

コミュニティーHMOについての考察

柳沢 哲

キーワード：地域、統合、一体運営、HMO

1. はじめに

医療とは、必要な時に、誰にでも公平に提供されるべき公共性の強いサービスである。日本では、その価格は、診療報酬制度として公定価格が設定されており、一方、その支払いは保険制度による支出が多くを占めるが、運営母体の異なる多数の保険組合が存在し、経営状況、保険料負担、給付率に大きな相違がある。また、福祉や公衆衛生関連部分の税金、少なからぬ自己負担金等も考慮すると、いわゆる「国民皆保険」という表現は実態と大きく乖離している。そして、医療の供給者たる病院等は、公私が混在し、異なる経営環境の下、いびつな競争を強いられている。

こうした状況の中、昨今の急速な高齢化の進行と就業者人口の減少によって、従来の医療提供体制の維持継続が危ぶまれている。医療費の増大を抑制する国の方針によって、各医療機関は、自院存続の為に経営効率を重視しがちとなり、質の高い医療を提供しようというインセンティブは抱きにくい。

一方、医療は、そのニーズ、供給体制の面で、地域特性の強いサービス分野であり、厚生労働省が、地域包括ケアシステム、都道府県医療計画、地域保険等の推進を打ち出しているように、国全体よりも需給の一致する地域内で完結する方が合理的である。また、高齢化の進行に伴う慢性疾患の増加により医療と介護の区分けが曖昧となるにつれて、患者毎に合わせて医療、介護資源を適切に配分し提供するシームレスな対応が重要となってきている。それを行うには、単一の組織では不可能であり、病病、病診、病介等の多様な各施設間の連携が必須となり、最近の診療報酬改定においても、それを促すような配慮がされている。しかし、経営母体が異なる組織同士が連携を行うには余計な管理コスト、取引コストが発生する事は避けられず、さらに、それぞれの組織が競争する立場では利害対立が生じ、有効な連携とはなり得ない。

そして、現在の医療システムが内包する最大の欠点として、患者（保険加入者）、医療提供者、保険者というシステムを構成する三者間において、利害が相反する事があげられる。つまり、医療提供者には、収益の増加を目的とした過剰診療のインセン

タイプが働くが、それは保険者にとって費用の増加となる。また、医療提供者は費用削減の為にサービスの質を低下させるインセンティブも抱く可能性があり、これは患者の不利益となる。一方、フリーアクセスを重視した現状の保険システムでは、保険加入者である患者の費用に対する意識の低さがモラルハザードをはらみ、保険者に費用の増加をもたらす。無論、医療サービスを、市場メカニズムのいわゆる「見えざる手」に委ねても、情報の非対称性等、医療の抱える特殊性から、市場の失敗が起こる事は避けられない。

従って、上記の問題を根本的に解決する為には、従来とは全く異なる新しいシステムが必要となる。すなわち、地域内における全てのステークホルダー（住民、保険者、医療提供者）の利害を一致させつつ、医療、介護資源の一括した管理運営により、質の高いサービスを効率的に提供する、一体運営の統合されたシステムである。さらに、そのシステムの機能を医療介護サービスの提供に留まらず、「健康維持、向上」を目的とすることで、地域ひいては社会全体にとってより良い状況をもたらす事になる。そして、サービスの受益者たる地域住民が運営の主体となり、自らの給付と負担の選択に責任を負う事が肝要となる。すでに、米国においては、HMO（Health Maintenance Organization：健康維持機構）等の大規模な保険者一体の医療事業体が存在し、良好な経営状態と質の高い医療を両立させ確固たる地位を築いている。表1は米国最大のHMOのひとつであるカイザー・パーマネンテグループの事業規模である。「コミュニティー」とは『居住地域を同じくし、利害をともにする共同社会。町村・都市・地方など、生産・自治・風俗・習慣などで深い結びつきをもつ共同体。地域社会。』（大辞林より）とある。ここでは、日本におけるこの全く新しいコンセプトの統合ヘルスケアシステムを、地域内完結を重視して「コミュニティーHMO」と称し、その概略、意義等について述べ、最後に、実在する大阪府の二次医療圏を対象に、この新しい事業体を実現する為の施策と、その成立の可能性について言及する。

表1 カイザー・パーマネンテの事業規模

事業収入	経常利益	保険加入者	従業員	医師	看護師	病院	施設
479 億ドル	20 億ドル	890 万人	17.3 万人	1.7 万人	4.8 万人	37	611

(出所： http://xnet.kp.org/newscenter/annualreport/docs/kpreport_2011.pdf)

2. コミュニティーHMOの概要

コミュニティーHMOの概要を示したものが図1である。以下では当該システムの理念、構成要素、統治機構、意思決定システム等について述べていく。

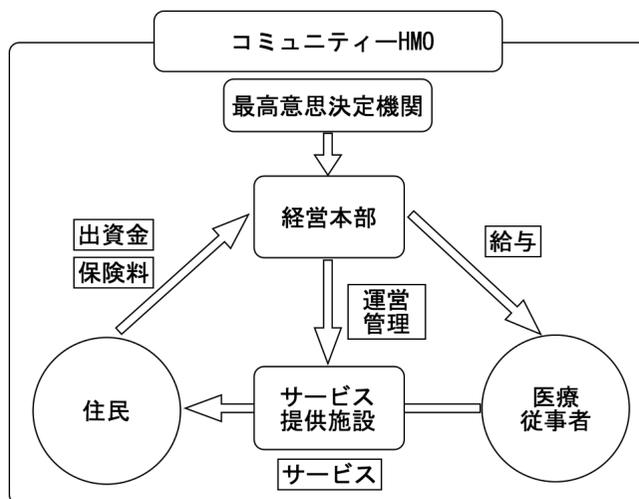


図1 システム概要

(1) 理念

「地域住民の健康維持、向上を追求する」を理念とし、システムを構成する全てのステークホルダーである、住民、医療従事者、保険者のベクトルを一致させる。

(2) システム構成要素の関係とその意義

図1の各項目に関して説明する。「住民」とは、ある特定の地域内に在住するすべての人々を指し、「医療従事者」とは、医師、看護師、薬剤師等をはじめ、医療、介護において、専門性の強いサービスに直接関わる専門職種を対象とする。また、「経営本部」とは、病院等の医療サービス提供施設の管理、運営から、人材マネジメント、医療評価等、システム全体の経営戦略、経営管理を担う部門を想定している。なお、「最高意思決定機関」は住民、医療従事者の代表者から構成されるが、詳細は後述する。「サービス提供施設」は医療、介護、保健、福祉関係の施設を指す。医療機関としては、自治体病院、民間病院、大学病院、一般開業医等、介護、福祉関係として、老人保険施設、特別養護老人ホーム等が該当する。

次に、それぞれの関係について述べる。システム全体をひとつの事業体として、住民、医療従事者を包含した組織とする。住民は出資金として、当初、ある程度の資金を提供する。また、既存保険者に納付済みの保険料は返還され出資金へ充当する。医

療従事者、他部門の職員も含めすべての従業員からも出資金を募り事業体全体の資本に充当する。なお、住民の転居、職員の退職時には、出資金は返還される。この仕組みにより、住民、医療従事者は、同じ事業体の構成員としての帰属意識を共有し、資本を根拠に双方の利害が一致する。この資本に、住民から定期的に徴収する保険料を加えてシステムの運営財源とする。なお、職員の報酬は医療従事者も含めすべて給与制とする。これは特に医療従事者の供給者誘発需要を防ぐ事にもなる。単一の事業体として全てが完結する為、既存システムにおける診療報酬制度は不要となり、あらゆる医療行為は、人件費等の固定費、薬剤費、材料費等の変動費として認識される事になる。ただし、経営管理上、認識すべき費用は原価管理の面でも重要であり、診療行為単位、患者単位、疾患単位等の範囲設定により把握される。

このシステムでは住民がより健康な状態に至るほど、医療ニーズが減少し、医療サービス提供費用の低下につながり、全体としての利益は増加する。これこそ住民と医療従事者の利害の一致であり、患者の減少が医療機関に損失を、逆に患者の増加が医療機関に利益をもたらしてしまう従来のシステムでは決して達成できない、この新しいシステムの最大の利点である。従って、「健康維持、向上」の理念は、単なる理想論ではなく、住民、医療従事者、何れにとっても利益をもたらす為に追求すべき正当なものとなる。

(3) 統治

システムの統治機構について示したのが図2である。

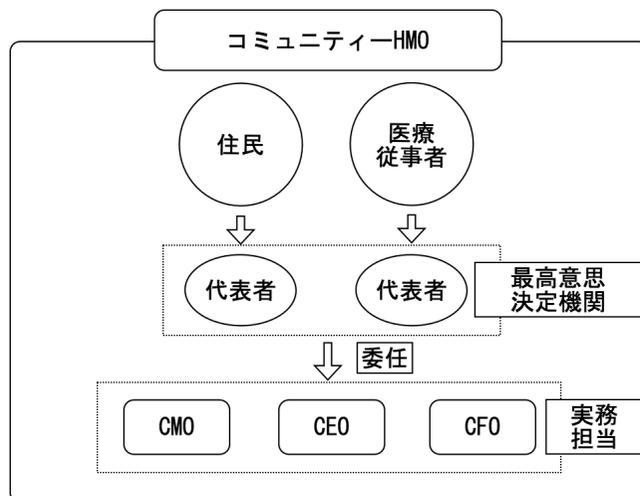


図2 統治機構

住民、医療従事者、それぞれから選出された代表者により最高意思決定機関を構成し合同統治を行う。その機関から委任された CEO（執行責任者）、CFO（会計責任者）、CMO（医療責任者）等のトップマネジメントが実務を司る。医療は公共性が強いとは言え、効率、公平性には必ずトレードオフが生じ、何らかの選択、制限は免れない。限られた医療資源の配分、負担とサービス給付の割合等、現在は行政に一任されている極めて重要な事項の決定に、当事者たる住民が直接参画する事の意義は大きい。自らが受けるサービスはその負担も含めて自己責任の下に、納得した上で決定する。合同統治であるが、あくまでも住民が主体性を認識する統治機構とすべきである。

(4) 意思決定システム

IT による情報システムを駆使し、広範囲にわたる多種多様な決定を、より迅速に低コストで行う事を実現する。各施設内における業務管理の効率化等は勿論の事、各施設間の横断的な専門職同士間における有効活用の例として、現行のセカンドオピニオンを遥かに上回る高度な意見集約が考えられる。さらに広い範囲としてコミュニティー全体を想定した場合、医療倫理に関わる複雑な問題、住民全体に信を問わねばならないような重要事項に関する意思決定を行う事も比較的容易となる為、代表者の負担が軽減され、かつより多数の意見、志向を反映する事ができる。また、組織の財政状況、コミュニティー全体の健康指標、クリニカルインディケーター等の重要情報もリアルタイムに完全共有する事で、マネジメントに重要な指針が得られる。

(5) サービス内容（給付範囲）

現在の保険制度が対象とする、外来診療、入院診療、介護保険の給付対象となる介護事業に加え、検診、予防接種、出産、スポーツジム等の健康維持、増進関連の周辺事業、さらに医学、保健分野に関連した教育、情報提供等、健康度向上に実効性のあると思われるヘルスケア領域全般を対象とする。

(6) 利益配分

組織の達成した利益の配分は、最高意思決定機関において決められる。住民に対しては、次年度の保険料の低減、還付、提供サービスの充実を、医療従事者を始めとした従業員には給与等の金銭的報酬、設備投資の原資とする事等が考えられる。また、出資者、この場合、全員が対象となるが、それぞれの出資金に応じた配当の支払いも検討に値する。

3. コミュニティーHMOのメリット

(1) 全体としてのメリット

一体運営による経営効率の向上は明らかである。管理コスト、取引コストは低減し、物的資源、人的資源の適正配分と有効利用が容易となる。特に、現行のシステムにおいて多大な事務作業コストを要する保険請求、いわゆるレセプト業務が不要となる事による費用削減効果は非常に大きい。さらに、従来の経営における最大の外部環境要因である診療報酬制度の影響から逃れられる為、長期的視野に立った安定した経営を志向できる。シームレスな医療、介護サービスの有効活用、施設間、専門職間の情報共有、知の集約により、最適な疾患マネジメント、ケアマネジメント、及びベストプラクティスへの到達が容易となり、膨大な医療情報の一元化がエビデンスを構築する事と相まって、サービスの質の向上がもたらされる。

(2) 住民のメリット

現行のシステムにおいて、医療関連支出である公的、及び民間医療保険料、受診時の自己負担金、OTC 薬購入費用等、健康維持関連の支出である検診、ドック、サプリメント、健康食品、スポーツジム等、さらに介護関係等の費用を合計したものが、いわゆるヘルスケアについての総支出とみなされる。新システムでは、支出を保険料に一本化し、かつ従来の総支出よりも低く設定することで、住民にとって、コストメリットの理解が容易となる。また、本当に必要なヘルスケア関連サービスが、追加費用を負担せずに全て確実に享受できるという安心感は、これまでの不安定で不確実なシステムからは決して得られないコスト以上に有意義な利点となる。

(3) 医療従事者のメリット

本来、医療従事者は患者の為に職業的判断を自由に行使できるという保証があり、その為に己を律する事に継続的に責任を持たねばならないとされている。いわゆるプロフェッショナルオートノミーである。ところが、昨今、医療機関が経営効率を重視するあまり、患者にコストを転嫁しようとし、医療従事者の自律性を阻害する状況を生じさせている。新しいシステムでは、プロフェッショナルオートノミーが尊重され、追求される事が組織全体に利益をもたらす。

また組織全体が雇用主となる為、多様な雇用形態が成立する。例えば、医師グループ、または医療チーム（手術室、呼吸器、緩和ケア等）を形成し、複数の施設で専門業務に特化した活動を行う勤務形態も有り得る。

医学の進歩への貢献も新システムでは遥かに容易となる。統合された組織だからこそ得られる膨大な診療データの蓄積により多くの知見が得られエビデンスが構築される。また、単一の巨大市場の利点を生かして薬剤の大規模臨床試験や新規医療材料、機器の開発機会への参加が増加する。

人材育成、教育の面でも、統合事業体ならではの多様な施設を利用出来る事のメリットは大きい。以上の事柄は、何れもあらゆる医療従事者にとって極めて魅力的な要素であり、多くの人材を強く惹き付けるマグネットヘルスケアシステムとなる。

(4) 既存システムのメリット

既存保険者（国、自治体、企業等）にとって、収支を圧迫する不健康な加入者の脱退はメリットに、逆に健康な加入者の脱退はデメリットとなり、加入者の構成によって大きな違いが生じる。一方、保険以外の医療支出である、税金による補填、生活保護者に対する現物給付等の減少分は、そのまま国、自治体の支出削減となる。

また、周辺産業（製薬、医療材料、健康産業、IT 等）にとっては、このシステムが巨大な単一購買者となり、膨大な需要による販売数量の確保に留まらず、マーケティング、臨床試験等の貴重なフィールドを提供することとなる。

4. 「健康維持、向上」と医療費適正化を実現する仕組み

(1) 健康志向のインセンティブを強化

住民が負担する保険料については、自己でコントロールできるリスクである飲酒、喫煙、検診受診歴、健康的ライフスタイル（運動、食生活）等の実績を加味する。

また、給付サービス内容も、検診、予防接種、教育に関しての費用は無料とし、自傷、飲酒を原因とする外傷、疾患等に対しては自己責任の面を反映し給付の除外、あるいは削減を行うなどの配慮を行い、健康志向のインセンティブを強化する。

(2) 住民教育

医療リテラシーの向上を目的として、あらゆる階層に教育機会を提供する。それによって、コミュニティー全体の医療ニーズの適正化、ライフスタイルの改善等による

健康度維持、向上をはかり、受診の適正化、費用低減を達成する。また、これは、システムの統治機構に参画しうる住民の対象を広げ、統治の質を底上げする事にもつながる。

(3) 給付対象制限

価格弾力性を反映し、悪性疾患等、医療必要度が高い疾患を無料にする。一方、風邪、腰痛、軽度の外傷等を有料化、あるいは給付対象から除外する。

(4) 医療従事者の報酬

供給者誘発需要を避ける為、医療サービスの量が反映されないように給与制とする。ただし、専門職としてのモチベーションを維持させ、より良い医療を提供しようとするインセンティブを与えるには、それぞれの医療サービスの質に対する評価を反映しなければならない。しかし、適切な評価指標が確立していない為、地域全体の健康指標を代替指標とする程度とならざるを得ず、その場合、個々の医療従事者の貢献度の算定は困難となる。むしろ、個人よりも医療チーム間のパフォーマンスを比較し、報酬に反映させる方が、評価の妥当性、コスト面からは実現可能性が高いと思われる

(5) 高齢者対策

病院や施設に入所した際に必要性の薄れる余剰資産を医療、介護費用に充当する事を検討する価値がある。恐らく多くの高齢者にとって、将来の不明確な費用負担に対する不安が、より多くの資産を維持しようとするインセンティブとなっていると思われる。従って、老後の医療、介護サービスは全て、保険料負担のみで保障されるのであれば、自らの余剰資産を実感し、その際の費用とする事に同意が得られるのではないか。具体的には、資産に対するリバースモーゲージを活用、あるいは、年金を充当する事が想定される。また、献体については、現在、医学部生の解剖実習用に無報酬で提供されているが、それ以外の有益と思われる研究目的の生体材料としての提供を評価し存命中の医療介護コストに充当する事も有用と思われる。

5. 実現に向けての課題

(1) マネジメントの困難性

国内にはかつて存在しない全く新規の事業組織体となる為、そのマネジメントを担う事の困難性は当然予想される。多種多様な組織、人材をひとつの理念に基づきまとめあげ、最適な経営を行う為には何が大切だろうか。

医療、介護は、明らかに労働集約型の産業であり、業務オペレーション等の標準化、効率化を追求する事が重要となる。そして、それを達成する為には IT を駆使した情報システム化の視点が欠かせない。他の産業に比べて、医療における IT の導入は遅れており、電子カルテひとつをとっても、規格が乱立し、有効活用されているとは到底言えない状況にある。前述の米国における代表的なHMO組織であるカイザーは 6 年間で約 60 億ドルの IT 投資を行い、これは年間事業収入の 5%を占めるが、10 年で回収可能としている。イギリスの NHS においても全予算に対して IT 支出は約 4%を占めるに至っている。一方、日本における IT 関連支出は約 1.5%に過ぎないとの試算がある。良いマネジメントを行うには IT の活用が必須であり、相応の投資を伴う。

また、マネジメントを行う人材、特にトップマネジメントを担い得る人材を想定する場合、従来システムとは全く異なる事を考慮すると、既存の医療機関、保険組合等の経営者ではその経験は活かされず、むしろ妨げになる事が懸念される。トップリーダーに求められる資質は業種を問わず共通している事から、医療とは無関係の分野であっても規模の大きな企業の実績のある経営者が最適かもしれない。一方、ますます細分化、高度化する医療分野において、その診療内容の評価、適正化等を担当する CMO（医療責任者）等は、専門分野に精通していなければならない、相応な人材を相当数、確保する事が重要となる。

(2) 米国におけるHMOの課題

米国においては、HMOに関して、かつては利用者による医療機関の選択権が限られていること、医師の治療内容に対する管理の厳しさ、コスト削減が優先される傾向にあるといった弊害が指摘され一部では訴訟にも至り問題となっていた。しかし、最近では、これに対するHMO側の譲歩、是正が行われ、患者満足度調査でも良い結果を示すようになってきている。また、他の組織の医療機関を選択できるタイプの契約形態（PPO）も現れ、支持を集めている。

これらの事は、新しいシステムにおいても想定すべき懸念である。まず、医療機関の選択権の制限については、住民が制限によっても不便を感じないように、システムを導入するに際しては、医療機関の充実した地域を選択する必要がある。また、医療内容に対する管理、過少診療の問題は、米国においては保険事業者と医療従事者の組織が別であり、利害が完全には一致していない事も影響していたと考えられる。従って、ここで提示した完全一体運営型システムにおいては、少なくとも、過小診療の懸念はかなり小さくなると思われる。

(3) 患者の便益評価方法の確立

医療から受ける、患者の正味の便益は個別の医療サービスによる健康度回復分であるから、医療ニーズの発生した QOL の低い状態と医療サービスを受けた後の QOL の回復した状態を貨幣価値に変換して評価する事が考えられる。医療、公衆衛生分野でよく使われ、費用対効果分析の際にも用いられる質調整生存年数 (QALY : Quality Adjusted Life Years) という指標が、それに相当する。しかし、QOL の貨幣価値は、該当者の属性、また評価者の属性によっても大きく異なり、コンセンサスを得るのが難しく、確立させるには相当の時間を要する。従って、当面は代替指標としてコミュニティー全体の健康指標等を用いるのが妥当と考える。

(4) 医療者の評価基準

ここでも患者の便益と医療の質の評価方法の確立が待たれる。患者に与えた便益を、それに関与した医療従事者の貢献度に応じて配賦する事や、提供した医療サービスの質の反映が、最も合理的な報酬設定手法となる。

(5) 競争原理の不在

システムの特性上、地域内では完全独占となり競争は生じない。そもそも競争がより良い医療に必須であるのか明らかではなく、競争原理が働かない事がデメリットとは言いきれない。その上で、必要とされた場合、医療従事者には、複数の同種の医療チームが存在すれば競争意識を持たせる事ができる。しかし、そこでも、パフォーマンスの比較に客観性をもたらす適切な評価方法の確立が前提となる。なお、隣接する地域に同様のシステムが存在すれば、システム間における競合が起こる。医療ニーズ、嗜好の違う住民の異動が、一方のシステムによる住民のクリームスキミングとなり、

地域間格差を生じる事につながる恐れがある。この場合は、格差是正の為に、国による徴税、補助金等による補正（所得移転等）が必要となるかもしれない。

(6) 既存システムへの執着

現在のシステムに満足している組織にとって、新たなシステムへの移行は既得権益を失う可能性があり、強い抵抗が予想される。これに対しては、現状の利益をある期間だけ保障する移行期間を設けるという譲歩を行う。また、現状を上回るメリットや従来システムのデメリットの提示に強い説得力をもたせる事が重要である。

6. 実現への具体的ステップ

ここで、大阪府の二次医療圏のひとつである豊能医療圏において、この新しいヘルスケアシステムを実現する為の具体的施策について考察し、概要の把握を試みる。

この医療圏は大阪府の北部にある能勢町、豊能町、箕面市、池田市、豊中市、吹田市により構成され、総人口は約 101.3 万人（平成 22 年）となる。圏内には 49 の病院、953 の一般診療所、病床数は約 11,000 床をかぞえ、中には国立循環器病センター、大阪大学医学部附属病院、千里救命救急センターなどの三次医療を担う機関や、箕面、池田、豊中、吹田、各市立の急性期総合病院、済生会の 2 病院等を擁し、関西で最も医療密度が高い地域である。

まず、医療機関の統合について検討する。当初の対象として、同種組織の水平統合（急性期病院同士、診療所同士等）か狭い地域内の垂直統合（大学病院、公立病院、一般診療所）の二通りが有り得る。近年、進められているのは、大学病院等の大規模施設から中小施設への縦の連携であり、その発展形態として統合を目指すのが妥当であろう。その例として、大阪大学医学部附属病院、その近隣の箕面、豊中、吹田の各市立病院、及び各市立病院周辺の診療所を統合する。経営形態としては大学病院がヒエラルキーの頂点とならないように、新しく設立した医療法人に各医療機関を吸収合併する。そこに至る準備段階として各医療機関の情報システムの統合が必須となる。特に電子カルテの共通化は、人材の流動化、特に医師の相互派遣により診療の標準化を進める為に欠かせない。組織コミットメントが希薄となりがちな医師に、診療業務を通じて連帯感を醸成し、組織に対する帰属意識をもたせる事が、円滑な統合の実現につながる。なお、勤務医にとって、給与等の待遇に悪化が無ければ雇用主の変更に対する抵抗感は少ないが、診療所の開業医にとっては、経営者から被雇用者への劇的

な変化となり、受け入れは難しかろう。新システムへの参加の可否は、統合前後の短期的損得ではなく、長期的展望によると思われる。従来の開業医偏重であった診療報酬制度の是正がなされる風潮の中、不安を抱きながら旧来のシステムに依存するか、リスクをとって新しい可能性に賭けるかの選択となる。そして、新しい統合システムが有効に機能し、一般診療所の受けるメリットが明確になれば、不安は払拭され参加への流れは確実に強まるであろう。もしも、統合に参加する一般診療所が全く現れない場合には、新しい医療法人が診療所を新規に設置し、運営することが解決策となり得る。この際に、医療特区としての仕組みづくりや法的整備が要求される。近隣の有力病院に統合された診療所に対して、それ以外の診療所が競合優位性を維持する事は難しくなるであろう。こうして、小さくとも、地域内において形成されたひとつの統合医療システムは、自然と求心的に参加施設を集め発展していくであろう。なぜなら、他に競合する事業体は存在せず、残る医療機関は自らの存続の為には強者との統合を選択せざるを得ないからである。さらに、医療施設の統合に合わせて、介護福祉施設も順次吸収合併されていく。こうして、保険システムは既存のまま、豊能医療圏全体に及ぶ医療サービス提供機関として新しい統合社会医療法人（仮称：豊能医療機構）が形成される事となる。

一方、保険者も別個に統合を進めていく。厚労省が地域医療保険として打ち出しているように、既存の保険者を地域内で統合し統合地域医療保険機構（仮称：豊能医療保健機構）を設立する。その際、各保険組合間の財政調整等、政治的配慮を要する場面が多いと予想され、ここでも医療特区、法整備が必須となる。

その後、最終完成型となるコミュニティーHMOの成立を目指す。まず、医療圏内の住民の意向の確認が先決となる。新しいシステムの理念、内容等の詳細に対する承認を、議会、あるいは住民投票という手続きによって得る。住民の大多数のコンセンサスを得た上で、上記の「豊能医療機構」、「豊能医療保健機構」を統合した新しい事業体「豊能HMO」を設立する。前述の如く、最高意思決定機関を設け、住民代表は、市町村レベルの自治体毎に、医療機構からは、施設代表者と専門職代表者（医師、看護師、薬剤師等）を選出する。ここで、事業体全体の大まかな方向性、経営戦略を策定、最高執行責任者 COO (chief operating officer)、最高財務責任者 CFO (chief financial officer)、最高医療責任者 CMO (chief medical officer) 等を選任し実務を委任する。表 2 は、豊能医療圏全体の医療規模を、既存の国内最大規模の病院グループ等と対比したものである。なお、「豊能HMO」の医業収入は、国民一人当たりの医療費と圏内人口を用いて算出した概算である。

カイザーは別格として、他の国内最大グループに匹敵する巨大な事業体となる事が分かる。さらに、他の既存病院グループが全国展開している事を考慮すると、「豊能HMO」が極めて高密度に集積された医療事業体である点が際立つ。医療においてグループ全体の事業規模が大きい事は、医薬品、材料購入時の強力な購買力をもたらし、

表2 新システムと既存病院グループとの事業規模に関する比較

病院機構名	対象人口	医業収入	病院数	病床数	医師数
豊能HMO	100万人	約2,690億円	49	11,000	3,300人
徳州会	不明	約2,500億円	66	14,000	2,000人
中央医科グループ	不明	約2,600億円	32	11,000	不明
カイザー(米国)	870万人	約3兆5,000億円	36	8,600	16,000人

資金調達コスト、投資規模の面で有利となる。いわゆる、費用面のスケールメリットが得られるが、これは医療に限らずあらゆる業種に当てはまる。しかし、地域特性が強く、地域内で需給の完結する医療サービスにおいては、異なる地域間にまたがる全国展開よりも、ひとつの地域内で統合する方が、上質なサービスの提供を実現する上ではるかに有利となる。

次に、機構全体の収支の自己完結性について検討してみる。厚労省の発表による平成21年度の国民医療費概況によると、財源別では、公費のうち「国庫」は9兆1,271億円(財源全体に占める割合25.3%)、「地方」は4兆3,662億円(同12.1%)。また保険料のうち「事業主」は7兆3,211億円(同20.3%)、「被保険者」は10兆1,821億円(同28.3%)。さらに、その他のうち「患者負担」は4兆9,928億円(同13.9%)となっている。

豊能医療圏の人口を全国のほぼ1%として、上記比率を当てはめると、国庫から910億円、地方から430億円、保険料のうち事業主は730億円、被保険者は120億円、自己負担500億円となる(合計2690億円、表3参照)。自己負担と保険料を合わせた一人当たりの年間直接支出は62,000円となる。

表3 新システムの予想財源別収入

合計	国庫	地方	事業主	被保険者	自己負担
現状 2,690億円	910億円	430億円	730億円	120億円	500億円
当初 2,590億円	1,970億円(約5%ディスカウント後)			新保険料	
				620億円	
最終 2,590億円	0円			2,590億円	

次に、新システムの発足より残りも全て負担するのは非現実的であるので、各財源からディスカウントした分を出資してもらうとする。約 5%のディスカウントで、国庫、地方、事業主から合計 1970 億円、自己負担、保険料を合わせて 620 億円を加えると、2590 億円の予算となる（表 3 参照）。従って、新システムの保険料として現行の実質自己負担と全く同じとした場合、一人当たり年間 62,000 円、月に約 5,200 円となる。そして、ディスカウント分の約 100 億円の不足分は、統合事業体の運営コストを約 4%削減することで達成できる。

なお、この試算においては、新システムでは不要となる診療報酬請求業務や、社会医療保険支払基金の事務削減分は含まれておらず、実際の収支の見通しは更に有利なものとなる。また、各財源にとって 5%の削減は、ほとんどコストのかからない極めて魅力的な提案となる筈である。この初期状態から、最終的には税負担による国庫、地方からの出資という流れを、医療特区、法整備により、保険料の全額を税額から控除する事と、保険料の増額を一体に行う事で、システム全体の収支が自己完結する。

7. まとめ

健康は、誰にとっても人生をより良く過ごす為に最も重要な要素のひとつであろう。社会にとっても、構成員がより健康である方が、効用を最大化させる事につながる明らかに良い状態である。従って、健康が損なわれた負の状態において、医療ニーズが発生し、それに応じた医療サービスの供給により医療提供者が利益を得るという現在のシステムでは、いかに医療の質を高めようとも、社会全体にとって効用が低下していることに変わりはない。すなわち、医療は付加価値を生み出すものではなく、避けるべき負担、費用とみなさざるを得ず、医療を無批判的に成長産業のひとつとして期待する昨今の風潮に対して強い違和感を抱く。究極の理想社会である医療を不要とする完全健康社会に近づく為には、診断、治療よりも予防、健康維持、向上に注力すべきであり、医療従事者として自らの存在価値に対して謙虚であらねばならないと思う。その上で、今後の日本にとって最も適した、目指すべき合理的なシステムとして、「健康維持、向上」を組織理念に掲げる「コミュニティHMO」について考察した。実現に向けて立ち足かかる解決困難な多数の課題や既得権益の喪失を恐れる各方面からの激しい抵抗も、その新しいシステムが社会にもたらす莫大な価値の前には些細な事となる。その意義が理解されるにつれて展望は開き、いつの日か時代に合致した正当なシステムとして確立する事を期待している。

〈参考文献〉（引用文献含む）

- [1] Dan Greenberg, Craig Earle et al. (2010) “When is Cancer Care Cost-Effective? A Systematic Overview of Cost-Utility Analyses in Oncology”, *J Natl Cancer Inst*, 102(2):82-88.
- [2] Louise B. Russell (2009) “Preventing Chronic Disease: An Important Investment, But Don’ t Count On Cost Savings” , *Health Affairs*, 28(1):42-45.
- [3] 安部雅仁 (2011) 「カイザー・パーマネンテのマネジドケア」、『北星論集(経)』 51(1)13-93。
- [4] 石村久美子 (2008) 「アメリカにおける医療へのアクセスと健康権」、『藍野学院 紀要』 22、31-42。
- [5] 宇沢弘文・鴨下重彦(編) (2010) 『社会的共通資本としての医療』 東京大学出版会。
- [6] 遠藤久夫 (1994) 「医療のネットワーク化と情報-組織関連携と取引コストアプローチ」、『医療経済研究』 1、83-91。
- [7] 田中滋・二木立 (2006) 『保健・医療提供制度』（講座医療経済・政策学:第3巻） 勁草書房。
- [8] 二木立 (2009) 『医療改革と財源選択』 勁草書房。
- [9] 西田在賢 (2004) 「米国のHMOの現状」、『薬理と治療』 32(2)139-144。
- [10] 西村周三・田中滋・遠藤久夫 (2006) 『医療経済学の基礎理論と論点』（講座医療 経済・政策学:第1巻）勁草書房。
- [11] 橋本英樹・泉田信行 (2011) 『医療経済学講義』 東京大学出版会。
- [12] 平野吉子 (2007) 「医療経済研究における QOL 評価の意義」、『大阪府立大学 経済研究』 53(4)、139-155。
- [13] 広井良典編著/江口成美[ほか] (1999) 『医療改革とマネジドケア:選択と競争原理の導入』 東洋経済新報社。
- [14] マイケル・E・ポーター&エリザベス・オルムステッド・テイスバーグ (2009) 『医療戦略の本質』 日経 BP 社。
- [15] B. マックペイク、L. クマラナヤケ、C. ノルマンド (2004) 『国際的視点から学ぶ 医療経済学入門』 東京大学出版会。
- [16] 松山幸弘 (2010) 『医療改革と経済成長』 日本医療企画。

