

「混合診療」解禁に反対する理由

ゲスト 村上 信乃さん（国保旭中央病院病院長）

鈴木 弘祐
副会長
県医師会

司会 吉岡 英征
理事
県医師会

吉岡 10月17日開会の臨時国会の所信表明演説で、小泉首相は「混合診療の改革推進」に言及しました。新聞報道によると、首相はその1ヶ月前に「混合診療を全面解禁する方向で年内に結論を出してほしい」と指示を出していたそうですが、とんでもないことです。

小泉政権が意図する「混合診療」の全面解禁は、現行の「国民皆保険制度」を崩壊させ、患者さんの大多数が困るような事態を引き起こすことは明らかです。そのような危機感から、医師会は署名活動をはじめとする「反対運動」を展開してきました。

しかし、医師会がなぜ「混合診療」解禁について反対をするのか、もう少し詳しく説明してほしいという声もあります。そこで今回は、国保旭中央病院の村上病院長にゲストとしてご登場いただきました。まず、「混合診療」解禁についての村上先生のお考えを、お話しください。

「患者の立場」無視の議論からすべてが始まった

村上 私は3年前、朝日新聞の「私の視点」と



右から鈴木弘祐県医師会副会長、村上信乃国保旭中央病院病院長、吉岡英征県医師会理事

いうコラムに寄稿をしましたが、その見出しは「規制緩和 患者の立場からの改革を」でした。当時、私は社会保険審査会の審査委員でしたが、小泉首相はその頃から「混合診療」解禁をはじめとする医療制度改革にこだわっていました。

その意を受けた政府の総合規制改革会議は、保険診療を減らして自由診療を増やすことにより民間医療保険の市場拡大を図る方向に導こうという趣旨の意見書を首相に提出

しようとしていました。実は、その会議の有力メンバーの一人が、某損保会社の関係者だったのです。これではアンフェアであり、改革の方向は患者の立場に立った議論とはかけ離れているのではないかと、というのが私の寄稿文の結論でした。

現在、総合規制改革会議は規制改革・民間開放推進会議に引き継がれていますが、「混合診療」解禁は3年前と同様に「患者の立場」を無視した暴走と言わざるを得ません。これが最大の問題点であり、医師の一人として解禁に反対する最大の理由でもあります。

鈴木 振り返ってみると、2002年秋から医療制度が改正され、患者一部負担割合の見直し、高額医療費の見直しなどで、患者さんの負担が増大し始めました。

これに対する政府の言い分は「国民皆保険制度を維持するために、医療機関・保険加入者・患者にそれぞれ三方一両損の負担をしてもらう」というものでした。その舌の根も乾かないうちに、国民皆保険制度を崩壊させかねない「混合診療」解禁というのでは、まったくものではありません。

結局のところは、国の財政難をカバーするために、国民の自己負担分の医療を増やす一方で、医療費の国庫負担分や企業の健康保険料の負担分を減らすことが主な目的なのです。ですから、私たちは今度の「混合診療」解禁について、「小泉政権と経済界が、医療の分野で結託し、国民を差別して、弱者を切り捨てよ

うとじています」と警鐘を鳴らしているのです。

吉岡 弱者切り捨てと言えば、平成14年度の社会保障費が83・5兆円を超えて過去最高となり、その約7割が年金給付・老人医療・介護保険などの高齢者関係の費用で占められていることから、小泉政権はこの分野での大幅予算削減を議論しているようです。

本来、社会的弱者を助けるべき政府が、財政難を口実にして切り捨てようとしているのは、本末転倒もはなはだしいですよ。もし、「混合診療」解禁を黙って見過ごしていたら、あとはなし崩し的に「国民皆保険制度」の改悪へと向かって行くに違いありません。

「金持ち優遇」の不平等な医療への危険性が

村上 「混合診療」解禁は、医療界への株式会社社参入論と密接に結びついているのです。株式会社社参入論と密接に行えば、まず利益をあげ

ることを優先します。一部のお金持ちは優遇され、そうでない大多数の患者さんはそれなりの医療しか提供されない、という不平等が起きます。

「混合診療」の導入は、アメリカのような市場原理に基づく、お金次第の医療“”につながる恐れが十分過ぎるほどあるのです。

鈴木 アメリカは世界で唯一、医療に市場原理を採り入れた国で、保険は民間保険が主体になっています。そのアメリカでは今、4000万もの人が医療保険に加入できず、また、安い保険に入っている人は給付制限で医療費が払えないという事態が頻発しているそうです。ただ、アメリカの場合は寄付金などであり救済されている面もありますが、社会基盤が異なる日本でそうなら大変です。

日頃「国民皆保険制度」によって、「誰でも、いつでも、どの医療施設でも平等に」診てもらえることをごく当然と思っていますが、「混合診療」解禁を他人事と考えていると、気がついた



村上 信乃 さん

むらかみ しの プロフィール

千葉県出身。千葉大学医学部卒業（1964年）後、同大学大学院を経て、国保旭中央病院に勤務。泌尿器科部長、副院長を経て1999年に病院長となり、現在に至る。2004年、社団法人日本病院会副会長に就任。

「混合診療」とは？

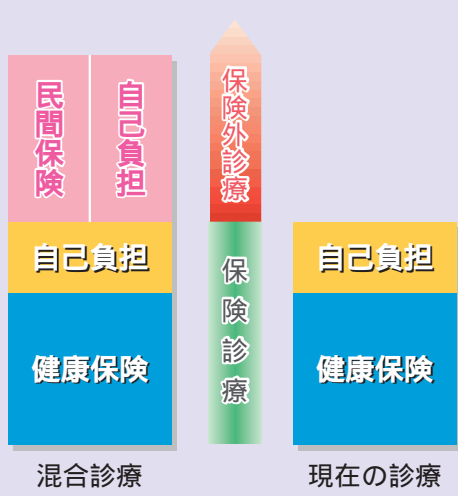
すべての国民を対象とした公的な健康保険が適用される保険診療（薬や材料も含む）と、適用が認められていない保険外診療（自由診療）を併用する診療のことで、費用が混合するところからそう呼ばれています。

法律では、健康保険の範囲を超えた診療が併用して行われた場合、通常は保険診療となる部分も含め、すべてが保険外診療と見なされます。

そして、安全性および有効性がほぼ確立されていてもまだ普及に至っていない高度先進医療は、保険適用になるまで、特定承認保険医療機関でのみ保険診療と保険外診療を併用することが例外的に認められています（特定療養費制度）。

したがって、今、「混合診療」を解禁する理由はどこにも見当たりません。

政府が目指す本当の理由は、保険外診療の範囲を拡大し、国の負担を減らすことです。





鈴木弘祐副会長

時には取り返しがつかないことになってしまっています。

村上 某損保会社の話にちよつと戻りますが（笑）、3年前の秋に「がん患者のために、公的保険で認められていない治療法を保障する」というキャッチフレーズで自由診療保険を発売しました。それ以来、新しいタイプの民間医療保険が続々と登場しています。

最近では、医師の診断もいらさない、申告もいらさないといった保険があります。お年寄りには保険料が高くなりますよとか、支払う段階での審査が厳しくなりますよというところは前もって言ってくれませんか。保険料が安いというのはあくまでリスクの少ない人に対してであって、そうした民間保険のしくみを知っていないと後悔することになります。

「混合診療」は、公的保険に民間保険を積み上げる、いわば二階建て（前ページの図参照）の構造をもちますが、二階部分はよほど慎重でなくてはなりません。その意味で、小泉政

権が「混合診療」解禁を急ぐのは理解に苦しみます。むしろ、現行の公的部分を充実させることを先行すべきではないかと思えますね。

鈴木 先ほど村上先生がおっしゃられたように、「混合診療」解禁と株式会社参入がセットになっている点が問題ですね。診療内容によってこまごまと定められた全国共通の料金体系の「国民皆保険制度」の下では、民間企業が参入しても利益が見込めない。そこで、まず「混合診療」を導入して制度を骨抜きにしまおうという魂胆が見え隠れしています。

実は、「混合診療」が導入され、患者さんの自己負担が増えれば医療機関にとっては収入増になるのです。では、なぜ医師会が反対をするのか。その理由を、植松治雄日本医師会会長は、患者の財力により治療内容が変わり、人の命に値段をつけるような制度は、断じて許されるべきではない。人の命は平等である。弱肉強食の経済論理を命の世界に持ち込んでほならない（日本経済新聞11月23日付）と述べておられますが、「混合診療」解禁に対する医師会の態度はこの言葉に尽きます。

村上 病院長の立場で本音を言わせていただくと、「混合診療」のほうに儲かります（笑）。政府の規制改革・民間開放推進会議では、病

院の医師の中には、「混合診療」に賛成している人がたくさんいますという発言がなされているようですが、たしかに目先のことだけ考えれば賛成と云うはずですが。

また、現行の保険制度ではカバーしきれない問題点も多々あります。医療の現場では、保険適用となる以前の薬でも使わざるを得ないことがよくあります。例えば抗がん剤ですね。公的保険が利かない以上、主治医は特効薬の使用をあきらめるか、病院の負担で治療をするか、全額患者負担での自費診療を勧めるかのいずれかを選択しなければなりません。現実には、ほとんどの病院では患者さんにとって必要な薬は病院負担で使っています。

その点で、公的保険の適用外の治療費を保障してくれる民間保険の存在は、病院にとっても患者さんにとっても頼りがいがあると言えなくもありません。しかし、そうした民間保険に加入できるのは、お金に余裕のある人だけで、お金のない人は治療をあきらめなければならず、医師の立場からすれば患者の差別化であり、現行の「国民皆保険制度」を支える医療の平等とは正反対の考え方に他なりません。

安全で安心な医療が受けられなくなる

吉岡 法律が「混合診療」を原則的に禁じているのは、患者さんが不当な医療費の負担を強いられるのを防止するためです。「混合診



療」が解禁されれば、保険外診療を併用すると自己負担になってしまう保険診療部分の保険が利くようになる」という声もありますが、それでも患者さんは「割負担しなければなりません」。

それ以上に、保険外診療部分での患者負担分が大きくなることのほうが問題だと思いません。さらに、医師が患者さんに対して「自己負担になります、こちらの治療をお勧めします」といった誘導も可能になるだけに、医師のモラルも強く問われてきます。

村上 患者さんやご家族は、命にかかわることなら「どんなにお金がかかっても」という心境になりますからね。しかし、自費診療を無制限に認めていったら、結局、患者さんの負担は増大する一方ではないでしょうか。

鈴木 そうした患者さんやご家族の心理を逆手にとればお金儲けができる、というところに医療の恐さがあります。モラルが必ずしも成熟していないわが国では、「混合診療」解禁

がモラルハザードを引き起こさない保証は、どこにもありません。

村上 たしかにそうですね。医師会は病院団体とは異なり医師個人に目が向いている団体なので、モラルという面でリードしていく立場ですし、安全で安心な医療を守るための歯止め役になってほしいと期待をしています。

鈴木 『健康保険法』が「混合診療」を原則禁止としている根拠の一つが、「保険診療に導入すべき医学・医療の進歩による新技術が、自費診療として保険適用外におかれ続けることを防止するため」です。

その意味からも、今回の「混合診療」解禁論は、「国民皆保険制度」の主旨を逸脱し、患者さんの負担もお構いなしの論法と言わざるを得ません。

村上 私が勤務している病院ではルーチンの入院時検査として、患者さんの了解を得てエイズ検査を行っています。これも保険適用外です。すべて病院負担で検査をしています。

現在の医療改革論議は、つまり「誰が医療費を払うのか」が争点になっていて、「患者の立場」は二次的です。

吉岡 「混合診療」解禁の真の目的は医療費の削減ですから、解禁後は保険対象の医療の窓口をどんどん狭めていけばいい。財務省は「風邪や腹



吉岡英征理事

痛などの軽度な病気や一部の薬は保険の対象外とする」と主張しているようですが、そんなことになれば製薬会社は未承認薬を希望価格で販売できるようになりますし、医療の安全性という点でも問題です。

鈴木 日本の医療費は先進諸国では最低と言つて良いほど低いにもかかわらず、世界一の「健康立国」となっております。それを可能にしたのが「国民皆保険制度」であり、この制度を堅持することが「安全で安心な医療」を守ることにつながります。

村上 同感です。「国民皆保険制度」を弾力的に運用しさえすれば、すぐに解決できる問題はたくさんあります。「患者の立場」に立てば、何をどう変えれば良いかが見えてきます。

それをせずに、国家財政が逼迫したからという理由で医療に市場原理を持ち込もうというのは、あまりにも安易で拙速的な手法と言わざるを得ません。

吉岡 本日は、ありがとうございました。