
シンポジウム

保険医療をめぐる諸問題

Problems in Medical Care based on the Health Insurance System

第489回新潟医学会総会

日 時 平成5年6月19日（土）
会 場 新潟大学医学部 有壬記念館

司 会 小池昭彦先生（新潟県医師会理事）

演 者 高館 元（新潟県民生部保険課）、和泉 徹（第一内科）、小山 真（新潟県立新発田病院外科）、小池昭彦（新潟県支払基金審査委員長）、田中正美（神経内科）

発言者 田島達也先生、阿部先生（開業）、広川陽一先生（三之町病院）

はじめに

1961年国民皆保険制度が達成されて以来、日本の医療はその殆んどを保険医療に委ねております。それが故に保険制度を無視した医療は存在しないといっても過言でないと思われます。

ところがこの医療保険制度が種々の矛盾をはらみ、医療の現場で少なからず当惑する事例は、医療者の殆んどが経験しているところです。

その最大の原因として、保険医療は純粋に学問に準拠したものではなく、一定の約束事を基準にした契約医療であることにあります。そこには必然的に審査という過程が織り込まれ、それに伴うトラブルも少なくありません。また、医療費を賄う原資についての問題も無視することはできません。

一方では、1947年制定以来、継ぎはぎに継ぎはぎを重ねてきた診療報酬体系について、抜本的改革を加える気運にあります。

本日は山積するこれら諸問題について、みんなで考えてみたいと思います。

それでは最初にまず高館先生をご紹介します。高館先生は、皆さんご存じと思いますが、昭和25年に本学の医学部をご卒業になって、その後病理で勉強されました後、何故か出向という形で昭和33年に県保険課の指導医療官にお成りになって、実に35年経つわけでございます。昨年一応、定年退官と言うことになったのでございますが、まだまだ現職として、職務を果たされている先生でございます。先生には保険医療の本質と動向ということで、お話をさせていただくことになっていますので宜しくお願い致します。

1) 医療保険の本質と動向

新潟県民生部保険課 高 館 元

Real Nature and Tendency on the Medical Social Insurance

Hajime TAKADACHI, M.D.

*Health Insurance Division, Welfare Department,
Niigata Prefectural Government*

Essentially, Japanese health insurance is a mutual medical care on a national scale. Quite different from individual health insurance, this system is apt to fall into an economical imbalance if no efforts are made both by insurer and insuree to keep a steady foundation. Through it has lasted for over 30 years, both are preparing for self-payment to luxury medical service.

Key words: Insurance benefit, Insurance accident, medical institutions authorized to treat patients with health insurance coverage
保険給付, 保険事故, 保険医療機関

医学, 薬学の進歩に伴い, 医療の高度化, それに対する費用の高騰が生じて来る。一方, 国民サイドからは, 必要とされる医療が常に自由に受けられること, しかも過重な負担なしに受けられることが要求される。過重な負担なしに受けられるために, 先進各国では集団保障の制度が導入され, 現在の医療保険という技術を通じてその要求にこたえる努力が行なわれている。

ここで総論として, 社会保険の要素について述べる。

イ. 保 険 者

保険制度の運営主体であり, その管理運営に当る者である。

ロ. 被 保 険 者

保険される者であり, 平素からその集団の構成員として保険料を拠出し, 保険事故の発生した際に給付を受ける者である。現在の保険制度における保険事故は, 人について発生したものに限定されているので, 保険事故の発生主体とも言えるものである。

ハ. 保 険 事 故

保険給付が生じる原因となるものであり, 医療保険に

おいては, 疾病, 負傷, 出生, 死亡が保険事故となる。保険事故の無いところに保険給付は発生しないものである。この発生を抑制する努力が行なわれる。この発生の頻度は, 需要者の意識により変動するが, これが本制度運営上の変動要因として注目され, 対策を迫られることになる。

二. 保 険 給 付

保険事故の生じた際に, 医療保険においては, ① 診察 ② 薬剤又は治療材料の支給 ③ 処置, 手術その他の治療, ④ 病院又は診療所への収容, 更に ⑤ 看護, ⑥ 移送等の給付が行なわれる。この給付は保険者が行うものであるが, 保険医療機関, 保険医の指定, 登録を行うことにより, 保険者に代ってこの現物給付を担当しているが, この指定・登録は契約行為ということになる。患者は主訴をもって保険医療機関を訪れ, 保険医の診療を受けるが, 給付される医療内容の決定は保険医にゆだねられている。これが保険事故とならぶ変動要因として注目される。自由主義経済下では, 消費者が消費内容を決めるが, 医療は供給者が決定するという特質があり,

Reprint requests to: Hajime TAKADACHI, M.D.,
Health Insurance Division, Welfare Department,
Niigata Prefectural Government, Niigata, JAPAN.

別刷請求先: 〒950 新潟市新光町4-1
新潟県民生部保険課 高 館 元

担当者のビヘビアが大きく関与するということになる。

木. 保 険 料

構成員である被保険者の拠出した保険料が保険基金として積み立てられ、保険給付の原資となる。従って保険料と保険給付が収支相当、相つぐなうことが必要となる。すなわち、保険給付の程度、内容により、保険料の程度が決ってくるということになる。保険料は安く、保険給付は濃くということは、保険という技術を通じて医療を保障しようとする立場に立つと、不可能ともいえる事柄である。

へ. 福 祉 施 設

これは直接関係が無いので省略する。

要するに保険制度により、医療を保障しようとする現行制度下では、保険料に応じた保険給付であること、保険事故と保険給付という二つの変動要因に如何に対処してゆくかという事が、大きな問題となる。ここに、被保険者指導と、保険医療機関ならびに保険医の指導、更に現物給付の診療のチェック、すなわち保険審査ということが行なわれるものであり、それが大きな意義をもつことになる。

公的医療保障制度の類型

欧米諸国の公的医療保障制度は大きく2つに分かれる。1つはドイツ・フランスのような社会保険方式の制度であり、他はイギリス・スウェーデンのような国民保健サービス方式の制度である。

医療保障制度は、社会保険方式から始まったが、この方式は、社会的に何等かの同質性を有する国民が、保険集団を形成し、保険料を拠出し、疾病による生活破綻を防止しようとするものである。

ドイツは、古くからあった手工業や鉱夫、工場労働者を対象とした、社会保険方式の共済制度が19世紀後半に成立し、第2次大戦後には、国民の各層を対象とし、整備され今日に至っている。フランスでも職業別の共済制度から、今日の一般制度が創設され、現在に至っている。

社会保険方式では、各集団ごとに保険料が財源として徴収され、それに見合った給付が行なわれる。この場合、国は保険制度の枠組みを決定するが、その運営は各集団にまかされており、わが国のように国庫補助の行なわれるのは例外である。

他方国民保健サービス方式では、財源のほとんどが、国税や地方税でまかなわれており、医療供給も国家の責任の下に組織化され、国民全体等しくこの制度を受けることができるものである。

医療費の動向

ドイツ・フランスのような社会保険方式を採用している国では1970年代から80年のはじめにかけて、国民の所得を上廻る医療費の爆発的な高騰という問題が顕在化した。社会保険方式においては、実際に行なわれたサービスに報酬を支払うシステムになっているため、全体として医療費は、制度的に上昇し易い面がある。こうした医療費の増加にたいし、各国は保険料率の引きあげや、制度間の財政調整といった財政基盤強化のための方策、あるいは給付範囲の見直し、患者負担の増加、診療報酬の伸び率の抑制といった支出抑制面での対応を行っている。

我が国においては、経済が高度成長から安定成長に移行後も医療費は国民所得の伸びをこえる成長を示し、昭和50年度は国民所得の対前年度比10.2%に対し、医療費は20.4%と倍の成長を示した。その後逐次対前年度比は下降したが、いづれも国民所得の伸びを上廻り、制度面では、老人保健法の成立、その後、健康保険法における被保険者本人の一部負担の導入等がなされた。

医療保険制度の動向

最近の医療保険の流れを見ると、一面においては、保険料と保険給付の収支相当比をはかり、他面においては、患者のニーズの多様化、ブランド指向の傾向にあわせて自己負担の導入の方向にあると考えられる。

高度先進医療における特定承認保険医療機関の導入、特定療養費として特別の病室の提供、特別注文食品を含む給食の提供、特別の材料による給食の提供、予約にもとづく診療、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察等がこの線に沿って現に導入されている。

現時点における医療保険制度の将来像として、注目すべきものは、5月21日における医療保険審議会小委員会がまとめた、検討内容の論点整理の報告である。この審議会は、6月中にも中間報告として、今後の方向づけを示す予定であり、その後この報告をふまえた具体的な検討内容の作業ともいえる第二ラウンドが、年末の予算編成にむけスタートする。内容は後期高齢者の急増など超高齢化社会の到来や医療ニーズの多様化の中で、国民が安心して医療を受けられるために「ゆるぎない医療保険制度の確立」の必要を強調し、その上で具体的に、「医療保険財源の制約のあるなかで、公的医療保険について給付の重点化」をはかるべきだとしている。特に公的医療保険の給付の範囲、内容の見直しでは、在宅・施設間を通じた負担の公平、給付の重点化、給食の質の向上をはかる観点から、給食の給付のあり方を見直すべきでないかと指摘し、保険給食のあり方に問題を提起している。

社会保険総論

1. 社会保険の性質

2. 社会保険の要素

イ、保険者

ロ、被保険者

ハ、保険事故 ————— 疫病・負傷・分娩……………

————— (需要者の意識により
変動)

ニ、保険給付 ————— (供給者の態度により
変動)

現物給付

現金給付

収 支 相 当

ホ、保険料 ————— 応 益 負 担

ヘ、福祉施設

3. 社会保険の種類

イ、医療保険

疫病・負傷・出産・死亡

ロ、年金保険

老令・廃疾・死亡

ハ、失業保険

失業

ニ、労働者災害
補償保険

業務上の疫病・負傷・廃
疾・死亡

保険医療の担当

保険医療機関（療養取扱機関） 指定（申し出の受理）

保険医（国民健康保険医） 登録（登録の受理）

契 約 行 為

◎責 務

◎指 導

次に室料，薬剤，治療材料などについて，その優先度，必要性などからの検討を指摘している。更に特定療養費制度の活用，今後増加すると見られる臓器移植などに対する患者の自己負担にも言及，配慮を求めている。

これらから，くみとれることは，現在迄も進められてきた自己負担の導入の延長線上に，今後の公的医療保険制度が運営されと考えざるを得ない。これが国民のコンセンサスであり，集団防衛に自己防衛を取り入れてゆくという方向を辿るものと考えられる。

司会 ありがとうございます。それでは第2席といたしまして，和泉徹先生にお願い致します。和泉先生はご承知の通り，新潟大学の第一内科の講師をなさっております。支払基金の審査委員もおやりになっているという立場もございます。そんなことから保険医療と大学の立場ということでお願い致します。