

## 社会保障言論

「選択療養制度」という  
解禁論を問う

**混**合診療の解禁論は出ては叩かれ、引っ込んで出て、モグラ叩きの様相だ。今回もまた政府の規制改革会議は6月めどに「選択療養制度」(仮称)を提案する、という。

## 第3の選択肢の創設

この提案は、まず「論点整理」の形で示された(3月27日)。

「困難な病気と闘う患者が、これを克服しようとして強く希望する治療を受けられるように」と強調し、現在の保険外併用療養費制度のなかに「選択療養」を設ける、という。

先進医療のなかで保険収載候補の「評価療養」、差額ベッド代に代表される快適性などを求める「選定療養」に加え、第3の選択肢と位置づける。

具体的には「個々の患者の個別ニーズにそのつど即応する。あらかじめ個別にリスト化するものではない。また、必ずしも評価療養のように保険導入のための評価を行うものではないが、広く使用される実績に応じて保険収載され得る」(図参照)。

個々の患者が未承認の薬や施術を自由に選び、それは全額自己負担だが、入院などは保険給付の対象になる。

「一定の手続・ルール」も示された。①必要な情報が医師から患者へ十分に提供され、書面で確認できる②医師のモラルハザードが防止される——とある。

未承認の医療行為の有効性と安全性を個々の臨床医にまかせられのか。

「論点整理」では、患者が保険外診療を希望した際、医師は「診療計画書」を策定、患者に必要性及びリスクを十分に説明し、患者は書面で保険診療との併用を承諾する。この契約書を「保険者に届け出ることによって保険給付が行われる」あるいは「患者から保険者に保険給付の切替を申請」とされる。いずれも「選択療養に該当するかどうかは極めて短期間に判断できる仕組みが重要ではないか」という。

どうも皆保険の原則や制度運営に対する基本的な認識に欠けていないか。

三団体こそぞって  
反対声明

健保連・国保中央会・全国健康保険協会

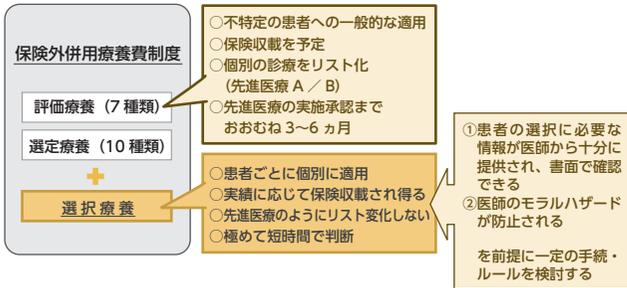
は「3団体の見解」を公表した(要旨)。

①患者と医師が合意すれば原則混合診療を可能にしているが、実質的に有効性・安全性の確認が不十分な医療行為を広く患者に提供することになる。

②当事者間の合意だけで成立した診療費を医療保険が負担する仕組みは制度の原則や財政運営を行う保険者の責任の範囲を超える。

③診療契約書を保険者に届け出て「選

### 「選択療養(仮称)」の新設



「治療費」に該当かどうか短期間で判断するとしているが、各保険者が個別の保険外診療の有効性・安全性を判断するのは事実上不可能である。

簡潔・確かな全面否定である。確かに、奇策々と評するほかない提案だ。

「現実にはさまざまな保険外診療が行われ、混合診療の原則禁止が安全確保策として機能していない」と強調しながら、さらに危険な保険外診療を広める自己矛盾に陥る。

「本来は医師の判断によるべき診療が保険給付の有無によって狭められている」とも主張する。保険会社の強力な裁量に左右される米国の医療と混同していないか。事実は逆で、元来は患者と医師の個別対応を、わが国では公的保険によって社会化し、受診機会と診療範囲を飛躍的に広げたのだ。

### 余りにも多い疑問や矛盾

「選択療養」の提案は、論点整理段階で詳細な設計を待つ必要がある。

だが、皆保険体制の枠組み、保険者の機能、保険診療の実態などを踏まえた提言でなければ机上の空論に陥る。

どんな医療機関でも選択療養を実施可能と読めるが、少なくとも「評価療養」と同様に一定水準以上の医療機関を指定するのが常識だ。

選択療養は「広く使用される実績に応じ保険収載され得る」なら、医学的な裏付けのない民間療法まで含まれ、医療費の膨張に拍車をかける。

選択療養の施術、薬品とその実施、投与前後の検査や副作用防止策などはどこで線引きして保険外・保険内に分けるのか。

「困難な病氣と闘う患者のため」と唱えるが、保険外負担の重さで「最先端の医療が受けられなくなる恐れがある」と早々に表明した難病団体の懸念にどう応えるのか。

この素案のままでは規制改革会議自体の見識が問われる。(追記・改良策といえる論点整理②が4月16日示された)

■宮武剛(みやたけこう)

毎日新聞社 論説副委員長、埼玉県立大学、目白大学の教授を経て、目白大学生涯福祉研究科、客員教授。厚生労働省 社会保険審議会 委員、財務省 財政制度等審議会 委員や NPO「福祉フォーラム・ジャパン」会長も務める。