

保険外併用療養の一部拡大について

定例記者会見

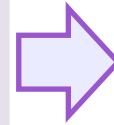
令和6年5月22日

公益社団法人 日本医師会

「混合診療」と「保険外併用療養」について

混合診療の推進

市場開放を志向する「混合診療」は、保険診療の範囲を制限し、患者負担が増えても構わない、という考え方に基づくものである。すなわち、所得や資産の多寡(貧富の差)により受けられる医療に差をつけるものであり、我が国の医療を根底から覆し、世界に冠たる国民皆保険制度を崩壊させるものである。保険外診療が拡大し、保険診療が縮小する。所得や資産の多寡に関わらず、受けられる医療の中身は同じほうがよいと考える国民の理解も得られない。



保険外併用療養の拡大

我が国が議論を重ねて創設した「保険外併用療養」は、国民皆保険制度の中で、保険診療を平等に提供することを原則としつつ、イノベーションの進展に伴い、新たに開発された医薬品等や高度の医療技術を、一定のルールの下、患者が自己負担により利用できるものである。

特に評価療養については、安全性・有効性の確保を担保として、将来の保険収載を前提としている。



時代に即した
議論が必要

両者の違いを十分に理解していない人もいる。

いわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意

2004(平成16)年12月15日、尾辻秀久厚生労働大臣、村上誠一郎規制改革担当大臣により「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」(以下、基本的合意)がなされた。

いわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意

平成16年12月15日

- 1 国内未承認薬の使用について
- 2 先進技術への対応について
- 3 制限回数を超える医療行為等
- 4 保険診療と保険外診療との併用の在り方について
- 5 改革の手順

尾辻秀久 厚生労働大臣
村上誠一郎 内閣府特命担当大臣(規制改革、産業再生機構)、
行政改革担当、構造改革特区・地域再生担当

明記

**「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という
国民皆保険制度の理念を基本に据えたものである**

小泉政権で提言されたいわゆる「混合診療」は、基本的合意により結論が出ている。

医療の平等性

医療の平等性については、過去5回の調査と同様の結果が示され、70.9%の国民が、「A:所得の高い低いに関わらず受けられる医療の中身が同じである」ことを望んでいた。この傾向は、等価所得¹別でも大きな変化は見られず、所得が高い人の間でも「B:所得の高い低いによって、受けられる医療の中身が異なることはやむを得ない」と考える割合は、約2割にとどまった²。

医療において平等性が重要であることについて、国民の意識は一貫して変化がないことが示された。

図 46 所得水準と医療の中身についての考え

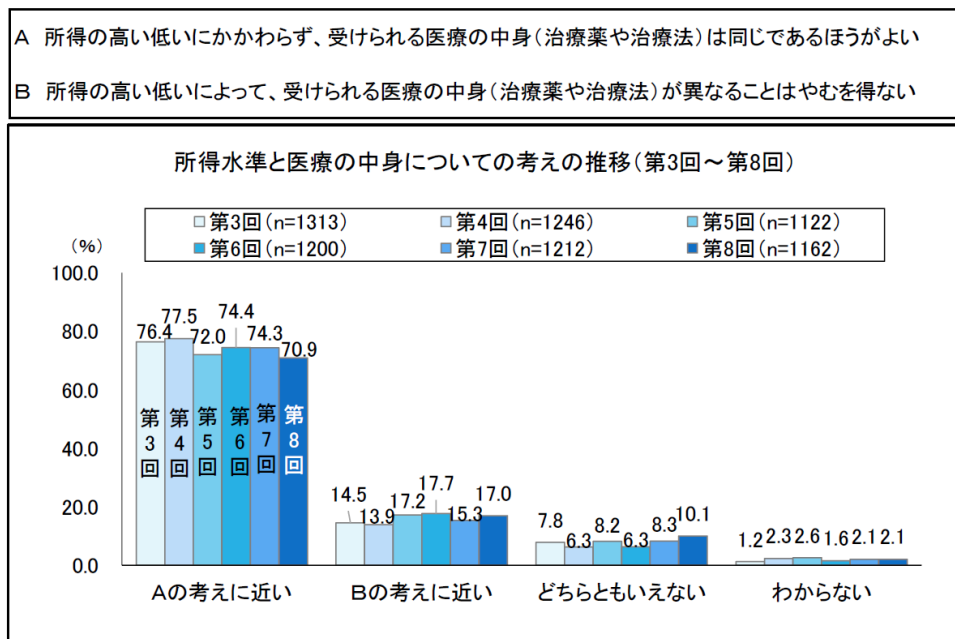
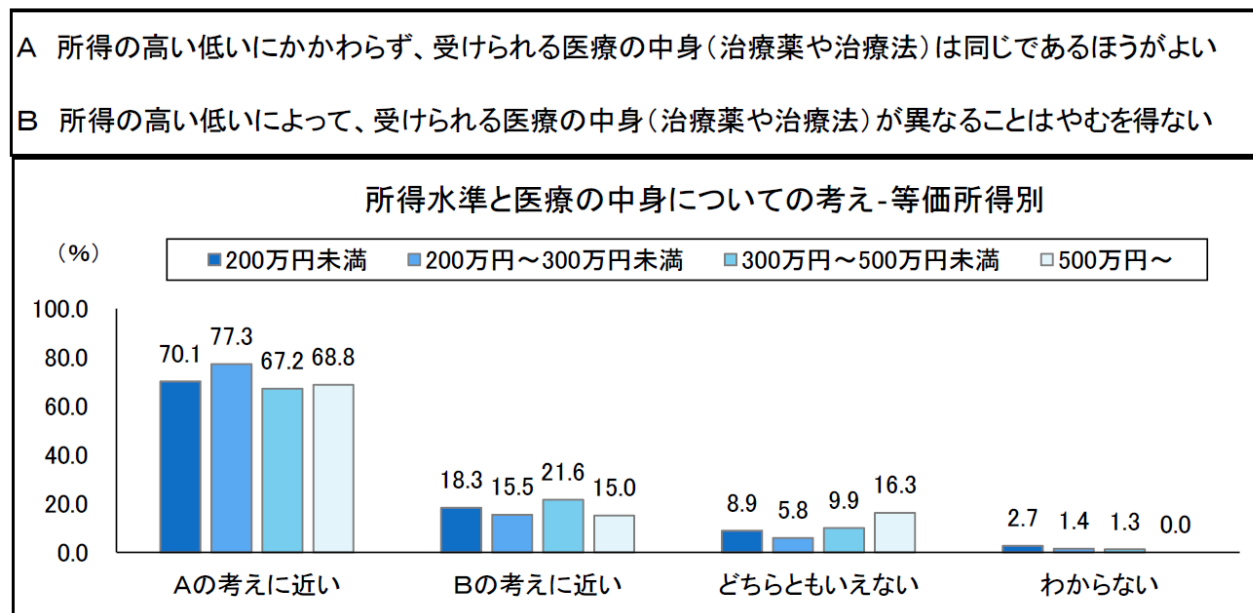


図 47 所得水準と医療の中身についての考え 一等価所得別



¹ 等価所得とは、世帯所得をもとに世帯の構成員の生活水準を表すように調整した所得で、世帯収入を世帯構成員の平方根(√)で除算したもの。ただし、本調査では、世帯年収は実額ではなく7区分の選択肢で尋ねているため各区分の世帯所得の平均を以下として等価所得を算出した。「200万円未満」→100万円、「200万円~300万円」→250万円、「300万円~500万円」→400万円、「500万円~800万円」→650万円、「800万円~1000万円」→900万円、「1000万円以上」→1100万円。

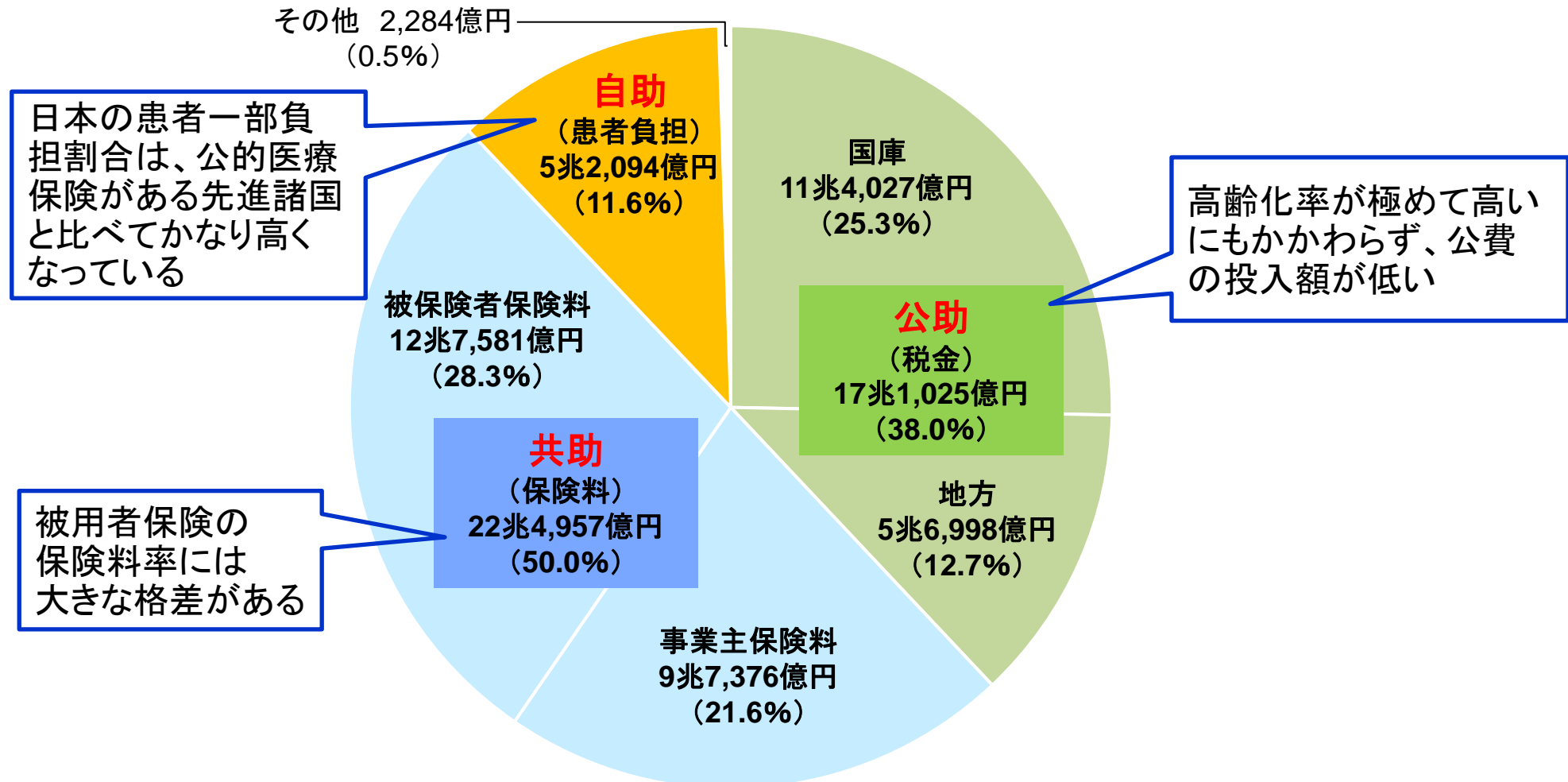
² 等価所得500万円以上でBを選んだ人の割合は第7回調査では34.2%とやや高い傾向がみられたが、それ以前の第6回調査では20.0%、第5回調査では20.4%であった。

国民の意識は、所得の多寡に関わらず、受けられる医療の中身は同じであるほうがよい。

国民医療費の財源構成(2021年度)

日本医師会の考え方

「税金による公助」、「保険料による共助」、「患者さんの自己負担による自助」、この3つのバランスを考えながら進め、自己負担のみを上げないことが重要である。
あわせて、低所得者にしっかりと配慮することも不可欠である。



保険外併用療養の拡大についての日本医師会の基本スタンス

(特に評価療養について)

1. 安全性・有効性が確保されていること
2. 将来の保険収載を前提としていること

2004年12月、厚生労働大臣、規制改革担当大臣により「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」がまとまり、これを踏まえて、2006年に保険外併用療養の仕組みが導入された。

「基本的合意」では、本合意で示した改革は、「一定のルールの下に、保険診療と保険外診療との併用を認めるとともに、これに係る保険導入手続を制度化するものであり、「**必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する**」という国民皆保険制度の理念を基本に据えたものである」としている。

保険外併用療養

評価療養

高度の医療技術を用いた療養で、保険給付の対象とすべきか否かの評価が必要な療養

- 先進医療
- 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- 医薬品医療機器法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、再生医療等製品の使用
- 薬価基準収載医薬品の適応外使用(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

令和6年度診療報酬改定
 ・プログラム医療機器についての評価療養・選定療養の新設

選定療養

被保険者の選定に係る特別の病室その他の療養

- 特別の療養環境(差額ベッド)
- 予約診療
- 時間外診療
- 大病院の初診
- 大病院の再診
- 180日以上入院
- 制限回数を超える医療行為
- 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ
- 小児う蝕の指導管理
- 歯科の金合金等
- 金属床総義歯

令和6年度診療報酬改定
 ・長期収載品に対する選定療養の仕組みの導入

患者申出療養

将来的に保険適用をめざすための計画が立てられる医療であって、計画を立てるために必要なデータ、科学的根拠のある療養

- インフィグラチニブ経口投与療法
- マルチプレックス遺伝子パネル検査による遺伝子プロファイリングに基づく分子標的治療(ダブラフェニブ経口投与及びトラメチニブ経口投与の併用療法を除く。)
- トラスツズマブ エムタンシン静脈内投与療法
- ダブラフェニブ経口投与及びトラメチニブ経口投与の併用療法
- タゼメスタット経口投与療法
- 経皮的胸部悪性腫瘍凍結融解壊死療法
- EPI—589経口投与療法
- ペミガチニブ経口投与療法
- 遺伝子パネル検査結果等に基づく分子標的治療

保険診療

保険外併用療養費として保険給付

保険外診療(評価療養・選定療養・患者申出療養)

全額自費