

第3回社会保障審議会医療部会

○日 時 平成13年11月19日(月) 15:00～17:00

○場 所 経済産業省別館944号会議室

○出席委員 小山田恵、櫻井秀也、佐々英達、猿田享男、仙波恒雄、高木剛、高久史磨、高梨昇三、辻本好子、豊田堯、永富稔、中西敏夫、奈良昌治、羽生田俊、福島龍郎、松田鈴夫、松山幸弘、森山弘子、渡辺俊介

(五十音順、敬称略)

○議事内容

○高久部会長

ただいまから第3回社会保障審議会医療部会を開会させていただきます。本日は麻生委員、跡田委員、井上委員、野中委員、樋口委員から欠席のご連絡をいただいています。

それではこれより議事に入らせていただきます。本日は医療機関の経営について、参考人及び委員からご説明をいただいて、その後この問題について議論をいただきたいと考えています。本日はご多忙の中、参考人として社団法人日本経済研究センターの八代尚宏理事長をお招きしています。

最初に、いままでもご議論があったのですが、この部会の進め方について、事務局から説明をお願いします。

○医政局総務課長

それでは進め方について、今日お配りしてある議事次第の資料に基づいてご説明させていただきます。まず、表紙にミスがありますのでお詫び申し上げます。松山委員の肩書きの所で、富士通総研経済研究所「主任研究員」とありますが、これは「主席研究員」の間違いです。大変失礼いたしました。

まず資料の1頁に今後の進め方(案)とあります。前回、議事の最後のところで、今後の進め方について特にご指摘をいただいて、9月17日、10月18日と、2回経過しております。それから、本日、医業経営について参考人等からのご説明をいただき、また意見交換をしたいということで、これは日程、内容をセットしてあります。これ以後については、12月19日をお願いいたします。今度は医療の情報提供について、同じく参考人の方々、あるいは委員から説明をいただいて意見交換をしたいということです。

2頁に、来年1月中旬に、医療の情報提供について論点整理、あるいは素案の提示、意見交換ということで煮詰めてまいりたいと思います。2月上旬になって、部会としての情報提供についての意見のとりまとめをしていただきたい。また、2月下旬ですが、これはちょうどその頃には、並行的に、田中滋座長の下で「これからの医業経営の在り方に関する検討会」をしていただいているわけですが、そこでの検討状況も踏まえて、医療法人の

経営のあり方も含めて、部会としての意見のとりまとめに入っただいて、3月上旬には最終的なものにしていただきたいと考えております。

最後に、年度内に、情報提供について方向がはっきりしてきたものがあれば、これは大臣告示ということで、改正することも年度内に行いたいというスケジュールを考えております。いかがでしょうか。

○高久部会長

ただいま来年3月上旬までのこの部会での議論の内容について、簡単な説明がありました。どなたかご意見おありでしょうか。

○高梨委員

質問ですが、今日行われる医業経営についての意見交換を踏まえたものは、2月、3月段階の「21世紀の医療提供の姿」の中に取り入れることが前提になっているということなのかどうかということが1点。

もう1つは医療情報の中で、いわゆる広告規制の問題は、この医療の情報提供の中なのか外なのか、その点について事務局の考えを教えてくださいたいと思います。

○医政局総務課長

まず第1点の、本日までご議論いただく医業経営について、これは2月上旬の意見書のとりまとめの中にご反映いただくこともあり得ると考えております。

広告規制の問題については、むしろ情報提供の重要な要素で、特に告示するというのは、まさに広告の、いわば開示することを告示するわけですから、まさにこの議論そのものだというふうに考えております。

○高久部会長

よろしいでしょうか。

○高梨委員

広告の問題はわかりました。情報提供の問題というのは、いずれまた議論が次回あたりから行われるのでしょうけれども、法律そのものに情報提供関係のことを書くか、書かないかということも、当然議論の対象になり得ると思うのです。まとめの段階について言えば、法律ということになると告示などというのではなくて、国会に提出して、どうするかという議論になるわけです。それはその段階で、まとまったものによってこの措置は考えられるということによろしいのでしょうか。

○医政局総務課長

基本的には広告規制については告示でできるということになっておりますので、私どもの気持としては、いくつ追加する項目があれば、告示でお願いしたいと考えております。ただ、法律の本体で追加するというのが、ここでの結論ということになれば、そのときは私どももまた検討させていただくことになると思います。

○高久部会長

よろしいでしょうか。ほかにどなたか。もしなければ、先ほど申し上げたように、八代理事長からお話を伺うことになっています。八代理事長は、皆様もすでにご存じのとおり、総合規制改革会議のメンバーとしてご活躍されておられまして、私どもの部会に関連する分野についても、いろいろなご提言をなされています。本日はその会議の内容などについて、直接お話をお伺いして、その後皆さんからご意見をお伺いしたいと思います。それでは八代先生、よろしく願いいたします。

○八代参考人

私は規制改革委員会時代から、今年で4年目ですが、医療を含む社会的規制の問題について担当させていただいております。現在、医療ワーキンググループの副主査を務めております。本日はこのような機会を与えていただきまして、本当にありがとうございました。本日の、「医業経営における株式会社参入」の問題というのは、極めて誤解されている分野が多いわけで、是非この機会にこちらの見方について、同意するかしないかは別として、少なくともそういうことを考えているのだということを、是非ご理解いただければと思います。

ただ、本日私が申し上げるのは、当然ながら規制改革会議の公式見解ではなくて、私の個人的な解釈も含まれているということはお含みおき願いたいと思います。

資料を1枚めくっていただいて、まず何のためにこういう改革をするかということですが、これは決して、誤解されているように、企業の利益のための改革ではありません。これは規制改革全体を通じていえることですが、消費者、この場合は利用者といったほうがいいかと思いますが、医療改革というのは、あくまでも利用者の利益を最優先にしなければいけない、これは当たり前のことだと思います。

それでは、どうしたら利用者の利益が最優先されるかというときに、我々の考え方は、特定の事業者の参入を規制するよりも、できるだけ自由に入れて競争を促進させる。それによって利用者を選んでもらえるということがいちばん利用者の利益に叶うのではないかと、こういう一般原則が、医療の世界にも成立つのではないかとこの見方をしております。

医療の世界は、国民皆保険の下で、フリーアクセスが確保されているということは、高く評価されるのではないかと思います。ただ、医療の分野は特殊性があって、患者とお医者さんの間には情報の非対称性がある。それがまさに競争を制約する大きな要因になっている。したがって、まず医療サービスの分野での競争を促進させるためには、サービスの標準化とか情報公開とか、そういうことがまず進められなければいけない。それが不十分なままでは、実質的に患者の選択肢には限界があるというふうに考えております。

したがって、患者情報の開示とか、医療機関に関する情報公開、広告規制の緩和、医療機能評価機構への受審をできるだけ促進するというようなことが前提になると思います。

そうした前提の下で、できるだけ多様な事業者間での競争促進ということは望ましいわけで、その1つとして資本調達手段の自由化、新しい経営能力の活用というものが鍵になると考えられます。

次の頁で、いま言われている株式会社参入規制の論理というものを、私なりに整理させ

ていただきたいと思います。医療法7条には、営利目的の病院経営は禁止するというか、認めないということが書いてあるわけですが、本来、患者の利益に反するような営利性というものが禁止されるのは、別に医療の世界に限らず、どこでも当たり前のことだと思います。したがって、株式会社参入の問題は、医療における営利性を認めるか認めないかというような哲学論議でしばしば議論されるのですが、私はそれはナンセンスだと思っておりまして、そういう患者の利益に反するような営利性は、誰もが否定すべきものだと思います。

問題は、ここで禁止されている営利性の内容が極めて漠としていることにあるわけです。例えば競争的な市場では、利用者の利益に反するような意味での営利的行動というのは淘汰されるはずである。これは時間がかかるかもしれませんが、間接的にそういう事業者というのは、消費者から選択されないという意味で潰れてしまう。しかし、もちろん医療の世界は特殊ですから、そういう競争というのは難しいかもしれない。したがって、そういう競争が働かないときには、事業者の倫理性に全面的に依存するような形で、患者の利益を守るべきだというご意見が出てくるのだと思いますが、我々は、そういう事業者の倫理性だけに依存するような仕組みというのは極めて危険であると思っています。それは良い病院に当たればいいのですが、悪い病院、悪いお医者さんに当たったときに、患者は救済されない。しかもそういう劣悪な医療機関を淘汰するメカニズムが十分でないからであって、そういう意味ではできる限り競争を促進させることが基本ではないかと思います。

現行法では、どういう形で非営利性を保障しているかということ、次の3点だと思います。第1に、開設主体が営利法人ではないこと。これは福利厚生目的の企業病院は例外です。2番目は、実はこれがいちばん大きな点ですが、医療法人の経営剰余金というものが出た場合に、それを配当の形で外部に配分することを禁止している、医療法54条です。それから、法令に定めるもの以外の収益事業を禁止されている。

問題は、こういう54条のような配当禁止ということで、本当に病院、医療機関の非営利性が確保されるのかどうか。むしろ逆ではないのかというのが我々の問題意識です。ちなみに他の分野では、どういう手段で非営利性を保障できるかということ、例えば電力等は、株式会社で運営されていますが、供給義務というような形での事業規制がかかっているわけです。それから、米国等の非営利病院では、一定の範囲で慈善医療を提供するということで、非営利性が担保されている。医療の世界でも、医師に対する応召義務というのがありますが、仮にこの応召義務の内容が極めて明確であって十分であれば、ある意味で米国の例に近くなるのではないかと。すべての患者をただで診ていたら、病院経営は成り立ちませんが、一定の範囲内で診るということであれば、それはある意味で非営利性を担保する一つの要素ではないかと思われます。

問題はそういう事業規制ではなくて、配当の禁止というような、いわば経営形態の禁止だけでそういう現行の規制で医療の非営利性というものが本当に確保されるのかどうかということです。これは経済学的な考えから見れば、いくらでも抜け道があるからです。利益配分の禁止規定というのは、剰余金の配当は禁止できますが、内部留保とか役員報酬の増加の形で利益配分は十分可能である。現に、これまでの議論でも、医療法人の剰余財産の分配というものは事実上、事後的な剰余金の配当と同じではないか。それは解散したときだけですから、非常に制約されていることは事実ですが、そういうことが可能である

ということです。

それから、医療法人には持分があるものとないものに分かれていますが、持分のある医療法人というのは、病院の資産と個人財産とが一体化した、いわば個人企業と同じような組織形態である。これは国税庁もそういう理由から企業と認めていて、課税しているというふうに理解しております。

したがって、現在の医療法人の非営利性というのは、いわばあるべき倫理規定であって、組織論としての保障は何もない。これは例えば社会福祉法人では、基本的に解散時には財産を別の社会福祉法人等に寄付しなければいけないという規制がかかっているのですが、そういう規制は、いまの持分のある医療法人にはないわけです。

したがって、組織的な非営利性を担保した、例えば特別医療法人とか特定医療法人という制度が考えられているのですが、現実ではわずか1%程度しかない。これは、非課税要件が十分でないということがあるかと思いますが、いずれにしても、いまの医療法人に関する規制というのは、非営利性を十分担保したものとはいえないのではないかと。したがって将来の課題ですが、持分のある医療法人は、むしろ企業性を明確化し、持分のない医療法人には、むしろ非営利性を強化させるというような二分化が必要ではないかと思えます。

したがって、株式会社参入論というのは、非常に突飛なように思われますが、実はそれは現行の医療法人制度への批判の裏返しであるという点が重要ではないかと思えます。

次の頁で、病院と書いてありますが、医療機関の設備資金の調達手段というのは、以下の5つくらいに分かれるわけです。1つは自己金融方式、内部留保を蓄積する、あるいは親から相続するというような自己金融方式です。

2番目は、土地・建物、設備等を外部から賃貸する。この場合は外部の企業から借りてもいいわけですが、その代価として賃貸料を支払う。

3番目は銀行から借り入れて、元金を返済して金利を支払う。

4番目が、これは現行では禁止されていますが、病院債を発行するというわけです。

5番目が問題の株式の発行です。株式を発行して出資者への配当金を支払う。この5つは、いずれも病院の設備資金を調達するための手段であって、それぞれ当然ながら代価を伴うわけです。ただで資金を調達することはできない。

したがって、この5つの方法の代替手段が問題になるわけですが、こうした中で現在の法律では、株式の発行だけが禁止されている。それに伴って病院債の発行も禁止されている。他方で、銀行からの借入れとか賃貸方式は、何ら禁止されていないという状況ではないかと思えます。これについては後で触れます。

そうした中で、株式発行による資本調達というのは、明らかにメリットがあるわけで、これは巨大な病院の建設資金をまかなうために、出資者が有限責任の下で投資リスクの分散が可能であるということなのです。

それから、資産の売買市場というものが拡大するわけで、経営者の円滑な交代が可能である。よく、医療法人の永続性というか、株式会社はすぐ撤退してしまうというご批判があるわけですが、いまの医療法人でも、できてから半世紀くらい経つものも多くて、代替わりの時期にきている。そういう意味で、いまの医療法人の継続性ということが、実は問題になっているわけで、経営権の交代がスムーズにいくためには、そういう医療法人のいわば資産の売買市場といったものを形成することは極めて重要です。個々の病院の継続性

というより、全体として医療サービスが継続すればよいわけで、経営者が交代することがスムーズにできる仕組みのほうが、より医療サービスの安定供給には必要ではないかと思われる。

それから、株式会社の場合には、個人企業と比べて経営の透明性、監査の義務化等が裏付けられております。現行の医療法人は個人企業ですから、当然ながら情報公開の義務はないわけで、インセンティブもないわけです。

それからマネジメントの近代化・医療サービスの質の確保へのインセンティブが働くということです。これは、消費者に選択されるためには、そういうことをしなければいけないということになるわけです。

次の頁、現行の配当禁止、すなわち非営利性であるという定義です。つまり、非営利性の具体的な定義が実は問題であるわけです。その理由として、例えば株主というのは配当を最大化することを常に要求するわけで、したがって株主の言い分を聞いていたら、株式会社による病院というのは事業利益を最大化しなければいけないという論理になるわけです。最大化するときに、患者の利益を損うようなことが起こるのではないかということが懸念であると理解しています。

しかし、現在は配当というのは利益の分配ですが、日本の法人の7割が無配です。医療法人では、逆に7割が黒字ということですが、一般的に見れば株式会社がすべて儲かっているわけではなくて、むしろ儲かっていないほうが大部分であるということです。

それに対して銀行借入れというのは、赤字でも返済義務がある。配当というのは、企業が赤字であれば配当は支払わなくてもいいわけですが、銀行というのは、とにかく容赦なく取り立てるわけで、もしきちっと払えなければ、担保資産を没収してしまう。これが逆に言えば、債務奴隷という、やや極端な言い方がありますが、そういうことに陥るリスクもあるということです。

それからよく言われるのは、配当によって医療分野以外に資金が流出してしまうから、事業者の収入が十分医療のために使われないのではないかということで、これはどうも19世紀の略奪的資本主義みたいなイメージがあるかと思います。現在では利益があればそこに再投資するというのが市場の原則で、その意味では、別に配当によって流出するというより、配当率が高ければ、それがまた次の資本形成のための呼び水の役割を果たすというのが、むしろ市場の常識ではないかと思います。

それから、先ほどのように、株主の配当を最大化するような要求があれば、常に患者が食いものにされるという論理は、はたして正しいのかどうか。ほかの市場では、少なくとも利用者を選択されるような優れたサービスの提供者が報われるシステムがあるわけで、十分な競争を前提とすれば、これは医療の世界でも成り立つのではないか。

医療サービスの標準化とか情報公開が進んで、利用者が十分に選択できるような状況の下では、営利とか非営利の差というのは、米国ではそうですが、せいぜい課税の有無を決めるときの基準になる。そういう仕組みであって、参入規制の基準ではないのではないかと思います。

次の頁で、これはいつも医師会から頂いている資料で、この資料の意味するところは、株式会社が病院を経営すると、配当金の分だけ医療費が高騰するという説明であるわけですが、私はいつも、これはおかしいのではないかと感じております。つまり、配当という

のは資金調達の代価であって、いわば銀行借入れの金利に対応するものである。したがって、この表でいえば、右側に「配当金」というコラムを設けるのであれば、左側にも「金利支払分」というコラムを作らなければいけない。それで初めて対等な比較ができるわけです。

それから、別に銀行から借りなくても、内部留保で調達すればよいというお話がありますが、内部留保はただのコストというのは、あまりにもナイーブな見方で、少なくとも私が学生に教えるときは、内部留保であろうとも機会費用は金利と同じであるというふうに教えております。これは結局、自分の資金だからただだというわけではなくて、その資金をうまく使えば利子が入ってくるわけですから、内部留保で病院を建てるということは、得べかりしき利益と申しますか、利子の分だけ費用がかかるという意味で、銀行借入と同じであるというふうに考えられるわけです。とにかく、配当の分だけ医療費が高騰するという考え方は、少なくともおかしいのではないかと申すことです。

次の頁で、医療法人の改革ということが必要なのであって、医療法人の機能分化をしなければいけないのではないかと申す。つまり、持分のない医療法人については、現行の社会福祉法人と同じように税制上の優遇措置を得るようにする。持分のある医療法人については、情報公開の前提で、少なくとも株式会社並みの情報公開の前提で、株式とか社債発行等、資本調達の自由化をする。及び、現在一部規制されている収益事業の自由化も行う。医療機関のパフォーマンスによって規制されるのであって、資金調達方法で規制するというのは、あまりにも単純ではないかと申すことです。

ただ、それが非常にご心配であれば、過渡的に、例えば一定の基準を上回るような病院、例えば臨床研修指定病院のような基準の活用があるかと思いますが、そういうものからまず資本調達の自由化を進めてみるということも考えられるのではないかと申す。

長期的には、資本調達の問題は、診療所にはあまり縁がないわけで、大病院の問題であるわけです。そういう意味では、いまの医療法の規制、あるいは診療報酬体系というものが、病院と診療所を全く区別しないで画一的にやっていることが問題ではないか。やはり資本集約度の高い病院と、そうでない診療所とは別の規制の体系があってもよいのではないかと申す。

ちなみに、やや関連する点ですが、医療法人の理事長要件ということも、現在のようにお医者さんでなければ病院の経営者になれないということは、いわば経営と資本調達、人事管理及び診察というような、非常に大変な業務を一人の人に強制するというような仕組みになっているわけで、これは合理的な医療の経営について問題ではないか。

ただ、もちろんそうしてはいけないということではないわけで、そうしなくてもいいという選択肢を広げるのが規制緩和の狙いではないかと申す。

それから、いつも言われている、株式会社を排除しなければいけないという論点について、この際少しコメントさせていただきますと、株式会社であると、医療の不確実性というのがあるわけですから、治療した場合、治るか治らないかよくわからない。そのときに、お医者さんと患者との信頼性を阻害するのではないかと申すポイントがあります。まさにこれがポイントであるわけですが、それを防ぐために、株式会社であればブランド価値というものをいまでも重視しているわけです。例えばチェーン病院であれば、その病院の1箇所でも不祥事が起こったりすると、それは全チェーンの病院のブランド価値を傷つけるわ

けですから、そういうような形から医者と患者との信頼性を阻害しないような形の努力が払われるのではないかと。これは個々の医療法人、単一の病院では、何か問題が起こっても、その病院だけにしか影響がないわけですが、いわばそういう意味でブランド価値を重視するような株式会社のほうが、むしろこういう信頼性形成に対してセンシティブにならざるを得ないと思われまます。

それから、不採算医療ということがよく言われます。株式会社は儲け主義だけである。医療法人は不採算医療をやるということですが、これはいわば病院の中の内部補助というのが我々の用語です。つまり、儲からない、例えば小児科みたいなものを儲かる部分で補填するということですが、これが非営利性の根拠というのは、やや問題であって、むしろこれは診療報酬体系の問題である。そういう不採算医療というのは、本来あってはいけないうわけで、小児科で、もしなかなかお医者さんが集まらないのであれば、それを集めるような診療報酬体系でインセンティブをつける必要があるわけです。こういう内部補助を理由とした規制というのは、航空会社でも道路公団でもあちこちやっておりますが、それは必ず非効率性をもたらすわけです。

したがって、できる限り、診療報酬体系全体は抑制されている傾向がありますが、相対価格の体系で、いま不採算医療になっている小児科等への手厚い配分というものを本当は診療報酬体系の決定の論議の中に反映される必要があるのではないかとということです。

それから事業の安定性への疑問ということで、それは先ほど申し上げましたが、病院事業の継続性のためには、新規参入というのはむしろプラスであってマイナスではないのではないかと。後継者を欠く医療法人の受皿として、これからますます必要になってきているということです。

それから、よく米国の営利病院の例が挙げられて、米国でも別に営利病院というか、企業病院の効率性は非営利病院と大差ないのではないかと議論があります。これは大差ないのが当たり前で、米国の企業病院と非営利病院の間に十分な競争が働けば、どちらが特に利益が上がるということはありません。

もともと医療というものは非営利性が強い部門ですから、非営利病院というのはそれ自体に競争力をもっているわけです。

そんなに非営利病院に競争力があつたら、株式会社の参入規制を解除しても入ってこないのではないかと心配がありますが、入ってこなくても何も構わないわけで、規制というのは、まさに必要があつて規制するわけで、解除したからといって、誰もそれを使わないということまで心配する必要はないわけです。営利であろうが非営利であろうが、もしどこかの事業者が儲け主義経営をした場合に、常に新規参入の可能性があるということが大事なわけで、それが暗黙の競争圧力を形成するということです。

ですから、例えば米国で営利病院というのはごく一部だということですが、日本でも株式会社の病院が一部でも参入することで、それがほかの医療法人等の病院の効率性を促進するということができれば、それがある意味で一つの理想的な状態ではないかと思えます。

どちらにしても、公私の病院間での機能分担を今後もっと強化することによって、地域医療のネットワーク的なものを強化していかなければいけない。株式会社だからネットワークに入らないから駄目だというのではなくて、株式会社であろうが何であろうが、そういう必要な義務はきちっと課する。それによって資本調達の手段で規制する必要性をなく

すということが大事ではないかと思えます。

それからご参考までに、ほかの分野で株式会社参入規制というものにはどんなものがあるかということをご紹介したいと思います。次の頁で、すでに訪問看護の分野では、企業の自由参入が認められています。施設介護でも、企業の営業自体は自由であって、いま福祉の所では設備補助金の格差をめぐって、いろいろ議論をしております。認可保育所についても参入が認められました。学校法人は依然として駄目ですが、これはあまり害はないわけで、良い教育サービスを提供していれば、別に企業であっても問題はないわけです。

農業が、医療と比較的似ていたわけですが、今年からついに株式会社による農業生産法人というものが容認されました。ただしこれは農業関係企業に限定され、出資比率の制限もあります。ともかくもこれまで儲け主義で米を作ってはいけないと言っていた人たちでも、効率性ということを配慮して、株式会社による参入を限定的ではありますが、認めていただいたわけです。

現在、株式会社による事業自体が禁止されているのは、医療と弁護士の2つの分野のみであろうかと思えます。

似たようなポイントとして、医療関係の労働者派遣規制の根拠についてお話ししたいと思います。派遣労働というのは、2000年から原則自由化されましたが、例外職種がいくつかあって、港湾とか建設、警備というものがあります。医療はこれに加えて政令指定という、やや1ランク下の形で、依然として医療分野の労働者派遣は禁止されております。

これは、実は我々はそもそも規制の理由自体がよくわからないわけで、港湾とか建設が規制されているのは、労働者保護の観点から規制されているわけで、そういう分野は、いわば搾取が長い間いろいろはびこっていたわけで、今回原則自由化しても、少し残しておこうということですが、医療のような、お医者さんとか看護婦さんのような専門的な分野というのは、あまりそういう心配はないのではないかと。むしろ資格業務である医療関係というのは、本来派遣に適した分野であって、労働者保護の観点からの規制には乏しいのではないかと。むしろ、現在、例えば、看護婦さんなどの分野で、出産等の理由で正規社員を辞めて派遣のような形で働きたいと思っている方も多いと聞いておりますが、そういう人たちから見れば、こういう派遣の雇用機会が増えるということは望ましいのではないかと。

それから、病院経営の合理化等の面では、これまでのような正社員至上主義では不可能で、これはいま日本の会社では、正社員でなければいけないところは正社員ですが、それ以外の部分はパート、派遣等でまかなうという形で構造改革をしているわけです。

それから、特に医療分野では、いろいろ閉鎖性があるわけで、それを打破するためにも、外部からの派遣労働者というのは少なくともプラス面が多いのではないかと。

医療とかお医者さんとか看護婦さんがチームで働かなければいけないから、見知らぬ派遣労働者などは困るというご批判もあるわけですが、これは決して強制ではないわけです。繰り返し申し上げますが、規制緩和というのは、あくまでも病院の選択肢の拡大であって強制ではないわけです。したがって、我が病院は派遣は駄目だというのは、別に構わないわけで、なぜ全病院に派遣労働者が必要だと思っておられるような医療機関にまで、それを強制しなければいけないのかというのがポイントです。

最後に、医療制度改革の方向ということで、これは実は坪井会長の本を読んで、そこか

ら必要な部分をやや抜き書きしたわけで、「皆保険制度の下で日本の医療制度の果たす役割は非常に重要である。しかし、戦後の変化の中で、現在の医療提供システムには制度疲労等、さまざまな矛盾が発生している。医療制度の根本からの改革が必要である。医療としての特殊性を鑑みながら、競争原理の活用は必要である。評価の低い医療機関、医師の淘汰は当然である。そのためにも情報開示、カルテ・レセプトの電子化の促進が必要である」ということを言っておられます。いちばん最後の部分だけ、私が勝手に付け加えたわけで、「優れた医療を提供する事業者が報われるシステムに医療の世界もしなければいけない」、これも別に異論はないかと思えます。そのためには、医療機関の資本調達手段の自由化が、少なくともマイナスではなくてプラスであろう。少なくともこの医療機関の資本調達手段の自由化ということは、決して従来 of 医療の世界の非営利性とか公益性の原則を 180 度転換するような大げさなものではないのではないかと。医療機関の近代化、経営化を図り、より消費者に、利用者に望まれるような優れた医療機関を増やすための一つの手段にすぎないわけで、ある意味でこれからの医療の構造改革の一つの選択肢ではないかと思われま

す。もちろん、これをいきなりやるということではなくて、ほかの前提条件が必要であるわけで、当然ながら情報公開、医療の標準化ということがなければ、消費者は選択できないわけですから、まず優先されなければいけない。そういうものが十分できるという前提で、資本調達手段の多様化、自由化ということを進めるということを視野において議論してもいいのではないかという考え方です。

あとはいろいろ専門家の皆さんからご批判をいただければありがたいと思えます。

○高久部会長

それではもうお一方、この部会の委員である松山委員からお話をお伺いしたいと思います。一応 15 分くらいになっていますので、よろしくお願いします。

○松山委員

私のほうでは、この部会は供給体制を議論する場ですので、仮にいま言われている病診連携というものを徹底的に進めたらどうなるかということのイメージをご説明したいと思います。

その事例として、アメリカの Integrated Healthcare Network の最新事情についてまずご報告します。最初に IHN の基礎統計ですが、アメリカの垂直統合によるこの統合ネットワークというのは、早いものでは 83 年頃からいくつかありましたが、本格的に始まったのは 92 年からです。95 年の段階で 291 ありましたが、今年 1 月現在でちょうど 600 あります。600 のうち、非営利が 521 で、営利が 79 です。

これを見る限り、私は医療ネットワークとしては非営利が優勢かなと思えます。ちなみに、この本は、この IHN が本格的にアメリカにでき始めた 96 年に、アメリカの病院協会が出した本で、ネットワーク化が進んだときに、そのガバナンス、つまり地域にあるネットワークの組織形態を非営利の組織にするのか、それとも株式会社がいいのかという議論をしていて、両方とも一長一短という見方でした。しかし、5 年が経った現時点では非営利がいいという結論になっています。それがなぜかということをご説明します。