

〔日本産科婦人科学会各種専門委員会報告〕 我国の医療保険制度の仕組み

日本母性保護産婦人科医会幹事
昭和大学医学部産科婦人科学教室 講師
秋山 敏夫

はじめに

我国では、ほとんどの国民は健康保険等の公的な医療保険制度に加入し、保険料を納入する義務を負う国民皆保険制度をとっている。医療保険は原則として保険料で運営されるが、一部国や自治体が負担する公費負担制度もある。この医療制度は大きく被用者保険と国民健康保険（国保）に分けられる（図1）。

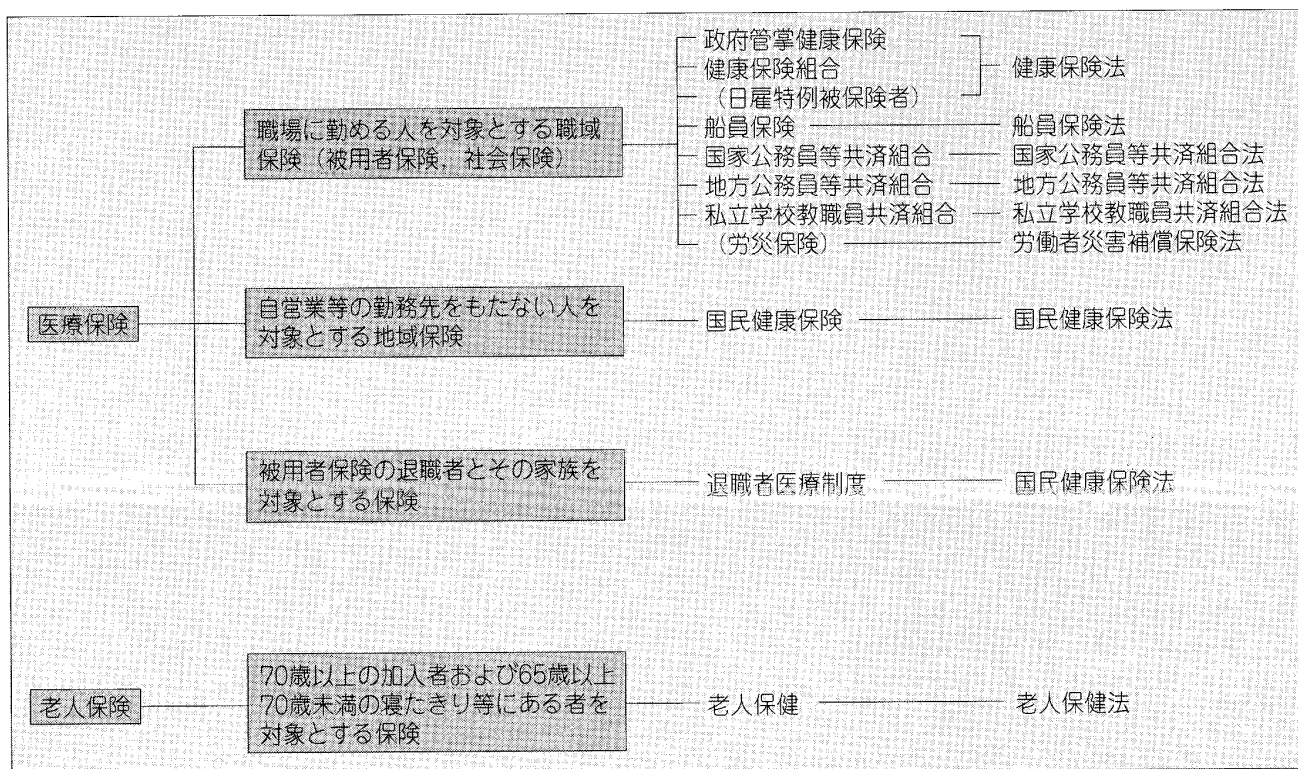
保険給付の対象

- 1) 被保険者本人の業務外の事由による疾病，負傷，死亡，分娩
- 2) 被保険者家族の疾病，負傷，死亡，分娩

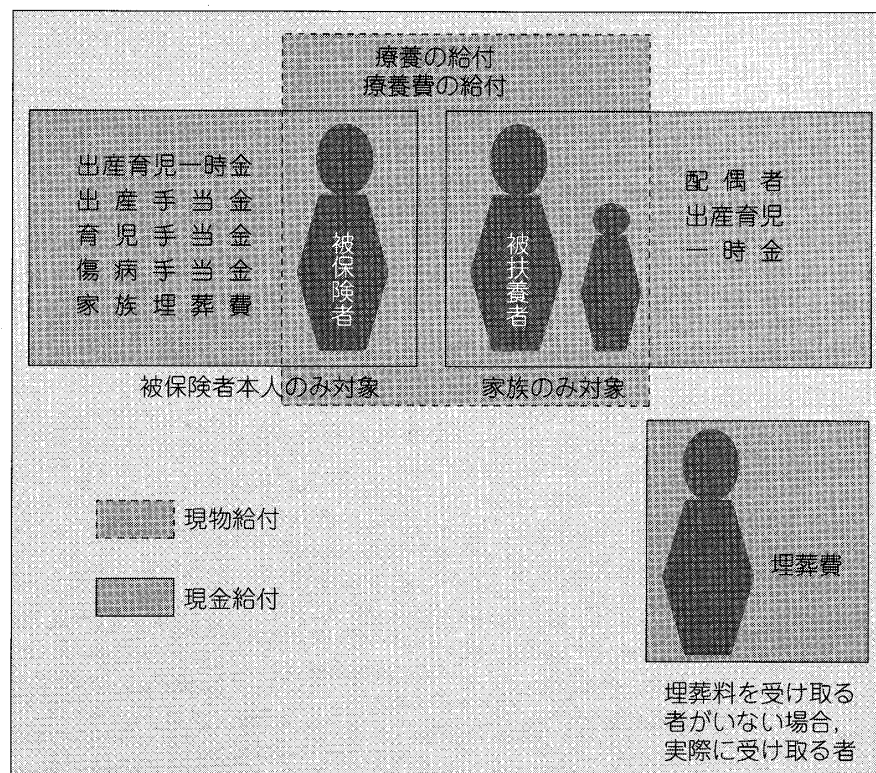
医師が診療の必要があると認められる疾病や負傷であり，健康診断や予防医療，正常妊娠や正常分娩，人工妊娠中絶，美容医療等は給付の対象外となる。

療養の範囲

診療，薬剤や治療材料の支給，処置・手術その他の治療，居宅の療養，病院や診療所へ



（図1）医療保険制度と関連法令



(図 2) 健康保険の給付

の収容や看護の提供を旨とする。

給付の期間

転帰まで。ただし退職後の継続療養は診療開始日より 5 年間

現物給付と現金給付

患者は医療機関から医療サービスの現物（療養や療養費の給付）を提供される（現物給付）。このサービスの範囲は健康保険法等の法律で定められており、全国均一の価格が診療報酬体系により定められている。この代金は医療保険制度から審査支払機関を通して医療機関に支払われる。一方、保険証を提示せず自費で受診した場合等の療養費、高額療養費、傷病手当金、出産手当金、埋葬料（費）、分娩費、育児手当金は受給権のあるものが、一定の手続きに従って申請・請求することによって現金で支給される（現金給付）（図 2）。

患者の負担

それぞれの医療保険制度で給付の率が決められており、患者は医療機関の窓口で一般は一定割合、老人は一定額を支払う。

診療方針に関する法令

1. 健康保険法

前述の保険給付の対象、療養の範囲、期間に関し妥当適切なものでなければならない。保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、健康保険事業の健全な運営を損なうことのないよう努めなければならない。保険医療機関において健康保険の診療に従事する医

師は都道府県知事の登録を受けた医師である必要がある。この法律の43条には後述の保険医療費担当規則が定められており、保険医はこれを順守しなければならない。

2. 医師法

24条には「診療したときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない」とされており、診察者の氏名、主訴、既往歴、現病歴、検査や治療の内容、診断名、転帰等を記録する必要がある。管理者は完結の日から5年間、この診療録（カルテ）の保存が義務付けられている。

3. 保険医療費担当規則

保険診療は各種法令と診療報酬点数表および厚生省の各種通知によって定められており、いわゆる保険診療のルールとされるものである。端的に言えば、保険診療は約束に従った契約診療であるといえる。保険医の診療方針では、12条に「保険医の診療は、一般に医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適切な診断をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行わなければならない」とされる。更に懇切丁寧な診療、患者の理解しやすいような指導、心理的に有効な指導、他の医療機関への転医等が必要となる。

18条には「保険医は、特殊な療法又は新しい療法については、厚生大臣の定めるもののほか行ってはならない」とされ、学術雑誌等に記載されるすべてが許可されるものではない。

19条には「保険医は、厚生大臣の定める医薬品以外の薬物を患者の施用し、又は処方してはならない」とされ、適応外使用が制限される。

20条には医師の具体的方針が揚げられており、「健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない」「各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う」「各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない」「投薬は、必要があると認められる場合に行う」「手術は、必要があると認められる場合に行う」「処置は必要の程度において行う」等に考慮し診療する必要がある。薬剤の使用にあたっては適応症、用法・用量、投与期間に制限があり、薬剤添付文書の確認が求められている。

22条には「患者の診療を行った場合は、遅滞なく、定められた様式又はこれに準ずる様式の診療録に、診療に必要な事項を記載しなければならない」とされ、カルテの記載義務が定められている。

診療報酬の請求と審査

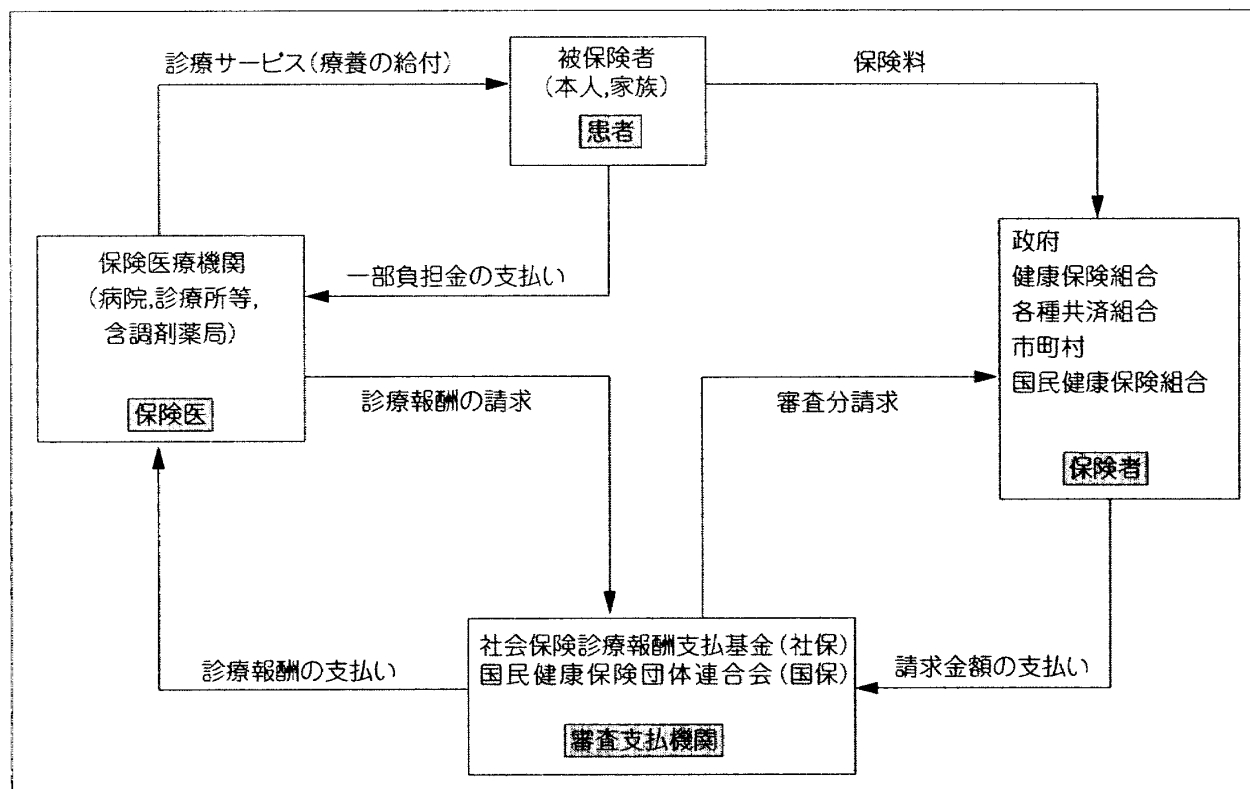
保険医療機関は、前月分の診療費を一人分一枚の請求書（診療報酬明細書；レセプト）にまとめ、各都道府県に設置されている社会保険診療報酬支払基金（社会保険）、国民健康保険団体連合会（国民保険）に請求する。受領した支払基金等ではレセプトに記載された診療報酬点数の計算が正しいか否かをチェックし、専門家による審査委員会で検討のうえ支払額を算出し、各々の保険者にレセプトを送付する（図3）。

審査委員会の審査は紙上審査であるため誰もが納得できるレセプトの作成が必要となる。

傷病名と診療行為の内容が不一致であったり、過剰診療とされた場合は、投薬や検査が査定される。

診療報酬明細書（レセプト）

レセプトはカルテと一致していなければならない。伝票からレセプトを作成してカルテ



(図3) 保険診療の概念図

との突き合わせを行っていない医療機関では、請求漏れや誤請求が起こる。また、悪性腫瘍特異物質治療管理料、特定疾患療養指導料等はカルテへの記載が算定条件になるが、カルテへの記載がないにもかかわらず請求すると、不当請求となる。

傷病名に対し適応外の薬剤を使用したり、必要のない検査をした場合、審査をパスさせたいために実態のない診断名（レセプト病名）を記載すると不正診療となり、カルテの信憑性にも係る問題となり、指導監査の対象となる。

傷病名のみでは病状や治療経過が十分に理解されそうにない場合、審査判断材料の補助として詳記を付ける場合があるが、詳記は簡潔に記載する。詳しく書いても保険診療を逸脱している場合は認められない。

おわりに

我国の国民医療費は年々増え続けている。国民皆保険が達成された昭和36年当時と比べると現在は約50倍にもなっている。しかし人口の高齢化による老人医療費を中心とした医療費が増大する一方で、国民経済の伸びが抑えられた結果、保険料収入は伸び悩み、医療保険財政は赤字構造体質に変化しはじめたと考えられる。今後はこれらを考慮した医療保険制度の再構築と運用のあり方が問われるであろう。