



経済産業研究所 ● 経済政策レビュー ③

Healthcare Reform

医療

改革

川渕孝一 [著]

痛みを感じない制度設計を

医療改革

痛みを感じない制度設計を

川渕孝一 [著]

東洋経済新報社

東洋経済 700745



ISBN4-492-70076-5

C3036 ¥2400E

定価 (本体2400円+税)

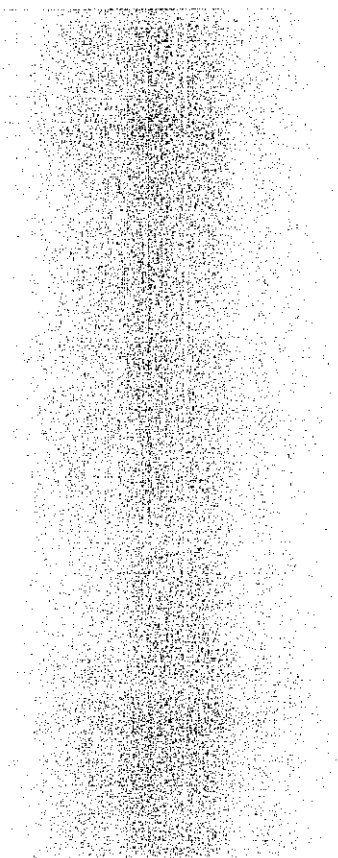


表6-1 「医療・福祉」分野の規制緩和年表

年	月	主な規制緩和事項
1998	10	臨床研修病院の指定基準の弾力化
99	3	指定訪問看護事業への民間企業の参入
99	4	カルテの電子化の推進
2000	3	認可保育所に係る設置主体制限の撤廃、不動産自己所有規制の緩和、定員要件の緩和
00	4	介護保険法施行に伴う在宅介護サービス分野への民間企業参入促進
00	5	福祉サービスについて措置制度から利用制度への転換等を図るための社会福祉事業法等の一部改正法の成立
00	10	医療用具への保険適用手続きの透明化、迅速化

(出所) 筆者作成

5 医療の規制緩和に関する「これまで」と「これから」

これまでどんな規制緩和が行われたのだろうか。表6-1は、九八年以降、「医療・福祉」分野で実現をみた規制緩和項目をリストアップしたものである。具体的には、まず第一に、医療分野においては、医療サービスの配分の効率化および医療の事務の効率化の観点から、①指定訪問看護事業への民間企業の参入（一九九九年三月）、②臨床研修病院の指定基準の弾力化（九八年一〇月）、③カルテの電子化（九九年四月）などの規制緩和を行っている。

第二に、福祉分野においては、福祉サービスについて措置制度から利用度への転換等を図り、利用者本位の社会福祉制度の確立を目指す社会福祉事業法（昭二六法四五）等の一部改正法が二〇〇〇年五月に成立した。さらに、社会福祉法人の設立要件について、規制の見直しを図った。

さらに、高齢者介護については、二〇〇〇年四月の介護保険法（平九法一二三）施行に伴い、市町村からの委託を受けるこ

となく民間企業自らが介護保険の在宅介護サービス事業者となることができるようになったことから、在宅介護サービス分野への民間企業の参入が行われた。

ここで興味深いのは、検討された項目数は非常に多いが、実際に規制緩和された、あるいは将来的に緩和される項目は非常に少ないということである。つまり、規制緩和といっても「マイナーチェンジ」が多いのである。

その理由として、①規制は一種の省益と強いつながりがあるので、役人自らの力で緩和するには限界があること、また、②いったん規制緩和してしまうと、その担当部局の仕事がなくなってしまうこと、③現行の法体系は数々の規制の上になり立っているため、一つを変えると全体に影響が及ぶこと——などが考えられる。しかし、「聖域なき構造改革」を進める小泉内閣下では規制緩和を求める声は強く、避けて通れないテーマと考える。

それでは将来的にどんな項目が規制緩和され、どの項目が争点になるだろう。何といっても最も「シンボリック」で対立点の多いテーマは、「企業による病院経営」だろう。

株式会社の病院経営参入に対して、日本医師会の坪井栄孝会長が、「経済学を知らない学者と営利会社の考えで、アメリカの医療を日本に入れれば良いという、それだけの議論。医療が受けられない国民が二〇%もいる国にはしたくない」（九月九日）と経済財政諮問会議や総合規制改革会議の方針を強く批判したかと思うと、総合規制改革会議長の宮内義彦オリックスCEOは、「営利企業の参入によって医療費が高騰するという議論は、企業人としては許しがたい。わかっている人が株式会社の参入に反対している。もう少し勉強してくれとしか言いようがない。日本が豊かになったのは企業というシステムがあったからだ。それを否定するのは医療を否定することになる」（九月二〇日）

表6-2 国民の目から見た

	規制の根拠等
① 営利企業による病院経営を認めるべきか？	◇医療の非営利原則：営利を目的とした病院経営の禁止（医療法7条5項） ・医療には市場原理が働きにくいいため 理由1）患者がサービス内容を完全に把握できない 理由2）地域的配置から患者が病院を自由に選択する余地が乏しい ・株式会社の場合、配当までも公的医療保険でカバーされるのは、国民に理解を得がたい
② 国公立病院は必要か？	・国公立病院は民間では行うことが難しい（採算性が低い）「政策医療」を担うために存在している ・政策医療は不採算であるため財政措置が必要である
③ 病床規制は撤廃すべきか？	◇地域医療圏ごとに必要病床数を設定（医療法第30の3） ・供給規制により医療費の抑制を図る ・医師誘発需要……供給者による需要誘発
④ 広告は規制緩和されるべきか？	◇医業などに関する広告の制限（医療法第69条） ・「情報の非対称性」……医療サービスは高度な専門知識を有するので、患者が主体的にサービスを選択できない。このため「虚偽広告」「誇大広告」を取り締まる必要がある ※インターネットは不特定多数でなく、意思を持った人が見るので規制対象外
⑤ 情報開示は積極的に行われるべきか？	◇インフォームド・コンセント 医師・歯科医師・薬剤師・看護婦（士）その他の医療の担い手は医療を提供するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける者の同意を得るよう努めなければならない（医療法第1条の4第22項）→努力義務にとどまっている ・診療録の開示義務等について明確に規定されている法令はない ・患者からの請求があるときは医師は特段の事情がない限り、診断結果、治療方法、その結果などについて患者に説明・報告しなければならない ・情報の非対称性（上記参照）があるため、規制する必要がある
⑥ 保険者機能は強化されるべきか？	◇社会保険診療報酬支払基金が行った一次審査の結果は医師や個人の秘密の保護を理由に保険者などに開示できない（社会保険診療報酬支払基金法第14の5） ◇レポート審査・支払業務は社会保険診療報酬支払基金に一任（健康保険法43条の9第4項）
⑦ 混合診療は認めるべきか？	◇明確な法的根拠なし、特定療養費制度（健保法第44条）の解釈による ・患者の支払能力次第で受けられる医療に差が出たり、逆に不必要な治療が行われたりしないよう患者を守る必要がある

（注）◇は法的根拠等、○は肯定的意見、●は否定的意見。

規制緩和の是非

国民の意見
○医療法人であれば公共性が担保され、不適切な医療を行わず、営利も追求しないというのは本当なのか ○経営者が企業でも、医師が利潤追求の診療行為を行うとは限らない ○企業の参入により医療サービスの向上が期待できる ○都市と地方の格差は今に始まったことではない、現状でも医療過疎地域はある ●利益優先で不必要な診療が行われるのではないかと ●コストのかかる患者は切り捨てられるのではないかと ○株式公開によって情報開示が進むことを期待する ●医療機関の合併・買収には不安を感じる
○国公立病院がなくなると、難病やへき地医療など不採算分野の担い手がいなくなるので必要だ ●民間病院と機能が重複している（がんを政策医療というのは時代錯誤ではないか） ●政策医療＝不採算という根拠はあるのか、政策医療だけでなく、一般医療もやっているのではないかと、だとしたら、多額の補助金は必要なのか
●ベッドを増やせば医療費が増加するというのは本当なのか ●必要なときにベッドがなくて、入院できないほうが問題ではないのか ●空いたベッドは埋められるのではないかと
○広告の規制緩和により医療機関の情報公開が進むのは大いに賛成である ●広告可能事項は診療科目など極めて基本的なことから、情報のレベルとしては低い ●看板からは医師の専門科はわからない ●価格に関する情報が乏しい ○インターネットの普及により事前に医療機関の情報を得るうえでずいぶん便利になった ●医療機関に不利になる広告はされないで、情報の信憑性が乏しい
（カルテ開示に関して） ○自分の病気のことについて知りたいので開示すべき ●内容を判断できるかは疑問、開示のためのカルテが作られるのではないかと ●プライバシーが守られるか不安である（治療方法や診療情報の公開に関して） ○いろいろな治療方法から自分に合ったものを選びたい ●医学知識が乏しいのに、選択・判断することができるのか疑問、治療方法を選択したばかりに結果を患者の自己責任にされるのは負担が重い
○保険者によって「良い医療機関」が選ばれば、医療機関を選択するときの参考になる ●受診できる医療機関が限られてしまう ●加入する保険によって受けられるサービスに差が生じるのではないかと ●疾病リスクの高い人は保険に入れないことがあるのではないかと ●無保険者が増えたとかえって医療費は増えるのではないかと
○高額な医療を受けたいとき、一部保険給付、一部自費のほうが経済的負担は軽減する ●一部自費の料金が法外に高いと負担がでなくなるのではないかと

と応戦する。こうした「水かけ論」が始まってすでに六年が経過したが、残念ながら国民の視点に欠ける。表6-2は現在、争点になっている主たる項目について規制の根拠と国民の意見をまとめたものである。

営利企業が病院を経営して、どんないいことがあるのか。国民は本当に株式会社による病院経営を望んでいるのだろうか。ここで気をつけなければならないのは、「営利企業による病院経営」と「株式会社による病院経営」では、若干ニュアンスが異なるということである。「営利企業」といえば、これに對峙する用語は「非営利組織」である。営利企業は課税対象で、非営利組織は公益性を前提に、非課税となっている。これに對して、株式会社による病院経営といえ、これは株式による資金調達を意味するが、株式を公開するかどうか、市場性のある有価証券かどうかで、また性格が異なる。株式を公開するのは、会社を大きくするためで、通常、病院のチェン化やフランチャイズ化が前提となる。国民の視点からみると、「よい病院」がチェン化すればありがたいが、「悪い病院」が資本力に物を言わせてチェン化すれば最悪である。本当のところはどうだろうか。

6 営利と非営利の垣根が低くなる米国の現状

まず、「営利」vs.「非営利」という基軸だが、これは六〇年代に営利企業による病院経営をすでに認めている米国で多くの研究が行われている。しかしながら、「営利・非営利のいずれがコスト・パフォーマンスがよいか」という決定打はない。違うのは、課税対象か否かだけという指摘もある。

(1) 非営利病院も買収対象

そうしたなかで近年、米国で注目されるのが営利病院チェンによる非営利病院の買収である。非営利病院が営利病院に買収されると、その病院は当然課税対象となる。と同時に病院から独立した非営利財団を設立し、地域住民と健康教育、医学研究のために研究助成金を提供することも求められている。

一般に営利病院チェンは株式会社であるゆえに、株式に受託責任を負う。そのため利潤追求を徹底的に図り、その結果、非営利病院のときに行っていた無保険者への慈善サービスを縮小させる可能性が強い。しかしながら、その分、税金を支払うことで社会貢献を行うことになる。具体的には、非営利病院にはない多額の税金を連邦・州政府に支払う一方、財団を通して各種助成金を提供することになる。

従来、非営利病院と営利病院の境界線に関する論争の大部分は地方レベルで生じており、慈善施設としての非営利病院に与える固定資産税免除に焦点が当てられた。非営利病院の固定資産税免除の妥当性は、自治体によって検分されるが、非営利病院における未回収の医療費は数百万ドルに相当する。病院の免税基準、つまり非営利病院の資格基準は、まさにその慈善施設としての目的に合致しているか否かである。しかし、そこで問題になるのが、①現行の医療システムにおいて免税病院は本当に慈善性を有しているか、②慈善性をどのように規定するか、③免税病院と課税病院との間に違いがあるなら、その慈善性の大きさと効果はどのくらいか——の三点である。

米国では免税資格、つまり病院の慈善性は州の法律で規定されている。なぜなら、固定資産税は州