

No.539

## 医療改革と経済成長

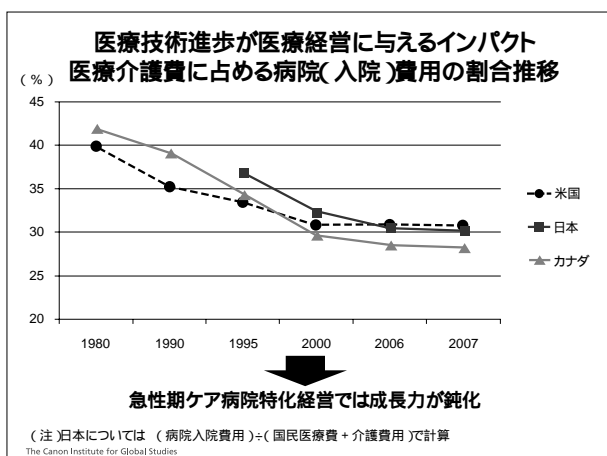
キャノングローバル戦略研究所 主席研究員  
松山 幸弘 氏

キャノングローバル戦略研究所の松山でございます。私は、元々は保険会社にいましたが、日本の社会保障制度改革を本にしたいという思いがあって、1999年に保険会社を辞め富士通総研に入り、本格的に政策研究活動を始めました。そして、2002年に『人口半減 日本経済の活路』（東洋経済新報社）という本を書きました。そのメインテーマは本日お話する医療を経済成長のエンジンにする、そのための財源として年金から医療に社会保障財源をシフトさせる、同時に消費税率を15%まで引き上げるというものでした。その後2005年に「医療改革と統合ヘルスケアネットワーク」（東洋経済新報社）を書き、医療を経済成長のエンジンにできている米国でIHNと呼ばれる非営利地域医療事業体が医療提供体制改革の牽引車になっている事を紹介しました。その後、民間病院の事務長をする傍ら全国の医療事情を見て回りました。そして2009年4月からキャノングローバル戦略研究所に入り、米国のみならずEU諸国、カナダ、オーストラリアの医療改革の動向を調査しています。わが国においても医療改革を通じて日本経済や社会を建て直すという議論が活発になっていますので、本日はそれについて私の考えをご説明させていただきます。

### 問題提起

まず問題提起です。（スライド1）は、日本、米国、カナダにおける「医療介護費に占める病院（入院）費用の割合推移」です。1980年時点の同割合は

#### スライド1



40%を超えていました。それが2000年までに30%まで低下、その後も下がり続けています。その理由について米国病院協会長に尋ねたところ「医療技術進歩」との回答が返ってきました。つまり、日帰り手術の普及、抗癌剤により癌治療が外科入院から外来投薬にシフトするなど、医療技術進歩により患者が急性期病院から病院外に大きく移動したのです。これは、急性期病院に特化した経営では成長力が鈍化して不利であることを意味します。そのため、専門病院の集積地として有名なミネソタ州にあるメイヨークリニックも広域医療圏ネットワーク創りに努めています。

このことを象徴するように、2001年に米国で発刊された医学用語辞典に、「病院の定義が単独施設を示すのではなく、垂直統合した医療事業体によって

カバーされる地域全体を指すようになった」との記述があります。ちなみに、米国で地域医療ネットワークが急速に拡大していったのは、クリントンが医療改革に失敗した1994年からです。2010年時点では全米に593の大きな医療地域ネットワークがあります。その大半は非営利で運営されています。

(スライド2)は、問題提起と解決のキーワードです。これら5つの問題を解決するためには、単に既存の仕組みのままで財源投入しても効果がありません。解決のための第一のキーワードは「公的医療

保険にオプション導入」です。第二のキーワードは「垂直統合」です。先進諸国の医療改革の文章には必ずVertical Integration、垂直統合という言葉がキーワードに入っています。垂直統合するというのは、あくまでその地域医療圏の核になるセーフティネット医療事業体を垂直統合するということであって、民間の病院とか診療所を否定するものではありません。まず核となる部分は垂直統合で自力をつけさせたいうで、他の医療機関はそこと連携するという仕組みです。

スライド2

問題提起と解決のキーワード	
問題提起	解決のキーワード
<p>公的制度の制約と財政危機の下で医療の追加財源を獲得する方法があるのか?</p> <p>どのようにすれば医療で新規雇用を創り出し経済成長に結びつけることができるのか?</p> <p>医療サービスで外貨獲得が可能か? 医療は所詮内需産業ではないのか?</p> <p>米国、EU等で形成されている世界ブランドの医療産業集積をわが国にも創るにはどうしたらよいのか?</p> <p>国・公立病院の経営リスクを国・自治体から切り離すことができないか?</p>	<p>(1)公的医療保険にオプション導入 国民一人ひとりに給付内容と保険料のバランスを選択させることで制度改正の障壁を緩和する。</p> <p>(2)垂直統合 Vertical Integration セーフティネットを担う医療事業体を経営統合し、地域住民が必要とする医療サービスを継ぎ目なく提供する仕組みを創る。</p>

既存の仕組みのままで財源投入しても効果なし

The Canon Institute for Global Studies

わが国の医療改革を巡る常識の誤り

次に「わが国の医療改革を巡る常識の誤り」を列挙させていただきます。常識の誤りとは、医療法により剰余金の配当が認められていないことを根拠にわが国ではしばしば「日本の医療機関は非営利」との主張がなされますが、事実は「先進諸国中、日本の医療提供体制が最も営利性が強い」ということです。厚生労働省の委員会でも営利性の判断基準の一つとして「利益が特定の個人に帰属するか否か」が採用されたと記憶しています。ちなみに、先進諸国の中

で民間病院数が公立病院数を上回っているのは日本、米国、フランス、ドイツの4か国のみです。そして、米国、ドイツの場合、民間病院の過半は利益が個人ではなく地域社会に帰属する非営利病院です。フランスは内訳不明ですが、数は少ないものの公立病院の病床シェアが65%ですので、医療提供体制は非営利中心と言えます。しかし、日本は、8,724病院のうち持分あり医療法人病院が約5,300ですので、医療提供体制は営利目的病院中心とすることができると言えます。

常識の誤り は、「連携ではなく統合」です。日本では「連携パス」とか、「地域医療ネットワークを連携でつくる」ということがしきりに言われていますが、これは間違いです。地域医療ネットワークの核となる医療事業体はネットワークの要素となる異種医療機関が経営統合したものである必要があるからです。

このことを明確に説明したのが、マイケル・ポーターの『医療戦略の本質』という本です。これを読まれた方は、「病態別統合型医療ユニット（IPU）」という言葉に最初ちょっと戸惑われたと思いますが、これは要するに日本の厚労省が言っている主要疾病別の地域ネットワークのことで実質同じです。ポーターは、「医療事業体はIPUすなわち特定の病態を持つ患者に対する診療を医学的に統合した構造を持ったものを複数揃えることで、競争優位に立つことができる」と論じています。

これと同じことがアメリカ以外の先進諸国では「クリニカル・ガバナンス」という言葉で研究が進められています。特にフランス、ドイツ、カナダ、オーストラリアは、学者たちが一緒になってこの「クリニカル・ガバナンス」、つまり臨床現場の医師をはじめとするスタッフの方々がどのようにしたら最も求心力のある行動をとって、チーム力を高めていけるかという研究をしています。これらの国々は、財源と医療提供体制を国、州政府が握っていますので、トップダウンで「クリニカル・ガバナンス」を強化した地域医療ネットワークを創ろうとしています。

日本の場合は、「連携」が強調されていますが、オーナーがいる民間医療機関を集めて協力体制を創るとするのは元々不可能です。しかも設置者の異なる公立病院が乱立して競合しています。だから「連携」に基づく地域医療ネットワークが遅々として進まないのです。

この連携か統合かを考える時、医療市場特有の矛盾を理解することが重要です。すなわち、「医療の質向上とコスト節約に努力した医療機関にその経済的ベネフィットが100%還元されない」という矛盾

です。例えば自動車産業であれば、トヨタがよりいい車をより安く作ったら、それがたくさん売れて、100%利益を自分で享受できます。しかし、医療の場合はそうならない。病院が一生懸命重複検査をやめて、過剰医療をなくして医療費を節約したら、それは保険者の利益となり病院側は減収です。また、電子カルテ導入は通常大きな病院が核になってやりますが、その電子カルテで患者情報を共有することにより最も便益を受けるのは、病院の外で退院患者の受け皿になる他の施設です。

このように利害が必ずしも一致していない人たちを取りまとめるというのは非常に難しく、連携が機能するのはあくまで参加事業体間の利害が一致しているときのみです。利害対立が起きた途端に意思決定ができなくなって、前へ進めなくなります。

これに対して、それが垂直統合により1つの医療事業体になっていけば、部門間の利害対立が調整できない場合であっても、経営者は意思決定しないといけません。どんな状況でも必ず意思決定はなされます。したがって、医療提供体制の核となるセーフティネット医療事業体が技術進歩とともに進化・成長するためには、異なる機能を担う医療事業体を垂直に経営統合して経済的利害を一致させる必要があるのです。

2009年にノーベル経済学賞をもらった米国のウィリアムソンが、この点を理論的に説明しています。そこから、常識の誤り 「医療では市場原理賛成派、市場原理反対派ともに誤り」が出てきます。彼は、1990年代に書いた本の中で、「transaction cost」という言葉を用いて説明しています。これは日本語でいうと「取引コスト」です。彼は企業体の組織を類型化し、「全ての部門を1つの組織に入れているような組織構造」と、その正反対として「本部機能だけを残してあとは全部アウトソーシングして契約によりビジネスを組み立てている組織」の2つの考え方があると言っています。

全てをアウトソーシングしている企業の場合、もしそのアウトソースしている契約が利害対立で破棄

された場合に、すぐさま代わりの契約先を見つけることができるのであれば、全然問題はありません。しかし、もし代わりの契約先を見つけることが困難で、事業継続ができなくなるようなことがあれば、それは取引コストが非常に高いと考えます。この場合、当然アウトソースは危険なので自分の組織の中にそれを取り込むということになります。それがそれぞれの産業の特性、もしくは経営者の考え方、置かれているマーケットの状況によって変化している、ということを彼は指摘しています。そして医療の場合は特に利害対立が非常に激しいので、核になる部分は組織を統合しないかぎりおそらく効率的な市場はつukれない、というわけです。

このことは、医療を効率化する競争とは、まず各地域医療ネットワークを垂直統合で創った上で、それが外部の他のブランドの地域医療ネットワークと市場原理に基づく競争をする、という姿が求められるということを示唆しています。つまり、医療産業の競争政策を、地域間競争を念頭において組み立てるならば、医療産業の競争政策は市場原理とも共存できるのです。

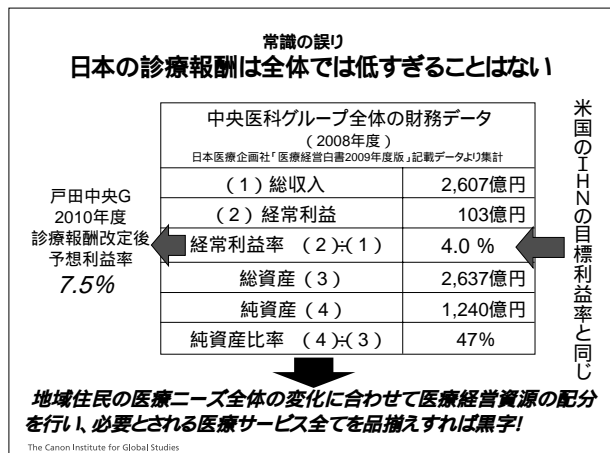
常識の誤り は、小泉政権以降の診療報酬マイナス改定が医療崩壊の元凶のように言われていますが、「日本の診療報酬は全体では低すぎることはない」という事実です。その根拠となるデータが日本医療企画社より昨年出版された医療経営白書に出ています。(スライド3) に示した中央医科グループ

の2008年度財務データがそれです。中央医科グループ各医療法人の財務データを集計すると、総収入2,607億円に対して経営利益103億円、経常利益率4%です。しかも、Japan Medicineの記事によれば、今回の診療報酬改定で中央医科グループの中の戸田中央医科グループは、2010年度の経常利益率予想を7.5%としています。これは、地域住民の医療ニーズ全体の変化に合わせて医療経営資源の配分を行い、必要とされる医療サービス全てを品揃えすれば、黒字経営が十分に可能だったということを示しています。

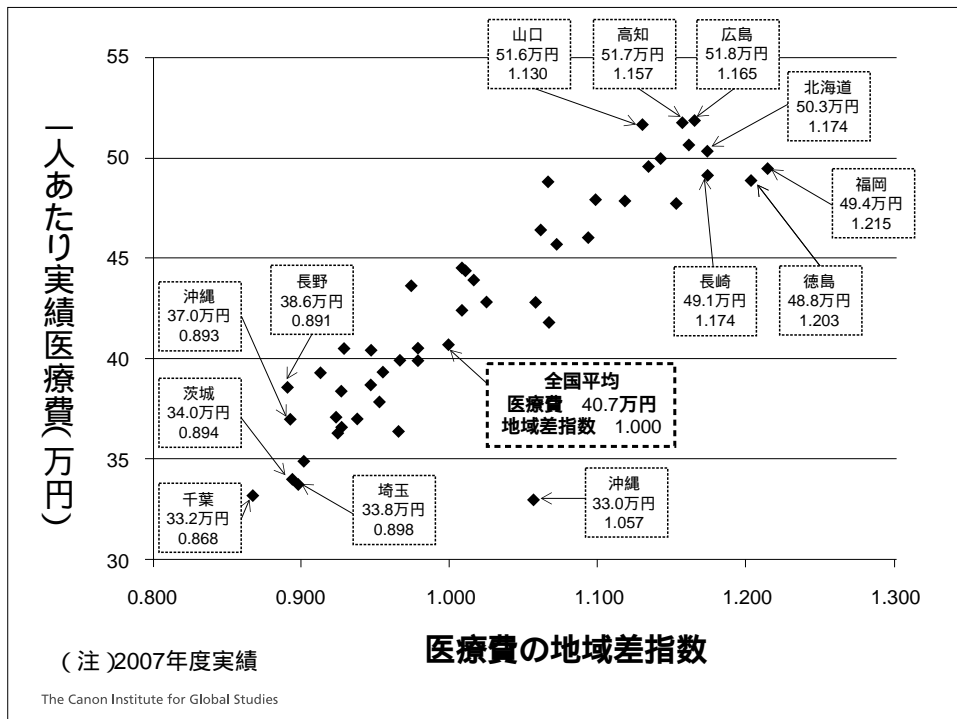
(スライド4) をご覧下さい。これは、都道府県別に2007年度の「一人あたり実績医療費」と「地域差指数(年齢構成の差の影響を控除した場合の医療費の高低を示す指数)」をプロットしたものです。わが国で一番医療費の適正化が行われているのは千葉県です。(スライド5) は、その千葉県内の市町村別と同じグラフを作ったものです。千葉県が全国一適正に医療を消費していることに一番貢献しているのは、かの有名な国保旭中央病院が医療を提供している東総医療圏です。この国保旭中央病院は、自治体病院でありながら1953年3月に設立されて以来、自力で黒字です。つまり日本で一番医療費が使われていない地域で自治体病院が黒字経営できています。これはなぜかということを探明することも大きなテーマです。ですから、私はこの地域に主要疾病別の地域ネットワークをつくって、そこでデータ集積を行えば非常に面白いと考えています。

常識の誤り は、「医師や看護師と対立する保険者機能強化は的外れ」です。医療費抑制のために保険者機能強化が主張されています。しかし、保険者機能の本質は医療評価情報の集積により医療の質と対費用効果を向上させることにあるはずで、そして、医療評価情報を作成、インプットするのは臨床現場の医師や看護師です。したがって、保険者が医師や看護師と対決する仕組みの下では医療評価情報の集積は進みません。医療評価情報集積の主目的は、診療内容チェックではなくその集積の成果を医師や

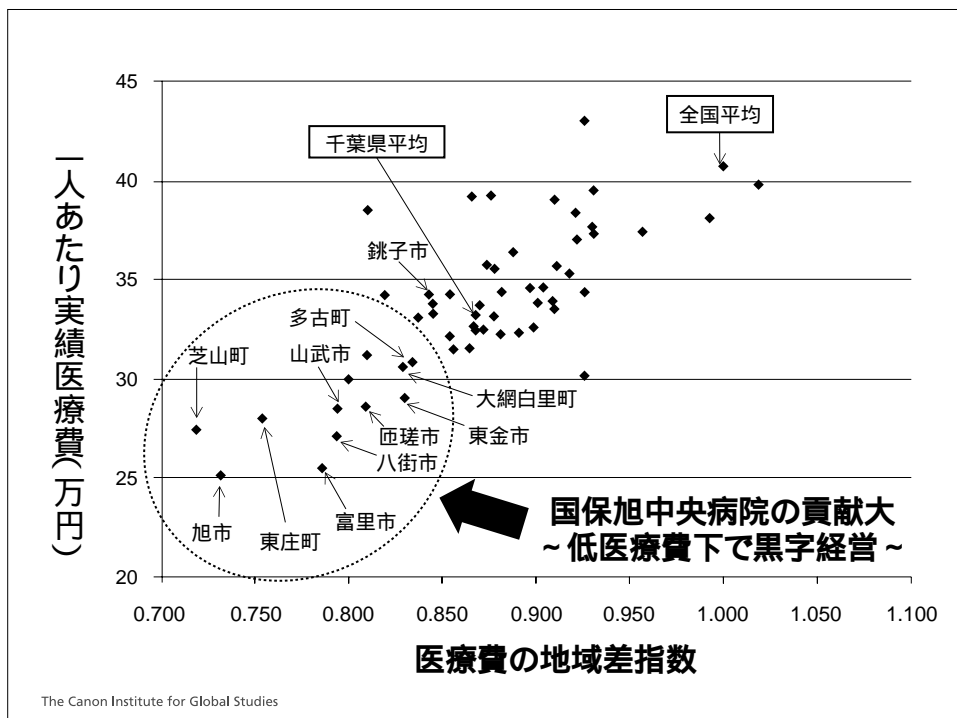
スライド3



スライド4



スライド5



看護師にフィードバックすることにあるべきです。保険部門と医療提供部門が完全に一体化している米国のIHNカイザーが世界で最も医療評価情報活用ができていますと評価されていますが、カイザーにはレ

セプトがありません。また、英国、カナダ、オーストラリアなど財源と医療施設が政府により一元管理されている国では、医師などが医療評価情報集積に協力するのは本業です。これに対して、わが国のよ

うに国・公立病院間ですら情報共有されないのは異常です。

常識の誤り は、「医療IT投資コストは医療費節約効果だけでは回収できない」です。かつて経済財政諮問会議では、「医療IT投資によって医療費を節約すべき」という主張が繰り返されましたが、諸外国ではそのような議論はありません。医療費の節約効果というのは、重複検査を回避し医療ミスを防止することですが、これよりも医療IT投資コストのほうが大きいというのが常識です。ではなぜそれらの国々で医療IT投資が積極的に行われているのでしょうか。それは、民間医療機関の場合、IT投資が増収につながるからです。つまり急性期ケア病院から退院した患者さんが亜急性期施設に行き、次にリハビリ施設に入りその後在宅に移ったあとも、患者を囲い込むことによってサービスの供給量を増やせます。それが収益増加につながるからなのです。これによりIT投資コストを回収できると同時に医療の質の向上にもなります。この医療の質向上が最終目標なのですが、この質向上は臨床部門の求心力を高め、医療事業体全体のブランドを高める効果をもたらします。米国でも、1990年代後半はずいぶん医療IT投資にカネがかかりすぎるので悩みましたが、2000年以降はそういう議論はなくなってきました。ちなみに、先ほど説明したカイザーは、3,500億円もの医療IT投資を行い10年で回収できると説明しています。

次に、これも経済財政諮問会議で言われたことですが、公的医療保険の財源が足りないのであれば民間保険に代替させればよいとの主張がありますが、これが常識の誤り です。既存の民間医療保険により公的保険の代替をさせることは好ましくありません。なぜなら、わが国の民間医療保険は保険料に占める事業費比率が高く公的医療保険に比べて経済性に劣っています。また、健常者のみを募集したり、既応症に対する給付制限の傾向が強くセーフティネットの手段としては不適切だからです。そのため、オバマは医療改革に際し「民間医療保険に今の無保険者に対して保険を売ってもらうが、健常者を選別

加入させるクリーム・スキミングは認めない、給付内容は政府が標準給付を決めて既往症のある人を差別しないようにチェックする」と明言しています。このような規制はオーストラリアなどでも行われています。このような規制を行ったとしても、三階部分として既存の民間医療保険のマーケットはかなり大きいので、私はビジネスに対する影響はそれほど大きくないと考えております。

常識の誤り は、「医療産業集積 = 医療施設・企業の集中立地ではない」ということです。日本には医療産業集積を自称する地域が幾つかありますが、これらはグローバルスタンダードの医療産業集積とは到底言えません。なぜなら、医療産業集積の第一の必要条件は、医師、研究者、患者が世界中から集まるという事実です。医療産業集積が最も進んでいる米国では、まずIHNと呼ばれる地域医療ネットワークがあり医療産業集積の核になっています。そこに医師、研究者、患者が世界中から集まる仕組みがあり、財源がその地域で自己増殖するインフラが構築されているのです。医療産業集積の核になるIHNの年間収入は50億ドルから100億ドル、職員数3万人から5万人といった規模です。そして、研究機能を担う大学の存在が重要なのですが、大学は附属病院を持つことなく、IHNと業務提携することで臨床現場を確保しています。IHN側が大学に研究資金を提供することも行っています。それから医療関連企業というのは、1つの場所に集積するのではなくて、その地域全体に広く分布、分散立地しています。医療産業集積間の競争上最も重要なのは、臨床の求心力なのです。臨床の求心力というのは、医師とか患者とか研究者がそこに世界中から集まるということであり、そのマネジメントの力が医療産業集積なわけで、医療産業集積と認知されるためには、少なくともグローバルに戦うだけの気概を持って運営することが求められます。

民主党が6月に発表する新成長戦略では、医療分野で45兆円の市場と280万人の雇用を新たに創る、その核として医療ツーリズムを開拓することを掲げ

るとのことです。しかし、世界は既に医療ツーリズムから病院・医学部を直接海外に輸出する時代に入っています。これが常識の誤りです。この点について(スライド6)をご覧ください。ハーバード大学は、附属病院を持たずに、マサチューセッツ総合病院が核になったIHNであるパートナーズヘルスケアとベイスラエル病院が核になったIHNであるケアグループの2つと業務提携しており、パートナーズヘルスケアの収入規模だけで76億ドルになります。そ

して、ドバイにある国際医療都市をプロデュースしています。コーネル大学は、カタールの首都ドーハに医学部分校を設置して、大きな成果を上げています。それでカタール政府が非常に感激して大病院をつくってくれています。そのコーネル大学は米国内ではコロンビア大学と合併でIHNをつくって、その収入規模は92億ドルです。

スライド6

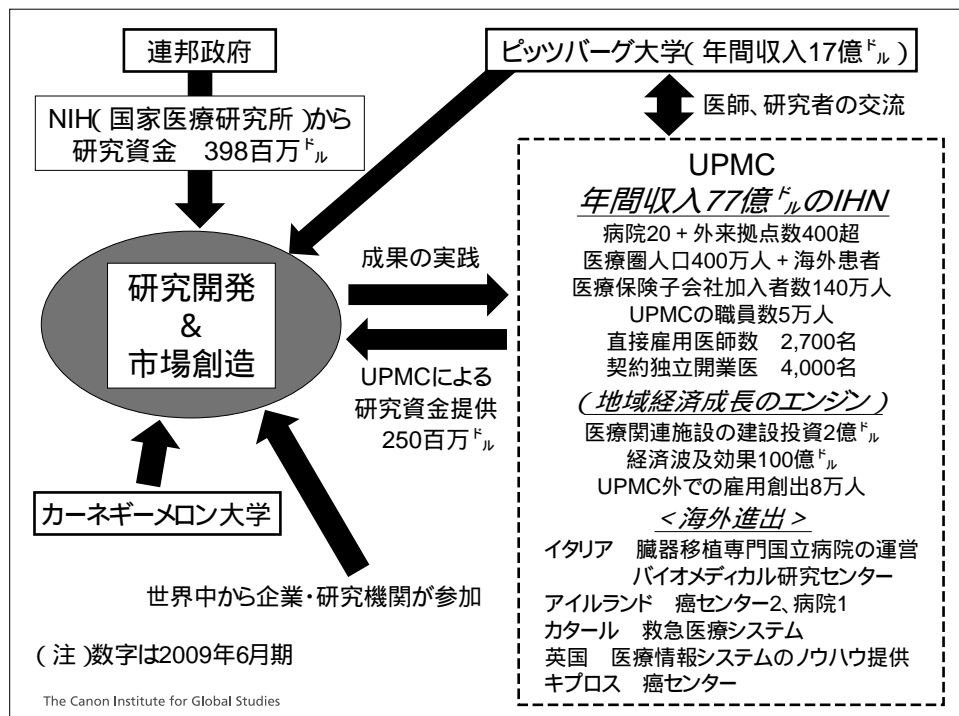
**常識の誤り**  
世界は既に“医療ツーリズム”から“病院・医学部直接輸出”の時代へ

	医療事業部門or業務提携先IHNの収入規模	特徴その他
ハーバード大学	76億 <sup>ドル</sup> +	中東の国際医療都市Dubai Healthcare Cityをコンサルタント。Partners HealthcareとCareGroup 2つのIHNと業務提携し医療産業集積を構築。
コーネル大学	92億 <sup>ドル</sup>	中東カタールに医学部分校を設置。国内ではコロンビア大学と合併でNew York-Presbyterian Healthcare Systemを創設。
メイヨークリニック	76億 <sup>ドル</sup>	“医療の聖地”のブランド、ミネソタ州全体が医療産業集積。高度医療専門からIHNに転換。フロリダ州、アリゾナ州に分院。
クリーブランドクリニック	53億 <sup>ドル</sup>	地域の病院を買収してIHN化を推進。カナダとアブダビに進出
MDアンダーソン	28億 <sup>ドル</sup>	テキサス大学が誇る世界最大の癌医療関連施設の集積地。国内ではニューメキシコ州、アリゾナ州、海外ではトルコに進出。
UPMC	77億 <sup>ドル</sup>	米国の医療産業集積の中で最も成長率が高いピッツバーグを牽引するIHN 詳細は次スライド

(注)収入規模金額はWEB上で公表されている2010年5月時点最新データを使用  
The Canon Institute for Global Studies

これらの中でマネジメント力の観点から最も注目されているのがUPMC、ピッツバーグ大学メディカルセンターです。UPMCは2009年に収入が77億ドルとなり、遂にメイヨークリニックを抜きました。メイヨークリニックは120年以上の歴史のある世界の医療界の老舗ブランドですが、1980年代はじめにゼロスタートしたUPMCが追い抜いたのです。(スライド7)は、UPMCを核にしたピッツバーグの医療産業集積の概念図です。UPMCは、ピッツバーグ大学とは別法人の地域医療ネットワークIHNであり、予算規模は大学の約5倍です。UPMCのガバナンスはピッツバーグの政財界・学界により行われています。その詳しい内容は昨年医療経済研究機構の月報に書かせて頂いたもので、それをご覧ください。私は、

スライド7



UPMCに経団連調査団を引率して1999年に初めて行きました。その時既にUPMCは、イタリア政府の依頼でシシリー島の国立臓器移植センターの運営を引き受けていました。これに加えて現在は、アイルランドに2つの癌センターと病院、カタールに救急医療システム、英国に医療情報システム、キプロスに癌センターといった形で進出しています。ピッツバーグ大学とカーネギーメロン大学の医療関連研究者たちは、研究資金として国からの4億ドルに加えてUPMCから2億5千万ドルの補助を受けています。もし日本が新成長戦略の中で医療分野でも国際競争に挑むのであればライバルがどのようになっているかをもっと知るべきです。

また、新成長戦略が医療ツーリズムという時にライバルとして念頭に置いているのはアジアの病院グループだと思いますが、(スライド8)のとおり、相手のレベルがかなり高いということを認識する必要があります。これらの病院グループは、自国の医療圏に依存するのではなく、海外患者をターゲットにしており、近隣諸国にも病院建設で直接進出しています。つまり、どの国でも人材を確保しマネジ

スライド 8

**対象国に直接進出する能力が無ければ医療ツーリズムでも不利**

企業名 (本部所在地)	売上高 純利益率	特徴その他
Fortis Healthcare (インド)	63億ルピー (126億円) <3.8%>	自らを“統合ヘルスケアシステム”と称し、インド国内各地に地域医療ネットワークを構築。シンガポールのパークウェイヘルスに24%出資するなど業容拡大に積極的。
Apollo Hospitals (インド)	146億ルピー (292億円) <8.1%>	インド国内と海外で運営する病院数50超。受入れ患者は55カ国、1,600万人。
Parkway Health (シンガポール)	9.8億S\$ (625億円) <12.0%>	中国をはじめとするアジア諸国のみでなくロシア、ウクライナ、サウジアラビア、アラブ首長国連邦にも直接進出。16病院を経営
Bumrungrad International (タイ)	93億バーツ (266億円) <13.3%>	東南アジア最大の病院(554床+30専門センター)を経営。海外からの受入れ患者は、190ヶ国、年間約40万人。 業務上言語は英語。

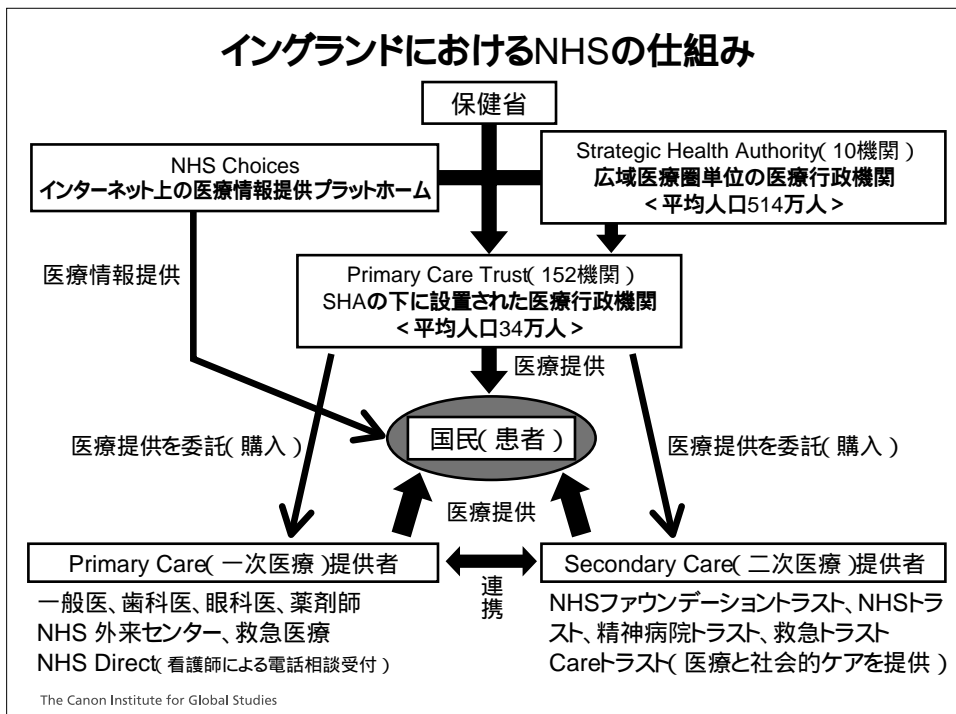
(注)Fortis HealthcareとApollo Hospitalsは2009年3月期、Parkway HealthとBumrungradは2009年12月期のデータ  
The Canon Institute for Global Studies

メントできるノウハウを持っているのです。だから医療ツーリズムで戦うのであれば、それができる事業体をつくる必要があるのであり、単に人間ドックで患者を呼べばいいという問題ではないのです。

・ 欧米諸国の医療改革の最新動向

続いて欧米諸国の医療改革の最新動向について説明します。(スライド9)は、英国のイングランド地域におけるNHSの仕組みを表しています。まず人

スライド 9

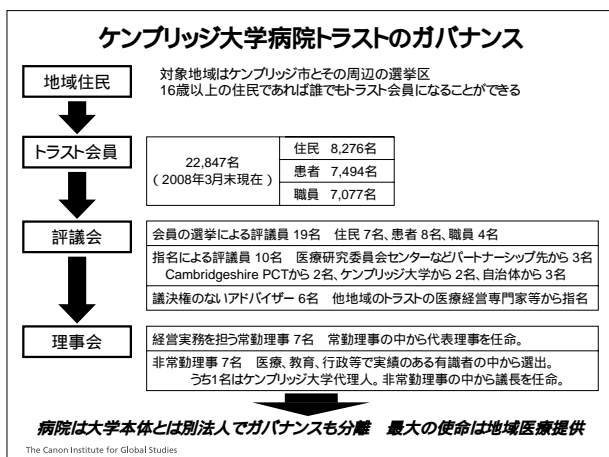




口5,140万人のイングランド地域に10のSHAと呼ばれる医療行政機関を設置しています。この10のSHAの下にPCトラストと呼ばれる機関が152作られています。PCトラストは、自らも医療サービスの一部を提供していますが、主たる業務は一次医療提供者、二次医療提供者と医療提供委託契約を結んで医療サービスを購入し支払うことです。この医療提供者の中で最も重要なのがNHSファウンデーショントラストです。これは、公立病院の中で経営能力が高いと評価されたところに贈られる称号です。メリットとしては、財務や人事で裁量権が付与されることがあります。

(スライド10)は、NHSファウンデーショントラストの代表例であるケンブリッジ大学病院トラストのガバナンスの仕組みを示しています。名称に大学という言葉が入っていますが、法人格は別であり大学付属病院ではありません。そのガバナンスの仕組みは非常にユニークで、住民、患者、職員が会員となり評議員を選出、評議会が経営者となる理事を選ぶというものです。ケンブリッジ大学病院トラストの最大の使命は、地域ネットワークのマネジメントですが、英国政府が欧州一のバイオクラスターにすべく投資を行っています。

スライド10



療から外来医療、在宅ケアに至るまでのワンストップシヨップを実現することが目標になっています。特に医療システムにおけるプライマリケアの重要性が強調されています。それをガバナンスする地域医療局、ARSというものを26作り、今までバラバラになっていた権限を一元化して推進しようとしています。

ドイツに関しては、医療経済研究機構で作成しているドイツ医療データ集に医療改革の動向が詳しくでています。ドイツの病院財政は二元方式です。つまり設備投資にかかるお金は州政府が負担して、運転資金に当たる診療報酬の部分は保険者が負担する仕組みです。ただし先進諸国の中で比較すると、ドイツの公立病院、公益病院というのは、非常に個々の施設の独立性が高く、地域医療ネットワークの統合が遅れているように思われます。ドイツの中では規模が大きい医療事業体であるミュンヘン市立病院グループを見ると、職員数6,812名で、売上が5億7,200万ユーロ、約650億円です。問題は人件費率が69%と高いことです。先週のJapan Medicineにドイツの公立病院約200がストライキを開始したとのニュースが出ていました。つまりドイツの公立病院は組合問題に苦勞している様子です。

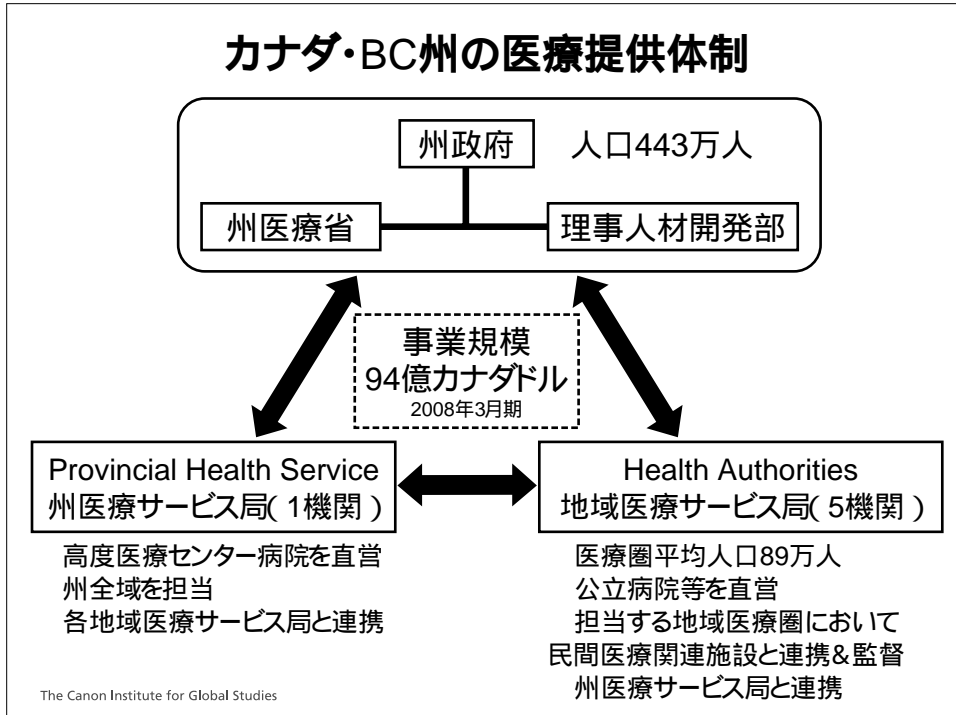
カナダは、医療制度運営の直接的責任者は州政府であり、州ごとに特徴があります。オンタリオ州は、2006年に「地域医療システム統合法」を制定しました。これは、地域医療圏を明確に区分した上で、プライマリケアまで含めた垂直統合の仕組みを公的施設でつくるということです。その実務を担う政府代理機関の名称がLocal Health Integration Networkです。このオンタリオ州の仕組みでは、現場の医療施設に権限を与えずにいて統合経営のメリットが十分に発揮できていない様子です。その点、ブリティッシュ・コロンビア州の仕組みが注目されます。(スライド11)のとおり、同州の場合、米国のIHNやオーストラリアの医療公営企業と同じような事業体の組織構造を採用しています。ブリティッシュ・コロンビア州では、平均人口89万人の医療公

フランスは、2009年7月に「地域医療ガバナンス法」を成立させました。その時のキーワードも、「vertical integration (垂直統合)」であり、入院医

営企業を5つ設け、その各医療公営企業の予算規模は1千億円から2千億円です。また、人材育成、癌医療や小児医療に関わる高度医療センターについて

は別の医療公営企業を作ってその機能を共同利用する仕組みです。

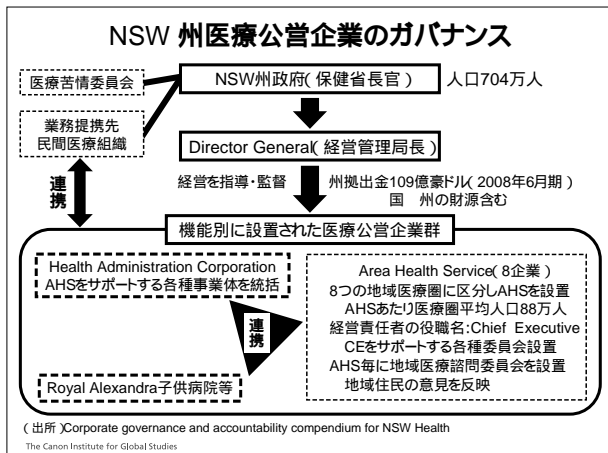
スライド11



オーストラリアは、他の先進諸国が景気低迷で苦しむ中、資源国として経済は順調であり、これから国民に対する医療サービス向上のため追加財源投入を行う計画です。このオーストラリアの医療改革の核になっているのが医療公営企業です。(スライド12)は、ニューサウスウェールズ州の医療公営企業

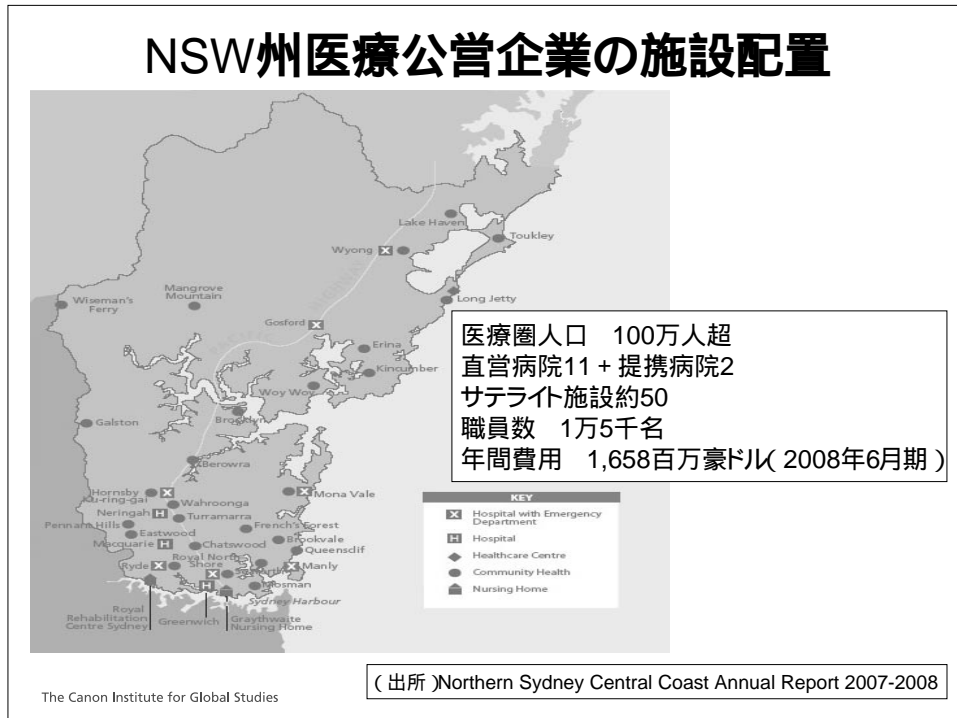
のガバナンスを表しています。同州の人口は704万人です。医療公営企業群全体の経営をとりまとめる責任者としてDirector General、経営管理局長が任命されています。この経営管理局長は、医療公営企業に対する人事権、指揮権を持っています。ニューサウスウェールズ州の場合も先ほどのカナダのブリティッシュ・コロンビア州と同じように、医療圏を分けて8つの医療公営企業を設置した上で、小児高度医療センターや医療人材育成、物流などマネジメントの共通部分を別組織で共有しています。(スライド13)は、医療公営企業の1つにおける施設配置図です。人口約100万人の医療圏に直営病院が11、提携病院が2、サテライト施設が約50あって、職員数が1万5千名、年間予算が16億5,800万ドル、約1,300億円の医療事業体コングロマリットです。これにより、民間的経営を徹底追及しています。

スライド12

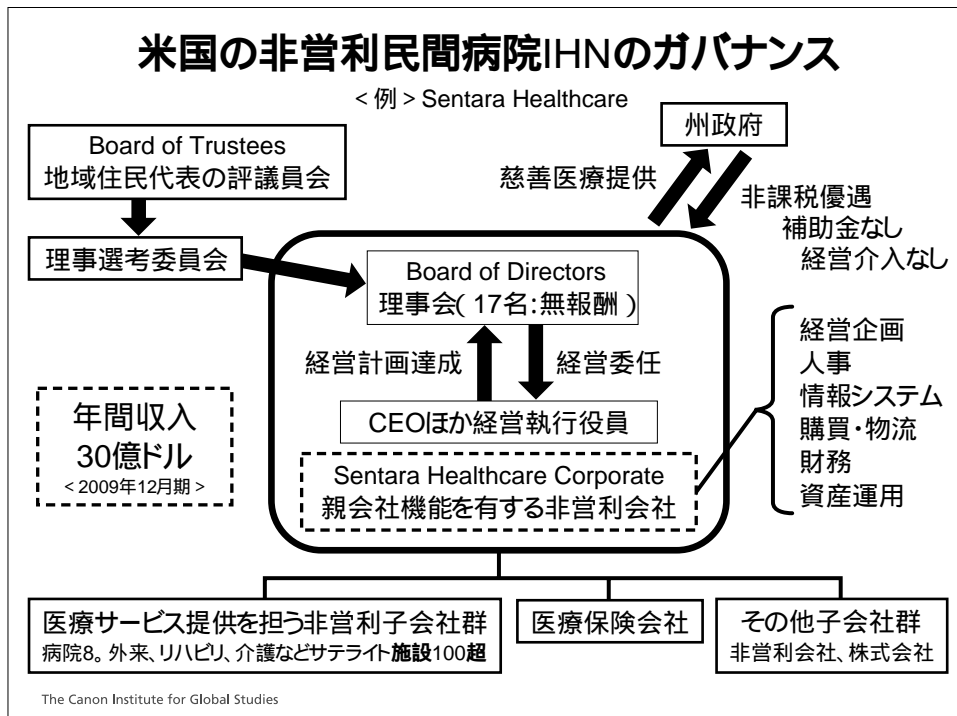


それでは地域医療ネットワーク経営のノウハウが

スライド13



スライド14



最も発達している米国はどうなっているのでしょうか。米国視察を行って最も勉強になるのは、バージニア州ノーフォークを本拠地とするIHNであるSentara Healthcare、センタラです。センタラは、

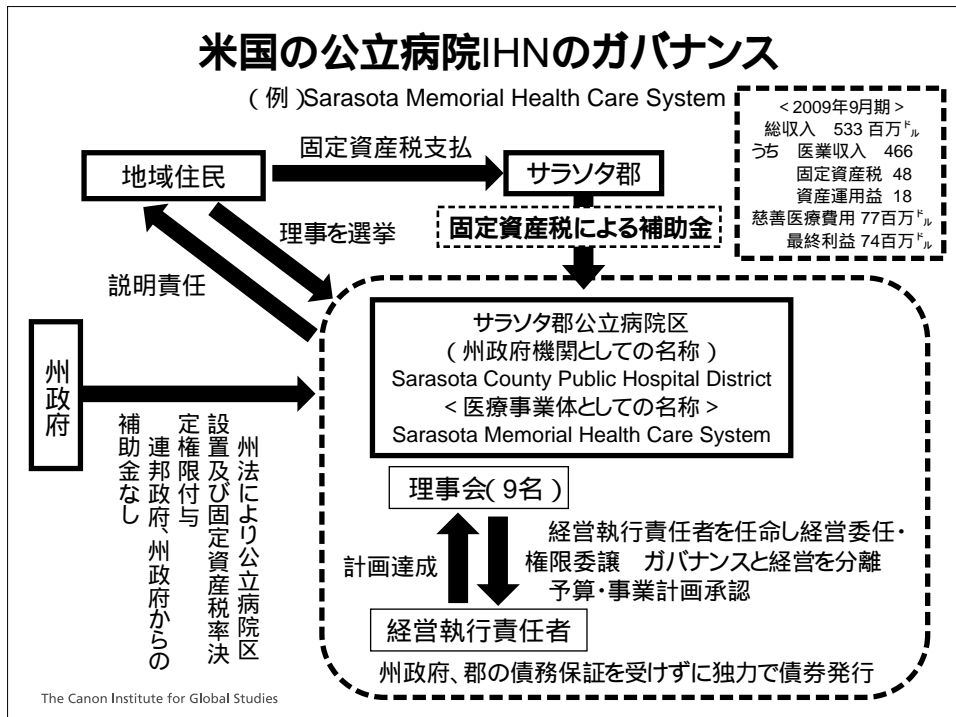
全米に593あるIHNの中で2010年に経営統合評価ランキングで第一位になりました。(スライド14)が、そのガバナンス構造を示しています。そのガバナンスを地域住民代表の評議員会が行っていること、低

所得者に対する慈善医療を行うことと引き換えに非課税優遇を受けていること、を除けば、その組織構造と経営行動は民間企業とほとんど同じです。親会社機能を有する非営利会社Sentara Healthcare Corporateがあり、その傘下に病院とか介護の医療施設群、地域医療保険会社、その他子会社群があります。

それからアメリカにも1,100の自治体病院があります。これは主として州政府の法律に基づいてつくられているものです。そのガバナンスのあり方は様々ですが、病院経営リスクを設置者自治体から切り離すことに成功した事例としてフロリダ州のSarasota Memorial、サラソタがあります。(スライド15)がそのガバナンス構造です。医業収入は4億6,600万ドル、日本円で410億円ですので、地域ネッ

トワークIHNとしてはアメリカでいちばん小さい部類です。サラソタは、州法に基づき設置された医療公営企業であり、英国、カナダ、オーストラリアの医療公営企業と基本的に同じです。サラソタの特徴は、政策医療の財源が、地域住民が負担する固定資産税であり、その税率を医療提供者であるサラソタ自身が決定できる点です。そのため、地域住民はその経営情報に非常に興味を持っています。サラソタは地域住民の社会インフラの中で最も重要なものであり、その理事会の様子はケーブルテレビで中継されています。サラソタがすごいのは、全米で最も小さい部類のIHNでありながら、その1つしかない中核病院が病院評価ランキングで毎年トップ1%に入っていることです。

スライド15



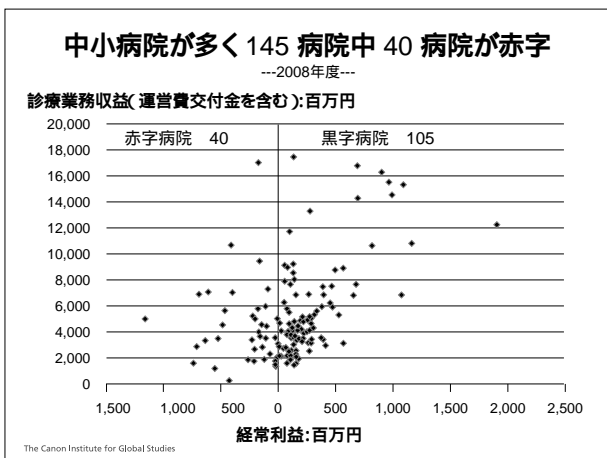
・日本の医療提供体制の欠陥

医療改革を日本経済の成長に結びつける上で最大のネックは現在の医療提供体制に大きな欠陥があることです。最初に国立病院を取り上げます。全国に145ある国立病院は独立行政法人国立病院機構が経

営をしており、2008年度における医業収益は7,409億円、最終利益300億円です。医業収益6,826億円、最終利益マイナス16億円であった2004年度と比較すると、国からの運営費交付金が516億円から486億円に削減される中で、健闘していると評価できます。

しかし、(スライド16)のとおり、個々の病院別に見ると145病院の多くが年間収入60億円以下の中小病院であり、40病院が赤字経営です。また、145病院は全国を6ブロックに分けて広域単位で管理されていますが、実際には病院ごとのバラバラ経営であり、臨床部門のガバナンスを向上させる仕組みになっていません。臨床のガバナンスが成立するためには、その医療圏で働いている医師や看護師が時々顔を合わせるぐらいの広さでなければならないのです。社会保険病院も類似の状況にあります。国立系の中で経営内容が最悪なのは22ある労災病院です。これらの病院群が自力で存続するようになるためには、地域医療圏単位で自治体病院を含む公立病院同士で経営統合する必要があると考えています。

スライド16



国立大学付属病院は、国からの附属病院運営費交付金が毎年カットされていることから、附属病院の赤字が医学部以外の学部の予算を侵食する事態に陥っています。これは近い将来、医学部対他学部のバトルが厳しくなることを予感させます。また、東大病院の診療収入は374億円にすぎず、運営費交付金124億円がなければ存続できない状況です。これでは諸外国の医療事業体と競争することはできません。

自治体病院は、ご承知のとおり、運営費と設備投資のために年間約7,500億円が税金から繰入られているにもかかわらず約2千億円もの赤字を出し続けています。累積欠損金も2008年度末時点で2兆

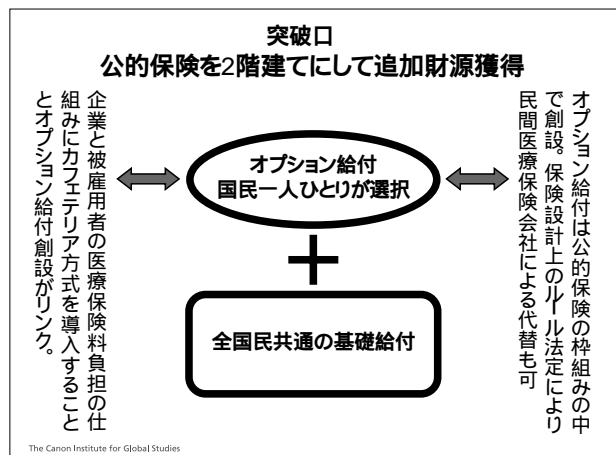
1,368億円あり、これは将来全額地域住民の負担により処理せざるをえないものです。自治体病院の経営リスクを設置者自治体から切り離すためには、経営形態としては広域地方独立行政法人が有望であり、議会の直接関与を受けないですむ仕組みを作り徹底して民間的経営手法を追求できるようにしなければなりません。

・医療ニューディール計画の突破口

以上を踏まえて、医療産業を経済成長のエンジンに転換する突破口について私見を述べたいと思います。突破口は、「医療保険の都道府県単位への統廃合を早期に実施する」ことです。この都道府県単位への統廃合は、既に政府の方針になっています。しかし、なかなか進めることが難しい。その事情については慶應義塾大学の池上先生が素晴らしい論文を発表なさっているので、それを是非ご覧頂きたいと思います。池上先生は医療保険の統廃合には10年以上かかると書かれていたと思いますが、私は、近い将来各保険者の財政状況がさらに悪化して予算が組めなくなるのではないかと危惧しています。その場合は、損得の利害調整を行う余裕などなくなり、一気に統廃合を進めることになると思います。

突破口は、「公的保険の枠組みのもとで追加財源を獲得するために公的保険を二階建てにする」です。(スライド17)がそのイメージです。諸外国ではこれを幾つかの方法で既に実施しています。例え

スライド17



ば国民に対して医師や病院の選択権やアメニティ充実を付与したオプション、または民間医療保険加入の選択権を付与しているのがオーストラリア、ドイツ、フランス、イギリスなどです。そして低所得者に対して保険料の安い基本給付医療保険を補助金付きで提供するのが米国オバマ大統領の医療改革です。米国ではこれを既に実施している州政府が存在します。米国の65歳以上高齢者の補完保険は、給付内容の選択肢を政府が決めて民間保険会社に販売させるという方法をとっています。少子高齢化、低経済成長によって世帯間、所得階層間の利害対立が激しくなる中で、国民に一律適用する仕組みのままでは医療改革のためのコンセンサス到達はもう無理という状況になっています。解決する方法としては、今ある保険料と給付内容のバランスを標準プランとして残したうえで、別のオプションを提供して国民一人ひとりに選ばせるという方法が有望です。諸外国はかなり早い時期からこのような制度設計に着手していました。

突破口 は、(スライド18)のとおり、「医業収益1千億円超の医療公益企業を100創設」です。先ほ

ど申し上げたように国立病院、社会保険病院、労災病院、国立大学付属病院、自治体病院を組織類型の壁や設置自治体の利害関係の壁を越えて地域統合する仕組みをつくる必要があると考えています。これには既得権益者の反発もありますので、賛成するところだけ支援するという政策姿勢でよいと思います。この時、公務員型の「医療公営企業」ではなくて非公務員型の「医療公益企業」だという点が重要です。私のヒヤリング結果によれば、公立病院の医師たちは非公務員化に賛成です。なぜなら、公務員制度の下で民間医療機関職員に比べて何割も高い給料を得ている准看護師、看護助手、事務職員の給料を引き下げ医師給与引き上げの財源を獲得できるからです。この理屈を理解すれば正看護師たちも賛成に回ると期待されます。非公務員化に反対する職員の最大の楽しみは、基本給59カ月分の退職金です。しかし、財政危機がもう一段悪化すれば民間企業を大きく上回るこの退職金引き下げが不可避になります。一方、今非公務員化を受け入れれば、基本給59カ月に加えて、雇用主都合による公務員退職に対する割増金が本来の退職金の2割～3割支給されると

スライド18

**突破口  
医業収益1千億円超の医療公益企業を100創設**

**国・公立・公的病院を広域医療圏単位で経営統合民営化**  
 経営(ガバナンス)形態は独立行政法人or社会医療法人。  
 経営実務に対する地方議会の直接介入を排除  
 非公務員化への抵抗があるが、公務員給与引き下げの動きが高まれば、現行の「基本給59カ月+割増」で早く退職金をもらった方が得なので、交渉可能。  
 医業収益1千億円超のIHNになれば、医療技術進歩に合わせた設備投資を自力で継続可能。  
 医業収益1千億円に必要な医療圏人口は約100万人。  
 医療公益企業全体で10兆円は医療介護市場の25%したがって、民間医療機関との共存は可能。  
 大学医学部設置要件から附属病院をはずす。  
 全国一律ではなく、兵糧攻めを継続し、意欲のある地域のみ政策的に支援する。

道州制のインフラ創り

いう大きなメリットがあります。だから、非公務員化への反対は説得可能と思います。また、現場の医療スタッフが欲しい医療機器を常に購入する財源獲得のためには、医療事業体は大きくなければなりません。規模が大きくなければ経営者はグローバルな視点で考えることができません。それから先ほど申し上げましたように、大学の医学部設置要件から附属病院を外すことが重要です。つまり大学が今抱えている附属病院の経営リスクを取り払ってあげて、その分を地域の医療公益企業との業務提携で賄う仕組みに誘導するのです。

突破口 は、「医療人材育成計画を詳細に策定し達成状況をトレースする」です。新成長戦略が掲げているように医療介護分野で新規雇用を大量に創り出すためには、相当具体的な計画を作って国民に提

示する必要があります。例えばアメリカの場合、2年おきに40以上の医療関連専門職種について給与水準、教育プログラムの課題、需給予測などを調査し公表、政策実現プロセスを可視化しています。オーストラリアはより具体的なプロセスを開示して政府自らがトレースしています。例えば、医科大学の卒業生数を5年で40%以上増やすと宣言し、2010年に実現できる見通しです。それから、医療・介護で雇用をつくるにしても、その職種に就いた人たちが将来自分のスキルをレベルアップしていくことができるキャリア・デベロップメントの仕組みも提示することが重要です。全ての職種でそのような仕組みがなければ、国民が豊かな社会を再構築していると実感することはできないと考えております。