

[Article]

## Health care system reform

— The shift to market principles and individual responsibility by deregulation —

Kumiko Ishimura\*.\*\*

\* Okayama Prefectural University

\*\* Aino Gakuin College

### Abstract

Japan has a medical security system whereby the population is requested to enroll in some kind of public health insurance scheme. The idea is part of various policies to assure the entire population of the right to life through health security.

However, the idea is in danger of collapse by the recent reform of the health care system, which aims at activating economy and reducing health care costs. As patients' own expenses rise, many people are getting uninsured and medically underserved due to financial reasons. Meanwhile, the number of hospitals giving wealthy people medical treatment not covered by insurance has increased. That is to say, the system is shifting to the U. S. A. model, which projects income differences on health and life. It should be converted into a model based on the right to health in order to protect life and health of the population.

**Key words** : health care system reform, market principles, individual responsibility, deregulation, right to health

# 医療制度改革

——規制緩和による市場原理と自己責任化——

石村 久美子<sup>\*,\*\*</sup>

**【要旨】** 日本の医療保障制度は、国民皆保険制度の下、すべての国民が公的医療保険に加入をする仕組みになっている。その理念は、すべての国民に等しく必要な医療を保障するという生存権保障のための諸政策の一環である。

しかしながら、医療費抑制策と経済活性化を目標とする近年の医療制度改革によって、その理念は崩壊の危機にある。無保険者の増加や患者の自己負担の増加によって、経済的理由による医療欠乏者が増えている。その一方で、富裕層を対象とした自由診療による医療機関が増加をしている。すなわち、健康と生命の領域にも所得格差が反映するアメリカ型の医療制度へとなりつつある。国民の生命と健康を守るために健康権に基づく医療制度改革へと転換をするべきである。

**キーワード：** 医療制度改革, 市場原理, 自己責任, 規制緩和, 健康権

## I. はじめに

WHOの「The world health report 2000」には、はじめて世界の医療制度達成度（Health system attainment）が発表された。それによると、日本は健康寿命が1番長いことが評価され、総合評価において世界第1位となった。日本は低い医療費に抑えながらも、このように国民の「健康」に関して顕著な成功をおさめてきた国として評価されている。また健康寿命だけでなく、平均余命・乳児死亡率等の健康指標も世界のトップを占めている。

他方、アメリカは2001年の総医療費の対GDP（国内総生産）比が13.9%（日本8%）、1人当たりの医療費が4,887米ドル（日本2,627米ドル）<sup>1)</sup>と日本人の約2倍という世界最多の医療消費国である。しかしな

がら、健康寿命は、69.3歳と日本人よりも5.7年も短く<sup>2)</sup>、乳児死亡率は先進諸国のなかで最も高率で、日本の2倍以上の乳児が死亡している。このようにアメリカの健康指標は芳しくない。従って、医療制度達成度におけるアメリカの評価は第15位に甘んじている。その要因には、国民皆保険制度の不備や各個人の経済力に準じた不平等な医療への分配問題が横たわっている。つまり、個人の自由と自己責任を重んじた医療制度は実に不効率であることを端的に示している。

それに比して、日本の医療制度は、比較的費用をかけずに効率よく成果をあげてきたと内外から評価されてきた。しかし、その成果は少ない医師や看護職員らの疲弊の上に成り立ち、国民の医療不信や不満の高まりなどあらゆる矛盾が噴出している。ところが政府は高齢社会と財政再建を見据え、更に医療費抑制策を打

\* 岡山県立大学保健福祉学部看護学科

\*\* 藍野学院短期大学専攻科  
厚労省「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」コーディネーター

表1 WHOによる医療制度達成度（Health system attainment）1997年と医療支出

国	健康寿命	乳幼児死亡率 の地域格差	医療 満足度	アクセスの 公平さ	費用負担の 公平さ	総合 評価	医療支出 / 1人	医療支出対 GDP比 1997 → 2001	医療支出対 GDP比の順位
日本	1位	3位	6位	3-38位	8-11位	1位	13位	6.8 → 8.0	13
フランス	3	12	16-17	3-38	26-29	6	4	9.4 → 9.6	4
イギリス	14	2	26-27	3-38	8-11	9	26	6.8 → 7.6	16
ドイツ	22	20	5	3-38	6-7	14	3	10.7 → 10.8	3
アメリカ	24	32	1	3-38	55-56	15	1	13.0 → 13.9	1

出典：WHO：The world health report 2000, 医療支出対GDP比は同2003版を抜粋作成（尚、医療支出対GDP比の値はWHOとOECDでは±0.4%の差がある。）

表2 医師・看護職員数の各国比較（2002年）

国名	病床百床当たり医師数		病床百床当たり看護職員数	
日本	5位	13.7	5位	54.0
独	4位	37.6	3位	108.6
仏	3位	42.5	4位	91.1
英	2位	49.7	2位	224.0
米	1位	66.8	1位	233.0

「OECD Health Data 2005」（厚労省資料）を参考に作成

ち出し、アメリカのような市場原理と国民の自己負担及び自己責任の強化を図ろうとしている。このような規制緩和による医療制度改革は何をもたらすだろうか。いのちの領域にも経済的格差が出現してきた近年の日本の医療制度改革はどのような方向を目指しているのだろうか。

はじめに、国民の生存権を保障した憲法定制や、健康権（right to health）を基本的人権のひとつと規定し、適切な医療保障を行う責務が国家にあると宣言したWHO憲章以降の医療保障制度の変遷について振り返っておきたい。

## II. 医療制度改革の歩み

戦後の医療政策の変遷を大きく分けると以下の3つになる。第1期は、生存権（憲法第25条）保障の一環として、すべての人々が公平に医療サービスを受けられる医療制度確立が最大の課題とされ、医療サービスの拡充が図られた時期である。その「公平」には、収入にかかわらず医療へのアクセスを保障するという「垂直的公平」と、ニーズに応じて医療へのアクセスを保障するという「水平的公平」の二つがある。具体的には、前者のために1961年の国民皆保険の達成と給付率の増加がなされ、後者のためには無医村や過疎地域を解消するために医療供給の量的拡充が図られたことである。

第2期は、1970年代以降であるが、技術革新と高齢化により医療費が増大するとともに、経済の低成長

期になり、医療費の公的支出にかかる財政負担が大きくなってきたために、医療費の抑制が大きな課題となった。この時期の目標は、全体としての医療費の抑制、つまり「マクロ的効率」の追求であった。その代表には、70歳以上の高齢者医療費の自己負担無料化を廃止した1982年制定の老人保健法があげられる。

第3期の1980年代後半では、「コスト効率」と「医療の質」が問われるようになり、「ミクロ的効率」の追求となる。同時に公平と効率のバランスのとれた医療の質が求められるようになった。たとえば、患者の自己負担の増加と給付率の引下げなど国民の負担増が行われ、そのキーワードは公平と効率である<sup>3)</sup>。

次に、現在の医療制度改革につながる第3期1980年代後半以降の医療制度改革がどのように行われてきたかを検討し、今後何が行われようとしているのかを明らかにしたい。

1961年の国民皆保険制度以降増え続ける国民医療費は、1974年には5兆円を突破している。その背景には、特に1973年から実施された老人福祉法による老人医療費無料化の措置を契機として、老人医療費が国民医療費の伸びを大きく上回って急速に増加してきたことがある。そこで1981年には、社会経済国民会議の中間報告書「医療費の適正化と老人医療制度改革」が、老人医療を中心に医療費の無駄の排除と適正化を目指した提言を行っている。翌1982年には老人保健法が成立し、1983年2月より実施された。この法律は、急速な人口高齢化の進展と増大する老人医療費制度の財政逼迫への対策として、各保険者からの拠

出金を主たる財源とした老人保健制度を創設し、老人医療費の有料化（定額制の患者負担）を採用した。この制度によって、当面、国民健康保険の老人医療費の重圧は、他制度へならされることになったが、今後も高齢化の進展にともない、医療費の高い伸びが続くことが予想された。特に医療費に占める国庫負担の増大が国の財政を逼迫させることになることが重大な問題として認識され、1984年には医療保険制度の安定した基盤整備を目的に、健康保険法の大幅な改正が行われた<sup>4)</sup>。主には、①健保本人の給付率10割→9割、②特定療養費制度（例外的に容認された混合診療）導入により保険外と保険診療の調整を図るなど自己負担増によるマイクロ効率と保険給付範囲の限定などマクロ効率の両面に着手している。

1960年の国民医療費に占める国庫負担の割合は15.7%だったのが、1980年には30.4%まで上昇し、1984年の被用者保険本人の定率1割負担が導入された結果、翌1985年の国庫負担割合は26.6%まで減少しており、その後は24%前後を推移している<sup>5)</sup>。

社会保障制度改革の眼目である医療制度はその後、国民の自己責任・自己負担がセット化され、市場化へと窓口が開かれるようになる。1990年1月には、厚生省が「21世紀をめざした今後の医療供給体制の在り方」（医療ビジョン）を発表した。二次医療圏単位の保健医療計画作成や在宅医療の推進の他、サービスの質の向上（病院給食・寝具など）があげられた。サービスの提供は、関連業界の育成や民間福祉を推進する在宅医療、サービスの質向上のため民間医療ビジネスの拡大につながっていく道を開いたのである<sup>6)</sup>。

厚生行政に市場原理を導入する考えは、1980年代の臨調・行革の時期から見られた。元厚生大臣である林義郎が、1983年に「今後の医療政策——視点と方向」と題して発表したなかに、市場原理を意識的に導入することがあげられている。たとえば、「医療標準の概念の導入」がある。それは公的保険が適用される範囲は、医療標準の名のもとに制限を受けるものであり、制限を超える医療は有料の民間サービスに委ねるという考えが示されていた<sup>7)</sup>。この公的医療保険適用の線引きは、究極の公的医療費抑制策としての切り札となるが、一方国民は一定の制約を受け、自助努力として民間の医療保険購入へと動機付けられる。その後政府は、引き続き医療法の改正、財政危機回避のために医療保険の法改正を行い、保険料率の引き上げや窓口負担の増加を行い国民の負担を強化してきた。

医療対策を考える際、医療供給体制と医療保障制度

という二つの領域がある。医療供給体制については、その基本法となる医療法が1948年に制定されている。その後、4回にわたる改正が行われている。今後更に、①効率化・重点化、②競争構造化、③安心できる医療の確保、④情報基盤の近代化、などに向けて患者の選択を促進し、医療の質の向上と効率化を図ることが課題とされている<sup>8)</sup>。

他方、医療保障制度とは、医療に関する社会保障のことであり、医療保険・医療扶助などの他、医療サービスの確保を含む場合がある。1961年に国民皆保険が実現して以降、昭和の終わりから平成にかけて毎年のように医療保険の改正が行われている。その主な背景は、医療費増大という歳出増加である。他方、1990年代初めのバブル崩壊以降、経済の低迷が増大する医療費を賄うほどに保険料が伸びず歳入増が極めて厳しいことがある<sup>9)</sup>。

国民医療費は、①患者負担、②保険料負担、③公費負担（国庫負担、地方負担）の3つの財源によって賄われている。今後の高齢化の進展と医療技術の革新によって、国民医療費は一層増加していくものと見込まれている。そのために、安定的な財源確保、現役世代の負担可能な水準、世代間負担の公平、医療を受ける者と受けない者との公平等を踏まえ、どのように負担していくべきかの議論が続いている。

### Ⅲ. 近年の医療制度改革

「今後の経済財政運営および経済社会の構造改革に関する基本方針」<sup>10)</sup>（2001年6月26日）が政府から出され、経済社会の活性化のために民営化・規制改革プログラムが示された。医療、介護、保育などのサービス分野でも効率的な供給のために規制改革が進められる。医療制度の改革には、医療機関、保険者、消費者（国民）のそれぞれが痛みを分かち合い、医療サービスの効率化に取り組み、質が高くムダのない医療を実現するため、「医療サービス効率化プログラム」の策定が出された。

新たな規制緩和において議論になっているのは以下の4点である。①患者自身が理解し納得して選択できるように「医療機関の広告規制の緩和などを行う」こと、②医療機関経営の近代化・効率化のために「株式会社方式による経営などを含めた経営に関する規制の見直しを検討する」こと、③消費者（支払者——患者・保険者）機能の強化のために「保険者の権限を強化し、保険者と医療機関との契約や保険者と医療機関

の連携強化（健診、予防）、レセプト審査、支払事務などの抜本的効率化を進める」こと、④公民ミックスによる医療サービス提供など公的医療保険の守備範囲を見直して「公的保険による診療と保険によらない診療（自由診療）との併用に関する規制の緩和など、患者の選択による多様な診療の組合せを可能にするなど、公的医療保険の対象となる医療の範囲を見直す」こと、である。これらの目的は、医療の質を落とさずに、コストを下げることによって、「価値」ある医療制度を実現し、医療費総額の伸びの抑制を行うものである。

これを受けて、翌月には日本医師会などから、市場原理の株式会社の医療参入や混合診療のもとでは国民の平等性が損なわれるなど反対する声明が出された。

同2001年9月25日には、少子高齢社会に対応した医療制度の構築を目指し、「医療制度改革試案」を厚労省が示し、それを基に11月29日に「医療制度改革大綱」<sup>11)</sup>が政府・与党社会保障改革協議会から方向性がまとめられた。医療制度改革大綱において、医療制度改革の理念と骨格が決定された。その理念とは、国民皆保険制度やフリーアクセスを堅持しつつ、限られた財源のなかで、医療の質と持続可能な皆保険制度に構築し、そのために給付と負担の公平の観点から見直しを進めるというものである。その具体的内容として、

- ① 医療制度の将来方向については、医療保険制度の一元化なども視野に入れつつ、75歳以上を対象とした新しい高齢者医療制度の創設を目指す。
- ② 保健医療システムの改革では、健康づくり・疾病予防の推進を図るとともに、情報の開示に基づく患者の選択の拡大、医療の質の向上と効率化を図り、国民の医療に対する安心と信頼のできる医療提供体制の改革を図る。
- ③ 診療報酬・薬価基準などの改革では、包括払いの拡大、公私の医療機関の機能分担など検討、2002（平成14）年度の診療報酬改定・薬価基準については、引き下げの方向で検討、公的医療保険の守備範囲も保険診療と保険外診療を組み合わせる仕組みとして設けられた特定療養費制度を活用することによって、国民意識の変化や患者ニーズに機動的・弾力的に対応し、公的医療保険の守備範囲を見直す。
- ④ 医療保険制度の改革では、総報酬制の下で、2003年度から政府管掌健康保険の保険料を引き上げ、給付率7割で保険間の統一を図る。

以上の改革案が反映され、翌2002年4月から、医師の技術料などに関する診療本体について1.3%、薬価などについて1.4%（薬価ベースでは6.3%）の合わせて2.7%という過去最大の引き下げが行われることに決定をした。同時に特定機能病院において、これまでの出来高支払方式に変えて、患者の疾病に応じた包括的支払方式を導入することになった。2002年7月には、国民の自己負担と自己責任を強化する健康保険法の一部を改正する法律および健康増進法が成立した。

それによって、2002年10月から改正された主な点は、①高額療養費制度の自己負担限度額の引上げ、②高齢者（70歳以上）の外来患者負担の月額上限制・診療所の定額負担制から1割の定率制（一定以上の所得者は2割）、③高齢者（70歳以上）自己負担限度額の引上げ、と受診抑制を狙い高齢者の自己負担増が重点的に行われた。また老人保健制度の対象年齢は5年をかけて70歳から75歳に引上げられた。一方、少子化対策を反映して、3歳児未満の乳幼児の外来患者負担は3割から2割へ引下げられた。

2003年4月改正点は、①健保本人の2割から3割負担へ増加、②保険料の徴収を月収（準報酬）からボーナスを含めた総報酬制へ変更、と患者の自己負担と被用者保険料増加となった。健保本人の3割負担以降、受診や治療の中断者の増加が報告されている<sup>12)</sup>。

これらの医療制度改革は、医療費全体の予算総額や薬価・医師の技術料などの価格を抑制するマクロ的医療効率と個々の医療機関の運営効率化や、支払方法の変更、市場原理の導入などミクロ的効率の両面において、あらゆる手段を採用しているといえる。

公平・効率という二つの価値は、一般的には対抗原理であって、同時にその二つを達成することは容易ではない。そのどちらをまず優先させるべき価値であるか、またその意味づけは何をもって公平・効率と判断するかについては、その状況によって異なる。昨今の医療制度改革の場合には、負担なき者（国保料滞納者）の皆保険からの排除原理や、高齢者といえどもも応益負担の原則を求めることを公平とし、医療費抑制のための改革を効率と解している。つまり、医療費抑制という大目標を遂行するための手段としての効率や公平であって、支払い能力にかかわらず、すべての国民や患者の健康を守る制度を堅持するという理念は後退している。従って、今回の改革での基本的視点は患者や国民へは、①特に高齢者の患者負担を増やすことよっての受診抑制効果、②医療需要が生じないように自らが健康維持の責任者であるとする健康増進法と

「健康日本21」による疾病予防対策、他方、医療提供者には、③医療機関に競争原理主義と効率化の導入、などである。このような医療費抑制に主眼をおいた改革が、医療の質の向上と国民の健康増進に寄与するののかという疑問は拭えない。この医療制度改革の真の狙いは何であろうか。

#### IV. 規制改革としての医療制度改革

総合規制改革会議は、経済社会の構造改革の視点も含めて幅広く規制改革を推進していくことを目的として、2001(平成13)年4月1日、内閣府設置法第37条第2項に基づき、内閣府に政令で設置されたものである。同会議は、その成果として2002年3月29日に「規制改革推進3か年計画(改定)」、翌2003年3月28日に「同(再改定)」を最終案として公表している。

規制緩和(deregulation)とは、許可・認可など各種の法規制を緩和することによって、主に経済活動の活性化を図ろうとする措置のことである。つまり、その危険性を予測し、国家が介入することによって災禍を未然に防ぐために許認可というさまざまな手続きにより規制をし、利便性よりも安全性確保のために保護/規制していた対象や制度の見直しを図ろうとするものである。その基底には、政府の市場への介入を最小限にし、市場の効率が高まり、経済成長が促進されるという自由主義的な考え方がある。また規制そのものが個々の自由な選択を阻害しているとの認識がある。たとえば、容易に受診できない多忙な人には深夜コンビニなどでもっと多くの種類の医薬品を買えるようにしてほしいという利便性を重視することである。しかし、個人の日常生活に関わる選択肢を増やす自由への拡大は便利な一方、医薬品の副作用や自ら適切な薬を選択するリスクが生じる。従って、生命に関わる規制を緩和することには一定の慎重さを要する。

しかし、同会議の基本目的は、生活者・消費者本位の経済社会システムの構築と経済の活性化を同時に実現する観点から、行政の各般の分野について計画的に規制改革の積極的かつ抜本的な推進を図ることである。抜本の見直しへの視点は、経済的規制は原則自由、社会的規制は必要最小限との原則の下で行うという。これは「小さな政府」指向である。

「大きな政府」つまり、拡大国家への批判としては、財政上の問題や「政府(統治)の失敗」(government failure)、市民的自由の制約と市民的主体性の弱体化、活力の低下があげられる。従って、民営化促進のため

に規制緩和を行い、市場のメカニズムに委ねようとする。個々の自由な決定を促進するために、個人の自律を重視し、国家の介入を最小限に抑える。その前提条件として、自律的な強い個人像が想定され、利己的な利益追求や市場メカニズムが作用し、神の見えざる手によって安定した豊かな社会が予定調和的に招かれるとする。

しかしながら、市場原理によってすべてが解決されるわけではない。市場の失敗(market failure)や情報偏差などによる初期格差・道徳的問題などさまざまな欠点や問題がある。それらの結果は国民の不利益につながりやすく、生命や健康被害などのような取り返しのつかない結果を防止するために、規制緩和論者の前にも社会的規制という大きな壁があった。

その社会的規制とは、人々の生命・健康、環境、労働の安全性保護など社会生活における安全の保障や秩序の維持に関わる規制のことである。しかし、公害や薬害の多さをみれば社会的規制が十分に機能していたとは決していえない。すなわち、国民の生命軽視の政策・規制でしかなかったにもかかわらず、今後は更に人間の生命の安全に直接関わる保護規制でさえも「必要最小限」の規制にしようというのである。

市場機能をより重視するために競争政策の積極的展開、事前規制型行政から事後チェック型行政に転換していくことになれば、国民一人ひとりが情報を入手して、利便性に伴うリスクを引き受けることになる。ましてや個人の力では防ぎようのない範ちゅうが含まれる。本来ならば、社会的規制緩和の前に、繰り返されてきた薬害を防止し得なかったこれまでの規制の問題点を洗い出し、予防策を講じ、原状回復が困難な人間の健康や生命を守る基盤に立った上での見直しという制約が付されるべきである。

医療分野における規制緩和の最大の焦点は、規制緩和による医療産業の経済化・市場化への開放であり、他方は、高騰し続ける医療費抑制のために公的医療保険による保障から混合診療解禁と株式会社経営病院による自由診療枠拡大へと転換させるか、この2点である。この2点は連動し、市場化拡大が公的医療保険の保障縮小化を目指すものである。すでに「公的医療保険では足りない」と考える国民が年々増加し、2002年の調査では58.8%と半数を超えている。国民は自助努力として民間の特約付の医療保険に対する依存度を高めている<sup>13)</sup>。次に公的医療保険と保険外診療について確認しておきたい。

## 1. 保険診療と保険外診療について

日本の医療保険制度は、原則「国民皆保険」となっており、すべての国民が対象となるいずれかの公的医療保険に加入する仕組みである。但し、国保料滞納者の増加に伴い、アメリカ同様、実質的な無保険者が増加している。現在、患者が医療機関へ受診する際、①持参した健康保険証を利用する「公的医療保険」、②全額自己負担による「自由診療」、③限定された範囲のなかでその二つを併用する「混合診療」、の3種類がある。

①「公的医療保険」とは、健康保険を利用（現在、4歳以上69歳以下の自己負担は3割）する保険診療のことである。2006年10月からは、70歳以上で一定所得以上の人の窓口負担も現在の2割から3割へ負担増となる。保険診療では、適用される医療行為の範囲（有効性、安全性の確認済み、特殊療法や医薬品について薬事法上の承認薬）と公定価格が細かく決められている。医療機関は、医療行為ごとに診療報酬点数表に定められた点数（1点10円）によって、患者の所属する各保険機関へ診療報酬請求書（レセプト）を送付し、診療報酬を得る。

②「自由診療」とは、健康保険証を利用せず（保険外診療）、医療費のすべてを自己負担とする。主な対象は、㊦体外受精や美容外科、㊧歯科治療、㊨未承認の薬、㊩カウンセリング、など保険が適用されない場合、患者は個々の選択として自由診療を受けられる。

③「混合診療」とは、上記の「保険診療」と「自由診療＝保険外診療」の二つを組合せる医療である。一連の一疾患の診療において保険診療と保険外診療を併用することを「混合診療」といい、保険診療の基本的なルールによって、混合診療は原則禁止されている。禁止とは、一部でも自由診療が加わると付随する保険診療さえすべてが自由診療扱いされることである。但し、例外として承認された混合診療は、1984年に創設された「特定療養費制度」と呼ばれる。これらの療養全体にかかる費用のうち保険診療部分については保険給付（3割自己負担）をし、その他自由診療の特別部分は10割自己負担するため混合と呼ばれる。

この特定療養費制度には2種類あって、一つは「選定療養」、他方は「高度先進医療」と呼ばれる。選定療養とは、個室か大部屋かのように患者の選択に委ねることが適当なサービスとされ、2004年12月現在13

種類ある。しかし、200床以上の病院の初診料や時間外の診療、予約診療などが選定療養として保険外であることを知らない国民は少なくないと思われる。患者の選択肢を増やす意図とは別に、結果として患者の負担を増やし、最早フリーアクセスは有料化されている。2006年9月現在16種類<sup>14)</sup>に増加している。

他方の高度先進医療とは、固形がんに対する重粒子線治療や家族性アルツハイマー病の遺伝子診断など特殊な医療技術のことであり、2004年12月現在97種類だったのが、2006年8月現在101種類<sup>15)</sup>に増えている。保険診療部分の費用以外は、すべて患者の自己負担（特別料金）となり、医療の種類や病院によっても異なる<sup>†</sup>。しかし、患者負担が不当にならないように料金の揭示義務などを定めるとともに、特に安全性の確保に配慮し、厚労省が認定した医療機関でのみ実施される。つまり、厚労省が保険外診療を行う医療機関と医療内容を審査し、承認した内容を承認した医療機関でのみ実施される。実際には、中央社会保険医療協議会（中医協）<sup>††</sup>が審査・承認をする。重要な点として、この高度先進医療として認められた医療は、いくつかの要件を経て通過すれば、やがて保険診療に適用されることである。その要件とは、①有効性、②安全性、③費用対効果、④普及性、などである。たとえば、2004年に肝臓がん（但し、がんの大きさなど限定的）の生体肝移植、2006年には心臓などの脳死移植が保険収載されている。

混合診療原則禁止の法的根拠<sup>†††</sup>をめぐっては議論が

† 高度先進医療に係る費用（特別料金）は、患者負担となるが、大学病院の研究費などの補助が受けられる場合もある。

†† 中央社会保険医療協議会（中医協）は、厚生労働大臣の諮問機関である。社会保険医療協議会法第2条によって、保険医療機関及び保険薬局の指定及び指定の取消し、特定承認保険医療機関の承認及び承認の取消し並びに保険医及び保険薬剤師の登録の取消しなど審議する他、医療保険財政改革の核となる診療報酬改定を行う強い権限を持つ機関である。

††† 混合診療禁止の明文規定はないが、1922（大正11）年施行の健康保険法（43条）が現物給付を取っており、一部負担金についてのみ保険医療機関は患者から取ることができる。また「保険医療機関および保険医療費担当規則」（1957（昭和32）年厚生省令第15号）第18条（特殊療法などの禁止）、第19条（使用医薬品および歯科材料）で、但書きがあるものの厚生労働大臣の定めるもののほか「行つてはならない」と定めている。他に、健康保険法第86条の特定療養費の支給を定めた「被保険者が、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる療養を受けたときは、その療養に要した費用について、特定療養費を支給する」を根拠とする。

ある。しかし、厚労省では禁止の理由として、①公的医療保険では財政的な制約があり、すべてを保険適用にはできない、②安全性の確保ができない、③収入や資産の違いによって医療に格差が生じる<sup>16)</sup>、ことをあげる。

## 2. 総合規制改革会議における医療制度改革

次に総合規制改革会議による医療分野における規制改革のありようを検討する。この規制改革によって今後の医療はどのように変化を遂げるのだろうか。具体的には、以下の5点をあげる。

- ① 「電子カルテなど診療情報の医療機関外での保存」とする。医療分野における個人情報の保護を謳いつつ、個々の医療機関のみでは保守・管理に十分対応できない場合があるためと説明する。
- ② 「保険者機能の強化」として、レセプトの審査・支払は本来保険者の役割であるため、保険者の自由な意思に基づき、①保険者自らが行う、②従来の審査・支払機関へ委託する、③第三者（民間）へ委託する、など多様な選択肢を認める。公的保険に相応しい公正な審査体制と、患者情報保護のための守秘義務を担保した上で、保険者自らがレセプトの審査・支払を行うことを可能とする。尚、その際、審査・支払にかかる紛争処理のルールを明確にする。
- ③ 「公的保険と保険外診療の併用による患者選択の推進」を患者（被保険者）の主体的な選択の促進としてあげる。その理由として、i) 価値観やニーズが多様化した現在では、国民は「いつでもどこでも一定水準」の医療を受けることだけでは満足しておらず、より質の高い医療を受けることを求めていること、ii) また医療提供者も自らの能力や質に応じた十分な評価を受けることを望んでいること、をあげる。
- ④ 「診療報酬体系の見直し」、包括払い・定額払い制度の導入を促進する。すでに2003年4月より特定機能病院などにおける急性期入院医療については、包括評価が導入されている。診断群別定額報酬払い制度の導入は、医療機関に対し、効率的・効果的な医療サービスを提供するインセンティブを与え、結果として、医療機関の機能分化を促進し、入院日数の短縮・適正化や、標準的な医療の確立など、医療の質向上に資することが期待される、と説明する。

- ⑤ 「医薬品に関する規制緩和」、すでに1999年に15製品群の医薬部外品への移行にともない、コンビニなどの一般小売店において栄養ドリンク剤などの販売が可能となった。更に、一定の基準に合致し、かつ保健衛生上比較的危険が少ないなどの専門家の評価を受けた医薬品については、一般小売店において販売できるように緩和する。

特に重要な点は③の「公的保険と保険外診療の併用による患者選択の推進」である。患者と医療者双方の選択肢を増やすという側面には、三つの狙いがある。一点は、公的医療保険によって拡大する患者ニーズに対応することは医療費の増加につながるのを避けたこと、二点目には、患者ニーズを公的医療保険の枠外で対応することによって公的医療保険の支出抑制になること、三点目は、保険外診療部分を競争・市場化へ委ねることにより新たな産業育成になること、である。

総合規制改革会議では、保険診療と保険外診療の併用については更なる改革を図ること、患者の選択に応じ特定の医療機関における患者からの料金の付加徴収できる範囲を拡大することによって、患者選択による保険診療と保険外診療の併用を早急に推進することを患者の自由選択という枠組みにおいて、新たな混合診療の導入という意味を明確に表明している。

保険外診療が増えれば、国民の多くは民間医療保険に加入し、自衛するようになる。そこには、充実した民間医療保険を購入しうる者とあきらめる者によって医療の差が生じることになる。しかし、本来の公的医療保険診療とは、国民の負担能力に関係なく適切な医療を受けられる「社会保障として必要十分な医療」<sup>17)</sup>を提供することを原則とするものである。その原則は崩壊の危機にある。日本よりも公的医療保険の保障範囲が広く、医療支出が高額であるドイツやフランスでさえ公的医療保険適用の縮小については、国民への影響を深慮し、慎重に見極めようとしている<sup>18)</sup>。

## 3. いわゆる「混合診療」の解禁（保険診療と保険外診療の併用）

「基本方針2003」における決定事項は、以下のとおりである。保険診療と保険外診療の併用の拡大を目指すこと、特定療養費制度における高度先進医療について、一定の基準を満たした場合には、医療技術および病院ごとの個別の承認を必要とせず、迅速に認める仕組みについて検討し、結論を得て、平成15年度中に措置する。また、医療技術の向上の観点から、高度先



進医療への新技術の導入の迅速化を図ることにより、対象技術の範囲の拡大を促進する。

更に総合規制改革会議では、個別の承認を必要とせず、いわゆる「混合診療」（保険診療と保険外診療の併用）を包括的に認める制度の導入を図るべきであると主張する。その理由として以下の5点をあげる。

- ① 「保険外診療」を併用・付加した途端に一連の診療行為がすべて保険外診療とされることには合理性がないこと
- ② 「混合診療」が解禁されると患者が全額自己負担していた高額な高度・先端的医療が公的保険との併用手当になるため、「金持ち優遇」どころかむしろ逆に受診機会の裾野を拡大し、国民間の所得格差に基づく不公平感は是正されること
- ③ 「混合診療」を避けるため、本来1回の入院・手術で済むところを保険診療部分と保険外診療部分に分けて行うなど、診療行為の分断などから患者の身体的・経済的負担を増大させるとともに、こうした非効率な行為が医療費全体を増大させているとの事実があること
- ④ 新しい医療技術・サービスに対する医師の積極的取り組みを阻害させること、患者の受診機会を狭め医療サービスの質の向上を妨げているといった弊害が大きいこと
- ⑤ 現場の創意工夫と医療技術の競争を促進しないとの指摘もあること

これが発表された同日、厚労省はこの答申に対する反論を文書で早速示した。そして、総合規制改革会議を中心に検討が進められている医療分野の規制改革について、「必ずしも国民の健康の維持・増進の視点での議論が十分されているとはいえない」として、座長に宮武剛を選出し、2003年4月に「医療分野における規制改革に関する検討会」<sup>9)</sup>を設置した。

#### 4. 厚労省「医療分野における規制改革に関する検討会」

翌2004年1月29日、厚労省は同検討会において、規制のありようの提言を報告書としてまとめ公表した。同省は、基本的には医療の質の向上や医療の透明性を高め、患者への説明責任を果たすという医療制度改革を進めることには賛同している。そのなかで、医療分野における規制とは、患者・国民の生命・健康を確保するとの趣旨から設けられているため、その見直しは、

まず、患者・国民の視点に立って医療がいかにあるべきかを検討することが必要であるとの認識を示した。

同省の認識では、規制緩和の意義とは、患者・国民に対する情報提供の促進、患者・国民による選択や医療機関相互の競争による医療サービスの質の向上・効率化の推進といった方向を促進させることである。但し、規制の見直しの留意点としては、個々の患者・国民、世代、地域によるそれぞれの多様性に十分留意して議論する必要があると反論している。①患者・国民をその名称で一括りに考えるのではなく、各個人、各世代やそれぞれの地域特性によって、考え方やニーズが異なるものであること、②必ずしもすべての患者・国民が十分な情報とそれを分析して判断する能力を持っているわけではないということ、③患者・国民の選択と医療機関の競争といえども、地域によってはそもそも選択肢が極めて限定されていること、などの実情をあげている。

次いで、主要な規制のあり方に関しては、①患者・国民に対する情報提供の推進、②患者・国民による医療機関の選択と医療機関相互の競争の促進、③医療機関の管理・運営、④医療機関の経営のあり方、⑤地域における医療提供体制の整備、⑥医療資格者の資質の確保・向上、などとする。規制緩和に対する厚労省の慎重な姿勢は評価されるであろう。しかし、薬害やハンセン病問題などを顧みれば、厚労省が国民や患者の生命を優先した厚生行政を行ってきたとは言い難い。単に厚労省が対抗勢力にイニシアティブを取られまいとしているのか、承認という既得権益を失うまいとしているのか、それとも国民に視点をおいた真の改革を行おうとしているのか、その判断は今後を見なければならぬ。

#### 5. その後の混合診療と公的医療保険について

2004年12月、政府の規制改革・民間開放推進会議（議長・宮内義彦オリックス会長）は、厚労省の個々の承認を必要としない一定水準以上の病院での包括的解禁は見送り、例外的に併用を認める現行の特定療養費制度を再編・拡充する厚労省案で大筋合意した。「安全性確保のため、個別の医療技術ごとに可否を判断すべきだ」と主張する厚労省案を表面化する大病院での医療過誤事件が後押しする結果となった。これを受けて、厚労省は、例外的に混合診療を適用している高度な医療などについて、病院からの申請に基づき個別に審査して認める制度の手続きを緩和する。具体的には、専門医の数や治療実績などの要件を、個別の医

療技術ごとに設定し、可否を判断することになった<sup>20)</sup>。

その後、厚労省は治験中の抗がん剤などを順次、混合診療の対象として拡大してきた。2006年8月、厚労省は混合診療の対象を①医療技術、②医薬品・医療機器、③快適・利便性、④医療機関の選択、⑤医療行為の選択、の5分野に分ける案を出した<sup>21)</sup>。患者の選択肢は拡大されることになったが、その自由を行使するためには少なくとも経済力と情報収集力を必要とする。生死を左右する治療に関して、がん患者たちが本当に望んでいるのは、抗がん剤に対する混合診療の拡大ではなく、早期の審査後、迅速に公的医療保険の適用へと収載することである。すなわち、経済的負担に憂うことなく、生きる希望をあきらめず、だれでも安心して必要かつ有効な治療を受けられることである。端的に言えば混合診療を拡大することは、医療を平等から自由へと理念を変更することになる。

## V. おわりに

規制改革会議の医療制度改革は、基本的には、最強の資本主義国であるアメリカ型の競争礼賛が経済の繁栄をもたらすという規制緩和、競争主義、市場原理主義に基づき、医療という枠組みを編成しようとするものである。自由化ないし民営化がよりよい結果をもたらすという信念であり、脱管理国家・市場及び患者の選択と自己決定の拡大を指向する。

しかし、患者の選択肢を増やすことによって自由を拡大擁護するという手法は、決してすべての人々に開かれた扉ではない。経済原理に基づきそれが可能な者だけに機会を与えるという非情さを備えている。治療の選択の機会拡大という恩恵は、あくまでも自己責任であるという認識をもつ自律的かつ経済的に余裕のある患者だけである。その結果は財や所得に応じた医療供給体制に接近する。それは、平等を理念としてきた公的医療保険を弱体化・空洞化させることになる。自由診療枠での医療の質と量が増えることにより、公的医療保険の保障する医療の質と量が低下することは否めない。適切な医療を安心して受けることは国民の権利（憲法第25条の生存権や健康権）であり、これを維持するための平等原則の医療からのパラダイム変換は、国家責任の縮小であり放棄である。

医療は命に関わる領域であるがゆえに社会的規制の対象とされてきた。しかし、その聖域さえもが市場化による産業発展の起爆剤と、公的医療費抑制として期待されようとしている。経済界や財務省などの認識で

は、現状では公的医療保険は数年後には崩壊するという危機感を有している。つまり、改革なければ公的医療保険の維持は不可能であると主張する。規制緩和の真の目的は、自由診療の範囲を広げることであり、その帰結として、公的医療保険の範囲を縮小することである。それに準じたように、自由診療などのさまざまなタイプの民間医療保険への規制が緩和され、販売されるようになった。それらの保険の関心ならびに加入者の増加、更に富裕層を対象にした会員制の医療機関の登場、高額なPET検診を組み込んだ旅行なども好評を博している。つまり、医療の市場化は公的医療費の減少は可能でも、個々の国民の私的な負担は増やす結果となる。社会連帯を基盤とする公的医療保険を充実させ、社会全体の安心を向上させるか、あるいは個々の国民が私的に保障を充実させ、医療格差を容認するのか、私たちはその岐路に立っている。

また利潤を追求する株式会社経営病院のさまざまな弊害は、李啓充氏の『市場原理に揺れるアメリカの医療』<sup>22)</sup>に詳しく紹介されている。繰り返すが市場が提供する医療サービスはそれを購入する消費者だけを対象とする。すなわち、規制改革が患者の選択肢拡大や利便性向上という枠組みで市場化の利点を説くが、その本質的な狙いは企業にとって利益を生み出すビジネスチャンスの拡大である。市場原理による医療の利点は、確かに雇用創出、産業経済発展につながり、経済的余裕のある層には最高水準の医療を容易に享受できるように利益をもたらす。

しかし、生命と健康を守る領域が経済の論理だけで動くビジネスになればどうなるだろう。まさに命に値段がつき、アメリカのように富裕層だけが健康と長寿を手に入れられる財となってしまうだろう。そこには命の平等性もなければ、社会の安定性も安心感もない。

現在、混合診療として未承認の抗がん剤を使用している患者たちの自己負担は月額数十万円から百万円を超える場合もある。患者たちは老後の蓄えを切り崩し、自分の寿命の伸展が家族を経済的に苦しめるという刹那を背負っている。はじめから挑戦をあきらめざるを得ない患者も少なくない。経済的心配をせずに心穏やかに治療に専念できる人など限られている。日本は世界第2位のGDPという経済大国にありながら、それに相応しい生命の尊重と医療を受ける平等の権利は与えられてはいない。政府のこれまでの「人間の生命・健康を尊重する行政上の『哲学』の欠落」と「国民の生命・健康確保のための権利性の無視」<sup>23)</sup>が財政再建

や歳出削減型の医療制度改革にも現れている。せめて OECD のいう GDP 比の 10% を医療財源に投資をすれば経済的要因からの医療阻害という問題の多くは改善されるであろう。

負担能力を問わず医療へのアクセスを保障する権利は、国家責務であり、基本的人権のひとつである。その根拠は、憲法第 25 条、WHO 憲章や世界人権宣言 (1948 年) 第 25 条第 1 項、国際人権規約 (1966 年) の社会権規約 (A 規約) 第 12 条にも明記されている。自由権規約が即時的な義務であるのに対して、この社会権規約は経済的事情を勘案した漸進的な達成義務とされる。従って、各国間においても、この健康権を具体的に保障した医療保障の範囲と水準には相当な格差を生じている。しかし、日本はこの社会権規約を批准しており、1979 年に効力が発生している。また、憲法第 98 条第 2 項において条約・国際法規の遵守が義務づけられている。しかも世界における日本の経済発展を顧慮すれば、健康権を保障するうえで、経済的事情による漸進的な義務という理由が、それを躊躇させる妥当性を与えるものではない。条約の拘束からみても、社会権の意味での健康権が日本では承認されているといえるのである。また 1980 年、日弁連が「健康に生きる権利 (『健康権』) は、憲法の基本的人権に由来し、すべての国民に等しく全面的に保障され、なにびともこれを侵害することができないものであり、本来、国・地方公共団体、さらには医師・医療機関等に対し積極的にその保障を主張することのできる権利である」<sup>24)</sup>と宣言している。

財力によって左右される医療ではなく、いつでもどこでもだれでもが安心して質の高い暖かみのある医療を利用することを可能にする健康権に基づいた医療制度へと転換させる選択肢はある。それは医療支出対 GDP 比が OECD の平均にも満たない低い額に抑制されている現実に目を向け、改善させることである。先進諸国のなかで最低の医療支出であったイギリスでは長年の医療費抑制策がたたり、医療崩壊の危機を迎え、ブレア政権になって以降、大幅に医療支出増へと転換を図っている。日本においてもそのような政策転換は国民の意思によって可能である。

アメリカでは複雑な民間中心の医療保険制度の乱立から総医療費の約 1/4 の費用が事務手続きや人件費などの管理運営費に消費されている<sup>25)</sup>。日本では皆保険制度があるとはいえ、制度間による格差がある。公平性を確保するために包括的な医療保険制度へと一元化になれば、支払い機関も一元化され、膨大な管理運営

費が削減できるはずである。このような無駄を省き、多くの国民・患者が望む安心・安全な医療を構築し、医師や看護職の不足を補い、患者中心の医療を展開するために、多くの資金を必要とするのであれば、その青写真を国民の前にわかりやすく提示をし、増税などの理解を求めべきである。消費税アップは負担の逆進性となるため、基本的には反対である。どうしても消費税を上げるのであれば多くの途上国が採用しているように、生きるために節約の余地のない食料品や日常雑貨などの消費税は低く抑えるべきである。むしろ、以前のように所得税率を 5～6 段階へ戻し、高額所得者への優遇処置をやめた上で、所得税率を上げる方が公平性の点で優れていると考える。

経済発展を重視することは一定重要であろう。しかし、国民の命と健康をその手段に貶めることは人間の安全保障を率先し、基本的人権を尊重する日本には決して相応しくはない。目指すべきは、国民の命と健康を守る健康権保障に足る医療制度改革であって、先行する市場原理のアメリカ医療へ接近するのではなく、その失敗を回避することである。

#### 引用・参考文献

- 1) WHO. The world health report 2003: shaping the future. Geneva: WHO; 2003. p.172-6.
- 2) Ibid. p.167-9.
- 3) 西村淳. 医療制度改革の世界的潮流 上. 社会保険旬報 1997; 1953: 26.
- 4) 古市圭治他. 衛生行政大要改訂第 16 版. In: 古市圭治他. 衛生行政大要改訂第 16 版. 東京: 日本公衆衛生協会; 1995. p.192-3.
- 5) 医療保険制度研究会. 目で見える医療保険白書 平成 15 年版. In: 医療保険制度研究会. 目で見える医療保険白書 平成 15 年版. 東京: ぎょうせい; 2003. p. 7.
- 6) 特集 厚生省が『医療ビジョン』を発表. 週刊社会保障 1990; 1571: 44-9.
- 7) 日野秀逸. 岐路に立つ日本とアメリカの医療. 東京: 新日本医学出版社; 1994. p.135-6.
- 8) 厚生統計協会. 国民衛生の動向 2003 年. 東京: 厚生統計協会; 2003. p.163.
- 9) 厚労省. 平成 14 年版 厚生労働白書. 東京: ぎょうせい; 2002. p.111-2.
- 10) 官邸閣議決定. 「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」について. 2001 [引用 2004-04-13]. URL: [http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2001/honebuto/0626 keizaisaisei-ka.html](http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2001/honebuto/0626%20keizaisaisei-ka.html)
- 11) 官邸閣議決定. 医療制度改革大綱. 2001 [引用 2004-04-13] URL: <http://www.kantei.go.jp/jp/kakugikettei/2001/1129syakai.html>

- 12) 2003年8月5日付朝日新聞朝刊参照。
- 13) 全国保険医団体連合会. 医療保険と診療報酬. 月刊保団連臨時増刊号 2002;770:70.
- 14) 厚労省. 先進医療制度の概要. 2006 [引用2006-09-25] URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryoy/index.html>
- 15) 厚労省. 高度先進医療承認状況一覧. 2006 [引用2006-09-25] URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/0106/tp0601-1a.html>
- 16) 内閣府. 総合規制改革会議「第2回アクションプラン実行WG 議事概要」. 2003 [引用2004-04-02] URL: <http://www8.cao.go.jp/kisei/giji/02/wg/action/02/gaiyo1.html>  
厚労省真野保険局長の発言.
- 17) 真野保険局長の発言・前掲注(19).
- 18) 全国保険医団体連合会. 月刊保団連臨時増刊号医療保険と診療報酬 2002;770:60.
- 19) 厚労省. 医療分野における規制改革に関する検討会報告書. 2004 [引用2004-04-14] URL: <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/01/tp0129-2a.html>
- 20) 2004年12月15日付毎日新聞参照.
- 21) 2006年8月16日付毎日新聞東京朝刊参照.
- 22) 李啓充. 市場原理に揺れるアメリカの医療. 東京: 医学書院; 1998. p.24-36.
- 23) 下山瑛二. 健康権と国の法的責任. 東京: 岩波書店; 1979. p.273-4.
- 24) 日本弁護士連合会. 人権擁護大会宣言・決議集「健康権」の確立に関する宣言. 1980 [引用2006-02-08] URL: [http://www.nichibenren.or.jp/ja/opinion/hr\\_res/1980\\_1.html](http://www.nichibenren.or.jp/ja/opinion/hr_res/1980_1.html)
- 25) Gostin LO. Securing health or just health care? The effect of the health care system on the health of America. In: Beauchamp TL, Walters L, editors. Contemporary issues in bioethics 5th ed. Belmont: Wadsworth Pub; 1999. p.395.