

CIGSシンポジウム

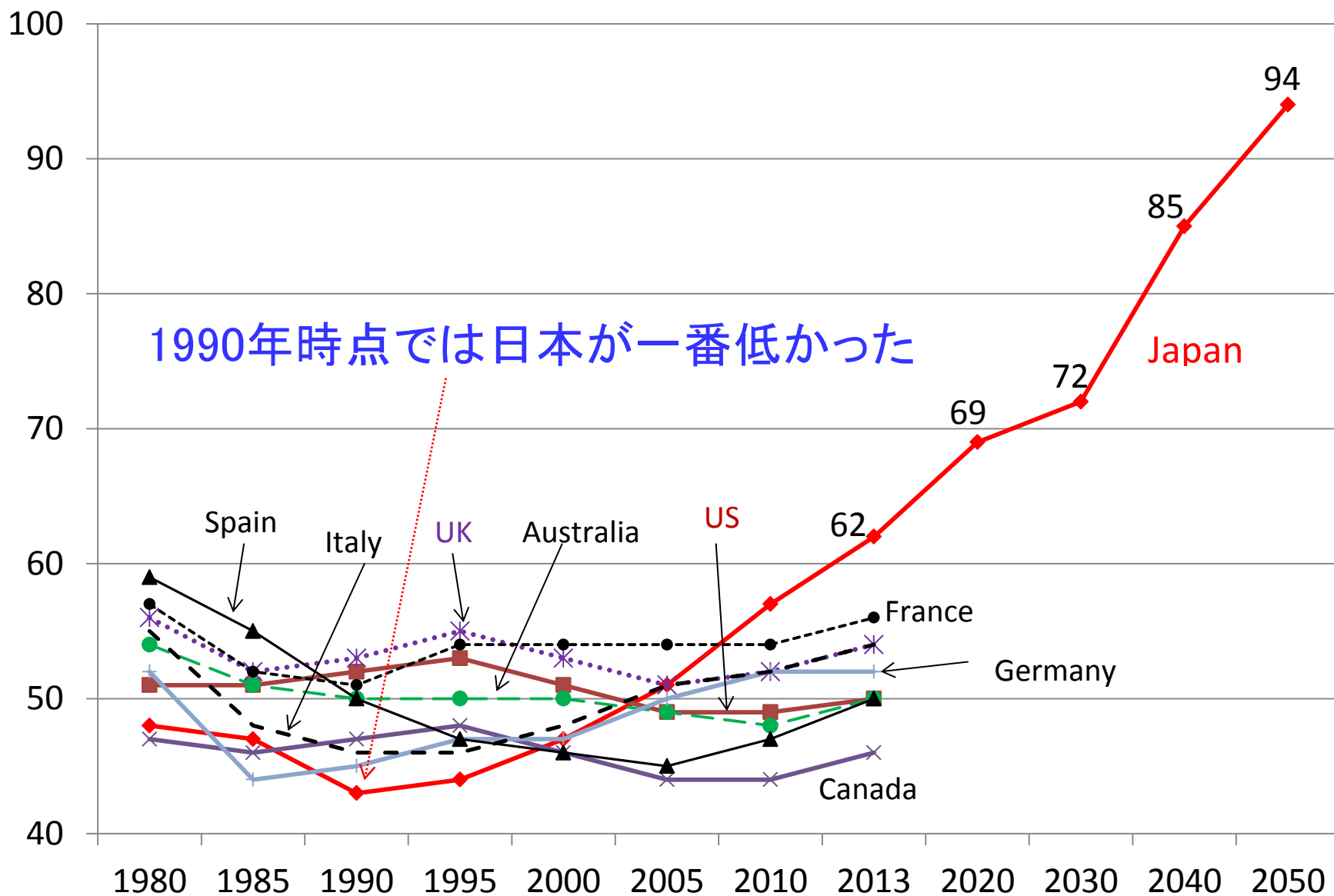
2015年医療・福祉法人制度改革のポイント

2015年9月2日(水)

松山 幸弘

一般財団法人キャノングローバル戦略研究所 研究主幹・経済学博士
規制改革会議健康・医療ワーキンググループ 専門委員
社会保障審議会福祉部会 委員

従属人口割合（＜14歳以下＋65歳以上＞÷＜15～64歳＞）指数の国際比較



先進諸国の中で日本の医療介護費が割安という根拠が消滅

OECDの定義による医療費(介護費を一部含む)のGDP比(%)					
	2008	2009	2010	2011	2012
米国	15.3	16.4	16.4	16.3	16.2
オランダ	10.2	11.0	11.2	11.2	11.8
フランス	10.5	11.2	11.1	11.1	11.2
ドイツ	10.3	11.3	11.2	10.9	10.9
日本	8.5	9.4	9.5	10.0	10.3
OECD平均	8.8	9.6	9.4	9.2	9.3
スペイン	8.6	9.3	9.4	9.3	9.2
スウェーデン	8.8	9.5	9.0	9.0	9.1
オーストラリア	8.3	8.6	8.5	8.6	9.1
英国	8.2	9.2	8.9	8.9	8.9
イタリア	8.6	8.9	8.9	8.8	8.7

都道府県別に見た医療介護費がGDPに占める割合(2012年度)

＜都道府県別データの単純合計と全国統計の誤差補正後＞

(補正が必要な理由)

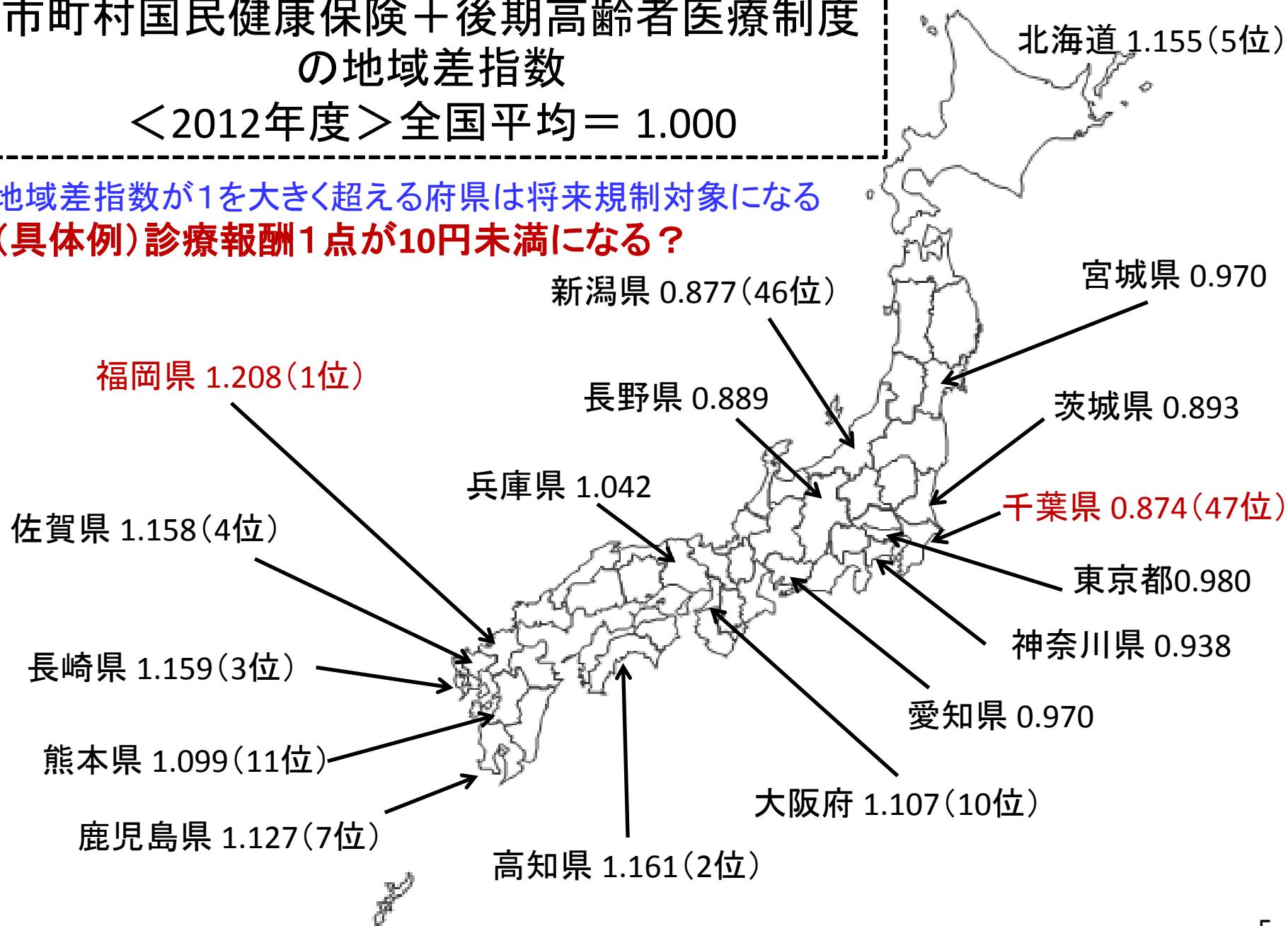
- ①都道県別医療費単純合計は全国統計より小 ⇒分子が過小
- ②都道府県別 GDP単純合計は全国統計より大 ⇒分母が過大

高知	18.2%	島根	13.7%	広島	11.9%	群馬	10.3%
長崎	15.6%	大分	13.5%	福島	11.6%	富山	10.3%
鳥取	15.3%	徳島	13.3%	石川	11.4%	大阪	10.2%
奈良	15.2%	山形	13.2%	長野	11.0%	神奈川	10.0%
鹿児島	15.1%	福岡	13.0%	京都	10.9%	栃木	9.4%
熊本	15.0%	青森	13.0%	岐阜	10.9%	三重	9.3%
佐賀	14.7%	和歌山	12.7%	新潟	10.8%	静岡	8.9%
宮崎	14.2%	岡山	12.3%	福井	10.8%	茨城	8.6%
秋田	14.1%	岩手	12.2%	埼玉	10.8%	滋賀	8.4%
沖縄	14.0%	兵庫	12.1%	宮城	10.7%	愛知	7.6%
北海道	13.9%	香川	12.0%	山梨	10.5%	東京	5.6%
愛媛	13.7%	山口	11.9%	千葉	10.4%	全国	10.1%

市町村国民健康保険＋後期高齢者医療制度 の地域差指数

＜2012年度＞全国平均＝ 1.000

地域差指数が1を大きく超える府県は将来規制対象になる
(具体例)診療報酬1点が10円未満になる？



医療分野の生産性向上には病院改革が必須

～2014年12月時点～

病院設置者の種類		病院数	病床数	病床シェア
Total		8,495	1,570,012	100%
国	厚生労働省	14	5,583	0.4%
	国立病院機構	143	55,116	3.5%
	国立大学	48	32,708	2.1%
	労働者健康福祉機構	34	13,072	0.8%
	独立行政法人国立センター	8	4,357	0.3%
	地域医療機能推進機構	57	16,286	1.0%
	その他	25	3,805	0.2%
自治体	県	204	55,294	3.5%
	市町村	651	137,927	8.8%
	地方独立行政法人	90	34,634	2.2%
民間	日本赤十字	92	36,660	2.3%
	社会福祉法人	286	58,104	3.7%
	厚生連	107	33,884	2.2%
	私立学校法人	110	55,488	3.5%
	共済組合	46	14,542	0.9%
	医療法人	5,720	858,156	54.7%
	その他	860	154,396	9.8%

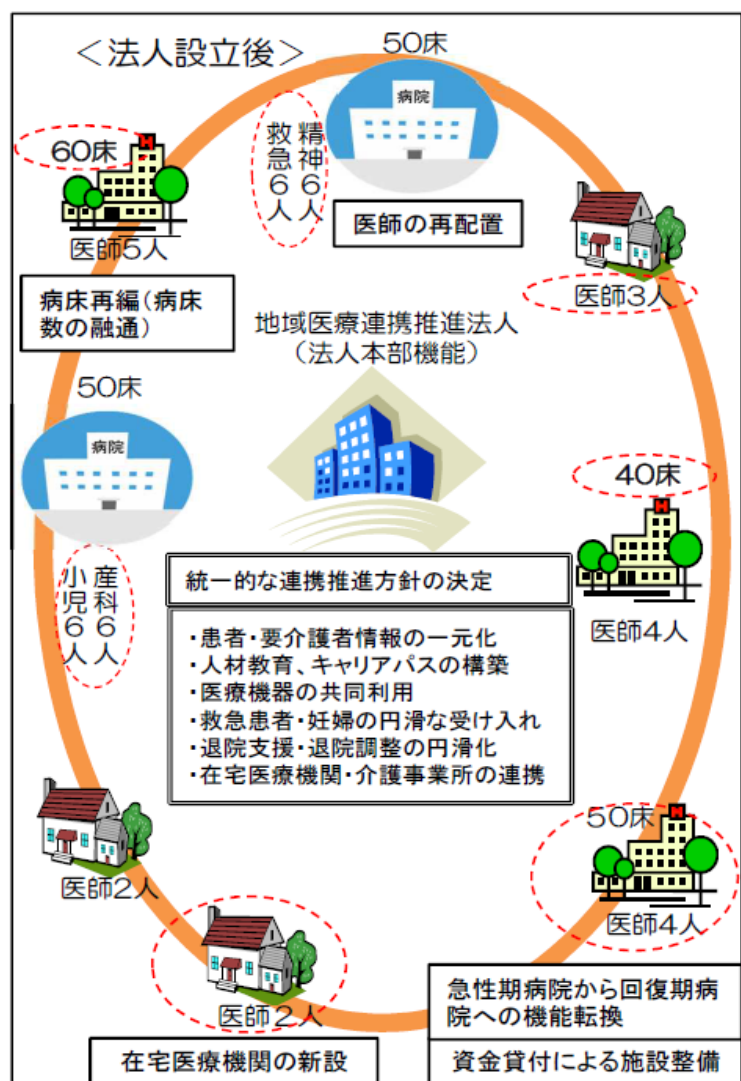
将来
1,000病院
～2,000病院
が非病院に
転換が必至

国立大学附属病院・国公立病院が税金で重複過大投資

日本再興戦略2015年改訂版(抜粋)

中短期工程表「国民の「健康寿命」の延伸⑧」

2013年度・2014年度		2015年度			2016年度	2017年度	2018年度～	KPI	
		概算要求 税制改正要望等	秋	年末	通常国会				
病 気 や け が を し て も 、 良 質 な 医 療 ・ 介 護 へ の ア ク セ ス に よ り 、 早 く 社 会 に 復 帰 で き る 社 会 ①	【医療の国際展開】								
	健康・医療戦略推進本部の下に 医療国際展開タスクフォースを設置(2013年7月)		MEJを活用し、新興国中心に日本の医療拠点の創設等						・ 海外に日本の医療拠点を2020年までに10か所程度創設【3箇所(2014年)】 ・ 日本の医療技術・サービスが獲得する海外市場規模を2030年までに5兆円【6,600億円(2013年)】
	医療法人の現地法人への出資に係るルールの明確化(2014年3月)								
	医療国際展開タスクフォースの下にインバウンド・ワーキンググループを設置(2014年11月) 医療渡航支援企業の認証ガイドラインの策定		外国人が安心・安全に日本の医療サービスを受けられるよう、外国人患者受入体制を充実						
			医療渡航支援企業の認証枠組みの運用、外国人患者受入れを行う「日本国際病院(仮称)」のリスト化、海外へのPR等を通じた医療分野のインバウンドの充実						
	WHO等の国際的な組織と連携しつつ、世界的な公衆衛生危機や高齢化・認知症等への取組に資する我が国の技術・知見の国際社会への発信 官民連携による、開発途上国向けの医薬品研究開発・供給支援 (開発途上国向け医薬品の研究開発の助成課題を順次採択し、進捗管理等を実施)								
	厚生労働省とバーレーン・トルクメニスタン・カンボジア・ラオス・ミャンマー・トルコ・ベトナム・メキシコ・ブラジル・インド・カタール・イラン各国の保健当局との間で、医療・保健分野における協力関係を樹立		各国の保健当局間の関係樹立を通じた、公的医療保険制度などの法制度の整備を含めたパッケージ輸出を推進						
【地域医療連携推進法人制度の創設等】									
・ 医療法人の事業展開等に関する検討会等において、複数の医療法人等を社員総会等を通じて統括する地域医療連携推進法人制度について、検討 ・ 医療法人の分割、社会医療法人の認定要件の見直しについて、検討 ・ 「地域医療連携推進法人制度」の創設、医療法人の分割等を内容とする関連法案の提出(2015年4月)		所要の制度的措置							
大学附属病院が、地域医療連携推進法人制度を活用した上で、大学から別法人化できる仕組みを検討								所要の制度的措置	



ただし参加事業体のオーナーは共通
類似事業体は既に多数存在する

ライバル関係にある持分あり事業体がグループ
形成することは、ほとんどありえない

日本経済の潜在成長率底上げに役立つほどの
医療介護提供体制の生産性向上には効果なし

厚生労働省も改革のメインターゲットを
国公立病院・その他公的病院とする方針

1925年大審院判例が、出資持分あり医療法人の非営利性を明確に否定！

「毎年配当を期待しない場合であっても解散時にまとめて社員に残余財産ということにして分配することを契約しているならば、法人形態として営利法人と違いがない」

2015年法改正がなくても持分なし病院の地域グループ化が進む

2015年7月発表

保土ヶ谷区内急性期3病院が地域医療連携協定を締結しました



超高齢社会を迎えたこの時代に、市民の皆様が充実して医療・介護サービスを利用しながら、住み慣れた地域で安心して生活するための「地域包括ケアシステム」の実現が急務となっています。

保土ヶ谷区及びその周辺地域における地域医療全体の質の向上を図り、地域包括ケアの実現に向けた地域医療連携体制を構築していくことを目的とし、このたび、「横浜保土ヶ谷中央病院」「聖隷横浜病院」「横浜市立市民病院」の3病院による「地域医療連携協定」を平成27年7月9日に締結する運びとなりました。

3病院が立地する保土ヶ谷区は、横浜市の中央部にあり、今回の協定締結をきっかけに周辺の医療機関や介護・福祉の関係機関との連携の輪がさらに広がることを目指し、それぞれの病院が持つ医療機能を最大限に活用し、相互に協力しながら地域医療全体の質の向上を図ってまいります。

(出所)横浜保土ヶ谷中央病院WEBサイトより抜粋

地域医療連携協定が成果をあげた後に想定されること

(地域医療連携協定で期待される成果)

- 経営管理部門 ⇒共同購買によるコスト引き下げ
医療専門人材の共同採用と研修
市民に対する情報提供プラットフォーム機能の構築
- 臨床部門 ⇒患者情報共有とデータベース構築(保険者への協力)
→当該医療圏内の他医療機関の参加も募る
⇒臨床研究機能の向上

地域医療における使命感、価値観を共有する信頼関係の醸成

新規投資を合併で行う機会が増える

グループの求心力を一層高め成長し続けるための経営形態？

地域医療連携協定から合併に進む際の経営形態選択肢

	設置者との関係	備 考
①	いずれかの病院が存続する形で他病院を吸収合併	実務上の新たな問題はない
②	各設置者が病院財産の所有権を放棄し、理事指名権のみを有する	理事指名権配分構成の合意が成立すれば、定款に定めることで可能
③	各設置者が合併で誕生する事業体に対する持ち分を留保し、非営利子会社として連結対象にする	◆非営利子会社に対する持ち分割合を決定するために、 合併前の各病院の財務諸表を同じ会計基準で作成する必要がある ◆非営利親会社が非営利子会社を持つ場合の連結会計制度を整備する必要がある

2015年医療法改正解釈上の留意点

①設置者が異なる持ち分なし医療介護福祉事業体がグループ形成するにあたり、地域医療連携推進法人を活用する必要はない。

②地域医療推進法人を活用する場合は、一般社団法人ではなく一般財団法人となる規制改革を求めるべき。

＜理由＞グループ形成の第1段階が成功すれば、他の公立病院、社会医療法人、社会福祉法人も参加を希望してくると思われるが、一般社団法人のままだと社員（株式会社の株主に相当）数が増えすぎて議決権の配分でも利害対立が起こりやすい。これに対して、一般財団法人であれば、参加法人の代表を権限強化した評議員会メンバーとした上で理事数を絞り込むことが可能。

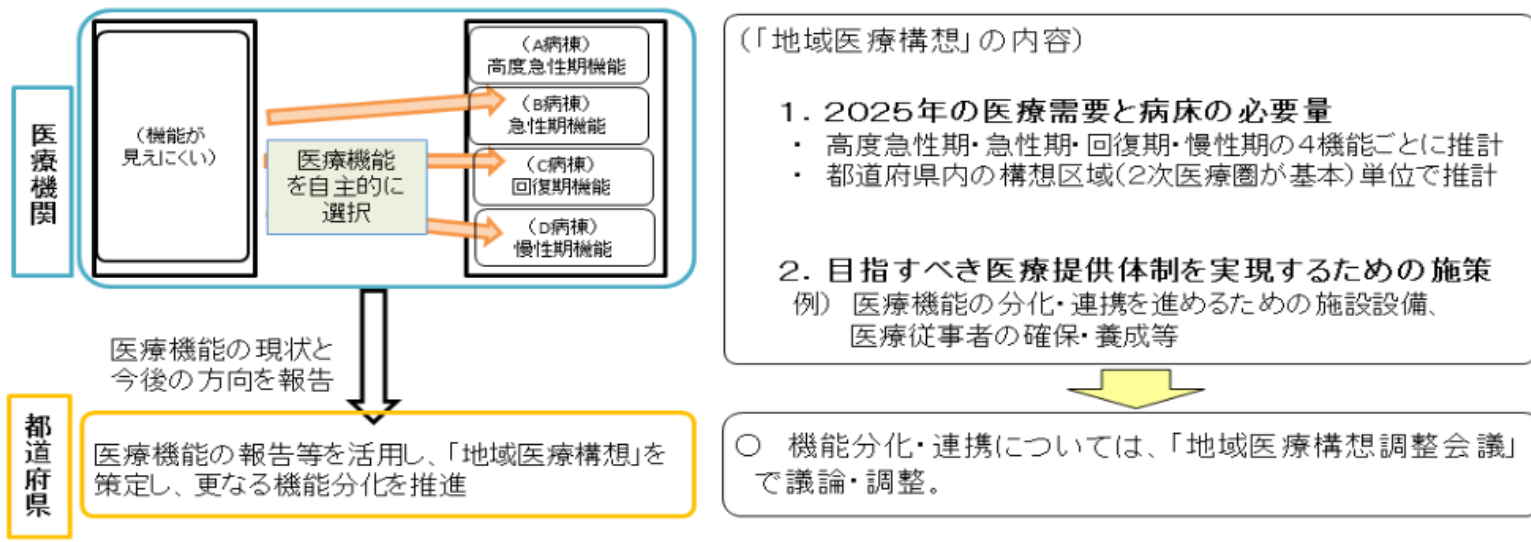
③持ち分なし医療介護福祉事業体のみでグループ形成すべき。

＜理由＞地域医療連携推進法人制度スタート時に非課税優遇措置はない。一方、一般社団法人であっても医師会立病院は公益性が認められて非課税である。その公益性要件の中に「**その残余財産が国又は地方公共団体に帰属すること**」がある。つまり、参加法人の中に持分あり事業体が入っていると、公益性認定を申請しても棄却される可能性が高い。しかし、もともと非課税優遇を受けていた持分なし事業体だけであれば、容易に公益性認定に合格できると思われる。

⇒持分あり事業体を参加法人としないことは、彼らとの機能分担まで否定することを意味しない。患者情報共有を条件に業務提携すれば機能分担できる。

地域医療構想について

- 平成26年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



病床機能報告制度 **+** 地域医療介護総合確保基金

市町村国保を都道府県単位に統合

今後拡大が見込まれる地域医療介護総合確保基金の狙い

医療の財源と提供体制が“公”中心の先進諸国では重複過大投資を防止するため、民間医療機関も設備投資補助金の対象に含めることで、医療投資全体を広域医療圏単位でコントロールしている。

(日本の財務省、厚労省が念頭に置いていると思われる具体例)

第2章 フランスの医療制度

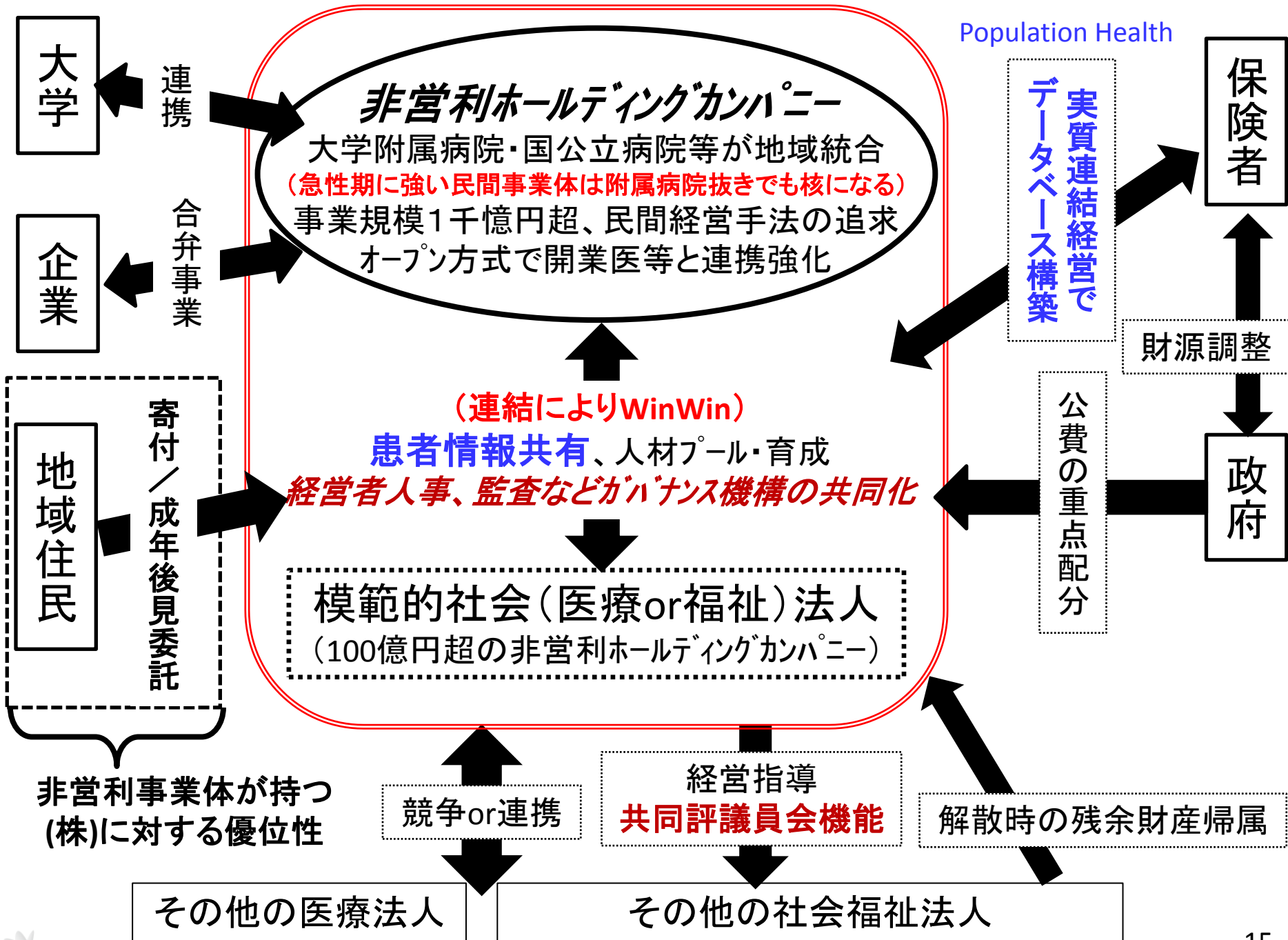
医療制度の国際比較

2010年6月

財務省財務総合政策研究所

民間病院に関しては、ドクターフィーは自由開業医と同様の協約料金、ホスピタルフィーは公的病院の包括払い方式に準じた報酬の支払いがなされる。また、2007年病院計画の一環として、キャピタルコストの2～3割に補助金を支給し(総額20億ユーロ以上)、民間病院の再編成を促がすことが試みられた。補助水準は、教育や研究の拠点である公的病院

同時に、「病院・患者・健康・地域法(HPST法)」(2009年7月)に基づいて、地域の医療供給体制を監督する地方医療庁(ARS)が通院診療と病院診療の有機的な連携及び両者と社会ケア部門との協調を推進すべきこと、病院関係者が保健医療諸機関の新たなガバナンスを構築すべきこと、などを踏まえた配分(通院診療と病院診療の支出目標を共に2.8%に設定)にしたとの説明もなされている。また、新型インフルエンザの影響を限定的なものとするためにワクチン政策を強化することも表明されている。



(「医療法人の事業展開等に関する検討会」議事録から抜粋)

社保審で言われている、**地域に密着した医療を充実させる**というような考え方と、産業競争力会議等と言われているような、あるいはここでの説明もあったかと思いますが、アメリカのIHNみたいなものを想定したような理念は、全く相容れないものではないかということで、どちらの理念でもいいのか・・・

	持分あり医療法人が競合、 国公立病院もバラバラ経営 の地域医療提供体制	IHN Integrated Healthcare Network
地域医療圏内の重複投資を回避 するメカニズム	×	○
オープン方式、情報共有による地域 チーム医療推進とデータベース構築	×	○
予防事業へのインセンティブ	×	○
経営者報酬の御手盛り禁止	×	○



IHNは米国以外の先進諸国でも普及している地域包括ケア提供体制のモデルであり、その類似事業体は日本にも存在する。

日本が参考にすべきセーフティネット事業体の例

豪州ビクトリア州の医療公営企業

＜2014年6月期データ＞

担当医療圏人口 134万人

常勤換算職員数 9,947人

(うち看護師4,447、医師1,000、研修医276)

事業拠点数 40超

総収入 1,408百万豪ドル

Monash Health

We provide more than 250 uniquely integrated community and hospital based services focusing on improving the health of our community through

＜提供サービスの内容＞

- ①予防
- ②治療の早期介入
- ③地域拠点からの治療とリハビリ
- ④高度な手術、治療の提供とモニタリング
- ⑤病院と地域拠点による精神科ケア
- ⑥総合的な高齢者ケア
- ⑦介護施設
- ⑧緩和ケア



日本の非営利IHNの代表例 社会福祉法人聖隷福祉事業団

聖隷浜松病院744床



聖隷三方原病院934床



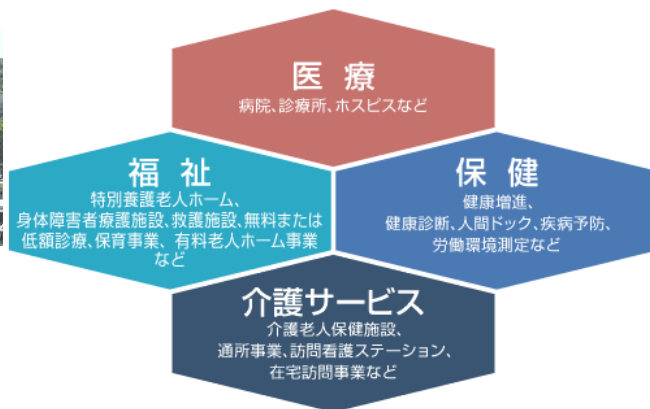
創立 1930年5月

事業内容 (2015年6月現在)

- ・医療事業 (病院、診療所、ホスピス)
- ・保健事業
- ・福祉事業 (特養、障害者施設、保育等)
- ・介護サービス事業

140施設 (うち病院7) ・ 287事業

聖隷淡路病院152床



職員数 13,427名 (2015年4月)

事業収益 1,047億円 (2014年度)

聖隷横浜病院300床



聖隷佐倉市民病院400床



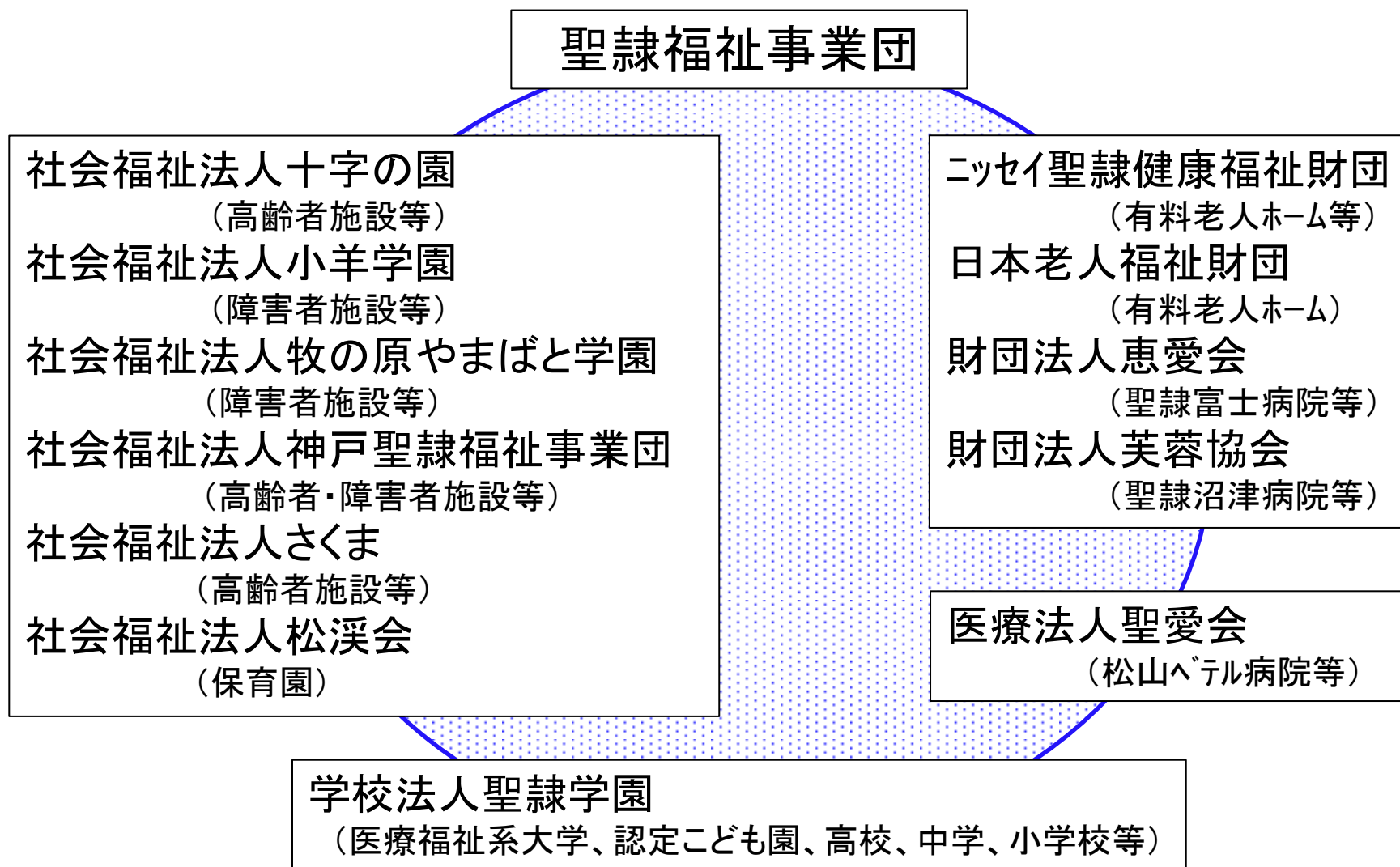
聖隷袋井市民病院 50床
指定管理者



浜松市リハビリテーション病院 180床
指定管理者



聖隷福祉事業団には友好関係にある事業体も多数存在



グループ形成し求心力を高めるための規制改革が求められている

神奈川県は医療介護福祉で成長できる経営資源を有する

京浜臨海部ライフイノベーション国際戦略総合特区



汐見台病院

神奈川リハビリテーション病院

七沢リハビリテーション病院
脳血管センター

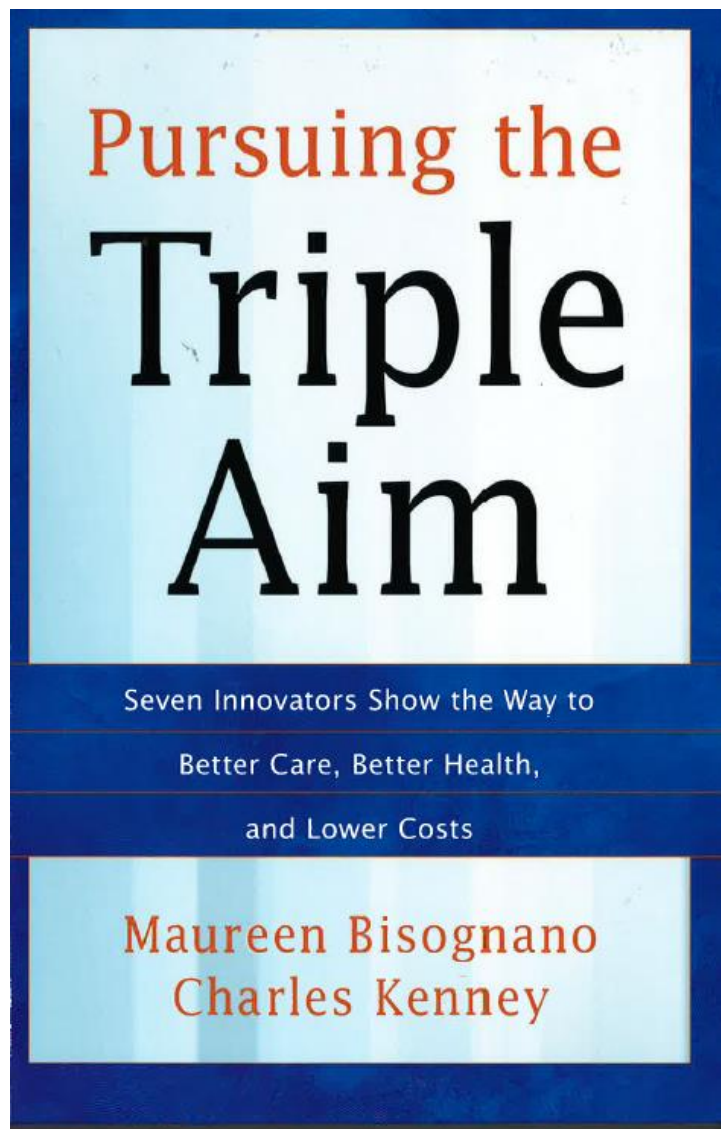
社会福祉法人神奈川県
総合リハビリテーション事業団



県立病院地域医療連携連絡会議

社会福祉法人
神奈川県社会福祉事業団
設立1971年⇒2009年に県から独立
保育所、高齢者施設、児童養護施設

世界各国の医療改革の共通目標 Population Health



2012年発刊 by John Wiley & Sons, Inc.

①患者から見たケアの体験を向上させる
効能が高く安全、信頼できるケアを全ての患者
に何時でも提供する⇒医療の質の広義の概念

②対象人口全体の健康を向上させる
コミュニティや組織にアプローチし、予防、ウェルネス、
慢性病管理などに焦点を当てた活動を行う
⇒政策目的が医療提供のみならず生活環境改
善、格差是正、福祉など社会政策全体に及ぶ

高齡者サービス事業者・社会福祉法人の役割が高まる

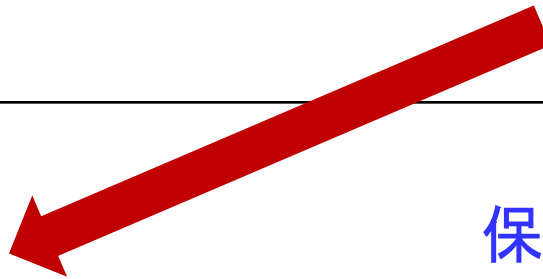
日本が世界的にトップ評価を得ていた分野
医療介護福祉事業体のガバナンス改革が急務

③一人あたり医療費を減少させる

3つの目標を同時追求する

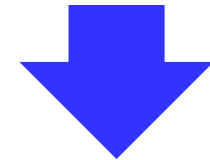
医療制度運営のパラダイムシフト

	Population Health 以前	Population Health 以後
患者と医師の関係	医師は患者が来るのを待っている	医師から患者にアプローチ 医師と保険者のチームが被保険者集団の個々人の疾病リスクを評価、アプローチの優先順位を付ける。 健常者の予防指導にも注力。
医療費変動のリスク負担	通常、保険者のみが負担	保険者と医師が共同負担 担当する被保険者集団全体の医療費がベンチマークを下回り、かつ医療の質指標もクリアした医師に報酬を支払う。



ベンチマークになった事業体は存続が保証される

保険者と医師が実質的に連結



財源と医療提供体制が公中心の国では元々当たり前の仕組み

日本の地域医療再生の活路はデータヘルス(Population Health)にある

	①広域単位	②被保険者集団単位
特徴	地域住民全体の健康状態、罹患率、医療費、医療アクセスなどをマクロ分析し指標化	一つの被保険者集団をセミマクロ分析、ベンチマーキング評価するに止まらず、個々の被保険者の健康状態、受診行動をミクロ分析し個別指導
実施主体	政府	保険者
海外参考モデル	オーストラリア、カナダ	米国のIHN
日本における担い手の有力候補	国保データベース	健保データベース

都道府県のマネジメント力が問われる



データで問題発見が容易になるが解決策は都道府県自身の責任
ノウハウ、専門人材を欠いているため当面は混乱が予想される

非営利ホールディングカンパニーは都道府県にノウハウ、専門人材を提供するインフラ