

審査支払機関の在り方に関する考察

株式会社メディカル・データ・コミュニケーションズ

東京女子医科大学非常勤講師

滝口 進

1. 審査支払機関の役割に係る制度のそもそも

- ① 「給付事務の委任」とその対価としての「診療報酬」
- ② 保険の基本としての「審査」とその委託
- ③ 審査支払機関における審査の法的性格

2. 審査支払機関の機能の整理

- ① 診療報酬の請求・支払に関する事務
- ② 給付に関わる審査業務
- ③ 決済・支払業務
- ④ 債権・債務の(かくれた)調停機能

3. 現行の審査支払機関の問題点

- ① 巨大な1つの組織故の個別対応機能欠如
- ② 審査業務と調停機能のあいまい不分離

4. ADRとしてのこれからの審査支払機関

(ADR: Alternative Dispute Resolution, 裁判外紛争処理)

- ① 保険審査業務と調停機能を明確に区別
- ② 請求・支払に関わる事務及び決済業務の民間移管

5. 直接請求・審査・支払を実施して

- ① 医療供給者と保険者の距離の変化
- ② 当事者主義の意識向上
- ③ 審査支払機関のADR機能の発揮

「保険者によるレセプトの審査・支払」の真の意義—— 保険者・医療側の直接対話で 新たな医療の形をつくれ

東京女子医科大学 滝口進

昨年12月25日に「保険者によるレセプトの審査・支払」を認める旨の通知が出された。これに対して医療側は、保険者機能の強化につながるがと色めき立っているが、滝口氏は別の視点から今回の通知の意義を指摘する。

「保険者機能論議の本質論」

「保険者によるレセプトの審査・支払」の実施によって、保険者機能の強化、すなわちアメリカのマジョリティのように保険者主導で医療の提供がコントロールされるのではないが、医療側の裁量権が狭められるのではないかの見方があるが、それに触れる前に一般的な「保険者機能の強化」への認識について誤解が見られるので指摘しておきたい。

「国」だからである。

「保険者」が自主的に活動するのではなく、様々な要件を決定・容認する「権限」が必要であるが、組織運営から保険料の徴収・管理、保険給付まで通知・通達で規定されているなど、これらの権限はすべて「国」が担っている。さらには、医療機関側に対して医師報酬という要素権、保険医療機関や保険医の指定および別専権も有しており、逆説的かもしれないが、日本における保険者の権限は、国家権力と結びついて世界に類をまないほど非常に強化された形で維持されてきたと言える。健康保険組合をはじめとする各保険者は個々に独立している状態ではなく、国の代行機関として位置付けられているに過ぎない。

すなわち、今の保険者の権限を国が十分に有しているのであるから、保険者機能強化論は、これに付け加える権限の強化という意味ではなく、むしろ明白である。それでは本来の「保険者機能の強化」とは何を意味するのか。実は「保険者機能を強化する」ということは、国が持っている権限を各保険者に委ね、ドクターの疾病金庫のような自治を

現在取り沙汰されている「保険者機能の強化」は、保険者を医療機関側に対抗する勢力として位置付けることによつて、これまで立場的に低く見られていた患者の代理人機能を強めていく、さらに上記のように保険者が医療機関や医師を支配下において管理していくというイメージで捉えられている。「保険者機能」を文理解すれば「保険者の働き」となるが、むしろここでは「保険者の権限」を意図して使われている。つまり、現在の「保険者機能の

もつた保険者へと生まれ変わることをと解することができ、これは、中央集権的な制度から地方へ権限を委譲して地方自治を確立していく、昨今の行政改革や規制緩和等の方向性と合致した動きといえます。

中央から「個々」への権限を移していかなければならぬ。つまり、国民生活の向上とそれに伴うニーズの多様化により、中央だけでは国民の要望に応じきれなくなってきたことが挙げられる。また、未始までのコントロールが困難になるに従って中央集権的管理体制そのものが非効率化している。国民の多様な要求に個々の画一的な対応では対応しられなくなっているわけであり、したがって、国が持っている保険者の権限をいかにして各保険者に委ねられるかが、保険者機能強化論の本質と言えるのである。

「医療機関と保険者」の関係

その視点から言えば、昨年11月15日に発表された保険局長通知「健康保険組合における診療報酬の審査及び支払に関する事務」の意義は大きい。従来は保険者の審査機能

強化は「保険者権限の強化」を意味していると考えて差し支えない。しかし、結論から言えば、保険者の権限は現在でも十分強大であり、したがって「保険者権限の強化」の議論は意味をなさない。というのも、健康保険法に対する政府の公式解釈では「健康保険事業は保険方式による社会保障の施策であるから、本来国が行うべき事業であり、従って政府が保険者として健康保険事業を擔持することは当然である」としているように、実質的な保険者

も、昭和十三年に社会保険診療報酬支払基金を設け、健康保険組合に審査および支払に関する事務について同基金に委託するように指導するに依り、実質的には国が保有してきた。それが、今回の通知で医療機関との合意に基づいて保険者自らによる審査および支払が認められ、また支払基金以外の事業者にも審査・支払を委託することが可能となつたのである。中央から各保険者への権限委譲の端緒を開いたといえる。

しかし、大半の方は見逃しているが、今回の通知には、中央から各保険者へ権限を移す「保険者機能の強化」以上に、重要な意味が隠されている。それを説明する前にレセプト請求について説明しておきたい。

医療とはそもそも医師と患者の関係で成り立っている。民法上から言つと、医師が診療して患者がその対価を払う委任契約の関係である。しかし、医師と患者の間だけの対価を伴う委任は、疾病に罹患した場合得てして悲劇的な結果を抱きやすい。すなわち、病にかかると働けなくなる、働けないから収入がない、収入がないから医療を受けられ



ない、そのためにさらに病が悪化する
という、負の連鎖を引き起こす危
険性が高いのである。そうしたりス
クに対処するためにできたのが医
療保険制度である。

一般的な保険の仕組みとしては、
患者はサービスを受けた後、医療機
関に対価を支払い、受けた損害の契
証である領収書をもって患者が保険
者に請求し、給付率に従って払い戻
されるのが通例である。しかし、こ
うした方法だとモラルハザードを拍
きやすい(たとえば、医師と共謀し
病にかかり治療を受けたとして給
付金を詐取するなど)。そのため、
わが国の公的医療保険は、「現物に
よる給付」と規定されている。保険
者が直接患者に現物を提供するこ
とは事実上困難であることから、保
険者は医師に患者に対する医療の
給付を委任し、医師は現物を給付し
た対価を保険者に請求する。それ
を受けて保険者は診療報酬を支払
う仕組みである。

この請求し支払つという行為は、
委任事務報酬請求債権と債務の関
係にあり、この請求が双方で合意さ
れて債権・債務が確定することと
請求を受けた保険者側がその請求

が正しいか否かを債務者として行
う「審査」は本来、まったく別の概
念である。これまでの形のうえでは保
険者は強制されて支払基金にこの
業務を委託してきたのであるが、支
払基金の審査は事実上債権・債務の
決定とみなされている。こうした概
念区分がこれまで明確にされてい
なかつたのは、支払基金が審査機能
のみならず、事実上、調停機能も有
しているからにはかならない。

この仕組みが巧妙なのは、支払機
による審査であるにもかかわらず、
支払を受ける側の医療側の代表を
委員として入れることにより、そ
こでの決定に支払をする側も受け
る側もある程度従わざるを得ない
効果も付与した点である。仮に、
支払基金がなければ、基本的に医
師と保険者の話し合いで支払額が
決定し、話がこじれて決着が着か
ない場合、最終的には民事裁判で請
求・債務の確定をすることになるか
ら、弁護士をめぐる医療側と保険
者の競争は至るところで発生して
いたはずである。もともと、裁判所
に何万円何十万というレヴェントが持
ち込まれては日本の司法が麻痺し
かねない。現在、司法制度改革の一

**「調停機能強化」の呪縛から
解放されたいとき**

前掲きが長くなつたが、支払基金
の役割は、審査、仕分、支払とされ
てきた。しかし実は調停が本来的な
機能と言つてもいい。そして、これ
まで支払基金のなかで渾然一体と
なつていた審査機能と調停機能が、
今回の通知で明確に区分されたこ
とが最も重要な点である。医療機
関と保険者を債権者と債務者の関
係に捉え直し、という権限でどう
いう処理をしていくべきかが比較的
明らかになつてきたからである。

もともと支払額が請求書をチエッ
クするのは当然の行為である。ま
た、そのチエックで減額され、請求し
た額が納付できなかったら、医療機関
は債権者として支払額に「全額払

る。保険者による審査・支払の前提
条件としてADR組織のような調
停の仕組みを求めているといえる。
しかし一方で、保険者と医療機関
の間で直接審査・支払の合意が行わ
れることに期待感も・ルールをつく
つていくのは非効率的であり、当
面は、複数の医療機関と複数の保険
者による双方が納得できる調停の
仕組みの構築は事実上困難であり、
企業立病院と同企業の組合健康保
定の「一・一」のケースにとまらざる
を得ないであろう。厚生労働省も保
険者と医療機関が調停機関を設置
するのは困難と見て、直接審査・支
払は広がりないと考えている節があ
る。

種かに、調停ルールが明確に定ま
らなまま直接審査・支払を進めて
もレセプトに関する民事訴訟の増
大を招くだけだから、もし保険者が
直接審査し、医療機関と話し合
いを進めるのなら紛争処理ルールを
効果的ない、全般的な制度として設
けることが不可欠である。ところが
わが国には先に述べたように既に
長い間にわたって機能してきた「支
払基金」という格好のADRがある
ではないか。については、支払基金を

調停機関として活用していくこと
で解決を図れるのではないかと。審査
は各保険者が行い、その結果に対
して医療側が納付できなかったら支払
基金に調停してもらおうという仕組
みはいかに合理的であろうか。

この支払基金をADRとして活
用するといふ考え方は、むしろ医療
者が積極的に主張していくべきと考
える。審査機能と調停機能を切り
離すことは、画一的な審査方法を見
直すことと、画一的な調停方法を見
果に異議を申し立てやすくなるな
ど、医療側にとつてもメリットが大
きい。少なくとも診療報酬の請求・
支払に関しては各保険者が一方的
に強大になつていくという「保険者
機能の強化」の呪縛から、その呪
解き放たれる時期に差しかかつて
いるのではないだろうか。

保険者



医療供給者

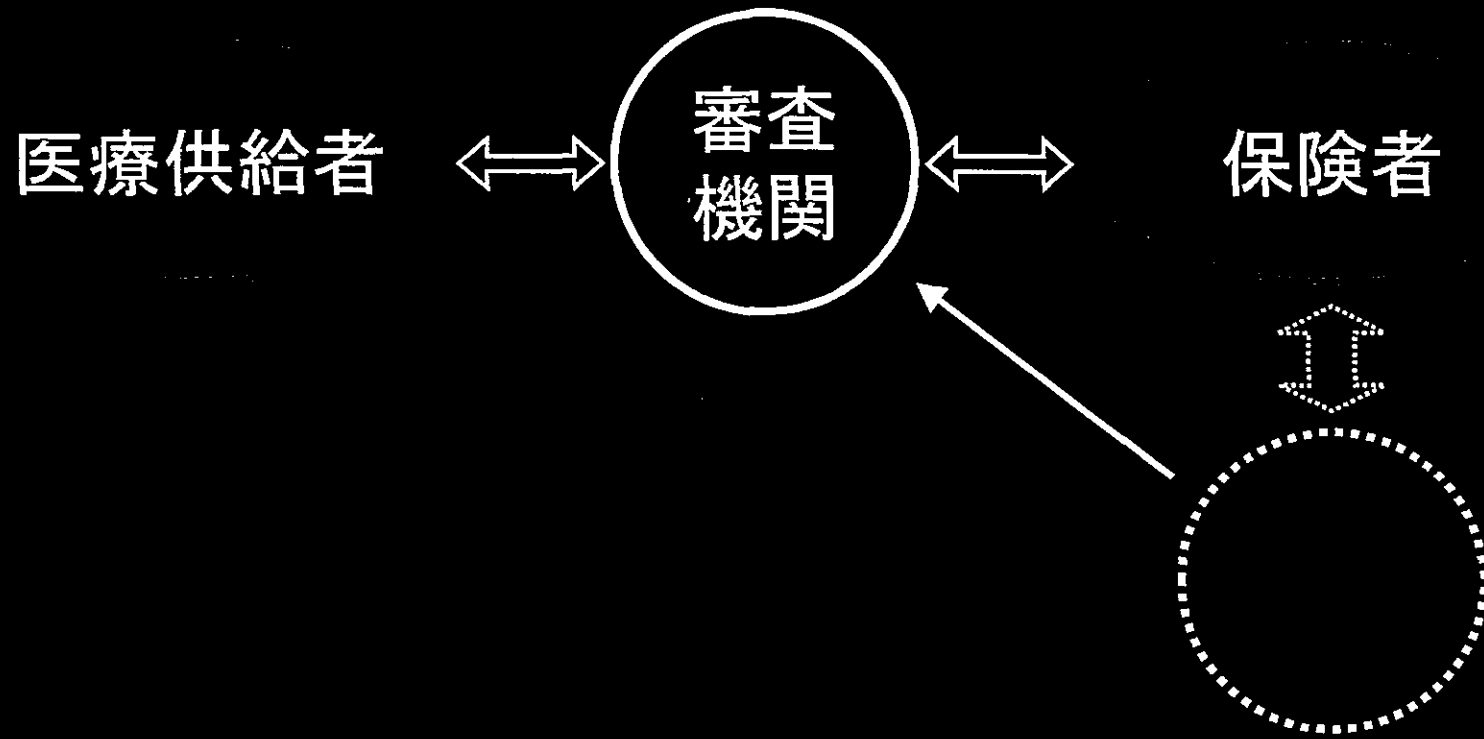
医療供給者



保険者



審査
機関



〔 審査支払機関の機能 〕

- ① 診療報酬の請求・支払に関する事務
- ② 決済・支払業務
- ③ 給付審査業務
- ④ 債権・債務に関する調停機能

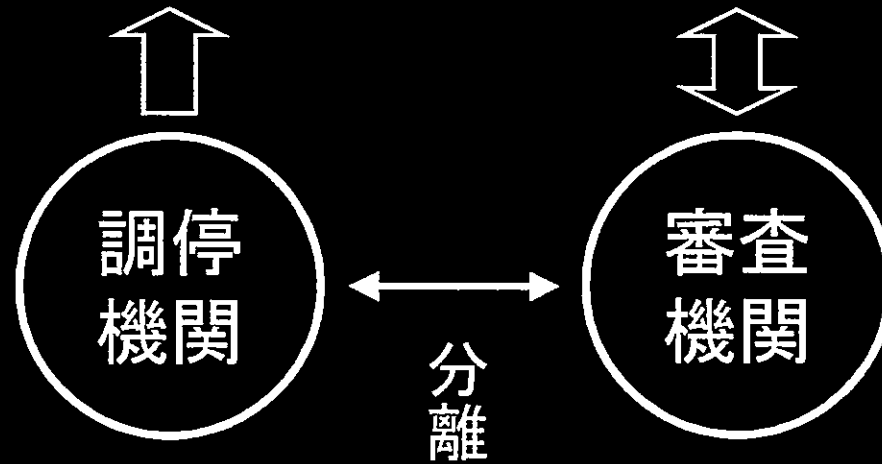
〔 現行審査支払機関の問題点 〕

- ① 多様なニーズに対する個別対応性の欠如
- ② 民間に委ねられる機能のかかえ込み
- ③ 審査機能と調停機能の混在

医療供給者



保険者



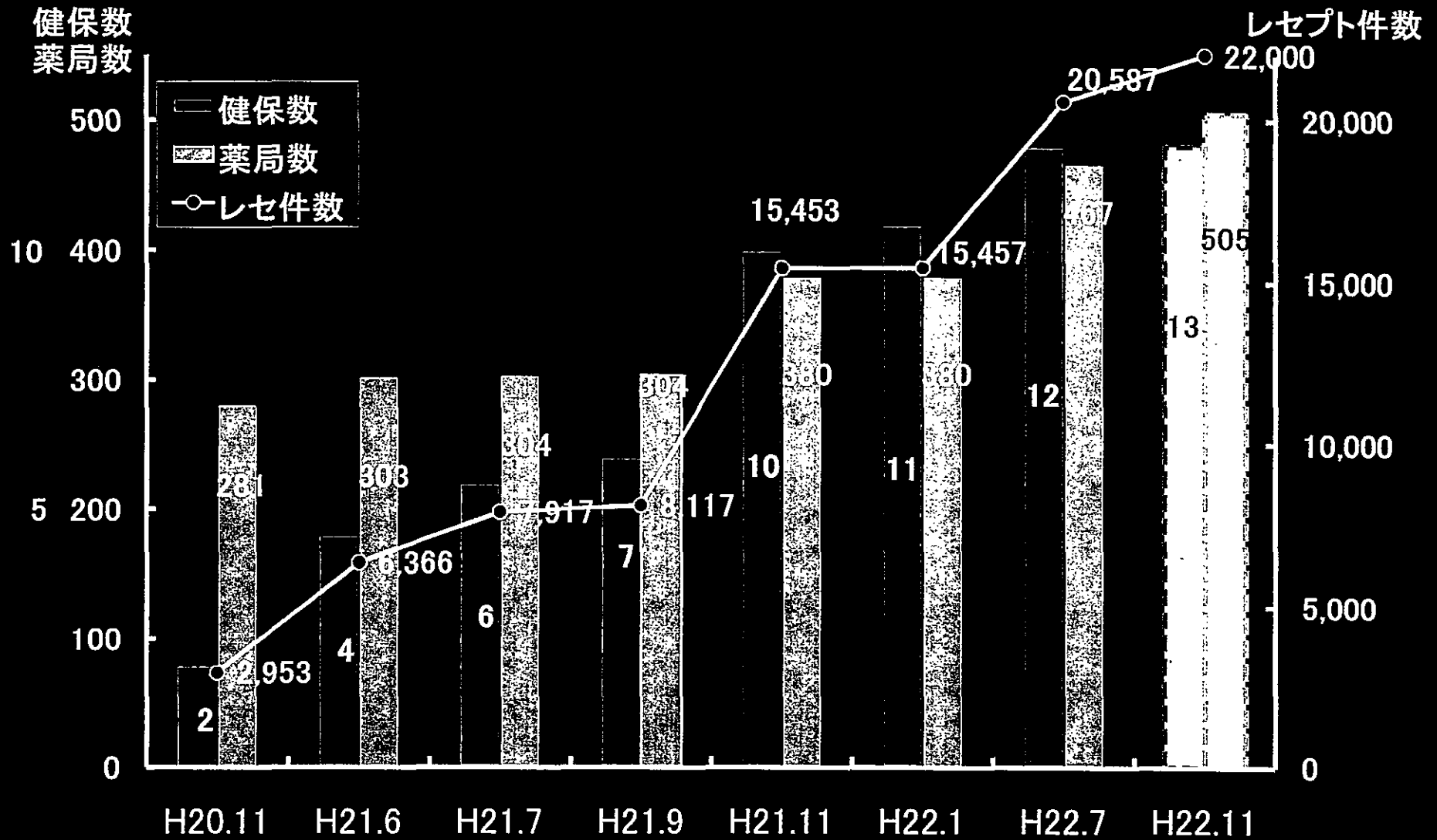
〔 審査支払機関の今後のあり方 〕

- ① 主業務としてのADR (Alternative Dispute Resolution)
- ② 副業務としての審査業務受託
- ③ 請求・支払に関わる事務及び決済業務は民間移管

〔 直接審査支払(レセネット®)の概要 〕

- ① 医療供給者が直接、各保険者に診療報酬を請求
- ② 保険者は自ら審査(委託も可能)した上で疑義のあるものについては請求先に直接問題点を指摘
- ③ 当事者間で直接協議、合意すれば直接支払へ
- ④ 合意に至らない時は予め取り決めた調停のしくみに委ねる
- ⑤ それで解決しない場合は裁判(小額訴訟)で決着

〔直接請求審査支払の推移〕



〔 単票審査(1健保のみ) 〕

請求年月		H20.11	H21.1	H21.3	H21.5	H21.7	H21.9	H21.11	H22.1	H22.3
レセプト件数		1,274	1,275	987	1,024	1,099	1,157	1,282	1,314	1,019
資格 過誤	指摘 件数	11	6	7	7	14	8	6	11	6
	指摘率	0.863%	0.471%	0.709%	0.684%	1.274%	0.691%	0.468%	0.837%	0.589%
内容 過誤	指摘 件数	36	33	18	10	2	3	1	5	4
	指摘率	2.826%	2.588%	1.824%	0.977%	0.182%	0.259%	0.078%	0.381%	0.393%

〔 突合審査結果 〕

請求年月	H20.12	H21.2	H21.4	H21.6	H21.8	H21.10	H21.12	H22.2	合計
審査件数	316	296	448	636	878	652	1,118	651	4,995
意見請求数	8	12	4	18	20	11	19	7	99
容認率	38%	50%	75%	50%	75%	55%	74%	71%	62%
合意率	100%	50%	33%	56%	13%	33%	21%	40%	34%

〔 直接請求・審査・支払の効果 〕

- ① 診療報酬決済の迅速化
- ② 資格過誤確認の迅速化と柔軟化
- ③ 当事者間の直接の意見交換による納得・合意
- ④ 診療報酬の請求・決済を超えた様々な協力
- ⑤ 審査支払機関の意見の変化