

医政メモQ&A

骨太の方針、第3弾について

平成15年6月27日、内閣府は「経済財政運営と構造改革に関する基本方針2003」を閣議決定しました。1、改革なくして成長なし 2、民間でできることは民間に 3、地方でできることは地方に、を基本理念とし、三つの宣言「目標」、七つの改革「具体的取り組み」を明示、また7月10日、政府の総合規制改革会議が取りまとめた「規制改革推進のためのアクションプラン、12の重点検討事項に関する答申案」が明らかになりました。これは骨太の方針第3弾の内容からさらに踏み込むように提言されたもので、医療分野は1.株式会社等、による医療機関経営の解禁、2.いわゆる混合診療の解禁、(保険診療と保険外診療の併用) 3.労働者派遣業務の医療分野(医師・看護師等)への対象拡大、4.医薬品の一般小売店における販売の4項目が盛り込まれました。今回は、上記4項目の関連事項につき、Q&A方式で最新の総合規制改革会議、厚生労働省、日本医師会の3者各々の主張を比較したものです。

(尚、資料として、総合規制改革会議アクションプラン実行ワーキンググループの「12の重点検討事項」に関する論点整理、平成15年7月10日発表(以下論点整理)、その他を用いた。)

1. 株式会社等、による医療機関経営の解禁

Q：営利企業は医療機関経営を行ってはいけないの？(法的な根拠を含めて)

●総合規制改革会議

A：行っても良い。

「営利を目的として、要因を解説しようとする者に対して、都道府県知事は、許可を与えないことができる」旨の規定(医療法第7条第5項)は、禁止の「法的根拠」と

はなりえない。禁止の根拠は、別途、昭和25年に発出された配当禁止の事務次官通達である。(論点整理より)

●厚生労働省

A：行ってはいけない。

医療法は、医療法人の剰余金の配当を禁止し(第54条)、それに対する罰則まで設けているので(第76条第3号)、配当の可能性のある株式会社には許可を与えないと解釈すべきものとする。禁止の根拠はあくまでも法律である。(医療法第7条第5項)(論点整理より)

●日本医師会

A：言語道断。

営利法人の参入は、非営利法人との会計構造の相違から、必ず医療費の増大をもたらすだけでなく、収益性の高い患者の選別など、わが国の皆保険制度が守ってきた公平性、平等性を著しく阻害するおそれ大である。「市場原理」による価格メカニズムと自由競争の徹底は、人間の命に価格をつけるという根源的な問題を内包しており、国民感情として認められることではない。医療においては、利益追求の面が抑制され、質による競争が強調されることにより、効率と平等の両立が図られるような原理が求められるのは理の当然である(2001年6月22日 社団法人 日本医師会声明文より)

2. 混合診療について

Q：なぜやってはいけないの？

●総合規制改革会議

A：行うべきだ。

厚生労働省は混合診療禁止の法的根拠について明確でないまま、混合診療を禁止している。保険診療に、保険外診療(自由診療)を付加した瞬間、根っこから医療保険

が適用されなくなり、完全に患者の自己負担となることも合理性は無い。(論点整理より)

●厚生労働省

A：行うべきではない。

わが国の医療保険制度においては、国民皆保険の下、「社会保障として必要十分な医療」は保険診療として確保することが原則である。他方患者ニーズの多様化や医療技術の進歩に対応するため、診療と保険外診療の併用を可能とする特定療養費制度が設けられている。無制限の保険外診療を組み合わせると不当な患者負担の増大を招く恐れがある。(平成15年7月11日規制改革推進のためのアクションプランに対する厚生労働省の考え方より抜粋)

●日本医師会

A：言語道断。

わが国の公的医療保険制度のすぐれた特徴として、患者のフリーアクセスがある。これを支えているのは国民皆保険制度と、現物給付制度であることは言うまでもない。現物給付とは保険者が当該治療に要する医療サービスを、医療機関から買い上げ、被保険者に給付する方式と定義できる。

保険医療機関が一部負担金以外の医療サービス費用を患者から徴収すれば、保険者が一連の医療サービスを保険医療機関から買い上げるという前提が成立しなくなる。そうすれば、保険者は医療サービス全体を現在に現物で給付することが不可能となる。つまり、現物給付システムにおいては、制度の理論上、医療保険と医療保険以外の費用が混在することはあり得ないということである。混合診療という概念の本質は保険診療と、診療外の診療行為が混在するのではなく、費用の混在を指すのである。

(混合診療についての見解、平成15年3月、日本医師会医療政策会議より抜粋)

3. 労働者派遣業務の医療分野(医師・看護師等)への対象拡大

Q：派遣業務をどう考えるか？

●総合規制改革会議

A：やるべきだ。

医師、看護師等については、その不足な地域によっては特に深刻化する中、紹介予定派遣の方式にとどまらず、通常の派遣方式についても解禁を図るべき。医師、看護師などの人数が増えることにより、医療の安全性が向上する。(論点整理より)

●厚生労働省

A：紹介予定派遣のみ可。

紹介予定派遣では、派遣就業の開始前の面接、履歴書の送付などが可能となった。これは医療機関が、労働者を事前に特定できない通常派遣の形態と異なり、医療資格者間の適切な連携に支障を生じないと考えられる。(平成15年7月11日規制改革推進のためのアクションプランに対する厚生労働省の考え方より抜粋)

●日本医師会

A：政令改正をうけ、対応する。

医療従事者を取り巻く問題は過少な供給である。厚生労働省は、労働者派遣の受け入れが臨時的、一時的な業務に限られてるということに変更は無いことを明らかにしている。国は長期的視点からその労働力を責任を持って規制する義務があるにもかかわらず、国民に対してその責任を果たしてこなかった。また、医療機関への医療資格者の派遣を「紹介予定派遣」によって行うとしても、派遣事業者の医療機関に対する圧倒的優位性によって、医療機関側が安定的かつ効率的に安全な医療サービスを国民に提供できないリスクが発生する。

(平成15年6月24日、日医総研リサーチエッセイNO33より抜粋)

4. 医薬品の一般小売店における販売について

Q：どう考えるか？

●総合規制改革会議

A：早急に販売可能とすべき。

少なくとも「特例販売業」「配置販売業」などが取り扱うことが可能な、人体に対する

作用が比較的穏やかな医薬品などについては、コンビニエンスストアなど一般小売店においても早急に販売可能とすべき。(論点整理より)

●厚生労働省

A：医薬部外品の拡大という選択肢はありえる。

医薬品の販売のあり方は、第一義的には、消費者の利便性ではなく、国民の生命、健康の保護の観点から判断すべきものである。医薬品は、たとえ一般用医薬品であっても、過量使用や重複投与などによる副作用の事例が存在するため、薬剤師等の関与のもとで使用されるべきものである。(平成15年7月11日規制改革推進のためのアクションプランに対する厚生労働省の考え方より抜粋)

●日本医師会

A：説明と同意なしに薬が売られてしまっ

て、患者被害が拡大する可能性があることは、患者の安全という流れに逆行している。

(7月1日経済財政諮問会議「基本方針」に対する日医の見解より抜粋)

以上最新の考えを列挙しましたが「骨太の方針2001」を思い出していただきたい。総枠規制は、さすがに認められていませんが、保険者と医療機関の直接契約、診療報酬包括化、病床数制限等はすべからく認められている現実があります。知らないうちに骨太の方針はどんどん決定されている現実があります。字数制限のため詳細は記すことができませんが、相手の論点を理解し、きっちりと反論できる理論武装をしたいものです。

(政策部副部長 今 真人)

<札幌医通信投稿に当たってのお願い>

1. 投稿内容について

個人を誹謗・中傷したもの、内容その他が掲載に支障があると広報委員会が判断した場合は、加筆、訂正、削除等を求めることがあります。掲載の採否は広報委員会・政策部にお任せ下さい。

2. 掲載号について

毎月の広報委員会において決定いたします。

3. 投稿枚数について

1回の投稿は原則として2ページを限度とします。長文原稿及び連載ご希望の方は、あらかじめ政策部までご連絡ください。

・基本的に電子メール、フロッピーディスクにてお願いいたします。

1ページ (1,500字)

2ページ (3,000字)

・ご希望の場合は札幌医通信原稿用紙 (21字

×12行) をお送りいたします。

4. 原稿の体裁等

1) 横書きといたします。

2) 引用文以外は、当用漢字、現代かなづかいを使用して下さい。

3) 明らかな誤字、脱字等は政策部で訂正し、著者校正は原則として1回といたします。

4) 別刷が必要な方は事前に政策部へお申し出ください。(実費がかかります)

5) 原稿は原則として返却はいたしません。

5. 原稿送付先

担当 札幌市医師会 業務一課 中山

E-mail m-nakayama@spmed.or.jp

〒060-8581 札幌市中央区大通西19丁目

札幌市医師会

TEL611-4181 FAX611-8608