テーマ：コロナ禍と医療イノベーションの国際比較

講　師：松山 幸弘氏 武蔵野大学国際総合研究所
研究主幹

日　程：2023 年 6 月 22 日

東大学経済学部経営学科卒業後、生命保険会社入社。1999 年㈱富士通総研・経済研究所主席研究員。2005 年民間医療法人専務理事、国保総合旭中央病院顧問等を経て、2009 年キヤノングローバル戦略研究所研究主幹。2023 年 2 月より武蔵野大学・国際総合研究所研究主幹。現在に至る。

日本ではコロナ医療対策のために巨額の補助金が投入されたが、それを使わずに内部留保して大幅増益とした病院が民間のみならず国公立にも存在した。英国など医療が公中心で財源部門とセーフティネット医療施設が連結している制度の下では、緊急時の追加財源は過不足なく供給される。医療が日本以上に民中心の米国では補助金の事後的監査が明確なため、補助金に余剰が出る見込みの場合は民間病院側が監査前に自主的に返還することすらある。日本では発熱外来患者受け入れを拒否する医療機関が多数発生したのみでなく、国立病院機構本部が補助金でコロナ病床を増設した都内国立病院に重症患者受け入れ拒否を容認する通知まで出していた。国内では救急車でコロナ感染患者がたらい回しになった事例が頻発したが、他の先進国では自宅療養している患者が重症化した場合の入院先は事前に決まっている。人口 100 万人前後の広域医療圏毎に地域医療ネットワークが構築されているからである。米国には約 300の Integrated Healthcare Network (IHN)があり、緊急時は政府からの追加財源の有無に関係なくセーフティネットとしての使命感から自己資金で初動スタートする。

日本においても地域包括ケアの仕組みが長年議論されているが、医療組織カルチャーの欠陥や地方議会の抵抗でネットワーク化が進んでいない。岸田政権は医療 DX を目玉政策として掲げているが、国公立病院を広域医療圏単位で経営統合して IHN を全国配置しなければ「名ばかり医療 DX」で終わる。

＜厚労省、コロナ分科会など専門家たちが流布した理由＞
日本は民間医療機関が圧倒的に多い医療制度だから

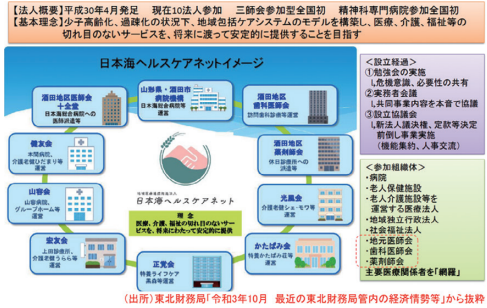
■

米国も民間病院中心だが未曾有の感染者増加の中でもコロナ病床を確保、最前線を担う独立開業医が発熱外来患者を拒否することはなかった。
では日米で何が異なるのか？

	米国	日本
医療資源に限りがある中、人口100万人以上の広域医療圏単位で全体最適の意思決定（特に通常医療病床とコロナ病床の構成割合）を臨機応変に行うプラットフォーム医療事業体（IHN）が存在する。 IHN = Integrated Healthcare Network	◎	X
独立開業医の多くは平時からプラットフォーム医療事業体（IHN）と患者情報共有して機能分担している家庭医である。		

英国、カナダ、オーストラリアなどは公立病院を核にしたプラットフォーム医療事業体を全国配置

図 3　海外より感染者が少ない時に日本で医療崩壊した理由



（出所）東北財務局「令和3年10月　最近の東北財務局管内の経済情勢等」から抜粋

図 4　全国のモデルになりうるのは日本海ヘルスケアネット

図 3 及び 4：武蔵野大学国際総合研究所