

▶ 総 説 ◀

医療・福祉の担い手としての社会福祉法人 及び医療法人の使命と将来像

松 山 幸 弘

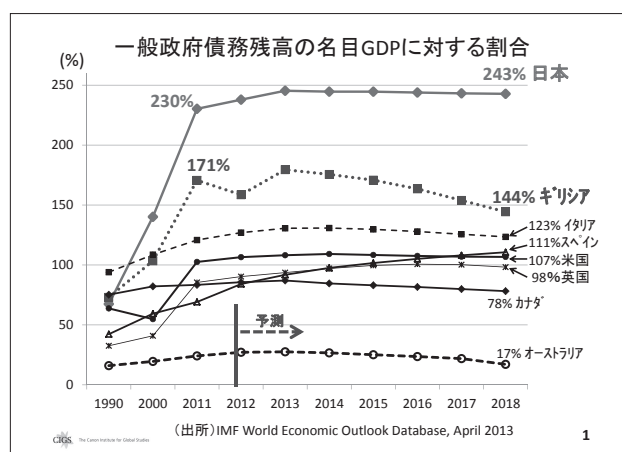
はじめに

本稿は、2013年3月17日に「長岡医療と福祉の里学会」で発表した内容をまとめたものです。学会終了後に、使用したスライドの基礎データである将来推計人口やIMF（国際通貨基金）による一般政府（国＋地方自治体）債務残高の名目GDP（国内総生産）比予測、都道府県別県内総生産の最新データが入手できました。また、安倍政権の経済政策の目玉であるアベノミクスの概要も明らかになり、長岡地域と類似の問題を抱える地方都市の社会福祉法人や医師会などとも意見交換する機会を得ました。そこで、本稿では2013年6月末時点の状況を踏まえて学会発表内容を加筆修正させて頂きました。

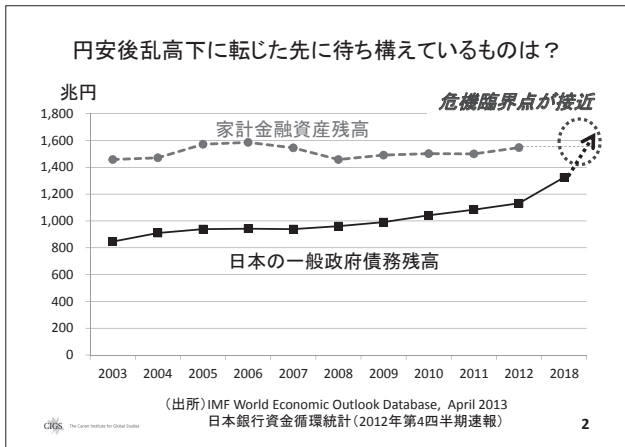
1. 日本が直面する不都合な真実

膨張し続ける政府債務と日本経済

スライド1は、IMFが2013年4月に発表した一般政府債務残高がその国の名目GDPに占める割合の実績と将来予測です。わが国は、1990年時点では67%と健全と言えるレベルでした。しかし、バブル経済崩壊後の20年間に急上昇、2011年に230%に達しました。財政破綻したギリシアが171%であることを考えると、日本の財政危機の深刻度がわかります。



この一般政府債務残高の対名目GDP比を引き下げるには、2つの条件を満たす必要があります。第1の条件は、基礎的財政収支の黒字です。財務省ホームページによれば、「基礎的財政収支（プライマリー・バランス）とは、税収・税外収入と、国債費（国債の元本返済や利子の支払いにあてられる費用）を除く歳出との収支」です。つまり、その時点で必要とされる政策的経費を、その時点の税収等でどれだけまかなえているかを示す指標です。2012年度の当初予算で歳入の49%を国債発行に依存していることから、この条件を満足するには社会保障費を含めた聖域なき歳出カットを断行する必要があります。国民も相当な覚悟を求められます。第2の条件は、名目GDP成長率が長期金利を上回ることです。過去20年間はその逆で、デフレ経済のもと名目GDP成長率が長期金利を下回り続けました。人口減少が既に始まった

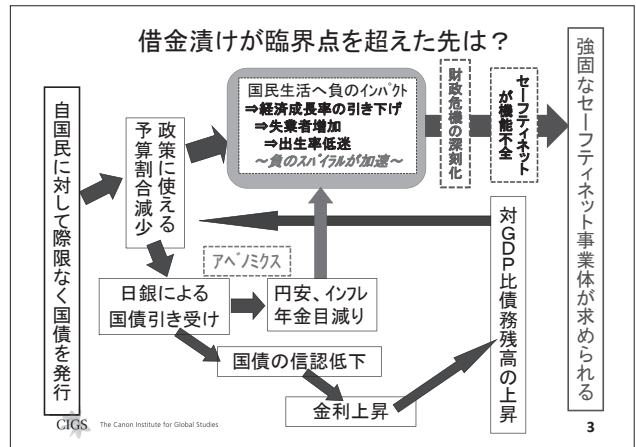


中でこの条件をクリアするには、構造改革により国民全体の労働生産性を飛躍的に高めなければなりません。

このように一般政府債務残高の対名目GDP比が未曾有のレベルにあり、それを引き下げることが非常に困難であるにもかかわらず円高の時代が続いたのはなぜか。それは、デフレつまり物価下落により円の価値が相対的に高まったことに加え、わが国の場合、家計金融資産残高が一般政府債務残高を上回っているからです。(スライド2) ちなみに、2012年末時点で一般政府債務残高1,132兆円に対し家計金融資産残高1,547兆円です。これは、国と地方政府の借金を自国民が資金供給し、外国に依存しないでよい状態にあることを意味しています。しかし、このまま一般政府債務残高が積み上がっていけば、2020年頃には家計金融資産残高を上回ることになります。そうなれば、ギリシアと同じように政府予算編成のために外国に国債を買ってもらう必要が出てきます。実際には、その危機臨界点が見えてきた時点で猛烈な日本円売り、金利上昇が始まり、国民生活への負のインパクトが強まると予想されます。

アベノミクスの現状評価と課題

安倍政権が提唱するアベノミクスの狙いは、この国民生活への負のインパクトの衝撃をできるだけ緩和することにあります。スライド3をご覧ください。アベノミクスとしてまず実行された政策は、日銀による資金供給拡大です。具体的には国

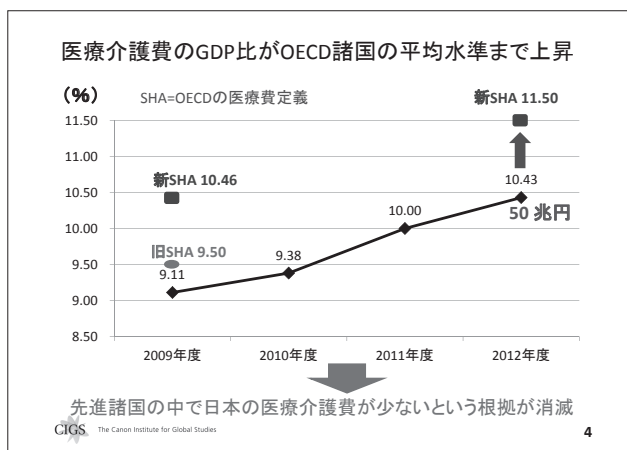


債などの資産を日銀が購入して通貨の流通量を増やし物価上昇をプラスにすることです。デフレからインフレになれば、一般政府債務と公的年金債務の実質価値を引き下げることにつながり、財政再建に多少なりとも寄与します。

しかし、アベノミクスの第2の矢である財政再建のための歳出カット、第3の矢である成長戦略(構造改革)を断行しなければ、財政再建を実現できないばかりか日本経済の成長力を高めることができず、国民生活への負のスパイラルが加速します。7月の参議院選挙を前に安倍総理が第2、第3の矢の内容を発表した途端に株価が下落し円高に戻ったことから明らかなように、6月時点のアベノミクスでは不十分です。私は、仮にアベノミクスがある程度成功したとしても国と地方政府の財政難は現在よりも深刻化し、公費に依存した現在の医療・介護・福祉サービス供給体制は機能不全に陥ると心配しています。しかし、そのような事態になっても、本日学会に参加なさった皆さんには、地域住民のニーズに応じてセーフティネット機能を果たす使命があります。つまり、国や地方政府への依存度を引き下げても持続できる強固なセーフティネット事業体を目指す必要があるのです。

先進諸国平均に達した医療介護費負担

そのセーフティネット事業体の財源となる診療報酬・介護報酬について、これまで日本の医療介護費は他の先進諸国と比べて名目GDP比で少な



という理由から、その増加が政治的に容認されてきました。しかし、その根拠が2012年時点で消滅した模様です。スライド4の折れ線グラフは、厚生労働省が発表する国民医療費と介護費用の合計が名目GDPに占める割合を示しています。一方、先進諸国間で比較する場合、分子にはOECD（経済開発協力機構）が定めたSystem of Health Accounts（略称SHA）という枠組みが使われます。従来このSHAには、わが国の国民医療費に含まれていない一般薬、正常分娩費用等が入っている一方で在宅ケア費用が除外されていました。しかし、2011年に在宅ケア費用を含めることにSHAの定義が改正されました。それにより、各国の同割合がアップすることになりますが、公的介護保険制度により在宅ケア市場が急拡大している分だけ日本のアップ幅が大きいと見込まれます。また、ドイツ、オランダは旧SHAの時から在宅ケア費用の一部を含めて申告していたそうです。わが国の2012年時点の新SHAによる同割合は約11.50%と試算されます。これは、わが国の同割合が先進諸国の中での平均を上回った可能性を示唆しています。

TPP不参加という選択肢はない

アベノミクスでは、医薬品と医療機器の対外収支赤字を黒字に転換することが目標の1つに掲げられています。スライド5をご覧ください。対外収支赤字が1990年2,802億円から2011年1兆6,880億円に膨らんでいます。医療機器の対米赤字は

米国は「日本の医療産業の無能力現状維持」を希望
 医薬品・医療機器の対外収支赤字奪還！は日本再生の条件(億円)

	1990	2000	2010	2011	
医薬品	国内生産額				
	対米	▲691	360	▲1,218	▲1,961
	対EU	▲1,513	▲2,263	▲7,054	▲8,571
	対その他諸国	▲635	▲301	▲3,166	▲3,128
	計①	▲2,838	▲2,205	▲1兆1,438	▲1兆3,660
	受取	250	864	3,128	2,890
医療機器	国内生産額②				
	対米	▲642	▲4,283	▲4,494	▲4,276
	対EUその他諸国	653	▲297	▲1,527	▲1,499
計③	11	▲4,580	▲6,021	▲5,775	
合計額 ①+②+③	▲2,802	▲6,311	▲1兆4,850	▲1兆6,880	

(出所) 薬事工業生産動態統計年報、貿易統計、科学技術研究調査より作成

4,276億円ですから、日本は米国の医療機器メーカーから見て上得意客ということになります。医薬品の技術導入収支とは、医薬品の特許料の収支です。その受取額が2011年に2,890億円であり、収支差が2,555億円の黒字になっているのは、日本の製薬企業の海外子会社からの特許料収入が寄与しているからです。しかし、製品である医薬品の貿易赤字は1兆3,660億円です。その理由として、わが国の製薬企業の国際競争力が弱いことに加えて、生産拠点が法人税率の低い海外にシフト、その海外子会社からの輸入額が増加していることがあげられます。

したがって、アベノミクスが医薬品・医療機器の対外収支黒字を達成するには、わが国の研究開発力を強化するだけでなく、法人税率引き下げも必要ということになります。法人税率を引き下げて日本企業の生産拠点を日本国内に呼び戻すことは、保険料負担をする勤労者を増やすという観点から、医療・介護・福祉サービス事業者にとっても重要な政策課題です。

このように日本企業の生産拠点が海外にシフトし保険料負担者が減るという問題は、今話題になっているTPP（環太平洋戦略的経済連携協定）に参加しなければ一層深刻な事態になります。TPP不参加国で生産されたものには関税がかかりますから、日本企業としては生産拠点をTPP参加国に立地するしか選択肢がなくなるからです。つまり、医療・介護・福祉の財源確保の観点から考えれば、TPP不参加という選択肢はないの

です。

2. 長岡福祉協会の経営環境と課題

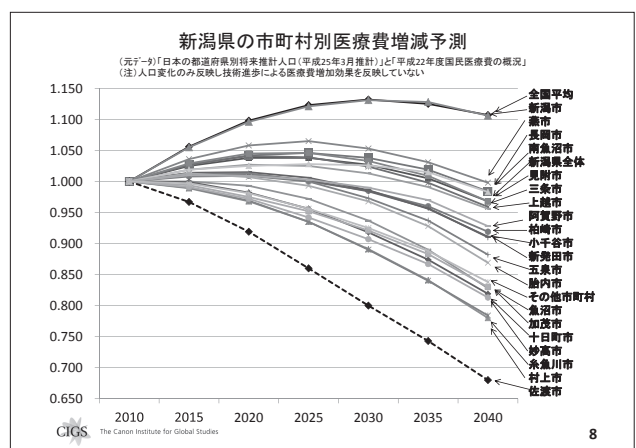
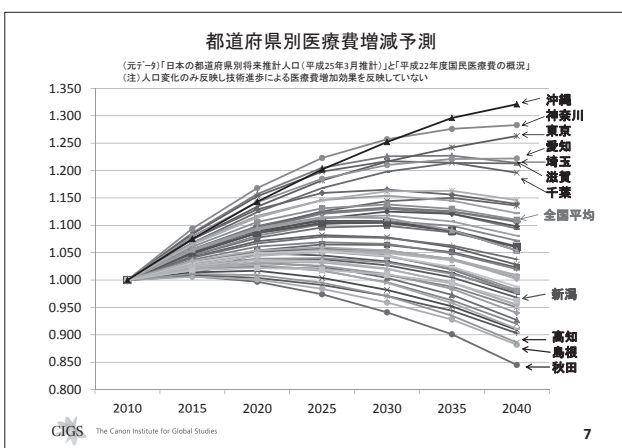
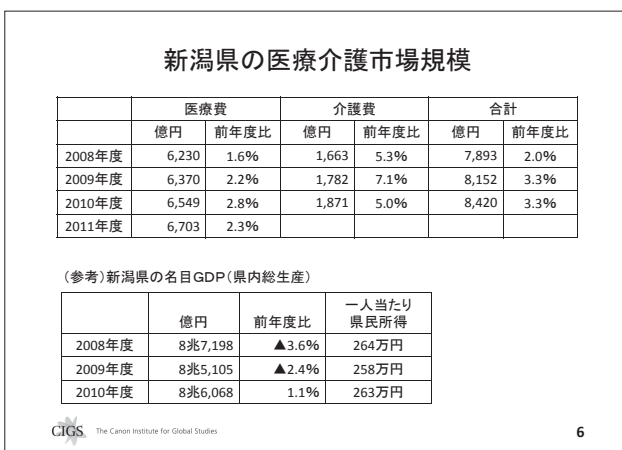
人口減による医療費減少が始まる

次に長岡福祉協会の経営環境をデータに基づいて見てみましょう。新潟県の医療介護市場規模は、2010年実績で医療費6,549億円、介護費1,871億円、合計8,420億円です。(スライド6) そのうち医療費については、高齢化による医療費増加を人口減による医療費減少が打ち消して医療費減少が近い将来始まると予想されます。スライド7は、その時期について全国平均と都道府県別に推計したものです。全国平均では医療費のピークは2030年です。しかし、新潟県は全国平均を大きく下回り、医療費のピークは2020年です。スライド8は、それを新潟県内の市町村別に見たものです。新潟市は全国平均並みですが、それ以外の市町村全てが全国平均を下回っており、市町村間格差も大きいことが分かります。

ちなみに長岡市の医療費のピークは2025年です。この推計は、2013年3月に発表された将来推計人口と2010年の5歳年齢階級別一人あたり医療費実績を元に試算したものであり、年率1%~1.5%と言われる技術進歩による医療費増加効果を含めていません。しかし、技術進歩による医療費増加が収入増に結び付く医療機関はまず高度急性期病院であることから、長岡福祉協会から見た医療市場の動向を考える上では、この試算で十分役立つと思われます。

新潟県は補助金を負担させられている

スライド9は、厚生労働省が発表した2010年度医療費マップ統計から、縦軸に一人あたり実績医療費、横軸に地域差指数を都道府県別にプロットしたものです。地域差指数とは、都道府県間の医療消費のあり方を公平に比較するため、医療費に与える影響が大きい年齢構成の違いを消去調整したものです。地域差指数の全国平均は1です。したがって、地域差指数が1より大きい都道府県は医療提供体制が過剰供給の疑いがあります。逆に地域差指数が1より小さければ、医療提供体制整備が不十分である可能性があるものの医療制度運営に無駄がないと評価できます。ちなみに、長年の予防活動により高齢者医療費が低く日本一長寿である長野県の地域差指数は0.884、一人あたり実績医療費は449千円です。新潟県は、地域差指数0.887、一人あたり実績医療費456千円とその長野県に近似しており、医療制度の運営は効率のと



言うことができます。これに対して、福岡県、高知県の地域差指数は各々1.211、1.161であり、一人あたり実績医療費も全国平均の462千円を大きく上回っています。

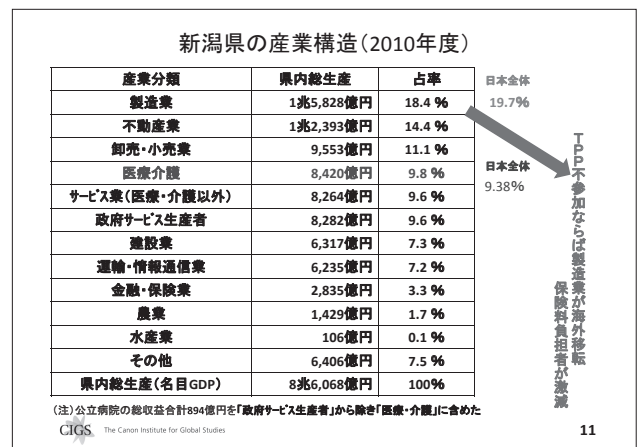
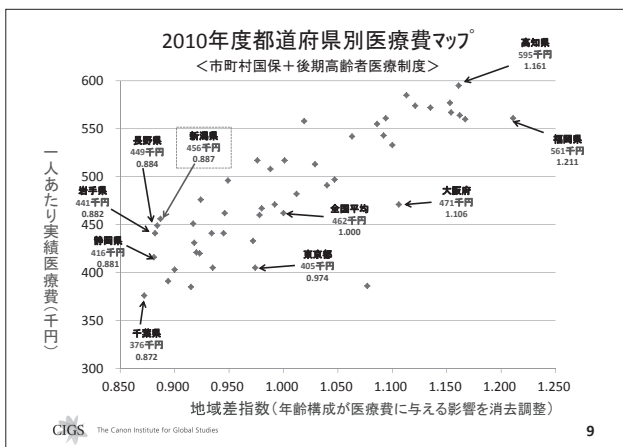
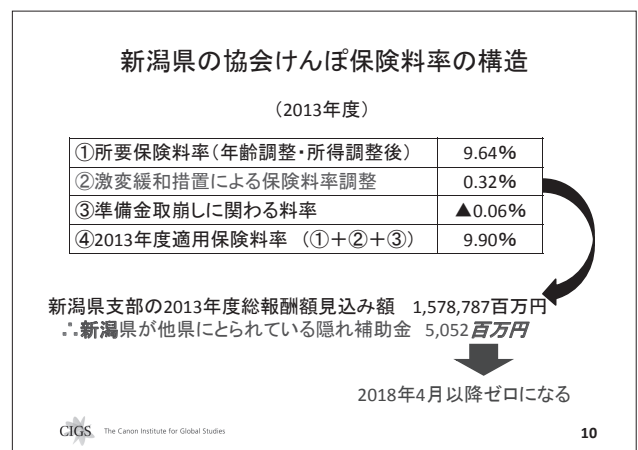
このように都道府県間で医療制度運営の巧拙に大きな格差があることの矛盾が、協会けんぽの隠れ補助金となって表れています。協会けんぽは、中小企業に雇用されている勤労者のための公的医療保険です。2008年9月までは政府管掌健康保険の名称で全国をカバーする1つの保険者として運営されていました。それが同年10月から都道府県別の保険者に分割され、保険料率も都道府県別に保険収支を見ながら決定する仕組みに変わったのです。しかし、前述のとおり医療制度運営の巧拙に大きな格差がありますから、新制度スタート時点から保険料率決定を都道府県別に完全に切り替えると、福岡県、高知県のみでなく大阪府など地域差指数が大きい地域の保険料率が大幅アップすることになります。そこで、新制度への切り替えを10年かけて徐々に進めることにしました。これが激変緩和措置です。このことは、新潟県のように地域差指数の低い地域が本来よりも高い保険料率を10年間余儀なくされ、効率の悪い都道府県への補助金拠出を強制されていることを意味します。

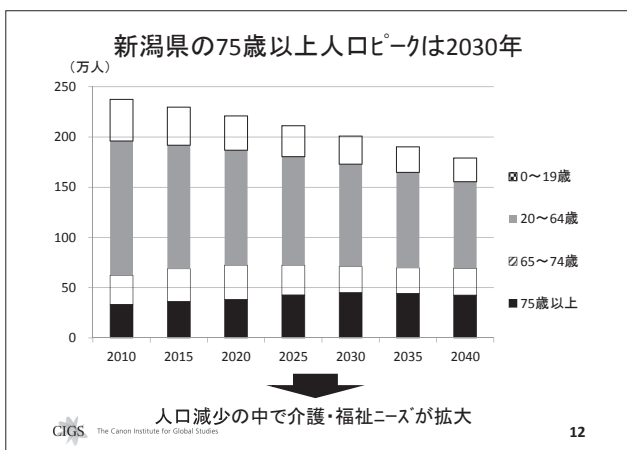
スライド10がその計算結果です。都道府県別に保険料率を決定する場合でも、年齢構成や所得水準の違いといった都道府県別保険者が自助努力で改善できない要素は、国全体で財源調整する必要があります。その調整後の保険料率が所要保険料

率であり、新潟県協会けんぽの場合2013年の同率は9.64%です。ところが医療を過剰消費している都道府県を救済するために、この所要保険料率9.64%に0.32%をプラスされています。金額にすると約50億円です。新潟県協会けんぽは、この激変緩和措置による保険料率アップを軽減するため自らの準備金を取り崩し、2013年の適用保険料率を9.90%にしているのです。

医療介護産業の県内総生産構成比は9.8%

スライド11は、新潟県の産業構造を表しています。県内総生産とはその県が経済活動により1年間に生み出している名目GDPのことです。医療介護産業が県内総生産に占める割合は、製造業18.4%、不動産業14.4%、卸売・小売業11.1%に次ぐ9.8%です。医療介護のための財源は基本的に他産業が稼ぐわけですから、新潟県の経済全体が成長し続ける必要があります。前述したとおり、TPP不参加ならば新潟県の最大産業である製





造業が海外移転しますから、新潟県の医療介護産業も成り立たなくなります。

75歳以上人口のピークは2030年

スライド12のとおり、新潟県の総人口は2010年の237万人から2020年221万人、2040年179万人と減少します。この間、介護福祉サービスを最も多く消費する75歳以上人口は、2010年33万人、2020年38万人、2030年45万人と増え続けます。このように75歳以上人口が2030年まで増え続けることは長岡市も同じです。(スライド13) これは、人口減少により医療費が減り始めたとしても、経営資源を介護福祉部門にシフトさせれば、長岡福祉協会としては2030年まで成長を続けることが十分可能ということです。そして、皆さんの使命として「2030年以降も長岡福祉協会が成長できる体制を創るには今何をなすべきか？」を問われているということです。結論を先に言えば、長岡市周辺に築いた事業基盤をより強固なものにすると同時に、これまでに築いたノウハウと人材、内部留保を使って首都圏など大都市部への進出を検討すべきです。

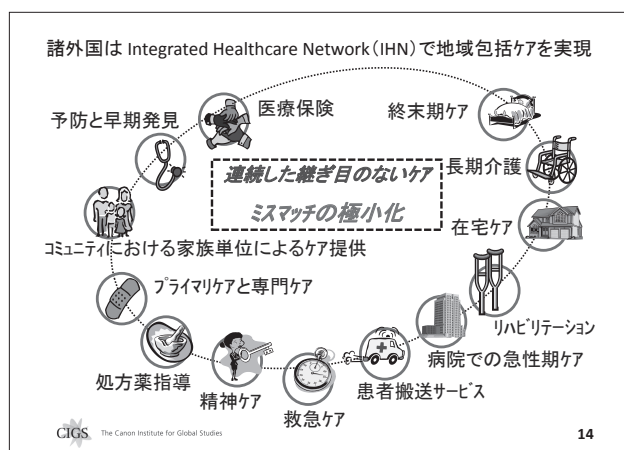
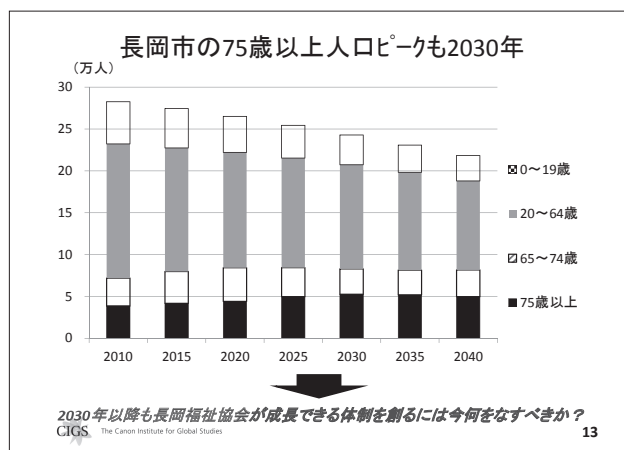
3. 医療介護福祉複合体のあるべき姿 構造改革なくして地域包括ケアは実現困難

厚生労働省は、2025年までに地域包括ケア体制を全国に普及させる構想を掲げています。同省の言う地域包括ケアとは、1万人前後の地域毎に基礎的な医療介護サービスを提供する事業者ネット

ワークを築き、その機能を超越する急性期医療等についてはより広域を担当する医療機関につなぐ、というものです。しかし、わが国の場合、現行制度の下で連携のみによりこのような仕組みを全国津々浦々作ることは不可能です。なぜなら、経済的利害が対立しライバル関係にある中小規模事業者が群雄割拠している状況下で、互いに連携するように政府が求めても誰も言うことを聞かないからです。これが、わが国で予防から急性期、外来、在宅ケアに至るまで地域住民が必要とするサービスを継ぎ目なく提供する仕組みが遅々として進まない最大の理由なのです。これを打開するためには、異なる機能の施設群と人材が経営統合し全てのケアサービスを品揃えした事業者を政策的に創る構造改革が必要です。そのためのヒントは、海外と日本国内の両方に既にあります。

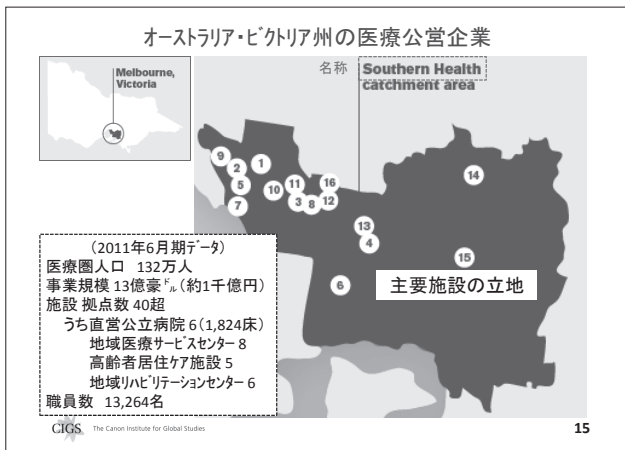
海外の医療介護福祉複合体IHNは大規模

21世紀に入り他の先進諸国においても地域包括



ケア体制作りが医療政策の最重要課題になっています。スライド14はその概念図です。その第1の特徴は、財源となる医療保険、病気にならないための予防活動、プライマリーケア、急性期ケア、救急ケア、在宅ケア、介護、終末期ケアなど地域住民にケアサービスを提供するために必要な機能を可能な限り一つの事業体に取り込んでいる点です。このケアサービスの川上から川下まで垂直統合した事業体は、Integrated Healthcare Network (略称IHN) と呼ばれています。

第2の特徴は、人口50万人～100万人単位の地域毎に設置されたIHNの事業規模が1千億円以上と大きいことです。スライド15は、オーストラリアのメルボルンでIHNを形成している医療公営企業概念図です。医療技術進歩が加速している結果、その時点の医学水準から見てベストのケアサービスを効率的に提供し続けるためには、地域住民のケアニーズと提供体制の間に生じるミスマッチを常に極力小さくする努力が求められま



米国の非営利は **免税額以上の社会貢献負担**
 ～センタラヘルスケアの収支構造～ (単位:百万ドル)

	2007	2008	2009	2010	2011
①営業収入	2,577	2,776	3,015	3,386	3,930
患者サービス収入	1,636	1,726	1,808	2,030	2,479
医療保険料収入	893	1,000	1,155	1,295	1,372
その他収入	48	51	52	61	79
②営業費用	2,446	2,661	2,889	3,195	3,686
人件費	958	1,052	1,104	1,196	1,440
医療保険給付費	505	584	759	831	827
その他費用	983	1,025	1,026	1,168	1,419
③営業利益(①-②)	131	115	126	190	245
営業利益率(③÷①)	5.1%	4.1%	4.2%	5.6%	6.2%
④資産運用利益	93	▲273	221	102	78
⑤経常利益	223	▲158	347	292	322
慈善医療(費用ベース)	▲117	▲138	▲138	▲163	▲211

CIQS The Canon Institute for Global Studies 17

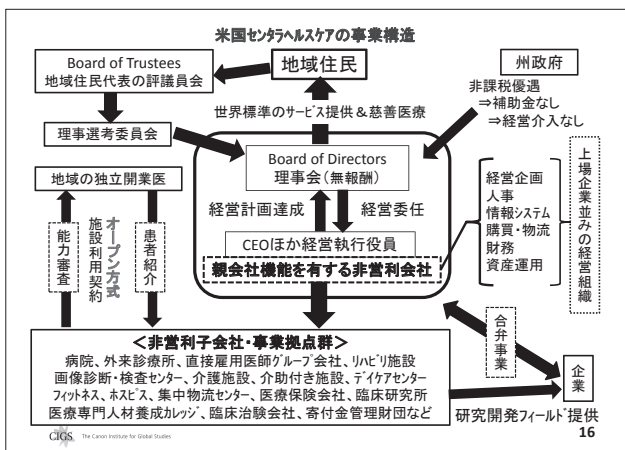
す。これは、セーフティネット機能を果たすための医療介護福祉経営資源を一元管理する大規模IHNがあってはじめて可能になります。

米国にはこのIHNが500以上あり医療介護市場の約7割を占めています。国公立病院を核にしたIHNもありますが、大部分は長岡福祉協会と同じ民間の非営利事業体です。スライド16は、私が10年以上通い続けて研究しているバージニア州の民間非営利IHNセンタラヘルスケアの事業構造です。センタラヘルスケアの資産は地域住民の共有財産ですので、経営者の任免をはじめとするガバナンスは住民代表の委員会が行います。また、最新鋭の医療機器や施設の利用を地元開業医に開放するオープン方式です。スライド17はその財務データです。事業規模は約4千億円、毎年営業利益とほぼ同額の利益還元を慈善医療等の形で行っています。それは、税率約35%の連邦・州法人税を免除されている見返りに利益の約50%を地域の福祉のために使っているということです。最近の経営戦略として注目すべき点は、地域住民のケアニーズの変化に合わせて経営資源を急性期から外来、介護、在宅にシフトさせていることです。(スライド18)

4. 次なる社会福祉基礎構造改革

国内の医療介護福祉複合体は好業績

実は、このようなIHNの基本型を世界で最初に創ったのは日本なのです。社会福祉法人聖隷福祉事業団(スライド19、20)と長野厚生連(スライ



経営資源配分を急性期から外来、介護、在宅にシフト

Medical Home
(包括的在宅ケアプログラム)
豊富な在宅ケアの品揃え

- Nursing Specialized Services
- Acute Care Transition for Chronic Diseases
 - Asthma Program
 - Chronic Obstructive Pulmonary Disease
 - Coronary Heart Failure
 - Diabetes Home Care Program
 - Disease Management
 - In-Home Diagnostics Care
 - In-Hospital Care
 - Podiatric Services
 - Telerehabilitation Program
 - Virtual Care™ Therapy for Swallowing Disorder
 - Wound Care
 - 24/7 Care Status Monitor

- Other Services
- Hispanic Program
 - Rehabilitative Services
 - Pharmacy and Infusion Therapy
 - Respiratory Equipment and Services
 - Home Medical Equipment
 - Chronic Illness Personal Emergency Response System
 - Private Duty

介護施設 7 (822床)
入院リハビリテーション施設 1 (36床)
介助付き居住施設 3 (255床)
デイケアセンター 2
PACE (高齢者包括ケア) センター 2

地域全体をカバーする医療情報システム eCare は地域包括ケアのインフラ
その投資コスト回収は外来、介護、在宅のサービス拡大が柱

CIGS The Caron Institute for Global Studies

18

国公立病院以上に政策医療を担う長野厚生連は補助金抜きでも経常黒字

＜単位：百万円＞	2010年度	2011年度
①事業収益	85,765	86,741
医療収益	79,257	79,675
訪問看護収益	1,049	1,064
施設運営収益	3,787	4,105
その他	1,672	1,897
②事業費用	83,445	85,632
③事業外損益	350	355
④経常利益(①-②+③)	2,671	1,464
経常利益率(④÷①)	3.1%	1.7%
⑤特別損益	505	311
うち一般補助金収益	1,151	908
⑥税引前当期利益(④+⑤)	3,175	1,775
⑦法人税・住民税及び事業税	1	1
⑧当期剰余金(⑥-⑦)	3,174	1,774
最終利益率(⑧÷①)	3.7%	2.0%

へき地に立地したのも含め全病院が黒字
急性期から在宅まで全ての機能を果たせば黒字
診療・介護報酬が全体として低すぎることはない
地域医療崩壊の原因は報酬水準ではない

＜減益の理由＞
高度医療センターのための先行投資

CIGS The Caron Institute for Global Studies

22

セーフティネット事業体の模範例①
社会福祉法人聖隷福祉事業団



2012年4月現在事業拠点数 (出所) 聖隷福祉事業団WEBサイト

病院	6	有料老人ホーム	10	コミュニティセンター	2
クリニック	1	グループホーム等	2	在宅介護支援センター	2
障害者施設	13	デイサービスセンター	9	地域包括支援センター	5
特別養護老人ホーム	13	保育園	12	ケアプランセンター	12
介護老人保健施設	3	訪問看護ステーション	15	テラーサービスセンター	11
軽費老人ホーム	3	訪問ヘルパーステーション	7		

CIGS The Caron Institute for Global Studies

19

社会福祉法人聖隷福祉事業団の収支

＜単位：百万円＞	2010年度	2011年度
①事業活動収入	88,793	90,474
うち経常経費補助金収入	564	599
借入金元金償還補助金収入	114	114
国庫補助金等特別積立金取崩額	502	529
②事業活動支出	85,887	88,515
③事業活動外収入	1,771	1,751
うち借入金利息補助金収入	23	19
運営費補助金収益	872	820
施設設備補助金収益	196	212
④事業活動外支出	632	596
⑤経常収支差額(①-②+③-④)	4,045	3,114
⑥経常収支差額率(⑤÷①)	4.6%	3.4%
⑦補助金合計	2,271	2,292
⑧補助金抜き経常収支差額(⑤-⑦)	1,774	822
⑨補助金抜き経常収支差額率	2.0%	0.9%

福祉事業体込みでも補助金抜きで黒字達成

CIGS The Caron Institute for Global Studies

20

セーフティネット事業体の模範例②
長野厚生連



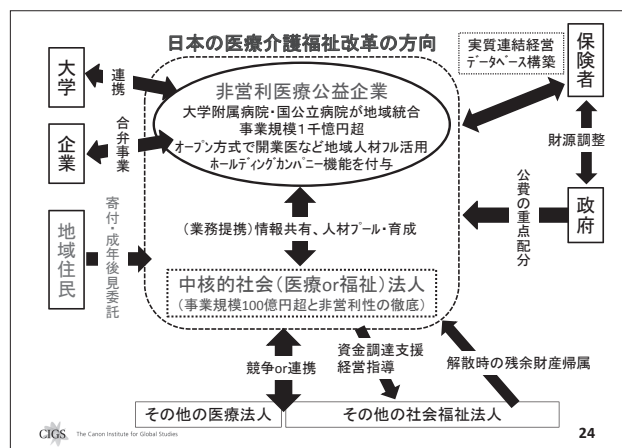
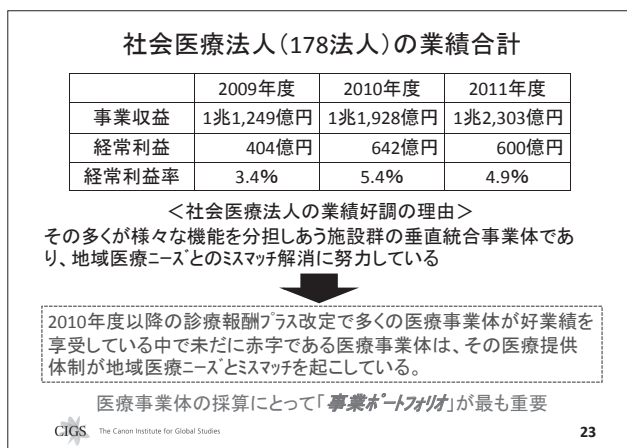
CIGS The Caron Institute for Global Studies

21

ド21、22) がそれです。IHNが登場したのは米国が1990年代、オーストラリア、カナダ、英国が2000年代であるのに対して、両事業体はそれ以前から急性期病院に特化するのではなく、地域住民のニーズ全体に応える努力をしてきました。そして注目すべきは、地域医療崩壊が叫ばれる中でいずれの事業体も補助金抜きでも経常利益が黒字だという点です。

スライド23のとおり、社会医療法人178の業績を合計してみると、小泉政権以降の診療報酬マイナス改定で診療報酬が底と言われた2009年度でも平均経常利益率が3.4%でした。民主党政権によるプラス改定で翌2010年度は5.4%にジャンプ、多くの社会医療法人が過去最高益を記録しました。それは、聖隷福祉事業団や長野厚生連ほど規模は大きくないものの、IHN的な事業構造を追求してきたからです。

このように急性期から在宅まで全ての機能を果たしている事業体が黒字という事実は、診療報酬・介護報酬の水準が全体として低すぎることはない証拠です。地域医療崩壊の原因は報酬水準が低いためではなく、その事業体が地域住民のニーズとミスマッチを起こしているからなのです。さらに言えば、わが国の医療介護福祉提供体制においてこのミスマッチが拡大する元凶となっているのは、多額の公費投入を受けながら機能分担・連携することなく過剰設備投資競争を行っている国公立病院、国立大学附属病院なのです。



社福の存在意義は国民のラストリゾート

このように考えてくると、アベノミクスにおける医療介護福祉改革のあるべき方向が見えてきます。その具体策を考える上で大切なのは、既存の経営資源のガバンスを組み替えると同時に模範的経営の事業体を支援することで、強固なセーフティネット事業体IHNを全国各地に生み出すことです。

スライド24がその概念図です。まず国立大学附属病院を大学から分離し同一地域内の国公立病院と経営統合させ、事業規模1千億円の医療事業体を目指してもらいます。そこに社会保障制度改革国民会議でも検討されているホールディングカンパニー機能を付与します。こうすれば、大規模非営利医療事業体が企業との合併事業を通じて医療周辺ビジネスで稼ぎ、本業である医療の追加財源を自力で獲得できます。

社会福祉法人が目指すべきは、この大規模非営利医療事業体と機能分担できる中核的事业体になることです。中核的社会福祉法人に求められるのは非営利性の徹底です。なぜなら、最近社会福祉法人の内部留保に批判が出ているように、その非営利性に疑義が生じているからです。本来、社会福祉ニーズに応えるためには内部留保は大きいほどよいのです。しかし、経営内容調査や業界関係

者のヒヤリングを行った結果、現在の社会福祉法人の多くは内部留保を社会に還元する意思が希薄と言わざるを得ません。

もちろん、中核的社会福祉法人の有力候補となる事業体も少数ながら既に存在します。私がこれらの模範的経営の社会福祉法人に期待していることは、国民からラストリゾートと認められるだけのブランドを築くことです。ご承知のとおり、独居高齢者が急増しています。独居高齢者の中には金融資産は持っているものの終末期ケアと死後の供養のあり様に不安を抱えている方々がたくさんおられます。営利目的の介護施設ではこの不安に応えるだけの信用を獲得できません。非営利性が徹底された社会福祉法人だけがラストリゾートになりえるのです。そのような中核的社会福祉法人には寄付も集まると思われます。

7月の参議院選挙後に医療介護福祉事業体のガバナンス改革の議論が本格化すると予想されます。そこでは社会福祉法人制度の基礎構造改革につながる内容も審議されるはずですが、私は、規制改革会議健康・医療ワーキンググループ専門委員として、中核的社会福祉法人となりうる模範的事业体を支援する政策、具体的には寄付要件の緩和、社会医療法人との合併促進、地域包括ケアのための財源優先配分などを提案するつもりです。