

平成 24 年 年末特別講演会

日本社会・経済の再生に資する医療改革 —兵庫県に世界標準の地域医療提供体制を創る方策—

日時：平成24年12月6日(木) 15:30～
場所：兵庫県民会館 9階 けんみんホール
講師：キヤノングローバル戦略研究所
研究主幹 松山幸弘先生



キヤノングローバル戦略研究所の松山でございます。日本社会全体及び経済がこれから大変な事態に直面します。今後、我々は何をなすべきかを考え、また兵庫県の事情を踏まえた上で、①近未来日本の不都合な真実、②地域医療崩壊の元凶はガバナンスの欠如、③医療産業集積の必須要件、④地域包括ケアの世界標準モデル、⑤兵庫県医療界が問われる試金石、の5項目についてお話しをさせていただきます。

①近未来日本の不都合な真実

医療亡国論という言葉がよく出てきます。私は20年以上医療政策の研究をしておりますが、この医療亡国論というのは誤りです。例えば、「医療費がGDP、つまりその国の経済の大きさに占める割合が一定レベルを超えると国民経済がおかしくなるのではないか」という議論があります。これは、経済学の立場から言っても理論的最適値などはありません。なぜなら、GDPに占める医療費の割合は、その時代の医療技術のレベル及び人々の価値観等々によって事後的に決まるものであり、それがどのくらい高いか低いかは余り問題ではありません。

その根拠として米国を見れば明らかです。ご承知のとおり米国では、GDPに占める医療費

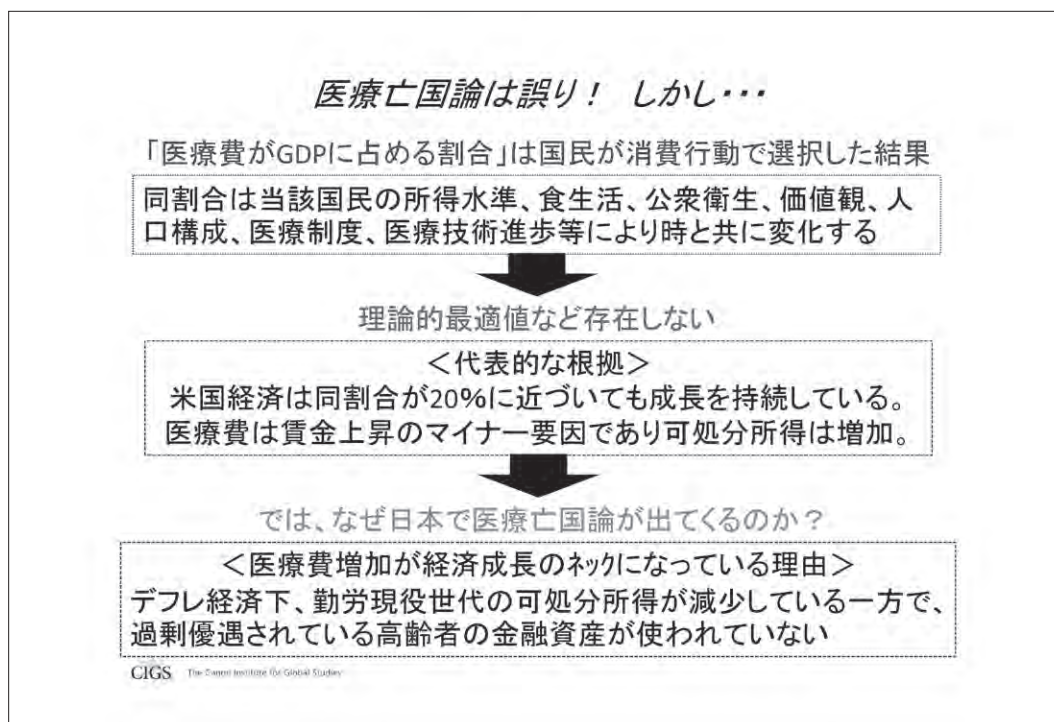
の割合は、17.5%。近い将来20%になると言われております。にもかかわらず経済成長は続いています。

一方、アメリカと比べて医療費が約2分の1の日本で、なぜ医療亡国論が出てくるのでしょうか。日本の場合は、医療費の増加が経済成長のネックになっているからです。具体例をあげれば、デフレ経済下で勤労現役世代の可処分所得が減少している一方で、高齢者が金融資産を持っているにもかかわらず過剰優遇されている、という事実です。これが最大の原因と考えてよいと思います（資料1）。

なぜかと申しますと、私の父が9月に88歳で亡くなりました。亡くなる直前は、自宅近くの特別養護老人ホームに入り、月の負担が15万円でした。父は厚生年金の受給者ですが、年齢が



資料 1



高い時に年金制度ができた結果、保険料をほとんど払っていません。にもかかわらず60歳から月27万5,000円の年金を受取り、毎月黒字でした。27万5,000円から保険料などを引いて、手取りが22万円です。そこから特別養護老人ホーム代15万円を引いても7万円残り、その7万円で母が生活できていました。特別養護老人ホームに入る前は、黒字額が大きく貯金が積み上がる状態でした。

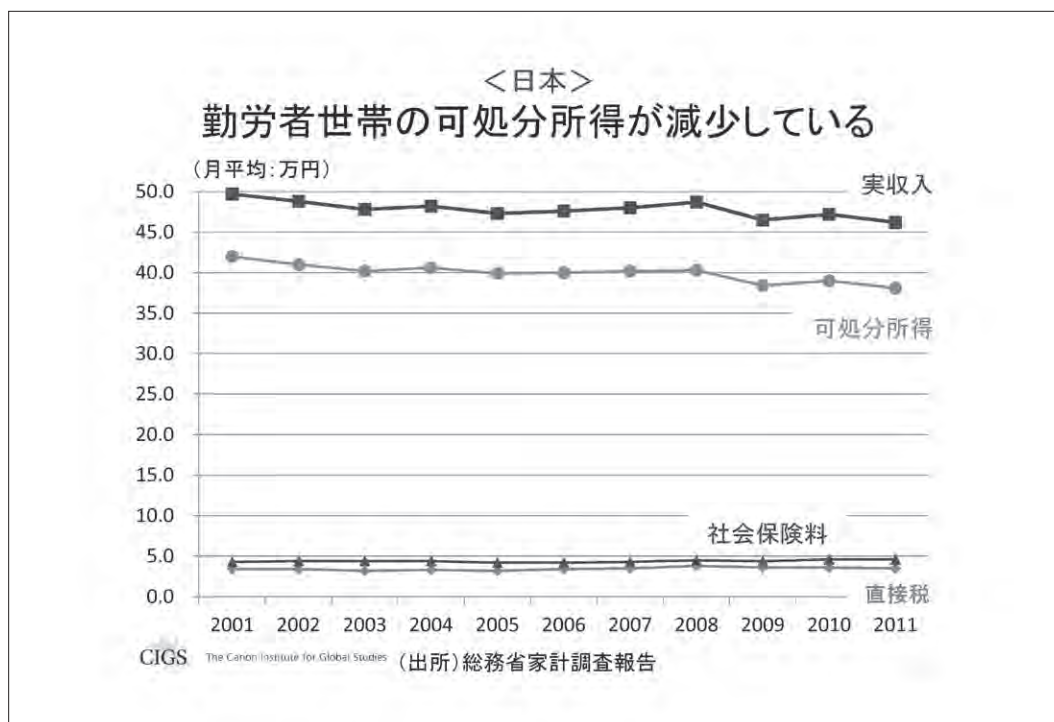
現行制度の欠陥がより鮮明になったのは、父が特別養護老人ホームで肺炎を起こし、救急で一般病院に入院した時です。医療費の自己負担が1カ月あたり8万円と言われ母は驚きました。病院の方が特別養護老人ホームよりも濃密なケアをしてくれているにもかかわらず、1カ月あたり自己負担が約半分になり、貯金が増えるからです。母が言わく、「誰がその負担をしているのか」ということです。

結果的に父は保険料をほとんど払わずに、累

積した年金黒字がかなりの金額になりました。これは年金を満額受給している高齢者の平均的姿です。したがって、社会保障と税の一体改革の議論が始まっていますが、この事実は解決の道はあることを示唆しています。私の父は平均的高齢者ですから、生活困窮高齢者が一方に存在することを認めるにしても、多くの高齢者が入院した時に15万円ぐらい年金の範囲で負担できるはずで、高額療養費制度で自己負担上限額を約8万円とせず、高齢者に対してもう少し負担を増やしてもよいはずで、その分現役世代の負担を軽くすべき、というのが私の持論です。

資料2をご覧ください。現役世代の可処分所得が減り続けています。つまり、使えるお金が減っています。その背景として、まずデフレのため給料そのものが減っている。実収入が減っているわけです。その一方で、社会保険料率が引き上げられており、社会保険料負担額は減っていません。

資料2



一方、米国はどうか。米国の医療費は膨張し続けていますが、経済成長のネックにはなっていません。結論から申しますと、米国の場合は、医療産業以外の産業の付加価値、労働生産性も高まっており、給料の増加で医療費の増加を吸収できているのです。

資料3をご覧ください。2000年3月から2012年6月までの期間における1時間当たり人件費の増加額は、8ドル95セントです。そのうち医療費はわずか13.5%しか占めていません。医療費が名目GDPを上回るスピードで増え続けているのに、なぜこういうことが起きているか。それを説明する理由の1つは、米国が1990年頃に医療費についてもカフェテリアプランを導入したことです。カフェテリアプランとは、企業の現役世代に対する医療費の負担を確定拠出型にするということです。つまり、企業側は職員の貢献度に応じて一定額を企業福祉予算として払えば医療保障提供義務を免除される。その

結果、国全体の医療費が増加しても総人件費コントロールができる仕組みとなりますので、企業の競争力に余り影響がないというわけです。一方勤労者の方は、自分の家族構成に合わせて必要な保険を選ぶことができます。このモデルでは夫婦共稼ぎを前提にしています。日本では、妻と夫が企業に勤めている場合、両方で健康保険料が強制的に給与から差し引かれます。ところが米国のカフェテリアプランの場合、ご主人の給与で家族全員の医療保険を買くと、奥さんは医療保険を買う必要がなくなり、それをキャッシュでもらえます。お互い、ウイン・ウインになるわけです。1990年頃から勤労者も雇用主も、より限られた財源の中で満足度が高まるこの仕組みを採り入れ始めました。これは年金の確定拠出と同じ考え方です。早く採り入れた結果、現在その成果が出ているわけです。

日本でも近い将来、医療保険へのカフェテリアプランの導入について議論が起こるかもしれ

資料3

＜米国＞
医療費負担増加を他産業の給与(≒労働生産性)アップで楽々吸収
米国企業の1時間あたり人件費の増加要因

	2000年3月 ①	2012年6月 ②	増加額 ②-①	増加額 構成比
1時間あたり人件費	19.85	28.80	8.95	100%
現金支給額	14.49	20.27	5.78	64.6%
企業福祉給付コスト	5.36	8.52	3.16	35.4%
医療費	1.33	2.54	1.21	13.5%
団体医療保険	1.09	2.21	1.12	12.5%
メディケア・パートA	0.24	0.33	0.09	1.0%
年金等貯蓄	1.56	2.37	0.81	9.1%
その他	2.47	3.61	1.14	12.7%

(注)メディケア・パートA=65歳以上高齢者の入院費用財源を現役世代が労使折半で負担する制度で2012年現在の保険料率は2.9%
(出所)米国労働省 Employer Costs for Employee Compensation

CIGS The Foundation for Pooled Studies

ません。しかし、医療財源における世代間、同世代内利害対立が米国以上に深刻な日本の場合、米国と同じ仕組みを導入することは、手遅れであり極めて困難です。そこで、一工夫必要です。具体的には、公的保険の枠組みの中で国民一人一人にオプションを与える方法が検討に値すると思われます。医療にもっとお金を使いたい人にはそのような追加給付オプションを与え、今のままを望む人には現行制度を標準プランとして提供するのです。これは、年金と同じように公的保険の枠組みの下で医療保険を二階建てにするという考え方です。

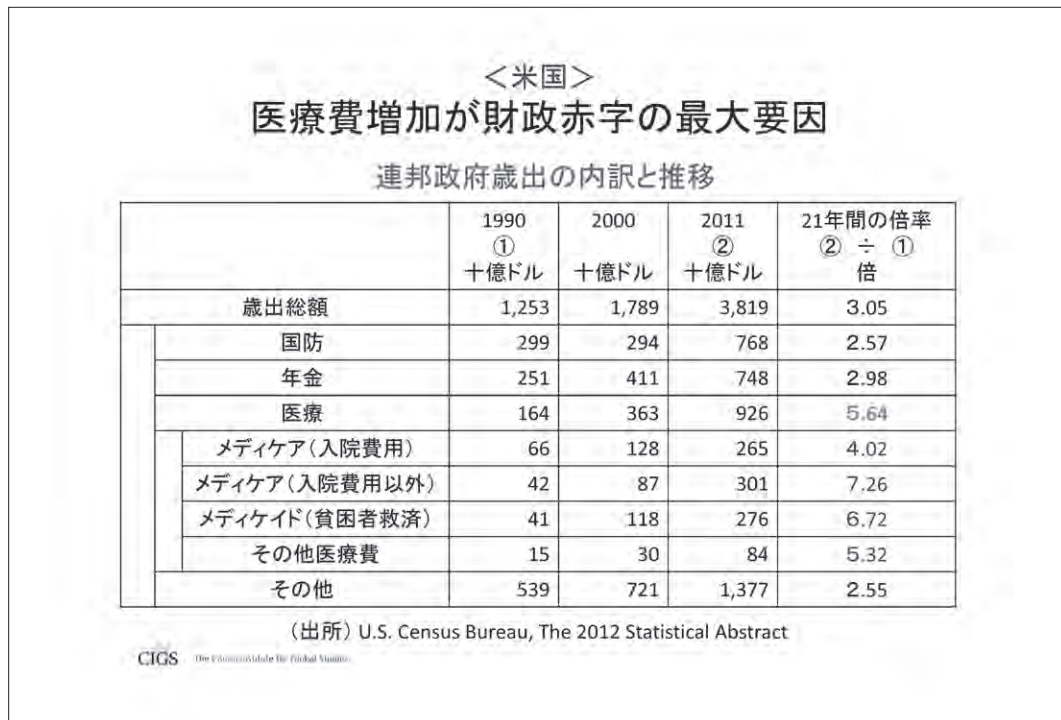
私は、このカフェテリアプランに基づく医療保険改革を1990年に初めて出版した「米国の医療経済」という本で紹介しました。最近になってようやく日本でも自民党有力議員がカフェテリアプランに言及するようになりました。この「米国の医療経済」という本は、出版当時の厚生省からも注目され何度か省内勉強会に呼ばれま

した。それは、米国の包括支払い制度を理論的に説明した最初の日本語の本だったからです。

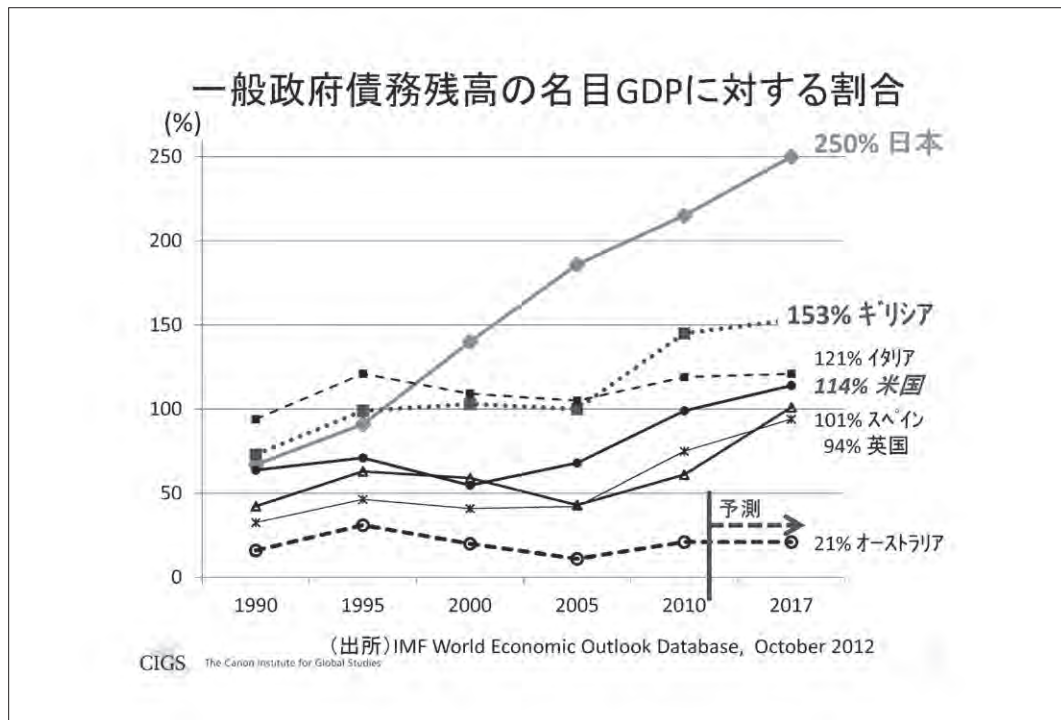
続いて資料4をご覧ください。米国の企業は医療費が増えても耐えることができていますが、一方で、連邦政府は大変な状況にあります。1990年の国防費、年金、医療費の連邦政府歳出を見ると、医療費が一番少なかった。しかし、これが2011年時点で最大の費目になっています。オバマ大統領の医療改革によって、医療費の連邦政府負担が今後さらに増えると予想されています。そのため、米国政府の財政にとって医療費が最大のテーマです。

しかし、米国の場合解決の道がまだあると思われま。資料5をご覧ください。これは、IMF国際通貨基金が定期的に発表している各国の一般政府債務残高のGDPに占める割合の実績と予測です。これは本年10月発表の最新データです。米国はオバマ大統領が医療改革を推し進めた場合でも、2017年に114%になるだけです。

資料4



資料5

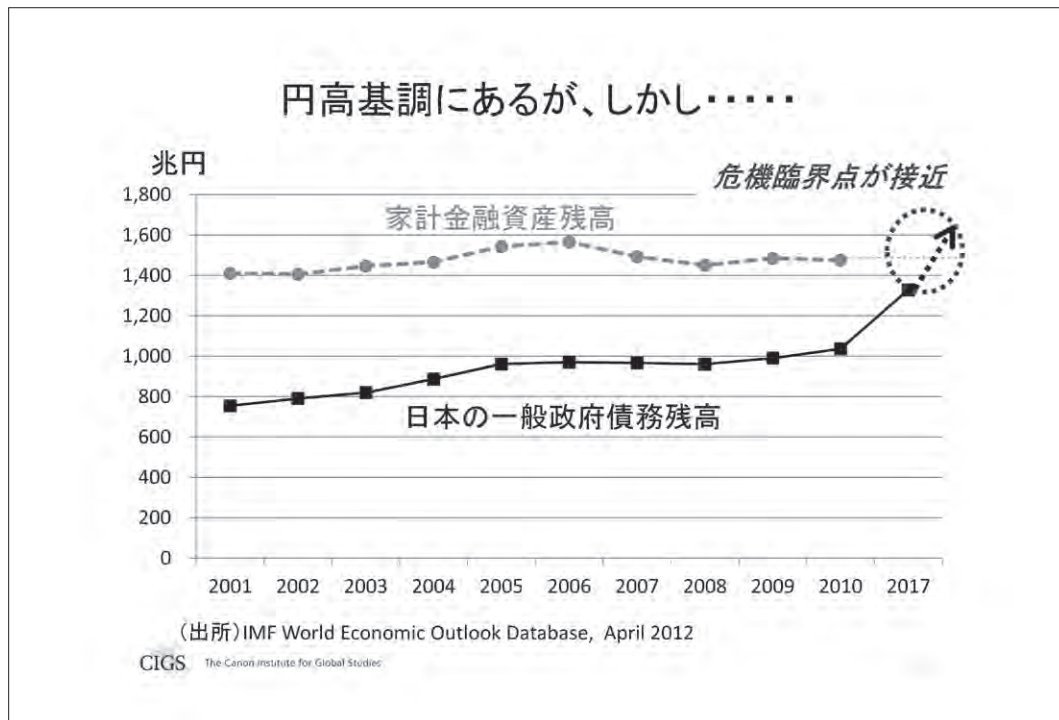


ギリシャは、2010年以降170%近くに急上昇しますが、その後、健全な政策をとれば153%に下がる予測になっています。

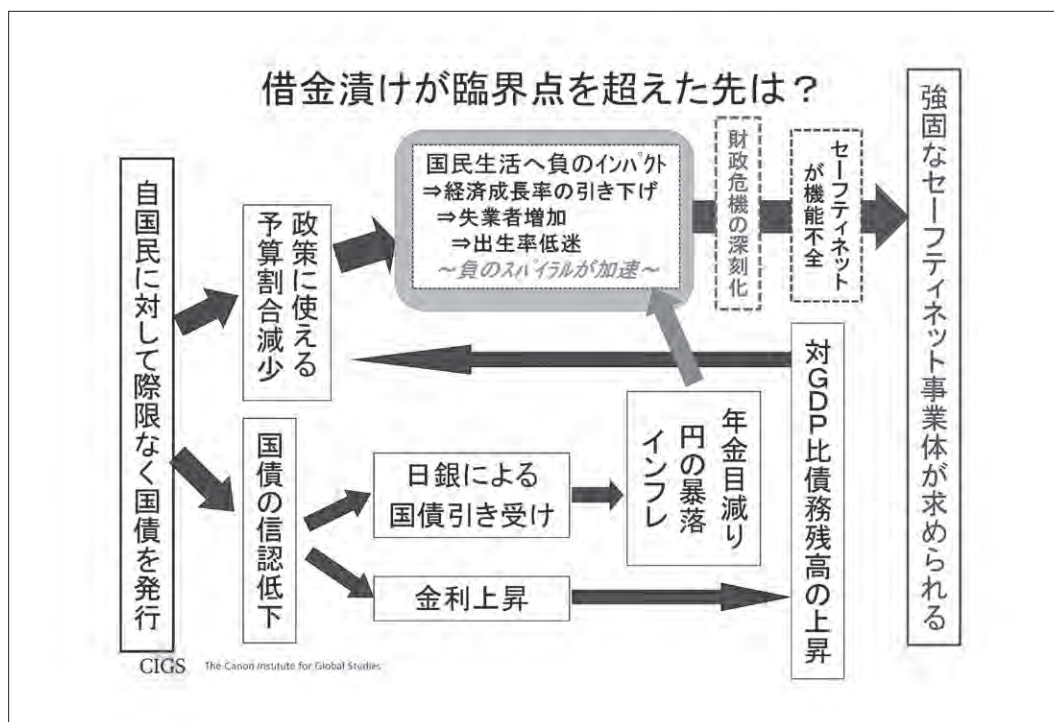
一方、日本はどこまで上がり続けるのかわからない状況です。にもかかわらずなぜ円高なのか。理由の一つは、世界の人々が世界経済を見る時に日本のニュースにほとんど関心がないことです。今、欧州経済が大変なことになっており、それが解決するまでは日本の財政危機のことなど忘れていきます。しかし、欧州の問題はあと4、5年で解決されるでしょう。その時日本は重大な問題が出てきます。と申しますのは、家計金融資産残高が直近のデータで1,515兆円あります。一般政府債務残高がそれを抜くのが恐らく2018、9年だと言われています。その時に危機臨界点に来るわけです（資料6）。それを超えると、日本は外国から借金していく経済になり得るわけで、かなりシビアな状況が生まれてきます。今までは国民に対して限りなく国債を発行してきましたが、それを続けられない事態に

なるのです。借金を重ねることによって、政策に使える予算の割合がどんどん減っていきます。なぜなら、金利の支払いが膨らむとともに、返済期限が来た国債を償還するための財源が必要になるからです。それによって、国民生活へ負のインパクト、すなわち経済成長率の引き下げ、失業者増加、出生率低迷が加速するわけです（資料7）。最初に生じるのは国債の信認低下です。例えば10年物国債の場合、金利が1%上がると市場価格が約1割落ちます。1,000兆円の1割、100兆円の時価評価下落が起こると国債を保有している金融機関や公的年金積立金が直撃を受けます。結果的に対GDP比債務残高がまた上昇します。次に予想されることは、既に議論になっていますが、日本銀行による国債の引き受けです。半年ぐらいい見有効に見えますが、その後インフレ、円の暴落、年金の目減りが急激に始まります。それが結局また負のスパイラルを加速させることになるのです。財政危機が本当に深刻化して、医療のセーフ

資料6



資料7



ティネットが機能不全になります。

では今、医療関係者が何をしなければいけないのか。それは、仮に自治体とか国が倒れかかっても生き残るセーフティネット事業体の仕組みを作ることです。それがないと恐らく民間の医療事業体の多くも非常に厳しい状況に陥るだろうと懸念されます。

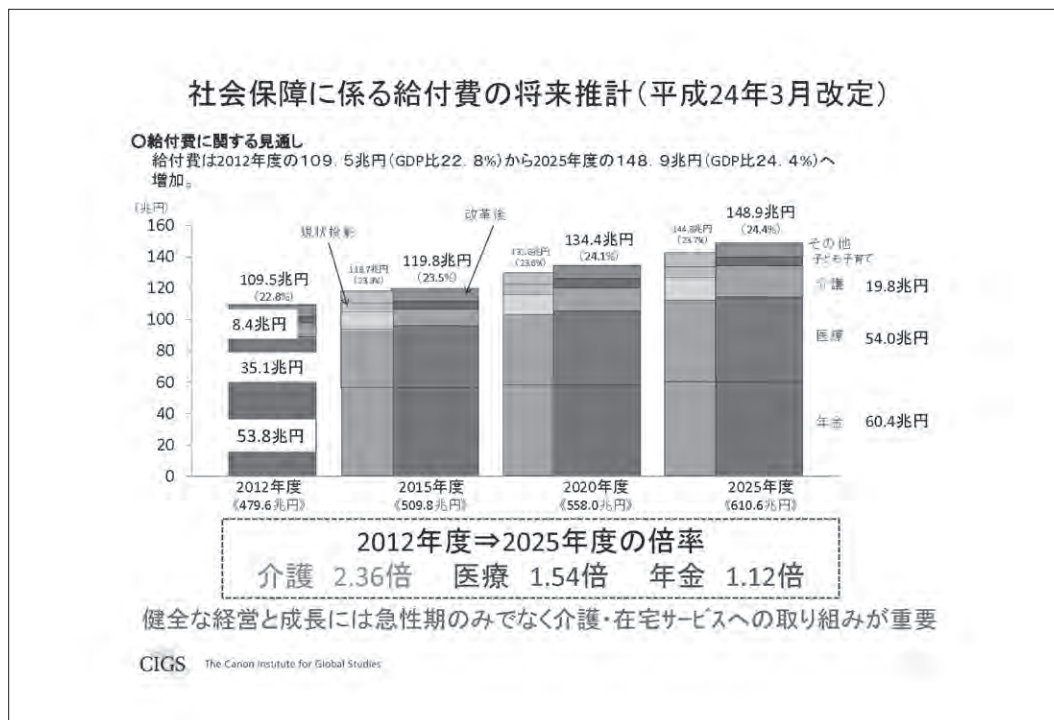
もう一つ重要なことは、社会保障に係る給付費の将来推計です。資料8をご覧ください。年金の伸び率よりも医療の伸び率の方が大きい。さらに、医療よりも介護の伸び率の方が大きいのです。医療事業体が健全な経営と成長を達成するためには、急性期のみでなく、介護・在宅サービスへの取り組みを行わないと収入が伸びない時代が来るのです。

しかし、介護、福祉の市場が大きくなることは、日本経済全体の成長の足を引っ張る可能性があります。なぜなら、介護・福祉分野は他の産業から財源を奪ってくるわけで、日本経済全

体が成長するためには、介護・福祉の分野がその財源を奪ってきた他産業よりも生産性向上が上回り続けるという前提が必要です。それは、介護・福祉が労働集約的であるという構造上期待できません(資料9)。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す。ただし、今の日本の介護・福祉の生産性は、いろいろな意味で非効率な面があり、改善する余地がたくさんあります。そこをきちっと解決すれば介護・福祉へ財源投入しても、ある程度日本経済全体の成長に寄与することは可能と考えます。

資料10をご覧ください。医療介護費がGDPに占める割合です。従来、日本はOECD先進諸国の中で、医療介護費の割合が9%前後で一番低い、だから公費をさらに投入して医療介護を大きくしても良いという議論があります。しかし、それは過去の話です。今年からは既に状況が違っています。厚労省が2012年度予算を編

資料8



資料9

通説の誤り 介護・福祉は日本経済成長のエンジンにはならない

1. 経済成長に寄与できるのは医療のみ
 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。

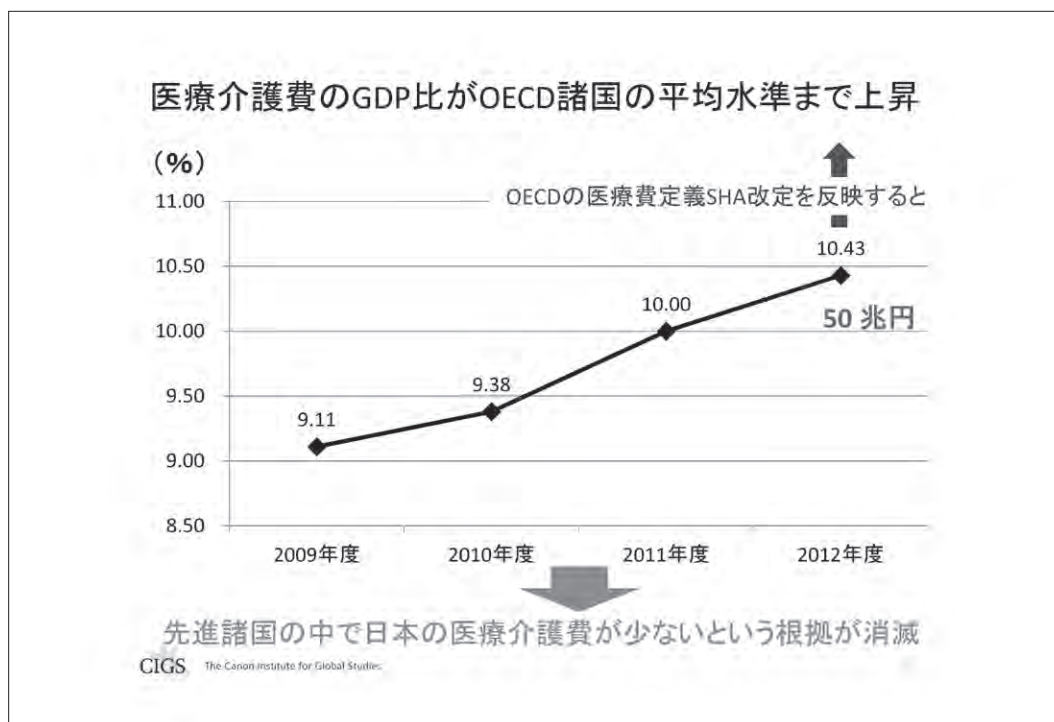
Business & Economic Review

日本郵船

ただし、現在の仕組みの欠陥を是正することで生産性向上ができる余地大！

CIGS The Canon Institute for Global Studies

資料 10



成するときの前提条件である医療介護費は50兆円です。それをGDPで割ると10.43%。この10.43%は、OECD諸国の平均値レベルです。日本の同割合が2012年度にはOECDの平均値に達するのです。この割合にはさらに大変なことが起きています。OECDのデータを比較するとき、SHA、A System of Health Accountsという計算方式が使われます。このSHAが2011年に改正されました。改正のポイントは、各国の医療介護費を計算する時に、従来在宅ケアサービスの金額を算入しないことにしていましたが、それを含めることにしたのです。日本は介護保険制度を導入して、在宅ケアのマーケットを拡大している最中ですので、それを加味すると2012年度現在、この値が11.5%を超えると推計されます。改正によってこの数字がどの程度上昇するかは国によって違います。ドイツはアメリカに次いで医療介護費がGDPに占める割合が常に高いのですが、改正の影響をほとんど受

けないとのこと。それは、改正される前から在宅ケアサービス費用を独自に加味していたからです。日本は相対的に上昇する程度が高いため、恐らく2012年度の各国データがそろった時は、医療介護費の割合が高い国に転じます。2013年度以降もその上昇率が大きいので、恐らく近い将来、日本が米国に次いで医療介護費の割合が高い国になる時代が来ます。これは何を意味するか。それは、先進諸国の中で日本の医療介護費が少ないという根拠が消滅するということです。

次は、医療を経済成長のエンジンにするためには何を目標にすればよいのかです。資料11をご覧ください。日本経済再生のために目指すべきは、医薬品・医療機器の貿易赤字の奪還です。1990年、20年前はたかだか約2,800億円の赤字だったのが、今約1兆5,000億円になっています。2000年時点の医薬品の貿易収支は、対米では黒字でした。それが今や赤字で、医療機器は

資料 11

日本社会・経済再生の必須条件
医薬品・医療機器の対外収支赤字の奪還！ (億円)

		1990	2000	2008	2009	2010	
医薬品	国内生産額	55,954	59,273	66,201	68,196	67,791	
	貿易 収支	対米	▲691	360	▲667	▲653	▲1,218
		対EU	▲1,513	▲2,263	▲5,463	▲6,374	▲7,054
		対その他諸国	▲635	▲301	▲1,495	▲2,415	▲3,166
		計①	▲2,838	▲2,205	▲7,625	▲9,442	▲11,438
	技術 導入 収支	受取	250	864	2,879	2,612	3,128
		支払	225	390	587	449	519
収支差②		25	474	2,292	2,163	2,609	
医療 機器	国内生産額	12,742	14,863	16,924	15,762	17,134	
	貿易 収支	対米	▲642	▲4,283	▲5,002	▲4,626	▲4,494
		対EUその他諸国	653	▲297	▲313	▲1,372	▲1,527
		計③	11	▲4,580	▲5,315	▲5,998	▲6,021
合計額 ①+②+③		▲2,802	▲6,311	▲10,648	▲13,277	▲14,850	

CIGS The Cannon Institute for Global Studies (出所) 薬事工業生産動態統計年報、貿易統計、科学技術研究調査より作成

完全に負けています。この赤字を縮小し黒字に転換するために何をすべきか、という課題を突き付けられているのです。

よく見ると医薬品の技術導入収支は黒字です。これは何を意味しているかと申しますと、日本の製薬メーカーは今、国内で生産しないで、海外の研究機能の高い企業を買収して、海外で生産して海外で売っています。日本経済から見れば、医薬品のような付加価値の高い財の生産を国内ではなくて、海外に持っていかれているということです。それが日本で行われていれば日本国内に雇用が生まれ、現在生じているいろいろな問題の解決の一助になるはずなのです。ではなぜ過去20年間で医薬品・医療機器の貿易赤字がこれほどまでに拡大してしまったのか。私は、その最大の理由は、日本に世界標準の医療事業体がないことにあると考えています。

資料12のとおり、医療イノベーションには2つのテーマがあるのです。わが国の場合、医療

イノベーションというと基礎研究のことばかりが強調されますが、基礎研究の成果を製品に結び付け経済成長に寄与させるためには、医療提供体制のイノベーションが重要なのです。具体的には、国際ブランドの医療事業体が日本に存在しないことが大きな欠陥なのです。また、医療提供体制の改革は、日本国内に国際ブランドの医療事業体をつくることにとどまらず、全国各地に、たとえ過疎地であっても世界標準の医療が提供できる仕組みを創りだすものでなければなりません。これは、既存の医療経営資源のガバナンスを組み替えることで実現できるはずで、追加財源がなくても地域医療を良くする方法があるのです。

医療を経済成長のエンジンに転換できている国の代表例は米国です。その米国で、医療イノベーションによる経済成長の方法論に関して、2002年に報告書が出ています。その報告書の冒頭に、基礎研究の成果を経済成長のエンジンに

医療イノベーションには2つある

- ①基礎研究の成果による医薬品・医療機器の開発・製品化
- * 先行投資財源が必要。
 - * 経済成長に結びつくには長期間を要する。
 - * 開発・製品化に成功しても一つひとつは医療産業の部品。
- ②医療提供体制の改革
- * 医薬品・医療機器の開発・製品化には強い臨床が必要。しかし、世界第2位の医療市場でありながら国際ブランドの医療事業体が一つも存在しない。
 - * 臨床現場のワークフローとマネジメントの改革は既存の経営資源を組み替えることで可能。
⇒追加財源を自ら生み出し成長に寄与
 - * 地域特性に応じて工夫すれば全国で実施可能。

政策優先度が高い

CIGS The Canon Institute for Global Studies

するためには、医療提供体制のイノベーションが必須要件であることが明記されています。日本の医療イノベーションの議論では、それが全部抜け落ちております。そこをどうすべきかが、私の研究テーマなのです。

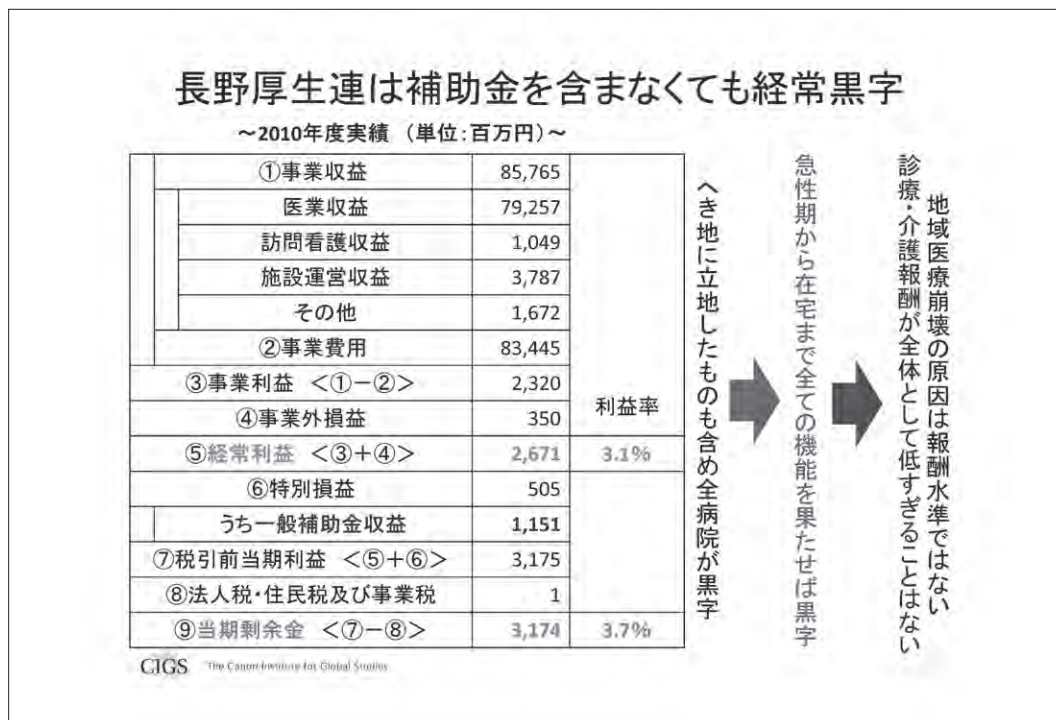
②地域医療崩壊の元凶はガバナンスの欠如

具体的にどういうことかと申しますと、例えば、小泉政権のもと診療報酬がマイナス改定されたことで、地域医療が崩壊したというご意見があります。しかし、資料13をご覧ください。長野厚生連という僻地医療、救急医療など政策医療を全て行なっている事業体の収益状況です。補助金抜きでも経常利益率が3.1%の黒字です。かつ、長野の山奥に建てた病院も含め全病院が黒字経営です。これは何を意味しているか。日本の現在の報酬体系のもとでも、急性期から在宅まで全ての機能を果たせば黒字になるということです。診療報酬や介護報酬が全体と

して低すぎるということはないのです。地域崩壊の真の原因は、診療報酬水準ではなく別にあるのです。それを一言で言うと、地域医療経営のガバナンスの欠如です。

資料14は、長野厚生連の医療提供体制のイメージ図です。長野厚生連の医療圏人口は215万人、年間検診者数は約40万人とのことです。地域住民の食生活の改善を指導することにより、日本で一番医療費を使わず、長寿社会を達成したのが長野厚生連なのです。事業拠点数は55です。最近注目されているのは、有名な佐久総合病院をダウンサイジングすることです。日本では、自治体病院の改革として、二つの病院を統合してより大きな病院にする話はよくあります。これに対して佐久総合病院は、厚労省が2012年4月の診療報酬改定で機能分化の徹底を言い始める前から、個々の施設の機能を明確にした上で病院をダウンサイジングする発想の重要性に気づき、佐久総合病院を高度医療セン

資料 13



資料 14



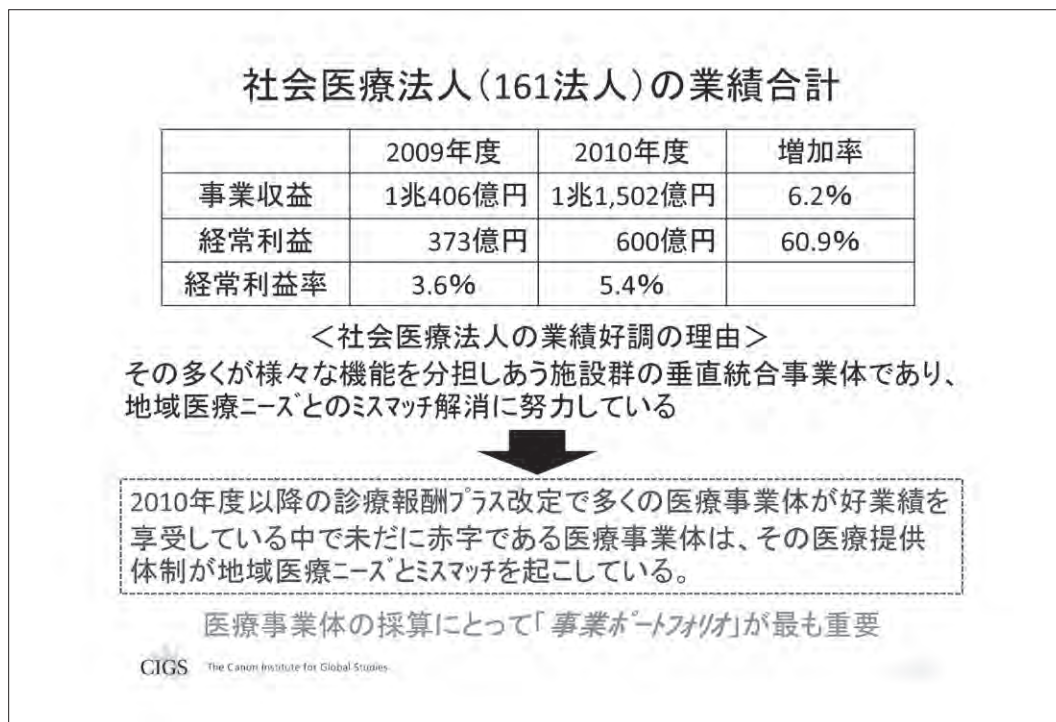
ターと後方支援病院に分割することを決定、現在建設しています。長野厚生連がこのような経営判断に至った理由としてあげているのは、異なるカルチャーの組織を一緒にしていると職員のモラルが低下する、その結果経営効率も低下する、ということです。後で述べるとおり、諸外国の地域医療ネットワークの考え方は、このダウンサイジングが徹底して行われています。

診療報酬水準が全体として低すぎるのかどうかは、社会医療法人の業績を見ることでも検証できます。社会医療法人は、公立病院の管理者やその設置者である自治体が赤字の原因と主張する政策医療を行なっていることが前提で認可を受けます。したがって、診療科構成が様々な社会医療法人がありますが、それを全部連結して見ると診療報酬の全体構成に近似しているとみなすことができます。資料15は、2012年1月1日現在認定されていた社会医療法人161法人の業績合計です。2009年度、つまり小泉政権のマイナス改定のために最も診療報酬が低い

と言われた年度において、補助金を受けていない社会医療法人の経常利益率が3.6%でした。この事実は、小泉政権の診療報酬マイナス改定が医療崩壊の原因ではないことを示唆しています。しかも、2010年度は、2010年4月のプラス改定の効果で6.2%の増収、60.9%の増益、平均経常利益率5.4%という好業績です。実際、社会医療法人の多くが過去最高益でした。この間、国立病院や国立大学附属病院も過去最高益を更新しています。済生会も同様です。

なぜ社会医療法人の業績が好調なのか。それは、長野厚生連と同様に、地域住民のニーズに応じるために垂直統合して、地域医療ニーズとのミスマッチ解消に常に努力しているからです。逆に言えば、2010年度以降の診療報酬プラス改定で多くの医療事業体が好業績を出している中で、未だに赤字である医療事業体は、その医療提供体制が地域医療ニーズとミスマッチを起こしているから赤字なのだ、ということです。つまり、企業経営と同様に、医療経営でも

資料 15



常に「事業ポートフォリオ」を見直すことが非常に重要なのです。

しかし、単独施設立地の医療事業体の場合、事業ポートフォリオを見直したいと思っても地域住民のニーズとのミスマッチを解消することは簡単にはできません。このことは、厚労省が2025年実現を目標にしている地域包括ケアに大いに関係があります。資料16が地域包括ケアのイメージ図ですが、これは今の状況では絵に描いた餅です。なぜなら、長野厚生連のように、急性期から在宅まで全て行なっている事業体が地元であって、その施設と連携することで自分の機能を発揮できる地域であれば良いのですが、全国を見るとほとんどの地域がそうになっていません。中小規模医療事業体の群雄割拠の状態にあります。互いに力が均衡したライバル同士が集まっても、連携により実現することはほぼ不可能です。地域包括ケアの核になる垂直統合した強い事業体を各地域につくる必要があります。皆様の中で既にそれに近い状態であると

ころはもっとそれを押し進めて、自らが中核事業体になることを目指すべきです。中核事業体と既に何らかの友好関係がある場合は、その関係を強化することを考えるべきです。

他の先進諸国でも、地域包括ケアは医療改革の最大のテーマになっています。そのキーワードは垂直統合であり、そのような医療提供体制のことを「インテグレイティッド・ヘルス・ケアネットワーク」、略してIHNと呼んでいます。資料17がその概念図です。

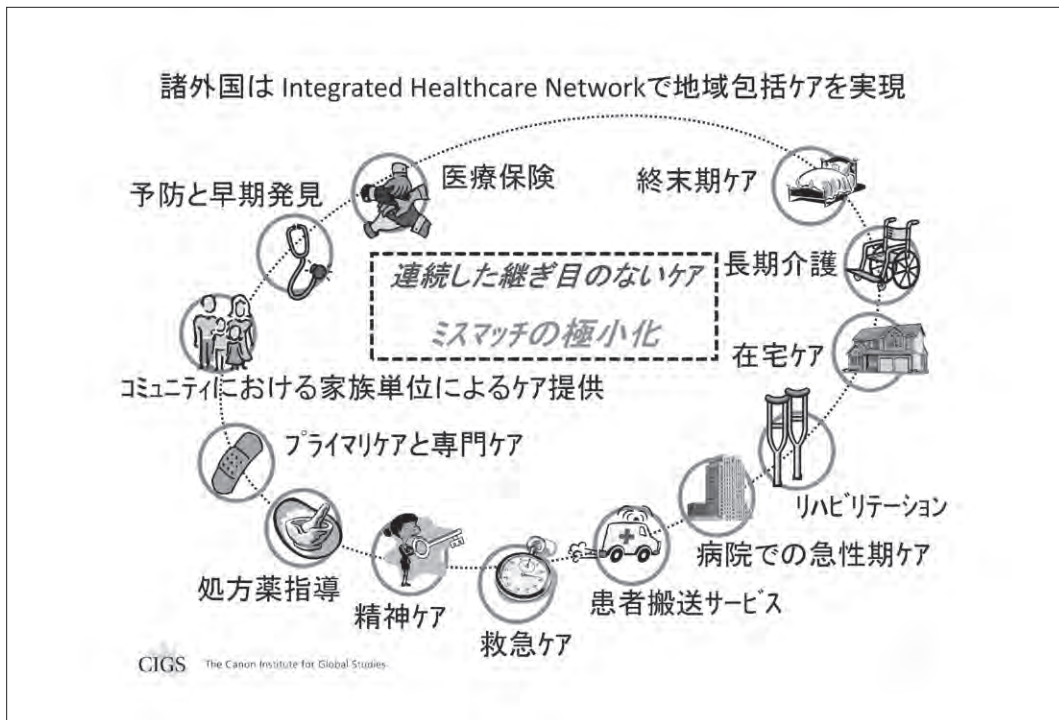
要するに医療保険から家族の健康管理、救急ケア、急性期ケア、リハビリ、終末期ケアに至るまで、一つの事業体が連続して継ぎ目なく提供する仕組みをまずつくる。そのミスマッチの極小化が組み込まれた事業体があって、それ以外の事業体が一体になる仕組みをつくっていなければ、地域包括ケアは実現できないのです。

資料18をご覧ください。各国で垂直統合医療事業体が生まれた最大の理由は、医療技術の進

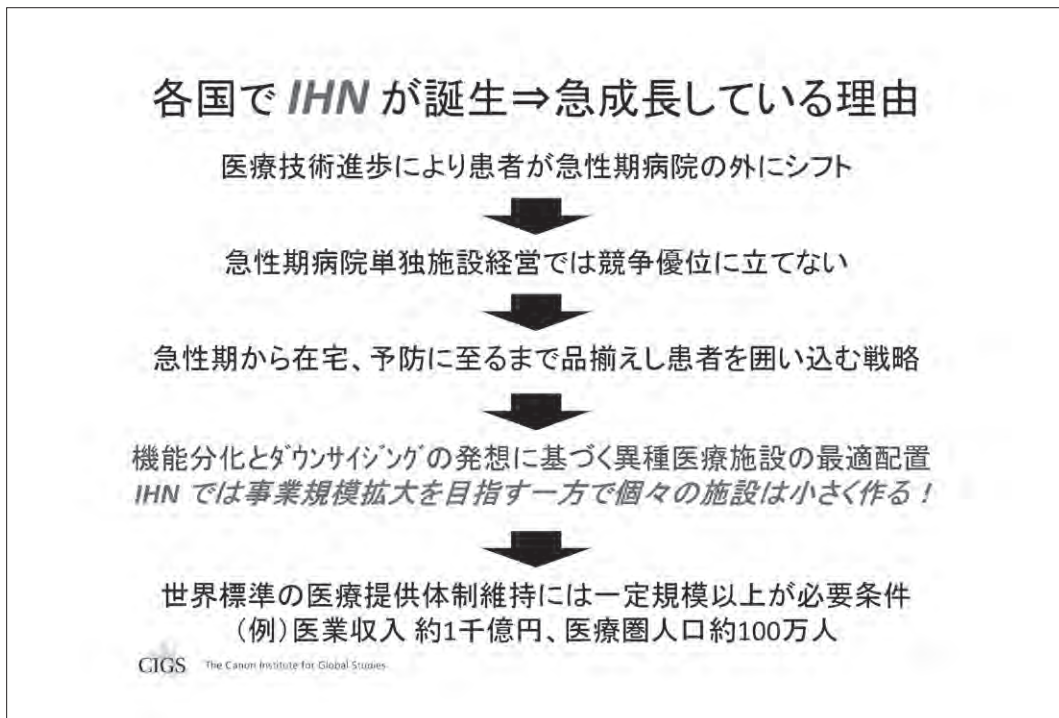
資料 16



資料 17



資料 18



歩です。1980年時点では、カナダやアメリカ、そして日本でも、入院費用が医療費に占める割合は約40%でした。しかし現在は、約30%まで低下しています。これは技術進歩によるものです。例えばがんの治療に関しては、抗がん剤や放射線治療ですと外来が中心になります。日帰り手術も普及しました。それから、技術進歩により急性期病院の平均入院日数もどんどん短くなってきました。従来であれば、海外でも大きな病院ほど競争が優位でしたが、患者が退院して病院外へシフトすることになると、その人達を継続してケアしないと、医療事業体として成長力が弱くなります。そこで、在宅から急性期まで地域住民が必要とするサービスを全て品揃えする経営戦略が主流となったのです。他の先進諸国では、この考え方が民間病院か公立病院かに関係なく普及しています。垂直統合は、厚労省が言い始めた機能分化を各地域で実現するために最も有効な方法です。

アメリカでは大きな病院をつくる発想はもはやありません。新しくできる病院は大体100床か200床です。しかし機能は、最先端でその周りに10から20のサテライト施設、外来施設を配置します。要するにIHNの発想に立てば経営者は、事業規模拡大を目指す一方で、個々の施設はできるだけ小さくつくる。そのかわり機能は最先端。これらをどのように重複投資を回避しつつ効率的に実現するかを考えるわけです。結論を先に言えば、世界標準の医療提供体制を構築し維持するためには、人口約100万人の医療圏毎に医療収入約1,000億円のIHNを中核事業体として配置することが肝要なのです。

また、例えば日本で、事業規模が1,000億円のセーフティネット事業体を100個つくと他の民間病院が経営できなくなるかと言えば、そのようなことはありません。なぜならば、医療介護の費用は今年50兆円です。仮に1,000億円の事業体を100個つくってもたかだか10兆円で、マーケットの2割です。残りは、経営の独立性を維持したまま経営ができるわけで、

決して今の医療提供体制を壊すことにはなりません。

恐らく日本でこういう仕組みをつくる時は、国や自治体の補助金が入っている国公立病院を地域単位で統合して、事業体を目指すことになります。もう一つは、社会医療法人で既に垂直統合しており、事業規模が300億円を超えているところがあります。そこに経営を任せるようなことが起こるのではないかと思います。

その時の要は、国立大学の附属病院を大学から切り離すという改革です。それについては、「医療経営白書2012年版」掲載の座談会の中で国立大学学長が卓見を述べられています。国立大学の経営者から見ると、附属病院を持つことはもはやメリットではありません。附属病院に対する運営交付金は近々ゼロになるのであり、附属病院の赤字が予算以上の大きさになれば大学全体の運営に支障をきたす時代になるからです。そのような経営環境の中で国立大学附属病院が臨床研究・教育機能を強化し地域医療にもっと貢献するためには、基礎研究に偏りがちな大学から分離し、より自由に経営、成長できるようにする必要があります。それが海外ではどうなっているかについては後でご説明します。

次はIHNのシナジー効果です（資料19）。最大の効果は、先ほどの長野厚生連や社会医療法人の財務データに出ていましたが、政策による影響を受けないことです。医療政策によって財源が急性期にシフトしたり、在宅にシフトしたりすることが起きます。しかし、全部行っていれば、医療サービス間財源シフトを中和できます。ということはその地域の医療介護費が増えている限り、増収増益が可能です。それからIT投資の経済的メリットを自ら100%享受できます。例えば、銀行がATM等のITに投資すれば、その経済的効果は全てその銀行が得られます。しかし医療の場合そうなりません。電子カルテに投資するのはその地域で中核的な病院です。ところがそれによるメリットを一番受けるの

IHN のシナジー効果

- ① 政策による医療サービス間財源シフトを中和し、かつ地域医療提供体制と医療ニーズのミスマッチ解消を迅速にできる。
 ⇒当該医療圏で医療費全体が増えていれば増収増益が可能
 ⇒信用リスク評価が容易になるため民間資金活用が促進される
 ⇒公立病院をIHN化すれば自治体を経営リスクから解放できる
- ② 医療IT投資の効果を自ら100%近く享受できる。
 ⇒データベース構築が進み医療政策に有用な情報が蓄積される
- ③ 大学医学部より大きな事業体になることが可能。
 ⇒学閥解消し、医療技術の進歩に合わせた設備投資を自力でできることから医療専門人材が集まる。
- ④ 異なる機能を担う多数の医療関連施設が同一ブランドの下でチーム医療を提供することから、患者の大病院志向を解消し、医療の質向上とコスト節約を同時達成することができる。
 ⇒(例)トリアージ機能を担う救急サテライト施設が極めて有効

CIGS The Canon Institute for Global Studies

は、保険者や周りで連携する医療施設です。病院への経済効果は一部しか来ないので、日本では医療IT投資が進まないのです。

それからIHN構築は、大学よりも地域医療事業体の事業規模が大きくなるということです。大学よりも大きな事業体は、学閥依存では必要人数の医師を集められませんので、学閥は必然的に解消します。そこには逆に優秀人材が集まります。また、IHNの中核には救急機能の高い急性期病院が存在します。ここに全ての救急患者が集中しては救急部門が疲弊しますので、一次救急、二次救急、三次救急のトリアージをする必要があります。その具体策として、中核病院に来るまでの区間に救急のサテライト施設を最適配置しています。救急患者のレベルチェックをそこでを行い、三次救急適用患者のみ中核病院に搬送するのです。

③医療産業集積の必須要件

医療を経済成長のエンジンにするためには、海外の医療産業集積と競争ができる医療産業集積をわが国にも創る必要があります。そこで、諸外国の医療産業集積についてご説明します。

世界の医療産業集積の中で最も成長著しいのは、アメリカのペンシルバニア州ピッツバーグです。そこで中核機能を果たしている非営利地域医療ネットワークIHNがUPMCです。UPMCは、ユニバーシティー・オブ・ピッツバーグ・メディカル・センターの略で、日本語ではピッツバーグ大学医療センターです。しかし、UPMCは、大学とは別法人の独立した事業体です。UPMCの経営のガバナンスを担う理事会メンバーのうち3分の1の11名は大学関係者ですが、財務面では大学から完全に独立しています。UPMCが創設されたのは1986年です。その背景には、1982年にピッツバーグの雇用の中心であったUSスチールが実質破綻したことがあり

ます。地元には廃墟となった工場、公害、失業者しか残りませんでした。そこで地域の政財界の有力者が集まり、ピッツバーグ再生を議論、医療で地域復興を目指すことを決定したので。そして最初に行なったことが、ピッツバーグ大学医学部と関連が深かった3つの病院を大学から切り離し、経営の自由度を与えることでした。つまり1986年にゼロから出発したわけですが、今や世界でトップの医療産業集積になりました。

資料20がピッツバーグ医療産業集積の全体構造を表しています。ピッツバーグ大学とそのライバルであるカーネギーメロン大学、そしてUPMCという非営利地域医療ネットワークIHNの三者が一体となることで、世界中から企業、研究機関、人材、患者がピッツバーグに集まっています。UPMCの売上高は96億ドル、約8,000億円です。医療圏人口は400万人で兵庫県よりも小さい医療圏ですが、一つの医療事業体で職員約5万5,000人です。直接雇用医師約3,000人

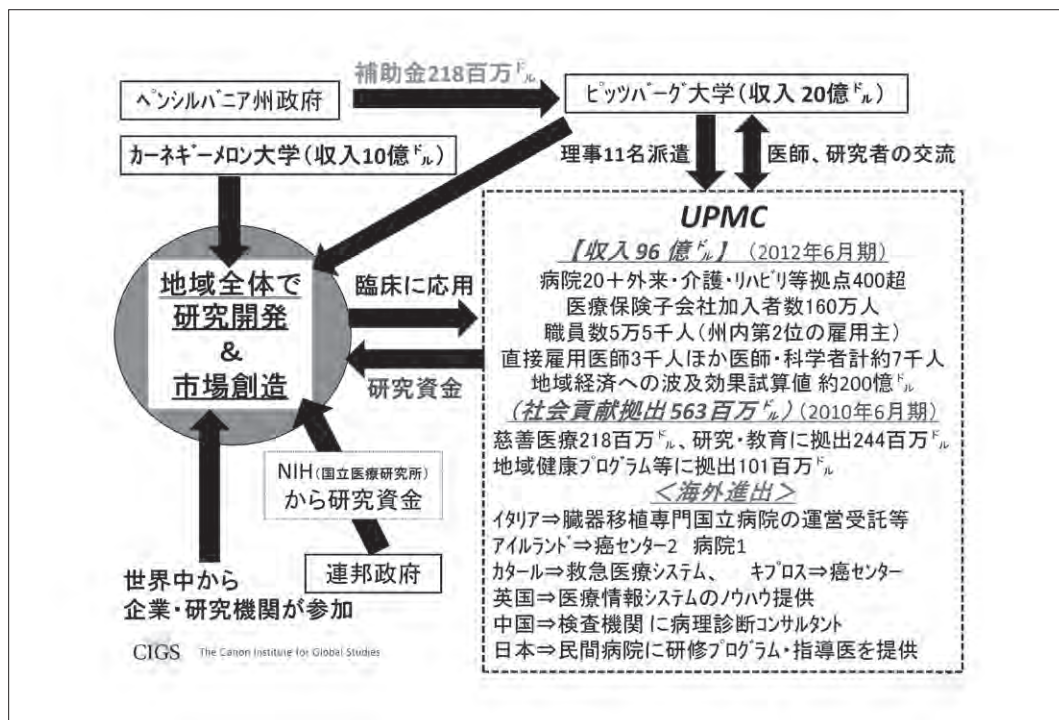
のほか、独立開業医約2,000人、研修医が約1,400人、それに医薬品・医療機器の研究開発担当科学者を含めると約7,000人の医師、科学者が一元管理されています。

UPMCは、海外進出を最も早くした医療産業集積で、イタリア、シシリー島にある臓器移植専門国立病院の運営を受託しています。日本では、九州の民間病院がUPMCから家庭医研修プログラムを買って指導教官をUPMCから招き、若い先生がその恩恵を受けています。その結果、研修医が集まっているとのこと。

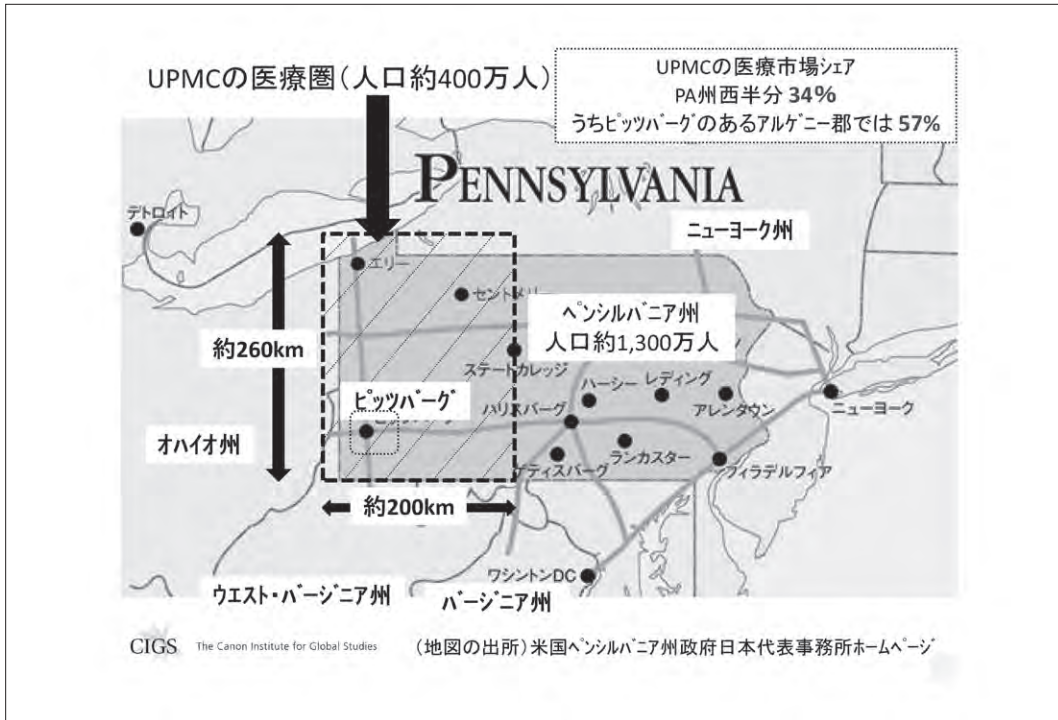
UPMCは、横約200キロ、縦約260キロの地域に400以上の施設を最適配置しています(資料21)。病院数は20しかありません。それも大病院は3つぐらいです。残りは病床数200前後の日本では中小病院に分類される施設です。

資料22をご覧ください。このUPMCを核とした医療産業集積のおかげで、ピッツバーグ周辺の失業率は全米平均より常に約2ポイント低くなっています。医療産業集積の新規雇用創出力

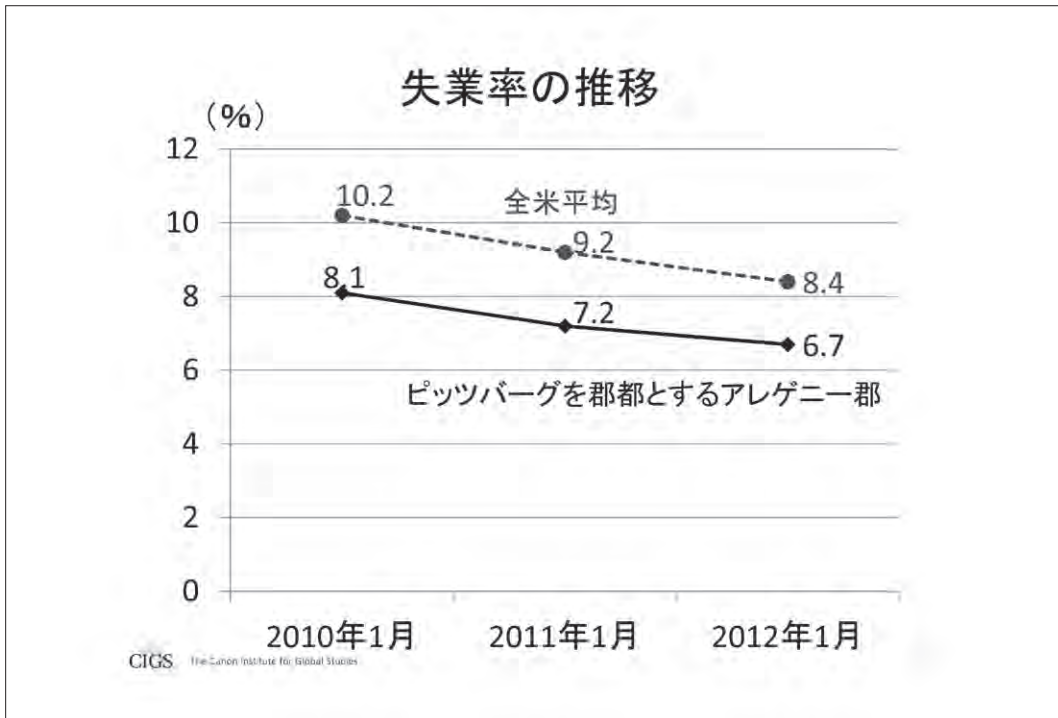
資料 20



資料 21



資料 22



はそれほど大きいのです。ちなみに、UPMCは、毎年約5億ドルものワールドクラスの医療施設建設投資を行っています（資料23）。

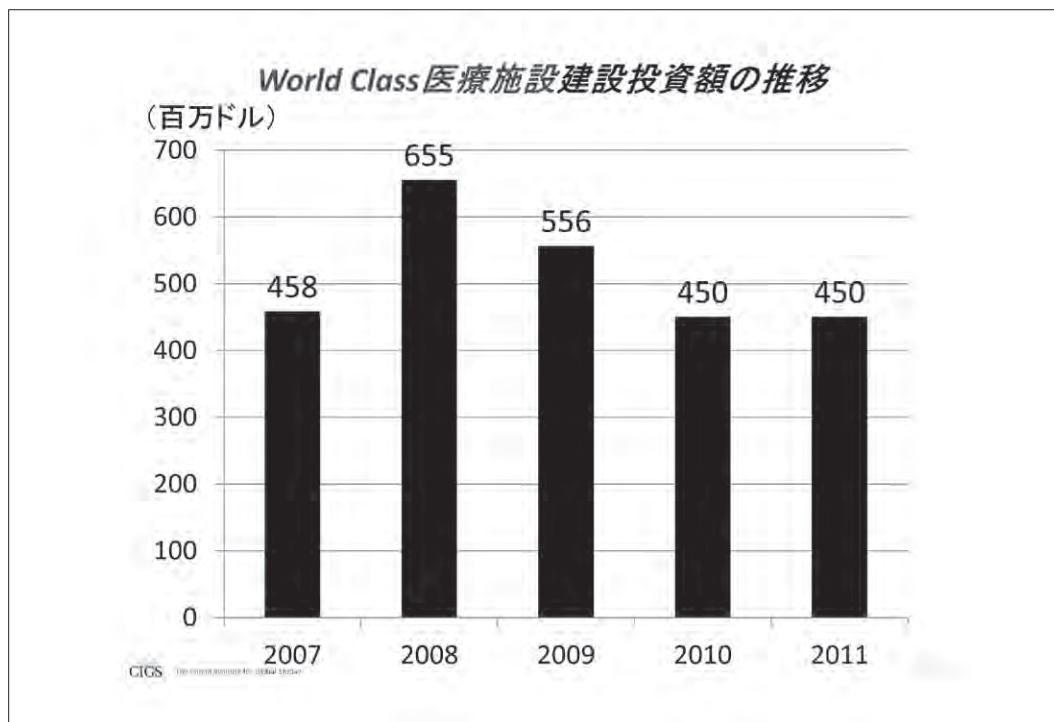
IHNの設備投資の考え方を理解する上で、資料24が重要です。がん医療に関しては、大病院に患者を集中するのではなく、37の抗がん剤・放射線治療の外来拠点を建設、がん専門医を180名配置しています。がん医療研究所をピッツバーグ大学と共同設立しており、UPMCがん医療部門のスタッフ数は約1,700人です。そこで、世界最先端の研究が行われ、世界中から医師や医療関係の専門人材が集まっているのです。

アメリカの非営利IHNのガバナンスは、地域の住民代表が行なっていますので、いかに地域に収益を還元するかが問われます。法人税はゼロですが、免除された税金以上の地域還元をしなければ信用を失い、経営トップは解任されます。この点について、UPMCでは患者サービス純収入のうち12%から13%を黒字か赤字に関係なく地域還元するルールにしているようです

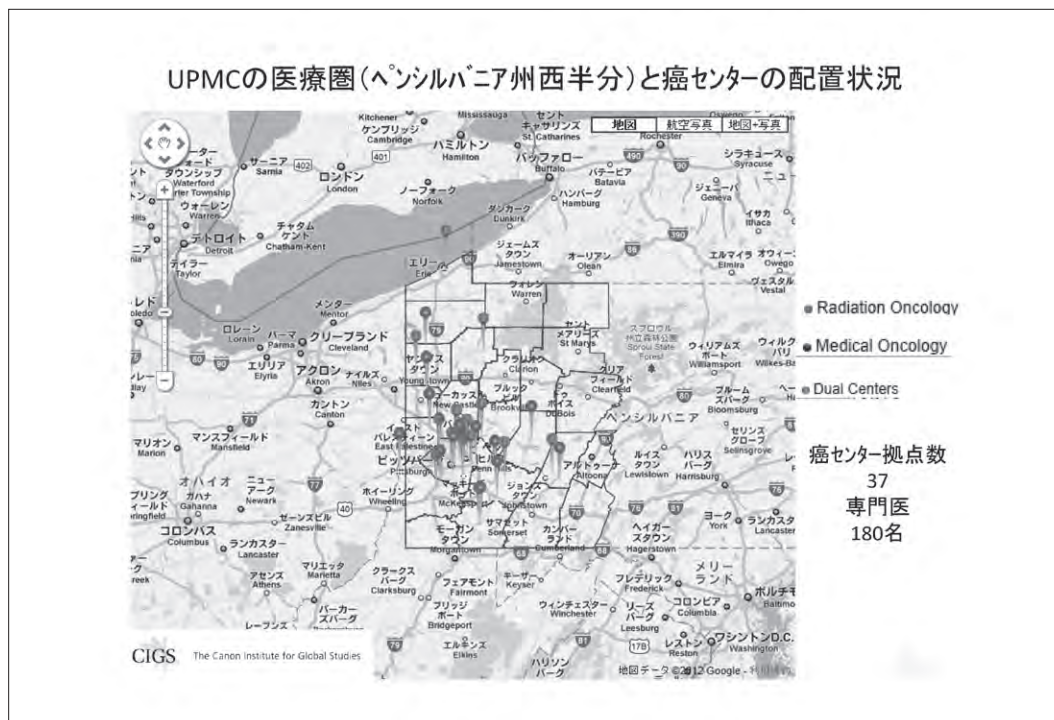
（資料25）。2009年は6億7,000万ドルの赤字でした。これは、リーマンショックによる株価下落の直撃を受けて、余剰資金で行っている有価証券投資部門と5万5,000人の職員の年金ファンドが赤字となったからです。しかし、UPMCの財務内容は良好であり、この赤字を全額単年度で赤字計上処理できており、経営自体は全く揺らぎません。

資料26は、医療分野における日米の大学間の力の差を明確に示しています。大学が臨床部門で自ら稼ぐ力量を表す附属病院収益は、神戸大学273億円、京都大学315億円、東京大学420億円です。一方、ピッツバーグ大学とカーネギーメロン大学は直営の附属病院を持たないかわりに、臨床研究・教育のフィールドとして事業規模96億ドルのUPMCを活用しています。UPMCなどの世界標準の医療事業体から見ると、日本の大学附属病院は零細事業者にすぎないのです。このため日本の大学附属病院は国際的には無名なのです。

資料 23



資料 24



資料 25

UPMCによる地域貢献拠出

(決算期は6月/単位:百万ドル)

	2008	2009	2010
① 患者サービス純収入	3,961	4,248	4,424
当期利益	▲ 13	▲ 671	266
② 地域貢献拠出	497	543	563
慈善医療	157	195	218
研究・教育	241	247	244
地域健康プログラム等	99	101	101
② ÷ ①	12.5%	12.8%	12.7%

(注1) 慈善医療=低所得者への無料・割引医療+メディケイド患者受け入れ赤字
 (注2) 研究・教育拠出には貧困のため高等教育が受けられない高卒若者への補助を含む

CIGS The Canon Institute for Global Studies

資料 26

日米大学間の財務データ比較
(単位:億円、1US\$ = 80円換算)

	2012年3月期			2011年6月期	
	神戸大学	京都大学	東京大学	ピッツバーグ	カーネギーメロン
収入	667	1,450	2,173	1,570	766
授業料・入学料	94	137	134	393	271
附属病院収益	273	315	420	0	0
運営費交付金	207	523	827	175	0
その他	93	475	812	1,002	495
総資産	1,948	4,513	13,371	4,320	1,825
うち土地	833	1,666	8,897	41	32
純資産	1,327	2,886	10,717	2,793	1,266
うち政府出資金	1,218	2,445	10,035	0	0

+
UPMC 96億ドル (7,680億円)

CIGS The London Institute for Global Studies

それから、ピッツバーグが医療産業集積創造を目標に掲げた時、ターゲットにしたのがメイヨークリニックです。皆様もご承知のとおり、メイヨークリニックは世界の医療技術開発の聖地と言われているところです。メイヨークリニックのあるミネソタ州は、医療産業集積の老舗ブランドです。資料27のとおり、メイヨークリニックがIHNを形成し、ミネソタ大学、州政府と一体となって医療産業集積を築いています。ミネソタ州政府が産業振興政策を実施している結果、バイオ関連団体加盟企業数は756社です。

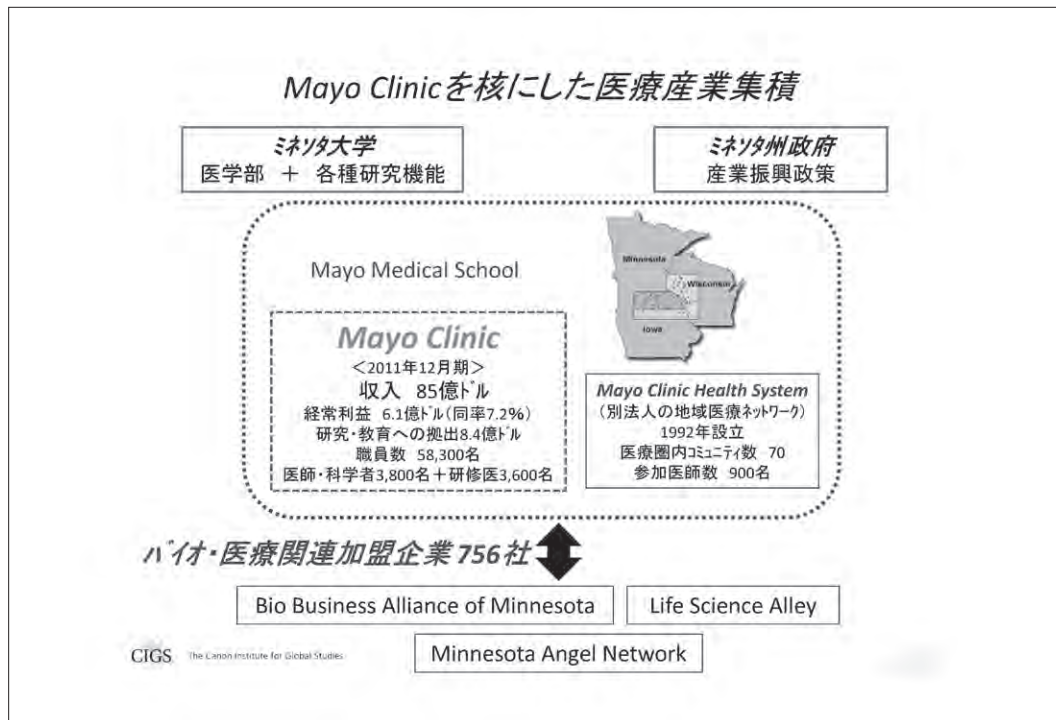
資料28は、その756社のうち医療デバイス企業242社の州内分布図です。これらは単なる研究所ではありません。企業本体、主力部門がミネソタ州内に立地しているのです。一番有名なのは、心臓ペースメーカーをつくったメドトロニックです。メイヨークリニックの臨床部門を使って開発した医療デバイスで今グローバル企業になっています。

資料29は、製薬企業の州内分布図です。ミネソタ州は日本の本州と同じぐらいの広さです。中心のミネアポリスの周辺は大体兵庫県ぐらいの広さで、そこに分散立地しています。つまり1カ所に集まっているわけではありません。

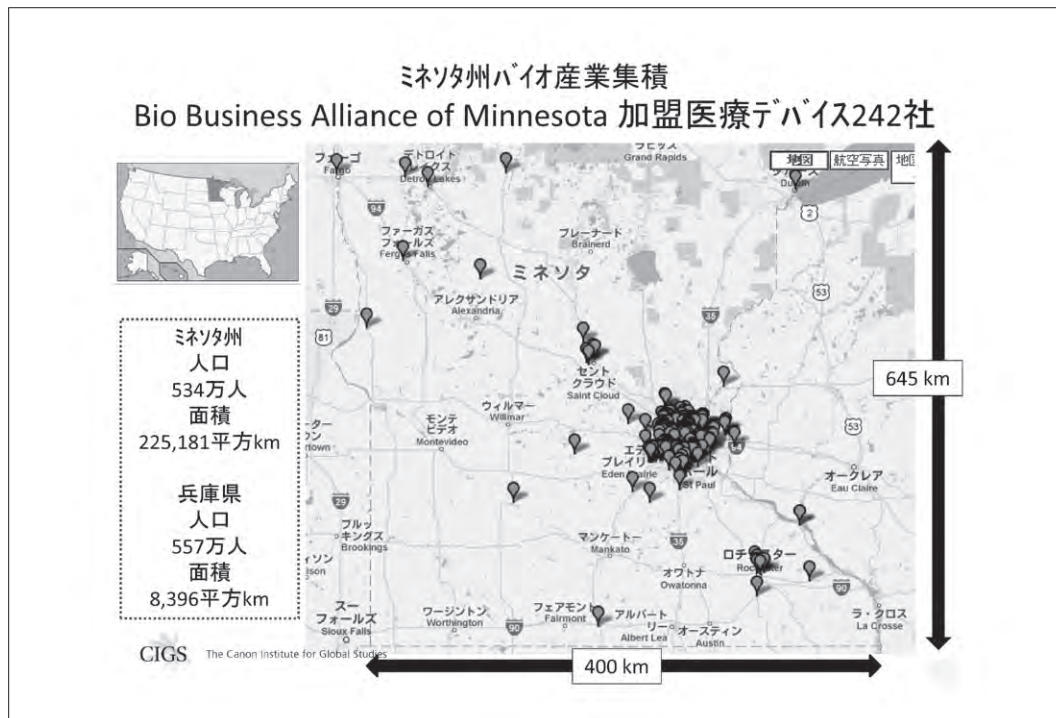
オーストラリアも医療産業集積で有名です。その中心はメルボルン大学です。資料30のとおり、メルボルン大学の場合も、地域医療ネットワークと一体運営されており、臨床部門の事業規模は約2,500億円です。臨床治験能力が高いがゆえに、世界から医療関連企業群が集積しています。

次はケンブリッジ大学です(資料31)。イギリスの場合は、国全体でバイオ産業集積を5カ所設定していますが、代表がケンブリッジ大学です。ケンブリッジ大学も附属病院を持っていませんが、地域医療ネットワークと一体となって運営されています。

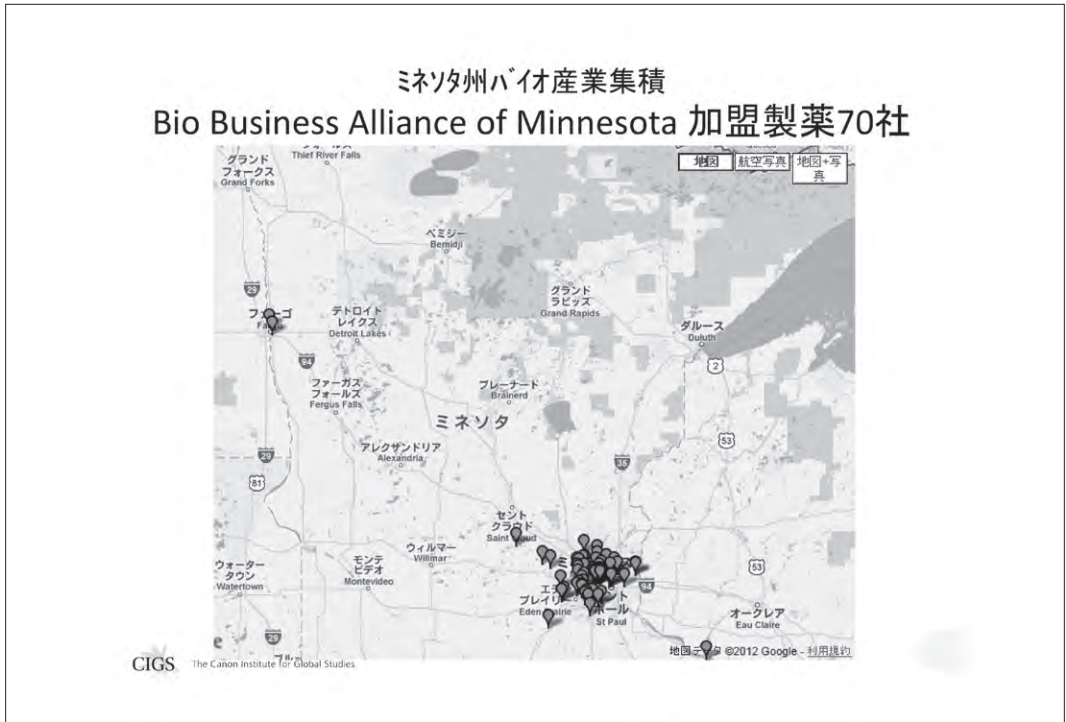
資料 27



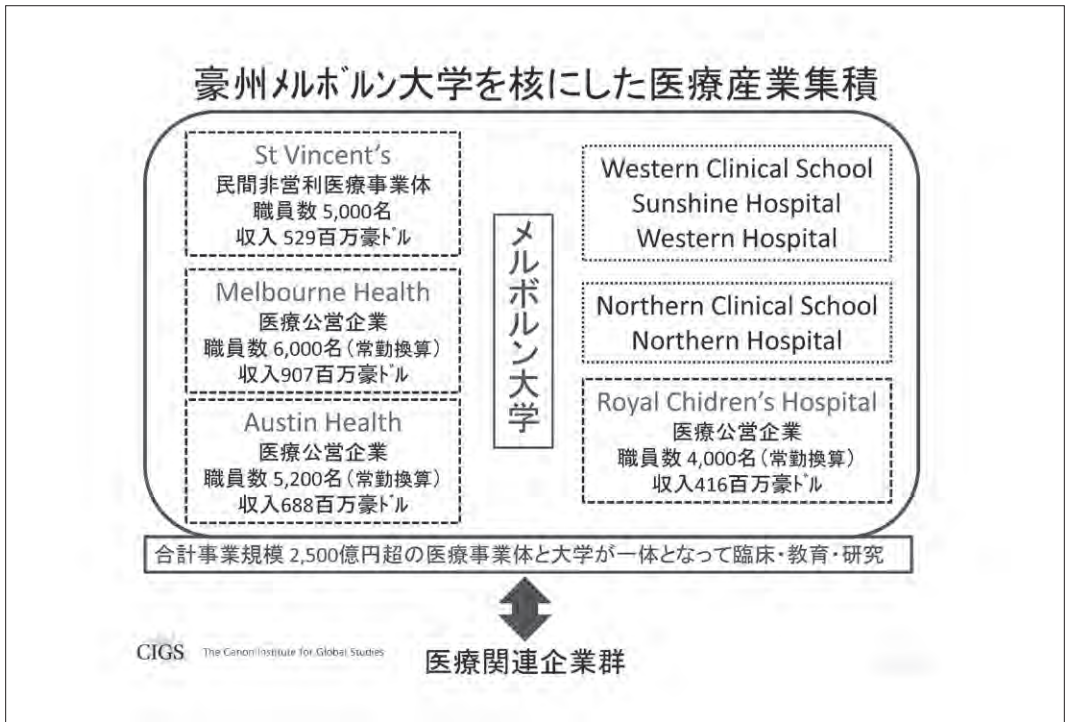
資料 28

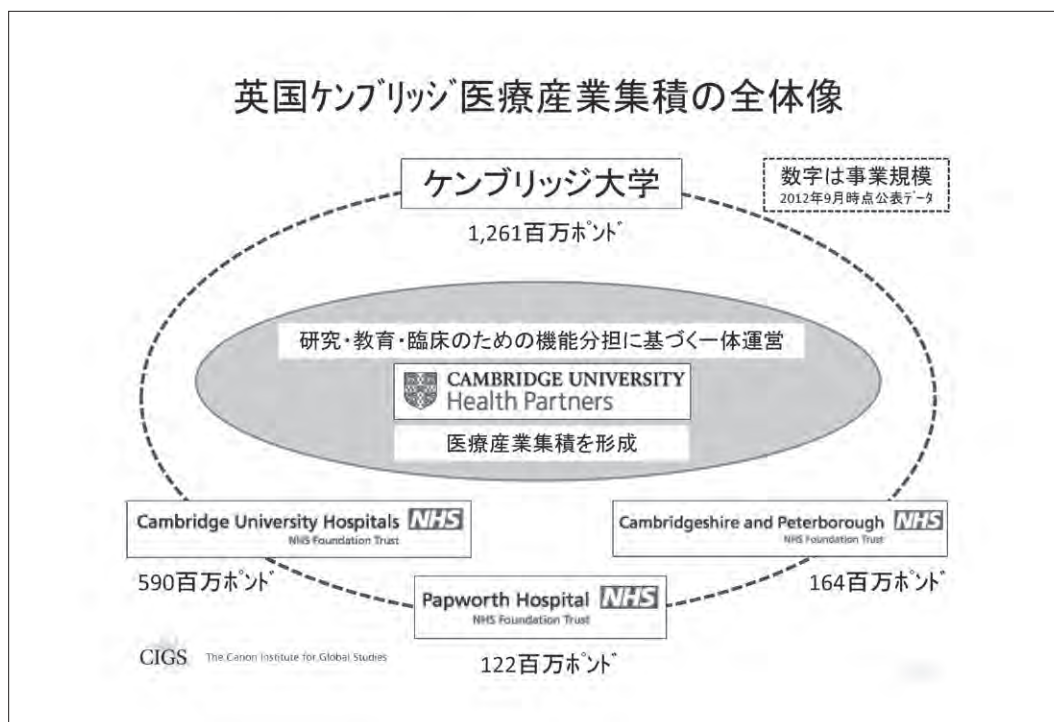


資料 29



資料 30





資料32は、日本にとって重要な問題を提起しています。世界のバイオ産業集積の現状報告書が毎年コンサルタント会社から発行されています。バイオ産業集積として調査対象になっているのは、アメリカ、ヨーロッパ、カナダ、オーストラリアであり、日本は評価対象外です。つまり、海外からは日本にバイオ産業集積が存在しないと見なされているのです。

その理由を日本の製薬企業の幹部にヒアリングしました。日本の場合は、基礎研究を仮に成功させたとしても、それを製品化する時の製造能力、インフラがない。そういう所に企業は関心を持たない。そのため日本の製薬企業でさえも海外に出て行っているのです。

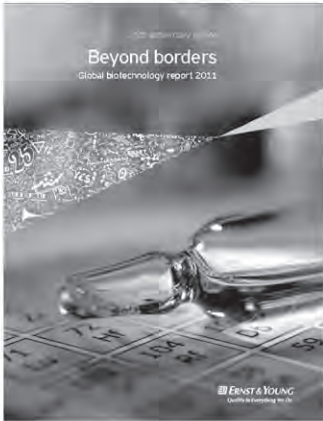
この点については、政府から「再生医療の実用化、産業化に関する研究会の中間報告」という報告書が11月に出ています。その中で、日本の場合は、仮に基礎研究で大きな成果を上げたとしても、例えばiPS細胞で成果があったとし

ても、細胞加工の事業体が弱過ぎて、ビジネスにする時に世界について行けず、全て外国に持っていかれてしまう、これを何とかしなければいけないという問題提起がなされています。

この日本の医療産業の欠陥を克服し国際競争に参加できる医療産業集積を構築するためには、世界標準の医療事業体を創ることが必須要件です。これと世界トップ評価の大学が一丸となって取り組むことによって、はじめて医療産業集積が生まれるのです(資料33)。では世界標準の医療事業体とは何か、これは繰り返になりますが、先端医療から在宅ケアまで垂直統合していること、一地域で事業規模が1,000億円以上あること、が必須要件なのです。医療技術が加速する中で医療事業体が自力で最先端の投資を行ない続けるためには、事業規模は最低1,000億円必要です。補助金がないと出来ないというのでは国際競争に参加できません。成長に必要な財源を自力調達できること、政府補助

資料 32

バイオ産業集積で日本は評価対象外

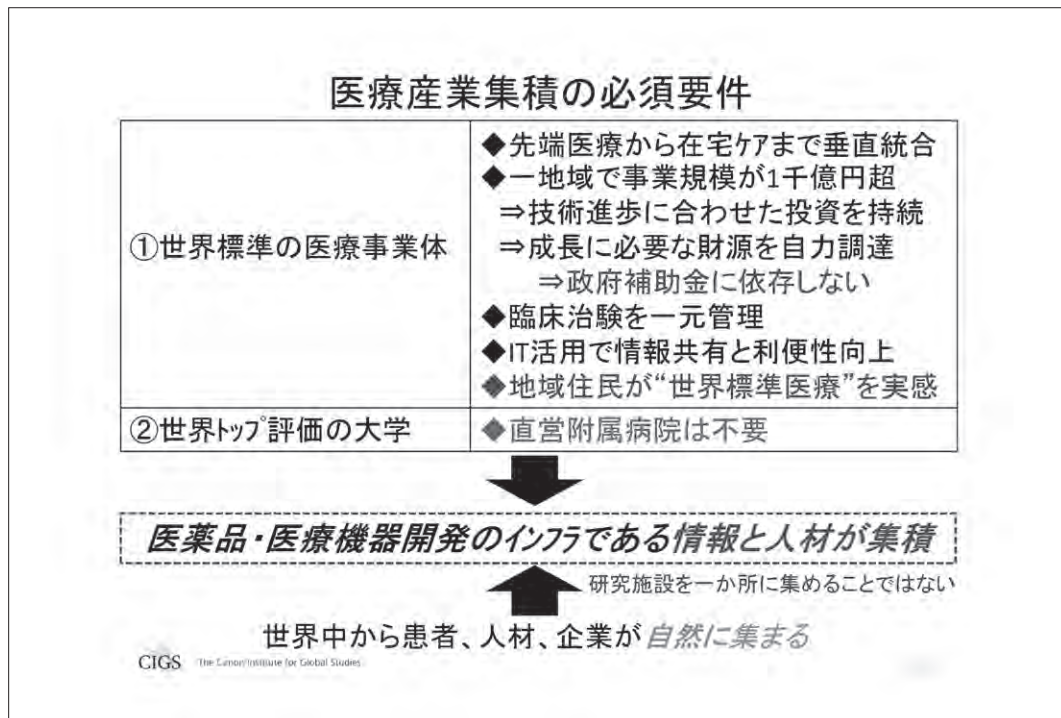


CIGS
The Canon Institute for Global Studies

Turning the corner: industry performance

37	Financial performance	Turning the corner United States Europe Canada Australia
46	A closer look	New reporting requirements for payments to health care professionals Diana Hoff, Ernst & Young LLP
47	A closer look	VAT and customs – a hidden cost in global clinical trials Howard W. Lambert, Ernst & Young LLP
54	A rare focus: the legacy of a pioneer	
56	Financing	Increased concentration United States Europe Canada Australia
66	A closer look	Corporate venture capital in Europe Siegfried Bialojan, Ernst & Young GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft

資料 33



金に依存しないことです。

それから臨床治験を一元管理する。これが非常に重要です。例えば先ほどのピッツバーグUPMCの場合、臨床治験にあたり医師・科学者7,000人が一元管理されています。世界の製薬企業が臨床治験の依頼に来た時に窓口が一本化されており、必要な人材を全てトップダウンで選んで、インセティブをつけて実施するようになっています。例えば兵庫県の病院勤務医の数は6,400人です。その6,400人が臨床治験に関しては一元管理されていて、トップダウンで報奨金も出て、どんどん行なってくれるというイメージです。それができているのがUPMCなのです。IT活用により情報共有と地域住民から見た利便性の向上も飛躍的に進んでいます。これは後でより詳しく説明します。

世界標準の医療事業体というのは、海外から患者が来るようになることではありません。最大の目標は、地域住民、つまり兵庫県民の皆さんが自分たちが受けている医療はその時点の医学、臨床技術からみてベストのサービスだと、感じてくれるようになることなのです。ベストのサービスとは、最先端高度医療だけを意味するのではなく、在宅ケアを含め提供されている医療サービス全てに関係していることです。それができていれば情報と人材がその医療事業体に集積します。世界中から企業も集まります。このような世界標準の医療事業体が存在しない地域で研究所を幾ら一か所に集中立地させても、医療産業集積は生まれません。ピッツバーグの医療産業集積はなぜあそこまでなったのか。情報と人材の集め方が違います。例えばピッツバーグが職員を募集する時は世界に公募します。私が2002年にピッツバーグにヒアリングへ行った時、大規模なIT投資の準備をしていましたが、その責任者は世界に公募して30歳代の中国人を抜擢していました。

④地域包括ケアの世界標準モデル

次は、地域包括ケアの世界標準モデルとは何かです。オーストラリア、カナダ、アメリカでも地域包括ケアが医療改革の重要テーマになっています。これらの国々の医療提供体制を比較検討した結果、私は、先に述べたIHNこそが地域包括ケアを効率的に実践できる事業体の代表例だと考えています。

資料34をご覧ください。これは、米国のバージニア州ノーフォークに本部を置く非営利地域医療ネットワークIHNであるセンタラ・ヘルスケアのホームページです。このようなIHNがアメリカには約570あり、医療市場におけるシェアは約7割です。

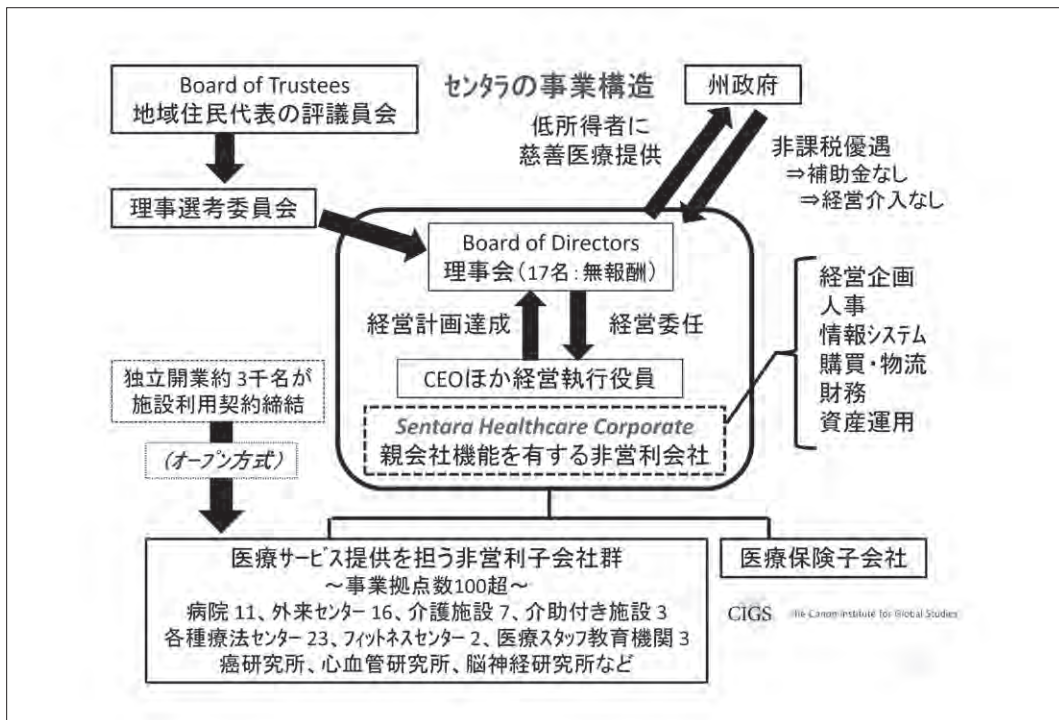
ハーバード大学の著名な経営戦略研究家マイケル・ポーター教授が、邦訳では「医療戦略の本質」、英語のタイトルでは「リディファイニング・ヘルスケア」という本を書きましたが、センタラ・ヘルスケアはそのモデルになった医療事業体です。私はポーター教授が取材に行く前からセンタラ・ヘルスケアに着目し、10年間毎年1～2回通い続けています。それは、センタラ・ヘルスケアが全米570のIHNの中で毎年行われる統合経営力ランキングで15年間連続してトップテンに入っている事業体であり、かつ地域医療経営のノウハウについて無料で何でも教えてくれるからです。そのガバナンスの構造はUPMCと同じです。地域住民の代表、具体的には地元銀行の頭取、有力企業の経営者、それから教師や看護師といった人々が評議委員会のメンバーとなり、理事会メンバー17名を選びます。17名のうち1名は、最高経営執行役員であるCEOです。残りの16名は、経営実務を一切行わず、ガバナンスのみを使命とする無報酬非常勤理事です。センタラ・ヘルスケアの組織構造の特徴は、非営利のホールディングカンパニーの下に病院、介護施設、医師グループ会社、医療保険会社をぶら下げ民間的経営手法を徹底追求していることです（資料35）。

日本から見て特に注目すべき点は、地元独立

資料 34



資料 35



開業医との関係がオープン方式だということです。センタラ・ヘルスケアが所有する世界最先端のITや施設、医療機器を使うのは地元独立開業医の先生方なのです。センタラ・ヘルスケアと独立開業医が施設利用契約を締結するのです。

資料36は、センタラ・ヘルスケアの収支構造を表しています。UPMCと同様です。センタラ・ヘルスケアの保険加入者が患者となった場合は、原則受診時自己負担なく治療を受けられる仕組みになっていますので、その医療費は患者サービス収入に反映されていません。センタラ・ヘルスケアの保険加入者以外の人々、特に65歳以上の高齢者の場合は、メディケアという公的保険に入っていますので、彼らに医療サービスを提供した場合の売上が患者サービス収入に含まれるものです。医療部門の営業利益率は4%前後を目処に予算を組んでいるとのこと。2008年の資産運用利益が大きくマイナスになっていますが、UPMCと同様でリーマン

ショックの影響です。

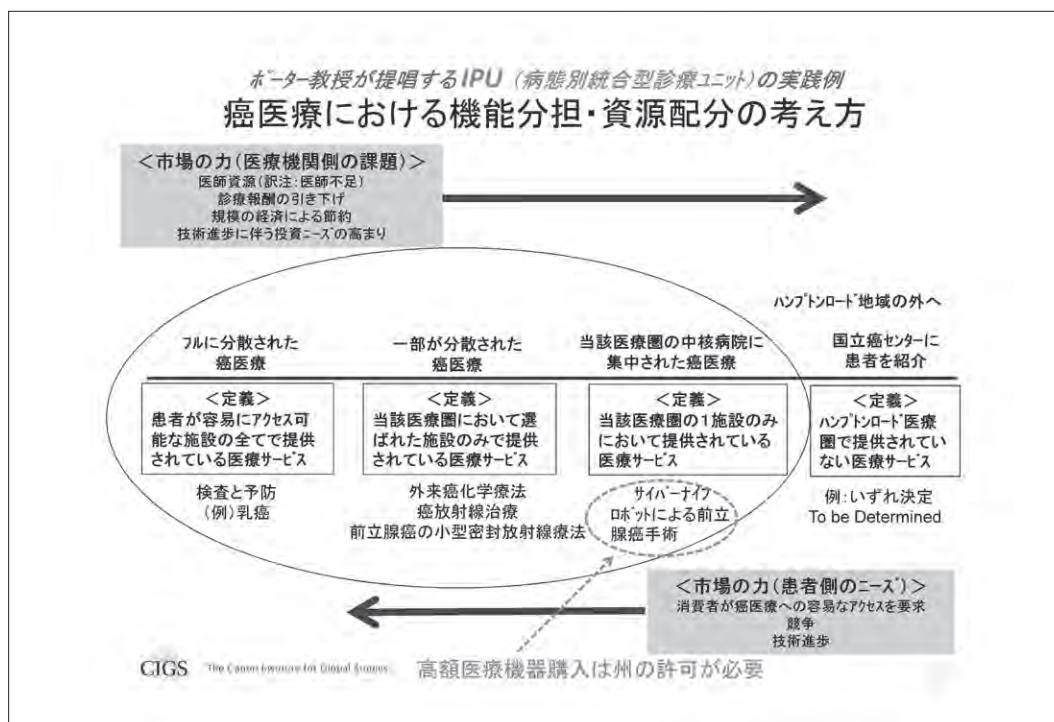
慈善医療の費用負担が重要です。営業利益とほぼ同額の慈善医療を行なっています。つまり、法人税は免税されていますが、慈善医療費用控除前営業利益の約半分を地域還元しているのです。

センタラ・ヘルスケアは、半径120kmの医療圏の中で無駄な重複投資を一切行っていません。例えば、がん医療において効率的な機能分担と資源配分が徹底されています(資料37)。センタラ・ヘルスケアは、急性期病院を現在11経営する一方、サテライト施設も120以上配置しています。そのような事業拠点配置の中で、癌医療に関しては、全米基準のレベルチェックを受けた癌地域ネットワークを形成しています。その特徴は、医療圏内で重複投資が一切ないことです。癌医療の内容に応じて機能分担、資源配分が決められています。例えば、サイバーナイフやダヴィンチなどのロボットを活用していますが、アメリカの場合は日本と

資料 36

米国の非営利は免税額以上の社会貢献負担					
～センタラヘルスケアの収支構造～ (単位:百万ドル)					
	2007	2008	2009	2010	2011
①営業収入	2,577	2,776	3,015	3,386	3,930
患者サービス収入	1,636	1,726	1,808	2,030	2,479
医療保険料収入	893	1,000	1,155	1,295	1,372
その他収入	48	51	52	61	79
②営業費用	2,446	2,661	2,889	3,195	3,686
人件費	958	1,052	1,104	1,196	1,440
医療保険給付費	505	584	759	831	827
その他費用	983	1,025	1,026	1,168	1,419
③営業利益(①-②)	131	115	126	190	245
営業利益率(③÷①)	5.1%	4.1%	4.2%	5.6%	6.2%
④資産運用利益	93	▲273	221	102	78
⑤経常利益	223	▲158	347	292	322
慈善医療(費用ベース)	▲117	▲138	▲138	▲163	▲211

CIGS The Cancer Institute for United States



違って、医療事業体が勝手に高額医療機器を買うことが許されません。センターのようにキャッシュを1,000億円以上持っていても、自由に医療機器を買うことが許されないのです。高額医療機器を州内の何処に何台置くかは、バージニア州政府が事前に決められた必要台数計算式に基づいてトップダウンで決めます。医療マップというアプリケーションソフトがあり、例えば住民の9割が30分以内にこの機械にアクセスするためには、どこに何台置いたらよいかという計算をするのです。それに応じて各医療事業体を買っても良いか、悪いかを決めるわけです。この規制は医療機器メーカーにとって、大変な制約になります。

日本の場合は、誰でもどこでも買えますから、こんなに良いマーケットはありません。医療提供体制が公中心のフランスやオーストラリアなども、トップダウンで医療機器の設置についての規制があるようです。逆に言えば、自由なの

は恐らく日本ぐらいではないかと思えます。

地域包括ケアのインフラとなるツールとして「マイチャート」が非常に重要です(資料38)。これは、エピック社というベンチャーがつくったアプリケーションの名前です。数年後に米国民の半分がこれでカバーされると予想されています。米国ではスマートフォン、もしくは自宅のパソコン上でインターネットを通じて自分の診療録を見ることができるようになりました。グラフ表示された過去の検査結果を閲覧、処方せんの更新、簡単な健康相談、診療予約もマイチャートでできます。

これが国全体で最も進んでいるのがオーストラリアです。今年の10月、オーストラリアの医療政策に最も影響力を持っている大学教授にキヤノングローバル戦略研究所で講演をしてもらいました。「オーストラリアではスマートフォンが医療の中の銀行業界のATMになった」とのことです。つまりスマートフォンによって、


My Chart

検査結果閲覧
処方箋更新
診療予約と予約再確認
医療スタッフとの交信
家族の健康管理指導

What is Sentara MyChart? MyChart is a web-based tool that provides secure and convenient access to your physician and your personal medical information.

With the click of a mouse, Sentara MyChart will let you:

- View lab or test results
- Renew prescriptions
- Schedule appointments and get appointment reminders
- Communicate with your physicians and their staff
- Manage the healthcare of a child, spouse or parent



The Sentara eCare Health NetworkSM

Sentara MyChart is one element of the larger Sentara eCare Health NetworkSM. This new clinical system uses innovative technology to make your medical record accessible between Sentara hospitals, physician practices and other healthcare sites over a secure network.

Watch Videos About Sentara MyChart



00:52 01:02

CIGS The Canon Institute for Global Studies

Convenience & Flexibility

Office hours no longer dictate when you can schedule an appointment or access your health history. Sentara MyChart offers the convenience and flexibility of 24/7 access to your medical information and tools to manage your health.

Empowerment

With access to Sentara MyChart, you can be a better advocate for your and your family's health.



The result:

Better collaboration and better care for you and your family.

Ready to Get Started?

Ask your doctor's office for an activation letter

To learn more, take a tour at www.sentara.com/mychart

個人別にいろいろなサービスの利便性を向上させることが当たり前になったのです。これは、米国でもセンタラ・ヘルスケアのようなIHN単位で急速に普及しています。日本では、技術はあるものの、それを実行する医療事業体の仕組みがないがゆえに実験段階に止まっています。

センタラ・ヘルスケアは、循環器や脳神経の手術等、高度医療でも有名ですが、今、一番力を入れているのは外来、在宅です。その理由は、医療技術の進歩とともに患者が病院の外にシフトしており、外来や在宅での医療サービスに積極的に取り組まないと医療事業体としての成長が遅れるからです。そのため、センタラ・ヘルスケアは在宅ケアに注力、高齢者のニーズに対応できる様々な施設も配置しています(資料39)。昨年、日本の経営者の方々とセンタラ・ヘルスケアの高齢者施設を視察し意見交換しました。日米で施設のレベルはほとんど同じです。違うのはマネジメントです。

地域包括ケアに不可欠な情報共有の仕組みで日本はアメリカに大きく遅れています。人口約200万人の医療圏のセンタラ・ヘルスケアで治療を受けた人は、どこでもいつでも自分を担当する医療チームが情報共有しケアにあたってくれます。

資料40は、センタラ・ヘルスケアが地域住民に提供している医師検索ツールです。これにより、例えば自分が診てもらいたい医者が15マイル以内に何人、どこにいるかがすぐ分かるようになっていきます。

資料41は、救急拠点検索ツールです。救急が必要な時に、一番近い救急拠点を調べて相談できる。そして、そこへ行くか、もしくは緊急度が高ければ直に中核病院へ行くか、さらに中核病院に搬送するためにナイチンゲールと呼ばれるヘリを要請するか、を判断します。そういう仕組みが、半径120キロの医療圏でできているのです。そういう仕組みはアメリカだけでは

経営資源配分を急性期から外来、介護、在宅にシフト

Medical Home
(包括的在宅ケアプログラム)
豊富な在宅ケアの品揃え

Nursing/Specialized Services:

- ▶ Anodime Therapy for Circulation Disorders
- ▶ Asthma Program
- ▶ Chronic Obstructive Pulmonary Disease
- ▶ Congestive Heart Failure
- ▶ Diabetes Home Care Program
- ▶ Disease Management
- ▶ In-Home Obstetric Care
- ▶ Mother/Baby Care
- ▶ Pediatric Services
- ▶ TeleHealth Program
- ▶ VitalStim™ Therapy for Swallowing Disorder
- ▶ Wound Care
- ▶ ZOE™ Fluid Status Monitor

Other Services:

- ▶ Hospice Program
- ▶ Rehabilitative Services
- ▶ Pharmacy and Infusion Therapy
- ▶ Respiratory Equipment and Services
- ▶ Home Medical Equipment
- ▶ Philips Lifeline Personal Emergency Response System
- ▶ Private Duty



介護施設 7 (822床)
入院リハビリテーション施設 1 (36床)
介助付き居住施設 3 (255床)
デイケアセンター 2
PACE (高齢者包括ケア)センター 2

地域全体をカバーする医療情報システム **eCare** は地域包括ケアのインフラ
その投資コスト回収は外来、介護、在宅のサービス拡大が柱

CIGS The Carsons Institute for Global Studies

医師検索ツール

Doctor Search

Hospital, Facility and Other Services Search

Behavioral Health Search

Pharmacy Search

Urgent Care Search

[Advanced Search](#)

* Select a Plan or Network

Select a Plan or Network ▼

* Enter Address and City + State or County + State or Zip

example: 123 Main Street OR Virginia Beach, VA OR 23454

Within 15 miles ▼

Primary Care Physician Specialist

Doctor or Practice Name

e.g. Rita Smith or Johnson

* Required Field

Search

CIGS The Carsons Institute for Global Studies

資料 41

救急拠点検索ツール

Please note: For emergencies, please call 911.

Select a Plan or Network

Select a Plan or Network

Enter Address and City + State or County + State or Zip

example: 123 Main Street, OR Virginia Beach, VA OR 23456

Within 15 miles

Required Field

Search

CIGS The Cancer Institute for Global Studies

ありません。オーストラリアの場合は、医療提供体制と医療財源が公中心ですので、州政府のトップダウンにより構築されています。

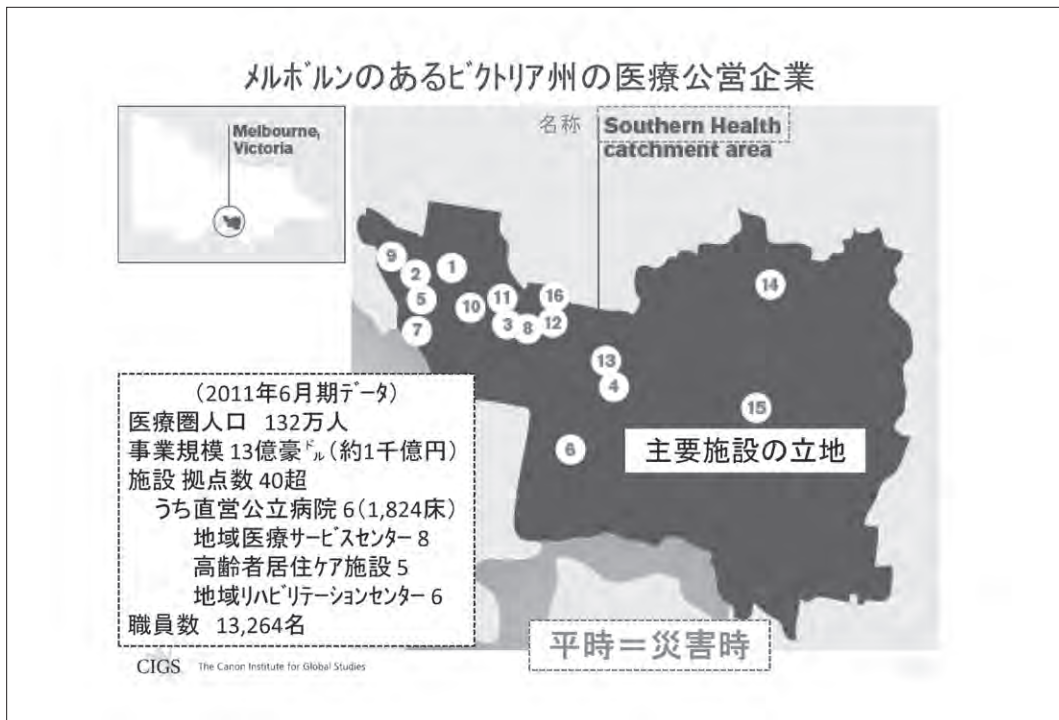
資料42は、オーストラリア・ビクトリア州メルボルンにある医療公営企業のイメージ図です。様々な機能を持つ医療施設群を重複することなく広域医療圏で最適配置するなど、経営の基本的考え方はセンタラ・ヘルスケアと全く同じです。医療圏人口132万人、事業規模約1,000億円、職員数は約1万3,000人です。これだけの体制をつくれば、災害があった時も平時と同じ対応が十分できます。ちなみに先ほどのセンタラ・ヘルスケアの場合、ノーフォークの地域で災害が起きた時は、センタラの病院がライバル病院も含めて全ての医療施設に対して指揮命令する権限が与えられることになっており、常にその訓練を行なっています。

資料43は、シドニーにあるニューサウス

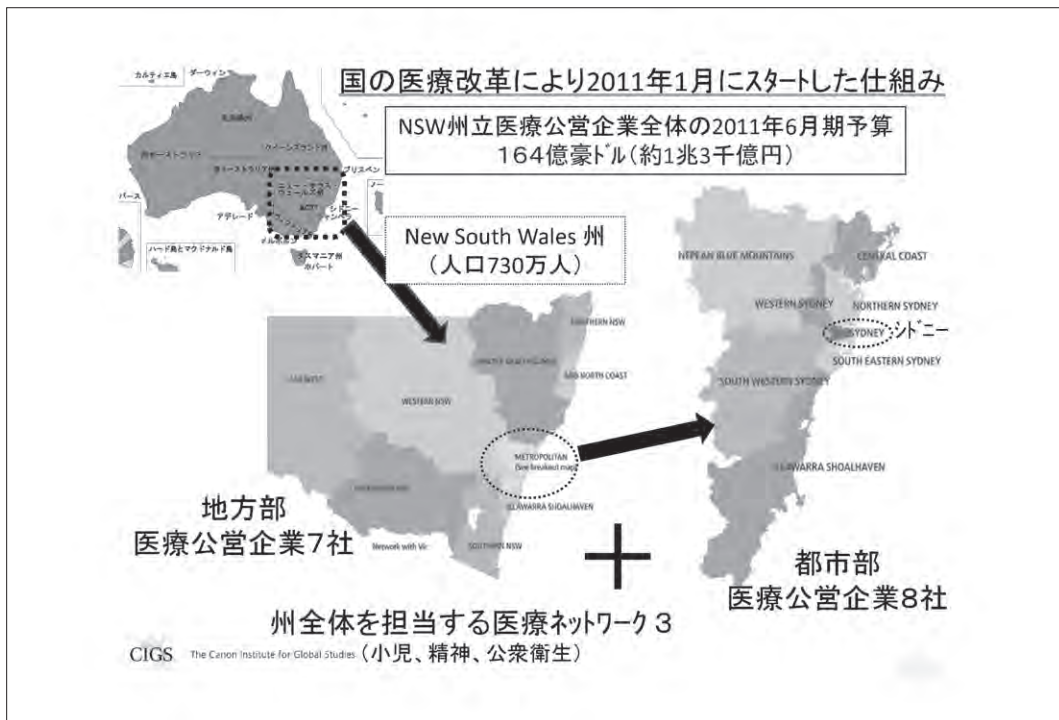
ウェールズ州の医療公営企業の配置図です。州全体を15の地域医療圏を分けています。医療公営企業全体の予算が約1兆3千億円ですので、1地域1,000億円前後の事業体があるということです。民間病院も公立病院以上の数があります。ただし、民間病院は日帰り手術など利益率の高い分野に特化しています。

日本と違う点は、各地域の医療提供体制のガバナンスを州政府がトップダウンで行なっていますので、医療の質評価とコストの情報を州政府が強制的に集めてデータベースを構築できていることです(資料44)。それを解析して半年に1回病院毎の成績表を作成、州民に対しインターネット上で公表しています。州民は、住所に関係なく自分が行きたい病院を選ぶことができます。

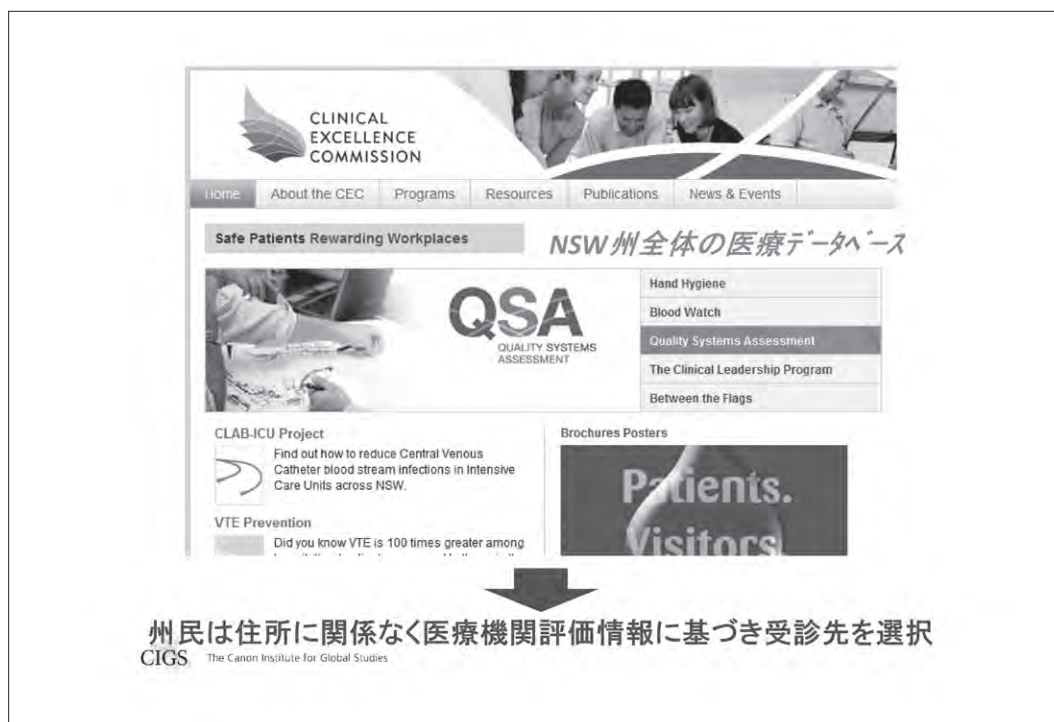
資料 42



資料 43



資料 44



⑤兵庫県医療界が問われる試金石

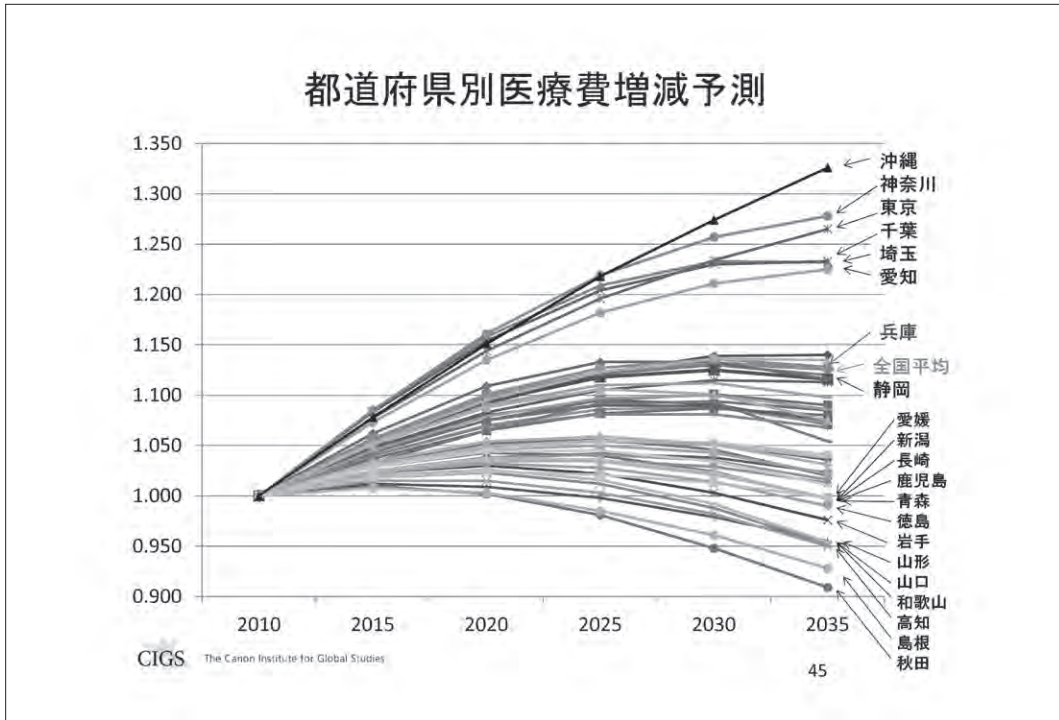
資料45をご覧ください。医療費は高齢化によって当面は増えます。しかし、日本では人口減少が始まっています。このことは、近い将来、人口減少による医療費減少効果が、高齢化による医療費増加効果を上回る分岐点が来ることを意味します。これを試算すると分岐点は2030年です。全国平均では2030年から医療費が減り始めます。ただし、注意しなければいけないのは、日本の医療費の増加のうち、1.5%から2%は技術進歩によるものであり、それはこの試算に加味していません。注目すべきは、県によってかなり格差があることです。秋田、島根、高知は医療費が近々落ち始めます。

兵庫県は全国平均とほぼ同じ動きをしていますが、市町村によって様子が全く異なります(資料46)。今後、新規投資をする時に、自らが担っている医療圏の状況がどうかをよく踏まえて経営判断する必要があります。

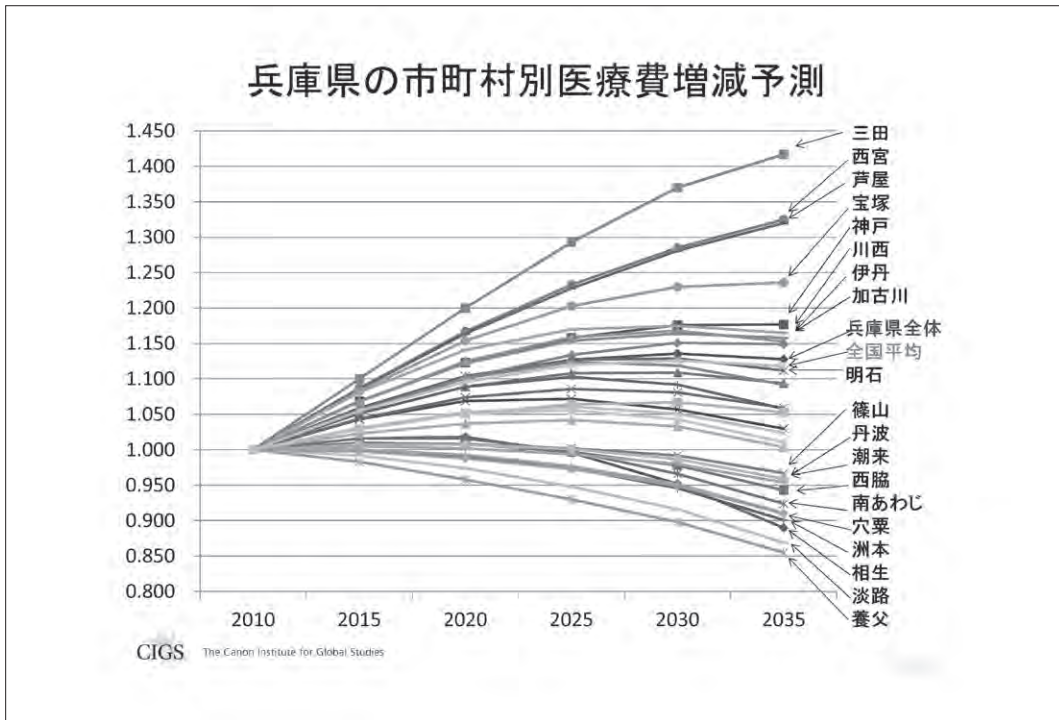
現在進められている医療改革の目玉政策の一つとして、保険者を都道府県単位で統合する方向が決まっています。保険者という財源確保の部分が都道府県単位で運営されることになるのです。このことは、財源確保と医療提供体制のあり方と合わせた医療制度運営に関して都道府県ごとの地域間競争が始まることを示唆しています。医療費減少地域では、医療ニーズと提供体制のミスマッチがさらに拡大する可能性が高く、単独施設経営の病院のままでは公立であろうと民間であろうと事業が縮小、もしくは存続できないということになるのです(資料47)。

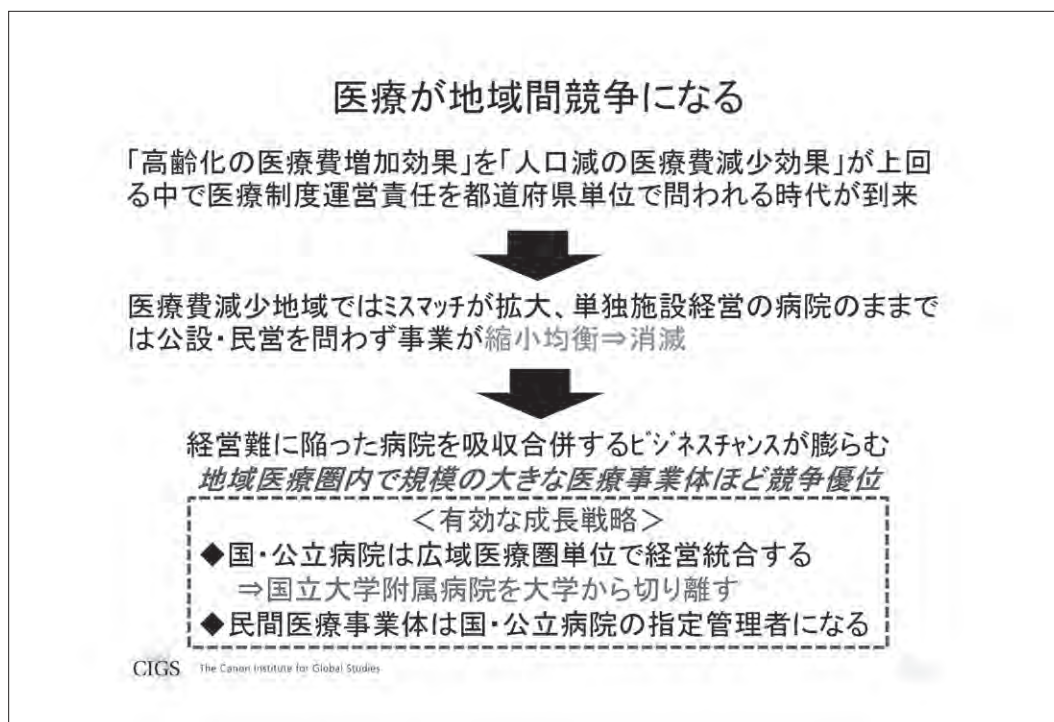
しかし、そのような時代になったとしても成長できるビジネスモデルがあります。経営難に陥った病院を選別し吸収合併していけば良いのです。したがって、既にある程度の規模になっているところは、基本的に優位であると思います。そのような事業体であれば、自分たちが経営を肩がわりしていくところを選別する戦略が

資料 45



資料 46





有効です。それには2つのパターンが想定されます。1つ目は、国公立病院を広域医療圏単位で経営統合することです。その時に国立大学附属病院を大学から切り離して経営統合に参加させることが重要です。2つ目は、民間医療事業体が国公立病院の指定管理者になることです。既に社会医療法人などで動きがありますが、公立病院の指定管理者になることは、設備投資に伴う財務リスクを抑えながら事業規模拡大を図る方法として有効です。

資料48をご覧ください。都道府県単位で見ると医療介護費がGDPに占める割合にもかなりの違いがあります。日本全体の医療介護費がGDPに占める割合が9.11%と低かった2009年度においても、高知県の同割合は既に15.97%です。2012年度は恐らく18%に達していると思います。これは何を意味しているのか。医療介護以外の産業が全然育っておらず、近い将来、医療介護費を負担できる勤労者がいなくなるということです。極めて厳しい状況になると思

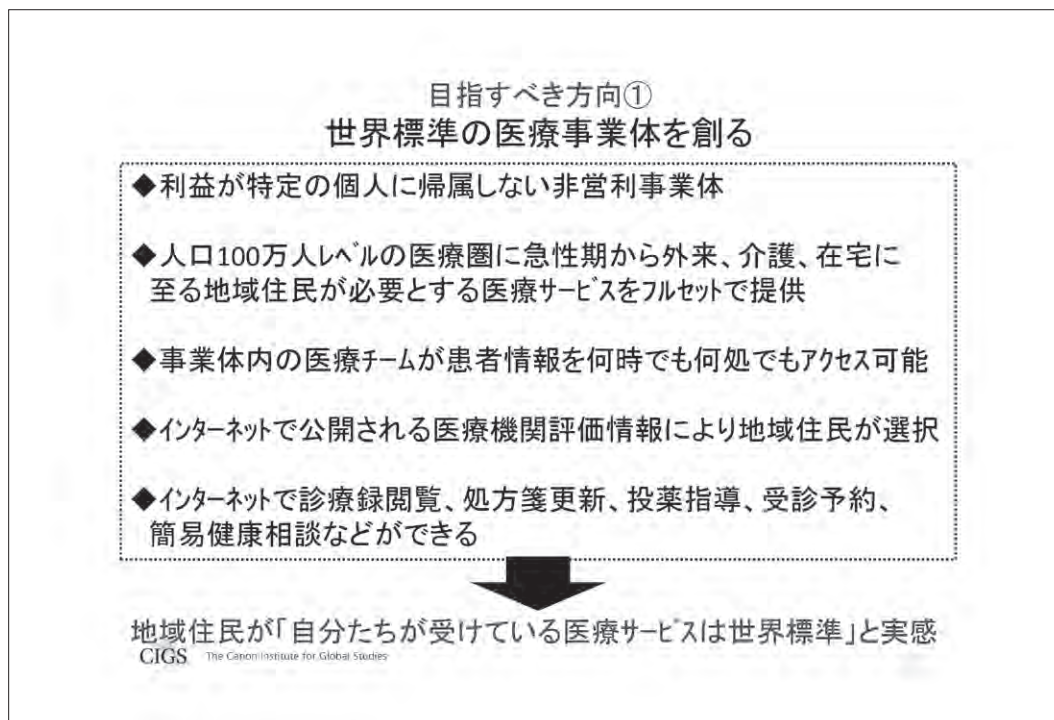
います。だからこそ、自ら努力して医療提供体制を変革しなければなりません。兵庫県は、全国平均に近い水準にあります。したがって、高知県のように緊急性はありませんが、いずれ対応を迫られることになると予想されます。医療介護費負担の重い道県は、現在のような単独施設経営の公立病院を持つことができなくなると思います。

このような危機を打開するために目指すべき方向の第1は、全国各地に世界標準の非営利医療事業体を創ることです(資料49)。人口100万人レベルの医療圏に急性期から在宅に至るまでの医療サービスをフルセットで提供できる事業体です。患者情報を共有し、アクセスを向上させる。インターネットで情報公開する。そして、インターネット上で地域住民が医療へのアクセス向上につながるいろいろなサービスを受けられるようにする。大事なことは、地域住民が自分たちの受けている医療サービスは世界標準なのだ実感できる仕組みをどのように創る

資料 48



資料 49

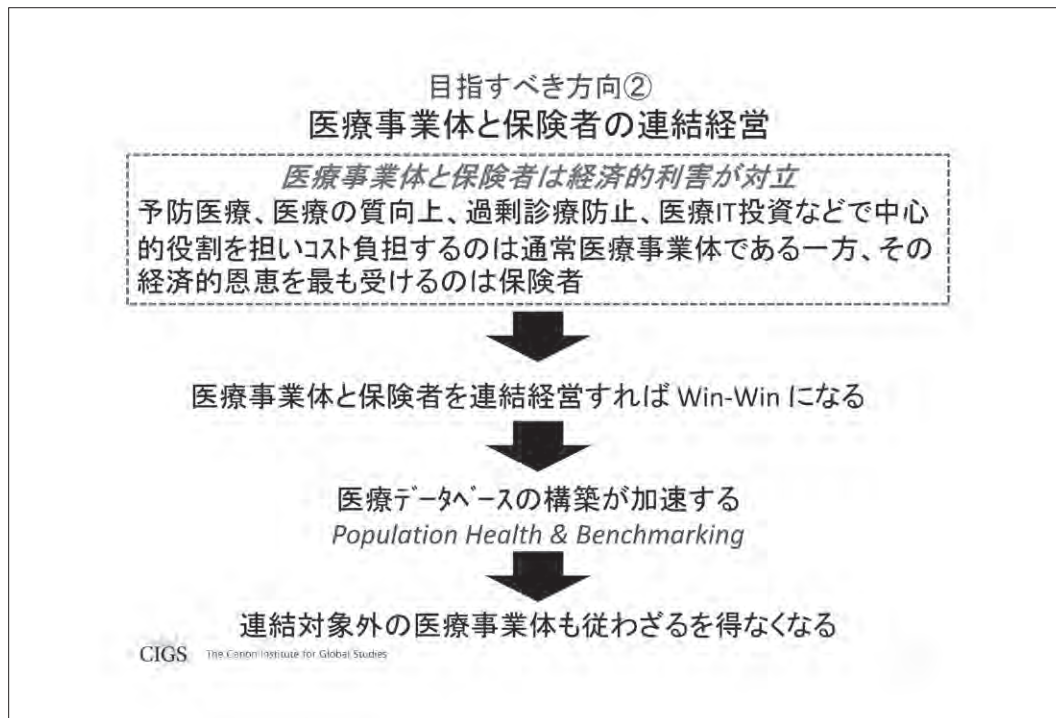


かです。この世界標準というのは、昨今はやりの海外から患者を連れてくるという話ではありません。医療では、その基礎となっている医学や医療機器などは世界共通です。しかも、医療技術の進歩と共に臨床現場は常に進化しています。そのような経営環境下で、いかにその地域の事情に合わせて工夫をし、住民の満足度を高めるかです。この世界標準の医療企業体は、その地域の医療市場全体を独占する必要はありません。その世界標準医療事業体に人材と情報を集積し中核機能を担わせる一方、それ以外の病院、外来施設、介護施設などには経営の独立性を維持しながら情報共有し連携する選択肢を与えれば、共存共栄できるはずで、海外ではそのようなになっています。

保険が都道府県単位に統合されることは、地方分権の下それぞれ自己責任になるということです。そこで目指すべき方向の第2は、中核機能を担う医療事業体と保険者の連結経営です(資料50)。その目的は医療データベースの構築

です。データベースは医療産業集積をつくる時の必要条件です。データベースを作ることができれば、次にポピュレーションヘルスとベンチマーキングが発達します。ポピュレーションヘルスは、公衆衛生のことではありません。先に述べたとおり、アメリカでは、インターネットの普及と医療IT投資の成果として、地域住民と医療事業体が情報共有できるようになりました。その結果、個人ベースで健康指導、疾病管理ができるようになりつつあります。ポピュレーションヘルスとは、それを効率的、効果的に実践するノウハウのことであり、2008年ごろから本格的な研究、実践が始まったようです。これが最も発達しているのはオーストラリアです。カナダもかなり以前から行なっています。残念ながら日本では、まだ部分的にしか行なわれていませんし、ポピュレーションヘルスという概念すら知られていません。ポピュレーションヘルスは、例えば将来兵庫県が保険者と中核医療事業体の連結経営をする時の経営ノウハウ

資料 50



にもなる仕組みなのです。そこで私は、当面ポピュレーションヘルスの研究に注力するつもりです。その手始めに、今年の10月、センタラ・ヘルスケアの社内会議に10時間出させて頂き、その実務を学んできました。

資料51は、全国各地に創る必要のある地域包括ケア事業体のイメージです。兵庫県の中にも世界標準の医療事業体を創らねばなりません。兵庫県の人口が約560万人ですので、医療介護の市場規模は1兆5,000千億円を超えていると思います。であれば、この1,000億円規模の事業体を2つか3つ創る余地があると思います。このような世界標準のセーフティネット事業体構築を私が提案するのには、医療機関の経営をより健全にすること以外に、もう一つ大きな理由があります。私の親族とか周りの人を見ても高齢者でひとり暮らしの方が増えています。その人たちが最期に何を考えるかという、自分が終末期を迎えた時に家族がいれば良いが、いないのであれば、自分の最期をきちっと看取っ

てくれる人が誰なのか、です。日本にもし国や自治体が財政破綻しても自力で存続できるようなセーフティネット事業体があれば、全財産を持参してそこで終末期をみてもらいたいという人がたくさんいると思います。例えば、日本にセンタラ・ヘルスケアのようなものがあれば、最期に貯金を持参して終末期の面倒をみてもらい、残ったお金があれば全部あげますという世界になるのではないかと思います。現在の日本の社会福祉法人などでは、ひとり暮らし高齢者が信頼するにたる最期の家族にはなれません。多くの社会福祉法人の実態が営利であり、社会的信用が必ずしもないからです。経営内容とガバナンスが強固で国民から信頼される世界標準のセーフティネット事業体を全国に創りたいと、私は考えています。そうすれば、国民の将来に対する不安がある程度和らぐのではないかと願い、研究している次第です。ご清聴ありがとうございました。

資料 51

