

【特別寄稿】

## 医療改革と経済成長

キャノングローバル戦略研究所 研究主幹  
文京学院大学大学院経営学研究科 客員教授 松山 幸弘

### 目 次

1. 問題提起
2. 医療を成長のエンジンに転換する方法
  - (1) 日本版IHN構築を促す
  - (2) 医療の対外収支黒字化を目指せ
  - (3) 日本の医療をパッケージ輸出する
3. 結 語

## 要 約

政府・民主党が公表した「社会保障・税一体改革素案」は、給付削減への踏み込みが不十分であることに加えて、社会保障改革が経済成長につながる具体的メカニズムを示すことができていない。同案が対象にしている社会保障は年金、医療、介護、子育て支援、生活保護など多岐に及ぶが、このうち日本経済全体の成長に結びつく可能性がある分野は医療のみである。

医療を経済成長のエンジンに転換する方法としては、①医療サービス提供の生産性向上、②医薬品・医療機器の対外収支赤字の縮小・黒字化、③日本の医療のパッケージ輸出、の3つが考えられる。

医療制度は、先進諸国間で大きく異なる。しかし、医療サービス提供の生産性向上の方策は、垂直統合という共通のキーワードで論じられている。垂直統合とは、急性期から亜急性期、リハビリ、外来、介護、在宅、終末期に至るまで患者が必要とする医療サービスを継ぎ目なく提供することである。この垂直統合は、機能が異なり経済的利害も対立しがちな医療事業体間の連携で構築することは難しい。そこで、多種多様な医療事業体群が経営統合したIHN（統合ヘルスケアネットワーク）が各国で誕生している。このIHNの基本型を創造したのは日本である。しかし、わが国のIHNは総じて規模が小さく世界ブランドのIHNが登場するに至っていない。そこで、現在バラバラに経営されている国・公立病院を広域医療圏単位で経営統合することにより日本版IHNを創ることを提案したい。

日本の医薬品・医療機器の対外収支赤字は、過去20年間膨らみ続け2010年に1兆4,859億円を記録した。わが国が医薬品・医療機器分野で国際競争力を失った原因として様々なことが指摘されているが、筆者はメガ非営利医療事業体の一つも存在しないことが大きいと考えている。米国で新しい医薬品・医療機器の実用化プロセスを担い医療イノベーションを加速させているのは、年間収入が数千億円～1兆円のメガ非営利医療事業体である。これは、米国に約600あるIHNの中で大学や企業の研究開発機能と緊密な関係を築き成長、世界ブランドになったものである。わが国でも国立大学から付属病院を切り離し、前述した国・公立病院の広域医療圏単位経営統合に合流させることで、メガ非営利医療事業体構築を目指すべきである。

人口減少により日本の医療市場は2030年頃から縮小し始める。一方、東南アジア諸国の医療市場はこれから急拡大する。であれば、日本の医療そのもの、医学部・病院・医療保険制度をパッケージで東南アジア諸国に輸出することに挑戦すべきである。これは、わが国の医療産業の新規市場開拓になるのみでなく、その進出先国との官・学・民人材交流や貿易拡大につながることから、国家戦略として取り組む価値がある。

わが国の医療改革の欠陥の一つは、「医療の競争は個々の医療施設間ではなく地域間の競争であるべき」という視点を欠いていることである。換言すれば、広域医療圏単位で医療投資を一元管理するガバナンスの仕組みがないのである。しかし、今からでも政策的に日本版IHNを全国各地に創りそのガバナンスを確立すれば、地域社会・経済再生に直結し、日本経済全体の成長に寄与すると期待できる。

## 1. 問題提起

### 一体改革素案は途中経過にすぎない

2012年1月6日、政府・民主党が「社会保障・税一体改革素案」を正式決定した。加えて岡田副総理が、消費税率引き上げによる税収増の使い道を社会保障に限定する方針を示した。さらに1月24日には、内閣府が「経済財政の中期試算」を発表した。内閣府は、一体改革が実施されたとしても、2011～2020年度間の名目GDP平均成長率を1.5%とした慎重シナリオケースで、2020年度に基礎的財政収支均衡に16.6兆円（消費税率換算約6%）が不足すると予測している。財務省も1月26日に2015年度までの歳出と歳入の見通しを推計した「後年度影響試算」を明らかにした。これによれば、税収は消費税率引き上げと経済成長の効果により2012年度42.3兆円から2015年度52.8兆円へと10.5兆円増える。しかし、同期間に歳入不足を埋める新規国債発行額も1.2兆円増加する。その最大の理由は社会保障費の拡大である。そして、高齢者割合上昇が続く中で年金、医療、介護の財源を賄うためには、消費税率を10%以上に引き上げる必要があることが既に指摘され始めている。

### 経済成長に寄与できるのは医療のみ

このように社会保障・税一体改革を今回の案どおりに実施したとしても、持続可能な社会保障制度と財政再建が共に実現すると期待することは難しい。なぜなら、給付削減への踏み込み方が不十分であることに加えて、社会保障改革が経済成長につながる具体的メカニズムを改革素案が示していないからである。社会保障には年金、医療、介護、子育て支援、生活保護などがある。このうち年金と生活保護は所得の移転であり経済成長に概ね中立である。介護、子育て支援の場合は、財源投入することで施設が増

え雇用も創出される。しかし、その財源は他産業から再配分されたものである。したがって、介護、子育て支援が日本経済全体の成長に寄与するためには、その生産性向上が財源を奪ってきた他産業を上回る必要があるが、他産業より労働集約的であること等からそれは期待し難い。つまり、社会保障改革が経済成長に結びつく可能性がある分野は医療のみなのである。そこで本稿では、一体改革素案の内容も踏まえながら、医療改革により経済成長を促進する具体的方法について私見を述べることにしたい。

## 2. 医療を成長のエンジンに転換する方法

### (1) 日本版IHN構築を促す

#### キーワードは垂直統合

先進諸国の医療制度はそれぞれに歴史的経緯があり異なるが、医療サービス提供の生産性向上は共通のキーワードで論じられている。それは、Vertical Integration垂直統合である。垂直統合とは、急性期から亜急性期、リハビリ、外来、介護、在宅、終末期に至るまで患者が必要とする医療サービスを継ぎ目なく提供することである。垂直統合の仕組みの下では、一人の患者を担当する医療チーム内で情報共有することにより重複検査や過剰医療がなくなり、コスト節約と医療の質向上が同時達成される可能性が高まる。社会保障・税一体改革素案では垂直統合という言葉は使われていない。しかし、同案が病院・病床機能の分化、チーム医療の推進、地域包括ケアシステムといったキーワードを使い掲げている医療サービス提供体制改革の方向は、一応垂直統合を目指したものであると言える。

#### 連携ではなくIHN

この垂直統合を実現する方法を大別すると、

連携とIHN（Integrated Healthcare Network：統合ヘルスケアネットワーク）の2つがある。連携は、異なる機能を担う独立した医療事業体が契約により結びつきシームレスな医療サービス提供を目指すものである。これに対してIHNとは、それらの多種多様な医療事業体群が経営統合し一つの事業体になったものである。いずれの国でも現在の医療サービス提供体制は連携とIHNが混在した状況にある。そういう中で、米国とオーストラリアのようにIHNが各医療圏で中心的役割を果たす仕組みを構築した国ほどシームレスな医療サービス提供ができています。一方、連携に依存した改革を進める日本、英国では垂直統合の目的が十分に達成されていない。つまり、医療サービスの垂直統合実現の方法としては、IHNの方が連携より優れているのである。

この点を理論的に明確に説明したのが、2009年ノーベル経済学賞を受賞したオリバー・E・ウィリアムソンである。すなわち、一つの事業

体が市場に財・サービスを提供する場合、その組織のあり方は様々である。ある事業体はその産業の川上から川下まで全部門を自らに包含した組織を構築しているのに対して、別の事業体は多くの部門を契約によりアウトソーシングした組織を選択している。ウィリアムソンは、各事業体が組織構造を選択する時の判断基準として取引コストという概念が有効であることを示した。アウトソーシングを選択した事業体は、その契約先との関係が悪化し契約が解約されるリスクを常に抱えている。もし、解約された場合に代替する契約先を見つけることが困難な（⇒取引コストが高い）場合には、事業継続ができなくなるので大問題である。そして、ウィリアムソンは医療サービスの取引コストは高いと指摘している。

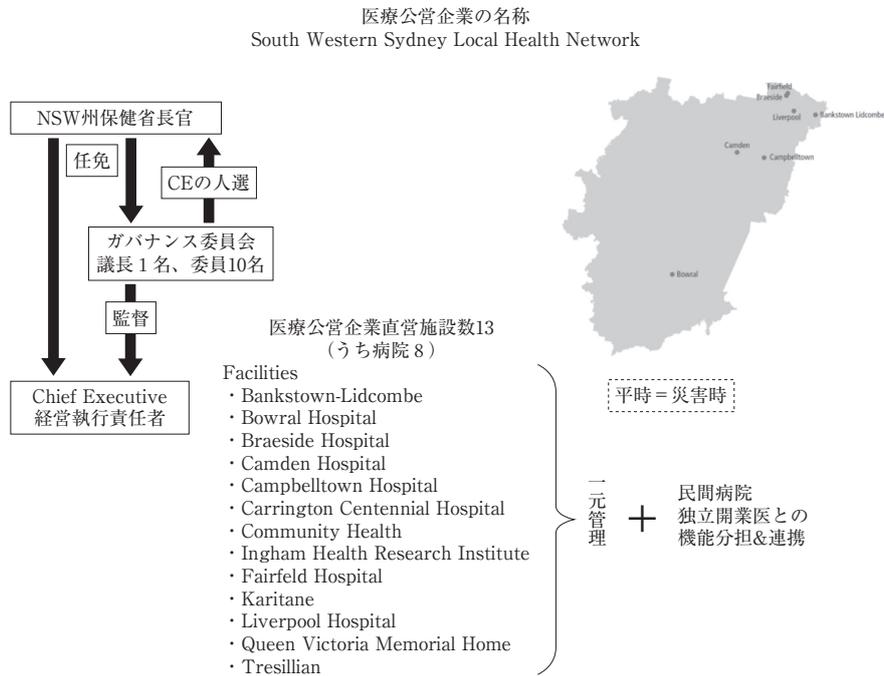
そこで、米国では民間非営利病院または公立病院を核にしたIHNが競争の中から生まれ、オーストラリアでは州立の医療公営企業の形でIHNが政策的に作られているのである。図表1

（図表1）オーストラリアNSW州の医療圏区分と医療公営企業



（資料）ニューサウスウェールズ州政府のホームページ資料等より筆者作成  
©一般財団法人キヤノングローバル戦略研究所

(図表2) NSW州立医療公営企業のガバナンスと医療提供体制



(資料) 図表1に同じ  
©一般財団法人キヤノングローバル戦略研究所

は、オーストラリア・ニューサウスウェールズ州の医療提供体制の中核を担う医療公営企業の配置状況を表している。人口730万人（2011年6月現在）の同州内を地方部7、都市部8の医療圏に区分し、それぞれに医療公営企業を設置、各医療圏内の公立医療施設を一元管理する仕組みである。小児、精神、公衆衛生については、州全体を所管する医療ネットワーク事業体を別途設置している。これも重複投資を回避するためである。図表2は、その医療公営企業のガバナンスである。このように当該医療圏で圧倒的に強い垂直統合した事業体があると、他の民間病院や独立開業医はそこと連携せざるを得ない。そして重要なことは、州内全ての医療機関の評価情報がWEB公開されており、州民は住所と異なる医療圏の医療公営企業で受診できる点である。なお、州ごとに医療提供体制が異なるカナダでも、ブリティッシュ・コロンビア州がこ

れと類似の仕組みで医療公営企業IHNを構築している。

### 経営力世界一のIHNセンタラ

筆者が知るかぎり、多種多様な医療関連施設群が経営統合したIHNの中で世界一の経営力と評価できるのは、米国バージニア州ノーフォークに本部を置くセンタラヘルスケア（Sentara Healthcare：以下センタラと略す）である。世界一とする根拠は、米国に約600存在するIHNの経営力評価ランキングで2010年、2011年と2年連続No. 1に輝いたこと、オーストラリアやカナダの医療公営企業IHNと異なり純民間非営利IHNであり補助金ゼロで成長を続けていること、の2点である。ハーバード大学のマイケル・E・ポーターも、その著作「Redefining Health Care」（邦題：医療戦略の本質、日経BP社刊）で、センタラを競争優位に立つ医療

事業体のモデルとして評価している。

筆者がセントラを初めて視察したのは2002年である。以来10年間毎年1～2回訪問し、セントラのマネジメントが進化する過程を医療の標準化、医薬品・診療材料物流管理、ベンチマーキング、IT投資、ガバナンスなど様々な視点から観察してきた。

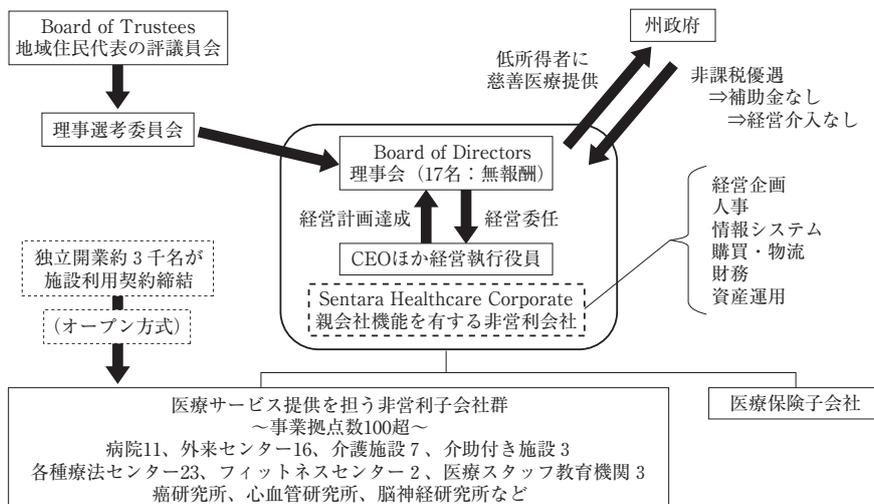
セントラが事業展開する医療圏はバージニア州とノースカロライナ州にまたがる人口200万人超の地域である。面積、人口でいうと長野県（東西に約120km、南北に212km、人口214万人）を思い浮かべて頂ければよい。セントラは、そこに病院8をはじめ100以上の事業拠点を配置している。2006年から数年間で250億円を投じてIT投資を行った結果、患者と医療チームが何処でも何時でも情報を共有、地域住民は自宅パソコンから電子カルテを閲覧、医療相談もできるよになっている。

図表3は、セントラのカバナンスと組織構造を表している。ガバナンスは地域住民代表が行っており、非営利事業体として免税特権を得ている。補助金をもらわない純民間非営利IHNで

あることから州政府等からの経営介入を受けない。最近の話題として、経営力No. 1というセントラのブランドに憧れて、近隣の中小IHNがセントラの傘下に入ることを希望し始めたことがある。これらの中小IHNも地域住民によりガバナンスされた非営利事業体であり、地域住民が合意すればセントラは投資コストゼロで規模拡大ができる。その結果、最近2年間で従来の医療圏の外に立地した3病院が加わり、セントラの病院数は11に増加、事業展開する医療圏も拡大した。

図表4は、セントラの収支構造である。まず目につくのが、医療事業体でありながら医療保険料収入13億ドル（2010年12月期、以下同）があり、営業収入34億ドルの約3分の1を占めている点である。これは、セントラが医療保険子会社も経営しているからであり、その加入者が受診した時の支出が医療保険給付費8.3億ドルで対応している。したがって患者サービス収入20億ドルは、公的医療保険であるメディケア（障害者と65歳以上高齢者）とメディケイド（貧困者）並びにライバル民間医療保険会社の

(図表3) セントラヘルスケアの組織とガバナンス



(資料) セントラヘルスケアのホームページ資料等より筆者作成  
©一般財団法人キャノングローバル戦略研究所

(図表4) センタラヘルスケアの収支構造

(百万ドル)

	2007	2008	2009	2010
①営業収入	2,577	2,776	3,015	3,386
患者サービス収入	1,636	1,726	1,808	2,030
医療保険料収入	893	1,000	1,155	1,295
その他収入	48	51	52	61
②営業費用	2,446	2,661	2,889	3,195
人件費	958	1,052	1,104	1,196
医療保険給付費	505	584	759	831
その他費用	983	1,025	1,026	1,168
③営業利益 (①-②)	131	115	126	190
④営業利益率 (③÷①)	5.1%	4.1%	4.2%	5.6%
⑤資産運用益	93	▲273	221	102
⑥経常利益 (③+⑤)	223	▲158	347	292
慈善医療費用	117	138	138	163

(資料) センタラヘルスケア提供決算資料より筆者作成  
 ©一般財団法人キヤノングローバル戦略研究所  
 (注) 決算期は12月。

加入者たちが受診した時のものである。また、センタラは2010年12月期末時点で13億ドルの金融資産を保有しており、国内外の債券・株式に長期投資している。そのため資産運用益の増減が大きく、2008年にはリーマンショックの直撃を受けた。特筆すべきは、営業利益は慈善医療費用反映後の値であり、毎年営業利益とほぼ同額の慈善医療費用を負担している点である。これは、利益の約50%を地域社会に還元していることを意味する。

筆者は、2011年11月にわが国の代表的医療事業体の経営者10名を引率してセンタラを視察、センタラの経営手法についてヒヤリングを行った。視察チームの中には日米両方の医療経営に詳しい医師が複数含まれていた。視察チームの先生方が最も感嘆したのは、米国で普及が始まっている Embedded Analyticsである。これは、医療の質や費用対効果を評価するために電子カルテに組み込まれたツールである。センタラでは、Embedded Analyticsが作成したデータに基づき問題点をピンポイントで把握、全米レベルのベンチマーク・データベースも駆使しながら、改善策を議論していた。

## IHN基本型の創造は日本が先

このように米国では1990年代以降、オーストラリア、カナダでは21世紀になってから、純民間または医療公営企業の形でIHNが誕生、成長し医療サービスの生産性向上に貢献している。これに対してわが国の場合、病院数8,615（2011年10月末）のうち民間医療法人が5,716を占め、個々の医療事業体間の経済的利害が対立しやすい構造にある。加えて、税金で補助されている国・公立病院の間ですら患者情報の共有がされず行き過ぎた設備投資競争を続けている。換言すれば、医療技術の進歩と医療ニーズの変化に合わせて経営資源を最適配分するための地域医療経営のガバナンスを欠いているのである。この構造的欠陥を改革しない限り、一体改革素案が目標とする地域包括ケアも画餅に終わる可能性が高い。

ただし、筆者が調査した限りでは、急性期から外来、在宅ケアに至るまで地域住民が必要とする医療サービスを一つの事業体で提供するIHNの基本型を最初に創ったのは日本である。その具体例が、長野県厚生農業協同組合連合会（以下長野厚生連と略す）と社会福祉法人聖隷福祉事業団（以下聖隷福祉事業団と略す）である。

長野厚生連は、1950年に長野県農協の医療事業部門を分離独立する形で設立された事業体である。佐久総合病院の院長であった若月俊一氏のリーダーシップの下、医療のみでなく塩分摂取過多であった農村地域の人々の食生活改善指導や検診活動にも注力、長野県を全国一低い医療費で長寿の県に導いたことで知られる。長野厚生連は、欧米諸国でIHNが登場する以前から病院、診療所、老人保健施設、訪問看護ステーションなど地域住民が必要とするケアを包括的に提供するための事業拠点を県全域に配置して

きた。2012年2月現在の事業拠点数は55（うち病院数14）である。急性期医療から在宅ケア、介護に至るまでフルサービスを長野県民に提供している点は、前述したセンタラと全く同じである。

2010年度の事業収益（売上高に相当）は858億円と、一地域の医療事業体としてはわが国最大級である。注目すべきは、政策医療の補助金（12億円を特別利益として計上）を含まない経常利益段階で27億円の黒字（同利益率3.1%）である点である。しかも、中山間過疎地に立地するものも含めて全病院が黒字。これは、わが国においてもIHN化が医療事業体の生産性向上に有効である、診療報酬の水準は全体で考えれば低すぎることはない、したがって小泉政権以降の診療報酬抑制策が医療崩壊の元凶であるという批判はあたらないことを示唆している。

このことは聖隷福祉事業団の業績からも確認できる。同事業団は、浜松市を中心に100以上の医療・介護・福祉施設を運営するわが国の代表的セーフティネット事業体である。かつて経営難に陥った国立病院を引き受けたこともあり、兵庫県洲本市、神奈川県横浜市、千葉県佐倉市でも病院を経営している。その2010年度の事業活動収入額（売上高に相当）は888億円である。福祉事業に注力していることから、事業活動収入と事業活動外収入に含まれる補助金は合計23億円と比較的大きい。しかし、この補助金がなくても18億円の黒字（同利益率2.0%）である。

#### 企業も羨む社会医療法人の好業績

医療崩壊の原因が診療報酬抑制策ではないことは、社会医療法人の業績が絶好調であることから確認できる。社会医療法人とは、医療法改正により2007年度から創設された制度である。国・公立病院が赤字の原因と訴えている救急、

災害、小児、周産期、へき地といった公益性の高い医療のうちいずれかを担っている事業体であることから、社会医療法人全体で見れば診療報酬が対象にしている医療を全てカバーしていると言える。したがって、その収支合計から診療報酬が本当に低すぎるのか否かを判定できる。

図表5がその集計結果である。驚くべきことに、小泉政権下のマイナス改定により診療報酬が大底と言われた2009年度においても経常利益率が3.6%であった。そして、10年ぶりのプラス改定があった2010年度は6.0%の増収、59.9%の増益と、医療費を負担させられている民間企業が羨む好調ぶりである。このように医療崩壊が叫ばれる中で社会医療法人の業績が抜きん出ている最大の理由として、長野厚生連や聖隷福祉事業団より規模は小さいもののその多くがIHN化していることがあげられる。

（図表5）社会医療法人の業績

	2009年度	2010年度	増収率
事業収益	9,996億円	1兆593億円	6.0%
経常利益	356億円	570億円	59.9%
経常利益率	3.6%	5.4%	

（資料）資料より筆者作成

©一般財団法人キヤノングローバル戦略研究所

（注）2011年10月現在152ある社会医療法人のうち情報公開制度により財務諸表を入手できた150法人の合計。

#### 国・公立病院の経営統合で日本版IHN創造

これは、医療の生産性を高め日本経済の成長につなげるためには、わが国の医療提供体制の中でIHN化した事業体の割合を高める政策が有効であることを示唆している。具体的には、高コスト体質でバラバラ経営されている国・公立病院を人口100万人前後の広域医療圏単位で経営統合するのである。

この経営統合を進める上で重要なことは、地元開業医が自らの選択で契約に基づき日本版IHNの施設利用ができるオープン方式の採用で

ある。地域住民が必要とする医療サービスを包括的に提供するIHNは、病院だけが集まっても構築できない。なぜなら、医療技術進歩により入院期間の短縮が進み、病院の外にいる患者の割合が高まる。その結果、入院患者を病院に紹介すると共に退院後の外来・在宅医療を担う開業医の協力が一層重要になるからである。しかし前述のとおり、経済的利害が対立しがちな病院と開業医の間の連携は不安定であり、わが国では病診連携が十分機能していると言える状況にない。そこで、オープン方式契約で経済的利害を事前に調整、加えて臨床研究・教育の機会を提供、開業医に後継者がいない場合はIHN側がその施設を借り上げる、といったメリットを与えれば賛同する開業医も多いと思われる。

## (2) 医療の対外収支黒字化を目指せ 膨張を続ける医療の対外収支赤字

日本は天然資源を持たない貿易立国である。したがって、社会保障改革が日本経済の成長率アップに結びつくためには、改革が新たな外貨獲得源を生み出す戦略が求められる。一方、図表6のとおり、わが国の医薬品・医療機器の対外収支赤字は、1990年の2,802億円から2010年

の1兆4,859億円へと“失われた20年間”で5倍以上に膨らんだ。日本経済再生は、今後の20年間でこの赤字を縮小、黒字転換できるか否かにかかっていると言っても過言ではない。

その意味では、社会保障・税一体改革素案が、「日本発の革新的な医薬品・医療機器等の創出により、健康長寿社会を実現するとともに、国際競争力強化による経済成長に貢献」を「医療イノベーション」と題して掲げていることは正しい。しかし、そのリーダーであった内閣官房医療イノベーション推進室中村祐輔氏が、「国の制度や仕組みを変えようと頑張ったが、各省庁の調整機能さえ果たせず無力を感じた」との言葉を残して、米国シカゴ大学に去ってしまった。したがって、医療イノベーションを前進させるためには、霞が関の悪弊をものともせず世界中から優秀人材を集め自らも研究財源を獲得できる仕組みを構築することが求められる。

## メガ非営利医療事業体の存在が不可欠

ちなみに、米国で新しい医薬品・医療機器の実用化プロセスを担い医療イノベーションを加速させているのは、年間収入が数千億円～1兆円のメガ非営利医療事業体である。米国のメガ

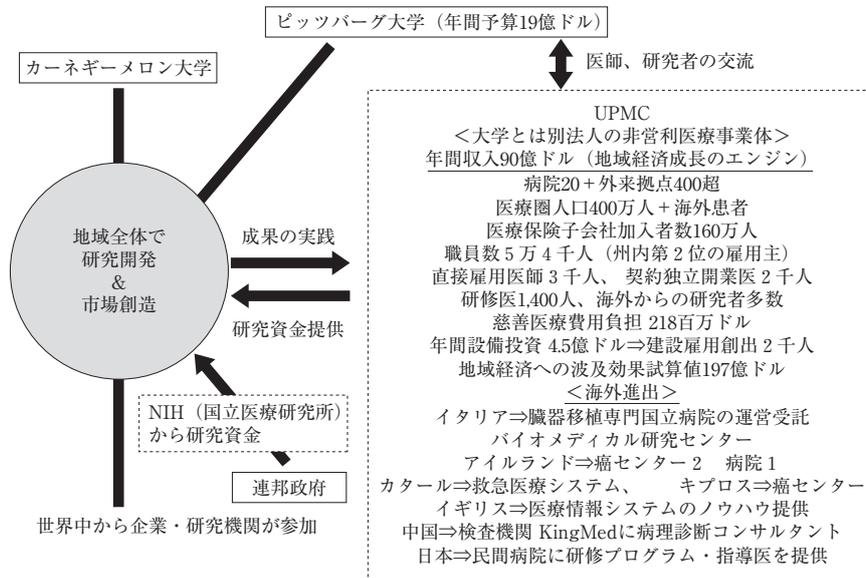
(図表6) 医薬品・医療機器の対外収支

(暦年ベース、単位：億円)

		1990	2000	2010	
医薬品	国内生産額	55,954	59,273	67,791	
	貿易収支	対米	▲691	360	▲1,218
		対EU	▲1,513	▲2,263	▲7,054
		対その他諸国	▲635	▲301	▲3,166
		①計	▲2,838	▲2,205	▲11,438
	技術導入収支	受取	250	864	3,128
		支払	225	390	519
②収支差		25	474	2,609	
医療機器	国内生産額	12,742	14,863	17,134	
	貿易収支	対米	▲642	▲4,283	▲4,494
		対EUその他諸国	653	▲297	▲1,527
		③計	11	▲4,580	▲6,021
合計額 ①+②+③		▲2,802	▲6,311	▲14,850	

(資料) 薬事工業生産動態統計年報、貿易統計、科学技術研究調査  
©一般財団法人キヤノングローバル戦略研究所

(図表7) UPMCを核にしたピッツバーグ医療産業集積の概念図



(資料) UPMCのホームページ資料等より筆者作成  
 ©一般財団法人キヤノングローバル戦略研究所  
 (注) 数字は2011年6月期。

非営利医療事業体は、約600あるIHNの中で大学や企業の研究開発機能と緊密な関係を築き成長、世界ブランドになったものである。

図表7は、その代表例であるUPMCを核にしたピッツバーグ医療産業集積を表している。UPMCとはUniversity of Pittsburgh Medical Center (ピッツバーグ大学医療センター)の略だが、ピッツバーグ大学の附属機関ではなく、大学から完全に独立した別法人のIHNである。その発足は1986年であり、当時大学附属だった3病院を大学から切り離す形で創られた。その背景には、ピッツバーグ繁栄の象徴であったUSスチールが1982年に鉄鋼業不振から石油エネルギー会社に業態転換を敢行、ピッツバーグに残ったのは公害だけという危機があった。当時の地元政財界の重鎮がピッツバーグ再生の方法として医療産業を選択したのである。医療産業集積としてのインフラ整備が完了した1996年に多角化戦略を策定、後述する他の老舗メガ非営利医療事業体が消極的だった海外進出にも果

敢に取り組んだ。また、病院医療のみでなく外来、リハビリ、在宅、介護などにも注力、IHN化を進めた。その結果、今ではUPMCの事業規模は90億ドル(2011年6月期)とピッツバーグ大学予算の約5倍に達している。

米国にはUPMC以外にも世界ブランドのメガ非営利医療事業体が相当数ある。例えば、医療の聖地と称されるメイヨー・クリニック(ミネソタ州)、マサチューセッツ総合病院を中核病院に持ちハーバード大学と業務提携しているパートナーズ・ヘルスケア(マサチューセッツ州)、心臓手術で有名なクリーブランド・クリニック(オハイオ州)、癌医療の頂点に君臨するMDアンダーソン(テキサス州)などである。医療財源と医療提供体制が“公”中心である英国やオーストラリアでも、類似の事業体を公立病院を核に構築している。

学閥をなくすことで大学ブランドが飛躍

これに対してわが国の場合、米国に次ぐ世界

第2位の医療市場でありながら世界ブランドのメガ非営利医療事業体が1つも存在しない。それを象徴するエピソードが5～6年前にあった。日本の医学研究のトップを自任する某大学医学部が、長年共同研究を行ってきたMDアンダーソンに業務提携を申し入れたところ「ブランド使用料として5年間で1千万ドル」を要求されたのである。つまり、対等な関係と思い込んでいた日本の大学医学部は、MDアンダーソンから見ればパートナーとするに値しなかったのだ。

日本の大学付属病院とメガ非営利医療事業体の間には、決定的違いが2つある。学閥の有無と事業規模である。メガ非営利医療事業体は世界中から一流人材を集めることで競争している。その人財に魅力を感じて企業が集積、医療産業集積へと発展している。その結果、メガ非営利医療事業体と関係の深い大学のブランドも飛躍的に向上することになる。これに対して、日本の大学付属病院のように学閥を重視するカルチャーの組織に世界の一流人材は来ない。

そこで、わが国の国立大学から附属病院を切り離すことを提案したい。附属病院を切り離して先に述べた国・公立病院の広域医療圏単位経営統合に合流させ、UPMCと同じように大学から独立したIHN構築のインフラにするのである。こうすれば日本でも大学よりも事業規模が大きい世界ブランドのメガ非営利医療事業体が誕生するはずである。

### (3) 日本の医療をパッケージ輸出する

#### 現地病院グループへの資本参加

日本の医療市場は2030年頃から縮小し始める。人口減少による医療費減少効果が高齢化による医療費増加効果を上回るからである。しかも2030年頃というのは日本全体で見た場合であり、都道府県別に推計して見ると、秋田県、島根県、

高知県などは2020年頃から医療市場縮小がスタートする。市町村別ではその縮小が既に始まっている所さえある。

一方、東南アジア諸国の医療市場はこれから急拡大する。したがって、わが国の医療産業関係者は、東南アジア諸国への進出を考えるべきである。その方法を大別すると2つある。第1の方法は、「現地病院グループへの資本参加」である。これは、三井物産が2011年にマレーシアのIntegrated Healthcare Holdings Sdn. Bhd (以下IHHSB社と略す)に約900億円出資することで先鞭をつけた。IHHSB社は、マレーシア、インド、シンガポール、中国等に事業拠点を有するアジア最大手の病院グループである。

#### カンボジアへのパッケージ輸出が試金石

第2の方法は、医療法人社団KNI(北原国際病院:東京都八王子市)の北原理事長が提唱している「医学部・病院・医療保険のパッケージ輸出」である。日本経済の成長にとってより重要なのは、このパッケージ輸出である。医療市場が白地である国に日本の医療制度を丸ごと輸出できれば、日本国内の人口減少による市場縮小を相殺して余りある。人口増加と同じ効果を発揮して新規顧客開拓に大きく貢献するからである。

北原理事長は現在カンボジアにパッケージ輸出することに取り組んでいる。ライバルは中国と韓国である。このプロジェクト案件を日本が勝ち取ることは外交政策としても重要である。国造りを急ぐカンボジアにとって医療制度は最重要インフラの1つである。わが国がその提供を任せられるということになれば、日本がカンボジア国民から信頼されている証であり、将来両国間の官・学・民人材交流や貿易が急拡大すると期待できるからである。

### 3. 結 語

#### 国民一人ひとりに保険を選ばせる

2012年1月31日、米国の格付け会社スタンダード・アンド・プアーズ（S&P）社が、高齢化で急増する医療費を抑制する改革ができない国の国債の格付けは2010年代半ばにも引き下げられる可能性がある、との報告書を出して話題になっている。これは、医療事業者の業績が好調であるにもかかわらず2012年4月に診療報酬プラス改定（医科本体部分で4,700億円増額）を決めたわが国政府への警告でもある。医療提供体制の構造改革を行わず現在の欠陥を放置したまま財源を追加投入することは、財政危機を悪化させる愚策に他ならない。

また、これまでの医療財源政策論議で看過されている視点がある。他の先進諸国が既に様々な形で取り入れている「公的保険制度の枠組みを維持した上で国民一人ひとりが選択できるオプションを設ける」という工夫である。

例えば、各個人の年間医療費の一定額まで患者負担とする免責制が何度も議題にのぼったが合意が得られていない。これは、免責制を全国民に一律適用しようとするからだ。免責制を受け入れて患者負担を大きくすることに同意する国民には保険料を引き下げるというメリットを与えれば、国民一人ひとりが自らの価値観で選ぶことができるようになり紛糾しないのではないか。S&P社の報告書発表と同じ日、日本老年医学会が、終末期における延命医療を中止する選択肢を積極的に認める立場を表明した。この終末期医療のあり方と保険料の関係もオプションになりうる。現行制度では延命医療を求め患者の費用を尊厳死を選んだ患者にも負担させることになっており、むしろ不公平なのである。

#### 保険と医療提供の連結経営で地域間競争

わが国の医療保険は都道府県単位で統廃合される方向にある。これは、公的保険制度でありながら保険者が3千以上に細切れになっている欠陥を是正することになるので正しい。一方、本稿で主張したように国・公立病院や大学付属病院を広域医療圏単位で経営統合してIHN構築のインフラにすれば、都道府県単位の保険者の経営判断に必要な医療評価データベースを構築できる。これでセンタラが実践している保険と医療提供の連結経営が可能になる。

この連結経営効果を民間の経営手法で徹底追求した都道府県が医療で経済成長できる。なぜなら、そこに医療人材や患者、医療関連企業が集まり、そこが東南アジアに医療のパッケージ輸出する際の基地になるからである。つまり、医療改革とその競争政策は、個々の医療施設間ではなく地域間競争の発想で考える必要があるのである。

(2012. 2. 22)