

# 研究レポート

---

No.171

JULY

2003

---

---

---

新しい統合医療事業体の創造

主席研究員 松山 幸弘

---

---

富士通総研（FRI）経済研究所

# 新しい統合医療事業体の創造

主席研究員 松山 幸弘

## 【要旨】

1. わが国で医療改革論争が迷走を続けている原因の1つは、財源確保のための医療保険制度問題と質向上とコスト抑制を追求しなければならない医療提供体制問題を区別せずに議論しているからである。わが国の医療制度の対極にあるアメリカの医療に対しても、拒否反応派が未だ根強い。しかし、マネジドケアの弊害を克服する形で誕生したIHNと呼ばれる統合医療事業体は、新しい地域社会システムとしてわが国でも活用可能な仕組みと思われる。
2. 広域医療圏で形成されているIHNには多数の独立開業医が自らの意志で参加している。その求心力となっているのが主要疾病に関する臨床プロトコル作成と多くの医療機関が協力して構築している医療ベンチマーキングである。これが、臨床分野でアメリカがグローバルスタンダードと成り得ている大きな理由である。
3. 一方、日本の医療産業の国際競争力は弱体である。巨額の貿易黒字を誇る日本経済にあって医療機器と医薬品の貿易赤字が7千億円を超えている。医療情報のデジタル化で韓国にも追い抜かれた。患者や臨床試験研究資金が欧米のみならずアジア諸国にまで流出し始めている。
4. 医療産業の国際競争力向上のため次の4つの提言をしたい。
  - 【提言1】広域医療圏で主要疾病の臨床プロトコルを構築
  - 【提言2】医療への追加財源確保
  - 【提言3】共同事業による効率化
    - <共同事業の具体例>
      - 共通電子カルテによるiDC事業
      - 炭素線癌治療センター
      - 医療専門人材育成機関
  - 【提言4】共同事業を加速する枠組みの構築

## 1. はじめに

2003年3月30日から4月10日の期間、アメリカ・バージニア州ノーフォークに本部を置く統合医療事業体 Sentara Healthcare (以下センタラと略す)の経営陣7名に随行し東京、京都、福岡で日本の医療界の人々と意見交換する機会を得た。

日本では「アメリカの医療提供体制は営利株式会社病院中心」と思い込んでいる人が多い。しかし、後述のとおり、アメリカの医療提供者のメジャーはIHNと呼ばれる統合医療事業体であり、その約9割が非営利である。公立病院も含めた総病床数に占める株式会社病院のシェアは11%を超えたにすぎず、1990年代以降伸び悩んでいる。株式会社病院が利益率の高い医療分野のみに取り組む“cream skinning”という弊害があることは事実であるが、市場原理に基づく医療の産業化が進んでいるアメリカにおいても医療提供体制の中心が非営利病院であるという事実を認識しておく必要がある。

IHNはIntegrated Healthcare Networkの略であり、広域医療圏で地域住民が必要とする多様な医療介護サービスをシームレスに提供することを目指す医療コングロマリットである。センタラは毎年発表されるIHN経営統合度評価ランキングで常に1位または2位を獲得しており、CEOであるバーン氏は2004年アメリカ病院協会会長に内定した。

そのバーン氏との意見交換で示した日本の医療界の反応は、福岡の日本医学会総会で提起された「米国医療の効率追求という魔物から日本の医療を守れ。管理医療(マネジドケア)反対」という拒否反応と「制度は違っても医療情報活用、マネジメントの仕組みなどの点で学ぶべき点も多い」という好意的反応の両極端に分かれた。

拒否反応派の多くはマネジドケアに関する古い知識に基いており、過去の成功体験に固執した現状維持派である。彼らのアメリカ批判最大の根拠は、アメリカが国民皆保険を達成できていないが故に無保険者が4000万人以上存在することにあり、「医療を民間保険に丸投げしているアメリカから学ぶことはない」という指摘を繰り返している。しかし、わが国の国民健康保険において保険料滞納が411万世帯(2002年)に達していることを考えれば、無保険者問題は対岸の火事ではない。また、アメリカ批判派の代表である日本医師会は、75歳以上高齢者専用の医療保険を創設し公費投入割合を引き上げるべきであると主張している。しかし、高齢者専用保険創設はアメリカの制度の模倣である。しかも、国民全体の医療介護費財源のうち公費が占める割合を比べると、日本の34%(2000年実績)に対しアメリカは43%(2000年同)であり、アメリカの方が高い。従って、日本医師会の政策提言は結果的にアメリカの模倣になるという滑稽な状況にあるのである。

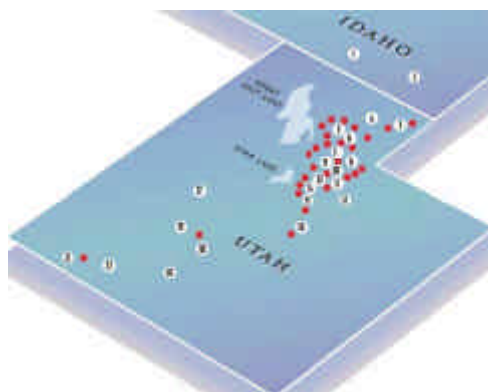
わが国でこのような論理の一貫しない医療改革論争が続いている原因の1つは、財源確保のための医療保険制度問題と質向上とコスト抑制を追求しなければならない医療提供体制問題を区別せずに議論しているからである。要するに、アメリカの医療の短所は反面教師とし長所からは学ばばよいのであって、日本の医療における問題解決に役立つかどうかで判断すべきであろう。実際、IHNはマネジドケアの弊害を克服する形で誕生した新しい地域社会システムなのである。本稿では、このIHNをヒントに日本の医療改革を考えてみたい。

## 2. アメリカのIHNの紹介

### (1) 沿革と定義

アメリカでは1980年代に同種の病院同士による水平統合が盛んに行われた。この時期に急成長したのがHCA社(Healthcare Corporation of America 世界最大の病院チェーンで2002年収入総額197億ドル)に代表される株式会社病院チェーンである。しかし、水平統合により規模の利益を追求するだけでは、対費用効果を高めると同時に発病から社会復帰まで異なる医療サービスを求める患者のニーズに応えるという目標を達成できないことが判明した。そこで、1990年代に入り異種医療機関が垂直統合して連合軍を構成する医療コングロマリットが本格的に登場するようになった。当初はIDS(Integrated Delivery System)などとも呼ばれていたが、最近ではIHNという呼称が定着している。

IHNを取って定義すると、「人口数百万人の広域医療圏において急性期ケア病院、診療所、リハビリ施設、介護施設、在宅ケア事業所、地域医療保険会社など地域住民に医療サービスを提供するために必要な機能を網羅的に有する統合医療事業体」となる。しかし、様々なタイプがあり医療市場の構造変化と共に常に進化を続けているため、アメリカでも未だにIHNの定義は定まっていない。



図表1 IHNのタイプ

1つの広域医療圏のみで事業展開する地域密着型

センターはこの地域密着型に分類される。左図は経営統合度評価ランキングでセンターと全米1位を争っているユタ州のIHN: Intermountain Health Careの施設立地状況である。

図表2 IHNのタイプ

2つ以上の広域医療圏で事業展開しているIHNの集合体

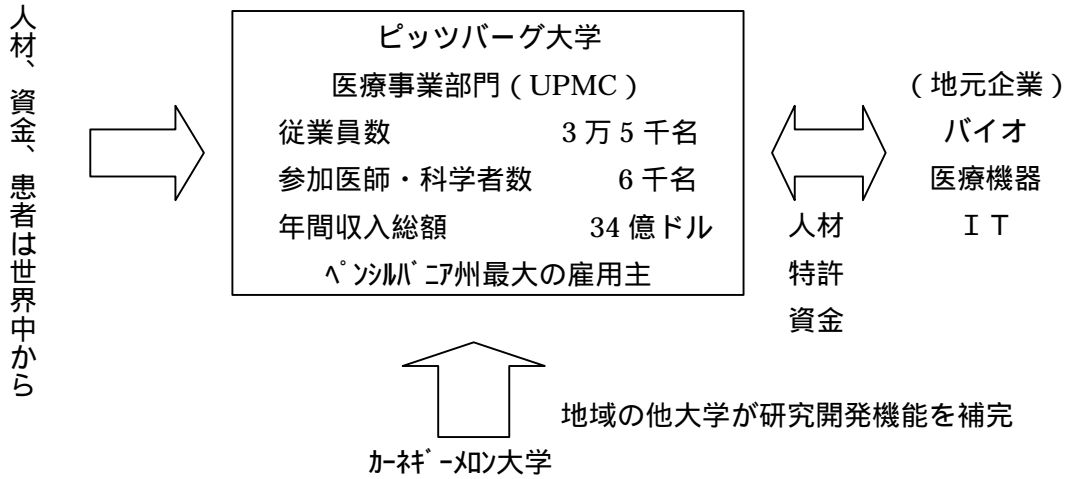


左図Trinity Healthはカトリック系病院が構成する代表的な非営利IHNの1つ。本部のあるミシガン州をはじめ7州で45病院、372外来クリニック等を運営。

従業員数 44,500名  
参加医師数 7,740名  
年間収入総額 48億ドル

図表3 IHNのタイプ

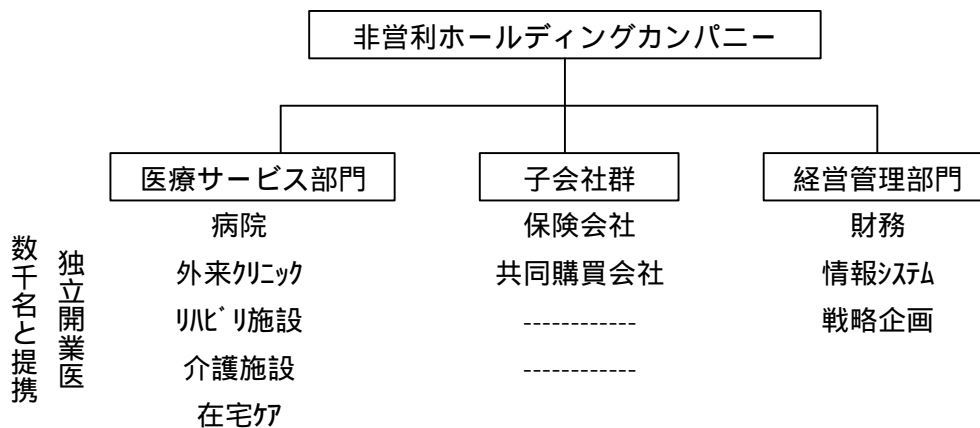
有力大学の医学部がIHNの中核となり医療産業集積を形成  
 <具体例>ピッツバーグの医療産業集積



ここで注意すべきは、Network という言葉からIHNを“ITネットワーク”と混同しがちだが、IHNのNetworkとはあくまで「地域住民に質の高い医療サービスを効率的に提供する“社会的仕組み”」のことである点である。

IHNの数は1995年の291から1999年602と急増したあと横ばいに転じ、2003年1月現在593となっている。これは、約600のIHNにより米国の主要医療圏のほとんどがカバーされており、急性期ケア市場におけるIHN参加病院のシェアも65%に達し、これ以上IHNの数が増える必要がないこと、むしろIHN間の統合が始まっていることを示唆している。ガバナンスの特徴として、これらのIHNの約9割が非営利であり、地域住民の共有財産と位置付けられていることが重要である。

図表4 非営利IHNの組織構造



## (2) 収支状況

非営利 I H N の収益構造は、医療サービス部門、保険部門、投資部門（債券や株などの有価証券投資）の3つから構成されている。2001年データによれば、I H N 全体の利益率の平均はプラス3.48%であった。これを経営統合度評価ランキング100位以内（トップ100）と101位以下で分けてみると、前者が4.63%、後者が3.24%であり、格差が見られる。これは、主として中核事業である医療サービス部門の収益力の差が原因である。

なお、図表5のとおり、2000年と2001年の利益率を比較した場合、経営統合度評価101位以下の利益率が改善したのに対し、トップ100の利益率が低下している。これは、2001年に医療サービス部門の利益率がI H N 全体で上昇する一方、投資資産をより多く持っているトップ100が株価下落の影響を受けたためと思われる。

図表5 I H N の最終利益率の推移

	2000年	2001年
I H N 全体の平均	2.45%	3.48%
経営統合度評価トップ100の平均	5.35%	4.63%
経営統合度評価101位以下の平均	1.61%	3.24%

## (3) 非営利であることの意味

### 効率経営で生み出した利益を全て地域還元

非営利 I H N の最大のミッションは、地域住民に対して質の高いシームレスな医療サービスを可能な限り低コストで提供することにある。これは、非営利 I H N の経営の失敗は医療費や保険料の値上げで地域住民が負担することになることを意味する。非営利 I H N は、メディケア（高齢者用）やメディケイド（貧困者救済）といった公的医療保険からの診療報酬を受け取るものの、対価を伴わない単なる補助金は一切受け取っていない。つまり、非営利 I H N は政府に頼ることなく自らの経営努力で拡大再生産しなければならないのである。

そして、非営利 I H N が市場原理の下で営利 I H N（or 営利株式会社病院チェーン）と勝負している点が重要である。日本では「市場原理は営利の世界の概念であり非営利とは相容れないもの」という皮相な議論に終始している。しかし、株式会社参入が認められた介護サービス市場で非営利介護事業体が株式会社と競争していることを見れば明らかなように、非営利病院であっても医療という市場で競争している以上、顧客の選択眼にさらされるという市場原理と無縁ではない。

アメリカの非営利 I H N は、地域住民から信頼されるブランド力という点で営利 I H N に圧勝している。その理由は、第1にプライマリーケアや介護施設など低収益部門を放棄する営利 I H N は患者が求めるシームレスな医療サービスを提供できない、第2に I H N の求心力である臨床プロトコル（後述）構築は独立開業医も含めた医師たちの無償に近い

協力があって初めて可能なのであり営利 I H Nでは困難、第 3 に最大のプライバシーである患者情報の集積は非営利 I H Nでのみ可能だからである。

### 利益最大化ではなく適正な営業利益率目標を設定

非営利 I H Nは株式会社と異なり利益最大化を目標にしていない。医療技術の進歩と共に拡大再生産し続けるために必要な利益を確保することを前提に、地域住民に対して可能な限り安い医療費、保険料を実現することが目標になっているからである。ちなみに、センターラの場合、毎年の予算策定時の目標利益率として医療サービス部門 3.5%、保険部門 2%、その他収入も含めた営業部門全体で 3%を掲げており、図表 6 のとおり、実際の業績もほぼ目標どおりになっている。非営利 I H N経営陣は、利害が相反する要素も多い医療と保険のバランス経営を達成する手腕を問われるのである。

図表 6 センタラの業績

	2000 年	2001 年
医療事業収入	7 億 4 千万ドル	8 億ドル
保険事業収入	4 億 4 千万ドル	5 億ドル
その他収入	3 千万ドル	2 千万ドル
収入合計	12 億 1 千万ドル	13 億 2 千万ドル
営業利益 < 同率 >	4378 万ドル < 3.6% >	3741 万ドル < 2.8% >
投資収益その他	3804 万ドル	544 万ドル
最終利益 < 同率 >	8182 万ドル < 6.8% >	3196 万ドル < 2.4% >

(注)

\* 2001 年の投資収益その他が赤字になったのは株価下落が理由

\* 2001 年末総資産 13 億 8 千万ドル、純資産 8 億 4 千万ドル (自己資本比率 61%)

### 多額の慈善医療を実施

非営利 I H Nは、免税の見返りとして多額の慈善医療を実施している。例えば、センターラが 2001 年に行った慈善医療金額は 7246 万ドル (87 億円) であり、これは保険料も含めた総収入 13 億 2 千万ドルの 5.5%に相当する。つまり、非営利であることの使命として免税額よりはるかに大きな慈善医療を行っているのである。これは、慈善医療の財源が地域住民が支払う診療報酬と保険料に組み込まれていること、無保険者の医療費を地域住民全体で負担する仕組みになっていることを意味している。

### プライマリーケア部門は赤字覚悟

マネジメント力が全米トップ評価のセンターラにおいても、診療報酬レベルが低いプライマリーケア部門は 11%の赤字 (2001 年) である。しかし、「プライマリーケアは地域住民にシームレスな医療サービスを提供するために不可欠」という経営理念からプライマリー

ケア事業から撤退することはしない。この点が営利 I H N との経営戦略の大きな違いである。

前述のとおり、営利 I H N は、収益性の低いプライマリーケアや介護施設事業から撤退する傾向が強い。その結果、営利 I H N は患者が求めるシームレスな医療サービスを提供できていない。これがブランド力で非営利 I H N が営利 I H N に圧勝している理由であり、非営利 I H N が地域住民の共有財産と認知されている所以なのである。

#### **地域社会がガバナンスを握る**

非営利 I H N の最高意思決定機関であるボード（役員会）のメンバーは地域代表である社外取締役が中心である。センタラの場合、ボードメンバー18名のうち17名が地域代表の社外取締役である。これは、巨大な医療コングロマリット事業体である非営利 I H N の人事と予算の決定権限を地域社会が握っていることを意味する。そしてボードメンバーが無報酬であることが特筆に値する。経営判断に違法行為があった場合の訴訟リスクがあるにもかかわらず無報酬で社外取締役を引き受けるのは、“非営利 I H N のボードメンバーに選出されることは地域住民として最高の荣誉”だからに他ならない。

非営利のマネジメント構造で重要なことは、経営の実務は株式会社と全く同様に各分野の専門家を任命している点である。従って、実務の最高責任者である CEO は、医師である必要はなく病院経営ビジネススクール出身者であることが多い。逆に医療現場のことは医師に任せるのが原則である。そして医師は専門家として医学を実践する能力を問われるのである。

#### **（４）独立開業医が自主参加する求心力**

##### **臨床プロトコル**

臨床のグローバルスタンダードとなっている米国では、連邦政府が医療関連学会の協力を得て疾病毎の診療ガイドライン・データベースを構築し公開している。この診療ガイドラインは基準の一般論である。そこで、各 I H N では診療ガイドラインの詳細版である臨床プロトコルを主要疾病について作成、医療サービスにおける医師間のバラツキをなくし質の高い医療を提供するように努力している。

例えば、センタラでは30以上の主要疾病について臨床プロトコルを作成し、医師がパソコン上でその内容を確認しながら患者にとって最善の医療内容を考える仕組みを実践している。臨床プロトコルは、その広域医療圏内の同じ専門分野の医師たちが共同研究で作った成果である。個々の医師には臨床プロトコルを遵守する義務はない。つまり、臨床プロトコルは個々の医師の裁量権を否定するものではない。しかし、臨床プロトコルに従わない場合はその根拠の説明責任が生ずる。仮に医学の見地からその医師の判断が正しいということになれば、臨床プロトコルの改訂をその専門医グループで検討するルールになっている。

図表4で示した I H N の組織構造を見て驚くことは、I H N の医療に従事している医師の大半が自らの意思で参加を選択した独立開業医である点である。センタラの場合も参加

医師 3200 名のうちセンタラが直接雇用している医師は約 200 名にすぎない。IHNに参加せず仲間の専門医とグループを形成し軽装備病院で事業展開している医師の方が所得は高い。にもかかわらず多数の独立開業医がIHN参加を選択するのは、臨床プロトコルという臨床教育のインフラがIHNにあり、自らのスキルアップにつながるからである。また、センタラという地域住民から高い信頼を得た統合医療事業体の契約医師であるという理由で患者が集まってくるからである。

IHNに参加する医師たちは次に述べる医療ベンチマーキング等によって常にレベルチェックを受けている。地域住民はレベルチェックを受けている医師の中から主治医を選択できる。日本のように医師評価情報がない中でフリーアクセス(患者は不利にあくせく?)しなければならないのとは大差である。

### 医療ベンチマーキング

IHNに独立開業医が参加する求心力、経営改善努力のインフラとなっているもう一つのツールが医療ベンチマーキングである。筆者は2003年2月にセンタラで医療ベンチマーキングの説明を受け、そのデータベースの質量に驚嘆した。センタラからヒヤリングした概要は次のとおりである。

医療ベンチマーキングは、医療における費用対効果を評価・判断するための基準を提供するツールであり、アウトカム評価のための「臨床系(Clinical)ベンチマーキング」と経営分析に活用する「経営系(Functional)ベンチマーキング」の2つに大別される。公的制度中心の英国ではアウトカム評価重視で臨床系ベンチマーキングに特化した仕組みが構築されているのに対して、医療の産業化が進んでいる米国では、臨床系ベンチマーキングと経営系ベンチマーキングの両方が発達、フル活用されている。

(具体的イメージ)

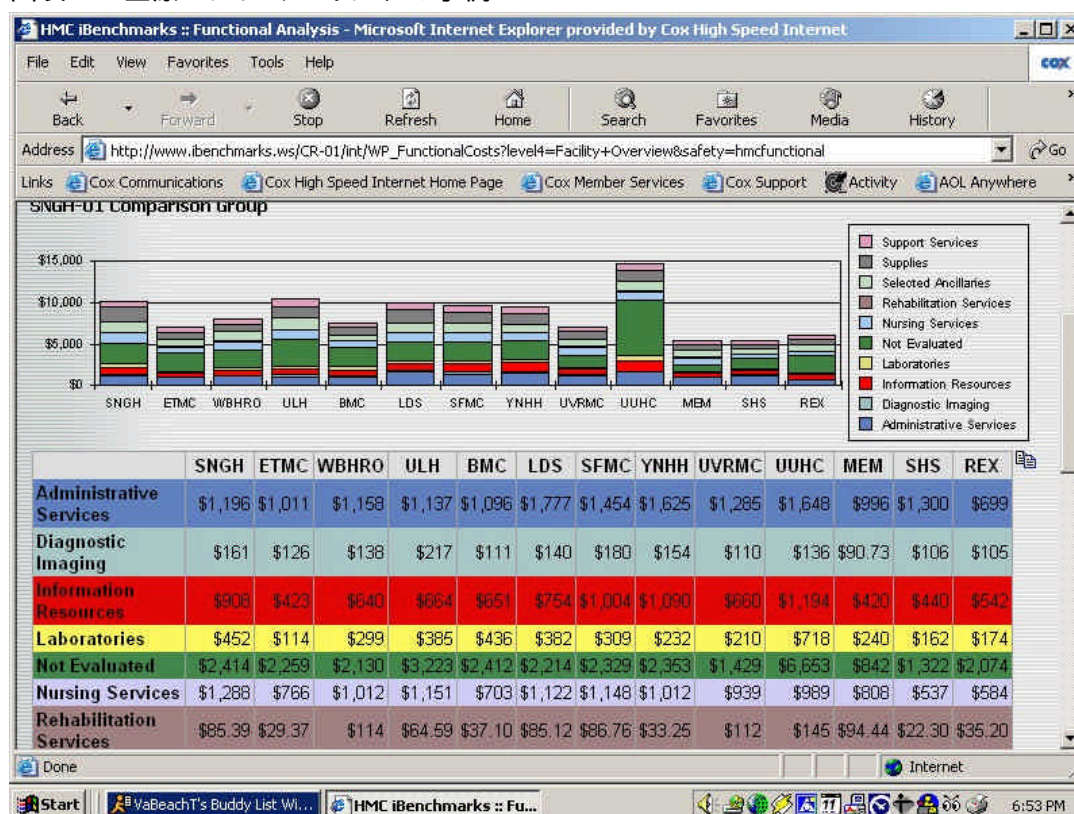
- \* 臨床アウトカム、コスト、収益について主要疾病単位(ツールによっては全疾病を対象にしたDRG単位: Diagnosis Related Group = 疾病の分類基準の1つ)、病院の各部門単位、病院単位、統合医療事業体単位で全米レベルの比較が可能。 図表7参照
- \* 評価・判断基準となるベンチマークを決定するための基礎データは、ベンチマーキング・ツール提供会社に会員医療機関が提供する一方、公開医療データベースも活用されている。
- \* 使用されるデータは全て重症度補正処理が行われている。
- \* 医療機関同士の比較にあたっては、規模等で類似の病院を全国レベルで選択することが可能。
- \* 評価項目毎に最高点の病院に対してノウハウのヒヤリングを行うことのできるツールもある。
- \* 医師一人ひとりのアウトカム評価、収益貢献度評価では、同じ専門分野医師たちと比較したグラフ等が示される。本人には自分のデータは知らされるが、他のデータが誰のものかは不明。これは、ベンチマーキングの目的が医師の勤務査定ではなく、あく

まで医師の向上心に対するインセンティブ提供にあることからくる配慮。

センタラは活用しているベンチマーキング・ツールとして次のものを解説してくれた。

- ・ H M C Functional Benchmarking
- ・ H M C Clinical Benchmarking
- ・ V H A MPP Benchmarking
- ・ Medstat Outcomes Analyst
- ・ Medai
- ・ V H I
- ・ Solucient Top 100

図表7 医療ベンチマーキングの事例



(解説)

上記は HMC がインターネットを通じてセンタラ側にフィードバックする病院経営比較評価データ画面のサンプルである。

センタラの基幹病院であるセンタラ・ジェネラル病院（左端 SNGH）の入院1件あたり管理部門費用は1196ドルであり、これは他の病院と比較しても高くない。しかし、よくみると、REXという略号の病院（右端）の699ドルと比較すると2倍近い。そこで、何か改善策がないか検討する。

センタラが活用している上記ツールのうち、HMCはマサチューセッツ州に本社を置くHealthcare Management Council社、VHAは全米の非営利病院支援を目的にする非営利団体、VHIはバージニア州内の全ての病院・介護施設のデータを集積している非営利団体のことである。センタラが上記全てのツールを使用するために医療ベンチマーキング会社に支払う費用は年間27万ドル(収入の0.02%)と驚くほど小さい。これは、ベンチマーキングが会員医療機関の協力により構築されていることの裏返しでもある。

### 3. 日本の医療産業の国際競争力は弱体

イラクとの戦争に勝利したブッシュ大統領が2004年大統領選挙で再選するためには、ITバブルが崩壊したアメリカ経済を成長軌道に戻すことが必須条件である。そして“医療産業こそが経済成長のエンジン”という見方が既にコンセンサスとなっている。医療産業はGDPの14%を占めるアメリカ経済最大のセクターであり、高齢化による需要拡大が確実であり、バイオ、ゲノム、ナノテクなど21世紀の科学技術進歩のフィールドだからである。このことは日本にも当てはまることであり、日本経済再生の鍵の1つは医療産業にある。しかしながら、日本の医療産業の国際競争力は弱体である。

#### (1) 医療産業は巨額の貿易赤字

図表8のとおり、巨額の貿易黒字を誇る日本経済にあって医療機器の貿易赤字が4千億円を超えている。国内に1社も製造会社がない心臓ペースメーカーが海外に比べて2倍以上の割高輸入を余儀なくされていることはよく知られている。医薬品も海外の大手製薬企業に太刀打ちできず約3千3百億円の貿易赤字である。(図表9)

図表8 医薬機器の貿易収支 <単位 億円>

	1990年	2001年
国内生産金額	12,742	15,170
輸出	2,898	3,975
対米	1,014	1,035
対欧州	991	898
輸入	2,887	8,363
対米	1,656	5,273
対欧州	1,084	1,942
貿易収支	11	4,388
対米	642	4,238
対欧州	93	1,044

(出所) 薬事工業生産動態統計。

図表9 医薬品の貿易収支 <単位 億円>

	1990年	2002年
国内生産金額	55,954	65,043
輸出	1,405	3,518
対米	286	1,732
対欧州	476	1,033
輸入	4,106	6,772
対米	972	1,229
対欧州	2,720	4,566
貿易収支	2,701	3,254
対米	686	503
対欧州	2,244	3,533

(出所)

\* 国内生産金額は「薬事工業生産動態統計」

\* 貿易収支は「通商白書」

アメリカのみならず東南アジア諸国にも日本人患者流出が始まっている。ある国立大学医学部教授によれば、「日本の臨床レベルはアジアの平均値」にすぎない。一方、タイなどには日本人患者をターゲットにした病院が既に存在する。日本人患者は自らが求める医療サービスを混合診療が禁止されている日本より満足する形で受けることができる。そして、帰国すれば日本で治療を受けた場合と同じ金額を日本の医療保険制度から還付される。低く抑えられてきた日本の診療報酬水準であっても東南アジア諸国からみれば日本人患者は上得意客にほかならない。

## (2) 医療情報のデジタル化で韓国にも追い抜かれた

韓国が日本の医療保険制度を模倣して国民皆保険を実現したのは1989年である。そして、2000年には医療保険の統一本化を実現した。この間、日本の医療改革が遅々として進まなかったのは周知の事実である。驚くべきことに、韓国では医療保険統合と併せて取り組んだレセプト(診療報酬請求書)の電子化の普及率は3年で90%に達した。一方、10年以上前からレセプト電子化を掲げている日本の普及率は、2003年初め現在1.8%にすぎない。また、日本では病名付与が医師毎にバラバラであるが、韓国は疾病分類世界標準の最新バージョンであるICD-10を全国レベルで採用することを一気に実現した。医療データベースの先進国アメリカでも未だにICD-9に止まっていることを考えれば、韓国の医療情報デジタル化の進展は賞賛に値する。このような韓国の医療改革のスピードを見て、医療界の世界ブランドであるアメリカのクリーブランド・クリニックが韓国進出を検討しているという情報もある。わが国でも医療産業集積創造(前述図表3)が政策課題になって

いるが、このままではアジア最初の医療産業集積は韓国で実現する可能性大である。

### (3) 臨床試験企業による海外委託が増加

日本の大学病院をはじめとする医療機関の臨床試験フィールドとしての評価は、「コストが高く、1施設あたり症例数が少なく、症例集積が少ない」という負のブランドが定着している。これに対して中国、韓国の臨床試験コストは日本の数分の1である。そのため、日本の臨床試験企業を通じて本来国内に留まるべき臨床試験研究資金が欧米のみでなく中国、韓国にも流出し始めている。日本国内で臨床試験が進まない根本的理由として、「臨床試験に従事する現場の医師に対するインセンティブがない」、「もともと主要疾病を網羅した臨床プロトコルが存在しないがゆえに臨床試験プロトコルを医師が守らず作業が徒労におわる」、等があげられている。

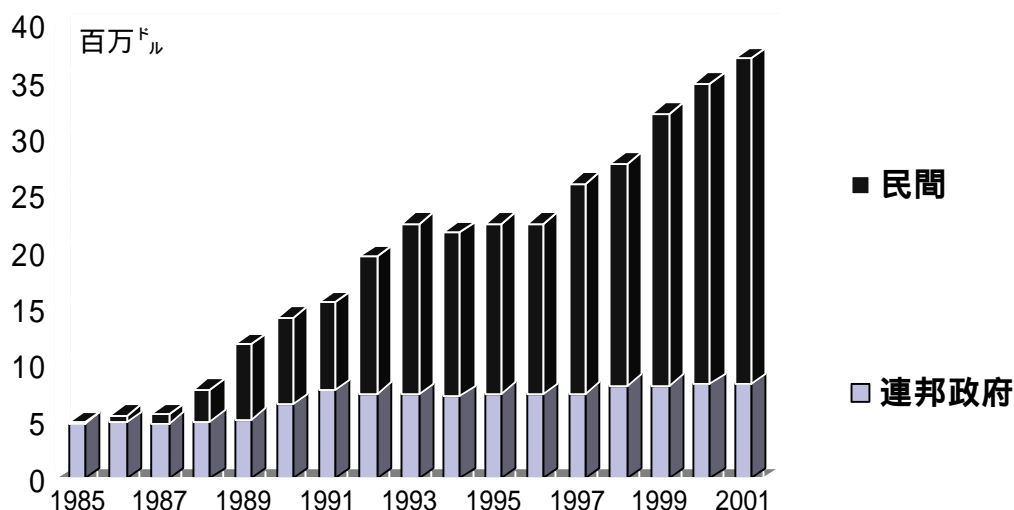
## 4. 国際競争力向上のための方策

### 【提言1】 広域医療圏で主要疾病の臨床プロトコルを構築

わが国の医療産業の国際競争力を向上させるためには、まず臨床の現場の仕組みをグローバルスタンダードまで高める必要がある。その第1歩として、前述した米国のIHNのように広域医療圏で主要疾病の臨床プロトコル作りを進めることが有効である。

### 臨床プロトコルを進化させる専門家集団に研究資金が集中

図表10 ヘンリーフォード・ヘルスシステムが獲得している外部研究資金



(注)

- ・ヘンリーフォード・ヘルスシステムが本格的な医療センター構築に着手したのは1986年。
- ・民間は臨床試験、連邦政府は基礎研究が主目的。

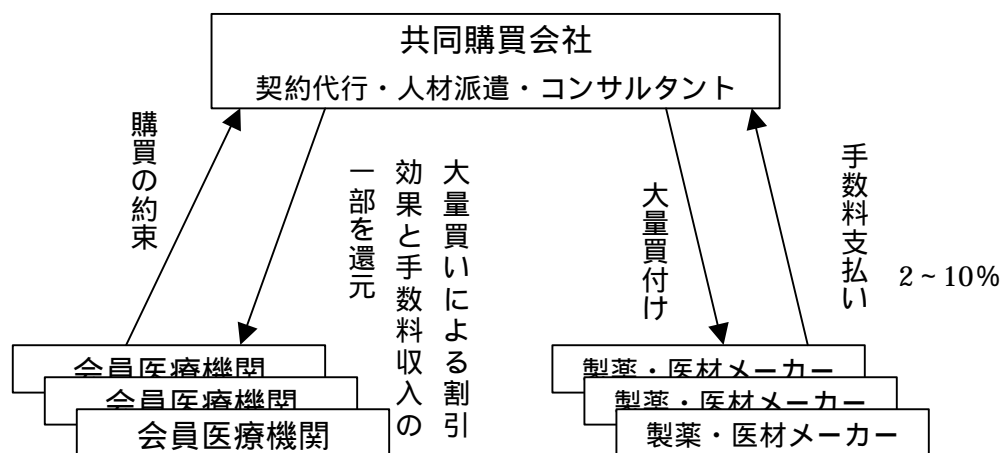
臨床プロトコルに基き全米一の医療データベースを構築しているミシガン州のIHNヘンリーフォード・ヘルスシステムは、製薬企業から年間40億円の臨床試験研究試験を獲得している。(図表10)これは、医学の進歩と共に臨床プロトコルをバージョンアップする能力を有する専門家集団に研究資金が集中することを意味している。

わが国の臨床試験企業の売上合計は2001年度の389億円から2005年度には800億円になると予測されている。従って、わが国で最初の臨床プロトコルをベースにした専門家集団を形成できた広域医療圏がヘンリーフォード・ヘルスシステム並みの研究資金を集めることは、十分に可能と思われる。

### 共同購買によるコスト削減が可能になる

臨床プロトコルの効用は研究資金獲得に止まらない。日本の現状は、隣接する病院同士であっても患者につける病名や術式が異なり、使っている医材・医薬がバラバラである。これでは共同購買によるコストダウンが図れない。アメリカのIHNでは、医材・医薬の購入を一元管理することで大幅なコスト節約を達成している。つまり、IHN自身が共同購買会社として機能しており、それは臨床プロトコルによる医療の標準化ができて初めて可能なのである。

図表11 アメリカの非営利共同購買会社の収益構造イメージ



### 【提言2】医療への追加財源確保

国際競争力を高め医療産業を経済成長のエンジンにするためには、医療に追加財源が流入する仕掛けを作らねばならない。

#### 公的病院を非公務員型事業体に改変

その具体策として、まず多額の税金が投入されている公的病院の経営効率化を断行すべきである。自治体病院、国立病院、国立大学附属病院に対しては経常費・設備投資費補助の形で毎年1兆円以上の税金が使われている。にもかかわらず毎年合計で数千億円の赤字を計上し誰も経営責任を問われない杜撰な実態が放置され続けてきた。

図表 12 病院の常勤職員 1 人あたり平均給与月額の公民比較  
 ~ 2002 年 6 月調査 単位千円 ~

	医師	看護師	薬剤師	事務職員	技能労務員
自治体病院	1,005	391	441	417	332
その他公的病院	959	337	395	362	276
民間病院	1,028	321	322	292	231

(出所) 病院経営実態調査報告

図表 12 のとおり、公務員給与は民間勤労者の平均的水準という理念がありながら、医療分野では公的病院の医師以外の職員給与は民間病院を大きく上回る。自治体病院をはじめとする公的病院の実態を知る上で、県立病院の売却方針を打ち出した福岡県の委員会の議事録が非常に参考になる。文末参照

このように公的病院が人件費で巨額の無駄使いをしていることは関係者全員が認識していることである。これは、公的病院の経営効率化により地域住民に対する医療・福祉サービスの財源が捻出可能であることを示唆している。そのためには、現在政府が国立病院に対して打ち出した公務員型独立行政法人に止めるのではなく、公的病院全てを非公務員型事業体に改変すべきである。なぜなら、福岡県の委員会議事録にもあるとおり、補助金による政策医療を実施する主体は公的病院である必然性はないからである。

### 混合診療解禁

医療の追加財源確保策として混合診療解禁に踏み切るべきである。保険診療を受けている患者が保険適用外のサービスを希望したら保険診療部分まで保険非適用になるという規制は時代遅れである。日本医師会は、混合診療解禁に反対する理由として「金持ちしか高度先進医療が受けられなくなる」としている。しかし、前述のとおり、医療サービスも既に貿易対象になっており、裕福な患者はより良い医療を求めて海外に流出している。これを黙認するよりは、混合診療を解禁した上で自由診療部分に 10% ~ 20% の消費税を課し弱者救済財源を確保すべきであろう。

また、混合診療解禁反対の理由として、「安全性の保証されていない医療を人体実験するのか」という主張がある。しかし、これには次のような解決策がある。

- \* 混合診療で行う高度先進医療の範囲を「海外で臨床適用され安全性がある程度立証されているもの」に限定する。
- \* その範囲決定権限を個別の医療機関ではなく、地域医療圏または医療ネットワークで設置する審査機関に与える。
- \* 患者及び家族に対するインフォームドコンセントを充実させる。

要するに、医師が専門家たる所以はそのリスク評価・説明能力にあるのであり、単に「安全性の保証されていない医療を人体実験するのか」と繰り返すことは、医療分野の科学者としての役割放棄に他ならない。

### 【提言3】共同事業による効率化

これまで“荒唐無稽！”と言われてきた日本版IHNについて最近興味を示す人々が現れて来た。その背景には、医療技術革新が加速している21世紀においては、どんなに大きな医療機関であっても単独で先進医療供給体制を維持することがもはや不可能であるという事情がある。日本でもアメリカのIHNのように複数の医療機関で経営資源を共有するニーズが高まることは必然である。もちろん、保険制度や医療機関の法的形態が異なるのであるから、アメリカのIHNと同じものを目指す必要はない。しかし、医療機関が共同事業を通じて過剰投資を回避、地域住民が求める医療ニーズにシームレスに対応する仕組みのマネジメントについては、アメリカのIHNから学ぶべき点は多い。

複数の医療機関の間で行う共同事業には様々なテーマが考えられるが、スタート時の案件として次の3つが有力である。

#### 共同事業の事例：共通電子カルテによるiDC事業

共同事業に参加する医療機関の求心力となるのは医療データベースである。医療データベースを基盤とする求心力が強くなければ、医療周辺分野でビジネスチャンスを探している企業からの協力も得ることができない。従って、参加医療機関の間で標準化を徹底的に推し進め共通電子カルテによるiDC（internet Data Center）事業を立ち上げなければならない。

複数の医療機関が全く同じ電子カルテを導入するだけで、単独で電子カルテを購入する場合よりも初期投資コストが2割～3割安くなるという試算がある。しかし、電子カルテ導入コストをさらに大幅ダウンさせ、全国各地で展開されるiDC事業を全国レベルのデータベース構築につなげるためには、ベンダー側が電子カルテのコア部分の無償公開を行うべきである。また、複数の医療機関がiDC事業を立ち上げる組織形態として株式会社が認められていない。医療機関側のIT人材不足、運営組織の共有によるコスト削減、地震対策等を考えると株式会社の方がメリットが大きいので、iDC事業に株式会社を認めるべきである。

#### 共同事業の事例：炭素線癌治療センター

わが国の医療産業が国際競争力を獲得する有力な切り札として炭素線癌治療装置が脚光を浴びつつある。癌治療に使われる放射線としてはX線がよく知られている。しかし、X線の細胞破壊力は体内に入った直後がピークであり、体を突き抜けるまで徐々にその力が弱まる。つまり、X線には癌細胞以外に正常細胞まで傷つけてしまう欠点がある。そこで、この欠点克服のために最初に登場したのが陽子線である。陽子線は、体内に入って癌細胞に到達する間の破壊力は小さく、癌細胞に届き止まった時点で破壊力がピークになる性質を有する。この性質を利用して、1991年にアメリカのロマリダ大学が世界に先駆けて医療専用陽子線治療装置を稼働させた。現在わが国にも陽子線治療装置は国立がんセンター東病院など5ヶ所にある。しかし、それでも陽子線には癌細胞周辺に若干の影響を与えるという欠点が残っていた。

炭素線は、この陽子線の長所を強化し短所を解決した新しいメスなのである。炭素は陽



子線が治すことのできる癌を全てカバーしており、陽子線が適用できない癌にも使える。とりわけ癌細胞をピンポイントで狙える特徴を活かし、外科手術が難しい頭頸部や骨癌に有効である。しかし、全ての癌を治せるわけではない。例えば、癌細胞を除去すると穴が空く胃や食道には使えない。穴が空けば結局外科手術をしなければならないからである。また、癌の再発までは防止できない。しかし、従来の外科的摘出手術と異なり治療を無痛、日帰りで行えるという特色は患者にとって画期的である。癌細胞の位置にもよるが、最新の臨床プロトコル（標準的医療行為）では肝臓癌や肺癌の治療は1回30分、2日で完了する。前立腺癌の治療期間中であっても仕事をする事が可能である。

現在世界でこの炭素線癌治療装置があるのは、千葉の放射線医学総合研究所（以下放医研）と兵庫県立粒子線医療センターの2カ所だけである。アメリカは陽子線重視に固執しレーガン大統領が炭素線癌治療研究に予算を与えなかった。これに対して日本は、中曽根総理が放医研に炭素線を含む重粒子線癌治療装置（通称HI-MAC）建設予算を付けたのである。結果的にこの差は甚大となった。

放医研が世界に先駆けて炭素線癌治療の臨床試験を開始したのは1994年、その後現在までに1500症例以上の臨床試験を積み重ね、炭素線が癌治療の画期的な武器になりうるという確信が得られた。この放医研の研究成果を根拠にドイツ、イタリアでも炭素線癌治療装置の建設予算が付いた。日本が炭素線癌治療で世界を15年以上リードしているのである。

日本がこのリードを保ち続けるには、まず炭素線癌治療装置を国内に普及させねばならない。既に10ヶ所以上の地域で具体化の検討が開始されている。そのための課題は小型化である。現在放医研にある装置は、多目的実験装置でもあるため、130m×60mと巨大である。炭素線に特化した装置（医用普及器）にすれば、約2分の1に縮小できると同時に陽子線治療にも使える。その概念設計はほぼ完了している。しかし、それでも炭素線癌治療センター建設コストは約150億円（炭素線装置80～100億円、建物40億円、癌検査装置等20億円）と大きい。建設期間も4年と長い。そこで、放医研では現装置の4分の1以下の先進小型器を5年後を目標に研究開発中である。この先進小型器が世界各国に輸出される時代がいずれ到来するのである。

炭素線癌治療では、医療物理士と呼ばれるスタッフが癌専門医とチームを組んで患者一人ひとりの治療計画を立てる。患者毎に癌の形状が異なり、正常細胞に対する影響を最小限に抑えながら癌細胞のみをピンポイントで破壊するには高度な技術を要するからである。また、癌専門医も臓器別に確保しなければならない。将来炭素線癌治療装置が世界中に普及し患者獲得競争が起きた場合、この医療物理士と癌専門医のチームワークの結晶である治療ソフト技術が競争力の決め手になる。現在この治療ソフト技術と人材は日本が独占している。おそらく世界に炭素線癌治療装置が普及し始めるプロセスでは、日本が各国をサポートするネットワーク作りが不可欠である。このネットワークを通じて世界に貢献すれば、わが国が癌治療のメッカとなり世界中から患者が訪れるようになると期待される。

炭素線癌治療センターの最大の経営課題は、採算ラインである年間800名以上の患者確

保である。炭素線癌治療費用 320 万円（陽子線 288 万 3 千円）は、自由診療として全額患者負担である。この患者負担軽減策として、生命保険会社が既契約者に追加保険料なしで生前給付を提供することが考えられる。1 兆円を超える逆ザヤで苦境にあると言われる生保が黒字なのは、それ以上の死差益（保険料算出時に予定した死亡率を実際の死亡率が下回ることによる差益）を得ているからである。仮に炭素線癌治療が普及して 1 社あたり千人の生前給付が発生しても 32 億円にすぎない。死差益配当引き下げにより既契約者全体で薄く負担することにすれば、生保側の実質負担はゼロにできる。癌で死亡するはずだった契約者が生きて保険料を払い続ける。さらに、宣伝・解約防止効果も考えられる。つまり、追加保険料なしで炭素線癌治療費用の生前給付を提供しても十分に採算がとれるのであり、経営の健全性を維持できている生命保険会社の中からこのアイデアを採用するところ必ず現れると予想される。

#### **共同事業の事例：医療専門人材育成機関**

医学部の講座制と基礎研究偏重人事の弊害により臨床レベルの高い医師やスタッフの人材不足が深刻化している。2002 年に始まった医療特区の議論の中で医師やスタッフの人材派遣事業が取り上げられた際、厚生労働省の公式見解は「医師やスタッフは足りているので人材派遣事業を認める必要はない」ということであり、日本医師会も医師の派遣事業に猛烈に反対していた。しかし、2004 年度に医師の新臨床研修制度が実施されることに伴い大学病院が医師派遣を手控え始めたことから、2003 年に入り臨床医不足の実態が顕在化、もはや誰も臨床医不足を否定しない状況になった。公的病院より勤務条件で劣る民間病院の経営者にしてみれば、医師不足とスタッフ不足は以前から常態化していた問題なのである。

そこで、漸く医療現場の実態に即した議論が厚生労働省の「医療分野における規制改革に関する検討会」で行われ、派遣先である医療機関が派遣労働者を事前に特定できる場合に医療関連職種の労働者派遣を認める制度改正の方向が示されるに至った。これは、紹介予定派遣労働者の事前面接や履歴調査を認める改正労働者派遣法が国会で成立したことを受けたものである。

このように派遣事業が認められることを利用して医療専門人材不足を根本的に解決するためには、地域医療界としての取り組みが必要である。具体策として、臨床研究・教育中心の医療専門人材を育成する機関もしくは大学を地域医療界で創設することが考えられる。

＜新しい医療専門人材育成機関 or 大学のコンセプト＞

- ・ 付属病院を持たない。既存の病院と競合しない。
- ・ 常勤職員は少人数、教官はその医療圏の医師、専門分野別のスタッフ。
- ・ 医師、看護師、専門技師など医療専門人材の育成・派遣事業の拠点。

#### **【提言 4】共同事業を加速する枠組みの構築**

日本国内の多くの病院経営者と議論した結果、近い将来次のような 3 つのタイプの日本版 IHN が誕生すると予想される。

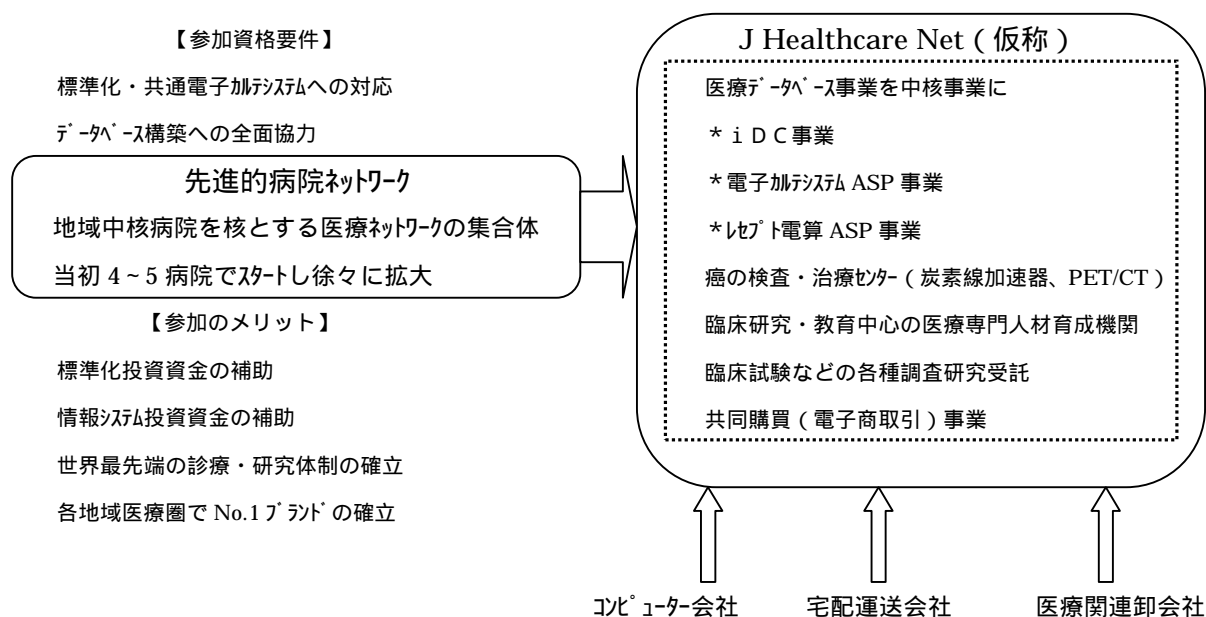
先進的病院の連合軍が形成する I H N

既存の単独医療コングロマリットから進化する I H N

公的病院のリストラのプロセスで誕生する I H N

当初は、公的病院をベースにした I H N が一番早いと考えていた。前述のとおり、公的病院の医師以外の職員給与は民間病院を大きく上回る。また、公的病院の場合、国または自治体といった設置者が同じであっても病院経営のガバナンスが病院毎に分断している。つまり、同じ医療圏にあっても十分な連携がとれていない。しかも、“赤字は税金で補填が当然”と考えている責任者が未だに多い。しかし、国や自治体が財政危機にあることから既得権益のバリアーが崩壊し、公的病院をベースにした I H N 創造の動きが始まる日も遠くないと予想したからである。ところが、公的病院の職員の既得権益というバリアーが想定以上に根強いことが判明した。そこで、考案したのが先進的病院の連合軍による共同事業を加速する枠組みである。(図表 15)

図表 15 先進的病院の連合軍のイメージ図



この先進的病院連合軍の具体例が、筆者が事務局の 1 人として参加している「東京ベイ・メディカルフロンティア構想」である。同構想の協議には癌研究会附属病院、高齢者医療センター等の病院長、東京大学や筑波大学の医学部教授、地域医師会幹部などが個人の立場で参加している。2003 年中に戦略企画機能を担う本部組織を正式に立ち上げ、共同事業に着手する予定である。

この本部組織は日本版 I H N のホールディングカンパニーの雛型となるものだが、次の 2 つの課題をクリアーする必要がある。

< 課題 1 > 地域社会がガバナンスを握り、収益を地域社会に還元する。

収益が株主に配当されるに止まり、弱者救済財源などの形で還元されるのでなければ、国民から支持されない。

< 課題 2 > 医療の非営利の理念を堅持する。

ホールディングカンパニーが営利株式会社だと、病院設置者が株式保有を制限されている公益法人の場合は病院が出資者として参加できない。

この2つの課題をクリアーするためには、戦略法務の視点から解決策を探求する必要がある。第1の解決策は、今般の商法改正の活用である。例えば、委員会等設置会社を選出し地域代表を社外取締役任命すれば地域社会がガバナンスを握ることが可能であり、企業株主に対する議決権・配当制限をもつ種類株式を発行することで実質的非営利を達成できる。第2の解決策は、2002年4月に施行された中間法人制度を採用して名実共に非営利ホールディングカンパニーとすることである。中間法人であれば、公益法人扱いの病院でも出資が可能である上に、事業内容について制約が厳しくない。いずれにせよ、日本版IHNを構築するための道具はほとんど揃っているのである。

## 5. おわりに

わが国の医療改革は議論ばかりで遅々として進んでいない。その大きな理由の1つは、政策論争が的はずれだからである。その典型が「株式会社の病院経営参入是非論争」である。筆者は株式会社の病院経営参入に反対も賛成もしない。日本の医療改革にとって病院が株式会社であるかどうかはどうでもいい問題だからである。

新聞報道によれば、株式会社による病院経営が法律で禁止されているような印象が強い。しかし、医療法第7条の規定では、営利を目的として病院を開設しようとする者に対して許可権限者である都道府県知事は“許可を与えないことができる”となっている。このように医療法が“できる”規定であるということは、都道府県知事が株式会社に病院開設の“許可を与えてもよい”「医療法は株式会社病院を“絶対的に禁止していない”」ことを意味する。

実際、わが国には株式会社が設置者である病院が2003年3月末現在62存在している。その多くが赤字経営であり、設置者である企業の業績悪化を背景に現在売りに出されていると聞く。つまり、株式会社になれば病院経営が効率化されるというのは幻想である。

一方、医療法により設立される医療法人は、法人税法上は普通法人として取り扱われ株式会社と同じ税率30%が課せられている。このように、非営利とされる医療法人は毎年の利益に営利企業と同じ課税をされた上に、相続税では株式会社オーナーより不利である。このため、病院経営で成功したオーナー医師の中では株式会社容認が多数派である。これらのオーナー医師は、日本医師会に対する帰属意識が薄い。

前述の東京ベイ構想は、現行制度の下でもほぼ実現可能である。医療改革を巡る議論で最もおかしいのは、「規制緩和しなくても実現できる東京ベイ構想には反対」という総合規制改革会議推進派幹部の暴言である。

以上

～参考～

「福岡県行政改革審議会：県立病院改革小委員会（第16回）」の議事録抜粋

本資料は2002年に福岡県庁ホームページ上で公開されていた

<http://www.pref.fukuoka.jp/wbase.nsf/>

（委員）おそらく今の地方公務員の給料表では、どんなに平均年齢を下げてても給与に収益が追いつかないだろうと思う。それを考えると、公的という形態を果たして続けられるのだろうか、私は数年前から思っている。院長はどうお考えか。

（県立朝倉病院の院長）確かに、今の給与のままでは難しいとは思っている。ただ、全適のような形で、しかも給与までも任せられるような形で、何とかできないかと思っている。

<筆者注>全適＝地方公営企業法のうち財務に関する規定だけでなく組織に関する規定及び職員の身分取扱に関する規定についても適用すること。

（委員）全適というのは非常に良い言葉だが、実はあまり成功していない。

（県立朝倉病院の院長）もう1つは、やはりある程度の補助が必要だと考えている。県の県民に対する福祉の施策という観点から、病院に対する補助は必要ではないかと考えている。

（委員）この委員会で度々議論になったが、補助金は必ずしも県立病院がしなくても民間でも補助金を使ってやれる。民間といって語弊があるなら、公設民営というような形でやって補助金を注ぎ込めばもっと効率よく成果が上がるのではないか。

（県立朝倉病院の院長）確かに病院の経営そのものとしては、民間のやり方がベターだと私も思う。

（委員）朝倉病院の院長は人件費が民間並になれば何とか運営できるのではないかと考えておられた。柳川病院は繰入後は黒字なのでもう少し可能性があると考えられていると思うが、例えば、退職金の積立など今まで把握されていない費用も含めて、今後の経営の可能性のシミュレーションはされたか。

（県立柳川病院の院長）した。しかし、退職金まで積み立てるのは無理だ。給料表を作り直すことができ、給与水準が全体的に下がれば可能だと思う。しかし、今の給与制度のままやれと言われても無理だ。例えば勤続35年を超えるような看護師が3人辞めれば退職金が1億円になる。今の給与水準のまま、毎年1億円積み立てるのは難しい。

～参考文献～

VERISPAN, 2003 Profiles of the Verispan IHN 100、2003年4月

厚生労働省、医薬品産業ビジョン、2002年8月

我が国の医療機器産業の国際競争力の現状と今後の課題に関する研究会報告書、2002年8月

安藤秀雄著、医事関連法の完全知識、医学通信社、2002年6月

西村周三編、医療経営白書、2002年4月

河野圭子著、病院の内側から見たアメリカの医療システム、新興医学出版社、2002年3月

実藤秀志著、医療法人ハンドブック、税務経理協会、2001年12月

## ( 目 次 )

1 . はじめに	1
2 . アメリカの I H N の紹介	2
( 1 ) 沿革と定義	2
( 2 ) 収支状況	4
( 3 ) 非営利であることの意味	4
( 4 ) 独立開業医が自主参加する求心力	6
3 . 日本の医療産業の国際競争力は弱体	9
( 1 ) 医療産業は巨額の貿易赤字	9
( 2 ) 医療情報のデジタル化で韓国にも追い抜かれた	10
( 3 ) 臨床試験企業による海外委託が増加	11
4 . 国際競争力向上のための方策	11
【提言 1】 広域医療圏で主要疾病の臨床プロトコルを構築	11
【提言 2】 医療への追加財源確保	12
【提言 3】 共同事業による効率化	14
【提言 4】 共同事業を加速する枠組みの構築	17
5 . おわりに	19