基礎研レポート

混合診療への保険会社の対応

先進医療特約と自由診療保険

保険研究部 上席研究員　小林　雅史
(03)3512-1776　masashik@nli-research.co.jp

1――はじめに

わが国の公的医療保険制度については、

「1961（昭和 36）年に国民皆保険を達成して以来、社会保険方式の下、全ての国民が職業・地域に応じて健康保険や国民健康保険といった公的医療保険制度に加入することとなっている。そして、病気等の際には、保険証１枚で一定の自己負担により必要な医療サービスを受けることができる制度を採用することにより、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた」[1]

と総括されているとおり、保険診療による全国民一律の医療サービス提供が原則とされてきた。

一方、保険診療導入前の新技術である医療を受けるケースでは、検査や入院など本来保険給付の対象となる部分も含め、診療行為全体が保険外診療（自由診療）とされ、患者負担が大きかった。

患者の選択肢を広げ、利便性を向上させる観点から、1984 年 10 月、「高度先進医療制度」が創設され、検査や入院など医療の基礎的部分は保険給付の対象（高度先進医療部分のみが自己負担）となり、「混合診療」［保険診療と保険外診療（自由診療）の併用］に対する保険給付が一部認められた。

2006 年 10 月には、高度先進医療制度が現行の「先進医療制度」に改定され、2016 年４月には、先進医療制度に加えて、患者自身の申し出による「患者申出療養制度」が創設される予定である。

こうした公的医療保険制度における混合診療に対する保険給付の一部認容といった動向を受け、民間生保会社においても、従来の高度先進医療制度にリンクした「高度先進医療特約」（1992 年４月）が開発され、現在では新たな先進医療制度を保障する「先進医療特約」となっている。

さらに、民間損保会社においては、がんの治療内容・価格について医療機関側とあらかじめ定め、保険給付を医療機関へ直接支払う仕組みである「自由診療保険」（2001 年 10 月）が開発されている。

本レポートでは、混合診療の経緯、保険会社の対応と、今後の方向性についての私見を述べたい。

1　『平成 25 年度版厚生労働白書』309 ページ、厚生労働省ホームページ。

Copyright ©2015 NLI Research Institute All rights reserved

2――混合診療の歴史

1｜高度先進医療制度（1984 年 10 月）の創設

1984 年 10 月の健康保険法改正により、新しい医療技術の出現や、患者ニーズの多様化に対応する観点から「特定療養費制度」が導入された。

特定療養費制度とは、

・大学病院などの特定承認保健医療機関で行なわれる「高度先進医療」の技術料相当部分

・いわゆる差額ベッド代や金属床総義歯など、特に定められたサービスに係る費用

について、該当部分は自己負担としつつ、入院・検査費用など本来保険給付の対象となる基礎的部分について療養の給付を行うものである[2]。

この高度先進医療を承認する際の検討基準としては、つぎの５点がある。

①高度先進性：手技または用具において原理が異なるなど既存の技術と明らかに異なった新しいものであること、または既存技術の部分的改善もしくは適応の拡大であってもこれに準じて取り扱うことが適当と判断されるもの

②有効性：既存の技術に対して、優れた効果を有するものであること

③安全性：期待し得る効果に対して、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、検討を加える必要があるものであること

高度先進医療としての承認後、毎年の実績報告に基づき、新規保険適用（普及性、有効性、効率性、安全性、技術的成熟度により判断）、承認取消または高度先進医療として継続のいずれかとされる[3]。

高度先進医療から新規保険適用とされたものは、たとえば、「体外衝撃波による腎・尿管結石破砕治療」、「電磁波温熱療法」、「超音波内視鏡検査」などがある。

2｜混合診療解禁の動きと高度先進医療制度の先進医療制度（2006 年 10 月）への改定

小泉政権（2001 年４月～2006 年９月）において、規制緩和の観点から、一定水準以上の医療機関については、高度先進医療のみならず、包括的に混合診療を解禁すべきとの議論が高まった。

2004 年８月３日の規制改革・民間開放推進会議「中間取りまとめ」においては、2004 年度中の措置として

「保険外診療の内容、料金等に関する適切な情報に基づいて、患者自らが保険診療に加えて当該保険外診療の提供を選択する場合には、『患者本位の医療』を実現する観点から、通常の保険内診療分の保険による費用負担を認める、いわゆる『混合診療』を全面解禁すべきである」

が提言された[4]。

---

2 『平成 19 年度版厚生労働白書』20 ページ、厚生労働省ホームページ。

3 「参考資料３　高度先進医療技術を承認する際の基準について」、「参考資料８　高度先進医療技術の保険適用」、『先進医療専門家会議（平成 17 年度第１回）』資料（2005 年５月９日）、厚生労働省ホームページ。

4 規制改革・民間開放推進会議「中間とりまとめ－官製市場の民間開放による『民主導の経済社会の実現』－」（2004 年８

Copyright ©2015 NLI Research Institute All rights reserved

これに対し、厚生労働省は、

①患者の自己負担がさらに増大するおそれがある

②安全性や有効性が不明確な医療が保険診療の一環として提供されるおそれがある

③医療機関の質をどのように評価するのかという基準が明確でない

として、適正なルールの設定が不可欠とした。

また、日本医師会は、

「混合診療の導入は、現物給付制度の否定であり、公的医療保険制度の縮小や、経済力格差による医療の差別化が生じ、国民皆保険制度の公平性・平等性が失われる。家計負担も増大する」

として反対し、日本医療労働組合連合会も

「保険外診療の増加に伴う自己負担の拡大により、お金のない人は医療を受けられず、金の切れ目がいのちの切れ目となる」

などと反対した。

さらに、日本がん患者団体協会も、

「専門家や患者団体を交えた検討会を設置していただき、審査の過程をオープンにすることで透明性を確保し、患者が望む患者本位の混合診療とは何かを、また患者が信頼の置けるシステムの整備を図ることなども含めて、充分に議論していただきたいとお願いいたします」

として、必ずしも混合診療全面解禁に賛同しなかった[5]。

結論としては、2004 年 12 月 15 日、厚生労働大臣と内閣府特命担当大臣（規制改革、産業再生機構）による「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」により、国内未承認薬の審査期間短縮や、届出による先進技術の実施など、混合診療の全面解禁ではなく、一定の規制を前提とした漸進的緩和策がとられた[6]。

この基本的合意を受け、高度先進医療についての審査機関である高度先進医療専門家会議が 2005 年５月より、先進医療専門家会議に改組され、先進医療の枠組みについて検討した[7]。

こうした検討を踏まえ、2006 年 10 月の健康保険法改正により、従来の「特定療養費制度」にリンクした高度先進医療制度は、新たに「保険外併用療養費制度」にリンクした先進医療制度となった。

保険外併用療養費制度は、「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で、保険給付の対象とすべきものについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うもの）と、被保険者の選定に係る差額ベッド代や金属床総義歯などの「選定療養」の２つに再編成された。

そして、従来の高度先進医療制度を新たな先進医療制度としてスタートさせ、評価療養の一つと位置づけた[8]。

先進医療を承認する際の基準や、先進医療としての承認後の取り扱い（新規保険適用、承認取消、先進医療として継続）は従来の高度先進医療における取り扱いと同様である。

月３日）、内閣府ホームページ。

5 「中央社会保険医療協議会総会（第 56 回）」資料（2004 年 11 月 10 日）、厚生労働省ホームページ。

6 厚生労働大臣と内閣府特命担当大臣（規制改革、産業再生機構）による「「いわゆる『混合診療』問題に係る基本的合意」（2004 年 12 月 15 日）、厚生労働省ホームページ。

7 「先進医療専門家会議（平成 17 年度第１回）」資料前掲。

8 「中央社会保険医療協議会総会（第 90 回）」資料（2006 年８月９日）、厚生労働省ホームページ。

2014 年６月 30 日現在で、先進医療は 95 種類、実施医療機関は 571 施設となっている。

うち、技術料が高額であり、実施件数も比較的多いものとして、「陽子線治療」［限局性固形がんに対する先進医療、年間 2916 件、技術料約 264 万円、８医療機関で実施］、「重粒子線治療」［限局性固形がんに対する先進医療、年間 1639 件、技術料約 309 万円、４医療機関で実施］などがある[9]。

2006 年 10 月の先進医療制度創設後、実施医療機関数（2005 年４月 126 医療機関⇒2012 年 12 月 1039 医療機関）、保険導入件数（2000 年からの４年間で 17 技術⇒2006 年からの７年間で 63 技術）とも増加している[10]。

3｜患者申出診療の創設（2016 年４月予定）

2015 年５月、先進的な治療についての患者の選択肢のさらなる拡大を企図して、保険外併用療養費制度の中に、新たな仕組みとして「患者申出療養」を創設するなどの内容を盛り込んだ国民健康保険法改正案が成立している。

2016 年４月１日施行に向け、中央社会保険医療協議会で 2015 年７月８日から検討が行われ、９月 30 日に成案がまとめられた。

患者が医師などと相談の上、すでに実施されている先進医療の身近な医療機関での実施などのほか、先進医療として実施されていない医療（国内未承認・海外承認済医薬品の使用や、これまで実施されなかった医療技術など）の実施を申し出る。

この申出について、国が設置する「患者申出療養評価会議」で検討し、将来の保険適用を前提に、一定の安全性・有効性等が確認されたものが、患者申出療養として承認される予定となっている。

現行の先進医療と患者申出療養の主な相違は、申出者（先進医療：医療機関、患者申出療養：患者）と、検討期間（先進医療：原則として約３か月、患者申出療養：６週間）である[11]。

なお、国立がん研究センターによれば、患者申出療養の対象になると予想される国内未承認・海外承認済の抗がん剤は、血液がん、悪性黒色腫、前立腺がんなどに対する 42 剤（2015 年１月末時点）であり、大半は１か月当たり 100 万円を超える薬剤費が必要な高額なものであるとされている[12]。

4｜混合診療に関する最高裁判決（2011 年 10 月）

前述のとおり、現在、混合診療［保険診療と保険外診療（自由診療）の併用］を受けた場合は、保険診療部分も含め、全額自己負担となる。

高度先進医療制度や、先進医療制度は、その例外（当該部分は自己負担としつつ、入院・検査費用などの本来保険給付の対象となる基礎的部分について療養の給付を行う）と位置づけられてきた。

しかしながら、こうした混合診療の自己負担のあり方について、患者側から訴訟が提起された。

---

9 「平成 26 年度先進医療技術の実績報告等について」『第 26 回先進医療会議』資料（2015 年１月 15 日）、厚生労働省ホームページ。

10 「産業競争力会議　医療・介護等分科会　厚生労働省提出資料」『第１回産業競争力会議　医療・介護等分科会』資料（2013 年９月 27 日）、首相官邸ホームページ。

11 「中央社会保険医療協議会総会（第 304 回）」資料（2015 年９月 30 日）、厚生労働省ホームページ。

12 「患者申出療養の対象になると予想される海外承認済み、国内未承認の抗がん剤の実態を集計」（2015 年４月３日）、国立がん研究センターホームページ。

Copyright ©2015 NLI Research Institute All rights reserved

すなわち、腎臓がんの治療について、保険診療となるインターフェロン療法と、保険外診療となるインターロイキン２を用いた活性化自己リンパ球移入療法（いったん高度先進医療とされたが、有効性が明らかでないとして除外された）を併用する診療を受けていた患者が、保険診療となるインターフェロン療法部分について療養の給付を受けることができるとの地位確認を求めた。

2007年11月7日東京地裁判決は患者の主張を認めたが、2009年９月29日東京高裁判決は逆転敗訴、2011年10月25日最高裁第三小法廷判決はつぎのとおり判示して患者の上告を棄却した。

- 法86条（筆者注：保険外併用療養費制度が定められている条文）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とものと解するのが相当である
- 健康保険により提供する医療の内容については、提供する医療の質（安全性及び有効性等）の確保や財源面からの制約等の観点から、その範囲を合理的に制限することはやむを得ないものと解され、保険給付の可否について、自由診療を含まない保険診療の療法のみを用いる診療については療養の給付による保険給付を行うが、単独であれば保険診療となる療法に先進医療に係る自由診療の療法を加えて併用する混合診療については，法の定める特別の要件を満たす場合に限り療養の給付に代えて保険外併用療養費の支給による保険給付を行い、その要件を満たさない場合には保険給付を一切行わないものとしたことには一定の合理性が認められる

同判決では、混合診療を受けた場合は、保険診療部分も含め、全額自己負担となることが法律上必ずしも明確でなく、これが東京地裁と東京高裁の判決が異なった理由として、

「評価療養の要件に該当しない先進医療に係る混合診療においては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旨の解釈（混合診療保険給付外の原則）が、法86条の規定の文理のみから直ちに導かれるものとはいい難い」

と、また、田原睦夫裁判官の補足意見でも「基本的な点において異なった解釈の余地のない明確な条項が定められることが望ましい」との指摘があったものの、はじめて混合診療保険給付外の原則が明示された[13]。

3――保険会社の対応

1｜先進医療特約の発売

1985年５月の保険審議会答申（60年答申）においては、「高度先進医療は高額であるほか長期の療養を要するものもあるので、民間保険へのニーズは強いと考えられる」として、民間医療保険での「高度先進医療」への保障提供が提言された[14]。

---

13 最高裁判例 「平成22(行ツ)19 健康保険受給権確認請求事件」、高等裁判所判例集「平成19(行コ)405 健康保険受給権確認請求事件」、下級裁判所判例集「平成18(行ウ)124 健康保険受給権確認請求事件」、裁判所ホームページ。

14 保険研究会編『新しい時代に対応するための生命保険事業のあり方－保険審議会答申－』41～44ページ，財経詳報社、

Copyright ©2015 NLI Research Institute All rights reserved

これを受け、1992 年４月、千代田生命（現ジブラルタ生命）と富国生命が、高度先進医療の技術料相当部分を保障する「高度先進医療特約」を発売した。これが現在の先進医療特約の前身である。

高度先進医療特約は、高度先進医療の技術料に応じて保険金額の 0.2%（技術料２万円以下）～100%（技術料 500 万円超）を支払う仕組みである（通算 500 万円限度）[15]。

当時の高度先進医療は 41 種類、高度先進医療を実施する特定承認保険医療機関は 70 医療機関（1992 年８月現在）であり、発売以来 1997 年４月までの５年間の千代田生命の支払実績は、インプラント義歯 14 件[16]、ガンマユニツトによる定位放射線治療３件、皮膚の色素異常症に対するルビーレーザー療法２件、フルオロデオキシングルコースによるＰＥＴ検査１件であった（すべて後に新規保険適用）[17]。

前述のとおり、2006 年 10 月の健康保険法改正により、特定療養費制度が廃止されて保険外併用療養費制」に変わり、従来の高度先進医療が新たな先進医療としてスタートしたことに伴い、高度先進医療特約は、先進医療特約として再構成された。

2007 年 11 月には、三井住友海上きらめき生命（現三井住友海上あいおい生命）が、先進医療の技術料相当額を支払うという、生保初の実損填補型の先進医療特約を発売した（病院までの交通費の実額も保障。通算 1000 万円まで。2010 年３月、先進医療を受ける際の病院以外の宿泊費も保障）[18]。

現在の先進医療特約は、先進医療の技術料相当額を支払うという実損填補型が大半であり、その通算支払限度額は、当初の支払限度額である 500 万円から順次引き上げられ、現時点では 500 万円、1000 万円、1500 万円または 2000 万円となっている（１療養当たり 500 万円などの限度額を設定している会社もある）。

また、先進医療を受ける際の技術料のほか、前述の病院までの交通費・宿泊費の実額や、先進医療の技術料相当額の 10%または一定の金額を加算して支払う例もある。

現在、先進医療特約を発売しているほとんどの生保会社のホームページにおいては、厚生労働省のホームページの「先進医療の各技術の概要」、「先進医療を実施している医療機関の一覧」などにリンクが行われている。

保険料は男女・年齢にかかわらず月 100 円程度に設定されている。

なお、現在の先進医療特約においては、医療費をいったん自己負担で支払った後、事後的に一定の給付が行われるという仕組みの中で発生する、 顧客の「一時的な医療費の立替」を回避する制度として、「直接支払いサービス」が一部で実施されている[19]。

1985 年７月。

15 「千代田、富国両社の高度先進医療特約　日本初、保険料は月わずか 40 円」『インシュアランス（生保版）』第 3505 号、1992 年４月。

16 高度先進医療としてのインプラント義歯は、交通事故やがん摘出のため、あごの骨を失い、食事をとることも困難な状態となり、入れ歯などの従来の治療では噛む機能の回復が難しい場合などに実施。

17 辻泰二「当社『高度先進医療特約』について」『日本保険医学会誌』第 95 号（1997 年）35～38 ページ。

18 「三井住友海上きらめき生命『新医療保険』　開業 10 周年記念商品の第２弾」『インシュアランス（生保版）』第 3505 号、1992 年４月。

19 拙稿「保険金の直接支払いサービス－金融審議会報告書と各生損保の事例」（2013 年６月 25 日）参照。
http://www.nli-research.co.jp/report/focus/2013/focus130625.pdf。

 Copyright ©2015 NLI Research Institute All rights reserved

2｜自由診療保険の発売

2001 年 10 月、セコム損害保険株式会社は、自由診療による治療費を実額で補償する国内初の実損填補型がん保険として「自由診療保険メディコム」を発売した[20]。

自由診療保険メディコムは、保険期間５年のがん保険であり、ガン入院保険金（差額ベッド代を除く入院費用の実費を支払う。支払金額無制限）、ガン外来保険金（通院による治療費用の実費を支払う。５年ごとに通算 1000 万円まで）、ガン診断保険金（がんの診断確定時に一時金 100 万円）がある。

保険料は 50 歳男性で 4460 円、50 歳女性で 5460 円（月払）となっている。

ガン入院保険金、ガン外来保険金の支払事由は、公的保険診療の場合と自由診療（自費診療）の場合に区分され、自由診療の場合の保険金支払いは、保険会社側と協定した「協定病院」または会社が認めた医療機関への入院・外来診療に限られる。

協定病院は、257 医療機関（2015 年６月１日現在）となっている。

同社の３つの主力保険（セコム安心マイホーム保険、自由診療保険メディコム、セコム安心マイカー保険）のひとつである（2014 年度の正味収入保険料約 438 億円中、自由診療保険は約 123 億円）[21]。

また、2012 年８月には、ネット販売会社であるＳＢＩ損保が自由診療保険メディコムと同様に自由診療による治療費を実額で補償する保険期間５年の「がん保険（自由診療タイプ）」を発売した。

がん保険（自由診療タイプ）の給付は、がん入院保険金（差額ベッド代を除く入院費用の実費を支払う。支払金額無制限）、がん通院保険金（通院による治療費用の実費を支払う。５年ごとに通算 1000 万円まで）、がん診断保険金（がんの診断確定時に一時金 100 万円）があり、がん診断保険金は保障から外すことができるが、自由診療保険メディコムとほぼ同様の保障内容となっている。

保険料は 50 歳男性で 3330 円、50 歳女性で 4680 円（月払）となっている。

自由診療の場合、米国国立がん研究所（NCI）や National Comprehensive Cancer Network（NCCN）のガイドラインに定める診療、医療専門家が構成する癌専門医委員会において有効であると判断された診療が支払対象となる。

2014 年度の正味収入保険料約 247 億円中、がん保険は約２億円となっている[22]。

自由診療の代表例としては、両社とも、未承認抗がん剤治療、薬剤の適応外投与などを挙げている。

4――おわりに

混合診療と民間保険会社の対応については、筆者としては、つぎの２つの課題があると考えている。

１点目は、混合診療のあり方である。

混合診療は、患者にとっての選択肢の拡大として積極的に容認すべきか、医療における格差の発生として原則として禁止すべきかという点である。

この点、2015 年８月 20 日、全国がん患者団体連合会（全がん連）は、厚生労働省に「患者申出療養制度に関する意見書」を提出し、

---

20 「自由診療保険『メディコム』発売」『インシュアランス（損保版）』第 3959 号、2001 年９月。

21 セコム損害保険株式会社ホームページ。

22 ＳＢＩ損害保険株式会社ホームページ。

 Copyright ©2015 NLI Research Institute All rights reserved

1．科学的根拠に基づいた有効性と安全性が示された治療薬については、薬事承認と保険適用を速やかに認めること

2．患者申出療養制度の導入が、いわゆる国民皆保険制度のなし崩し的な空洞化につながらないようにすること

3．患者申出療養制度の導入にあたっては、対象となる治療薬等の有効性と安全性に十分配慮しつつ、患者が利用しやすい制度とすること

4．患者申出療養制度の導入に関わらず、科学的根拠に基づく有効性と安全性が担保された治療薬が、早期に使用できるための制度改正や救済策を検討すること

を要望している[23]。

患者申出療養制度について、国民皆保険制度を維持し、患者負担を軽減する観点から未承認薬などについて早急な保険適用を原則とする中で、有害事象が発生した場合の補償体制の整備も含めた、患者が利用しやすい制度としたいとの要望である。

混合診療の是非という二元論にとらわれない[24]、患者の選択肢を迅速に拡大しつつ、将来の保険適用により患者負担を軽減していく体制、すなわち、国民皆保険を維持する中での患者が安心して受けられる合理的・納得的な医療体制の整備が必須であると考える。

一方で、マクロ的な視野に立てば、国民医療費約 40 兆 610 億円（2013 年度）に対し、先進医療の技術料の金額は約 133 億円（2012 年７月～2013 年６月）に過ぎない。

この高齢化社会の中で今後も増大が想定される国民医療費については、医療給付の重点化・効率化を図る観点から、「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等」が求められている。

すなわち、

「入院療養における給食給付等の自己負担の在り方について、入院医療と在宅医療との公平を図る観点から見直すことも検討すべき」

「現在、暫定的に１割負担となっている 70～74 歳の医療費の自己負担については、現役世代とのバランスを考慮し、高齢者にも応分の負担を求める観点から、法律上は２割負担となっている。この特例措置については、世代間の公平を図る観点から止めるべき」

「高額療養費制度については、所得区分ごとに自己負担の上限が定められているが、現行の仕組みでは、一般所得者の所得区分の年収の幅が大きいため、中低所得者層の負担が重くなっている。低所得者に配慮し、負担能力に応じて応分の負担を求めるという保険料負担における考え方と同様の制度改正が求められる。具体的には、高額療養費の所得区分について、よりきめ細やかな対応が可能となるよう細分化し、負担能力に応じた負担となるよう限度額を見直すことが必要」

「後発医薬品の使用促進など既往の給付の重点化・効率化策についても効果的な手法を講じなが

---

23 「患者申出療養制度に関する意見書」（2015 年８月 20 日）、全国がん患者団体連合会ホームページ。

24 混合診療の制限についてはカナダや英国でも導入されており、日本独自の制度ではない［河口洋行「公的医療保障制度と民間医療保険に関する 国際比較－公私財源の役割分担とその機能－」（2011 年 11 月 18 日　第８回医療政策会議講演録）、日本医師会ホームページ］。

ら進める」[25]

など、現行公的医療保険制度そのものの見直しについても提言が行われ、逐次実施されつつある。

先進医療の患者負担のみならず、医療保険制度改革全般の中での患者負担のあり方に向けた動向についても注視する必要があろう。

２点目は、保険会社が混合診療を保障する際の課題である、過剰給付の抑制と逆選択の排除である。

過剰給付の抑制については、先進医療特約は、定額給付ではなく、実際に患者が負担した先進医療の費用を支払うという仕組みが大半で、実損填補の仕組みとなっており、自由診療保険も同様である。

さらに、給付の上限を設定（先進医療特約は最大 2000 万円、自由診療保険は最大 1000 万円）したり、保険期間を短く設定する（先進医療特約は保険期間 10 年が多く、自由診療保険は５年）ことで、リスクの軽減を図っている。

一方、逆選択の排除については、先進医療特約は、先進医療については第三者である専門家により必要性が判断されるという担保があるものの、自由診療保険についてはこうした担保がないため、保険会社と病院側での治療内容の協定などで対応している。

すなわち、保険期間を短く設定し、給付総額について一定の上限を設けた実損填補方式による保障と、治療内容の客観的妥当性の確保が鍵となる。

さらに、保険給付については、金融審議会報告書でも提言されている医療機関への直接支払いサービスの実現を指向すべきであろう。

導入が予定されている患者申出療養については、まだその内容が固まっていない（制度発足当初はどのような医療が患者申出療養として承認されるか未知数）が、まさに患者自身による医療についての選択肢の拡大であり、制度の健全な発達と、制度の定着を前提とした保険会社による商品化に向けた創意工夫に期待したい。

---

25 「社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」（2013 年８月６日）、『社会保障制度改革国民会議』、首相官邸ホームページ。

 Copyright ©2015 NLI Research Institute All rights reserved