

公立病院や大学病院を核に 情報共有のための事業体をつくり ガバナンスを強化して改革を

一般財団法人キヤノングローバル戦略研究所研究主幹

松山幸弘 氏



まつやま・ゆきひろ ● 1953年2月、福岡県生まれ。75年3月、東京大学経済学部卒業。75年4月～99年3月、保険会社勤務。保険会社在職中、九州大学経済学部客員助教授（88～89年）、日本銀行金融研究所客員エコノミスト（91年）、厚生省（現・厚生労働省）HIV疫学研究班員（93～94年）等を歴任。99年4月～2005年6月、富士通総研経済研究所首席研究員。05年7月以降、民間医療法人専務理事、医療コンサルタント会社顧問、国保旭中央病院顧問等を経て、09年4月より現職。

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でキヤノングローバル戦略研究所の松山幸弘研究主幹が、このほど日本医療企画から「医療・介護改革の深層」日本の社会保障制度を守るための提言」を上梓した。一連の社会保障制度改革の現状と残された課題について、松山研究主幹に話を聞いた。

（撮影＝関口宏純）

**全体的な整合性をとる
仕組みが必要になる**

——まず、著書を執筆された目的、動機は何だったのでしょうか。

昨年の医療法改正、そして今年の医療法、健康保険法、社会福祉法の改正というのは、後から振り返れば非常に大きな改革だったと言われることになると思います。そんななか、規制改革会議健康・医療ワーキンググループや社会保障審議会福祉部会などに参加させていただき、政策決定のプロセスを、内側から見る機会を得ました。

そこで、この「改革」の正しい解釈、医療介護福祉経営に与える影響を、皆様に解説したかったというのが執筆の理由です。それには、今回の法改正で積み残した課題も含まれます。

もう一つ、5年前の拙著「医療改革と経済成長」

(日本医療企画刊)の続編という意味合いもあります。前著で非営利ホールディング型大規模医療事業体の創設、大学附属病院の大学からの分離、などを提言しました。それが安倍政権の日本再興戦略2014に反映されました。しかし、非営利ホールディングの議論は厚生労働省検討会で迷走し、地域医療連携推進法人という形になりました。この地域医療連携推進法人は医療法人を核にしたグループ形成ということでしたが、検討会終了後に法人格のない公立病院も参加できるようにすることで厚生労働省と総務省が合意したとの報道がありました。これら一連の動きが何を意味しているのかを、わかりやすく説明したいという思いで執筆しました。

——具体的に、改革に向けた今後の課題にはどのようなものがあるのでしょうか。

わが国の政策決定プロセスの特徴として、医療制度改革や福祉制度改革に関連する会議が乱立しています。その結果、それぞれの会議から改革の具体的方法がバラバラに提案されるものの、財源の観点からそれらをすべて実行できるのか、全体最適になるのかが示されていません。たとえば、データヘルス計画です。これは予防により国民の健康寿命を延ばして医療費を削減しようという提案です。海外でもポピュレーションヘルスという名称のもとで各国が取り組んでいます。しかし、わが国の場合、データヘルスを含め医療ICT活用を推進するために必要な投資コストの財源が全く示されていません。日本の医療ICT投資規模は、13年に5715億

円でした。これは、同年の医療介護費49・3兆円の1・2%にすぎません。わが国が医療ICT活用で米国と並ぶためには、少なくとも毎年5000億円の追加投資が必要です。

また、データヘルスの成功の鍵を握っているのは、患者指導を行う開業医や病院です。しかし、現在の制度のもとでは、予防や疾病管理により医療費が減少するということは、医療機関側の収入減少を意味します。経済的インセンティブがなければ医療機関がデータヘルスに協力するとは思えません。

米国の成功事例では、開業医に3000人から5000人の被保険者集団を担当してもらい、予防と疾病管理により集団全体の医療費が節約されたら開業医に節約額の一定割合をボーナスとして支払っています。このデータヘルスをめぐる課題については、8月に日本医療企画から出版予定の『医療白書』に書きましたので、それをご覧ください。——どのような施策があれば、この問題は解決できますか。

わが国の医療制度で諸外国と比べて非常に遅れている分野の一つは、情報共有の仕組みづくりです。医療のみならずどの産業においても、ライバル関係にある事業者が顧客情報を共有することは通常ないと思います。しかし、医療提供体制全体の効率化のためには、ライバル関係にある事業者同士であっても情報共有することが求められます。それを実現する仕掛けとして、各医療圏に情報共有のプラットフォーム機能を持

つ大規模事業体をつくるのが有力です。

非営利ホールディング型事業体は、その具体策なのです。人口50万人から100万人の広域医療圏ごとに国公立病院を地域統合する方法をとれば、現在ある経営資源で全国各地につくることができはるはず。経済的利害が一致しているのですから、大規模事業体のなかで情報共有することは当たり前です。そこで、まずこの大規模事業体のなかでICT活用のノウハウを開発、蓄積するのです。そしてこの大規模事業体の最大の特徴は、オープン方式です。つまり、同じ医療圏内の他の医療機関が機能分担を希望してきたら、患者情報共有を条件にすべて受け入れるという仕組みです。

カナダ、オーストラリア、英国などのように医療提供体制が「公」中心で、財源も国や州政府が握っているのであれば、トップダウンで情報共有を進めることができます。財源とサービス提供が連結している事業構造だからです。しかし日本は、医療提供が数のうえでは「民」中心になっています。だからこそ、制度全体を見渡した議論と施策が必要になるのです。

ガバナンス改革こそが日本再興戦略成功の鍵

——その点に関連して、厚生労働省検討会では非営利ホールディング型法人を民間医療法人中心につくるという議論が進められましたが……。

厚生労働省の検討会が迷走した原因は、13年8月に発表された社会保障制度改革国民会議報告書

が、情報共有が進まず医療提供体制が非効率である原因は民間医療法人が多いからだ」と断定し、ライバル関係にある医療法人をグループ化する政策を提言、日本再興戦略2014に反映させたからなのです。しかし、厚労省検討会議記録に頻繁に出ていたように、私有財産である持分あり医療法人がライバル関係にありながらグループ形成することは、ほとんどあり得ない話です。

そして、検討会終了後に法人格のない公立病院も地域医療連携推進法人に参加できることになりました。これは、新型法人が医療法人ではなく公立病院を中心に作られる可能性が高まったということです。私が提案していた非営利ホールディング型事業体の本来の趣旨に戻ったのです。これにより医療提供体制のガバナンスが大きく改善すると期待できます。

ここで注意すべきことは、公立病院を核に新型法人をつくるとしても、これが民間医療事業体の存在を否定するものではないということです。先ほど説明したように、新型法人はオープン方式であり、その地域医療における使命感に共鳴する開業医や病院は業務提携の形で参加、機能分担できるのです。非営利ホールディング型事業体の役割は、情報共有のプラットフォーム機能であり、その医療圏における医療ニーズと供給体制のミスマッチの解消にあるのです。したがって、その経営トップには、地域住民全体の利益を判断基準にすることが求められます。

それから、公立病院を核に非営利ホールディ



実は、このような非営利ホールディング機能を持つ事業体がすでに存在しています。私の新著『医療・介護改革の深層』の冒頭で理事長にインタビューさせていただいた社会福祉法人聖隷福祉事業団は、その先駆的なモデルなのです。

——要するに、ガバナンスを変えることで改革は実現すると……。

その通りです。公費が投入されている病院、非課税優遇を受けている医療事業体を地域統合するガバナンス改革により、既存の経営資源を使って全国各地に世界標準の地域包括ケア事業体を生み出すことは可能なのです。これが実現すれば、アベノミクスに対する国民の評価が一気に高まると思います。

ング型事業体をつくる場合、国立系病院、持分のないその他公的病院、大学附属病院も参加することが重要です。とりわけ、国立大学附属病院の参加が新型法人の臨床研究・教育機能、事業規模を高めるうえで大切です。附属病院を国立大学から分離する規制改革については、産業界競争力会議からの強い要請もあり、文科省が近々決定する模様です。

国立大学附属病院は、全体で14年度に赤字転落しました。財政難から今後診療報酬単価引き上げが期待できないことを考えれば、大学が附属病院を抱えておくことは難しいと思われます。つまり、附属病院分離は大学改革のうえからも必要になっているのです。

私は、新著のなかでも紹介しているように、米国ピッツバーグの医療産業集積の中心になっているUPMCのような非営利ホールディング型大規模医療事業体を、日本にも数カ所つくるべきだと主張してきました。これに対して「無理だ」と端から否定される方も多い。しかし、他産業では誰かがそれにチャレンジし、さまざまなグローバル企業をつくってきたのです。トヨタやソニーでも最初は町工場だったのです。なぜ医療産業ではそれができないと決めつけるのでしょうか。

現在、収入が年間114億ドルのUPMCも、1986年にピッツバーグ大学附属の3病院を独立させてスタートした事業体なのです。この



医療保険改革法成立を受け緊急出版 都道府県の地域間競争時代が到来！

5月27日、医療保険改革法案が成立した。国民健康保険の運営主体を、3年後の2018年度に市町村から都道府県へ移し、財政基盤を強化することが最大の狙いとされている。現在、急速に進められている医療・介護改革は、日本社会にどのような変化をもたらすのか？本書では、未来を予測し、来るべき危機を回避するための提言が随所に盛り込まれている。

医療制度全体のガバナンス改革の必要性、地域医療連携推進法人制度をめぐる10の論点、日本の医療産業集積を成功させるための6つの条件など、医療・介護の現在と未来を知るための重要事項を、学者ならではの鋭い視点で考察・分析して課題を浮きぼりにし、海外事例などを挙げながら、将来進むべき方向性を示す。

●目次

- 特別インタビュー 社会福祉法人聖隷福祉事業団 理事長 山本 敏博氏
- 第1章 近未来の不都合な真実と対応策
- 第2章 非営利ホールディング型法人を絵に描いた餅にするな
- 第3章 法改正で浮かび上がる社会福祉法人の実像
- 第4章 医療介護福祉改革で、都道府県地域間競争が始まる

医療・介護改革の深層
～日本の社会保障制度を守るための提言～

- 著者：松山幸弘
(キヤノングローバル戦略研究所研究主幹)
- 体裁：四六判／上製／216ページ
- ISBN:978-4-86439-375-1 C3033
- 定価：本体価格2,500円＋税

スタート時のUPMCに比べれば、わが国の公立病院、国立大学附属病院ははるかに恵まれています。医療施設、人材、臨床レベルでは、日本は諸外国に決して負けていません。欠けているのは、経営資源を束ねて相乗効果を発揮させるガバナンスの仕組みとマネジメント能力なのです。

ただ一方で、国の財政危機という問題が横たわっています。今後、診療報酬、介護報酬の単価が上がることはないでしょう。近い将来、社会保障制度全体がハードランディングすることになると思います。都道府県単位で医療提供体制と財源をコントロールすることになれば、地域によっては病院の倒産が増えることになりまます。しかしそれは、他の産業ではすでにたどってきた道です。医療界だけ例外、ということはないでしょう。その意味で、地域医療介護総合確保基金に財源をプールし、医療提供体制のガ

バナンス強化を目指すことは必要だと思います。

ハードランディングとなる 覚悟が求められる

——ハードランディングというお話がありました。具体的にはどういことが起きてくるのでしょうか。

要は、財政危機により国が予算を組めない状態になるのです。そうなると、社会保障制度全体を現行制度のまま維持することは不可能です。診療報酬と介護報酬が一律にバサッとカットされる、という事態も想定されます。病院経営者の皆さんは、そのような近未来のリスクを薄々認識しておられると思います。ただ、まだそれが実感を伴ったものになっていません。

——地域医療構想や地域医療連携法人の仕組みがいよいよ動き始めました。一方で運営責任を担う都道府県には人材がいけないとも指摘されま

す。どうすればいいのでしょうか。

都道府県には、医療や介護を全体的にみて政策決定するという経験がこれまでありません。今回の改革により医療介護福祉制度の運営が都道府県の最大の仕事になることを自覚している知事はまだ少数でしょうし、知事を支える専門能力を持った職員もいません。このような専門人材を育成することは、当面厚労省が中心に行う必要があると思います。

私は、それがどのような人材かということを感じ覚的にわかっていきます。02年から13年間にわたり、米国のセントラヘルスケアに通って、内部会議にも参加、ベンチマーク分析や医療ICTを駆使して経営判断するプロセスを見てきたからです。それは、地域医療構想の運営のあるべき姿そのものです。それは非常にやりがいのある仕事ですので、若い人たちに是非チャレンジしてほしいと願っています。