

第1章

保険外負担の歴史

I. 保険診療と患者負担

平成11年度には30兆円を超えると予想される国民医療費の大半は医療保険から支払われている保険医療費であり、正常な分娩や健康診断・予防、障害者の補装具、特定療養費の患者負担分など、保険外で支払われている費用は含まれていない。(財)医療経済研究機構のTDHE(国民総医療支出)研究報告書では国民が医療のために支払っている広義の医療費の総額は国民医療費の2割増しだとしているから、これに6兆円を加えたものになるという。しかし、このTDHEも「総医療費」の実態に迫ったものとはいえない。なぜなら、本研究の重要なテーマの一つでもあるが、保険制度上からは本来的に患者負担を求めてはいけなはずの医療材料代や看護・介護費用など表面化しにくい保険外負担や、医療機関の持ち出しとなっている医療材料や医薬品などいわば「水面下の医療費」はまったく計算に入っていないからである。国民が「医療」のために現実に支払っている医療費を視野に入れなければ、これからの医療保険制度のあり方を論じることは難しい。

また、医療が直面する最大の課題である医療保険制度の抜本改革では、基礎的医療への患者アクセスを阻害せずに利用者の多様化し高度化するニーズに応えることが課題となることから、十分な情報の提供と患者の選択に基づく応分の負担拡大が不可避と考えられている。その場合、目に見えない患者負担を計算に入れておかなければ、妥当な患者負担がどの程度のものであるのか判断を誤るおそれがある。その意味からも、患者負担の実態を把握しておくことが重要なテーマとなる。

1. 診療報酬と患者一部負担

保険診療の前提として、健康保険法と療養担当規則では、定められた料率の一部負担金と、特定療養費で定められている室料差額・歯科材料差額・高度先進医療部分など以外は患者から費用を徴収してはならないと定められている。

【健康保険法】

〔一部負担金〕

●第43条の8

第43条第3項ノ規定ニ依リ保険医療機関又ハ保険薬局ニ就キ給付ヲ受クル者ハ其ノ給付ヲ受クル際当該給付ニ付第43条ノ9第2項又ハ第3項ノ規定ニ依リ算定セラルル額ノ百分ノ二十ニ相当スル額ヲ一部負担金トシテ当該保険医療機関又ハ保険薬局ニ支払フベシ

〔診療報酬〕

●第43条の9

保険医療機関又ハ保険薬局ガ療養ノ給付ニ関シ保険者ニ請求スルコトヲ得ル費用ノ額ハ療養ニ要スル費用ノ額ヨリ一部負担金ニ相当スル額ヲ控除シタル額トス

②前項ノ療養ニ要スル費用ノ額ハ厚生大臣ノ定ムル所ニ依リ之ヲ算定スルモノトス

【療養担当規則】

第5条 保険医療機関は、被保険者又は被保険者であったものについては法第43条ノ8の規定による一部負担金及び第44条の規定による療養についての費用の額の100分の20に相当する金額の支払を、被扶養者については法第59条ノ2の規定による療養についての費用の額の100分の30（同条第2項第2号、第4号及び第6号に掲げる場合にあっては、100分の20）に相当する金額の支払いを受けるものとする。

第43条の9の「療養ニ要スル費用ノ額」は、いうまでもなく厚生省告示「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」、「老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準」（診療報酬点数表）に基づいて算出される額であり、ここから一部負担金を差し引いた額が保険請求できる額であるというのが健康保険法の定めである。ここでは患者の一部負担金と医療機関の保険請求額は法律で明定されており、これを超えることは（後でみる特定療養費を除いて）法律上認められていないということを押さえておく必要がある。

2. 許容される保険外負担の範囲

しかし、このように定められているにもかかわらず、さまざまな名目で保険外負担が徴収されている実態があることから、厚生省は1992（平成4）年4月に次の通知によって徴収できるものとできないものの線引きを試みている。

1 保険外負担の取扱いについて

- (1) 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。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。
- (2) 前記(1)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。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。（略）
- (3) 前記(2)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。

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。

2 保険医療機関等の指導について

患者から徴収する費用には、雑多な名目が付されているので必ずしも名目にとらわれることなく関係者から費用の内容を聴取したうえ、保険（医療）給付と重複する費用を徴収してい

ることが判明した場合には、ただちに是正するよう指示する。（「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」平4.4.8、老健79）

治療と重なるサービスや物の費用は保険給付と重複するため患者から徴収してはならないが、生活の利便に関するものは実費請求できるという見解である。

ここまでの、健康保険法等で保険外負担や差額の徴収が認められているものを整理してみると以下のとおりとなる（括弧内は認められた時期）。

①一部負担金

②特定療養費制度における差額分

- a 高度先進医療（1984）
- b 患者の選択による選定療養（・差額ベッド（1984）・前歯部の鑄造歯冠修復などに使う金合金など（1984）・200床以上病院の初診料（1996）・予約診療（1994）・時間外診療（1994）・金属床の総義歯（1994）・医薬品の治験（1996）・う蝕患者の指導管理（1998））

③入院時食事療養費の標準負担額（1994）

③' 特別材料食の材料差額分（1994）

④外来の薬剤一部負担金（1997）

⑤患者の求めで提供されるサービスの実費

- a 往診、訪問診療等に要する交通費
- b 薬剤の容器代
- c 紛失・破損した薬品
- d 喘息等の小型吸入器代
- e 洗濯代を含めた病衣貸与料
- f 各種証明書
- g おむつ代、理髪料

1990年代に入ってから特定療養費の差額徴収を中心に患者負担が急増していることがわかる。一方、患者から徴収してはならないものとしては以下のものが定められている。

①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」

②あいまいな名目による保険外負担（例）

- a お世話料
- b 施設利用料、施設管理料
- c 特診料

3. 保険外負担と差額徴収の違い

差額徴収も広い意味では保険外負担の一種と考えられるが、ここでは厳密に区別しておく必要がある。では保険外負担と差額徴収はどう違うのだろうか。

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であり、本論ではこれを「広義の保険外負担」と呼ぶ。保険外負担を整理したのが図1である。

①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「割り増し」して患者に支払わせる行為であり、療養担当規則第5条に違反している。これを「狭義の保険外負担」とする。

②は差額徴収で、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、現在は特定療養費（と特別材料食）以外に差額徴収は認められていない。

③は保険診療に一部保険外診療を加えて行い、保険外診療部分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。歯科の一部にお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。保険外負担としてはこの3つ以外に、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を徴収するケースがある。

②の高度先進医療も混合診療であるが、特定療養費制度で例外的に認められており、それ以外の③は認められていない。③が差額徴収と呼べるかどうかは分からないが、本来、保険給付はあり得ないのに、保険外診療以外の部分を保険請求しているため、保険外診療部分があたかも保険給付との「差額」のように見える。

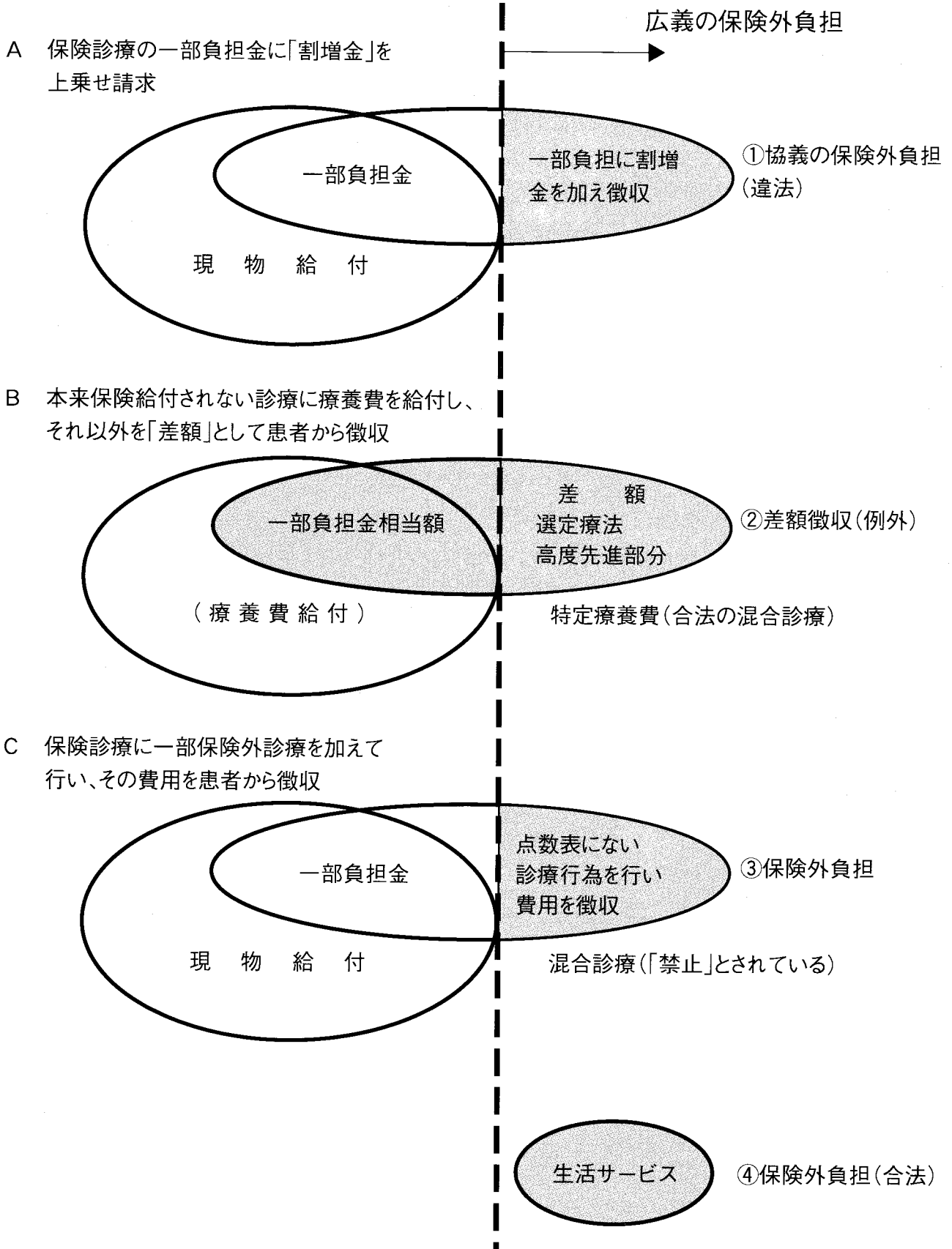
このように「保険外負担」とひと口に言ってもその内容は千差万別である。問題は徴収ルールがずさんになっていることであり、厚生省が通知で適正化を図らなければならないほど多くの医療機関が「不適切な保険外負担」を患者に求めている事実である。

医療の現場において不適切な保険外負担の徴収が広く行われている背景に、「名目が明らかであれば保険外負担の徴収は合法」という誤解が根強くあることを指摘せざるを得ない。事実、1995（平成7）年3月16日の「院内掲示に関する事項」（告示57）で掲示が義務付けられたものの一つとして、「法令の規定に基づかず、患者から費用の支払を受けている個々の『サービス』又は『物』について、その項目とそれに要する実費」という表現で患者からの実費徴収を認める内容の通知が出されているにもかかわらず、「生活の利便に供されるサービスや物」とは何を指すのかについて明確な定めがないことなどから、医療現場ではさまざまな解釈が行われている。

そして、「差額徴収は合法」と解釈する最大の根拠となっているのが、1984（昭和59）年の健康保険法等の大改正が行われた際に創設された特定療養費制度ではないかと考えられるのである。確かに、特定療養費制度がつくられた当時、患者負担の拡大を求める議論が盛んに行われており、保険給付と保険外負担の範囲を見直し、医療の周辺サービスだけではなく医療本体にまで市場原理（差額徴収）を導入してはどうかという議論さえ起こっていた。

以下では、1956（昭和31）年11月の社会保険制度審議会「医療保障制度に関する勧告」に端を発する保険外診療と差額徴収など医療価格に自由度の拡大を求める議論を、特定療養費制度創設をはさんで歴史的に検証してみる。

図1 保険外負担の種類



Ⅱ. 患者負担の適正化と特定療養費制度

1. 特定療養費制度創設前

A 「保険診療は制限診療」の時代

わが国で健康保険法が施行されたのは今から72年前の1927（昭和2）年である。そして国民皆保険が達成されたのは1961（昭和36）年で、その翌年10月に抗生物質の使用基準等が改正され、いわゆる「制限診療の撤廃」と呼ばれた。現在のわが国において保険診療は「当たり前のこと」として受け入れられているが、医療を受ける側にとっても提供する側にとっても「当たり前のこと」になるまでには35年もの年月を要している。

保険診療は当初「制限診療」ととらえられた。とくに1943（昭和18）年に診療報酬点数が公定されたことによって制限色が強まり保険診療は敬遠された。そのうえ、患者側からも市民権を得られず、「昭和24年当時までは、非常に貧困なごく一部の患者しか社会保険を利用しなかった。自由診療が大半だった」¹⁾のである。

このため厚生省は1945（昭和20）年から47（同22）年にかけて診療報酬単価を大幅に引き上げ、49（同24）年頃から保険診療がようやく普及しはじめた。しかし、その後の物価上昇に点数の引き上げが追いつかず、保険診療に対する医療機関の不満は募っていった。結局その不満は1962（昭和37）年の「制限診療撤廃」によって「解決」されるまでずっとわだかまり続けていた。

この間、現場の不満を吸収するかのように、保険外診療や差額徴収の容認、つまり国民皆保険の達成と逆方向に向いた議論がなされた跡がある。ここではそうした例を二つ示しておきたい。

まず一つは、1955（昭和30）年に発表された厚生省「七人委員会の報告」の次の文言である。

…いずれにしても現在の保険診療は一種の制限診療であって、われわれはこれを規格診療に前進せしめようというのである。すなわち、一定の診療はこれを保険の給付として行い、それ以外の診療は一種の一部負担制の下に、これを給付のなかにとり入れるか、それともただ保険医が行う保険診療に付随する医療としてなんらかの規制を行うに止めるか、いずれかの方法を取るべきだというのである。²⁾

この箇所が続く部分では、「それ以外の診療」として、医師の技術料、歯科の金合金、薬剤・治療方法の差額、完全給食・看護・寝具などが挙げられている。要するに、これらに差額徴収を認めようということである。

もう一つは、翌1956（昭和31）年11月に発表された社会保障制度審議会の「医療保障制度に関する勧告」に登場するこの文言である。

（筆者注：療養費払いの）新しい方法として、つぎのごときものを考えることを示唆しておくことは必ずしも無駄ではあるまい。

それは、この際、保険医に対するあらゆる規制を撤廃して、医療担当者の自主的体制を確立

するやり方である。すなわち、国は医療保障の立場から公的医療機関を整備して、そこでは原則として国の定めた標準の医療給付を現物給付として行わしめる。これに対して、開業医などの私的医療機関については、むしろ自由診療の建前をとらせ、患者は保険者から国の定めた標準医療費を療養費払いによって受けることとする。³⁾

ここでは「七人委員会の報告」よりさらに進んで、「開業医など…については…自由診療の建前をとらせ」とまでいっている。

実は、この二つの議論の過程にはいずれにも、元大蔵省給与局長で非現業共済組合連合会理事長の今井一男氏が関わっている（「七人委員会」では代表委員も務めている）。今井氏は後に雑誌のインタビューの中で、「どうしても現物給付というと、（筆者注：医療の）個別性が死ぬのです」⁴⁾と語っており、上記のような「療養費払い論」を展開していた人物であることをうかがわせる。

1956年の社会保障制度審議会の「医療保障制度に関する勧告」は、「国民皆保険の実現」を提言した文書として知られているが、一方ではこのように皆保険と全く逆の内容をも含んでいた。しかし結局、この「療養費払い論」はすぐに制度として実を結ぶことはなく、1984（昭和59）年の健康保険法改正のときに「特定療養費制度」として形を変えて登場することになる。その意味では、いわば「特定療養費制度の萌芽」といえる。

B 差額問題

Aで示した「療養費払い論」、ないしはいわゆる「混合診療容認論」といったものがなぜ、国民皆保険の準備を進めているのと同じ時期に政府レベルの議論のなかで表出したのだろうか。それは、ほかでもなく「制限診療」に対する現場の不満があったからだが、一方では、「療養費払い論」の裏返しとして、患者が差額を支払っている現実がすでにあったからだ、ということも考えられる。

「差額徴収」が社会問題化したのは1970年代半ば以降であるが、現場の不満が差額徴収として現れたのはもっと前かもしれない。現場の強い不満が向けられていた対象は、1962（昭和37）年以前の「制限診療」だったからである。ここでは、「差額問題」の代表例である(a)差額ベッド、(b)歯科差額の2つを例にとって、それぞれの歴史的な流れを追っていくことにする。

(a)差額ベッド

「差額ベッド」がいつ頃から存在したかは定かでない。しかし、それを知る手掛かりになる資料として最も古いと思われるのは、1939（昭和13）年に保険院社会保険局長が出した「入院料の差額徴収の件に関する通知」である。これが、わが国で初めて室料差額の徴収を認めた文書である。通知にはこう書かれている。

…上級室使用を必要とし之を希望するときは上級室に収容することを得。此の場合に於ては其の入院料より健康保険の入院料額を控院したる額は当該被保険者又は第三者の負担とす。（昭和13年3月22日・社発第249号・保険院社会保険局長から地方長官・健保組合理事長あて）

戦後、さらに時代は下り、1964（昭和39）年にも差額ベッドに関連する通知が出されている。しかし今度は、差額ベッドを「規制する」趣旨が明確にされた。ということは、差額が「問題」化してきたであろうことがうかがえる。通知の内容は次のようなものである。

入院料の差額徴収問題については、今後次のような点に留意して指導にあたられたい。

(1)病床の全部が差額病床であるというような病院が極く僅かではあるが報告されている。これは保険医療機関としての病院の性格からみても甚だ当を得ないものであるから改めさせる必要がある。

(2)一般的には、差額徴収病床は、それぞれの病院の全病床数の五分の一乃至四分の一程度にこれを止めることが望ましいが、さしあたり半分を超えるものについては、逐次それ以下にするよう指導すること。…

（「入院料（室料）の差額徴収について」昭和39年7月13日・保発第13号・厚生省保険局長から各都道府県知事あて）

この1964年の通知から、当時すでに「全床差額ベッド」の病院が存在していたことがわかる。少なくともこの時期からは、厚生省当局が差額ベッドを「問題」と認識しはじめたわけである。そして、この10年後の1974（昭和49）年、差額ベッドの「ルールを明確化」した通知が出された。

…一部においていわゆる大部屋についても差額徴収が行われ、患者が希望しないにもかかわらず、差額負担なしでは入院できないというような事態が見受けられることは、極めて遺憾なことである。…

一．特別室の基準

特別室は、個室又は二人部屋であって、差額徴収を行うにふさわしいものに限られるものであること。

二．差額徴収の要件

患者を特別室へ収容して差額徴収を行うことができるのは、患者の希望があった場合に限り得られるものであること。

三．差額徴収病床数の占める割合

各々の保険医療機関の全病床数に対して差額徴収病床数の占める割合については、…各々の保険医療機関の全病床数のおおむね20%を越えないよう指導されたいこと。…特に、国立の保険医療機関については、その割合を10%以下に改善させるべきであり、これ以下のものについては、現在の割合以下に止めさせるよう配慮すること。

五．差額徴収の調査

特別室に係る差額徴収を行っている保険医療機関に対しては、毎年7月1日現在でその状況を調査し、当局に報告されたいこと。（「入院料（室料）の差額徴収について」昭和49年3月29日・保発第21号・厚生省保険局長から各都道府県知事あて）

差額ベッドは「個室または2人室に限られ」、「全病床の20%以下」であることが基本的なルールとして示された。

しかし、医療現場における差額徴収の実態はなかなか改善されなかったため、厚生省は行政指導をさらに強化した。具体的には、1978（昭和53）年1月に「3人室以上の差額徴収の改善」、1980（昭和55）年2月には「私立大学病院の指導の強化」をそれぞれ通知し、さらに1981（昭和56）年5月には「私立大学病院は3人室以上の差額ベッドを1年以内に解消すること」を求める通知を出した。それぞれの通知の文面は次のようなものである。

…3人室以上の病室について差額徴収が行われている保険医療機関については、速やかに改善させる…（「入院料（室料）の差額徴収および基準看護病院における付添看護について」昭和53年1月28日・保発第9号・厚生省保険局長から各都道府県知事あて）

…私立大学病院の室料差額徴収については、かねてから文部省に改善方の協力依頼をしてきたが、今般同省から関係大学長に対し改善方の指示がなされた。保険課・部長も私立大学病院について指導の徹底を図るように努められたい。（「入院料（室料）の差額徴収について」昭和55年2月1日・保発第9号・厚生省保険局医療課長から各都道府県保険課長あて）

[3人室以上の差額ベッドの解消について]

…私立大学附属病院以外の病院については、速やかに、私立大学附属病院については、1年以内に解消するため、保険医療機関に対する指導を強化すること…（「入院料（室料）の差額徴収について」昭和56年5月29日・保発43号・厚生省保険局長から各都道府県知事あて）

3つとも、基本的には1974年の通知に示されたルールを徹底させる趣旨のものである。とくに2番目の通知にも記されているように、厚生省は文部省と協力して私立大学病院の差額ベッド解消を進めてきた経緯があり、また「1年以内に解消する」といった具体的目標までが打ち出された。にもかかわらず、差額ベッドの解消は思うように進まなかった。

そして、「差額ベッドを解消する」という方法論から一転して、今度は「差額ベッドを制度として認める」という特定療養費制度が1984（昭和59）年の健保法改正で設けられたのである。

(b) 歯科差額

「歯科差額」とは、おおむね「歯科“材料”差額」の問題であるが、そもそも材料と技術とは不可分のものであることや、特定療養費制度には「金属床の総義歯」など「技術料を含んだもの」も存在することなどから、ここでは、材料費も技術料も含むという意味で「歯科差額」とした。つまり「歯科における差額徴収全般」である。

まず、歯科差額が初めて認められたのは、1955（昭和30）年の次の通知によってである。

一．患者または、第三者が金合金を使用する補てつ（冠及び鉤）を希望した場合においては、

その使用は差支えないこと。

二、前項の場合においては、その金合金使用による冠及び鉤の料金から歯科診療報酬点数表に定める補てつの所定点数（銀合金、金パラジウム銀合金または、線鉤但し十四カラット鑄造鉤を必要とする症例について、十四カラット以上の金合金を使用した場合は鑄造鉤）を金額に採算した額を患者または、第三者から徴収して差支えないこと。なお、社会保険診療報酬としての支払基金への請求は、右の所定点数によること。

（「歯科補てつにおいて金合金を使用した場合の特例について」昭和30年8月19日・保発第53号・厚生省保険局長から各都道府県知事あて）

そして1967（昭和42）年の診療報酬改定に伴い、差額徴収の範囲が次のように拡大された。

患者または第三者が金合金、白金加金、金属床およびポーセレンを使用する歯冠修復および欠損補綴を希望した場合、また、ダミー二歯を超えるブリッジを希望した場合に差額徴収の適応としてさし支えない…5)

1970年代に入ると、歯科の差額徴収は社会問題化した。その要因には、「1967年の通知が必ずしも材料費差額に限定していなかったため、技術料差額も含めて徴収することが慣行化し、その慣行料金が高騰した」6)といったことも挙げられるが、決定的だったのは、日本歯科医師会が会長名で“脱保険宣言”のマル秘通達を各都道府県歯科医師会あてに出した、と読売新聞がスクープしたことである。1975（昭和50）年3月14日付けの読売新聞朝刊は、一面トップでこんな記事を載せている。

法外な差額徴収をする悪徳歯科医の横行など、歯科診療のあり方が問われているが、13日、日本歯科医師会（中原実会長）がさる48年に「緊急避難の意味で、25～30%の幅で差額徴収の実力行使もやむを得ない」とのマル秘文書を出し、“違法徴収”を指導していた事実が明るみに出た。厚生省では、このマル秘指令が「高い治療費」を生んだ一因とみて、同会に対して文書の撤回を申し入れる方針を固めた。

問題のマル秘文書は、48年8月27日付、中原実会長名で、都道府県歯科医師会長、同会代議員、脱保険臨時委員会委員などに出された『9月1日からの自由診療実施について』と題するもの。「日歯発第606号」のナンバーが打たれ、マル秘の印も押されている。

まず、前文で「厚生大臣に申入書を提出したが、人件費や諸物価に対応するために必要な歯科医師の技術料については何らの対策もないままになっている。本会は、9月1日から患者との対話と了解に基づく自由診療を実施しますので、会員各位への周知徹底をお願いします」と、うたっているが、問題は、そのあとのくだり。「自由診療に切り換えて診察していくこととしますが、それができない場合は、現在の社会経済に対応する緊急避難の意味において、当分の間、補てつ面に限って、これまた患者との対話と了解の中で25～30%の幅において差額徴収の実力行使もやむを得ないものであります」とある。さらに「今回実施せんとする自由診療体制は、昨年来推進している計画時間診療、すな

わち脱保険体制をさらに一步前進せしめたものであると理解されたい」となっている。…7)

読売は翌週3月20日付けの朝刊で、「歯科医師会の“違法徴収” 厚生省は知っていた？」という見出しで、マル秘通達より前の1973（昭和48）年7月19日に日歯が厚生省に「申入書」を出していたことを報道した。この申入書には、「現行保険診療中許された特定材料と特殊技術に対する差額徴収のほかに、9月1日から自由診療を実施する」と、はっきり“脱保険”が打ち出されていた⁸⁾。

これをきっかけに歯科バッシングは激しくなり、「歯科110番」には苦情や相談の電話が殺到するなど大変な騒ぎになった。日歯と厚生省は、騒動を鎮めるため「差額の標準料金」を設定しようとしたが、「これに日医の武見会長が猛反発し、歯科差額は技術料差額であり健康保険制度の否定につながるとし、材料差額以外には認めない方針を発表した」⁹⁾。

この日医の方針を実質的に受け入れる形で、厚生省は1976（昭和51）年6月、歯科の技術料と一部を除く材料の差額徴収を「原則的に廃止」する趣旨で次の通知を出した。

…従来の歯科領域における差額徴収にかかる通知を本年（注：昭和51年）7月31日限りすべて廃止することとした…（「歯科領域における差額徴収について」昭和51年6月29日・保発第37号・厚生省保険局長から各都道府県知事あて）

しかし、「技術料差額」は全面的に廃止されたのではなく、1カ月後の次の通知によって「混合診療の容認」に形を変えて残されたのである。

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こと。（「歯科領域における保険給付外治療の範囲について」昭和51年7月29日・保文発第352号・厚生省保険局歯科医療管理官から各都道府県民生主管部（局）保険・国民健康保険課（部）あて）

その1年半後、1978（昭和53）年1月の診療報酬改定で、鑄造歯冠修復についての材料費の差額徴収が次の通知により復活した。

歯冠修復及び欠損補綴に際し、金合金及び白金加金（以下「貴金属」という。）を使用する場合は、…患者が材料との差額を負担することにより、貴金属を使用する前歯部の鑄造歯冠修復について保険給付を行うこととした…（「歯科領域における差額徴収について」昭和53年1月28日・保発第7号・厚生省保険局長から各都道府県知事あて）

さらに1981（昭和56）年6月の診療報酬改定で、今度は歯冠継続歯についての材料も差額徴収が認

められることになった。

標記（筆者注：歯科領域における差額徴収）については、…前歯部における歯冠継続歯についても行うこととした。（「歯科領域における差額徴収について」昭和56年5月29日・保発41号・厚生省保険局長から各都道府県知事あて）

この復活した2つの差額徴収は、1984年に特定療養費制度に引き継がれた。「厚生大臣の定める療養」の一つとして、「前歯部の鑄造歯冠修復又は歯冠継続歯に使用する金合金又は白金加金の支給」が設けられたのである。

2. 特定療養費制度の意義と変遷

1973（昭和48）年と79（同54）年の2回のオイルショックを契機に基幹産業は軒並み不振に陥り、1981（昭和56）年3月には第二次臨時行政調査会が発足、翌年7月の第三次答申で国鉄・電電・専売3社の分割・民営化が打ち出されるなど、わが国経済の方向転換が急ピッチで進められつつあった。その年には私立大学病院の3人室以上の差額ベッドを1年以内に解消するよう迫っていた厚生省が、その後一転して「差額積極導入」に鞍替えした背景には、日本経済の低迷による医療保険財政の危機があった。健保法改正時に特定療養費制度が創設された1984（昭和59）年1月には、国立病院の統廃合を含む行革大綱が閣議決定されていることなどから、患者負担の拡大で保険財政の建て直しを図ろうとしたのは明らかである。

当時の吉村仁厚生省保険局長は衆院社会労働委員会で特定療養費制度創設の第一のねらいである差額徴収問題の解決について次のように説明している。

「医療というものを現物で給付するというのが現物給付ということ…その医療について、ここからここは給付外だというわけにはまいりません、医療の現物ですから。…差額徴収というのは料金の問題で、ここまでは保険でみるけれどもここから先はみないという料金の問題になる…特別室に希望があれば入ってもよろしい、しかしその場合の料金というのは普通室の料金を払います、普通室と特別室の料金の差というものは患者の負担にしてください、これが差額徴収でございます。

そこで、両者を調和するためには、結局費用の問題だから、療養費の形をとって療養費を支給いたします。しかし保険でみる部分はこれは代理請求あるいは委任払いというような形で、現在の現物給付方式と全く変わらないような仕掛けで払う。」¹⁰⁾

つまり、現物給付と差額徴収はなじまないもので、給付を「療養費の支給」に切り換え、差額徴収を可能にしたということである。特定療養費のもう一つの目的である高度先進医療の差額導入について厚生省サイドでは以下のように説明している。

従来は、保険の対象外である高度医療を一部でも受けた場合には、基礎部分も含めてその療養全体が自由診療とされていたが、今回の改正により特定承認保険医療機関において高度先進医療を受けた場合には、当該高度先進医療の部分を除く基礎部分(診察や薬剤、入院費等の部分)については特定療養費が支給されることとなり、保険給付の対象とされることになった。²³⁾

つまり、「保険の対象外である高度医療を一部でも受けた場合」は、療養担当規則第18条・第19条の「特殊療法等の禁止」により混合診療は禁止されているので、患者は保険のきく部分も含めて全額を自己負担しなければならなかった。そこで、特定療養費制度を導入することによって、特定の高度先進医療に限っては「基礎部分」を保険給付し、「新技術部分」のみ患者負担とした、というものである。したがって、論理上は「患者負担を軽減した」制度ということになる。¹²⁾

そこで問題になるのは保険診療と保険外診療の「調和」をどうするかということになる。この点について、吉村保険局長は同じ衆院社労委で次のように説明している。

「今後高度先端医療というようなものがどんどん出てまいります場合に、そういうものをやれば全部自費だというよりは、保険でみれるところは保険でみる、そして保険で認められていない部分だけは自費でみるという格好にする方が、せっかく保険料を払っておるわけですから保険給付でみられる部分は保険給付でみたらいいではないか、…そういうことから今回の特定療養費というものを設けた…保険診療と保険で認められていない診療との間を調整しようということ…」¹⁰⁾

つまり、高度先進医療はそれまで保険では認めていなかったが、室料や歯科材料と同様に保険給付と差額徴収の「調和」によって解決しよう、そのために療養費給付の対象とすることによって「保険診療と保険で認められていない診療」との併存、いわゆる混合診療を可能にしようということである。

特定療養費制度による保険給付の対象は当初、①高度先進医療、②特別の病室の提供、③歯科選択材料、の3つであったが、次々に種類が増え、現在では①高度先進医療、②特別の療養環境の提供、③前歯部の材料差額、④金属床の総義歯、⑤予約診療、⑥時間外診療、⑦200床以上の病院の初診料加算、⑧医薬品の治験に係る診療、⑨う蝕患者の指導管理、の9つになっている。

これらは特定療養費制度にどのような仕組みで取り入れられ、その後どのような変遷を辿っているのか。ここでは、例として①の「高度先進医療」、②の「差額ベッド」、③と④の「歯科差額」を取り上げることとする。

A 高度先進医療

厚生省は「高度先進医療」について、新技術を保険に導入するまでの間においてのみ部分的に保険給付を行う、いわば過渡的な制度であって、その新技術の「普及性」が確保された時点で順次保険に導入していくと説明していた。吉村氏の後任で保険局長となった幸田正孝氏は「昭和59年度医政シンポジウム」で次のように発言している。

「…有効性、安全性では問題がないけれども、普及性の点で問題がまだあるものについてこういった高度先進医療を差額徴収にしたいというのが中医協の考え方でございます。毎年1回普及性について検討を加えて、相当程度普及している場合にはすみやかに保険に取り入れていく、そういう過渡的なものとして現在位置づけをいたしております。」¹²⁾

しかし、「高度先進医療」の制度には問題点もある。たとえば、最近の脳死移植の報道でも取り上げられているように、「生体部分肝臓移植は保険がきくが、心臓移植は保険がきかない」といったことである。

この点は重要な問題を含んでいる。高度先進医療の制度では、①「技術」の面で中医協での協議と厚生大臣の承認を必要とし、なおかつ②「施設」の面で都道府県知事の承認を必要としている（「特定承認保険医療機関」の承認）。特に①の「どの技術を承認するか」によって、患者サイドにその医療へのアクセス上の格差をもたらす危険性が大きい。患者サイドとしては、生体肝移植のように「全部保険がきく」ほうが望ましい。だからといって、医療保険があらゆる新技術を賄っていてはパンクしてしまう。このように考えると、高度先進医療の保険適用はどのようになっているのか、という点も掘り下げる必要があると思われる。

そこで次に、(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、について考えてみたい。

(a)高度先進医療の承認はどのように行われているのか

中医協が公表している資料『高度先進医療の仕組みについて』（1998.12.18）には、「高度先進医療の基準」が次のように記されている。

1. 高度先進性

手技又は用具において原理が異なる等既存の技術と明らかに異なった新しいものであること。又は既存技術の部分的改善若しくは適応の拡大であってもこれに準じて取扱うことが適当と判断されるものであること。

2. 有効性

既存の技術に比して、優れた効果を有するものであること。

3. 安全性

期待しうる効果に比して、危険性が小さいものであること。

4. 社会的妥当性

実施に当たって、大方の国民の納得が得られるものであること。

5. 検討の必要性

保険診療としての有用性について、なお検討を加える必要があるものであること。

6. 除外

研究開発段階にある技術は対象としないこと。

この6つの基準に合致したものが高度先進医療として承認される。ただ、「研究開発段階にある技術（上記6）」ではないもので「有用性に…検討を加える必要があるもの（上記5）」というのは若干イメージしにくいですが、簡単にいえば、技術の有効性や安全性は確保されているけれども、保険診療としての「有用性」、つまり普及しているかという点では「まだ検討が必要なもの」ということである。

特定承認保険医療機関から高度先進医療についての承認申請があった場合は、まず中医協内に「専門家会議」を置き、専門的な内容について検討が加えられる。その際、当該技術の特定承認保険医療機関における実績は5例以上必要となる。これらを素材に中医協が「協議」し、厚生大臣が「承認」する仕組みになっている。

(b)高度先進医療から保険への導入状況

中医協の『高度先進医療の仕組みについて』では、「承認された高度先進医療技術については、診療報酬改定時に①普及性、②有効性、③効率性、④安全性、⑤技術的成熟度等を総合的に勘案して保険適用の検討を行う。この際、毎年実施している“高度先進医療実績報告”及び診療報酬改定時に実施する“高度先進医療の保険導入に関する調査”を参考にする」ことになっている。この「高度先進医療実績報告」とは「1年間の高度先進医療の実施状況を全施設について調査したもの」で、もう一方の「高度先進医療の保険導入に関する調査」とは「専門家会議の委員が普及性、効率性、安全性、技術的成熟度についてA～Dの4段階評価を行うもの」とされている。特定療養費制度創設による第1回目の高度先進医療の承認は、1985（昭和60）年10月1日であった。それから現在（1999年11月1日現在）までの15年間に、高度先進医療として承認された技術は107種類あり、そのうち保険に導入された技術は41種類（38%）ある。この41種類は多いのだろうか、少ないのだろうか。言い換えれば、医療技術の進歩を医療保険制度はスムーズに取り込んでいるのだろうか。

先の中医協資料等をもとに、高度先進医療から保険への導入状況をまとめたのが表1である。高度先進医療として承認されたものを古い順に並べ、それがいつ保険に導入されたか、または未導入なのかを示したものである。高度先進医療の承認を受けた技術のうち38%が保険に導入されているが、必ずしも順調に保険導入が行われているとはいえない。

なぜなら、10年前（1989年）までに高度先進医療の承認を受けたにもかかわらず保険に導入されていない技術が11種類あること。この11種類は、有効性、安全性が確保されたと判断されて高度先進医療の承認を受けたが、10年以上経っても「普及性が確保されていない」ことになる。

確かに、症例数が少ないために“普及性なし”と判断されたと考えられるものもある。この11種類のうち1992年7月から1997年8月までの5年間に症例数がゼロであったものが2種類、症例数が一ケタしかなかったものが3種類あった。一方、「インプラント義歯」は同じ5年間に症例数が1506（年平均300）、「顎関節症の補綴学的治療」は810（年平均162）といったように、症例数が決して少なくないものもある。つまり、保険導入の最後の条件であるはずの「普及性」が確保されても、まだ保険適用の足を引っ張る要因が働いていると考えざるを得ないのだが、それが何であるのかはまったく明らかにされていない。

ここで2つの問題点が指摘できる。まず第一は、中医協内の専門家会議での協議はすべて非公開で

表1 高度先進医療から保険への導入状況

高度先進医療 の承認年月日	技術名	保険導入年月
1985.10.1	●内視鏡的胆管結石除去術	1986.4.
	●経皮的尿路結石除去術	1986.4.
	●経尿道的尿管碎石術	1986.4.
	●人工膵臓	1988.4.
	●電磁波による骨電気治療法	1988.4.
	●マイクロサージャリーを利用した各種血管付自家・複合 組織移植	1988.4.
	●モノクローナル抗体による検査	1988.4.
	●電磁波温熱療法(放射線治療と併用するもの)	1990.4.
	●脊髄誘発電位測定	1990.4.
	●脳血管内手術	1992.4.
	●内耳窓閉鎖術	1992.4.
	●直流電動による骨電気治療法	未導入
	●電磁波温熱療法	1996.4.
1985.11.1.	●微小銅線による脳血管性病変に対しての電氣的凝固治療	未導入
	●顔面骨、頭蓋骨の観血的移動術	未導入
	●インプラント義歯	未導入
1985.12.1.	●顎関節症の外科的治療	1994.4.
1986.5.1.	●体外衝撃波による腎・尿路結石破碎治療	1988.4.
1986.10.1.	●顎顔面補綴	未導入
1986.11.1.	●造血器腫瘍のDNA診断	1998.4.
1986.12.1.	●培養細胞による先天性代謝異常診断	未導入
	●トロメトリーによる先天性代謝異常診断	未導入
1987.1.1.	●超音波内視鏡検査	1992.4.
1987.3.1.	●顎関節症の補綴学的治療	未導入
1987.4.1.	●顎変形症の外科手術前後における歯科矯正治療	1990.4.
1987.10.1.	●重症肥満の外科治療法	未導入
1988.2.1.	●自己血回収器具を用いた術中自己血回収	1988.4.
1988.8.1.	●完全埋込式頭蓋内圧計による頭蓋内圧測定	未導入
1988.11.1.	●埋込型脳・脊髄刺激装置による難治性疼痛除去	1992.4.
1989.3.1.	●I n一標識血小板による血栓シンチグラフィ	1994.4.
1989.7.1.	●埋込型カテーテル・アクセスを用いた局所持続動注療法	1990.4.
	●内視鏡的マイクロ波凝固法	未導入
1990.6.1.	●レーザー照射による初期齲蝕の進行抑制療法	未導入
	●経皮的コルドトミー	未導入
1990.11.1.	●補助人工心臓療法	1994.4.

1991.2.1.	●体外衝撃波による胆石粉碎治療	1992.4.
1991.4.1.	●溶血性貧血症の病因解析ならびに遺伝子解析診断法	未導入
	●組織拡張器による再建手術	1992.4.
1991.10.1.	●人工内耳	1994.4.
1992.6.1.	●表在性血管腫に対するパルス色素レーザー療法	1996.4.
1992.8.1.	●ガンマユニットによる定位放射線治療	1996.4.
	●生体部分肝移植手術	1998.4.
1992.11.1.	●経皮的埋め込み電極を用いた機能的電気刺激療法	未導入
	●血管内超音波による診断法	1996.4.
1993.1.1.	●自家末梢血幹細胞移植術	1994.4.
	●経尿道的前立腺高温度治療	1996.4.
1993.3.1.	●コロニー形成法による造血幹細胞測定	1996.4.
	●自己造血幹細胞移植術	1994.4.
	●長期継続頭蓋内脳波測定法	未導入
1993.5.1.	●人工括約筋を用いた尿失禁の治療	未導入
	●人工中耳	未導入
	●神経磁気診断装置による中枢神経機能異常の診断	未導入
1993.7.1.	●血管内視鏡検査	未導入
	●皮膚の色素異常症に対するルビーレーザー療法	1996.4.
	●胸腔鏡手術	1994.4.
	●15Oガス剤によるPET検査	1996.4.
1993.10.1.	●黄斑下手術	未導入
	●In-111標識白血球による炎症シンチグラフィ	1994.4.
1993.11.1.	●実物大臓器立体モデルによる手術計画	未導入
1993.12.1.	●18FフルオロデオキシグルコースによるPET検査	未導入
	●レーザー血管形成術	未導入
1994.2.1.	●筋内圧測定による筋コンパートメント症候群の診断	未導入
	●レーザー鼻内手術	1996.4.
1994.5.1.	●固型腫瘍のDNA診断	未導入
1994.7.1.	●進行性筋ジストロフィーのDNA診断	未導入
	●歯周組織再生誘導法	未導入
1994.10.1.	●経尿道的レーザー前立腺切除術	1996.4.
1995.1.1.	●腹腔鏡下副腎摘出術	1996.4.
	●直線加速器による定位放射線治療	1998.4.
1995.2.1.	●埋込型精密持続注入ポンプ(フロンガス使用)による肝動注療法	未導入
	●接着ブリッジによる欠損補綴並びに動揺歯固定	未導入
1995.7.1.	●胸腔下肺表面レーザー凝固治療	未導入
	●光学印象採得による陶材歯冠修復法	未導入
1995.12.1.	●性腺機能不全の早期診断法	未導入
	●経尿道的超音波ガイド下レーザー前立腺切除術	未導入

1996.7.1	●経皮的レーザー椎間板切除術	未導入
1996.8.1	●X線透視下非観血的唾石摘出術	未導入
1996.11.1.	●活性化自己リンパ球移入療法	未導入
	●フローサイトメトリーのtwo-color分析法による P N Hの鑑別診断	未導入
1996.12.1.	●造血器腫瘍細胞における薬剤耐性遺伝子産物 P 糖蛋白の測定	未導入
1997.7.1	●スキンドファイバー法による悪性高熱症診断法	未導入
1997.8.1	●血小板膜糖蛋白異常症の病型及び病因診断法	未導入
	●羊水を用いた胎児血小板型の出生前診断	未導入
1997.10.1.	●焦点式高エネルギー超音波療法	未導入
	●脳内視鏡手術	未導入
	●レーザー応用によるう蝕除去・スケーリングの無痛療法	未導入
1997.12.1.	●腹腔内超音波プローブ及び腹腔鏡監視下の ヒステロファイバースコープレーザー手術	未導入
	●潰瘍性大腸炎に対する遠心分離法による白血球除去治療	未導入
	●肺気腫に対する腹腔鏡下外科治療	未導入
	●顎関節鏡視下レーザー手術併用による円板縫合固定術	未導入
1998.1.1	●OpenM Rを用いた腰椎椎間板ヘルニアに対する Y a g L a s e rによる経皮的椎間板減圧術	未導入
	●脳死肝臓移植手術	未導入
	●肺腫瘍のC Tガイド下気管支鏡検査	未導入
1998.10.1.	●先天性血液凝固異常症の遺伝子診断	未導入
1998.12.1.	●フローサイトメトリーによる先天性免疫不全症の診断	未導入
	●経頭蓋磁気刺激法による中枢神経機能障害の診断	未導入
1999.1.1	●顎関節脱臼内視鏡下手術	未導入
	●体腔鏡による食道癌の切除術	未導入
1999.3.1	●内視鏡下経膀胱瘻経尿道的アプローチによる膀胱内手術	未導入
	●腹腔鏡下腎臓尿管手術	未導入
1999.6.1	●筋緊張性ジストロフィーのD N A診断	未導入
	●S D I法による抗癌剤感受性試験	未導入
	●内視鏡下頸部良性腫瘍摘出術	未導入
1999.7.1	●栄養障害型表皮水疱症のD N A診断	未導入
	●家族性アミロイドーシスのD N A診断	未導入
1999.9.1	●三次元形状解析による顔面の形態的診断	未導入
	●マス・スペクトロメトリーによる家族性 アミロイドーシスの診断	未導入

行われるため、保険導入の可否を判断する根拠が一般にはまったく知らされることがないといった問題点である。情報公開が強く求められる中で、中医協の議事録は公開されることになったが、その叩き台をつくる専門家会議の協議が非公開なのは本末転倒の感を受ける。

第二は、需要が高い治療法でも「長いテスト期間」が課されるということである。まず、①高度先進医療として承認されるためにはその技術の特定承認保険医療機関で少なくとも5例以上の症例を待ってはじめて承認申請ができるなどのハードルが設けられ、それを超えるだけでも相当期間が費やされ、②中医協内の専門家会議で検討が加えられ、中医協での協議を経たうえで厚生大臣が承認し、③高度先進医療として承認された後も、「普及性」が確認されるまでは高度先進部分にかかる高額の費用を「差額」として患者が負担する状態がさらに続き、④最終的に中医協では「高度先進医療実績報告」と「高度先進医療の保険導入に関する調査」とを参考にはじめて保険適用を検討するという長い行程を伴う。医療のグローバル化が進む中、他の国々で承認されているものはもっと検討期間を短くすべきではないか。

B 差額ベッド

前述したように、差額ベッドは1974（昭和49）年の厚生省保険局長通知で「個室か2人室に限る」「全病床数の20%以下であること」が基本ルールとなっていた。規制のルールははっきりしていたのである。これは、特定療養費制度創設によっても変わることはなかった。

しかし、1994（平成6）年4月の診療報酬改定によって、このルールは廃止されてしまった。新たに、「4人室まで（患者1人当たり面積6.4㎡以上）」「全病床の50%以下」という基準が設けられた。続く同年10月改定では、「公立病院は全病床の3割まで」「国公立でない病院は5割を超えてもよい（「全病床差額ベッド」も認められる）」ことになった。いわば「規制緩和」であるが、かなり急激な変更である。特に、「5割を超えてもよい」要件として、手厚い看護体制（新看護体系の「2：1看護」「正看割合7割以上」）が規定されたことについて、日本福祉大学社会福祉学部教授の二木立氏は、「差額ベッドが医療本体とは無関係の“アメニティ”だとする従来の公式見解の原理的変更を意味する」「ルール違反」と厳しく批判している。¹³⁾

C 歯科差額

特定療養費創設時の「厚生大臣の定める療養」のもう一つが「歯科材料差額」である。

当初は、「前歯部の鑄造歯冠修復又は歯冠継続歯に使用する金合金又は白金加金の支給」という名称になっていた。前述したように、1978（昭和53）年1月の「鑄造歯冠修復の材料差額の徴収を認める通知」と、1981（昭和56）年5月の「歯冠継続歯の材料差額の徴収を認める通知」をそのまま踏襲したものであったのである。

しかし、特定療養費制度創設後、歯科領域にも「原理的変更」が加えられた。「厚生大臣の定める療養」として、1996（平成8）年に「金属床の総義歯」が加えられ、翌97（同9）年には「う蝕患者の指導管理」が加えられたのである。この2つは、それまでの「金合金又は白金加金の支給」といったような「材料」差額だけでなく、「技術料」の差額も患者から徴収してよいとの判断を示している。

3. 特定療養費制度の「拡大路線」

特定療養費制度は本来、「自己ノ選定スルモノ」（健保法第44条）、すなわち「患者の嗜好に委ねたほうが適当と思われるもの」であって、なおかつ「そのサービスが本質的な医療サービスに比べてむしろ周辺部にあるもの」¹⁴⁾ についての差額徴収を認めたものであった。ところが、先に示した差額ベッドの緩和要件や歯科「技術料」部分の差額徴収容認は、この原則とは相容れないものであり、特定療養費の適用は明らかに拡大しつつある。

こうした特定療養費制度の「拡大路線」は、1990年代後半、特に顕著になってきている。それは政府レベルの議論にも明確に現れてきており、たとえば1997（平成9）年8月に発表された与党医療保険制度改革協議会の医療保険制度改革案「21世紀の国民医療」には、次のように書かれている。

- (1)一定の範囲内で、医師および歯科医師が、特定療養費制度を参考にしつつ、その技術や経験が評価できる途を開く。
- (2)いわゆるアメニティーなど医療周辺部分については、医療機関が施設利用料などとして患者から料金の支払いを受けることを原則自由とする。¹⁵⁾

医師や医療従事者の技術料を、特定療養費あるいはこれに近い形で自由料金化するとか、差額徴収を認めるといった考え方は、かなり古くからある。前述した1955（昭和30）年の厚生省「七人委員会の報告」にも現れていたし、1984（昭和59）年の健保法改正をめぐるいわゆる「健保国会」の議論のなかにも登場する。たとえば、当時の厚生省保険局長・吉村仁氏は1984年5月10日の衆議院社会労働委員会で次のように発言している。

「技術料の差額徴収については、すべしという議論とすべきでないという議論がございます。確かに、現在の診療報酬の一番の問題というのは技術差がないというところに問題があることは事実なのです。これを差額徴収という形でやれという御意見もあることは事実でございますが、私どもはやはりこの点は慎重に考えなければならない問題だ。したがって現在のところ、差額徴収の方式を利用して技術料にかかわる差額徴収をやろう、こういう考えはございません。」¹⁰⁾

もう一つわかりやすい例を示すと、元大蔵省主計局厚生第三係主査の中川真氏が、1996（平成8）年に雑誌の取材に応じてこう述べている。

これら三つ（筆者注：国民のニーズが変わってきていること等）の要請をうまく受け止めるためには、「特定療養費の活用イコール混合診療の原則禁止の見直し」にチャレンジしていかなければならない。

具体的に言えば、初診料や、看護水準の高いものの特定療養費化…が可能かどうか、などである。

まず初診料については自由化、特定療養費化していく方向で検討を進めたいと考えている。

医師の指名料のようなもので、腕がよくて経験のある人ほど、保険部分に上乗せする指名料が高くなる仕組みだ。¹⁶⁾

「初診料の自由化」は1996年4月の診療報酬改定で「200床以上の病院の初診料」として特定療養費化されたが、その内容は「医師の指名料」としてではなく大病院指向の患者の流れを変えようとのねらいが込められたものだった。しかし、初診料が技術料の意味合いをもつことは明らかである。

特定療養費制度の出発点をもう一度確認すると、「自己ノ選定スルモノ」(健保法第44条)についての差額徴収を認めるということであった。これは確かに患者のニーズを吸収していくという側面を持っていた。しかし、それは基本的に「医療の周辺部分」であるから認めるという趣旨だったのだが、次第に「本体部分」を認めてもいいのではないか、という主張がなされるようになってきたのである。

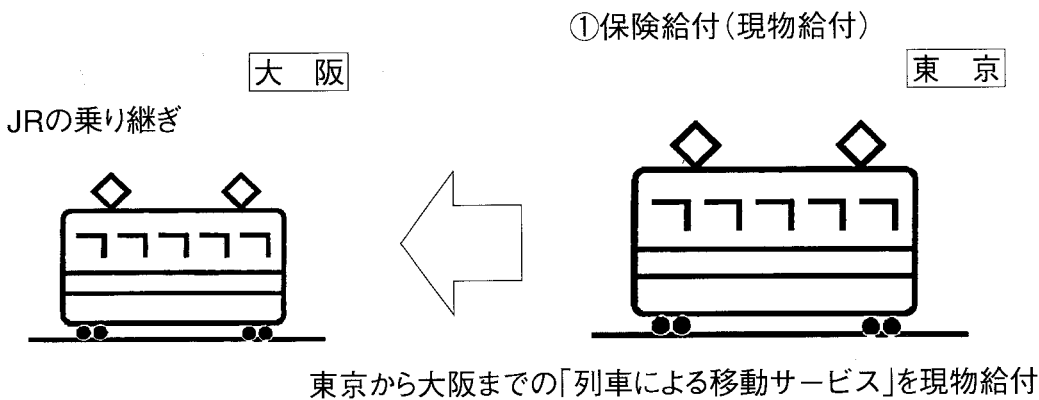
Ⅲ. 現物給付と差額徴収の矛盾

1. 差額徴収は原則違反

特定療養費制度を中心に保険外負担、特に差額徴収について歴史的に検証してきた。世界に冠たる国民皆保険制度の裏面では、公定された医療費を補完する形で「差額」という形の保険外負担の徴収が恒常的に行われてきたことは事実である。1955（昭和30）年の歯科差額を認める保険局長通知、1964（昭和39）年の室料差額を認める保険局長通知というように、「差額」は医療保険制度の中で一定の位置を占めていた。なぜなら、「療養の給付」の対価として保険医療機関に支払われる診療報酬は2年に1回見直されるが、人件費や諸物価の変動を吸収するには十分な仕組みとはいえなかったからである。

しかし、営々と行われてきた差額徴収が健康保険制度の根幹にかかわる重大な問題をはらんでいることについてはこれまでほとんど議論されたことがなかった。重大な問題とは差額徴収が健康保険制度の基本原則である「現物給付方式」に違反しているという点である。この点について、弁護士近藤恵嗣氏は当時次のように問題点を指摘していた。

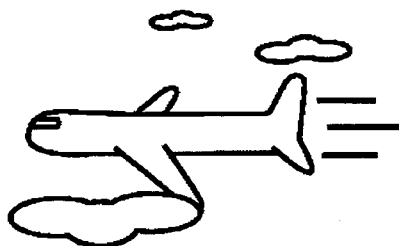
図2 現物給付と差額徴収



③保険外診療



②差額徴収



「飛行機による移動サービス」は現物給付で予定されない。

差額徴収は、現物給付制度の原則により禁止されると考えられる。なぜなら、現物給付というのは…いわば被保険者に対して国鉄乗車券を給付する制度であるところ、乗車券に代えて相当額の金銭を給付するのは、療養費給付にほかならないからである。17)

これをわかりやすく説明したのが図2である。東京から大阪の自宅までの移動を、①JR利用、②飛行機利用、の2つの移動手段に置き換えてみる。保険給付としての「療養の給付」が予定されているのは①の東京から大阪までのJRの利用だけであり、②を利用した者（患者）から①との運賃の差額を徴収するのが差額徴収である。つまり、現物給付されるのは①だけであり、②を利用するには運賃の全額を利用者が負担するか、①に相当する利用料を金銭で給付（療養費の給付）し、差額を利用者が負担するかしかない。ここで押さえておくべきことは、現物給付されるのは東京から大阪まで移動するためのJR利用による「移送サービス」であり、運賃相当の「金銭」を給付するのは「療養費の給付」にあたるから、現行の健康保険制度の基本原則から外れるということである。1927（昭和2）年に健康保険法が施行されて以来今日まで、療養の給付は現物給付を原則としてきたが、それにもかかわらず保険局長通知という行政指導によって認められてきた差額徴収には当然のことながら明確なルールがなかったため、やがて1970年代には社会問題化することになったのである。

2. 特定療養費による差額徴収は歯止めがきかない

特定療養費制度は、現物給付と差額徴収の矛盾を解決するためにつくられた「例外規定」だった。どのように解決したかという点、一連の「療養の給付」のうち一部を現物で、一部を差額（現金）でというわけにはいかないため、保険給付をすべて「療養の給付」から「金銭」の給付に置き換え、検査・診断・入院などの基礎部分に対しては特定療養費を支給することにしたわけである。しかし療養費払いは、いったん医療費の全額を患者が医療機関に支払った後、保険者が患者に現金で支払う償還払い方式を基本としている。しかし、この原則に忠実に従うと患者が医療機関の窓口で支払う金額が膨大になってしまうことから、実際には償還額の請求を医療機関が患者に代わって行い（代理請求）、支払いも保険者から医療機関に対して行う（委任払い）ことにしたため、患者が窓口で支払う金額は医療費全額ではなく、現物給付の場合の一部負担金と差額の合計額に抑えられる。先に引用した吉村保険局長の答弁に「現物給付方式と全く変わらないような仕掛けで払う」という言葉があったが、それはこの窓口での支払い額のことを言っていたのである。

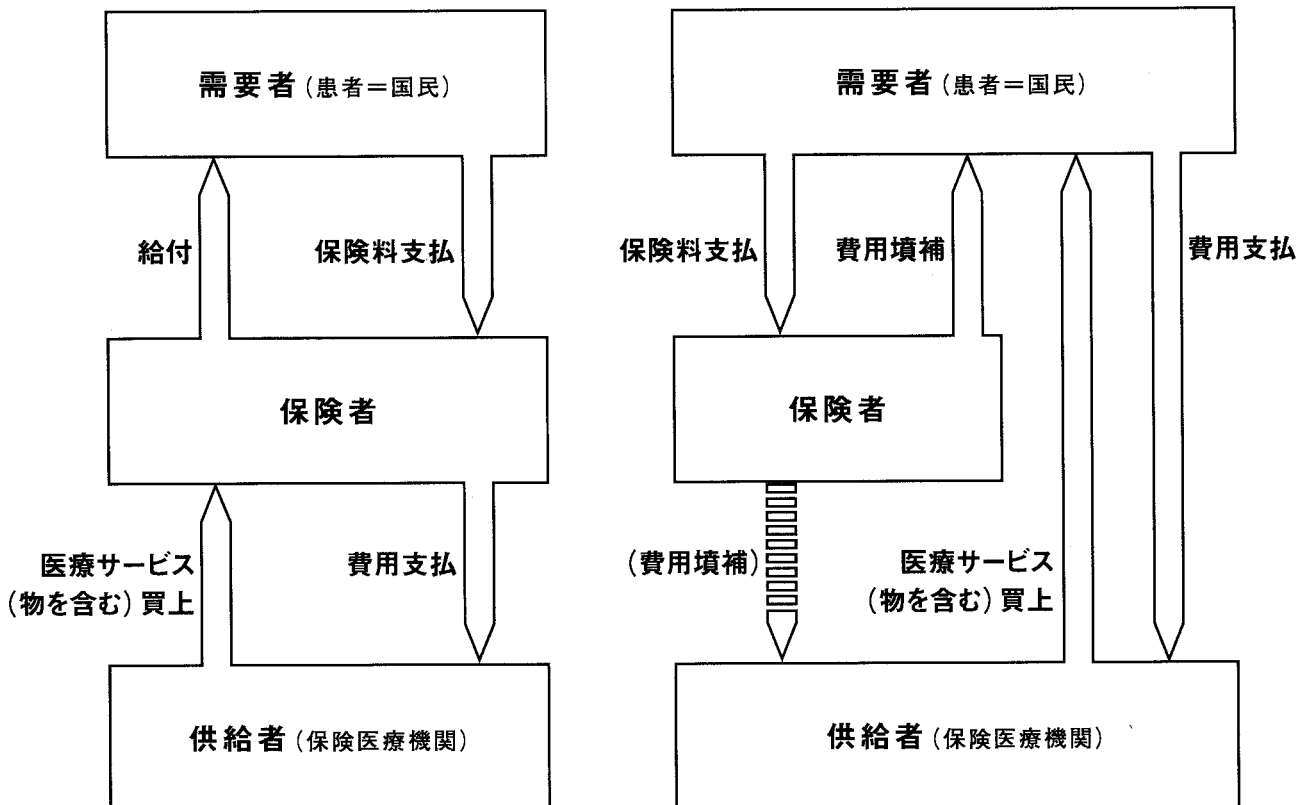
しかし、こうした制度をつくってしまうとその一方で、特定療養費制度による差額導入の拡大に歯止めがかからないという問題が生じる。

特定療養費はもともと室料や歯科材料といった治療内容には直接関係しない選定療養、つまり「医療の周辺部分」での差額徴収を認めるための例外的措置であったはずだが、高度先進医療をも特定療養費の給付対象としたために医療の根幹ともいうべき技術料にまで差額徴収を広げてしまったことがその端的な例である。適用拡大に歯止めがかからないのは、特定療養費の対象となる技術や

サービスの範囲が厚生大臣の告示で容易に決められるからである。これは、新しい薬剤給付のあり方をめぐって厚生省が打ち出した「薬剤定価・給付基準額制」（日本型参照価格制）にもその兆候を見ることができる。

図3は現物給付方式と償還払い方式（療養費払い）の比較である。左の現物給付方式は、医療サービスや医薬品を保険者が供給者からいったん買い上げ需要者に給付する。実際の医療サービスは供給者が保険者に代わって患者に直接供給する。保険料を支払っている患者は、窓口で定められた一部負担金を供給者に支払うだけで高額な医療サービスや医薬品でも現物給付が受けられる仕組みであり、これによってすべての国民に医療への容易なアクセスが等しく保障されている。患者一部負担金の割合を変更するには法改正を必要とするため、患者負担増に一定の歯止めがかけられている。一方の償還払い制は給付限度額が厚生大臣の告示で定められるため法改正を必要とせず、患者負担増に歯止めがかからない仕組みになっている。償還払い制は、現物給付制度の最大の目的である「患者平等の原則」を、際限のない患者負担の拡大によって踏みにじることになるのである。

図3 現物給付と償還払いの違い



3. 保険診療と保険外診療は水と油か

特定療養費の導入は現物給付という基本原則を踏み外し、無原則な差額徴収の拡大に走る第一歩だった。「高度医療を少ない患者負担で」、あるいは「個室利用など多様なニーズに応える」というのが大義名分だったが、多様化・高度化する医療ニーズに現物給付制度を踏み外した差額徴収で対応しようとした特定療養費制度には大きな問題があることが分かった。では特定療養費以外に患者ニーズに応える方法はあるのだろうか。

図2をもう一度見てみると、新大阪駅に着いてから目的地までの移動手段も考慮に入れる必要があることがわかる。電車を乗り継いだり、バスを利用したりと、その選択肢はさまざまである。しかし、いずれかを利用しなければ出張（治療）の目的が果たせないとしたら、保険はなんらかのかたちでそこまでカバーしなければならない。

保険給付の範囲に一定の限界があることは保険財政上やむをえないとして、医学の進歩は日進月歩であり、保険給付の範囲に入らない新しい技術が増えてくるのは当然である。こうした状況で、保険給付の範囲を少しでも超える診療を受けた場合、その医療費が全額自己負担になるとするのは、健康保険制度がその役割を自ら放棄することにはならないだろうか。

もちろん、保険給付の範囲を超える治療法といっても、いわゆる民間療法やエビデンスに欠ける主観的な療法のことではなく、高度先進医療や治験薬などに端的な、ある程度普及性が確認されれば順次保険適用されるであろう新しい医療技術に限定すべきことはいうまでもない。今後こうした技術開発は確実に増えるのであり、これら治療法の恩恵を国民が等しく、そして迅速に受けられるようにすることこそ保険制度の目的であるとすれば、保険診療と併せて行われる点数表にない診療行為を「混合診療」だとして一律に排除しようとする厚生省の指導は、「憲法上保障された患者の幸福追求権を無視」（近藤氏）したものといわざるを得ない。いま行わなければならないことはむしろ、基本的な療養の給付と、患者の選択による上乘せの療養とを、どのように制度として整合させられるのかについて、国民的な議論を起こすことではないだろうか。

ここまでで明らかになったことは以下の3点である。

- ①「保険外負担」は保険制度と同時に誕生した双子のようなものであり、保険給付の限界を補完する道具として機能してきた。
- ②特定療養費は保険外診療の基礎的部分に限って保険給付する混合診療制度であり、保険診療と保険外診療の掛け橋の役割を果たすが、差額徴収という方法論に問題がある。
- ③特定療養費による差額徴収はアメニティだけでなく「技術料」あるいは「医療の根幹部分」にまで及んでいる。

①については第3章で詳しく検証する。②と③は本研究の主要テーマである保険給付と保険外負担の関係を考察する際に重要なヒントを与えてくれる。

まず②は、「保険診療と保険外診療とは相容れない」（「混合診療の禁止」）というテーゼには直接の変更を加えることなく、高度先進医療や金属床総義歯、そして医薬品の治験に保険給付を例外的に認める特定療養費制度によって、医療現場の要請に現実的に対応しようとしたことを意味している。「（高度先進医療への保険給付は）過渡的なもの」という厚生省の表現がそのことを如実に物語っている。つまり、保険診療と保険外診療の混合はすでに具体的な方法論の段階に入っているということである。

そして③は、差額徴収制度が、医療保険制度の原点である現物給付と矛盾した仕組みであることが理解されていないために、無原則な適用拡大が進んでいるという現実である。

以上の論点を念頭に置きながら、第2章では、保険診療と保険外診療の混在、いわゆる「混合診療」は禁止されているとする厚生省の見解について、法的な視点から検証を試みる。

[第1章 引用文献]

- 1)成田至氏(元日本医師会常任理事)の言葉 有岡二郎『戦後医療の50年』日本医事新報社、1997.8.15 P.19
- 2)厚生省『七人委員会の報告』1955.10. P.209-211
- 3)社会保障制度審議会『医療保障制度に関する勧告』社会保障懇談会、1956.11.13 P.21-22
- 4)今井一男「医療費問題の渦中で～療養費払い論をめぐって～(小山路男氏によるインタ)
- 5)山本治「改正された歯科診療報酬点数表」『社会保険旬報』No.882 1967.12.21 P.15
- 6)『訟務月報』36巻12号1990.12 P.2179-2210
- 7)「“差額”指導の極秘文書 歯科医師会が会長名で」読売新聞1975.3.14朝刊1面
- 8)「歯科医師会の“違法徴収”厚生省は知っていた？」読売新聞1975
- 9)浅井武彦、宇佐美宏「連載 保団連の“医科・歯科一体”を考える」『月間保団連』全国保険医団体連合会、1998年2月号～1994年4月号
- 10)『第101国会・衆院社会労働委員会議録第13号(昭和59年5月10日)』
- 11)「特集I 健保法改正と今後の課題」『健康保険』1984年10月号 P.20-21
- 12)日本医師会編『国民医療年鑑(昭和59年版)』春秋社、1985.6.25 P.102
- 13)二木立「特定療養費制度の本当のねらい」『病院』1995年5月号 特集「特定療養費制度の功罪」P.446-450
- 14)佐藤陽次郎「特定療養費制度とは何か」『病院』1995年5月号 特集「特定療養費制度の功罪」P.434-439
- 15)与党医療保険制度改革協議会「21世紀の国民医療～良質な医療と皆保険制度確保への指針～」1997.8.29
- 16)中川真「特定療養費制度を活用し混合診療へ方向転換」『ばんぼう』1996年2月号特集「診療報酬体系を根本から問いなおす」P.30-31
- 17)近藤恵嗣「保険診療と保険外負担の可否」(『社会保険旬報』No.1483 1984.10.21)

[第1章 参考文献]

1. 厚生統計協会編『国民衛生の動向 1998年』厚生統計協会、1998.8.31
2. 厚生統計協会編『保険と年金の動向 1998年』厚生統計協会、1998.11.16
3. 厚生統計協会編『国民の福祉の動向 1998年』厚生統計協会、1998.10.16
4. 本山和穂「特定療養費制度の拡大 医療周辺サービスだけでなく“医師の技術料”まで及ぶか」『ばんぼう』1999年1月号 特集「医療・福祉の“開国”」P.32-33
5. 『厚生省五十年史 記述篇』1988.5.31
6. 吉村仁「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」『健康保険』1983年3月号 P.28-32
7. 『リハビリテーション医療の社会経済学』勁草書房、1988.9.5
8. 二木立『90年代の医療と診療報酬』勁草書房、1992.10.15
9. 里見健治、二木立、伊東敬文『公的介護保険に意義あり』ミネルヴァ書房、1997.6.30(増補版)
10. 『日本経済と社会保障』社会保険福祉協会、1994.12.28
11. 堀勝洋『現代社会保障・社会福祉の基本問題』ミネルヴァ書房、1997.10.30
12. 『日経メディカル』特集「患者主体の医療改革」1999年1月号
13. 医療研究昭和会編『危機にたつ日本の医療制度』医療研究昭和会、1998.3.25
14. 池上直己『ベーシック/医療問題』日本経済新聞社、1998.6.8

参考 医療保険制度関連年表

1921. 4.22	大正11年	健康保険法公布
1927. 1. 1	昭和2年	健康保険法全面施行
1939. 3.22 7. 1	昭和13年	保険院社会保険局長「入院料の差額徴収の件に関する通知」差額室料認定 国民健康保険法施行
1943. .	昭和18年	診療報酬点数を公定。健保、家族給付拡充費用捻出のため定額一部負担導入
1947. 4.	昭和22年	健康保険法改正、一部負担を保険者の任意とし事実上取り下げ
1949. 4.	昭和24年	健康保険法改正、保険財政悪化のため一部負担が復活(初診料相当額)
1953. 4.1	昭和28年	中医協、社会保険の抗生物質療法の基準採用
1955. 8.19	昭和30年	保険局長通知「歯科補てつにおいて金合金を使用した場合の特例」(歯科差額を認定) 厚生省「7人委員会報告」
1956.11.	昭和31年	社会保障制度審議会「医療保障制度に関する勧告」(国民皆保険提言、療養費払い論など)
1957. 4.30	昭和32年	療養担当規則制定
1958.10.1	昭和33年	新医療費体系始動
1961. 4. 1	昭和36年	国民皆保険の達成
1962.10. 1	昭和37年	抗生物質の使用基準改正(制限診療撤廃)
1964. 7.13	昭和39年	保険局長通知「入院料(室料)の差額徴収について」(全病床の20~25%が望ましい)
1974. 3.29	昭和49年	保険局長通知(差額ベッドは個室・二人室、病床の20%など)
1975. 3.13	昭和50年	中原歯科医師会長、脱保険・差額徴収を指示
1976. 7.27 7.29	昭和51年	保険局長通知で一部の材料差額を除くすべての歯科差額を廃止(保険と自費の二本立て) 歯科医療管理官通知で歯冠修復と欠損補綴に混合診療を容認(保険から自費に切り換え)
1978. 1.28	昭和53年	保険局長通知(3人室以上の差額、基準看護と付添の併用廃止—歯科: 鑄造歯冠修復の材料差額復活)
1980. 2. 1	昭和55年	保険局医療課長通知(私立大病院に室料差額改善指導強化)
1981. 5.29	昭和56年	保険局長通知(私大病院3人室以上の差額ベッド1年以内の改善を指導—歯科: 歯冠ブリッジ材料差額認定)
1984. 1.25 8.14 10.31	昭和59年	国立病院等の統廃合など行革大綱閣議決定 健康保険法等改正(被用者1割負担、特定療養費制度創設など) 医療費不正請求防止の顧問医師団設置決定
1987. 6.26	昭和62年	国民医療総合対策本部中間報告(長期入院是正、患者サービス向上、老人医療の在り方など)
1994. 4.	平成5年	差額ベッドは4人室(6.4㎡以上)、病床の50%以下に緩和
1996. 4	平成6年	特定療養費に200床以上病院の初診料差額、金属床の総義歯追加
1997. 4. 8.	平成7年	特定療養費にう蝕患者の指導管理追加 与党医療保険制度改革協議会「21世紀の国民医療」を提言(技術・経験に差額、医療周辺部分の原則自由化など)