

## 実務者・有識者ヒアリングの概要

1. 趣旨

産業競争力会議医療・介護等分科会における議論の参考とするため、実務者・有識者からのヒアリングを実施。

2. ヒアリング日時・対象者（テーマ）

## ○学識経験者

（10月3日（木）11:00－14:00 内閣府本府5階 522会見室）

- 11:00－11:45 国際医療福祉大学 大学院教授 高橋 泰氏  
（人口減少社会に向かう日本の医療福祉の現状・将来予測・戦略）
- 12:30－13:15 東京大学大学院情報学環 准教授 山本 隆一氏  
（医療健康分野のIT化とイノベーション）
- 13:15－14:00 キヤノングローバル戦略研究所研究主幹 松山 幸弘氏  
（医療介護福祉産業の競争力強化策）

## ○医療・介護等実務者

（10月4日（金）13:00－16:00 中央合同庁舎4号館4階 第4特別会議室）

- 13:00－13:55 日本OTC医薬品協会 会長 吉野 俊昭氏  
日本OTC医薬品協会 副会長 上原 明氏  
（スイッチOTCの促進等）
- 14:00－14:55 日本医療法人協会 副会長 伊藤 伸一氏  
（社会医療法人の一層の普及についての一考察）
- 15:00－15:55 社会福祉法人 こうほうえん 理事長 廣江 研氏  
（医療機関や介護事業者の一層の連携）

3. 出席者

## &lt;民間議員代理&gt;

株式会社みずほ銀行産業調査部副部長 牛窪恭彦氏  
株式会社ローソンCEO補佐（政策担当参与） 渡邊一郎氏  
公益社団法人経済同友会企画部マネージャー（代表幹事補佐） 岩下圭二氏

## &lt;有識者&gt;

東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授 川淵孝一氏

## &lt;事務局&gt;

飯塚 厚 内閣官房日本経済再生事務局次長  
田和 宏 内閣官房日本経済再生事務局次長  
赤石 浩一 内閣官房日本経済再生事務局次長ほか

## 4. 概要

### ①国際医療福祉大学大学院教授 高橋泰氏 「テーマ：人口減少社会に向かう日本の医療福祉の現状・将来予測・戦略」

- 国際的にみて、日本は、病院と病床が多い。適切な医療を行おうとするとどうしても病院内のスタッフの密度が必要。急性期病院は、病床を減らしてスタッフの密度を上げて、短期間に一気に治療する方がいい。急性期病院をダウンサイジングして、密度を上げていくことが重要。
- 病院の数が多すぎるので、ホールディングという考え方が秀逸。医療法人と公的・公立病院の統合などを実現するために、医療法人のあり方を変える法律の整備も必要。
- 2040年までに、すべての二次医療圏において、0～64歳人口は減少する。またほとんどの二次医療圏の75歳以上人口が増える。日本中おしなべて若い人が減り、後期高齢者が増えるというのが全体像。大都市型、地方都市型、過疎型に分けると、きれいに傾向が分かれる。大都市は高齢者問題で、過疎地は地域存亡の問題になってくるというのが基本構造。全国で医療資源の余裕があるところとないところがはっきりしてくる。
- 東京と地方では、物価も違う。地方にいけば、施設にも余裕がある。地域偏在の状況をオープンにすることで、Uターンしたいと思う人も出てくる。そのような動きができれば地方の雇用も生まれるし、経済も潤い、人口減も防げる。そういった流れができてくれば、新たな産業も出てくるのではないかと。我が国が他国から求められているのは、現状維持ではなく、一人一人の取り分を減らさないようにどう縮小していくか。そういった戦略であり、その実行のための施策をどうするかということではないか。
- 急性期医療は「とことん型」と「まあまあ型」に分けられる。「とことん型」は、従来の急性期であり、治療優先。「まあまあ型」は、生活維持が目的で病気は治さなくても家に戻れるように患者の身体と環境を見てくれる医療。「とことん型」と「まあまあ型」の切り分けは絶対必要。病床は、全部減らすというのではなく、「とことん型」の部分はどう減らすかというのが根幹。まず各病院が「とことん型」、「まあまあ型」、収容型のそれぞれの医療をどれだけやっているのかをはっきりさせることが必要。

### ②東京大学大学院情報学環准教授 山本隆一氏 「テーマ：医療健康分野のIT化とイノベーション」

- マイナンバーを直接使うかどうかは別として、やはりIDのように、きちんと個人識別できる仕組みをつくって、PHR(Personal Health Record)の整備を進めていかなければならない。PHR, EHR(Electronic Health Record)が、医療健康分野のIT化において、世界中で目標とされているものである。
- 我が国で今作られているものは、情報が流れるインフラと、その上のコンテンツが一体となっている。コンテンツとインフラが分離していない。従って、隣の町は慢性肝炎の連携をやっている、こちらの町は心筋梗塞の連携をやっている、この2つは共通点がないから何もつながらないということになる。やはりインフラとコンテンツをある程度分離した設計をしていかななくてはならない。
- 日本の医療のIT化は遅れているといわれるが、医療・健康情報の電子化率でいえば、世界の最高水準。また医療機関が、情報システムを導入している率も、世界の最高水準。問題は、情報を上手く活用できているかどうかで、これが日本の

場合あまりうまくいっていない。

- データベースは日本にはこれまで少なく、データを活用していこうという動きが弱かった。しかし、最近、データの正確性には問題はあるが、厚労省のレセプトデータベースには60億件のレセプトがたまっているし、5000万件弱の特定健診、特定指導のデータが入っていて、世界的に見ても相当大きなデータベースとなっている。台湾はレセプトの請求データの活用が進んでいるが、韓国、日本はなかなかその情報が利用できない。なぜ利用できないかという、匿名化データとはいえないからである。確かにIDは除いてあるが、医療情報、健康情報のような複雑な情報は、ほかのものと組み合わせることによって個人を特定できる可能性が非常に高い。これを、どうすればいいのかというルールが曖昧である。こういった個人情報の取扱いに関してルールが明確でない。従って、なかなかこのデータの活用ができない。各国とデータを交換していく必要もあることから、国際標準に沿ったルールの明確化が重要である。
- 個人情報保護については、保護の話ばかりだが、活用することによるメリット、公益とのバランスを本来は考えないといけない。情報というのは使って価値があるからこそ保護をしないとけない。公益と保護の境をもっと明確にしておかないといけない。今は、変に匿名化しているからつながらない情報がたくさんある。用心のための匿名化は無駄なことが多いのではないか。本当は、使う時にきちんと本人に迷惑かからないように処理すべきであって、その段階までは価値を下げたまで匿名化をする必要はないのではないか。
- デンマークはICTが非常に進んでいるといわれているが、日本でいうと一つの県くらいのサイズ。実証実験は、せめて県くらいの規模で一定の時間をかけて行う必要がある。
- PHRに何もかも情報をいれなければならないということではなく、お薬手帳など、最も役に立ちそうなものからまず始めればいいのか。薬の記録があるということは、これはプロが見れば、どういう病気であるかすべてわかる。相当情報量が多い。

③キャノグ ローバル戦略研究所研究主幹 松山幸弘氏 「テーマ：医療介護福祉産業の競争力強化策」

- アメリカでは、地域包括ケアが大規模になされている。その仕組みはIHN（Integrated Health care Network）というものであり、これが全米に500以上ある。急性期ケア市場の7割をこれらの非営利IHNが抑えている。
- 大規模な非営利医療公益企業を作るべき。具体的には、国立大学の附属病院を大学から分離して近隣の国公立病院と合併して少なくとも事業規模1000億円とする。プライマリーケアについては、地元の開業医と一緒にやるような体制をつくり、そこに非営利のホールディングカンパニー機能をつける。これがアベノミクスの下で医療介護を経済成長のエンジンにしていくための一つの仕組みではないか。医療法人や社会福祉法人の中で、今でも地域包括ケアで重要な役割を果たすことのできる法人がたくさんある。それらと、この大規模非営利医療公益企業が情報共有でグループ形成すれば、相当なことができる。
- 日本ではイノベーションというと株式会社病院という話が出るが、株式会社病院は、あくまで利益の最大化を狙うので、赤字になる先進医療はしない。医師の育成もしない。医療のイノベーションを引っ張っているのは、メガ非営利医療事業体である。世界から見ると日本の国立大学付属病院は、零細事業体である。
- 医療機関の事業規模を拡大して効率化という話をすると、日本ではすぐ大病院を作ることには話が飛んでしまう。海外は逆であり、事業規模拡大は、病院をでき

るだけ小さく作って、サテライト施設群を最適配置するという発想である。医療技術が進歩したことによって、患者がどんどん急性期病院から出て、外来でがん治療も受けるようになってきた。急性期病院の建物に固執していたら経営競争に勝てないということで、急性期病院もダウンサイジングしながら、その浮いた財源を地域に最適配置していった。

- 医療産業集積には必須要件が2つある。まず世界標準の医療事業体がある。つまり、まず臨床ありきであり、研究機関の集まりではない。かつ、そこに世界トップ評価の大学がある。情報と人材が集積していて、それがうまく一元管理されているから、世界中から企業や研究資金、患者、人材が集まる。日本のように研究施設を一か所に集めて、医療産業集積だということもあるが、それは世界から見たら評価対象外。
- 今回の医療改革の目玉は、2025年までに地域医療包括ケアを全国に作るということであるが、問題が一つある。それは連携のみで作ることが前提となっていることである。それは不可能。医療の場合は特に、経済的利害対立が多いので、一緒にならない限りうまくいかない。特に保険者と医療機関。技術進歩が激しい中で、効率的かつ質の高いサービスを提供するためには、ミスマッチの極小化が重要であり、そのためには、パッケージとして全部機能を有しておく必要があるということ。
- 社会保障制度改革国民会議報告書には、日本が医療情報の共有とか連携がうまくできていないのは、民間病院が多いからであり、公的セクターであれば、政府が強制力をもって改革できると書かれている。しかし、日本の国公立病院施設は公的所有でありながら、体系的にできていない。近くにある国公立病院もみんなライバルであり、同じような投資をして情報共有していない。日本同様、私的所有中心の米国では、世界トップクラスで体系化されている。一つの医療圏、例えば約100万人の医療圏単位で、シェア20%を超える事業体があればそこに必然的に経営の独立性を維持しながら、共存して各医療機関は組み込まれていかざるを得ない。その核になる事業体を国公立の経営資源で作るべきではないか。
- 医療機関の財務データを見ると、過去最高益を出しているところがたくさんある。国立大学附属病院も今は過去最高益。社会医療法人は、2010年過去最高益で今も同レベル。社会福祉法人はこれよりも黒字率が高い。診療報酬、介護報酬、補助金にメスを入れられる余地が大きいのではないかと。もっと、メリハリをつければ、改革のための財源が出てくるのではないかと。
- 長野県厚生農業協同組合連合会はアメリカのIHNとほとんど同じ考え方で設備投資している。今注目されているのは、佐久総合病院を2つに分けてダウンサイジングしている点。高度医療センターをつくって、もう一方は後方支援センターとする。病院はできるだけ小さく作るという発想が入っている。長野県厚生農業協同組合連合会は、補助金が入っていない経常利益の段階で黒字である。医療と介護すべてをやれば実は黒字になる。これは無駄な投資をしていないからである。社会福祉法人でモデルになるのは、浜松にある聖隷福祉事業団。介護、福祉から急性期医療まで多角的に事業を手掛ける有名な事業体であるが、事業拠点数は120以上あり、補助金込であれば4%前後黒字。補助金抜きでも黒字。それだけマネジメントできている。日本全国に聖隷福祉事業団とか長野県厚生農業協同組合連合会ができれば、物凄い改革になる。
- 長野県は、全国平均で見ると、医療費が12%程度低い。かつ、平均寿命が長い。全国で長野県のような取組をすれば、厚労省がこの間5兆円節約するという発表をしたが、5兆円は節約できる。実現不可能な数字ではない。
- 社会福祉法人は1951年に制度ができてから、62年間、財務データを集め

られたことがない。巨額の公費が投入され続けているにもかかわらず、市場規模がいくらかということが誰もわからない。財務諸表を全て集めて、国民の前に並べたときに、議論が起こるのではないか。

**④日本 OTC 医薬品協会会長 吉野俊昭氏・同副会長 上原明氏 「テーマ：スイッチ OTC の推進」**

- 生活者の意識調査をすると、予防は健康食品、病気になったら医者に行くというので、OTC 医薬品でケアするという認識に乏しい。そうした観点から、自分の健康を早くから測定して備えることが大切。
- 医療の質を落とさないために、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することができる。40歳以上の約6割が検診を受けておらず、検診をどうやったら促進できるかということであり、そのために、地域の医療関係者が連携して予防の治療チームをつくって検診を受ける数を増やし、早く検診を受けさせることが重要。そのために、薬局店頭で血液検査ができるといったような、規制緩和が必要。
- 1000円以上の予防医療費は、所得控除の対象とすべきではないか。
- スイッチ OTC 医薬品の審議は、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れ、学会を代表する専門家により審議されるべきである。
- アメリカでは、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等の色々な利害関係者が入って、社会に必要なか、社会に貢献できるのかとの観点から議論した上で、それらの意見をもとに FDA が最終的に判断する仕組みになっている。日本においても、医師会や薬剤師会が意見を述べる機会はあると思うが、国民の前で、国民自らが使う薬について議論するような、透明性の高い場例えば公聴会を設けることが望ましい。
- 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る。医薬品のインターネットでの販売ルールの問題のために、現在スイッチ OTC を申請している医薬品の審査が全てストップしていることが極めて大きな問題。
- 日本のスイッチ OTC の状況とヨーロッパ・アメリカのスイッチ OTC の状況を比較すると、日本の状況は大分遅れている。長年使った中で安全性が担保されたも成分については、諸外国、特に先進国ではスイッチ化がなされており、ヨーロッパ・アメリカにおいてスイッチ化されているものは日本でも積極的にスイッチ化すべき。また、我々が示した129品目については、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、世界に先駆けて超高齢化時代を迎える日本がリードする展開があってもよいのではないか。
- 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について、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、そういった薬剤師が店頭で生活者に対して健康上のアドバイスをする人として受け入れられるような体制を作ってはどうか。

**⑤日本医療法人協会副会長 伊藤伸一氏 「テーマ：社会医療法人の一層の普及についての一考察」**

- 社会医療法人制度は、平成18年度の医療法改正において、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、へき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、認定医療法人に、不採算となる部分を積極的に担わせ、代わりに非課税、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として構築されたもの。
- 民間医療機関は、既に効率的で質の高い医療を実施しており、公的医療機関と

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、納税もしている。一方、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がままあるが、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。

- 社会医療法人を普及させるために、認定要件を緩和し、間口を広げるということが非常に重要。認定要件の緩和、特に周産期医療と精神科救急医療に係る要件の緩和により普及を促すとともに、在宅医療の要素にかかる認定要件の拡大も必要。
- 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いるところ。
- 社会医療法人制度の課題について、最も大きいのは同族役員の制限要件ではなく、認定取消し時の過年度非課税収益に対する課税である。3年間認定要件を満たせなかった段階で認定の取消しとなるが、取消しには期限がないので、最初に認定を受けた時点まで遡って、その時点から現在まで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ことと同義である。
- ホールディング・カンパニー等のような枠組みの形態を検討する際には、持分の問題が非常に大きい。即ち、社会福祉法人や公立病院は持分がないので、これらに対してどのように支配権を及ぼすのか。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の形と言えるのか。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い、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。ファイナンス以外のツールについては現在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・満足度が保障されなければならない。
- 公立病院改革は遅々として進んでいない。その上、先般の診療報酬改正に際して急性期に厚めに診療報酬が配分され、公的病院の収益は著明に改善してしまったことから、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が出来にくくなったというのが現実である。
- 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、通達により持分ありに変わってしまったことが禍根を残している。医療の非営利性を担保するのに、医療法上で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年もたつて元々の医療法人の9割が移行しないような法人制度の転換をやっているのでは、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、海外事業を手掛ける際に、医療法人制度をそのまま持ち出すことは不可能。

⑥社会福祉法人こうほうえん理事長 廣江研氏 「テーマ:医療機関や介護事業者の一層の連携」

- 社会福祉法人は、株式会社が株主に配当するがごとく、地域に対して配当していかなければいけない。昨今、内部留保等様々な点が指摘されるが、目的をもって社会福祉法人とし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、株式会社は儲ける一方で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。
- 社会福祉法人に一法人一施設の形態が多いのは、国の制度として多施設化を指

導しなかった行政の責任が一番大きい。加えて、社会福祉法人の経営者は自分達の家業のように法人を経営しているため、現状、事業譲渡、合併、共同化等がなかなかできないという大きな壁がある。

- 京都では、複数法人が資金を出し合い、雇用、研修、人材等を一体化して、地域密着型の新しい事業展開を行うスキームを試行中である。これをモデルケースとして法制化し、全国展開を図るべきではないか。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。
- 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、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つになれるけれども、持分のある医療法人とはなかなか一つになりにくいのではないか。
- 今、サービス付き高齢者向け住宅がたくさん出来ているが、囲い込みや防火対策等、様々な問題が起きている。国土交通省はたくさん作れというスタンスであり、厚生労働省による歯止めがかかっていないように感じる。
- 現行の労働法制は、社会福祉事業に対応できていない。例えば、施設の夜勤人員については、具体的な人員確保策を示さないまま、交代要員を雇うようにという見当違いの指摘が出され、労働基準法違反による勧告が続けられている。経営者の立場として、賃金は払うので、人員を具体的に確保できるような、雇用者・被雇用者が幸せになるようなしくみを検討していただきたい。
- 監事の常勤化について、是非検討いただきたい。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。また監査は行政の役割であるから、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。ところが、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ところ、自治体職員があまりにも監査事務に係る知識に疎く、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来ることもあるほどだ。自治体にもしっかりしていただきたい。
- 医療の予防と介護の予防は一本化しなければならない。現状の地域連携パスは病気になった人が急性期病院に入院し、そこから川下へと流れてくるわけで、我々介護は川下であるが、川下にいる人が一番多い。法律をして、企業に被雇用者の検診結果の要精密検査のフォローを義務付け、実施しなければペナルティを課すべきで、それにより予防ができれば本人にとっても健康が享受でき、医療費が節減でき、保険者にとってもプラスになる。医療と介護を一つに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。
- 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、グランドデザインが全く描けていない。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、報告させることを義務化するシステムを作らなければならない。また、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ならず、そのために、介護従事者を養成する学校が今瀕死であるところ、しっかり残さなければならない。
- 他国とのEPAに基づく介護福祉士の受入れについては、国際貢献と位置づけられているが、一人養成するのに一千万円以上負担があり、国家試験合格率は低く、合格しても帰国する者が多い。EPAとして位置付けるなら交流のみにして、介護人材として5年くらいの入国を認め、帰国した人を中心として介護技術ノウハウや施設展開で各国に貢献する方向がよい。
- 社会福祉法人の資金調達手法については、2000年まで、社会福祉事業の目的で銀行から資金を借りることが社会福祉法により禁止されており、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。現在

は、しっかりした社会福祉法人で信用があれば資金を借りられるし、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ところ。

- 介護事業においては、ロボットをある程度導入した方がよい。補助具やロボットの普及には時間がかかるが、職員の体も大事であり、抱える、持ち上げるといったような力仕事について、ロボットを入れたり、ノーリフトポリシーを導入したりすべき。ただし、食べる所作等、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、メリハリをつけることが肝要。これを義務化するようなシステムを国が考えるべき。
- 地域包括ケアについては、原則、今住んでいる住宅、地域で最後までケアをするために、どのようにシステム化するのかを官民挙げて検討しなければならない。地域の訪問看護・介護や地域の医師が家庭に来てしっかりサービスを提供することが地域包括ケアの重要なポイントであり、在宅で24時間365日住めるように、人材育成をしなければならない。