



一般社団法人
メディカルスタディ協会

◇ 中島 慶八郎氏の医療ブッタ切り 第17回 混合診療 ◇

文／中島 慶八郎 氏

混合診療

安部総理の第三の矢が放たれますが、その中に混合診療が取り上げられました。我が国の健康保険制度、いわゆる皆保険制度は1963年創立以来100%保険診療か？100%自由診療か？の2形式であり、保険診療と自由診療の組み合わせ、即ち混合診療は禁止されていた。

その後、健康保険の財源が厳しくなり1984年に特定療養費制度が導入され、下記2項が認められた。

1. 病床利用代、食事代
2. 高度先進医療

1は健康保険は、病気の治療に使用する事が目的であるから、自己負担とする。

2は高度先進医療はリスクを伴い、一般的ではない事および、治療は高額なため、保険適用にはなじめないが困っている患者や、医学の進歩のために患者の自己負担で認めようとしているものです。

2004年に規制改革・民間開放推進会議が内閣府に設置され、混合診療の大幅な拡大が提言された。

1. 国内での未承認薬（保険無適用）の臨床治験の場合
2. 必ずしも高度先進医療でなくても医療機関を限定して診療を可能とする
3. ピロリ菌の除去等、回数を制限した上で自由診療を認める

医学、薬学の進歩によって新しい医療技術が開発され、また治療が困難であった疾病やガン等に対する医薬品が次々と開発されて来た、外国では使用されているのに日本では何故認められないか？何故保険適用にならないか？

長年の課題であった

1. 外国人のデータで日本人に適用できるか？
2. 新しい医療技術や新薬にはリスクが伴う事故が発生した時、患者の自己責任として処理できるのか？国や医療機関、医師の責任を問われるのではないか？

3. すべてを保険適用するには財政的に負担が大きい

4. 経済的に裕福な人と、そうでない人との間に診療の格差がつく事は、健康保険制度の根幹にかかわるのではないか？

5. 自由診療は厚い医療で、保険診療は質が低下するのではないか？

等々が、混合診療にまつわる問題点である。混合診療はなぜ不可能か？という訴訟が起こされ、2007年11月東京地裁が混合診療を禁止する根拠は、健康保険法上ないという判例が出され、その結果2008年4月に高度医療評価制度が創設され、高度医療の混合診療が拡大された。健康保険制度には高度医療限度額が設定されていて3割負担の患者でも月44,000円以上はすべて保険でカバーされている。

したがって、高額な先進医療をすべて保険適用とするには財政的に困難である。混合診療は財政維持のための一つの手段である。反面、自由診療はその費用や薬の価格が医療機関や製薬企業が自由に決められるので経済的な視点で患者に診療格差を与える危険性が大きい。したがって、自由診療の可能な範囲をどの程度に、どこまで認めるか？又、別途に保険適用の診療の質の担保をすべきである。

混合診療のメリット

1. 患者にとって、最新の医療・医薬品が利用できる。
2. 保険財政が助かり、健康保険制度が維持される。

混合診療のデメリット

1. リスクが大きい
2. 費用がかかる
3. 自己責任である

自由診療が拡大すると、それを対象とする民間保険会社の活動が活発になり、下手をするとアメリカのように医療が保険会社によって左右される危険性が多い。

2014年6月15日 衆議院決算委員会で混合診療について議論があった。論点は次の3項である。

1. 再生医療・・・臓器移植やIPS細胞の活用等々
2. 予防医療・・・セルフメディケーション
3. 患者申請制度・・・同意書・自己責任の確認

2014年6月末には安部内閣の第3の矢の大綱が発表される予定なので、その内容に注目しましょう。