

県医

定時総会
特別講演

医療改革とIHNについて Integrated Healthcare Network(IHN)

キャノングローバル戦略研究所

研究主幹 松 山 幸 弘

さる6月25日、県医師会館で開かれた第65回定時総会のあと、キャノングローバル戦略研究所の松山幸弘研究主幹が「医療改革と統合ヘルスケアネットワーク(IHN)について」と題して講演した。以下、講演要旨と質疑。



松
山
幸
弘
氏

1975年東大経済学部卒業。保険会社勤務を経て、1999年以降富士通総研、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4月よりキャノングローバル戦略研究所研究主幹。著書に「医療改革と経済成長」など多数。

鹿児島県の医療・介護情報

今回、鹿児島にお伺いするにあたって、鹿児島県の医療介護というのはどうなっているかをインターネットで調べた範囲でご説明すると、まず、市場規模ですが、医療費と介護費を合わせると7,000億円です。この7,000億円が、日本全体の医療介

護費に占める割合は1.64%です。これに対して人口のシェアは1.33%です。これは何を意味するかと言うと、他の都道府県に比べて鹿児島県の1人当たりの医療介護費というのは高いという事です。それが良いか悪いかという判断は別にして、事実としてそうなっています。2008年度の医療費マップのデータを見ると、鹿児島県の一人あたり医療費は532,000円です。ご承知のとおり、地域差指数というのは、厚労省が発表しているデータで、都道府県の年齢構成の差によって医療費が変わってきますけれども、その年齢構成の影響を消去調整した値が地域差指数です。従って、全国平均は1です。これに対して、鹿児島県は1.13と、13%多いという数字が出てます。1番少ないのが千葉県でありまして、35万円。指数は0.875。大事な事は、千葉県には旭中央病院というのがあります。これは、私が以前顧問をしていたところであります。千葉県がなぜこのように地域差指数が低くて、1人当たりの医療費が低いかというと、旭中央病院があるからであります。旭中央病院の周りというのは非常に過疎地であります。11ほど公立公的病院があ

県 医

りますけれども、旭中央病院以外は赤字構造で苦しんでおります。そういう中で旭中央病院が1人で頑張っているわけでありましてけれども、ここは日本一医療介護費が少ない地域で、黒字経営を独力でやっているという事でありまして。本来貰うべき政府からの補助金額よりも少ない補助金しか貰ってなくて、黒字を維持しているという事でありまして。という事は何かと言うと、もちろん日本の医療費というのは世界的に見ると低すぎますけれども、でも自治体病院が赤字である理由というのは、診療報酬が低いからではありません。マネジメントのやり方次第だという事をここが示しているわけでありまして。

それから、鹿児島県の経済全体に占める医療介護の割合ですけれども、これも県のホームページからデータを取りました。これで見ると実は行政サービスの次、つまり民間ビジネスという事で言うと医療介護が第1位なんですね。という事は鹿児島の経済をより良くするためには医療介護のところでももう少し努力する必要があるのではないかという事を示しております。ちなみに、県のGDPに占める割合は13.5%ですけれども、日本の平均が9%でありますから、その意味でも他の都道府県に比べても非常にウェイトが高いという事でありまして。ここを頑張って、どうやってこれを膨らませていくかという事を考える必要がある。もう1つはこれは皆さんご承知のデータでありますけれども、臨床研修マッチングの結果として、残念ながら鹿児島県は宮崎県よりは良いんですけれども、下の5つに入っているという事でありまして。ちなみに沖縄は80%をたしか超えてたと思います。これが何故なのかという事も考えてみる必要があります。

IHNとは何か

一つの地域、例えば鹿児島県という人口170万人の医療圏において何が必要かと言うとまず医療保険が必要です。予防と早期発見、コミュニティにおける家族単位によるケア提供、それからプライマリーケアと専門ケア、処方薬の指導、精神ケア、救急ケア、それから急性期ケア、リハビリテーション、最後は終末ケアとこれ全部必要なんです。IHNというのはこれを地域住民に提供するにあたってお金は限られていますので、いかに無駄なくより良いものを提供するかという仕組みの話であります。別の観点で言うと、医療技術というのはどんどん発達していますので、それによって医療介護の提供体制というのは変わっていかないといけないんです。変わるというのは要はミスマッチをなくすという事でありまして、このミスマッチの極小化をどうやってやるかというのがIHNのマネジメントであります。

ではなぜ各国でIHNが誕生して急成長しているのか。その理由は医療技術の進歩であります。というのは1980年の時点で病院の入院費用がその国の国民医療費に占める割合というのはアメリカでも日本でもカナダでも40%だったんです。それが医療技術の進歩とともにどんどん落ちてきてまして、30%前後になってます。という事は患者がどんどん病院の外に出て医療を受けるようになっているわけですから、急性期病院1つ持つただけでは競争優位に立てない。つまり成長力が鈍るという事でありまして。そうすると何をするかと言うと単に急性期のケアをするだけではなくて患者を退院させた後のケアまで全部丸抱えするという仕組みを持たないと採算が取れないとい

う事であります。そのためには水平統合ではなくて垂直統合。この水平統合というのは1980年代後半にアメリカでブームになったビジネス戦略です。株式会社の病院チェーンが自分と同じような機能を持った病院をどんどん買収して規模を大きくして経済的利益を得ようとしてしまいましたが、失敗しました。医療の場合は水平統合は経済的に上手くいかないんです。上手くいくのはやはりいろんな機能を持った医療施設群が垂直経営統合するという事であります。その時のキーワードは機能分化とダウンサイジング。つまり日本ではまだ大きな病院を建てるというのが1つのステータスになっていますけれども、アメリカのIHNは規模は追求しません。できればより小さい施設、特に外来施設を作っていきます。というのは、大きな急性期の病院というのは地域住民から見ると一生に1回か2回お世話になるようなものでありまして、ほとんどの病気というのは自宅近くのサテライト施設で充分対応できるんです。そちらの施設をいかに上手く配置して機能を高めていくかという事で作っていったんです。

それから技術進歩がどんどん進むという事はその現場にいる先生方が新しい医療材料とか医療機器を当然必要としてくるわけで、それを購入するためにはその事業体がある一定規模以上でないとできません。それで、世界の事例を見ると1番小さいところで大体500億円です。できれば1,000億円ぐらいの医療事業体になれば自力でいろんな事ができるようになります。そのための医療圏人口は様々でありますけれどもまず100万人いて、その医療市場のシェアを20%か30%取れば1,000億円のセーフティネットの非営利の事業体というのは作れるはずであります。これは日本でも同じ

であります。

基本型を創造したのは日本

こういう仕組みを最初に作ったのは実は日本の医療事業体です。長野厚生連が同じような仕組みを作ってます。2004年に長野厚生連の先生方をセンタラヘルスケアにお連れして、経営者同士で議論していただきました。そうしましたら、それぞれが掲げてるミッション、地域医療における使命、それから組織構造、ガバナンスの仕組み、比べてみたら皆同じなんですね。ついでに肺癌の臨床プロトコルを比較してみたらほとんど同じだったんです。何が違うかというと、実際の運営が違うんですね。組織カルチャーが違う。センタラの場合は医療情報にしても一元管理するという仕組みができています。組織の求心力がもの凄く高いのです。これに対して日本のIHNの場合はまだ個々の病院の力が強い。長野厚生連もようやく今グループ全体でベンチマークを作ろうとしておりますけれども、そういうものはアメリカの場合は6～7年前に構築されています。そういう意味で、できたのは長野厚生連の方が早かったんですけれども、運営の仕方ではアメリカから学ぶべきところがあるし、オーストラリアの医療公営企業IHNからも学ぶべきところが沢山あるのではないかと思います。それから、もう1つの事例としては私は聖隷福祉事業団、これは社会福祉法人でありますけれども、ここも実は拠点数が100以上ありましてIHN化しています。これから、多分セーフティネットを日本で拡大していく時の1つのモデルだろうと私は思ってます。社会医療法人というのが医療法改正でできましたけれども、この財務データというものを情報公開制度に則って、私が全国から集め

県 医

ました。驚くべきことに、診療報酬が最も低かったと言われている2009年度の時点で、実は107の社会医療法人の経常利益率の加重平均が3.8%だったんです。この約4%という水準は、センタラヘルスケアのようなアメリカの純民間医療ネットワークが、毎年予算を作る時の医療部門の目標利益率と同じであります。従って、日本の社会医療法人は実はアメリカのIHNのようになる潜在能力を持っているという事です。実際、その中で売上高が200億円以上のところのデータをお見せしますと、このように福岡にある池友会も6%前後の利益率を出してますし。それから私が1番好きなのは、大阪にある生長会です。ここは純粹に地域のネットワークを組んでる民間の社会医療法人であり、今回自治体病院の指定管理者にもなりまして、更に成長する事ができるのではないかと考えております。これがそのモデル、概要でありますけれども、これから注目されると思います。

改革の方向と鹿児島県の課題

それから、医療改革の方向と鹿児島県の課題という事で最後に私の考えをご説明させていただきますと思います。今後の医療界の環境はどうかというと、4つの事が指摘できると思います。つまり、最初にご説明したように日本の財政危機というのは、近い将来臨界点を超えます。それは何を意味するかというと、医療介護費の総額は増えていくかも知れないけれども、財源が非常に少ない。かつ、技術進歩と共にいろんなニーズが出てくる。という事は、診療報酬の平均単価アップというのは非常に期待できなくなってくるという事です。本来であれば、この診療報酬の単価を引き上げていかないといけないんですけど

も、そのお金がないという状況に益々陥っていくという事です。それは何故かというと、構造改革を先送りしている結果、我が国の潜在成長力というのは低迷して、今回の震災の影響で電力不足が深刻になってきて、日本企業がどんどん海外に出て行く兆候が見られる。そうなると益々名目GDP成長率が長期金利を超える事ができないという状態が続いて、非常に厳しい事になる。国民生活水準のメルトダウンが進んで、現制度下では財源確保が非常に困難になるという事です。これはもう、そうあってはならないんですけれども、選択肢として、もはや避けられない状況に今陥りつつあるという事です。

それから医療制度の運営では、地域間競争が始まる。これは先程オーストラリアの場合、各広域医療圏ごとに医療公営企業事業体を作って、それもIHNの形で作ってそれが地域間でブランド競争しているという事を申し上げましたけれども、それと同じ事が日本でも始まるかも知れない。むしろそうして、全体のレベルを上げていく仕組みを作らないといけない。それが何かというと、医療保険の都道府県単位での統廃合がもう決まっております。それが多分前倒しに行われる事によって、地域差指数の高い県では、自己管理責任を問われる事態が来る。保険料率引き上げと診療報酬単価の引き下げの圧力が高まってくるという事です。それから3番目は、消費税率が5%から10%、もしくは15%に上がれば、損税というものが拡大しますので、これは医療機関経営から見たら大変な事になるわけでありまして。しかし、診療報酬を課税というふうに制度改正しても、多分財務省はその分手取りの診療報酬を引き下げてくる可能性があるわけです。ですから、消費税の

制度を変えたからといって、医療機関にとって手取り収入が増えるとは限らない。ですからその医療改革の議論をする時は、そこに注意を払って議論を進める必要があるという事であります。それから、大事な事は人口減少で単独施設経営の存続とか成長が一層困難になるという事であります。これは既に始まっております。私は地方のある特定地域の人口予測を調べて、そこにある医療機関が次に設備投資する時にどのくらいリスクがあるかというのを計算した事がありますけれども、全国各地でおそらく今後もう既に始まっている人口減少の影響が個々の医療機関に与える影響というのはかなり大きくなると思います。当面は高齢化による医療費の増加効果というのがありますけれども、近い将来その効果も相殺される形で医療経営に影響が出てくると思います。それを克服するためにも単独施設経営ではなくて、IHN化する必要があると。例え今ライバルであっても一緒になるという事を考えるべき時期にきてる。実際、中山間部にある社会医療法人の先生がこの前おっしゃってたんですけれども、今までライバルだった特定医療法人と合併の話をしてと言われました。というのは、このまま消耗戦のように競争しててもお互いが潰れてしまう。ですから、既にもうお互い持分放棄してるわけですから、一緒になろうという議論を始めておられるそうであります。それは非常に有力な選択肢ではないかと考えております。

質疑応答

質問者：先生貴重な講演ありがとうございました。やはり先生、アメリカのようにだいたい日本も大病院化していくというIHNに

ならざるを得ない状況に今なってきてるという解釈でよろしいですか？ 何かだんだんお話を聞いていると、日本はなんだか縮んでいきそうだなという感じもするんですが、大病院化する事によってさらに事業体として大きくなっていくと。そしてより公益性の高い医療を提供できるという事で、素晴らしいなと思うんですが。

松山：今のご質問なんですけれども、私の意見は1つの施設を見た場合大病院志向ではないんですよ。地域によっては大病院になる事もありますけれども、大事な事はその地域住民が求めている機能は何かなんです。それを限られた財源の中で徹底的に追求しようと思ったらむしろダウンサイジングなんです。事業体の規模は大きくなるのですけど個々の施設はむしろダウンサイジングになっていくと思うんです。だから長野厚生連が今度何をするかという、あの有名な佐久総合病院を2つに分けるのです。

質問者：よく分かります。750床の病院を450床と300床。鹿児島の場合だと、600床の病院が2つしかありませんし、鹿児島の場合400床病院が僅か民間は1つしかないんです。170万の人口の中で本当に鹿児島の場合は企業もイオン化が起こってるわけです。イオンがどんどん進出してきてまして、地場産業はほとんどもう太刀打ちできない状況になってるという事で一般産業はそうに進んでるわけですから、医療もやはり鹿児島県全体でそういうものを考えながら、そういう形をやっていくのがやはり理想的な医療を提供できる体制作りになるんだという解釈でいいという事ですか。

松山：その通りであります。その時にご心配になられるのは今の民間医療法人の先生方からすると、自分達と競合してしまうん



ではないかという事をお考えになると思うんですけれども、そこは医師会が中心となってどういう形に持っていくかというのを決められればいいと思うんですよ。まず全体で見た時に、人口170万というのはIHNがたぶん2個ぐらいできる可能性があります。もちろん1個でも構わないんですけれども。大事な事は今ある施設はそのままにしておいて、次造る時にどうするかなんです。その時に例えばセンタルヘルスケアにある心血管手術センターは112床しかないんです。でも、機能は世界一なんです。そこにはもの凄いく数の先生方が集まるわけです。私は街の様子を見てセンタラのあるノーフォークよりも、鹿児島市の方が立派だと思います。マーケットとして全然負けてないと思うんですよね。であればやり方次第だと思うんです。そういう印象を持っています。

池田：時間が参りましたけれど、最後に他に何かございますか。それでは私の方から1つだけよろしいですか。鹿児島県には12の医師会立病院がございます。ベッド数にすると2100床ぐらい持ってるわけですね。それが今独立採算制で別個にやってるわけなんですけれども、何とかしてこれを一緒にできないかなというふうに考えてるんですけ

れども、先生のお考えから見て県全体から見ればらばらにあるわけですが、そういうものをこういう組織化という事で、大学と連携しながらになると思いますけれども、その当たりの可能性についてご意見ございますでしょうか。

松山：ありがとうございます。これは私の個人的意見ですけれども、もしその医師会病院が1つの事業体になれば、かなりいろんな事ができるようになるのではないかと思います。それは一緒になった後に、新規の投資をする時に重複投資を回避すれば財源が浮くんですよね。そうすると、浮いた財源でもっとサテライト施設を造るという議論もできるので、それは私は一緒になる意味は非常に大きいと思います。できれば、これは言いすぎかも知れませんが、これは公立病院の指定管理者にまでなってしまうという事があり得るのではないかと思います。将来的に。セーフティネットの事業体を作る時に、同じ目標のものが競合するような仕組みが1番まずいのです。それを上手くコントロールするような事ができればと私は今思っています。個別にどういう事情があるかというのを全部調べた上で具体的にどのような方法が良いのかを議論をする必要があろうかと思います。以上です。