



医療・福祉の質向上と経済成長の二兎を追う

医療・福祉ビジネス 3つの具体的行動

2012年5月11日

公益社団法人 経済同友会

医療・福祉の質向上と経済成長の二兎を追う
- 医療・福祉ビジネス 3つの具体的行動 -

< 目 次 >

- 1 基本的な考え方：医療・福祉の質と経済性の向上の同時実現…………… 1
- 2 医療・福祉ビジネスの概況と着目すべき領域…………… 2
- 3 二兎を追う「3つの具体的行動」…………… 3

具体的行動(1) 医療データ(診断、治療内容、アウトカム)の蓄積・活用から、医療の質の向上と関連業界のイノベーションを促進する

スウェーデンにおけるケース…………… 4

日本における現状の動き…………… 5

学会主導により収集された症例データ

(独)国立病院機構の取組

厚生労働省における取組

- a レセプト情報・特定健診等情報データベース
- b DPC 指定病院より収集されたデータ
- c 医療情報データベース基盤整備事業

医療データから、医療サービスにかかるインフラの構築を…………… 9

医療データの収集・活用を国家戦略の一部として位置付け、医療データ活用推進の国家ビジョンを明らかにせよ

国は、ビジョンの作成、人材育成、システム運営のサポートに徹し、医師は、具体的なデータの定義・収集・活用の主導的な役割を果たせ

将来課題として、現在検討中の「マイナンバー」とリンクさせ、パーソナルヘルスレコードの実用化を

具体的行動(2) 医療・介護サービスプロバイダーに対し、経営(生産性)と医療・介護サービスの両面での質の向上のインセンティブを強化する

医療サービスプロバイダーの強化を…………… 12

まずは、経営情報データとクリニカルパス等の医療データを開示せよ

改正 PFI 法や特区制度を活用し、公的病院の経営の民間委託や医療圏内の役割分化と連携を実現せよ

将来課題として、医療の経営改善の成果を医療分野の更なる発展へと
繋げよ

介護サービスプロバイダーの強化を..... 15

具体的行動(3) 日本のヘルスケアシステムの輸出・海外普及を支援する

国は、日本の医療・介護システムをブランド化せよ..... 17

国は、医療・介護インフラ輸出の国家戦略を構築し、医療界や経済界な
どと共にインフラ輸出に取り組み..... 18

おわりに.....19

1 基本的な考え方：医療・福祉の質と経済性の向上の同時実現

日本は、明治以来、保健衛生・医療制度を拡充し、国民皆保険制度のもと、世界最高レベルの長寿国となった。また、世界の中でも早期に介護保険制度を構築するなど、高齢化対応も一歩先んじているだけでなく、多くの試行錯誤と様々な経験を重ねてきた国である。

経済成長に伴う長寿化及び少子化は、世界的な傾向であり、新興国各国においても、医療・福祉関連の制度・社会システム構築が急速に進む可能性が高い。したがって、今後は、個々の企業にチャンスが生まれると同時に、国として、日本発の医療・福祉システムを海外展開する可能性も拡大すると思われる。

一方で、永らく有効であった諸制度は、今、綻びを見せ、様々な問題を生んでいる。

周知のとおり、少子高齢化、先端医療の進化、終末期を自宅ではなく病院で迎える人々が大多数¹となる、といった諸要因から、財政負担上も現行諸制度の継続可能性が疑問視されるに至っている。

また、皆保険制度下で、いわば「計画経済」システムを守ることと、国民の医療・介護ニーズ充足が同一視されてきたが故に、日本における関連ビジネスのイノベーションや生産性向上への取り組みが、十分に行われてこなかった観がある。もともと、医療・福祉分野に関しては、経済性と、国民の厚生 of 極端な二項対立の議論に陥りがちであり、イノベーション、生産性向上、経済成長施策についても、調整型とならざるを得ない行政システムの中で、その具体的果実が得られにくかった。

日本が経済成長を取り戻すためには、GDP の 73.6%²を占めるサービス産業の強化・生産性向上が不可欠である。中でも、高齢化が加速的に進む中でニーズの拡大が確実であり、かつ国内で雇用を生む医療・福祉ビジネスの強化・生産性向上は必須である。

そこで、我々経済同友会は、

- ・ 医療・福祉の質の向上
- ・ 経済成長への貢献（イノベーション促進、生産性向上）

の「二兎」を追い、国民・社会にとってポジティブな変化実現を目指すための提言を行う。

¹ 厚生労働省人口動態年報「死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移」から、病院 77.9%、診療所 2.4%、老人介護保健施設 1.3%、助産所 0.0%、老人ホーム 3.5%、自宅 12.6%、その他 2.3%（いずれも 2010 年）

² 平成 22 年（2010 年）度国民経済計算確報「経済活動別（産業別）GDP の構成比（名目）」より第 3 次産業の構成比

2 医療・福祉ビジネスの概況と着目すべき領域

厚生労働省の「平成 22 年度医療費の動向」(2011 年 8 月 26 日発表)によれば、平成 22 年度(2010 年度)の医療費は、前年度比約 1.4 兆円増加(8 年連続増加)し、約 36.6 兆円である。内訳は、

- ・ 医療サービスおよび介護サービスの提供が 25.2 兆円³
- ・ 製薬領域が 8.9 兆円⁴
- ・ 医療機器領域が 2.6 兆円⁵

と推定される。そこで、経済全体へのインパクトを考えると、医療・介護サービス、医薬、医療機器、の主要 3 領域の競争力強化・生産性向上が最も大きな意味を持つ。

医療・福祉ビジネスには、多彩なニッチ領域が存在し、その中には多くのビジネス・アイデアがある。しかし、日本の医療・福祉ビジネス全体の競争力や、日本の経済成長へのインパクトを考え、主要 3 領域におけるイノベーションと生産性向上に焦点を当てることにした。

³ 病院・一般診療所の治療、医療サービス、入院費が 16.9 兆円、介護のサービス提供が 8.3 兆円

⁴ IMS ジャパン社ホームページ掲載、2010 年医薬品市場統計売上データより

⁵ エスピコム(Espicom Business Intelligence)社 所有データより

3 二兎を追う「3つの具体的行動」

具体的行動(1) 医療データ（診断、治療内容、アウトカム）の蓄積・活用から、医療の質の向上と関連業界のイノベーションを促進する

スウェーデン等の北欧諸国では、診断・治療内容・アウトカムに関する医療データを、国の政策として蓄積し、活用するという動きを長年にわたって行っている。その中で、データの標準化と医療上の活用は学会等、医療のプロが実施する一方、国は、情報の活用ルール策定、関連する法律や、データの整備への国費補助等を担っている。

これは、データを活用した医師間のベストプラクティス等を通じ、明確な治療結果の改善という患者価値を生むとともに、合併症や再手術の削減という形で、医療の費用対効果向上にもつながっている。

こういった「レジストリー（Registry）」と呼ばれる、医療データベースの構築・活用の有効性は広く認められるようになってきている。欧州では広い範囲での標準化の動きがあり、また、制度の異なる米国でも学会を中心とした同様の動きが始まっている。

医療の質の向上、費用対効果改善などのメリットに加え、きちんとした個人情報取り扱いルールがあれば、この種のデータベースは、製薬メーカー、医療機器メーカーの研究開発推進において、大きな価値をもつイノベーションインフラともなり得ることが、諸外国における医療データ蓄積・活用加速化の背景にあると考えられる。

一方、日本においては、急性期病院を対象にした診療報酬の包括支払制度である「DPC制度」(DPC/PDPS)⁶の導入時に、「無駄な検査等を防ぐ」という観点から、「DPCデータ」という名称の標準データが定義され、急性期病院の大部分⁷がその入力を行うようになった。しかし、行政レベルでは、このデータは、保険料の支払いのみに使われているのが実情であり、せっかく入力されたデータが、医療の質の改善や、イノベーションの促進に活用されていない。

一方、学会、病院、民間企業ベースでは、それぞれ独立した形で、複数のデータベースが構築され、活用が始まっている。この動きを活かしつつ、より大きなメリットを生じせしめ、国としてのビジョン提示と具体的政策の立案・実行を行う価値は大きい。逆に、これが速やかに行えない場合には、標準化されていないデータベースが乱立するリスクがある。

⁶ Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System（診断群分類包括評価/1日当たりの支払い制度）。2003年4月の閣議決定に基づき導入。本来DPCは、患者分類としての診断群分類の意味で作られた略称であり、支払制度の意味は含まれない。このため、支払制度としての「DPC制度」の略称については「DPC/PDPS」とすることで、2010年12月16日の厚生労働省DPC評価分科会において整理された。

⁷ 2012年4月1日見込みで1,505病院、約48万床となり、全一般病床の約53.1%を占める。（2012年3月28日中央社会保険医療協議会総会（第222回）資料）より）

第 1 ステップ：国としてのビジョンの提示と個別イニシアティブの支援

欧米で構築・活用が進むレジストリーデータベースに比肩する医療データベースを、我が国のフリーアクセス環境に合わせた形で構築するビジョンを提示する

医療データの学会による定義の支援、個人情報取り扱い上の課題解決、製薬・医療機器等関連業界によるイノベーションへの活用に向けた基本ルールの整備、などをビジョンに含め、かつ、必要な法整備等を行う

個々の試み（日本外科学会、国立病院機構、民間企業など）による蓄積データを活かし、将来の統合運用に道筋をつけ、その支援策を打ち出す（データ入力人材の養成、データベース構築・運営の支援など）

DPC データを利用価値の高いデータベースにする方針を定め、実行する

第 2 ステップ：2015 年の社会保障と税の共通番号制度の導入にあわせて、パーソナルヘルスレコードを実用化する

スウェーデンにおけるケース⁸

スウェーデンには 1968 年から 2005 年までの間に、小児急性リンパ性白血病と診断された患者の診断後の生存率についてのデータがある。1973 年に国によるレジストリーの使用を開始したが、開始前の 10 年生存率は 5% であった。これが、1973 年以降には、レジストリーにより症例を集めて、医師の間でベストプラクティスを共有し、その成果を広めていくことにより、10 年生存率が 42%（1981 年）、73%（1991 年）と上昇し、2001 年には 84% に達した。

この間、小児急性リンパ性白血病にかかる画期的な新薬が出たわけではない。既存の薬をどのような状況の患者にどのようなタイミングで投与するかについて、レジストリーを基に科学的に分析し、それを医師がベストプラクティスとして共通の知識とただけである。これにより、患者にとって、「最も治療効果の高い治療方法を、どの病院でも受けられる」ようになったことの価値は非常に大きい。

加えて、白血病以外で、手術に関わるような分野においては、再手術が減り、術後の異常発生も減少したことで医療の成果が上がり、コスト効率も上昇した。

データを収集し、医師を中心としたプロが科学的にデータを活用（ベストプラクティスを推進）することで、欧州では、患者にとっての価値が大きく

⁸ 御立尚資「スウェーデンに見る医療制度の未来像」（日経ビジネスオンライン 2011 年 2 月 18 日付所収）より

向上した事例は数多くある。また、欧州全体で、「Value Based Health Care (VBHC)」と言われる「患者にとっての価値」、すなわち医療サービスの結果とそのコストの両方に着目するという考え方により、レジストリーのシステム構築、データ活用の議論が始まっている。

日本における現状の動き

学会主導により収集された症例データ

日本外科学会を中心に、2010年に一般社団法人 National Clinical Database が設立され、翌2011年から、プロ（医師）によるデータ定義、専門医制度とリンクづけたデータ収集⁹の促進、個人情報保護制度に抵触しない形でのデータ解析と利活用が可能となるデータ収集¹⁰が開始された。これにより収集されたデータは、治験・共同研究を通じて、医薬・医療機器企業のイノベーション促進に繋がるものと期待されている。

ただし、この症例データは、外科以外の分野での蓄積・利用は行われていない。また、データの入力及び解析並びにシステムの運営についても、多忙な医師（外科系勤務医）、病院関係者並びに外部 NPO の努力に大きく依存しているなど課題がある。

この他にも、日本腎臓学会では「腎臓病総合レジストリー」¹¹のプロジェクトが行われており、腎臓病診療の我が国発のエビデンスの構築に向けた活動が行われている。

（独）国立病院機構の取組

同機構は、2004年4月に独立行政法人への移行後、機構全体として、

- ・ 地域医療ニーズに合わせた医療の提供
- ・ 地域医療のセイフティネットの中核を担う責任感の醸成

に向けて、独法移行時に設立された「国立病院機構本部総合研究センターデータセンター（NHO 総研）」を活用し、機構内の病院のデータ（DPC データ、クリニカルパスなど）を集約し、機構内の全ての病院がそのデータを活用できる体制¹²になっている。

⁹ National Clinical Database のデータベースに入力したデータでなければ、外科専門医認定のための症例実績として数えない。

¹⁰ 専門医と非専門医の成績の比較検討、臨床研究、医師の適正配置の提言、医療施設ごとの医療評価等

¹¹ 社団法人日本腎臓学会ホームページより

¹² 2011年10月に NHO 診療情報データバンクが稼働を開始した。その中には、DPC データ、レセプトデータ等が集められている。

これにより、病院の種類ごとの経営改善手法の違い、病院の得意分野、紹介の実態などを把握することができる。そこから、地域の中でエキスパート集と症例アップにも繋げている。

この動きは、先に述べた、医療の質の向上と、病院の生産性向上の「二兎」を追っていると言えると考えられる。

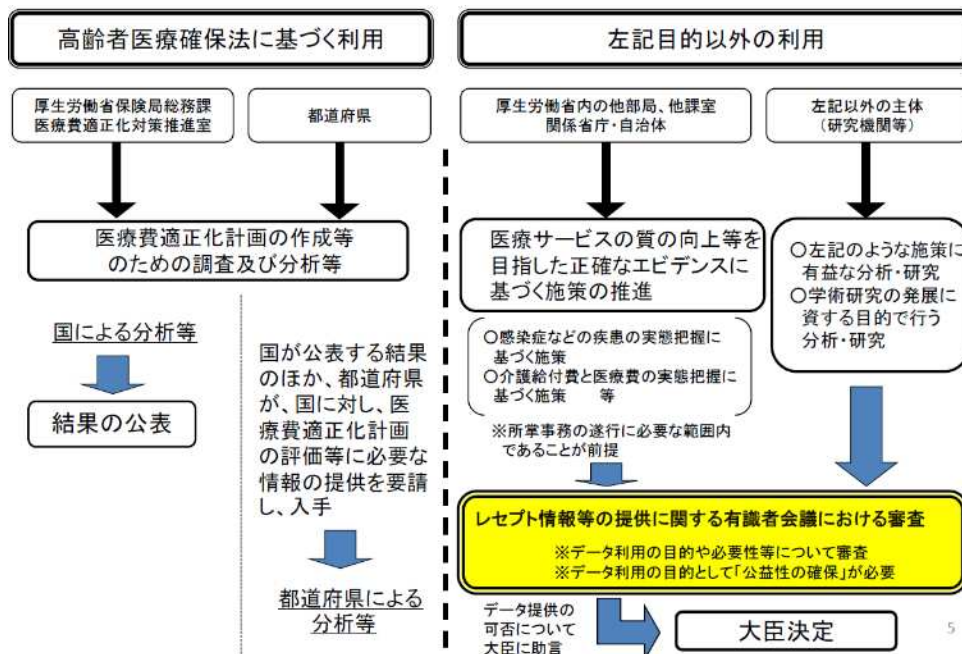
厚生労働省における取組

以下に述べるような複数の取り組みが行われ始めているが、全体としてのビジョン提示、複数の流れを大きく統合する動きには至っていない。

a レセプト情報・特定健診等情報データベース

高齢者の医療の確保に関する法律第16条¹³に基づき、電子化されたレセプトと特定健診・保健指導のデータを国のデータベース（National Database：NDB）に蓄積し、国及び都道府県の医療費適正化計画策定に活用されている。これ以外の目的のための活用については、2011年11月から「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」における審査の試行が開始されており、6件が承諾¹⁴され、大臣決定を経て提供されている。

図1：レセプト情報・特定健診等情報データベースの利用

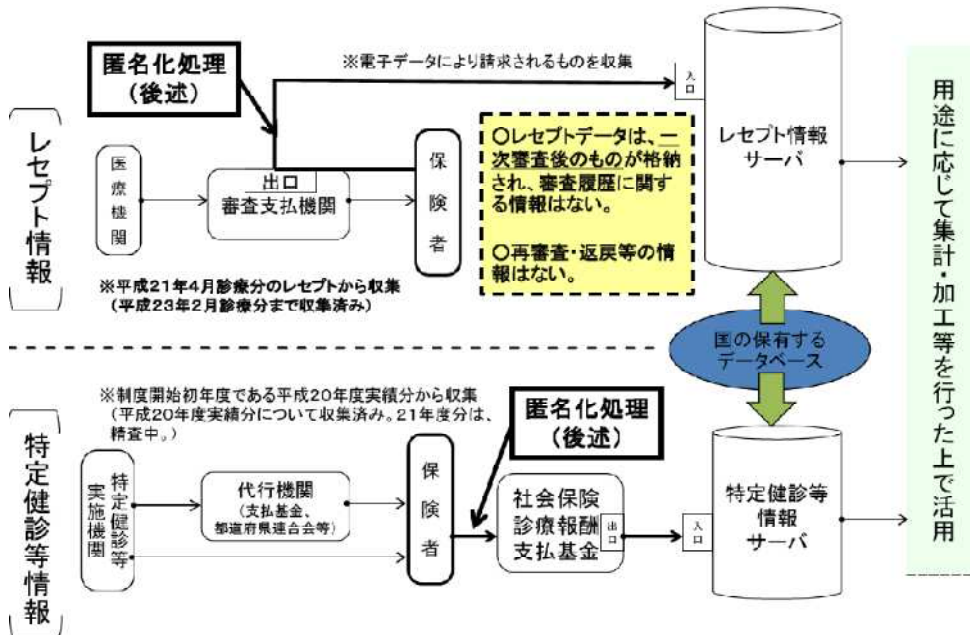


出典：厚生労働省「レセプト情報等の提供に関する事前説明会資料」（2012年3月）

¹³ 同条により、調査分析すべき事項の詳細は、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第5条に定められている。

¹⁴ 一方、37件が不承諾となり、返戻又は再審査となっている。

図 2：レセプト情報・特定健診等情報の収集経路

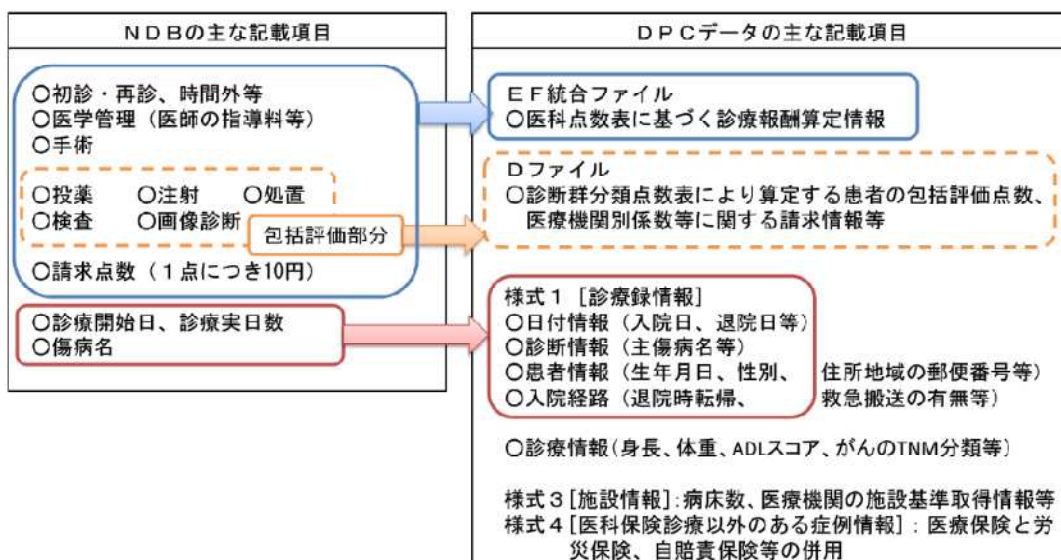


出典：厚生労働省「レセプト情報等の提供に関する事前説明会資料」(2012年3月)

b DPC 指定病院より収集されたデータ

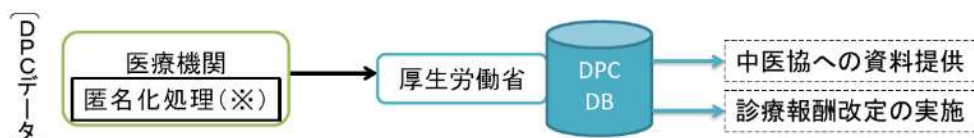
DPC 制度 (DPC/PDPS) の導入に伴い、医療保険制度の中で、DPC の指定を受けた病院は、病名、診療内容及び (30 日以内での) 結果にかかるデータ (図 3) の提出を義務付けられた。これにより、厚生労働省には、標準化されたデータが膨大に収集されるようになった (図 4)。

図 3：レセプトデータ (NDB) と DPC データの記載内容



出典：厚生労働省「第 9 回『レセプト情報等の提供に関する有識者会議』資料」(2012年3月)

図 4 : DPC データのデータ収集過程



出典：厚生労働省「第 9 回『レセプト情報等の提供に関する有識者会議』資料」
(2012 年 3 月)

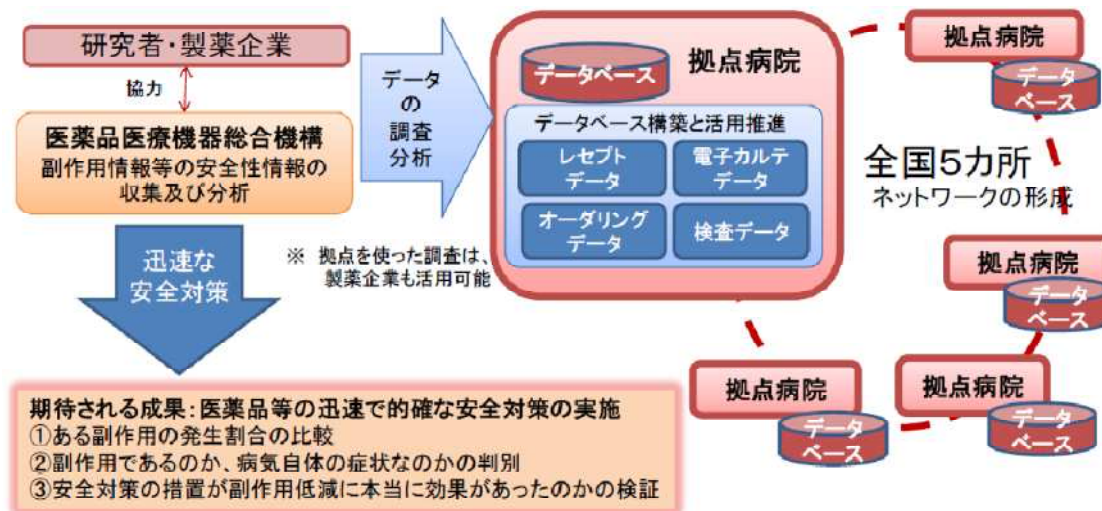
しかしながら、これらのデータについては、保険支払いとのリンク付けを超えた活用が公的な形では行われておらず、経営管理サービス企業¹⁵を通じた、医師による小規模かつ自主的な活用にとどまっている。

加えて、DPC 指定病院より収集されたデータ自体は標準化されているが、電子化した後に DVD に記録して、厚生労働省が保存している。

c 医療情報データベース基盤整備事業

厚生労働省は、全国の大学病院等5カ所に1千万人規模のデータを収集するための医療情報データベースを構築するとともに、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）に情報分析システムを構築し、薬剤疫学的手法による医薬品等の安全対策を推進する事業¹⁶を、2011年度より5年計画で開始した。

図 5 : 医療情報データベース基盤整備事業の概要図



出典：厚生労働省「全国厚生労働関係部局長会議（厚生分科会）説明資料」
(2011 年 1 月)

¹⁵ 急性期医療対象病院の 4 割強の DPC データを入手し、在院日数、コスト、治療方法などの比較を行うことができるシステムを開発し、クライアントである病院に提供している（メディカル・データ・ビジョン株）。

¹⁶ 本件は保険局ではなく医薬品局が担当。

医療データから、医療サービスにかかるインフラの構築を

レジストリーの活用による医療サービスの質と患者価値、並びに医薬・医療機器業界のイノベーションインフラを、日本国内で構築することによる医療サービス自体の価値の向上を考えると、診断・治療・結果に関するデータの収集・活用を、積極的に推進する必要がある。

しかし、日本では、医療機関は、患者からフリーアクセスの環境下にあり、諸外国におけるゲートキーパーに相当する医療機関が存在しない。その為、患者が診療の度に異なる病院へ行った場合、同じ患者のレジストリーが複数の病院に散在するという状況が発生する恐れがあり、レジストリーの活用のメリットを十分に享受できないことが予想される。

そこで、現状存在する病院等のデータを患者にとっての価値向上に繋げるために、具体的に、以下の施策の実行を求める。

医療データの収集・活用を国家戦略の一部として位置付け、医療データ活用推進の国家ビジョンを明らかにせよ

現状は、国として医療データの活用がなされないだけでなく、活用に向けた進展の道筋が見えないという状況に対して、前述の経営管理サービス企業や学会関係者等が、各々の問題意識や使用目的に合わせて、独自の仕様で医療データの構築が行われている。

学会を含めた医療関係者、或いは内外の医薬・医療機器メーカーなど、様々なステークホルダーにとって、医療データ活用により享受できるメリットを明確にするために、国に対して医療データ活用の方向性・ビジョンの明示を求める。

また、そのビジョンでは、当該医療データは国際的に通用するデータであることが求められる。上記の各々の医療データの構築の取組から国際的に活用可能なデータの整備に向けた後押しや、国際標準化の取得に向けた方向性の明示を求める。

これにより、医療にかかる様々な企業の R&D (Research and development : 研究開発) 拠点の維持拡大や新規立地などに加え、日本に対する投資も増えることが期待できる。

国は、ビジョンの作成、人材育成、システム運営のサポートに徹し、医師は、具体的なデータの定義・収集・活用の主導的な役割を果たせ

医療データの活用ビジョンは国が作成し、医療データの運用や実行の主体はプロである医師をはじめとする医療関係者とする。

医療データにかかる人材育成については、看護師経験者が一定程度の IT

基礎スキルと統計学の基礎を習得すれば、医師に代わってデータ入力が可能になるので、国はそれを支援する必要がある。

国は、保険料支払い以外に利活用が進んでいない DPC データを徹底的に活用する方策と、医療機関が独自の様式で入力している電子カルテや検査データの活用策の明示を求める。

医師の側では、データ入力へのインセンティブを高めるために専門医認定制度とリンクさせるなど、外科系学会のみならず、医療関係者全体でデータを集める為の仕組みの策定を求める。

将来課題として、現在検討中の「マイナンバー」とリンクさせ、パーソナルヘルスレコードの実用化を

本年 2 月、「個人識別番号法案（マイナンバー法案）」が閣議決定¹⁷された。そこで、国に対して、これを契機にして将来的には、以前から検討されていた「どこでも MY 病院」構想のような、パーソナルヘルスレコード（Personal Health Record）¹⁸の実現に向けたビジョンの明示を求める。

その際に、氏名、性別、既往症などの個人情報については、法律家を交えて具体的な検討を進め、守秘義務（刑法第 134 条第 1 項など）と個人情報保護（「医療・介護事業者における個人情報の適切な取扱いに関するガイドライン」（厚生労働省：平成 22 年 9 月 17 日改正）など）の問題をクリアできるような取り扱い方¹⁹を明確にする。また、ここでの検討は、患者益、国民益の観点から、検討が先送りされることなく、前向きに進むことを期待する。

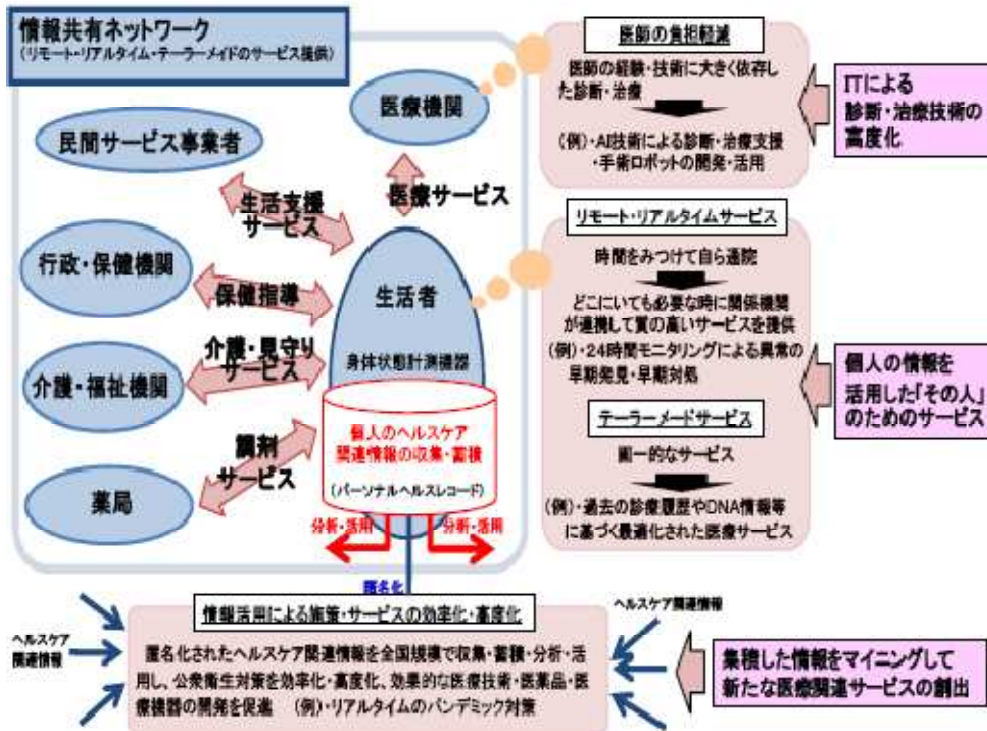
その上で、我々ビジネスパーソンは、このデータを使って、患者にとっての価値を上げるような医療データの利活用に向けたイノベーションを起こしていかなければならない。

¹⁷ 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律案（2012 年 2 月 14 日閣議決定）

¹⁸ 個人が自らの健康に関する情報を、自己管理の下に集約・累積した記録、または、このような情報集約化を実現するツールやシステムのこと

¹⁹ 守秘義務に関しては、他に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（第 53 条）、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（第 74 条）、麻薬及び向精神薬取締法（第 58 条の 19、第 70 条）に同様の規定がある。また、診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師等にかかる資格法や、感染症、臓器移植、結核など業務の特性に着目した法律にも同様の規定が存在する（内閣官房「第 3 回個人情報保護法制化専門委員会」（平成 12 年 2 月 16 日）厚生労働省配布資料及び、厚生労働省「第 1 回医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会」（平成 16 年 6 月 23 日）配布資料より。なお、条文番号は現行のもの）。加えて、名誉毀損・プライバシーを理由とした損害賠償請求の対象となることもある。一方、個人情報保護に関しては、個人情報の保護に関する法律第 6 条及び第 8 条に基づき上記ガイドラインが制定されている。ガイドラインでは、「基本的な考え方」として、法令を遵守すべき事項と遵守することが望ましい事項を具体的に示し、その趣旨を踏まえ個人情報の適正な取扱いに取り組む必要があるとされている。なお、米国では「医療保険の携帯性と説明責任に関する法律」（Health Insurance Portability and Accountability Act：HIPAA 法）で、第三者が利用できる例外的場合をプライバシールールで明示して、第三者が利用可能にしている（厚生労働省「第 7 回医薬品の安全対策等における医療関係データベースの活用方策に関する懇談会」参考資料（平成 22 年 6 月 16 日））。

図 6：医療技術と情報技術の施策イメージ



出典：経済産業省「医療産業研究会報告書」(2010年6月30日公表)

具体的行動(2) 医療・介護サービスプロバイダーに対し、経営（生産性）と医療・介護サービスの両面での質の向上のインセンティブを強化する

国や自治体等から補助金等の支援を受けている公的病院に対し、経営情報（P/L、B/S）ならびに医療情報（機能評価、クリニカルパスの活用状況等）の公開を義務付ける

特区制度の利用などにより、公的病院の改正 PFI 法を活用した民間委託や医療圏内での役割分化・連携強化を推進する

介護事業者のベストプラクティスの共有とガバナンス強化のために官民ファンドを活用する

医療サービスプロバイダーの強化を

医療サービスについては、以下の理由により、経営品質の向上に対して十二分なインセンティブが働きにくい現状がある。

- ・ 医療は社会的価値の提供が大事であるとされており、そのことは医療法自体が利潤確保を明確に出さないことに表れている（医療法第7条第5項、同第54条）。
- ・ 日本は、自治体病院などの公的病院の割合が高い²⁰。また、公的病院には実質的には多額の補助金²¹が入っており、医療法人などの民間病院は、同じ経営環境下に置かれていない。

しかしながら、現行制度の中でも、医療の質を高いレベルで担保しつつ、高い生産性と利益レベルを達成するといった、個々にはしっかりとした経営を行っている事例は存在する。これらを広めるためには、経営改善のインセンティブが存在し、医療サービスを担う職員の文化、意識の行動レベルが変わる病院を増やすことが不可欠である。

そこで、医療サービスと経営の両面での質の向上につながる仕組みの導入について、特に、大きなインパクトをもたらす大規模病院グループ²²を中心

²⁰ 全国 8,670 の病院の内訳は、国（国立病院機構、国立大学法人等）274、公的医療機関（都道府県、市町村、地方独法、日赤、済生会等）1,278、社会保険関係団体 121、医療法人 5,719、個人 409、その他（私立大学法人、社会福祉法人、会社等）869（「2010年厚生労働省医療施設調査・病院報告」（平成23年10月4日公表）より）

²¹ 例として、埼玉県は、ホームページで県立病院の事業会計の決算概要を公表している。2010年度は、病院事業収益 377億 3,000万円のうち、一般会計からの繰入金が 76億 7,300万円、資本的収入 8億 3,400万円のうち、同繰入金が 5億 1,000万円である。

²² 世界の医療サービスプロバイダー企業トップ 100 の中に、4位：日赤、7位：国立病院機構、11位：済生会、25位：労災病院、71位：德州会が入っている（Bureau van Dijk“ORBIS”より）。

に、改革促進に繋がる仕組み作りを進める必要がある。具体的には、以下のとおりである。

まずは、経営情報データとクリニカルパス等の医療データを開示せよ

公的病院を含め、国や自治体からの補助金を受けている病院については、経営データ（P/L、B/S）²³と、クリニカルパスなどの医療の質が評価できるようなデータの公開を義務付ける。

これらが見える化されることにより、同規模の病院の間で、収支の比較や、医療の質の向上に向けた施策の実施状況が比較可能になり、経営に対するガバナンスが働くことが期待できる。

一方、医療関係者には、株式会社の参入や生産性の向上を求められることに対する抵抗感がある。しかし、自身の病院の状況を直視し、他の病院と比較することによって、患者への価値提供に対する動機付けに繋がるという好循環を生むことが期待できる。

実現に向けては、まずは機構内の医療データ活用の取組などを行っている国立病院機構傘下の病院が開示することで、自治体病院等の公的病院に対して先例を示す。そして、公的病院がこれに続くことを考えている。

改正 PFI 法や特区制度を活用し、公的病院の経営の民間委託や医療圏内の役割分化と連携を実現せよ

改正 PFI 法²⁴を活用して、公的病院においては、医師は医療行為に専念し、経営は、経営のプロに任せるという選択肢を拡大する。

同法により、新たに民間事業者による提案制度（図 7）と公共施設等運営権（図 8）が導入²⁵された。特に、自治体病院において、後者を導入した場合、医師は医療行為に専念し、経営は、経営のプロに任せただけでなく、自治体は病院等の施設の所有に専念することになり、同法改正前に生じた問題点の克服が期待できる。

なお、同法改正前には病院に対して PFI が導入された後に契約解除された事例²⁶がある。これに対しては、そもそもの事業計画の内容や、行政側と官民間の連携、そして PFI 自体の理解などについての問題があった旨の

²³ 同様事例として、国土交通省の「空港運営のあり方に関する検討会」で、国管理空港の空港別収支と空港関連収支の試算を行っている。

²⁴ 民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律の一部を改正する法律（平成 23 年 6 月 1 日法律第 57 号）

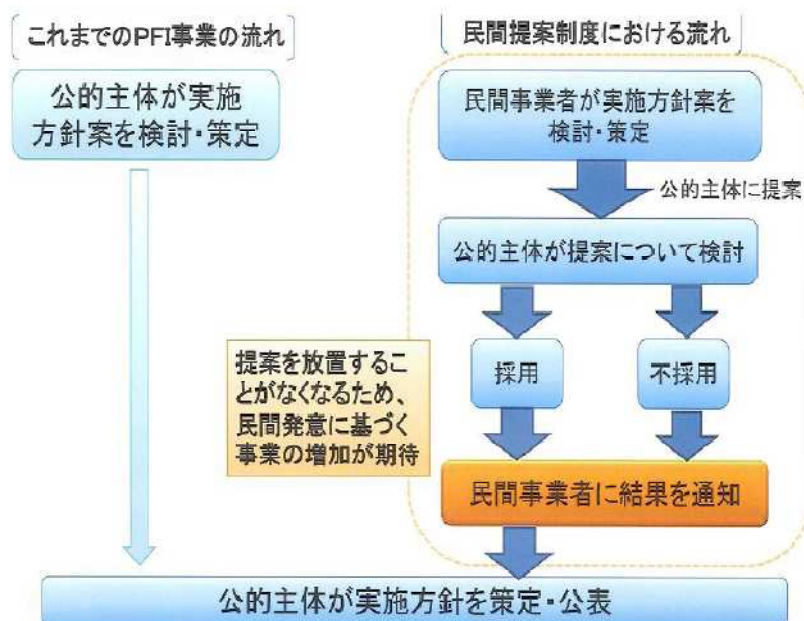
²⁵ 民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律施行規則（平成 23 年 11 月 28 日内閣府令第 65 号）、公共施設等運営権登録令施行規則（平成 23 年 11 月 28 日内閣府令第 66 号）、いずれも 2011 年 11 月 30 日施行

²⁶ 高知県・高知市病院組合「高知医療センター整備運営事業」（2005 年 3 月供用開始、2010 年 3 月 PFI 事業終了）、近江八幡市「近江八幡市民病院整備運営事業」（2006 年 10 月供用開始、2009 年 3 月 PFI 事業終了）。なお、同法改正前に実施方針が策定・公表された事業で継続中のものは 11 件（2011 年 12 月 31 日現在）である。

指摘²⁷がある。

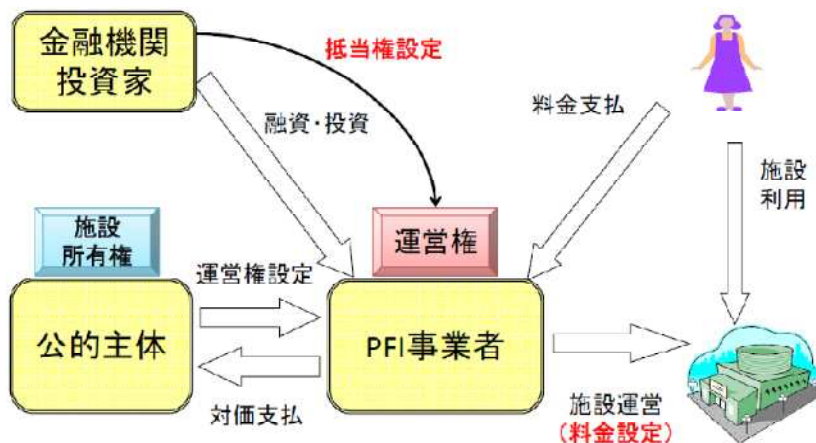
加えて、実際の導入を更に容易にするために、特区制度の利用も可能とすることを求める。

図 7：改正 PFI 法における民間事業者による提案制度の流れ



出典：内閣府民間資金等活用事業推進室「『PFI法改正法に関する説明会』資料」

図 8：改正 PFI 法における公営施設等運営権（概要）



出典：内閣府民間資金等活用事業推進室「『PFI法改正法に関する説明会』資料」

²⁷ 佐野修久「契約解除事例から見た病院 PFI 事業の課題」(北海道大学公共政策大学院『年報 公共政策学第 5 号』所収：2011 年 3 月)

将来課題として、医療の経営改善の成果を医療分野の更なる発展へと繋げよ

日本の医療経営を巡っては、かねてから指摘されている以下の課題がある。

- ・ 勤務医の過重労働に代表される医療関係者の処遇
- ・ 国家財政の観点からは望ましいが、医療業界全体として効率化への努力が進むと、それを織り込んだ診療報酬の引き下げ等が行われるため、関係者のインセンティブになりにくい事業構造
- ・ 個々の医療法人が経営改善により利潤を挙げても、医療法人による剰余金の配当は明確に禁じられている（医療法第54条）ことにより、更なる成長・発展への好循環を生みにくい法制度

医療サービスをビジネスの観点から考えると、民間事業者とそこで働く関係者の動機付けと創意工夫によって、より良いサービスを創造し、適切な収益を獲得できることが基本である。医療分野についても、各経営体の判断で、最先端の研究・設備や人材への投資、給与・処遇改善や私的年金の拡充など、自立的に成長する産業としての魅力度を高めていくことが重要である。

介護サービスプロバイダーの強化を

介護分野についても、経営者の知恵と工夫で、高いサービス品質と利益レベルを両立する事例は存在する。医療と異なり介護分野では、介護保険に組み合わせる形で、食事提供、住居提供などの非保険分野で経営の自由度を発揮することは十分可能である。

しかしながら、以下の理由で、「強い」事業者になり得るにもかかわらず、十分なスピードで成長するに至っていないのが現状である。

- ・ 財政の制約から、地域おける特定施設（養護老人ホームなど）の総量規制が行われてきたことにより、経営規模拡大が困難になっていた。厚生労働省は2012年度から総量規制を撤廃²⁸し、以後、特定施設の設置は自治体の判断に委ねられることになるものの、財政難の自治体では、今後も総量規制が継続することが予想される。
- ・ 介護保険の報酬改定²⁹により収支が大きく変動し、中長期の投資回収の見通しが立たない。

²⁸ 介護施設等の総量規制を後押ししている参酌標準の撤廃（2010年6月18日閣議決定）

²⁹ 平成24年度改定+1.2%、平成21年度改定+3.0%、平成18年度改定 2.4%（平成17年改定部分含む）、平成15年度改定 2.3%

この状況を打破するため、いわゆる「官民ファンド」の活用を検討する。これにより、経営ノウハウのベストプラクティスが広く共有化され、その中で適切なガバナンスと競争を促進する。あくまでビジネスベースに乗りえるものに、出資の形で資金が供給される仕組みを作る。そして、経営者やビジネスプランの優劣によって、選択的な投資が行われるよう、「官民ファンド」の運営はプロのファンドマネジャーが行う。

具体的行動(3) 日本のヘルスケアシステムの輸出・海外普及を支援する

日本のヘルスケアシステムのサービスレベルの認知向上やブランド構築の観点から公的支援（滞在型医療インバウンド、ODAを活用した新興国支援など）を行う

医療・介護サービスプロバイダー、医療機器メーカー、金融機関、商社などによるインフラ輸出コンソーシアムの設立をサポートする

2011年7月、経済産業省に「ヘルスケア産業課」が設置され、「計画経済」の外、特に海外へのヘルスケアビジネスの輸出（モノ、サービス両面）が試行³⁰され始めている。しかしながら、思い切った方向付け、国としてのプライオリティの高い取り組み、官民あがての投資とリスクシェアの仕組みづくりなど、国家戦略レベルでの取り組みとはなっていない。

国の内外を問わず、日本の医療、保険、介護システムに対するニーズは相当あると思われる。そこで、ニーズを踏まえたうえで、国が方向付けを示せば、民間は自らが持っているシーズを活用してビジネスとして展開する。場合によっては、国と民間でコンソーシアムを組む可能性もある。

過去、インフラ輸出等に見られたのと同様、一定程度の競争優位があるにも関わらず、思い切った展開に出遅れることで、再び他国の後塵を拝する状況に陥ることを避けるべく、国家戦略、特に成長戦略の一環として、ヘルスケアビジネス（ヘルスケアシステムを含む）の輸出に向けて、以下にあげる施策を具体化するタイミングにある。

国は、日本の医療・介護システムをブランド化せよ

日本の保険制度、医療機器、医療・介護サービスのクオリティの高さを「見える化」する。更に付加価値をつけて、それに相応しい価格で輸出するなど、日本の医療・介護システムのブランド化を確立する。

最近、医療ツーリズムなど国際医療交流を推進する施策³¹がよく聞かれる。また、ヘルスケア情報システムの世界的なコンベンション³²が、日本以外のアジアの国と地域で開催³³されている。これら自体の経済効果は必ずしも大きくはないが、日本の医療・介護サービスを経験した人や情報に接した人を増やすことで、将来、日本の医療・介護システムの輸出に繋がる「呼び水」

³⁰ 2011年度は7件（中国3件、ロシア2件、ベトナム、カンボジア、トルコ各1件）

³¹ 一般社団法人 Medical Excellence JAPAN（経済産業省委託の「平成22年度医療サービス国際化推進事業」）による外国人患者の受け入れ

³² HIMSS（Health Information Management System Society：医療情報交換のための標準規約を普及・推進する非営利団体 Health Level Seven International（略称 HL7）が主宰するコンベンション、51年前に創立）

³³ HIMSS Asia Pacific は2006年に活動を開始した。年1回イベントを開催しており、これまでは、シンガポール（2007）、香港（2008）、マレーシア（2009）、中国&韓国（2010）、豪州（2011）で開催している。

としての効果への期待は大きい。

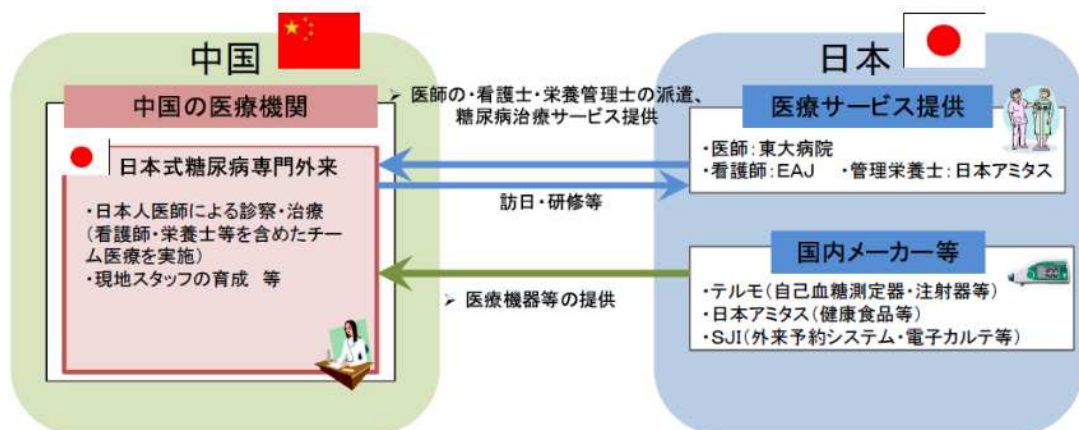
国は、医療・介護インフラ輸出の国家戦略を構築し、医療界や経済界などと共にインフラ輸出に取り組み

今までの医療・介護サービスに関わる議論は、GDP拡大による再分配を享受するという発想であった。つまり、これまではGDPを直接拡大する発想ではなかったと言える。今後、日本の医療・介護システムが海外に輸出できるようになれば、今までとは逆に、医療・介護サービス提供者が、日本の経済成長に貢献するという位置づけになる。こうした国家戦略を打ち出せば、多くの医療・介護関係者を動機付けることができると思われる。

具体例を挙げれば、中国では、糖尿病の重篤化予防のサービスの取り組み（図9）がなされているが、重篤化する前の啓蒙活動などを精力的に行った上で、検査を重ねることで人工透析を回避することになり、トータルの医療費も下がり、QOL（Quality of Life：生活の質）が高まった。この他にもいくつかの事例が出てくれば、日本の医療・福祉サービスレベルの高さが証明され、検査システム等の輸出に繋がる。そこで、このような取り組みを数多く積み上げることを求める。

ただし、医療・介護インフラ輸出ということになれば、日本を含めた関係国の競争法への抵触リスクを回避するため、国家主導による施策にする必要がある。その上で、我々ビジネスパーソンは、必ずしも事業化のプロではない医師などの医療・介護サービス提供者に対して、医療機器メーカーのみならず、金融や商社なども含めて、ビジネスのプラットフォームを構築し、海外へ輸出していく動きを作らなければならない。

図9：中国（上海）における糖尿病治療サービスの提供プロジェクト



出典：経済産業省「『医療産業研究会フォローアップ会合』配付資料」(2011年8月)

おわりに

ビジネスパーソンの集まりである我々経済同友会は、本質的な問題を解決することが大事であることは十分承知すると同時に、今ある環境下で何ができるのかを考えることも極めて重要であると考えます。また、政府においては、国家戦略の中に医療が取り上げられ、医療イノベーション推進室をはじめとする関係各省において、成長戦略の実現に向けた動きがある。我々は、こうした状況を踏まえ検討した結果として、我々は「データの活用」、「サービスプロバイダーの強化」、「海外進出」の3点を、現状を打破する契機となり得るものとして取り上げた。勿論、これらは「契機」であり、全てを解決するものではなく、更なる政策の積み重ねが必要であることも承知している。

また、提言では、いわゆる「計画経済」にあたる社会保障諸制度については言及していない。勿論、本質的な問題解決には、社会保障諸制度の改革にかかる議論と政策の実行は避けて通れないところであり、今後も行っていかなければならない。ただし、現行制度下で可能な「質」と「生産性」の向上、並びに民間の主導する「計画経済」の外の医療・介護サービスが、患者等の価値を向上し、日本経済の成長に大きく貢献すると考えており、その実現を期待するという観点から提言を取りまとめたことを申し添える。

以上

医療・福祉ビジネス委員会

(敬称略)

委員長

御立 尚 資 (ポストンコンサルティンググループ 日本代表)

副委員長

小幡 尚 孝 (三菱UFJリース 取締役会長)

小坂 達 朗 (中外製薬 取締役社長 最高執行責任者)

新宅 祐太郎 (テルモ 取締役社長)

高岡 浩 三 (ネスレ日本 取締役社長兼CEO)

竹川 節 男 (健育会 理事長)

松本 晃 (カルビー 取締役会長兼CEO)

委員

荒井 喜八郎 (荒井商店 取締役会長)

荒尾 泰 則 (新日本有限責任監査法人 経営専務理事)

安道 光 二 (ワタキューセイモア 取締役社長)

稲川 広 幸 (JALUX 特別顧問)

井上 雄 二 (リコー 常任監査役)

上村 多恵子 (京南倉庫 取締役社長)

植村 裕 之 (三井住友海上火災保険 常任顧問)

碓井 誠 (オピニオン 代表取締役)

江幡 真 史 (セディナ 取締役副社長執行役員)

大江 匡 (プランテックアソシエイツ 取締役会長兼社長)

大川 澄 人 (全日本空輸 常勤監査役)

岡本 潮 (東急不動産 取締役副社長執行役員)

小川 富太郎 (住友ベークライト 取締役会長)

小野 俊 彦 (日新製鋼 相談役)

恩田 勲 (新日本有限責任監査法人 顧問)

梶川融	(太陽A S G有限責任監査法人 総括代表社員)
梶田邦孝	(日本経済研究所 理事長)
加藤 奂	(京王電鉄 取締役会長)
門脇英晴	(日本総合研究所 特別顧問)
金澤 薫	(日本電信電話 取締役副社長)
加納 望	(日本政策投資銀行 常務執行役員)
鎌田 勇	(ジェイビルジャパン 取締役会長)
河合輝欣	(ユー・エス・イー 取締役会長)
川田規人	(日本訪問医療サービス 取締役会長)
北沢利文	(東京海上日動あんしん生命保険 取締役社長)
木原 康	(長寿介護センター 取締役)
木俣佳丈	(サンヨーハウジング名古屋 取締役執行役員)
木村廣道	(ライフサイエンスマネジメント 取締役社長)
喜吉 憲	(ピ・シー・ピー・ディ・インベストメント・リミテッド 顧問)
桐原敏郎	(日本テクニカルシステム 取締役社長)
倉田 進	(日本AMS 取締役社長)
高祖敏明	(上智学院 理事長)
小島秀樹	(小島国際法律事務所 弁護士・代表パートナー)
小林英三	(日本証券金融 専務取締役)
小山真一	(富士ゼロックスシステムサービス 取締役会長兼社長)
斎藤敏一	(ルネサンス 取締役会長)
坂本正彦	(東武運輸プリヴェ 取締役会長)
佐久間万夫	(Eパートナー 取締役社長)
桜井一紀	(コーチ・エイ 専務取締役)
佐藤玖美	(コスモ・ピーアール 代表取締役)
佐藤政男	(法研 取締役相談役)
島田俊夫	(シーエーシー 取締役会長)

下村満子	(東京顕微鏡院 特別顧問)
関口康	(ディー・アイ・エー・ジャパン 日本代表)
銭高一善	(銭高組 取締役社長)
反町勝夫	(東京リーガルマインド 取締役社長)
給田英哉	(ARK HILLS CLUB 専務理事)
高木邦格	(国際医療福祉大学 理事長)
高野由美子	(オリエンタルランド 取締役常務執行役員)
高松則雄	(住友生命保険 取締役専務執行役員)
竹中誉	(エル・ビー・エス 取締役会長)
竹花豊	(パナソニック 常務役員)
伊達美和子	(森トラスト 専務取締役)
近浪弘武	(日本コンベンションサービス 取締役社長)
竹馬晃	(横浜倉庫 専務取締役)
土居征夫	(城西大学 イノベーションセンター長)
同前雅弘	(大和日英基金 副理事長)
中島昭広	(ネスレ日本 ネスレリサーチカンパニー カンパニープレジデント)
長瀬朋彦	(イマジカ・ロボット ホールディングス 取締役社長)
永田良一	(新日本科学 取締役社長)
中村紀子	(ポピンズ 代表取締役CEO)
中山克志	(富士電機 特別顧問)
西浦天宣	(天宣会 理事長)
西川久仁子	(ファーストスター・ヘルスケア 取締役社長)
禰宜寛治	(武田薬品工業 コーポレート・アドバイザー)
芳賀日登美	(ストラテジック コミュニケーション RI 取締役社長)
林明夫	(開倫塾 取締役社長)
原田明久	(ファイザー 上席執行役員)
廣瀬修	(サーベラス ジャパン アドバイザリーボード ユーザーチェアマン)

廣 瀬 駒 雄 (オーエム通商アクト 取締役社長)

藤 重 貞 慶 (ライオン 取締役会長)

古 川 令 治 (北京大学東北アジア区域一体化研究センター 副理事長兼職教授)

古 田 英 明 (縄文アソシエイツ 代表取締役)

星 久 人 (ベネッセホールディングス 特別顧問)

松 井 秀 文 (ゴールドリボン・ネットワーク 理事長)

松 川 昌 義 (日本生産性本部 理事長)

三 宅 純 一 (千葉商科大学大学院 客員教授)

宮 澤 潤 (宮澤潤法律事務所 代表弁護士)

宮 下 永 二 (フェリック 代表取締役)

村 瀬 治 男 (キヤノンマーケティングジャパン 取締役会長)

森 川 智 (ヤマト科学 取締役社長)

安 永 雄 彦 (島本パートナーズ 取締役社長)

山 岡 建 夫 (J U K I 最高顧問)

山 下 徹 (N T T データ 取締役社長)

山 田 匡 通 (イトーキ 取締役会長)

由 利 孝 (テクマトリックス 取締役社長)

吉 田 雅 俊 (日税ビジネスサービス 取締役社長 (CEO))

米 村 紀 幸 (グローバルビジネスサポート 代表取締役)

四 方 ゆかり (グラクソ・スミスクライン 取締役)

林 原 行 雄 (シティグループ・ジャパン・ホールディングス 常任監査役)

渡 部 昭 彦 (ヒューマン・アソシエイツ 代表取締役)

渡 部 憲 裕 (裕正会 理事長)

以上99名

事務局

篠塚 肇 (経済同友会 政策調査第2部 部長)
寺田 剛 (経済同友会 政策調査第1部 マネジャー)