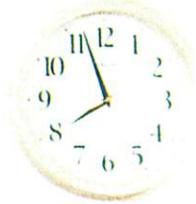


平成22年7月1日発行(毎月1回1日発行)
昭和49年10月15日第三種郵便物認可

C LINIC magazine

2010
JULY
7

No. 491



[特集]

患者コミュニケーション 向上術

患者相談の現場から

医師の患者コミュニケーションの
現状と患者の視点

COML・山口育子

コミュニケーション 虎の巻!

「医師に必要なスキルとは」
「接遇向上のエッセンス」



35th

おかげさまで創刊35周年



長尾クリニック院長 **長尾 和宏**

〈今回のテーマ〉

保険外併用療養の原則解禁

現行制度の先進医療審査 迅速化で対応可能



参議院議員・医師 **梅村 聡**

保険外併用を全面解禁すると 医薬品審査が遅滞の可能性も

長尾 行政刷新会議の規制・制度改革で「保険外併用療養の原則解禁」が検討テーマとなりました。わかりやすくいえば混合診療の解禁でしょう？ これには国民皆保険制度を守るという意味で、私は反対です。ただでさえ保険料の未払いが問題化していますから、自己負担部分が拡大すれば皆保険制度が危うくなります。国民皆保険制度の枠内で制度の工夫を議論することは必要であろうと思いますが、混合診療を全面的に認めてしまっは大変なことになります。

梅村 先に論点を整理しますが、保険外併用療養はすでに認められています。先進医療、高度先進医療、差額ベッドなどが保険外併用療養です。

ですから、最初の論点は保険外併用療養の原則解禁＝混合診療の全面解禁を認めるのかどうかです。国会議員のなかにも十分理解していない人もいます。

医療技術や医薬品等には3つのカテゴリーがあります。

1つ目は国が医療として認め、保険償還の対象とするもの。2つ目は医療としては認めるが、保険償還の対象にはしないもの。3つ目は医療

として認めず、保険償還の対象にもしないもの。

「原則解禁」とは、これらすべてのカテゴリーで混合診療を認めるということだと推測します。たとえば、効果があつきりしない医療行為を行っても、併用部分を保険で償還することになりますが、その点についてはかなり慎重に考えるべきだと思います。よって、何をもって「原則解禁」と呼ぶのかを、もう少し突っ込んで議論すべきです。現行制度では、3つのカテゴリーのうち2つ目のカテゴリーを保険外併用療養として認めているわけで、安全で有効な新技術が次々に医療として認められ、さらにはできる限り速やかに保険適用として認めれば、現行制度の枠内で問題はないはずで

長尾 そうなっていないことが問題というわけですか。

梅村 現行制度の問題点は、国が新しい医療技術や医薬品等を審査・承認をし、保険適用するスピードが遅いことです。たとえば、学会等ではすでに有効性が報告されているものを、医療として妥当であるかどうかを国が検証して判断するのが非常に遅いものが多い。未審査の医療技術が多く、患者さんのニーズに応えていないので、保険外併用療養の全面解禁が論議されることになっていま

す。

ところが、気づいている人は少ないのですが、全面解禁すると新たな問題が持ち上がります。国が医薬品や医療機器を審査するスピードが落ちる可能性があります。なぜなら、急いで審査を行い承認するモチベーションが低くなるからです。

ですから、すでに一部認められている保険外併用療養の枠組みは変えずに、新技術を併用療養の範囲に入れるための審査を迅速にし、できる限り早く保険適用にすることが正しい方法であると思います。

長尾 全面解禁派の人たちは、医療費の財源論を口にしますね。

梅村 グリーン車理論ですね。金持ちから追加料金を取れば、経済効果が上がると。しかし、ビジネスクラスを設定していても航空会社の経営は好転していません。

かなり以前から混合診療の導入は議論されてきましたが、それで医療費財源が安定するというエビデンスは世界的に見てもないはずで

長尾 正直に現場の意見をいうと、混合診療を含めた個別指導は最近、非常に厳しくなっています。

開業医の診療は実は規則だらけです。検査1つとってもさまざまな制約があって、開業医では病院ほど自由には実施できません。しかし矛盾

するようですが、国費が投入されている以上、規則で縛られるのも仕方がないと思っています。保険によって医療を提供するのが、わが国の社会保障制度の根本ですから。

ところで、行政刷新会議のワーキンググループでは、最初は「保険外併用療養の原則解禁」がテーマでしたが、途中から「保険外併用療養の範囲拡大」に変わりましたね。

梅村 「原則解禁」と「範囲拡大」の違いは、保険外併用療養としてふさわしいかどうかを、きちんと審査するかどうかだと私は解釈しています。いずれにしても、多くの医薬品や医療技術等がその対象になるわけですから、現行の仕組みを有効に活用することを目指すべきだと思います。

医療ツーリズムは「一定の基準を満たした医療機関」に限定すべき

梅村 とはいえ、患者さんのなかには未承認の新しい医療を受けたいから、混合診療を認めてほしいという意見もあります。

私は、現時点ではそれを解決するには別の手立てがあるはずだと思いますが、仮に認めるとしても、医療機関を限定してまずは社会実験を行うべきだと考えます。米国の事例でもわかるように、皆保険を一度失ってしまうと、復活させるのに大きな抵抗を受けるわけですから。

長尾 清郷さんの裁判（保険診療とLAK療法の併用に関する健康保険受給権確認訴訟）はまだ係争中ですが、保険診療はA病院で、自由診療はB病院で使い分けていれば、現行制度でも事実上の混合診療は受けられるはずで、科学技術の進歩と



人間の欲望は限りがありません。すでにクローン人間まで実現可能なのですから、倫理的な面も含めて医療の範囲を識者で議論していくべきでしょう。何でも医療として認めて、混合診療の対象にすることには歯止めをかけなければならないと思います。日医の原中会長も、就任直後に保険外併用療養原則解禁には反対を明言されました。それは正しいと思います。

梅村 もう1つの論点は「医療を成長産業に」です。これまで日本を牽引してきた産業は、内需ではなく外需で成長してきました。それは変わらないと思います。その意味では、外国人を呼んできて自由診療で外貨を稼ぐ医療ツーリズムが期待されていますが、それと国内の混合診療解禁が混同されていることも問題です。

医療ツーリズムは、限定された医療機関で自由診療によって実施すればいいのです。全国で混合診療を一律に解禁しても、医療本体が成長産業になるとは思えません。

長尾 私もそう思います。外国人から自由診療で稼ぐ「特区」のような

仕組みを作ればいい。ただ、その場合、特区も国益にかなうかどうかをきちんと考えていかなければならないでしょう。

梅村 そのような特区では、たとえば利益の何割かを国が徴収して、健康保険制度の維持や、自由診療が受けられない日本人の貧困者への支援に回すといった共助公助の考え方も必要だと思います。でないと、「医者ばかり儲けている」という批判が噴出します。

長尾 それなら皆が納得するでしょうし、逆に時代の要請として実行していかなければならないでしょう。

梅村 特区の自由診療で上がった利益は、日本全体の医療体制整備に使えるようにしなければならない。規制改革によって特定の人や企業だけが儲けて、多くの国民は利益が受けられない結果になれば、小泉改革と同じです。民主党の規制・制度改革では、そうならないと思っています。

（次回テーマは「がん・非がんの地域医療連携」です）