



社会医療法人緑社会理事長  
中医協・診療報酬調査専門  
組織・DPC評価分科会委員

金田 道弘氏

## 連携以上・統合未満の 現実的な選択肢が非営利HDC

幸弘先生の御著書「医療改革と経済成長」で非営利HDCに出会ったのです。

■非営利HDC創設の取り組みで、注目している事例はありますか。

金田 岡山県を例に挙げると

「岡山大学メディカルセンター」構想があります。同センターの下に岡山大学病院、岡山市民病院、岡山労災病院、岡山市赤病院、岡山済生会病院、岡山医療センターが配置される体制で、6病院長、副院長、事務部長などをメンバーに毎月会議が開かれています。既に文部科学省等には説明と提案が行われていると聞いています。

岡山大学の森田潔学長は今後想定される課題としては、

①既存の病院機能を継続するための財政措置、②スタートから安定までの移行期間における暫定的な支援措置、③参加する病院が抱える過去の投資の措置、④各病院の経営の自由度の確保を示しています。森田学長は強い意志をもって進めているようです。

■金田理事長が非営利HDCへの関心も持つに至った経緯についてお聞かせください。

金田 なぜ私が、非営利HDC法人制度が必要と考えたのか。それは当院のある岡山県真庭市が日本の最先端地域のひとつだからです。最先端とは高齢化、人口減少、相対的病床過剰の最先端という意味で、人口減少に伴い人口5万人弱の町にベッド数が中小病院ばかり約600床もあり、基準病床数から算出すると42床が過剰なのです。かつては800床もありました。医師不足と看護師不足も深刻で、患者不足という事態にも直面しています。

旧落合町には4つの民間病院がありましたが、平成23年に河本病院が閉鎖し、私どもの金田病院と落合病院を含め3院が運営されている状況です（1院は精神科病院）。当

院と落合病院はかつては熾烈な競争を展開してきましたが、この14年をかけて連携関係を築いてきました。

しかし、連携には限界があります。例えば当院の非常勤医師は届け出ている人数が30数名、臨時で頼む医師を含めると60名。落合病院も同様の非常勤医師数なので、連携では効率化に限界があるというのが私の見解です。

■これから経営危機に直面する病院にはどんな共通項があると見えていますか。

金田 今後、病院大倒産時代が到来する予感がします。岡山県北部でこの5年間に2つの民間病院が倒産しました。平成21年に津山第一病院（211床）が医師不足により負債総額59億円で民事再生法適用を申請し、平成23年は河本病院（148床）

が看護師不足により負債総額12億円で破産しました。

これから危機を迎える病院は、患者の減少による業績悪化とも言われています。私もそのような地方の中小病院、借入金額の過大な病院、さらに競争が激化している地域の病院です。競争には中小病院、対中小病院、大病院対大病院、あるいは大病院対専門病院というパターンがあります。

さらに国と住民の在宅志向、連携と機能分化、消費増税と地方の不景気などを考慮すると、病院経営は発展的・戦略的なダウンサイジングに向かわざるを得ません。これは時代の要請です。

■連携には限界があることから統合へと向かうのですか。

金田 連携から統合へと進むのは非常に難しいのが現実です。

この5年間に倒産した20キロ圏内の2つの病院のうち一方の病院からは倒産する前に理事長より統合を打診されていましたが、統合したら当院も経営危機に陥りかねないと判断して、お断りしました。もう1つの病院からは倒産後会社から買い取りを打診されましたが、その余裕はありませんでした。私は理事長として近隣の病院の経営の責任を抱え込む余力は無く、それよりも自院の経営に専念して、職員の雇用を守る責務を担っていると考えました。

一方、落合病院は特定医療法人なので緑社会と同じく持分がなく、統合しやすいのではないかと検討しました。ところが、双方の歴史、組織文化、認識などに違いがあり、統合は難しいと分かりました。そこで、連携以上・統合未満を探し求めていたところ、松山



## 【出席者】

キャノングローバル戦略研究所 研究主幹 松山 幸弘氏 社会医療法人緑社会理事長 金田 道弘氏  
東日本税理士法人副所長 長 英一郎氏 (司会・長 英一郎氏 / 記者・小野貴史)

## 座談会

# 非営利HDCの設立は 厚労省議論に関係なく進む

医療機関の存続に向けた非営利HDCの設立は、開設主体の違いや法人形態の違いなどから、厚生労働省検討会の議論は現実味に乏しいようだ。しかし、地域では厚労省の議論に関係なく、既に統合への模索が始まっている。事例も発生している。方法論と現実の相違などについて、研究者、コンサルタント、経営者が、それぞれの立場から見解をぶつけ合った。(司会・長英一郎氏)

## 非営利HDCの選択は 中小病院が存続する手段

長 ます松山先生に、平成27年度に創設が予定されている非営利HDC制度について、現時点での制度の形と進捗をご説明いただきたいと思いま



キャノングローバル戦略研究所 研究主幹 松山幸弘氏

す。

松山 私の意見としては、厚生労働省の検討会で議論されているような持分あり医療法人と社会福祉法人を束ねて地

域連携型医療法人を作るのは、現実的に難しいと思います。私は2005年に出版した本で非営利HDCを使った政策提言をしました。その目的は2つです。

一つ目は、社会医療法人や社会福祉法人など持分のない事業体で、セーフティネットになり得る法人がもっと活

躍できるように規制緩和を行うことです。例えば、社会医療法人や社会福祉法人の合併を認める、持分なしセーフティネット事業体に周辺ビジネスを行う株式会社認める、臨床フィールドを企業に提供することによって新たな収益源を確保することを認める、といったことです。

二つ目は、国公立病院の広域単位の経営統合です。社会保障制度改革国民会議の報告書を読むと、日本で患者情報の共有が進まないのは民間医療法人が多すぎるからだ

と書いてありましたが、これはおかしい。患者情報共有が進まないのは国公立病院側に大きな原因があるのです。そもそも民間医療法人は個々の理事長がみずからのリスクをもって築いてきた事業体です。ライバル関係にある彼らに対して政府が強制的にグループ形成しなさいと言っても実行性がありません。

政策的にメスを入れるべきは国公立病院です。ここを改革できれば日本の医療提供体制の効率化は相当に進みます。そこで国立病院や自治体病院はまず社会医療法人に改組して、その後経営統合する際の仕組みとして非営利HDCを使えばよいのではないか。これが、ふたつ目の目的です。



きさつから効率化が阻まれている現状に対して求められているのは、アベノミクスによって官邸からメスを入れることです。これができなければ成長戦略は実現しません。

長 金田先生は非営利HDC創設の課題や可能性をどうご覧になっていますか。

金田 地域の病院がほとんど潰れているのが現場の状況です。これはわれわれの地域だけでなく全国に広がっていくでしょう。経営危機に陥った病院から救済を求められても、自院の経営が危うくなってしまうので救済できなくなりますが、そうした事態が来る前に非営利HDCのような仕組みをつくって、地域医療が存続する体制を考える必要があるのではないかと思います。

いかと思います。

長 金田先生がおっしゃる「連携以上・統合未満」は説得力がありました。その選択肢として非営利HDCがあるとこの見解ですね。

金田 一番効率が良いのは合併です。経営能力のある理事長が他の法人を束ねていければいいのですが、私たちが学んできたノウハウを社会にお返ししたいという想いはあります。しかし、統合はどれだけ話し合いを重ねても実施するのが難しいのが現実です。そこで非営利HDCに可能性を見出せるのではないのでしょうか。

松山 金田先生が講演で話されたように、統合の難しさは組織カルチャーにあります。これは尊重せざるを得ない要素です。持分が入らない特定の個人に利益が入らない仕組みでも、組織の育ってきた環境が違えば、職員の価値観や判断基準は一致しません。異なる価値観を尊重しながら、いずれ共有できる仕組みをつくっていくかなければなりません。そこで金田先生がおっしゃる連携から統合へと進める仕組みとして、非営利HDCは活用できると思います。それぞれの法人の独立性をキープしながら設備投資など新しい事業は共同で行い、地域の患者情報も共有して、お互いに信頼関係を築けたら統合できるのだと思います。統合までには10年ぐらいかかると思いますが、そのぐらいの期間をかけてもよいでしょう。

ただ、財政危機が厳しくなって診療報酬と介護報酬の単価が上がらない時期が来てしまったので、倒産する法人は増えてきます。倒産しても人材、設備などの医療経営資源は地域に残さなければなりません。そのため受け皿を政策的につくっておくことが重要だと思います。非営利HDCの活用について、民間病院は経営者の判断に委ねるしかありませんが、国公立病院は税金が投入されているのですから、開設主体の違いが統合の妨げになるという

のは、住民への言い訳になりません。

### 国公立病院に迫られる 社会医療法人への改組

長 非営利HDCの主体となるのは、やはり社会医療法人なのででしょうか。

松山 私はそう思います。既に地域包括ケアの核になっていく社会医療法人が重要ですし、国立病院も公立病院も民営化して社会医療法人に改組することが重要です。それが実現できた後に、地域における連合や統合が始まるのだと思います。

長 松山先生のご指摘はよく理解できます。国公立病院の管轄は総務省なので、厚労省にはあまり意見を出せない状況にあり、縦割り行政の問題があると思います。

松山 縦割り行政の問題を解決するのは官邸の仕事です。縦割り行政は官僚同士の縄張りすぎず、国民への言い訳として通用しません。地域包括ケアシステムをきちんと運営しようとしたら、国全体としてどうするかが問われてきます。



社会医療法人緑社会理事 長  
主 田 道 弘 氏

行政側の都合や過去のい

今、国公立病院の院長たちは錯覚しているのではないのでしょうか。地域医療にきちんと取り組もうとしたら自院だけではできません。この現実を考えたら、持分のない事業体同士が過去のいきさつを呑み込んで統合することが必要であり、統合できたら、個々の事業体が独立性を維持しながら協調していくことは十分可能だと思います。

長 私は千葉県や愛知県の公立病院を医療法人化に関わつ

たことがあるのですが、議員や職員たちの反対が続くなかで、非常に腕力の必要な作業でした。国公立病院を社会医療法人化するという意見には賛同します。しかし政治的な

思想とか、補助金が投入されていることの制約などから、腕力のある人をたくさん揃えないと、今の制度のもとではなかなか進まないのではないのでしょうか。

**松山** 一番簡単なのは補助金を切ることです。国の財政が本当に厳しくなれば補助金もなくなっていくと思いますが、そうなった時に動いても遅いので、合意できる地域については非営利HDCを作っていくようにしましょうというのが、私の提案です。

**国公立病院の方々**は「自分たちは政策医療を行っているから赤字なのだ」と主張しますが、私の知る限りでは、そうした病院は政策医療を行っていません。医師が不足しているからです。医師をきちんと確保して政策医療を行っている病院は、補助金がなくとも赤字を計上しています。

従って救急医療や小児医療をやっているから赤字で、補助金をもっとよこせというのは間違った経営姿勢です。民間病院はもっとしっかりと経営しています。

**金田先生**のご見解で一番共鳴しているのはダウンサイジングです。世界共通のことですが、医療技術の進歩によって大病院があまり必要でなくなりました。できるだけ機能を明確化した

コンパクトな施設を地域に配置して、ベッドは介護施設などと役割分担をして補え合えばよいのです。そのほうが地域のニーズに合はずです。

アメリカには5000億円や1兆円規模の地域ネットワークがあります。彼らは大病院を作りません。必要がないからです。むしろサテライト施設をいかに上手く配置するかで、地域住民にとってのアクセスが変わってくるので、そちらに注力しています。

大規模なセンター病院を作らずに、サテライトをたくさん配置して患者情報を共有し



ほとんど倒産していくのを回避する手段ではないかと思えます。職員を守り、地域医療を守る大事なシステムではないかと。現在は、われわれが存続するために、このシステムを活用することが迫られている時期だと思います。

**長 亀田総合病院グループ**は、医療法人鉄蕉会と社会福祉法人太陽会という2つの法人でグループが運営されていますが、東京の京橋に開設したクリニックと合わせて患者情報をグループ内で共有しています。非営利HDCと同じ発想で運営しています。

**松山** 患者情報は経済的な利害が一致しないと共有できません。ライバル同士の関係では共有できません。政策的にはセーフティーネット機能

**金田** 現場の感覚としては、非営利HDCは地域の病院が



東日本税理士法人副所長  
長英一朗氏

担う事業体を地域に複数設立して、保険者がそれを束ねる。束ねるといえるのは、各事業体がデータベース構築に協力してくれたら重点的に財政支援をしてオペレーションが廻る仕組みにしていくことです。これができるなら、アベノミクスで提唱されているデータヘルズが実現するはず。各法人がバラバラな状況で患者情報の共有はあり得ません。

### 厚労省が検討している 仕組みは現実的でない

**長** ほとんどの法人が準備をしていない中で非営利HDC制度が創設されても、機能するまでには時間がかかるでしょう。厚労省は工程表に基づいて粛々と進めていくだけだと思えますが、どんな展開になりそうですか。

**松山** 厚労省の検討会で議論されている仕組みを具体化する事は、非常に難しいと思えます。現実的に考えれば、社会医療法人と社会福祉法人を経営しているグループに対しては、両者の合併を認めて、経営効率向上をし易くさせて

あげることが即効性のある政策です。

この合併を認めてあげれば、社会医療法人が地域の社会福祉法人と合意を得て合併することもできますし、合併でなくても非営利HDCを設立すれば双方の法人で役割分担ができます。双方とも持分がないので、5、10年かけて価値観を共有していけば合併もあり得ます。その事業体に社会医療法人化した自治体病院が参画することも、十分起こり得ると思うのです。

こうした方法のほうが現場のニーズも高い。厚労省の検討会が示している枠組みには無理があるのではないだろうか。

長 私も同じ意見です。あの枠組みとは関係なく進んでいくと思います。金田先生のご意見はいかがでしょう。

金田 地域の中小病院同士がともかく定期的に話し合っただけ、毎月の食事会でも結構です。顔をの見える関係を築くことです。相手が見えれば自分の役割も見えてきます。病

院同士が戦わずに、まずは話し合う地域をつくっていくことを提言したい。既に岡山県内各地でそうした動きが生まれてきています。

長 私は先生が提言された状況が生まれることが稀で、話し合うよりも、むしろ経営力のある法人にどんどん吸収されていくイメージを持っています。ひとつのモデルとしては成り立つと思いますが、実行するのは結構ハードではないでしょうか。

金田 NPO岡山医師研修支



援機構・地域医療部会では、岡山大学医学部大会議室で97回毎月話し合いをしています。真庭3病院では、130回以上毎月話し合っています。落合病院金田病院連携推進協議会では経営幹部が隔月に交互の病院に集まり、27回話し合っています。大切なのは危機感の共有です。

長 そこまで実行できる理由には岡山の地域性があるのではないですか。人間性とか。松山 一番大きな要素は持分を放棄できる経営者がいるかどうかです。放棄できる

経営者と放棄できない経営者とはものすごく取り組み姿勢が違うと思います。私が会ってきた中で、持分を放棄できる経営者は自分が医療・介護の事業を築いてきたことについて、地域への感謝の思いがとても強いのです。個人の財産に固執しないで、真のセーフティネットになるにはどうすればいいのかという議論を始めています。

例えば金田先生のように

に、他の病院との連携や統合を真剣に考えているのです。地方のほうがこの傾向は強いように思います。

金田 昭和26年に個人病院でスタートした金田病院は昭和56年に医療法人となり、58年に特定医療法人、平成21年に社会医療法人に改組

しました。社会医療法人になれば県や自治体と協働して責任を果たしていこうという意識も生まれてきたように思います。

長 最後に意見が一致しました(笑)。本日はありがとうございました。

座談会出席者プロフィール



社会医療法人緑社会理事長  
平成21年より社会医療法人 緑社会理事長就任。役職は、厚生労働省 保険医療専門審議員、厚生労働省 中央社会保険医療協議会・診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会委員、厚生労働省 へき地保健医療対策検討会構成員など多数兼任。医学博士(岡山大学) / 外科専門医 / 人間ドック健診専門医・指導医 / 日本医師会認定産業医などの資格を有する。尊敬する人物に、川崎学園初代理事長 川崎祐宣先生、ホテルオークラ元副社長 橋本保雄氏、元日本私立病院事務長協会会長 高橋重雄氏などを挙げている。



東日本税理士法人 社員 副所長 公認会計士、税理士、診療報酬請求事務能力認定試験有資格者、医療経営士1級合格、多摩大学大学院 客員教授。まぐまぐ！で週一回月曜日にメルマガ発行。2012年度診療報酬・介護報酬改定政策シナリオの全貌、医療経営なるほど、なっとくQ&A(日本医療企画)、病院管理者選部門経営塾(日経研)、医療経営士3級試験完全対策予想問題111(日本医療企画)、医療法改正で変わる医療法人経営(清文社)など。



キャノングローバル戦略研究所 研究主幹  
2011年11月よりキャノングローバル戦略研究所 研究主幹。医療費と財政に関する研究、福祉に関する研究、医療関連産業の動向調査を研究テーマとする。著作物に「医療改革と経済成長」(2010年11月 日本医療企画)、「医療改革と統合ヘルスケアネットワーク」(共著者河野圭子、2005年11月、東洋経済新報社)、「人口半減：日本経済の活路」(2002年4月、東洋経済新報社)など多数執筆。