

# 第16回 E S R I - 経済政策フォーラム

「医療への市場メカニズム導入を巡って」

平成15年11月6日

経済社会総合研究所

**第16回 ESRI-経済政策フォーラム**  
**「医療への市場メカニズム導入を巡って」**  
**議事録**

---

経済社会総合研究所

第16回 ESRI - 経済政策フォーラム議事次第

日時：平成15年11月6日（木） 14時00分～16時30分

場所：東海大学校友会館「阿蘇」

1. 開 会

2. 基調講演1            青柳 俊            日本医師会副会長

3. 基調講演2            福井 秀夫        政策研究大学院大学教授

4.

5. パネルディスカッション

（パネリスト） 青柳 俊            日本医師会副会長  
                  川淵 孝一        東京医科歯科大学大学院教授  
                  福井 秀夫        政策研究大学院大学教授  
                  槇 孝悦           槇コンサルタントオフィス代表取締役社長  
（モデレータ） 牛嶋 俊一郎      経済社会総合研究所次長

6. フリーディスカッション

7. 閉 会

本議事録は、フォーラム事務局の責任において作成したものであり、ありうべき誤りはフォーラム出席者に属するものではない。

---

【司会】 それでは、ただいまから第16回「ESRI - 経済政策フォーラム」を始めさせていただきます。

本日のテーマは、「医療への市場メカニズム導入を巡って」ということでございます。

本日のパネリストをご紹介させていただきたいと思います。

皆様から向かって右側から、日本医師会副会長の青柳俊様。

東京医科歯科大学大学院教授の川淵孝一様。

政策研究大学院大学教授の福井秀夫様。

榎コンサルタントオフィス代表取締役社長の榎孝悦様の4人の方でいらっしゃいます。

モデレータは、当研究所の牛嶋次長が務めさせていただきます。

それでは、牛嶋次長、よろしくお願いいたします。

【牛嶋】 経済社会総合研究所次長の牛嶋でございます。

本日は、お忙しいところ、パネリストの皆様方それから会場の皆様方、お越しくださいます。どうもありがとうございます。本来、私どもの所長の香西が本日モデレータを務めさせていただき予定でございましたが、どうしても出られない事情ができましたので、次長の私がかかわって本日のモデレータを務めさせていただきます。

冒頭の紹介にございましたように、本日のテーマは「医療への市場メカニズム導入を巡って」ということでございます。ご承知のように、我が国の医療費、これは人口の急速な高齢化等に伴いまして増加を続けております。例えば、平成13年度の国民医療費は約31兆円になっておりまして、5年前と比べますと2兆6,000億円程度の増加ということになっております。これを、対国民所得比で見ますと8.5%ということになります。この数字自体は、まだ先進各国、特にアメリカと比べれば低い水準と言えそうですが、今後は高齢化の進行に伴って急速に増大していくことが予想されているわけでありまして。

こうした中で、いかにして質の高い医療を効率的に提供していくのか、あるいは消費者の選択肢の拡大を図りながら、いかにして国民の医療ニーズに適切にこたえていくのかということが大きな政策課題になっているわけでありまして。そのための方策として、規制改革による医療分野への市場メカニズムの導入という問題が提起されているわけでありまして。

総理の諮問機関でございます規制改革会議におきまして、本年の2月に「規制改革推進のためのアクションプラン」というものを策定いたしました。その中で、12の重点検討事項というのが挙げられております。医療につきましては、次の4つの事項が挙げられておりまして、第1に株式会社等による医療機関経営の解禁、第2にいわゆる「混合診療」の解禁、それから第3に労働者派遣業務の医療分野への対象拡大、それから医療品の一般小売店における販売という4点でございます。

このいずれにつきましても、去る6月に閣議決定をされました「経済政策運営と構造改革に関する基本方針」、いわゆる「骨太の方針2003」というもので、一応、一定の対応が図られることになったわけであります。例えば、株式会社によります医療機関経営に関しましては、構造改革特区において、自由診療の分野で高度な医療を提供する病院または診療所を開設することが可能とされたわけです。また、いわゆる混合診療に関連いたしまして、保険診療と保険外診療の併用が認められております特定療養費制度によりまして、その積極的な運用が図られることとされたところでございます。これらの事項につきましては、より大幅な規制緩和を求める声がある一方で、健康あるいは生命を扱うという医療の特質、あるいは国民皆保険体制を維持するといった観点から、大幅な緩和や解禁は望ましくないとする声も強く出されているところであります。

今回のフォーラムでは、こうした状況を踏まえまして、この問題に関する我が国の代表的な論者の方々にパネリストとしてお集まりいただきまして、ご議論いただくこととしたところでございます。望ましい医療の姿と必要な改革、具体的な規制改革に関する考え方、あるいは今後の課題と展望といった点も含めてご議論をいただければと考えております。

それでは、本日のフォーラムの進め方についてご説明いたしたいと思っております。

まず初めに、青柳日本医師会副会長と福井政策研究大学院大学教授の方から、それぞれ20分ないし25分ぐらいということで基調講演を行っていただきます。次に、基調講演へのコメントも含めまして、川淵東京医科歯科大学大学院教授と楨コンサルタントオフィス代表取締役・楨社長から、それぞれ15分程度ずつお話をいただきたいと思います。続きまして、これらのプレゼンテーションを踏まえて、4人のパネリストの方々の間でおおよそ16時ぐらいをめどにご議論をいただければと思います。その後、16時半までの残りの時間、会場の方々からご質問やご意見を出していただいて、パネリストとの間でご議論をいただきたいと思います。議事進行の関係で、私の方から皆様の発言時間を制限させていただくという場合もあるかと思っておりますが、その際はよろしく願いいたします。

また、当フォーラムでは慣例として、パネリストの方々を肩書ではなくて「さん」づけで呼ばせていただいておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、まず青柳さんから始めていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

【青柳】 抵抗勢力の最大たる団体でございます日本医師会から参りました。

きょうは、25分か30分という限られた時間でございますので、余り細かいところまでは我々の考えを説明することは難しく、どちらかという総論的な部分で、医療と市場経済というお

話をさせていただきたいと思います。第1点は、子どもが医療を、日本社会あるいは社会保障の中にどういう位置づけで考えているかということをお話しさせていただくということと、我が国の医療が世界においてどういう位置づけになっているのかということをお話しさせていただきます。その中で、保険市場あるいは医療サービス市場の中に市場原理を導入している、アメリカ合衆国と子どもの考えているところを対比させながら、お話を進めていきたいと考えております。

子どもの基本的なスタンスというのは、この憲法で国民の権利あるいは義務ということで規定されております社会福祉、社会保障等々を肝に銘じておかなければならない。さらに、それに連続する形で、法律の定めるところにより、その能力に応じて、ひとしく教育を受ける権利を有する、あるいは勤労の権利を有すると、そういうところまでを含めて、広い意味で子どもは社会保障を位置づけているわけであります。

したがって、基本的に社会保障は、国の社会的な共通資本であって、国民の命と生活、生計を守るものである。それによって国民の安心感を支える非常に大事な、国家安全保障の1つであろうというところにスタンスを置いているわけであります。したがって、その充実には、国が責任を負うというところから出発させていただきたい。医療費の増加や経済活性化のために何かできませんかというスタンスではなく、我々としては、ここに出発点のスタンスを求めおくべきだろうということをお聞きいただきたい。

その上で、社会保障の全体の体系をここに描いてみました。先ほど申し上げましたように、生活、生計の安全保障と、命あるいは健康の安全保障という、非常に重要な柱が社会保障体系の中にはあるわけでありまして、生命の誕生から亡くなるまでの間、ライフサイクルを通じて必要な社会保障の1つとして、医療あるいは一部介護、そういうものを子どもとしては位置づけなければならない。その上で、この社会共通資本としての医療は、安定的、経済的な投資が必要である。つまり、医療の位置づけというものを明確にしておかなければ、その後の議論が間違った方向に行ってしまう可能性があるということで、ぜひともこの部分のご理解をいただきたいと思います。

その上で、医療に関連して、これは子どもが平成14年、第三者を通じて聞き取り調査を行った意識調査の結果であります。膨大な報告内容でございますが、その中の1枚だけ持ってきました。これは、一般国民（現在医療機関を受診していない方々）、それから実際に受診している方々、それから医師の日本の医療に対する総合的な満足度ということです。一般国民の方々は72%にしか満足を示さない。患者さんは、87.8%、医師の中でも85%弱しか満足度がな

い。この乖離をどう考えるかというところが、私ども医療担当者としては対応しなければならない部分であろうと、そのようにまず考えなければならない。

では、この中身は何かというと、第1点は、医療の質、安全であります。さらに、もう一つ挙げてみますと、国民の方々は親切な、あるいは十分時間をとった、そういう形での説明と同意、そういう部分が国民の方々が不満に思っている部分であります。医者も、余りにも時間的なゆとりのない中で医療をしなければならない、そういうことに対しての不満を持っておられます。患者さんも同様ですね。もちろん、疾患が急性疾患と慢性疾患では、患者さんなり一般の国民の方々が考える視点は少し違いますが、今挙げた2つの点、これを何とかしなければ、この不満足割合が今後高くなる可能性があるだろうということで、医療担当者としては、やはりその部分に重点的に施策を講じていかなければならない、そのように考えております。

しかし、現在のシステムを捨て去ってしまうというほどの認識は、私どもとしては持っていないということだけはつけ加えておきたいと思えます。

これは、お金の話であります。先ほど、司会から話がありましたように、対比させるアメリカは対GDP比で13.1%、これは2003年のOECDのデータであります。日本は7.6%、1位と18位、そういう使われ方をしている医療費の位置づけというのも考えておかなければならない。

これは、2000年のWHOのレポートを簡略化したものでありますが、先進諸国ではもう一つフランスがあります。フランスの場合には、比較的評価は高い。しかし、ことしの夏の高齢者がばたばたと死んだといことで、恐らくまた評価が下がるのではないかと思います。いずれにしても我が国の医療の国際的な位置づけ、評価、またアメリカの位置づけ、評価について、このスライドでは示しているということであります。

アメリカの保険あるいは医療サービスの中で市場原理が導入されているのに、なぜ世界一医療費が高いのか。あるいは、ニューヨーク、カリフォルニア、フロリダあるいはミネソタという限られた地域での医療の質を考えるのではなくて、全米全体として考えたときに、WHOの比較でも質は高くないと、そういう評価が出ているわけです。なぜなのか、ここら辺が、私どもとしては頭に入れておかなければならないのだろうと思えます。

もう一つ極端な形でイギリス型があります。もちろん、イギリスの中では一部プライベートの保険というのがありますが、基本的にはナショナル・ヘルス・システム　NHSで医療が提供されています。どういう状況になっているかというと、パッケージツアーで患者さんが隣国へ輸出されている。つまり、相当数のウェイティングリストがありそれをこなす必要から、

患者さんが輸出されております。一方で、外国人の医者への輸入が起こっている。これが、イギリス型の国による医療費の過剰抑制という結果のひとつのあらわれだと考えなければならない。

一方、保険市場への市場経済導入という結果、アメリカの場合、2001年段階で4,120万人の無保険者が発生している。もちろん、このほかに公的保険として、メディケアあるいはメディケイドというのがありますが、いずれにしても、この数値を普通と考えるのか異常と考えるのか。異常と考えるからこそ、ヒラリー・クリントンが日本の国民皆保険制度をまねして導入しようとして失敗した。あるいは、今年のブッシュ大統領の一般教書演説の第2番目に、医療に言及した演説がされているということをも、まさしく私はその異常さをアメリカ国民自体が認識しているのだと思うわけであります。あるいは、保険市場の市場原理化、医療保険の市場化によって、いろいろな意味でのアクセス制限が患者さんに向けられるという状況もご存じのとおりだと思います。

いずれにしても、アメリカ型かイギリス型かという二者選択をしますと、両方とも我々としては、今の日本の評価の高い医療保険の仕組みあるいは医療サービスの仕組みということからは、除外して考えていただかなければならないということになるのだと思います。

なぜ医療サービスという中で市場原理が働かないのかということ、少し考えてみたいと思います。私は経済学者ではございませんから、当たっているかどうかは皆さんの判断にお任せしますが、少なくとも自分自身でサービスの価値を判断して、内容に見合った支払いをすることが、前提なのだと思います。

一方、医療分野において、人の命に値段をつけるのか。これは、医者側からも、あるいは治療、診療を受ける患者側からも容易に受け入れがたいのではないかと。つまり、サービスを受ける側あるいはサービスを提供する側からいいますと、最善原則といいますが、最大限の医療を享受したい、あるいは医療を提供したいということで成り立つ関係であります。したがって、私どもとしては、医療サービス分野においては、市場原理というものは機能しないのであります。命に値段をつけるという話に、私どもとしてはどうしても抵抗を示さざるを得ない、それが第1点であります。

ごく一部だけお話ししましたが、これを全部統括する形で、現在、日本の医療システムが評価されております、命の平等、フリーアクセス、それから応召義務あるいは最善原則、国民皆保険制度というものが、この営利原則あるいは市場原理というものを無原則に持ち込むことによって、全部破壊されてしまうという危機感を持っているからこそ、誇りある抵抗勢力の団体であるということをお知らせするを得ないということでもあります。

次のテーマは、少し具体的になります。混合診療の問題であります。

健康保険制度は現物給付でありますから、混合診療という話はないのであります。つまり、保険者が医療サービスを買って、それを現物として被保険者、患者さんに提供するというのが、日本の健康保険制度の仕組みであります。しかし、そうはいてもいろいろな矛盾が出てきております。次のような具体的な例は、むしろ医療機関側から問題提起されたものであります。

第1の例は、肺炎薬として承認されている薬が、その成分や作用から考えると、ほかの疾患にもきくことが明らかであり、このような場合に、これを使ったときに混合診療に当たるのかどうかということであります。私どもは、エビデンスが明らかであれば、これは保険診療の対象にすべきであるという整理をいたしております。あるいは、縫合器を使って手術をする場合、今の健康保険制度上は、2個だとか4個だとかといって限定があります。それ以上使うと、これを患者さんから徴収していいのかという問題があるわけでありまして。私どもは、こういう場合には、必要なものは保険給付の対象にすべきであると考えます。さらに、胃潰瘍、ピロリ菌除去ということは、保険では今2回までしか認められておりません。90%は2回で治癒しますが、10%位は3回目以降治癒の必要なケースがあるわけでありまして、これは必要に応じて、それを健康保険で給付すべきである。これは、従来、1号側、2号側といたしますか、支払い者側あるいは診療担当者側の意見がなかなか合わずに、宙ぶらりんになった形で整備できなかった部分であります。こういう整理ができるのではないかと。

あるいは、新しい技術が世の中に出現したときに、それが迅速に保険で適用できないのかという点、患者さん側からも含めた提案でありますし、さらに抗ガン剤も含めて、適応症の拡大ということでの保険適用の問題が指摘されております。これは、私どもとしては速やかに、エビデンスに基づいて保険導入を図るということになるかと思っております。

もう一つの問題は、公的保険制度を一部でも全部でも活用する限りにおいては、こういうものはいずれ保険で全面的に給付されるようなルールの上に乗せなければならない。そのための過渡的な処置として、特定療養費制度があるわけでありまして。特定療養費制度において、エビデンスが積み重ねられた、あるいは普及度が進展したことにより、保険の適用になるわけでありまして、個々別々にそういう薬が使われても、それはその1人1人の患者さんにとってはメリットがあっても、ほかの患者さんには全くメリットが発生しない、つまり将来的に自分だけではなくて、ほかの方々にもメリットが得られるようなルールの上に乗せることが必要である。その結果、最終的には公的保険の給付の対象になる、そういうルールの上に乗せて、そういう

要望にこたえていかなければならない。つまり、自分だけがいい、自分がよければ、ほかの人はどうなってもいいという考えは、一部でも全部でも公的保険というものを使う際に、それには合致しないのだろうと考えるわけであります。

これは、現在プリンストン大学の経済学部に移られましたが、MITのクルーグマン教授の日本語訳の本の中で、医療における市場メカニズムという部分で、「患者にとって最善のことをするという倫理観は、ひと（患者）によって全然違う水準の医療を提供すると宣言するようなシステムとはなかなか相容れない。」、「大金持ちが手の届かない治療法を金で変える可能性もあるが、金で生命が買えるシステムは口にするのもためらってしまう。」という、この人は経済学者であります。まさしく、ここに私どもが考えているのと同じ基本的なスタンスがあるのだろうと思います。そうでなければ、現在のような我が国の医療保険システムあるいは医療システムというのは進化してこなかったのだろうと思うわけであります。

私に与えられました時間が25分でございますので、とりあえずここでお話を終えさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

【牛嶋】 どうもありがとうございました。

それでは、福井さん、引き続きよろしく願いいたします。

【福井】 福井でございます。

私からは、お手元のレジюмеに沿ってお話をさせていただきます。

まず第1は、医療は特殊な分野かどうかという論点であります。

医療については、今もお話をいただきましたように、国民の健康、身体、生命にかかわる特別なサービスであるという認識は広く共有されております。その「特別」の意味ですが、特別といえば特別ですが、それを市場メカニズムなり、あるいはサービスの提供の仕方という側面から見たときに、どのような意味で特別扱いをすることが妥当であるのかという、こういう具体的な論点に帰着するのだと思います。

この点に関して、よく社会的規制と経済的規制という2分類が使われます。社会的規制というのは、まさに健康や生命や身体等にかかわる、いわばお金で評価しにくいような分野の規制、それから経済的規制というのは、例えば土地利用や業界に対するさまざまな規制のような、金銭換算容易な領域に関する規制だと言われます。一般的に、社会的規制については必要だが、経済的規制はできるだけ撤廃すべきだというような二元論も広く見られるところであります。

しかし、結論からいえば、この2分類は余り正確ではないと言わざるを得ません。なぜなら、社会的規制の分野だからといって、お金で財やサービスを買うという取引行為を一切排除する

ことは、そもそもできないわけであります。現実には、今、命の値段の話も話題になっていますが、例えば交通事故でどなたか亡くなった方がいると、その賠償金算定という形で、命は好むと好まざるとにかかわらず、金銭評価をせざるを得ない場面も出てきます。また一方、経済的規制といいましても、例えば、土地利用は社会的な分野あるいは健康や生命に影響しないかという、それもそうではないわけでありまして、土地利用規制がきちりしていないと日当たりが悪いとか、あるいは非常に通風も悪い非衛生的な住宅が蔓延することにもなりかねない。そういった意味で、この2分類は必ずしも正確ではない。むしろ、規制のあり方あるいは市場メカニズムへの政府の関与ということを考えますと、こういう大上段の二元論よりは、むしろ市場の失敗という概念を使って規制の是非を考えるべきであります。そういう意味で、医療サービス市場についても、市場の失敗について合理的な、必要にして十分な介入の根拠があるのかということをもまず詰めることが、そもそも認識の前提として重要なこととなります。

市場の失敗ですが、当然、市場は完全なものではありませんし、何でも民間に任せればうまくいくという、非常に素朴な市場主義を唱えるまともな経済学者や企業人は、今の世の中にはいないわけでありまして、市場はなかなかよく働くが、いざ働かない場面があったときには、そこに適切な形で適切な程度だけ適切な手段で介入した方がいいということは、標準的な経済学の当然の前提です。そのまさに必要十分条件を示すのが、市場の失敗という概念です。

例えばということで申し上げますと、公共財と呼ばれるような分野があります。典型的には、外交や防衛といったものがこれに当たると言われていますが、こういうものは民間では提供されない。なぜなら、フリーライダーがどうしても生じてしまうからであるという説明があります。また、外部性という問題もあります。市場取引を通じないでだれかに与える迷惑や、あるいは利益、こういうものがあると、財やサービスが過少に提供されたり、あるいは過大に提供されたりして、豊かさは損なわれるということもあります。

特に、この医療に関して重要ですが、情報の非対称という市場の失敗の根拠があります。これは、サービスなどの提供者と消費者の持つ財やサービスに関する情報に格差があるときには、優良な品質の財やサービスの市場が消滅したり縮減してしまったりする、こういう状況を情報の非対称といいます。医療ですと、例えば医師免許というのがありまして、この医師免許によって一定の医師の品質を確保するというようなことが、これに関連した分野であります。これは、弁護士、司法書士、行政書士等さまざまないわゆる「サムライ資格」と呼ばれるものについて、なぜ試験を設けて、その試験に合格して免許をもらった人しか名乗ってはいけないのか、あるいはなぜほかの人にはやらせないで、業務を独占させていいのかというときの根拠に用い

られるのがこの議論です。

例えば欠陥住宅のようなものを想定するとわかりやすいわけですが、欠陥住宅を販売するデベロッパー、開発業者というのは、欠陥があることをよく熟知して売っているわけです。しかし、消費者はその住宅に欠陥があるかどうかということ、内装も終わって完成した建物を見ただけではなかなか判断できない。隠れた箇所については、消費者は壊して検査でもしない限りなかなかわからないわけです。これは、販売する方はよく知っている。こうやって手抜きをすることによって、原価を切り下げることができますから、利潤をたくさん確保できることになるわけです。しかし、これがふたをあけてみて、欠陥住宅が結構な比率で混じっているということがもし明らかになると、消費者はどうするか。欠陥に対する分のプレミアムを差し引いた金額でないと、欠陥のありそうな住宅を評価しなくなるわけですね。そうしますと、まともにつくった住宅には安過ぎるような値づけしかなさなくなって、まともな品質のきちんとした住宅は、およそ市場ではだれも見向きもしなくなる。結果的に、悪貨が良貨を駆逐することで、まともな住宅が姿を消すということになります。これが、典型的な情報の非対称です。

こういった情報の非対称を解消する施策としては、1つには今申し上げた免許制度のような資格制度があります。これは、一定の難しい品質管理の前提となる勉強をしたという証拠として、試験にパスしたということがあれば、そうそう顧客に迷惑をかけることはないだろうという想定のもとに、医師国家試験や司法試験が存在しているとも考えることもできます。こういう場合には、一種の情報の非対称対策として資格に一定の意味はあるということまでは言えます。

しかし、医師でも弁護士でも同じですが、青春時代のただ1回のペーパーテストなり、あるいは偏差値秀才度合いをあらわすシグナルが、生涯にわたっての医師として、弁護士等としての資質を保証するということは、なかなか言いがたいわけです。そうなりますと、資格試験というのは、もちろん情報の非対称を補う有力な手段のひとつではありますが、それが十分な条件を満たす要素かということ、必ずしもそうは言えない。結局、情報の非対称として基本的に重要になってくるのは、その都度その都度、欠陥住宅の場合もそうですが、その提供される財やサービスの質がきちんとしているかどうか、わかるような情報開示がなされていること、実はこちらの方がはるかに根源的で重要な課題になるわけです。

例えば、医師国家試験に通ったことがある医者だというだけよりは、過去に医療過誤を起こしたかどうかとか、あるいはどの分野の手術で幾つの手術例を実績として持っているとか、その中で成功例が何例だとか、こういったことが明らかになる方が、消費者にとってはおよそあ

りがたいということがあります。しかし、なかなかこういった事実については、外からうかがい知ることが困難だというのが現状ではないかと思われます。

また、今、免許のことだけ申し上げましたが、情報の非対称対策として考えられるもののひとつとして、例えば診療報酬体系というのがあります。一種の公定価格制度であります。こういった報酬体系自体が品質を確保するための前提であるという要素もあります。また、公的保険という形で国民皆保険　これはもちろんいい点もあるわけですが、この公的保険の形で一種情報を管理する、こういう側面もあります。また、医療法人か個人開業医の形でないと、現在は医業を営みませんが、経営形態を規制するという部分も、やはりこういった経営主体を想定すれば、一定の品質管理の役に立つはずだという想定があります。

しかし、免許も同じですが、これらに一定の意味はあるかもしれませんが、隔靴搔痒の感があります。必ずしも直接原因となる部分、要するに本当に欲しい情報を消費者が手に入れる上で、直接に寄与しているとは、なかなか言いがたい面があるわけです。やはり、医療が特殊だとすれば、お医者さんの技量や品質、提供されるサービスが、自分の要求するサービス水準に見合っているかどうかについて、わかりにくいというところはあるわけですし、欠陥住宅等と同様、品質に関する情報が入手しにくいという点で、確かに特殊な面があります。

そうだとすれば、それに応じた対策をできるだけきめ細かに講じるということが、政策的には重要な課題になると思われます。基本的に、やはりサービス提供者間で、情報を開示して、自分はこんないい品質のサービスを提供できる資格者ですということに関して、品質競争が起こるような前提、環境が重要だと思われます。それこそが、まさに情報開示をいわば自発的に奨励して、劣等の品質のものが出回ったり、優良な品質のサービスが駆逐されてしまうことを防ぐ、地道ですが本道の対策ということになると思われます。

以下、各論について簡単に申し上げます。第2は株式会社の医療への参入の論点です。

株式会社は、なぜあるのかということですが、これはいわば自然発生的に、資金調達や事業形態拡大の便宜ということで発達してきたわけです。経営と資本の分離により資金調達を容易化した。出資者が経営資源として最も適任の人を集めることができるようになった。当然、事業の永続性等にも配慮される。そういう意味で、事業を継続的、安定的、多角的、高品質な形でやるときに便利だったからということで、世界の各国でいろいろな形で発展してきて、今に至っているわけです。そういう意味では、株式会社は当然営利を追求するということは前提になりますが、営利を追求するということは別に悪いことばかりではありません。悪徳の形で営利を追求する事業者は、どの分野でも、あるいはお医者さんの中にもいるのかもしれませんが、

そういうことと株式会社そのものが何か倫理的に問題を持つのかどうかということ、混同しない方がいいと思います。株式会社それ自体は道具でありますから、そこが悪徳経営なりをして、消費者を詐欺的な商法でだましたりするかどうかということは、それはそれで公正な取引に関する規制やさまざまな取り決めによって保護することが本道でありまして、およそ株式会社が悪いということには必ずしもならないと思われま

す。もし医療を株式会社が経営すると、利潤追求に走って患者をないがしろにするのかどうかという議論がよくありますが、これは必ずしもそうではない。もちろん、そういう株式会社もあるでしょうが、それは今の医療法人あるいは個人開業医にだって、利潤追求に走って、患者をないがしろにする方が、時々新聞紙面をにぎわすのと同じことでありまして、どちらがよりましかということは、実証してみないとわからないということだと思

います。そういう意味で、日本で実証あるいは社会実験として非常に有益なのが、現在、日本に約62ありますが、トヨタ病院、麻生セメント病院をはじめとする株式会社病院です。これは、今の法令で実質的に株式会社を禁止する前に、一種の既存不適格として存在していたものがいまだに続いているわけですが、もともと企業が従業員向けの福利厚生病院として始めたものが多いわけ

です。今はほとんど地域医療の中核を担うという意味で、普通の市民病院的な働きをしています。これらの病院については、特に問題があるどころか、むしろ地域医療の担い手として、極めて優れた品質のサービスを患者本位で提供し、高い評価を得ている病院が圧倒的多数だと言

われています。もし株式会社という組織形態自体が、かくもアブリアリに悪いものであれば、こういったところで何か悪い経営や、患者をないがしろにしているといった実態が少しぐらいないとおかしいと思われるわけですが、それは特に発見されていないのです。

では、理論的にどうかといいますと、厚生労働省などの反対理由は、ここに書きましたように、1点目は、株式会社というのは利益を株主に還元ことが本質であって、そういう本質があるがゆえに医療費の高騰につながるということ。2点目は、事業の継続性が担保されなくなる。すなわち、利潤だけを確保したら、その事業をやめて、あとは雲散霧消して患者が放置される

というようなことが起こりかねないという懸念です。3点目は、剰余金の配当禁止という問題がある。すなわち、医療の外に剰余金が逃げていく、これは問題ではないかという議論があります。

しかし、本当に利潤追求というのは、株式会社固有のものなのだろうかということ。現在の医療法人等につきましても、剰余金が出た場合、配当の形で配ってはいけないという規制はありますが、それでは個人開業医や医療法人の理事長は利潤を追求していないと言い切れるか

どうかというと、必ずしもそうではない。医療コンサルティングを営まれる大石佳能子さんという方が、厚労省の研究会の中で述べておられることですが、「個人開業というのは、売上げから費用、自分の給料ではなく、看護婦の給料や医療機材など、いろいろなものを引いて、その残りの税引き後の部分が全部院長さんの取り分になる」と語っておられます。「これは実態として、100%配当と非常に近い形だと思います。その100%配当の部分を診療所に戻すか、自分の生活費として使うか、場合によっては遊興費として使うかということは、完全にその人の判断に任されています。それと株式会社的な配当とどう違うのかが、私にはよく分からない」という発言がホームページでも公開されていますが、私はこれが実態かどうかは知りませんが、こういうことが起こり得るとい側面があるのだとしたら、100%個人配当を行う株式会社と違わなくなるということは、論理的にあり得るのかもしれないと思います。

そういう意味で、剰余金が医療外へ流出するかどうかという論点についても同様の問題があるわけでありまして、株式会社というのは、さっきも申し上げましたように、基本的には資金調達手段の多様化の一手段ですから、要するに金融機関からお金を借りて利子を払うという形でなく、直接金融の形で株式を発行して、資本市場から広くお金を集めて、一種のファイナンスを受けるということに、株式会社の本質的な意義があるわけです。そうすると、ファイナンスという観点で見ると、もちろん株主には配当が払われますが、銀行からのお金の借り入れの場合には利子が払われるわけです。利子と配当というのは、これは法的にはもちろん幾つか説明の違いは可能ですが、経済的機能は全く同じでありまして、ファイナンスの対価をだれか第三者、外の人に払っているという点で、株式の配当と利子に経済的機能で異なる点はない。そうすると、医療外への剰余金の流出がだめだということであれば、医療機関が銀行からお金を借りた場合の利子支払いも禁止しないと、つじつまが合わないと思われれます。

それから、最近ですが、特区では自由診療で高度な医療については、株式会社参入を認めるということがございました。ただ、これもいろいろいきさつがありまして、前規制改革担当大臣などが自由診療しか要件でないと言い、厚生労働大臣がいや高度先端医療だと言い、最終的に「高度な医療」というよくわけのわからない言葉で決着しました。ただ、限定つきではありますが、特区の自由診療という場面に限って、何らかの形で株式会社の参入が認められ、恐らくこれからだんだん事業が成熟していくと思われれますので、これもトヨタ病院等と同じで、本当に株式会社が悪いのかどうかということのまたとない社会実験のよい素材になっていくと思います。

医療法人の「公益性」ということですが、これはさっきの論点にもかかわります。資産の売

買や相続が可能である出資部分ある。国税庁は医療法人に対しては完全に企業並みに課税しておりまして、その点は社会福祉法人や学校法人とは全く扱いが違います。また、資金調達手段については、株式の配当のような形ができないという制約がありますし、また理事長は医師の資格を持っていないといけないという点で、経営と技術の部分を未分離にしているという制約があります。本当にこれをもって公益性と言い得るのだろうか、あるいはこれをもって本当に患者本位のサービスをする上での、唯一の正しい医療サービス提供形態だと言い得るのであるかということ、検証していく必要があるかと思われまます。ここでもやはり問題になるのは、株式会社だから悪いというのではなくて、株式会社にせよ医療法人にせよ個人開業医にせよ、何か患者をないがしろにするような行為をしたら、その行為をとらえて、それはいけない、あるいはやったらペナルティーを科すということが、本来の患者本位の医療規制のあり方ではないだろうかと思うわけですし、その前提としての本来の情報の非対称対策は、例えばカルテや経営情報、専門情報あるいは執刀情報などをすべて情報開示して、場合により第三者が評価することを促進していくという、こういう地道なことに尽きるのではないかと思います。

第3点目、外国人医師の参入規制の問題ですが、高度医療の担い手たる外国人医師が日本で治療するのは、現在の医師法の規制によって禁止されております。途上国の医師を想定して、研修という名目で日本人医師の監督下で執刀するということはあるわけですが、外国人医師は一種の「まがいもの医師」と同じだという発言も、総合規制改革会議の場で医師会の幹部の方からございました。これをよく考えてみますと、論理的にどう違うのかよくわからない点があります。外国に住んでいる日本人、アメリカやフランスに居住している日本人はいるわけですが、現地で何か病気にかかったら、当然現地のお医者さんにかかるでしょうし、多少重くても、わざわざ日本に帰国して手術を受けるということもそうはない。しかし、日本で特に必要があって、日本の医療技術ではまだ足りないが、アメリカでは随分蓄積があるような技術で、アメリカの医師の手術を受けたいというような場合には、渡航し、莫大な宿泊費や滞在費を払って現地にかかるしかない。外国人が日本に来てくれていれば、随分そういう先端医療を受ける機会が、安く手に入る場合があり得るわけですが、これも日本にいるのなら、郷に入ったら郷に従えで、日本人医師の治療を受けるのが当たり前ではないかという議論がありました。でも、これは外国で外国人医師にかかる日本人と日本で外国人医師にかかる日本人とで、例えば生理的な反応の度合いとか、執刀に対するリスクが異なるということはちょっと考えにくい。そういう意味では、なかなかここを患者の健康の観点から差別化するのは難しい議論ではないかと思っています。

参入規制の根拠ですが、これもまさに情報の非対称でありまして、しかしこの外国人医師について、例えば手術についての実績ですとか、あるいは世界的な評価などが明らかになっていて、それがきちんと示されたときに、判断能力がある個人の自己責任で、その外国人医師の例えば執刀手術を受けたいというような、納得ずくの本人の意志があったときに、それを抑圧することの根拠は何だろうかということになります。

また、これは患者が国外流出をするというような問題とも結びついておりまして、例えばタイのブンルングラド・ホスピタルというのがあるそうですが、日本人の高度先端医療の需要が強い病院だそうでありまして、累計で3万9,000人ほどの日本人の患者を受け入れたことがあるそうです。日本人患者が国外流出をしたり、医療が空洞化するということになるのであれば、これは本末転倒ではないかと考えられるわけです。

また、高度な技術を持つ外国人医師が日本に来れば、わざわざ日本人のお医者さんが留学して、高い費用と莫大な時間をかけて現地の技術を学びに行くということも随分節約できるわけです。日本人医師がその方からより多くの技術を学ぶことができるという意味でも、日本の医療の水準向上にもむしろよいことではないだろうかと考えています。

4点目が、混合診療であります。

現在、混合診療は、先ほどのお話にもございましたように、禁止されているわけですが、例えばこういうことがよく言われますね。規制改革会議の場でもよく話題になっていましたが、出産入院中に何か別の疾病を発病したときには、その部分は実は保険診療でやるとか、あるいは自賠責保険で、治りかけると保険診療に移行するという話がよくありまして、実は現在の運用でも、それほど境目が厳然とはっきりしているわけではありません。別に、これが悪いという意味で言っているわけではありませんが、この自由か混合かというこのアプリアリな2分論には、必ずしも合理性はないのではないかと議論に、私はどちらかというに分があるのではないかと考えております。

医療の公平に反するという議論が一部にあります。要するに、混合診療のような形で、いわば足し前をして高度な医療を受けられるのは、一部の金持ちに限られるのではないかと議論です。

しかし、もともと保険診療がなぜ保険診療として許されているかといいますと、これは普及度なわけです。どれくらい普及した一般的な治療法かによって、保険になるかならないかが決められている。しかし、まさに個人にとってどういう治療が必要かどうかということは、普及度と関係なく、その人固有の事情として決まってくる。このようにいわば普及度でもって決め

られた保険診療の枠に入らないところを、個人がニーズを持つ領域として感じるということが大いに起こり得ることは、もともと想定されているわけですから、これを個人の事情を、無理やり普及度という枠組みに読みかえて合わせてしまうという不自然な形での保険診療への組み入れをやるよりは、保険診療は保険診療で保険財政の観点からも何らかの合理的な線があり得るのだとすれば、一定の普及度なり一定の基準とし、それを超える個別的事情については何も禁止しなくても、オプションとしてつけるのを認めてもよい、こういう議論になると思います。

もし、医療の公平ということ突き詰めますと、では自由診療は本当に公平でしょうかということに行き着くわけですね。全部自由診療で、自腹で高い高度な医療を買うという、先ほどのクルーグマン教授のようなことが、現に自由診療で日本では起こっているわけでありますから、それがもし医療の公平に反するのだとすれば、実は混合診療と同じ問題でありまして、そちらも禁止しないとつじつまが合わないということになります。だれの満足度を高めるのかというと、もちろん負担は増すかもしれないが、必要な医療を受けたいという患者の満足度は高まる。もしこれを禁止していると、いわば保険診療に入っていないために、全部根っこから自由診療で負担しないといけないということを強られる患者は、場合により大変な迷惑を被り、場合により命を奪われることになりかねないということが起こると思います。

また、確立されない治療は患者の健康を損ねるから抑制すべきであるという議論も一部にあります。しかし、これも自由診療と比べると訳がわからないわけでありまして、もちろん保険診療には治療法の確立されたものが入るということはわからないではないですが、たとえたら、保険診療の対象となっていない場合、今でも自由診療はお金を払って自由に受ける権利が保障されているわけですから、では自由診療を受けた患者の健康は損ねられても構わないのかということになりかねない。そうすると、これもまさに情報の非対称がないとき、すなわち、完全に情報を共有し、理解力のある患者が納得し、自己責任を引き受けた上で混合診療を望むときに、患者の健康を損ねるからという理由で禁止することは、パターンリズムということになりかねないのです。

医療費を増大させるという反論もあります。しかし、保険診療外治療は、公的医療費と無関係か、むしろ無理に保険を利用することを抑制して、医療費を抑制ということもあり得るわけです。また、保険診療部分を混合診療のシステム自体が誘発するということには必ずしもならない。本当に増大させるのかどうか。むしろ、増大させるということの証明は難しいのではないかと思います。

この禁止は、先ほども申し上げた外国人医師ともかかわるわけですが、医療の現場でも、や

はり恐らくさまざまな症例に応じて、いろいろな薬や治療法を試すというチャレンジ、創意工夫があった方が、患者も助かる可能性が高まるし、それが確立されればより多くの人の普遍的な命や健康を守ることになる。その芽が摘まれているのではないかとこのことを懸念いたします。まさに普通の患者の選択肢を、禁止という行為が奪っていることになりはしまいかという懸念があるわけです。比喩的に言えば、カレーだけ、ルーだけ食べるならいい、ご飯だけ食べるならいい。しかし、合わせてカレーライスとしてまぜて食べるのは許さぬ、というのと似ているような気がします。

5番目が医薬品の販売規制で、医療そのものではないですが、与えられたテーマにあったので簡単に申し上げておきます。ドン・キホーテがテレビ電話で薬剤師が説明して医薬品販売をするという販売のやり方に、厚労省が待ったをかけたという話があります。なぜかという、薬事法では薬剤師が薬品を実地管理して、薬剤師が店舗で対面販売しないとイケないという義務づけがあるわけです。これも、やはり医療と非常に似た理屈でありまして、薬は国民の生命、健康、身体にかかわるから、情報提供や相談のために、薬剤師がいる薬局での薬剤師の対面販売しか認めないというのが厚生労働省の理屈です。

ところが、厚労省自身の調査でも、一般販売業という薬剤師が義務づけられている販売形態で、薬剤師の不在率が、22.6%だ。また、胃薬とか風邪薬を消費者として薬屋さんに買いに行くときに、薬剤師から副作用の説明を受けたという人は、私は少なくとも1回も経験がないですし、まだ私の知り合いには1人もいない。小売店で販売を認める、コンビニで売っているという例も、アメリカなどにございます。

また、より不思議なのは、富山の薬売りという配置販売業という形態ですが、これは中学を出て5年以上の販売経験があるだけで、置き薬の販売資格があるわけです。コンビニの店員は絶対だめだということですが、置き薬と同じだけの5年以上の販売経験があれば、別に中学生、高校生のアルバイトのコンビニ店員だって、売ってもいいような気がします。しかしこれは既得権だからだめだというのが厚労省の理屈です。健康を守るためということを買くのなら、薬売りから買うときだけは人体に副作用が起こらない、ということを実証していただく必要があるだろうと思います。また、富山の薬売りのような配置販売業形態では、薬の実地管理というのは、実質的には販売員も薬剤師もやっていないわけです。実質は消費者がやっている。何でこれで薬の実地管理、しかも薬剤師による実地管理ということと矛盾しないのか、ということもよくわからない。また、特例販売業という薬剤師不要の形態がありますが、過疎地や離島で薬が手に入りにくいところで例外的に認めるというはずですが、都内でも500以上ある。これ

も、薬の実地管理に薬剤師はかかわっていない。だから、建前と実態とが既にかなり乖離しているわけです。

カタログ販売に至っては一片の通達で行っており、カタログで買うのが対面による説明だとして言えるのかもよくわからない。また、乗り物酔いの薬とか作用が緩和なものについては、医薬部外品というタイプがありますが、これがどんどん拡大する傾向にあります。その分、いわば医薬品の方については温存するという傾向があります。医薬部外品というのは、要するに作用を、ききにくくさせるということですから、ききにくくさせる方をふやして、きく方の薬についてはそのままというのは、薬の効果という点で、奇妙です。

規制改革での議論でしたが、テレビモニターを通じての販売だと、購入者以外からの受付は薬剤師がいないと対応が不可能になるという議論がありましたが、これは現に行われているカタログ注文の場合だって、注文名義人以外がその薬を飲まないという保証はないわけですから、何でもモニターを通じての販売だけ、こういうことが気になるのかということも、わからない。

薬の売り方についてどうするのかというのは大きな論点ですが、少なくとも今の販売形態の規制には、一貫性があるわけではないということは間違いないと思います。

最後に、政府の失敗という観点ですが、医療政策の歴史は、やはり政府の失敗、要するに市場の失敗に対置する意味での、必要なことに対して必要十分な範囲で介入するという、政府の行うべき介入の失敗がかなりあった。その上塗りの歴史であったのではないかという懸念があります。医療関係者も消費者も、結果的には不便と品質低下あるいは満足度の低下を強いられてきた可能性も強いと思います。得をしてきたのは、規制のレントがあった一部提供者だけではないだろうかとすら思われるわけです。もともと、医療については確かに大事だということは当然そうですが、医療のサービスも、お金で取引される要素が現に混入している以上、人間はインセンティブに反応する、動機づけを与えられて反応するという自明の前提を政策の出発点に置くべきであろうと思います。

したがって、情報開示や、あるいは取引費用を低減させるために、むしろ医療過誤訴訟、これは情報隠しが横行しているのも現実の実態ではありますが、こういったものをきちんと証拠保全して、提起しやすくするというのも重要ですし、公的保険と同等の品質や皆保険が保てる民間保険の成立条件は何だろうかというところを探っていくことが、やはり本道の政策ではないかと思われます。市場の失敗で個別に正当化することができないような公的な関与は、漸次撤廃していくのが筋です。また、命ということで考えると、まさに命なり、あるいは生活弱者の問題をどうするのかということがあり得るわけですが、市場を効率化してできるだけワーク

させるという目的と、弱者対策をきっちり憲法第25条の趣旨に沿って行うということは、それぞれ独立の目標でありますから、2つの目標があるのなら2つの手段が要る、2つの目的を1つの手段で実現することはできないという意味で、混合政策が要るということになると思われ  
ます。

【牛嶋】 どうもありがとうございました。

それでは、川淵さん、お二方の話へのコメント、それからご自身のこの問題に対するご意見等について、15分程度でお願いしたいと思います。

【川淵】 ご案内いただきました川淵であります。

お二人のさん方から非常に広範な話がありましたが、パワーポイントを用意いただいたので、これを使って説明いたします。

私のバックグラウンドを少し申し上げますと、企業がリースしている病院で勤めた後、厚生労働省の研究所や日本医師会のシンクタンクにいました。規制改革委員会に、参与として関わったこともあります。いろいろなところで医療について考えてきましたが、今、お二人の話  
を聞くと、私にはまだわからない部分が多いなあと感じております。

いただいた論点は4つでありまして、今、福井さんもこれに沿って話をされたと思いますので、私のコメントもこの4つについて私見を加えて述べていきたいと思っております。

15分であるということですので、1枚1分のスピードで話します。

医療サービス及び経営の実態ということではありますが、日本の今の医療機関は果たして営利なのか非営利なのでしょうか。今のご議論の中にはなかったのではないかと思います。と申しますのは、営利というのは諸外国等では課税される主体でありまして、非営利というのは「公益性」を前提にした非課税主体であります。つまり課税か非課税かが営利と非営利の区分基準ではないかと思  
います。

17年前にアメリカに留学したときに、ヒューマナという病院のチェーン会社で3カ月サマーインターンをやりましたが、そこは株式会社立で営利病院ということで課税されておりました。アメリカは余り営利病院が多くないのでありますが、そうは言っても今ベッド数で10数%、ヨーロッパにも出てきたという話ではありますが、それでは何を以て公益性というのか。今、福井さんの話にもありましたが、例えば内閣府による「民間非営利活動団体に関する経済分析調査」では医療法人というのは狭義のNPO法人ではないということです。狭義は、あくまでも特定医療法人といういわゆる私有財産を全部公共の福祉に提供したものであります。

それから、医療法人というのが非常に多くございまして、全体の数にしますと3万 2,695あ

るそうではありますが、そのうちの98%が、持ち分がある社団という実態があります。やはり持ち分がある社団は営利法人ではないかと、私自身は思いますが、これは価値判断を伴います。

それから、一人医療法人制度を厚生労働省が推し進めまして、80%が1人医療法人ということです。自然人と余り変わりはないのではないかと思います。そのほかに民法の34条で言う公益法人、学校法人、社会福祉法人、宗教法人等の病院もありますが、こういう病院は本当に非営利なのか。あるいは国公立も最近利益追求の話がよく出ますが、本当に非営利組織なのかと思うわけであります。

私は、医療機関こそ真の非営利組織になるべきだと思っております。というのは国民が病院とか診療所に求めるのは高い「公益性」と考えるからです。そこで、真の非営利組織になっていただきたいということです。「非営利」もどきはよくないわけでありまして、例えば同族・家族で経営している医療機関が多いわけですが、こういう状況から早く脱却していただきたいと思えます。また、ガバナンスということも最近よく言われますが、企業のガバナンスもひどいところがありますが、医療機関もしっかりやっていただきたいと思えます。

公益性については、司馬遼太郎がいいことを言っております。この人はもう亡くなりましたが、この本は緒方洪庵の半生を書いておりまして、「医者がこの世で生活しているのは、人のためであって自分のためではない。決して有名になろうと思ふな。また利益を追おうとするな。ただただ自分を捨てよ。そして人を救うことだけを考えよ」と。こうした医者が日本にいれば、私はこの人こそ公益性を実現している医師ないし医療機関ではないかと思います。

今のNPO法人制度も多くの矛盾を抱えています。NPO法人に関する規制緩和が求められます。

それから、先に社団の医療法人が多いと申し上げましたが、持ち分を放棄しようとする医師さんも多いです。ところが、技術的な話をすると、持ち分を放棄しようとする、みなし譲渡所得税がかかるそうでありまして、この部分も何とかしてあげたいなと思うわけですね。これは財務省のmatterですね。

それから、課税か非課税かの判断ですが、やはり私は国公立・公的病院、いわゆる日赤、済生会、厚生連等も含めて医療機関のパフォーマンスで決定すべきではないのかと思えます。

私が、今研究しております病院のランキングを適用するのはどうでしょうか。先ほどからご案内のように、国民はなかなか情報を持ってない。先ほどの青柳さんの話にもありましたが、いい病院、いい医師が知りたいというのが我々の一番の願いです。問題は何かをもっていい病院、いい医師というのかで、ここで基準1は医療の質であります。具体的には、76万の症例数を集

めて、日医総研で行った研究です。36病院からデータをいただいて、患者の重症度をコントロールしながら、期待死亡率と実際死亡率の乖離率を出して計算したものです。基準2はいわゆる経営の質、利益率だとかそういうものです。基準3は、両方を含めて計算したもので、バランススコアカードという手法を使ってやりました。見ていただいてもわかりますように、順位は医療の質と経営の質で随分変わる、また、ウエートづけをするかどうかによっても随分変わってくるのです。

ただ、このランキングでビリの病院は本当のビリではないですね。むしろこのランキングに参加しない人が問題なのではないかと思います。中には名前を出したくないという恥ずかしがり屋の先生もいるわけでありまして、我々はそうした病院には無理強いはしません。ポイントは非課税病院の説明責任です。なかなかランキングは難しいですが、今、病院に加えて調剤薬局のランキングもやっています。薬局も今3兆円の医療費を消費していますので、調剤薬局についても、ランキングを試みにNPO「薬と健康を考える会」でやっています。

次に各論に入ります。株式会社の参入の功罪ですが、資金調達が多様化とおっしゃいますが、本当に日本の医療機関は資金調達に困っていますかね。今日の中にも何人か金融機関の方がおいででありますかどうか。私もシカゴビジネススクールでミラ・モディニアリの理論を習いましたが、株式の調達コストは銀行からの借入コストより安いですかね。この辺がちょっとテクニカルに教えていただきたいなというところであります。それから、今議論している株式会社というのは非公開会社ではないですね。公開することを前提にしているとすると何で公開するかというとチェーン化のためですね。私は、よい病院がチェーン化するのは賛成ですが、悪い病院がチェーン化するのは最悪なシナリオですね。よい病院がチェーン化するような仕組みをつくっていくために、資金調達がいるというのはよくわかります。

そのひとつの反証が、現在62ある会社立病院のパフォーマンスです。1年前には66あったのが今62になってしまったわけですね。株式会社病院はよい病院なのか悪い病院なのか。私のデータベースには、1つの企業立病院しかありません。病院名は伏せてありますが、ぜひトヨタ病院とか麻生飯塚病院にもデータを出していただきたいと考えます。

それから、先ほど薬局の話が出ましたが、私は余り薬局についてはよくわかりませんが、薬局の経営者は薬剤師でなくてもいいですね。それから株式会社でもできるわけです。在宅についても、会社立の訪問看護、訪問介護は認められました。会社立のパフォーマンスはどうでしょうか。何か不都合がありましたか。私はその研究をしなくてはいけないのではないかと思います。

病院の購買管理について実は日医総研からおもしろい報告が出ています。よくこんなことを発表したと思いますが、日本の医療機関の購買管理はひどいですね。「予算が各部署に伝えられず、予算オーバーをしてもペナルティーはない」とか、「企画室が医薬品・診療材料に関する予算は作成するが、現場には伝えられてない」とか。これを読めば読むほど、やはり株式会社は参入した方がいいのではないかと思います。こういうところを非営利組織できちんとマネジメントするのか、あるいは株式会社に任せるか、その辺のところは、禅問答ではなくて、もうちょっと突っ込んだ議論がいるのではないかと思います。

私は、今9月から本学の大学院に寄附講座を立ち上げて、医療経営の専門家をつくらうというのをやっています。企業にも病院にもきちんと在庫管理ができる人が少ないということが最近わかってきまして、これは困ったことです。

混合診療に関しては、言うまでもなく、これは先ほど青柳さんもおっしゃったように、現行制度は現物給付なので、いわゆる混合診療は存在しないはず。しかし、例外的に特定療養費制度が存在するわけですが、私はまずはこれを拡大すべきではないかと思います。保険がきくかきかないかという、オール・オア・ナッシングではなくて、うなぎの松竹梅の「竹」をつくったらいいのではないかと考えております。つまり今の特定療養費を拡大すればいいわけがあります。

しかしながら、先ほどご案内あったような急増する保険外負担、闇の部分はどうするのか、取り締まるのか。あまりに医療費をケチっても、これは闇を横行させるだけでありますので、その辺をどう考えるのか。

それから、介護保険制度が2000年4月から始まりましたが、在宅ケアでは「混合介護」を認められているのでありますが、何か不都合はあったのでしょうか。また、何故施設ケアには「混合介護」は認められないのかといつも不思議に思います。

それから日医は介護保険と高齢者医療保険制度の合体を同制度見直し時の2004年に行うとおっしゃっておりますが、介護保険は現金給付で、医療保険は現物給付。これを合体するのであれば、そのときに現金給付に統一するという事も考えられるのではないかと思います。

外国人の医師は、うちの大学にもたくさんおいでであります。先ほど出たように研修に来ている方が多いわけですが、本国に帰られますと一人前の医師、歯科医師であります。私はかねがね思うのは、歯科医師は毎年2,700人もつくっており、供給過剰気味です。これに対して医師は足りない。医師が余っているというのは、文部科学省と厚生労働省だけですね。事実、医療監視をやってみても、一番医師の多い近畿地区ですら医療法の標準を満たしている病

院が8割しかないという実態です。どこを行っても医師が足りない。

そこで提案しているのが医療特区です。歯科医師を医師にコンバートできないかと。せめて麻酔科だけでもコンバートできないかと思ひまして、今提案している次第です。しかし、だれも応援してくれる人がいないです。日本歯科医師会も応援してくれないという大変孤独な特区です。特区締め切りの時期になると「ぜひ川淵さん、また特区提案してくれ」と言って構造特区推進室から電話がかかってまいります。しかし、だれも応援してくれないじゃないかと言って、私は最近、「特区祭り」は終わったと言っておりますが、麻酔科医の不足について当局はどう考えているのかということですね。

それから、むしろ医師よりも看護・介護師の方が、少子・高齢化の流れの中で問題ではないかと思っております。台湾やシンガポールのようなエイリアンナースを合法的に入れていくようなことも考えていいのではないかと思います。

最後の6番目の課題と展望であります。規制改革という点からいうと、もう少し国民の視点が欲しいと思ひます。先ほど青柳さんの話があったように、国民が一番悩んでいるのは情報ギャップではないでしょうか。株式会社立の病院が情報ギャップを解消してくれるのであればいいと思ひますが、どうでしょうか。あるいは待ち時間の短縮化をどうするのか、それから診療内容の充実や患者サービスの向上をどうやって実現するのかが一つのテーマであります。

私は規制改革には優先順位があって、まずは医師数の規制を撤廃したらどうかと考えます。1県1医大学制の中で、大体人口10万人当たり150人でいいという、あの目標値はどんな根拠で生まれたか、何で歯医師は50人なのか。この根拠をもう1回見直したらいいのではないかと。私はむしろ撤廃した方がいいと思ひますね。

それから、次に出てくるのが医師の免許の更新制です。生涯教育を医師会はやっておられますが、これを義務づけてやったらどうか。それから、病床規制といひますか、地域医療計画もどうも世の中の医療ニーズにフィットしていないわけで、ここも撤廃するなり見直したらどうか。そこで必ず出てくるのが、医師数・病床規制を撤廃すると医療費がふえるのではないかという話ですが、私はこれは支払い方式で十分に対応可能ではないかと考えます。私は「DRGマン」と6年前に言われましたが、このDRGをPPS（包括支払方式）に利用したらどうかと思ひますし、最後にイコール・フットィングが必要ではないかと思ひます。実際に公正取引委員会も今お忙しいと思ひますが、競争が適正に行われているかモニタリングも必要かと思ひます。

実は、イコール・フットィングはよく使うますが、東洋経済から出た私の本に出ているので、

チラシを置いておきますので宜しくお願いします。医療・介護事業をだれが経営していいのか、それからどの分野まで経営していいのかをまとめたものです。混合介護、混合診療も輻輳しております。制度もきちんと整理したらどうですかね。これに税制と補助金の有無をきちんとやったらどうかと思います。

特区ですが、私は余り株式会社の特区は意味がないと思います。むしろ、患者の視点から必要な「特区」が今求められていると考えます。私の言っているのはPET集積特区ですね。これは文京区長が喜んでいました。東京大学にしかPET（がんの診断装置）はありません。本学にもないし、順天堂にも日医大にもありません。みんなPETがなくて困っているわけです。つまりサイクロトロンを置く場所がないのです。これを皆さんで共有できるような特区をやれば、国民のための規制改革になるのではないかと思います。もちろん、企業にも関与していただかないといけません。お金を集めたり、そういうところは必要だと思いますが、私はこれを業とするのではなくて、むしろ今ある制度で、少し運用を変えるだけでもできるのではないかと思います。詳しくは私の本に書いてありますので、ご参照ください。

以上であります。

【牛嶋】 どうもありがとうございました。

それでは、最後になりますが、槇さん、今までの話へのコメント、それから槇さんは医療サービスや経営の実態についてお詳しいと聞いておりますので、そういう話も交えながらコメントいただければと思います。

【槇】 今までの先生方はきちんとレジュメを用意していたのですが、私は、皆様方のお話を聞いてからいろいろ考えてみたいということで、お手元には何もございません。

私が医療にかかわるようになったのは、日本のODAではないのですが、円借款でイラクに400床の病院を13カ所建設したときです。実は髭を生やしているのはイラクに住んでいたから、そのとき髭を生やしてないとなかなか一人前に認めてもらえないためです。私、それまでは一般企業に勤めておりました、医療のことは余りよくわかりませんでした。ただ、労働衛生とか、そういうことで医療関係にかかわっておりました。イラクでは、病院のフルターンキーという形で、いわゆる日本の建築会社が病院を建て、日本の医療器を持ち込んで、なおかつ、あまり医療従事者もいない。そうすると、医療従事者はフィリピンやキューバから来ているということで、今は政権はなくなりましたが、サダム・ジェネラル・ホスピタルという病院で、お金は払いますからすべて用意してくれということです。当時は医療の世界でこのような形態が成り立つことにびっくりしました。ただ、それは特殊な国だからということなのかも

しませんが、ずっと私が考えていますのは、果たして医療というものを、イラクは外国からすべてをサービスとして買ったわけですが、そういうことが可能なかどうか。それは社会制度あるいは文化レベル、いろいろな背景が違うから、果たしてそれが特殊事情だと言えるのかどうかというところで、ずっとそれ以来10何年、医療サービスは一般の商取引と同じかと悶々としています。基本的に、恐らく今回の議論については、日本の統制経済としての国民皆保険をなくしてしまおうという議論にはなっていないと思います。あくまでもこれを安定的に継続するためにどうしたらいいかという議論をしているのだと思います。

ですから、私もその前提に立っております。今の国民皆保険は私も悪くないと思います。ただ、先生方がご指摘のように、いろいろ問題はありそうだと思っております。特に私の今の職業が医療コンサルタントということで、病院経営の改善等にかかわっております。エピソードのお話しすれば、本当にグレーなこと、それから現行法ではあってはいけないようなことが多々ございます。ただ、これは制度を議論するときには、あくまでも私の頭の中では統計的には異常値だと思っております。これを取り上げて議論していたら、全体の制度設計、あるいはシステムというのが成り立たないのではないかと。常にどんな分布においても、非常にすばらしい特異的な、これは異常値というか、別の分布があったり、必ず悪い方の分布があるとしたら、どこまでが許容されるシステムを考えるのかということならないといけないと思っております。

したがって、青柳さんを初め福井さん、それから川淵さんのお話を聞いていて、どれも否定はできない。ただ、どういう制度設計にすればよいかというときに、これを現実的に考えたときにはかなり違ってくるのではないかと思います。私は単純に病院経営という視点から、今日の論点である医療サービス及び経営実態、望ましい医療の姿と規制改革の必要性について、15分いただいていますからお話ししてみたいと思います。

大ざっぱに言えば、今までの医療機関経営、あるいは医療保険制度はどうも社会システムとの合致の中でうまくいかなかったのではないかと。専門用語はよくわかりませんが、経営的に言えばプロダクト・アウトではだめになって、マーケット・インの思考を持たないといけない。それは、保険制度あるいは病院経営、医療経営すべてがそうであろうと思います。それではマーケット・インするにはどうすればいいかといったら、先ほどからお話がありますように、国民のニーズ、患者のニーズというのを把握しなければいけない。様々なアンケートでは出ておりますが、どうもわからないというか、はっきりとした母集団といえますか、中央分布のところがよくわからない。私は仕事から、全国というか、北海道の僻地の病院へ行ったり、この前も青森へ行きましたし、九州等へも行きます。昨日も松本から帰ってきたとき、新宿駅を降り

て人の多さに目が回りそうになりましたが、昼間地方に行くとはほとんど人と会うことはありません。すれ違う車、あるいはお年寄りが病院に行く姿とか、そういうことしか人と会うことがない。余りにも違う風景だということでは、どうも地域と都市という部分では、ある程度構造的に違いを把握することが必要なのではないかと感じます。制度としては国民皆保険ですから、一元的に管理をしないといけないとは思いますが。

私は、青柳さんのお話、福井さんのお話を聞いていて、どちらも反対できないなと思います。やはり青柳さんは臨床の現場ということで、患者さんに視点を置かれて、福井さんはこれからの将来の日本の社会活力等という観点から話されているという気がします。川渕さんとは、割合近い考えなので困ったなと思いますが、視点は似たようなところでは。ただ、私自身1つ申し上げたいのは、市場メカニズムといったときには、経済主体が 私は経済は専門ではありませんが、市場メカニズムを導入するためには完全競争市場 医療はそうではないわけですが、経済主体が非常に多くないといけない。供給側については、医師数は国際水準に比べてまだ不足しているのか、先ほど川渕さんからお話があったように、もう少し養成が必要なのかもしれないですが、病院・病床数については明らかに国際水準から見て過剰であるとしたら、供給は非常に多い。需要は高齢化がどんどん進んでいるということで、これも需要がふえている。そうすると、これは非常に成長する市場というか、ボリュームが大きくなるのは当たり前で、こちら辺に何かビジネスチャンスがないかと、多くの企業は考えるのではないかと思います。

ただ、私の知っている狭い範囲、統計的にはきちんと議論できませんが、地域から需要が減少した小児科が消え、産婦人科が消えて行きますと、やはりこれというのは市場原理にある程度かなっているところではないかと思います。

ところが、行き過ぎた撤退ということで起こした問題は、小児救急が地域でなくなったということで、今度はあわてて小児救急とか小児科を增強しないといけないという議論が多分中央でされていると思います。やはり需要と供給の関係から、市場原理とは言わないまでも、ある程度収束するところへ収束している。ただ、それをある程度規制していかないと行き過ぎた方向にいつてしまう。需要と供給には必ずタイムラグがある。これも予測できるはずで、医師数の養成についても、例えば大変失礼ですが、今の日本医師会の開業医の皆さんの年齢分布を見ていると、5年後にはどういう診療所数になるのかとか、事業所経営がうまくいけばいいんですが、やはりランダムなピークになっているとしたら増減がある。そこへ新たな市場参入として病院勤務医師が来るのかというようなこともきちんと考えないといけない。

また、競争市場になるためには、財の同質性だとか、情報の完全性ということが必要だと言

われていますが、これが先生方がご指摘するように全くよくわからない。本当に現在の医療サービスというのは同質性があるのか、質がばらついているかどうかということがわからない。それから、情報がきちんと提供されているかどうかもわからない。これは福井さんと全く同じです。ここを改善していかないといけないので、これがいきなり株式会社の参入だとか、混合診療の問題にはまず結びつかないだろうと思っております。

私は10何年前に独立いたしました。その当時言われたのは「よく独立したな」と。独立してベンチャーというのは3年以内にほとんど消滅してしまう。3分の1くらいはなくなって、そういった淘汰が繰り返されていって、ある程度の民間企業というのが成り立っている。

それに比べて、医療法人というのは、今まで制度がいろいろ変わったにもかかわらず存続しているところから見ると、非常に息の長い、安定した事業体であったのだろうと思っております。

そういった現状の中で、ひとつだけ株式会社の参入を議論する前に、ご指摘しておきたいのは、医療法人あるいは個人開業の経営には、かなりの確率でMS法人をお持ちのところがある。先ほどの利息の流失だとか、配当の流失というところにメディカル・サービス法人による流出の議論も必要ではないかと思っております。

混合診療について1つご指摘しておきたいのは、混合診療のシステムを導入したときに、場合によっては、今の保険財源で賄っているものを外す理屈になるという指摘もどなたかがされてきたと思います。例えば、保険財源で払われている患者給食ですが、点数ではなく食事療養費として払われている。これを外したら特定療養費といいますか、混合診療という形になるのか、あるいはこれはまた細かい話になりますが、去年の診療報酬改定では、人工透析の中で、人工透析を受けている方は給食を治療食という形で給付されていたものが外れました。外れた後どうするかというと、食べないわけにいかないのに、透析を受けに行くたびに自己負担しているという実態もございます。

ですから、私はやはり制度としてきちんと話すには、ある程度の実態というのは公の実態もございしますが、福井さんもお指摘のように、いろいろな変な面というのがあるではないか、そこを少し議論していく必要があるのではないかと思っております。

それから、川淵さんがお話になった株式会社が66から62に減ったというのも、私もその中の2つほどをお手伝いしましたが、医療法人化しております。株式会社では持てないから切り離したいということで、医療法人になっております。決して病院がなくなったわけではありません。では、なぜ医療法人になったのかということも重要な点ではないかと思っております。

もうひとつご指摘しておきたいのは、アメリカ商工会議所などでレポートを6月に出したとき、彼らは株式会社を参入させるとは言っていません。医療法人に出資させると言っている。配当を期待していないのかどうか知りませんが、また、医療法人に参画する権利を与えよと言っております。そこら辺をどう考えるのか。

それと、もうひとつは株式会社を認めてもいいと思いますが、もうちょっと待ってほしいということですね。やはり公民格差の問題解決が先だと思います。ほとんどの医療供給主体が今民間病院です。いわゆる民間病院といったときに、私の感覚では、何をさしているのかよくわからないということもあり、公立以外は全て民間という感じが国民にある。今日は医療法人という方に限定しますと、やはり自治体病院と民間病院で同じ診療報酬点数で、これは生ぬるいという指摘もあるかもしれませんが、一方は税を投入し、一方は税を支払いながら、一生懸命競争しているのはフェアとはいえない。日本の病院の医療費が高いか安い、診療報酬点数が高いか低いかという議論は、これは今日の論点ではありませんからお話しませんが、スマートではないが、一生懸命にばたばたとやっているのが日本の医療機関ではないかと思います。頑張ってもう少しスマートにする必要がありますが、それが株式会社が参入してそのノウハウとか、そういうところでうまくいくとは思っていません。今の現行制度の中で株式会社が入ってきて、本当に利益を上げることができるかということ、それは多分東京都心の方がたくさんいるところで、一部の人たちを対象にした経営形態ではないかと思います。

もうひとつ、あちこち話が飛びますが、現在の医療法人の非営利化というのを明確にするべきだというのは大賛成でございますし、その上で株式会社はどういう形態で参入するのか。株式会社のままで参入するのかどうか、今の診療報酬点数の制度のもとで、本当に参入して何のメリットがあるのかよくわからないと思います。私の印象だけで言いますと、企業イメージの向上として、「私どもは高品質な地域医療を守るためのすばらしい病院を経営しています」ということで残入するのか。そこから利益を本当に得られるのかどうかというのは、私はよくわかりません。

それから、混合診療は先ほど申しましたように、基本的にはやってもいいと思いますが、懸念材料は、これから保険財源が厳しくなる中で、混合診療という名のもとに、今まで保険給付したものを外すという懸念があるのかないのかということでございます。

それから、外国人医師につきましては、私もこれは現実問題として本当に医療の質を高めるために必要なものなら来ていただくべきだと思いますし、もうひとつ、川淵さんがご指摘のように、介護だとか、看護師さんについては、外国人の方を日本で働けるようにしないと、今の

体制が維持できないのではないかという議論も、しておく必要があるのではないかと思います。去年アメリカへ行ったときは、ナースショーテージというのが非常に議論になっておりました。なぜかという、高度医療化してどんどんナースの専門技能が高まっていて、かなりナーシングのスキルを集積していかないといけないということで、下働きをするナースがいなくなり、そこはアジアから雇用をしている。アジアの方に聞くと、たとえば、マレーシアとかシンガポールで、せっかく国費を使って養成したナースがアメリカへ行ってしまふ、とんでもない話だということをお聞きします。本当にこういう専門職種の方の国際的移動というのは、例えば私よくわかりませんが、日本の医師養成について、国立大学は今までどれだけ税金を投入しているのか。その人たちが外国へ行ったり、また外国から持ってくるというものも、きちんとした議論の上でやらないといけないのではないかと思っております。

薬剤に関しましては、これは福井さんと全く同感で、やってもいいのではないかと思います。時間になりましたので、以上でお話を終わりたいと思います。

【牛嶋】 どうもありがとうございました。

これまで4人の方からそれぞれのお話、それから若干のコメントをいただいたわけですが、最初にお話をいただいた青柳さんのコメントする機会がなくて、最初にプレゼンをしていただきましたので、これまでのそれぞれの方のご意見等を聞かれて、さらに追加的なコメントなり、ご意見なりがあればお願いをいたします。

時間もありますので、五、六分、もう少し長くても結構ですが。

【青柳】 先に出るのが叩かれるのは常でありますから、私は慣れております。

まず1つは、福井さんの基本的な考えは私も理解をしたつもりであります。巷でされている議論、あるいは規制改革会議なるものは、だれのための規制改革なのか、何のための規制改革なのか、今日、福井さんのお話の中で幾つか出でまいりましたから、少しは理解できたのであります。どうもそこら辺に少し私どもとしては不信感を持たざるを得ない。

実際問題、今相当に病院経営が悪くなってきて、不確かな情報ですが、幾つかの病院はもう既に某企業の傘下に入っている。東京であれ、千葉であれ、北海道であれ、そういう状況が出てきているわけありますから、何らかの形で経営参画といいますか、参加しているのだろうと私は類推をいたしております。

それは何のためなのかと。今、槇さんがおっしゃったように、本当に患者さんのため、国民のためというところに視点があるのかなというのが1つ。それから、先ほど川淵さんのランキングの話で、ぜひ福利厚生施設として会社経営の病院に入ってほしいというのは、私も恐ら

く一部を除いては無理だと思いますね。川渕さんのランキングに入ってきますと、医療のアウトカムとしては高水準にしておりますが、経営指標の基準では上位に入らない。

福井さんのレジユメに沿って、私なりに考えを申し述べたいと思います。

情報開示の問題、あるいは情報の非対称、私どもは経済の中では情報の非対称というのは中古車市場ということで、私なりに少し勉強をした経験があります。もう一步踏み込んで、皆さん方はよくタクシーを拾われますが、悪い思い出のあるタクシー会社には手を上げないかもしれません。乗ったときのタクシーの運転手さんが優良運転手だったら、これを見たときにほっとします。あるいは、その運転手さんが昨日の晩寝不足でなかったのか、奥さんとけんかしたのではないか、今日の精神状態はどうか、そう考えたときに私は非常に不安に思います。しかし、私どもとしてはその運転手さんの情報をどれだけ知っていて、タクシーに手を上げるのか、選ぶのかというところがあるのだらうと思います。したがって、福井さんのおっしゃるように、医者も1回の国家試験で、その後永遠に資格更新がないというのはおかしいというのは、私もそのとおりだと思います。私どもは生涯教育制度をつくっています。もちろん各専門学会では、認定専門医なり専門医の更新の仕組みはあるわけです。私どもがやっている生涯教育制度というのは、多いところでは都道府県によっては85%を超えております。我々の基準をクリアしている。ところが、地方によっては60%ぐらい。これはどうしてかということ、山間僻地あるいは離島などで診療されている方々が、研修の仕組みにアクセスが難しいという問題があります。我々としてはネットワーク化によってクリアをしようということで、それをどんどん進めていけば、私どもなりに免許のリニューアルの仕組みを構築していけるのではないかと思います。これは今準備を進めておりますから、そういう意味においては、品質管理、品質保証としての仕組みについては、この生涯教育制度は、既に15年以上の経過がありますから、その実績をもとに私どもとしてはやっていきたい、そのように考えております。

それから、資金調達の問題ですが、私がちょっと疑問に思うのは、現在の株式会社が直接金融で資金調達をされている割合がどのくらいあるのか。私が間違っていれば申しわけありませんが、直接金融で資金調達をされている株式会社は、十七、八%しかない。80%以上は間接金融で資金調達をされていると伺っておりますので、そのあたりをどうお考えになるのかなというのがございます。

それから、病院経営というのは、それぞれの国で進化の過程があるわけですね。例えば、欧米ではクリスチャンをベースにして慈善事業という形でスタートしてきている。日本の場合には、これは施療院から始まる部分もありますが、多く薬師としての医師から発達して、そして

診療所に患者さんが鍋釜を持って寝泊まりをして、有床診療所になって、それで地域のニーズが拡大して病院にという流れがひとつあります。一方では、陸軍病院を国立病院として再編成をしたというのがありますし、それでも足りない部分が自治体が何としても国民皆保険制度を支持するために、支援するためにつくったという、そういういわゆる医療機関の発展形式というのがあるわけですね。そこら辺を全く無視して、現在の輪切りの中で議論をされるということについては、もう少し議論を詰めていかなければならない。

それから、外国人医師の問題であります。恐らく皆さんご存じだろうと思いますが、各大学はそれなりの技術を持ったお医者さんを招聘をして、実際に手術場で指示を受けながら、相当のスペシャリストがそこで技術を学ぶということは、どんどんやられています。特に国際関係の学会が多く日本で開かれるようになってきている。どんどんそういうことが行われているということについてのご理解をまずいただきたいということがあります。

もう1つは、日本の国内においては、非常に技術的にも優秀な医師がおられますが、例えば国公立大学というところでは、なかなか今までの仕組みの中では、ほかの大学へ行って教える、あるいは講習をするという仕組みがありませんでした。恐らく独立行政法人化して、そこら辺はフリーに行ったり来たりできるという仕組みになりますから、そういう意味においては、今の日本の医療技術というのは限られてはいますが、十分外国の批判に耐えるぐらいの技術を持っていると思います。

それから、混合診療の問題ですが、先ほど言葉足らずといいますが、私どもが考えていることについてもう少し付け加えさせていただきたいと思います。

どういうことかと言いますと、特定療養費というのは実を言うと法律的に認められた混合診療だと、これは川淵さんの方から話がありました。医療そのものについて、なぜそのルールに乗せるかということ、その後普遍的に一般の方々にといいですか、国民に保険で利用できる薬であり技術だと、そういうルールに乗せるためにこれはあるわけです。ですから、全くそういうルールがないところで行われるということに関しては、私は公的保険を一部でも使うのはおかしいのではないかと思います。ある意味において公的医療保険や健康保険は、自分だけよければよいという考えのもとにつくられた仕組みではないのではないかと。自分がよければ隣の人もいいし、向かい側の人にもいいということで作られた制度であるということ、使うのであればどういう形であれ、ルールの上で使っていただきたいと思います。自分だけが満足したいということがもしあるのであれば、今の社会保険の仕組みは根っこから私は崩壊してしまうだろうと思います。やはり社会としてどうあるべきなのかというところで私は考え方の整理をし

ていただきたいと思っております。

以上であります。

【牛嶋】 どうもありがとうございました。

それでは、福井さん、もしございましたら、五、六分でお願いします。

【福井】 今、青柳さんからお話があった点、私ももちろん共感するところではありますが、若干コメント申し上げますと、今の株式会社で直接金融が2割以下だというお話がございましたが、1つには、同じ間接金融、要するに銀行借入の場合でも、医療法人と株式会社で信用力に差があるということがあり得ると思います。

といいますのは、さきほども少し触れましたが、現在の医療法人の資産は売買も相続も可能でして、解散後は個人財産に帰属させられるという点では、医療法人の資産というのは大変不安定な側面がありますね。そうしますと、間接金融の担保価値なり、あるいはプロジェクト・ファイナンスという観点で見ても、一概には言えませんが、医療法人より株式会社の方が実は信用力が高く、わざわざ直接金融をやらなくても株式会社のメリットを生かして、間接金融をより優位に展開し得るという可能性もあり得るのではないかという気がします。これは実態に基づいて議論しないと正確にはわからない点ですが、そういう要素もあり得ると思われま

す。それから、外国人医師については、確かに現在たくさんのそれなりに有能なお医者さんが、日本で研修を受けるという前提で執刀しているということは承知しております、ただ、この制度の枠組みはあくまでも途上国の、いわば日本の医学水準よりも遅れたところのお医者さんのための研修をして差し上げるというのが出発点ですので、むしろ分野によっては日本より米国やフランスの技術が非常に進んでいるという分野が、全くないのならともかく、現実にはあり得るわけですから、そういったいわば日本が範とするに足りるような技術を持つ外国人医師については、日本人が指導するという前提ではなく、むしろ端的に招聘して、それこそ指導してもらいながら執刀させるということを、正面から認める制度があった方が望ましいのではないだろうかという趣旨です。

【牛嶋】 どうもありがとうございます。

一応それぞれの方のお考えを伺ったわけではありますが、株式会社の参入の問題につきましては、それぞれの方の考えが微妙に違い、また混合診療の問題についても違いが見られたように思います。株式会社については、株式会社参入自体について疑問を呈せられた青柳さん、それから槇さんも割とその方向かなという感じがいたしましたが、それに対して福井さんは積極的に認めていくということです。

川淵さんは、現行の医療法人そのものが株式会社とどう違うのだと、同じなのではないかということで、本来営利法人が医療を行うのは好ましくなくて、非営利の形態で営むべきだという認識です。そういう意味で現在の状況もよくないから、もっと別の本当に純粋な非営利の形態に移行すべきであるということで、株式会社参入を否定されるにしても、現状を肯定する形で考えられるのか、現状を変えていくと考えられるのか、それぞれちょっと目指されている方向が違うのかなと感じました。

それから、混合診療については、青柳さんは保険の制度に乗せるための一時的なものという位置づけですが、川淵さん、あるいは槇さんもそうかもしれませんが、混合診療をもっと拡大して対象をふやしていけばいいのではないかと、特定療養費の方の対象をふやしていけばいいのではないかというふうに聞こえたわけです。それから、福井さんは混合診療を解禁して何が悪いのかということで、それぞれまたお考えが違うような感じを受けました。

それでは川淵さんから医療の株式会社の参入の問題で、そもそも医療は非営利になっていく必要があるとおっしゃいましたが、具体的にどんな形態になるのでしょうか。

【川淵】 これまで、アメリカ、イギリス、フランスいろいろ見てきましたが、やはり病院は圧倒的に非営利型病院が多いですね。つまり、ノンプロフィット・オーガナイゼーションということです。たとえば、イギリスは国営のNHSを財団化して、NHSトラスト病院という形になっております。わが国で言う独立行政法人ですね。

結局、国民が医療といったときには、やはり先ほどの緒方洪庵ではないのですが、金儲けと無縁ですね。ヒポクラテスの誓いでもそう謳っています。しかし、業といいますか、組織体としてやるためにはマネジメントが必要だと思いますね。そこで、最近NPOのマネジメントが力説されているわけです。ドラッカーさんもそういうことを書いていますね。私のいう非営利組織とはそういうイメージです。

実際に3カ月間、アメリカのヒューマナという会社に勤めてみて思ったのは、いい悪いは別にして、やはり病院の売買を結構頻繁にやるわけです。これは不動産売買と同じでありまして、あの病院は買い、売りというような感じでやっているわけですね。売買自身は悪いことではないと思いますが、医療の質からみて、いい病院が市場に出てくるのかということ、私は自分の経験からいうとあまりないですね。むしろ、例えばジョーンズ・ホプキンスとか、クリーブ・アンド・クリニック、みんな非営利型です。それはその地域に1つしかないわけです。しかし、それなりの地域に満足度を与えているし、場合によってはアラブのお金持ちも来たりするということです。日本人も行っています。これをペーシェンドフロー・ビジネスと呼びます。タイ

の病院も見に行きましたが、やはり日本人の方が来ていました。

ですから、私が申し上げたいのは、チェーン化することが、日本の医療の質の底上げになるのかどうかです。むしろその地域に根ざした非営利組織病院があって、そこがぐんぐん地域医療に貢献していったら、場合によってはアジアから、あるいは世界から患者が来るようなモデルの方が理想的ではないでしょうか。資金調達は株式でなくて病院債を発行で行うこともある。病院債は、タクス・イグゼンプトボンドです。買った人の金利に対する課税がタクスフリーになるわけですね。その分だけ金利コストが安くなる。しかし、病院債を発行するというのは相当のアカウンタビリティが必要なので、私がやっているランキングで評価してあげましょうかということです。

確かに格付けであればフィッチやS & Pに任せればよい。ただ、彼らは経営の質はわかるのだが、医療の質ができないとおっしゃる。そこで、今、医療の質と経営の質をトータルで格付けするような形で持ってこられないかなというのが私の今の考えているイメージ図であります。

【牛嶋】 今のお考えは、特に株式会社を否定するということでは必ずしもないと理解してよろしいですか。

【川淵】 株式会社を否定するわけではありません。ポイントは株式を公開するかどうかです。実際、店頭公開していない株式会社は日本でも腐るぐらいたくさんあります。それは、今の医療法人とそんなに変わらないのではないかと。私が申し上げたいのは、株式会社かどうかというよりも、株式を公開するかどうかです。上場するのであればそれなりにコストもかかりますし、モニタリングも必要だろうと思います。実際、中医協に医療経済実態調査というスタディがありますが、実際に設置状況を調べてみたら、5割はリース、家賃だと書いてあるわけです。つまり、実態は自己所有ではないです。そしてリースしている企業の実態はほとんど上場企業ではないです。そうすると、実態は何なのか。社会福祉法人も同じでありまして、同法人の理事長は企業の有力者とか地域の名士だったりするわけですね。だから、もう一回非営利組織論みたいなものを作ってから、株式会社論というのがあるべきではないかと思います。ここで株式会社、賛成ですか、反対ですかと言われてもあまり意味がないと考えます。

【牛嶋】 どうもありがとうございます。

今のことで、どうぞ、青柳さん。

【青柳】 アメリカにおけるプロフィット、ノンプロフィットという区分けが、必ずしも日本における設立母体の違う医療機関と、連動していないということについては考えなければなりません。先ほど言いましたように、国立病院、自治体立病院、あるいは公的病院、それから

民間病院という、そういう切り口で物事を考えるとすれば、必ずしもどこかにイコール・フッキングするところはありません。

それからもう一つつけ加えると、ノンプロフィットであるかプロフィットであるかというのは、病院が、いわゆるアメリカ社会の寄附文化といえますか、教会団体も含めたそういう寄附文化に浸っている、その恩恵を受けるためには、税的な問題から言ってノンプロフィットを選ぶと、そういう社会的な背景があるということも考えておかなければならないし、さらに病院債を発行したときに、州政府が裏打ちをすると、税的支援が受けられる。私はノンプロフィットというのがある意味ではアメリカでは成り立っているわけですから、そこら辺をちょっと考えておかないと、単に今の日本の社会で、すべてを非営利という形に持っていくということについては、社会構造が違う部分があるのではないか。もちろん、現在の医療法人の形態を、再整理をしつつあるはずですから、そういう意味においては手をつけないということではない。むしろ、それは積極的に議論を詰めていかなければならないのだろうと考えております。

【牛嶋】 どうもありがとうございます。

榎さん。

【榎】 先ほど、株式会社の参入に反対の立場と言われましたが、必ずしも反対ではありません。ただ、いろいろ実態を把握しなくてはいけないことがあるのではないかと。医療法人、個人開業医の方でも、MS法人という有限会社あるいは株式会社を、所有ではないですが、形としてお持ちになっている事業体も多いと思います。

それから、アメリカの営利法人の病院数というのは、時代とともにふえたり減ったりしている。それは社会制度あるいは保険の仕組み、地域によって変わってきていると理解しております。ですから、現状でいきますと、病院数なのかどうかわかりませんが、企業のシェアは全米では12~13%と言われていますが、カリフォルニア州では27~28%ということで、地域、州によって格差がある。それは、市場として参入しやすいかどうかという土壌だと思います。

日本も特区で参入があるか気になりますが、やはり都会と地域では違うと思います。ただ、基本的には株式会社参入を認めた場合、地域で独占体制が起こるといった危惧は、東京ではないだろうと思っております。そういう意味では、前提を明確にする必要があります。

それから、株式会社も公開できる大きな会社でないといけないのかということですが、反対ということではありません。

【牛嶋】 どうも、ちょっと私が早とちりしたかもしれませんが、福井さん、もし何かありましたら。

【福井】 株式会社について言うと、私は公開、非公開問わず、要するに役に立たないと思えば使わなければいいだけで、別に禁止するほどのこともないのではないかと思います。積極的に株式会社でなければいけないと言っているわけではなくて、医療法人と個人開業医に許される以外の資金調達の手段をとりたいという人が出たときに、それを別に禁ずるほどのことはない、こういう趣旨です。

公開、非公開を問わず、株式会社がよいと言っているのは、アカウントビリティーという点でも一定の意味があるわけです。特に、事業の継続性というのはさっきも申し上げましたが、例えば有価証券報告書で情報開示があるとか、第三者監査が入るとか、むしろ今の医療法人制度などよりは、透明性が高い手続が入り得るわけでありまして、そういう点のメリットも一面にある。

それから、株式会社は悪者にされがちですが、例えば、教育でもそうですし、普通にその辺で売買されている車でも住宅でもそうです - 住宅都市公団の分譲住宅が本当に格安物件かという、全然そうではないという判決が昨日出ておりましたが、官業というのは、市場動向に対してどうしても遅れる傾向がある。これは、政府の規制の関与の程度が強まれば強まるほどそうなりやすい。やはり、政府の失敗と市場の失敗というのは一種のトレードオフですから、メリットがある部分について、そのメリットが発揮されるのを抑制するタガは、できるだけ外した方がいいということです。

現実問題として、株式会社が営利追求をするためにひどい商売をやるかということ、そんな会社はすぐ淘汰されるわけです。やはり良心的な商売をやっている株式会社が、どの分野でも、さっきから名前の出ているトヨタでもそうでしょうが、顧客満足度を高めることで収益を上げてきているという、一種の株式会社支持の歴史があるわけですから、そういう意味での使い分けは自由にすればいいのではないかということです。

【牛嶋】 どうもありがとうございます。

混合診療の話を少し伺いたいのですが、先ほども言いましたように、私の理解では、それぞれの方に考え方の違いがあるようでございます。

私の理解では青柳さんは保険に乗せるための過渡的な措置であり、福井さんはもっと大幅に混合診療として認めていくべきではないかということに対して、川淵さんのお考えは、対象をふやしていけばいいのではないかといった、何か中間的な感じで聞こえましたが、そういうことで、青柳さん、福井さん、お二方のお考えについて、どういうふうに理解されるかという点も含めて、コメントをお願いします。

【川淵】 基本的には、1961年に国民皆保険制度を導入したときには、現物給付という制度にしたわけですね。皆年金制度も1961年に導入されましたが、長期保険と短期保険という違いはあります。

なぜ保険制度にしたかと言えば、リスクを分散するためであります。何故、公的保険にしたのかというと所得の再分配を図るためです。先ほど青柳さんの言葉の中で、ちょっと私がひっかかるのは、「自分だけが」という言葉ですね。しかし、多分この会場の中で、所得の再分配のために社会保険料を払っている人はだれもいないと思います。ほとんどの人は自分のため、あるいは自分の家族のために公的保険に入っているのではないかと思います。であれば、民間保険でもいいのではないかと。しかし、厚労省の方が言うには「助け合い」です。自分のみならず人助けのために払っているわけですね。

それでは一体幾ら払うのですかと聞くと、それは「わからない」とおっしゃるわけですね。とにかく国民医療費は増えるべく増えるわけですね。しかし1995年の厚生労働省白書を見ると、141兆円になると言っていた2025年の医療費が、今は60兆円と81兆円も下方修正していきます。そうすると、保険料は安くて済むのかなと思っていると、保険料も「結構かかるんですよ」とおっしゃるわけです。

これでは将来不安が生まれます。みんなは自分がかわいいわけです。特にこれから団塊の世代が高齢化していきますと、「自分、自分」という人が出てくるわけです。青柳さんは、今61歳でしたっけ。やはり私とジェネレーションギャップがあるのかなと思います。僕らみたいにセルフイッシュな人間がふえていくのかなと思います。制度を少し軌道修正するためには、現物給付より現金給付の方がいいのではないのでしょうか。現金給付の介護保険をやってみて、そんなに不都合はありません。世の中の人、介護保険を現物給付と勘違いしていますが、横出し、上乘せがあることを考えれば、これは現金給付であります。しかし、施設ケアにはこれが認められていないわけです。そこで、どんなことが起こっているかというと、お世話料とかいって、老人病院に行くと何か知らない差額をとられるわけです。本来、看護料に入っているのにこうした差額はおかしいわけです。しかし、取り締まりを厳しくすると、今度はシャンプー代とか言って別料金をとられるわけです。取り締まりを更に強化すると間に潜るわけです。料金体系が一番大事な問題です。株式会社の話はCランク、Dランクですが、これはAランクです。お医者さんですら「川淵さん、この社会主義の医療の継続は無理だよ」と言われる。そこで私は修正社会主義を提案しているわけです。現行は現物給付だから、特定療養費、すなわち合法的な混合診療を拡大するしかないのではないかと。それは過渡的というのかどうか分かりませ

んが、例えばインプラントなんていうのは、いまだに特定療養費ですよ。これは一体いつになったら普遍性が出てくるのでしょうか。国産うなぎもいろいろありますので、松竹梅でいいのではないのでしょうか。

【牛嶋】 今のお話に、どうぞ。

【青柳】 61歳の青柳でございます。

恐らく個人主義と言いますか、独立独歩という世代に、川淵さんはおられるのだらうと思います。ただ、混合診療というものを考えたときに、当然のことながら法律的に認められている特定療養費制度という、その中身を確認して議論をしないと、要するに医療の周辺部分について、もっと取ってもいいのではないかという話は、これはまた別な議論です。要は、アメニティーという部分で、東京都内では差額ベッド代として相当とられているのではないですか。は医療本体とは違うという位置づけでありますから、医療そのもの、医療本体部分についてどうするかというところに議論を集約すると、先ほど私が述べたようなことになるのだらうと思いますから、ちょっと視点がずれれば議論がかみ合わない部分が私は出てくるのだらうと思います。

確かに、保険料を納めて、それで恩恵を受けるというのは、社会のためなんていう大げさなことだと私も思っておりません。しかし、それがなければ、社会保険の仕組みというのは成り立たないことも、これは川淵さんもよく知っているわけですから、そこら辺を知っていてなおかつそうおっしゃるのは、恐らく皆さんにちょっとアピールをしたいという、川淵さんの常日ごろの態度から私は想像しておりますので、腹の下3分の1はちょっと違うのではないかという気がしないでもないです。

【牛嶋】 どうもありがとうございます。

楨さん、福井さん、もし何かコメントがあれば簡単にお願いいたしたいと思います。

福井さん、お願いします。

【福井】 私は、やはり特定療養費制度というのは非常に枠組みが限定的でありますし、一々個別の認定がいるわけですから、やはりまずいと思います。基本的に、保険診療の枠組みだからという理屈があるのなら、さっきから繰り返し申し上げているように、自由診療という類型も禁止するのでないと、全然辻褄が合わないと思います。公平とか、患者の自己選択という観点から見ると、自由診療が許されているという前提のもとで考えれば、保険の枠をはみ出る分はオプションですから、一種の混合診療なら混合診療として、自己責任で引き受ける人に認めて何が悪いのだらうか。だから、特定療養の拡大という考え方には、私は余り賛成しないということをお付けしておきます。

【牛嶋】 ありがとうございます。

最後に槇さん、何かありますか。

【槇】 先ほどの議論の繰り返しになりますが、特定療養費の拡大や混合診療を認めた場合、保険給付の部分が特定療養費へ移動するという危惧はないのかということです。あとは、基本的にこれも川渕さんと同じなので困りましたが、現金給付ではどうかという議論もする必要があります。私も、こういう医療制度改革の議論は、介護保険創設時の行政の熱心さと、全国津々浦々に、国民に対して説明会を開いた、あのエネルギーと同じぐらいのものを使わないと、これは理解が得られないのではないかと思います。

私見で無責任なことをお話ししましたが、介護保険の仕組みが、いずれ医療保険にも同じような感じで適用される可能性があるというようなことを思いました。だから、そういう意味では、混合診療というのがあって、やはり現物給付ではなく現金給付という、そういうような形の枠組みというの、議論に加えないといけないのかなと思います。混合診療をやったとしても大らかにやれるのは東京だとか都市部であり、地方では本当に投資してもそれを回収できないような室料差額設定をせざるを得ない病院も随分ございます。

以上です。

【牛嶋】 ありがとうございます。

この辺で一応話を終わりにして、フロアの方から質問を受けたいと思いますが、もしその前に何か最後に一言ということがあればお願いします。もしなければ、フロアの方から質問を受け付けたいと思いますので、質問のある方は挙手をしていただきたいと思います。その際、私が指名しますので、お名前と所属を明らかにした上でご質問をお願いします。

なかなか難しい問題でもありまして、このフォーラムで手が上がらないというのは非常に珍しいことですが、もし手が上がらなければ、私、先ほど川渕さんがおっしゃった話の中で、今日の議論と少しずれるかなということで問題提起しなかったのですが、地域医療計画の見直しにおける医師数の規制の撤廃と、ベッド数の規制の撤廃について青柳さん、どういうふうにお考えでしょうか。

【青柳】 規制改革の議論といいですか、あるいはまとめたものを見させていただいて、実を言うと常に2つ欠落部分があるのではないかなと思います。株式会社の問題がすぐ出てきますが、日本における国公立も含めた親方日の丸病院、つまり税金をもらっているが、税金を納めてない病院、これをどうするのかといった議論がされているのか、されていないのか、いつもまとめた文章の中には余り出てきません。こちら辺をもう少し私としては深く議論をしていた

だきたいというのが1点。

それから、規制改革の中で、いまだかつて地域医療計画に基づくベッド規制、あるいは医師数の問題、これについてどういうご議論があったのか。基本的にベッド数だとか医師数だとかというのは、これは競争のもとです。やはりある程度の過剰といった状態にならなければ、競争自体は生まれないわけですから、そういう意味においては、私どもはぜひこういう規制を撤廃してもらいたいと思っておりますが、どうも議論にはなっていないようで、そこら辺はぜひ今後の議論の中で整理をしていただきたいと思います。

【牛嶋】 どうもありがとうございました。

どうぞ。

【A】 医師会の方にお伺いしたいのですが、医師会の会長が自立投資ということをおっしゃっていると思いますが、ほとんど中身は混合診療のことではないかと思いますが、自立投資と混合診療は一体どう違うのかということをお教えいただきたい。

【青柳】 1時間半いただきますと説明ができますが、限られた時間ですので、概略を説明させていただきます。

まず、私どもは自立投資の対象医療をどうしようかという設定をいたしております。自立投資というのは、あくまでもこれは個人の貯蓄であり、あるいは民間保険を買うという行為を指しております。その民間保険であれ、個人の備蓄であれ、それによってすべての医療費を賄うという前提で考えているわけであります。したがって、そこには例えば一部公的と、一部民間という形の混合診療は存在いたしません。もちろん、この考え方が来年、再来年というふうなショートタームで私は成立すると思いません。恐らく15年、20年という先を見越した上で、私どもとしてはこういう考え方を導入できないかという提案をしているわけであります。

これから10年、15年たちますと、我々が予想もしないような新しい技術や新しい薬がどんどん開発されてくるとおられます。そういう世界が間近に迫っているわけでありますから、それに対して、個人個人がそれなりの対応を今からしてくださいという、そういう意味で自立投資という言葉を使っておりますが、正確に言うとちょっとネーミングは悪いかと思っております。今後、それは少し具体的に詰めていこうと考えております。

【牛嶋】 ありがとうございました。

ほかにございませんか。どうぞ。

【B】 地域では株式会社形態の病院経営が立ち行かないというようなお話が、槇さんを中心に取りましたが、最近地域の経済の核という考え方で、病院をもう少し産業としてとらえて、地

域経済活性化の1つの機動力として考えていくという発想が、地域に広がっているようですが、これについて少しコメントをいただければありがたい。

【榎】 実は仕事柄そういうお話が非常に多いです。ただ、介護保険導入のときと比較してお話ししますと、介護保険創設時にも、いわゆる一般企業、民間企業に経営の門戸が開かれたということでは、これは地域興しになる、年寄りや地域の活性化に実は間接的には役に立っている。それから財源も移転するといわれました。

私は商工会議所とかそういうところに呼ばれて、シャッター通りと言われるところを活性化するにはこれが最適ではないかというようなことで、介護保険こそ地域興しのチャンスであるということで、いろいろ取り組みを見させていただきました。その結果どうだったのかということとはフォローしていませんが。

ご質問のようなプランは非常に数多くあります。でも、ひとつ私が申し上げたいのは、医療法人にしる、株式会社にしる、日本で医師をきちんとマネジメントできている事業体があるかどうか。そこら辺がアメリカと少し違うのではないかと考えております。アメリカは、医師は独立して、皆さんクリニックをお持ちで、必要に応じて患者さんを連れて病院に来てくれる。病院経営というのは、いかに優秀な医師に来ていただけるかが重要です。少なくとも直接雇用しているのは麻酔科医だとか、放射線科医だとか、コンサルテーションドクターであって、ほかの人は所属しておりません。ですから、プロフェッショナル・フリーダムという、医師会はよくお使いになります。病院経営と医師の関係を基軸として日本の病院経営の形態がどうなるかによってはまた変わってくるのではないかと思います。だから、1つのモデルでは、亀田総合病院さんだとか、いろいろあると思います。でも、それを頭で考えて成功するかどうかというのは非常に難しいと思います。

以上です。

【牛嶋】 ありがとうございます。

それでは、時間もまいりましたので、これで本日のフォーラムは閉会にいたしたいと思えます。

パネリストの方々、熱心なご議論をいただきまして、医療への市場メカニズムの参入という点に関して、かなり論点が明確になったのではないかと思います。どうも本日はありがとうございました。（拍手）