

医療事業体と非営利ホールディングカンパニー

2013年12月4日(水)

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

目次

①非営利ホールディングカンパニー機能の有無によるIHNの分類

IHN = Integrated Healthcare Network

- ◆ウイリアムソンが提示した取引コスト概念による説明
- ◆市場の失敗を補完

②米国の非営利ホールディングカンパニー-IHNの分類と具体例

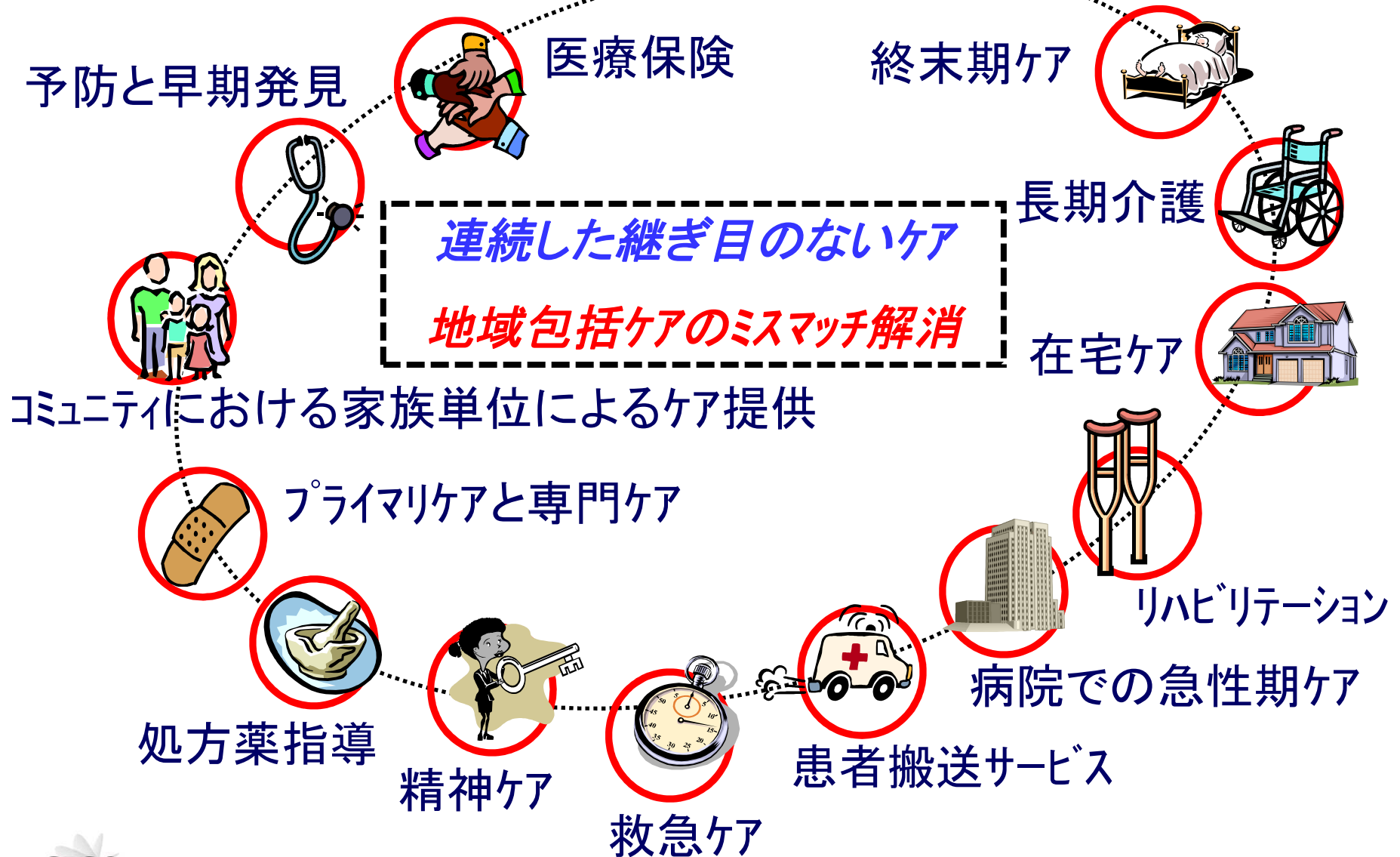
- ◆非営利であるための要件
- ◆医療提供部門と保険部門の連結経営

③米国以外の医療事業者との比較

④わが国の医療介護福祉制度改革における活用方法

①非営利ホールディングカンパニー機能の有無によるIHNの分類

IHN の最重要機能



地域包括ケアのミスマッチ発生の決定要因

取引コスト

2009年ノーベル経済学賞受賞者ウイリアムソンから見た医療の競争政策

<取引コスト>

事業体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



「技術進歩に合わせた患者情報共有に基づく機能分化」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体の存在が不可欠

医療イノベーションにおける市場の失敗

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医療機関収支は黒字。

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、医療機関収支が赤字になる。

＜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。

この市場の失敗をカバーするのは、**か**非営利医療事業体

(**か**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

非営利IHNの組織構造の分類

ホールディング カンパニー機能	あり (子会社アウトソース型) 非営利 or 株式子会社あり	米国
	なし (全部門包含型) 子会社なし	日本 オーストラリア カナダ

(注) 米国、インドの株式会社医療事業体なども経営戦略の観点から病院だけではなくサテライト施設網を構築、営利IHN化による患者囲い込みを目指している。

②米国の非営利ホールディングカンパニー-IHNの分類と具体例

非営利ホールディングカンパニー-IHNの事業構造の4類型

医療提供部門と保険部門 の連結経営	<ul style="list-style-type: none"> ①医療提供部門が保険部門より大 ②医療提供部門が保険部門より小 ③医療提供部門と保険部門が同規模
非連結経営	④医療提供部門とその周辺事業のみ



共通点

非営利要件	<ul style="list-style-type: none"> * 利益は特定個人ではなく全て地域社会に還元 * 売却された場合の財産帰属先は地域社会 or 政府
グループ形成	<ul style="list-style-type: none"> * 中核非営利会社傘下に非営利 or 株式子会社 * 医療提供部門と保険部門は非営利会社 * 株式子会社は医療周辺事業で企業との合併もあり
組織求心力	<ul style="list-style-type: none"> * 中核非営利会社による非営利子会社のコントロールの源は出資関係ではなく経営幹部に対する人事権 * 重要な経営意思決定は中核非営利会社に一元化

<多様な医療事業体群を垂直統合したIHNの優位性>

IHN = Integrated Healthcare Network

①経営環境変化のインパクトを事業体内で緩和できる

◆医療政策による特定診療分野への財源シフト、医療技術進歩による従来設備の陳腐化等に対して、既存の経営資源をあり方を組み替えることでミスマッチ極小化。

②担当地域の医療費総額が拡大する限り増収増益が可能

◆キャッシュフロー予測精度が高まる分だけ経営リスクが縮小し資金調達コストが低下

③医療提供部門と保険部門を連結することで収益が安定し

イノベーション必要財源を自ら獲得できる。

◆経済的利害が逆相関の両部門を連結させることで全体利益の振幅が縮小

◆自主判断で新技術を保険対象にすることでイノベーションを促し、ブランド向上

◆Population Health(予防による地域住民健康向上と医療費節約)に注力可能

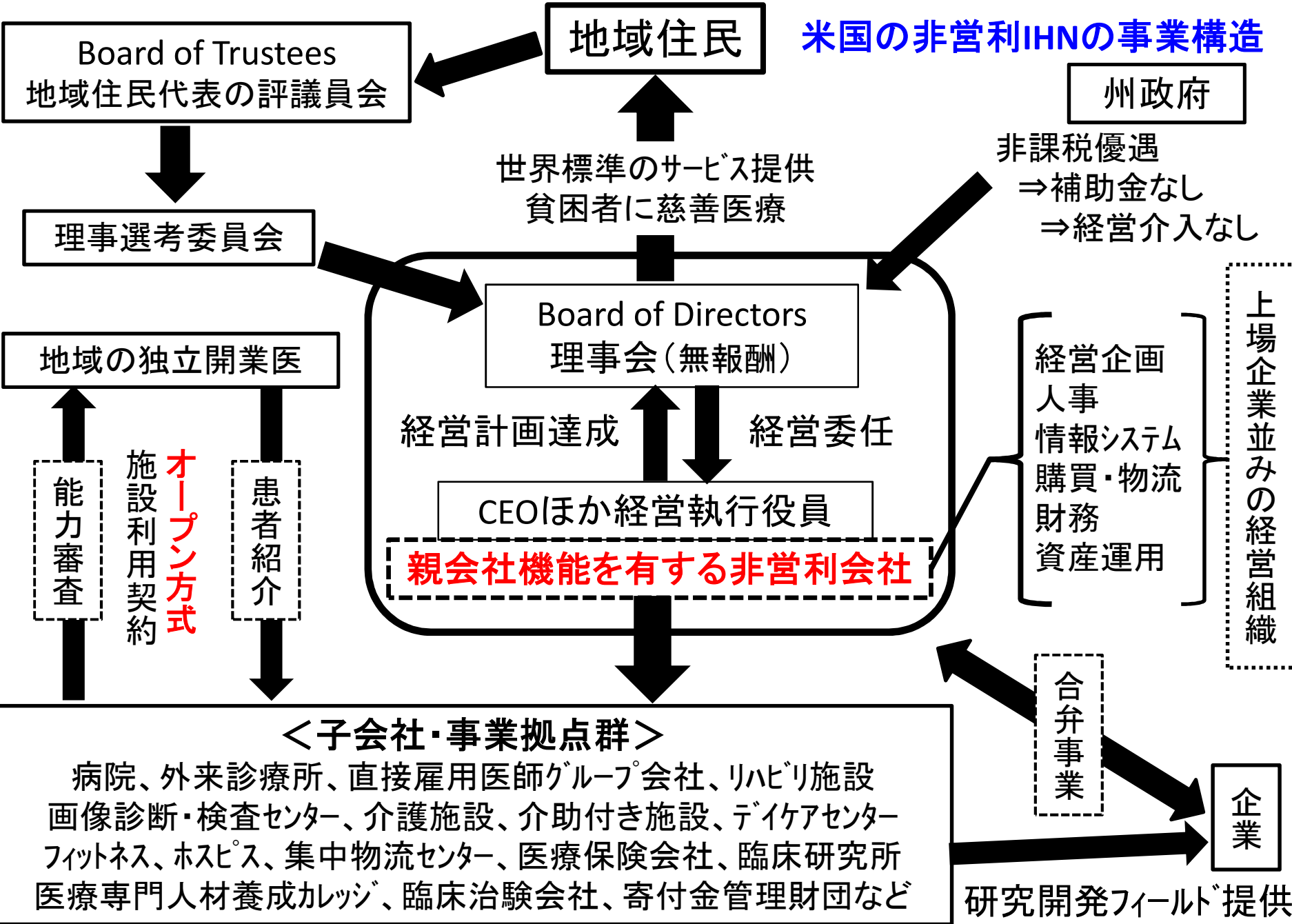


非営利ホールディングカンパニー機能



国や自治体よりも強固なセーフティネット事業体になれる

米国の非営利IHNの事業構造



非営利IHNの経営の要諦 (Sentara Healthcareからのヒヤリング結果)

① 経営管理はトップダウン、臨床はボトムアップ

- 経営計画、物流、人材育成など臨床の裏方部門の意思決定はトップダウン
- 臨床プロトコル順守を求めずに医療チームが向上を目指す組織カルチャー醸成を支援

② ベンチマーキングをフル活用

- 医師個人、診療科、事業拠点単位で評価表を作成、問題点をピンポイントで把握
- 医師個人の評価表は本人にのみ開示。低評価医師には訓練機会を無料提供

③ 病院は必要最小規模、浮いた財源で高機能サテライト施設群に投資

- コスト高の急性期病院よりサテライト施設の方がアクセス向上に寄与、利益率も高い

④ 医療ITの100%の標準化は目指さない、情報共有カルチャーこそが要

- 事業拡大と共に増える独立開業医グループはセンタラと異なる医療情報システムを使っていることが多い。これを全て標準化するには莫大なコストがかかるため不可。
- センタラは2001年に最新医療ITなしでも全米で経営統合度No.1 IHNに選出された
- 100%標準化をしなくても最先端臨床研究に必要なデータ集積ができる事業規模

⑤ 每期利益の地域還元率は連邦・州法人税率を超える約50%

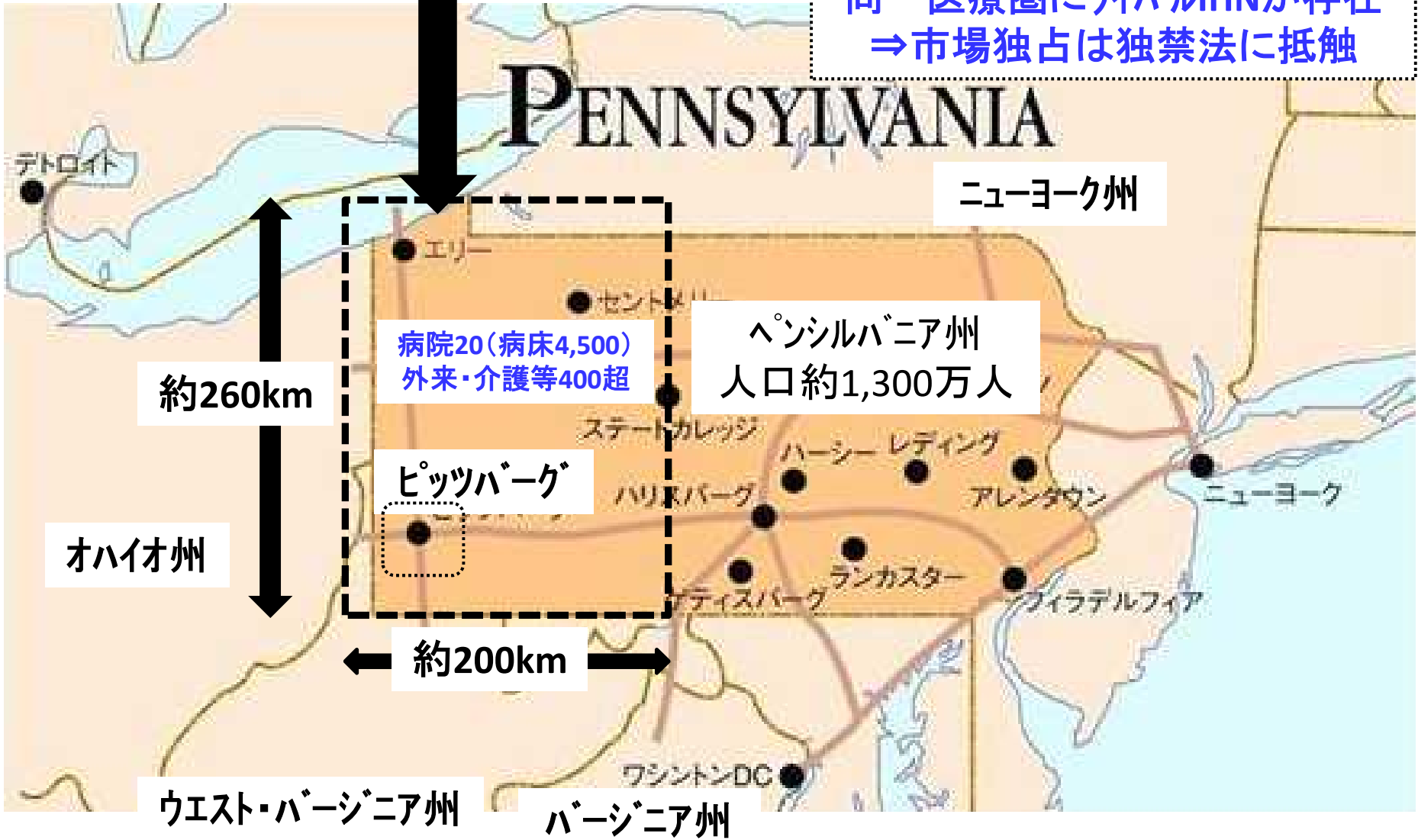
- 米国の非営利IHNの場合、法人税率免除に経済的インセンティブはない

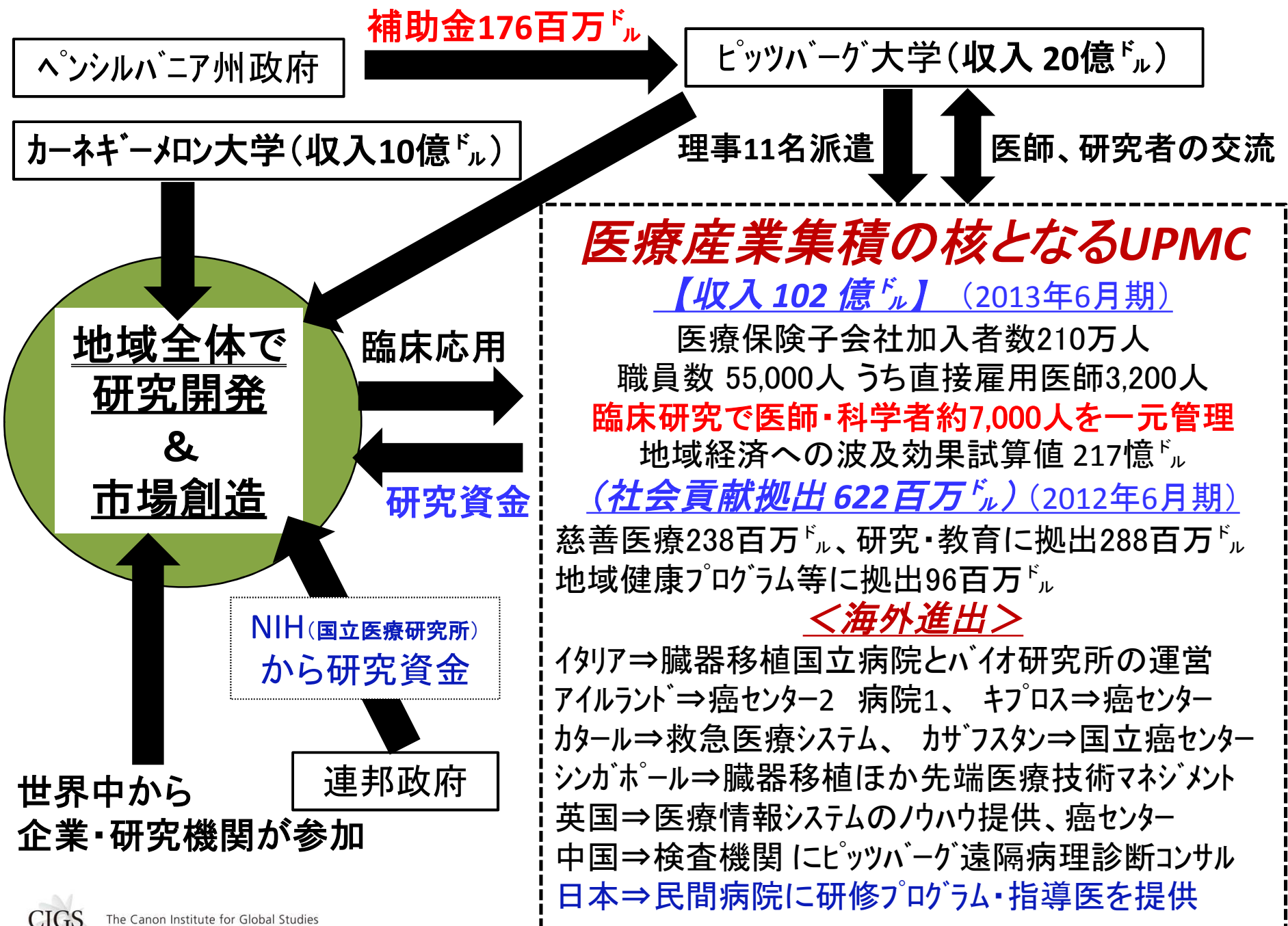
⑥ 技術進歩が加速する中、地域住民に世界標準の医療を提供する

- 世界標準医療提供の目的は海外患者獲得ではなく地域住民の満足度向上

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%**
同一医療圏にライバルIHNが存在
⇒市場独占は独禁法に抵触





補助金176百万ドル

ペンシルバニア州政府

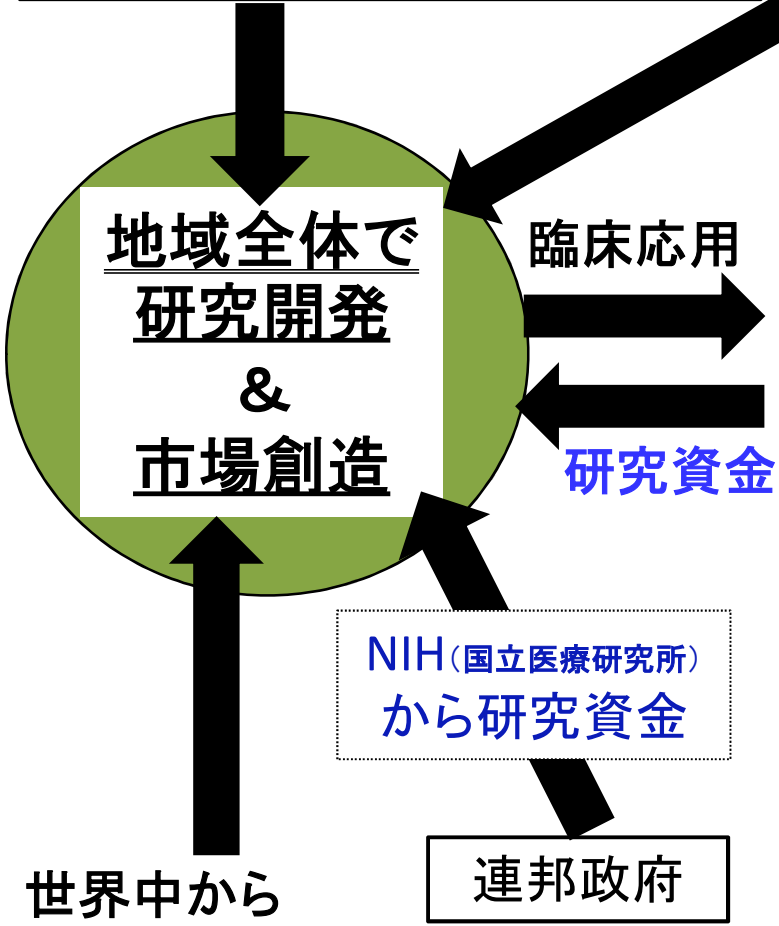
ピッツバーグ大学(収入 20億ドル)

カーネギーメロン大学(収入10億ドル)

理事11名派遣



医師、研究者の交流



医療産業集積の核となるUPMC

【収入 102 億ドル】 (2013年6月期)

医療保険子会社加入者数210万人

職員数 55,000人 うち直接雇用医師3,200人

臨床研究で医師・科学者約7,000人を一元管理

地域経済への波及効果試算値 217億ドル

(社会貢献拠出 622 百万ドル) (2012年6月期)

慈善医療238百万ドル、研究・教育に拠出288百万ドル

地域健康プログラム等に拠出96百万ドル

<海外進出>

イタリア⇒臓器移植国立病院とバイオ研究所の運営

アイルランド⇒癌センター2 病院1、キプロス⇒癌センター

カタール⇒救急医療システム、カザフスタン⇒国立癌センター

シンガポール⇒臓器移植ほか先端医療技術マネジメント

英国⇒医療情報システムのノウハウ提供、癌センター

中国⇒検査機関にピッツバーグ遠隔病理診断コンサル

日本⇒民間病院に研修プログラム・指導医を提供

世界中から
企業・研究機関が参加

NIH(国立医療研究所)
から研究資金

連邦政府

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				UPMC:1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

③米国以外の医療事業者との比較

オーストラリアの医療公営企業IHNの例

Monash Health (メルボルン)

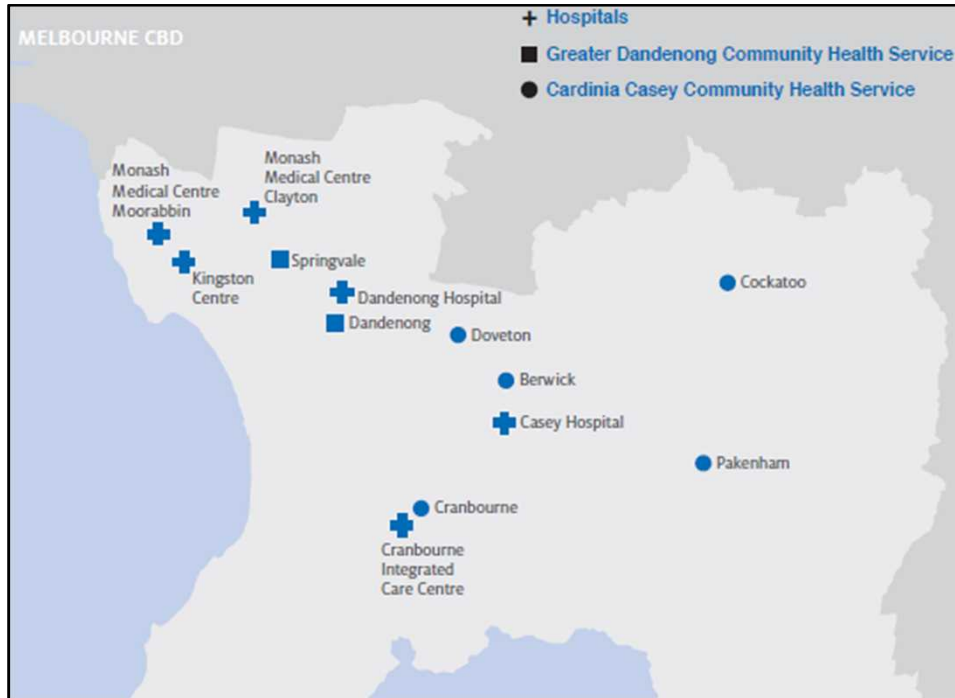
<2013年6月期データ>

担当医療圏人口 約100万人

職員数 9,471人(うち医師数1,277)

事業拠点数 40超

総収入 1,342百万豪ドル



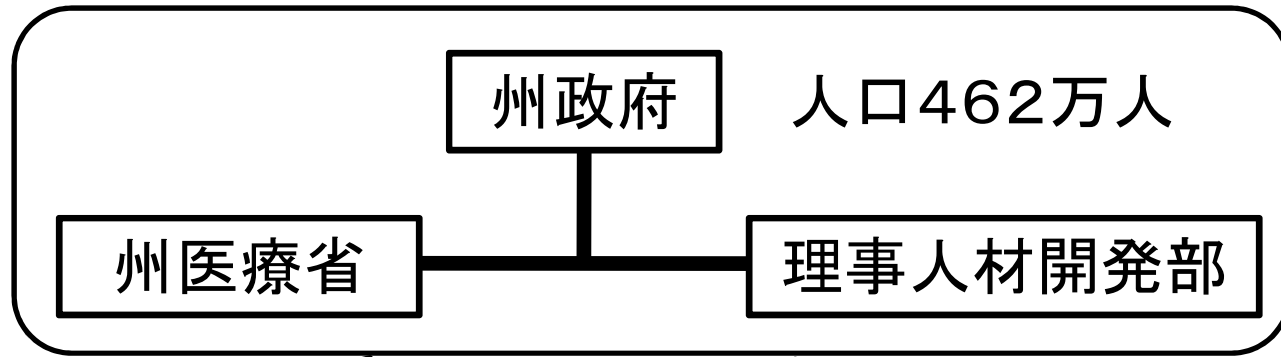
Monash Health is proud to provide integrated health care to one quarter of Melbourne's population.

We improve the health of our community through:

- Prevention
- Early intervention
- Community based treatment and rehabilitation
- Highly specialised surgical and medical diagnosis, treatment and monitoring services
- Hospital and community based mental health services
- Comprehensive sub-acute and aged care programs
- Palliative care
- Research
- Education

日本の制度で分類すると広域の地方独立行政法人
ホールディングカンパニー機能を持たない非営利IHN

カナダ British Columbia州の医療公営企業



事業規模
131億カナダドル
2013年3月期収入

Provincial Health Service
(1つの医療公営企業)

- 高度医療センター病院を直営
- 州全域を担当
- 各地域医療サービス局と連携

重複投資ゼロ

Health Authorities
(5つの医療公営企業)

- ◆ 医療圏平均人口92万人
- ◆ 公立病院等を直営
- ◆ 担当する地域医療圏において民間医療関連施設と連携&監督
- ◆ 州医療サービス局と連携

日本の非営利IHNの事例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)



富士見高原病院(149床)



篠ノ井病院(433床)



附属若穂病院(60床)



下伊那厚生病院(99床)

医療圏人口
215万人
検診者数
年間40万人



事業拠点数 70



美里分院(120床)
精神



小海分院(99床)



小諸厚生総合病院(320床)



長野松代総合病院(365床)



安曇総合病院(312床)

日本の非営利IHNの事例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934床



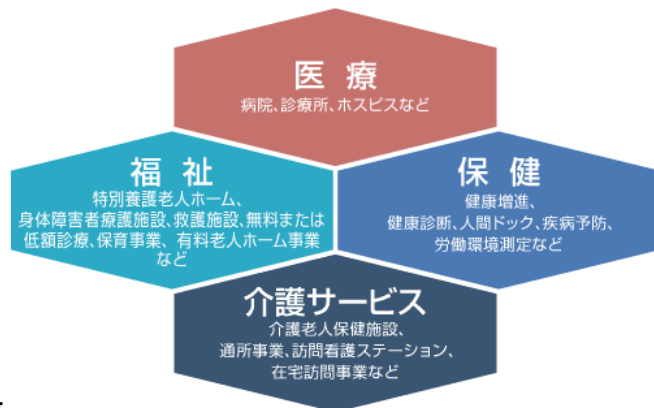
聖隷淡路病院152床



聖隷横浜病院300床



聖隷袋井市民病院 50床
指定管理者



聖隷佐倉市民病院400床



2013年11月現在事業拠点数

病院	7	有料老人ホーム	12	ショートステイ	12
診療所	1	グループホーム	1	在宅介護支援センター	5
障害者施設	8	デイサービスセンター	22	地域包括支援センター	7
特別養護老人ホーム	16	保育園等子どもの施設	17	ケアプランセンター	15
介護老人保健施設	3	訪問看護ステーション	17	生活支援ハウス	1
軽費老人ホーム	3	訪問ヘルパーステーション	9		

④わが国の医療介護福祉制度改革における活用方法

日本の医療介護福祉事業体における ホールディングカンパニー機能付与の三つの視点

<視点①>

医療産業集積の核となりうるが非営利事業体(IHN)の創造
～持分の無い非営利が前提～

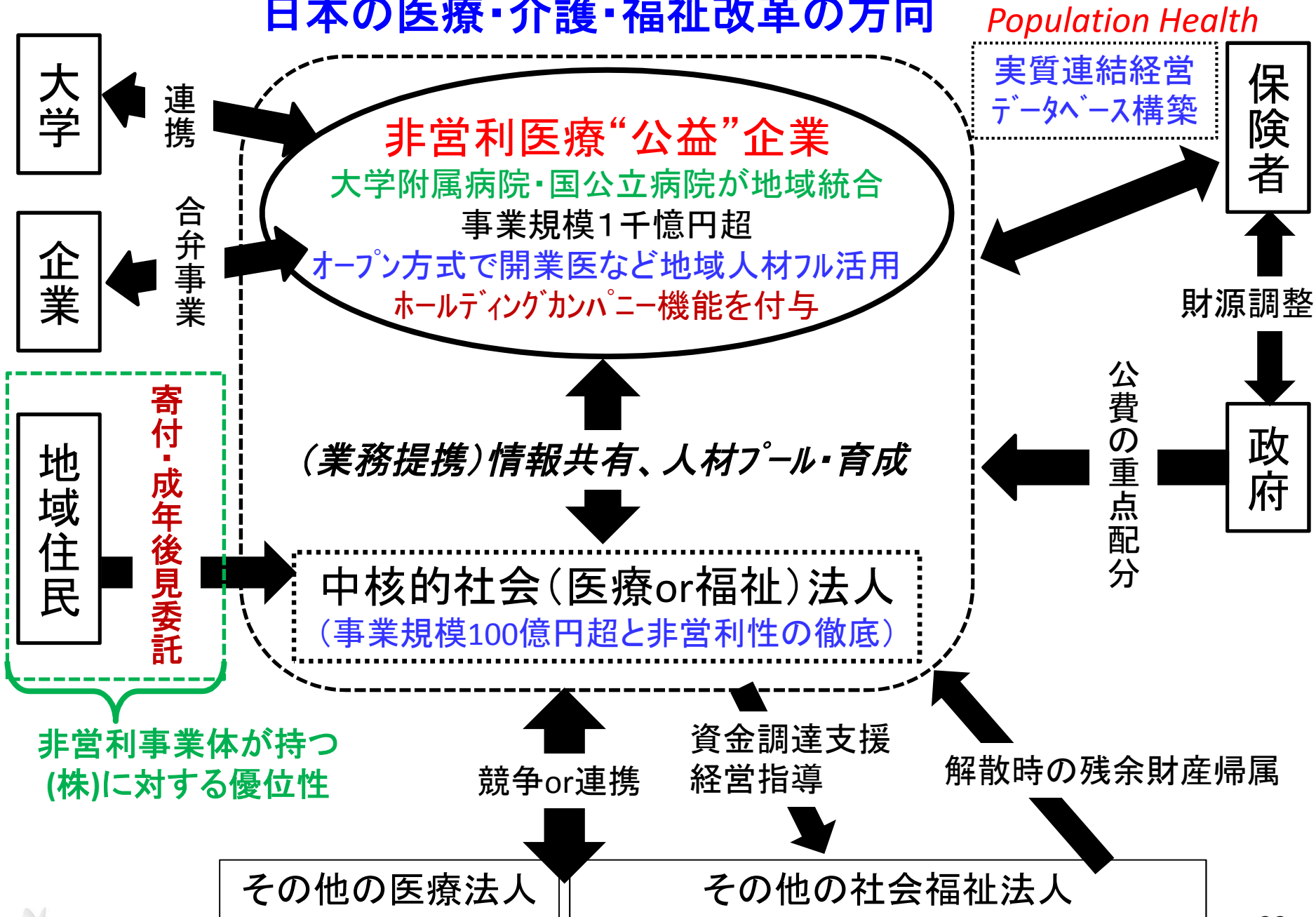
<視点②>

過疎地の事業体が合併し地域医療包括ケアを担う非営利事業体に
～持分の無い非営利が前提～

<視点③>

既存の複数医療法人経営グループの追認による経営力強化支援
～持分あり医療法人でもホールディングカンパニー機能付与は要検討～

日本の医療・介護・福祉改革の方向



非営利ホールディングカンパニーは医療IT投資成功のインフラ

- ① 情報共有の意思がない医療事業体間を電子カルテで結んでも無駄
⇒同様に遠隔医療は医師間の信頼関係、経済的利害の一致があってはじめて機能する
- ② EMR標準化は企業ベンダーに呼びかけても全く進展しない
⇒ただし、EHRのために全国レベルでEMRを標準化する必要はない
⇒EMR構築を担う医療事業体が十分大きければよい
- ③ 医療ITコストの大部分を直接負担するのは医療提供者。しかし、その経済的便益を最も受けるのは保険者。だからデータベース構築に協力する医療提供事業体に保険者が財源付与する仕組みが重要
- ④ Population Healthで使われるのは主としてレセプト情報。
⇒ナショナルデータベース完成によりわが国でもPopulation Healthは可能
⇒コスト・ベネフィットの高い効率的な手法開発と人材育成が急務

地域医療セーフティネット事業体のガバナンス改革が必要

2004年 7月20日 「長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会」(通称:あじさいネット)が正式発足

11月15日 あじさいネット正式運用開始(国立長崎医療センターの電子カルテを31医療機関にて共有) - 大村市医師会館にて記者会見を開催

NPO法人長崎地域医療連携ネットワークシステム協議会

あじさいネット

2013/11/5
更新

人口 143万人

あじさいネットとは

地域に発生する診療情報を患者さまの同意のもと、複数の医療機関で共有することによって各施設における検査、診断、治療内容、説明内容を正確に理解し、診療に反映させることで安全で高品質な医療を提供し、地域医療の質の向上を目指すものです。

■全登録数 30,677名
(全件あじさいネット説明同意書取得済み)
(H25年10月15日現在)

■会員数 374名
■情報閲覧施設数 207施設
(内、薬局数34)

■情報提供病院数 22施設
(H25年11月5日現在)

9年間で普及率2%は成功とは言えない

シェア 20%超の非営利ホールディングカンパニーIHNを創造した都道府県が競争優位

地域間競争の発想が大切