

私が主張したいのは、現在でも医療法で株式会社の参入を禁止しているわけではないのです。知事はできる規定ということで許可する場合もあるし、許可しない場合もあると書いてありますが、実態は許可しないという取扱いをしているわけです。現に企業立の病院があって、従業員ももちろんそこを利用してありますが、地域の住民の皆さん方もその病院を利用されておられて、その企業立病院が悪徳だということで住民から批判されているような実態にはなっていないと、私は認識しています。地域の住民からも喜ばれているわけですから、そういう企業立の病院、つまり株式会社の形態の病院というものも認めていいのではないかと、こういうふうに考えております。

私どもは病院を株式会社立の病院にすべてすべきだというふうに言っているわけではありません。地方自治体の病院も必要でしょうし、医療法人形態の病院も必要でしょうけれども、新たな形態として、本当は新たな形態にはならないですが、企業立病院の形態というのも新規に認めると。こういうことを政策判断としてしていいのではないかとというふうに思っております。同時に政策判断の問題ですが、株式会社が参入してくると、配当の禁止をするといういわれはないわけでありまして、株式会社が経営形態になっている所については、当然配当はあり得るというふうに思っております。

医療法人の場合は財務の状況について、一般国民に対して周知するという事にはなっておりません。しかし、株式会社形態のものであれば、財務諸表は国民に公開することになっております。そういう意味で、情報公開はなされるわけでしょうから、極めて著しい高配当をしていることがあれば、国民からの指弾がなされることは当然でございます。そういう意味からも、配当を禁止するといういわれはないというふうに思っております。

効率化の問題についてですが、先ほどGDPの中に占める医療費の割合について、日本の場合は相当低いという主張がありました。効率的であるかどうかという問題は、そういう指標だけで判断をすべきではない。もちろんそれも1つの要素であるかもしれませんが、もっともっと別の要素も考えなければいけない問題ですし、アメリカにおけるいろいろな諸問題というのは、株式会社形態が認められていることが原因ではなくて、むしろ日本のような皆保険制度が行われていないことによるデメリットといえますか、弊害が大きく現れているのではないかとというふうに思います。

#### ○永富委員

私は歯科を代表してまいっておるものであります。いちばん最初のときでしたか、株式会社参入によって3割負担になるものを1割にするというご発言がありました。そういうような経済的なダンピングで競わせるということは、今後株式会社が入ると起こってくるのかなという危険性を心配しているわけです。技術的な面で相争う、競争原理を働かせることは大変良いことではあります。お金の面で運用することは非常に危険が伴うのではないかと思います。また、我々歯科というのは、厚生労働省の経済実態調査を見てもおわかりのように、非常に不利な状態で点数が設定されておりまして、歯科がいいとか悪いと言うのではなしに、相対的に見て非常に経営上、難しい状態にあるわけです。

そういうことからすると、病院の中に歯科がありますが、それをなるべくやめてもらいたいと言われている病院が非常に多いわけです。しかし、その病院には歯科、口腔外科というのがありまして、口腔内の大きな骨折、事故、そういうものはそこでやる。というこ

とは、ほとんど歯科は個人開業医なのです。ですから、1人でやっていたり2人でやっているということでありまして、大きな手術ができない。どうしても大きな基幹病院でないとできないわけです。ところが、利益率が非常に低いから、歯科は病院からはやめていただきたいという要望があちこちで出ております。

ところが外科のほうも骨折あるいは癌はなさいますが、歯科、口腔外科は専門としてやっております。外科で骨折がなされて処置されたあと、非常に困るのは噛み合わせの問題がうまくいってない。骨はくっ付いたけれども噛めないという状態で、また歯科に回ってきますが、そのときには非常にやりにくくなって、あとに戻すのに大変な作業をしないといけない。そういう意味からしても、やはり大きな病院の中に歯科、口腔外科というのは大変重要なポジションを占めているわけです。それが、利益率が低いからやめてもらうということになると、国民に対して非常に迷惑がかかってくる。だから、利益を追求するのか、株式会社がこれに入ってくると、そういう傾向がますます強くなっていくのではなからうかということも心配するわけです。そういう点で、株式会社の参入はいいところもありますから、私はある意味においては賛成です。けれども、ある程度の規制も設けておく必要があるのではないかと思いますので、ひとつよろしくお願いします。

○高久部会長

どうもありがとうございました。

○松山委員

先ほどの奈良委員からのご指摘に対して、私の考えを述べさせていただきたいと思えます。まず私が申し上げているのは、アメリカの医療体制をすべて学べと言っているのではなくて、いいところを取り入れたらいいのではないかということです。ちなみに日米比較をよくやられますが、アメリカの人口が2億8,100万人で、そのうち移民一世が3,100万人います。これは直近の推計です。3,100万人のうち大半が学歴がほとんどなくて、手に職のない人たちです。これがもし日本に入ると人口が半分ですから、例えば1,500万人そういう人たちが入ったとしますと、いまの医療の仕組みで持ち堪えられるかという、持ち堪えるわけがないですよ。だから、単純に比較するのは私は無理があるのではないかと思います。結果論から言うと、日本の医療システムは素晴らしいということは、私も認めております。

それから、医師の給与の問題ですが、メイヨーなどはどういうふうに決めているかというと、診療科別、つまりプライマリーケア医、脳外科医、心臓外科医ごとに全米の給与水準を全部調べて、下から75番目、したがって上から25番目のところに決めるようにして、診療科ごとに全員同じ給与です。ヘンリーフォードの場合は多少生産性に応じて差をつけておりますが、脳外科医のほうのはるかに高いのは当然であります。プライマリーケア医よりは数倍になるはずで、アメリカの非営利のネットワークで共通して言えることは、ゲートキーパーになっているプライマリーケア医の採算が悪くて、給与が低いのです。したがって、専門医の給与財源からプライマリー医の分を補填しております。それでも専門医は文句をあまり言いません。これは病診連携というネットワークの中で、プライマリーケアというのが非常に重要であるという認識があるからです。本来であれば先ほど指摘が

ありましたように、こういう問題は診療報酬で解決すべき問題ではありますが、アメリカでもそこはきちんとはできていない。ネットワークの中で財源を確保してプライマリーケア医のほうに補助金を出しているのが実態であります。

アメリカのよいところで私が学びたいと思っているのは、いまアメリカのネットワークで最大の努力を払っているのは、リアルタイムで患者情報を地域社会で共有するという仕組みです。病診連携の最終的に行きつくところですが、これは電子カルテ、ITを駆使したからできるわけではなくて、そういうものがなくても病診連携をきちんとやるというコンセンサスがまずないといけないのです。

日本のいまの改革議論というのは、電子カルテとかITが前面に出ていますが、アメリカのネットワークの第一世代というのは、92年から始まって大体97年ごろまでですが、ほとんど失敗しました。これはなぜかという、ITを使うということが前に出すぎて、地域のお医者さんとか患者、病院経営者などとコンセンサスができていなかったのです。これを全部つくり変えて、いま第二世代が走っていきまして、それはかなりうまくいっています。私はマネジメントのいいところを学ばばいいのではないかと考えています。

最後に株式会社参入の問題ですが、私は先ほど申し上げたような非営利のネットワークをつくるのであれば、株式会社は非営利のホールディング・カンパニーが下に持つ子会社のところでいっばい参入してくればいいのではないかと。アメリカのピッツバーグの医療事業部を見ても、病院そのものが儲かっているわけではなくて、その周辺ビジネス、リハビリの施設などで成長が見られるわけで、そこに株式資本が入っていっています。いま病院そのものに多額の金を突っ込むというのはあまり見られないように私は理解しております。したがって、日本でも仮に医療産業に株式会社が入ってくるにしても、病院そのものよりはおそらく周辺のほうに出ていくべきではないか。利害は必ずしも対立するわけではないと考えております。

#### ○松田委員

議論する機会があまりないので、私の考えだけを申し上げます。現行の皆保険制度、つまり強制保険による財源と税金で成り立っているという現行の制度を堅持する、それを前提とすることが1つと、もう1つは完全な自由市場にはしない。つまり現行のインナーマーケット、言葉を変えれば管理市場を堅持するという2つの前提であれば、営利企業が参入することを妨げてはならないと私は思います。その2つが覆されるようなことであれば、これは断固として営利企業の参入を許してはいけないというふうには私は思います。それが国民の財産ではないかと思えます。その範囲内で、資金調達についてはかなりの自由差が認められるべきであるし、逆に配当についても、あり得るとすればそれは完全な自由競争における配当ではなくて、規制のかかった配当であるべきだろう。その際の医療法人の配当に類する利益配分というのも、当然あって然るべきだと思えます。

#### ○奈良委員

私がいちばん危惧しているのは、企業が自分の企業のイメージアップのために、広告料の代わりに医療に参入してくるというケースがあり得ると思えます。それは非常に危険なことだと思えます。メリットの面ばかり考えていると、例えば真面目にやっているきちん

とした病院、特に赤十字病院は 100 ベット以下の病院が 9 つあって、200 ベット以下が 19 あって、それはみんな地方の山間へき地に散らばっているわけです。そういう所は、いまやドクターもいない、薬剤師もいないということで、非常に苦勞してあちらこちらの病院が助けているのですが、そういうふうには本当に真面目に地域医療をやっている病院が潰れていく可能性があるのではないかと。それを非常に不安に思っております。

もう 1 つ、松山先生、私どもの病院も富士通に大変お金をかけまして、電子カルテの導入をいま一生懸命やっております、情報公開とかそういうこともきちんとやっていくつもりですが、ちょっと気になるのは、経団連と商工会議所、日経連の報告を見て、将来保険の一本化はまっぴらごめんだと書いてありますが、情報公開で私が是非していただきたいのは、大企業の保険組合の経営内容についてもきちんとやっていただきたいと思います。ちょっと余分なことかもしれません。

#### ○豊田委員

八代先生の資料のタイトルが「株式会社参入への考え方」ということですが、私どもの立場としては、前からいろいろな所で述べておりますが、株式会社の参入に対しては反対しています。しかし、今日先生からいろいろお話になられた資料の中には、私どもが非常に苦勞して改革に向かっていること、また聞くべきこともこの中にあります。これは順番に述べてまいります。そういう意味では大変貴重なご意見をいただいたと思います。

私どもは、医療関係者がなぜ株式会社に反対するのかという、最も大事なことをいま議論されていると思います。医療法ができたのが昭和 23 年で、現在第一線で働いている医療関係者は、ほとんど現在の医療法下で教育された人たちです。したがって、医療に対する倫理観、哲学というのは共通したものがあると思います。少なくとも人の健康を商売の道具にしてはならないと。人の命で収益を図ることがあってはならないというのは、おそらく現在の医療関係者が共通に持っている考え方だと思います。別の言葉で言えば、医療は非営利であるべきだという共通した倫理観、医療に対するひとつの哲学とでも言えると思います。そういうことが土台にありまして、反対してきたわけです。ですから、株式会社の参入であるというこの言葉は、1 つの象徴的な言葉ですが、これの持つ意味合いはたくさんありますが、まず第 1 に、この 50 年間の歴史を根本的に変えてしまおうということであるということをおひとつご認識いただきたいです。

それから、先ほどから株式会社参入に反対する我々の立場を、2、3 の委員から言われましたが、18 世紀型の利益収奪型の組織を想定しているような意見もあったようですが、我々はそういうことは考えていない。極めて現実的であります。例えば今日の日本経済新聞にも、過疎地における交通機関の規制緩和によって、利用率の少ない所がどんどんなくなっていくという、住民の嘆きが出ております。そういったことは前から始まっていることでもあります。

それから、先ほど非常に公共性が高い銀行の話が出ましたが、銀行がこの不景気の中でどのような行動を取ってきたか。例えば、もうこの貸し出しをしないとそこの企業がつぶれて、企業主が首をつって家族が離散するという状態でも、やはり貸してはならない所には貸さなかったわけです。私は株式会社が悪だと言っているのではなくて、株式会社という組織はやはり株主に対する責任を持つわけですから、その運営をする人は気持はどうあ

れ、やはりそういう行動をとらざるを得ないと。

ですから、組織としては当たり前なのですが、形として見ると、その組織があるために利益を受けていきたい人たちの都合、利便性よりも、いざ追い込まれてきた場合には企業防衛に走るといふ形は、18世紀ではなくて、21世紀でも行われているわけです。ですから、私どもは決して観念的なことで反対しているわけではないのです。ですから、私は株式会社が悪いとも言っていないし、株式会社の使命は十分にそれでいいと思うし。

しかしながら、日本の医療は先ほど言いましたとおり、昭和23年に制定された医療法の下で、共通の哲学を持って仕事をしてきた中で批判もあるようですが、ある意味では非常にうまくいっている社会主義だという人がいますが、事実そうなのです。公定価格で非常に規制の厳しい、私は規制が厳しいことはいいとは思いますが、大変厳しい規制の中で、一定の役割を果たしてきたと。

その結果がどうであるかということは、WHOでも言われているとおり、日本の医療というのは、国民に対してそれなりの責任を果たしてきたという事実がございますが、私はだからいいとは決して言っていません。現在の日本の医療がどういう形で行われたかという、経営者の形から言えば、例えば官公立の病院があります。民間の病院があります。民間の中には医療法人がいちばん多いですが、そういう中でも決してうまくいっているわけではない。例えば公私格差という問題があります。そういった公私格差の問題もきれいに整理して、もし競争原理を言うならば同じ土俵をまずつくるのが1つでしょう。

時間がないようですから、次に大事なことを申し上げます。先生のお話の中で、だから株式会社を参入させるんだということであれば、私は反対ですが、医療法人の問題が指摘されました。これは実は私どもも同感なところが多々あります。持分のある社団については、非常に大きな問題があります。いま医療法人協会は、例えば持分のある社団については、持分に応じて配当するということがモデル定款にあります。これはずっと続いていきます。これは問題だと私は思っています。配当はしないと言うけれども、実際は途中で退社する人に持分に応じて分配したり、解散するときに持分に応じて分割するということは、ある意味では経済学上でこれは配当に当たるのではないかという指摘は、私どももそれは改善しなければならないと考えておりますし。

いずれにしても、株式会社参入という問題を投げかけた現在の医療改革に向けた形は、営利のほうへ行こうという形ではなくて、いままでやってきた公益性をより高める方向で改善していきたい。医療法人制度もそういった持分のある社団について、いろいろな問題について整理をして、きちんとした公益性を高める形で日本の医療を構築していきたいと、私どもはいまそんなふうに頑張っております。

#### ○高久部会長

ありがとうございました。

#### ○森山委員

株式の話とはちょっと違っておりますが、今日話題になっておりますので、一言発言させていただきます。私は日本看護協会から来ております。あとで出てきます労働者派遣規制に関することについて申し上げたいと思いますが、資格業務であるからなお馴染みやす

いという委員の方のご発言でしたが、非常に医療現場を無視した解釈ではないかと思えます。いま医療は日々非常な進歩を遂げておりますし、患者さんもさまざまな病態で、今日の状態が明日どうなるかわからない中で、私ども看護婦というのは医療の最終実施者。注射なんかはいちばんニアミスが多いですが、そういう実施者であり、かつ注射実施後の病態の変化について、その病理現象を理解しながらいち早く医師に連絡し、他のチームと協同して働くという、大変重要な役割を持っております。そのことは、資料の12頁に書いてありますが、まさにここに書かれているチーム医療であります。どういう人が私たちのチームにいるかによって、どういうケアができるか、患者の安全が守られるか守られないかは人によって決まってしまう。そのときに派遣労働という短期間で間に合わせの労働を全面的に開放しますと、非常にこれは医療現場を混乱させます。そもそもの法律の意味が違うのではないかと思います。ここに書いてありますように、恒常的にやはりチームの力を高めていくことによって、いい医療、いい看護、安全な治療の場を提供しているのは、私ども医療の現場でありますので、そういうことを考えますと、安易にこれを導入することは、問題だと思います。特に派遣労働は派遣元との雇用契約でありますので、医療機関において、例えば勤務時間を変更するとか、あるいは休みの日に出てきてくださいかいいうことは、できない状態になっている。ところが、医療の現場というのは看護婦が1人休みますと、補充をしなければいけない、重症者が入って来ますと、夜勤の2人のところを任せられないから、日勤をずらせて、勤務を長期にしなければいけない。そういうことが全く阻害されてしまう労働者を入れることによって、ほかの人に大きなしわ寄せが入ります。

それから、この制度を導入するかどうかは、医療機関の勝手だと、強制ではないとおっしゃいましたが、ただいま医療費がどんどん削減の方向を向いているのは確かです。ところが医療の現場というのは、人件費が半分以上を占めています。そういう中で、従事者の半分を占める看護婦が真っ先に槍玉にあがるのは間違いのないところであります。そういうしわ寄せを受けて、いい医療の提供を阻害する制度は、全くなじまないものであると考えますので、その点は私どもとしては賛成しかねます。

ただ、派遣労働の制度の意味は理解しているつもりですが、医療の現場にはそぐわない、そして経営者が派遣を受け入れれば、それに従わざるを得ないのは、私たち看護婦の、まだ弱い立場でありますので、医師も決してそれを望まなくても、経営上やらざるを得ない状態に追い詰められたときの手段として残しておくことは、私どもとしては非常に不安を感じるところであります。患者のために、これは今踏み切るべきではないと考えています。

#### ○高久部会長

ありがとうございました。では渡辺委員とその次に高木委員お願いします。

#### ○渡辺委員

株式会社の問題で、メリットがあると、特に賛成論者の方がメリットがあるということもわかるのですが、私はむしろもっと検証すべきことは、デメリットがどういうことがあるかということだと思います。メリットというのは比較的わかりやすく説明できるのですが、デメリットというのは先ほどから意見が出ていますように、非常にわかりにくい部分

があります。つまり、どんな格好で入るか、先ほど八代先生は今の規制といったものを受け入れた上で都道府県知事が云々ということが入る、つまり現行医療法人あるいは医療機関に対する規制の下で株式会社が入ってくるということをおっしゃったと記憶しています。それでも、例えば先ほど来、話が出ていますとおり、今度は受ける側の医療機関、病院であり、診療所であり、あるいは自治体病院であれ、日赤であれ、そういう所はどういうマイナス面を受けるか、住民がどういうマイナス面を受けるかということは、これは非常に検証が難しいのですね。

私もいろいろな人と議論をしたときに、そう言いますと、それは取り越し苦労だとか、そんなことはありはしない、やってみないとわからないとかいう意見が出てくるのですが、こと医療に関する限りは、そういったデメリットというか、何が出てくるかということをも十分検証しないと、メリットのほうだけで議論していると、なかなか議論が収束しないし、結局今日ここでみられたような意見が大勢なのではないかと思います。簡単に言いますと、そう思います。

○高木委員

感想みたいなこと言いますと、今日、ここでご議論を聞いていると、全然議論が噛み合っていないですね。

○高久部会長

そうです。

○高木委員

これは噛み合うわけではないので、「自分たちはがんばってきている。何が悪いんだ」と思っている人と、「いまのような仕組みだから、競争原理が働かないし、いろいろな問題が起こっているんだ」という人がいて、そもそも現状をどう認識するかというところの議論がないままに今日、八代さんのお話を聞いて、これは噛み合うわけがないなと感じました。感想めいたことで恐縮なのですが。

それから、いまの派遣と看護のお話は、お話の趣旨はよくわかるのですが、これもどちらが先かみたいな話で、例えば医療過誤と現場の医療する体制、そういう問題を一方で抱えながら、派遣の人が増えたら、さらに医療過誤的な行為が増える心配がありますよというお追いかけてこみたいな話だろうと思います。現在、そう簡単に医療の分野に派遣の方々が受け入れられるかどうか、また違った意味で検証してみなくてはいけないだろうと思います。そういうことも含めまして、八代さん、1つだけお尋ねしたいことがあります。

こういう主張をされるとき、利用者の利益ということをお立場上言わざるを得ないと思いますが、いま本当に利用者の利益とは何なのだとすることを論理的にも制度的にも両面から詰めるということがないと、このすれ違いは解消しないし、こういう議論をしても、とても空疎な時間のロスになるという気がしてならないのです。その辺はどんなふうに思われますか。特に、利用者の利益についてお考えを聞かせてください。

#### ○八代参考人

ちょうど高木さんから非常にいいご指摘がありましたので、これは最初に申し上げるつもりだったのですが、いまは形式的に利用者には選択権があります。フリーアクセスですから。しかし、どこの病院に行ってもいいか、どこのお医者さんに行ってもいいかという情報が、逆に言いますと、ないわけです。ですから、情報公開とか、医療サービスの標準化がなければ、そもそも医療機関を比較できませんから、そういうものが非常に大事であるということです。

それと同時に、やはり患者に対して、もっと患者のニーズに応えたようなサービスを提供するためには、事業者の創意工夫が必要なわけで、それが国公立病院を除けば、今の個人企業を主体とした、医療法人では限界ではないのかという認識であります。

ついでに、ほかの方のご疑問にも答えれば、株式会社にしたら、こんな問題点が起こるということ、いくつか例示されました。例えば、ダンピングをすることでですね。だけど、それは逆に不公正取引の禁止というのは、別途、一般法でもありますし、必要があれば、医療の世界でもそういうダンピングを禁止すればいいという規制をも設ければいいわけで、それは株式会社、医療法人、国公立病院にかかわらず共通の事後的規制とするわけです。それが、いま全く不十分で、いまは医療の非営利性を担保しているのは1つしかないのです。

それは配当の禁止というだけで、よくそんなことで、皆さん安心していただけるのかというのが逆に不思議であります。問題のある病院、医療過誤を何回起こしても平気な病院というのは、淘汰していかなければ、患者は安心して病院にかかれたいのではないかと思います。淘汰ができるというのがまさにこういう競争の最大のポイントであって、その手段の1つとして株式会社の参入を考えているわけがあります。

派遣については、今ご指摘がありました。これは患者の利益と派遣労働者の利益の両方を考えなければいけないので、派遣労働者を排除するということは、逆に派遣で働きたいという看護婦さんとか、ほかの医療関係者の人の希望を踏みにじることになるわけです。それをするほど、医療のチームというのは重要なのかどうか。正規の職員だって、時間が来れば帰るわけですから、問題は引継ぎをきちっとするような体制、例えば電子カルテなんかもその1つだと思いますが、それがあれば、別に派遣と正規の違いというのがそんなに重要なものなのかどうかと思います。

問題はやはり正社員だけでしか運用できないような組織というのは、今後の競争時代には、とうてい耐えられないわけです。そこは決して、派遣労働を間に合わせの労働者というふうに蔑視するのではなくて、同じ資格を持った看護婦さんであれば、同じ能力を持っているということを前提に、うまく正社員と派遣労働者を組み合わせるという工夫がなければ、過去の高度成長の時代とは違うわけですから、病院もやっていけないのではないか、という認識でございます。

#### ○森山委員

派遣労働者について、悪く思っているわけではありませんが、派遣労働者制度そのものの中には履歴書も事前には見せるな、面接も許さない、こういう前提であります。私どもは、あくまでも、その本人と私どもとの間において期待する能力（人柄、経験内容など）



と働く側の希望の合意が得られたときに、雇用関係が成り立つのであって、あてがい扶持のいくつか条件を出しても、それのみでの採用は無理であります。

○高久部会長

医療の情報提供については、12月、1月、2月と、またいろいろ議論をしていただくことになっています。私なりに、1つだけ松山委員にお伺いしたいのですが、アメリカの場合にIHNの中の大部分が非営利となっていますね。このホールディング・カンパニーというのは日本でいえば、どういう形態になっていますか。521の非営利の。

○松山委員

文献ベースである程度わかっているのですが、実質的なところがわからないので、来年3月に厚生労働省からも出ていただいて、それに日本病院会から団長を出していただいて、調査団を派遣するのですが、今わかっているのは、要はトップにある組織が非営利だということで、上がってきた収益は地域のために使うという仕組みがまずあるということです。その下であれば、株式会社であっても、非営利であっても、子会社も持って、いろいろなビジネスをやるという仕組みなのです。そこから上がった収益で研究とか、教育とか、無料医療をどんどんやると。それは財源には限度がありますから、それをバランスを取りながら行うわけです。

○高久部会長

配当はしないということですね。

○松山委員

配当はしません。ただ、子会社の株式会社に配当があったときに、配当を吸い上げて、それを地域社会のために使うということなのです。

したがって、何が起こるかということ、先ほど無医村の問題とか、いろいろございましたが、それをどこまでどういう財源でやるかというのを地域で話し合って決めるということです。そのメカニズムは学ぶべきところがあるのではないかと思います。

○高久部会長

どうもありがとうございました。

○永富委員

ご議論を今聞いていまして、噛み合わないというのは、これは心の問題だと思うのですね。我々、医療人というものは、少なくとも、その教育を受けてから、経営上やはり経費というものを考えていくと思いますが、絶えず言われていることは、営利を目的にしてはいけないということが医療人の中に染み込んでいるわけです。そういうことで、いろいろなことがあっても、営利を目的にしていけないのだから、これはいけないんだよということで、いろいろ論ずることもあります。例えば、教育者とか、警察官は、ただの人間です。ただ、警察官とか、教育者というために、交通事故を起こしても、一般の人とは違ってく

るわけです。そして、またそのために辞めないといけない人もある。それほど、その職業、職業によって、倫理観というものをしっかり持っているわけです。

また、それによって罰せられるわけです。そういうことが、我々が営利を目的にしてはいけないという心を持っている中に、営利を目的とするという株式会社が入るといふところに問題があると思います。そういう心の問題を崩されてしまう。これが、やはり我々医療人がいちばん恐れていることではなからうかと思えます。そこをひとつ、ご認識願いたいと思います。

○高久部会長

辻本委員にご意見を伺って、最後に配付資料のところを、どうぞ。

○辻本委員

50年間の歴史という話が出てきましたが、その結果に対して、つまり現在の医療の倫理の問題とか、それから、およそ出来上がっていないチーム医療の体制、そういったものに対して、いま非常に患者たちの多様なニーズ、そして高まるニーズということをも十分に満たし切れていない現実があります。そういう中で、競争原理ということによって、透明性、医療の質の向上ということで開かれる医療への移行への期待ができるのなら、この株式会社立の病院ということの議論をもっと患者、国民にわかりやすく展開していただきたいと思えます。ただ、その中で、先ほどうまくいっている社会主義というお話がありましたが、そこで育まれたドクターの意識、それから企業立の病院などで、現在既にある労働者意識、つまり労働組合を盾にした合理化というような、そういう問題が、一体、今後株式会社立になったときにどうなるのかが患者としては不安です。

それから、国民、患者としては制度や機能としてのチェック・システムという問題と、何より選択の主体性という厳しさを求められる患者教育の問題ということが議論の中で語られていませんでした。患者の自己決定のプロセスを支援する体制ということが、この問題の中で、より必要になってくると思えます。

ただ、医療人の方が「患者のため、患者のため」と言っておられる言葉は、「人の為」という字を書くと、「偽」となるように、私たちには本当にそうなのだろうかと思いたくなります。今回の医師会の行動（署名運動）にしても、患者を利用しないでくれ、と言いたくなりますので、その辺り、広く議論を求めたいと思えます。

○高久部会長

どうぞ。では最後にさせていただきます。

○高梨委員

今日、配付された資料の中に、厚生労働省「医療制度改革試案」に関する見解、経団連、日経連というのがあります。その3ページですが、上のほうに今回の「21世紀の医療提供の姿」が提示されたことは評価できるというふうに、私どもの団体では考えています。ただし、具体的なスケジュール、数値目標を示す行程表を明らかにするなどしてほしいということと、それから3年程度の間重点的な整備を進めるべきだと、こういう主張をして

います。

もう1つのペーパーは経団連、日商、日経連、経済同友会の会長の名前で、「医療制度の抜本改革を求める」というものですが、1頁では、改革を決して遅らせることは許されないということを強調すると同時に、記の所では総額医療費について、伸び率管理制度を導入すること、診療報酬についてマイナス改定とすること、老人保健拠出金制度の廃止に向けて道筋を明確に示すこと等を強調しています。

○高久部会長

どうもありがとうございました。時間になりましたので、この会議を終らせていただきます。本日は八代理事長にご説明をいただきまして、どうもありがとうございました。また、皆さん方からいろいろなご意見をお伺いいたしました。いま、高木委員からご指摘がありましたように、なかなか噛み合わない点がありますが、何とかこの部会を進めていきたいと思っておりますので、今後ともよろしく願います。

○医政局総務課長

次回の日程は12月19日14時でございます。場所については、追ってご連絡いたします。よろしく願います。

○高久部会長

本日はお忙しいところどうもありがとうございました。