

## 福祉と連携へ経営統合も

# —「支える医療」へ転換を サービス規定、都市計画で—

長谷川敏彦 日本医科大学主任教授

豊田奈穂 総合研究開発機構主任研究員

### <ポイント>

- 個人情報一元化で「1生涯1カルテ」構築を
- 持ち株会社型の医療法人設立で再編進めよ
- 地区計画の設定で高密度な都市構造実現も

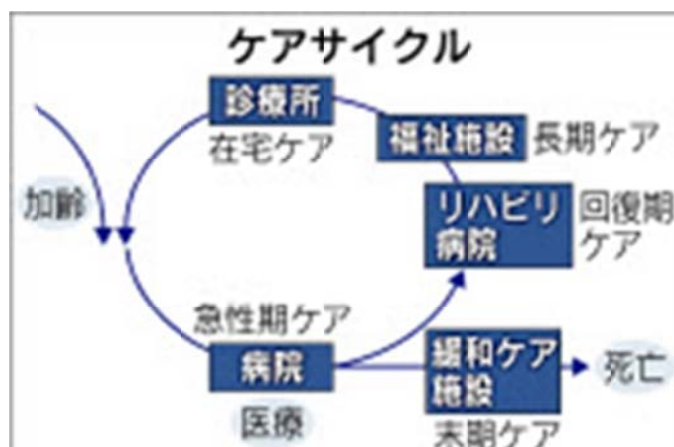
日本は世界で最も先行する超高齢社会となり、50歳以上人口は2030年にピークを迎えると予測される。日本の平均寿命が50歳を超えたのは戦後間もないころであり、その後の65年間で日本人の寿命は35年も延びた。しかし戦後構築された現在の社会は、85年もの長い人生にどう向き合い、死を迎えるのか、という課題に対応できていない。

筆者らは、医療を積極的に経済活性化やまちづくりの中核にとらえ、医療のみならず経済や都市など多分野の専門家と共同研究をしてきた。本稿では研究をもとに、まちづくりの実現や具体的かつ実践的な方策を提言したい。

従来の医療システムは、近代産業社会が成立したばかりのドイツで1800年代後半に発展した西洋医学が基礎となっている。ドイツ人医学者のウィルヒョウが「細胞病理学」という理論を確立した当時は、平均寿命が40歳代で、65歳以上人口が5%、病気も一つの疾病が一時期に発症するものだった。病気の主な原因は感染症や外傷に限られ、医療に期待される役割は病気を治すことであった。交通事故などで障害を抱えたとしても、病気で悪化するものではないため、医療と福祉を切り離して、独立した制度として運用することが可能だった。

しかし平均寿命が85歳となった現代の高齢者は、複数の病気を同時に抱え、症状の悪化と改善を繰り返しながら生活する。もはや病院で完治することは期待できず、リハ

ビリ病院、福祉施設、地域の診療所などを回り、医療と福祉のサービスを順次受ける必要がある。いったん回復しても、新たな病気の発生や再発で再び同じ循環を回り、最後は末期治療を経て死に至る(図参照)。5つの治療・介護が円滑につながる医療と福祉が統合されたサービス(ケアサイクル)が、高齢者に提供されることが不可欠だ。女性の場合、平均4~5回程度、この循環を経験するといわれる。



このように超高齢社会では、19世紀型の「治す医療」から21世紀型の地域での生活を「支える医療」に転換することが必要とされる。

以下では、その新たな「支える医療」を実現するための3つの提案を述べる。

### 第1は、医療と福祉の統合システムをいかに構築するかについての提案である。

まず、病院と地域の診療所に「総合診療医」を確保することが要となる。総合診療医とは、患者に多様な医療・介護サービスをつなぐ知識と経験のある専門医である。病院と地域の総合診療医がお互いに連携しながら、患者に医療・介護サービスをつないでいく。このケアサイクルを円滑に回すための総合診療医の確保が質、量ともに求められる。

また、医療・介護サービスを一体的に高齢者に提供するには、患者の情報が医療・介護を担う関係者間で共有されなければならない。そこで、個人番号、情報の保護や活用のための法律を整備し、個人の医療・福祉情報を一元化した「1生涯1カルテ」のシステムの構築が急がれる。

さらに、地域の医療体制を定める医療計画の見直しも必要となる。医療計画はこれまで新規の病床増設を規制してきたが、今後は特に総合診療医の確保や医療・介護連携を規定するとともに、在宅医や医療費の適正化までを盛り込んだものとするべきだ。

昨今、医師不足による医療崩壊の懸念が強まる中で、医療のあり方を示す基本法を新たに制定しようという動きがある。医療の理念を規定するのであれば、福祉の視点も盛り込んで、医療と福祉が統合されたサービスを提供することを基本にすべきだ。

### 第2は、医療と福祉の統合を進めるため、既存機関の経営再編を促す提案である。

医療機関と福祉機関の間でサービスを提供する制度や考え方は大きく異なり、医療と福祉の連携を阻害している。しかも06年の医療法改正で、新設される医療法人に出資する場合、出資額に応じて資産を案分して保有すること(出資持ち分)が認められなくなった。解散時に出資者への残余財産の配分をできなくすることで、医療法人が営利

を求めないようにするための措置だ。その結果、医療法人が新たに他の医療法人や医療・介護サービスの提供法人と連携しようとしても、出資持ち分が認められないため、経営統合はむしろ困難となった。

筆者らは、医療法人の出資持ち分を容認すべきだと考える。厚生労働省参事官の武田俊彦氏は、医療に影響する部分の非営利性は堅持しつつも、医療法人などの出資による持ち株会社型の新型医療法人の設立を認め、この場合に限り医療法人の持ち分を認めることで、複数の機関の経営統合を円滑に進めてはどうかとの視点を提示している。

また、高齢者の医療・福祉サービスへのアクセスを確保し、自宅で閉じこもりがちにならないようにするには、インフラの整備が重要だ。そのため新型医療法人のビジネスモデルとして、持ち株会社型の新型医療法人と都市インフラに関わるデベロッパー(開発業者)が相互に出資することを認めるべきだ。現行制度では、医療法人は医療行為以外の業務が禁止されており、医療法人によるデベロッパーへの出資は認められない。しかし、医療本体に限られた影響しか及ぼさないという一定の条件付きであれば、問題は少ないと思われる。

ただ、これまで一部の地域では特定の医療法人や福祉法人がチェーン化し、経営のガバナンス(統治)が不透明、あるいは外部への説明責任を果たしていないとの批判を受けてきた。そこで、今回提案する持ち株会社型の医療法人の経営では、後述する都市計画と併せて考えることで、住民の参加や外部への説明責任が果たされるべきであろう。

### 第3は、市町村の施設や土地利用を定める都市計画の見直しに関する提案である。

日本大学教授の中川雅之氏と筆者は、都市サービスの機能や、それに関わるインフラ整備を規定する新たな地区計画を創設することを提唱している。一定の区域で提供される医療・福祉のサービス水準を明確に規定する仕組みだ。

現在でも、ある区域を対象に病院、学校、工場といった建築物の用途や、敷地面積など物理的特性を規定する地区計画制度がある。しかし、それはその区域で提供されるサービス内容や質などの機能を規定するものではない。

今回の提案では、区域内での一体的な医療・福祉サービスの水準を規定することで、住民にどのような都市サービスを提供するかを約束する。透明性を高めるため、地域住民や新型医療法人からの提案を待って地区計画を決定し、その後の状況を住民が管理することも十分に考えられるだろう。これは、新型医療法人による新しいビジネスモデルを後押しするための試みだ。

さらに、地区計画で質の高い医療・福祉サービスを提供する区域をコンパクトに区切ることができれば、現行の分散型の都市構造から効率的に連携できる高密度な都市構造への再編にもつながる。

以上の3本柱の政策を実施することで、人生50年社会から人生90年社会を前提としたシステムに転換する。

日本の要介護、要支援者は現在約 530 万人だが、筆者推計によれば、30 年には約 900 万人に達すると見込まれる。慢性疾患や精神障害を抱えた人々が約 100 万人想定されることから、合わせて1千万人となる。つまり9人に1人の割合で、一人ひとりの症状に応じた個別のケアサイクルが必要となるわけだ。

人類未踏の高齢社会に突入した日本は、先頭を切って新たな社会を構築していく必要がある。少なくとも 21 世紀型の医学、社会保障は日本から発信することになる。日本のモデルが、同様に高齢社会に突入していく韓国や台湾などでも活用されるであろう。

日本の新社会のための統合的な国家戦略を立てるには、政府による府省横断的な戦略会議を設置すべきであろう。

はせがわ・としひこ 48 年生まれ。東京大医学博士。厚労省などを経て 06 年より現職

とよだ・なお 75 年生まれ。横浜市立大博士(経済学)