



研究レポート

No.215 January 2005

認定医療法人創設の意義について

主席研究員 松山幸弘

富士通総研（FRI）経済研究所

認定医療法人創設の意義について

主席研究員 松山幸弘

【要旨】

1. 米国の医科大学（もしくは大学医学部）と病院は、海外から患者や研究者を受け入れるに止まらず、海外に医科大学や病院そのものを輸出する時代に入った。例えば、コーネル大学がカタール政府から医科大学運営の業務を受託、2002年10月から首都ドーハで医学教育プログラムをスタートさせた。また、ハーバード大学は、アラブ首長国連邦から医療都市建設プロジェクトのコンサルタントを引き受けた。これに対して、わが国の医科大学や病院のマネジメント力はグローバルスタンダードに遠く及ばず、多くの経営資源を無駄にしている。
2. 医療事業体がグローバルスタンダードの先端で競い合うための最強モデルは、「広域医療圏単位で病院グループを形成、この病院グループと医科大学が業務提携することで重複投資を解消、世界中から患者、人材、資金が集まる仕組み」である。その具体例として、米国ミズーリ州で事業展開するワシントン大学医学部とB J Cヘルスケアの連合軍がある。B J Cヘルスケアは、地域密着型の大規模非営利IH N（統合ヘルスケアネットワーク：詳細は研究レポート No.171「新しい統合医療事業体の創造」）である。
3. わが国が非営利の理念を堅持しつつ医療分野の国際競争力を獲得するためには、まず、自治体病院をはじめとする公的病院を核に広域医療圏単位で日本版IH Nを構築する必要がある。一方、地域によっては、公的病院以上に非営利性、公益性を実践している民間病院が既に存在する。そこで、これらの先進的な民間病院も巻き込み日本版IH Nを創造、わが国の医療提供体制を改革することが考えられる。
4. 昨年12月、厚生労働省が公表した認定医療法人は、そのような改革を進める受け皿の具体策として評価できる。認定医療法人にホールディングカンパニー機能を持たせ、共同購買、広域医療圏単位での医療IT投資、人材プールなどを通じて病院グループ形成のメリットを積み上げた後、本格的に統合するという手順が有力である。日本国内で本格的なIH N立ち上げに先駆けた地域は、米国のトップ評価のIH Nと人材・技術交流することで、さらに優位に立つことが可能である。

【目次】

1 . はじめに	1
1.1 医科大学と病院の輸出が始まった	1
1.2 病院グループ形成のための政策誘導	2
2 . 認定医療法人をめぐる論点整理	3
2.1 現行医療法人制度の問題点	3
2.2 認定医療法人の枠組み	5
2.3 認定医療法人に対する税制優遇と財政	9
3 . 認定医療法人がホールディングカンパニー機能を果たす	11
3.1 総務省が自治体病院を核に日本版 I H N を目指し始めた	11
3.2 I H N の最低医業収入規模は約 5 0 0 億円	12
3.3 東総医療圏の自治体病院群が有力候補	13
3.4 統合メリット享受の具体的方法	14
3.5 目標はグローバルスタンダード	15
4 . おわりに	16
(参考文献)	18

1. はじめに

1.1 医科大学と病院の輸出が始まった

2004年11月、米国ミズーリ州セントルイスにあるワシントン大学医学部とB J Cヘルスケアを訪問した際、「米国の大学と病院は、海外から患者や研究者を受け入れるに止まらず、海外に医科大学や病院そのものを輸出する時代に入った。自動車やエレクトロニクス分野で世界をリードしている日本がどうして医療分野では全く競争力がないのか？」と問われて、「米国と比べて病院の建物や医療機器は遜色ないが、病院のみならず医科大学もマネジメント力が欠落していることが最大の原因」と答えざるを得なかった。

ワシントン大学医学部は、1891年に設立された医学教育の名門であり、ノーベル賞受賞者も多数輩出、米国国内ではハーバード大学医学部に次ぐ高い評価を得ている。また、ワシントン大学医学部は、1946年に医療経営ビジネススクールを開設、医療経営人材育成プログラムのパイオニアでもある。一方、ハーバード大学は、2004年現在、医療経営教育認定委員会の認定を受けた医療経営ビジネススクール・プログラムを有していない。さらに、ワシントン大学医学部は、大規模非営利IHNであるB J Cヘルスケアと業務提携し、臨床研究と臨床教育のフィールドである基幹病院を共有、先端医療施設を建設する時も共同出資するなど、経営効率化に努めている。年間収入ベースで見たその事業規模は、ワシントン大学医学部10億ドル、B J Cヘルスケア25億ドルの合計35億ドル(2003年)である。従って、医療分野におけるワシントン大学の総合力は、ハーバード大学をも凌いでいると言っても過言ではない。

医療分野で圧倒的国際競争力を誇る米国には、世界中から富裕層患者が先端医療を求めて訪れている。その約半分は中東からである。親戚間婚姻を繰り返してきたアラブ王族は、糖尿病罹患率が異常に高いなど遺伝子疾患が疑われている。しかし、中東にはグローバルスタンダードの医師を育てる医科大学がなく先端医療を提供できる病院もない。このため、アラブ王族にとって質の高い医療機関や医師を自前で確保することが最重要課題であった。

そこで、最初に動いたのがカタールである。カタール政府は、米国コーネル大学に対して医科大学運営の業務を委託、2002年10月から首都ドーハで医学教育プログラムをスタートさせた。契約期間11年でコンサルタント料7億5千万ドルのプロジェクトである。コーネル大学によれば、これは米国の医学教育プログラムが輸出された最初の事例である。2001年9月11日のテロの影響も杞憂に終わり、米国から派遣された50名の教官やスタッフの子供たちが外で遊んでも全く問題がない。この医科大学の医学教育プログラムは、コーネル大学本校と同じでありその分校と見なされることから、卒業生は米国内でも医療行為が可能となる。2004年には、カタール財団が「医学専門教育病院を建設するため9億ドルを拠出する」と発表、2008年に完成する予定である。

このカタールの動きに刺激を受けたことに加え、テロ事件以降アラブの王族と言えども治療目的で米国に入国することが困難になったという緊急事態が起きた結果、次に動いた

のがカタールの隣国アラブ首長国連邦である。アラブ首長国連邦は、首都ドバイに医療都市建設を宣言、ハーバード大学にノウハウ提供を依頼した。その最終目標は、2010年までにドバイを医療分野に止まらず「知識経済のグローバルハブ」にすることである。医療都市建設はその礎石と位置づけられている。その第1期工事は2004年にスタート、53万坪の敷地に18億ドルをかけて医科大学、病院、研究施設等を建設中であり、2005年末までに完成予定である。そのテナントとして、米国のみならずイギリスやドイツの医療関連機関や企業が名乗りをあげている。プロジェクト全体のコンサルタントを引き受けたハーバード大学は、毎年のコンサルタント料収入に加え研究費補助金1億ドルを得た。

サウジアラビアも医療界の世界トップブランドである米国クリーブランドクリニックの協力を得て病院を建設中である。そして、医療都市建設の動きは中東に止まらない。前述したワシントン大学医学部の国際部門ディレクターであるミュラー博士によれば、同大学医学部は、現在、中国の北京と上海において病院建設のプロジェクトに取り組んでいる。同博士は、「医療分野でグローバルスタンダードを競う米国の大学間で海外進出のブームが起きている」と明言していた。

1.2 病院グループ形成のための政策誘導

一方、冒頭で述べたとおり、わが国の医科大学や病院のマネジメント力は最低であり、多くの経営資源を無駄にしている。医療技術の進歩が加速する中で医科大学や病院がグローバルスタンダードの先端を走り続けるためには、それに必要な財源を補助金に頼らず自力調達する能力が必須要件である。筆者は、そのような仕組みを求めて、グローバルスタンダードの先端で競い合っている米国の医療事業体のマネジメントの構造を調査してきた。その結果、医療事業体の財源が自己増殖する最強のモデルは、「広域医療圏単位で病院グループを形成、この病院グループと医科大学が業務提携することで重複投資を解消、世界中から患者、人材、資金が集まる仕組み」であるという結論に達した。ワシントン大学医学部とB J Cヘルスケアの連合軍も、その具体例の1つである。

このような筆者の見解に対して、しばしば「それは米国の仕組みである。米国は総人口2億8千万のうち4500万人が無保険者であり、皆保険を実現している日本の医療制度の方が優れている。医療に関して米国から学ぶべきことはない。」という批判が聞かれる。しかし、このような批判をする人は、無知蒙昧の謗りを免れない。なぜなら、第一に、米国に多数の無保険者が発生しているのは医療保険制度に問題があるからであって、そのことを根拠に日本の医療提供体制にマネジメント力が欠落していることを正当化することはできない。第2に、わが国でも国民健康保険料を滞納している人口が1千万人、実質無保険者（資格証明書発行対象）人口が60万人に達しており、皆保険は既に崩壊している。第3に、最近わが国の病院経営者の中でブームになっているバランススコアカードやシックスシグマといった経営手法は、正に米国で考案されたものである。第4に、広域医療圏単位で病院グループを形成し医科大学と連携する仕組みは、米国のみならずカナダ、オーストラリア

中国でも成果をあげている、からである。

また、「広域医療圏単位で病院グループを形成することは、わが国では不可能である」との批判も聞かれる。しかし、厚生連病院グループや板橋中央病院グループなど、わが国にも米国のIHNに類似した病院グループが既に存在する。しかも、これらの地域密着型病院グループの業績は、診療報酬引き下げの下でも良好である。

わが国の医療提供体制にマネジメント力が欠落していると言われる元凶は、自治体病院や国立大学付属病院などの公的病院が補助金依存の放漫経営を続けていることにある。これらの公的病院の経営改革を進める最も効果的な方法は、政策医療コスト以外の赤字補填に使われる補助金をゼロにすることである。この赤字補填の補助金ゼロは、公的病院関係者の税金依存カルチャーもあって実施困難であったが、病院設置者である国や自治体の財政危機から不可避の情勢になってきた。このため、医療圏を同じくする公的病院間でグループを形成し経営効率化を図る機運が盛り上がり始めた。

公的病院を核に病院グループを創る方法としては、設置者の壁を越えて一気に経営統合することが理想である。しかし、職員の給与体系、収益状況、累積赤字金額、設置者の財政危機のレベルに格差があることなどから、一気に経営統合することのできる地域医療圏は少ないと思われる。そこで、共同購買、人材プール、共同による新規病院建設といった形で経営統合のメリットを積み上げた後に本格的にマネジメントを一元化する、という方法が現実的である。そのためには、ホールディングカンパニー機能を担う医療法人の存在が不可欠である。もちろん既存の公的病院にホールディングカンパニー機能を担わせることも形式上可能だが、現行の公務員処遇体系の制約下では多様な専門人材を集めて効率的経営を行うことは難しい。従って、このホールディングカンパニー機能を担う医療法人の職員は、全員非公務員（民間人）でなければならない。厚生労働省が昨年12月に公表した認定医療法人の枠組みは、このような病院グループの核となる医療機関の受け皿として注目される。

2. 認定医療法人をめぐる論点整理

2.1 現行医療法人制度の問題点

病院経営への株式会社参入を主張する規制改革・民間開放推進会議とそれに反対する日本医師会との間で激論が続いたことに象徴されるように、2004年は医療機関の経営形態のあるべき姿が問われた年であった。この背景には、大半の民間医療機関が“非営利”を標榜しながら実態は“営利”である、地域社会の医療セーフティネット機能を担う“非営利”公的病院の経営効率化のスピードが遅い、といった医療提供体制の構造問題がある。

日本医師会は、医療の非営利性の法的根拠として医療法第7条を掲げ、株式会社による病院経営への参入に反対している。

～ < 医療法より抜粋 > ～

[第七条 (開設許可)] 病院を開設しようとするとき、医師及び歯科医師でない者が診療所を開設しようとするとき、又は助産婦でない者が助産所を開設しようとするときは、開設地の都道府県知事 (診療所又は助産所にあつては、その開設地が保健所を設置する市又は特別区の区域にある場合においては、当該保健所を設置する市の市長又は特別区の区長。・・・) の許可をうけなければならない。

[二項、三項] 省略

[四項] 都道府県知事又は保健所を設置する市の市長若しくは特別区の区長は、前三項の許可の申請があつた場合において、その申請に係る施設の構造設備及びその有する人員が第二十一条及び第二十三条の規定に基づく厚生労働省令の定める要件に適合するときは、前三項の許可を与えなければならない。

[五項] 営利を目的として、病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、前項の規定にかかわらず、第一項の許可を与えないことができる。 < 傍点は筆者 >

しかし、第七条五項が「できる」規定になっていることが重要である。法律条文解釈の常識として、「できる」規定になっているということは、一定条件をクリアするのであれば営利法人による病院等の開設を許可する可能性を医療法が認めていることになるからである。

また、日本医師会は、医療法人が医療法第五十四条により剰余金の配当を禁止されていることも非営利の根拠としてあげてきた。しかし、配当ではなく経営者報酬の形で実質的に剰余金の分配を得ることが可能であり、かつ医療法人の出資者である社員が退社時に剰余金に対する請求権を有している。ちなみに、2004年3月末現在、医療法人数 38,754 のうち出資持分のある社団医療法人数は 37,977 と 98% を占める。従って、わが国の医療提供体制が非営利原則で成り立っているという日本医師会の主張は、実態的にその根拠を失っているという考え方が大勢である。

しかし、日本医師会の「医療は非営利中心で運営されるべき」という主張は、強く支持される。なぜなら、国民生活の最重要セーフティネットである医療提供体制を構築するにあたって、真の意味で非営利医療機関 (以下 “ 真正非営利医療機関 ” と称す) の存在は不可欠だからである。ちなみに、自動車や家電など医療以外の産業では、各企業が商品戦略と経営資源配分で選択と集中を行えば、消費者全体の効用も最大化、企業利益も最大化が可能である。しかし、医療の場合、全ての医療機関が選択と集中を行えば、1つの医療圏において高額医療機器の過剰投資、低収益率診療分野の医師不足などが顕著に現れる。わが国の場合、近隣公的病院間での重複投資、小児科医不足、麻酔医不足などが指摘されているが、米国でもプライマリーケア (診療報酬が低い一次診療) や産婦人科 (低所得者による無料医療のターゲット) の採算が悪く、株式会社病院は手を出さない。その結果、米国ではその穴を非営利医療機関のネットワークが埋めざるを得ない状況になっている。

つまり、医療という地域社会の最重要セーフティネットを守るという観点に立てば、個々の病院が倒産することは大きな問題ではないが、真正非営利医療機関のネットワークは消滅することがあってはならないラストリゾートなのである。換言すれば、真正非営利医療機関ネットワークが地域社会のセーフティネット構築において果たしている役割は、中央銀行が金融市場全体の決済機能で果たしている役割のようなものと表現できる。確かに、既存の公的病院は真正非営利という要件は満たしている。しかし、赤字補填を税金に依存していることからラストリゾートとなる能力を欠いている。そこで、ラストリゾートとしての使命を果たす能力を持った医療機関ネットワークを創出することが、重要な政策課題となっているのである。

なお、株式会社病院参入を主張する規制改革・民間開放推進会議メンバーも非営利中心の医療を主張する日本医師会幹部も共に、「米国の非営利IHNが医業収入の約5%もの慈善医療を行い、セーフティネット機能を果たしながらも存続できているのは寄付金で埋めているからであり、実質は赤字に違いない。」としばしば発言している。しかし、これは全くの誤りである。なぜなら、第1に、寄付金の受け入れは非営利IHNとは別法人の財団が行っている。そして、非営利IHNの会計と財団の会計は別管理であり、寄付金を非営利IHNの運転資金に使うことはできない仕組みになっている。第2に、平均的な非営利IHNの場合、年間収入に対する寄付金の比率は1%以下であり、慈善医療や赤字補填の財源に使うには小さすぎる。ちなみに、BJCヘルスケアの場合、年間収入2500億円に対して同財団が獲得した寄付金は10億円(2003年実績)に過ぎなかった。メイヨークリニックやハーバード大学医学部が年間1億ドルを超える寄付金を集めることができているのは、極めて例外的存在なのである。

2.2 認定医療法人の枠組み

厚生労働省は、制度創設後50年以上が経過した医療法人制度改革の基本的方向として、非営利性を徹底すること、公益性を確立すること、効率性の向上を図ること、透明性を確保すること、安定した医業経営を実現すること、を示し認定医療法人創設を2006年度医療法改正に盛り込む考えを明らかにした。この5つの要件を満たす認定医療法人が各医療圏で少なくとも10以上誕生しその医療圏で必要な機能を分担する仕組みを構築すれば、ラストリゾート機能を備えた真正非営利医療機関ネットワークになりうる。この認定医療法人創設の意義について、筆者が読売新聞の「論点」に寄稿したところ、規制改革・民間開放推進会議メンバーなどから認定医療法人を理解する上で有益な質問が寄せられた。それらの質問と筆者の回答は、以下のとおりである。

【質問1】現行でも税制上有利な特定・特別医療法人がありながら、98%の医療法人は移行していない。なぜ認定医療法人であれば移行するのだろうか。経営に自信があれば特定・特別医療法人あるいは認定医療法人に転換することは税制優遇がメリットになると言える

が、民間医療機関の大部分が出資持分のある医療法人に止まっているのは、経営に自信がないことに加え、出資持分を失うことのデメリットが大きいためではないか。現行の医療法人から認定医療法人に転換するのは、多くても2～3割程度であろう。そうであれば、残りは依然として実質的に営利法人のままであり、参入障壁で守られ続けることになるのではないか。

【回答1】現在、出資持分のある医療法人に対する税率は民間企業と同じ30%、特定医療法人の税率は22%である。これに対して、認定医療法人を創設して公的病院と同じ完全非課税あるいは10%程度の低率優遇課税にしても、実態的にオーナー族の利益追求事業体である現行医療法人の中から認定医療法人に転換するのは極わずかと予想される。しかし、少数であっても利益を自分の懐に入れることなく、例え持分を失っても全額医療に再投資したいと考えている志の高い民間病院経営者がいることも事実である。

一方、現在の医療機関の法律上の形態は複雑怪奇であり、簡素化する必要がある。その時のポイントとしては、非営利性・公益性のレベル格差が最も重要と思われる。認定医療法人創設の第1の意義は、多種多様な民間医療機関に非営利性・公益性の踏絵をさせることで、より高い非営利性・公益性を選択した民間医療機関を後押しすることである。第2の意義は、認定医療法人を公的病院改革の受け皿に使うことである。日本版IHN構築の観点からは、この第2の意義の方が遥かに重要と思われる。

医療の目的である国民全体の健康の維持・向上のための政策を考える視点として、「食生活をはじめとする健康管理」、「急性期ケア」、「疾病管理・介護など急性期ケア以外のサービス」の3つがある。このうち、「食生活をはじめとする健康管理」は日本の方が米国より優れている。「疾病管理・介護など急性期ケア以外のサービス」については日米で大差ない。

しかし、わが国の医療の産業化が遅れている最大の原因は、「急性期ケア」のマネジメント、人材育成が非効率であることにある。わが国においても、この急性期ケアの担い手の中心は公的病院である。仮に公的病院の多くが、現在優れた経営を行っている一部の民間病院と同じレベルに経営効率が改善するのであれば、わが国の医療の産業化は大きく前進すると予想される。その方法の1つとして、公的病院の株式会社化が考えられる。しかし、株式会社病院にすると選択と集中に走り、その医療圏における医療ニーズと経営資源配分のミスマッチが拡大してしまう。従って、ミスマッチの穴を埋める非営利性・公益性の高い病院グループをセーフティネット機能の受け皿として創っておく必要がある。これが、医療の産業化が世界一進んでいるアメリカでも非営利IHNがメジャープレーヤーになっている理由である。

結論を言えば、現行医療法人の中から認定医療法人に転換する病院の数が少数に止まったとしても、その地域医療圏で中核的な役割を果たしている医療法人が認定医療法人に転換し、非公務員化により認定医療法人に転換した公的病院と連携するのであれば、わが国の医療の産業化が大きく前進するはずである。民間病院から転換した認定医療法人のマネジメント力が最も優れているのであれば、周辺の公的病院をその傘下に置くことも有力な

策である。また、この認定医療法人ネットワークの周辺には様々なビジネスチャンスが生まれるので、認定医療法人創設は医療分野に企業が参入することを否定するものではないという理解が大切である。

【質問2】問題は競争であり、米国のように企業病院と競争してこそ非営利病院の効率性が維持されるのではないか？認定医療法人も結構だが、他方で現行の医療法人への出資自由化で競争を高めることを提言したい。

【回答2】筆者は、株式会社に病院経営参入を認めることに反対ではない。単に、「株式会社の方が現在の医療法人よりも医療を効率化する上で優れている」という見解を間違いだと主張しているのである。2004年に米国病院協会長を務めたバーン氏や医療経営学創始者の一人と言われるハプナー博士に確認してみても、「病院経営の効率性に関して株式会社病院と非営利病院で有意な格差はない。経営効率の優劣を決定するのは、組織形態ではなくマネジメント力である。両者の戦略は同じであり、異なるのは利益の還元先が“株主か地域社会か”という点だけである。」と明言していた。従って、「わが国の医療提供体制全体の効率を向上させる方法」を研究している筆者にとっては、株式会社参入是非論争は“どうでもいいテーマ”に過ぎないのである。

わが国の医療提供体制全体の効率を高める時に「競争を促す」ことが重要であることは当然である。しかし、一国の医療の産業化とグローバル競争力強化を考えた場合、同一医療圏における株式会社病院と非営利病院の競争よりも、異なる医療圏における医療コングロマリット（具体的にはIHN）間のブランド競争の方がはるかに政策テーマとして重要である。ちなみに、米国における同一医療圏内の競争を見た場合、株式会社病院は利益率の高い診療科に特化して利益の最大化を目指しているだけで、非営利IHNと医療サービス全体で競争する意志がない。また、株式会社病院チェーンは、各地に点在する単騎立地病院の集合体にとどまっている。そして、同一医療圏内の競争で熾烈なのは、非営利IHN同士のブランド競争である。さらに、米国において医療の産業化の原動力になっているのは、メイヨークリニック（ミネソタ州）、クリーブランドクリニック（オハイオ州）、BJCヘルスケア（ミズーリ州）、インターマウンティン（ユタ州）、セントラヘルスケア（バージニア州）など、離れた地域に立地する非営利IHNが研究資金、海外患者などを獲得するために激しくブランド競争をしていることである。

そもそも規制改革・民間開放推進会議をサポートする学者が「競争を促す」具体的方法を提言するのであれば、わが国の医療現場で働く多様なプレーヤーの行動パターンを分析し、彼らの行動を変化させるために“どのようなインセンティブをどのように与えるのが効果的であるか”まで踏み込んで研究する必要があるのではないか。そうでなければ、日本医師会からも距離を置き中立の立場で医療政策論争に参加している研究者からの支持は得られないし、「電子カルテを入れれば医療の情報化進む」という思い込みで無駄遣いをした過去の補助金プロジェクト（臨床で医療情報を活用するアナログ的人間関係の仕組みがなければ電子カルテはただの箱）の二の舞になると指摘せざるを得ない。

【質問3】読売新聞掲載「論点」の中で、保険料 100 の内、公的医療保険は医療のために使われる比率が 97 ということだが、民間保険にある職員給与は公的にも必要なはずではないか？

～ < 「論点」掲載の拙稿より抜粋 > ～

・・・・・・政府の規制改革・民間開放推進会議は、医療制度を官製市場の民間開放における最大の焦点にしている。しかし、国民生活の最重要セーフティネット（安全網）である医療の場合、単に民間開放すれば国民の満足度が高まるというものではない。なぜなら、医療保険について言えば、保険料 100 のうち医療のために使われる割合は、公的医療保険の 97 に対し、民間医療保険は 70 に過ぎず、保険料の 3 割が株主配当、職員給与、広告費等で消えているからである。・・・・・・

【回答3】「公的医療保険は医療のために使われる比率が 97」というのは、人件費も含めた経費を差し引いた後で医療に使われるのが 97% という意味である。公的医療保険の場合、民間の健保組合などが実質的に人件費の肩代わりをしているので、この数字は 94～95% に割引いて考える必要があると思われる。しかし、米国の HMO（民間地域医療保険の一種）の場合でも、保険料のうち医療に使われる割合は、営利 HMO と非営利 HMO の全体平均で 88% < 2000 年実績：拙著「人口半減」参照 > である。従って、日本の民間医療保険の 70% というのは異常値と言わざるを得ない。このようにわが国の民間医療保険の粗利益率が 30% と異常に高いのは、保険料に安全バッファを組み込んだ上で給付を完済するまでの医療費全体ではなく定額にしている 実質的に医療費リスクを引き受けていない商品設計であることに理由がある。そもそも、このように暴利の民間医療保険を営む企業の代表が規制改革という公的機能を担う組織のトップに居座りつづけていることこそ、「フェアな競争」に反するのではないか。

【質問4】わが国の医療機関の経営形態は、公的、民間のいずれにおいても多種多様である。その中で、どのような医療機関がどれくらい認定医療法人に転換すると考えられるか？

【回答4】基本的に次の3つのケースが考えられる。

民間病院から認定医療法人に転換するケース

認定医療法人は、その利益の全てを地域還元する、特定の個人に帰属させないという強い非営利性・公益性が求められる。傘下子会社などを通じて創業者オーナー・ファミリーが利益を吸い上げる行為も禁止されることになると予想される。従って、民間病院の中から認定医療法人に転換する可能性があるのは、設置者であったオーナー・ファミリーや企業から既に実態的に独立している病院、あるいは現在のオーナー・ファミリーがその医療グループ全体の利益配分コントロール権を放棄してくれる場合、であると思われる。

既存の公的病院から認定医療法人に転換するケース

自治体病院をはじめとする既存の公的病院が非公務員化、民営化する時に認定医療法人に転換する可能性がある。

新設される公的病院がスタート時点から認定医療法人を選択するケース

私見では、次の理由から、上記3ケースのうち が一番多くなると予想している。

- * 自治体病院など公的病院の経営改革のためには同一医療圏内で病院グループを形成することが必然。病院グループを形成し経営意思決定を一元化するには、前述のとおり、既存の公的病院を現物出資してもらう等により一気に経営統合することが理想。しかし、実際には、現時点の経営パフォーマンス格差、人事問題等からくる目先の損得の思惑により、経営統合にはバリアーがある。そこで、その医療圏内に近々新設される予定の病院にホールディングカンパニー機能を持たせ、グループ形成のメリットを体現するために共同購買事業、人材プール等から始めることが有力。
- * 自治体の財政難から、今後設立される自治体病院の設備投資資金は自治体から債務保証も受けずに自力で市場から調達することが求められる。そのためには、全職員を非公務員とし、かつ投資家を納得させるだけの収支計画を提示できる経営体制を構築しなければならない。

上記のような質疑応答を行った成果かどうかは不明だが、2004年12月24日に公表された「規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申」において、次のように認定医療法人に対し一定の理解が示されたことの意義は大きい。

～ <「規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申」より抜粋>～

・・・厚生労働省は、平成18年の医療制度改革の一環として、非営利性の徹底と経営の透明性の確保等を基本的な方向性とする医療法人制度改革を行おうとしている。具体的には、非営利性を徹底した新しい形態の医療法人を創設し、少なくとも株式会社と同等の経営の情報開示や透明性の確保、剰余金の使途の明確化等を前提に、税制上の優遇措置を与えるとともに、他の医療法人への出資を可能とするものである。これは、現行の個人企業の形態に近い医療法人の経営の合理化やネットワーク化を通じた効率的な病院運営の実現に資するものであり、公的病院の民営化の受け皿としても評価できる。一方、そうした新しい形態の医療法人が、質の高い医療サービスの担い手として評価されるためには、単に組織形態を転換するだけでなく、カルテの開示をはじめ患者のニーズに的確に応えられる体制の整備が必要である。・・・

なお、私見としては、認定医療法人の経営の情報開示のレベルは“株式会社と同等”ではなく“株式会社以上”とする方が望ましいと思われる。

2.3 認定医療法人に対する税制優遇と財政

医療法人に対する税率は、原則民間企業と同じ30%であり、税制優遇を受けている特定医療法人が22%である。従って、民間医療法人が認定医療法人に転換することを促すのであれば、最も厳しいケースでも認定医療法人に対する税率を10%程度まで引き下げることが必要である。さらに、認定医療法人に公的病院と同じ機能を担わせるのであれば、公的病院と同様に完全非課税とするのが筋と思われる。一方、認定医療法人に税制優遇を与え

ることには財務省からの抵抗が予想される。そして、この税制優遇の程度により、認定医療法人に転換する病院の数が大きく変動する。この点を認定医療法人に対する税率が0%と10%の2つのケースで吟味すると、次のようなことが指摘できる。

税率を既存の公的病院と同じように0%（非課税）にするケース

認定医療法人には公的病院と同格の非営利性、公益性を要求する以上、税制上も既存の公的病院と同様に非課税とするのが当然と思われる。また、そうでなければ、実態が民間でありながら“その他公的”として非課税になっている厚生連病院や済生会病院などとのバランスがとれない。

現在非課税である公的病院が認定医療法人に転換して非課税扱いになっても、国や自治体の財政には中立である。これに対して、民間病院から認定医療法人に転換した場合には、税収減の影響が出る。しかし、認定医療法人創設の効果は、税収のプラスマイナスに限定した狭い視点ではなく、国・地方を合わせた財政収支全体の視点から判断すべきである。認定医療法人活用により公的病院の経営効率が改善、赤字補填をはじめとする補助金削減が実現することを考えれば、財政収支全体ではプラスになる可能性が高いからである。

税率を10%にするケース

前述のとおり、認定医療法人の中で最も数が多いのは、今後新設される予定の公的病院がスタート時点から認定医療法人になるケースと予想される。従って、認定医療法人に10%の低率課税するのであれば、「非課税であるはずの公的病院が認定医療法人になることによる増収」が「民間医療法人が認定医療法人となって税率が下がることによる減収」を上回る可能性が高い。しかし、自治体病院から認定医療法人になった病院からの税収が国に入ってしまう、当該自治体に還元されないのであれば、認定医療法人に転換する自治体病院は激減する。なぜなら、既に行われている事務組合方式でも病院グループ形成のホールディングカンパニー機能を構築することは可能だからである。

従って、少なくとも自治体主導で創る認定医療法人だけは非課税とするか、あるいはその税収を自治体のものとするのが不可欠である。また、民間病院から転換した認定医療法人も既存の公的病院と協力して地域医療計画に貢献し、近い将来地域統合される医療保険と一体となった経営がなされることを勘案すれば、民間病院から転換した認定医療法人からの税収も国ではなく自治体に帰属させるべきと思われる。そのバスターとしては、自治体病院に対する国の補助金（2002年度202億円）カットが一案である。いずれにせよ、認定医療法人に対する課税権と税率は、小泉政権が掲げる三位一体改革（国庫支出金を減らし、地方に税源移譲し、地方交付税を見直すことで地方分権を進める）と密接な関係にある問題なのである。

3．認定医療法人がホールディングカンパニー機能を果たす

3.1 総務省が自治体病院を核に日本版IHNを目指し始めた

厚生労働省による認定医療法人創設案提示の直前にあたる 11 月 30 日に、自治体病院を所管する総務省が、「地域医療の確保と自治体病院のあり方等に関する検討会」報告書を公表した。その中で「自治体病院の再編・ネットワーク化の効果」として示された次の考え方が、認定医療法人との関係で重要である。

～ < 「地域医療の確保と自治体病院のあり方等に関する検討会」報告書より抜粋 > ～

・・・地域全体で自治体病院の在り方を検討するとして、解決に向けた有効な方法が、地域における自治体病院について、基幹病院には、中核的な医療機能を持たせ、それ以外の病院・診療所においては、日常的な医療確保を行うこととし、機能の再編を行うとともに、病院相互、病院・診療所の連携を密にし、全体をネットワーク化する方法である。この取組を徹底させれば事業統合ということになるが、連携・ネットワーク化の強弱により、取組手法としては、いくつかのバリエーションもありうる。

この自治体病院の再編・ネットワーク化には、以下のような効果があると考えられる。

現在の病院機能を見直し、再編を行うことで、新たな医療ニーズに対応した医療サービスの提供が可能になる。

病院の機能分担による機能の特化により、効率的な医療提供が可能となる。

基幹病院への医師の集中により、医療の質が確保され、結果として症例数の多い病院となり、医師確保を行いやすい環境となる。

こうした効果があるにもかかわらず、現状を脱しきれない状況にあるが、多くの関係者にこうした利点を理解してもらうとともに、実例の積み上げにより、地域間の医療レベルアップ競争が生れることが期待される。それだけに基幹病院の機能は重要であるとともに、一定の広がりを持った地域、たとえば二次医療圏あるいはより広い圏域での取組が期待される。・・・

この文章から、総務省が自治体病院を核に日本版 I H N を構築することを目指し始めたことが明らかである。ちなみに、日本と同様、米国にも 1 千を超える自治体病院がある。そして、米国の自治体病院の多くが、上記目標を既に達成し、地域社会の医療セーフティネット機能を果たしていることから、わが国の自治体病院改革の方向を検討する上で非常に参考になる。

例えば、筆者が 2004 年 3 月に訪問したサラソタ記念ヘルスケアシステム（所在地フロリダ州サラソタ郡）を例に、米国の自治体病院を核にした I H N の特徴を列挙すると、次のとおりである。

* ボードメンバー 9 名は、各地区から選挙で選ばれる。このボードメンバーの任務は、経営執行幹部職員の職務遂行状況監督と、毎年自治体の税収入のうちどのくらいを医療に使うべきかを自治体に意見具申することにある。そして、経営執行幹部以下職員全員が民間人である。つまり、民間企業と同様にガバナンスと経営執行が分離しており、「ガバナンスは自治体、仕事は民間人」という仕組みになっている。

- * 低所得者救済などの政策医療コストの財源については、自治体の固定資産税収入から補助がある。また、新築中の病院の投資コストのうち約3分の1は、地方消費税収入から補助を受けた。
- * ボード会議の状況は、テレビ中継され地域住民に公開されている。
- * サラソタ記念ヘルスケアシステムの年間医業収入は4億2000万ドルであり、米国内のIHNとしては規模が小さい。しかし、心血管医療ではグローバルスタンダードを達成し、電子カルテを自主開発するなど、医療とマネジメントの質は高い。
- * 財団の年間寄付金収入は、200万ドル～250万ドルで医業収入の1%以下。寄付金収入の約半分は、将来における新病院建設などに備えて積み立てている。

上記のうち、わが国の自治体病院が取り入れるべき最も重要な特徴は、「ガバナンスは自治体、仕事は民間人」という部分である。なぜなら、わが国の自治体病院の構造赤字の元凶が、民間病院に比べて高い人件費にあるからである。従って、自治体病院が今後どのような改革案を地域住民に提示するにしても、仕事は民間人 非公務員化という条件が必須要件である。

3.2 IHNの最低医業収入規模は約500億円

また、総務省が上記報告書の中で「・・・二次医療圏あるいはより広い圏域での取組・・・」と記したことに注目する必要がある。これまでわが国の医療計画は都道府県毎に作成され、その際、当該医療圏で完結すべき医療のレベルが高まることに合わせて一次医療圏 二次医療圏 三次医療圏という概念を使用してきた。このうち二次医療圏が、「身近で一般的な医療を確保できる圏域であって、保健医療施策を担う中核的な行政機関としての保健所が原則として各1か所含まれる範囲」の標準として、医療計画策定上重視されてきた。しかし、2004年9月に公表された「医療計画の見直し等に関する検討会」ワーキンググループ報告書が指摘するように、次のような問題を抱えている。

- * この二次医療圏の平均的な人口規模は約35万人である。しかし、二次医療圏の実態を分析すると、人口や面積に大きなばらつきがある。また、人口全体の約半分が全医療圏の7分の1に集中しており、人口規模最大の名古屋は最小・隠岐の122倍の規模であって、3分の2の二次医療圏は人口が平均以下となっている。さらに、二次医療圏の面積が最大の十勝は最小の南河内の273倍の広さを有している。
- * 二次医療圏の設定が都道府県単位で完結することとなっていることから、都道府県を越えた県境地域の住民の受療行動を反映できない。
- * 大都市では人口が密集し、医療機関もそれに対応して多数存在している、また交通網の発達により、住民の受療行動が一定の地域内で完結しないことが指摘される。このため、大都市においては、全体を一つの二次医療圏として捉えるべきとの考え方があり、二次医療圏の概念を実現しにくい状況となっている。
- * 一部の二次医療圏では市町村等の既存の行政区域を重視し、日常生活圏や住民の受

療行動と合わないものも存在する。

- * 臓器移植等三次医療圏を越えて広域的なネットワークが存在する医療や、救命救急センター、総合周産期母子医療センター等、二次医療圏と三次医療圏の中間に属するような医療が存在することから、医療に関してその機能ごとに明確に一次医療圏、二次医療圏又は三次医療圏と振り分けるのは困難である。

従って、自治体病院を核に日本版 I H N を構築する場合の医療圏の基準を二次医療圏とすることは不適切であり、別の判断基準が求められる。この新しい判断基準を探求する上でヒントになるには、国民が医療提供者に求めているのはあくまで“グローバルスタンダードの医療”であるという点である。21世紀に入り医療技術の進歩は、ますます加速している。医療機関がグローバルスタンダードを維持するためには、技術進歩に合わせて投資をし続けなければならない。1つの病院グループがその投資財源を自力で獲得するためには、マネジメント力に加え、一定規模以上の医業収入が必要である。私見では、この日本版 I H N を構築するための最低医業収入規模は、約 500 億円が妥当と考えている。医業収入合計が 500 億円の自治体病院グループが経営効率化を図れば、技術進歩に合わせて3～4年に1つのペースで先端医療施設を建設し続ける財源を捻出することが可能になるからである。

3.3 東総医療圏の自治体病院群が有力候補

この医業収入が約 500 億円という条件をクリアし、自治体病院を核にした日本版 I H N の有力候補として、千葉県東総医療圏の旭中央病院を中心とした自治体病院群がある。旭中央病院は、1市3町（旭市、飯岡町、海上町、干潟町）が共同設置者となり 1953 年に開設した自治体病院であり、その医療の質とマネジメントが優れていることから全国の自治体病院のモデル的存在である。図表 1 のとおり、2002 年度は総収入 251 億円に対して 10 億円の利益をあげており累積赤字もない。これに対して、旭中央病院の周辺にある 10 病院は、合計総収入 298 億円に対して 13 億円の赤字を計上、累積赤字も 121 億円である。また、旭中央病院以外の自治体病院は、医師をはじめとする人材確保にも苦しんでいる。しかし、この旭中央病院以外の 10 病院が抱える赤字体質と人材確保難は、旭中央病院と共に日本版 I H N を創ることで解決可能であり、かつそうすることが旭中央病院にもメリットをもたらす。

設置者の異なるこれら 11 の自治体病院を核に I H N を構築する方法としては、全病院の資産を現物出資してもらうような形で一気に経営統合し、経営の意思決定や収益管理を一元化することがベストである。しかし、実際には I H N のメリットを体感する以前に、関係者の間で経営統合へのコンセンサスを得ることは容易ではない。従って、I H N の原型を組成した後、経営統合のメリットを積み上げ、5～6年後に本格的統合を図ることが改善の策として考えられる。そこで、この経営統合のメリットを発揮する時のホールディングカンパニー機能を担う受け皿として、認定医療法人を創設することが大きな意義を持つ

てくるのである。

図表 1 東総医療圏自治体病院の基礎データ
 ~ 2002 年度実績：単位 億円 ~

	東総医療圏自治体 11 病院合計	うち 旭中央病院	旭を除く 10 病院
総収入	549	251	298
入院・外来・室料等	460	225	235
国庫補助金	14	1	0.4
都道府県補助金	14	1	0.5
他会計補助金・負担金	63	14	49
総費用	550	241	309
職員給与費	270	103	167
材料費	130	74	56
経常損益	3	10	13
未処理欠損金（累積赤字）	121		121
職員数	3,243 人	1,591 人	1,832 人

（出所）地方公営企業年鑑より作成

3.4 統合メリット享受の具体的方法

この認定医療法人を通じた統合メリット享受の具体的方法の第 1 は、共同購買によるコスト引き下げである。現状を見ると、旭中央病院だけは、自ら努力することで医薬品・医療材料の購買コストを民間病院並みに引き下げることができている。これに対して、残りの 10 病院は、民間病院対比で平均 20% 以上高く買っているとのことである。その年間購買金額は 56 億円であるから、努力不足によるコスト高は赤字 13 億円の匹敵する。従って、仮に 11 病院で共同購買を行い、10 病院の購買コストを旭中央病院と同じレベルにまで引き下げることができれば、10 病院全体が黒字化する。一方、旭中央病院にすれば、他の 10 病院の購買コストが下がっても自分の購買コストが下がるのでなければ、共同購買に参加するメリットはない。そこで、米国の共同購買が行っているように、貢献度に応じて共同購買による成果を会員病院間で配分する工夫が求められる。具体的には、11 病院トータルで節約できた金額を、購買量などに比例して配分するのである。もちろん、IHN の経営統合度が高まり経営の意思決定と収益管理が一元化される段階に至れば、このような節約金額の配分は必要がなくなる。

メリット享受方法の第 2 は、医療 IT 投資を共同で行うことである。米国、カナダ、オーストラリア、イギリスなどの欧米諸国では、医療情報の標準化を政府主導で強力に押し進め、近い将来患者や医師たちが必要な医療情報に何時でも何処からでもアクセス可能な

システム構築を目指している。米国では政府の動きを先取りする形で、民間事業者である IHN が医療 IT 投資を開始した。その特徴は、病院単位ではなく自らが事業展開している広域医療圏単位で IT 活用をデザイン、投資する点にある。一方、わが国の場合、何年も前から類似の構想が打ち出されていながら、医療情報の標準化と活用は遅々として進んでいない。医療 IT 投資は、依然として個々の病院単位で計画、実行されており、極めて割高なものになっている。これに対して、IHN に参加する自治体病院や連携先医療機関が共通のアプリケーションを使うことにすれば、IT 投資単価を大幅に引き下げることができるし、情報共有が容易になることから IT 投資の経済効果を高めることができる。

メリット享受方法の第 3 は、人材プールである。前述したように、自治体病院改革の必須要件は“非公務員化”である。しかし、同じ広域医療圏にある自治体病院であっても、設置者である自治体が異なれば経営状況に格差があるため、非公務員化にタイムラグが生じる。また、旭中央病院のようにブランド力のある所は例外にして、ほとんどの自治体病院は、医師不足、看護師不足、マネジメント人材不足に陥っている。就職先として自治体病院に人気がないのは、研修プログラムが未整備の中で過重労働を強いられるというイメージが定着していることも一因である。そこで、非公務員化を着実に進めつつ必要な人材を確保する方法として、IHN に参加している病院が新規に獲得する人材全てを認定医療法人所属とし、IHN 全体で育てていくという仕組みが有望と思われる。

3.5 目標はグローバルスタンダード

このように認定医療法人を触媒として自治体病院を核にした日本版 IHN を創ることは、東京、大阪などの大都市よりも地方ほど実現が容易である。なぜなら、大都市には自治体病院のライバルとなる様々なタイプの病院が存在しているため、仮に IHN を形成できたとしても患者獲得のための地域連携を IHN 主導で創ることがより難しい。そもそも自治体病院が無くなっても地域住民は困らない。これに対して、東総医療圏のように自治体病院以外に有力な民間病院が存在しない地域では、一次診療を担う開業医との連携ネットワークも作り易く、各自治体の長の間で合意が成立すればトップダウンで IHN を構築することが可能だからである。このような条件を備えた広域医療圏は全国各地に存在する。例えば、青森県がある。青森県の場合、人口 148 万人の医療圏に 33 もの自治体病院がある。その医業収入合計は約 1 千億円であり、県全体の医療費約 4 千億円の 4 分の 1 を占める。これまで近隣の自治体病院の間で機能分担を決めることなく重複投資による無駄を放置してきた結果、自治体病院全体で 700 億円近い赤字が累積している。しかし、従来の体制に無駄が多い分だけ、IHN を構築した時のメリットも大きいと期待することができる。

一方、日本版 IHN を構築可能な広域医療圏が全国各地に存在するということは、新たなチャレンジに直面することを意味する。全国各地に IHN が誕生し競争が激化すれば、同じ戦略をとっている限り、人材、患者、研究資金が自分たちの IHN に医療圏外からもやってくる保障がないからである。ここで大切なのは、患者が求めているのは“グローバ

ルスタンダードの医療”だという判断基準の原点を思い出すことである。医師をはじめとする人材、研究資金を出す企業や政府も、IHNに対してグローバルスタンダードの医療とそれを実現するマネジメント力を求めている。つまり、医療技術の進歩が加速する中で、グローバルスタンダードの医療とマネジメント力を維持し続ける体制を築き、ブランドを確立したIHNだけが優位に立つことができるのである。

前述のとおり、わが国にも米国のIHNに類似した病院グループとして厚生連病院グループや板橋中央病院グループなどが既に存在する。しかし、米国のIHNと比較すると、医療の質やマネジメント力でグローバルスタンダードに達しているとは言い難い。従って、自治体病院がIHNを形成し、わが国初のグローバルスタンダードに達したIHNとなるチャンスは十分にある。その近道として、BJCヘルスケアやセンタラヘルスケアなどトップ評価のIHNと業務提携し人材・技術交流することが有効である。米国のIHN側のメリットとしては、日本でまだ承認されていない医療技術の適用を求める患者の獲得、日米のIHNで医療材料等の共同研究開発体制を整えることでより多くの研究資金を獲得、などがある。実際、米国のIHN首脳に打診したところ、「日本に本格的なIHNが誕生するのであれば協力したい」と強い関心を示した。

4. おわりに

2004年は医療改革の方向を決定づける様々な重要テーマが議論された年であった。これらのテーマと認定医療法人の関係に言及することで、本稿を締めくくるとしたい。

第1は、混合診療解禁論争における認定医療法人の位置づけである。混合診療とは、保険適用診療と自由診療（保険適用外診療）を併用して医療提供することである。わが国の場合、医療保険制度の現物給付という原則を守るという理由から混合診療は禁止されている。そのため、混合診療を希望した患者は、保険適用診療分も含めて医療費の全額を自己負担しなければならない。ただし、その例外として予め定めた診療についてだけ混合診療を認める特定療養費制度が設けられている。混合診療解禁の要望が強まった背景には、公的医療保険制度の財政破綻リスクが上昇していることから、今後の医療費増加分のうち患者自身に負担してもらおう割合を高めざるを得ないという事情がある。激しい論争の末、結局、特定療養費制度の適用範囲を拡充する形で実質的に混合診療解禁に近い落とし所に収まった。

しかし、これまでの混合診療解禁論争には最も重要な視点が抜け落ちていたように思われる。それは、高度先進医療の混合診療で禁止すべきは、医師が利益目的で患者に対し「自由診療の方が保険適用診療より治療効果が高い」とアドバイスする“自由診療誘導不誠実行為”であるという点である。この自由診療誘導不誠実行為を防止するためには、その利益が特定の個人ではなく社会に還元される仕組みの下で高度先進医療の混合診療が行われるようにする必要がある。そこで、民間病院に高度先進医療の混合診療を認める資格要件

として、医療提供能力のみならず認定医療法人であることを条件にすることが検討に値するように思われる。

第2は、国立大学付属病院と地元で形成されるIHNとの業務提携の推奨である。冒頭で述べたとおり、医療技術の進歩が加速する中で病院や医科大学がグローバルスタンダードの先端を走り続けるためには、それに必要な財源を補助金に頼らず自力調達する能力が必須要件である。そのための最強モデルは、「広域医療圏単位で病院グループを形成、この病院グループと医科大学が業務提携することで重複投資を解消、世界中から患者、人材、資金が集まる仕組み」である。一方、わが国の国立大学は、2004年4月より法人格を与えられ、教育・研究に加え経営にも責任を持たねばならなくなった。経営責任のうち最も大きな課題が付属病院の経営近代化である。仮に付属病院の収支が予算を下回る状況が続けば、他学部の予算を削って穴埋めすることを余儀なくされる可能性が高いからである。

さらに、付属病院の責務である臨床研究と臨床教育においてグローバルスタンダードを達成、維持するためには、医療技術の進歩に合わせて設備投資をし続けなければならない。付属病院の設備投資は、これまで財政投融资資金からの借入金で賄われてきた。財政改革の行方しだいでは、この財政投融资資金からの借入れの道が閉ざされ、市場からの資金調達を迫られる可能性がある。また、仮に財政投融资資金からの借入れの仕組みが存続するにしても、付属病院単独でグローバルスタンダードに追随することは不可能である。

この難局を打開する有力な方法は、付属病院の経営を実質的に大学から切り離し、自治体病院が核となったIHNと統合経営することで重複投資を解消、臨床研究と臨床教育のフィールドをIHNに求めることである。わが国では、国立大学付属病院、県立病院、県庁所在地市立病院が狭い医療圏内で設備投資競争をしているが、これほど無駄なことはない。付属病院は、国立大学の法人化と伴に非公務員化されているわけであるから、大学から完全分離した上で認定医療法人に転換、自治体病院がIHNを形成する時のホールディングカンパニーになることを目指すべきではないかと思われる。

第3は、医療保険地域統合の時代における医療計画策定と認定医療法人のメリットである。厚生労働省は、医療保険を都道府県単位で地域統合する方向を明らかにしている。これは、医療関連物価水準に大きな地域格差があるにも関わらず診療報酬を全国一律としてきた弊害を是正するためにも、正しい政策と評価できる。また、地域によって人口と疾病の構造が異なることから、地域住民の健康向上のために必要な施策も異なり、かつ変化し続けている。従って、医療保険を地域統合した後は、都道府県に対して診療報酬決定に関する一定範囲の裁量権が与えられることになると予想される。都道府県に診療報酬決定の裁量権を与えることは、現在政治問題になっている中医協改革にも影響が及ぶという点で重要である。

この医療保険地域統合の時代に各都道府県が医療計画策定の責任を果たすためには、その判断基準となる医療情報の集積が不可欠である。諸外国では、この医療情報の集積が国策として進められてきた。しかし、わが国の場合、医療IT投資の遅れもあってほとんど

できていない。この遅れを挽回するためにも、認定医療法人を活用して日本版 I H N の形成を促し、半ば強制的に医療情報の集積を図る必要があると思われる。

一方、認定医療法人がその地域医療圏で果たしている機能は、医療計画に反映される。その結果、非営利性・公益性の高い認定医療法人がその機能を十分に発揮している限り、ライバルとなる医療機関の新設が承認される可能性は小さくなる。つまり、出資持分を放棄して認定医療法人に転換した病院経営者にとって、医療計画策定時に自らの存在をアピールできるメリットは非常に大きいのである。

(参考文献)

規制改革・民間開放推進会議 2004 『規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申』
2004年12月24日

厚生労働省 2004 『第4回：医業経営の非営利性等に関する検討会資料』 2004年12月
10日

厚生労働省 2004 『医療計画の見直し等に関する検討会：ワーキンググループ報告書』
2004年9月

国立大学医学部附属病院長会議 2002 『「国立大学法人化後の国立大学附属病院の運営に
ついて」』 2002年12月

財団法人地方財務協会 2004 『平成14年度 地方公営企業年鑑』

総務省 2004 『地域医療の確保と自治体病院のあり方等に関する検討会報告書』 2004
年11月30日