

混合診療問題について

平成19年11月15日

規制改革会議

1. 平成16年の議論

規制改革・民間開放推進会議

- 保険給付であるか否かということが提供される医療を制約すること、また、保険診療と保険外診療の併用を禁止することは、患者の自由な選択、医師の裁量権に関する過剰な関与。
- 混合診療については、厚労省が承認する方法ではなく、十分な情報開示の原則の下で、利用者との契約に基づき、医療機関の判断により実施すべき。

厚生労働省

- 医療保険は医療を提供する側と費用を支払う側の公法上の契約
- 保険診療と保険外診療の併用を無制限に認めた場合、上記契約の当事者が認めていない診療の一部に対し保険給付されることになる。
- 安全性の確認できない治療法等が保険給付と併用され、公的保険制度に対する期待と信頼が損なわれる。

いわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意(平成16年12月15日)

- ① 国内未承認薬の早期導入⇒3ヶ月以内に治験実施の可否を判定。
- ② 先進医療の早期実施と対象拡大⇒新規医療技術について3ヶ月以内に実施の可否を判定。
- ③ 制限回数を超える医療行為⇒適切なルールの下、保険診療との併用を認める。

健康保険法改正(平成18年) = 将来の保険導入を前提として保険外併用をみとめる「評価療養」制度の創設

2. 混合診療問題に関する当会議の主張

【何故、混合診療を解禁すべきか】

- ①混合診療の禁止により、一部の富裕層のみが、患者全額負担となる自由診療で、最先端の医療技術を楽しんでおり、医療における格差が存在。これは被保険者の正当な権利保障、加入者間の公平、通常の常識から見て正当化できないのみならず、違憲の疑いすら濃厚である。
- ②保険財政を破綻させず、患者本人に必要な治療をすべての国民に保障するためには混合診療の解禁が必要。
- ③医療の安全性確保という議論は、自由診療も含めた、医師による治療すべてについて検討することが筋であり、混合診療問題とは切り離して議論すべき。また厚労省は、情報の非対称性を解消する施策や、不要・高額治療の押し付けに対する民事・刑事の責任を問える法整備を行うべき。
- ④混合診療が解禁になった場合、新しい治療法や薬を試みやすくなり、患者の治癒可能性が飛躍的に高まるとともに、保険診療の可否を決するための臨床事例も多数収集することができる。

【平成16年基本的合意以降の問題点】

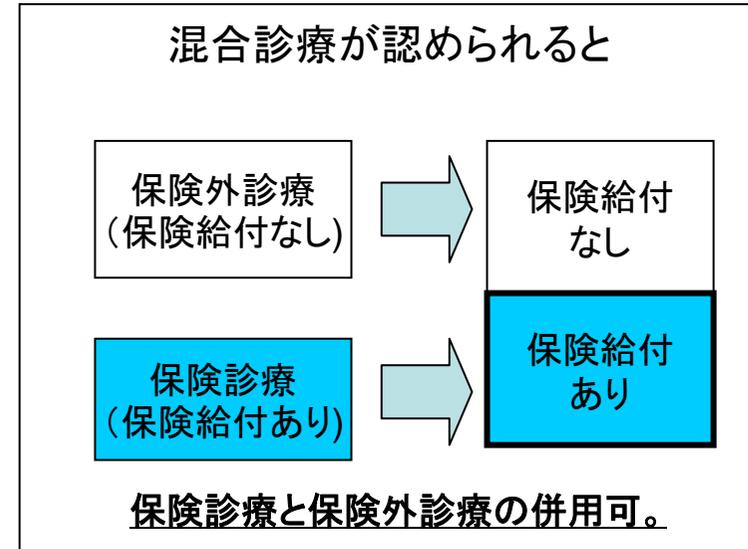
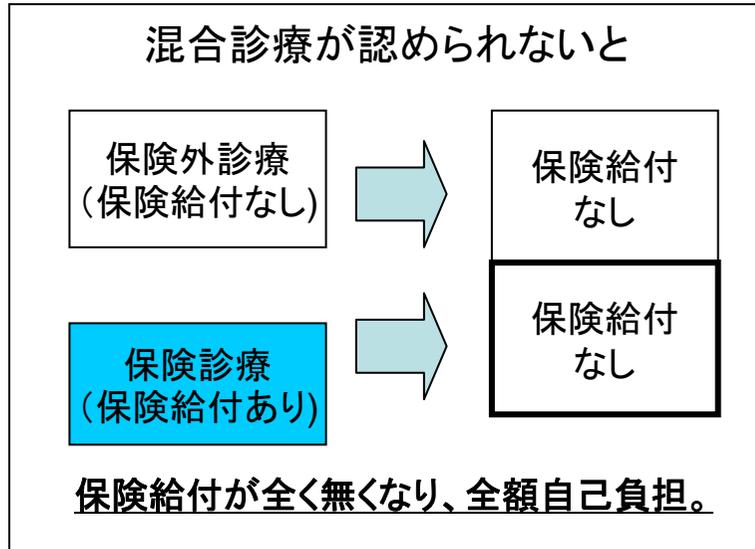
- ①保険外併用が可能となる先進医療の認定について、従来は必要とされなかった「薬事法の認可」要件が加わったため、最先端の医療の保険外併用ができなくなった。
- ②保険外併用が可能となる先進医療については事前承認制となっていることにより、運用が低調であり、依然として保険外併用には実質的な制約がある。

※1 平成16年時点で保険外併用が認められていた医療技術は77、平成19年11月時点では123に留まっている。

※2 平成17年6月から平成19年10月までに保険外併用が可能となる医療技術として87件の届出がなされたが、そのうち22件しか認定されなかった。

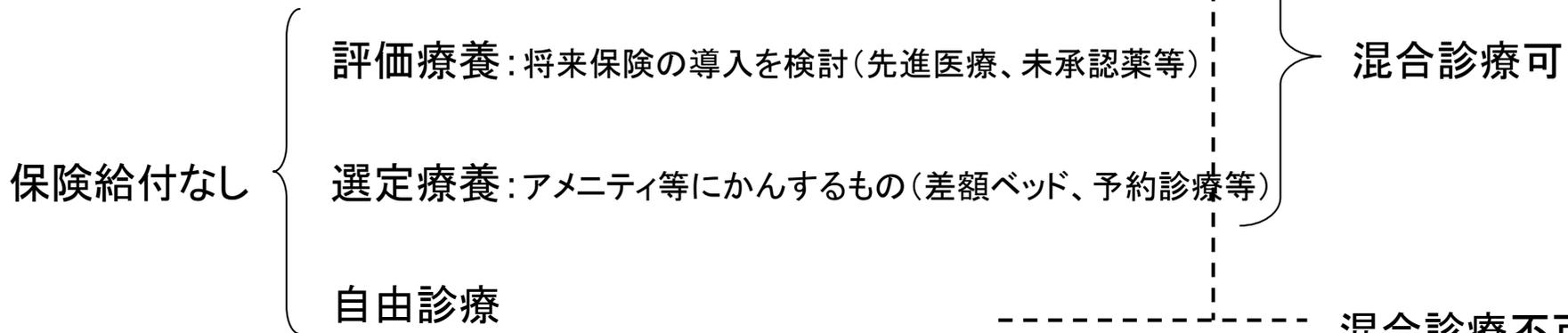
改めて、混合診療の全面解禁について議論を開始

参考1: 混合診療とは



参考2: 制度の現状

保険給付あり — 保険診療



参考3: 関連情報

○清郷 伸人様

- ・書籍: 違憲の医療制度(ごま書房)
- ・ホームページ: <http://www.kongoshinryo.net/>

○がん患者団体支援機構

- ・ホームページ: <http://www.canps.net/>

○がん患者支援プロジェクト

- ・ホームページ: <http://www.cpsp.jp/index.html>