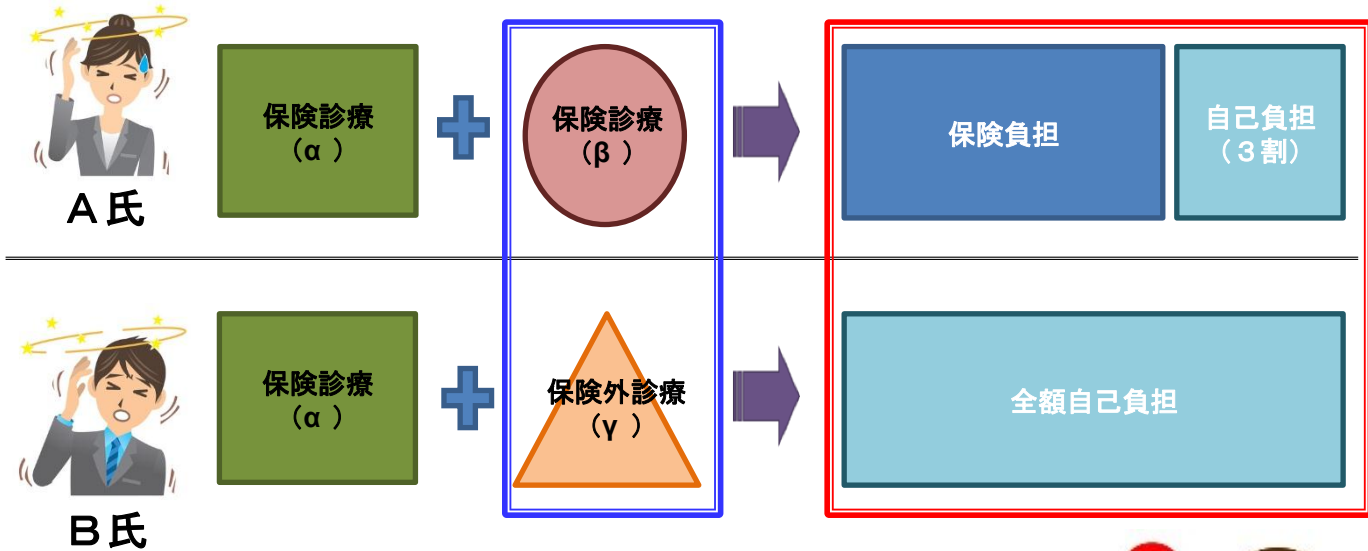


保険診療と保険外診療の併用療養制度（いわゆる混合診療）



※B氏が受けた保険外診療（γ）が国が定める選定療養、評価療養の場合、保険診療のうち7割は保険負担となる。（保険外併用療養費制度）



同じ病気に罹ったA氏とB氏。
 併用する診療の違いによって、A氏とB氏に共通する
 保険診療部分の負担額まで異なるのは何故だろう？

いわゆる混合診療の原則解禁

保険外併用療養費制度

負担の平等性

B氏が保険診療（α）について保険給付を受けることができないのは不合理。

医療の質を落としかねない保険外診療（γ）と併用される保険診療（α）を保険給付の対象としないことは合理的。

提供される医療の範囲

医師が提供する医療の範囲を制限するのは望ましくない。

効果が必ずしも明らかではない医療サービスが提供される懸念がある。

患者の選択

患者が自らの責任において医療を選択できるようにすべき。

専門知識のない患者は、医師の勧奨を受け入れざるを得ないのではないか。

医療格差

原則解禁することで、自ら治療を選択できる人の割合が増加する。

いわゆる混合診療を解禁すると、保険給付範囲が縮小し、低所得者が必要な医療を受けられなくなる懸念がある。

公的保険への影響

保険適用を重点化するとともに、公的保険と私的保険を組み合わせる等により、保険財政の健全化を図ることが可能。

保険料負担の見直し、公定価格（診療報酬、薬価）の抑制等により、保険財政の健全化を図ることが可能。

公開ディスカッション「保険診療と保険外診療の併用療養制度」（いわゆる混合診療）

いわゆる混合診療の原則解禁(一部禁止)	保険外併用療養費制度 ※いわゆる混合診療の一部解禁(原則禁止)
<p>＜共通の目的：基本的理念＞</p> <p>高齢化の進展、疾病構造の変化、社会経済情勢の変化等に対応し、医療保険の運営の効率化、給付の内容及び費用の負担の適正化並びに国民が受ける医療の質の向上を総合的に図ること。</p>	
<p>＜論点1：負担の平等性＞</p> <p>A氏は、保険診療「α」と保険診療「β」を受ける。B氏は、保険診療「α」と保険外診療「γ」を受ける。この場合において、A氏は、「α」について保険給付を受けられるのに対して、B氏は、「α」について保険給付を受けられないというのは、合理的か。</p>	
<p>A氏と同じように保険料を納付してきたB氏が、「α」について保険給付を受けることができないのは不合理。</p>	<p>医療の質（安全性、有効性等）の確保等の観点から、医療の質を落としかねない「γ」と併用される「α」を保険給付の対象としないことには合理性がある。</p>
<p>＜論点2：医師の裁量と信頼、情報の非対称性と医療の安全性＞</p> <p>医療の質の確保は、医師が提供する医療の範囲を拡大させることによってもたらされるべきではないか。</p>	
<p>医師は、安全で優良な医療を提供する義務を負っていることを踏まえれば、医師が提供する医療の範囲を制限するのは望ましくない。</p>	<p>医師も区々であるから、効果が必ずしも明らかでない医療サービスが提供される懸念がある。</p>

公開ディスカッション「保険診療と保険外診療の併用療養制度」（いわゆる混合診療）

いわゆる混合診療の原則解禁(一部禁止)	保険外併用療養費制度 ※いわゆる混合診療の一部解禁(原則禁止)
<p><論点3：患者の選択> 患者と医師が治療内容を話し合い、理解し、合意した上で、患者自身の自己決定により治療を選択できるようにするべきではないか。</p>	
<p>患者が自らの責任において医療を選択できるようにすべき。</p>	<p>専門知識のない患者は、効果が明らかでない療法であっても、医師の勧奨を受け入れざるを得ないのではないか。</p>
<p><論点4：医療の平等性> 所得の多寡によって受けられる医療の格差が生じないか。</p>	
<p>現行制度では、全額自己負担できる高所得者のみが保険診療と併せて保険外診療を選択し得るが、原則解禁することで、自ら治療を選択できる人の割合が大幅に増加する。</p>	<p>いわゆる混合診療を解禁すると、保険の給付範囲が縮小し、低所得者が必要な医療を受けられなくなる懸念がある。</p>
<p><論点5：公的保険への影響> 今後、新たに開発される高度かつ高額な医療をすべて保険で給付するのは非現実的ではないか。保険財政の改善の観点から、保険給付の範囲を見直すべきではないか。</p>	
<p>保険診療と併用できる保険外診療を増やし、保険適用を重点化するとともに、公的保険と私的保険を組み合わせるなどの対応により、保険財政の健全化を図ることができる。</p>	<p>保険財政の改善の方策は、保険外併用療養の拡大が唯一ではなく、保険料負担の見直し、公定価格（診療報酬、薬価）の抑制等の措置により対応することも考えられる。</p>

我が国の医療保険制度の基本的考え方

- 必要な医療については基本的に、保険診療で行われるべきである。
- 保険適用となるのは、治療の有効性・安全性が確認された医療である。

公的医療保険制度として

我が国の医療保険制度は公費、保険料を財源として成り立っていることから、保険給付の範囲の適正化等を図る必要がある。

〔例：治療の有効性・安全性が認められない、研究開発目的の医療や特殊療法は公費や保険料を充てるのになじまない。〕

患者にとって

医療サービスは、高度に専門的な内容を含むものであり、かつ、患者の生命・健康に直接かかわることから、患者の判断に委ねるには限界がある。

〔例；医師から保険適用の療法よりも、費用は高いが保険適用外の療法の方が効くと言われれば患者は断りにくい。〕

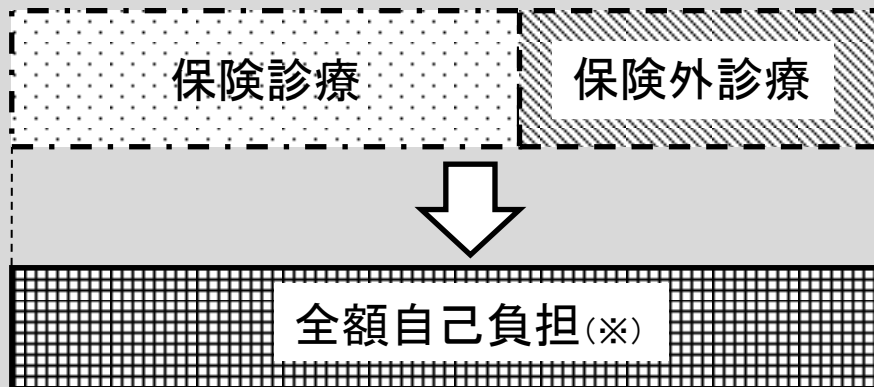
保険外併用療養費について

我が国の医療保険制度においては、

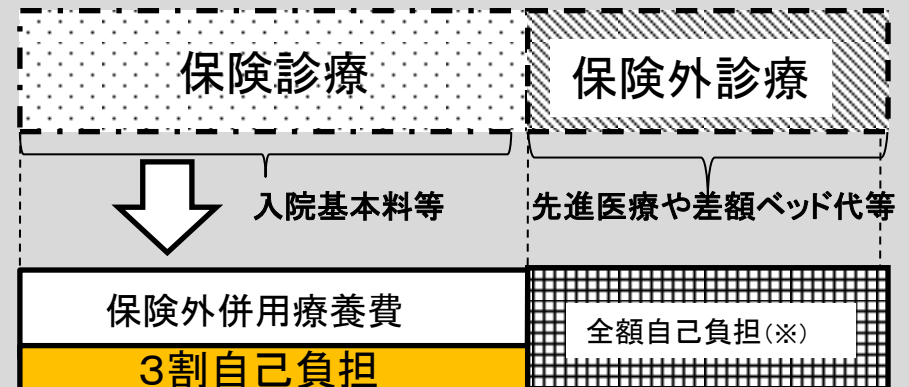
- 必要な医療については基本的に、保険診療で行われるべきであること
 - 保険適用となるのは、治療の安全性・有効性が確認されたものであること
- としている。

健康保険法において、**保険診療**と**保険外診療(自由診療)**を併用して治療を行う場合には、一定の場合(厚生労働大臣の認める**先進医療**や、**患者の自由な選択**に係る費用(いわゆる**差額ベッド代**等))を除いて、保険診療部分も含めて全て自己負担となる。

【いわゆる「混合診療」】



【保険外併用療養(法令で定めた一定の場合)】



(※)自己負担分については、研究機関や製薬会社等の資金を充てる場合もある。

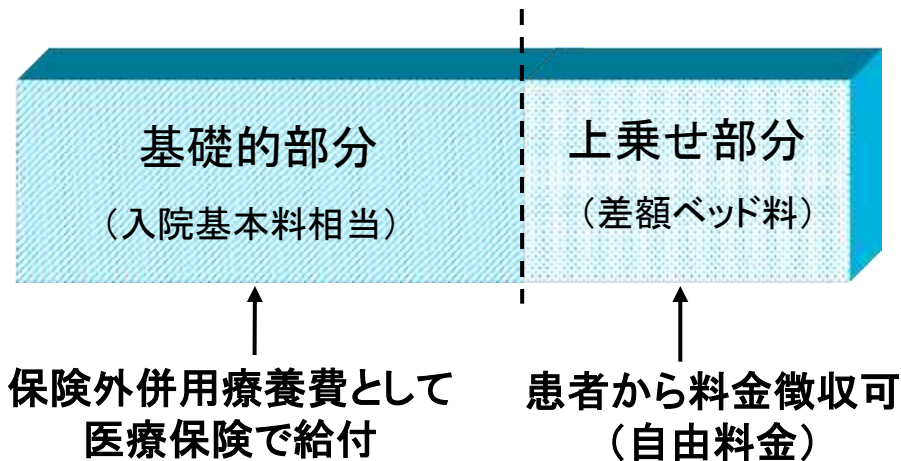
最先端の医療や適応外の医薬品の使用などの先進的な医療技術については、安全性や有効性を個別に確認した上で、先進医療制度等の枠組みの中で、保険診療との併用を認めており、こうした一定のルールの中で患者のニーズに対応。

保険外併用療養費について

保険診療との併用が認められている療養

評価療養・・・保険導入のための評価を行うもの
選定療養・・・保険導入を前提としないもの

保険外併用療養費の仕組み [差額ベッドの場合]



※ 保険外併用療養費においては、患者から料金徴収する際の要件(料金の掲示等)を明確に定めている。

○評価療養(7種類)

- ・ 先進医療(先進A:66技術、先進B:40技術 平成24年12月時点)
- ・ 医薬品の治験に係る診療
- ・ 医療機器の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○選定療養(10種類)

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う触の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為

先進医療について

先進医療とは

- 未だ保険診療として認められていない先進的な医療技術について、安全性、有効性等を個別に確認したものは、保険診療と保険外診療との併用を認め将来的な保険導入に向けた評価を行う。
- 先進医療部分を除く一般の診療と共通する部分については保険が適用される(先進医療部分は全額自己負担)。
- 個別の医療技術が先進医療として認められるためには、先進医療会議で安全性、有効性等の審査を受ける必要があり、実施する医療機関は厚生労働大臣への届出又は承認が必要。

実施状況

- 平成18年の健康保険法改正により、先進医療制度を創設。
- これにより、先進医療の実施医療機関数が飛躍的に増加、先進医療の保険導入件数も大幅に増加。

(先進医療の実施状況)

	【参考】先進医療創設以前 (平成12年～平成18年3月)	先進医療 (平成18年4月～平成24年12月)
新たに対象となった技術数	77技術	95技術
実施医療機関数	126医療機関(平成17年4月時点)	1039医療機関(平成24年12月時点)

(先進医療の保険導入件数)

	【参考】先進医療創設以前 (平成12年度～平成16年度)	累計 (平成18年度～平成24年度)
保険導入された技術数	17技術	63技術

(注)平成18年度は8技術、平成20年度は20技術、平成22年度は12技術、平成24年度は23技術、保険導入された。

いわゆる「混合診療」に関する最高裁判決について

平成18年に、保険診療との併用が認められていない医療技術について、保険診療と併用して受療できる地位の確認を求め、訴訟が提起され、平成23年に最高裁判所の判決がなされた。

最高裁判決(抜粋)

保険医が特殊な療法又は新しい療法等を行うこと及び所定の医薬品以外の薬物を患者に施用し又は処方すること並びに保険医療機関が被保険者から療養の給付に係る一部負担金の額を超える金額の支払を受けることが原則として禁止される中で、先進医療に係る混合診療については、保険医療における安全性及び有効性を脅かし、患者側に不当な負担を生じさせる医療行為が行われること自体を抑止する趣旨を徹底するとともに、医療の公平性や財源等を含めた健康保険制度全体の運用の在り方を考慮して、保険医療機関等の届出や提供される医療の内容などの評価療養の要件に該当するものとして行われた場合にのみ、上記の各禁止を例外的に解除し、基本的に被保険者の受ける療養全体のうちの保険診療相当部分について実質的に療養の給付と同内容の保険給付を金銭で支給することを想定して、法86条所定の保険外併用療養費に係る制度が創設されたものと解されるのであって、このような制度の趣旨及び目的や法体系全体の整合性等の観点からすれば、法は、先進医療に係る混合診療のうち先進医療が評価療養の要件に該当しないため保険外併用療養費の支給要件を満たさないものに関しては、被保険者の受けた療養全体のうちの保険診療相当部分についても保険給付を一切行わないものとする混合診療保険給付外の原則を採ることを前提として、保険外併用療養費の支給要件や算定方法等に関する法86条等の規定を定めたものというべきであり、規定の文言上その趣旨が必ずしも明瞭に示されているとはいえない面はあるものの、同条等について上記の原則の趣旨に沿った解釈を導くことができるものということができる。

以上のとおりであるから、法86条等の規定の解釈として、単独であれば療養の給付に当たる診療(保険診療)となる療法と先進医療であり療養の給付に当たらない診療(自由診療)である療法とを併用する混合診療において、その先進医療が評価療養の要件に該当しないためにその混合診療が保険外併用療養費の支給要件を満たさない場合には、後者の診療部分(自由診療部分)のみならず、前者の診療部分(保険診療相当部分)についても保険給付を行うことはできないものと解するのが相当である。