

【混合診療とは】

現在、日本の健康保険制度では、健康保険でみることができる診療（診療行為、薬、材料など）の範囲は限定されています。

健康保険の範囲を超えた診療については、当然ながら保険給付はされません。（自己負担となります。）原則として健康保険の診療と健康保険の範囲を超えた診療が混在することは認められていません。

健康保険の範囲内の診療と範囲を超えた診療が同時に行われた場合でも、範囲外の診療に関する費用を患者さんから徴収することを禁止しています。

もし、健康保険の範囲を超えた診療を行い、その分を患者さんから別途徴収した場合は、その疾病に関する一連の診療の費用は初診に遡ってつまり、全ての診療が「自由診療」として患者さんが全額負担することになります。

つまり、一部でも自己負担で保険外の治療を行なうと、保険が効く部分まで全て自己負担になってしまいます。

しかし混合診療では、健康保険の範囲内の診療は健康保険で賄い、範囲外の分の診療については患者さん自身に費用の支払を求めるわけです。つまり、費用が混合しているわけでこれを混合診療といえます。

『混合診療』という概念の本質は、保険診療と保険外診療の診察行為自体が混在するのではなく、保険給付（一部負担金を含む）と保険外の患者負担との混在、すなわち「費用の混在」を指すのである。……と日本医師会医療政策会議（平成 15 年 3 月）では定義づけています。

以下、医療改革（痛みを感じない制度設計を） 川淵孝一（東洋経済新報社）より引用

保険外負担とは保険医療機関がその窓口で患者から所定の一部負担金以外の金銭を徴収する一切の行為をいう。これを「広義の保険外負担」と呼ぶ。しかし、一言で保険外負担といっても、一種類ではない。

具体的にはどのような場合であるかといえば、

①「狭義の保険外負担」は、点数表に定められた医療費から割り出される一部負担金に、超過した医療材料や看護・介護の手間などを「割増し」して患者に支払わせる行為である。この行為は療養担当規則第五条に違反しているとされる。

②別名で差額徴収ともいわれ、高度先進医療や選定療養の基礎的部分に特定療養費を給付し、残りの差額を患者に負担させるものである。現在では保険外併用療養費(と特別材料食)以外は原則として差額徴収は認められていない。

③「一連の診療行為」の中で保険診療に一部保険負担外診療を加えて行い、保険外診療の費用を患者から徴収するもので、いわゆる「混合診療」にあたる。歯科の一部について行政指導で認められている以外は「違法」とされているが、これを直接禁止している法律や条文はどこにもない。その根拠を療養担当規則の第一八条、第一九条に求める意見もあるが、この規則を何度読み返しても「混合診療」という言葉すら見当たらない。

④各種証明書や紙おむつなど日常生活の利便に供されるサービスや物の費用で、実費で徴収が認められている。この費用については第 2 章で詳しく述べたが、その定義が曖昧なため、一部の老入病院や療養病床では、「お世話料」や「施設協力費」といった不明瞭な保険外負担が発生している。

の 4 項目に分類でき、混合診療の容認によってこれらすべては自由診療の枠の中に入るという解釈になります。

近年、混合診療を解禁するべきか否かという議論が盛んに行なわれていますが、解禁による弊害も指摘されており結論には至っておりません。

尚、医療機関の保険外負担をめぐる通達については

●療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

(保医発第 0901002 号 平成 17 年 9 月 1 日)

<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/171017-a.pdf>

○平成 18 年 3 月 31 日付の一部改正通知

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/dl/tp0314-1b27.pdf>

●保険医療機関等において患者から求めることができる実費について (抄)

(平成 12 年 11 月 10 日保医発第 186 号保険局医療課長・歯科医療管理官通知)

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/dl/s0427-7j.pdf>

●保険(医療)給付と重複する保険外負担の是正について

(平成四年四月八日)(老健第七九号)

一部抜粋

一保険外負担の取扱いについて

(一)一部負担金(特定療養費に係るものを含む。)を除く患者負担のうち保険(医療)給付と重複する「サービス」又は「物」については、その名目の如何を問わず患者から費用を徴収することは認められないこと。この場合において保険(医療)給付と重複する「サービス」又は「物」とは、原則として治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」又は「物」をいうものであること。したがって、「介護料」、「衛生材料費」等の費用徴収は認められないこと。

(二)前記(一)以外で家庭においても日常生活上の利便として必要な治療(看護)とは直接関連のない「サービス」又は「物」について、その実費を徴収することは原則として差し支えないこと。ただし、当該実費の額は、社会常識上妥当適正な額でなければならないものであること。なお、この場合、保険医療機関はその病院又は診療所の見やすい場所に当該実費に係る費用の内容及び金額等に関する事項を掲示するとともに、当該実費の徴収に当たってはあらかじめ患者又はその家族等に対してそれらの実費に関して十分説明を行い承諾を得ること。

(三)前記(二)の場合であっても、曖昧な名目(例えば「お世話料」、「管理協力費」、「雑費」等)での費用徴収は行ってはならないものであること。また、当該実費を徴収した場合には、医療費控除の適用等の趣旨に鑑み、それぞれ個別の費用ごとに名称及び金額を区分して記載した領収書を交付すること。

などを参考にしてください。

【保険外併用療養費制度】

※平成18年10月1日より、従前の特定療養費制度が見直され、保険外併用療養費制度となりました。※

これまで日本の公的保険制度では、少しでも保険のきかない診療が有れば、全て保険適用外とされ、全額自己負担となっていました。

ここで例外的に認められていたのが、「特定療養費制度」で、臓器移植などの高度先進医療や差額ベッドがこれに当たります。

今回厚生労働省は、保険診療と自己負担となる保険外診療の併用を認める事実上の「混合診療」を拡充するため、この「特定療養費制度」を廃止し、新たに「保険外併用療養費制度」を導入しました。

これまでの「特定療養費制度」が限定的な混合診療であったのに対し、「保険外併用療養費制度」は、混合診療の対象範囲を広げることを主たる目的にしており、限りなく保険外診療が増える可能性を持つと言うことができます。

【評価療養と選定療養】

○厚生労働大臣の定める「評価療養」及び「選定療養」とは

健康保険法の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)において、平成18年10月1日より、従前の特定療養費制度が見直しされ、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な「評価療養」と、特別の病室の提供など被保険者の選定に係る「選定療養」とに再編成されました。

この「評価療養」及び「選定療養」を受けたときには、療養全体にかかる費用のうち基礎的部分については保険給付をし、特別料金部分については全額自己負担とすることによって患者の選択の幅を広げようとするものです。

「評価療養」及び「選定療養」の種類は、次の通りです。

また、各事項の取扱いに当たってはそれぞれにルールが定められています。

＜評価療養＞

- ・ 先進医療
- ・ 医薬品の治験に係る診療
- ・ 医療機器の治験に係る診療
- ・ 薬価基準収載前の承認医薬品の投与
- ・ 保険適用前の承認医療機器の使用
- ・ 薬価基準に収載されている医薬品の適応外使用

＜選定療養＞

- ・ 特別の療養環境の提供
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 200床以上の病院の未紹介患者の初診
- ・ 200床以上の病院の再診
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 180日を超える入院
- ・ 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

また、「評価療養」及び「選定療養」については、次のような取扱いが定められています。

1. 医療機関における掲示

この制度を取扱う医療機関は、院内の患者の見やすい場所に、評価療養又は選定療養の内容と費用等について掲示をし、患者が選択しやすいようにすることとなっています。

2. 患者の同意

医療機関は、事前に治療内容や負担金額等を患者に説明をし、同意を得ることになっている。患者側でも、評価療養又は選定療養についての説明をよく聞くなどして、内容について納得したうえで同意することが必要です。

3. 領収書の発行

評価療養又は選定療養を受けた際の各費用については、領収書を発行することとなっています。

【先進医療と施設基準】

先進医療については、平成16年12月の厚生労働大臣と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・地域再生担当との「基本的合意」に基づき、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こととしたものです。

また、先進医療は、健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)において、「厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養」として、厚生労働大臣が定める「評価療養」の1つとされています。

具体的には、有効性及び安全性を確保する観点から、医療技術ごとに一定の施設基準を設定し、施設基準に該当する保険医療機関は届出により保険診療との併用ができることとしたものです。

なお、先進医療については、将来的な保険導入のための評価を行うものとして、保険診療との併用を認めたものであり、実施している保険医療機関から定期的に報告を求めることとしています。

平成19年11月1日現在で123種類の先進医療について、当該技術の施設の要件が設定されています。

<「先進医療に係る費用」については全額自己負担>

先進医療を受けた時の費用は、次のように取り扱われ、患者は一般の保険診療の場合と比べて、「先進医療に係る費用」を多く負担することになります。

1. 「先進医療に係る費用」は、患者が全額自己負担することになります。「先進医療に係る費用」は、医療の種類や病院によって異なります。
2. 「先進医療に係る費用」以外の、通常の治療と共通する部分(診察・検査・投薬・入院料等)の費用は、一般の保険診療と同様に扱われます。

つまり、一般保険診療と共通する部分は保険給付されるため、各健康保険制度における一部負担金を支払うこととなります。

1999年の診療報酬体系見直し作業委員会報告書で、歯冠修復、欠損補綴について、現在の保険給付外のものを特定療養費とすることは保険医療費の増につながり現実的でないとされました。

【差額徴収とは】

「差額徴収」とは、たとえば、金歯などにした場合、保険で定められた医療費以外に、材料代や医師の技術料を徴収できるというもので、昭和五十一年まで認められていました。

昭和三十六年の国民皆保険制度導入で医療費が増大したため、その抑制策として認められ、自費での上乗せ額に基準はありませんでした。

【昭和五十一年の通知とは】

歯科では、昭和51年6月に原則廃止されるまでの20年以上、広い範囲にわたって「差額徴収」という混合診療が認められていました。この差額徴収治療については、一部に取扱いの適正を欠く事例が見受けられました。

当時、田中厚相は歯科の差額徴収問題で日本歯科医師会との協議を重ね、6月29日に、「現行の差額徴収を認めた昭和30年と42年の通達を7月31日で廃止する」との保険局長通達を都道府県知事あてに流した。廃止される前の通達には、金合金、白金合金を使う治療に差額徴収を認めたものだが、技術料の差額も認められていました。

そこで中医協の答申は、歯科の差額徴収問題について「材料の価格差に限るべきだ」としたが、この点に日本歯科医師会が反発し、歯科の診療報酬引き上げは4月は見送られた。武見会長は日本歯科医師会の姿勢を非難し、日本医師会と日本歯科医師会は対立状態になりました。

保険医療養担当規則 第19条（使用医薬品及び歯科材料）

2 歯科医師である保険医は、厚生大臣の定める歯科材料以外の歯科材料を歯冠修復及び欠損補綴において使用してはならない。ただし、別に厚生大臣が定める場合においては、この限りでない。

昭和五十一年歯科管理官（課長）通知（昭和51・7・29保文発352）（昭和51・11・26保険発115）

歯科領域の差額徴収の廃止に伴い、保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴は保険給付外の治療となるが、この取扱いについては、当該治療を患者が希望した場合に限り、**歯冠修復にあつては歯冠形成（支台築造を含む）以降、欠損補綴にあつては補綴時診断以降を保険給付外の扱いとするものである。**

なお、保険医療機関は、当該治療を行った場合は、社会保険に係る歯科診療録の「備考」欄に自費診療へ移行等がその旨判るように記載を行う。

これは「自費への移行」と呼べるものといえます。

【いわゆる「混合診療」問題についての政治的決着】

2004年12月15日、尾辻厚生労働大臣と村上規制改革担当大臣との間で合意がなされ、両大臣及び細田官房長官より小泉総理大臣に報告、了承を受け、『いわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意』が発表された。

<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2004/12/dl/h1216-1a.pdf>

いわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意

いわゆる「混合診療」問題については、これまで、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、利便性を向上する観点から、精力的に議論を進めてきたところである。

本日、この問題について、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迅速かつ的確に対応できるよう、以下のような改革方を講ずることで基本的合意に至った。

これは、「年内に解禁の方向で結論を出す」という総理の方針にも沿ったものである。

1 国内未承認薬の使用について

確実な治験の実施に繋げ、制度的に切れ目なく保険診療との併用が可能な体制を確立する。

具体的には、①確実な治験の実施、②医師主導の治験の支援体制の整備、③追加的治験の導入及び④制度的な保険診療との併用の断絶の解消の措置を講じる。

その際、特に、患者の切実な要望に迅速かつ的確に対応する観点から、以下のような措置を講ずる。

○ 患者要望の把握と科学的な評価を行うために新たに設ける大臣設置に係る専門家からなる検討会については、年4回定期的に開催するとともに、必要に応じ随時開催することで、患者要望のある未承認薬の取扱いについては、最長でも3か月以内に結論を出すものとする。

○ また、米、英、独及び仏で新たに承認された薬については、自動的に検証の対象とすることで、患者の要望に的確に対応し、おおむねすべての事例について、確実な治験の実施に繋げる。

○ 治験において患者に薬剤料等の費用負担を求めるに当たっては、料金が不当に高くなるよう、必要な措置を講じる。

2 先進技術への対応について

必ずしも高度でない先進技術を含め、以下のとおり、医療技術の保険導入のための手続を制度化するとともに、その迅速化及び透明化を図る。

○ 医療技術ごとに医療機関に求められる一定水準の要件を設定し、該当する医療機関は、届出により実施可能な仕組みを新たに設ける。

○ 具体的には、

・ 新規の医療技術については、厚生労働省は、医療機関から要件の設定に係る届出がなされてから、原則最長でも3か月以内に、大臣設置に係る専門家会議による科学的評価を踏まえ、①支障なし、②中止又は変更、③保留（期間の延長）、のいずれかを書面により、理由を付して通知することとする。これにより、医療機関から要件の設定に係る届出がなされてから、原則最長でも3か月以内に当該医療技術が実施可能となる仕組みとする。

・ なお、審査に慎重な判断を要する場合（例えば、遺伝子治療のように倫理上の問題がある場合など）、

担当部局の事務処理能力を超える多数の届出により3か月以内での回答が著しく困難な場合など合理的な理由がある場合には、3か月を超える期限を定めることができることとする。

・既に要件が設定されている医療技術については、医療機関は、要件に該当する旨の届出を行うことにより実施することができる。

○また、将来的な保険導入のための評価を行う観点からも、実施医療機関から定期的に報告を求め、保険導入の適否について検討するとともに、有効性及び安全性に問題がある場合等にあつては、当該医療技術の中止等の必要な指示を行うことができることとする。

3 制限回数を超える医療行為等

○制限回数を超える医療行為については、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。 2

○療養の給付と直接関係のないサービス等について、保険診療との併用の問題が生じないことを明確化する。

4 保険診療と保険外診療との併用の在り方について

○「将来的な保険導入のための評価を行うものであるかどうか」の観点から現行制度を抜本的に見直し、「特定療養費制度」を廃止し、「保険導入検討医療（仮称）」（保険導入のための評価を行うもの）と「患者選択同意医療（仮称）」（保険導入を前提としないもの）とに新たな枠組みとして再構成する。

5 改革の手順

○まず現行制度の枠組みの中で対応することとし、できるものから順次実施して平成17年夏までを目途に実現する。ただし、国内未承認薬の使用に係る施策については、平成16年度中に必要な措置を講じる。

○さらに、現行制度について、「将来的な保険導入を前提としているものであるかどうか」の観点から、名称も含め、法制度上の整備を行うこととし、平成18年の通常国会に提出を予定している医療保険制度全般にわたる改革法案の中で対応する。

以上のような改革は、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。

また、このような改革により、より分かりやすい制度となるとともに、保険診療と保険外診療との併用に関する具体的要望については、今後新たに生じるものについても、おおむねすべてに対応することができるものである。

平成16年12月15日

厚生労働大臣

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

【混合診療訴訟：全額自己負担は違法 東京地裁で国側敗訴】

保険診療と保険外診療（自由診療）を併用する「混合診療」を実施すると、本来は健康保険が適用される診療も含めて治療費全額が自己負担となる厚生労働省の運用が妥当かどうかが争われた訴訟の判決が7日、東京地裁でありました。

定塚誠裁判長は「厚労省の法（健康保険法）解釈は誤り」と指摘し、原告患者に保険給付を受けられる権利を認めました。混合診療を原則として禁止する国の政策を違法とする司法判断は初めてのことで

判決
主文

1 原告が、活性化自己リンパ球移入療法と併用して行われる、本来、健康保険法による保険診療の対象となるインターフェロン療法について、健康保険法に基づく療養の給付を受けることができる権利を有することを確認する。

厚労省は（1）一つの病気で保険診療と自由診療が行われる場合、全体を一体の医療行為とみて保険給付を検討すべきだ（2）特定の高度先進医療など例外的に認められた混合診療以外に保険は給付されない—という健康保険法の解釈を示し、保険給付の対象外とするよう主張しました。

判決は「保険診療と自由診療を一体として判断すべき法的根拠は見いだせない」と厚労省の法解釈を否定。その上で「個別の診療行為ごとに、保険給付対象かどうか判断すべきだ」と述べ、混合診療を事実上容認しました。

「混合診療の禁止は違法」との判断を司法が下したことから、一気にメディアでは「混合診療解禁」の文字が躍り始めています。規制改革会議も間髪を入れず、混合診療解禁、推進の方針を打ち出しました。

一方、厚労省側は、「混合診療は医療保険の原理や医療技術の進歩の兼ね合いなどを考え、改善が行われてきました。（現行制度の）考え方は維持できる」と述べ、例外的に混合診療を認めている現行の「保険外併用療養費制度」を見直す考えがないことを明らかにしました。保険外併用療養費制度の対象拡大についても「今ただちに見直さなければいけない事情はない」と否定しました。

ただ「（現行制度の）考え方を維持する中で、いろいろな技術進歩を見ながら、どういうあり方がい

いか適宜考えることはある」とも述べています。

混合診療についての過去の判例は

1989年2月23日

東京地方裁判所 混合診療禁止適法の判決

「混合診療禁止の考え方についても、このことを直截に定めた明文の規定は、法にも療担規則にも存しない」としつつも、「法の趣旨等を含めて総合的に考察しなければならない」ので、「厚生大臣において前記混合診療禁止の解釈及び『一連の医療行為』という考え方に基づいてした本件行政指導は適法なもの」と判断した〔池上直己(2007)「医療経済——個人の利益と社会の厚生」『ジュリスト』No.1339. p.79〕特定療養費制度創設 1984年以降の「混合診療禁止」は「合法」との根拠となる。

慶應義塾大学 商学部 教授 権丈善一 勿凝学問 115

<http://news.fbc.keio.ac.jp/~kenjoh/work/korunakare115.pdf> より

東京地裁が出した合法(1989年)と違法(2007年)という2つの異なる判断があるのが現状です。

【規制改革・民間開放推進会議の混合診療が容認されるべき具体例】

規制改革・民間開放推進会議は混合診療が容認されるべき具体例として、

- ① 確立した医療行為でありながら保険の対象外のもの（予防的措置を含む）
- ② 新しい医療行為として専門医の間で効果が認知されているもの
- ③ 医学的効果は確立しているが、患者の価値観などの問題から、通常の医療行為としては行われていないもの
- ④ 医療行為に付帯するサービス

を挙げています。

【湘南宣言】

湘南宣言

平成 18 年 5 月 19 日

日本歯科医師会、日本歯科医学会、日本歯科医師連盟等の歯科界を構成する主要な組織は、

- 一. 国民の理解を求めながら、現状を踏まえ保険外併用療養費制度への取り組みを前向きに検討する。
- 一. 有効な歯科医療新技术を保険制度に導入し、良質な医療提供につとめる。
- 一. 歯科保健・医療が高齢者の健康に貢献することを確認し、普及するようつとめる。
- 一. わが国の歯科医療における重要課題を共有し、協同して検討することが有意義であることを確認した。

今後も議論を深め、歯科医学医療がこれからの国民の健康と福祉にさらに貢献するための具体的な方策を提示していきたい。

以上宣言する。

【日本歯科医師会社保委員会意見書】

2006年8月に出された日歯社保委員会の意見書です。

意見書（保険外併用療養費に対する取り纏め）

平成18年10月施行の健康保険法等の一部改正に伴い、特定療養費制度は廃止され、新たに保険外併用療養費の枠組みとして再構成されることとなるが、今般、本委員会では保険外併用療養費に対する見解を取り纏め、ここに具申する。

[はじめに]

本年6月成立した健康保険法等の一部改正に伴い、本年10月1日より特定療養費制度は廃止され、新たに保険外併用療養費制度へと改編される。そして保険外併用療養費は「評価療養」（保険導入のための評価を行うもの）と「選定療養」（保険導入を前提としないもの）、とに区別されることとなる。

そこで今般、本委員会では、日本歯科医師会（以下、本会と言う）・日本歯科医学会（以下、学会と言う）・日本歯科医師連盟合同ワークショップで採択した湘南宣言（5月19日）の趣旨に則り、現行、特定療養費制度下で「選定療養」に位置付けられている歯科3項目（「前歯部の材料差額」、「金属床総義歯」、「小児う蝕治療後の継続管理」）の取扱いや、昭和51年に厚生労働省より発出された歯科医療管理官通知の解釈により行われている医療行為の取扱い等について検討し、以下のとおり当委員会意見を取り纏めた。

I. 歯科診療項目の保険導入に対する意見

○基本的に必要とされる歯科医療技術は保険で給付されるべきで、現行の保険給付内容は縮小しないことを原則とする。

それを前提に保険外併用療養費および保険導入を図る診療項目について、患者の多様化するニーズへの対応と負担の軽減、歯科医業経営の安定化を勘案し、議論する必要がある。

○保険導入への手続きとしては、中央社会保険医療協議会（中医協）において医療技術評価や臨床検査の保険適応に関する診療報酬調査専門組織・医療技術評価分科会等での審議を経て導入される方法と、先進医療等の評価療養から導入される方法が一般的である。

どちらを選択するかは、将来の歯科診療報酬体系の在るべき姿を見据え、さらに戦略面から実現性をも考慮した上で、慎重に判断することが肝要となる。

○新たに保険導入すべき技術、検査、医療材料、医薬品については、本会と学会が連携・協力し、それぞれの分野ごとに関係する審議組織を設置・整理する必要がある。

○保険導入すべき項目については、本会会員のコンセンサスを得ることが第一義となり、執行部は歯科診療報酬体系の将来構想に基づき具体的提案を示すべきと思考する。

その際には、学会との緊密なる連携のもと鋭意検討を行い、有効性・安全性・社会的妥当性を確保しつつ、全ての診療所において実施できる診療項目を提示することか重要となる。

○いわゆるレセプト上段に掲げられている項目（検査・処置等）については原則として保険導入を目指し下段に含まれる歯冠修復や欠損補綴等における基本的な項目については保険でまかなうことが望ましい。

[保険導入を希望する具体的項目]

◎重要項目⇒「小臼歯硬質レジン前装鑄造冠」—基本的補綴診療
「レーザー」、「GTR、エムドゲイン」
（「口臭検査」、「唾液検査」）

なお、金属アレルギー患者に対する診療に当たっては、患者の人体への為害性を考慮したとき、通常保険適用外の補綴診療についても例外的に保険診療として認める特例措置が必要ではないかとの意見もあった。

II. 選定療養の歯科3項目に対する意見

○前歯部の材料差額⇒「廃止」が望ましい。
患者ニーズの減少、医療技術としての陳腐化等の理由による。

なお、前歯部形成加算との関連に配慮する必要がある。

○金属床総義歯⇒「選定療養」が望ましい。

過日（7月12日）の中医協で示された選定療養の基本的考え方に基づく分類区分については、“快適性・利便性に係るもの”ではなく“医療行為の選択に係るもの”に位置付けることが適当と考える。

なお、患者負担のあり方については、昭和51年歯科医療管理官通知の見直しをも含めて、今後の検討課題とする。

○小児う蝕治療後の継続的指導管理⇒「評価療養」（保険導入）が望ましい。

将来は保険導入すべきと考える。

なお、現行保険適用の対象となっている「う蝕多発傾向者」の判定基準については改めて検討する必要がある。

○評価療養については歯科における施設基準のあり方を早急に検討する必要がある。

なお、歯科独自の施設基準を設ける場合、例えば、「歯科疾患総合指導料」等の届出を行っている医療機関を要件とする意見もあった。

III. 昭和51年歯科医療管理官通知に対する意見

○ 通知文がそのまま存続し、現行の取扱いが維持されることが最善と考える。

また、今後見直されることかあっても現行の運用を維持、もしくはそれに近い形の制度とすべきである。

1) 本通知は発出されて以降30年が経過し制度として認知・定着しており、本委員会は「違法性無し」との認識に立ち、通知の変更は医療現場の混乱を惹起しかねないために「現状維持」を望む。

2) 「止むなく廃止」される場合は、保険外併用療養費制度を適用させ選定療養として取扱いを維持するこゝか適当と考える。

患者負担のあり方については昭和51年歯科医療管理官通知の取り扱いに近い形での移行を望む。

3) 保険外併用療養等にも関わらずに通知のみが単に「廃止」される場合であっても、通知文の解釈を維持することとしたい。

なお、昭和51年歯科医療管理官通知については、いつ廃止されても対応できるよう引き続き検討しておく必要がある。

患者負担のあり方については、歯冠形成、印象採得、咬合採得等を保険給付したうえで保険外費用を負担する方法（技術料差額）と、保険外診療を独立させたうえで他の保険診療と同時並行で行う方法等、

種々の考え方があるが、患者負担軽減をも考慮し具体的方法論についても今後速やかに検討しておく必要がある。

IV. 自費診療で行われている項目に対する意見

歯科における現行の自費診療項目については、国の厳しい保険財政状況下、適正なる評価を得て保険導入を図ることは極めて困難と考えられる。

また、低廉なる歯科診療報酬評価のもと歯科医業経営における重要な原資となっていることから、保険導入または保険外併用療養を活用するか、若しくは現状維持のままとするかは、歯科診療報酬体系の将来構想に基づき、諸情勢を勘案した慎重なる判断が要求される。

したがって、管理官通知や保険外併用療養における保険給付される基礎部分のあり方、評価療養・選定療養への新たな位置付け等を含め、与後の検討課題としたい。

なお、歯科においては、保険外併用療養費以外の自費診療のあり方（他の診療と併用して行う矯正治療等）についても検討する必要がある。「療養の給付と直接関係のないサービス」の括用も一考を要する。

V. 療養の給付と直接関係のないサービスとして取扱う項目に対する意見

一次予防や審美目的のもの等は、保険給付の議論とは切り離し、「療養の給付と直接関係のないサービス」として、その活用も視野に入れる。

歯科においてはどのような項目を扱うべきかを十分に検討する必要がある。

なお、疾病以外の予防的な機械的歯面清掃、評価・選定療養で区分けできない医療行為については、「療養の給付と直接関係のないサービス」として位置付け実施すべきとの意見があった。

[最後に]

保険外併用療養費の検討に当たっては、歯科診療報酬体系の将来を方向付ける最重要課題との認識から慎重に検討したものの、中央社会保険医療協議会での審議を睨みつつ時間的制約の中での検討となったために、意見集約ができなかった問題点も多々あり、また患者負担のあり方等の具体的方法論まで十分に言及することもできなかった。

したがって、本意見書は当面の対応について取り急ぎ纏めたものであることをご承知置きいただくとともに、本委員会では歯科界の将来に重大な影響を与える問題と認識して今後も引き続き検討していきたいと考えている。

【[混合診療] についての見解 日本医師会医療政策会議】

～わが国における医療のあるべき姿～

平成 15 年 3 月

日本医師会医療政策会議

医療政策会議委員

議長 黒川 清 東海大学総合医学研究所所長
副議長 植松 治雄 大阪府医師会長
委員 〃 佐々木 健雄 東京都医師会長
委員 飯塚 弘志 北海道医師会長
委員 〃 池上 直己 慶応義塾大学医学部医療政策・管理学教授
委員 〃 井石 哲哉 長崎県医師会長
委員 〃 大道 久 日本大学医学部医療管理学教授
委員 〃 大輪 次郎 愛知県医師会長
委員 〃 紺谷 典子 日本証券経済研究所主任研究員
委員 〃 佐藤 怜 茨城県医師会長
委員 〃 真田 幸三 広島県医師会長
委員 〃 竹嶋 康弘 福岡市医師会長
委員 〃 田中 滋 慶応義塾大学大学院経営管理研究科教授
委員 〃 安田 恒人 宮城県医師会長
委員 〃 山口 二郎 北海道大学法学部教授
委員 〃 山崎 寛一郎 埼玉県医師会長

(委員：五十音順)

目次

はじめに

I わが国の公的医療保険給付システム

1. 現物給付制度と現金給付制度
2. 一部負担金以外の費用の徴収
3. 特定療養費制度

II [混合診療] 論議の背景

1. [混合診療] 容認論の立場
2. [混合診療] 容認論の検証

III [混合診療] の影響

1. 公的保険と私的保険
2. 医療提供コストの転嫁

IV [混合診療] に対する見解

おわりに

はじめに

〔混合診療〕については、その本質が十分に理解されることなく、言葉だけがひとり歩きしているのが現状である。健康保険法等の関係法令においても、〔混合診療〕という文言は使用されていない。

〔混合診療〕とは何なのか、その本質を理解しないままの議論は、制度や政策の方向性を誤らせることになる。

〔混合診療〕の議論は、わが国が 1961 年に達成した国民皆保険体制の下、保険給付システムの根幹を成す「現物給付制度」のあり方に直結するものである。つまり、現行公的医療保険制度の原理・原則、国の医療保障に対する将来ビジョンにも影響を及ぼす重大な問題であることを認識しなければならない。

まず、現行給付制度とそこでの〔混合診療〕の本質について理解し、公的保険給付のあるべき姿を見据えたうえで議論すべきである。

このような考え方から、公的医療保険下での〔混合診療〕のあり方について、本会議の見解を述べる。今後の議論の基礎となれば幸いである。

I わが国の公的医療保険給付システム

1. 現物給付制度と現金給付制度

健康保険法第 63 条は保険給付に係る規定であるが、同条において被保険者の疾病または負傷に対して、以下に掲げる療養の給付を行うと規定している。

- (1) 診察
- (2) 薬剤又は治療材料の支給
- (3) 処置、手術その他の治療
- (4) 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- (5) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

わが国の公的医療保険制度の優れた特徴として、患者のフリーアクセスがある。これを支えているのが国民皆保険体制と、上記の規定に基づく「**現物給付**」制度であることは言うまでもない。

現物給付とは、保険者が被保険者に「療養」を現物で給付し、その費用が保険者と、当該医療を提供した保険医療機関との間で、公定価格に基づいて清算されるシステムである。すなわち、保険者が当該治療に要する「医療サービス」を保険医療機関から買い上げ、被保険者に給付する方式と定義できる。

これに対し、**現金給付制度**は、制度の原理上は保険者と保険医療機関との間で費用の精算が発生せず、当然両者間で価格の取決めは行われない。被保険者と医療機関との間で費用の全額が精算され、保険者は被保険者にその一部を現金で償還するシステムである。

2. 一部負担金以外の費用の徴収

例えば、保険医療機関が一部負担金以外の医療サービス費用を被保険者（患者）から徴収したとする。この場合、前述の現物給付の基本原則に則れば、保険者が一連の医療サービスを保険医療機関から買上げるという前提が成立しなくなる。そうなれば、保険者は療養（医療サービス）全体を被保険者に現物で給付することが不可能となる。

つまり、現物給付システムにおいては、制度の理論上、医療保険と医療保険以外の費用が混在することはあり得ないということである。

保険医療機関及び保険医療養担当規則（厚生労働省令）第 18 条に示す特殊療法等の禁止に係る規定が、[混合診療] 禁止の根拠であるとの解釈が一般的であるが、この規定を引用するまでもなく、現物給付というシステム自体が、被保険者からの一部負担金以外の費用徴収を不可能としていると捉えるべきである。

このことからわかるように、[混合診療] という概念の本質は、保険診療と保険診療外の診療行為自体が混在するのではなく、保険給付（一部負担金を含む）と保険外の患者負担との混合、すなわち「費用の混在」を指すのである。

このことを理解しなければ、本質的な議論はできない。

3. 特定療養費制度

現行制度において、[混合診療] が認められているのは、昭和 59 年に制度化された「特定療養費」である。高度先進医療の導入に伴い、保険診療と保険外の費用負担との混在を認めた同制度は、制度の原理上は「現金給付」となっている。

高度先進医療や特別の療養環境（いわゆる差額ベッド）の提供などの選定療養を受けた場合、すなわち一部負担金以外の費用徴収を被保険者から徴収する場合は、当該療養部分以外の療養の費用を「特定療養費」として支給することになっている。これは、前述のとおり、別途負担を徴収する以上、理論的に現金給付に切替えざるを得ないためである。

このようなことから明らかなおお、[混合診療] を認めることは、わが国の公的医療保険の給付の基本を「現金給付」に切替えるか、あるいは現物給付を原則としながら、特定療養費制度の対象拡大を図るか（これも現金給付である）、いずれかの選択しかあり得ないのである。そして、そのいずれもが、患者負担を増大させるということ認識しなければならない。

II [混合診療] 論議の背景

1. [混合診療] 容認論の立場

[混合診療] 容認論を唱える立場は、必ずしもひとつではない。大きく分類して、次のように整理できる。

- (1) 規制緩和の一環としての「保険診療と保険外診療との組合せの自由化」による消費者の選択肢拡大
- (2) 医療費（保険給付費）抑制を目的とした公費支出の抑制（実質的患者負担増⇒受診抑制⇒医療費のコントロール）
- (3) 日本で認可されていない技術や医薬品の使用
- (4) 個々の医師の技術水準等に比例した上乘せ評価の必要性
- (5) 不適切な保険外負担の実態の解消

2. [混合診療] 容認論の検証

次に、上記の容認論の背景に対して、これらをひとつひとつ検証してみる。

(1) については、一昨年来、経済財政諮問会議や総合規制改革会議を中心に展開されてきた論理である。

しかし、政府サイドのこれらの主張の背景には、(2)に示す公費支出の縮減や医療費のコントロールと

いう本音が隠されていることは周知の事実であろう。

このような視点に対して必要なことは、まずわが国の医療費規模が、強制的なコントロールを必要とするほど大きなものであるかということの検証である。

医療費の対 GDP 比の国際比較では、わが国は決して高い位置にいるわけではない。かえって、人口の高齢化率等、医療費の自然増の要因を考慮すれば、その規模は相対的に低いとさえ言える。

また、相対的に低い医療費で公平・効率的な医療を提供し、世界一低い乳幼児死亡率、世界一の長寿国達成など、大きな成果を挙げているのも客観的事実として国際的に評価されている。

さらに、健康保険法等の一部改正によって、患者負担がさらに増大している状況に鑑みれば、現状において医療費もしくは給付費を患者の負担増によって抑制しなければならない客観的理由は希薄である。

医療費の伸びをコントロールする必要性があるのなら、医療提供体制や診療報酬体系のあり方の見直しの中で、制度論的にアプローチするのがあるべき姿であろう。

(3)と(5)は、表裏の理由と言える。医療提供者の視点として、個々の患者の病状に対して、最善の医療を提供したいという根源的な希求がある。その際、最適の選択としての治療法や検査、投薬について、当該技術等の有効性や安全性に関する科学的根拠が確立されているにもかかわらず、保険適用がなされていないということは、不合理以外のなにものでもない。

保険診療のルールに則れば、患者から当該技術等に係る費用を徴収すれば、全額自費診療に切替えなければならない。これを回避し、かつ最適な医療提供のために、不適切な負担徴収が行われていると想像される。

このような実態は、決して容認されるべきものではなく、早急に解消する手当てが必要である。

具体的には、新たな診断・治療技術や医薬品等の保険適用に関して、これを迅速化するルールを速やかに設定し、審議過程や保険適用の基準を明確にすることが必要である。さらに、価格設定においても、海外における実情等を勘案しながら、合理的な方法を開発し、対応することが必要である。

(4)については、まず医師の技術を客観的に評価する指標が開発されていない現状を認識すべきであろう。

医師の技術評価においては、成果（アウトカム）ひとつをとっても、個々の患者の容態や特性に個体差がある中で、何を技術評価の指標とすべきか、極めて難しい問題を内包している。また、国民皆保険体制下においては、病状の重篤度や治療の困難度に応じて、これを必要とする患者に対して高い技術が優先的に配分される手法が望ましいことは言うまでもない。

このような状況から、医師の技術度に応じた自費徴収の上乗せについては、軽々に論じるべきではないと考える。

以上のように、[混合診療]容認の立場からの理論も、別の適切な対応策があり、極言すれば医療保険システムの原理を変えるだけの根源的な要求というべきものではないと言える。

Ⅲ [混合診療]の影響

1. 公的保険と私的保険

医療が生命や健康に直結するものである以上、需要者である患者は費用を負担しうる限り、技術進歩と高い質を望む。供給者である医療提供者も、費用削減よりは新しい技術を用いたより高いレベルの医療を実行しようとする。

これらの需給行動を前提とすれば、[混合診療]の容認によって患者負担割合が増大したとしても、短期的な効果を除けば長期的に医療需要が縮小するとは考えにくい。

この場合、公的医療保険の給付が相対的に小さくなり、患者負担が増大すれば、所得に余裕のある需要者は私的保険を通じた保障を求める行動をとることが予想される。

しかしながら、皆保険を前提とした公的医療保険と、営利を前提とした私的保険とでは、制度の基本的な前提が異なる。一般的には、現に傷病に罹患している者や、傷病に対する高いリスクをもつ者に対しては、私的保険は加入制限を厳しく設定するか、高い保険料を課す可能性が高い。つまり、真に医療を必要とする状態にある者が、保険に加入しにくい状態におかれるということである。

ここが、公的医療保険と私的医療保険との根本的な差異であり、私的医療保険は公的医療保険の代替とはなり得ない所以である。

2. 医療提供コストの転嫁

患者の多様なニーズに対応しようとするれば、医療提供コストは増大する。そして、公的医療保険財源に余裕がなければ、当然のことながら民間保険（自由診療）部分の価格が上っていく。

その帰結を探るためにアメリカ医療を見てみよう。米国で自由診療の医療価格が高騰した際、メディケア（高齢者医療保険制度）やメディケイド（低所得者に対する医療扶助）、あるいは無保険者の患者など、低い料金しか徴収しにくい患者はどうなったか。実際には、そうした人々すべてに対して、低レベルの医療が提供されているわけではない。医療従事者の職業倫理や訓練のあり方などから、一たび治療を引き受けた場合、患者ごとに治療内容を切替えることは困難であり、自分の技術を隔てなく適用する態度が普通であろう。

そうなれば、医療機関経営者は、医業経営を維持するために、回収できなかった分のコストを自費患者、あるいは私的保険患者の中で交渉力の弱い（給付制限が緩い）層にコストを転嫁せざるをえない。加えて、そうした状況をめぐって莫大な管理コストが使われる状況を生んでいる。

IV [混合診療]に対する見解

先に述べたとおり、[混合診療]の導入は現物給付制度の否定に他ならない。そして、現物給付の否定は、公的医療保険給付の縮小をもたらし、必ずや患者負担の増大につながる。

患者負担の増大は、受診者の経済力格差による医療の差別化を派生させる。わが国が国民皆保険体制という優れたシステムの中で守り続けてきた公平性、平等性は、現物給付制度の崩壊とともに終焉を告げることになる。

日本国憲法を引用するまでもなく、社会保障を通じて国民の生命・健康をより高いレベルで守るのは国の社会的使命である。

この使命を果たすためには、現物給付制度下における国民皆保険体制の堅持は、必要不可欠の条件である。

そもそも医療ニーズ発生の不確実性を、保険という社会システムでカバーするのが社会保障のひとつの目的である。患者負担とは、傷病により医療機関等を受診したときに発生するものであり、現状以上の負担増は、リスク回避という視点からも社会保障システムとしての公的医療保険の存在意義をも問うことになろう。

前述の医療費の対 GDP 国際比較からみても、わが国の医療費水準は先進諸国の中でも決して高いわけではない。

その中で、国民医療費の財源負担構成に占める家計負担の割合（保険料の被保険者負担＋患者負担）

は、約 45%にも達している。さらに 2002 年 10 月施行の健康保険法等の一部改正によって、患者負担割合が引上げられ、家計負担割合は 50%近くに達することが予想される。

このような現状において〔混合診療〕を容認すれば、家計負担割合が財源の半分以上を占めることになりかねない。果たして、社会保障としての適切な費用負担配分と言えるのであろうか。

以上のような状況を勘案すれば、現状において〔混合診療〕を容認する合理的な理由はないと結論付けられる。

おわりに

長引く経済不況に加え、医療や年金を中心とした社会保障給付の縮小が、将来に対する国民の不安感をさらに煽っている。消費の低迷は、将来に対する不安の裏返しということができよう。

国の行うすべての政策は、為政者の国家観、すなわち、その国をどのような姿にするのか、国民の将来像をどのように描いているのかによって決まる。公的医療保険制度をはじめとした医療保障の方向性も、為政者の理念・方針によって自ずと定まる。

しかしながら、〔混合診療〕論議に代表されるように、政府サイドから発表される昨今の医療制度改革案は、総じて医療費あるいは医療保険給付費の圧縮に焦点が当てられている感が否めない。

国民的議論を経て広く理解された改革案ならまだしも、計画性もなく、説明責任を果たさないままの政策は、国民の不安感・不信感を醸成し、負の循環を生み出すことになる。

いま政府がなすべきことは、社会保障の安定・充実を図り、国民の生命・健康・生活環境を守るという社会的使命を果たし、社会・経済システムに好循環を発生させることにほかならない。

<http://www.med.or.jp/nichikara/isei14.html>

日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp/>

Copyright (C) Japan Medical Association.

All rights reserved.

【民間保険参入】

民間保険が参入することの歯科医院への影響はどのようなものがあるのでしょうか。
民間保険に「現物給付」容認される可能性もあります。

ここで、ひとつ、みんなの歯科ネットワークの会員である Zep 氏のコラムを紹介したいと思います。

民間保険で備えよ！－民間保険に備えよ？

現状のような低点数であれば、いっそのこと歯科は公的保険から全部または一部外してしまっ
て欲しいとの声を多く聞きます。諸外国の十分の一程度の報酬設定ですから、このような声
が上がるのも至極当然です。しかし大幅な領域が保険外へ移行する事になると、その部分
を担うものが登場すると考えるのが理に適っています。依って青天井に価格設定をす
ることはできません。そこで公的保険の呪縛から逃れて、自由な競争をしたいとお考
えの方々に、民間生保の本格参入に対する覚悟はお有りかと問いたい次第です。はじめ
は緩やかな参入かも知れませんが、しかしながら、この歯科医院過剰の状況です（その
頃には更に増えているでしょう）。各歯科医院は、保険会社と協定を結んだり、契約し
てもらうため競争することになります。保険会社に依る選別基準は、如何なるものにな
るでしょうか。「保険会社の契約者（被保険者）獲得のために、契約者（被保険者）の
ニーズに応じてくれる」歯科医院を選ぶこととなります。はじめは、様々な治療の選
択肢を持つとか、専門医資格や施設基準などの「医療の質」に関係するものになるか
もしれませんが、しかしやがては「保険会社の利益追求」のため、極めて「分かりやす
い」ものへとになっていく筈です。具体的には、価格設定の低い医院、値下げ要求に
応じる医院。利便性の面からは、日曜、祝祭日や夜間の受診が可能といったところでは
しょうか。また保険商品のパンフレットに載せるため、単に見栄えのいい歯科医院を選
ぶことも考えられます。依って今まで以上に、医療の本質とはかけ離れたところで競
争することになるかも知れないのです。更に各企業ごとに、社員の福利厚生のため団
体で保険を購入するようになりますと、そのような傾向は、より顕著になると考えられ
ます。我々が、幾ら切磋琢磨、研鑽しようが、このような「分かりやすい」ニーズに
応えることが出来なければ選んでももらえないわけです。これが、資本金に劣る歯科
医院が淘汰されてしまうのではないかと危惧される所以です。

※「先生のところは、この価格で応じてくれますか？ 日曜や深夜も診療してもらえますか？」※

民間保険の参入に関してもうひとつ、歯科治療費がアメリカのような高額の設定には
なりえないであろうということが考えられます。歯科治療費に対する国民の感覚が極
めて低いところからスタートするからです。またこれだけの歯科医院過剰の状態です。
現在の自由診療の相場は間違いなく下がります。公的保険の適用部分も保険外に移
行してしまえば、患者獲得のためダンピングが生じるかも知れません。それなら自
分が努力し、「歯科医療の価値を認め、十分な報酬を与えてくれる自費患者」を
より多く獲得すれば良いのではないかと、この考えもあります。確かに、ごく少数
の方は「公的保険」にも「民間保険」にも頼らず、それが可能かも知れませんが、
然し「混合診療」が歯科のみならず、全ての診療科において広く導入されま
すと、現在の公的保険の保険料に加え、応益負担の為より高額となった民間保
険の保険料を負担することになります。

また公的保険の適用範囲が縮小されれば、より重度の医療費支出に備えるなど、
それだけでマインドは冷え込みます。依って「背に腹はかえられぬ」「ない袖は
振れぬ」状態になり、受診動向に変化が生じてくるとも考えられます。患者がど
のように動くのかは、公的保険の守備範囲や民間保険の在り方に依って大きく
左右されるということです。

以上は、財界の思惑どおりに事がすすんだとの前提で述べました。タチの悪い
絵空事かも知れませんが、ただひとつ確実なのは、自由裁量権が今まで以上にな
くなってしまおうということです。

市場原理が医療を亡ぼす—アメリカの失敗 李 啓充（著）によると

混合診療解禁」の後には、民間医療保険会社がそこを狙って、攻勢を仕掛けてくるのは明らかである。さらに、保険診療の範囲が狭められるとなると、いよいよ医療は市場原理にさらされてしまう。

市場原理のもとで医療が運営されると、「負担の逆進性」という問題が生じてくる。

日本の場合、医療保険料は収入の多い人ほど多く支払うというのが当然のこととなっている。しかし、民間保険の導入が進んでいるアメリカでは、企業がそれぞれ契約した民間保険会社と契約を結び医療保険を提供しており、その契約内容が優秀な人材を確保するための一つの方策として利用されているのである。

すなわち、収入が上がるほど保険料が安くなるという日本とは逆のことが当然なこととなってきているのである。大企業の重役クラスになると、保険料の負担がまったく無しで、最高レベルの医療を受けることが出来るのである。

これが「保険料負担の逆進性」である。

この「保険料負担の逆進性」とは別に「医療費負担の逆進性」も大きな問題となる。財力のない人ほど、極端には無保険の人ほど、（アメリカでは7人に1人が無保険者である。）ひとたび、病気にかかると高い医療を請求されるのである。

というのも、保険料はあくまでも民間の医療機関と民間の保険会社との契約で決まるため、結果的に力の強い保険会社が医療機関に値下げを要求するのである。もちろん医療機関はその要求を呑んでしまう。

これに対して無保険者は、力関係上、医療機関とは価格交渉は出来ないで、「定価」で医療費を請求、さらには法外な価格で請求されるということがアメリカでは実際に起こっているのである。これが「医療費負担の逆進性」である。

李啓充氏講演 「医療変革の時代を超えて（前）」 -講演要旨-

民の医療保険というのは非効率的にできている。民間保険は株式会社が経営しており、儲けをあげないと株価が下がってしまう。100の保険料に対してどれだけ医療費を払うか、これをメディカルロスというが、これが85を超えると経営が下手だと評価され株価が下がる。アメリカの保険会社は81というところで会社を運営している。メディケアは100の税金に対して98を医療費として患者に返している。98と81のいずれが受け手にとって良いかと言えば誰にでも分かるはず。

他の李啓充氏の発言

医療費の止めどない上昇：「民」主体の医療保険制度は社会全体の医療費を押し上げる特性を持つ。たとえば、米国の保険会社の経営用語に「医療損失」という言葉があるが、これは、加入者から集めた保険料100のうち、どれだけの割合を実際の患者の医療費に使うかという数字である。現在、医療損失が85を超えるとウォール・ストリートで「経営が下手」と評価され株価が下がってしまうので、保険会社にとって、医療損失を下げる（＝患者の医療に使う金をできるだけケチる）ことが経営の一大目標となる。その結果、現在、米国における営利の保険会社の医療損失は平均「81」と言われ、公的医療保険（高齢者医療保険「メディケア」）の医療損失「98」と比べると、サービスの受け手にとって、格段に効率の悪い医療保険制度となっている。さらに、営利の保険会社は株価を維持するためには常に高収益を維持しなければならないので、たとえば、保険料値上げ等で顧客の負担増を強いることをいとわない。実際、ここ数年、米国の保険会社は、毎年10%程度の保険料値上げを繰り返している。

アメリカでは、民間保険加入者であっても個々の保険によって保障内容が違ふ。高保障の医療保険に入っている人は当然ながら高額の医療サービスを受けることができる。換言すれば儲かる患者、ということになるから、こういう患者しか診察しないという医師もいる。劣悪な医療保険に入っている患者や「メディケア」・「メディケイド」の患者は一切診ないという医師もいる。

【混合診療賛成意見・反対意見】を挙げてみます。

混合診療についての賛成意見・反対意見としては次のようなものがあります。

賛成意見

- ・患者の選択権が拡大し、納得のいく医療を受けることが出来る
- ・現行制度では混合診療は禁止とされているため、保険診療にごくわずかな自由診療を併用しただけで全ての診療が自由診療の扱いとなり、医療費の全額が患者の負担となってしまう。解禁すれば、保険診療部分が保険給付の対象となり患者負担の費用が減少する
- ・保険で認められない治療や癌治療などの最先端の治療を健康保険と併用して自己負担で受けられる。
- ・「解禁すれば、所得により受けられる医療に格差が生じる」というのは間違いで、混合診療禁止は「より支払能力の高い人しか保険外診療を受けられない」という逆効果になっている。
- ・欧米で標準的に認められているのに日本の公的医療保険では承認されていない抗ガン剤や手術を受けたいので、その差額を払えば良い混合診療を解禁してほしい。
- ・納得のいく医療を提供できるようになる
- ・これまで請求出来なかった処置を保険で請求できるようになる
- ・自費治療の拡大が期待できる
- ・個々の医師の技術水準等に比例した上乘せ評価が可能になる。
- ・患者に行ってあげたい先進医療を公的保険ではカバーできていないので解禁してほしい。病院もそれにより赤字が少しでも解消できる筈。
- ・質の高い歯科医療を提供できるようになり、国民の利益になる
- ・自由診療が容認されている現状において、混合診療に限って患者負担の増大や有効性、安全性を問題にすることは理解に苦しむ。
- ・いわゆる「混合診療」の禁止を徹底させるというのであれば、少なくとも原価割れの処置に関しては、赤字分を補填すべく保険点数を引き上げるか、保険外負担を拡大するかを検討すべきである。
- ・市場経済のもとで患者と医師の自由な契約をさせるのが原則だ。国にはお金が無いのだから公的保険に全ての医療をいれることなど無理だ。患者と医師を自由にさせよ。
- ・医療が充実するので患者が早く完治する。よって保険給付額は減少する。
- ・実質的患者負担増になり、これが受診抑制を引き起こし、結果的に医療費のコントロールつまりは、医療費（保険給付費）抑制を目的とした公費支出の抑制ができる。
- ・混合診療の「原則制限」では医療現場の創意工夫と医療技術の競争が阻害される上、承認簡素化の対象となった高度先進医療も限られ、抜本的見直しが行われな限り是認し難い。
- ・多くの反対派は「混合診療解禁→保険診療縮小→医療の平等が損なわれる」という論法を展開しているが、保険診療の範囲は混合診療の全面解禁とは別次元の問題であり、解禁反対の論拠にはなりえない。

総合規制改革会議

【「基本方針 2003」における決定事項】－第2部1. 具体的手段(1)2－より引用

【保険診療と保険外診療の併用の拡大】

特定療養費制度における高度先進医療について、一定の基準を満たした場合には、医療技術及び病院ごとの個別の承認を必要とせず、迅速に認める仕組みについて検討し、結論を得て、平成15年度中に措置する。

また、医療技術の向上の観点から、高度先進医療への新技術の導入の迅速化を図ることにより、対象技術の範囲の拡大を促進する。

【総合規制改革会議としての現状認識及び今後の課題】

高度・先進的な医療サービスなどを患者が選択しやすくするため、以下の理由などから、例えば、特定承認保険医療機関など、質の高いサービスを提供することができる医療機関においては、現行の特定療養費制度における高度先進医療のみならず、新しい医療技術(海外では広く認められているにもかかわらず、我が国では公的保険の適用外となっているものなどを含む。)についても、個別の承認を必要とせず、いわゆる「混合診療」(保険診療と保険外診療の併用)を包括的に認める制度の導入を図るべきである。

- 1) 患者の健康・安全等を確保するとの観点から個別・具体的に事前審査を経た上で承認される「保険診療」に対して、単独ではこうした審査も必要なく自由に行われている「保険外診療」を併用・付加した途端に、一連の診療行為が、本来の保険診療部分も含めて保険診療としては否定され、全て保険外診療とされることには、合理性がないこと
- 2) いわゆる「混合診療」が解禁されれば、患者がこれまで全額自己負担しなければならなかった高額な高度・先端的医療が、一定の公的保険による手当ての下で受けられるようになるため、「金持ち優遇」どころか、むしろ逆に、受診機会の裾野を拡大し、国民間の所得格差に基づく不公平感は是正されること
- 3) 現行のままでは、いわゆる「混合診療」を避けるため、例えば本来1回の入院・手術で済むところを保険診療部分と保険外診療部分とに分けて行うなど、あえて診療行為の分断などを行うことにより、患者の身体的・経済的負担を増大させるとともに、こうした非効率な行為が、医療費全体を増大させているとの事実もあること
- 4) 現行のままでは、海外では広く認められているにもかかわらず、我が国では公的保険の適用外となっている新しい医療技術・サービスに対する医師の積極的取組を阻害したり、患者の受診機会を狭め、医療サービスの質の向上を妨げているといった弊害が大きいこと
- 5) 現行の特定療養費制度については、中央社会保険医療協議会などにおける審議において、個別の技術等を対象に承認するやり方では、現場の創意工夫と医療技術の競争を促進しないとの指摘もあること

反対意見としては

- ・ 公的医療費削減のため保険の給付範囲が狭くなるのは間違いない
- ・ 国民からの歯科医療に対する不信感が増える可能性が高い
- ・ 保険治療がないがしろにされる可能性が高い、国民皆保険の趣旨に反する
- ・ 保険証1枚で十分な医療を受け難くなる
- ・ 高度な歯科医療を受けられない患者が増え、医療格差が拡大する（財力に基づくアクセス差別）
- ・ 新療法などについて、保険適用の手続きを行わなくなり、保険診療の範囲を狭める可能性もある
- ・ 解禁すれば、所得により受けられる医療に格差が生じる。治療費を多額に支払える患者だけが、より多くの治療を受けることができることになってしまう。
- ・ 混合診療を解禁すると、根拠や効果に乏しい保険外治療により患者に悪影響を及ぼしかねない。
- ・ 保険外の検査や投薬を受けられるのは、極少数の人間だけである為、効果的な治療が行えない可能性がある。
- ・ 混合診療を認めることによって、現在、健康保険でみている療養までも「保険外」となる可能性がある。
- ・ 市場原理の下では、「選択の幅」は逆に狭まってしまう。
- ・ 混合診療解禁後に、現在は保険適用となっている治療法を、保険からはずれる懸念がある。
- ・ 医療には情報の非対称が存在するため、自由診療を選択する機会が増えた場合、医師が自由診療を進められた際に断ることが困難
- ・ 混合診療が解禁されると、高・中所得者が受ける混合診療の保険診療分の費用を低所得者も負担することになります。低所得者は、費用のかかる混合診療を受けることが出来ないのに、その分に対しても保険料を支払うことになるのです。この点については、李啓充氏が次のように、明快に批判しています。混合診療で「保険診療として給付される部分は、本来、自由診療分のコストを負担できない人々からも徴収した保険料が財源となっているのだから、『富める者には、皆から集めた保険料で援助する』一方で、『お金のない人からは保険料の取りっぱなし』になるのだから、これほど不公正な制度もない」
- ・ 未承認薬問題の本質は、“治験の空洞化”といわれる治験体制の未整備、遅い薬剤の承認スピード、FDAに比べ絶対的に少ない新薬の審査官数など、承認体制にある。混合診療の話とは別次元である。安全性、有効性の確認された薬剤は国内承認し、即座に保険適用する、これが患者も現場も望むことである。
- ・ 欧米で標準的に認められているのに日本の公的医療保険では承認されていない抗ガン剤や手術を受けたい」という希望は、差額を支払える患者様には全くその通りでしょう。しかし差額を支払える限られた患者様にのみ適応可能とする混合診療の拡大で対処するのではなく、それらの本当に必要な治療は公的医療保険に速やかに導入することが、より本質的で望ましいのではないのでしょうか。
- ・ 保険収載されない医薬品や技術が保険導入されないまま放置され、経済的格差が治療内容の格差となる
- ・ 逆に保険収載されているものが外されて混合診療の対象となる危険性がある

- ・市場経済にまかせた医療の結果、予想される変化は、おそらく民間保険会社の売上が伸びることだけだと予想します。
- ・公的保険を縮小して、保険適用外となった治療が自費扱いとなるため、その部分の負担が増す
- ・情報の非対称が存在するため、医師が自由診療を進められた際に断ることが困難
- ・患者と医療機関の間には情報の非対称が存在するため、患者が治療内容を完全に理解するのは困難である。問題はそれに付け込んで利益追求を企む医療機関が存在することである。医師に新たな治療を勧められた場合、患者が治療内容を完全に把握できない以上、断りきれないケースも出てこよう。そうすると、患者負担が増大することは確実である
- ・我が国の診療報酬は経済合理性を無視して設定されているところがあり、医療行為によっては医療機関の費用持ち出しになっている部分もある。そのため、混合診療が解禁されるとその部分が自由診療となるため負担が増加する

「医療年金問題の考え方」 再配分政策の政治経済学Ⅲ 権丈善一より

混合診療を全面解禁すれば誰が市場競争で勝つのか

混合診療が禁止されている日本では、医師が患者に売る財・サービスの種類と価格は、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）で公定されている。

この公定制度を取りやめ、医師が患者に売る財・サービスの種類と価格を自由化したら、いかなる競争が展開されるのであろうか。現在、中医協がはたしているのと同様の役割を、医師の倫理に期待することができるのであろうか。

もし医師の一部でも職業倫理を放棄し、患者に対する強力な市場支配力を使用して、効きもしない民間療法を法外な価格で提供したりする金儲けに走ったらどうなるのであろうか。そうした医師を、バーゲニング・ポジションが劣る消費者に、チェックすることができるのであろうか。また、こうしたとんでもない医師を、職業倫理を遵守している善良な医師が淘汰することができるのであろうか。それどころか逆に、こうした善良な医師は、悪徳医師に競争で負けることになりはしないだろうか。医療における情報の問題が深刻である場合、混合診療が全面解禁されて確かに競争は激化した。その競争の過程で正義が悪に負ける可能性も十分に起こり得るのである。そのとき、職業倫理を遵守しない医師から被る不利益は、低所得者のみならず医療を利用する全所得階層に及ぶことになる。

また、混合診療解禁の後には、必ず民間保険参入の問題がってきます。

- ・民間保険の参入について
 - （医療損失を下げることで、経営の第一目標となる危惧）（負担の逆進性が生じる可能性）
 - （ハイリスクの患者排除の可能性）
- ・民間保険の現物支給について
- ・公的保険取り扱い機関と民間保険取り扱い機関を分離について
- ・民間保険の、公的保険との二階建て（補完）と、二本立て（代替・並立）について
- ・PPO（ネットワークプラン）における交渉団体について
- ・歯科医療者にとっての保険給付範囲の枠組み変更（即ち縮小）について

本来は、別の問題ではあるのですが、実際には民間保険参入が混合診療解禁後に行われるのは、高い確率で間違いなく、この民間保険参入との兼ね合いで、さらに複雑な問題となっています。

日本のビッグビジネスが、民間保険を従業員に提供するとなれば、将来的には、公的医療保険負担と民間医療保険負担合計額は、医療への公的かかわりを狭めなかった場合のほうが少なくすんだということになりかねないということも考えられます。

国内未承認薬

厚生労働省は、保険が適応されない未承認薬のうち英米独仏4カ国のいずれか1カ国で新たに承認されれば保険診療と併用できる「混合診療」の候補とする方針を決めました。

「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。」

混合診療が認められれば、保険診療の部分は通常どおり支払われるため、治療が受けやすくなる。しかし、無制限な全面解禁は、科学的根拠の乏しい医療の横行につながりかねない。

未承認薬で薬害があった場合、どのように補償するのかという課題が残る。

効果や副作用などの評価・監視の目が届かず、怪しげな療法が横行する危険性もある。それを藁（わら）にもすがる思いの患者が見分けるのは難しい。そのため有効な療法を受ける機会を逸し、気付いた時には手遅れになってしまうこともある。さらに新療法などについて、医療機関や製薬会社が保険適用の手続きを行わなくなり、保険診療の範囲を狭める可能性もある。

またそれとは別に、混合診療であるとして、受りたい治療や欲しい薬をのめない患者がいることを考えると、未承認薬の早期承認や例外的な保険適用の範囲の拡大などに努めてほしい。実際に苦しんでいる患者の救済こそ最優先課題だ。

国内未承認薬など保険外の診療を併用すると、入院代など保険診療分も全額自己負担となる。それは患者にとって余りに酷。薬の承認が欧米に比べ大変遅い。その状況が改まるのを待つ時間がない人もいる。