

規制改革会議の「選択療養制度」創設提案をどう読むか？



二木 立

日本福祉大学学長

にきりゅう：1947年生まれ。72年東京医歯大卒。代々木病院リハビリテーション科科長などを経て、2013年4月より現職。著書に『福祉教育はいかにあるべきか』『TPPと医療の産業化』（いずれも勁草書房）など。

政府の規制改革会議は3月27日、「**選択療養制度（仮称）の創設について（論点整理）**」（以下、「論点整理」）を発表しました。「選択療養」は、現行の保険外併用療養費制度の「評価療養」と「選定療養」とは別の第3の制度・仕組みであり、「治療に対する患者の主体的な選択権と医師の裁量権を尊重し、困難な病気と闘う患者が治療の選択肢を拡大できるようにする」ため、「一定の手続き・ルールの中で、患者が選択した治療については極めて短期間に保険外併用療養費の支給が受けられる」ことを「目的」としていると考えられています。規制改革会議は、「今後、この制度の手続き・ルール等についてさらに検討を重ね、最終的な提案を行う」としています。

私は、この「論点整理」を読んで、混合診療解禁に関わる今までの議論の積み重ねを無視したズサンで穴だらけの提案であるとあきれました。と同時に、10年前の2004年8月に、規制改革・民間開放推進会議が「中間とりまとめ」（以下、「中間とりまとめ」）を発表し、「いわゆる『混合診療』を全面解禁すべき」と主張したことを思い出しました。

本稿では、「論点整理」の問題点を「中間とりまとめ」と比べながら3点指摘するとともに、「中間とりまとめ」が発表された10年前と現在との3つの政治的条件の違いを指摘します。

穴だらけの混合診療全面解禁論

まず、強調したいことは、「選択療養」が混合診療の事実上の全面解禁を意味することです。このような批判を避けるために、「論点整理」では、「選択療養」は「一定の手続き・ルールに基づく」とされていますが、その手続き・ルールには医療機関の限定

も、医療行為の限定も含まれていません。

それに対して、「中間とりまとめ」は、混合診療の全面解禁を主張しつつも、その対象を「新しい検査法、薬、治療法等」に限定し、しかも実施施設を「質の高いサービスを提供することができる一定水準以上の医療機関」に限定していました。当時、混合診療全面解禁論を主導した八代尚宏氏は、新著でも「厚労省が認める一定の質以上の医療機関」に限定した混合診療解禁を主張しています（『社会保障を立て直す』日経プレミアシリーズ、2013、137頁）。

これらと比べると、「選択療養」が**医療の安全や質の保証への配慮を欠いた、実にアブナイ提案**であることがよく分かります。私の知る限り、ここまで徹底した混合診療全面解禁を主張したのは、混合診療裁判の原告・清郷伸人氏だけです。氏は、「混合診療における自己責任とは、有効性・安全性も含んで自主判断し、自己決定すること」であり、「民間療法の保険医[療-二木]版」と言い切りました（『混合診療を解禁せよ 違憲の医療制度』ごま書房、2006、54頁）。

次に、「論点整理」は、金持ち患者優遇との批判を避けるためにか、「選択療養」により行われる医療行為は「広く使用される実績に応じて保険収載され得る」としています。しかし、これでは安全性や効果が科学的に実証されていなくても「広く使用される実績」のある民間療法が保険収載されることになり、混合診療全面解禁どころか、**安全で効果的な医療のみを給付するという保険診療の大原則すら崩し、しかも保険医療費の無用な増加を招きかねません**。このようなズサンな提案も、「中間とりまとめ」には含まれていませんでしたが、上述した清郷氏の

主張とは通じると思います。

第3に、「論点整理」は、「無用な診療に対するけん制効果を働かせるため」、手続き・ルールについて次のように保険者の役割を持ち出しています。「①患者・医師間の診療契約書を保険者に届け出ることによって保険給付が行われるようにする、②患者から保険者に対して保険給付の切替を申請し、保険診療に悪影響を及ぼすことが明らかな場合等を除き、保険給付が認められるようにする」。しかも、「選択療養（仮称）に該当するかどうかは極めて短期間に判断できる仕組みとする」とされています。

これも「中間とりまとめ」にはなかった新提案ですが、アメリカの民間医療保険会社と異なり、**医療専門職をほとんど雇用していない日本の公的医療保険が保険給付の是非を判断することは不可能**です。大変異例なことに、「保険者3団体」（健康保険組合連合会、国民健康保険中央会、全国健康保険協会）は「論点整理」の発表からわずか7日後の4月3日に、「選択療養」に明確に反対する「保険者3団体の見解」を発表しました。

「選択療養」が不発に終わる3つの理由

医療関係者の中には、安倍内閣が「医療の（営利）産業化」を進めているため、この「選択療養」が実現するのではないか？と心配している方がいるようです。しかし、私は混合診療解禁論争が燃えさかった10年前と現在とでは政治的条件が大きく異なり、「選択療養」は不発に終わると予測しています。その理由は以下の3つです。

第1は、**時の首相の姿勢の違い**です。10年前には、小泉首相が2004年9月の経済財政諮問会議で、「混合診療については、（中略）年内に解禁の方向で結論を出してほしい」と指示しました。それに対して、安倍首相は、集団的自衛権の憲法解釈変更の政府決定に異常な執念を見せる一方で、混合診療解禁どころか、医療・社会保障制度改革にほとんど関心を示していません。この点については、八代氏とともに医療・社会保障への市場原理導入を主張する鈴木亘氏も、トップダウンで改革を断行した小泉首相と対比して、安倍首相を「社会保障改革は実質的に厚生労働省への丸投げ」「これほどの無関心、放置は歴代政権のナンバーワン」と酷評しています（『社

会保障亡国論』講談社現代新書、2014、262頁）。

第2は、**政府内部での意思統一の違い**です。10年前には、規制改革・民間開放推進会議と経済財政諮問会議が一体となって混合診療解禁論を主張し、医療保険への公費投入抑制を至上命題とする財務省もそれを事実上支持しました。しかし、現在は、混合診療解禁を主張しているのは規制改革会議だけです。

まず、経済財政諮問会議は昨年6月に「骨太方針2014」をとりまとめて以降、社会保障については1回しか議論していません（昨年11月15日）。しかも提出された資料「持続可能な社会保障に向けて」は混合診療解禁にも保険外併用療養費制度の拡大にも言及していません。産業競争力会議医療・介護等分科会は昨年12月26日にとりまとめた「中間整理」で、「保険外併用療養費制度の大幅拡大」を掲げましたが、具体的には現行制度の枠内での4つの改革に限定しました。しかも座長の増田寛也主査は「いわゆる混合診療の問題」については「有効性・安全性を担保した上で、患者ニーズに沿った必要な医療が速やかに受けられることが大前提」と明言しました。さらに、財務省の高官（新川浩嗣主計官）は、昨年10月に開かれた医療経済フォーラム・ジャパンのシンポジウムで、混合診療の全面解禁に「反対する」と断言しました（『日本医事新報』2013年10月26日号：124頁）。それに加え、上述したように10年前の論争では沈黙を守った保険者3団体も、今回は「選択療養」に反対する見解を早々と発表しました。

第3に、**患者団体の態度の違い**です。10年前には一部の（がん）患者団体が、やむにやまれぬ気持ちから混合診療解禁を求め、規制改革・民間開放推進会議はそれを錦の御旗にしましたが、現在では、それに賛成している患者団体は、私の調べた限り皆無です。逆に、日本最大の患者団体である日本難病・疾病団体協議会（構成員総数約30万人。伊藤たてお代表理事）は4月3日に「選択療養制度（仮称）の導入は事実上の『混合診療解禁』であり、多くの患者にとっては最先端の医療が受けられなくなる恐れがあり、患者団体の声を聴いていただけるよう要望します」とした文書を厚生労働相と規制改革会議議長に提出しました。これは、「困難な病気と闘う患者」のために「選択療養」を制度化するとの規制改革会議の大義名分を突き崩すものと言えます。