

日本の医療ここが問題 シリーズ6
「日本の医療の進むべき道」その3

「保険者本来の機能の発揮」

「日本の医療の進むべき道」の各論その3は、「保険者本来の機能の発揮」を取り上げた。レセプトの審査支払は保険者の本来機能だが、50年の長きにわたって支払基金にその権限を奪われてきた。

「01年憲法」によりようやく取り戻したが、医療機関の「合意」という条件をつけられ無意味なものとなる。その回復をめぐる規制改革・民間開放会議の挑戦も勝負ありだったはずだが、今後には予断を許さない。

なによりも保険者がその使命について自覚を持つことが必要だが、企業の経営者も健康保険組合の運営は自社の利害に直結することの認識が必要だ。

2007年6月



株式会社 旭リサーチセンター

東京都千代田区内幸町1-1-1 (帝国ホテルタワー)

電話 (03) 3507-2406 (代)

このレポートの担当

取締役会長

鈴木 良男

お問い合わせ先

03-3507-2422

E-mail arc@om.asahi-kasei.co.jp

< 本レポートのキーワード >

医療の規制改革、保険者本来の機能の発揮、レセプトの審査支払、
医療機関との直接契約

(注) 本レポートは、ARCホームページ (<http://www.asahi-kasei.co.jp/arc/index.html>) から検索できます。

このレポートの担当

取締役会長 鈴木良男

お問い合わせ先 03-3507-2422

E-mail arc@om.asahi-kasei.co.jp

まとめ

保険者機能の発揮という課題を取り上げる。審査・支払は保険者の本来の機能であったが、昭和 23 年以来支払基金にその権能を奪われてきた。 (p 1-3)

「 0 1 年憲法」はその機能の回復を目指した。保険者だけでなく第三者も審査を受託できるとしたのが目を引く。個別契約も認められた。 (p 3-7)

いざ実行の段階で厚生労働省は苦勞を重ねる。政治もからみ、02 年 3 月の実施予定が実に同年 12 月まで 9 ヶ月延びた。しかもこの 12 月実施通達、欠陥だらけ。致命傷は医療機関の「合意要件」だった。これに遮られ、1 件も実例が生じない。 (p 7-13)

02 年、03 年の総合規制改革会議の活動は低調だった。 (p 13-15)

規制改革・民間開放推進会議となって事態は動き出した。個別契約の条件緩和を始めとして、調剤薬局のレセプトの審査支払と薬局との個別契約という課題が、現実のニーズを伴って発生してきた。ここでも医療機関の合意要件が問題に。 (p 15-18)

規制改革・民間開放推進会議第 2 次答申は、現実のニーズを持った保険者と厚労省との合同ヒアリングを終えて、医科および薬局のレセプトの審査支払にまつわる 02 年 12 月の 3 つの誤りを修正する提言をする。 (p 18-20)

推進会議の 05 年答申はその他保険者のあり方について提言する。その内容を概観する。紛争処理ルール、支払基金と国民健康保険連合会という現に審査を行っている機関同士の競争の導入、個別契約の条件緩和などが中心。 (p 20-23)

規制改革・民間開放推進会議の後継機関である規制改革会議は本年 05 月に第一次答申を出した。レセプトのオンライン化の確実な実現と保険者機能の発揮については、医療機関の「合意」要件の排除に力を注いだ。後者は今後の課題とせざるをえず、事態は逆戻りをしている。 (p 23-28)

保険者機能の回復のテーマは、規制改革後の医療のあり方について被保険者の身近に居り、指導・管理の役割を持つ保険組合の今後のあり方を問うテーマだが、保険者組合の管理者の目覚めとともに、膨大な保険料負担をしている企業の経営者が知恵を使った組合の運営に経営の視点で目を向けるべき課題である。 (p 28-30)

目 次

はじめに	1
第4章 保険者機能の発揮	2
第1節 起きよと言われた50年以上眠らされてきた保険者	2
1) 保険者とは	2
2) 保険者の本来の権限とその権限の剥脱	2
3) 「01年憲法」が理想としたもの	3
4) 「01年憲法」は何を決めたか	4
5) 注目すべきことは何か	5
6) 個別契約を認めたのも大進歩	5
7) 「01年憲法」のなかで占める保険者機能の発揮の意味合い	6
第2節 手こずった実現への道	7
1) 実現時期についての約束違反でてんでこ舞いだった厚労省	7
2) 決定的なミスが3点ある改正通達案	8
3) この3点がミスである理由	9
4) 執拗だった政治の介入	11
5) 個別契約の容認	12
第3節 低調だった総合規制改革会議第2次、第3次答申	13
1) とにかく早くと総合規制改革会議第2次答申	13
2) 調剤薬局との間の直接審査・支払を言い出した総合規制改革会議第3次答申	14

第4節	調剤薬局にも直接審査・支払を	15
1)	動き出した規制改革・民間開放推進会議	15
2)	まず個別契約の条件緩和を	16
3)	「医療機関の合意」を要件とした推進会議答申	17
第5節	ファイナルな解決への道	18
1)	医科および調剤レセプトの保険者による直接審査支払に関する要件緩和	18
2)	医科レセプト直接審査にまつわる、3つの不都合は解消すべし	19
3)	調剤レセプトに対する医療機関の「合意」要件は認められない	20
4)	05年推進会議第2次答申が提言したその他の事項	20
第6節	もっともな疑問を発する規制改革会議5月答申	23
1)	規制改革会議5月答申の概要	23
2)	規制改革会議5月答申の評価	26
3)	褒めるからには注文と疑問もある	27
第7節	保険者の目覚めが必要	28
1)	なかなか目覚めない保険者	28
2)	活躍の場を与えられなかった数十年	29
3)	規制改革と自己努力の双方が必要	30

はじめに

「保険者機能の強化」という課題は、01年に総合規制改革会議が活動を開始したときに最初に着眼した問題であった。健康保険法は、76条第4項で、「保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、…審査の上、支払うものとする」とあるのに、この権限、戦後の保険制度改革によって現在の健康保険組合などがスタートした昭和23年直後から、塩漬けの運命にあった。社会保険診療報酬支払基金という特殊法人を昭和23年に設立したので、この法人に審査・支払の業務は一手にやらせるという政策の転換があつてのことである。

以来50有余年、年間8億枚ともいわれるレセプトは、支払基金という特殊法人の手で、1枚1枚紙面審査を受けるという信じられない状況が今日に至るまで続いてきている。被保険者という組合員のもっとも身近なところにいて当人のためにも会社のためにも被保険者の健康を守るという使命を帯びた保険者は、支払基金から指示された金額を支払うだけの機関に墮して、積極的に医療機関と対峙して組合員の健康を守る存在とはいえなかった。

総合規制改革会議以降の医療分野における規制改革の提言は、レセプトのオンライン化により医療機関と個別の保険者とが簡易に連携しあえるようになるこの機会を捉え、保険者が法に決められた役割を果たせるような環境づくりを実行すべきとして「保険者機能の発揮」を重要なテーマとして取り組んだ。

だが、このテーマ、実現に至るまでに阻害要因があまりにも多く顕在化してきた。02年3月と定められた実施時期が年の瀬の12月25日にまですれ込み、保険者が求めれば医療機関は従うのは当然であるはずの審査が、なぜか相手方の医療機関の「合意」が必要という仕組みにされた。

果たせるかなこの「合意」要件は、医療機関の「拒否権」として用いられ、今日まで直接審査支払は医科レセプトでは1件もない。このレポートではこの間の事情を説明するとともに、このような状況から抜け出すための方策を考えてみる。

健康保険法76条（直接審査・支払の根拠規定）

健康保険法は、第76条（医療の給付に関する費用）の第4項で「保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、第70条第1項（保険医療機関又は保険薬局の責務）及び第72条第1項（保険医又は保険薬剤師の責務）の厚生労働省令並びに前2項（76条第2項＝療養の給付に関する費用の額は、厚生労働大臣が定める。78条第3項＝「保険者は、保険医療機関又は保険薬局との契約により、当該保険医療機関又は保険薬局において行われる療養の給付に関する第1項の療養の給付に関する費用の額につき、前項の規定により算出される額の範囲内において、別段の定めをすることができる。」）の定めを照らして審査の上、支払うものとする。」とする。これが「審査・支払」は保険者の固有の権限だと主張される根拠規定となる。

なお、同法は同じく第76条第5項で、すぐにそれを引き取って、「保険者は前項の規定による審査及び支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金法（昭和23年法律129号）による社会保険診療報酬支払基金に委託をすることができる。」とする。

支払基金

昭和23年9月に社会保険診療報酬支払基金法に基づいて設立された法人（平成15年10月1日から民間法人）。

全国の病院や診療所などの医療機関から、健康保険組合や共済組合などの保険者に対して請求される医療費（診療報酬）を、保険者の委託により審査と支払の業務を行う審査支払機関。

診療報酬の審査支払の他には、老人保健、退職者医療及び介護保険関係の業務も取扱う。

支払基金以外の審査支払機関としては、国民健康保険の保険者の審査支払機関である国民健康保険団体連合会（国保連）がある。

第4章 保険者機能の発揮

第1節 起きよと言われた50年以上眠らされてきた保険者

1) 保険者とは

保険者とは、被保険者（健康保険組合ならその組合員、つまりその会社の会社員）の代理（エージェント）として、被保険者から毎月保険料を徴収するとともに、被保険者の日常の健康管理を行い、いったん被保険者が疾病に罹り、診療などを受けた時には、医療機関の請求により、医療費を支払う機関でもある。

その保険は大別して2つのグループに分けられる。ひとつは「被用者保険」といって、被保険者の雇用者が管理・運営すべきとされている保険であり、いまひとつは「国民健康保険」といって、国や地方公共団体が管理・運営する保険である。前者はサラリーマンなど被用者が加入し、母体となる企業の規模により「組合管掌健康保険」と「政府管掌健康保険」とに分かれる。後者は個人や自営業などの人たちが加入する保険で、主に市町村が運営主体となる。

日本の医療界が世界に誇るべき特徴として、昔から声高に主張し続けてきたことに、「国民皆保険」がある。「国民皆保険」とは、このようにすべての国民がなんらかの健康保険に加入できるという仕組みをいう。

そこでの期待される構図は、医療を行う機関（病院・診療所など）と、健康人・患者を含めた被保険者を束ねた保険者とが対峙して、互いに国民の健康を守るという共通目的を持ちつつ、適切な医療行為が行われたのか、医療費の請求は適正かどうかなどに相手の行為を見守るというチェック・アンド・バランスのシステムがあるということである。

2) 保険者の本来の権限とその権限の剥脱

そういうことで、健康保険法は、その76条（医療の給付に関する費用）の第4項で「保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、……定めに照らして審査の上、支払うものとする」とする。これが「審査・支

社会保険診療報酬支払基金の創設に関する件

(昭和二三年八月五日)

(保発第二九号)

(各健康保険組合理事長あて社会局保険局長通知)

診療報酬支払の迅速化に関しては、かねてより各方面の要望するところであつたが、これが支払の状況は、必ずしも良好ではなく、ために、保険診療の円滑な運営を阻害する一原因ともなつていたので、去る四月十九日保発第五四八号をもつて「社会保険診療報酬支払の迅速化に関する件」を通牒した次第である。

しかるに、過般、第二国会において「社会保険診療報酬支払基金法」の制定を見、八月一日より施行することとなつたのであるが、本制度の目的とするところは、診療報酬支払の迅速化を図るとともに、診療報酬支払請求書の審査であつて、前記通牒と同一趣旨にでたものである。したがつて、本制度の円滑なる運営は、保険者たる各健康保険組合の協力如何にかかつていのであるから左記事項留意のうえ、格段の御協力をわずらわしたい。

記

- 1 基金法第十三条の規定による契約及び同法第四条の規定による基本金の拠出については、健康保険組合連合会において行う予定であるから、各組合は何等の措置を要しないこと。
- 2 診療報酬支払資金として、過去三か月間において最高額の費用を要した月の診療報酬(組合又は事業主経営診療機関の分を除く。)の総点数を八月分の一点単価に乗じた額を八月二十五日までの基金の従たる事務所(組合の事務所の所在地にある)に委託すること。この委託は、組合の主たる事務所(従たる事務所)たるを問わず、診療報酬の支払を為したる事務所毎に為すべきものにして、この診療報酬のうち他府県の保険医又は保険者の指定する者に対して支払つた分があるときは、府県別に支払点数を記載した報告書を基金の従たる事務所(組合の事務所の所在する)に報告すること。
- 3 毎月の診療報酬は、組合の事務所の所在する基金の従たる事務所より請求するから、遅滞なく支払うこと。
- 4 基金の事務執行に要する経費として、毎月の診療報酬にそえて、その診療件数を一点単価に乗じた額を基金の従たる事務所(組合の事務所の所在する)に払込むこと。但し、八月分の事務費については、過去三か月の間に最高額の費用を要した月の診療件数を八月の一点単価に乗じた額を八月二十五日までに診療報酬支払基金にそえて払込むこと。

健康保険組合における診療報酬の支払に関する件

昭和二三年八月二日 保発第四二号
厚生省保険局長から、各都道府県
民生部保険課長あて通ちょう

健康保険組合の各保険医に対する診療報酬は、本年八月から総て社会保険診療報酬支払基金法により設立される基金を通じ、支払われることとなるが、組合に於て、保険医である者と特別な契約を結び、又は囑託とし、その医師に対する診療報酬を、審査機関を通ずることなく、直接に支払っている向があるやに聞き及ぶが、このような取扱は保険医制度の健全な運営を阻害するものであるから、直ちに廃止されるよう措置されたい。

払」は保険者の固有の権限だと、後に主張される根拠規定である。(P. 2 (資料)健康保険法76条)

健康保険法はこのように保険者による審査・支払を表面に掲げて、終戦直後健康保険法の大改正のあった昭和23年(1948年)当時から「国民皆保険」の理想に向かってスタートしたが、スタート直後から保険者が持つことを期待したこの審査・支払という機能の保険者による持続保持について断念をしている。厚生省(当時)としては、審査・支払という業務の性格上、戦後間もない時期には一部の医療機関を除いて、その力不足があったので、特殊法人である社会保険診療報酬支払基金(「支払基金」という)(P. 2 (資料)支払基金)を創設し、ここに一括して審査・支払の業務を委託する方が、当時としては適切な選択だと考えたのであろう。

それが昭和23年の保険局長通達となる。この通達も当初はなるべく支払基金に委託してほしいという内容であったが、すぐ追っかけて支払基金に委託すべしという内容に変わった(昭和23年通達2本(資料))。さらに医療機関に対しては昭和51(1976)年に、今度は省令で審査・支払は基金を通じて行うべしとした。これは完全な命令である。

こうして、保険者にとって組合員である被保険者を守るための重要な機能である組合員が適切な受診とそれに伴う措置をうけたかどうかをチェックする権限は、あげて支払基金という特殊法人に移管され、実に50有余年が経過したのである。

したがって、保険者である健康保険組合は自らの組合員の受けた診療や請求の適否を直接審査することはできず、わずかに支払基金から通知を受けて、力のある保険組合の一部が自ら審査(2次審査と呼んでいる)をするにとどまり、その他ほとんどの組合は、支払基金の審査結果を鵜呑みにし、支払基金が請求する金額を支払うほかはないという存在となった。この間に企業もさま変わりに成長・変貌していったにもかかわらずである。

3)「01年憲法」が理想としたもの

先にこのシリーズの6のその1「進路を決めた『01年憲法』」では、「01年憲法」(総合規制改革会議第1次答申を指す)における医療改革の目的は医療界への競争原理

の導入であったといった。総合規制改革会議、これを引き継いだ規制改革・民間開放推進会議（「推進会議」という）が、保険の役割という問題を考えるにあたっての視点もまさにそこにあり、医療機関に対する支払いを自分の懐が痛まない支払基金という特殊法人などに自分の財布を預けず、自分の負担は自分で確かめよというメカニズムを導入することにより、請求をする医療機関と支払う側の保険者との間に緊張関係を導入して、とにかく「病気のことは医者任せよ」という考えで、時に乱診乱療に走りがちな医療機関に対する牽制の役割を期待し、もって正当な競争環境を作り出すというのが、「01年憲法」を作った総合規制改革会議の狙いであり、かつその後の各提言機関の考えでもあった。

4)「01年憲法」は何を決めたか

そのような経緯で議論された保険者機能の発揮について、「01年憲法」では次のようなことが厚生労働省（「厚労省」という）との間で合意された。

ア 保険者によるレセプトの審査・支払

これらは本来保険者の役割である。このため、保険者の意思に基づき、保険者自らが行う、従来の審査支払機関（支払基金）に委託する、第三者（民間）に委託する、など多様な選択が認められるべきである。このため、健康保険組合などに支払基金に審査・支払を委託することを事実上強制している先に述べた昭和23年通達や医療機関に対して費用請求を審査支払機関へ提出することを義務付けている昭和51年省令を廃止して、保険者自らが審査・支払を行えるようにすべきである。

イ 保険者と医療機関との協力関係の構築

保険者と医療機関との間で個別契約も締結できるようにすべきである。

ウ 保険者による被保険者・医療機関に対する情報収集

保険者が必要な情報を医療機関、被保険者から収集するのは当然なことである。強制力をもったものとして構成するかは考慮を要するが、信頼関係に基づくものは現在も可能であることからそれを明確にすべきである。

エ 保険者の自主的運営のための規制緩和等の措置

保険者である組合の運営に関しては、多くの認可・届出制があり、保険者の機動

(注) 第3分野の保険

第1分野は生命保険、第2分野は損害保険。第3分野は第1分野、第2分野のいずれにも属しうると解される分野の保険で、傷害、疾病、医療、介護の保険。生命保険、損害保険のいずれの免許でも取り扱うことができる。

的な活動が制限されている。財産処分に関する手続きなど各種許認可手続きの規制緩和、保険者間での共同事業が円滑に実施されるようにする一層の規制緩和を行うべきである。

5) 注目すべきことは何か

以上のうちで特に注目されるのが、審査者の範囲である。審査・支払が保険者本来の権能であることが健康保険法上明確である以上、審査・支払者はあくまで保険者でなくてはならない。ただ、保険者といっても大きな保険組合もあれば中小企業などでは組合員数も少なく自分で審査を行う力のないものもありうる。

そこで総合規制改革会議は、権限を持つ保険者はその審査業務を、自分で行うもよし、従来のように支払基金を利用して、これに委託をするもよし、それ以外の第三者(民間)を審査・支払のための代理人とし、これに委託をするもよし、としたのである。

注目を要するのは、上記のとおりは当然として、の「第三者」でも審査・支払の代理を行うことができるとした点であることはいうまでもない。単独では十分な審査・支払の機能を持つことのできない保険者は、共同して各保険者が行うべきこの業務を一手引き受けをする第三者を創設するもよし、また、審査・支払の業務能力のある第三者が保険者を募ってその業務を各保険者から受注をして行うもよしという仕組みの導入である。現に第3分野の保険(注)などを手がけた会社なら、そのような能力は期待できる。

この第三者の代理・代行という概念を導入することによって、審査・支払は支払基金固有の業務だという50年間続いた法の規定にも反する誤った観念を払拭し、そのような観念から訣別をすることができたのであり、その意味で画期的な改革といえる。

6) 個別契約を認めたのも大進歩

次に注目すべき点は、医療機関と保険者の中で個別の契約を締結することを認めたということがあげられる。「01年憲法」は、「保険者と医療機関との協力関係の構築」と題して、保険者と医療機関とは協力して被保険者の健康を守り、傷病からの回復を手助けするという共通の目的を持っているとし、このため効率よく医療制度を運用して被保

険者の利益を確保するために、協力していくという関係にあるとする。そしてこの目的を達成するために、保険者と医療機関がサービスや診療報酬に関する個別の契約を締結できるようにすべきだとする。

医療機関と保険者との間の保険契約は一種の公的な契約であるという観念がそれまでは支配的であった。理由は、被保険者から強制的に保険金を徴収し、保険給付が認められているある医療行為に対しては何点と一律に報酬額を定め、それを健康保険法の定めによって支払う関係は、私人間の通常の契約とは異なり、強制徴収という国家権力を介在させる点からして、ある公的な色彩をもち、したがって当事者間で勝手にこの金額を変化させてはならないという考え方があったことだろう。

「01年憲法」はこの点にも踏み込み、医療機関に対するフリーアクセスを阻害しない限り、サービス、診療報酬などで特定の医療機関と保険者との間で、一般とは異なる契約の締結を認めたのである。

こういう例外を認めたのも、競争原理の導入の一環という発想からであり、医療機関と保険者が、相携えて被保険者の健康を守るという精神から、特に共助関係が濃密な機関同士では、特別の関係を認めてもよいのではないかという発想による。

「01年憲法」のその他の事項である、保険者に対するある程度の自由の付与などの提言は、上記のような直接審査・支払や個別契約の容認を提言した総合規制改革会議としては、これからの医療の世界の改革について保険者が負うべき役割が大きいことに着目して、長年眠らされてきただけに、この際一気に目覚めてもらわないと困るので、保険者の自立を促す趣旨のものであった。「保険者よ、目覚めよ」という檄とでもいおうか。

7)「01年憲法」のなかで占める保険者機能の発揮の意味合い

さきにシリーズ6のその1でも述べたが、「01年憲法」は日本の医療の「進むべき道」の基本を医療全分野において見事に描ききっている。だが、「01年憲法」の意義は、それを単なる理想論として描いたものではなく、現実の政策論としてそれを実現する役割を担う所管の厚労省の直接の責任者との間の熱心な協議の積み重ねの中で、本当にその通りに行うといういわば約束として定めたものであるところに最大の意義がある。「01

年憲法」に織り込まれたこれらの約束は翌02年3月の「規制改革推進3か年計画(改定)」にそのまま載せられて、閣議決定を受けている。だから所管する厚労省としては、その通りに実行するのが責務となる性質のものである。

総合規制改革会議にせよ、その前身または後継の規制改革に関する機関の答申はそれだけの重みを持っているが、決定されたことでも、その方向に向かって全力を尽くし、反対する勢力が現れても切り抜けていこうという努力目標という意味合いをもった提言ももちろんある。現に「01年憲法」が行った医療に関する多くの提言のなかでも、その後の規制改革提言機関と厚労省との細部に係わる詰めによって実現されたものも少なくない。「保険者機能の発揮」もその一例で、審査・支払を保険者の権限であること、あるいは個別契約が容認されることを確認・合意したが、どのような内容でそれを実現していくかについては、その後の詳細な詰めに係わる部分が多々あった。

07年の現在においてさえ、直接審査が行われている事例は極めて少ない。以下では、この当然のごとくに合意された事項が実現されるまでにどのような経緯を辿ったか、また今後とも辿らざるをえないかを考察してみよう。

第2節 手こずった実現への道

1) 実現時期についての約束違反でてんでこ舞いだった厚労省

直接審査・支払の解禁は、もともと健康保険法がそれを建前にしているだけに、直ちに実施に移すことは当然である。それにはかつてそれを禁止した昭和23年の通達と昭和51年の省令を廃止すればすむことである。だから、総合規制改革会議第1次答申では、実施時期は答申の年01年度内、つまり02年3月31日までと期限をつけた。それもわざわざ括弧して(速やかに実施)とまでの念の入れ方である。

ところがその3月31日が来ても、厚労省からは通達・省令を撤回したという連絡がない。催促すると、いま鋭意折衝中という。法の明文規定を便宜停止しただけの通達・省令だから、厚労省の一方的な意思によってそれら通達・省令の類はもうやめた、効力がないと言えさえすればすむ問題だと思うが、折衝中だという。誰と折衝する必要があるのかと質しても、返事がない。

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取扱いについて

(平成14年12月25日)

(保発第1225001号)

(健康保険組合理事長あて厚生労働省保険局長通知)

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については、「健康保険組合における診療報酬の支払に関する件」(昭和23年8月21日保発第42号各都道府県民生部保険課長宛厚生省保険局長通知)により、社会保険診療報酬支払基金に委託するよう指導してきたところであるが、今般、同通知を廃止するとともに、「別添1」のとおり取り扱うこととしたので、ご了承願いたい。

(別添1)

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取扱い要領

1 健康保険組合等による審査及び支払

- (1) 健康保険組合は、特定の保険医療機関(以下「対象医療機関」という。)と合意した場合には、自ら審査及び支払に関する事務を行えること。また、この場合、健康保険組合は、当該事務を社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という。)以外の事業者(以下「事業者」という。)に委託することも可能であること。なお、その再委託は行わないこと。
- (2) 健康保険組合は、対象医療機関との合意内容等につき組合会に諮るとともに、当該医療機関の名称等を規約に明記すること。(「別添2」の「健康保険組合理約例(昭和36年6月23日保発第38号)」の改正を参照のこと。)

2 対象となる診療報酬請求書

- (1) 健康保険組合が自ら審査及び支払に関する事務を行う場合(1の(1)により事業者に委託する場合を含む。)には、下記(2)に掲げるものを除き、対象医療機関で受診した当該健康保険組合の被保険者及び被扶養者(以下「被保険者等」という。)に係るすべての診療報酬請求書を対象とすること。
- (2) 老人医療及び公費負担医療(社会保険診療報酬支払基金法(昭和23年法律第129号)第13条第2項又は第3項に規定する事務に係るものをいう。)に係る診療報酬請求書の審査及び支払に関する事務については、従来どおり、基金が取り扱うこと。

3 公正な審査体制

- (1) 健康保険組合は、健康保険法(大正11年法律第70号)第76条第4項(同法第110条第11項において準用する場合を含む。)の規定に基づき、保険医療機関及び保険医療費担当規則(昭和32年厚生省令第15号)及び健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成6年厚生省告示第54号)の規定に照らして適正な審査を行うことが必要である。このため、審査対象となる各診療科について十分な知識と能力を有する医師又は歯科医師(以下「医師等」という。)等に審査を担当させるなど適正な審査を行える体制を確保すること。
- (2) 対象医療機関の医師等が審査を行ってはならないこと。
- (3) 健康保険組合が審査及び支払に関する事務を事業者に委託する場合には、当該事業者は本要領によって健康保険組合に求められる適正な審査体制を確保するとともに、健康保険組合は必要な指導監督を行うこと。
- (4) 健康保険組合は、対象医療機関から診療報酬請求書の作成を委託されている者に、審査及び支払に関する事務を委託してはならないこと。
なお、対象医療機関から診療報酬請求書の作成を委託されている者と実質的に同一又は子会社等とみなされる場合も同様であること。
- (5) 地方厚生(支)局は、地方社会保険事務局との密接な連携の下に、健康保険組合又は事業者の審査の適正を確保するため、審査の基本方針や審査状況(査定率、査定理由など)について、健康保険組合に対し、必要な報告を求めるなどの指導監督を行うものであること。

4 個人情報の保護

- (1) 健康保険組合においては、被保険者等の個人情報が漏えいしないよう、万全を期すること。このため、服務規程等において職員の守秘義務を明記するとともに、個人情報に関する取扱責任者を定め、個人情報の取扱いに関し、漏えい、滅失又はき損(以下「漏えい等」という。)の防止その他個人情報の保護のために必要かつ適切な措置を講ずること。
- (2) 健康保険組合が診療報酬請求書の審査及び支払に関する事務を事業者に委託する場合には、当該事業者は、本要領により健康保険組合に求める個人情報の保護に関する措置をとることが必要である。健康保険組合は、当該事業者にこれらの措置を適切に行わせる責任を有するものであり、当該事業者に対し、必要な指導監督を行うこと。
なお、委託契約上に、事業者が個人情報の漏えい等をした場合の損害賠償や契約解除に関する規定を明記すること。
- (3) 以上を含め、個人情報の保護については、別に定める「個人情報保護の徹底について」(平成14年

こんな状況が夏まで続いて、その都度同じやり取りが厚労省と総合規制改革会議側との間で行われた。驚くべきことは、夏まででもすまなかったということである。ようやく廃止の通達を出しましたと言ってきたのは、実に02年の年の瀬も押し迫った12月25日のことである。その内容は左ページに示す（通達）。同日付の通達である。

これが表のいきさつだが、実はそれよりかなり前から厚労省からは事情を聞かされていた。彼らもそこまでしこると思っていたのかもしれないが、直接審査・支払といえども硬い壁があった。日本医師会が首を縦に振らないのである。審査を受けるのは支払基金という公法人によるものならよいが、支払いの当事者である相手方の保険者では嫌だというのが本音だろうが、とにかくOKと言わないという。

ここで厚労省と医師会との関係について一言いわせて貰うなら、厚労省のあらゆることについてよい政策は医師会のOKがないと実施に移せない慣行が綿々と続いているのは確かのようなのだ。それは極端に言えば通達の文言、テニオ八にまで及ぶことがあるという。それでは日本医師会厚労省課ではないか。だが、それがこのころの現実だったようだ。だから02年3月に直接審査・支払を含む医療に関する総合規制改革会議第1次答申の内容が「規制改革推進3か年計画（改定）」に織り込まれて、閣議決定を受けるにあたっても、医師会を代弁する政治の側からの執拗な介入を受けたのである。

ところで、正式には02年12月25日付けの厚労省通達によるが、その折衝中という案文については早々に同年の4月上旬に内容についての話を聞く。この案は、結局は12月の正式通達の内容となり、その後の混乱を招く元凶となった案であるので、次項で、この通達が持つ問題点を説明しよう。

2) 決定的なミスが3点ある改正通達案

ミスの第一であり、かつ最大のものは、通達（取扱い要領）の1の（1）「健康保険組合等による審査及び支払」のなかにある、「健康保険組合は、特定の保険医療機関と『合意した場合には』、自ら審査及び支払に関する業務を行えること」とある部分である。つまり審査・支払は、保険者の一存では決まらず、医療機関との合意が必要だという条件である。

12月25日保発第1225003号当職通知)及び「健康保険組合における個人情報保護の徹底について」(平成14年12月25日保保発第1225001号厚生労働省保険局保険課長通知)に従い、その徹底を図ること。また、これに反した場合には、健康保険組合に対し必要な行政処分を行うとともに、違反した健康保険組合又は事業者の公表を行うものであること。

5 紛争処理ルールの明確化

審査内容に関する見解の相違や支払の遅延など審査及び支払に関する紛争の発生に備え、支払期日を明確にするとともに、紛争が生じた場合の処理ルールについて、健康保険組合と対象医療機関の間で、あらかじめ具体的な取決め(例えば、審査結果について当事者間で合意が得られない場合には審査に携わる医師以外の中立的な医師による調整に従うこと、事業者の支払が遅延した場合には健康保険組合が支払うこと等)を文書により取り交わすこと。

6 その他

- (1) 地方厚生(支)局においては、健康保険法第27条、第29条の規定等に基づき、健康保険組合に対し、必要な審査体制、個人情報の保護、その他の状況につき適宣報告を求め、必要な指導監督を行うものであること。
 - (2) 対象医療機関は、保険医療機関である以上、すべての被保険者を平等に取り扱うべきであり、また、健康保険組合は、患者のフリーアクセスを阻害することがあってはならないこと。
- ～以下、略～

そもそも審査・支払は健康保険法上保険者の権能とされているのだから、その権能を停止した昭和23年の通達が間違っている、あるいは時代に即していないのであって、医療機関の何らかの権限を侵す可能性があるもので、そのゆえに医療機関の合意が求められるという性格のものではない。したがって「合意」は不要であって、これを条件とするときは医療機関が合意をしなければ、審査・支払ができないという、制度改正の趣旨を著しく歪曲するものでしかない。

ミスの第二は、2「対象となる診療報酬請求書」のなかにある、「対象医療機関で受診した当該保険組合の被保険者等に係るすべての診療報酬請求書を対象とすること」という点である。つまり直接審査・支払を希望するときには、その被保険者が相手方の医療機関で受けた診療などのすべての請求書を直接審査・支払をせよ。簡単に言えば、ある請求書は自分で審査するが、別の(たぶん難しく自分では分からないとでも言いたいのだろう)請求書は自分で審査をせずに、支払基金などに回すのはダメだということだ。つまみ食い禁止規制とでも言おうか。

第三のミスは、同じく1の(2)にある、「健康保険組合は対象医療機関との合意内容等につき組合会に諮るとともに、当該医療機関の名称等を規約に明記すること」とある点である。

通達にはその他、「公正な審査体制」、「個人情報保護」、「紛争処理ルールの明確化」、「その他」などが盛り込まれており、各々について問題皆無とはいえないが、大きなミスは以上3点であり、かつそのミスは致命傷でさえある。

3) この3点がミスである理由

第一のミスである「医療機関の合意」であるが、これを直接審査・支払の要件にしたのでは、何のための保険者機能の復活か目的に反することおびただしい。一般に医療機関が対峙する保険者からの直接の審査を受けるのを回避する動機は十分にある。だから「合意」要件を付すなら、その要件に依拠して直接審査を拒否することは目に見えている。現実の事態もそのように推移し、現在に至るまで直接審査を受けた例は無いに等しい。合意要件がそれを阻んでいるからである。

このことは素案を提示されたときにもっとも議論され、認めがたしとした最大の論点であった。あえてこの不合理を認めたのは、レセプトがオンラインではなく、紙面でやり取りされている時には、たとえある保険者が自らの被保険者に関するレセプト審査を自らが行うという意向を表明しても、全国にいる保険医療機関にそれを知らしめる方法がないというただその一点のみの支障がレセプトのオンライン化の完成時点までは関係する医療機関と直接審査を求める保険者との間で、事前にあるコミュニケーション、「私のところの被保険者分のレセプトの審査は私のところで行いますから、レセプトは私のところへ送付してください」という連絡があらかじめ必要だという点に尽きる。

このようなコミュニケーションは、いうまでもなく、レセプトのオンライン化が完成すれば必要はなくなる。直接審査を行う意向を持つ保険者は、あらかじめその旨を、オンライン化されたレセプトの配送先をコントロールするプロバイダー的な機関に届け出ておけば、Eメールが相手先に届くように、その保険者へ届く。それまで間は仕方がないから、相対で直接審査の意思を伝えておくほかはない。これが総合規制改革会議が納得し、厚労省と合意した「医療機関の合意」の真の意味であって、医療機関に拒否権を与えるがごとき「合意」ではまったくない。だが、現実は見事に医療機関の拒否権として利用され、拒否権の故に直接審査皆無という結果を招くところとなった。

「医療機関の合意」は、このように、当該医療機関にその旨を伝え、両者がそれを了解しあって、事務上の混乱を避ける目的以外の何ものでもなかったはずであり、厚労省もその時点で了解していたことであった。意思の伝達であり、相手方の医療機関にはその伝達に反対する権限はなかったはずであった。それが拒否権として乱用されるにいたった事態に対処するために、推進会議の05年の答申ではその旨を改めて答申するところとなったが、それについては改めて述べる。

第二のミス、直接審査をするならその被保険者等のすべての請求について自分で審査し、「つまみ食いは許さない」というのも、おかしな話である。保険者は自ら審査をするとともに誰に審査を委託してもよかったはずである。だから「自分でやるというからには、全部自分でやれ」と意地悪気味な規制は無意味である。難しい審査は避けるというなら、その難しい審査にはその審査に必要な経費を織り込んだ審査料を定めればすむ話

である。

第三のミス、保険者の組合規約に直接審査をする相手方の医療機関の名前を記載すべしに至っては、何のためということになる。直接審査は、繰り返しになるが、健康保険法が本則として掲げるものである。組合規約の変更などには厚労省の認可が必要となる。それは、とりもなおさず、直接審査を行うには厚労省の認可が必要と同義になる。規制改革の趣旨に反する規制といわざるをえない。この点も05年の推進会議答申で改められた。

これらの欠陥については、当時から厚労省との間で議論の対象となり、レセプトのオンライン化の完成とともに是正するという了解の下に、とにもかくにもスタートしたのであったが、その時期が約束の3月末から遅れること実に9ヵ月、12月の25日にようやくいうところの折衝が終わり、傷だらけの通達の発出にならざるをえなかったところに、医療業界に根深く内蔵されている反対勢力の存在を改めて知らされる思いであった。

4) 執拗だった政治の介入

このように欠陥だらけの総合規制改革会議としては、到底受け入れられない内容の通達だったが、あえて受け入れたのには、それなりの事情があつてのことである。

というのは、01年12月に総合規制改革会議の第1次答申を出す前に、会議側と厚生族をはじめとする政治との間で答申原案について激しいやりとりがあつた。それは、会議側の原案である「・・・通達と省令を直ちに廃止し、保険者自らがレセプトの審査・支払を行うことを可能とすべきである」という案文を「・・・通達と省令を廃止する場合には、公的保険にふさわしい審査体制と患者情報保護のための守秘義務を担保したうえで、保険者自らがレセプトの審査・支払を行うことを可能とすべきである」と変更せよと迫ってきたことに端を発する。

審査体制がしっかりしていること、患者情報が保護されるべきことは、当たり前の話である。問題はこのような表現の後ろに潜む消極に走る可能性を温存しておこうという意図である。このような条件は、たとえば、直接審査を回避する意図があるときには2条件の不備を言い出せば、それなりに可能となるし、現にそれまで反対する政治と官僚は、求める行為に対してなるべく多くの条件を付しておいて、条件未達成を理由に求め

健康保険法第76条第3項の認可基準等について

(平成15年5月20日)

(保発第0520001号)

(健康保険組合理事長あて厚生労働省保険局長通知)

健康保険法(大正11年法律第70号。以下「法」という。)第76条第3項の運用については、「健康保険法の一部を改正する法律の施行について」(昭和32年5月15日保発第42号各都道府県知事宛厚生省保険局長通知)第四の六の2により行われてきたところであるが、今般、当該部分を廃止するとともに、同項の認可基準等を「別添」のとおり取り扱うこととしたので、御了知願いたい。

(別添)

健康保険法第76条第3項の認可基準等について

認可の基準について

1 健康保険組合と保険医療機関の合意について

法第76条第3項(法第85条第9項、第86条第12項及び第13項並びに第110条第7項において準用する場合を含む。以下同じ。)に規定する契約は、これを締結しようとする健康保険組合と個別の保険医療機関(法第63条第3項第1号に掲げる病院若しくは診療所又は法第86条第1項第1号に規定する特定承認保険医療機関をいう。以下同じ。)との合意に基づくものであること。

2 健康保険組合における適正手続について

法第76条第3項に規定する契約を締結しようとする健康保険組合(以下「契約健保組合」という。)は、同項の規定による認可の申請及び規約の改正の申請について、組合会において十分な説明を行い、その議決を経ていること。なお、規約の改正については、契約の内容を規約に明記すること。

3 契約内容について

(1) 契約健保組合と契約医療機関(契約健保組合の契約の相手方となる保険医療機関をいう。以下同じ。)との契約に以下の条件が明記されていること。

契約健保組合は、被保険者及びその被扶養者(以下「加入者」という。)が契約医療機関以外の保険医療機関において受診することを制約しないこと。

契約医療機関は、契約健保組合の加入者を優先的に取り扱わないこと。

契約医療機関は、当該契約の実施に伴い診療科目を減らさないこと。

(2) 契約健保組合と契約医療機関の契約が以下の条件を満たしていると認められること。

契約健保組合の加入者が医療機関の選択を歪めるおそれの強いもの(例えば、初診に係る診療報酬を無料とし契約医療機関への受診を誘引するなど)でないこと。

契約内容は、診療報酬の点数表の範囲内である(法第76条第3項参照)こと。

なお、独自の包括払いなど、患者にとって割引か割増かが不明確なものは認められないこと。

契約内容が、契約健保組合の加入者間の平等を害するものでないこと。

契約内容が、保険医療機関及び保険医療費担当規則(昭和32年厚生省令第15号)に反するもの(例えば、一部負担金のみを減額又は免除するものなど)ではないこと。

4 契約医療期間の運営状況等について

契約医療機関の運営状況等からみて、診療報酬の割引により、契約医療機関が行ってきた医療の提供が困難となるおそれが認められないこと。

このため、契約健保組合は、契約医療機関の直近2年間の収支状況が分かる書類(収支決算書、財産目録、貸借対照表、損益計算書(個人病院又は個人診療所の場合にあつては所得税申告書)その他これらに準ずる書類)を提出し、契約医療機関の収支状況が良好であることを明らかにしなければならないこと。契約医療機関が複数の医療機関を運営する法人により運営されている場合は、当該法人全体の直近2年間の収支状況が分かる書類を併せて提出しなければならないこと。

直近2年間とも経常損益が赤字の場合(個人病院又は個人診療所にあつては事業所得がない場合)など収支状況が良好でないと認められる場合には認可を行わないこと。

5 加入者が契約医療機関を評価できる客観的な基準について

加入者が契約医療機関の医療の内容等の評価を行うことができるよう、契約医療機関は、「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告することができる事項」(平成14年厚生労働省告示第158号)に掲げられているそれぞれの事項について広告を行っていること。

6 フリーアクセスへの影響について

(1) 契約健保組合は、認可申請に際し以下の各項目が分かる書類を添付すること。

当該契約が契約健保組合の加入者や地域住民のフリーアクセスに与える影響に関する契約健保組合の所見

契約健保組合の加入者が契約医療機関にかかっている診療報酬の総額及びレセプトの件数

契約健保組合の加入者が契約医療機関の存する市区町村内の保険医療機関(当該契約医療機

る行為自体を否定するというやり方をする。それは常套手段でもあった。

この付加条件の問題も答申前の10日間ほど、双方が睨み合って、解釈についての念書の提出騒ぎをも伴って議論され、結局最終案が合意された。この間政治としては01年12月の総合規制改革会議の答申は修正をその程度にとどめるとしても、翌02年3月の「3か年計画」の改定までに手を打てばという考えがあった。その「奥の手」が「医療機関の合意」であったことは、4月早々にはそれしかないという相談を厚労省から受けているから、直接審査・支払を表面は認めつつ、実は事実上抹殺する手立ては整っていたと考えざるをえない。そのため、総合規制改革会議に答申内容の変更を求めるとともに、その後の12月25日に9ヵ月遅れの「合意」を要件とする通達を公にしたのだ。

そのような状況を背景として、3つの大ミスについては、それが可能となる時点で修正するという言質をとるのが精いっぱいであった。だが、基本的にものごとは、その時点では詭弁のようなことがまかり通ったとしても、それに本質的な正義・理由が備わっていないときには、時間とともに化けの皮は薄れて、溶け去っていくものである。05年の推進会議第2次答申で、現時点でこの溶解を果たしたが、これについても後で述べよう。

5) 個別契約の容認

ここで直接審査・支払と並ぶもうひとつの「保険者機能の発揮」の課題である特定の医療機関と保険者との間の「個別契約」について触れておこう。

この問題も「01年憲法」の重要な一部であり、「保険者と医療機関との協力関係」と題して、サービスや診療報酬について個別の契約を結ぶことを認めた。考え方は、医療機関も保険者も相携えて被保険者の健康を守るという協力関係にあるから、その協力の在り方として一律の規制に服して、同一のサービスと医療費だけに固執する必要がないというにある。

本件は01年度中に具体的なやり方について結論を得て、02年度から実施とされている。実際には03年5月20日付厚生労働省保険局長通知「健康保険法第76条第3項の許可基準等について」によって各健康保険組合理事長宛に発出されている（個別契約に関する通達（資料））。

関を除く。)で受診した診療報酬の総額及びレセプトの件数(契約医療機関と同一の診療科を標榜する保険医療機関のレセプトに限る。)

- (2) 地方厚生(支)局長は、契約健保組合の加入者や地域住民のフリーアクセスに与える影響について、(3)に定める委員会の意見を聴くこと。
- (3) 委員会の構成及び運営等は次によるものであること。

委員は、原則として、契約医療機関の存する都道府県の地方社会保険医療協議会の委員を任命すること。

委員会は、契約健保組合の加入者や地域住民のフリーアクセスに与える影響(例えば、窓口負担額の差異によって契約健保組合の加入者の受診行動に与える影響、契約の締結に伴い契約医療機関の存する市区町村内の関係医療機関(契約医療機関が契約を締結しようとする診療科と同一の診療科を標榜する保険医療機関であって、前1年間に契約健保組合の加入者の受診実績がある保険医療機関をいう。以下同じ。)が地域医療の中で果たしている役割や機能への影響など)について審議するものであること。

委員会は、審議に当たって、契約健保組合及び契約医療機関から説明及び意見を聴くこと。また、契約医療機関の存する市区町村内の関係医療機関であって委員会において意見の陳述を希望するもののうちから意見を聴くこと。このため、契約健保組合及び契約医療機関の存する地域を管轄する地方厚生(支)局は、契約健保組合及び契約医療機関の名称及び住所並びに契約内容の要旨等を、その掲示板及びホームページにおいて公示すること。

認可後の監督及び認可の取消しについて

- 1 地方厚生(支)局は、契約健保組合がその加入者に対して契約医療機関以外の医療機関で受診することを制約していないか指導監査を行うこと。なお、これに違反した場合には必要な行政処分等を行うとともに、違反した契約健保組合の名称の公表を行うこと。
- 2 契約健保組合は、契約後、毎月、契約医療機関における
 - (1) 当該契約健保組合加入者に係る診療報酬の額及びレセプト件数
 - (2) 当該契約健保組合加入者以外の患者に係る診療報酬の額及びレセプト件数を地方厚生(支)局に報告しなければならないこと。
- 3 契約健保組合は、毎年度、契約医療機関及び運営法人の収支状況が健全であること並びに契約医療機関において十分な情報の開示が行われていることを確認できる資料を地方厚生(支)局に提出すること。
- 4 地方厚生(支)局は、法第76条第3項の認可をした場合は、その旨を契約医療機関の存する地域を管轄する地方社会保険事務局に連絡すること。
- 5 地方厚生(支)局が契約医療機関による患者のフリーアクセスの阻害行為に関する情報を入手した場合は、契約医療機関の存する地域を管轄する地方社会保険事務局に連絡すること。地方社会保険事務局は、地方厚生(支)局からの連絡等により契約医療機関による患者のフリーアクセスの阻害行為に関する情報を入手した場合は、契約医療機関に関する事実関係の確認及び調査を行い、その結果を地方厚生(支)局に連絡すること。
- 6 地方社会保険事務局は、契約医療機関に対して指導監査を行った結果、法第80条等に基づく行政上の措置(取消し又は戒告若しくは注意)を行った場合等は、その旨を契約健保組合の存する地域を管轄する地方厚生(支)局に連絡すること。
- 7 地方厚生(支)局長は、契約健保組合の加入者や地域住民のフリーアクセスを阻害すると認めた場合又は認可要件を欠くに到ったと認めた場合は、契約健保組合に対し、法第76条第3項の認可を取り消すこと。

内容については、いろいろ書いてあるが、答申案が作成される過程で、直接審査・支払のケースと同じように、政治から注文が付き、「フリーアクセスを阻害しないこと」という条件が付加された。その一例が、契約保険者やその被扶養者が契約医療機関以外の医療機関において受診することを制約しないこと、契約医療機関は契約先の保険組合の加入者を優先的に扱わないこと（たとえば診療順序を繰り上げることなど）などが挙げられている。おおむね納得できる通知内容ではあったが、その後現実の個別契約はほとんど結ばれておらず、推進会議第2次答申はその原因を分析しながら、手続き面などの改善策を提案している。

直接審査・支払の現実の例が出てこないのは、「合意」という抑圧要因が原因だが、個別契約がでないのは、制度の複雑な手続きにも問題はあろうが、保険者、医療機関ともに新しい仕組みを積極的に活用して、自分の組合の組合員の健康管理に貢献するとか、自分の病院の経営にプラスに活用するというメンタリティーが他の産業と比べると低いという事情も否定はできない。「目覚めよ、保険者、医療機関！」と声を大にして言いたいが、この問題についても後で触れてみたい。

第3節 低調だった総合規制改革会議第2次、第3次答申

1) とにかく早く総合規制改革会議第2次答申

先にも言ったが、「01年憲法」がおよそそれまで医療界が抱えていた諸問題を摘出して、画期的な方向性を与えたので、02年は一服というより、「01年憲法」を受け取った厚労省がいざ実行という場面で、次々に抵抗にあい、山積する強いられた立ち止まりの状況を見つめつつ、時期を待つという期間とならざるをえなかったともいえる。

このため、各課題についての新たな掘り下げは最小限のものに留まらざるをえず、まさに雌伏の1年であった。「保険者機能の発揮」の課題についても、総合規制改革会議第2次答申提出の期限である12月末に至るもいまだ実行に移っていない。3月までには措置済みとなっているはずだということに。

このような、状況から第2次答申は、保険者によるレセプト審査・支払を平成13年度中に措置（未措置事項）としたうえ、「規制改革推進3か年計画（改定）」においては、

「レセプトの審査・支払は本来保険者の役割であり、保険者の自由な意思に基づき、保険者自らが行う、従来の審査・支払機関へ委託する、第三者（民間）へ委託するなど、多様な選択を認める。このために、健康保険組合などに対して社会保険診療報酬支払基金に審査・支払を委託することを事実上強制している通達や医療機関に対して費用請求を審査支払機関へ提出することを義務付けている省令の規定を廃止する場合には、公的保険にふさわしい公正な審査体制と、患者情報保護のための守秘義務を担保した上で、保険者自らがレセプトの審査・支払を行うことを可能とする。なお、その際、審査・支払にかかる紛争処理のルールを明確にする。」として閣議決定しているので、速やかに措置するべきである、と述べるにとどまっている。

要するに早くやれ、何をぐずぐずしているのかというお叱りである。

2) 調剤薬局との間の直接審査・支払を言い出した総合規制改革会議第3次答申

これまで直接審査・支払は、医療機関と保険者との間の問題として議論されてき、それを容認する答申も出され、細部の扱い通達も02年の暮れには出されたが、同じ直接の関係は、調剤レセプトとの関係でも起こる。そこで総合規制改革会議の第3次答申（03年12月22日）では、この点を取り上げ、「医科レセプトの保険者による審査・支払については、医療機関との合意、公正な審査体制、紛争処理ルールの明確化、患者情報保護のための守秘義務の担保等を条件とした上で、「健康保険組合における診療報酬の審査及び支払いに関する事務の取扱いについて」（平成14年12月25日通知）により可能となったところ」だが、「調剤レセプトの審査・支払についても、同様の条件で良いか、また、保険薬局独自の論点について検討した上で、結論を得るべきである」としてこれを議論の対象にし、04年中に結論を出すべきだとした。

同時にこの答申は個別契約の容認の範囲を医療機関だけでなく、調剤薬局との間においても認めるべきとの考えに立って、「保険者と保険医療機関との個別契約の締結については、「健康保険法第76条第3項の認可基準について」（平成15年5月20日厚生労働省保険局長通知）により、患者のフリーアクセスの確保の観点から必要な条件を付した上で認められたところである。保険者と保険薬局との間の個別契約についても、同様の条

件で良いか、また、保険薬局独自の論点について検討した上で、結論を得るべきである」として、これまた翌04年度内に結論を得るべきとした。

この調剤薬局まで、直接審査・支払の対象を広げよう、さらには個別契約も認めようではないかという総合規制改革会議第3次答申も、その後、実現のための条件整理に取り掛かっていくが、03年現在では、いまだひとつの問題提起に過ぎなかった。

この種の問題提起として、総合規制改革会議第3次答申は、「2,000点未満の調剤レセプトの再審査請求を取り上げている。「2,000点未満の調剤レセプトの再審査については、その事務効率の観点から再審査請求できないこととされているが、誤請求などの請求内容の問題点があることなども指摘されており、一律にその再審査請求を拒否するのは適当でない。したがって、2,000点未満の調剤レセプトの保険者の申し出による再審査については、その方策と事務費負担の在り方について検討し、結論を得るべきである。」というのがそれである。

総合規制改革会議の02年、03年の成果は、いずれにせよ01年の方向を決めた「01年憲法」の存在があまりにも大きいので、その消化に奔走するとともに、次に行うべき医療改革の本質部分への肉薄のための雌伏の期間だった点は否めない。

第4節 調剤薬局にも直接審査・支払を

1) 動き出した規制改革・民間開放推進会議

推進会議は失速気味だった総合規制改革会議に代わり、スタート直後から積極的な活動を展開した。特に04年8月の「中間とりまとめ」では、「官製市場の民間開放」を掲げて、12月までに、個別官業の民間開放とともに、横断的手法として「市場化テスト」の導入を提言しようとした。

なかでも主要官製市場と名をつけて7つの分野・テーマを取り上げて個別にその解放をおこなう提言に力点が置かれた。医療分野ではそのうち実に半数以上の4つのテーマが取り上げられた。いかに医療分野が官製市場の塊であったかはこれでもって分るというものだ。混合診療の解禁、株式会社等の医療機関経営への参加、医療分野における価格決定のメカニズム(中医協問題)、地域医療計画(病床規制)の見直し、の4

つがそれである。

この年の推進会議の活躍は目覚ましいものがあり、年末答申までに、懸案だった「混合診療の解禁」と「中医協の改革」については、おおむね目途を付けており、大骨が動いて医療業界が震動した年の始まりとなったが、華やかな表舞台の大物の処理と並行して、保険者機能の発揮などの地味だが現実の医療にとって必要な課題についての検討も同時に行われていった。

推進会議第1年の答申は大物については12月に出されたが、その他については、年を越して05年3月23日に第1次答申の追加答申として提出された。

その中に、調剤レセプトについての保険者機能の強化などが含まれている。

2) まず個別契約の条件緩和を

答申は、まず、先に解禁された保険者と医療機関との間の個別契約について、許容される場合の条件が厳しすぎる点をとらえて、その改善について提言をする。そのような要改善点としては、以下のように言う。

「保険者と医療機関との直接契約については、平成15年5月の通知「健康保険法第76条第3項の認可基準等について」により解禁となったとされるが、同通知において示された契約内容、契約先医療機関の運営状況、契約後の事後報告等、条件が過重であるため、直接契約を推進したいとする保険者や医療機関が契約締結に至れないとの意見もある。

したがって、保険者機能の強化の一環として、保険者の運営上の自由を確保し、患者の代理人としての保険者本来の役割を機能させるために、フリーアクセスを阻害していないことを証明する資料提出内容の簡素化・簡便化や認可後の月報や年報報告の簡素化等により、保険者の事務負担を軽減する、医療機関の収支状況が一時的に赤字となった場合でも、その時点で即座に契約認可を取消さず、一定の猶予期間を設ける、地域関係者からの懸念意見やフリーアクセス阻害要因に関する所見に基づく認可取消要件の緩和等、契約の安定性の確保と保険者の利便性の向上という視点に立って、保険者と医療機関の直接契約が進められるよう、現行の契約条件等について過度な阻害要件がないか等について保険者の意見を踏まえつつ、条件の緩和について検討すべきである。」

3)「医療機関の合意」を要件とした推進会議答申

問題は、昨年来の懸案である、調剤レセプトの直接審査・支払と調剤薬局との間の個別契約の締結を認めるかどうかだが、すでに医科レセプトについて直接審査が、また医療機関との間で個別契約が、認められているのだから、これが認められないわけがないから、ポイントはどういう条件が付せられるのかにあった。

この折衝において厚労省は直接審査も個別契約も両方とも認めるが、「医療機関の合意」を要件として欲しいと執拗に食い下がった。もともと推進会議側は医療機関との直接審査について医療機関の合意が必要という条件は賛成しがたいが、技術的にやむを得ない点があるから、そのような技術的な支障が解決するまでの、過渡的な「合意」条件の容認であるという考えである。

ところで、調剤薬局が医療機関の処方箋に基づき調剤し患者に交付する行為の中には「医療機関の合意」が必要であるわけがない。調剤薬局が医師の処方箋どおりに処方しなかったら、その責任は調剤薬局のみにあり、処方箋を発行した医療機関にはいかなる意味での責任もない。責任のないものの「合意」を得よというのは、論外である。厚労省は当初理屈付けのために、調剤薬局が直接審査を受ける調剤レセプトは、保険者によって医科レセプトと突合され、医科レセプトと食い違いがあった場合には、医療機関側が保険者から損害賠償の請求を受けることがありうるから、あらかじめ医療機関の「合意」という説明をしたが、およそ理由になっていない。調剤レセプトが直接審査の対象となるということを教えておいてくれたら、医科レセプトもそれと食い違いのないように、準備しておくのにとでも言いたいのかと聞きたい。

こんな当たり前のことで、厚労省と揉めるハメに陥った推進会議は、背景にあるもの、つまり「医師の合意」を要件とすることによって、調剤薬局が保険者の直接審査・支払の関係となることを阻止しようとする勢力の存在をひしと感じた。この勢力がこれまで医科レセプトにおける直接審査・支払を皆無にしてきたのだと感じ、憤りさえ覚える思いだった。だが、厚労省は、差し迫って直接審査・支払をしたいという調剤薬局と保険者が現に存在する、これに試行的にでも行わせてみたい。そのために当面医療機関からの要望である「医療機関の合意」に目を瞑って欲しいという要請もあり、一步の前進な

健康保険組合における調剤報酬の審査及び支払に関する事務の取扱いについて

(平成17年3月30日)

(保発第0330005号)

(健康保険組合理事長あて厚生労働省保険局長通知)

健康保険法(大正11年法律第70号)第76条第4項の保険者による審査及び支払に関する事務については、診療報酬の審査及び支払に関する事務について、「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取扱いについて」(平成14年12月25日保発第1225001号)により定められているところであるが、今般、調剤報酬の審査及び支払に関する事務について「別添1」のとおり取り扱うこととしたので、御了知願いたい。

(別添1)

健康保険組合における調剤報酬の審査及び支払に関する事務の取扱い要領

1 健康保険組合等による審査及び支払

- (1) 健康保険組合は、特定の保険薬局(以下「対象薬局」という。)と合意した場合には、自ら審査及び支払に関する事務を行えること。また、この場合、健康保険組合は、当該事務を社会保険診療報酬支払基金(以下「基金」という。)以外の事業者(以下「事業者」という。)に委託することも可能であること。なお、その再委託は行わないこと。
- (2) 健康保険組合が(1)により、自ら審査及び支払に関する事務を行う場合に対象となる調剤報酬請求書は、事前に当該健康保険組合が自ら審査及び支払に関する事務を行うことに同意した保険医療機関(以下、「対象医療機関」という。)が発行する処方箋に基づくものであること。
- (3) 健康保険組合は、対象薬局、対象医療機関との合意内容等につき組合会に諮るとともに、当該薬局、医療機関の名称等を規約に明記すること。(「別添2」の健康保険組合規約記載例を参照のこと。)

～以下、略～

らと受け取らざるをえなかった。それがつぎのような案文となる。

「医科レセプトの保険者による審査・支払については、医療機関との合意、公正な審査体制、紛争処理ルールの明確化、患者情報保護のための守秘義務の担保等を条件とした上で、平成14年12月25日厚生労働省保険局長通知により可能となったところであり、調剤レセプトの審査・支払についても、同様の条件でよいか、また、保険薬局独自の論点について結論を得た上で、調剤レセプトの保険者への直接請求及び保険者による直接審査・支払を可能とするよう、実施すべきである。」

また、「保険者と保険薬局との間の個別契約についても、フリーアクセスの確保に十分配慮した上で、保険者と薬局の当事者間の合意があれば、個別契約が締結できるように、早急に措置すべきである。」としたのが、この年のやむを得ない解決だった。

なお、2000点以下のレセプトの再審査については、これを認めることとした。

第5節 ファイナルな解決への道

1) 医科および調剤レセプトの保険者による直接審査支払に関する要件緩和

レセプトのオンライン化の議論が04年に現実味を帯びた議論となり、05年について目標とした一定期間経過後は「オンラインで請求しないものに対しては支払をしない」という形で解決したと同様に、「01年憲法」以来雌伏の時期を経た「保険者機能の発揮」の課題も、トンネルのような02～03年の暗闇の中を抜け出し、04年に欠陥だらけながら再燃し、05年に止めをさす解決を迎える。

「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取扱いについて」（平成14年12月25日健康保険組合理事長あて厚生労働省保険局長通知 前出 P.8（資料））及び「健康保険組合における調剤報酬の審査及び支払に関する事務の取扱いについて」（平成17年3月30日健康保険組合理事長あて厚生労働省保険局長通知（資料））によって、医科及び調剤レセプトの保険者による直接審査支払が可能となったが、上記通知には未だ保険者を業務代行者としてのみ捉え、保険者本来の権限を制約するような内容があるとの指摘もある。

推進会議第2次答申は、そう述べた上で、以下の答申を行う。

2) 医科レセプト直接審査にまつわる、3つの不都合は解消すべし

答申は、したがって、次期医療保険制度改革や規制改革により審査支払機関が行うこととなる業務の内容、審査支払機関間の役割分担、それらを踏まえた審査支払機関の手数料体系等の見直し及び具体的な手続き等の検討とともに、保険者が審査・支払をすることを規定した健康保険法等に照らし、上記通知の以下の事項について検討の上、必要な見直しを行うべきである、とする。

レセプトの直接審査支払の実施に当たり医療機関又は薬局の合意を必要とする要件を撤廃すること。なお、当面の方策として合意を不要とする方針を明示するとともに、少なくとも保険者が特定の医療機関又は薬局に対して第三者審査機関等への委託を含め保険者自らが直接審査支払をする旨を通知した場合、相手方の医療機関又は薬局はレセプト提出先や請求方法等についてこれに従うよう周知徹底すること。

こうしてようやく、3つの不都合のうちの最大のもの、「医療機関または薬局の合意要件」が撤廃されることとなった。

05年10月には推進会議は関係保険者と厚労省を招いて意見交換をした。昨年の答申に当たって、厚労省から「いま仕懸り中の案件がある、それを通すためにも、合意要件を飲んでくれ」と言われた。その仕掛け案件の当事者であったトヨタ健保は、この意見交換の場で30店ほどの薬局と約束したが、その間に、合意が要するという通達が出たので医療機関の合意が得られずにムリになった、この間厚労省に問い合わせをしても合意がなければダメだとつれない返事、また最近はあまり騒ぐなといわんばかりの介入を出先がしてくる」という趣旨の不満を表明した。

対象医療機関で受診、又は対象薬局で調剤した当該保険者の全レセプトを直接審査支払の対象とすべきとする要件は、保険医療機関等が診療科別等での請求先の選別を行うことが困難であるとの趣旨であることにかんがみ、保険者が一旦全てのレセプトを直接審査した上で、再審査等については、基金等を含め審査支払機関への委託による審査も可能であることを周知徹底し、直接審査支払における保険者による審査支払業務の充実を図ること。

直接審査支払の対象医療機関や対象薬局の名称等を保険者の組合規約に明記すべ

きとする要件を廃止すること。

先に述べた「01年憲法」実行の段階で厚労省が犯した3つの罪は、こうしてようやく解決の道を歩んでいる。

3) 調剤レセプトに対する医療機関の「合意」要件は認められない

特に、実際に取組を進める保険者・保険薬局等の要望者もあることから、以下のとおり、通知の見直しを行うべきであるとした。すなわち、調剤レセプトの保険者による直接審査支払については、薬局に対する調剤レセプトの審査・支払と、保険者による突合点検後の医療機関に対する医科レセプト等に係る損害賠償請求とは法的に別個のものであり、処方せんを発行した医療機関は、調剤レセプトの審査・支払における当事者ではない。このため、突合点検後の医療機関に対する医科レセプト等に係る損害賠償請求とは無関係の保険者と薬局との間の調剤レセプトの審査・支払については、保険者が、処方せんを発行した医療機関の同意を経ることなく行えることとし、調剤レセプトの審査・支払に関する上記通知の「処方せんを発行した医療機関」の同意要件を削除すること。この一文で、不可思議な「他人の問題について自分の『合意』を求める仕組み」は解消した。

4) 05年推進会議第2次答申が提言したその他の事項

05年推進会議第2次答申は、上記のようにかねてから問題とされていた事項について、それぞれ基本的な解決を示したが、加えて、以下の関連する事項も提言している。

医科及び調剤レセプトの審査・支払に係る紛争処理ルールの明確化等

支払基金では、「審査・支払」の業務と、損害賠償請求（医療機関が発行した処方せんを原因とする損害賠償請求）の裁定を含む保険者と医療機関間の調停業務（「紛争処理」）とを行っているが、紛争処理だけを保険者から受託することができる仕組みとなっていない。このため、「紛争処理」を単独で受託できる仕組みを整備すべきである。

また、医科及び調剤レセプトの紛争処理業務を基金、国保連、及びそれら以外の

第三者機関が受託した場合における、紛争処理に当たっての処理ルールを関係当事者間で自主的に定めるよう周知すべきである。

審査支払機関間の競争環境の整備

レセプトに係る審査・支払については、健康保険の保険者及び国民健康保険の保険者それぞれが自ら審査・支払を行うことができるところではあるが、支払基金及び各都道府県国民健康保険団体連合会のいずれに対しても審査・支払を委託できる仕組みとし、審査支払機関同士の競争を促すことにより、審査支払事務の効率化を推進すべきである。

その際、保険者が委託先を含め審査・支払する者を変更するに当たっては、医療機関又は調剤薬局にその旨通知するをもって足りることとするための仕組みを含め検討し所要の措置を講じるべきである。さらに、基金及び国保連以外の第三者の審査支払機関に対して委託する場合においても、同様にすべきである。

医療機関・薬局と保険者間の直接契約に関する条件の緩和

「健康保険法第76条第3項の認可基準等について」(平成15年5月20日健康保険組合理事あて厚生労働省保険局長通知)及び「保険薬局に係る健康保険法第76条第3項の認可基準等について」(平成17年3月30日健康保険組合理事あて厚生労働省保険局長通知)が発出されたことによって、保険者と医療機関及び薬局との直接契約が認められたところであるが、現時点で実績はなく、同通知における付帯条件が厳し過ぎるため具体的な契約に至っていないとの指摘もある。

したがって、「規制改革・民間開放推進三か年計画(改定)」(平成17年3月25日閣議決定)における「保険者と医療機関の直接契約が進められるよう、現行の契約条件等について過度な阻害要件がないか等について保険者の意見を踏まえつつ、条件緩和について検討する。【逐次検討】」との決定を踏まえ、例えば以下のような事項について、保険者からの要望があれば積極的に聴取するとともに、上記通知の要件の見直しについて結論を出すべきである。

・直接契約の対象医療機関や対象薬局の名称等の内容を保険者の組合理約に明記すべきとする要件を廃止すること。

- ・認可申請の際にフリーアクセスを阻害していないことを客観的に証明するために保険者に提出が求められている書類の記載内容を簡素化すること。（「規制改革・民間開放推進三か年計画（改定）」（平成17年3月25日閣議決定）において指摘済み）
- ・契約医療機関における当該保険組合加入者の受診増が、保険者の責による場合を除き、認可後の監督等の対象事項とされている「契約医療機関による患者のフリーアクセスの阻害行為」には当たらないことを明確化するとともに、契約後の各種報告を簡素化すること。（同計画において指摘済み）
- ・認可後に地方厚生（支）局へ提出すべき事項から、保険者が持ち得ない、若しくは入手し難い情報（契約医療機関における当該保険組合加入者以外の患者に係る診療報酬の額及びレセプト件数 等）を削除すること。
- ・診療報酬点数の範囲内で契約による定められる価格設定が、契約当事者間の合意があれば、より自由に設定できるよう、要件を緩和すること。
- ・認可を取消された場合であっても保険者、保険組合加入者の受診機会の継続性の確保のため、当事者間の合意があれば、一定期間、継続的に運用を可能とする猶予措置を講じること。（同計画において指摘済み）

健康保険組合の規約変更の届出制化等

健康保険組合の規約変更については、厚生労働大臣の認可制から事後届出制に変更する事項について保険者の意見があれば、それらの意見を踏まえ、その適否について速やかに検討し、届出の対象とする事項の拡大等を図るべきである。

患者への情報提供等のエージェント機能の充実

被保険者への情報提供等、保険者のエージェント機能の充実を図るため、以下に示すような内容について、必要に応じ周知を図るべきである。

- ・保険者が医療機関に係る情報収集を行い易いような方策を講じるとともに、保険者がそれらの情報を公表することや、被保険者による評価を反映すること、また、そうした情報を用いて被保険者に対して優良医療機関を推奨することを可能とする等。

- ・被保険者の自己選択を支援する取組。
- ・査定減額の際の患者の一部負担金の過払いの問題等の解消に向け、被保険者の一部負担金に係る査定減額相当分について、被保険者の代理者として保険者が医療機関に返金請求を行うことができることを周知徹底するとともに、保険者が被保険者への返金分を代理受領し、被保険者への返戻を可能とする等、保険者が被加入者の権限行使をサポートするような取組。

高齢者医療等の運営への保険者の参画

賦課方式であるこれまでの高齢者の医療保険等において、市町村等の給付者と被用者保険の保険者等の費用負担者が分離され、給付と財源運営の主体が異なることから、収支相等の原則が貫徹されず、保険財政の適正化につながらないとの指摘があった。

また、平成18年の医療制度改革により、後期高齢者について、平成20年度に独立した医療制度を創設することとされたところである。したがって、後期高齢者医療制度の運営に当たっては、都道府県単位で全市町村が加入する広域連合と医療保険者等との間の意見交換の場を設けるべきである。

予防を重視した保健事業の充実や重症化予防等の取組の推進

中長期的視点に立って保険財政の適正化を図る必要があることから、費用対効果を検討の上、保健事業の充実や生活習慣病の予防等の疾病発生・重症化予防のための取組を促進する体制を整備すべきである。

第6節 もっともな疑問を發する規制改革会議5月答申

1) 規制改革会議5月答申の概要

推進会議の後を継いで、07年2月から第5代目の規制緩和・規制改革の推進の役割を担った規制改革会議は、スタート直後から「ダッシュ7」などの標語によって、5月答申を目指して活動してきたが、5月30日に第1次答申を提出した。

この答申の内容は、前身である推進会議が残した昨年12月の答申と合わせて、6月末までに「規制改革推進3か年計画」の改定に折り込まれる。

医療関係でみると、以下の項目を含んでいる。

医療のIT化

ア レセプトのオンライン請求化の期限内完全実施【08年度から順次義務化、11年度当初から原則完全オンライン化】

06年の厚生労働省令により08年度から順次義務化と11年度完全義務化が決まっているが、)これは目標ではなく義務であること、)義務化にあたり例外規定は設けない、)義務化期限後はオンライン以外の請求には支払わないこと。

以上3点を再度周知・徹底すること。

イ レセプトのオンライン請求化の促進【07年度結論】

できるだけ早期にオンライン請求化を実行することが肝要だから、医療機関へのインセンティブ方策として、)オンライン請求に対する支払い期間の短縮(保険者側の協力が前提))オンライン請求のより効果的なインセンティブになるよう診療報酬点数加算を考える。オンライン化は被保険者にメリットをもたらすからそれを考慮すべき。ただし、加算は電算化ではなくオンライン化のインセンティブとすべきだし、義務化までの措置であるべきこと。保険者についてオンライン推進の観点から、オンライン受け取りにかかわるレセプトの審査機関での審査手数料が1円引き下げられたが、導入する保険者としめない保険者の手数料差を拡大することの検討をすること。

ウ オンライン請求に対応した電子点数表の完成と電子化に対応した点数計算のロジックの整理【08年度点数表完成、11年度までにロジックの整備】

オンラインによる電子化のメリットを発揮するために点数計算は電子的に行うようにするため、そのロジックをより明確にすること。また電子点数表作成には関係者の協力をうけること。

エ レセプトデータの収集・蓄積体制の構築【07年度中結論、08年度から措置】

レセプトデータは貴重なデータ。このデータを収集して11年以降は全国のレセプトデータを収集・蓄積・活用する体制の構築・運用。

オ 医療データの利用ルールの確立【07年度中結論、08年度から措置】

データウェアハウス化されたデータの民間開放を前提とした利用ルールの確立。
カ 医療機関が診療情報を電子的に外部に出す場合の標準の制度化【07年度中結論】

医療機関間の診療情報の共有化のため、様式の統一、管理・保存・活用の環境整備の検討を進める。

キ 医薬品・医療材料への標準コード付与の整備推進【07年度中結論・措置】

標準コード付与は物流効率化、流通管理の精緻化に寄与する。付与は医薬品については08年9月までに整備されるが、医療材料については生産・流通業者の任意に委ねられている。付与する・しない業者が混在することになる。医療材料についても標準コード付与の整備を図り、効果の拡大を図る。

レセプトの審査・支払に係るシステムの見直し

ア 支払基金の業務効率化【07年末までに業務効率化計画を作成、07年度末までに手数料適正化の見直しを作成】

8億件のレセプトの2/3は紙ベースの審査でやっている。今後はオンライン請求の義務化により、審査・支払業務の効率化ができる。単純計算ですむものより高度な判断を要するものとの区分によりメリハリのついた審査をすべき。こういう点を含む業務フローの見直しを前提とした業務効率化計画（08年から11年に至る年度毎の数値目標を含む工程表）を作成させ、業務ごとのコストの明示など審査・支払に係る手数料の算出根拠を明らかにし、手数料適正化の数値目標を明示させる。これらの見直しはオープンにする。

イ 審査・支払機関における受託競争の促進【07年度末までに結論】

オンラインによる効率化の確実な実施のため、競争原理の導入が必要。保険者は支払基金、国保連のいずれに対しても審査・支払を委託できる旨、推進会議は提言しているがその実現。今後さらなる受託競争促進のため、他都道府県の国保連を含めいずれの審査・支払機関にも十分な準備期間を置いたうえで委託できる旨、周知させること。各審査・支払機関のコスト情報開示の統一ルール化。

2) 規制改革会議 5 月答申の評価

短い期間の間に、先行した審議機関が長い時間をかけてようやく煮え詰まらせてきた案件について、にわかにはさらなる妙手をといわれても無理である。しかし、規制改革会議の 5 月答申は、いちおう合格点といってよい活動を開始したと評価できる。合格である理由はまず、すぐにでもやらないといけないこと、やるべきことに、的を絞っている点である。

およそ医療に関する課題はあまりにも多い。株式会社問題に端を発し、混合診療のさらなる拡充、中医協問題と言い出したらきりが無い。そのなかで、課題をレセプトのオンライン化という、いままさにスタートしようとしている問題と、保険者機能の発揮に関連した問題とに絞ったのは、医療問題はもはや議論の問題ではなく、実行の問題であるということに関係者に鮮明にするという意味でも、効果的といえよう。

さらに言えば、具体的な実現方法のための「how to」に力点を置いた提言が、特にオンライン化を視野に入れた提言に関連して、示されている。この「how to」と、それを実現するに至るプロセス（いつまでに何を示す工程表の作成）の明確化は、規制改革の実現を間違いのないものとするために必須の問題である。とかくこれまでの規制改革の提言に欠いたのは、規制の山を取り崩すのに精力を使い、いったん取り崩すことが約束された山が本当に取り崩し作業下にあるかを監視するフォローアップは、やらないといけないと思いつつも手が回らないことが多かった。

規制改革会議 5 月答申は、このような点のある程度カバーしている。とくに審査・支払業務に係る支払基金の業務効率化計画を年度ごとの数値目標を含む工程表にして示せというのは時宜をえている。願わくば、一般に世にいう“計画”というのは明確な期限と、数値目標を設定することであり、修辭句を散りばめた観念的な努力目標を謳うものでない回答を厚労省から得て欲しいものである。

そのほか、点数計算のロジックの整理、レセプトデータの収集・蓄積と利用ルールなど、これまでも繰り返されてきた問題だが、細かい点にも目配りがされている。

3) 褒めるからには注文と疑問もある

ひとつは、レセプトのオンライン化が完全実施になるのが11年とまだ5年後であるのに、しびれを切らしたのだろう。それまでの間、インセンティブを与えるために、対象ではないのに早期にオンライン化に協力した医療機関にはご褒美に診療報酬で加点をしたらという提案の是非である。

このご褒美議論は、実は04年当時に厚労省と嫌になるほどやった議論だった。事態を穏便に過ごしたい厚労省は、レセプトのオンライン化ももっぱら「飴」で釣りこもうとした。それに対して推進会議側は「飴もよいが、飴ではムリ。必要なのはムチ」と主張し続けて、義務化に到達させた。

規制改革会議も当初はこの11年までの段階的義務化の完成では遅すぎるという感じを抱いたのだろう、11年を短縮せよと「ダッシュ7」の時期には言っていた。それがムリだと悟った後には、でも少しでも早くというので「飴」を持ち出している。もちろん、自らがオンライン化をしなければならない時期に至ったら、この「飴」は取り上げると答申には書いてあるが、医療の世界は既得権の世界である。福祉の分野ではオンライン化が当たり前でスタートしたが、医療では昔ながらの紙が現在まだ横行している。頭の中で考える、「その程度なら実害はあるまい」はしばしば現実に出会うと裏切られる。

答申にも書いてあるように、厚労省はこの「飴」をすでに支給しているのだから、言わずもがなの提言で、規制改革会議に期待したいのは、約束の前倒しでオンライン化するよう努力をせよ、少なくとも約束通りにオンライン化を実現しなかったら承知しないぞという毅然たる姿勢だけで十分だったのではなかろうか。

もうひとつは、調剤レセプトは修正されたが、医科レセプトの直接審査・支払ははまだ「合意」が必要とされていると言っているが、05年推進会議答申では「合意を必要とする要件を撤廃すること。なお、当面の方策として合意を不要とする方針を明示するとともに、少なくとも保険者が相手方に自ら審査などをする旨を通知した場合、相手方はそれに従うこと」となっており、この答申はそのまま「規制改革3か年計画」の改定にあたって閣議決定を経ている。いかなる理由によって調剤レセプトとの扱いの差を設けたのか、いつ同じ扱いにするのか、厚労省の存念を追及してほしかった。まして、この

問題で公開討論まで行ったのだから、この点こそが最大の切り口だった。

基金と国保連との審査・支払競争の導入に関心を払っているが、実は一番やって欲しい競争は、保険者自らまたは保険者が委託した第三者（民間）を含めたすべての審査・支払に関与する機関間の競争であることを忘れないでほしい。それが保険者本来の機能の発揮にあたってのスタートラインだったのだから。

第7節 保険者の目覚めが必要

1) なかなか目覚めない保険者

医療機関と互角に渡り合える保険者の出現、それによる医療の世界への一つの競争の導入。そういうことを夢見て保険者機能の強化を「01年憲法」以来6年間叫び続けてきた。それも制度としては機能強化の地盤は作り上げたつもりである。だが、その保険者ははたして期待したほどの機能を発揮をして、組合員または企業の役に立っているのだろうか。このレポートの最後に、この問題を考えてみたい。

保険者に言わせると、昭和23年以来、すべての保険に関する基本権限を支払基金などに吸い上げてしまって、自分たちは被保険者から保険料を徴収し、支払基金に請求通りに支払うだけの機関となってしまったから、にわかに「保険者機能発揮の先駆たれ」と言われても何をしてよいのか戸惑うばかりだ。おまけに数年前に自分たちが審査・支払の権限があると言われたが、実態は「医療機関の合意」が必要で、その医療機関は支払基金以外の審査者を認めるはずもなく、合意は拒否権となっている。それで、何をせよというのか？ そう言いたいだろう。

現実に筆者は「01年憲法」を世に問うたころの05年ごろ、組合健康保険の理事者の何人かから話を聞いた。また、健康保険組合の幹部研修会の講師として、「いま進行している医療改革と医療に関する規制改革」と題しての講演をした。その時筆者が強調したのは、医療の世界の規制改革の狙いは、化石のようなこの世界に競争を導入することによって活性化を図ることにあると、いくつかの改革の事例をあげながら話を進めた。最後に、「この競争の導入は皆さんと無関係ではないということを理解していただきたい。保険者である皆さんも競争の中に入ります。それはどのように組合の活動を計画・管

理して組合員のため、保険料の一部を負担している会社のために役立つかが試される時代に入ります。これまでは特別なことは一切できなかった世界だったが、明日からはたとえば直接審査・支払、また個別契約をどのように活用して、他の組合では到底できないし、やっていないことをみなさんがやれるかどうかが問われているのです」と言って話を締めくくった。満場は水を打ったように静まりかえった。

それから6年。確かにそうだったという実感は筆者にもない。なぜだろうか。

2) 活躍の場を与えられなかった数十年

たしかにこれまでは保険組合の理事長に活躍の場は少なかった。特に被保険者に若年層が多かった1950～60年代には保険料収入も豊富で、各地に保養所を作る余裕さえあった。保険財政上の心配をする必要はなかったし、何かを企画したくても特別なことはできなかった。勢い保険者の役員は会社のなかでも必ずしも有能でない人でも務まり、また会社によってはそういう人事配置もした。

だが、「01年憲法」以降の動きは紆余曲折を経て、かつ、まだゴールにたどり着いたわけではないが、保険組合の幹部に対しても変化を求める方向に転じている。この傾向は少子高齢化の進行とともに、企業内でも同様の現象が生じ、保険運営をこれまでのように隠居仕事に置いておくことができない状況を招いている。

「01年憲法」を書いたときに、有識者の話を多く聞いた。その中に、「これからは保険組合の幹部の道を通らないとその会社の経営者にはなれない」時代になるという言葉が印象に残った。

被組合員だけでなく、その企業にとっても大きな負担となる健康保険組合の健全な経営は、今後は企業の主要な経営課題となることが予想される。それには企業の経営者がそのことに気づき、その力のある人材を組合の幹部に登用するかどうかにかかっている。

そのように選ばれた人が活躍して、組合員の健康管理を万全にするとともに、組合財政も有良企業並みとなるとすると、後は雪崩を打ったように人材の投入、認められた権限を最大限活用した経営という日が近づいている。

3) 規制改革と自己努力の双方が必要

そんな世界を保険者の世界で作るには、タガをはめてきた規制の側、はめられてきた保険者の側、双方が目的に向かって努力を重ねないといけない。規制があるから努力のしようがない、幹部が勉強していないからむだだ。互いにそういつていても、世の中は一步も進歩しない。

50年お待たせしましたが、これからいよいよ貴方方が活躍する場面が来ましたよ。そう言ってよいのが、現在のシチュエーションであり、それだけに機能を発揮する保険者の本当の活躍が望まれつつ待たれる。

以上