

「規制改革・民間開放推進会議『中間とりまとめ』に対する厚生労働省の考え方」に対する見解について

平成 16 年 9 月 17 日  
規制改革・民間開放推進会議

さる 8 月 3 日に当会議が公表した「中間とりまとめ - 官製市場の民間開放による『民主導の経済社会の実現』 - 」に対し、同月 5 日付けで厚生労働省が標記の「考え方」を公表した。

そこで、上記「考え方」に対する当会議の見解を改めて整理し、別紙のとおり公表することとした。

	厚生労働省の考え方	当会議の見解
<b>V. 主要官製市場の改革の推進</b>		
<b>1 医療分野</b> <u>(1)いわゆる「混合診療」(保険診療と保険外診療の併用)の解禁</u>	<p>我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り、これまでも、科学的根拠に基づいて安全性、有効性が確立した治療法等について、随時保険導入してきたところである。</p> <p>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、適切なルールの下に保険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(昭和59年に創設)。</p> <p>このような仕組みによらず無制限に保険外診療との組み合わせを認めることは、たとえ特定の医療機関に限ったとしても、不当な患者負担の増大を招くおそれや、有効性、安全性が確保できないおそれがあるため、今後とも特定療養費制度の下で対応を図っていくことが適切であると考えます。</p> <p>この考え方に基づき、抗がん剤等の適応外使用について、特定療養費制度を活用し、承認前から保険診療と併用できるよう措置したほか、特定療養費制度における高度先進医療について、承認の簡素化及び新技術の導入の迅速化を行ったところであり、さらに、随時簡素化の対象技術を増加させるなど、対応を図っているところである。</p>	<p>そもそも医療保険は疾病や傷害というリスクを加入者間で分散する仕組みであり、保険対象となる診療行為は診療方法の普遍性、副作用のリスク、モラルハザードの防止、保険財政の均衡などによって決定されるのであって、それを超える診療行為を禁止することを意味する訳ではない。</p> <p>自由診療が容認されている現状において、混合診療に限って患者負担の増大や有効性、安全性を問題にすることは理解に苦しむ。保険外診療の内容、料金等に関する適切な情報に基づいて、患者自らが保険診療に加えて当該保険外診療の提供を選択する場合に、それを認めない理由はない。</p> <p>現行の特定療養費制度に基づき、中央社会保険医療協議会などの審議を経て個別技術毎に承認することで混合診療を限定的に認める方法では、医療現場の創意工夫と医療技術の競争を促すことはできない。また、特定療養費制度における高度先進医療の承認手続きについても、簡素化の対象は77技術中20技術のみであり、極めて不十分なものとどまっており、抜本的見直し(審議の迅速化、透明性の確保、利用者志向への転換等)が行われない限り是認し難い。</p>

<p>(2)「医療法人を通じた株式会社等の医療機関経営への参入」</p>	<p>営利を目的とする者に対しては、開設許可を与えないことができる旨規定する医療法第7条第5項をはじめとする医療法に規定されている医療の非営利の原則から考えても、株式会社が出資に伴い医療法人の社員として議決権を取得することは認められない。</p> <p>御指摘の平成3年1月17日指第1号東京弁護士会会長宛厚生労働省指導課長回答については、医療法の非営利の原則に則って回答されたものであり、当該回答が法的根拠ないという指摘はあたらない。</p>	<p>そもそも「開設許可を与えないことができる」という法律の規定を、「与えてはいけない」と禁止する根拠とすることはできない。特定の者に対してなされた「課長回答」をもって、「国民の権利」一般を制限する行為は、「行政手続法」に照らせば、「拘束力を持たない行政指導」にさえ当たらない。</p>
	<p>医療法人は医療法第7条第5項の規定により営利性が否定されており、また、医療法第54条において剰余金の配当が禁止されている。これは、医療法人が決算の結果、剰余金を生じたときは当該医療法人の基本財産に繰り入れるか積立金として積み立てることにより、当該医療法人が提供している医療をより充実させることを目的として定められているものであり、当該剰余金を他の医療法人に出資することは、医療法第54条に抵触するものと考えられることから認められない。</p>	<p>当該医療法人が提供している医療をより充実させるためには、内部留保を現在の病院設備の拡大に用いるだけでなく、他の医療法人に出資することで密接な連携関係を維持し、例えば互いの医療施設を効率的に活用することも必要である。また、他の医療法人に全額出資することによる医療法人間の合併が認められている中で、医療法人による他の医療法人への出資を認めないことに根拠はない。</p>
	<p>医療法第68条が準用している民法第65条第3項は、同条第1項の公益法人における表決権平等の原則を、公益法人の定款において表決権に差を設けることを認めたものである。これについては民法の公益法人の実務として「表決権に差別をした場合には、多数表決権を持つ社員に法人の運営権が移り、法人の性格が公益的なものから有力社員の私益的なものになる危険性がある」(出典：『公益法人の理論と実務』財団法人公益法人協会)としておられるところであり、当該民法を準用している医療法においてもこれに準拠し、昭和61年6月26日各都道府県知事宛厚生省健康政策局長通知において社団医療法人の定款例として「社員は、社員総会において1個の議決権及び選挙権を有する。」と規定しているところである。</p>	<p>医療法第68条で準用されている民法第65条第3項に基づき、医療法人についても、定款により議決権に差を設けることが本来認められるはずである。左記通知は、根拠の説明に公益法人協会の「理論と実務」を引用しなければならない。正にそのこと自体、法的根拠がないことの証左である。</p>

<p><u>(3)医療分野における価格決定メカニズムの見直し</u></p>	<p>中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）の在り方については、中医協における議論も含め、今後幅広く本格的に議論が行われる必要があり、現時点において一定の方向性を取りまとめることはできない状況にあるが、当面速やかに取り組むべき改革と幅広く制度の在り方について議論を進めていくべき改革との整理を行いつつ、更に議論を積み重ねていき、合意が得られたものから対応を図っていくことが必要と考えている。</p>	<p>中医協の問題点に起因するその改革について、中医協自身の議論・見解を前提とするのでは、公正な議論を行うことはできない。第三者、とりわけ国民の視点からの検証が必要である。今回の提言は、そのような第三者の立場からのものである。</p> <p>今回のような問題提起を行うことにより、それに対する賛否を含め各方面から意見の表明を促し、より良い対策を講じることこそ重要である。中医協における議論についても、審議過程を広く国民に公開し、理解を得ながら改革を進めるべきである。</p>
<p><u>(4)地域医療計画（病床規制）の見直し</u></p>	<p>総合規制改革会議が平成 14 年 12 月に策定した「規制改革の推進に関する第 2 次答申」においては、地域医療計画（病床規制）の見直しに関し、「平成 17 年度中の早期に措置」することとされ、厚生労働省としては、これを受けて閣議決定された規制改革・民間開放推進 3 か年計画（平成 16 年 3 月 19 日閣議決定）に基づき、様々な関係者を集めた検討会を開催し、鋭意検討している。</p>	<p>病床規制が地域の既存の病院の既得権となっており、病院間の競争を妨げていることの弊害を速やかに防止する観点から、実施時期の前倒しを行うべきである。</p>
<p><b>2 介護</b> <u>(1)施設サービスと在宅サービスの一元化</u></p>	<p>ホテルコストについては「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2004」等を踏まえて、介護保険制度改革の中で利用者負担の見直しを検討することとしている。</p> <p>施設サービス給付費は介護費用全体の 53%を占めており、地域の施設整備率は、地域の介護費用、すなわち保険料水準に大きな影響を与える。これは、当該保険者の負担が増えるだけでなく、租税負担や第 2 号被保険者の保険料という形で他地域にも波及することとなる。</p> <p>施設整備費補助には、地域の整備水準を調整する機能があり、その結果、特別養護老人ホームについては、65</p>	<p>ホテルコスト等の利用者による負担に係る見直しについては、できる限り早期に結論を得るとともに、平成 17 年度中に措置すべきである。</p> <p>施設整備への補助金を増やすのではなく、逆に廃止するにもかかわらず、介護施設の建設が増えるとする根拠は明確ではない。</p> <p>仮に、何らかの理由で、懸念されるように大規模広域型の施設が一時的に増えたとしても、施設間の競争条件の均等化により、民間企業等の新規参入が促進され、競争の結果、例えば小規模多機能型の施設が選択されていくことも十分考えられる。また、競争による淘汰も起きると考えられることから、施設整備費補助の廃止が保険</p>

	<p>歳以上人口 10 万人に対する定員数で最大と最小の都道府県との差異が約 1.8 倍と、一定の成果を挙げており、保険給付が必要以上に増大することを防いでいる。</p> <p>仮にこのような中で施設整備費補助を廃止したとすると、大規模広域型の施設が必要以上に建設され、本来在宅でも生活が可能な程度の要介護者への施設サービスの提供が促進されるおそれがある。これは介護サービスの質の向上、介護保険財政の両面から見て問題が大きい。</p> <p>なお、社会福祉施設等施設整備費補助や老人保健施設に対する施設整備補助等現行の補助金については、地方の自主性をより高めるという観点や小規模・多機能型の施設整備の推進や施設入所者の居住環境の向上などの観点から、改革に取り組んでいく必要があると考える。</p>	<p>給付の増大やサービスの質の低下を招くとは必ずしも言えない。</p> <p>施設整備費補助には特別養護老人ホームの整備を抑制する機能があるとのことだが、その因果関係は明確ではない。</p> <p>仮にそのような機能があるとしても、整備をコントロールする上で補助を行うことが効率的な方法とは必ずしも言えない。むしろ、ニーズのあるところに必要な施設が建設されるようにするためには、施設整備への補助を廃止し、社会福祉法人とそれ以外の経営主体との間の対等な競争条件を確保することが最も効率的な方法である。</p> <p>社会福祉法人への施設整備費補助については、社会福祉法人とそれ以外の経営主体との間の競争条件を対等にし、競争を通じた選択肢の拡大とサービスの充実を図るため、ホテルコスト等を利用者負担とすることを前提に、廃止すべきである。</p>
	<p>(参考)</p> <p>介護 1 の図では、特定施設の 1 人当たり給付額を、介護保険 3 施設の介護に係る給付額であると仮定して試算しているが、特定施設と介護保険 3 施設では、医師等の配置の有無など人員配置が異なるものであり、介護サービスの内容が違うことから、試算として適切でなく、今後の議論の参考とすべきではない。</p>	<p>確かに特定施設と介護保険 3 施設では異なる面があるが、介護 3 施設の費用内訳を示す統計数値がないため、やむを得ず左記のような試算を行ったものであり、それが適切でないと言うのであれば、所管省庁として適切な試算を示すべきである。</p>