

特定療養費制度の在り方に関するこれまでの議論の整理

論 点	参考人意見	委員意見
1. 基本的な考え方	<ul style="list-style-type: none"> ○ 混合診療については具体例を示して、その妥当性、正当性を検討すべき ○ 国民皆保険制度は堅持すべき ○ 混合診療解禁は、フリーアクセスを損なうおそれがある ○ 混合診療解禁は、医療の平等性を損なうおそれがある ○ 医療費の総額（患者の負担）は必ず増加し、それが医療ビジネスに流れるだけ ○ 増大する医療費をすべて公費で賄うのか、成長部分を公費以外で賄うのかは大きな国民選択 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中医協では、あくまで特定療養費制度を見直す観点で議論をすべき ○ ただし、その中でいわゆる「混合診療」の問題と接点を持てば関連して解決できるのではないか ○ 観念的な議論ではなく、実態に基づいた議論をすべき ○ 医療費をマクロ的にとらえた判断も必要 ○ 医療は社会的効果も求められており、特定療養費制度についても、患者のQOL等の観点からの評価が必要ではないか
2. 患者の選択と情報の非対称性	<ul style="list-style-type: none"> ○ 情報開示の徹底など患者の選択を保障する仕組みが必要 <li style="padding-left: 20px;">* 表示、報告、領収書、記録等 ○ 患者はよく勉強しており、情報の非対称性はない ○ 患者の自由な選択は、「自己責任」の観点から一見是認→現実的にはきわめて危険で悲惨な結果を生む可能性あり（例：イレッサ、民間療法） ○ 「情報の非対称性」が存在し、「医師と患者の自由な契約」は本来成立し得ない 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 情報開示を前提とすれば、患者は判断可能 ○ 保険診療の中の話は一般的に分かりやすいが先進的なものは難しい ○ 診療現場は患者が心理的に一番不安なタイミング→セカンドオピニオン等との組み合わせも必要

<p>3. 医療保険と無関係のサービス・医療行為の類型化(保険診療と併用しても混合診療に当たらない)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 禁止されているものとそうでないものを世の中にクリアカットに示せば、現行制度の中で十分対応可能 ○ 「医療以外のサービス」は、本来医療保険とは関係のない <ul style="list-style-type: none"> * 通訳、マッサージ、テレビ代等 ○ 「個人の価値観から行う医療行為」は、医療保険と関係ない <ul style="list-style-type: none"> * 美容整形的医療、バイアグラ、発毛促進剤、予防医学的医療(インフルエンザ、検診) ○ これらを総括的に通知で明示すべき 	<ul style="list-style-type: none"> ○ テレビ代、通訳、美容整形などは保険に関係ない→あくまで保険と関係あるものを「混合診療」で議論すべき
<p>4. 規制改革・民間開放推進会議の「中間取りまとめ」関連</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 混合診療は、保険収載部分のコストを下げるため、弱者への負担が小さい制度 ○ 医師の裁量権が官の過剰な関与を受けている実態は存在しない ○ 「一定水準以上の医療機関」や「いわゆる専門医」であっても、個別に新しい医療の安全性・有効性を判断し裁量できることは保証されない→専門家からなる公的な判定組織の慎重な検討に委ねるべき ○ a(注)については直接保険適用すべき ○ 回数制限は医療費抑制の観点から設定されていると思うが、過剰診療は、保険の審査で正すべき 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 全額自費に合理性がないという規制改革会議の主張に対しどう反論するのか ○ 自由診療との対比だと、混合診療は負担が小さいが、保険診療との比較では逆 ○ 手厚い配置については、保険で評価すべき

- c^(注)については、患者の価値観によってではなく、厳密な医学的適応に基づき実施されるべきものであり、直接保険適用すべき（学会で安全性等について議論のあるものは高度先進医療とすべき）
- 手厚い配置については保険で評価すべき
- 混合診療は、民間保険会社の利潤を考慮すれば国民の医療費負担総額はむしろ増大する可能性が大きい
現実には希有な局所的狀態を誇張している
- 専ら経済という一側面から検討し提起された命題。「患者本位の医療」とはむしろ逆方向に誘導しかねない
- 効きそうなものは何でもいくらかかっても試したい状況にあるがん患者の意見に過度に傾斜するのは危険

(注) a 及び c は、規制改革・民間開放推進会議の主張している混合診療が容認されるべき具体例の a 及び c を指している。

<p>5. 高度先進医療</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 概念を変更して、「保険収載までの経過的な医療行為」として類型化 あわせて、高度先進医療でないものは、全ての病院で実施可能とする ○ 高度先進医療としての適否の仕分けは中医協外の組織で科学的に行うべき ○ 新薬の使用は、高度先進医療に相当する新制度の構築による対応を検討 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高度なものに限らず「先進医療」とすべき経過を見て将来保険への導入を考えるべき ○ 高度先進医療の実績報告は毎年中医協に報告すべき
<p>6. 選定療養</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「回数制限を越えた医療」を類型化 ○ 「政策的混合診療」は異質 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現在の選定療養は色々な要素があり整理しにくい。カテゴリー毎に整理した上で、患者の視点から議論を行うことが必要 ○ 選定療養は類型を追加する過程で、性質の異なる多様なものが混じっており整理すべき

7. その他

- 高度先進医療や選定療養の対象に追加したい場合の提案方法が不明
- 特定療養費制度については、審査の迅速化、範囲の拡大、速やかな保険収載等の見直しが必要
- 保険外医療を受けることにより、保険診療部分まで全額自己負担とすることは理論的にはあり得るが現実にはほとんど見聞できない
- 外国では承認されてるが日本では未承認の医薬品の薬事・食品衛生審議会での取扱いについて要検討
- 未承認薬などは現在の治験制度で対応できるが、この治験のシステムが硬直化
医師主導の治験を強化すれば対応できる話
- 未承認薬などは安全性上問題があり、混合診療の議論にはそもそもなじまない
治験データですら限定的なもの