

## 【制限と個別性】

「どうしても現物給付というと、(医療の)個別性が死ぬのです」

これは、1955（昭和 30）年 厚生省の七人委員会の代表委員（非医師）の言葉です。

国民皆保険が「当たり前」になる前の時代の話です。診療報酬の単価が低いことがありましたが、「保険診療」は制限が多かったため、敬遠されていました。1962（昭和 37）年の「制限診療撤廃」によって国民皆保険は推進され、「当たり前」になっていきます。ほんの45年前の話です。

同じ病名でも患者さんが十人いれば、十通りの治療方法が選択される場合もあるでしょうし、同じ患者さんに対しても（歯科）医師が十人いれば、十通りの治療方針が立つこともありえるでしょう。

日本の医療保険制度は「療養費払い」ではなく「療養の給付」、つまりは「現物給付」制度です。日本の公的医療保険制度の優れた特徴のひとつに患者のフリーアクセスがありますが、これを「現物給付」制度が支えている側面があることは確かです。ただ、治療を受ける患者さんにすれば、その違いは理解しにくいものでしょうし、医療提供者からすると非常に窮屈さを感じる制度の一因ともなっているのです。「現物給付」される「療養」は、決まっているため、何通りもあるはずの治療方法からもっとも適切と考える治療を自由に選択することができない場合もできます。

「制限診療撤廃」だったはずですが、すべての制限が撤廃されたわけではなく、一定の制限は「規格」という形で存在していますし、最近では、「制限」が復活しているようにさえ感じます。歯科においても、各種「紙出し」、施設基準、歯科疾患管理料と初診算定制限、補綴物維持管理料など、「質の高い歯科医療を効率的に提供する」という名目の元、「制限」が復活してきています。

国民皆保険が「当たり前」になりすぎてしまい、「制限診療撤廃」の時のことは忘れてしまっているかのようです。

「規格」からはずれた医療が、医学的に不適当な治療というわけではありません。保険医が保険請求をするために、工夫をして「規格」に治療を当てはめようとするケースもできます。「レセプト病名」といわれるものが良い例です。審査に通るように、実際の病名と違う病名をレセプトに書くわけですが、これは「不正」と紙一重です。保険の適用外の治療が多い歯科では禁止されている「混合診療」という形をとることも少なくはないようです。

国民皆保険を「当たり前」にしようと努力していた時代のひとは、それがどれだけ大変なことか知っていたのです。想像ですが、「ルール」の運用は良い意味で、「いい加減」だったのでしょう。コンプライアンスということがしきりに言われる現在からみると、30年前はユルユルです。

レセプト審査の自動化に対して支払い基金が、「保険診療ルールが各保険者でまちまちに運用される恐れがあり、制度の根本が歪められかねない」と反対しています。裏返していうと「制度の根本が歪められかねないほど、まちまちに運用される恐れがある保険診療ルール」ということになります。

「混合診療の禁止には法的根拠がない」……去年東京地裁が判決を出しています。日本の医療制度の法令はある意味「いい加減」なのです。「いい加減」な法令で、「いい加減」な運用をして、「国民皆保険」を実現・維持してきたともいえるでしょう。

歯科は当てはまりませんが、保険医療費は年々高騰しています。医療費を支払う国や地方自治体や保険組合は大変です。国は、「骨太の方針」で、社会保障費の自然増を抑えるようになりました。それだけでは足りないのか、コンプライアンス流行りの風潮のためか、「保険診療ルールのいい加減な運用」を見直すつものようです。今年（2008年）10月から指導・監査の件数を3倍にする予定のようです。

一方で、ユルユル運用の保険診療を悪用する悪い保険医もいるようです。一定の指導・監査は必要です。けれども、過去と比べて「不正」請求が急に増えたわけではないでしょう。「レセプト病名」は以前から存在していましたし、「混合診療」も今に始まったわけではありません。黙認していた「いい加減」な部分を取り締まるつもりなのでしょう。

法令は守られるべきだし、不正請求は取り締まらなければなりません。ただ、その取締りの根拠になる法律は前のままです。法律は変わらないままその解釈や運用を変えるだけです。地方の一技官の一存で「解釈」が変更されることも少なくないようです。指導・監査を行う人間が、法律の解釈を変更する権限と処罰を決定する権限を両方持っています。

## 罪刑法定主義

出典: フリー百科事典『ウィキペディア (Wikipedia)』

いかなる行為が犯罪として刑罰の対象とされるかが予め明らかになっていなければ、国民の私生活上の自由は大きく制約されてしまう。そして、いかなる犯罪行為にいかなる刑罰が科されるかが予め明らかになっていなければ、刑罰を執行する者が自己に批判的な言動をする者に恣意的に重い処罰をして弾圧の手段としかねない。更に、いかなる行為にいかなる刑罰を科すかは、国民の私生活上の自由に重大な影響を及ぼすから、国民の直接の代表者である国会の意思に基づくべきである。そこで、現代国家では、ある行為を犯罪として処罰するためには、その行為がなされる以前に、国会の定める法律又は法律の個別具体的な委任に基づく命令によってその行為を犯罪とし、これに科されるべき刑罰を規定しておかなければならないという理念を罪刑法定主義という。

厚労省がやろうとしていることは、「現代国家」の法体系とはどうも違うように感じます。3倍増の指導・監査がどのようなものになるかはまだ不明ですが、医療従事者にとって歓迎できるものではなさそうです。

「いい加減」な部分がなくなることで、保険診療はますます「皆保険」以前の「制限診療」に戻ってしまうことになりそうです。個別性をある程度考慮した規格を考えずに、制限することばかり考えていたら、医療提供者が「皆保険」を維持していくモチベーションを持ち続けることができなくなってしまうかもしれません。

実質 45 年程度の歴史しかない「国民皆保険」、みんなが空気のように「当たり前」だと考えている「国民皆保険」。制度疲労の垢を医療従事者に押し付けるだけでは、当たり前でなくなる日もそう遠くないのかもしれない。

参考 保険給付と保険外負担の現状と展望に関する研究報告書  
(日本医師会総合政策研究機構)

みんなの歯科ネットワーク  
sato