

# 対日アクセス実態調査報告書

医療・福祉（介護）サービス

平成 14 年 7 月

日 本 貿 易 振 興 会

JETRO

## 調査報告書の取りまとめにあたって

### 1．本調査の目的

我が国は、世界経済の均衡ある発展と、国民生活の質的向上を図るため、規制緩和等の市場開放に特段の努力を払うとともに、各種の輸入促進策を通じ市場の拡大に取り組んできた。しかしながら、諸外国政府及び経済団体からは、依然として「日本市場には製品・サービスの市場参入に対する障害がある」とする批判や不満が存在することも事実である。近年、関税や輸入数量割当など国境際での貿易障壁が取り除かれつつあるなかで、諸外国の目は我が国の公的規制や商慣行に集まるようになった。

仮に、我が国の制度、公的規制、商慣行などが起因となり、諸外国の製品・サービスの市場参入を阻んでいることが事実であるならば、円滑な企業活動の制約につながるばかりか、我が国消費者の選択を限定的とならしめ、ひいては国民生活の質的向上にも大きな障害を与えるものである。

しかしながら、欧米等主要国にも固有の規制や商慣行は存在する。我が国のそれが国際的ルールに著しく反し、対日市場アクセスの阻害要因となっているか否かを比較・検証することは必須と考えられる。

本調査は、諸外国から市場開放や内外価格差是正等が要求される特定業種(分野)を取上げ、具体的に我が国の制度、公的規制、商慣行等を欧米等主要国との対比を通じ、その実態と特徴を明らかにするものである。調査結果を広く内外に公表し、我が国の制度、公的規制、商慣行等のあり方について、建設的な議論を進めるための検討材料を提供することが本調査の目的である。

### 2．調査方法

調査をできるだけ説得性のあるものにするため、本調査の方法にはいくつかの特徴がある。

#### (1) 諮問委員会の設置

客観的かつ国際的視野から調査を実施するため、国内外の一線で活躍している学識経験者 9 名で構成する「諮問委員会」を設置した。同委員会は、調査開始の段階で具体的調査の実施について指示を与えると同時に、報告書とりまとめの段階において、その内容に関し、総合的観点からの検証・評価を行い、最終報告書のとりまとめに参画した。

## （２）具体的調査の方法

日本国内における調査と欧米主要国における調査を実施した。その際、我が国の個々の公的規制・商慣行等に関し、具体的事項の国際比較と客観的評価が可能となるよう、国内調査において、まず主要な論点を絞り込み、次いでこれらの特定の論点について、海外の状況を調査し、比較・分析の段階でその相違を明らかにする手法を探った。

具体的には、国内調査においては、文献収集による分析を行った後、広範なインタビュー調査を実施した。また、海外調査においては、海外のジェトロ事務所が、文献調査や業界関係者に対するインタビュー調査などを通じて、実態をとりまとめた。

なお、国内外調査の過程において、調査対象分野ごとに、必要に応じて、当該分野の専門家の意見を聴取した。

調査にあたり、次のような共通のアプローチを念頭に、調査を進めることが諮問委員の間で合意された。日本における輸入品の価格と外国における価格との間に価格差がある場合、下記の３つの要因のうち、主にどの要因に帰すのかの解明を目標にすべきというものである。

日本特有な商慣行に起因する流通の高コストにあるのか。

日本市場の価格弾力性が低いこと等を利用して、外国企業ないし輸入代理店が日本向け価格を高め設定している（差別価格、あるいは pricing to the market）ことによるのか。

外国企業が対日輸出するにあたり、日本の公的規制が独特であることから、これに適合させるために、高コストを招いていることによるのか。

現実的には、これらの要因が相互に関連している可能性もあり、また、調査における情報量の制約もあり、報告書を断定的にとりまとめることは難しい。しかしながら、この一連の調査では、個々の産業分野固有の現象にも配慮しつつ、上記の共通の基本的視点を念頭において、各分野の市場アクセスの問題を分析することとした。

## ３．報告書の内容

本調査報告書の内容は、諮問委員会の意見もあり、あらゆる問題を網羅的にとりあげたものではなく、重要な論点と思われるものに絞っている。また、各論点についても、手法等の制約により、必ずしも厳密な検証を行い得なかった部分もあり、今後、国内外からの指摘をも踏まえ、必要に応じ、さらに検討を深めていくことが適当であると考える。

諮 問 委 員 会 委 員 ( 9 人 )

伊藤 元重	東京大学
深尾 京司	一橋大学
村上 政博	一橋大学
岡崎 哲二	東京大学
フランス・アンドリーセン (Frans Andriessen)	ユトレヒト大学
デビッド・フラス (David Flath)	ノースカロライナ州立大学
アニール・カシャップ (Anil Kashyap)	シカゴ大学
ゲイリー・サクソンハウス (Gary Saxonhouse)	ミシガン大学
ジョン・サットン (John Sutton)	ロンドン大学

( 注 ) は座長

## 目 次

はじめに .....1

序章.....1

### < 主要論点 >

．多様な事業主体によるヘルスケア分野への参入.....1

．利用者本位のヘルスケアサービス.....10

．医療と介護の一体的かつ連続的なサービスの提供.....16

IV．欧米のヘルスケア・ビジネス.....23

### < 各国編 >

日 本 .....27

米 国 .....57

英 国 .....83

ドイツ ..... 111

フランス .....135

### < 関連資料 >

関連資料 1：国際比較データ .....161

関連資料 2：日本の医療・介護サービス利用者の意識調査 .....166

関連資料 3：ヘルスケアサービス価格の国際比較 .....171

関連資料 4：医療・介護サービスの国際比較.....178

関連資料 5：医療・福祉制度改革の主要論点に対する関連団体の意見（2002 年 3 月末時点）

.....188

## はじめに

### 【背景と目的】

日本の医療・介護制度は国民皆保険であり、かつ医療機関や介護サービス事業者へのフリーアクセスが可能で利用者が希望するところでサービスを受けることができる。また、欧米諸国と比べて、日本のGDPに占める医療費の割合は低い支出にとどまりながら、比較的低い利用者負担でサービスを受けることが可能であることなどから、日本の医療・介護制度は優れていると諸外国から評価されてきた。しかし、近年では日本の医療・介護制度について様々な問題が指摘されている。高齢化の進展に伴い日本の国民医療費はGDP成長率を上回る速度で増加しており、国家予算の大きな負担となりつつあり、一層高まる医療費の制御のため医療制度全般における「質の向上と効率化」が急務な課題となっている。また、とりわけ医療費負担の大きい高齢者サービスについては、不要な社会的入院を減らし、在宅サービス等適切な介護療養に切り替えることを目的に2000年4月に介護保険制度が導入されたが、問題解決には様々な課題が残る。

本調査においては、対日アクセスという観点から、日本における医療・福祉（介護）サービスの実態を米国、英国、ドイツ、フランスとの比較を通じて明らかにする。また、同サービスへの外国企業を含む新規参入の増加により競争が促進され、ビジネスが活性化し、利用者にとってもサービスが改善される可能性について検討する。

### 【調査の範囲】

本調査では医療サービスと福祉（介護）サービスを対象とし、そのうち12の主要サービスを選定し、調査範囲に定めている。選定の基準は以下のとおり。

#### （１）医療サービス

医療サービスはA.医療法人や医師等の個人によって提供される診断治療サービス（いわゆる医療行為）の中核部分とB.医療行為ではないが病院経営支援等の医療周辺サービス等到大別することができる。本調査では対日アクセスという観点から、日本においては外国企業を含む民間企業の参入ができないA.の診断治療サービスを対象とした。

#### （２）福祉サービス

介護保険が適用され、かつ医療サービスとの関連性が深く、ヘルスケアサービスとしての総合的な提供が求められている高齢者（場合により障害者）への介護サービスを主たる範囲とした。

調査対象とする 12 の医療・福祉（介護）サービス

	サービス名	サービス概要
医療系サービス	入院診療・外来診療	病院、診療所といった医療機関で受けられる診療サービス。 日本では「入院診療」は病院および有床診療所で、「外来診療」はこれらに加え、無床診療所で受けることができる。
	介護療養*	介護老人保健施設や医療機関の「療養型病床」として認可を受けた病床における介護療養サービス。医療保険が適用される「医療型」と、介護保険が適用される「介護型」があり、後者を「介護療養型医療施設」と呼ぶ。
	訪問診療・在宅医療	患者が在宅で受けられる、病院および診療所（有床および無床）による診療サービス。往診も含まれる。
	訪問看護	患者が在宅で看護婦から受ける、療養上の世話と診療の補助といった看護サービス。提供者としては、病院および診療所（有床および無床）訪問看護ステーションがある
	訪問リハビリ	在宅で受ける、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるための理学療法・作業療法等のリハビリテーション。
	通所リハビリ（デイケア）	介護老人保健施設、病院・診療所で受ける、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるための理学療法・作業療法等のリハビリテーション。
	短期入所療養介護（ショートステイ）	介護老人保健施設や介護療養型医療施設等へ短期入所して受ける、看護・医学的管理下の介護と機能訓練等の必要な医療と日常生活上の世話。
福祉系サービス	入所サービス*（介護老人福祉施設、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護）	在宅生活が困難な要介護者等が施設に入所して、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話および機能訓練を受ける入所型サービス。 「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」は、常時介護を必要とするような要介護者等を対象としている。 「痴呆対応型共同生活介護（痴呆性老人グループホーム）」は、共同生活を営むべき住居において、痴呆の要介護者を対象としている。 「特定施設入所者生活介護」は、軽費老人ホーム* や有料老人ホームにおける入所型サービスで、サービス内容・担当者等は、特別施設サービス計画に定められる。有料老人ホームの対象者の要介護度の状況は範囲が広いが、軽費老人ホームの対象者は、家庭環境や住宅事情等の理由により介護が必要となっている人を対象としているため、要介護度は比較的軽度である。
	短期入所生活介護（ショートステイ）	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等の施設や老人短期入所施設への短期入所で受ける、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話と機能訓練。
	通所介護（デイサービス）	老人通所介護施設等の施設に通って受ける入浴・食事の提供（これに伴う介護を含む）その他の日常生活上の世話と機能訓練。
	訪問介護（ホームヘルプサービス）	在宅で介護福祉士等から受ける、入浴・排泄・食事等の介護その他の日常生活上の世話。 食事や排泄、衣類の脱着などの介助を行う「身体介護」、洗濯、掃除、食事などを行う「家事援助」、両者を併せて行う「複合型」サービスに分けられ、それぞれに応じて介護保険から支払われる報酬が異なる。
	訪問入浴	入浴車等で居宅を訪問して浴槽を提供して入浴の介護を行う。

（注）網掛け部分：民間企業の参入ができないサービス。

入所サービスにおいては、介護老人保健施設、介護老人福祉施設については民間企業が参入できない。また軽費老人ホームのうち、ケアハウスには民間企業が参入可。

\*：厚生労働省の報告書等ではこの概念はサービス種類として区分されていないが、本報告書では諸外国との比較の観点から区分した。

\*：厚生労働省によると介護老人福祉施設での入所サービスは、前述の介護療養と併せて「施設サービス」と称されるが、本報告書では諸外国との比較の観点から、両者を区分した。  
また、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護は、介護保険法上では「在宅サービス」に位置付けられる。本報告書では諸外国との比較の観点から、入所という提供形態に着目した。

\*：軽費老人ホームには、食事の提供や日常生活に必要な便宜を供与する「A型」と、自炊が原則の「B型」、高齢者が車椅子生活となっても自立した生活を送れるよう配慮した「ケアハウス」がある。

なお、日本においては、前述の12のサービスは以下のような場で提供されている。そのため、以下の施設・事業所を中心に調査を実施した。

### 医療・福祉（介護）サービスの主な提供の場

サービス名		提供の場	病院・有床診療所	無床診療所	介護老人保健施設	介護老人福祉施設	有料老人ホーム・軽費老人ホーム・グループホーム	その他、民間の事業所
医療系サービス	入院診療		○					
	外来診療		○	○				
	介護療養		○		○			
	訪問診療・在宅医療		○	○				
	訪問看護		○		○			○
	訪問リハビリ		○		○			
	通所リハビリ（デイケア）		○	○	○			
	短期入所療養介護（ショートステイ）		○		○			
福祉系サービス	入所サービス				○	○	○	○
	短期入所生活介護（ショートステイ）					○		
	通所介護（デイサービス）					○		○
	訪問介護（ホームヘルプサービス）							○
	訪問入浴		○					○

（注）訪問看護、通所介護（デイサービス）、訪問介護（ホームヘルプサービス）は、条件を満たした法人であれば指定訪問看護事業者、指定通所介護事業者、指定訪問介護事業者、指定訪問入浴介護事業者として申請をし、指定されればサービスを提供することができる。たとえば、有料老人ホームでも、指定通所介護事業者として指定されれば、通所介護（デイサービス）が可能であるが、上記の図表では省略している。

なお、今回調査対象国である欧州諸国では医療と福祉（介護）サービスは区別することなく、ヘルスケアサービスとして一体のものとして捉えられて提供されていることから、本報告書では必要に応じて「医療・福祉（介護）」を総称し、「ヘルスケアサービス」として記述している。



## 序章

### 日本のヘルスケア市場の現状について

日本のヘルスケア制度は医療保険と介護保険から成り、いずれも国民皆保険<sup>1</sup>であり、医療や介護が必要な国民のすべてがサービスを受けることができる<sup>2</sup>。さらに医療機関や介護サービス事業者を国民が自由に選択することができるフリーアクセス制度となっている。また、日本の平均寿命は諸外国に比べて長い一方で、医療費支出が GDP に占める割合は世界水準からみても低く押さえられている。この結果、日本のヘルスケア制度についての諸外国からの評価は高いといえる。

しかし、今後日本は他の先進諸国と比較して急速に少子高齢化が進むことが予想されており、現状のヘルスケア制度において多くの課題を抱えている。高齢化が進めば、従来のように医療費の大半を公的保険で賄うことには限界に達することが必至であり、医療費の抑制が必要となる。また、日本の医療費のうち特に高齢者に関する支出は、諸外国に比べて高い。2000 年 4 月に介護保険が導入されてから介護サービスの供給量は増えたものの、依然として高齢者の社会的入院が多いことが指摘されている。さらに昨今では医療事故も頻発しており、医療の質も問われ始めており、利用者の医療への不安感が募っている。

このように日本のヘルスケア制度が多くの課題を抱える中で、本調査では対日アクセスという視点で問題点を絞り込み、次章で主要論点として 4 点を取り上げた。対日アクセスという観点からみると同市場において外資を含む内外企業に対してどのような参入規制が存在するのか、さらに新規参入の増加により、日本のヘルスケアビジネスが競争促進により活性化するのではないかの検証を試みた。本章では次章の主要論点の序章として、現在の日本のヘルスケア市場が抱える問題点および課題を概観した。

#### < 日本の医療・介護市場 >

日本のヘルスケア市場は医療と介護の 2 つに大きく分かれている。医療市場としては病院等での診断治療サービスを中心に、在宅医療、検査などの各種診断治療サービスがある。介護マーケットとしては主として高齢者・障害者を対象とした施設や在宅で受けられる各種介護サービスがある。医療マーケットについては、さらにその周辺の医薬品製造販売、医療機器・用具製造販売などをはじめ、医療廃棄物処理、医療施設管理など幅広いビジネスまで含まれることもある。

本章では、医療市場においては特に診断治療サービスを中心に述べる。

#### < 日本のヘルスケア市場における問題点 >

##### ( 1 ) 医療分野における公的負担の限界

日本のヘルスケア市場は公的保険（医療保険と介護保険）から支払われる部分と、利用者が自由に受ける保険外サービスの部分とからなる。

医療分野においては、公的保険により支払われている「国民医療費」の大部分は高齢者の医療費である。高齢者の介護に関する費用は 2000 年 4 月より介護保険に移行し、一時的にその伸びが抑えられたものの、諸外国に比べ、急速に高齢化が進む日本では、今後も一段と医療費が増加することが予想されている（図表 1）。経済成長が鈍化する中、高まる医療費を負担するためには保険料や自己負担を上げざるを得ず、自己負担については度々引き上げが行われている。一方、費用支出を抑えるために、医療価格の単価である診療報酬点数についてもこの度、引き下げられたばかりである。しかし、こういった対策を引き続き行うことには限界があり、政府としては公的

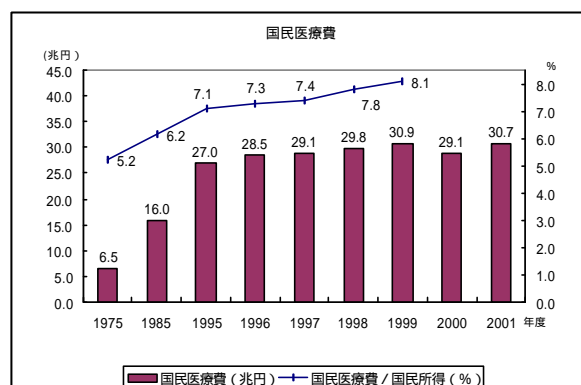
<sup>1</sup> 国民全員が加入し、給付が受けられる仕組み。

<sup>2</sup> 介護保険は 2000 年 4 月に導入されたばかり。介護保険については加入が 40 歳以上の国民全員、給付は 65 歳以上で要介護と認定された人が対象である。

保険で支払う範囲を縮小し、サービス提供者が差額で徴収できる範囲<sup>3</sup>や自由診療などの範囲を拡大する方向にある。さらに、医療費を適正な水準にするために入院期間の適正化が進められており、在宅医療や介護へのシフトが促進されつつある。

一方、国内全体の介護費については、医療費と同様に増加傾向にあるが、介護保険が2000年4月に導入されたばかりであるとともに、介護サービスの供給量自体が不足していること、高齢者療養の受け皿をこれまでの医療から介護へ転換させる方針であることなどから、特に政策として抑制の方向には向かっていない。

図表 1 国民医療費の推移

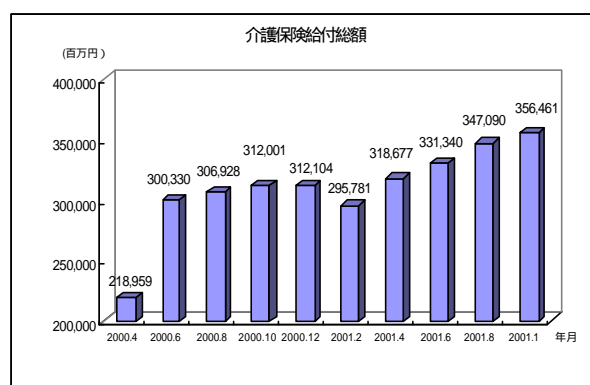


(注) 2000年度は医療保険の一部が介護保険に移行したため減少している。

2000年度、2001年度は予算

(出所) 厚生労働省統計

図表 2 介護保険給付総額の推移



(注) 各年のデータはそれぞれ同月の現物給付額と、同および翌月の償還給付額を合わせたもの。

たとえば2000.4とは2000年4月の現物給付額ならびに同年4月・5月分の償還給付額の総額。

(出所) 厚生労働省統計

## (2) サービス提供者の固定化による競争意識の欠落

日本のヘルスケア市場における事業者の参入状況をみると医療分野においては、医療の中核部分にあたる「診断治療（入院・外来・在宅）サービス」は、訪問看護サービスを除き、民間営利組織には開放されていない。同中核部分に参入しているのは民間の非営利組織であり、なかでも「医療法人」が多い。医療法人は事業税については診療報酬に関わる部分は非課税となっているものの、法人税は一般法人と同じ税率で課税され、一方で、剰余金は配当できないという特殊な扱いとされている。これは社会福祉法人などの公益性の高い法人や、欧米諸国における民間非営利法人とは異なった特異な位置付けの法人である。

また、日本では設定された医療圏ごとに必要病床数が定められており、ほとんどの地域で、それを超える病床数がすでに整備されているため、新たな病院の建設が難しい。したがって、既存の病院を改築したり、合併・買収するなどして、病床数を変えずに進出するか、病床が不足している地域に進出するしかない。なお、診療所はこの限りではないため、新設の余地がある。

なお、医療の周辺部分にあたる各種関連サービス（検体検査、医療事務、リネンサービス、患者給食等）は民間営利組織によるサービス提供が可能であり、外資系企業を含め、多種多様な事業主体が参入している。

一方、介護分野においては、2000年4月の介護保険導入を機に、多くのサービスで民間営利組織が参入できるようになった。しかし、その参入状況は在宅サービスと施設（入所型）サービス

<sup>3</sup> 差額の徴収としては、特定療養費という仕組みがあり、これは、医療技術の高度化、患者ニーズの多様化に対応するため、公的保険外で患者からの差額・自己負担を徴収することを認めたものである。現在は、高度先進医療、特別の療養環境の提供（いわゆる差額ベッド）、歯科の選択材料、予約診療、時間外診療、200床以上病院の初診料加算、医薬品の治験に係る診療、<sup>3</sup> 嚥下障害患者の指導管理がある。

とでは異なる。在宅サービスでは民間営利組織の参入が進みつつあるが、一方の施設（入所型）サービスでは、依然として民間営利組織への開放が進んでいない。施設サービスについては、もっぱら非営利組織の一つである「社会福祉法人」が提供している。一部の施設（有料老人ホーム、ケアハウス、グループホーム）については民間営利組織にも開放されているものの、民間営利組織には社会福祉法人が受けるような補助金がないため、初期投資に費用がかかるなど競争条件が異なっているといった問題もあり、こういった分野への積極的な民間参入を躊躇させる要因となっている。

このように、医療・介護分野においては事業提供者が公的あるいは非営利中心となっており、補助金や優遇税制に庇護され、競争環境にない中で、画一的なサービスメニューの提供にとどまっている。

	民間営利企業が参入できる分野	民間営利企業が参入できない分野
医療系サービス	<b>【医療の周辺サービス】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関経営支援</li> <li>・医療情報提供サービス</li> <li>・訪問看護</li> <li>・調剤薬局</li> <li>・在宅医療支援(患者食宅配サービス等)</li> <li>・医療機関の業務委託サービス(患者給食、検体検査、医療廃棄物処理、医療事務、寝具類洗濯、院内清掃等)</li> <li>・医療機器、医薬品等製造</li> </ul>	<b>【医療の中核部分】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関(病院、診療所等)の開設・経営</li> <li>・診療・治療サービス</li> </ul>
介護系サービス	<b>【主に在宅サービス】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問介護・看護・入浴</li> <li>・通所介護(デイサービス)</li> <li>・短期入所生活介護(ショートステイ)</li> <li>・痴呆対応型共同生活介護(グループホーム)</li> <li>・特定施設入所者生活介護(有料老人ホーム等における介護)</li> <li>・居宅療養管理指導(薬局が行う場合)</li> <li>・福祉用具販売・レンタル</li> <li>・住宅リフォーム</li> <li>・要介護支援(ケアマネジメント)</li> <li>・配食サービス</li> <li>・移送サービス</li> <li>・介護施設経営支援</li> <li>・介護施設の業務委託サービス</li> <li>・介護情報提供サービス</li> <li>・緊急通報サービス</li> </ul>	<b>【特に施設サービス】</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問・通所リハビリ(デイケア)<sup>*1</sup></li> <li>・短期入所療養介護<sup>*2</sup></li> <li>・介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)</li> <li>・介護老人保健施設(老人保健施設)</li> <li>・介護療養型医療施設(療養型病床群、介護力強化病院、老人性痴呆疾患療養病棟)</li> </ul>

(注) 太字・斜体文字は本調査で取扱ったサービス

\*1: 申請者は介護老人保健施設、病院、診療所を設置する者となる。

\*2: 申請者は介護老人保健施設、介護療養型医療施設、その他医療法上の療養型病床群等を有する病院または診療所を設置する者となる。

### （３）病院の質の低下と淘汰の動き

日本の国公立病院はこれまで、赤字が出ても補助金等で補填されてきていたため、経営マインドに乏しく、収支の悪い病院が多かった。しかし、経済の冷え込みの中、補助金も減らされつつあり、国公立の医療機関にも健全な経営感覚が求められるようになってきている。一部の医療機関の中には、経営改善を図るため、民間非営利の医療法人に経営をゆだねるところも出ており、国公立病院の統廃合や買収が進められている。

健全な経営感覚を求める動きは国公立のみならず、医療法人の間でもみられる。病床数の削減が行われるため、民間非営利病院も生き残りをかけて設備投資や経営改善を行うなどの動きがある。前述したように、医療の中核部分への営利参入は認められていないが、株式会社等の民間営利組織が病院の経営コンサルティングをする、役員を派遣する、あるいは経営部分は外部のマネジメント会社にまかせるといった形で経営支援を行い、間接的に医療機関経営にたずさわるケースも出てきている。

さらに、病院の質の低下も問題にされている。度重なる医療事故、診療報酬の不正請求などが明るみに出されており、国民の医療に対する安心感や信頼感を揺るがしている。現行の仕組みでは病院の評価が客観的に行われることがなく、質の悪い病院も存続できる状況にあり、質の面での淘汰は進んでいない。

### （４）自由度に欠ける価格設定

前述のように民間非営利病院等が生き残りをかけて経営改善を図ろうとする動きが進んでいるものの、日本では医療の診断治療サービスにおいてはほとんどの診療行為を公的保険がカバーするとともに、それぞれに国が全国一律の診療報酬点数を設定しており<sup>4</sup>、医療機関等が独自に価格を設定できない。価格設定が自由となっているのは、差額ベッド、高度医療などの特定療養費の部分である<sup>5</sup>。さらに、美容整形、人間ドック、歯科矯正・インプラントなどについては医療保険が適用されないため、この分野では価格の設定は自由である。

また、介護サービスにおいても保険適用のサービスについて公定価格が決められており、決められた限度を超えるサービスを提供した場合や保険外のサービスを提供した場合には別途料金をとることができる。しかし、介護保険対象のサービスに関しては、たとえば施設等設備が非常にすぐれているから他社より高い料金設定をするといった自由度には欠ける。

医療・介護ともに、サービス提供者が受けとる報酬は一部を除き、この公定価格に基づき、サービス供給量に応じた出来高払い方式となっている。このことは事業者にとって支払いが保障されていることを意味する。その半面、価格設定に事業者の意向を反映することができず、自由裁量の余地が乏しいといえる。また、サービスの質や技術水準が異なっても一律同じ価格が設定されるという不公平性があり、競争がない市場を生み出している。

#### < 規制緩和の最近の動きとその影響 >

現在、日本では医療・介護制度の抜本改革が進められており、様々な規制が緩和・改変される方向にある。一方で、質の高い病院だけを残すことを目的に、急性期病院の病床数を現在の 120 万床から半減させることを政府は決めており、病院間の競争が激しくなることが予想される。

近年の緩和策のうち、医療・介護サービスを提供する事業者にとって、特にメリットが大きいと思われるものは下記のとおりである。

<sup>4</sup> ただし、一部の地域については地域加算がある。

<sup>5</sup> 2002 年には「特定療養費制度の拡充」が行われ、差額ベッドの枠の拡大や、予約料徴収の要件緩和等患者からの差額徴収範囲が拡大された。

	主な規制緩和・改変事項	事業者にとってのメリット
医療サービス分野	医療法人における業務範囲の拡大（97年）	収入源の多様化が図れる。
	医療法人の理事長要件の緩和（98年、2002年4月～医師以外にも緩和）	医師以外を理事長に立てることができ、経営の専門家など多様な人材を活用できる。
	医療機関の広告事項の一部規制緩和（98年） 医療機関の広告事項の一部規制緩和（2000年；カルテ開示、医師履歴等） 医療機関の広告事項の一部規制緩和（2002年4月～；セカンドオピニオンの実施、病床利用率、手術件数等）	医療機関の差別化が図れる。
	指定訪問看護事業への民間営利企業の参入（99年）	これまで開放されていなかった医療サービスの分野における、はじめての民間企業への開放。医療法人でなくても参入できる。
	特定療養費制度の拡充（2002年） ・差額ベッドの枠の拡大 ・予約料徴収の要件緩和	患者からの差額徴収範囲の拡大。
	デイサービス、ショートステイ、在宅介護支援センターの民間委託可（98年） 在宅入浴サービスガイドラインの緩和	民間企業が実施できる事業の拡大。
介護サービス分野	PFI方式の民間企業によるケアハウス設置・運営の解禁（2001年11月）	施設開設にあたっての初期投資コスト（土地代、建設費）の軽減。

#### <日本のヘルスケア市場の活性化に向けて>

以上、日本のヘルスケア市場とその問題点を概観したが、本調査の主眼である「対日アクセス」という観点に立ち、外資の力を活用してこれらの問題を解決に導くことができないかを検討した。

「アクセス」という観点では、まず、ヘルスケア市場、中でも病院や介護施設経営において外資のみならず民間企業が参入できないことがアクセスそのものを遮断する障壁であることが指摘できる。ここに、内外や営利・非営利を問わず、多様な事業主体の参入を認めることにより、競争原理が導入され、競争に打ち勝てない放漫経営や悪質な事業者が駆逐されることが期待できる。と同時に、多様なサービスメニューが提供され、利用者の選択肢が広がることが期待できる。さらには、日本のヘルスケア市場が活性化し、ビジネス振興や労働市場の拡大にもつながるであろう。そこで、第一に「多様な事業主体によるヘルスケア分野への参入」を提言する。

多様な事業主体の参入を認める一方で、効率性やサービスの質が低い事業者を市場から淘汰し、質を担保する仕組みが求められる。すなわち、情報開示、第三者評価、保険者による選別などを通じて、事業者の客観的評価を行なうとともに、利用者が選択できる仕組みをつくることが重要である。このため、第二に「利用者本位のヘルスケアサービス」を提言する。

さらには、冒頭で述べたように、日本では医療と介護が分断されているが、このことは利用者にとっては医療から介護へ移行するときに、まったく別のサービス提供者を探さなくてはならないといったケアの分断が生じる。また、事業者にとっては医療・看護・介護といった垂直的な事業展開ができず、スケールメリットが得られないといった限界がある。医療・介護を連続的・一体的に提供することにより、利用者にとっては利便性が高まり、事業者にとってはビジネスチャンスが拡大するという両者にとってのメリットが生まれる。そこで、第三に「医療と介護の一体的かつ連続的なサービスの提供」を提言する。

以下の主要論点では、以上3つの提言を提示するとともに、これらの提言が実現された場合に、現在日本に存在しない、欧米の新たなヘルスケアサービスの導入が可能になることを踏まえ、その事例を「欧米のヘルスケア・ビジネス」として紹介した。

## < 主要論点の概要 >

### ・ 多様な事業主体によるヘルスケア分野への参入

日本では民間営利企業は病院・診療所・介護老人保健施設・介護老人福祉施設といった施設を開設できず、国内外問わず企業が参入できない状況となっている。一方、欧米諸国では営利企業の参入を規制していない国が多く、多様な経営主体が競い合っている。

日本においても多様な事業主体の参入はヘルスケア市場を活性化させ、利用者にとってはサービスの質が向上するとともにサービスメニューが増え、内外の事業者にとっては新たなビジネスチャンスを生み出すことが期待される。

### ・ 利用者本位のヘルスケアサービス

欧米では、サービス内容や事業者に関する情報の開示と第三者評価が進んでおり、利用者が事業者を主体的に選択するのに役立っている。一方、日本では、利用者が医療・介護サービス事業者を自由に選べるフリーアクセス制度でありながら、事業者やサービスに関する情報が利用者に対して十分に提供されていない。

利用者本位のサービスの実現は、利用者が最も自身に適した質の高いサービスを利用することを可能にするだけでなく、利用者の選択を通じて事業者間の競争を促進することにもなる。

### ・ 医療と介護の一体的かつ連続的なサービスの提供

欧米では医療・介護サービスは「ヘルスケア」として一体のものと捉えており、サービスの提供体制も一貫したものとなっている。一方、日本では、医療と介護に関する法律が二分されており、サービスが一体的に提供されているとは言えない。また、事業主体間に税制上の取扱いの違いがあり、事業者が公平な立場で競争する環境が整っていない。

日本においては医療・介護サービス市場を一体的に整備することによって、事業者にビジネスチャンスを拡大し、利用者には自身の健康状態や生活状況に応じて一体的かつ連続的なサービスを受けるメリットが生じると考えられる。

## IV．欧米のヘルスケア・ビジネス

欧米で提供されているヘルスケアサービスのなかには、日本ではまだ見られない、利用者にとってより便利な、質の高いものがある。こうしたサービスが日本で展開された場合には、利用者の多様なニーズを満たすことができるだけでなく、既存のヘルスケアサービスの変革や事業者間の健全な競争につながると考えられる。

ここでは、日本では見られないヘルスケアサービスを提供している欧米の企業およびサービス内容について、日本に導入した場合のメリットなどをあわせて紹介する。

## ・多様な事業主体によるヘルスケア分野への参入

日本では民間営利企業は病院・診療所・介護老人保健施設・介護老人福祉施設といった施設を開設できず、国内外問わず企業が参入できない状況となっている。一方、欧米諸国では営利企業の参入を規制していない国が多く、多様な経営主体が競い合っている。

日本においても多様な事業主体の参入はヘルスケア市場を活性化させ、利用者にとってはサービスの質が向上するとともにサービスメニューが増え、内外の事業者にとっては新たなビジネスチャンスを生み出すことが期待される。

### 【現状と問題点】

#### < 開設・経営主体の制限 >

日本では、医療関連サービスなどの医療の周辺分野や、在宅介護サービス分野への多様な事業主体の参入は可能であるが、病院・診療所・介護老人保健施設・介護老人福祉施設や在宅医療サービスの開設・経営については、非営利組織のみに認められているため、国内外の民間営利企業は参入できず<sup>1</sup>、対日アクセスという観点からみると障壁になっている。2000年の介護保険の導入によりケアハウスや在宅・施設介護サービスなど、一部の介護サービスについては徐々に営利企業への開放が進められているものの、営利・非営利間の公平な競争下にはない。

医療サービスを提供する病院や診療所などについては、法規制が多岐にわたっており、同分野に関する規制は依然として厳しい状況にある。また、病院等を経営する医療法人の経営責任者については、都道府県知事による特別の認可がない限り、医師または歯科医師が理事長でなくてはならないと法制度で定められている<sup>2</sup>。この点については、経営管理と医療管理の分離を前提に、医師以外でも理事長職に就けるよう制度を改める方向で検討が進められている。

日本では民間病院の開設主体としては医療法人が最も多く、経営主体の6割弱を占める。医療法人は日本では民間非営利に分類され、利益を配当することはないが、税法上は営利企業と同様の普通法人扱いで課税対象<sup>3</sup>となっており、非課税の純粋な非営利組織とは異なった存在となっている。公益性は必ずしも備える必要はなく、いわば半公益半営利法人とでもいうべき位置付けとなっている<sup>4</sup>。しかし、民間営利企業による病院の開設・経営は認められていないものの、医療機関の関連法人<sup>5</sup>を通じて、実質的に営利組織による経営が行なわれているケースもある。医療法人

<sup>1</sup> <病院・診療所>営利を目的として、病院、診療所又は助産所を開設しようとする者に対しては、前項の規定にかかわらず、第一項（開設）の許可を与えないことができる（「医療法」第7条第5号）。および医療法人は、剰余金の配当をしてはならない（「医療法」第54条）。

<介護老人福祉施設等>社会福祉事業のうち、第一種社会福祉事業は、国、地方公共団体又は社会福祉法人が経営することを原則とする。（「社会福祉法」第60条）

<sup>2</sup> 医療法人（次項に規定する医療法人を除く）の理事のうち一人は理事長とし、定款又は寄付行為の定めるところにより、医師又は歯科医師である理事のうちから選出する。ただし、都道府県知事の認可を受けた場合は、医師又は歯科医師でない理事のうちから選出することができる。（「医療法」第46条の3）

<sup>3</sup> 但し、診療報酬にかかる事業税は非課税となっている。なお、公的医療保険の給付対象外となる自由診療の場合の事業税は軽減税率（400万円以下5.0%、400万円超6.6%）が用いられる。

<sup>4</sup> 九州大学法政学会「法政研究」第68巻第1号、伊奈川秀和「社会福祉法人法制についての一考察」参照。

<sup>5</sup> MS法人：メディカル・サービス・カンパニー。有限会社、株式会社などの組織形態で、特に医療法人が医療法等で規制された以外の業務を展開する場合に設立されることが多い。業務内容としては、医薬品・医療機器等の仕入れ、調剤薬局、本体の病院の経営支援などが行われている。

は、現状の法制度では業務内容に制限があり、一部の認可を受けた医療法人<sup>6</sup>しか収益業務が行えないため、多様なサービスを展開するにあたっては、別法人を介して手がける以外にないといわれている。また、民間営利企業でも経営コンサルティング会社、医療関連用品メーカー、総合ヘルスケア事業者などは、病院を顧客とした経営支援や経営コンサルティングなどの面で病院経営に参画している。これらの企業はコスト削減の指導、運営ノウハウ、財務コンサルティング、赤字病院建て直し、病院の買収支援など、幅広い領域で病院の経営を側面支援している。つまり、経営権は握らないものの、実質的に経営者に匹敵するほどの経営力を行使しているケースも多々見られる<sup>7</sup>。

図表 2：ヘルスケア・サービスにおける民間企業の参入可否

		日本	米国	英国	ドイツ	フランス
医療サービス	中核部分 (診断治療)	非営利のみ 参入可能	参入可能			
	周辺部分	参入可能				
介護サービス	在宅介護 サービス	参入可能				
	施設 サービス	非営利のみ 参入可能 <sup>*1</sup>	参入可能			

(注) 「非営利法人」：日本では営利・非営利の区分が必ずしも公益・私益と連動しておらず、「非営利法人」とは医療法人、社会福祉法人、日本赤十字社等の公的団体といった法人のことを指す。一方、欧米諸国では公益法人やチャリティ法人といった公益活動を行っている団体が「非営利法人」として扱われる。  
「税制度」：欧米諸国では、非営利組織は税の減免の対象となるが、株式発行による資金調達認められていない。一方、営利組織は税の減免の対象とならないが、株式発行による資金調達が可能である。これに対して日本の場合、非営利組織に分類される医療法人は、株式発行による資金調達や剰余金の配当は認められていないが、法人税制上は税の減免対象とならない。税制面に着目すれば、医療法人は欧米の営利組織と変わらないといえる。

<sup>\*1</sup>：社会福祉法人のみ参入可能。ただし、一部緩和の動きあり。

一方、欧米諸国においては、医療・介護サービスのいずれの分野においても民間営利企業の参入が可能とされている。

<sup>6</sup> 特別医療法人：医療法人のうち一定の要件を満たし、公的な運営が確保されているもの。特別医療法人が行うことができる収益事業については各国編「日本」図表 20 を参照。

<sup>7</sup> 【日本における民間企業の参入事例】日本は各国に比べ、医療・福祉サービス分野において、外資のみならず国内の民間企業も参入しにくい状況にあるものの、以下のようなサービスには参入している例も数多くみられる。

<事例 1：病院経営支援、病院コンサルティング>

経営コンサルティング会社、医療関連用品メーカー、総合ヘルスケア事業者などは、病院を顧客とした経営支援や経営コンサルティングなどのサービスに参入している。コスト削減の指南、運営ノウハウ、財務コンサルティング、赤字病院建て直し、病院の買収支援など、幅広い領域で病院の経営を側面支援しており、経営権は握らないものの、実質的に経営者に匹敵するほどの支援を行っているケースも多々見られる。

<事例 2：損害保険会社による特定の病院との契約>

日本では民間医療保険は、公的保険でカバーされない部分を主として対象としてきたが自由診療分を全額支払うという新商品が設計された。ただし、その商品による支払いは、損害保険会社が契約した特定の病院に対してのみ行われるというものである。これは、ドイツの保険者による医療機関の選別（保険者が契約した医療機関で受けた診療に対してのみ保険が支払われる）の仕組みに類似したものといえよう。

<事例 3：民間営利企業による間接的な病院経営>

倒産した病院を買い上げ、土地・建物を賃貸したり、経営支援のために人材や寄付金を投入するといった経営支援を行っている企業もある。また、民間企業が病院と提携して、マンションの一角に住民専用の 24 時間対応のクリニックを開設した例もある。すべて保険外であるが、民間企業が資金を援助し、開設者は個人医師、近隣の病院が運営支援を行い住民の日頃の健康管理・健康相談を行うほか、提携している看護・介護専門業者を紹介し、訪問看護やホームヘルプなども提供。



米国では営利・非営利に関わらず、全ての団体や企業がヘルスケアサービス<sup>8</sup>を提供するための組織を開設・経営することができる。また、提供主体となる法人に規制がないため、営利事業者と非営利事業者の双方によってサービスが提供されている。医療機関についてはその施設の規模により医師の経営関与が異なり、小規模施設では医師は医療行為と経営マネジメントの双方を担うこともあるが、大規模施設の場合はそれぞれの役割が分担される傾向にある。ヘルスケア事業体の経営者となるための資格要件はないが、一部の介護施設においては管理の専門家であることを証明する書類が必要とされる場合がある<sup>9</sup>。

英国においてもヘルスケア分野における開設・経営できる法人種類の限定や、サービス提供主体者が法規制で定められているということはない。経営者の資格要件についても、特に医師や専門の資格や国籍も定められておらず、求められるのは経営者としての資質だけである。2001年11月から「2000年ケア基準法<sup>10</sup>」が施行されたが、これに基づく「2001年民間およびボランタリーヘルスケア（イングランド）規則<sup>11</sup>」によると、民間医療施設（病院、診療所）の経営者には、経営にふさわしい優れた人格と財政的に破綻していないことが要件として求められている。

ドイツにおいてもヘルスケア分野において参入できる企業や会社の形態についての制限はなく、法人は営利でも非営利でも参入することができる。しかし、経営者の資格要件については、病院では原則、経営と臨床の分離をしておらず、また、開業医については分離が認められないとの規定<sup>12</sup>があり、日本と同様、経営マネジメントと医療行為の分離は認められていない。介護施設については施設長を経営者として置くことが義務付けられており、施設長に対する人的要件が法令で定められている<sup>13</sup>。

フランスでもヘルスケア分野への多様な事業主体の参入が可能であり、開設者・経営者の法人の種類や営利・非営利に関する法的規制や制限はない。民間営利法人の中には共済組合、有限会社、合資会社、株式会社などが含まれる。福祉施設や医療福祉施設においても開設・経営に関する規制は特にないため、営利法人がこれらを設立することができる。また、経営者要件についても医療・福祉施設ともに、経営者が医師でなくてはならないという規定等はない<sup>14</sup>が、診療所で医師が他の医師を雇うことや、自分の診療所を他の医師に管理させることは基本的に禁じられている<sup>15</sup>。

<sup>8</sup> 医療・介護サービスを特に区分することなく、これらのサービスの総称として用いられる。

<sup>9</sup> ナーシングホームやアシテッドリビングについては州によっては管理の専門家であることを証明する必要がある場合がある。例えばハワイ州では州法でナーシングホーム管理者の免許を取得しなければならないことが定められている。

<sup>10</sup> Care Standards Act 2000

<sup>11</sup> 第10条(1)(2)(3)。The Private and Voluntary Health Care (England) Regulations 2001。

<sup>12</sup> 「医師模範職業規定（Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte）」17条、19条

<sup>13</sup> 「施設職員令」第3条および第4条

<sup>14</sup> 基本的に「一般会社法（民法典）・税法の規則」が適用されるが、病院に限ったことではなく会社全般に共通の条件。

<sup>15</sup> 95年9月6日付け「デクレ」第95-1000（ANN.IV）87条で「医師が、自分のために（pour son compte）、他の医師や医学生を雇うことは禁じられている」同デクレ89条で「医師が他の医師に診療所の管理を任ず事は禁じられている」。医師が一人で診療所（cabinet médical）を開業する場合、上記規定に相当するため、他の医師を雇うことはできない。ただし何名かの医師が共同出資して診療所を開く場合や、社団や企業である病院に勤める場合は、上記規定は適用されない。

## < 営利・非営利のシェアと機能の未分化 >

日本では営利組織が病院、診療所、老人保健施設、介護老人福祉施設、在宅医療サービス等の分野に営利企業が参入できないことから、そのシェアをみても営利はごくわずかなものとなっている（図表2参照）。かつては日本においても職域病院など企業立の病院の参入が認められていたが、85年の医療法改正以降参入が規制されるようになり、現在残るのは当時認可された職員の福利厚生等に限られた企業立病院のみである。病院や介護施設では営利組織がほとんど存在しないため、日本では、病院・診療所・介護老人保健施設・老人介護老人福祉施設や在宅医療サービスなどの医療・介護の中核的サービスに関して、営利・非営利による役割分担は特に存在しない。また、非営利組織の中においても、公的組織と民間組織との役割分担は実質的には不明確である。

図表 3：ヘルスケア施設における営利・非営利のシェア

			日本	米国	英国	ドイツ	フランス
病院 <sup>*1</sup>	施設数シェア	営利	0.7%	15.1%	11.2%	19.9%	41.6%
		民間非営利	79.1%	60.8%	4.1%	36.3%	21.4%
		国公立	20.1%	24.2%	84.0%	33.2%	40.0%
	病床数シェア	営利	0.9%	12.9%	3.8%	7.0%	19.9%
		民間非営利	66.2%	70.7%	1.6%	35.8%	4.9%
		国公立	32.9%	16.4%	94.5%	50.7%	75.2%
	(データ年)		(1999年)	(1999年)	(2000-2001年)	(2000年)	(1999年)
介護老人福祉施設 <sup>*2</sup>	施設数シェア	営利	0.0%	49.0%	79.7%	34.9%	-
		民間非営利	92.7%	50.0%	13.4%	56.6%	-
		国公立	7.3%	-	7.0%	8.5%	-
	定員数シェア	営利	0.0%	-	78.2%	-	30.0%
		民間非営利	92.5%	-	12.0% <sup>*3</sup>	-	33.0%
		国公立	7.5%	-	9.8% <sup>*3</sup>	-	37.0%
	(データ年)		(1999年)	(1999-2000年)	(2001年)	(1999年)	(1999年)

(注) \*1：病院については、日本は一般病院、米国はコミュニティ病院（急性病院）、英国・ドイツは急性病院、フランスは全病院を対象

\*2：介護老人福祉施設については、日本は特別養護老人ホーム、米国はアシステッド・リビング、英国はケアホーム（イングランドのみ）、ドイツはケアハウス（老人ホーム）、フランスは高齢者向け施設

\*3：英国の介護老人福祉施設の民間非営利の定員数はレジデンシャルホームのみ、国公立の定員数は地方自治体所有ホームのみの数値である。

(出所) 日本：<病院>厚生労働省大臣官房統計情報部「平成11年医療施設（動態・静態）調査・病院報告」（「日本」図表7）

<介護施設>厚生労働省大臣官房統計情報部「平成11年社会福祉施設等調査報告」（「日本」図表13）

米国：<病院>Health Forum LLC 病院統計 2001年（「米国」図表9）

<介護施設>Hawes, C., Rose, M., Philips, CD, マイヤーズ研究所調査結果（「米国」図表11）

英国：<病院>「民間・ボランティア部門 病院数・病床数」“The Fitzhugh Directory (Independent Healthcare & Long Term Care) Financial Information 2001-2002”, Health Care Information Services (HCIS)（「英国」図表3）

<介護施設>：保健省「Community Care Statistics 2001」（「英国」図表4）

ドイツ：<病院>Bundesgesundheitsministerium, Statistisches Taschenbuch Gesundheit（「ドイツ」図表4）

<介護施設>Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn, Kurzbericht Pflegestatistik 1999（「ドイツ」図表7）

フランス：<病院>雇用連帯省（「フランス」図表5）

<介護施設>フランス上院報告書「福祉・医療福祉行動」（「フランス」1.1-1（2））

一方、欧米諸国においては営利参入が認められていることから、多様な経営主体がヘルスケア分野に参入している。

米国では、病院については連邦立、自治体立といった国公立のほか、民間非営利、民間営利の各事業体が参入している。コミュニティ病院<sup>16</sup>に限定してみた場合、営利によるシェアをみると、施設数は 15%、病床数では 13%を占めている。病院における営利事業体として大規模なものは HCA<sup>17</sup>社、テネット・ヘルスケア<sup>18</sup>社等があり、同 2 社で併せて 75,000 床以上の急性期病床を有している。なお、近年コミュニティ病院における営利病院のシェアはわずかながら増加傾向にあり、その分公的な病院が微減している<sup>19</sup>。また、米国の 24 州では、非営利・営利間の転換に関する法律<sup>20</sup>を制定しており、これにより慈善的要素の強い非営利組織の資産の保護や、貧困層等へのサービス提供の確保を図り、非営利・営利の区別を明確化させることにつながっている。さらに、日本のケアハウスに類似したアシステッド・リビングにおける営利法人のシェアは施設数にして 49.0%とほぼ半数を占めている。

なお、米国の病院の経営主体別に経営指標を比べると、営利病院は自治体立病院に比べ平均在院日数は短くなっていないものの、患者対比の職員数が少ないことから人件費率が低くおさえられており効率的な経営がなされている様子がうかがえる（図表 3 参照）。

図表 4：病院の経営主体別、経営指標（米国；急性病院）

	平均在院日数 （日）	平均実働病床 数（床）	1 病床当たり 退院率（％） <sup>*1</sup>	人件費率（％）	入院患者に対する 常勤換算職員数 （人）
自治体立病院	4.17	59	29.91	51.69	5.25
非営利病院	4.73	150	38.21	51.98	5.13
営利病院	4.69	118	31.73	43.57	4.46

（注）96 年データ

<sup>\*1</sup>：discharges per bed, acute care

（出所）ヘルスケア投資アナリストおよびデロイト・トウシュ社による全米病院の経営分析結果（1996）

英国でも開設主体の制限はないものの、病院の多くは国営であり、病床数にして 95%が国営の NHS トラスト病院<sup>21</sup>によって占められている。これは、基本的なサービスは公的なものが保証し、それ以外の自由裁量の部分を民間が担うという役割分担が背景にあるためと考えられる。なお、民間病院としては営利と非営利のものがあるが、病床数にして 7 割が営利企業による経営となっている。非営利の事業体としてはチャリティと呼ばれるボランティアな民間団体がそのほとんどである。また、営利企業としては米 HCA 社などの外資系営利企業の参入もみられる。さらに日本の特別養護老人ホームに類似したケアホームにおける民間のシェアは施設数にして営利 79.7%と大多数を占めている。

ドイツでも開設主体の制限はないものの、医療・介護サービス分野は古くから宗教系などの公益団体<sup>22</sup>がサービスを提供しており過半数がこれらの公益団体により経営されている。シェアで見ると、営利による病院は施設数にして 19.9%と比較的多いが、病床数にすると 7.0%と低く、営利

<sup>16</sup> コミュニティ病院は連邦政府管掌外の全病院の 8 割強を占める。また、非営利、営利病院、地方自治体管掌の病院等が含まれる。

<sup>17</sup> The Healthcare Company

<sup>18</sup> Tenet Healthcare

<sup>19</sup> 米国の営利病院のシェア増減については各国編の「米国」図表 7「病院数・病床数の内訳と推移」参照。

<sup>20</sup> 74 年に連邦議会は州政府が「必要性証明書(Certificate of Need Laws, CON)法」を制定するようインセンティブを与えた法律（PL 93-641、「公衆衛生法第 15 条」）を承認した。

<sup>21</sup> 国民保健サービス（National Health Service）制度が適用される公立病院

<sup>22</sup> 赤十字、パリテート、ディアコニー、カリタスなどの 6 公益団体が主たるもの

病院は比較的病床数の少ない小規模のものであることがわかる。一方、ほとんどが公益団体である民間非営利による運営は施設数にして 36.3%、病床数にして 35.8%と、シェアも大きい。また、介護施設でみると、施設数にして老人ホームの、民間営利による運営が 34.9%、公益団体による運営が 56.6%であり、公益団体の比率が高い。なお、ドイツでは、公的保険によってカバーされる基本的な医療サービスについては民間営利病院であっても契約を結んだ病院であれば給付が受けられるが、それ以外の民間営利病院は自由診療のみを対象とするといった切り分けが成されている。

ドイツの病院の経営主体別に経営指標を比べると、米国同様に、私立（営利）病院は公立病院に比べ平均在院日数は短くないものの、100 床当たりの医師数は少なく、その分看護スタッフを多くしケアを手厚くし、一方で入院 1 件当たりのコストが低く抑えられており、効率的な経営がなされていることがうかがえる（図表 4 参照）。

図表 5：病院の経営主体別、経営指標（ドイツ）

指標（単位）	公立 <sup>*1</sup>	民間非営利	営利
100 床当たり医師数（人） <sup>*2</sup>	23.4	16.1	14.2
100 床当たり看護師・看護ヘルパー など看護スタッフ数（人） <sup>*2</sup>	63.2	29.6	50.8
平均在院日数（日） <sup>*3</sup>	9.6	9.7	10.1
病床利用率（%） <sup>*4</sup>	82.1	79.9	79.4
入院 1 件当たりコスト（DM）	6,376.56	5,568.98	5,578.18

（注）2000 年データ

\*1：州や市町村などが持分・株式の 50%以上または決議権の 50%以上を所有している民間法人を含む

\*2：パートタイム勤務者を含む

\*3：平均在院日数＝病床支給基準数÷件数。件数＝（入院数-1 日未満の入院）÷2＋（退院数＋死亡者数）÷2

\*4：病床利用率＝病床支給基準数÷（病床数×365 日）×100

（出所）ドイツ連邦統計庁（Statistisches Bundesamt）2000 年データ；入院 1 件当たりコストのみドイツ連邦統計庁 95 年データ

病院の経営主体別にコストを比較したものをみると、営利・非営利で病床規模や機能の違いはあるものの、平均で比べると、営利病院の方がコストが低く抑えられている（図表 6）。

図表 6：病院の経営主体別コスト（ドイツ）

	公立	民間非営利	営利
入院患者 1 人当たりコスト（合計）	6887.52DM	5658.61DM	5288.04DM
入院 1 日当たりコスト（合計）	592.62DM	468.12DM	408.32DM

（出所）医療経済研究機構「医療機関経営と非営利性に関する研究」（\* 原典 StBA, Statistics Jahrbuch 1996）

フランスでは、病院の開設者は国公立のほか、民間非営利として社団法人、財団法人、宗教法人等、営利法人として共済組合、有限会社、株式会社等がある。営利によるシェアをみると、病院数では 43.5%、病床数では 19.9%といずれも大きい。

民間非営利法人は申請により、公共医療サービス（PSPH）に参加することができるが、規制が厳しくなるため実際にはほとんど申請されていない。国公立・民間非営利病院は公共医療サービスに参加し公的な給付を得られるものの、厳しい管理を受ける。民間営利法人や公共医療サービスに参加しない民間非営利病院は、公的給付は得られないものの自由診療の恩恵が受けられる立場にあり、公的診療・自由診療の明確な区分が行われている。

高齢者向け施設における経営主体別のシェアを定員数でみると、公的 37%、民間非営利（財団法人；アソシアション）33%、民間営利 30%となっている。

図表 7：各施設の開設者の種類（開設主体別の参入の実情）

	日本	米国	英国	ドイツ	フランス
病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 病院 &gt;</li> <li>・ 国公立</li> <li>・ 公的団体</li> <li>・ 社会保険団体</li> <li>・ 民間非営利（公益法人、医療法人、学校法人、その他法人、個人）</li> <li>・ 民間営利（職域病院など会社立）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 病院 &gt;</li> <li>・ 連邦立</li> <li>・ 自治体立</li> <li>・ 民間非営利（チェーン、独立、教会）</li> <li>・ 民間営利（株式会社、個人）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 急性病院 &gt;</li> <li>・ NHS 病院</li> <li>・ 民間非営利（NHS トラスト病院、チャリティ、宗教系など）</li> <li>・ 民間営利（株式会社など）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 病院 &gt;</li> <li>・ 国公立</li> <li>・ 公益（赤十字、カリタスなど）</li> <li>・ 民間営利</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 病院 &gt;</li> <li>・ 国公立</li> <li>・ 民間非営利（共済病院、赤十字など）</li> <li>・ 民間営利（個人、有限会社、合資会社、株式会社）</li> </ul>
介護療養型施設（医療ケアあり）	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 介護老人保健施設 &gt;</li> <li>・ 地方公共団体</li> <li>・ 医療法人</li> <li>・ 社会福祉法人</li> <li>・ その他厚生労働大臣が定める者</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; ナーシングホーム &gt;</li> <li>・ 非営利団体</li> <li>・ 教会系の非営利団体</li> <li>・ 政府系</li> <li>・ 営利</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; ナーシングホーム &gt;</li> <li>・ 国公立</li> <li>・ ボランタリー</li> <li>・ 民間営利</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 予防・リハビリ施設 &gt;</li> <li>・ 国公立</li> <li>・ 公益（赤十字、カリタスなど）</li> <li>・ 民間営利</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 医療サービス付き高齢者向け施設 &gt;</li> <li>・ 公立</li> <li>・ 民間非営利法人</li> <li>・ 民間営利法人</li> </ul>
介護施設	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 特別養護老人ホーム &gt;</li> <li>・ 都道府県立、市町村立</li> <li>・ 社会福祉法人</li> <li>・ 社団・財団・日赤</li> <li>・ 医療法人</li> <li>&lt; 軽費老人ホーム等 &gt;</li> <li>・ 地方公共団体</li> <li>・ 社会福祉法人</li> <li>・ 公益法人（財団・社団）農協</li> <li>・ 医療法人</li> <li>・ 民間営利企業</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; アシステッド・リビング &gt;</li> <li>・ 営利</li> <li>・ 非営利</li> <li>・ ジョイントベンチャー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; レジデンシャルホーム &gt;</li> <li>・ 国公立</li> <li>・ ボランタリー</li> <li>・ 民間営利</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 高齢者ホーム<sup>*1</sup>等 &gt;</li> <li>・ 公立</li> <li>・ 公益（赤十字、カリタスなど）</li> <li>・ 民間営利</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 老人アパート &gt;</li> <li>・ 公立</li> <li>・ 非営利民間組織</li> <li>・ 年金金庫など</li> <li>&lt; 老人ホーム &gt;</li> <li>・ 公立</li> <li>・ 非営利</li> <li>・ 民間営利</li> </ul>

（注）本表では日本の各施設にほぼ対応する各国の施設を併記した。ただし、各国ごとにその施設のサービス内容や定義は異なり、必ずしもそれぞれが一致するものではない。各国の各施設に関する詳細な説明は、後述の各国編を参照のこと。

\*1：ドイツの高齢者ホームは「Altenheim（高齢者ホーム）」「Altenpflegeheim（高齢者ケアホーム）」、「Altenwohnheim（高齢者居住ホーム）」を指す

## 【課題・提言】

### （１）民間開放によるヘルスケアサービスの質の向上

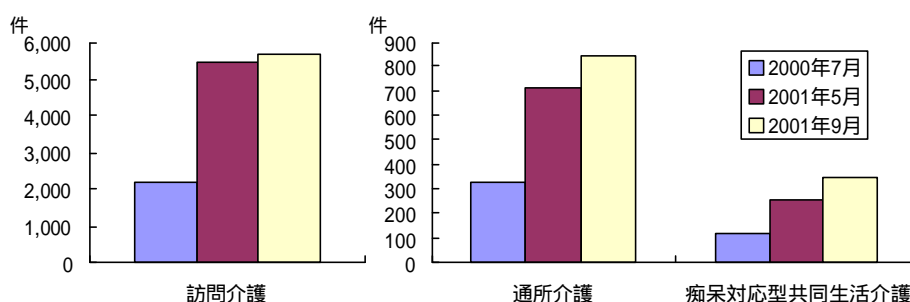
日本において、利用者の多様なニーズに対応した、より質の高いサービスを国民が享受するためには、硬直的な価格体系のもとで赤字を出しても補助金で穴埋めされるため、経営の危機を感じないでいることが多いとされる公的病院や、市場に資金調達を求められず経営的に厳しくなっている非営利法人以外に、欧米諸国のように民間営利企業や外資などを含めた、多様な事業主体による参入が望まれる。そのためには現在の参入規制やサービス提供に際する規制の緩和や撤廃が求められる。

国内外からの多様な事業主体の参入は、ヘルスケア市場を活性化させ、相互の競争を促す。これにより、質の低い事業者が淘汰され、全体としての質の向上をもたらすことが期待できる。それと同時に、サービスの多様化、利用者の選択肢の拡大が図られ、利用者にとってのサービスの量と選択肢の拡大をもたらす。さらに、多様な事業主体の参入によりヘルスケア・ビジネスが振興され、新たな雇用機会の創出も期待できる。

米国では 60、70 年代にかけて民間営利病院が急増したが、その経営の効率性のみならず、利用者の立場にたったサービスの提供のあり方が他の非営利病院にも影響を与え、全体としてのサービス水準が上がった。また、介護分野では、ドイツの事例が日本の介護市場の状況に類似しているといわれる。ドイツでは従来は介護サービスの提供者が非営利・公益団体が中心であったため、サービス内容のマンネリ化が指摘されていたが、介護保険の導入を機に営利企業が参入したことにより、国民のニーズにきめ細かく対応した様々なサービス提供が行われるようになり、サービスの質のみならず量・選択肢の拡大につながった。

日本では 2000 年の介護保険導入に伴う、介護分野に民間営利企業、NPO など多様かつ多数の事業主体が参入し、同年以降の営利法人の介護事業への参入件数は確実に増加した（図表 7）。また、介護サービス産業として未成熟ながらも発展をしているなかで、ホームヘルパー、介護福祉士、ケアマネジャーなど、新たな雇用も生み出されている。

図表 8：介護保険事業種類別、営利法人における指定件数の推移



（出所）厚生労働省「全国介護保険担当課長会議資料」（2000 年 7 月 31 日、2001 年 5 月 28 日、2001 年 9 月 28 日）より作成

## （２）公・民の役割分担

欧米諸国では、公・民や営利・非営利といった主体の違いを問わず、様々な事業者主体がヘルスケア分野に参入可能となっている一方で、営利・非営利あるいは公・民で役割の分担が図られている。これら各国においてはヘルスケアの基本的部分は公的・公益セクターによる安定的な供給が保証され、一般診療や付加的なサービスあるいは自由診療の部分については民間が担い、役割を分担しながら、利用者の多様なニーズに対応している。

日本においても、民間セクターの対応が困難なサービス、社会的に必要とされる基本的なもの、難病治療や高度先進医療などの政策医療、僻地・離島でのナショナルミニマムとして整備すべきところなどについては公的主体が担い、それ以外の民間セクターの対応が可能なサービス、例えば付加価値的なものや自由診療的なサービスについては、民間セクター（営利・非営利が共に含まれる）が担うといった役割分担をすることにより、国民の多様なニーズに対応していくことが

可能になると考えられる。

図表 9：日本に求められる公民の役割分担

公が担うべき分野	公的保険の基本的部分（所得による差別があってはならない基礎的サービス）
	（例） ・政策医療（難病・感染症対策、高度先進医療、国際医療協力、災害医療など） ・僻地医療など不採算医療
民が担うべき分野	社会的必要性は低いが、利用者のニーズが強いもの（美容要素が強いものなど）
	（例） ・自由診療 ・付加価値的サービス（アメニティ向上に関するもの、周辺サービス、美容など）

【提言の実現に向けて】

日本においても、欧米諸国のように多様な事業主体がヘルスケア市場に参入すれば、相互の競争を促すことにより質の低い事業者を淘汰し、全体としての質の向上やヘルスケア・ビジネスが活性化され、新たな雇用機会の創出も期待できる。ただし、多様な事業主体の参入を促進するには、まず、公・民の役割分担を明らかにし、社会保障や福祉政策下にゆだねられる範囲と市場原理にゆだねる範囲を明確にする必要がある。その上で、経営主体に関する規制を緩和するとともに、利用者にとっての判断基準として、その診療および経営情報の開示とその評価・審査が客観的に行われることが望まれる。

日本の医療法人は税制上は課税される一方で、利益を配分できない、収益業務に制限があるなどの制約がある。一方、欧米諸国では公益性の高い法人については税金が免除される等といった優遇政策がとられているが、慈善事業を行わなければならないといった縛りがある。日本においても多様な経営主体の参入を認めると同時に、医療法人自体の位置付けを国際標準に合わせる必要があるとみられる。

## ・利用者本位のヘルスケアサービス

欧米では、サービス内容や事業者に関する情報の開示と第三者評価が進んでおり、利用者が事業者を主体的に選択するのに役立っている。一方、日本では、利用者が医療・介護サービス事業者を自由に選べるフリーアクセス制度でありながら、事業者やサービスに関する情報が利用者に対して十分に提供されていない。

利用者本位のサービスの実現は、利用者が最も自身に適した質の高いサービスを利用することを可能にするだけでなく、利用者の選択を通じて事業者間の競争を促進することにもなる。

### 【現状と問題点】

医療・介護サービス分野における利用者本位とは、サービスに関する情報を、利用者が自由に入手し、複数のサービスの間で主体的に選択し利用していく状況にあること、事業者が質の高いサービスを提供している状況にあることといえる。特にこの分野は生命にかかわることもあり、利用者の安全面からもサービスの質の確保が重要である<sup>23</sup>。

このような観点から、日本の医療・介護サービス市場の状況をみると、利用者がサービスを選択するに資するような付加価値を伴った情報が利用者に十分に届いていない、サービスの質を維持・向上するための仕組みが十分整備されていない、といった問題点がある【関連資料2：「日本の医療・介護サービス利用者の意識調査」を参照】。

#### < 広告の規制と利用者が得られる情報量の不足 >

日本では、どの医療機関や介護サービス事業者でも利用者が自由に選ぶことができるフリーアクセス制度となっている。しかし、サービス事業者を選択するにあたって十分な情報が利用者に届いているとはいえない。例えば医療分野では、利用者を虚偽広告や誇大広告から保護するために広告規制が設けられており、医療機関に関して利用者が入手できる情報は、順次規制緩和が進められているとはいえ、未だ制限されている状況にある。広告が自由である介護サービスにおいても、利用者が入手できる情報の多くは、事業者の名称や連絡先といった表面的な情報に留まっている。このことは、利用者にとって不利益であるとともに、事業者にとっても、サービスの向上や低料金を図ったとしても、それについて利用者に伝える術をもたないことから、企業努力へのインセンティブが働かないといった不利益が生じている。

欧米諸国では、ドイツおよびフランスの医療分野を除いて、事業者から利用者への広告や情報提供に関する規制はなく、いずれの国でもサービス事業者に関する情報を入手することができる。

米国では、ヘルスケアサービスの事業者に限った公的な広告規制はなく、不公正な競争や人を欺くような広告があった場合には他の分野の事業者と同様に連邦取引委員会（FTC<sup>24</sup>）が規制を行う。米国医師会も医師による広告を制限していない。

英国においてもヘルスケアサービスの事業者に関する広告規制は自主規制のみで、法律で規定

<sup>23</sup> 利用者には、利用する本人の家族や介護者も含めている。

<sup>24</sup> Federal Trade Commission



されているものはない。民間事業者による広告には、あらゆる分野の製品やサービスの広告販売活動に適用される広告基準局（ASA<sup>25</sup>）のガイドラインを遵守することが求められる。そのほか、「2000年ケア基準法<sup>26</sup>」でも、民間医療機関の広告基準を設けている。

ドイツでは、医師、病院ともに、職業活動の事実上の情報のみ新聞、ラジオ、テレビで情報提供することが許されている<sup>27</sup>。また、法律ほどの拘束力はないものの、連邦医師会のガイドライン<sup>28</sup>では、宿泊サービスその他非医療サービスのみを広告可能な事項としている。介護施設については、競争法上すべての企業に一般に適用される基準のみ適用される。

フランスでは、医療活動に携わる者が広告や公共の場で宣伝活動を行うことが禁止されているが、連絡先や専門病名、国家資格などを、宣伝の性格を帯びない範囲で告知することが可能である。公立または民間の非営利団体が圧倒的に多い介護施設の広告等については、それぞれの公的所轄機関の監督下に置かれている。

#### < 第三者による評価情報などのサービスの質を高める仕組みの不足 >

日本においては、医療・介護サービス事業者に関する基本的な情報だけでなく、利用者が複数の事業者の中から選択をする際に必要となる付加価値を伴った情報も十分でない状況である。医療・介護サービス事業者を評価する第三者機関として、財団法人日本医療機能評価機構が挙げられるが、評価対象は同財団に申請した病院に限られ、また同財団による認定や評価は医療保険の支払いとはほとんど関係がない<sup>29</sup>。なお、2002年から、同財団の評価を受けた医療機関に限っては、個別評価結果を広告することができるようになり、利用者が評価結果に関する情報を入手することができるようになった<sup>30</sup>。一方、介護サービス事業者については第三者評価機関はほとんど見当たらない。限定された情報のもとで利用者が選択を強いられることは、情報の非対称性<sup>31</sup>が存在する医療分野において特に深刻な問題であるばかりでなく、サービス事業者間の競争原理が働かず、質の高いサービスが提供される環境が生まれにくい。

欧米諸国では、複数の第三者評価機関がサービス事業者の客観的な情報を利用者に提供して選択を手助けしており、このような評価はサービス事業者間の競争を促進し、サービスの質を維持・向上させている。

米国では、多様な機関が第三者評価を行っている。メディケア・メディケイド（「各国編」米国を参照）やその他の保険プランに参加する資格を得る条件となっている医療施設認定合同委員会

<sup>25</sup> Advertising Standards Authority

<sup>26</sup> Department of Health “Independent Health Care, National Minimum Standards Regulations(Care Standards Act 2000) : 基準 C 1

<sup>27</sup> 「医師模範職業規定（Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte）第 27 条

<sup>28</sup> <http://www.bundesärztekammer.de/30/Berufsordnung/20ArztInternet.html>

<sup>29</sup> しかし、2002年4月の診療報酬改定のなかで、医療機能評価を踏まえた施設基準が盛り込まれることとなった。具体的には、基本診療の施設基準等（厚生労働省告示第73号）で示されており、緩和ケア病棟入院料の施設基準として、「日本医療機能評価機構が行なう医療評価を受けていること」を加えている。（出所：週刊社会保障2002.4.15号）

<sup>30</sup> 「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等について（医政発第0401012号、2002年4月1日）」

<sup>31</sup> サービスの提供者である医師などの専門職と患者の間に、情報の質量において大きな格差があること。

(JCAHO<sup>32</sup>)には、多くの医療・介護サービス事業者が認定を申請している。JCAHOは、外来医療、アシステッド・リビング、在宅介護、病院等の多様な施設ごとの認定プログラムを有しており、その評価基準は医療専門家、事業者、評価専門家、利用者と協議して2年ごとに更新される。また連邦政府は、メディケア・メディケイドのプログラムに参加している医療機関および介護サービス機関に対して、同僚審査機構( PRO<sup>33</sup>)の審査を定期的に受けることを義務付けている。また、JCAHO や PRO の審査では、病院等の施設の評価だけではなく、医師や看護師等の医療サービス提供者の資格や実際のサービス実施状況とその効果が評価対象項目となっており、実質的なサービスの質を維持する仕組みとなっている。

英国では、英国保健省が NHS 計画 (The NHS Plan) に基づき、2001 年 9 月、保健改善委員会<sup>34</sup>の監査結果をふまえて、NHS 病院 (一般急性部門の総合病院のみ対象) の格付けを公開した<sup>35</sup>。アラン・ミルバーン現保健相は、介護サービスにも同様の格付けを導入することを 2001 年 10 月に発表しており、協議が行われている。このほか、民間企業が民間病院を含むすべての急性病院を評価し、その結果をウェブサイト公表している例 (主要論点 参照) がある。

ドイツでは、第三者評価機関による評価や格付けは行われていない。新聞や雑誌が独自の基準で評価を発表している。

フランスでは全国医療評価認証機構 ( ANAES<sup>36</sup>) の管轄のもとに、全医療施設が 99 年から 2004 年までの間に評価手続きを踏むことが義務付けられた<sup>37</sup>。ANAES が審査を行い、最終的な評価を各医療機関に付し、一般からの要求があれば開示を行う。これにより、医療施設のサービス内容および質を一定水準以上に保つと同時に、情報の透明化を図ることを目的としている。

図表 10：第三者機関による評価の実施とその基準

	日本	米国	英国	ドイツ	フランス
第三者機関による評価の状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>97 年より財団法人日本医療機能評価機構による「病院機能評価制度」が開始。但し、申し込んだ病院のみが審査・評価される。</li> <li>一部の介護サービスについては社団法人シルバーサービス振興会が一定の基準を満たす事業者にシルバーマークを発行。但し、これも申し込み者のみ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院設置認定委員会 (JCAHO) による第三者評価をほとんどの病院が受ける。</li> <li>メディケア・メディケイドに参加している医療機関は同僚審査機構 (PRO) による審査が義務付けられている。</li> <li>医師同士により互いを評価する機関もあり、医師の質を継続的に維持する仕組みがある。</li> <li>そのほか、複数の機関が評価、監視を実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>民間企業が全ての急性病院を評価し、ウェブサイト公表。</li> <li>英国保健省が NHS 病院 (一般急性部門のみ対象) の格付け (NHS Performance Ratings) を実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>第三者による制度的な評価や格付けはない。</li> <li>新聞や雑誌が不定期に独自に評価を行っている程度。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全国医療評価認証機構 (ANAES) が医療機関の評価を 99 年から実施。医療施設は 2004 年までにこの評価手続きを踏むことが義務付けられた。</li> </ul>

<sup>32</sup> Joint Commission on Accreditation of Health Organization

<sup>33</sup> Peer Review Organization

<sup>34</sup> Commission for Health Improvement

<sup>35</sup> NHS Performance Ratings. 格付けされことや評価手法の信憑性に対する不満が病院側から出ており、物議をかもしている。

<sup>36</sup> Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé

<sup>37</sup> 「病院改革に関するオルドナンス 96-346 号」および「デクレ 97-311 号」の法律

評価基準	病院機能評価機構の評価項目： ・病院の組織基盤と地域性 ・患者の権利と安全の確保 ・病院環境と患者サービス ・診療の質の確保 ・看護の適切な提供 ・病院運営管理の合理性	JCAHO 評価項目： (施設毎に異なる。以下はナースিংホーム) [ 入居者 ] ・施設入居者の権利と施設倫理 ・介護の連続性 ・入居者のアセスメント ・入居者の介護と治療 ・入居者の教育 [ 施設機能 ] ・施設業績の改善 ・リーダーシップ ・介護環境の管理 ・人的資源管理 ・情報管理 ・感染症対策	NHS の評価項目： ・入院予約待ちの患者数 ・待期手術で当日キャンセルされた割合 ・直接雇用従業員の病欠・欠勤率 ・有資格看護師等の欠員 ・手術後 30 日以内の死亡 など	なし	ANAES の評価項目： ・患者と治療費負担（情報提供、カルテの扱い、治療費負担の管理等） ・患者のための経営管理（経営管理、人事管理、ロジスティックス管理等） ・サービスの質と事故防止（質の管理、衛生管理、感染防止等）
------	--	--	--	----	---

### 【課題・提言】

利用者本位のヘルスケアサービスは、利用者への情報提供、サービスや事業者を対象とした第三者評価の実施、サービス提供者の質の維持・向上といった3つの課題に対応することによって実現されると考えられる。これによって、利用者の側には自身にとって最良のサービスを主体的に選択し利用していくというメリットがあり、事業者の側には経営努力のインセンティブが働くというメリットがある。医療・介護サービスの市場全体としては、利用者の選択と第三者評価を通じて質の低い事業者やサービスが淘汰され、質の確保につながる。

#### ( 1 ) 積極的な情報開示

利用者が自身に最良のサービスを選択するには、まず事業者やサービスに関する情報が自由に入手できる必要がある。

このためには、医療・介護サービス事業者が一般の会社と同等程度の経営やサービスに関する情報を開示するとともに、その情報を利用者が容易に入手できるように、地域に一定の情報窓口を設置する、インターネット上で公開するなどアクセスをよくしておくことが必要である<sup>38</sup>。また、医療・介護サービスの情報は、現在開示することができる診療科目等に加えて、高度医療機器等の医療機材の有無、得意とする診療分野や自由診療部分の料金などといった情報も、積極的に開示されることが望ましい<sup>39</sup>。

事業者の経営やサービスに関する情報の開示を進めるとともに、事業者が利用者獲得のために積極的に働きかける手段である広告に関する規制の見直しも行うべきである。

利用者保護のために行われてきた医療機関の広告規制については、現在大幅な規制緩和措置がとられつつあるが、自己責任による選択が重要視される社会的背景に対応して廃止し、利用者の

<sup>38</sup> 米国では、ヘルスケアサービスの選択肢と費用について、インターネットで多くの情報が公開されている。米国のインターネット加入者の54%にあたる約4,100万人の成人が、ヘルスケア関連の情報を探すために健康関係のウェブサイトにアクセスしている（スタンダード・アンド・プアーズ社産業調査「医療：総合的健康管理」（2001年2月22日））。

<sup>39</sup> 2002年4月、医療機関の広告事項の一部について規制緩和が行われた。これにより、専門医の資格、これまでの手術等の実績や、看護師のベッド数あたりの人数などといった医療サービス提供者の質を判断できる情報を提供することが可能になった。

利益を損なうような広告を行った場合の処置について、民法、刑法など社会一般に適用される法律で対処していく方向にシフトしていくべきである。既に介護の分野では、介護保険制度によって民間事業者の参入が自由化され、広告に関する規制はない。医療分野における広告の規制緩和は、事業者にとってマーケティング手法を多様化させる契機となる。

このような情報開示を通じて、利用者が事業者やそのサービスの質を判断するための情報が十分に提供されるようになると、利用者は、個々の事業者を比較検討し、より自分のニーズに適した質のよい事業者やサービスを選ぶことができるようになる。このような利用者の選択行動を通じて、利用者のニーズにそぐわない、あるいは、サービスの質が十分な水準にない事業者が淘汰されていくことが期待できる。

また、医療事故の頻発によって医療サービスへの信頼感や安心感が低下しつつあるが、情報開示を積極的に行うことや後述する評価機関の充実等を通じて、密室であるという印象を持たれている医療現場に対する国民の信頼回復にも資するものと考えられる。

なお、広告の規制廃止を含めて事業者の経営やサービスに関する情報開示を進めていくにあたっては、利用者が提供された情報を適切に判断することができるように、客観的な評価を伴った情報もあわせて提供される必要がある。

## （２）第三者評価機関の充実

医療分野において顕著な情報の非対称性を乗り越えて利用者自身が最良のサービスや事業者を選択・利用決定していくためには、前述したように医療・介護サービス事業者に関する情報開示が求められると同時に、利用者の選択・決定に資する客観的な評価やアドバイスの要素が付加された情報が必要である。

このためには、米国等で機能しているような独立性の高い第三者評価機関が、利用者の身近なところに複数存在することが重要である。第三者評価機関には、客観的かつ正確な評価を行うことに加えてその評価結果を広く社会に公表していくことが求められる。具体的には、評価基準、評価対象者、評価方法、評価者、評価結果等の一連の評価活動が公開されていることである。さらに、一部の第三者評価機関には、米国のJCAHOのように、評価結果が芳しくないサービス事業者（病院や介護施設など）を公的保険の給付対象から外すこと、あるいは診療・介護報酬を減額するなどの対応措置がとれるような仕組みを持つことも期待される。

また、評価の内容については、施設の設置基準や必要な専門職数等の外形的な項目だけでなく、サービス提供者の資格要件や実際のサービス実施状況、そして、サービス提供の成果測定等のサービスのプロセスやアウトカムも含めた幅広い項目をベンチマークすることが求められる<sup>40</sup>。

独立性の高い複数の第三者評価機関が機能することによって、医療・介護サービス市場活性化の原動力の一つである利用者の主体的な選択が実現するものと期待される。

利用者にとっては、第三者評価機関が、ヘルスケアサービスの質を客観的に評価していること

<sup>40</sup> JCAHO の評価の重点は、従来の施設評価から、利用者がサービスを受けた結果どのくらい回復したのかの成果測定や、医療機関の組織としての実績やパフォーマンスの測定にシフトしてきている。また、JCAHO の評価基準では、アウトカムの改善が主要な目的となっている。

が重要であるが、評価以前に、医師、看護師などサービス提供者の資質や技術が保たれていることが前提となる。現在日本では、日本医師会による生涯学習制度<sup>41</sup>や各学会が認定する専門医制度<sup>42</sup>、日本看護協会による生涯学習支援<sup>43</sup>や認定看護師制度<sup>44</sup>・専門看護師制度<sup>45</sup>があるものの、医師や看護職の免許自体の更新は制度化されていない。米国や英国では医師や看護師等の従事者の免許保有者に、資格を更新することが義務付けられている。日本でも第三者評価機関の充実化とともに、免許更新制度の見直しなど従事者の技術担保のための制度が整備されることが望まれる。

#### 【提言の実現に向けて】

医療費の抑制に伴って自己負担がさらに増大していくことが見込まれている。これに対し、今後利用者の間で、事業者やサービスに関する十分な情報を入手したい、支払いに応じた質の高いサービスを利用したいという権利意識が高まっていくことが予想される。このためには、IT（情報技術）等を利用した情報提供システムづくりについても検討していく必要がある。また、医療・介護サービス分野への参入が自由化されると、事業者が多様化し、利用者が選択のためにさらに多くの情報を必要とするようになって考えられる。利用者本位のサービス提供は、医療・介護サービス市場において今後一層重要になるといえる。

---

<sup>41</sup> 日本医師会に所属する医師が自主的に学習を行う際に利用できる制度である。最新の医学的知識のほか、医の倫理から医療保険制度といった現実的問題に至る医療分野の様々な課題を抱合したカリキュラムとなっている。

<sup>42</sup> 各種学会が独自に認定している専門医制度であり、学会が定める研修機会等に一定単位以上参加していることなどの受験資格要件が定められている。日本内科学会認定医制度は、学会による認定内科医に認定された後に、所定の内科臨床研修を行い、認定内科専門医資格認定試験に合格する必要がある。認定内科専門医としての認定期間は5年であり、この後は、認定更新の審査を受ける。

<sup>43</sup> 日本看護協会では、新人研修、ジェネラリストの教育、看護管理者の教育、看護教育者の教育の4分野の研修を実施している。

<sup>44</sup> 認定看護師は、日本看護協会が定める教育課程を修了し、特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を有することを認められた者である。特定の看護分野には、救急看護、ホスピスケア、がん化学療法看護、訪問看護等の11分野がある。

<sup>45</sup> 専門看護師は、日本看護協会専門看護師認定試験に合格し、特定の専門看護分野（がん看護、精神看護、地域看護、老人看護、小児看護）において卓越した看護実践能力を有することが認められた者である。

・医療と介護の一体的かつ連続的なサービスの提供

欧米では医療・介護サービスは「ヘルスケア」として一体のものと捉えており、サービスの提供体制も一貫したものとなっている。一方、日本では、医療と介護に関する法律が二分されており、サービスが一体的に提供されているとは言えない。また、事業主体間に税制上の取扱いの違いがあり、事業者が平等な立場で競争する環境が整っていない。

日本においては、医療・介護サービス市場を一体的に整備することによって、事業者ビジネスチャンスを拡大し、利用者には自身の健康状態や生活状況に応じて一体的かつ連続的なサービスを受けるメリットが生じると考えられる。

【現状と問題点】

<医療・介護サービスを一体的にとらえる法税制度の不足>

日本では、医療サービスについては医療法等、介護サービスは介護保険法など、各々異なる法律によって規制されている<sup>46</sup>。このため、医療と介護サービスとの間に業務の垣根があり、現状では医療法人、社会福祉法人と別々に設立する必要が生じる等、医療・介護を一体化してサービス提供の認可をとることはできない。また、現行の法体制では医療法人は老人保健施設等の介護サービスに進出することは容易であるが、介護サービスの事業主体である社会福祉法人や株式会社、特定非営利活動法人が病院等の医療サービスを提供することはできない<sup>47</sup>。例えば、在宅医療、訪問看護、療養型施設サービスなどは、医療サービスであるため医師の指示がなければ提供できない<sup>48</sup>。一部の医療法人に医療と介護サービスを一体的に提供しようとする動きはあるものの、現状では病院退院後の要介護高齢者の受け皿として、患者が住み慣れた地域で介護サービスを受ける体制は十分とはいえない。

税制面では、社会福祉法人は公益法人や特定公益増進法人として課税面での優遇措置に加え、福祉施設を開設する場合には必要な用地取得を国や自治体が補助するという支援が行われている。一方、介護保険導入以降、在宅サービスや有料老人ホームなどを中心に民間企業や特定非営利活動法人等、社会福祉法人以外も介護サービスに参入しているが、これらの企業等には、社会福祉法人と同様の税制面・土地取得面での支援は行われていない。このような状況は、同じ医療・介護市場の事業者が平等な競争を行うための環境が整っていないことを意味する。また、税制上の優遇度合いが高い社会福祉法人を設立するための資産要件<sup>49</sup>は厳しく、初期投資コストや許認可までの時間がかかることから設立は容易ではないとの指摘もある。

<sup>46</sup> 「医療法」、「介護保険法」の主務官庁は同一であるものの、担当部署も異なり、別個のサービスとしての対応がなされてきた。

<sup>47</sup> 「介護保険法」94条で老人保健施設の開設者として医療法人が認められている。「医療法」第7条によって、医師および歯科医師でない者が病院を開設しようとする場合に開設地の都道府県知事の許可が必要であることが規定されている。また、同法同条5項には、営利を目的とした病院開設に都道府県知事が許可を与えないことができる旨の規定があり、事実上、株式会社の病院経営は禁止されている。

<sup>48</sup> 在宅医療や訪問看護は「医療法」第17条の「医業」に含まれ、医師が行うものとされる。

<sup>49</sup> 「社会福祉法」第25条。厚生労働省 通知（2000年12月1日、障第890号/社援第2618号/老発第794号/児発第908号）

図表 11：医療・介護サービスの提供に関する法律

	日本	米国	英国		ドイツ		フランス	
法律 医療に関する	・医師法 ・歯科医師法 ・医療法等	・ 必要性 証 明 書 法 (CON 法) * <sup>1</sup> ・ 各州法 等 営利企業については： ・ 連邦営業法	・ NHS およ び コ ミ ュ ニ テ ィ ケ ア 法 * <sup>2</sup> ・ ケ ア 基 準法 * <sup>3</sup> 等	・ 医療法 * <sup>4</sup> ・ 歯 科 医 師法 * <sup>5</sup> 等	・ 社会法典 (SCB) * <sup>7</sup> 営利企業に ついては： ・ 連邦営業 法 * <sup>8</sup> 等	・ 連 邦 医 師法 * <sup>9</sup>	営利企業に ついては： ・ 商法 ・ 民事法等	・ 公衆衛生 法 * <sup>12</sup> ・ 社会保 障 法 * <sup>13</sup> 等
法律 介護に関する	・ 介護保険法 ・ 社会福祉法 ・ 老人福祉法 等	・ 州ごとの会社法 ・ 企業法 ・ 州法等		・ 登 録 ホ ー ム 施 設法 * <sup>6</sup> 等		・ 介 護 保 険法 * <sup>10</sup> ・ 施設法 等 * <sup>11</sup>		・ 特定介護 給付法 * <sup>14</sup> ・ 個別化自立 手当法 * <sup>15</sup> 等

(注) \*1: Certificate of Need Law

\*2: National Health Service and Community Care Act 1990

\*3: The Care Standards Act 2000

\*4: Medical Act 1983

\*5: Dentists Act 1984

\*6: Registered Homes Act 1984「ケア基準法」が施行されることにより、「登録ホーム施設法」は廃止される。「ケア基準法」は、2001 年 11 月 20 日、2002 年 1 月 1 日、2002 年 4 月 1 日、2002 年 7 月 1 日の 4 回に分けて段階的に施行される。

\*7: Sozial Gesetzbuch

\*8: Gewerbeordnung

\*9: Bundesärzteordnung

\*10: Long-term Care Law

\*11: Facility Law

\*12: Code de la santé public

\*13: Code de la sécurité sociale

\*14: Loi no 97-60 du 24 janvier 1997

\*15: LOI no 2001-647 du 20 juillet 2001

欧米諸国では医療と介護サービスは区別されることなく提供され、法律面から見ても、民間企業等の参入を認めていることもあり、民間企業については医療・介護のいずれかを問わず、企業法や会社法、商法といった法律が適用されている。また、既に医療・介護サービスは「ヘルスケア」として一体のものと捉えており、サービスの提供体制も一貫したものとなっている。

米国では、近年の医療費抑制を背景に、市場主導によって医療市場と介護市場の一体化は実現されている。医療施設の開設者のなかには、医療・介護サービスを総合的に提供する体制を構築しようとする動きがみられ、この動きは特に大規模な営利目的の病院チェーン<sup>50</sup>において顕著である。病院チェーンの複合体は一般的には、急性期病院、開業医、医師センター、ナーシングホーム、在宅医療事業者などを所有するか、もしくは契約関係にある場合が多い。この体制は、医療行為や健康管理サービスの費用対効果を高めるとともに、マネジドケア契約に基づいて患者に対してより総合的かつ効率的に医療等のサービスを提供しようとするものである。また、アシステッド・リビングでは、必要に応じて医療・介護サービスを利用しながら在宅生活を送ることができ、施設だけでなく在宅においても、医療と介護サービスが一体的に提供されている。

英国では医療・介護サービスを一体化し、効率的にサービスを提供することを目指し、保健省が 2000 年 10 月に新たな方策を提案した<sup>51</sup>。同提案では治療を終えた入院中の高齢者に対し、看護師、ケアワーカー、一般家庭医等が患者の自宅での救急処置チームを組む等という中間ケア・サービスを提供することで退院を促すなど、医療・介護の垣根を越えたサービス提供体制を奨励

<sup>50</sup> HCA 社、Tenet Healthcare 社等。

<sup>51</sup> 保健省は 2000 年 10 月に発行した“Building Capacity and Partnership in Care – An Agreement between the Statutory and the Independent Social Care, Health Care and Housing Sectors”で医療・福祉の連携についての方策を提案している。この背景には英国ではベッド数の不足や医療・介護サービスの連携がうまく機能しなかったことから利用者の混乱が生じる等の問題を抱えており、その解決策が求められていた。

している<sup>52</sup>。また同省の NHS 計画<sup>53</sup>では、医療ケアと介護ケアを単一の機関に委託できるケア・トラストを新設し、医療ケアから介護ケアへの移行期のギャップをなくすことや、ヘルスケアサービスのワンストップ化が提言されている。

ドイツでは、2000 年 1 月に統合ケア<sup>54</sup>が施行され、病院が介護サービス提供機関と提携してデイサービス施設を開設する等、入院・外来サービスや訪問看護、医療と介護サービスの連携が始まったばかりである。しかし、これは公的健康保険の給付範囲内は適用されるが、介護保険から給付される介護サービスとの一元化は進められていない。なお、介護サービスのほぼ半数を占める公益団体の場合には病院と介護サービスの両方を運営しており、以前から組織内の情報交換といった連携はなされているが、近年では入院後の介護などについて病院と介護サービスと共同で計画を立てるなど、協力の範囲が広がっているといわれる。

フランスでは医療福祉施設や公立病院内に老人ホームを併設するなど、介護施設での医療サービスが充実している。このように医療と介護が一体化した施設が存在するが、医療と介護の両方のサービスを提供している施設は医療と福祉施設の許認可の両方を必要とする等、医療と福祉を統合した法規制のもとでサービス提供が認可されていない。現状では、個々の法規制のもとでサービス事業者が利用者に一体的なサービス提供を行うために工夫を行っている。なお、医療・福祉を一体的に整備するために91年に福祉施設・医療福祉施設の開設・改造の諮問機関として全国医療福祉組織委員会・医療福祉組織地方委員会が設立されており、同分野での連携を促している<sup>55</sup>。

#### <連携の要となる人材と情報の共有化の不足>

日本において実際にサービスの現場で医療と介護の連携を進めるにあたり、要となるのは医師、看護師、ケアマネジャー等の専門職であると考えられる。法制度面での規制緩和と同時に、医療・介護サービスの連携を現実のものとする専門職等の人材教育が重要である。また、日本では、医師を頂点としたサービス提供体制が敷かれることが多く、各専門職間に役割分担に基づいた連携体制を構築することが難しい。特に、介護分野には、医療サービスの専門職のほうが介護専門職よりも上位であると考えてしまう傾向があり、連携の実現を阻害している。

また、医療と介護の連携の要として、人材とともに、医療に関する情報と介護に関する情報が共有化されることも重要である。利用者自身の健康状態や治療履歴に、生活の履歴や現状の情報が加わることによって、利用者の生活全体を踏まえた適切なサービス提供が実現されることになる。しかし日本では、医療と介護の連携にとって基本的な情報である個人カルテの情報開示が十分に進んでいない状況である。個人カルテの情報は、利用者本人の情報でありながら、医療機関が保有する慣行があり、しかも、利用者が容易に理解できる記載内容ではないことが多いため、利用者自身が利用することが難しい。さらに、情報開示や情報利用にあたってのリスクマネジメントや倫理上の問題等が十分に討議されていないことも問題として指摘できる。

<sup>52</sup> 病院のベッド不足解消策にもなり、不要な病院搬送を避けるという効果もある。

<sup>53</sup> 保健省“The NHS Plan, A Plan for Investment, A Plan for Reform (Cm4818-I)”

<sup>54</sup> Integrierte Versorgung. 「統合ケア」は 2000 年 1 月施行の「健康改革 2000 (Gesundheitsreform 2000)」に「社会保障法典」の一部が組み込まれたことに端を発している。

<sup>55</sup> 91 年 7 月 31 日付法第 91-748 号。全国医療福祉組織委員会: Comité Nationale de l'Organisation Sanitaires et Sociale (CNOSS)、医療福祉組織地方委員会 Comité Régionale de l'Organisation Sanitaires et Sociale (CROSS)



欧米諸国では、現場で医療サービスと介護サービスを一体的に提供できる人材育成に取り組むとともに、サービス提供の現場をチーム制にして、専門職同士の連携を促進している。また、欧米では、フランスを除き<sup>56</sup>、医師や医療機関は、個人に属する情報は利用者からの請求に基づいて開示しなければならない。日本では開示は認められているものの、主治医の判断が必要であり、無条件に開示されるわけではない。

米国では、専門職の養成にあたって、利用者の生活全体を支援する視点、利用者の自己決定権を擁護する視点などを持つことができるような訓練が施されている。たとえば、家庭医になるためには、医療全般の教育のほかに、患者の生活全般を支えるためのコミュニケーションやアセスメント能力を養成するコース等も課される。看護師については、担当業務が日本よりも広がっている。

図表 12：米国の看護師業務

職種	業務の特質
登録看護師	<p>&lt; 登録看護師の職務 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康を増進し、病気を予防し、患者が病気に対処するよう援助する。登録看護師は、患者、家族、地域社会に対する擁護者であり、保健教育者である。</li> <li>登録看護師は、患者に直接的なケアを行うときは、症状、反応、進行を観察、評価、記録し、治療と検査のときに医師を援助し、投薬を管理し、予後とリハビリテーションを援助する。介護計画も作成・管理し、適切なケアについて患者と家族に指導し、個人やグループが健康を改善または維持するための措置を講じる援助を行う。</li> <li>州法は、登録看護師が行う職務を規定している。</li> </ul> <p>&lt; 登録看護師の仕事の種類 &gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>登録看護師は、病院勤務看護師、開業医勤務看護師、家庭看護師、保健師、職業保健師・産業保健師、看護師長・看護師監督者として働いている。</li> <li>より高度な職務内容としては、基本的なプライマリーケアを行う臨床看護師、高度診療看護師である臨床専門看護師、公認登録看護師麻醉師、認定助産師がある。</li> </ul>
准看護師*	医師および登録看護師の指示を受けて病人、負傷者、回復期患者、身体障害者の介護をする。

(注)\*：licensed practical nurse (L.P.N.)。テキサス州とカリフォルニア州では licensed vocational nurse (LVN) とよぶ。

また米国では医療と介護サービスを一体的に提供し、特に高齢者を対象とした長期間にわたるケア全体をコーディネートするケアマネジャーと (GMC)<sup>57</sup> いわれる専門職が存在し、個人営業あるいは数人の専門家が会社を設立してビジネスを行っている。なお、97年時点でケアマネジメントをビジネスとする企業は4,500社存在する。

<sup>56</sup> フランスでは患者へのカルテ開示はまだ義務付けられていないものの、患者の請求があればカルテを他の医師に開示しなければならない。

<sup>57</sup> GCM, Geriatric Care Manager.

日本の介護保険のケアマネジャーとの違いは、業務内容が広範で専門的であることに加えて、医療・福祉（介護）サービスを提供する事業体には属さないことである。

図表 13：米国の高齢者ケアマネジメント専門会社（Dolen Consulting Systems\*<sup>1</sup>）

サービス・メニュー	コンサルティング、アセスメント、ケアマネジメント、アシステッド・リビングやナーシングホーム等への入所支援、在宅ケア、アルツハイマー病へのケア、アドボカシーと教育、カウンセリング、メディケイド等への登録支援、財産支援サービス	
主なスタッフ	医師（代表者）、医療ソーシャルワーカーおよび認定ソーシャルワーカー* <sup>2</sup> 資格保持者（代表）、認定ソーシャルワーカー（2名）、医療ソーシャルワーカー、コミュニケーション専門家、登録看護師（2名）、その他事務スタッフ	
料金設定	コンサルテーション / アセスメント	最初の1時間 200ドル その後は、 ・医師であるスタッフの場合は1時間200ドル ・ソーシャルワーカーの場合は1時間165ドル
	フル・アセスメント	最低 600ドル
	退職者用施設・アシステッドリビング入所支援	最低 2,000ドル
	ナーシングホーム入所支援	最低 2,000ドル
	メディケイド登録支援	最低 2,000ドル
	メディケイド資格の再登録	最低 600ドル
	在宅ケア支援	最低 500ドル

（注）\*<sup>1</sup>：全米GCM専門家協会（National Association of Professional Geriatric Care Managers）のメンバーであり、業歴20年以上の企業。

\*<sup>2</sup>：全米ソーシャルワーカー協会が認定しているソーシャルワーカー

英国では、保健省は医療と介護の連携を促進するために、ソーシャルワーカーの採用を奨励するとともに、ソーシャル・ワークの研修機会の充実に資金支援を行う計画がある。また、前述のように、入院中の高齢者の在宅復帰を支援するために看護師、ケアワーカー、ソーシャルワーカー、セラピスト、一般家庭医等が救急処置チームを組んで中間ケア・サービスを提供するといったチーム制の試みがなされている。

図表 14：英国の中間ケアにおける医療・介護チームの事例

緊急対応チーム	看護師、ケアワーカー、ソーシャルワーカー、セラピスト、GP（一般家庭医）等の医療・介護の専門家が混合でチーム体制を組み、救急処置に対応するサービス。
回復施設	病院での治療は必要ないが、在宅での生活が可能なまでに回復に至っていない人が、短期間滞在して支援が受けられるサービス。
統合的在宅ケアチーム	退院後の自宅での独立生活を支援するサービス
ケアマネジメント	医療から介護までワンストップサービスを受けられるよう、GP（一般家庭医）の診療所にソーシャルワーカーを配置して、患者のトータルなケアをアレンジするサービス。

ドイツでは医療と介護の連携を目的とした人材養成の取り組みとして、近年、大学や専門大学で「健康学」「健康介護学」「介護経営学」といった学科を開設する動きが見られる。また、病院と訪問介護サービスの連携の仲介を行う医療・介護コンサルタントなどが存在し、活躍している。

フランスでは、高齢者向け入所施設において多くの正看護師や准看護師、等の看護職のほか、医療心理補助員<sup>58</sup>もあり、介護サービスにおいても医療サービスの専門職が働いている。

<sup>58</sup> aides médico psychologiques

## 【課題・提言】

日本においても、事業者・利用者双方へのメリットを考えると欧米諸国のように医療と介護サービスの市場をヘルスケアサービスとして一体的に整備する必要があるとみられる。すなわち、事業者にとっては、医療・看護・介護サービスを一つの主体で一体的に提供してスケールメリットを図ることができる一方、利用者にとっては一つの事業者のもとで、自分の健康状態やニーズの変化に対応したサービスを連続的に受けられる。このためには、ヘルスケアサービス事業者が平等に競争に参加できるような環境を確保するための税制を含めた法整備が必要となる。また、医療と介護の連携の要となる人材を育成するとともに、個人カルテなどの基本情報を開示して、医療および介護の施設間で共有できる環境を整えることも重要となる。ヘルスケア市場が一体化されれば、事業者にとってはビジネスチャンスの拡大、経営資源の効率的・効果的な活用を図ることができるほか、利用者にとっては自身の健康状態や生活状況に応じて一体的かつ連続的なサービスを受けることができる。

### （１）事業者間の平等な競争を確保するための法税制度の整備

医療および介護サービス市場に多様な事業主体が参入し、事業主体間の競争を通じて、同サービスの質の向上や効率化を図ることが重要であることは前述の通り<sup>59</sup>である。このことは、医療と介護サービスを統合したヘルスケア市場を考えるにあたっても同じことがいえる。

ヘルスケア市場での平等な競争を確保するためには、法人によって実施できるサービスの種類が規定されるという現行制度の規制を緩和し、ヘルスケアサービスを提供する能力と体制を有する事業者であれば自由に市場に参入できるようにすることが重要である。また、医療と介護に関する法律が、ヘルスケア市場の振興という観点から整合性のとれたものとなっていくことが期待される<sup>60</sup>。現状では、医療サービスの事業主体が介護保険サービスを行うことは比較的容易であるが、介護サービス事業者が医療サービスを実施することは極めて難しいといわれている。今後は医療サービスの事業者がヘルスケア・ビジネス展開上優位に立っている現状を改善していくことが期待される。

税制面や用地取得については、社会福祉法人と、医療法人、民間企業、特定非営利活動法人といった他の事業主体間との取扱いの違いを改善していくことが求められる。社会福祉法人は、措置制度の下で、地域住民に安価で安心できるサービスを提供する役割を担ってきた経緯があり、このために、その組織基盤が公益法人や特定公益増進法人として優遇されてきた。しかし、社会福祉基礎構造改革によって、福祉制度の根本が、措置から事業者と利用者の間の自由な契約へとシフトしている今日においては、多様な事業者が競争することによって、質の高いサービスを確保し、利用者に多くの選択肢を提供していくことが望ましいと考えられる。なお、米国で慈善的・福祉的要素の強いものについては非営利が担っているように、日本でも低所得者層などの公的制度による保護が必要な利用者については、社会福祉法人等の公益法人がサービス提供を担うなどの役割分担を行うことが考えられよう。

<sup>59</sup> 本報告書「I.多様な事業主体によるヘルスケア分野への参入」の項を参照。

<sup>60</sup> 例えば、高齢者については医療・介護の両法律にまたがるものを一つの体系にまとめることにより医療・介護を制度としても一本化させることなど。

## （２）経営資源の効率化と利用者満足度の拡充

医療と介護サービスの経営資源はかけ離れたものではなく、重複する部分も多いことから、その連携は事業者にとっても施設や人材などを効率的に活用することができるというメリットがあると考えられる。また、欧米諸国では医療と介護サービス市場を一体化することによって新たなビジネスチャンスが拡大している状況がある。例えば医療と介護を一体的に提供している米国では高齢者のケア全体をコーディネートするケアマネジャー（GCM）といわれる専門職が存在し、個人営業あるいは数人の専門家が会社を設立してビジネスを行っている。日本においても医療と介護を一体化することにより、新たなビジネスチャンスを生み出す可能性がある。たとえば後述の論点で紹介するような、英国BUPA社（本章「欧米のヘルスケア・ビジネス（１）」のように、保険会社が医療から福祉まで、利用者をトータルにサポートするといったトータルヘルスケアビジネス、各国編の米国のところで紹介した、Dolen Consulting Systems社（各論編「米国」3-2参照）のように、高齢者向けの様々なサービスを総合的に提供するビジネスなどが日本でも実現できることになるだろう。

また、利用者にとっても、治療の度合いが大きい、もしくはケアの必要性が高い医療・介護サービスを適切に提供されることが利便性や安心感という面で満足度を高めることから、利用者本位のサービス提供という観点からも医療と介護サービスの市場の一体化はメリットが大きいものと考えられる。日本でも、医療・介護サービスを一体的に提供するような先進的な事例が散見されつつあり、医療・介護の多様なサービス間の連携をとることによって、総合的なケア・パッケージを利用者に提供していくことも可能である。

### 【提言の実現に向けて】

日本において、一部では先駆的に医療と介護サービスの連携の試みが始まっているが、ヘルスケア市場として一体的にサービスを提供できる環境にはない。介護サービスの事業者からはビジネスチャンスの拡大を目指し、医療サービスを含めたトータルなケアを提供したいとの声もある。医療・介護サービス市場が一体的に提供できるように税制を含めた法環境や競争原理が働く市場が整備されれば、利用者にとっても広範囲なサービスを受けることができるメリットがあるとみられる。保険制度の違いなど医療と介護サービスを一体化したヘルスケア市場の実現のための課題は多いが、少子・高齢化により医療費や介護費が大きな国民負担となっている日本において、ヘルスケア市場が内外の事業者にとってビジネスチャンスに満ちた産業の一つとなっていくことが重要であると考えられる。

#### Ⅳ．欧米のヘルスケア・ビジネス

欧米で提供されているヘルスケアサービスのなかには、日本ではまだ見られない、利用者にとってより便利な、質の高いものがある。こうしたサービスが日本で展開された場合には、利用者の多様なニーズを満たすことができるだけでなく、既存のヘルスケアサービスの変革や事業者間の健全な競争につながると考えられる。

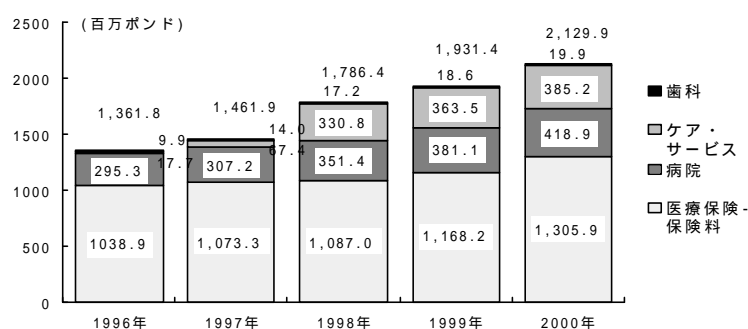
ここでは、日本では見られないヘルスケアサービスを提供している欧米の企業およびサービス内容について、日本に導入した場合のメリットなどをあわせて紹介する。

##### ( 1 ) 「保険からヘルスケアサービスまでを総合的に提供」 英国 BUPA 社 ( The British United Provident Association )

【特色と利点】英国では原則として国民保健サービス ( NHS ) 制度の下で病院の多くが国営であるが、国が税を財源として提供する同制度は硬直的で、入院の待ち期間が長いなどの問題を抱えている。一方、民間営利企業が総合的ヘルスケアサービスを展開して、NHS の給付に不満を覚える層に対して新しい選択肢を提供している。英国の民間企業が医療・介護の総合的なサービスを提供している事例として紹介する。

1947 年設立の大手保険会社である BUPA は、英国保険市場の 40% のシェア ( 加入者数 257 万人 ) をもつ一方で、病院、健康診断センター、高齢者施設などのヘルスケアサービスを総合的に提供している。また、英国国内のみならず、海外にも病院はじめ様々なヘルスケアサービスを展開している。同社は民間急性病院の中では営業収益・利益ランキングが 99 年、2000 年と連続 2 位となっている。BUPA の病院は英国国内に限定すると、民間病院の中では病床数で第 2 位、施設数で第 3 位を誇り、多様な施設を所有する。自社の被保険者および他の民間医療保険の加入者を対象とした医療サービスの年間利用者数は 20 万人以上に上る。BUPA では、入院、退院、退院後のアフターケアまでの経過を記録しており、サービスの質の向上に役立てている。

図表 15：BUPA 社の部門別営業収入 income の推移



( 資料 ) BUPA Report and accounts 2000

【日本の現状と障壁】日本では、民間企業による保険から病院サービス提供までの総合的なヘルスケアサービスプロバイダは存在しない。民間の保険会社は保険業法で業務範囲が規定されてお

り<sup>61</sup>、病院を持つことは難しい。逆に病院が保険を販売することは法に定められた業務範囲外であるため不可能である。

【導入のメリット】日本も英国同様に公的医療保障制度が充実しているが、より高い自己負担をしてでもレベル高いサービスを求める消費者層が、潜在的に存在すると考えられる。英国 BUPA 社のようなサービスは、こうした層のニーズに応えることができるだけでなく、広く公的医療保険以外の選択肢を提供するものといえる。

## (2)「外国人のためのサービス提供」フランス アメリカンホスピタル (American Hospital of Paris)

【特色と利点】外国人をターゲット層としたサービスを提供しつつ、同時に現地の市民の支持をも得ている例として紹介する。米国人医師が創設したパリのアメリカンホスピタルでは、米国で免許を取得した医師が、フランスに住む米国人のほか、現地のフランス人や外国人を診察している。スタッフに英語とフランス語の両国語が話せることを義務付けるほか、多言語に対応したサービスを提供しており、日本人の医師も診察を行っている<sup>62</sup>。年間8,000人の入院患者、2,500人の一日入院患者、70,000人の外来患者、19,000人の救急外来患者を診察している(99年)。外来・入院患者の35%は外国人であり、国籍は100カ国以上にのぼり、米国人7%、日本人3.5%となっている。

同病院は疾病保険金庫との協定価格ではなく自由に価格を設定している。料金設定は近隣よりもかなり高いが、バイリンガルなスタッフの配置、快適なアメニティ、高度な医療技術によって、顧客ニーズを捉えている。

【日本の現状と障壁】現在在日外国人は160万人以上<sup>63</sup>、在外日本人は約80万人に上り、いずれも増加傾向にある。しかし日本にいる外国人が、母国語で症状を説明して慣れた方法で診療を受けられる医療機関は限られている。日本の医師法第17条で「医師でなければ、医業をなしてはならない」と定められ、原則として日本で医療行為を行うことができるのは日本の医師国家試験に合格して免許を取得した医師に限られているためである。また、日本の医師国家試験は基本的に日本語のみで行われており、外国語の能力は求められていない。

【導入のメリット】在日・訪日外国人の増加を受けて多言語に対応した医療サービスに対するニーズが高まると予想される。外国の医師免許を日本で認めることによって、在日外国人患者にとって利用しやすい医療サービス環境が整うと予想される。また、経済特区の議論が行われているが、医療についても一定の条件のもとで規制を緩和してサービス提供を促す方法が考えられる。

外国の医師免許をどのように認めるかという議論の際に、国家試験の内容や免許取得の更新制についての比較が必須となる。その過程で、継続教育や免許の更新制の導入が検討される可能性もある。副次的効果として、日本の医療がグローバルスタンダードに近づき、医療の標準化が進むことも期待できる。

<sup>61</sup> 保険業法第97条以下に業務について規定があり、特に第100条では他業の制限が明文化されている。

<sup>62</sup> 日本の医師免許で診察を行っている。

<sup>63</sup> 平成13年度在留外国人統計(2001年8月発表)による平成12年末時点の登録外国人数

### ( 3 ) 「ヘルスケアサービス事業者の質を調査・評価した結果を提供」

#### A . 米国 U.S.ニュース誌による病院評価 ベストホスピタルズ “ Best Hospitals ”

( <http://www.usnews.com/usnews/nycu/health/hosptl/tophosp.htm> )

【特色と利点】米国では、複数の第三者評価機関が病院の評価を行っている。利用者は評価結果を判断材料として医療機関を選択できるほか、評価にさらされることによって医療機関自身がサービスの維持・向上を意識するようになるといわれている。マネジドケア機関が、質の高いサービスを提供する病院と提携することを目的として、これらの評価情報に注目していることも医療機関へのプレッシャーとなる。

U.S.ニュース誌では、90 年から毎年、病院のランキング結果を発表している。これはシカゴ大学の関連機関である National Opinion Research Center が実施しているもので、がん・消化器・心臓・リハビリ・眼科・精神科など、17 の専門分野別に、専門家の間での評判・死亡率・看護婦の人員配置・先端医療技術の配置などから総合点を算出している。同調査の患者の認知度は高く、上位にランキングされた医療機関ではそのことを利用者に対してアピールしている。2001 年版では、6,116 の病院から合計 168 の病院を選出した。

#### B . 英国 ドクター・フォスター ( Dr Foster ) による医療機関評価

( <http://www.drfooster.co.uk/> )

【特色と利点】英国の Dr Foster は 2000 年に設立された独立民間非営利団体で、病院等の評価を行い、書籍・新聞やウェブサイトで結果を公表している。ロンドンにある Imperial College of Science, Technology and Medicine を含む学術的なパートナーとの協力のもと、主に 300 床以上の NHS ( 公営 ) 病院 約 270 ヲ所およびほとんどすべての民間病院約 250 ヲ所を対象として評価している。総合ランキングは行っていないが、それぞれの病院について概要・診療科・専門領域・アメニティ・料金について記述がある。特に心臓・がん・診断・救急の 4 分野を取り上げ、受けられる手術や検査の種類、配置されている検査機器などを発表しているほか、同様の手術や検査が受けられる近隣の病院を提示している。また死亡率や人員配置、待ちリストの状態を、近隣 10 病院、全国の平均、ベストパフォーマンスの病院と比較することができる部分もある。

利用者は、病院名リストからの検索、住所や地図などからの検索ができる。医療技術関連だけでなく、食事の選択肢や駐車場の有無などのアメニティに関する情報、また民間病院については料金のほか、民間保険の種類別に使用可否が示されている。

#### C . 米国 ヘルスグレード ( Health Grade ) 社による医療・介護サービス事業者評価

【特色と利点】病院・医師・ナーシングホーム・在宅ケア事業者をはじめとした幅広い分野について、サービスの評価と概要をインターネット上で公開している。医療分野の評価機関が数多く存在する米国でも、介護分野の評価はまだ少ない。登録数は全米で病院 5,000 ヲ所、医師 62 万人、ナーシングホーム 16,000 ヲ所、在宅ケア 7,000 ヲ所以上にものぼる。一部有料の情報もあり、例えばナーシングホームの成績表と題されたレポートは約 1,000 円で購入できる。

## Health Grade 社で情報提供しているサービス分野

Hospital Ratings (病院評価)	Physicians (医師)	Nursing Homes (ナースিংホーム)
Home Health (在宅ケア)	Hospices (ホスピス)	Fertility Clinics (産婦人科医院)
Naturopathic Physican (自然療法医師)	Chiropractors (脊柱指圧士)	Acupuncturists (鍼療法士)
Hospital Profiles (病院履歴)	Children's Hospital (小児病院)	Emergency (救急)
Birth Centers (産科センター)	Mammography (マモグラフィ)	Cancer Centers(がんセンター)
Assist Living Residence(アシステッドリビング)		

【日本の現状と障壁】日本では、唯一財団法人日本医療機能評価機構が評価を行っているが、評価対象が申請した病院に限られている。最近まで広告規制によって評価結果を利用者にアピールすることが禁止されていたため、評価を受けるメリットが病院にとって少なかった。現在は2001年3月の医療法改正で評価結果公表が可能になったものの、依然として評価を受ける病院は少数である。コスト負担の問題、評価義務化の方法、評価方法などの面で課題が残っている。

【導入のメリット】医療機関の評価が普及するあるいは義務化されることによって、それぞれのサービス提供機関が提供するサービスの質の向上が促されるうえ、質の低い医療機関が淘汰されて全体的な底上げが起きると考えられる。また利用者にとっては、自分の希望にあった適切な医療機関を選ぶための判断材料が増える。