

県医

「12の医師会立病院がめざすべきもの」 松山氏が連携システム構築について講演 第2回郡市医師会長連絡協議会

キャノングローバル戦略研究所

研究主幹 松 山 幸 弘

さる9月30日、第2回郡市医師会長連絡協議会が、鹿児島県医師会館で開かれた。公益社団法人への移行についての協議のあと、キャノングローバル戦略研究所研究主幹の松山幸弘氏が「県下各医師会病院での連携システム構築について」と題して講演。松山氏はこの中で、鹿児島県内12の医師会立病院の多くは収支バランスが良好としたうえで、「これからは病院の連携を強化して、経営統合をめざし、将来は包括ケアを担える事業体をめざすべきだ」と強調した。以下講演要旨。



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。

した。その結果は予想以上に内容が良く、私はもう改革は必要ないのではないかと驚かしていただきます。12病院合計の収入額は、2009年270億円、2010年283億円と順調に増えています。1番重要なのは利益率ですが、診療報酬がマイナス改定で底にあると言われた2009年度でも経常利益率が2.8%でした。さらに2010年度は5.2%。これはセーフティーネットを担っている医療事業体の利益率としては非常に良い数字だと思います。米国でも非営利地域医療ネットワークが年間予算を作る時の臨床部門の目標利益率は約4%です。5%を超えると非常に優秀という事になります。それから12病院全体の財務内容も素晴らしい。総資産が335億円であり、純資産割合が6割を超えている。これは民間企業で言えば優良企業に分類されます。

しかし、問題があります。今日の日経新聞に2009年度の国民医療費が36兆円という数字が出ていました。ご承知の通り日本

医師会立病院、これから迫る危機

まず、県医師会事務局から12病院の財務データを提出頂き、それを連結してみま

県 医

の人口というのは既に減り始めています。当面は高齢化のプラス効果によって医療費は増えるのですけれども、全国レベルで言うと2030年に医療費はピークアウトします。2030年度から減り始めるのです。

この点を鹿児島県について計算してみました。この計算は、都道府県別、市町村別の年齢構成別の人口推移に年齢構成別1人あたり医療費をかけることでできます。介護費用は含まれておりません。鹿児島県の場合、2010年度から10年間ぐらいは僅かずつ増えていくのですが、その後人口減少の影響が非常に強く出てきて、全国平均よりも早い時期にマイナスに転じます。その理由は、ご承知のとおり県の人口が減るからです。

鹿児島県の全体の人口というのはこの人口推計が作られた時のデータで言うと、2010年が171万人で、2020年に7.5%減って、158万人。問題はその後更に133万人まで急激に減っていきます。この予測というのはほぼ100%近い確率でこうなるという性格のものであります。そのため、介護費用を除く医療費だけを見ると、2035年までに急激に落ち込むのです。問題は市町村別に見るとかなり厳しい市町村があるという点です。この中で1番減少率が低いのは市町村合併した後の霧島市でありまして、2020年に2.2%マイナスの後、2035年時点で見ても7.6%減ですから、おそらく霧島市の場合は医療費があまりマイナスにならないと思われれます。しかし、他の市町村には厳しい所が多い。つまり、地域別に見てかなり医療経営環境に大きな格差がついてくるという事です。

それから次の点も重要です。前回、協会けんぽの保険料率が都道府県別の保険料率になり、2008年から10年間激変緩和措置が

採用されていると説明しました。つまり、医療費の使い方の効率が相対的に悪い所については他の県から補助金を入れる緩和措置がとられている。そこで、それを個別に計算してみると、実は北海道、大阪府、福岡県というのは他の県から100億円以上の隠れ補助金を得ているのです。これを負担させられているのは、東京都、静岡県、長野県などです。鹿児島県の場合は、2011年度見込みで5億円他の県からもらっている状態にあります。これが2018年度からはなくなるのです。

問題は、協会けんぽの保険料率が相対的に高い、すなわち協会けんぽに加入している人々の医療消費行動が全国平均から見て効率が悪いという事は、協会けんぽ以外の国保とか民間企業の健康保険組合、それから公務員の共済組合等の医療費でも類似の事が起きている可能性があることです。その結果、都道府県間の格差というのは、実質的にはもっと大きい可能性がある。という事は、医療提供体制を含めて改善の努力をしないと、余計なお金を使ってしまうという事になります。その財源をもし効率的に使えばもっと他の医療に使えるという事で、改善の余地があるのです。この数字は、日経・読売・朝日が共同主催しているインターネット上の新聞に公開しましたところ大きな反響がありました。計算の仕方については自分で考えて、全国健康保険協会のデータ担当者に電話をかけて確認しましたところ、「あなたの計算のとおりです。」と言われたので、これは正しい数字です。

以上の事を踏まえると、「高齢化の医療費増加効果」を「人口減の医療費減少効果」が上回る中で、財源確保と医療制度運営の巧拙の責任を各都道府県が負う時代がくるという事です。地域によっては人口の減り方

が激しくて医療費総額が減るわけですから、その病院が建替えるというような時に非常な経営リスクが生じます。つまり、設備投資の経営リスクが高まり、単独施設経営の病院事業は基本的に規模を縮小するか消滅するしかないという時代がくるのです。これは逆に言うと、健全経営のもと既に規模が大きくなっている医療事業体は、経営難に陥ることになる医療施設を引き受ける事で成長が容易になるということです。医療費がその地域で減っていても、逆に成長できるのです。

そうすると民間事業体の観点からは、公立病院の指定管理者になる事が最も有効な成長戦略になってきます。これに気づいた医療事業体があり、既に他の県では公立病院の受け皿となる努力をしています。社会医療法人とか、それから社会福祉法人である聖隷福祉事業団等は既に自治体病院を指定管理者で引き受け始めています。公立病院を引き受ける時には、将来にわたっても補助金が付いてきます。従って、民間病院を買収するよりも遥かに財務リスクが低い。且つ、セーフティーネットのブランドを強化できるという事で、非常にメリットが大きい。という事は、鹿児島県内で規模の大きな医療事業体ほど競争優位になるという時代が近々やってくるという事です。

医療共同購買のビジネスモデル

多少僭越ですけれども、私の方で選択肢という事で3つ書かせていただきました。1つ目は「今非常に業績が良いのでこのままでいいではないか」という選択肢。2つ目は「連携促進事業を行って、その成果を見てから後から経営統合を検討すればいいのではないか」という選択肢。3つ目は「で

きるだけ早く経営統合して連携促進事業は同時に進めるという事をやるべきではないか」という選択肢です。

連携促進事業とは何か?という事でありますけれども、一番大きいのは医療共同購買、それからベンチマーキングだと思います。ベンチマーキングには臨床系ベンチマーキングと経営系ベンチマーキングがあります。この両方を同時にやる必要があるのではないかと思います。この2つを行う目的というのは、要は経営課題と情報を共有する組織カルチャー、事業体としての求心力を養っていくという事です。後でもご説明しますがけれども、日本の大きな医療事業体の中で、長野厚生連はこの連携促進事業が進んでいる事業体です。しかし、世界との比較で言うと長野厚生連をもってしても非常に遅れている状態にあります。それに気づいた長野厚生連が今努力しているという事であります。

それから、3番目の選択肢として、連携促進事業をやると同時に経営統合も進めていくという事を申し上げましたけれども、何故それが必要なのか。例えば共同購買を見た場合に、12病院がそれぞれ経済的に独立した事業体としてバラバラになっている中で12病院が集まって共同購買をやる場合と、まず経営統合してお金の面での一元管理ができた後に共同購買の機能を発揮する場合の2通りが想定できます。どちらがうまくいくかという、明らかに後者の早く経営統合した方がスムーズに進むはずで

重要な事は、実は医薬品とか医療材料の共同購買による効果よりももっと大きなシナジー効果が経営統合によって生まれるという事です。第1に、単独施設ではなくて多数施設の事業体になる事によって、つまり12病院が一つの経済単位になることに

県 医

よって、施設建設、医療IT投資の価格交渉力が格段に高まります。具体的に言うと、例えば12病院それぞれで建築から今に至るまでの年月が違うわけですから、12病院ありますと2〜3年に1回新しい施設を造る必要がある。つまり、建設プロジェクトが常にあるわけです。という事は、ゼネコンと交渉する事が非常に有利になるわけです。

それからご承知の通り、医療ITに関しては病院毎にバラバラに投資すると、むちゃくちゃな値段になってしまいます。ところが、12病院全体で医療IT投資を同時に行う、会計ソフトや人事管理ソフトでも同じ物を入れる、ということにすればコスト引き下げに直結します。ちなみに、長野厚生連では資金管理は本部で一元管理しているとのことでした。グループ内の各病院には手許現金として少し残しているだけで、支払い事務処理も一元管理しているわけです。私が事務長をしていた医療法人には施設が4つありましたが、本部の方でインターネット決済・送金事務処理を全て行っていました。こうすることで、事務部門の合理化とレベルアップが図れます。

それから、将来キャッシュフローの予測の信頼性が高まる事から、借入金利を引き下げることが重要で、1つの病院だけだと、銀行側としては信用リスクの計算ができないのです。つまり、融資では金利が非常に問題になりますけれども、金利というのはその経営リスクを評価したものであります。経営リスクというのは、将来キャッシュフローがどの程度安定的に予測できるかという事です。1つの病院ではそれが非常に難しい。ところが12病院あって1つの医療圏をまとめて押さえている事業体の場合は、診療報酬制度が多少変わっても将来キャッシュフローの計算

の信頼性を高く維持できます。そうすると、銀行側としては信用リスクの計算がある程度安心してできますので、その分余計な金利を乗せずに交渉に臨んでくれるという事です。

それに加えて、医師確保にも大きな威力が発揮されます。つまり、先程業績を見ていただきましたけれども、鹿児島県の外にいる若い医師がどのような病院で働くかと考える時に、例えば280億円の売上げの医療事業体で12病院あって、それぞれの病院が癌の医療とか脳神経の医療とかでかなり高い機能を発揮しているという事になると、そこへ研修に行こうと思うわけです。しかし、それが12病院バラバラだと、彼らから見て魅力、インパクトがないのです。そういう意味で、もし一緒になっていけば実は鹿児島大学附属病院よりは、それから市立の自治体病院よりも遥かに素晴らしい事業体であるという印象を受けて、医師が来る可能性が高まるのではないかと。

それから少し先走ってしまいますけれども、私は280億円の事業体であれば、当然の事ながら臨床の研究と教育機能というのは大学の附属病院よりも高くなって当然だと思っています。そのための方法としては、例えば脳神経医療の研究所とか、癌医療の研究所を自ら持つという事をすれば、全国から若い先生方が来る可能性が高まると思います。12病院が一緒になれば、それができる財源が生まれるはずで、前回ご説明したかも知れませんが、例えばアメリカのセントラヘルスケアという地域医療ネットワークの経営ノウハウ世界1のところと業務提携して人材・技術交流するだけで、実は日本の若い先生が鹿児島県へやってくる可能性が高まるわけでありませぬ。それに関しては、お金は実はあまりか

からずに、例えば医薬品とか医療材料の共同購買によって浮いた財源でできるのです。

ちなみに12病院に合わせた場合の共同購買の効果の金額でありますけれども、購買金額は医薬品が31億円、診療材料が27億円ですから、仮に共同購買で1割節約できたとして数億円です。その金額はあまり大きくありません。しかし、共同購買のための話し合いを持つ組織カルチャーができるという事こそが、実は重要なのです。それができれば、医療の標準化に関する議論まで進んでいくわけです。

次に共同購買のビジネスモデルですが、これは結構難しく、2005年に本を書いた時にアメリカで随分調べました。共同購買を理解する際のポイントは、規模の大きな医療事業体が自ら備えている共同購買機能と多数の医療事業体を束ねる共同購買会社を区別することです。共同購買会社のことを英語でGroup Purchasing Organization、略してGPOと言います。共同購買会社とは、あくまで経済的に独立した複数の医療事業体を仲介する仕組みのことです。これに対して、様々な医療関連施設が垂直統合したIHN、統合ヘルスケアネットワークというのは、1つの事業体の中に元々共同購買と同じ機能を持っているわけです。したがって、医師会立12病院が共同購買のメリットを享受する方法としては、まず共同購買会社のような組織を創るという選択肢があります。しかし、12病院が経営統合して経済単位が1つになって共同購買のメリットを得るという方法もあるのです。

医療の共同購買会社はアメリカで発達している仕組みです。経営形態としては非営利会社と営利株式会社の2つがあります。病院を会員にして、メンバーシップ会費を

取り運営費を賄うわけです。非常に不思議な感じがしますが、アメリカの場合、医療材料・医薬品会社はその運営費の一部を払います。メーカー側が何故運営費を払うかというと、GPOと契約する事によって、まとまった量の契約が取れるからです。GPOというのは会員病院の契約代行者として、製薬会社や外注サービス会社と価格その他の契約内容の合意を取り付けます。つまり契約代行業務なので、GPO自身が物品の所有権を一時的に取得する事はありません。ここが非常に重要です。日本の場合は、10年ぐらい前に総合商社等が医療共同購買会社というのを幾つか作りました。しかし、一旦医療材料とか医薬品を自分のところが所有して、それで病院にまとめて買ってもらおうという、価格差を収益源とするビジネスモデルだったため、結局失敗しました。GPOの本質は契約代行業務だということを理解しておく必要があります。重要なことは、GPOは単に共同購買の契約代行をしているだけでなくテクノロジー評価コンサルタントなども行っていることです。医療技術の進歩は加速しています。それを個々の病院の先生方が業務多忙の中で全部フォローする事は非常に難しい。共同購買会社がそれを無償でサポートするのです。だから会員になってくれる。GPOに参加している病院間で経営問題解決のための情報交換をしている。それから、非営利GPOの場合、決算期毎に利益を会員病院に対して貢献度等に応じて還元しています。非営利組織というのは会員が共同で作った組織ですから、その利益は会員病院のものという考え方です。事務管理に必要なお金以外は全部配当で会員病院に返すのです。それがpatronage dividendと呼ばれるものであります。その金額は1会員あたり年間数千万

円程度と聞いています。

アメリカには、このGPOに頼らない地域医療ネットワーク、IHNも存在します。11月に池田会長をお連れするセントラヘルスケアもGPOを原則使っていません。というのは、年間収入が3千億円のIHNであり自分で全部できるからです。その集中物流センターはトヨタのかんばん方式も参考に作って作ったものです。さらに、ニュージャージー州にあるVirtua HealthというIHNは、完全IT化された病院を運営しています。これはGEのショーウィンドウとなっているモデル病院です。ここがすごいのは、医療の物流に関してはメーカーと直接取引、しかもコンビニエンスストアと同じPOS状態になっていることです。すなわち、患者のベッドサイドで医薬品や医療材料が使われた場合、瞬時にメーカー側に情報がいきます。例えば病棟で100個単位で在庫管理している場合、100個使われた時点でこのメーカーの方から病院の施設に在庫が補填される、という仕組みです。これはPoint of Serviceに基づく直接配送です。Virtua Healthによれば、米国では仮に工場出荷価格が100としたら、何もしない事業体はその倍ぐらいのお金で買っている。共同購買をして使用品目の絞込み等の努力をしたところは、それを3割減ぐらいの140で買っている。しかし我々はもっと節約できると思ってPOSを作った。POSの結果110ぐらいいまで落とす事ができた、という事です。日本で医療物品管理がPOSになるのは相当先になると思いますが、技術的には今でも全然問題ないです。コンビニエンスストアでPOSができていますので、病院でもできないはずはないわけです。それをマネジメントとして実現して収益に繋げていくノウハウがアメリカにあって日本にないと

いうことだと思えます。

長野厚生連ヒヤリング結果の要点

2004年に長野厚生連の幹部の方々をセントラヘルスケアにお連れして、意見交換しました。その時非常に面白かったのは、お互いに事業体の使命、経営目標、組織構造などを比べてみたらほとんど同じだったのです。ついでに肺癌の臨床プロトコルも比較してみたらほぼ同じでした。それは当然ですよね。同じ医学に基づいて、最善を考えて努力しているわけですから。しかし、仕事の進め方が違ったのです。1番の相違点は、情報を共有して徹底的に改善を追求するという組織カルチャーです。これは相当遅れているというのが、長野厚生連の先生方の2004年の時の勉強成果だったわけです。それで、長野厚生連は今ベンチマーキング事業に本格的に取り組み始めています。医療購買に関しても当時はほとんどなされていませんでしたけれども、今相当努力して成果を上げつつあるという事があります。それから、先程厚生連訪問のヒヤリング結果のご説明の中に、医療材料については共同購買すると新情報が入ってこないリスクがあるというコメントがあったというお話がありました。これはもう正にその通りで、セントラヘルスケアでも共同購買する時のポイントは、1品目に絞りこまないという事です。1つの物品に関して、例えば5～6社あったとしたら3社に絞り込んで、その内1社に75%発注して、残りの2社に10～15%発注する。いつでも取り替えられるようにしておく。1社に絞り込むと足元を見られて後でどんどん価格を釣り上げられるリスクが大きいからです。

それから、長野厚生連の場合、共同購買

の成果の1%を本部に留保という事になっていますが、これは長野厚生連のように経営統合されていれば、税務上何の問題もなくできます。しかし、12病院が経営統合されていない状態でどこかに成果を留保するとなると多分税務問題が発生します。これは税理士の方とよく相談する必要があるのではないかと思います。共同購買の事務はそれほど大変ではありません。長野厚生連では3人で可能だという事です。それから経営統合した成果としては大きいのは、事務部分の職員をグループ全体で一元管理できる、ローテーションによって人材育成ができるという事です。私は全国の医療経営者の方と雑談する機会がありますけども、よく言われるのは「事務部分の人のレベルアップを図りたいのだけれども、同じ施設にずっといると外の世界が分からなくて育たない。それを何とかしたいのだが。」という事です。資金管理も一元化できます。それから経営統合する場合には労働契約、勤務形態、給与体系の共通化が必要なわけですが、この部分については経営統合後に段階的に進めるという選択肢もあると思います。

医師会病院がめざすべき医療

医師会立12病院がめざす医療とは何か。これは、今は1点に絞られると思います。それは、厚生労働省が最も重視している政策、地域包括ケアのリーダーになることです。地域包括ケアを実現するにおいて、医師会立12病院が最も能力を発揮してかつ収益力を高めるためには何が必要かという事を考える必要がある。なぜなら、今日ジャパンメディシンという医療新聞が私の机にきたので見ましたら、厚生労働省が来年度

の予算で、この地域包括ケアを推進するために予算を色々取っているのです。地域包括ケアの先進地域には補助金が出るような仕組みがこれから作られると思います。私は、皆さんの病院が一丸となれば、この地域包括ケアの先進地域のブランドを築いて中央からお金を引っ張ってこることができると思います。それが、例えば5億円とか10億円になれば、物すごく役に立つはずですよ。

それから、朝日・日経・読売が共同で運営する「あらたにす」と呼ばれるウェブサイトで、9月22日に書いたものでありますけれども、医療介護費の問題です。今日の新聞にも厚労省による医療費推計値が出ていました。今まで日本の医療介護費というのはGDP比約8%と先進諸国の中で低いのもっと増やすべきという事が、よく言われてきました。これはもったもな事だったのですが、実は今年日本の医療介護費のGDP比が10%を超えます。これは何故かという、医療介護費が増える中で、名目GDPが減っているからです。新しい厚生労働大臣が来年はプラス改定と言っていますけれども、本当にそんな財源が出るのか疑問という状態です。

8月に発表された経済財政白書に大切なことが書かれていました。医療産業で働く人たちの生産性が高まるのであれば医療費はもっと増えても構わない、生産性向上が伴うのであれば医療産業が経済成長のエンジンになるからと。これに関連して政府が医療イノベーション会議を設置しました。しかし、この会議の発想はゲノムとか新薬の開発などいわゆる新技術の問題に偏っています。経済成長のためには医療提供体制のイノベーションの方が遥かに重要だということを知っていないのです。ゲノムと

県 医

か新薬開発に関しては先行投資財源が必要で、その効果が経済成長に現れるのは10年とか20年先です。一方、医療提供体制の改革というのは、全国で適用が可能で短期間で地域経済の再生に繋がります。しかも、追加財源を自ら生み出すことができるようになります。

前回、鹿児島県の課題という事で「世界標準を自力で追求できるメガ非営利医療事業体をめざす」と書かせて頂きました。それを踏まえて非常に僭越なのですけれども、私の私案という事でお許しいただければと思いますが、仮に12病院の使命を書くとしたら、「人口減により医療介護費が減少する経営環境になったとしても、公立病院に代わってセーフティーネット機能を堅持し、技術進歩に追随して世界標準の医療を県民に提供し続けること」になるのではないかと思います。

ここで注意すべきことが一つあります。世界標準の医療というのは、先端医療のことだけを意味しているのではないのです。各国の医療改革の方向を見ると、世界標準の医療というのは在宅ケアの方に今注目が集まっています。アメリカのIHNもITを使って患者さんが自宅から自分の診療録を

見て、それから主治医とメールで簡単な健康相談をして、場合によっては看護師と議論をして、本当に医師のところに行く必要があるか判断する。それから、自分の検査結果については過去に遡って全部グラフで見ることができる。そういう仕組みがもう当たり前になっています。そのような仕組みが作られているのは、在宅ケア、外来ケアを充実させるためです。それが技術進歩によって可能になってきた。これは、わが国で政策テーマになっている地域包括ケアに繋がるものです。しかし、海外ではそれがもう現実のものになっているが、日本ではそれがまだできているところがない。長野厚生連をもってしてもそこまではまだできてないわけです。そこで私は、鹿児島で日本の先頭を走る事業体を作る事が目標になるのではないかと思います。それは十分可能だと思います。それを如何に自分のお金を使わずに、換言すれば中央からお金を引っ張ってきてやってあげるという状態に持っていけるかという事なのです。その試金石は、医療共同購買とかベンチャーキングにチャレンジする組織カルチャーを醸成することができるかにあるというのが、私の考えです。以上ありがとうございました。