

保険診療を潰す、「選択療養」導入に断固反対する 患者を盾に混合診療“幻想”を流布する規制改革会議に鉄槌を

神奈川県保険医協会
政策部長 桑島 政臣(談話)

3月27日、規制改革会議は保険外併用療養(=混合診療)の第3の категорияとして、「選択療養」を正式に提案した。患者の自己責任で、保険外と保険診療の併用を、「何でも」認める、この提案は、不当な患者負担の上乗せ、安全性・有効性が保証されない医療提供など、患者を翻弄し不幸にさせるとともに、医療秩序の破壊・混乱を来し、保険診療を潰す危険性が高い。戦後、社会保障制度審議会「勧告」以降、嘗々この国が築いてきた皆保険制度を転覆させるこの企てに、われわれは断固反対する。また規制改革会議のこの妄挙に医療界は、総力をあげ鉄槌を下すよう広く呼びかける。

田村厚労大臣は即座に慎重姿勢を表明し、その見識を示した。しかし、規制改革会議が最終答申に選択療養を盛り込んだ場合、厚労省としても無視はできず、何らかの対応を強いられることになる。

「選択療養」の提案は、療養、薬剤等を個別リスト化せず、保険導入の評価を前提としない。医師による必要性とリスクの説明を書面(「保険外診療についての診療計画書」)で行い、患者の書面承諾で、保険外併用療養(=混合診療)を認める、としている。実施医療機関の限定はしていない。

つまり、全ての医療機関で、書面「契約」により、どの患者にも混合診療を可能とするということである。実質、混合診療の全面解禁であり、医療の「商品化」となる。

現在、保険診療は安全性・有効性が担保された技術・薬剤等で成立している。これに保険外を併用する保険外併用療養も、当然ながら安全性・有効性の科学的担保を厚労省の管理下で図っている。

実際は現場要望に圧され、それがなくとも、事故報告がない、査読論文で有効性の期待が「確認」される程度のもものも、保険外併用療養の対象となっており、「治験」や「臨床研究」なども、「診療(療養)」ではないのに、その範疇として認められている。

これを外れるものは、①臨床応用にまだ至らないiPS細胞などの先端医療や、先端研究、②保険導入されずに「落選」した先進医療(評価療養)、③学会要望があり保険導入されていない医療技術、④保険診療から外された項目の類、⑤独自理論にもとづく医療などになる。

「選択療養」が導入された場合、これらの保険外併用は全て可能となる。「パンドラの箱」が開くことになる。

医療はモノを買うのとはわけが違う。患者は、提示される医療行為、医療技術、医薬品、医療機器の「値段」の妥当性はわからない。インターネットにより医療情報の入手が容易になっているが基礎医学、臨床経験を欠いた知識と医療者の知識とは雲泥の差がある。医療の情報の非対称性は激しい。

安全性、有効性が不確かなものに患者が法外な負担で騙される危険性が強い。医療機関が「選択療養」に応じれば、保険診療の充実・拡充は放置され、保険診療が劣化し、保険外負担を前提とし、「いつでも、だれでも、どこでも」の平等な保険診療が瓦解する。医療秩序も破壊され、悲惨な結果となることは、歯科差額徴収時代をみれば明らかであり、その比ではない。

保険診療の不十分性はあるが、これを野放図な混合診療で解決を図ることは、本末転倒である。

そもそも保険外併用療養、混合診療とは、妙な言葉である。保険外の診療は、本来、全額自己負担の自由診療である。これを診察や検査など保険診療との類似行為に着目し、混合診療と称しているに過ぎない。そこでの医学管理は自由診療、保険外診療に対するものである。つまり本質は「自由診療」へ健康保険のお金を部分的に適用すること、保険財源の「流用」である。

規制改革会議の提案では、無用な診療への牽制として、①患者・医師間の「診療契約書」を保険者に届け出る、②患者から保険者への保険給付の切り替えを申請する一などを通じ、保険給付が認められるようにすると、提示しており、混合診療の本質を、よく理解している。

しかも、「選択療養」に該当するかどうかを、「極めて短期間で判断できる仕組み」が重要とし、判断は「保険者」がすることとしている。オンラインで所定のフォーマットを保険者へ送り、許諾することが念頭にありとみられる。

事後検証とし、規制改革会議はデータ・ベース化、一定の有効性が認められる技術の「評価療養」の対象化に触れているが、精度管理やプロトコルもなく、有効性の度外視を凶らずも露呈しており、荒唐無稽である。医師のモラルハザードの防止に言及している点は何をか言わんや、である。

これら、「選択療養」の提案は、保険診療の患者負担に加え、保険外の追加負担が可能な患者を前提にした、自由度の高い、混合診療の仕組みである。

当然、これをカバーする、民間保険「商品」の開発と市場形成を伴うこととなる。先進医療特約とは規模が桁違いとなる。いま保険会社は、契約者（患者）の保険金を医療機関に直接振り込む、キャッシュレスの民間医療保険「商品」（「直接支払制度」）を準備しており、これとの結合が透けている。いわゆる民間版「健康保険」であり、公民の本格的な2階建て保険となる。

オンラインにより、医療機関（患者）、保険者、保険会社が、保険外併用療養の情報連携を図ることは容易に想定される。

規制改革会議や連携をとる産業競争力会議は、この間、「公的保険外サービスの活性化」を筆頭に、医療介護 ICT 化、医薬品のネット販売、医療用検査薬の一般用検査薬への転用（OTC 化）、レセプトデータの活用、保険者機能の強化など、議論を重ねており、これらは同じ穴のムジナである。多岐にわたる思惑含みだ。

混合診療禁止は、「岩盤規制」などと一部で吹聴されているが、皆保険や安全、健康、命を守る「鉄則」である。この上に、戦後の医療提供と健康、国の繁栄が築かれてきた。医療への露骨な経済格差の導入は、患者の選択肢を増やすどころか、「選択権」そのものを奪うことにしかならない。

この国の患者にとっての最大の問題は、過重な患者負担による、強力な「受診規制」であり、年間250万人もが保険診療の患者負担の重さで、受診断念に追いやられていることにある。規制改革会議では、この惨状も家計の落ち込みも、非正規労働の増加も、一顧だにされておらず考慮にもない。

英国は戦後の荒廃した時代の1948年に、患者負担が原則無料の皆保険（NHS）を発足させ、今日に至っている。米国医療との対比を描いた映画「SiCKO（シッコ）」（監督：マイケル・ムーア）が鋭く斬っている。

「選択療養」で、経済成長は図れない。国民、患者が不幸になるだけである。われわれは断固、導入に反対する。日々、患者と向き合い、獅子奮迅している、医療機関諸氏の奮起を期待する。