

# 縁があるかな？

# 先進医療

「先進医療」という言葉から何を思い浮かべますか？  
おそらく、あなたが今思い浮かべたものと、  
実物との間にはギャップがあります。  
そして、そのギャップから、  
医療制度の課題も見えてきます。

編集／医師35人の合同編集委員会  
事務局／ロハスメディア  
監修／福井次矢 聖路加国際病院院長  
神田善伸 自治医科大学教授  
イラストレーション／村上テツヤ

## 混合診療もどき

今回のテーマは、小泉構造改革に伴う政治的綱引き（25頁コラム参照）を経て成立した経緯があるために、そもそも話が単純ではありません。しかしそこをできる限り

単純化して説明していくことにします。まず「先進医療」とは一体何か、からです。

一般に先進医療と言え、新しい薬や器具もしくは新しい方法を用いた治療や検査など、先進的な医療行為を指すと思えますよ。しかし、実

際の制度としての「先進医療」は必ずしもそうとは限らず、以下二つの大前提を持ったものなのです。

①代金が健康保険から支払われない（自費診療）②保険診療と同時に同一機関で受けることができる。



「それって『混合診療』（コラム参照）じゃないの？」と思った方もいらっしゃると思います。はい、その通りです。混合診療は原則として禁止されていますが、いくつか例外的に認められているものがあり（下表参照）、その中で保険適用を認めるかどうか検討段階のものを「先進医療」と呼ぶのです。

野球に例えると、保険診療を大リーグとするなら、保険適用というメジャー昇格をめぐって「我こそは！」というものが集まるマイナーリーグこそ「先進医療」なのです。ただし一度昇格してしまえば、まずマイナー落ちしないところは大リーグと違います。また、アマチュアからマイナーリーグを経ずに即メジャー入りするような保険の認められ方もあり、以前はそちらの方がむしろ主流でした。

話を戻しますと、先進医療は7月末現在で117項目あ

**混合診療とは。**

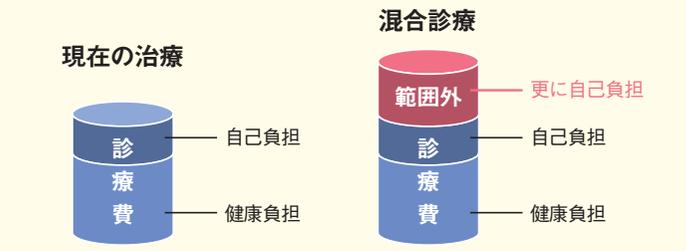
保険が適用される医療行為と適用外の医療行為を同時に同じ医療機関で実施して、保険適用部分に関して健康保険給付を受けること（図参照）を指します。

表の例外を除いて禁じられており、このような組み合わせの医療を行った場合には、適用外の医療行為に関して費用請求しない（該当部を医療機関が負担する）か、全額を

受診者の負担（自費診療）にするかはありません。「患者の選択肢を狭める」と経済界などから意見が出て、いったん解禁されそうになりました（25頁コラム参照）が、「貧富によって受けられる医療に差が出て不公平だ」との日本医師会などの巻き返して、とりあえず今の形になっています。いずれ特集する予定です。

## 例外的に“混合診療”が認められているもの

選定療養	評価療養
特別の療養環境の提供	<b>先進医療</b>
予約診療	医薬品の治験に係る診療
時間外診療	医療機器の治験に係る診療
200床以上の病院の未紹介患者の初診	薬価基準収載前の承認医薬品の投与
200床以上の病院の再診	保険適用前の承認医療機器の使用
制限回数を超える医療行為	薬価基準に収載されている
180日を超える入院	医薬品の適応外使用
前歯部の材料差額	
金属床総義歯	
小児う蝕の治療後の継続管理	



田投手が所属していたことと少し似ています。

「先進」と名前がついているのは、06年途中まで「高度先進医療」という文字通り先進的なものだけを扱う括りがあって、その適用範囲を拡大するように高度先進医療を吸収した歴史が影響しています。

# 制度の目的は いったい何？

**次** に、このような特例がなぜあるのかを説明します。

厚生労働省のサイトには先進医療に関する説明として「国民の安全性を確保し、患者負担の増大を防止するといった観点も踏まえつつ、国民の選択肢を拡げ、利便性を向上するという観点から、保険診療との併用を認める云々」と書いてあります。

しかし肝心の前提が書かれていないので、何のことかサッパリ分からないと思います。前提とは、医療費の伸びを抑えるため、新しい医療行為に対して何でもかんでも保険適用を認めるわけにいかないという厚生労働省の立場のこと。これを踏まえようえで改めて読んでみましょう。

まず「国民の安全性を確保」は、安全でない医療行為が行

われないよう厚生労働省がチェックするということです。「国民の選択肢を拡げ」は、保険が適用されない医療であっても受けたい患者はいるので、その道を閉ざさないということ。それによって、その中に保険適用されるべき医療があつたなら、結果的に保険適用が早まるということも含まれています。

その前の「患者負担の増大を防止」は、保険適用外の治療を受けることで、本来は保険にカバーされる医療行為まで全額負担させられるのでは患者がたまらないので、そうならないよう配慮するということです。

まだ頭がスッキリしないという方のために、もう一度野球に例えます。

ある程度実力があつてファンのついでにいる選手は全員をメジャーに昇格（保険適用）させる、こういう扱いにすればファンは喜ぶでしょう。以前はそうでした。しかし球団の懐が寂しくなつて、全員昇格させると給料で破産しかねなくなつてきました。結果、メジャー昇格が非常に狭き門になり、ファンから不満が出ていた。こんな状況です。

ならば昇格させる前に、その選手の実力がメジャーにふさわしいのか、お客さんをたくさん呼べるのか吟味する場



を設けたらいいではないか。その間の給料は球団ではなくファンが直接払う（該当分だけ自費負担）ことにしよう、というわけです。

この制度がなければ、ルーキーの実力を見たいファンは、メジャー選手の給料まで払わされます（全額自費負担）。結果としてルーキーの出る幕がありません。

もちろんマイナー選手であってもプロ（医療行為）です。から、それに相応しい実績

（有効性・安全性）が必要で、ドラフト（厚生労働省の審査）を通らねばなりません。

実績を積みまでは、医療機関が「臨床研究」として費用負担するのが一般的ですが、完全自費診療として実績づくりが行われることもあります。

審査をしているのは、厚生労働省の設置している「先進医療専門家会議」という検討会です。診療各科のリーダー的医師21人で構成されており、ほぼ毎月一度集まって、医

療機関から出された申請を審査しています。

といっても、他分野の専門的なことは分からないのが普通なので、実際には申請分野ごとに1人で素案をまとめて、それを承認する形になつていきます。申請を受け付けてから

3カ月以内に判定を下すスピード感が制度の売り物です。検討会では、ある医療行為を先進医療として認めると同時に、その先進医療を行うことのできる医療機関の要件も

示します。そのメジャー選手を呼ぶことのできる球場の条件のようなものです。多くの医療機関が手を挙げれば、それだけニーズがあることになります。

実際には、この「マイナー入り」すら狭き門になつていて、例えば4月から6月までに11件が届け出られましたが、まだ1件も認められていません。果たして「国民の選択肢」が拡がったのかは、議論のあるところでしょう。

後はいつものように、この制度とどう付き合うのが賢いかを考えてみましょう。

先進医療は、審査段階で既存の方法と同等以上と評価されたものです。もしあなたが既存の治療や検査で満足いく結果が得られなかった、もしくは既存の方法を用いたくないという時、試してみる価値はあるでしょう。

ただし前項でも説明したように、受けることのできる医療機関が限られています(医療機関のリストは21頁の厚生労働省サイト参照)。このため、たいていは転院か二重受診が必要になります。そうなる様々なデメリットが出てきて、医療行為のメリットを上回ってしまうことも考えられます。まずは主治医とよく相談してみてください。

医療機関に関するデメリットを回避するには、お目当ての先進医療がある場合、それを実施している医療機関を最

初から受診するという手があります。

逆に、そんなつもりはなくても先進医療実施機関を受診していると、やってみませんか、と勧められることがあると思います。

というのも、先進医療は実施する医療機関数や実施件数が多ければ、めでたくメジャー昇格となるので、医療機関とすれば件数を増やしたいものなのです。

ただし、まだ実績の少ないものですから、普及している保険診療よりリスクが高めなことは覚悟してください。

また、先進医療の分の費用は自費です。高額療養費の払い戻し対象にもならないので、まるまる負担となります。そしてその価格は、医療機関によって異なります。

患者側からすれば、できるだけ安い方がありがたいと思いますし、医療機関にしても患者が喜んで選択してくれる方がよいに決まっています。

# 毎度恒例の賢いつきあい方



しかし、採算度外視とはいきません。いざ保険医療へと昇格となった際、先進医療段階の料金と利用者数を参考に診療報酬点数が決められるので、あまりにも安い診療報酬がついてしまうと、かえって保険医療機関では受けられない幻の医療行為になってしまう可能性があります。

このせめぎあいの中で、最終的に需要と供給のバランスのよい価格に落ち着くはずなので、診療報酬の決め方としては良くできています。でも、新しい医療をどんどん普及させるといふ意味では、どうしても以前よりスピードは遅くなります。これが保険制度のあ

り方として良いのかは議論が分かれるところです。毎度同じことの繰り返しで恐縮ですが、私たち自身も保険料や税金で費用を負担しています。財政がひっ迫しても新しい医療をどんどん普及させた方がいいのか、医療費を抑えてやりくりした方がいいのか、お考えいただけると幸いです。

いずれにしても現段階で先進医療を受ける人は、受益者であると同時に、その医療を育てて後続の方々へと引き継ぐサポーターとしての役回りも引き受けることとなります。通常の医療を受ける時以上に、よく医療者の説明を聴いて心の底から納得したうえで受けるようにしましょう。

## 小泉構造改革の置き土産。

2004年8月、小泉純一郎首相(当時)の肝いりで構造改革の議論をしていた「規制改革・民間開放推進会議」は中間とりまとめの中で、「いわゆる『混合診療』を全面解禁すべきである」と提言します。これを受けて小泉首相も9月に経済財政諮問会議の場で「年内に解禁の方向で結論を出していただきたいと思っている」と述べ、いったんは全面解禁で決まりかと思われました。

しかし、これを引き取った厚生労働省が提言の論拠を細かく分解したうえで、混合診療を全面解禁せず国民皆保険の枠組みを維持したままでも対処できるとして、2006年度通常国会に医療制度改革の法案を提出し、現在の形に落とし込みました。

このように痛み分けのような形で決着した結果、政治情勢によっては再び見直しの対象となる可能性が大きいので、皆さんもぜひ関心を持っていただきたいと思ひます。