

医療介護福祉産業の競争力強化策

～医療法人と社会福祉法人の課題も踏まえて～

2013年10月3日(木)

松山 幸弘

一般財団法人キャングローバル戦略研究所 研究主幹・経済学博士
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
厚生労働省 社会福祉法人の在り方等に関する検討会委員

＜米国の効 Integrated Healthcare Network 経営者からの質問＞

ヘルスケア市場が米国に次ぐ世界第2位の規模でありながら、日本に世界ブランドの大規模事業体が1つも存在しないのは何故か？

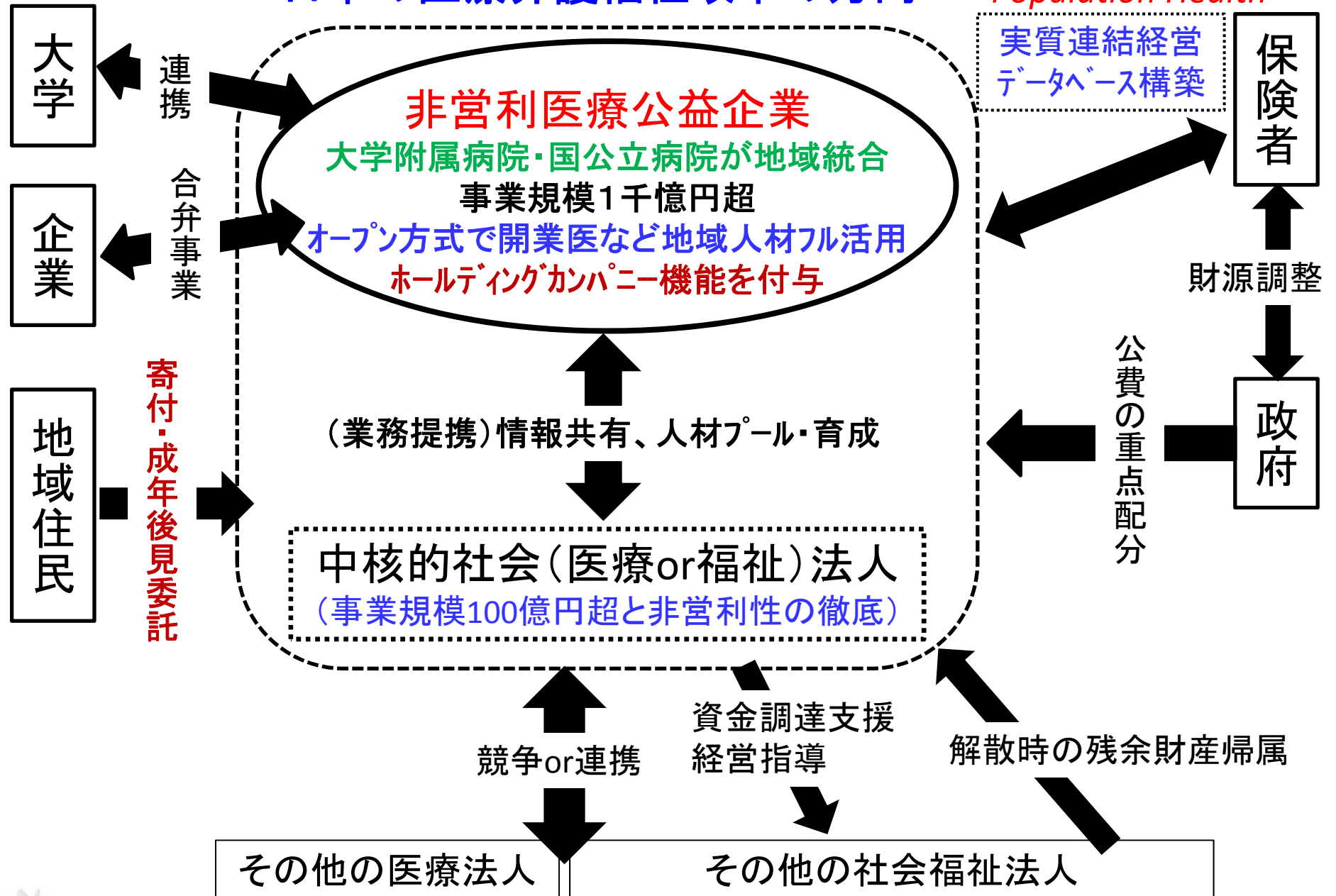
市場規模(2012年見込み) 日本50兆円 米国2兆8,090億ドル

病院等の施設、設備、人材で諸外国に遜色ない状況にあるのであるから、経営資源のガバナンスを変革することで国際競争のインフラとなる世界ブランド大規模医療事業体を創出できるはずである！

その障害となり医療介護福祉産業の経営資源浪費の最大の元凶は国公立事業体のバラバラ放漫経営⇒民間中小事業体が多いことは低生産性の二次的要因。各地域の国公立事業体を経営統合し健全化すれば、民間中小事業体の生産性を高め共存することも可能。

(アベノミクスを成功させる第1歩として医療競争政策の軸を創れ！)
世界ブランド大規模医療事業体を創出するモデル地域を数か所選定

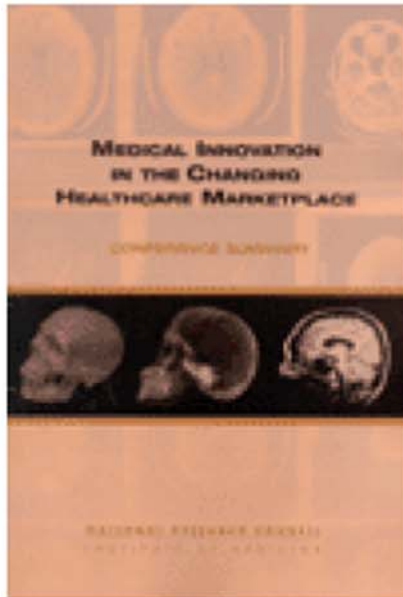
日本の医療介護福祉改革の方向



①医療介護福祉産業の競争政策の視点

競争政策の視点①

医療イノベーションには2つある



Medical Innovation in the Changing Healthcare Marketplace: Conference Summary

Philip Aspden, Editor; Board on Health Care Services;
National Research Council

ISBN: 978-0-309-08416-1, 92 pages, 6x9, paperback (2002)

**基礎研究の成果による医薬品・医療機器の開発・製品化は
医療提供体制のイノベーションなくして実現しない**

- * 基礎研究が経済成長に結びつくには長期間を要する
- * 開発・製品化に成功しても一つひとつは医療産業の部品



アベノミクスにとって医療提供体制イノベーションの方が政策優先度が高い

- ◆ 臨床現場のワークフローとマネジメントの改革は既存の経営資源を組み替えることで可能⇒追加財源を自ら生み出し成長に寄与
- ◆ 地域特性に応じて工夫すれば全国で実施可能

競争政策の視点②

株式会社病院は臨床研究の推進役にならない

医薬品・診療材料・医療機器の臨床研究段階では国や委託主である企業から資金提供があるため臨床研究事業の病院収支はトントン。

しかし、新製品が上市され保険適用になったスタート時点では、新製品の価格が高く包括支払い入院診療報酬で賄うことができず、病院収支が赤字になる。

<株式会社病院が利益最大化を達成する方法>

- ◆ある程度普及した治療方法のうち利益率が高いものに特化、新製品使用は黒字転換するまで延期する。
- ◆稼げる一人前の医師とのみ契約し、医師教育コスト負担もしない。

この市場の失敗をかばうのはが非営利医療事業体

(が非営利医療事業体の経営者の使命)

- ブランド向上のため不採算最先端医療に取り組むことで優秀人材を集積
- 最先端医療の赤字を埋めるために一般医療で稼ぎ、全体で黒字達成

競争政策の視点③

日本の大学附属病院は世界基準から見れば弱小零細事業体

(単位:億円) 1US\$=100円換算	2012年3月期			2012年6月期	
	大阪大学	京都大学	東京大学	ピッツバーグ	カーネギーメロン
収入	1,312	1,450	2,173	1,956	1,062
授業料・入学料	124	137	139	525	367
附属病院収益	334	315	420	0	0
運営費交付金	473	523	827	176	0
その他	381	475	787	1,255	695
総資産	4,396	4,513	13,371	5,362	2,374
うち土地	2,234	1,666	8,897	51	45
純資産	3,083	2,886	10,717	3,400	1,628
うち政府出資金	2,684	2,445	10,035	0	0
国立大学45病院、6医療センター全体合計 8,887億円				UPMC1地域で1兆円	

附属病院を分離し、医療事業体を創ることこそが大学ブランド戦略

競争政策の視点④

事業規模拡大のキーワードは病院ダウンサイジングと Vertical Integration

＜医療技術進歩が医療経営に与え続けているインパクト＞

- ◆入院日数短縮、日帰り手術普及や癌医療外来化等により患者が病院外へシフト
- ◆設備投資コストが嵩む病院の利益率が外来施設より劣後することが常態化

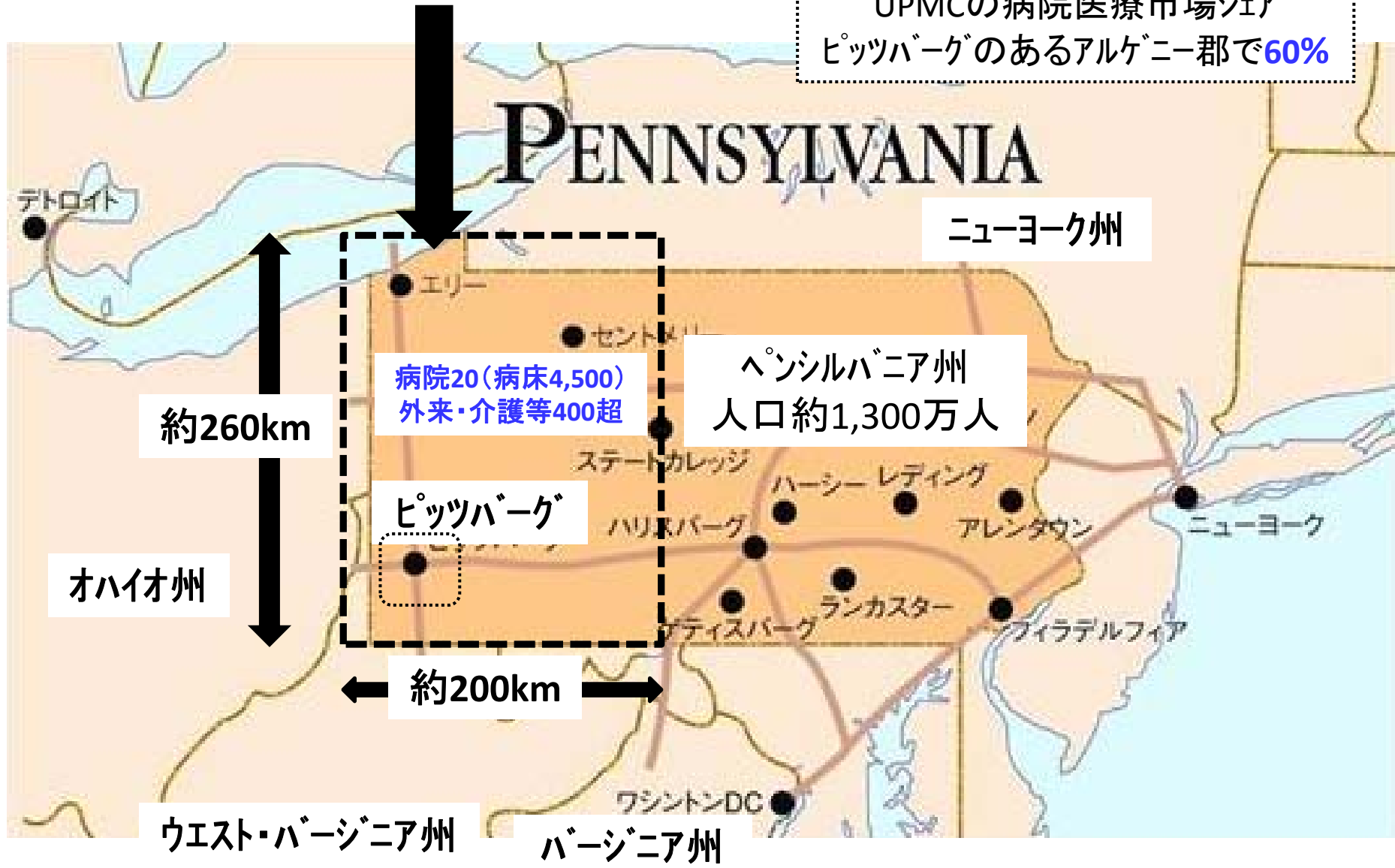
病院単独施設経営事業体は診療ポートフォリオ変革ができず経営難に
～日本で多数見られる現象～

（世界共通の医療事業体競争優位の戦略）

- 急性期からリハビリ、外来、介護、在宅に至るまで全て提供し患者を囲い込む
設備投資を点ではなく人口100万人前後の広域の面で考える
- 急性期病院をダウンサイジングし、浮いた財源でサテライト施設を多数最適配置
- 医療財源（保険）部門と医療提供部門の連結経営

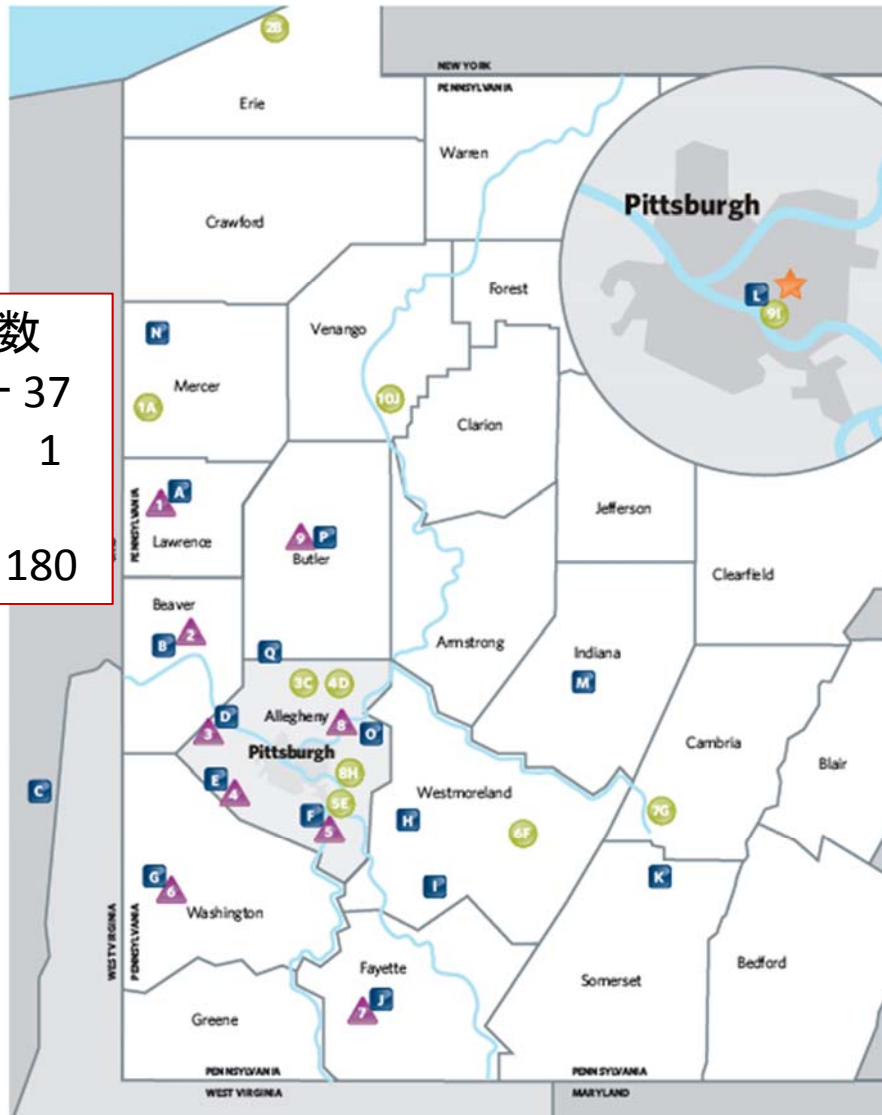
UPMCの医療圏(人口約400万人)

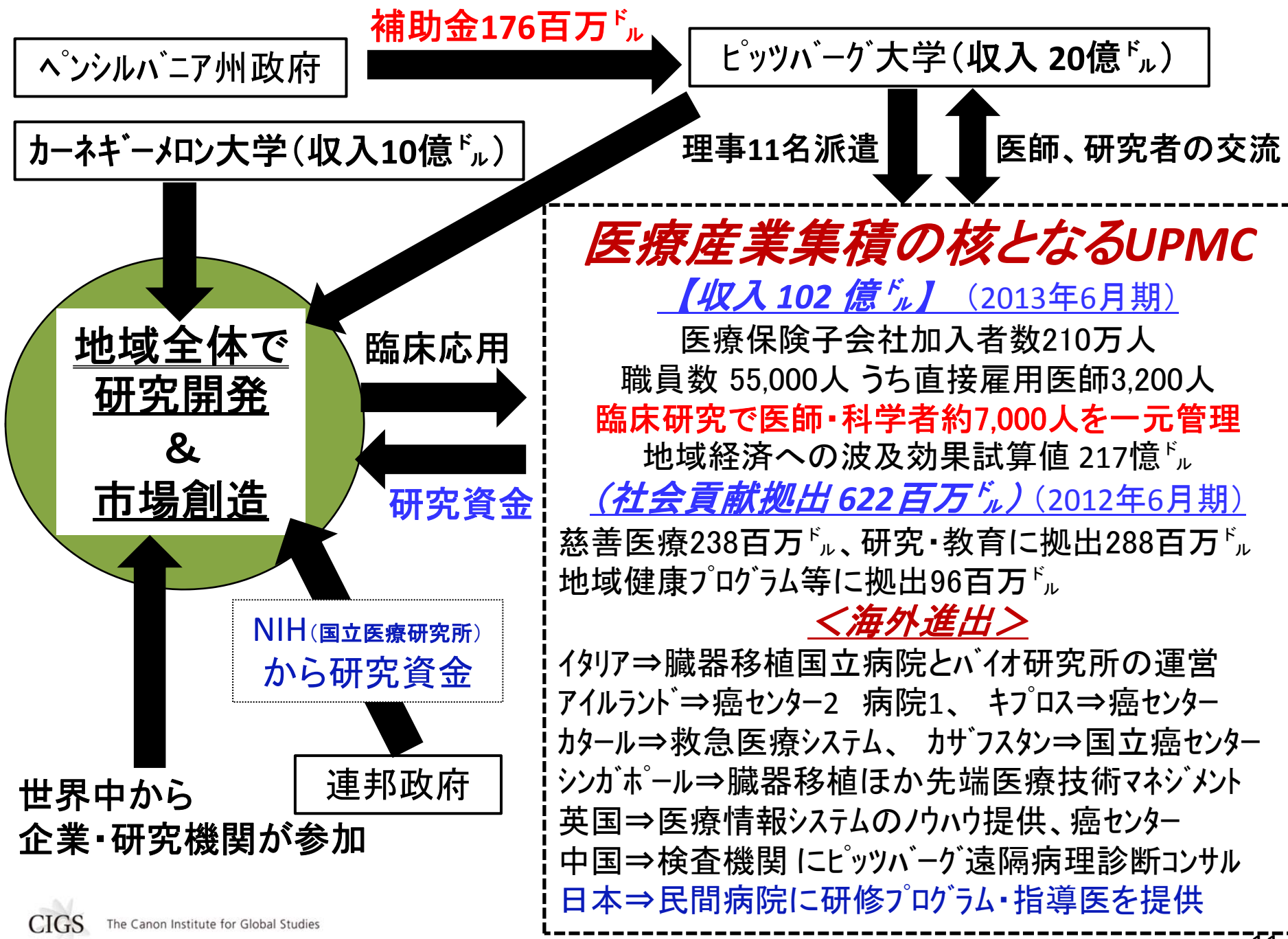
UPMCの病院医療市場シェア
ピッツバーグのあるアルゲニー郡で**60%**



UPMCの癌センターの配置状況

米国内拠点数
外来癌センター 37
癌中核病院 1
癌専門医数 180





競争政策の視点⑤ 医療産業集積の必須要件

①世界標準の医療事業体	◆先端医療から在宅ケアまで垂直統合 ◆一地域で医療事業規模が数千億円超 ⇒技術進歩に合わせた投資を持続 ⇒成長に必要な財源を自力調達 ◆IT活用で情報共有と利便性向上 ◆地域住民が“世界標準医療”を実感
②世界トップ評価の大学	◆直営附属病院は不要



医薬品・医療機器開発のインフラである**情報・人材**が集積し一元管理

医療産業集積は「研究施設を一か所に集めること」ではない



世界中から患者、人材、企業が**自然に集まる**

競争政策の視点⑥

地域包括ケアは連携のみでは実現不可能

2009年ノーベル経済学賞ウィリアムソンから見た医療の競争政策

<取引コスト>

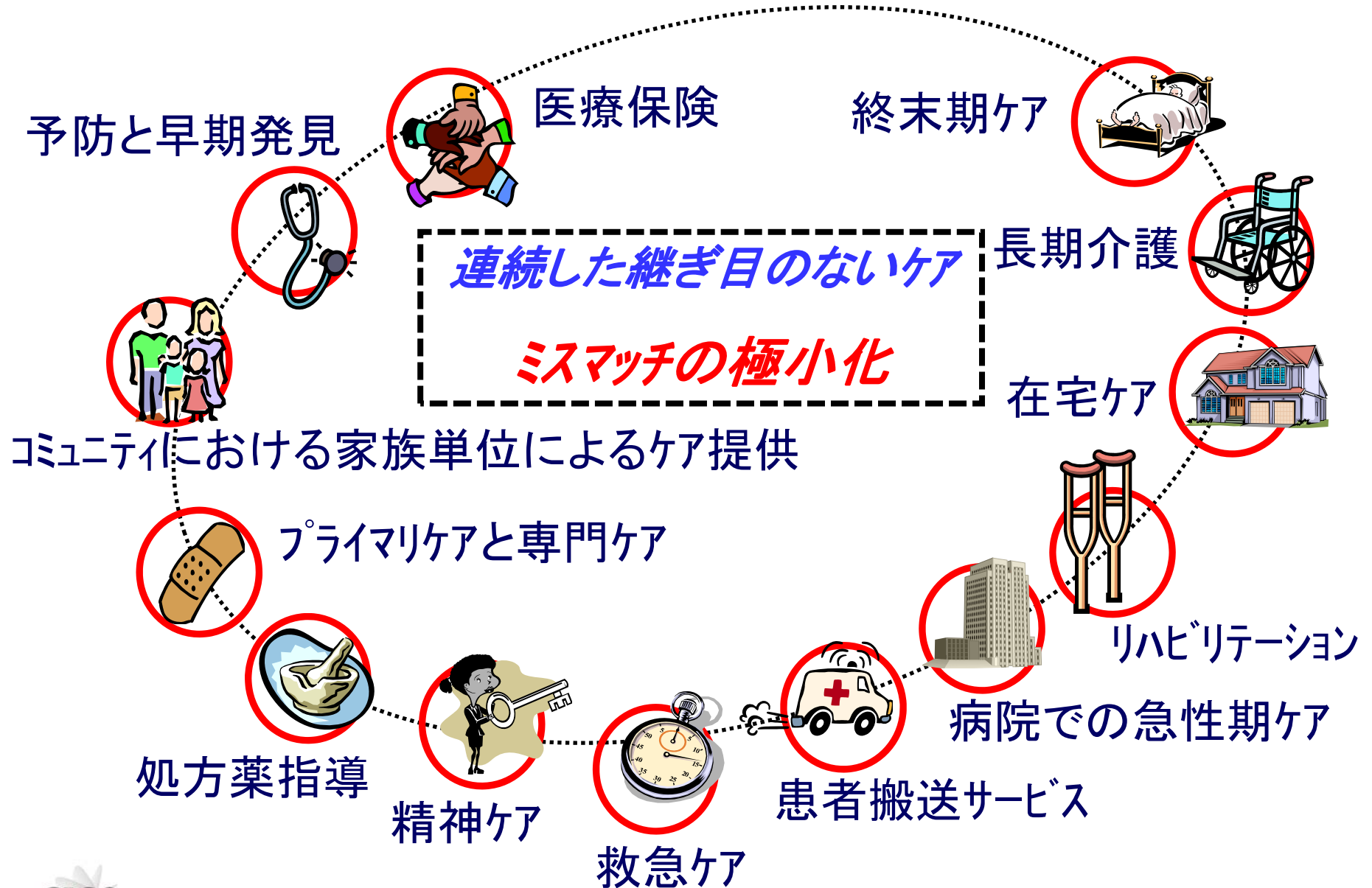
事業者の組織要素を契約に基づきアウトソースした場合の解約時事業継続リスク



「患者情報共有に基づく機能分化」
「技術進歩に合わせた世界標準の医療提供体制構築」の遅れ

<医療の質向上とコスト節約を同時達成するための必須要件>
保険者と連結経営できる垂直統合した大規模医療事業者の存在が不可欠

諸外国は Integrated Healthcare Networkで地域包括ケアを実現



医療財源（保険）部門と医療提供部門が連結した海外の事例

<p>医療財源（保険）部門と医療提供部門の規模が同じ完全連結型</p>	<p>◆Kaiser⇒英・加・豪が模範としている米国の民間IHN 事業規模 5兆円、保険加入者910万人、職員175,668人 病院37、サテライト拠点数611、直接雇用医師17,157人 ◆米軍⇒23の大規模IHNの集合体、事業規模 6兆円 クラウド方式により世界最先端の医療情報システム構築 ⇒英国政府が2013年に医療IT事業で業務提携</p>
<p>医療提供部門が医療財源（保険）部門より大きい</p>	<p>米国にはIHNが500以上あり、非営利ホールディングカンパニーの仕組みを使って地域医療保険子会社を傘下に持つところが多い。保険子会社のライバル保険の加入者も患者として受け入れる。</p>
<p>医療財源（保険）部門が医療提供部門より大きい</p>	<p>◆オーストラリア（多数の民間病院と共存共栄） ◆カナダのビクトリア州（民間医療機関は少数） いずれの場合も医療提供の中心は医療公営企業IHN</p>



日本は保険者を都道府県単位で統合する方向にあることからオーストラリア型？

医療問題の日本的特徴を巡る通説の誤り

＜社会保障制度改革国民会議報告書22頁より抜粋＞

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。

医療提供体制について、実のところ日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はなく、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。**



（この認識が誤りと考える理由）

- ①日本の国公立医療施設は“公的所有”でありながら“体系的”ができていない
- ②日本同様“私的所有”中心の米国でも“体系的”が実現できている
- ③約100万人の医療圏単位でシェア20%超の事業体を創れば“体系的”は実現可能

競争政策の視点⑦

医療崩壊は診療報酬・介護報酬が低いからではない

2010年度以降、主たる医療事業体の多くが過去最高益

根拠となるデータの例<社会医療法人178法人の業績合計>

	2009年度	2010年度	2011年度
事業収益	1兆1,249億円	1兆1,928億円	1兆2,303億円
経常利益	404億円	642億円	600億円
経常利益率	3.4%	5.4%	4.9%

社会福祉法人の黒字率は医療事業体を上回る

診療報酬、介護報酬、補助金にマスを入れる余地大

現行制度を見直すことで改革必要財源を獲得できる

競争政策の視点⑧

医療ITの全国レベルの標準化は無理であり必ずしも必要ない

	世界各国の医療IT投資の経験から得られたコンセンサス
Electronic Health Record	確固たるEMRがなければEHRは構築できない
Electronic Medical Record	医師、看護師などがEMRのためにデータ入力したりその分析に協力することは重要な日常業務 ⇒医療事業体の規模が大きいほど有益なEMRが作られる
Personal Health Record	医師側がPHRの内容を100%信用することができない ⇒医師が信用するEMRをベースに創られたPHRであることが必要条件 プラットフォーム構築の投資コストを回収するビジネスモデルが見つかっていない ⇒PHR成功事例は国レベルではオーストラリア(2012年開始)、IHNレベルではKaiser



国全体で医療IT普及のためには
EMRを構築できる大規模医療事業体(IHN)が多数必要

日本の医療IT遅れの元凶は規制ではない

② 効か`IHN創設はアベノミクス成功の必須要件

IHN = Integrated Healthcare Network

NIH Budget

RESEARCH FOR THE PEOPLE

The NIH invests over \$30.9* billion annually in medical research for the American people.

More than 80% of the NIH's funding is awarded through almost 50,000 competitive grants to more than 300,000 researchers at more than 2,500 universities, medical schools, and other research institutions in every state and around the world.

About 10% of the NIH's budget supports projects conducted by nearly 6,000 scientists in its own laboratories, most of which are on the NIH campus in Bethesda, Maryland.

PRESIDENT'S BUDGET REQUESTS

- Budget Statements—budget requests & testimony by the NIH Director
- History of NIH Appropriations—from 1938

FUNDING FOR DISEASES, CONDITIONS, RESEARCH AREAS

- Funding levels for diseases, conditions, and research areas, based on actual grants, contracts, research conducted at NIH, and other mechanisms of support.



→ 日本は、医薬品・医療機器の研究開発の最終段階である臨床部門が弱体

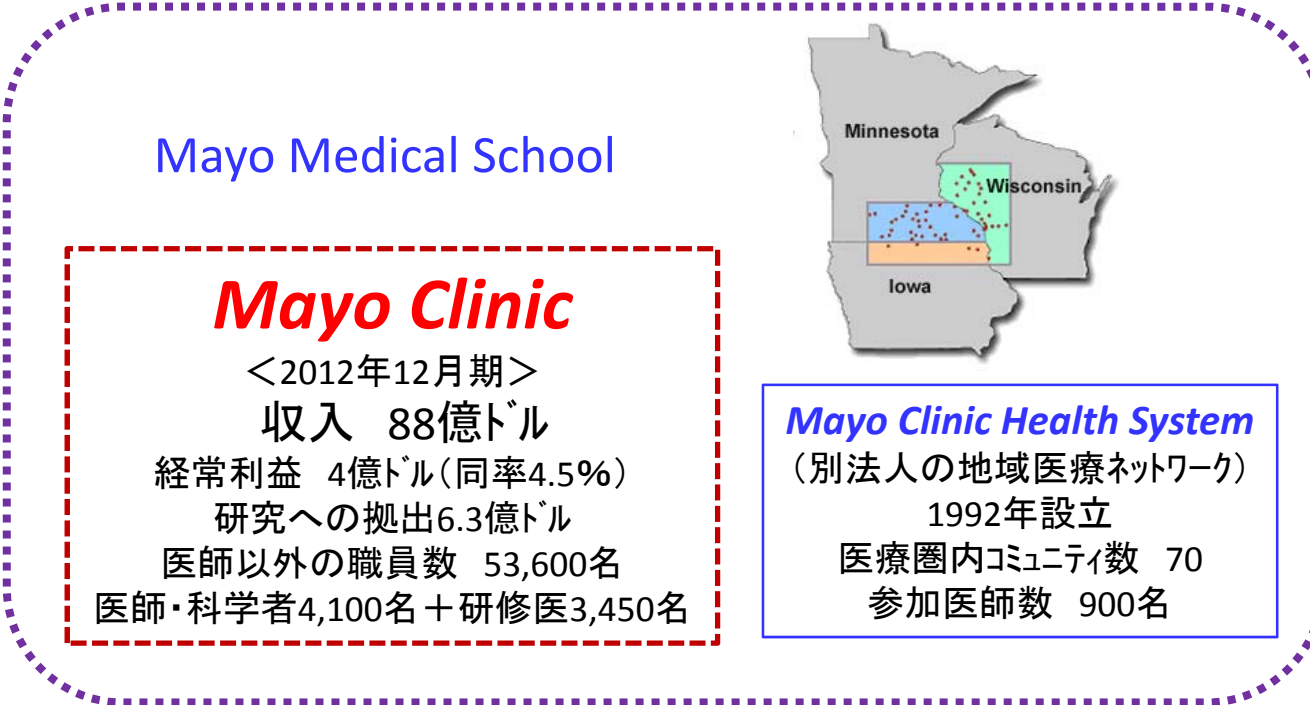


日本版NIHの発想は依然として基礎研究に偏っている。世界ブランドの臨床部門(効非営利医療事業体IHN)抜きで研究補助金をつぎ込んでも諸外国に勝てない。

Mayo Clinicを核にした医療産業集積

ミネソタ大学
医学部 + 各種研究機能

ミネソタ州政府
産業振興政策



バイオ・医療関連加盟企業755社

Bio Business Alliance of Minnesota

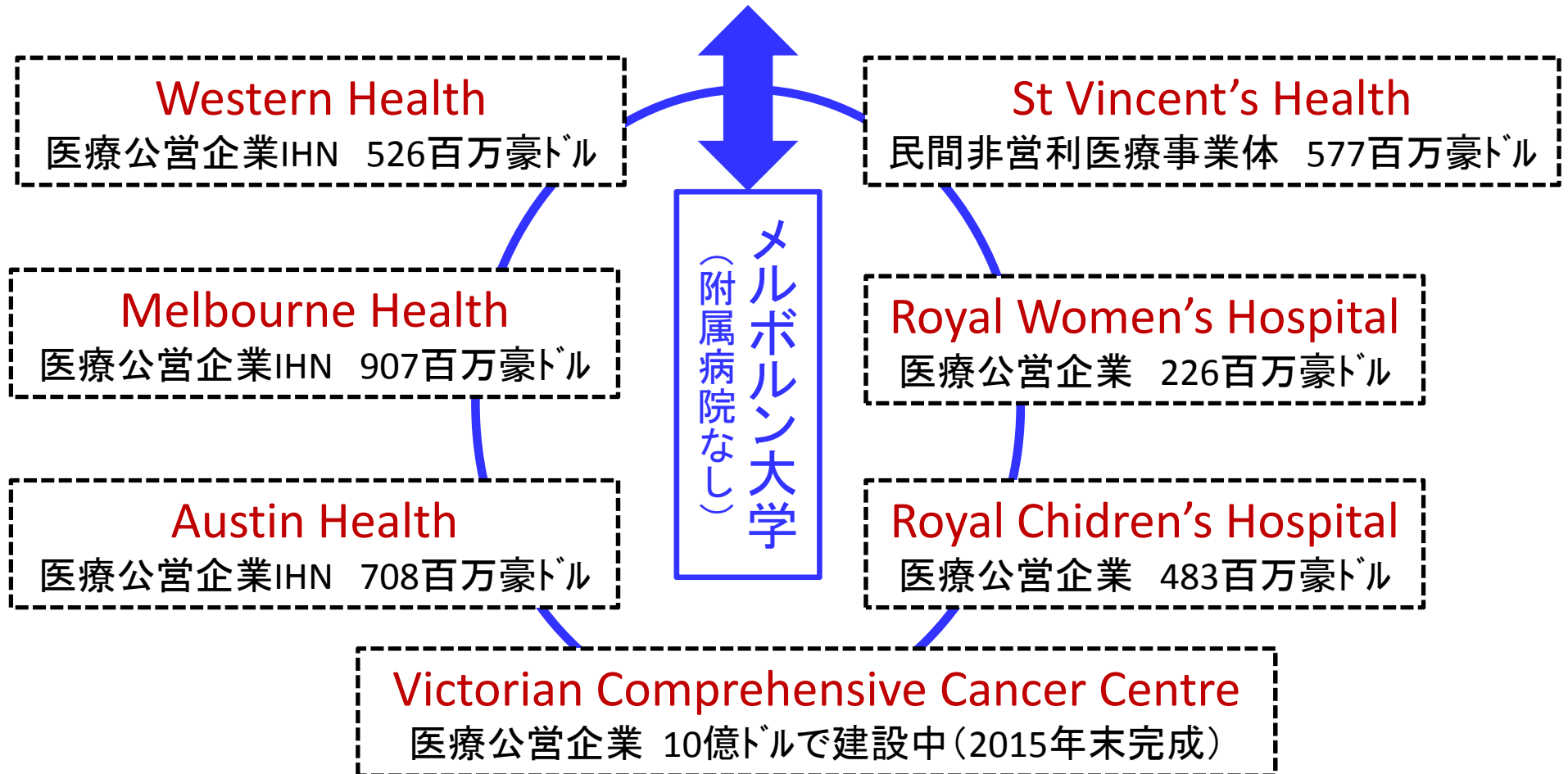
Life Science Alley

Minnesota Angel Network

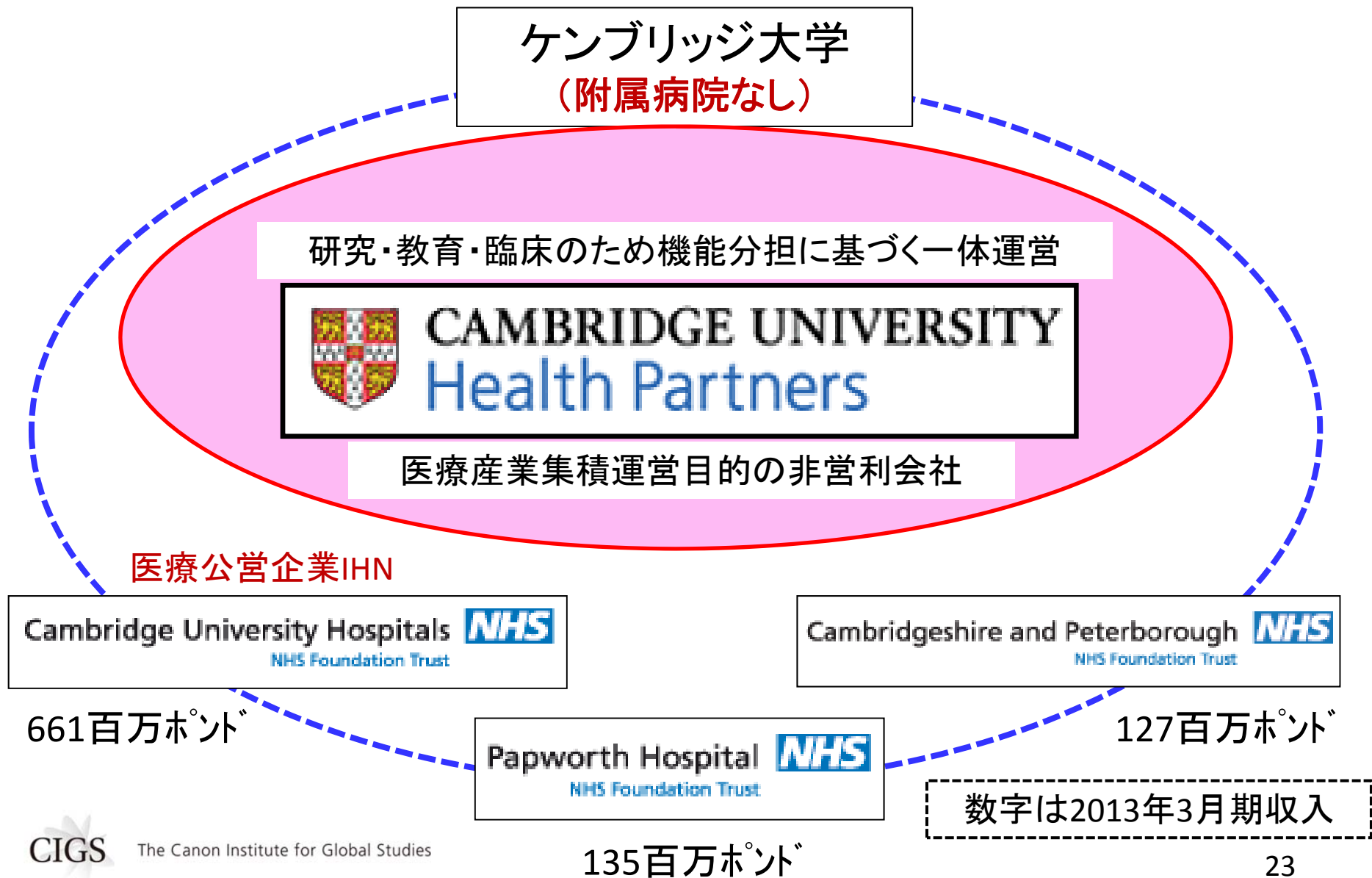
Bio 21 Cluster

メルボルン大学を核にした医療産業集積

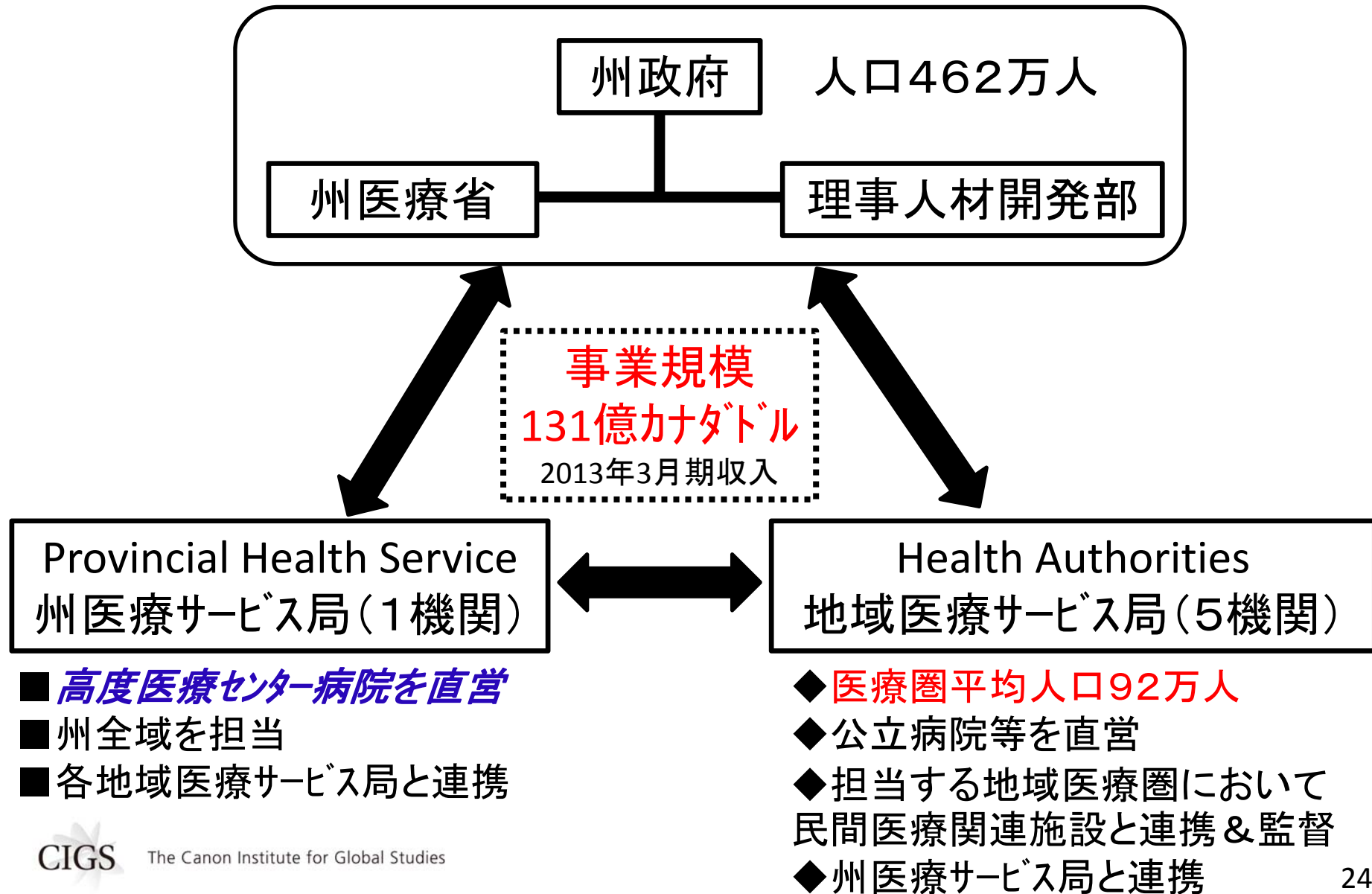
民間研究機関・医療関連企業群



英国ケンブリッジ医療産業集積のイメージ



カナダ British Columbia州の医療提供体制



③参考データ

セーフティネット事業体の模範例①

長野厚生連

“垂直統合により”国・公立病院以上に公益機能を発揮しながら黒字経営



鹿教湯病院(441床)



北信総合病院(622床)



佐久総合病院(821床)

2分割してダウンサイジング
①高度医療センター(450床)
②現病院は地域支援病院(300床)



新町病院(140床)



三才山病院(237床)

医療圏人口
215万人
検診者数
年間40万人



美里分院(120床)
精神



小海分院(99床)



富士見高原病院(149床)



篠ノ井病院(433床)



事業拠点数 70



小諸厚生総合病院(320床)



下伊那厚生病院(99床)



附属若穂病院(60床)



長野松代総合病院(365床)



安曇総合病院(312床)

国公立病院以上に政策医療を担う長野厚生連は補助金抜きでも経常黒字

＜単位：百万円＞		2010年度	2011年度
①事業収益		85,765	86,741
	医業収益	79,257	79,675
	訪問看護収益	1,049	1,064
	施設運営収益	3,787	4,105
	その他	1,672	1,897
②事業費用		83,445	85,632
③事業外損益		350	355
④経常利益(①－②＋③)		2,671	1,464
経常利益率(④÷①)		3.1%	1.7%
⑤特別損益		505	311
	うち一般補助金収益	1,151	908
⑥税引前当期利益(④＋⑤)		3,175	1,775
⑦法人税・住民税及び事業税		1	1
⑧当期剰余金(⑥－⑦)		3,174	1,774
最終利益率(⑧÷①)		3.7%	2.0%

へき地に立地したのもも含め全病院が黒字

急性期から在宅まで全ての機能を果たせば黒字

診療・介護報酬が全体として低すぎることはない

地域医療崩壊の原因は報酬水準ではない

＜減益の理由＞

高度医療センターのための先行投資

セーフティネット事業体の模範例② 社会福祉法人聖隷福祉事業団

浜松市リハビリテーション病院 180床
指定管理者



聖隷浜松病院744床



聖隷三方原病院874床



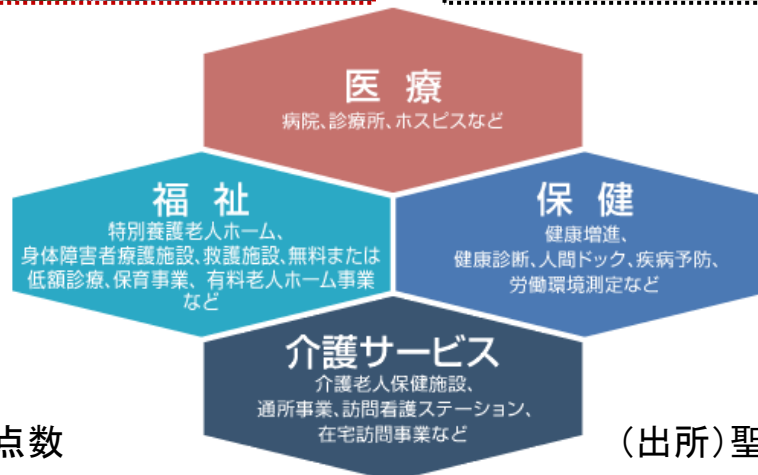
聖隷淡路病院152床



聖隷横浜病院300床



浦安せいれいの里
浦安ホテルホーム
浦安愛光園
浦安せいれいクリニック



聖隷佐倉市民病院294床



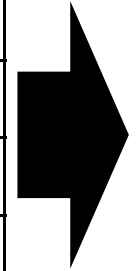
2012年4月現在事業拠点数

(出所) 聖隷福祉事業団WEBサイト

病院	6	有料老人ホーム	10	コミュニティセンター	2
クリニック	1	グループホーム等	2	在宅介護支援センター	2
障害者施設	13	デイサービスセンター	9	地域包括支援センター	5
特別養護老人ホーム	13	保育園	12	ケアプランセンター	12
介護老人保健施設	3	訪問看護ステーション	15	デーサービスセンター	11
軽費老人ホーム	3	訪問ヘルプステーション	7		

社会福祉法人聖隷福祉事業団の収支

＜単位：百万円＞		2010	2011	2012
①事業活動収入		88,793	90,474	94,230
	うち経常経費補助金収入	564	599	477
	借入金元金償還補助金収入	114	114	114
	国庫補助金等特別積立金取崩額	502	529	544
②事業活動支出		85,887	88,515	91,454
③事業活動外収入		1,771	1,751	1,681
	うち借入金利息補助金収入	23	19	15
	運営費補助金収益	872	820	739
	施設設備補助金収益	196	212	227
④事業活動外支出		632	596	539
⑤経常収支差額(①－②＋③－④)		4,045	3,114	3,917
⑥経常収支差額率(⑤÷①)		4.6%	3.4%	4.2%
⑦補助金合計		2,271	2,292	2,116
⑧補助金抜き経常収支差額(⑤－⑦)		1,774	822	1,801
⑨補助金抜き経常収支差額率		2.0%	0.9%	1.9%



福祉事業込みでも補助金抜きで黒字達成

自治体が設置者である公立病院の財務データ

(億円)

	2008年度	2009年度	2010年度	2011年度
経常収益	3兆9,597	3兆9,646	3兆9,558	3兆9,203
うち 医業収益	3兆4,464	3兆4,463	3兆4,510	3兆4,229
国庫(県)補助金①	163	175	189	200
他会計繰入金②	5,437	5,519	5,280	5,191
経常損益	▲1,845	▲1,103	56	95
累積欠損金	▲2兆1,368	▲2兆1,571	▲2兆0,707	▲2兆0,326
資本支出の公的補助③	1,785	2,078	2,077	2,257
うち 国庫(県)補助金	129	165	250	434
他会計からの出資金・ 負担金・補助金	1,656	1,913	1,827	1,823
公的補助の合計①+②+③	7,385	7,772	7,546	7,648



単独施設経営の発想に固執した過剰設備投資を放置することは公費の無駄

社福の財務データ①(厚労省所管施設経営304法人) 2011年度:億円

	済生会	聖隷福祉	その他302法人	304法人合計
事業収入	5,479	905	5,855	1兆2,239
事業支出	5,368	885	5,443	1兆1,700
経常支出差額 (同率)	106 (1.9%)	31 (3.4%)	381 (6.5%)	519 (4.2%)
総資産	7,746	1,287	1兆3,393	2兆2,427
純資産 (同率)	3,917 (50.6%)	429 (33.3%)	9,051 (67.6%)	1兆3,397 (59.7%)
基本金等	474	21	1,511	2,006
国庫補助金残高	1,161	91	3,210	4,462
その他積立金	946	41	840	1,827
繰越収支差額	1,335	276	3,491	5,102
金融資産①	1,333	101	2,589	4,023
借入金②	2,435	314	3,136	5,885
純金融資産①－②	▲1,102	▲213	▲547	▲1,861

(注)四捨五入のため合計は必ずしも一致しない

社福の財務データ②(種類別1法人平均) 2011年度:百万円

	病院あり複合体 済生会、聖隷を除く		厚労省所管	
	厚労省所管	自治体所管	病院なし複合体	高齢者・保育所併営
事業収入	7,633	5,831	2,743	1,987
事業支出	7,346	5,689	2,557	1,841
経常支出差額 (同率)	306 (4.0%)	155 (2.7%)	185 (6.8%)	134 (6.7%)
総資産	14,668	10,270	5,975	4,892
純資産 (同率)	11,510 (78.5%)	6,211 (60.5%)	4,468 (74.8%)	3,287 (67.2%)
基本金等	1,476	1,980	935	503
国庫補助金残高	2,954	1,060	1,567	1,263
その他積立金	1,763	1,844	448	195
繰越収支差額	5,317	1,328	1,519	1,326
金融資産①	4,158	2,571	1,313	773
借入金②	1,394	2,302	1,074	1,234
純金融資産①－②	2,764	269	239	▲461

社福の財務データ③(種類別1法人平均) 2011年度:百万円

	厚労省所管				
	高齢者	保育所	障害者	児童福祉	母子その他
事業収入	1,718	555	1,439	993	793
事業支出	1,578	513	1,293	865	761
経常支出差額 (同率)	125 (7.3%)	41 (7.3%)	143 (9.9%)	31 (3.1%)	36 (4.5%)
総資産	4,863	783	2,532	1,805	1,555
純資産 (同率)	2,712 (55.8%)	598 (76.4%)	2,045 (80.8%)	1,538 (85.2%)	1,422 (91.5%)
基本金等	439	110	290	441	256
国庫補助金残高	1,146	219	634	365	224
その他積立金	96	108	318	245	289
繰越収支差額	1,031	161	800	488	653
金融資産①	633	212	696	420	550
借入金②	1,708	114	244	170	33
純金融資産①－②	▲1,075	97	452	249	517

社福の財務データ④財務内容が超優良の社会福祉法人（2011年度：百万円）

	A法人 病院あり複合体	B法人 病院あり複合体	C法人 病院あり複合体	D法人 病院あり複合体
事業支出①	8,875	2,592	10,793	17,573
経常収支差額率	16.2%	7.0%	17.1%	12.0%
発生源内部留保	31,468	4,973	22,134	27,392
純金融資産②	23,050	4,379	12,717	19,907
倍率 ②÷①	2.6倍	1.7倍	1.2倍	1.1倍
	E法人 高齢者	F法人 保育所	G法人 障害者	H法人 母子その他
事業支出①	866	276	542	182
経常収支差額率	10.9%	6.8%	28.8%	5.0%
発生源内部留保	2,639	356	2,684	1,047
純金融資産②	1,900	452	1,367	897
倍率 ②÷①	2.2倍	1.6倍	2.5倍	4.9倍