

2014年3月25日

内閣府特命担当大臣（規制改革） 稲田 朋美 殿  
厚生労働大臣 田村 憲久 殿

## 「患者ごとに自己責任で混合診療を認める」仕組みを導入しないことを求める要請書

全国保険医団体連合会  
副会長・政策部長 三浦 清春

拝啓 貴職におかれましては、日頃より国政の重責を果たされていることに心より敬意を表します。  
本会は、全国の保険医である医師・歯科医師 10万4000人で構成し、患者・国民の命と健康、皆保険制度を守るために活動している団体です。

3月19日に放映されたNHKニュースは、政府の規制改革会議が「混合診療 個別に診療行為の決定を」との表題で取り上げ、「患者と医師の責任で個別に決められるようにすべき」として、「選択療養」という「新たな仕組み」を設ける「基本的な考え方をまとめました」と報道しました。

この間、規制改革会議は、「保険診療と保険外診療の併用療養費制度」として、「一定の手続き・ルールの下、患者と医師が選択した治療については、個別に、保険診療との併用を認める仕組み」を検討していましたが、今回、それを基本的な考え方としてまとめたとするならば、国民の誰もが安心して医療を受けるうえで看過することが出来ない重大な問題です。

国が「患者ごとに自己責任で混合診療を認める」ということは、現行の保険外併用療養費制度の量的拡大にとどまるものではなく、混合診療の原則禁止から、原則解禁へという質的な転換を図るものです。

第一に、対象とする医療と実施を患者と医師の責任で決めるとしていますが、患者個人と担当医師の二者間で同意したとしても、自由診療部分に有効性、安全性が確認されて、適切な治療効果があることが担保されるべきです。薬事法未承認の医薬品なども先進医療に認められ、その対象が徐々に拡大されてきているなか、さらに、患者と医師の自己責任によって、患者ごとに混合診療を認めることは、その患者を生命の危険にさらすことになりかねません。

第二に、患者ごとに混合診療を認めることは、認可された混合診療の対象が大幅に増える一方で、その医療行為の普及性が極めて限定されることとなります。保険導入には、安全性、有効性、普及性などが求められますが、普及性・普遍性に欠ける医療行為となるため保険外に固定化されることとなります。

第三に、実施された先進医療の実績報告を見ても、この5年間で、「1入院全医療費のうち先進医療の割合」は、37.8%から65.3%に増えています（厚労省「平成25年度実績報告より」2014年1月16日）。つまり、先進医療の費用が高額化しているため、「1入院全医療費」に占める自由診療部分が増加しています。自由診療部分と保険診療分を含めた自己負担が高額になり、多くの患者が負担可能な金額に収まるか極めて疑問です。

わが国の公的医療保険制度の根幹には、保険適用の医療や医薬品等で患者を診るという原則があります。つまり、安全性や有効性が定かではない保険適用外の医療は認めないということです。しかし、今回の規制改革会議の「基本的な考え方」が実施されるならば、この原則が崩され、自由診療部分が拡大する一方で、保険診療部分の医療費を抑制するため、本来、早期に保険適用されるべき新しい医療や医薬品等が保険外に留め置かれるだけでなく、公的医療保険の給付範囲が縮小されることが危惧されます。

厚生労働省は、混合診療の原則禁止の立場を現時点では崩してはいません。厚生労働省幹部も「国民皆保険の本質は、必要な医療が保険で受けられるということであり、多くの技術が保険外併用療養のような形で自己負担に留め置かれるのは、国民皆保険の形骸化だという識者もいる」と指摘しています（『メディファクス』6761号）。

政府として、必要な医療が保険で受けられるという原則、並びに混合診療の原則禁止を堅持されることを、国民医療を担う医師、歯科医師の団体として、強く要請いたします。