

3 医療保険(2)

— 医療保険の給付 —

《本章の学習目標&ポイント》 本章では、まず医療保険の給付の中心となる医療サービスの給付について、診療までの流れ、保険診療で受けられる医療の範囲、保険診療と保険外診療の併用が例外的に認められる混合診療のしくみとそのあり方をめぐる議論について学ぶ。さらに、保険における患者の一部負担とこれが重くなりすぎないように設けられた高額療養費制度についても理解する。また、保険診療の値段を決める診療報酬のしくみやその審査支払いの流れも学び、最後に傷病手当金などの金銭給付について、その種類や内容について学ぶ。

《キーワード》 保険診療、(患者)一部負担金、高額療養費制度、保険外併用療養費、混合診療、診療報酬、レセプト、傷病手当金、出産育児一時金

1. 保険診療の流れと給付の範囲

(1) 保険診療の流れ

前章で学んだように、日本を含めて公的医療保険制度を持っているところでは、原則として現物給付が行われるが、すでに述べたように、医療という専門家によって担われるサービスを保険から直接給付するしくみというのはなかなか複雑で難しい。次頁の図 3-1 を参照しながらその流れを理解しよう。

まず、保険診療、つまり医療保険による医療サービスの提供を担おうとする医療機関や薬局は、厚生労働大臣(実際にはその委任を受けた地方厚生局長)に申請をして保険医療機関や保険薬局の指定を受けなければ

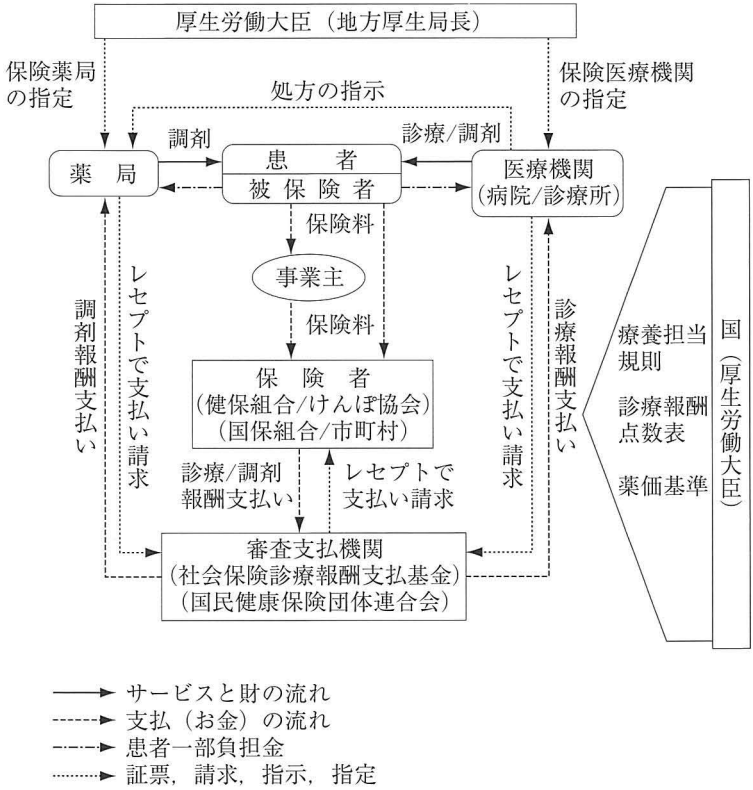


図 3-1 保険診療の流れ

ばならない。そして、この指定を受けるためには、法令で定められた構造設備や人的配置の基準を満たさなければならないが、その際、医療機関や薬局に厚生労働大臣への登録を行った保険医や保険薬剤師がいなければならない。

被保険者は万一の病気やけがに備えて保険料を納めているが、実際に病気になった場合には、保険に加入している証明書である被保険者証を

携行して、医療機関で受診する。

こうして医師から受ける診療は、実は単なる診療ではなく、保険から給付される保険診療なのだ。法律上は、「療養の給付」という。そこで必要な診察や検査を受け、病名が決まり、治療が行われる。投薬が必要な場合には、医療機関では処方せんという調剤の指示書が発行され、患者はそれを持ってかかりつけの保険薬局に行って必要な薬を調剤してもらう。手術や処置が必要な場合には入院して治療を受ける。

診察や治療が終われば、窓口でその日にかかった医療費、あるいは入院の場合には退院時に入院期間中の医療費の原則として3割相当額を患者一部負担金として支払う。

患者と医療機関との間ではこれで終了だが、実はその後、毎月、診療が終わった翌月初めに医療機関や薬局は1ヶ月分の保険診療の費用のうち、患者が窓口で支払った金額の残り分を患者ごとのレセプトという診療報酬明細書に記載して、所在地の審査支払機関に提出する。そこで被保険者資格などの事務的な点検のほか、請求された診療内容が保険診療や医学水準に照らして適切かどうか内容の審査を経て、保険者の所在地の審査支払機関との間で決済が行われ、保険者が集めている保険料や公費負担などの費用で医療機関や薬局への支払いが終わり、ようやく現物給付による医療サービスの提供は完了する。

(2) 保険診療の範囲

それでは保険から受けられる医療の内容はどのようなものなのだろう。日本がまだ貧しくて保険財政が逼迫していた昔は、保険で受けられる医療内容が制限されていたり、治療方法の順序が決められていたこともあった。これを制限診療とっていた。でも、せっかく保険料を納めていてもいざというときに必要な医療が受けられないのでは患者も困るし、医

師もできるだけ患者の経済的負担を少なくして保険でいい医療をしたいと思う。そこで、1962年から63年にかけていわゆる制限診療の撤廃が行われ、基本的に医師が医学水準に照らして必要と判断した医療は保険で診療できるようになった。

とはいえ、すべての診療が保険から給付されるわけではない。次に掲げるようなものは、医学的にまだ有効性・安全性が確立されていなかったり、審美的であったり、他に有効で経済的な治療法があったり、あるいは歴史的な経緯により、保険診療の対象とされていない。

- ①研究段階の先端医療
- ②美容整形
- ③陶製の材料を使ったものなど特殊な歯科補綴^{ほてつ}
- ④眼鏡、補聴器
- ⑤薬局で買う風邪薬などの売薬
- ⑥通常の出産（ただし、これについては別途、金銭給付がある）

2. 保険外併用療養（混合診療）

（1）概念と問題の所在

少し専門的になるが、最近、保険診療のあり方に関連して「混合診療（の解禁）」の問題が論じられることが多いので、ここでどういう問題か、整理しておこう。

医療保険では原則として現物給付により必要な医療サービスはすべて給付し、患者はそれにかかった費用の一部を負担するだけで保険診療を受けられる。これが大原則だ。そのためにも、医学的に有効性と安全性が確立され、治療上必要なものは保険診療のリストに掲載されている。したがって、保険診療は保険診療として完結するので、一連の診療行為において、保険診療と保険がきかない保険外診療を併用することは原則

として禁止されている。これを「混合診療の禁止」の原則という。

もしも保険で認められていないような診療行為を受けた場合には、他の保険で認められている検査や入院、投薬などすべての一連の診療も保険給付されない。これは、公的な責任を持って提供する保険診療に医学的に確立されていないような医療が紛れ込んだり、あるいはそういう名目で、弱い立場にある患者が一部負担金以外の保険外負担を求められたりすることを防ぐためだ。

逆に言うと、このようなおそれがない場合には、例外的に混合診療が認められる場合があり、伝統的にこれが認められてきたケースが2つある。1つは、治療上隔離などの必要がないにもかかわらず患者の希望で個室や2人部屋を利用した場合で、俗に差額ベッドといわれるものだ。もう1つが前歯部の補綴に金材料を使った場合だ。いずれの場合も、治療上は4人部屋で十分だし、金銀パラジウム合金で有効性も安全性も問題ない。それでも快適な療養環境や審美的な観点から患者が自己負担で希望する場合には認めても差し支えない。このように例外的に混合診療が認められる場合には、個室に入った場合でも、あるいは金歯にした場合でも、治療の技術料はもちろん、大部屋相当の入院費や金銀パラジウム合金相当の材料費も保険から給付される。それとの差額だけは、医療機関と患者が合意した料金で全額を患者が負担し、この部分が保険外負担となる。混合診療とは、こういうしくみだ。

(2) 混合診療についての対立する立場と新たな制度

1) 混合診療の拡大の流れ

医療保険の長い歴史の中で、2つの例外に限って、濫用防止のためのルールを決めて慣例的に認められてきた混合診療だが、1984年の法律改正により特定療養費として正面から制度化され、その際に、新たなカテ

ゴリーとして、高度先進医療などで保険導入の前段階のものもその対象として認められるようになった。

その後、混合診療はさらに拡大され、1994年の法律改正では入院時の食費についても認められるようになり、さらにはいわゆるコンビニ受診といわれる、自分の都合で正規の診療時間外に受診する場合や、地域の中核病院に紹介状なしに初診で受診する場合なども、このしくみを使って保険外負担が認められるようになった。

2) 混合診療の全面解禁をめぐる意見の対立

さらに、小泉政権以来、市場経済重視の風潮の中で、規制緩和の一分野としてこの混合診療の全面解禁を主張する立場と、逆にこれが拡大すると医療に格差が持ち込まれ費用を払えない人は保険では二流の医療しか受けられなくなるとして反対する立場との間で激しい論争が行われた。

その結果、意見の調整が図られ、2006年の法律改正により、従来の特定期養費制度は廃止され、新たに保険外併用療養費制度が創設された。これは、大きくいうと、これまで混合診療が例外的に認められてきたものの中に、性格の異なるものが混在していたため、これを2種類に整理し、そのルールを明確化したものだ。

1つは評価療養といわれるもので、高度先進医療や新薬の臨床試験段階のものなど、純然たる研究段階は終えて一定の実績を積み、その有効性と安全性の見通しがついてきた段階のものだ。この段階になれば、一定の施設基準などを満たすレベルの病院で慎重に実施されれば大丈夫だし、そこにおける評価を経て最終的に新医療技術や新薬として評価が確立すれば、その段階で速やかに保険診療に導入する。その前段階の評価のためのものを、個別に慎重に評価したうえで混合診療を認めるというものだ。

もう1つのカテゴリーが選定療養で、これは将来的にも保険導入を前提としない、いわば治療の本質に関わりのない、患者の快適性（アメニティ）や審美的なものなどだ。具体的には、伝統的な差額ベッドや現金による前歯の歯冠修復、入院時の食費、コンビニ受診などが認められている。

さらに安倍政権下では、医療を成長産業ととらえて経済活性化のために積極的に新技術の開発を促進し、規制を緩和して混合診療を拡大しようとする政策が採用され、第3のカテゴリーとして、患者の申し出により、大学病院などの先端医療を担う一定の病院など要件を限った上で、幅広く混合診療を認める制度改正が行われた。いうまでもなく、民間の保険会社はこれを商機ととらえて商品売り込んでいくだろう。

混合診療の問題については、国民のニーズの多様化や選択の自由に応じていくということも大切だが、他方で医療という生命・健康の基盤となるサービスについて国民皆保険を通じて平等な医療保障を実現してきた日本の誇るべき実績も大切にしたい。医療の専門的な内容に関わるし、判断のとても難しい課題だが、明日の私たちの保険診療のあり方に関わる重要な判断なので、しっかりと考えていきたい。

3. 患者一部負担と高額療養費制度

(1) 患者一部負担

保険診療の範囲内では、すべてが保険から給付されるかというと、そうではない。受診時の患者一部負担があり、その残りが保険から給付される。3割負担ということは7割給付ということだ。もちろん、医療が必要な場合に備えて普段から保険料を納めているのだから、受診時の自己負担はないほうがいい、という意見もある。現にかつて1973年には老人医療費無料化といって、高齢者の自己負担分を国が税で肩代わりをし

て窓口負担をなくしたこともある。でも、その結果、医療費が急増し、無駄や非効率という批判も多く出たので、10年ほどで方針転換して患者負担を復活させた。医療保険制度を持つ他の多くの国でも、範囲や程度の差はあれ、患者負担を設けているのが一般的だ。

(2) 定額負担と定率負担

それでは患者一部負担の方法としては、どのようなやり方があるのだろうか。大きく分けると2種類ある。1つは、かかった医療費にかかわらず決まった額を負担する定額負担だ。たとえば、受診のつど500円とか、月の最初の受診の際に1000円とか決めるやり方である。患者にとってはあらかじめ支払額の予測がつき、お金の用意もしやすい。医療機関にとっても計算が簡単だという利点がある。しかし、欠点としては、かかった医療費を反映しないため、医療費について患者と医療機関の双方にコスト意識を持ってもらい、医療を効率的にして無駄を省くという、患者一部負担の重要な機能が働かないという問題がある。

このため、日本ではかかった医療費の一定割合を負担するという定率負担が重視されてきた。かつては加入する制度や本人か家族か、入院か外来か、などによって割合が異なっていたが、2003年からは、表2-1(33頁)に見るように、制度などによる差はなくなり、原則として3割負担、75歳以上は1割、学齢前の子と70歳~74歳は2割と、年齢による区分だけが設けられている。

(3) 高額療養費制度

患者の定率一部負担は、かかった医療費を反映してコスト意識を喚起するという点では優れた長所があるが、その最大の問題点は、医療費が増加するとそれにつれて患者負担が増加し、負担しきれなくなるおそれ

がある、という点にある。それでは、せっかく医療保険制度によって必要な医療を保障しようとした制度の目的そのものが損なわれてしまう。

そこで、医療費が増えてそれにつれて患者負担が増加し、一定の負担限度額を超えた場合には、その超えた金額を保険から償還払いで給付する、というのが高額療養費制度だ。その意味でこれはとても重要なしくみで、1973年の改正によって創設された。

負担限度額は原則として月単位で設定されているが、1ヶ月にいくらまで自己負担できるかは、その人の所得によって異なるため、現在は次のように5段階に設定されている。

- ①区分ア $252,600 \text{ 円} + (\text{医療費} - 842,000 \text{ 円}) \times 1\%$
(標準報酬月額 83 万円以上)
- ②区分イ $167,400 \text{ 円} + (\text{医療費} - 558,000 \text{ 円}) \times 1\%$
(同 53 万円~79 万円)
- ③区分ウ $80,100 \text{ 円} + (\text{医療費} - 267,000 \text{ 円}) \times 1\%$
(同 28 万円~50 万円)
- ④区分エ 57,600 円
(同 26 万円以下)
- ⑤区分オ 35,400 円

(低所得者：市区町村民税非課税など)

要は、所得に応じて自己負担限度額に差を設けているほか、上位3区分では、これに加えて、限度額を超えた部分についてもさらにその1%分だけ上限なく患者負担が増えるしくみだ。

この自己負担限度額は、健康保険と国民健康保険など制度による違いはない。また、70歳以上の人や一世帯で複数の該当者がいる場合(多数該当)などは別に低い限度額が設定され配慮されている。

医療費が増加した場合の患者負担の増加と高額療養費の働き方を図示

したのが図 3-2 だ。

入院治療を受けた場合など、自己負担額が限度額を大幅に超えて、一時的に相当な額を負担する場合も少なくない。このため、入院医療費については高額療養費の現物給付化が行われ、負担限度額を超える額は病院に対して保険者から直接に支払われ、患者はいったん支払う必要がなくなった。さらに外来医療費についても、2012年4月からは同一医療機関での1ヶ月の患者負担が自己負担限度額を超える場合には、現物給付化されることとなった。

これは患者にとっては有難いことではあるが、一方で、安くはない保険料を負担しても医療保険があってよかった、とその恩恵をいちばん実感できるのは高額療養費が戻ってきたときであり、その意味での医療保険の必要性を被保険者に実感してもらえる機会がなくなるというマイナスの影響もあろう。

また、医療保険と介護保険の両方の患者・利用者負担が重なる世帯もあるため、2008年4月から高額医療・高額介護合算制度が導入され、両

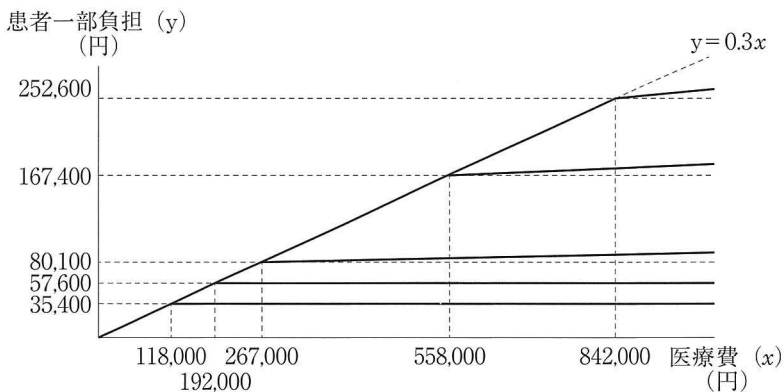


図 3-2 高額療養費のしくみ

方合わせて一定の限度額を超える場合には、その部分を療養費として給付するように改善が図られた。

4. 診療報酬と審査支払い

(1) 診療報酬の決め方—出来高払い

ここまで、かかった医療費の3割とか簡単にいつてきたが、それではそもそも医療保険で支払われる医療費の値段はどうやって決まるのだろうか。実は、高度で専門的な医療サービスの値段をどう決めるか、というのはとても複雑で難しい問題だ。

現在日本では、原則として出来高払いという方式を採用している。これは、1つひとつの医療行為に値段が付いていて、行った医療行為に応じてそれらを積み上げて医療費が決まるというやり方だ。医療行為には、各診療科に応じて、簡単なものから高度で複雑なものまでさまざまあり、そういう各医療行為の難易度や必要なスタッフ・装備など、かかるコストの違いなどを反映して、それぞれに点数がつけられている。1点=10円だ。医療機関にかかって明細書をもらったときに書いてある点数というのはこのことである。点数は厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会の意見を聞いて決める。

具体的には、医科、歯科、調剤のそれぞれの領域ごとに、1つひとつの医療行為について点数が定められている。例えば初診料282点、再診料72点といった具合だ。

具体的な金額で示さずに点数で示したのは、もともとは診療行為間の相対的な難易度や重要度、コスト差などは点数で表示し、賃金や物価などの経済指標の変化に応じた医療費の改定は1点単価で対応する、という考えだった。例えば、医療費を5%引き上げるためには、1点=10.50円にすればいい。また、地域の物価・人件費の違いを点数単価に反映す

することもできる。しかし、実際には1958年に現在の診療報酬体系ができたときからその配分の問題があるといわれてきたため、現在に至るまで、一貫して点数単価は1点=10円に固定されたままで、医療費の改定は点数自体を改定することによって実現されてきた。

(2) 出来高払いの問題点の是正と新しい支払方式

1) 出来高払いの長所と問題点

出来高払いには、患者の容態に応じて医師が必要と判断して診療すれば、それに応じて費用が支払われるため、医師の自由な診療が経済的に保障されるという長所がある。他方で、これはあくまでも投入した費用に着目した支払方式なので、失礼な話、技術が未熟で不要な検査をたくさんした医師の方が、不要な検査をしなかった医師よりも多く報酬が払われるという矛盾もある。また、どうしても行った検査の数や出した薬の量に応じて収入が増えるため、過剰診療が生じやすいという点も昔から批判されてきた。

2) 診療報酬の包括化

このような出来高払いの弊害を是正するため、最近では、例えば複数の慢性疾患を持っていて長期の療養を中心に入院している高齢患者などについては、1ヶ月の入院料を定額で決めて、その中に必要な検査や投薬、注射などの費用もすべて込み、という、包括化（「まるめ」ともいう）も進められてきた。ただ、これはこれで、重症の患者に必要な医療をしっかりと行った場合には赤字になる、という欠点もある。

このため、最近では、アメリカで開発されたDRG/PPS（診断群別包括支払方式）といって、患者の国際疾病分類に従った傷病名に重症度や合併症の有無、治療法などを組み合わせて分類し、それに応じて平均的

な医療費実績を参考にしてあらかじめ決まった医療費を支払う、といった方法も多くで採用されるようになってきている。日本でも、急性期の入院医療について、その変型であるDPC（診断群分類に基づく1日当たりの包括評価制度）が2003年4月から全国82の大学病院等で導入され、その後急速にこれが拡大している。

この新しい支払方式にもそれはそれで課題もあり、今後とも、各国でより適切で合理的な支払方式の開発が進められていくだろう。その際には、費用の効率化と医療サービスの質の確保が重要なポイントになる。

(3) 診療報酬の審査支払い

医療機関と保険者の間での患者一部負担以外の診療報酬の請求、審査、支払いは、月単位で、本人・家族別、医療機関別、入院・外来別に作成されるレセプトと呼ばれる診療報酬明細書を通じて行われる。

1つの医療機関に1ヶ月に受診した患者は、全国に所在地のある何百もの保険者に加入している。その1つひとつに各医療機関が請求していたのでは、煩雑すぎて到底事務処理に耐えない。そこで、この問題を解決するために、健康保険や共済組合などの被用者保険と生活保護のレセプトの審査・支払いを行うために社会保険診療報酬支払基金が設立されている。この支払基金には47都道府県ごとに支部が置かれ、各医療機関は月が終わると翌月にその所在地の基金支部にすべての被用者保険関係のレセプトを持ち込む。実際には電算化が進められて、ほとんどの医療機関や薬局がオンラインや電子媒体でレセプト請求している。

医療機関所在地の基金支部は、提出されたレセプトについて、被保険者資格の確認などの事務点検に加え、記載された傷病名などに照らして、行われた診療行為が医学水準から見て適切か、保険診療のルールに則っているか、などを審査し、必要なら不適切な請求を減点査定して、その

結果に基づくレセプトを保険者の住所地の基金支部に送付する。47 都道府県の支部の間で同じことを行い、他方で、各保険者所在地の基金支部は保険者から必要な額を受け取り、相互に差し引きして必要な額をやりとりし、翌月に医療機関に確定額を振り込む。

国民健康保険でも同じようなしくみで審査支払いが行われる。保険者である市町村が都道府県ごとに国民健康保険団体連合会という組織を設立しており、国民健康保険関係のレセプトはここで取り扱う。新しくできた介護保険や後期高齢者医療のレセプトもここが扱う。

このようなしくみによって初めて、私たちはどの保険者に加入しているかが、どこの医療機関にかかろうが、保険証 1 枚で必要な医療を受けるといふ、現物給付のしくみを享受できているのだ。このしくみの流れについては、もう一度、図 3-1 (44 頁) で確認してみよう。

なお、レセプトには、患者の傷病名を始め、行われた医療内容や投与された薬剤名などの重要な医療情報が詳細に記されている。そこで、医療をめぐる情報開示の流れの中で、1997 年からは患者やその家族などから保険者に対して開示請求があった場合には、原則としてこれを開示することとされた。

5. 金銭給付

ここまで、医療保険の給付としてずっと医療サービスの給付について説明してきたが、医療保険には重要な金銭給付もあるので、忘れないようにしよう。

健康保険から行われる金銭給付には、次の種類がある。

- ① 傷病手当金
- ② 出産手当金
- ③ 出産育児一時金 (家族出産育児一時金)

④埋葬料（家族埋葬料）

傷病手当金は、病気やけがにより働けなくなった場合に、4日目から、それまで受けていた給与日額の3分の2相当額が支給される。限度は1年6ヶ月で、これを超えても傷病が治らない場合には、障害の程度に応じて障害年金にバトンタッチする。このように傷病手当金は短期の所得保障を担う。

出産手当金は、女性の勤め人に対し、妊娠出産のための産前6週間、産後8週間の産休（産前産後の休業）期間中にその所得を保障するもので、傷病手当金と同じくそれまでの給与日額の3分の2相当額が支給される。このいずれも勤め人が傷病などで勤務できず給与が支払われなかったり減額されたりした場合のためのものなので、健康保険など被用者保険だけの給付で、国民健康保険にはない。

出産育児一時金は、保険診療のところで見たように、正常分娩が現物給付の対象とされていないことに対応し、一時金で42万円（産科医療補償制度に加入していない病院等で出産した場合には40.4万円）が支給される。家族被扶養者が出産した場合にも、同額が家族出産育児一時金として支給される。いずれも本来は金銭給付で、出産をした場合にはかかった医療費を一時的に全額支払わなければならなかったが、出産時の経済的負担を軽減するために、2009年10月からは現物給付化されて保険者から直接に医療機関に対して支払われ、出産した人はかかった費用との差額だけを支払えばよい取り扱いとされた。

最後に、健康保険の被保険者が死亡した場合には、5万円の埋葬料が葬儀代として支払われる。家族被扶養者が死亡した場合にも家族埋葬料として同額が給付される。国民健康保険では保険者が条例で決めることとされているが、ほぼすべての市町村で葬祭料として同程度の額が給付されている。

演習問題

1. 医療サービスのうち、保険で受けられるものと受けられないものとを整理し、その理由も考えてみよう。
2. 保険外併用療養（混合診療）のあり方について、それぞれ賛成・反対の意見の根拠を調べてみて、自分の意見をまとめてみよう。
3. 高額療養費制度の機能について、医療費が増えた場合に実際にどう働くか説明してみよう。

参考文献

池上直己・J.C.キャンベル『日本の医療 統制とバランス感覚』中公新書，1996年
遠藤久夫・池上直己編著『医療保険・診療報酬制度』勁草書房，2005年