

松山幸弘

一般社団法人キヤノングローバル戦略研究所研究主幹

非営利ホールディングカンパニーで 地域のセーフティネットを構築 かかりつけ医はプライマリケアや 在宅医療、予防を通じてかかわるべき

昨年閣議決定された「日本再興戦略」改訂2014においてその創設に向けた検討が求められていた非営利ホールディングカンパニー型法人。わかりにくいとの指摘もなされてきたが、2月に行われた厚生労働省の検討会で「地域医療連携推進法人(仮称)」として設立されることが決定した。「診療所には関係のない話」と思っている方も多だろうが、本当に影響はないのか。開業医はこれをどう捉え、どのようにかかわっていくべきだろうか。非営利ホールディングカンパニー型法人の提唱者である、一般社団法人キヤノングローバル戦略研究所の松山幸弘研究主幹に聞いた。(撮影=関口宏紀)

まつやま・ゆきひろ ● 1975年、東京大学経済学部卒業後、保険会社に勤務。この間、九州大学経済学部客員助教授(88~89年)、日本銀行金融研究所客員エコノミスト(91年)、厚生省(現・厚生労働省)HIV疫学研究班班員(93~94年)などを歴任。99年4月以降、富士通総研経済研究所主席研究員、民間医療法人専務理事、国保旭中央病院顧問等を経て2009年より現職。13年4月より、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。14年4月より国際医療福祉大学大学院特任教授。14年8月より社会保障審議会福祉部会委員。著書に『医療改革と経済成長』(日本医療企画)、『医療白書2014~15年版』(同)など

法人格を持っていない国公立病院も 新型法人のメンバーに

—今年2月、厚生労働省の「医療法人の事業展開等に関する検討会」で「地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設及び医療法人制度の見直しについて」の取りまとめが行われました。かねてより議論されてきた「非営利ホールディングカンパニー型法人」は「地域医療連携推進法人(仮称)」(以下、新型法人)というかたちで決着が付きましたが、これについてどのように評価されているかを教えてください。

—昨年6月に閣議決定された「日本再興戦略」改訂2014のなかで「複数の医療法人や社会福祉法人等を社員総会等を通じて統括し、一体的な経営を可能とする『非営利ホールディングカンパニー型法人制度(仮称)』を創設する」との文言が盛り込まれたことを受けて厚生労働省での検討が始まったのですが、そもそも私は当初から「持ち分あり医療法人」を地域単位でグループ化していくという方針に反対していました。

—というのも、私が創設を提唱した非営利ホールディングカンパニーのスキームは、国公立病院や大学附属病院の改革を目的としたものだったからです。県庁所在地の多くで大学病院と公立病院を含む同様な機能を有する複数の病院が乱立しています。機能分化が進んでおらず、税金の無駄遣いをしているこれらの病院こそ、メスをいれなければならないと考えるからです。それに、民間医療法人は私有財産ですから、そ

表 地域医療連携推進法人の参加法人の範囲

- ・参加法人の範囲については、事業地域範囲内における病院、診療所または介護老人保健施設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、非営利新型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、事業地域範囲内で介護事業その他地域包括ケアの推進に資する事業のみを行う非営利法人についても参加法人とすることができる。
- ・営利法人、営利法人を主たる構成員とする非営利法人を、参加法人、社員とすることは認めない。
- ・非営利新型法人は、参加法人を社員とすることを原則とする。
- ・社員の資格の得喪については、当該法人の目的に照らし、不当に差別的な取扱いをしてはならない。
- ・非営利新型法人の事業地域範囲を越えて病院等を開設している法人についても、多様な非営利法人が参加できるよう、当該法人を参加法人としたうえで、統一的な連携推進方針（仮称）等の対象を当該地域の病院等に限る。
- ・社会福祉法人の参加のあり方については、現行の社会福祉法人制度や現在検討中の制度改革の内容及整合性を図る。また、その他の非営利法人についても、必要に応じ、当該法人制度を踏まえた参加となるよう留意する。

出典：厚生労働省「医療法人の事業展開等に関する検討会」取りまとめ

ここに国が上から手を突っ込んで「合併しろ」と迫ることはナンセンスではないでしょうか。少なくとも私が持分あり医療法人の経営者だったら、新型法人のメンバーになるという選択はしなないと思います。

そういう意味で私は今回の厚労省の検討会の議論を疑問に思っていました。しかし、報告書の段階では参加法人が医療法人中心になっていないものの、3月下旬に「法人格を持つていない公立病院も新型法人のメンバーに入れる」と厚労省と総務省が合意したとの報道がありました。この影響は非常に大きいものがあります。これが何を意味するかというと、法律が成立して新型法人制度ができた場合、検討会で議論されていた民間中心のもの、公立病院中心のもの2種類のタイプの新型法人が出てくる可能性がある

るのです。新型法人は二次医療圏など、ある程度狭い範囲のなかでネットワークを組んで医療を提供していくことが想定されていましたが、公立病院中心に法人を形成する場合には大学附属病院、国立病院、労災病院なども加わる可能性があり、その範囲はより大きなものになると考えられます。持分あり医療法人が新型法人を設立するメリットはほとんどないので、今回の法改正のターゲットは実は国公立病院の集約化にあるということもできると思います。

——そうになると、以前から提言されていたスキームに近いものになりますね。そもそも、松山さんが強調されていた非営利ホールディングカンパニーはどのような役割を担うものなのでしょうか。

私が目指しているのは、人口50〜100万人単位の地域に医療・介護・福祉のセーフティネットを担う事業体をつくることです。財政危機が本格化するのはいずれであり、今後診療報酬と介護報酬の単価が上がることは考えられませんが、そうならば国公立も民間も経営は厳しくなるでしょう。一方、医療・介護のニーズは増大し続けます。仮に経営環境の変化

が倒産しても、その建物や設備、人材といった経営資源は維持しなければなりません。そうした場合に、医療・介護・福祉を総合的に担う事業体が施設を借りるか買いかして経営を引き継ぎ、同一組織において機能分担を上手く進めていけば、効率性を高めながら、医療提供体制を維持できます。こうした規模の事業体は地域の医療提供体制維持の受け皿になり得ると思います。財政危機を背景に地域医療提供体制が崩壊するのを防ぐ危機管理のために活用すべきものだと考えています。

このほか、医療従事者の教育機能も期待できます。たとえば、今、政府の医療政策は在宅ケアにシフトしていますが、それにもかかわらず日本の医師教育は相変わらず臓器別の専門医を育てる体制になっています。在宅ケアを行うことのできる医師を育てていこうと声を上げたところで、今の日本の医学教育のなかでは難しい面があるでしょう。本当に地域に必要な医師を養成する仕掛けとして、医療・介護・福祉すべてを網羅した事業体は機能するはず。もう一つ、行政に医療・介護・福祉の現場の状況を伝えることも重要な役割です。今後、医療保険も介護保険も都道府県に財源が集約化され、各都道府県が地域包括ケア事業体経営の元締めの役割を果たすことが求められるようになります。そのときに何が問題になるかというところ、現在の地域医療介護福祉提供体制の枠組みのままでは、行政サイドが政策判断をするときに必要な現場の情報を伝えてくれる事業体がないこ

とです。その役割を担うのです。たとえば、政府が掲げている医療IT投資の対象項目は非常に多様です。これらを全部同時に進めることは不可能です。その優先順位を決めるにしてもあるべき姿は地域によって異なります。つまり、医療IT投資の成否は現場の状況を正確に把握している経営者の判断によって左右されます。この経営判断に使われるデータを行政にもフィードバックし、現場の経営者と行政が一緒に考える必要があります。非営利ホールディングカンパニーというスキームはそのための社会的ツールにもなるのです。

世界各国における 医療・介護事業体の実情

——新型法人創設の議論が進んだ背景には、安倍晋三首相が昨年1月の世界経済フォーラムの年次総会（ダボス会議）でその創設に言及するなど、政府主導で進められてきたこともあると思います。首相は「メイヨークリニック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」と発言されていますが、これについてはどのように考えておられますか。

安倍首相のいう「メイヨークリニックのような大規模医療法人」は、臨床教育と研究のためのフィールドを指します。確かに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のため、これは必要な考え方で、まず日本が最

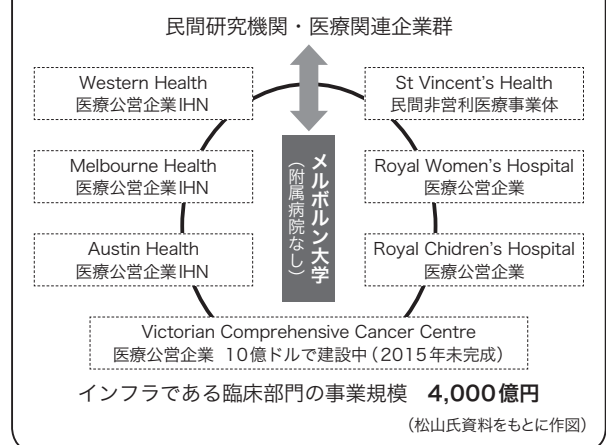
初に目指すべきは、ケンブリッジ大学の仕組みだと思えます。同大学は附属病院を持っていませんが、近隣の公立病院の地域ネットワークと一体経営をすることで臨床研究のインフラを構築しています。この臨床フィールドの事業規模は約1700億円です。さらに一歩進んだモデルとして、メルボルン大学があります（図）。こちらも附属病院はありませんが、公立病院の地域ネットワークと非営利民間病院のネットワークを東ねて臨床フィールドの情報を共有しています。

とはいえ、このような臨床研究などを目的にした大規模事業体は、日本に2、3カ所できれば十分です。ケンブリッジ大学をモデルにしたかたちであれば、東京や大阪に政府がトップダウン的につくっていくことも可能でしょう。これができれば、世界レベルの臨床研究のフィールドを目指せると思います。

一方で、これまで説明してきた地域医療・介護のセーフティネットとなる医療・介護・福祉の事業体づくりも進めていかなければなりません。海外に目を転じると、たとえばオーストラリアでは、2011年に医療制度の大改革が行われ、人口50〜100万人単位の地域ごとに州立病院をグループ化し、民間病院や開業医がそれぞれの立場で機能分担をするという仕組みを政府主導でつくりました。アメリカは民間ベースでネットワーク化が進められ、セーフティネット事業体ができています。

オーストラリアやアメリカで設立されている

図 メルボルン大学を核にした医療産業



ネットワークは、決して特別なものではありません。すでに日本においても、JA長野厚生連や社会福祉法人聖隷福祉事業団といった類似の事業体が存在し、急性期医療から在宅、介護サービスまで幅広く展開しています。こうした事業体が全国にできれば、地域医療経営の様相は一変すると思います。政府がすべきことは、このような事業体がグループの求心力を高められるように規制緩和することです。

詳細は省きますが、具体的には、医療周辺業務の株式会社を認めて企業との合弁事業も可能にすること、非営利子会社を資金関係ではなく人事権でコントロールできるように非営利親会社と非営利子会社の理事兼任を認めることなどです。つまり、新たな法律をつくらなくても新

型法人のようなものを生み出す方法はあるのです。ただ、今回の議論を通じて医療界が非営利ホールディングカンパニーという考え方に関心を持ったことの意義は大きかったと思っています。

開業医は新型法人と Win-Win の関係を構築すべき

——今回取りまとめが行われた新型法人はどのようなかたちで進められていくと想定されていますか。

先ほど申し上げたように、民間ベースのもの、国公立病院中心のもの2つができる可能性がありますが、厚労省の本音は後者であり、私もそちらが重要と考えています。

この場合、まず国立大学附属病院と国公立病院を地域ごとに統合して、社会医療法人化します。この社会医療法人を非営利ホールディングカンパニーとし、規制緩和を行って非営利子会社や、周辺ビジネスを担う株式会社などをぶら下げていくというイメージです。法律がスタートする時点では関係者も現場のプレーヤーたちもどうやればよいのかわからない状況で走り始めることになるので、最初は混乱するかもしれません。ですが、いくつかモデルができれば次第に分かっていくと思っています。

新型法人には現時点で7つ前後の都道府県の事業体が興味を示しているようです。彼らの最大の関心事は、「非営利ホールディングカンパニーが非課税になるかどうか」という点だそう

です。これについては厚労省検討会議事録に出ているように、少なくともスタート時に非課税ということはあり得ない模様です。制度が運用されて社会的な評価が高まれば可能性があるとのこと。非課税優遇がないのであれば、持分あり医療法人がグループ形成のために新型法人になるメリットはあまりないと思います。このことも国公立病院が中心となる新型法人がメインとなると考えている理由です。

——国公立病院を中心とした新型法人ができたとき、開業医はどのようにかわっていくべきでしょうか。

オーストラリアなどの事例と同様、大きな事業体と機能分担しながら医療・介護を提供していけばよいと思います。国公立病院の外来は廃止し、開業医が病院と患者情報を共有化して外来を担当。入院や専門医療が必要な場合には病院を受診するように促す、といったかたちです。患者情報の共有を条件とした業務提携というビジネス契約を結べば新型法人と開業医は、Wi

n-Win 関係を構築できます。

こういう話をすると、「じゃあ開業医は非営利ホールディングカンパニーの言うことを聞かなくちゃいけないのか」とお叱りを受けることがあります。それは違います。そもそも1人の開業医が患者に対する医療のすべてを提供することはできません。今でも地域の実情や患者ニーズに合わせて病院などと役割分担・連携を図りながら診療所を運営されていると思います。基本的にこの構図と大きく変わりません。地域の患者に対してベストを尽くすためのチームを組むのです。

むしろ、開業医の役割は大きくなります。それは、プライマリケアとしての一次診療を一手に担うほか、増大する在宅医療ニーズに対応することも求められるからです。また、医療・介護・福祉の事業体に集積したデータを活用しての予防活動を展開するうえで重要なポジションともなります。実際、アメリカでは開業医がこうした事業体と保険会社と一緒に地域住民の予防活動を展開し、それによって医療費が削減されれば、その一部を開業医に報酬として支払う仕組みをつくっています。日本では診療報酬体系の都合上、予防への取り組みはかなり遅れている面があります。しかし、非営利ホールディングカンパニーのスキームが定着することによって地域医療・介護のセーフティネットが構築されれば、それも前進すると期待されています。開業医の先生方にはそうした意識をもつていただくことも重要でしょう。

