

適用・給付／経理（保険業務）	
適用管理	事務所管理、適用者管理、保険証発行・返納管理
保険料徴収	保険料算定・告知、収納管理
給付処理	レセプト登録、請求支払管理、高額療養費計算、再審査請求、医療費通知 附加給付
日次業務	伺い、決議、日次帳票・締処理、銀行振込データ作成
月次業務	月次帳票・締処理、月報作成
年次業務	出納閉鎖、年次締処理、年報作成
予算／決算	見込表作成、概要表作成、確定

表 1

「医療改革とマネジドケア」東洋経済新報社1999年より

保健事業（健康管理業務）	
医療、介護業務	健康診断、医薬品配布、在宅療養支援、訪問看護、 病院・診療所・老健施設運営
健康増進業務	保養所運営、契約保養所利用補助、健康増進施設運営

表 2

「医療改革とマネジドケア」東洋経済新報社1999年より

政府の抜本改革の構図

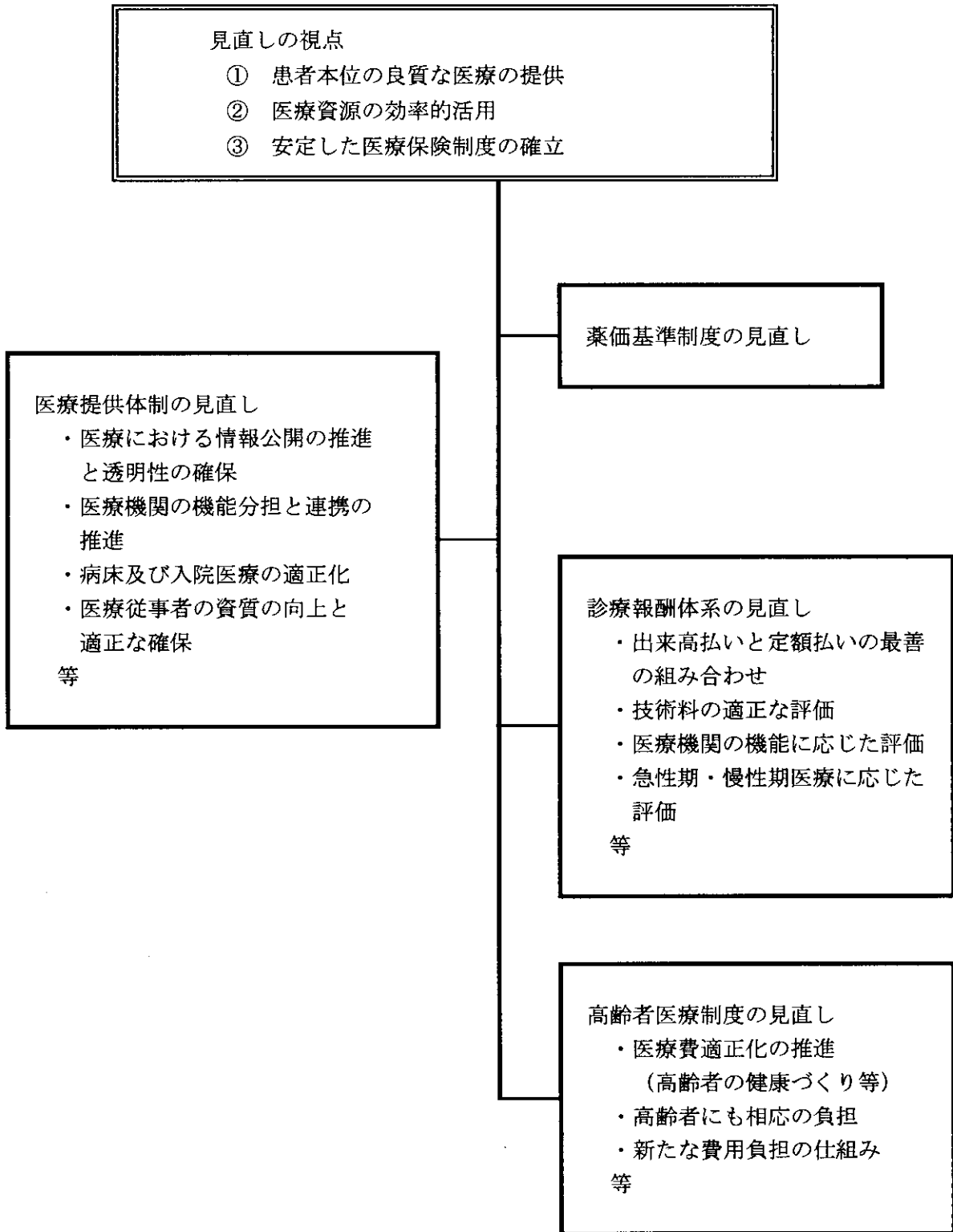


表 3

保険者機能に関わるこれまでの検討経緯

発言主体	主な論点 (抜粋)
財政構造改革会議 最終報告 (97年6月)	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者機能の強化を図る ・保険集団のあり方を見直す ・事務に要する費用について一層の節減・合理化
厚生省案「21世紀の医療保険制度」 (97年8月)	<ul style="list-style-type: none"> ・保険集団のあり方についても公平、公正の観点に立った見直し
与党医療保険制度改革協議会 「21世紀の国民医療」(97年8月)	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者の立場に立ってその機能を強化 ・保険者に相談窓口を設けるなど、良質な医療サービスの確保
行政改革推進本部 規制緩和委員会 「規制緩和についての第一次見解」 (98年12月)	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者自らがレセプトの審査を行うことは、審査事務への競争原理の導入、不適正な診療の抑制等様々な面で利点がある ・医療機関における診療行為に関する情報や組合員の健康状態等を把握、管理 ・医療機関に関する情報を十分に活用 ・被保険者が医療機関を選択しやすくするような仕組み等の導入
医療保険審議会「今後の医療保険制度のあり方と平成9年改正について」(96年11月)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関に関する積極的な情報提供を行う ・保険医療機関の指定などに積極的に関与 ・保険者規模の適正化 ・保険者の事業及び事務の効率・合理化、給付の適正化
医療保険福祉審議会 第40回制度企画部会議事録 (99年2月)	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者の選択権 ・保険者の権限を強化して、被保険者に対するサービスがきちんとできるようにすべき ・規模の適正化、整理
医療保険福祉審議会 第41回制度企画部会議事録 (99年2月)	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者機能の強化は抜本改革の中の非常に重要な要素 ・患者に対し、積極的に情報提供できるような体制を持つ ・立派な機能を発揮している保険者が被保険者に選択される ・被保険者の期待に応えられるよう機能強化、権限強化
医療保険福祉審議会 第42回制度企画部会議事録(99年2月)	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者機能の問題は医療保険制度全般にわたる幅広い問題であると思うので、追ってきちんと審議
健保連「医療保険制度等改革の考え方について」(97年11月)	<ul style="list-style-type: none"> ・自立性があり、自助努力が働いて、保険者としての機能を発揮できる
健保連 「21世紀の国民の健康と医療の確保を目指して」 中間報告 (98年10月)	<ul style="list-style-type: none"> ・規模の大きい自立性のある保険者 ・組合間の事務の共同処理等共同事業の推進による情報・ノウハウの共有、評価の統一化 ・保険医療機関等及び患者への調査権 ・共同事業による事業の合理化・効率化 ・事業運営面や資産管理面における規制の緩和 ・被保険者等に医療情報等を積極的に提供
健保連「21世紀の国民の健康と医療の確保を目指して」医療保険制度構造改革への提言(99年2月)	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者による保険医療機関の選択や特定の医療機関との診療報酬等の契約 ・請求・審査・支払制度の改善・合理化
日経連「当面の医療制度改革についての提言」(96年11月)	<ul style="list-style-type: none"> ・保険診療医療機関の選定、診療報酬交渉機能の保有 ・適正な保険集団の規模
経団連「国民の信頼が得られる医療保障制度の再構築」(96年11月)	<ul style="list-style-type: none"> ・被保険者へのきめ細かな医療方法の提供、適切な保険医の紹介、保険医との直接契約、レセプト審査
経済同友会「安心して生活できる社会を求めて」(97年4月)	<ul style="list-style-type: none"> ・保険者の診療モニタリング機能を強化 ・不適切な医療機関は保険適用外
連合 「97～98政策・制度案」(97年6月)	<ul style="list-style-type: none"> ・医療供給側との交渉機能 ・市町村国保の広域化
医師会 「医療構造改革構想」(97年5月)	<ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険の保険者の広域化や小規模健保組合の再編成 ・保険者の事務機構の効率化

表 4

「情報活用による保険者機能の向上」野村総合研究所 1999年より

保険者機能強化の難易度	
(A)	<p>現行の制度と規制の下で行うもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関情報収集・解析 ・ 診療のアウトカム評価 ・ 保険加入者の健康管理、受診指導 ・ 医療機関と保険者の直接対話（情報交換、患者健康管理）
(B)	<p>制度の一部手直し、通達の変更等で可能なもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療技術評価 ・ 医療機関の推薦 ・ 医療機関と保険者の直接交渉（点検、支払）
(C)	<p>法改正を含めた制度の大きな変更をとるもの</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 審査業務の自律化、審査決定権 ・ 医療機関と保険者の直接契約 ・ 診療報酬の価格交渉権 ・ 複数保険プランの提供 ・ 薬剤給付管理

表 5

「医療改革とマネジドケア」東洋経済新報社 1999年より 一部改訂

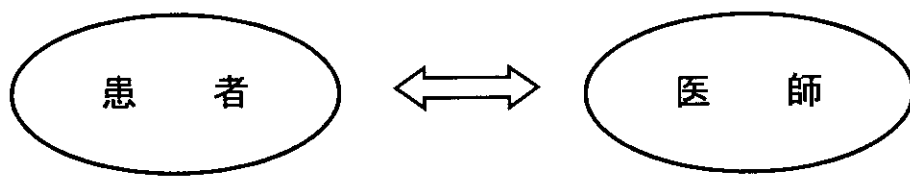


图 1

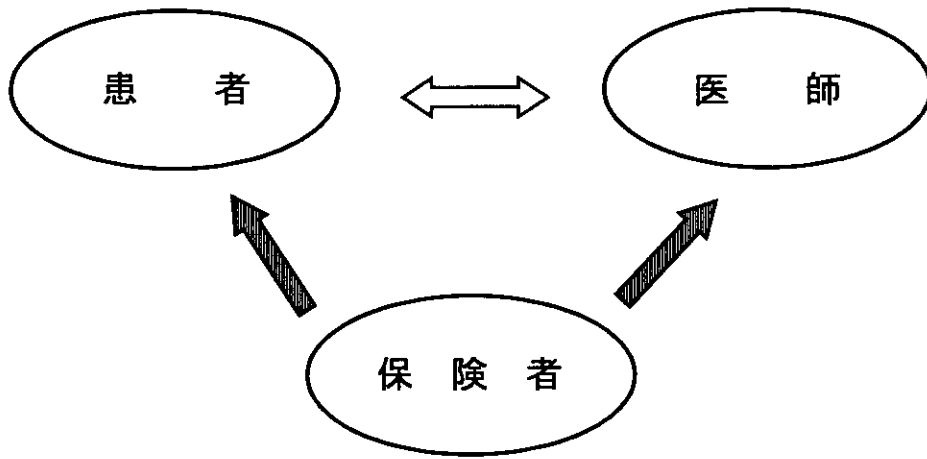


图2

国民医療費の推移

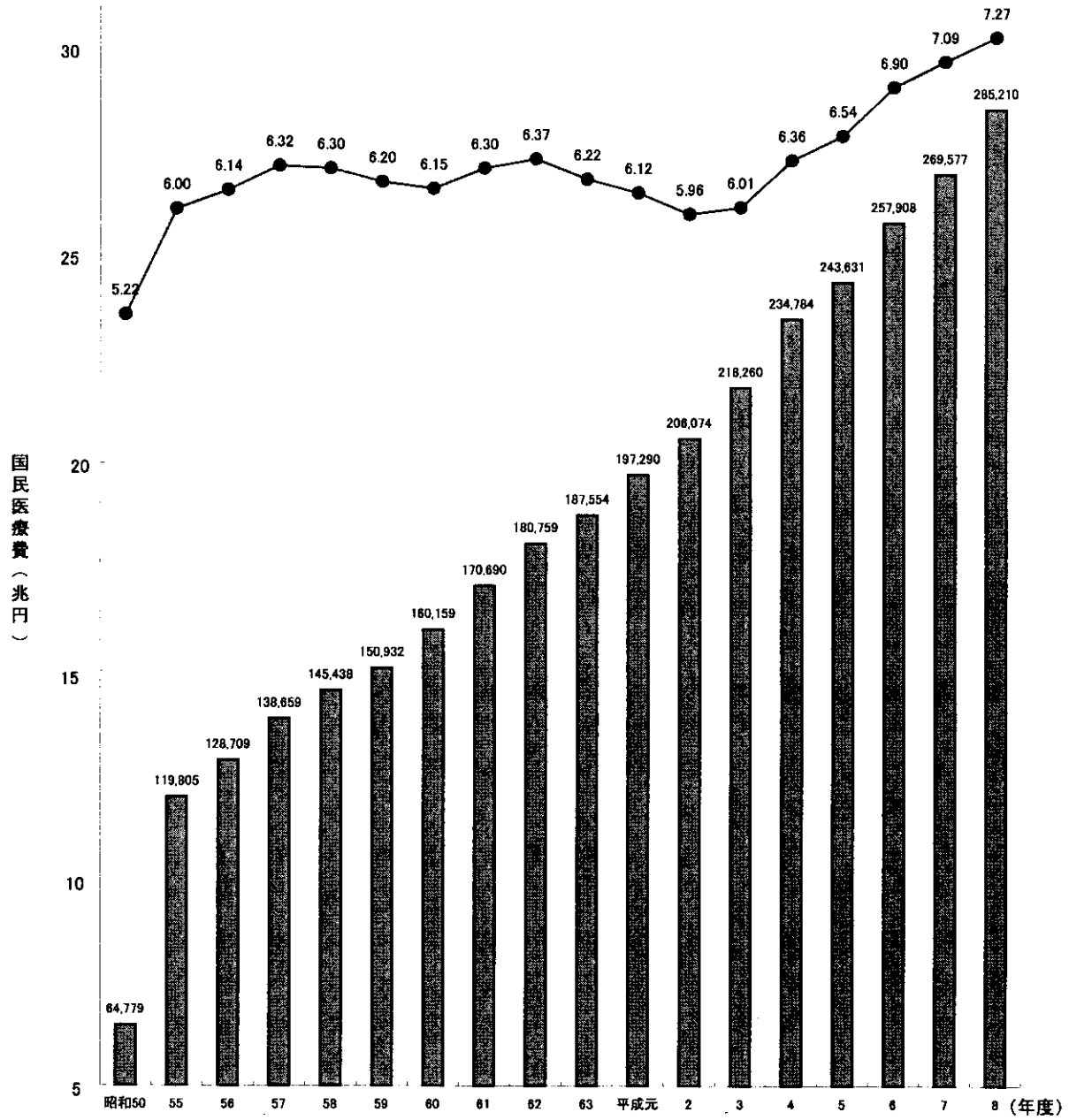


図 3

「目で見える医療保険白書平成11年版」ぎょうせい1999年より

注

- 1) 上村政彦 1981「健康保険組合論」『健康保険』第35巻第11号24-25
- 2) 日本では社会構造はしだいに変貌していくのだ、停滞ではなく、なしくずしの変化が日本の歴史の特質なのである。(会田雄次 1972『日本人の意識構造』講談社)
- 3) いわゆるノベルズに近い本であるが、いくつかのユニークな視点から日本人の国民性について検証している。(井沢元彦 1993『逆説の日本史』小学館)
- 4) 1999『健康保険法の解釈と運用』第10版 379-380 法研
- 5) 庭田範秋 1989『保険学』 19-23 成文堂
- 6) 老人保健法第25条
- 7) 健康保険法制定の際にモデルとしたドイツの疾病金庫の保険者が制度上の本来の自治をもった保険者として想定されることが多い。
- 8) 国民健康保険法第5条
- 9) 庭田範秋 1989『保険学』 250-253 成文堂
- 10) 医療保険制度研究会 1999『目で見る医療保険白書平成11年版』 70 ぎょうせい
- 11) 看護基準における看護婦配置が2:1(2ベットに1人)では全く不十分な臨床の現場はいくつもあるが、それ以上の配置に対して報酬をつけていない。従って医療経営の観点からは2:1基準をぎりぎりでもたしたところで運営を余儀なくされる。これが昨今の医療過誤の多発とあながち無関係とは言い切れない。
- 12) フリーアクセスは患者にとって望ましい反面、一部の大病院に患者が集中し、3時間まって3分診療と言われて久しい。また出来高払いというものの診察料、手術料、処方料などの技術料は全て統一価格であるため、かけだしの研修医でもすぐれた専門医でも全く同じ料金、という「医療の質の差」に関する評価のできない体制である。
- 13) 池上直己、J.C. キャンベル 1996『日本の医療』 129 中公新書
- 14) 「真に必要な医療」と「保険でカバーされる医療」とは本来同じではないはずだが、我が国ではこれを極力一致させるよう政策上の努力がなされた結果、現在では「医療=保険」のイメージができあがっている。
- 15) 医療費をマクロの経済指標にリンクさせる、いわゆるスライド方式が1973年に導入されて以後、政治的に改訂幅が決まるようになった。厚生省はこの方式の導入にあたって一時の大幅な報酬の引き上げを譲歩したが、以降はコントロールの主導権を事実上手にしたと言われる。
- 16) たとえば院外調剤を誘導したい場合は院外処方料を高くし、薬価差益を上回るようにすればよい。
- 17) マネジドケアに関する研究は国の内外を問わずきわめて盛んである。
そもそも「マネジドケア」の定義が今だにさだかでなく、「マネジドケアプラン」は保険商品もしくはその内容を意味し、「マネジドケア組織」はHMOの如きマネジドケアプランを提供する主体である。一方で単に「マネジドケア」と呼ぶ場合、このプランや組織を指すこともあれば、もっと広く「医師以外の者(保険者等)によって医療が管理されること」とする場合もある。さらに「医療の管理」が診療内容そのものにふみ込む場合と、診療報酬やルールのみを規定してコントロール

する場合まで様々である。ここでは比較的マイルドでかつ広い意味での「マネジドケア」として認識しておく。

- 1 8) 1999『健康保険法の解釈と運用』第10版 380法研
- 1 9) 1999『健康保険法の解釈と運用』第10版 380法研
- 2 0) 真屋尚生 1991『保険理論と自由平等』 98-100 東洋経済新報社
- 2 1) 健康保険法第26条、27条
- 2 2) 健康保険法第69条の3
- 2 3) 健康保険法第71条の4、8及び9項
- 2 4) 健康保険法第43条の3
- 2 5) 健康保険法第43条の9、4項
- 2 6) 昭和23年8月5日保発第29号 社会局保険局長から健康保険組合理事長あて通牒
- 2 7) 現在の制度でも、保険者と保険医療機関が契約により点数表の範囲内で割引診療をおこなうことができるが、(健康保険法第43条の9、3項)これは従来、国立療養所でおこなわれていた割引診療を、当該医療機関を保険医療機関に統合するにあたり、引き続き割引診療をおこなうことができるよう文言を追加したものであり、広く保険医療機関に個々の保険者との割引診療を認めるものではないとされる。
- 2 8) 健康保険法23条
- 2 9) 1999『健康保険法の解釈と運用』第10版 381法研
- 3 0) 「保養所」の所有、運営はかつて保健事業の中心的なものだったこともあるが、「損害発生防止」の観点からは甚だ疑問であった。疾病のありかたも時代とともに変化することから、この業務を保険者業務の柱とするためには、かなり専門的な能力を保険者自身が保有する必要がある。
- 3 1) 新田秀樹 1998「医療保険における保険者と医療機関の直接契約制の導入の可能性」『名古屋大学法政論集』第176号 75-76
- 3 2) ドイツ連邦労働社会省編(ドイツ研究会訳)1993『ドイツ社会保障総覧』2,122 ぎょうせい
- 3 3) 1997年6月3日の財政構造改革についての閣議決定
- 3 4) 政府の一連の医療制度改革論議はいずれも「増加する医療費対策」の視点からのものであり、本質的な制度のありかた論とはいささか趣を異にする。
- 3 5) 1993年から1995年の伸び率は3.1%なので、もし3%の増加であれば2025年の国民医療費は117.6兆円となる。(八代尚宏 1999『改革始動する日本の医療サービス』 37 東京経済新報社)
- 3 6) 国立社会保障・人口問題研究所 1998『日本の将来推計人口—平成9年1月中位推計—』
- 3 7) がんの統計編集委員会 1999『がんの統計'99』がん研究振興財団
- 3 8) 医療保険制度研究会 1999『目で見える医療保険白書平成11年版』18 ぎょうせい
- 3 9) 朝日新聞 1999年7月29日朝刊6面
- 4 0) 広井良典 1997『医療保険改革の構想』 26-27 日本経済新聞社
- 4 1) 病院の外来でも「これは手術しないといけません」との医師に対して「でも最近では切らないでも治るそうじゃないですか」いった患者さんの反論が時々見受けられるようになった。

- 4 2) これは「参照価格制度」として政府は満を持して提案したが、日本医師会の反対であえなく白紙撤回となり、現在迷走中である。そもそも「薬価差益があり、医師がその差益ほしさに大量に薬を出す」との前提があり、どうすればその差益を無くせるか、が論議のはじまりであるだけに困難さは一層である。
- 4 3) 江口隆裕 1996『社会保障の基本原則を考える』 26-33 有斐閣
- 4 4) 遠藤久夫 1999「マネジドケアその可能性と危険性」 広井良典編『医療改革とマネジドケア』 127-145 東洋経済新報社
- 4 5) ハーシュマンによればどのような体制のもとにおいても組織は、能率的、合理的、遵法的、道徳的もしくは機能的行動から脇道にそれやすいものであるとし、そのふみはずしを牽制するメカニズムとして「退場」と「発言」の2つのオプションがある。(ハーシュマン (三浦隆之訳) 1975『組織社会の論理構造』ミネルヴァ書房)
- 4 6) 健康保険法施行令第 19 条
- 4 7) 本当に保険者を変えたいと思うなら、転職、住所移転、等の手段がないわけではないが、どの保険者でも負担と給付にたいして差がなく、保健事業などでも、いずれも同じような現状では転職してまで保険者を変えようとの発想はまずおこり得ない。
- 4 8) 伊丹敬之、加護野忠男 1989『ゼミナール経営学入門』 263 日本経済新聞社
- 4 9) たとえば収支相当の原則や、給付・反対給付均等の原則などの「保険性」が強まり、応リスク負担の考え方が取り入れられたり、支出をきびしく管理する結果、リスク評価や給付管理といった機能が新たに加わることになる。
- 5 0) そもそも保険者からこの機能を事実上とりあげたのは、保険者の自治云々とはなんの関わりもなく、単に昭和 23 年当時の事務効率上の問題であったにすぎない。最近の著しい IT 革新のもとで、より効率のすぐれたシステムが出現すれば当然にそれぞれの保険者での審査・支払が可能になるであろうが、それがただちに一般に期待される保険者「権能」の強化にはならない。

参考文献

- 1) 会田雄次 1972『日本人の意識構造』 講談社
- 2) A. O. ハーシュマン (三浦隆之訳) 1975『組織社会の論理構造』 ミネルヴァ書房
- 3) ドイツ連邦労働社会省編 (ドイツ研究会訳) 1993『ドイツ社会保障総覧』 ぎょうせい
- 4) 江口隆裕 1996『社会保障の基本原則を考える日』 有斐閣
- 5) 遠藤久夫 1999「マネジドケアその可能性と危険性」 広井良典編『医療改革とマネジドケア』 東洋経済新報社
- 6) がんの統計編集委員会 1999『がんの統計'99』 がん研究振興財団
- 7) 広井良典 1997『医療保険改革の構想』 日本経済新聞社
- 8) 池上直己、J. C. キャンベル 1996『日本の医療』 中公新書
- 9) 医療保険制度研究会 1999『目で見える医療保険白書平成11年版』 ぎょうせい
- 10) 伊丹敬之、加護野忠男 1989『ゼミナール経営学入門』 日本経済新聞社
- 11) 井沢元彦 1993『逆説の日本史』 小学館
- 12) 国立社会保障・人口問題研究所 1998『日本の将来推計人口—平成9年1月中位推計—』
- 13) 真屋尚生 1991『保険理論と自由平等』 東洋経済新報社
- 14) 新田秀樹 1998「医療保険における保険者と医療機関の直接契約制の導入の可能性」『名古屋大学法政論集』 第176号
- 15) 庭田範秋 1989『保険学』 成文堂
- 16) 上村政彦 1981「健康保険組合論」『健康保険』 第35巻第11号
- 17) 八代尚宏 1999『改革始動する日本の医療サービス』 東京経済新報社
- 18) 1999『健康保険法の解釈と運用』 第10版 法研

第8章 保険者機能についての具体的検討

－ I T を利用した診療報酬の直接請求決済－

東京女子医科大学

滝口 進

1. はじめに

一般に保険者機能論は、往々にして理念的、観念的な議論になりがちである。しかし、本研究の主旨が「現在の医療制度における種々の問題点に対して、保険者機能を活用できる領域を明確に示したうえで、保険者機能に着目した医療制度改革を提案すること」であるなら、より具体的にその事例を提示して検討してみるのも意味のあることと思う。そこで、ほとんど現行の制度の変更なしに、それでいて本来の健康保険法が理念としてもっていた、「保険者の機能」回復の象徴的な一步になるであろうと思われる、一つの提案を試みたい。

2. 本提案に先立つ基本的な考え方

保険料の徴収、保険請求の審査、保険金の支払は保険者の本来的業務である。ところが、現在の保険者はこのうち審査・支払を全て一括して、公的な審査支払機関に委託しており、実際の機能を手にしていない。

この体制は、昭和23年に社会保険診療報酬支払基金法によって社会保険診療報酬支払基金（以下支払基金）が成立すると同時に、当時の社会保険局長の通牒で¹⁾、審査支払業務を全て支払基金に委ねるよう指示して今日に至っている。

また国民健康保険については、その後昭和33年に国民健康保険法が全面改正された際、その中で国民健康保険団体連合会（以下国保連）を法定し、診療報酬審査委員会を国保連に設けて支払基金と同様の審査支払機関とした²⁾。

併せて、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令³⁾」で、「費用を請求しようとするときはこれを審査支払機関に提出しなければならない」として、事実上請求・支払は全て審査支払機関を通すよう決められている。

かように最も基本的業務である請求・審査・支払が審査支払機関を介してなされている結果として、医療供給主体も保険者もほとんど個別にはお互いを意識しておらず、お互いに意見交換をしたり、被保険者の健康に関して協議したりする環境にない。

一方、本研究会の基本的な考え方が、保険者機能を「医療制度における契約主体の一人としての責任と権限の範囲内で活動できる能力」であると定義し、保険者機能の発揮とは「保険者が自立し、医療制度における他のプレーヤーと直接かつ対等に十分な対話ができ

ること」であるなら、まさに毎月おこなわれる診療報酬の請求と審査・支払こそ、直接対話をおこなうのに最も基本的かつ絶好の機会ではあるまいか。

いずれ最終的には、契約当事者としての機能発揮の象徴として、保険者運営の基本に関わる重要な権能である審査・支払は、全面的に保険者の手に委ねられるとしても、制度的にもきわめて大きな仕組みとして日々動いている現行のありかたをそう簡単に変更できるわけもなく、我が国なりの現実的な改革としては、現在のプレーヤーのいずれもある程度納得できる提案が必要である。

そもそも戦後間もなく、支払基金を設立させ診療報酬の審査・支払を全て統括したのは、もちろんそれなりの理由がある。ことに当時の経済的混乱のなかで、毎月きちんと支払業務を遂行するためには国の力が不可欠であり、併せて医療機関と保険者との請求支払のやりとりをその都度個別におこなうことは、およそ不可能であったことは想像に難くない。しかし、昨今のITの進歩は年々（むしろ月々）目をみはるほどであり、昨日は不可能であったことが今日は可能になることも珍しくなくなった。

改めて考えてみれば、「請求」は全て「情報」であり、「支払」もまた全て「情報」である。その情報と情報のやりとりを、なんと「紙」という「物」に変えて流通させている現状は、誰もが改めて「そういえばそうだ」と感じ入るであろう。（もっともこういった感覚を誰もがいただくようになったのはわずかここ数年のことである）

しかし、ここで筆者が主張するのは「ITの時代だから、請求・支払を全てITでやればよい」といった単純なものではない。

もちろんIT化による様々な非効率の改善（例えば紙代、印刷代、運搬費、保管料、1件ずつの計算チェック、集計等々）は当然であるが、あくまでも本質は医療供給主体と保険者との直接対話であり、それを可能にする手段としてのITにすぎないのである。

3. 現行の診療報酬請求決済の仕組み

(1) 審査支払機関を通じた診療報酬請求決済（図1）

上述の如く、各医療機関は毎月末にその月の請求をまとめて、診療報酬明細書（以下レセプト）の形で翌月はじめにそれぞれの医療機関が存在する都道府県の審査支払機関に提出する。このレセプトは、原則1医療機関につき入院と外来とでそれぞれ患者1名につき1件の割合で発行され、全国で1年間におよそ14億件にものぼる。

審査支払機関はまず医療機関ごとに内容審査をおこない、ついでにレセプトを保険者ごとに仕分けし請求金額を集計して各保険者に送付する。

保険者はそれを受けて審査支払機関に一括して保険金を支払い、審査支払機関はこれをそれぞれの医療機関に振り分ける。

保険者が自主的に点検し過誤が発見された場合は、資格の過誤と併せて再診査請求をおこなう。医療機関もまた決定内容に不服があるときは再審査請求ができる⁴⁾。

(2) 現行の仕組みの問題点

①まず先に述べたレセプトが「紙」であることの問題がある。

医療機関では、毎月レセプトを作成する作業が発生するが、かなりの数の医療機関ですでに医事会計システムを導入しており⁵⁾、請求情報はデジタル化されている。これを提出用に紙にプリントアウトするわけで、その際の紙代、トナー代及び搬送費は全て医療機関の負担となっている。

審査支払機関ではレセプトごとの集計の確認、内容審査、仕分け等々従来の紙の作業がこれも毎月おこなわれる。このあたりは最もITが有効に機能するところであり、誰が考えても大きく効率化がはかれると思う部分である。

これまでに、レセプトのデジタル化の努力がなされていなかった訳ではなく、むしろ関係者は積極的にこれに取り組んできたことは事実である。

ただ、医療供給側が医師の裁量権にこだわり、コンピュータによる画一的なロジック審査を認めない（すなわちデジタル化に反対する）姿勢をくずさなかったため、今日に至るまで思うようにデジタル化が進んでいない、と一般には考えられている⁶⁾。

審査支払機関から各保険者に改めてレセプトが送付されたのち、保険者は資格審査や附加給付等のために紙レセプトの被保険者情報部分を改めてコンピュータ入力する⁷⁾。この部分の非効率もレセプトデータがデジタル化されていけばほぼ完全に解決される。

最後にこのレセプトは、保険者において10年間の保存を指導されているため、単純に計算して我が国に100億枚を超えるレセプトが常時保管されていることになる。このために要するコストは、ここであえて述べるまでもない。

②次に、仕組みそのものの問題がいくつかある。

一つは、医療機関が請求をおこしてから報酬を受け取るまでに約2ヶ月間要している。この期間の大部分は審査支払機関で生じており、これが「紙」レセプトの故なのか別の理由なのかさだかではない。

またレセプト1件につき、現在118.2円（支払基金の場合）の審査支払手数料がかかっている。この手数料は支払基金と健保連との間で交わした審査支払業務委託契約で規定しているが、幾年かごとに手数料の値上げがおこなわれており、最近では平成11年に116.8円から118.2円に変更された。この金額の根拠は示されていないが、支払基金における業務コストの大部分が人件費を中心とした変動費であるところから、委託料の増加は作業量の増加に伴うコストの増加であり、以前であれば一人あたり人件費の上昇によるものと推察される。

この額が適正なものかどうかは判断が難しいが、全く競争のないところでの手数料は高くなる傾向にあると言われており、競争を導入することで、業務の効率改善とコストの削減がおりサービスが向上することは、一般社会では常識である⁸⁾。いずれにしても、全てのレセプトを、2つしかない公営の審査支払機関に集中処理させることの効率と非効率は、

十分検討する価値がある。

最近では行政の指導もあって、保険者は審査支払機関で審査済みのレセプトを独自に点検のうえ再審査請求をおこない、審査支払機関が一次審査で査定した件数の半数近くの再審査査定を得ている（表1）。

このこと自体、審査支払機関の審査が不十分であることを示すと同時に、おそらく通常の業務手順であれば、まず点検をおこなってそのあとに問題のあるものだけを審査するべきところが逆になっており、結果として業務の重複等著しい非効率が生じている。

③最後に、「保険者の機能」からみた問題がある。

まず診療報酬の審査・支払という保険者にとって本質的な業務を、全く自分たちの判断や裁量の余地なく、国が決めた審査支払機関に全て委ねてしまっている現状がある。これについては、保険者の能力、その他解決しなければならない問題が少し別のところにあるので、ここではこれ以上深く議論しない。

全てのレセプトが審査支払機関を通ることで生じる約2ヶ月のレセプト入手の遅れが、保険者機能の発揮に妨げとなることは一般にあまり意識されないが、重要な問題である。

レセプトが保険者にとって貴重な情報源であることは幾度となく述べてきたが、この情報を活かすためには、できる限り速やかにこの情報が保険者の手に渡ることが不可欠である。

たとえば、数カ所の医療機関で別々の薬を処方された場合、併服用することがきわめて危険な薬剤は少なからずあるが⁹⁾、どの医療機関からなんの薬を処方されているのか、という情報はその患者が健康保険で治療を受けている以上、最終的には全て保険者の手もとに届く。

一方、医療機関みずから他院の処方情報を極力入手するよう努力がなされてはいても、どうしても不十分なものにならざるを得ない。したがって、薬の処方情報を保険者が生かすことは、まことに保険者機能の保健業務として適当ではあるのだが、この情報が2ヶ月も遅れていたのでは多くの場合全く役に立たない。

しかしなによりも、保険者が我が国の医療保険制度のなかで当事者の一人として位置づけるのであれば、交渉、協議、協調といった当事者としての機能が、「対話」する機会なしには成立しない。ことに支払の相手である医療供給側との対話は不可欠である、にもかかわらず毎月おこなわれる請求・支払の業務が全て審査支払機関に委ねられていることにより、これが大きく損なわれているのは先に述べたとおりである。

4. 新しい診療報酬の直接請求決済

(1) 新しい診療報酬請求決済の考え方

以上の問題を解決するための方策として、筆者は医療機関が診療報酬をインターネットを使って保険者に直接請求してはどうだろうか考える。

紙レセプトであればおよそ不可能な、20万を超える医療機関と数万の保険者（支部を含

む)の間の直接のやりとりも、ITにとっては最も基本的な機能であり、複雑な開発や高度なテクノロジーをほとんど必要としない。

ITを利用するにあたって唯一解決すべき課題は、レセプト情報をインターネットで送る際の高いレベルのセキュリティと、インターネットに接続される電子機器の十分なファイアウォールである。

これは純粹に技術的な問題であり、すでに一般の決済情報や秘匿性の高い種々の情報が、インターネットを用いてやりとりされだした現状から¹⁰⁾、現時点で十分なセキュリティとファイアウォールが確保できると思われる。

請求決済を直接やりとりする際の、もう一つのやっかいな問題はレセプト審査のありかたである。民間保険では、初めに定められた保険の約款に支払要件がかなっているか否かを、保険者が独自に審査して支払を決める。しかし、我が国の医療保険はもともと請求側(医療供給側)と支払側(保険者)との協議のうえに成立しており、請求内容に関しても請求側の意向が十分に反映される仕組みとなっている¹¹⁾。

したがって、もし直接送付された請求内容を保険者のみの判断で査定をおこなうような仕組みでは、請求側としてはとても容認できないであろう。

我が国の物事の決定のプロセスから鑑みて、もし直接請求を実現するのであれば、医療供給主体がある程度納得する現実的な方法が必要である。

そこで、保険者が直接請求を受け取った際に「審査」はおこなわず、単に「点検」のみをおこなって、保険者の判断で問題があると考えたレセプトを、請求側にそのまま返戻するという仕組みを提案したい。

つまり、療養担当規則に反していると思われるもの、どう考えても検査や投薬が過剰と思われるもの、適応病名の見あたらないもの等は全て請求医療機関にそのまま戻し、明らかなミスや勘違いによるものは訂正しての再提出を認めるのである。

平成12年第3四半期分の支払基金における審査状況をも見ても、基金の総審査件数144,457,811件のうち、原審査で査定されたものに再審査請求分を加えると6,280,638件である¹²⁾。これが全て保険者から、いったん医療機関にもどされたとしても4.3%にすぎないので、保険者、医療機関ともに事務負担は容認できる範囲と思われる。この事務負担を医療機関が避けたいと思うのなら、保険者から直接審査支払機関に疑義レセプトの提出を認めればよい。

もちろん、返戻されたレセプトのなかには、十分に根拠のある診療の請求であり保険者側に支払う義務がある、と請求側が考えるレセプトも数多くあるはずで、その場合はそのレセプトを改めて審査支払機関に提出すればよい。請求側・支払側の双方で意見の異なるレセプトのみを、審査支払機関がまさに「審査」するわけで、きわめて合理的である。

実は、すでに現在でも調剤レセプトについては、保険者が医科レセプトと突合して問題があると考えたもののみを支払基金に「審査依頼」している事実がある。

いわば民事裁判の原則である「当事者主義」であり「当事者が申し立てていない事項に

ついて、判決をすることができない」（民事訴訟法第246条）のである¹³⁾。つまり新しい仕組みは、それを全てのレセプトに適用することを提案しているにすぎないともいえる。

この仕組みを実行に移すうえで大切な前提が2つある。

一つは審査支払機関は引き続き不可欠であるということ、もう一つは請求側も支払側も新しいルートと従来のルートのどちらを使うか自由に選択できること、である。

審査支払機関は当分の間、その機能はそのまま維持されなくてはならない。これまでどおりに審査支払機関を使いたいという医療機関、保険者が存在するうちは現行の機能が全て必要である。

そのうえで、あらたに「当事者の申し立てによって提出されたレセプトの審査」という機能が加わることになる。通常の業務、ことにレセプトの物流に関わる業務はこの仕組みの導入でいずれかなり減ってくるであろうし、その頃までには審査支払機関もIT化が大幅に進むであろうから、審査業務に十分な資源を投入できるはずである。また、現在複雑をきわめる、都道府県によって異なる公費負担の取扱いや、老人保健関係業務、退職者医療関係業務など、取り敢えず審査支払機関がなくてはならない部分も多い。

請求側も支払側も、自由に選択できる体制も重要で、「選択」があれば「競争」が生じ、相手よりもより良くあろうという努力が、より良いサービスとコスト低減に結びつくことについては前述したとおりである。

以下に具体的な仕組みについて述べる。

（2）新しい診療報酬決済の仕組み（図2）

まず直接請求をしようと思う医療機関は、1ヶ月分をまとめて現行規格のデジタルフォーマットでレセプトを作成し、十分な暗証化と電子署名をしたうえで、インターネットを通して審査支払機関とは別に設けるレセプト情報仲介機関に送付する¹⁴⁾。

仲介機関は、直接請求を希望する保険者とそれ以外を仕分けし、保険者ごとにコンピュータ上でとりまとめて各保険者に送付する。それ以外のレセプトは審査支払機関に送付する。保険者は送付されたレセプトを点検して、疑義があると判断したレセプトは仲介機関を通して元の医療機関に差し戻し、それ以外は支払をおこなう。

医療機関は戻されたレセプトを再度見直し、事務上の間違いであれば訂正して再度請求する。もし保険者側の判断と見解を異にする場合は、これを審査支払機関に提出する。審査支払機関はこれまで通りの手順で審査をしたうえで、保険者に審査決定済レセプトでの請求をおこなう。もちろん、その決定に不服があれば再審査請求が可能なのもこれまで通りである。

仲介機関は単にレセプトのやりとりを管理するだけで、暗証化された電子レセプトの内容は見ることができず、差出人、宛名情報のみを認識して仕分けをおこなうこととすれば、レセプトに求められる高度なセキュリティが確保されたままでインターネット上で流通させることができる。

(3) 新しい仕組みの導入による様々な効果

①デジタル化に伴う各種事務の効率化

まず、医療機関にとっては先に述べたレセプトを紙で作成し提出する費用の大半が、これにより削減できる。

実際には現行レセプト1件あたりの紙代、印刷トナー代、レセプトの搬送費その他で、およそ8円と見積もられ、一方新しい仕組みにおける1件あたりの通信費は、機器の償却費を含めて2円程度とみられるので、差し引き6円のコスト削減が期待できる。

審査支払機関においても、レセプトがデジタル化されることによる事務コストの削減はきわめて大きいと思われるが、反面、大半のレセプトが「当事者申し立てレセプト」になった場合、審査に要する1件あたりの費用は当然に増加するであろう等、審査支払機関におけるコストの削減は別途厳密に試算する必要がある。本稿ではとりあえず、直接請求の仕組みでの経済効果を検証するにとどめ、審査支払機関における効果は改めて論じることとしたい。

保険者にとっての事務効率の向上は、まず前述した資格審査にかかるコストの大幅な削減がある。これは保険者にとって異なるがレセプト1件あたり概ね15円と見込まれ、これがデジタル化によりほとんど費用をかけずにすむことになる。

保険者におけるレセプト管理に関する諸費用については、被保険者からのレセプト開示要求に対する事務コスト、レセプトを10年間保管するためのコスト等があり、これが紙レセプトとデジタルレセプトでは少なく見積もっても1件あたり9円の差が生じると思われる。

②請求・審査・支払の仕組みを変えることによる合理化

「当事者申し立てレセプト」審査になることで、審査支払機関は争点が明らかになっているレセプトのみを審査することになる。これは現在、請求側・支払側の双方に不満のある審査基準のあいまいさ、一貫した論理性の不十分さに対し¹⁵⁾、審査の透明化・公正化をうながし、審査内容の精緻化につながるはずである。

また、これまで審査支払機関が審査を終えてから、改めて保険者で点検をおこなっていた手順が、点検ののちに必要なものだけ審査に回るという、きわめて大きな効率の向上がある。

現行では全てのレセプトについて1件118.2円の審査支払手数料を支払ったうえに、独自に点検をおこなうことで1件につき20～40円の点検費用が発生している。新しい仕組みを採用すると、点検費用こそ変わらないが、全レセプトのうち審査支払機関に審査を申し出るレセプトは多くても数%と推定されるので、審査支払手数料は総額で少なくとも20分の1以下でおさまると見込まれる¹⁶⁾。

保険者から医療機関に返戻されるレセプトが数%であれば、それ以外のレセプトについ

ては即時支払が可能になる。保険者の点検能力にもよるが、概ね1週間前後で点検を終わらせることは十分可能で、この結果、医療機関にとっては資金効率の大きな改善が得られる。

一方、保険者は支払サイトの短縮による資金需要が発生するが、現在、健康保険組合であれば、基金を通じて医療機関へ支払うことを担保するため半月分の請求額を目安に基金に供託金をおいているので、直接決済する金額が増えると供託金が少なくてすみ、この資金を有効に活用することができる。

以上の新しい仕組み導入による経済効果を表2にまとめて示す¹⁷⁾。

③保険者機能にとっての利点

繰り返しになるが、まずなによりも医療供給側と直接対話が始まるという、象徴的な利点がある。

具体的には、レセプトがデジタルで直接請求されることにより、被保険者の健康管理に必要な情報が、保険者にとってはじめて実際に役立つ情報の形で手にすることができる。

さらに新しい仕組みにより直接データを手にすることで、これまで審査支払機関の審査が終了するまではレセプトが入手できなかったため不可能であった情報の優先度の選択が、保険者の判断でできるようになる。

つまり、処方された薬剤の相互作用などは、直ちに被保険者にアラームを出すことが、当然に審査より優先してなされなくてはならないが、この機能を生かすためには情報が保険者に真っ先に渡ることが不可欠である¹⁸⁾。

また、基本的な統計データとそれに基づく予防的施策の実施もデジタルデータなくしてはあり得ず¹⁹⁾、また保険者がデジタルデータでこういった情報を直接入手すれば、各保険者の保険集団に固有の疾病データを、データベースの形で整理することも可能となる。

これはまさに、これからの保険者にとっての機能であり、保険者が被保険者のためにあるための必要条件でもある。

5. 新しい仕組み導入に向けての制度的課題

先に述べた如く、現在は保険者側には昭和23年の保険局長の通牒で、医療機関側には厚生省令でそれぞれ審査支払機関の利用を義務づけている。

しかしこの新しい仕組みでも審査決定権は審査支払機関に委ねる構造になっているので、保険局長通牒はおそらく変更の必要がない。すなわち、審査支払機関は医療機関もしくは保険者から提出されたレセプト（おそらく件数は大幅に減るであろうが）を審査したうえで支払をおこなう、というこれまでの業務を保険者から委任されて遂行することにならぬの変わりはない。

一方、医療機関は「費用を請求しようとするときは、(中略)これを当該診療報酬請求書または調剤報酬請求書の審査支払機関に提出しなければならない。」とされているので、こ