

勿凝学問 338

保険外併用療養費制度という言葉は暗記してもらおうかね

白黒はっきりせず、一言でも言えない話

2010年12月15日

慶應義塾大学 商学部

教授 権丈善一

「白黒はっきりしろ!」「一言で言え!」ってのは、場合にはよっては意味があるんだろうけど、まあ、世の中には、白黒はっきりしないからこそ、一言では言えないからこそ、なかなか粹なものってのがあるもんでね。

さて、先週の講義で学生に書いてもらったレポートを読んでいると、次の文章があった。

「けれど、全員に最高の治療を行い、全員を救うことができるのか。それができればベストだということは総意はとれていると思う。けれど、実際にはそれだけの資源はあるのか」

レポートの課題

映画 SiCKO で描写されている民間医療保険の実態をみながら、『はじめての社会保障』にある次の「社会保険と民間保険の相違点」に、どうすればリアリティを吹き込むことができるのかを考えてくれ。

うんうん、君の気持ちはよく分かる。君の疑問に答えておこうと思う明日の授業の予習として、僕が話をしようとすることの参考資料を、ちょっとまとめておこうと思って、この文章にとりかかる。

2008年3月、その年の7月に他界した母のガンが末期だった頃、僕は、混合診療に関するインタビューを受けた。

[社会保障安心] 増え続ける医療費 保険診療、抑制に賛否

2008年03月04日 東京読売新聞 朝刊 13面

・・・略

■「削減もう限界」

公的保険の範囲をめぐるっては、小泉首相が2004年、「混合診療の解禁」を指示、日本

医師会などが猛烈に反対し論議を呼んだ。昨年11月には、「混合診療の原則禁止は違法」とする東京地裁判決を受け、政府の規制改革会議が、「解禁反対」を掲げる厚生労働省と激しい綱引きを演じ、解禁を強く求めた。財政再建を重要課題とする財務省の意向がにじむ。

これに対し、権丈善一・慶応大教授は、「日本の総医療費と公的保険の医療給付費はそれぞれ、対GDP比で8%と6・6%と、先進主要諸国の中で一番低い。さらに、公的な負担を抑制すれば、所得によって受けられる医療に格差が生じ、民間保険では病弱な人が排除されてしまう」と公的保険の適用範囲を狭める意見に反論する。

権丈教授が引き合いに出すのが、産婦人科や救急医療を担う医師の不足など、地域医療の崩壊。1980年代から続く医療費抑制策に加え、社会保障費を毎年2200億円削減するという政府方針への批判が高まり、「機械的な医療費抑制はもう限界」との声が、政界でも強まっている。権丈教授は「国民が安心でき、医療者もやりがいを持てるよう、本当に崩壊してしまう前に、医療には他の社会保障分野より優先的に公的資金の投入をするべきだ」と強調する。医療界などからは、対GDP比で欧州諸国並みの10%程度まで引き上げるべきだとの意見もある。その場合、5～10兆円の公的負担増となる。公的な財源といっても税と保険料という国民の負担にかわりない。1月末に始まった政府の社会保障国民会議でも、負担と給付に関する本格的な議論を始めている。

まあ、当時、混合診療の解禁に反対したこのコメントは、末期ガンの母親を抱えた身内にはあまり評判が良くなかった。。。

ところで、上の記事にある、次の文章も印象深い。

昨年11月には、「混合診療の原則禁止は違法」とする東京地裁判決を受け、政府の規制改革会議が、「解禁反対」を掲げる厚生労働省と激しい綱引きを演じ、解禁を強く求めた。

興味深い理由は、「昨年11月」——つまり2007年11月7日の「混合診療の原則禁止は違法」という判決がでたことを、僕は、学生と一緒にいた銭湯のサウナの中にあるテレビで観たことにある。その日はゼミの日で、ゼミを終えて、学生と飲みに出かけて、その足で銭湯に出かけていた。でっ、その日の午前中は・・・という、自治体病院全国大会で、混合診療解禁派の八代尚宏先生と、混合診療問題をめぐり公開討論を行っていた。その時に、僕は講演で、保険外併用療養費制度について話をしている。混合診療問題は、メディア的には、全面解禁か、それとも全面禁止かという取り上げ方がされるんだけど、その真ん中あたりにある、保険外併用療養費制度の話抜きには、建設的な議論はできないんだよな。でもメディアは、そういう白黒はつきりせず一言では言えない話は取り扱うことができない——難しいところなわけだ。

自治体病院全国大会 2007「[地域医療再生フォーラム](#)」講演録

2007年11月7日開催

講演Ⅰ「医療制度改革の方向」

国際基督教大学教養学部 教授 八代 尚宏 氏

講演Ⅱ「医療崩壊をめぐる政治経済学—いま何が起きているのか？」

慶應義塾大学商学部 教授 権丈 善一 氏

討 論

座 長：熊坂義裕 岩手県・宮古市長

パネリスト：八代尚宏 氏、権丈善一 氏

さて、私の研究方法の特徴は、まず、価値観というものを明示することだと思っています。私の価値観はと言いますと、「市場のダイナミズムを享受しながら、そこに生きる人たちが、尊厳を持って人間らしく生きていくことができ、かつ、ひとりの人間として生まれたときに備え持っていた資質を十分に開花させることのできる機会が、広く平等に開かれた社会はいかなるものであるか」という価値観と問いを意識しながら私は研究している。

そして、この問いに対して、現在のところ、「医療・介護サービス(高齢者、身障者を含む)、及び保育・教育サービスを、あたかもみんなが自由に使ってよい共有地のように、所得、住んでいる地域、まして性別などにかかわらず、利用することができる、すなわちダイナミックな市場を共有地で囲んだような社会をつくれればよいのではないか」というふうに考えております。宇沢先生がおっしゃるように、制度資本を充実してそれを共有地のように使えるようにする。そして「今1つつけ加えるとすれば、働き方を自由に選択しても不当に不利にならない、すなわち就業形態選択の自由が保障された社会を作ればよいのではないか」と考えておまして、例えば今年の1月、2月にはパート労働に対する厚生年金適用拡大の作業部会でいろいろ仕事をしていたんですけど、そこでは働き方を自由に選択しても不当に不利にならないという基準に基づいて私は発言しておりました。

今日の話は、まず、私のこういう価値観に基づいていろいろ研究していく上で、どうもちょっと困ったなというようなことを紹介するところからはじめさせていただきます。駐日米国大使のジェームズ・ズムワルト経済担当公使という方が、2004年11月22日に、「規制改革・民間開放推進会議」に出席されて、そこでスピーチをされているんですね。そこで彼は次のように言います。「日本が医療サービス分野を営利企業に開放することを我々は提言しています。株式会社の所有と経営への参入を認めることは、競争を促進し生産性を高め、患者や医師により多くの選択肢を与えるとともに、新しい技術への投資を増加させることになるでしょう。・・・

また、混合診療の禁止を解除し、特定の医療サービスの外部委託の範囲を拡大するなど、より柔軟性のある医療サービス特区を設置することにより、民間投資を誘致する可能性の高い日本のサービス市場を拡大し、医療分野における規制改革に拍車をかけま

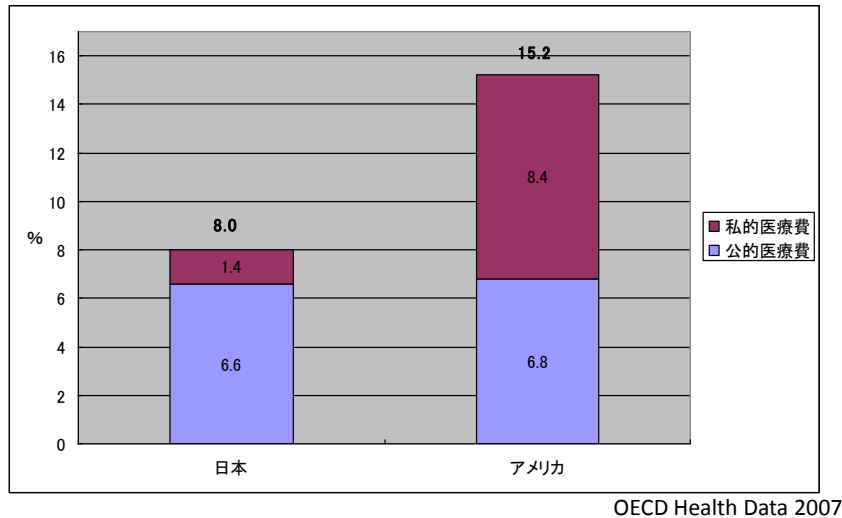
す」。

そして、ジェームズ・ズムワルトさんは、「規制改革・民間開放推進会議」での挨拶の最後を「米国の経験では、透明性を高め、規制を減らせば減らすほどビジネスは経費を抑えることができ繁栄します。これからも経済成長の足かせとなる規制の緩和に向けて日米間でお互いの経験から学び、意見交換を続けていきたいと思います」と結ぶわけです。

そこに八代先生がご出席されていたかどうかよくわかりませんが、ズムワルトさんが言われることは、先ほど言いました私の価値観に大いに抵触するわけです。今年の1月に出た『日本歯科医師会雑誌』で、私が柳澤大臣と大久保・日歯会長と3人の座談会の中で言った言葉があるのですが、「医療の規制と世間ではよく言われていますけど、今ある医療規制の多くは医療を所得や病歴に関係なく平等に消費することができるように保障するために存在する規制であって、すなわち医療を意識的に市場から外し、医療をあたかも共有地のように国民のだれもが理解できるようにするための不可欠なルールであったりもするわけです」と私は言っているわけです。なぜ、そういうことを言うかというのは、私は初めに言った価値観に基づいてものごとをみているからです。アメリカのズムワルトさんや規制改革・民間開放推進会議の医療面での規制緩和要求に対して、「緩和すべき規制なのか、それとも不可欠なルールなのかというのを問いかけていいんじゃないか」と反論したくなるわけです。

例えば混合診療について考えてみます。そのためにまず、2004年の日米医療費のGDPに占める割合を見ますと、トータルで見ると日本 8.0 とアメリカ 15.2%ですね。その中の私的医療の部分と公的医療の部分を見ますと、日本は総医療費 8.0%のうち公的医療部分が 6.6%、つまり総医療費の 83%を公的医療部分が占めている。そして、アメリカはメディケアとメディケイドしかないのに、アメリカの公的部分が日本よりも大きいというのがちょっとお茶目なところなんですけれども、アメリカでは総医療費の私的部分が 53%を占めます。

日米医療費のGDPに占める割合 2004年

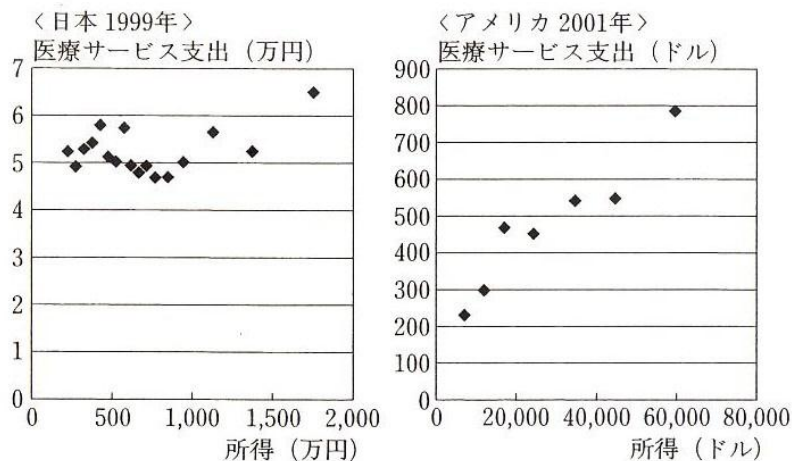


8

Keio University Y Kenjoh

そして、医療費に占める公私の割合が異なることが一体どういうことに帰着するかというと、次の図にありますように、これは八代先生が編集された『新市場創造への総合戦略(規制改革で経済活性化を)』という本の中の、鈴木玲子さんの研究なんですけれども、家計所得を横軸にとって医療費を縦軸にとっていくと、アメリカは所得階層によって消費する医療費に格差が生まれてくる、日本の場合は、ほとんどを公的医療保険でやっていますので差はなく、平等になってくるという形ですね。

所得と医療サービス支出の日米比較



鈴木玲子(2004)「医療分野の規制緩和——混合診療解禁による市場拡大効果」
八代尚宏／日本経済研究センター編『新市場創造への総合戦略(規制改革で経済活性化を)』

9

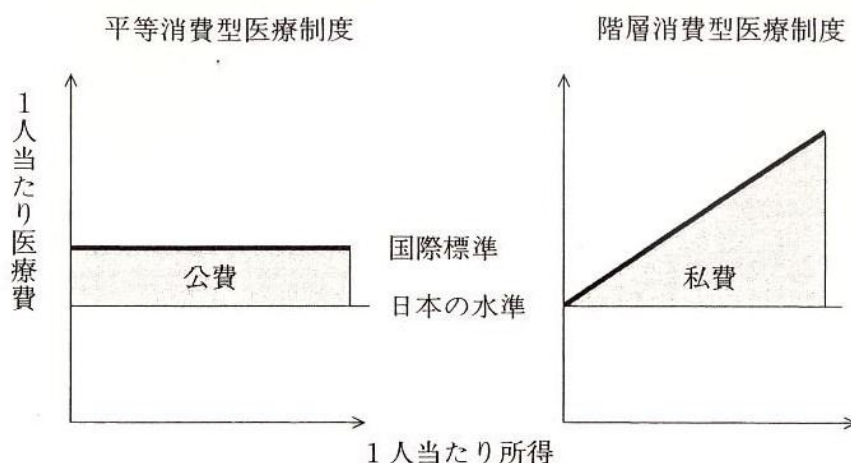
Keio University Y Kenjoh

大切なことはこの図から何を読み取るかなんですが、「事実は価値判断とは独立に存在し得ない」というふうに私が言っているのは、この図を見て鈴木さんは「家計と所得の医療サービス支出の関係を見ると、我が国では所得支出額がほぼ無相関であり、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サービス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」というふうに、何となく読んだ感じのニュアンスとしては、アメリカの方がいいかなというような事実を読まれる。

ところが、私は、「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」という事実を読み込むわけです。だから、事実というのはどう考えても価値観と独立ではあり得ないんですね。「いずれの方が、自分の価値観に見合う事実の読み取り方なのか」ということは、読者が各自で考えてほしい。事実は価値判断とは独立に存在し得ない側面を持つことも、理解してもらえればと思う」というふうに私の文章は続いていくこととなります。

そして、「平等消費実現手段」としての政府の利用価値ということを考えますと、日本の医療費が欧米先進諸国の水準と比べて低いというのは周知のことだと思います。その周知の事実の水準を国際標準まで引き上げようとするときに、平等消費を実現しながらやっつけようとする、残念ながら今の日本でとても評判の悪い政府を利用するしか手段がない。

「平等消費実現手段」としての政府の利用価値 平等消費型医療制度と階層消費型医療制度



医療費の日本の水準を国際標準まで上げていくために私費というものを使えば、どう

しても階層消費が生まれてしまう。これを一体どう考えていくか、どう評価していくかということになります。ここで再び原点に戻り、私の価値判断に基づきますと、これは図の左側にある公費でやっていくしかないだろう、国際標準まで持っていくのは公費を充実させる、つまり政府を利用するしか方法はないんじゃないかということになります。

八代先生たちがおっしゃるように医療が一大産業であることは十分わかるけれども、これを公費でやったからといって一大産業に変わりはないでしょうという話になっていくわけです。

そして、「民間でできることは民間に」とよく言われるんですけど、「公的医療保険が行っている3つの再分配」と私は言うておまして、まず疾病リスクが等しい者間での保険的再分配というものが行われている。これは普通の私保険でもやっています。もう1つは、高所得者から低所得者への所得の垂直的再分配というのもやっている。いま1つは、健康な一般国民から病弱者への異なったリスク間での再分配もやっているわけですし、これら3つの再分配のうち、民間、すなわち私保険は、一番最初の疾病リスクが等しい者間での保険的再分配しか実行できないんですね。ですからここで、「医療では、高所得者から低所得者への垂直的再分配くらいはあっていいんじゃないか」と判断したら、これは民間ではできなくなる。「医療保険では、健康な人から病弱な人へ所得の再分配ってあっていいんじゃないか」というふうに価値判断をしてしまうと、その医療保険も民間でできなくなるわけです。「民間でできることは民間に」ということがよく言われていますけど、このスローガンに対して民間でやると質も量も変わってしまうという批判をわたくしがしていく理由は、このあたりにあります。

それから、「新ミレニアムにおける医師憲章」というのが2002年に出されています。これは欧米の内科4学会が共同で作成し、ランセットとアーカイブス・オブ・インターナショナル・メディシンを通じて公表したもので、ヒポクラテスの誓いの新ミレニアム版と称されていて、そこには3つの根本原則というのが冒頭に示されています。

第1は、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。第2は、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。そして第3に、社会正義というのがあり、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。

こうした3つの根本原則が、欧米の医学会から出されているという事実からわかることは、各国でこの逆方向の圧力が相当かかっているということなんですね。そうした圧力に対して、医師はちゃんと立ち上がらなければならない、社会正義というものを実現しなければいけないというようなことを、欧米の内科4学会が打ち出してくるわけです。私は、学生には価値判断というのは自由であり、人間の知的行為の中で最も崇高な行為であり、自分で誠心誠意を持って自分の価値判断というものを創っていくように

全身全霊を持って心がけな、とよく言っているんですけど、残念ながら、「新ミレニアムにおける医師憲章」を見る限り、医療関係者にはどうも価値判断の自由は余り許されていないようなんですね。医師憲章をみますと、医療関係者は私と同じ価値観を共有してもらわなければならないみたいです（笑）。

新ミレニアムにおける医師憲章 ヒポクラテスの誓いの新ミレニアム版

- 三つの根本原則
 - 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
 - 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
 - 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
- 残念ながら、医師には価値判断の自由はあまり許されていない——わたくしと同じ価値観を共有してもらわなければならないようである……

14

Keio University Y Kenjoh

医師には社会正義を実現する義務があるようで、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と医師憲章にはあります。医療における不平等や差別を排除するためには、評判は悪いけれどもやはり政府を利用せざるを得ない、市場にはできない、政府を利用し政府の利用料を払わないと、医療における不平等や差別を排除することはできない、負担なくして福祉なし、そういうような話になります。

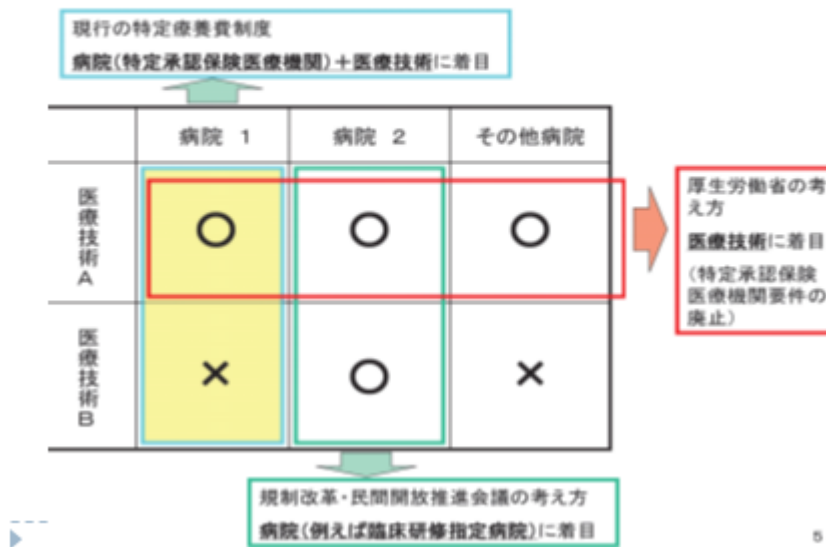
次に、混合診療の完全解禁効果ということを考えていきますと、先に示した図、「所得と医療サービス支出の日米比較」をつくった鈴木玲子さんが、アメリカの所得弾力性を日本に適用する。そうすると日本の家計の医療サービス支出は現在より 85%増加し、国民医療費 12.6%増となって、GDP比で 0.74%押し上げると推計されています。こうした混合診療解禁効果の推計は、当然、新しい市場を創るという研究のもとでなされているわけですが、がんの患者団体が反対するように、混合診療が完全解禁されると、「医療に貧富の差が見られて、安全でない薬が使われる」ことになっていると事実が、当然、彼らがシミュレートした混合診療が解禁された未来社会にはあるわけです。

「癌と共に生きる」というがん患者団体の方が、「混合診療の完全解禁は望みません、医療に貧富の差がついたり、安全でない薬が使われるのは違うと思うからです」とおっしゃっています。こういうことを、がん患者の方々ご自身がおっしゃっているわけなん

ですが、私はまさにその通りだろうと思っております。

そして昨年 10 月 1 日から、特定療養費制度から保険外併用療養費制度というふうに変わるわけなんです。

現行制度 特定療養費制度から保険外併用療養費制度へ



旧来の特定療養費制度というのは、ある技術に対して、ある基準を満たした病院に対しては特定技術を認めますという形でやっていた。そして、規制改革・民間開放推進会議の求めるところは、ある基準を満たした病院に対しては、あとは何をやってもよく、先ほどの八代先生の、保険会社が医療の技術、診療をチェックしていくという話になっていきます。

昨年導入された保険外併用療養制度というのは、ある技術を特定化していったって、その技術を実行できるような病院が基準を満たせば、そこはやってもいいよという形にして、ただしその医療技術に関してはちゃんとチェックをしていきますというふうに特定療養費制度を変えていったんですね。そしてこの部分に関しては、治験データを厚労省に持ってくるようになっていくわけなんですけど、私は、このあたりが限界じゃないのかなと、同時に以前よりは透明性が高まり、そして収載の迅速化も図られるようになったので、私は以前よりは改善されたと評価してもいいと思っています。ですから昨年 10 月の保険外併用療養制度解禁を「混合診療実質解禁」とか新聞などで報道されていたのですが、私はちょっと違うんじゃないのかなというふうに考えております。

手帳をみると、2007 年 11 月 7 日、

10 時半－12 時半 自治体病院全国大会

13 時－18 時 講義&ゼミ

19 時 ミーちゃんラーメン
20 時半 戸越温泉

サウナの中で、午前中のシンポジウムにも参加していた学生たちに僕は一言——「混合診療の原則禁止が違法の判決が昨日出ていれば、今日のシンポジウムの流れは全然ちがったものになっただろうな」。

なお、自治体病院全国大会は、例年、シンポジウムの講演録は作らないらしいのだけど、この年は特におもしろかったらしく、記念に残したいということで予算をつけて講演録を作成。ということで、是非とも、次をどうぞ。特に、31 頁からの「討論」を——フロアからの参加で大いに盛り上がっています。

自治体病院全国大会 2007 「[地域医療再生フォーラム](#)」講演録

参考資料

勿凝学問 115 [1989 年 2 月混合診療禁止適法から 2007 年 11 月混合診療禁止違法に対する「画期的判決」コメントまで](#)

勿凝学問 25 [混合診療論議を題材とした政治経済学っぽい遊び Part II](#)

勿凝学問 134 [社会保険方式論者ねえ、まあ、悪くはないけど違和感はあるね——プロとアマチュアの見解の相違としての基礎年金財源方式と混合診療問題](#)

ひょつ、ひょつとすると、次も保険外併用療養費制度に関連する話かも——隊長の相葉利子さんは、松岡@3 期やレオ@7 期も知っている人物だ（笑）。「ちょっとすみませ〜ん」と言っ、研究室にやってきたから、なんだあ？と思ったら、この話だった(T_T)ト赫 あの日、彼女は病み上がりの様子はなく、ピンピンしてたんだけどねえ。

ちなみに、特定療養費制度から保険外併用療養費制度への制度の切り替えは、次のインタビューの二月ほど前の 2006 年 10 月 1 日。

公的医療保険——健康保険、保障は厚め（マネーもっと知り隊）

2006 年 11 月 20 日 日本経済新聞 夕刊 12 面

隊長・相葉利子

自由診療は全額自己負担

病気やけがをしたときに必要になるのが医療費。とても払いきれない額に膨らむのではないかと心配です。会社の健康保険には入っているけど、それだけで本当に大丈夫かしら？寒くなってきましたが皆さんは風邪など引いてませんか？

実は私、風邪をこじらせてしばらく寝込んでいたんです。もし入院したらものすごく費用がかかるって聞くじゃない？

不安になって慶応大学の権丈善一教授に相談したのだけど、安心したわ。私たちは「所

得や病歴に関係なく誰もが加入し平等に保障を受けられる、公的な医療保険制度」に守られているんですって。

病院に行くと窓口で保険証の提示を求められますね。私たちはなんらかの公的医療保険への加入が義務づけられています。例えば私なら勤め先を通じて健康保険に入っていますし、自営業の人などは市区町村が運営する国民健康保険に入っています。どの公的保険に入っているか確認する書類が保険証なのです。

公的医療保険は私たちが払う医療費の負担を少なくしてくれる制度です。私たちが負担するのは原則、かかった医療費の三割。七十歳以上の高齢者は所得に応じて一―三割です（図A）。費用の大部分は保険でカバーされるのです。自己負担の金額についてはさらに、一カ月あたりに上限があります。高額療養費制度（図B）とって、所得や年齢に応じて上限額を超えた金額は後日、還付される仕組み。国民健康保険なら市区町村によっては、申し出れば窓口でも限度額までしか負担しなくていい「委任払い制度」を利用できますし、健康保険でも運営者によって無利子の融資が受けられます。このほか傷病手当金や出産一時金なども支給されます。思いのほか手厚いのね。

でも、今後はどうかしら？ 私のお金持ちの祖母は七十歳を超えていますが、「現役並みの所得」の区分。最近、自己負担が二割から三割に上がったのです。なんでも国全体で医療費の負担があまりに増えて財政を圧迫しているらしいの。私たちの負担を大きくして国の医療費を減らす狙いがあるって聞いたわ。また医療には公的保険の対象とならない「保険外（自由）診療」もあります。料金は医療機関ごとに決まり、全額自己負担。一部を除き、保険診療との併用が禁止されていて一連の治療に自由診療を加えたければすべて自分で支払わなければならないのです。

例外的に、特別な療養環境の病床にかかる差額ベッド代や厚生労働省で承認を受けた先進医療などは保険診療と併用が認められます。今後この例外部分が増え、保険診療と自由診療の併用がさらに広がるとの見方もあります。自由診療部分には高額療養費制度など公的保険のメリットが受けられないし、負担になりそうね。その対策として挙げられがちなのが、民間の医療保険。高額な差額ベッド代などにも対応できます。

ただ民間保険は入院したら給付が受け取れるのが基本形。「入院日数が減らされてきている現状で有利とは限らない」（ファイナンシャルプランナーの井戸美枝さん）そうよ。健康保険料に民間保険の保険料が加われば、医療にかかる支出がかなり大きくなります。私だったら同じ金額を貯金に回したいわ。そうそう、差額ベッド代を払う必要があるのは患者自ら望んだか、事前に十分な説明を受けて同意した場合だけ。井戸さんは「費用を心配する前に、まず正確な知識を身につけることが先決」と言います。

来週は労働保険について勉強します。

言わせて体験談

公的な医療保険についてどう思いますか？

▽高額療養費制度に助けられた（東京、いさお、37歳）

▽住んでいる地域で乳幼児への医療補助があり、ありがたかった（愛知、ぱろふんて、38歳）

▽自己負担が2割から3割になった。実質1.5倍の値上げとは…（東京、たっちゃん、44歳）

▽受益者負担が原則だろうから、利用時の負担が増えるのは当然（東京、くーたん、39歳）

▽収入の少ない人は医者にかかるなという時代になるのかな…？（静岡、tune、52歳）

▽負担が際限なく増えて憂うつ（千葉、はとなおよし、30歳）〔注〕ネット調査会社マイボイスコム（東京・千代田）を通じて編成した取材協力隊員の声から