

第3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：2013年11月8日(金) 8:00～9:00
2. 場所：内閣府本府仮庁舎講堂
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
大田 弘子	規制改革会議議長代理 (政策研究大学院大学教授)
翁 百合	規制改革会議健康・医療 WG 座長 (株式会社日本総合研究所理事)

(議事次第)

1. 開会
 2. 「効率的で質の高いサービス提供体制の確立」について
 3. 閉会
-

(西村内閣府副大臣)

今回は、医療・介護等分科会に新たにご参加いただいた増田主査に、今後の具体的な検討項目について整理いただいた。本日は、その項目のうち「効率的で質の高いサービス提供体制の確立」についてご議論いただく。

様々な国民のニーズに対して、それに合った質の高い医療・介護のサービスを提供しつつ、他方で経済成長にも資するという、そうした理想的な姿を実現するために、具体的な方策について、ぜひ取りまとめをお願いしたい。

具体的には、ホールディングカンパニー、病院、介護施設を含めたヘルスケアリークの在り方、仕組み等についてぜひご議論をいただいて、高度なサービスが行われる体制をぜひ構築いただきたい。

年内に一定の方向性を出しつつ、取りまとめも行っていきたいので、それに向けて本日も闊達なご議論をお願いしたい。

(神田厚生労働省審議官)

非営利ホールディングカンパニー型医療法人制度の検討については、11月6日に第1回医療法人の事業展開等に関する検討会を開催したところ。この検討会の中で、医療機関の病床機能の分化・連携を推進するという観点から、非営利ホールディングカンパニー型の法人についても検討する。増田主査も委員を務められた社会保障制度改革国民会議報告書の中でも、競争より協調が必要であって、医療法人が容易に再編・統合できるような制度の見直しを行うことが重要と書かれており、この問題意識を踏まえて検討してまいりたい。

②医療法人の合併規制等の見直し及び③医療法人の附帯業務の拡充については、非営利性や公共性の堅持を前提としながら、医療法人の合併や附帯業務の検討についても、医療法人の事業展開等に関する検討会の中で必要な検討を行ってまいりたい。また、医療法人の附帯業務の拡充について、ケアハウスやサービス付高齢者住宅等は現在でも手掛けることが可能だが、健康予防サービスや配食等の生活支援サービスも含めて検討してまいりたい。

⑤社会医療法人の認可要件の緩和については、公益性の高い医療法人のためには、単純に緩和することはなかなか難しいと考えているが、今後検討させていただきたい。

⑦病床機能分化の推進は、診療報酬体系と医療計画や地域ビジョンが統合的なものとなるよう見直すことと、急性期病院のダウンサイジングをしていくということだが、病床機能については、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった病床機能の報告制度を創設するというので、現在、審議会で議論しており、それを踏まえて、地域医療の将来予測とあわせ、それぞれの病床機能ごとの必要量を定める地域医療ビジョンを策定することとしている。病床機能分化の推進は、社会保障制度改革国民会議報告書の中でも、新しい財政支援の手法、補助金的な手法と診療報酬を合わせて実現を図っていくとされており、既に関係審議会等において、社会保障・税一体改革を踏まえて、急性期をダウンサイジングしながら、急性期後の病床の充実を図る、あるいは在宅や慢性期の病床の充実を図っていく。このために、次の診療報酬の改定で行うべき機能分化や連携、在宅医療の充実の方向性についても、9月6日に一定の取りまとめをしており、これにしたがって、こうした姿が実現できるように診療報酬改定を進めてまいりたい。

(古都厚生労働省審議官)

⑥社会福祉法人の透明化については、大変重要だと認識している。既に6月に閣議決定された規制改革計画に基づいて、平成24年度財務諸表の公表について要請しているが、取組み状況を取りまとめたところ、よくない。ホームページ又は広報誌で財務諸表を公表している社会福祉法人の割合は全法人の4割強であり、透明化を一層推進していかなければならない。

規制改革実施計画において、平成25年度分以降の財務諸表の公表を行っていくということになっているので、財務諸表の公表が効果的かつ具体的に行われるように、有識者による社会福祉法人の在り方等に関する検討会を設けて具体策を検討している。検討会での具体的な方策の議論を踏まえた上で、インターネットなどへの財務諸表の公表を社会福祉法人に義務付けていくことが必要ではないかと考えている。

(有岡厚生労働省審議官)

⑧介護サービスの品質改善については、介護事業者において、利用者の状態改善につながる質の高いサービスが積極的に提供されることは、もちろん非常に重要と考えている。これを踏まえ、現在、要介護認定にかかわる情報と給付情報を蓄積する介護保険総合データベースの整備等を進めているが、介護サービスの質的指標という観点からは、依然として、サービス内容の情報や、利用者の経時的な状態変化についての情報が、必ずしも十分に収集できないという状況。

また、この質的評価の結果の活用については、1つ例を挙げると、介護報酬へこれを反映した場合に、状態が改善する見込みが高い利用者を選別するというおそれがあるなど、慎重な検討が必要と考えている。今後、サービスの質的評価に必要な情報収集の仕組みの構築あるいは適切な評価の在り方について、どのような対応ができるか検討してまいりたい。

待機老人の解消については、多くの方が特別養護老人ホームに入所待機をしている状

況が続いているが、介護ニーズを把握した上で、自治体において計画を策定して整備を進めているところ。財政的支援については、とりわけ市町村が整備を進める地域密着型特別養護老人ホームについて、各都道府県の設置する基金により支援を行っており、その原資を国として交付している。

(大沢総務省自治財政局準公営企業室長)

「自治体病院等の公設・公的病院の医療品質情報の更なる開示」について、総務省では、平成19年度に「公立病院改革ガイドライン」を示して、それぞれの自治体において公立病院改革プランを策定していただき、経営の効率化や病院の再編等に取り組んでいただいている。

ご指摘は、医療品質情報の更なる開示ということだが、総務省では、従来から地方財政全般を所管する観点から、病院の経営に関する情報開示に努めており、「地方公営企業年鑑」において全自治体の個別の病院ごとの様々な経営情報を掲載している。また、これらの情報を含む経営分析の比較表を全自治体で作成し公表しており、類似病院と比較できるような形で検討できるようにしているところ。

(佐々木国土交通省土地・建設産業局長)

病床機能分化の推進について、ヘルスケアリートを活用して、資金調達環境整備を図ってはどうかということで、国土交通省としては積極的に展開していきたいと考えている。特に有料老人ホームや、今私どもが普及を図っているサービス付高齢者住宅等のヘルスケア施設については、質のよいものをこれから大量に供給していく必要があると考えている。また、病院については非常に耐震化が遅れている分野であり、積極的に展開していかなければならないと考えている。

その際、最終的な出口となるリートが資金を調達し、ヘルスケア施設を長期的に保有することになると、1つには、いわゆるオペレーターと言われている事業の運営者が自ら保有することによる様々な負担から解放されるということで身軽になり本業に専念できるほか、最終的に施設をリートに買い取ってもらうと、負債の清算等により、資金的に非常に余裕ができるということで、更に新たな施設整備に展開できるということがある。

また、リートに入ることになると、透明性を高めなければならないということがあるので、そのような意味でも非常に有意義と考えている。

このような意識の下、国土交通省においては、厚労省、金融庁と連携して、本年3月に投資家、オペレーター、医療従事者及び住宅関係者を集めて会議を開き、ヘルスケアリートの課題の整備、方向性について、利用者と投資家の双方から評価されるヘルスケアリートの活用が必要との取りまとめをさせていただいたところ。これを受け、来年6月を目途にガイドラインをつくりたい。ヘルスケア施設は、利用者、オペレーター、投資家の三者が関係している非常に特殊な形態であるから、三者がそれぞれ不安を解消しなければならない。そのような意味でガイドラインを策定したい。また、ヘルスケアリートのメリットをわかりやすく説明したい。

なお、病院についてはいろいろ議論があり、ヘルスケアリートの活用が進んでいるアメリカ等と比べて保険制度の違いや病院の株式会社化の可否の違いがあるほか、投資家からしても、なかなか病院の財務体制についての判断が難しいということがあり、直ちには進まないのではないかという感触がある。まずは有料老人ホームあるいはサービス付高齢者住宅について、来年、早急に第1号を出して心理的なバリアを取り除き、大幅な展開を図ってまいりたい。

なお、リートに組み込まれる優良物件も作っていかなければいけないところであり、

そのような意味では、建てかえや建設のために投資家の金が集まるという仕組みとリートをセットにして考えていかなければならないと考えている。

(増田主査)

9月に第1回の分科会が始まって、12月に中間取りまとめを出すというスケジュールが決まっている上、成長戦略の中で医療は大変重要な項目になっているところ、全般的な印象として検討が遅れていると認識。来月の中間取りまとめにおいて各検討項目の方向性を示し、来年度にその具体化の検討を行うという形にしていかなければならない。ただ単に検討の場をつくるのみでは、内閣として12月はない。したがって、12月の中間取りまとめの中で一定の方向性を書けるものははっきりと書くということやっていただきたい。単にこのようなことを検討するという、全方向での検討では駄目だということをもまず各々が認識し、きちんと検討いただきたい。

個別の問題については、まず非営利ホールディングカンパニー型の医療法人について、これは本年8月の社会保障制度改革国民会議報告書にも書かれているので、その前提で、特に力を入れて検討していただきたい。国民会議のときに私もこのことは目出しをしており、その場では具体的な議論をするだけの時間があまりなかったが、非営利性や公共性と、今、でき上がっている規制の見直しは、きちっと両立し得る。非営利性、公共性は良い医療サービスを提供する上では必要だと考えているが、それを地域包括ケアも含めて全体で実現していくためには、相当広範なプレイヤーに参加してもらわないと不可能であるから、そのような規制を今回きちんと見直さないと、一番大事な介護まで含めた地域包括ケアを全体として実現できない。したがって、そういった線で検討いただきたい。

先程ご説明のあった検討会について、検討内容のスケジュールには、まず(3)医療の国際展開、(4)医療機関による健康増進・予防や生活支援の推進、(2)医療法人等との連携の推進の順に検討を進めると書かれている。外部からの要請で医療の国際展開あたりが急がれるということだと思われ、これは推進してほしいのだが、一方で、ここで示している非営利ホールディングカンパニーは、(2)医療法人等との連携の推進について関わる話で、連携がきちんと法的なガバナンスの効いた体制となるようにということであるから、(1)医療法人制度の在り方にきちんと落とし込めるようなスケジュールで検討いただきたい。また、来年度以降の検討スケジュールについては、今後検討となっているが、どのように考えているのか明らかにされたい。

私もいろいろな事業を手掛けている方にお会いするが、1つの名刺に医療法人の肩書や社会福祉法人の肩書がずらっと書かれていたりする。しかも、実態を聞くと、お姉さんや子供など一族でいろいろな事業を持ったりしている。制度が整っていないところを、家族や親族で無理して全体の一体性を保つというのは、非常に非近代的なやり方であって、それを法的にきちんとガバナンスを利かせることができるような体制にしていこうことは、非営利性ということと全く矛盾しない話であり、むしろそこで透明性が高まる話だと考える。厚生労働省の考えていることと全く矛盾しないやり方は工夫できると思うので、そこをよく考えていただきたい。当然、このことは、厚生労働省の中でも医政局と社会援護局にまたがる話であるから、両局で、よく相談してやっていただきたい。

次に、社会医療法人の認可要件の緩和については、社会医療法人の数がまだあまり多くないところだが、数を増やすというよりは、そもそも地域によっていろいろな状況は違うのではないか。社会医療法人の認定要件について、例えば救急医療については夜間休日搬送受入件数が年間750件以上と数字できちんと定められているが、地域によってかなり状況が違うのではないか。都心部での年間750件と、地方部での750件では、クリアするハードルの高さが全く違う。そういった点について、よく検討していただきたい。

最後に、国土交通省のヘルスケアリートについてお話しいただいた中で、確かにアメリカと背景は違うというのはそのとおりだが、最終的な目標は病院における資金調達の方策を多様化して、容易に資金調達ができるよう変えていくということであり、準備は確かにいろいろ必要だと思うが、狙っている目標まできちんと実現できるように検討を進めていただきたい。

(長谷川議員)

まず、基本的に主査ペーパーの趣旨に賛同する。増田主査からもお話があったように、この会はあくまでも産業競争力会議の分科会であるから、ここで検討し、実行することは、あくまでも競争力を強化し、効率性を高め、成長に貢献するという視点が常になければならない。

その観点からすれば、後ほど申し上げるいわゆる“待機老人”の問題がそうであるし、また社会福祉法人の財務諸表の開示についても、先程、まだ4割しか開示がされていないから努力するとの説明があったが、これでは全くPDCAサイクルになっていない。まず、KPIを定め、いつまでに何をどうするというのを決めて、それをきっちりPDCAサイクルでフォローするという形で、産業競争力会議本体の方で基本的に決めている手法を守っていただきたい。検討する、あるいは4割だが今後更に増やすように努力するといったことでは答えにならないので、きっちりやっていただきたい。その上で、社会福祉法人に対しては、財務諸表を早急に開示するよう依頼していただきたい。

自らが所属している製薬協でも、米国 Sunshine Act（医療保険改革法）を参考に、どのようなお金をどのような形でどのような目的で使っているかについて、業界の自主規制として「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」を定めて開示を始めている。自ら指導する立場にある行政として、ぜひ良い見本を見せていただきたい。

もう一つは、病院間の横比較をする上では、財務諸表の開示と同時に、診療に関する情報も開示すべきであることは前回指摘したところだが、それについては何らのコメントもなかったのもので、ぜひ検討をお願いしたい。国立病院機構では既に蓄積されているDPCやレセプトデータを収集、公表しているが、そのためもあってか、他の医療機関に比べ効率化が進んでいると聞く。自治体病院等についても、総務省と厚労省が協力して、財務データと診療データの双方を開示することをぜひ検討の上、分科会の場で回答をいただきたい。

介護サービスの品質の改善については、介護保険総合データベースの整備を進めていることは評価するが、これも、いつまでにどのようなデータを集めて、どのような分析結果を出すかということを中心にきちんと宣言していただきたい。例えば米国では、このようなデータの整備が進んでいると聞くが、そのような事例もぜひ参考にさせていただいて、明確なターゲットを設定していただきたい。

その中で、先程厚生労働省から、要介護度改善に対する報酬上のインセンティブについて、いわゆる“クリームスキミング”という介護改善がしやすい患者さんだけを事業者が選ぶおそれがあるから慎重な検討が必要との説明があった。行政の立場からそういう懸念を持たれることはわかるが、改善しやすいかどうかの判断を簡単にできるのかどうかという面もあるし、更に言えば、仮に患者さんをスキミングしても、いずれはそういった患者さんはいなくなり、そうではない方も対象としなければ事業そのものが立ち行かないということになる。行政の立場として、公平性・公正性を考えて、そういった懸念を持たれることはわかるが、だからといって、できない理由にはしないでいただきたい。

もう一つ、前回も申し上げた待機老人の問題について、いろいろ検討を進めていただいていると思うが、この問題を解消すれば、成長に大いに貢献し得る1つの大きな要素

になるのではないかと信じている。どこにも預かっていただくところがない高齢者を介護するために、働いていた人がやむを得ず勤務をやめて自宅で介護し、極端な例では、生活保護の受給者にまでなってしまうという例があるが、公的サービスで十分に面倒を見られれば、本人は継続して働くことができ、それによって消費もすれば税金も払うという、まさに成長につながるという形になると思う。待機老人問題については、しっかりと KPI を定めてやっていただきたい。

もちろん、介護に関しては最終的には地方自治体がどう取り組むかということになるが、聞くところによれば、一部の地方では既に特養などの施設がある程度余ってきているところもある一方で、東京を中心とする首都圏では、これから高齢者が猛烈に増えて、おそらく大変な問題になってくる。目先のことのみをとにかく何とか賄うのではなく、将来に備えて、例えば 2040 年、50 年ごろのピークがどういう形になっているのかということも視野に入れて、どう対応するかを考えておかなければならない。また、今、厚生労働省は在宅介護を支援する方向であるが、在宅でも本当に 24 時間いつでも必要なときに必要な介護、支援が得られるのかななどの問題が解決されないと、安心して働けないということになりかねないので、それをしっかり考えていただきたい。

また、介護施設といっても、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、グループホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者住宅など、様々な呼称のものがあって、利用者の立場からすると非常にわかりにくく、どれが今の自分の親の状況に一番適しているのか、選択に困る。利用者の視点で選択しやすいように、それぞれの機能等をわかりやすくしていただきたい。

省庁の立場もわかるが、国土交通省と厚生労働省が同じようなものをそれぞれやっておられる。首都圏で 4 割以上が 60 歳以上になるというピーク時に、別々にやっている余裕はない。やはり集中して最も効率よい形ということを今から考えて準備をしておかないと、ピーク時にはとても間に合わないのではないかと。

もう一つは、全く違う観点だが、成長という観点でも必要なのは、介護ロボットをどういった位置付けにして、どこの省庁がどういった責任、主導性を持って、研究開発や普及を促進していくのかということとをぜひ検討していただきたい。手術ロボットの da Vinci (ダ・ヴィンチ外科手術システム) はアメリカ軍の戦地における手術などのニーズがあったという背景があるが、個々の要素技術の多くを日本が有していたにもかかわらず、遠隔操作による手術ロボットとしてアメリカ企業が実用化し、日本は結局それを輸入することになった。今後ピーク時には高齢者が人口の 4 割を超え、介護施設に入る必要がある人も圧倒的に増え、かつそのときには労働人口はそうした高齢人口に対して 1 対 1 ぐらいしかいなくなる。そのときにどうやって介護をするかということになるが、海外から人を受け入れるにも限界がある。なぜならその頃になれば、アジア諸国もみんな高齢化しているから、自分の国の面倒を見るだけで、とても日本にまで来て日本人の面倒を見る余裕はない。現に ASEAN ではそういうことを言っている。そうしたことを考えれば、どこまで可能かは分からないが、やはり日本の技術とノウハウの蓄積があるものを更に活用すべく、介護ロボットの開発・普及についてきちんと検討していただく必要があるのではないかと。

(新浪議員)

私も主査のペーパーにはアグリーであり、先程増田主査がおっしゃった公共性というのは大変重要だと思う。①非営利ホールディングカンパニー型医療法人制度の検討について、私も家族の方々が理事になられたり、家族の方々が経営されている姿を非常によく目にする。増田主査はこれを非近代的とおっしゃったが、私はむしろ公共性に反しており、公共性を担保するには、現状の仕組みでは問題があると考えている。

今の財政状況を考えると、消費税を上げていくというのは確かに仕方がないことかもしれないが、やはりその中でいかに効率よくやるかというのは重要であるところ、今の状態は、公共性と効率は決して両方達成できないレベルであると、効率性が全然高まっていない状況にあり、効率性を求めると公共性に何かしら問題が起こるといった相対的なことを議論するレベルでは全くない状況にあると認識している。

そんな中で、先程主査がおっしゃったように、この状況で12月までに方向性が出せるのか。出せなかったら、とりわけ厚生労働省が中心となって安倍政権の考えていることに意を反しているということになるわけだから、しっかりと責任を持ってやっていただきたい。つまり、これについて、きちんとした方向性が出せないということであれば、国内外からの批判は皆さんにいく。方向性が出せないということは、我々がしっかりと議論して、具体的な検討項目として提示したところ、厚労省としてやらないという方向性を出したも同然だというぐらいの責任を持ってやっていただきたい。

ここまで検討されているのならば、やるという前提で問題の解決をするのと、やるかやらないか定めずに問題解決をしていくことは全然スタンスが違うわけで、とりわけ、今、合併をしていこうとか、いわゆる効率よく経営できるようにしていこうではないかという提案をしているわけであるから、やる前提で問題を1つずつ解決していただきたい。

検討にあたってはいくつかの問題点があると思うが、非営利事業体に持ち分を認めることをやらなければ、どんな事業体にしても持ち分なしというのは非常にガバナンスがやりづらいため、税制面の優遇等も含めて、持ち分というものを考えて、これがきちんと合併しやすいように、わかりやすく、そして早期にできるということを具体論で考えていただきたい。

また、②医療法人の合併規制等の見直しなどについても、現在の合併規制は、いわゆる合併を前提にしたスキームに全くなっていないので、会社法の合併や分割に準じたスキームを認めるなど、そうしたスキームを早く明確に示して、再編がしやすいようにする。加えて、病院間の病床のつけかえ等も重要である。効率よく、また規模の経済、再投資がしやすくなるという観点も、やはり公共性のレベルアップにつながる。今やろうとしていることは、効率性と公共性を相乗効果で高めていく体制を早期に確立し、生産性を上げて、競争力を持っていくということ。公共性を高めながら、競争力を持てるレベルにまだまだあるので、いわゆる再編ができる前提で全ての規制を見直しできる体制にしていきたい。

米国のIHNのようなものを目指すには、何といたっても再投資ができる環境が大変重要。そういった意味で、ぜひやるということを大前提に進めていただきたい。

(神田厚生労働省審議官)

まず、最初に、医療法人の事業展開等に関する検討会における検討などについてだが、資料4-1、4-2の中の非営利ホールディング型カンパニーなどは、先程おっしゃった議題のところの2番目に当たり、検討順序としてはこう書いているけれども、検討としては全体を進めてまいりたい。

ただ、法令的に見ると、先程申し上げた健康予防サービスや生活支援については、下部の法令や解釈で拡大できる部分があるが、新しい法人について言うと、医療法人と社会福祉法人では関係、目的、税制などが大きく異なっているので、それを両方コントロールできるような法人格を検討するということになると、一定の時間は必要。附帯業務の拡大等については、できるだけ早く方向性を出したいと考えている。法人格の問題についても、平成26年中には一定の整理をしていきたい。当然のことながら、社会・援護局とも十分連携をとって検討してまいりたい。

社会医療法人の関係で、資料4-2の5ページ目にある救急医療の問題等については、確かに人口が少ないところだと、絶対数で患者搬送750件という基準値を設けると、なかなか患者さんが集まらないというところもあろうかと思うので、例えば率にする等、税務当局と検討させていただきたい。

新浪議員からお話があった非営利で持ち分を認めるということについては、過去に検討がなされており、持ち分があると、結局最後解散したときに残余財産の分割請求ということで山分けすることとなり、それは営利性の観点からみると結局営利ではないかというのが今の整理となっている。したがって、今、新規医療法人は原則持ち分なしとなっており、特に税制上の優遇を受けている社会医療法人には、同族3分の1以下ということで同族性を排除する規定を設けている。合併、分割等については、先程の非営利、公共性の中でどこまでできるのかということで、検討させていただきたい。

(佐々木国土交通省土地・建設産業局長)

増田主査からターゲットは病院だというお話があったが、国交省としては、積極的に取り組んでいきたい。先程日米の制度の違いを申し上げたが、一番本質的な問題は、投資家から見て、病院についての財務諸表が明らかになっていないこと。つまり、投資して本当に大丈夫かどうかという確信が得られないというのが最大のネックだと考えており、そのあたりはこれから厚労省と協力して、いかに情報開示していくかについて取り組まなければいけないと思っているところ。

長谷川議員からお話があった介護施設の種類の整理については、今、私ども住宅部局と厚労省老健部局と完全に一体で対応しているところ。たしかに、いろいろな制度があってわかりにくいとか、量的にどちらがどのように対応していくかといった話があり、これは非常に大きな課題だと厚労省と共通の認識を持っているので、一緒になって対応していきたい。

(有岡厚生労働省審議官)

長谷川議員からいくつか指摘いただいたが、特に2点申し上げたい。

まず、質的評価の前提となるデータベースの構築について、現在、収集しているデータは大きく2点であり、要介護認定データという介護認定に関するデータと、介護保険のレセプトデータを収集している。課題としては、要介護者の状態像がどう変化しているか、具体的にどういったサービスを行っているかについてデータを集めないことにはなかなか評価できないということがある。現在のデータに加えて、更に提供サービスの情報や利用者の状態像に対する情報を集められないかということで、事業者、市町村あるいはケアマネジャー、こういった人たちから情報を集められる仕組みをつくれないうことで、早急に検討を進めたい。

次に、社会的問題になっている特養の入所の問題について、待機者は大変多いということで、特養そのものをどうするかという問題はあるが、まずは今、社会保障審議会の介護保険部会で議論させていただいているように、高齢者の方々に住み慣れた地域で可能な限り暮らしていただくという大方針をどうやって具体化するかということを含めてまいりたい。

これについてはいろいろ施策があるが、大きくは2つある。

1つは、医療と介護の連携により、在宅介護の充実を図っていくということ。大きな問題となっている認知症対策も、今、施設に入っている方は大変多いが、できれば早期・事前的な対応により、住み慣れた地域で可能な限り暮らしていただきたいと考えているところ。

老人ホームそのものについても、できる限り財政的な支援を行いたいと考えているほ

か、これはまさに議論の最中であるが、要介護度 1、2 の方で現在入っている方が 1 割強おられることもあり、特養への入所の原則として要介護 3 以上の方に限定することで重点化ができないか。1、2 の方の扱いについていろいろ議論があるが、そういった重点化ができないかということも検討しているところ。

更に、もう一点述べると、都市部、東京都内の状況は非常に厳しい。居宅系サービスがなかなか十分にできないことに加え、ひとえに土地の値段がネックだと思うが、なかなか老人ホーム等施設の建設もままならない。これについては、都市部の高齢化対策に関する検討会をつくって、本年 9 月に検討結果を出してもらったところだが、多様な整備手法の活用等についてのご提言をいただいた。また、介護保険施設等の入所定員総数は、老人福祉圏域ごとに定められているが、この圏域は北海道などは非常に大きい圏域である一方、東京都内だと人口はもちろん多いけれども、圏域はかなり狭い区域で設定しており、東京都内の老人福祉圏域間での整備数の調整ができないかということもご提言いただいた。

(長谷川議員)

先程もお願いしたように、例えば介護保険レセプトデータの分析等は、既にあるデータをどのように集めてどのように解析していくかという問題であるから、いつまでにやるということをはっきり決めて、宣言をしてやっていただきたい。

もう一つの待機老人の問題について、広域の部分については、例えば杉並の方が八王子の特養に入所するなど、圏域を越えた施設の融通が一部で既に実施されていると聞きますが、それをもう少し、まずは都内からということになるだろうが、自由に行けるような形にしていきたい。これは規制というよりは、自治体同士の話し合いになるだろうが、もっと促進していただきたい。類似事例として、私はずっと前から推していた、杉並区が持っていたぜんそくなどの子供のための施設(健康学園)を保養地型特養に切りかえることが最終的にできるようになったと聞いており、それは進歩だと思っている。

一方で、先程の厚生労働省の発言で 1 つ懸念されるのは、認知症の人についても在宅介護を推進するということ。認知症の度合いによるが、重度の認知症患者の在宅介護はおおよそ不可能である。実際に経験がある人はわかると思うが、自分の親の認知症が進行し、自分の子供のこともわからない、自分が誰かもわからないような状況では、自宅で介護することはおおよそ不可能であるから、重症度や現実を冷静に見極め、公的なサービスで状態に合致した面倒が見られるようにすべき。一方で、全てが公的でなくても、お金に余裕がある人は、少し負担してもいいから足りない分を民間のサービスでカバーするなど、それはあってもいいと思うが、そのあたりは十分に慎重にやっていただきたい。認知症患者を在宅で介護するということについては、重症度などその基準を明確にしてください必要がある。

(東京医科歯科大学大学院川淵教授)

今、病院を経営している経営母体は都合 27 種類あるが、医療法人は 6 種類ある。医療法人、社団、財団に加えて、医療法人社団は持分なしの社会医療法人、特定医療法人、基金拠出型法人の 3 類型に分かれる。他方、持分ありは出資額限度医療法人と経過措置適応医療法人がある。このように、医療法人制度は 1950 年にできて以来屋上屋を架してきている感があるが、現状、圧倒的に持ち分ありの法人が多い。現在は、原則持ち分なししか新規設立を認めていないので、持ち分ありの医療法人が売買されているやに聞く。このように「持ち分あり」が人気があるとなると、法人体系をどうするのかを今一度考えなければならない。つまり、非営利型のホールディングカンパニーも含めて、一体全体、この法人体系をどうすれば、今、国を挙げて取り組んでいる地域包括ケアを推

進できるかがポイントだと考える。

他方、現在 210 しかない社会医療法人についても、厚労省の担当官は、公益性の定義は時代とともに変わると言っている。一方で、社会医療法人の認定の実態を見ると、先日、京都で行われた日本医療・病院管理学会で仄聞したところでは、例えば資料 4-2 の 5 ページ目の救急医療の認定要件の一つである夜間休日搬送受入件数のうち、夜間割合が 20%以上との要件については、25%未満というぎりぎりの法人が 6 法人ある。

また、九州の別の発表によると、社会医療法人は 2 類型に分かれる。一つは、大型的な拠点病院で、後方に老健を持っており、自治体病院の受け皿になる 82 法人。もう一つは、これは中小規模法人が多いようだが、救急、精神科救急、へき地、周産期医療を展開している 86 法人。こうした中で、本当にこの一律の認定基準が全国でクリアできるのか。地域包括ケアを充実しようとするほど、自治体の裁量は大きいのではないか。もしそうであれば、例えば何々県、何々医療圏の場合はこのように規制緩和したとか、フレキシブルにやった方がよいのではないか。国民挙げての医療改革であるからこそ、ぜひそうした形でやっていただきたい。

2 つ目は、介護分野の指摘になるが、資料 4-2 の 7 ページ目の介護サービスの質的評価について。確かに介護報酬の明細書を見ると、病名も入っていないので、どれだけ分析しても利用者の状態像を把握できない。無理である。したがってそこで提案だが、介護報酬明細書を医療レセプトとマッチングしてはどうか。これから完治しない病気も増えてくる。ゆくゆくは地域包括ケアというのであれば、医療レセプトと介護保険レセプトをつなげるような仕掛けにすれば、世界に冠たる IT 化ができるのではないか。ただ、個人情報保護を急ぐあまり特定健診・保健指導のデータとレセプトを突合したナショナルデータベースの失敗例に見られるように、データを暗号化してしまうと、今度は利活用ができない。

3 つ目は、自治体病院の問題について。現在も自治体病院の経営改善に随分関与しており、旧病院管理研究時代も「地方公営企業年鑑」を細部まで分析した。現在の地方公営企業年鑑の中に、ようやく在院日数データが入ってきたということだが、多くは財務の指標である。日本で救急車の年間受入れ件数でトップランキングをやると、自治体病院は 50 位の中に 14 病院入る。なお、一番症例が多いのは、湘南鎌倉総合病院で、国立国際医療研究センター病院が 2 位。3 番目が横浜市立みなと赤十字病院。長谷川議員が求めているのはこういった医療の質に関するデータではないか。

また、医療の質について、東京都で JCI という国際認証を受けたのは、聖路加国際病院と NTT 東日本関東病院の 2 つだけだ。今から 7 年後にオリンピックをやろうというのに、世界標準らしい病院が 2 つしかない。中でも、聖路加国際病院の福井院長の、経年的な医療の質の評価は参考になる。国立病院機構も 26 項目のクリニカルインディケータを公開している。この中には、例えば職員がインフルエンザワクチンを何%受けているかといったデータも入っている。患者さんだけではない。ましてや黒字、赤字だけではない。

自治体病院は、中医協の医療経済実態調査によれば赤字であり、経営が大変だとは思いますが、民間と違うのは、自治体の病院事業には一般会計からの繰出金が入っていること。そして、繰出金が入っても赤字病院が多い。繰入れが悪いとは言わないが、バリュー・フォー・マネー、すなわち補助金を入れる価値があるのかどうかは、医療の質と経営の質のバランスを見て判断されるべきである。しかし、残念ながらこうした医療の質に関する評価・公表は自治体病院だけが未だに行っていない。日本病院会、全日本病院協会、日本慢性期医療協会、国立病院機構も始めたので、ぜひ自治体病院もやっていただきたい。

最後に、国土交通省の方の説明ではヘルスケアリートが進まない最大の理由は医療機

関の財務諸表の情報開示がないこととのことだったが、医療法人に関しては、都道府県に行けば閲覧可能。自治体病院も財務データは公開している。横の情報共有をぜひやっていただきたい。

(大田規制改革会議議長代理)

団塊世代があと10年で後期高齢者になるので、地域の医療・介護ネットワークをつくるラストチャンスだと思っており、今回の医療法改正は、規制改革会議でも大変重視している。厚生労働省の方に何度かヒアリング行ったが、結果として、大して変わらないのではないかと懸念がだんだん大きくなってきている。そうならないように、ぜひ規制改革会議と産業競争力会議とで連携して改革を進めたい。

3点だけ申し上げる。

非営利法人ホールディングカンパニーについては、くれぐれも非効率な小規模病院の温存につながらないよう、高度な機能を持つ中核病院を明確に定めて、地域の医療ネットワークをつくる、そして、医療資源が効率的に配置されるようにしていただきたい。

2番目に、病院と診療所間のIT化を進めることと、保険者機能の強化。患者情報の共有にととまらず、医療機関の評価がなされるようにすべき。国立病院については、各病院の指標を比較するというのが出ているが、公費が投入されているわけであるから、全ての医療機関の評価が行われるようにするということが大事。

3番目に、プライマリーケアの体制を整えるということが大変重要だと考えている。総合診療専門医とか、かかりつけ医というのが国民会議の報告では書かれているが、ゲートキーパー機能という点からすると、似て非なるものになるのではないかと懸念している。本当の意味でプライマリーケアの専門医が育成されて、ゲートキーパー機能を確立するというをお願いしたい。

(翁規制改革会議健康・医療WG座長)

ほとんど大田先生におっしゃっていただいたが、追加的に2つだけ申し上げる。

社会福祉法人の透明化の話があったが、これは本当にまだ第一歩であり、やはり全体像の実態をつかみ、社会福祉法人のガバナンスをどうのように設計していくのか。同じ土俵で、今、株式会社と色々なことをやるようになってきているので、こういった問題をどう考えていくのか、そういったことを考えるきっかけにしていきたい。

もう1点、地域医療計画については、ICT化ネットワークを活用して考えていくということ、それから、保険者の視点を入れていくということ。こういったことで今回、本当に大事な医療法改正である。私ども規制改革会議も産業競争力会議と連携して、いろいろ申し上げていきたいと思っている。どうぞよろしく願います。

(赤石日本経済再生総合事務局次長)

川淵先生から多くの質問をいただいたが、時間が押していることから、きちんと後で担当省庁には紙で対応いただくという形でお願いしたい。

(増田主査)

各省庁に申し上げたいのは、各委員、規制改革側の先生方の意見も全部含めて当然反映させるというのがまず一つ。

あと、二次医療圏ごとに、例えば東京は将来、医療・介護も確実にお手上げの状況になるし、北海道などは逆に資源が余るのだが、これを急激に減らすというわけにはいかない。要は二次医療圏ごとに全国で状況が非常に変わってくるので、それを踏まえた柔軟な制度設計をしていかなければ国民全体で解決できない。それを前提に、柔軟に、地

域ごとに事象が違っているということでの制度設計を考えていただきたい。

提供体制については、特に改革の方針を早急に示してもらいたい。これは年末にそれをきちんと出すことに加え、当然、年明けも随時これはフォローアップする。年明けの方のイメージが本日の説明では全くつかめていないので、そこをお願いする。

ヘルスケアリートについては、病院がターゲットであるが、それと同時に、自治体病院もそこに含めていただきたい。自治体病院側の民間資金の活用ニーズは非常に高いと思うので、民間病院だけではなくて自治体病院を含めたニーズについて、よく考えていただきたい。

それから、病床機能分化をこれから急性期から慢性期や亜急性期に変えていくが、国民会議で権丈委員が主張していたように、診療報酬体系による誘導と補助金と両方で制度設計していかなければならないので、全般的にこれは保険局と医政局で両方共通する問題だと考えている。局間の連携を特にきちんと図って、全体で同じ方向を向かないと頓挫するので、そこをよく考えて、360度を向いた検討ではなくて、きちんと方向性が出たものを年末までに出したいと思うので、宜しく願います。

(西村内閣府副大臣)

今、増田主査が取りまとめられたけれども、まさに、今日議論があったのは、増大していく多様なニーズに持続可能な形でどう対応していくかという課題。そのために、経営の透明化、効率化、供給体制の効率化をしなければいけない。

更に、長谷川議員や川渕先生から指摘があったとおり、わかりにくい仕組み、たくさん種類があってわかりにくい制度がある中で、それに一つ一つ対応していけば、必ず成長分野として高度な医療を提供でき、生産性も上がっていく、雇用も増えていくという、まさに産業競争力会議の側が期待していることになっていくのだと思うので、ぜひ今日の議論を整理していただいて、年内の取りまとめに向けて、スピード感を持って対応していただきたい。

川渕先生から指摘があったITの話や、医療ツーリズム等の国際展開等は次回議論することになっている。また、介護ロボットをどう扱うか、長谷川議員のほうから指摘があった点も整理したい。

国交省等も連携していただき、ぜひ一定の方向性を出していただければと思うので、宜しく願います。

(以上)