

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



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。

ここまでで、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・介護の時間などを「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。

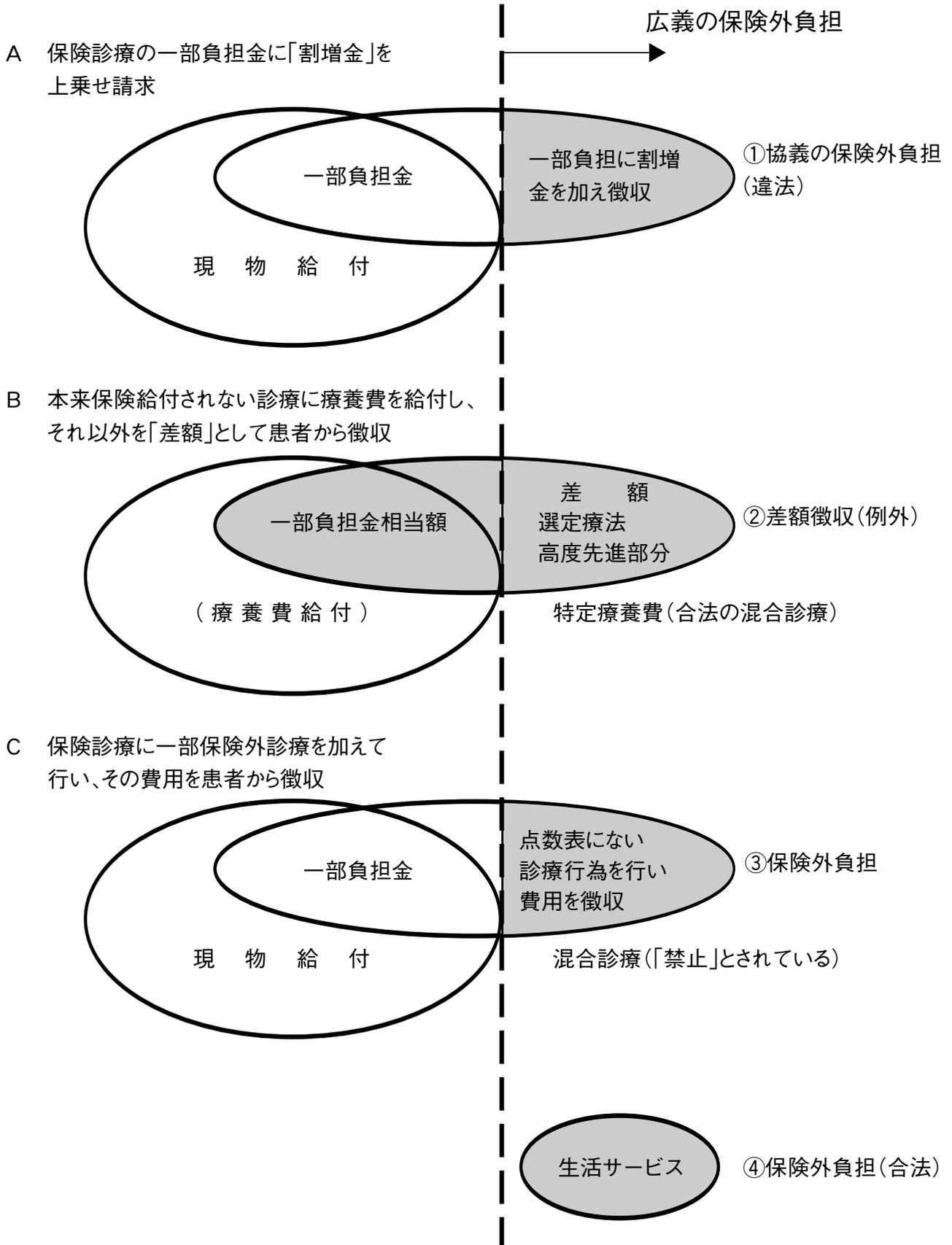
このように「保険外負担」とひと口に言ってもその内容は千差万別である。問題は徴収ルールがずさんになっていることであり、厚生省が通知で適正化を図らなければならないほど多くの医療機関が「不適切な保険外負担」を患者に求めている事実である。

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」である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け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、（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のです、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」を取り上げることにする。

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
●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6.4m²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だったのである。

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つてはいた。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。

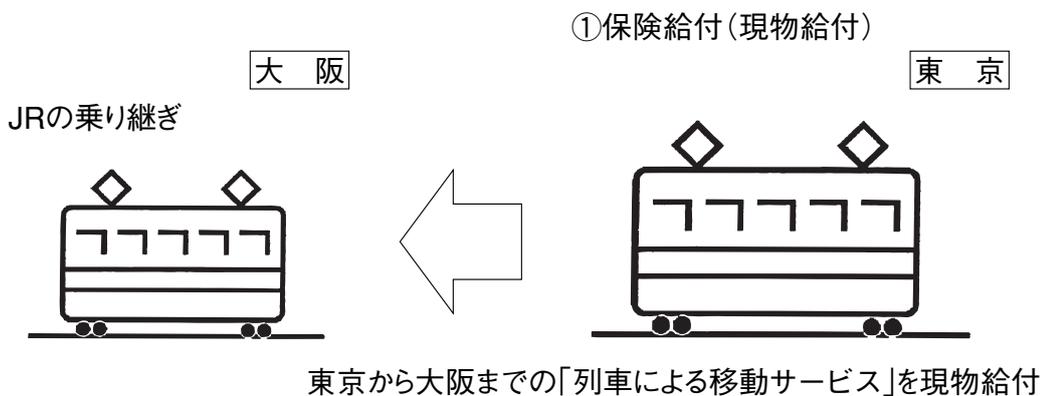
Ⅲ. 現物給付と差額徴収の矛盾

1. 差額徴収は原則違反

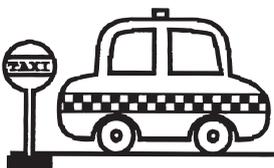
特定療養費制度を中心に保険外負担、特に差額徴収について歴史的に検証してきた。世界に冠たる国民皆保険制度の裏面では、公定された医療費を補完する形で「差額」という形の保険外負担の徴収が恒常的に行われてきたことは事実である。1955（昭和30）年の歯科差額を認める保険局長通知、1964（昭和39）年の室料差額を認める保険局長通知というように、「差額」は医療保険制度の中で一定の位置を占めていた。なぜなら、「療養の給付」の対価として保険医療機関に支払われる診療報酬は2年に1回見直されるが、人件費や諸物価の変動を吸収するには十分な仕組みとはいえなかったからである。

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。

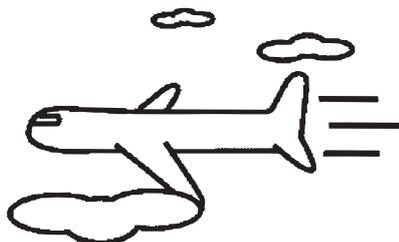
図2 現物給付と差額徴収



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、療養費給付には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、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。

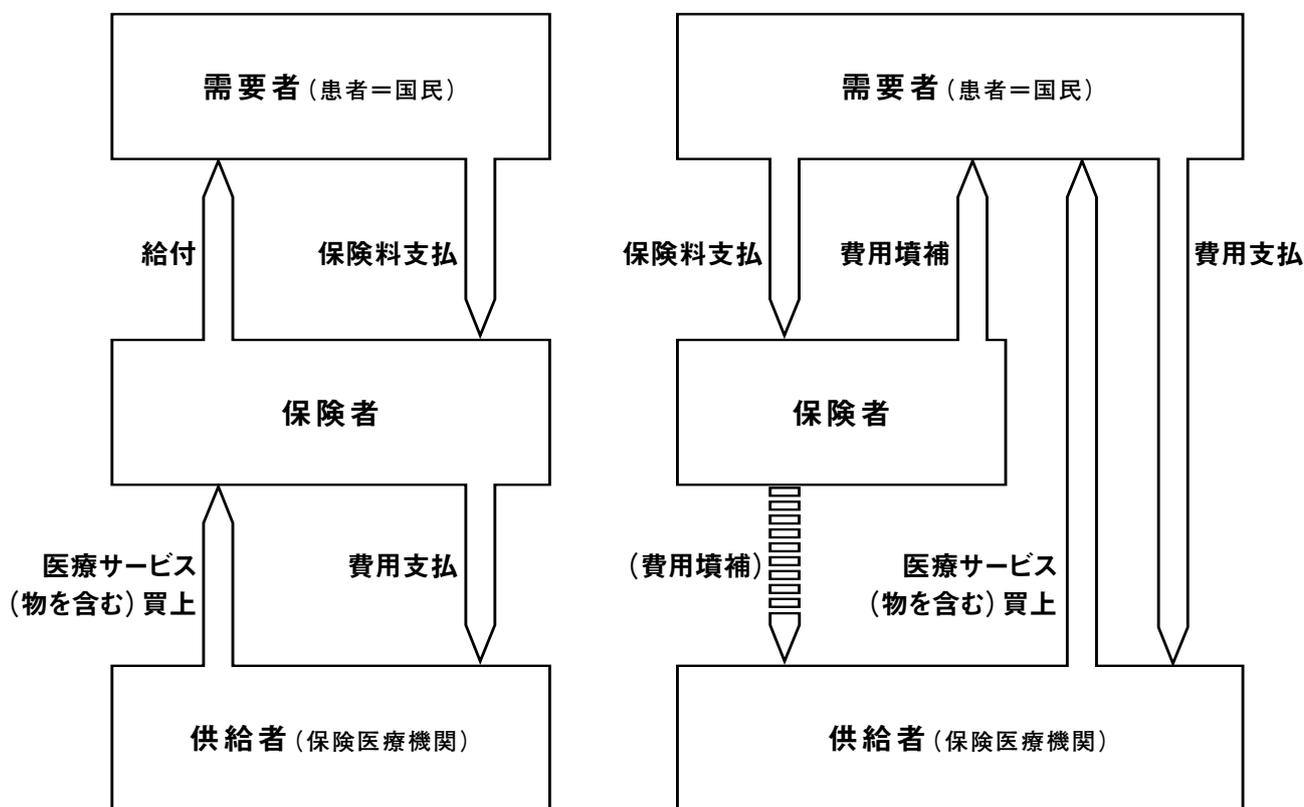
しかし、こうした制度をつくってしまうとその一方で、特定療養費制度による差額導入の拡大に歯止めがかからないという問題が生じる。

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的な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』No882 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』No1483 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)



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

保険診療の過程に保険外診療が部分的に入り込む原因に医療技術の急速な進歩があることは明らかである。問題は、部分的に混在した保険外診療を一律に排したり、差額徴収といった現物給付の原則を踏み外した方法で解決するのではなく、その調和を図ることである。もう一度図2に戻って考えてみると、保険給付は治療の終了までに行われるすべての医療サービスを含むとすれば、大阪に着いた後の最終目的地までの移動手段をも含んだものでなければならない。仮に現行の保険制度では新大阪駅からJRを乗り継いで目的地へ向かうまでのサービスが給付されるとしよう。ところが、最終目的地まで行くにはこのほかに地下鉄や私鉄、バス、さらにタクシーといったさまざまな移動手段がある。これらのいずれも治療の終了までのサービスであるとするならば、保険給付をJRの乗り継ぎだけに限定し、それ以外の手段を選択した場合は混合診療となるから全額自己負担だとするのは説得力に欠ける。

医療現場でもこれと同様のケースが日常的に起こっている。混合診療の典型例として、東京女子医科大学第二外科講師の滝口進氏は次のようなケースを挙げている。

心窩部痛を訴えて来院した患者に、胃潰瘍を疑い内視鏡検査を行ったとする。結果は急性びらん性胃炎であったためH2 Blocker(H2B)を処方して数日様子を見たが、症状が思ったほど改善をみない。Proton pump inhibitor(PPI)を使用したいが、胃炎に対する保険適応がない。そこで医師は次のいずれかの方法をとることになる。

①残念であるがPPIの使用をあきらめ、健康保険で認められている他の方法を検討する。(中略) ②本人に説明して、すべての治療を自費に切り替える。これは制度にはかなっていないが、現実にはほとんどなされていない。③「胃潰瘍」の病名を追加して(本当は違う)、PPIを保険で使う。これは建前をいえば虚偽の保険請求ということになるが、患者の側も「コストがかからなければいい」と考えて保険の建前に無関心だし、医師の側にもこれが重大な不正であるという認識がほとんどないため、かなりの症例でこの方法がとられる可能性が高い。1)

保険制度の建前からいえば①と②の選択肢しか与えられていないのであるが、現実には③のいわゆる「レセプト病名」の追加という選択肢が「有力候補」として挙げられている。こうした医療機関側の方便を厳しく取り締まるのも一つの解決方法ではあるが、病名と療法が一致するレセプトから方便を見抜くのは至難の技ともいわれているし、そのために費やすコストも計算に入れなければならない。それならばむしろ、上記のような症例の場合、H2Bまでを保険適応とし、PPIを次なる手段として混合診療を容認した方が近道だとは考えられないだろうか。第1章でみたように、歯科では現在も部分的に混合診療が行われている。1976年7月29日付け保険局歯科医療管理官通知によって、基礎的部分を保険診療した後、修復・補綴治療を保険外診療に引き継ぐこと(混合診療)を認めている。混合診療は「特定療養費として厚生大臣が定めたものだけが認められる」とされているにもかかわらず、管理官通知1枚でつくられた例外が23年後のいまでも有効なのだとすれば、ことさらに「混合診療」を排斥する理由はどこにもないという結論に落ち着くのである。

Ⅱ. 混合診療の定義における混乱

しかし厚生省は、保険診療と保険外診療を一連の診療行為の中で混在させることは混合診療であり認めないとの建前を打ち出している。その根拠とされているのが1957年（昭和32年）4月に定められた厚生省令「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（以下「療養担当規則」）であり、その中では次のように保険医が行える診療の範囲を制限することによって間接的に保険診療と保険外診療の混合を禁止している、と理解されている。

〔療養担当規則〕（平成10年9月29日改正）

（特殊療法等の禁止）

第18条 保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生大臣の定めるもののほか行ってはならない。

ただし、特定承認保険医療機関において行う第5条の2第2項に規定する厚生大臣の承認を受けた療養については、この限りでない。

（使用医薬品及び歯科材料）

第19条 保険医は、厚生大臣の定める医薬品以外の医薬品を患者に施用し、又は処方してはならない。

ただし、薬事法（昭和35年法律第145号）第2条第7項に規定する治験に係る診療において、当該治験の対象とされる薬物を使用する場合には、この限りでない。

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、この限りではない。

3 保険医が特定承認保険医療機関において行う第5条の2第2項に規定する厚生大臣の承認を受けた療養については、前2項の規定は適用しない。

しかし、混合診療の定義について厚生省保険局医療課では、「明確な定義はない」としており、その内容について問い合わせても、「特定療養費のほかは禁止となっている」との回答しか得られない。健康保険法、療養担当規則などにも混合診療に関する規定はどこにもない。つまり、「定義」も「禁止規定」も明文化されていないのである。

混合診療について書かれた文献も極めて少ないが、千葉大学法経学部助教授の広井良典氏（元厚生省保険局医療課）は著書の中で以下のように述べている。

「混合診療の禁止」緩和について

「混合診療の禁止」とは、医療保険になじみのない方には聞き慣れない言葉だと思うが、簡単にいうと、「初診から治療の終了に至る『一連の診療行為』のなかに、保険がきく診療行為（保険診療）と、保険がきかない診療（つまり患者の負担）を混在させてはならない」という

ルールをいう（「一連の診療行為の法理」と呼ばれることもある）。²⁾

広井氏がいう「一連の診療行為の法理」とは、厚生省保険局内部で確認されている事項で、「保険の給付は療養の給付であり、治療を目的とした一連の不可分の医療サービスの現物給付である」ととらえ、一連の保険診療の中に自由契約に基づく保険適応外の療法や医薬品の投与といった保険給付外の診療を混在させることは混合診療であり、その場合は医療費全額が患者負担となるというもの。この「一連の診療行為の法理」は、混合診療は違法か適法かをめぐって係争中の裁判で、厚生省が「禁止されており違法」だとする論拠としている重要な拠り所である。

一方、岡光序治氏が保険局長時に出版された『社会保障行政入門』には以下のような記述がある。

療養の給付の範囲と価格は、具体的には診療報酬点数と薬価基準で公定しており、点数化されていない医療行為を行った場合や薬価基準に収載されていない医薬品を使用した場合は、関連するすべての診療は保険給付の対象外としている（「混合診療の禁止」）。³⁾

混合診療となる要件として、広井氏は、保険診療と「保険がきかない診療（つまり患者の負担）」の混在という表現、岡光氏は「点数化されていない医療行為」と薬価基準未収載医薬品の「使用」と述べている。双方に共通しているのは、保険診療のなかに診療報酬点数表にない（点数化されていない、保険がきかない）診療や医薬品の使用を混在させることを混合診療だとしている点であり、ベースとなっているのはやはり療養担当規則第18条、第19条であると推測できる。

両者とも元厚生官僚であるが、言及している内容には大きな違いがあることに留意する必要がある。広井氏の場合、「保険がきかない診療（つまり患者の負担）」としていることから、保険給付と（保険外診療に基づく）保険外負担が重なった場合を混合診療としている。しかし岡光氏の場合は、患者に負担を求めたか否かにかかわらず、保険給付外の療法や医薬品を用いた場合は即「関連する診療はすべて保険給付の対象外」だと規定している。実は、こうした見解の不統一に原因があるのか、医療現場では混合診療に関するさまざまな解釈が行われているのである（医療現場での混乱については第3章で詳しく述べる）。

その一例として、社会保険診療研究会編著の『医師のための保険診療入門』には次のように書かれている。

混合診療の禁止

療養の給付では、医療に直接かかわる部分は保険によってすべてをカバーすることが基本的な考え方となっています。したがって、保険診療を行いながら、併せて診療報酬点数の定められていない手術や検査、薬価の定められていない薬剤に係る薬剤料等を患者から徴収したり、基金等の審査で減額査定される部分の負担を患者から求めることは、保険診療と自費診療の混合となることから認められません。⁴⁾

保険診療と保険外診療を併せて行うのは混合診療そのものであるが、「基金等の審査で減額査定される部分の負担を患者から求めること」も混合診療であり認められない、という見解である。仮にこの見解が正しいとすると、減額査定分を患者から徴収した一連の診療行為はすべて保険外診療とみなされ、保険請求して支払われた診療報酬は基金に全額返還したうえで、あらためて患者に医療費の全額負担を求めることになる。

減額査定分を患者負担として徴収していた事例が1999（平成11）年7月29日付朝日新聞朝刊に掲載されていたのでその一部を紹介してみたい。

超過医療費不当に請求、厚生省と都 禁止の「保険外」と指摘

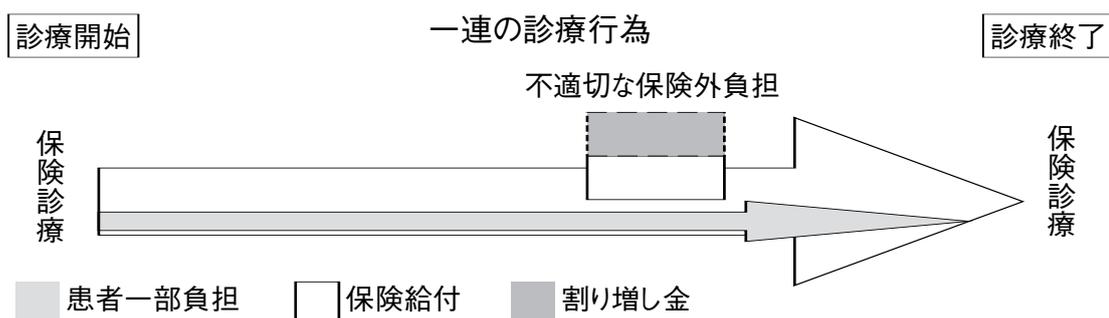
東京都済生会中央病院が、厚生省が定めた診療報酬点数の範囲を超える分の医療費を患者に請求していたことがわかった。差額ベッド代などを除き、患者に保険外負担を求めることは禁止されている。厚生省と東京都から指摘を受けた同病院は患者への請求を中止し、過去にさかのぼって不適切な徴収分を患者に返還することを決めた。（中略）

医療機関が患者に負担を求めることができるのは一部負担金のほかは、差額ベッド代や食事代、診断書料などに限られる。医療器具が規定を超えた場合、超過分は医療機関の持ち出しとなる。5)

この記事で朝日新聞が、保険で認められている数以上の治療材料を使用した場合、「医療機関の持ち出しとなる」との注釈を加えている点を厚生省に問い合わせたところ、「こうした事例はいくらでもある。超過材料費の患者負担は混合診療とはいえないが、不適切な保険外負担であり、判明した場合は患者に返還するよう指導している」（保険局医療課）との回答であった。超過した医療材料は保険点数表で認められているものであるから、それを使用すること自体は保険外診療とはいえないが、患者に負担を求めるのはいわば「割り増し金」の徴収にあたるから不当だとの見解である。この事例を図で表すと図4のようになる。

済生会中央病院のケースのように、診療報酬点数表で定められた数量をオーバーした医療材料や医薬品の投与分を、減額査定されることを予測したうえで患者にその費用負担を転嫁するケース（割り増し金の徴収）は不適切な保険外負担の徴収にあたり、患者への返還（医療機関の負担）を指

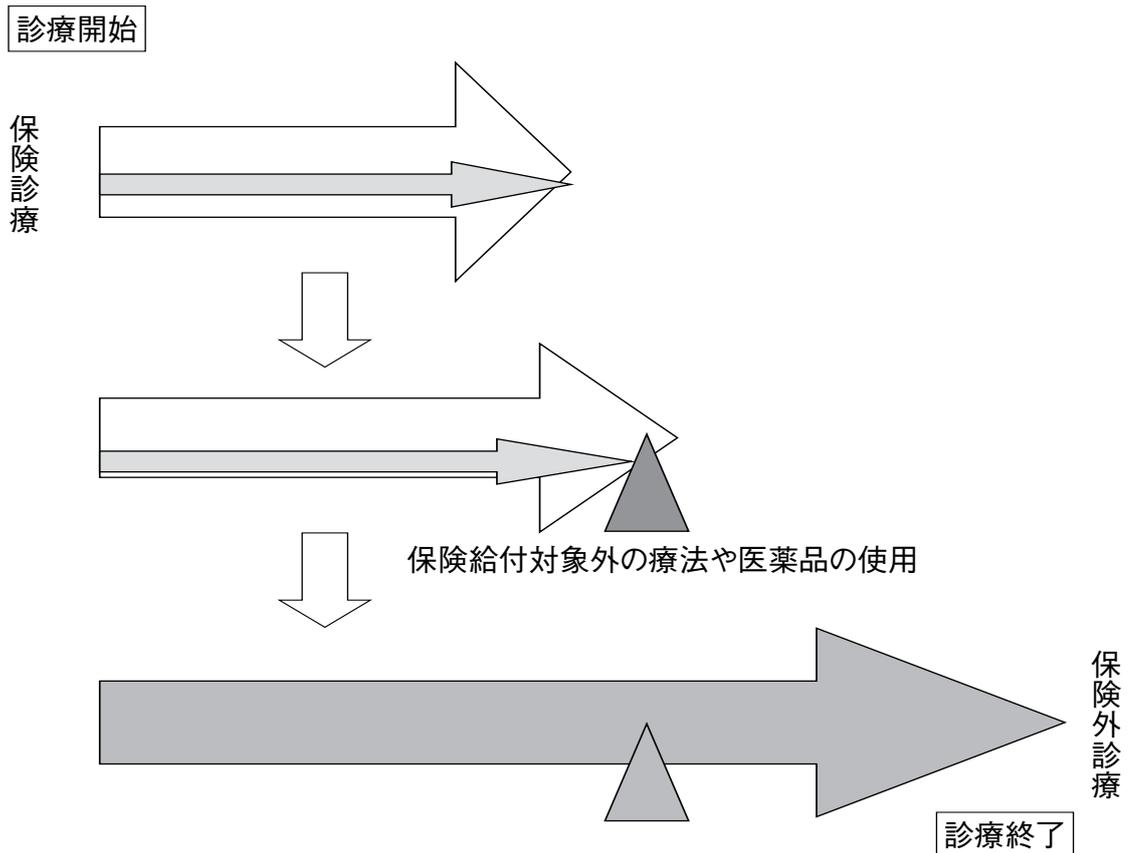
図4 済生会中央病院のケース



導される。

一方、厚生省が説明する混合診療のイメージを表したのが図5である。診療のスタートの時点では保険診療であるが、その過程で保険給付対象外の療法や薬価収載されていない医薬品の投与があった場合であり、結果的に一連の診療はすべて保険外診療、つまり患者負担となってしまう。

図5 混合診療の概念図



以上のことから、混合診療については次のようにまとめることができる。

- ①混合診療とは保険診療の過程に保険外診療が混在することであり、健康保険法等の運用上認められていない。
- ②診療に密接なサービスや物で保険給付の範囲を超える部分を保険外負担として患者から徴収することは混合診療とはいえないが、「不適切な保険外負担」であり認められない。

しかし、いずれも運用上の解釈にとどまるものであり、混合診療自体の概念規定も明文化されていないため、さまざまな解釈が行われているのが実態だといわざるを得ない。

Ⅲ. 特定療養費と混合診療

混合診療は原則として認められていないが、例外として、特定療養費制度に基づく混合診療だけは認められているというのが厚生省の見解である。本章 2 ページに引用した療養担当規則第18条但書き、第19条但書き及び同 3 項がその例外規定である。但書きでいう「厚生大臣の承認を受けた療養」とは、特定承認保険医療機関における高度先進医療と下記 8 項目の選定療養を指している。

〔療養担当規則〕

(一部負担金の受領)

第 5 条の 2 (略)

2 特定承認保険医療機関は、食事療養及び当該特定承認保険医療機関において高度先進医療として厚生大臣の承認を受けた療養その他厚生大臣の定める療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第44条第 2 項又は第59条ノ 2 第 4 項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

療養を受ける者の選定に係る次に掲げる療養

- 1 特別の療養環境の提供
- 2 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
- 3 病床数が200床以上の病院について受けた初診
- 4 予約に基づく診察
- 5 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察
- 6 金属床による総義歯の提供>
- 7 薬事法第80条の 2 第 1 項に規定する治験に係る診療
- 8 齲蝕に罹患している患者であって継続的な指導管理を要するものに対する指導管理

(告示27、平9.3.14)

特定療養費制度では、高度先進医療と上記 8 項目だけは例外的に保険診療と保険外診療の併用を認めている（差額徴収が認められているものという意味では、入院時食事療養費制度の特別メニュー食を含めると10項目）。特定療養費と混合診療の関係については『国民の福祉の動向』に以下の記述がみられる。

従来保険診療においては保険診療と自費診療が同時に行われる、いわゆる混合診療は認められていなかったが、保険各法において室料差額又は歯科材料差額との混合診療及び高度先進医療との混合診療を、特定療養費として制度化した…。⁷⁾

つまり、特定療養費制度は、保険診療と高度先進医療、保険診療と選定療養といった混合診療を制度化したものということである。厚生省も「特定療養費以外の混合診療は禁止されている」（保険

局医療課)との表現を使っていることから、これらは混合診療でありながら制度上認められている「例外」だということになる。

しかし、特定療養費制度の誕生によって合法化された差額徴収の範囲は、第1章で検証したように「医療の周辺部分」に限定されたものではなく、医療の根幹にまで及ぶものだった。図6は広井氏が『医療保険改革の構想』の中で用いている図である。

図6 「医療の本体部分」と「4つの医療の周辺部分」



現在、差額徴収が認められ特定療養費が保険給付されているのは図でいうと「A高度医療」と「C生活サービス・アメニティ」の2つの「周辺部分」であるといわれているが、「高度先進医療」はいうまでもなく「200床以上病院の初診料」や「齶蝕患者の指導管理」、そして二木氏が指摘するように差額ベッド5割以上病院の要件にある「手厚い看護体制」も、差額徴収がすでに医療の根幹（「医療の本体部分」）にまで及んでいることを示している。

いずれにしても、特定療養費制度の誕生によって差額徴収のルールが法律レベルでも確立したとするのが厚生省の見解である。この点について広井氏は次のように述べている。

1984年に健康保険法の改正(本人1割負担導入が主な内容)が行われたときに、こうした差額徴収を法律レベルではっきりルール化すべきとの趣旨から、特定療養費という制度が設けられたのである。これにより、差額徴収が認められるのは厚生大臣が定める場合(告示)に、かつ、そこで定めたルールに従うかたちでのみ認められる、という方式が確立した。ということは、逆にいえば、こうした特定療養費の場合以外は一切差額徴収は認められないということであり、まさに特定療養費制度の反対解釈として「混合診療禁止」ルールが浮かび上がるのである。9)

ところが、このところの特定療養費の適用範囲拡大傾向をみると、「特定療養費の場合以外は一切差額徴収は認められない」というよりも、「特定療養費の形態をとれば差額徴収はいくらでも認められる」とも受け取れるほどの勢いであり、まさに「混合診療禁止」ルールの形骸化は進む一方である。しかも、厚生省は特定療養費導入時にすでに医療の本体部分に差額徴収を持ち込むところまで踏み込んでしまっていた。

IV. 「混合診療禁止」の法的根拠

特定療養費制度は厚生省によれば「混合診療禁止の法的根拠」だとされている。しかし、「混合診療の禁止」という規定が法律上では全く使われていないため、本当に根拠たり得るのだろうかという疑問が湧くのは当然である。次にこの点を掘り下げて考えてみたい。

まず、1984（昭和59）年の健保法改正の内容確認である。このときの改正で健康保険法および療養担当規則に盛り込まれた規定のうち主なものは、次のとおりである（太字部分が同改正によって設けられた規定である）。

【健康保険法】

●第43条 被保険者（老人保健法（昭和57年法律第80号）ノ規定ニ依ル医療ヲ受クルコトヲ得ベキ者ヲ除ク）ノ疾病又ハ負傷に関シテハ左ニ掲グル療養ノ給付（其ノ者ノ選定ニ係ル特別ノ病室ノ提供其ノ他ノ厚生大臣ノ定ムル療養ニ係ルモノヲ除ク）ヲ為ス

- 1 診察
 - 2 薬剤又ハ治療材料ノ支給
 - 3 処置、手術其ノ他ノ治療
 - 4 病院又ハ診療所ヘノ収容
 - 5 看護
 - 6 移送
- …（中略）…

●第44条 被保険者（老人保健法ノ規定ニ依ル医療ヲ受クルコトヲ得ベキ者ヲ除ク）ガ命令ノ定ムル所ニ依リ学校教育法（昭和22年法律第26号）ニ基ク大学ノ附属施設タル病院其ノ他ノ高度ノ医療ヲ提供スルモノトシテ命令ヲ以テ定ムル要件ニ該当スル病院若ハ診療所ニシテ都道府県知事ノ承認を受ケタルモノ（以下特定承認保険医療機関ト称ス）ノ中自己ノ選定スルモノニ就キ療養ヲ受ケタルトキ又ハ第43条 3項各号ニ掲グル病院若ハ診療所（特定承認保険医療機関ヲ除ク）若ハ薬局（以下保険医療機関等ト称ス）ノ中自己ノ選定スルモノニ就キ同条第1項ニ規定スル厚生大臣ノ定ムル療養ヲ受ケタルトキハ特定療養費トシテ其ノ療養ニ要シタル費用ニ付之ヲ支給ス…

【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。

2 保険医療機関は、法第43条第1項に規定する厚生大臣の定める療養に関し、当該療

養に要する費用の範囲内において法第44条第2項又は第59条ノ2第3項の規定により算定した額を超える金額の支払いを受けることができる。

●第5条の2 特定承認保険医療機関は、被保険者又は被保険者であった者については法第44条の規定による療養についての費用の額の100分の10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4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を受けるとする。

2 特定承認保険医療機関は、当該特定承認保険医療機関において高度先進医療として厚生大臣の承認を受けた療養その他厚生大臣が定める療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第44条第2項又は第59条ノ2第3項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。

●第5条の3 保険医療機関又は特定承認保険医療機関は、法第43条第1項に規定する厚生大臣の定める療養に関して第5条第2項の規定による支払を受けようとする場合又は前条第2項の厚生大臣の承認を受けた療養その他厚生大臣の定める療養に関して同項の規定による支払を受けようとする場合は、当該療養を行うに当たり、あらかじめ、患者に対しその内容および費用に関して説明を行い、その同意を得なければならない。

2 保険医療機関又は特定承認保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

●第18条 保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生大臣の定めるもののほか行ってならない。ただし、特定承認保険医療機関において行う第5条の2第2項に規定する厚生大臣の承認を受けた療養については、この限りでない。

●第19条 保険医は、厚生大臣の定める医薬品以外の医薬品を患者に施用し、又は処方してはならない。

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。

3 保険医が特定承認保険医療機関において行う第5条の2第2項に規定する厚生大臣の承認を受けた療養については、前2項の規定は適用しない。

健保法第44条の条文に記されているように、1984年のこの改正によって、①「高度ノ医療ヲ提供スルモノトシテ…都道府県知事ノ承認ヲ受ケタルモノノ中自己ノ選定スルモノニ就キ療養ヲ受ケタルトキ」、つまり「患者の選択に基づいて高度先進医療を受けた場合」と、②「自己ノ選定スルモノニ就キ…厚生大臣ノ定ムル療養ヲ受ケタルトキ」、つまり「患者の選択に基づいて『厚生大臣の定める療養』を受けた場合」に「特定療養費」を支給することになった。そして、療養担当規則第5条にあるように、「(健保)法第43条第1項に規定する厚生大臣の定める療養に関し」ては、一部負担金を超える金額の支払いを患者に求めてもよいことになったのである。

1984年改正のあとも、「厚生大臣の定める療養」を示した政省令等が順次出されており、特定療養費の種類も「治験に係る診療」などが追加されているが、制度の基本的なルールは変わっておらず、法律レベルの規定は上記に示した各条文にほぼ集約される。

それでは、果たして上記の各条文が「混合診療の禁止」の法的根拠になるのかという点を考えてみたい。その素材として、「混合診療の禁止」の法的根拠の有無をめぐる争われた2つの判例があるので、その内容を検討しながら論を進めていくことにする。

■ 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 (1984年6月25日・静岡地裁決定)¹⁰⁾

この判例は、1984年8月の健保法改正の前、つまり特定療養費制度創設前のものであるが、行政側（被申立人）の主張や裁判所の述べていることに重要な点が含まれているので取り上げた。

まず、「事実の概要」と「判旨」は次のとおりである（これらは裁判資料をもとに簡潔にエッセンスをまとめたものである。[判例2]も同様）

【事実の概要】

申立人X（歯科医師）は1984年5月4日、患者に対してブラッシング指導等5項目の行為を行い、一部負担金以外に相当額の金員を徴収していたことが療養担当規則第5条に違反するとして、被申立人Y（静岡県知事）により保険医療機関の指定取消処分を受けた。これに対しXは、5項目はすべて保険給付外の診療行為であり、保険診療中に保険外診療が入り込むことを禁止する法規は存在しないと主張し、Yを被告として処分の停止を申し立てた。

【判旨】

申立認容（保険指定取消処分は、本案判決が確定するまで執行停止）。被申立人が主張するのは、「保険診療を続けながら、患者との自由な契約に基づいて医療サービスを提供した場合に療養担当規則第5条所定の一部負担金以外の金員を受領することは許されない。この例外は、上級の病室を使用した場合と、貴金属を使用して歯科治療を行った場合の2つのみ」といった見解であるが、これらはいずれも健康保険法・療養担当規則等関係法令の文言上明定されていないのみならず、療養の給付とは、制度の趣旨から考えて、疾病・負傷に関して行われる諸々の医療サービスのうち、治癒のために通常必要とされるものに限られるのではないか（それ以外の医療サービスについては、保険医療機関と被保険者との間の自由診療契約の対象となしうる余地があるのではないか）との疑問が残る等々のことから、いま直ちに被申立人の主張に賛同するには躊躇が感じられ、その当否についてさらに本案で審理を遂げる必要がある。

裁判資料には「混合診療」という言葉こそ使われていないが、申立人の歯科医師がブラッシング指導等5項目の行為を行い、一部負担金を超えて相当額の金員を徴収していたことは、紛れもなく

「混合診療」である。そして、この行為を被申立人（県）は「同条所定の一部負担金を超えて金員を受領することは許されない」、つまり「療養担当規則第5条に違反する」と主張したが、裁判所は「法令の文言上明定されていない」としてこれを容れず、「療養の給付は通常必要とされるものに限られるのではないかと疑問が残るとの判断を示している。さらに、「それ以外の医療サービスについては…自由診療契約の対象となしうる余地があるのではないかと、つまり保険診療と自由診療を組み合わせても（混合診療となっても）認められるのではないかと、と言及している。

[判例1] からわかることを整理すると、まず①裁判所は当時（1984年6月）、「混合診療を禁止することを明定した法令はない」という判断を示した（療養担当規則第5条の規定は「混合診療」をも禁止するものではないという点を含む）。そして、②裁判所は事実上、「混合診療は法的に認められるのではないかと」という点を提起したのである。

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

（1989年1月23日・東京地裁判決）¹¹⁾¹²⁾

まず、「事実の概要」と「判旨」は次のとおりである。

【事実の概要】

原告X（患者）は1985年10月頃から訴外A（歯科診療所）で、自由診療として、金属床を用いた義歯の作成を含めた「欠損補綴治療」を受け、その費用として20万円を支払った。この20万円は、補綴時診断、印象採得等10の治療行為に対する報酬と金属床の材料費からなっていた。しかしXは、金属床の材料費は保険給付の対象外であるとしても、治療行為部分については全て保険給付の対象となるものであるのに、被告Y（厚生省）は何ら適正な根拠もないのに「混合診療禁止」の行政指導を行っていたため、給付を免れたとして、Yに対して不当利得の返還あるいは本件行政指導の違法を理由とする損害賠償を求める訴えを提起した。

【判旨】

請求棄却。被告は、本件行政指導の根拠として、療養の給付として給付される療養は一連のものであるとか混合診療の禁止ということを主張しているが、このようなことを直接に定めた規定は健保法にも療担規則にも存しないし、差額徴収を認めていた時代もあること等からすれば、このような考え方は必ずしも絶対的なものとはいえない。しかし、1984年の健康保険法等の改正で特定療養費制度が設けられた趣旨は、1955年に始まった歯科領域における差額徴収の取り扱いを法上に明確に位置づけ、適正な規制の下に運用しようとしたものである。したがって、同制度が新設された後は、保険診療と自由診療とが混在する混合診療として法が許容するものは特定療養費の支給の対象となる療養に限られると解するのが相当であるから、本件治療が行われた1985年10月当時の健保法、療担規則、点数表等に基づく健康保険制度の下では本件行政指導は適法なものであると解される。

被告である厚生省はもちろん、「混合診療禁止の行政指導」には法的根拠がある旨主張している。それは、①「療養の給付」と「健康保険の診療」、②現物給付としての「療養の給付」の不可分性、

③健康保険法の趣旨及び委任規定、④療担規則の定め、の4つのポイントに分けて論理構成がなされている。

このうち、②と④のなかで、法律等には明記されていない「混合診療禁止の法的根拠」が次のように説明されている（この厚生省の主張と、そのあとの裁判所の理由説明はやや長い引用となるが、重要な点を多々含んでいるので、削除箇所は最小限にとどめた）。

②現物給付としての「療養の給付」の不可分性

健康保険法の定める保険給付の原則は、法43条で定める「療養の給付」であり、「特定療養費の支給」（法44条）及び「療養費の支給」（同条の2）は、「療養の給付」を補充するものと位置づけられる。そして、右「療養の給付」とは、傷病の治癒を目的とした一連の医療サービスの給付であり、不可分のものとしての現物給付なのである。

「療養の給付」の制度とは、被保険者がその疾病、負傷等の保険事故につき、定められた「一部負担金」さえ支払えば、それ以外の負担を必要とせずに、傷病の治癒のために必要な一連の医療サービスの給付を保障されるというものであり、その一連の医療サービスを構成する個々の医療行為を個別に取り出して、それぞれ独立に給付することは予定されていない。仮に、これが認められるとすれば、本来保険給付される一連の医療サービスの中から、それを構成する医療行為の一部のみを取り出して自由診療（保険給付外診療）の対象とすること、すなわち、原告主張のように、健康保険の診療と自由診療とを混在させることが可能となるのであるが、このような混在は、療養の給付の制度上認められない。なぜなら、これを認めるとすれば、被保険者は、定められた「一部負担金」のほかに自由診療についての費用の負担を余儀なくされ、自己の傷病についての診療に関し医療機関と対等な立場において合意することが困難な患者として、極めて不安定な状況に置かれることになるのであり、定められた「一部負担金」さえ支払えば、それ以外の負担を必要とせずに、傷病の治癒のために必要な医療サービスの給付が保障されるという制度の趣旨が没却されることとなるからである。したがって、「療養の給付」を担当した保険医療機関に対して保険者が支払う報酬の額は、右一連の医療サービス全体に対する報酬額であり、その報酬額を算定するために定められている点数表も、右一連の医療サービスを全体として評価することを目的としており、一連の医療サービスを構成する個々の医療行為に対する報酬を個別に規定しているものではない。

④療担規則の定め …略…

(3)保険給付外診療の位置づけ

療担規則は、保険医として健康保険の診療を開始した者が、自由診療として療養担当規則18条及び19条の禁止する療法等（以下「特殊療法等」という。）をなすこと、すなわち、保険医の当該患者に対する診療（傷病の治癒を目的とする一連の医療行為）に健康保険の診療と保険給付外診療である自由診療とを混在させること（以下「混合診療」という。）を禁止していると解すべきである。なぜなら、療担規則18条及び19条は、療担規則が療養の給付を健

健康保険の診療という傷病の治癒を目的とした一連の医療行為として据えていることを前提にして、右一連の医療行為の過程において特殊療法等がなされることを禁止しているところ、右一連の医療行為のうちから特殊療法等の部分のみを取り出して自由診療としたとしても、全体として眺めれば健康保険の診療の過程に特殊療法等がなされていることに変わりはないのであり、かかる便法を認めたのでは右禁止の趣旨が潜脱されることになるからである。療担規則18条及び19条における禁止の趣旨が右のとおりであることは、昭和59年の改正により明確にされた。すなわち、昭和59年に「特定療養費」の制度が導入されたことに伴い、療担規則18条但書、19条2項但書及び3項が新たに付け加えられたのであるが、右改正は、「療養の給付」としては支給されない診療行為（保険給付外診療）のうちの一部が、健康保険の診療との混在を前提として「特定療養費」の対象とされたことに伴い、右「特定療養費」の対象となる保険給付外診療行為について療担規則18条及び19条の禁止を解除する必要があったためになされたのである。仮に、改正前の療担規則18条及び19条の禁止の趣旨が自由診療として保険給付外診療行為をなす場合に及んでいなかった（すなわち右の混在を許容するものであった）ならば、「特定療養費」の制度が新設されたからといって療担規則18条及び19条を改正する必要はなかったのであり、右改正がなされたということは改正前の療担規則18条及び19条が自由診療としてであっても保険給付外診療を健康保険の診療と混在させることを禁止していたことを意味するものである。

こうした被告の主張に対して原告側は、「被告は、かつて昭和30年から同51年までの間、歯科材料の差額徴収を認めていた。従前このような運用をしながら、なぜ現時点において、保険診療と保険給付外診療との混在は法によって禁止されていると主張するのか、極めて不可解である。混合診療禁止に根拠がないことは明らか」と反論している。付け加えれば、厚生省は、「混合診療は、昭和59年の改正前から、療担規則18条及び19条によって禁止されている」と主張しているが、そうであるならば、昭和32年に療担規則が制定されたことによって混合診療は禁止されたことになるので、この昭和32年から歯科の差額徴収が通知によって廃止された昭和51年までの間、療担規則で「混合診療は禁止」しながら、行政指導では混合診療を認めていたことになる。つまり矛盾が生じるのである。

しかし裁判所は、混合診療禁止の行政指導を「適法」と判断した。なぜ適法と判断したのかについて、裁判所は次のように説明している。

…法及び療担規則上、混合診療が明示的に禁止されていないことから、また文理上及び論理上の解釈から、直ちに法及びその委任に基づく療担規則がこれを許容していると解することは相当ではない。…

…当裁判所は、原告が本件歯科治療を受けた昭和60年10月当時の法、療担規則、点数表等に基づく健康保険制度の下では、欠損補綴の治療行為に保険給付外の金属床を用いた以上、欠損補綴を構成する治療行為はすべて「療養の給付」の対象とならず、その理由としてとられている「混合診療禁止」の解釈は、健康保険法及び療担規則の解釈として正当なもの

であり、かつ、法の委任を受けて厚生大臣が「療養の給付」の具体的内容を定めるにつき、「傷病の治癒を目的とした一連の医療行為」をその単位として定めることは、現行健康保険法の趣旨に適合するものであり、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であると判断する。

その理由は、以下のとおりである。

(1)特定療養費制度の新設と混合診療の禁止>

…従前の差額徴収制度及び現行の特定療養費制度は、実質的に見れば、一種の保険診療と自由診療とが混在する形態ということができるところ、前記認定の差額徴収治療の沿革及び特定療養費制度新設の趣旨、特に、現行の特定療養費制度は、その対象が健康保険法上、中医協に諮問の上で厚生大臣が定める療養に限定され、健康保険法、療担規則に基づき従前の差額徴収制度の弊害が生じないように適正な運用が図られるようになったことに鑑みれば、右特定療養費制度新設後の健康保険法の解釈としては、保険診療と自由診療との混在する混合診療は、特定療養費の支給の対象となる療養に限られると解するのが相当であり、混合診療を、従前の差額徴収制度の弊害を生じさせないような仕組みのない、一般の「療養の給付」の対象となる療養についてまで広く認めてはいないと解すべきである。…

(2)健康保険制度の目的と混合診療の禁止>

…現行健康保険法が採用した原則的給付形態は「療養の給付」であり、医療サービスそのものの現物給付であるから、これを前提として給付水準の維持、向上と給付の公平を図るためには、「療養の給付」の対象となる療養を規格化、標準化、定型化してこれをあまねく実施し、健康保険財政の安定を図りつつ「療養の給付」そのものの水準を上げてゆくとともに、右の標準的な給付の対象とすることはできないが国民的需要の高い医療については、別途、特定療養費制度等により補充してゆくほかはない。その場合、混合診療は、それ自体健康保険制度の目的と絶対に相容れないものとまではいえず、施策の選択の問題であるが、少なくとも特定療養費制度新設後は、それが法の目的を実現するために適当ではないものとして、法は、「療養の給付」の中での保険給付外診療との混在は認めないとの方針を明確にして採用したものと解せられる。

本件において、金属床を使用する限り、レジン床の場合とその外形上もしくは範疇上大差ないものと認められる医療行為を、すべて保険給付外とする本件行政指導に基づく取扱いは不公平であるとする原告の主張は理解できなくはないが、これを認めるとすれば、その限りで右の不公平感は解消されるとしても、前認定の差額徴収時代に見られたより大きい弊害を再び招く危険があり得る上、それによる費用の増加は、結局健康保険の財源に影響せざるを得ないことが明らかである。現行法は、これらを総合考量の上、法が自ら差額徴収の取扱いに代えて特定療養費制度を導入し、その対象範囲を行政庁の適切な裁量判断に委ねたものと解せられ、そうである以上、原告指摘のような局部的に不公平感を伴う扱いが生ずるとしてもやむを得ないといわざるを得ない。のみならず、法の委任を受けた行政庁（具体的には厚生大臣）は、健康保険行政を運用し、統括する行政主体として、前記中

医協の審議、答申を踏まえつつ、法の趣旨、目的に則り、「療養の給付」の範囲、内容、更には混合診療が禁止される「療養の給付」の対象となる療養の単位についての具体的な定めをなす権限を有するものと解すべきである。したがって、行政庁の前記法の趣旨、目的を実現するために有効な方策として、規格化、標準化、定型化された「療養の給付」の内容を具体的に示すに当たり、「傷病の治癒を目的とした一連の医療行為」が一つのユニットとして分断されることなく保険給付されるべきものとし、「混合診療」排除の法の解釈を具体的に示した本件行政指導は、法の目的に反するものとはいえず、むしろ、被保険者に一定水準の標準的な内容の医療を保障するという法の趣旨に沿うものと解すべきである。

判例2でも裁判所は、「(健保)法及び療担規則上、混合診療の禁止が明示されていない」、つまり「明文上の法的根拠は存在しない」と言っている。しかし、だからといって混合診療は認められているということではなく、これまで問題とされてきた差額徴収を規制する趣旨で特定療養費制度が設けられたことから、少なくとも特定療養費制度新設後はそれ以外の保険給付外診療との混在は認めないとの方針を明確にした、という見方を示している。

つまり、「混合診療の法的根拠」についての解釈は、被告である厚生省と裁判所とで違うのである。厚生省は、1957(昭和32)年に制定された療養担当規則第18条・第19条の「特殊療法等の禁止」がその法的根拠であるとしているが、裁判所は、1984(昭和59)年に改正された健康保険法第43条・第44条等の「特定療養費制度」をその根拠だとしているのである。

判例2からわかることを整理すると次のようになる。

①厚生省は、1957年に制定された療養担当規則第18条・第19条の「特殊療法等の禁止」によって混合診療は禁止されたと主張した。

一方、②裁判所は「混合診療の禁止についての明文上の法的根拠は存在しない」という判断を示した。

しかし、③裁判所は「混合診療の禁止は法的に明示されていなくても、1984年の特定療養費制度によって実質的に禁止されることになった」との判断を示した。

V. 新しい費用負担ルールの可能性

2つの判例から導き出される答えは以下のようなものである。

まず、判例1・判例2とも、厚生省がいう「療担規則第18条・第19条の特殊療法等の禁止が混合診療の禁止の法的根拠」だとする主張を、「法上明定されていない」として退けていることから、法的根拠が「あるか・ないか」という点では、裁判所が言っているように、明確でないと理解するのが自然である。

次に、判例2では、特定療養費制度創設後の、「一連の医療行為をユニットとして混合診療を排除する」とした厚生省の行政指導の有効性について、差額問題適正化と一定の医療水準担保の観点から妥当であるとの判断が下されたことである。

そして最後に重要なことは、判例2で、「混合診療は、それ自体健康保険制度の目的と絶対に相容れないものとはまではいえず、施策の選択の問題である」とし、「国民的需要の高い医療については、別途、特定療養費制度等により補充してゆくほかはない」と、混合診療の可能性に道を閉ざしていないことである。とくに、「局部的に不公平感を伴う扱いが生ずるとしてもやむを得ない」という苦しい判断は、「健康保険財政の安定」と「国民の不公平感」をハカリにかけながら、少しずつ「水準を上げてゆく」作業を厚生省に課しているともとれる点は注目すべきである。原告には気の毒だが、判決が出ておよそ7年後には金属床の総義歯が特定療養費の給付対象に追加されており、裁判で争う価値は十分にあった事例ということができる。

「一連の診療行為の法理」を拠り所とした「混合診療の禁止」という原則は、皮肉にも特定療養費制度という「混合診療の一形態」によって形骸化しつつあるといっても過言ではないのかもしれない。この点について、弁護士の近藤恵嗣氏が、「患者に別個に費用を負担させることは現物給付制度においても可能である」「現物給付制度のもとでは保険外診療は認められないとする考えは誤りである」¹³⁾という見解を示している。「規格化、標準化、定型化」された療養の給付が多様化し高度化した患者ニーズに応えきれていないのだとしたら、近藤氏が言う「別個の費用負担」ルールを保険制度に組み込むことによって解決の糸口を見出すのも有力な選択肢とはいえないだろうか。

[第2章 引用文献]

- 1) 広井良典編著『医療改革とマネジドケア』東洋経済新報社、1999.6.24 P.174
- 2) 広井良典『医療保険改革の構想』日本経済新聞社、1997.1.20 P.116-119
- 3) 岡光序治編著『社会保障行政入門』有斐閣、1994.9.20 P.77-78
- 4) 社会保険診療研究会『医師のための保険診療入門'99』薬業時報社、1999.8.10 P.34
- 5) 朝日新聞、1999.7.29朝刊>
- 6) 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 P.213
- 7) 広井良典『医療保険改革の構想』日本経済新聞社、1997.1.20 P.23
- 8) 広井良典『医療保険改革の構想』日本経済新聞社、1997.1.20 P.116-119
- 9) 『判例タイムズ』No.534 1984.11.1 P.157-160
- 10) 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 P.31-33
- 11) 『訟務月報』36巻12号 1990.12 P.2179-2210
- 12) 判例大系刊行委員会編『社会保障・社会福祉判例大系第2巻 医療保障・医療問題』労働旬報社、1996.12.20 P.66-69,102-113
- 13) 近藤恵嗣「特定療養費制度の概要と問題点（中）」『社会保険旬報』No.1512 1985.8.1 P.36

[第2章：参考文献]

1. 二木立『「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期』勁草書房、1994.11.25
2. 二木立『医療経済学』医学書院、1985.8.1
3. 二木立『90年代の医療と診療報酬』勁草書房、1992.10.15
4. 二木立『日本の医療費』医学書院、1995.11.15
5. 広井良典『日本の社会保障』岩波書店、1999.1.20
6. 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
7. 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
8. 二木立、西村周三「対談 日本の医療と経済」『からだの科学』日本評論社、1992年5月号 P.7-17
9. 田中滋「混合診療に強く反対する理由（インタビュー）」『日経ヘルスケア』、1996年10月号 P.36-38
10. 田中耕太郎「ドイツ第3次医療保険改革に見る医療費負担の方向性（下）」
『社会保険旬報』No.1975 1998.2.21 P.26-30
11. 菅野良司「低用量ピル解禁 医療保険は適用除外 患者に医師選ぶ責任」読売新聞、
1999.6.4 朝刊19面

第3章

医療現場における保険外負担の実態

これまでは保険給付と保険外負担の歴史的な経緯と、いわゆる混合診療禁止の法的根拠について検証してきたが、保険給付と保険外負担の関係については基本的なルールがないことが明らかになった。ルールが不明瞭であることから、医療現場はおそらく混乱していることが予想された。そこで、医療現場における保険外負担の実態、および保険外負担に対する医療機関の認識はどうなっているのかを明らかにするため、医科、歯科それぞれについてヒアリング調査およびアンケート調査を行ったので、本章ではその結果を紹介する。

まず医科については、(株)日本医療事務センター業務指導推進部の協力を得て国立病院1件、県立病院2件、市立病院3件、医療法人5件に対するヒアリング調査を行った。また、医師20名(開業医・勤務医)に電話および対面にて匿名でヒアリングを実施した。匿名としたのは、保険外負担の実態をできるだけ正確に把握したかったからである。

「一部負担金以外に患者に保険外負担を求めているケース、混合診療と思われる事例を挙げてほしい」と質問したところ、国立病院以外の各医療機関より、患者から保険外負担を徴収しているさまざまな事例、具体的な項目および金額について回答が得られた。これらを第1章の図1に基づき、保険外負担の性格の違いによって分類しその問題点を探った。

I. 算定を認められていない医療材料の実費徴収が大半

保険外負担の回答事例は、その大半が一部負担金に加えて医療材料等の実費を徴収する割増金徴収（狭義の保険外負担）に該当するものであった。医療機関側は徴収の理由として、診療報酬点数表で定められた点数が実際にかかるコストと比較して「見合わない」ことを挙げるところが多かった。こうした医療材料費への不満は、(1)「材料」と「技術」を一体とした包括評価、(2)材料の使用に一定の制限（回数・個数）があること、の2点に集中している。

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

表2の回答事例の共通項は、診療報酬点数表の解釈で「～は所定点数に含まれる」「～は別に算定できない」と規定されている包括点数に対し「実情に見合わない」「まかなえない」といった不満が保険外負担徴収の要因となっていることである。

医療材料の包括化は、「薬剤・検査の適正化」が始まった平成6年の診療報酬改定以降次々と実施され、最近の改定時には必ず何らかの追加が行われている。ある病院事務長によれば、診療報酬改定時には新設点数よりも先に何が締め付けられたのかをチェックするというほど現場サイドでは無視できないものとなっている。確かに最近の改定ではわざわざ患者の検査衣まで「包括されている」と明文化されるようになったが、その原因として、医療機関があれこれと名目をつけて安易に実費徴収しているからだと指摘する病院経営者もいた。

事例を見ると処置材料費を実費徴収しているケースが多い。ある病院では窓口で徴収せずに院内の売店で購入するよう患者に指示していたり、カルテには鉛筆で記し窓口では保険請求分と処置材料の実費を分けて清算するなどしており、狭義の保険外負担の代表格として常態化しているようだ。

処置材料費の包括化については、「状態によってはどう見ても処置料に見合わない患者さんもいる。その場合だけでも実費分をもらえないかとの意見が看護部門から出たが、点数表のルールを説明するのに苦労した」という話を病院関係者から聞くことができた。このことは包括化への不満が医療従事者末端にまで広がっていることを示すと同時に、包括点数がどのような根拠に基づいて決定されているのかが見えない点も不満を増幅させる要因となっている。

B 患者の医療材料費負担が常識となっている在宅医療

在宅医療における材料費はすべて点数に含まれるとされているため、本来、患者から実費を徴収することは認められていない。

「在宅療養管理料の一般的事項」

12 在宅療養指導管理（加算における保険医療材料使用時を含む。）に用いるアルコール等の消毒薬、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、バンソウ膏等）、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は、所定点数に含まれているため、当該保険医療機関が患者に支給すべきものであり、別に算定できない。（平6.3.16・保険発25）

表2 狭義の保険外負担の事例①

	診療科	項目	設置主体	事 例	徴収理由（判明分のみ）
1	共通	入院料	医療法人	種々の雑費に充てるため、一般病床の入院患者から「施設利用料」（1,000円／日）を一律徴収	一般病床のアメニティを充実するには入院料（入院環境料165点／日）だけではまかないきれない
2	内科	入院料	市立病院	療養型病床群入院医療管理料にはすべてが包括されているが、処置で使用した薬剤は（軟膏等1回当たり数十円～数百円）は実費負担	管理料のみではまかないきれない
3	共通	入院	医法	冷暖房費（50円/日）を徴収	入院料ではまかないきれない。
4	共通	入院料	市立病院	ねまき、シーツ、枕、枕カバー、スリッパ、タオルをセットで患者と業者に直接やりとりをさせている	
5	産科	看護料	県立病院	生母の入院に伴う新生児介補料（28日未満除く）は患者負担。10,500円	新生児（生後28日未満を除く）を介補する保険点数が低い
6	共通	処置料	医療法人	伸縮性包帯及びガーゼ、綿球等はすべて実費徴収	衛生材料は各処置料（最低420円）に包括されているがまかないきれない
7	共通	処置料	県立病院	ガーゼは実費を徴収。900 c m ² 切込あり 17.5円、切込なし 10円	
8	外科 整形	処置料	市立病院	外傷処置時のストックネット（伸縮性包帯）は実費徴収	処置料（最低420円）ではまかないきれない
9	整形	処置	医療法人	ストックネットは実費徴収。1 m100円（消費税別）	
10	眼科	処置	医法	カッペや片眼帯は自己負担。190円	感染予防のため、点数が低い（25点）
11		処置	市立	ポリネック、キャッチャーマスク、眼帯	
12	整形外科	処置料	市立病院 ほか	骨折患者等へ使用する三角巾は実費請求（市立病院；250円、医療法人；180円、県立病院；220円）	
13	整形外科	処置料	医療法人	足関節捻挫絆創膏固定時の絆創膏代を実費請求	
14	放射線科	処置料	県立病院	放射線治療時に使用する材料や薬剤のうち保険請求できないものは実費徴収。器具等挿入時の麻酔剤（キシロカイン注射液1%10ml・132円）等	
15		処置料	市立病院	消炎鎮痛処置の腰部固定帯加算で算定できないときのトシコバンド	
16	整形外科	処置料	市立病院	腰椎バンドは腰部固定帯加算対象であっても患者に全額実費請求（3,500円～）	患者の状態にあわせたよい材料と考えている腰椎バンド単価が保険点数（230点）よりも高いため
17	整形外科	処置料	医療法人	腰部固定帯加算に準じて算定できる場合でも、コルセットやサポーター類は患者に全額実費請求	患者の状態にあわせたよい材料と考えているコルセット等の単価が保険点数（230点）よりも高いため
18	整形外科	処置料	県立病院	腰部固定帯加算に準じて算定できる場合でも、頸部、胸部又腰部コルセットは患者に全額実費請求	患者の状態にあわせたよい材料と考えているコルセット等の単価が保険点数（230点）よりも高いため
19		処置	県立	バルンカテーテル；700円、3,000円	
20	共通	手術料	県立病院	手術時のナイロン糸以外の特殊縫合糸は、患者に口頭で了解を得て実費徴収	1本単価1,000円前後。胸部外科大手術の例では30本使用される場合がある。手術料から糸代30,000円が消えてしまうことにどうしても納得がいかない

21	整形外科	手術料		腰椎椎間板ヘルニアの経皮的髄核摘出術（8,030点）で、ディスクの手術器械代を使う場合（約10万円）は患者負担とすることが多い	
22	共通	処置料	市立病院	入院中患者の外泊時、退院時または外来患者が持ち帰るものは定価で実費徴収（例）カテーテル類、カテーテルトップ、ドレーンバッグ、デオアクティブ、コムフィール、吸入用注射器、ガーゼ、バンソウ膏、綿棒・綿球、テープ、生理食塩水（膀胱洗時使用等）、SMAミルク、浣腸器、ガラスコップ、三角巾、テガダーム等	自宅持ち帰り分は保険算定できないため
23	共通	処置料	市立病院	入院中患者の外泊時若しくは退院時または外来患者が持ち帰る次のは定価で実費徴収例）栄養カテーテル、カテーテルトップ、ドレーンバッグ、デオアクティブ、吸入液注入用注射器、ガーゼ、ばんそうこう、綿球、テープ、膀胱洗浄用生食他	自宅持ち帰り分は保険算定できないため
24	共通	処置料	市立病院	退院時持ち帰り分は実費徴収例）ガーゼ、綿棒、克蘭ベリージュース、鼻マスク等	
25	共通	処置料、在宅医療	市立病院	在宅医療持ち帰り・手渡し材料分は実費徴収例）点滴栄養チューブ、延長チューブ（ET-I1000、ニトロ口用）、注射器（20ml、10ml）、ピンク針（18G）、ディスク浣腸器、吸引カテーテル（10Fr）、気切ガーゼ（Yガーゼ2枚入）・小当てガーゼ2枚入ほかガーゼ類すべて、滅菌綿棒（小・中・大）、口腔用綿棒、ギベック人工鼻、サクラメン手袋（ゴム手袋）等	
26	共通	在宅医療	医療法人	在宅医療持ち帰り材料を実費徴収例）口腔用吸引チューブ10本（@180円）、ギベック人工鼻（Hument Vent；@948円）、気切用ガーゼ5枚（カニューゼ；300円）、テルモ吸引カテーテル10F（@60円）、経腸用イリゲーター（@1080円）、エンシュア、マスク、滅菌精製水	
27	共通	処置料	医療法人	退院時に持ち帰る次のものを、退院時に実費徴収例）ガーゼ、テープ、テガダーム、導尿用セルフカテーテル等	自宅持ち帰り分は保険算定できない。退院後に使用するものなのだから自由診療にはいるのではないか
28	泌尿器科	在宅医療	医療法人	在宅患者から自己導尿用のカテーテル（700円/本）を実費請求	
29	共通	検査料	県立病院	患者が検査等で病衣を使用した場合、使用料（790円）を徴収	入院患者と同様の病衣を使用。洗濯代がかかる
30	共通	検査	医法	検査時のガウン使用料（70円）は実費	
31	内科	検査料	医療法人	検査に使用する尿量計（1,200円）は実費請求	尿量測定は診察料に包括されており、また尿量計は特定保険医療材料ではない。しかし実施するたびに尿量計代1,200円+α（検査にかかる手間賃等）が発生する。一銭も算定されないのに検査を行うたびに大きく持ち出しとなることに納得いかず単価がはっきりしている物品代のみ保険外負担として患者に実費請求
32	共通	検査料	医療法人	自動血圧計使用時1日につき1,000円徴収	非観血的連続血圧測定（100点）の算定条件にトノメトリ法により麻酔に伴って実施した場合に限り算定できる（平8.3.8・保険発21）とあり、該当しない機器を使っている場合は基本診療料に包括されることになり全く算定できない。機器の減価償却のためやむを得ず
33	リハビリ科	リハビリテーション料	医療法人	老人デイ・ケアサービスの患者全員から昼食代（1,200円）を徴収	6時間以上の老人デイケアの場合、食事提供が前提で実費請求はできない。一方、4時間以上6時間未満の場合は、老人デイケアの時間外に患者の求めに応じて提供した場合は実費が請求できる（平成10年3月25日日本病院会ニュー561）。患者から不公平だという苦情が出たため全員に負担を求めようになった
34	精神科	専門療法	医療法人	カウンセリングを行った場合は2,000～4,000円実費徴収。薬剤等は保険請求	カウンセリングを含むとする保険点数（70点；心身医学療法1回につき）ではとてもみあわない

点数表にも「療養管理に用いるすべての材料費等が（点数に）含まれる」とあるが、実態は、医療材料の実費徴収が公的病院から民間病院まで広く行われていた（表2の事例22～事例28）。患者からの実費徴収について、行革推進本部規制緩和委員会「医療分野における規制緩和の動向」には次のような指摘がある。

「現行の制度の下では、訪問看護において使用される器材や衛生材料については主治医の行う医療行為に含めて評価されているため、……訪問看護婦が必要に迫られて膀胱留置カテーテル等の特定保険医療材料や滅菌ガーゼ等の衛生材料を自ら調達し、患者に提供する場合に、実態上、患者の自己負担が生じる場合がある」（「在宅医療に係る規制・手続きの見直し」行政改革推進本部規制緩和委員会平11.3.30）

事例22～事例28は、この指摘を裏付けるものといえる。

たとえば上記指摘にある膀胱留置カテーテル患者の場合、在宅自己導尿指導管理料の算定は月1回1,800点で、受診時の導尿・膀胱洗浄処置料カテーテル費用は所定点数に含まれる（間欠導尿用 Disposableカテーテルを使用した場合は600点加算）。膀胱留置カテーテルに係る材料費は、カテーテル（700円/本）、ドレーンバッグ（入院患者とほぼ同様の500～600円）、および膀胱洗浄用生食等でこれらは週に1回程度交換が必要といわれるので訪問のたびに材料費が1,500円程度かかってしまう。当然訪問看護指導料530点の枠内でカバーするのは無理であるから、ステーションとしての採算性を考慮して患者に実費負担を求めることになる。

しかし、在宅医療を専門とする医療関係者によれば、一見保険がきかないと思われる医療材料でも、医師が処方箋を発行するなど請求方法によっては保険給付されるものもあり、患者から実費徴収しなくても十分まかなえる点数だという。ただ、比較的新しい点数ということもあり、こうした手法が現場にはまだ十分知られていないのではないかと指摘する。別の関係者によれば、設置主体が異なる訪問看護ステーションに訪問看護指示書を出した場合、衛生材料は依頼先の訪問看護ステーションが持ち出すケースが多いため、訪問時の交換で必要となるカテーテル類は依頼元の医療機関の負担であらかじめ患者宅にまとめて置いておくべきだと指摘している。

医療材料の実費徴収では、退院時に「持ち帰るものは実費徴収」という事例も多かった。いずれにせよ、医療機関ひいては患者に経済的負担を課すような仕組みでは、ようやく芽吹いた「第3の医療」の崩壊にもつながりかねない。よく「在宅医療は安価な医療」といわれるが、在宅医療に携わる現場の医療関係者は、「慢性安定期の患者の場合は月6～8万円の医療費だが、ガン末期患者などは月50万円以上かかる。このところ急増している重症患者は月平均20万円弱で決して安くはない」という。在宅療養者と家族には医療にかかる経済的負担に加えて介護に伴う負担も課されている。療養に要する費用負担の仕組みに問題がないか早急に検討を行い、施設療養と比べて見劣りのしないシステムが必要である。

C 新技術を採用しても評価が低い

手術材料の実費徴収は金額が大きい点が注目された。表2の事例20の特殊縫合糸代を患者から徴収している県立病院の職員は徴収に至る背景を次のように説明する。

「特殊縫合糸は平成5年4月の点数改定までは都道府県購入価格で算定できた。しかし、同年の改正で5,000円ルールができ実質的に算定できなくなった。言い換えれば手術の手技料には5,000円の

特定保険医療材料費が含まれるとされ、その分を配慮した点数改正とされたが実質的な配慮はなされなかった。その後、平成8年4月の改正では5,000円ルールも廃止され、手術材料は手術料に含まれるとされたため、特殊縫合糸は点数上若干の配慮だけで消えていったことになる。

しかし、特殊縫合糸は大きな手術では多数使用する。1本単価は1,000円前後で、胸部外科大手術の例では30本使用することもあり、手術料から糸代だけで30,000円が消えてしまうことになる。どうしても納得がいかず、いまは保険のきかない材料として患者さんに実費負担をお願いしている」

また、手術材料に関して別の病院経営担当者は次のように話している。

「手術にかかる材料費を患者負担としているところはかなりある。その気持ちは十分わかる。当院は病院の持ち出しだが納得いけないと思うことは多い。たとえば腹腔鏡下の胆摘手術（腹腔鏡下胆嚢摘除術）。材料費だけで通常10万円ぐらいかかる。技術料から10万円が消えてしまうのだから。腹腔鏡下手術を実施している病院のうち半数は患者に材料費負担を求めている」

手術材料費の実費徴収は常態化しているとも取れる指摘である。手術料に材料費が包括されている点数は多いが、事例を見るとこうした不満は新技術を採用した場合に多いことから、「新技術を採用しても評価が低い」という不満が根底に潜んでいると思われる。

たとえば腹腔鏡下の胆摘手術について検証してみる。手術料は19,500点（レーザー照射を行った場合は500点加算）と高点数ではあるが、そのうち5割以上を材料費が占めている。都内の医療法人の一例では包括されている材料費の内訳は下記のとおりであった。

腹腔鏡下の胆摘手術例

（平成11年11月の医療法人立病院での手術例）

<科名>外科	<患者名>△川×夫	年齢	62歳	性別	♂
<主病名>胆石症	<手術>腹腔鏡下胆嚢摘除術	併用手術	なし		
<手術時間>1時間18分(開始10:19~11:37終了)	時間外	なし			
<麻酔>閉鎖循環式全身麻酔	2時間57分	併用麻酔	なし		
<医師>術医 1名、助手医 2名	<看護婦>直接介助 1名、間接介助 1名				
<特定保険医療材料算定分>	1,880円				
・膀胱留置バルーンカテーテル2管一般(II)	1,130×1				
・セイラムサンプルチューブ	750×1=750				
<技術料に包括されるもの>	96,494円				
・エンドパスダイレイトロッカー 5mm355LD	(12,500×3=37,500)				
・エンドパスダイレイトロッカー12mm512SD	(14,300×2=14,300)				
・エンドパスシールキャップ	MS512(1,200×1=1,200)				
・リガクリップ	ER320(27,000×2=27,000)				
・エンドキャッチ10	173050(16,000×1=16,000)				
・ステリストリップ	R1547(334×1=334)				
・デルマポアドレッシング	11992(40×4=160)				

開腹による胆摘手術例

(平成11年9月の某市立病院での手術例)

<科名>外科Ⅰ	<患者名>○川△男	年齢 56歳	性別 ♂
<主病名>胆石症			
<手術>開腹胆嚢摘除術 併用手術 Tドレーン留置			
<手術時間>1時間50分(開始 9:55~11:45終了) 時間外 なし			
<麻酔>閉鎖循環式全身麻酔 3時間15分 併用麻酔 なし			
<医師>術医 1名、助手医 1名 <看護婦>直接介助 1名、間接介助 1名			
<特定保険医療材料算定分>7,130円			
・バルーンカテーテル膀胱留置カテ2管一般(Ⅱ)1,130×1			
・ペンローズドレーン		1,100×2=	2,200
・セイラムサンプルチューブ		750×1=	750
・ネラトンカテーテル No.5		250×1=	250
・T字ドレーンⅡ 5.0		2,800×1=	2,800
<技術料に包括されるもの>740円			
・G ボトル		740×1=	740

一方、従来の開腹手術では包括材料費はどれぐらいの割合を占めているのだろうか。某市立病院での手術例を参考に検証してみる。

開腹手術料は12,100点で、この資料によれば包括される材料費はわずか740円である。先端技術がいかに材料費を要するかがわかると同時に、各々の手術手技への評価である正味の「技術料」(保険点数から材料費を控除した全額)は実際には腹腔鏡下の胆摘手術が98,506円であるのに対して、開腹手術料は120,260円であることがわかる。

さらに、入院費や医薬品費等を加えた総入院医療費を算出すると次ページのデータが示すように約23万円の開きが生じる。

つまり結論からいえば、腹腔鏡下手術は開腹手術に比べて患者にとっては①2週間以上早く社会復帰でき、②一部負担金も健保本人で約4万6,000円少なくて済むというメリットがあるのに加えて、保険財政面でも1件当たり約20万円の医療費削減効果をもたらしているのである。

開腹による胆摘手術例^{△R} (平成11年9月の某市立病院での手術例)

「医療技術への評価が低い」とは常に医療機関側の意見として出るところだが、「安くて良い先端医療」を普及させるという意味では、現行の腹腔鏡下の胆摘手術料は決して魅力的とはいえない。

術式による入院費の比較

	入院日数	入院費総額
腹腔鏡下	8日	51,193点
開 腹	26日	74,906点

データは、『図説 処置、手術と保険請求のすべて』(保険医療材料研究会、平成8年10月発行)掲載の単独症例

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

表3は表2と同様に狭義の保険外負担に該当するものである。点数表では材料の使用に一定の制限が設けられているが、徴収理由に見られるように「一定の制限はあっても必要だから使用した。単価が高いので病院の持ち出しにできず」やむを得ずはみ出し分を患者から徴収している事例である。

事例を見ると薬剤をめぐる超過徴収が多い。今回ヒアリングを行ったうち、国立病院以外の全医療機関から、医薬品と検査に関しては「保険外負担の徴収あり」との回答があった。生の声を紹介すると、「薬と検査に関しては保険外負担の事例を挙げればきりがない」「薬・検査の保険外負担徴収はどこでもやっている日常茶飯事」「特に高額なものは病院の持ち出しとするわけにはいかない。保険で認められているのに超過があったから全部自由診療というわけにもいかない」「不当にやっているわけではない。診療上必要と判断して生じた結果（超過）」など、必要であれば一定の制限を超えても使用に踏み切らざるを得ない医療現場の実情と、使用基準による一定の制限を超えた部分への有無を言わせない減額査定との乖離が明らかである。

B 「機械的な審査」で無視される個別性

表3の実態をさらに詳しく見ていくと、「個別性が審査で認められず減額査定されてしまう」といった審査の硬直性への不満が保険外負担徴収の共通要因となっている。審査の硬直性への不満は事例からさらに2つの性格に分類できる。1つは「算定ルールが明確に規定されており超過が認められない」とする不満。もう一つは「点数表では一定の幅が設けられているのに実際にはどんなに理由を説明しても超過が認められない」という不満である。

算定数量等が明確に規定されていることへの不満は事例2および事例5に、点数表上では算定に一定の幅が設けられているにもかかわらず超過は認められないことへの不満は事例1と事例8にそれぞれ端的に現れている。

《明確な規定があり減額査定される》

○事例2：適応疾病外無菌治療室利用患者から室料加算相当分を実費徴収

「ガン患者に行う化学療法には免疫機能が落ち込む種類の治療もあり、患者を思わぬ感染から守るため入室させているが、無菌治療室加算（3,000点/日・90日限度）には『…白血病、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して必要があって…（平6.3.16・保険発25）』との算定要件があり、それ以外の患者は適応外疾病となり算定できない。この場合、患者に対して保険がきかないので無菌治療室部分が自費になる旨了解（口頭）を得てから対象病室に入院させている。また、期間（90日）を超えた患者からは超過日数分を実費徴収している」

○事例5：算定規定数以上の自動縫合・吻合器使用分を実費徴収

「手術の際、個数加算の限度を超えた自動縫合・吻合器は実費請求している。手術医は患者の

表3 狭義の保険外負担の事例②

	診療科	項目	設置主体	事例	徴収理由（判明分のみ）
1	共通	入院料	市立病院	入院患者のMRSA感染予防のために使っているバクトロバン軟膏の費用について、4日以上使用する場合、薬材料超過分を患者から徴収	3日以上は減額査定されてしまう。しかし、入院患者のなかには3日以上必要の場合あり。軟膏は1g 688.6円と高価。院内感染防止加算(5点/日)ではまかないきれない
2	外科	入院料	市立病院	無菌治療室に入った場合、保険認定期間外だったり保険認定疾病以外の場合は、無菌治療室加算相当分(3,000点/日)を患者負担	患者のために必要な処置であるが、保険算定を制限されている。規定日数を超過した場合や対象外の患者の場合は、やむを得ず患者からもらっている
3	外科	処置料	医療法人	気管切開後の処置、保険で認められた7日を超えた手技料は実費徴収。薬剤料及び材料は保険請求	必要な処置が7日間までしか算定できない
4	整形外科	処置料	医療法人	足関節捻挫や膝関節靭帯損傷時の絆創膏交換処置(1,150点)で算定要件として原則1週間1回という規定があり、必要があってその間に処置を行っても術後創傷処置(75点)しか算定できない。その場合、差額分を実費徴収	状態に応じて巻き直す必要があっても、技術料が点数に反映されていない
5	外科	手術料	県立病院	個数加算の限度を超えた自動縫合・吻合器の超過材料代は患者から徴収	単価が高い(1個約2万円)ため、やむを得ず技術料に含ませていない
6	麻酔科	手術料	医療法人	神経ブロックを2種類以上併施した場合、1つは保険請求し残りは患者から実費徴収	規定では、主たる神経ブロックのみの算定となるが医学上有効と考えられる場合、保険がきかない差額分は負担となることを患者に了解を得た上で施行
7	共通	検査料	医療法人	保険点数の定められた検査料であっても、算定上で決められた回数以上になった場合は、超過回数分は患者負担	必要とする場合が発生。超過分は保険請求が認められないため
8	内科	投薬料	市立病院	H2ブロッカー、PPI投与で算定可能な期限以後投薬が必要な場合、超過投薬料は実費負担。患者に説明した上で徴収	他剤無効の患者の状態改善のために薬剤投与続行と判断。しかし使用日数に制限があるため超過分は実費徴収
9	小児科	投薬料		川崎病の免疫グロブリン療法は数年前まで保険適応外。現在も、投与は400mg/kgまで	
10		投薬料	市立病院	アルブミン製剤投与で3日間までは保険診療扱いだが、4日目以降(約4日間)は患者負担	「過剰投与」と減額査定が頻繁になり、病院の方針で患者と合意のうえ実費徴収に踏み切った。3本しか投与しないというわけにはいかない。1本が高価(7,745円)。持ち出しできず仕方なく
11		投薬料	医療法人	アルブミン製剤投与で、事前に患者に5日目以降必要な場合(約3日間)は保険がきかないことを説明し了解を得た上で実費徴収	アルブミン製剤の査定が厳しくなった。公平な医療提供のため、事前に患者に保険がきかないことを了解してもらったうえで5本目からは実費徴収

回復機能を早めるという任を負っているので規定を超えることもあるし、算定ができないと分かっている手術に使用することもある。ただし単価が高い（約2万円／個）ため病院の持ち出しにしにくい。やむを得ず患者に実費負担を求めている」

《一定の幅があるのに減額査定される》

○事例1：H2ブロッカー、PPI薬材料を実費負担

「H2ブロッカー、PPIの投与期間は投与開始から胃潰瘍で通常8週間まで、十二指腸潰瘍では通常6週間までと定められている（平3.3.15保険発15他）。『通常』という表現だが、実際はこの期間を過ぎると、レセプトに『他剤の効き目なし』など症状詳記を行い手を尽くしても算定は認められない」

○事例8：バクトロバン軟膏4日以上投与は実費を徴収

「軟膏使用の保険適用上の取扱いとして『必要最小限の期間（3日間程度）の投与にとどめ、漫然と長期にわたり使用しない』とあるが、『3日間程度』とは記されていても実際には3日以上の使用は算定が認められない。しかし、入院患者のなかには医学上の観点から3日以上使用する場合もある。軟膏は1g688.6円と高価。院内感染防止加算（5点／日）ではまかないきれず病院経営上相当の持ち出しになるので実費を徴収している」

「手術と自動縫合・吻合器使用個数の実際」（平成11年7月の某市立病院の例）

（手術名／手術料）	（実際使用個数）	（算定個数）	（持出推定金額）
・咽頭、下咽頭悪性腫瘍手術／51,000点	吻1個	（不可）	20,000円
・肺切除術（肺葉切除）／28,200点	縫4個＋吻1個	（縫4個）	20,000円
・胸腔鏡下肺切除術／33,200点	縫2個	（不可）	40,000円
・食道悪性腫瘍手術／58,000点 （消化管再建手術を併設）	縫1個＋吻4個	（吻2個）	60,000円
・胃悪性腫瘍手術（全摘）／51,700点 （併用）胆嚢摘除術、遊離腸管移植術	縫1個＋吻6個	（吻2個）	100,000円
・胃悪性腫瘍手術（全摘）／51,700点 （併用）脾摘除術、遊離腸管移植術	縫5個＋吻2個	（吻2個）	100,000円
・臍頭十二指腸切除術／46,700点	縫3個	（不可）	60,000円
・臍体尾部悪性腫瘍切除術／40,000点	縫6個＋吻1個	（不可）	140,000円
・肝切除術／16,700点～61,000点	縫2個	（不可）	40,000円
・小腸切除術／ （血行再建伴う場合）	縫1個	（不可）	20,000円
・小腸又は結腸悪性腫瘍手術／26,700点 （併用）胆嚢摘除術	縫1個	（不可）	20,000円
・膀胱悪性腫瘍手術（全摘）／52,000点 （回腸）（結腸）導管	縫6個＋吻1個	（縫6個）	20,000円

自動縫合器…縫、自動吻合器…吻（いずれも加算点数は270点だが実勢価格2万円で計算した。）

「機械的な制限」という審査への不満は、こうした事例から、高額な薬剤、検査、材料に関するものほど大きいことがわかる。第2章でも触れた自動縫合・吻合器の超過負担で指導を受けた済生会中央病院の場合、同院は過去に遡って超過負担分を返還すると決めたが、その総額は約6,200万円で、同院の98年度の利益(約7,000万円)にほぼ匹敵するという。

自動縫合・吻合器はすべての手術に認められている加算点数ではなく、使用個数も手術によって細かく規定されている。超過負担が実際にどれだけ発生しているのかを記録した市民病院のデータが得られたので示しておく。あくまで1病院の事例だが、高額な保険外負担の予備軍と考えられ無視できない。

C 地域によって審査の基準にバラツキがある

表3の事例10と事例11は、同じアルブミン投与で実費負担を患者に求めているケースだが、「4日目以降負担」「5日目以降負担」と負担の求め方に違いがある。事例10の市立病院の場合、「過剰投与とみなされ減額査定が厳しくなり実質3日までしか算定できなくなった」と回答しているのに対し、事例11の医療法人では「査定が厳しくなり4日までしか算定できなくなった」と回答している。アルブミン投与の用法・用量に関しては、ドラッグインジャパンに「1回4～10g(20～50ml)、緩徐に静注又は点滴静注。年齢・症状・体重により適宜増減」とあるだけで規定となる目安が示されていない。それでも審査が厳しくなり、しかもバラツキが発生していることを2つの事例は示している。

「審査の厳しさは都道府県によって違う。傾向として、医師会活動が活発なところ、発言力が強いところは減額査定を受けにくい」(病院事務長)とされるが、審査基準のバラツキが全国的に起きていることは否定しがたい。また、アルブミン投与の減額査定が厳しくなった理由として、事例11の回答病院から「製剤の元となる血液の慢性的な不足という事情があり、審査側は病院ごとに算定割り当て本数を決めて査定しているらしい」との興味深い話を聞くことができた。

こうした審査のバラツキ、算定ルールからの逸脱ともいえる減額査定が全国的にあるとすれば、保険給付の平等原則を揺るがす事態である。審査のあり方に問題はないか実態を調査し、問題点は可及的速やかに改善し是正する必要がある。

II. 技術進歩と保険給付のズレを保険外負担が「補完」

保険外負担の徴収事例を見ると、医療現場では「規格化・標準化・定型化」の枠に収まらないさまざまな医療行為・サービス・物が発生していることがわかる。徴収理由で多くみられた「保険未適応」や「保険適応外」への不満は、診療報酬が医療の現場に軸足を置いていないことが最大の原因と思われる。

保険未適応の場合、医療機関は診療行為にかかるコストをすべて持ち出すか、自由診療として患者に全額負担を課すかしか選択肢が用意されていないが、事例を見ると医療現場では患者の利便性や安全性、必要性を最優先しなければならない事態においては「患者の負担を軽減する」という「現実的な対応」で解決を図っていることがわかる。表4は保険適応と保険適応外の診療行為を併せて行った場合、保険適応部分は保険で算定、適応外の部分は保険外負担として患者に実費負担を求める、いわゆる混合診療の事例である。検査、薬剤投与を中心にさまざまな診療行為で混合診療が発生していることがわかる。

A 新薬・新材料・先進治療に速やかに対応していない

混合診療の発生要因として見逃せないのが、新薬や医療材料の開発スピードと保険承認のタイムラグである。表4の事例1はピロリ菌除去のための抗生剤投与における薬剤費の実費徴収、同じく事例3はPCR法による検査料の実費徴収である。徴収理由としては「効果が実証されているにもかかわらず、まだ保険適応されていない」ことへの不満である。言い換えれば、医療技術の進歩に診療報酬が追いついていないという指摘であり、医療現場の認識と厚生省の認識の乖離に対する不満といえる。もちろん、「欧米で一般的治療だから」「学会で認定した治療法だから」「従来より効果が明らかだから」といっても、保険診療ルールを逸脱してよいとはいえない。しかし、効果が明らかな治療法であれば患者にとっては待ったなしであるにもかかわらず、2年に1回の診療報酬改定では日進月歩の医療技術開発に追いつかないのが実態といわれている。

また、1999年に入ってバイアグラ、ニコチンパッチ、低用量ピルの3つの「保険のきかない医療用医薬品」が承認されたが、いずれも保険適応外の医薬品だから当然「自由診療」となる。バイアグラは原疾患となる糖尿病などの治療は保険で行われるが、延長上にある性機能障害の治療が保険外診療だから混合診療は避けられず多くの医師が当惑しているという。同じことが呼吸器疾患などの治療とニコチンパッチやニコチンガムによる禁煙指導の混合診療にもあてはまる。

このように保険診療と密接に関係する保険外診療が必要となる場合、保険診療部分を保険算定し保険外診療部分は実費のみ保険外負担とする混合診療で患者の負担を減らそうとするケースが目立つ。保険給付の原則どおり全額患者負担とするのには抵抗があるようだ。実費負担について患者に説明するのは医師が多いが、概ね医師は保険診療ルールをあまり理解しておらず、そのような教育も受けていないとの指摘もある。特定療養費制度のように高度先進部分は患者負担だが基礎的部分は保険適応となっている「例外」を参考に、保険外診療も同様と誤解している医師が少なくないというのである。

表4 いわゆる混合診療の実態例

	診療科	項目	設置主体	事例	徴収理由（判明分のみ）
1	内科		医療法人	ピロリ菌除去のための抗生剤投与。患者に保険がきかない薬剤であることを説明し了解を得た上で2週間分2,000円で処方	欧米では一般的治療とされているが、日本では認可されていない。学会でも効果は認定されているが保険適応はまだ。患者の負担軽減を考えて
2	共通	検査料	県立病院	保険適応外検査は実費算定。患者からは、検査会社定価表による額を徴収する(検査により数百円から数万円)	
3	内科	検査料	市立病院	C型肝炎患者の診断確定のため通常の血液検査と併せて保険未適応だが詳細診断が可能なHCV-RNA（PCR法）を行っている。 検査分のみ実費徴収（4,000円）	添付文献等を読むと従来より詳細診断が可能となっているがまだ保険未収載。単価が高いため、やむを得ず患者から徴収
4			医療法人	入院患者にバイタルサインの状態からHIVが疑われる場合。スクリーニング検査の合意が得られた場合、検査代のみ実費徴収（2,000円）	スクリーニング検査は保険外。HIVに関する検査も同様の取り扱いとなっている。スクリーニングは非常に慎重に実施しているが、新たな感染源発生予防のため必要と考えている
5	内科		医療法人	入院患者のインフルエンザワクチン投与は実費徴収（2,520円）。院内感染予防のため協力をお願いし、患者から申し込む形を取っている	院内感染予防のため実施。予防接種1本のために治療にかかる費用を全額負担にすることはできない
6	内科		医療法人	半年前、インターフェロンα42日間（6週間）連続投与で改善効果認められたが2か月前より肝機能低下。再投与は保険で認められない。製剤切り換えれば保険適応なるが、効果のあったα再度投与を決断。 製剤実費負担で（1本2～3万円）	インターフェロン療法は1クールのみ保険適応。しかし効果は100%ではない。医師は一旦効果のあった製剤だったゆえ再度投与で効果を期待。患者と何度も話し合い実費負担で治療に踏み切った。製剤高価ゆえ患者の負担を考慮しとりあえず14日間（2週間）連続投与で様子を見る予定
7	共通		医療法人	保険診療と密接に関係する自由診療処置がある場合、できるだけ保険で算定して患者の負担を減らしている	患者負担を軽減させるため
8	産婦人科		市立病院	人工授精、人工妊娠中絶、ピル処方等、診察料および検査料等の一部のみ保険請求	患者の負担を軽減するため
9	血液内科			癌患者への長時間（例：1時間以上）のコンサルテーションは保険外負担	
10	泌尿器科			真性包茎でない症例に手術を行う際、診察や術前評価を保険診療、手術のみ保険外診療	
11	産婦人科	検査料		人工授精や体外受精を除く保険でカバーされる不妊治療の際、梅毒、クラミジア、C型肝炎ウイルス、HIV、風疹等の検査は自費	
12	消化器科	投薬料		抗癌剤の臨床試験。本来すべてメーカー負担だが、感染症やほかの合併症の治療全ての費用を負担しているわけではないようだ。入院中の食事代や治療費の一部分は保険診療されている	
13	産婦人科	検査料		妊娠検診(自由診療)で異常が疑われる時に保険診療(ただし初診扱いではなく再診扱い)。貧血、痔、便秘、胎児の異常疑いへの超音波検査、感染症検査など	
14	産婦人科	検査料		低体温療法は重症頭部外傷の切り札だが、労多くして効果薄か。現在は病院負担でやっている	
15	産婦人科	検査料		脊髄硬膜外電気刺激療法。遷延性意識障害の患者が対象で手術を含めて200万円ぐらいの治療法。効果不定で一部の医師のみが実施。交通事故の場合は保険会社負担。事故でなければ患者負担	

国民の側からみても、本来なら医療技術の進歩は等しく享受すべきだが、技術開発と保険適用のタイムラグによって、①ある者は自由診療による全額自己負担で、②ある者は「混合診療」による少ない自己負担で、また③ある者は享受の機会すら与えられない、といったちぐはぐな現象が起きているとすれば患者平等の原則に反することになる。一定の効果が明らかとなった治療法や医薬品については、EBM（根拠に基づいた医療）の手法を採り入れて速やかに保険導入を図る方策が必要である。

なお、今回のヒアリングを行った国立病院では保険外負担や混合診療の具体例は得られなかったが、病棟婦長は「点数表どおりの診療をするのは経験の浅い医師だけで、研究熱心な医師ほど新しい手技・材料をどんどん採り入れている。混合診療がなければ医療は成り立たない」とコメントした。保険適応外の場合はいわゆる「レセプト病名」の追加や振替請求などで処理され、薬価未収載の新薬を投与する場合は卸から患者への直接販売とし、一切病院の収入にはしていないので表面化していないだけだという。

B 予防に対する保険給付の欠落を保険外負担がカバー

表4の事例4と事例5は、いずれも「新たな疾病を引き起こさないため」という理由で共通しており、またときに「死」という最悪の事態を招く可能性もあり重大な指摘である。事実、事例5のインフルエンザに関しては昨年来、集団発生によって多数の死者が出るという医療機関にあってはならない重大な事態が起こった。「死者がでることを思えば」と、入院患者全員にインフルエンザワクチンを病院持ち出しで投与していた例がマスコミで紹介された。その後急ぎよ、65歳以上高齢者にはワクチン投与を無料（保険給付）化する方向で検討を始めた厚生省の対応を考えると、最悪の事態を回避した病院の判断は大いに評価できる。インフルエンザのほかにもHBVなどワクチン投与は保険で認められていないものが大半であるが、厚生省は新興感染症の蔓延という事態の抜本対策にはまだ踏み込んでいない。

事例4でHIV疑義を患者に告げ検査を勧めた病院は、極めてナーバスな問題でもあり対応に苦慮したと話している。実は事例6（インターフェロンに関する混合診療の事例）と同一の病院である。事例6の患者は看護婦で、針刺事故が原因でHCVに感染し半年前に発症している。同病院の感染予防委員会ではこの患者の例をきっかけに、疑義を含むHIV、HCV、HBV、梅毒患者への対応をどうするか、新たな感染源の発生予防と「医療を始める前の医療」をどうするかについて集中的に議論したという。

感染源の発生予防という視点には、①他の入院患者への感染拡大を未然に防ぐ、②患者退院後の感染を未然に防ぐ、③病院職員への感染予防、という3つの視点があり、これらを考慮した対応を図る必要があることをこの事例は教えてくれる。結核の流行再燃や新種の耐性菌発生、O-157など、ときに「死」という最悪の事態を招く感染症への予防対策を何らかの形で保険給付することも視野に入れておく必要がある。

C インターフェロン投与延長が示す保険診療の限界

表4の事例6：インターフェロンの事例は、少ない負担でインターフェロン投与が受けられ多くの患者が救われるという保険診療の利点と、半面で「規格化・標準化・定型化」された保険診療の範囲では完治しない患者も存在するという事実、つまり保険診療の限界を端的に示す例といえよう。

事例では、保険診療の投与規定内で効果が得られなかった患者が、医師と話し合い、「同一製剤による2クール目投与を自費で開始」という選択肢を選んだ。ただしこの場合、保険適応外の療法となるので本来なら全額患者の自己負担で投与を再開しなければならないが、医療側が患者の負担を考慮し薬剤のみ実費徴収する形で再投与を開始しているため混合診療に該当するケースと思われる。

ところが厚生省にこの件を問い合わせたところ「インターフェロンの投与延長を混合診療と判断するかは極めて難しい」（保険局医療課）とのコメントが返ってきた。また、第2章でみた済生会中央病院のケースや本章の表3でみた自動縫合・吻合器のケースについては、厚生省も東京都も「混合診療とまではいえないが不適切な患者負担である」とコメントしている。

最後に、医師へのインタビューで得られた混合診療の例と、保険請求時の対処方法について紹介してみる。

- ・形成外科／手術料…乳癌手術後の乳房再建手術。自費でやるところと、はんこん形成という病名をつけて保険診療でやるところと2通りある。

- ・消化器科／処置料…食道癌や肺癌でステントを用いる際に、大きさの都合でそれぞれで別のものを用いることがある。このときは本来は自由診療となるべきだが、実際には保険病名をつけて対応している。

- ・整形外科／投薬料…頸椎、腰椎の脊柱管狭窄症による脊髄、馬尾、神経根障害に対してPGE1製剤（パルクス、リプル、プロスタンジン等）やPGI2製剤（プロサイリン、ドルナー等）が整形外科医の間では学会も含めて効果が認められており投与がほぼ常識化しているが保険未適応。ASO等の病名で保険請求。ほぼ10年近くこの状況。

先の国立病院婦長の言葉にもあったように、レセプト上に使用薬剤等に見合った病名をつけて保険請求するケースが目立っている。患者の経済的負担を考慮しての対応策と考えられるが、今後のカルテ開示の法制化など情報公開の流れをにらみ、保険病名によらなくても効果ある医療が行えるような制度の確立が必要である。

Ⅲ. 点数表で規定されていないサービス・物

A 宙に浮く「点数表にない」サービス・物

表5に集約したものは、いずれも点数表に規定のない「サービス」や「物」である。総じてみればここでも診療行為から派生する「材料」が多い。徴収理由としては、「患者に実費負担を求めてよいものと考えている」「日常生活用品の範囲に入ると解釈する」「食事として捉えている」とあるように、保険請求しても認められないと思われる治療材料や医療材料か生活用品か判断しにくいものは患者から実費徴収したほうが確実に収入につながるため、個々の解釈に基づいて徴収している傾向が顕著に現れている。

事例で多いのは「ドレーンバッグ」「ウロバッグ」（1日500～600円）である。確かに点数表ではカテーテルまでは保険請求できることになっているが、そこから先の規定がない。バッグは宙に浮いているのである。しかし、医療機関がこれを「日常生活用品」として実費徴収するのには無理がある。その理由は、こうした材料は治療行為に派生する診療材料であり、特にウロバッグは処置という医療行為の延長線上にある「物」だからである。とはいえ、「ドレーン法処置料42点、導尿、留置カテーテル処置料50点は、し尿ビンの再利用を前提とした点数で、今はし尿ビンを使う病院などほとんどない」という病院関係者の指摘は理解できる。

もう一つ回答で多かったのが、「フィルムコピー代」の実費請求事例である。点数表では画像診断料に係るX線、CT、MRIなどのフィルムの取り扱いについてはかなり細かく規定されているが、他の医療機関から撮影のみ依頼され読影は依頼元で行う場合、「撮影した病院でもフィルムを保存すること」とされているので当然コピーが必要になるが、コピー代に関する記述が点数表には見当たらない。「コピーは診療と関係ない」ことを理由に挙げてコピー代を患者から徴収している医療機関もあるが、事例19のようにフィルムコピーも診療情報提供に付随していたり、あるいは事例20にあるようにチーム医療実践の過程（対診）で発生していることを考えると、やはり医療に密接に関連していると捉えるべきであろう。

また、診療情報の開示を求める動きが活発化するに伴い、医療機関がX線フィルムやカルテのコピーを患者に提供する機会が増えると予想されるが、その場合の複写費用について、日本医師会は「診療情報の提供に関する指針」（1999.4）で、その実費は「患者など請求者の負担」とすべきと述べるとともに、「診療情報の提供の対価」についても、診療報酬体系で定めるべきであるとの考え方を明らかにしている。診療情報の提供のように医療行為に密接に関連していながら点数表では記載漏れとなっている「虫食い」部分は早急に正すべきである。

B 治療の一環か生活サービスか規定のないもの

前項のほかにも点数表に規定されていないサービスや物に関する実費徴収例が多数あった。そうした事例をざっと検証してみる。

表5の事例1、事例2は「患者が嫌がる」ことを徴収理由としているが、舌圧子、体温計とも治療用具である。事例3の経腸用注入器も投薬という医療行為に必要な材料である。

表5 点数表に規定のない「サービス」「物」の実費徴収例

	診療科	項目	設置主体	事 例	徴収理由（判明分のみ）
1	内科	基本診療料	医療法人	診察の際に使う使い捨て舌圧子を実費請求（8円）	金属製の舌圧子を嫌がる患者が増えたため、使い捨てに切り替えた
2	共通	基本診療料	医療法人	体温計(400円)は入院時に購入してもらう	患者が他の患者からの使い回しを嫌がるため
3	内科	処置料	市立病院	経腸投薬時の経腸用イリゲーター代（注入器：1,080円）を徴収	特定保険医療材料として認められていない
4	共通	処置	医法	注腸前投薬アイソカル1箱；600円	薬剤として認められていない。食事と考えている
5	共通	処置料	医療法人	I V H 消毒料（1,630円）を患者から徴収	体内留置を含めたカテーテル交換は保険診療できるが、体外部分のみの交換は算定できない。処置料も算定できない
6			市立病院	ドレーン法施行時のドレーンバッグ（550円）を実費徴収	通常生活用品の範囲にはいると解釈している
7			市立病院	2回目以降交換時のチェストドレーンバッグ代は実費	消耗品は患者に求められると考えている
8			医法	尿導カテーテル留置時のドレーンバッグ	消耗品は患者に求められると考えている
9			市立病院	入院中の尿カテーテル設置者に使用するウロバッグ(500円)は実費徴収	通常生活用品の範囲にはいると解釈
10			医法	ウロバッグ代は実費徴収	通常生活用品の範囲にはいると解釈
11	泌尿器科		市立病院	尿瘻患者のウロバッグ（600円）を実費徴収	通常生活用品の範囲にはいると解釈
12	外科	処置料	市立2	人工肛門設置患者が使用する排便バッグは実費徴収	通常生活用品の範囲にはいると解釈している
13	外科	処置料	医療法人	気管切開後の患者に使用のスピーチカニューレ（φ11mm；9500円）は実費	症状固定後の装具なので、自費徴収可と考えている
14	外科	処置料	市立医法	乳癌術後の患部固定のために使用する片胸帯(3,500円)を実費徴収)等	手術料に含まれるのはわかるが、高いので患者に求めている
15	内科	処置料	医療法人	人工鼻（ギベック）は院内売店で患者に購入してもらい使用	保険算定できないため、患者持ち込み分を使用しているとしている
16	外科	処置	医療法人	滅菌バッグ代（HM-305 300g）を実費徴収 1,274円	
17	共通	処置	市立病院	処置に使われるフィクソルム代	
18	整形外科	処置料	医療法人	松葉杖は、貸与料を設定して患者に実費で貸与	医療機関への備え付けは定められているが貸与料についての規定はない
19	共通	指導料	市立病院	診療情報提供時に他院に渡すX-Pフィルムのコピー代（大4ツ1枚で1000円）を実費徴収	コピーは診療と関係がない
20	共通	画像診断料	市立	フィルムコピー代。対診で必要生じる場合や、設備がない医療機関から撮影のみ依頼された場合の取扱い事項によって発生	コピーは診療と関係がない
21			医法	CT、MRIフィルムコピー；1,000円＋税	コピーは診療と関係がない
22			県立	レントゲンコピー；六ツ切600円、四ツ切1,000円	コピーは診療と関係がない

23	内科	検査料	医療法人	胃・十二指腸ファイバースコピー前後に撮影したポラロイド（インスタント）写真をカルテに貼付しているが、そのフィルム代（1枚200円）は患者から実費徴収	内視鏡検査点数に係る事項にあるフィルム代は現像を伴うもののこと、インスタント写真のフィルム代等は含まれないと解釈。検査1回に2枚以上（時には10枚以上）使用することもあり実費負担
24	皮膚科		皮膚科医	皮膚科では症状の記録のために臨床写真が汎用される。写真は特に手術や臨床的に変化の大きい皮膚症状の正確な記録に欠かせない。医療訴訟などで写真が証拠として採用される可能性も高く必須の記録だが保険上認められていない。現在は研究費でまかなっている	
25	内科	指導料	医療法人	院内糖尿病教室等に於ける集団指導時に、集団栄養食事指導料と合わせて、勉強会費や資料代を実費請求（1回当たり1,000円程度）	外来及び入院栄養指導は1回1,300円、集団指導は1回800円と資料代もまかなえない
26	内科	指導管理	市立病院	糖尿病患者の栄養指導時に渡す献立表及び治療の手引代（250円）を実費徴収	市販品を利用のため。患者が売店等で購入したという形を取っている
27	リハビリ	リハビリ	医療法人	作業療法時に使用する材料費を実費請求	点数に材料費は含まれていないと解釈する
28	小児科	検査料	市立病院	乳児の採尿のために使用する採尿パック（400円）を実費徴収	乳児の採尿は困難を伴う。規定はされていないが、検査料に含まれるとすると尿検査試験紙法28点では足が出してしまうため患者に負担を求めている
29	共通	検査料	県立病院	採尿パックは実費徴収（400円、700円）	採尿パック使用時は患者に負担を求める
30	内科	検査料	市立病院	大腸ファイバースコピー等大腸検査の患者に必ず飲ませる検査前食（エマニクリン）を実費徴収	薬剤ではなく食事として捉えている
31	内科	検査	市立病院	外来患者の胃腸カメラ等の検査前食（サンケンクリン）は実費	サンケンクリンは薬剤として認められていない。食事なので、検査と密接な関連があるとしても実費徴収できると考えている
32	内科	検査	医療法人	CF前投薬時使用容器代；476円	薬剤の容器代は実費徴収可能と聞いている。返金されることは説明していない
33	内科	入院料	医療法人	療養型病床入院患者の娯楽充実のために、レクリエーション費（300円）を毎日徴収	保険診療とは関係がない
34	入院	入院料	医療法人	ゴミ処理料	入院中に発生する身の回りのゴミ（事業ゴミ）と、注射針等の医療ゴミ（医療廃棄物）は処理委託費用がかかるので、その分を患者に求めている
35	入院	入院	医法	エアーマット貸与料	褥創予防のため、患者了解のうえで貸与
36	共通	在宅医療	医療法人	往診等患者訪問に要した費用は、保険負担と併せて患者から日当実費を徴収	往診料650点とれるが、医師のみで行くのではなく看護婦も連れていく。看護婦分の人件費として
37	共通	在宅医療	県立病院	在宅患者を別の医療機関へ収容し、収容先で立会い診療を求められた場合。救急搬送診療料（650点）を保険算定するとともに、地区ごとに決めた交通費を患者から実費徴収（無料～1,530円）	立会いをせずに自院に戻っていれば往診料（650点）算定となり、交通費は実費請求可能。出かける手間は同じなのに救急搬送診療料には交通費規定がない
38	共通			介護料（退院時謝礼）、お世話料（入院中謝礼）	

事例4の濃厚流動食品アイソカルは薬剤ではないが経管栄養に用いられる場合は食事療養の治療食加算に該当するものである。本来であれば経管栄養手技600円と入院時食事療養（Ⅰ）の1日1,920円に特別食加算350円を加える（告示28、平8.3.8）べきところ、事例では加算を取らずに濃厚流動食1箱600円を保険外負担としている。単に250円の収入増を目的とした保険外負担と考えられる。事例30、事例31の検査前食は、「特別な場合の検査食」（低残渣食）と考えられるが、「外来患者に提供した場合は、保険給付の対象外である」（告示28）と規定されているだけで「検査料に含まれる」あるいは「実費徴収してよい」などとは書かれていない。

事例5は体内と体外の差はあれ、一貫した処置行為と思われる。事例13は「症状固定後」を理由に挙げているが、スピーチカニューレが「日常生活用品」に該当するだろうか。一方で、事例18の松葉杖については「原則として医療機関が貸与すべきものと理解され、備付のない機関に受診し、医療目的をもって自己が購入した場合は、療養費支給の対象として差し支えない」（昭33.4.21 保文発2559）とあり、医療用具と判断されていることから、スピーチカニューレにも保険給付を検討すべきではないか。

採尿パック（事例28、事例29）は絶対に必要なものとは断定できないが、診療をスムーズに行うためには必要な材料といえる。またポラロイド写真（事例23、事例24）の場合、患者も臨床情報を目で見られるという利点から、インフォームド・コンセントの一助を担う有用な診療材料と評価できるだろう。

事例25、事例26、事例27は「指導」に付随する物である。たとえば糖尿病の栄養食事指導で使われる市販のテキストは1冊600円～900円である。教材を使用せずに指導を行うのは現実的ではないし、実態として患者が自宅に持ち帰るものでもあることを考慮し患者負担としても差し支えないのではないか。作業療法の施設基準として器械・器具（治療用ゲーム：駒・輪投げ・絵合わせなど、日常生活動作：各種日常生活動作用設備、など）を備えていることが必要とされているが、「材料費」についての規定はない。個々の患者の指導プログラムによっては毎回購入しなければならない材料（粘土・折り紙など）もあり、これらについては患者負担を考慮してみる必要がある。

これらは実費徴収を認めるか、点数表で定めるか、いずれかの対策が必要である。以下の事例もやはり点数表に規定がないが、日常生活上のサービスや物と判断して妥当か否か不明な例である。

事例32の薬の容器代は、第1章で触れたように実費徴収が認められている数少ない例外であるが、「原則として患者へ貸与するもの…患者が希望する場合」と点数表注釈にあるように、買うか借りるかは「患者の選択」に基づかなければならない。この事例の場合、検査前日の投薬に用いる容器だから患者が自宅に持ち帰るわけだが、医療機関側も返却すれば無料である旨説明を怠るケースが圧倒的に多いため返却されるのはごく稀であり、実費徴収するケースが多い。

事例33のレクリエーション費は目的が娯楽充実であるから治療サービスとは関係ないが、このような名目で入院患者全員から「毎日一律徴収」するのは入院環境料の底上げにつながる可能性がある。レクリエーションは生活上のサービスであるとするれば、一律ではなく患者の選択によるべきである。

続く事例34のゴミ処理費は医療サービスの結果発生するものであり、現在は排出事業者（医療機

関)に処理責任が課されている。サービスの提供者である医療機関だけに費用負担が課されている現状にも問題がある。国民もゴミ処理がタダではないことを認識し始めている。医療廃棄物の処理コストを誰が負担すべきかは社会的問題でもあり、別途議論が必要と思われる。

事例35については、「エアーマット代をだれが負担するかという議論より、看護体制を整えて頻回に体位交換を行うなど褥瘡をつくらぬよう努力すべき」との指摘もあるし、エアーマットを使ったからといって褥瘡ができないというわけでもない。予防目的での使用と治療目的での使用で負担区分を分けるなどの方法を考慮する必要があるのではないか。

事例36、事例37は在宅医療に伴う実費徴収例である。前者は「(必要があつて)連れて行く看護婦」の「日当」相当を実費徴収としているが、医師の訪問診療料とは別に負担を求めるのは無理がある。後者は患者の移送と診療への立会いを求められた医師には交通費の規定がないという理由であり、確かに「出かける手間は同じ」であり、規定がないことに問題がある。

事例38は、先述した通知「保険外負担の取り扱いについて」で、「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。」とあり、徴収は認められていないが、現実には都市部の老人病院では現存しているといわれる。

IV. 認められている保険外負担と自由診療

A 生活諸雑費の徴収が大半

表6は、通知等で実費徴収が認められている事例、徴収しても問題がないと思われる事例、および自由診療の事例を集めた。

日常生活の利便に供されるサービスや物は実費徴収可能とされているが、事例を見る限りではテレビ・ラジオ・冷蔵庫などの電気代、紙おむつ・おしぼりなど「サービス」というより「雑費」の類にとどまっているのがほとんどである。ごく一部の病院ではホテルのルームサービスを参考として新聞や雑誌、洗面セットなどを提供し差額ベッドに付加価値をつけているが、まだ一般的ではないようだ。

病衣は平成10年4月改定で入院環境料から切り離されたため、医療機関の負担で一律に提供するケースと、基本的に患者の持ち込みとし、貸与する場合は洗濯代を含めた実費徴収とするケースに分かれている。

B 出産から遺体安置まで

イギリスの社会保障思想を象徴する言葉として「ゆりかごから墓場まで」がある。若干ニュアンスは違うが、事例40を見ると日本の医療機関は出産という生命誕生の介助から、遺体処置、遺体安置という死後の介助まで、まさに人間の一生を通してサービスを提供する機関であることを改めて知らされる。終末期医療という概念は近年になって話題になったところだが、その完結として派生する遺体処置・安置にかかるコストについては、地域性を踏まえつつ医療機関ごとに定めるのが通例といわれている。これは健康保険法では被保険者の死亡をもって保険給付の終了とされていることが根拠となっている。

遺体処置料は入院料に含まれていると考え無料としているところ、一律3万円という病院もあれば、交通事故など損傷がひどく形成処置を施した場合は5万円という病院もある。

事例41の死後CTを実施している医療機関は、遺族に死因を説明（死後インフォームド・コンセント）するためこの方法を採用していた。

* * *

ある病院の医療事務責任者の話では、医療材料のうち回収できずに病院側の負担となっているものは医業経費の2～3%だという。人件費50%、医薬品費30%、治療材料費等が20%とすると、材料費の1割以上が「持ち出し」となる計算である。「これを多いと考えるか少ないと考えるかは病院の判断」だと話していたが、経費2%の削減は純利益2%の確保と同じだとすると、医業経営で2%の純利益を生み出すにはどれだけ医業収入を増やさなければならないのだろうか。このところの診療報酬改定が実質1%程度のアップにとどまっていることを考えれば、病院持ち出し分をいかに削減するかは医療機関にとって重要な経営課題となることがわかる。

しかし、治療と密接に関連した医療材料の実費負担という形で患者に転嫁するのは健康保険制度の理念に反する行為である。保険診療ルールをあらためて確認し直すとともに、そのルール自体が医療現場の実態とかけ離れている部分については早急に見直すなど、形骸化を防ぐための作業が必要である。

表6 実費徴収が認められている「サービス」「物」

	診療科	項目	設置主体	徴収事例
1	耳鼻		市立	自由診療：ピアス穴を開ける処置
2	内科		市立	自由診療：禁煙治療と薬剤の処方（ニコチンガムやパッチを用いた禁煙指導）
3	泌尿		市立	自由診療：バイアグラ処方（保険適応外の薬剤で取扱い事項通り）
4	内科		市立病院	自由診療：ピロリ菌除去のための抗生剤投与（感染症で投与すると振り替え請求の禁止に触れると指摘された）
5	共通	投薬	県立病院	インフルエンザワクチン；6歳未満…6,670円／6歳以上…5,890円、入院患者…2,520円、HBワクチン；4,164円
6	産科		県立病院	検診及び健康診断；2,500円、妊婦検診；3,400円、妊婦初回検診；2,900円、股関節検診；2,016円／初診時 5,166円、乳児検診；3,500円、代謝異常検査採血；3500円、母親教室で使うママBOOK代；450円
7	産科		市立	おむつ持参なし妊婦のT字帯
8			市立	T字帯、おさんパット、母乳パック、腹帯
9			医法	産後セット；通常分娩 5,865円＋税／帝王切開 10,760円＋税
10	産科		県立病院	お産セット；A 5,100円、B 2,500円 時間内分娩；85,000円、時間外分娩；119,000円、休日深夜分娩；153,000円 バースヘルパー；700円、父親抱っこ面会時ガウン；300円 リング挿入；FD-1 16,400円、太田 12,600円、32-S 15,800円、 リング抜去；9,000円、パイプカット；27,600円、分娩時縫合糸；カットグッド 280円、バイクリル 470円、OBセット；7,140円
11	産科		市立病院	帝王切開出産時、帝王切開術を保険で算定し分娩費を実費徴収（産婦人科学会より算定できるといわれており減点もない）
12	共通	在宅	医法	往診等患家訪問に要した費用のうち、保険負担と合わせて患者から交通費を徴収
13	共通	投薬	市立	外来患者の外用薬、水薬の容器代
14			市立	水溶液、軟膏等の容器代
15			医療法人	マーロックス、シロップ等液薬投与時の投薬ビン代；49円、ワセリン、亜鉛華軟膏等の容器代；49円
16	共通		市立	書類代
17	共通		県立	障害給付年金受給者診断書（定期報告書）；4,000円
18	共通	入院料	市立	寝間着代は実費徴収
19			医法	死亡・救急入院時の寝間着代 2,858円＋税
20			県立	着衣セット；4,000円、被服貸与料；800円、タオル；90円
21			医法	寝巻き・タオル一式リネン代；350円
22	共通	入院	医法	寝たきり患者のおむつ、アンダーパット、尿採りパット、裁断綿等は定価で実費徴収
23			市立	ウロガードは使用した分を実費請求
24			市立	ウロガード（大きさ@380円、550円×個数）、紙おむつ（60円）は実費請求
25			市立	おむつ、アンダーパット、尿採りパット、カルクキャッチ
26			市立	おむつ、アンダーパット
27			医療法人	おむつ類は下記のように実費請求 例）紙オムツ；（パンツ型）1枚200円、（LL大人用）1パック380円、（フリーサイズ）1パック1235円、尿採りパット；1枚40円、おしりナップ；480円

28	共通	入院料	市立病院	電気代は、TV、ポット、アンカ等電気使用機器持ち込み個数に応じて日数分を徴収（1個50円×電気製品数×入院日数）
29			医療法人	電気代は、電気使用機器持ち込み個数に応じて日数分を実費徴収 例) テレビ;100円/日 アンカ;20円/日 ラジオ;20円/日 電気毛布; 50円/日 湯沸しポット;20円/日
30			県立	テレビ使用料;30円/日 冷蔵庫;70円/日
31			市立	電話代
32			医法	電話代 10円、個室のみ
33			市立ほか	髭剃り、シャンプー、石鹸、綿棒、裁断綿、ティッシュ、電池、スイノミ、歯ブラシ、 トイレットペーパー、氷代、洗濯機使用料、理髪代、図書費、エンゼルセット(病 棟備え付け新聞雑誌等)
34	内科	在宅医療	市立病院	患者家族が在宅処置時に使用するゴム手袋は実費徴収（患者家族に対する実 費であって、診療と関係がないもの）
35	共通		市立	患者が紛失した診察券再発行代は実費徴収
36			医法	患者が紛失した診察券再発行代は実費徴収;100円
37	共通		県立	患者が紛失した診察券再発行代は実費徴収;100円
38	共通		医法	手術等の謝礼を、患者了解のうえ財団への寄付として扱っている
39	共通		市立	死亡時のエスターセット代、死後処置料、死体安置料
			医法	死後処置料
40	共通		医法	死因確定のための死後CT (3,000円)
41	共通			外出付添い料、介護機器貸出料、貸しベッド、付き添い家族に対する食事代

V. 保険診療と自由診療を併用（歯科）

次に、歯科については1999年5月下旬、首都圏のある郡市歯科医師会の協力を得て、同会研究会の場を利用して「混合診療の現状と考え方に関するアンケート調査」を行った。有効回答数は33件（全て開業歯科医師）。アンケートの内容および回答結果はP76以降に示した。

1. 特定療養費のほかに認められている「例外」

歯科領域においては、「特定療養費制度」のほかにも例外的に「歯冠修復と欠損補綴」に限って混合診療が認められている。その根拠は1976（昭和51）年7月29日に出された厚生省歯科医療管理官通知である。この通知については第1章でも触れたが、内容確認の意味で再掲する。

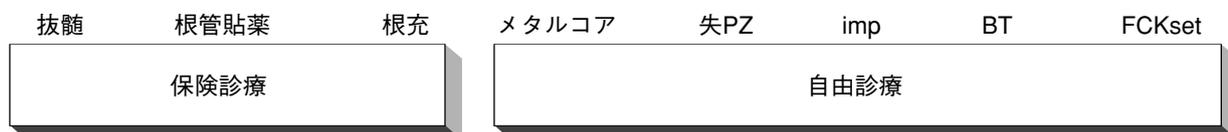
歯科領域の差額徴収の廃止に伴い、保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴は保険給付外の治療となるが、この取り扱いについては、当該治療を患者が希望した場合に限り、歯冠修復にあつては歯冠形成以降、欠損補綴にあつては補綴時診断以降を保険給付外の扱いとするものであること。

つまり一連の診療行為で、スタートは「保険診療」だが、歯冠形成以降、補綴時診断以降は「保険給付外の扱いとする」、すなわち「自由診療に切り換えてよい」ということである。具体的には、次のようなケースが挙げられる（例示は、日本医療事務センター教材開発室が作成）。

①う蝕患者に自由診療でインレー装着



②歯髄炎の患者に自由診療でFCK装着



③金属床局部義歯装着



たとえば③でいえば、まず治療そのものは保険診療でスタート。途中で「入れ歯の材料」を患者に選んでもらう段階で「保険のきかない材料」を患者が希望した場合、補綴時診断以降を「自由診療」に切り換えることができる。

第1章で記したように、1970年代に「歯科差額」は社会問題となり強いバッシングを受けた。その結果、1976年に「差額廃止」に追い込まれたが、厚生省はすべてを禁止したわけではない。上記通知で「差額徴収」の例外規定を設け一部混合診療を認めることにしたのである。この通知は現在でも生きており、歯科の現場では混合診療は一般的な診療行為として行われている（アンケート質問8参照）。

2. 「混合診療」にあたる（あるいはその可能性のある）事例

歯科領域において禁止される「混合診療」とは、「特定療養費制度」と上記「1976年歯科医療管理官通知」を除いたものといえる。具体的にどのような事例があるのだろうか。

(1)と同様、日本医療事務センター教材開発室より、次のような例が「混合診療に当たる可能性がある（あるいは保険請求した際に査定・返戻される可能性がある）のではないか」との教示を得た。

事例①：歯髄炎の患者に自由診療でF C Kを装着する場合（(1)で示した②）で、

メタルコア、失P Zまで保険請求し、その後保険請求がない

事例②：自由診療により制作したブリッジの材料差額を徴収する

事例③：転移歯等による抜歯を保険請求し、その後保険請求がない

事例④：顎関節症、ブリッジ、有床義歯等で再診料のみ保険請求する

事例⑤：自由診療で制作した有床義歯の修理、リベース等を保険請求する

ケース①は、(1)で示した②の保険から自費への「切り換え時期」が少し後ろにずれている場合である。1976年通知には、「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」と明確に「切り換え時期」が示されているので、これがずれると「混合診療」になってしまう。

事例②、④、⑤は同様の性格のもので、自由診療をベースにしているが、患者負担を減らすために保険請求する混合診療であり、医科の表4と同様の例である。

事例③では、抜歯のあと「矯正」などが行われたと考えられる。矯正は保険がほとんどきかない。したがって、本来なら治療の最初から抜歯も含めてすべてを自由診療にしなければならない。

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

「混合診療」という言葉や「混合診療の禁止」は、果たして医療現場でどのくらい知られているのだろうか。これらの点を探るために、筆者らは、「混合診療の現状と考え方に関するアンケート調査」を行った。

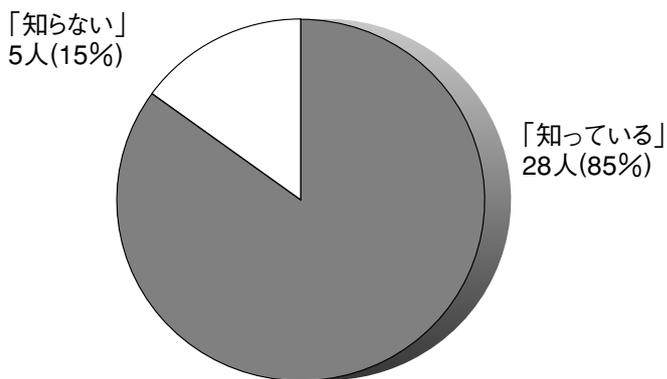
なお本調査は、1999年5月下旬、首都圏のある郡市歯科医師会の協力を得て、同会の会合の場にて行った。有効回答数は33件(すべて開業歯科医師)、質問内容は別記アンケート用紙のとおりである。

【質問1】 「混合診療」という用語を知っていますか？

「混合診療」という用語を「知っている」は28人(85%)、「知らない」は5人(15%)で、「知っている」という回答が大半を占めた(グラフ1)。

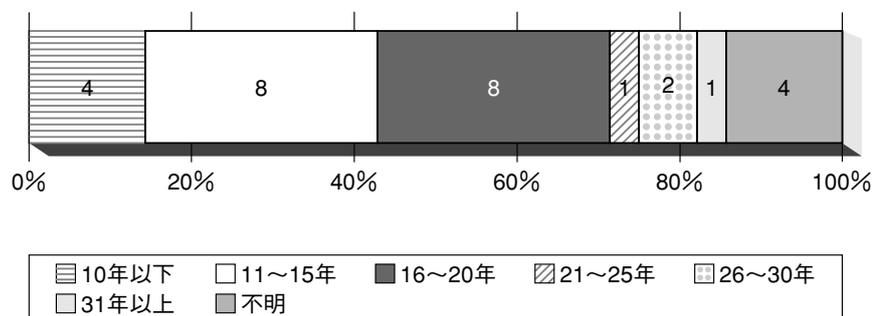
開業年数別に見てみると(グラフ1-①、1-②)、「知っている」28人のうち、開業20年以下の合計で20人(「知っている」28人の72%)に上った。混合診療を「知っている」層は、青壮年以下の若い世代に多い。

グラフ 1



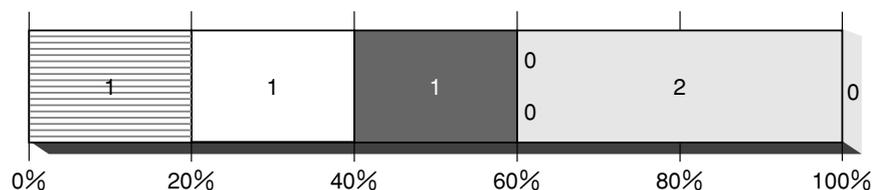
グラフ 1-①

「知っている」28人の
開業年数別内訳



グラフ 1-②

「知らない」5人の
開業年数別内訳

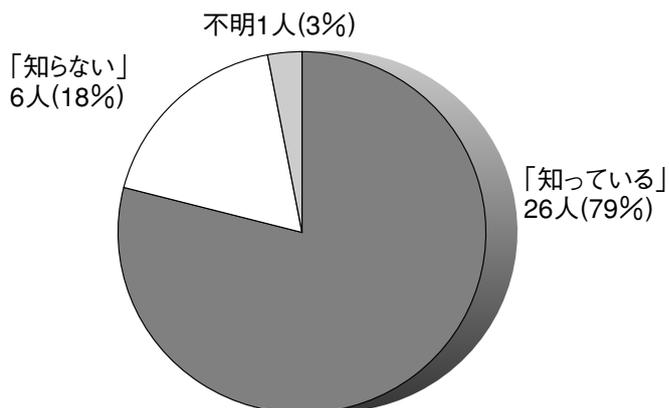


【質問2】 「混合診療は禁止されている」 ことを知っていますか？

「知っている」は26人(79%)、「知らない」は6人(18%)で、約8割が混合診療禁止を知っているとの回答だった(グラフ2)。

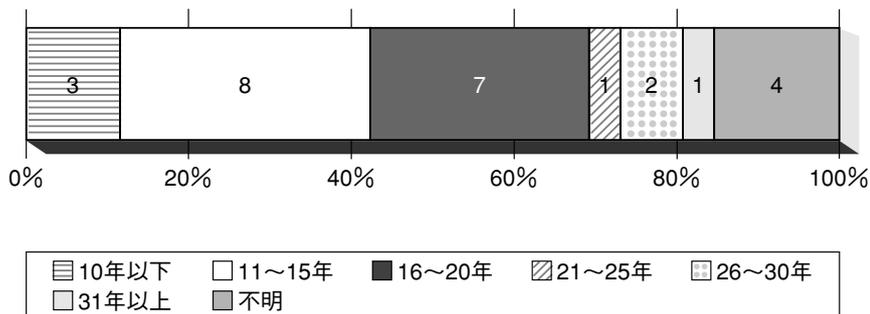
開業年数別でみると(グラフ2-①、2-②)、知っていると回答した26人のうち、「開業10年以下」は3人、「20年以下」では18人(「知っている」26人の69%)で、【質問1】と同様、若い世代に「知っている」人が多い。

グラフ 2



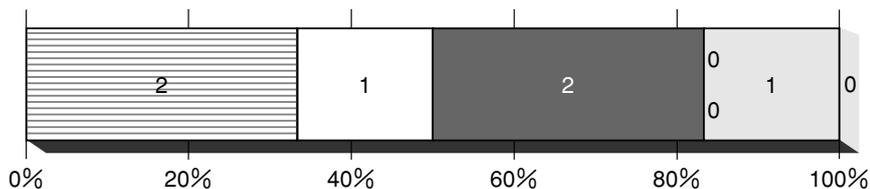
グラフ 2-①

「知っている」26人の開業年数別内訳



グラフ 2-②

「知らない」6人の開業年数別内訳

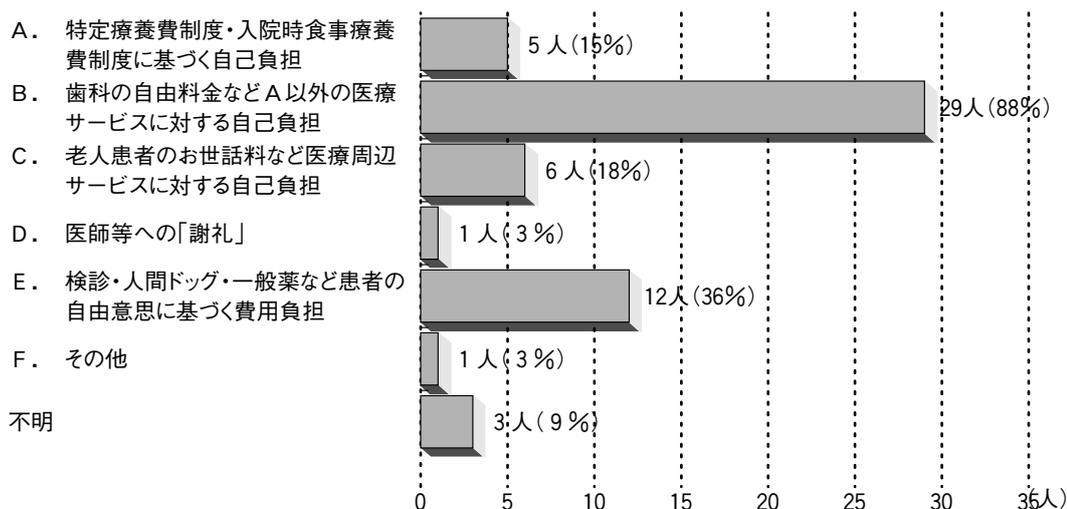


【質問3】 「混合診療」をどのようなものと受け止めていますか？

この問いは、「患者は①税、②保険料、③窓口負担を支払っているが、これらにA~Fのどれを加えると“混合診療”になると思いますか？」との設問で、複数回答可の選択式にした。結果はグラフ3のとおりである。

回答ではBの「医療サービスに対する自己負担」が最も多く、33人中29人(87.8%)と9割近くの人が○印を付けていた。続いてEの「検診・人間ドック・一般薬」が33人中12人と3割強(36.3%)の人が○印を付けており、回答者が受け止めている混合診療の内容をイメージすることができる。なお「特定療養費」は、【質問2】で「…禁止されている(特定療養費を除く)」と書かれてあったことが影響したのか、5人にとどまった。

グラフ 3



【質問4】 「制度に基づかない患者自己負担」にはどのようなものがありますか？

記述式で回答を求めたところ、33人中14人(42.4%)から何らかの回答を得た。主なものが下記である。

- 歯周病のブラッシング指導時の歯ブラシ代250円。特殊検査(嫌気性培養検査)1回 3,000円(現在は実施していない)
- 前歯部補綴処置を行う場合の暫時クラウン(レジン床)1歯2,000円程度
- ポーセレンクラウン金属床(部分床)インプラント
- 保険給付外の補綴物、予防処置
- 床義歯に前歯金冠
- 保険処置にて加療の後にメタルボンド処置をする(臼歯部)
- レーザー治療—1口腔1回2,000円程度(小嚢切除等)、P M T C—ブラッシング指導込み(1回2,000円程度)
- 保険診療で認めていない診療。インプラント、矯正
- 歯科—M B 75,000円、白金加金 F C K 金属床190,000円
医科—避妊リング50,000円、中絶50,000円、マッサージ4,500円
- ある病院(医科)で「感染予防のために自費を負担してもらいます」という文章が待合室にあるのを見たことがある。金額は不明
- 近くの医院で正規の自己負担に数千円上乗せして患者に請求しているところがある

「歯ブラシ代」や「レーザー治療の費用」など、さまざまな自己負担が存在している。「インプラント」は高度先進医療の対象で、また、「保険給付外の補綴物」等は厚生省歯科医療管理官通知で例外的に保険から自費への切り替え＝混合診療が認められているので、実際には制度に基づく認められた患者負担である。歯科医師の制度への認識不足が見て取れる。また、回答では医科に関連する事例もあった。医科・歯科問わずさまざまな患者自己負担が存在していることを示している。

【質問5】 「混合診療禁止の緩和」をどう思いますか？

「混合診療禁止の緩和」の是非についての回答結果は、**グラフ5**のとおり賛成派が8割強を占めた。また、賛成派(A、B)と反対派(D)、それぞれの理由について複数回答可の選択式で聞いたところ、**表5-①**、**表5-②**のような結果が得られた。絶対に反対という意見はなく、「反対」とする理由にも強い反対意見はない。むしろ「賛成」とする意見で「混合診療で良い治療ができる」ことを理由に導入を支持する意見が並んだ。これらのことから、今回のアンケート回答者には「混合診療禁止の緩和」に大きな抵抗感はない。

グラフ5

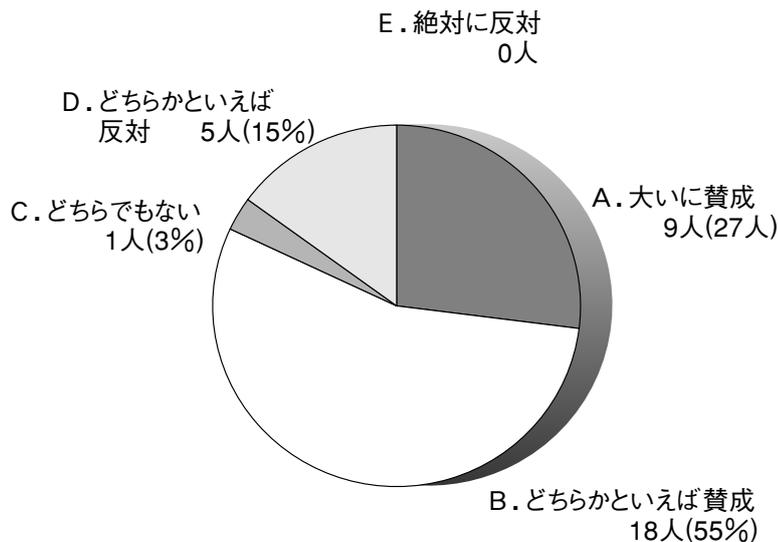


表5-① <賛成(A、B:27人)の理由>

a. 医療界に市場原理が働くようになり、患者の選択の幅が広がるから	17人(63%)
b. 保険診療だけでは医院の経営が成り立たないから	16人(59%)
c. その他	5人(19%)
《その他の理由》	
● 保険診療は先進国に比べてレベルが低すぎるので、現状では患者が気の毒。診療すればするほど、患者の口腔内を悪くしている	
● 混合診療にする(一部自己負担することにより)より良い治療ができる	
● 医院の経営、患者さんのニーズ、保険者の負担の軽減という3点で有用	
● 特殊技術(インプラント等)や良い材料を患者に勧めやすい	

表5-② <反対(D:5人)の理由>

d. 高い料金を払えない患者が医療を十分に受けられなくなるから	3人(60%)
e. 医療界の情報公開は不十分であり、患者は適正な選択ができないから	2人(40%)
f. その他	2人(40%)
《その他の理由》	
● 厚生省の規制が入ってくる可能性があるため、自由診療のほうがよい	
● 請求方法が複雑化するのが困る	

【質問6】「技術料の自由価格制」をどう思いますか？

「技術料の自由価格制」導入の是非について聞いたところ、グラフ6のように賛成意見が4分の3を占めた。また、賛成派(A、B)と反対派(D)、それぞれの理由について複数回答可の選択式で聞いたところ、表6-①、表6-②のような結果が得られた。賛成派では、患者の選択の幅の広がりという点よりも収入アップにつながることを理由とする意見が上回り8割近くを占めた。反対派では、患者が十分な医療を受けられないと指摘する意見が大半を占めている。

グラフ 6

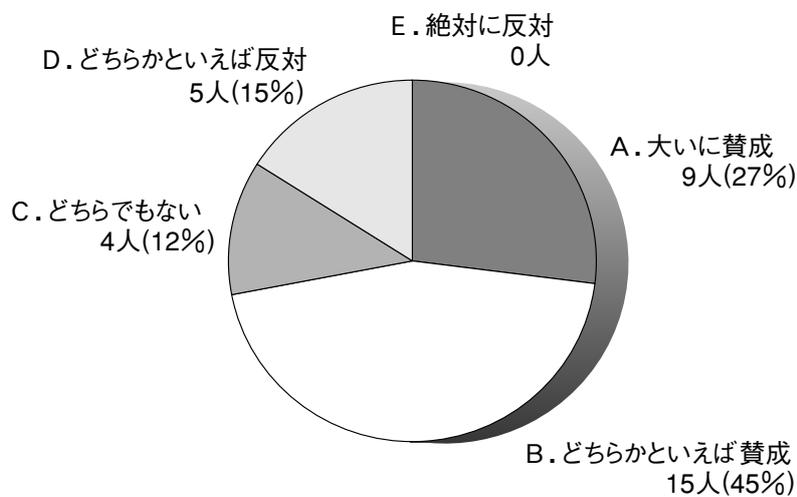


表6-① <賛成(A、B:26人)の理由>

a. 医療界に市場原理が働くようになり、患者の選択の幅が広がるから	16人(62%)
b. 技術や経験が医療従事者の収入に反映されるから	20人(77%)
c. その他	2人(8%)
《その他の理由》	
●現状では保険は必ず破綻することが見えている	
●認定医制度があるが、取得者にメリットがない	

表6-② <反対(D:5人)の理由>

d. 高い料金を払えない患者が医療を十分に受けられなくなるから	4人(80%)
e. 医療界の情報公開は不十分であり、患者は適正な選択ができないから	2人(40%)
f. その他	1人(20%)
不明	1人(20%)
《その他の理由》	
●患者さんには本当の良し悪しが分かるとは思えない。口の上手な医師、歯科医師に騙されることもある	
●価格基準を定め難い	

【質問7】 歯科各領域の保険給付範囲を今後どのようにすべきだと思いますか？

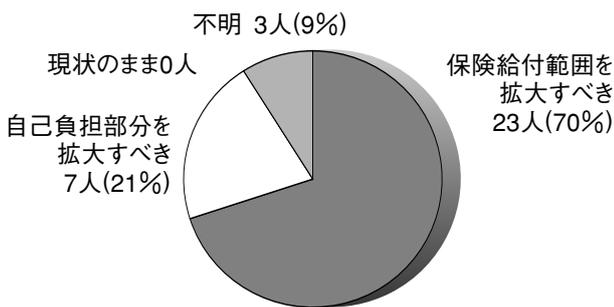
予防歯科、保存科、補綴科、口腔外科、小児歯科の各領域の保険給付範囲に対する考え方を選択式で（①保険給付を拡大すべき、②患者の自己責任や選択に基づいて自己負担部分を拡大すべき）、③現状のままで良い—のうちいずれか一つ）尋ねた。結果は**グラフ7—①～⑤**のとおりである。なお回答に際しては記述式で理由も書いてもらった。

保険給付範囲に対する考え方は、各領域によって大きく分かれた。①予防歯科と⑤小児歯科では「給付範囲を拡大すべき」とする意見が最も多い。特に予防歯科では、予防は治療よりも大切でなるべく多くの人が受診できるようにすべきとする意見が多かった。

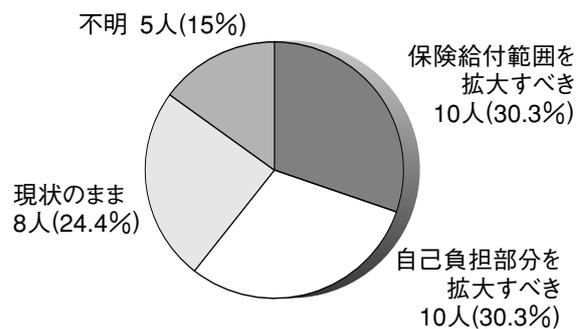
一方、「患者自己負担部分を拡大すべき」とする回答が最も多かったのが③補綴科である。理由としては、最低限度の補綴処置を給付しQOLの向上は自費にすべきとする意見とともに、保険給付ではクオリティの高いものは望めないといった保険治療そのものに失望している声もあった。

②保存科は「給付拡大」と「自費拡大」は同数、④口腔外科は「現状のままでよい」とする意見が最も多かったが、両科では「技術料が安い」など給付への不満が目立った。

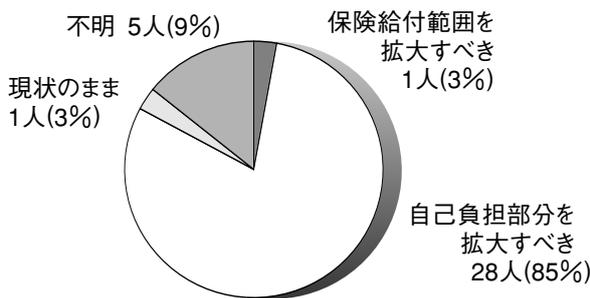
グラフ7—① [予防歯科]



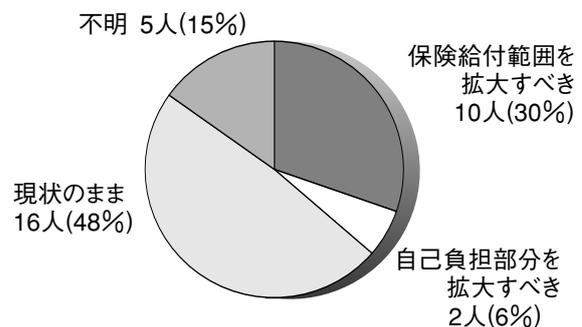
グラフ7—② [保存科]



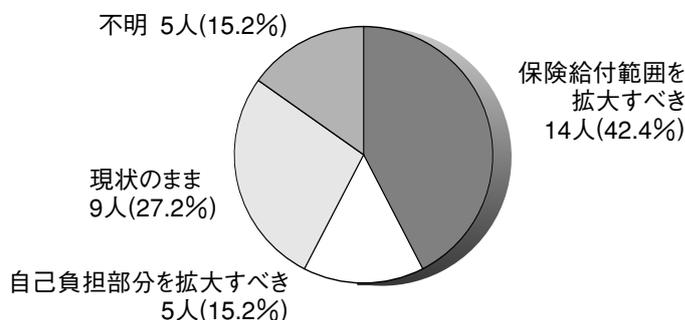
グラフ7—③ [補綴科]



グラフ7—④ [口腔外科]



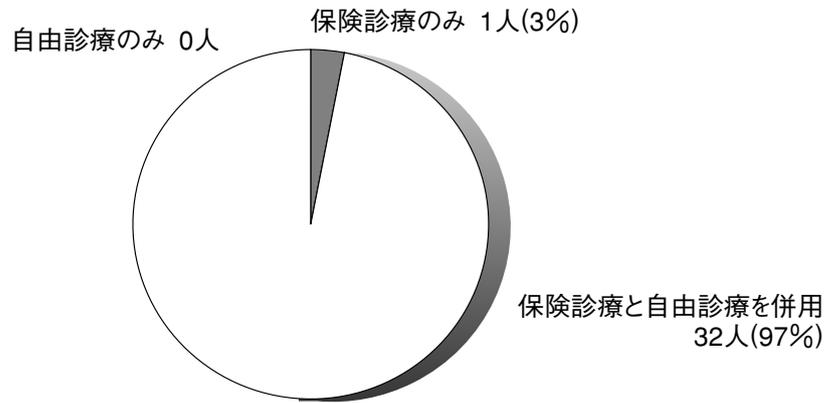
グラフ7—⑤ [小児歯科]



【質問 8】現在の診療形態は？

回答者33人のうち、「保険診療のみ」は1人で、残り32人は「保険診療と自由診療を併用」していた(グラフ 8)。

グラフ 8



【質問9】 保険診療と自由診療のどちらを優先していますか？

5つの科の技術料および材料費の各項目について、保険診療にしているのか自由診療にしているのかを尋ねた。①保険診療(を優先する)、②自由診療(を優先する)、③どちらも半々くらい、の3つの選択肢から回答してもらった結果が下記の表である。

<技術料>

	①	②	③
I. 予防歯科			
口腔衛生指導料	26	1	0
刷掃指導料	22	3	1
II. 保存科			
鑄造歯冠修復の技術料	20	4	2
診断料(歯周疾患診断料等)	24	0	2
処置料	15	7	2
III. 補綴科			
支台築造の技術料	18	2	5
仮義歯床の技術料	13	9	1
金属アレルギー検査料	6	2	0
全部鑄造歯の技術料	16	5	4
陶歯前装冠の技術料	3	24	0
有床義歯の技術料(金属床総義歯)	7	17	2
有床義歯の技術料(金属床局部義歯)	7	17	2
軟質裏装材によるリベース料	18	5	0
臼歯金属歯の技術料	7	13	4
テレスコープクラウンの技術料	0	20	0
特殊義歯修復の技術料	5	14	0
マウスガードの技術料	10	9	0
ラミネートベニアの技術料	2	14	0
IV. 口腔外科			
根端充填料	21	4	0
便宜抜歯	18	7	0
V. 小児歯科			
保険料	4	21	0
既成金属冠料	21	3	0
小児定期観察料	16	3	1
歯列誘導料	2	20	0
口腔衛生指導料	23	3	0

<材料費>

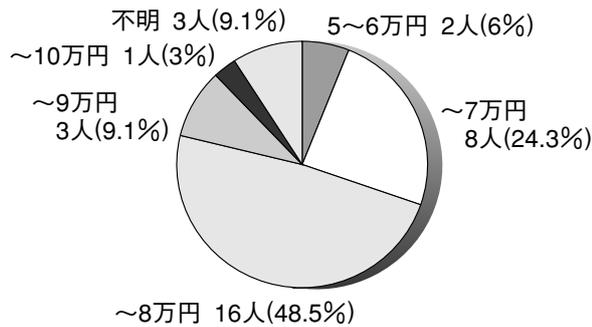
	①	②	③
II. 保存科			
鑄造歯冠修復の材料費(白金加金、 金合金、ポーセレン等)	3	21	3
処置料の材料費	20	1	1
III. 補綴科			
支台築造の材料費(白金加金、 金合金、金パラ銀合金等)	7	14	6
仮義歯床	13	8	2
全部鑄造歯の材料費(白金加金、 金合金、チタン)	3	22	2
陶歯前装冠の材料費	0	26	1
有床義歯の技術料(金属床総義歯)	2	21	2
有床義歯の技術料(金属床局部義歯)	3	22	2
軟質裏装材(レジン床)	18	5	0
鑄造バー	16	6	4
鈎	19	4	2
フック・スパー、ステイ・レスト料	16	5	3
臼歯金属歯の材料費	8	16	0
テレスコープクラウンの材料費	1	19	0
ミーリング装置	1	14	0
特殊義歯修復の材料費	4	12	0
マウスガードの技術料	8	9	0
ラミネートベニアの技術料	3	12	1
人工歯	14	4	4
アタッチメント	1	20	1

技術料のうち、予防歯科、保存科では保険診療を優先しているが、例外的に混合診療が認められている補綴科では、自由診療の優先度が高い。保存科の診断料、処置料で自由診療および優先度は半々とする回答が目立つが、「歯冠形成や補綴時診断」より前の行為なので、この部分を自由診療とした場合はすべてが自費で行われなければならない、仮に患者の負担を減らすために一部保険請求してしまえば認められていない混合診療になる。また材料費では、全体に自由診療の優先度が高い。

【問10】 前歯部のメタルボンドを取り扱っていますか？（また金額は？）

回答者33人全員が扱っているとの回答だった。金額の内訳は**グラフ10**のとおりである。「7～8万円」という回答が最も多く半数近くを占めた。徴収金額の根拠については、下記のような回答が得られた。

グラフ 10



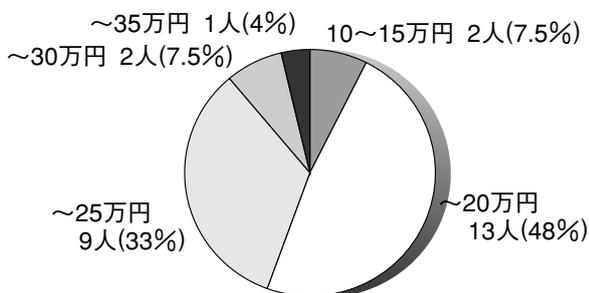
〈徴収金額の根拠〉

- 材料の費用、技工料、印象等の技術料を考えて決定している
- 地域周辺の平均値と思う
- なんとなく
- 地区協定価格
- 患者が払いやすい
- (保険診療費×3) + 技工料
- (技工料15,000円 + 金属代10,000円) × 3
- (技工料 + 材料費) × 4

【質問11】 金属床の総義歯を取り扱っていますか？（また金額は？）

回答者33人中27人(82%)が「扱っている」との回答だった。金額の内訳は**グラフ11**のとおりである。「15～20万円」という回答が最も多く半数近くを占めた。徴収金額の根拠については下記のような回答が得られた。

グラフ 11



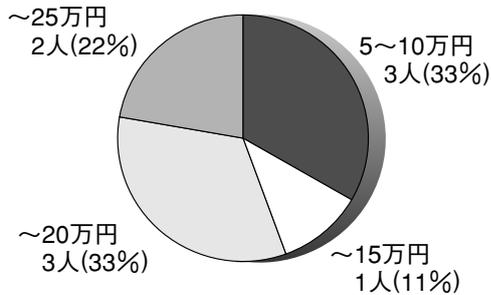
〈徴収金額の根拠〉

- 材料の費用、技工料、印象等の技術料を考えて決定している。困難なケースでは高価に決定している
- 地域周辺の平均値と思う
- なんとなく
- かなりアバウトな保険診療費×3
- メンテナンス費用も含まれているため
- 技工料が高く、逆算するとこれくらいになる
- 周辺の歯科医院を参考に
- 特定療養費が導入される前の自由料金から保険で負担される45,000円を差し引いた
- 技術料 + 所要時間

【質問12】 インプラント義歯を取り扱っていますか？（また金額は？）

回答者33人中9人(27%)が「扱っている」との回答だった。金額の内訳は**グラフ12**のとおりである。徴収金額の根拠については下記のような回答が得られた。

グラフ 12



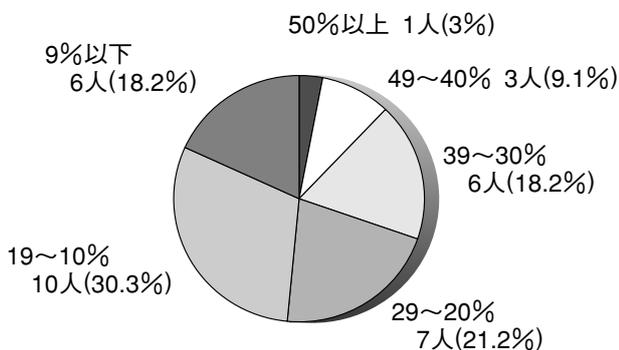
〈徴収金額の根拠〉

- 材料の費用、技工料、印象等の技術料を考えて決定している。困難なケースでは高価に決定している
- ブリッジ3歯分の値段
- 治療を広めたいので安くしてある。25万円は最後にかぶせるものまで入れた値段
- 上部構造によって金額が異なる
- 16万円+上部構造(冠)代(MB,FCK,義歯)。16万円はインプラント代、ヒーリングキャップ等の4倍の費用
- 適当と思うから

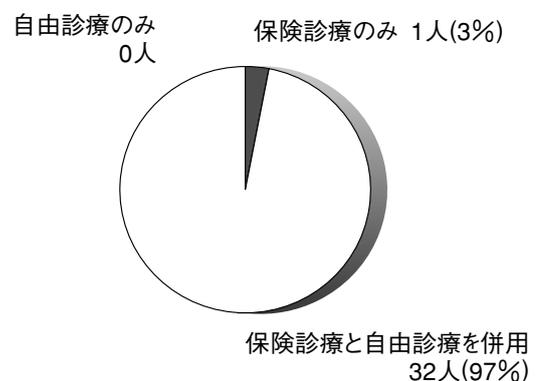
【質問13】 医業収入のうち自由診療部分の占める割合はどのくらいですか？

設問では「自由診療が占める割合」について、「50%以上」とそれ以下の数値を10ポイント刻みで区切り(例:49%~40%)、選択式にした。結果は**グラフ13**のとおりである。「19~10%」が最も多く全体の3割強を占めた。これに「9%以下」の回答者を加えると約半数(48.5%)に達する。医業収入における自由診療の収入割合が20%以下の医院と20%以上の医院が約半々ずつ存在した。

グラフ 13



グラフ 14



【質問14】 今後診療形態をどのようにしていく予定ですか？

現在の診療形態について尋ねた【質問8】の結果とまったく同じく、1人を除いた全員が「保険診療と自由診療を併用していく予定」という回答だった(**グラフ14**)。

【質問15】 今後の歯科診療報酬体系および医療保険制度改革に向けての提案・意見

記述式で自由に回答を求めたところ、33人中18人(54.5%)から回答を得られた。そのうち主なものを列記する。

- 初診料、再診料の点数を医科と同じにしてほしい。また歯内療法の点数は10倍にしてほしい。確実な歯内療法ができてこそ、再治療が少なくなる。補綴物は保険外にして、以上の点数を回してほしい。
- 私は予防を中心とした診療をしています。予防すると、う蝕やペリオは進行しないので、医療費を相当節約できるのではと思います。アメリカでは20歳までにペリオの芽をつんでしまえばほとんど発症しないという報告が出ており、私も実感しています。現在校医をしている中学校で、一人ひとり検査と指導を実施しているのですが、このような予防をやらなければと思います。しかし、大学では予防を教えないのが現状で、根本的な制度改革の必要があると思います。
- 総枠がないなら、必要最低限を保険にして、それ以外は自由診療にしたほうがいいと思う。
- あまり希望は持っていません。市場原理に任せます。
- 混合診療が可能となるよう期待します。
- 厚生省の役割等を可能な限り民間に移行させる。役人たちの考え一つで点数が決まるのに腹が立つ。
- 1. 老人医療費の財源は福祉目的税にした消費税を充当する。
2. 保険税の一部を医療費用(医者への支払い)にスライドして安易な受診を抑制すべき。
- 医科、歯科格差の減少。技術料の見直し。
- 苦勞しただけの報酬が望まれる。
- 予防を重視した医療に重点を置いていかなければ、医療費の抑制にはならないと思う。
- 現在の保険給付範囲は決してせまくないと考えます。それに加えて、患者側の希望があれば、本人の自己負担分を加えての処置があっても良いと考えます。→混合診療の導入(特定療養費制度ではありません)。
- 治療面はすべて保険診療を優先する。補綴はすべて自由診療で。
- 歯科の技工料は技工士が保険請求すべき。そうすれば歯科の窓口は少なくなるし、技工士の地位向上にもなる。
- 競争の市場原理からみても、すべてを保険でというのはおかしい。歯科医師、患者の選択の幅をもっと持たせるべきである。

参考資料

混合診療の現状と考え方に関するアンケート用紙

(FAX 03-3946-2138 日医総研 主席研究員 川渕孝一 行)

[フェイスシート①:必ずご記入ください]

年 齢	歳	開業時の年齢	歳	医院所在地	都・道・府・県
標榜科				医院から半径2km以内の競合医院数	軒

[フェイスシート②:差し支えなければご記入ください]

ご回答者氏名			医院名		
医院住所・電話番号	〒				TEL

【質問1】「混合診療」という用語をご存知ですか？

() A:知っている () B:知らない

【質問2】健康保険各法で、「混合診療は禁止されている」(特定療養費制度・入院時食事療養費制度を除く)ことをご存知ですか？

() A:知っている () B:知らない

【質問3】「混合診療」をどのようなものと受け止めておられるかについてお尋ねします。

患者は保険診療を受けるために、①税、②保険料、③窓口負担(健保2割、国保3割)

を支払っていますが、これらに次のどれを加えると「混合診療」になると思いますか？

[複数回答可;いくつか、当てはまると思うものに○印をお付けください]

- () A:特定療養費制度・入院時食事療養費制度に基づく自己負担
 () B:歯科の自由料金など、A以外の医療サービスに対する自己負担
 () C:老人患者の「お世話料」など、医療周辺サービスに対する自己負担
 () D:医師等への「謝礼」
 () E:検診・人間ドック・一般薬など、患者の自由意思に基づく費用負担
 () F:その他 _____

【質問4】「制度に基づかない患者自己負担」(上記質問3で選択肢として掲げたBとC)には、具体的にどのようなものがありますか？ 先生ご自身のことでなくても、「このような医療サービスを患者自己負担にしている例がある」といったことをご存知でしたらお教えください(金額なども、可能な範囲内でお教えくだされば幸いです)。

--

【質問5】ここ数年来の医療保険制度抜本改革論議のなかで「特定療養費制度の拡大」、すなわち「混合診療禁止の緩和」といった主張が出てくるようになりました。この「混合診療禁止の緩和」をどう思いますか？

- () A:大いに賛成 () B:どちらかといえば賛成
() C:どちらでもない () D:どちらかといえば反対
() F:絶対に反対

・その理由は何ですか？

[賛成派(A、B)](複数回答可)

- () a:医療界に市場原理が働くようになり、患者の選択の幅が広がるから
() b:保険診療だけでは医院の経営が成り立たないから
() c:その他 _____

[反対派(E、F)](複数回答可)

- () d:高い料金を払えない患者が医療を十分に受けられなくなるから
() e:医療界の情報公開は不十分であり、患者は適正な選択ができないから
() f:その他 _____

[どちらでもない(C)]

具体的にお書きください _____

【質問6】厚生省の医療保険福祉審議会に先頃提出された「診療報酬体系のあり方について」という文書のなかに、「医療従事者の技術や経験への自由価格制導入についても、さらに検討することが求められる」という文言があり、政府レベルではこのような「技術料の自由価格制」を推進する向きもあるといわれます。この「技術料の自由価格制」をどう思いますか？

- () A:大いに賛成 () B:どちらかといえば賛成
() C:どちらでもない () D:どちらかといえば反対
() E:絶対に反対

・その理由は何ですか？

[賛成派(A、B)](複数回答可)

- () a:医療界に市場原理が働くようになり、患者の選択の幅が広がるから
() b:技術や経験が医療従事者の収入に反映されるから
() c:その他 _____

[反対派(D、E)](複数回答可)

- () d:高い料金を払えない患者が医療を十分に受けられなくなるから
() e:医療界の情報公開は不十分であり、患者は適正な選択ができないから
() f:その他 _____

[どちらでもない(C)]

具体的にお書きください _____

【質問7】「保険給付範囲」に対する先生の考え方についてお尋ねします。次の各分野の給付範囲を今後どのようにすべきだと思いますか？ それぞれのカッコ内に①～③のいずれかをご記入ください。

- ①保険給付範囲を拡大すべき
- ②患者の自己責任や選択に基づいて自己負担部分を拡大すべき
- ③現状のままでよい

	その理由
() A: 予防歯科	
() B: 保存科	
() C: 補綴科	
() D: 口腔外科	
() E: 小児歯科	

【質問8】先生の現在の診療形態は次のどれですか？

- () A: 保険診療のみ
- () B: 保険診療と自由診療を併用
- () C: 自由診療のみ

【質問9】質問8でBとお答えの方のみお尋ねします。次の各項目を保険診療にしていますか？ それとも自由診療にしていますか？ それぞれのカッコ内に①～③のいずれかをご記入ください(ただし、病名を付けた患者さんについてのみ)。

- ①保険診療(を優先する)
 ②自由診療(を優先する)
 ③どちらも半々ぐらいである

[技術料]

I. 予防歯科

- () 口腔衛生指導料(保健指導含む)
 () 刷掃指導料
 () その他

II. 保存科

- () 鑄造歯冠修復の技術料
 () 診断料(歯周疾患診断料、う蝕の電気診断料等)
 () 処置料(漂白処置料、歯槽骨欠損修復料等)
 () その他

III. 補綴科

- () 支台築造の技術料
 () 仮義歯床の技術料
 () 金属アレルギー検査料
 () 全部鑄造歯の技術料
 () 陶歯前装冠の技術料
 () 有床義歯の技術料(金属床総義歯)
 () 有床義歯の技術料(金属床局部義歯)
 () 軟質裏装材によるリベース料
 () 臼歯金属歯の技術料
 () テレスコープクラウンの技術料
 () 特殊義歯修復の技術料
 () マウスガードの技術料
 () ラミネートベニアの技術料
 () その他

IV. 口腔外科

- () 根端充填料
 () 便宜抜歯
 () その他

V. 小児歯科

- () 保険料
 () 既成金属冠料
 () 小児定期観察料
 () 歯列誘導料
 () 口腔衛生指導料
 () その他

[材料費]

II. 保存科

- () 鑄造歯冠修復の材料費(白金加金、金合金、ポーセレン等)
 () 処置料の材料費
 () その他

III. 補綴科

- () 支台築造の材料費(白金加金、金合金、金パラ銀合金等)
 () 仮義歯床
 () 全部鑄造歯の材料費(白金加金、金合金、チタン)
 () 陶歯前装冠の材料費
 () 有床義歯の技術料(金属床総義歯)
 () 有床義歯の技術料(金属床局部義歯)
 () 軟質裏装材(レジン床)
 () 鑄造バー
 () 鈎
 () フック・スパー、ステイ・レスト料
 () 臼歯金属歯の材料費
 () テレスコープクラウンの材料費
 () ミーリング装置
 () 特殊義歯修復の材料費
 () マウスガードの技術料
 () ラミネートベニアの技術料
 () 人工歯
 () アタッチメント
 () その他

【質問10】前歯部のメタルボンドを扱っていますか？

() A:扱っている () B:扱っていない

Aとお答えの場合、その1歯の自由料金(患者自己負担)はいくらですか？

約_____円

その理由・根拠、またご意見等があればお書きください

【質問11】金属床の総義歯を扱っていますか？

() A:扱っている () B:扱っていない

Aとお答えの場合、その上顎部分の自由料金(患者自己負担)はいくらですか？

約_____円

その理由・根拠、またご意見等があればお書きください

【質問12】インプラント義歯を扱っていますか？

() A:扱っている () B:扱っていない

Aとお答えの場合、その1歯の自由料金(患者自己負担)はいくらですか？

約_____円

その理由・根拠、またご意見等があればお書きください

【質問13】医業収入のうち自由診療部分の占める割合はどのくらいですか？

() A:50%以上 () B:49%～40%

() C:39%～30% () D:29%～20%

() E:19%～10% () F:9%以下

【質問14】今後、診療形態をどのようにしていく予定ですか？

() A:保険診療のみ行う予定

() B:保険診療と自由診療を併用する予定

() C:自由診療のみを行う予定

【質問15】最後に、今後の歯科診療報酬体系および医療保険制度の改革に向けてのご提案・ご意見などがありましたらお書きください。

ご協力ありがとうございました。



第4章

保険給付と保険外負担のあり方に関する提言

保険外負担の態様を大きく5つに分類してその特徴を検討してきた。この分類の中には、明らかなルール違反も多数含まれていたが、一概に「不当な保険外負担」と断罪して済ませられない内容を含んでいることも見逃せない。医療保険制度の抜本改革を前に、これら保険外負担の実態を踏まえながら、来るべき21世紀にふさわしい医療保険制度における給付と患者負担の問題を考えてみたい。

I. 患者負担の構図と保険給付の課題

患者負担には大きく分けて、①法令に基づく患者負担と、②保険外負担、の2種類があることは第1章でみた。「法令に基づく負担」とは、健康保険法等で定める患者一部負担金、入院時食事療養費の標準負担額、薬剤費の一部負担額のことであり、療養の給付に対する対価としての利用者負担分である。

一方、保険外負担には特定療養費の給付の外側にある差額（選定療養部分と高度先進医療の先進部分）、特別材料食の贅沢な食材部分、生活の利便など治療に直接関係しないサービスや物の対価、などである。さらに、法の運用規則では患者から徴収してはならないとされている医療サービスや材料の「割増金」も保険外負担に含まれることになる。

さて、わが国の医療保険制度は健康保険法制定から78年、国民皆保険となった1961年からも38年がすでに経過している。この間に、医療技術は飛躍的な発達を遂げ、世界一の長寿国となるなど国民の健康水準は向上したが、一方では人口の高齢化に伴い慢性疾患が主流となった。経済的には高度成長期が終わりを告げ低成長期に入るなど社会環境は激変したが、医療保険制度は基本的枠組みには変更を加えないまま今日に至っている。

同時に、高度医療技術や新薬の開発、さらに老人医療費の増加に伴い保険財政は逼迫している。こうした環境のもとで高水準の医療を今後とも安定的に供給し続けることは難しいといわざるを得ない。概ね2年に1回の割合で実施されてきた診療報酬改定の財源も、近年は薬価差解消分を充てる以外にないというのが実情である。1990年代に入って盛んに導入が進んでいる包括払い方式も、医療費削減をねらいとした総量規制の一環として行われているというのが一般的な受け止め方である。

医療機関を取り巻く経営環境はこうした医療費抑制策に規定されて悪化したが、経営体質の改善は間に合わなかった。加えて、1984年に登場した特定療養費制度によって差額徴収に基本的なルールが定められ規制が強められた。その結果、医療機関では急速に悪化する収益性を改善するためにさまざまな保険外負担の可能性が追求され、最終的には消費者である患者への転嫁が進んだと考えられる。コスト意識の強い医療機関ほど患者への材料費転嫁が進んだと想像できるが、現状では慢性的に赤字を抱える公的病院も民間病院なみに保険外負担の徴収を行っていることが先の事例からうかがえるのである。

医療機関が患者から徴収する保険外負担にはもう一つの意味があると思われる。それは、医療保険制度が現物給付を原則とすることから、「規格化、標準化、定型化」した医療サービスの価格を公定する作業が不可欠だが、これには一定のタイムラグが生じる。つまり、学会などを通して医療の現場に普及し始めた新しい医療技術や医薬品を含む材料が保険給付の対象として承認され診療報酬点数表に組み込まれるまでのタイムラグを、「保険外負担」という形の「別体系の支払方式」によって現実的に解消していると考えられるのである。こうした捉え方は保険外負担の徴収を助長するものといわれるかもしれないが、公的な医療保険システムといえども医療需要と医療供給のメカニズムから自由ではないという事実を述べているに過ぎない。むしろ、「保険外診療はすべて自由診療で」

という「混合診療禁止」の原理にしがみついているのは、保険制度そのものが医療技術の発展から取り残されてしまうおそれがあるということである。

冒頭で引用した医療保険福祉審議会意見書でもこの点について次のように述べている。

また、医療技術という面では、臓器移植等の高度で先進的な医療技術の導入、外国製の新薬や医療用具の臨床現場への導入など、医療の高度化、国際化には目覚ましいものがある。さらに、医療に必要不可欠な「もの」の中には、国際市場における価格変動に直接影響を受けるものも増加してきている。(中略) こうした変化に対応して、保険診療の範囲・内容等の見直しが迅速かつ効率的に行われるような仕組みが必要とされている。

もちろん、新技術をすべて給付対象とすることは困難であるから、国民が求める医療の中から緊急かつ重要なテーマをつかみとり迅速に処理するシステムが必要であることはいうまでもない。

Ⅱ．新たな視点創設

これまでの検証を通してわかったことは、不適切な保険外負担を解消し国民が納得できる真に平等な医療保険制度の確立を図るには、まず、現行の医療保障制度が限界に直面していることを再認識することから始めなければならないということである。

医療保険制度は予想される傷病などのリスクによってもたらされる国民の経済的損失を相互扶助によって平均的に補償するためのシステムであるから、一定の標準に基く給付体系が用意されるのは当然であるが、わが国の皆保険制度の下では、患者は一部負担金を支払うだけで必要な医療はすべて受けられることがあらかじめ保障されている。保険料を支払い、医療機関窓口で一部負担金を徴収される被保険者には必要かつ十分な医療サービスを受ける権利があり、現物給付制度はそのために生まれた給付の仕組みである。

一方、医療機関に支払われる診療報酬は必要かつ十分な医療サービスの「対価」として支払われるものであり、理論的には療養の給付とイコールでなければならない。なぜなら、診療報酬は本質的には被保険者に支払われるべき「給付金」が医療サービスに姿を変えたものであり、保険者が被保険者に支払うべきものを医療機関への支払いに代えている（委任払い）だけだからである。仮に、必要かつ十分な医療サービスの対価が医療機関に支払われなければ、被保険者は必要かつ十分な医療サービスを受けられないことになり、医療保険制度そのものが破綻を来してしまう。国民皆保険を堅持するには、医療保険制度が負担すべき範囲を明確に示し、高度化・長期化する医療給付に見合う保険システムの構築に踏み切らなければならないのではないかと。そうでなければ、不足する対価の支払いが保険外負担という形で患者に転嫁される構造が解消することはないだろう。

こうした基本認識に立って、新たな医療保険制度創設の道を探るとともに、現行保険制度のこれからのあり方を模索する必要があると考える。そこで、①現行医療保険制度の見直し、②新しい補完的医療保険制度の創設、の両面から、当面する6つの提言を行う。

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

これまで特定療養費以外では「原則禁止」とされてきた保険診療と保険外診療の組み合わせ（いわゆる混合診療）に道を開くべきである。これによって、新しい医療技術や医薬品、さらに従来技術や医薬品の保険適応外の利用にも診療の基礎的部分への保険給付を保障し、治療方法に複数の選択肢を用意することによって患者の選択に基づく医療に、比較的少ない負担でのアクセスが可能となる。

その場合に必要となるのが「混合診療のルール」である。

混合診療の状態が発生する原因は、①新しい医療技術や医薬品の開発、②診療報酬点数表で認められていない適応外の使用、にあることは第3章でみた。

①の新医療技術は高度先進医療として承認されれば特定療養費の支給対象となり、公認の混合診療となる。新薬も治験であれば特定療養費の対象である。問題はこれら以外の技術や医薬品の取扱いである。これらを自由診療として保険制度の外側へ追いやるのではなく、医療保険制度と調和さ

せるため、学会代表あるいは臨床医と学識経験者で構成する第三者組織（たとえば「新医療技術評価委員会」）によって診療の準公的基準を作成し、その枠内に随時取り込んでいく。可能であれば、この評価委員会において「標準価格」を定め、次項以降に述べる新医療保険制度による給付対象とする。

②はすでに公定価格があるため、標準価格をあらためて定める必要はない。評価委員会では点数表に定められていない使用方法が医学的に見て妥当か否かを評価し、やはり準公的な診療の標準を定め認定する。

これまでは療養担当規則ならびに診療報酬点数表が唯一の診療標準とされてきたが、新しい評価委員会による準公的な診療標準が併行して運用されることになるため、両者の間に有効性に関して社会的評価を競う「競争原理」が働き、より現実的な診療報酬体系を築く土壤が形成されるものと考えられる。

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

現在、高度先進医療として承認された新しい医療技術には特定療養費として検査・治療・看護・投薬といった診療の基礎的部分に保険給付が行われているが、肝心の高度先進部分は全額患者負担とされている。しかも、基礎的部分への特定療養費の支給を受けるには、第1章でみたように高いハードルをクリアした上に、さらに「普及性」までが要求される。一般の医療に比べてはるかに高額な医療が「普及性」を認められなければ保険適応とならないのは大きな矛盾といわざるを得ない。そもそも、「差額ベッド」や「金歯」といった本来「贅沢医療」にだけ適用されるべき差額徴収システム（特定療養費制度）が、高度先進医療にまでも同様に適用されていることに大きな問題がある。フランスの医療保険は償還払い制を基本としているが、長期かつ高価な医療ほど償還率が高く、結核、らい、精神、悪性腫瘍、小児糖尿病など30疾病については医療費の100%が保障されているという。

医療保障の原則からすれば、高額な医療をただちに受けなければならない重症患者に対してこそ、手厚い給付がなされなければならない。そこで、高度先進医療や臓器移植、遺伝子治療など、現行制度ではただちに保険適用とならない特殊で新しい治療方法であっても、それに代わる治療法が認められない場合には医療費の一定割合を別建ての公的な第二医療保険制度でカバーする方法が必要ではないか。

臓器移植や遺伝子治療は、疾患（の原因）が発見されてから治療までに一定の期間がある。この期間中に治療希望者は第二保険への加入の意思表示を行い、保険料の支払いを開始する。支払われる保険料では医療費全額をカバーできないので、不足分は国が補填する。つまり、任意保険を国の「扶助」で補強する方式である。治療が終了しても、第二保険加入者は一定の収入が保障されているかぎり保険料の支払いを継続し、被保険者本人が死亡した場合は現行医療保険の埋葬料等を最終の保険料支払いに充当するなど、両保険制度の連動を図る。公的 second 保険の被保険者は、高リスク家系の家族あるいはなんらかの疾病をもち、将来、高度医療を必要とする確立が高い者が集中するため、保険料は「掛け捨て」の形で支払うこととする。

第二医療保険の給付対象とする新技術の要件は(A)の第三者組織「新医療技術評価委員会」が定めるものとし、患者選択の余地を広くするなど自由度を加味した制度をめざすべきである。

C 選定療養と生活習慣病の長期療養に「私保険」を導入

現代の疾病構造は慢性疾患が中心である。とくに生活習慣に起因すると考えられる慢性疾患は予防のための生活習慣の改善、つまり「自分の健康は自分で守る自助努力」を求める必要があると考えられている。

健康保険法の枠組みがつくられた1920年代の疾病は感染症が中心であり、保険給付自体も短期的な療養を予定して組み立てられていた。業務上の疾病（いまの労災）は180日を限度とし、業務外の傷病は（複数でも）あわせて180日を限度として保険給付していたのである。太平洋戦争末期の1944年の健康保険法改正で業務上の傷病は給付期間の制限が撤廃されたが、これは前年に患者一部負担金制を導入していたために可能となったと考えられる。当時、結核患者がかなりの数に上ったが、それでも業務外の傷病は2年経過しても治癒しない場合に給付は打ち切られていたのである。

時代は移り、長期の療養を必要とする慢性疾患が疾病の大半を占めるようになった。保険給付もそれにあわせて給付期間の制限が取り払われ、転帰までの療養が保障されるようになった。医療保障システムとしては当然の帰結である。しかし、高度成長期に医療保険制度の抜本改革を怠ってきたわが国は、欧米諸国がすでに踏み込んでいた高齢化社会を範とすることができず、世界的にも例のないほど急速に高齢社会に突入することになったのである。つまり、時代にそぐわない医療保険制度をわずかずつ手直ししながら、保険料の漸増と患者負担の増額によって破綻を免れてきたにすぎない。

まったく遅ればせとしか言いようがないが、社会変化に対応した医療保険制度を早急に構築しなければならない。その場合のキーワードは「自助」である。社会保険としての医療保険制度は国民共通の危険である傷病に対し「互助」で立ち向かっているわけだが、その仕組み自体に限界が現れている。経済の低成長、小さな政府、少子高齢化、世代間連帯の風化等々である。もはや国民一人ひとりが健康への責任を分かち合う「自助」の時代が到来したといわざるを得ない。従来型の医療保険では蔓延する慢性疾患に対して、これまでどおりの給付率を維持できないと考えるからである。

具体的には、これまでの医療保障がカバーできる範囲はすでに限界が見えているため、とくに糖尿病や高脂血症といった生活習慣病を予防し、発症を抑制し、長期の治療を行うには個人の努力と投資が不可欠になる。食生活や喫煙・飲酒などの嗜好、運動・休養などの生活スタイルは慢性疾患にとって重要なファクターとなる。そのため予防や健康維持のための生活指導を医師や看護婦、薬剤師などに依頼したり、適度な運動や休養のための投資が必要となるが、そのための「自助」手段として私的第三医療保険を創設する。個人が自分の健康のために投資するのであるから、この保険は貯蓄性の保険がふさわしいと考えられる。

また、特別の療養環境や特別の歯科材料による治療の基礎的部分に支給されている特定療養費もその給付率を見直し、不足する部分を私的第三保険の給付でカバーすべきである。

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

多剤耐性菌などに感染・発症した患者が出た場合、院内感染防止のため迅速な対処が求められるが、その費用は膨大である。感染防止対策費用を確保するため、医師会を主体とした保険方式のリスク管理基金を発足させ、発症（感染）の事実を保健所、地区医師会等に速やかに報告することを条件に対策費用を一定期間補償する。対策費用は具体的には、易感染患者への予防的薬剤投与、病室や設備の消毒、職員の保菌検査、手指消毒薬の配布などに重点的に投入し、対策の内容と結果の報告を義務付ける。

また、院内感染による医療事故に対しては被害者への迅速な補償を確保するため、医療機関に対する損害保険としての機能をあわせもつことが望ましい。

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

治療日数を劇的に短縮でき、結果的に医療費削減に貢献できる術式（新技術）を採用する医療機関に対しては、削減効果分医療費の一定部分を成功報酬として上乘せ還元してはどうか。医療技術の進歩を積極的に導入する意欲を評価するとともに、社会的貢献に対しては「ボーナス」を支給する考え方である。ただし、無理な早期退院による再入院などは厳しくチェックする。

また、手術時間の短縮や出血を抑えるなど予後に影響するとの医師の判断で使用した器具・材料費は、退院までに要した総医療費を勘案して評価する。有意な効果が見られた場合は超過分を給付する価値があると思われる。つまり、医療行為を部分で評価するのではなく、一連の医療行為全体で評価する。これら「企業努力」へのインセンティブを導入し結果的に医療費の削減をめざす。

F アメニティなど生活サービス部分の費用徴収ルール確立

おもにハードのアメニティ部分に付加価値を認め、「施設利用料」として保険外負担徴収を原則的に自由化する。ただし、保険給付される療養の基礎的部分の最低水準を定め、上乘せサービスの利用は患者の選択とする。例えば、個室にテレビ電話、ファクシミリ、パソコン（通信設備）、A Vシステムなどを設備し利用料を徴収する。特別の浴室を設け入浴料を徴収する、図書室を備え書籍や雑誌を有料で貸し出す、特別室で結婚式や誕生会、同窓会などを催し室料と食事サービス料を徴収する、付添い家族に和室の休憩スペースを有料で貸し出す、などが考えられる。

Ⅲ. おわりに

医療保険財政の悪化を契機として、医療供給者、国民双方に医療へのコスト意識が求められるようになってすでに久しい。1970年代の一時期には医療があたかも「無料」であるかのような錯覚さえ国民の間に醸成されたが、そうした時代が終わりを告げてから四半世紀が過ぎている。「被用者本人1割負担、特定療養費制度と高度先進医療制度の創設」を果たした1984年の健康保険法改正は、その後のわが国医療保険制度の歩みを指し示した転機だったといえる。つまり、「安い医療」から「満足できる医療」への転換である。

給付と負担の均衡を確保するという公的医療保険制度の枠組みの中で、診療報酬体系として、今後、最も重視すべきことは、患者主体の良質かつ適切な医療を効率的に確保するという視点である。

国民の求めに応じ、全てを保険給付の対象とすることが可能であれば望ましいが、現実には、高度化・多様化する国民の医療に対する需要に全て応えていくことは困難と考えざるを得ない。公的医療保険制度の最大の使命は、不慮の傷病について患者が満足する治療内容を保障することにあることを踏まえつつ、求められる医療需要の中で、国民の視点から何が最も重要な課題であるかを明確にした上で、診療報酬体系として、その分野に対し、迅速かつ適切に対応することが必要と考えられる。(医療保険福祉審議会制度企画部会「診療報酬体系のあり方について(意見書)」1999.4.16)

この意見書でも、医療のすべてを保険で給付することはもはや望めないと告白している。保険給付には自ずから限界があるのであり、国民はこのことを理解すべき時期が到来したのである。しかし一方では、自然発生的に生まれた水面下の保険外負担が制度疲労を起こした医療保険制度を裏で支えるといった構造は看過すべきではない。「受益」と「負担」の新しいルールの確立が急務と考える。

■第二保険に関するメモ

※民間医療保険

明治生命「歯科治療特約」と日産生命「歯冠特則付歯科医療保険」は平成2年3月現在で8万3000件しか販売されていない。損保の「介護費用保険」は平成5年3月現在105万件販売。

平成4年、千代田生命と富国生命から「高度先進医療特約」が発売されている。高度先進医療で患者の負担となる技術料部分を、ランクに応じて給付金を支払うもの。

※新しい民間医療保険

昭和61年4月に発売された新しい医療保険は、生保・損保業界の統一商品だが、給付内容は若干異なる。生保の医療保障保険は、治療給付金、入院給付金、死亡保険金、損保の医療費用保険は治療費用保険金、入院諸費用保険金、高度先進医療保険金を給付対象としている。

これらの商品は、昭和60年12月の「医療及びその関連分野における民間活力の導入に関する研究会」の中間報告を踏まえて、無秩序な医療費の膨張を招かないようモラル・ハザードの防止に十分留意した商品開発となっている。

この保険は、多様かつ高度なニーズに対応するため、次の費用をその対象としている。①一部負担金、②特別の療養環境にかかわる費用（室料特別料金等）、③高度先進医療の費用、④付添い看護料患者負担、⑤入院治食事療養費の標準負担額

医療費の増大を招かないよう、①現物給付でなくて償還払い、②入院のみを対象、③一入院に対し生保4000円、損保5000円の足切りを設定、④免責入院日数（4日）を超える部分のみ給付、などの工夫がされている。

※民間医療保険の保険料

生保の医療保障保険で、入院給付金・看護給付金をそれぞれ5000円、死亡保険金を50万円申し込むと、公的医療保険が1割負担の本人の月払い保険料は、20歳：1650円（1895円）、30歳：1929円（2218円）、40歳：2253円（2656円）、50歳：3366円（4036円）となる。カッコ内は公的医療保険が2割負担の家族の月払い保険料。（『W I B A 96』日本医療企画「第19章民間保険」P 532）

※社会保険の概念（大林良一『社会保険』第六章より）

社会保険は、社会構成員に対して、その生活を脅かす事故に際し、特定基準の所得を保障するための保険である。ここに保険とは、偶発的な一定の財産的必要を予定する多数の経済単位が、技術的基礎によって、相互にその必要を充足することを意味する。従って多数の経済単位の結合、偶発的事故、財産的必要、技術的基礎に相互的充足は社会保険概念の構成要素をなすものである。（中略）

相互的な財産的必要の充足は、当然に対価の支払を前提とする。即ち保険料（分担金）の支払を必要とする。この保険料は、私保険においては、レキジスの公式によって、能う限り正確に危険に比例して、支払わしめる機構をとり、この点で私保険は完全な自助施設であるといわれる。然るに

社会保険では、被保険者の負担する保険料は多くの場合、被保険者に固有な危険に相当するものよりも少額である。それは自ら任意保険に加入することの出来ぬ者、即ち所要の保険料全額を負担することの出来ぬ者にも保険保護を与えるために、危険相当以下の保険料を以って保険に参加せしめるからである。従って生ずる保険財政上の不足は、この保険の直接の受益者以外の分担又は補助に待つこととなる。尤もこの場合にも、その保険団体に参加する者の中には支払能力に応じて分担させられる結果、現実の危険原価に相当する或はそれ以上の保険料を支払う者もあるであろう。然し被保険者の中には上述の危険以下の保険料を支払う者が常に存在する点で社会保険は他の任意保険から区別されるべきものであり、**社会保険は完全な自助施設ではなく、自助のために国家的扶助が加わったもの**となるのである。然しながら被保険者又はその者のために支払われる保険料が皆無で、給付の財源を総て税収入に待つ場合は最早保険とはいうことを得ない。少なくとも財源の半以上が、被保険者又はこれを代表する雇主によって、支払われることを要し、且つその限りにおいて社会保険は保険の埒内に止まるといえるのである。

第六章 社会保険事故

(前略) 従ってここでは専ら直接的に所得の保障をなすことを要する事故のみが問題となる。即ち生活のための所得を減少もしくは喪失せしめ又はその所得を以ってしては賄い得ないような失費を発生せしめる事故である。かくのごとき事故の種類として、疾病、傷害、出産、廃失、老齢、死亡及び失業が考えられる。これ等の事故の分類は種々の方面から試みられる。例えば、稼得能力の喪失を齎す事故の発生原因を区別標準として、生物学的危険(疾病、傷害、出産、廃疾、老齢、死亡)と経済的危険(失業)との分類がある。次に稼得能力喪失期間を標準として一時的なもの(傷害、疾病、出産、失業)と永続的なもの(廃疾、老齢、多子)及び永久的なもの(死亡)とに分れる。更に保険給付を準備するために**短期計算にて足りるもの(傷害、疾病、出産、失業、死亡)**と、**長期計算を必要とするもの(廃疾、老齢、死亡)**とに分つことが出来る。(以下略)

※第二保険あるいは第三保険の給付対象となる新しい医療技術や新薬などは(A)でみたような高度かつ高価な医療技術や医療材料であり、また個人の嗜好や利便性にともなって選ばれる「特別の療養(環境)」であるが、その給付額は保険者と医療担当者の協議によってあらかじめ定めておく必要がある。そうすれば公的**第二保険**であれ私的**第三保険**であれ、現物給付が可能となる。

ただし、この措置はあくまでも新技術や新薬が保険給付されるまでのタイムラグを解消することに最大の眼目を置くべきであり、高度先進医療にみられるように承認から保険適用までに数年もの歳月を要してはならない。有効性が確認でき次第速やかに保険給付に組み込むことが前提であり、その意味で「補助的」保険の性格(。

「基礎的保険診療+第二医療保険」あるいは「基礎的保険診療+私的第三保険」など、いずれも制度の異なった保険給付を組み合わせる方式である。

○**基礎的保険+公的**第二保険****：高度先進医療、移植医療、遺伝子治療など

○**基礎的保険+私的**第三保険****：生活習慣病、生殖医療、選定療養(特別の療養環境など)

第七章 社会保険の給付

[一]総説

(略)

社会保険給付は種々の観点から分類される。(中略)然し社会保険給付の分類において最も重要なのは、給付内容による金銭給付と現物又は労務給付との別である。保険が本来金銭操作である点からして、**金銭給付(bar-oder Geldleistung;cash benefit;prestation en argent ou espece)**が社会保険においても原則的であるべきである。休業手当・養老・廃疾・遺族年金等何れも然うである。然しながら、生理的労働障害に対する医術的処置は総て現物給付の形において行われ得る。更に死亡・老齢・失業等の場合にも労務給付の形が採用され得るからして、現物又は労務給付として問題になるのは、医師の処置、看護人の労務、治療材料の交付、病院・産院・孤児院・養老院等への収容、労働機会の提供即ち就職口の斡旋、職業補導、再教育等である。同じく生理的障害の危険を担保する疾病又は障害保険が私営保険として行われる場合は、必ずしも現物給付によらない。社会保険においてこの現物給付が原則的に行われるのは、現金給付が必ずしも現実の治療に用いられない場合又は現実の治療に不足する場合があるため、直接的な手段を提供することが社会的要求に合するといふ社会的考慮に出ずるものである。従って物価変動による現物又はサービス給付の価格騰貴の危険は保険担当者の負担するところである。社会保険発達の初期においては、少なくとも第一次大戦までは金銭給付が主たる社会保険給付であったが、これが理由の一つとして考えられるものは、社会保険法作成当時これに関与した保険数理の専門家が利用し得る計算基礎が専ら金額的なものであった事実である。然し社会保険が極めて包括的な現物給付をなし、その金銭給付の地位が第二義的となることは、生産的活動に従事する大衆の労働力を保持する上に極めて大なる国民経済的価値を有つことになるものではあるが、一方社会保険自体としては、**金銭操作的保険の地位を物価変動の波にただよう一般企業の地位に押しやるもので、その経営の困難を加えることとなる。**インフレーション時代の独逸の疾病保険において現物給付を停止したのはこの困難に因るものであり、又最近の立法において、健康保険の医療給付を公共的医療サービスとして、保険とは独立せる機構に移す例が見られるに至った主なる理由は、この間の事情によるものであろう。(後略)

[二]金銭給付

一 労災保険 (略)

二 健康保険

健康保険の主なる現金給付は、傷病により就業不能の期間(日数)に対し支払われる傷病手当金である。…次に総ての国の疾病保険において、婦人労働者のために、分娩費並に出産手当金が設定されている。…出産手当金に次いで哺育手当金は定額を以て給せられる場合と、賃金に関連して定められる場合とがある。尚被保険者の家族(妻)の出産に対しては、配偶者分娩費及び哺育手当金として一定額が給せられる場合がある。

三 年金保険（略）

四 失業保険（略）

[三]現物給付

現物給付又は自然給付(naturalleistung;prestation en nature)は、厳格には本来の現物給付(sachleistung;benefits in kind)とサービス給付(dienstleistung;benefits in services)に分れ得る。而してこの広義の現物給付として主要なものは被保険者又はその家族の(1)傷病の場合の医療であるが、これに類するものとして(2)出産の場合の助産、産院への収容、並びに医学的処置があり、(3)又被保険者死亡の場合にその遺児を保育園に収容、(4)高齢者を養老院へ収容、(5)失業の場合に就職の斡旋、(6)一般的に保険事故発生を予防する活動がある。これ等のうち(1)は主として健康保険及び労働者災害補償保険、(2)は健康保険又は独立の母性保険の給付に属し、(3)(4)及び(5)はそれぞれ遺児年金・養老年金又は失業保険金の支給に代って行われるもので、これ等に対し給付の名を付さない場合もあるが事実上の現物給付であり、(6)は従来被保険者一般を対象として行われた啓蒙的活動を指したものであるが、最近では個々の被保険者につき行われる予防的検診をも含めて独立の給付となす傾向が見られる。

現物給付の主流たる療養給付の範囲は、個々の場合について見れば、同一保険種類の異なった立法において、又同一国の異なった保険種類について、一様ではない。然し一般的にいて、被保険者に対する**療養給付の範囲は、医術の進歩と共に拡大しており**、且つこの給付の行われる人員の範囲も、家族診療を加えることによって可なり拡張されたといえる。(中略)

療養給付に関連して一部負担金(selbstbeteiligung)という制度がある。第一次大戦後のインフレーション時代に独逸の職員保険に採用され、次いで仏蘭西に創設された健康保険に恒常的に導入されたものであるが、吾国の健康保険においても被保険者本人の受診料は被保険者の負担であり、又被保険者の家族の診療の場合、規定料金の半額を保険者負担とし、他を被保険者負担としているのがそれである。この一部負担金の制度は乱診乱療を防ぐ目的と見ることも出来るが、結局は保険財政の問題であり、従って関係者の負担力の問題であるといえよう。(中略)

元来社会保険給付として現物給付をなすことは、金銭操作としての保険の本質から若干逸脱するものである。それが物価の変動の影響を受ける限りにおいて、定額の保険料の基礎に立つ保険財政を不安定ならしめるものであることは既に一言したところである。然し**物価の変動は被保険大衆の責に帰すべからざるもので、寧ろ国家の責に帰すべきものであり**、他方国家は既に社会の特定階級の生活を保障する目的を以って社会保険を創設したものであるからには、物価変動の危険を自ら負担して物的給付をなすことが社会的目標に合するとされ、又**経験的にも被保険者は医療費として現金給付を受けるとも、必ずしもその金額を医療のために利用するものでないことが度々証明されている**。こうした種々の理由が今日の如き現物給付の隆盛を見たものである。然しながら医療制度なるものは、上述の物価の影響を受けるのみならず、被保険者の側での所謂「流動性選好」の影響を受ける——特に新治療法又は新薬の発見の場合——ため、現実の給付の金額は高騰して、保険経理の基礎的数字とは著しい隔たりを見せるのである。勿論この場合**保険計算の基礎にないことを理由**

に、新薬療法による保険診療を拒否することは純粋保険理論的には可能ではあるが、社会的見地に立つ保険としては好ましくないものである。こうした大勢からして保険給付としての療養給付は、常に財政不足の問題に逢着せざるを得ない。健康保険事業から療養給付を除外すべしとする意見があり、現にイギリス、ロシア等が医療サービスとして保険から形式上分離せしめているのは、ここに理由があるのである。

一 労災保険（略）

二 健康保険

次に健康保険の現物給付も現金給付との比較において不断增加しており、全給付の過半、国によっては八〇%にも達している。この現物給付の増大せる理由は社会保険資金が患者に進歩せる診断及び治療を利用せしめる機会を増加したことと、他方家族診療の給付を加えたことによる。即ち健康保険の当初、被保険者本人につき普通開業医の診断と一種の薬剤を与える程度であったものが、今次大戦前既に、開業医による診断治療とその処方による薬剤並に高価ならざる器具、専門家の処置、外科手術及び入院を含むに至っており、歯科医療の方面では抜歯、充填が義務給付 (pflichtleistung) として加えられ、更に任意給付として、保険担当者に余裕ある場合は、快復期の看護 (convalescent care)、長期の処置、義肢・義歯等を与えるようになっていた。その上に、第一及び第二次大戦の間に多くの国で被保険者の妻子の診療を加え、これが然も一般的義務的給付とさえなるに至った。然しこの家族給付は、多くの国において被保険者本人の場合と同範囲に至っていないのは、保険財政的理由に因るものである。

疾病保険が出産給付として例外的に産院収容をなすことは、疾病保険が予防的処置に一步を踏み込むものとして注目に値する。それは産後の看護と産婦子の健康を監視するからである。そして被保険者の妻の産院収容は又健康保険が家族診療へ発展する最初の形態でもあった。

然しながら健康保険の主たる目的が被保険者及びその家族の健康水準を改善し、それにより現物給付を減少することにあるとすれば、保険医の主たる機能は、差迫った傷病の治療から、家庭の医療顧問としてその家庭における疾病の予防と健康保持のための訓練へと移っていくことになる。ここでは被保険者並にその家族の定期診断が重要な現物給付となるのであるが、その費用と時間とが問題である。それにも拘わらず既にこれに着手している国もある。既述のチリーの予防医事法による施設の中にその例を見る。(中略)

治療が現物給付として行われる限り、一部負担金の場合を除けば、治療の報酬の額は被保険者にとっては直接の問題ではない。然しこの治療報酬額の高低は、診療担当者の側で被保険者の診療を拒否し、又は不当な報酬を保険者に請求する等の問題を惹起して間接に被保険者に影響することとなる。保険担当者としては、限られた財政を以て、その現物給付を進歩してやまない医学に歩調を合せることが問題である。保険担当者に残される手段は医療の合理化より外にないが、然るにこれを妨げるものは、各国の医師会に強固な根をおろしているところの医業における伝統的な個人主義である。(略)

三 失業保険（略）

第十一章 健康保険

[一]健康保険の組織（略）

[二]被保険者（略）

[三]保険事故（略）

[四]保険給付

一 疾病又は負傷に対する給付

(1)療養の給付

（前略）

これ等の療養の給付は、被保険者に対しては、前述の一部負担金以外は無料を以て行われるが、被扶養者の場合は（家族療養費）、一部負担金を除き療養費用の半額を被保険者に交付し、又は直接保険者が診療担当者にこれを支払う（法59の2）。

(2)療養費（略）而して療養費として支給される額は療養に要する費用を標準として保険者が決定する（法44、1項）が、それは個々の診療内容に対し診療報酬として保険医又は保険者の指定する者に対し支払われる額と全く同一である。

（大林良一『社会保険』、1952.11.25 春秋社 p168-270）

第五章 保険給付

二、保険給付の分類

健康保険においては、被保険者の保険事故に対して保険給付をする外に、その被扶養者の保険事故に対しても所定の保険給付がなされる。また被保険者若しくは被扶養者の疾病、負傷、死亡又は分娩の四種の保険事故に対しては、それぞれ異なる法定の保険給付がなされるところである。また被保険者若しくは被扶養者の疾病又は負傷に対する給付として、保険医又は保険者の指定する者に対して、直接に保険者の負担において療養の給付を受けさせるいわゆる現物給付の方法と、療養費として、その療養に要した費用を支給するいわゆる現金給付の方法とがある。

以上の分類に基づく給付は、いわゆる法定給付と呼ばれるものであって、その支給原因、支給額及び支給期間その他の支給条件等については法令に規定されているところであって、保険者が、任意に法令の規定を無視して、保険給付の額を増減し、若しくは支給期間を操作する等のことは許されない。これらの保険給付については、法令の定めるところに従って、適正な支給決定がなされなければならない。ただこれらの**法定給付のうち、療養費、看護及び移送に対する給付については、保険者の認定により、法定の限度において、その支給の可否又は支給額の増減等がなされ得ることになっている。**

第二節 疾病又は負傷に関する給付

第二項 療養の給付

一、性質

療養の給付とは、被保険者が疾病又は負傷の場合において、保険医又保険者の指定する者について、直接に診療又は手当を受けることである。疾病保険の制度においては、被保険者の疾病又は負傷に対する給付の建前として、療養に要する費用を療養費として、現金で支給するいわゆる現金給付の方法もあるが、**健康保険においては、原則的に保険者の費用負担において、被保険者が直接に診療の利益を受けるいわゆる現物給付として、療養の給付を受けさせることとされているのである。**

(法43)

健康保険において第一目的とするところは、被保険者又は被扶養者の健康の速やかな快復を図るということにあるのであるから、その疾病又は負傷の場合には、迅速且つ適正な診療を受けさせることが必要である。そのためには保険者自身において、直接に診療を施す機関を有することが理想である。現金給付の場合にあっては、診療費用の一時的負担の困難性に基いて、早期に診療を受ける機会を逸し、且つ、十分な診療を受けることができない。これに反して被保険者が療養の給付を受ける場合には、早期に且つ十分な診療を受ける機会を与えることができるばかりでなく、その費用も減少されることとなり、且つ、比較的虚病の防止及び不正受給も防止できるものといわれている。

療養の給付においては、過去において一般診療の内容と比較して、その医療内容或いは医療サービスの低下等の声があったが、診療報酬支払基金の創設に伴う診療報酬の迅速な支払い及び保険医

等の事務的負担の軽減等と相俟って、漸次好転の傾向にあるものと認められている。この反面において療養費の現金給付は、不正又は不当の請求的傾向と事務煩雑とによる保険者の制限的取扱いと、一面において被保険者側における診療報酬の一時的な負担の困難性とによって、漸次取扱件数の減退を来している状況である。

六、診療取扱手続

1 保険診療におけるいわゆる差額徴収

保険診療において禁止されている差額徴収というのは、健康保険において定められている診療方針に則した診療を行ったにかかわらず、被保険者については一部負担金以外に、また被扶養者については半額徴収金の外に、それぞれ診療料金として、保険医又は保険者の指定する者が徴収することである。例えば高価薬を使用した場合、又は入院料の差額として一定額を徴収する場合である。

また本来の差額徴収ではないが、診療報酬請求明細書の審査に際して減額査定を受ける懸念から、その診療報酬の一部を本人から徴収し、その徴収した限度において保険者に請求しない方法をとることは、本来の差額徴収の変型として、療養担当規定の違反行為となるものである。

またかつて大学附属病院等で行われたように、特定の薬剤を被保険者及び被扶養者に購入させ、診療報酬としては単に手技料を請求するような取扱いも、療養担当規定の違反行為として特に取締りの対象となるものである。

2 入院料の差額徴収（略）

3 被扶養者の半数負担金の性質

被扶養者が保険医等について診療を受けた場合には、療養担当規定に基いて、療養に要する費用の半額を、その都度保険医等に対して支払わなければならないのであって、たとえその支払いが渋滞した場合においても、保険者の支払責任となるものではない。この**支払関係は、保険医対当該被扶養者との間の私法関係となる**のである。一説のように、被扶養者に対する給付は法律的には療養費の支給が原則で、ただ第三者弁済の形式として、保険者から保険医に対して支払った場合には、被保険者に対して支払ったものと看做すに止まるものであるから、あくまで療養の給付として行われるものではない。従って半額負担金は、保険者において最終的な支払の責任を有するものであるというのであるが、法律の実質的な規定に基いて規定されている療養担当規定の本旨に基いて、このような説は是認することができない。

4 一部負担金の功罪

一部負担金の制度というのは、被保険者が療養の給付を受ける場合において、厚生大臣の定める初診料に相当する額を自身で負担することである。

この一部負担金制の長所は次の通りである。

(い)被保険者の濫受診を防止して、不当な保険給付の支出を抑制することができる。すなわち、被保険者の受診に際して一部負担金の支払いを要するものとするれば、不必要な診療又は比較的軽微の傷病の診療を回避する傾向となり、また濫りに保険医を変更する弊害も防止することができる。

(ろ)理論的には受益者負担として肯定することができる。このことは一面においては公平の原則に適

うことができるため、制度の運営について協力態勢が得られることとなる。

(は)事業主及び被保険者の保険料負担が軽減される。

以上の長所に反して、次のような短所が指摘されている。

(い)早期の受診を抑制することとなるから、比較的重症者に対しては、適切な診療の機会を逸する傾向となるため、その限度において給付費用が増加することとなる。

(ろ)一部負担金を設定する当初においては、保険料の引上げが回避されて、被保険者の一方的な負担に転嫁されることとなるために、被保険者側において不利である。

(は)被保険者にとっては、保険料の負担と一部負担金の二重的な負担となるために、保険理論的には後退となる。

第5項 療養費

三、療養費の額

療養費として支給される額は、療養に要する費用を標準として**保険者が決定**するのである。(法44第一項)

療養に要する**費用の算定は、診療報酬として保険医又は保険者の指定する者に対して支払う額と全く同様である。**(法44第三項) …

療養費として支給される金額は、普通の一般診療として支払った金額より相当少額であるので、その**差額は被保険者の負担とならざるを得ない。**このようなことから、現に被保険者が支払った金額の八割を一率に支給し、又は診療日数一日について何円というような計算方法による金額を支給することは違法である。

第五節 家族給付

第一項 総説

一、家族給付を認むる理由

家族給付の対象となる保険事故は、被扶養者の疾病・負傷・死亡又は分娩に限定されている。これらの被扶養者の保険事故が発生した場合においては、**直接にその被扶養者に対して給付するものではなく、あくまでその受給権者は被保険者本人である。**これに対応して、保険料の負担関係も被扶養者に及ぶものではない。すなわち、健康保険の保険料は、被扶養者の有無又はその人数如何によって高低があるわけではなく、被保険者の標準報酬に従って、被保険者と事業主との折半負担を原則としているのである。

家族に関する給付は、昭和十五年七月から世帯員に対する補給金制度として採用されたのであったが、昭和十七年四月から法定給付として漸次拡充されて来たところである。

第二項 家族療養費

一、家族療養費の性質

被扶養者の疾病又は負傷に関しては家族療養費を支給するのであるが、この支給方法に関して、次の二種の支給方法が採られている。

1 第1家族療養費

第1家族療養費というのは、被扶養者が疾病又は負傷の場合において、被保険者に対して支給す

る療養の給付と同様に、保険医又は保険者の指定する者について診療又は手当を受け、若しくは保険薬剤師について薬剤の支給を受けることである。この場合における療養に要した費用の支払いについては、第三者弁済の形式をとり、保険者が直接に保険医若しくは保険者の指定するもの又は保険薬剤師に対して支払うのである。従って、この費用を支払った場合には、被扶養者の家族療養費を被保険者に対して支払ったものとみなされるのである。(法59の二第一項乃至第四項) このように第一家族療養費の支払いについては、法の規定形式として現金給付によるものと定められているが、一面において、保険医又は保険者の指定する者は、命令の定むるところによって、懇切丁寧に被扶養者の診療を担当することが必要と定められている。(法43の四第一項) すなわち療養担当規定の定むるところによって、**実体的には療養の給付と同様な現物給付の方式が採られているところである。**しかしながら被扶養者が保険診療を受けた場合においては、被保険者の場合と異なり、診療を受けた都度、療養に要した費用の半額を支払うことが必要である。

この被扶養者において支払いを要する**半額負担金は、保険医又は保険者の指定する者と被扶養者との間における私法的支払関係**として支払いを要するものであって、保険者において、その支払未済の場合における支払保証を必要とする性質のものではない。

この第一家族療養費として支給される療養の給付の範囲、療養に要する費用の算定、療養の給付の期間及びその受給手続等は、すべて被保険者の給付に関する規定が準用されている。(法59の二第五項)

(是成信一『健康保険実務提要』 1953.10.1 社会保険法規研究会 p.314-439)

日医総研

日本医師会総合政策研究機構 報告書 第15号

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

発行 日本医師会総合政策研究機構

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

日本医師会館内 TEL.03-3942-7215

平成12年4月 発行(10)

会員価格 1,500円(本体1,429円)

一般価格 3,000円(本体2,858円)