



平成12年4月

保険給付と保険外負担の現状と展望に関する研究報告書

日医総研

日本医師会総合政策研究機構

はじめに

わが国の国民皆保険制度は1961（昭和36）年に達成されてからすでに38年が経過している。これまで皆保険制度を支えてきた基本理念は「患者平等の原則」であり、保険給付の基本である療養の給付、つまり「現物給付の原則」はその土台の上に成り立ってきた。

ところが最近の医療費適正化議論の中では、この基本を踏み外した提案が時折頭をもたげることがある。その一例が薬価制度改革の方向性として検討された「日本型参照価格制」である。これは償還払い制を基本とするため、いたずらに患者負担を増大させ受診機会を妨げる可能性が高いことなどが理由で支持を得られず白紙に戻されたことは記憶に新しい。

また、診療報酬が話題になるたびに登場するのが「市場原理」導入論である。1999（平成11）年4月16日の医療保険福祉審議会に提出された制度企画部会「診療報酬体系のあり方について（意見書）」には次のような表現が見られる。

医療従事者の質の向上の誘因を高める手法の一つとして、特定療養費制度を参考とした、医療従事者の技術や経験の評価への自由価格制導入についても、次のような考え方に分かれたが、専門医等の資格の普及状況を踏まえつつ、医療従事者の質の向上を図るという観点から、さらに検討することが求められる事項である。

- 医療従事者の技術に経験年数などによる差があることは事実であるが、この点に着目して差額徴収を行うことは、国民の受診機会の平等性、公平性からみて問題。
- 医療技術の進歩などに対応できる医療従事者とそうでない医療従事者を区別せず画一的に評価することは、国民の選択する権利を奪うことになり問題。

前者は市場原理にすべてを委ねると低所得者の医療サービスへのアクセスが阻害されるという説であるのに対して、後者は医師の技術料も含めて医療をすべて「市場の原理」に委ねた方がよいという主張である。医療従事者の技術・経験評価に言及した報告書は多いが、ではどのように具体化するかについてはこれまで一度も触れられたことはなかった。サービスの質を患者が十分に評価できない医療の特殊性を考えれば、すべてを「市場の原理」に委ねるわけにはいかない。現在、医療サービスの価格がほとんど公定されているのはそのためである。

しかし、その決定過程は不透明であることに加えて、新しい医療技術や画期的新薬が保険適用されるまでのタイムラグが大きいため実質的に受診機会が制限されたり、保険診療と保険外診療の線引きに確たる根拠がないため、患者が医療機関窓口で多額の保険外負担を徴収されるといった、保険診療ルールの混乱が原因とみられる事例が後を絶たないという現実もある。むしろ問題にしなければならないのは、38年を経た皆保険制度の建前と実態が乖離しているという現実であり、この制度疲労を正さなければ国民は新しい「利用者負担のルール」づくりという土俵には上がらないだろう。

そこで本研究では、保険給付と保険外負担の関係を明らかにするため、第1章では主に差額徴収を含む保険外負担と健康保険制度との関係を歴史的にとらえることから始めた。次に第2章では、保険診療と保険外診療は両立しえないとするいわゆる「混合診療禁止」論についてその法律的根拠を問いただしてみた。そして第3章では医療現場での保険診療ルールの混乱をみながらその原因がどこにあるのかを考察し、第4章で国民が納得できる給付と利用者負担の新しいあり方を提案した。

2000年 4月

日医総研 主席研究員 川淵 孝一

目次

第1章 保険外負担の歴史

I 保険診療と患者負担	2
1. 診療報酬と患者一部負担	
2. 許容される保険外負担の範囲	
3. 保険外負担と差額徴収の違い	
II 患者負担の適正化と特定療養費制度	7
1. 特定療養費制度創設前	
A 「保険診療は制限診療」の時代	
B 差額問題	
(a) 差額ベッド	
(b) 歯科差額	
2. 特定療養費制度の意義と変遷	
A 高度先進医療	
(a) 高度先進医療の承認はどのように行われているのか	
(b) 高度先進医療から保険への導入状況	
B 差額ベッド	
C 歯科差額	
3. 特定療養費制度の「拡大路線」	
III 現物給付と差額徴収の矛盾	23
1. 差額徴収は原則違反	
2. 特定療養費による差額徴収は歯止めがきかない	
3. 保険診療と保険外診療は水と油か	
引用文献・参考文献	
参考 健康保険制度関連年表	

第2章 混合診療禁止の法的根拠

I 混合診療は日常的に行われている	32
II 混合診療の定義における混乱	33
III 特定療養費と混合診療	37
IV 「混合診療禁止」の法的根拠	39
1. [判例1] 混合診療を行ったことを理由とする保険指定取消処分が「執行停止」 された例	
2. [判例2] 混合診療禁止の行政指導が「適法」と判断された例	
V 新しい費用負担ルールの可能性	47

第3章 医療現場における保険外負担の実態

I 算定を認められていない医療材料の実費徴収が大半	49
1. 「材料」と「技術」を一体とした包括評価の問題	
A 包括点数の不透明性が現場の不満増幅	
B 患者の医療材料費負担が常識となっている在宅医療	
C 新技術を採用しても評価が低い	
2. 材料の使用に一定の制限（回数・個数）があることの問題	
A 「単価が高く持ち出せない」など一定の制限への強い不満	
B 「機械的な審査」で無視される個別性	
C 地域によって審査の基準にバラツキがある	
II 技術進歩と保険給付のズレを保険外負担が「補完」	60
A 新薬・新材料・先進治療に速やかに対応していない	
B 予防に対する保険給付の欠落を保険外負担がカバー	
C インターフェロン投与延長が示す保険診療の限界	
III 点数表で規定されていないサービス・物	64
A 宙に浮く「点数表にない」サービス・物	
B 治療の一環か生活サービスか規定のないもの	
IV 認められている保険外負担と自由診療	69
A 生活諸雑費の徴収が大半	
B 出産から遺体安置まで	
V 保険診療と自由診療を併用（歯科）	72
1. 特定療養費のほかに認められている「例外」	
2. 「混合診療」にあたる（あるいはその可能性のある）事例	
参考資料 混合診療の現状と考え方に関するアンケート調査結果	74
第4章 保険給付と保険外負担のあり方に関する提言	
I 患者負担の構図と保険給付の課題	92
II 新たな視点創設	94
A 保険診療と保険外診療の組み合わせを一定のルール下で可能に	
B 高度医療・新医療技術へのアクセスを容易にする第二医療保険の創設	
C 選定療養と生活習慣病の長期療養に「私保険」を導入	
D 新興感染症の防止・予防対策のためのリスク管理基金創設	
E 医療費削減効果の大きい医療技術へのインセンティブ導入の検討	
F アメニティなど生活サービス部分の費用徴収ルールの確立	
III おわりに	98
第二保険に関するメモ	99