

2.6. 公的医療保険縮小の動き

規制・制度改革に関する分科会のライフイノベーション WG は、当初「保険外併用療養（いわゆる『混合診療』）の原則解禁」を検討項目のひとつに掲げていたが、その後、「混合診療」という表現を削除し、「保険外併用療養の拡大」に修正した。

しかし、経済産業省の報告書「産業構造ビジョン 2010」では、公的保険を縮小しようとする流れが打ち出されており、要約すると「財源の負担が大きくなるため、公的医療保険への依存から脱却すべき」とされている（表 2.6.1）。これは、まさに財源ありきの議論であり、日本医師会としては大変遺憾である。国民皆保険は絶対に堅持すべきであり、そのための財源の確保を放棄してはならない。

表 2.6.1 「産業構造ビジョン2010」の医療・介護等の産業創出戦略コンセプト

産業構造審議会産業競争力部会報告書「産業構造ビジョン2010」から抜粋

多様で質の高いサービスの効率的な供給を目指す「医療・介護・高齢者生活支援関連産業」創出戦略

戦略のコンセプト

医療・介護・高齢者生活支援については、前述した通り、今後、健康維持期における疾病予防や介護予防、慢性期・終末期における介護・疾病管理・リハビリ・看取りなど、急性期前後でのサービス需要が多様化してくる。こうした中で、全てのサービス供給を医療・介護機関が行い、その財源も公的保険に依存することは、医療・介護機関及び我が国財政の負担が加速的に大きくなることを意味するが、現実としてその持続性を確保していくことは大きな課題である。

そのため、今後は、医療・介護機関と健康関連サービス事業者との連携推進等により保険外のサービスを拡大することで、公的保険依存から脱却するとともに、新しいサービスが消費者から相応の対価を得て自律的に成長し、社会保険とうまく連動してシームレスな医療・介護・高齢者生活支援サービスを提供する産業（「生活医療産業」）の創出を促す。こうした産業の創出によって、患者・消費者本位の多様で質の高いサービスが供給されるとともに、医療・介護機関の負担減や医療費の適正化も期待される。

*出所:「産業構造審議会産業競争力部会報告書(案)～産業構造ビジョン2010～」2010年6月1日
<http://www.meti.go.jp/committee/materials2/downloadfiles/g100601a12j.pdf>

3. 医療ツーリズム

3.1. 医療ツーリズムに係る最近の動き

医療ツーリズム（メディカル・ツーリズム）については、経済産業省が2009年度に医療機関9施設に外国人顧客（患者ではなく顧客と呼ばれている）24人を受け入れて健診、人間ドックを行なう調査事業を行なった¹⁶。参加した団体の中には、JTBや野村総合研究所といった株式会社もある。

経済産業省が2010年3月にまとめた報告書¹⁷には、「日本の医療機関が、そのような世界の患者の高い期待に応えていくことは、日本の医療サービスが世界の医療サービスと共に向上することにつながり、結果として、外国人・日本人双方に裨益する^{ひえき}」¹⁸とある。

また、2010年4月には、同調査事業に参画したJTBが、メディカルツーリズムに取り組む専門部署を立ち上げた¹⁹。

2010年6月1日には、経済産業省から「産業構造ビジョン2010」が発表された。この中でも、医療の国外需要を喚起するため、医療滞在ビザを創設すべきとされている（表3.1.1）。

2010年5月26日には、厚生労働省の政策会議に、「平成22年版厚生労働白書（暫定版）」が提出された。これに関して議員から「『メディカルツーリズム』について、厚生労働省としてもそろそろ検討して白書に載せれば良いのではないか」との指摘があった²⁰。これに対して、厚生労働省は「国家戦略室を中心に、他省庁でも詰めてきているが、厚生労働白書に入れるのには多少フライングだと思っている。国家戦略室で一旦方針が打ち出されたら厚生労働省でも打ち出

¹⁶ 経済産業省「国際メディカルツーリズム調査事業報告書」2010年3月

¹⁷ 報告書作成は、株式会社野村総合研究所

¹⁸ 経済産業省「国際メディカルツーリズム調査事業報告書」2010年3月

¹⁹ http://www.jtbcorp.jp/scripts_hd/image_view.asp?menu=news&id=00001&news_no=1269

²⁰ 2010年5月26日、第18回厚生労働省政策会議 議事要旨

していくことだと思っている」「白書の記述に6月中の動きは反映できるので、その時点でご指摘の点も反映が必要であれば盛り込むことは可能」と答えており、厚生労働省政務三役、事務局ともに、医療ツーリズムに否定的ではなく、むしろ前向きであることがうかがえる。

表 3.1.1 「産業構造ビジョン2010」の医療サービスの国際化に向けた考え方

産業構造審議会産業競争力部会報告書「産業構造ビジョン2010」から抜粋

医療サービスの国際化に向けた戦略的取組展開

i) 受入支援機能の強化

(前略)必要な機能を個々の医療機関や仲介事業者だけで抱えるのは難しいことから、今後、官民一体となって受入を支援する組織を立ち上げる必要がある。

ii) 供給体制の強化

(前略)外国人受診者を受け入れるに当たって求められるサービスを提供できる医療機関については、国として支援すべき外国人受入医療機関として認証し、外国人医師臨床修練制度の緩和による外国人医師の受け入れなど、受け入れを推進するに必要な規制緩和を進めていくべきである。

iii) 国外需要の喚起

(前略)現地医療機関や医師の診断書や、日本の医療機関又は医師の招聘状を有していることなどを要件として、十分に余裕のある滞在許可期間の付与や弾力的な期間延長、数次ビザの容易な発給などを可能とする「医療滞在ビザ」(仮)を創設・発給すべきである。

iv) 日本の医療サービスの国外展開

(前略)これまで国のODAなどを活用して医療機器を中心に国外展開が行われてきたが、今後は医療機器に加えて、医療サービスの担い手である医療機関や医師、さらには医薬品をも併せて、この3つを有機的に連携させた形で、日本の医療サービスそのものをシステムとして輸出していくという視点が重要である。(後略)

*出所:「産業構造審議会産業競争力部会報告書(案)～産業構造ビジョン2010～」2010年6月1日
<http://www.meti.go.jp/committee/materials2/downloadfiles/g100601a12j.pdf>

「規制・制度改革に関する分科会第一次報告書（案）」の規制改革事項にも、外国人受診者に対する査証発給要件等の緩和が挙げられている。

表 3.1.2 規制・制度改革に関する分科会の外国人受診者の受け入れについての考え方

<p>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 「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－</p>
<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"> ○ 我が国の医療技術の進歩、さらには医療を成長産業として捉える観点から、開かれた医療を実現すべきである。 ○ そのためには、外国人患者受入れの基盤整備をすすめるべきである。病床規制の見直し、国内の医師不足の解消、医療機関の広告規制、未承認薬の使用規制など課題は多いが、当面取り組むべきものとして、医療ビザについて、早急に検討する必要がある。 ○ また、外国人医師・看護師の受入れについても積極的に進めるべきである。 <p>【医療ビザ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 現行の「商用」または「観光」目的の申請で問題なく対応可能との意見もあるが、現実的には取得に困難を伴う場合が多く、特に、患者本人ではなく同行者にビザが下りないことが多いとの指摘がある。 ○ わかりやすさの観点からも、明確に医療を目的としたビザを創設すべき。また、医療ビザを創設すること自体が、我が国が外国人患者受入れに積極的であることを示すアピールにもなる。 ○ その際、複数回の来日を可能とするようビザの有効回数を弾力化するとともに、外国人患者本人だけでなく、その同行者（家族等）についても同様に認めるべきである。 ○ なお、治療が長引いた場合のビザ延長申請に関して、申請者が患者であることに鑑み、病院関係者等による代理人申請を認めるべきであるとの意見があるため、手続をよりわかりやすくするための措置が望まれる。 <p>【外国人医師の国内診療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 外国人医師については、臨床修練制度の要件を緩和し、医療研修目的以外にも対象を広げ、医療機関の要件も緩和・撤廃すべきである。 ○ 我が国の看護師免許を持つ外国人看護師については、現行7年の滞在年限を撤廃するとともに、医師と同様に臨床修練制度を活用した受入れを段階的に緩和すべきである。

* 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/sasshin/kisei-seido/meeting/2010/subcommittee/0607/item10_03_01.pdf

なお、「医療ツーリズム」を広義に解釈すれば、その中には「移植ツーリズム」がある。2004年、WHO（世界保健機関）は、「人の組織や臓器の国際的な取引という広範な問題へ配慮して、最も貧しく虐げられやすい人々を移植ツーリズムや、組織や臓器の売買から保護するための対策を講じるように」との呼びかけを行なった²¹。

また、2008年には、国際移植学会が「臓器取引と移植ツーリズムは、公平、正義、人間の尊厳の尊重といった原則を踏みにじるため、禁止されるべきである。移植商業主義は、貧困層や弱者層のドナーを標的にしており、容赦なく不公平や不正義を導くため、禁止されるべきである」「国外患者への治療は、それによって自国民が受ける移植医療の機会が減少しない場合にのみ許容される」などの原則を織り込んだイスタンブール宣言を発表した²²。

日本医師会は、当然、WHOの呼びかけとイスタンブール宣言を遵守し、移植ツーリズムについては容認できない。

²¹ World Health Assembly Resolution 57.18, Human organ and tissue transplantation, 22 May 2004, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R18-en.pdf

また、WHOは2008年に発表した「ヒトの細胞、組織および臓器の移植に関する行動原則」において、あらためて、細胞・組織、臓器の購入等を禁止している。WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation, EB123/5 Executive Board 123d session, 26 May 2008（日本医師会私訳）

²² 国際移植学会「臓器取引と移植ツーリズムに関するイスタンブール宣言」2008年5月2日（翻訳：日本移植学会アドホック翻訳委員会）

3.2. 外国人患者の受け入れについて

「産業構造ビジョン2010」、規制・制度改革に関する分科会はともに、医療を成長産業として捉えている。日本医師会も、これまで経済波及効果や雇用誘発数を推計して医療が産業として重要な位置づけにあると認識してきたところであり、医療への投資は、将来の経済成長をもたらすものとする。

しかし、現在は、地域医療崩壊の危機にある。医療を成長産業として捉えるのは良いが、まずは、地域医療再生の道筋を示すべきである。「産業構造ビジョン2010」は、日本国内の医療再生への道筋とは関係なしに、官民一体となった外国人患者の受け入れを支援する組織の立ち上げ、国による外国人受け入れ医療機関の認証が必要であるとしているが、それは順序が違うといわざるを得ない。

その上で、日本医師会は、日本人であれ、外国人であれ、患者を診察、治療することは医師の当然の責務であり、人道的見地からも不合理な規制は緩和すべきであるとする。

現在も外国人患者を診察、治療している医師は少なくない。良心的に診療報酬なみの治療費で診察し、医療機関が持ち出しをして対応しているところもある。医療機関には、日本人、外国人問わず十分な診察、治療を行なうことができるような経営体力が必要であり、そのためには、診療報酬を全体的に引き上げて、医療経営を支える必要がある。

ただし、日本人の保険診療患者が締め出されていたり、日本人の自由診療患者も含めて膨大な治療費が請求されていたりすれば問題である。日本医師会としても実態把握に努めるが、日本の医療を混乱させないためのガイドラインが不可欠である。

3.3. 医療ツーリズムと混合診療の全面解禁

日本医師会は、営利企業が関与する組織的な医療ツーリズムには反対である。営利企業は、診療報酬に縛られず、自由価格の医療市場が拡大することを期待する。医療の質が担保できなくなるだけでなく、混合診療の全面解禁が後押しされ、公的医療保険の保険給付範囲を縮小させるおそれがある。

医療ツーリズムで日本を訪れる富裕層の外国人は、全額自己負担で診療を受け、現金やカードで支払う。医療機関からすれば、レセプトの請求をする必要がなく、かつ現金収入にもなる。診療報酬上の点数よりもはるかに高い金額を設定することもあるだろう。そして、全額自己負担で、高い診療費を支払う外国人患者は優先的に扱われることになる。

現在、医療ツーリズムの外国人患者を受け入れたいとしている医療機関は、PETやMRIなどによる健診（自費で行なう場合は健診）が空いているところかもしれない。しかし、それらの医療機関が、外国人患者に対して自由価格を設定して収益をあげ、経営状況が好転するようになれば、最新の画像診断機器を装備した近隣の医療機関も、それにならうことは容易に想定できる。そうになると、画像診断などの公的医療保険診療による検診（公的医療保険で給付される場合は検診）が混んでいる医療機関も外国人患者の受け入れを始めるだろう。そして、保険診療で受診している多くの日本人の患者は、これまでよりも後回しにされる。

そうすると、「全額自己負担でもいいから、優先的に検査、治療をしてほしい」という日本人患者が出てくることになり、全額自己負担できない日本人との格差が生じる。また、すでに病気で通院中の、ある程度の高所得者は、検査については全額自己負担するので優先的に受けたいと思うようになる。このことが混合診療の全面解禁を後押しすることになるだろう。

またMRIなど最新の医療機器による診断は全額自己負担ということが一般化

すると、最新の医療機器による診断を公的医療保険に組み入れるインセンティブが働きにくくなる。そのほうが医療費、特に公費支出が抑制されるからである。その結果、多くの患者は最新設備の整った日本にいながら、適切な検診を受けられないという事態になる。

さらに、日本人および外国人患者を自由価格のみで診療するようになった医療機関は、診療報酬とは関係がなくなる。これらの医療機関は診療報酬を引き上げる動きに同調する必要がないので、公的医療保険を拡充しようという働きが全体的に弱まり、診療報酬はますます抑制される。

その結果、都市部などで、外国人患者や富裕層の日本人患者が見込める地域と、そうではない地方との格差が拡大する。地方の医療機関では、診療報酬が伸びない中で苦戦を強いられ、最悪の場合には、地域医療が完全に崩壊する。

もちろん、現在、個別に外国人患者を受け入れている医療機関、医師がそうであるように、医療ツーリズムを受け入れる多くの医療機関は、健診や治療に良心的な価格で対応すると考えられる。しかし、ここに、株主への配当を至上命令とする株式会社があれば、どうしても経営効率を重視せざるを得なくなる。

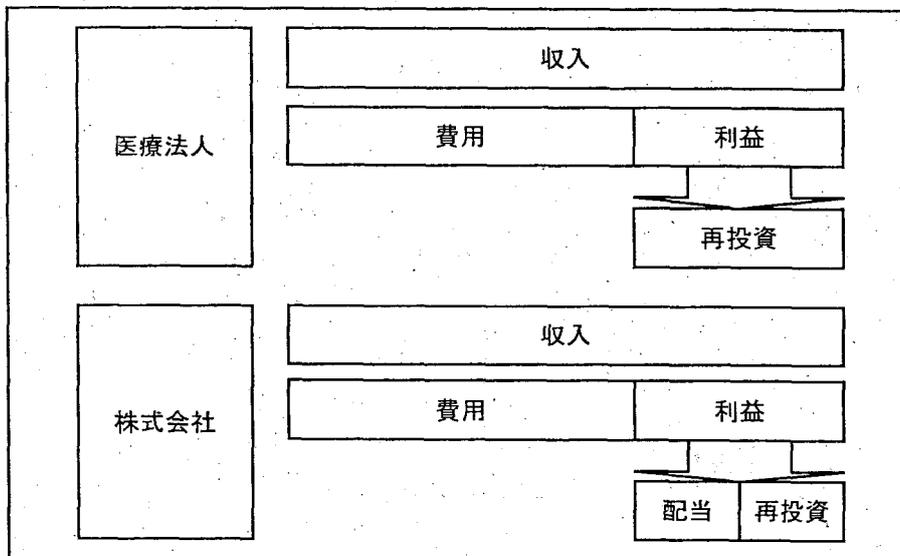
3.4. 医療における株式会社参入の問題点

経済産業省の実証事業には株式会社である旅行会社が参画している。医療ツーリズムが進展しても、株式会社は、最初のうちは旅行業など限定された範囲にしか参入しないかもしれない。しかし、医療機関と連携して事業を進めるうちに、医療機関にも株式会社の発想を求めるようになる。株式会社自らが医療機関の経営に参画したほうが効率的だと考え始めるようになる。

病院、診療所は営利を目的とせず、医療法第 54 条には「医療法人は、剰余金の配当をしてはならない」とある。

これに対して、株式会社は株式の引き受けを前提にした会社である²³。株主は高い配当を得ることを目的に株式を購入する。したがって、株式会社にとって配当は至上命令であり、株式会社は医療法人に比べて、より大きな利益を確保する必要がある。その結果、次頁に示すような問題が発生する。

図 3.4.1 医療法人と株式会社の違い



²³ 会社法第二十五条 株式会社は、次に掲げるいずれかの方法により設立することができる。

1 次節から第八節までに規定するところにより、発起人が設立時発行株式（株式会社の設立に際して発行する株式をいう。以下同じ。）の全部を引き受ける方法

2 次節、第三節、第三十九条及び第六節から第九節までに規定するところにより、発起人が設立時発行株式を引き受けるほか、設立時発行株式を引き受ける者の募集をする方法

医療への株式会社参入の問題点

① 医療の質の低下

保険診療において、コスト圧縮と医療の質を両立させることは、非常に困難である。収入拡大やコスト圧縮を追求するあまり、乱診乱療、粗診粗療が行なわれかねず、安全性への懸念が高まる。

② 不採算部門等からの撤退

利益を追求するため、不採算な患者や部門、地域から撤退することはもちろん、医療機関経営自体から撤退することもある。

③ 公的医療保険範囲の縮小

コスト圧縮にも限界がある。そこで、株式会社は政策的に医療費が抑制されない自由診療の増収を図ろうとし、公的医療保険給付範囲の縮小、自由診療市場の拡大を期待する。

④ 患者の選別

本業が保険、金融業などの場合、患者情報を顧客情報として活用できる。医療、民間保険、金融といった資本の輪が完成すれば、患者（顧客）の選別、囲い込みは容易である。そして、いつでも、どこでも、同じ医療を受けられる権利は失われる。

⑤ 患者負担の増大

株式会社が医療に参入した地域では、競争原理上、他の医療法人の株式会社化が進んでいく。株式会社がこぞって利益を追求すれば、医療費が高騰する。保険料や患者負担も増大し、低所得者が医療から締め出される。

3.5. 株式会社特区について

2010年4月30日、国家戦略室の成長戦略事務局チームが地域活性化統合本部に対してヒアリングを行なった。その際、「総合特区制度」の創設が議論の俎上にあがっており、資料には「医療（機関特区、地域特区）」とある²⁴。資料にこれ以上の説明はなく、また議事録も公開されていないが、株式会社特区の構想が再び浮上している可能性がある。

株式会社特区については、2004年5月28日に、構造改革特区法が改正され、同18条にもとづき、株式会社が特区において、高度医療の提供を目的とする病院または診療所を開設することが認められた²⁵。

高度医療とは、再生医療、遺伝子治療、高度な技術を用いる美容外科医療、提供精子による体外受精などを指す²⁶。特区では保険医療機関の指定は行なわれず、自由診療のみである。

これを受けて、2005年7月19日に、神奈川県全域を対象にした「かながわバイオ医療産業特区」において、株式会社による病院等の開設が認定された²⁷。そして2006年7月に、株式会社バイオマスターが、高度美容外科医療を提供する診療所を開設した²⁸。

当該株式会社特区に対しては、「株式会社による開設を可能にすることで、資金調達力等を活かし、研究成果の円滑な事業化、新たな研究開発への投資促進、関連産業への経済的波及を図り、民間主導による地域産業活性化、県民の長寿・健康、心豊かな暮らしのニーズの充足を図る」²⁹ことが期待されていた。

²⁴ 2010年4月30日、成長戦略事務局チーム各府省ヒアリング配付資料

http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokkasenryaku/image/20100430_jimukyokuhear_kinyuu_haihu_2.pdf

²⁵ 構造改革特別区域法の一部を改正する法律（平成16年法律第60号）2004年5月28日公布、2004年10月1日施行 <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kouzou2/hourei/031105/kaisei08.pdf>

²⁶ 「構造改革特別区域法第18条第1項に規定する高度医療の提供を行う病院又は診療所の構造設備、その有する人員等に関する基準（平成16年9月30日厚生労働省令第145号）」

²⁷ 内閣府 構造改革特区担当室・地域再生事業推進室「第8回認定 構造改革特別区域計画の概要（都道府県別）」2005年7月7日

²⁸ 株式会社バイオマスターのホームページより <http://www.biomaster.jp/>

²⁹ 内閣府 構造改革特区担当室・地域再生事業推進室「第8回認定 構造改革特別区域計画の概要（都道府県別）」2005年7月19日認定分 かながわバイオ医療産業特区

<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kouzou2/kouhyou/050719/dai8/22.pdf>

しかし、2009年現在、構造改革特別区域推進本部の評価・調査委員会が、かながわバイオ医療産業特区について調査し、把握している現状は、主として以下のとおりである（括弧内は回答者）³⁰。

1. (効果の発現について) わからない。(地方公共団体)
2. 特区計画認定時の予定より遅れている。(開設会社が) 診療所経営に注力していると思われる。(地方公共団体)
3. (1年前と比べて、患者数や手術件数) ほとんど変わらない。(当該病院)
4. 事業性の実証がない限り、適用事例は増加しないと考える。事業性の実証には、新技術の場合は5年かかる。(当該病院)

評価を下すには時期尚早かもしれないが、目標と現実には大きな乖離がある。また、地元の地方公共団体は、当該診療所が経営に注力しているため、関連産業への波及などが進む状況にないと認識している。このことから、株式会社特区としては理想を掲げたものの、参入企業は経営を優先していることがうかがえる。

現状の株式会社特区について、その成果が十分確認されていない中で、再び医療の機関特区、地域特区の構想が出てきたが、これが株式会社特区を含む構想であれば理解できない。まずはこれまでの株式会社特区の検証をしっかりと行なうべきである。

日本医師会は、必要な医療はすべての国民が受けることができる国民皆保険の堅持が大原則であると考え、したがって、株式会社特区を創設し、医療という生死にかかわる分野で、当該医療機関または地域の患者、住民の不利益になりうる懸念を抱きながら試行することに、原則として反対である。

なお、「経済財政改革の基本方針2008」に基づき、iPS細胞応用、再生医療などの開発を促進する革新的技術特区（スーパー特区）が創設され、24件が採択

³⁰ 「特例措置番号910の関連資料」構造改革特別区域推進本部 評価・調査委員会 医療・福祉・労働部会（第26回）資料, 2009年12月10日

されている³¹。これらはここで問題にしている株式会社特区とは異なるものであることを付記しておく。

³¹ 内閣府「先端医療開発特区（スーパー特区）の課題の採択について」2008年11月18日
<http://www8.cao.go.jp/cstp/project/tokku/081117tokkusaitaku1.pdf>