

医療保障 (19 May 2015)

- 社会保障
 - 医療の他には、年金、介護等
- 医療保険
 - 国民皆保険
 - 公的医療保険の仕組み
 - 保険診療の範囲
 - 高額療養費制度
(cf. <http://www.cancernet.jp/kougaku/>)
 - 混合診療問題・保険外併用診療
- 公費医療制度
 - 国家補償, 社会防衛, 社会福祉, 難病対策
 - 自立支援医療
- 近年の潮流: 外国人医療等

医療保障の位置づけ

- 医療保障は**社会保障 (social security)** の1つ
 - **社会保障** = 病気, 怪我, 出産, 障害, 死亡, 老齢, 失業など, 生活上の問題によって発生しうる**貧困を予防し, 貧困者を救い, 生活を安定させるために政府が行う再分配**
 - 医療の他, **年金と介護が主** (他に生活保護, 福祉等)
 - 具体的な方法として**所得移転**や**社会サービス給付**. 費用の賄いかたは**保険方式と税方式**がある. 国民から**保険料**を徴収して国民に支給するのが**社会保障**で, 原則として**互助の制度**. 税によるのは**公助** (英国 NHS 等).
- **社会保険** (民間の保険は, 前回説明した通り, 個人がリスクヘッジとして行う市場交換なので**社会保険ではない**)
 - **医療保険**: 海外ではドイツで 1883 年誕生
 - **年金保険**: ドイツで 1889 年成立. 当時公費負担は 1/3.
 - **労災保険**: ドイツで 1884 年成立. 費用は全額雇用主負担
 - **雇用保険**: 労働組合による**互助**がルーツ. 雇用者強制加入の**失業保険**は 1911 年英国の国民保険法から. 雇用改善も目的
 - **介護保険**: ドイツで 1993 年成立 (翌年施行). 他は日韓のみ

国民皆保険

- 1961 年~「全ての国民が医療を受けられるよう, 何らかの制度への加入を義務付け」
- 被用者保険 (健康保険法等), 国民健康保険 (国民健康保険法), 後期高齢者医療 (長寿医療ともいう. 高齢者医療確保法) からなる
◦ <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001060277&cycode=0>
- 保険診療は政府が定めた**公定価格 (診療点数表)**で行われ, 患者の自己負担は一部で済む
- 国保の**保険料滞納**で**保険証**を取り上げられて**無保険**になる人が増加し問題
- 民間の**保険 (損保, 生保, 傷害疾病定額保険)**は, **保険法 (平成 20 年 6 月 6 日法律第五六号)**により規定されており, 別の枠組み. 市場で取引される**商品**.
◦ <http://law.e-gov.go.jp/announce/H20HO056.html>

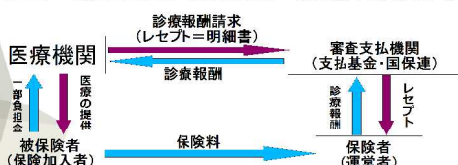
公的医療保険のいろいろ

出典: <http://www.nhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/xiso20.pdf>

制度	主な法律	被保険者 (主な加入者・対象者)	保険者 (運営者)	家族を含む人数 (千) 2008 年度末
被用者保険	船員保険	船員保険法 (1939 年~)	船員	全国健康保険協会 144
	協会けんぽ	健康保険法 (1926 年~) http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/T11/T11H0070.html	中小事業所従業員	34,705
	日雇健保		日雇い・臨時雇い	17
健保組合		大企業従業員	健保組合	30,337
共済組合	地方公務員等共済組合法 国家公務員共済組合法	公務員, 私学職員	共済組合 私学事業団	9,023
自衛官	防衛省職員給与法	自衛官制服組本人	防衛省	230
国民健康保険	市町村国保	国民健康保険法 (1938 年~)	自営業, 無職等	市区町村 35,970
	国保組合		開業医, 税理士等	国保組合 3,522
後期高齢者医療制度 (長寿医療制度)	高齢者医療確保法	75 歳以上 + 65 歳以上障害あり	広域連合	13,458

公的医療保険の仕組み

- 患者 (= 被保険者) は医療機関から医療の提供を受ける
- 対価の流れは2つ
 - 一部直接自己負担 (小学校入学 ~ 69 歳は診療費等の 3 割)
 - 残りは間接的
 - 被保険者 → 保険者: **保険料**
 - 医療機関 → 審査支払機関による審査 → 保険者: **診療報酬請求 (レセプト)**
 - 保険者 → 審査支払機関 → 医療機関: **診療報酬**
- レセプトはオンラインで処理する方向
- 診療報酬は**中医協 (中央社会保険医療協議会)**が決定



先進諸国の診療報酬支払い方式

国名	診療所・開業医	病院
米国 (メディケア)	出来高払い制 (診療報酬点数表に基づいて支払う。RBRVS 方式: 医師の各診療行為の価値を、当該行為に役立った資源量に応じて評価し、結果を点数化)	DRG-PPS 方式 (疾患別定額払い制: 入院患者の分類に従い、予め定まった額を支払う)
英国	登録人头制 (登録患者数に応じて支払う) + 基本診療手当 (各種加算あり) 別途診療所借料等の補助あり	NHS (National Health Service) 病院トラストは、保健当局との契約に基づき支払いを受ける
ドイツ	総額請負制 (保険協会が保険診療を一括請負。費用は保険者から一括支払。個々の医師は医師会から点数表に基づき出来高払いで配分)	入院費用は、特定の療養は1件当たり包括払い。包括払いにならない給付は1人1日当たりの診療科別療養費 + 基礎療養費 建物等へは州から別途補助
フランス	出来高払い制 (毎年国会で決められた医療費の伸びの枠内で、全国疾病金庫と医師組合が協約を締結。枠を超えたら次年度減額または払い戻し)	公的病院は総枠予算制。私的病院は地方疾病保険金庫と各病院の契約により1人1日当たり定額のホスピタルフィー + 全国協約方式のドクターフィー
日本	出来高払い制 (各診療行為についてそれぞれ評価の枠内で、全国疾病金庫と医師組合が協約を締結。枠を超えたら次年度減額または払い戻し)	外来は診療所・開業医と同じ。入院は療養環境、看護及び医学的管理費用は患者1人当たりの定額払い。手術料等は原則として出来高払い。特定の病棟は入院基本料と技術料を特定入院料として包括払い。一部の病院では診断群分類別包括評価 (DPC) が導入されている

* 出典: 社会保障国民会議資料から, 真野 (2012) 『入門 医療政策: 誰が決めるか, 何を指すのか』中公新書, pp.19 のまとめ

レセプトオンライン化義務づけ問題

中央社会保険医療協議会(中医協)

- 厚生労働省令「保険医療機関又は保険薬局に係る光ディスク等を用いた費用の請求等に関する取扱について」(平成18年4月10日保総発第0410001号)により義務づけ
- 平成20年5月1日「保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領」一部変更
→診療所については期限緩和されたが方向性は不変
- 日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会が共同で反対声明(平成20年10月)
- 「営業の自由を侵害し、情報漏洩の危険性があるほか、法律による改正ではなく、省令改正で診療報酬請求権に制限を設けるのは違憲」神奈川県中心35都府県の医師・歯科医師 961人が国を相手に2009年1月21日、横浜地裁に提訴。
- 2009年5月8日厚生労働省令110号で、5月10日時点でオンライン請求できないものについて1年以内だが義務化延期
- 2011年11月省令で、(1)オンライン以外の電子媒体による請求可、(2)従来紙だった診療所や高齢の医療者では紙でも可、オンライン化は努力義務、と大きく緩和。中医協委員に日本医師会代表が復帰したから？
- <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/info02g-19.html>

- <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008ffd.html>
- 厚生労働大臣の諮問機関
- 委員は大臣により指名される(基本は以下3者)
 - 医療提供者: 医師, 歯科医師, 薬剤師のみ
 - 保険料を支払い医療を受ける立場
 - 公益の立場の専門家(専門委員): 医療経済学の教授等
- 看護師代表は専門委員としては出席しているが、提供者側ではない。診療報酬に看護行為に関する直接的報酬が設定されていないこと(入院基本料などにははっきりと反映されているが、診療報酬はチームとしてなされた「医療行為」に支払われるもので、個人の役割の積み上げで支払われるのではない)及び開業できないため
- 現在の診療報酬は、出来高加算方式と包括算定方式(DPC)の組み合わせ(大病院ではDPC方式が適用される疾患が多い)
- 2014年2月答申により、2014年度診療報酬は大改訂
 - <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000037024.html>
 - <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039378.pdf>

保険診療の範囲

- 病気やけがの一般的な診断・治療が保険適用
- 予防、審美医療、正常妊娠・分娩、先進医療は含まない
 - 妊娠・分娩については、出産育児一時金(保険者から給付される。2009年10月に42万円/児となり、保険証提示により保険者から医療機関に支払われるので立替え不要になった)
- 労働災害も含まない
- 禁煙治療は2006年から保険適用

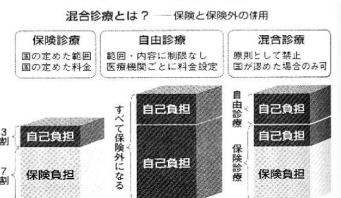
保険診療の守備範囲

病気・けが	・一般的な診断・治療	→ 保険診療
	・生活保護、一部の強制入院、公害など	→ 公費負担医療
	・労働災害	→ 労災保険
	・交通事故	→ 車の保険による賠償または保険診療
あたらな	・闘争・泥酔、著しい不行跡による事故	→ 保険の対象としないことがある
	・自己の犯罪行為・故意による病気・けが	→ 保険外
	・実験・研究段階の医療 ・まだ普及していない医療 ・特殊な医療	→ 保険外
	・健康診断 ・病気の予防 ・健康増進 ・見た目の向上 ・運動能力の向上 ・正常な妊娠・出産	→ 保険外

(出典:読売新聞大阪本社(2011)『大事典:これで行く!医療のしくみ』中公新書ラクレ)

混合診療問題

- 国が認めた「保険外併用診療」以外は1つの病気について自由診療と保険診療を併用することはできない
 - 小泉政権時に解禁論高まり
 - 安全性がよろそかになる、新治療法が保険適用になるのが却って遅れる、などの問題が指摘され解禁されず
- 保険外併用診療(地方厚生局への届出・報告要)
 - 評価療養: 将来の保険導入を検討(先進医療、治験に伴う診療、医療機器の適応外使用等)
 - 選定療養: 患者の希望により選択(差額ベッド、時間外診療、紹介状なしの特定機能病院初診等)



(出典:読売新聞大阪本社(2011)『大事典:これで行く!医療のしくみ』中公新書ラクレ)

公費医療制度

- 国家補償: 戦傷病者特別援護法、原子爆弾被爆者援護法、予防接種法による予防接種被害の補償等
- 社会防衛: 感染症法による新感染症による入院等
- 社会福祉: 生活保護法による生活保護世帯の医療は全額公費負担(約165万人)
自立支援医療は問題多
- 難病対策: 特定疾患治療研究事業で、プリオン病などは全額公費負担

医療費の主な公費負担制度(国レベルのもの)

法律・制度	対象	自己負担
生活保護法	生活保護世帯	なし
中国産婦人科医療法	妊婦の検診者と配属者	なし
赤痢菌感染症法	赤痢菌感染症(2000g以下)の検診	所得に応じ一部負担
精神障害者医療法	精神障害者(18歳未満)	所得に応じ一部負担
特定疾患治療研究事業	指定疾患(精神障害を除く)	自己負担(所得に応じ)
小児慢性特定疾患治療研究事業(児童福祉法)	がん、腎臓病、心臓病、ぜんそくなど11分野	自己負担(所得に応じ)
先天性血液凝固因子障害等治療研究事業	先天性(成人)の治療	なし(自己負担分助成)
肝臓病特別特定治療事業	肝臓病、心臓病のウイリス除去治療	上級月1万円または2万円(所得による)
感染症法	1級・2級の感染症、要治療の感染症(感染症法第11条)	なし(全額国費)
精神保健福祉法	自費・他費のおよびある精神障害者の入院	なし(所得額147万円以上の患者は上限月2万円)
麻薬及び向精神薬取締法	麻薬中毒による検入	なし(全額国費)
麻薬中毒者等医療給付法	麻薬中毒による検入	なし(全額国費)
障害者等特別医療給付法	障害者等の公路上墜傷	なし(全額国費)
原簿特種療養給付法	補償の医療・健康診断	なし(全額国費)
地方自治法	国庫の地方による給付	なし
精神保健福祉法	自費・他費のおよびある精神障害者の入院	なし(所得額147万円以上の患者は上限月2万円)
精神障害者医療給付法	精神障害者の入院	なし(所得額147万円以上の患者は上限月2万円)
右半身麻痺療養給付法	アヘンによる麻痺	なし(国庫企業と公費)
予防接種法	法定予防接種による被害	自己負担(2万円)
医薬品医療機器等法	医薬品の副作用、有効成分等による被害	自己負担(2万円)
がん対策推進基本法	がん検診による被害	自己負担(2万円)
がん対策推進基本法	がん検診による被害	自己負担(2万円)

(出典:読売新聞大阪本社(2011)『大事典:これで行く!医療のしくみ』中公新書ラクレ)

近年の潮流

- 外国人医療
 - 在日外国人増加(2009年末、登録者ベースで200万人以上)
 - 「外国人労働者の受け入れに関する政府の見解等」(1999年閣議決定)→外国人への医療保障を確保する
 - 滞在登録していれば国民健康保険加入可。不法滞在だと国保加入不可。公費医療も制限があって、病院の持ち出しになる可能性あり
 - 労災保険は不法滞在中でも使える場合がある
- これからの社会保障(出典:真野俊樹(2012)『入門 医療政策』中公新書, pp.59-61)
 - 普遍主義(公的年金、医療保険だけでなく福祉の対象も国民全ての生活リスクへ)
 - 最低保障では不十分で、従前生活の保障へ(所得比例型の公的年金が代表的だが、福祉も医療も)
 - 多様な所得移転の性格や方向(中高所得層→低所得層の垂直移転、中間層間での水平移転、非老齢→老齢の世代間移転、健康者→病弱者、就業者→非就業者等。矛盾あり)
 - 費用負担における受給者と費用負担者のオーバーラップ
 - 労働力確保や産業育成などの場の提供。市場も利用。