

シンポジウムー混合診療をめぐってー  
オーガナイザー 田代博嗣（日本医大）

シンポジウムー混合診療をめぐってー

<イントロダクション>

時としてヒトは生きていくためにいくつかのモチベーションを持たなくてははいけません。

その中で、澁刺とした美しさを得たいという要求は現在の我が国のように成熟した社会では特に要望度が高い現実があります。美容皮膚科学はその要求に対して科学的根拠に基づき、患者さんの年齢や社会的立場に適した手技を提供するために確立されるべき臨床科学であります。一方、国家の存続のためには教育・福祉・医療などの確立と継続が存続の基盤であります。これらの3項目の裏づけとなる経済が重要であり、現在我が国を取り巻く医療の問題はこの一点に集約されているといっても過言ではありません。つまり、医師にとっても患者さんにとっても、良質な医療を実現するためには、医科学の発展とともに、それを広範囲に運用するための経済的裏づけが必要となります。混合診療とは、医療費の無駄を廃し、より高度なテーラーメイド化された手技を患者さん達に提供するために必要な医療行政制度であると考えられます。経済発展が鈍化している我が国において、これを実現するために美容皮膚科学会の先生方の英知を集め、その実施に向け取り組んでいくべき時です。

田代博嗣（日本医大）

## 1. 保険診療と混合診療

長谷川正志（豊橋創造大学短期大学部）

現在日本の健康保険制度では、健康保険でみることができる診療（薬や材料も含みます）の範囲を限定し、その価格を厚生労働大臣が決めています。

そして、健康保険の範囲内の診療と範囲を超えた診療が同時に行われた場合でも、範囲外の診療に関する費用を患者さんから徴収することを禁止しています（もし、患者さんから費用を別途徴収した場合は、その疾病に関する一連の診療は、初診に遡って「自由診療」として患者さんが全額負担することになります）。

しかし混合診療では、健康保険の範囲内の分は健康保険で賄い、範囲外の分については患者さん自身に費用の支払いを求めることになり、費用が混合することを言います。

なお、現在の制度の中で認められている混合診療（＝保険外併用療養費）としては、次の2つに分かれています。

（1）評価療養-厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養などで、「将来的に保険給付の対象として認めるかどうかについて評価を行うことが必要」として、厚生労働大臣が定めるものを言います。評価療養は大きく分けると二種類になります。

### 1. 医療技術にかかるもの

#### A. 先進医療（従来の高度先進医療を含みます）

### 2. 医薬品、医療機器にかかるもの

- A. 医薬品の治験にかかる診療
- B. 医療機器の治験にかかる診療
- C. 薬価基準収載前の承認医薬品の投与
- D. 保険適用前の承認医療機器の使用
- E. 薬価基準収載医薬品の適応外使用

(2) 選定療養-被保険者、被扶養者の選定による特別の病室の提供(差額ベット代)その他厚生労働大臣が定める療養で、保険導入を前提としないものを言います。選定療養を大きく分けると三種類になります。

1. 快適性、利便性にかかるもの

- A. 特別の療養環境の提供(差額ベット代)
- B. 予約診察
- C. 時間外診察
- D. 前歯部の材料差額
- E. 金属床総義歯

2. 医療機関の選択にかかるもの

- A. 200床以上の病院にかかる初診(紹介状がない場合のみ)
- B. 200床以上の病院にかかる再診(他の医療機関への紹介状が書かれた場合のみ)

3. 医療行為等の選択にかかるもの

- A. 制限回数を超える医療行為
- B. 180日を超える入院
- C. 小児の虫歯治療後の継続管理

近年、混合診療を解禁するべきか否かという議論が盛んに行われていますが、解禁による弊害も指摘されており結論には至っていません。混合診療に関する主な論点としては次のようなものがあります。

1. 混合診療を解禁すると、所得による医療格差が生じないか？
2. 混合診療を解禁すると、保険給付額の増大を招き保険財政を悪化させないか？
3. 混合診療を解禁するのではなく、現在保険対象となっていない医療を保険適応させるべきでは？

私は診療報酬請求実務者の立場から、近年の「医療保険制度改革」とマスコミの宣伝によって患者さんの医療費に対する負担感が増大し、「医療の質」に対する厳しい目（場合によってはクレームの出現）が医療機関に向けられているという現状の中で、保険医が行った医療サービス（保険診療）と、その対価を求める行為（保険請求）の整合性をしっかり作り上げる事の重要性がまず医療提供側の考えるべき視点ではないかと思っています。

## 2. 日本の健康保険制度と混合診療

真野俊樹（多摩大学医療リスクマネジメント研究所）

日本では病気・怪我をしたときは、医療保険(健康保険、共済保険など)の社会保険により診療を受けることができます。これは日本では当たり前のことですが、国によっては、最近まで国民皆保険制度がなかったのです。韓国では、1989年、台湾では1995年に皆保険制度ができました。また、アメリカでは現在も皆保険制度はありません。

このように、だれもが保険で医者にかかれる国民皆保険は、日本では、昭和36年に達成され、現在に至っています。

この保険制度にはいくつかの決まりがあります。そのひとつが、「混合診療の禁止」です。

日本の医療保険制度では、医療保険でみることができる診療の範囲を限定しているため、一部自費診療があると全部自費診療にしなければなりません。いいかえれば、一部は自費で一部は保険というのは原則できないこととなります。これを混合診療の禁止といいます。

近年、この考え方について、異論が出てきました。すなわち、混合診療解禁論です。

私自身は、すべての混合診療を解禁するというのはいきすぎだと思っていますが、時代の変化に伴って、未承認薬や高度先進技術を伴う医療のみならず、時代や社会背景の変化に伴って、エビデンスのあるもので倫理的にも問題がないもの

に関しては、認めていてもいいのではないかと考えています。

### 3. これからの混合診療を探る

田代博嗣（日本医大）

政府（厚生労働省）は、大きく分けて2つの理由により現在は混合診療を推進しようとはしていません。

第一の理由は、医療団体との話し合いがまとまらない事、第二の理由は、医療行政経済の見地からです。健やかに美しくありたいという美容皮膚科対応の患者さんやその対応をする医師にとっては、当然混合診療を行うことが治療の実施に際して、スムーズに施術ができるという利点があり、整合性をもって推進していくべきと考えます。

一方、医療行政経済から見ると、保健医療のあり方について決定していく政府（中医協）の方針は、法令に定めて進められていくわけであり、美容皮膚科学会を中心として行政改革を強く働きかけていく必要があります。そのためには科学的根拠を持った治療方針を確立し、社会的認知を受ける努力を積み重ねなければならず、美容的要望という、ともすると古い倫理観と相反すると考えられる現実を、現代的倫理観を持って医師が対処していかねば広範囲な認知を受ける訳にはいきません。

美容皮膚科学会の英知を傾け、これからあるべき我が国の混合診療の姿を模索し、実現に向け総力を挙げるべきと考えます。

#### 4. パネルディスカッション

田代博嗣（日本医大）、長谷川正志（豊橋創造大学短期大学部）、真野俊樹（多摩大学医療リスクマネジメント研究所）、古江増隆（九州大）、飯島正文（昭和大）、漆畑 修（東邦大）