

産業競争力会議医療・介護等分科会 有識者ヒアリング（医療介護等実務者）

（開催要領）

1. 開催日時：2013年10月4日（金） 13:00～16:00
2. 場 所：中央合同庁舎4号館4階 第4特別会議室
3. 出席者：

牛窪 恭彦	佐藤主査代理
渡邊 一郎	新浪議員代理
岩下 圭二	長谷川議員代理
川淵 孝一	東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授
吉野 俊昭	日本 OTC 医薬品協会会長
上原 明	日本 OTC 医薬品協会副会長
伊藤 伸一	日本医療法人協会副会長
廣江 研	社会福祉法人こうほうえん理事長

（議事次第）

1. 開 会
2. 有識者ヒアリング①（吉野俊昭氏、上原明氏）
3. 有識者ヒアリング②（伊藤伸一氏）
4. 有識者ヒアリング③（廣江研氏）
5. 閉 会

○冒頭

（森日本経済再生総合事務局参事官）

これより、産業競争力会議医療介護等分科会有識者ヒアリング第2回を開催したい。本日お集まりいただいた皆様のご紹介については、配布資料の別紙を参照いただきたい。医療介護等分科会は9月27日に第1回会合を開催し、10月中旬の第2回会合にて、今後の論点を整理したペーパーを、他の民間議員と相談いただいた上で佐藤主査より提出いただく予定である。本日有識者の皆様のご意見を参考にさせていただければと考えている。なお、本日提出いただいた資料と議事要旨は後日ホームページで公表したい。また次回の分科会で本日のご意見のポイントをまとめた資料を配布したい。セッションは55分であり、前半30分でお話しいただき、後半25分を質疑とさせていただきたい。では、日本 OTC 医薬品協会会長の吉野様、副会長の上原様よりお話を賜りたい。

（鶴田日本 OTC 医薬品協会理事長）

まず、日本 OTC 医薬品協会について、理事長の鶴田から説明します。日本 OTC 医薬品協会は、会長が吉野ロート製薬社長、副会長は上原大正製薬会長をはじめ8名である。また、パンフレットにあるように、OTC 医薬品協会の加盟する日本一般用医薬品連合会にも所属しており、こちらには OTC 医薬品業界の全ての事業団体、家庭薬メーカー、直販メーカー等の5協会が加入しており、上原が会長を務めている。本日は、吉野会長と上原副会長より説明させていただきます。まず、①セルフメディケーションにおける OTC 医薬品の役割、②検査薬等のスイッチ OTC 化の推進、③アジア地域の市場拡大を目指した OTC 医薬品の海外進出について、上原副会長より15分程度で説明する、また、

④OTC 医薬品の市場規模はどの程度か、市場規模を拡大するために何が必要か、⑤スイッチ直後品目の調査期間3年の長さ、⑥医薬品のインターネット販売に関する所見について、吉野会長から15分程度で説明する。

(上原副会長)

資料1には、セルフメディケーションは高齢社会の医療問題に貢献できるという考え方を記載している。日本再興戦略の中で、健康寿命の延伸ということで、現状の認識等について、予防に高い意識がないところを、どう高めるのかという観点と、必要なサービスがどこでも簡単に受けられるにはどうしたらよいか、更には、それらを促進するために新たな仕組み、その中でもセルフメディケーションは重要な観点ではないかということで、質問をいただいている。

まず、高齢社会における課題は何かというと、日本再興戦略にもあるとおり、高齢者にとって、健康のうちに、特に女性は美しく、他人様の迷惑にならずに老いたいというのがポイントだと考えている。また、医療の質を落とさずにどのように国民皆保険制度を維持するか。増える医療費・社会保障費に対して内財政の面でどのように対応するか。いずれにも、セルフメディケーションがお役にたてる。自分の健康は自分の責任で守り、生活習慣病を予防する。従来だと、軽度な病気について一般用医薬品を購入して治すのが一般的であり、WHOのセルフメディケーションの定義の中核であったが、高齢社会においては、生活習慣病にどのように対応していくかがセルフメディケーションの範疇に入ると考えている。例えば、30歳代半ばの人が、60歳前後になる自分の親をみると、大体何かの生活習慣病、つまり高脂血症、糖尿、高血圧の3種およびその元になる肥満に悩んでいる。自分も親の遺伝子を受け継いでいるから、親を見ることで自分が将来どのような生活習慣病にかかるか想定できる。自分の生活習慣病の遺伝子にどう対応するかというのがポイントで、そのような観点から30歳代半ばから定期的に自分の検査値を把握し、生活習慣を変えて予防のために努力することが必要だと考えている。生活者の意識調査をすると、予防は健康食品で、病気になったら医者に行くということであり、OTC医薬品でケアするという認識に乏しい。そうしたことから、自分の健康を早くから想定して備えることが大切だと考えている。

2番目の、医療提供の視点からすると、問題は医療の質をどう落とさないようにするかということだが、生活習慣病の早期発見、アドバイス、受診勧奨をすることで、医者が治療の効率化に専念出来る環境を作ることが重要だと考えている。40歳以上の約6割が検診を受けておらず、検診受診をどうやったら促進できるかということであり、薬局店頭でも血液検査等ができるといった規制緩和が必要であると考えている。地方自治体でも、保健所の所長判断で、現状では認められないことになっている。検査のための血液採取は医師法により医師ないし医師の指導による看護師ないし臨床検査技師の業務となっている。しかし、自分の健康数値を知ることは、今の時代では生活者の知る権利ではないだろうか。私の小さい頃は平熱や脈拍が健康状態を知ることの一例であったが、今の時代では血糖、コレステロール、血圧等についても知る権利の領域に入っているのではないか。これに加えて、医療従事者、特に医師のオーバーワークも問題になっており、早期発見やアドバイスは薬局店頭でこれを行い、診断と治療を医師が行うというチーム医療を地域毎に行うのが良いのではないか。

第3の視点、財政の視点からいうと、生活習慣病の医療費に国費の18パーセントを掛けているが、店頭での早期発見と早期治療を推進することで患者一人の生涯治療費を節減できる。そして、40歳代以上の検診者を増やすことによって初期の単純な生活習慣病は薬局店頭でセルフメディケーションを行うことにより、大幅な医療費の節減ができると考えている。

マクロ経済的では、税収に比して医療費がどう動くのかという話であるが、セルフメディケーションは医療保険費外の領域の取組みであり、積極的な推進のための議論が行われていないことは問題だと考えている。

1000円以上のセルフメディケーション医療費は、所得控除の対象とした方がよいのではないかと。OTC 医薬品の市場規模から推定すると、一家族あたり平均2万円程度のOTC 医薬品を購入（使用）している。「セルフメディケーションは自己負担でやりなさい。しかし、それにかかる費用は国が所得控除対象とします」という構造が必要ではないか。特にスイッチ OTC 医薬品についてみると、薬剤費が非常に高い。医師から処方される場合は保険により3割負担であるが、OTC 医薬品として購入すると、例えば中性脂肪改善薬のエパデールの場合は約5倍の値段となる。こうした観点から、セルフメディケーションは医療費控除の対象に拡大して組み入れるという仕組みが良いのではないかと。国民の健康寿命への延伸への効果として、自分の健康について自分で守ることが大原則であり、そのためにかかる費用は国が面倒をみるという仕組みが必要。また、薬局やドラッグストアでの薬剤師のカウンセリングにより、薬剤師が、薬を売るだけでなく新しい機能を担うことができるのではないかと。健康寿命の延伸への生活者、医療関係従事者がそれぞれ取組むための刺激策となると同時に、医療費適正化への方向へ舵を切れると考えている。

さて、次に体外検査薬についてである。血液採取は、医師法により禁止されているとの意見もあるが、以前は静脈からの血液採取のみに依存していたが、現在は指先からの微量な血液量で測定できる自己検査が実現しているので、これを使つての血液採取を認めて頂ければ、生活者が自らの健康状態についてチェックする大変有用な手段となるのではないかと。特に糖尿病について、ヘモグロビンA1cやその他の検査指標については、日本の高度な技術開発によって、更に低廉で良質な検査が手軽にできることを期待している。しかし、血液採取は医師の業務としているのでは、手軽に生活者が自ら検査を行うことができず、予防などに向けて身動きができない状態にある。日本の高い技術・環境を踏まえれば、検査技術は世界に冠たる医療技術の一つであり、チップも含めて新しい器具が開発され、新しい産業がおこるのではないかと。なお、現在は、そのような生活者が利用する検査器具の審査は全面的にストップしている状況である。

最後に、ドラッグストア店頭機能を使い、薬剤師のアドバイスによって生活者が自分で検査できるという方式へ規制緩和を認めて頂きたい。特に生活習慣病の検査については、30歳を過ぎると、健康な人でも年1回くらい、グレーゾーンの人はいそれ以上の頻度で、自分で健康状態の検査をすべきではないかと。それを例えばメタボ手帳に記録し続けていくと、自身のメタボの状況の変異がわかる。子供の場合は健康な育成のためには、小児ワクチンというものがあるがように、これは三十代後半以降の成人にとって生活習慣病予防のためのいわば「社会的ワクチン」といっても良い存在であり、こういったものをトレースすることが生活者の健康に対する意識づけにもなると考えている。

そして、海外のOTC 医薬品について。現在、OTC 医薬品協会加盟の約80社のうち36社、46%がアジア ASEAN の国に進出している。主に胃腸薬、目薬、外用鎮痛剤等であるが、風邪薬や鎮痛薬では苦戦している。こうした中、日本の全医薬品市場ではOTC 医薬品割合が9%であるが、アジアでは25%と高く、しかも毎年非常に伸びている。そうしたことから、アジア市場への進出は非常に意義がある。しかし、アジア各国で、夫々の薬事規制は大変異なる。例えばタイ、台湾等は欧米流の薬事規制が主流である。一方、日本などでは配合剤文化であるとか、漢方薬、生薬と西洋薬の両方を上手く使いこなしている国もあることから、レギュレーション（薬事行政）を紹介し、説明することが、意義があることと考えている。国内市場に向けて積極的なOTC スイッチをまず行い、これを輸出することも大変重要であるし、中国の場合は中国漢方特有の組み合わせがあり、

日本の場合には配合剤技術に特徴がある。欧米では原則として単味剤しか認められていないのが通例であるので、その辺の得意な技術を駆使した対応が必要となる。

その中でも一番の問題は、各国の薬事行政の違いであるがこれについては、民間企業が説明してもなかなか取り上げてもらえない。このような観点からは、日本の厚生労働省をはじめとする官庁が、長い間の我が国における成功例と苦労した点について意見交換する事で、相互理解を深め、薬事行政上の障壁を取り除いてもらうことが重要と考えている。

それから、東南アジアの状況をみると、現在人口構成は若い働き手が多く、丁度日本の1960年代、1970年代のように社会保障費は問題になっていないが、経済が発展し技術が高まるにつれて、将来は必ず医療財政が問題になる。日本が直面してきた問題と現在抱えている課題等について各国に素直に話してあげることは大変感謝されることだと思う。医療用の薬と健康食品・OTC医薬品を両輪とし、自分で判断し、自分で責任を持って行うことをいち早く国民に定着させることが相手国にとってもプラスになるのではないか。こうしたことを分かっていたくには一業界では、なかなか難しい。こうしたことについて、ご支援いただきたい。

(吉野会長)

上原副会長につづき、セルフメディケーションの推進について3項目説明する。一つ目は、OTC医薬品市場の一層の拡大のために必要なものは何か。障害となるものは何か。二つ目は、スイッチOTCの推進に際し、評価期間3年をどう考えるか。3つ目はスイッチOTC医薬品を含む医薬品インターネット販売にかかる問題をどう考えるか、である。

その前に、OTC医薬品の必要性についてお話しする。今、健康保険組合の70%以上が赤字になっており、国民皆保険が成り立つには非常に厳しい状況に追い込まれている。この理由は二つ考えられる。

一つは、高齢化により一人の患者が受ける診療単価が高くなっており、例えば血友病や心臓疾患等の患者では、ひと月に800万円、1000万円程度の医療費が使われてしまっている。

もう1点は、皆保険に対して国民が非常に甘えた体質になっている。皆保険は素晴らしい仕組みであるが、子供が怪我をすると、ちょっと熱があると、直ぐ医者へ、ということになる。OTC医薬品はこうした軽微な症状に対応しており、自分自身の判断で薬局へ行き、購入した医薬品を活用すれば、大方の症状は改善されるはずである。こうした、全部お医者さま任せの体質が、OTC医薬品市場の横ばい・衰退を招いていると考えている。

資料3-1に、厚生労働大臣に先般提出したOTC医薬品の取扱い要望があるが、資料2に基づいて説明する。

OTCはover the counterの略であり、カウンター越しに薬剤師の方が売る医薬品のこと。スイッチOTC医薬品は、医療用医薬品として長年使われ、その安全性・有用性が確認された医薬品について、お医者さんによる処方箋医薬品としてのみならずOTC医薬品としても販売できるように、切り替えをしていくということである。OTC医薬品は、年々売上げが下がっており、大変厳しい状況である。理由は、先に述べたとおり、OTC医薬品に頼るよりもお医者さんに安易に受診する文化がある。そのために、大きな役割を担うのはスイッチOTC医薬品だと考える。長年医療で利用されてきて安全性がきちんと裏付けされた医薬品について、薬局で販売されることで、消費者は薬局に行き、自分の健康を自ら改善するという行動に出るような文化を作り上げないといけない。新たな有効成分を含む医薬品がOTC医薬品の市場に入ってきて、活用されることになれば、医療費の大幅赤字を解消することはできないと考える。また、海外においても医

療の場で安全性・有用性が確認された医薬品については、一定のルールの下でスイッチ OTC 化が速やかに行われており、スイッチ化の動向は、国際戦略上、極めて重要と打ち出されているところ。

先ほど上原副会長から説明したように、生活習慣病について、いわゆる軽症段階での予防において、スイッチ OTC 薬を活用することで、国民医療費の節減に大きく貢献できる場所であり、OTC 医薬品の役割はそこにある。

スイッチ OTC の現状について。スイッチ OTC の必要性は大変高いにもかかわらず、日本では円滑に進んでいない。先ほど高脂血症領域に対するスイッチ OTC 医薬品が承認されるにあたって、事前検診の実施等の厳しい条件が付されている状況がある。大事をとるといふ趣旨は分かるが、余計な手間がかかっており、OTC 医薬品への移行が進まない。ストレートに言えば、安全性を重視すると言いながら、医師の既得権益が見え隠れし、それが主張されることで、国の医薬品行政が非常に押し曲げられていると、私個人は考えている。そうしたことを改善していかなければいけない。薬事・食品衛生審議会でも、スイッチ OTC 化そのものに反対の論が唱えられ、スイッチ OTC 医薬品の承認審査が全面的に停止されている事態も起こっている。スイッチ OTC 化を進めていかないと、本当の意味での国民の健康が維持できない、重度の生活習慣病に陥ってしまうことを OTC 医薬品で予防できない、そうした社会になってしまうと思う。

では、どういったことが解決策になるのか。第一に、スイッチ OTC 医薬品の審議に際し、医師会や薬剤師会からの推薦による「利害関係者」は審議会委員から外すべきではないか。直接の関係者である国民、或いは社会の代表者、利害関係者でない専門家による公明正大な審議があって然るべきではないか。

2 点目は、アメリカのように、FDA による審査が終了した段階で公開討論会を開き、承認の是非について直接の関係者である生活者や医薬品メーカー団体等の意見を汲み取り、それらをもとに FDA が最終的に判断する仕組みが我が国でも必要ではないか。日本においても、公開討論会を採用し、利害関係者が意見を述べる場を設けることも承認手続きの中にも含めるべきだと思う。

3 つめは、生活習慣病に対応するスイッチ OTC 医薬品の適切な活用方法である。定期的な健康診断や、医師等の専門家によるアドバイスが必要であることは、私達も十分理解している。販売にあたっては定期的な医師の診療を受けるような体制を確保することも必要と考えている、但し、その際には、セルフメディケーションの性格と矛盾しないようにすることが非常に大事である。医師の診療を受けない限りスイッチ OTC 医薬品を購入できないとするのではないと思う。

続いて、スイッチ OTC の評価期間についてであるが、原則 3 年間、3 0 0 0 例の情報を整理することは、安全性を守る上で最低限必要であり、継続していくべきだと考えている。

最後に、OTC 医薬品を含む医薬品のインターネット販売に対してであるが、資料 3-1 に記載のとおり、9 月 2 0 日に厚労省が一般用医薬品の新たな販売ルール検討会にて意見を取りまとめていると伺っているが、私達としても、そこでの決定を受けて、医薬品を製造販売するものとして、生活者が安全・安心に OTC 医薬品を購入できるよう、必要な情報の提供に努める考えである。

しかしながら、OTC 医薬品の第 1 類医薬品、即ち医療用医薬品から転用された医薬品で、販売時に薬剤師がきちんと説明すべきものの取扱い方法については、まだ最終確定していないところのものについては、配慮を要すると考えている。先日の検討会で一つ明らかになったのは、実在店舗をもちながら医薬品販売をする事業でなければ、インターネット販売をしてはいけないということ。そういうルール作りの影響を受けて、現在、スイッチ OTC を申請している医薬品の審査が全部ストップしているのであれば、極めて

大きな問題である。現状での審査は並行して走らせ、新しいルールができたときには速やかにルールに沿って移行するのが然るべき方法であろう。それが、いろいろな理由をつけられてストップしているのは、はなはだ遺憾である。

第1類医薬品の販売方法については、安全性を再確認することが大事であり、実際に購入希望者と相対して判断させるべきか否かという話と、ネット販売という別次元の問題とを絡めて、OTC 医薬品の審査がストップしているのならば、大問題である。

(川淵教授)

伺いたいことが4点ある。1点目は、OTC の市場規模が落ちているということについて。これはデフレの影響なのか。高齢化が進む中、OTC 医薬品の市場規模は拡大するのが自然ではないか。それなのに、日本では市場規模が7000億円程度から伸びていないということであれば、それはなぜか。

(吉野会長)

目薬を例に出すと、個数的には落ちていないが、デフレで単価が落ちている。個数はキープしながら単価が落ちているのが主たる要因。デフレの影響で、いろいろな医薬品の価格設定ができるだけリーズナブルなものに収められている。

(上原副会長)

OTC 医薬品の市場規模は、出荷ベースで7千数百億円、小売ベースで9千5百億円程度。医薬品全体の市場規模が10兆円であり、GDP の1.5~2パーセント程度で推移してきている。その中で8割が新薬メーカー。ジェネリック医薬品が1割、OTC 医薬品が1割。その中で新薬・ジェネリックが伸びている一方、OTC 医薬品は10年間で20%縮小している。

(川淵教授)

二つ目にお聞きしたいのは、スイッチ OTC 医薬品について。129品目がリスト化されているが、13品目しか承認済みでない。129品目が全てスイッチ OTC 化されれば、大体1.4兆円の医療費が削減されるという試算があるが、こうした品目は他の国々では当然スイッチ化されているのか。

(鶴田理事長)

日本のスイッチ OTC の状況とヨーロッパのスイッチ OTC の状況を比較すると、日本の状況は大分遅れている。それから129品目については、我が国で現在承認されている医薬品のうちでOTC化ということが当然あるだろうとして抜き出したものが129品目である。一方、厚生労働省がスイッチ化スキームを作り、その中で出来るだけスイッチ化を進めるということで開始された後、承認となったものが13品目。ただ、現在手続きが全く止まっている。諸外国では、新薬でとった場合に、例えば8年とか12年とか特許期間があり、期間が切れれば新薬の値段が1/3程度に落ち込む。そこで新薬のメーカーがスイッチ OTC 化の申請を行うと、OTC としての登場に伴う猶予期間ができるので、そこで更に研究開発をさせる余裕が生まれる。逆に、OTC 市場には新しいものが入ってくることになる。医療用の市場から一般用の市場へ、資金が流れ、循環していく。それが日本では医療用の中での合理化に留まっているので、なかなかそのような循環が生まれず、どちらも大変になっている。OTC も増えず、医療の中も如何に高度技術や新薬を研究したらよいかという問題がある。

(川渕教授)

結局 129 品目は、他の国々では当たり前のようにスイッチ化している項目か。

(鶴田理事長)

129 品目すべてがヨーロッパ・アメリカでスイッチされているわけではないが、長年使った中で安全性が担保されたものということであるから、諸外国、特に先進国では概ねスイッチ化がなされていると思料する。また、日本の少子高齢化時代に、世界に先駆けた超高齢化時代に、日本がリードする展開があってもよいのではないか。また、ヨーロッパ・アメリカにおいて既にスイッチ化されているものは、日本でもどんどんスイッチ化すべき。

(川渕教授)

先発品をみると、最近では PMDA の承認も早くなってきたとはいえ、日本では承認が遅いので、諸外国で認定されてから日本での承認申請がなされる医薬品が多い。OTC 医薬品についても、海外で承認された後に日本で申請がなされる例はあるのか。

(鶴田理事長)

海外のメーカーが、海外の OTC 医薬品を日本に持ち込むということはあまりない。

(川渕教授)

3 点目は個別の医薬品の話になるが、エパデール P について。スイッチ化されたが、中性脂肪値が一定の値以上の人であれば処方箋が必要だが、そうでない人は一般用医薬品として購入ができるようになったと思うが、現場はどうなっているのか。

(上原副会長)

自覚症状のない部分について診断しなければならないところが難しい。医師会の反対はあったが、最後に厚労省と話したところでは、薬剤師が適正に売れるかどうかを検証するために 300 症例をまずとってほしいということ。今はその段階であり、約 200 名の方々に、講習を受けてもらい、バッジもつけて、あるシートに従って売るよう、企業として対応したが、その後、医者から高脂血症薬を買っていいよと認定を受けなければならない等の指示があり、結局のところ店頭での購入は現在非常に難しい状況である。

(川渕教授)

4 点目は、何故 OTC 医薬品の審査がストップしているのか。先発薬が PMDA で迅速に審査されるようになっている一方で、OTC 医薬品の審査がストップしているのは何故か。

(鶴田理事長)

仄聞するところによれば、薬事審議会の中に薬剤師会や医師会推薦の委員が入っており、生活習慣病については自分のところでできるだけ検診を受けさせて治療をしていきたい。それが一番いいではないかという考えをお持ちであり、スイッチ OTC 化を進めることで、その体制が壊れてしまうのではないかと懸念があるようだ。しかし、例えばエパデールについては魚が原料であり、いわゆる健康食品として同様のものが流通している、このようなものまで規制する必要があるのか。もう一つは、薬事・食品衛生審議会はクローズドであり、そこで騒がれ、解決策が見いだせないで、止まってしまっている状況。そこを変えていく方法としては、審議会委員からは、医師会や薬剤師

会の推薦委員を外すべきではないか。それに代わり、生活者や消費者がどういう風を使うのか、どういう風にもっていくべきかという観点から、色々な利害関係者からのヒアリングの場を設けてはどうか。セルフメディケーションについて考えた場合、そういったシステムを導入してはどうか。アメリカの場合は、色々な利害関係者が公開の意見交換会に入って陳述し、社会に必要なか、社会に貢献できるのかといった観点から議論したうえで、最終的に判断がなされる仕組みになっている。医師会や薬剤師会が意見を述べる機会はあると思うが、システムとして、国民の前で、国民自らが使う薬について議論することが望ましいのではないかと考えている。

(牛窪氏)

店頭でのセルフメディケーションについて、素晴らしいと考えているが、より一歩踏み込んだ形で、店頭で検査を全部やってしまい、そこでかかりつけ医に行ってくださいといったようなところまでいければと思う。それには、店頭で検査できる OTC 化をどんどん進めなければいけない。これをより一歩進めるためにはどうすればよいか。

また、店頭でアドバイスする人は薬剤師になると思うが、薬剤師にはもともとそのような能力はあまりないと思っているが、教育や職能拡大について、どう図っていくべきか。

(吉野会長)

これから先のセルフメディケーションは、国民である患者と、OTC 医薬品を売る販売店と、地域に密着した医療機関・医師と、その地域を管轄する行政機関、この 4 者が、住民の健康をどうすべきかについて、お互いに関与しながら、コミットして推進していくことが肝要と考える。という意味で、ご指摘のように薬剤師だけでは頼りないということであれば、精度を上げるために医師と薬剤師のコラボレーションを高めていく、或いは薬局に来る顧客の管理をしながら、薬剤師が地域的な症状の多寡を見極め、対策を講じていく、そのバックアップとして定期健診・特定健診等により行政がいろいろと応援していく。こうしたことを少しずつ進めていくことが一番良い形と考える。ある程度自分たちの役割分担が別れてくれば、協調性のある医療行政がスタートできるのではないか。

(上原副会長)

もう 1 点補足すると、薬剤師の能力に対する疑念があるのであれば、認定薬剤師制度を作ってはどうか。例えば、メタボリックシンドロームに関する認定制度として、医学界・薬学界でカリキュラム等のガイドラインを定め、精緻な育成を行い、そういう人がアドバイザーとしての能力を持つ人として社会に受け入れられる体制を作ってはどうか。

また、ヨーロッパではインターネットで医薬品が販売されているが、IMS のデータによると、インターネットの OTC 医薬品販売額は 10% 程度。ドイツでは 5% 程度とのものである。そして、価格遡及で薬局が経営難で潰れてないかということ、潰れていないということだ。なぜかということ、欧州では、薬局を開設するに際し、薬剤師に対する教育を非常に熱心に行っている。ところが日本では何がなされているか。TPP におけるルールと同じで、薬剤師の在り方を変えないといけない。資格をとることに専念させるのではなく、資格を取得した後に高齢化社会で役立つ薬剤師はどうあるべきかについて教育しなければならぬ。

(森日本経済再生総合事務局参事官)

それではこれにて本ヒアリングを終了する。続いて、社会医療法人の一層の普及についての一考察ということで、社会医療法人大雄会理事長、日本医療法人協会副会長である伊藤先生にお話しいただく。前半25分ほどご説明いただき、その後質疑としたい。

(伊藤理事長)

今回日本再興戦略において、医療・介護を成長産業と位置付けるにあたり、効率の高い社会医療法人制度を活用できないかということについて、私の考えていることを現状を踏まえてお話しするとともに、および日本医療法人協会副会長という立場から、現在医療法人が直面している課題についてどう取り組んでいくかについて、平成22年に大々的にアンケートを行った。5000法人に出して20パーセントほどから回答があったので、その結果についてお話ししたい。

まず、最初の前提であるが、医療・介護がいわゆる成長産業かということについて、私個人としては、医療は明らかに成長産業であろうと考えている。人口動態の影響を受けない産業はないということで、まさに医療・介護は最たるものである。医療は労働集約型の産業であり、雇用者数としては劇的に伸びているという事実がある。平成15年だと医療・介護の雇用人数は大体500万人、医療費は31兆円であったところ、今年（平成27年）のデータをみると、現在雇用人数は740万人と1.5倍、医療費は37兆円程度と1.2倍になっており、成長産業の最たるものではないか。しかし、医療は消費税と関連づけてみられることが多く、これに対してどうしていくかが今後の課題であり、継続的に社会保障が維持できる体制の中で、これだけの形をもって成長していく産業は、他にはない。そのことからすると、社会医療法人という特殊な体系だけでなく、医療という産業そのものが日本の再生に大きな役割を果たすのではないかと期待を込めてお話ししたい。

まず、医療は非営利性・公益性が高い業種であり、特に医療・教育は組織の存在目的を達成するのが本来的な使命。毎期の利益目標は、理念を達成するための手段にしかすぎない。とすると、医療・介護の事業体は全て非営利の組織と位置付けてもよいのではないか。同時に、東日本大震災時の例のように、緊急時には支払われる対価にかかわらずサービスを提供するという点で、公益性が格別に高い業種であるといえる。その非営利性・公益性が高い医療法人の中で、更に非営利性・公益性が高い社会医療法人が普及することで、その医療の成長が更に促進していくのではないかとということをお話ししたい。

平成18年度の第5次医療法改正、つまり社会医療法人がまさに生まれた法改正において、救急医療やへき地医療、周産期医療、特にたらい回しの問題や、僻地からの公的病院の撤退により、ソーシャルセーフティネットワークが崩壊の危機に瀕したときに、それをカバーするため、医療法人を新たに社会医療法人として認定し、積極的に不採算の部分をきちんと担わせることによって、非課税、周辺事業の実施許可等といったその他のメリットを与える制度を作った。その背景として、まずイコールフットイングということ、つまり公的な病院と民間病院の格差が大きな問題であった。同じ診療報酬、疾病構造の中で医療を提供しているのにも関わらず、収益的に、補助金でなければ運営できないというところ、そうではなく黒字を出しているところ、その差がはっきりしているところに大きな問題があろう。そのような点を捉えて社会医療法人制度が創設された。また、医療法人制度について、8、7、6の法則がある。8は、医療機関の8割が民間病院、7は、総ベッド数の7割が民間医療機関、6は、日本全国の救急医療の6割を民間病院が担っているということ。つまり、ベッド数・病院数は多いけれども、救急部門についても民間医療機関が中心になって動いているということを表す数字である。それから、非営利性の徹底については、当時の規制改革会議に対する市場開放要請があり、

非営利性の徹底を図ろうとしたということだ。

医療・介護は成長産業となしうるのかという疑問提起については、民間医療機関においては既に効率的で質の高い医療を実施しているということであり、同じ診療報酬の下で補助金なしに黒字の決算を出して組織を存続させ、非課税でない限り納税もしている。公的医療機関では補助金を多くつぎ込んで高度な医療を提供しているケースもままあるが、医療の質はコストパフォーマンスで表されるべきであって、補助金でもって運営され、普及しないような医療を質の高い医療とは言えない。コストパフォーマンスで評価をすると、民間医療機関は公的医療機関と同等ないしそれ以上の医療提供体制をもっているということだ。

このような背景の中で出来上がった社会医療法人であるが、制度発足から7年経た現在でも、開設型のほぼ5000医療法人のうち社会医療法人に移行し得たのは僅か203法人である。社会医療法人への移行を阻害している要因について、平成22年に4病院団体協議会にてアンケート調査を行ったところだが、その調査から特定できた問題点を考察した。

社会医療法人数でみると、08年には36、09年は85、10年に120、11年、12年と毎年30から50のペースで増えていたものが、急速に頭打ちになっている。これは、決められた基準の中で、移行できる法人の移行がほぼ完了したということではないか。

このアンケートをもとに、日本医療法人協会が税制改正に対する要望書を作成している。詳細は資料のとおりだが、法人税で申し上げれば、6つのうち3つが社会医療法人に関する要望である。社会医療法人制度の問題点が多くあるということが分かる。

それから、次のページにて、事業承継、相続に関する税の問題を記している。医療自体そのものは成長産業としての要素を持っている中、社会医療法人というアドバンテージをもった医療機関が公的医療機関にとって代わり、非常に効率的な医療を提供することは、まさに日本の産業力を刺激するわけだが、持分のある医療機関、ない医療機関含めて、社会医療法人でない医療機関も、日本経済の成長を支えるエンジンであることは先のとおりであり、そういう産業が今後も残っていけるよう、事業承継の税制を要望している。

アンケートの具体的内容に入ると、4888法人に調査を発注し、1058法人、21.6%の回収率であった。アンケートの回答を得た組織の類型をみると、社団法人が全体の92.3%であった。法人の類型をみると、社会医療法人は当時85認可法人のうち59法人から回答を得た。さらに、特定医療法人は40%、出資額限度法人は46パーセントの回答を得た。その意味で、持分なしのところと出資額限度法人は意識が高い、制度の問題点に対して非常に敏感になっているということが分かる。医療施設の規模からみると、200床以下の病院が大変多く回答を返している特徴がある。

持分あり医療法人に対し、持分なし医療法人に移行するつもりがあるかどうか問うと、33.8パーセントが、持分なし法人に移行するつもりがあると回答しているが、61.7パーセントは、今のところ移行するつもりはないとの回答を得た。特に持分ありからなしに変わろうというところについて、移行の理由として挙げられているのは、法人の安定経営と地域社会にとって益となるということで、公益性を重んじている。移行にあたっての課題について、一番多いのは、持分なしの法人への移行に伴う法人の贈与税の課税の問題が大きいということであり、6割が指摘している。次に多いのは、出資者が死亡した場合の相続税への対応が困難であるというもの。その他、移行に必要な支援の制度について問うたところ、相続税を一定期間納税猶予し、持分なし医療法人への移行を促す制度という、税制改正で医療法人協会が出している要望を例として挙げたところ、そのような制度があれば有利であるとの回答が多かったところ。また、持分あり医療法人に

対し、同様に医療法人協会が出している要望、即ち相続が発生した段階で、持分なしへ移行する予定があるときにはその納税を5年間猶予し、その間に持分なし法人へ移行するという制度は如何かと問うたところ、検討材料になるとの肯定的な回答が多かったところ。ただ、そのような制度があっても持分なし法人へ移行するつもりがないという、持分あり法人の存続にこだわりをもつ法人も15パーセントあった。社会医療法人制度とは関係なしに、持分なし法人に移行することで、様々な経営上のリスクを減らしていくという希望をもっているところがたくさんあると同時に、医療産業成長のエンジンとなる医療機関がきちんと地域の中で整備されていることが非常に重要な課題だと認識しており、医療法人協会としては、医療機関が経営のリスクに左右されず地域の社会保障の基幹をしっかりと担っていくことが必要だということで、このような質問を行ったところ。

社会医療法人への移行ということで、社会医療法人でない法人への質問を行ったところ、22パーセントは社会医療法人に移行しても良いと回答しているものの、支障になる要件として、7割が、基準が厳しいと回答している。また社会医療法人の取消し時の一括課税について、経営上のリスクであると捉えて問題点に挙げているところが多い。一方、相続要件（親族1/3以下）については、28%しか障害になっていない。

社会医療法人を普及させることについて冒頭に申し上げたとおり、産業のエンジンになると考えているので、要件の緩和がアンケートから導き出される。つまり、間口を広げるということが非常に重要な要素である。

その1つとして、認定要件の件数緩和により、普及を促すことが可能であるということが分かってきた。もう一つ、認定要件の拡大、つまり不採算と思われる5事業に対して、それを担うことにより社会医療法人として認めるといふもの。それから、在宅医療の要素にかかる認定要件の拡大も必要になると考えている。

資料12頁にもどっていただき、持分なしに移行する意向があるかどうかでみると、33%が意向ありとのことであるから、全体5000法人のうち1500法人程度が社会医療法人となるポテンシャルを秘めている。したがって、1200、1300程度の法人が新たに社会医療へ移行する可能性があるかと推察できる。

そして、更なる移行促進のため、在宅等の我が国にとって非常に重要かつ不採算と思われる事業について、社会医療法人の認定要件を拡大すると同時に、一つ一つ要件の緩和についても必ず行わなければならない。特に周産期医療と精神科救急医療については、非常に重要である。平成22年のアンケート当時の社会医療法人の認定数が58であり、本年は203法人が認定されているところだが、特に周産期医療については、2.3%しか要件を満たしておらず、精神科救急医療についても9.6%しか要件を満たしていない。

具体的な要件をみると、救急医療については夜間に750件以上の救急車を受け入れること、へき地医療については53日以上へき地で医療を提供すること、災害医療については600件以上の救急をみながらDMATチームを持っていること、小児医療については20%以上の夜間の患者をみる等となっている。この中で、特に問題となっている周産期医療についてみると、周産期医療としてのみ認定を受けている法人は全国で2法人のみ。他の要件と合わせて認定を受けている法人も7法人のみ。背景に、設備についての要件が厳しすぎるのが挙げられる。総合周産期母子センターの要件、或いは地域の周産期センターの設備要件が認可の条件に含まれるため非常に厳しくなっており、周産期医療を行う社会医療法人になれないということになる。しかし、この要件がなくとも、周産期センターあるいは地域周産期センターの認定を受けている法人数は非常に少ない。例えば石川、奈良、徳島、高知、鹿児島県の5県については、県内に僅か1か所の周産期センターしかなく、和歌山県、香川県は2か所、滋賀県も3か所しかない等、周

産期医療が行える状況になっていない状況にも関わらず要件が厳しく、民間医療機関が参加することができない状況となっている。これについては要件を緩和し、周産期医療の向上をはかるべきではないか。

もう1点、精神科救急では、業績の要件が厳しく、人口1万人に対して7.5件以上の取り扱いがなければならないが、大阪以外の人口が多い大都会では、社会医療法人として精神科救急医療を担うことはできない状況となっている。例えば愛知県では、人口700万人を超える中で3つの医療圏に分かれるが、その中で先の要件を満たすことは全く不可能である。つまり、その要件を満たせないことにより、本来社会医療法人として地域の医療を担っていくべき施設に任せきれないことになり、民活の阻害因子となっている。

また、社会医療法人の認可については非常に大きな地域性がある。例えば北海道は、へき地医療で認定を受けている法人が圧倒的に多い。つまり、へき地にそれだけの医療法人が出て行って医療を提供しているということで、それはまさに国民の健康にとって重要な役割を担っているということである。

最後に、社会保障国民会議の報告書の中で、医療の効率性、質の向上にかかる部分を少し取り上げる。医療・介護分野の改革にて、医療介護サービスの提供体制改革について、病院機能報告制度の導入とともに、地域医療ビジョンを都道府県が策定することになっている。つまり、医療資源の偏在・過剰の是正は都道府県の計画に伴うものとなるが、この医療・介護分野の改革の冒頭に、我が国の医療の特性について、民間が医療を支えてきたと記されている。従って、コントロールできるのは公的セクターということになるが、公的セクターは決して効率的でないところを社会医療法人という効率的でコストパフォーマンスの高い医療法人が担っていくことができるということを示している。公的セクターをコントロールし、医療法人制度を育てていくことで、更に医療産業は更に成長していくことができるだろう。

更に、医療法人・社会福祉法人制度の見直しについて、IHNのようなシステムを作っていかなければいけないが、これは既に民間の幾つかの社会医療法人が事例としてIHNのような仕組みを作って実働しており、民間医療機関の強みを活かし運営されている。また、ホールディング・カンパニー等の様な枠組みの形態について、持分のありなしで営利性・非営利性まで議論されているところだが、これからもずっと続いていくのかどうか。医療法人として地域の中に引き続き地域医療を担うインフラとして存在していくためには、少なくともまず現行の医療法で示されている持分なしへの移行、社会医療法人への移行の間口を広げることで活性化する必要がある。社会医療法人ではない持分なしの法人へ移行を推進する必要があるが、しかし一方では持分なしの医療法人への移行制度が税制上の整備不十分なことから実際の持分放棄の障害となっている。

したがって、このまま進んでいくとするならば、持分ありの医療法人が消滅するということになると、産業成長のエンジンが大きく損なわれる可能性がある。したがって、是非持分なしへの移行制度をしっかりと整備する必要がある。

(川淵教授)

医療法人の数が5,000とあるが、診療所や歯科等を含めると医療法人の数は48,820ではないか。病院を経営する医療法人のことか。

(伊藤理事長)

病院施設を有する医療法人の数として申し上げた。医療法人でも一人医療法人と病院施設を有する医療法人では形態が大きく違う。多くの統計では区別をしている。

(川淵教授)

そのうち、日本医療法人協会に加入している法人はどの程度か。また、お話にあったアンケートは、日本医療法人協会に加入していない法人も対象としたのか。

(伊藤理事長)

日本医療法人協会に加入している法人は1,000法人強程度である。また、当該アンケートは4病院団体協議会に委託し、全ての医療法人に対して網羅できる形で発送したところ。

(川淵教授)

医療法人の中にも、社会医療法人以外にも、特定医療法人、特別医療法人、特定・特別重複法人、基金拠出型医療法人、出資額限度法人等、多くの類型があるが、そろそろ整理すべきではないか。また、2007年以降、新しく設立する医療法人は持分のない法人に限られているかと思うが、調べてみると、持分あり医療法人が水面下で売買がなされている。新規の医療法人が持分なしは無理があるのでは。他方、公益性の高い医療を担う社会医療法人に期待するところだが、5年たって社会医療法人数が203法人しかないと聞くとネックは、持分なし社団への移行に伴う法人への贈与税課税ではないか。出資持分払戻し訴訟(八王子事件)により司法の判断がなされているとはいえ、地域によって裁量行政になっているきらいがある。実務上、どのような問題があるのか。

(伊藤理事長)

ご指摘のとおり、第5次医療法改正以降、新規に立ち上げる医療法人は持分なしとし、これが非営利性の担保であると整理された。2年ほどかけて医療法人の制度にかかる検討会が開かれて、そのような結論に至ったということである。例えば出資額限度法人は、持分ありの法人である一方、基金拠出型法人は劣後債に基づく持分なしの法人である。また、移行の実情を考えると、平成18年度以降の新しい法人は全て持分なしであるから、元々あった持分ありの医療法人についてみると、90%が未だに持分ありの法人のままである。つまり、法施行後7年経っても動けない法人が多いということだ。その理由として、移行に際し贈与税の課税がなされるかどうかについて、行政の裁量に依る部分が大きく、課税がなされる可能性が非常に高いとの懸念が大きいと聞いている。

(川淵教授)

もう1点伺いたい。社会医療法人制度の最も大きい課題は同族要件ではなく、認定取消し時の過年度非課税収益に対する課税か。一定の要件をクリアできない時は本来業務について非課税であったところ、過年度分すべて召し上げられるということか。

(伊藤理事長)

ご指摘のとおり。3年間要件が満たせなかった段階で認定の取消しとなるが、期限がないので、最初に認定を受けた時点まで遡って、その時点からの利益の積み上げ分を全部納付せよということになる。これは、その法人に潰れよというのと同義である。

(川淵教授)

社会医療法人になるには相当なリスクを担うことになる。京都のとある精神科病院からも社会医療法人の認定を受けたいが精神科救急の要件を満たすのが難しいとの話を聞いているところ。人口1万人あたり7.5件以上という要件には根拠があるのか。自治体病院であってもこの要件をクリアするのは厳しいのでは。

(伊藤理事長)

精神科救急にかかる要件の根拠は存じ上げないが、同じように要件の緩和が特に必要と思われる周産期に限って述べると、公立病院は補助金をもらって要件施設を整備しているというのは事実。

(川淵教授)

CIGS の松山氏によると、社会医療法人は大体 1 兆 2 千億円の収益があつて、利益率は 4.9%。補助金はないので、税制メリットしかない。一方の自治体病院には相応の補助金が入っており、イコールフットィングではないのではないかと。また、5 つの県では社会医療法人がないが、なりたくてもなれないということなのか。

(伊藤理事長)

持分なし医療法人についての地域性は調べていないが、社会医療法人の認定に際し、地域ごとの社会医療法人の有無について拘ることはないと思われるので、地域によっては、要件のハードルが高すぎてクリアできない例があると思料。例えば、都会の外来と地域の外来で明らかに差があるわけで、地域性を斟酌して要件を決めるべきではないかと思う。

(川淵教授)

例えば救急医療の要件についてみると、夜間の救急搬送件数が平均して年間 750 件以上ということだが、もう 1 つ時間外加算割合の 2 割以上という要件があつて、ぎりぎりクリアしたところが 6 法人あったとのこと。地域により要件の達成度に大分差があるのではないかと。

(伊藤理事長)

救急医療の要件に関しては 6 割以上の法人が通っているほか、大雄会の実績を勘案すると、少なくとも愛知県では難しい要件ではないと思われる。ただ、ご指摘のとおり、全国一律の基準だから問題であるとは申し上げないが、地域によっては社会医療法人になりたくてもなれない法人がいる理由になっている可能性は十分にある。

(牛窪氏)

資料 23 ページにおいて、地域の機能分化とオペレーション再編が必要であり、ホールディング・カンパニーは有力な手法だとの趣旨かと思われるが、民間法人同士だけでなく、民間と公立病院や、医療と介護について、ホールディング・カンパニーとして再編する際の妙案等を教えていただきたい。

(伊藤理事長)

ホールディング・カンパニーという表現の仕方について、最初にアイデアが出された時には、持分ありの出資に対して資本上の支配を及ぼすべきとするならば、医療法として持分なしを原則と言いつつも、これからの日本の医療の在り方として、持分ありの医療法人をどう取り纏めていくかということについてテーマになるかと期待をしていたところ。ただ、報告書を見ると、ホールディング・カンパニー等のような枠組みの形態と、ちょっとぼやけてきたのでやや気になっており、医療法との整合性をとるためにこのような書きぶりしてしまったのかと懸念している。また、社会福祉法人や公立病院には持分という考え方がないので、これに対してどのように支配権を及ぼすのか、むしろ

経済の先生方に教えていただきたい。理事会を支配することは乗っ取る形であればできなくはないが、それは本当にホールディングという形と言えるのか。また、ホールディングの形で大きく統合したとき、ファイナンスで支配する形が一般的に考えられるが、医療の営利化と殆ど同じになってしまう。これは医療の非営利性を考えると非常にリスクが高いのではないか。では、ファイナンス以外で何をツールにしていくべきか。非常に難しく、今考えているところであるが、少なくとも地域の患者の安心・安全・満足度が保障されるようでないとならない。本来業務のためのファイナンスであるから、そこがひっくり返ってしまってはならない。しっかり議論がされるべきである。

(牛窪氏)

社会医療法人は、公立病院改革の中で、自治体病院が廃業・規模縮小する際の受け皿になってほしいという思想があって作られたものだとして認識しているが、実際に自治体病院の受け皿になった例はあるのか。

(伊藤理事長)

いくつか事例があったと思う。例えば大阪の生長会について、阪南市民病院の指定管理という形で受け皿になったと認識している。

(牛窪氏)

事例が多くないということは、公立病院改革自体は進んでいないということか。

(伊藤理事長)

残念ながら遅々として進んでいないという印象である。むしろ、急性期に厚めに診療報酬が配分されたために、公的病院の収益は著明に改善している。これにより、公的病院が担っている地域医療の社会医療法人への移管は起こりにくくなったというのが現実であろう。

(森日本経済再生総合事務局参事官)

ホールディング・カンパニーの話が期待されているが、報告書等をみると、やろうと思ったときに難しい理由が制度的なものなのか、それ以外にも解決しなければならない問題があるのか。また IHN の実現にあたっての課題についても、制度的な面とそれ以外の面でお教えいただきたい。

(伊藤理事長)

ホールディング・カンパニーは、同じ目的に向かって一つの組織として動いていく中で、共通項目のツールを何にするかが非常に重要なポイントと考える。一番簡単な手法として、お金をツールに統合すれば、支配権も行動も同方向を向くと思われるが、医療・教育の非営利性が侵されるおそれを考えると、お金をツールに統合するべきではないのではないか。そこが大きな障害となる可能性がある。また、ホールディング化する際に、一つ一つの組織の中での医師が長になってコントロールしていたものをどのように協議体とするのか。これは大きな困難を伴うものと考えられる。

(川淵教授)

大雄会がミャンマーで救急医療を手掛けるとの新聞記事が掲載されていたが、類似事例として、北原国際病院がカンボジアでの医療を手掛ける際にも、医療法人の持つ制度的限界のため、株式会社を設立したと聞いている。医療法人は原則非営利でよいと思う

が、何か国際展開を手掛けるときに、本当に現行の医療法人制度だけでやっていけるのかどうか。非営利原則があるがゆえの困難な部分はないか。

(伊藤理事長)

医療法人制度は昭和25年にできた制度であり、持分なしが原則の筈であったところ、課長通達により持分ありに変わってしまったことがずっと禍根を残しているということだ。八王子裁判で出ている司法での最終結論が今更覆されることはないので、今の制度の中で非営利性を担保するのに、医療法上の最終的に資産を分配するところを営利性、配当とするのか、或いはもっと違う形の営利の定義をするのか。7年もたって誰も移らない法人制度の転換をやっているのだから、その制度が正しいのかどうか、見直すべきタイミングだろう。また、海外に出て行ったときには医療法人という中途半端な制度は世界中どこを探してもないので、医療法人制度をそのまま海外に持ち出すことは不可能だ。ミャンマーの件については未定ながら、基本的には株式会社としてミャンマーにそのような機関を設立することになるのではないか。

(森日本経済再生総合事務局参事官)

それではこれにて本ヒアリングを終了する。続いて、社会福祉法人こうほうえん理事長の廣江様にお話しいただく。時間は55分を予定しており、最初25分ほどご説明いただき、残りを質疑応答とさせていただきたい。

(廣江理事長)

まず社会福祉法人と株式会社の経営の仕方についてお話しする。社会福祉法人と株式会社の経営の手法は同じなのだが、社会福祉法人には株主がない。私達の株主は地域の人達だと考えている。地域の人達に対して配当していかなければいけない。内部留保等いろいろなことが言われているが、私達はしっかり稼ぎ、しっかり地域に対して配当する。社会福祉法人として目的をもって何をしなければならぬかを踏まえた上で経営を行っていくことが大事であり、株式会社は利益を上げてよく、社会福祉法人は利益を出してはいけないというのは誤った考え方ではないかと私は考えている。そして、社会福祉法人のオーナーは地域ということだが、地域にきちっとしたガラスをとった、情報公開、ガラス張りの情報公開はインチキだと考えているので、本当に中身の分かる情報公開をしていくことが大事だと考えている。

社会福祉法人は一法人一施設が大半で、特養では50床一施設の法人が50%あり、社会福祉法人数全体では2万前後とたくさんある。私のところは職員が2千人余りいて相応の規模と売上をもっているが、小さい法人がたくさんある。これは、国の制度として多施設化をやらせなかったという行政の責任が一番大きい。そして社会福祉法人の経営者は開設に先立ち、自分達が土地や建物を寄付して経営しているので、自分達の家業のように経営しているのが一番の欠点である。だから、譲渡とか合併とか共同化がなかなかできないという大きな壁がある。行政に大きな責任がある中、どうしていくのかというのが大きな課題となっている。要するに、持分はないけれども自分が寄付し、理事長なり施設長となっている。言わば見做し配当のような形でしっかりと出した分が返ってきていることが問題であると思う。今、京都では、ある法人達が組んで、国が正式に認めているわけではないが一緒にお金を出し合って、5つの法人が研修体制からバックヤードまで地域密着型サービス施設を作り雇用、研修、人材等を一体化して新しい事業展開をしている。厚生労働省も、素晴らしいということでもまだ法制化していないけれども内々で認めている。すると出資した母体の法人も元気になり、新しい地域密着型のモデルケースを作っていけるのではないか。なお、法制化にあたっては厚生労働省も早急に

事を進めて欲しい。

また、社会福祉法人と医療法人が一つになってもよいのではないかとの議論があるが、私は、社会福祉法人と出資持分のない財団系医療法人や社会医療法人とは一緒になれる可能性は高いが、持分のある医療法人とはなかなか一つになりにくいと思っている。その辺をどうするのか。もう一つ大きな問題が、特養を株式会社や医療法人が手掛けてもよいのではないかとの議論がある。私は持分のない医療法人が手掛けることについては賛成であるが、政治的な問題で立ち消えになったようだ。少なくとも財団系の医療法人については、役員構成からみても医療法人の方が評議員の重複が禁じられている等規制が厳しいのであるから、手掛けることを許可してもよいと思う。ただ、第一種社会福祉事業に株式会社が参入し、イコールフットィングということになると、本当に株主の人に対してしっかり説明を行い、株主がそれを認め、利益配当もない、財産も動かさない、といったがんじがらめの制限の中で手掛けることが可能なかどうか。利用者にとって何が必要かをはっきりとさせた上で、株式会社ができるかどうかを考えなければいけないのではないか。可能ならばどうぞ参入していただきたい。

公的資金の入った介護事業は全法人一律に、サ高住も含めて経営情報の公開をしなければならないと思う。少なくとも第三者評価の受診を義務付け、今は都道府県に任せている第三者評価を全国に一律に見える化すべきである。

今、サ高住がたくさん出来ているが、本当に危ない点として、グループホーム・ケアハウスとかの施設には全部スプリンクラーとか設置義務があるところ、住宅だと全く防備がなく、火が発生すると大惨事になる恐れがある。このことを幾ら指摘しても厚生労働省も国土交通省も動こうとしない。また、第三者評価をきちんとやって見える化しなければならないところ、全然出来ていない。民主党時代の規制改革委員会で呼ばれて申し上げたが、両者合同で動くかに見えたがその時限りの見せかけで、出来ていないのは問題である。サ高住についてはいろいろな問題があるので、きちんと利用者にとって何が必要なのかを考える必要がある。困り込みにより、非常に悲惨な状況が各地でおきている。稼働率を上げるために家賃を下げ、代わりに、困り込みで介護保険を全部使ってしまう。リハビリを受けたくてもリハビリすら受けられない。そして実際にケアプラン通りのケアは出来ていないところが、かなり多くあるのではないか。しかし、国土交通省は、儲かるからたくさん作れというスタンスであり、厚生労働省の歯止めが少しかかっていないように感じる。このあたりをきちんとやらなければいけない。

それから、社会福祉法人制度にはいろいろな問題が生じており、あり方について考えなければならない。私は2006年に当時の厚生労働省の中村局長にお願いして社会福祉法人のあり方検討会を作ってもらったことがある。今後あるべき姿を提言できたと思うが、2年経つと厚生労働省も人が変わってしまい、今もってなかなか実を結んでいない。社会福祉法人の側も、合併がなかなか推進できていない。一法人一施設の形態から合併などを提言したが、先に述べたような理由でなかなか実現できなかった。厚生労働省も、政治の圧力なのか、一法人一施設をまだまだ増やしていこうとする動きもある。社会局と老健局で違ったり、とんちんかんなことがたくさんあって結局ダメになってしまう。私は3年前くらいから、キャノングローバル戦略研究所の松山氏が社会福祉法人の透明化を主張される前から、社会福祉法人はもう一回覚悟して体制の見直しをしないと駄目だと、しっかり理論武装して、社会福祉法人は自ら変わらなければならないと業界内で散々主張したが、情けないことに業界そのものが、私達はお金を出しあって良いことをしている篤志家だという考えに甘えており、既に2世3世の経営者が大半になってしまっている。私が言っても取り合ってもらえない。先般、社会福祉法人の在り方等に関する検討会ができたものの、これは本来業界自らが作るべきものを厚労省の呼びかけに応じて作られたため、メンバーが自ずと決まってきてしまう。やはり社会福祉法人は

自ら変わるという勇気をもたないと良くならない。私はかなりのショック療法をしないとイケないと思う。社会福祉法人の本来の使命、例えば地域貢献するために、売上の何%とか税に見合う利益の何%とかを拠出するといった目標を立て、実践し、事業報告で開示すべきであると思うが、ほとんどの法人がそのようなことを実施していない。まして、介護保険における低所得者減免制度すらやっていない所が約30%ある。また、昨年まで、ユニットケアに生活保護の人が入れなかった。一人当たりの負担月額が5万円である。入所者の生保の者は4%弱であり、100床の特養で年間240万円の法人負担で済むのである。それすら全国の法人で実施しているのは数法人しかなかった。一部の自治体や施設関係者は、ユニットケアに入れられないから、利用料の安い4人部屋を作ろうというすり替えを主張している。100床で3.5億程度の売上があるのにこれくらいの費用負担ができないような経営者は業界から退場すべきと主張したが反応は鈍い。いずれにしても、これらを実施した上で、きちんと利益を出していくことが社会福祉法人の経営だと私は考えている。

もう一点。この前規制改革会議の方でも指摘したが、労働法関係は高度成長時代に合った法制度で、企業の365日24時間工場が稼働しているような会社向けの仕組みになっている。一方、私達のような後からできた産業は、今介護単位のロットが小さくなっている。例えばユニットケアであれば、10人のケアで1ユニット。夜勤の体制が2ユニットで1人であるから、4ユニットあれば夜勤が2人いるから交代時間が作れる。それが、1ユニットしかないグループホームだと、夜勤の体制が作れない。それで厚生労働省はどう指導するかというと、加算制度約15,000円があるのだから、休憩時間に合わせて出勤する交代要員を雇うようにという見当違いの指摘になる。どうやってやるのかと言っても、厚生労働省は何も示さない。労働法から根本的に変えてもらわないとイケない。厚生労働省の中にあっても、旧労働サイドはマニュアルまで作ってどんどん労働基準法違反で勧告し続けている。経営者の立場からすると、賃金は払うので、労使共に幸せになるようなしくみを検討していただきたい。厚生労働省の方に言っても、労働省が乗ってこないのが難しいと流されてしまうのだが、こちらは勧告されないよう日々死にもの狂いで頑張っている。そういう問題は何かあって、昭和62年に都内の施設で火災があったので、措置費を少しつけるから夜勤当直をつけるということになった。でも当時はスプリンクラーもなかったわけで、介護保険になったときに制度が変わり加算もなくなったのに、昭和62年の局長通知一つが変えられない。この厚生労働省の体質は是非変えていただき、省として一本筋を通していただきたい。

また、監事の常勤化について、是非考えていただきたい。監事がいて、きちんと業務監査を行えば、貸方と借方が合わないような決算書が出てくることはあり得ない。また指導監査は行政であるから、行政もしっかり監査いただき、監事の責任をはっきりさせなければならない。そのためには、組織の幹が太くならなければならない。こうほうえんの例では、売上が30億の時と100億の時では経営のやり方が全く違うし、経営の効率化や研修体制の充実がしっかり図られるようになった。施設が東京・大阪・鳥取と百ヶ所以上散在しており、一般企業が行っているような経営手法を取り入れていかなければならない。そのために、監事の役割は非常に重要になる。また、外部監査についても、何処までをすれば良いのかメルクマールを示していただき、それによってきちんと実施するようなシステムを構築すべきである。ただ公認会計士の方に本部に来てもらうだけでは、どうにもならない。かといって、いざ全施設について監査をしてもらうということになると、1000万円単位の費用がかかる。そこまでみてもらうのか、法人本部の監査をしっかり行えばよいのか。何だったら厚生労働省の方に毎年来ていただいてもよい。抜き打ちで良いのでぜひ来ていただきたいと申し上げているところである。予告してから来る監査では監査にならないといつも言っている。

また、地方自治の流れの中で、監査事務が自治体に移譲されてきているが、自治体職員があまりにも監査事務に係る知識に疎く、全く監査が機能していない。例えば昨日まで土木分野を担当していた人がいきなり監査にくることもあるほどだ。また、東京などでは、行政トップの意向があるのか、いざ事業者をコンペで公募しても実質受注先が決まっただけで出来レースになっていることがあり、コンペに応募するにも設計等で数百万円の費用がかかる事業者側としては、たまったものではない。自治体に権限を移譲されたならしっかりした体制づくりを指導して頂きたい。

それから、マイナンバーを完全実施してもらい、しっかり運用しなければならない。私は、医療の予防と介護の予防は一本にしなければならないと思う。病気になった人が急性期病院へ入院し、そこから川下へと流れてくるわけで、私達介護は川下であるが、川下が一番たくさんいる。病気になってからの流れではなく、逆にならないように元気な人から考えていく方向に改めるべきであろうと思う。たとえば企業や自治体の検診で血糖値が高めで、糖尿病になる懸念があるから企業や自治体の精密検査を受けよと指示しても、実際に検診を受ける人は1割2割程度であろう。そして、受診を怠ったがために、人生の途中で失明や高血圧、透析が必要な身体になるなどの事例がたくさん出ている。法律をして、企業に被雇用者の検診を義務付けさせ、実施しなければペナルティを課し、予防ができれば本人にとっても健康で医療費が節減でき、保険者にとってもプラスになる。医療と介護を一体として下流から制度設計を行い、上流の受診者を少なくして医療費の節減につなげるべきである。また、ターミナルケアを長期的な見地から検討することも必要で、子供のころから自分の人生を考える、生きがい教育も含め、死というものを見つめて自己決定する方策を取るべきである。救急車で担ぎ込まれて死にかけの高齢者に対して、みんなで頑張って支払った保険料を百万、二百万円と使われてはたまったものではない。また、ターミナルケアを少し変えるだけで、かなりの医療費が、それこそ数兆円程度節減できるのではないかと思う。実際に、予防をきちんと行い、インセンティブを導入し、法律で義務化することで、企業にとっても50代の中心人物が倒れるようなことが少なくなるだろう。制度がしっかり整備されれば、健康寿命が延び、その人にとっても企業、社会にとってもプラスになるだろう。

それから、介護機器の開発もやらねばならないし、なるべく早い時期にノーリフトポリシーを日本でも義務付ける形ではっきり位置付け、2020年くらいまでに、最終的には義務化していただきたい。

加えて、厚生労働省に再三申し上げているとおり、介護分野は2025年までに100万人も介護人材を増やさないといけない。にもかかわらず、介護労働者のグランドデザインが全く描けていない。例えば、鳥取県では三洋電気の工場が閉鎖され3000人の雇用者が職を失い、こうほうえんが県内一の規模になってしまったが、そういった産業構造の変化により、介護分野に人が集まるようなシステムを構築しなければいけない。介護従事者を養成する学校が今瀕死であるが、資格取得が本道である、学卒→国試→資格取得のルートをしっかり残さなければならない。また、他国とのEPAに基づく介護福祉士の受入れについても百害あって一利なしで、負担ばかり大きくて現場職員とのバランスが取れない。養成には、期間3年、一人あたり1000万円以上の費用がかかる。厚労省が言う介護の人材のためではなく国際交流のためならば、研修のみ3年行い、国試を受けずに帰国させてほうがましである。国内の人材だけで将来的に必要となる100万人には、かなり無理があると思われる。むしろ、日本がこれから外国に出ていくときに、国によってシステムが違うことが大きな障害となるが、もし日本で教育を受けた人が中心になってくれれば、進出がスムーズにできるだろうということで、そのような人材の需要は多い。であるならば、グランドデザインに位置付け法律を変えて、研修職員として毎年一定人数の入国を認めはどうか。たとえば5年くらいで帰国してもよいし、

資格取得して日本で残ってもよいが、少なくとも日本の介護従事者は世界で一番優秀であるから、その人達より低いレベルではいけない。他の産業と違って、給料は日本人と同じだけ支払うが、いい人材と日本語検定2級くらいが要件となるだろう。また、そうした人達に母国に帰ってもらい、それと同時に日本の介護事業が海外進出をしていく。それを、国を挙げて、現地の大使館や領事館が応援してくれ、情報を提供してくれるならば、私達も進出しやすい。そして、社会福祉法人でも海外進出ができるような、お金の流動化ができるように規制を変えていただきたい。そうすれば、私達もどんどん経営規模を拡大する可能性が出てくる。

今日一番申し上げたいには、人材のグランドデザインをしっかりと構築してほしいということだ。継続性がない公約を毎年単発で掲げても仕方がない。2006年度から介護分野の人材は足りないと主張しているものの、厚生労働省は介護分野の人材は余剰であるとの資料を出すのみであり、信憑性が疑わしい。深刻なのは介護だけではない。保育分野については逆に、近い将来、人材が余ってくる。国も企業も応援し、若い世代が結婚して子供を設けるようありとあらゆる応援をし、お金もつぎこまなければ、22世紀末には国が減びてしまうだろう。

(川淵教授)

鳥取空港に降り立つと、こうほうえんの案内が大きく目に入ってくる。鳥取で一番の地場産業がこうほうえんだと思う。こうほうえんが伸びると鳥取の経済成長にも資すると思う。

これに対して、社会福祉法人に一法人一施設が多い。その理由として、厚生労働省が指導してきたことが原因とは思いますが、他にも理由があるのではないかと。もっと多店舗展開すればよいと思うが、何故この業界の人は規模を広げようとならないのか。

(廣江理事長)

現状では、50床の特養を作れば自分達が生活していけるということで、自己満足の状態になっているが、将来的には立ち行かなくなる。そこで、先に紹介した京都の事例のように、複数の事業者が手を組めるように法改正をし、グループを形成して多角展開に繋げていくことが必要だ。こうほうえんも、島根県の50床規模の特養4施設とテレビ会議システムを開設し、こうほうえんの研修が受けられるようにしている。その中では5年間、新卒職員が1人も入ってこない事業者がいて、従業者と入居者のどちらが介護をしているのか分からないといった笑い話にならない事例もある。

(川淵教授)

どのような手法を推進すればよいか。

(廣江理事長)

まずはソフトランディングさせなければならない。先の京都の例は厚生労働省の担当課は知っているから、それをモデルにして、まずベンチマークする。そして、今度は次の団体へ発展させ、300床から500床で職員500人から700人くらいの規模を集中管理するような体制とし、幹を太くすればよいのではないかと。

(川淵教授)

社会福祉法人は持分がないが合併の手続きはどうすればよいか。また、京都の事例はどのような事例なのか。

(廣江理事長)

合併そのものは、理事会で決めれば合併できる。また、京都の事例、「地域密着型総合ケアセンターきたおおじ」の共同事業体については、社会福祉法人から新法人に出資できないので、既存の代表法人に研修、管理、採用などの費用を負担しているという形を取っている。代表の1つの法人の名前で補助金をもらい地域密着型の施設を建てて、2年前から事業を開始している。新しい法人を作る場合、資金の出し入れが自由に出来ないことがネックになっている。厚生労働省も法改正のための努力をしているが、未だに出来ていないので、変則的な形で資金を出し合い、採用・研修等の一元化を行い、かなり成果を上げている。最近青森とか県外の法人も加入し、グループが大きくなりつつある。

(川淵教授)

サ高住について、補助金がつくことから、大阪や福岡、北海道等でどんどん増えているところだが、社会福祉法人でサ高住に参入しているところは意外に少ない。何故参入しないのか。また、株式会社が手掛ける場合と社会福祉法人が手掛ける場合で、差はあるのか。

(廣江理事長)

結局、社会福祉法人の経営者は、合併や共同化もしない、このままでというのが大半で、私を含めやっている人はやっている状況。一方で、住宅産業の一般企業からすれば、100万円が補助されるということは今までなかった経験であるから、非常に熱心に手掛けている状況であり、不動産業者や建物業者は、地主に対して、特に全国で精力的に営業をかけている。その結果、例えば米子でもあつという間に200、300戸が出来たが、半分ぐらいが空き家になっている。

(川淵教授)

都心における特別養護老人ホームの確保策について、杉並区は特養の入居待ちが多く、南伊豆町と提携したところだが、住民の評判はあまり芳しくない。できれば杉並区の施設に入りたい住民が多いとのことであるが、都心で纏まった土地を確保するのは、資金的にも場所的にも非常に難しいのではないかと。土地を拠出しないと特養が設置できないとの規制を緩和するのはどうか。

(廣江理事長)

こうほうえんは東京進出にあたり最初の施設だけは自前で土地を確保した。購入資金も、東京都から60%位の補助金が出たので自前で用立てることができた。ただ、土地を持っていなくとも、しっかり借地権を設定し、いわゆる世間からみて妥当な土地代だという保障があれば、行政と相談の上で特養の開設ができる。こうほうえんでは2ヶ所目から区やJRからの借地、指定管理等を活用している。

(川淵教授)

社会福祉法人の規模拡大がなかなか進まない理由の一つに、資金調達の問題があるのではないかと。もし資金調達がネックであるならば、介護リートを活用するのはどうか。世間の余剰資金を医療・介護分野に振り向けられないか。

(廣江理事長)

2000年までは、社会福祉事業法(2000年より社会福祉法)により、社会福祉

事業の目的で銀行から資金を借りることが禁止されており、福祉医療機構からしか借りられなかった。最近、漸く協調融資が動き出してきた段階である。こうほうえんも、老健、病院については銀行から資金を借りていたが、第一種社会福祉事業については機構からの融資のみに頼っていた。最近では協調融資で借りられるようになり、楽になってきたところ。したがって、資金面については、しっかりした社会福祉法人で信用があれば資金調達は可能となっている。我々のように大きい法人には、銀行側から融資の話がある。ただしこうほうえんは、一時期売上85億円で借金100億円程度あったところを減らしている段階であり、今のところあまり大きな投資は考えていない。

また、都心に特養を作っても、自治体から借りる土地代で1床あたり毎月8千円から1万円程度かかる。そのため、収益率が厳しくなっており、余程の内部留保をもっているところであれば内部留保の活用に繋がるが、我々のように借金で事業を行わなければいけないところは、苦しくて東京のコンペ等にも出辛くなってきている。リートについては第一種社会福祉事業では認められていないので活用はできない。

(川淵教授)

地方の社会福祉法人が東京で事業を手掛ける際に、地方の人を地方の給料で雇用して東京で勤務させている例があると聞いたが、こうほうえんの場合はどうか。

(廣江理事長)

東京と鳥取でいうと一人当たり6万から7万支給額が違うので、人件費率も70%を超えて、正直に申し上げて、東京での経営は苦しい。

(川淵教授)

では、こうほうえんが東京で事業を手掛けるのは何故か。類似事例として、コムスの事業を継承した社会福祉法人の理事長に聞くと地元では特養が一杯で作れないから、東京に進出したとのことだったが。

(廣江理事長)

こうほうえんの従業員とその扶養家族・利用者を含めると、6,000人強と、鳥取県県民の90人に1人程度が関係者になっており、これ以上県内で事業拡大を行うのは難しい。東京での事業展開にはそのような支障はないことに加え、様々な情報があるほか、東京で名前が出ると、良い人材が来てくれる。

私は、東京においても、もう特養を作りたくない。最早特養の時代ではなくて、地域密着型介護の時代である。東京でベッドが足りないとの指摘もあるが、要介護1、2の大部分や要介護3の半分程度は、在宅サービスで対応ができる。もちろん家庭の事情や措置の内容等により施設でなければ生活が難しい人もいるが、自宅に戻れる人には戻っていただき、しっかり地域包括ケアを構築すれば、24時間365日のサービスを行う事ができる。だからこそ、在宅サービスの人材を育成し、認知症・ターミナルケアの知識を医師・看護師が身に着けなければいけない。医師会と看護協会が腰を上げれば、状況は劇的に変わるだろう。

(川淵教授)

地域包括ケアに関連して、定期巡回・随時対応型訪問介護看護について、手を上げる人が少ないと聞いている。こうほうえんはこの事業を手掛けているのか。人材確保はどうしているのか。ペイするのか。

(廣江理事長)

こうほうえんは4か所で実施しており、東京では4月から開設する予定です。その人材確保は地方でも東京でも非常に厳しい。事業としては、利用者が集まれば間違いなくペイするが、初めはなかなか苦しい。昭和60年代前半ではデイサービスも、なかなか普及しなかった。ショートステイも本当に普及しなかったが、いざ普及しはじめると、爆発的に普及する。つまりは、使い方が理解されていないということだ。地域密着型小規模多機能居宅介護についても、使ってみると便利が良いから、結構上手くいっているところが多い。地域で信頼されているかどうかというバロメーターになってくる。

また、社会福祉法人であるから、これから必要なものは、採算がとれないものであっても挑戦していかなければいけない。例えばこうほうえんが手掛ける東十条保育園では、定員10名の障がい児の通える児童デイサービスを提供しており、相当大きな赤字を計上している。それでも、社会福祉法人の地域貢献として障害をもった子供をもつ家庭の需要に対応していかなければいけない。赤字覚悟で特養と一緒に最低賃金を保証する就労移行支援A型を実施したりもしている。全体として採算がとればよいのだが、多くの社会福祉法人はそのようなことに挑戦したがない。

(川淵教授)

結局、多くの社会福祉法人は、現状に困らないから何もしないということか。

(廣江理事長)

何かやらないと生活できないということではないからだろう。

(川淵教授)

EPAに基づく社会福祉士の受入れについて、再度見解を伺いたい。

(廣江理事長)

介護人材のためではなく、国際貢献のためであるならば、国家試験目的の研修等を手厚くうけさせる必要はなく、数年間職員として働き、介護に関するスキルを学ばせたのち、帰国させればよい。介護人材のグランドデザインの中から必要とあれば、アジア各国から毎年一定人数を5年間くらい受入れる。日本の介護福祉士の資格を取った人は残ってもよいが、特別扱いせず待遇は日本人と全く同じとする。現在の介護従事者のレベルをみると、学歴で差別するわけではないが大卒者も多く、日本の介護従事者のスキルレベルは非常に高い。それに対して、安かろう悪かろうで人材を受入れてしまうと、介護事業に良質な人材は来なくなり、そうなっては取り返しがつかない。アメリカ然り、中国然り、ヨーロッパと比べても、日本の介護職員の質が高いので外国からの人材も一定以上のレベルの人に限定する必要がある。

従って、情報公開ができており、第三者評価を受けているような一定レベル以上の施設において外国人を受け入れ、一定期間後に帰国してもらうような、新陳代謝でもって取り組んでいくべきだ。しかしながら、5年間、厚生労働省に何度要請しても動かない。こうほうえんでは、EPAでフィリピンから2人、インドネシアから2人を受け入れたが、インドネシアからの一期生一人のみ残っている。その介護福祉士は家族も呼び寄せて頑張っている。結局私のところでは定着率4分の1であり、国全体でみても、第1回で合格した40人弱のうち半数以上が帰国していると聞いている。3年間日本で研修を受けると、1年間に数百万円貯まるので、もう帰るとなってしまう。

(川淵教授)

それでは、介護ロボットを使ってはどうかという主張もあるが、現場ではどうか。

(廣江理事長)

ロボットはある程度使った方がよいと考える。ただ、60歳を越えても元気に働いている人はいるので、そのような人が働きつづけられるように、抱える、持ち上げるといったような力仕事について、ロボットや機器を活用し、ノーリフトポリシーを導入したりすべきではないか。ただ、食べる所作などは、ロボットだけでなく人でやる方がよいと思う。

面白いことに、新人と10年程度の経験者で介護実務を行ったとき、何に気が付くかについて調査を行ったところ、10人のユニットを8人位で担当させると、新人は認知症などで問題行動を起こす1人だけを注視しているのに対し、経験者は均等に全員に気を配りながらケアしている。それから、モバイル技術を使って、気が付いたときに自分の行動チェックをして、何を自分が気が付いていて、何を気が付いていないかを確認させると、行動が分析ができる。これを活用しつつ、5年の研修を半分くらいに短縮化できないかを研究している。ITについても、どんどん現場に導入していきたい。音声入力も記録面で非常に助かるし、介護の記録等で出来るだけ手書きを少なくする。、このようなことが可能になればできるだけだけケアにあたる時間を多くし、少ない人数で対応したりできるようになる。

(川淵教授)

職員の処遇改善という名目で前政権が介護報酬を上げたが、現場実務者として所見はあるか。

(廣江理事長)

介護報酬の引き上げ分は、介護報酬の全額に対して割合で支払われるので、法的最低基準の入居者3人に対して職員1人の割合で事業をしているところは上乗せ分が1万5千円以上となるが、頑張って従業員数を増やして良質なケアを提供しているところは、一人当たりの上乗せ分が三千円位少なくなる。また、一番問題なのは、介護職員しか貰えないので、バックヤードで一番頑張っている事務職員には恩恵がないことだ。行政の提出資料が大変事務職員の負担になっている。監査でみればよいのではないかと思うが、事務職員に苦労が集中してしまっている。

ただ、実態調査でみると、全般に給料が上がっているのは確かである。

(川淵教授)

最後に、混合介護についてだが、こうほうえんのユニットケアでは、利用者負担はどうなっているか。社会保障制度改革国民会議で補助給付を外す外さないという議論が出ているが、どうか。マイナンバーで実際に運用が上手くいくと思うか。

(廣江理事長)

こうほうえんでは、利用者負担は4万2千円の食事と6万円の居住費であるが、生活保護を受けている人については昨年制度変更まで当法人が丸々負担していた。

補足給付の議論については、マイナンバー等で実態を把握しないと、正直者が馬鹿をみることになる。家を担保に資金化するといった主張もあるが、難しいのではないか。また、実態を把握するといっても、抜け道が一杯あると思う。例えば、神戸のある医師会長の母親は、芦屋の豪邸に住んでおり、子息は高級外車で面会に来るが、本人の所得は低く補足給付を受けている。

(岩下氏)

先ほど杉並区と南伊豆町の話があったが、都市部では介護施設がかなり不足し、一方地方では充足し、地域によってはすでに余裕もあるといった話も聞くところ。地域を越えた受け入れは、今後広がるのかどうか。

(廣江理事長)

そもそも矛盾している。地域包括ケアは、住み慣れた地域で最後までケアしようと言っているのに対し、それを地方に持っていくというのは人権問題にもなりうる。頼珍漢な施策ではないか。

地域包括ケアをするためには、在宅で24時間365日住めるような人材育成をしなければならない。施設の箱を作ることがポイントではなく、原則、今住んでいる住宅で最後までケアをするために、どのようにシステムにするのかを官民挙げてしなければならない。そのための人材育成が必要である。

病院とか老健は施設であるが、特養は、食事介助、おむつ交換などはヘルパーと殆ど変わらないし、看護師の業務は訪問看護である。本来切り売りしているものをパッケージ化しているだけであるから、上手く集合住宅等で効率的なサービス提供を行ったり、地域で固定した事業者に委託するようなサービス提供を行ったりすればよい。事業者を乱立させるのではなく良質な事業者にきっちりエリアを任せ、ある程度独占的にサービス提供をさせる代わりにそれを監視して質を担保する方策を考えていけば、もっと地域で適切に介護サービスの提供ができる筈である。

普通の人間は、敢えて施設に入りたいとは思わないはずで、そうであるならば、そのためのシステムを考えなければならない。

(岩下氏)

補助具とかロボットについて、技術の進展・実用化の割には普及が進んでいないという状況がある。先ほど介護現場の状況を伺った限り、今後は進んでいくのではないかとと思うが、制度的な問題や保険適用の問題はあるのか。

(廣江理事長)

補助具やロボットの普及には時間がかかると思うが、機器による移乗はどうしたって時間がかかるが、職員の体も大事であり、利用者の事故もなくしたいし、しっかり機器や補助具を使ったりして移乗する等の形で、人工的なものも取り入れていきたい。そして、どうしても人がケアしなければいけない部分については人の手を使うといったように、メリハリをつける。それを義務化するようなシステムを国が考えるべきである。これらを含めて、国が人材のグランドデザインを作って、都道府県に人材計画を作らせ、一体となって取組むことが重要である。

最後に、特養は、ほとんどの人が後期高齢者ばかりである。ところが、医療へのアクセスは自由ではない。現状の嘱託医はゲートキーパーとして、見守りと、日常の感染症の管理などをしてもらい、在宅療養支援診療所を、現在亡くなる前30日しか認められないところ、世間並に受けられるシステムにしていきたい。そうすれば、無理に入院しなくとも済む上、医療費もそんなに掛からない。ターミナルケアも、自宅と同じように亡くなることができ、救急車で病院に運ばれて人口的に延命されるといったようなこともなくなる。特養で穏やかに死にたいという人が多いはずなのに、医療がネックになっている。それから、看護師が非常に不足しており、土、日、祭日、夜間に特養に24時間365日型の訪問看護を導入できるようにして欲しい。そうすれば少人数の特養看

護師の加重負担軽減や離職対応にも結び付き、訪問看護ステーションの規模の拡大、安定ともなる。

加えて、特養の場合は看護師が百人に3人が定員であり、5人以上おいているところでも携帯による夜間、休日待機が一週間に1回以上の交代制でやっている。これはものすごいストレスである。加えて、病院勤務と比べて特養勤務の方が、看護師のスキルが高くなければならない。夜間などは医者が来ないので自身で診察して判断し、病院を探し、家族に連絡する等の作業を全て一人でこなさなければならず、給与は平均で公的病院の7割程度、年間500万円程度。これでは人が来ない。だったら、せっかく訪問看護ステーション・在宅療養支援診療所の制度があるのだから、特養でも活用ができるよう検討していただきたい。も然りである。これがかえって医療費を下げることになるだろう。

(渡辺氏)

こうほうえんは東京では介護事業しか手掛けておられないが、地域包括ケアにおいては医療機関とも連携しなければならない。医療機関の側は、地域包括ケアにおける訪問看護ステーション、在宅サービス、パリアティブケア等、どこまで積極的になるべきだと考えるか。大変だとは思いますが、こういった医療関係者を更にどのように関与させなければならないか。インセンティブをかけるとすると、医療機関をもうすこしやる気にさせるにはどういう施策的な手当をしなければならないか。

(廣江理事長)

医療でも法人が連携して事業展開できるような施策を推進できれば良いが、困り込みとかたらい回しといった、逆の問題も起きうる。医療法人が社会福祉法人を設立して特養を作ったところ、寄附を医療で取り戻すという筋違いの行為が目にあまり、薬代や検査費しかとれなくなったなどという現実をみると、医療も介護も良心があるところ同士が組めば、良いものができると思う。

それから、インセンティブがないと人は働かないから、その辺の兼ね合いが難しい。地域の訪問看護や地域の医師が家庭に来てちゃんとしたサービスを提供することが地域包括ケアの最高の形だと考えている。また、病院としては199床以下は地域支援病院になれるので、そのような形で地域の応援ができる。

境港市という人口3万5千人くらいの市の例を紹介したい。境港市では、小学生以下の子供は家庭には障がい者や高齢者がいないから施設に来て一緒にあそんだりする。お年寄りも、子供が握手するだけで笑顔が出てくる。子供も家にいない高齢者に触れ合う体験ができる。小学生になると、PTAと一緒に地回りさせ、住んでいる町にどんな人が住み、どんな町かを知ることができる。そこからDVや虐待の発見につながる。中学生高校生にはボランティアをさせ、高校・大学を卒業した後も、帰ってこれるように働く場所があるように産業構造を変えていく、漁業しかないところに空港、クルーズ船、水木しげるロードなどを活用して新たな地場産業を育てていこうとしている。地域包括ケアを実践する中にこのような街づくり、街おこしを合わせてできるよう頑張りたい。医療と介護の連携では、済生会病院を地域支援病院として、開業医と一体となり、24時間365日の地域医療を担っていくようにして、私たちが介護を担い、一体としてケアをつなげていけば市は再生するだろう。とにかく一人一人が責任を持って必ず地域参加するような街にし、そこに働く場所や仕掛けを作る。介護から街を変えていこうとしている。

地域包括ケアというのは、そこに住んでいる人全員の為のものである。障害者もいればDVもあればいじめもある。それを含めて一つの地域であり、それ全体を変えるようなことを地域包括ケアから始めていく。とりあえずの事業開始にかかるコストはこうほう

えんが出す。その代わりに、市にも長期的なスパンで能力ある人を固定してくれるよう要望している。そして、PTAや医師会、商工会議所などを口説き、街を変えていく。そして例えば高齢者を活用して空いた畑を借りて、芋を耕作して焼酎を作って世界に売り歩とか、いろいろなことをやっていけば街が変わる。それが地域包括ケアであると思う。地域包括ケアは「向う三軒両隣」の再構築であると思っている。

(川淵教授)

65歳ではなく75歳くらいをもってお年寄りということにして、後期高齢者医療制度と介護制度をドッキングしてみてもどうか。そして、社会福祉法人と社会医療法人をドッキングして社会医療・福祉法人とし、やる気のある法人、甲斐性のある法人に全部やらせて、範囲の経済性を持たせて地域おこしをやってはどうか。

(廣江理事長)

正にその通りで、川淵先生のおっしゃる通り、社会福祉法人と社会医療法人で地域包括ケアの構築を頑張らなければなりません。IHNのような体制で二次医療圏くらいを受け持つ制度ができればいいと思います。2025年までの間に町村格差起きると思います。住みやすいところととてもではないが住みにくいところに分かれることが起こるだろう。高齢者が生き生きと生きるのか、肩をすぼめて生きるのか、私たちにかかっている。

(森日本経済再生総合事務局参事官)

これにて、本日のヒアリングを終了する。

(以上)