

日本は医療立国となり得るか 医療経営者からアベノミクスへの提言

2013(平成25)年7月の参議院選挙で自民党が圧勝し、安倍政権による日本経済再生を本格始動する環境が整った。医療分野は、アベノミクスの成長戦略の柱の1つとされており、その成否は今後の日本経済に大きな影響を与えると考えられる。

本鼎談では、創立100周年を迎えた済生会理事・松原^{さとる}了氏と、石川県七尾市で先進医療から福祉までを担う董仙^{とうせん}会理事長・神野正博氏にご参加いただき、それぞれの立場から、安倍政権の成長戦略と医療経営について語っていただいた。



出席者 (順不同)

松原 了 ^{きたる} 社会福祉法人恩賜財団済生会 理事

1949年、岐阜県生まれ。1974年、慶應義塾大学医学部卒業後、同大学医学部外科学教室に入職。1980年、国立松戸病院外科医長、1984年、国立がんセンター運営部企画室長などを経て、1996年、厚生省保健医療局国立病院部政策医療課長に就任、国立病院第二次再編成計画の作成、政策医療ネットワークの充実等に携わる。2001年、厚生労働省関東信越厚生局長、同中国四国厚生局長に就任し、社会保険、年金に関する業務監督、食品保健における監視、介護保険事業の監視監督等を行う。2006年7月から現職。

◆済生会 概要◆

医療施設数：95

介護老人保健施設数：29、社会福祉施設数：154、社会福祉事業数：201、公益事業・施設数：186

職員数：54,000名

神野正博 社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院 理事長

1956年、石川県金沢市生まれ。日本医科大学卒業後、金沢大学第二外科入局。1986年、金沢大学大学院を修了(医学博士)。金沢大学第二外科助手を経て、1992年、恵寿総合病院外科部長、1993年、院長、1995年、医療法人董仙会理事長に就任。

「地域医療と地域振興、地域活性化が私のミッション」と語る。

全日本病院協会副会長、七尾市医師会会長。

◆恵寿総合病院 概要◆

病床数：451床 (ICU・SCU30床、回復期リハビリテーション病棟47床、障害者病棟80床、開放病床10床、血液浄化センター38床)

職員数：702名

診療科：20科 (内科、循環器科、神経内科、リハビリテーション科、小児科、放射線科、皮膚科、外科、消化器科、整形外科、脳神経外科、心臓血管外科、呼吸器外科、麻酔科、産婦人科、形成外科、美容外科、耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科)

関連施設：田鶴浜診療所、鳥屋診療所、けいじゅファミリークリニック、恵寿鳩ヶ丘クリニック、介護療養型老人保健施設3、介護老人福祉施設2、身体障害者施設2、知的障害者施設1など

松山幸弘 一般財団法人キャノングローバル戦略研究所 研究主幹、経済学博士

1975年、東京大学経済学部卒業。1975年4月～1999年3月、保険会社勤務。この間、九州大学経済学部客員助教授(1988～1989年)、日本銀行金融研究所客員エコノミスト(1991年)、厚生省(現厚生労働省)HIV疫学研究班員(1993～1994年)等を歴任。1999年4月以降、富士通総研経済研究所主席研究員、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月より現職。2013年4月より、内閣府規制改革会議健康・医療ワーキング・グループ専門委員。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。

著書に『医療改革と経済成長』(日本医療企画)など。

第1編 ● 特集鼎談

日本は医療立国となり得るか 医療経営者からアベノミクスへの提言

松山 本座談会のテーマは、「日本は医療立国となり得るか」ということで、医療経営者の立場からアベノミクスへの提言をいただきたいと思います。医療立国の担い手となるモデル事業体の代表として、済生会の松原理事と董仙会の神野理事長のお二人にお話をうかがいます。

安倍政権は、アベノミクスにおける成長戦略の柱として医療分野を挙げています。もちろん医療分野で外貨を稼ぐようになることは重要ですが、国民目線で見ると、医療立国というからには、医療サービスがそのときの医学水準で常にベストであることを国民が実感できることが大切であるように思います。また、昨今問題になっている医療費負担の面からも納得できる仕組みが必要です。さらには成長戦略ということであれば、国内の医療サービス産業の生産性が高まる仕掛けができないと、アベノミクスへの貢献はなかなか難しいのではないのでしょうか。

本鼎談では、以上のようなことを念頭に置いて、議論していただければと思います。

創立100周年、原点に戻って中期事業計画を策定——済生会

松山 最初に、2011(平成23)年に創立100周年を迎え、2013(平成25)年度から5カ年の中期事業計画を始動した済生会にお話をうかがいます。私は、これからの日本で医療・介護福祉にイノベーションが起こるとすると、済生会が中心的役割を果たすのではないかと期待しています。中期事業計画を策定した背景は、どのようなものなのでしょう。

松原 アベノミクスにおける役割を期待されているとうかがい光栄です。どれだけ貢献できるかわかりませんが、アベノミクスがもたらす状況の変化にできるだけ適応していくことが必要だと思っています。

済生会は2011(平成23)年に100周年を迎え、明治神宮で記念式典や祝賀会を開催しました。また、100周年にあたって内外から委員に参加いただき基本問題委員会を組織し、次の100年に向けた取り組みについて検討してきました。それを「第四次基本問題委員会報告」としてまとめ、課題に着実に取り組んでいこうとしています。報告では、済生会が果たすべき役割についての3つの事業のほかに、人材確保対策の充実、経営基盤の強化、



松原了氏

広報活動の充実・強化、事業推進に必要な体制の改善・見直し等の5項目について、将来のあり方を示しています。この中の経営基盤の強化という課題を踏まえて、2013(平成25)年1月、今後5年間(2013〔平成25〕～2018〔平成29〕年度)の中期事業計画を策定しました。実は、済生会が中期事業計画をまとめたのは初めてのことであり、いささか遅きに失したことは否めません。これまでの100年間は中期計画なしで経営してきたわけですが、これからは計画的に運営していこうということです。

この中期事業計画では、済生会として果たすべき役割として3つの柱を掲げています。済生会の事業はもともと、明治天皇の「恵まれない人々のために施薬救療事業を起こすように」という

お言葉にもとづいて、医療を受けられない生活困窮者に対する医療支援のために資金を下賜されて始まりました。そのような原点を反映し、3本柱の第1は「生活困窮者への援助の積極的推進」となっています。具体的には、無料低額診療事業を積極的に実行するとともに、済生会独自の生活困窮者支援事業(なでしこプラン)についても幅広く推進していきます。「なでしこプラン」は済生会らしい事業として3年前から取り組んでいるもので、ホームレス、刑余者、在留外国人、DV(ドメスティックバイオレンス)被害者などの生活困窮者を対象に、無償で健康診査や健康相談等を行うものです。

2つめは「地域医療への貢献」です。済生会は、日赤、厚生連とともに、医療法で公的医療機関として位置付けられています。へき地・救急医療など地域の核となって、地域医療に寄与していきます。

そして3つめは「総合的な医療・福祉サービスの提供」です。済生会は全国に約380の施設を展開するわが国最大の医療・福祉団体です。その貴重な資源を有機的につなげて、医療・介護福祉に一体的に取り組み、良質のサービスを利用しやすくする方針です。

地域のモデル事業を選定し、医療・福祉の一体的展開を

松山 済生会は全国展開しています。厚生労働省が目標に掲げている地域包括ケアの構築を念頭に置いたときに、どれくらいの対象地域があると認識していますか。

松原 済生会には40都道府県に40支部があります。大部分は1カ所ないしは2カ所の病院が核になって事業展開しています。1支部に複数の地域が存在している場所もあり、必ずしも1つの核だけで展開しているわけではありません。地域の数としては、70～80程度になります。

中期事業計画に記載されている「総合的な医療・福祉サービスの提供」は大切な役割ですが、一体的に実現するには相当な困難を伴います。そこで、地域単位でモデル事業を選定し強化を図ることで、済生会のひな型をつくり、済生会の中で広げるとともに、全国に紹介していきたいと考えています。

そのため本部に、医療・福祉連携地域ネットワーク専門小委員会を設置しています。地域のモデル事業のキーパーソンとなる方に委員になってもらい、全国的規模で推進していく仕組みをつくっていきます。すでに全国の済生会施設の調査を行い詳細なデータを収集しており、それを参考にしながらモデル事業を進めていきたい。

松山 各支部からモデル的な拠点を選ぶということですが、モデルになるのは病院だけでなく、関連施設とのコラボレーションのような形もあると思います。今の時点で、モデル事業として評価されている地域はありますか。

松原 例えば山口県の支部では、施設の整備というハード面と、それを実際に動かす人財というソフト面がうまくミックスしてバランスが取れ、理想に近いまとまった形になっています。湯田温泉に広大な敷地があり、その真ん中に国立療養所から移管を受けた病院があります。建物は古いのですが、主に慢性期の高齢者を診療しています。その周囲に輪を描くように特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、障害者施設、グループホーム、軽費老人ホーム、居宅介護支援事業所が併設され、病院や施設との間に渡り廊下が設置されている所もあります。少し離れた場所には急性期の済生会山口総合病院があり、うまく連携して高齢者や障害者の行き来がスムーズにできるようにしています。垂直と水平の流れが、実際にできつつあります。地域の行政や社会福祉協議会、福祉事務所、医療関係団体とも定期的な会合を設けて、高齢者や障害者の処遇に関して連携のための話し合いをしています。

同じようなモデルとして、松山(愛媛県)や唐津(佐賀県)、大阪などもあります。

先端医療から福祉まで「生きる」を応援する——けいじゅヘルスケアシステム

松山 神野先生は、社会医療法人董仙会とうせんと社会福祉法人徳充会とが一体となった複合体グ

ループ「けいじゅヘルスケアシステム」をつくられ、これが日本における地域包括ケアのモデルとして評価されています。2013(平成25)年秋には新病院が完成するとお聞きしています。そこで、日本で最も高齢化と過疎化が進んでいる能登半島で事業展開するお立場から、現在の経営環境について、お話をうかがいたいと思います。

神野 私どもも2014(平成26)年、80周年を迎えますが、済生会とは違って、きわめてローカルでやっています。環境としては日本でも有数の高齢化地域であり、能登半島の北部では高齢化率40%、私どもの地元である石川県七尾市周辺は30%です。しかも、人口はどんどん減っています。このような地域だからこそ、自分たちがどうやって事業を継続していくかを、絶えず考えながら経営しています。

私たちの思いを一言で表現すると「先端医療から福祉まで“生きる”を応援する」ということになります。「あなたは医療」「あなたは介護」「あなたは福祉」と役割分担をしても、1人ひとりの患者さん目線に立っておらず、役所のような縦割りに見られてしまいます。キャッチフレーズは、「面倒見のよい病院」「アフターサービスのよい病院」としてもよいのですが、理念として「生きるを応援する」という言葉を入れました。

人口がどんどん減少するということは、患者さんがいなくなるということですから、大きな危機感を持っています。では、どうしたらよいのか。私は「地域に種を蒔く」という感覚が必要だと考えます。地域振興を考えるのは、本来、行政の仕事かもしれませんが、地域とコラボレーションしながら、私たちが持っている安心・安全という資源を活用していくことを考えています。

これ以上人口が減ると、心臓手術、脳外科手術など高度な医療自体が成り立たなくなってしまう。そうなるからでは手遅れだという危機感を抱いているのが現状です。

地域連携のキーワードは「ガバナンス」

松山 厚生労働省が作成した地域包括ケアのイメージ図では、連携により地域包括ケアをつくることになっています。しかし、経済的利害が対立しがちな事業体間の連携のみによって、地域包括ケアが形成できるのでしょうか。対立している事業体間の連携は、できる部分とできない部分があるとも思います。

先ほど松原理事から、済生会における地域包括ケアとして、グループ内のパッケージ化や周辺行政や関連団体との連携についてお話がありました。神野先生のところは、急性期から介護、在宅ケアに至るまで包括的に1つのパッケージがつくれていると思います。行政や周辺医療機関、介護施設との関係はどのようになっているのでしょうか。

神野 急性期の恵寿総合病院の患者さんすべてを私たちのグループで看続けているかという、決してそうではありません。在宅医療、訪問診療は行っていないので、地域の開業医と連携しています。

連携がうまくできている地域に共通するキーワードが、ガバナンスです。中心的人物がリーダーシップを発揮し、連携の中でお互いに「一緒にやろう」「こうしよう」という思いを常に伝え合うことが重要だと思います。そうでなければ、いくらお金をかけても連携は難しいでしょう。

松山 在宅医療とか訪問診療では、開業医との役割分担や経済的利害の調整をすることで、ガバナンスができる仕組みを整えられると思います。問題は急性期の部分です。神野先生の恵寿総合病院の近くには国立病院や自治体病院があるようですが、それらとの関係はどうなっているのでしょうか。

神野 自治体病院と私どもの病院とでは、競合する部分もたくさんあります。そういう中で生き残っていくためには、「面倒見のよい病院」という自分たちの長を打ち出していくしかありません。そのため、回復期リハビリテーション、デイケア、通所リハビリテーション、訪問入浴、訪問介護など、医療から介護まで一体的に実施しています。患者さんの退院後のことを考えて、選んでもらえるように戦略を立てる必要があるわけです。

国公立病院の指定管理者になるのは有望な成長戦略か

松山 最近、規模の大きい社会医療法人や社会福祉法人で、自治体病院の指定管理者になるところが増えていきます。すでにその地域で地域包括ケアの中心的存在になっている事業体にとって、経営難にある事業体を吸収合併したり、国公立病院の指定管理者になって規模を拡大することは、有望な成長戦略になり得ると思われます。もし、神野先生のもとに、能登半島の自治体病院から指定管理者になってくれという依頼があった場合、それを受け入れる可能性はありますか。

神野 大赤字で困っていて、患者さんも減っていく中で、同じ診療科、病床、機能という条件のままで依頼されたら、答えはノーです。診療科の再編や病床数、機能、役割など自由にできるのであれば、検討の余地はあります。



神野 正博氏

ただ、医師も看護師も足りず、再編できないままの病院は全国にたくさんあります。そういう状態では、経営者が変わったからといって、うまくいくはずがありません。

松山 済生会の場合、国立病院や自治体病院との関係はいかがでしょうか。

松原 全国展開しているので、地域ごとにさまざまな課題を抱えています。

困った例を紹介しますと、済生会病院のほかに、2、3の民間病院、市立病院がある中規模の市で、済生会と市立病院の建て替え時期が重なりました。先に済生会が建て替えにこぎつけたのですが、市立病院のほうはコンプライアンスに関わることも発生し、市議会でさんざんもめました。結果的に起債が認められ病院を建て替えました。ところが、医師の供給源は地元の同じ大学ルートだけなのです。当初、済生会にも医師を相当数配置するという話だったのですが、市立病院がかなりの規模になったこともあって、医師の確保が分散的にならざるを得ない見込みとなってしまいました。

地元医師会などからは、済生会病院と市立病院の役割を分けて、市立病院は循環器や精神科診療に特化すべきだという議論もありましたが、結局、規模の大きな総合病院のままでやっていくことになりました。こういうことの問題解決は、もっと高位の政策レベルで打開できないものかと思います。

指定管理者については、県や市からすでに受けているところもありますし、国立病院療養所の移譲を受けた実績もあります。その後、いくつかの案件がありましたが、引き受けるには至っていません。ただ、済生会は公的病院なので、国や地域の要請があったときは前向きに検討しなければならない立場にあります。今後、状況によっては引き受けることもあると思いますが、ある程度こちらの運営方針に従ってもらうことが必要ですし、職員の引き継ぎなど、検討しなければならない条件はたくさんあります。

自院の魅力と差別化を打ち出さない限り、医師不足は解決しない

松山 地方の医療問題の1つとして、医師不足のご指摘がありました。どういうことを行えば、医師不足を解決できるとお考えでしょうか。

神野 医師不足の解決は、大学の医局ですらどうにもならない問題です。われわれの地域でいうと「金沢市内なら行くが、能登半島の突端には行かない」と言われてしまう時代です。全国展開しているグループでも、東京で採用した医師をへき地に赴任させるのは難しいのではないのでしょうか。組織が大きいとか、医師をたくさん抱えている、という問題ではないのです。

それぞれの病院が独自の魅力や他院との差別化を打ち出さないと、医師も看護師もメディカルスタッフも来てくれません。もちろんすべての面で日本一という病院はなかなかないので、ある要素とある要素を掛け算すると、日本で最初の取り組みにつながる——というような打ち出し方を工夫することが大切です。周辺ではあまり行われていないことで、

自院でできることがないだろうかと考えなくてはなりません。

私の病院は田舎にありますが、臨床研修医は少数なりにずっとフルマッチしています。石川県内で充足できている病院は、ほかに1つくらいしかありません。そのようなことができていない理由は、総合診療や家庭医のコースを設けていることをアピールしているからではないかと思います。

高齢者はさまざまな病気を抱えているので、総合的に診ていかないと対応できない。そのためのコースがあり、しかも地域には高齢の患者さんがたくさんいる。そうしたことを特長としてきちんと訴えているから、臨床研修医が来てくれるのだと思っています。何か1つでも、ほかには負けないという部分を見出すようにするべきです。

地域医療計画で求められる機能分化、選択と集中、決断力

松山 以前、神野先生にもご参加いただいたシンポジウムで、長野県厚生農業協同組合連合会から「若い女医さんが山の中の診療所に喜んで赴任している」という話をうかがいました。その理由を聞くと、診療所は山の中にあるが、本部が代替りの人員を派遣してくれる仕組みがあるため、比較的自由に休暇を取得したり学会などにも出席できるからだということでした。このような組織全体でバックアップする体制は、大きな地域単位であれば、つくれるのではないのでしょうか。

そのときに、先ほど松原理事からお話があったように、国立病院や自治体病院、済生会などが地域で生き残りをかけて競争をしている中で、本来ならば高次の行政レベルの政策誘導のようなものが入るべきだというご指摘は、重要ではないかと思います。これから安倍政権が規制改革などを実践することで、状況が動く可能性があるとお考えでしょうか。

松原 新しい地域医療計画が策定されつつありますが、まずは地域の医療資源データをきちんと集めることが大切だと思います。データを駆使して適切な配置をイメージしていかなければならないでしょう。実行の流れとしては、機能分化を明確にし、選択と集中を図り、あとは決断・実行です。取り組みやすい国公立病院で、まずは先行モデルをつくってもらいたい。

松山 国公立病院では、税金で運営されるという共通基盤があります。そこに行政の判断を入れられるということでしょうか。

松原 そうです。先ほど困った例としてお話しした中規模の市の場合、行政側の意思決定次第で方針を変えることもできましたが、市の独断を議会という形式をもって認めてしまったので、結果的に地域における医療体制の供給過剰という無駄を再生産するという問題が残ったままとなりました。国レベルでの適切な判断があればうまくいったのかもしれませんが、公立病院の場合、指導体制が厚生労働省とは違うので、難しかったのかもしれませんが。



松山 幸弘 氏

松山 地方議会がネックになっているような気がします。そもそも議員たちに医療経営の知識が欠けているのに、安易により大きな規模の病院を求めるといのはどうなのでしょう。そのあたりを解決するには、行政で誰がキーパーソンになるかが重要ですね。知事なのか市長なのか、あるいはそれをバックアップする厚生労働省なのか、問題になるところです。

神野 まず医療計画があり、次に地域医療ビジョンと病床機能情報報告制度が足並みをそろえ、では具体的にどうするかを考える必要があります。

松原 選択と集中が自然に行われるようになれば、地域ニーズにマッチした病院経営を実現できる可能性は大いに残されています。しかし、どのような病院を目指すかについて、地域のニ

ーズを踏まえていないと、だんだん適切な選択の対象から外れていってしまいます。神野先生のところのように、医療サービスと介護サービスを連携して行って差別化を図っていくことが、生き残っていくための大きな要因となります。

松山 行政の不作为の1つに、地域医療再生基金があります。2012(平成24)年度補正予算分を加えるとその総額は6,050億円ですが、まだ使われていないものが相当額あると聞いています。ある地方医師会の会合でこのことが議論になった際、基金をもらっても使い道が決まっていなければ、今後きっと国が吸い上げるに違いないと私見を述べると、県の担当者は慌てていました。

地域医療に真剣に取り組んでいるある医療法人の経営者に聞くと、自分たちが行おうとしている事業に少しでも予算を配分してもらえれば、できることはたくさんあると言います。それを地域医療再生基金から回してもらえるとよいのですが、民間病院では使えないので、その経営者は不満を持っていました。まずは、税金が投入されている病院を改革することが、最初に取り組むべきことだと思います。

松原 行政の不作为には、国だけでなく自治体が関与しているケースがありますが、どちらにしても調整と決断によって解決しなければならないものだと思います。

海外展開や医療ツーリズムの可能性

松山 済生会は中期事業計画の中で、国際協力の推進も掲げていますが、アベノミクスの後押しを受けて、施設経営で海外進出する可能性はありますか。

松原 済生会は無料低額診療が大きなミッションになっていて、これは国際的に事業展開していくうえでも不可分と考えています。国内での生活困窮者のための医療は、健全な病院経営を行い、その余剰をもって実現させていくというやり方でした。海外展開する場合も、そのような形が基本になるでしょう。

民間病院がプロジェクトを組んで海外展開していくことにはまったく異論はありませんが、済生会のスタンスは多少違っていて、従来型の途上国への国際協力という形が中心となり、アベノミクスの一環として経済的動機を前面に出すものではないと思います。

済生会の中でも先行的に取り組んでいる事例は何カ所かあります。山形支部ではバングラディッシュに診療所をつくっていますし、岡山支部では海外から医療人材を受け入れて研修を行っています。横浜や新潟の病院では、ロシアの患者さんの診療を実施しています。

当面の国際協力の推進方策として、発展途上国の医療人材の育成に寄与し、外国人患者の受け入れを行っていきます。

医療サービスは第3次産業です。患者さんに対して良質な医療サービスを提供するノウハウを技術とともに移転し、フェイス・ツウ・フェイスの関係をつくって世界に貢献していくことは、日本が最も得意とする分野であり、戦略目標とすべきです。済生会全体としての具体的取り組みは、現在検討中ですが、スピーディで効果的なことから始めていくのが賢明だと思います。

松山 医療、介護、福祉に関する日本的なサービスが世界で評価されると、日本のソフトパワーになります。神野先生のところは以前から海外から患者さんを受け入れたりと、中国人スタッフを雇用したりしています。現状を教えてください。

神野 尖閣諸島問題が起きてからは、中国からの問い合わせがすっかり減りました。そういうカントリーリスクは絡んできますね。

医療ツーリズムで海外の患者さんを受け入れることで、病院の収益を上げようという意識はありません。医療ツーリズムに取り組む大きな理由は、病院で地域振興のお手伝いをしたい、という思いからです。海外から患者や家族が来れば、ホテルに泊まり、おいしいものを食べ、おみやげを買って帰ります。これが、地域振興につながると考えているのです。

中国人の患者さんは少なくなっていますが、ロシアからも患者さんが来るようになりました。やはり難しいのは、意思の疎通です。健診で来たはずなのに、「ここを治してほしい」と要求してくるケースなど、いろいろ大変な経験もしました。

医療ツーリズムを本気で行うならば、対象国に窓口を設けるくらいのことをするべきな

のかもしれませんが。現段階では、“地域振興のオマケ”という感覚での医療ツーリズムですね。

松原 済生会の場合、医療ツーリズムなどを含めたすべての外国人の患者さんの受け入れには、必ずしも積極的というわけではありません。ただ、治療・健診を希望する在留外国人や研修生・学生、刑務所に入っている外国人などに対しては、無料低額診療を行います。

神野 言葉さえ何とかなれば、治療を受けたいという外国人を断る理由はありませんからね。

ホールディングカンパニーは医療機関の成長を促すのか

松山 医療・介護福祉分野のモデル事業体が、追加財源を確保して吸収合併や海外進出するためには、非営利性を徹底することを条件に、ホールディングカンパニー機能を付与することが有望であるとされています。社会保障制度改革国民会議などの中でも、医療事業体の成長を促し、規制を緩めてもっと活躍してもらうために、ホールディングカンパニー機能を付与したらどうかという議論があります。

そうなることで、経営の自由度を高めることができますと思いますが、現状と大きく違いが出てくる要素はありますか。

神野 経済財政諮問会議でも意見を述べたことがあります。一部の病院グループがアンダーグラウンドであちこちの病院をどんどん吸収している実態があります。今は医療法人同士の合併は許されないで、一度法人を解散して新規でつくるしかありません。すると病床過剰地域では取り潰しがあり得るわけです。そこで、法人名も病院名もそのままにして全理事を入れ替え、実質的には違う組織として経営する例も多くあります。これは、たいへん不幸な話です。

今後、救済的なケースも含めて、医療機関のM&Aが増えてくるなら、同じ法人のもとで、同じガバナンスで経営を行うべきです。それがホールディングカンパニーなら、グループとして資金調達をする。1つのホールディングカンパニーなら全部の会計処理が1つになるし、資金調達も1つになる。そのような仕組みが、日本の地域医療を守るためには必要ではないでしょうか。

松山 日本の医療法人には、持分を放棄した社会医療法人と、持分ありの医療法人の2つがあり、実際にグループ経営を行っている法人もあります。

神野先生のお話は、日本にすでにある持分ありの医療法人でもグループ化が進んでいるので、それも含めて認めたらどうかということですね。実態を認めるようにすれば、経済全体の効率が高まる要素が出てくるというご指摘だと思います。

神野 実態を後追いするわけではありませんが、手続きさえきちんとならば、病院同士の合併・吸収ができるように認めてもよいのではないのでしょうか。そうすることで効率性も

生まれます。

松山 済生会から見ると、ホールディングカンパニー機能が仮に認められたとして、例えば医療の周辺事業を展開しようとするときにメリットはあるでしょうか。認められると、株式会社にリスクマネーを出してもらい、合併事業がやりやすくなるといった面も出てきます。

松原 ホールディングカンパニーについては、会計の問題など、基本的な概念を議論しないといけないと思います。要するに、持株によって資本を支配し、医療法人においても施設はすべて同じ資本・資金のもとに動くということですね。

済生会は、それぞれの病院が自主自立性を持ち、本部・支部、支部相互間のお互いの立場を認め合いながらガバナンスをきかせています。ホールディングカンパニーはそれよりもさらに機能が強いということなのかどうか、よく違いを認識したうえで判断したいと思います。

神野 済生会や日赤、全社連などは、本部があってその下に各病院があるわけで、ホールディングカンパニー的な要素があるように思います。

松山 形態としてはそうです。アメリカで力を発揮しているのは、非営利の地域医療ネットワークで、ホールディングカンパニーです。本部があって、その下に非営利の病院や介護施設、在宅ケアのネットワーク、医師グループの会社などがぶら下がっています。仕組みとしては、実質的に済生会と同じだと思います。

済生会の中期事業計画の中にも、資金調達をある程度一元管理するなど、いろいろな目標が書かれています。アメリカの非営利のホールディングカンパニーは、一元管理がかなり進んだ形になっています。株式会社ではないのですが、マネジメントの仕組みは上場会社と同じです。

なぜそうしているかという、場合によっては追加投資をするときに株式会社から資金を出してもらったほうがよいケースがあるからです。こちらから非営利で出資し、向こうからリスクマネーが出て、配当金は株式会社に按分で払います。非営利の部分の配当金は本部で吸い上げて医療に使うという仕組みです。

神野 別に、株式会社から資金調達しなくてもよいわけですね。利益が出ているところと出ていないところの収支をすべて合わせて、全体で利益が出れば自己資本の中でもう1回やり取りをする。これは、すでに済生会も行っていることだと思います。1つのホールディングカンパニーが銀行から資金調達するのもあり、というわけですね。

ただし、株式会社の論理をホールディングカンパニーとイコールで結び付けると、気持ちとしてちょっと引いてしまう人がたくさん出てきてしまうと思います。

IT化成功のポイントは、目的を明確にし、それに適した設計をすること

松山 アベノミクスの成長戦略で、IT投資を全国のいろいろな分野で活性化しようとしていて、その目玉が医療分野になっています。しかし、日本で医療のIT投資が進まない最大のネックは財源です。

けいじゅヘルスケアシステムは、地域包括ケアの中で日本でも唯一、急性期病院と介護施設が情報共有しています。ご自身の事業体の予算全体の中で、医療IT投資費用の現在の割合はどのくらいでしょうか。また、政府が掲げる地域包括ケアをきちんと構築しようとしたら、今後どのくらいの費用がかかると思われますか。その費用を本来負担すべきは誰なのでしょう。

神野 2013(平成25)年秋の開院を目指して、現在、病院を新築中です。ITを総入れ替えし、クラウド化を進めています。全体でIT費用は5億円くらいかかります。毎年かかるIT費用は1億円ちょっとで、予算全体の1%に満たない。経営的には何とか耐えられるものです。

いまやITは必須ですが、最初にITありきではなく、何を目的にどういう連携を行い、どのような設計にするかが大切です。業者に言われるまま導入すれば、当然、ものすごい金額になります。

松山 日本のベンダーにシステム構築を依頼すると、当初の見積もり費用の数倍かかるとい話があります。神野先生が目から見ると、そこまでなくても事業体としての目標はきちんと達成できるということですね。

神野 そう思います。もちろん我慢しなければならない点はたくさん出てきます。「我慢しないで、すべてできるようにしよう」などとは考えないようにする必要があります。

松山 将来、神野先生の事業体と、周りの自治体病院や国立病院をITでつなぐことになったとき、それほど莫大なコストはかからないというご認識でしょうか。

神野 2013(平成25)年度、石川県が指導して400病医院をITでつなげる事業がスタートしています。導入費用に関して補助金が出るので病医院の支出はありませんが、サーバは別にして、情報を提供する病院あたりで1,500万円程度、閲覧する診療所あたりで数万円の費用がかかるようです。

松山 済生会のIT投資はどのようになっていますか。

松原 少し古いデータになってしまいましたが、2007(平成19)年に済生会病院のIT投資の調査を行いました。83病院のうち、25%の19病院が電子カルテ、45病院がオーダーリングシステム、その他が医事会計システムでした。病院を規模別に3つのグループに分けて、医業収益に占める割合を見てみると、規模の大きい順に1.5%、1.0%、0.5%です。小さくても費用をかけている病院もありましたが、概ね、規模に比例していることがわかります。最大10億円かけている病院が2カ所ありました。



神野先生がおっしゃったように、ITはいまや必須アイテムですので、費用は事業主が負担するのが一般的と考えてよいでしょう。地域とつなぐときはハードよりもソフトが問題となり、目的に合った設計をする必要があります。

松山 ITを導入するときに大切なのは、ワークフローをどう改革していくかを職員間できっちりと議論しなければならないということです。済生会は全国にIT導入の機運があつて、個別に進めてきたと思うのですが、IT人材育成の指導を本部で行っているのでしょうか。

松原 本部で集中的にIT人材を育成することは、もちろん考えたことはありましたが、やっておられません。本部で十分なIT人材を抱えることはほとんど不可能ですが、情報管理に関する部署は持っています。情報リテラシーが不十分なことは認識していますが、本部としてはそれ以上手の打ちようがないというのが現状です。

ただ、全国的にIT化の整備を進めてきて、それなりの経験知は蓄積されています。ですから、これから行うIT化では、意見の調整がつかないなどの問題は、あまり発生しないのではないかと考えています。

中期事業計画では、全国共通のWeb上で使える共同利用型会計システムおよび情報共有基盤システムから成る「済生会ネットワークシステム」を5億円かけて整備していくこととしました。それによって、各施設から経営情報をダイレクトに集め、スピーディに処理して返すことが可能になります。これからは、DPC、オーダリング、医事関係の情報を融合させて、効率的経営に活用することが大切になってきます。

2016(平成28)年度には、「済生会保健・医療・福祉総合研究所(仮称)」を設立して、重要な提言を行うための分析・評価を実施していく予定です。研究所として円滑に機能するためにも、膨大な情報収集と的確な処理が、これまで以上に欠かせなくなるでしょう。それによって、健全な経営に寄与していく期待が持たれています。

アベノミクスは基礎医学に投資して抜本的な改革を目指せ

松山 今後10年くらい先までの経営環境をどのように予測していますか。それを踏まえた上でのアベノミクスに対する提言をお願いします。

神野 人口問題や高齢化問題は、これから相当に厳しい状況です。そうした中で、これまでの「治す医療」から「支える医療、看取る医療」へと、医療そのものの価値観が変わろうとしています。そこにどう対応していくかが勝負になります。

急性期医療に携わっている医師が在宅医療を手がけるには、多くの障害があるでしょう。それでも彼らに在宅医療に対する視点をしっかり持つてもらわなければならない。急性期と在宅の間のインターフェイスに関わる人材をもっともっと養成していく必要があります。

それができるかどうかで、10年先がどうなるかが決まります。いかに病院と在宅とをつなげていくか、支える医療にどうやってシフトできるかが、喫緊の課題です。

アベノミクスの成長戦略に注文をつけるとすれば、こんな小手先の話ではないと思いますね。もっと抜本的に、ベーシックなところに投資が必要です。例えば、基礎医学の研究者の処遇をもっとよくしないと、臨床に人材を取られ、志望する人はいなくなってしまう。将来に向けて投資していかないと、医療の研究分野はこれまでの貯金を使い果たしてしまうのではないかと危惧しています。

松山 アメリカでは、医療事業体と大学、企業が一体となり、医療産業集積のインフラを築いて研究開発しています。ペンシルベニア州ピッツバーグに本部を置く非営利地域医療ネットワークUPMC (University of Pittsburgh Medical Center) では、約7,000人の医師・科学者が一元管理されて臨床試験に参加しています。このUPMCは、東西約200 km、南北約260 kmの医療圏に最先端のがん治療外来施設を37カ所設置しています。

先ほども少し紹介しましたが、アメリカでは大きな病院はつくらない傾向にあり、新病院の多くは200床以下です。バージニア州の非営利地域医療ネットワークであるセンタラヘルスケアの世界最先端の心臓手術センターは112床しかありません。

神野 アメリカはオバマケアの影響がすごくありますね。これまではドクターフィーとホスピタルフィーが別々でしたが、現在は一緒になろうとしています。今までは勤務医が少なかったのですが、目先のきく病院は勤務医を増やし始めています。もう1つの特徴的戦略は、外来を充実させていることです。

松山 アメリカでも急性期の病院は、利益率が低いのです。外来施設のほうが利益が上がります。病院本体は小さくして、機能が優れた外来施設をたくさん設ける傾向です。

松原 以前から急性期を中心にしてきたある地域の済生会病院が建て替えをし、外来治療機能の向上を図りました。緩和ケア20床も含めて200床に満たないのに、化学療法室や

放射線治療機器を増設し、内視鏡室も5室設け、がん治療の拠点としての成功を図っています。現在は外来でもかなりのことができるので、これからはこのような病院が増えるのではないのでしょうか。

松山 アメリカはまさにそうですね。サテライト施設を充実させる地域ネットワーク戦略です。

神野 私どもの病院でも入院の収益は落ちている反面、外来は上がっています。外来化学療法などでは、患者さんが増えています。

松山 済生会の将来展望とアベノミクスへの提言はいかがでしょうか。

松原 これからの病院経営の環境は、社会保障制度や財政状況から考えても楽観できないところにきています。ただ、消費税増税で一時的に息をつくことができるかもしれませんし、アベノミクスの一環である医療の産業化がよい面で展開し、新たな財源につながる可能性もあります。

そうした状況はあるものの、高齢者が増加していきますから、社会保障費は決して潤沢にはならないでしょうし、病院が経営努力を怠ってはならないわけです。

済生会では、スケールメリットを活かして効率化をさらに進めていきます。また、われわれのミッションを少しも見失うことなく、きちんと役割を果たしていきたいと思います。

アベノミクスの主要テーマに医療の海外進出がありますが、日本はトラック2周遅れと言われています。そうだとすると、今から海外に出ていき挽回するのは、きわめて困難な状況であると予測されます。

医学の基礎部分や応用部分の原点が重要であることは、神野先生と同じ意見です。例えばiPS細胞のような絶好の種があるので、特許権を含めて、国がリーダーシップを発揮し、一気呵成に特許権を含めてきっちり進めていくことが必要です。足腰の強い医学の根本を確立し、それをもとに世界に進出していくことが大切であると考えます。

松山 医療立国に向けたアベノミクスへの提言として、貴重なお話をうかがうことができました。

誠にありがとうございました。