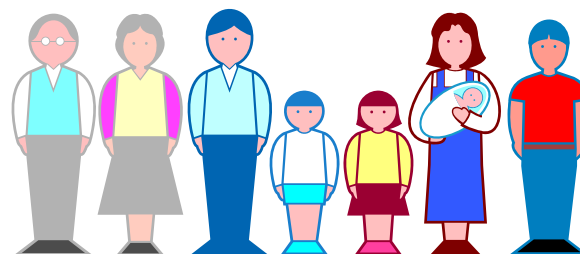


# 危機にさらされる日本の医療

## 医療における規制制度改革とTPPの問題点



第6回 国民医療推進協議会総会

2011年2月16日

社団法人 日本医師会

## 2000年代の規制制度改革

2001.10.14	小泉内閣	<b>米国「年次改革要望書」</b> 日本の医療に <b>市場原理</b> を導入することを要求
2004.12.15	小泉内閣	厚生労働大臣と行政改革担当大臣等が、いわゆる「混合診療」問題について合意 ・保険導入のための評価を行なうもの、保険導入を前提としない患者選択の医療に再構成することで合意
2004.12.24	小泉内閣	<b>規制改革・民間開放推進会議</b> ふたたび、混合診療と、株式会社等の医療機関経営への参入を求めた
2006.10.1	安倍内閣	<b>「評価療養」および「選定療養」が導入された</b>



混合診療の全面解禁や株式会社の参入は水際で食い止められた

## 2010年代 医療の営利産業化・市場開放へ

2010.3.31	鳩山内閣	<b>米国「外国貿易障壁報告書」</b> 日本の医療サービス市場を外国企業へ開放することを要求
2010.6.18	菅内閣	政府「 <b>新成長戦略</b> 」閣議決定 ・医療・介護を <b>成長牽引産業</b> として位置づけた
2010.7.20 ～9.21	菅内閣	総合特区制度の提案募集 ・経団連が、混合診療の解禁、株式会社の診療領域の拡大などを提案
2010.11.9	菅内閣	TPPに関連して、「 <b>包括的経済連携に関する基本方針</b> 」閣議決定 ・国を開き、海外の優れた経営資源を取り込む
2011.1.26	菅内閣	規制・制度改革に関する分科会「 <b>中間とりまとめ案</b> 」 ・医療の営利産業化にむけた視点
2011.2.15	菅内閣	<b>「総合特別区域(総合特区)法案」</b> 閣議決定



医療の営利産業化・市場開放にむけた流れが止まらない……

## 進め方の問題点

規制制度改革項目のほとんどは、国の審議会等で丁寧に議論、検討されている。しかし、いっさいの議論を考慮せず、意図的に選ばれたとも考えられる構成員で検討し、その結果を、頭越しに閣議決定に持ち込もうとしている。

## 医療の営利産業化ありきの改革

規制・制度改革に関する分科会は、医療の産業化という点で遅れをとっていると認識している。また、公的保険範囲の再定義（縮小を意味していると考えられる）を要求するなど、国民医療を守るという視点がまったくない。

病床規制の見直しや、医療法人にかかわる規制の見直しなども求めており、医療を営利企業に開放することになりかねない。

**このままいくと、2011年3月の閣議決定で、これまで厚生労働省の審議会などで慎重に検討されてきたことはすべて上書きされる。**

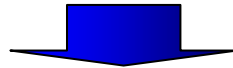
## 総合特区法案の問題点

2011年2月15日、総合特区法案が閣議決定された。

総合特区ができると、「総合特区において緩和された医療・介護制度」と「従来の公的医療・介護保険制度」になる。公的医療・介護保険制度が徐々に押し切られかねない。

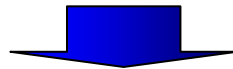
今回の総合特区法で・・・

- 営利企業が特別養護老人ホームを設置できるようになる。

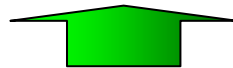


医療への株式会社参入の蟻の一穴になるおそれ

- 工業地域に病院を建設できるようになる



医療周辺産業と密接に連携したメディカルクラスター※)の出現



規制制度改革は病床規制の緩和を求めている



※)メディカルクラスター: 医療機関、研究機関やその他医療関連施設、企業などの集合体

# TPPとは

TPP:環太平洋連携協定(Trans-Pacific Partnership)  
サービス貿易、政府調達、競争、知的財産、人の移動等を含む  
包括的協定。現在9か国※)で交渉中。

(主に2国間)

## FTA(自由貿易協定)

特定の国や地域間で、物品の  
関税やサービス貿易の障壁等  
を削減・撤廃する協定

関税の  
削減・撤廃

サービスへの  
外資規制撤廃

## EPA(経済連携協定)

ヒト、モノ、カネの移動の自由化、  
円滑化を図り、幅広い経済関係  
の強化を図る協定

人的交流の拡大

各分野での協力

投資規制撤廃、  
投資ルールの整備

知的財産制度、  
競争政策の調和

など

\*出所:経済産業省 対外経済政策総合サイト「経済連携協定(EPA)・自由貿易協定(FTA)とは」

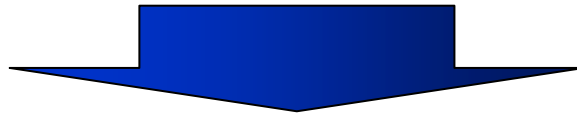
菅総理は、TPP交渉参加について2011年6月をめどに結論を出すと表明。

※)シンガポール、ニュージーランド、ブルネイ、チリ、アメリカ、オーストラリア、ペルー、ベトナム、マレーシア

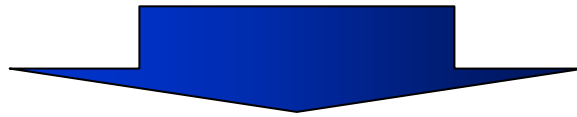
## 規制制度改革・総合特区・TPP

2010.11.9

政府はTPPにむけて「包括的経済連携に関する基本方針」を閣議決定  
「高いレベルの経済連携に必要な競争力強化等の抜本的な国内改革を  
先行的に推進」するとした。



その国内改革にあたるのが、規制制度改革と総合特区。  
医療・介護を営利産業化し、市場として開放することを狙っている。

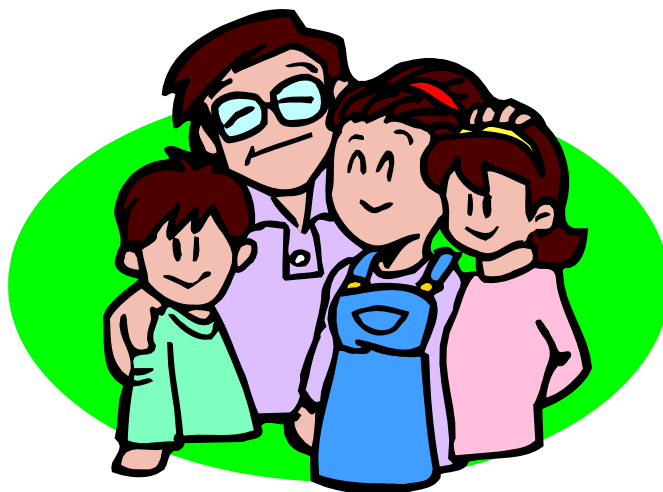


**日本医師会は、国民皆保険を揺るがす規制制度改革・総合特区に断固反対。**

**TPPについては、政府に、参加検討を進める以前に、公的医療・介護保険をその対象外と明言することを強く求める。**

# 規制制度改革、総合特区、そしてTPPへの 参加が日本の医療にもたらすこと

国民皆保険がこわれていく





日本では国民皆保険の下、いつでも、どこでも、誰でも同じ医療を受けられます。しかし、最近、国民皆保険をくつがえす意見が出てきました。

財政が厳しいので  
健康保険からの  
給付を減らすべき？

外国人の医師や  
患者を積極的に受け  
入れるべき？

企業が病院を経営  
すれば効率的に  
なる？※)

お金がある人は  
自由価格で最新の医  
療を受けられるよう  
にすべき？



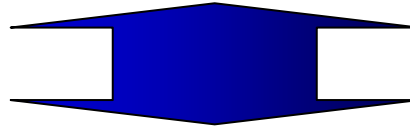
※) 日本では法律によって営利を目的とした病院・診療所の開設は制限されています。

医療は、国が責任を負うべき社会保障です。しかし政府が、医療を成長産業と位置づけてから、営利を追求する意見や動きが目立ってきました。

日本の公的医療保険は、外国から市場原理を導入すること、それによって外国資本が参入しやすくなることを求められてきた。



国民の、「いつでも」「どこでも」「誰でも」同じ医療を受けられるという思いが、日本の医療保険の営利産業化を防いできた。



しかし、2010年6月、政府は「新成長戦略」を閣議決定し、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づけた。また医療の国際化推進を決定した。



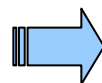
現在、行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会や、総合特区制度において、医療の市場開放にむけての議論が急展開している。

## いま、医療の国際化について検討されていること

外国人富裕層が日本で健診・治療を受けることができる「医療滞在ビザ」はすでに創設されました(2011年1月)。現在は、以下の内容などが検討されています。

### 規制・制度改革に関する分科会 ライフイノベーションWG

- ・アジアのメディカルクラスターを目指すべきとの意見を受けて、病院などの新規開設が進むよう病床規制を見直す
- ・病院経営に営利企業の人材が参画することや、病院のM&Aを行ないやすくする



外国資本を含む株式会社が医療に参入しやすくなる

### 総合特区に提案された主なもの

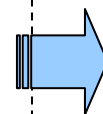
- ・自由診療の拡大
- ・混合診療の解禁
- ・株式会社の診療領域の拡大
- ・外国人医師の受け入れ

## 話題の「TPP」も、医療にとっては大きな問題です

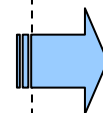
内閣官房いわく、TPPへの参加は、「国を開き、日本経済を活性化するための起爆剤」

政府 2010年11月閣議決定  
「包括的経済連携に関する基本方針」

- ・看護師等の海外からの人の移動については、2011年6月までに基本方針を策定
- ・国を開き、海外の優れた経営資源を取り込むための規制改革については、2011年3月までに具体的方針を決定



外国人の医師をはじめ他の医療資格者にも拡大する恐れがある



病院が外資系になる可能性がある

# なぜ外国資本を含む企業などが日本の医療に参入することが問題か

それは、日本の医療は国民すべてが加入する公的医療保険によって公平に提供されているからです。



外資系企業や  
日本の企業

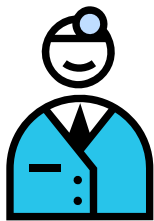
日本の公的医療保険では、治療費などは診療報酬で決まっており、営利を目的とする企業や、高額報酬を目指す人材には魅力がない。



外資系を含む営利企業の病院などは、公的医療保険ではなく、高額な自由診療を行なうようになる。お金がなければ、高額な自由診療は受けられない。



高額自由診療の病院が増えれば、その中で淘汰される。また、病院は自由診療で良いということになると、国は公的医療保険の診療報酬を引き上げない。公的医療保険で診療していた地方の病院などが立ち行かなくなる。



外国人医師

**国民皆保険の終焉へ**

# 日本の医師不足は外国人医師の受け入れでは解決しません

日本では、諸外国に比べて医師が少なく、医師が不足している地方の病院で、外来の休止や病棟の閉鎖が起きています。それを理由に外国人医師を受け入れてはという意見もありますが…



- 公的医療保険の診療報酬では、外国人医師に高額な給与を支払えないので、病院は高額な自由診療を目指す。高額な自由診療はお金のない人は受けられない。
- 公的医療保険で医療を行なう病院が減っていく。
- 外国人医師にならって、日本人医師も高額給与を希望する。ダメなら海外へ流出する。
- 一方で、日本人医師と外国人医師のクロスライセンス(お互いの国の医師免許を認めること)によって外国人医師を受け入れた場合、医療の教育水準の違いから、日本の医療水準が低下する危険もある。

日本の医療は、高い医療水準が確保されている日本の医師免許の下で行なうべきです。また、医師不足は、日本の医師数増加によってきちんと解決すべきです。

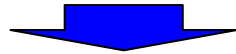
## 外国人患者を治療すること

それは、医師としての責務です。しかし、営利目的で、外国人患者をわざわざ招致することは間違っています。その理由も日本が公的医療保険であるというところにあります。

最初は、特定の病院が外国人富裕層を高い自由価格で診療する。



他の経営が厳しい病院が、ワラをもすがの思いでつづく。



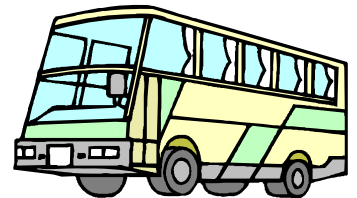
公的医療保険で治療を受けてきた日本人の治療が後回しにされる。



日本人の中にも、高い自由価格でも支払うので、優先的に治療してほしいという声が出てくる。



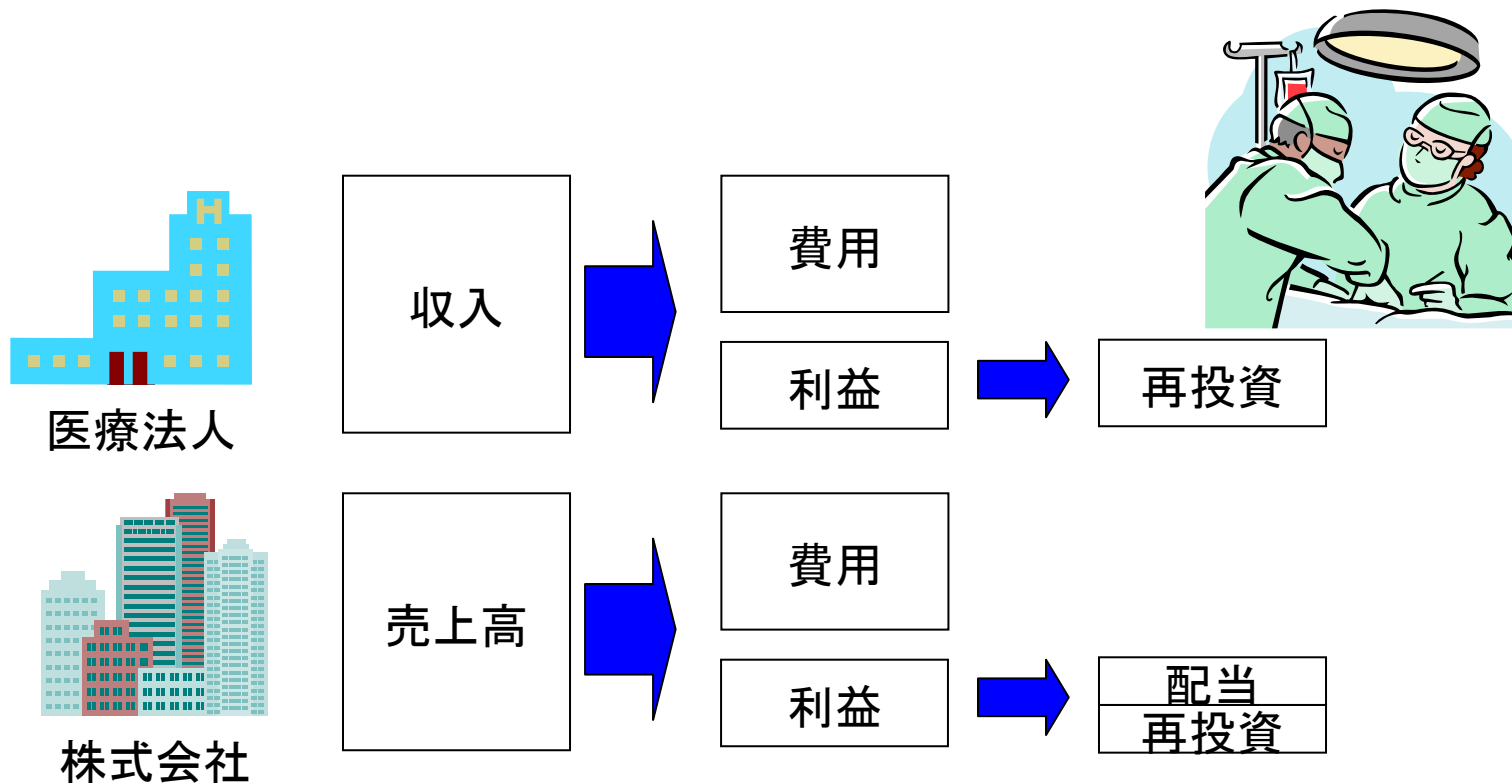
公的医療保険に頼っている日本人が、医療から締め出される。



## なぜ医療機関は営利を追求してはならないのか

公的医療保険の日本では、医療法人の利益は、地域の医療をよりよくするため、再投資(設備や人材に投資すること)に回されます。

株式会社は、再投資のための原資に加えて、株主に配当するための利益が必要です。しかし、公的医療保険下の診療報酬では大きな利益は出ません。株式会社は、配当を確保した上で、医療法人と同じように再投資をしようとして、無理なコスト削減や、無駄な検査などを行なうおそれがあります。





## 医療における株式会社参入の問題点

株式会社が医療に参入して、公的医療保険で決まっている診療報酬という収入の中から、再投資だけでなく、配当のための利益も生み出そうとすると・・・



- コスト削減を優先するあまり安全性が犠牲になる。
- 不採算部門・地域、病院経営自体から簡単に撤退する。
- 優良顧客(患者)を選別する。

そこまでしても、なかなか株主の要求にこたえる配当をすることはできません。株式会社の病院は「高い自由価格で医療を提供することを認めるべきだ」という主張をするでしょう。それが、現実のものになると、お金がなければ医療を受けられない日本になってしまいます。

## 非営利の医療法人をゆるがす改革案

「規制・制度改革に関する分科会 中間とりまとめ(案)」(2011年1月26日)

ライフイノベーションWG③「医療法人の再生支援・合併における諸規制の見直し」

- ・「持分のある医療法人」について、一定の要件を満たした再生事例であり、かつ非営利性維持を妨げない範囲において、**営利法人の役職員が医療法人の役員として参画することや、譲受法人への剰余金配当等**を認める。〈平成23年度措置〉
- ・医療法人が**他の医療法人に融資又は与信**を行うことを認める。〈平成23年度措置〉
- ・医療法人が合併する場合の都道府県知事の認可条件として定められている**医療審議会の意見聴取の義務を撤廃**し、法人種別の異なる場合も含めて、医療法人の合併・再編に関するルールを明確化する。〈平成23年度措置〉

 **現行規制を上書きして進められようとしている** 

### 【現行規制】

- ・営利法人による医療施設経営の禁止(医療法第7条第5項)
- ・剰余金の配当の禁止(医療法第54条)
- ・合併を認可するにあたっては、あらかじめ医療審議会の意見を聴かなければならない。(医療法第57条第5号)

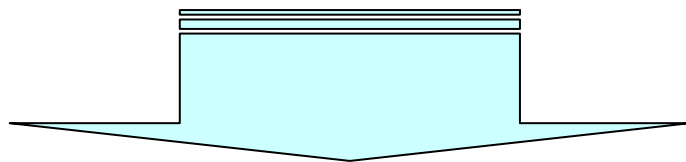
## 混合診療とは

公的医療保険で認められている診療（保険診療）と、認められていない診療（保険外診療）を同時に受けること。

たとえば、保険診療と国内未承認薬の処方（保険外）を同時に受けると・・・

診療は不可分一体なので、混合診療で問題が発生した場合に、公的医療保険の信頼性も損なわれる。そのため現在では、「保険診療の全額自費＋保険外の全額自費」を負担する。

これを「保険診療の一部負担（若人なら3割）＋保険外の全額自費」にしようというのが、「混合診療解禁」の考え。



患者さんの負担を考えると、混合診療を解禁したほうが良いようですが、すでに、混合診療は一部解禁されています。

## 混合診療はすでに一部で解禁されています

先進医療などは、安全性・有効性の確認が重要であるため、すぐに公的医療保険の給付対象になるわけではありません。しかし、安全性・有効性の評価をしている間は、「評価療養」として、

**「保険診療の一部負担＋先進医療の全額自費」**

で良いという仕組みがあります。差額ベッドなども、「選定療養」として、同様の負担で良い仕組みです。

### 保険外併用療養が認められているもの

#### 評価療養

- ・先進医療
- ・薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用
- ・保険収載医薬品の適応外使用※  
など

#### 選定療養

- ・差額ベッド
- ・予約診療
- ・200床以上の病院の初診・再診
- ・歯科の金合金  
など

※適応外使用：承認された効能以外の目的で医薬品を使用すること。

## 日本医師会が反対しているのは、混合診療の「全面」解禁です

混合診療の全面解禁は、どんな場合でも「保険診療の一部負担＋保険外の全額自費」にしようということです。しかし結局のところ、保険外の全額自費を支払えるのは、高所得者に限られます。

混合診療が全面解禁されると・・・

先進医療や新薬は、その部分の全額自費で受けられるようになる。ただし、全額自費部分を支払える高所得者しか受けられない。

先進医療や新薬は、公的医療保険にしなくても全額自費で受けられる。そこで、国は、手間のかかる評価をしてまで公的医療保険に組み込もうとしなくなる。

※公的医療保険の医療が少なくなると、国の医療支出も減るので、とくに財務省なども混合診療の全面解禁を後押しすると思われます。

そして将来—

公的医療保険で受けることができる医療などは少しだけに。



## 株式会社の参入や混合診療の全面解禁は「総合特区」であればよいのでしょうか

現在検討されている特区は、複数の規制の特例措置に加え、税制・財政・金融上の支援措置等を総合的に実施する区域のことです。たとえば、低利の融資を受けることができたり、法人税が軽減されたりします。



こうしたさまざまな優遇を受けて、成功事例がつけられると、あっという間に全国に広がります。

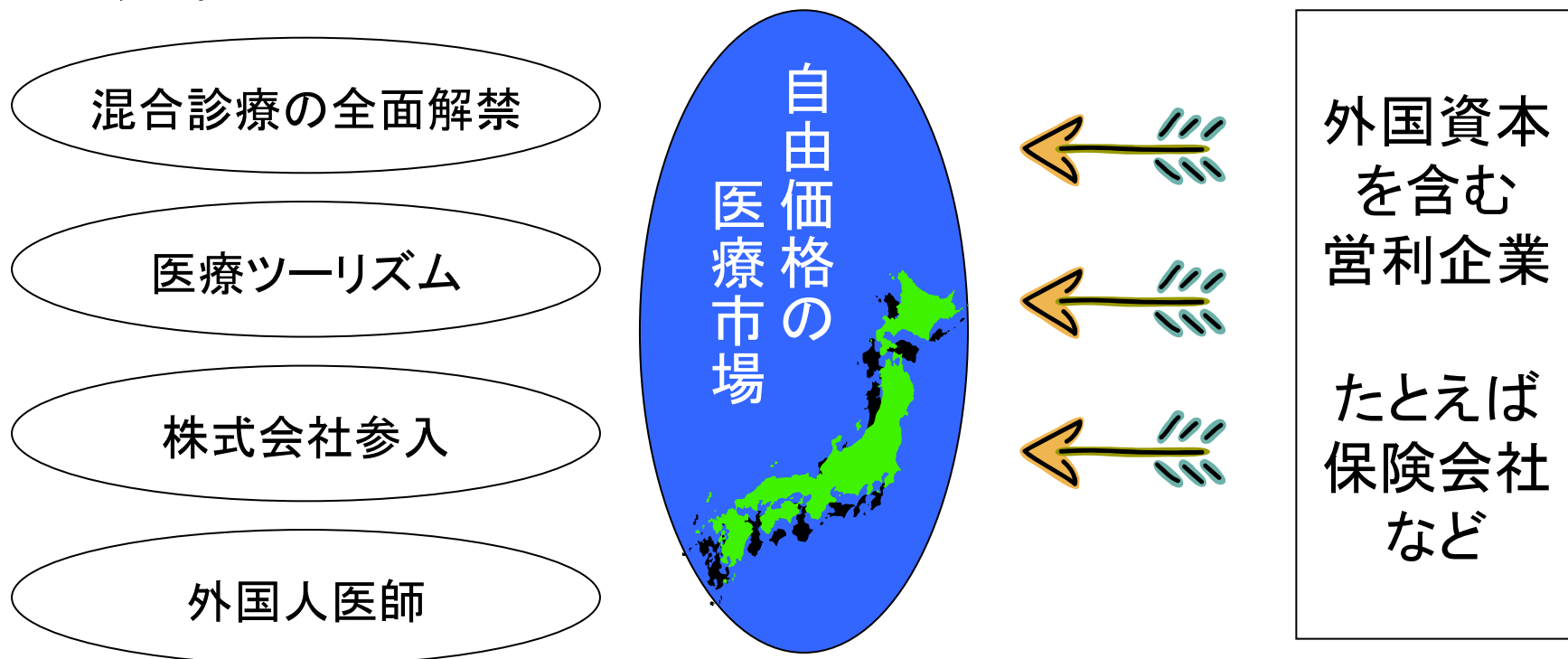
しかし、全国にひろがれば、「優遇」というハシゴは外されます。地域住民の財政的負担を含めた皺寄せがいきます。



**公的医療保険は、いったん崩壊すると、取り戻すことはできません**

## このままいくと...

医療が自由価格で提供されるようになれば、民間企業や投資家にとって、魅力的な市場が開けます。そうすると、本当にお金がなければならぬ時代がやってきます。日本人の生命を、外国を含む産業に差し出して良いのでしょうか。



**日本医師会は、全力をあげて、国民皆保険を守ります**