

# 混合診療の狙いを探る

2005年4月9日

熊本県保険医協会

会長 上塚高弘

# 混合診療とは

一連の診療について、保険診療と保険外診療との併用を認めること。

現在は例外を除いて認められていない。

# 混合診療に相当するのは？

- A) 高血圧で通院中の患者に、保険薬を投与し、保険で認められた検査を行う。
- B) 高血圧で通院中の患者に、保険薬と保険未承認のバイアグラを投与する。
- C) 肺癌で入院中の患者が、保険未承認の薬を自分で購入して服用する。
- D) 肺癌で入院中の患者に、医師が保険未承認の薬を投与する。

正解は  
D

## 混合診療推進派の意見

抗がん剤など、保険で認められていない薬を使いたい場合、入院費など保険診療の部分も自己負担になるのは負担が大きく、受けたい医療が受けられなくなる。

# 現在の自由診療の扱い

自由診療部分 (新薬など)	保険診療部分 (入院料など)
全額自己負担	全額自己負担

青色の部分が  
自己負担となる

# 混合診療が認められた場合

自由診療部分 (新薬など)	保険診療部分 (入院料など)
全額自己負担	3割負担

青色の部分が  
自己負担となる

# 新薬などが保険導入された場合

自由診療部分 (新薬など) が保険に導入	保険診療部分 (入院費など)
3割負担	3割負担

青色の部分が  
自己負担となる

# 保険診療の高額療養費制度

70歳未満		外来・入院区別なく償還制	
上位所得者 (月収56万円以上)		13万9,800円+1%	
一般		7万2,300円+1%	
低所得者 (住民税非課税者など)		3万5,400円	

	70歳以上	
	外来(償還制)	入院(償還制)
一定以上所得者 (夫婦で年収約630万円以上)	4万200円	7万2,300円+1%
一般 (夫婦で年収約347万円~630万円)	1万2,000円	4万200円
低所得者Ⅱ (夫婦で年収約130万円~347万円)	8,000円	2万4,600円
低所得者Ⅰ (夫婦で年収約130万円以下)		1万5,000円

それでも自己負担が大きいときは保険では高額療養費制度がある。



# 大部分の人は混合診療を受けられない

大金持ち	金持ち	一般人	低所得者
自由診療も 保険診療も 負担できる	自由診療と 保険診療の 3割を 負担できる	自由診療も 保険診療にして 3割になれば 負担できる	さらに 減免措置 が必要

# 混合診療導入で民間保険増収

- 自由診療部分の負担に備えるための民間保険加入
- 保険により、医療内容に差が出来る
- 病気になりやすい人は加入できない
- 民間保険会社の増収
- 外国保険会社の参入

# 規制改革・民間開放推進会議委員名簿

議長	*宮内 義彦	オリックス取締役兼代表執行役会長	グループCEO
議長代理	*鈴木 良男	旭リサーチセンター取締役会長	
委員	*神田 秀樹	東京大学大学院法学政治学研究科教授	
	草刈 隆郎	日本郵船代表取締役会長	
	黒川 和美	法政大学経済学部教授	
	志太 勤	シダックス代表取締役会長	
	白石 真澄	東洋大学経済学部社会経済システム学科助教授	
	南場 智子	ディー・エヌ・エー代表取締役	
	原 早苗	埼玉大学経済学部、青森大学経済学部非常勤講師	
	本田 桂子	マッキンゼー・アンド・カンパニー・インク・ジャパン プリンシパル	
	矢崎 裕彦	矢崎総業代表取締役会長	
	*八代 尚宏	日本経済研究センター理事長	
	*安居 祥策	帝人取締役会長	

医療関係者は  
いない

\*は総合規制改革会議からの留任

# 規制改革・民間開放推進室(内閣府)名簿

室長	河野 栄	出向元	総務省
参事官	井上 宏司	〃	経済産業省
企画官	原 一郎	〃	日本経団連
〃	岩佐 哲也	〃	総務省
〃	長瀬 友則	〃	国土交通省

## 室員(出向元)

国土交通省 経済産業省 参議院事務局 総務省  
 厚生労働省 文部科学省 農林水産省 内閣府  
 国民生活金融公庫 公正取引委員会

第一生命 ソニー セコム 三井住友海上 オリックス  
東京海上火災 トヨタ自動車 日本郵船 関西電力  
 三菱商事 松下電器産業 三井住友銀行 森ビル

保険会社社員  
が多数

赤字は保険関連会社

# 混合診療の問題点

1. お金のない人は新しい治療を受けられない。
2. お金のない人が金持ちの保険部分を負担する。
3. 国民皆保険の崩壊
4. 自由診療の部分に不適切な医療が適用される危険がある。
5. 自由診療の部分の不適切医療への救済がない。
6. 有効な医療の保険導入が遅れる。

# 混合診療反対論の高まり

- **国民医療推進協議会**  
(加盟36団体:会長植松日医会長)  
600万筆の混合診療反対署名
- **衆参両院**  
全会一致で混合診療解禁反対議決

一応解禁は  
阻止したが……

# 現在までの保険医療の流れ

## 健康保険法制定（大正11年・1922年）

被用者を対象とする保険  
「現物（療養）給付」が基本  
現金（療養費）払いでは流用の恐れ  
患者は一部負担金のみ払う

## 国民健康保険法制定（昭和13年・1938年）

自営業者、農業者を対象とする保険  
終戦後（昭和31年）は、未保険者3000万人

## 国民皆保険導入（昭和36年・1961年）

1961年 国保5割給付  
1963年 国保世帯主7割給付  
1968年 国保全員7割給付

この頃は社会保障  
は少しずつ充実し  
ていた

# 制限診療論

- 社会保障制度審議会（1955年発足）

保険診療は無制限の現物支給でなく一定の基準以外は被保険者負担とし、差額徴収を行う

- 日本医師会の反対

日医(会長武見太郎)保険医総辞退で抵抗「制限診療撤廃し、新薬、新技術は速やかに保険適用する」で合意

医師会は差額徴収に反対した



# 歯科医療における「差額徴収制度」

戦後長い間、金合金の冠(金歯)などに「差額徴収」が存在していた。

1955年 厚生省が金合金の差額徴収を認める。

厚生省は「差額徴収」を背景に診療報酬をおさえ、新技術の保険診療導入を遅らせた。

現在も「材料差額」が認められている。

歯科医師会  
は差額徴収  
を認めた

# 老人医療負担率の変遷

- 1973年 老人医療無料化
- 1974年 第1次石油ショック
- 1982年 老人保健法制定  
外来月400円、入院1日300円  
「病院は老人のサロン化」の世論作り
- 1987年 外来月800円、入院1日500円
- 1991年 外来月1000円、入院1日700円
- 1996年 外来1回500円、最高2000円  
入院1000円以後100円ずつ値上がり
- 2001年 外来、入院とも定率1割負担
- 2002年 高額所得者は2割負担

次第に自己負担  
が増加

# 医療保険制度大幅「改正」(1983年)

- 被用者本人2割負担(当面1割)
- 退職者医療制度創設
- 国保の国庫補助率引き下げ  
(45%から38.5%へ)

# 特定療養費の創設(1984年)

**「高度先進医療」と「選定医療」に  
混合診療を認める**

**「高度先進医療」: 心臓移植など84種、280医療機関**

**「選定医療」 : 医療本体には関係ない部分  
個室料、個人の嗜好に合わせた食事**

# 消費税導入(3%) (1988年)

「高齡社会を支えるために」がうたい文句

8年間で国庫配分額(31兆円)から高齡福祉推進10ヵ年計画に回った金額3.7%

## その後の主な医療保険制度関係の「改正」

- 1992年 政管健保への国庫補助削減  
(16.4%から13%へ)
- 1994年 入院給食費患者負担1日600円、  
付き添い看護廃止
- 2000年 介護保険導入 国保法改正  
介護保険料は国保料に上乗せして徴収、  
国保料滞納者からは医療保険証を取り上げること  
国保料滞納者と資格証明者増加
- 2003年 健保本人3割負担

## 「選定療養」の拡大

種類	負担内容
差額病床	室料の差額。4床まで認める。
治験にかかわる療養費	医薬品の治験にかかわる検査、画像診断、投薬、注射を除く部分
予約診療	診療時間予約料 医療機関が表示
時間外診療	時間外加算相当額
200床以上の病院の 紹介なし患者初診料	病院が表示
200床以上の病院の再診料	病院が表示
前歯部の材料差額	金合金、白金加金の材料費
金属床総義歯	スルホン樹脂総義歯相当分以上の分
虫歯治療後の継続管理(13歳未満)	フッ化物局所応用および小窩裂溝填塞費用
180日を超える入院	難病や急性期を除き、180日以上は保険診療対象外。85%が特定療法費として支給。

選定療養が医療本体部分に及び  
事実上の混合診療になっている

# 混合診療全面解禁阻止後の合意事項 (2004年12月)

1. 現物(療養)給付の維持
2. 保険診療と併用する領域の拡大
  - 必ずしも高度でない先進技術
  - 制限回数を超える医療行為
  - 国内未承認薬
3. 特定療養費制度の廃止(2006年)
  - 保険導入検討医療(仮称)
  - 患者選択同意医療(仮称)

(保険導入を前提としない)

まず、特定療養費  
を拡大して事実上  
の混合診療に



## 特定療養費制度についての厚生労働省の「改革の考え方」

《現行》



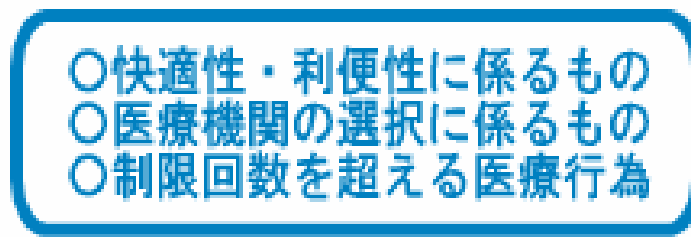
【保険導入検討医療（仮称）】

《見直し後》（保険導入のための評価を行うもの）



【患者選択同意医療（仮称）】

（保険導入を前提としないもの）



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

出所：厚生労働省「いわゆる『混合診療』問題について」（2004年12月15日）

## 必ずしも高度でない先進技術(中度先進医療)

- 100技術 2000医療機関程度が対象
- 対象となる技術の安全性、有効性を専門家会議が評価
- 医療機関の届出から3ヶ月以内に混合診療の適否を厚生労働省が決める。
- 保険診療導入も厚労省が決めるが、期日の規定はない。普及性、経済性を考慮か。
- 技術料差額導入が狙いか。

# 回数制限を越える医療行為

- 医療上必要な医療行為を制限し、それ以上を自己負担とする。  
リハビリ、腫瘍マーカー検査、  
インシュリン治療中の頻回血糖検査など。
- 通院回数、入院日数も制限する案あり。

# 国内未承認薬

- 治験実施済みの薬剤は承認申請から承認までの期間を特定療養費の対象とする。
- 治験実施されていない薬剤は治験開始から承認までを特定療養費の対象とし、「企業治験」と「医師治験」に振り分ける。
- 「医師治験」の薬剤料は患者負担とし、関連技術料は保険給付を厚くする。
- 「医師治験」の健康被害の保障責任は医師にある。
- 治験終了後、保険薬として申請するか、特定療養費とするかはメーカーが選択する。

# アメリカの「規制改革要望書」

1994年から毎年アメリカ通商代表部から出される。  
小泉首相と規制改革・民間開放推進会議を称賛。

## 医薬品に関するアメリカの要望

- 外資系メーカーの未承認薬の治験と承認を急ぐこと
- 治験中の薬は治験の開始から承認までの間、メーカーが価格決定権を持つこと
- 治験中の薬は患者負担とすること
- 治験のすんだ薬については保険扱いにするかどうかの選択権はメーカーが持つこと

混合診療はアメリカの  
要望に沿うものだった

# 日本の医療制度の国際的評価はトップクラス

	世界保健機構 (WHO)	経済協力開発機構 (OECD)	
	健康達成度の 総合評価	健康寿命 (寝たきり期間除く)	GDPに占める 医療費の割合 1998年
日本	1位	1位	18位
ドイツ	14位	22位	3位
アメリカ	15位	24位	1位

高い評価

低い医療費

高い医療費

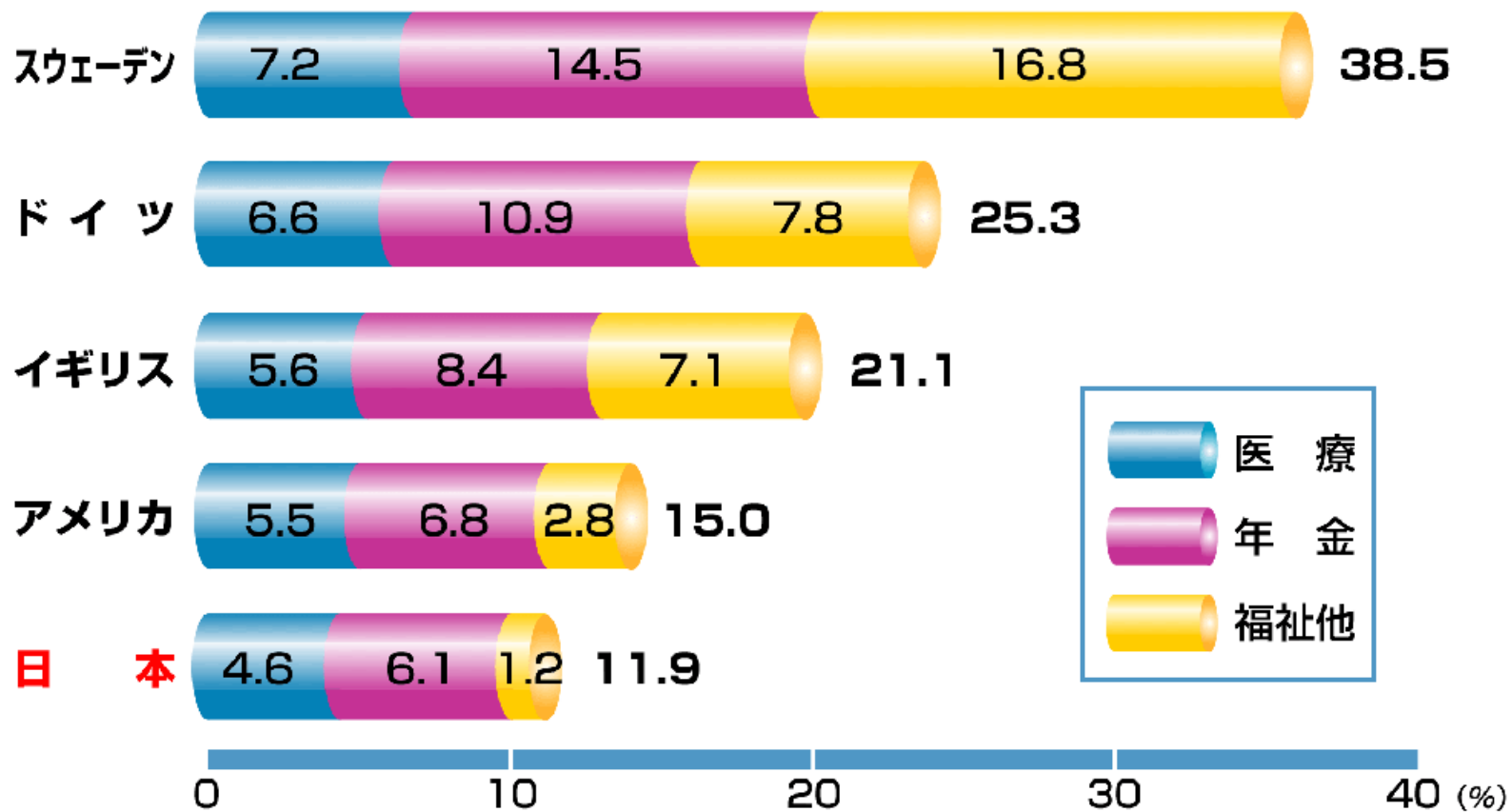
低い評価

(出所) WHO「World Health Report 2000」  
OECD「Health Data 2000」より作成

日本は医療費を使いすぎている訳ではない

# 日本の社会保障の水準は高いのでしょうか

## 社会保障給付費／国内総生産（GDP）の国際比較（％）



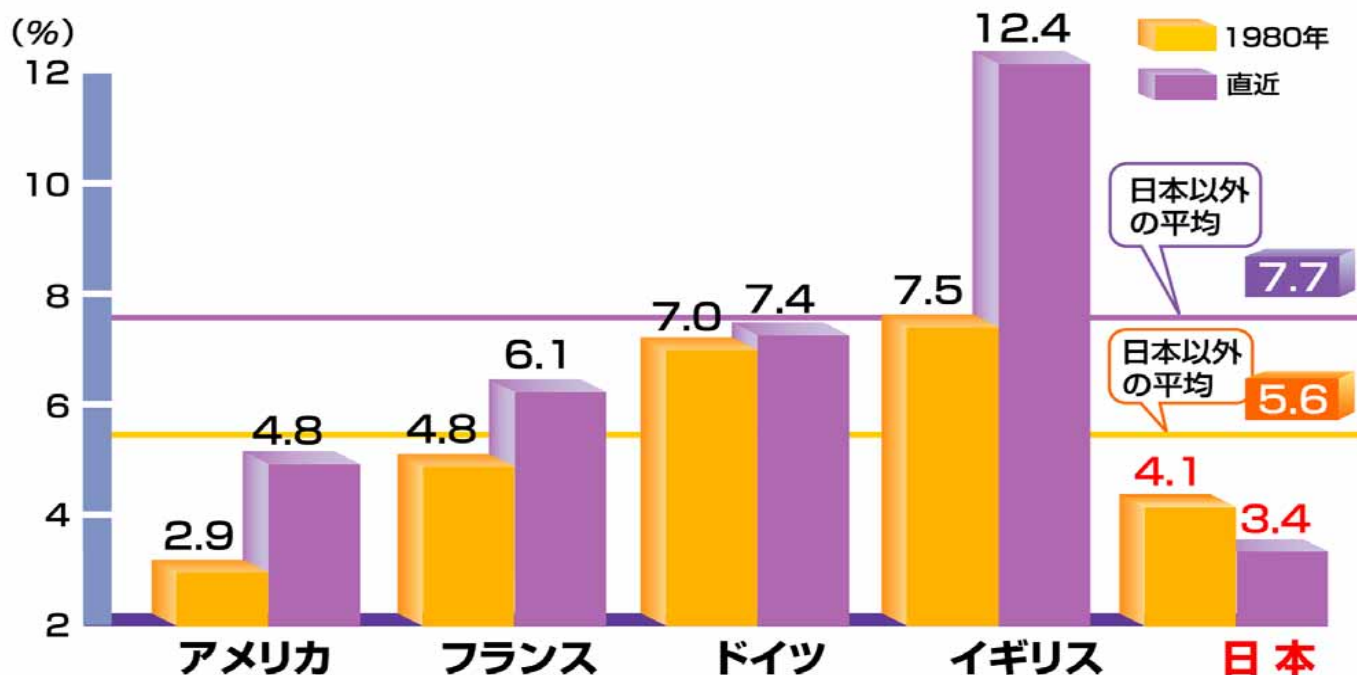
米は92年、他は93年

(出所) 国立社会保障・人口問題研究所調査より作成

# 社会保障への国庫支出額 / 国内総生産 (GDP)

## 先進国で社会保障への支出を減らしたのは日本だけ

社会保障への国庫支出額 / 国内総生産 (GDP)



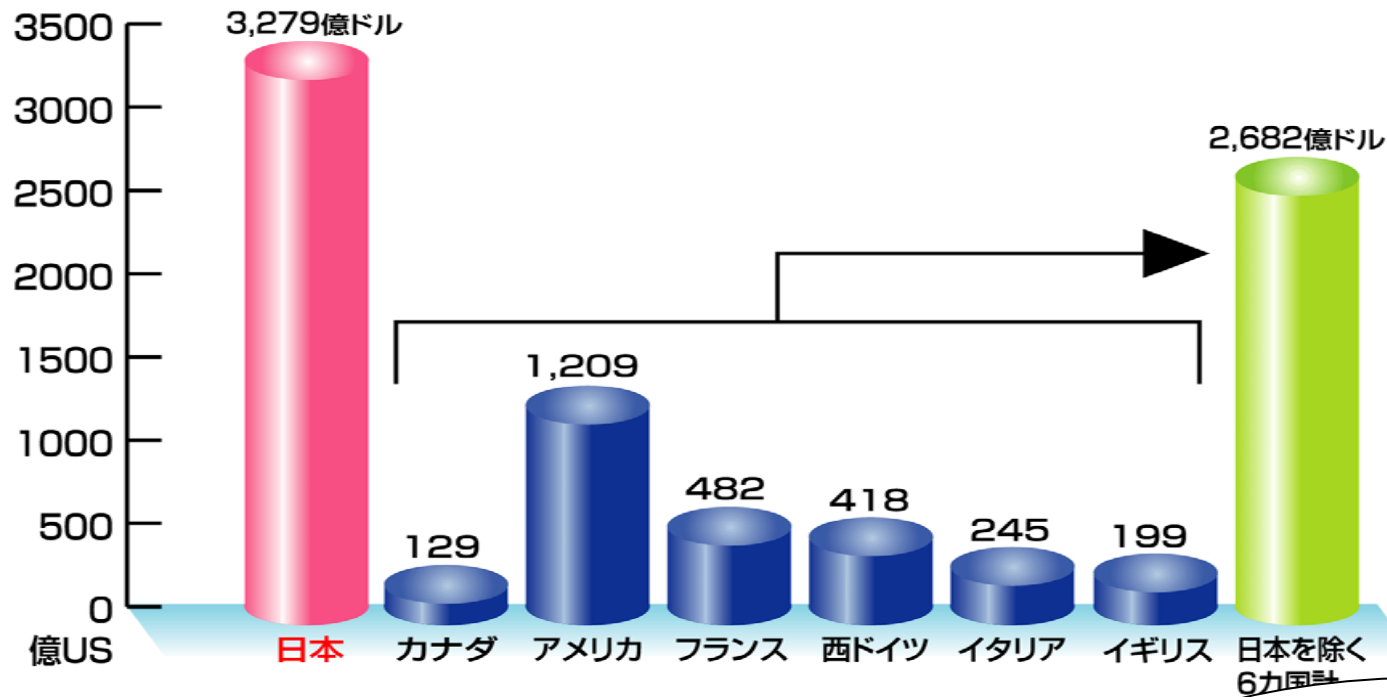
(出所)国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費 国際比較基礎データ」  
OESD [NATIONAL ACCOUNTS]

社会保障を抑制しているのは日本だけ



# サミット7カ国の公共事業費(1995年)

土地代を除いた建設費を、ドル換算して比較したもの



一般政府固定資本形成の金額(1995年度OECD資料による)

日本破局への道は公共事業で舗装されている  
(ニューヨークタイムズ)

# 混合診療のもたらすもの

- 医療への患者負担が増す。
- 低所得者は医療の制限を受け、皆保険制度が崩壊する。
- 一時的な医療機関の収入増がある。
- 長期的には受診制限で医療機関の収入は落ちる。
- 適切な医療の保険導入を遅らせる。
- 先発医薬品を保険導入せず、高薬価に設定する。
- 一時的には国の負担は減る。
- 将来的には疾病の重症化で、国の負担は増える。

# 私たちの目指すもの

- 安全性、有効性が確立した医療技術、薬剤は速やかに保険導入する。
- 保険導入検討医療(仮称)は、保険導入までの過渡期の制度とする。
- 患者選択同意医療(仮称)は導入すべきでない。
- 医療の本質にかかわる「選定療養」は廃止する。
- 「保険証1枚」で安心して医療を受けられる「皆保険制度」を守る。