

# 拡大する医療分野における規制緩和<sup>1</sup>

---

## 競争システムの導入とその展望

慶應義塾大学 田村次朗研究会

井上翔太郎

忍足英里子

柏井太郎

2005年12月

---

<sup>1</sup>本稿は、2005年12月3日、4日に開催される、ISFJ（日本政策学生会議）、「政策フォーラム2005」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、田村次朗教授（慶應義塾大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得べき誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。（タイトルに脚注をつけてください。脚注は、「挿入」→「脚注」→「脚注」「自動脚注番号」、フォント8、脚注のフォントに関しては、以下同じ。）

# 要旨

---

わが国の医療は少子高齢化などの原因により急速に拡大しつつあり、またそれに伴い、わが国の医療費問題は年々深刻化している。このように医療が拡大しつつある現状において、医療財源問題に対して解決策を講じずに、現状のように国家財源に依存したまま医療を担い続けることが出来ると考えるのは現実的でない。本稿ではわが国の医療が抱える財源問題を 1 国家政策上の財源問題と、2 医療機関自体が抱える財源問題、という二つの側面から捉え、それぞれの解決策について論じた上で、拡大する医療に対応できる医療について論ずる。

では次に具体的な内容について述べる。

まず、1 の国家政策上の財源問題について。わが国の医療は、国民皆保険による健康保険制度によって支えられているが、この保険制度の収支は近年大幅な赤字傾向にある。我々はこの財政難の一因には、わが国の保険制度における診療報酬決定システムである「出来高払い制度」があると考え。なぜならば、出来高払い制度は過剰医療を引き起こすという制度的欠陥を有しており、その過剰な医療により医療財源を圧迫していると考えられるからである。そこで、我々はこの診療報酬システムを、「出来高払い制度」から、より経済効率のよい「包括払い制度」に変革すべきであること、またその制度を補うために DPC データベースの公開も併せて導入すべきであることを提言する。

次に、2 の医療機関自体が抱える財源問題について。現在わが国の医療分野には強い法規制があり、その結果、医療法により営利目的の病院経営は一切禁じられている。しかし、現在全国の赤字病院が 7 割にも上っていることを考えると、「非営利」のみの病院経営は限界に達しつつあると言わざるを得ない。我々は、この財源問題の原因は、わが国の医療における法規制、ことに営利企業の病院経営参入制限にあると考え、その規制緩和を行うべきであることを提言する。

本稿において我々は、財源問題を解決する、以上のような政策を提言した上で、今後の医療の有るべき姿について論ずる。

## 目次

### はじめに

## 第1章 医療政策における財源問題－保険制度の観点から

### 第1節 (1. 1) わが国の医療システム

1. 国民皆保険制度と出来高払い制度
2. 包括払い制度

### 第2節 (1. 2) 現在の医療保険システムの財政的問題

1. わが国の保険制度における財源問題
2. 診療報酬制度における制度上の欠陥

### 第3節 (1. 3) 健康保険制度の改革と財源問題の解消

1. 包括払い制度の拡大と問題点
2. DPC を用いたデータベース公開による過小医療問題の解決

小括

## 第2章 民間病院における財源問題－病院経営の観点から

### 第1節 (2. 1) 法規制と医療市場の特殊性

1. 病院経営に対する制度・法規制
2. 社会的規制分野と公共性

### 第2節 (2. 2) 現在の病院経営システムの財政的問題

1. 民間病院間における財源問題
2. 医療市場におけるニーズの拡大－量的観点から
3. 医療市場におけるニーズの多様化－質的観点から
4. 問題点とその所在

### 第3節 (2. 3) 病院経営制度の改革と財源問題の解消

1. 現制度の法規制緩和
2. 規制緩和に関する問題点・懸念
3. 制度改革

小括

## 第3章 医療分野における公共性の趣旨と競争原理

### 参考文献・データ出典

# はじめに

(文責 柏井)

現在、わが国の国民の過半数が、疾病によってその最期を迎えている<sup>1</sup>。過去、疾病と無縁であった社会は皆無であり、医療は個人のみならず人類全体にとって不可欠である。

医療分野は、その重要性からしばしば、国家による社会保障的・公共的役割を期待され、その事業展開等について法的保護を与えられてきた。わが国の医療もその例外ではなく、多くの法規制や国家による制度的介入が存在するなど、「医療の公共性」は不可侵の大原則といっても過言ではなく、「医療と営利」は特に厳格に区別されている。たとえば、医療機関の財源は、その大半を国民健康保険制度に基づく税金に依存していること、サービスの差異化による収益改善、民間からの資本提供による援助など、民間の市場原理を通じた財源確保が事実上認められていない。これは、「経済的課題や営利目的によって、医療機関が公共性を見失ってはならない」という国家の要請に他ならない。

ところで、老人医療費の拡大や、一般医療費における生活習慣病の増加等の要因により、わが国の医療費およびその需要は年々増大している。旧厚生省の白書および厚生労働省の統計資料によれば、1980年代以降、国民医療費は<sup>2</sup>年間約1兆円ペースでほぼ継続的に増加の一途を辿り、2003年には31.5兆円(GDPの8.55%相当)となっている。この割合は、経済協力開発機構(OECD)加盟国の医療費対GDP比率では17位であり<sup>3</sup>、他国に比べて決して高くないように思われることもあるが、わが国の高齢化はさらに進むことが必至であり、今後も医療費の増大が見込まれることから、この数値から一概にわが国の医療費について判断することはできない。たとえば、2002年の厚生労働省試算によれば、2025年の医療費は54兆円と見込まれており、同試算の予想GDPに対する比率は10.7%である<sup>4</sup>。無論、OECD加盟国ごとに医療制度は異なるため、数値の単純な比較は妥当ではないが、わが国の医療分野が急速に拡大していることは事実である。

さて、需要が拡大する市場では供給の拡大が望まれ、そのための必要資金が十分に確保されていなければならないが、わが国の医療分野は2つの財源問題、すなわち、国家が定める政策上の財源問題と、医療機関自体の財源問題を抱えており、資金面は楽観視できない状況にある。国民健康保険組合の経常収支は大幅な赤字傾向にあり<sup>5</sup>、病院の経営状況では過

<sup>1</sup> 死因全体の68.6%を占める上位4つ(悪性新生物、脳疾患、心臓疾患、肺炎)はすべて疾病である。厚生労働省「平成14年度版人口動態統計月報年計」よりデータ引用。available at <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai02/deth.html> (最終アクセス2005/11/13)

<sup>2</sup> 厚生労働省「平成15年度国民医療費の概況について」から医療費のデータを引用。Available at <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryo/03/index.html> (最終アクセス2005/11/13)

<sup>3</sup> OECD health data 2005 (<http://www.oecd.org/dataoecd/44/18/35044277.xls>)から医療費対GDP比率の国別データを参照。ただし、OECDの統計においては、GDPおよび医療費の換算方法が異なるため、わが国の医療費はGDP比率7.9%とされている。(最終アクセス2005/11/13)

<sup>4</sup> 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見直し(平成12年10月改訂版)」を参照。Available at <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/05/h0515-1.html> (最終アクセス2005/11/13)

<sup>5</sup> 健康保険組合連合会「医療保険制度の危機」を参照。詳しくは後述する。Available at [http://www.kenporen.com/main/02\\_03.html](http://www.kenporen.com/main/02_03.html) (最終アクセス2005/11/13)

半数の病院が赤字となっている<sup>1</sup>。医療が公共性をもつ分野であり、国家からの財源補助が見込まれるとはいえ、財政難に喘ぐ状況では、大幅な拡大傾向にある医療需要を十分に満たしうると考えるのは困難である。一般の事業分野においては、需要過多の状況にあれば、他市場の事業者による新規参入や、直接・間接投資等の資金援助を期待できるが、医療分野は公共性重視ゆえに法規制が厳しく、健全な経営による事業展開について柔軟な対応を期待することが難しい。

このように、拡大する需要に直面しているわが国の医療は、その公共性が過度に強調されるがゆえに、医療機関が市場から自由に資金を調達できず、医療の質・量とも十分な供給が行えないというジレンマに陥っている。そこで、本稿では、「拡大する医療市場に合わせた医療』をキーワードに、国家が定める政策上の財源問題、および、医療機関自体が抱える財源問題に焦点を当て、保険制度論と医療法における法政策論の視点から、公共性と整合的な医療のあるべき姿について試論を展開する。

---

<sup>1</sup> 厚生労働省医政局指導課「平成 14 年度病院経営収支調査年報」13 頁以下を参照。Available at <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyou/igyoukeiei/syushitvousa/14-syushi.html> (最終アクセス 2005/11/13)

# 第1章 医療政策における財源問題

---

## 第1節 わが国の医療システム

(文責 柏井)

現在、わが国では、公的医療保険制度による国家の支援が行われており、全ての国民はこの公的医療保険制度に入ることが義務づけられている。つまり、わが国の国民が医療機関で治療行為を受けるとすれば、その診療費には原則としてこの保険制度が関わっているということになり、その意味でこの制度はわが国の医療の根幹を担っているということもできる。本節では、わが国の医療に深く関わっているその公的医療保険制度のシステムについて概説する。

### 1. 国民皆保険制度と出来高払い制度

わが国の公的医療保険制度について記す前に、まず保険制度そのものについて簡潔にまとめておく。広義の医療保険とは、被保険者が支払う保険料をもとに、保険者が傷病による治療費の補償を行なう制度のことを指す。具体的には、被保険者が平時から保険料を払い込んでおくことにより、疾病罹患時の医療費の一部を保険者が医療機関に支払う制度である。この医療保険は、公的な医療保険と私的な医療保険に区分できる<sup>1</sup>。前者は、国民健康保険、職域健康保険等であり、市町村、共済組合、社会保険庁等が保険者となり(制度により異なる)、日本国内に居住する国民全員を被保険者とする医療保険<sup>2</sup>の事を指す。後者は、被保険者が公的医療保険に入っていることを前提に、民間の保険企業が運営するガン保険や入院保険等を指す。保険者は主に民間企業、被保険者は特定の保険者と保険契約を結んだ者であり、その加入は任意である。

さて、厳密に言うると公的な医療保険制度はまず、自営業者や無職の者が加入する「国民健康保険」、会社員・公務員など被用者が加入する「職域健康保険」、の2つに大別され、その後、政府管掌健康保険、組合管掌健康保険、船員保険、共済保険、などに細分化される。この細分化は主に保険者と被保険者の関係によって区分されているが、その支給システム自体に大きな差異があるわけではないので、本稿においては詳細についての説明を割愛させていただく。また、一般的な呼称の普及度合いも鑑み、特に断りのない限り本稿ではこれらの公的医療保険制度をまとめて『健康保険制度』と呼ぶものとし、以降で取り扱うものとする。

---

<sup>1</sup> 社会保険庁「政府管掌健康保険基礎知識」を参照。available at <http://www.sia.go.jp/seido/iryo/> (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>2</sup> 国民健康保険法 5 条および健康保険法 3 条により、国民は加入が義務づけられている。

では次に本稿において主に論じることとなるわが国の健康保険制度のシステムについて概説する。健康保険制度の主たる機能は、医療行為に係る費用補填の程度という被保険者からみた側面と、医療行為に係る報酬の程度という医療機関からみた側面の二つに分けられる。先に述べた通り、被保険者である国民は、健康保険制度に加入することが義務付けられているため、わが国で国民が治療行為を受ける際には、通常、健康保険による補償を受けることとなる。この補償により、個人の負担する額(一部負担金)は、診療費全体のうち、3歳未満の場合20%、70歳以上の場合10%、それ以外の場合は30%にまで軽減される(国民健康保険法42条、健康保険法74条)。そして、医療機関が医療行為を行った場合、被保険者と保険者の双方からその報酬を受け取る。ここで1つ注意しておかねばならないことは、わが国において医療機関は診療報酬に関して自由に決定できるわけではない、という点である。医師に対する診療報酬は、あらかじめ発表されている厚生労働省の『社会保険診療報酬点数表』に従って支払われる(社会保険診療報酬支払基金法15条)<sup>1</sup>。

では、この診療報酬決定の仕組みについて、もう少し詳しく説明する。現在の診療報酬決定システムは、一般に「医療点数制」あるいは「出来高払い制度」と呼ばれている(以下、「出来高払い制度」に統一)。出来高払い制度とは厚生労働省によって定められた社会保険診療報酬点数表に従い、行った医療行為に合わせて点数を加算、最終的に合計した点数を、1点=10円で換算することによって医療費の額を決定する、という診療報酬決定システムである(※<sup>2</sup>具体例は脚注を参照)。なお、出来高払い制度の点数表は全国一律で実施されているため、全国のいずれの医療機関においても、治療行為が同一であれば患者は同一料金で治療行為を受けることができる。このように、治療行為単位で報酬が与えられるのがこの制度最大の特徴である。なお、本稿においてはこの『出来高払い制度』の持つ問題点についても指摘するが、その詳細は第二節において述べる。

## 2. 包括払い制度

診療報酬決定システムには、包括払い制度または定額制度と呼ばれるものがある(以下、「包括払い制度」)。これは、出来高払い制度が抱える課題に対応するものとして提示されたものであり、2003年4月から一部大学病院等であくまでも試験的に導入され<sup>3</sup>、現段階では主に入院治療に対して適用されている。

包括払い制度は、『DPC<sup>4</sup>という疾病分類システムに従い、疾病ごとに患者を分類し、実際にかかったコストの多寡・治療行為の有無に関わらず一人当たり定額』で診療報酬を決定するシステムである<sup>5</sup>。この制度の最大の特徴は、治療行為の数に比例して医療機関の利益が増加する出来高払い制度とは異なり、治療行為・治療コストが少ないほど医療機関の手元に残る利益が増加することである。包括払い制度では、入院患者を治療するにあたって、1日あたりの診療報酬があらかじめ決まっているため、報酬総額から治療行為相当分を差し引いた金額が医療機関の利益になる。

この制度は、医療コスト削減の意識につながるため、現在、適用範囲の拡大が検討されているが、粗診粗療<sup>6</sup>を招くという反対意見も根強く存在し、中央社会保険医療協議会の診療

<sup>1</sup> 健康保険組合連合会「医療保険制度の基礎知識」available at [http://www.kenporen.com/main/01\\_01.html](http://www.kenporen.com/main/01_01.html) (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>2</sup> たとえば、男性が病院で血液検査とマラリア検査を受けた場合、血液検査(血算と血液像)65点、マラリア検査50点、合計115点として計算される。治療費は115×10、つまり1150円である。なお、これは医療費全額であり、男性が払う金額はその30%である。詳細は、独立行政法人・労働者健康福祉機構のウェブサイトから引用。available at <http://www3.johac.rofuku.go.jp/med-service/charge.html> (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>3</sup> 民間病院における試行を含めると、2004年には144の病院で導入されている。宮崎県作業療法士会 渉外部 情報配信五月分①(2005/05/06) (<http://www3.tiki.ne.jp/~macchan-club/newdata/syougaiibu/jouhou0506.pdf>) を参照 (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>4</sup> Diagnosis-Procedure Combination (診断群分類)された傷病(591傷病・3106分類)に基づいて患者の分類を行う。また副次的には、治療期間や薬剤投与等の観点から、様々なデータを統合してデータベース化し、参照を容易にしたシステムを含む。詳細は、Journal of Nippon Medical School 2004; 71 (3) 「特定機能病院等における包括評価について」218頁 (<http://www.nms.ac.jp/jnms/2004/07103217i.pdf>) から引用。(最終アクセス 2005/11/13)

<sup>5</sup> ただし、手術・放射線治療・高額な医薬品の報酬は定額の範囲外とされる。詳細は、株式会社ユアーズブレン「医療保険審議会建議平成9年改正について」を参照。Available at <http://www.yb-satellite.co.jp/iryou/news/01-11-09.htm> (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>6</sup> 過剰診療とは逆に、必要な診療がなされないこと。詳しくは後述する(第1章第3節)



報酬基本問題小委員会は、包括払いの調査協力を希望する病院に対して、多項目に及ぶデータの提出を求めている<sup>1</sup>。

## 第2節 現在の医療保険システムの財政的問題

(文責 柏井)

現在のわが国の医療が、患者・医療機関のどちらの面においても、国民皆保険に基づく健康保険制度によって支えられていることは前節で述べた。それ故、もし、わが国の医療制度の根幹たる健康保険制度が『拡大する医療』に十分対応出来るならば、わが国の医療制度は大筋において問題がないと言いうる。しかし、健康保険制度の現状を見ると、医療の拡大を待つまでもなく、この制度は大きな財政問題を抱えていることが分かる。本節では、まず現在の健康保険制度を取り巻く厳しい経済状況について述べた上で保険制度上の問題点について論ずる。

### 1. わが国の保険制度における財源問題

健康保険制度のうち、大きなものとして<sup>2</sup>①組合管掌健康保険（加入者約 3000 万人）②政府管掌健康保険（加入者約 3600 万人）<sup>3</sup>③国民健康保険（※市町村のみ。加入者約 4700 万人）の三つがある。本稿ではこれらの違いを基本的に問わないとしたが、健康保険制度はこれらの保険種類ごとに経営収支を出しているもので、以下では敢えて健康保険制度を細分化し、その経営収支を分析する。

#### ・①組合管掌健康保険

組合管掌健康保険<sup>4</sup>は、1994 年から 2004 年までの 10 年間で全体の収支が黒字だったのは 1998 年と 2003 年、2004 年のみであり、全組合における赤字組合の割合は 2003 年と 2004 年を除き 50%を越えている（※この 10 年間で最も収支の良かった 2004 年度でも赤字組合の割合は 30%を越える）。最も経済収支が悪かった 2002 年度には、組合全体の赤字額が 3999 億円、全組合における赤字組合の割合は 80.6%に及んだ。さらに、2003 年以降の黒字の背景には、医療費が 3 割負担に引き上げられたことや総報酬制の導入等があり、数値上の黒字をもって経営状態が改善されたとは言い難い状況にある。

#### ・②政府管掌健康保険

政府管掌健康保険は<sup>5</sup>1993 年から 2003 年までの 10 年間のうち、収支が黒字だったのは 2003 年のみである。（なお、2003 年の黒字の背景には組合管掌健康保険と同様、医療費負担の増額が影響していると考えられる）また、最も経営収支が悪かった 2002 年度の赤字額は 6169 億円であり、10 年間の平均収支は 2613.3 億円の赤字であるのに対し、2003 年の黒字額は 704 億円に過ぎない。

#### ・③国民健康保険

<sup>1</sup> 山陰中央新報「データ提出条件に拡大」から引用  
(<http://www.sanin-chuo.co.jp/newspack/modules/news/article.php?storvid=229742010>) (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>2</sup> 健康保険組合連合会「医療保険制度の基礎知識」より加盟者数のデータ引用  
[http://www.kenporen.com/main/01\\_01.html](http://www.kenporen.com/main/01_01.html) (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>3</sup> 国民健康保険中央会ウェブサイト「国保の広場」国保医療費の動向（平成 15 年度下半期分）より医療費および被保険者数のデータ引用  
[http://www.kokuho.or.jp/shiryoku/lib/id\\_15\\_simohanki.xls](http://www.kokuho.or.jp/shiryoku/lib/id_15_simohanki.xls) (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>4</sup> 政府管掌健康保険の経営収支データはすべて、健康保険組合連合会ウェブサイト「医療保険制度の危機」より引用。  
Available at [http://www.kenporen.com/main/02\\_03.html](http://www.kenporen.com/main/02_03.html) (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>5</sup> 社会保険庁「政府管掌健康保険の平成 15 年度単年度収支決算の概要」よりデータ引用。available at  
<http://www.sia.go.jp/mhlw/shingi/2004/08/s0805-1a.html> (最終アクセス 2005/11/13)



国民健康保険（※市町村のみ）は<sup>1</sup>1997年から2002年までの5年間常に赤字である。5年間の精算後単年度収支差引額の平均赤字額は1450.8億円、最も経営収支の悪かった2002年度の赤字額は1870億円である。赤字補填の為、一般会計からの繰入金が増加されており、その額は年々増加しているにもかかわらずその赤字状況は好転していない。

このように、わが国の健康保険制度は既に大幅な赤字傾向にある。ところで、<sup>2</sup>国民医療費の財源を見てみると、2003年の国民医療費31兆5375億円のうち、健康制度による保険料分は15兆8225億円（約50%）、公費分は10兆7468億円（約34%）となっている。これを<sup>3</sup>国民医療費20兆6074億円、うち保険料分11兆6069億円（約56%）、公費分6兆4699億円（約31%）であった1990年と比較すると、財源の比率には変わりがないが、その額は1.5倍近くになっていることが分かる。なお、<sup>4</sup>1990年の人口は1億2361万人、現在の人口が1兆2761万人であり、わが国の人口はそれほど増えていない。

以上をまとめると、医療費拡大に伴い、医療保険がカバーする額は大幅に増大し、実際に経営収支は赤字傾向となっているが、保険料を支払う国民の数はそれほど増えていないということになる。さらに、現在も医療費が5000億～1兆円の単位で増加傾向にあること、<sup>5</sup>今後しばらくは人口に大幅な変化はないが労働人口は高齢化によって現象することを考えれば、現在赤字傾向にある健康保険全体の経済状況の展望は非常に厳しいといえる。

## 2. 診療報酬制度における制度上の欠陥

さて、前項においてわが国の健康保険制度が財政的に厳しい状況であることを述べた。本項においては、その財源問題を加速させていると考えられる、わが国の診療報酬決定システム（出来高払い制度）の設立趣旨と、その問題点を検討する。

### (A) 出来高払い制度の趣旨

出来高払い制度とは厚生労働省によって定められた社会保険診療報酬点数表に従って、『行った医療行為ごとに点数を加算し、最終的に合計した点数を、1点=10円で換算することによって医療費の額を決定する』診療報酬決定システムであることは先に述べた。

この制度は、昭和33年施行の「新医療費体系」を基礎としており、医療が不足していた当時の状況に対応して設定されたものである<sup>6</sup>。当時の医療は、主に個人医師による診療所を中心としており、患者の多くは伝染病等の急性疾患であったほか、衛生状況、インフラの設備状況、患者の経済状況等も、現在と比較して<sup>7</sup>不十分であった。このような状況において、医師が価格を自由に設定するよりも、国家がこれを決定し、治療行為に対して全国一律の価格を支払う出来高払い方式が適当とされた。

<sup>1</sup> 国民健康保険中央会ウェブサイト・国保の広場「国民健康保険の安定を求めて(2003年12月発行)」よりデータ引用および算出 available at <http://ww2.kokuho.or.jp/search?commandID=2021&table=KSOF0029&id=7013> (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>2</sup> 厚生労働省「平成15年度国民医療費の概況」より「財源別医療費」データ引用 available at <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/03/kekka3.html> (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>3</sup> 厚生労働省「財源別国民医療費及び構成割合の年次推移」よりデータを引用。available at <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/02/toukei3.html> (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>4</sup> 国立社会保障・人口問題研究所 一般人口統計(2005年度版) 「I人口及び人口増加率」より近年の人口データを引用 <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2005.asp?chap=0> (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>5</sup> 詳細は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来人口推計(2002年1月推計)」を参照。Available at <http://www.ipss.go.jp/pp-newest/j/newest02/newest02.pdf> (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>6</sup> 医療保険福祉審議会制度企画部会「診療報酬体系見直し作業委員会報告書」(1999年1月13日)を参照

<sup>7</sup> 1955(昭和30)年の時点で、人口10万人あたりの医師数が現在の約半分の105.9人であった。詳細は、日本心臓財団のウェブサイトに掲載されている心臓財団循環器疾患データベース第7号を参照。Available at [http://www.jhf.or.jp/junkanki\\_db/no7.htm](http://www.jhf.or.jp/junkanki_db/no7.htm) (最終アクセス 2005/11/13)

その理由を説明するにあたっては、まず当時の疾病の中心であった急性疾患について説明する必要がある。急性疾患とは、感染症や肺炎など、疾病の原因と発病の因果関係が明白であるほか、手術・投薬等の対応措置がほぼ確立されており、適切な治療を行えば比較的短時間で回復する疾病のことを指す。また、ガンや糖尿病のような慢性疾患と対になる概念である。

治療方法が明確であり、予後に二次感染や病気の再発が起こりにくい急性疾患が多い状況では、医療行為単位で報酬が支払われる出来高払い方式によるほうが、診療内容の把握と医療費の計算が簡便である。また、個人診療が中心であった当時は、複雑な医療費計算は医者と患者の双方に大きな負担を課すものであった<sup>1</sup>。どちらにしても、医療の絶対量が不足していた当時においては報酬システムの問題よりも、全国に均一かつ安価で医療を普及させることが優先されたと考えられる。

## (B) 医療点数制度の限界と現状

さて、この急性疾患中心の医療は、医療自体の普及に加えて、生活・衛生環境の向上という社会的要因の影響を受けて急速に収束していった。1950年代を境界として、医療の中心は急性疾患から慢性疾患へと移行していき、1951年、死亡原因の第1位は脳血管疾患となり、結核および肺炎による死亡率は急速に低下した。これ以降、死亡原因の第1位は、1981年までは脳血管疾患(脳卒中・脳梗塞等)、それ以降は悪性新生物(ガン)であるが、死亡原因の三大要因は今日に至るまで、脳血管疾患・悪性新生物・心疾患(心筋梗塞等)で占められている<sup>2</sup>。これらはすべて慢性疾患であり、根治<sup>3</sup>が難しく長期の治療を要する<sup>4</sup>。根治療法のない慢性疾患の場合、継続的な予防治療が必要となるため、その治療の性質は「病気の治療」ではなく、「合併症の予防・疾病の進行緩和」に重点が置かれる<sup>5</sup>。

急性疾患が中心であった時代に導入された出来高払い制は、この頃から徐々にその限界を見せはじめる。前述の通り、出来高払い制は「治療行為単位で報酬が与えられる」制度であり、治療行為の数に比例して医療機関の報酬は増加する点で、制度内部に<sup>6</sup>過剰診療・過剰投薬が行われる危険性を伴っている。この弊害を回避するために、法は監査制度を定めているが、慢性疾患を中心とする今日の医療現場では、必要な治療内容や具体的な投薬・施術が明確ではないため、監査の判断が難しくなり、偽装的な投薬増加には対処できないという根本的な問題があるため、同制度は十分に機能しているとは言い難い。

ただし、過剰診療・過剰投薬を明確に示すデータは存在しない。というのも、この「診療投薬の適切性と過剰性」を区分することは現実的に困難であるからだ。しかしながら、海外と比較することによってわが国における医療構造を客観視する事はできる。例えば、1996年におけるわが国における入院診療の平均日数は33.5日であり、他のOECD諸国の平均で

<sup>1</sup> 衛藤幹子「医療・介護における制度改革の軌跡」日本公共政策学会年報(1999/6/12)4頁を参照。

<sup>2</sup> 厚生労働省統計情報部「人口動態統計」のデータを引用。 Available at [http://www1.mhlw.go.jp/toukei-i/toukeihp/index\\_8.html](http://www1.mhlw.go.jp/toukei-i/toukeihp/index_8.html) (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>3</sup> 疾病を完全に治療すること。

<sup>4</sup> 慢性疾患とされるものには、原因が特定できない疾患(複数要因によって発生する疾患等)や、対症療法以外の治療法が確定していない疾患も含まれる。

<sup>5</sup> たとえば、三大成人病の1つであり、根治方法が不明である糖尿病の場合、病状が進行すると糖尿病神経障害(自律神経障害等)、糖尿病網膜症(視力の低下・失明)、糖尿病腎症(腎機能の低下)等の合併症を発症する。最終的には、脳梗塞、心筋梗塞、脳卒中等の重篤な合併症を引き起こすが、合併症は時間をかけて次第に進行するという特徴がある。詳細は、中間法人 日本臨床内科医会「糖尿病の合併症」を参照。 Available at <http://japha.umin.jp/booklet/series/pdf/series30n.pdf> (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>6</sup> たとえば、薬を使う治療行為と、薬を使わないで済む治療行為で同じ効果があると仮定する。この場合、医学的観点からみれば、無駄な薬を使わない治療行為のほうが、優れた治療行為であるといえることができるが、出来高払い制度においては、薬を使う治療行為のほうが報酬が高い。すなわち、薬を使わない治療行為が医師による診察だけであるのに対して、薬を使う治療行為は、診察と投薬という2つの行為がなされているからである。

<sup>7</sup> 健康保険組合連合会「医療保険制度の危機」よりデータ引用。 Available at [http://www.kenporen.com/main/02\\_02.html](http://www.kenporen.com/main/02_02.html) (最終アクセス 2005/11/13)

ある 12,5 日を大幅に上回っている。さらに、入院の際の診療報酬制度を、制度上過剰診療を抑える形をとっている「包括払い制度」に変えた所、<sup>1</sup>当該病院における入院日数が減少したというデータもある。これはわが国における過剰医療の一つの目安とすることができよう。

また、経営資本の民間融資を受けにくい等の状況から、医療機関がより多くの診療報酬を得るためには、病院経営の合理化か治療行為の増加を行うほかない<sup>2</sup>という状況、脚注で述べたように、「より少ない治療で疾病を治療する」という医師の技量が医療点数制においては評価されない点も過剰診療に拍車をかけていると考えられる。

このように、現行の診療報酬決定システムから過剰診療・過剰投薬を促進する要因は見つかっても、それを抑制するシステムは存在しない・機能していないことが分かる。財政面の観点から見て、現行の医療点数制に制度的欠陥があることは疑いがない。

## 第3節 健康保険制度の改革と財源問題の解消

(文責 柏井)

わが国の健康保険制度と医療制度が厳しい財政状況にあり、医療費の総額が今後も増加傾向になるであろうことは冒頭および第一章第二節に述べた。この状況を改善するための最も単純な方法としては、国民の医療負担を増やすことがあげられる。わが国の医療・人口の動向を鑑みると、確かに国民の負担増は将来的に不可避であるとも考えられる。しかし、医療分野の公共性・社会保障性を考慮すると、国民負担の引き上げは極力行うべきではないし、まずは医療財政の引き締めを行うことこそが急務であると考ええる。医療財政の引き締めの際には、単純に数字上の削減を行うだけでなく、医療の質を維持・確保しつつ、財政課題の解決を図らなければならない。このような観点から、本項では健康保険制度、主に診療報酬システムの改革について検討する。

### 1. 包括払い制度の拡大とその問題点

出来高払い制度が、過剰診療・投薬の危険性を孕んでいることは前述した。出来高払い制度が内包する問題点は、保険制度に対してより多くの治療費・負担を要求し、わが国の医療が抱える財政問題を加速させるものである。そこで、我々は出来高払い制度に代わるシステムとして、包括払い制度及び DPC に基づく病院審査の拡大を検討したい。

#### (A) 包括払い制度と財源問題

包括払い制度とは『『DPC<sup>3</sup>という疾病分類システムに従い、疾病ごとに患者を分類し、実際にかかったコストの多寡・治療行為の有無に関わらず一人当たり定額で診療報酬を決定する』というシステムであること、その最大の特徴として『治療コストが少ないほど医療機関の利益が増加する』という性質を持つことは第一章第一節 2 において概説した。このように、包括払い制度は出来高払い制度と反対の性質を持ち、医師の側に医療行為削減のインセンティブを生むものである。

<sup>1</sup> 詳しくは後述する(第 1 章第 3 節 1)。

<sup>2</sup> 2002(平成 14)年度の病院経営収支年報によれば、約 78%の病院が赤字経営となっている。厚生労働省医政局指導課「平成 14 年度病院経営収支調査年報」13 頁以下から引用。Available at <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyoukeiei/syushitvousa/14-syushi.html> (最終アクセス 2005/11/13) この問題については、詳述する。

<sup>3</sup> Diagnosis-Procedure Combination (診断群分類)された傷病(591 傷病・3106 分類)に基づいて患者の分類を行う。また副次的には、治療期間や薬剤投与等の観点から、様々なデータを統合してデータベース化し、参照を容易にしたシステムを含む。詳細は、Journal of Nippon Medical School 2004; 71 (3) 「特定機能病院等における包括評価について」218 頁 (<http://www.nms.ac.jp/inms/2004/07103217i.pdf>) より引用。(最終アクセス 2005/11/13)



この包括払い制度は、わが国の入院医療において実験的に導入され、医療費抑制の観点から一定程度の成功を収めている。例えば、<sup>1</sup>2004年度に対する調査では、包括払い制度導入後の大学病院の入院日数は20,9日(2004年11月時点)であった。これに対し、未導入の一般病院の平均入院日数は2002年度で36,9日、2004年度が36,4日(2004年11月時点)とほぼ変動がない。即ち包括払いの導入によって、入院日数を約57,4%に削減するという成果を挙げている。無論、包括払い制度は、治療費の高い手術・放射線治療などには適用されない、とされているため、このことによって入院医療費が入院日数と同様約60%に減るわけではない。しかし<sup>2</sup>わが国の入院医療費は、11兆7231億円(2003年)であり、医療費全体に占める割合が大きい(37,8%)ことを考えれば、この制度がわが国で一律に行われた際の医療費削減効果は大きいものであると予想される。また、日本の包括払い制度の前身であるアメリカの<sup>3</sup>DRG-<sup>4</sup>PPS方式をメディケア(高齢者医療制度)に導入したところ、<sup>5</sup>平均入院日数が短縮(90年9.0日→2000年6.0日)され、一人当たり医療費の増加スピードが鈍化(73~82年平均増加率15.1%→83~92年同8.0%)したというデータもある。日米の医療システムには大きな差異があるため、この結果を鵜呑みにすることは勿論妥当ではないが、包括払い制度は世界的に見ても医療費抑制効果を有していることが分かる。

さらに、包括払い制度は医療機関にコスト意識を定着させ、医療機関の財政をスリム化させることによって、間接的な医療費抑制効果も持つ。出来高払い制度下においては、医療行為に対して診療報酬が支払われていたので、当然原価計算をする必要はなかった。包括払い制度は、その性質上原価計算を当然に必要とするものであるから、その意味で病院により効率的な医療を要求し、自発的なコスト削減を要求する。そして、病院側にそのようなコスト意識を定着させることは、間接的に病院側の経営体制改善に資する。例えば、<sup>6</sup>2003年度に包括払い制度を導入後、福岡大学では、総収益が約3億円の赤字から14億円の黒字に転じ、制度導入前の2002年と比較すると、人件費が51,8%から49,3%、材料費が30,6%から29,4%に低下した。後述するDPC制度と合わせて、包括払い制度は病院の経営体制の改善にも資するものであると考えられる。

このように、包括払い制度は財政的な観点から見て、一定の効果があることが国内的にも世界的にも立証されている。健康保険制度の財政が今後とも厳しい展望にある以上、医療費を圧迫する出来高払い制度を維持するよりも、より経済的な包括払い制度を導入すべきであると我々は考える。

## (B) 包括払い制度の問題点

- 
- <sup>1</sup> 詳細は、宮崎県作業療法士会 渉外部 情報配信五月分①(2005/05/06) (<http://ww3.tiki.ne.jp/~macchan-club/newdata/syougaibu/jouhou0506.pdf>) から引用。(最終アクセス 2005/11/13)
  - <sup>2</sup> 厚生労働省「平成 15 年度国民医療費の概況について 4. 診療種類別国民医療費」よりデータ引用 available at <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/03/kekka4.html> (最終アクセス 2005/11/13)
  - <sup>3</sup> 疾患別関連群(Diagnosis Related Group)のことであり、疾病分類手法の 1 つ。詳細は、後述の DPC 制度を参照。
  - <sup>4</sup> 包括払い制度(Prospective Payment System)のこと。
  - <sup>5</sup> 飛田英子「日本版 DRG の構築に向けた課題」Japan Research Review 2002 年 8 月号より引用。Available at <http://www.jri.co.jp/JRR/2002/08/op-drg.html> (最終アクセス 2005/11/13)
  - <sup>6</sup> 詳細は、堺孝明「大学病院の DPC(Diagnosis Procedure Combination)前後の「機能性」「収益性」「生産性」からの評価と今後の対策 - MBA の経営管理手法の観点から」を参照。Available at [http://www.pfizer-zaidan.jp/fo/business/pdf/forum11/fo11\\_sakai.pdf](http://www.pfizer-zaidan.jp/fo/business/pdf/forum11/fo11_sakai.pdf) (最終アクセス 2005/11/13)

しかしながら、包括払い制度にも問題点がある。同制度における最大の問題点は、1 粗診粗療の増大や医療の質が低下する危険性を、制度自体が内包していることである。すなわち、包括払い制度は、先述の通り疾病ごとに患者を分類し、治療行為の有無に関わらず一人当たり定額で診療報酬を決定するものであるとともに、『治療行為が少ないほど医療機関の利益が増加する』制度である。それゆえ、医療機関がより多くの利益を得ようとして、必要な治療行為まで削減してしまう可能性があるのである。(ただし、<sup>2</sup>2004 年の段階で、包括払い制度導入後の入院治療で粗診・粗療は起きていない)

## 2. DPC を用いたデータベース公開による過小医療問題の解決

さて、このような包括払い制度の問題を解決するうえで我々が提唱するのは、DPC を用いたデータベースの公開である。

### (A) DPC に基づくデータベースの導入とその公開のメリット

<sup>3</sup>DPC とは、分類された傷病(591 傷病・3106 分類)に基づいて、傷病ごとに患者の分類を行う「診断群分類」のことを指す。DPC を導入することで、医療は患者ごとに疾病を見るという従来型のものから、「疾病ごとに患者を診る」という新しい形へシフトする。DPC は一義的には病理の分類に過ぎないが、電子カルテの導入を同時に行うことにより、膨大な量のカルテのデータを傷病ごとに整理して収集、データベース化する手段となる。なお、電子カルテからは、ある疾病に対する治療期間、再入院率、死亡率がというような重要かつ客観的なデータを収集することが出来る。さて、このデータベースの公開は、主に 3 つのメリットがある。

1 つ目はこのデータベースの公開により、医療機関が包括払い制度に危惧されている粗診・粗療、あるいは営利目的の治療の引き延ばし行為、を行うインセンティブを削ぐことが出来るという点だ。つまり、もし、そのような不正行為が行われたとしても、それは当然データとして DPC の入院期間・再入院率などの数値に反映され、DPC 上病院の質が落ちるという結果を招くため、いわば間接的な監査機能が働くのである。

2 つ目は、DPC のデータベースを病院間の差異を図る指標に出来る点だ。従来、医療機関と患者との間に医療知識などの情報格差があることもあって、病院間の差異を計る指標はなかった。しかし、DPC は傷病に関するデータを「病院ごと」に分析し、病院間の質の差異や、得意分野を示すことができるため、病院選択の特徴を示す客観的な指標となりうる。この事は、患者側にどの病院を選択すべきかの基準を与えると同時に、病院を常に他の病院と比較される状況に置くことで、病院間に競争の概念を導入し、医療の質向上に対する病院側の意識を高める。

3 つ目の利点は、包括払いの制度上の欠陥とは少し離れるが、<sup>4</sup>病院経営者が他の病院の医療コストと自分の病院の医療コストを比較することで、自己の病院の短所を知ることができる点だ。DPC により診断名グループごとに、他の病院や平均コストに比べて高いコストの原因を費用の要素ごとに分析する事が可能となるため、的確な対策を打ちやすくなる。

以上の利点をまとめると、DPC 制度の導入によって、病院は患者から常に評価され、競合する他の病院との比較にさらされるため、粗診・粗療を行う際のデメリットが大きくなる、ということになる。

<sup>1</sup> 過剰医療とは反対の概念で、必要な治療・十分な治療が行われないこと。

<sup>2</sup> 詳細は、中央メディカルシステム株式会社 CMS ニュース 2004 年 1 月 147-4 中医協第 44 回 基本小委 DPC 対象病院ヒアリング <http://www.chuo-group.co.jp/cms/index.asp?m=4&p=2&v=147&l=99> を参照。(最終アクセス 2005/11/13)

<sup>3</sup> 詳細は、Journal of Nippon Medical School 2004; 71 (3) 「特定機能病院等における包括評価について」(<http://www.nms.ac.jp/jnms/2004/07103217i.pdf>) 218 頁から引用。(最終アクセス 2005/11/13)

<sup>4</sup> 医療情報セミナー JMC DRG/PPS 入門 6 DRG/PPS の実体と利点 参照。  
(<http://www.imenet.co.jp/drgh/ritenn6.html>) (最終アクセス 2005/11/13)

**(B) データベース公開における留意点**

しかしながら、この DPC のデータベース公開においては、いくつか留意すべき点もある。まず、第一に、データベースを公開・利用できるインフラの設備が十分ではないという点である。例えば、電子カルテであるが、これは厚生労働省が<sup>1</sup>「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」において 2006 年までに「全国、400 床以上の病院及び全診療所の 6 割以上に普及」をなすという目標を立てたにもかかわらず、<sup>2</sup>設備投資費が大きいこと、医師側にメリットが少ないことなどから、その<sup>3</sup>普及率は現状で 23%程度に留まっており、普及は十分であると言えない。

そして第二に、患者側・医師側共に DPC の説明を十分に行う必要があるという点である。例えば、包括払い制度を試験的に導入した 29 施設を対象とした<sup>4</sup>アンケート調査によれば、DPC の診断群分類について 6 割以上の職員（医師・看護師）が、DPC の包括の範囲については約七割の職員が十分に理解していない、という結果が出ており、DPC についての理解は総じてまだ低いレベルにあると考えられる。

これらの点の改善を行うことは、社会厚生上というマクロレベルの利益を生むものではない。医療機関単位などマイクロなレベルでの利益を生むものではない。であるからして、医療機関側が積極的にこれらの制度の改善を行うとは考えにくい。それゆえ、問題を解決するためには、国家政策的な助力と法制度化が不可欠である。具体的には、電子カルテの導入を法によって義務付けた上で、低金利での貸付を行うなどの資金援助を行うこと、DPC の導入に先駆けて専門家による教育・周知、を行うことなどがあげられる。

以上より、我々は、包括払い制度の導入によって医療費を抑制し、また DPC を用いたデータベース導入を同時に行うことによって、包括払い制度の制度上の欠点を補填しようと考ええる。ゆえに、我々はわが国の医療にこれらの制度を早急に導入すべきであることを提言する。そしてそのためにはまず、電子カルテなどのインフラ面、情報の周知などの点において、国家が必要に応じ、助成・法制度化をしていくべきであると考ええる。

**小括**

わが国の医療政策の根幹である健康保険制度は、財政面において非常に厳しい状況にある。本稿において、我々はその主たる原因は出来高払い制度を利用した過剰な医療にあると考え、健康保険制度の財政状況を改正すべく、包括払い制度と DPC を用いたデータベースの公開を提唱した。

ただし、旧来の健康保険制度が立ち行かなくなった原因の根本は、制度そのものの欠陥よりもむしろ、医療を取り巻く状況が、高齢化・慢性疾患の台頭などによって変化してしまっただけにある。従来は、医療の不足を背景とし、「足りない医療をどう満たすか？」という問題意識を持つものであった。しかし、これからの医療は、少子高齢化という社会状況に合わせて、「いかにして拡大する医療に対応すべきか？」という新しい問題意識を持た

---

<sup>1</sup> 厚生労働省保険医療情報システム検討会「保険医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン(最終提言)」より引用。available at <http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1226-1a.html#3> (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>2</sup> 病床数 300 床以上の病院では、導入に 1 億円以上の資金を要することも多い。詳細は、日経ヘルスケア 21「電子カルテ最新事情」からデータ引用。Available at [http://medwave.nikkeibp.co.jp/kaigvo/karte/saisin/saisin\\_1\\_4.html](http://medwave.nikkeibp.co.jp/kaigvo/karte/saisin/saisin_1_4.html) (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>3</sup> Wisdom Business Leaders Square「第 3 回「安全」「安心」がもたらす新ビジネス」からデータ引用。available at <http://www.blwisdom.com/btrend/03/> (最終アクセス 2005/11/13)

<sup>4</sup> 診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会(平成 17 年度第 1 回)議事次第 平成 16 年度 DPC 導入の影響評価のための調査について 資料 D-7 5 頁以下 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/dl/s0412-4g1.pdf>) からアンケートデータを引用。(最終アクセス 2005/11/13)



ねばならない。確かに現行の制度は、非常に綿密に作られた制度であり、戦後日本の医療を支えてきたという実績がある。しかしながら、今日の医療において、大幅な状況変化が起きてしまった以上、状況に合わせた問題意識を持った制度へ移行することが望ましいと我々は考える。

## 第2章 民間病院における財源問題

### 第1節 法規制と医療市場の特殊性

(文責 井上)

#### 1. 病院経営に対する制度・法規制

現在、わが国の医療制度は、原則として非営利であることを前提として設計されている。社会福祉という医療市場の特殊性に鑑みても、経済的利益や効率性のみを追求することは望ましくない。そのため、医療の非営利性を保つための制度が実際に定められ、法規制が非常に強い、市場原理とはかけ離れた位置に置かれている。

病院経営については、医療法 7 条 4 項(営利目的による病院開設の制限)、46 条の 3(経営者を医師に限定)、54 条(外部配当の禁止)等を中心に、民間企業による営利的な医療事業は事実上不可能とされている。もちろん、医療事業は、医療サービスの対価として、国民や国から報酬を受け取る収益事業であるが、営利活動を直接目的とした民間企業による病院経営を制限するとともに、剰余金の社員への分配を禁止することにより、医療の非営利性が保たれている。また、医療法 69 条、70 条によって、病院に関する広告は制限されており、このような規制も病院経営の「非営利性」に鑑みた結果と考えてよいだろう。

病院の経営形態は、公的主体と私的主体によるものに大別できる。前者の場合、医療業界が社会的規制分野の 1 つであるため、国や公的医療機関、社会保険関係団体等が経営することにより、公共性と非営利性を保っている。他方、後者の場合、医療法人や公益法人、学校法人、会社等が主体となりうるが、実際には、昭和 25 年に医療法に医療法人制度が導入されたことにより、通常、医業経営を行う者の法人格は医療法人に限られている<sup>1</sup>。

また、医療事業分野の非営利性は、病院経営の形態面においても保たれているが、非営利性を確保する一方で、資金調達など病院の経営を制約している側面がある。

現在、病院が取り得る資金調達方法は、自己資本や、自治体などによる寄付、銀行や独立行政法人等からの借入金(間接金融)、医療事業団等からの公的融資、そして国庫補助金によるものであり、大部分は間接金融を利用しているという現実がある。これは、非営利性の

<sup>1</sup> 公益法人や学校法人、会社等が経営主体になることは可能だが、医療法人制度と医業の非営利性の問題から、これらの主体によって経営されている病院はごく僅かである。詳細は、厚生労働省平成 16 年医療施設(動態)調査・病院報告の概要 統計表 4「開設者別に見た施設数」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/04/kekka1-1.html>(最終アクセス日 11/13)を参照。なお、公益法人とは、社会法人や財団法人を指すが、その設立の際には非営利を目的とすることが求められているため、非営利性は保たれている。学校法人などは、教育活動や福祉活動を基本的な目的としており、医療活動は副次的なものに過ぎないため、経営母体として認められている。会社の目的は営利の追求であり、医業の非営利性の保持とは相反するものである。そのため、医療法 7 条 4 項などによって、営利を目的とした病院経営は禁じられているが、実際には会社の従業員の福利厚生を目的として開設されている病院が少なからず存在している。青木研「参入規制との非分配制約規制とその効果について」医療と社会 Vol.9 No.1 (1999)5 項引用。

確保を目的とした制度によるもので、株式会社や民間企業などによる株式や社債が発行できないため、結果、間接金融に大きく頼らざるを得ないのだ。つまり、病院による資金調達方法を極めて限られたものに行っていると言える。

このように、現在の制度は、医療法によって病院経営の非営利性を十分に確保することで病院が取りうる資金調達方法を強く制限しているのである。

## 2. 社会的規制分野と公共性

医療とは、国民の健康・生命を左右すると言っても過言ではないほど、我々国民生活に深く関わる必要不可欠なものである。つまり医療は、国民が当然に受けられるべきサービスであり、すべての国民に一定の質と量のサービスが安定的に提供されるものでなければならない。つまり、医療は社会性・公共性が非常に強い社会的規制分野<sup>1</sup>なのである。社会的規制分野は、社会的弱者への対応が必要であって、国民生活に不可欠なものであるため、それに関わるものは社会的かつ公共的な目的を持つべきものであり、十分な配慮が必要とされる。とすれば、社会的規制分野である医療も当然に公益目的として提供されるべきものとなる。

しかし、医療市場そのものを見てみると、患者と医療機関間の情報の非対称性が問題視されており、高度な専門知識を必要とする医療分野では、通常、患者は医療に関する知識を十分に持ち合わせていないため、情報に関する確かな判断が難しいなど、患者側から見れば非常に不透明な要素を多く孕むものである。その上、医療の必要性により、医療機関によるサービスの供給を需要によってコントロールする自由が需要者にはなく、このように国民は供給側である医療機関に比べて圧倒的に不利な立場にあるとすることができる。しかしながら、国民はその性質上医療サービスを利用せざるを得ないのだから、このような状態で、医療を通常の市場機構に任せてしまえば、その不透明性を利用機関側が利用して患者が適正にサービスを受けられない事態が生じるなど、医療分野の特性とシステムを利用して、「全ての国民が平等に医療サービスを受けられる」という国民の権利が侵害される蓋然性が高い。そこで、医療機関に対しては圧倒的な不利な立場にある一般患者が安心して医療サービスを受けられるように、法規制によって医療分野に強い規制を設けることにより患者や国民の権利を保護しているのである。

## 第2節 現在の病院経営システムの財政的問題

### 1. 民間病院間における財源問題

(文責 井上)

現在わが国における病院経営の財政は非常に逼迫している。全国公私病院連盟による黒字・赤字病院の割合の年次推移を見れば、平成7年から平成16年度までにおける赤字の病院は公的・私的病院を合わせて約7割となっている<sup>2</sup>。平成16年度6月1ヶ月分だけを取って見ても、全体の68.4%が赤字経営である。開設者別で見ると、特に目を引くのは自治体

<sup>1</sup> 医療分野のほか代表的な社会的規制分野は、介護分野や労働分野である。これらについては、公正取引委員会が、平成14年11月20日付で報告書を公表している。詳細は、公正取引委員会による研究会報告書「社会的規制分野における競争促進の在り方について」(14年度11月20日付け)9項～12項参照のこと。

<sup>2</sup> 全国公私病院連盟調べによる、平成16年度病院運営実態分析調査の概要(平成16年6月付け)6月1カ月分の総収支差額からみた黒字・赤字病院の数の割合(7項目)(<http://www005.upp.so-net.ne.jp/byo-ren/H16-gaiyou.doc>)よりデータ引用。6月1カ月分の総費用と総収益の差額により黒字・赤字状況を判別した場合の病院数の割合である。回答病院数は1200程度。

病院で、全体のうち黒字は約 12%のみで、赤字病院は 87%に至る状況である<sup>1</sup>。その他公的病院では、黒字病院が 60%、赤字病院は 40%であり、私的病院では、53%が黒字となっていて、赤字病院は 47%である。もっともこれは、毎年 6 月の 1 ヶ月のみを調査の対象とするもので、負担金等を総収益から除いて赤字・黒字病院を割り出しているため、法令に基づく病院決算時点での赤字・黒字とは異なる。病院決算時点のデータによると<sup>2</sup>、平成 10 年度から平成 15 年度の公的機関経営病院の赤字・黒字の割合は、赤字病院が全体の 50.3%を占めており、ほぼ半数が慢性的に赤字経営であることが伺える。平成 15 年度のみに着目すれば、赤字病院の割合は、全体の 53.1%であるが、赤字病院比率は平成 12 年度の 43.1%、43.5%、58%と、年々拡大していることが分かる。そして、病院が倒産するケースにも着目したい。90 年から 02 年までの主な医療機関の倒産件数は、450 件である<sup>3</sup>が、それに占める病院の件数は 89 件で、割合にすれば 19.7%を占めている<sup>4</sup>。95 年から 02 年まで見れば若干の増加傾向に過ぎないものであるが、上述した赤字病院の比率から見れば決して楽観視できない状況である。

このように、病院の経営は非常に苦しく、多くの病院が赤字経営となっているが、その理由は、医療サービスというものが非常に特殊な性質を持っているからであると言える。そもそも医療というものは、医師が診療や治療行為を通じて、患者に対してサービスを提供し、その対価として報酬を得るサービス業<sup>5</sup>である。であるから、基本的には治療や診療を行ったことに対し報酬がもらえれば、他のサービス業と大きな違いはないが、医療というサービス業において問題となってくるのはそのコストである。医療分野においては、他のサービス業と同じように収益を得るシステムになっているにも関わらず、医療という特殊な性質が生み出すコスト負担が非常に大きいため、収益が費用を上回ることが難しいのである。実際に厚生省が発表している公的医療機関における病院の収益と費用のデータを見ればその点は明白である<sup>6</sup>。まず、病院の収入源は、入院収益と外来収益がそのほとんどを占める。割合にすれば、入院収益が 63%とほぼ半数以上、外来収益は 30%となっており、残りは室料差額収益などその他の収益が占めるような内訳であり、病院の収益は、基本的には右に挙げた 2 つによるものであると言える<sup>7</sup>。一方、医業費用に関して言えば、その内訳において着目すべきなのが、その人件費である。医業費用の内訳を大きく分類すれば、給与費、材料費（医薬品費や給食材料費等）、経費、その他に分けることができるが<sup>8</sup>、基本的に医師や看護師の給与費の割合は医業費用の 50%以上を占める。平成 15 年度の公的医療機関において、それぞれの割合を上げるとすれば、給与費が 53%、材料費が 28.3%、経費が 9.3%という比

1 同上

2 厚生労働省医政局指導課「平成 15 年度主要公的医療機関の状況」（平成 17 年 9 月）第 3 表「病院数、黒字・赤字（総費用対総収益）年度別」（<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/kouteki/15kouteki/dl/0003.pdf> 最終アクセス日 2005/11/13）データ引用。データに用いられた医療団体等詳しくは、上記アドレス資料参照のこと。自治体においては、経常収支によるデータである。

3 帝国データバンク調べ「特別企画 医療機関の倒産動向調査（2005 年 7 月 2 日）」<http://www.tdb.co.jp/watching/press/p041002.pdf>（最終アクセス日 2005/11/13）より医療機関の倒産推移データ引用。

4 病院以外には、診療所と歯科医院がある。また、病院においては、20 病床以上のものが調査対象となっている。倒産の原因は、販売不振、放漫経営や経営者の死亡等が総じて含まれているが、病院の倒産に関する詳細な要因は明らかにされていない。

5 日本標準産業分類では、2002 年 3 月に、医療、福祉に関する分野は、介護福祉に係る新産業の出現・多様化等に伴って産業規模が拡大していることから、サービス業から分離して、大分類を新設とされているが、ここでは介護福祉などではなく、医療がサービス業に含まれていた頃の病院経営に関することなので、サービス業として論ずる。

6 厚生労働省医政局指導課「平成 15 年度主要公的医療機関の状況」（平成 17 年 9 月）の第 5 表「収益及び費用」（<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/kouteki/15kouteki/dl/0004-5.pdf> 最終アクセス日 2005/11/13）を参照、データ引用。医業収益を 100 として、詳細やそれに対する費用を算出している。平成 15 年度は医業収益 100 に対して医業費用 105.8、平成 14 年度は医業収益 100 に対して医業費用 106.7 となっている。

7 同上。

8 同上。

率になっており、給与費が医業費用の負担の大きな原因となっていることは明らかである。例えば、自動車業界を例に挙げれば、自動車業界全体の人件費は業務費比率にして平均 8% である<sup>1</sup>。メーカーによっては多少の差があるものの日産自動車は平均 10% となっており、業界の中では高い比率である。しかし、それをもってしても医療業界の人件費の高さは特に際立っていることが伺え、医療事業は労働集約型産業であると言われていたが、その理由は非常に負担の大きい人件費を見れば一目瞭然であると言えるだろう。

このように、医療事業は他のサービス業よりも財務状況が特殊であり、人件費を中心とした莫大な運営資金が必要とされることが分かる。

さて、医療機関が黒字をあげるためには、その医業費用を上回るための莫大な医業収益を得ることが求められるが、現在の制度の下ではそれは非常に難しいだろう。そもそも、第一節で述べたように、病院経営というものは「非営利性の確保」という大前提を基に法規制がされている。そのため、資金が必要であったとしても、その資金を得ようとして活動すること、つまり営利を目的とした活動が法規制によって禁じられているからである。病院は、営利を求めた、つまり、医業費用を上回るほどの資金を回収するために活動することはほぼ不可能なのである。そのため、薄利多売のような非効率的な経営システムを取らざるをえず、それを大きな原因として、結果、病院の赤字経営を招いているといえる。そのため、このように病院経営において財政が非常に逼迫しているのである。

## 2. 医療市場におけるニーズの拡大—量的観点から

(文責 井上)

病院の収入源は前節で述べたように、入院収益と外来収益の 2 つの柱で主に成り立っている。その中でも、全収入で大きな割合を占めるのは、入院収益である。入院収益は、平成 15 年度時では 63% を担っており<sup>2</sup>、非常に重要なファクターである。平成 12 年度からのデータ<sup>3</sup> を見ても、全体収益の約 6 割を超えており、これからもそれは変わらないと思われる。

しかし、長期的な視点で言えば、医療市場における消費者のニーズは確実に大きな変化を遂げる。その原因は、何と言ってもこれから避けて通ることの出来ない少子高齢化<sup>4</sup> である。昭和 25 年から平成 15 年までの高齢者の人口の増加推移によると 415 万人から 2431 万人と、約 6 倍にもなり、厚生省の予測によると、2025 年には 3472 万人になると推計されている。これは比率にすると、全人口の 28.7% を占め、2050 年にはその数字は 35.7% になると推計されている。また同時に、厚生省発表のデータによれば、出生率は 1971 年以降連続で減少し続けており、2004 年時点で 1.29 と過去最低を記録している。平成 14 年度のわが

<sup>1</sup> 慶應義塾大学湘南藤沢キャンパス 1995 年度 組織行動論 O B 68 班「自動車業界における組織構造の変革」  
<http://web.sfc.keio.ac.jp/~n98236jm/home/ob68.html> (最終アクセス日 2005/11/13)「低価格車の不利性」より人件費に関する記述参照・データ引用。

<sup>2</sup> 厚生労働省医政局指導課「平成 15 年度主要公的医療機関の状況」(平成 17 年 9 月)の第 5 表「収益及び費用」  
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/kouteki/15kouteki/dl/0004-5.pdf>) (最終アクセス日 2005/11/13) データ引用

<sup>3</sup> 厚生労働省医政局指導課「主要公的医療機関の状況」  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/kouteki.html> (最終アクセス日 2005/11/13)より各年度「収益及び費用」参照・データ引用。

<sup>4</sup> 少子高齢化とは、総人口における高齢者の割合が高まり、子供の数が減少すること。厚生労働省発表による合計出生率は 2004 年では 1.29 と、1971 年以降減少し続けている。同時に高齢者の人口は増加し続けている。(厚生労働省統計表データベースシステム「厚生統計要覧第 1 編 人口・世帯、第 2 章人口動態第 1-22 表「諸外国の合計特殊出生率」<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data16k/1-22.xls> (最終アクセス日 2005/11/13)、同省「日本の将来推計人口について」(平成 14 年 1 月推計) <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/syousika/1022-1.html#top> (最終アクセス日 2005/11/13)より「(2)高齢化が一層進展する。よりデータ参照」]



国の出生率は 1.32 であるが、これは当時の諸外国の出生率を見ても<sup>1</sup>、日本の出生率は看過できない低さである。高齢化がこのように将来的な予測がされており、少子化は、出生率の低下などからも明らかであり、少子高齢化はこれから我々が避けられない問題である。そうすれば、医療に対する消費者の構図も現在と同じような割合にはならず、少子高齢化に鑑みれば、患者の割合としては老人が増加し、若年層に関しては少なからず減少していくだろう。

現在の病院の収入源は先ほど述べたとおり、入院収益が非常に大きな割合を占めており、病院にとっても重要な収入源である。その中で、病院に入院している患者の構成割合の半数以上は 65 歳以上の老人である<sup>2</sup>。これは、平成 8 年度においても、入院患者総数は 1480 万人に対して 65 歳以上の患者の入院数は 771 万人であり、よって高齢者の入院患者の数は入院患者総数に対して、平成 8 年度は 52%、平成 14 年度は 63.7%と、常にかかなりのウェイトを占めているということが理解できる。ここで着目すべきは、入院患者と外来患者の総数の推移で、厚生省の調べ<sup>3</sup>によると、入院患者総数は平成 5 年から平成 14 年にかけて増加傾向にある<sup>4</sup>が、外来患者数は同じ年数を通して減少傾向<sup>5</sup>にある。つまり結果として、患者の総数における高齢者の割合が増えたものとしてみなすことができる。これはやはり高齢化の影響を受けていると思われるが、このような状況が続いてきた中で、今後高齢化がますます加速するのであるから、さらに外来患者数が減る一方、入院患者数は増え、そして同時に入院患者総数に占める高齢者の割合は今後増加すると思われる。よって、高齢者の入院患者へのサービスの提供がこれからの病院にとって収益面においても、病院の提供する全てのサービスの中でも、更に重要となってくる。

では次に、現在の病院において高齢者に対する医療サービス、すなわち老人医療に関しては十分な準備が出来ているのかどうか検討していく。まず現在、高齢者がどのような病気が原因で、どれほどの期間入院しているのかと言うと、厚生労働省大臣官房統計情報部等のデータによれば<sup>6</sup>、最も多い入院の原因が循環器系の疾患、次いで精神などの障害、神経系と続いていき、そして、高齢者の入院期間に至っては、約 40%が 6 ヶ月以上の長期入院をしており、長期入院者が多いことが分かる。つまり、高齢者は慢性的な病気を患って長期入院する割合が非常に多いのである。よって、高齢者が入院する場合には、急性患者を中心としたような一般病棟よりも長期療養に適した療養型病院や療養病床<sup>7</sup>が必要とされる。そこで、

<sup>1</sup> 厚生労働省統計表データベースシステム「厚生統計要覧第 1 編 人口・世帯、第 2 章人口動態第 1-22 表「諸外国の合計特殊出生率」<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data16k/1-22.xls> (最終アクセス日 2005/11/13)の諸外国の合計特殊出生率によると、アメリカ合衆国 2.01、フランス 1.88、カナダ 1.55、イギリス 1.64、デンマーク 1.73 となっている。(データ引用)

<sup>2</sup> 厚生労働省統計表データベースシステム「厚生統計要覧 第 2 編保険衛生 第 2 章医療 第 2-59 表 推計患者数・構成割合、入院一外来の種別×施設の種別数」(平成 14 年 10 月調査) <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data16k/2-59.xls> (最終アクセス日 2005/11/13)のデータによると、病院の入院患者数総数は 1377 万人で、65 歳以上の患者数は 875 万人。

<sup>3</sup> 厚生労働省統計表データベースシステム「厚生統計要覧 第 2 編保険衛生 第 2 章医療 第 2-58 表 推計患者数の年次推移、入院一外来・施設の種別」 <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data16k/2-58.xls> (最終アクセス日 2005/11/13)よりデータ引用

<sup>4</sup> 同上より。65 歳以上の患者は、1993 年から 2002 年にかけて、688 万人から 875 万人と増加しているのに対し、65 歳以下の患者は 740 万人から 575 万人へ減少している。

<sup>5</sup> 外来患者総数は 6973 万人から 6478 万人へ減少している。65 歳以上の患者は 2272 万人から 2712 万人へ増加しているが、65 歳以下の患者が 4692 万人から 3750 万人へ大きく減少している。詳細は、厚生労働省統計表データベースシステム「厚生統計要覧 第 2 編保険衛生 第 2 章医療 第 2-60 表 推計患者数・受療率(人口 10 万対)の年次推移、入院一外来×性一年齢階級別」 <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data16k/2-60.xls> (最終アクセス日 2005/11/13)のデータ引用。

<sup>6</sup> 羽田昇史『経営学論集』竜谷大学 40(1)2000 年 7 月 145 項・146 項より引用、また詳細は資料参照のこと(データは平成 8 年度のもの)

<sup>7</sup> 療養型病院は、一般病院に比べて、慢性疾患等で長期入院する高齢者が多い。治療よりも介護に重点を置いた介護力強化病院や、いわゆる老人病院なども療養型病院に含まれる。詳細は、「老人病院情報センター」の「老人医療とは」[http://www32.ocn.ne.jp/~roiin\\_bvouin\\_ic/index\\_m.html](http://www32.ocn.ne.jp/~roiin_bvouin_ic/index_m.html) (最終アクセス日 2005/11/13)の記述を参照。



現在の病院に高齢者が長期入院する場合、また、高齢化が進み現在よりも更に多くの老人が入院することになった場合に、病院側が十分に対応できる状況にあるかが重要になってくるわけであるが、現在厚生省が公表しているデータによると<sup>1</sup>、全国では164万2593件の病院が存在し、そのうち一般病床は96万6364数であるのに対し、療養病床は30万0851数である。それぞれを病院における割合に直すと、一般病床が58%、療養病床は18%となる。現在病院では、このような割合で各々の病床が設置されているが、それに対して、患者の入院する病床の内訳は、どのようになっているのだろうか。一日の平均在院患者数は全体で139万5735人であり、一般病床への平均数が105万5480人で全体の75%、療養病床へ平均数は27万6627人で20%となっている。これらの一般病床数、療養病床数やそれぞれの入院患者の割合に鑑みれば、まだそれぞれがこのバランスのまま問題がないとも言える。しかし、平成8年から平成14年までの療養病床における一日平均在院患者数を見れば<sup>2</sup>、平成14年は平成8年度に比べ約9倍もの数字の患者が入院していること、一般病院に入院する患者の割合が全体の40%であり、療養病床又は療養型病床群を有する病院に入院する患者の割合が30%であり、両者の関係は比較的近い数字であること<sup>3</sup>、一般病床の件数が年々減少しているのに対し、一方、療養病床の件数が爆発的に増加していること<sup>4</sup>等を見るに、患者側のニーズの観点から見ても療養病床を求めていることや、病院側も療養病床の数を増やそうとしていることが分かる。このように、高齢化に伴って療養病床等の量的なニーズは確実に拡大しているのである。

### 3. 医療市場におけるニーズの多様化—質的観点から

(文責 忍足)

2で前述したように、現在わが国では高齢化等により医療市場が拡大<sup>5</sup>しつつある。また、医療技術の進歩に伴い高度先進医療<sup>6</sup>もますます発達していくであろう。そのような市場の拡大に伴い、「医療行為を受ける側」のニーズもどんどん多様化していくのは想像に難くない。しかし、日本の医療がそのようなニーズに応えるだけの質を有しているかについては疑いがある。

「より質の高い医療を受けたい」、これは人間誰しもが願うことであろう。しかし、果たして現在の日本において、患者すべてがそれぞれのニーズに見合うだけの医療を提供されているといえるのだろうか。また、現状でも医療の質に問題があると考えられるならば、ニーズが多様化していく今後、我々が受ける医療はどのようなものになってしまうのだろうか。これらの疑問に対し、ここではいくつかの具体的なデータを挙げながら検証していきたい。

<sup>1</sup> 厚生労働省統計表データベースシステム「厚生統計要覧 第2編保健衛生 第2章医療 第2-27表 病床数・人口10万対病床数、年次×病床の種類別」<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data16k/2-27.xls> (最終アクセス日2005/11/13)(病院の病床数、病床の種類(平成15年10月1日調査)なお、ここで参照するデータは平成14年度のものに基づく。

<sup>2</sup> 厚生労働省「平成15年医療施設(動態)調査・病院報告の概況 統計表12年間患者数、病院の種類—病床の種類別にみた1日平均患者数の年次推移」のデータ引用。平成8年度の療養病床の一日平均在院患者数は29914人、平成14年度のそれは276627人となっている。詳しくは、<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/03/toukei12.html> (最終アクセス日2005/11/13)参照。

<sup>3</sup> 厚生労働省統計表データベースシステム「厚生統計要覧 第2編保健衛生 第2章医療 第2-59表 推計患者数・構成割合、入院—外来の種類別」よりデータ引用。入院する総計の推計患者数は1451万人であり、療養病床又は療養型病床群を有する病院に入院する患者数は439万人、それに当たらない一般病床を持つ病院に入院する患者数は576万人である。

<sup>4</sup> 厚生労働省統計表データベースシステム「厚生統計要覧 第2編保健衛生 第2章医療 第2-27表 病床数・人口10万対病床数、年次×病床の種類別」よりデータ引用。平成5年度の一般病床数は1267589件、療養病床数は2823件であるが、平成14年度の一般病床数は966364件、療養病床数は300851と、後者は爆発的な増加が顕著である。

<sup>5</sup> 自宅療養や遠隔医療サービス等、急増した高齢者に適応する多様な医療ニーズ増大が見込まれる。

<sup>6</sup> 昭和59年に始まり、平成17年現在では109種類の医療行為が高度先進医療として認定されている。

## A 看護師不足

本論文において冒頭から何度も述べてきているように、現在日本の医療機関は非常に厳しい財政状態におかれており、今後その傾向はますます強まっていくと思われる。財政難がゆえに各医療機関は存続のためその人的資産に頼るところが大きい。つまり、コスト(=人件費)削減のため、医師・看護師等医療従事者を酷使<sup>1</sup>しているのである。

この状況が特に顕著に表れているのが看護師数対患者数のデータである<sup>2</sup>。日本の病院において、夜勤帯では看護師一人に対して患者数は14.3~22.5人となっている。諸外国との単純比較はできないものの、これはオーストラリア4.5~9人、アメリカ合衆国4.4人~5人などと比べると著しく高い。このアンケートが実施された6カ国の中で看護師数が最も少ないのである。看護師一人で22人もの患者を担当する状態で、看護が十分行き届いているといえるのであろうか。何をもって不十分とするのかは計ることができないが、やはり諸外国と比べ著しいこの数値には疑問が残る。

少ない職員で現場を切り盛りすれば、当然それだけ各人の負担が増えるわけであり、職員への肉体的・精神的プレッシャーは高くなる。医療事故の発生原因の80~90%はヒューマンエラー<sup>3</sup>であるといわれており、当然のことながら長時間働けば働くほど人間の集中力・判断力は衰えてくる。医療事故が最も発生しやすい時間帯は夜勤明け直前という調査結果が存在するが<sup>4</sup>、それも無理はない。このような状況に対して何も対策を取らないのは、医療事故の温床を放置しているも同然ではないだろうか。

現に医療事故の訴訟件数は10年前と比べて倍以上となっており<sup>5</sup>、国民が安心して医療行為を受けられるよう、有効な対策をとり状況を改善することが望ましい。数年前から厚生労働省をはじめ、日本医師会、民間団体等様々な組織が対策を試みているが<sup>6</sup>、未だ何らの改善は見られない。やはり、我々は医療事故発生の主要原因の一つとして、「医療従事者の不足」を挙げたい。

## B 「医療の質」の意識に対する病院調査

Aでも述べたように、現在の日本の医療機関では医療事故が多発しており、医療行為を受ける側としては医療の質に対して不安を抱かざるをえない状況となっている。2003年、日本経済新聞社は200床以上のベッドを有する全国1986の病院長にアンケートを依頼し<sup>7</sup>、実態調査を試みた。その結果、ここにおいても深刻な人員不足が見られる。以下、調査結果について分析していくこととする。

<sup>1</sup> 大学病院の勤務医の平均週労働時間は69時間であり、労働基準法における法定労働時間をはるかに上回っている。『医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて』、国立大学附属病院長提言、医療施設経営安定推進事業報告書、厚生労働省医政局委託、平成15年<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyou/igyoukeiei/antika1502.pdf>よりデータ引用。(2005/11/13 最終アクセス)

<sup>2</sup> 先進6カ国の看護職員へのアンケートによる勤務実態調査、日本看護管理学会、1998 『労働の科学』55巻9号541頁以下よりデータ引用。(2005/11/13 最終アクセス)

<sup>3</sup> 『Harvard Medical Practice Study』 ヒューマンエラーとは、故意なくして起きてしまう人為的過誤を指す。①認知、確認のミス(入力エラー) ②判断、決定のミス(媒介エラー) ③動作、実施のミス(出力エラー)の三種類に分けられる。医療過誤モニタリング Dana Farber Cancer Institute にみるリスク・マネジメント・リフォーム <http://dr.urashima.jp/pdf/sei-y-7.pdf>よりデータ引用。(2005/11/13 最終アクセス)

<sup>4</sup> 「特集：医療過誤をめぐって」『労働の科学』、55巻9号541項以下、2000よりデータ引用。(2005/11/13 最終アクセス)

<sup>5</sup> 1993年は442件であるのに対して、2003年には987件にまで増加している。最高裁判所調べ。『労働の科学』、55巻9号541項以下、2000よりデータ引用。

<sup>6</sup> 厚生労働省の取り組みを例に挙げると、平成12年の特定機能病院や医療関係団体への大臣メッセージに始まり、翌年の「患者安全推進年」、平成15年の「医療安全支援センター」の設置開始など様々な試みが行われているが、事故件数は右肩上がりである。厚生労働省ホームページ「医療安全対策について」<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/keii/index.html>よりデータ引用。(2005/11/13 最終アクセス)

<sup>7</sup> 「医療の質重視度」病院ランキング、有効回答数620、日本経済新聞社2003 [http://www.oyako-net.com/medicine\\_info/column\\_125.html](http://www.oyako-net.com/medicine_info/column_125.html)よりデータ引用。(2005/11/13 最終アクセス)

まず、夜間救急医療を実施している全国の病院において、全ての症状に対応できるだけの医師を配置している病院はなんと全体のわずか 3 分の 1 であった。病院が受け入れてくれないのならば、患者は一体どうすればいいのだろうか。昨今、特に小児科における夜間診療の「たらい回し」が大きな問題とされているが、この数値をみるとそれも無理はない。

また、「医療の質向上」のための専門組織を設けている医療機関は、全体の 36.6%に過ぎなかった。6 割以上の医療機関に治療専門組織がないというこの事実は医療を受ける側に大きな不安をもたらす。

さらに、特殊技能をもつ麻酔医、放射線科の医師、医療機器の操作・保守を担当する臨床工学士が常駐している医療機関も全体の 2~3 割にとどまる。特殊技能者の存在するときとしないときにその医療機関が提供するサービスに差が生まれてくることにはや疑いの余地はない。

以上の事実を以ってすると、医療機関によって提供するサービスに大きな違いがあることが読み取れる。政府は国内で受ける治療に差はないとしているが、このような事実があるにも拘らず、差はないとは甚だ疑問である。

#### 4. 問題点とその所在

(文責 井上)

以上述べたように、医療市場においては量的なニーズ、質的なニーズは共に拡大している。量的なニーズを満たす最も簡単な方法は医療機関を拡大することがあげられるが、医療機関の拡大には、法規制と資金調達という二つの大きな問題点がある。

例えば、療養病床の設置を行うと仮定すると、まず医療機関は、病院の設置基準や、病室や食堂の広さや廊下の広さ等の基準、医師や看護師、看護補助者等に関わる人的な基準などの法規制を満たさなければならない。そして、法規制を満たした上で、建物の改築等が必要になるが、ここで土地の問題や、高い人件費や改築費といった経済的な問題を解決することが要求される<sup>1</sup>。しかし、ほとんどの病院は資本力を持たないために、それらの対応に遅れてしまうのが現状である。むしろ全体の半数を超えるほど多くの病院が赤字経営の中、このようなニーズに応えるための資金的な問題を乗り越えて、医療の拡大に対応することは不可能であると言っても過言ではない。

医療分野における現状として、量的にも質的にも消費者のニーズというものは拡大しているが、右に述べたように資金的な問題によりそれらのニーズに応えることはまず不可能である。しかし病院経営の状況や国民医療費の増大という現状、そしてこれから予測される展望を見るに、資金的な問題を解決しなければならないことは必須であるが、そもそもこのような問題がなぜ発生しているかを考えたとき、それは法規制によるものであると言うことができる。多くの病院が赤字経営であり、また市場におけるニーズに応えることができないのは、法規制による「非営利の確保」によって、非常に大きいコストの回収が難しくされているからである。我々は、医療における年々強まる財政難は、医療が国に依存しすぎていること、そして国に依存せざるを得ない法制度があることに問題があると考えられる。

### 第3節 病院経営制度の改革と財源問題の解消

(文責 井上)

<sup>1</sup> 「医療保険と介護制度を考える部屋」参照。詳細は<http://www.urban.ne.jp/home/haruki3/kubun2.html>。(医療業界では、土地代や高額医療機器などの設備投資額が非常に多額である。例えば、病院を新設する場合、土地代を除いたとしても、建物と機器などの設備投資額が、通常、1 病床あたり 7~8 百万円程度は必要とされる。調査月報(協和銀行)390 巻(1987)8 項以下より引用。詳しくは資料参照。



## 1. 現行制度の規制緩和

これまでに述べたように、病院の赤字経営は全体の 6 割にも上り、医療における年々強まる財政難をこれ以上看過することはできない。実際、様々な改革案を政府は打ち出しているが、国民医療費の推移<sup>1</sup>と現在も赤字経営の病院比率は非常に高いことを見れば、それが逼迫している財源問題を解決する術として効果的でないことは明らかである。実際少子高齢化という避けられない問題が目の前にある状況で、今政府がすべきことは一時的な対策ではなく、医療制度というものを根本から見直すことであり、そこで我々は法規制に着目する。何度も述べるように、医療における財政難の問題は非常に深刻であり、市場におけるニーズにも対応するためにも、我々はまずそこを解決していかなければならず、そこを解決できる政策として、法律的な視点から分析したところ、現在の医療法における医療分野の法規制を緩和する必要があると考える。それはつまり、実質的に非営利性の確保という役割を担っている医療法 7 条 4 項と医療法 54 条の撤廃もしくは改定である。そうすることによって、財政難という現在の医療分野が抱える非常に大きな問題は解決ができるのである。

### (a) 資金調達方法におけるメリット

例えば、資金調達方法だけを取っても民間企業の病院経営参入が認められれば、その方法に多様な手段を用いることが可能になる。株式会社による病院経営が可能になれば、まず、病院はその資金調達手段として直接金融が可能となる。直接金融による資金調達方法には、債券の発行や、増資による資金調達などがある。直接金融が可能になれば、今までのような寄付金や補助金、借入金などに頼ることなく、市場での外部からの資金調達が可能となり、株式の発行等<sup>2</sup>により資金を一気に調達することができる。また、株式を発行して資金を得るためには情報を公開し、相手との信頼関係を築くことが必要であるから、株式発行による資金調達は社会的な信用の獲得にも繋がる。また定期的な株主総会によって、情報の開示が義務付けられるためこれまで問題とされていた病院と患者の情報の非対称性の問題も、二者間の距離は非常に縮まると考えられる。それによって、患者が開示された情報を参考に適切な医療機関を選択することができるなど、メリットは多い。確かに、病院の民間経営を認めることで実質的な競争原理の導入となり、日本医師会や厚生労働省のような規制維持派は、医療分野に競争原理は馴染まない、として反対をしているが、病院の財政逼迫という問題を生み出しているのはまさに現在の医療制度そのものであり、法規制を緩和することで、その問題を一気に解決できるような、また解決するために取りうる手段が広がるのであれば、それを看過することはできないだろう。

### (b) 企業に対するメリット

民間企業からしてみれば、企業による病院経営が認められれば、それはつまり、「はじめに」でも述べているように、国民医療費のみで 30 兆円を超えており、公費分の 10 兆円を除いて考えたとしても、保険料は 16 兆円、保険外の治療費は 4 兆円、計 20 兆円にも

<sup>1</sup> 厚生労働省「平成 15 年度国民医療費の概況について」を参照。  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/03/index.html> (最終アクセス日 2005/11/13)

<sup>2</sup> 株式の発行による資金調達方法は、公募増資、株主割当増資、第三者割当増資の 3 つに大きく分かれる。公募増資とは、新たに発行される株式の引き受け手を、取引先や特定の銀行などに定めず、個人投資家も含めて幅広く不特定多数の投資家から募集することである。株主割当増資は、すべての株主に対して株式の持株割合に応じて均等に新株を割り当てる方法のことであり、第三者割当増資とは、株主以外の特定の第三者に対して新株引受権を付与して行う増資のこと。詳細は、株式会社イニシア・コンサルティング「経営学講座」企業システム：第 6 章「日本企業の資金調達」[http://www.initiaconsulting.co.jp/archives/management/3\\_06.html](http://www.initiaconsulting.co.jp/archives/management/3_06.html) (最終アクセス日 2005/11/13)を参照。

上っているのだから<sup>1</sup>、2002年のわが国の自動車業界の製造品出荷額が43兆1630億円であることを考えれば、医療サービス市場は民間企業にとっても新しいマーケットとなると言える。

### (c) ニーズへの対応、赤字経営脱出

病院の財務は他のサービス業に比べ、非常に特徴的である。①総資産に占める固定資産の割合がサービス業平均より大きいこと、②有形固定資産回転率がサービス業と比べて低いこと<sup>2</sup>、③売上高に対する減価償却費比率がサービス業平均よりも高いこと<sup>3</sup>、④人件費比率、労働分配率等の労働集約産業的性格がサービス業平均よりも高い、という特徴があり、これらは、病院には土地・建物が不可欠で、また、高額医療機器に代表されるように、機器などにも多額の投資を要することが原因であり、病院には装置産業的性格がうかがえる。(調査月報(協和銀行)「病院経営の現状と展望」390巻(1987)12項より引用。)そのため、非常に多額の資金が必要となるが、強い資本力を持つ民間企業であれば、それに対する投資が可能である。また、経営のノウハウを持ち合わせているため、それを病院経営に生かすことで経営の効率化が期待でき、赤字経営の病院が黒字に転ずる可能性は高い。

このように、民間企業による病院経営のメリットは、病院側にも企業側にもメリットは大きい。しかし現在は、医療法7条4項においては営利目的による病院開設の制限し、同法54条では剰余金の外部配当の禁止しており、結果としてこれら2つの条項によって株式会社等の民間企業による病院経営に対する参入を制限している。そのため、医療法7条4項と同法54条の撤廃、もしくは民間企業が病院経営に参画できるような形へ同法を改定することを提言する。

## 2. 規制緩和に関する問題点と懸念

しかし、法規制を緩和し、民間企業による病院経営の参入には強い批判と反対がある。よく論じられる議論としては、①法規制を緩和し、民間企業による病院経営参画を許可することにより市場競争原理が導入され、結果高収益な医療のみを実施し、不採算部門を廃止することによってサービスの不公正さが生じたり、②地域によるサービスの質や量の格差、等競争原理が過度に働きすぎてしまえば、我々国民の生活・生命や健康を脅かしかねない。このような懸念から民間企業の病院経営に対する参入は強い反対や懸念がある。

## 3. 制度改革

法緩和による病院経営への民間参入の拡大に対しては多くの議論が存在する。前項で挙げたような懸念や、規制を緩和することによって生じる問題点が考えられるからだ。しかし、我々はそのような問題点は解決されると考える。

まず、①で挙げられた懸念であるが、民間企業が病院経営を行う場合、不採算部門を廃止するかと言えば必ずしもそうではない。企業が病院経営に参画している実例として、大正7年に株式会社麻生が開設した飯塚病院<sup>4</sup>がある。本来、この病院は従業員の福利厚生を目的としているが、社員以外の患者も診療を受けることが可能であり、実際に多くの患者が利用している。経営姿勢や情報を透明化して外部に公開し、その経営体制が常に監視・

<sup>1</sup> 「医療改革これだけの「課題」」週刊ダイヤモンド2002年1月12日号103頁より数字データのみ引用・参照。

<sup>2</sup> 病院経営における有形固定資産回転率は1.9回。それに対し、サービス業平均は2.7回であり、回転率が悪いことがうかがえる。調査月報(協和銀行)「病院経営の現状と展望」390巻(1987)12項より引用。

<sup>3</sup> 医療業界では、土地代や高額医療機器などの設備投資額が非常に多額である。例えば、病院を新設する場合、土地代を除いたとしても、建物と機器などの設備投資額が、通常、1病床あたり7～8百万円程度は必要とされる。調査月報(協和銀行)「病院経営の現状と展望」390巻(1987)13項より引用。

<sup>4</sup> 福岡県飯塚市。病床数は一般病床・精神病床あわせて1116数。従業員の数も1500名を超え、35科にわたる診療科が存在する。詳しくは、<http://www.aso-group.co.jp/aih/> 参照(最終アクセス2005/11/13)。

評価されているため、病院が利潤追求に走らずに非営利性を保っており、情報公開と経営の透明化により、企業による病院経営の営利追求を抑止している好例である。そして、先に述べたような懸念は、麻生飯塚病院を例にするならば、不採算部門は廃止されていない。飯塚病院の副委員長によると<sup>1</sup>、利益の追求をすと言っても、病院を利用、支持するのは患者である消費者であり、彼らの支持が経営基盤になるから、とのことである。患者側の医療のニーズを考えれば、不採算部門を廃止することはないのである。つまり、いくら利益を求めるとしても、不採算部門等を切り捨てることによって患者の支持を失えば、結局病院の経営を苦しめることに繋がるのであり、経営側の民間企業はそのような戦略を採ることは難しい。営利ばかりを追い求め、その結果不採算部門等を切り捨てることは、病院経営という社会的規制分野の中では通用しない。

②における懸念は、地域によるサービスの質や量の格差である。

確かに、大幅な法規制の緩和、つまり医療法 7 条 4 項、同法 54 条を撤廃することには地域間のサービスの格差を生み出す蓋然性が高く、懸念される点が多い。しかし、仮に地域の病院が潰れてしまったとしても、それによって医者や看護師が 1 つの病院に集まることによって、効率的に診療が行え、本章第二節で述べたような患者のたらい回し過剰な労働を強いるようなケースが減ることが期待できる。また、法規制を緩和すると同時に、緩和と共に予想される問題点を克服できるような新たな法整備を行えば、上述した問題は容易にカバーできると考える。例えば、薬事法では以前薬局開業の距離制限が定められており、薬局同士が一定距離以上離れてはいけないような法規制があった<sup>2</sup>。それと同じような形で、逆に一定距離間に病院が存在しなければならない、という旨の法律を制定し、地域間格差の発生を防止することは可能である。

このように我々は法緩和により懸念される問題点は、同時にその問題点をカバーできるような法整備を行うことによって克服できると考え、よって、現在における財政の逼迫問題の解決や医療分野に対するニーズへの対応のためにも医療法 7 条 4 項、54 条の法文の改定もしくは撤廃を提言するのである。

## 小括

現在わが国の医療分野においては、前述したとおり、国の多くの病院が赤字経営であり、病院の財政は非常に逼迫していると言える。その一方、医療分野へのニーズは量的なもの、質的なもの共に高まる一方であるが、病院における財政状況は高まるニーズに応えられるようなものではなく、このままでは病院はこれらのニーズに応えられないばかりではなく、国民に対して安全で信頼のおけるサービスを提供できなくなるおそれがある。そこで我々は、そのような事態が生ずる前にその根源である財政問題の解決を考え、その問題の原因の所在を法規制の中心となっている医療法 7 条 4 項、同法 54 条にあるとし、その規制を緩和し、病院経営に対する民間参入を認可することで問題の解決を図り、そして、より望ましい医療サービスを目指すべきであると考えます。

<sup>1</sup> 「特集 病院の治し方」週間ダイヤモンド 2003 年 6 月 14 日 29 頁を引用・参照。

<sup>2</sup> 薬局の距離制限を撤廃してしまうと、市場原理による競争激化の結果、競争に勝ち残れない薬局の経営が悪化し、不良医薬品が国民に供給されるおそれがあるというものである。また、これについては昭和 50 年に「薬局距離制限事件」として憲法上問題となっており、違憲判決(判例番号等を記載)が出された。事件概要に関しては、「林行政士事務所 情報 BOX 法林へのいざない 第 44 回 薬局と銭湯の微妙な距離」を参照。<http://a-hayashi.cool.ne.jp/hourin044.html> (最終アクセス日 2005/11/13)



## 第三章 医療分野における公共性の趣旨と競争原理

(文責 柏井)

以上で述べてきたように、わが国の医療には財源・拡大するニーズへの対応という観点から問題が存在する。この問題を解決するためには、より効率的で、より市場に沿った形での医療制度改革が不可欠だ。

我々は、1 健康保険制度改革、2 医療分野における法規制の緩和、という二つの提言を行った。これは財源問題を解決するための別個の政策である。が、それと同時に、たとえば、1 の健康保険制度改革においては、DPC のデータベースを公開することによって、結果的に病院間のサービス競争は激化され、2 の法規制緩和においては、資本獲得方法・利益分配を市場原理に従って行動することを要求されるように、医療分野における競争の概念を強めることで拡大する医療に対応すべき、という共通した概念のもとに生まれた考えでもある。このように我々は、これらの競争原理を医療に一部組み込むことによって、潤沢な財源確保はもとより、透明で質の高い医療を提供できると考える。

しかし、より競争的な形で医療の改変を行うことについては依然として強い批判がある。その批判の立脚点は、本稿の冒頭で述べた医療の公共性にある。すなわち、医療は社会保障的な分野であり、弱者保護の観点を持つものであるから、強いもの以外は淘汰される市場原理の導入は妥当ではない、というのである。代表的な批判をまとめると、医療に市場原理を導入することは、

- 1 競争原理を導入することは、医療の平等性を崩す。
- 2 民間参入と営利経営を認めると、際限なく営利を追求する恐れがある。

という2点で大きな問題があるとされている。しかしながら、我々は、この懸念は市場原理導入に対する反論として妥当でないばかりか、このような懸念そのものが、わが国の医療における「公共性」という概念のゆがみを表していると考ええる。

まず、1 の「医療の平等性」に関して。これは、(A) 病院数の地域格差 (B) 医療の質の格差、という2つの面から説明する。

第一に (A) の地域格差について。我々が提言する競争的な政策は、病院間を競争させるものであるが、地方の医療機関を積極的に淘汰するものではない。確かに、患者数の多い病院には民間からの資金が多く流入し、患者数の少ない病院には資金が流れにくい、という側面はある。しかし、それはプラスアルファの資金が地方の病院に流れるか、都市部の病院に流れるかの問題であって、地方の病院を直接的に不利な立場に追いやるわけではない。また、

1 病院数の地域格差に関しては、現在も厳然と存在しており、その意味ではそもそも日本国内において医療は平等ではない。

第二に (B) の医療の質の格差について。厳密に言えば、先進的な設備を備える大学病院と通常の病院の間には受けられるサービスに大きな違いがあるため、現在も全ての地域で平等なレベルの医療を受けられるわけではない。しかし、競争原理を導入すれば、営利団体からの資金援助の有無によって、先進化できる病院と、できない病院が出るわけであるから、その意味で、競争原理の導入は確かに医療格差を加速させる。

だが、我々はこのような格差はひとまず問題にすべきではないと考える。というのも、ここで生まれる差というものは、現在の医療に対するプラスアルファを行えるか、行えないか、という差であって、現在の医療の質を引き下げるものではないからだ。競争原理を導入しない現在の制度を用いた場合は、どの病院にも営利団体からの資金が流れないことになり、すべての病院が現状を維持する。確かにその点、医療は平等であろう。だが、この平等は、「皆一様に先進化を妨げられた平等」なのであって、このような平等が、国民の望むものであるかについては大いに疑問である。確かに、質の格差は、将来的には埋めていくべきものである。しかしながら、だからといって、医療の質が向上する機会を妨げるべきではない。

次に、2の「営利の追求」に関して。確かに、営利団体が医療市場に参入した場合、彼らは利益を追求する傾向にあらう。その点、現在の医療法は第7条4項で営利企業の医療期間開設を制限しており、一見現在の医療は「営利」という概念から切り離されているようにも思える。しかし、現在の医療法は、営利目的での病院経営を禁じているが、私立病院が許容されていることからわかるように、医療機関が外部（株主・出資者など）に利益配当することは禁じていても、内部（病院の勤務医・看護師など）に利益を分配することは事実上禁じていない。つまり、文言上利益を追求することは禁じられていても、実際に利益を追求することは禁じられていないのである。現在の医療の内部に、一部とはいえ営利性が存在している以上、利益追求を目的とした不適切な治療を財界人ならば行って、医師ならば行わないとするのは合理的でない。また DPC のデータベース公開を導入し、患者の側からの監視を行うことで、これらの問題は解決できるものと考ええる。

さらに言えば、営利ならば悪という概念が、そもそも妥当ではない。確かに、営利という概念には、利益追求の為に他者を排除するという側面がある。しかし、医療機関といえども、独自で採算を取らなければならないという点では何ら一般の企業と代わりはない。より質の高いサービス、より質の高い医療を患者に提供する為には資金が必要であり、独立採算を確保しつつ、その資金を確保するためには、ある程度の営利観念は必要不可欠である。その観念が欠落した結果、わが国の医療市場は需要が拡大する巨大な売り手市場であるにも関わらず、そのニーズに応えることはおろか、医療機関の採算さえも取れない、という事態に陥っているのではないだろうか？

以上のように、日本の医療の平等性・公共性というものは、実質的に低いレベルでの平等を求めている点、法文言上は認められていないが、実際は営利目的で病院経営を行うことが可能である点など、様々な点で歪んだ現実をはらんでいる。このような現状では、「全ての国民に、平等で質の高い医療を提供する」という公共性本来の趣旨が満たされているとは到底考えられない。

確かに医療は社会保障的・公共的な側面を持つ分野であるから、国家による保護・法規制はある程度必要である。しかし、それらが保護しているものは、あくまで医療を受ける国民なのであって、医療機関ではない。医療水準が世界的にも十分なレベルとなり、「拡大する

<sup>1</sup> 公正取引委員会 「医療分野における規制の実態と競争政策の観点からの考え方」14頁以下より引用。人口10万人あたりの病院数は、最高で18.1（高知県）、最低で4.1（神奈川県）である。Available at (<http://www.jftc.go.jp/pressrelease/02.november/iryou.pdf>)

医療市場」に合わせた医療が求められている今、必要なのは、実質的な意味の希薄な文言ではなく、競争によってより高いレベルに、より患者のニーズに沿った形で発展する医療であると我々は考える。





## 参考文献

### 書籍・雑誌

- 寺本純「バイアグラはなぜ早期認可されたか」正論 323号(1999)62頁以下
- 坂本潤一郎「医療制度改革における市場原理の導入について」公正取引 613号(2001)15頁以下
- 福永肇「銀行の企業格付評価アップへの病院経営」病院 63巻12号(2004/12)1021項以下
- 小山田恵他「医療における公正な競争とはどうあるべきか」病院 63巻2号(2004)110頁以下
- 日本医事新法 4032号(2001)111頁以下
- 矢野聡「規制緩和と医療関連ビジネス」病院 56巻6号(1997)498頁以下
- 井上俊明「競争なく規制でがんじがらめの医療業界」日経ビジネス 979号(1999)133頁以下
- 土田康彦「Phase3」(2002)4月号 34頁以下
- 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—」(2002/7/23) <http://www8.cao.go.jp/kisei/siryo/020723/>
- 内閣府規制改革・民間開放推進室「規制改革・民間開放推進3か年計画(改定)」(2005/3/25)
- 公正取引委員会「医療分野における規制の実態と競争政策の観点からの考え方」(2002/11/20) <http://www.jftc.go.jp/pressrelease/02.november/iryuu.pdf>
- 公正取引委員会(政府規制等と競争政策に関する研究会)「社会的規制分野における競争促進の在り方」(2002/11/20)
- 中泉真樹「医療機関の競争と規制—非営利企業による市場競争と参入規制について—」医療と社会 9巻1号(1999)23頁以下
- 青木研「参入規制としての非分配制約規制とその効果について」医療と社会 9巻1号(1999)3頁以下
- 広井良典「医療保険はこれでいいのか？競争原理の導入と「ブラックボックス」の開示を」エコノミスト 75巻37号(1997)60頁以下
- 「ここが変だよ「日本の病院」」プレジデント 39号(2001)140頁以下
- 「患者主体の医療」AERA15号(2002)76頁以下
- 「いま病院が危ない“瀕死状態”の民間病院経営」東洋経済 4988号(1991)22項以下
- 「BUSINESS INSIDE 算術」週刊ダイヤモンド 89巻24号(2001)18項19項
- 「医療改革 これだけの“課題”」週刊ダイヤモンド 90巻2号(2002)100項以下
- 「特集 病院の治し方」週刊ダイヤモンド 91巻23号(2003)26項以下
- 鈴木健司「老人医療サービス需要の推計」関西学院大学院経済学研究 31巻(2000)273項以下
- 衛藤幹子「医療・介護における制度改革の軌跡」(1999/6/12) 日本公共政策学界年報セッション4 4頁以下

- 伊藤洋悟「病院の経営・資金調達をサポートする「医療福祉経営審査機構」」金融財政事情・・・号(2003)44 頁以下
- 杉浦啓太「病院経営への株式会社参入を阻むもの」エコノミスト 81 巻 11 号(2003)25 項
- 森脇晴記「自治体病院の現状と課題」JICPA ジャーナル 550 号(2001)18 頁以下
- 鈴木京子「石原知事が進める「病院改革」」週刊金曜日 397 号(2002)64 頁以下
- 石井甲一「医薬分業の現状と今後の課題」病院 55 巻 3 号(1996)218 頁以下
- 原享弘「経営戦略とオペレーション能力を分析・評価し、病院向けファイナンスのあるべき姿を追求」金融財政事情 54 巻 5 号(2003)46 頁以下
- 真野俊樹「現実的な病院経営への株式会社参入論」社会保険旬報 2130 号(2002)16 項以下
- 小山田恵「自治体病院におけるコスト管理の問題点」病院 62 巻 8 号(2003)647 項以下
- 羽田昇史「医療機関と需要構造」竜谷大学経営学論集 40 巻 1 号(2000)134 項以下
- 荒井耕「病院界における経営指標に基づく経営管理の現状と課題」経営研究 52 巻 4 号 155 頁以下
- 今井久「米国における病院経営の歴史と現状」山梨学院大学商学論集 / 山梨学院大学商学研究会 26 巻 43 項以下
- 『特集：医療過誤をめぐって』労働の科学 55 巻 9 号 541 項以下 2000 年
- 植村新、早川潔、伊藤健一 『医療の質と採算性に関する検討』社会保険旬報 No.2257 2005.10. 1 10 項以下

#### WEB SITE

- 「国民医療費 3 1 兆 5 3 7 5 億円で過去最高に」日刊ヘルスビジネスサポーター(2005) <http://www.sis-web.co.jp/hbs/hbs-news050824-02.html>(最終アクセス日 2005/11/13)
- 「膨れ上がる高齢者医療費」紀伊民報 AGARA コラム(2005) <http://www.agara.co.jp/column/mizu/2005-07/mizu050712.html> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 野村泰史「病院経営における改善手法」株式会社 NTT データ経営研究所 (ノウハウ公開) <http://www.keieiken.co.jp/kh/theme05/> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 厚生労働省「労働統計表一覧」 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/gaiyo/k-eisei.html>(最終アクセス日 2005/11/13)
- 厚生労働省「統計表データベースシステム」 [http://wwwdbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk\\_2\\_2.html](http://wwwdbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/indexyk_2_2.html) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 医療法 <http://www.houko.com/00/01/S23/205.HTM> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 安田純子「医療費抑制時代の公立病院経営のあり方」野村総合研究所(2001) <http://www.nri.co.jp/opinion/region/2001/pdf/ck20010203.pdf> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 竹内正也「100 床当たり収支状況速報値について」全国公私病院連盟 病院経営実態調査報告 (平成 15 年 6 月調査) <http://www005.upp.so-net.ne.jp/byo-ren/H15-cyousa-sokuhou1-2.doc> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 全国公私病院連盟「6 月 1 カ月分の総収支差額からみた黒字・赤字病院の数の割合」 <http://www005.upp.so-net.ne.jp/byo-ren/H16-gaiyou.doc> (最終アクセス日 2005/11/13)

- 帝国データバンク「特別企画 医療機関の倒産動向調査」  
<http://www.tdb.co.jp/watching/press/p041002.pdf> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 麻生飯塚病院<http://www.aso-group.co.jp/aih/> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 総務省「日本標準産業分類」(平成 14 年 3 月改定)  
<http://www.stat.go.jp/index/seido/sangyo/1.htm> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 慶應義塾大学湘南藤沢キャンパス 1995 年度 組織行動論 O B 68 班「自動車業界における組織構造の変革」(1995)<http://web.sfc.keio.ac.jp/~n98236jm/home/ob68.html> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 介護保険と医療制度を考える部屋「病院の病床区分「一般病床」と「療養病床」かかりつけ医通信 58 号<http://www.urban.ne.jp/home/haruki3/kubun2.html> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 株式会社イニシア・コンサルティング「日本企業の資金調達」(経営学講座) 企業システム: 第 6 章[http://www.initiaconsulting.co.jp/archives/management/3\\_06.html](http://www.initiaconsulting.co.jp/archives/management/3_06.html) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 浅野信久「医療経営革新と医療関連ベンチャー」大和総研  
<http://www.dir.co.jp/research/report/bio-medi/030301bio-medi.pdf> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 国民健康保険中央会 <http://www.kokuho.or.jp/> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 健康保険組合連合会 <http://www.kenporen.com/> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 国政モニターの声「経済特区への積極的対応」  
<http://www8.cao.go.jp/monitor/h14iken/iken1502/kongetu.html> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 日経連「病院経営参入規制の緩和についての基本的考え方」について(要旨)  
[http://www.nikkeiren.or.jp/h\\_siryou/1998/byouinkeiei.htm](http://www.nikkeiren.or.jp/h_siryou/1998/byouinkeiei.htm) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 厚生労働省 最近の医療費の動向(月次版)  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/month/index.html> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 厚生労働省 制度企画部意見書 診療報酬体型のあり方について(意見書)  
[http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9904/s0416-1\\_19.html](http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9904/s0416-1_19.html) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 株式会社ファイザー 保健医療を考える  
高瀬浩造「医療の質と診療報酬の包括化」(フォーラム番号 75 2004 年 1 月)  
[http://www.pfizer.co.jp/pfizer/healthcare/pfizer\\_forum/2004/documents/forum75.pdf](http://www.pfizer.co.jp/pfizer/healthcare/pfizer_forum/2004/documents/forum75.pdf)  
(最終アクセス日 2005/11/13)
- 未来医師会ビジョン委員会  
<http://www.hokkaido.med.or.jp/new/siryou/nichii/mirai13.pdf> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 医療分野における規制の実態と競争政策の観点からの考え方  
<http://www.jftc.go.jp/pressrelease/02.november/iryoku.pdf> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 厚生労働省 平成 15 年度国民医療費の概況について  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/03/index.html> (最終アクセス日 2005/11/13)
- OECD health data 2005  
<http://www.oecd.org/dataoecd/44/18/35044277.xls> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 社会保険庁 政府管掌健康保険基礎知識  
<http://www.sia.go.jp/seido/iryoku/> (最終アクセス日 2005/11/13)

- 健康保険組合連合会 医療保険制度の基礎知識  
[http://www.kenporen.com/main/01\\_01.html](http://www.kenporen.com/main/01_01.html) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 株式会社ユアーズブレーン 医療保険審議会建議 平成9年改正について  
<http://www.yb-satellite.co.jp/iryu/news/01-11-09.htm> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 山陰中央新報 データ提出条件に拡大  
<http://www.sanin-chuo.co.jp/newspack/modules/news/article.php?storyid=229742010> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 健康保険組合連合会 医療保険制度の危機  
[http://www.kenporen.com/main/02\\_03.html](http://www.kenporen.com/main/02_03.html) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 厚生労働省統計情報部「人口動態統計」  
[http://www1.mhlw.go.jp/toukei-i/toukeihp/index\\_8.html](http://www1.mhlw.go.jp/toukei-i/toukeihp/index_8.html) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 平成14年度 病院経営収支調査年報 厚生労働省医政局指導課 13p~15p  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyuu/igyukeiei/syushityousa/14-syushi.html> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 厚生労働省 平成14年度版人口動態統計月報年計  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai02/deth.html> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 厚生労働省「社会保障の給付と負担の見直し(平成12年10月改訂版)」  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/05/h0515-1.html> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 社団法人 日本自動車工業界ウェブサイト  
[http://www.jama.or.jp/industry/industry/industry\\_3.html](http://www.jama.or.jp/industry/industry/industry_3.html) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 独立行政法人「労働者健康福祉機構」ウェブサイト  
<http://www3.johac.rofuku.go.jp/med-service/charge.html> (最終アクセス日 2005/11/13)
- WHO 「WHO/UNICEF JOINT STATEMENT」  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_FCH\\_CAH\\_04.06.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_04.06.pdf) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 国民健康保険中央会ウェブサイト「国保の広場」  
「国民健康保険の安定を求めて(平成15年12月発行)」  
(<http://ww2.kokuho.or.jp/search?commandID=2021&table=KSOF0029&id=7013>) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 健康保険組合連合会 医療保険制度の基礎知識  
[http://www.kenporen.com/main/01\\_01.html](http://www.kenporen.com/main/01_01.html) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 国民健康保険中央会ウェブサイト「国保の広場」国保医療費の動向  
(平成15年度下半期分) [http://www.kokuho.or.jp/shiryu/lib/id\\_15\\_simohanki.xls](http://www.kokuho.or.jp/shiryu/lib/id_15_simohanki.xls) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 厚生労働省 財源別国民医療費及び構成割合の年次推移  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/02/toukei3.html> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 国立社会保障・人口問題研究所 一般人口統計(2005年度版) 人口及び人口増加率  
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2005.asp?chap=0> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 国立社会保障・人口問題研究所 「日本の将来人口推計(平成14年1月推計)」  
<http://www.ipss.go.jp/pp-newest/j/newest02/newest02.pdf>を参照 (最終アクセス日 2005/11/13)
- 独立行政法人福祉医療機関 「ワムネット」

表 1. 一般病院・療養型病院・精神病院の収支の状況

[http://www.wam.go.jp/wam/toukei/pdf/15\\_1.pdf](http://www.wam.go.jp/wam/toukei/pdf/15_1.pdf) (最終アクセス日 2005/11/13)

- 株式会社ファイザー 第 11 回ヘルスリサーチフォーラム 「大学病院の DPC(Diagnosis Procedure Combination)前後の「機能性」「収益性」「生産性」からの評価と今後の対策—MBA の経営管理手法の観点から」(福岡歯科大学総合医学講座 内科学分野 講師 堺孝明)(平成 16 年度 一般公募演題 発表)  
([http://www.pfizer-zaidan.jp/fo/business/pdf/forum11/fo11\\_sakai.pdf](http://www.pfizer-zaidan.jp/fo/business/pdf/forum11/fo11_sakai.pdf)) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 医療情報セミナーJMC  
<http://www.jmcnet.co.jp/seminar4.html> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 日本総研 2002 年 8 月号 OPINION「日本版 DRG の構築に向けた課題」(調査部 経済・社会政策研究センター 副主任研究員 飛田英子)  
(<http://www.jri.co.jp/JRR/2002/08/op-drg.html>) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 中央メディカルシステム株式会社 CMS ニュース 2004 年一月 147-4 ● 中医協 第 44 回 基本小委: DPC 対象病院ヒアリング  
<http://www.chuo-group.co.jp/cms/index.asp?m=4&p=2&v=147&l=99> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 厚生労働省「保険医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」医療情報システム構築の戦略 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1226-1a.html#3>) (最終アクセス日 2005/11/13)
- Wisdom Bussiness Leaders Squ 第三回「安全」「安心」がもたらす新ビジネス  
<http://www.blwisdom.com/btrend/03/> (最終アクセス日 2005/11/13)
- Journal of Nippon Medical School 2004; 71 (3) 「特定機能病院等における包括評価について」(<http://www.nms.ac.jp/jnms/2004/07103217j.pdf>) (最終アクセス日 2005/11/13)
- IT media Survey  
医療機関の IT 化、電子カルテ導入はこれから——「情報化白書」より  
<http://www.itmedia.co.jp/survey/articles/0408/13/news004.html> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会(平成十七年度第一回)  
議事次第 平成 16 年度 DPC 導入の影響評価のための調査について 資料 D-7 5 頁  
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/dl/s0412-4g1.pdf>) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 医療情報セミナーJMC DRG/PPS 入門 6 DRG/PPS の実体と利点  
(<http://www.jmcnet.co.jp/drgh/ritenn6.html>) (最終アクセス日 2005/11/13)
- 厚生労働省ホームページ 医療安全対策について  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/keii/index.html> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 医療過誤モニタリング Dana Farber Cancer Institute にみるリスク・マネジメント・リフォーム <http://dr-urashima.jp/pdf/sei-y-7.pdf> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 医療施設経営安定化推進事業報告書 厚生労働省医政局委託 平成 15 年  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/antika1502.pdf> (最終アクセス日 2005/11/13)
- 日本学術会議第 7 部報告医療の安全性に関する諸問題について 平成 14 年 11 月 26 日  
<http://www.sci.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-18-t985-1.pdf> (最終アクセス日 2005/11/13)



参照法令

- 医療法（昭和 23・7・30・法律 205 号 改正平成 16・12・3・法律 154 号）
- 国民健康保険法（昭和 33・12・27・法律 192 号 改正平成 17・4・1・法律 25 号）
- 健康保険法（大正 11・4・22・法律 70 号 改正平成 17・6・29・法律 77 号（未））
- 社会保険診療報酬支払基金法  
（昭和 23・7・10・法律 129 号 改正平成 15・7・16・法律 110 号（未））