



慶應義塾大学ビジネス・スクール

『医療分野における株式会社参入論』

◆ プロローグ

[らいおんはーと～小泉総理のメッセージ]

● 規制改革を進めています

小泉純一郎です。

今週は、規制改革についてお話したいと思います。…これからも、株式会社の形態でも病院や農業の分野で仕事ができるようにすることなど、規制改革をどんどん進めて行きたいと思います。…私も皆さんから元気もらって、改革に取り組んでいきたいと思います
(「小泉内閣メールマガジン第110号」平成15年(2003年)9月8日)。

水沼友美子は、そのメールマガジンの記事を見て、疑問に思った。

『株式会社の形態の病院ってどういう意味??今の病院ってどういう形態なの?』

というのも、友美子は今日の午前中、スーパーで買い物をした帰りに不注意にも転んでしまい、近所の整形外科に行ったばかりだったからだ。転んだ場所は家からも近かったが、そのときにひねった右足が見る見るうちに腫れてきたので、そのすぐ近くにあった整形外科のクリニックに飛び込んだのだった。

友美子は突然転んで一人で病院に行くという事態に、ちょっとブルーな気持ちになっていた。

本ケースは慶應義塾大学ビジネス・スクールが出版するものであり、複製等についての問い合わせ先は慶應義塾大学ビジネス・スクール(〒223-8526 神奈川県横浜市港北区日吉4丁目1番1号、電話 045-564-2444、e-mail: case@kbs.keio.ac.jp)。また、注文は <http://www.kbs.keio.ac.jp/>へ。慶應義塾大学ビジネス・スクールの許可を得ずに、いかなる部分の複製、検索システムへの取り込み、スプレッドシートでの利用、またいかなる方法(電子的、機械的、写真複写、録音・録画、その他種類を問わない)による伝送も、これを禁ずる。

Copyright© 山口ひろみ (2004年作成)

それに、普段病気などしないので、『病院』に来るのは久しぶりだった。

15 分ぐらい待った後、診察室によばれ、レントゲンを撮り診察を受けた。幸い骨は折れていなかった。挫いて青紫に腫れた右足にぐるぐると巻かれた包帯はちょっと大げさに見えたが、すばやく処置してもらったことで友美子は安心した。転んでそのまま病院に来たので保険証を持ってい

5 ていなかったため、支払いは結構かかってしまった。レントゲンと治療（シップを張られ、包帯を巻かれた）で約 4000 円、指定された近所の調剤薬局で買った薬（シップ、塗り薬 1 週間分、鎮痛剤、胃腸薬）が 3000 円ぐらいである。しかし、月末までに領収書と保険証をもってくれば、7 割は払い戻してくれるということだったので安心した。それに、お医者さんや看護師さんも結構対応が良かったので『日本の医療って悪くないなあ』と思っていたところだったのだ。

10 そういえば、最近心臓の内視鏡手術を受けた知り合いも、こちらの心配をよそに本人は退院後すぐにピンピンしていたし……。

そんなことがあって友美子は、『小泉メールマガジン』の記事を読んで考え込んでしまったのである。

15 『もし病院が株式会社だったらどういうことになるんだろう…？そもそも株式会社が病院をするっていう規制緩和って、何か患者にとっていいことがあったり、医療の問題を解決するのかな？』と……。

20 ◆ わが国の医療制度の概要

『医療分野における株式会社参入』についてより理解を深めるために、ここではわが国の医療制度やその特徴を簡単に説明する（わが国の医療制度を知っている読者は、p.4『わが国の医療保険制度の成果』より読み進めてもよい）。

● わが国の医療保険制度

30 我々の社会では、生計は基本的に個人々の責任と努力にゆだねられている。しかし、毎日の生活のなかでは個人の責任では対応しがたい疾病や負傷といった不測の事態がある。そういった不測の事態に備えて、社会連帯の考え方に基づき保険料の負担という形で生活の安定を図る社会保険の仕組みが、医療保険制度である。

わが国においては、生活保護世帯等を除き原則としてすべての住民¹⁾が公的な医療保険制度に加入する、いわゆる『国民皆保険制度』が採られている。現在大きく分けて、被用者を対象とする健康保険制度などの被用者制度と、被用者以外を対象とする国民健康保険制度の2本立ての体系となっている。

健康保険事業を運営するために保険料を徴収したり、保険給付を行ったりする運営主体のことを『保険者』という。一方、健康保険に加入し、病気やけがなどをしたときなどに必要な給付を受けることができる人のことを『被保険者』という。健康保険では、被保険者の収入で生計を立てている一定の範囲の扶養家族についても給付を行なっている。この扶養家族を被扶養者と呼ぶ。わが国の医療保険制度は、当初、職域を基盤とする被用者制度を中心に発展した。その際、企業など一定の職域ごとに設立される健康保険組合などを保険者とした。それとともに、こうした組合の加入者以外の被用者とその被扶養者については、政府を保険者として制度の適用を図り、昭和16年（1941年）に政府管掌健康保険制度を設立した。

その後、被用者およびその被扶養者以外のすべての人を、その居住する市区町村を保険者とする国民健康保険制度に加入させることにより、昭和36年（1961年）に現在のような国民皆保険を達成した。

被保険者が病気やけがをしたときは、保険証を保険医療機関²⁾に提出することにより、必要な治療などを受けることができる。これを『療養の給付』といい、範囲は、①診察、②薬剤または治療材料の支給、③処置・手術その他の治療、④在宅で療養する上での管理、その治療のための世話、その他の看護、⑤病院・診療所への入院、その療養のための世話、その他の看護、である。この場合には、医療機関の窓口において診療費の3割（70歳以上は1割（一定以上所得者は2割）、3歳以下の幼児は2割）に相当する一部負担金（入院時の食事に要する費用を除く）を支払うことになっている（10円未満は四捨五入）。

その他、入院時食事療養費、特定療養費、療養費、訪問看護療養費、移送費、高額療養費、疾病手当金、埋葬料または埋葬費が定められた計算方法に基づき給付される。被扶養者への療養の給付、療養費の給付もほぼ同じである。

¹⁾ 日本国内の居住者のことであり、外国人登録をしている外国人も含む。

²⁾ 健康保険では、地方社会保険事務局長の指定を受けた病院や診療所が、療養の給付を行う仕組みになっている。このような病院、診療所を保険医療機関という。被保険者が病気やけがをしたとき、被保険者証があればこの病院にでも病院に掛かれるというのではなく、この保険医療機関に掛からなければ、健康保険の診療を受けることができない。薬局の場合も健康保険で薬を買えるところは、地方社会保険事務局長から指定を受けた薬局に限られ、これを保険薬局という。

◆ わが国の医療提供体制

● わが国の病院数とその構成

5

わが国の医療施設の体系については、基本的に医療法等の法令において規定されている。病院と診療所は、病床数 20 床以上が病院、19 床以下が診療所として区分され、開設にあたっても取り扱い等が異なる。

10 医療施設の数は、平成 15 年（2003 年）7 月末現在、総数で 9,168 あり、その内 8,095 を一般病院が占めている（表 1）。開設主体別で見ると、病院総数 9,168 の内、国立病院が 324、自治体立等の公的病院 1,383、私的病院が 7,461 である。一般診療所の総数は 9 万 5942 ある。このことから、わが国の医療供給は、第 2 次世界大戦後、民間部門を中心に担われてきたことがわかる³⁾（表 2）。

15 病床規模別の施設数では、わが国の病院の多くは、50 床から 300 床のいわゆる中小病院であるが、近年、100 床未満を中心として中小規模の病院および有床診療所の顕著な減少が見られる（表 3）。

20 また、人口 1,000 人に対する病床数は、16.6 床⁴⁾であり（平成 11 年（1999 年））、OECD による諸外国の統計（表 4）と比較しても相当高い水準にあることがわかる。もちろん、僻地や離島の医療供給といった地域的な不均衡の問題が依然としてあるとはいえ（表 5）、全体としてみれば、わが国の医療供給は量的にはすでに相当の水準にあるといえる。

● フリーアクセスの確保

25 イギリス、北欧、アメリカなどにおいては、患者が利用できる医療機関が制限されている場合が多い。一方、わが国の医療制度は、患者は基本的に診療所や病院などの医療機関を自由に選択でき、どの医療機関でも受診が可能である。これをフリーアクセスという。わが国の医療制度では、このフリーアクセスが確保されている。

³⁾ わが国には病院施設数の統計しか存在しない。実際には、一開設者が複数の施設を経営しているケースは多く、法人名は異なっても経営者が同一というケースも多いため、実質的な経営主体の数は推定することすら困難である。

⁴⁾ 日本の病床数には、診療所は含まれていない。

● わが国の医療保険制度の成果

経済成長に伴う生活環境や栄養水準の向上などの要因もあるが、わが国の平均寿命は、この50年間に男性で約27年、女性で約30年も伸び、女性が85.23歳、男性が78.32歳で、それぞれ過去最高齢を更新した（厚生労働省平成15年7月11日発表「2002年簡易生命表」）。女性は初めて85歳を超え、現時点では、独自に統計を出している香港（男性78.4歳）を除くと、男女とも世界一の長寿国となっている（表6）。

さらに、いわゆる『健康寿命』についても、この25年間に男女ともに約5歳ずつ伸びている。また、乳児死亡率も出生1,000人に対して、3.4人であり、わが国の保健医療水準は国際的にも高い水準にある（表7）。

さらに、わが国の医療制度は、世界191カ国の保健医療制度を医療の質や平等性という観点から総合的に評価した世界保健機構（WHO）の2000年世界保健報告ランキングにおいて、世界第1位と評価されている（表8）。

国民皆保険やフリーアクセスの確保などの特徴をもつわが国の医療制度は、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準をわが国にもたらしたと考えられる。

● わが国の医療制度の問題点

以上のようにわが国の医療制度は一定の成果を挙げているが、無論、問題点も存在する。

① 高齢社会への対応ができていないか？

＝わが国の医療費支出は、OECD諸国の中でも対GDP比では少ないが（表9）、国民医療費の約4割を70歳以上の高齢者が使っている（表10）。

② 疾病構造の変化による人々のニーズと提供される医療サービスとの間のギャップが大きくなっている。

＝国民医療費は平成13年度において31兆3,234億円であり、前年度の30兆3,583億円に比べ9,651億円、3.2%の増加となっている。国民一人当たりの医療費は24万6,100円であり、前年度の23万9,200円に比べ2.9%増加している（表11）。こうした医療費の増大が国民の健康維持増進に役立っていたとしても、その医療費の投入に対する効果が少ないのではないかという基本的な疑問がある。

それは、わが国の疾病構造の変化によるところが大きい。例えば、結核を代表する感染症に対する医療の場合は、投入される医療費とその成果との関係は、治療の成果は完全な治癒と社会への復帰というわかりやすい形で示すことができた。しかしながら、生活習慣病や慢性疾患が中心

となってきた今日においては、そのような『劇的』な成果は期待しにくいものになってきている。そうした中で、生活習慣病の増大に伴う疾病構造の大きな変化に対して、医療保険制度、医療供給体制ともに十分対応できていないようにみえる。

5 そのほか、情報開示が不十分であり『消費者主権』が成立しているとはいいがたい、病院・診療所の機能分担や連携が不十分であるなどの問題が挙げられる（尾形 [2000]）。また、一般的な医療は高度な水準にあるものの、高度先進医療の分野では遅れをとっているとも言われている。

医療経営に関しては、高齢者医療への偏重や疾病構造の変化とともに医療費が高騰し、社会経済状況の低迷が続く中、医療保険財政が厳しくなるなどその取り巻く環境は厳しさを増している。したがって、高齢化、生活習慣病・慢性疾患の増加、医療技術の進歩、国民の意識の変化などに
10 適切に対応した医療提供体制の構築が求められている（『医療経営の在り方に関する検討会』最終報告書）。

わが国の医療はその成果の評価も含め、医療サービスのあり方について国民の納得と合意なしには、もはや成立しなくなっているといえるだろう。

15

◆ 医療分野の株式会社参入論が提起されるまで

● 経済構造改革の高まり

20

ではなぜ医療分野における株式会社参入論が提起されるようになったのであろうか？それは経済構造改革に起因する。

わが国の1990年代は、『失われた10年』と呼ばれている。それは、バブル経済崩壊後、経済の『ソフト・ランディング』を名目に経済構造改革を先送りにし、短期的な景気浮揚策や経済システム安定策を優先してきた。その結果、構造改革が十分に進展していないため、自律的な景気回復への切り替えが達成できなかった。また、財政出動を繰り返した結果、累積赤字も膨れ上がった。加えて、市場規律重視のグローバリゼーションの流れからも大きく取り残され、世界のトップランナーとの距離がますます開いてしまった。このような理由から規制緩和の必要性が提起されるようになった。そこで『規制緩和の推進等について』（平成9年（1997年）12月20日閣議決定）に基づき、行政改革推進本部長（内閣総理大臣）の決定により、平成10年（1998年）1月26日に規制緩和委員会が行政改革推進本部の下に設置された。その後、規制緩和委員会は、平成11年（1999年）4月6日の行政改革推進本部長決定により規制緩和委員会から規制
30

改革委員会に名称変更されるとともに、委員会の構成、事務局体制も強化された（付属資料 1）。

● 総合規制改革会議の誕生

その後、規制改革委員会が発表した『規制改革についての見解』（平成 12 年（2000 年）12 月 12 日）で、『今後、政府において更なる規制改革を推進していくためには、内閣、特に内閣総理大臣のリーダーシップの下、官民挙げてこの問題に取り組む体制として、民間人を主体とし、客観性をもった提言をすることができる審議機関を制度的に確立することが望ましい』とされた。これらを受けて、内閣総理大臣の諮問に応じて経済社会の構造改革を推進する観点から、内閣府設置法第 37 条第 2 項に基づき、規制改革委員会は平成 13 年（2001 年）4 月 1 日より廃止され、総合規制改革会議に名称が変えられ、内閣府に設置された。

会議の構成メンバーは、オリックス株式会社代表取締役会長兼グループ CEO の宮内義彦氏をはじめとする企業経営者や大学教授などの民間人であり、行政改革担当・規制改革担当大臣は、石原伸晃氏が平成 13 年（2001 年）4 月より担当している（平成 15 年（2003 年）9 月 20 日現在）。

● 医療分野における規制改革のきっかけ

規制改革委員会は、『規制緩和推進 3 ヶ年計画（平成 12 年（2000 年）3 月 31 日閣議決定）』において、『国際的に開かれ、自己責任原則と市場原理にたつ自由で公正な経済社会としていくこと』を計画の基本とした。規制改革にあたり重視すべき視点としては、規制の撤廃、およびより緩やかな規制への移行などの 6 項目としている（付属資料 2）。

これに加え、今後取り組むべきテーマとして、『更なる規制改革』が挙げられていた。それは、従来市場原理には馴染まないとされていた『医療・福祉、雇用・労働、教育』といった分野においての規制緩和の取り組みが積極的になされるべきであるというものである。このような経緯により、規制改革推進の任務が『規制改革委員会』から『総合規制改革会議』に引き継がれたあとも医療分野の規制改革が取り組まれることとなった。その中の 1 つとして、『医療分野における株式会社参入』が提案されるにいたったのである（付属資料 3）。

● 厚生労働省の医療制度規制改革試案

以上のような規制改革の流れのなか、厚生労働省は、『国民は医業経営の近代化、あるいは透明化のニーズを持っている』として、平成 13 年（2001 年）度 9 月 25 日、『医療制度改革試

案』を発表した（付属資料 4）。それは、保健医療システムから医療保険制度まで、幅広い改革の姿を示したものである。

どのような医療提供体制を目指すのかという問題について、『何よりも患者の選択の尊重と情報提供を進めることによって医療機関同士が質で競争をしていき、それにより質の高い効率的な医療が提供され、機能分化も進んでいく。また、このような患者の視点、医療提供側の効率化、行政の役割があいまって、将来の医療の姿が実現されていく』という将来図を描いている。

● これからの医業経営の在り方に関する検討会

10 上記の改革試案の中の『当面進めるべき施策』には、根拠に基づく医療の推進や医療の IT 化の推進とともに、『医療経営の近代化・効率化』が挙げられている。このような医療機関の経営情報開示の在り方、医療法人における組織、運営など医業経営の近代化・効率化方策を検討する会として、平成 13 年（2001 年）10 月 29 日、厚生労働省医政局のもとに『これからの医業経営の在り方に関する検討会』が設置された。検討会は、日本医師会、病院界からの代表、公認会計士、医療経営コンサルタント、学者などのメンバーによって構成されている。

検討会の委員の一人である全日本病院協会副会長・西澤寛俊氏は、以下のように語っている。

20 今回の検討会も病院経営ということなのですが、何のために経営のことを考えるか、最終的なことは、やはり、国民に良質な医療を提供し、さらに質の向上を図ることが根底にあるのかなと思っています。我々提供側としては、ぜひそのことを根底に踏まえて議論したいと思います。医療の質の向上のためには、どうゆう組織が理想的なのか、どのように運営すべきなのか、こうゆう点で組織論を図るべきだと思います（平成 13 年（2001 年）10 月 29 日『第 1 回これからの医業経営の在り方に関する検討会』）。

25 それでは、規制改革を迫られている現行法とはどのようなものなのだろうか。その概要は以下のとおりである。

◆ わが国における現行医療法人制度の概要

● 設立基準の規制

わが国の医業経営は、『営利を目的としない』ことが条件となっている。さらに病院は、社会保障制度からの費用補填を受ける社会資本として、地域に貢献する公益性も備える必要がある（真野 [2003 p.18]）。したがって、医療事業の主体に法人格を付与するにあたり、商法上の会社組織にすることは、医業の非営利性から好ましくないため特別法によるべきと考えられ、昭和 25 年の医療法改正により医療法人制度が設けられた。当時の目的は、医業の非営利性を損なうことなく法人格を取得し、資金の集積を容易にして、医療機関の経営に永続性を与えること等であった。

医療法人は、医療法の規定によってのみ設立でき、社団・財団どちらでもよく、病院および医師、歯科医師が常勤する診療所、老人保健施設の開設を目的としなければならない。（医療法 39 条）。平成 15 年（2003 年）3 月のデータでは、通常の医療法人数 3 万 7,306 法人のうち、財団型が 403 法人、持分有りの社団型が 3 万 6,581 法人、持分なしの社団型が 322 法人である。

設立時には、法人の設立と医療施設の設立の両方の認可が必要である。法人設立は、都道府県知事の認可を必要とする認可主義がとられている（医療法 44 条）。病院設立については、地域医療計画に基づく病床制限に従い、さらに病床種別の選択をしなければならない⁵⁾。

また、資金調達、利益処分、情報開示などについても医療法によって規定されている（付属資料 5）。

● 株式会社立病院

既記のように民間病院の開設主体は主に医療法人である。しかし、平成 15 年（2003 年）7 月末現在で株式会社立病院 60 施設ある。これらは昭和 23 年（1948 年）の医療法制定以前から存在し、その多くが会社の福利厚生の一環として従業員のための医療施設として設立されたものである。その後地域の要請や必要性から周辺住民へと開放され、今日に至っているという歴史的背景がある。現在では、地域の中核病院として機能しているところもある。

株式会社立病院の数は、昭和 45 年（1970 年）には 140 施設あったが、平成 15 年（2003 年）7

⁵⁾ 無床診療所は、開設者がしかるべき場所を確保できれば届出によってどこでも開業できる。

月末現在では 60 施設になり、約 30 年間で半分以下になっている。これは、医療法第 7 条第 5 項にある『都道府県知事等は営利を目的として病院を開設しようとする者に対しては、病院の開設許可を与えないことができる』という規定により、自社社員の福利厚生を図る目的以外での株式会社による病院施設の開設が原則として認められなかったからである。また、既設の株式会社立
5 病院については医療法人への転換が勧められてきた結果でもある。

もともと、実体上の開設者が企業であっても三井記念病院のように社会福祉法人化したケースや住友病院のように財団を設立したケースなどはそれぞれ社会福祉法人、医療財団法人に含まれているので、実体的に企業が所有する企業立病院数は 100 施設を超えている。

10 ● 特定医療法人制度と特別医療法人制度

昭和 25 年（1950 年）に創設された医療法人制度の主旨は、医療事業の非営利性を損なうことなく法人格を取得することによって、『資金の集積を容易』にし、『医業経営の永続性を確保』
15 することにあった。しかし配当の禁止や賞与等による社外流出の規制及び土地価格の上昇による含み益の増加により、出資持分に対し過重ともいえる相続税負担や任意退社による払戻請求事案が増発するようになり、制度の矛盾が指摘されはじめてきた。

この医療法人制度の制度的疲労を解決し、医療法人の非営利性や公益性を確保するために、医療法人のうち、公的な運営を確保するための一定の要件を満たす法人類型として特定医療法人制度と特別医療法人制度がある（付属資料 6）。

20 特定医療法人は、租税特別措置法に基づき定められており、昭和 39 年（1964 年）に制定された。その後、平成 15 年（2003 年）度税制改正で大幅に制度改正され、設立要件が緩和された。この特定医療法人は、その事業が医療の普及および向上、社会福祉への貢献その他公益の増進に著しく寄与し、かつ公的に運営されていることにつき、国税庁長官の承認を受けた医療法人であり、租税特別措置法に定める要件に基づき運営が行われなければならない。この特定医療法人は、
25 税法上の医療法人である。医療法上は財団医療法人もしくは、出資持分の定めのない社団医療法人に該当する。設立要件には、出資持分の放棄や自由診療、同族役員、差額ベッドの比率などについて制限、残余財産の国への帰属が設けられているほか、収益事業ができないなどの要件があるが、法人税率が 22%である軽減税率が適用されている。特定医療法人の数は、平成 15 年（2003 年）3 月現在で 356 法人である（表 12）。

30 また、平成 10 年（1998 年）に医療法第 42 集第 2 項の新設により、医療法上にはじめて『公益性の高い法人制度』として、特別医療法人制度が登場した。

特別医療法人では、出資持ち分を出資社員が放棄することにより、『過大な出資持ち分の払い

戻し請求事案』の問題を解決し、同時に『公益性の高い法人』となることにより相続税が課税されることがなくなり、事業の継続性が図れる。また、医療機関の経営に当てることを目的として、給食サービスや駐車場経営など 12 項目の厚生労働大臣が指定する収益業務が可能となった。しかしながら、特別医療法人は持分の放棄、非同族による公的な運営、残余財産の帰属が国等となる、特殊な 9 種類の病床のいずれかを含む医療施設でなければならないことなど、認可要件が厳しい。そのため、平成 10 年（1998 年）に発足した制度だが、平成 15 年（2003 年）3 月までに特別医療法人の認可を受けた医療法人は 29 法人にとどまっている（表 12）。

◆ 医療分野の規制改革に対する各プレイヤーの見解

● 総合規制改革会議

総合規制改革会議は、医療分野の規制改革について『医療機関相互の競争を促進し、医療サービスの質の向上と効率化を図ることが重要である。このため、医療の特性を踏まえつつ医療に関する情報提供や医療機関に係る情報公開を促進する等により、患者・利用者が医療内容を知り、それに医療を選択することができるようにすることが必要である。また、優れた医療を提供し患者に選ばれた医療を提供し患者に選ばれた医療機関が報われる制度を構築する必要がある』と述べている。

● 厚生労働省

厚生労働省の改革試案では、『急速な少子高齢化、低迷する経済状況、医療技術の進歩、国民の意識の変化など医療を取り巻く環境は大きく変化している。こうした環境変化に対応し、良質で効率的な医療を国民が享受していけるようにするためには、保健医療システム、診療報酬体系、医療保険制度といった医療制度を構成する各システムを、大きく転換していかなければならない。保健医療システムについては、健康づくり・疾病予防の推進を図るとともに、情報の開示、患者の選択の拡大、医療提供体制における機能分化・集約化等を進めることにより国民が安心・信頼できる質の高い医療サービスが効率的に提供される仕組みへと見直す。こうした医療提供体制の構築に向け、診療報酬についても、基本に立ち返り、医療技術や医療機関の運営コストが適切に反映される診療報酬体系としていく』と提案されている。

● 日本医師会

平成 13 年（2001 年）4 月発表の日本医師会医療改革構造では、『日本の医療制度は世界に誇れる優れたものだ』としながらも、『現実にはわが国の医療保険制度にもほころびが目立つようになってきている』と指摘し、まず、医師自身の意識改革に取り組むことを提案している。その意識改革とは、安全で質の高い医療を提供すること、正しい医療情報をわかりやすく提供すること、積極的に予防や健康管理に取り組むことなどである。また、患者と医師の強固な信頼関係を基盤にした『安心して暮らせる安定した医療制度の構築』と活力ある希望に満ちた社会作りを目指している。

10

◆ 『医療経営における株式会社参入論』の誕生

15 既記のように、医療機関の相互競争の促進、医業経営の近代化、効率化、医療サービスの質の向上と効率化、医療情報、経営情報の公開、透明化などわが国の医療提供体制には改革すべき問題があることは確かである。そして、表現は違うものの各プレイヤーが挙げている改革すべき問題点には、共通部分があることがわかる。しかしながら、こうした規制改革案のなかで、医療分野に株式会社を参入させることを主張するのが、総合規制改革会議であった。

20 公表されている資料において、特に医療機関における株式会社参入論を中心に議論しているのは、平成 12 年（2000 年）10 月 20 日の第 12 回規制改革委員会においてのみであるが、その後、平成 14 年（2002 年）7 月 23 日発表の中間とりまとめにおける『経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革』の『第 2 章、民間参入・移管拡大における官製市場の見直し』において『医療経営の株式会社参入論』が提案されている。その内容は以下のとおりである。

25

経済活動における典型的な主体である株式会社は、利用者や顧客のニーズに最も敏感に反応することができ、かつ最も効率的に財・サービスを供給しようとする動機付けが働きやすい組織であると考えられる。また、株式会社は一般に、情報開示等の透明性、取締役制度・監査制度などの主体の統治機構（ガバナンス）等に優れた面を持っており、現在参入制限をされている市場を株式会社に開放することにより、多様なニーズへの対応や創意工夫の発現を助長し、市場競争を一層促進することが可能となる。

30

このような、『医療経営における株式会社参入論』に対し、日本医療法人協会会長・豊田堯氏は、以下のように指摘している。

日本の医療は、戦後 50 年、非営利の中で現在に至っているわけです。株式会社参入論者は、医療の質の向上と経済発展、あるいは、再生のために株式会社の参入を推進しているようですが、この 50 年余の中で、医療は非常に進歩しております。・・・株式会社が医療の質を上げるために（株式会社が）参入するなどという話は、ただちには信じられないので、利益を上げるために入ってくるのだらうと思います。・・・医療で一番重要なことを申し上げると、一方では、株式会社が参入し、非常に療養環境のいいところで、その患者のニーズにあったすばらしい医療が受けられる人が出てきます。その一方で、民間保険にも入れないし、貯えもないために医療さえ受けられない人たちも出現するという現実が、必ず出てまいります。私どもは、戦後、『社会主義的である』とかいろいろ言われましたが、戦後の医療制度で一番良かったのは、誰でもどこでも非常に安いお金で、病気の治療ができるというこの安心感を国民に与えたことではなかったかと思います（平成 14 年（2002 年）12 月 11 日第 10 回『これからの医業経営の在り方に関する検討会』）。

また、日本医師会常任理事・西島英利氏は、医療分野の『競争』に対して、以下のように述べている。

（株式会社参入論者は、）『市場原理』と『競争原理』をごちゃ混ぜに話しているのだらうと思うのですが、そこはまったく違うわけです。医療は競争の中で来ているのです。昔は量がなかったから、まさしく病院が一番威張っていたわけです。ところが、今は病院がかなり充実して、充足してきていますので、その中で競争が始まっています。たとえば、病院に地域住民のための健康教室をやったり、いろいろな形で地域住民に対しての利便性をどんどんつくってきています。ですからすでにそこには、競争の原理は十二分に入ってきているわけです。・・・需要と供給の問題というのは、医療にはなかなか難しい問題がありますということで、『市場原理』と『競争原理』は分けて考えなければならない、ということをお日本医師会はずっと主張しているわけです（平成 15 年（2003 年）1 月 24 日第 11 回『これからの医業経営の在り方に関する検討会』）。

● 『株式会社』という経営形態

それでは、株式会社というのは、どのような経営形態を持つものであるのか。総合規制改革会議は、『株式会社』は以下のような機能があるとしている。

- 5
- ① 企業価値の増大を目指す経済主体であり、そのため、徹底した顧客満足の向上・サービスの向上や無駄なコストを省く効率的な経営に資する。
 - ② 取締役会・監査役会、株主や債権者などのチェック機能や上場企業においては有価証券報告書の作成・供覧による情報開示の義務付けにより、経営の透明性・健全性の追求が求められる。
 - ③ 努力した者（経営者・従業員）が報われるための多様な報酬制度等のインセンティブ付与は、利用者・顧客に対する財・サービスの適正化、利便性の向上が望める。
 - ④ 株式、社債などの直接金融手段による多様な資金調達が可能であり、設備・システムなど必要な投資資金の確保が容易になる。

ゆえに、『医療経営主体に株式会社を参入させることが、消費者の選択の幅を拡大させ、消費者が享受する財・サービスのコストや質の向上、または、経済活性化に役立つ』と述べている。以上のことから、総合規制改革会議は、『医療分野に株式会社の参入を認めない積極的な理由は存在しない。したがって、医療法第7条第5項『営利を目的として開設しようとするものに対しては病院の開設の許可を与えないことができる』との規定、及び昭和25年（1950年）の『会社組織による病院経営は認めない』こととしている事務次官通達等の該当部分は撤廃し、株式会社の参入を認容すべきであると主張している。

● 厚生労働省の意見

総合規制改革会議は、医療経営の規制緩和に伴う株式会社参入に対しては、『利用者の自由な選択を実現するためには、徹底した情報開示や第三者による評価、事後チェック等の環境整備が不可欠である。公共性、公益性または利用者の安全確保のためには、合理的で最低限の行為規制のみで足りるのであって、運営主体を制限するなどの事前規制は不要とすべきである。運営主体の形態による制限をなくし、多様な運営主体による財・サービスの提供が行われることは、消費者の選択の幅を拡大させ、消費者が享受する財・サービスのコストや質の向上に寄与することになる。その上で、どの運営主体のものを選択するかは、利用者の判断にゆだねることが望まし

い』と主張している。

一方で厚生労働省は、『医療の質の向上や効率化・重点化は、上記のような問題点が予想される営利法人参入による経営面での競争ではなく、医療法人制度の見直し等医業経営の近代化や適切な情報開示に基づく患者選択を通じた医療の質の面での競争を促進することによって図られるべきである。また、過去に、営利を目的に多数の患者に健康被害を生じさせ社会的非難を受けた病院の事例や、株式会社が衛生規制に違反する事件が最近再三にわたり報道されていること等を踏まえれば、生命・健康に関わる医療分野においては営利重視の結果生ずる患者の事故の未然防止の考え方に特段の配慮を置くべきである』としている。

なお、総合規制改革会議が挙げる『徹底した患者ニーズの把握による患者サービスの向上等による患者満足度向上、経営効率化につながるシステム環境整備、経営マインドの発揮、管理・事務スタッフ等必要な人材投入による患者ニーズに直結した効率的な経営』という株式会社のメリットについては、『こうしたことは株式会社でなければ実現できないものではなく、現行の医療法人等においても達成可能である。医療においては、患者と医師との間に情報の非対称性が存在することを考えると、医療機関相互が完全な競争環境に置かれているとは言い難い。このような状況にもかかわらず、「問題は医療法人であれ株式会社であれ患者利益の向上に寄与しないものは淘汰されるだけである」との総合規制改革会議の論理には賛同できない。以上から、医療分野に株式会社参入を認めない積極的理由は存在する』と主張している（平成 14 年（2002 年）7 月 23 日発表の総合規制改革会議中間とりまとめ『経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革』の『第 2 章、民間参入・移管拡大における官製市場の見直し』）。

◆ 株式会社参入論の行方・・・

このように、医療分野の規制改革について、総合規制改革会議が株式会社参入論を提案し、厚生労働省は株式会社という経営形態ではなく医療法人の非営利性、公益性を高める改革案を議論していた。

それと時を同じく、小泉内閣の構造改革の目玉として、『構造改革特区』構想が持ち上がっていた。

当初、構造改革特区は地域限定で規制を緩和・撤廃することで地方経済活性化を目指すものであったが、次第に全国的な構造改革の突破口や実験場としても位置づけるようになっていった。

そんな中、医療分野の株式会社参入もまず構造改革特区内での実現を目指そうという方向に向かっていったのである。

その模様を新聞紙上では以下のように報じている。

5 **医療への株式会社参入論議——利点と弊害、特区で実験を（ニュースなるほど）——**規制改革論議の焦点になっている医療機関への株式会社の参入問題について、政府の総合規制改革会議が早期実現をめざす姿勢を強めている。公共性が極めて高い医療界に市場原理を持ち込むことには異論も多い。規制改革特区を活用して実証実験に取りかかることが、株式会社の利点と弊害を明らかにする早道だ。・・・社会科学は実験ができないと言われてきた。東京医科歯科大学大学院
10 の川淵孝一教授は『特区が社会的実験を可能にする。株式会社化などで診療と経営の分離を試してみれば、医療分野の「社会化の節度」と「市場化の限度」は見極められる』と言う（平成 14 年（2002 年）7 月 12 日 日本経済新聞 夕刊 p. 3）。

このように、まずは、特区での実現を目指すことになった医療分野への株式会社参入であるが、
15 それはなかなか進まなかった。

医療・教育、株式会社参入認めず、構造改革特区で省庁見解——『構造改革特区』の実現を目指す政府の構造改革特区推進室は 25 日午前、都道府県などが提起した 426 の特区案に対する関係省庁の見解を公表した。医療や教育の分野への株式会社の参入は厚生労働省、文部科学省とも
20 『不可』と回答した。回答のほとんどは、地域限定の緩和でも制度崩壊につながるとの観点から規制緩和を拒む内容・・・。厚労省は病院や特別養護老人ホーム経営への株式会社参入を認めない理由について『株式会社は利潤を最大化することが目的であり、医療の質の低下をまねく』と強調した（平成 14 年（2002 年）9 月 25 日 日本経済新聞 夕刊 p. 1 より抜粋）。

25 **企業参入、医療・教育見送り、改革特区 79 項目決定——**政府は 11 日午前の構造改革特区推進本部（本部長・小泉純一郎首相）で、構造改革特区の具体案をまとめた特区推進プログラムを決定した。・・・計 79 項目の規制改革措置を盛り込み、首相に特区の設置認定権を付与した。焦点だった病院や学校経営への株式会社参入は関係各省の抵抗で見送られ、今後に課題を残した。（平成 14 年（2002 年）10 月 11 日 日本経済新聞 夕刊 p. 1 より抜粋）。

30 **規制改革会議答申——医療など成果少なく、省庁が骨抜き、組織の権限強化課題——**総合規制改革会議が 12 日まとめた答申は、同会議をテコに規制を緩める従来手法の限界を示した。農業、

教育分野では一定の成果を出したが、病院への株式会社参入が焦点だった医療分野はほぼゼロ回答であった。答申が重視したのが教育、農業、医療、福祉など生活に直結した分野の「社会的規制」である。既得権団体を守る過剰規制が商品・サービスの質や価格をゆがめているとの判断からだ。・・・教育ではビジネススクールなどへの株式会社参入を認める方針を打ち出し、文部科学省が拒んできた学校経営への企業参入に風穴をあけた。しかし同省は義務教育は死守する姿勢だ。厚生労働省も病院への企業参入を断固拒否、特別養護老人ホームの民間開放も退けた。・・・

同会議の宮内義彦議長（オリックス会長）は 12 日、『省庁と対立した場合、我々は説得するしかない』と省庁による骨抜きに強い不満を示した。答申は局面打開の手立てとして、規制撤廃などを省庁に勧告する権限を同会議に与えることを盛り込んだ。政府は実現に向け内閣府設置法の改正などを検討している（平成 14 年（2002 年）12 月 13 日 日本経済新聞 朝刊 p.7 より抜粋）。

このように、小泉内閣の構造改革の目玉であり、総合規制改革会議も最重要視していた特区内での医療分野における株式会社参入解禁であるが、構造改革特区推進本部が平成 15 年（2003 年）1 月 15 日に締め切った 2 次提案では、長野県が外国人医師による診療、医療業務への労働者派遣などとともに、株式会社立病院の開設許可を求めただけで他の自治体からの提案はなかった。民間企業からの株式会社による医療機関経営の提案も 1 件だけであった。医療情報会社のインフォート（東京・新宿）の検査専門の医療機関を株式会社で運営するというアイデアである（付属資料 7）。同社の提案する医療機関は高額な専門医療機器を備える構想で中小病院や診療所の紹介で患者を受け入れ、画像診断などの場合は専門の読影医がサポートするというものだ。この提案について守田久美子社長は『既に大病院では検査部門を外部の専門企業が運営するといった形態が広がっている』と指摘している（平成 15 年（2003 年）1 月 27 日 日経産業新聞 p.12 より抜粋）。

医療分野における株式会社参入に関する構造改革特区第 2 次提案が低調な中で、日本医師会常任理事・西島英利氏は、医療分野の株式会社参入についていみじくも以下のような意見を述べている。

医療分野となると、医療分野には、既にたくさんの株式会社が入ってきています。たとえば、訪問看護ステーションまで株式会社ができるようになっていきますから、医療分野には、どんどん入ってきて事業をやっているわけです。（総合規制改革会議が言っている医

療分野の株式会社参入は) 病院の株式会社の経営参入、というところをどうするのか、ということ。・・・1 つ言えることは、今株式会社が入らなければいけないのだろうか。

つまりそれだけ住民が困っている部分があるのだろうか。私は、それはないと思うのです。そうゆう意味で、いま株式会社が必要だという部分が非常にこの論点としては薄いような気がするのは(平成 15 年(2003 年) 1 月 24 日『これからの医業経営の在り方に関する検討会』)。

◆ 構造改革特区内での実現へ

平成 12 年より提起され、以上のような経緯をたどってきた医療分野の株式会社参入問題は、小泉内閣の構造改革特区の第 2 次提案への政府対応として、平成 15 年(2003 年) 2 月 27 日に一応の決着をみた。

それは、医療経営の株式会社参入を『特区内で保険外診療に限定した高度先進医療の解放にとどめる』というものである。小泉首相は 2 月 26 日、坂口厚労相と鴻池特区相を呼び、医療分野への株式会社参入の実現に向けて自ら調整に乗りだしたが、坂口厚労相は一步も引かなかった。『ゼロ回答』で首相がメンツを失うことを懸念した安倍晋三官房副長官が保険外診療に限定する妥協案を提案すると首相はこれに飛びついた。

坂口厚労相は同日夜、『心の底から納得していないが、首相の決断である以上受け入れる』と渋々と首相裁断の受け入れを表明した。だが、『保険診療は関係ない』と付け加え、制度の根幹はあくまでも守る姿勢をみせた。

厚労省とともに日本医師会も株式会社参入には難色を示していた。トップ会談で事態を打開すべく、首相は特区推進本部が開かれる直前、官邸に日医の坪井栄孝会長を呼んだ。株式会社参入に強く反対する坪井氏は『医療保険制度を根底から覆すことは許されない』と改めて主張し話し合いは平行線に終わったが最後は自民党と日医が協調体制を今後も取ることを確認した(平成 15 年(2003 年) 2 月 28 日 日本経済新聞 朝刊 p.2 より抜粋)。

これを受けて日本医師会は、平成 15 年(2003 年) 3 月 30 日に開催した第 108 回定例会議員会において、『医療特区構想に関する緊急決議』として小泉内閣が推進している医療特区構想に断固反対するとの声明を出した(付属資料 8)。

『これからの医業経営の在り方に関する検討会』は、平成 15 年（2003 年）3 月 26 日発表の最終報告書において、『当検討会では現段階において病院経営に株式会社参入を認めるべきとの結論には至らなかった』とした。

医療法人制度の改善を図るにあたっては、非営利性の原則を維持し、配当禁止の徹底を図ることとともに公益性の確保を強く求めている。また、株式会社参入論において議論されている論点、すなわち資金調達が多様化、徹底した顧客ニーズの把握による顧客サービスの向上等による顧客満足度の向上、消費者の選択肢の拡大、必要な人材の投入、経営マインドを発揮した効率的経営と優れた法人統治（ガバナンス）の確立、経営情報の開示などについて積極的に取り入れるべきとのことについて見解の一致を見た。こうした観点から、医療法人を中心とした医療経営改革の具体的な方策として、医療の非営利性、永続性・継続性の確保と、既存の持分のある社団法人が公益性の高い持分のない社団法人に移行するための機能をあわせ持つ特別医療法人の要件を緩和し、その普及に努める⁶⁾措置を講じるべきであるとまとめている（平成 15 年（2003 年）3 月 26 日『これからの医業経営の在り方に関する検討会』最終報告書）。

総合規制改革会議は 3 月から週 1 回のペースで公開討論を行い、各省庁から医療や教育、都市再生など 7 分野 12 項目についえの意見徴収をおこなっていた。4 月 22 日、6 回にわたった公開討論を終えた宮内議長は記者会見で『公開討論の場で問題を社会的にクローズアップするのが目的』と述べた。

同会議が取りまとめてきた答申や報告は閣議などで『最大限尊重する』と決定しながらも、実行に移す段階になると、法案の改正や運用で骨抜きにされることが多かった。そこで宮内氏は報道陣に公開した意見聴取で官僚の抵抗ぶりをあぶり出す作戦に出たのだった。公開討論では、改革会議は一貫して『消費者の自由な選択』を主張したが、各省庁は逆に『消費者の保護』を前面に規制の維持を譲らなかった。『問題点は整理した。後は政治レベルで決着を——』。これが経済財政諮問会議に調整を委ねる同会議の真意であった（平成 15 年（2003 年）4 月 23 日 日本経済新聞 朝刊 p.7 より抜粋）。

一方、構造改革特区担当相鴻池祥肇氏は平成 15 年（2003 年）5 月 4 日、日本経済新聞のインタビューにおいて『地域活性化が日本の閉塞感を打開する』と意義を強調し、『いつでも辞める

⁶⁾ 特定医療法人制度は、前述のとおり平成 15 年(2003 年)度税制大改正により大幅に制度改正されている。毎期の届出義務化などのマイナス改正もあるが、それ以上に差額ベッド要件の緩和、年功序列による給与制限の撤廃というプラス改正のほうが注目に値し、特定医療法人の申請数は増加すると思われる。詳しくは（長，坂田 [2003] p.11）を参照せよ。

覚悟で前進するのみだ』と決意を語っている。以下は同インタビュー記事の抜粋である。

——病院と学校、農業という聖域だった3分野に穴が開きました。担当閣僚らとの折衝でケリをつけたようですが、鴻池流交渉術は何ですか？

5 『交渉なんかしないんだ。権限もないし、竹光（たけみつ）の小刀ですよ。政策論争をしても、反論がいろいろと出てくるだけ。民間から要望があった規制の撤廃や緩和を実現させて、地域の活力を高める、この思いの一点です』。

——保険外診療（自由診療）に限って、株式会社の医療参入を認める方向です。

10 『首相の決断です。見送りなら私は辞職する覚悟だった。首相の判断がけしからんというのなら、クーデターでも起こせばいい。私には（内閣という）日本の最高の組織がよく分かりませんね』（平成15年（2003年）5月4日 日本経済新聞 朝刊 p.28より抜粋）。

政府の諮問機関と省庁が対立を繰り広げる中で、医療供給側の代表とも言える日本医師会副会長の青柳俊氏は、『我が田に水を引くグループの意見が諮問会議の中に盛り込まれた』との見解を示した。特に、参入を認める『高度な医療』の定義が不明瞭であるうえ、地方公共団体に実質的判断を委ねている点を問題視している。

20 **青柳氏の意見**——株式会社の医療機関経営は特区内で、高度な医療（自由診療）を行う場合に限り認められる。厚労省は当初は高度な医療の範囲を審議会の意見を聞いて厚生省令で定める考えを示していたが、先に公表した成案では、厚労省のガイドラインに沿って地方公共団体が判断し、厚労相が同意する仕組みに変更した。この点については、『高度な医療』を都道府県知事がどのように許可するのか非常に不安を持っている。

25 また、患者が高度な医療を受けるために株式会社病院に入院しても、診断の結果によっては希望した医療の適用にならなかつたり、実際に医療を受ける前に亡くなってしまつたりするケースが想定される。株式会社病院では保険診療が行えないため、こうしたケースでは、100%自費で高度な医療以外の医療を受けざるを得なくなる。

30 また、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会の四師会は『株式会社による医療機関経営の解禁などに反対する要望書』をまとめ、平成15年（2003年）6月9日、10日の両日、安倍晋三内閣副官房長官、山崎拓自民党幹事長、麻生太郎自民党政調会長、大塚義治厚生労働審議官らに手渡した。また、『貧富の差により医療を受けることができる者とできない者が生じる結果になる』として、導入阻止に向けた協力を要請した。自民党厚生労働部会は6月6

日、これら医療分野3項目に反対する考えを政府に申し入れているが、青柳副会長は『自民党だけでなく、与党3党の担当者が今回の案に反対ということで意見を一（いつ）にしたという情報が入ってきている。関係議員は私どもの意見を十分理解されていると思う』と述べた。

厚生労働省は、6月13日付で、『特区における株式会社の医療への参入に係る取扱い（成案）』を公表した。その要旨は、『構造改革特別区域法（平成14年（2002年）法律第189号）に定める構造改革特別区域においては株式会社が自由診療で高度な医療の提供を目的とする病院または診療所を開設することを認める』というものであった（付属資料9）。

このように、各関係者らが構造改革特区における『医療分野における株式会社参入』への見解を示す中、規制改革の重点12項目について、平成15年（2003年）6月27日に『基本方針2003』が閣議決定された。

『医療分野における株式会社参入』に関しては、改革のポイントとして、『医療・福祉・教育・農業など、官のサービス分野の民間解放を促進することにより、消費者・利用者の選択肢の拡大を通じた多様なサービスの提供を可能とするとともに、新規需要と雇用の創出を可能とする』が挙げられている。また、具体的な方策として、『構造改革特区における株式会社による医療機関経営の状況を見ながら、全国における取り扱いなどについてさらに見当を進める』としている。

これを受け、総合規制改革会議は、7月11日『規制改革推進のためのアクションプラン・12の重点検討事項に関する答申』を公表した。それに対し、厚生労働省もその考え方を表明した。その中で、『株式会社等による医療機関経営の解禁』に関する両者の主張は以下のとおりである。

● 総合規制改革会議の主張（要約）

(1) 特区においてただちに講ずべき措置

株式会社の参入を認める『高度な医療』の内容については、あらかじめ国が限定するのではなく、事業者のニーズに基づく地方公共団体により幅広く認められるようにするべきである。

(2) 全国規模において構ずるべき措置

医療経営の分野に近代的な経営の担い手である株式会社が参入することにより、患者本位の医療サービスの提供を実現しやすくなる（平成15年（2003年）7月11日 総合規制改革会議『規制改革推進のためのアクションプラン・12の重点検討事項に関する答申』）。

● 厚生労働省の主張

このような主張を受けて、厚生労働省は、『これらの事項について、改めて検討対象とするのであれば、総合規制改革会議として経済活性化効果との関連を含め、その理由を定量的・体系的に示すことが今後の議論に当たっても不可欠であると考え』と発表した。全国規模での株式会社参入については、『事業活動により利益が生じた場合には、株主に還元しなければならない株式会社の本質によって、①医療費の高騰を招くおそれがあり、医療費の抑制に支障をきたしかねないこと。②利益が上がらない場合の撤退により、地域の適切な医療の確保に支障が生じる恐れがあることなどのさまざまな懸念があることから、構造改革特区における株式会社による医療機関経営の状況等を見ながら、慎重に検討する必要があると考えている』と主張し、いずれにせよ、6月27日に閣議決定した内容に沿って対応していくとしている（平成15年（2003年）7月11日 総合規制改革会議『規制改革推進のためのアクションプラン・12の重点検討事項に関する答申』に対する厚生労働省の考え方について）。

このような長い議論の末、医療機関経営の株式会社参入は、『構造改革特区内で保険診療外の高度先進医療をする医療機関を株式会社の形態で経営してもよい』という形で制度化された。しかしながら、平成15年（2003年）4月17日発表構造改革特区第1弾認定57件、5月20日発表第2弾認定60件の中に、株式会社による医療機関経営はなかった。

◆ エピローグ

『結局、株式会社による医療機関経営は、「構造改革特区」内で、しかも高度先進医療で自由診療だけ認めるということになっていたのか・・・』。

ここまでの経緯を調べてみて、友美子はそう思った。

しかし、メールマガジンでは、『株式会社の形態でも病院や農業の分野で仕事ができるようにすることなど、規制改革をどんどん進めて行きたいと思います』と言っている。ということは、これからこの制度が全国に広がる可能性もあるわけだ。

友美子は自分も家族も大きな病気に掛かったことがないので、医療を身近に感じたことがなかった。ましてや医療の提供体制のことなど考えたこともなかった。

しかし、医療は自分や家族の生命だけでなく、生活の質や生き方にも関係することなのだ。それだけに、『株式会社が病院を経営することによって医療分野が抱える問題を解決できるのか？患者にとって良いことがあるのか？』ということに今後も注目しなければならないと思った。

以上

◆ 参考文献

● 文献

尾形裕也 『21世紀の医療改革と病院経営』 日本医療企画, 2000

5

長隆, 坂田茂 『特定医療法人のすべて 第2版』 中央経済社, 2003

真野俊樹 『21世紀の医療経営—非営利と効率の両立を目指して』 薬事日報社, 2003

10 ● URL

厚生労働省ホームページ

JNN 世論調査ホームページ

自民党ホームページ

内閣府ホームページ

15 日本医師会ホームページ

日本経済新聞ホームページ

日本病院協会ホームページ

日本テレビ世論調査ホームページ

毎日新聞ホームページ

表 1 種類別にみた施設数及び病床数

平成 15 年 7 月末現在

	施設数		病床数
病院総数(精神病院 + 結核療養所 + 一般病院)	9,168	病 院	1,638,311
精神病院	1,071	精神病床	354,343
		感染症病床	1,814
結核療養所	2	結核病床	15,868
一般病院	8,095	療養病床	247,178
療養病床等を有する病院(再掲)	4,028	一般病床	559,489
		経過的旧その他の病床	459,619
		経過的旧療養型病床群(再掲)	80,945
地域医療支援病院(再掲)	46	療養病床等(再掲)	328,123
一般診療所	95,942	一般診療所	191,198
有 床	15,633		
療養病床を有する	2,558	療養病床(再掲)	24,198
一般診療所(再掲)			
無 床	80,309		
歯科診療所	65,728	歯科診療所	141
総 数(病院総数 + 一般診療所 + 歯科診療所)	170,838	総 数	1,829,650

(出所：厚生労働省 平成 15 年 9 月発表『医療施設動態調査 7 月末概数』より作成)

表 2 開設者別にみた施設数及び病床数

平成 15 年 7 月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施 設 数	病 床 数	施 設 数	病 床 数	施 設 数
総 数	9 168	1 638 311	95 942	191 198	65 728
国 厚生労働省	185	78 838	27	5	-
文部科学省	58	32 967	100	-	-
労働福祉事業団	39	15 115	10	-	-
そ の 他	42	5 778	457	2318	1
都 道 府 県	311	87 697	350	123	11
市 町 村	769	168 636	3 534	3417	316
日 赤	93	39 286	205	55	-
済 生 会	77	21 594	43	11	1
北海道社会事業協会	7	1 955	-	-	-
厚 生 連	122	37 771	60	51	-
国民健康保険団体連合会	4	688	-	-	-
全国社会保険協会連合会	52	14 730	24	-	-
厚生年金事業振興団	7	2 844	3	-	1
船員保険会	3	599	15	10	-
健康保険組合及びその連合会	18	3 441	440	26	7
共済組合及びその連合会	48	15 802	320	9	7
国民健康保険組合	1	320	13	9	-
公 益 法 人	394	92 239	999	701	163
医 療 法 人	5 589	818 766	27 868	98 018	8 246
学 校 法 人	102	53 891	127	46	14
会 社	60	12 822	2 583	126	43
その他の法人	304	54 137	6 326	1 241	119
個 人	883	78 395	52 438	85 032	56 799

(出所：厚生労働省 平成 15 年 9 月発表 『医療施設動態調査 7 月末概数』)

表 3 病床の規模別にみた施設数

各年 10 月 1 日現在

	施設数				対平成 12 年		構成割合 (%)		1 施設 当たり 病床数
	平成 10 年 (1998)	平成 11 年 ('99)	平成 12 年 (2000)	平成 13 年 ('01)	増減数	増減率 (%)	平成 12 年 (2000)	平成 13 年 ('01)	
病院	9 333	9 286	9 266	9 239	△27	△0.3	100.0	100.0	178.2
20～49 床	1 420	1 403	1 392	1 363	△29	△2.1	15.0	14.8	37.5
50～99 床	2 434	2 435	2 419	2 418	△1	△0.0	26.1	26.2	71.7
100～149 床	1 497	1 464	1 459	1 449	△10	△0.7	15.7	15.7	120.4
150～199 床	1 127	1 140	1 186	1 229	43	3.6	12.8	13.3	173.7
200～299 床	1 235	1 244	1 203	1 173	△30	△2.5	13.0	12.7	240.6
300～399 床	756	745	754	750	△4	△0.5	8.1	8.1	335.6
400～499 床	360	358	357	361	4	1.1	3.9	3.9	436.0
500～599 床	198	197	202	203	1	0.5	2.2	2.2	535.6
600～699 床	132	132	125	123	△2	△1.6	1.3	1.3	638.2
700～799 床	67	61	61	60	△1	△1.6	0.7	0.6	739.9
800～899 床	32	34	34	36	2	5.9	0.4	0.4	836.0
900 床以上	75	73	74	74	0	0.0	0.8	0.8	1 100.0
一般診療所 (有床)	19 397	18 487	17 853	17 218	△635	△3.6	100.0	100.0	12.2
1～9 床	7 915	7 455	7 108	6 808	△300	△4.2	39.8	39.5	5.1
10～19	11 482	11 032	10 745	10 410	△335	△3.1	60.2	60.5	16.8

注：一般診療所の「1 施設当たり病床数」は、有床診療所に対する数値である。

(出所：厚生労働省『平成 13 年 (2001 年) 医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況』)

表 4 OECD 加盟国、人口 1000 人に対する病床数

平成 11 年 (1999 年)

	国名	病床数/1000 人			国名	病床数/1000 人	
1	スイス	18.3		16	ニュージーランド	6.2	(a)
2	日本	16.4		17	韓国	5.5	
3	ノルウェー	14.4		18	ポーランド	5.1	
4	オランダ	11.1		19	ギリシャ	4.9	
5	アイルランド	9.7	(a)	20	イタリア	4.9	
6	ドイツ	9.2		21	デンマーク	4.5	(a)
7	オーストリア	8.8		22	スペイン	4.1	
8	チェコ共和国	8.7		23	イギリス	4.1	
9	フランス	8.4		24	ポルトガル	4	(a)
10	ハンガリー	8.3		25	カナダ	3.9	
11	スロバキア	8.1		26	スウェーデン	3.7	
12	ルクセンブルグ	8	(a)	27	アメリカ合衆国	3.6	
13	オーストラリア	7.9		28	トルコ	2.6	
14	フィンランド	7.6		29	メキシコ	1.1	
15	ベルギー	7.3	(b)				

アイスランドのデータはなし。

(a) は、1998 年のデータ。

(b) は、1997 年のデータ。

(出所：『2003 OECD Health Data』)

表5 都道府県別病院数、病床数

平成15年7月末現在

	施設数				歯科 診療所	病床数			
	病院	療養病床等を 有する病院 (再掲)	一般 診療所	療養病床を有す る一般診療所 (再掲)		病院	療養 病床等 (再掲)	一般 診療所	療養 病床 (再掲)
全国	9 168	4 028	95 942	2 558	65 728	1 638 311	328 123	191 198	24 198
01 北海道	633	304	3 370	156	2 995	106 378	27 539	11 775	1 619
02 青森	109	39	973	67	572	19 855	2 668	5 519	625
03 岩手	109	31	909	33	583	20 486	2 803	3 585	370
04 宮城	148	54	1 563	53	1 017	26 419	2 815	3 907	471
05 秋田	82	29	800	15	477	17 673	2 685	1 989	175
06 山形	69	16	901	17	464	14 862	1 627	1 690	217
07 福島	152	57	1 417	26	881	31 162	3 842	3 559	262
08 茨城	204	79	1 612	34	1 340	33 183	5 089	3 499	307
09 栃木	118	57	1 350	20	950	22 926	4 209	3 322	181
10 群馬	145	68	1 498	12	895	25 498	4 365	2 736	113
11 埼玉	367	139	3 649	10	3 090	61 378	13 314	4 442	99
12 千葉	293	121	3 599	32	2 975	56 367	9 954	4 940	333
13 東京	683	219	12 073	29	10 359	130 092	18 344	8 212	349
14 神奈川	361	104	5 856	24	4 533	75 288	10 329	4 820	240
15 新潟	143	63	1 727	6	1 149	31 035	5 187	1 798	71
16 富山	116	54	786	30	456	18 416	5 270	1 703	314
17 石川	114	56	841	35	464	20 681	4 917	2 070	255
18 福井	91	46	553	24	276	12 174	2 505	2 075	286
19 山梨	63	30	633	16	420	11 760	2 252	1 185	154
20 長野	139	53	1 469	38	987	25 050	3 264	2 344	391
21 岐阜	113	55	1 452	40	905	21 053	3 123	2 900	432
22 静岡	183	77	2 598	21	1 712	40 006	9 506	4 038	205
23 愛知	360	159	4 640	54	3 483	70 332	12 925	7 151	562
24 三重	116	65	1 390	28	845	21 531	4 060	2 465	359
25 滋賀	62	25	885	3	526	14 223	1 949	692	30
26 京都	180	74	2 520	11	1 305	36 653	6 445	1 719	102
27 大阪	562	242	7 843	17	5 181	112 359	20 922	5 709	188
28 兵庫	353	162	4 711	74	2 840	64 944	13 557	5 011	737
29 奈良	77	25	1 058	4	669	16 176	2 692	1 037	57
30 和歌山	93	42	1 087	37	564	14 645	2 624	2 243	365
31 鳥取	46	21	549	23	271	9 085	1 272	1 255	226
32 島根	59	31	764	26	286	11 860	2 171	1 331	328
33 岡山	189	91	1 613	62	976	31 294	5 011	4 112	637
34 広島	265	146	2 614	107	1 481	42 054	10 508	5 696	1 033
35 山口	152	76	1 334	51	678	28 205	9 727	3 623	480
36 徳島	130	74	800	76	420	16 236	4 941	3 501	588
37 香川	106	51	814	83	438	17 319	2 599	3 027	781
38 愛媛	154	87	1 209	107	672	23 589	5 505	6 420	1 178
39 高知	145	88	602	10	355	19 996	7 675	2 517	95
40 福岡	483	230	4 331	250	2 881	89 703	23 450	12 587	2 022
41 佐賀	113	60	671	76	390	15 605	4 368	3 700	702
42 長崎	172	74	1 426	147	747	28 546	6 751	6 871	1 102
43 熊本	223	120	1 482	176	809	36 013	11 103	8 333	1 586
44 大分	164	67	957	93	540	20 959	3 323	5 530	635
45 宮崎	152	64	889	102	515	19 847	4 045	4 747	910
46 鹿児島	283	157	1 395	176	784	35 897	10 469	7 663	1 742
47 沖縄	94	46	729	27	572	19 498	4 424	2 150	284

(厚生労働省 平成15年9月発表『医療施設動態調査』7月末概数)

表 6 平均寿命の国際比較

平均寿命の諸外国との比較は、国により作成期間が異なるので、厳密な比較は困難である。しかし、現在入手している資料を用いて比較すると以下の表のとおりである。

(*印は、当該政府からの資料提供によるもの)

	国または地域	作成基礎期間	男	女
アジア	日本	2002 年	78.32 年	85.23 年
	イスラエル	2000 年	76.70 年	80.30 年
	インド	1993～1997 年*	60.40 年	61.68 年
	韓国	1999 年*	71.71 年	79.22 年
	タイ	1995～1996 年*	69.90 年	74.30 年
	中国	2000 年*	69.63 年	73.33 年
ヨーロッパ	アイスランド	2000～2001 年	78.10 年	82.20 年
	イタリア	1999 年*	75.97 年	82.14 年
	イギリス	1999～2001 年*	75.33 年	80.13 年
	オーストリア	2001 年*	75.91 年	81.68 年
	オランダ	2001 年*	75.80 年	80.70 年
	スイス	1999～2000 年	76.90 年	82.60 年
	スウェーデン	2000 年*	77.73 年	82.11 年
	ドイツ	1998～2000 年	74.78 年	80.82 年
	フランス	1999 年*	74.90 年	82.50 年
	ロシア	1999 年	59.93 年	72.38 年
北アメリカ	アメリカ合衆国	2000 年*	74.10 年	79.50 年
	カナダ	2000 年*	76.70 年	82.0 年
	メキシコ	1995～2000 年	69.50 年	75.50 年
南アメリカ	アルゼンチン	1990～1992 年	68.42 年	75.59 年
	ブラジル	2000 年*	64.80 年	72.60 年
アフリカ	エジプト	2001 年	65.60 年	67.40 年
	ナイジェリア	1995～2000 年	48.70 年	51.50 年
オセアニア	オーストラリア	1999～2001 年*	77.0 年	82.40 年
	ニュージーランド	1999～2001 年*	76.0 年	80.90 年

資料：2003 年厚生労働省簡易生命表

表 7 OECD 加盟国、新生児 1000 人に対する乳児死亡数

平成 14 年 (2002 年)

順位	国名	死亡数／ 1000 人	順位	国名	死亡数／ 1000 人
1	スウェーデン	3.44	16	デンマーク	4.97
2	ノルウェー	3.53	17	アイルランド	5.43
3	アイスランド	3.76	18	イギリス	5.45
4	日本	3.84	19	チェコ共和国	5.46
5	フィンランド	3.9	20	イタリア	5.76
6	オランダ	4.31	21	ポルトガル	5.84
7	オーストリア	4.39	22	ニュージーランド	6.18
8	フランス	4.41	23	ギリシャ	6.25
9	スイス	4.42	24	アメリカ合衆国	6.69
10	ベルギー	4.64	25	韓国	7.58
11	ドイツ	4.65	26	スロバキア	8.76
12	ルクセンブルグ	4.71	27	ハンガリー	8.77
13	スペイン	4.85	28	ポーランド	9.17
14	オーストラリア	4.9	29	メキシコ	24.52
15	カナダ	4.95	30	トルコ	45.77

(出所 : CIA The World Fact Book)

表 8 世界保健機構（WHO）世界保健報告 2000
保健システム達成度ランキング

	目標達成度		
	保健		
	レベル	分配の公平性	総合
アイスランド	19	24	16
アイルランド	27	13	25
アメリカ	24	32	15
イギリス	14	2	9
イタリア	6	14	11
オーストラリア	2	17	12
オーストリア	17	8	10
オランダ	13	15	8
カナダ	12	18	7
韓国	51	37	35
ギリシャ	7	6	23
スイス	8	10	2
スウェーデン	4	28	4
スペイン	5	11	19
スロバキア	42	39	39
チェコ	31	19	30
デンマーク	28	21	20
ドイツ	22	20	14
トルコ	73	109	96
日本	1	3	1
ニュージーランド	31	16	26
ノルウェー	15	4	3
ハンガリー	62	40	43
フィンランド	20	27	22
フランス	3	12	6
ベルギー	16	26	13
ポーランド	45	5	34
ポルトガル	29	34	32
メキシコ	55	65	51
ルクセンブルグ	18	22	5

(出所：世界保健機構（WHO）「世界保健報告 2000・1997 年の指標を元にした WHO 加盟国における保健システムの達成度とパフォーマンスのランキング」より、筆者が作成)

表9 GDPに対する医療支出の割合（1990から2000）

	1990から2000の 実質成長率（%）		GDPに対する医療支出の割合		
	医療支出	GDP	1990	1998	2000
オーストラリア	3.1	2.4	7.8	8.5	8.3
オーストリア	3.1	1.8	7.1	8	8
ベルギー	3.5	1.8	7.4	8.5	8.7
カナダ	1.8	1.7	9	9.1	9.1
チェコ	3.9	0.1	5	7.1	7.2
デンマーク	1.7	1.9	8.5	8.4	8.3
フィンランド	0.1	1.8	7.9	6.9	6.6
フランス	2.3	1.4	8.6	9.3	9.5
ドイツ	2.2	0.2	8.7	10.6	10.6
ギリシャ	2.8	1.9	7.5	8.7	8.3
ハンガリー	2	2.7	7.1	6.9	6.8
アイスランド	2.9	1.6	7.9	8.3	8.9
アイルランド	6.6	6.4	6.6	6.8	6.7
イタリア	1.4	1.4	8	7.7	8.1
日本	3.9	1.1	5.9	7.1	7.8
韓国	7.4	5.1	4.8	5.1	5.9
ルクセンブルグ	3.7	4.5	6.1	5.8	6
メキシコ	3.7	1.6	4.4	5.3	5.4
オランダ	2.4	2.3	8	8.1	8.1
ニュージーランド	2.9	1.5	6.9	7.9	8
ノルウェー	3.5	2.8	7.8	8.5	7.5
ポーランド	4.8	3.5	5.3	6.4	6.2
ポルトガル	5.3	2.4	6.2	8.3	8.2
スロバキア		4		5.9	5.9
スペイン	3.9	2.4	6.6	7.6	7.7
スイス	2.5	0.2	8.5	10.6	10.7
イギリス	3.8	1.9	6	6.8	7.3
アメリカ	3.2	2.3	11.9	12.9	13
OECD 諸国の平均	3.3	2.2	7.2	8	8
EU の平均	3.1	2.3	7.4	8	8

（出所：OECD Health Data 2002）

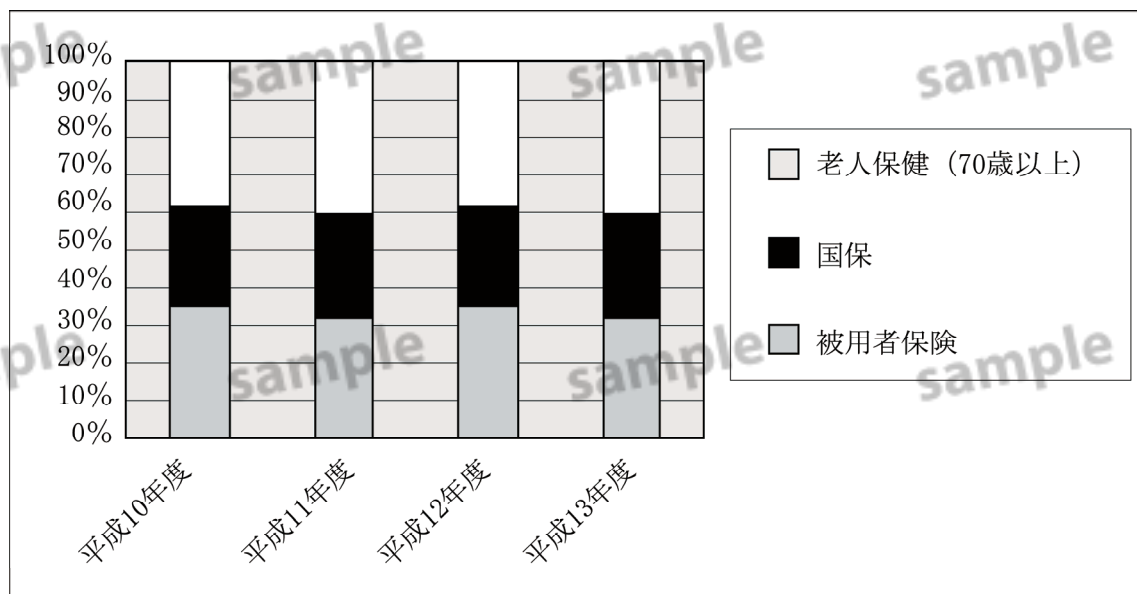
- 注 1) ハンガリー：1991から2000
 2) ルクセンブルグ、ポーランド：1990から1999
 3) OECD平均は、スロバキアのデータを除く
 4) スウェーデンとトルコの最近のデータはない。

表 10 (a) 医療費 制度別の推移

(単位：億円)

	被用者保険	国 保	老人保健 (70 歳以上)	医療保険計
平成 10 年度	95,788	70,707	108,700	275,195
平成 11 年度	94,826	72,764	117,837	285,427
平成 12 年度	95,032	74,714	109,639	279,385
平成 13 年度	95,715	76,732	115,678	288,126

- 注) 1. 社会保険診療報酬支払基金分、国保連合会審査分の医療費に基づく速報値である。
 2. 再審査分等を調整した後の額である。
 3. 公費負担医療等との併用がある場合についても、診療全点数を医療保険の医療費として計上している。



(厚生労働省保険局調査課 『MEADIAS ー最近の医療費の動向ー平成 14 年 4 月号』より作成)

表 11 平成 13 年 (2001 年) 度国民医療費

国民医療費は 31 兆 3234 億円であり、前年度の 30 兆 3583 億円に比べ 9651 億円、3.2%の増加となっている。

国民一人当たりの医療費は 24 万 6100 円であり、前年度の 23 万 9200 円に比べ 2.9%増加している。

国民医療費の国民所得に対する割合は 8.46% (前年度 7.98%) となっている。

国民医療費と対国民所得比の年次推移

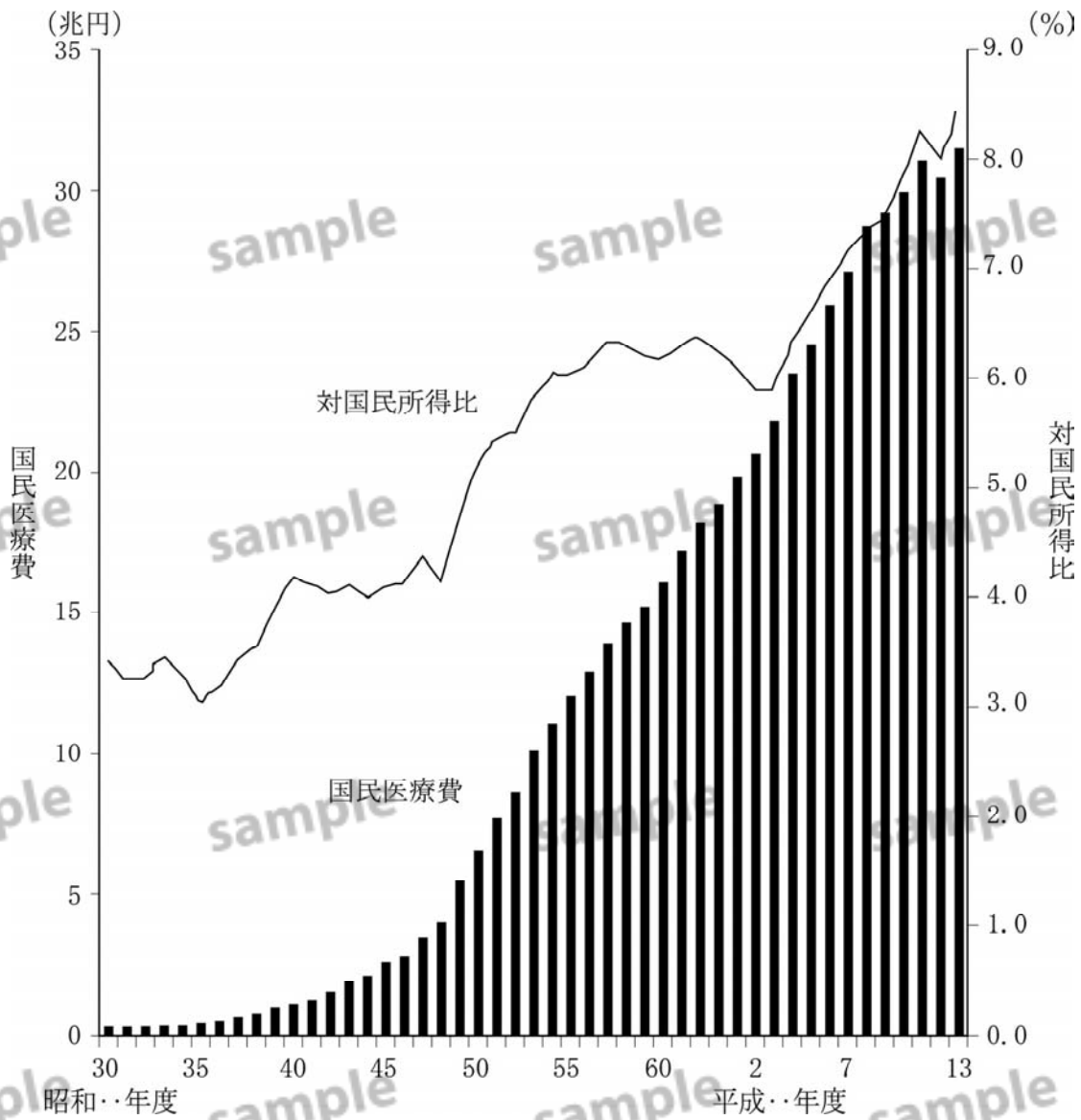


表 11 国民医療費と国民所得の年次推移

年次	国民医療費		国民一人当たり		国民所得		国民医療費の 国民所得に対 する割合(%)
	(億円)	対前年度 増加率(%)	医療費 (千円)	対前年度 増加率(%)	(億円)	対前年度 増加率(%)	
昭和 29 年度	2 152	…	2.4	…	…	…	…
30	2 388	11.0	2.7	12.5	69 733	…	3.42
40	11 224	19.5	11.4	17.5	268 270	11.5	4.18
50	64 779	20.4	57.9	19.1	1 239 907	10.2	5.22
60	160 159	6.1	132.3	5.4	2 602 784	6.8	6.15
61	170 690	6.6	140.3	6.0	2 711 297	4.2	6.30
62	180 759	5.9	147.8	5.3	2 838 955	4.7	6.37
63	187 554	3.8	152.8	3.4	3 013 800	6.2	6.22
平成元年度	197 290	5.2	160.1	4.8	3 221 436	6.9	6.12
2	206 074	4.5	166.7	4.1	3 507 153	8.9	5.88
3	218 260	5.9	176.0	5.6	3 730 039	6.4	5.85
4	234 784	7.6	188.7	7.2	3 712 482	-0.5	6.32
5	243 631	3.8	195.3	3.5	3 711 869	-0.0	6.56
6	257 908	5.9	206.3	5.6	3 761 619	1.3	6.86
7	269 577	4.5	214.7	4.1	3 764 543	0.1	7.16
8	285 210	5.8	226.6	5.5	3 889 109	3.3	7.33
9	290 651	1.9	230.4	1.7	3 924 334	0.9	7.41
10	298 251	2.6	235.8	2.3	3 805 335	-3.0	7.84
11	309 337	3.7	244.2	3.6	3 746 015	-1.6	8.26
12	303 583	-1.9	239.2	-2.1	3 804 499	1.6	7.98
13	313 234	3.2	246.1	2.9	3 700 468	-2.7	8.46

注:1) 平成 12 年 4 月から介護保険制度が施行されたことに伴い、従来国民医療費の対象となっていた費用のうち、介護保険の費用に移行したものがあがるが、これらは平成 12 年度以降、国民医療費に含まれていない。

2) 国民所得は、内閣府発表の国民経済計算（平成 14 年 12 月発表）による。

3) 国民一人当たり医療費を算出するために用いた人口は、総務省統計局による国勢調査及び人口推計年報の総人口である。

(出所：厚生労働省 『平成 13 年度国民医療費の概況』)

表 12 種類別医療法人数の年次推移

年 別	医療法人						特定医療法人			特別医療法人		
	総数	財団	社 団			一人医師 医療法人 (再掲)	総数	財団	社団	総数	財団	社団
			総数	持分有	持分無							
昭和 45 年	2,423	336	2,087	2,007	80		89	36	53			
50 年	2,729	332	2,397	2,303	94		116	41	75			
55 年	3,296	335	2,961	2,875	86		127	47	80			
60 年	3,926	349	3,577	3,456	121		159	57	102			
61 年	4,168	342	3,826	3,697	129	179	163	57	106			
62 年	4,823	356	4,467	4,335	132	723	174	58	116			
63 年	5,915	355	5,560	5,421	139	1,557	179	58	121			
平成元年	11,244	364	10,880	10,736	144	6,620	183	60	123			
2 年	14,312	366	13,946	13,796	150	9,451	187	60	127			
3 年	16,324	366	15,958	15,800	158	11,296	189	60	129			
4 年	18,414	371	18,043	17,877	166	13,205	199	60	139			
5 年	21,078	381	20,697	20,530	167	11,665	206	60	146			
6 年	22,851	381	22,470	22,294	176	17,322	210	60	150			
7 年	24,725	386	24,339	24,170	169	19,008	213	60	153			
8 年	26,726	392	26,334	26,146	188	20,812	223	63	160			
9 年	27,302	391	26,911	26,716	195	21,324	230	64	166			
10 年	29,192	391	28,801	28,595	206	23,112	238	64	174			
11 年	30,956	398	30,558	30,334	224	24,770	248	64	184			
12 年	32,708	399	32,309	32,067	242	26,045	267	65	202	8	2	6
13 年	34,272	401	33,871	33,593	278	27,504	299	65	234	18	3	15
14 年	35,795	399	35,396	35,088	308	28,967	325	67	258	24	5	19

平成 15 年 3 月末現在医療法人数

法人種類	法人数
総数	37,063
財団	403
社団（持分あり）	36,581
社団（持分なし）	322
特定医療法人（再掲）	356
特別医療法人（再掲）	29

厚生労働省医政局指導課調べ

注) 平成 8 年までは年末、平成 9 年からは年度末のデータである。
(出所：厚生労働省ホームページ)

◆ 付属資料

(付属資料 1) 規制緩和委員会について

規制改革委員会は、平成 11 年 4 月 6 日の行政改革推進本部長決定により規制緩和委員会から規制改革委員会に名称変更されるとともに、委員会の構成、事務局体制も強化された。さらに、規制改革、すなわち、規制の緩和、撤廃及び事前規制型行政から事後チェック型行政に転換していくことに伴う新たなルールの創設、規制緩和の推進等に併せた競争政策の積極的な展開等について調査審議していくことが新たにその任務となった。

ここで言う規制緩和とは、たとえば、「規制緩和の推進に関する意見～光り輝く国を目指して～（行政改革委員会第 1 次意見（平成 7 年 12 月））」によれば、「わが国の政治・経済・社会のシステム」について、まず、経済構造改革の観点から、①規制の緩和・撤廃と市場における内外無差別で公正有効な競争条件が整備されるならば、新規ビジネスへの参入や新サービス開拓による競争が促進され、生産の効率化、価格低下、内外価格差の縮小、消費者の選択肢の拡大といった国民にとっての利便性が向上し、それに伴い市場の雇用の拡大が図られること。②経済構造改革を進め、さらにそれが経営、雇用、教育、医療、福祉、行政、地域といった広範社会的構造改革につながっていくことを期待するものである。

このように、規制改革委員会は、規制緩和の着実な推進を図ることを任務とし、平成 12 年度まで調査審議をしていた。そして、その後の規制改革の推進にあたっては、行政改革大綱（平成 12 年 12 月 1 日閣議決定）において、『新たな規制改革推進 3 年計画の実施状況を監視するとともに、経済社会の構造改革の視点も含めて幅広く規制改革を推進していくため、新たな審議機関を内閣府に置くことについて検討し、規制改革委員会の見解を踏まえ、平成 12 年度末までに具体的成案を得る』こととされた。

(付属資料 2) 規制改革にあたり重視すべき視点

規制改革委員会は、『規制緩和推進 3 年計画（平成 12 年 3 月 31 日閣議決定）』において、『国際的に開かれ、自己責任原則と市場原理にたつ自由で公正な経済社会としていくこと』を計画の基本とした。規制改革にあたり重視すべき視点としては、①規制の撤廃、およびより緩やかな規制への移行、などの②検査の民間移行等規制方法の合理化、③規制内容の明確化、簡素化、④規制の国際的整合化、⑤規制関連手続きの原則化、⑥規制制定手続きの透明化の 6 項目が挙げ

られている。

また、同委員会は、第1次見解において、①国際性の視点、②効率的な規制緩和の視点、③規制改革という視点、④国民の理解と協力を得る視点を重視すること、さらに、第2次見解では、①選択の自由と多様性の確保、②新しいサービス・商品と技術開発の環境整備、③コストの認識、④行政関与のあり方、⑤国民、企業等の担う役割を重視すること明らかにした。

(付属資料3) 規制改革委員会の医療分野における規制改革案

平成13年度、規制改革推進3か年計画（平成13年3月30日閣議決定）における平成13年度重点計画事項として14項目が挙げられているが、医療はその第一番に挙げられている。その中で、①医療における徹底的な情報開示・公開、②IT化の推進による医療事務の効率化と医療の標準化・質の向上、③保険者の本来機能の発揮、④診療報酬体系の見直しに加え、⑤医療経営の近代化・効率化が挙げられており、民間企業経営方式などを含めた医療機関経営のあり方を検討している。具体的には、直接金融市場からの調達などによる医療機関の資金調達の多様化や企業経営ノウハウの導入などを含め、利用者本位の医療サービスの向上が必要であるため、経営の近代化、効率化を図るということである（『平成13年規制改革推進3か年計画（改訂）』）。

(付属資料 4) 厚生労働省医療制度改革試案－少子高齢社会に対応した医療制度の構築－

この医療制度改革試案は、少子高齢社会に対応した医療制度の実現に向けて、広く国民の論議に供するため、厚生労働省としてとりまとめたものである。今後、平成 14 年度予算編成までに成案を得、所要の法律改正案を次期通常国会に提出するものとする。

医療制度改革の基本方向

国民の生命と健康を支える医療制度は、年金制度と並ぶ社会保障の基盤であり、これまで世界最高の平均寿命や高い保健医療水準を実現してきたが、急速な少子高齢化、低迷する経済状況、医療技術の進歩、国民の意識の変化など医療を取り巻く環境は大きく変化している。こうした環境変化に対応し、良質で効率的な医療を国民が享受していけるようにするためには、保健医療システム、診療報酬体系、医療保険制度といった医療制度を構成する各システムを、大きく転換していかなければならない。

○ 保健医療システムについては、健康づくり・疾病予防の推進を図るとともに、情報の開示、患者の選択の拡大、医療提供体制における機能分化・集約化等を進めることにより国民が安心・信頼できる質の高い医療サービスが効率的に提供される仕組みへと見直す。

○ こうした医療提供体制の構築に向け、診療報酬についても、基本に立ち返り、医療技術や医療機関の運営コストが適切に反映される診療報酬体系としていく。

○ 医療保険制度については、国民皆保険を基本に、各制度・世代を通じた給付と負担の公平化を図るとともに、保険者の統合・再編成や規模の拡大など運営基盤を強化しつつ、持続可能で安定的な制度を構築する。

○ 特に、高齢化の進展に伴いその重要度が増している高齢者医療制度については、急速に増大する老人医療費への対応が必要であり、世代間の公平な負担を実現するとともに、後期高齢者への施策の重点化・公費負担の拡充を図ることにより、保険者にとって重圧となっている拠出金を縮減する。また、高齢者医療制度と密接に関連する介護保険制度との関係について、その実施状況を踏まえつつ、両制度の整合性に留意し、将来の介護保険制度の見直しにあわせて検討を進める。

以上のような基本方向に向けて、当面する保険財政の破局を防ぐとともに、中長期的に持続可能な制度を確立するため、以下の事項を内容とする平成 14 年度医療制度改革を進める。

(出所：厚生労働省・平成 13 年 9 月 25 日発表『医療制度改革試案』より抜粋)

(付属資料 5) 医療法人制度の概要

1 設立基準

- ◆ 医療法人は、医療法の規定によってのみ設立でき、社団、財団どちらでも良く、病院および医師、歯科医師が常時勤務する診療所、老人保健施設の開設を目的としなければならない(医療法 39 条)。
- ◆ 法人設立の根拠法は、民法、商法、特別法に分けられる。医療事業の主体に法人格を付与するに当たり、商法上の会社組織によることは、医業の非営利性から好ましくないとされた。また、民法 34 条の公益法人とすることにも該当しないため、特別法によるべきものと考えられ、昭和 25 年(1950 年)の医療法改正により、医療法人制度が設けられた。当時の目的は、医業の非営利性を損なうことなく法人格を取得し、資金の集積を容易にして、医療機関の経営に永続性を与えること等であった。
- ◆ 医師の常勤については、従来は 3 人以上が要件であったが、昭和 60 年(1985 年)の医療法改正で一人医師医療法人制度が開設された。
- ◆ 設立時には、法人の設立と医療施設の設立の両方の認可が必要である。法人設立は商法上の準則主義ではなく、都道府県知事、または、厚生労働大臣の許可を必要とする認可主義が採られている(医療法 44 条)。
- ◆ 業務範囲は、医療関係者教育、研究所、精神障害者社会復帰施設、健康増進施設、その他保健衛生に関する業務(薬局、ケアハウス、老人訪問看護事業、在宅介護支援センター、付設ホームヘルプサービス等)に限られている(医療法 42 条)。

2 意思決定機関の構造/構成員

- ◆ 医療法人には、役員として理事 3 人、監事 1 人以上を置く。都道府県知事の許可があれば、1 人でも足りる(医療法 46 条 2)。病院等の管理者は理事に加える(医療法 47 条)。
- ◆ 理事長は医療法人を代表し代表権を 1 人で持つが、昭和 60 年(1985 年)改正で医師、歯科医師の理事から選出することになった(例外あり)。現在は、規制緩和の方向に向かっている。(医療法 46 条 3)。

3 資金調達への制約

- ◆ 医療法人は資産の総額 20%以上の自己資本を有しなくてはならない。診療所などの医療法人には適用されない（医療法 41 条）。なお、施設の種類によりこの条件は緩和されている（厚生省通知平成 6 年（1994 年）456 号）。
- ◆ 医療法人の土地、建物等は法人が所有することが望ましいが、賃貸でも契約が確実であれば良い（厚生省通知昭和 61 年（1986 年）410 号）。
- ◆ 事実上の資金調達方法は、自己資金のほか、銀行借入、福祉医療機構（旧社会福祉・医療事業団）融資、寄付等に限定されている。
- ◆ 債券発行による調達については、特段の禁止事項はない。現実には、私募債の形式で病院債を発行している事例がある。

4 寄付／補助金

- ◆ 財団、または、持分のない社団が寄付を受けた場合、医療法人を個人とみなし贈与税を課せられることがある（相続税法 6 条 4）。
- ◆ 特定医療法人への寄付については、非課税措置がとられている（租税特別措置法 67 条 1）。

5 利益処分

- ◆ 社員に利益を配分することは禁止されている（医療法 54 条）。剰余金が生じても施設整備、医療機器整備、従事者の待遇改善等以外には積立金として保留しなければならない。
- ◆ 解散時の財産の帰属について＝持分のある社団医療法人は、払込済出資額に応じて解散時に残余財産を出資者に配分することができる。

6 税制

- ◆ 特定医療法人については、軽減税率（22%）がとられている（租税特別措置法 67 条 2）。

7 情報公開の規定

- ◆ 医療法人は、決算（財産目録、貸借対照表、損益計算書（平成 4 年（1992 年）改正））を都道府県知事に届け出る。その他立ち入り検査、改善命令、業務停止命令、役員解任勧告、設立認可取消等が規定されている（医療法 63～66、68 条 2）。

8 広告規制の緩和

- ◆ 医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関する広告については、患者保護の観点から医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 69 条その他の規定により制限されてきた。しかし、医療に関する情報開示を進め、患者の選択を通じて我が国の医療を一層質の高い効率的なものとしていくことが重要な柱と位置付けられたため、平成 14 年（2002 年）4 月 1 日施行で医療法（第 69 条）の広告規制の大幅な緩和が行われ（平成 14 年（2002 年）3 月 29 日付け厚生労働省告示第 158 号）、以下が新たに広告してよい項目として加わった。

●医療に関する広告規制の緩和追加項目

① 医療の内容に関する情報

- 専門医の認定
- 分娩件数
- 治療方法
- 平均在院日数
- 手術件数
- 疾患別患者数

② 医療機関の構造設備・人員配置に関する情報

- 医師・看護師等の患者数に対する配置割合
- 売店、食堂、一時保育サービス等

③ 医療機関の体制整備に関する情報

- セカンドオピニオンの実施
- 症例検討会の開催
- 電子カルテの導入
- 入院診療計画の導入
- 患者相談窓口の設置
- 医療安全のための院内管理体制

④ 医療機関に対する評価

- （財）日本医療機能評価機構の個別評価結果

⑤ 医療機関の運営に関する情報

- 病床利用率
- 外部監査
- 理事長の略歴
- 患者サービスの提供体制に係る評価（ISO9000s）

⑥ その他

- 医療機関のホームページアドレス

○次に掲げる医療機関である旨

- ・公害健康被害の補償等に関する法律の公害医療機関
- ・小児救急医療拠点病院
- ・エイズ治療拠点病院

- ・特定疾患治療研究事業を行なっている病院 等

(出所：財団法人医療経済研究機構（1997）『「医療機関経営と非営利性に関する研究」報告書』及び

厚生労働省ホームページ：厚生労働省医政局総務課『平成 13 年（2001 年）4 月トピックス：「広告規制緩和のポイント」』より筆者が抜粋)

(付属資料 6) 医療法人の形態について

	医療法人	特定医療法人	特別医療法人
根拠法	医療法	租税特別措置法	医療法
許可・認可	都道府県知事の認可 ◆ 資産要件	国税庁長官の承認	都道府県知事による 定款変更の認可
要件	病院等を開設する場合自己資本比率の20%以上 ◆ 役員数 理事3人 監事1人以上 ◆ 理事長 原則医師または歯科医師	医療法人のうち、 ●財団または持分の定めのない社団 ●自由診療の制限 ●同族役員の制限 ●差額ベッドの制限(30%以下) ●給与の制限(年間3600万円以下)等を満たすもの	医療法人のうち、 ●財団または持分の定めのない社団 ●自由診療の制限 ●同族役員の制限 ●給与の制限(年間3600万円以下)等を満たすもの
その他	●法人税率30% ●収益事業は行えない	●法人税率22% ●収益事業は行えない	●法人税率30% ●一定の収益事業が可能

(出所：厚生労働省ホームページより)

(付属資料7) 医療分野の主な構造改革特区提案

提案主体	内 容
長野県	<ul style="list-style-type: none"> ○ 外国人医師による診療 ○ 医療業務への労働者派遣 ○ 株式会社立病院の開設許可 ○ 病床規制の適用除外 ○ 広告規制の撤廃 ○ 混合診療の解禁
インフォート	○ 株式会社による検査専門医療機関
亀田総合病院	○ 先端医療技術の導入
河北総合病院	○ 米国、中国などの医療の導入
広島市の病院	○ 低い診療報酬の病院
自立型オキナワ経済発展機構	○ 医療国家資格取得の単位認定の緩和
東京医科歯科大	○ 高額医療機器の共同利用

(付属資料 8)

医療特区構想に関する緊急決議

日本医師会は、3月30日に開催した第108回定例代議委員会において、標記決議を採択いたしました。

医療特区構想に関する緊急決議

日本医師会は、現在、小泉内閣が推進している医療特区構想に断固反対する。

以上、決議する。

(理由)

日本医師会は、日本の医療にアメリカのイデオロギーを導入し、医療特区における株式会社の医療への参入、混合診療の容認、外国人医師の診療許可など日本の医療制度を根幹から崩壊に導くことは絶対に容認できない。

国民の健康、身体、生命を市場原理の俎上にさらし、医療の中に豊かな者と豊でない者との差別を持ち込むことは、日本の医療に長年責任を持ってきた学術専門団体である日本医師会として、断じて許すことができない。

このことを閣議決定によって推進しようとする小泉内閣に対して猛省を促すものである。

平成十五年三月三十日

第108回日本医師会定例代議委員会

(出所：日本医師会ホームページ)

(付属資料 9) 『特区における株式会社の医療への参入に係る取扱い(成案)』について

特区における株式会社の医療への参入に係る取扱いについては、6月13日付で厚生労働省案をとりまとめ、都道府県、医療関係団体などから御意見をお伺いしたところですが、この度、下記の通り成案をとりまとめましたので公表致します。

要旨 ○ 構造改革特別区域法（平成14年法律第189号）に定める構造改革特別区域においては株式会社が自由診療で高度な医療の提供を目的とする病院または診療所を開設することを認める。

2 具体的内容

(1) 開設の許可

特区において株式会社から高度な医療の提供を目的とする病院・診療所の開設許可の申請があったときは、構造設備基準、人員配置基準を満たすとともに高度な医療を提供する能力があると認められれば、都道府県知事等は許可を与えるものとする。

(2) 高度な医療

○ 高度な医療の内容については、厚生労働省があらかじめ示すガイドライン（別添）に従って地方公共団体が判断し、厚生労働大臣がその適合性に照らして同意する。

※医療保険における高度先進医療の承認を受けているもの及び診療報酬点数表に記載されているものは除く。

(3) 医療保険との関係

○ 上記の病院・診療所は健保法等の保険医療機関等としないこととする。

(4) その他の規制

○ 上記の病院・診療所については、医療法の構造設備基準、人員配置基準等を満たすことが必要。

○ 上記の病院・診療所については、高度な医療の適正な運営を確保するため、医療法人に準じて必要な監督等を行う。

○ 上記の病院・診療所については、医療法第69条第1項の規定にかかわらず、高度な医療を提供している旨を広告することができることとする。

3 法律改正の形式

○ 特区法を改正し、医療法等の特例規定を設ける。

〔別添〕 ガイドラインの内容

- ・再生医療
脊髄損傷患者に対する神経細胞の再生・移植
- ・遺伝子治療
肺がんや先天性免疫不全症の治療
- ・特殊な放射性同位元素を用いる PET 等の画像診断
- ・高度な技術を用いる美容外科医療
- ・提供精子による体外受精（倫理上問題のない生殖医療）
- ・その他、倫理的・安全性の問題がなく、これらに類するもの

（出所：厚生労働省ホームページ）

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

sample

不 許 複 製

慶應義塾大学ビジネス・スクール

© 2011年11月・RP150