

今さら聞けない

健康保険って、

どうなってるの？

あなたが受診の際に持参する健康保険証。

あの紙切れの裏側に、こんな意味が隠れていると知っていましたか？

編集／医師35人とCOML合同委員会
事務局／ロハスメディア
監修／濃沼信夫 東北大学大学院教授
中村利仁 北海道大学大学院助手
イラストレーション／コージ・トマト

世界に冠たる 国民皆保険制。

ち

よつと考えてみてくだ
さい。病気やケガで医

療機関を受診した時、特に注
文しなくても、必要な医療行

為は不足なく行われるだろう
と期待しますよね。それから、
A病院は良い医療を提供して
いるけれどその分高い、B病
院は安いけれどどちらを選ば
べきか、なんてこと普通は考
えませんよね。

医療でこの摩訶不思議な現
象を起している仕組み、そ
れこそが国民皆保険制の健康
保険です。

えっ？ 何を言っているの
かチンプンカンプンですか。
では、そもそも、健康保険と
は一体何なのか、から話を始
めましょう。

医療を受けるには、それ相
応のお金が必要です。検査機
器やベッドなど医療機関の施
設を利用し、医師や看護師に
よる専門的サービスを受け、
検査や投薬ももちろん、それ
ぞれにお金がかかります。

一方で、病気やケガは、い
つ起きるか分からないもの。
こういった、いつ起きるか分
からないけれども、起きてし



まうと負担が大きいものに対
して、まとまった人数でお金
を出し合って備えるのが保険
です。ご存じですね。

普通の商品やサービスに対
する保険は、備えたい人が自
由意思で加入するのであって、
備えたくない人は加入しませ
ん。加入しなかった人は、何
か起きても保障されないだけ。
自己責任、自業自得で済ませ
れます。

しかしこと医療に関しては、
誰もが必ず公的な保険に加入
することになっています。な
ぜこういう仕組みになってい
るのかを突き詰めると、健康保
険の何が問題なのかも浮き彫
りになってくるので、後ほど
ジックリ取り扱います。

何はともあれ、日本の医
療は国民皆保険制です。皆さ
んの所得に応じて、かかった
医療費の一定額以上を保険者
が支払ってくれます(後述)。
一定額に達しない場合でも、
原則7割は保険者が払って
くれます。

これを医療機関側から見
てみましょう。医療は慈善事業
ではありませんので、検査治
療をしました、お金は取り損
ないました、では医療機関が
潰れてしまいます。

もし患者が健康保険に入っ
ていなかったら、患者の懐具
合と相談しながら施す医療を
決めねばなりません。国民皆
保険だからこそ、必要と思わ
れる医療処置を施せます。こ

れによって患者側も安心でき
るわけです。実際、国民全員
をカバーする公的医療保険の
ない米国では、人によって受
けられる医療がかなり異なり
ます。

また、この国民皆保険のも
とでは、医療行為それぞれの
値段(診療報酬)05年12月号
参照)と、ある病気に対して
適正と考えられる医療の範囲
が、定められています。医療
機関は取り決めたを超えた費用
を保険者に請求しても払って
もらえません。この仕組みが
あるから、過剰な医療行為は
なからう、どこの医療機関に
行っても値段があまり変わら
ないだろうと思っていられる
わけです。

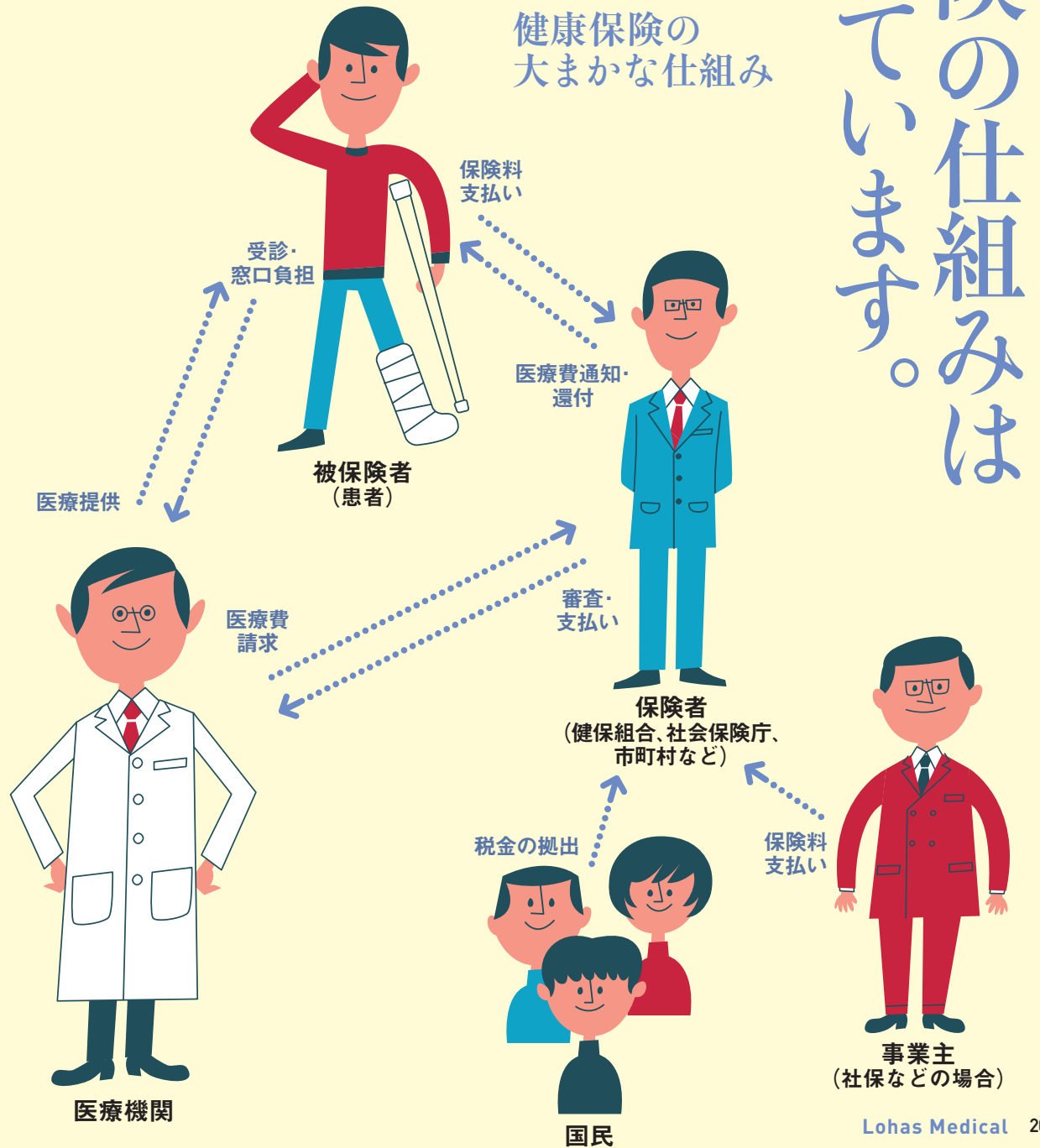
健康保険の仕組みは こうなっています。

このあたりがたい国民皆保
険は45年前の1961
年にできました。当時、職場
や地域には種々の健康保険が
ありましたが、加入者は限ら
れカバーする医療行為も限ら
れていました。現在も何通り
かの健康保険があります(コ
ラム参照)。

どの保険に加入しているか
で保証内容や毎月の保険料に
差はありますが、大まかな仕
組みはほぼ同じです。

健康保険の仕組みに登場す
るのは、「患者(被保険者)」
と「医療機関」と「保険者」の
3者です(図参照)。

まず、被保険者は、保険者
に保険料を支払い、加入の証
として「健康保険証」を受け
取ります。



被保険者が医療機関を受診
する場合、「健康保険証」を
持参し、受診が終わったら、
かかった医療費のうち3割
(高齢者以外)を支払います。
自己負担分がある金額を超え
た時は、保険者から還付して
もらえます(後述)。

医療費とは、実際に行われ
た医療行為の対価を、あらか
じめ定められた価格(診療報
酬)に従い積み上げた金額に
なるのが一般的です。これを
出来高払いと言います。出来
高払いには、先ほ
ども説明したよう
に医療行為が不足
することのないよ
う担保する働きが
あります。

医療機関は一カ
月分の医療費を集
計し、自己負担分
以外の金額を保険
者に請求します。
この際、誰にどん
な医療がどれだけ

健康保険にも、いろいろあります。

日本の場合。歴史的にみると医療や健康保険は、サラリーマンに対して、その雇用主が福利厚生サービスとして提供し始めたものです。現在でも、企業や公務員組合の共済が運営主体となっている病院が多いのは、その名残です。米国は現在もその流れが続いていて、自動車最大手のゼネラル・モーターズ(GM)が医療費負担が大きすぎて経営不振に陥ったことをご存じの方も多いことでしょう。

サラリーマンの健康保険(社保)は以下の仕組みになります。企業単体もしくは業界内で収入と支出のバランスを取れる場合は、それぞれ独自に健康保険組合を作ることができます。しかし最近では、負担に耐えかねて解散する健保組合が増えています。

健保組合が解散した場合や、単体では規模が小さすぎる企業のサラリーマンの場合、政府管掌健康保険というものに入ります。保険者は年金でおなじみの社会保険庁です。公務員は勤め先の共済組合が保険者となります。

いずれにも該当しないような自営業者や無職の人、退職した人が加入するのが国民健康保険(国保)で、この保険者は市町村です。61年に国民皆保険制になったと表現されるのは、国保が全国にでき、保険に加入していない人がいなくなったということです。健保組合の多くは、それ以前から存在していました。

行われたかを説明するのが診療報酬明細書(レセプト)です。保険者はこのレセプトを審査し、特に問題がないと判断した場合には請求金額を支払います。保険の範囲を超える医療と判断した場合、支払いを拒否します。拒否分の費用は医療機関の持ち出しになることが多いようです。

また保険者は患者に対して「医療費通知」を送り、実際の受診と異なる部分がないか(医療機関が不正請求していないか)の確認を求めます。ただしこれまででは、具体的にどんな医療が行われたのか患者側に知らされない場合が多く、レセプトが手書きでチェックするのに大変な手間がかかったことから、不正請求を見つけたのが困難との意見もありました。

4月からは、どんな医療行為が行われたかを記した領収書を要求できることになり、またレセプトの電子データ化も許されましたが、どちらも

義務づけはされていません。保険者とその運営と支払いに要した費用は、保険料と他の保険者との融通のしあい、国民健康保険などの雇用主負担分に相当する額の税金等で賄われます。

この仕組みは、非常にうまく機能していました。しかし近年、制度のあり方を巡って議論が繰り返されているのは、皆さんもご存じでしょう。改革を迫る外的要因が、いろいろ出てきているのです。

医療機関

では外的要因とは、何でしょうか。

よく報道されるのは、社会の高齢化ですね。年齢が上がれば、どうしても病気になる確率は上がります。また、引退して勤労収入がなくなることも多いので、保険料を現役時代ほどは払えなくなり、保険者にとつて、支払いが増え収入が減るといふダブルパンチになるわけです。

これを何とかしなければというのが一般的な議論です。08年度からは高齢者だけを別立てにした老人保健制度も始まります。

しかし本当に、年齢構成が変わったことだけが問題なのでしょうか？ いずれ誰もが歳をとるので、国民が費用を分担しあうなら、お互い様のはず。ですが、実際にはそういう議論になつていません。何が問題なのか考えないと、「お互い様」と言えない状況があることに気づきます。まず押さえないといけない

健康保険の何が問題なのですか？

のは、社会保険の保険料を事業主が負担しており、国民健康保険の赤字を社会保険が穴埋めしていることです。事業主が費用負担を義務づけられているのは、前頁コラムのよな歴史があるから。従業員の健康を守れば事業主も助かるという発想です。しかし、国民健康保険へ資金が回ると、引退した人や無職の人の分まで、事業主が費用負担することになります。

次に考えないといけないのが疾病構造の変化です。日本人の死因を年毎に見ると、1950年までは、肺炎・気管支炎や結核といった感染症が上位でした。しかしその後、感染症以外の病気が増え

てきて、2004年の上位3つは「がん」「心疾患」「脳卒中」でした。感染症は4位に肺炎が入っているだけです。

感染症とは、体の内部で細菌やウイルスが増殖するもので、多くは伝染します。対応が遅れると命取りになる一方、細菌やウイルスを制圧・撃退すれば再び健康に戻れる可能性が高いです。つまり、放置すると他人に害が及び、治療が成功すれば患者は再び健康を取り戻せます。

保険の範囲内で医療行為を施せば施すほど医療機関に利益となることが多いのですが、それが患者の利益とも公益とも矛盾を来たさなのです。この関係なら国民皆保険は素

高額療養費制度使いこなしていますか？

医療費の自己負担分が毎月何万円にもなると苦しいというあなた、ひょっとして「高額療養費制度」で還付を受けられるのではありませんか。世帯構成員が月ごとに支払った金額を合算して、保険者の定める限度額を超えた場合、申請すれば限度額を超えた分が戻ってきます。また、そ

ういう月が1年に何度もあった場合は限度額が下がり、重ねて還付を受けられます。

限度額は、保険者、患者の年齢、世帯収入によって異なります。また、申請しないと還付されないことが多いので、まずは健康保険の窓口にお問い合わせみましょう。

晴らしい制度です。

しかし現在は、生活習慣病のように慢性だけれど伝染せず、エンドレスに治療の必要な疾病が主になっています。また医療の高度化・複雑化に伴って高額な検査・薬剤がどんどん登場しています。

保険で許される最大限の医療行為に対して出来高払いを続けるとなると、まず健康な人を含む国民全体の利益と衝突せざるを得なくなり、医療の公定価格である診療報酬は断続的に切り下げられていきます。また大病院などでは、医療行為の多少にかかわらず入院医療料金を疾病ごと

一定にするという包括払い制(DPC)が推進されています。加えて、「最大限の医療」は患者にとつても利益になるとは限りません。医療行為は必ず何らかのリスクを伴います。たいていは抗がん剤の副作用のように、生活上の利便性と引き換えになります。考えうる最大・最高の治療を受けたい人から、まったく治療を受けたくない人まで、どこで折り合いをつけるのか、個人個人の価値観に委ねられる部分が大きいのです。

人によって選択が違う以上、なかなか「お互い様」とは言えません。



健康保険のことは、 考えてみませんか。

健

健康保険を用いるか否かは、医療機関の自由です。医療機関側が独自に価格を設定し、患者は全額を自己負担する「自由診療」制の医療機関も一部にあります。

ただし一般には、費用負担の重い自由診療では患者が集まらず、経営が成り立ちません。結果的に、多くの医療機関が保険診療を行っており、診療報酬が改定される度に医療関係者が一喜一憂します。

そして、同一の患者に保険診療と自由診療を同時に行うことは「混合診療」として禁止されています。適正な価格で必要な医療を提供するという理念からすれば、保険の適用となっていない医療は多くないはず。

しかし、前項でも説明したように、どこまで医療を受けるか個人の価値観次第の疾病が主流になった結果、保険の適用となっていない新しい医療行為を受けたいと願う患者が少なからずいることも、これまた事実です。

保険では「必要な」医療が受けられないと思わせることは、国民皆保険の意義を根底から揺さぶります。といって、すべての医療行為に保険適用を認めたら、保険料等を引き上げない限り、財政が破たんするかもしれません。

保険診療と自由診療のどちらか一方だけというのは、少々現実にそぐわなくなっています。例えば保険の適用となっていない新薬を使用した

場合、他のすべての治療が自費となるのですから、患者は新薬をあきらめざるを得ない恐れがあります。実際には、「高度先進医療」（コラム参照）と認定された場合、自費診療と保険診療の併用が認められますが、これは、特例扱いです。

費用負担の公平性の観点からも、苦しんでいる人を救うべきだという人道的な観点からも、医療のどこまで保険を適用するのか、逆に保険で面倒をみるのはどういう医療なのか、保険の再定義が必要な時期に来ているのではないのでしょうか。

そして本来それは、誰に決められるものでもなく、費用を負担している私たち自身が、どういった医療にどの程度の金額を払うのか、決めるべきことです。

診療報酬を変更したり、あ

る医療行為に保険を適用するか否かを決めたりするのは、以下のような仕組みです。厚生労働省が、関連する学会や団体などの意見を聴いたうえで原案を作り、寄せられたパブリックコメントを踏まえて、中央社会保険医療協議会（中医協）で検討されます。

この中には、それまで高度先進医療として自己負担とされていたものを保険適用とすること、あるいは新たな医療技術を高度先進医療として試験的に導入することなどが含まれます。

中医協は、支払い側委員が7人、診療側委員が7人、学識経験を持つ公益委員が6人という構成になっています。

どうやったらこの仕組みに自分たちの意見を反映させられるのか、果たしてこの仕組みでよいのか、あなたのご意見はいかがでしょうか。

混合診療と高度先進医療

保険適用するほど一般的ではないが、先進的で患者にニーズがあるという治療法の場合、「高度先進医療」として国が承認し、それを行うことのできる医療機関も国が承認します。4月現在で101種類の高度先進医療があります。（詳しくは<http://www.mhlw.go.jp/topics/0106/tp0601-1a.html> 参照）

高度先進医療を受ける場合、その費用は保険で支払われませんが、一般的な医療費部分は保険で支払われます。つまり、高度先進医療であれば「混合診療」が許されるという運用になっています。

