

第7回産業競争力会議医療・介護等分科会 議事要旨

(開催要領)

1. 開催日時：2014年3月28日(木) 10:00~12:00
2. 場所：中央合同庁舎4号館共用第1特別会議室
3. 出席者：

西村 康稔	内閣府副大臣
小泉進次郎	内閣府大臣政務官
新浪 剛史	株式会社ローソン代表取締役 CEO
長谷川閑史	武田薬品工業株式会社代表取締役社長
増田 寛也	東京大学公共政策大学院客員教授
川淵 孝一	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授
松山 幸弘	キャノングローバル戦略研究所研究主幹
翁 百合	規制改革会議健康・医療ワーキンググループ座長 (株式会社日本総合研究所理事)
森田 潔	岡山大学長
菊間 秀樹	広島県健康福祉局医療・がん対策部長
西川 京子	文部科学副大臣
田中 良生	経済産業大臣政務官

(議事次第)

1. 開会
2. 「非営利ホールディングカンパニー型法人制度」に関するヒアリング
3. 「公的保険外のサービス産業活性化」について
4. 閉会

○冒頭

(西村内閣府副大臣)

昨年末にこの医療・介護分科会については中間整理を行い、本年1月に検討方針という形で検討項目の方針をまとめ、本日はその検討方針に沿って2点議論いただく。

1つは、非営利ホールディングカンパニー型法人制度、これは地域の医療供給体制のいわば再編、効率性の向上につながっていくもので、経営の透明化や資金調達を容易にする等、いろいろなメリットがあると思うが、この制度について議論いただく。それから、公的保険外のサービス産業の活性化ということで、企業実証特例制度やグレーゾーン解消制度等を用意しているので、こうしたものを活用していただきながら、新しい民間のこの医療・介護分野でのサービスを伸ばしていく。それによって、結果として公的保険制度の持続可能性につながっていく。また、この公的保険制度の中でも、暴飲暴食をしているような社員の多い企業と、そうではなくてしっかり研修を行っている企業が、同じ負担でよいのかということで、公的保険制度であるけれども、その中にそうしたある意味で市場原理的なインセンティブを導入し、メリハリをつけていくということも大きな議論だと思う。そうしたことについてぜひ御議論いただきたい。

議論するに当たっては、岡山大学から森田学長、広島県から菊間部長にお越しをいただき、現場での取組について御意見を伺いながら議論を進めていきたい。今後内閣官房に設置してある次世代ヘルスケア産業協議会とも足並みをそろえて議論していきたい。

この医療・介護分野は成長戦略の大きな柱であり、6月の改定に向けてぜひ闊達な御議論をいただければと思うので、宜しく願います。

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

本日は有識者として東京医科歯科大学大学院の川淵孝一教授、それからキャノングローバル研究所の松山研究主幹にも議論に加わっていただいている。

昨年末に取りまとめでいただいた分科会の中間整理について、参考1としてお配りした「成長戦略進化のための今後の検討方針」に盛り込ませていただいたが、これについて本年、年央の成長戦略改定に向けた議論を深めていただきたい。

なお、中間整理に掲げられた内容のうち、比較的内容や時期が明確になっているものについては、参考2として配付している「産業競争力の強化に関する実行計画」として閣議決定させていただいている。

それでは、まずは中間整理で新たに創設することが提言されている「非営利ホールディングカンパニー型法人制度」に関連して、現場ニーズに応える制度とすべく岡山大学の森田学長、それから広島県の菊間部長からヒアリングをさせていただきたい。

(森田岡山大学長)

私は、数年前から岡山市に岡山大学のメディカルセンターをつくりたいという構想を抱いて、地元の経済界等々と話を進めてきた。その説明をさせていただきたい。

まず、岡山県の今の医療情勢ということで、提案の背景を述べさせていただきたい。岡山県は200万人の人口を抱えて医大が2つあり、地方としては医療需要に大きく恵まれた環境にあり、医師数も第7位と非常に充実した環境にある。

医師数が多い分、医療コストも全国平均より多いという状況にあり、例えば現在岡山市には岡山大学病院を含め5つの400床以上の公的病院があり、既に過当競争に入っている。また、岡山県の公的病院の主なものは県南部に集中しており、県北や島嶼部においては医療過疎という状況をもたらしているのが現実である。これから人口減少、少子高齢化が進む中で、岡山市を中心としたコンパクトシティをつくらない限り、これからの医療行政は成り立たないと考えている。

次に、岡山大学病院の現状について。大学病院の役割というのは「教育」「研究」、それから最後のとりでとしての「医療」という大きな3つの点にある。そして、日本の医療においては、歴史的、伝統的に見て、先進医療を含めて大学病院が大きな役割を担ってきた。医師の人材育成も、大学病院が中核となって今まで担ってきたと考えている。

ところが、そういった事情がありながらも、大学病院だけでは臨床教育の全てをカバーできない。つまり、大学病院で行われている医療は先進医療であり、いわゆる総合医療とか救急医療というものはなかなか教育できないという現状も持っている。したがって、平成17年度から始まった新卒の研修制度が医療崩壊をもたらしたのも事実であろうと考えている。こうした実情を踏まえ、私自身は、大学病院を中心とした機能を保ちながら医療改革を進めていくことが肝要だといつも考えている。

資料1の3ページは、非営利ホールディングカンパニー型法人をもって岡山市の医療機関を岡山大学メディカルセンターとして統合していこうという図である。

その図にあるように、岡山市には岡山大学病院を含め5つの公的病院がある。この5つの公的病院は全て400床～500床の大きな病院であり、人口70万人の地方都市、中核都市としては過剰な病院数だと考えている。この病院数は、ベッド数を合計すると約

3,000床、診療報酬請求額を合計すると約1,000億円、医師数を合計すると約1,000人の規模になる。

もう一つの特徴は、岡山大学病院を含めてこの5つの病院は全て岡山大学の関連病院であり、同じ土壌で育った医師たち、それから院長等のいろいろな人事を含めて、今でも岡山大学の関連病院として、岡山大学の一部としての機能を持っているという状況である。したがって、非常にこれらの病院をまとめやすいという状況が岡山市にはある。

次に、「岡山大学メディカルセンター構想の概要」であるが、岡山大学病院を別法人化し、同病院を中核として近隣病院、まずは公的5病院を含めて岡山大学のメディカルセンター、OUMCというものを構築したい。

このモデルはピッツバーグ。ピッツバーグも人口70万人の都市であり、ピッツバーグ大学メディカルセンター、ユニバーシティ・オブ・ピッツバーグメディカルセンター（UPMC）を擁する。私は経済界の方々とともにピッツバーグを訪問し、それをモデルとしてこの図を描いた。5つの公的病院プラス大学病院が中心となって機能統合することによって、大きな医療施設、医療機能、日本一の規模と質を持った医療事業体を構成したい。

岡山市外の病院、特に岡山市周辺の小さな公的病院は100床、200床の病院だが、現在非常に経営的に倒壊の危機にある。そういった病院も医療的には必要な病院であるので、包含していきながら岡山県、中・四国の医療をまとめていきたい。当然、現在競争しているような民間病院も含めていきたい。

そういった病院を含めて大きな事業体をつくった後には、同一のガバナンスで運営することが非常に大切であり、意思決定機関を法人の中につくりたい。そして、競争を避けて質を向上させて、メガホスピタルといえる事業体をこの中に創設し、岡山県内だけでなく県外、それからアジア、世界からも患者を受け入れたい。現在でも岡山大学は世界的なレベルの医療を数多くやっているので可能である、夢ではないと考えている。

それからもう一つ大切なことは、岡山大学病院は医療の教育をいろいろ担保してきており、この大学附属病院としての機能を損なうようであれば何の意味もない。したがって、別法人化した後にも必ず大学病院の附属病院としての機能、契約、補助金等の扱いは必要である。つまり、「教育」「研究」は利益にならないため、それを担保するものが必要なので、それを必ずお願いしたい。

岡山大学メディカルセンター構想の期待される効果について、それに伴う利益は住民にとっても大きい。地域のどの病院に行っても同じ最高の医療が得られるというメリットがある。また、全ての病院で電子カルテを統一化したいと考えている。

それから、もう一つは、現在は医師がほぼ1,000人であり、構想の実現により1,000人以上に増え、医師の集団が大きなものになるので、医師配置の調整機能も大きなものを得ることができる。したがって、過疎地域にも医師を一定期間派遣するというような、かつての医局制度に近いものもこの事業体の中で構成することができ、医療過疎が解決されるのではないかと。

また、従事者にとっても、昔は病院や大学が、医師のキャリアパスについてかなり責任を持って管理していたが、医師卒後研修制度が始まり、現在ではかなりそれが崩れている。そういったものも、この大きな事業体の中で先進医療、総合医療、救急医療といったものを全て賄うことが可能であるので、医師のキャリアパスも大きなものを得ると考える。

それからもう一つ大きなことは、現在大学病院の医師というものは医師としての報酬を全く得ておらず、教育者としての報酬しか得ていない。したがって、今の大学病院の医師は週1日、若い医師は週2日、外で当直をするといった過酷な勤務により、外で収入を得て、民間病院に勤める医師と同等の収入を得ているという現状がある。大学病院

を法人化することで、医師としての収入を大学病院からも得ることができるといったような、医療従事者にとってのメリットもあると考えている。

加えて、もう一つの大きな目的として、岡山市を医療産業都市にしたいと考えている。当然、医療事業体は高度な先進医療を行うので、県外からも患者を多く受け入れることができるし、もちろんそれを目指さないと意味がない。そして、それに伴いいろいろな医薬品、医療機器の開発等も集積し、関連事業もどんどん進む。

私は、医療産業都市というのは医療レベルを上げて患者が集積して初めて成り立つものであり、企業が先に来るものではないと常に考えている。したがって、まず私たちの作業は、医療レベルを上げて患者を集積することであり、それから、医療産業都市を目指すことが正しい道である。それから、岡山大学は常に東南アジア、ベトナム、ミャンマー等にいろいろな医療援助を長年にわたり続けているので、そういったものをテコにして、いわゆるアジアの患者を集積したい。

最後に、私たちの考える医療改革を進める上で必要な規制改革について。

国立大学法人等が OUMC の構成員となるために必要な規制改革、OUMC の事業体を大学附属病院とみなすための規制改革、病院施設等を所有する独立行政法人に新法人が参画するために必要な規制改革、岡山大学メディカルセンターのガバナンスを強化するために必要な規制改革、人材の融通、営利法人への出資、資金調達等の効率化のために必要な規制改革等が考えられる。

以上が、私たちの考える岡山メディカルセンター構想というものである。

(菊間広島県健康福祉局医療・がん対策部長)

我々広島県では、広島都市部の 4 基幹病院、広島大学病院、広島市民病院、県立広島病院、広島赤十字原爆病院の機能連携について議論している。議論の結論が出ているわけではないが、その状況を報告させていただきたい。

まず、「背景となる問題意識」として 2 つ掲げる。まず 1 つは医療需要の増大で、高齢化に伴い都市部で急激にボリューム感を持って医療需要が増大する。広島市だけで高齢者が 10 万人近く増えて、それに伴い 4 病院のシェアをそのまま延長すると 400 床ほど病床が足りなくなると推測している。

2 番目は、広島県の場合、医師不足であり、現状でも入院患者数当たりの医師数でいうと政令指定都市で 17 番目、ワースト 5 位という状況である。しかも、若手の医師が中期的には減る傾向にある。2010 年～2012 年は 6 名ほど増えているが、その前は 234 名ほど減っているというような状況で、このまま若手医師が減り続けると医師不足に拍車がかかるおそれを持っている。このため、若手医師が魅力を感じる症例集積や高度医療機能の整備などが必要という問題意識を持っている。

一番の解決策として、4 基幹病院が連携し、効率化する。併せて、魅力づくりも実現して医師を引きつたいということで議論し、これまで様々な取組を行ってきた。まずは、平成 22 年に広島県地域医療再生計画を作成し、その中で 4 基幹病院の再編を掲げ、放射線治療分野については 4 病院の機能を再編、集約し、新たに「高精度放射線治療センター」というものを整備した。合わせて、これに続く新たな機能集約として、連携にかかる取組の具体化を検討することを掲げている。

高精度放射線治療センターは、放射線治療の中でも IMRP や低照射といった高精度の放射線治療を行う制度として、平成 27 年オープンを目指して現在建築中である。ちょうど本日夕方、知事、市長、4 病院の院長、広島大学の浅原学長も参加いただいて運営の協定の調停式を行う。

先程高齢化に伴う患者増ということ述べたが、放射線治療においてもがん患者が増えることを想定しており、今後増大する放射線治療の需要に 4 病院がばらばらに対応す

るのではなく、高額な治療装置を4病院が各々買うのではなくて、これを集約して一つの場所で十分な治療装置と十分な人員でよりよい治療をしていこうという計画である。これにより、装置としても人員としても魅力のある環境をつくることで、医療人材も引きつけることになるのではないかと。

高精度放射線治療センターを具体化させる一方で、さらなる集約連携ということで、平成24年度から広島都市圏の医療を考える懇話会というものを立ち上げている。メンバーは、県医師会長など医療団体の長、各病院の院長や病院事業管理者など17名で構成し、1年間で4回の懇話会と3回のワーキングを行っているが、これは、具体的な結論は出ていないまま本年度に移行している。これとは別に企業の代表者や大学の先生から構成する知事の諮問機関である「広島県経済財政会議」にて、昨年度は委員から国際レベルの医療環境の整備を核としたイノベーションの創出という提言があった。内容は、広島駅北口の再開発区域で、高精度放射線治療センターを整備する区域である二葉の里で、国際レベルのメガホスピタルを整備して周辺に医療関連産業を集積させようという提言だった。

この提言に対しては、国、県、市等の垣根を越えた病院の再編は他県でも全例がないだけにハードルも高い。大胆な議論が必要ではないか。広島県が旗振りするだけでは実現し得るかどうか。国からもある程度の規制緩和と財源をもらい、コントロールしていくのが一番の近道ではないかといった意見。また、企業でも再編ということになると、4社まとめて統合というのは絶対にうまくいかない。2社で持株会社くらいから始めてぶら下げていくという方法ではないか。市民病院と県立病院を、企業でいう持株会社のように緩やかに統合してからというのが現実的ではないかといった議論をいただいた。

平成24年の懇話会では具体的な議論、結論は出なかったが、そのワーキングの中でいくつか提言があり、その中でも実現できるものは実現していこうということで始めたのが治験の連携である。治験の症例集積について協力することで、現在は企業からの依頼があっても症例数不足のために受けることのできない治験であっても、他の病院から患者を紹介してもらうことで症例数を確保して治験を受けることができるのではないかとということで、全国的にも初の試みと思うが、できることは実現しつつ議論を続けていこうということで、これは協定を結んでやっている。

平成24年度の懇話会では具体的な解決策は出していないが、この理由の1つには、広島都市部の4病院が集まって全体最適を議論することをやっているが、各病院は、それぞれ経営をゆだねられており、個々では部分最適がミッションになっているために、なかなか前向きな議論にならず、議論が進んでいないということがあった。

そこで、本年はミッションを与えているトップの意向で全体最適の議論をするという仕掛けが必要と考え、トップの合意のもと、広島都市圏の医療に関する調査研究協議会を立ち上げた。協議会自体は知事の諮問機関という位置付けだが、資料2の3ページに掲げている調査研究テーマについて市長を始めトップの方々が合意し、会議のメンバーもそれを承知で議論していただいているのが昨年の懇話会とは違う点である。座長は、広島大学の浅原学長にお願いしている。

立ち上げに向けた仕掛けに時間がかかった関係で、本年に入ってから開催となったが、ある程度課題があっても理想像をまず出して、実態とのギャップを埋めていこうという前向きな姿勢で御意見をいただいております、こういった連携をすればどういうメリットが出てくるかといった方法論を議論して、さらにその延長線上で4月以降も4病院の院長でワーキングを構成し、具体的な作業を行っていくことにしている。

現在の議論の状況は、例えば、テーマ1「都市圏医療の機能強化の必要性と方向性」については、「資源集約によるスケールメリット」については議論しているけれども、次の「利害を超えた効果的な機能強化を可能にする連携スキーム」まではまだ議論がい

っていない。とはいえ、議論をする中で委員の中からは、連携といっても設立母体が異なる病院間で診療科を集約すれば、損をする病院、得する病院が出てくるのではないかといった意見も出ており、当然、組織論的にもさまざまな議論を進めていかなければならないということで、その選択肢が広がっていくことに意味があると考えている。

最後に、「目指している姿」について。この連携によって得られるメリットというのは、先ほど森田先生が述べられたような連携によって得られるメリットと同じようなものと考えている。

(増田主査)

非営利ホールディングカンパニー型法人制度を我々は提案しているが、現実にはこのような姿が見えてくると、地域でのメリットや、国全体としての医療のメリットというのが非常に浮き彫りになってきたと考えている。本日は、さらにその点を明らかにするという趣旨で、森田学長に何点か、それから菊間部長にも1点質問させていただきたい。

森田学長には、まず1つは大学附属病院を別法人化することが大前提になっており、いわゆる設置者が変わる形になるが、統合した後、どのようなことが起こるかについては先程御説明があったが、別法人化をする目的やメリットについて、もう少し御説明いただきたい。

次に、大学附属病院が別法人化する、設置者が変わるということだが、今度は総合大学としての機能が本当に一体的に果たせるのかどうかという文科省的な観点からの話も出てくるのではないか。それについてどのように考えるのか。上手く一体性を確保するためにはどんなやり方があるのかについて、お話しいただきたい。

それから3点目だが、岡山の市民病院や、他の病院を巻き込んだ構想ということだが、他の設置主体との検討状況について、お話しいただきたい。

4点目は、提案いただいた岡山大学附属病院を中心としたOUMCについて、この中に入っている病院と、それ以外の病院や診療所との関係が、将来像としてどうなっていくのか。その広がりについてお話しいただきたい。

最後に、これは森田学長のリーダーシップのもとで先進的に岡山大学でこのような話が進んでいると思うが、附属病院を抱えている他の国立大学でも潜在的なニーズがおそらくあるのではないか。もしそのあたりの感触がお分かりであれば、わかっている限りで結構なのでお話しいただきたい。

それから、広島県の菊間部長に対して、今いろいろ検討している状況で、本日夕方、まさに会議が開かれるということだが、我々が提案しているホールディングカンパニー制度が現実にはでき上がったとすれば、広島県の中で考えておられる検討においても、非営利ホールディングカンパニー制度の活用がひとつの有力な選択肢となり、検討の幅も広がるし、議論の俎上にまさに上ってくるのではないか。そういうことを期待しているが、先程の資料からは、広島県経済財政会議の意見の中に、国からある程度の規制緩和と財源をもらい、コントロールしていくのが一番近道ではないかといったような、国の何らかの制度改正があればもっと進むような趣旨での意見が書かれているように読み取れた。そうした会議の意見も踏まえて我々の新たな制度創設が広島県の検討に非常に有益な選択肢として入っていくのかどうかについて、お話を伺いたい。

(新浪議員)

大変示唆に富んで、大枠としてこういう方向性で進んでいったらよいと思うが、2つほど、懸念事項をあえて申し上げたい。

これだけ大きな組織になるから、いわゆる社会公共性についてはもともと相当担保してやられてきたのだと思うが、経営をする段になると、大変大きな所帯となる。そして、

意思決定機関にはたくさんの方々が入ってくる。そのときに、意思決定をしっかりとするには、どのようにすればよいか。

正直言って、今でさえも結構大変だろう。そういう中で、大きくなればなるほどリーダーシップのもとに意思決定をしていくのはより大変になっていく。これだけ大きな組織の中にどのようなの方々が入って、そしてどのようなリーダーシップ構造をつくっていくのか。これは非常に難しい。そのあたりの解決策を少し考えていかなければならない。思うに、総論、そして各論のところでこういう話はやるんだという前提を全体で共有した上で、解決することが必要ではないか。この辺はどう思われているか。もう既に会議をお持ちになっていろいろな意見がある中で、意思決定をどのようにしていけばよいと考えるか。

もう一つ気になるのは、例えば岡山大学だけの学閥的なものにならないよう、いろいろな方が集まることが、実は非常に重要な要素である。また、傘下に加わっていくようなところについても、その評価のポイントはいろいろあると思うが、こういった多様な人材が入ってくることが是となり、異なる意見もあって、そしてそこに新しい企画、新しい発想、こういったものが生まれてくることが大変重要である。いろいろな方々に入ってもらいたいという組織体になっていかなければならない。海外の人たちも入ってこられるようなものを目指していくことが大変重要ではないか。岡山大学に限らず、いろいろなところから人が集まってくる。ダイバーシティというものは今回のアベノミクスでは大変重要な要素だと思うので、それに沿う形をつくり、いろいろな人たちが入ってこられるように門戸を広げる。その仕組みについて、後ほど見解を伺いたい。

(長谷川議員)

本年1月末のダボス会議で、安倍総理が初めて日本の首相として基調演説をされたが、そこでも明確に、「昨日の朝、私は日本にもメイヨークリニックのようなホールディングカンパニー型の大規模医療法人ができてしかるべきだから制度を改めるように追加の指示をしました」と、はっきりおっしゃっている。こういう方向で動きが出ているということは大変よいことだが、私自身がちょっと疑問に思ったことをいくつか質問させていただきたい。

まず1つは、それぞれ岡山大学、広島大学を中心に府県単位でやっておられるが、同じ中国地方で、さらには兵庫県や山口県でも考えておられるかもしれない中で、それぞれが国際レベルのメガホスピタルをつくるのは難しく、一体どこでどう調整をするかという問題がある。また、新浪議員がおっしゃったように、岡山大学と広島大学で学閥がそれぞれあるということになると、結局県単位ではある程度調整ができて、地域単位ではオーバーラップがまたできてしまう。また、それぞれが県外からの患者さんも、さらには海外からの患者さんも受け入れたいとすると、道州制になっていないことがネックになるのだが、国家レベルで考えるとそういう観点からの調整も必要ではないか。それぞれが特色を生かして、この地域、地方においてはここに集中するといったような、整理統合的なものも含めた調整が必要ではないか。

それからこういったホールディングカンパニーの組織体の設立について、どのくらいの時間軸で見て検討しておられるのか。今、広島は患者さんが増えている一方、岡山は若干減っているとのことで、お互いが当面は補い合えるだろうが、いずれは人口が減ってくるのは間違いないときに、府県単位で各々がこういった組織をつくっても、将来15年、20年、あるいは30年経ったときに、重複した投資ということになりかねない。このようなことについては、国家レベルで考えれば当然調整が必要なので、その辺をどう調整していくかということをよく考えて、できれば地域、将来の道州制というか、中国地方ならば中国地方全体を考えるとといったような、より広域のビジョンを持って考え

ていく必要もあるのではないか。

もう一つはガバナンスの面で、ホールディングカンパニーの中で、急性期、安定期、リハビリを含めたワンストップソリューションをやることは大変よいと思うが、地域の自治体、消費者、保険者も巻き込んだガバナンスというものを考えておく必要がある。地域の医療ニーズや支払者の視点も病院運営に反映をしていくことが必要ではないかと思うし、私が仄聞している範囲では、メイヨークリニックであれ、クリーブランドクリニックであれ、例えば禁煙運動をクリーブランドクリニックが指導して地域のコミュニティと一緒に手掛ける等の取組を行っており、そういう連携も考えることが将来的に必要ではないか。

(松山キヤノングローバル戦略研究所研究主幹)

森田先生の資料で、8ページの上から2番目に、この新しい事業体を大学の附属病院とみなすための規制改革と書かれているが、もっと明確に医学部設置要件から附属病院を外すということが分かるようにした方がよいのではないか。

そして、先程、増田主査から非常に鋭い御質問、御指摘があったが、例えばこのように大学附属病院を別法人化するメリットについては、実は2000年に経団連のミッションでピッツバーグに行ったときにUPMCのトップに質問した。そのときの回答は、1986年に附属病院を3つ持っていたけれども、これを切り離れた。その理由は、医学部の教授というのは自分の研究に熱心で医療経営のことはわからない。そういう人たちに口を出させないようにするために分離したと、明確に言っていた。

それで、1986年にゼロスタートして今、UPMCの売り上げは1兆円である。ピッツバーグ大学の総予算が2,000億円だから、子会社だったはずの病院グループが5倍の大きさになった。5倍の大きさになるということは、先程御指摘があった、学閥がなくなる。要は、大学よりも大きくなると、その大学で育成する医師だけではとても足りないので、世界中から人を集めるということが自動的に起こる。

それから、開業医や民間病院との関係について、これはオープン方式が原則になると思う。つまり、民間病院であれ、開業医であれ、このOUMCの施設、設備を使いたいという人がいたら、一定の審査のもとに自由に使ってくださいということをやれば、かなりのインパクトがあるのではないか。

加えて、なぜ岡山が有力かという点、先程森田学長から、当初案の病院を集めると売り上げが1,000億との説明があったが、それに岡山県の中にある社会医療法人やほかの病院群も加わってきて、県を越えた医療法人も入ってくるようなことが起これば、おそらく1,500~1,600億にすぐ届く。それで、この数字は非常に重要で、世界で臨床研究の開発競争をしている中でトップがUPMCとメイヨークリニックであるが、メイヨークリニックとUPMCは約1兆円で、これに対抗できている医療事業体として、イギリスのケンブリッジ大学がやはり同じような地域医療ネットワークを使って、大学は病院を持たずに研究をやっているが、その規模が1,600億円。ケンブリッジをまず射程に置いて、そこに追いつくのはかなり短期間でできるだろう。それからUPMCをにらんでいくということが戦略としてあり得るのではないか。

(川淵教授)

2013年8月6日に社会保障制度国民会議がまとめた報告書の中に非営利型のホールディングカンパニーという文言があり、具体的にどんなイメージなのかがよく分からなかったが、本日は具体的な事例が出てきた。広島の場合は淡い業務連携で、岡山の場合は別法人をつくるというから資本提携というべきか。おもしろい試みだと思うし、具体的な事例が出てくるのが何より大事だが、今回の事例がデファクトスタンダード

だとすると6つ技術的な課題があると思う。

まず第一に、今日はガバナンスの話が多かったが、傘下法人の持ち分をどうするか。岡山大学の事例は全部非営利型の病院だから、残余財産の処分や利益処分の話は出てこないと思うが、仮に民間病院も参加したときに、持分ありの医療法人や個人立をどう扱うのか。

2つ目はこれに関連して課税主体をどうするか。岡山大学の事例では、御案内の病院は全て法人税が非課税である。しかし、医療法人を入れた場合、元々法人税を払っている主体なので、そこをどうするか。あるいは、営利法人への出資についても実際にどのように扱うか。

3つ目は会計基準制度。日本では、医療施設の経営母体は27種類あり、会計基準も27通りある。したがって、病院会計準則という企業会計原則に準拠している医療法人もあるほか、例えば日赤は日赤の会計基準、自治体病院は地方公営企業の会計基準がある。連結会計となるのであれば、どのような取扱いとするか。

4つ目は地域独占という問題がある。そこから出てくる懸念は、大学の系列化になるのではないか。しかしその一方で、医療崩壊が進み、本当に医師がいない地域もあるので、森田学長の話もよくわかる。リサーチ大学という制度を既に文科省も導入しているので、そうした中で非営利ホールディングカンパニーによる医療体制強化を図るとなると、ある程度大学を選別する必要があるのではないか。

5つ目は、システムの統合をどうするか。銀行でも合併する際、システムの統合が一番の懸案となる。ここをどうするか。

6つ目は、現行の診療報酬体系では、特別な関係のある大規模医療法人に対しては、ややネガティブな評価になっているが、今後も踏襲するのか。

ただ、これから未曾有の少子高齢化を迎えるにあたり、グループ化や複合化は不可欠で、そういうところもトータルで考えていくべきではないか。ぜひこの分科会の後に技術分科会ができたらいと思うが、厚労省の中にも既に検討会が立ち上がっているので早急に詰めていただきたい。

(翁規制改革会議健康・医療WG座長)

規制改革会議には先程お話しいただいた松山氏も専門委員として入っておられ、私も、地域でのこのような統合、連携の方向について議論をしており、同じ方向を向いている。

それで、やはり1つ気になっているのは、方向としては同じであるけれども、森田学長からお話があったとおり、危機に陥っているような病院というのはかなり地域には多くある。そういった病院を連携に組み込んでいくインセンティブはどのように設けるのか。一方で、連携することにより非効率なところをそぎ落とすと考えられ、それに対して非常に尻込みをする病院もあるのではないか。うまく非効率を温存しないように取り込んでいくという仕組みをどう考えていくのか。

そして、全体としてのガバナンスの設計をどうしていくのか。先程新浪議員から意思決定について発言があったが、数多くを取り込んでいくことで、どのように効率的に運営していくためのガバナンスを築くのかというところが非常に重要であるので、その点についてももしお考えがあれば教えていただきたい。

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

大変多岐にわたる質問なので多分全部お答えいただくのは困難である上、政府の方に宿題が来ている質問もあるので、答えられる範囲内で簡潔にコメントいただきたい。

(森田岡山大学学長)

まず、最後の非効率という話について、私たち実際に医療を担っている人間は、医療というのは必ず非効率な面も含んでいて、それをそぎ落とすという発想だけでは医療体制は構築できないと実感している。必ず非効率な部分もカバーしていく体制でなければ、結局はうまくいかない。つまり、必ずしも市場原理で医療は動いていない。私たち医師は、お金のことを考えて医療をしたことなど一度もない。効率というのはもちろん考えるが、市場原理だけでは動いていないのであって、そのことを無視して医療体制を再構築すると、必ず医療崩壊が起これると考えている。

もう一つは、大学病院と大学との関係について。大学病院は教育の機関である。松山氏から引き離すというお話があったが、法人化して組織的に引き離すことは、もちろん大学病院の機能を高めるためには必要だと思うが、大学の教育機関としての機能は一銭も利益を生まないからといって、教育をそぎ落とすと、必ず日本の医療は崩壊する。岡山メディカルセンターとして提案したように、法人化し、メガホスピタルをつくっていく、ピッツバーグとかメイヨーのような病院をつくっていくという過程の中で、教育や研究といった、利益を生まない機能にも目を向けないと、日本の医療は崩壊すると私は考えている。

そういったものをも考えながら、いわゆる市場原理だけでは解決できないことをきちんとやっていかなければならない。大学病院、大学が日本の医療をずっと支えてきたという自負があり、それが崩壊すると大きな問題が起こってくると思う。

加えてもう一つ、学閥について。学閥ということを、私たちは考えているわけではない。岡山大学の土壌で育ち、一緒に仕事をしていく。医師というのは土壌が違ってもなかなか一緒に仕事ができない。同じ胃の手術をするのでもやり方が全く違うなど、違う土壌の人が一緒にすることはまず不可能。だからこそ、同じ土壌というのが大切だと私はいつも思っている。

そういう意味で、非営利ホールディングカンパニー型法人を活用して、岡山にメガホスピタルをつくっていくことは、同じ土壌で育った人たちのキャリアパスをきちんとつくっていくということでもあって、決して学閥、岡山大学卒業生とか、岡山大学の出身者というようなことを言っているわけではない。岡山大学は1万人、250の関連病院を抱えるが、250の関連病院の医師が全員岡山大学出身であろうはずがなく、約半数以上は他の大学を卒業した人たちである。だから、学閥ということは、私はほとんど考えたことがない。

ただ、新浪議員が言われたように、よその血を入れるということは非常に大切であって、今の岡山大学の教授の半数は他大学から来ている。そういった他の血を入れて多様性を持つということはもちろん大切であり、決して優秀な医師を排除するという意味ではない。

それから、増田議員から質問があった、別法人化するメリットについて。現状、大学病院は、いろいろな意味で教育の法律によって縛られている。そして大学病院は医療機関でもあるから、医療と教育の狭間であって、いろいろな法律で縛られている。大学病院の使命として医療というのは大きなものであるから、法人化することによって自由な判断を持たせてもらうという意味がある。

私は学長の前に病院長を務めたが、病院長当時、岡山大学附属病院は岡山大学医学部附属病院だった。そのとき、医学部附属病院のままであつたらもう何も意思決定ができないということに気づいた。というのは、病院の教授を選ぶ、助教授を選ぶ、講師を選ぶといった人事ひとつ、全て医学部の教授会に諮らなければならないということが法で決まっている。それは、どう考えても病院という機能から考えて不都合であるので、私が病院長のときに医学部附属病院の看板をまず外していただいた。つまり、大学は医学

部の附属ではなく、大学の附属であるということにし、これによりかなりの自由度を持つようになり、大学病院は発展した。その発展系の意味で、大学という縛りから少し外れて自由度を得ようというのが法人化の目的である。

それから、岡山県単位という話が長谷川議員からあったが、岡山県単位ということは全く考えていない。岡山市から始めるけれども、岡山大学は中・四国に250の関連病院を持っている。広島市民病院も岡大の系列の病院であり、広島の行政の中に私たちも入っている。

そういう意味で、地域間の競争が始まると思っている。つまり、岡山市がこういうものをつくって始める。広島県もおそらくつくって始める。そうなるとおそらく兵庫県もつくり、競争が始まるだろう。どちらの医療レベルが高いかというのが私たちのこれからを左右していく問題とっており、岡山市で収束しようとは考えていない。

(菊間広島県健康福祉局医療・がん対策部長)

広島の場合、広島市民病院は岡山大学の関連病院、日赤病院はどちらかという九州大学系の病院、県立広島病院は広島大学系ということで、岡山県とは状況が全く違う多様性のある中で、どちらかという競争することによって質を高めてきたという自負を持っておられる。なぜ連携なのか、ましてや統合なのかという意識を持っておられるが、そうは言っても連携するメリットはあるのではという議論をさせていただいている。

その際に、この話は荒唐無稽な話ではなくて、国でもこういう議論がされていると言えることが、非営利ホールディングカンパニー型法人制度を検討いただく最大のメリット。連携して、ガバナンスの統合までやるべきではないかという議論まで到達すれば、当然このホールディングカンパニー制度というのは選択肢の一つとして、十分有効な選択肢となるが、まだそこまで議論がっていない。しかし、そういった議論が国ではなされているということは、まさに前向きに議論していただくために役に立っている。

それから、多様性ということでは、もとより多様だというのが広島県の状況であるので、この多様なものを乗り越えながら連携が深まっていくという仕掛けができれば、いいものができていくのではないかと。

(西川文部科学副大臣)

森田岡山大学長、広島県の菊間部長には、大変示唆に富んだ先進的な例を御教示いただき、感謝申し上げます。

出席者の方々からかなり先を見据えた御意見が多く出たが、私としては、今まさに県単位、あるいはもっと市町村単位で様々に競合しているいろいろな問題をまず県単位で整理しよう、そういうレベルから始めるべきではないかと感じた。

その中で、今回の岡山大学の、臨床機能を中核とした近隣病院を統括して、非営利のホールディングカンパニー型法人をつくるという提案は、大変ある意味で現実に即した、なおかつそれでいて未来に向かって一つの大きな考え方で、大学の学長さんがここまでしっかり考えてやっているということについて、私は大変感動している。

その上で、私も厚労副大臣を務めたことがあるので申し上げますと、医師は不足していない。偏在である。まさに新しい研修制度を導入したがゆえの偏在なのだ。それで、その新しい研修制度を何とかしてほしいというのは現場の先生、皆の意見であり、それを解決する一つの手法だという提案は、この意義も大きい。

それと、まさに過疎地の医療体制の不足について、医師が行かないから、何とかこれで現実的な解決もしてほしい。なおかつ、経営感覚を入れた法人化をして、何とかうまくやっていく。

この提案は、本当に皆さんで本格的にしっかり考えなければいけない大きないい提案

だと思っており、大変前向きに考えたい。特に文科省としては、大学改革、これはガバナンスの改革その他を含めてやっているの、この大学改革にも連動する話である。

そして、さらに御提案いただいた教育の問題をどうするか。病院としては成り立つが、では医療の人材をどうやって医療大学が育てていくか。この問題の二律背反のようなところを何とか解決してやっていこうという提案だと思っているので、皆さんで英知を絞っていい形にさせていただけたらありがたいが、我々省庁側としては、この規制改革その他の解決すべき問題というのは文科省一人では正直できない。まさにこの場で省庁横断的に、関係省庁の知恵も絞ってやっていただくということであり、これはオールジャパンで対応する話だと思うので、皆様にも御協力をよろしくお願いしつつしっかり対応したい。

(原厚生労働省医政局長)

私どもでも、非営利ホールディングカンパニー型の法人の制度を含めて、医療法人制度の見直しを現在行っている。この非営利のホールディングカンパニー型の法人制度については、1月20日の成長戦略進化のための今後の検討方針や、去年の医療・介護等分科会中間整理において、一体的な経営を可能とするための意思決定方式など、様々な論点や検討課題を示していただいた。

現在それをいろいろな形で検討を進めているが、本日の議論の中でやはり一番気になったのは、実はガバナンスはどうかということ。意思決定をどのような形でやっていくのか。このホールディングが大きな病院をたくさん直接持つのか、あるいは、それぞれがそのままの形で、意思決定だけほかでやるのか。

直接経営するならばそれほど大きな問題はないと思うが、やはりそれぞれの過去の経緯からいうと、例えば市が持っている病院とか、それぞれの設置主体があるので、そこが手放せるのか。あるいは、手放さないとしたら、その上で意思決定をしてもそれぞれが言うことを聞いてくれるのか。まさしく新浪議員が言われたガバナンスの問題があるのではないかと。株式を持つわけではないので、どういう形でガバナンスを効かせるのかという論点については、今、検討を進めている。

また、長谷川議員から指摘があったビジョン、まさしく今、西川副大臣がおっしゃられたように、都道府県の中で地域の医療ビジョンを今、描いていこうとしている。今、岡山大学が示されているのは、それを超えた大きな組織体が各県にできたときに、どうするのか。これは、まさしく大きな課題だと思っている。ピッツバーグの1兆円病院が全国にできたら医療費は賄えないので、そのあたりも含めて、圏域を超えたところのビジョンというのは新しい課題だと思っており、真剣に検討していきたい。

いずれにしても、例えばこの実務者ヒアリングの資料にもあったが、もう少し規模の小さい医療法人と社会福祉法人などが一体となって地域のサービスをしていくようなイメージのものから、本日の提案のように基幹的な病院が一緒になるような形まで、いろいろな規模があり、それぞれにメリット、デメリットがあると思うので、真剣に議論を進めながら、今年中に結論を得て制度的にしっかりとしたものをつくっていきたい。

(増田主査)

まず、森田学長が大変哲学をクリアにおっしゃっていただいたので、本当に感銘を受けた。それから、各省の皆様方にはぜひ前向きな御検討をお願いしようと言うつもりであったが、それ以上に西川副大臣から力強いお言葉をいただいたので本当にありがたいと思っている。

こちらの方からもいろいろ御提案が必要なものがあればしたいと思っているが、やはり一体性を大学として確保しながら、一方で別法人化をするということについて、先程

森田学長がおっしゃった自由度が高まればもっといいことができるんだというあたりをどう手当てするのか。ちょっと短い言葉で、「契約」と先程学長はおっしゃったが、何かそのあたりにヒントがあるのではないかと思うので、ぜひまたよろしく御検討いただいて、こちらも一生懸命それに沿うような形のものをつくり上げたい。

それから、厚労省に対して、検討のタイミングについて正に今年中ということだが、4月の初めに医療法人の事業展開等に関する検討会をまた開催すると聞いており、精力的に検討を進めていただきたい。

それから、年央の成長戦略改訂に何がしかを示すというのは政府として必ぜひ必要であり、法令改正でないもの、例えば国立大学や自治体病院などの非営利法人が医療法人の社員となれるようにすること、あれはモデル定款だと思うが、そういったものについてはもっと先にいろいろ材料を示せると思う。ぜひそのあたりについて、年央の成長戦略改訂に盛り込むようなことを考えており、期待している。

最後に総務省に対して、自治体病院の統合や再編において、この仕組みが非常に有力な選択肢になるのではないかと思うので、ぜひ厚労省の検討状況も見ながら、総務省として必要な制度措置について検討していただきたい。

前に、私は釜石の県立病院と市民病院の統合のときに、いろいろまだ制度ができていなくて苦勞して、当時の自治省にお願いして退職手当債など特別に考えてもらったりとか、いろいろあったが、おそらく総務省としてはそのあたりの手当てが必要なものが個々具体的に出てくると思う。このことによって地域は必ずよくなるので、厚労省とよく相談しながら進むようにぜひよろしくお願ひしたい。

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

当事務局では、今回のヒアリング以外に別途、非営利ホールディングカンパニー制度に関する現場ニーズの把握を目的にヒアリングを行い、資料3として概要を配付させていただいているので、これも参考にさせていただきたい。

それでは、次の議題、「公的保険外のサービス産業活性化」に入りたい。

最初はまず増田主査から問題意識について御整理いただいたペーパーを提示していただいたので、こちらについて増田主査から御説明をお願いします。

(増田主査)

資料4の1ページ目の前書きの中ほどに、中間整理としてどういったことを記載していたのかが書いてある。このインセンティブ措置を具体的にどうしていくのかということが宿題になっていた。これについては、個人、保険者、経営者、そしてヘルスケア事業を担う民間事業者の四者が、それぞれ同時並行で努力することが必要ではないかということで、このペーパーをまとめた。

新浪議員、長谷川議員の様々な御提案もこの中に含めながら整理をさせていただいたので、これをたたき台にして各省から具体化のいろいろな知恵を出していただきたい。

はじめに、1ページの下部に1番として、「個人に対するインセンティブ」ということが書いてある。一つの考え方で例として書いたが、現在保険制度で直接個人に健康予防のインセンティブを付与する仕組みがないところ、もちろん大前提として個人の健康状態についての不当な差別につながってはいけないので、そこは慎重に検討する必要があるが、例えば、「特定健診受診の有無」、「喫煙の有無」、それから「運動習慣」等、一つの例示としてメルクマールを示した。不当な差別につながらないということは大前提ということをお繰り返して申し上げるが、その上で社会の多くの方々が納得するようなことがここで出てくれば、それを保険制度上に組み入れ、個人に金銭的インセンティブを与えるような制度がつかれるのではないか。こういう提案である。ぜひこれを、より詳し

い省庁の皆様方に前向きに検討していただきたい。

それから、「保険者に対するインセンティブ」について。

1つは、後期高齢者支援金の加算、減算制度の見直しである。「健保保険者」については、今は特定健診または特定保健指導の実施率が0.1%未満の保険者だけを対象に、0.23%の加算率で加算をすることになっている。この加算対象者をより広げていくとか、加算率の引き上げ等で、メリハリを拡大すべきではないかとの提案である。

同時に国保については、非常に全国的に先駆的な取組を行っているところがあれば、そうでないところもあるということで非常に多種多様だが、優良な取組を行っている国保保険者の横展開を考えていくべきではないか。具体的なことについては一番現場を知っている市町村の意見を、より聞いて組み立てていきたい。

それから3番目の、「経営者等に対するインセンティブ」について。次世代ヘルスケア協議会で、企業や健保組合等による健康投資の拡大のための方策の検討がアジェンダとして取り上げられていると思うが、一例として、コーポレートガバナンスに関する報告書の記載事項に、従業員等の健康管理や疾病予防等に関する取組を具体的に記載してもらって世の中にきちんと明示をしてはどうか。こういうことがあれば、経営者の皆様方にとっても一種のプレッシャーになるし、やはり人材が一番大事だと思うので、従業員の健康管理についていろいろインセンティブを与える動機付けになるのではないか。

それから、政策投資銀行が実施している健康経営格付けというものがあるが、この融資制度、それから先進事例の横展開などが考えられるのではないか。これは、いろいろ企業の経営なども含めてよく検討する必要があるので、次世代ヘルスケア協議会でその詳細について、より掘り下げて検討し、結果をぜひお示しいただきたい。

そして、4番目の「ヘルスケア産業を担う民間事業者等が創意工夫を発揮できる市場環境の整備」について、例えばということで「簡易な血液検査サービス」、それから「健康指導、運動・栄養指導サービス」等を書いている。もっとほかにもいろいろ提案があると思う。ヘルスケアにかかる新事業を行いやすくするような規制・制度改革の在り方について、これは例のグレーゾーン解消制度等を効果的に活用しながら、ぜひ検討をお願いしたい。

ほかにもいろいろ民間議員の皆様方からも御意見等があるので、ここは意欲的に様々なものを入れて充実した内容でまとめたいと思っているので、ぜひ宜しくお願いする。

(田中経済産業省大臣政務官)

経済産業省の取組について、早速説明させていただきたい。

まず資料5の1ページ目について。当省としては、「国民の健康増進」、「医療費の削減」、「新産業の創出」の一石三鳥を実現していきたい。公的保険外のサービス産業の活性化に向けて、日本再興戦略に基づき、「次世代ヘルスケア産業協議会」を昨年末に設置し、本協議会のもとに、「事業環境ワーキンググループ」、「健康投資ワーキンググループ」、「品質評価ワーキンググループ」の3つを設置し、現在、各ワーキンググループで鋭意検討を進めている。6月末までに、中間取りまとめを行う予定である。この3つのワーキンググループは、右下の図にあるように相互に連携をとりながら一体的に新産業創出につなげてまいりたい。

以下、それぞれのワーキンググループでの検討状況を説明する。

まず、最初に事業環境ワーキンググループで検討している「グレーゾーンの解消と地域での新事業創出」について。本年1月に施行された産業競争力強化法において、個別の事業者が新事業について予め規制の適用の有無を確認できるグレーゾーン解消制度を創設した。2月末には、規制を所管している厚労省と共同で、生活習慣病の予防のための運動指導サービス及び血液の簡易検査サービスの2件を新事業が実施可能という

ことで明確化した。詳細については、次の3ページ目をご覧ください。

また、事業者のニーズが大きい事業類型については、事業環境ワーキンググループでの議論も踏まえ、現時点で法的に実施可能な領域を明確化した新事業活動のガイドラインを厚生省と共同で3月末までに策定する予定である。

さらに、各地域に立ち上がっているヘルスケア産業プラットフォームと連携して、地域への展開を促すとともに、「医・農商工連携」や地域の金融機関、あるいはユーザーである自治体事業との連携、地域事業、人材の活用等を今検討している。例えば、北海道などでは、札幌と稚内で地域の医療機関、あるいはフィットネス事業者、地元食材を扱う事業者、こうした者が連携して新事業の創出を検討しており、こうした地域の保険外サービスの展開をさらに促進してまいりたい。

続いて、健康投資ワーキンググループで検討している「企業・個人による健康投資の拡大」について。企業が保険者と連携して予防活動を進めることで、従業員の健康状態が改善され、最終的に生産性の向上、企業イメージの向上など、利益をもたらすとともに、国民医療費の削減にもつなげていきたい。

まず、企業に従業員の健康活動を経営問題として取り上げてもらうために、例えば一人当たりの医療費など、経年的変化や同業他社との比較可能なベンチマークを設定し、厚労省が推進しているデータヘルス計画の評価指標として連携を図っていきたい。

また、企業経営層に対する積極的な働きかけも実施していく。企業による積極的な取組を促していくため、従業員の健康増進に努力した企業が社会的に評価をされ、そして財政的にも報われるようなインセンティブ措置を整備していくことが重要である。このような取組を通じて、企業・個人による健康投資を拡大して、医療費の抑制に何としてみつなげていきたい。

最後に、品質評価ワーキンググループで検討している「消費者が安心して利用できる健康サービスの品質評価」について。健康サービスについては、これまで品質評価の枠組みが整備されていないため、まずは市場規模が大きく、エビデンスや産業界からのニーズもある健康運動サービスについて、ユーザーから信頼される品質基準の枠組みを策定していきたい。また、実際に信頼される品質評価が行われるためには、認証を行う認証機関の育成自体が不可欠である。来年度予算も活用し、民間の第三者認証機関がサービスの品質評価をモデル実証する事業を行うことを検討している。このような品質評価の体制を整備するとともに、関係省庁と連携しながら対象分野などの拡充も合わせて検討してまいりたい。

(神田厚生労働省審議官)

個人、保険者に対するインセンティブ部分の取組について説明する。

まず、「個人へのヘルスケアポイントの付与や現金給付の取組」について。既に、ウォーキングやジョギングの歩数、体重アンケート、健診を受けたということをポイント化して、健康グッズやスポーツクラブの利用券と交換できるようなヘルスケアポイントというものが行われているとか、あるいは国保で保険診療は受けなかったが健診は受けて、保険料はちゃんと完納しているというようなことで、1万円を支給しているというような例がある。

こうした取組の状況を把握し、健康保険制度の中で保険事業として取り組むことができる範囲を明確にした上で環境整備を進めて、インセンティブを付与する向上策に取り組んでいきたい。

2点目としてはデータヘルス計画。これは平成26年度中に全健保組合で策定することになっており、平成27年～29年の計画をつくることになっているが、その中でもヘルスケアポイント等を活用したインセンティブ方策を推進してまいりたい。

それから、先程増田主査の御提案にもあった後期高齢者支援金の加減算について。現在、特定健診・保健指導の結果に基づいて、後期高齢者支援金を実施率が低いところについて加算し、高いところは減算するという枠組みであるが、関係者の意見として単純になかなか比較できないのではないかという意見も出ている。

資料6の6ページに健診・保健指導の受診率などが出ているが、例えば健診でいうと国民健康保険や全国健康保険協会は、中小企業は3割台であるが、健保組合や共済は7割近いというようなことで、単純に比較してインセンティブやペナルティーを課すことについてはどうかというような御意見も出ている。

それから、一方でちゃんと特定保健指導の効果検証もしてほしいという意見があるので、こうした点を踏まえ、さらにメリハリの効いた仕組みを検討してまいりたい。

現在のところは、平成24年度の実績で平成25年度からの支援金の加減算をするということになっている。特定健診・保健指導の目標パーセンテージがあり、それに達した保険者は減算をする。支援金の加算のほうは健診、保健指導のどちらかを実質的にやっていないようなところに加算するというので、平成25年度は当面これでやることにしているが、今後のやり方については先ほど申し上げたような点を踏まえて、さらに検討してまいりたい。

データヘルスの推進については、現在モデル計画を先行的にいくつかの健保組合でつくっていただき、平成26年度後半には全ての健保組合、それから協会けんぽの支部で策定していただくということで進めている。

(新浪議員)

考え方としては何度も議論されており、増田主査のペーパーはそのとおりであるが、若干ながら補足をさせていただきたい。今、田中政務官もお話をされたように大きな動きになってきているので、これをぜひ進めていっていただきたい。

その中であえて申し上げれば、企業の方も意識が低い。もっと企業が自らやる仕組みをつくっていかないと、最終的には介護というところで大変なお金がかかってくる。企業の意識をもっと高めていくということが重要である。経営の非常に重要な部分だということの認識が非常に弱い。

しかし、一方でこういうことを伝えていくことが重要で、この意識が高まれば新しい事業も生まれてくる。個人にとっても企業にとっても保険者にとっても負担の増減がもっとわかりやすくなる仕組みが非常に重要である。

そして、このインセンティブ、ディスインセンティブに関しては、今、保険料を仮に下げたとしても、将来にわたって結果が出てくるというタイムラグを認識しなければならない。そういった意味で、収入全体の中立性との関係が非常に重要であり、出したもの、もらったものの合計が当面は一緒になっていくような設計が重要である。

そうした中で、例えば、喫煙をしている人に対しては保険料を少し高目に払ってもらえるような設計を企業が仮にするとしても、保険料率の改定に関わる届け出は、2～3か月前に届け出る必要があり、かつ、年に1回程度しか改定できないような仕組みになっている。また、健康保険の会計そのものが、健保会計ということで難しくなっているが、企業会計でも十分なのではないか。

むしろわかりやすくして、こういう人には上げたい、こういう人には下げたいということがもう少し臨機応変にやれるような仕組みが必要ではないか。

そのときには、収入の中立性というものがまずは重要で、健保組合が潰れないということが大変重要である。ただ、企業にとってみれば、そうしたことが経営努力によってできることが、もう少し自由度を持たせて早くできるということが重要ではないか。そういったことも少し検討していただけないか。

さらには、やはり加算率 0.23%というのはあまりにも低いのではないか。10%まで引き上げることができるように法律はなっているわけであるから、もっと段階的に引き上げて、本来は特定健診 100%受診を目指し、そこで診断することが大変重要。例えば、逆に検診受診率を 80%程度以上にできたところには、全体の収入の中からお支払いをするといったインセンティブの仕組みも必要ではないか。

一方で、主婦や商店などを始めとした、関心があまりない、もしくはなかなか行けない人に対しては、ベストは確かに特定健診にしっかり行ってもらうことだが、ベストよりベターで、簡易な検査をやるといった施策も重要ではないか。その際に特に強調したいのは、決してただ血液検査の内容を見ればよいというわけではなくて、そこからどう診断に及んで、そして指導が行われるかが重要ということ。そういった意味で、この事業が例えば医師、看護師、場合によっては介護士などの有資格者と一緒に行われていくことが重要。

ぜひ御理解いただきたいのは、決して民間事業が民間だけで行われるということではなくて、やはり我々民間も安心という担保を絶対とりたいと考えており、医師、看護師等の有資格者が必ず絡んでくるということ。そういった意味で、これを進める上で、決して民間企業の事業だけが進んでしまうというイメージではなくて、どうやって有資格者の方々も入りながら未病対策的な仕組みをつくり上げていくのか。高機能のところは高機能で、一方で、町のかかりつけ医がこういうものにかかわるような仕組み全体があってしかるべき。

先程申し上げた主婦の方々、商店の方々、なかなか健診に行けない方々が、簡易な検査を受けやすい仕組みをつくっていくことによって最終的に健康を維持し、また一方で健康に資する産業がきちんとでき上がって、認定もされるということで、コストを下げながら、安心してやっていただくということが大切である。

もう 1 点、企業価値の面で、社員の健康は非常に重要な要素だと思う。だからこそ、しっかりした人を担当につけなければいけないが、是非、市場アナリストの皆さんにも、この、将来のリスクにもなる、社員の健康にどれだけ企業が関わっているかを評価いただきたい。昔は、年金がどうやって積み立てられていくかという問題があったが、健康に関して、ますます高齢化する中でどう取り組んでいくかということについて、統合報告書等で出していくことが必要。

関連して、東証でなでしこ銘柄などができ、ローソンも入ったのだが、同じように健康経営をやっている銘柄の認定もいずれはあったらよいのではないか。企業にもっと働きかけて、そしてその中からソリューションとしてヘルスケア産業を育てていく。こういうことから事業化もできていくと思うので、インセンティブ、ディスインセンティブを明確にし、一方でぜひとも医師や看護師、薬剤師等の有資格者の方々にも御理解いただいて、これを進めていっていただきたい。

(長谷川議員)

グレーゾーン解消制度についてまずコメントする。本年になって、制度創設以来既に 2 件解決ができたということで、これは大変結構なことだと思うが、経産省自身がこの 2 件についてどういう評価をしておられるのか。もっと本当は件数が多くあるべきだったと思っておられるのか、それともこの程度だと思っておられるのか。

私は、少ないと思っている。どっときてもいいところであり、どういう形で周知徹底されているかということが、今一つよくわからない。医療周辺の事業をやっている主体は大企業だけではなくて、NPO 法人など多岐にわたる。例えば、簡易血液検査については、ケアプロというところが手掛けておられるが、現在 2 か所でやっていて、看護師さんも一緒にやっている。この簡易血液検査について、今回は看護師さんがいなくてもで

きるということになったのだろうが、NPO のようなところにまでグレーゾーン解消制度を活用いただけるように、例えばヘルスケア関係の NPO であれば、経産省がやるのか厚生労働省がやるのかは別にして、大体どういう希望があって、こういうグレーゾーンについてはこういう整理ができたということのプロアクティブに通知するなど、考えていただいてはどうか。同時に、実際に経産省のホームページに出ているということであれば、そこを見るように周知していただきたい。

それから、新浪さんがおっしゃったように、プロフェッショナルがちゃんと関与するということは大事だが、関与の仕方の一例を挙げたい。これは日本では医師法の問題もあるし、ちょっと飛躍している面があるかとも思うが、ムハマド・ユヌスさんがバングラディッシュでやっているグラミンホスピタルでは、地方の特に専門医がなかなか滞在してもらえないという課題を解決するために、例えば高血圧、高脂血症などの慢性疾患、それから尿の検査が必要な疾患であるとか、そういったものを自分で定期的に診断できる診断薬キットを各家庭に配っている。本人が定期的に検査をし、その結果を携帯で町の専門医に送る。町の専門医は、これを定期的にモニターして、何か変化があればその対応を指導することによって、効果を上げているという。

日本においても、特に限界集落などを想定すると、次のステップとしてそういうことを検討していただく余地がある。慢性疾患については一部認められているが、医師法では対面診療が原則であるため、グレーゾーン的な部分もあると推察する。これが解決できればもう少しチャンスが広がると思う。

それから、インセンティブの問題については、まず企業の関係で、コーポレートガバナンスに関する報告書に健康に関する事項も加えてはどうかというのは大変よい提案だと思う。私自身も検討し、経済同友会でも一度話をしてみたい。最近の女性管理職比率や、社外取締役を入れているかどうかを報告書に書いてはどうかといった、要は経営者にプレッシャーをかけ、ディスクロージャーを促進するというのも一つのやり方である。法律で一括して進めることができない場合には、モデルケースを周知徹底していくということが大事であり、その一つのツールとして、サステナブルレポートのようなものに記載するのは非常によいと思う。

それから、個人及び保険者のインセンティブについては、既に新浪議員や増田主査が随分言われたが、先程の御説明にあった出光興産の例や総社市の例など、自らのイニシアチブで実施して成果が上がっているような事例を周知徹底していくべきである。そういった成功例、モデルケースについては、本当は年に何社、何か所かくらいを表彰し、表彰されたところの具体的な取り組み内容が厚生労働省のホームページを見ればわかるとか、そういうことを考えていただいて、横展開が自然に進むようにするとか、そういう工夫をしていただくのがよいのではないかと。

それと同時に、企業などが直接関与せず、コミュニティとしてお年寄りなどの食事や運動をサポートする自治体、コミュニティがあるはずであり、ぜひそういうところを探して、モデルケースとして表彰し、ホームページで周知徹底を図るといったことも、地道な努力ではあるが、結構効果があるのではないかと。御検討いただきたい。

(川淵東京医科歯科大学大学院教授)

まず経産省の方にお願ひがある。トヨタ健保からデータを貸していただいて特定健診・保健指導によって医療費が減るかどうかという研究をやってきたが、トヨタ健保は非常にまじめで、インセンティブという前に、まず国に先んじて率先してプロジェクトを開始している。

しかし、本当のところ、インセンティブで人が動くのかどうかは非常に議論の分かれるところだ。現実には、健康投資というコンセプトは良いが、これだけでは人はなかなか

か動かない。そこで、研究会が既に始まっているのであれば、例えばシンガポールのメディカルセービングアカウントや介護も入れたエイジングセービングアカウント、つまり医療・介護版のマル優制度の可能性も検討いただきたい。NISA も始まったので、そういう個人や家族に対する節税のインセンティブも検討してもよいのではないか。さらに言うと、人間ドックはなぜ医療費控除がないのか。あるいは、OTC 薬は、治療薬には医療費控除があってもなぜ診断薬にないのか。これに対して、特定健診・保健指導は、医療費控除の対象である。ぜひゼロベースで検討して、医療費控除の再構築をしていただきたい。

それから、法人税を活用したインセンティブの仕組みについて。健康に関して頑張っ取り組んでいる法人もあれば、後期高齢者支援金のペナルティーを払っても、何もしない方が得とする法人もある。日本の法人税は、高いと言われるので、リターンオンインベストメントを考えてメタボ対策で頑張っている法人に対しては、法人税を軽減してもよいのではないか。優生思想に発展してほしくないが、そういう検討もお願いしたい。

2つ目は厚労省へのお願いである。厚労省のデータヘルス計画を期待しているが、実際にレセプトのデータを分析していると、データがつかない。特定健診・保健指導とレセプトのデータについては、既にナショナルデータベースという形で統合されるそうだが、通常、60歳や65歳まではお元気で、大体病気になるのは国保に移ってからであるため、データを一通りに分析しなるとなかなか医療の見える化ができない。最終的には、個人情報保護を重んじるのか、ビッグデータの利活用を重んじるのかという利益衡量の問題になってくる。

思うに、今はもう匿名化のバッチ処理をする時代ではなく、スマホを使ったクラウドイングが世界の潮流である。事実、今、諸外国に日本のデータが流れているとされる。特にアメリカは非常に自由というか、野放図であるので、日本のいろいろなデータが流れている。日本では個人情報保護が結構厳しく言われる傍らで、もうアメリカの会社が利活用している。これに対して、ヨーロッパ諸国はきちんと日本でルール化しないと、相手にしてくれない。そういう板挟みの中で、経団連のシンクタンクである21世紀政策研究所から森川レポートが間もなく出るので、ぜひ参照いただきたい。

また、後期高齢者支援金の加減算制度に関しては、社保と国保を比べるのは無理なので条件をイコールフットイングにしてはどうか。国保は国保、社保は社保でそれぞれ頑張っている保険者が報われるようにすればよい。

3つ目に、両省庁に申し上げたいのは、国民皆保険の下で気前のよい保険診療があるため、保険病名を付けて医療機関にかかったほうが安上がりだというモラルハザードをどう是正するかということ。

私自身、我が国のがん検診の受診率が低いのは、国民皆保険の功罪ではないかという仮説を持っている。しかしその一方で未病の段階で早く見つけてなるべく重度化させないことも肝要で、そのためには産業界と医療界の英知を結集して、もう少し楽に予防、健康診断ができるようにしてはどうか。そうすると、医師も重篤になる前の早い段階で介入でき、よく言われる糖尿病予備群も早いうちに見つかり、長期的には医療費も安くなるのではないか。ぜひ経産省と厚生労働省が協力して取り組んでいただきたい。

(翁規制改革会議健康・医療WG座長)

規制改革会議でも、一般用検査薬が今まで20年間、3個だけで滞っていたので、先日、医療用検査薬から一般用検査薬に転換を進めるルールをつくり、同時に医師への受診や健康診断を奨励するといった取組をしていただくよう意見を出している。厚生労働省においてはしっかり取り組んでいただきたい。

もう一つ、「選択療養制度の創設について」ということで少し御紹介したい。保険診

療と保険外診療の併用療養費制度をめぐるいろいろな議論を重ねてきて、昨日ペーパーを出させていただいた。これは困難な病気と闘う患者がこれを克服しようとして、強く希望する治療を受けられるよう、診療の選択肢を拡大することを目指しており、そのために保険外診療を併用しても保険給付を受けられ、保険診療にかかる経済的負担が治療の妨げにならない環境を早急に整備するということを目的にしている。

現行の保険外併用療養費制度の中で実現可能で、なおかつ患者のニーズに迅速にこたえられる、患者にとって優しい制度ということを考えており、新しい改革案は特に治療に対する患者の選択権と医師の裁量権を尊重し、患者が保険診療と併用して選択した保険外診療を一定の手続・ルールの中枠内で、「選択療養」という仮称であるが、そうすることで短期間に公的保険の支給が受けられるようにできないかというものである。

昨日、厚生労働省に来ていただいて意見交換をして、安全性の基準やデータの扱い等、まだいろいろ意見の相違はあるが、会議が示した目的については概ね共有できて、またこれから検討を深めるということになっている。

規制改革会議としても、安全性は極めて重要な要素と考えており、またその手続・ルールというところでも、患者への十分な情報提供や、医師のモラルハザード防止といった機能が非常に重要だと思っている。こういった点を留意し、医療現場の実態を十分に踏まえて議論を重ねて、できるだけ早期に考えを取りまとめて、最終的な提案を整えるようにしていきたい。

(田中経済産業省大臣政務官)

今、長谷川議員からあったグレーゾーン解消制度の認定2件は少ない。始まったばかりとはいえ、確かにそう思っている。その辺のところについて、事務方から状況等を説明させる。

(石川経済産業省審議官)

御指摘のとおり、周知が十分だったかということ、正直申し上げて途上という感じである。鋭意やらせていただいているが、NPOのようなところまで十分伝わっているかということについていうと、十分でないというところはあるかと思う。

なお、2件の最初の案件が出たということもあり、本日の新聞には、血液検査の案件に係る事業について、三菱ケミカルホールディング系がこの承認を得たということで、これから2015年3月末までにこういうことをやれる店を1,000店づくり、5年以内に利用者を50万人にしたいといった記事が出ていた。今まで1号案件が出ないとどういうイメージのものなのかというのが説明しづらかったところもあるので、御指摘のとおり今まで以上に十分やらせていただきたい。

他方、単純に申請が出て、それは法律に違反するので黒だとか、どこがどう法律の関係があるかわからないから結局答えが黒だということになると、この制度はやや不毛になるので、そういう意味では少し事前にも相談をさせていただいて、どこをどう法律上の解釈を明らかにすると、ホワイトになるのか、はっきりするのかということも含めてしっかりと対応させていただきたい。

企業の経営者の問題については、このヘルスケア協議会に経団連などのメンバーにも入っていただき、まさにそういった取組の議論をさせていただいている。私どもの方からも、健康格付けのようなものも含めて今後できないかという議論をさせていただいている。

他方、企業の側からは、企業がこういう努力をしたときにどういう具体的なメリットがあるのかという指摘もいただいております。まさに本日のインセンティブの議論と合わせて、具体的に経営者の方に本格的に取り組んでいただけるような枠組みがつかれるかと

いう方向で議論させていただければと思っている。

(神田厚生労働省審議官)

何点か御指摘いただいたけれども、まず後期高齢者支援金の加減算については、先程の川淵先生からの、国保、社保で分けて比べてはどうかというような御指摘も踏まえ、こういった改善ができるのか、検討させていただきたい。

それから、個人とか保険者などの取組の中でいいものを表彰して、ホームページでさらに周知をするというようなことについても、ぜひいいものを取り上げて横展開につなげていけるように、本日の御提案を踏まえて取り組んでいきたい。

データの問題について、確かにナショナルデータベースで今レセプトデータと特定健診・保健指導のデータ突合が、全角、半角など、入力形式の問題があって突合率が悪いということが指摘されているが、今年度中にその改善をするということで現在取組をしており、改善は必ずしっかりやっていきたい。

それから、個人情報保護の話があったが、国保、社保のものをすぐつなげるというのはなかなか難しいかもしれないが、ビッグデータの活用等について、それを踏まえてどういった個人情報保護をすべきかについては、IT 戦略本部とともに検討している。

(唐澤厚生労働省政策統括官)

個人情報の話について、個人情報は保護しなければいけないが、ややがちがちになり過ぎているようなところが現実にある。それは、個人情報保護法において、医療と金融と、それからこういった情報分野についてははっきりした基準をつくっていないところに問題があって、そうするとどうしても固くなってしまう。

そこで、IT 戦略本部と一緒に、パーソナルデータの研究会を行っている。今考えているところでは、IT 戦略本部と一緒に来年、個人情報保護法の改正を目指そう、しっかりしたルールをつくらうということをやっている。データもしっかりつながらないとコホート研究にもならないので、今、検討中で早速取りかかっている。

グラミンホスピタルについて、長谷川議員から御指摘いただいたが、これは本当に今お話のあったデータの活用と個人情報保護も絡む、遠隔医療よりもやや広いコンセプトだと思う。このような分野は、ICT 化に伴って必然的に大きくなっていく分野であり、また今の法律上の問題とどう整合させるかという課題の検討よりも早く大きくなっていく分野なので、厚生労働省もきちんとした対応の仕方を検討していく必要があると考えている。

シンガポールのセービングアカウントについても、今後研究させていただきたい。

(新浪議員)

先程のいわゆる保険料負担の増減をもっとわかりやすく、かつ簡素に企業サイドにおいてできるようにしていただきたいので、ぜひ御検討いただけないか。

(神田厚生労働省審議官)

御指摘のような点も踏まえて、保険事業の中でどういうことができるかについて、御指摘のような保険料の扱いなどについてもどういうことができるのかということを検討させていただきたい。

(増田主査)

今、御検討いただいているものを回答していただくべく、大臣まで上げてよく御検討いただきたい。そのときには、言わずもがなであるが、政府全体として年央成長戦略の

改定を行うという中で国民は期待しているため、そういった位置付けであるということを抑えて、前向きに、実現ということで検討していただきたい。

それから、厚労省で主に今回のことについていろいろ展開するときに、経産省と内閣官房で所管している次世代ヘルスケア協議会と連携をとっていただきたい。経産省や内閣官房は、逆に厚労省とよく連携をとっていただきたい。民間議員の提案も横の中で全体でやらないと実現できないことであるので、ぜひそういうスタンスでやっていただきたい。

それから、総務省に対して、これは国保を含めて市町村でいろいろ健康予防についての有機的な取組を行っているところもある。ほとんど無関心なところもあるが、そういったよい取組を行っているところもあるので、地方財政措置でどうことができるか、あるいは、総務省で手掛けているヘルスケアポイントの実証実験等の補助事業でどれだけ後押しできるか、引き続き検討していただきたい。市町村の高齢化率も非常に高くなって行って、やがて消滅してしまいそうになっているが、この健康予防にもっと前向きに取り組むことが、問題を解決する上では大事なウエートを占めているので、地方財政措置等の活用がどういう形でできるかについては、引き続き御検討いただきたい。

(小泉内閣府大臣政務官)

本日2点御議論いただいたが、1点目の「非営利ホールディングカンパニー型法人制度」の具体化について、本日は岡山大学の森田学長、それから広島県の菊間部長からお話を伺ったが、大変楽しく、また興味深く、示唆に富むお話だった。締めくくりとして文科省、厚労省には前向きに御検討いただきたいと述べるつもりであったが、その必要はないくらい前向きな御発言を西川副大臣にもいただいたので、これからの具体的な展開は皆さんの御協力に期待したい。改めて、御検討もまた宜しく願います。

2点目の「公的保険外のサービス産業活性化」についても、田中政務官によれば一石三鳥ということで、非常にメリットを感じていただいております。その一石三鳥の中身も健康増進、医療費の削減、新産業の創出と、まさに前向きな御理解のもとに取り組んでおられるので、本日の増田主査、そして民間の皆様方からの提案に対しても、前向きにぜひこれからも取り組んでいただきたい。

本日議論された点も含めて、皆さんの対応を御説明いただく場をいずれ設けたい。

最後になるが、厚労省などからはITの関係のお話もあった。今、私はシステムの関係も担当しているが、厚労省からも個人情報の保護についてちょっとがちがちになり過ぎているという答弁があったというのもまた非常に前向きであると感じた。個人情報保護か、データの活用かという二項対立というのは、私は違うと思っております。データの活用の中でどうするのかといった発想でやっていかなければならない。情報化社会の中で完全に防げるなどおそらくあり得ないと思う。その都度ブラッシュアップして個人情報を守りながら活用していくという発想で、まずは利用できるものはしっかり利用するという理念のもとにやっていただきたいと期待をしています。

そして、先程の2件、グレーゾーンの解消であったうちの1点のジムの関係なども、例えばコナミやオアシスなど、今全国いろいろなところで展開しているから、御心配なくがんがんやって下さいと言ってあげるだけでもビジネスチャンスが生まれ、新しい事業が生じていくと思うので、そのあたりも先程の2点目の血液検査の関係に加えて宜しくお願いしたい。

(以上)