

医療の規制改革に関する主要な論点について（メモ）

2003.2.6. 八代尚宏

1. 医療特区

「医療の提供等、人の生命、健康等に関する規制については、一定の地域にのみ異なる規制とすることは不適當」という意見について

- ・ 仮に、現行の医療制度・規制がこれ以上改善の余地がないほど最善であれば、それと異なる規制は不適當という論理は妥当なもの。
- ・ しかし、事業者ではなく利用者の立場からは、医療サービスの質向上の余地は大きい。これをどのように改善するかについて複数の意見があり、試行の過程が不可欠。
- ・ 医薬品や医療技術自体が、試行の過程を通じて発展してきたものであり、一定地域の病院で、慎重な管理下で新しい制度を試行することは、医療の進歩のために必要。
- ・ 医療の専門家の間でも地域によって多様な制度改革への提案があり、これを地方自治体との協力で医療特区として実現することは、当地域の住民利益にならないか。

2. 保険診療と保険外診療の併用

1) 一連の診療行為の中で認めると保険医療費が増加する」という意見について

- ・ 保険外診療の併用によって追加的な保険診療が誘発されるという趣旨であれば、それは暗黙の内に、併用が認められなければ患者は診療自体を諦めるという極端な前提に基づいていないか？
- ・ 併用が認められない現状では、やむを得ず保険診療の範囲内で次善の治療を行なうことで保険医療費の負担は同じであり、むしろ効果の薄い治療によって治療期間は長引き、保険診療費は増える可能性が大きい。
- ・ 現場の医師が最善の治療法を追及するインセンティブを否定し、画一的な保険診療の枠内だけに抑制することのマイナス面を重視すべき。

2) 「医療技術の進歩には特定療養費制度の活用で十分」という意見について

- ・ 特定療養費は医療機関の質にかかわらず、厚生労働省が認定した特定の分野でのみ保険外診療との併用を認めるもの。
- ・ 逆に、質の高い医療機関を認定し、そこで十分な情報公開と患者の合意とを前提に、保険診療の範囲に限定されない最善の診療を行なうという考え方。
- ・ 全国どの医療機関でも同一の医療水準という保険診療の大前提から脱却し、「質の高い医療機関」を積極的に認定することが保険外診療併用の大きな前提。

3) 「患者にとって不当な自己負担増加を招く」という意見に対して。

- ・ 十分な情報公開と患者の了解を担保する制度で防げる。また、仮に、そうした行為があった医療機関は、「質の高い医療機関」の認定取り消しを受ける。
- ・ 医療機関の質の差を前提としない画一的な制度が、むしろ「お世話料」等の不当な患者自己負担の原因となっているのではないか。

- 4)「患者の所得による診療格差が生じ結果として金持ち優遇になる」という意見に対して。
- ・ 必要な医療は、患者の負担能力にかかわらず公的保険で賄われる原則は堅持。
 - ・ 現行制度の下でも、良質の自由診療を得られるか否かで患者の所得による診療格差は現に存在していることを無視した議論。
 - ・ 仮に、保険診療との併用が可能になれば、より所得の低い層も、自由診療ベースでの良質の医療サービスの機会が得られるという面の「公平性」を無視。
 - ・ 医療機関が質の高い医療を志向するインセンティブが高まり、それが医療全体の質の底上げをもたらす可能性も重要。
- 5)「国民皆保険制度の崩壊をもたらす」という意見に対して。
- ・ 基礎的医療について国民皆保険制度は堅持されることには変りはない。
 - ・ 国民皆保険とは患者の医療についての選択肢を否定するものではない筈。
 - ・ 保険外診療との併用がなければ、結果的に日本の医療の発展が、財政の制約のなかに押し込められ、世界水準との格差が拡大するのみ。
 - ・ 「全ての医療を公的保険で賄う」という非現実的な思想が、結果として医療保険財政の破綻と「平等な患者3割負担」を招いた要因。
 - ・ 政府が確実に保証できる基礎的医療の範囲を明確化し、それ以上は民間保険で賄うことでこそ、高齢化社会でも国民皆保険体制が堅持されるのではないか。

3. 株式会社の病院経営

1)「株式会社は利益確保のインセンティブから過剰診療や収益性の高い医療分野へ集中し、患者にとって適正な医療を行なわない」という意見について

- ・ 株式会社の参入を禁止し、医療法人による民間医療機関経営の独占状態を維持すれば、過剰診療や不採算医療の切り捨てが防止でき、患者にとっての適正な医療が確保できる保証はない。
- ・ 患者にとって医療法人病院の「赤ひげ精神」に全面的に依存することは危険であり、多様な経営主体の競争により「患者が選べる病院」を増やすことが重要。
- ・ 過剰診療の防止に対しては診療報酬の包括払い化、小児医療等の不採算医療に対しては診療報酬体系の適正化や医師の応召義務の明確化が基本であり、株式会社の参入禁止で解決できる問題ではないこと。

2)「公的保険によって運営される医療の「公共性」と株主への配当という株式会社の「営利性」は相容れない」という意見について

- ・ 利益の配当は事業のための資金調達コストであり、薬品等の購入と同じ費用。
- ・ 銀行借入に対する利子支払は非営利で、配当は営利というのは社会常識か？
- ・ 金利・元本返済は病院が赤字でも不可避でむしろ過剰診療の要因になるのでは。
- ・ 配当という利益配分のひとつの手段だけで「営利性」を定義することの妥当性。
- ・ 医療法人の98%は「持分を有する医療法人」で、内部留保を蓄積し、それを出資者に配分できる仕組み。寄附に基づく欧米の非営利病院と似て非なる存在。
- ・ 公共性と利益配当は相容れない(個人財産の蓄積は可)という議論は無意味。

3) 「患者の利益」や「医療の公共性」は、誰が判断すべきか

- ・ 現行の医療規制は、厚生労働省が「患者の利益」の内容を一方的に判断し、それを強制する制度を構築する仕組み。これを患者本位の制度に改革すべき。
- ・ こうした措置的制度は、患者の選択肢が乏しい感染症・急性症中心時代の名残り。現在の慢性症主体の医療では、患者の選択の余地は大きい。
- ・ 医療情報の公開・カルテ等の患者への開示、第三者評価等を法的に強制し、患者自身が最適な医療機関を選択できる仕組みを早期に形成することが最優先。
- ・ 利用者が株式会社病院と医療法人病院を自由に選択することで、誰が不利益となるか、が真の争点。本来、医療の質の高い医療法人にとっては無関係の問題。

4) 医療法人の改革

- ・ 株式会社の参入問題は、現行の医療法人問題の裏返しであること。
- ・ 銀行の貸し渋りが強まるなかで、医療法人の資金調達手段を多様化する必要性
- ・ 医療法人の経営者の高齢化が進み、後継者なしには解散・廃院の可能性大。
- ・ 医療法人では出資者（無限責任社員）の請求に応じて出資分の払戻し義務。これに応じれば医療法人の倒産の危険性。地域住民にとっても大きなリスク。
- ・ 「出資額限度医療法人」の創設が検討されているが根本的な解決策とはならず。
- ・ 株式会社は、本来、事業の持続性を図るための組織形態。出資者の出資分を株式の形で流動化できれば、病院の事業安定化にとって大きなプラス。
- ・ 株式会社の排除は医療法人の経営者自体にとっても大きな制約要因。

4. 医療分野での労働者派遣

「医療関係業務の労働者派遣は、チームとして医療を提供する中で、互いの能力把握や意思疎通が不十分となり、患者の生命、身体に危害が及ぶ」という意見について

- ・ 医師や看護婦等の高度の資格を要する専門的な業務は、本来、派遣労働にもっともふさわしく、その質の担保は派遣会社の責任において確保される。
- ・ 医師や看護婦の不足が指摘されるなかで、深夜勤務等の激務には耐えられないが、正規社員以外の弾力的な働き方であれば、就業を希望する有資格者も多い。
- ・ 病院の特徴は、多職種かつ専門職のスタッフが業務に従事するだが、特に中小規模の病院の場合、確保が難しいか、常勤で確保する必要がない職種も多く、病院がこれらの職種の確保を容易にするためにも派遣制度が有効。
- ・ 元々医療は複数の専門職の共同作業が必要な分野で、他の病院等からの実質的な派遣は日常的に行われていること。
- ・ 医療分野における派遣の自由化は、あくまでも派遣を潜在的に希望する労働者と医療サービスの利用者の立場から議論されるべき。
- ・ 派遣労働という「選択肢」を積極的に禁止するだけの公益性の有無が焦点。

医療サービスの利用者の選択を尊重するかどうか、医療機関の間での質の格差を認め、その向上を図る方向へのインセンティブを組み込んだ規制とするかどうか、がポイント。