

「コロナ禍と医療イノベーションの国際比較」

連載第 21 回(医療 DX を成功させた豪州と「コロナ補助金焼け太り」を放置した日本)

2022 年 9 月 20 日 松山

<目次>

1. 医療 DX の社会実装を成功させたオーストラリアの次なる目標

新規感染者が未だ一定数続く中で行動規制緩和に動き始めた
医療 DX の社会実装成功を示すデータと次なる目標

2. 利害関係者が共に全体最適の決定を目指す仕組み(日本版 IHN)を全国に配置する

厚労省直轄病院群による「コロナ補助金焼け太り」は 2021 年度にさらに膨張していた
日本で蔓延する「コロナ補助金焼け太り」は英・加・豪・米では発生しない
医療・介護 DX には利害関係者が共に全体最適の決定を目指す仕組みが不可欠

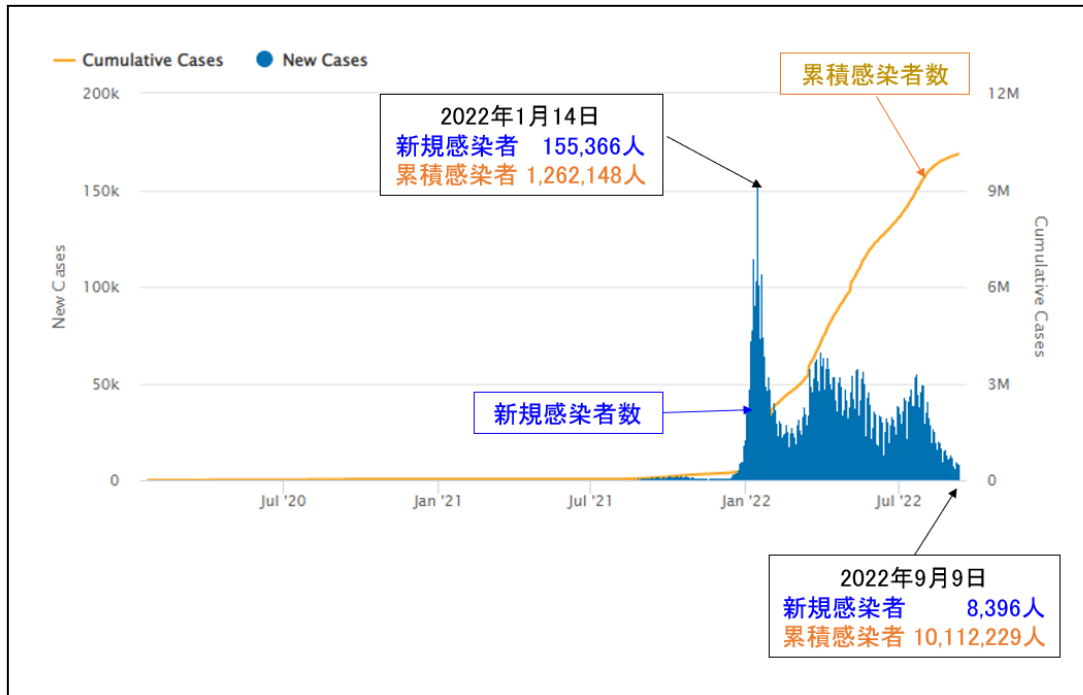
<本文>

1. 医療 DX の社会実装を成功させたオーストラリアの次なる目標

新規感染者が未だ一定数続く中で行動規制緩和に動き始めた

連載第17回に記したとおり、モリソン首相が オミクロン型変異株の強い感染力に対する科学者たちからの警告を無視したためコロナ対策に失敗し支持率が急降下、同首相の基盤である保守連合が 5 月 21 日の総選挙で敗北、9 年ぶりに労働党政権が誕生した。1日あたり新規感染者数は1月14日の155,366人から9月9日に8,396人まで減少したが(図表1)、人口が2,575万人であることから、これは日本で毎日4万人超発生しているレベルに等しく、感染拡大が鎮静化したと言える状況にない。しかし、オミクロン型変異株の重症化率が低い御蔭で、9月9日時点のコロナ感染入院患者は2,330人、うちICU入院患者60人、人工呼吸器装着患者18人であり、医療現場は平時に戻っている。そこでコロナ関連行動規制を決めている州政府が規制緩和に動き始めた。例えば、シドニーがある New South Wales 州政府が、9月9日、「航空機の乗客に対するマスク着用義務を撤廃する(ただし、航空会社の独自ルールに注意)」、「コロナ陽性の判定が出た感染者でも無症状であれば自主隔離期間は5日間でよい」と発表した。ただし、同州政府は、米国、英国、カナダのように行動規制を全面撤廃することには踏み込んでおらず、WEB サイトで以下のように具体的に行動規制内容(<https://www.nsw.gov.au/covid-19/stay-safe/rules/people-in-nsw>)を州民に伝えている。

図表1 オーストラリアにおけるコロナ新規感染者数の推移



(出所) オーストラリア政府のコロナ情報 WEB サイトから筆者作成

<https://www.health.gov.au/health-alerts/covid-19/case-numbers-and-statistics>

<2022年9月9日改訂後の New South Wales 州政府によるコロナ行動規制のポイント>

- ・多くの場所でワクチン接種証明の提示の必要がなくなったが、医療従事者など職場によってはワクチン接種証明書が必要な所もあることに注意が必要。
- ・屋外でのスポーツ、人の集まりにおいてはワクチン接種証明書の提示、入場前の抗原検査チェック、マスク着用は必要ない。室内のジムやレクリエーションについても人数制限はない。室内プール利用にも制限はない。
- ・乗客が航空機に乗り込んだ後のマスク着用義務は撤廃されたが、搭乗待合室でのマスク着用義務は継続している。
- ・12歳以上の者に対しては、公共交通機関の待合場所(タクシーや乗合いサービスの待合場所も含む)、公立病院や民間医療関連施設、ケア付き居住施設やホステル(安価な簡易宿泊施設)、クルーズ船待合室などでは、マスク着用義務が課されている。これは、「人との距離がとれない場所ではマスク着用は推奨される」という考え方に基づいている。
- ・陽性判定が出て喉の痛み、咳など何らかの症状のある人は、7日間自主隔離しなければならない。さらに7日たっても症状がある場合は、症状がなくなるまで自主隔離する必要がある。
- ・陽性判定が出た者は、7日間、病院やクリニックなどの医療関連施設、高齢者施設、障害者施設など感染した場合にリスクが高い人々が入り出す場所に行ってはいけない。
- ・陽性判定が出た時もしくは症状を自覚した時の直前2日間に接した人々に自分がコロナ感染したことを伝えなければならない。

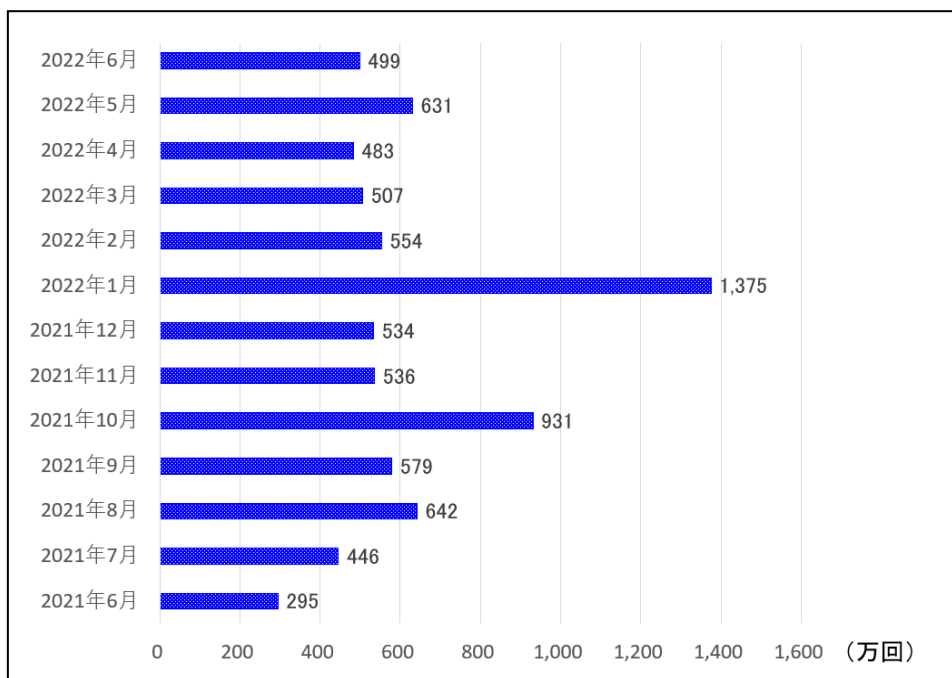
- ・一緒に生活していない人々が多数同じ室内に集まるような所に行くことは避けるべき。
- ・一緒に生活していない人達と同じ部屋に集まる時は迅速に結果が出る抗原検査を行うべき。
- ・感染者が職場復帰する場合のルールは雇用主が定めておくべき。
- ・家族に陽性者が出た教師や生徒であっても本人に症状がなければ学校に行くことは原則認められる。ただし、その場合、7日間毎日、登校前に抗原検査を受けること、室内ではマスク着用することが求められる。

上記のとおりオーストラリアはコロナ行動規制を全面撤廃できる状況にないが、国民は平時の冷静さを取り戻している。それは、コロナ感染者が自分の症状に不安を覚えた時には何時でも家庭医に相談でき、症状が悪化した時の入院先となる公立病院（広域医療圏単位に配置されている Integrated Health Network の中核病院）が事前に明確になっているからである。なお、New South Wales 州政府は、自主隔離期間の短縮を行ったが、「患者によっては 10 日間までウイルスを排出して他人に感染させるリスクがある」ことも強調している。

医療 DX の社会実装成功を示すデータと次なる目標

連載第 12 回に記したとおり、オーストラリアは第 1 次戦略計画を達成して医療 DX の社会実装では米国、英国、カナダと共に世界最先端の状況にある。医療 DX の推進機関である Australian Digital Health Agency が、2022 年 9 月、「COPORATE PLAN 2022-2023」（2022 年 7 月～2023 年 6 月の年度計画）を発表して次なる目標を提示した。例えば、以下のような目標である。

図表 2 国民が 1 ヶ月間に My Health Record で自分の医療情報を閲覧した回数の推移



(出所) My Health Record Statistics and Insights JUNE 2022 から筆者作成

- ① 国民が My Health Record (国民 1 人ひとりが自分の医療情報を管理して医療チームと共有する仕組みである Personal Health Record のオーストラリアにおける名称) を閲覧する回数を 20% 増やす。 ちなみに図表 2 は、オーストラリア国民が 1 ヶ月間に My Health Record で自分の医療情報を閲覧した回数の推移を示している。2022 年 1 月の閲覧回数は、全人口 (2021 年 12 月時点 2,577 万人) の半分を超える 1,375 万回であった。これは、オミクロン型変異株の感染急拡大と室内でのマスク着用義務化などを背景に、人々がワクチン接種証明書や PCR 検査結果を提示する機会が多かったためである。また、2021 年 10 月の 931 万回は、ロックダウン (都市封鎖) を解除したことによりワクチン接種証明書のニーズが増加したからである。
- ② 医療提供者による My Health Record の利用を 15% 増やす。 My Health Record を利用するために登録している割合は、2022 年 6 月時点で調剤薬局 99%、家庭医 99%、公立病院 97% である。My Health Record のデータベースに蓄積されている医療情報より詳しい情報を必要としている専門医の登録割合は 23% に止まっているが、My Health Record が対象とする医療提供者はほぼ全て参加していると言える。My Health Record が活用されているかどうかを判定するデータとして、「医療提供者が他の医療機関によってデータベースにアップロードされた患者情報を閲覧した回数」がある。2021 年 6 月から 2022 年 6 月の期間に家庭医が閲覧した回数は 130 万回、調剤薬局が閲覧した回数は 21 万回、公立病院が閲覧した回数は 180 万回であった。また、Australian Digital Health Agency は、「家庭医、調剤薬局、公立病院などがデータベースにアップロードした患者情報が他の医療機関によって閲覧された回数」も開示している。そして、自分の医療情報に誰が何時アクセスしたかを患者が把握できる仕組みになっている。
- ③ 電子処方箋の発行件数を 20% 増やす。 Australian Digital Health Agency によれば、2020 年 5 月から 2022 年 9 月までの期間における電子処方箋発行件数は、7,800 万件であった。一方、民間調査会社 Statista が WEB サイトで開示している資料によれば、2021 年において処方箋発行件数全体に占める電子処方箋の割合は 20% 前後である。
<https://www.statista.com/statistics/1288558/australia-use-of-electronic-prescriptions-by-age/>
 したがって、電子処方箋発行件数を増やす余地は大きい。
- ④ 国民のデジタルヘルスに対する理解度を向上させるための教育イベントを 350 回実施する。
- ⑤ 消費者や医療従事者がデスクトップやモバイルの機器を使って My Health Record を利用しようとする時のアベイラビリティの確率の目標 99.9% を達成する。

2. 利害関係者が共に全体最適の決定を目指す仕組み(日本版 IHN)を全国に配置する

厚生労働省直轄病院群による「コロナ補助金焼け太り」は 2021 年度にさらに膨張していた

筆者は、連載第 8 回において、国立病院、地域医療機能推進機構(JCHO)病院、労災病院という厚生労働省直轄の病院群が 2020 年度に巨額のコロナ医療対策補助金を受け取りながら実際にはその一部しか使わず大幅増益となったことに疑問を呈した。しかし、図表 3 のとおり、この「コロナ補助金焼け太り」という米・英・加・豪など他の先進諸国では見られない異常事態は是正されるどころか 2021 年度にさらに膨張していた。なお、労災病院は本稿執筆時点で 2021 年度財務諸表を開示していないので図表 3 には含めていないが、労災病院も「コロナ補助金焼け太り」が 2021 年度に拡大したと推察される。また、自治体が設置者である公立病院の関係者からも「コロナ補助金によって 2020 年度と 2021 年度は増益となったが、補助金が止まったら大変だ」という情報が寄せられている。

図表 3 国立病院と地域医療機能推進機構(JCHO)病院の財務データ (百万円)

() 内は病院数		2019 年度	2020 年度	2021 年度
国立病院 (140)	診療業務収益	996,905	1,055,092	1,129,247
	補助金以外	991,522	950,547	999,617
	補助金	5,383	104,545	129,630
	診療業務費	983,294	986,003	1,024,980
	診療業務外補助金	1,035	1,584	2,088
	補助金計	6,418	106,129	131,718
	経常利益	2,301	57,619	90,763
JCHO 病院 (57)	診療業務収益	359,325	377,647	419,521
	補助金以外	358,090	345,455	362,652
	補助金	1,235	32,192	56,869
	診療業務費	353,362	354,556	369,348
	診療業務外補助金	65	208	74
	補助金計	1,300	32,400	56,943
	経常利益	4,165	21,337	48,033

(出所) 各病院グループが WEB 公開している財務諸表から筆者作成。図表 4 と 5 も同じ。

「コロナ補助金焼け太り」は、個別病院の財務諸表を見るとより顕著に実態を把握できる。図表 4 は、東京都内の国立病院の財務データである。4 病院のうちコロナ病床があり補助金を受け取っているのは東京医療センター(目黒区)、災害医療センター(立川市)、東京病院(清瀬市)の 3 病院である。

東京医療センターの場合、2021年度の経常利益 3,110 百万円は補助金 3,005 百万円より大きい。これは補助金が全額内部留保されたことに等しい。災害医療センターの場合、医療提供の仕事に比例する診療業務費が 2019 年度 16,682 百万円⇒2021 年度 15,894 百万円と減っているにもかかわらず、補助金が 2019 年度 49 百万円⇒2021 年度 3,080 百万円と増えたことで、経常利益が 2019 年度 379 百万円⇒2021 年度 2,062 百万円と 5 倍になっている。東京病院は、連載第 15 回で問題提起したとおり、補助金で増設したコロナ病床 80 床の運営に対して国立病院機構本部が「介護が必要な高齢者や妊婦、単独入院する 15 歳未満の子供など手間がかかる患者を断る」という診療サボタージュとも言える指針を出した所である。同病院の 2020 年度と 2021 年度の決算を比較すると、診療業務費が 1,230(10,009 - 8,779)百万円増加した中、経常利益が 2,499(3,567 - 1,068)百万円増えている。この増益額は、補助金増加額 2,509(4,680 - 2,171)百万円に一致する。つまり、ケアの手間暇とコストがかからないコロナ感染患者だけを受け入れることで診療業務費の増加を抑制し、補助金増加額全てを利益計上したということになる。

図表 4 東京都内国立病院の財務データ

(百万円)

		2019 年度	2020 年度	2021 年度
東京医療センター	診療業務収益	23,668	25,657	27,713
	補助金以外	23,606	22,504	24,708
	補助金	62	3,153	3,005
	診療業務費	23,089	23,456	24,360
	経常利益	232	1,967	3,110
災害医療センター	診療業務収益	17,225	18,492	18,193
	補助金以外	17,176	16,338	15,113
	補助金	49	2,154	3,080
	診療業務費	16,682	16,586	15,894
	経常利益	379	1,704	2,062
東京病院	診療業務収益	8,955	9,981	13,690
	補助金以外	8,952	7,810	9,010
	補助金	3	2,171	4,680
	診療業務費	8,845	8,779	10,009
	経常利益	▲34	1,068	3,567
村山医療センター コロナ病床なし	診療業務収益	5,728	5,235	6,136
	補助金以外	5,708	5,209	6,087
	補助金	20	26	49
	診療業務費	5,346	5,348	5,701
	経常利益	317	▲172	415

この手間暇とコストのかかる患者に対する診療サボタージュは、自治体の公立病院でも行われている。8月下旬、筆者の姉から驚くべき報告を受けた。姉が35年以上にわたり世話をしている障害のある長男が4回目のワクチン接種後発熱した。そこで主治医である開業医に連れていくと、主治医は「危険」と判断して地域で最大の公立病院に紹介状を書いてくれた。しかし、公立病院側は「熱が下がってから来なさい」と拒否、姉が「せめて解熱剤を処方して下さい」とお願いしても「紹介状を書いた開業医からもらえ」との対応。そのため主治医は、診察業務を中断して千葉県内のコロナ病床のある病院に電話をかけまくることを余儀なくされた。その結果、車で1時間半の民間病院が受け入れてくれ大事に至らなかったのだが、日本の医療の実態に呆れた次第である。

図表5 東京都内 JCHO 病院の財務データ

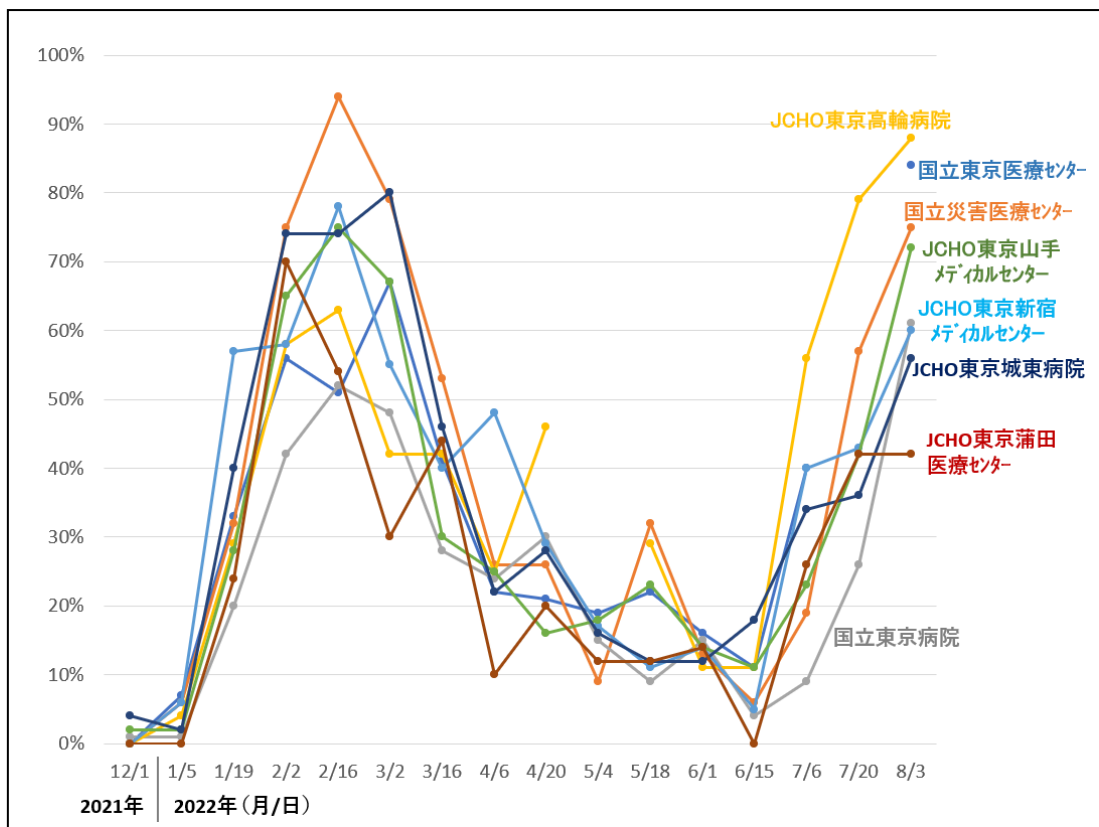
(百万円)

		2019年度	2020年度	2021年度
東京高輪病院	診療業務収益	5,426	5,216	6,640
	補助金以外	5,420	4,481	5,349
	補助金	6	735	1,291
	診療業務費	5,696	5,360	5,633
	経常利益	▲212	▲121	1,015
東京新宿 メディカルセンター	診療業務収益	12,571	12,606	15,394
	補助金以外	12,548	10,923	12,211
	補助金	23	1,683	3,183
	診療業務費	12,648	11,903	12,482
	経常利益	5	792	2,984
東京山手 メディカルセンター	診療業務収益	13,809	13,475	15,242
	補助金以外	13,793	12,760	13,494
	補助金	16	715	1,748
	診療業務費	13,820	13,241	13,835
	経常利益	1	216	1,384
東京城東病院	診療業務収益	2,527	2,527	3,579
	補助金以外	2,527	2,519	1,809
	補助金	0	8	1,770
	診療業務費	2,703	2,656	2,521
	経常利益	▲171	▲109	1,083
東京蒲田 医療センター	診療業務収益	4,693	5,684	5,939
	補助金以外	4,689	4,155	4,150
	補助金	4	1,529	1,789
	診療業務費	4,678	5,045	4,838
	経常利益	20	643	1,110

図表5のとおり、東京都内には地域医療機能推進機構(JCHO)グループに所属する病院が5つある。このうち東京高輪病院と東京城東病院で2019年度と2021年度を比較すると、診療業務費が減っている(医療提供を減らしている)にもかかわらず補助金の御蔭で赤字経営から大幅黒字に変わっている。東京新宿メディカルセンターは、2020年度対比の2021年度における補助金増加額が1,500(3,183 - 1,683)百万円に対して経常利益増加額は2,192(2,984 - 792)百万円と、追加補助金全額が利益計上された形になっている。東京山手メディカルセンターも同様である。東京蒲田医療センターの場合、2020年度対比の2021年度における補助金増加額は260(1,789 - 1,529)百万円と小さかったが、診療業務費が207(5,045 - 4,838)百万円減ったので2倍近い増益になっている。

日本で蔓延する「コロナ補助金焼け太り」は英・加・豪・米では発生しない

図表6 東京都内の国立病院、JCHO病院のコロナ病床稼働率の推移



(注)JCHO 東京高輪病院は5月4日、国立東京医療センターは7月20日のデータが未報告でその日の病床稼働率が上図には反映されていない

(出所)厚生労働省「新型コロナウイルス感染症対策に係る各医療機関内の病床の確保状況・利用率等の報告」から筆者作成

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00335.html

日本で「コロナ補助金焼け太り」が発生するのは、コロナ病床確保のための初期投資費用を補助した上に空床になっただけでも毎日補助金を支給するという仕組みだからである。図表 6 のとおり、東京都内の国立病院、JCHO 病院においてコロナ病床稼働率が 70%を超えたのはほんの一時的である。コロナ病床を形式的に確保しておけば医療スタッフ不足で実際に稼働できる状況になっても補助金が入ってくることに彼らは大満足なのである。

本連載で繰り返し解説したように、医療財源確保と医療提供体制が共に公中心の英国、カナダ、オーストラリアでは、事後的にコロナ医療のコストを正確に把握できるため必要財源が過不足なく医療提供部門に供与される。そのため公立病院群は、パンデミック発生時に政治家からの要請がなくても危機対策初動をスタートさせ、新規感染者数の推移をみながら数週間先の入院患者数を予測してコロナ病床を最優先で確保、コロナ医療と通常医療の構成割合を機敏に調整している。人口 100 万人前後の広域医療圏ごとに設置された Integrated Healthcare Network は大規模な人材プールでもあるので、医療スタッフたちを柔軟に配置換えすることでコロナ病床に必要な人員を確保することが可能であり、パンデミックのピーク時には退職者などからなるボランティアが大活躍してくれた。

米国では非営利民間 Integrated Healthcare Network が英・加・豪の公的部門と同等の役割を果たしたことに加えて、株式会社病院グループもパンデミック対策に貢献した。トランプ大統領が 2020 年 3 月から巨額のコロナ対策補助金を支給したが、連載第 1 回に記したとおり、世界最大の株式会社病院グループである HCA Healthcare (2019 年収入 513 億ドル) がコロナ対策補助金 16 億ドル全額を返還すると 2020 年 10 月に発表した。非営利民間 IHN である Mayo Clinic も受け取っていた補助金 338 百万ドルのうち 156 百万ドルを返還すると 12 月に発表した。これにはコロナ医療のため縮小した通常医療の回復が意外と早く補助金がなくても医業部門の増収増益達成が見えてきたという事情があったが、米国の場合、補助金が目的どおり使われたかどうかに関する監査制度が確立しており、補助金焼け太りはコンプライアンスの観点からも許されない。そのため、補助金がなくても大丈夫と判断した医療事業体は自主的に返還するのである。

医療・介護 DX には利害関係者が共に全体最適の決定を目指す仕組みが不可欠

9 月 14 日に開催された経済財政諮問会議(令和4年第11回)の資料に医療・介護 DX について次の記述がある。

(社会保障分野の経済財政一体改革)

患者や関連産業に裨益する医療・介護 DX 推進、医療・介護サービスの機能分化・連携の徹底、インセンティブ改革の推進等による医療費・介護費の適正化等。

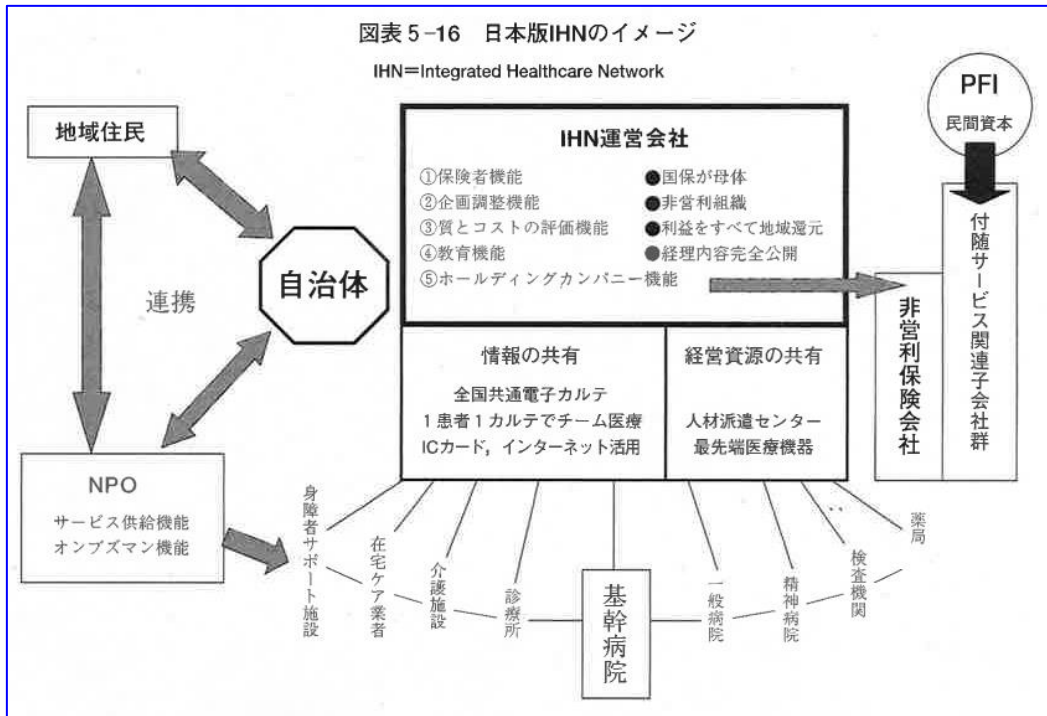
このように政府が医療・介護 DX を改革の柱と位置づけ厚生労働省もそれを実現するための詳細な工程表を何度も改訂してきた。しかし、日本が医療・介護 DX テクノロジーを有しながら社会実装が進まず他の先進諸国に 20 年以上遅れている根本的理由について経済財政諮問会議や社会保障審議会、規制改革会議で議論されたことはない。それは、医療・介護制度の設計で「利害関係者が共に全体最適の決定を目指す仕組み」が抜け落ちていることである。

医療・介護 DX の社会実装において全体最適の決定を目指す仕組みの第1は、医療財源(保険者と財務省)とセーフティネットで中核的役割を担う病院群が一体経営されていることである。英・加・豪のように医療財源と中核病院群が共に公中心の制度では、医療・介護DXのための投資コストを誰が負担するのかという論争は起こらない。公が負担するのが当然だからである。米国の場合、セーフティネット機能を担う Integrated Healthcare Network (IHN) の多くは民間であるが、大規模 IHN は非営利地域医療保険会社も兼営しているので DX 投資を経営トップが決断実行できる。これに対して日本では公的医療保険者、国・地方政府、医療機関がコスト負担を嫌い、仮に初期投資コストを政府が負担して医療・介護DXをスタートさせても補助金が止まれば継続しない。しかも、公的医療保険者の間で財源調整を行う制度になっているため、公的保険者間の利害対立も激しい。厚生労働省直轄の国立病院や JCHO 病院が「コロナ補助金焼け太り」を謳歌していることを黙認していることから、厚生労働省には全体最適を考える者がいないと言われても反論できない。

全体最適の決定を目指す仕組みの第2は、地域住民が必要とする医療・介護ケアを包括的に提供する事業体 IHN である。わが国にも2004年から補助金で医療情報連携ネットワークが200以上設置されたが、医療機関間の患者情報共有はほとんど実現していない。国公立病院は電子カルテ情報を他医療機関に開示しているが、数が多い民間病院、診療所、調剤薬局が開示を拒み、利用者である患者側がメリットを実感できない状況にあるからだ。これに対して異なる機能の医療・介護施設群の集合体である IHN では、自分たちのグループ内では患者情報共有による医療・介護ケアの質向上とコスト節約を同時追求するインセンティブが強力に働く。その組織カルチャーのモデルとされているのが、本連載で繰り返し紹介した米国の民間 IHN カイザー(2021年12月時点の病院39、外来、介護などの拠点734、医療保険加入者1,250万人、職員24万人)である。カイザーは、課や部の長に医師と非医師の2人を配置することによって組織全体で全体最適の決定を目指す風土を醸成している。

わが国で医療・介護 DX が進まない理由として電子カルテの標準化が遅れていることをあげる専門家と称する人が多い。しかし、連載第16回に記したとおり、米国で認定電子カルテが普及してきたと言えるのは最近のことであり、医療・介護 DX の社会実装は認定電子カルテが普及する10年以上前から加速していた。これは、患者情報共有をインフラにして全体最適の意思決定を積み上げていく IHN が全国に存在するからである。国レベルで電子カルテの標準化ができていなくても100万人以上の患者情報を集積している IHN の中で標準化が実現すれば、医療・介護 DX の恩恵を地域住民全体が享受できるのである。また、国レベルの電子カルテの標準化は重要だが、患者情報共有を組織の求心力とする IHN が全国に配置されていなければ、わが国では国レベルの電子カルテの標準化が実現したとしても医療・介護 DX の社会実装は遅々として進まない。なぜなら、前述のとおり数が多い民間病院、診療所、調剤薬局に情報開示する意思が希薄だからである。しかし、地域医療連携推進法人日本海ヘルスケアネット(酒田市)が立証したように、地域のために全体最適の意思決定を行って民間病院、診療所、調剤薬局からも信頼を得る組織が登場すれば、彼らも参加することにメリットを感じて協力するようになる。そこで、筆者は、2002年に出版した「人口半減 日本経済の活路【年金・医療・教育改革と地方自立】」(東洋経済新報社刊)で図表7のような日本版 IHN を全国配置することを提言したのである。

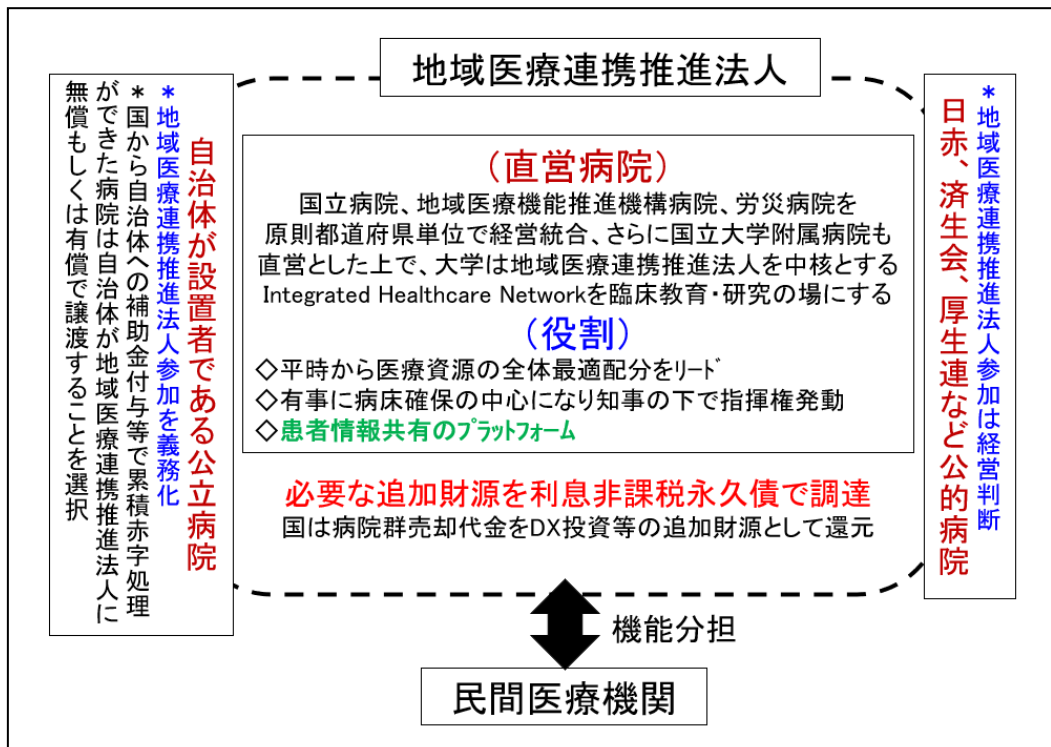
図表 7 筆者が 2002 年に考案した医療制度改革の概念図



(出所)松山幸弘著「人口半減 日本経済の活路【年金・医療・教育改革と地方自立】」から転載。

図表 8 国公立病院を核に Integrated Healthcare Network を全国に配置する方法

<連載第 18 回から転載>



20 年前に筆者が考えた図表 7 では次の点が重要である。

- 人口 100 万人前後の広域医療圏でセーフティネットの中心になっている基幹病院(≒国公立病院や国立大学附属病院)が経営統合して患者情報共有のプラットフォームになる。
- 国民健康保険、健康保険組合、協会けんぽ、公務員共済組合を解散して都道府県単位の地域医療保険に一本化して非営利保険会社を設置する。これは、「健康保険を都道府県単位の国民健康保険に集約する」と言い換えることができる。国の役割は、非営利保険会社の努力ではどうしようもない都道府県間の所得格差、年齢構成格差等の影響を解消するための財源調整である。
- プラットフォーム事業者と非営利保険会社が連結経営することで医療の質向上とコスト節約を同時追求する。
- プラットフォーム事業者が医療・介護専門人材のプールを形成する。

筆者が 2013 年 7 月に内閣府に提出した非営利ホールディングカンパニー形態の日本版 IHN 企画書は、図表 7 をバージョンアップしたものであった。これを起点に医療法が 2015 年に改正されて地域医療連携推進法人制度が誕生した経緯は連載第 16 回で詳述した。

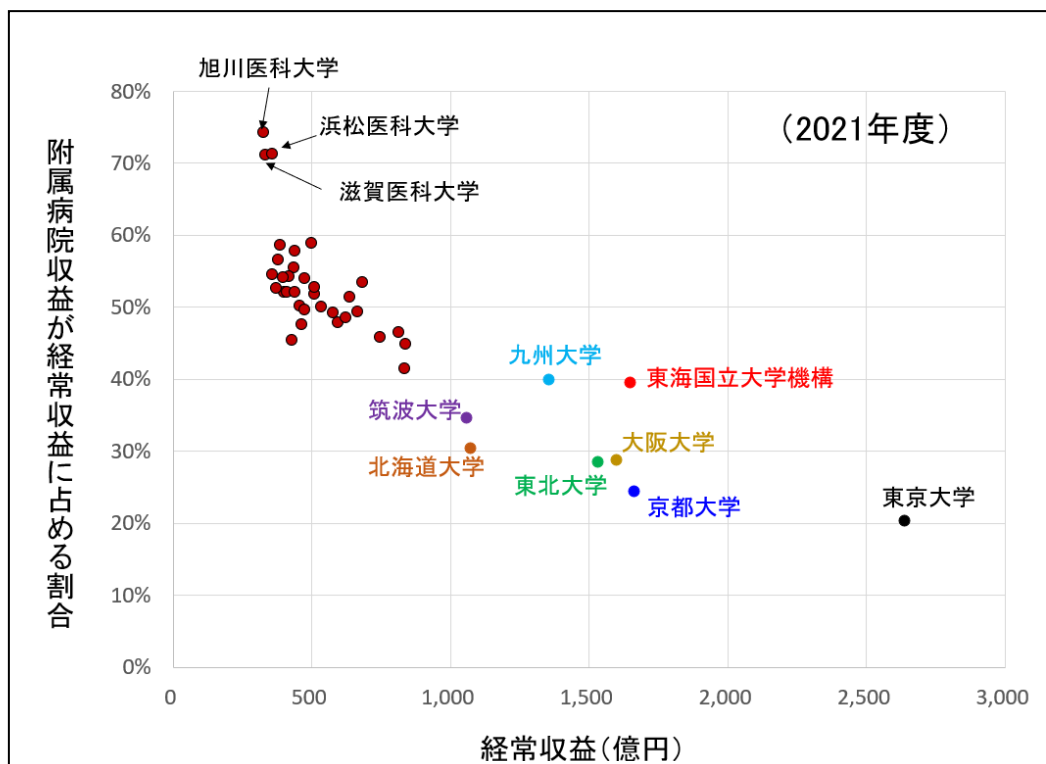
連載第 18 回で提示した図表 8 は、地域医療連携推進法人制度がスタートしたことと現在の経済財政情勢を踏まえたものであり、追加ポイントは次のとおりである。

- ◆日本経済の低迷と財政危機の深刻化により今後医療・介護財源の確保がますます難しくなる。医療・介護 DX のインフラ整備とメンテナンスの財源確保ができるかどうかとも疑わしい。これを打開するには 2,000 兆円を超える家計金融資産を医療・介護の財源に転換する仕組みを考える必要がある。その具体策が、地域医療連携推進法人に厚生労働省直営病院と国立大学附属病院を買収するための債券発行を認めることである。その債券は、米国の Integrated Healthcare Network の有力な資金調達方法になっている利息非課税債券とすることが望ましい。利息非課税とすることで通常の債券より低い金利で発行できるし、永久債にすれば地域医療連携推進法人の財務強化に役立つ。そして、政府は売却代金を元手に医療・介護 DX や医療従事者の働き方改革のための基金を創設する。その基金のガバナンスを当該地域医療連携推進法人の医療圏単位で行うことにすれば、改革の地域間競争を促すことになる。
- ◆国立大学附属病院に対する運営交付金相当額は国が上記基金に支給することを続ける。
- ◆自治体が設置者である公立病院については、累積赤字処理と給与体系改訂の合意ができた公立病院の中から買収直営とする病院を地域医療連携推進法人が選定する。そして一定期間後に当該公立病院に対する自治体からの繰入金金をゼロにする。
- ◆改革に取り組まない公立病院は自然淘汰されることになるが、そのような病院がなくなっても医療・介護 DX によってケアサービスのアクセスが向上することを地域医療連携推進法人が示す。
- ◆患者情報共有に参加することを地域医療連携推進法人と業務契約した民間病院、診療所、調剤薬局、介護施設の医療・介護 DX コストを基金が補助する。そして、これらの患者情報共有に積極的な民間病院、診療所を「かかりつけ医」の制度化の柱にして診療報酬で評価する。
- ◆都道府県は地域医療連携推進法人と公的保険が連結一体経営する仕組みのガバナンスで中心的役割を果たす。
- ◆国公立病院を直営する地域医療連携推進法人に法人税非課税優遇を与える。

このような改革を説明すると「日本では無理」と反応する人が多い。しかし、上記の仕組みでは私有財産(営利組織)である民間医療・介護事業体に何ら強制していない。改革対象は医療・介護制度の公の部分である。したがって、政治家の強いリーダーシップがあれば短期間で実現可能なことなのである。本連載で解説したように、他の先進諸国ではこれを超える改革を実現して医療・介護DXの社会実装につなげている。日本ができていないのは、無知蒙昧な政治家や御役所の怠慢が原因である。

図表 8 の改革を実現する起爆剤になりそうなのは、国立大学の中で附属病院を分離して地域医療連携推進法人の直営中核病院とする大学が現れることである。人口減少が加速する中で、各都道府県に国立大学が存在する現状が続くとは到底思われたい。図表 9 のとおり、国立大学の財務は附属病院収益に対する依存度が大きい。これは、附属病院の赤字が拡大すれば大学自体が存続不能となることを意味する。コロナ関連補助金がなくなること、2024 年度の診療報酬改定が厳しいものになること、医療従事者の働き方改革のため追加財源を必要としていること等を考えると、国立大学の存亡の危機は間近に迫っている。附属病院を分離して地域医療連携推進法人(日本版IHN)とグループ形成することこそが、この危機を回避して当該国立大学が競争優位に立つ有効策なのである。

図表 9 医学部のある国立大学で附属病院収益が経常収益に占める割合



(出所) 各国立大学の財務諸表から筆者作成

以上