

IHN●統合ヘルスケアネットワーク 日本版の可能性

まつやま ゆきひろ
 キヤノングローバル戦略研究所 研究主幹 松山 幸弘

私は2002年に出版した「人口半減：日本経済の活路」(東洋経済新報社刊)において米国で急成長していたIntegrated Healthcare Network(略称IHN)を紹介した。その後も毎年米国のIHNを訪問してIHNのマネジメントが進化し続ける姿を観察、加えてオーストラリア、英国、カナダといった医療制度が米国と全く異なる国々でも公立病院を核にしたIHN構築が進められていることを調査してきた。私が10年近く「日本版IHN」と言い続けた甲斐もあって、最近では医療行政当局や県医師会などから講演会に呼んでいただく機会も増えている。しかし、一方で「IHNは日本では不可能」という批判を医療ジャーナリストなる専門家などから受けている。そこで、本稿ではまずIHNの本質を理解するためのポイントを列挙し、続いて日本版IHN構築に

よる医療改革について私見を述べることにしたい。

水平統合ではなく垂直統合

米国の医療界でIHNという概念が明確に認識されたのは、米国病院協会(AHA)が95年に発行した「The1995-96 AHA Guide to the Healthcare Field」でIHNの定義付けを行った時である。その定義とは、「地域コミュニティに対して幅広い医療サービスを提供するために協力し合う病院、医師、その他の医療従事者、保険者、コミュニティ組織が形成するグループ」であった。米国では80年代後半から同じような機能を有する病院同士が合併する水平統合のブームが起きた。しかし、水平統合により規模の経済性を追求することでは医療の質向上とコスト節約を同時達

●図表1 統合ヘルスケアネットワーク(IHN)の概念図



成することは困難であることがすぐに明らかになった。そこで登場したのが、異なる機能を持つ医療施設、医療従事者が垂直統合したIHNなのである。IHNが全米に普及したことを踏まえ、01年に出版された医学用語辞典ではHospitalの定義が「一つの医療施設」から「地域医療圏内に異なる機能を有する医療施設、医療従事者を配置する医療ネットワーク全体」に変化した。

医療技術進歩の必然の産物

80年当時、米国、カナダ、日本において病院入院費用が国民医療費全体に占める割合は40%を超えていた。それが、現在ではいずれの国でも30%前後に低下している。これは、抗がん剤をはじめとする新薬登場、日帰り手術普及など医療技術の進歩により、入院から外来、在宅ケアにシフトしたためである。その結果、急性期病院単独の経営に固執する医療事業体は競争上不利となり成長が困難になった。医療サービスで競争優位に立つためには、予防、急性期ケア、亜急性期ケア、リハビリ、外来、在宅ケア、介護を継ぎ目なく提供することで患者を囲い込むことが必須要件となったのである（図表1）。

医療制度に関係なくIHNは有効

IHNが医療技術進歩の必然の産物ということは、

医療保険や医療提供体制が公か民かにかかわらずIHNという仕組みが機能することを意味する。実際、医療保険と医療提供体制が共に公中心であるオーストラリア、英国、カナダでも医療公営企業という形でIHNが構築されている。また、米国には公立病院IHNと非営利民間病院IHNの2種類があり患者獲得や医療専門人材獲得を巡ってブランド競争を展開している。

保険部門と医療提供部門の大小で3分類

米国には11年1月現在IHNが576あり、そのうちの約100が保険子会社を持っている。そのうちカリフォルニア州オークランドに本部を置くカイザー・パーマナント以外は、医療提供部門の事業規模の方が保険子会社より大きい。これは、それらのIHNではライバル保険会社の加入者も患者として受け入れていることを意味する。これに対して、カイザー・パーマナントの場合、医療提供部門と保険部門の事業規模が同じである。換言すれば、医療提供部門は自社の保険加入者しか患者として受け入れないし、保険加入者は同社の医療施設しか原則利用できない。したがってカイザー・パーマナントではレセプトという請求事務がない。一方、オーストラリア、英国、カナダの場合、医療財源を税金等で国が確保した上で州政府等を通じて医療公営企業IHNに配分する仕組みになっている。したがって、これ

●図表2 センタラヘルスケアの概要

- 創立から122年間非営利医療事業体としての使命を果たしている
- 8病院 1,911床
- 3,400名の独立開業医が契約に基づきセンタラの施設を利用
- 10長期介護／介助付き居住施設
- 長期入院施設
- 386名 直接雇用のプライマリ・ケア医と専門医
- 44万人 医療保険子会社の加入者数
- Sentara College of Health Sciences 医療人材養成のための大学
- 30億ドル 2009年12月期の収入合計
- 32億ドル 総資産
- 2万人 職員数



人口約200万人の医療圏に拠点100超を最適配置

出所:©The Canon Institute for Global Studies, All Rights Reserved

らの国々では保険部門の方が個々の医療公営企業IHNより大きいという構造にある。ただし、医療公営企業IHNの中に保険が組み込まれていないといっても、医療の質向上とコスト節約を同時追求する仕組みの中では両者は一元管理されているといえるので、実質的には保険部門と医療提供部門が統合したIHNとみなして差し支えない。

複数のIPUを品揃えした医療事業体

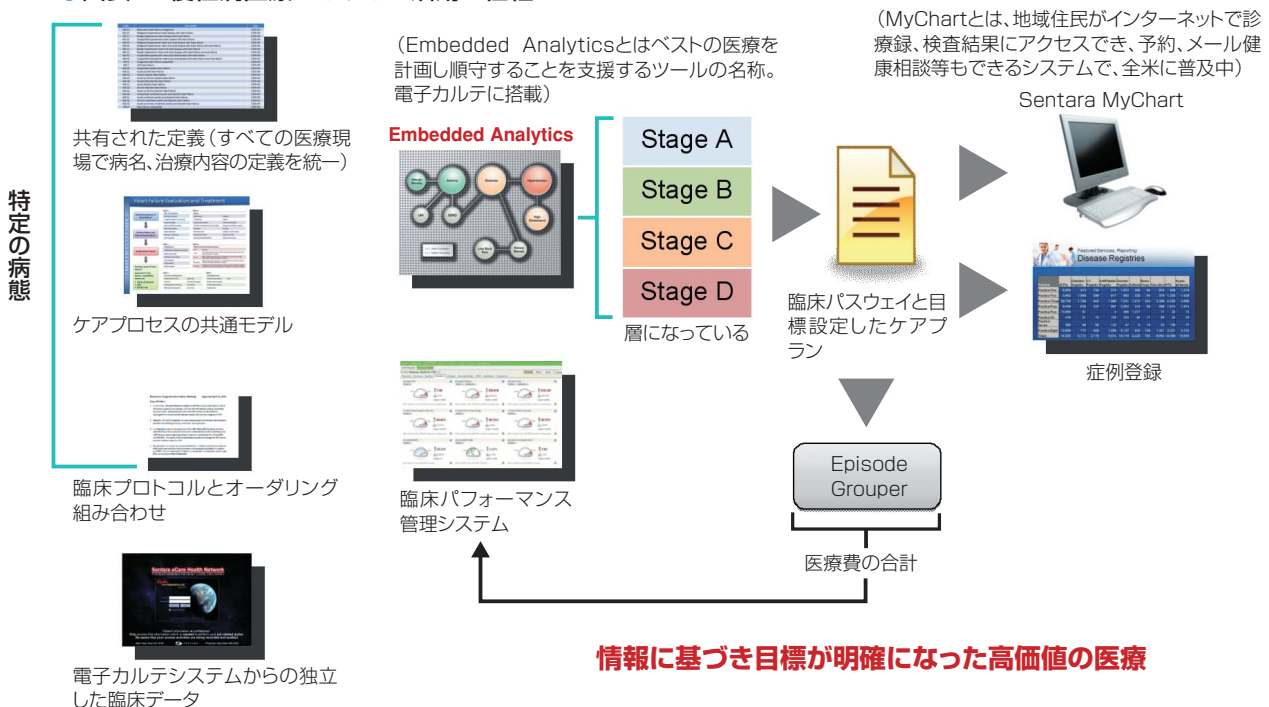
ハーバード大学のマイケル・E・ポーター教授は、主要疾病ごとに継ぎ目のない医療サービス提供体制を築くことをIPU(Integrated Practice Unit：病態別統合型診療ユニット)と命名した。そして、IPUを複数品揃えした医療事業体こそがブランド力あるIHNとして競争優位に立つことをテイスバーク教授との共著「Redefining HealthCare」(邦題「医療戦略の本質」日経BP社刊)で論じた。そのモデルとなったのがバージニア州ノーフォークに本部を置くIHNセントラヘルスケアである。図表2のとおり、セントラヘル

スケアは直径240km、人口約200万人の医療圏に100以上の医療施設を配置、経営意思決定を一元化した求心力の強い仕組みを構築している。米国では毎年IHNの経営統合度評価ランキングが発表されている。セントラヘルスケアは、同ランキングで10年、11年と2年連続で1位になった。セントラヘルスケアは心・血管医療でも有名だが、最近のがん医療IPU構築にも注力している。

地域医療圏内ミスマッチの極小化

セントラヘルスケアの経営陣が念頭に置いているのは、地域住民の医療ニーズと医療提供体制のミスマッチを可能な限りなくすことである。医療の技術進歩とともに医療ニーズと医療提供体制のあるべき姿の関係は常に変化している。そのような経営環境下で重複投資や設備不足を回避するためには、総花的な大病院志向を排し、機能を明確にしたコンパクトな医療施設を多数配置するダウンサイジングの発想が有効である。これは、情報ネットワークが大型コンピュータ中心からパソコン中心に進化したことに似ている。

●図表3 慢性病医療におけるIT活用の仕組み



医療政策の影響を中和しつつ増収増益

主要疾病のIPUを品揃えしミスマッチの極小化を追求できるIHNは、医療費全体が増え続けるかぎり、医療政策に影響されることなく増収増益が可能となる。なぜなら、必要とされる医療サービスを品揃えしておけば、医療政策により急性期から在宅またはその逆といった具合に財源がシフトしたとしても、医療事業体全体としては影響を受けない。その結果、事業展開する地域医療圏の医療費総額が増えている限り、必然的に増収増益になるからである。

医療IT投資の恩恵を地域住民全体が享受

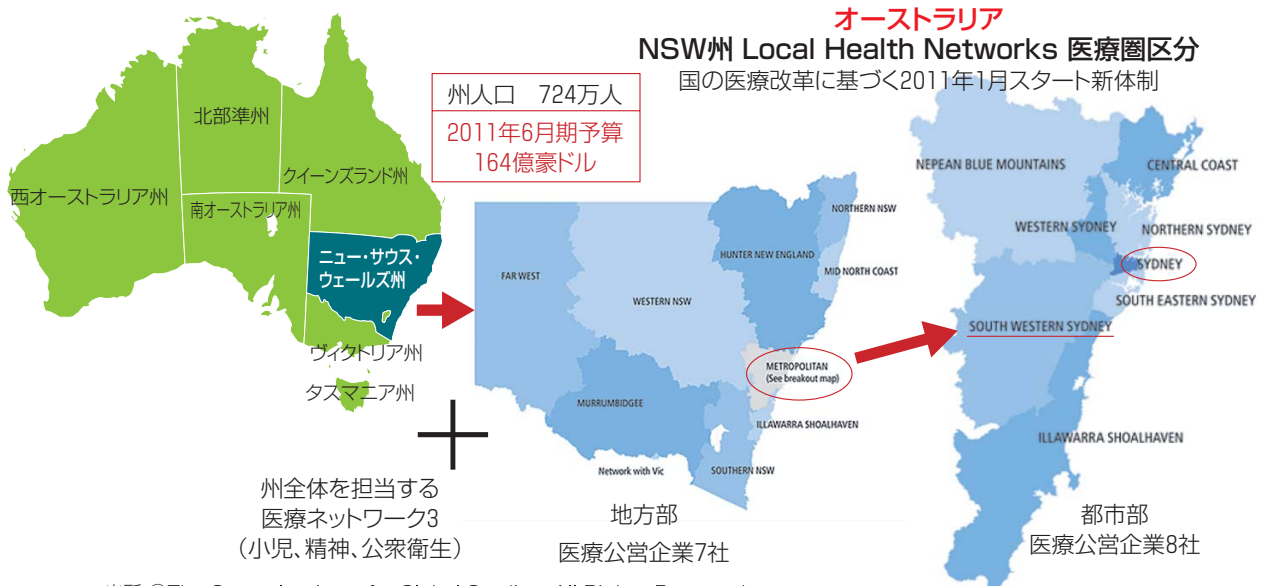
電子カルテなどの医療IT投資コストの主たる負担者は、地域中核病院であることが多い。しかし、IT活用により過剰医療をなくしコスト節約に成功しても、病院は減収減益となり得をするのは保険者である。また、患者奪い合いのライバルである他の医療機関との情報共有は利害対立のため一向に進まない。これが、わが国で医療IT投資が進まない最大の理由である。ところが、保険子会社を持つ米国のIHNやそれと類似の構造にあるオーストラリアの医療公営企業IHNの場合、保険部門と医療提供部門の損得問

題は解消し、医療提供部門も急性期から在宅まで垂直統合した仕組みであるため情報共有のインセンティブが働く。また医療IT投資のやり方も、わが国のように施設単位ではなく地域医療圏単位であるため、コストが安く医療情報の標準化が一気に進む。その結果、医療チーム全員で患者情報を共有、地域住民は自宅のパソコンから診療録閲覧、予約、簡単な健康相談ができる時代が到来した。図表3は、センタラヘルスケアの慢性病医療におけるIT活用の仕組みである。

IHNは地域間競争のインフラ

図表4は、オーストラリア・ニューサウスウェールズ（NSW）州の医療圏区分と医療公営企業IHN設置の状況である。重要なことは、州民は自分の住所から離れた他医療圏の医療公営企業IHNで受診する選択権を持っている点である。つまり、医療公営企業IHNによる地域間競争が行われているのである。この地域間競争は国内だけに止まらない。オーストラリアの医療公営企業IHNの中には、大学と業務提携することで研究機能を高め医療産業の国際競争力向上に貢献している所もある。このIHNによる国際的なブランド競争で先頭を走っているのが米国のUPMCである（図表5）。

●図表4 オーストラリアNSW州の医療公営企業配置

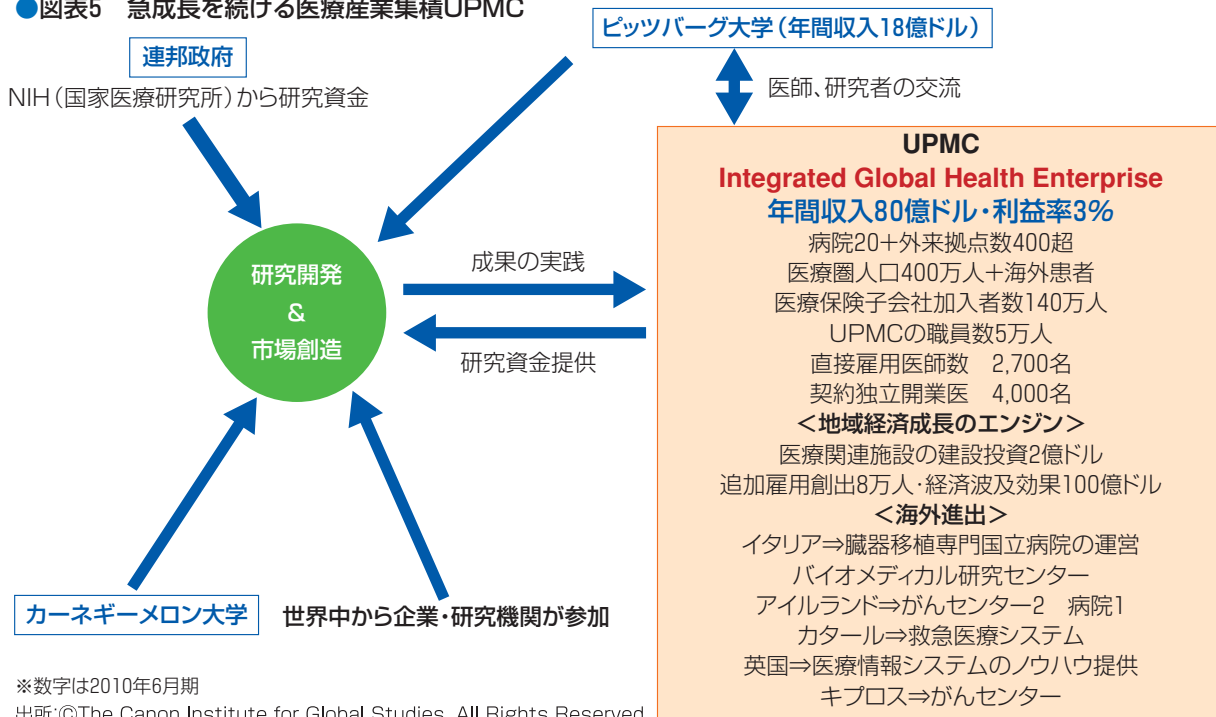


わが国の現状と今後

以上のとおり諸外国のIHNを概観したが、注目すべき点は、医療サービスをフルに品揃えし垂直統合したIHNの基本型を世界で最初に創造したのは日本だという事実である。たとえば、長野厚生連や聖霊福祉事業団がそれである。両事業体ともに09年度収入額が800億円を超え、診療報酬マイナス改定の時代でも黒字経営を堅持してきた。つまり、わが国においても「医療政策の影響を中和しつつ増収増益」というIHNのメリットが機能しているのである。

それではどうして地域医療崩壊が起きているのであろうか。その元凶は、地域医療の核になるべき国公立病院が施設単位でバラバラに運営され、放漫経営を続けていることにある。これを打開するためには、国公立病院を補助金削減により地域医療圏単位で経営統合することを促し、IHN構築のインフラに変貌させる必要がある。地域に有力な社会医療法人や病院併設社会福祉法人があれば、彼らを国公立病院の指定管理者にするという方法も有望である。

●図表5 急成長を続ける医療産業集積UPMC



※数字は2010年6月期

出所:©The Canon Institute for Global Studies, All Rights Reserved



松山 幸弘(まつやま ゆきひろ)

プロフィール

現職

一般財団法人キヤノングローバル戦略研究所 研究主幹
 経済学博士
 オーストラリア・ニューサウスウェールズ大学医学部臨床ガバナンス研究センター客員研究員、文京学院大学大学院経営学研究科客員教授、千葉商科大学大学院政策研究科客員教授

履歴

1975年東京大学経済学部卒業。1975年～99年保険会社勤務。
 1999年以降富士通総研経済研究所、民間医療法人専務理事、旭中央病院顧問等を経て2009年4月より現職。主な著書は「医療改革と経済成長」(日本医療企画、2010年)、「人口半減:日本経済の活路」(東洋経済新報社、2002年)、「エイズ戦争」(東洋経済新報社、1992年)等。

一方、保険者については都道府県単位で統廃合される方向にある。したがって、IHN方式で強いセーフティネット医療事業体を創り、これと保険者が一体的に経営される仕組みを構築すれば、オーストラリアの医療公営企業IHNに近い医療体制ができる。これが日本版IHNのイメージである。日本版IHNの医療提供部門はその地域医療市場のシェア100%を獲得する必要はない。セーフティネットの核となるIHNが20~30%のシェアを持てば、残りの医療機関は医療の標準化等で追随せざるを得なくなり、医療改革の目的が達成されるからである。