

保険外併用療養の拡大に係る考え方

2013年10月24日

公益社団法人 日本医師会
副会長 今村 聡

医師会とは



*平成15年文化人郵便切手「北里柴三郎」より



*東京都文京区
本駒込の日本医師会館

郡市区等医師会(889)
《うち、大学医師会(60)、その他(13)》
190,566人(平成20年12月1日現在)

都道府県医師会(47)
181,621人(平成24年8月1日現在)

公益社団法人
日本医師会

日本の医師総数
(約29万人)の
うち約56%が加入

日本医師会会員数
165,650人(H24.12.1現在)
内 開業医 84,051人
勤務医他 81,599人

世界医師会に認められた、日本で唯一の
医師個人資格で加入する団体です。

* ノーベル医学・生理学
賞を受賞した山中伸弥
所長も日本医師会員。



*日医ニュース平成25年8月5日号より

我が国の医療の評価

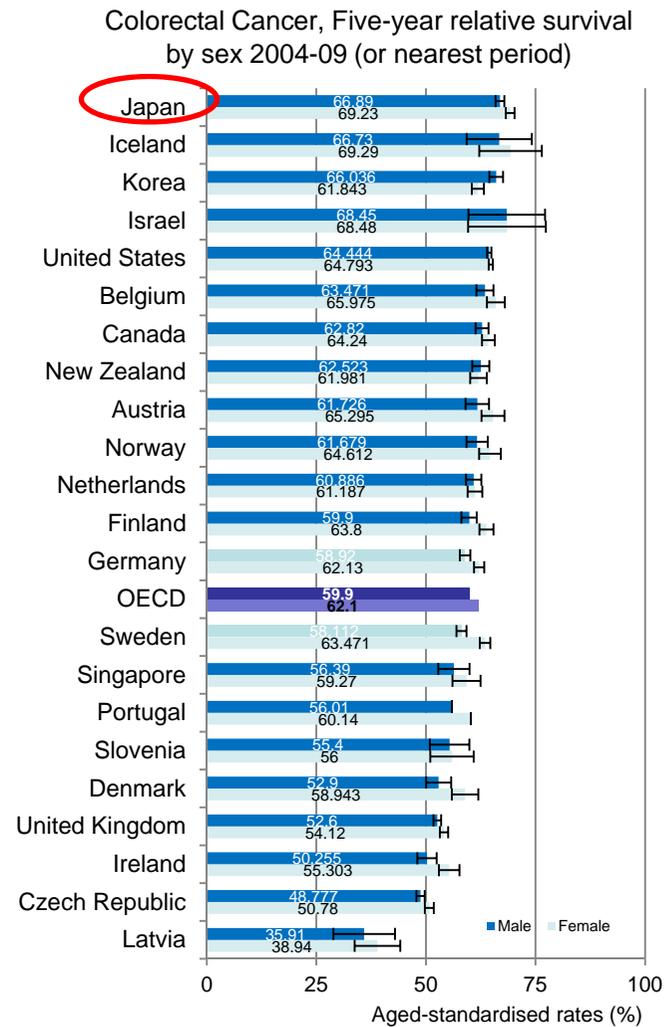
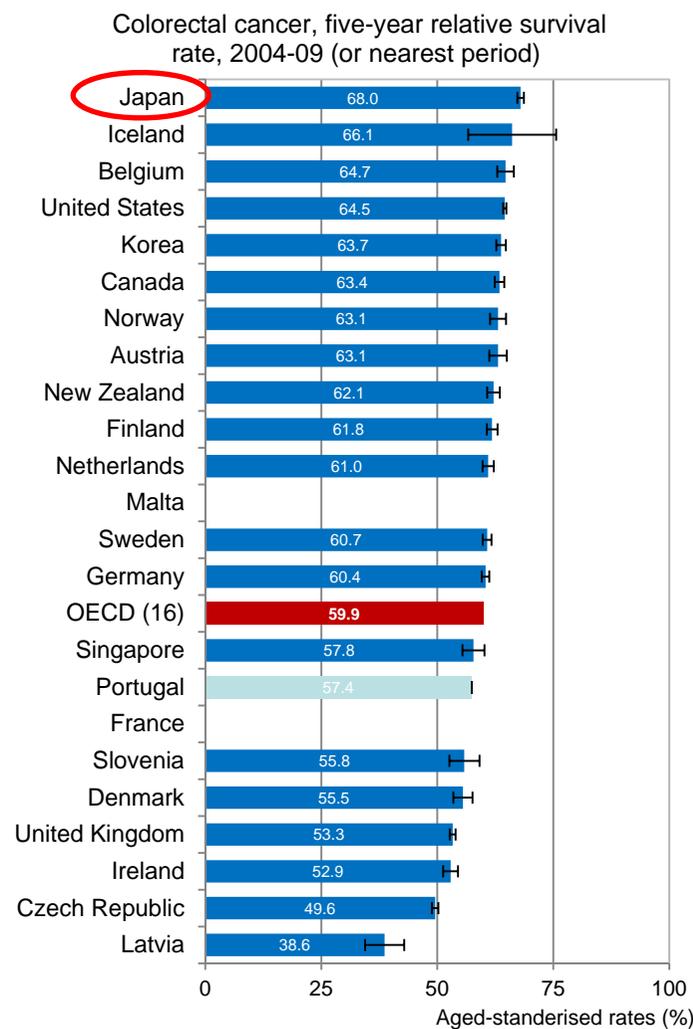
世界の医療の評価

	平均寿命	健康状態の自己評価	若年死亡率	がんによる死亡率	循環器疾患による死亡率	呼吸器疾患による死亡率	糖尿病による死亡率	筋骨格の疾患による死亡率	精神疾患による死亡率	乳児死亡率	医療事故による死亡率
オーストラリア	B	A	A	A	B	B	B	C	B	C	D
オーストリア	C	A	A	B	D	A	D	A	A	A	D
ベルギー	C	A	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	B	n.a.
カナダ	B	A	B	B	B	B	C	C	B	C	B
デンマーク	D	A	B	D	C	C	B	D	D	B	A
フィンランド	C	B	B	A	D	A	A	B	D	A	A
フランス	B	A	B	B	A	A	A	B	B	B	C
ドイツ	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
アイルランド	C	A	A	C	C	D	B	D	B	B	C
イタリア	B	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
日本	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
オランダ	C	A	A	C	B	C	B	B	C	B	A
ノルウェー	B	A	A	B	B	B	A	B	C	A	A
スウェーデン	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
スイス	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
イギリス	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
アメリカ	D	A	D	B	D	C	C	C	B	D	C

※The Conference Board of Canadaが作成したものを和訳して引用 (<http://sso.conferenceboard.ca/hcp/default.aspx>)

Colorectal Cancer – from OECD Data

Five Year Relative Survival Rate



Reference: The Feature: Difference of surgical treatment between Japan and Overseas Countries: Clinical Surgery65: 766, 2010

『ランセット』日本特集号 — 国民皆保険達成から50年 —

- 短期間で長寿社会を実現した要因
- 国民皆保険制度の長所と限界
- 高品質低コスト医療の実態
- 急速な高齢化に対応する介護保険制度
- 保健外交における日本の優位性と役割



THE LANCET (Vol 382 September 14, 2013)

安倍総理寄稿

Japan's strategy for global health diplomacy: why it matters

日本は国民皆保険によって、医療格差を減らし、医療費抑制を実現した。日本での経験が示すように、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）への投資は社会へ大きなリターンをもたらす。UHCを押し進めることで、国の発展段階に応じた国内の所得再分配を促し、社会の安定にも大きく寄与することが出来るであろう。

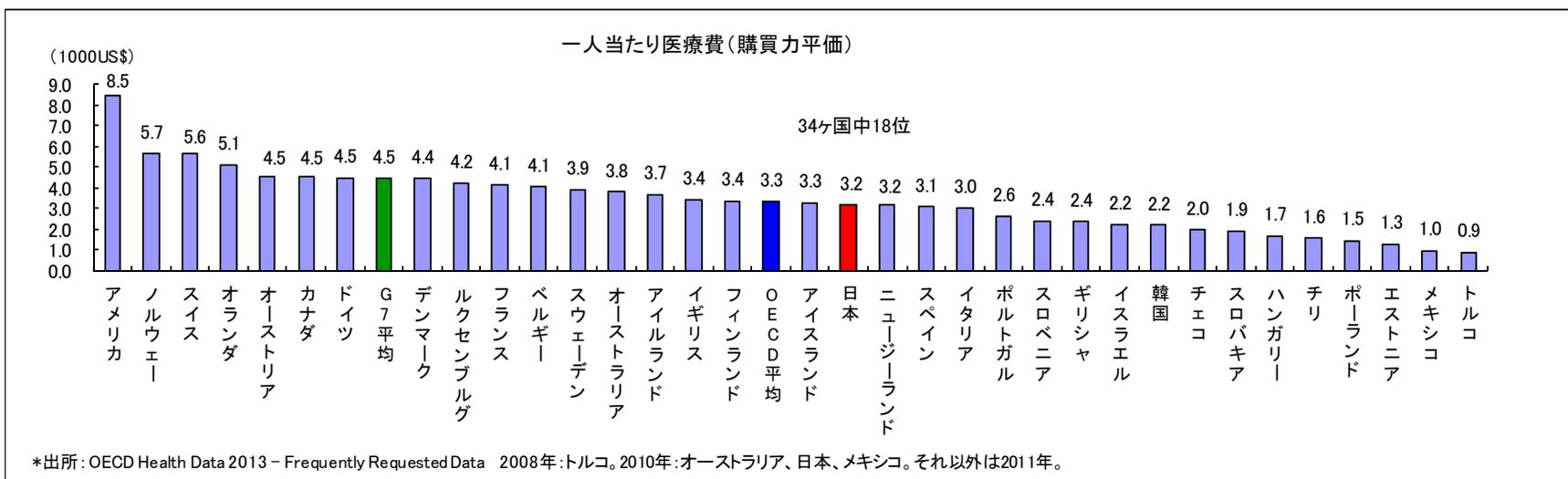
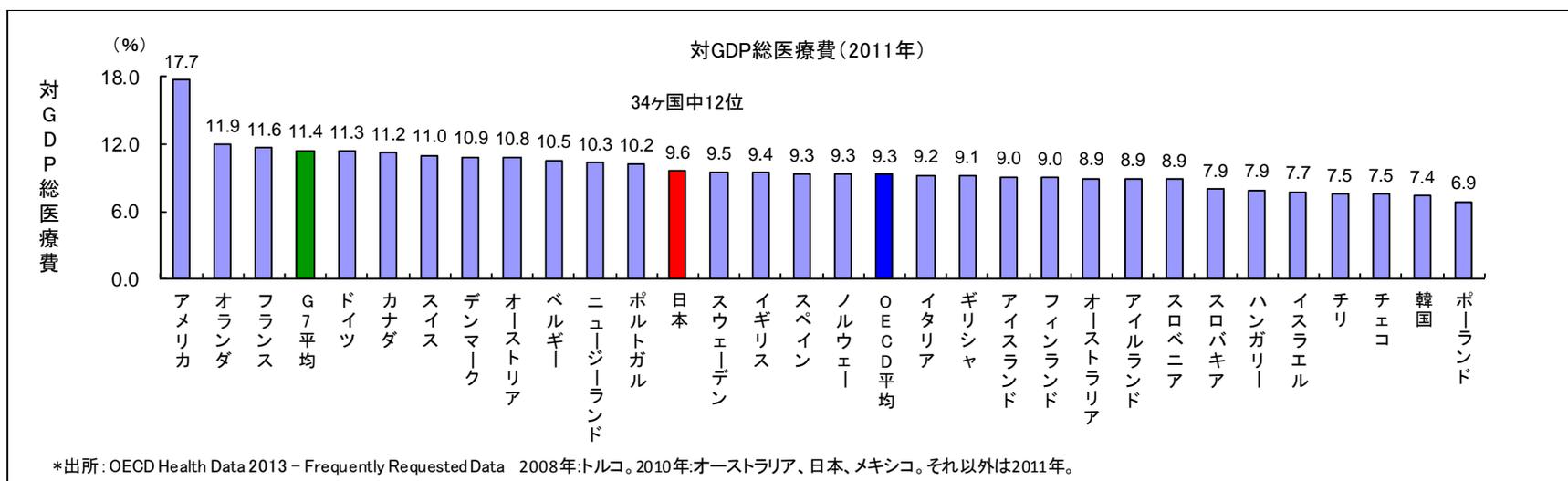
Japan's success in achieving universal health insurance has improved equity in our health system, expanded coverage for our citizens, and controlled health-care costs. Our experience shows how investment in UHC brings good returns. Investment in UHC could also help the redistribution of incomes according to the developmental stage of individual countries, and in turn aid the stabilisation of societies.



※UHCとは「すべての人が適切な予防、治療、リハビリなどの保健医療サービスを、必要な時に支払い可能な費用で受けられる状態」(WHOによる定義)

対GDP総医療費と一人当たり医療費

総医療費の対GDP比は、G7平均(米国を除く)を下回っている。また、**1人当たり医療費ではG7平均を大きく下回る水準**にあり、最も高齢化が進んでいるにもかかわらず、医療費の水準は依然として低い状況にある。



盲腸手術の治療費(都市別)

順位	都市	費用	入院日数
1	ニューヨーク (アメリカ合衆国)	152.2~440.9万円	1~3日
2	パリ (フランス)	22.1~97.3万円	3日
3	マドリッド (スペイン)	48.6~91.8万円	4日
4	ロンドン (イギリス)	74.1万円	2日
5	ローマ (イタリア)	69.2~73.1万円	3日
6	ジュネーブ (スイス)	27.8~70.5万円	3日
7	バンクーバー (カナダ)	66.7万円	3日
8	シンガポール (シンガポール)	34.9~43.6万円	3日
9	デュッセルドルフ (ドイツ)	35.7万円	3日
10	(一般例) (日本)	30.0万円	6~7日

*「世界の医療と安全2010」(東京海上日動作成)から抜粋

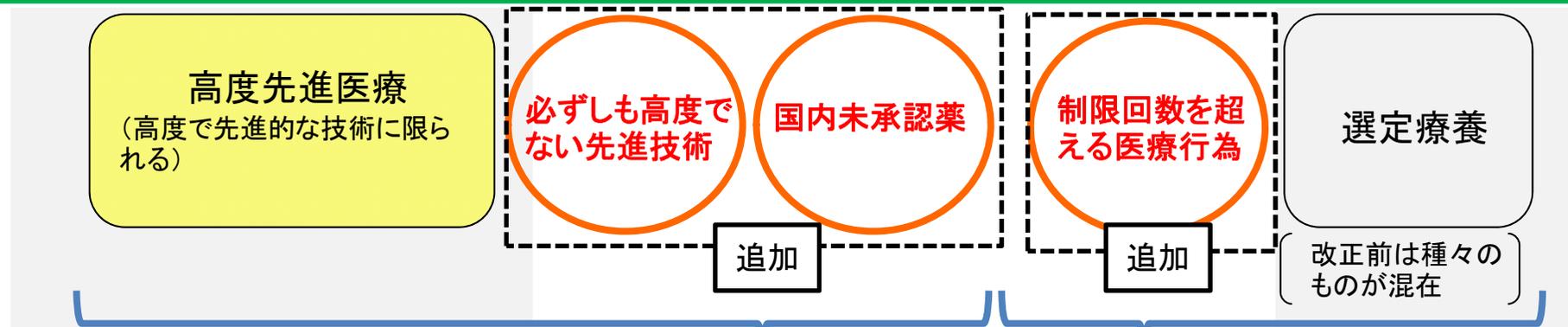
我が国の医療は高いパフォーマンスで 提供されている

我が国の医療は、平等で、患者にとっても自由であるだけでなく、質が高く、しかもそれを既に世界一の高齢化率であるにもかかわらず、先進諸国の中でも低コストで提供しており、世界的な評価は極めて高い。

保険外併用療養

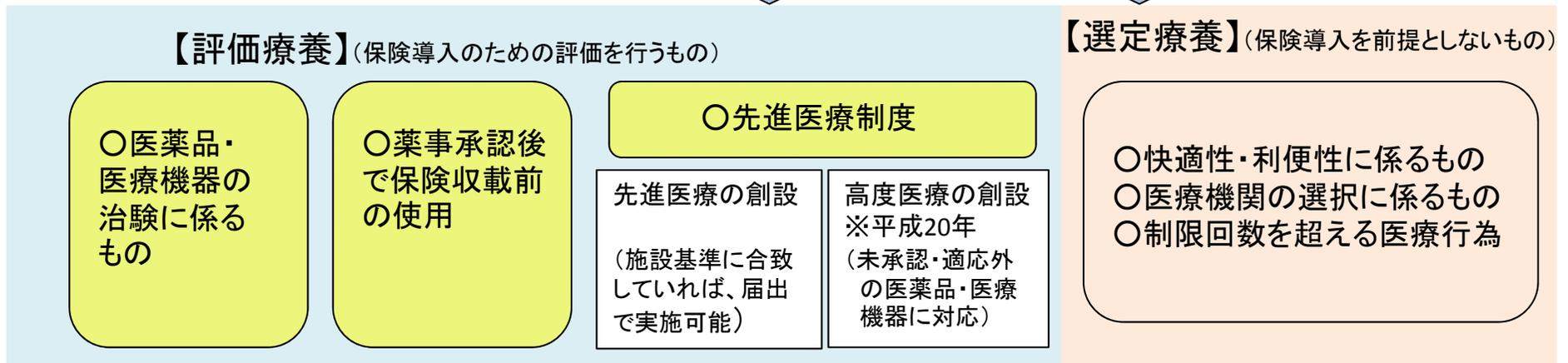
規制改革大臣と厚生労働大臣の基本的合意(平成16年12月15日)

国民の安全性を確保し、患者負担の増大を防止するという観点も踏まえつつ、国民の選択肢を広げ、利便性を向上するために、保険外負担の在り方を抜本的に見直し、患者の切実な要望に迅速かつ的確に対応。



《健康保険法等改正》(平成18年10月～)

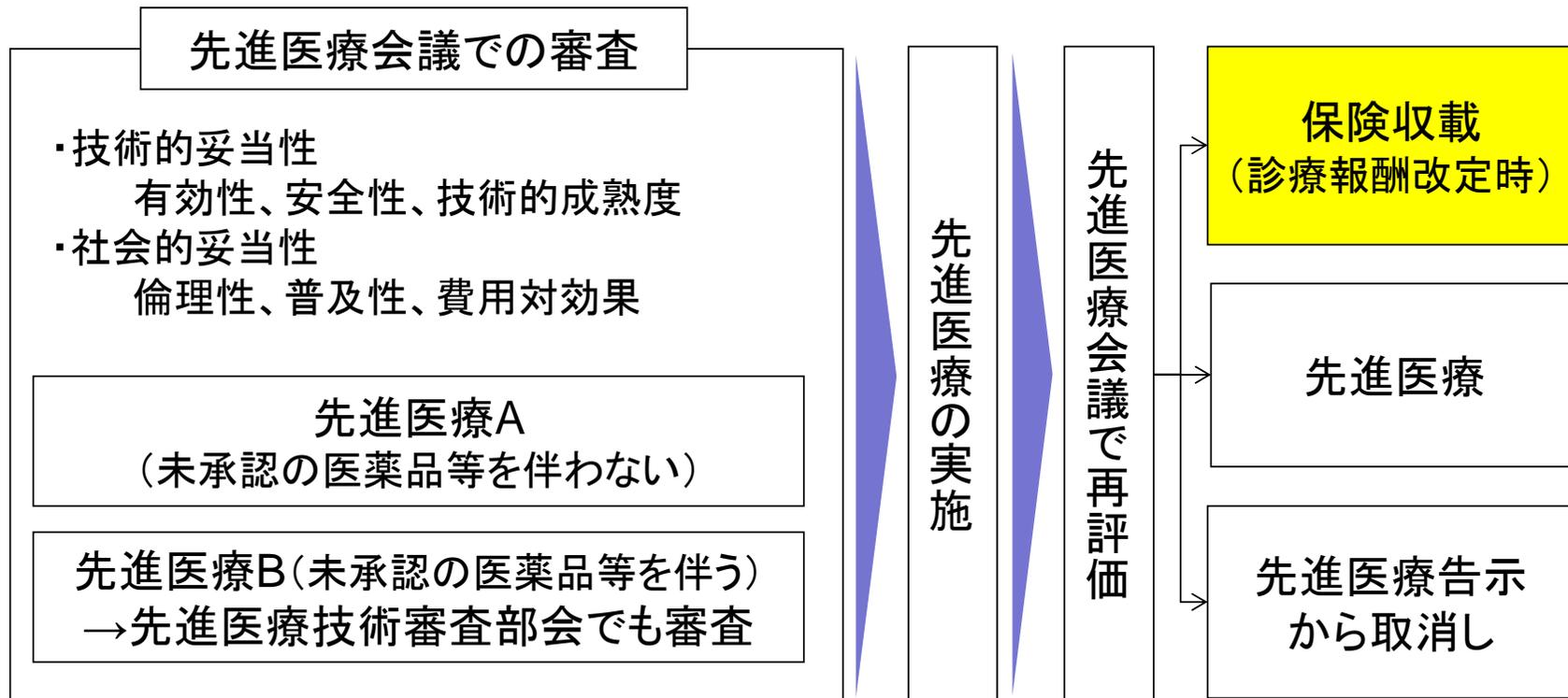
保険外併用療養費制度の創設



平成18年の健康保険法等改正以降は、平成16年の基本的合意による、「一定のルールの下に、保険診療と保険外診療の併用を認める」という原則の下、特に、先進医療制度の手続の迅速化等の見直しを行っている。

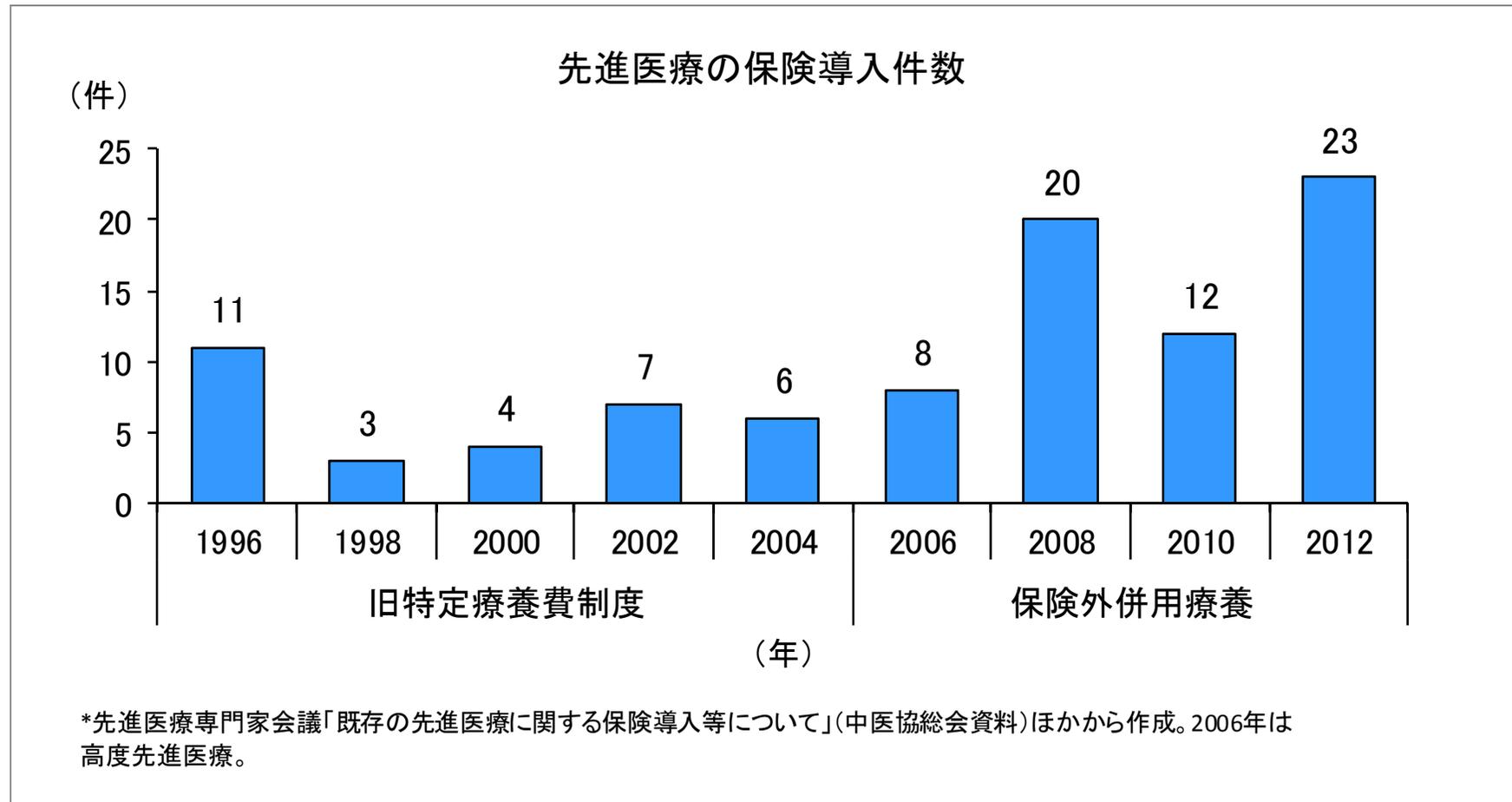
先進医療の公的医療保険への収載

現在の保険外併用療養の仕組みを充実させ、安全性・有効性を十分確認した上で、評価の迅速化・効率化を図ることにより、公的医療保険からの新しい医療等の給付をスピードアップすることができる。



先進医療の保険導入件数

先進医療の保険導入件数は、保険外併用療養の仕組みが導入された後、増加している。



先進医療から保険適用された例

告示番号 32 : 腹腔鏡補助下膵体尾部切除又は核出術

先進性: 従来は開腹手術であった膵切除手術を小さな傷を利用した腹腔鏡下手術で行う。

自動縫合器や超音波凝固切開装置などにより、安全で短時間に行う術式が確立

概要: 膵の良性疾患が対象

腹部に4-5カ所の小切開創(約1~2cm)を設け、腹腔内を内視鏡で観察し、細長い手術器械を用いて病変の存在する尾側の膵臓や腫瘍を摘出する。

腹腔鏡膵手術の現況(全国集計)

	腹腔鏡下膵手術	尾側膵切除+核出
1990年-2009年	932 例	650 例 (69.7%)
2009年	204 例	140 例 (68.6%)

2010年日本内視鏡外科学会アンケート

自動縫合器を用いた膵切離の様子 術後1ヶ月の腹部写真



▶近年急速に広く普及

2009年は全国で140例(全腹腔鏡下膵手術の68%)

▶安全性・有用性の検証報告

● 開腹手術との比較では

手術時間の延長無く、出血量・合併症が減少。

入院期間短縮

(Nakamuraら, J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2009)

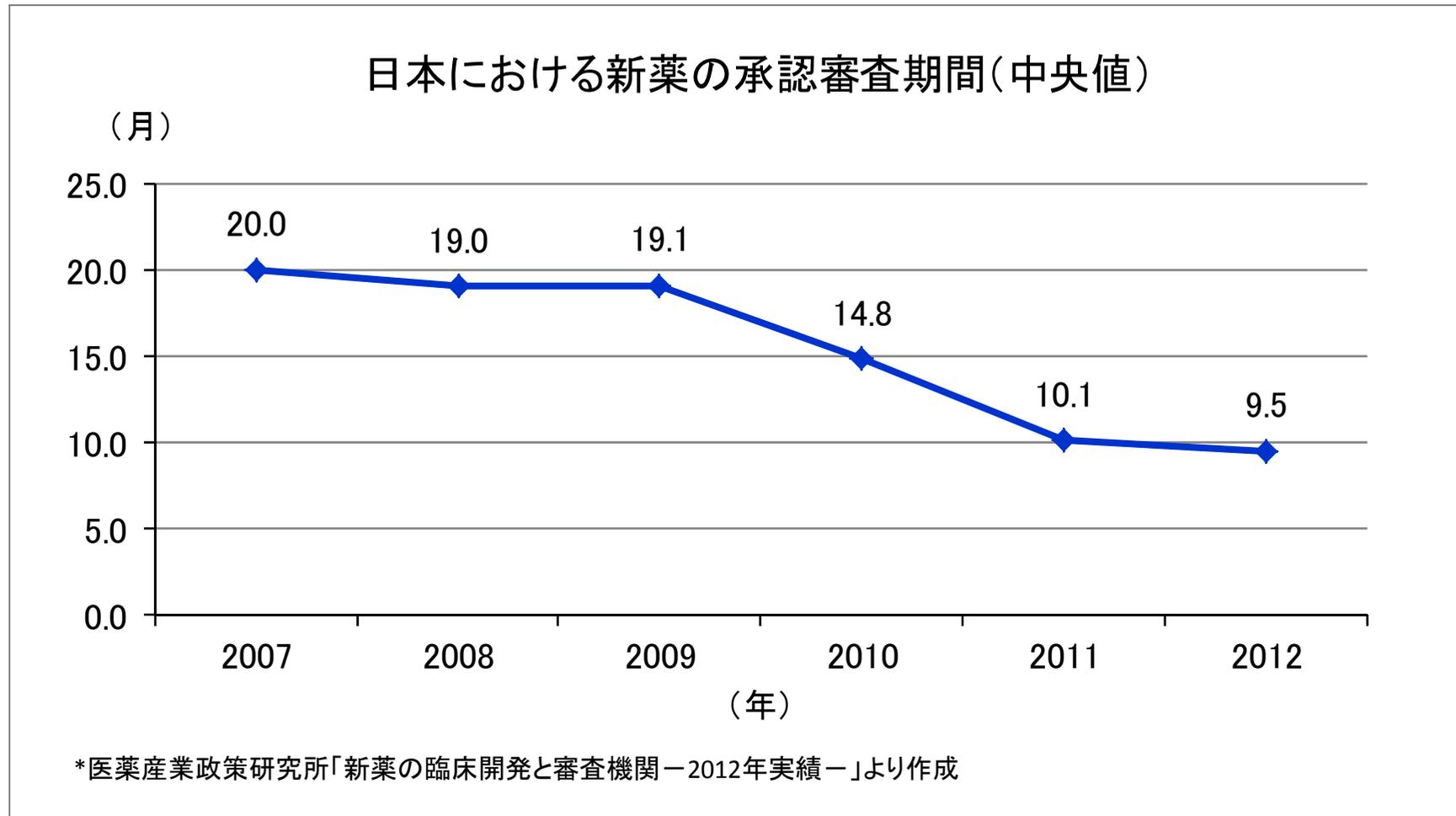
入院期間短縮 鎮痛剤使用減少 腸管運動早期回復

(Matsumotoら, Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2008)

期待される効果: 低侵襲 ➡ ①入院期間短縮 ②早期社会復帰 等

新薬の申請から承認までの期間

日本における新薬の承認審査期間は、近年大幅に短縮されており、5年間で半減している。



保険外併用療養の活用の重要性

保険外併用療養の運用は進んでおり、現在も十分に機能していますが、更なる評価の迅速化・効率化により、患者の切実な要望に迅速かつ的確に対応できるようになります。

拙速な保険外併用療養の活用への危惧

- (1) 安全性の問題
 - 薬害、健康被害
- (2) 国の財政的な問題
 - 公的医療費の増大
- (3) 公的医療保険の給付範囲の縮小
 - 患者負担の増加

これまでの薬害

1950 1960 1970 1980 1990 2000

ワクチンにジフテリア毒素が残っていました

1948(昭和23)年~1949(昭和24)年
ジフテリア予防接種による健康被害
【被害者】924人(死亡83人)

厚生労働省の敷地内に
1999(平成11)年8月24日建立。

1958(昭和33)年頃~1962(昭和37)年頃
サリドマイドによる胎児の障害
【被害者】約1,000人

1953(昭和28)年頃~1970(昭和45)年頃
キノホルム製剤によるスモンの発生
【被害者】1万人以上

1959(昭和34)年頃~1975(昭和50)年頃
クロロキンによる網膜症

1973(昭和48)年頃
解熱剤による四頭筋短縮症
【被害者】約1万人

1970(昭和45)年代頃~
陣痛促進剤による被害

1980 兼害エイズ
血液製剤によるHIV(ヒト免疫不全ウイルス)感染
主に血友病(出血時に血が止まりにくい病気)の患者が止血・出血予防の薬として使用していた非加熱血液製剤にHIVが含まれていたため、多くの血友病患者がHIVに感染しました。製薬企業は薬の危険性を知りながら販売を続け、国はHIV感染防止の有効な対策を取らなかったことで被害が拡大しました。

1980 血液製剤によるC型肝炎ウイルス感染
【被害者】約1万人(企業の推計)

1980 血液製剤によるC型肝炎ウイルス感染
【被害者】約1万人(企業の推計)

1988(昭和63)年頃
血液製剤によるHIV(ヒト免疫不全ウイルス)感染
【被害者】1,400人以上

1989(平成元年)~1993(平成5)年
MMRワクチン接種による無菌性髄膜炎
【被害者】約1,800人

1997(平成9)年頃
ヒト乾燥硬膜の使用によるプリオン感染症(クロイツフェルト・ヤコブ病)
【被害者】141人

1970(昭和45)年代頃~
陣痛促進剤による被害
陣痛促進剤による胎児の死亡や重度の脳性麻痺、母親が死亡するなどの被害が起きました。薬の効き具合の個人差が大きいにもかかわらず適切な使用方法が徹底されなかったことなどが原因と言われています。

被害者は年齢が進むとともに
毎日の生活行動に苦しんでいます。

非加熱血液製剤
血液などを原料とする薬で、加熱して滅菌処理をしていないもの

1979(昭和54)年 知解
1979(昭和54)年 知解

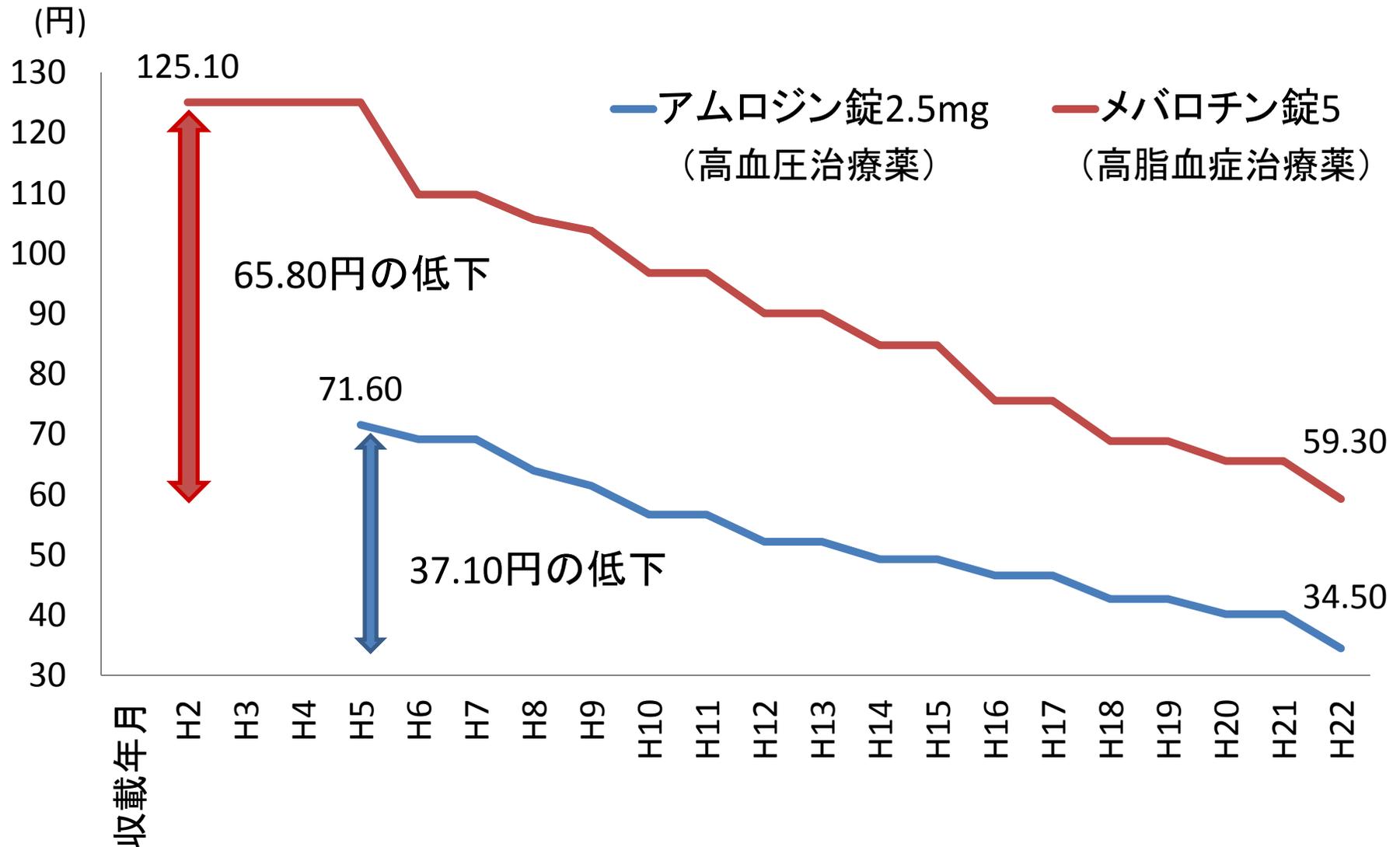
1979(昭和54)年 知解

厚生労働省ホームページ「薬害を学ぼう」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakugai/download.html>

先発品発売以降 薬価推移例

日本は公的医療保険制度により、薬価は高止まりせず低下している。



私的医療費の増加による公的医療費の増加

医療への市場原理の導入により、私的医療費が増加



私的医療費の増加に伴い公的医療費も増加

総医療費に占める公的医療費の割合

	2000年	2010年
日本	80.8%	82.1%

+1.3%

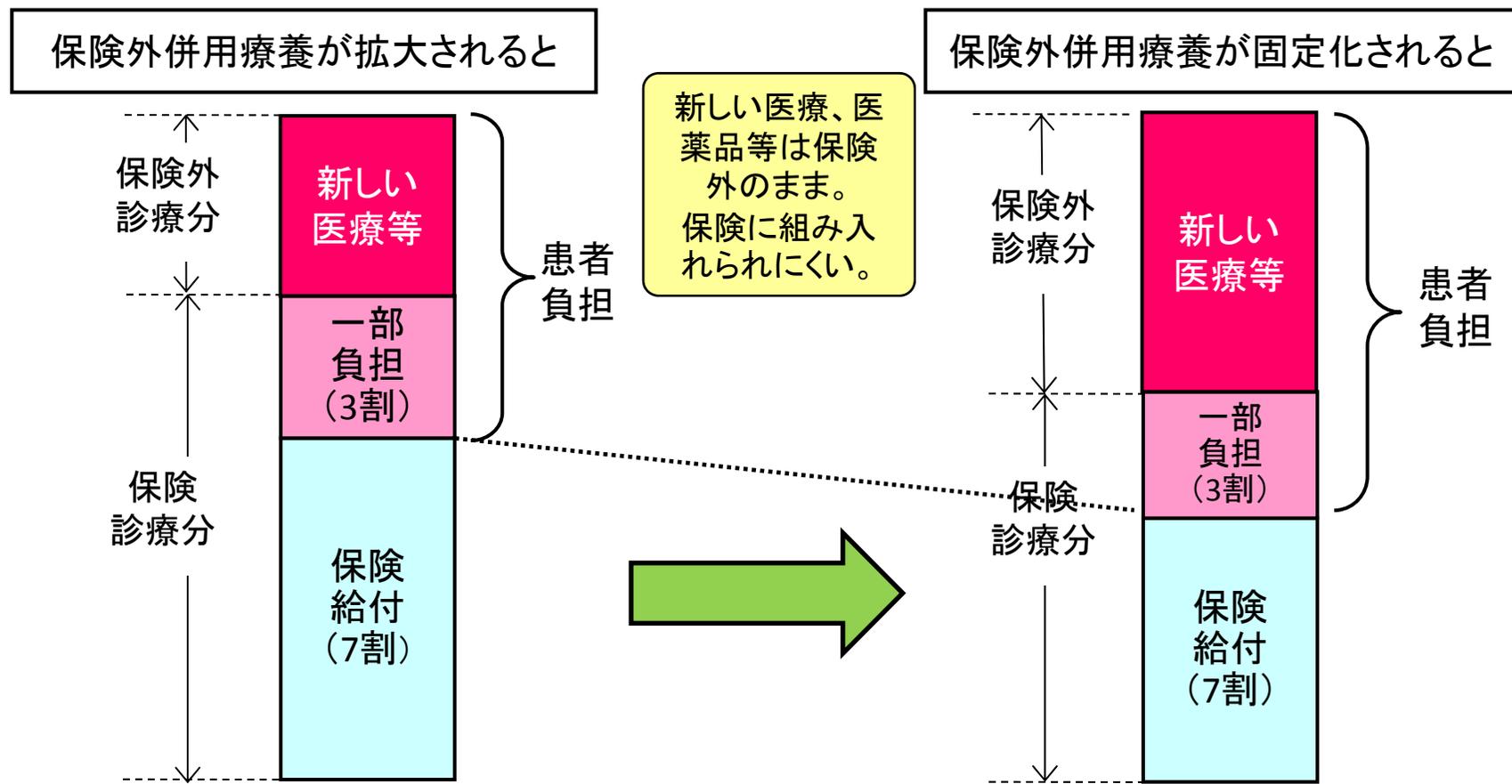
アメリカ	43.0%	47.8%
------	-------	-------

+4.8%

*OECD Health Data 2013による

保険外併用療養の拡大による公的医療保険の 給付範囲の縮小

保険外併用療養が拡大されて固定化されると、新しい治療や医薬品を公的医療保険に組み入れるインセンティブが働きにくくなる。このため、将来的に公的医療保険から給付される医療の範囲が縮小するおそれがある。



※患者一部負担3割の場合

患者団体は、自由診療に道を開く混合診療の全面解禁には強く反対

2011年10月25日 一般社団法人日本難病・疾病団体協議会
「混合診療訴訟の最高裁判所判決について」から抜粋

1. 私たちは基本的に、必要な医療は保険診療で行う現在の国民皆保険制度を守ることが大切と考えており、公的保険制度の縮小と自由診療に大きく道を開く「混合診療の解禁」には賛成できない。
2. 先進医療(評価療養)の保険適用が遅いという技術的な問題と、保険診療の根本にかかわる問題を、同一に論議すべきではない。多くの患者の実態と経済的な問題から、保険診療を基本とするわが国の「国民皆保険制度」は守らなければならない。
3. 貧富の差によって、また地域医療格差によって受けることのできる医療に格差が生じることは憲法の精神から見ても容認できない。国民は等しくこの国が到達している最高の医療(技術)を受けられる権利を擁することから、一部の経済的な負担が可能な人だけが最高の医療を受けられることとなる混合診療(自由診療)の解禁には反対である。
4. 混合診療が全面解禁となれば、保険財政の悪化に苦しんでいる現状から、多くの保険者は混合診療・自由診療を認める方向になりかねず、そのことが国民皆保険制度の崩壊に決定的な作用を及ぼすことを懸念する。
5. 再生医療をはじめさまざまな高度医療が現実のものとなりつつある現状だからこそ、全国の患者団体は、自由診療に道を開く混合診療の全面解禁には強く反対を表明する。

保険外併用療養のあり方

先進医療における評価の迅速化・効率化を図り、将来保険収載を前提とした評価療養の充実・強化には賛成です。

ただし、保険収載されないまま評価療養に留め置いたり、保険収載を前提としない選定療養を拡大すべきではありません。

保険外併用療養は、保険導入を目指した評価途上の技術を、保険適用につなぐための過渡的な取扱いとすべきです。

まとめ

医療は国民の健康を守り、経済活動を支える社会的共通資本であり、消費活動ではありません。

医療における規制は、企業の利益のために緩和するべきではなく、国民の安全と安心を守るためにあります。

医療周辺産業における過度な規制は見直すべきですが、安全性の確保が最も重要であり、さらに財政的な国民負担が増えることになることから、国民医療に直接影響する医療本体への規制緩和はするべきではありません。