

# 指標

## 医療に対する 価値観について

常任理事・医療政策部長

直江 寿一郎

菅内閣は2010年6月に「新成長戦略」を決定し、医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置付け、民間事業者等の新たなサービス主体の参入も促進し、そのために必要な制度・ルールの変更などを進めるとした。医療・介護・健康関連産業等のライフイノベーションにより2020年まで新規市場約50兆円、新規雇用284万人をその目標としている。

その中でも医療ツーリズムで、経済産業省は50万人の受け入れで、約1兆円の経済効果が生まれると経済紙に述べている。日本政策投資銀行は年間43万人の需要で5,500億円の市場創設になると報告している。OECDの報告では全世界の医療ツーリズム輸出総額は50億ドルとなっている。日本政策投資銀行の推定通りであれば、2020年には日本一国で2007年のOECD全加盟国の医療ツーリズム輸出総額を上回ることになる。このようなことは常識的にありえない。医療経済学者（二木立氏）は日本政策投資銀行の数値は観光コストを含んでいること、潜在ツーリスト数が過大推計であること、日本の医療コストの極端な過少推計などから医療ツーリズムの市場規模の超過大表示であり医療ツーリズムが進んでも日本の総医療費の1%以下であるとしている。

それにもかかわらず、政府は医療滞在ビザ、認定病院の公募、総合特区制度の提案募集と、次々に医療ツーリズムのための整備を進めようとしている。経済的には無視できるとしても、国民の医療に対する価値観の変化が起こる可能性があり、医療ツーリズムの心理的な面での影響は無視できないと考える。

すなわち、自由診療があたかも富裕層が受ける高水準の医療で、公的給付が低水準であるとの意識が広まれば、当然この格差の消失を求める動きが国民の中で高まり、今でも不毛の議論になっている混合診療の解禁を全面的に押し出すきっかけとなる可能性があること。また医療従事者の中にいる混合診療

解禁論者数を多くし、その影響力が増す可能性があること。さらに今後医療に従事しようとする医学生や研修医が普通に持っているであろう、医療は患者に公平に提供されるものという価値観が変わる可能性があること。それ以外、医療ツーリズムは救急をはじめ、産科などが崩壊した地域医療の改善には何とも良い影響を及ぼさないことも加えて考えられる。

しかし、経済界は新成長戦略に呼応するように、さまざまな医療政策を発表している。日本経済団体連合会は、内閣府の総合特区法案提案募集に対して、未来都市モデルプロジェクト中間報告で医療ツーリズムを促進させ、株式会社の診療領域の拡大、混合診療の解禁等を提案している。

経済同友会は2011年3月30日に「医療・福祉ビジネスの発展を通じ、国民が享受できる医療・福祉サービスの選択肢を広げるとともに、高齢化と人口減少が一層進展する中でも、持続可能な社会を実現する」ことを目標に本提言をまとめたと述べ、「人間としての尊厳を尊重した医療・福祉ビジネスの発展～持続可能な社会の実現に向け、求められる国民価値観の変化～」と題する医療政策提言を発表した。経済同友会の提言は、国民の医療に対する価値観の変化を強く求めており、看過できない点が数多くあるので、この提言に対してページの都合上、重要な部分について主に倫理面から問題点を明らかにしたい。

提言は「はじめに」として、背景、課題、目標があり、その後【起】国民が求める社会像、【承】産業界が考える社会像、【転】国民と産業界が共有すべき社会認識、【結】国民と産業界が共有できる社会像実現のための具体的方策から成り立っている。本文とレジメがありレジメを載せる。

～目標～

医療・福祉ビジネスの発展を通じ、  
国民が享受できる医療・福祉サービスの選択肢を広げる  
・高齢化・人口減少が一層進展する中でも持続可能な社会を実現する

～基本とする価値観～

人間としての尊厳の尊重 ≡ 個人意思による  
選択の尊重

### 【起】国民が求める社会像

～国民が直面している課題と求められている社会像～

- ①望むサービスを選択できない  
→選択可能なサービスの拡大
- ②サービス供給の安定性が確保されていない  
→現場魅力の改善による必要十分なサービス供給
- ③正確な情報が伝わらない  
→自らの価値観に基づいた判断を行うに十分な情報提供
- ④医療費の負担感が大きい  
→社会の構造変化を踏まえたナショナルミニマムの実現

### 【承】産業界が考える社会像

- ①一人ひとりが“幸せな生き方”を選べる社会
- ②イノベーションによって国際競争力をもつ医療・福祉ビジネス
- ③地域に根ざし、専門性に応じた就業機会を創出する医療・福祉ビジネス

### 【転】国民と産業界が共有すべき社会認識

#### 医療費・医療制度の現状

- ①65歳以上の年間の平均医療費は15～44歳の約7倍、45～64歳の約3倍に達する
- ②フリーアクセスの長所・短所
- ③混合診療が認められていない
- ④個人の生涯を追ってみると、受益が負担に比べ明らかに大きい

#### 医療・福祉分野における国際競争の現状

- ①わが国の研究開発拠点としての魅力低下
- ②人口オーナス社会に即したインフラ整備の遅れ

### 【結】国民と産業界が共有できる社会像実現のための具体的方策

～具体的方策～

#### 一人ひとりが“幸せな生き方”を選べる社会

- ①社会保障にかかる制度改革
  - ・ナショナルミニマムを保障する公的制度と民間の力を活用する制度との役割分担の見直し
  - ・混合診療の全面解禁
  - ・既存施設の転用等を促す、介護・保育施設にかかる設置規制・基準の適切な見直し
- ②ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの短縮・解消
  - ・治験・審査体制の拡充・効率化
  - ・審査官個人に対する免責事項・要件の確立
  - ・諸外国の状況に関する国民への情報提供
  - ・安全性を検証・評価する場としての特区制度の活用
- ③先端医療への投資促進
  - ・医療ツーリズムの振興等を通じた高度医療機器等の稼働率向上
  - ・重度医療への医療費の重点投入
  - ・企業のイノベーションを促進する観点に立った、医療機器・薬剤等の評価ルール見直し

#### 事業者の創意工夫により、多様なサービスが効率的に提供される社会

- ・投資と剰余金処分に関する経営の自由度拡大
  - ・事業者間における競争条件の同一化
  - ・医療法人の理事長職における資格要件の見直し
  - ・遠隔医療を利用した在宅医療の実現
  - ・国民共通番号制度を活用した、審査請求事務の効率化とエビデンスの蓄積
  - ・現場の実態に即した個人情報保護制度の見直し
  - ・外国人専門人材の生活インフラ整備
  - ・看護・介護職等における資格審査制度の見直し
- #### 地域において、特長を活かしたサービスと就業機会が提供される社会
- ・収益性の改善を伴った、従事者の待遇改善
  - ・従事者への多様な働き方の選択肢・キャリアパスの提示
  - ・医師と他の医療系有資格者との役割分担の見直し
  - ・地域の実情に応じた、施設設置基準の緩和

提言の背景は「医療・福祉分野は新・成長戦略においても成長産業と位置づけられるなどその発展が大いに期待される領域でもある。医療・福祉分野におけるビジネスが、産業として成立し持続的に発展しうるのかを、経営者として検証するとともに、そのスキームを明確化する必要がある」としている。目標については「国民に医療・福祉に関する制度等の理解を促し、多様な選択肢を享受することに伴う責任を受け入れるという価値観の転換を呼びかけ、政府よりも国民へのメッセージとして価値観の転換を呼びかけることが重要と考えており、国民価値観の変化こそが、医療・福祉分野に大きな改革をもたらし、医療・福祉ビジネスの発展をも促すものと期待している」と記載されている（一部省略、下線は筆者挿入）。

経済同友会は政府ではなく、直接国民に価値観の変化を呼びかけている。

経済同友会が呼びかける価値観の変化とはどのようなものであろうか。この文章からは、医療・福祉分野についてビジネスモデルの考え方、すなわち、特に医療を一般消費財とみなしており、自己責任と自己選択でその結果は自分が負うというものである。医療は一般消費財と異なり公共の共有財産であり、一定のルールの中で国民が公平に使用するものという考え方とはまったく異なる思考により提言がなされているのである。であるから、一般消費財のようにさまざまな選択肢があれば国民は満足し、選択することが人間としての尊厳の尊重につながるという短絡的な考え方に至るのである。

医療は他の産業と異なり、一般財源のように経済的負担から安価な車を購入する、安いビジネスホテルに宿泊するなど多様な選択肢が取れることは本質的に異なる。それは生命に直接つながるからであり、こと生命に関して人間は多様な選択肢は取れないのである。もし経済負担から自分の望まない選択肢を選んだとしても、それを人間の尊厳の尊重と言うのであろうか、経済格差が生存、生命の格差につながるということは、本質的問題、人間の尊厳そのものである。今回の提言では、そこまで考えが及ばなかったのではないか。この点の認識がないのに国民にどんな価値観の変化を求めるのであろうか、金持ちはいい医療を受け、貧乏人は質の低い医療ということが許される価値観に転換しようとしているなら重大な問題である。

次に国民が求める社会像では現状と将来像に分け、左記のように4つの現状課題と将来像を記載しているが、現状課題の④医療費の負担感が大きいとして、「低所得層を中心に受診抑制が発生している一方、医療扶助において不正受給が度々報道される等、医療サービスが国民皆保険制度創設の理念通りには提供されていない可能性がある」とし解決策として、「社会の構造変化を踏まえたナショナルミニマムの

実現があり、そのためには公費負担のあり方見直しや給付範囲の適正化により、中長期的に持続可能で信頼できる社会保障制度が構築されていること(一部省略)と記載されている。

公費負担の見直しや給付範囲については混合診療と連結し、公的医療保険の給付水準の理念の対立として小泉内閣の時に議論され、規制改革・民間開放推進会議が支持した最低水準説「生命にかかわる部分は最低、国が医療として保障して、それ以外の部分はお金がある人は良い医療を受けられる」と、最適水準説「社会保障として必要かつ十分な医療を確保しつつ、患者の視点から質が高く最適の医療が効率的に提供される」であり、政府が最適水準説を支持し閣議決定で決着したのである。今回の経済同友会提言は最低水準説を採ることであり、規制改革・民間開放推進会議とまったく同じであるが、規制改革・民間開放推進会議さえも直接国民に対して価値観の変化を呼びかけていない。

提言の現状課題④で説明・引用に使われた医療のあり方についての調査(特定非営利法人日本医療政策機構「日本の医療に関する2009年世論調査」)を見てみると、「税や保険料などの負担は大きくても、それに応じた高い水準の医療を国民が等しく受けられるようにするべきだ」が90%、「限られた医療費でまかなえる範囲の標準的な医療を、地域や所得に関わらず全国民が平等に受ける制度がよい」が93.6%となっている。この調査からなぜ解決策としてナショナルミニマム、すなわち国による最低限の社会保障につながるか理解できない。調査からは、どのような医療になっても国民は医療を平等に受ける制度を望んでいるとしか読めない。負担が多ければ軽減策、医療扶助に不正があるならば、その点を改善すれば良いだけである。

朝日新聞の2011年3月22日で社会保障制度をどうするか世論調査では、「健康保険制度をどの程度信頼していますか」に対して信頼しているの総計は81%、「健康保険を使って受けられる医療の内容に、どの程度満足していますか」に対して満足しているの総計は81%、医療にかかるお金は社会全体で支えあうべきが66%、個々で何とかすべきが24%であり、さらに社会保障の負担と給付のあり方でも国民負担を多くするが、負担を少なくするより多い調査結果となっている。この調査からも国民は国民皆保険制度をよく理解し、相互扶助で所得に応じた保険料を払い、給付は平等に、医療は一般消費財と異なり、共有財産であることをよく認識している。

経済同友会は何のために国民の価値観を変える必要があるのか理解できない。やはり自分たちの利益のために国民の価値観の変化を求めているとしか考えられない。国民皆保険制度は2011年で発足50年を迎える。その理念は、経済的弱者で医療に恵まれない人にも等しく医療を受けられるようにするため

に作られたものである。それが国民皆保険の理念だろう。間違っても経済界の利益追求のためにはない。

次に産業界が考える社会像では、一人ひとりが幸せな生き方を選べる社会として「医療、介護、年金の各制度は、ナショナルミニマムを保障する公的制度と、自己責任・自助努力に基づき、民間領域においてナショナルミニマムを超えたサービスを受けられる制度から構成され、このような制度のもと、一人ひとりがそれぞれの価値観に基づいて、望むサービスと望まないサービスを適切に取捨選択している。財政的な裏付けを伴ったナショナルミニマムの確実な保障により、社会保障制度への国民の信頼は高まっている」と記載している。

前述したが、提言は公的保険の給付は最低水準説に立ち、なるべく公的給付は少なくして、それ以外の足りない部分は民間の力(民間保険?)を使うなどを自己決定で行えとの乱暴な考えである。再度述べるが、もし望むサービスが経済格差で受けられないとき、それは自己決定権だから仕方がないで済むのだろうか、経済格差により受けられる医療の範囲が決定することになるが正しい選択なのであろうか、医療はセーフティーネットとして富の再配分機能を持ち、社会統合の要として最も重要な役割を持つ。医療に対して不公平感が国民の間に広まれば、国民皆保険制度に対する国民の信頼はなくなり、社会統合の要として機能しなくなり、国民皆保険制度はその機能を失う。経済同友会が考える社会像では国民皆保険制度の崩壊を進めるだけである。

最後に、国民と産業界が共有すべき現状認識と具体的方策についての重要な問題点を述べる。国民と産業界での社会認識で、当然のごとく混合診療が出てきている。認識として③混合診療が認められていないとして、「現在の仕組みの下では、保険診療と自由診療との併用は、定められた先進医療等に限定されており、その他の保険外医療を受けた場合は、本来保険給付を受けられるはずの保険医療部分についても自己負担を求められる。これには、経済的負担を考慮し保険外医療の受診を抑制せざるを得ない利用者と、全額自己負担可能な富裕層との間に、経済力による医療サービス格差をもたらしている側面もある」と記載されている。

これは医療の平等消費か階層消費かという問題である。皆保険があり所得に関係なく医療が平等に消費される日本と、アメリカのように皆保険がない国では所得階層により医療費に格差が出てくる。経済同友会は階層消費の方が良いと考えているのであろう。日本ではいつ病気になるか分からないので、若い頃から保険を掛け互助の精神で進み、所得に応じて、病気でなくとも保険料を支払い、病気になったとき給付は平等、これが保険の精神であろう。

さらに、混合診療の公的給付の部分は国民から集

めた保険料であり、それを利用して富裕層は良い医療を受け、そうでない人は、恩恵を受けられない、これは富裕層による保険料総取りであり、倫理的にも不公平である。この議論は規制改革・民間開放推進会議で盛んに議論された。また、混合診療の全面解禁になれば、倫理面だけではなく、政策面からも、安全性のチェック機能が不十分であり保険診療に入れようとするインセンティブが働かなくなり、保険外負担の固定と増大でアクセスが減少する。患者の自己負担を含めた総医療費は確実に増大する。いずれも現行制度と比較すると弊害が多いのは明白である。これらを良い価値観として国民に押し付けようとしているのが、経済同友会の提言と考える。

具体的方策は、当然混合診療の全面解禁と、事業者の創意工夫により多用なサービスが効果的に提供される社会などである。

特に事業者の創意工夫により、多様なサービスが効果的に提供される社会の項目を見れば、投資と余剰金に関する経営の自由度拡大、医療法人の理事長における資格条件の見直しが記載されており、これは医療の非営利性をなくし、株式会社の医療への参入を進めようとしているとも読み取れる。医療の非営利性は経済同友会をはじめ、経済界には邪魔なのであろう。

最後に株式会社等による医療機関経営について、今までの実際例を述べる。

2005年、高知中央病院と高知市民病院を統合し、PFI事業による高知医療センターが開設された。整備・運営主体は高知県・高知市民病院組合であり、オリックスによる高知医療ピーエフアイ株式会社が、施設整備、医療関連サービス（検体検査、食事、医療事務など）、医療機器整備などを一括して受注した。PFI会社の株主は、オリックス株式会社はじめ11社である。しかし、「PFI事業の財政的な効果の発揮ができていない」ことから、PFI事業の見直しを迫られ、2010年3月にPFI事業を終了し、2010年4月以降は、高知県・高知市民病院企業団が運営している。高知医療センターでは、材料費率がPFI会社との契約通りにならず赤字が続いた。しかし、契約達成できなくとも、PFI会社はこの間マネジメントフィーを得ていた。地元自治体は毎年30億円前後の補助金を投入し続けた。

以上のように、株式会社が経営あるいは関与する病院の経営状態が優れているとはいえ、医療経営の近代化、効率化を進めるというエビデンスは得られなかった。またそればかりか、PFI会社の例に見られるように、当然ではあるが株式会社の営利主義がより明らかになった（日医総研ワーキングペーパー No.231）。当然PFIの株主の中には、オリックスなどのように経済同友会の会員もいた。

今回の経済同友会の提言は、規制改革・民間開放推進会議が進めた議論の焼き直しで、陳腐なもので

あり、見るべきものはない。しかし、医療の現場を知らず、机上の議論だけで提言をつくり、それがあたかも今後、医療保険制度の信頼を得るように思わせ、さらに巧妙に自分たちに有利になるような価値観の転換を国民に直接に呼びかけるなどはしてほしくない。

日本の医療制度をより良くするための改革は、このような提言に関係なく進めるべきであることを述べ添えておく。

#### 参考文献

- ・新成長戦略～「元気な日本」復活のシナリオ～  
2010年6月18日閣議決定
- ・二木立「医療ツーリズムの市場規模の超過大表示」文化連情報 2010.12 No.393
- ・未来都市モデルプロジェクト中間報告 2010年9月13日（社）日本経済団体連合会 都市・地域政策委員会
- ・人間としての尊厳を尊重した医療・福祉ビジネスの発展～持続可能な社会の実現に向け、求められる国民価値観の変化～ 2011年3月30日 公益社団法人 経済同友会
- ・二木立「医療・社会保障・社会に対する国民意識の変化をどう読むか？」日本医事新報 2011. 6. 4 No.4545
- ・朝日新聞社 世論調査 朝日新聞2011年3月22日朝刊
- ・島崎謙治「混合診療禁止の法理と政策論 上下」社会保険旬報 2008. 9. 11 No.2363、2008. 9. 21 No.2364
- ・「医療ツーリズム拡大でどうなる地域医療」月刊保団連2011. 4 No.1064
- ・二木立『医療改革』勁草書房
- ・自治体病院全国大会2007「地域医療再生フォーラム」
- ・野村拓「2011年は国民皆保険発足50年－「広域化」ではなく、「共同の努力」で－」月刊保団連2011. 5 No.1066
- ・日医総研ワーキングペーパー No.231 株式会社等による医療機関経営の現状