

## シンポジウム成果報告 by 松山

2015年9月2日に開催したCIGSシンポジウム「2015年医療・福祉法人制度改革について」では、パネリストとして筆者に加えて非営利法人会計制度研究者である公認会計士森洋一氏、わが国の代表的社会福祉法人である聖隷福祉事業団の理事長山本敏博氏、地方独立行政法人神奈川県立病院機構理事長で筆者と共に規制改革会議健康・医療ワーキンググループ専門委員として規制改革に取り組んでおられる土屋了介氏にご参加頂いた。本シンポジウムは、第189回国会に提出されていた国民健康保険法、医療法、社会福祉法の改正法律案が成立していることを想定して企画したものである。この三法のうち9月2日時点で成立していたのは国民健康保険法改正のみであったが、医療法改正も9月16日に成立した。社会福祉法改正法律案は、第189国会では時間切れで成立しなかったものの現在閉会中審査対象になっており、いずれ成立する見込みである。

この三法改正法律案のタイトルには「〇〇法等の一部を改正する法律案」と“一部”という文言が入っているが、いずれもその内容はわが国の医療制度、福祉制度の大改革につながるものである。そこで、本シンポジウムでは医療・福祉経営の現場から見た改革の意義と改正法律案が積み残した課題等について講師の先生方に解説して頂いた後、活発なパネルディスカッションを行った。このような大改革に至った背景について、筆者の考えを述べれば以下のとおりである。

### **世界が注目する日本の従属人口割合指数急上昇**

筆者は、2014年9月ベルギーの首都ブリュッセルにある民間政策研究所Bruegelに招かれ日欧比較しながら高齢化と医療介護福祉制度に関し議論する機会を持った。今年も9月2日の本シンポジウムの後、10月初めに中東カタルの首都ドーハで開催された国際医療政策学会のワークショップ・パネリストに指名され同テーマで各国の医療政策研究者と意見交換した。日本の高齢化の進展状況と関連政策に対する諸外国からの関心は非常に高い。なぜなら、高齢化の水準とスピードに差はあるものの、諸外国も近未来に現在の日本が抱える高齢化問題に直面することが確実視されるからである。

海外の政策研究者に日本の高齢化の深刻度を理解してもらうのに最も有効なデータは、従属人口割合指数である。同指数は、分子を14歳以下人口と65歳以上人口の合計とし、分母に彼らの生活を支える15歳から64歳の人口とすることで算出される。従属人口割合指数が低いほどその国の経済・社会に活力があると判定される。実は1990年時点では日本が一番低かった。バブル経済が崩壊したのはその直後であり、この時までは日本は社会制度を運営する上で最も有利な条件にあったわけである。ところが2013年にそれが突出して高い62という数字になった。諸外国が注目しているのは、これからどうなるかということである。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、ほぼ100パーセントの確率で2050年に94まで急上昇していく。それが分かっている中で、医療・介護・福祉の制度を日本がどうするかということについて、諸外国の研究者から問われているのである。

## 日本の医療介護費が割安という根拠が消滅

もう一つ日本の政策を考えると重要なことは、医療介護費が GDP に占める割合である。従来は他の OECD 諸国に比べて日本の同割合は低く、もっと公費を投入すべきという主張の根拠になっていた。しかしながら、実は 2010 年の時点で既に日本は OECD の平均値を上回り、2013 年時点では乖離幅が 1.3 ポイントになっていたのである。この医療介護費の定義は OECD が決めている。2011 年に定義の変更があり、在宅ケアの費用も入れることになった。その数字は 2016 年から適用されることになっている。日本は公的介護保険制度があるので、在宅ケアの費用を加えることによるこの数字がジャンプする程度は、実は日本が一番高くなると予想されている。そういう意味で従来公費をもっと投入すべきという理由の一つになっていたことが、医療介護費抑制の根拠に使われるのである。

この医療介護費が GDP に占める割合を都道府県別に見てみると問題がよりクリアになる。実は病床過剰で有名な高知県は、GDP に占める医療介護費の割合が 2012 年度時点で 18.2 パーセントなのである。次いで長崎県 15.6%、鳥取県 15.3%と続く。

都道府県別の医療消費の違いは、厚労省が発表している地域差指数というデータからも確認できる。これは国民健康保険と 75 歳以上の後期高齢者医療制度の下で、各県民が 1 人当たりどのくらい医療費を使っているのかを指数化したものである。全国平均を 1 と置いた場合に一番低いのは千葉県の 0.87。つまり千葉県は全国平均よりも 13 パーセント低いわけであるが、福岡県は逆に 20.8 パーセント全国平均よりも大きい。これは医療費に最も影響を与える年齢構成を調整した後の数字である。つまり高齢者が多いか少ないかということ調整した後の数字なので、明らかに福岡県はかなり医療消費が過剰になっていると言える。

## 2025 年頃までに病院数が 1,000 程度減少する

これからも医療ニーズが高まっていくため追加財源投入せざるを得ないが、それを財政再建の下で整合性があるように実施するためには、医療提供体制の生産性向上が必須要件である。医療提供の中心になっている病院数は 2014 年末 8,495 である。今後財政難を主因に診療報酬のマイナス改定基調が続くため、このうち医療改革完了の目標年である 2025 年までに約 1 千病院が非病院に転換せざるを得なくなると予想される。その際、国公立病院と民間病院両方の病院数が減っていくわけだが、政策的に手を付けるべきは多額の税金を投入している国公立病院であると筆者は繰り返し提言してきた。また、国公立病院の再編、改革に併せて国立大学の付属病院を大学から切り離して、近隣の国公立病院と経営統合させることが肝要である。しかし、安倍政権の日本再興戦略では民間医療法人を地域統合させることが掲げられ、医療法改正の中に盛り込まれた。しかし、改正法律案のベースとなる論点整理を担った厚労省委員会でも、各民間医療団体出身の委員から民間医療法人の地域統合を促すアイデアに毎回疑問が投げかけられた。なぜなら、民間医療法人の多くは出資者に所有権を認める持分あり医療法人であり、患者奪い合いのライバル関係にある私有財産だからである。そのため厚労省検討会の議論はかなり錯綜した。要するにライバル関

係にある持分あり医療法人が地域単位でグループを組むことはほとんど出てこないだろうといわれている。ということは今回の法改正のその部分に関しては、実は日本経済の潜在成長力を高めるツールにはなりえないということである。しかし、法律の中身がほぼ固まる3月時点で、筆者は霞が関から電話を頂き、「法律では明確に書かないけれども、今回の法改正の目玉である地域統合の受け皿である地域医療連携推進法人の中に国公立病院、その他公的病院も入れるようにする」と教えられた。筆者は、それであれば今回の法改正は役に立つのではないかとということで納得した次第である。

### 医療介護福祉事業体の生産性を高め成長を促す経営形態

筆者が研究テーマにしているのは、人口50万人から100万人単位の地域毎に医療・介護・福祉サービス提供のプラットフォーム機能を果たすセーフティーネット事業体の経営形態である。その具体案を非営利ホールディングカンパニーと命名し、説明してきた。その特徴の一つは、持分のない非営利親会社が持分のない非営利子会社を資金関係ではなく信頼関係に基づく人事権でコントロールするという仕組みである。これを上手く機能させるためには、本シンポジウムで森氏からお話し頂いた非営利法人間連結会計制度のインフラを整備する必要がある。

非営利ホールディングカンパニーという筆者の提案に対して、「米国の仕組みであり、日本では無理」との批判がしばしば聞かれる。しかし、欧米諸国の地域包括ケア事業体の経営形態の比較研究をしてきた筆者から見ると、例えば、パネリストをお願いした山本氏が経営なさっている聖隷福祉事業団は米国の地域包括ケア非営利ホールディングカンパニーと地域社会における使命、事業構成、組織構造が近似している。実際、本年7月山本氏を米国の代表的地域包括ケア事業体であるセントラヘルスケア（バージニア州）にお連れし意見交換した際、聖隷福祉事業団の説明を聞いたセントラヘルスケア首脳からの第一声は「我々とほとんど同じ」であった。また、わが国は社会医療法人や社会福祉法人の中に聖隷福祉事業団ほど大きくはないが200億円から300億円の事業規模で類似の仕組みを構築しているところが相当数存在する。筆者は、土屋氏が所管なさっている公立病院グループを核に聖隷福祉事業団のような事業体を全国各地に創ることは政治家が本気になれば可能であり財政再建にも大きく貢献する、と主張しているのである。

実は、持分のない事業体だけでグループ形成し非営利ホールディングカンパニーを構築するに際し、今回の医療法改正でできる地域医療連携推進法人という経営形態を使う必要はなく、既にある一般財団法人という制度を活用すれば可能である。これに気付いている社会医療法人理事長から一般財団方式でこれまでライバル関係にあった地元国立病院と経営統合するアイデアの相談を筆者は受けている。類似の仕組みで成功事例が複数現れれば、国公立病院と社会医療法人、社会福祉法人を核にした非営利ホールディングカンパニー創出にはずみがつくはずである。

### 都道府県に権限移譲することは正しいが専門人材が不足

第189回国会で成立した国民健康保険法、医療法の改正の最大のポイントは、病床機能

報告制度、地域医療構想、地域医療介護総合確保基金、それから市町村国保を都道府県単位に統合するということを実施する結果、制度運営の権限と責任が都道府県に集約されることである。この改革の方向は正しい。しかし、都道府県に医療介護福祉制度全体を運営するノウハウを持った専門人材が不足しており、当面は相当な混乱が予想される。このうち地域医療介護総合確保基金の狙いは何かというと、日本の場合は都道府県単位、一つの大きな医療圏の単位で医療関連投資のガバナンスが効いていない、そういう仕組みがないということでこの基金ができたのである。この点に関しては、財務省が2010年にフランスの制度等を研究して報告書を書いている。別の言い方をすれば、この基金を獲得できるような事業体、他の事業体の模範となるベンチマーク事業体にならないと、競争上不利になるということなのである。本シンポジウムでは、このベンチマーク事業体を多数誕生させるために必要な取り組み課題のうち特に重要と思われる点をパネルディスカッションで取り上げたので、その議事録も併せて読んで下されば幸いである。

以上