山 <目次>

第1節 人口減少下でも増え続ける医療介護福祉の必要財源

医療提供体制が過剰投資でも成り立っているのは財源も過剰供給の証利益率格差が大きい主たる原因は経営判断巧拙の差の累積赤字の最大の原因は、事業体のケアサービス構成と地域住民ニース のミスマッチ 単独施設経営では医療技術進歩、財源シフトについていくことは困難

第2節 公費依存が大きい医療介護福祉で何が起こるか

診療報酬・介護報酬の公費分が未収金となり積み上がる 積み上がった未収金に対する満額支払いは期待できずマイナス改定の時代に突入 多くの民間病院が倒産に追い込まれる 大企業が本社を海外移転することで社会保険料収入が減少する 急激な円安により医薬品・医療機器の輸入が困難になる がん患者や人工透析患者が大きな影響を受ける



### 財政破綻後のシナリオ分析が4月に出版される(続き)

第3節 現行制度が崩壊し白地となった後の制度設計

英仏の制度を超える医療介護サービスの配給制組合健保を解散し都道府県単位で協会健保、国保と合併患者負担割合を年齢に関係な〈原則3割に国公立病院、大学付属病院を広域単位で強制合併社会福祉法人の余剰資金の没収と課税

第4節 新制度を早く軌道に乗せるために今から取り組むべきこと

Population Health 専門人材の育成 医療マイナンバーによる患者情報共有 マイナンバーで保有金融資産を把握し負担の公平化を図る 地域医療連携推進法人を改変し地域包括ケア連携推進法人に 公的医療保険を二階建てにする



### 公的医療保障制度(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は全 て保険の給付対象とする原則	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
受益と負担のパランス を国民一人ひとりが 選択できる仕組みが あるか?	全国民に一律適用 医療で格差が発生することを 制度上一切認めない考え方	二階建て要素が入っている 公的制度の枠組みの中にオプションを 組み込んでいる
受診規制の有無	一部導入開始したが緩い	家庭医等を活用した強い規制
設備投資規制 の有無	設備投資規制が緩い中で、公 定価格を全国一律に適用 公私病院共に非価格競争(過剰 重複投資)を誘引する構造	強い設備投資規制により過剰重 複投資を防止 皆保険ではない米国でも州政府に よる強力な高額医療機器規制がある
保険者(財源)と医療 機関が連結する仕組 みの有無	保険者と医療機関が対立 進行中の医療改革で都道府県 に財源管理と提供体制整備の権 限を集中する方向	財源と提供体制が共に公中心の 国々では元々 <mark>両者が実質連結</mark> 米国でも連結ピジネスモデルがシェアを 伸ばしている
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 医療提供体制の営利性が高い	米国以外は公立病院中心で低い 米国でも(株)の病院数シェアは19%

# 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	*2007年4月に「選択タリフ」を導入  ➡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  *高所得者等は民間医療保険選択可(11.5%が民間医療保険)
オーストラリア	* 平均所得以上の国民に民間医療保険を推奨(46%が加入) * 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 * 保険会社による加入謝絶禁止など強い規制 * 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
フランス	*国民の90%以上が補足的医療保険に加入している
米国	*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。 *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。 *医療介護費がGDPの17%を超えても「経済成長にマイナス」という声は聞こえてこない



## 日本で公的医療保険を二階建てにする狙い

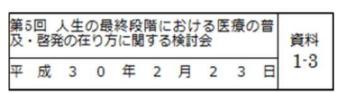
現行制度の構造的問題	二階建ての効果
高齢者を過度に優遇する制度になっている。しかし、75歳以上高齢者の患者負担割合を1割から3割に引き上げることは政治的に困難。	患者負担割合が3割だがその分保険料が 安い保険を提供することで原則3割負担に 誘導する。 (注)2015年度の75歳以上患者自己負担は約1兆円。 従って、3割にすることの公費負担軽減は約2兆円 弱者救済財源負担増を考慮すると軽減額は1兆円?
技術進歩により新しい医薬品・医療機器が登場することで医療費が 年率1%程度増加している。 (注)毎年4千億円~5千億円の新規医療費 が累積していくのであり、長期的にはの問題より金額が大きい。	高価になりがちな新規医薬品・医療機器を保険適用する場合にオプション保険とすることで、公費負担増を緩衝すると同時にイノベーションを支える財源を確保する。
受診行動は患者の価値観によっても左右されるが、現行制度は全国民に一律適用。かつこれ以上の保険料負担増に抵抗が大きい。	国民一人ひとりに給付と負担のパランスを選択できる仕組みを提供することで満足度を 高めることが可能 (注)現行制度内容を標準プランとする設計が重要

国民の満足度・公平感を高めながら保険料上昇を容認してもらう仕組み



# 公的医療保険の二階建ての適用対象の例 アト・ハ・ンス・ケア・プランニング(ACP)

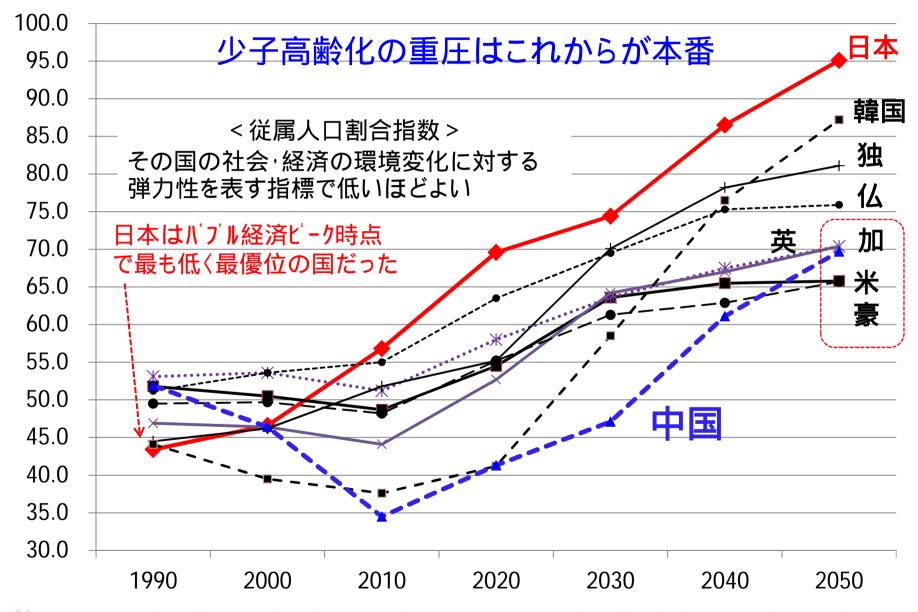
### 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン



2018年3月に厚生労働省が改訂

- •人生の最終段階において、本人の意向に沿った医療・ケアが行われるようにするためには、人生の最終段階における医療・ケアについて繰り返し話し合う取組が、 医療・介護現場だけではなく、国民一人一人の生活の中に浸透することが必要。
- •現在、医療・介護現場における意思決定支援の実践や地方自治体における取組は、十分に広まっておらず、救急搬送時に本人の意向が確認できずに治療方法の選択が困難となるといった課題が依然として存在。高齢化や近年の高齢者の救急搬送の増加などの状況を踏まえると、「生を全うする医療・ケアの質」を高めていくことが必要。
- •このため、国民全体が、人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が 家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス(ACP)の必要性など について、一層の普及・啓発を図っていくことが必要。

### 従属人口割合(<14歳以下+65歳以上>÷<15~64歳>)指数の国際比較





# 中国は医療介護改革のため日本の失敗を研究している



2015年12月の意見交換の場面が国務院活動報告書に掲載された



# 公立病院群の地域統合で IHN 構築を進める中国



### 国家卫生计生委医政医管局

主站首页 首市 最新信息 政策文件 工作动态 专题专栏

公文

您现在所在位置: 首页 > 最新信息 > 医疗资源 > 公

#### 国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见

发布时间: 2015-09-14

L A 63

#### 国办发[2015]70号

各省、自治区、直辖市人民政府, 国务院各部委、各直属机构:

建立分级诊疗制度,是合理配置医疗资源、促进基本医疗卫生服务均等化的重要举措,是深化医药卫 生体制改革、建立中国特色基本医疗卫生制度的重要内容,对于促进医药卫生事业长远健康发展、提高 人民健康水平、保障和改善民生具有重要意义。为贯彻落实《中共中央关于全面深化改革若干重大问题 的决定》和《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》精神, 指导各地推进分级诊疗制度建 设, 经国务院同意, 现提出如下意见。

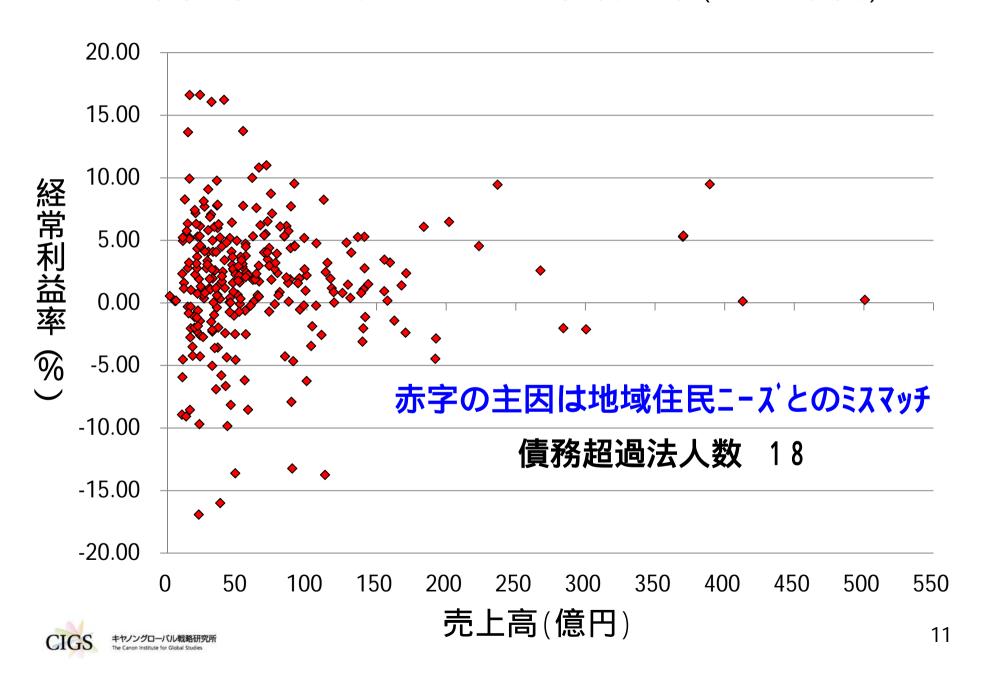
21世紀初頭に公立病院を統合し経営健全化に成功した上海がモデル 公立病院間の過剰投資にメスを入れ、診療所も含めた異種機能施設間の垂直統合を目指す



中国は日本ができていないことを 10年で完成させる計画



### 全国の社会医療法人278の業績分布(2016年度)



## 社会福祉法人を原則課税にすべき

	経常利益率		
	2014年度 (集計法人数5,513)	2015年度 (集計法人数6,187)	
高齢専業	3.9%	2.4%	
保育専業	4.9%	7.5%	
障害専業	7.0%	6.6 <b>%</b>	
児童専業		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

> 経常利益 3千億円超

純金融資産 2兆円超



# 補足資料



#### 「財政と社会保障」における基本的考え方

#### 医療介護福祉に焦点を当てる。

→年金改革で残っている課題は支給開始年齢引き上げ程度

#### 医療介護ニース (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が必要。
  - ➡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べき。
  - ⇒公平性実現のためにはマイナンパーによる所得・資産の正確な把握が不可欠。

#### 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は全体で黒字。
  - ➡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。
- ➡高齢専業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%・・・
- ➡保育所専業社福の平均経常利益率は 国の補助金増加前で7.5% (991法人)

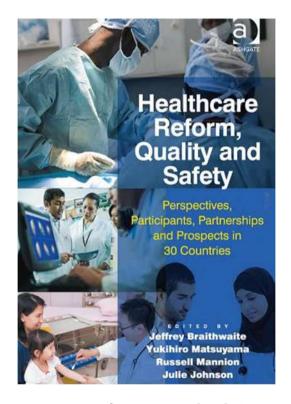
#### 制度運営の権限と責任を都道府県に集中する方向は正しいが専門人材育成が急務。

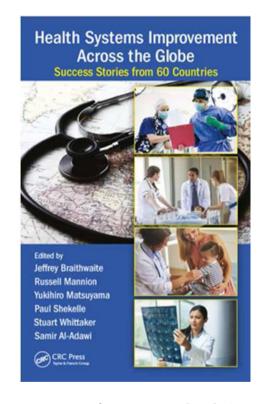
#### 社会福祉法人の高利益率の理由解明と課税を検討すべき。

- →2016年社会福祉法改正は形骸化が著しい。
  - ➡約2万の全ての社会福祉法人の財務データベースの活用で形骸化に対抗できる。



### 世界各国の医療改革共同研究から学んだこと







2015年3月出版

2017年8月出版

2017年10月出版

松山はアジア地域担当編集委員



### 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パランスのあり方、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

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

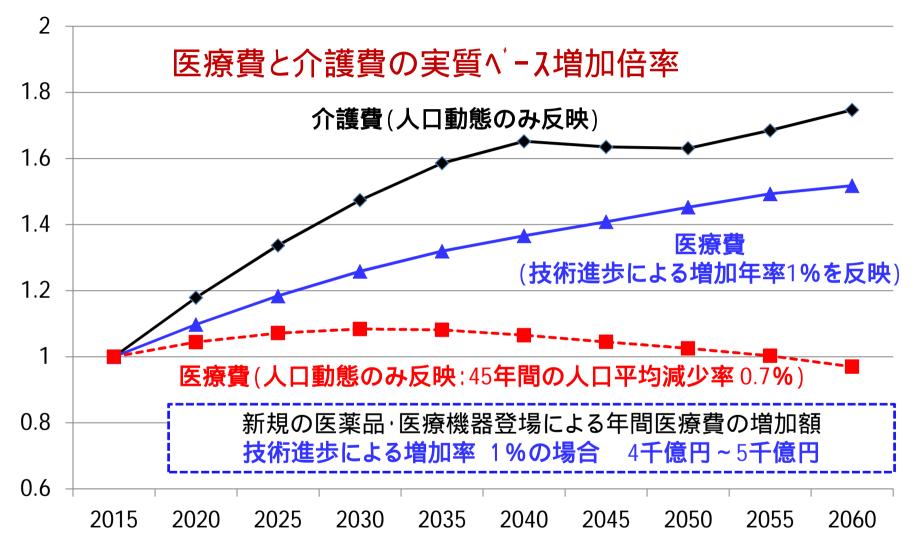


< 医療制度を国際比較する場合の優劣判定基準 > キーワードは Resiliency

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?



### 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

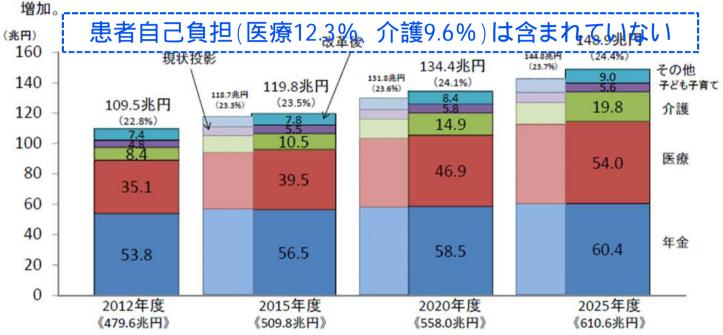


### 政府の医療費・介護費将来推計のうち介護費が過大

#### 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)》

#### 〇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



政府推計(2015年度)の患者負担含む補正後 医療費 45.0兆円 介護費 11.6兆円

患者自己負担を含む実績値(2015)

医療費 42.4兆円 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 61.6兆円 介護費 21.9兆円

新将来推計人口に基づ(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 60.4兆円 介護費 16.2兆円 18



### 財政制度等審議会「建議」(2017年5月25日)の問題点

#### (建議から抜粋)

高齢化の進展に伴い、社会保障関係予算は増加の一途を辿っている。・・・・その総額は32.5 兆円もの規模に達しており、一般会計歳出の3分の1、国債費や地方交付税を除いた一般歳出の55.6%を占めるに至っている。「団塊の世代」が後期高齢者となり始める2020 年代初めにかけて、医療・介護を中心に社会保障関係費の増加が見込まれる。こうした中、保険料負担や公費負担といった国民負担を抑制し、制度を持続可能なものとするとともに世代間の公平性を確保していく等の観点から、「改革工程表」に掲げられている検討項目等をすべて着実に実行することなどにより、社会保障の効率化・適正化に不断に取り組んでいかなければならない。



医療介護ニーズが経済成長率より高いペースで増える以上、患者自己負担をも加味すれば国民負担を抑制することには限界がある。→公的制度の給付対象を狭くして民間保険に単純にシフトさせることは、セーフティネット制度全体の持続性を保証しない

より重要なことは、「ケアサービスの質/生産性/給付・負担のパランスの公平感」の向上である。 資力のある人がもっと医療介護にお金を使うことを促し弱者救済財源を捻出する仕組みを検討すべき。

### 財政制度等審議会「建議」(2017年5月25日)の問題点

(建議から抜粋)

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。





<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・負担のパ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〈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



# 医療過剰投資を支える過剰財源を示す根拠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	169	
	経常利益率アップ	8 6
	経常利益率ダウン	8 3
売上高が減少した法人数		1 0 9
	経常利益率アップ	1 7
	経常利益率ダウン	9 2

(注)経常利益率アップ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



### 財政制度等審議会「建議」(2017年5月25日)の問題点

(建議から抜粋)

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。



<松山意見>

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。



Population Health の運営代行業務はピック゚ピジネスになる可能性!



### 都道府県別診療報酬を巡る論点整理

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 V S

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整理(続き)

医療制度を全国民で支え合う理念を維持するためには、都道府県の自助努力で解決が困難な要素については国が財源調整すべきである。具体的には年齢構成、所得格差、医療費が高額となる疾病患者数などである。

逆に都道府県固有の原因による超過医療費については当該都道府県が責任を持つべきである。超過医療費の財源を国が補てんすることは、超過医療費を発生させていない都道府県にも回るはずの財源を実質的に奪うことになるからである。

都道府県別医療費を採用しないということは、超過医療費の財源 を当該都道府県の住民が負担する保険料の引き上げで確保すると いうことである。



# 都道府県別診療報酬を巡る論点整理(続き)

しかし、都道府県固有の超過医療費の原因には、都道府県民の 受診行動、健康管理とは別に医療機関側の過剰投資とそれを回収 せんがための過剰診療がある。したがって、都道府県民側が超過 医療費の財源を高い保険料で全額引き受けることに納得するとは 思われない。

都道府県に財源と医療提供体制の両方をガバナンスさせる仕組みは、先進諸国における地域包括ケア運営の標準である。 都道府県がその責任を果たすためには、診療報酬決定権限は 不可欠である。



# 都道府県別診療報酬を巡る論点整理(続き)

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 処理が大変という反論がある。

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)」

といったルールされ決めれば、後はそのシステム構築で事務処理の問題は解決できる。



### 財政制度等審議会「建議」(2017年5月25日)の問題点

#### (建議から抜粋)

医療に係る70~74歳の自己負担割合については、世代間の負担の公平性等の観点から、平成30年度末までにかけて段階的に1割から2割に引き上げているが、同様の観点から、75歳以上についても平成31年4月から段階的に2割負担とするよう、早急に議論を開始する必要がある。



#### <松山意見>

#### 患者自己負担割合は、年齢に関係なく原則3割にすべきである。

- ➡75歳以上のうち現役世代並み所得のある者の負担割合は既に3割になっている。
  - ➡「1割で保険料が高い保険」と「3割で保険料が低い保険」を提供し国民に選択させる



### 財政制度等審議会「建議」(2017年5月25日)の問題点

#### (建議から抜粋)

平成30年度予算では、診療報酬・介護報酬の同時改定に加えて、障害福祉 サービス報酬改定も同時に行われることになる。障害福祉サービスの利用者は 増加し続けており、平成29年度予算ベースでの事業規模は3兆円に達する。特 に知的障害者と精神障害者の利用者が増加している。こうした状況の変化を踏 まえたサービスの提供が求められている。・・・・・こうした状況は、「ニッポン一億 総活躍プラン」(平成28年6月2日閣議決定)が掲げる障害者の「希望や能力、 障害や疾病の特性等に応じて最大限活躍できる」環境整備等を推進する上で大 きな課題である。特に、一人でも多くの障害者が、納税者となり、サービスの受け 手から社会の支え手になっていくよう、企業の協力も得つつ、支援を行っていくこ とが重要である。このため、障害福祉サービスについては、「ニッポンー億総活 躍プラン」の掲げる環境整備等の観点から、具体的な活躍の在り方やその実現 に向けた各サービスの位置づけ・成果を明らかにし、支援の在り方を改善してい 〈必要がある。



障害者専業社福に高利益率事業体が多い理由(障害者の給与が低い?)を解明すべき。



### 社会福祉法人の滞留資金を模範的社福に重点配分

#### 法改正による社福財表全国データベース構築により事実が明らかになる意義は大

#### 社福の財務データには異常値が頻発

2015年財表	収入	経常利益	総資産	純金融資産
からの事例	(費用)	(同率)	(純資産)	(対費用倍率)
A 法人	10,474	1,667	44,553	30,222
病院あり複合体	(8,883)	(15.9%)	(40,059)	(3.4倍)
B 法人	618	253	3,424	2,330
障害専業	(372)	(41.0%)	(3,391)	(6.3倍)
C 法人	226	68	1,238	1,160
高齢専業	(164)	(29.9%)	(1,231)	(7.1倍)
D 法人	3,451	897	19,913	8,695
高齢専業	(2,567)	(26.0%)	(19,695)	(3.4倍)
E 法人 高龄·保育	3,716 (3,007)	720 (19.4%) 親族への資金流出後	9,127 (7,098)	1,196 (0.4倍)

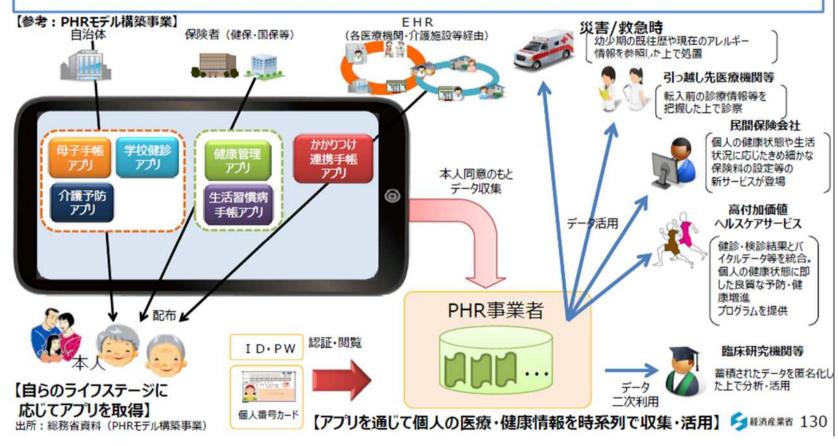
### 2017年10月出版の拙著に法人名を開示



(単位:百万円)

#### ①-(i)健康・医療・介護データを経年的に把握できるリアルデータプラットフォームの構築

- 個人・患者本位で、最適な健康管理・診療・ケアを提供するための基盤として、健康・医療・介護のリアルデータ プラットフォーム(PHR: Personal Health Record)を構築し、2020年度には本格稼働させていくことが 必要。これにより、個人が生涯にわたり自らの健康・医療データを経年的に把握することが可能となる。
- 同プラットフォームにおいて、個人が生涯にわたり自らの健康・医療データを経年的に把握し、本人のライフステージに応じて多様な活用を可能とするよう、サービスモデルの構築等を来年度までに実施。



必ず失敗するビジネスモデル! なぜか?



#### 新産業構造ビジョン資料から抜粋

#### 2030年代の目指すべき将来像 影の回避

一方で、技術発展に伴い、データ管理・活用、社会受容、倫理の各層にて、新たなリス クが顕在化する可能性。対応策をロードマップに織り込む必要。

#### データ管理 ·活用

- 技術的には可能であるにもかかわらず、データ利活用の前提となる電子化、ICT 化が進まず、効果的に情報収集や利活用ができないリスク。
- 個人の健康・医療データ等を集約することで、サイバーセキュリティ対策を怠った 場合の影響が大きくなるリスク。

#### 社会受容

健康・医療データを利活用するメリットを本人が実感できない場合、自己のデー タを第三者に提供し利活用されることへの嫌悪感や忌避傾向が拡大し、社会実 装が進まないリスク。特に、不適切な利用事例等が発生した場合、その傾向が 顕著になる可能性。

個々人の健康リテラシー・関係者の意識が追いつかず、予防や健康管理につな がるサービスの普及・活用が進まないリスク。

医療・介護分野にICT・ロボット・センサーを導入・活用することに対する高齢者 や介護者等の抵抗感が原因で、社会実装が進展しないリスク。

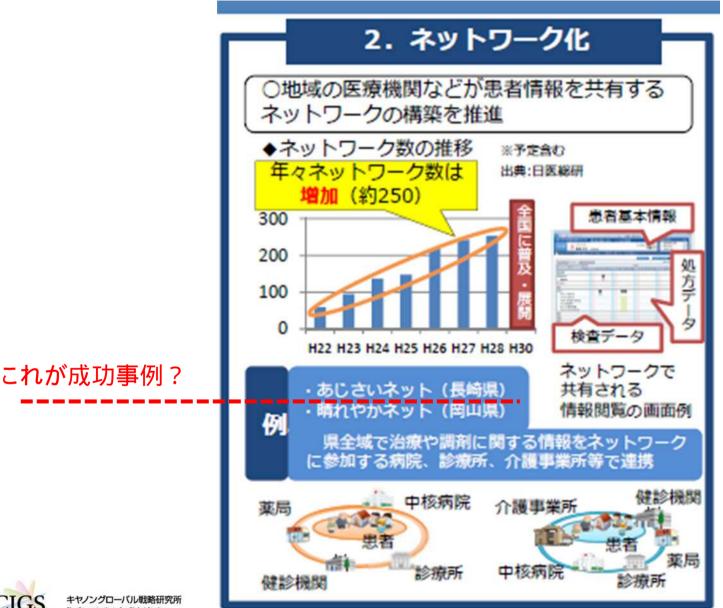
倫理

倫理的観点を欠いた研究開発が進められるリスク。



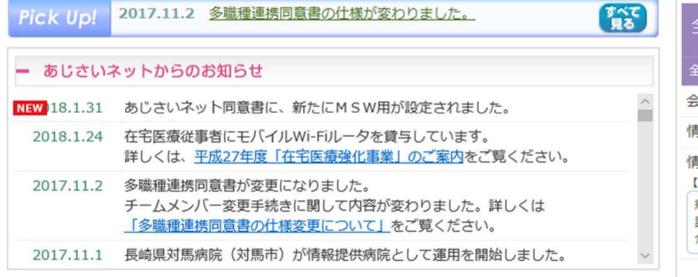
キヤノングローバル戦略研究所

### 厚労省が未来投資会議に提出した資料から抜粋



### 閲覧のみ施設が多数を占めるのは情報共有と呼べない







運営開始14年長崎県民(136万人)普及率 5.5 %で日本トップの成功事例?

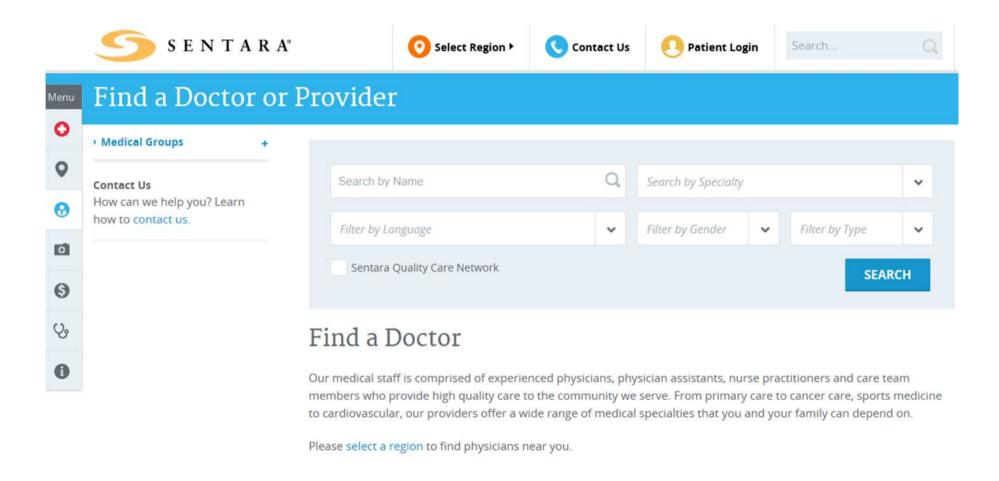


CIGS キャノングローバル戦略研究所



### 米国の事例

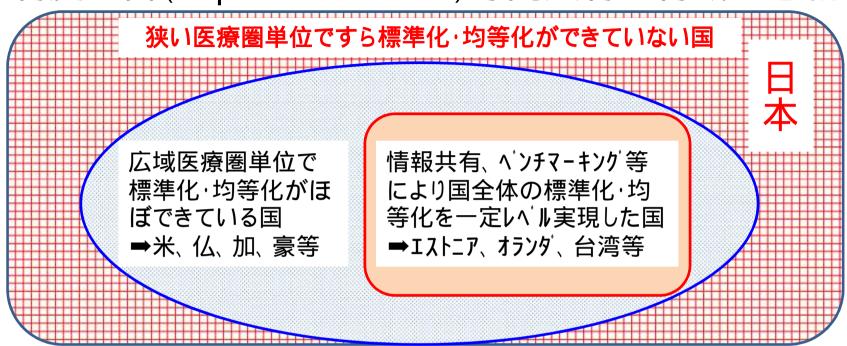
### 検索対象の医師・施設は独立開業医も含め全て同じグループ



センタラの診療録データベースに登録している患者には受診前から医療チームが存在



### 制度運営(Population Health)専門人材の育成が急務



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



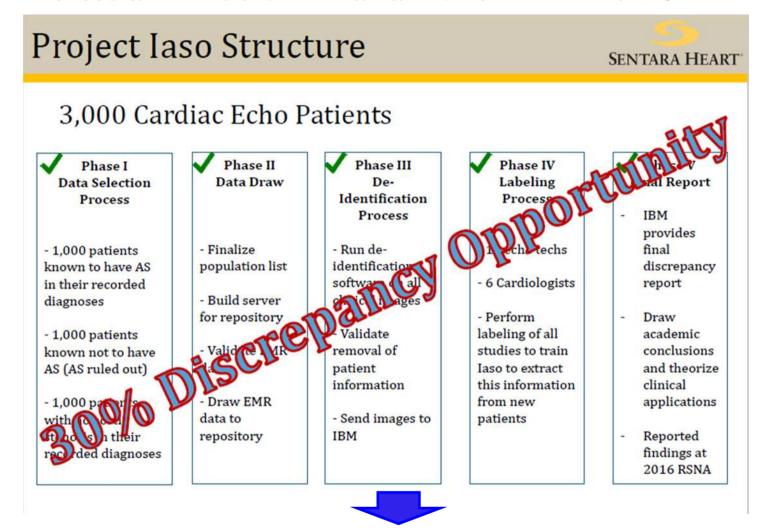
広域医療圏(人口約100万人)単位で標準化、均等化を達成すれば、 全国レベルの標準化、均等化と同等の政策目標達成となる

(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

### 画像診断専門医の誤診確率30%の衝撃



### 患者側が AI にサポートされた医療を求めるようになる

AIを基盤とする情報共有が当たり前になり、 不参加の医療機関は淘汰される





#### 国立がん研究センター 2017年7月13日発表「情報提供」

#### 青森県のがん検診での見落としに関する報道について

2017年6月29日のNHKニュースにおいて、青森県のがん検診について以下の報道がされました。

「がんによる死亡率が12年連続で全国最悪の青森県は、がんの早期発見につなげようと県内の10の町と村で自治体のがん検診を受けた人を対象に調査したところ、胃がんと大腸がんについて検診の段階で患者の4割が見落とされていた可能性があることを示す分析結果をまとめました。」

#### 国立がん研究センターの主張のポイント

3.青森県「がん登録データの活用によるがん検診精度管理モデル事業」で算出された感度を解釈する上で注意すべきこと

今回公表された感度は、胃がん60.0%、大腸がん57.1%、肺がん83.3%、乳がん85.7%、子宮頸がん71.4%で、報道ではこれらを100%から引いた値を「見落としの割合」としていますが、以下の理由より、適切ではないと考えます。

- 1) 事業対象自治体が少なく、がんの数が非常に少ない
- 2)十分な観察期間が確保できていない
- 3) 偽陰性(見逃し)として計上されたがんに偽陰性として計上するべきでないがんが含まれている

IBMとSentara の研究結果「誤診確率30%」は上記反論理由を全てクリアー



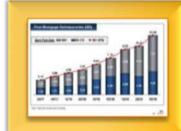
## 認知医学へのパラダイムシフトが起こる

### **Enabling Healthcare Cognitive Journey**



SENTARA.

#### Business Intelligence



- What happened?
- When and where?
- How much?

#### Retrospective Reporting

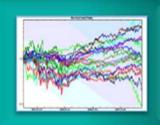
- · High latency reporting
- Spreadsheets
- · Limited view reports
- Departmental data marts

#### Foundational Analytics



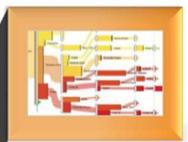
- What is happening?
- Who is at risk?
- What does it cost?

#### Predictive & Prescriptive



- What will happen?
- · Who will be at risk?
- Where to optimize care for patients?

#### Cognitive



- What is the optimal treatment based on knowledge & evidence?
- Why is this the best protocol or treatment?

#### Enterprise-wide Data Insights

- · Data Governance
- · Centralize Data Platform (EHA)
- . 360 View on Structured Data
- · Performance / Quality metrics
- · Regulatory compliance
- · Risk Stratification
- Population Health Analytics

#### Proactive Interventions and Improved Outcomes

- Predictive Analytics
- · Resource Allocation
- Streaming Analytics
- · Similarity Analytics
- Claims Fraud Management
- Consumer Insights
- Content Analytics Unstructured

#### Dynamic Learning for Optimal Care Guidance

- · Natural language understanding
- · Guided consumer experience
- Watson Applications (Oncology Advisor, EMRA, Genomics Advisor, Clinical Trial Matching)
- Genomics
- Exogenous Data analysis
- Evidence-based medicine
- Personalized Healthcare12



### AI 活用のキーワードは Integration

## 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/大学付属病院は財務リスクを特定個人が負わない仕組み



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

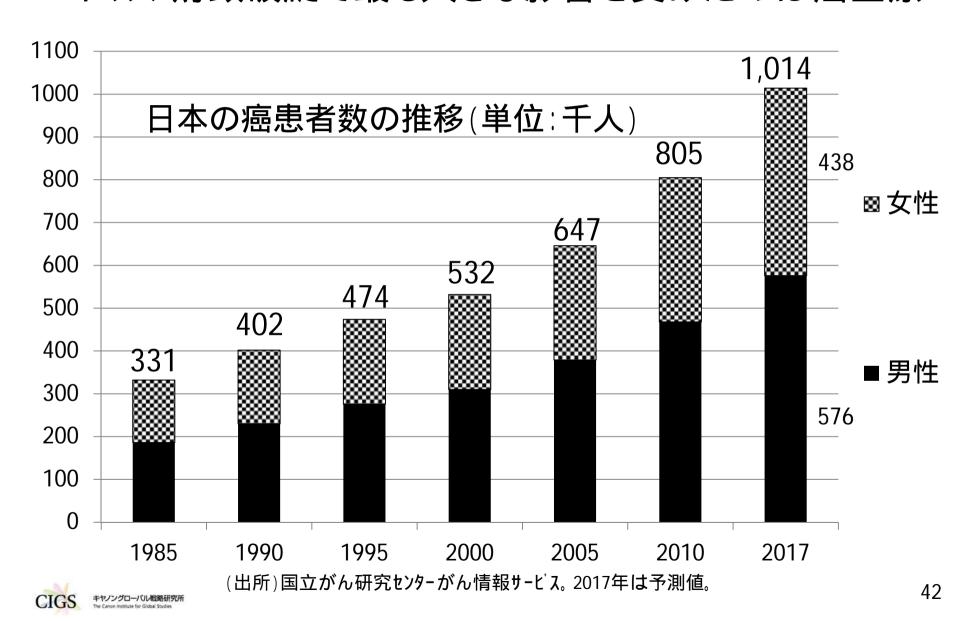


# 「受益と負担の在り方」が大きな政治問題になる財政破綻→円安→物資不足で医療機関が機能不全に

			2010	2014	2015
		輸出	3,787億円	3,530億円	4,623億円
 	製口	輸入	1兆5,226億円	2兆2,140億円	2兆9,241億円
医薬	品	貿易収支	1兆1,438億円	1兆8,610億円	2兆4,618億円
品		輸出	3,128億円	4,476億円	4,771億円
	技	輸入	519億円	1,056億円	1,758億円
	術	貿易収支	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	6,020億円	7,962億円	8,023億円
合	計	+ +	1兆4,849億円	2兆3,152億円	2兆9,628億円



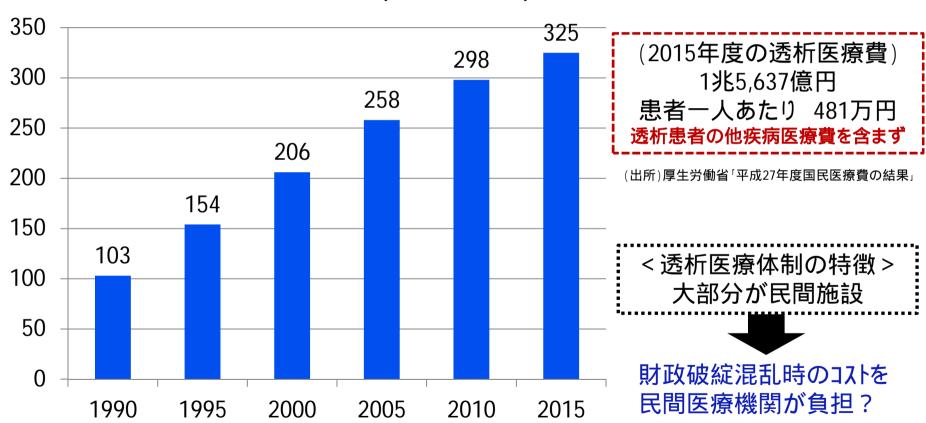
# 「受益と負担の在り方」が大きな政治問題になる キリシア財政破綻で最も大きな影響を受けたのは癌医療



### 「受益と負担の在り方」が大きな政治問題になる

## 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)



(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」

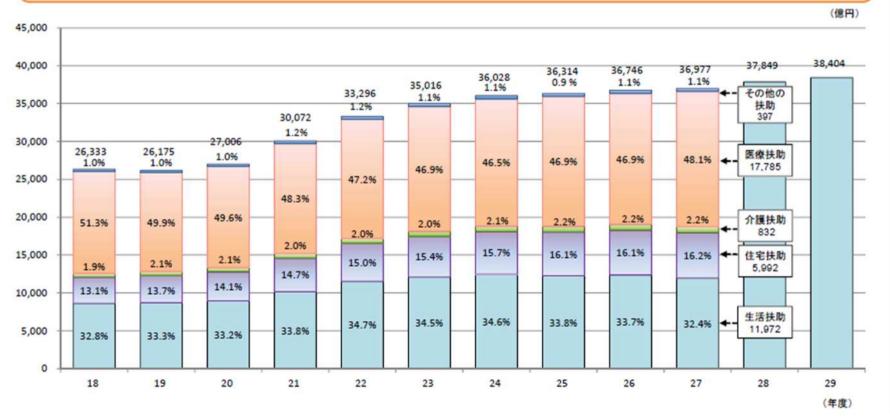


### 「受益と負担の在り方」が大きな政治問題になる

### 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)



### 「受益と負担の在り方」が大きな政治問題になる

## 医療サービスは配給制になる?

	想定される危機対応策の例
既に実施 または 検討中	・医療マイナンパーの早期導入と活用 ・都道府県別診療報酬制度 ・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
新規	・ <mark>患者 リアージによるアクセス制限</mark> ・ 医療機関に対して電子診療録開示・共有を強制 ・ 健保組合を解散し保険者を都道府県単位で一本化 ・ マイナン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 ・ 高齢者の患者負担割合を原則現役世代と同じ3割に ・ 医師の自由開業制の廃止 ・ 医師の公務員化による行政側の医師配置権限強化



