



医療・介護サービスの生産性改革を

2014年6月24日
公益社団法人 経済同友会

目 次

はじめに	1
医療・介護サービスの生産性改革に向けた構造的課題	2
医療・介護サービスの生産性改革に向けた提言	5
提言 1. 市場の歪みの解消	5
1-1 : 補助金等が交付されている公設・公的病院の経営情報と医療情報を 開示し、ガバナンスを強化せよ	
1-2 : 民間営利法人ではサービス提供できない地域等を除いて、社会福祉 法人への優遇制度を縮小／廃止し、民間営利法人とのイコールフッ ティングを実施せよ	
提言 2. 規模拡大と生産性向上	6
2-1 : 地域医療圏における病院間の棲み分け／役割分担のインセンティブ 付与に向けて、診療報酬体系・補助金等のメリハリ付けを実施せよ	
2-2 : 地域医療圏における大規模事業者の更なる連携強化に資する経営形 態の枠組みを構築せよ	
2-3 : 上記の大規模事業者に対し、保険者ガバナンスを活用できる仕組み を中期的に構築せよ	
提言 3. 生産性の低い事業者の退出・集約化の促進	8
3-1 : 廃業事業者の受け皿を構築せよ	
提言 4. 質の担保策の導入	8
4-1 : 学会による医療品質情報蓄積・活用の流れを後押しし、重篤な疾病 をカバーした品質評価指標の構築と、医療機関毎の品質評価指標を 利用者に開示せよ	
4-2 : 政府主導で介護サービス品質指標体系を構築し、事業者毎の介護 サービス品質の利用者への公開、介護報酬体系への反映を実施せよ	
おわりに	9
参考資料	11
2013年度 医療・福祉改革委員会 委員名簿	15

はじめに

医療・福祉分野には様々な課題が存在するが、その中で、従来見落とされがちであったのが、病院や介護施設を中心とする医療・介護サービスの生産性向上というテーマである（なお、本提言では、生産性の定義を、主に病気の治癒、利用者の QOL 等の受益者のメリットに対する必要な費用とする）。

この領域は、日本における医療・福祉市場（2011 年：約 50 兆円¹）のうち、約 8 割に当たる約 38 兆円を占める一大分野である。

グローバル市場全体においても、医療関連市場（2012 年：約 550 兆円²）のうち、医療サービス市場は約 430 兆円にも及ぶ。

当該領域は、人口減少・高齢化の中でも、数少ない成長分野とされてきた。

しかしながら、公定価格、供給調整を中心とした計画経済的な規制環境下にあることから、生産性向上のインセンティブが働きにくく、構造的にも、小規模のプレーヤーが多数併存する分散市場の構造となっている。

言い換えれば、市場の成長が見込めると共に、産業化を通じた生産性向上の余地が大きく残された分野であると言える。

我が国経済は、既に GDP の約 4 分の 3 をサービス産業が占めており、サービス産業の生産性向上が、経済全体の成長に大きな意味を持つ。医療・介護サービス領域は、サービス産業の中でも、小売、物流分野と並んで、大きな市場規模・雇用者数を有する重要な分野であり、その生産性改革は、成長戦略としても極めて重要である。特に、生産性の改善なくして、医療・介護分野の就業者に対して十分な賃金を払うことが不可能であることは言うまでもない。

また、持続可能な社会保障制度を構築する上でも、その大半を占める医療・介護サービス領域の生産性改革を行い、サービス品質を担保しつつ、社会保障費の増加を抑制していくことが不可避だと考えられる。

¹ 日本国内市場は 2011 年の市場規模。

² グローバル市場は 2012 年の市場規模（但し、医療サービス市場のみ 2010 年の市場規模）。出所：厚生労働省資料「薬事工業生産動態統計」、WHO 資料、IMS World Review Executive 2013、Epicom Evaluate Medtech

本提言は、国民皆保険制度を維持し、そのメリットを享受することを前提としつつ、必要不可欠な医療・介護サービスの生産性改革を行っていくための具体策を示し、その早期実現を強く訴えるものである。

医療・介護サービスの生産性改革に向けた構造的課題

日本の医療・介護サービス市場の生産性改革を行っていく上では、四つの構造的課題が存在する。

第一に、特定法人（公的・公設病院、社会福祉法人）に対する優遇制度が市場を歪めており、かつ、それら特定法人の多くは生産性が低いまま維持されていることである。

医療分野においては、公的・公設病院に約1兆円の補助金等が交付されている。中でも、自治体病院については、この補助金等の仕組みが実質的に赤字補填となっており、生産性向上を行う意欲が構造的に阻害されていると言わざるを得ない。

介護分野においては、広範囲の社会福祉法人に対して、施設・設備の創設／改築に対する補助金の交付、税制優遇措置等が行われている。本来、民間営利法人によるサービス供給だけでは不十分だと考えられる分野（過疎地など）において、社会福祉法人へ補助金を支払い、社会サービスの充実を図ることがその趣旨であったと思われる。しかしながら、民間営利法人によるサービス供給が十分に行われている地域等においても補助金・優遇措置の提供が広く行われ、市場の健全な競争環境に歪みを生じさせている感は否めない。

第二に、国際的に進展しているサービス事業者の規模拡大の動きに取り残されているにも関わらず、その方向への政策変更が遅れている。

例えば、米国においては、近年、事業規模1兆円を超える地域医療ネットワーク事業体（IHN: Integrated Healthcare Network）が次々と構築されている。この事業体は、地域医療圏において、大学病院が中核となり、急性期病院から慢性期病院・介護施設までをネットワークとして持つバーチャルな組織である。カイザー・パーマネンテ（Kaiser Permanente、事業規模：約5兆円）、UPMC（University

of Pittsburgh Medical Center、事業規模：約1兆円）といった代表的な事業体は、そのネットワーク全体で利用できる医療保険事業も運営し、規模のメリットと同時に、医療生産性の担保に対するガバナンスの仕組みも有している。

スウェーデンのように、医療が公的保険・税金でカバーされる社会システムを持つ国でも、地域単位に医療保険制度を維持する形態をとり、各地域内の病院・診療所の連携を強化することで、同様の（バーチャルな）大規模運営を行っている。

一方で、日本においては、海外の地域医療ネットワーク事業体のように、特定の地域医療圏に根差した大規模事業体は存在せず、また、公的・民間を問わず病院チェーンも非常に寡占度の低い規模に留まっている。（日本最大の病院ネットワークである日本赤十字94病院の年間収入合計は約9,000億円。国立病院機構143病院の年間収入合計は約8,500億円）。

その背景には、以下のように、いくつかの要因が存在する。

1. 市場に多様な法人（持分有り医療法人、持分無し医療法人、社会福祉法人、営利法人（介護分野のみ）等）が存在する中、法人間の再編・統合を可能とする経営形態が存在しない。
2. 規模拡大を後押しするインセンティブの仕組みが無い。
3. 経営効率化を推進する保険者ガバナンス活用の仕組みが希薄。

逆に言えば、大規模化につながる経営形態の政策的担保、規模拡大へのインセンティブ付与、保険者ガバナンス活用の三つの仕組みを用意することで、事業者の規模拡大を促進し、生産性向上とサービス品質向上、更には医療周辺産業のイノベーション促進に貢献することが可能となる。

第三の構造的課題は、生産性の低い事業者の退出・集約化が進みにくく、生産性の低い小規模事業者が乱立した状況が温存されやすいことである。

医療・介護サービスは公共サービスとしての側面があるため、極力事業者の廃業を抑制し、地域住民へのサービス提供を維持すべきである、という政策的判断がなされてきた。

診療報酬や介護保険料という定期的に見直される公的価格も、いわば護送船団方式で、生産性の低い事業者でも事業継続が可能なレベルを意識して設定されてきたと考えられ、事業構造の変革への誘因とならない。

第四は、利用者と事業者の情報の非対称性の存在である。

これまで、市場原理、経営の視点を医療・介護サービス分野に投入することがためられてきた要因の一つは、その取り組みがサービス品質低下の懸念を生じさせることにある。その懸念は、利用者側が適正なサービスを十分に判断しがたいという市場構造（＝利用者と事業者の情報の非対称性）に起因する。

このため、複数の先進国では、医療・介護分野の産業化を促進すると同時に、過度な利潤追求によるサービス品質の低下を抑制するため、医療・介護のアウトカムなど、サービス品質を担保するデータの報告義務化・利用者への開示を実施している。

日本においては、質の担保策が整備されておらず、サービス品質の維持／向上に対するガバナンスが十分に機能していない。特に、介護分野においては、要介護度のより高い利用者に対して、高い報酬が配賦される仕組みとなっており、サービス品質向上のインセンティブが働きにくい構造となっている。

また、上記の四つの構造的課題の裏側には、政府側の体制における医療と介護の管轄官庁の縦割りという問題も存在する。

例えば、医療分野は厚生労働省医政局、介護分野は厚生労働省老健局、更には、介護分野の住宅に関わる部分（サービス付き高齢者向け住宅）においては国土交通省が管轄、などである。

医療・介護サービスの生産性向上を推進するには、医療・介護に渡って一体的に制度の設計・報酬体系の設計を行える体制が必要であろう。

医療・介護サービスの生産性改革に向けた提言

提言 1. 市場の歪みの解消

1-1: 補助金等が交付されている公設・公的病院の経営情報と医療情報を開示し、ガバナンスを強化せよ

補助金等が交付されている公的・公設病院には、生産性向上強化策として、経営と医療情報の徹底開示によるガバナンス強化を実施すべきである。

具体的には、既に政府に蓄積されている DPC データ（Diagnosis Procedure Combination：診断群分類）を活用するとともに、補助金等を受けている公的・公設病院の経営指標（財務情報に加えて、施設・設備の稼働率、委託等を含めた人的生産性指標など）を開示させる。

こういった情報の開示は、規模・立地などが類似した病院の横比較を可能とし、自治体首長など本来のガバナンス責務者にとっての「武器」となる。

実際に、公的病院である国立病院は、独立行政法人国立病院機構への移行により本部機能を強化し、DPC データによる各病院の経営情報と医療情報の徹底した見える化と病院間横比較を通じた改革によって、補助金依存・赤字経営からの脱却を実現している。

自治体病院を中心とする公的・公設病院においても、同様の取り組みの実施に向けて、まずは情報の開示により事業者へのガバナンスを強化すべきである。

なお、現状においては、総務省が自治体病院の個別医療機関の財務情報等を、厚生労働省が DPC 導入済みの病院の疾病別の平均在院日数、再入院率を開示しているが、これだけでは医療サービス品質・経営品質の横比較が困難であり、追加的な情報開示が不可欠である。

1-2: 民間営利法人ではサービス提供できない地域等を除いて、社会福祉法人への優遇制度を縮小／廃止し、民間営利法人とのイコールフットイングを実施せよ

社会福祉法人の生産性向上に向けて、民間営利法人では担えない僻地等を除き、施設・設備の整備に対する補助金制度を縮小／廃止し、民間営利法人とのイコールフットイングを実現すべきである。

社会福祉法人は、日本の高齢者人口の増加を見越し、介護サービス供給体制構築の役割を担ってきたが、民間営利法人の活用により、供給体制の拡充は大きく前進した。

社会福祉法人を、民間営利法人ではサービスを供給できない地域／利用者（低所得者等）の受け皿と位置づけ直すべきである。それに伴って、施設・設備の整備／改築に対する補助金³は縮小／廃止し、社会福祉法人一律の補助金交付を廃止するべきである。

提言 2. 規模拡大と生産性向上

医療・介護サービスの産業化に寄与する規模拡大を実現するには、特定の地域医療圏において、大学病院等を中核病院に据え、急性期病院から慢性期病院・介護施設が強固に連携した大規模事業体を構築する手法が有効であると考えられる。

特に、地域における病院間の棲み分け／役割分担が重要であり、これを通じて、生産性向上（サービス対象の集中化）と医療・介護品質の向上（症例数の拡大、リハビリテーションやケアのレベルアップ等）が可能となる。

また、こういった大規模事業体の登場は、治験等の実施を容易にし、周辺産業（医薬品・医療機器）イノベーション促進にも資する。

2-1：地域医療圏における病院間の棲み分け／役割分担のインセンティブ付与に向けて、診療報酬体系・補助金等のメリハリ付けを実施せよ

地域医療圏における大規模事業体の構築に向けて、まずは、病院間の棲み分け／役割分担の推進にインセンティブを付与すべきである。

岡山県、広島県等のいくつかの地域で、政府の旗振りを待たず、複数病院間での役割分担を行う動きが出始めている。この動きを加速し、広めていくためには、診療報酬・補助金等のメリハリづけが有効となる。

具体的には、地域医療圏内での棲み分け・役割分担（例えば、病床数の融通、診療科の廃止など）を行った法人に対し、診療報酬を高く設定する。また、補

³ 背景に、介護施設設置、建設、運営に関する様々な規制の存在があり、この見直しも別途必要となろう。

助金等が交付されている公的・公設病院については、同様に既存の補助金のメリハリ付けを行うこと等が考えられる。

2-2：地域医療圏における大規模事業者の更なる連携強化に資する経営形態の枠組みを構築せよ

最近ようやく政府においても、非営利ホールディングカンパニーと呼ばれる地域医療圏でのネットワーク型事業者構築を可能とする経営形態を認める方向での議論が始まった。この動きは、医療・介護の生産性改革促進に大きく資するものであり、その検討を加速させることを求めたい。

但し、実際に生産性改革の果実を得るためには、新たな経営形態の活用に際して、以下の取り組みを実現することが必要である。

- ❖ 提言2-1のような病院間の棲み分け／役割分担を促進すること
- ❖ 提言1-1に述べたデータ活用、あるいは、調達合理化など、規模のメリットを活用できるような経営改革の実行が担保されること

当然ながら、この施策は単に経営形態の枠組み論に墮すことのないようにせねばならない。

従って、新たな経営形態を取る条件として、生産性改革につながる要件を明示することが不可欠である。

更に、現在議論されている枠組みでは、医療法人の多数を占める持ち分有り医療法人、社会福祉法人、民間営利法人（介護分野のみ）との連携・統合ができない可能性が高い。

突破口としての非営利ホールディング形態導入は、高く評価したいが、その後、より広い範囲での事業連携・統合を可能とする政策展開が求められる。

2-3：上記の大規模事業者に対し、保険者ガバナンスを活用できる仕組みを中期的に構築せよ

医療・介護サービスのサービス品質向上や効率化といった生産性向上に大きく貢献するのは、地域医療圏の大規模事業者に対し保険者のガバナンスを働かせることである。そのため、医療圏単位への保険運営移管、あるいは、今後登

場することが期待される一定規模以上の大規模事業者に対する事業者内での保険運営について、検討を開始すべきである⁴。

提言 3. 生産性の低い事業者の退出・集約化の促進

3-1：廃業事業者の受け皿を構築せよ

生産性の低い事業者の退出・集約化を推進するには、医療・介護サービスが公共サービスの側面を持つ観点から、地域住民への必要なサービス提供を担保しながら、円滑な退出を促進する仕組みを構築する必要がある。

具体的には、廃業事業者の受け皿となるブリッジファンド⁵を用意し、その事業者が存在する地域医療圏内の医療機関の配置／機能を踏まえて、必要な診療科を残し、その他を処分する。残した診療科の事業再生を図った上で、既存の医療機関への事業譲渡を行う役割を担う、といった仕組みが考えられる。

提言 4. 質の担保策の導入

4-1：学会による医療品質情報蓄積・活用の流れを後押しし、重篤な疾病をカバーした品質評価指標の構築と、医療機関毎の品質評価指標を利用者に開示せよ

医療サービスの産業化を推進する上で、医療サービス品質を担保するには、アウトカムデータ（患者リスク情報、治療方法、治療成果）を含む医療サービス品質の見える化が必須である。

この分野においても、政府の動きを待たず、日本外科学会およびその関連学会が、2011年からアウトカムを含む手術データの収集・活用を始めた。

この動きを後押しし、さらには内科分野へも拡大していく観点から、政策的な支援が必要である。

具体的には、個人情報取り扱い・データ活用ルールの明確化、データベース運営に関わる財政的支援、を行うべきであると考えられる。

⁴ 当然のことながら、保険者に対するガバナンスの仕組みも同時に構築する必要がある。

⁵ 廃業事業者の事業継続を担保するため、一時的に廃業事業者の事業を請け負うファンドのこと。

4-2：政府主導で介護サービス品質指標体系を構築し、事業者毎の介護サービス品質の利用者への公開、介護報酬体系への反映を実施せよ

介護分野においても、医療分野と同様に、サービス品質の担保策として介護サービス品質の見える化が必要であるが、現在は本格的な指標が定義・活用されていない。

サービス品質を測る指標として、利用者の機能情報（身体機能・認知機能）、事業者のサービス品質情報（褥瘡率、転倒率等）、利用者のQOL情報（満足度等）を収集・活用し、介護報酬の支払いにも活用することが必要である。

ちなみに、米国においては、介護サービス品質指標が既に構築されており、ナーシングホーム（高要介護度の利用者向けの介護施設）のサービス品質評価指標として活用されている。

更には、サービス品質指標の構築・運営と合わせ、介護学会の創設、データに基づく科学的検証による利用者の機能維持・改善に資する高品質の介護サービス・マネジメント手法の抽出・普及の促進も求めたい。

おわりに

経済同友会は、経済人としての視点から、日本のサービス産業全体の生産性向上を訴えてきた⁶。

医療・介護分野は、まさにその典型例であり、この分野の生産性改革は、経済成長への貢献、社会保障制度の持続可能性向上の両面から極めて重要である。

また、海外を含む投資家も、医療・介護という規制に縛られた分野での改革が進展するか否かを、固唾を飲んで見守っていると言っても過言ではない。

これまでの日本の医療・介護制度が、長寿社会構築に大きく貢献してきたことを踏まえた上で、速やかに必要な変更を行っていくことが、今、強く求められている。

⁶ 2013年度 サービス産業生産性向上委員会 提言「新陳代謝を促進するスマート・レギュレーションで生産性を飛躍させよ」（2014年5月7日公表）

そして、医療・介護の当事者の中からも、改革の機運が生まれてきている現在、従来の縦割り・既得権調整を越えて、新たな政策を強力に実行していくことができれば、我々経済人の中からも自らリスクを負って、当該分野の成長、競争力強化に貢献していく人々が次々と生まれてくると信じるころ大である。

以 上

注目すべき海外の潮流と事例

(1) 医療サービスの産業化の世界の潮流

海外においては、欧米主要国を中心に、医療サービスの産業化に向けて、事業者の規模拡大を促す様々な施策を実施している。

例えば、米国では、規模拡大策として、地域医療ネットワーク事業体（IHN: Integrated Healthcare Network）を構築している。地域医療ネットワーク事業体とは、特定地域医療圏において、大学病院を中核病院として据え、特定地域医療圏に存在する多数の医療機関を束ねた大規模事業体である。急性期から慢性期・介護施設に渡る多様な医療機関を保有する。例えば、メイヨークリニック（Mayo Clinic）を中心とする事業体がこれに該当し、現在の事業規模は約1兆円である。

地域医療ネットワーク事業体を構築した結果、急性期から慢性期に渡る医療機関を一事業体として束ねたことで、これまで進まなかった地域医療圏内の合理化が大きく前進した。更には、サービス側の規模（症例数等）が活かされ、大学病院での最先端医療サービス・医薬品・医療機器の研究開発も活発化した。また、研究の成果をサテライト病院に普及させること、医療周辺産業が地域経済に貢献することによって、地域住民にメリットが還元されている。

更には、次なる生産性向上強化策として、保険者ガバナンスを活用する仕組みを導入した。地域医療ネットワーク事業体自体に保険部門を保有させ、傘下の医療機関に保険者ガバナンスを効かせることで、医療機関間の健全な競争を促している。

例えば、カイザー・パーマネンテ⁷（Kaiser Permanente）やUPMC⁸（University of Pittsburgh Medical Center）が保険者部門を保有する地域医療ネットワーク事業体に該当する。カイザー・パーマネンテ、UPMCの事業規模は、約1～5兆円の規模を誇る。

⁷ 事業規模約5兆円の事業体。

⁸ 人口約400万人の医療圏に対し、約20の病院、400超の診療所・介護施設を保有している。事業規模は約1兆円。

医療機関の医療費抑制にインセンティブの働く保険部門に、医療機関へのガバナンス権限を与えたことで、経営情報と医療情報を活用したサービス生産性の向上に大きく貢献した。具体的には、保険部門主導で、事業体内の医療データインフラの構築に多額の投資が行われ、医療情報を活用した医療サービスのベストプラクティスの抽出・普及、予防サービスの活性化に貢献している。

米国は、健全な競争を促す仕組みの構築と同時に、近年、医療機関毎の医療品質指標（アウトカム含む）の政府への報告の義務化および患者への公開を通じて、質の担保策の強化を図っている。

具体的には、これまでは医療品質評価の取り組みは米国医師会が設立した非営利法人（JC：Joint Commission）等による指標体系の構築、医療機関の医療情報の蓄積・活用、医療情報の患者への任意公開が行われてきた。

ところが、2005年の連邦法改正の際に、アウトカムデータ（退院30日後死亡率等）を含む医療品質情報の政府への提出が義務化された。更には、公的病院（メディケア、メディケイド認定医療機関）については、医療品質評価指標の結果が強制的に一般公開され、患者が医療機関を選択する際の情報源となっている。

スウェーデンでは、健全な競争を促す仕組みとして、自治体・地域住民がガバナンスを活用している。

医療財源の全額を県（ランスティング⁹）自治体負担とし、医療機関の経営・医療情報（県単位の情報）を地域住民に開示することで、生産性の低い医療機関に対する地域住民批判が高まる仕組みを構築している。

加えて、自治体ごとに診療報酬体系の決定権限等を与えており、自治体の医療機関に対する影響力を担保している。

自治体・地域住民がガバナンスの強化が、医療機関の経営品質と医療品質の同時向上に向けた健全な競争の促進に繋がっている。

質の担保策の面では、医療機関単位の医療品質指標データ（アウトカム含む）の政府への提出義務付けと、県単位の医療品質指標の地域住民への開示が、医療機関と患者の情報の非対称性の解消に貢献している。

⁹ 日本の都道府県に該当する。スウェーデンには20のランスティングが存在し、人口は平均約50万人/ランスティングである。

(2) 介護サービスの産業化の世界の潮流

介護サービスにおいても同様に、他国では介護事業者に対する保険者がガバナンスの活用、および、介護サービス品質の担保策を導入している事例もある。

例えば、米国では、健全な競争を促す仕組みとして、公的保険（メディケア）のガバナンスを活用している。具体的には、介護事業者のサービス品質情報の報告を義務付け、サービス品質の評価結果に基づいた介護報酬の支払いを行っている。

また、サービス品質の担保策については、保険者がサービス品質指標の評価結果を強制的に利用者に公開している。

評価指標は、利用者の機能情報（身体機能・認知機能）、事業者のサービス品質指標（褥瘡率、転倒率等）、利用者満足度等を活用している。また、利用者には事業者単位で、総合評価結果、一品質指標の数値データ（利用者機能情報等）、サービス品質が低い項目を強制的に公開している。米国の介護サービス品質指標体系は、運用と改訂を繰り返しながら、年々、精度向上が図られている。

加えて、米国では、サービス品質指標（利用者の身体・認知機能等）の改善に貢献する介護サービス・マネジメント手法のベストプラクティスを抽出・普及させる体制も構築している。

介護学会（AMDA: American Medical Director Association）にその機能を担わせ、サービス品質指標の改善に対し、臨床的に効果のある介護サービス・マネジメント手法の研究を行っている。

医療・介護サービスの産業化に向けた日本の現状

日本においては、海外の地域医療ネットワーク事業体のように、地域医療圏に根差した大規模事業体は存在しない。

国立大学附属病院（45 病院）は、全病院の収益を合計しても約 8,000 億円弱の規模である。民間病院においては、日本最大の病院グループである徳洲会グ

グループが約 4,000 億円、2 位の板橋中央総合病院グループは、徳洲会グループの半分¹⁰の規模である。

また、日本の公的・公設病院には、日本赤十字社（事業規模：約 9,000 億円）、国立病院機構（事業規模：約 8,500 億円）、済生会（事業規模：約 5,000 億円）が存在するが、いずれも全国チェーンを基本とする事業体であり、地域医療圏に根差した事業体ではない。

一方で、日本には、地域医療ネットワーク事業体の構築に向けた素地は存在する。一つには、大規模事業体を構成することが可能な非営利医療法人（大学病院、国立病院、自治体病院、準公的病院（日本赤十字社等））が一定程度、存在することである。二つ目には、特定の自治体において、病院間の再編・統合、連携強化に取り組んでいる事例があり、制度面を整備することで地域医療ネットワーク事業体の構築に積極的に取り組む地域医療圏が存在することである。具体的には、岡山県においては、自治体の作成した地域医療計画の下で、各病院の得意分野を活用しながら、病床数の融通、病院間をまたがるクリニカルパスの標準化等に取り組んでいる実績がある。

そのため、これらの既存の事業体の活用、および、自治体の取り組みを後押しする制度設計を通じて、地域医療ネットワーク事業体の構築を実現しうる。

また、日本における医療サービス品質の担保策については、日本外科学会およびその関連学会が 2011 年より、外科分野のアウトカム（患者リスク情報、治療方法、治療の成果）を含む手術データの蓄積・活用する取り組みを行っており、質の担保策として活用に向けて一歩先を行く。

日本外科学会は、医師から手術データを収集し、医療サービスのベストプラクティスの抽出に活用している。その際には、データを提供する医師に対し、専門医認定をする仕組みを構築しており、データ提供のインセンティブの仕組みまで構築されている。

¹⁰ 事業規模は開示されていないが、徳洲会が約 70 病院を保有するのに対し、板橋中央総合病院グループの病院は約 30 病院を保有する。

2013年度 医療・福祉改革委員会 委員名簿

(敬称略・五十音順・2014年6月現在)

委員長

御立 尚 資 (ボ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 相談役)
加瀬 豊 (双日 取締役会長)
幸本 智 彦 (アクサ生命保険 取締役代表執行役副社長)
藤原 健 嗣 (旭化成 取締役副会長)
堀切 功 章 (キッコーマン 取締役社長 CEO)
松本 晃 (カルビー 取締役会長兼 CEO)

委員

青木 宏 道 (新日鐵住金 執行役員)
足利 英 幸
天野 克 美 (キッコーマン 取締役常務執行役員)
生田 正 治 (商船三井 最高顧問)
井上 明 義 (三友システムアプレイザル 取締役相談役)
井上 直 也 (マガシーク 取締役社長)
宇佐美 耕 次 (CSC ジャパン 代表執行役社長)
宇治 則 孝 (日本電信電話 顧問)
碓井 誠 (オピニオン 代表取締役)
内田 士 郎 (プライスウォーターハウスクーパース 取締役会長)
江川 昌 史 (アクセンチュア 執行役員)
江幡 真 史 (セディナ 特別顧問)
江利川 毅 (医療科学研究所 理事長)
大井川 和 彦 (シスコシステムズ 専務執行役員)
大岡 哲 (大岡記念財団 理事長)
大八木 成 男 (帝人 取締役会長)
小笠原 範 之 (シンプレクス・アセット・マネジメント 取締役会長)
小川 富太郎 (住友ベークライト 取締役会長)
奥本 洋 三 (興銀リース 特別顧問)
織田 浩 義 (日本マイクロソフト 執行役)
小野 峰 雄 (丸善石油化学 特別顧問)
織 畠 潤 一 (シーメンス・ジャパン 取締役社長兼 CEO)

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 取締役会長)
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・シニアフェロー)
河合輝欣	(ASP・SaaS・クラウド コンソーシアム 会長)
木村廣道	(ライフサイエンスマネジメント 取締役社長)
行天豊雄	(三菱東京U F J銀行 特別顧問)
清原 健	(ジョーンズ・デイ法律事務所 パートナー)
倉田 進	(日本AMS 取締役社長)
児玉正之	(あいおいニッセイ同和損害保険 特別顧問)
小林英三	(日本証券金融 取締役社長)
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)
雑賀大介	(三井物産 取締役副社長執行役員)
斎藤敏一	(ルネサンス 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)
佐藤尚忠	(明治ホールディングス 取締役会長)
R. バイロン シーゲル	(バクスター 執行役員)
椎名 茂	(プライスウォーターハウスクーパース 取締役社長)
重久吉弘	(日揮 日揮グループ代表 名誉会長)
品川泰一	(ユーキャン 取締役社長)
柴内哲雄	(野村総合研究所 理事)
島田 一	(金融ファクシミリ新聞社 取締役社長)
白川祐司	(あおぞら銀行 取締役)
反町勝夫	(東京リーガルマインド 取締役会長)
高木邦格	(国際医療福祉大学 理事長)
高島幸一	(高島 取締役社長)
高橋 衛	(HAUTPONT 研究所 代表)
宅 清光	(三機工業 名誉顧問)
竹尾直章	(BSI グループジャパン 取締役社長)
竹中裕之	(住友電気工業 取締役副社長)
伊達美和子	(森トラスト 専務取締役)
田中豊人	(日本G E G Eコーポレート 専務執行役員)
田沼千秋	(グリーンハウス 取締役社長)
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 取締役副会長)
辻村清行	(ドコモエンジニアリング 取締役社長)
出口恭子	(アッヴィ 取締役社長)
手納美枝	(アカシアジャパン・デルタポイント 代表取締役)
寺澤則忠	(ジャパンリアルエステイト投資法人 執行役員)
土居征夫	(城西大学 イノベーションセンター所長)
同前雅弘	(大和証券グループ本社 名誉顧問)
豊沢泰人	(ファイザー 執行役員)
中島昭広	(ネスレ日本 ネスレヘルスサイエンスカンパニー カンパニープレジデント)
長嶋由紀子	(リクルートスタッフィング 取締役社長)
長久厚	(DNA パートナーズ 代表社員)
中村明雄	(損保ジャパン総合研究所 理事長)
中村紀子	(ポピンズ 代表取締役 CEO)
成川哲夫	(新日鉄興和不動産 取締役社長)
西川久仁子	(ファーストスター・ヘルスケア 取締役社長)
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)
花井陳雄	(協和発酵キリン 取締役社長)
濱岡洋一郎	(E Wアセットマネジメント 取締役社長)
林明夫	(開倫塾 取締役社長)
林良造	(明治大学 国際総合研究所 所長)
原田明久	(ファイザー 上席執行役員)
檜垣誠司	(りそな総合研究所 理事長)
平手晴彦	(武田薬品工業 コーポレート・オフィサー)
廣瀬修	(サーベラス ジャパン アドバイザリー ボード ヴァイス チェアマン)
藤重貞慶	(ライオン 取締役会長)
古川令治	(マーチャント・バンカーズ 取締役社長)
星久人	(ベネッセホールディングス 特別顧問)
堀新太郎	(ペインキャピタル・ジャパン 会長)
本田信司	(武田薬品工業 取締役)
益戸正樹	(パークレイズ証券 顧問)
松井敏浩	(大和証券グループ本社 専務執行役)
松井秀文	(ゴールドリボン・ネットワーク 理事長)
水越さくえ	(セブン&アイ・ホールディングス 顧問)
宮内淑子	(ワイ・ネット 取締役社長)

宮 首 賢 治	(インテージホールディングス 取締役社長)
宮 澤 潤	(宮澤潤法律事務所 代表弁護士)
武 藤 英 二	(民間都市開発推進機構 理事長)
本 門 のり子	(D I O ジャパン 代表取締役)
森 川 智	(ヤマト科学 取締役社長)
山 岡 建 夫	(J U K I 最高顧問)
山 口 栄 一	(エージェピー 取締役社長)
山 田 匡 通	(イトーキ 取締役会長)
山 本 謙 三	(N T T データ経営研究所 取締役会長)
由 利 孝	(テクマトリックス 取締役社長)
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)
湧 永 寛 仁	(湧永製薬 取締役社長)
和 田 俊 介	(ニッセイ情報テクノロジー 取締役会長)
渡 部 憲 裕	(裕正会 理事長)

以上 113 名

事務局

齋 藤 弘 憲	(経済同友会 政策調査第2部 部長)
進 藤 浩 史	(経済同友会 政策調査第2部 マネジャー)