

混合診療 本当のところはどうなんだ？

(岩波書店「世界」2005年4月号掲載)

(株)日本医療総合研究所 代表取締役社長 中村十念

昨年末、「全面解禁は見送り」と報道された混合診療問題。

その灰色の決着の意味するものは何か？

そもそも混合診療とは何で、それが今後認められた場合、日本の医療にどのような影響を及ぼすのだろうか？

広い視野にたつて、その恐るべき背景に警鐘を鳴らす。

突然だが、癌と診断された患者に関する三択のクイズである。次のうち、いわゆる混合診療に該当するのはどれであろうか。

医師の通常の処方による医薬品で治療した。

医師の処方を断り、患者の意思と費用で海外から輸入した国内未承認の医薬品で治療した。

正解は である。どうしてそうなるのか。やや複雑になるが検討してみよう。

混合診療とは何か

医療の提供に当たっては、医薬品、医療材料、人件費、物件費等の費用がかかるのは、ほかの業と変わらない。かかる費用を賄うのに、利用者の自己負担、保険システム、税の抛出、などの方法が考えられる。日本は、の保険システムを活用して、全ての国民を被保険者とする医療保険制度を採用している(実際には、自己負担割合を設けることにより要素が、補助金を設けることにより、要素が加味されている)。保険者は、国や市町村、保険組合などの公的機関によって構成されている。

保険システムの最大の敵は、保険の悪用(モラル・ハザードという)と、保険金支払い頻度の高いハイリスク者の集積(逆選択という)である。日本の場合、国民全体が被保険者となり均一なサービスが提供される仕組みなので、今のところ逆選択が起こる心配はない。しかし、モラル・ハザードは生じる可能性がある。その防止に注意を払うのは、保険者の義務である。日本の医療保険制度もモラル・ハザードを防止するために、各種の制度やルールを設けている。

そのひとつが指定保険医制度である。保険者(国)から保険医の指定を受けていなければ、医師は保険からの支払いを受けられない。そのため日本の臨床医のほとんどは保険医である。保険から支払いを受けることを前提に行われる医療が保険診療である。

この保険医がモラル・ハザードを起こさないよう、いろいろなルールが定められている。厚生労働省が、保険者と保険医間の取り決めとして定めた「療養担当規則」がその代表である。

療養担当規則には次のような条項がある。

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。(第十八条)。

保険医は、厚生労働大臣の定める医薬品以外の医薬品を患者に施用し、又は処方してはならない(第十九条)。

前者は、医術に関する縛りであり、後者は医薬品に関する縛りである。いずれも、規定外の使用を禁じている。なぜこのようなルールがあるかといえば、保険給付の平等性を守るためである。

医療は、臨床技術の体系である。臨床技術は、診察(検査を含む) 診断 処置・処方 観察、という一連のシステムとして提供される。医師が診断して治療するというプロセスは逆になることはないので、医師の医療行為のことを診療という。

一方、保険は基本的に、モラル・ハザードの原因となりがちな例外を嫌うシステムである。保険として医療を給付するからには、その臨床技術が特異なものではなく、有効性・安全が実証されたものだけで構成されるべきであるということになる。給付の平等性からいえば、有効・安全であっても定められた場所でしか使えない臨床技術も排除される。これが保険医療の特徴である。

しかし、このルールには、技術進歩への対応が遅れがちであるという欠点が含まれている。その欠点を補うために、有効性・安全性は担保されているものの、その普及度などについて難がある臨床技術については、「孵化器」を設けて様子を見るようにしている。これを「特定療養費制度」という。特定療養費制度という「孵化器」に入った臨床技術については、保険医が行つてもルール違反とはしないということである。つまり、行つてもよいが、しかし、保険上の臨床技術としては総合的に見て十分な評価とはいえないので、それ自体は保険給付の対象外である(特定療養費制度は、臨床技術以外にも差額ベッド代等便利に使われているが、煩雑になるので、ここでは触れない)。療養担当規則は、医師にとつて窮屈かもしれないが、モラル・ハザードを防止し、日本の医療保険システムを守るのに貢献してきたのは事実である。

さて、療養担当規則にある規定外のものの使用禁止ルールと混合診療がどのように関連するかは、一見しただけではわからない。療養担当規則には、「混合診療」という言葉も「混合診療を禁止する」という文面もどこにも出てこないし、規定外の技術と医薬品の使用を禁ずるという至極当然のことが決めてあるだけのように見えるからだ。

これを混合診療と結びつけるためには、チョットした裏技が必要である。このルールを裏から読むのである。つまり、規定外の技術あるいは医薬品を使った診療は保険診療ではないと読む解釈である。保険診療ではないから保険者からの支払いは、一切受けられない

という訳だ。この裏読みが、混合診療禁止の根拠なのである。法的に明文化された混合診療の定義はない。私がこの一文中「いわゆる混合診療」という文言を使っているのはそのためだ。現行で禁止されている「いわゆる混合診療」とは、結局、保険医が一連の医療行為（診療）の中で、規定外の技術あるいは医薬品を使うこと、となる。

しかし「（ルール違反行為の）禁止」と「（ルール違反行為の場合）保険者は費用を支払わない」とことは直接結びつかないし、現行のように一部でもルール違反があると（診察から観察までの一連のプロセスで）かかった費用が全部初診に遡って支払われない、というのものなかなかピンとこない。モラル・ハザードを防ごうという保険管理者の気持ちはわかるが、かなり強引な解釈である。

このように、根拠とは言ってもかなりあやふやな話なので、いろいろな混乱が起こった。いくつかのマスコミは、どこにも定義のない言葉を国民にわかりやすく説明しようとして骨を折ったが、かえって話をわかりにくくした。たとえば、保険診療と自費診療が混合した診療が混合診療であり、これの解禁をめぐる議論がたかかわっていると説明した。しかしこのような診療は現実にくらでも存在しているという、聞いた人はびびくりする。風邪の診断を受けた人（患者）が、医師の処方を通り、市販薬で治療したとする。このケースは、診察費という保険診療と市販薬購入代金と自費が混合している訳であるが、この人はルールに違反しているであろうか。そんなことはない。このようなケースで混合診療だといって診療費まで遡って自費を請求されることはない。

冒頭のクイズの例にあるように、風邪薬が海外から輸入した抗癌剤に変わったところで事情は同じである。患者が自分の意思と費用で治療や医薬品を決定すること（ ）は全く自由である。いわゆる混合診療の禁止がさも患者の選択の自由を奪っているかのとき、プロパガンダがあるが、それは誤解である。なぜなら、先程見た通り、規定外の医療や医薬品の使用禁止のルールは保険者（その元締めは厚生大臣）と保険医との間のことだからである。患者はそのルールからは自由だが、医師が保険医の立場で規定外の技術や医薬品を使うケースはルール違反になるのである。ただ、そのようなケースはほとんどなく、で処理されていることが多いと思われる。

また、保険診療では使える材料等の量に制限があつて、それを超えると医療機関の持ち出しになるので、持ち出し部分を患者から徴収できるように混合診療を認めるべきだという医療機関側の意見もある。

しかし、患者の立場からすれば、合理的な理由のある必要量は保険給付されるのが当然であつて、混合診療化は筋の違う話であるということになる。

混合診療論議の評価

さて、ここまでの情報にもとづいて、混合診療論議の結論を評価してみよう。二〇〇四年一月二四日、規制改革・民間開放推進会議の第一次答申が小泉首相に提出され、これ

を受けて各マスコミは「混合診療の全面解禁は事実上見送り」と一斉に報じた。本当のところはどうなのだろうか。

まず臨床技術については、特定療養費制度という「孵化器」をもう少し大きくすることで決着した。具体的には舌癌の術後の形成術や乳癌手術後の乳房再建術などをルール違反ではないと認めようということである。有効性・安全性を評価せず、実験段階の技術まで何でも「孵化器」に入れられるようにしようという主張もあったようだが、それは容れられなかった。

有効性・安全性の評価の方法論と責任の所在の明確化という面は、今後の検討課題として残された。臨床技術についての取扱いは穏便に決着したと評価してよい。しかしモラル・ハザードが防止できるかどうかは、有効性・安全性の評価システムの性能にかかっている。

問題は医薬品の取扱いである。この決着は不透明である。肝腎の「保険医は、厚労大臣の定める医薬品以外の医薬品を患者に施用し、又は処方してはならない」という療養担当規則の条項が、継続されるのか廃止もしくは実質的に廃止されるのかがどうか不明確でない、ということである。今回の答申ではつきりしているのは、治験薬について、治験の開始から承認取得までの間、一気通貫で特定療養費扱いとなったことだけである(図1)。これまで、新薬の開発プロセスにおいて、治験の開始から治験の終了までの間は特定療養費扱いとなっていた()。その間の薬価は、メーカーが決めることになる(治験のコストをだれが払うべきかというときに、患者への負担を強いることになる点で問題ではある)。その後は特定療養費扱いにならないため、薬として承認されたあとは、医薬品メーカーが国に保険薬としての承認を求める(これを保険収載という)のが通常であった()。そうでないと保険薬として使えない、つまり、使うと現行では禁止されている混合診療になってしまうからである。

今回、承認取得まで一気通貫で特定医療費扱いとなった()ことで、その後は保険薬としての承認を求めるか、特定療養費とするかはメーカーが選択できる可能性が出てきたことになる()。今後、混合診療がOKとなれば、あるいは特定療養費扱いの範囲が拡大するならば、の段階で、メーカーが薬価の安い保険薬を選択することはありえないであろう。これは、メーカーが薬価の価格決定権を握ることを意味する(混合診療解禁を求める論点のひとつに、海外から高い抗癌剤を輸入して使っている人を救済せよ、というのがあがるが、混合診療解禁となったら、抗癌剤の価格が下がる保証はどこにもないのである)。

もし、新しく開発された薬(これを先発薬という)が特定療養費化された場合、患者の負担は表1のようになる。メーカーがどの程度の価格設定をするのかはわからないが、メーカー決定価格が薬価を上回ることは間違いなく、患者の負担は非常に大きくなる。

アメリカの影

これが意味するのは、日本がアメリカ型の医薬品供給体制に転換するのかがどうかということである。ここで周辺情報として、アメリカの医療における医薬品の供給システムにつ

図1 治験開始から承認まで

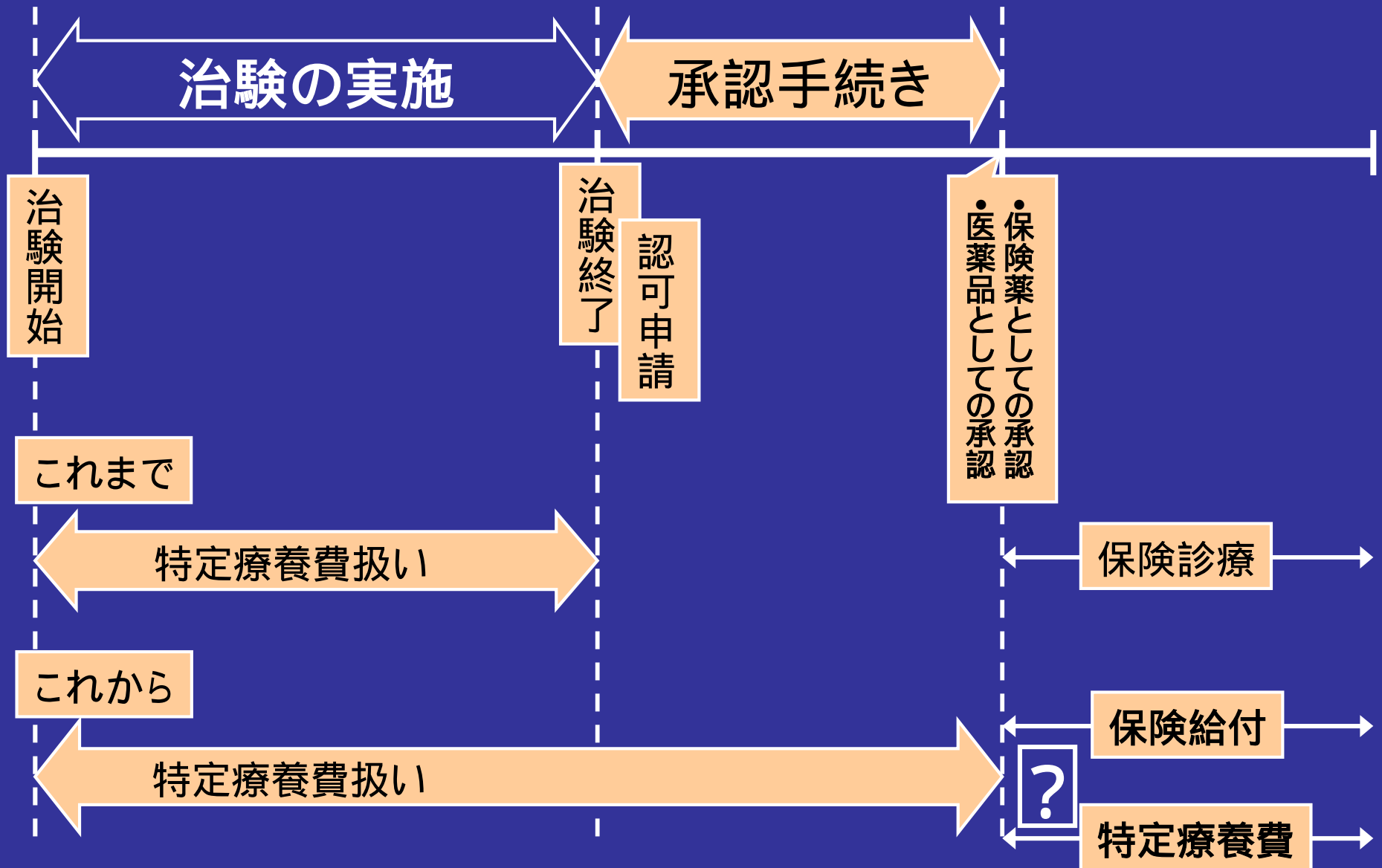


表1 先発薬が特定療養費化された場合の患者負担

		これまで	これから
患者負担	医薬品	薬価の3割	メーカーの決定価格の全額
	医薬品以外の医療費	保険価格の3割	同左

いて触れておきたい。

アメリカには、国民皆保険制度は存在しない。公的医療保険制度は「メディケア」と呼ばれる老人保険制度が存在するのみである（貧困者福祉としての「メディケイド」も国の運営である）。一般の人は民間の医療保険に加入するが、未加入者が四〇〇〇万人以上存在する。このことを問題にする勢力がアメリカにも存在する。たとえば、クリントン政権の第一期にヒラリー・クリントンが中心となって国民皆保険を企図したことがあったが、医療の低価格を嫌う医療品メーカーや保険会社の反対に遭い、あえなく潰されてしまった。日本の医療保険制度では、当然のことのように医薬品も給付の対象にしているが、アメリカのメディケアでは外来医薬品は原則給付の対象ではないのである（段階的に医薬品を給付の対象にすべく、二〇〇三年に処方箋薬法案が立法されたがうまく機能していない、というポール・クルーグマンの報告がある）。

つまり、アメリカでは医薬品の値段の決定権は医薬品メーカーがもっており、メーカーは当然なるべく高く売ろうとする。その結果、アメリカ国民でカナダの国境に近い人はカナダに薬の買出しに出かけており、カナダからの薬の輸入問題は二〇〇四年の大統領選の争点の一つになったという（『日経産業新聞』二〇〇四年一〇月二六日）。アメリカのFDA（食品医薬品局）が医薬品のカナダシフトを妨害しているという報告もある（TBSテレビ「CBSDキコメント」二〇〇四年一月一九日放送の「世界一高い米国医薬品」）。なお、カナダは日本と同じく国民皆保険の国である。

このような制度的な問題を持つアメリカの医療の国際的な評価はどのようなものだろうか。

WHO（世界保健機関）は二〇〇〇年に一九一カ国のヘルスケアシステムのランキングを発表した。それによると、アメリカの総合順位は一五位である。一位は日本であった。医療の根っ子には国民性、価値観、文化、歴史等が横たわっているのでその比較は容易ではないという要素を割り引いても、年間約一八〇兆も使いながら一五位とは厳しい評価である。

さて、今回の混合診療論議にアメリカの影はなかったのであろうか。アメリカ大使館のホームページを見ると、アメリカ通商代表部名の「規制改革要望書」というものが日本語で掲出されている。二〇〇四年版まである（二〇〇四年一〇月一四日 <http://japan.usembasy.gov/jtpolicy-main.html> から入ることもできる）。毎年秋に出されているものである。これは、アメリカの通商代表部が日本政府に対して、アメリカ企業の商売拡充のために「あれが足りない。ここを直せ」という指導要領のようなものである。その分野は、情報技術、電気通信、医療機器および医薬品、エネルギー、競争政策、透明性およびその他の政府慣行、商法改正、司法制度改革、金融サービス、流通の一〇分野にも及ぶ。

医療機器および医薬品の項を見ると、「米国政府は日本政府に対し、その医療政策を達成するためには、医療機器・医薬品に関する薬事規制と償還価格の問題を引き続き解決する努力を活発に行うことを求める」とある。なにやらわかりにくいのが、要するに「医薬品の

承認を急いで、自由価格を認めよ」ということである。前述したような、アメリカにおける医薬品販売と同じ方法をとれということである。それで小泉首相や竹中大臣、宮内義彦氏（規制改革・民間開放推進会議座長）が混合診療導入の大合唱をしている謎が解ける。アメリカの医薬品メーカーはカナダの安い薬に市場を奪われようとしている。その代替市場を日本に求めようとする仕掛けである。

この要望書では、アメリカの言いなりになる小泉首相を絶賛し、規制改革・民間開放推進会議を賞賛している。規制改革要望書が指導要領だとすれば、通信簿は毎年春に出される「日米間の規制改革及び競争政策インシアティブに関する日米両国首脳への報告書」（以下インシアティブ報告書と呼ぶ）である（〇四年六月八日の第三回報告書は前述アドレスからアクセス可能）。

規制改革要望書が毎年定期的に出されるようになったのは、一九九四年からであるが、そのルーツは一九八九年から始まった「日米構造協議」である。日米構造協議には前科がある。日本の心臓病患者が何年にもわたって異常に高い心臓ペースやカテーテルを買わされているのはご存知であろうか。そのほとんどはアメリカのメーカー製である。この高止まりする値段の仕組みを作ったのが日米構造協議の前身であるMOS協議（市場重視型個別協議）なのである。一九八九年という年はベルリンの壁が崩壊し、アメリカが政界再編に動き始めた年である。「日米構造協議」とは、一貫して日本の構造をアメリカの構造に組み込むことを目的としている。その逆ではない。この仕掛け人はアメリカの通貨政策と通商政策をセットで押し進めようとするアメリカ財務省である。アメリカ財務省がアメリカの通商代表部を巻き込み、規制改革要望書を日本に定期的に突きつけるシステムを作り上げたのである（図2）

しかし、この要望書や報告書の中身を政府は発表しないし、マスコミもほとんど報道しない。従って大多数の日本人は対日圧力のメカニズムのことを知らない。国民は本当のことを知らされないまま、自分で自分の首を締めることを決めさせられている可能性があるのである。

このような背景を置いて、薬に関する混合診療議論の決着を見るとうすら寒くなる。まさに次の点でアメリカの書いたシナリオどおりに動いているからである。

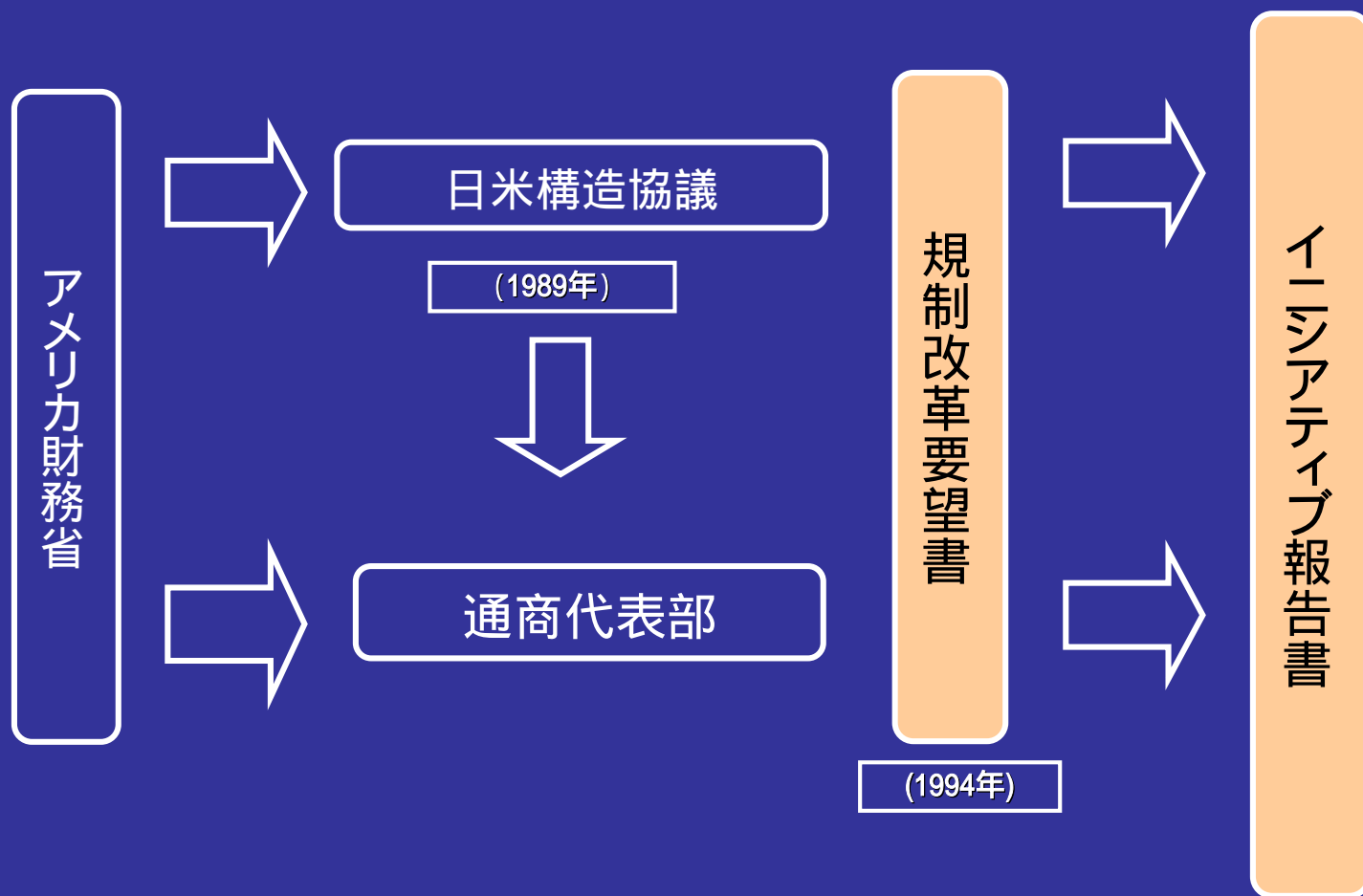
外資系メーカーの未承認薬の治験と承認を急ぐ体制づくりが合意された。

治験中の薬は、治験開始から承認まで一気通貫で、医薬品メーカーが価格決定権を握った。

治験中の医薬品のコストが医薬品メーカーから患者にシフトされる流れになった。

薬について保険扱いとするか保険外とするのかの選択肢を医薬品メーカーが持つ可能性が高まった。つまり、特許の切れた安い医薬品は保険給付するが、高い値段でも売れる希少疾病用医薬品やピカピカの新薬は保険外とするような選択肢である。このことは、後述する財政制度等審議会の建議書に二〇〇四年五月の段階で、つまり混合診療議論の前に明確に書かれている。

図2 対日圧力のメカニズム



我々はつい今までの常識に捉われて、医薬品メーカーは常に医薬品の保険払いを求めてくるものと思っていた。従って今回の混合診療の問題を、薬の価格決定権をめぐる戦争だという認識をもって観察していた人は少ないのではなからうか。

乳房再建術や舌癌切除後の形成術等の、いかにも患者にとって朗報であるかのような話は、トロイの木馬であった可能性が高い。

アメリカへの迎合体制

日本の政治と経済は、アメリカの指揮のもと、一つの「我々」に融合してしまった。「我々」の考え方は単純である。あらゆるものを証券化し市場で競争させれば、物事は解決されると思っっている。

この考え方の下敷きになっているのはアメリカの経済学者であるミルトン・フリードマンの「小さな政府」論である。日本の政府は、アメリカのヘッドクォーターが管理しやすいうようにほんの構造を変えようとしている。そういう意味での「構造改革」なのだ。

ブッシュ政権はネオコン（新保守主義）の影響下にある。ネオコンは、もともと民主党の対ソ連強硬派の人達だった。その人達が転向して対ソ連強硬派路線をとる共和党のレーガンに合流したのである。その人達はキリスト教原理主義やアメリカ優位主義と結びつき、ラディカルに右傾化していった。ネオコンが今アメリカを動かしている。彼らの目標は、自分達だけの完璧な安全である。それを実現するのは「金」と「力」だ。クリントン時代に達成した財政黒字もなんのその、ひたすら高所得者のための減税に走っている。財政はもとの木阿弥である。金持ちにとって、社会保障は縮小すべきものどころではなく、あってはならぬものである。彼らにとつては社会保障も金融化・ビジネス化の対象である。

ビジネスも自分たちで独占する。アメリカは日本企業の株式の持合いを前近代的と批判したが、アメリカの実態はそれどころではない。軍産複合は当たり前だし、エネルギー産業に見られるように政と産の癒着は甚だしい。エンロン事件のように、金のためであれば会計のルールまで曲げてしまふ。

イラク侵攻は大義がなかったことが判明した。しかし、いっこうに反省の様子は無い。国民的な好戦性が満足させられる上に、軍需産業の発展に役に立つのに、なぜ反省する必要があるのかということなのだろう。

先述したように、そのアメリカから、規制改革要望書を通じて圧力がかけられている。日本には、アメリカの圧力に対する迎合体制が存在する。それは、「経済財政諮問会議」と「規制改革・民間開放推進会議」および「ＥＴ戦略会議」である。最近、これに管轄が総務省から内閣府に移った公正取引委員会が加わった。外資支援のためである。

日米構造協議や規制改革要望書のアメリカ側の本当の仕掛け人はアメリカ財務省であると述べた。実は日本側の本当の仕掛け人も日本の財務省である。財務省が仕切る審議会に「財政制度等審議会」がある。この審議会は四月に年度が始めるとすぐに動き出し、数回

の会合の後、五月か六月初旬に報告を出す。この審議会から出される報告は報告書といわず、他ではほとんど使われない「建議書」といわれる。この審議会のエリート意識が感じられる言葉である。これが各府庁予算の概算要求のガイドラインになる寸法である。この建議は五月あるいは六月のものが修正されて一一月にも出され、これが予算要求のガイドラインとなる。

財政制度等審議会の委員リストを見ると、一九九人のうち大新聞やNHKなどのマスコミ関係者が四人いる。これでは、この審議会で決まったことにマスコミは何も言えない。経済団体や労働界からの人も入り、文句が出にくいように巧妙に委員が構成されている(財政制度等審議会は、財務省のホームページ <http://www.mof.go.jp/index.htm> から入る)。政・官・財・学・労・マスコミのオール与党体制である。

社会保障つづしと公的保険システムの崩壊

この建議書の中身を見ていくと、二〇〇五年(平成一七年)年度の財政にかかわる基本戦略は、社会保障潰しであることがわかる。その理由は、国債発行増の原因は社会保障費にあるからと、財政的なことを建前にしている。しかし、これは事実と違う。国債発行残高に対する社会保障関係費の残高は年々低下し、一九九四(平成六)年に四・六六%であったものが、二〇〇三(平成一五)年には二・七三%まで減っている。また、社会保障関係費の増加と国債発行増は、ほとんど何の関係もない。社会保障費など構いなしに国債発行高はどんどん増え続けているのである。

この建議では、医療・介護の戦術面まで細かく載せている。表2、表3にそれをまとめた。ほとんどが給付削減と自己負担増加のオンパレードである。財務省の得意手に、「山びこの述」がある。医療で使った手を、その次の介護制度の見直しに使う手だ。その逆もある。たとえば、医療が三割負担になったので、それと整合性を取るために(と称して)介護も三割負担にするという手である。介護で部屋代や食事を給付しないことになると、その次の改訂で医療でも給付しなくするという展開となる。

ここで、先述したように、いわゆる混合診療の導入と、先発薬の特定療養費化が明記されていることは注目されてよい。

要するに、政財の融合体である「我々」は、財政赤字を理由にして社会保障潰しに血道を上げていくということである。これは米ブッシュ政権の社会保障潰しと共通している。

今回の混合診療論議は、この社会潰しの一環として見るべきである。具体的に言えば、医薬品の給付を医療保険からはずし、価格決定権を医薬品メーカーに譲り渡す地ならしをしたということである。

そうすることは一見、財務省にもメリットがある。公的保険の規模が縮小するので、税の投入負担も減るといって「皮算用」になるからだ。民間の保険会社のビジネスチャンスも広がる。公的担保の範囲からはみ出す部分は民間保険会社の新たな市場になるからだ。そ

表2 2004年 財政審建議書(医療)

戦術	項目
公的保険の対象範囲の見直し	いわゆる混合診療の導入 市販類似医薬品の非保険適用化 先発薬の特定療養費化 一定金額まで医療費全額自己負担となる保険免責制度 入院者の日常生活費用(食事・ホテルコスト等)の非保険適用化
高齢者医療コストの削減	入院全般の包括払い化 伸び率管理制度
地域・保険者の医療費適正化への取り組み	都道府県単位での保険者の統合・再編 保険者主導のIT化の推進 レセプト点検の強化 直接契約の推進 医療費の地域差部分の適正化システムの導入
世代間・世代内の保険料負担の公平化	老人負担増の促進 所得や資産等に応じた負担の促進
医療提供体制の再構築・効率化	かかりつけ医機能の強化 過剰病床の削減 外来患者の大病院シフトの是正 医療・機関の役割分担の明確化・連携強化

表3 2004年 財政審建議書(介護)

戦略	項目
自己負担割合の見直し	利用者の自己負担割合を2～3割へ(山びこの術)
給付範囲の見直し	施設におけるホテルコスト、食費等を保険給付から除外 軽度の者について、給付の見直し(削減) 一定額までの保険免責制度
負担の公平	負担軽減措置は、低収入低資産のものに限定 (受給者の死後は、残された資産から費用を回収)
保険者機能の強化、民間参入の更なる促進	不正請求の防止等について保険者機能の強化 給付と負担に関して保険者責任を徹底 介護施設を含め更なる民間株式会社の参入促進

うやうやしく大きくなった保険会社は有力な官僚の天下り先となっていく。

いわゆる混合診療の解禁は、短期的には、医師にとっても悪い話ではない。保険医に対する規制緩和であるから医師の裁量権は拡大する。拡大された裁量権にいろいろな業者が群がり、代替療法・民間療法の花が咲き、「混合診療バブル」のようなことが起きる可能性がある。

しかし、もとより代替療法・民間療法には有効性・安全性が実証されていないものが多い。従って医療技術の体系に歪みが生じ、医師のモラル・ハザードが急速に広がっていく運命となる。そうなると訴訟は激増し、医師の信用は大いに傷つく結果となりかねない。長期的にみると医師にとって割のあう話ではないのである。国民にとっては過酷なことであるし医師にとってもメリットはない。医師会が混合診療導入に反対する論点はここにある。

モラル・ハザードの蔓延は、支払い増大を招くと同時に管理コストを増大させ、保険財政の危機となる。また、いわゆる混合診療の解禁による自己負担の拡大は、病気をしないローリスクの優良被保険者が公的保険システムから民間保険等へ逃げ出していく結果を招く。ハイリスク者こそ民間保険が引き受けてくれないので、そのまま公的制度に残らざるを得ない。そうなると、保険財政は悪化し、保険料の上昇と自己負担の増大を招き、そのことはローリスク者のさらなる離脱を招く。こうして逆選択という新たな事態が生じる。これは年金の二の舞であり、行きつく先は公的保険システムの崩壊である。

確固たる理念の確立を

栄枯盛衰、その時々力の力のある者が弱者を支えるのは当然と考える「人を思いやる心」が日本人と日本の精神である。この精神に則した社会保障を潰しかかってこられたら、降参するか対抗するしかない。降参はアメリカのような社会保障になっってしまうことを意味する。降参の選択肢はない。対抗していくしかない。対抗していくためにはゆるぎない理念を持つことが必要である。

ゆるぎない理念の根っ子は日本国憲法第二五条、二七条に求めたい。

第二五条 すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

第二六条 すべての国民は、法律の定めるところにより、その能力に応じて、ひとしく教育を受ける権利を有する。

(略)

第二七条 すべての国民は、勤労の権利を有し、義務を負ふ。

(略)

ここには、国民の権利、国の義務、教育と勤労も社会保障のうちであることが、簡潔に

要領よく整理されている。今後憲法議論が盛んになっていくと思われるが、九条等の議論はあっても、この第二五条、二七条については指一本触れさせてはならない。憲法にもとづいて、社会保障を体系化してみると図3のようになる。

この体系の根本は、日本医師会前会長の坪井栄孝氏が提唱した「社会保障は国民を守る平時の国家安全保障である」という理念である。この理念は、社会保障はチャリティであり私的ビジネスの手段であるとするアメリカ型の社会保障概念とは明らかに一線を画する。この理念に従うと、社会保障は社会共通資本であり、それだからこそ、国が整備・充実の責任を負うことになる。整備・充実は、教育・勤労・年金という生計の安全保障と医療・介護という生命の安全保障の二つの体系に沿って計画・実行されるべきであるとされる。

巨大な政治パワーに対抗していくためには、まず確固としたゆるぎない社会保障理念を一人でも多くの国民が共有化する必要がある。

終りに

「先発薬の特定療養費化」の初登場は、二〇〇三年五月版の財政制度等審議会案の建議書である。私は最初それを見た時「これはブラフ（はったり）であろう。まさかそこまでやるまい」と思った。それでも多少の警戒心はあった。この年は二〇〇四年四月の診療報酬改定に向けての議論があったが、その場でも「先発薬の特定療養費化」は出なかった。警戒心は消えた。

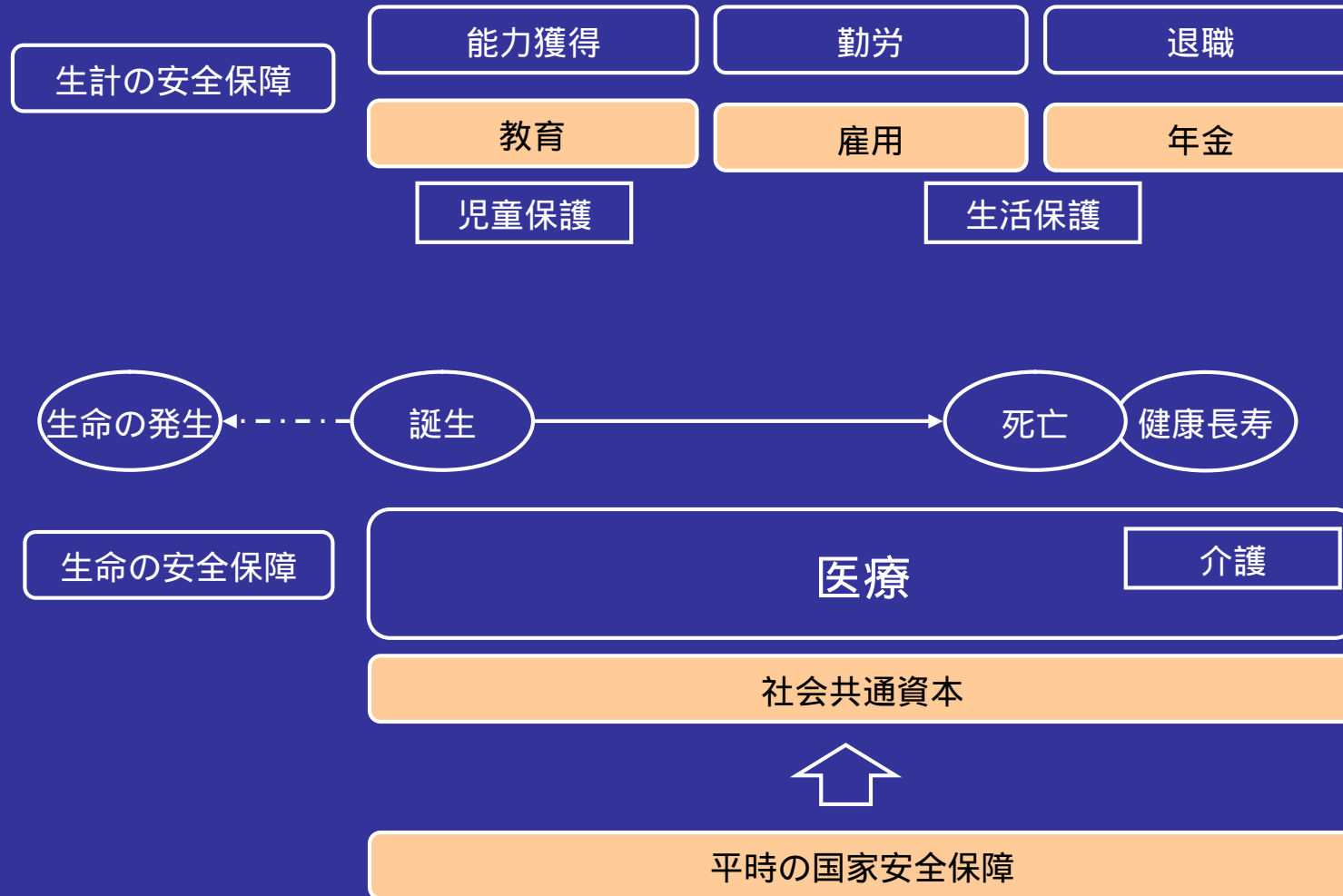
しかし、〇四年五月版の建議書にも再登場した。これを見た時に悪寒が走った。財務省が勝算もなく、漫然と二年続けて「権威ある」建議書に出来もしないことを載せるはずがない。これはやる気だと思った。その直後から、急に小泉首相が「混合診療は必ずやる」と言い出し、経済財政諮問会議も、「混合診療の禁止は国民の選択の自由を奪っている」とプロパガンダを始めた。そして、一〇月にアメリカ通商代表部からの規制改革要望書の日本語訳がホームページに出された。その中に「承認許可のスピードを早めて、薬価制度を改革せよ」と書かれている。これで米国 財務省 日本政府の方針はビタリと一致した。混合診療をめぐる戦いの始まりである。

後は医師会を始めとする「抵抗勢力」をどう籠絡するかだけである。ここで抵抗勢力側にはほころびが出た。一部の大病院が混合診療賛成をぶち上げたのである。医薬品についての悪巧みなど気づいている節もない。そこで出てきたのがアンパンドル（切り離し）作戦である。臨床技師と医薬品を切り離すということだ。技術については無理をせず、特定診療費制度の拡充、すなわち現状の拡大程度で収める。抵抗勢力に花を持たせるといふ訳である。

しかし、米日政府連合軍にとっては、少数の国民にしか関係しない技術の場が主戦場ではない。いわば「おとり」のようなものである。

本当の狙いは、ほとんどの国民が被害者となる医薬品である。しかし、それが一気に公

図3 社会保障の体系



になるのは困る。本当のことを知った国民の怒りを招くからだ。そこで、小出し作戦である。いわゆる混合診療の解禁の方向だけを決めておく。厚生省は全面解禁ではない、実質解禁である、ということにこだわったが、それは自己欺瞞である。相手は解禁という地ならしさえとればよいのである。言葉にはこだわらない。地ならしさえできれば、中身は官僚得意の「なしくずしの術」でどうにでもなるのである。

この本当の決着がどうだったかの真実は、この春に発表される「イニシアティブ報告書」の中で明らかになるだろう。ブッシュ大統領にどのように報告されるかである。さっそく小泉首相は一月二一日の施政方針演説で、「混合診療の解禁」を明言している。新聞報道とは違う。

「革命的な変更をするのだから法改正が必要だ」という意見があるかもしれない。それもつともである。だが、療養担当規則は厚生大臣の告示事項であり、国会での審議は要しない。官僚のさじ加減ひとつで決まってしまう。悪いことに、歯科医師会の政治資金問題を口実に、これまで官僚をチェックする機構としての機能を果たしていた中央社会保険医療協議会（中医協）の解体、あるいは実質的解体が平行して進められようとしている。歯科医師会問題は、そもそも政治家と官僚OBの問題であるのに、そのことは考慮されない。再編成後の委員構成は、政・官・財・学・労・マスコミのオール与党体制になるはずである。もはや国民の立場にたったチェック機能は働かない。

「大臣告示の改正ですむ軽い話ではない、健康保険法の改正が必要ではないか」という見解もある。むべなるかなである。しかし法改正が必要だとしても、この一二年は選挙の年ではないのである。国民の審判はきかないのだ。

その間にも、アメリカからの「規制改革要望書」は出され続け、それに応じて財政制度審議会の建議書という台本が作られ、市場原理絶対主義者が経済財政諮問会議や規制改革・民間開放推進会議という舞台で踊る。そして「イニシアティブ報告書」というブッシュ大統領へのエールで締めくくられる、このことが毎年繰り返されるのだ。そして国民は何の踊りかわからないままどんどん窮地に追い込まれる。

折りしも昨年末、大津波がインド洋沿岸を襲った。被害が大きかったのは、津波のことを知らない人が多かったからだという。我々日本国民も、近い将来、医薬品が保険で供給されない事態が襲来するであろうことを知らない。後から悔やんでも遅い。想像して災いを避ける手立てを講じるしかない。この一文が想像力の刺激の一助になれば幸いである。