

アベノミクスと医療改革

(第1回) 非営利ホールディングカンパニー

キャノングローバル戦略研究所
研究主幹 松山 幸弘 氏

アベノミクスでは医療産業を成長戦略の柱の1つとすることを掲げている。政府が2013年6月に発表した健康・医療戦略では、その具体策として日本版NIH (National Institute of Health) 創設、医療の輸出、予防による国民の健康寿命延伸などが示された。そして安倍総理が、2014年1月22日のダボス会議(世界の政治・経済のリーダーが集まるフォーラム)で日本の首相として初めて基調講演し、「昨日の朝私は、日本にも、Mayo Clinicのような、ホールディングカンパニー型の大規模医療法人ができてしかるべきだから、制度を改めるようにと、追加の指示をしました。」(首相官邸ホームページ講演録より抜粋)と、世界ブランドの医療事業体を創ることを国際公約に近い形で宣言した。一方、筆者は現在世界30ヶ国の医療政策研究者と共同で医療改革の本を執筆している。そこで、世界の医療改革の最新動向を踏まえながら、アベノミクスを成功に導く医療改革のあるべき姿について3回連載で論じてみたい。

国民会議報告書が招いた混乱

第1回目は、非営利ホールディングカンパニーを医療提供体制に導入する方法と意義をとりあげる。安倍政権が医療改革の方法の一つとして非営利ホールディングカンパニー機能を持つ医療事業体の創設を打ち出し、厚生労働省が医療法人の業務展開等に関する検討会で審議し始めたことから、筆者は様々

な立場の医療経営・行政関係者から質問を受けるようになった。質問者に共通していたのは、当初、「非営利ホールディングカンパニーが持分あり医療法人を子会社としてぶらさげる仕組み」と誤解していたことである。その原因は、社会保障制度改革国民会議が2013年8月に発表した報告書の誤りにある。

第1の誤りは、持分あり事業体(持分あり医療法人、株式会社介護事業者など)と持分なし事業体(社会医療法人、社会福祉法人、国公立病院など)、非営利ホールディングカンパニーと営利ホールディングカンパニーを明確に区別せずに論じたことである。同報告書に「医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある。複数の医療法人がグループ化すれば、・・・」との記述がある。2013年3月末現在の医療法人数48,428のうち大部分を占める41,903が持分あり医療法人である。持分あり医療法人は、医療法で配当が禁止されているとはいえ、法人を売却すれば累積剰余金を全額出資者個人が獲得できるため営利事業体である。つまり、持分あり医療法人は私有財産であり、経済的利害が対立しライバル関係にある持分あり医療法人が複数集まりホールディングカンパニーを形成することは、ほぼありえない。にもかかわらず上記報告書

記述が、出資者が異なる持分あり医療法人を核にホールディングカンパニーを創りそこに社会福祉法人まで取り込むことが認められるような印象を与えたのである。

第2の誤りは、わが国で機能分化や患者情報共有など医療提供体制改革が進まないのは、数の上で医療法人が国公立病院より圧倒的に多いことが原因であるとしたことである。報告書は「日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体立の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。公的セクターが相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、現に欧州のいくつかの国では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。・・・日本の場合、国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか14%、病床で22%しかない。ゆえに他国のように病院などが公的所有であれば体系的にできることが、日本ではなかなかできなかったのである。」と記している。しかし、これは事実誤認である。なぜなら、米国は5,723病院（2012年現在）のうち78%の4,464病院が民間病院であるが、機能分化や患者情報共有の仕組み作りで世界をリードしている。日本の場合、狭い医療圏内で国公立病院、国立大学附属病院が税金を使って過剰設備投資競争を行っており、患者情報共有にも消極的である。公的セクターを相手に政府が強制力をもって改革できていない。つまり、わが国の医療提供体制改革が遅れている最大の元凶は、私的所有の医療法人が多いことよりも国公立病院、国立大学附属病院のガバナンスの欠陥にあるのである。

したがって、ホールディングカンパニー機能を与えて改革するメインターゲットは、公的セクターの病院群である。これは、国公立病院や国立大学附属病院を経営統合することでその医療圏を独占する事業体を創ることを意味しない。その事業体の主たる使命は、地域住民ニーズと医療提供体制のミスマッ

チ解消、医療ICT活用のインフラとなることである。その使命達成には市場シェアが20%～30%あれば十分である。実際、他の先進諸国でも特定の医療事業体に地域独占を許すことは稀であり、公営事業体であっても主たる担当医療圏が異なるもの同士を評価情報に基づき競争させる政策をとっていることが多い。

IHNとホールディングカンパニー機能

産業競争力会議の医療・介護等分科会が昨年12月26日に発表した中間整理で「大学附属病院、国公立病院、保険者等を含めた連携を可能とすることで、アメリカにおけるIHN（Integrated Healthcare Network）のような規模を持ち、医療イノベーションや医療の国際展開を担う施設や研究機関の登場も期待される。」と記したことから、IHNへの関心も高まっている。IHNとは、急性期ケアから回復期リハビリ、外来ケア、介護、在宅ケア、終末期ケアに至るまで地域住民が必要とする医療サービスを総合的に提供できる事業体のことである。すなわち地域包括ケアの核となる事業体のことであり、筆者は、医療制度の違いに関係なく各国でIHNが構築されていることを「地域医療経営ガバナンスの国際比較」と題し本誌に2009年7月号から6回連載し解説した。

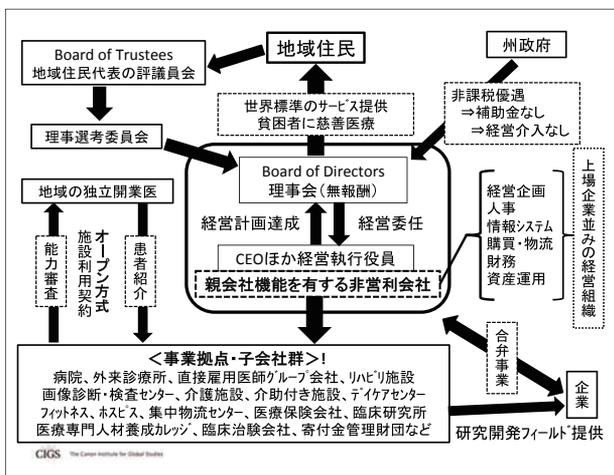
IHNの経営形態は、まず非営利IHNと営利IHNの2つに分類できる。非営利IHNには、国公立病院を核にした公営IHNと民間非営利病院を核にした公益IHNがある。公営IHNの代表例はオーストラリアであるが、米軍が全国を23の医療圏に分けてそれぞれにIHNを構築（事業規模合計約6兆円）していることも注目される。米国には500以上の非営利IHNがあるが、その大部分は公益IHNである。わが国の代表的地域包括ケア事業体である社会福祉法人聖隷福祉事業団と長野県厚生農業協同組合連合会も公益IHNに分類できる。また、IHNとしては規模が小さいものの社会医療法人の多くがこの公益IHNに該当する。営利IHNには、株式会社病院を核にしたIHNとわが国特有の制度である持分あり医療法人を核に

したIHNがある。

IHNにはホールディングカンパニー機能があるものとなないものがある。株式会社病院IHNは自らが同機能を持つのでなく逆に親会社の傘下にあることが多い。持分あり医療法人IHNには、法的にホールディングカンパニー形式はとっていないが出資者が設立した株式会社に実質的に経営支配されているものが見られる。非営利IHNのうちホールディングカンパニー機能を付与され一般企業同様に多角化による事業拡大が可能なのは、米国の公益IHNである。安倍総理が例としてあげたMayo Clinicもこれである。

非営利IHNホールディングカンパニーの要件

図表① 米国の公益IHNの組織構造



(出所) 筆者作成

図表①は米国の公益IHNの組織構造を表している。これが非営利認定を受け非課税優遇とホールディングカンパニー機能を付与される根拠法は、連邦政府の内国歳入法と州政府の非営利会社関連法規である。非営利認定の最重要要件は「利益が特定の個人に帰属しない」である。この要件が堅持される限り非営利IHNホールディングカンパニーが株式会社を持つことも許される。例えば、株式会社を一般企業と合併で設立した場合でも、出資割合に応じて非営利IHNホールディングカンパニーが取得する配当金は特定の個人に帰属するのではなく他の財源と

一緒に必ず地域社会に還元される。米国の公益IHNでは、理事会の役割は経営執行役員の任免と監督であり経営実務にはタッチしない。つまり、ガバナンスと経営実務が明確に分離されている。理事（通常非常勤で無報酬）を選ぶのは地域住民である。経営執行役員の報酬は理事会傘下の報酬委員会で審議されるので、経営執行役員による御手盛り報酬の余地はない。

これに対してわが国の場合、非営利認定された社会医療法人や社会福祉法人であってもガバナンスと経営実務が分離されておらず理事会に権限が集中、利益が特定の個人に帰属する抜け道が存在する。理事長の報酬を決めるのは理事長自身であり、理事・評議員の任免や後継者指名も実態的に理事長が行っているところが多い。累積剰余金から退職金の名目で希望する金額を抜くことも可能である。したがって、わが国に非営利IHNホールディングカンパニーを創設する際には、既存の理事会や評議員会のあり様を踏襲するのではなく、ガバナンスと経営実務を分離し利益が特定の個人に流れる抜け道を完全に塞ぐ仕組みとすべきである。

純粹型と事業兼営型

一般企業のホールディングカンパニーには、純粹型（戦略企画本部機能のみで自らは現業を行わない）と事業兼営型（グループ全体の核になる事業部門を自らが直接経営、それ以外を子会社に行わせる）の2種類ある。非営利IHNの場合も同じである。一般企業との違いは、非営利IHNホールディングカンパニーは株式子会社のみでなく非営利子会社もぶら下げる点にある。株式子会社は医療周辺ビジネスを行い非営利子会社は病院や外来施設など医療事業体としての本業部門を行う役割分担である。非営利IHNが株式会社病院を子会社にするには許されない。株式会社病院を100%子会社で持つことは医療で非営利認定を受けたことを自ら否定する行為であり、合併事業子会社で持つ場合でも合併相手株主という特定個人を本業である医療で利することになるから

である。先に「非営利ホールディングカンパニーが持分あり医療法人を子会社としてぶらさげる仕組み」がありえない誤解としたのは、同じ理屈である。

筆者が受けた質問の中で最も多かったのは、非営利IHNホールディングカンパニーの子会社に対する支配力の源泉である。相手が株式子会社であれば出資に基づく支配権であることは容易に理解できる。しかし、非営利子会社にも親会社である非営利IHNホールディングカンパニーにも持分あり出資者が存在せず、出資に基づく支配権が成立しない。非営利子会社に対する支配力の源泉は、非営利IHN全体が地域住民の共有財産であり地域住民によりガバナンスされているという事実を背景にした非営利子会社幹部に対する人事権にあるのである。

国立大学から附属病院を分離する

安倍総理がダボス会議で臨床研究・教育で世界をリードしているMayo Clinicに伍する大規模医療法人を創ることを宣言したことの意義は大きい。なぜなら、それは前述したわが国の医療提供体制最大の欠陥である国公立病院、国立大学附属病院のガバナンス問題に切り込むことを意味するからである。

Mayo Clinicは、ミネソタ州に本部を置く事業規模約1兆円の非営利IHNホールディングカンパニーである。米国には同規模類似の事業体がUniversity of Pittsburgh Medical Center (略称UPMC、ペンシルバニア州)、Partners HealthCare System (略称Partners、マサチューセッツ州) など他にも存在する。共通点は、病院を持たない地元の大学医学部やメディカルスクールと業務提携することにより、大学が基礎研究と臨床教育、自らは臨床研究と医療事業と役割分担し、医療産業集積の中核事業体となっていることである。

このうちわが国が大規模医療法人創出のモデルにすべきはUPMCである。Mayo ClinicとPartnersが老舗であるのに対してUPMCは1986年にゼロスタートした新興勢力であることから多角化・国際化に積極的であり、経営戦略上参考にするべき点が多い。

UPMCが本部を置くピッツバーグはUSスチールを核に栄えた鉄鋼都市であった。しかし、1982年にUSスチールが実質経営破綻し公害と失業者だけが残り全米で最も住環境の悪い街というレッテルを貼られた。そこで、地元の政財学界の重鎮が議論し医療産業で再生することを決めた。その具体策の第1歩が、ピッツバーグ大学から附属病院3つを分離しUPMCを設立することだったのである。附属病院を大学から分離した理由は、「基礎研究にのみ興味があり医療経営の知見がない医学部教授たちに附属病院経営に口出しされる状態では医療事業体として成長できない」(2002年視察時ヒヤリング)であった。この英断により、2013年6月期のUPMCの事業収入規模は102億ドルと大学側収入20億ドルの5倍にまで増加した。UPMCから研究者への補助金は年間2億ドルを超える。附属病院を分離したことが大学自身のブランド向上に多大な貢献をしているのである。

この大学から附属病院を分離し民間経営手法を追求させることで大学より大きな医療事業体を創ることは、わが国の国立大学改革と医療産業の国際競争力強化のためにも有効であり必須要件であると思われる。東京大学附属病院の診療収入は441億円(2012年度)にすぎない。45ある国立大学附属病院の収入合計でも8,887億円(2011年度)と一地域で事業展開するUPMC以下である。このように臨床研究・教育のフィールドが弱体なままでは、iPS細胞やSTAP細胞の基礎研究で世界をリードする成果を挙げても日本の医療産業の国際競争力向上に結びつかない。是非とも医学部設置要件から附属病院をはずす規制緩和をすることにより、国立大学附属病院が近隣の国公立病院と経営統合できる道を開くべきである。

ホールディングカンパニー機能の活用策

わが国の医療事業体にホールディングカンパニー機能を認めることの政策目的は、Mayo ClinicやUPMCと競争できる大規模医療法人を創出することに止まらない。医療産業の国際競争力を高めるため

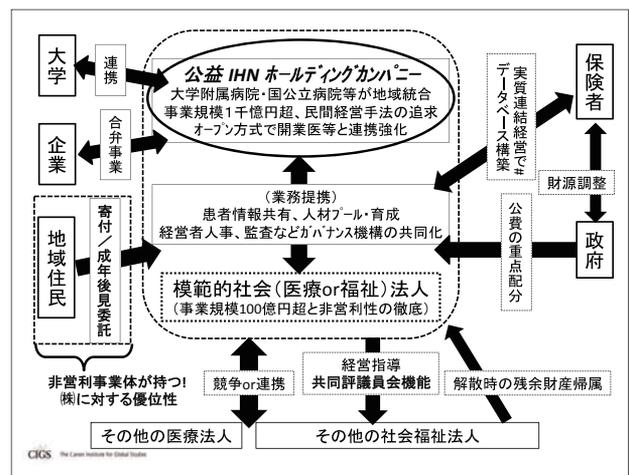
であれば、そのような事業体は2つないし3つあれば足りる。国民全体に及ぶ効果の観点からは、国立大学附属病院が国公立病院と経営統合することで全国各地に地域包括ケアの中核事業体を構築できることの方が、遥かに重要である。

海外で地域包括ケアの核になっている公営IHNや公益IHNから類推すると、技術進歩に合わせて世界標準の医療提供体制を進化させ続ける役割を果たすためには、担当医療圏人口約100万人、事業規模1千億円が標準である。したがって、わが国の場合約100の中核事業体IHNを創る余地がある。一方、国立大学附属病院数は45であるから附属病院を取り込まないIHNも必要である。前述した聖隷福祉事業団や長野厚生連は附属病院抜きでその要件をほぼ満たしており、臨床研究・教育機能を高めれば海外のIHNと遜色ない中核事業体になりうる。

加えて、社会医療法人と社会福祉法人の合併を認める規制緩和への要望が高まっている。2014年1月現在215ある社会医療法人のうち社会福祉法人を兼営するところが50以上ある。これらの事業体は既に地域包括ケアで重要な役割を果たしており、合併させてホールディングカンパニー機能を付与すれば、地域社会への更なる貢献が期待できる。また、過疎

地の持分あり医療法人経営者が複数集まり、地域医療を守るために持分放棄して合併、社会医療法人化することを検討し始めている。ホールディングカンパニー機能は、このような経営者を支援するためにも使える。図表②は、これらの中小の持分なし事業体が1千億円規模の公益IHNホールディングカンパニーとグループを形成する仕組みを描いたものである。その触媒となるのは、患者情報共有と前述したガバナンス機構の非営利性の徹底とその共同化に基づく機能分担である。

図表② 日本の医療・介護・福祉提供体制改革の方向



(出所) 筆者作成