

## 産業競争力会議医療・介護等分科会 有識者ヒアリング（学識経験者）

---

### （開催要領）

1. 開催日時：2013年10月3日（木） 11:00～14:00
2. 場 所：内閣府本府5階522大臣会見室
3. 出席者：  
牛窪 恭彦 佐藤主査代理  
渡邊 一郎 新浪議員代理  
岩下 圭二 長谷川議員代理

川淵 孝一 東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授  
高橋 泰 国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野教授  
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  
山本 隆一 東京大学大学院情報学環・学際情報学府准教授

### （議事次第）

1. 開 会
2. 有識者ヒアリング①（高橋泰氏）
3. 有識者ヒアリング②（山本隆一氏）
4. 有識者ヒアリング③（松山幸弘氏）
5. 閉 会

---

### ○冒頭

（田原日本経済再生総合事務局参事官）

只今より、産業競争力会議医療介護分科会有識者ヒアリングを開催したい。医療介護分科会は9月27日に第一回会合を開催した。10月の中下旬に第2回の会合を開催する予定である。その際、佐藤主査より、他の民間議員の皆様とご相談いただいた上で、今後の議論の論点を整理したペーパーを出していただくこととなっている。その主査ペーパーの作成及びその後の議論を進めるにあたり、本日有識者の皆様のご意見を参考にさせていただければと考えている。なお、本日提出いただいた資料と議事要旨は後日ホームページで公表したい。また次回の分科会で本日のご意見のポイントをまとめた資料を配布したい。早速だが、国際医療福祉大学大学院の高橋先生よりお話を賜りたい。

（高橋教授）

本日は成長戦略というより、これから日本のヘルスケアがどのように変わっていくのか、どう変わるべきかという話をしたい。まず日本の現状、国際比較であるが、日本の特徴は、病院と病床が多いということである。日本の病院は約9000だが、アメリカは約5000。人口千人当たりの病床数をみると、アメリカが3.1で、フランスが7.1で、日本が13.9となっている。医者数はOECD平均で見ても低く、日本2.1、アメリカ2.4、フランス3.4である。ところが、病床数が多いので、百床あたり医師数は、日本は14.9、アメリカ77.5であり、ほぼ5分の1となっている。看護師も人口千人あたり日本は9.4でフランスよりは多いが、病床が多いので、病床あたりで見るとやはりアメリカの5分の1、フランスの3分の2程度しかない。きちんとした医療を行おうとするとどうしても病院内のスタッフの密度が必要。急性期病院は、むしろ病床を減らしてスタッフ

の密度を上げて、短期間に一気に呵成に治療する方がいいだろう。経済の再生ということを見ると急性期医療を世界の先端に置かないといけない。そう考えるとやはり急性期をダウンサイズして、密度を上げることが重要。短期間で出すためには資源を集中しないといけないが、日本は人が薄く数が多いので、患者を置いておかないとベットが埋まらないという事情があるので、日本は平均在院日数が長い。日本の急性期医療は、低密度長期型、アメリカは高密度短期型といえる。日本もバリバリの急性期医療については高密度短期型に変わる必要がある。これをやらないと世界に売れるような先端商品も作れないし、世界の潮流にもおいて行かれることになるだろう。これが成長戦略の一つの要になるのではないかと。現状いろいろな分野に医療スタッフがいるわけであるが、少なくとも高度急性期の入院医療については思い切ってダウンサイジングして寄せていく必要がある。6人いる病院が1つあった方が、2人いる病院が3つあるよりも良い医療ができる。

次の話は若年者が激減し、高齢者が激増するという話。我が国の0～64歳の人口は、今後50年以上減り続け、2040年までに3000万人減少する。9700万人から6700万人になる。一方、75歳以上は、2025年までに1.6倍増えて、700万人増加し、その後、微増で2040年時点では800万人。今後十数年の対応が一番大変。その後は、若年人口が減るとい現象のみが残り、高齢者が横ばいとなる。したがって人口の減り方が激しくなる。2040年過ぎると何がおこるかという、後期高齢者も減り始める。そうすると我が国の人口は急激に減っていくということになる。人口の減り方は一律ではなく、(資料P3の)黒塗の地域は今後30年間で40%以上人口が減少する地域であり、地域存亡の危機を迎えることになる。一方高齢者の増加を見ると、特に首都圏が大変。一番大変なのは東京周辺。埼玉県東部、千葉県西部、埼玉県中部、神奈川県中部、これらはベッドタウンである。これらの地域に住んでいる人々は、1970年代に流入した当時は若かった世代である。50年経つと後期高齢者となり、一斉に有病率が上がり始めるという事態になっている。更に困ったことに、こうした人々はこれまで都心に通っており、病気になれば都心の病院に通っていたが、今はリタイアし、地元志向になっており、圧倒的にこれらの地域の医療が足りなくなるという現象が起きている。こうした地域は今後病気をしたときに入院することが非常に難しくなる医療デンジャラス地帯と呼べる。

ではどうするかということであるが、資料のP5にあるように、日本を3つのカテゴリーに分けるのが基本ではないか。人口と人口密度に分けるのがいいのではないかと。ことがわかってきた。医療が完結に提供できる区域として2次医療圏が全国で343設定されている。これを一年半かけて徹底的に分析した。人口100万以上又は人口密度2000以上あるところを大都市型、人口が20万以上、又は人口が10万から20万かつ人口密度が200人以上のところを地方都市型、その他を過疎型ということで分けた。札幌、仙台、東京、名古屋、大阪、広島、北九州、福岡が大都市型になる。すべての県庁所在地、主要都市と一般的に思われている都市は地方都市型に入るように分かっている。このように分けると、我が国の面積の5%が大都市型でそこに44%の人口が集中している。過疎型は45%の面積を占めているが、人口は9%しかいない。資料のP5を見てもらいたいが、2040年までに、すべての二次医療圏において、0～64歳人口は減少する。またほとんどの二次医療圏の75歳以上人口が増える。従って、日本中おしなべて若い人が減り、後期高齢者が増えるというのが全体像である。大都市型、地方都市型、過疎型に分けると、きれいに傾向が分かれる。大都市は3つの例外(北九州、東大阪、横須賀)を除いて、全て後期高齢者が50%以上増える。一方、0～64歳人口が4割以上減ることはない。若い人があまり減らず、高齢者が増えるので、人口はあまり減らないが、後期高齢者が激増するというのが大都市の特徴。一方、過疎地

は50%以上、後期高齢者が増えることはなく、極論すると高齢化の問題は終わったといえるが、ほとんどの地域が、0~64歳の人口が、4割以上減る。したがって地域存亡のスパイラルに入っているところが多い。大都市は高齢者問題で、過疎地は地域存亡の問題になってくるとというのが基本構造ということである。さらに過疎地は、高齢者がまばらに住んでいるので、在宅ケアが大変。その代り地価がとても安いので、簡単に施設が作れるので、基本的に集まって住んでもらうという戦略になる。一方大都市は、施設作るのが大変であるが、集まって住んでいるので在宅がやりやすい。地域包括ケアについてみんな興味があると思うが、人口密度が2000を切ると採算がなかなか乗らなくなる。お客さんがパラパラいて移動距離が長すぎる。逆に10000を超えると地価・人件費が高すぎて、介護保険の報酬ではペイしない。だから、地域包括ケアというのは、人口密度2000から7000ないし8000くらいが適正規模ではないか。すなわち地方都市のためのモデルであって、過疎地や大都市にはあまり向かないのではないかと個人的には考えている。

次に地域差の話をしたい。日本中がどういう人口構成になっていて、今後どのように変化していくのかを計算したが、これを使うと各二次医療圏の医療需要がどうなっていくのかということが簡単にわかる。(資料P6の)黒色で示したところが、2010年がピークで今後、医療需要が減り続けるところ。逆に赤いところは、2040年まで増え続ける。医療需要もピークの出方が全国で地域差がある。黒とか青のところは今後医療需要が減り続けるわけであるから、新しい施設などを作るのは難しいだろう。

医療資源の偏在について、(資料P6は)看護師の数を人口10万人当たりで偏差値化したものである。北海道北部、東北、北陸、中国、四国、九州で多く、関東甲信越で少ない。一目瞭然である。これぐらいきれいに差が出ている。ちなみに病床数でいうと、1.6倍くらい西に多い。中国、四国、九州と関東を比べると人口当たりの病床数は倍くらい差がある。看護師は1.4倍くらいの格差がある。北海道、北陸、中国、四国、九州に多く、関東、甲信越、東海は少ない。(資料P7)介護に関係する老健、特養、介護療養、高齢者住宅を全部集めて合計し、75歳以上人口に対してどうかというのを表した図であるが、日本で一番多いのは青森県である。北海道、青森県、北陸、中国、四国、九州に多く、青森県以外の東北、関東、甲信越、東海、関西の一部が少ないというのが現状で、若干医療と分布が違うが基本的に西高東低であるのは間違いない。住むところは、東京周辺は圧倒的に足りない。周辺は100%以上、都心ですら70%以上の増加である。都内で作れるかというまず無理だろう。今なぜもっているかという、実は神奈川県がすごく多い。川崎北部、横浜北部、横浜西部、西多摩、八王子、町田、相模原、青梅といったところが東京のかなりの部分を引き受けている。千葉も多い。一方でこの地域は、既にいったとおり、後期高齢者倍増エリア。おそらく東京からの受入キャパは全くなくなるだろう。施設を倍増するといっても無理。都内はあつという間にパンクする。23区内は介護難民の問題がすぐに深刻になる。現状を知らしめることが一番大事だと思う。

このように、見てくると、全国で医療資源の余裕があるところとないところがはっきりわかってくる。我が国の人口は2005年がピークで、2025年までは高齢者が増えるのであまり減らないが、2025年から2040年は高齢者が横ばいで若い人が減る。2040年以降は、高齢者も減り始めるので人口は一気に減少するという構造になっている。一キロメッシュで我が国の人口構成がわかっている。一キロごとで今後人口推移がどうなるか見ていくと、2005年の我が国の人口ピークのときでも、我が国の52%の地域にしか人が住んでおらず、48%が無居住地であった。これが2050年になると、38%くらいにしか人が住まなくなり、現在住んでいる地域の4分の1は人が住まなくなる。特に大変なのが北海道。2050年までに今人が住んでいる地域の半

分が非居住地域になるだろうといわれている。

今後どういう医療が必要かという、後期高齢者はすぐにはなかなか家に帰れないので、ポストアキュートといって、リハビリや内科的治療をしたりして、自宅に帰してあげる。また、ローテク高齢者急性期医療と呼んでいるが、肺炎や骨折など特に要介護状態の人が状態が悪くなったときに診てくれる病院、といったものが必要となってくる。八王子の永生病院の安藤先生が急性期医療を「とことん型」と「まあまあ型」に分けている。「とことん型」は、従来の急性期であり、治療優先。「まあまあ型」は、生活維持が目的で病気は治さなくても家に帰れるように患者の身体と環境を見てくれる医療。「とことん型」に誤って高齢者が入ってきたときに、とことんやられて機能が落ちてリハビリのために更に遠くの場所に追いやられて地域と縁が切れるというおかしい話になる。「とことん型」と「まあまあ型」の切り分けは絶対必要。まあまあ型は、亜急性と呼ばれるものであるが、その枠をどう確保していくか、そのシナリオを描くことが重要となってくる。以上である。

(川淵教授)

幾つか質問させていただきたい。そもそも二次医療圏をベースに分析しているが、この区分けが本当に医療の実態を反映しているのか。二次医療圏は人工的に作ったものであるが、現場では評判が悪い。もっと患者ニーズがあるので病床を増やしたいが二次医療圏をベースにした基準病床はいっぱいという事例が散見される。

(高橋教授)

47都道府県では粗すぎる。一方、1800の市町村でやると細かすぎてわけわからなくなる。二次医療圏は343あるが、この程度であれば、全体像見るためには程よい大きさである。私も二次医療圏がいいとはこれまで一言も言っていない。ただ、全体を把握する区分けとしては悪くないということ。日本は病床が多すぎるので、現在の形でみんな見るが、30年スパンで見ると、人口3000万人減る。そのことをよくわかっていない。あまりにもアクセスがいいことに慣れすぎている。むしろ病院は減らすべき。きちんと計算して、もっと統廃合していきましようという話になるべき。病床増やしたいという現場のニーズはわからないでもないが、撤退をきちんと考えないといけないと思う。一番大事なのは、超過疎地、都内もだが、撤収をどうするかということ。これから先の日本の医療の基本は、人口が減るといえるのは仕方がないので、一人一人の取り分が減らないように工夫することであり、そのためには秩序ある撤退が不可欠というのが私の持論。そのとき全部一律に撤退するのではなくて、捨てる部分はあるけれども、急性期は守らないといけないので、強くする。そういった形で思い切ってリストラをしていかないといけない。だから今日は、その話を一番最初にした。やはり基幹病院を作って、そこは強化するけど、それ以外はある程度捨てないとまともな医療ができないということになってしまう。アクセシビリティは少し犠牲にせざるを得ないだろう。特に過疎地に関しては、それがはっきりしていて、国土的にはこの地域を捨てますというくらいの宣言をして、地域の中核都市にある程度寄せていくような形でやらないと。今と同じような生活をしていたら無理。また老い方、死に方自体も変えないとじり貧になる。

(川淵教授)

どうやって撤退させるかが問題。厚労省は、高度急性期と急性期と回復期と慢性期と病床区分して医療法の政省令に書くが診療報酬とはリンクさせないとしている。27種類も経営母体があって、結局診療報酬とか介護報酬という兵糧でやらないでどうやって動かすのか。厚労省はこれまで何度も失敗してきた。「とことん型」と「まあまあ型」

とおっしゃったが、であれば現行の一般病床と療養病床で十分ではないか。昔は一般病床はなく、「その他の病床」であった。ポイントはどうやってまちなか集積を図っていくかで、これは国土交通省のテーマでもある。結局は、医療介護だけではなく日本全体の話。富山市のようにコンパクトシティがいいとかいろいろな人がいうが、結局、高橋教授はどうすればいいと思うか。他方、17県は、DPCの2群がないのも問題。また、がん拠点病院も343の二次医療圏のうちの107はない。地域格差を是正するという話と、選択と集中をどのようにして辻褄を合わせていけばいいと思うか。

(高橋教授)

日本では「とことん型」医療が多すぎるので、そのダウンサイジングが必要。「とことん型」には、公的病院が多い。本当の拠点病院は「とことん型」だけにしておかないとまずいと思うが、全国に140~50くらいあればよい。病床数でいえば大学病院の半分、10万床くらいにすればよい。先ほど療養病床の話があったが、療養病床の問題は「まあまあ型」の医療をやっていないということ。療養病床は基本的に収容施設となっている。そうではなくて、老人救急をやれるところが必要となってくる。老人救急やる場所というのは、一般病床のあまり機能高くないところがちょうどいいレベルで、民間で多いのはその部分。そこはむしろ増やさないといけないことになっていく。民間を削る話は難しいが、数的にあまり触る必要はないのではないかというのが私の意見。全部減らすというのではなくて、とことん型の部分をどう減らすかというのが根幹。とことん型は公的病院が多いので、反対は多いかもしれないが、民間やるよりは簡単ではないかという気がする。公的病院でフラフラなところと、民間の一般病院がまあまあ型に変わるような仕組みをつくること。そして、病院の数が多すぎるので、ホールディングという考え方、これは秀逸だと思うが、平成の大合併のような、補助金あげるぞというような雰囲気を作って、病院をくっつけて市町村の中核病院のようなところを合併させていく。医療法人改革も大事。消費税をどこに使うかという話に関して言えば、補助金型でいいのではないか。ただし急性期を亜急性にひっぱっていくには、やはり診療報酬がないと動かないから、急性期を下げて、亜急性を厚くするというような誘導策の併せ技で変えていくほかないのではないか。

(川淵教授)

ポイントは補助金でやるか診療報酬でやるか。総務省が前やったように合併したら補助金あげますよと政策はどうか。医師もあって必然性があればやると思うがいかがか。

(高橋教授)

人口が少なくなっていったって、病院同士がやばいなと思っているところに県が補助金を使って仲介するなどすれば進むところはあるかもしれないが。

(飯塚日本経済再生総合事務局次長)

補助金だけでできるのか。ほかに何かネックになっているところはあるのか。

(高橋教授)

持分の話が大きいのではないか。持分認めてそれに応じてという形をとらないと、今まで築いてきた病院を投げ出すほど、太っ腹のオーナーはいないと思う。そこは認めてあげないと動かないのではないか。

(田中日本経済再生総合事務局参事官)

先ほどの補助金の話だが、麻生政権の際に、基金を作ったが、成功しなかったと思っている。それは基本的にはばら撒いてしまって、統合よりむしろ公的病院の救済資金に分配されてしまったが、意図はそうではなかった。この失敗を回避するためには何を注意すればいいか。

(高橋教授)

地域に配るのではなく、リストラ計画に配るという仕組みにすればよいのではないか。

(田中日本経済再生総合事務局参事官)

計画なしに単に枠を分配してしまったというのが誤りであったのか。中央で全て管轄して、プラン認定して分配しないと駄目だということか。

(高橋教授)

そのように考えている。

(牛窪氏)

地域の医療機能を再編するにあたって、自治体病院は再編の核になると考える。現在、公立病院改革が走っているが、どうすればうまく乗せられるか、何か具体策はあるか。

(高橋教授)

まず各病院がとことん型、まあまあ型、収容型のそれぞれの医療をどれだけやっているのかをはっきりさせることが必要。それを市民レベルはともかく、自治体レベルでオープンにするようにしてやらないと具体的な話ができない。

(飯塚日本経済再生総合事務局次長)

都市周辺は施設が足りなくなって地方は余るということだが、都市周辺で施設に入る人が自宅を手放すので、その分土地が空き余裕ができる。そういった見方というのはいけるか。

(高橋教授)

それはあると思う。東京と地方では、物価も違う。地方にいけば、施設にも余裕がある。地域偏在の状況をオープンにすることで、Uターンしたいと思う人も出てくると思う。そのような動きができれば地方の雇用も生まれるし、経済も潤い、人口減も防げる。住居地特例で、東京だって、自前でサービス提供するよりもコストは抑えることができる。やはり実態を知らしめることが何より重要。東京は年金生活で、介護必要となった時に、見てもらえる可能性は限りなく低い。でも地方にいけば見てもらえる確率が高い。そういったリストを作って、民間企業なりがランキングにして公表すれば、地方都市も引っ張りあう。そういった流れができてくれば、新たな産業も出てくるのではないか。我が国が他国から求められているのは、現状維持ではなく、一人一人の取り分を減らさないようにどう縮小していくか。そういった戦略であり、その実行のための施策をどうするかということだと思う。

(田原日本経済再生総合事務局参事官)

それではこれにて本ヒアリングを終了する。続いて、医療健康分野のICT化ということで、東京大学大学院の山本先生からお話を賜りたい。

(山本准教授)

まず我が国の現状を少しお話し、問題点を整理したい。OECDヘルスデータによると、一人当たり国民医療費の順位は、我が国はイギリスの一つ下でほぼ真ん中。上位を占めているアメリカ、フランス、ドイツに比べるとかなり低い。一方、WHOの評価では、日本は総合評価世界1位である。したがって、我が国はあまりコストをかけずに質の高い医療を提供していると言ってよい。この状況を大きく壊さずに、施策を進めていかなければならないという制約があるということである。

1947年の日本の状況と現在の状況を比較すると、1947年の平均寿命は男性が50歳、女性が54歳。江戸時代とあまり変わっていなかった。2010年は、男性がほぼ80歳、女性は86.4歳となっており、戦後随分伸びた。死因をみると、1947年の死因は、上から結核、肺炎、胃腸炎と、急性の感染症が多かった。今の死因は、悪性新生物、心疾患、肺炎。この肺炎は昔と違い、普通の人がかからない菌で発症するものが大部分。それから脳血管疾患。心疾患、脳血管疾患はいわゆる生活習慣病から派生するもの。悪性新生物も相当長期の期間を経て発生してくるものである。

次の資料は、東日本大震災に関するものであるが、津波でカルテが流出してしまったというもの。次の資料は、人が生まれたから死ぬまでどのような医療、健康情報が生じているのかというものを示した表である。母子手帳に始まり、介護、終末期医療で死亡に至るまで、相当な量の情報が生じている。しかも現在これらのほとんどが、電子的なもの。適切に電子化されているかどうかという問題はありますが、とりあえず何らかのコンピュータを使って作られている情報がほとんどである。ただ、これらの情報はほとんど消えていっているというのが現状。

具体的な話に移るが、まず、手帳について。「日本が誇る手帳文化」と資料に書いているが、母子手帳、お薬手帳、糖尿病手帳というのが我が国の医療の分野でよく使われている手帳。母子手帳は日本で作られたものであり、非常に多くの国に輸出されている。母子の分娩と健康管理によく使われ、それなりの成果を上げており、日本の母子手帳は世界でもかなり有名になっている。お薬手帳は、普及はしているが十分活用されているかといえばそうではない。東日本大震災の時に、被災後の避難所の巡回診療であるとか、応急診療所等でお薬手帳を持ってきた人たちは非常に少なかった。ただ、持ってきた人への診療はしやすかった。飲んでる薬もわかるので、診療を適切に継続することができたといわれている。お薬手帳については、今電子化しようという取組が各地で広がっており、大阪府の薬剤師会などが取り組んでいる。糖尿病手帳は、糖尿病の状況を病院、診療所で専門医などが分担しながら診療を行う、あるいは本人が自分自身で生活管理をするために使うというもの。これも年間相当な数が出ており、糖尿病の治療に役立っている。こうした手帳は広い意味で言うと、パーソナルヘルスレコード(PHR)の一部をなしているといつてよいと思う。

資料8ページだが、これは病院、診療所、薬局、あるいは介護施設が、それぞれ自分たちが担当している患者や療養者のデータを整理し活用していくというもの。いわゆる電子カルテのようなものではこれからの医療には十分役立たないだろうということで、そうした情報を、医療機関からいったん離れて、垂直にというか水平にというか、経年的にそうした情報を管理する仕組みがなくてはいけないということで、これを「生涯健康診療データ管理バンク」と名前をつけたが、こういったものを整備する必要があるということ。一方で、そういった情報を網羅的に集めてきてその都度、地域の健康状況をリアルタイムで把握するような仕組みが必要であろうということ、これによってエビデンスに基づく政策が実行できるということで、これを「匿名化システム」というが、この2つの仕組みが必要ではないかという提案をしたことがある。この提案が元ということではないが、2007年から、厚生労働省、経済産業省、総務省の3省が財務省に

予算要求して、浦添市と協力して、PHRの実証実験をした。簡単にいうと、自治体が主体となって、住民のPHRを運用して、健康サービス産業を使って、医療の外部というか、例えば軽症の糖尿病患者にフィットネスクラブがサポートをして体重管理や食事管理をすとか、健診結果に対して自治体の保健師が積極的に介入していくとか、地域の人たちが、自分の情報を基にいろんな活動をしていくというようなことを可能かどうかということを実証実験した。電子処方箋とか、お薬手帳の電子化とか、一応ここではやっていた。できることは分かったのだが、いろいろまだ不足のものがある。最も不足しているのはID。IDがないために、例えば、職場における労働安全衛生法上の健診結果、これは社員番号により管理されているが、保険情報は入っていない。従って、その情報をもらってきて、それ以外の医療や健康の情報とくっつけようと思うと名前以外ではくっつかない。名前ではさすがに違う人のものとなってしまいう可能性があり、怖くてくっつけることができないという問題がある。

マイナンバーを直接使うかどうかは別として、やはりきちんと個人識別できる仕組みをつくって、PHRの整備を進めていかなければならない。PHR、EHRが、医療健康のITにおいて、世界中で目標とされているものである。アメリカは、まだオバマ大統領の医療改革が十分進んでいるわけではない。基本的に一般の人は民間医療保険に入っている。民間医療保険の保険者が中心となってこういったサービスをするところが多い。ではアメリカは何をしているかということ、オバマ大統領は医療のIT化、EHRの促進に非常に力を入れているが、これは医療機関が信頼性のあるデータを出す仕組みを推奨するというものである。そういったシステムを導入した医療機関には、メディケア、メディケイドの保険の還付を割り増しするというインセンティブを与えている。イギリスは、保険ではなく、すべて税で医療費を賄っているが、NHSのサービスを受ける患者、医療機関を全て結ぶPHR、EHRを計画している。カナダは、インフォウェイという第3セクターの会社が各州で取り組んでいるEHRを結びつけるようなプロジェクトを随分昔からやっている。フランスは全て国費で、DMP(PHR)を作っている。ただ、一応ルール化して義務付けることを考えていたようだが、議会でプライバシー侵害のおそれが問題となって、今は任意のものとして稼働している。オランダ、オーストラリアもそれなりの構築を進めている。我が国は、スタートはそんなに遅くはなかったが、未だに何もできていないという点では若干遅れているという状況である。

資料15ページは、日本各地で行われている事業の大まかな状況を示したものであるが、PHRを取り込んでいるところもあることはあるが、あまりうまくいっていない。地域医療連携、介護医療連携については、これは地域医療再生基金もあって、全国で動いているものだけで、百何十か所でやられている。全国で動いている地域医療連携をつなげばいいと思われがちだが、これがなかなかうまくいかない。医療連携というのはトップダウン。つまり医療機関から見た連携であり、目的がある。たとえば、大腿骨等骨折の医療連携とか、糖尿病の医療連携とか、心筋梗塞の医療連携とかがあり、それぞれにリーダーがいて、非常に優れたリーダーがいるところに、このようなシステムが作られ、実施されているというのが現状。つまり、我が国で今作られているものは、情報が流れるインフラと、その上のコンテンツが一体となっており、コンテンツとインフラが分離していない。従って、隣の町は慢性肝炎の連携をやっている、こちらの町は心筋梗塞の連携をやっている、この2つは共通点がないから何もつながらないということになる。本当に進めていこうとすると、やはりインフラとコンテンツをある程度分離した設計をしていかななくてはならない。それから、医療機関に依存するのではなく、国民一人ひとりが連携に手を貸す、すなわち、PHR的なことを整備していかないと難しい。そうしたこともあり、世界中、PHRとEHRの2つを並行して取り組んでいるということだと思う。

日本の医療のITは遅れているといわれるが、医療や健康の情報が電子化されているという率でいえば、世界の最高水準。また医療機関が、情報システムを導入している率というのも、世界の最高水準。問題は情報を上手く活用できているかどうかで、これが日本の場合あまりうまくいっていないのが現状。情報活用を上手く進めるために、昨年度、経済産業省の事業で、構築したものがあるが、小さな医療機関、診療所とか小規模の病院というのは、自分たちの医療機関の中で検査をするわけではない。血液を採血するが、それはほとんど臨床検査センターのようなところに持ち込まれる。糖尿病の時の血糖の値などは非常に重要なデータであるので、そういったものが電子的に融通されるだけでも随分と変わる訳だが、その情報は医療機関では電子化されていない。つまり、検査センターから戻ってきた結果は、単に数字が見える形で返ってきているだけで、後で活用できるような電子化はされていない。これをわざわざ診療所で標準化された電子形式に変換して、地域医療連携あるいはPHRに使用するとすると、日本に十数万件ある診療所に全部そのITを導入しないといけないことになり、非常に効率が悪い。それに比べれば臨床検査センターのようなところは数が少ないし、全てコンピュータを使って処理しているわけなので、そこで適切な形に診療医の要望に応じて変換できる仕組みを作ろうと。これもそれぞれで情報システムを作るとコストがかかるので、クラウドシステムで作って、サービス提供できる仕組みにしましょうというのを作った。これを使うとレセコンしかないような診療所でも患者の検査結果を標準化された形式で蓄積することができるし、大規模災害等の場合でもこのデータを直接参照することができるので、診療所がなくなってもデータが残る。

次にデータベースの話だが、データベースは日本にはこれまで少なかった。データを活用していこうという動きが弱かった。日本のIT化の進み方の問題があったのだと思う。しかし、最近、厚労省のレセプトデータベースには60億件のレセプトがたまっているし、5000万件弱の特定健診、特定指導のデータが入っていて、世界的に見ても相当大きなデータベースとなっている。データの正確性には問題はあるが。台湾はレセプトの請求データの活用が進んでいるが、韓国、日本はなかなかその情報が利用できない。なぜ利用できないかという点、匿名化データとはいえないからである。確かにIDは除いてあるが、医療情報、健康情報のような複雑な情報は、ほかのものと組み合わせることによって個人を特定できる可能性が非常に高い。これを、どうすればいいのかというルールが曖昧である。こういった個人情報の取扱いに関してルールが明確でない。これまで悲観論と楽観論が極端に繰り返されてきており、片方ではやっても大丈夫というし、他方は絶対だめだというようなことがいろんなところで衝突する。従ってなかなかこのデータの活用ができない。ルールがないわけではなくて、ルールはあるのだが、あいまいである。規制を強化するわけではないが、明確にすることによりこういった利用が進んでくる。もう一つ大事なものは、規制の国際化というか、国際標準に乗っていないと、こういうデータベースは日本だけでは役に立たないので、各国とデータを交換しないといけないが、ルールが日本だけ独特であるとおそらく出してもらえない。

(川淵教授)

幾つか質問させていただきたい。お話いただいたとおり、いろいろなデータをつなげることにはメリットがあると思うが、日本ではIDがないので、なかなかつなげられない。マイナンバーができれば、もしかしたらつながるのではないかと思うのだがいかがか。北欧諸国などには、一体的に税や社会保障の情報を一元化する番号があるのだが、フランスには番号はないと聞く。しかしそのフランスもスマートカードと言って、ドクターが検索できるカードと薬局が検索できるカードがある。これに対して日本は電子化が進んでいるとはいえ、つなげるとか、活用するとかは後進国という感じである。どう

すれば、つなげることができるか。何が一番の障害なのかというのを最初に伺いたい。

(山本准教授)

まずはID。フランスの16歳以上に配布されるカードにも少なくとも医療で使うIDはある。目で認識できる番号として出ているかどうかの違いで、全員が持っているので容易につなぐことができる。情報を繋がないとほとんど意味がない。患者にアンケートをとってみても、自分の健康情報がきちんと継続的につながっている、水平的にもつながっている方がいいと答える人がほぼ全て。医療や介護に関しては、一人一人の情報をきちんと管理するものとして、番号をまず最初に導入すべきだったと思っている。IDがある国とない国を比較すると、明らかにある国の方が情報の活用が随分早く進んでいる。台湾も韓国も日本に遅れていたが、あっという間に追い抜いている。スピードがある。情報についてそんなに苦労せずに価値を出すことができる。価値を出すことが非常に大事で、価値が見えるとその価値に対しての判断になるので、みんないろんなことを考えてくれるようになるが、価値を出す前に頭の中で議論をすると、恐ればかりが先に広がる。まずメリットをきれいに見えるようにすることが、重要。

もう一つ、プライバシー保護の問題。今の個人情報保護のみでは説明が足りない。もっとルールを明確化する必要がある。日本は伝統的に情報に価値を認めていない国である。たとえば、全国4000軒のチェーンを持っている調剤薬局が、自分たちが調剤しているレセプトを個人名を外して集計すると、4000軒でリアルタイムで調剤している薬がすべてわかる。これは製薬会社がマーケティングをする上で価値があるデータだと思う。では、価値があるから価値の対価を払おうとしたときに、対価は誰に払うのか。チェーン店に払うのだろうか。元々は社会保障である医療保険制度を使った処方と調剤という仕組みのなかで患者がこないと絶対生まれないデータである。そのようなことをする薬局は嫌だから誰もいかないということになると、こうした話もできなくなる。そうしたところが十分解決できていない。その辺を整理する必要がある。また、個人情報保護の話については、保護の話ばかりだが、活用することによるメリット、公益とのバランスというところを本来は考えないといけない。全くメリットの話は論じられない。保護の話ばかりになっているので、悲観的な人たちは保護をしなければならないから、使ってはいけないという。情報というのは使って価値があるからこそ保護をしないとイケないわけである。公益と保護の境をもっと明確にしておかないといけない。変に匿名化しているからつながらないという情報がたくさんある。たとえば、厚労省のレセプトデータベースは、支払基金からデータが出るたびに一回匿名化する。そしてレセプトデータベースに入れるときにもう一回匿名化している。こうなると、レセプトデータベースを調べて何か重大なことが判明した場合、例えば、重大な薬の副作用の恐れがあってアラート出さないとイケない場合であっても、レセプトは分かるが、誰のものか絶対わからない。本人には絶対返らない。つまり本人にとっては全く役に立たないデータベースとなっている。データがあるのに使えないという状況。ではこれらの情報が匿名化情報になっているかという、そうではない。プライバシーというのは実は、近い人に対して守りたいことが多い。自分の勤めている職場とか。そうすると、その人たちは職場をいつ休んだか知っている、その日付と受診日が重なってしまうとそれだけで相当程度分かってしまう。従って、用心のための匿名化というのは実際は無駄なことが多いのではないかと。本当は使う時にきちんと本人に迷惑かからないように処理すべきであって、その段階までは価値を下げてまでやる必要があるかといえれば私はないと思う。しかし、現状はそこまでしないと作れないということがある。やはり、その辺りについて明確なルールを作っておく必要がある。

(川淵教授)

2つ目の質問は、レセプトと特定健診保健指導の情報をくっつけるという話について。特定健診の情報は都道府県単位の平均値ではないかと思うが、レセプトと同様に個票があるのか。また、私は個票ベースで研究しないといけないと思うが、ホームページで公表されているのは、都道府県単位の健診の動向等である。しかし、個票ベースでも、両者はマッチングがなされているということか。また、それは匿名化されているのか。

(山本准教授)

レセプトと特定健診保健指導には両方個票があり、7割ぐらいはマッチングされていない状況。名前等にはハッシュがかけられ、匿名化されている。

(川淵教授)

ハッシュ関数がかかっており、匿名化されているにもかかわらず、なんで厳しい審査をくぐらないとデータは使えないのか。台湾や韓国では、研究者はデータを自由に使えるようになっていて、特に台湾では学術論文が量産されている。これに対して日本はずこぶる遅れている。なんでこんなに出し惜しみするのか。

(山本准教授)

やはりルールが明確ではないからではないか。私は特定健診の方はレセプトに比べると問題ないと思っているが、しかし特定健診についても、保険者の中には、これは個人情報だという人もいる。規制が曖昧だから、楽観論者と悲観論者の両極端がいる。楽観論者の中には、たとえば、一部のレセコンベンダーは、オンラインで請求するとその情報をそのまま全部くださいみたいなことをやって、くれたらいくらかキャッシュバックするみたいなことをやっている。それを聞いたある団体は、とんでもないといって、厚労省に通知出せといってやっている。

(川淵教授)

そうすると、アメリカやヨーロッパのように、我が国もルール化すべきということか。

(山本准教授)

日本独自のこともあるから、そういったものを加味する必要があるだろうが、国際的にルールを共通なものにしておかないと、比較できない。従って国際動向に併せて、そうしたルールを明確化することを相当急がないといけない。

(田中日本経済再生総合事務局参事官)

個人情報保護の話のみ解決すれば、広がるものなのか。結局、医療提供側が、対応する努力をしてくれないとなかなか進まない。アメリカではメディケア、メディケイドで割増しをやっている。同じように、診療報酬制度の中でこれに対応するインセンティブをつけていくようなことをしてもいいのではないかという議論をした時に、厚労省は、疾病ごとにコスト計算している診療報酬体系になじむかどうか、導入して一体どれほどの効果があるかわからないとか、そういった主張をしたのだが、これはどう説いていけばいいか。

(山本准教授)

それは非常に重要な問題で、メリットを出すにはある程度やらないとでてこない。2億や3億の実証実験やって、参加者が30人とか40人とかであれば、効果の判定のし

ようがない。ある程度やるためには、結構な規模がいる。今の日本の診療報酬の体系の下では、エビデンスを出さないと絶対無理。効果が出ないと認められることは絶対ない。では効果を出すためにはどうすればいいのかが一番の問題。デンマークはそういう意味では非常に進んでいるといわれているが、病院の数でいうと、京都府くらい。診療所の数でいうと秋田県くらい。日本でいうと一つの県くらいのサイズ。一つの県くらいの規模で一つの国として投資をしてやっていくと、あのくらいは進むのだろう。日本も今のような体制を続けていくわけにはいかないの、PHRを使っていろんな産業が入ってきて、国民が中心になって健康を維持していく社会を作っていかなければならないということは合意ができていると思う。せめて県くらいで実証しないといけないと思う。特区を作ってそこでは一定の情報は見られるみたいなことをやる。しかも時間をかけてやる。少なくとも3年から5年くらい思い切ってやってみるということをしていないのではないか。また、PHRに何もかも情報をいれなければならないのかということではないのではないか。最も役に立ちそうなものからまず始めればいいのか。一番はお薬手帳。薬の記録があるということは、これはプロが見れば、どういう病気であるかすべてわかる。相当情報量が多い。ただ一つ問題はスイッチOTC。これは処方薬とほぼ同じもので、片方はお薬手帳に乗らないので、そこが問題であり、考えないといけない。お薬手帳については、調剤薬局が情報を出せばよい。調剤薬局では、今レセプトの電子化率は100%であり、調剤結果は全部レセプトに入っている。従って情報は全て一定の様式で電子化されているので、これを格納するのにほとんど苦労はない。あとは糖尿病手帳。これは前内閣の時に、IT戦略本部のタスクフォースで糖尿病手帳の電子化のフォーマットを作っているの、後は、それを実行するだけ。もう一つは、データを医療機関が出せるかどうかである。大規模な医療機関は自分たちで出せるので出せるが、小規模は無理ということなので、先ほどの経産省の事業の中で検査センターの中でなんとかしてもらおうということで作って、データを採れるようにした。これらを組み合わせる程度、規模の大きなところでやる必要があるのではないか。

(岩下氏)

一般に、補助金や実証実験が終わると、終わってしまうケースがたくさんあるのだが、そこはいつもどうしたものかと思っている。誰かメリットを受ける人が率先してやるというのが、実証実験終わった後に継続してやるというスキーム作りに重要と思うが、その辺りはどうか。

(山本准教授)

産業側のメリットという点の一つあり、そこを上手く使いながら継続しようとするチャレンジ例はある。しかしなかなか続かない。やはり規模の問題であり、お金を出す方がやはりサンプルが少ないとあまり投資するメリットがない。携帯電話会社や、体重計や歩数計を作っている会社などが自分たちのビジネスのためにやるというものもあるが、それはやはりその分野に偏ってしまう。結局その分野でしか役に立たないものになってしまう。実際の医療分野などで使えるかということなかなか使えるものになってこない。あとはご本人に負担してもらおうというモデルもあるが、役に立つのか立たないのかわからないものに金は出さない。PHRについていえば、健康に関心を持つようになった人には、価値がわかるようになる。健康なときというのは、おいしいもの食べたいというのが人間。本当に調子が悪くなると長生きしたくなる。そして健康に関心を持ち出し、価値を認めるようになる。しかし、その時にはデータがない。そこまで蓄積していないので、価値を出すために一定期間待たないといけない。これがジレンマ。個人的は、本当にミニマムなもの、お薬手帳だけとか、特定健診だけとか、そういったものは社会

保障として作ってしまうくらいの気持ちでないだめだと思う。そういったものが流用できるのであれば、それ以外のオプションなビジネスは、ものすごく乗りやすくなる。いろいろな変化に富んだオプションなサービスが成長すると思う。ただ、最初のところはなかなかペイしない話。

(川淵教授)

レセプト情報を使って創薬に結び付けることは本当にできるのか。

(山本准教授)

それは無理。電子カルテを使って、薬の副作用を発見することはできるが、それは創薬にはつながらない。ただ、いざ創薬をしようと思うと、対象患者をすばやく集めるということが最も必要なことであり、対象患者の選別には使えるかもしれない。ナショナルデータベースのレセプト情報を使って、こういう病気らしき人がもし本当に分かれば、何百万人というベースで患者を集めることができる。各医療機関にそれぞれ同意を取ってもらわないといけないので、1万分の1に減るかもしれないが、それでも100人の患者を素早く集めることができる。現在、これが素早くできなくて、非常にコストがかかるから、我が国では治験が進まない。それを早くコストをかけずにやれる方法を整備してあげるのが一番だと思う。

(田原日本経済再生総合事務局参事官)

それではこれにて本ヒアリングを終了する。続いて、キヤノングローバル戦略研究所の松山先生から、医療法人、社会福祉法人の生産性の向上についてお話を賜りたい。

(松山研究主幹)

私のご報告テーマは、医療法人、社会福祉法人を含めた日本の医療介護福祉の提供体制の効率化を具体的にどのようにして実行するか、ということである。アメリカでは、地域包括ケアが大規模になされている。その仕組みは Integrated Healthcare Network というものであり、これが全米に500以上ある。急性期ケア市場の約7割をこれらの非営利 IHN が抑えている。2004年にセントルイスにあるBJCヘルスケアという事業規模約4千億円の地域医療ネットワークの IHN 経営者と話をしたとき、「ヘルスケア市場が米国に次ぐ第2位の地位にありながら、日本にはなぜ世界規模の事業体が一つもないのか」と聞かれた。特に国立大学の附属病院は何をやっているのだと。この質問に対する答えは、「経営資源等はアメリカに比べて決して劣っているわけではない。要はガバナンスの問題。」ということ。

ではガバナンスのどこが悪いのか。ガバナンス改革を考える時、実は民間の医療法人や社会福祉法人に対して国が直接手を出すのは難しい。したがって、むしろ公費が投入されている国公立病院を核に改革をやるべきと考えている。先ほど山本先生のご指摘で臨床試験とか研究をするにしても必要な患者数をまとめて提供してくれるような事業体が必要ということだが、海外にはそのような事業体が多数ある。その差は非常に大きい。

何をすべきか。このプレゼンテーションの結論であるが、大規模な非営利医療公益企業を作るべきだ。具体的には、国立大学の附属病院を大学から分離して近隣の国公立病院と合併して少なくとも事業規模1000億とする。その合併の成否を左右する要素として組織カルチャーが重要だ。プライマリーケアについては、地元の開業医と一緒にやってやるような仕組み、オープン方が有効だ。地元の先生方がその施設を使いたいのであればいつでもどうぞ、という体制をつくるのだ。そこに非営利のホールディングカンパニー機能をつける。これがアベノミクスの下で医療介護を経済成長のエンジンにして

いくための一つの仕組みではないかと考えている。医療法人や社会福祉法人の中で、今でも地域包括ケアで重要な役割を果たすことのできる法人がたくさんある。それらとこの大規模非営利医療公益企業が情報共有でグループ形成すれば、相当なことができると思っている。

ポピュレーションヘルス (Population Health) という言葉があるが、これは5年ほど前から諸外国でブームになっているもの。それ以前は、アメリカでも医療費を節約して質を同時に高めるためには、疾病管理を徹底的にやればいいんだという議論があった。ところが疾病管理を頑張ってみたが、地域全体で見たら医療費が全然減らない。むしろ増えるというのがわかった。健康診断の結果が悪いのに医療機関に行っていない人を把握して受診しなさいと言えば医療費は増える。ではどうするかと考えた結果、予防にもっと財源を投入して、みんなが病気にならないようにするという方向に視点を切り替えた。そのためのデータベースができていて、オーストラリア、カナダでは国レベルでそのデータベースを作っているが、アメリカの場合は先ほど申し上げた民間の非営利地域医療ネットワーク単位でそのデータを集積している。特に地域ネットワークの中には、地域医療保険会社を持っているところがある。その地域医療保険会社が地元企業から団体医療保険を受注するわけであるが、保険者としての仕事の中心がポピュレーションヘルスになっている。例えば、バージニア州のセントラルヘルスケアでは、24000人の雇用主から団体医療保険をもらったときに、従業員個人単位の健康データと医療費のデータベースがあるので、それに基づいてお金を出す雇用主に対してあなたの会社の場合、健康状態は全米平均で見てどれくらい、いい悪いというのを示し、どこに手を付けたら一番従業員の生産性も上がって、コストも下がるかをデータに基づき説明する。これができなければ保険契約が解約される。それが保険者機能だという時代になっている。

医療介護福祉産業の競争政策に関する私見を述べる。まず医療イノベーションという言葉が日本でも議論になっているが、2002年に米国でも大きな議論があった。そのときの報告書では、その序文に、医療イノベーションには2つあって、基礎研究のイノベーションと、それを実践に結び付ける医療提供体制のイノベーションと2つある、特に医療提供体制のイノベーションをしっかりとやっておかないとうまくいかないということが書いてある。これは臨床現場のワークフォローとマネジメントの改革であり、既存の経営資源の組替えであるので、日本でも追加財源がさほどなくできるはずである。先ほどの山本先生のお話で、どこか日本の県単位でという話があったが、私も大賛成であり、特区をやるならばやれるところにやらせて、成果を全国に広げるという手順を踏まないとなぶ日本は動かないと思う。

日本ではイノベーションというと株式会社病院という話が出るが、私は医療改革の観点からすると、株式会社病院なんてどうでもいいと思う。なぜならば、アメリカでいろいろ取材をしたが、医療のイノベーションを引っ張っているのは、メガ非営利医療事業体である。株式会社病院というのは、あくまで利益の最大化を狙うので、最先端のことはしない。なぜなら先進医療は赤字になるからである。それがある程度普及して、利益率が高いとわかったら出てくる。そうでなければやらない。医師の育成もしない。出来上がった人を引っ張ってくる方が早いから。では誰がやっているかというのと、メガ非営利医療事業体である。彼ら経営者になぜこれをやるのかと聞くと、自分たちはブランド向上が使命であると。そのためにはいい人材を世界中から集めないといけない、だからそのために必要な財源を確保するのが自分たちの仕事だということである。

世界から見ると日本の国立大学付属病院は、弱小零細事業体である。最大規模の東京大学でも自分で稼げる患者サービス収入は、420億。ところがこれから説明するピッツバーグ大学とカーネギーメロン大学が業務提携している地元の地域医療ネットワークUPMCは、一地域で1兆円である。アベノミクスで医療をパッケージ輸出するとい

うことは、UPMCと競争するという意味であり、ここに勝てる体制を構築しないといけない。

日本の議論で間違っているのは、医療機関の事業規模を拡大して効率化という話があるが、それがすぐ大病院を作ることに話が飛んでしまう点である。海外は逆であり、事業規模を拡大ということは病院をできるだけ小さく作って、サテライト施設群を最適配置するという発想である。これによってUPMCは1兆円になっている。これはなぜか。米国の病院協会長をやっていた方に確認したら、その理由は医療技術進歩だと明言していた。技術進歩により患者がどんどん急性期病院から出て、外来でがん治療も受けるようになってきた。ということは急性期病院の建物に固執していたら必ず負ける、経営競争に勝てないと。そういうことで、急性期病院もダウンサイジングしながら、その浮いた財源をどんどん地域に最適配置していったわけである。従って世界共通の医療事業体の競争優位戦略とは何か。これはハーバード大学のポーター教授も本で書いているが、設備投資を点ではなく、人口100万前後の広域の面で捉えて一つのパッケージを作って患者を囲い込む。これを民間事業体であろうが、公的事業体であろうが、やらないといけないということ。

医療財源確保の方法には公費と保険料の2つがある。大事なものは、この医療財源部門と医療提供部門の連結経営の仕組みを創ることである。私が調査している中で一番伸びている医療産業集積は、ピッツバーグである。その中核事業体は、University of Pittsburgh Medical Centerと呼ばれる地域医療ネットワークIHNである。名前の中に大学の名前が入っているが、これは完全に大学とは別法人である。横200キロ、縦260キロの中に、病院20、合計病床4500で外来施設が400以上配置されている。例えばがん治療は、ほとんど外来だが、先ほどの医療圏の中に世界最先端の外来がん医療センターを37配置、中核病院が1つである。UPMCは、海外にもどんどんノウハウを輸出していて、アイルランド、イタリア、シンガポールにもがんについては進出している。

要するにこれは地域一体となった産業集積である。これがなぜできたかということ、1982年にUSスチールが実質経営破たんした。結果的にピッツバーグには、公害と失業者だけが残った。そのときに地元の政財学界の有力者が集まって、ピッツバーグをどうするか、何によって立ち直らせるかということを考えてときに医療ということを決めた。1986年にピッツバーグ大学の附属病院3つを切り離して、純民間にしたうえで、周りの非営利病院と合併させた。1996年にそのインフラができたので、多角化戦略、海外進出という経営戦略を掲げて、急成長が始まった。結果的に、世界一の医療産業集積といわれたミネソタ州のメイヨークリニックを2010年に抜いた。データを見てもらいたいが職員は55,000人、直接雇用医師3200人であるが、それ以外に研修医とか地元の独立開業医も参加するので、医師・科学者の合計は約7000名。彼らに行わせる臨床試験は窓口が一本化されている。従って世界中の製薬企業や医療機器企業は、このUPMCの窓口にいけば、全てニーズを満たしてくれる。しかも迅速にやってくれるし、対象となる人口が400万人いるので、かなりのデータがすぐに集まる。この点については2002年にヒアリングした。2002年当時でも米国の平均的な大学に関係する病院というのは、教授経由で臨床試験を頼んでいた、非常に効率が悪かった、従って米国でも企業が大学離れを始めた、そこに目をつけて、株式会社形態で臨床試験の請負会社を作って、自分たちは他とは違うということを宣伝して、一気に成長した。海外進出もいろんな形でやっている。日本には民間病院に研修プログラムを売っている。

医療産業集積には必須要件がある。これは世界中の医療産業集積を見て、わかったことであるが、2つある。まず世界標準の医療事業体がある。つまり、まず臨床ありきである。研究機関の集まりではない。かつそこに世界トップ評価の大学がある。医療産業

集積に何が一番重要であるかということ、そこにいる地域住民が自分たちの受けている医療は世界トップクラスなのだというのを実感できる仕組みかどうかということである。情報と人材が集積していて、それがうまく一元管理されているから、世界中から企業とか研究資金とか患者、人材が来るのである。日本のように研究施設を一か所に集めて、医療産業集積だということもあるが、それは世界から見たら評価対象外。

今回の医療改革の目玉は、2025年までに地域医療包括ケアを全国に作るということであるが、問題が一つある。それは連携のみで作ることが前提となっていることである。しかし、それは不可能。それを理論的に説明したのが、2009年にノーベル経済学賞をもらったウィリアムソンである。彼がノーベル賞をもらった理由は、取引コストの概念を使って、ある事業体の最適な組織構造を説明したこと。つまり、自動車メーカーだったら原料調達から部品生産、組み立て、販売、アフターサービスといろいろな部門があるが、ある企業が、それを一社で全部持っている。他の企業は本部機能だけ持ってあとは全てアウトソーシングしている。ではどちらがいいかということ判断するとき、取引コストを考える。つまり、アウトソースした場合に、たまたま相手と利害対立して解約されたら、すぐに代わりに同じレベルの契約先を見つけることができれば、OKだが、そうでなければその事業体の組織は間違っているということになる。医療の場合は、特にそうだが、経済的利害対立が大きいので、一緒にならない限りうまくいかない。特に保険者と医療機関。だから、各国のうまく回っている医療制度というのは、実質的に医療財源と提供体制のコアな部分が連結した仕組みとなっている。

全米で地域医療ネットワークのマネジメントが優れているといわれているバージニア州のセントラルヘルスケアからもらった図を邦訳したものを配布しているが、要は技術進歩が激しい中で、どうやってコスト、質を考えながらいい提供ができるかということ、ミスマッチの極小化を常に考えないといけない。そのためには、パッケージとして全部持っておく必要があるということ。

医療財源、保険部門と提供部門が連結した海外の事例であるが、3つのタイプに分けることができる。一つは財源部門と提供部門が同じ大きさであるもの。完全連結型。それから医療提供部門が医療財源部門よりも大きいもの。そしてその逆がある。完全連結型で代表的なのは、民間では米国のカイザーパーマネンテである。ここは事業規模5兆円。カイザーの保険に入っている人しか、カイザーの医療施設は治療しない。カイザーの保険契約者は、カイザーの施設でしか治療を受けないという完全連結型である。米軍が持っている巨大な医療ネットワークも同じである。カイザーは、イギリス、カナダ、オーストラリアが医療改革する際のモデルにしたところであり、最も医療情報の活用が進んでいるところ。それ以上に医療情報システムが進んでいるところが、米軍である。たぶんクラウド方式での医療情報システムでは米軍が世界一。そこで英国政府が今年初めに医療IT事業で米軍と業務提携した。それだけ評価が高いということ。それから医療提供部門が財源部門よりも大きいのは、米国のIHN、地域医療ネットワークであり、それを非営利ホールディングカンパニー機能の下に作っている。ライバル保険会社の加入者も患者として受け入れる。最後は医療財源部門が提供部門よりも大きいタイプ。この場合、医療提供部門は、セーフティネットのコアになる部分の事業体のことであり、そこと財源が組んでいるということ。オーストラリアが代表例であるが、オーストラリアの場合は、公立病院が750で民間病院が550くらい。民間病院も相応にあるが、うまく情報ネットワークで連結するような仕組みで出来上がっている。従って、日本はもう少しオーストラリアの研究をするべきではないか。

次に医療問題の通説の誤りについてだが、社会保障国民会議報告書を見て、びっくりした。日本が医療情報の共有とか連携がうまくできていないのは、民間病院が多いからだと書かれている。公的セクターであれば、政府が強制力をもって改革できると書いて

あるが、日本の国公立病院施設は公的所有でありながら、体系的にできていない。近くにある国公立病院もみんなライバルであり、同じような投資をして非効率であり、情報共有もしていない。一方、日本同様に、私的所有中心の米国では、体系化が世界トップクラスでできている。日本の議論では、全ての医療機関が公的機関でないとできないとなっているが、そんなことはない。一つの医療圏、例えば約100万人の医療圏単位で、シェア20%を超える事業体ができれば、必然的に、各医療機関は経営の独立性を維持しながら、くっついて共存していかざるを得ない。特に患者情報の共有に関してはくっつかざるを得なくなる。ならば、そのように持っていけばいいのであって、その核になる事業体を国公立の経営資源で作るべきではないか。

医療崩壊という言葉が随分言われるが、医療機関の財務データを見ると、むしろ過去最高益を出しているところがたくさんある。国立大学附属病院も今は過去最高益。社会医療法人は、2010年過去最高益で今も同じようなレベルにある。社会福祉法人はこれよりも黒字率が高い。従って私は診療報酬、介護報酬、補助金にメスを入れられる余地が大きいのではないかと考えている。削るという意味ではなく、もっと重点配分、メリハリをつければ、今日問題となっているいろいろな改革のための財源が出てくるのではないか。

ITに関してはよく標準化という言葉が出てくるが、デンマークなどの人口が少ないところ、つまり日本でいうと一つの県くらいのところだったら標準化はできるが、日本みたいに人口が多くて地域性の格差があるような国では標準化はもともと無理。標準化しなくても、実は、全国レベルのデータベースは作れるはず。その基本はEMRであり、その定義は、アメリカのテキストによれば「経済的利害が一致している一つの事業体自分たちの施設の中で共有する患者情報」である。EHRというのは、その各地域の医療事業体が蓄積したEMRのデータをもらって、政策とか研究のために使えるように全国レベルで集積したデータのことである。PHRというのは、患者個人に対して情報を管理する権限を与えるものである。これらの全体を上手くしようとするとまずEMRで巨大なものを作る必要がある。これは、一つの県くらいをカバーする地域医療ネットワークを作って、そこに自分たちのところの患者のデータを一括集積させれば一気に進むはず。というのは、経済的利害が一致していれば、組織の中で共有するのは当たり前。自然とそうなる。それをアメリカの場合は、500以上の地域医療ネットワークが自然にやっている。カナダ、オーストラリアなどは、上から政府がトップダウンでやらせている。そこのメカニズムをよく見ておく必要がある。

アベノミクスの成功の条件として、私は日本版NIH構想というのはぜひやるべきだと思う。ただし、成功のためには条件がある。研究費の総額を増やす必要もあるが、アメリカのNIHの組織の下には2500以上の世界レベルの研究機関や大学がぶら下がっており、それと機能面で対抗できる体制を作らないといけない。

ミネソタのメイヨークリニックは、子会社で地域医療ネットワークを持っているので、それと併せるとやはり規模は1兆円を超えている。ハーバードと業務提携しているマサチューセッツ総合病院もマサチューセッツ州のパートナーズという地域医療ネットワークの中核病院である。これは大学の附属病院ではない。ここも1兆円近い状態。

オーストラリアのメルボルンのバイオクラスターが有名である。その中心はメルボルン大学であり、バイオ21クラスターといわれている。メルボルン大学は附属病院を持たずに、公費が投入されている国公立病院、もしくは地域ネットワーク、それから非営利の民間病院と組んで、直近データで研究開発のインフラである臨床部門の大きさが3500億円。ビクトリアンコンプリヘンシブルキャンサーセンターというのが今建設中であるが、これができるると大体4000億円くらいのインフラとなる。基礎研究をやる大学、研究機関の下にこれくらいの臨床部門がないとだめだということ。イギリスも国

レベルで5か所のバイオクラスターを作っている。その代表がケンブリッジであるが、ケンブリッジ大学も附属病院を持っていない。ケンブリッジユニバーシティホスピタルがあるが、これは大学の名前がついている公立の地域医療ネットワークである。臨床部門が大体1500億円程度。ここを拠点に、ヨーロッパでバイオクラスター競争をしている。カナダは州ごとに医療提供体制は異なるが、ブリティッシュコロンビアがオーストラリアとほとんど同じ仕組み。特徴としては、州人口462万の中で一般的な医療を管轄するヘルスオーソリティという医療公益企業機関を5つ作っており、担当人口の平均は92万。がんの治療、臓器移植、小児の難しい手術等の先端分野については、ヘルスオーソリティではなく州全体で一元化している。設備投資の重複は一切しない。このような中で全体の予算は1兆2000億となっている。ここと戦えるのかということ。

こういう仕組みを考えて最初に実践したのは、実は日本であり、その例が長野厚生連である。長野厚生連はアメリカのIHNとほとんど同じ考え方で設備投資している。今注目されているのは、あの有名な佐久総合病院を2つに分けてダウンサイジングしていることだ。もうすぐ完成するが、高度医療センターをつくって、もう一つの病院は後方支援センターとする。病院はできるだけ小さく作るという発想が入ってきている。これは、厚労省の医療改革の方針がでる前に自分たちで企画したことだ。業績は補助金の一部入っているが、補助金が入っていない経常利益の段階で黒字である。医療と介護すべてをやれば実は黒字になるのが当たり前。長野は山で4つに分断されていて、中山間部がたくさんあって、山奥にも診療所とか病院を作らざるを得ない。でも長野厚生連は全病院黒字。山の中にあっても黒字。これは無駄な投資をしていないから。

社会福祉法人でモデルになるのは、浜松にある聖隷福祉事業団。ここも介護、福祉から急性期医療まで、多角的に事業を手掛ける有名な事業体であるが、事業拠点数は120以上あって、補助金込であれば4%前後黒字。補助金抜きでも黒字。それだけマネジメントできている。逆に言うと、日本全国に聖隷福祉事業団とか長野厚生連ができれば、物凄い改革になる。特に、長野県は、全国平均で見ると、医療費が12%程度低い。かつ、ぴんぴんころり平均寿命が長い。したがって、一番ポピュレーションヘルスのモデルになるところ。全国そのような取組をすれば、厚労省がこの間5兆円節約するという発表をしたが、ぴったり5兆円になる。医療費・介護費合計で今50兆円であるが、長野厚生連は全国平均よりも十数パーセント低いわけなので、全てが長野厚生連みたいになれば、10%は落とせる。そうすると5兆円は節約できる。実現不可能な数字ではない。それを阻んでいるのは、自治体病院。累積赤字2兆円を超えていて、それがネックになっている。

社会福祉法人は、1951年に制度ができてから、62年間、財務データを集められたことがない。巨額の公費が投入され続けているにもかかわらず、市場規模がいくらかということが誰もわからない。それでは問題であるということで、今厚労省で、社会福祉法人の在り方等に関する検討会ができて、来年財務諸表を全部集めて計算するという話し合いが行われている。まだ決まっていないが、多分そうなると思う。私の集めたデータの範囲内であれば、財務内容は非常によい。逆に言うとそこを改革することで実は、もっといいことができるはず。

社会福祉法人の財務内容について、病院あり複合体で見ると、利益率はそれほど高くないが、病院なし複合体で見ると、平均で6.8%、高齢者・保育所併営は6.7%。これらは厚労省所管の302法人のデータで分析している。高齢者専用施設と保育所専用施設の利益率は偶然だが全く同じで7.3%。障害者施設は9.9%。ただ、障害者施設は、厚労省所管のものがちょっと高いという感じ。

社会福祉法人は、内部留保は全部建物になっていて、お金はないと主張している。本当にそうか。調査したところ、A法人は年間事業支出89億円に対して、借金を除いた

後の金融資産が230億円ある。割ると2.6倍。B法人は1.7倍。C法人は1.2倍。D法人も約200億円の純金融資産を持っており、1.1倍。高齢者専門の法人でも2.2倍、保育所も1.6倍、障害者2.5倍、母子その他4.9倍となっている。施設経営している社福は17000位あるが、その財務諸表を全て集めて、国民の前に並べたときに、相当な議論が起こるのではないか。

(川淵教授)

非営利ホールディングカンパニーが社会保障制度改革国民会議の報告書にも記載されているが、何をどうすればそれが実現するのか。

(松山研究主幹)

済生会とか長野厚生連とか聖隷福祉事業団は、実質的には非営利のホールディングカンパニーである。ではアメリカと何が違うかということ、その下に株式会社をぶら下げることができるかという点が大きい。アメリカの地域医療ネットワークは、ガバナンスは完全に地域住民が握っている。ホールディングカンパニーが本部会社。その下に非営利の病院や介護施設がたくさんぶら下がっているのだが、企業といろいろな開発をするときは当然合併でやるので、成果が上がればそれを貢献度に応じて配分しなければならない。だから株式会社をぶら下げる。なぜそれが許されるかということ、非営利ホールディングカンパニーが出資したことによって得られた最終的な成果と配当金については、非営利の親会社が吸い上げる限り、特定の個人には絶対行かないからである。そこが重要で、だから地域住民が許容しているのである。また、日本の非営利と、アメリカの非営利の決定的な違いは、アメリカの非営利事業体は、免税措置を受けているが、金銭的には全く得ではない。なぜなら、免税された法人税以上の地域還元を毎年しないといけなからである。だから税金払っている方が金銭的には楽であるが、地域医療ネットワークの経営者は地域還元が使命である。アメリカにはビジネススクールがあるが、地域医療ネットワークの経営者になる人はビジネススクールにはいかない。病院経営専門のビジネススクールに行く。そこで最初に教えられるのは、倫理学。非営利とは何か。それからマネジメントについて学ぶ。マネジメントの中身は企業と全く同じである。

なぜ株式会社をぶら下げるのがいいかということ、海外進出するとき、まさか日本のお金をもって向こうでばらまくわけにはいかない。最終的には回収しないといけない。最近介護施設の海外からの視察というのが日本に多く来ている。東南アジアの方から、世界中の介護施設を見たが、やっぱりおもてなしは日本の介護施設の方が優れていると感じた。だからノウハウを勉強したいといってくる。社会福祉法人の中には、介護施設のノウハウを海外に提供できる能力を持っているところがある。意欲があるところもある。ただし、自分たちの内部留保を持っていくわけにもいかないの、現地に出資して、合併で作って、その人材を日本で育ててあげて、戻してあげる。そのあたりは非営利で貢献するが、最終的に介護事業で稼いだお金は本国に持ってくるような仕組みとしないと、続かない。そういう意味で、社会保障国民会議で非営利のホールディングカンパニーの話が出たとき、大きな一歩だと感じた。

(牛窪氏)

アメリカの事業体は、非営利だが規模が大きい。基本的な質問だが、そのメカニズムについて教えてほしい。また、日本で同じようなものを作ろうとするときにネックになるものは何か。

(松山研究主幹)

地域医療ネットワークがアメリカででき始めたのは、1994年である。クリントンの医療改革の議論が出たときに、医療事業体としてどうやって生き残っていくかということと考えたら、どう見ても全部品揃えしないと持たないということで、合併が始まった。なぜ合併ができるかという米国にはいま5750くらいの病院があって、そのうち3000が所有権を地域社会が持っている非営利病院、コミュニティホスピタルである。持ち主が地域住民なので、そのガバナンスをしている人たちが、広域で話をして、一緒になった方がいいという結論になれば、合併できる。要するにガバナンスの問題。もし作るとすると税金が投入されている医療施設群ということで、国立大学附属病院とか国公立病院になると思うが、国立大学附属病院と国立の病院群については、政治決断で可能だと思う。一方、自治体病院については、累積債務として未処理のものが2兆円以上あり、合併する場合はこれを処理しないとイケない。それがネックになるだろう。従って、最初にやるのは国が所管している病院群と国立大学附属病院だと思う。一緒になって設備投資の重複を辞めたら、医師の給与の財源が出てくる。国立大学附属病院では、詳しい会計ルールは知らないが、予算のときよりも利益が大きくなったら全部国に吸い上げられて自分のところに残らないとのこと。経営努力しても何の得にもならない。国が国立大学から附属病院を切り離す特区を作るといったらすぐ手を挙げてくる場所があると思う。

(田原日本経済再生総合事務局参事官)

これにて、本日のヒアリングを終了する。

(以上)