

規制改革会議「今後の改革課題」について

定例記者会見

2009年12月9日

社団法人 日本医師会

1. 規制改革会議を振り返って

2001年4月、内閣府に総合規制改革会議が設置された。その後、規制改革・民間開放推進会議を経て、2007年1月には規制改革会議が設置された。同会議は、2010年3月末にその設置期限が到来する¹。

規制改革会議は、毎年12月に政府に対する答申を提出してきた。2009年は答申という形ではなかったが、以下の資料をとりまとめ、12月4日に仙谷由人行政担当大臣に提出した。

- 「更なる規制改革の推進に向けて～今後の課題～」(以下、『今後の改革課題』)
- 「規制改革の課題～機会の均等化と成長による豊かさの実現のために～」他

規制改革会議は、『今後の改革課題』の冒頭で、過去の経緯を概観している。

「2000年以降は、医療・保育・農業・教育など官が需給を調節し価格を決定する『官製市場』と言われる分野での規制改革に取り組んだ。」

「しかし、こうした分野では『族議員』と言われる政治家、規制と天下り先を温存したい官僚、既得権を持つ事業者・団体が『鉄のトライアングル』として結託し、改革を阻んできた。」

まさに2000年以降、規制改革会議は医療の効率化と称し、混合診療の解禁、平均在院日数の短縮化、包括払いの促進、株式会社の医療機関経営への参入などを主張してきた(巻末参照)。このうち、平均在院日数の短縮化、包括払いの推進は一部実現したが、その目的は公的医療費支出の抑制にあった。規制改革会議の後押しもあって、特に「基本方針2001」以降、市場原理主義がまん延し、医療費が厳しく抑制された。その結果が、今日の医療崩壊をまねいたことを忘れないでいただきたい。

¹ 内閣府設置法(平成11年法律第89号)

規制改革会議が、公的医療費支出の抑制を求めたのは、その財源で新たな市場を創出するためである。たとえば、平均在院日数が短縮されて早期退院が進めば、介護保険の需要が高まる。介護保険では利用限度額を超えるサービスは自己負担である。混合診療が解禁されれば、自己負担の保険外診療が拡大する。そうなれば、自己負担をカバーするため、民間保険需要が喚起される。しかし、それを享受できるのは一部の裕福な人々だけである。

宇沢弘文東京大学名誉教授は、医療を「社会的共通資本」であるとしている。社会的共通資本とは、「一つの国ないし特定の地域に住むすべての人々が、ゆたかな経済生活を営み、すぐれた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能にする社会的装置」²であり、「市場的基準によって支配されてはならない」³のものである。

規制改革会議の手法は、医療に市場原理主義を持ち込んだもので、「社会的共通資本」の思想に逆らっている。すなわち、すべての人々にゆたかな生活を保証するものではないのである。

今般、規制改革会議は『今後の改革課題』において、再び混合診療の解禁や保険給付範囲の縮小などを主張した。大変憂慮される事態であり、遺憾に思う。

規制改革会議の設置期限が切れた後は、行政刷新会議の下に後継組織が設置されるという⁴。今後誤った議論が蒸し返されないよう、混合診療解禁を中心に『今後の改革課題』の問題点を指摘しておく。

² 宇沢弘文「社会的共通資本」岩波書店（2000）

³ 同上

⁴ 2009年12月5日 毎日新聞朝刊

2. いわゆる「混合診療」解禁の問題点

規制改革会議の『今後の改革課題』(5頁)には、以下のように記されている。

「保険診療と保険外診療の併用の禁止については、公的保険の適用範囲見直しの観点からも、早急に見直す。」

日本は、国民皆保険であり、いつでも、どこでも平等に医療を受けることができる。アメリカは民間保険主体であり、加入できる保険、受診できる医療機関、受けることができる医療が制限されている。

日本はまた、医療機関の窓口で一部負担金を支払えば、治療や薬剤投与を受けることができる。ただし、混合診療を受けた場合には全額自己負担になる。

混合診療とは、公的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を指す。たとえば、保険診療と国内未承認薬の処方と同時に受けることなどある。

保険診療と保険外診療を併用して問題が発生した場合、診療は不可分一体なので、公的保険の信頼性も損なわれる。そのため現在では、自己責任による全額負担になっている。

混合診療が解禁されれば、「保険診療の一部負担+保険外診療の全額負担」が認められる。「保険診療および保険外診療の全額負担」より負担が少なく、規制改革会議は「消費者の権利」⁵であると述べている。

しかし、公的保険が守るべきは国民の権利であり、目指すべきは「社会的共通資本」に示されているように、すべての人々のゆたかな生活である。混合診療の解禁は、それとは相反するものであり、日本医師会は断固として反対する。

⁵ 規制改革会議「規制改革推進のための第3次答申 規制の集中改革プログラム」2008年12月22日

混合診療解禁の問題点（日本医師会の考え方）

1. 混合診療解禁の恩恵を受けられるのは一部の人々である

現在、保険診療と保険外診療を同時に受ける場合には、全額を自己負担しなければならない。混合診療が解禁されれば、「保険診療の一部負担＋保険外診療の全額負担」になる。

しかし、保険外診療は有効性、安全性が確認されていない。また保険外診療は費用負担も小さくなく、その部分だけとはいえ、全額負担ができる人しか受けることができない。

医療は、すべての人々に対し平等であるべきである。日本医師会の調査でも、国民の8割近くが、「所得の高い低いにかかわらず、受けられる医療の中身は同じであるほうが良い」と答えている（図 2.1）。

したがって、あくまでも普遍性のある医療は、公的保険の対象とし、すべての人々が受けられるようにすべきである。現在、海外で普及している治療や医薬品が国内で承認されるまでに時間がかかるといった問題が指摘されているが、この解決には全力で取り組まなければならない。

2. 公的保険で受けられる医療の範囲が縮小する

現在、国内未承認薬（A）を使った場合、治療費と医薬品費の両方を全額負担しなければならない。しかし、有効性、安全性が確認されれば、医薬品（A）が公的保険の対象になる。そして誰もが「治療費および医薬品費の一部負担」で医療を受けられる。

その後、混合診療が解禁されたとする。未承認薬（B）は、「治療費の一部負担＋医薬品（B）の全額負担」で使用できる。医薬品（B）の全額分は一部の人しか負担できず、公的保険の対象になることが待たれている。しかし、医薬品（B）は、なかなか公的保険の対象にならない。財政当局が、そのほうが公的医療費支出を抑制できると考えるためである。

さらに後になって未承認薬（C）が登場し、いまやかなり普及している。しか

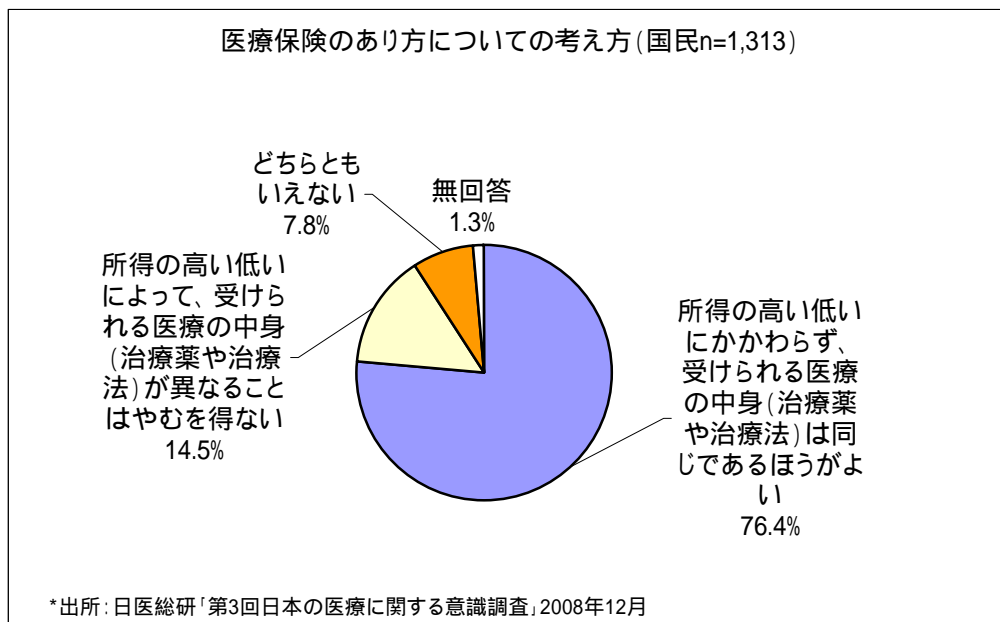
し公的保険には組み込まれず、全額自己負担である。保険で受けられるのは、多くの人々にとって、ずいぶん昔に承認された医薬品（A）だけになった。

このようにひとたび混合診療が解禁されれば、公的保険から給付される医療の範囲は、とめどなく縮小する。国民は、社会保障、医療の進化と充実を望んでいるが、混合診療の解禁は社会保障を後退させ、自己責任原則に向かわせる足がかりになるのである。

3. 医療の安全性確認は事後検証では遅い

2002年、総合規制改革会議（当時）は、「規制改革の基本理念は、『事前規制』から『事後監視・監督』への移行を図ることにある」⁶と述べた。そのために、情報公開を進め、医療等専門性の高い分野においては、同業者が評価を行うとした。そうすれば、事後チェックで安全性が否定された医療は淘汰される。しかし、医療の安全性は生死にかかわる。安全ではないことがわかってから、つまり被害者が出てからでは遅いのである。

図 2.1 医療保険のあり方についての考え方



⁶ 総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第2次答申 経済活性化のために重点的に推進すべき規制改革」2002年12月12日

2.1. 医療従事者との業務分担について

規制改革会議の『今後の改革課題』（4頁）は、「現在の医療崩壊の要因である医師不足の背景には、特定の診療科の不人気による診療科偏在、地域の偏在、病院勤務医の疲弊、病院勤務医の事務負担の増加、臓器別など専門科の細分化、女性医師の増加、疾病構造の変化、患者ニーズの増大・多様化（重複受診やコンビニ受診含む）など様々な問題が存在する」と認識している。

そして実行すべき改革のひとつとして、以下の内容を示している。

「医療行為の一部を一定の経験を有し高度な教育を受けた看護師が医師の指揮下のもとで行う「診療看護師」（仮称）を創設するとともに、医療クラーク、看護補助職等の増員により、医師以外の者でも対応可能な業務から医師を解放し、不足する医師、看護師を補助する職種を拡充することで、効率的な医療サービスの供給を推進する。」

規制改革会議には、根本的に欠落している視点がある。それは、医師不足は医師数を増加しなければ解決しないということである。日本医師会は医師数の増加、そのための医療費の増加を求めている。

医師数増加を絶対条件として、日本医師会は、医療クラークの増員には賛成である。日本医師会調査によれば、勤務医の9割近くが、記録や書類作成の簡素化、診療補助者の導入を求めている⁷。現状でも、診療報酬に「医師事務作業補助体制加算」があるが、施設基準のハードルが高く、比較的余裕のある病院でなければ、補助者の採用に踏み切りにくい。施設基準の見直しが必要である。

⁷（社）日本医師会 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会「勤務医の健康の現状と支援の在り方に関するアンケート調査報告書」（勤務医が健康的に安心して快適に働くために必要な対策として「記録や書類作成の簡素化、診療補助者の導入等を進め、医師が診療に専念できるようにする」ことが必要であると回答した医師 87.0%）、2009年9月定例記者会見

一方、「診療看護師」(仮称)については、日本医師会は、現時点で反対である。

規制改革会議の第3次答申(2008年12月)には「専門性を高めた新しい職種(慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど)の導入について、各医療機関等の要望や実態等を踏まえ、その必要性を含め検討すべきである」⁸とある。

また、2009年5月には、経済財政諮問会議で、当時の規制改革担当大臣が、医師不足に対応するため、「より高い専門性を持つ看護師の業務範囲の拡大をし、医療従事者間の役割分担の見直しに取り組むべきと考える」⁹と発言した。

規制改革会議は「ナースプラクティショナー」を「診療看護師」(仮称)に変更したが、その狙いは同じであると考ええる。日本医師会は、ナースプラクティショナー、「診療看護師」(仮称)の導入に対して、あらためて反対する。なお、繰り返しになるが、最優先課題は医師数の増加による医師不足の解消である。

⁸ 規制改革会議「規制改革推進のための第3次答申」2008年12月22日

⁹ 経済財政諮問会議「平成21年第12回経済財政諮問会議議事要旨」2009年5月19日

ナースプラクティショナー（NP）の導入に対する日本医師会の反論¹⁰

- 医師数の増加を前提として -

1. 医療の質の確保の視点から

診察や治療は人体に侵襲を及ぼす行為である。また軽微な症状や症状が安定した時期であっても、常に、急変し重症化したり、全身状態に影響を及ぼしたりするリスクを抱えている。

したがって、診察、治療、処方などは、高度な医学的判断及び技術を担保する資格の保有者によるものでなければ、患者にとって不幸な結果をもたらすだけでなく、生命をも脅かすことになりかねない。

2. 国民皆保険堅持の視点から

支払い能力によって、受けられる医療に差があるアメリカでは、コストの低いNPに対するニーズもあると推察される。しかし、仮に日本で、低い医療費で医療行為を提供できる資格者を導入した場合、所得の高低にかかわらず同じ質の医療を受けられる現在の国民皆保険制度が揺るぎかねない。受けられる医療に格差を生じる新たな資格者の導入には反対である。

3. 業務分担の視点から

現在、保健師助産師看護師法（保助看法）に看護師による「診療の補助」が定められているが、これは具体的な内容までを規定したものではない。診療の補助の内容は、医師の指示によって、また医療の普遍化、高度化に応じて変化する。したがって現行の医師法、保助看法の下でも、業務分担の拡大に一定の対応をすることはできる。まずは、現行の保助看法の下で、実情に即してどのような分担ができるのか検討すべきである。

¹⁰ 参照：(社)日本医師会「ナースプラクティショナー(NP)の導入に対する日本医師会の見解」2009年6月3日、定例記者会見

2.2. 地域の実情に応じた医療政策のあり方について

規制改革会議の『今後の改革課題』（5頁）には、「厚生労働省による一元管理からの脱却」として、「医療においても中央集権型から地域の実情に応じた政策へ地方分権を進めるため、上記の会議体^{注）}が策定する基本方針に基づき、人員施設基準や目標管理など、制度設計の一定の権限を地方に委譲する」とある。

注）この文章の上段に「医療の主役である患者・国民をはじめ、医療従事者、保険者、学会・教育研究者、医療サービス関係者など多様なステークホルダーの参画のもとに、『公』の機関として供給体制や制度設計の司令塔を担う組織を厚生労働省の外部（例えば内閣府等）に設置する」とあるが、その会議体のことである。

2009年9月、協会けんぽは都道府県別の保険料に移行した。また、いわゆる長寿医療制度は、都道府県ごとの診療報酬を認めている¹¹。長寿医療制度は、あらゆる制度に見直される方向であり、都道府県診療報酬は当面現実化しないが、「受益と負担」を重視した地方分権が着実に進んでいることが懸念される。

日本医師会は、医療はまさに「社会的共通資本」であり、すべての人々が平等、公平に医療を受けられることを保障すべきであると考えます。地域によって負担と受けられる医療に格差をつけるべきではない。どこでも、誰でも、いつでも、同じ負担で医療を受けられることが国民皆保険の理念である。日本医師会は、全力を挙げて国民皆保険の堅持を目指す。またこのために、高齢者の医療については国家が責任をもって保障する制度を提案しているところである。

¹¹ 高齢者の医療の確保に関する法律第14条「厚生労働大臣は、（中略）目標を達成し、医療費適正化を推進するために必要があると認めるときは、一の都道府県の区域内における診療報酬について、地域の実情を踏まえつつ、適切な医療を各都道府県間において公平に提供する観点から見て合理的であると認められる範囲内において、他の都道府県の区域内における診療報酬と異なる定めをすることができる。」

参考 規制改革会議等の答申のポイント（医療分野）

総合規制改革会議	
2001.12.11	<p>規制改革の推進に関する第1次答申</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 医療に関する徹底的な情報開示・公開 (2) IT化の推進による医療事務の効率化と医療の標準化・質の向上 <ul style="list-style-type: none"> ・ レセプトのオンライン請求を中心とする電子的請求の原則化 (3) 保険者の本来機能の発揮 (4) 診療報酬体系の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・ 包括払い・定額払い制度の拡大 ・ 公的保険診療と保険外診療の併用 (5) 医療分野における経営の近代化・効率化 <ul style="list-style-type: none"> ・ 株式会社方式などを含めた医療機関経営の在り方を検討すべき
2002.12.12	<p>規制改革の推進に関する第2次答申</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 医療のIT化の推進による医療事務の効率化・質の向上 (2) 患者(被保険者)の主体的な選択の促進 <ul style="list-style-type: none"> ・ 公的保険と保険外診療の併用 (3) 診療報酬体系の見直し <ul style="list-style-type: none"> ・ 包括払い・定額払い制度の導入促進 (4) 医療提供制度 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療内容の標準化と平均在院日数の短縮化 (5) 医薬品に関する規制緩和 <ul style="list-style-type: none"> ・ 後発医薬品の使用の促進
2003.12.22	<p>規制改革の推進に関する第3次答申</p> <p>(分野横断的)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医薬品の一般小売店における販売 <p>(分野別)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療提供者に関する徹底的な情報の公開 2 IT化の推進による医療事務の効率化と質の向上 3 オンラインによるレセプト請求原則化のための条件整備 4 電子カルテシステムの普及、医療用語・コードの標準化・徹底等 5 EBMの一層の推進 6 保険者機能の充実・強化 7 診療報酬体系の見直し等 <ul style="list-style-type: none"> ・ 包括払い、定額払い制度への移行の促進 8 我が国における外国人医師・看護師による医療行為等の解禁

規制改革・民間開放推進会議	
2004.12.24	規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申 1 いわゆる「混合診療」(保険診療と保険外診療の併用)の解禁 2 医療法人を通じた株式会社等の医療機関経営への参入 3 中央社会保険医療協議会の在り方 4 医療計画(病床規制)の見直し等 5 医薬品の一般小売店における販売等
2005.12.21	規制改革・民間開放の推進に関する第2次答申 (1) 医療機関情報の公開義務化と診療情報の開示促進 (2) 保険者機能の充実・強化 (3) 医療のIT化(電子カルテ・レセプト導入等)の加速 (4) 医療機器の内外価格差の是正等 (5) 医薬品の薬価等の見直し (6) 中央社会保険医療協議会の在り方の見直し
2006.12.25	規制改革・民間開放の推進に関する第3次答申 (1) 医療従事者の資格制度の見直し (2) 医療従事者の労働派遣 (3) ジェネリック医薬品(後発医薬品)の使用促進策の更なる推進等 (4) 医師とコ・メディカルの間の実施可能業務の見直し

規制改革会議	
2007.5.30	規制改革推進のための第1次答申 医療のIT化 レセプトの審査・支払に係るシステムの見直し
2007.12.25	規制改革推進のための第2次答申 いわゆる「混合診療」の見直し 医療職種の供給体制の再検討 医療サービスの効率化と質の向上 ・ 包括払い・定額払い制度への移行の促進 ・ レセプトオンライン請求化 後発医薬品の使用促進

規制改革会議	
2008.12.22	<p>規制改革推進のための第3次答申 - 規制の集中改革プログラム -</p> <p>ライフサイエンス分野の規制改革</p> <p>ア 医療機器開発の円滑化</p> <p>イ 医工連携(医者とエンジニアの役割分担)</p> <p>ウ 高度医療評価制度の積極的運用</p> <p>エ (独)医薬品・医療機器総合機構等の機能・体制強化</p> <p>オ スーパー特区(先端医療開発特区)提案における規制改革要望の実現</p> <p>医療のIT化の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 包括払い・定額払い制度への移行の促進 <p>医薬品に関する規制改革</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 後発医薬品の使用促進 <p>医師及び他の医療従事者の供給体制の在り方の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 専門性を高めた新しい職種(慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど)の導入 <p>評価療養制度の適切な実施</p> <p>医療関係者による緊急避難的な応急手当に関する実態把握の実施、及び、実態把握を踏まえた対応策の検討</p> <p>遠隔医療の普及・促進施策の実施</p>