

# 混合診療に関する一考察

## — 先進諸国の状況を参考に —

松原 由美 福祉社会研究部 主席研究員

### I 混合診療とは

わが国の財政が厳しいことから、公的保険の守備範囲を限定し、先進医療については混合診療を解禁することで対応すべきという意見がある。

そもそも混合診療とは何だろうか。

診療（含む医薬品。以下同じ）は、公的保険適用の有無によって、保険が適用される保険診療と、適用されない自由診療に分かれる。保険診療では、一つ一つの医療行為や医薬品などが保険収載リストに収載され、それぞれに公定価格が付されている。保険診療を受診すると、患者は年齢などによっても異なるが、原則3割を負担し、残りは全額保険が負担する<sup>1)</sup>。

これに対して自由診療は自由価格で保険が適用されないので、これを受診すると全額を患者が負担しなければならない。自由診療はたとえば開発されたばかりの医療技術や新薬などである。新医療技術や新薬は、まずは安全性や有効性が承認されねばならず、そのための治験などに一定の時間やコストを要し、承認後さらに保険収載されるための申請を要する。このため新たに開発された医療技術や新薬は、安全性や有効性が確認され、かつ保険収載されるまで、自由診療扱いとなる。医療技術等は日進月歩しているので、こうした自由診療が常に存在するのは避けられない。

さて、混合診療というのは、保険診療と自由診療が、一連の医療行為の中で併用して提供されることを指す。

混合診療で何が問題かというところ、混合診療が行われると、本来は保険適用となる保険診療部分まで自由診療扱いとなり、受けた診療全てが全額自己負担となってしまうことである。

このように保険が適用されない医療を自費で受けてだけで、保険料を支払っているにも関わらず、保険診療部分までもが根っこから全額自己負担になるのは、理不尽ではないか、病気で困っているのだから、せめて保険診療部分は保険給付すれば良いではないかと思うのが、一般的な素朴な感想ではないだろうか。

しかし混合診療の問題は、保険診療部分を保険給付さえすれば済むといった単純な話ではなく、わが国の医療政策の根幹に関わる多様な問題を引き起こす可能性を内包するところにある。

---

そこで本稿では、混合診療の問題点を検討し、それら問題に関する先進諸国の状況について整理したい。そのうえで、若干の私見を述べたいと思う。

本論に入る前に、混合診療についてわが国ではどういう現況にあるか見てみよう。

誤解されていることが多いが、わが国では混合診療に関し全面禁止はしていない。部分解禁している状況にある。

ではどのように部分解禁しているかという点、「保険外併用療養費制度」を創設して、この制度の下で対応している。当該制度は、自由診療の一部を一定の基準で選び出し、それについて混合診療を行っても保険診療部分には保険が適用されるという制度である。

やや専門的になるがもう少し詳しく説明すると、保険外併用療養費制度でピックアップされた自由診療は2つの視点から選別される。

一つが選定療養とあって、代表的なものが差額ベッドである。公的保険適用の入院ベッドを使用せず、たとえば個室などに入り、数万円といった差額ベッド代を払っても、そこで受ける診療は保険がきくといったものである。このように医療の本質部分とは関係が薄い分野で、患者の利便性などの向上を図るものである。

もう一つは評価療養といい、医療の本質部分に関わる分野で、今後保険収載すべきか否かを検討するものとして自由診療の中から選別される。安全性、有効性などを多様な角度から検討評価して、OKならば保険収載、NOとなれば自由診療に留め置かれる。評価療養とは、その評価プロセスにあるもの、いってみれば保険収載候補診療というべきものを指す。

1) 自己負担分が一定額を超えるとさらに高額療養費が適用される（後述）。

## II 混合診療に関する論点

### 1. 危険医療の問題

混合診療を全面解禁した場合の問題の第一は危険医療の可能性である。

医師免許剥奪の危険を冒してまで、患者に危険が及ぶ可能性のある医療を施すような医師はいないだろうが、最先端の医療を行いたいという、医師のインセンティブは常に存在し、そのために危険医療を行う可能性は常に内在する。

他方、患者サイドでも病に苦しみ悩まされている状況下では、リスクを冒しても先進医療を受けたいと考えるのも想像に難くない。

このため、そうした有効性・安全性が十分に確認されていない医療を、保険診療と併用することによって使いやすくとすると、危険医療が発生する恐れが生じる。

さらに保険外併用療養費制度の下では、評価療養対象の先進医療は、設備や医師の経験年数、症例数など一定の条件を備えた施設でしか提供できないが、全面解禁ではこう

---

した面でもチェック機能が低下する。

また、下記の理由により全面解禁によって、市場独占性が高い薬などは、保険収載インセンティブが低下し、治験が実施されないまま患者に利用される可能性が高まる。

画期的新薬が開発されれば、藁をもすがる思いの購入者がいるであろう。高くとも買いたいという患者がいるため、自由診療価格は値下げよりは値上げ、高止まりすることが考えられる。そのため、開発企業としては、わざわざ時間やコストをかけて保険収載しなくても、ビジネスが成り立つと考えられる。

現状では混合診療は認められず、根っこから患者の自己負担となるため、保険適用にしなければ市場が拡大しにくい。そのため、医療機器や医薬品会社などにとっては、保険収載となるかならないかは死活問題である。

これが全面解禁となれば、先ほど述べた理由で保険収載しなくともビジネスが成り立つことから、画期的新薬ほど保険収載インセンティブの低下を招く。

このように保険収載インセンティブが低下すると、公的保険が必要な医療を適切に提供するのではなく、最低限の医療しか提供しない可能性を生じる。

## 2. 医療格差の問題

混合診療が全面解禁されると、自由診療部分へのアクセスが容易になり、それは医療技術の進歩と普及を促進し、それによって患者の多様なニーズを満足するとともに経済的負担が軽減されると指摘されている。

確かに全面解禁すれば自由診療市場が限定的ではあるが、拡大すると思われる。しかし全面解禁によって、画期的新薬や技術ほど、先に記したように保険収載インセンティブの低下を招く可能性を否定できない。

保険収載されなければ、その薬が必要な人のうち高額負担できる人は購入可能だが、それ以外の患者には手が届かず、医療技術は進歩しても、それが広く国民一般には普及しないこととなる。

また、経済的負担が軽減されるという主張にも疑問が残る。そこで図表 1 を用いて患者の自己負担について簡単に説明したい。

図表 1 患者負担の例

(万円)

	診療価格	患者負担（静態価格）		患者負担（動態価格）
		部分解禁	全面解禁	部分解禁
保険診療	10	10	3	3
自由診療	100	100	100	30*
患者負担合計		110	103	33

\* 保険診療となった場合の想定価格

---

仮にある患者が保険診療を受けていてその総額が 10 万円、これに自由診療 100 万円分を併用したとする。

現在のような部分解禁では、保険外併用療養費の対象とはならない場合、混合診療とみなされ患者負担は保険適用可能だった診療分 10 万円と自由診療分 100 万円で計 110 万円となる。

これに対して混合診療が全面解禁されれば、保険診療分は 3 割負担なので 3 万円、これに自由診療分を加えて患者負担は 103 万円で済む。

全面解禁論は、これをもって、全面解禁によって患者の自己負担分が軽減される、それにより先進医療などへのアクセスも改善されると主張する。

一見、極めて判りやすく説得力のある説明である。しかしこれには大きな落とし穴がある。

実は、患者負担合計について部分解禁の 110 万円と、全面解禁の 103 万円をこのまま比較して論じるのは必ずしも適切ではない。

この説明の前提では、部分解禁と全面解禁における自由診療価格をどちらも同一価格の 100 万円とおいているが、全面解禁すれば、先に述べた理由から、この自由診療の価格は上がる公算が大きい。

もう一つ部分解禁制度の下では、保険収載インセンティブが高いので、この自由診療の価格は近い将来保険診療となる可能性が高く、仮に保険収載となれば、患者自己負担は 30 万円と大幅に低下する<sup>2)</sup>。先の比較ではこうした点が全く考慮されていない。言ってみれば静態比較といえる。現実立脚して考えれば、直前に述べた動的な視点での比較がより実勢を反映すると思われる。

日本最大の患者団体である日本難病・疾病団体協議会は、難病ということで、日々切実に医師と患者の立場の違い、医師の行動、医療費負担問題に接する機会が多いと思われるが、この団体が、混合診療全面解禁によって保険外負担が固定化し（自由診療のまま留め置かれる）、患者負担が際限なく増大するという理由で全面解禁に反対表明を出しており（2007 年 12 月 16 日）、この意見は傾聴に値すると思われる。

さらに、わが国には高額療養費制度という、保険診療において患者の自己負担が一定額を超えれば超過額が償還される、過度な医療負担に対する防波堤があるが、自由診療はこれの対象にならない。このため、実質的患者負担はさらに拡大し、格差助長をもたらすことが考えられる。

このようにみえてくると、混合診療が全面解禁されれば、開発された新しい医療技術や新薬の使用は高所得者に限られ、一般の人々がそれを享受することは難しいとなりかねない。つまり受療に関わる公平性が阻害されることになる。

医療において公平性を重視するか否かは、価値観の問題だが、医療における公平性に関する各種世論調査の結果をみると、いずれも圧倒的に、公平な医療を望む意見が多い<sup>3)</sup>。

---

これは平等を重んじるわが国だけの特殊事情ではなく、米国を除く他の先進諸国においても、医療は貧富の差に関係なく公平に受けられるべきという社会理念、価値観によって、医療制度が構築、運営されている。

2) 後述のように高額療養費が適用され、患者負担はさらに軽くなる。

3) 田村誠他「社会政策と社会意識」厚生科学研究（2002年）、日本経済新聞社「市民医療アンケート」（2002年3月）、日医総研「医療に関する国民の意識調査」（2003年）、朝日新聞（2011年3月22日）

### 3. 医師の行動変容の問題

全面解禁は医師の診療行動にも影響を与えよう。

医師は患者の社会的地位や所得などに関わらず、最善の医療を施すという職業倫理を有するものとされているが、それが変容する恐れである。

医療にあつては、医師と患者の間の情報格差は決定的に大きい。生命や障害に関わることで情報格差がある以上、患者はどうしても弱い立場に立たざるを得ず、医師のアドバイスに従うのが一般的である。経済学ではこのように需要側と供給側で大きな情報格差があることを情報の非対称性というが、こうした情報の非対称性下では、医師の職業倫理は最も重要と思われる。

しかし経済格差に応じて、医療内容を変えることを制度として容認すると、先の職業倫理崩壊を誘発する材料となりかねない。

実は現在のように混合診療について明確なルールが存在しないままに、差額ベッド代や歯科差額が認められていた時代に、これらが不当に徴収され、社会問題化したという事実がある。

保険外併用療養費制度の前身である特定療養費制度が導入される以前（1984年以前）に差額ベッド代などを導入したところ、不当な差額徴収が行われて社会問題化し、行政規則および行政指導による対応不十分との認識の下、混合診療を法律上規制することを目的に導入されたという背景がある。

特に近年、診療報酬が抑制される中、混合診療が全面解禁されることで、高い価格を請求しやすい自由診療の患者を重点的にみて、公的保険でしか治療しない患者を疎んじる風潮がもたらされた場合、社会不安、制度への信頼喪失によるわが国の医療制度への影響は大きい<sup>4)</sup>。

4) 医師の行動変容だけでなく、当然に医療経営者の行動変容も想定されるが、わが国は他の先進諸国と異なり、医療と経営の分離が進んでいないことから、医師の行動変容の記述に留める。

---

#### 4. 公的医療保険制度崩壊の問題

これまで縷々述べてきたように、混合診療の全面解禁により、結果的には患者の経済的負担の増大、それによる医療へのアクセスの悪化、公平性の阻害をもたらす恐れが強い。その結果、良い医療を受けるには公的保険では不足するという給付レベルの低下を招き、公的保険への信頼性の失墜、ひいては公的保険の空洞化を引き起こす可能性が強く懸念される。

最後に、全面解禁の主張の中には、医療の中心部分（製薬や医療機器等ではなく、医療従事者が患者に直接的に医療サービスを提供する部分）について、聖域視せずに市場を活用し、質と効率の向上を図るべきとの考えが散見される。

しかし医療には先に述べた通り、情報の非対称性や、生命に直接かかわるといった特質があるため、市場経済には馴染み難く、市場経済メリットが享受しにくい。

インフォームドコンセントや情報開示が進めば、情報の非対称性を解消できるという意見もあるが、どの病院を選択するか、または、患者の事情などで手術にするか薬物治療にするかを選択するなどの面で役立つことはあっても、既述の医療の本質的部分は医師に一任せざるをえないのが実状である。情報を与えるのも多くの場合医師であり、どのような情報を与えるかも医師の裁量で決まる。

その上多くの場合、サービス購入後、その品質を消費者つまり患者は評価できない。ある手術の成功率が50%と言われて失敗した場合、医師の技術や経験不足なのか、医療過誤なのか、患者の容態が悪かったのか、または急変したのかは、消費者側が判断することは非常に困難である。

これについて患者の自由選択に任せられないのであれば、保険者機能を發揮して医師を選別すれば良いのではないかという提案もある。しかし、医療を先進国中最も市場に委ね、その結果保険者が保険者機能を最大限發揮しているアメリカでさえも、筆者がアメリカの大規模から中規模の複数の保険会社や病院、医療経済学者、医療コンサルタントにヒアリングしたところ、保険者の患者への情報開示は、各医師の名前、住所、専門は何かといった外形上のレベルに留まっている。その理由は、①医療機関の営業妨害となり医療機関との関係悪化は経営上マイナスになる、②保険会社が高い評価をした医療機関で患者に何かあれば保険会社が訴えられる可能性がある、③医療の質の評価が技術的にもコスト的にも困難であるというものである<sup>5)</sup>。つまり、保険者機能を發揮すれば医師の選別ができるわけではない。

もう一つの医療の特質は、価格弾力性が小さいことである。生命や健康に関わるもので、他に変わるものがないため、肉が高いから魚で我慢しようとか、貴金属が値上がりしているから宝石を買うのを止めようというようにはいかず、価格が高くても買わざるをえない。

先進国中、もっとも医療を市場に任せているアメリカは世界一の医療費高騰に悩んでいる。図表 2 をみると、総保健医療支出は対 GDP 比でアメリカは日本の約 2 倍、一人当たり医療費でみると実に約 2.7 倍も医療費が高い。

医療費が高いのは、医療の中身が良いからだとの反論もあろう。しかし医薬品についても、公定価格を採らず自由市場に任せているアメリカでは、同種の医薬品が他国より高値であり、米国人がわざわざ他国へ医薬品の購入ツアーに行くことは広く知られている事実である。

つまり、医療は市場に任せれば質が上がり価格が下がるという前提に関し、少なくとも価格が下がる点に関しては当てはまらない。

図表 2 各国の対 GDP 比総保健医療支出と 1 人当たり医療費（購買力平価ベース 2008 年）

	対 GDP 比(%)	1人当たり(米ドル)
日本	8.5	2,878
アメリカ	16.4	7,720
[参考] フランス	11.1	3,809
[参考] ドイツ	10.7	3,963
[参考] カナダ	10.3	3,809
[参考] オランダ	9.9	4,241
[参考] スウェーデン	9.2	4,930
[参考] イギリス	8.8	3,281

出所：OECD Health data 2011

アメリカは世界一の医療費を費やしながら、人口の 2 割弱が無保険者といわれる。さらに保険に加入していても、患者の経済格差等によって受けられる医療内容が異なる問題が頻発している。これらの状況については、映画「シッコ sicko」や「ジョン Q」に詳しい。

- 5) 松原由美「米国における民間医療保険の保険者機能と質の評価」『生命保険経営』第 76 巻第 2 号、2008 年

### Ⅲ 先進諸国の混合診療の状況

既述のようにアメリカとわが国を含む他の先進各国では医療に対する価値観に相違があることから、アメリカを除く他の先進諸国（言いかえると、医療における公平性に重点が置かれている国）の混合診療の状況について整理したい。

対象は、わが国同様、公的保険料を医療費の主な財源とするフランス、ドイツ、オランダ、税を財源とするイギリス、スウェーデン、カナダとする。

筆者は内閣府の調査（2010 年度 諸外国の医療・高齢者介護に関する制度比較調査）で、上記各国（カナダを除く）の厚生省の医療保険担当者や保険者等にヒアリングする機会を得た（2011 年 1 月）。そのヒアリングおよび文献調査の結論から言うと、混合診

---

療に関して法律上の規定をみると、イギリス、カナダでは禁止規定がある<sup>6)</sup>が、その他の国では特段の禁止規定はない。

そこで着目すべき点は、わが国で懸念されている混合診療全面解禁による弊害（の可能性）が、これら諸国では、混合診療とは関係ない、医療、医薬品に関する他の諸制度や規制で、実質的に抑制されていることである。

6) イギリスでは“A Code of Conduct for Private Practice” January 2004 の 2.13 により同一の症状で、同一受診において、公的給付診療と公的給付外診療を併せて受けることはできないと規定されているが、2009年3月23日付けの通知により、条件付きで混合診療を部分解禁し、公的医療給付対象部分は公費でカバーされることとなった。条件は、公的給付対象医療（NHS 医療）ではどうしても治癒困難な場合に限り、通常の NHS 医療とは別の場所（たとえば民間病院や同じ公的病院内でも自由診療用の部屋など）で混合診療を行うことを認めるというもの。この場合、公的給付対象外医療部分は自己負担だが、公的給付対象医療部分は公的給付制度によって賄われる（“Guidance on NHS patients who wish to pay for additional private care” Department of Health 2009）。

## 1. 危険医療の問題

### ①危険医療実施への牽制

先進諸国では医療機関の機能分化と医療アクセスへの制約があり、これが危険医療実施の防波堤となっている。

フランス、オランダ、スウェーデン、イギリス、カナダでは、自由診療部分で重要な位置を占める先進医療を提供する先進医療機関が限定（指定）されており、それら医療機関に対するアクセスに制約がある。

ドイツのみ病院がどのような先進医療を行うか否かは各病院の自由意思に任されているが、先進医療を行う際には、連邦合同委員会が設ける質や安全の条件を満たすことが求められる。また、そもそも病院設立の際、保険給付を受けるためには医療計画に掲載されることが条件であり、その時点までにどのような機能、サービスを提供する病院かを各病院が決める必要がある（当該病院の機能は各病院の自由に任されているが、実質的には州が認めた機能でなければ建設費の補助金が拠出されないことから、州の意向に沿う形となることが多い）。このため、ドイツでも実質的には先進医療が行える病院は限定されている。

なおスウェーデンは比較的医療内容に関し寛大であり、どのような治療を施すべきかについて医師の自由が尊重されているが、それはそもそも厳しい予算制度下で病院が運営されており（患者の待機期間が長いなどはその象徴である）、一般的治療法以外の治療を採る余裕が少ないことが影響しているように思われる。

一方、医療機関に対する受診アクセスは国により多少の相違は見られるが、かかりつけ医制度や、より高度の医療機関受診には紹介状を要することなどがあって、制度上ま

---

たは慣行上、少なくともわが国にみられるようなアクセスの自由度はない。たとえばフランスやドイツでは、患者側に経済上のメリットを与えることによって、制度上かかりつけ医にまず受診することが誘導されており、また慣行上も高度の医療機関受診には紹介状を要す。オランダ、イギリス、カナダの全国、およびスウェーデンの一部ではゲートキーパー制が採られ、救急以外で病院にかかるにはまずかかりつけ医の受診が必要である。

つまり受ける医療のレベルにより医師が異なり、複数の医師がかかわるため、同一の医師と患者が不透明な環境下で合意することが難しく、医師の勝手を許さない環境にあると言える。

こうしたことに加え、フランスでは法の Article L165-1-1 において、革新的医療は、将来保険収載されることを目的で扱う事ができるとされ、その実施内容やスタディ報告を国に行う義務などが課され、先進医療の安全性確保が図られている。

### ②病院のガバナンス

わが国では多くの場合、病院は診療所が発展したものであり、診療所はもとより病院もオーナーである理事長の下、医療と経営が分離していない。わが国を除く先進諸国の場合、医療と経営が分離し、病院と医師は互いに牽制しあう関係とさえいえる状況にある。また、わが国の病院は中小病院が多いこともあり、広く普及していないと考えられる倫理委員会が設置され、チェック機能を果たしている。

### ③データ収集制度

各国とも多くの病院の医療内容に関するデータは国等へ集約されるほか、フランスでは全病院が病院機能評価を、ドイツ、イギリスでは全病院がケアの質の評価を受ける義務が課されている。

## 2. 医師の行動変容の問題

次に医師の儲け主義についてはどうだろうか。

### ①かかりつけ医の存在

先ほど述べたように先進医療を受けるには、かかりつけ医の紹介によって先進医療機関にかかる必要があり、医師と患者の不透明な環境下で治療内容が決まるのではなく、複数の目を通して先進医療を受けることになる。

### ②医師による薬剤販売の禁止

イギリスでは医師による薬剤販売がわが国同様認められているが、フランス、ドイツ、オランダ、スウェーデンでは、医師による薬剤販売は禁止されている。このため医師による営利的動機による高額医薬品勧奨の道が封じられている。

### ③コンパッションネートユース制度の存在

この制度は未承認薬の使用に関して第三者機関が介入し、その判定により暫定使用を認める制度だが、これによって医師と患者が相対で未承認薬を濫用する事態が防止され

---

---

る。名称は様々だが、各国ともこうした調整機能を有する第三者機関が存在する。

これら諸制度の存在により、医師の儲け主義的行動に一定の歯止めがかかりやすいと言える。

### 3. その他

医療格差問題、公的医療保険制度の崩壊の怖れについては、以上のような諸制度・規制があることから、混合診療が濫用されにくいというえ、たとえ混合診療が行われたとしても、それから生じる弊害が起こりにくい実状にあると考えられる。

また自由診療を行わなくとも現行の公的給付対象の医療で最適医療がほぼカバーされていると一般に理解されているようで、医療格差も特段問題視されてはいないようであった。

もっともドイツのヒアリングでは医療格差が問題視されていた。しかしこれは混合診療との関連というよりも、歴史的経緯から来る医療保険制度そのものに由来している問題である。

そもそもドイツでは歴史的に一定所得以上の被用者等は公的医療保険から外れ、民間医療保険に加入しており、制度的に医療格差を内包しやすい。たとえば診療所では、公的医療保険加入者より支払いの良い民間医療保険加入者が優先され（公的医療保険加入者に対してはなかなか予約を受け付けないが、民間医療保険加入者であれば優先して診る、待合室も異なる場合がある等）、医療格差が社会問題に発展している。

そのためドイツでは混合診療が医療格差を生むか否かの議論の前に、公的医療保険と民間医療保険間の医療格差問題が大きな政策上の課題として認識されている。

こうして医療保険制度の制度設計の成り立ち等を原因とし、医療格差が広がってしまったことが問題視されているが、政府はそれを許容している訳ではない。たとえば患者負担が外来診療で四半期毎に10ユーロ（約1,055円<sup>7)</sup>のみ、入院では10ユーロ/日の定額負担のみで、しかも28日を限度とし、それを超えれば無料である。患者負担の少なさはわが国の比ではなく、経済格差によって医療格差が生じないように、医療における公平性の確保を目指した施策が打たれている。

7) 1ユーロ=105.52円（2011年10月18日付）

## IV 考察

最後に、以上述べてきたことを踏まえ混合診療について考察を述べる。

筆者は市場経済を良しと考えており、強い規制ばかりの社会や、働かなくとも一生懸命働いた人と同じ報酬が得られるような結果平等な社会を必ずしも望んでいるわけでは

---

ない。各人が自己の持つ資質や能力を自由かつ十分に発揮でき、健全な競争が社会の発展を導く、市場経済社会を望んでいる。

しかしスタートラインから格差があるのでは、健全な競争が出来ない。現在の医療レベルでは完治可能な治療を、お金がないことが理由で受けられずに障害が残り十分に働けない、その結果、その子どもも貧しさから必要な医療を十分に受けられないでは、負の連鎖が始まり、これでは健全な市場経済社会とは言えない。

健全な競争をし、活発な市場経済を維持するためには、皆に公平で最適な医療を受ける権利が付与されることは必要不可欠と思うので、その意味で医療を受ける上での公平性を重く考えている。

世論を見ても、医療については公平性に重きが置かれていた。米国を除く先進諸国も同様である。

医療が市場経済機能を支える重要なインフラである以上、その給付レベルは最適水準を目指すべきと考える。当然、そのためには、医療技術の革新に対応し、必要なものは保険収載を進めるという前提に立つ。

わが国では混合診療について全面解禁の議論が一部で盛んだが、医療についてわが国と同じ価値観を有する先進諸国において（混合診療についての規制であるか否かは別に）、混合診療は一定の公的なルールのもとで行われているのであり、患者と医師の自由意思によって勝手に混合診療が行われているのではない。

重要な点は、ルールが必要であることを認めただけで、いかにこのルールをより良いものにするかである。たとえば現在の保険外併用療養制度の運営のチェック、保険収載のルールの明確化が必要である。

たとえば新薬が保険外併用療養費の対象から保険収載の対象になるために、どれだけの治験が必要なのか、その基準が不明確であり、改善が求められる。

公的医療保険の最適な医療レベルを堅持するためには、当然、医療供給側、需要側双方の改革も求められる。

ここではそれが主旨ではないので深入りしないが、たとえば薬づけ、検査づけ、チューブだらけになるのではない、生活の質を重視した終末期のあり方の検討、それには常日頃から医師との信頼関係が欠かせないので、かかりつけ医制度の推進、大学病院など高機能病院への節度あるアクセス制限、検査機器の共有化促進等が挙げられよう。

医療政策には各国の歴史や文化が反映されており、他国の策をそのまま導入することは無理と言える。わが国にあった医療制度改革を行う必要があり、混合診療全面解禁は、医療問題を解決する策とは考えにくく、それよりも、患者のニーズを満たし、医療技術の進歩を促進するための保険外療養費制度の更なる運用面での改善や、終末期医療のあり方、かかりつけ医の促進などによる効率化の推進が求められると考える。

---

本稿執筆に当たり、慶應義塾大学大学院の田中滋教授には貴重なご示唆を頂いた。ここに厚く御礼申し上げます。ただし、本稿に誤りなどがあれば全ての責は筆者に属する。

**【参考文献】**

- ・池上直己（2010年）『医療問題』日本経済新聞出版社
- ・遠藤久夫（2008年）「医療のイノベーションと医療保険制度」病院、67巻2号
- ・遠藤久夫（2011年）「医療費の財源と混合診療に関する調査」週刊社会保障、2617号、2618号
- ・島崎謙治（2010年）「混合診療禁止の法理と政策論」社会保険旬報、2363号、2364号
- ・島崎謙治（2011年）『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会
- ・田中滋（1993年）『医療政策とヘルスエコノミクス』日本評論社
- ・田村誠（2003年）「なぜ多くの一般市民が医療格差導入に反対するのか」社会保険旬報、2192号
- ・二木立（2011年）「混合診療裁判の最高裁判決とその新聞報道をどう読むか」日本医事新報、No.4568
- ・ネオパラダイム研究会（2009年）「混合診療に関する議論の諸相ー日本・英国・カナダの比較」社会保険旬報、2385号