

**特集** 平成22年度 第3回医療問題研究委員会

# 「混合診療問題について」



大阪府医師会副会長 松原 謙二



○松原謙二・大阪府医師会副会長 「医療問題研究委員会」は、植松治雄顧問が府医会長当時、これからの医師会を担う若手医師の活躍を願って設立されました。私や茂松茂人副会長は第1期生で、植松顧問と激論しながら育てていただきました。先生方にも府医、日本医師会はどう在るべきか議論を重ね、将来、医師会を担っていただきたいと思えます。

本日ご出席の先生方の中にも、混合診療に肯定的な考えの方もいらっしゃるでしょう。私もかつてはそのひとりでした。「医療に応じた追加料金をもってどこが悪い。自分の医療機関がそれで潤うならいいではないか」と思っていました。先生方には、なぜ医師会が混合診療問題を大きな課題として反対しているのか、ご理解いただけたら幸いです。

## 健康保険制度について

混合診療の問題を説明する前に、日本の医療の仕組みをおさらいしましょう。国民皆保険制度以前、医師は江戸時代には物々交換をしながら、また、明治時代には自由診療で医療を行っていましたが、これではお金のない人達の病気

を治すことができません。そこで国民皆保険制度が誕生したのですが、この制度で最も大切なことは、「国民がすべての国民を互いに支える制度である」ことです。

健康保険制度は国の制度であり、国がかかる費用を支払います。医療費全体のうち、国が支払っているのは4分の1です。4分の3は、国民が一部負担金ならびに保険料として負担しています。つまり、国は4分の1支払うことでこの制度に関与していると換言できます。では、国の関与を外し、すべてを保険料として徴収したらどうなるでしょう。現在は国策として関与していますが、アメリカのように民間保険で行えば“医療機関対保険者”となり、仲裁する組織がありません。もし、日本がそうなると、各医療機関が保険者に「この医療を提供していいのか」と問い合わせ、許可が出た分だけしか治療できなくなってしまいます。健康保険制度により国の関与が生じていること、また、我々が医師会に属して個々の力を集約させることによって、国に提言でき、医療機関が保険者と個別に交渉せずに済んでいるのです。

しかし、現在、この制度がうまく機能していないのは、財務省が財源面から厚生労働省を抑え、医療機関を大変圧迫しているためです。今後、健康保険制度から国の関与を全廃させる可能性もあるかもしれませんが、その場合には“医療機関対保険者”の争いになり、自由主義経済の中では保険者機能を一層強化しようとする展開になりかねません。これらを念頭に、混合診療がどういう問題をはらんでいるのかを考えたいと思います。

## 混合診療の定義

健康保険制度下での医療は、国が健康保険と

して適用するために審査が行われ、安全性と有効性が保障されています。しかし、審査に時間を要し、新しい医療がなかなか保険適用にならないため、患者さんは非常に苦しんでいます。がんで苦しむ患者さんの一部などは、混合診療問題を撤廃さえすれば、新たな医療が受けられるのではないかと主張されています。しかし、厚労省は、容易に認可すると万一の場合は国の責任を追及されますから、慎重な対応をとります。健康保険制度のもうひとつの特徴に、国が医療に関する価格を決めていることが挙げられます。経済が厳しく、低医療費政策の現状では、国が決めた以上の医療をしたいと考える心情も個人的には理解できます。

しかし、混合診療とは、「健康保険の範囲内の分は健康保険で賄うが、範囲外の分は患者さんが自分で金を払うことを許す」ことです。これは、平等な医療を提供するため、範囲外の診療費を徴収することを禁止している厚労省の考え方にそぐわない。また、範囲外の診療費を徴収する場合には、健康保険が適用できず全額負担となります。ただし、このことは法律には明記されていません。「国の政策として混合診療を禁止していると読み取れるから、混合診療をしてはいけない。従って混合診療をしたところにはペナルティーを科してよい」という判例がありました。これは混合診療の定義が十分でなく、混合診療の中でどこまでが自費の範疇になるのか分からなかったため、こうした表現となっているのです。

入院時の個室代や診療の予約費など、アメニティー（快適性）にかかわるものは混合診療ではありません。混合診療の最もシンプルな考え方は、「本来は保険に入るべきものを自費で取ることがいけない」ということです。法的な根拠で言いますと、「健康保険を適用する以上

は、全額定められた金額を徴収して、それ以下のものでもいけないし、それ以上のものでもいけない」——そういった通知に裏付けられて混合診療ができないのです。つまり、本来は保険に収載されて、保険で支払われるべきものを自費徴収することを禁止しているのです。その理由に「現物給付制度」が挙げられ、これが健康保険の根幹となっています。保険者は、医療サービスを医療機関から買い上げ、すべて現物で患者さんに給付します。患者さんが医療機関にお金を払って医療を受けているように見えますが、これは法律上、保険者が徴収すべきものを医療機関が受け取っているだけです。健康保険の根幹は、患者さんが必要なものに対して、すべてを医療機関が現物で給付することです。

## 財務省主導の思惑

混合診療を容認する立場からすれば、規制緩和の一環として当然であるし、患者さんが望むなら、患者さんが別の医療を別払いするのは問題ないという意見です。また、医療費を抑制したいという財務省の意向もあります。混合診療問題が幾度となく浮上するのは、保険医療費の給付を抑制すればするほど財政面でメリットがある、といった財務省の考え方に基づいているのです。厚労省は医療全体を管理・監督しますから混合診療の解禁には反対ですが、財務省はこれを容認したいという思惑があります。

一方、混合診療が解禁されないことで、日本未認可の医療技術や医薬品が使用できない問題もあります。認可に時間がかかるためですが、最も懸念されるのが深刻な副作用が出た場合です。私は、認可されていない医薬品の使用などについては、倫理委員会を設置した上で大学病院において実施し、文部科学省の予算でそれに

かかる全額を賄うべきと考えます。つまり、患者さんに未認可の薬代を求めるから混合診療問題が浮上するのであって、国が治験費用として支払えばよいのです。財務省は治験費用まで圧縮していますが、実際、治験にかかる薬剤の金額は数百億円規模で、決して莫大な金額とは言えないと思います。患者さんも医師も技術進歩と高い医療の質を求め、医療提供コストはどんどん膨らみますが、いったん混合診療を認めると、新たな医療を保険外診療として扱うため、患者さんは支払うことができない可能性も生じます。患者さんは、公的な健康保険以外に、民間保険会社の新たな医療保障に加入しようとするでしょう。

### 消費税の医療目的化は困難

消費税を医療目的に使うことができればいいのですが、国は借金の穴埋めに使うでしょう。消費税導入時、自民党は「高齢化社会のために消費税を導入する」と言いましたが、医療には回ってきませんでした。3%から5%への増税の時も、「1%は地方に、そして1%は医療、社会福祉に回す」という約束でしたが、景気が

悪くなったと同時に医療に対しても締めつけが厳しくなり、その話もうやむやになりました。地方への1%も、地方交付税に紛れたのか、自治体の財政も豊かになったようには見えず、大変困窮している状態です。つまり、政治が不安定な中で消費税が増税されたとしても、医療にはなかなか配分されないと考えた方が良いでしょう。

医療費財源のうち、社会保険料は目的税の役割を担っていると言えます。医療費は結局のところ、いずれも国民からの負担で成り立っていますから、我々が思う医療を提供していくためには、消費税に期待するよりも、社会保険料を充実させることの方が得策であると考えます。

### 医療ツーリズムについて

国はとにかく経済優先で、医療自体も経済の中に組み込みたいと思っています。その最先端が、問題となっている「医療ツーリズム」です。高い医療水準が経済に役立つのはいいことであるとも思えるのですが、経済界が牽引しているだけではなくて、財務省はこれを契機として、自費診療の確立を目指しています。また、



外国人のための検診や先端医療を行えば、新たな医療をしたい医師がそこに集中することで、地方での医師不足や医師の偏在が更に顕著になります。「最新鋭の医療を外国人が自費で払うのだったらいいだろう」という意見もあるでしょう。しかし、大局的に捉えて、医療ツーリズムによって医師の偏在一層進み、そして大病院が新たな医療を自費でやるのが確立されずと、そこに患者が集中し、再び混合診療の話が浮上すると予想しています。

最先端の医療は大学病院や十分な設備の整った基幹病院で行い、そして国が十分に医療にお金をかけて国民が誰でも受けられる——最先端の医療を誰もが保険制度の中で受けられるようにして、それを拡充していかねばならないと思います。

経済界は、命と経済をいつも混同しようとしています。一方、我々医師は生命を預かっています。生命というのは、言わば財産よりも上の存在です。医療の最終的な目的は、国民の健康、命を守ることであり、これに金額などつけられません。市場経済においては、需要によって値段の高低が決まりますが、健康や命は、金額がつけられないかけがえのないものです。経済の概念を医療の世界に押しつける市場経済主義者に対して、医師会は一丸となって戦っていかねばなりません。

## 小泉元首相といかに戦ったか

小泉政権時、医療についても自由主義経済の中で自由診療をさせ、その中で混合診療を解禁すればよいという、市場原理主義に基づいた考えが多くを占め、また、市場原理主義を謳う学者達に小泉純一郎氏は担がれていました。ご存じのように、小泉元首相は平成16年9月の所信

表明演説の中で、混合診療を解禁すると突然表明されました。「混合診療を解禁する」という意味を、小泉元首相がどこまで理解されていたのかは難しいところですが、首相として国会で発言された以上、我々は何とかなして阻止しなければなりません。ところが、小泉氏は説明能力に長けていました。「がんで治らない人がかわいそうだ」とだけ言われると、国民はそのとおりだと思います。新しい薬を使えないからがんが治らない、それを認可しない厚労省が悪だということです。しかし、そこには大きな乖離があります。新しい薬を使ったために亡くなったケースもあります。そうした問題を表面に出さず、「新しい薬が出たら、少しでも希望があればそれを使うことですべてがうまくいく」と述べるのです。この論理の飛躍は、国民にとってみると、ある意味では分かりやすく、「かわいそう」という言葉のみが独り歩きし、最も強いメッセージとなるのです。

## 国民運動の展開と国会請願

そこで、我々は混合診療解禁を阻止するために請願を行うことにしました。首相が所信表明演説で述べたことは、政権としてやらなければ命取りになります。当時、日医会長だった植松顧問は、「国民運動を展開し、そして請願へと持っていくことで動きを封じない限り、混合診療は解禁されてしまう」と危機感を表明しました。

国会議員が会期の最初に請願文を出しますと、会期末に請願文が採択され、その後の法律は請願文によって拘束されます。国会議員に向けては、「保険診療と保険外自費診療を併用する混合診療の導入は、患者の負担を大幅に増やし、国民医療の不平等を引き起こし、国民皆保

険制度を破壊する。については、誰もが安心して良い医療を平等に受けられる国民皆保険制度を今後とも堅持されたい」という文書を作成しました。

10月に入り、国民運動として署名活動を展開しました。国民や患者さんに向けては、簡潔で分かりやすく、「誰もが安心して良い医療を平等に受けられる国民皆保険制度を維持しましょう」と署名をお願いしました。国会議員に宛てた請願文では、先述のように、混合診療の導入に反対であることも付記しました。当初は、自民党国会議員の3割しか署名が集まらず、7割は「首相がおっしゃったことだから」という雰囲気でした。しかし、3割では混合診療の解禁を阻止することができません。請願署名を確保するため、「署名していただけないということは、先生が生命、命を平等だと思っていないということになります。国民の命は平等であるとお考えであるならば署名してください」と粘り強く訴え、議員会館を奔走しました。最終的には、当時の与党であった自民党・公明党衆議院議員の8割が請願を採択してくれました。しかし、厚生労働委員会での賛成を得ないと請願は通りません。そこで、民主党上層部に「我々は小泉首相に反対しているのです」と話しますと、「自民党に反対して運動しておられるのだったら」と賛同していただき、厚生労働委員会は全会一致で請願を通してくれました。

この時、小泉元首相は海外出張のため、内閣府では対応ができず、その間に請願を提出することとなりました。この請願に基づき、国会には法案を出すことができなくなりました。600万人以上の署名とともに、与党議員の8割の推薦を得て請願を行い、厚生労働委員会が全会一致で賛成しました。これにより、混合診療の解禁にストップをかけることができました。

## 特定療養費制度

内閣府は、小泉元首相がトップダウンで決めていた閣議決定に、混合診療の問題を出すことができなくなりました。そこで、厚労大臣と内閣府の特命担当大臣による基本合意を図ることになり、特定療養費制度を再構成して諸問題を解決しようとしてしました。最終的に、「国内未承認薬」「医療技術」「制限回数を超える医療行為」の3点を改正して再構成する形で、これをもって混合診療の問題はすべて解決したと確認するという合意文書が最終的に出ました。(図1～5参照。18年10月に保険外併用療養費制度を創設)

先程言いましたように、未承認薬や新たな医療技術については、なるべく審査を早くして、例えば大学病院が申請したら、そのまま大学病院の責任下で実施するのが望ましいと思います。「制限回数を超える医用行為」については、ピロリ除去のことで大分議論がありました。これは、中医協が制限回数を決めていること自体が間違いであるので、本来は撤廃するのが筋だと私は考えます。

## 後期高齢者医療制度について

高齢者医療については、医師が国民と議論を重ね、医師の判断で適切な医療に持っていけるように決めるべきです。私は、「高齢者にはここまでしか給付しない」と国が決めることは間違っていると思います。例えば、「延命だけの挿管はやめる」と意思表示をしている人にはそれを尊重するよう法を整備するなど、事前にきちんと確認した上で、国民との合意形成を図り、最終的には医師が判断していく形が望まし

いと考えます。我々は国から患者さんの命を預かる免許をもらっています。医師免許に基づいて医療行為を決められるようにするのが筋であり、それを国が制限するのは間違っていると思います。

後期高齢者制度の中で、最終的には中医協で議論して包括制度ができましたが、これについては現在のところ、医療機関の判断でできるようになっています。しかし、国民が後期高齢者制度の大きな問題点としたのは年金からの天引きで、これは厚労省の考えが安易だったと言えるでしょう。介護保険制度導入の時には年金からの天引きでも苦情が出なかったため、後期高齢者医療制度でも同じように考えていたら、高齢者を中心に国民から大きな反発を受けることになりました。更に、社会保険の被扶養者で保険料負担がなかった高齢者で、後期高齢者医療制度の被保険者になると新たに負担が生じます。特に年金が少ない方ほどそのダメージが大きく、そうした制度の本質的な問題点を理解せずに、厚労官僚が突っ走ったために不評を買いました。これが、後期高齢者が「うば捨て山」と呼ばれ、制度廃止の声が高まった原因のひとつだと思います。

年齢にかかわらず同じ医療が受けられて、その受けられる医療の質は医師が決めるということが重要です。財務省が更に強力になると、75歳以上の人達は更に厳しいルールに放り込まれることとなります。75歳を過ぎたら包括払いとするような制度にならない後期高齢者医療制度に改変するのであれば、現政権の中でぜひ変えていただきたいと思います。

## 医師会を活性化させ医療を高める

国と争うことは非常に大変ですが、これは誰

かがやらなければなりません。ところが、多くの先生方は、目の前の診療で精いっぱいでしょう。今は自院の患者さんを増やして、とにかく自分の医療に専念すれば何とかできるでしょう。しかし、最終的には、同じレベルの医師達との競争になります。そういったことに医療を押し込まないようにするためには、医療費全体を大きくするしかありません。

医師会があまり表立つと、自らの利益のために報道されますが、現実に医療機関の経営状態はかなり悪化しています。人件費を削ったり無駄を削ったりしていますが、それにも必ず限界があります。きちんとした医療を提供できるように、医師会の力を高めることも重要です。特に若い医師が地区医師会で十分な発言をし、また余力のある方は委員会や会議などにも参画し、更には府医を担うべく研鑽を積んでい

図1

### いわゆる「混合診療」問題についての基本的考え方

#### I この際、保険外の負担の在り方を根本的に見直し、患者の切実な要望に的確に対応

「なぜ、いわゆる『混合診療』の解禁が主張されるのか。」

→現行制度では、患者の切実な要望に的確に対応し切れていない。

患者の立場から個別に見れば、保険外の負担が過大な事例あり。

#### ①国内未承認薬

「国内で承認されるまでに時間がかかり、欧米で承認されているのに、全額自己負担でないと使えない。」

#### ②医療技術

「高度先進医療として認められるまでに時間がかかる。高度先進医療以外の技術については、保険導入のための手続きがよく分からない。」

#### ③制限回数を超える医療行為

「もう1回検査等をしてほしいが、全額自己負担でないと、制限回数以上は受けられない。」  
(具体例：腫瘍マーカー検査、追加的リハビリテーション)

図2

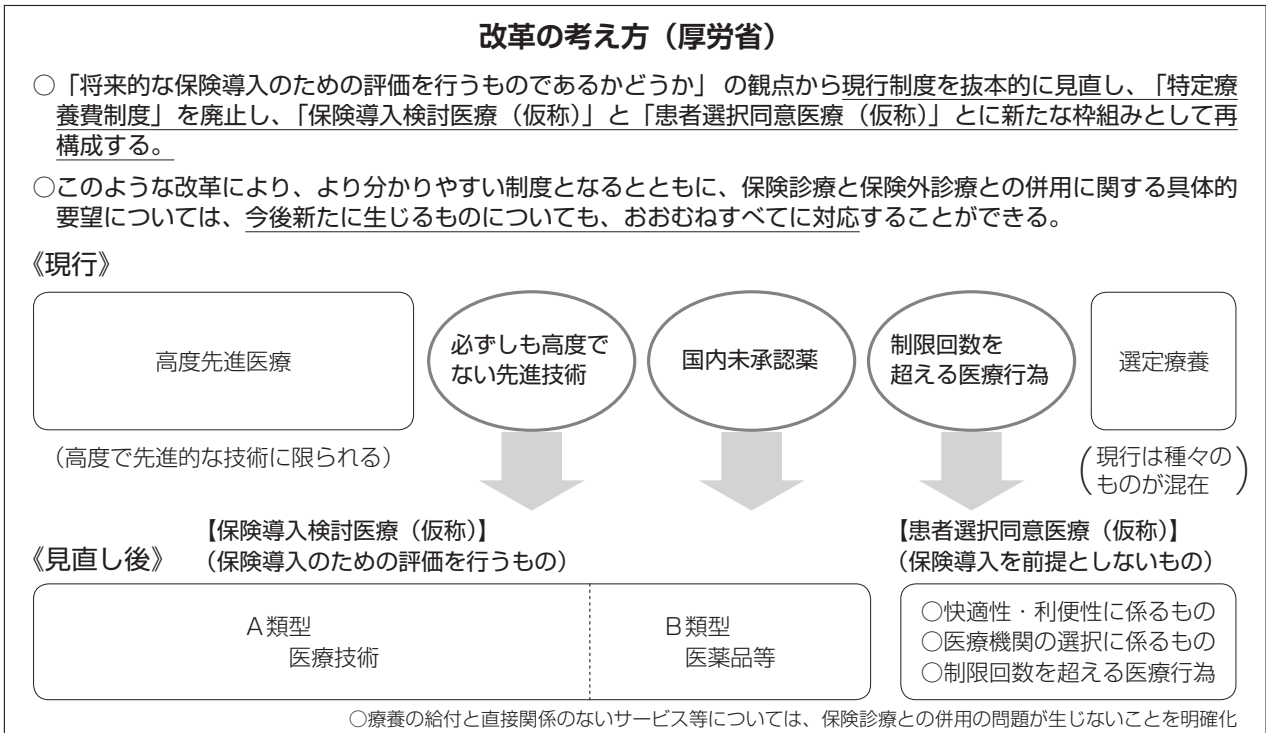
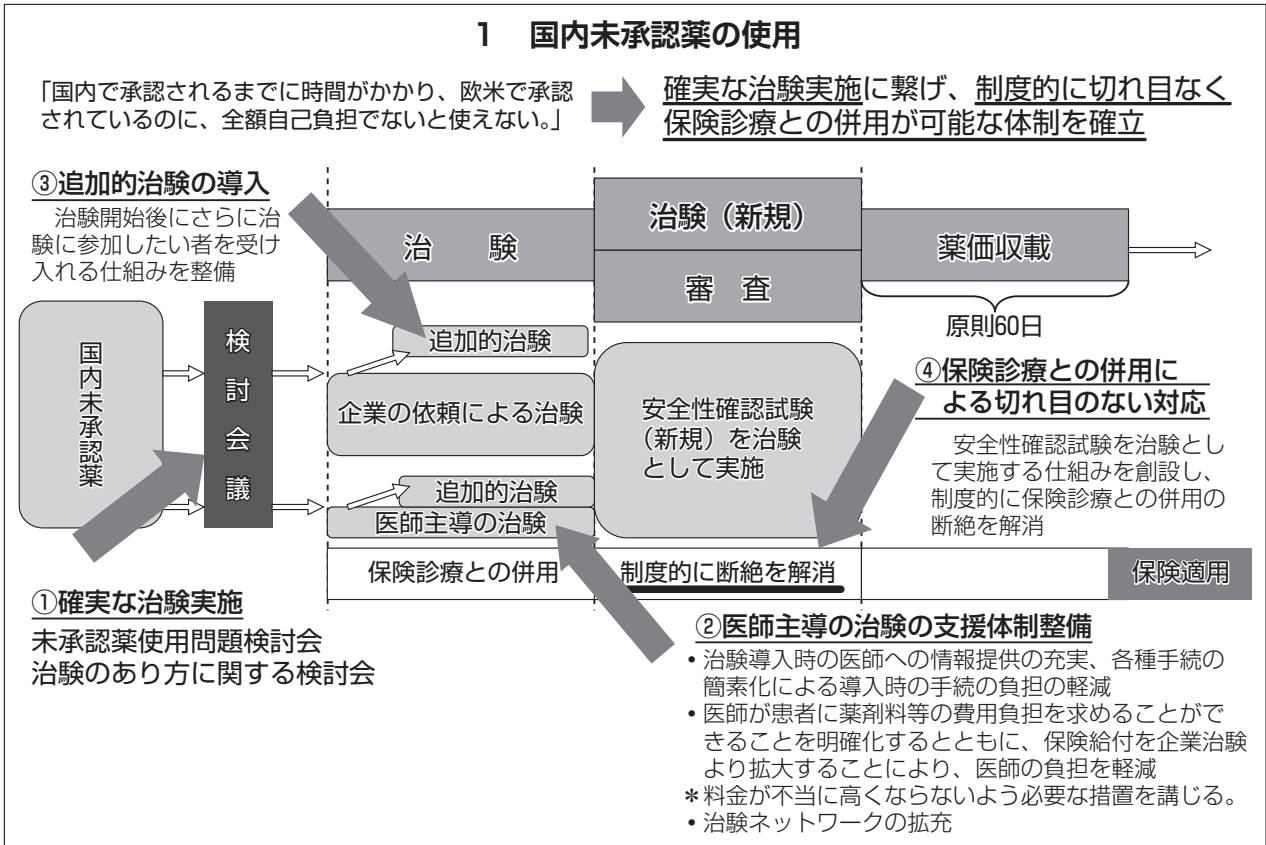


図3



ただきたいと思います。力を合わせて医師会のレベルを上げ、私達が国民の意見をまとめて、

「国民の意見」として行政に対してきちんと物を言えない限り、医療は良くなりません。日医常任理事を経験し、このことを改めて強く認識しました。先生方には、地区医師会や府医でご活躍いただき、閉塞した医療を、日医も含めて直していただく原動力になってほしいと願っています。

国民は、自分達が健康で日々を過ごしたいと願っています。その健康を守る責務を私達が担っているわけです。しかし、患者さん達は弱い立場ですから、患者さんの声を届けるため、私達医師が団結し、医師会として発言していくことで医療制度の充実を訴えていかなければなりません。

本日のお話はここまでといたしまして、ぜひ質問をお願いします。私はこの委員会で、植松顧問に数多くの質問や疑問をぶつけてきました。議論をすれば、その論点が明確になります。議論をせずに自分の考えに固執し、独善的になっていては全体的な力が出せません。先生方には活発な議論をお願いしたいと思います。

図 4

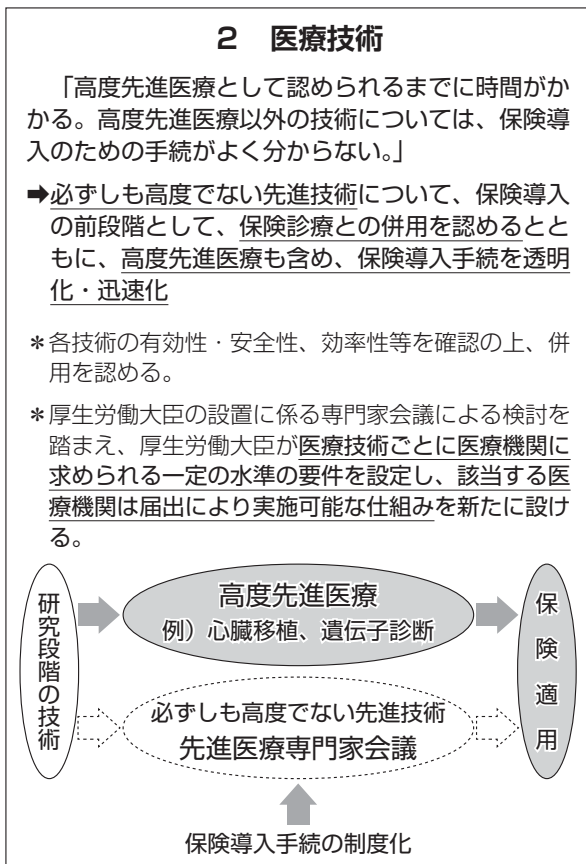


図 5

### 3 制限回数を超える医療行為

「もう1回検査等をしてほしいが、全額自己負担でないと、制限回数以上は受けられない。」(具体例：腫瘍マーカー検査、追加的リハビリテーション)

➡適切なルールの下に、保険診療との併用を認める。ただし、医学的な根拠が明確なものについては、保険導入を検討する。

例) 腫瘍マーカー検査は、月1回に限り算定できる。

《現行》		《見直し後》	
1回目の検査費用	2回目の検査実費	1回目の検査費用	2回目の検査実費
処置等に係る費用	処置等に係る費用	処置等に係る費用	処置等に係る費用
入院基本料等	入院基本料等	入院基本料等	入院基本料等
保険適用	全額自己負担	保険適用	保険診療との併用を認める

\*このほか、医療の提供と直接関係のないサービスについては、保険診療との併用の問題が生じないことを明確化  
例) 外国人患者のための通訳

## 意見交換

○会場 混合診療に関しては、保険診療と自由診療の境界がはっきりしていないこと、それから、患者さん側に立ちますと、必ずしも「解禁がだめ」という状況でもない現実もあります。例えばヘリコバクター・ピロリの問題です。現状では胃潰瘍、十二指腸潰瘍は保険適用ですが、それ以外は適用外です。ピロリ菌の除菌に対するニーズが高まっていますが、自由にできないもどかしさがあります。そのあたりの融通がもう少しきかないのでしょうか。

○松原 保険診療と自由診療の境界については、先述のようにアメニティー（快適性）や、また、美容整形など保険に入る可能性がないものについては対象外であり、今後、将来保険に入れることが望ましいものに関して、自費徴収することが混合診療だとご理解いただければと思います。

ピロリ除菌は保険で採用されて、何の制限もなくできるのが本来の在るべき姿です。この解決策は、混合診療ではなく、中医協の議論の中で制限を撤廃すべきです。厚労省はピロリ除菌により胃酸過多になって逆流性食道炎になるなど、ネガティブキャンペーンを展開していましたが、最近、日本ヘリコバクター学会が発表しましたように、ピロリはほぼ間違いなくがんに関連しています。ある市民病院の胃がん患者さん200人のうち、199人にピロリが見つかったそうです。かつて井戸水を飲用していた世代にピロリ保菌率が高いことは分かっていますが、該当する高齢者すべてを保険適用すると莫大な金額がかかります。このため財務省は制限を設

け、学会も除菌にかかる保険適用を早くしたいために中医協で条件をのんでしまったという経緯があります。

私達がしなければならないのは、それを「自費診療で出せ」というのではなく、力を合わせて中医協に意見を述べ、「制限している政府が間違っている」という方向に改善させることです。ここで譲歩すると、「とりあえずこれは自費診療でやりましょう」という状況が次から次へと起こります。財務省にとっては、国民の病気が治ることが自分達の仕事ではなくて、国家の財政が少しでも楽になることが仕事です。これに対峙していくため、私達は力を合わせていかなければならないのです。

ピロリの除菌についてのご指摘は、私も全く同じように思っています。そして、先生方が医師として正しいと思う医療を保険診療でできるように、できない点を改善するように努力していかなければなりません。それが混合診療問題の一番のポイントです。解決すべきハードルは高いですが、何としてでも力を合わせて改善していかなければなりません。いったん譲歩すると、これから保険に入るべき医療もすべて自費で払う、それがいいシステムだということになり、保険の範囲がどんどん縮小されます。こうした状況を阻止するため、混合診療の解禁に反対しているのです。

○会場 先進医療として保険外併用療養費制度の対象になっていない医療を受けた場合、受けられるべき保険給付もなされず、患者さんにとっては気の毒なケースも出てくるのではない

でしょうか。現在のあまりにも画一的な反対ルールも気の毒なのではないかと思いますが、医師会としてどうお考えですか。

○松原 先進医療や新しい抗がん剤も、患者さんの立場からすると、未認可であっても試したいと思う気持ちは非常に理解できます。繰り返しになりますが、私は大学病院などの倫理委員会で先進医療や新たな薬剤が認められたら、国の予算で医療を提供できる形が望ましいと考えます。混合診療を解禁しますと、先端医療は保険に入らなくなります。ドラッグラグに対応するものもありますが、それに該当しないものもあります。最先端の医療が提供できる病院で、国が費用を出せば済む話なのです。申請している先進医療を提供してもおそらく100億円以下でしょうし、100億円といたら、再診料1点です。今後、国民が新しい医療に関して、「とにかく自費で払えばいい」という制度に乗ってしまうのが大変危険だと言っているのであり、むしろ、それを受けられることができる制度をつくるべきです。

保険診療に収載されれば、多くの患者さんに行きわたり、コストもダウンします。しかし、新しい医療を払える人だけが払う仕組みになると、その費用は高止まりするでしょうし、患者さんが払うのであれば、製薬会社などもあえて下げようとはしないでしょう。つまり、金額を下げ、国民全部が最先端の医療を受けるためには、それができるような方向に国の制度自体を変えさせるよう、医師会が努力しなければなりません。いったん譲歩すると、最終的には国民全体が使えなくなることをご理解いただきたいと思います。

○会場 最近、がん特約など外資系民間保険会社のコマーシャルが目立ちますが、国民に混合診療が既に解禁されているようなイメージを

与え、不安感をあおる内容が多いと感じます。医師会としても、例えば高額療養費制度などを国民にもっとアピールしていき、そういう不安を取り除くことをすればいいのではないかと思うのですが。

○松原 まさにそのとおりです。高額療養費制度など、広く国民にアピールし、もっと説明しなければならないと思います。小泉政権時、アメリカの年次改革要望書の中に、「混合診療の解禁」がありました。つまり、それに従って、小泉元首相は政権として、アメリカが要望したことを行おうとしたわけです。もし、混合診療が解禁されていれば、テレビでは「混合診療が解禁されました。保険で給付されない良い医療は新しい保険に入りましょう」と大きく宣伝していたはずですが。

現在、ある外資系民間保険会社がやっているのは、先進医療ではなく、入院に対する代替金を給付するだけで、医療に給付していません。それだけでも、「入院したらお金がかかる。入院したら家族が大変困る。だから加入しましょう」と、莫大な金額が掛け捨てで流れるのです。つまり、我々が混合診療の解禁を阻止できなかった時、最終的にはこのような民間保険会社の利益となるのです。我が国の健康保険制度は大変硬直化していますし、10%前後はどうしても経費が必要です。例えば、政管健保は13%を経費として国が払っています。ところが、民間保険会社では、7割が利益として株主に還元されるのです。

混合診療の解禁を阻止するために、私達がなぜ大変苦しい思いをしているかということ、最終的には、国家の体制の中で整備しなければ、国民の大きな財産を失うからです。もし混合診療の解禁を阻止していなければ、アメリカの外資系民間保険会社は、「保険で給付されない費用

は、新しい保険に入ったら給付されます」と大宣伝して、得た利益はアメリカに吸い上げられていたところでした。国民皆保険制度では、医療機関、そして現物給付の形で国民に再分配されますが、それが崩れることがどんなに怖いことか——それを踏まえた上で、私達は医師の団体として医師会を運営していかなければならないと思っています。

○会場　がん患者への重粒子線医療などが適用になるケースは多くないと思うのですが、その一例ばかりを出して患者さんの不安をあおることに対して、医師会として反対意見を正面から切り出すべきではないでしょうか。

○松原　重粒子線治療の適用の患者さんはそれほど多くありません。患者さんの「切らずに治るのであればその方がいい。それを受けられるのであれば費用を払いたい」という気持ちも理解できます。ただ、我々はそれらを含めて混合診療の問題として戦ってきたつもりであり、今後とも、最先端の医療を誰もが保険の中で受けられる体制となるよう、国に対して訴えていかなければならないと思っています。

○会場　医師会は医療ツーリズムに、いかなる手段で対抗していくのでしょうか。建設的な意見を言わなければならないと思いますが、現政権に対して、センセーショナルに訴え、医療ツーリズムという問題を摘み取る手法をとらないのか、また、とれないのか、その辺りをお聞きしたいと思います。

○松原　ご存じのように医療ツーリズムについては、兵庫県医師会が反対の意思を表明し、神戸市らと対立しています。これをひと言で説明するのは大変難しく、また、混合診療の問題を持ち出しても、国民にはなかなか理解していただけません。しかし、兵庫県医師会は医療の産業化に懸念を示し、「反対しかない」と懸命

に頑張っておられます。

今後、医療ツーリズムがどういう形に展開されるかは分かりませんが、これを推進したところで数千億円もの市場は見込めないはずで。また、医療ツーリズムによって、混合診療の問題と同時に、医師の偏在が生じる可能性がありますから、医師の偏在をこれ以上起こさないために医療ツーリズムに反対することもひとつの作戦です。もうひとつは、先程もお話ししましたように、反対運動を実施する以上、頭を働かせていろいろな作戦を展開しなければなりません。例えば「診療報酬の引き上げ」といっても、患者さんにすれば負担が増えることになります。ですから、医師会は患者さんの立場に立って、患者さんのニーズに合わせて、その声を背景に訴えることが必要です。そのためのツールをうまく組み立てて活動していかなければならないですし、また、それができるのは医師会だけと自負しています。

医師会が団結し、国民に向けてのアピールを考えること、そして、少し迂回してでも、正しい話をしながら、我々がやるべきことをひとつひとつ積み重ねていくことが医師会の在り方ではないかと思います。

(文責：広報委員会)