

第 1 回「医療経営研究委員会」議事録

日時：平成 15 年 4 月 24 日(木) 18:00～20:00

場所：(株)ヘルスケア総合政策研究所 5 階会議室

出席委員：岡嶋道夫、河口洋行、牧健太郎、真野俊樹、丸尾直美、米本倉基
(五十音順、敬称略)

【議事内容】

○松村主席研究員

これより、「第 1 回医療経営研究委員会」を開催したいと思います。私は事務局を務めます松村と申します。よろしくお願いします。座長が選出されるまでの間、議事進行の役を務めさせていただきたいと思います。本日は第 1 回目の会合ですので、冒頭に藤久取締役からご挨拶申し上げます。

○藤久取締役

本日は、ヘルスケア総合政策研究所の「第 1 回医療経営研究委員会」にご出席いただきましてありがとうございます。私どもは、お配りした資料にもありますように、日本医療企画のシンクタンクの位置づけでございまして、出版社系のシンクタンクという特色を活かして、医療、福祉、保険の分野における積極的な政策提言をしていきたいということで、医療経営研究委員会を立ち上げました。本日はその第 1 回目となります。ヘルスケア総合政策研究所の前身として民間病院問題研究所というのがありましたが、その頃から医療経営の問題について携わってきたという経緯もあります。日本医療企画のほうでも、病院経営の雑誌である「フェイズスリー」とか、事務長向けの雑誌である「MMP」を持っております。あと、言わずもがなですが、皆さんご承知のように、近ごろ病院経営の問題が非常にクローズアップされております。去年は、診療報酬の本体がマイナス改定になったり、病院も 9,000 件そこそこまで減っているといった厳しい状況の中で、アメリカからの外圧もあります。すなわち、経済財政諮問会議あるいは総合規制改革会議から、アメリカの病院経営のモデルという形で、病院経営への企業の参入を認めよという圧力もかかっている中で、これからの医療経営や病院経営がこういった形で成り立っていけば良いのか、どういう方向性を目指せば良いのかといったことについて、本委員会からご示唆をいただければと思います。その切り口として、現在、アメリカの医療経営のことにつきましては、いろいろ報道されているわけですが、ヨーロッパの医療経営については、私どもにとっても未知の分野というか、非常に知りたいし、また知ることによって何らかのヒントをわが国の医療経営に与えていただければということで、こういった研究委員会を設置させていただきましたので、よろしくお願いいたします。

○松村主席研究員

本研究委員会の委員の皆様方をご紹介したいと思います。まず、国際医療福祉大学大学院助教授の河口委員です。新日本監査法人公認会計士の牧委員です。多摩大学大学院客員教授の真野委員です。U F J 総合研究所シニアコンサルタントの米本委員です。次に、顧

問という立場でお2人の先生をお願いしておりますので、ご了解いただきたいと思います。東京医科歯科大学名誉教授の岡嶋先生です。尚美学園大学教授の丸尾先生です。事務局は松村が務めさせていただきます。委員、顧問の先生方におかれましては、ご参集いただきまして誠にありがとうございます。先ほど藤久取締役からの話にもあったかと思いますが、病院が減少傾向をたどっている中で、医療経営者も新たな経営手法を会得することが不可欠になっております。また、医療特区のような新しい潮流も押し寄せておりまして、こういった激変する環境下で病院が生き残り、また勝ち残っていくには斬新な視点を具備しなければならないと思っております。こうしたことから、当研究委員会はわが国の医療機関を経営的な側面から照らし出して活性化させるべく、提言していくことを目的に発足させていただきました。何分にもたいへんご多用中の先生方ですが、本研究会におかれましては、大所高所から貴重なご意見を賜りたいと考えておりますのでどうかよろしくお願いいたします。続いて、当研究委員会の座長の取扱いについてお諮りいたしたいと思っております。事務局からのご推薦ですが、座長につきましては、病院経営がご専門で、当研究会の発足にあたりご助言、ご尽力いただきました多摩大学大学院の真野先生をお願いしたいと思っておりますが、いかがでしょうか。

(異議なし)

○松村主席研究員

皆様のご同意を得ましたので、真野委員、恐れ入りますが、座長席のほうにお移りいただき、議事の進行をお願いしたいと思います。

○真野座長

その前に確認ですが、この議事は公開し、そのために録音して議事録化したいと思います。もちろん各委員のチェックの後です。それで日本医療企画あるいはヘルスケア総合政策研究所の名前で出版物に掲載し、広く社会に提言していこうという狙いもありますので、ご了解いただけないでしょうか。

○松村主席研究員

具体的には、日本医療企画で「ばんぶう」というオピニオン雑誌を発行しておりまして、その中に掲載できれば、世の中に対して幅広く提言していけるのではないかと思います。その辺をお願いしたいのですが。

(異議なし)

○真野座長

現在、アメリカの医療経営に対してはかなり議論がなされています。ヨーロッパについては保険を含めた医療制度、それから丸尾先生のご専門でもある社会保障制度、これらについてはかなり本も出されているけれども、実際のところ医療機関がどうやって経営されているのかとか、開業医の収入についての正確な数字、どんな問題を抱え何を考えて経営しているのかについてなど、そういった情報が全くないというのが現状です。ただ実際、日本の社会保障制度はヨーロッパのそれに近い部分があり、そういった意味合いで、医療機関、医療経営者、医者たちが何を考えて経営しているのかについてディスカッションしたいと考えています。レジュメの「ヨーロッパの医療・福祉経営」(資料2)をいま配布しました

が、そういったものについて日本で得られる資料がきわめて少ないのです。あえていえば日本医療企画から出している「医療白書」「医療経営白書」の中で若干触れられている程度です。たとえば、極めて特殊な話題ではあるが、「医療白書」で川淵孝一先生が規制緩和とか診療情報公開において比較的広く調べています。一方、「医療経営白書」で松田晋也先生が書いているのは、経営的なことよりもむしろシステムのなことに関してご専門のフランスを舞台にし、最後にドイツにも若干触れています。そういった意味で、今回の我々の議論はこれまで資料や議論が十分ではなかったという点で意義があると思います。レジュメの「ヨーロッパの医療・福祉経営」の1ページ目に視点を列記しましたが、経営的な視点 公的サポートがどうか 補完制度というのは抽象的な言い方ですが、詳細は後述します。いちばんキーになるのは経営の視点だと思います。まず、このうち営利と非営利との関係について、ヨーロッパにおける営利病院と非営利病院のパーセンテージについて、古い数字は知っていますが、新しいものはあるのでしょうか。

他の国についても公的資料で分かると思います。そこで実際、営利病院と非営利病院との関係はどうなっているのでしょうか。イギリスのように営利病院が富裕層を担っている国もあるし、これが一般的なのかもしれませんが、すべてそうとは限りません。一方、営利と非営利との区分けが国によって異なるのではないのでしょうか。そういった点も明らかにしていきたいと思います。特に非営利について、黒字なのか赤字なのかといった視点です。他には、営利といっても純粋な株式会社なのかどうかといった視点もあります。なお、レジュメにも書きましたが、他の経営様式との関連も重要です。次のページにドイツの法人制度を紹介しましたが、公法人と私法人との在り方が日本と異なっています。この体系の中で病院がどこに位置しているのかといったことも検討できると思います。経営といった視点で、時間的、資金的な制約の中でこういった資料が得られ、講師を招いたりすることができるかについても含めて議論をいただきたいと思います。

○ 河口委員

欧州における病院経営については、現在私も非常に興味深く思っています。いま医療法人制度改革が注目を浴びている一方で、抜けている点としては、病院の経営主体の制度についてではないでしょうか。すなわち、病院経営は、ある程度固まった制度の中で動いているからです。具体的には、英国ですと国立病院が主で、ウェイティング・リストで待てない人だけが営利病院に行けばいいということであって、日本のように営利病院のほうが品質が高いのではといった憶測があまりないのです。医療経済の学者も同様の見解です。

○ 真野座長

同じ医者が営利、非営利とそれぞれ担当して、変な言い方になりますが、営利のほうだけハイレベルな行為を提供するということはないと思いますが、いかがでしょうか。

○ 河口委員

基本的には同じサービスだと思います。ただ、営利のほうベッドが豪華だったり、国立病院だと3ヶ月待たなければならないのが営利病院だと1週間で手術をしてもらえるというような差異はあります。医療保険と病院とを一緒に経営しているBUPAという非営

利の法人もあります。

○ 真野座長

医師の行う“サービス”の質は同じという話が出ましたが、その“ツール”たとえば手術の針や糸の質が違うということはイギリスではあるのでしょうか。

○ 河口委員

あり得ると思います。むしろ公的病院のほうが規模は1,000床から2,000床と非常に大きい場合が多いです。但し、難しい症例で、ウェイティング・リストであまり待たせるのが好ましくない場合には、医者の方で民間の病院に誘導することはあります。

○ 真野座長

医療本体の質は同じです。つまりイギリスでも同じ医者が公的・民間とを兼ねてやっているし、他国でも民間保険がやっているのは、あくまでアメニティの部分ではウェイティング・リストの改善です。ただ、いま気づいた点としては、医療の場合、技術だけでは補えない部分というのがあるので、治療手段、用いる用具のレベルが違えば、結果としてのクオリティの差につながっている可能性があるのではないのでしょうか。

○ 河口委員

医療関係者はプロ意識を強く持っており、公民で治療ツールをあまり変えることなく、いつもベストなものを使用するといったところではないのでしょうか。

○ 真野座長

そうすると逆に、公的でもかなり高度な治療ツールを使用していることになります。たとえば薬剤にしても、公的と民間でいずれもブランド品を使っているとかいうようにです。手術に使用する糸などは、かなり多種類の品揃えがありますが、公的と民間とで同じグレードのものを使用しているかはやや疑問です。

○ 河口委員

自分が聞く範囲では、あまりそういう差があるという話は出ていません。

○ 丸尾顧問

イギリスでは、保守党になって以来、介護のほうは利用者がほとんど公的ではなく民間のほうに行ってしまいました。医療のほうでもかなりそういったシフトはあるのでしょうか。労働党のトニー・ブレアは保守党ではないですが、いわばトーリー・ブレア政権も含めて、かなり民間に行く人が増えているのでしょうか。

○ 河口委員

徐々に増えているという状況でしょう。

○ 丸尾顧問

介護ほど民間へのシフトが顕著ではないのでしょうか。

○ 河口委員

介護ほどではないです。介護は公的の設備が全くなっていないというか、ファシリティが整備されていません。医療は曲がりなりにもファシリティはあるものの、ウェイティング・リストがどんどん追加されて長くなる一方なので、それを補うために民間病院への受診が徐々に増えています。但し、その費用負担は重く誰でも可能というわけではないようです。民間保険料を照会してみたが、個人では払えない額であるということなので、企業の幹部とかエグゼクティブのような人が、会社の負担してくれる保険料でB U P Aに入るケースが大半でしょう。個人でB U P Aの保険料を払えるような人はあまりいないのではないのでしょうか。

○ 丸尾顧問

大体いくら位なのでしょう。

○ 河口委員

個人差がありますが、私が聞いた時には月当たり7～8万円程度とのことでした。

○ 丸尾顧問

払えないというほど大きな金額でしょうか。それとも、民間の一般所得者層の人にとって払うに見合うものがないということでしょうか。

○ 河口委員

保険は2種類があり、1つはB U P Aのように保険者とサービス供給体とがセットになったものです。もう1つは、日本の医療保険のように、少額を払っておけば病気になったときに何万円ももらえるとといったものです。後者は誰でも加入できる保険料水準ですが、前者のように民間病院での費用を保障するものではありません。従って、前者の場合には公的病院を利用しているのだと思います。イギリスは物価が安い一方、一般市民の年収はそんなに高くはありません。

○ 真野座長

ガン保険みたいなものは民間の一般所得者層の人も入っているということですか。

○ 河口委員

そうです。ウェイティング・リストを飛び越えてといったことができる保険に誰でも入れるかということ、なかなか難しいでしょう。企業が保険料を払ってくれないと入れません。

○ 岡嶋顧問

現在、イギリス国内でウェイティング・リストに載っている患者がフランスやドイツに

行って治療を受けています。そのときは、フランス、ドイツの保健大臣が自国の保険と同じように扱い、患者は自己負担なしで済むのでしょうか。

○ 河口委員

英国が現在行っている N H S 患者の海外手術の場合には、費用は N H S が原則支払います。英国では病床削減が行き過ぎたために、他国の病院を利用して手術をすることによって、ウェイティング・リストを減らすという政策が取られています。

○ 岡嶋顧問

ドイツ人の若い教授でオーバーレンダー（oberlander）という人物がいます。彼は来日してまたたく間に日本語を習得した素晴らしい語学力をもっていますが、昨年の秋に東大で行われた大学病院の法人化についての講演で、ドイツの大学病院は、いま医学部から分離・独立し法人化しつつあるとのことでした。そして株式会社になったという表現を使い、取締役と監査役を置いたが、株式の配当はないといった経営方針で、ガラス張りにして毎日の収支がコンピュータ入力され、どこの科でいくら使い、いくら残っているかといった情報が誰でも見られるようになったそうです。ニュースによれば、今年の 1 月、東ドイツであったロストック大学の附属病院も独立法人化するとのことでした。

○ 真野座長

ドイツだと監査役制度が日本と異なりますが。

○ 牧委員

岡嶋先生がおっしゃっているドイツの大学の仕組は、大学自体が株式会社であるというご発言ではなく、株式会社のようなガバナンス、経営管理の仕組みが取り入れられつつあるという意味だろうと思います。私が聞いている範囲でも、実質的には日本の独立行政法人と近いような、国の直轄事業から外れて独立で数字をきちんと管理するといった位置づけです。現在の日本における国立大学は、医学部附属病院も含めて文部科学省の中の国立学校特別会計となっています。その中に全国の国立大学がドンブリ勘定として数字がまとめられていて、外部には、その特別会計のドンブリ的な数字しか公表されていないという仕組みです。それがドイツと同じように日本でも平成 16 年度から独立行政法人化することで、各大学が法人格を持つようになると、各大学の数字がはっきりガラス張りになってきます。ということなので、ドイツは日本より先取りしているといえるかもしれません。さらにドイツでは、大学付属病院が大学とは別組織だということになれば、更に明確な区分経理が行われているということでしょう。ベンダー氏の講演は私も聴いていたのですが、ドイツの大学付属病院に対しては、診療で金を稼いでいるのだから税金を投入する必要はなく、自己収入の中できちっとやっていきなさいという仕組が明確になっているとのことでした。しかも日本と同時期に、ドイツでは大学付属病院からだと思いますが、D P C と似たような仕組が始まっています。そういう意味で、もともとそうではありますが、売上が出来高ではない世界に、さらに売上の抑制が行われるような医療費の改正がされていると聞いています。

○岡嶋顧問

病院であっても教育に対しては金を出すのではないのでしょうか。

○牧委員

そうです。病院であっても、教育事業、研究事業、診療事業といろいろなことを行っていて、ドイツの大学附属病院では教育事業、研究事業のコストはきちっと区別するとのこと。それがガラス張りの意味になります。

○真野座長

研究は大学ではなく病院のほうですか。つまり臨床研究という意味になりますか。

○牧委員

それも教育研究であって臨床そのものではなく、付属病院の自己収入で賄うべきコストである臨床そのものの経費をきちっとガラス張りにして明確化するということです。

○河川委員

独立行政法人というのは、税法上はどういう取扱いになるのですか。

○牧委員

国そのものといった存在ゆえに非課税です。

○真野座長

岡嶋先生からちらりと株式会社という発言がありましたが。

○岡嶋顧問

そのドイツ人は株式会社になったと表現していますが、経営方針として取締役と監査役がいるけれども配当は全くないということです。

○牧委員

私もその講演を聞きに安田講堂に行ったのですが、ガバナンスや経営管理の仕組みとして会社的になったと言うべき内容だったと思います。

○米本委員

その辺の法律的な、資本の話、マネジメントの話、株券の話とが、日本でも渾然としていますが、ドイツなどヨーロッパではきちっと法体系などがあります。日本で議論されていますが、ヨーロッパと同じように病院できちっとしていこうという流れなのではないでしょうか。

○牧委員

自分自身、アメリカの医療はこうだ、イギリスはこうだ、ドイツはこうだ、フランスは

こうだ、オランダはこうだと聞くのですが、そもそも病院をやっている開設主体の法的な裏付けはどうなっていて、どういう人に対してこういった開設許可がおりていて、といったバックグラウンドの情報がほとんどないと思います。それが非常にわかりづらいのです。アメリカにしても、様々な人が病院をやっていますが、開設許可はどのような流れで誰が、どういう人に対して、どのような要件の下に認可を出しているのか、といったことを調べようと思っても何も資料がないのが現状です。

○岡嶋顧問

ドイツ連邦医師会とドイツ病院協会との間のある契約で、後者の代表者は聖職者になっていました。

○牧委員

日本の病床規制的なものというのは、たとえば外国ではこういう調査にもとづいた必要病床数というのはどうやって出しているのだろうかとか、あるいは日本のように二次医療圏のような区分がなされており、その中で自治にゆだねられているのかとかが疑問です。病院の経営を考える際には需要と供給の視点が必要であり、日本と同様にベッドの規制などがあるのなら、許可病床数を減らして、ある意味では病院の数自体を減らしてしまわないと経営は改善されないといったような状況というのがヨーロッパにもあるのかもしれない。

○真野座長

フランスは、医院開業に対しての制限が一時期課されていたようですが。

○河川委員

アメリカも病院の新設規制はあります。病院を建てる場合は州に届け出て、州が認可しないと駄目だといっていたのですが、いまアメリカもベッドが非常に余っていて稼働率が5割より低いぐらいです。従って、ベッドが欲しい場合には買収が行われ、自ら建設しようとする場合はあまりないようです。ですから、日本のように一定の公式があってここは駄目でここは良しというよりも、州がその都度判断するという形態になっていますので、今は規制があるにせよほとんど通用を感じないようです。むしろ、どこの病院がどの病院を買収するかとか、どこの病院と提携を組むかということに主眼が向いている状態なので、あまり規制が機能していないようです。

○牧委員

日本のように必要病床数といったものはないようです。

○真野座長

アメリカ全土かどうかは定かでないが、カリフォルニアにおいてはいいようです。

○牧委員

私もそう聞いています。

○ 河口委員

ある研究会で調べたときにはありました。ところがアメリカに行って現地の人に聞いてみると、一様に「あまり意識してない」と答えていました。

○ 真野座長

実際のところ、そもそもないのか、それともあるけど皆が意識をしていないということでしょうか。

○ 河口委員

規制はあるのですが、実効性を失っているのだと思います。建増しをしているときには病床規制というのが効いてくるのですが、皆が建増しを止めてどうやって減らすかを考えているときには上限規制は意味をなしません。スウェーデンには民間病院はあるのですか。

○ 丸尾顧問

無きに等しいです。わずか 0.2% 程度です。10 年前は、医療供給機関の 95% が公的だと資料に書いてありました。その後 80 年代に変化があって、病院に診てもらうときには治っているか死んでいるかといった事態を打破するために、アキュートと呼ばれる救急病院を開設することを政府が民間に許可しました。自分自身、足をけがして民間病院に行ったところ、数分待って診てもらえました。医者に対して直接現金を支払いました。自治体政府の場合でもディスツリクト（地区）ナースが簡単な治療を行います。コントラクターとかアウトソーシングなどはたくさんあるけれども、公的病院は何パーセントかといった数字については、すぐ手元に資料はないです。民間のデータは多少は出ていると思いますが。

○ 真野座長

パーセントは、ハンドブックス・オブ・ヘルスエコノミクスに掲載されていました。最新版にも掲載されている筈です。

○ 丸尾顧問

ホームページのアドレス（<http://www.scb.se>）を参照すれば、たいてのことは分かります。

○ 河口委員

民間に急性期病院の事業参入を開放するときに大きな議論はなかったのでしょうか。

○ 丸尾顧問

議論はあったと思いますが、公的では待たされて死んでしまうということで、人命には代えられないということで押し切られたのです。

○ 真野座長

それは 1980 年代の話ですか。

○ 丸尾委員

そうです。やはり社民党が強いところは、基本的医療において人命に階級があってはいけないという考えが強いです。

○ 岡嶋顧問

ドイツの医者 of 収入をまとめた資料を持参したので配布します。

○ 牧委員

（真野座長の示した資料 2 のドイツの法人制度体系図を見て）ドイツの法人体系図は日本のものに酷似しています。それもその筈であり、日本の法制度がドイツのものを参考につくられているからです。日本でも私法の一般法として民法が存在し、商事に関する民法の特例法として商法が存在します。体系図における社団の営利社団というのは、日本ではまさに会社のことです。合名会社・合資会社というのは営利社団に該当します。公法人、私法人とも日本法でも同様に規定されています。民法法人というのが日本の民法 34 条法人に相当します。商法法人の中に共同組合があるが、これも日本法に民法組合という類似する規定があります。商法にもとづく会社が株式、有限とあり、日本法では合名、合資、株式、有限と 4 つありますが。

○ 真野座長

日本法だと、34 条法人というのは公益法人という位置づけですが、それが民法上の法人だから私法人に属しているのでしょうか。

○ 牧委員

ドイツの体系図における私法人の民法法人の中に社団と財団とがあり、うち社団に非営利社団があるのですが、これが日本法の 34 条法人より広範な概念で、日本でいう法人格を持った N P O 的なものまで含んでいます。この営利社団というのは日本の民法社団にはない概念で、合名、合資会社に類似します。財団は全部非営利であり、これは日本と同様です。

○ 丸尾顧問

日本では、配当をしなければ営利会社とは言いません。

○ 牧委員

省庁により見解が異なります。財務省は配当の有無は関係ないと言っていますが、他の省庁は違います。だから医療法人は配当はできないが、税務上は株式会社と扱いが同じです。

○ 河口委員

財務省は何を基準にしてそう判断しているのでしょうか。

○ 牧委員

解散時の利益分配さえあれば、法人の剰余金は出資者に帰属するという、持分の話です。配当にも清算配当と決算配当の２つがあり、非営利において配当がないというケースは決算配当がないという意味です。医療法人においても決算配当はなくても清算配当はあります。そうすると、医療法人の剰余金は出資者に帰属する財産であるということになり、医療法人に対する出資持分は相続税法上も課税財産になります。

○ 真野座長

ドイツは法人体系の中のどこで医療法人を定義しているのかは不明ということでしょうか。

○ 牧委員

医療法人に相当するような制度があるかどうか、あるいは病院経営主体の課税関係は原本を見ないことには分かりません。会社制度と営利、非営利とをすべて整合させられるかという点必ずしもそうではないでしょう。アメリカでは、法人の設立形態そのものは課税関係とは無関係であり、課税、非課税の取扱いは歳入庁の個別判断です。いわゆるNPOでも課税されるケースがアメリカでは多々あります。原則は課税で、非課税認定を個別に行うというのが、米国租税法における法体系です。

○ 真野座長

牧先生は日独とで法人体系が似ていると指摘しましたが、フランスや北欧とは似ておらず日本とだけ似ているということですか。

○ 牧委員

見た感じで率直に日本と似ていると思いました。日本の商法は、ほとんどドイツ商法です。

○ 河口委員

アメリカでBC/B S〔ブルースクロス・ブルーシールド〕という非営利の保険会社がM & Aのために株式市場からの資金調達が必要になり、営利法人に転換した事例について調査に行ったことがあります。カリフォルニア州政府では、BC/B Sが従前支払っていなかった税金について、独立した基金を作り、地域の子供の医療などに使えるようにすれば転換を認めるという判断を下しました。要は、滞納していた税金を返せというものです。

○ 牧委員

遡り課税のようなものです。

○ 河口委員

州が徴収するというのではなく、価値判断として儲けた分を地域に還元したら税金は不要というものです。

○ 牧委員

それも日本に近いものがあります。民法 34 条の公益法人立病院です。税務上、民法 34 条法人は非課税です。しかし病院事業を行っている場合は収益事業として課税されることになっていますが、総患者数の 1 割について、自己負担料を減免しているということを説明できれば法人税が課税されません。

○ 真野座長

1 割というのは相当な数です。

○ 牧委員

ところが意外とクリヤできるのです。入院患者でやると金額的影響が甚大なのですが、外来患者を対象にすれば金額的影響はさほどでもないのです。他に精神・神経科の患者も多く、等級によって自己負担の有無があるのですが、有ったとしてもわずかな金額の場合があります。1 割というのは金額ではなく人数です。日本の公益法人立病院が決算期末にいちばん苦労するのは、この 1 割のノルマを達成することです。これもまた、稼いだ金を地域に還元しているかどうかパブリックの証であるという税法上の発想ですが、医療法人には適用されず、なぜか公益法人立病院にだけ適用されます。

○ 真野座長

その根拠は通達ですか。

○ 牧委員

法令、通達などです。

○ 真野座長

そういった通達はもっとオープンにするべきでしょう。

○ 牧委員

実際ほとんど知られていません。公益法人立病院にだけ適用されるのは不公平だという声が医療法人から上がるので。

○ 真野座長

クリヤするのが容易だから、その意味で不公平ということなのかもしれません。

○ 牧委員

公益法人立病院に対する非課税の基本的な精神はアメリカと一緒にだと思います。財団法

人立病院も医療法人立病院もやっていることは全く同じなのに、どうして前者に対してだけ優遇するのか、という声が上がってくるのは医療法人立病院からなので、財団法人立病院のほうがひた隠しにしているのかもしれませんが。逆に、それを医療法人にも認めろという声があがると財務省も困るのであまり表立って言わないのでしょう。税制改正要望は一部の医療関係者から出されているようですが。

○ 真野座長

考え方としては、ルールをもっと厳しいものにしたほうが良いようです。

○ 牧委員

ただ、医療法人にも共有持分の定めがない医療法人と定めがあっても足りない医療法人とがあり、後者では非課税の取扱いは認められないのです。

○ 河口委員

その点はおかしいと思います。清算配当と、地域への貢献という条件が一緒であれば扱いを異にする合理的理由がないです。しかし医療法人のほとんどは共有持分があるので、政府や州が医療法人のルールをまったく均一にやろうとしても即座には無理です。

○ 米本委員

財団法人は財務省の管轄なのですか。

○ 牧委員

管轄はいろいろな省庁です。そのうち病院をやっている財団法人については、都道府県所管が一般的です。

○ 米本委員

財団法人は財務省の管轄だから大目に見ているということではないわけですか。

○ 牧委員

財団法人立病院の発端については、海外のように宗教系に端を発しているということではなく、各々の地方における有力会社を起源とする場合が多いのです。

○ 真野座長

その通りです。

○ 河口委員

人数の1割を無償にすれば法人税が免税となる制度が非営利の病院に限定しているということが面白いメルクマールです。

○ 真野座長

アメリカの免税制度は、非採算医療が何割か、といった要件が追加された筈ですが。

○ 河口委員

地域の無料医療をこれだけやるといった計画を出します。

○ 真野座長

個別性が強い制度なのでしょうか？

○ 河口委員

そう思います。牧先生がご指摘なさったように、申請をして行政が十分に行っている判断を受けた人だけに認められます。その地域での無償医療の実績によって、去年は駄目だったが今年は良しということもあります。セントラというIDN（インテグレートッド・デリバリー・システムすなわちプライマリー・ケアから介護まで全部包括化したようなもの）ですが、このデータを見せてもらったところ、かなり無料医療を実施しています。

○ 真野座長

病院債を発行するときの基準と同じではなかったでしょうか。病院債の発行にあたって非免税、免税の区別で実施しているわけですから。病院債のほうが法人税免税より基準が緩いのでしょうか。

○ 河口委員

病院債は“病院本体”が免税になるわけではなく、病院債の未払いに関する、“債券保有者”の負担が減るだけなので、その辺の基準はもう少し緩いのではないのでしょうか。

○ 岡嶋顧問

これは、自分のホームページに昨日アップした資料（資料3）で、1999年におけるドイツの医師の収入および手取額をグラフ化したものです。こういった数字は、ドイツ医師会雑誌に10年ごとに掲載されます。物件費と人件費で約55%、これは以前から変化がありません。そこから所得税、社会保険料を控除した手取額です。大雑把に、収入の4分の1が手取額といった図式です（資料4）。こういったことは、ドイツのある機関が調査して統計を作成しています。次に、医師免許を取得すると全ての医者は医師会に強制加入させられます。日本ではそうではないので問題視されていますが。同時に医師年金にも強制加入させられ、現在の加入者は、勤務医も含めて30万人から40万人います。希望すれば65歳前でも繰上げ支給されます。この点も日本と同じです。65歳を過ぎても支給を受けずに我慢していると繰下げ支給を受けるときに支給額が多くなります。障害者は、老齢年金よりも多めに支給されます。未亡人などの遺族にも年金が支給されます。この表は、総収入を、高い者から低い者へと順に並べて、さらに高所得、中所得、低所得と3分の1ずつに区切り、それぞれの平均を、専門医別に出したものです。これは10年前とあまり変化していません。10年前だと、家庭医はかなり収入が低かったけれども、細かい調整をしてなるべく他の専門医と横並びになるよう、政策的な配慮が施されているようです。

○ 河口委員

専門医の定義というのは何でしょうか。高度な技術を持っている人ですか。

○ 岡嶋顧問

専門医規則があり、その規定に従った卒後研修を受け、試験に合格すると専門医になることができます。

○ 河口委員

この資料にある人たちは、ドイツの医者の中でも優秀な人なのでしょうか。

○ 岡嶋顧問

ドイツは、専門医でないと開業できないようになりました。

○ 真野座長

勤務医はどういう位置づけになるのでしょうか。

○ 岡嶋顧問

勤務医も通常専門医です。専門医資格をとれない人は、専門医資格のない勤務医として病院に勤めることしかできません。

○ 牧委員

日本の開業医だと、産婦人科、内科、小児科……といったように各医師の診療科目がたくさん並ぶことがありますが、ドイツの場合はどうでしょうか。

○ 岡嶋顧問

それはありません。たとえば産婦人科の医師が、一般の家庭的な業務をすることはできません。そのような診療をしても報酬は受けられません。

○ 河口委員

専門医として登録した診療科目以外は、保険が支払われないということですか。

○ 岡嶋顧問

そういうことです。超音波検査式の診療についても、担当医師が研修を受けて認定されていないと、保険からその超音波検査の診療について支払ってもらえないのです。ドイツの医師の所得は低額ですが、老齢年金があるので安心して皆辞めることができます。

○ 真野座長

ドイツの医師の所得は月額で高い人でも 70 万円位なのですか。

○岡嶋顧問

手取りでせいぜいそんなところでしょう。

○河口委員

多くはないです。社会保険料の負担が日本と比較してドイツはかなり大きいです。

○真野座長

この資料の数字は手取りです。

○河口委員

社会保険料の負担分を控除せずに入れて比較すると違った結果になるかもしれません。

○真野座長

日本の統計だと社会保険料の負担分を入れて開業医は月の売上が700万円から900万円ぐらいの筈です。いずれにしても、日本よりヨーロッパの方が医師の収入は低いです。

○河口委員

社会的なステイタスはヨーロッパの医師は非常に高いです。お金はあまりもらえないにしても、社会的には尊敬されています。

○岡嶋顧問

ドイツでは職業のアンケート調査をやると、聖職者や教授職などを抜いて、いつも医者の評価がトップになっています。

○真野座長

ステイタスという意味ですか。

○岡嶋顧問

そうです。社会的な評価においてです。

○河口委員

そこで衡量を得ているのかもしれません。金銭的なものよりも、社会的なものでしょう。

○米本委員

家庭医と内科医との定義の違いがよく分かりません。

○岡嶋顧問

数年前に、内科医に対して、内科医と家庭医いずれをやるのか選択させました。その結果、家庭医を選択した場合、内科の専門的な治療をやってもその支払いが保険から来ないので。

○ 河口委員

専門医が個別に保険者と契約をしているのですか。会社などの組織に所属しているというよりも個人事業主という立場でしょうか。イギリスを例にとればG Pというような……。

○ 岡嶋顧問

そうです。個人事業主です。保険者と個別に契約することはないと思います。患者には医師を選択する権利があります。開業資金については、医師と歯科医師とを対象にした銀行があります。そういった銀行が、どの専門医が開業にいくらかかるか、といった平均を出しています。

○ 真野座長

ちなみにどの位なのでしょう。

○ 岡嶋顧問

あまり道具を使用しない課は日本円で2,000万円位。外科など高度の機械を使用する課は7,000万円位です（後日、岡嶋先生より「実際はこの3分の2くらいかと思います」とのこと）。

○ 真野委員

日本とあまり変わらないようです。

○ 岡嶋顧問

返済期間は20年から25年ぐらいです。

○ 真野座長

資料の数字が診療所の収入だとすると、日本よりずっと返済が大変です。

○ 岡嶋顧問

経費を抜いた数字だからそう見えるのかもしれませんが。

○ 真野座長

日本にしても、診療所の収入から経費を抜いた数字は、月200万円位なものです。

○ 河口委員

手取りでですか。

○ 米本委員

手取りではなく、収支算というものです。入ってくる金から単純に経費を抜いたものです。

○ 牧委員

そこから税金や借金や社会保険料を払ったりするのです。

○ 真野座長

それにしても、日本の医師のほうがドイツよりも収入が2倍はあります。同じぐらいの経費をかけて開業していたら、ドイツの医師のほうが日本より返済に2倍かかるということになります。

○ 牧委員

日本の医師は、開業資金の返済に20年もかけないです。10年位で返済するケースが多いです。そう考えると、資料の数字と実態との整合性が合います。

○ 真野座長

それにドイツは年金があるから、返済をゆっくりでもいいだろうというような発想なのでしょう。ドイツの医師は何歳位で開業するのでしょうか。それも返済期間に影響するのでしょうか。

○ 岡嶋顧問

正確なデータはわかりません。55歳を過ぎてからの開業は許可されません。理由は保険の無駄遣いになるということです。

○ 真野座長

50歳で開業したら、そこから20年かかって返済というのはちょっと大変です。

○ 河口委員

専門医の資格を取得するのに何年か要するのでしょうか。

○ 岡嶋顧問

6年位です。それに、定員制になったので開業のポジションを待たないと開業できません。スイスだと40歳位で開業し、63歳位で辞めるようなケースが多いです。

○ 河口委員

ワン・タームというか、開業して20年かけて返済が終わったらちょうど退職といった感じで、その間、借り受けた開業資金で購入した機器を使えば良いといった発想なのでしょう。

○ 岡嶋顧問

自分もそう解釈しています。医師会雑誌から見る限りですが。

○ 真野座長

先ほどフランスに開業規制があるという話が出ましたが、今の話ではドイツでもあるとのこと。エリアによっては開業すらできないで待っているより他にないらしいです。

○ 河口委員

イギリスでも開業規制はあります。G Pについては、過密地域はなるべく避けて、過疎地域に開業してもらうように、支払金額のフォーミュラーについてインセンティブが付加され、こういった指定地域で開業した場合は増やしますよという調整が行われ、G P配置の均一化が図られています。

○ 真野座長

同様の調整措置はフランスでも同じです。

○ 河口委員

イギリスの場合、ロンドンの都市部でやや怖いところで開業を行うのは躊躇されるようです。どうせなら郊外のお金持ちが多く環境の良いところが好まれるようで、なかなか均一化はうまくいっていないようです。

○ 真野座長

開業規制がある場合、病院に医者がどんどん溜まってきてしまうのではないのでしょうか。

○ 岡嶋顧問

そういった傾向はあるようです。だから勤務医は解雇されないよう一生懸命に働くようです。いまのところはバランスが保たれているようで、ここ1～2年、勤務医はどんどん減少しているようです。医師が病院離れをして、医師の定員を満たさない病院が半分ぐらいに増えています。

○ 真野座長

勤務を辞めた医者はどこに行っているのですか。

○ 岡嶋顧問

病院内における現場の医師のようなきつい職場でなく、なおかつ医師資格を活用できるような保険審査や介護審査などのようです。詳しいことは分かりません。

○ 真野座長

ドイツだと、企業に勤務している医師も多いです。

○ 牧委員

そうですね。製薬会社などが多いようです。

○ 真野座長

このまえ聞いたところ、そのうちヨーロッパ系の製薬会社に勤務している医師の地位は相対的に低いといことです。収入は高いのかもしれないが、MRに近い人もいるらしい。

○ 牧委員

開発や臨床研究に関係する仕事に携わっているのではないのですか。

○ 真野座長

製薬会社の営業マンレベルで雇っているようです。

○ 岡嶋顧問

ドイツでは、医者はMRを行うことは禁じられています。

○ 真野座長

MRとまではいなくても、営業的なことをさせられていると聞いています。多分、情報提供に特化しているとか。アメリカはそこまでの状況はないですが。

○ 河口委員

アメリカでは保険会社が医療内容審査を一部行っていて、医者が保険会社に所属して、「この医療行為は適切か？」というような査定を行ったりします。保険会社が個々に契約している医者の点数をつけてプロファイルし、その成績如何によっては、「あなたは来年契約をしない」というような業務も行っています。保険会社でそのような業務を行う医師は、報酬が高いので、医療訴訟等で大変な診療する医師よりは、保険会社に雇われた方が良いという人もいるようです。

○ 岡嶋顧問

ドイツでも、きつい職場を嫌う医者は臨床の現場ではない職場に行ってしまうようです。

○ 真野座長

たとえば疾病金庫に医者はいるのですか？

○ 岡嶋顧問

疾病金庫の Medizinischer Dienst 医学的助言者、たとえばリハビリが適切かといったような、医療内容を審査するような医者がいます。その方が楽で、給料もあまり変わりません。

○ 真野座長

一つ言えるのは、医者の受け皿が多いということでしょう。日本のように限られた範囲ではないということです。

○岡嶋顧問

そういった意味で、国際比較をする際に、医療経済だけでは正確な理解に達しないかもしれません。

○真野座長

問題を突き詰めると給与の話も出てきて、日本の場合、収支差額で勤務医が約1,500万円、開業医が2,000数百万円です。給与水準が落ちてこないと、バーターで他の職場には行かないでしょう。たぶんドイツの場合、異動先の給料と同じというのは、医師の給料がもともと安いからだと思います。行きつくところ、開業医の給料という問題になってくるのです。自由開業なわけだから、他のところに行って、わざわざ給料を下げるなら開業した方が良いということになります。

○河口委員

経営の視点から言えば、病院と、専門医で開業した人とは、後者は個人で契約をしていて、収入の多寡はあれども経営形態は変わりません。イギリスのGPとアメリカのプライマリー・ケアとで違うことをやっているということはないです。逆に、病院の経営形態は、ある程度の資本蓄積を要するため、各国で差が出るのではないのでしょうか。日本はレントが発生している可能性があるが、いちおう個人事業主で、組織形態も個人で、株式会社でもなければ非営利法人でもないです。

○岡嶋顧問

ドイツの開業医は、辞めるときに医院を譲れる。そこでお金が入ってくる。立地条件の良いところに開業していると、1年分の収入に匹敵する暖簾代というのが入ってくるとか？

○真野座長

暖簾代もさることながら、年金というのがポイントでしょうか。医者だけ別の年金なので入ってくる金額が多いのでしょうか。

○牧委員

それは日本も一緒ではないでしょうか。

○真野座長

日本の医師年金のことですか。それもそうですね。ただ強制ではないし、そんなに利率がいいものでもなくなってきました。

○岡嶋顧問

ドイツの場合は賦課方式というのでしょうか。その年に集めたものをその年に配るという日本の公的年金と同じ仕組みであり、貯蓄型ではないです。

○ 真野座長

私が言いたかったのは、日本は額をたくさん掛けている人が多いということです。多くかければ多くもらえる。だから単純にドイツとの比較はできないでしょう。

○ 岡嶋顧問

ドイツの医師年金はインフレに絶対的に強いです。

○ 真野座長

その方が使い勝手が良いでしょう。日本の場合だと、開業しても金がない人はたくさん掛けることができない。だからあまり魅力的には感じない。医師でない他の金持ちが蓄財の手段として利用しているのと大差ないです。

○ 牧委員

ドイツの医者も、多分たくさん年金保険料を払っているのではないのでしょうか。日本も多く払えば同じようにたくさん年金給付をもらえるのでしょうか。ところで、日本では医師とか看護師などについて人員の配置基準、すなわちベッド数がいくつなら何人以上といったものが医師法で定められているように、ヨーロッパの病院でも同じような基準があるのですか。

○ 岡嶋顧問

ドイツについての詳細は把握していません。

○ 河口委員

イギリスは、公的病院については定員があります。

○ 牧委員

公務員の定員枠のようなものなのでしょうか。

○ 河口委員

その通りです。

○ 真野座長

配置基準というものとは異なるのですか。

○ 河口委員

意味としては同じだと思います。医療資源の配置も計画経済のように行われています。従いまして、ヨーク地区では人口がいくらで、年齢構成や過去の実績がこうなので、そうするとこのくらい医療需要がありますといったことを計算し、それに基づいて予算枠が配分されます。

○ 牧委員

民間病院はどうですか。イギリスの公的病院は、自己資源で運営しているというよりも、歳入と歳出が別ルートで、診療活動がいわば予算執行化しています。

○ 河口委員

その通りです。

○ 牧委員

だから予算がなくなったら、その年度についてイギリスの病院は運営できなくなります。

○ 河口委員

民間病院は、最低限の安全基準の設定はないような気がします。

○ 真野座長

予算はあるにせよ、医師が何人いなければいけないという、日本のような配置基準はないのではないのでしょうか。

○ 牧委員

しかも、日本では基準看護のレベルによって点数が違えば、売上も違ってきます。

○ 河口委員

イギリスは現在、配置するにも医師や看護師が足りません。なぜなら、あまりにも給料が安いので、職を求めて他国（特にアメリカ）に行ってしまうからです。英国NHSは、自分で病院の格付けを行っていますが、人員配置基準をどれだけ充足しているかというのが一つの基準として採用されています。

○ 真野座長

正確には配置基準というよりむしろ定員ではないのでしょうか。

○ 河口委員

定員の充足率が悪いと、NHS内での格付けが下がる要因の一つになるそうです。

○ 真野座長

国のルールはないにせよ格付けに影響してくるから、人員基準があるのと等しいことになります。民間も格付けが付いていたのではないのでしょうか。

○ 河口委員

民間は付いていないです。三ツ星とかは、あくまで国立病院に対して、政府が懲罰をするために付けているもので、すべて国立病院に対して付されるものです。

○ 真野座長

そうすると、民間は野放しの可能性があるのですか。

○ 河口委員

その可能性が強いと思います。

○ 真野座長

アメリカは配置基準や定員規制はなかったのではないのでしょうか。

○ 牧委員

自由だと思います。

○ 河口委員

自分が行ったときも、無資格者よりも賃金の高いナースを極力排除して、アシスタントのようなヘルパーというか、物を運ぶ人は誰でも良く、パート化していかに収益を上げるかといった話を聞きました。

○ 牧委員

日本の病院は、けっこうオーダリング・システムや物流システムなど、システムに何十億と投じますが、アメリカの病院はそういったインフラが皆無に近いです。「人が走る」というのがアメリカの病院の特徴です。ゆえに壊れたときのメンテナンス費用も安くつくのです。

○ 米本委員

アメリカは経営的にみると分かりやすいのですが、ヨーロッパの場合、経営者に優劣があるならば、いまの話だと人員基準や予算配分について、どのようなマネジメントが要求されるのですか。人を集める能力があるのが優秀なマネージャーということになってしまうと、現在の日本とかなりマネージャーに要求される能力が違います。一方、アメリカは、コストを下げて利益を上げるといった方向になっています。それらをどう比較検討すれば良いのでしょうか。

○ 河口委員

病院経営者についていえば、イギリスの国立病院では役人が赴任しています。平均値と比較して、この病院の状態ならこの数値まで可能な筈だという達成度で測られるので、日本のように財政基準がない代わりに、予算配分なので人頭割のような形で金は全部入ってくるのです。その意味での心配はないと思いますが、今だとウェイティング・リストを減らさなければならぬとか、死亡率もある程度は平均値以上に近づけなければならぬとかの制約があり、むしろがちがちの数値で縛られているのです。したがって、経営者があまり工夫する暇がないように思います。

○ 真野座長

河口先生の考えているような視点ですと、あまりイギリスは参考にならないかもしれませんがね。ただ、民間に委譲するという過程を経ているので、公的病院については非常に参考になると思います。

○ 米本委員

公的病院についてはイギリスに学べという指標のようなものがあるにせよ、そうしたところで人件費を抑制できるとか、人数をマネジメントして利益を出せるといった点について学ぶところは少ないと思います。

○ 河口委員

その通りです。イギリスの公的病院自体が現在、危機的状況にあります。

○ 牧委員

よく“危機的”状況とイギリスの公的病院について言いますが、病院の決算状況も本当に危機的なのでしょうか。

○ 河口委員

日英とで資源の配分方法が異なります。日本はお金による配分です。イギリスは時間による配分なのです。前者について、お金はこれだけということになれば、あとは待つということになり、待ち行列をつくることとなります。ゆえに赤字にはならないのです。あとは来年お金をもらいに来てくれということになるので……。

○ 真野座長

“危機的”というのは財政を指して言われているのではないのでは。

○ 牧委員

医療の仕組み自体かもしれませんね。

○ 河口委員

質があまりにも落ちています。人がいない点、ウェイティング時間が長すぎる点などです。

○ 真野座長

胃ガンで半年待ちとかいう「待ち」があるといった点では、“危機的”だと思います。

○ 河口委員

病院に来たときには死亡していたといった話は非常につらいです。車椅子に座り、痛み止めの注射を打ちながら待っているという状況は、クオリティとかいうことを議論する以前の問題です。患者が医者に会えないとか、手術をしてもらえないかという意味で質が低

くなり“危機的”なのです。

○牧委員

営利、非営利という軸があるとする、イギリスの病院はかなり非営利に近いです。パブリック・セクターが直接病院を運営しているので、その目的を普通に考えれば非営利です。アメリカの病院には営利病院があると言われますが、さほど儲かっているわけではなさそうということが最近よく知られるようになりました。そうすると、病院は営利、非営利を問わず儲からないことになります。

○真野座長

大儲けはできないということでしょう。

○牧委員

日本の病院に目を転ずれば、自治体病院はどこも“危機的”状況というか、財政赤字を抱えています。国立大学も含めてパブリック・セクターの病院はそうです。プライベート・セクターの病院は赤字になれば潰れるわけであり、どこも固い数字を残していることは統計からも明らかです。そう考えると……。

○真野座長

その辺はおそらく一つのポイントで、営利と非営利との役割分担がどうなっているのでしょうか。

○牧委員

医療法人等の経営概況を見ると民間病院はある程度の利益を計上していますが、これが病院事業のそのものの全体利益という訳ではなく、MS法人などを利用した節税策を行った上での利益であることが一般的です。したがって、日本の民間病院の経営効率は決して悪くないというのが最近の私の持論です。

○河川委員

組織としての利益と、システムとしての効率はおそらく違うでしょう。経営だけの効率という視点では、ミクロの効率としては良いかもしれませんが。しかしマクロの視点で見たときに果たして本当にうまくいっているのか疑問です。

○真野座長

マクロという意味では、公的病院が過剰に負担をしているとしか思えないのです。

○河川委員

民間からコスト・シフティングをしているということでしょうか。

○牧委員

確かに公的病院は赤字ですけれども、その中身を見てみると、人の部分、資本コスト、すなわち建築費といった要因に集中しています。３階吹き抜けロビーなどという贅沢な造りをせず、普通の規模で建築すれば良いわけで、医療費で賄え切れなかった部分は結局のところ税金で補填しています。

○ 真野座長

公的病院にも問題はあります。いま例にあげたような３階建吹き抜けロビーという病院もあるので。その辺、民間病院の方が問題をうまくすり抜けて左団扇なのも実態です。イギリスのＢＵＰＡはどうでしょうか。

○ 河口委員

イギリスの状況は全く逆だと思います。公はすごく粗末な設備です。アメニティが欲しい人は民間に行けばいいのだということでしょう。イギリスの大学のゼミで、学生がこの点を指摘し改善が必要だと主張すると、教授がそういった趣旨の反論をします。クオリティの差はさほどないので、アメニティを求める人は民間に行けばいいのだということです。公は皆から集めた金でやるのだからということなのでしょう。

○ 真野座長

イギリスは、公の持分がはっきりしているのでしょうか。ある意味、ナショナル・ミニマムといいますか。日本の場合は、わけのわからないところで公が余分に公費を使ってしまっているのです。

○ 河口委員

議論をする際に、営利、非営利の仕組がどうなっていて、バックグラウンドがどうなっていて、といった制度の問題にたちかえる必要があると思います。

○ 真野座長

時間の関係もあり、公的サポートの論点にも議論を進めたいと思います。公的医療機関に対しての政府の役割についてはどうでしょうか。

○ 河口委員

資料の１枚目にあった営利、非営利の問題というのがまずあります。それから公が出している医療サービスと民間が出している医療サービスとがあり、後者の役割に応じて前者の角度が変わるのです。イギリスのように、ほとんど公で賄っているから、民間に行きたい人は勝手にどうぞという国もあります。日本のように、民間がある程度の部分を担っているとなると、ある程度は診療報酬で点数に色をつけなければいけないということになります。アメリカのように、建設費まで公費で出しますと、あるいは病院債という形で公費で利子補給をして病院経営者が建設資金を出せるようにしてあげますというのは、パブリックだけでは間に合わないという発想でしょう。公私の役割分担があり、その後ろには法人制度があるといったような基礎的な構図を押さえると、経営の議論にもスムーズに入っ

ていけると思います。

○ 真野座長

今後の進め方を決めたいのですが。講師を招くとしても、国ごとに選定するのがいいのかどうかです。この研究会は2ヶ月に1回で、全6回を予定しています。最終回はまとめとなりますが、計5回呼べます。1回ごとにストーリー性を持たせるか、それは難しいのであれば国ごとに見ていくほうがいいのかどうか。

○ 河口委員

私見としては、法人制度ということで各国に横串を通したほうが良いと思います。営利、非営利などの論点も含めてです。

○ 牧委員

病院の開設者は誰かなども必要でしょう。法人ではないケースもあり得るので。

○ 真野座長

その辺は、補完しあってやっていけばいいと思います。河口先生の挙げた法人制度というのは、医療法人制度ですか、それとも法人制度全体ですか。

○ 河口委員

後者です。あと牧先生の挙げた、そのうち誰が病院を開設できるのかという問題です。

○ 真野座長

病院にどんな設置基準が課されているかも含めてですか。

○ 河口委員

許可、認可、届出はどのようなのですか。

○ 牧委員

ヨーロッパはベッドが1つでもあれば病院だと思います。日本は20床という中途半端な数が設定されていますが。

○ 真野座長

それは日本だけでしょう。

○ 河口委員

資料を収集してきて事務局に整理してもらい、この場に持ちよってまとめていくといった方法ではどうですか。

○ 真野座長

法人制度のあり方などは、さほど苦勞なく調査できるものなのでしょうか。

○牧委員

やってみないとわかりません。どこかに資料があるのは間違いないと思いますが。医療の部分から入ると全体像が見えないので、一般的な部分から入っていき枠組みを押さえてからのほうが良いと思います。

○河口委員

同感です。そうしないと軸が動いてしまうのではないのでしょうか。

○牧委員

法人制度のところは自分が担当します。医療施設の数について、海外は分かるのでしょうか。

○米本委員

ヨーロッパの場合、統計で把握できない数字もあるのでは。

○河口委員

公共性があるものはW e bで確認できます。

○牧委員

日本のように皆保険というわけではないのだから把握できない数字があっても当然です。

○河口委員

B U P Aなど民間の統計を誰が調査するのかというと、100%を知ることは不可能ではないのでしょうか。代表的なところに話を聞くぐらいしかできないのではないのでしょうか。

○真野座長

日本のように、開設主体別に細分化されていないのではないのでしょうか。少なくともイギリスでは。

○岡嶋顧問

ドイツでは病院は3種類、つまり公的病院（州、郡、市町村または地方自治体の目的連合）、自由公益病院（教会、自由社会福祉事業連合体）、および私的病院（一人の医師に対応した専門部門、または会社）に大別されています。前二者はいずれも830病院、私的病院は370、合計約2,000です。ベッド数の少ない病院は減少、ベッド数の多い病院は増えており、大病院による効率化が徐々に進んでいます。

○真野座長

次回までの課題として、牧先生に全体の法人制度と、医療法人制度についての調査をお

願いたい。

○牧委員

どの国を調査するのでしょうか。

○真野座長

イギリス、ドイツ、フランス、北欧はスウェーデンだけで十分でしょう。公的な部分は我々でも調査可能として、開業医病院の現場での状況を語ってくれる論者がほしいですね。岡嶋先生が先ほど上げられたドイツの医師が、日本に来るようなことはないですか。

○岡嶋顧問

アメリカ在住ですが、そうめったに来ないです。

○真野座長

適任としては、医者、医療機関の経営者、保険会社の経営者あたりでしょう。

○河川委員

ドイツに詳しい高智先生という方が健保連にいらっしゃいます。

○岡嶋顧問

高智先生はお詳しいでしょう。

○河川委員

各国の法人制度を並列的に研究している人はいるのでしょうか。

○牧委員

調べてみます。ただ、フランス、スウェーデンあたりの資料が揃うかどうかの問題です。

○真野座長

そろそろ時間がまいりましたので、よろしいでしょうか。本日はこれで終了したいと存じます。次回もよろしくお願いいたします。それでは、次回の日程については、事務局からご案内をお願いします。

○松村主席研究員

次回の日程につきましては、6月26日(木)の18:30~21:00までということをお願いしたいと思っています。次回の講師につきましては、高智先生のほうに私のほうからお願いしてみます。次回からは、本格的に議論をさせていただきたいと思いますが、資料で必要なものがあれば、事務局のほうでも用意いたしますので、ご指示いただければ幸いです。また、各先生方々からも様々な資料のご提供いただきますようご協力をお願いしたいと思っています。

○真野座長

本日はこれで閉会いたします。ご多忙中ご出席いただいてのご発言ありがとうございました。

照会先

(株)ヘルスケア総合政策研究所

医療経営研究委員会 事務局

主席研究員 松村 藤樹

03-3256-2805