

指標

「混合診療全面解禁論」 —その後の議論—

副会長

宮本 慎一

「規制改革会議」は「規制改革・民間開放推進会議」の後継組織として2007年1月に発足したが、同年7月に内閣総理大臣に提出した「第1次答申」では、厚生労働省の強い抵抗に遭い、医療分野の「具体的施策」に混合診療の全面解禁はおろか、混合診療の拡大すら入れることができず、レセプトのオンライン請求義務化の確実な達成を盛り込むのみであった。

2007年11月に東京地裁が、混合診療を行った場合、保険診療部分を含む診療行為全体を保険適用外とする厚生労働省の法運用には「理由がない」とする判決を言い渡した。混合診療禁止に関する司法判断は、この判決が初ではなく、東京地裁が合憲との判決を下した判例がある。1989年に歯科診療での混合診療禁止に係る係争において、「混合診療禁止の考え方について直截に定めた明文の規定は、法にも療担規則にも存しないが、法の趣旨及び目的、健康保険制度の沿革、立法の経緯等をも含めて総合的に考察しなければならないので、厚生大臣において前記混合診療禁止の解釈及び『一連の医療行為』という考え方に基づいてした本件行政指導は適法なもの」と、混合診療禁止適法の判決をしている。これが特定療養費制度創設1984年以降の「混合診療禁止は合法」との根拠となっている。要するに、東京地裁が出した合法(1989年)と違法(2007年)という2つの異なる判断があるのが現状である。

規制改革会議は東京地裁判決を追い風にして、「第2次答申」には混合診療の全面解禁を盛り込むことを目指したが、同年12月に取りまとめられた「第2次答申」でも、政策提言として政府に誠実な対応を求め、かつ政府に対してある程度の拘束力を持つ「具体的施策」の項には混合診療の全面解禁を盛り込むことはできず、会議におけるこれまでの議論を集約したものすぎない「問題意識」の項で、「平成16年の基本的合意を実効性ある形で実施するため、先進医療に係る平成17年の厚生労働省保険局医療課長通知の

要件の解除と、国内未承認の薬物・機械器具を用いた先進的な医療技術に関する保険医療との併用を認める枠組みの創設、平成16年の基本的合意が実効性ある形で実施されるかの検証とその公表」を求めるにとどまった。なおかつ、混合診療の「全面解禁」という強い表現は「原則自由化」という弱い表現に変更されていた。

さらに、2008年12月22日に取りまとめられた「第3次答申」でも第2次答申と同様に「問題意識」の項では、「医療の国家管理による大いなる無駄が生じていると推量されるため、その是正は喫緊の課題であるが、医療の多様化・高度化による医療費増加まで抑制しようというのならば、国民経済的に見ても本末転倒である」「需要はその管理された供給の範囲内で満たさなくてはならない」「当会議は、官が国民のすべてを管理しようとするパターンリズムの現れであるさまざまな規制の撤廃をこれからも訴えていく。混合診療禁止措置を撤廃することも、消費者の権利を守るという意味でその一環である」と、相変わらず「混合診療禁止措置を撤廃すること」も求めている。しかし答申の「具体的施策」の項では、「高度医療評価制度の積極的運用」という現行制度の遵守を掲げるに止まっている。

これに対して厚生労働省は、規制改革会議「第2次答申」に対する厚生労働省の考え方(2007年12月28日)、規制改革会議「第3次答申」に対する厚生労働省の考え方(2008年12月26日)において、「わが国の公的医療保険制度は国民皆保険の理念に基づき、国民に平等に提供されることを確保していること、安全性、有効性が確認され、傷病等の治療に対して必要かつ適切な医療であれば、速やかに保険導入を進め、誰もが公平かつ低負担で医療を受けることができるようにすることが、患者全体の利益になること」を理由に、混合診療全面解禁について規制改革会議に反論した。この公的医療保険制度と国民皆保険の理念の関係を明確にし、保険導入が患者全体の利益になることを厚生労働省が確認したことの意義は大きい。

上述の国民皆保険の理念とともに厚生労働省が反論した論拠は、①2004年12月に、衆参両院の厚生労働委員会が、混合診療の導入は国民皆保険制度を破壊するものであるという趣旨の請願を、国会の意思として採択したこと、②2007年12月にわが国最大の難病団体から「規制改革会議の混合診療解禁論に反対します」と題する意見書が国に提出されたことであり、厚生労働省がこのような異例な経過で採択された国会請願を規制改革会議に対する反論の第一に掲げるのは極めて異例なことである。

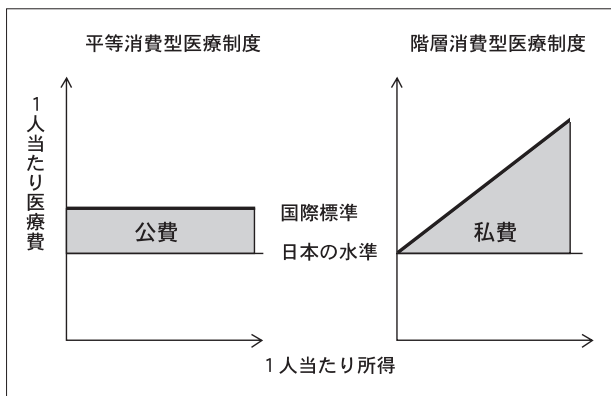


図 平等消費型医療制度と階層消費型医療制度 (権丈善一)

社会保障国民会議は、福田康夫首相（当時）の肝いりで、2008年1月に設置された。2月26日に開かれたサービス保障（医療・介護・福祉）分科会の第1回会議では、数名の委員から混合診療拡大の意見が出された。第4回会議では図の資料が提出され、これを「わが国では所得と支出額はほぼ無相関であり、低所得者世帯も高所得者世帯も医療サービス支出額はほぼ同じである。このことから、高所得者の医療ニーズが満たされていない可能性が大きい。一方、アメリカでは所得と医療サービスの相関は高い。所得に応じて国民は多様な医療サービスを購入していることを示唆する」と混合診療全面解禁論者が読み取ることに對して、権丈善一委員（慶應義塾大学）は、「公的な医療費、社会保険と租税からなる公的な医療費のカバリッジの高さによって日本のように皆保険をやっているところは家計所得においても平等に医療費が消費されていくが、アメリカのようにパブリックが少なくプライベートの依存が高くなってくると、これが所得階層ごとに階層化していくことがわかる。このことから皆保険下の日本では医療の平等消費が実現されているのに、国民全般を対象とした医療保障制度を持たないアメリカでは医療が階層消費化している」と主張し、混合診療解禁論を批判した。権丈委員が系統的に混合診療拡大論を批判してからは、社会保障国民会議での混合診療についての議論自体がまったく無くなった。

島崎は、混合診療解禁論と保険外併用療養費制度活用論とを対比させ、両者の理念・法の構造等が異質であることから、混合診療解禁論を採ることは弊害が大きく適当ではないこと、保険外併用療養費制度活用論も透明かつ適正な運用という観点から検討すべき課題があるということ、混合診療解禁論は単なる「規制緩和」ではなく「制度」を提案するものである以上、現行の混合診療禁止の法理や混合診療解禁の法の構造や論拠を詰めて議論することの重要性を強調している。そのうえで、今後の混合診療解禁論議の在り方について、「超高齢化の進展に加え医

療技術の革新や医薬品の開発が日進月歩で進む中で、医療費の増加は避けることができない。一方、日本経済の潜在成長率はせいぜい2%程度と見込まれており、財政制約は非常に厳しい。そうした中で、医療の質、アクセス、コストの3つのバランスをどうとるのかという難しいハンドリングが迫られている。混合診療解禁論はこの問題を突きつけているからである。逆にいえば、将来にわたり必要かつ適切な医療を保険診療でカバーするという理念を堅持するためには、それに見合う『医療保険の財源論や医療の効率化をどう進めるかという処方箋』が必要であり、現行制度の維持やその改善を唱えるだけでは医療政策論としては完結しない」と提言している。

混合診療全面解禁については、世界同時不況の到来により、1980年代以降、世界経済を理念的・政策的に主導してきたアメリカ流の市場原理主義・新自由主義の破綻が明らかになったことを考えると、再び力を得ることは当分はありえないと二木は指摘する。

混合診療全面解禁論者を跋扈させないためにも、医療者として、「新ミレニウムにおける医療プロフェッショナリズム：医師憲章」に示される三つの根本原則、①患者の利益追求…医師は患者の利益を守ることを何よりも優先し、市場・社会・管理者からの圧力に屈してはならない、②患者の自律性…医師は、患者の自己決定権を尊重し、「インフォームド・ディシジョン」が下せるように、患者をエンパワーしなければならない、③社会正義…医師には、医療における不平等や差別を排除するために積極的に活動する社会的責任がある、に反しない行動が必要になる。

参考資料

- 1) 二木 立：医療時評(51), 文化連情報 358号, 2008
- 2) 二木 立：医療時評(64), 文化連情報 368号, 2009
- 3) 権丈善一：社会保障国民会議 サービス保障（医療・介護・福祉）分科会 第4回会議
- 4) 権丈善一：社会保障の政策転換 再分配政策の政治経済学V, 2009
- 5) 島崎謙治：「混合診療禁止の法理と政策論」, 社会保険旬報 2363, 2364号