

社会保障審議会 医療部会

国民皆保険の崩壊につながりかねない
最近の諸問題について
ー混合診療の全面解禁と医療ツーリズムー

社団法人 日本医師会

目次

1. 産業としての医療、介護	1
1.1. 日本医師会の考え	1
1.2. 最近の規制改革の動き	2
1.3. 「産業構造ビジョン2010」の概要	5
2. 保険外併用療養と混合診療の全面解禁	6
2.1. 保険外併用療養の現状	6
2.2. 保険外併用療養の見直しについて	8
2.3. 混合診療禁止の論拠	10
2.4. 混合診療に係る論点	12
2.5. 混合診療全面解禁の問題点	13
2.5.1. 公的医療保険の給付範囲の縮小	13
2.5.2. 公的医療保険に対する信頼性の低下	14
2.5.3. 患者負担の増加	15
2.5.4. いわゆる「ビジネスクラス理論」の幻想	16
2.6. 公的医療保険縮小の動き	18
3. 医療ツーリズム	20
3.1. 医療ツーリズムに係る最近の動き	20
3.2. 外国人患者の受け入れについて	24
3.3. 医療ツーリズムと混合診療の全面解禁	25
3.4. 医療における株式会社参入の問題点	27
3.5. 株式会社特区について	29

1. 産業としての医療、介護

1.1. 日本医師会の考え

2009年12月30日、「新成長戦略（基本方針）」が閣議決定された。医療については、ライフイノベーションによる健康大国戦略が掲げられ、2020年の目標は、「医療・介護・健康関連サービスの需要に見合った産業育成と雇用の創出、新規市場約45兆円、新規雇用約280万人」となっている¹。

日本医師会は、2000年に医療の経済波及効果を推計し、「医療・介護は、国民にとって、『医療・介護サービス機能』として重要であるとともに、21世紀において、国民経済への波及効果の高い力強い産業として、非常に重要な位置づけがなされるべきものである」ことを明らかにした²。

さらに、2009年10月には、雇用誘発者数を推計し、医療、介護にそれぞれ税金を1兆円投入すれば、約45万人の雇用を創出できるとの試算を示した³。

医療・介護は他の産業に比べて、大きな雇用誘発力をもつ。雇用拡大のための財政出動は、将来の経済成長をもたらす可能性も高い。経済成長はまた、税収増をもたらし、国民に充実した社会保障給付として還元される。日本医師会は、医療費、介護費は、成長社会実現のための投資であると考えている。

しかし、最近、市場原理主義的な考え方で私的医療費支出を拡大しようとする考えが出てきている。

日本医師会は、国民皆保険の下、公的医療保険の範囲を拡充すべきと考えている。私的医療費を拡大し、公的医療費支出を抑制するようなことになれば、所得によって受けられる医療に格差が生じる。医療、介護は市場原理主義の下での成長産業として位置づけられるべきではない。

¹ 「新成長戦略（基本方針）～輝きのある日本へ～」2009年12月30日 閣議決定

² 社団法人 日本医師会「2015年医療のグランドデザイン」2000年8月

³ 社団法人 日本医師会「日本医師会の提言－新政権に期待する－」2009年10月

1.2. 最近の規制改革の動き

2010年3月29日、規制改革会議の後継組織として、行政刷新会議に規制・制度改革に関する分科会が設置された。医療については、ライフイノベーションWGにおいて検討されているが、その構成員は大学教授や企業人で占められている(表 1.2.1)。地域医療の現場を担う医師は構成員にはなく、医療崩壊を食い止め、地域医療を建て直すための視点が入る余地はない。

表 1.2.1 ライフイノベーションWGの構成員

田村謙治(主査)	内閣府大臣政務官
阿曾沼元博	国際医療福祉大学教授、順天堂大学客員教授
大上二三雄	エム・アイ・コンサルティンググループ株式会社代表取締役社長
大橋弘	東京大学大学院経済学研究科准教授
川淵孝一	東京医科歯科大学大学院医療経済学分野教授
黒岩祐治	ジャーナリスト・国際医療福祉大学大学院教授
角南篤	政策研究大学院大学准教授
土屋了介	財団法人癌研究会顧問(4月1日～)
椿慎美	公認会計士
松井道夫	松井証券株式会社代表取締役社長
真野俊樹	多摩大学統合リスクマネジメント研究所医療リスクマネジメントセンター教授
三谷宏幸	ノバルティスファーマ株式会社代表取締役社長

*出所:第1回 ライフイノベーションWG(2010年4月5日) 資料1 規制・制度改革に関する分科会・WG構成員名簿
http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/life/0405/item_100405_01.pdf

2010年4月5日、第1回ライフイノベーションWGが開催された。そのときに提出された資料には、検討テーマとして、保険外併用療養（いわゆる「混合診療」）の原則解禁、医療ツーリズムに係る査証発給要件等の緩和が挙げられていた（表 1.2.2）。

表 1.2.2 ライフイノベーションWGの検討テーマ（4月5日資料抜粋）

① 保険外併用療養(いわゆる「混合診療」)の原則解禁
② 一般用医薬品のインターネット等販売規制の緩和
③ 医行為の範囲の明確化(各医療スタッフ等の役割の拡大) a. 診療看護師資格の新設 b. 介護職による痰の吸引、胃ろう処置の解禁等
④ 再生医療の推進(適用法令、臨床研究の在り方、PMDA審査体制)
⑤ レセプト等医療データの利活用促進(傷病名統一、診療年月日記載など様式改善等)
⑥ ICTの活用促進(遠隔医療、特定健診保健指導)
⑦ 医療ツーリズムに係る査証発給要件等の緩和(医療ビザ、外国人医師の国内診療)
⑧ 特別養護老人ホームへの民間参入拡大(運営主体規制の見直し)
⑨ 介護施設等の総量規制を後押ししている参酌標準の撤廃
⑩ 訪問看護ステーションの開業要件の緩和(一人開業の解禁)
⑪ 各種介護サービス類型における人員・設備に関する基準の緩和(サービス提供責任者の配置基準、ユニット型施設の入所定員比率目標等)
⑫ 高齢者用パーソナルモビリティの公道での使用
⑬ EPAIに基づく看護師、介護士候補者への配慮(受験回数、試験問題の英語表記or 漢字へのルビ等)

* 出所: 第1回 ライフイノベーションWG(2010年4月5日) 資料3 検討テーマ各項目
http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/life/0405/item_100405_03.pdf

4月29日には、第4回ライフイノベーションWGが開催された。この時に提出された資料からは、「混合診療」「医療ツーリズム」という表現がいったん削除された。翌4月30日に開催された第2回規制・制度改革に関する分科会に提出されたライフイノベーションWGの資料では、「医療ツーリズム」という言葉が復活したが、6月7日にとりまとめられた「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)」では「国際医療交流」という表現になった(表1.2.3)。

表 1.2.3 ライフイノベーション分野の検討項目の変化

4月29日 ライフイノベーションWG資料から抜粋

① 保険外併用療養の範囲拡大
⑨ 外国人受診者に対する査証発給要件等の緩和・外国人医師の国内診療等

* 出所: 第4回 ライフイノベーションWG(2010年4月29日) 資料2 検討項目一覧表
http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/life/0429/item_100429_02.pdf

4月30日 規制・制度改革に関する分科会資料から抜粋

① 保険外併用療養の範囲拡大
⑨ 「内外に開かれた医療先進国・日本」に係る査証発給要件等の緩和・外国人医師の国内診療等－医療のために来日する外国人を受け入れる医療ツーリズムへの取り組み等－

* 出所: 第2回 規制・制度改革に関する分科会(2010年4月30日) 資料2-2 ライフイノベーションWG 検討項目一覧
http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/subcommittee/0430/item10_02_07.pdf

6月7日 規制・制度改革に関する分科会

「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)」から抜粋

① 保険外併用療養の範囲拡大
⑨ 「内外に開かれた医療先進国・日本」に係る査証発給要件等の緩和・外国人医師の国内診療等－医療のために来日する外国人を受け入れる国際医療交流への取組等－

* 出所: 第3回 規制・制度改革に関する分科会(2010年6月7日)
「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)」
http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/subcommittee/0607/item10_03_01.pdf

なお、5月18日、枝野内閣府特命担当大臣(当時)が、記者会見で、規制改革について「特に厚労省で頑張っていたいただいております、かなり前に進んでいる」⁴と述べている。「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)」には、混合診療、医療ツーリズムという表現はない。しかし、根底にある考え方は混合診療の全面解禁、医療ツーリズムそのものである。国民皆保険を守るべき厚生労働省が、その考え方に同意したというのであれば非常に問題が大きい。

⁴ 枝野内閣府特命担当大臣オープン記者会見要旨, 2010年5月18日
<http://www.cao.go.jp/kaiken/1002edano/2010/0518-2kaiken.html>

1.3. 「産業構造ビジョン2010」の概要

2010年6月1日、経済産業省の産業構造審議会産業競争力部会が、報告書「産業構造ビジョン2010」を発表した(表1.3.1)。医療は戦略5分野のひとつと位置づけられており、公的保険外の健康関連産業の創出、医療ツーリズムの受け入れ拡大などが挙げられている。

表 1.3.1 産業構造ビジョン2010 骨子案に示されている戦略5分野

産業構造ビジョン 戦略5分野
1. インフラ関連/ システム輸出(原子力、水、鉄道等)
2. 環境・エネルギー課題解決産業
3. 文化産業を輸出産業に(ファッション、コンテンツ、食、観光等)
4. 医療・介護・健康・子育てサービス
(1) 公的保険外の健康関連産業の創出 (医療機関と民間サービス事業者との連携促進(例:業務連携約 款の整備、関連制度やルールの見直し等))
(2) 医薬品・医療機器の研究開発環境改善(薬事審査の迅速化等)
(3) 医療ツーリズムの受け入れ拡大(医療滞在ビザの創設、国内外の医 療機関のネットワーク化等)
(4) 子育てサービスの産業化(経営効率化、認可・認可外共通の事業環 境の整備、幼保一体化等)
5. 先端分野

*出所: 経済産業省「産業構造ビジョン2010骨子案」2010年6月1日
<http://www.meti.go.jp/committee/materials2/downloadfiles/g100601a03j.pdf>

2. 保険外併用療養と混合診療の全面解禁

2.1. 保険外併用療養の現状

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を「混合診療」という。たとえば、保険診療と国内未承認薬の処方（保険外）を同時に受ける場合である。

保険診療と保険外診療を併用して問題が発生した場合には、診療は不可分一体であるので、公的医療保険の信頼性も損なわれる。そのため現在では、混合診療については、自己責任による全額自己負担（保険診療の全額自己負担＋保険外診療の全額自己負担）になっており、混合診療は原則として認められていない。

ただし、現在も、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定療養」は保険診療との併用が認められている（以下、あわせて保険外併用療養という。表 2.1.1, 健康保険法第 86 条⁵）。たとえば、評価療養として認められた先進医療を受ける場合、「先進医療の全額自己負担＋その他の診療の一部負担」で良い。

⁵ 第 86 条 被保険者が、厚生労働省令で定めるところにより、第 63 条第 3 項各号に掲げる病院若しくは診療所又は薬局（以下「保険医療機関等」と総称する。）のうち自己の選定するものから、評価療養又は選定療養を受けたときは、その療養に要した費用について、保険外併用療養費を支給する。

表 2.1.1 保険外併用療養

「評価療養(または選定療養)の全額自己負担+その他の診療の一部負担」
で受けることができる

評価療養

安全性や有効性の観点から保険導入のための評価を行うもの

- ・ 先進医療
- ・ 医薬品の治験に係る診療
- ・ 医療機器の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用
- ・ 保険収載医薬品の適応外使用

選定療養

患者の選択に任せるべきであり、保険導入が前提とならないもの

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 200床以上の病院の初診
- ・ 200床以上の病院の再診
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 小児う触の指導管理

2.2. 保険外併用療養の見直しについて

日本医師会は、安全性、有効性が確認された普遍性のある医療は速やかに公的医療保険に収載すべきであると考えている。また保険収載までの間は評価療養で対応できるよう、その機動性を高めていくべきであると考えている。

規制・制度改革に関する分科会は、保険外併用療養の見直しを掲げているが、日本医師会は保険外併用療養を現行の仕組みの中で拡大していくことや、評価のスピードアップを図ることには賛成である（表 2.2.1）。

また、規制・制度改革に関する分科会の報告書（案）は、「一定の要件を満たす医療機関については、事前規制から事後チェックへ転換し、実施する保険外併用療養の一部を届出制に変更すべきである」として、「対象となる医療機関の『一定の要件』は、「倫理審査委員会を設置している医療機関」を想定」と注記している。

日本医師会は、安全性・有効性を確保するため、一定の要件を確保することは必須条件であると考えている。

しかし、事前規制から事後チェックへの転換には反対である。医療は生死にかかわる問題であり、被害者が出てからでは手遅れである。

さらに、倫理審査委員会を設置できるような医療機関は、大学病院や大規模病院に限定され、結果的にいわゆる「勝ち組」病院を優遇することになりかねない。医療機関の規模や種類にとらわれず、真に患者にとって必要な医療であり、一定の水準を確保できている医療機関がきちんと選定される仕組みにしていくべきである。

表 2.2.1 規制・制度改革に関する分科会の保険外併用療養についての考え方

規制・制度改革に関する分科会「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)」から抜粋

<p>保険外併用療養の範囲拡大</p>	
<p>対処方針</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・現在の先進医療制度よりも手続が柔軟かつ迅速な新たな仕組みを検討し、結論を得る。具体的には、例えば、再生医療等を含めた先進的な医療や、我が国では未承認又は適応外の医薬品を用いるものの海外では標準的治療として認められている療法、或いは、他に代替治療の存在しない重篤な患者に対する治験中又は臨床研究中の療法の一部について、一定の施設要件を満たす医療機関において実施する場合には、その安全性・有効性の評価を厚生労働省の外部の機関において行うこと等について検討する。〈平成22年度中に結論〉
<p>当該規制改革事項に対する分科会・WGの基本的考え方</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> ○患者主権の医療を推進するためには、患者が受けたい医療を受けられないという状況を可能な限り解消すべきであり、患者のニーズに応じて保険外併用療養費の給付対象を見直す必要がある。 ○しかし、日進月歩で医療が高度化する中、患者の切実な要望に対し、すべての保険外併用療養を迅速かつ的確に当局が示すことには限界がある。 ○そこで、一定の要件^{〔※1〕}を満たす医療機関については、事前規制から事後チェックへ転換し、実施する保険外併用療養の一部を届出制に変更すべきである。 <ul style="list-style-type: none"> ※1:対象となる医療機関の『一定の要件』は、「倫理審査委員会を設置している医療機関」を想定。 ○その際、患者に対して保険外の負担を求めることが一般化しないよう、例えば、以下の措置を設けることが考えられる。 <ul style="list-style-type: none"> ・届出には倫理審査委員会の承認を要するものとする ・保険外併用療養に関しては、現行どおり必ず患者への情報提供を行い、同意書を取り付ける ・差額ベッド代など診療内容と直接関係のない費用(いわゆるアメニティにかかる費用)の徴収基準は、当面の間現行の選定療養から拡大しない ・届出によっても保険外併用療養を認められない事例を定め、モニタリングを強化して患者保護に努める ○また、治療法として認められるまで目の前で苦しむ患者に最先端の治療を施せない現状をかんがみれば、欧米に見られるようなコンパッションネートユース(人道的使用)などの制度も検討する必要がある。 ○なお、新たな医療技術や画期的な新薬等を公的保険に組み入れようとするインセンティブが働きにくくなるとの指摘も存在することから、国内未承認の医薬品等や新たな医療技術等については、保険外併用療養のモニタリング結果も参考に、従来どおり安全性、有効性のエビデンスが得られた段階で速やかに保険収載する仕組みを維持し、当該制度改革により新規保険収載が遅れることがないようにする。

* 出所: 第3回 規制・制度改革に関する分科会(2010年6月7日)

「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書(案)」

http://www.cao.go.jp/sashin/kisei-seido/meeting/2010/subcommittee/0607/item10_03_01.pdf

2.3. 混合診療禁止の論拠

健康保険法では、一部負担金を支払えば、医師の診察や薬剤の支給、処置、手術などの療養の給付を受けることができる⁶。また、健康保険法の第 86 条には、評価療養または選定療養を受けたときは、その療養に要した費用について、保険外併用療養費を支給すると定められている。

一方、保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則）には、「保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生労働大臣の定めるもののほか行つてはならない」（第 18 条）とある。また、療養の給付に要する費用は厚生労働大臣が定めるところにより算定することとなっている⁷。

混合診療全面禁止の論拠は、健康保険法第 86 条の反対解釈（評価療養、選定療養以外の費用は支給されない）と療担規則である。

2006 年 3 月 24 日、保険診療（インターフェロン療法）と保険外診療の活性化自己リンパ球移入療法（LAK療法）とを併用した診療を受けることができる権利の確認等を求めた訴訟が提訴された⁸。

2007 年 11 月 7 日、東京地裁は、「本来、健康保険法による保険診療の対象となるインターフェロン療法について、健康保険法に基づく療養の給付を受けることができる権利を有することを確認する」⁹との判決を下し、混合診療（保険診療の一部負担＋保険外診療の全額自己負担）が認められるとした。

またその理由として法律等から混合診療を禁止する根拠を見出すことは難しいとしたが、あくまでも法律上の解釈を示したものであり、「このような法解釈の問題と、差額徴収制度による弊害への対応や混合診療全体の在り方等の問題

⁶ 健康保険法第 52 条、第 63 条、第 74 条

⁷ 「診療報酬の算定方法」（診療報酬改定のたびに見直される。最近のものでは、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」平成 22 年厚生労働省告示）、「使用薬剤の薬価（薬価基準）」

⁸ 東京地裁 平成 18（行ウ）第 124 号 健康保険受給権確認請求事件

⁹ <http://www.courts.go.jp/hanrei/pdf/20071112151712.pdf>

とは、次元の異なる問題であることは言うまでもない」¹⁰とも示された。

これに対して国は2007年11月16日に控訴¹¹、2009年9月29日に東京高裁は「(健康保険法は)混合診療を原則として禁止したものと解するのが相当」として、1審の東京地裁判決を取り消し、原告の請求を棄却した¹²。

また判決では、「保険により提供する医療について、保険財源の面からの制約や、提供する医療の質(安全性、有効性等)の確保等の観点から、その範囲を限定することは、やむを得ず、かつ、相当なものといわざるを得ない」とされた。

¹⁰ 9に同じ

¹¹ 東京高裁 平成19(行コ)405 健康保険受給権確認請求控訴事件

¹² <http://www.courts.go.jp/hanrei/pdf/20100405102504.pdf>

2.4. 混合診療に係る論点

混合診療に係る論点は主に2つある。ひとつめは、「混合診療原則禁止の根拠は明確か」であり、ふたつめは「混合診療の全面解禁はなぜ問題か」である。

第一の論点について、東京高裁は、健康保険法によって混合診療が原則禁止されているとの解釈を示したが、日本医師会は、混合診療原則禁止の法的根拠があいまいな点は否めないと考える。したがって、日本医師会は、国民に対するわかりやすさという視点からも、国に対して法律の見直しを要望する。

第二の論点に対する日本医師会の見解は次のとおりである。

混合診療が全面解禁されれば、混合診療を受けた場合の負担は、「保険診療の一部負担+保険外診療の全額自己負担」になる。「保険診療の全額自己負担+保険外診療の全額自己負担」に比べて負担が少ないことから、規制改革を進めるグループはこれを「消費者の権利」とであると主張する。しかし、一部だけとはいえ、全額自己負担の治療費を支払えるのは、一定以上の所得者だけである。

また、混合診療が全面解禁されれば、新しい治療や医薬品を公的医療保険に組み入れるインセンティブが働かなくなり、公的医療保険で受けられる医療の範囲が縮小していくおそれがある。

日本医師会は、国民皆保険の堅持という立場から、混合診療の全面解禁には反対である。

2.5. 混合診療全面解禁の問題点

2.5.1. 公的医療保険の給付範囲の縮小

混合診療の全面解禁によって、公的医療保険の給付範囲が縮小する懸念がある。現在、国内未承認薬の医薬品（A）を使うと、「治療費の全額自己負担＋医薬品（A）の全額自己負担」になる。しかし、有効性、安全性が確認されれば、医薬品（A）が公的医療保険の対象になる。そして誰もが「治療費の一部負担＋医薬品（A）の一部負担」で医療を受けられる。

その後、混合診療が全面的に解禁されたとする。未承認の医薬品（B）は、「治療費の一部負担＋医薬品（B）の全額自己負担」で使用できる。その時点では、医薬品（B）の全額自己負担分は一部の人しか負担できず、国民の多くは公的医療保険の対象になることを望んでいる。しかし、医薬品（B）は、なかなか公的医療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の医薬品（C）が登場し、いまやかなり普及している。しかし公的医療保険には組み込まれず、「治療費の一部負担＋医薬品（C）の全額自己負担」のままである。多くの人々にとって、保険で受けられるのはずいぶん昔に承認された医薬品（A）だけになった。

混合診療が全面解禁されれば、新しい治療や医薬品を公的医療保険に組み入れるインセンティブが働かなくなる。そして、第一段階として、公的医療保険の給付範囲が相対的に縮小する。第二段階として、時代遅れの治療は公的医療保険から外されていく。公的医療保険の範囲は総量としても縮小する。

このようにひとたび混合診療が解禁されれば、公的医療保険から給付される医療の範囲は、とめどなく縮小する。混合診療の全面解禁は社会保障を後退させ、自己責任原則の社会に向かわせることになる。

2.5.2. 公的医療保険に対する信頼性の低下

日本では、安全性、有効性が認められた普遍的な医療は、公的医療保険の下で給付される。混合診療を全面解禁するということは、国として安全性、有効性に責任を負わない治療や医薬品が普及するということである。

行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会も「一定の要件を満たす医療機関については、事前規制から事後チェックへ転換し、実施する保険外併用療養の一部を届出制に変更すべきである」¹³との考え方を示しており、安全性は担保されていない。

他方、東京高裁は2009年9月29日の判決で、「保険により提供する医療について、保険財源の面からの制約や、提供する医療の質（安全性、有効性等）の確保等の観点から、その範囲を限定することは、やむを得ず、かつ、相当なものといわざるを得ない」とし、公的医療保険の下で一定の安全性、有効性が確保されているとの見解を示している。

混合診療が解禁され、保険診療と保険外診療が併用されて何らかの問題が生じた場合、診療は不可分一体であるため、問題の所在を限定することは困難である。保険外診療だけでなく、保険診療に対する信頼性、ひいては公的医療保険制度全体に対する信頼性が損なわれる。

¹³ 第3回 規制・制度改革に関する分科会（2010年6月7日）「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書（案）」p.31

http://www.cao.go.jp/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/subcommittee/0607/item10_03_01.pdf

2.5.3. 患者負担の増加

現在は、医薬品については薬事承認を受けた後、製薬メーカーが保険収載を希望し、それが認められて初めて薬価（公的保険から給付する際の価格）が決まり、公的医療保険に収載される。

しかし、混合診療が解禁されれば、たとえば新しい医薬品を使用した診療は「保険診療の一部負担＋新しい医薬品の全額自己負担」になる。全額自己負担の医薬品は自由価格で提供できるので、製薬メーカーはあえて、保険収載を希望せず、医薬品を自由価格のまま高止まりさせる可能性もある。

混合診療を受けることができない低所得者はもちろん、高所得者にとっても新しい医薬品などは手が出ないものになる。

2.5.4. いわゆる「ビジネスクラス理論」の幻想

混合診療の全面解禁に関連して、いわゆる「ビジネスクラス理論」を主張するグループがある。「ビジネスクラス理論」とは、次のような理論である。

航空業界が「ビジネスクラス」を発明することにより、経営が改善し、最新鋭機の購入が可能になって、航空機事故が激減し、その恩恵がエコノミークラスの乗客にも等しく行き渡るようになった。病院にもビジネスクラス＝混合診療を導入すると、病院経営が改善するだけでなく、一般の患者も最新の医療サービスを受けられるようになる。

(参考資料：二木立日本福祉大学教授・副学長「混合診療原則解禁論の新種『ビジネスクラス理論』を検討する」日経メディカルオンライン、2010年4月9日号)

これに対して日本福祉大学教授・副学長の二木立氏は以下のように反論する。

- (1) 世界の航空会社の平均収入額は、1960年代～1990年代末までほぼ一直線に低下し続けており、ビジネスクラス導入による「反転」はみられない。
- (2) 世界の航空会社の収益性は伝統的に低く、しかも国際航空会社の当期利益率は経済の影響を受け、好況期には高まるが、不況期には低下する。
- (3) 世界の民間定期航空会社の事故率(100万離陸当たり)、死亡事故・機体全損事故とも1950～60年代に急減した後、1970年～2008年まで漸減を続けており、ビジネスクラス導入による「急減」はない。

混合診療の全面解禁によって、革新的な医療技術、医薬品、医療機器等が、公的医療保険の給付外で自由価格によって提供されるようになれば、高所得者が恩恵を受ける。しかし、その結果、幅広く国民が幸福になるという主張にはまったくエビデンスがないのである。

「ビジネスクラス理論」は、「トリクル・ダウン理論」から派生している。「ト

リクル・ダウン理論」とは、「豊かなものをより豊かにしていく政策をすると、豊かなもののおこぼれがしたり落ちていって、自然に貧しい人々の所得が上がってくる」¹⁴という考え方である。

これに対して、東京大学名誉教授の神野直彦氏は、「現在の社会は、そういう富の役割以外に、政府が撤退していきますから、富が権力を握る手段になるのです。そうすると、人を動かすために富を持つようになります。つまり、使うための目的ではないのです」¹⁵とし、富がトリクル・ダウンしないことを説いている。

¹⁴ 日本医師会 平成 19 年度医療政策シンポジウム 「脱『格差社会』と医療のあり方」(2008 年 3 月 9 日)における神野直彦東京大学大学院経済学研究科教授(当時)の基調講演より
<http://dl.med.or.jp/dl-med/nichikara/19issympo/pamphlet/19issympo2.pdf>

¹⁵ 同上