

特集 ● TPPでどうなる暮らし、労働、経済

TPPでどうなる日本の医療

日野秀逸

1 国民主権をアメリカと日本の資本が侵害する仕組み

本小論ではTPPが日本の医療にどのような影響をもたらすかを考察する。その前提として、いくつかのことを確認しておく。

1) 日米同盟の強化が根底に

経団連米倉会長（当時）は「世界との連携という観点においてはTPPの交渉の参加は通商政策の観点のみならず、外交、安全保障の基準である日米同盟の深化であるとか、あるいはアジア太平洋地域における安定的な秩序づくりといったことから不可欠な政策課題であると思います」（2011年10月28日、第1回国家戦略会議での発言、「しんぶん赤旗」11年12月8日参照）と語り、財界がTPPを推進する理由は、単に多国籍企業の活動をいっそう自由にするための通商政策だけの問題ではなく、日米安保条約2条に対応する経済安保の課題であることを強調した。TPPが、安保法制（戦争法）とセットをなす、日米安保体制の強化という性格を持つことを捉えなければならない。

アメリカ側でも、ブルッキングス研究所のジョシュア・メルツァーは「TPPは経済的な理由だけでなく、外交戦略上の意味がある。米国は環太平洋域でリーダーシップを演じようと

している」（『朝日新聞』2012年2月9日）と述べている。

2) TPPはアメリカ型グローバル経済の論理に各国の制度を従属させる

商品や資本は、国境を越えて世界に進出するというグローバル性を特徴とする。しかし、医療を含む社会保障は、地域性・国内性が強い。「政策の決定や選択権の行使はある一つの国家状況の中で行われるのだということを認識することも大切である」「歴史的に見て国民国家が変化を嫌う文化的、制度的な島国性という特徴をもつことも事実である」（ミシュラー、丸谷冷史他訳、『福祉国家と資本主義』、晃洋書房、1995年、6頁）。

TPPは、日本を世界で一番企業が活躍しやすい国にする、という安倍政権の戦略にそっている。ここでいう企業とは日本企業に限らない。その国で国民の生活の現実と運動を背景に成立してきた社会保障などの労働と生活の様々なルールを、大企業（現実的にはアメリカと日本の大企業）の営利活動に有利なように、変えてしまうものである。経済・資本の論理を各国に押しつけるのがTPPであるが、ここで押しつけられる資本の論理は、アメリカ型のルールである。TPP関係諸国の中で圧倒的経済力を持つ「アメリカ型ルール」を各国に押しつけて、「そ

これらの国のかたち」そのものを大きく変えてしまう内容を持っている。医療にかんしていえば、食の安全を含めて、国民の健康と生命を守る制度・ルールが、大きく崩される危険が問題である。

TPPは、アメリカ主導の日米同盟強化のための通商協定推進路線であり、憲法が要請する平和的・主権在民の経済外交政策と対立する。TPPの本質は主権在民の否定であり、憲法の上に安保条約を置いているように、憲法の上にTPP協定を置くものである。

2 国民皆保険のすべてを対象とするTPP協議

1) 「日本の公的医療保険変更の内容はない」 (石原担当相)

石原伸晃経済再生（一体改革）担当相は2016年4月7日の衆院・環太平洋パートナーシップ協定等に関する特別委員会で、環太平洋連携協定（TPP）による日本の公的医療保険制度への影響について「私は何で（協定を締結すれば）国民皆保険制度が崩壊するという話になるのか不思議に思っていた。協定の中に『医療保険制度に関して、日本が今行っているものを改めなさい。変更しなさい』という規定が仮にあれば、それは大変なことだが、そんなものは全くない」「（全く）ないということは、今やっているもの（国民皆保険）をしっかりと守っていくという方針に何ら変更はない（ということだ）」と答弁した（自民党の福井照氏への答弁）。

問題は、この石原答弁が真実を語っているのか否かである。結論は「否」である。

2) 皆保険体制を含めて協議の対象に

30章からなるTPP協定には、独立した医

療の章は無い。このことを根拠に、石原大臣はじめ政府の対策本部は、「公的医療保険制度に関して変更は行われません」と説明してきた。しかし、国民皆保険制度の重要な一部をなす薬価制度、あるいは新薬の特許期間やデータ報告は明示的に協議の対象としているのである。

また、いわば本丸とも言うべき「健康保険制度」についても、「医薬品及び医療機器に関する透明性及び手続の公正な実施に関する附属書の適用に関する日本国政府とアメリカ合衆国政府との間の文書（概要）」において、「両国政府は、附属書に関するあらゆる事項（関連する将来の保健制度を含む。）について協議する用意があることを確認」（訳文は、内閣府ホームページのTPP政府対策本部のコーナーから入手）している。要するに薬価制度を含む公的医療制度にかかわる「あらゆる事項」を協議対象とすることで合意しているのである。

3) アメリカの悲劇を日本に「輸出」——公的健康保険制度のない国がモデルか

医療に関わるTPPの最大の害悪は、日本の医療・福祉分野をアメリカの投資対象にすることと、公的皆保険制をアメリカ的に営利民営化することである。TPPに反対しているジェーン・ケルシー（オークランド大学教授）は、『異常な契約』TPPに潜む米国のダブルスタンダード戦略』（『世界』、2013年12月）で、日本の医療制度を踏まえつつ、「日本の国民皆保険制度は、金融と健康セクターを通じた一貫した制度として機能しており、効率的である。この制度は社会的・文化的性格が強い。対照的に、米国の金融業界は健康保険を大きな利益を生む金融商品ととらえ、これを公的政策としての特色をまったくもたない形態の保険として取扱

う。……米国が多国間でのTPP交渉や日米並行協議での非関税障壁撤廃交渉の両方を通じて、健康保険制度の『競争中立性』の実現を目指すことは明らかである」と指摘している。

1章2節で述べたように、医療制度・健康保険制度は「社会的・文化的性格が強い」のである。ニュージーランドの研究者からの、正確な問題提起として重視したい。

彼女はまた、「日本の国民健康保険制度が功を奏しているのは、この制度が経験豊かで献身的な医療従事者、管理された報酬、非営利の病院や公共施設を伴った公的医療システムに基づいているためだ。一方、米国の民間健康保険のモデルは、民間の保健サービスチェーン全体による本格的な民間競争を必要とする」とも指摘している。こうした高い評価を得ている日本の社会保障としての国民皆保険制度を、利潤追求を最高目的とするアメリカや日本の大企業が「活躍」するための制度に変えてしまうのが、TPPの医療分野における目的である。

3 薬価制度への影響

1) 高い薬を日本に買わせるのは長年の念願

協定文（訳文は、上記ホームページ掲載の「環太平洋パートナーシップ協定の概要」（暫定版）（仮訳）の第26章「透明性及び腐敗行為の防止」に、この問題の具体的対応が示されている。「本章の附属書において、TPP締約国は、医薬品又は医療機器の一覧への掲載及び償還に関する透明性及び手続の公正な実施を促進することに合意する」となっている。

念のために言うが、この「透明性」は、日本の議会や国民にとっての透明性ではなく、利害関係者である主にアメリカと日本の製薬企業にとっての「透明性」である。アメリカは2011

年9月に公表した「医薬品へのアクセス拡大のためのTPP貿易目標」の中で、①アメリカ企業が開発した革新的医薬品を迅速にTPP加入国で売り出せるようにする（これは安全性で問題が起こる。日本の厚労省が自主的に認可できなくなり、アメリカ側の要求を認めなければならない）、②医薬品に関する関税を撤廃する（日本国内の後発メーカーに大打撃を与える。日本の製薬企業の大半は後発メーカー）、③各国内での流通障壁を低減させる（アメリカ製薬企業からの日本の薬品流通市場への介入）、④不要な規制障壁の最小化（公的保険のもとで薬価を決めるルールにアメリカ製薬企業が口を出す）といった要求を強く出していた。

このアメリカ側の要求を準備したのが、2011年2月28日～3月4日に東京で開催された第1回日米経済調和対話であり、発表された文書では、医薬品・医療機器がまとまった項目を成し、「透明性」について、多くのことが書き込まれた。たとえば、外国の企業が開発した薬について、「外国平均価格調整（FPA）ルール：日本における価格が外国平均価格より高いか低いかにかかわらず、製品が平等に扱われるよう」にせよという。これは、アメリカの高価な薬品を日本の健康保険制度に採り入れる場合に、薬価が低くなることを抑制することが狙いである。「ドラッグ・ラグ：日本における革新的新薬の早期導入を促進し、ドラッグ・ラグを縮小するよう」にする、という要望も盛り込まれた。これは、薬の効果や安全性に関する審査を甘くして、早く日本国民に飲ませろということであり、安倍政権下で実施されたものである。

2) 薬価決定過程に製薬企業が直接参加

ある薬を健康保健制度に載せるか、薬価をい

くらにするかなどを決める審議会にたいして、「利害関係者に対する審議会の開放性、この要件を厳格化して、審議会の透明性と包括性を向上させる」と言っているものであり、要するに、日本で薬価を決めている中央社会保険医療協議会にアメリカ企業代表も入れろということである。

こういう要求を従来からアメリカは出していて、これが今回、TPP協定第26章「透明性及び腐敗行為の防止」の「附属書二十六A 医薬品及び医療機器に関する透明性及び手続の公正な実施」に盛り込まれたのである。

内容を日本の制度に引きつけて解説を加える。中央社会保険医療協議会が、「国の保健医療制度の下で、償還を目的として新たな医薬品」を「一覧に掲載する」し、「償還の額を設定するための手続きについて」「検討を一定の期間内に完了」し、製薬企業にとっての「手続き規則、方法、原則及び指針を開示すること」と定められている。「一覧に掲載する」とは、公的保険で使えるようにする、つまり保険適用とすることである。「償還の額を設定する」とは、薬の保険制度上の公定価格を決めるということである。「決定に直接影響を受ける申請者」（＝新薬を開発した製薬企業）が不服審査を開始することもできるという規定が盛り込まれた。これは、ISDS条項に関係するが、アメリカの製薬大企業が利害関係者という資格で、日本の国民皆保険の重要な構成要素である薬価制度に対し、「透明性と手続きの公正さ」に欠くという異議を申し立て、中央社会保険医療協議会における医薬品の保険適用の可否とか、公定価格の決定プロセスに、強力な影響力を行使することが危惧される。

3) 特許期間・データ保護期間延長——先発薬の支配力強化

TPP協定第18章「知的財産」では、「特許の対象となっている医薬品については、販売承認の手続の結果として生じた有効な特許期間の不合理な短縮について特許権者に補償するため、特許期間の調整を利用可能なものとする」と規定した。特許期間に「不合理な短縮」があった場合は、特許権者（新薬開発企業）に補償を行うための特許期間延長制度導入である。

日本の場合、医薬品の特許出願は基礎研究の段階で行われ、厚労省が承認して販売が認められるようになる。日本の特許法は特許期間を20年と設定しているが、医薬品に関しては、特許出願から販売までの期間が平均10年ぐらいいあるため、新薬の市販後の特許期間は実質10年ということになる。

今後、アメリカの製薬企業から、この10年間の販売承認までの期間が、「不合理な短縮」として問題にされた場合に、特許期間が10年間延長になる可能性がある。なお、日本政府は特許法改正案で、5年を念頭に置いた特許期間延長制度を提案している。TPPの協定文自体には期間延長の年数は書かれていない。5年以上の延長が認められる可能性もある。

関連する問題に、同じ成分でも「用法・用量」を変更（エバグリーンング）すれば、特許期間の延長が認められるという主張をアメリカの製薬企業が行い、最高裁の判決が確定した（15年11月17日判決）。これも、TPPの特許制度の変更と合わせて機能するであろう。

さらに、新薬のデータを保護する新たな制度が、TPP協定で導入される。TPP協定ではバイオ医薬、遺伝子組み換えによる新薬（これらは高額な薬になる）について、特許期間が切

れた後も、「データ保護」という「保護」を受けることができるとしている。データ保護期間は、「8年に限定することができる」と協定の注で書かれている。しかし、アメリカの健康保健制度（いわゆるオバマケア）では12年である。日本政府は、実質上のデータ保護期間が8年だから、国内制度への影響はないと主張しているが、確定的ではない。TPP発効後10年たてば、データ保護期間を再協議するとも書かれているし、TPP委員会の決定によって10年を待たずに再協議することも規定している。

特許期間・データ保護期間延長という問題は、主に大企業が開発した新薬を、安価に製造・販売するジェネリック薬として普及できる時期が、制限されるということである。ジェネリック薬の供給が遅れ、医薬品価格が高止まりするということである。安価な医薬品を手に入れることが制限されれば、何百万の人びと（とりわけ貧困国住民や各国の貧困層、あるいは特に貧困層に属さなくても、高額な医薬品価格をまかなえない人びと）に、生命の危険をはじめとする甚大な影響を及ぼすことになる。

既存薬の形や使い方を変えた医薬品を、効果がアップしていなくても「新薬」として特許申請する「エバーグリーン」のルールが認められれば、後発薬が市場に参入するまでに、今まで以上に長い年月が必要になる。日本国内だけでなく、多くの途上国では、患者の命をつなぐ安価な医薬品が手に入りにくくなるため、エバーグリーンに対して、多くの国が反対している。

4 ISDS（「投資家対国家の紛争解決」）と混合診療・民間保険

1) 自由診療のみでは経営しにくい

小泉政権下の2001年7月に、総合規制改革会議が「重点6分野に関する中間とりまとめ」で株式会社など営利企業の医療参入を提案した。2002年12月、構造改革特別区域法が成立、2003年4月から施行され、特区において高度医療（再生医療、遺伝子治療、高度な技術を用いる美容外科医療等）の提供を目的とする病院などの開設が可能となった。2006年に、医療法施行後初の構造改革特区における株式会社立診療所が開設。その後の開設は全く1件にとどまっている。これが、神奈川県横浜市の株式会社バイオマスターの高度美容外科医療を提供するクリニックである。しかし、2011年6月1日から休院している。

医療への株式会社参入は財界の強い要望であり、参入推進策を規制改革会議、国家戦略特区審議会などの審議会を舞台に、次々と提示してきた。しかし、財界や安倍政権の思惑通りに、医療の営利化が進む保証はない。自由（＝全額自費）診療だけで医療機関を経営することは、顧客を確保するという点で、かなり狭い可能性しか持っていない。

2) 混合診療という道

周知のように、混合診療（保険外併用療養費制度）とは、公的保険が適用される診療部分と自費部分を共存させた制度である。国民皆保険のもとで、必要な医療は公的保険で、という建て前を厚労省は崩していない。日本で例外的に認められている、自費と公的保険の両方を含む診療＝混合診療は、従来からの先進医療に加え

て、今年の4月から、患者からの申し出があれば可能になった（患者申出療養）。

患者の申出を起点として、先進医療を自費で受けられるようにする、というのが売りの制度である。これは、混合診療の件数を飛躍的に増大させる可能性がある。なぜなら、従来の先進医療を利用するための混合診療と比べて、利用に当たってのハードルが低いからである。また、政府による長年にわたる自己負担増大政策も背景となって、「少々の自己負担はあっても受けたい医療を受けるために、自分から手をあげても構わない」という気分は少なからず存在する。また、医療機関側からの誘導的対応も考えられる。

これらの混合診療は、自由診療だけを行う医療機関では扱えない。保険診療と先進医療の両方を扱うためには、厚生労働省の保険医療機関の指定が必要条件である。株式会社を含めて、営利的事業体は、特区（とくに「総理主導」の国家戦略特区）を活用して混合診療を大いに扱うという活路を与えられたのであるが、この通路に入るには保険医療機関の指定という通行証が必要なのである。

特区制度を活用して開設した外資系の医療機関が、開設認可は国家的特区政策を背景にして入手できても、厚労大臣が保険医療機関の指定をしなければ、不利益を蒙ったとして、国際仲裁法廷 I S D S に提訴する危険性がある。

3) 民間保険と I S D S

民間医療保険の分野では、がん保険をはじめとする医療保険・特約が販売されている。契約件数が最大なのはアメリカのアフラック社である。そして、アフラック社は、かんぽ生命の2万の郵便局窓口で、自社のがん保険を販売して

いる。アフラック社に限らず、医療に限らず死亡保険でも、日本の国民皆保険（皆年金）制度のもとで、自社の保険商品を売るためには、公的医療保険の適用範囲が広いのは、また、公的年金水準が高いのは、邪魔になる。日本政府が、国民の要求を受けて、健康保険制度や年金制度の社会保障性を強化して、給付の範囲と水準を上げると、アメリカの民間保険会社から、利益確保に対する侵害を行ったとして、日本政府が I S D S の対象になる可能性がある。

同様な構図は、薬をめぐっても成り立つ。国民の生活を守るために各国政府が自主的に制定した様々なルール（規制）がある。生命や健康に直結する薬や食品については、慎重な認可のルールが必要であることは言うまでもない。ところが、そこにアメリカの企業が介入して「規制を取り払え」と、関係政府を訴えるのが I S D S である。これは1965年に定められたが、裁判を行うのは世界銀行の傘下にある組織で、世界銀行は歴代総裁がすべてアメリカ出身という、アメリカの経済的利益を擁護するので知られた組織である。

4) I S D S の「萎縮」効果

磯田宏九大準教授は、『「畏縮効果」(Chilling Effect)こそ I S D S の巨大な力です。私は訳語で、萎縮の『萎』でなく、あえて威して押さえつける『畏』を当てたいのですが、外国から訴えられるかも知れないというだけで、そういう政策を自主規制させる、強力な力が働くのです』と指摘している（『経済』2016年6月号）。小論で取り上げた、公的医療保険、公的年金、医薬品、特許、混合診療のいずれからも、アメリカ企業による I S D S 提訴の危険性が読み取れ、それらは、日本の医療・年金制度に対する

「萎縮」「畏縮」効果を持つ。たとえ、提訴が現実になされなくても、十分に政策的な効果を発揮するのである。TPPは、瞬時に人体を襲う劇薬であり、長期に亘って人体を蝕む恐ろしい薬でもある。

9章投資附属書9-Bでは、医療や薬価にもかかわる「公共の福祉に係る正当な目的（公衆の衛生、公共の安全及び環境等）を保護するために立案され、及び適用される締約国による差別的でない規制措置」も、「極めて限られた場合」には、間接収用を構成する、つまり訴訟の対象になりうる、とされている。

磯田氏は、TPP協定9章投資の分析を通じて、提訴が可能か否かは、定義が不明確なために、結局は仲裁廷の裁量に委ねられてしまうし、仲裁廷を構成する人びとには、「ISDSビジネス」で儲ける「ISDSムラ」の村民ではないか、という疑念があることを指摘している。

おわりに

後期高齢者医療制度の窓口負担を、現在の1割から2割に引き上げる案や、高価な新薬について、保険で給付する価格上限を決めて、患者が新薬の処方を選択した場合には、保険でカバーする額と価格の差額を本人負担にする案が、すでに経済財政諮問会議や財政制度等審議会の検討項目として挙がっている。都道府県が、それぞれに医療費削減計画をたてて、相互に削減合戦に入りこむ「地域医療構想（ビジョン）」の策定も、今後、次々に進行していく。安倍政権は、参議院選挙の結果をうけて、これらの給付削減・負担増の「医療改革」を強引に実行しようとしている。

TPPの具体化は、既定の医療改悪路線を増幅する。安倍政権がねらう公的給付の縮小とT

PPへの参加は、「治療の格差」「命の格差」を拡大する。まさに、全ての国民に、必要な医療を公的保険で給付するという「国民皆保険」の原則を守ることが、切実な課題である。

冒頭でも述べたように、TPPは戦争法とも関連した戦略であり、私たちは、軍事的にも、政治的にも、経済的にもアメリカの従属的同盟者にならない地点に立ちきることが求められている。

アメリカと日本の財界の主権ではなく主権在民を、独立、中立、平和、国民本位の日本経済と社会保障を求めよう。まさに、多くの人びととともに、「生活に税を使え」と叫ぶことが、TPPを阻止する確かな道ではないか。

（ひの しゅういつ・労働総研常任理事、東北大学名誉教授）

参考文献

TPPと医療に関する文献は相当の量にのぼる。ここでは、大筋合意と協定（概要）の発表を踏まえ、それぞれの分野の専門家が、詳細に協定を分析した「座談会 TPP協定文徹底検討」（『経済』2016年6月）をまず参照すべき文献としてあげておく。医療の担当は寺尾正之氏である。あわせてTPPテキスト分析チーム（医療担当は寺尾氏）の「TPP協定の全体像と問題点——市民団体による分析報告——Ver.4」2016年4月3日（<http://www.parc-jp.org/>）が有益である。