

医療費適正化と診療報酬審査支払制度

中 上 光 夫

目 次

はじめに

I 医療費適正化政策の歩み

II 診療報酬の審査支払制度

1. 診療報酬の請求

2. 審 査

3. 審査委員会

4. 再 審 査

5. レセプト電算処理化

6. 審査・再審査の財政効果

III 指導監査制度

結びに代えて

はじめに

医療にかかわる諸問題のかなりの部分は医療費の問題によって占められているといっても過言ではない。医療費問題とは、一方ではその調達の問題であり、他方ではその分配支出の問題であると考えられよう。現代においては、医療費の調達はそのほとんどが医療保険制度を通じて行われるから、この面では医療費問題とは医療保険の問題であるといえよう。保険料等の名目で集められた資金は医療制度を支えるために、医療を供給する側に回される。わが国では一般に、この方面の研究は医療費がどのような割合で分配さ

れたかを国民医療費のマクロ経済的分析として取り上げることが多い。

本稿は医療費配分問題を直接取り上げるものではないが、その研究の基礎作業としての医療費の流れの考察の一環として、医療保険制度から医療供給制度への医療費の流れの仕組みとその状況を、両者の接点である審査支払い制度に焦点を当てながら、現在の医療費政策の課題である「医療費適正化」を軸にして、整理し、検討したものである。

I 医療費適正化政策の歩み

1961年の国民皆保険体制の成立によってもたらされた医療需要の増大は、日本経済の高度成長に助けられて国民医療費を大きく増大させていった。1973年の第一次オイル・ショック以後日本経済が低成長に転じた後も、国民医療費の大幅な増加は続いた。その伸び率は国民総生産や国民所得の伸び率を上回り、1974年度には対前年増加率が36.2%と史上最高を記録し、1978年度には総額が10兆円を超え、翌年度には対国民所得比率が6%台に達した。(表1参照)

こうした状況の下で、サプライサイド・エコノミックスの考えに影響された政府によって、財政支出削減の一環として医療費抑制政策の口火が切られることになる。その政策は「医療費適正化政策」として、政府・厚生省によってその後も引き続いて推進されていくことになる。その内容は多面的であるが、本稿で取り扱う診療報酬審査支払制度に関する医療費適正化政策¹⁾の歩みは、次のようにまとめられよう。

1981年7月、第二次臨時行政調査会(臨調)の第一次答申は医療費の総枠

注1)「医療費適正化」は、医療制度全般において無駄を省き公正で効率的にすることという広い意味で使われる場合と、診療報酬の請求に関する不正・不当をチェックし、排除することという狭い意味で使われる場合とがある。藤井良治「医療費適正化対策の課題」、健康保険組合連合会編『社会保障年鑑』1984年版、東洋経済、3-10頁。本稿では、基本的に、後者の意味で使用される。

表1 国民医療費と国民総生産・国民所得・総人口の年次推移

年度	国民医療費		国民1人 当たり 医療費 (千円)	国民医療費の割合		国民総生産額		国民所得額		総人口 (千人)
	総数 (億円)	増加率 (%)		対 国民総生産 (%)	対 国民所得 (%)	(億円)	増加率 (%)	(億円)	増加率 (%)	
1954	2 152	...	2.4	88 239
'55	2 388	11.0	2.7	2.77	3.42	86 278	...	69 733	...	89 276*
'56	2 583	8.2	2.9	2.67	3.27	96 705	12.1	78 963	13.2	90 172
'57	2 897	12.2	3.2	2.62	3.27	110 768	14.5	88 681	12.3	90 928
'58	3 230	11.5	3.5	2.73	3.44	118 503	7.0	93 829	5.8	91 767
'59	3 625	12.2	3.9	2.61	3.28	138 929	17.2	110 421	17.7	92 641
'60	4 095	13.0	4.4	2.46	3.03	166 620	19.9	134 967	22.2	93 419*
'61	5 130	25.3	5.4	2.55	3.19	201 398	20.9	160 819	19.2	94 287
'62	6 132	19.5	6.4	2.75	3.43	222 827	10.6	178 933	11.3	95 181
'63	7 541	23.0	7.8	2.88	3.57	261 634	17.4	210 993	17.9	96 156
'64	9 389	24.5	9.7	3.10	3.90	303 019	15.8	240 514	14.0	97 182
'65	11 224	19.5	11.4	3.33	4.18	336 730	11.1	268 270	11.5	98 275*
'66	13 002	15.8	13.1	3.28	4.11	396 004	17.6	316 448	18.1	99 036
'67	15 116	16.3	15.1	3.26	4.03	463 330	17.0	375 476	18.7	100 196
'68	18 016	19.2	17.8	3.29	4.12	547 926	18.3	437 209	16.4	101 331
'69	20 780	15.3	20.3	3.20	3.99	648 907	18.4	521 178	19.2	102 536
'70	24 962	20.1	24.1	3.32	4.09	751 520	15.8	610 297	17.1	103 720*
'71	27 250	9.2	25.9	3.29	4.13	828 063	10.2	659 105	8.0	105 145
'72	33 994	24.7	31.6	3.52	4.36	965 391	16.6	779 369	18.2	107 595
'73	39 496	16.2	36.2	3.39	4.12	1 166 792	20.9	958 396	23.0	109 104
'74	53 786	36.2	48.6	3.89	4.78	1 381 558	18.4	1 124 716	17.4	110 573
'75	64 779	20.4	57.9	4.26	5.22	1 522 094	10.2	1 239 907	10.2	111 940*
'76	76 684	18.4	67.8	4.48	5.46	1 711 525	12.4	1 403 972	13.2	113 089
'77	85 686	11.7	75.1	4.51	5.50	1 900 348	11.0	1 557 032	10.9	114 154
'78	100 042	16.8	86.9	4.79	5.82	2 087 809	9.9	1 717 785	10.3	115 174
'79	109 510	9.5	94.3	4.86	6.01	2 254 018	8.0	1 822 066	6.1	116 133
'80	119 805	9.4	102.3	4.88	6.00	2 453 600	8.9	1 995 902	9.5	117 060*
'81	128 709	7.4	109.2	4.94	6.14	2 603 343	6.1	2 097 489	5.1	117 884
'82	138 659	7.7	116.8	5.07	6.32	2 734 615	5.0	2 193 918	4.6	118 693
'83	145 438	4.9	121.7	5.09	6.30	2 859 973	4.6	2 308 057	5.2	119 483
'84	150 932	3.8	125.5	4.94	6.20	3 057 253	6.9	2 436 089	5.5	120 235
'85	160 159	6.1	132.3	4.92	6.17	3 253 705	6.4	2 595 898	6.6	121 049*
'86	170 690	6.6	140.3	5.02	6.34	3 396 853	4.4	2 693 947	3.8	121 672
'87	180 759	5.9	147.8	5.07	6.42	3 562 636	4.9	2 817 375	4.6	122 264
'88	187 554	3.8	152.8	4.95	6.27	3 789 630	6.4	2 993 566	6.3	122 783
'89	197 290	5.2	160.1	4.86	6.20	4 062 449	7.2	3 183 424	6.3	123 255

注 1) 国民総生産額・国民所得額は、経済企画庁発表(1990年12月発表)による。
 2) 国民1人当たり医療費を算出するために用いた人口は、総務庁統計局推計による10月1日人口である。*は国勢調査の確定人口を示す。

資料 厚生省「平成元年度国民医療費」

(出所) 「国民衛生の動向 1991年版」『厚生への指標』臨時増刊、第38巻第9号、236頁。

抑制についての諸方策を提言した。

1982年7月30日の臨調の基本答申は医療費適正化対策を重ねて指摘し、医療費総額の抑制を要請した。9月24日、政府は臨調基本答申を受け、それを実行に移すために「今後における行政改革の具体化方策について」（「行革大綱」）を閣議決定した。その第一に医療費適正化問題が取り上げられ、医療費総額の抑制と医療資源の効率的利用のための対策が講じられることとなった。おおむね臨調答申に盛られた内容が政府の施策として推進されることになったわけである。

1982年10月1日、「行革大綱」の閣議決定を受けて、厚生省は「国民医療費適正化総合対策推進本部」を省内に設置し、事務次官を本部長に、必要な医療を確保しつつ医療の無駄を排除するという基本方針の下に、医療費適正化問題に真剣に対処することとした。すなわち、「近年医師の不正請求、過剰、濃厚診療など、医療保険制度に対する国民の信頼を著しく損なう事例が多く見られ、これら一部の不心得な医師のために医療保険全体の信頼が傷つけられることともなっている」²⁾との認識のもとに、厚生省は、花岡日本医師会会長の提唱する「自浄作用」³⁾のような医師会などによる自主規制を行政に取り込みつつ、特に不正請求の徹底的排除や老人病院での濃厚診療などにこれまでにない厳しい姿勢でのぞむという方針を採ったのである。また、患者負担の見直しに加えて、医療供給体制の見直しといった自由開業医制の根幹に触れることから従来見送られてきた問題にも取り組むことにしたのである⁴⁾。これは画期的な出来事と見なされた。

この間、同年8月には、老人医療費の適正化を意図した老人保健法が成立し、翌1983年2月に実施された。それとともに、「老人保健法の施行に伴う健康保険法等関係法令の一部の改正」がなされ、健康保険法第67条ノ2第3

2) 厚生省編『厚生白書』昭和57年(1982年)版, 84頁。

3) 実際のところ、医師が県の保険課や医師会に他の医師の監査請求の投書や告発をするのが「自浄作用」の実態であったという。高木安雄『医者と患者の経済学』勁草書房, 1983年, 38頁。

4) 同上, 37-38頁。

項において、保険医療機関等が不正行為によって診療報酬の支払いを受けたときは、その額を返還させるほか、その額の1割相当額を追加的に支払わせることができることとされ、保険医療機関に対する監督が強化された⁵⁾。

1982年には、民間においても、医療費適正化に向けた動きが見られた。5月には社会経済国民会議が報告書を発表し、7月には日経連が「医療費問題研究委員会」を設置した。11月には、健保連がその全国大会で医療費適正化推進を決議した。こうした背景には、医療費の不正請求、脱税など医療に係わる不正が跡を絶たないことに国民が反発し、当局に厳しい姿勢をとるよう望んでいたという事情がある。例えば、国税庁が発表した1980年度の税務調査の結果によれば、366人が診療報酬の不正請求を行い、その総額は27億円に達していた。しかも、これは氷山の一角と見られていた。また、1981年4月1日に、前年5月以来入退院を繰り返していた武見太郎日本医師会会長が引退を表明し、翌1982年3月31日に会長職を引退したことの影響も無視し得ない⁶⁾。1957年4月14日に会長に当選して以来四半世紀におよぶ武見時代が終わり、強大を誇った日本医師会の政治的圧力も低下し始めたのである⁷⁾。

1983年には、厚生省は本格的にレセプト審査の充実改善に着手した。限られた人数の審査委員が、限られた期間内にしかも限られた時間内に、膨大な数のレセプトを審査しなければならないので、かねてからレセプト審査は形式的になりがちであり、不正請求であっても辻褄が合えばほとんどが認められてしまうといわれていたのである⁸⁾。こうして、支払基金と国保連合会の審査委員が引き続いて増員され、政府管掌健康保険の傷病手当金等保険給付審査医師（非常勤）の配置が強化されるとともに、保険者のレセプト点検におけるコンピュータ利用が検討された（それに関連して、後述のように、

5) 厚生省保険局監修『医療保険実務六法——平成2年版——』社会保険法規研究会、1990年、147、265頁。

6) 『社会保障年鑑』1983年版、36、39、43-45頁。

7) 武見会長時代の日本医師会の力の源泉の一つは、当時は国民皆保険体制の成立による医療需要の増大によって顕著な医師不足が存在したということであるだろう。

8) 菅谷章編『現代の医療問題』有斐閣、1983年、50頁。

「レインボー・システム」構想が打ち上げられた)⁹⁾。同年12月の中央社会保険医療協議会では、医療費適正化に関連して、支払側は、診療報酬体系の合理化、投薬・検査の適正化、医療機関が領収書や医療費明細書の発行を徹底することや、不正医療機関の処罰を厳しくすることを主張し、診療側は医療費適正化の前提として診療報酬の引き上げを求めた。

1984年8月7日には健康保険法等の改正案（被保険者本人9割給付や国保の退職者医療制度の創設など）が可決され、一部を除き同年10月1日から施行された。この改革に際して、医療費適正化対策の推進は改革の重要な前提条件として位置付けられた。その対策の一環として、次の措置が講じられることになった。

(1) 一定額以上の極めて高い点数のレセプトを適正かつ効率的に審査するために、審査支払機関の中央段階に特別審査制を導入する。すなわち、医科55万点以上、歯科20万点以上、漢方薬5千点以上の診療報酬請求書については、社会保険診療報酬支払基金本部の特別審査委員会や国民健康保険中央会の特別審査委員会に集め、そこで審査する。（支払基金では1984年10月分から、国保中央会では1985年7月分から実施された。また、1986年7月から、医科については50万点以上に引き下げられた。）

(2) 保険医療機関の指定制度を見直し、診療等の内容が適切を欠く恐れがあるとして厚生大臣または都道府県知事から重ねて指導を受けた医療機関であって、不相当と判断されるものについては、知事が再指定を拒否できるようにする。

(3) 指導・監査体制を充実するため、厚生省に専門医で構成される顧問医師団を新設し、専門的医学判断が要求される難しい事例に迅速に対応できるようにする¹⁰⁾。

9) 矢野聡「医療費をどうチェックするか」、江見康一編『医療と経済』（明日の医療4）中央法規出版、1984年、256-257頁。

10) 『社会保障年鑑』1985年版、66-67頁。同1986年版、76頁。同1991年版、76頁。「保険と年金の動向 1991年版」『厚生指針』臨時増刊、第38巻第14号、17-18頁。

1984年10月の健保法等の改正の施行により医療費の伸び率は一時的に抑えられたが、1年ほどで元の伸び率と同程度に戻ってしまった。特に国民健康保険と老人保健の医療費，中でも入院医療費は大きな伸び率を示した。そこで厚生省は，入院医療費のウエイトの高い国民健康保険と老人保健の適正化に焦点を絞って指導を強化した。すなわち，基準看護病院の総点検，長期入院患者の家庭復帰促進，薬剤費・検査料・材料費の適正化，医療機関に対する指導監査体制の整備，レセプト審査の充実強化，診療報酬体系の合理化などを実施した¹¹⁾。これらの措置はその後も継続的に実施されることになっていく。

医療費適正化政策の一環として，1986年12月19日に老人保健法改正（一部負担の引き上げ，加入者按分率の引き上げや老人保健施設の創設）が成立し，1987年1月1日から施行された。

1987年度からは「国保3%推進運動」といわれる「国保財政充実強化推進運動」が始められた。これは (1)保険料(税)収納率の1%以上の引き上げ，(2)医療費適正化対策の徹底により医療費1%以上の財政効果の達成，(3)保健施設活動促進のため保健施設費として保険料(税)の1%以上の確保，を目指したものである。(2)の医療費適正化対策としては，レセプト点検の徹底や医療費通知の積極的实施などが謳われている。職域保険の側からの国保の自助努力要求が契機となって始められたもので，努力目標の3本柱はかねてから市町村が実施しており，新しいことではないが，その更なる徹底を求めたものである¹²⁾。

1987年6月26日厚生省国民医療総合対策本部が「良質で効率的な国民医療をめざして」中間報告を発表した。これに対しては，健保連など保険者団体は「従来の医療費適正化対策の枠を超え」，「医療システムにまで踏み込んだ諸対策」としておおむね肯定的に評価したが，日本医師会など診療側団体は

11)『社会保障年鑑』1986年版，29頁。同1987年版，72頁。

12)「国保3%運動は収納率向上等実績」『週刊社会保障』Vol. 43, No. 1552, 1989年9月11日，40-45頁。「国保保健事業推進を強調」同誌 Vol. 41, No. 1457, 1987年11月2日，11頁。

「医療費の抑制のみ」を目指すものとして批判した¹³⁾。

1987年12月に出された国保問題懇談会の報告を踏まえて、1988年6月には国民健康保険法が一部改定された。この改革の4つの柱の1つは、「高医療費市町村における運営の安定化」といわれ、国民健康保険の医療費が他と比べて特に高い市町村を指定して「安定化計画」を作成させ、国保安定化に向けて努力させると同時に、医療費の一定割合を超えた高額の部分については、保険料負担のほか、国、都道府県、市町村が共同で負担することにしたものである。具体的には、災害その他の特別な事情に係る額を控除した後の市町村の実績給付費（療養の給付等に要する費用の額の実績と老人保健法の規定による確定医療費拠出金の合計額）が、当該市町村の基準給付額（年齢階層別の医療給付費が全国平均と同じとした場合の療養の給付等に要する費用の額と老人保健医療費拠出金の額との合計額）に1.17倍を乗じて得た額を超える市町村を厚生大臣が指定し、安定化計画を作成させ、国や都道府県の支援の下に国保運営の安定化のための措置を講じさせるとともに、経営努力の結果を踏まえて、2年経過後においても実績給付費が基準給付費の1.20倍を乗じて得た額を超える場合、その超える額（「基準超過費用額」）については、保険料がその2分の1を負担し、残りの2分の1について国、都道府県、市町村が3分の1ずつ負担する¹⁴⁾というものである。この負担は都道府県や市町村に対する一種のペナルティーと考えられている。この安定化計画は指定された市町村では作成が義務づけられるが、指定されなかった市町村でも医療費の高い市町村では作成することが望ましいとされている。この計画では、在宅ケアの推進や被保険者への指導のような保健事業が重視される

13) 「国民医療総合対策本部が中間報告」『週刊社会保障』Vol. 41, No. 1440, 1987年7月6日, 8-11頁。また、この「中間報告」の分析、批判としては次の論稿が興味深い。「国民医療総合対策本部中間報告が狙う医療再編成の盲点」および「改めて中間報告について」、二木立『リハビリテーション医療の社会経済学』勤草書房, 1988年, 41-97頁。

14) 結局、国、「都道府県、市町村の負担する上限は「事情」控除後の給付費の0.5%になる」。「改正国保法の施行等で説示、説明」『週刊社会保障』Vol. 42, No. 1488, 1988年6月13日, 12頁。

とともに、従来から進められているレセプト点検や医療費通知も推進されることになっている。こうして、特に国民健康保険では、一層レセプト点検が強化されることになったのである¹⁵⁾。

1992年度においても審査支払機関の審査充実等の適正化対策が引き続き進められている。(表2参照)

II 診療報酬の審査支払制度

1. 診療報酬の請求

自費診療のような例外的な場合を別にして、わが国の医療機関は保険診療を行っている。この場合、「保険医療機関」(国保では「療養取扱機関」)は保険給付の対価としての診療報酬を、一部は、一部負担金として窓口で患者から徴収し、それ以外は診療報酬請求書や調剤報酬請求書によって医療保険の保険者に請求することになる。診療報酬の算定方法は中央社会保険医療協議会(中医協)の答申に基づいて決定された「診療報酬点数表」で決められており、また保険診療で使用できる医薬品の価格については「薬価基準」で定められている。保険医療機関は、これらに基づいて請求書を作成することになるが、診療報酬等の請求と支払いは請求者側(保険医療機関)と支払い者側(保険者)との間で直接やり取りするのではなく、両者の間に第三者的な審査・支払い機関が存在し、それが両者の業務を代行し、仲立ちすることになっている。この機関が、国民健康保険では都道府県の国民健康保険団体連合会(国保連合会)であり、それ以外の社会保険や公費負担医療制度では

15) 同上稿, 4-15頁。「医療費の地域差問題」同誌 Vol. 42, No. 1490, 1988年6月27日, 3頁。前掲「保険と年金の動向 1991年版」, 131-132頁。『社会保障年鑑』1989年版, 67頁。なお、医療費の地域差は社会的・文化的要因に基づいて形成されたものであり、その要因を無視して公的資金(保険料, 租税)の投入が削減され、それが自治体に転嫁されるならば、患者の病院からの追い出しを引き起こすだけでなく、過疎県の地域経済の衰退を加速するという「安定化計画」に対する批判がある。二木立「医療費地域差の背後にあるもの」『現代日本医療の実証的分析——統医療経済学——』医学書院, 1990年, 41-59頁。

表2 医療費支出の適正化対策（平成4年(1992年)度）

対 策	摘 要
<p>1. 指導監査体制の強化</p> <p>(1) 専門医師による顧問団の活用</p> <p>(2) 医療指導監査官、特別医療指導監査官、医療専門員、医療事務指導官及び国民健康保険指導監査専門医の確保</p>	<p>○</p> <p>○ 専門的分野の医師、歯科医師及び薬剤師からなる顧問医師団を活用し指導・監査を実施</p> <p style="text-align: right;">3年度 4年度</p> <p>顧問医師（非常勤） 20人→ 20人</p> <p>顧問医師の雇上げに要する経費 24百万円→24百万円</p> <p>○ 保険医療機関等の指定時及び更新時における指導の徹底及び機動的な指導監査体制を強化</p> <p>① 医療指導監査官（中央） 16人→ 16人</p> <p>② 特別医療指導監査官（中央） 6人→ 6人</p> <p>③ 医療専門員（非常勤）（地方） 47人→ 47人</p> <p>④ 医療事務指導官（地方） 162人→ 162人</p> <p>⑤ 国民健康保険指導監査専門医（非常勤）（地方） 24人→ 24人</p>
<p>2. レセプト審査の充実強化</p> <p>(1) 保険者におけるレセプト点検の充実</p> <p>(2) 都道府県におけるレセプト点検指導の充実強化</p> <p>(3) 支払基金、国保連における審査体制の強化</p> <p>① 高額レセプト等の重点審査</p> <p>② 審査体制の整備</p> <p>③ 再審査部会の充実</p>	<p style="text-align: right;">3年度 4年度</p> <p>1. 政管健保</p> <p>○ 傷病手当金等保険給付審査医師（非常勤）の配置 250百万円→262百万円</p> <p>○ 保険給付指導官の設置 57人→ 70人</p> <p>○ レセプト点検専門員の設置 120人→ 180人</p> <p>2. 都道府県</p> <p>○ 国民健康保険医療給付専門指導員の設置 94人→ 94人</p> <p>3. 支払基金</p> <p>○ 審査委員の増員（支部） 4,059人→ 4,209人</p> <p>○ 特別審査委員（本部） 33人→ 36人</p> <p>○ 審査専門部会の拡充（支部） 2,230人→ 2,385人</p> <p>○ 再審査部会の拡充（本・支部） 1,483人→ 1,726人</p> <p>4. 国保連合会</p> <p>○ 審査委員 3,267人→ 3,267人</p> <p>○ 審査専門部会 1,275人→ 1,275人</p> <p>○ 審査共助職員の増員 63人→ 79人</p> <p>○ 再審査部会 919人→ 919人</p> <p>○ レセプト点検専門員の増員 32人→ 47人</p>

	<p><国保中央会></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 審査連絡室 <ul style="list-style-type: none"> ・ 審査指導専門医師 9人→ 9人 ○ 特別審査委員 33人→ 33人 <p><市町村></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 非常勤医師等の雇上げ 282保険者→282保険者 		
<p>3. 医療費通知の充実等</p> <p>(1) 医療費通知の充実</p> <p>(2) 被保険者等の健康増進</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">3年度</td> <td style="text-align: center;">4年度</td> </tr> </table> <p>1. 政管健保</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 被保険者に対する医療費通知に必要な経費 1,826百万円→2,110百万円 ○ 健康管理手帳による被保険者教育に必要な経費 453百万円→ 403百万円 <p>2. 国 保</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 保険者における医療費通知制度の内容の充実 	3年度	4年度
3年度	4年度		
<p>4. 診療報酬(体系を含む)の合理化</p>	<p>○ 平成4年4月1日に、平均5.0% (医科5.4%、歯科2.7%、調剤1.9%)の診療報酬改定を実施し、合理化を図る。</p>		
<p>5. 薬価基準等の適正化</p>	<p>○ 平成3年6月取引分について実施した薬価調査の結果に基づき、平成4年4月1日に△2.5%程度(医療費ベース)の薬価基準等の改正を実施。</p>		
<p>6. 高医療費地域における医療費対策</p>	<p>○ 医療費の高い地域において、総合的な医療費対策を計画的に推進する。</p>		
<p>7. その他</p> <p>(1) 保険医療機関の指定拒否等</p> <p>(2) 入院医療費対策</p> <p>(3) 長期入院患者の家庭復帰及び在宅ケアの実施</p> <p>(4) その他</p>	<p>1. 診療内容が適切を欠くおそれがあるとして、重ねて指導を受けている保険医療機関について、指定の更新は行わないなど医療費適正化措置の適切な運用を図る。</p> <p>2. 指導、重点審査等により入院医療費の適正化対策を推進する。</p> <p>3. 長期入院者(6カ月以上)について家庭復帰、又は老人保健施設等への入所指導を行い、家庭復帰した者の家庭を対象として、保健婦等による在宅ケアを行う。</p> <p>4. 地域医療計画の推進を図る。また、医療法に基づく都道府県知事の勧告を無視して開設を行った医療機関について保険医療機関の指定を拒否するよう地方医療協に諮問する。</p> <p>5. 領収書の発行の励行及び医療費の明細書の発行の促進を図る。</p> <p>6. 健康管理センター長を招集し、意見交換を行い、今後の健康づくり事業の推進を図る。</p>		

(出所)『週刊社会保障』Vol. 46, No. 1675, 1992年2月10日, 19頁。

社会保険診療報酬支払基金（支払基金）の都道府県支部である¹⁶⁾。

診療報酬請求書の作成から診療報酬の支払いに至るおおよその流れは以下のごとくである。（調剤報酬の請求の場合も、似たようなものと考えられよう。）

1) 保険医療機関は、毎日、各患者の診療録（カルテ）の裏面に診療事項を診療行為別に分類整理し、点数を記入する。一部負担金を徴収した場合には、その金額も記入する。

2) 毎月、月末からその翌月の初め（10日以前）にかけて、前記のカルテに基づき、次の要領で患者ごとに診療報酬明細書（レセプト）を作成する。（図1参照）

a) レセプトに、まず、被保険者証の記号・番号、患者名、性別、生年月日、医療機関の名称と住所などを記入する。

b) 患者ごとにカルテに基づき、診療行為を項目別に整理計算し、点数をレセプトに記入する。病名、診療開始年月日、診療実日数、転帰（治癒、死亡、中止の区別）も記入する。

3) レセプトを保険者別等に分類小計して診療報酬請求書を作成する。（図2参照）

4) 記載内容を確認、再点検したレセプトと診療報酬請求書を支払基金提出分と国保連合会提出分とに分け、それぞれを入院と入院外、保険者別等定められた順序に綴じる（編てつする）。

5) 編てつしたレセプトと診療報酬請求書は、毎月10日以前に各地区の医師会整備委員会に提出し、そこで記載内容について整備が行われ、整備印が押されて一括して各都道府県の支払基金支部や国保連合会に搬送される。あるいは、各保険医療機関が地区医師会整備委員会を通さずに、直送分として、毎月10日（実際には5日から8日頃）までに支払基金支部や県国保連合

16) 労働者災害補償保険の場合は都道府県の労働基準局に、自動車損害賠償責任保険の場合は各保険会社に、診療報酬等の請求書が提出される。これらの場合は支払基金では取り扱われない。山本弦治『診療報酬の請求 [基礎編]』医学通信社、1991年、11頁。

図1 診療報酬明細書（レセプト）の様式の実例

診療報酬明細書 平成 年 月分				医療機関 コード															
				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">保 険 者 番 号</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>被保険者証・被保険者手帳の記号・番号</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>				保 険 者 番 号						被保険者証・被保険者手帳の記号・番号					
保 険 者 番 号																			
被保険者証・被保険者手帳の記号・番号																			
氏名	(男・女)明・大・昭・平 年生			保険医療機関の所在地及び名称															
								職務上の事由 職務上・下船後3月以内・通勤災害											
傷病名	(1)	年	月	日	診療実日数 日 ④ 社保単独(本人・入院外) 転 帰 治ゆ 死亡 中止														
	(2)	年	月	日															
	(3)	年	月	日															
①初診 ②再診 ③指 導 ④在 宅 ⑤投 薬 ⑥注 射 ⑦処 置 ⑧手麻酔・酔 ⑨検 査 ⑩画 診 ⑪その他 合 計	時間外・休日・深夜	回	点																
	再時間外	×	回	点															
	休日	×	回	点															
	深夜	×	回	点															
	外来管理	×	回	点															
	往診	回	点																
	夜間	回	点																
	緊急・深夜・暴風雷雨・難路	回	点																
	その他	回	点																
	②内服	回	点	単位															
	②外用	回	点	単位															
	②調剤	回	点	単位															
	②調剤	回	点	単位															
	②調剤	回	点	単位															
	③皮下筋肉内・静脈内	回	点																
③その他	回	点																	
薬 剤	回	点																	
薬 剤	回	点																	
薬 剤	回	点																	
薬 剤	回	点																	
薬 剤	回	点																	
処方せん	×	回	点																
薬 剤	回	点																	
合 計			点	決定	※	点	一部負担額	円											

備考 1. この用紙は、B列5番(白紙黒色刷り)とすること
 2. ※印の欄は、記入しないこと
 3. この様式は、社会保険単独の者であって被保険者又は被保険者であった者であるものに係る診療報酬明細書(入院外分)用とすること。

(出所) 厚生省保険局監修『医療保険実務六法』平成2年版, 226頁。

会に直接提出する。

6) 支払基金都道府県支部や都道府県国保連合会では、保険医療機関届等の確認をして受付の手続きをする。受付を終えたレセプトと診療報酬請求書については、まず、「事務点検」が行われる。患者名、傷病名、保険者名等の記載事項の遺漏や誤記、投薬、注射、手術等の請求点数の誤記や計算ミス、その他請求手続き上の誤りについてのチェックがなされる。不備のあったレセプトは「補正」や医療機関への「返戻」等の処理がなされる。返戻されたレセプトは、訂正して翌月分の請求時に再提出できる。事務点検で、内容等に疑義があると見なされたレセプトには「疑義付箋」が貼付される。また、高点数のレセプトはこの段階でより分けられて、中央の特別審査に委ねられ、そこでの審査が済んだ後、元の支払基金支部や県国保連合会に戻される。

7) 事務的整備を終えた請求書とレセプトは、医療機関ごとに「審査録」を添付して、支払基金や国保連合会の審査委員会に回される。審査委員会は、診療担当者を代表する者、保険者を代表する者、学識経験者の三者によって構成され、レセプトに基づいて、診療内容が「保険医療機関及び保険医療養担当規則」や「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」に合致しているか、医学の良識に基づいているかを審査する。審査委員会は数日間にわたって開かれる。この段階で、不備や不当・不正が発見され返戻されるレセプトもある。

8) 審査の結果、問題がなければ請求額がそのまま認められるが、請求内容が妥当でないと考えられるものについては減点査定が行われ、請求洩れや算定の誤りによる過少請求分については増点が行われる。この増減点は、通常、提出した月の末日までに「増減点連絡書」によって関係医療機関に通知される。医療機関によっては、今後留意すべき点を指摘する「留意事項通知書」を送付されることもある。保険医療機関は査定に異議があるときには、審査委員会に「再審査の申し立て」を行える。この第一次の審査の結果、各医療機関への支払い額が差し当たり決まるが、その後で、電子計算機または手作業により、それを算定し、保険者ごとに振り分け、各保険者への請求額

を算定するという処理が行われる。

9) 支払基金支部と県国保連合会は各保険者に、当該保険者に対する診療報酬の払い込み請求書と保険医療機関から提出された診療報酬明細書を送付する。

10) 請求を受けた保険者は、請求書とレセプトによって請求点数や請求内容を再度点検するとともに、適正と判断された請求金額を支払基金や国保連合会に払い込む。この段階でレセプトの過誤が発見された場合には、保険者は支払基金や国保連合会に再審査（「過誤調整」）を求めることになる。

11) 支払基金や国保連合会は保険者から払い込まれた資金とあらかじめ委託されている資金から個々の保険医療機関に診療報酬を支払う。請求から1カ月（診療月から2カ月）遅れの支払いとなる。また、医療機関や保険者からの支払基金や国保連合会に対する再審査請求は、それが認められた場合にはその後の診療報酬の支払いの際に清算される¹⁷⁾。

2. 審 査

保険医療機関にとって、診療報酬請求の減点査定は直ちに収入の減少を意味するから、大問題である。しかし、減点査定をもたらす審査の内情は公式には明らかにされていないようだ¹⁸⁾。実際には、支払基金や国保連合会には審査委員会をバックアップするための「審査事務共助」の体制が設けられており、事務職員の行う「事務点検」が事実上の審査の第一段階となる。

受け付けられた各医療機関のレセプトの束には「審査録」が添付されるが、これは部外秘の内部資料で、医療機関に対するエンマ帳のようなもので

17) 関根博編集『保険請求事務の徹底戦略』メジカルビュー社、1987年、15-23頁。福田文夫「レセプト点検のすすめ——医科[解説編]」、『健康保険』臨時増刊No. 8、第44巻第10号、1989年10月、4、8頁。山本弦治、前掲書、5-12頁。総務庁行政監察局編『国民健康保険事業の現状と問題点——総務庁の行政監察結果からみて——』大蔵省印刷局発刊、1988年、70-71頁。

18) 支払基金や国保連合会はレセプト審査の内容に関するジャーナリストの取材に対して返答を拒否しているという。保阪正康『日本の医療——バラ色の高齢化社会は崩壊するか……——』朝日ソノラマ、1989年、94-95頁。

ある。そこには療養担当医数、標榜診療時間、(保険医療機関としての)指定年月日が記載されており、さらに月々の審査の度ごとに、入院・入院外の1件当たり平均点数、所見などが記入され、「可・概可・稍不可・要注意」のいずれかに毎月マルがつけられる¹⁹⁾。

「審査録」が添付された後、「類別区分」が行われる。これは、保険医療機関を、数カ月間の「増減点、返戻及び過誤発生の実績」に基づき、その実績の「ほとんどないもの」、「比較的少ないもの」、「多いもの」に区分することである。また、医療機関別の1件当たり平均点数、1件当たり平均日数、1日当たり平均点数などに基づき、重点審査対象となる医療機関を選定するというも行われている。

これらなどを参考にして、支払基金や国保連合会の職員によって「事務点検」が行われるのである。これは、制度上は請求手続き面でのチェックということになっており、保険医療機関コードの確認等の形式審査、請求点数の検算や点数表との照合等の事務審査がそれにあたる²⁰⁾が、実際にはそれに止まらず診療内容に踏み込んだスクリーニングになっている。少数の審査委員だけでは大量のレセプトを審査しきれないので、事務職員が点検をしているのである。しかし、制度上彼らに診療内容を審査する権限がないので、疑義あるレセプトに問題点を指摘する「疑義付箋」を貼り、審査委員にその判断を委ねるという方法が採られている。審査委員はすべてのレセプトを審査することになっているが、実際には「事務点検」で問題のあったものだけを見ることが多いといわれる²¹⁾。審査は書面だけに基づいて行われるといえる。審査委員は、医療機関に対してカルテやレントゲンフィルムなどの提出を求める権限をもっているが、手続きが面倒なのでほとんど行われ²²⁾。性

19) 岡本悦司「診療報酬審査の実態」『病院』第49巻11号、1990年11月、960-962頁。

20) 総務庁行政監察局編、前掲書、61、71頁。

21) 岡本悦司、前掲論文、961頁。

22) 中央の特別審査委員会に回される特別高額療養分のレセプトには、カルテ等のコピーの添付が要請されている。関根博編集、前掲書、107頁。

別、年齢、病名、日数、症状説明などの限られた情報に基づき、「療養担当規則」²³⁾や医学の良識に照らして診療内容の妥当性が判断されるしかないのである²⁴⁾。

具体的には明瞭であるとはいえないが、次のような「基準」によって減点査定が判断されると考えられている。1)非常に多くの病名を列記するというように、多数の他の医療機関と明らかに異なる傾向が見られる。2)病態の差があると考えられる(例えば、診療開始日が異なる)のに、画一的な診療が行われている。3)病名や症状とバランスのとれた診療内容となっていない。4)病状の推移とかかわりなく、長期間、漫然と注射や投薬が行われている。5)所見や症状説明が付記されるべき場合であるのに、なされていないか不足している。6)説明がなされていても、抽象的であ

23)「保険医療機関及び保険医療養担当規則」には、例えば次のような規定がおかれている。「第2章 保険医の診療方針等 第12条 保険医の診療は、一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診療をもととし、患者の健康の保持増進上妥当適切に行わなければならない。第18条 保険医は、特殊な療法又は新しい療法等については、厚生大臣の定めるもののほか行ってはならない。(以下略) 第19条 保険医は、厚生大臣の定める医薬品以外の医薬品を患者に施用し、又は処分してはならない。(以下略) 第20条 医師である保険医の診療の具体的方針は、(中略)次に掲げるところによるものとする。二 投薬 イ 投薬は、必要があると認められる場合に行う。ロ 治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する。ハ 同一の投薬は、みだりに反復せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない。ホ 投薬量は、予見することができる必要期間に従い、おおむね、次の基準による。(1)内服薬は、一回二日分を標準とし、外用薬は、一回五日分を限度として投与する。(2)帰郷療養等特殊の事情がある場合において、必要があると認められるときは、旅程その他の事情を考慮し、一回十四日分を限度として投与する。(3)厚生大臣の定める内服薬は、厚生大臣の定める疾患に罹患している者に対し、症状の経過に応じて一回三十日分を限度として投与する。四 注射 イ 注射は、次に掲げる場合に行う。(1)経口投与によって胃腸障害を起すおそれがあるとき、経口投与をすることができないとき、又は経口投与によっては治療の効果を期待することができないとき。(2)特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。(3)その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。ハ 混合注射は、合理的であると認められる場合に行う。(以下略)」前掲書『医療保険実務六法』、210-211頁。

24) 岡本悦司、前掲論文、962頁。

ったり、類型的である。概要を書いてあっても、日付や検査等が記されていない。7) 例えば、経口剤もある薬剤を、薬剤投与を中止する日まで、すなわち経口投与が可能になった時期以降も、注射によって投与したというように、療養担当規則の規定から逸脱している²⁵⁾。

減点査定された診療報酬請求のかなりの部分が薬剤である。薬剤は、さらに、次のような理由によって減点されると考えられている。1) 投与量過剰。投与必要量を検査等によって明確にしていない。2) 長期投与。3) 病名や症状に対して適切な薬剤が選択されていない。4) 同効薬の併用。5) 薬剤投与が、薬剤の添付書類に例示された用法以外で行われている。6) 症状が重篤の場合には認められる薬剤の用法であっても、レセプト全体からは症状が重篤であるとは読み取れない。7) 内服薬の投与は、「特殊の事情」がある場合、1回に14日分まで可能とされるが、この「特殊の事情」が存在すると見なされない。8) 同一効果をもつ薬剤の選択において経済的配慮が欠如している²⁶⁾。

3. 審査委員会

診療報酬請求書を審査するために、支払基金の支部ごとにあるいは都道府県の国保連合会ごとに審査委員会が置かれ、中央に特別審査委員会が置かれている。審査委員会や特別審査委員会は診療担当者代表、保険者代表、学識経験者（公益代表）の三者同数ずつで構成される。診療担当者代表と保険者代表の委員については、それぞれの関係団体の推薦により、支払基金の場合はその支部の代表者である幹事長によって、国保連合会の場合は都道府県知事によって委嘱される。支払基金の学識経験者については、都道府県知事の推薦により、幹事長が委嘱し、国保連合会の公益委員は知事が委嘱する。（社会保険診療報酬支払基金法第14条、国民健康保険法第88条）特別審査委員会の場合は、厚生大臣が委員を委嘱する。（社会保険診療報酬請求書審査

25) 関根博編集，前掲書，85，86，101，103頁。

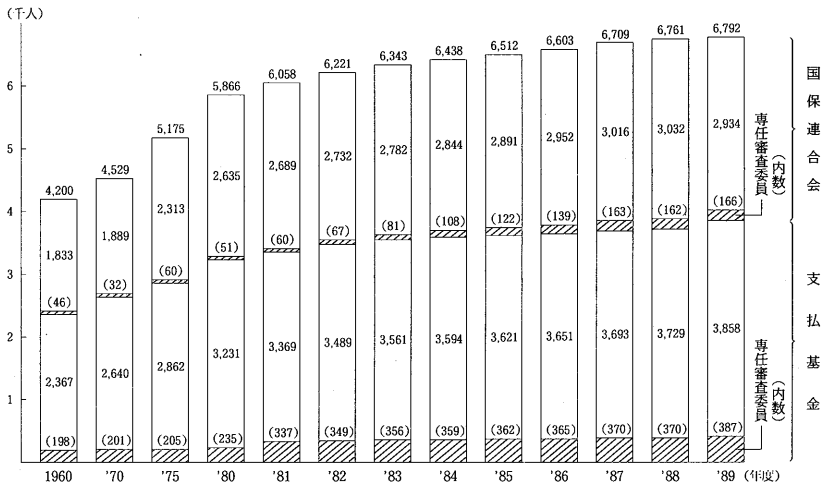
26) 同上，87，90-98頁。

委員会及び社会保険診療報酬請求書特別審査委員会規程第13条、国民健康保険法施行規則第43条の2) 実際には、診療担当者代表には医師会、歯科医師会などから推薦されたその関係者が選ばれ、保険者代表には国や市町村や健康保険組合などの保険者が推薦する国公立や保険者立の病院の医師が選ばれ、学識経験者には、一般に医科大学や「高度医療機関」の専門医が選ばれるといわれる。現在は、これらの委員はすべて医師、歯科医師、薬剤師であるが、特に資格が要件とはされていないので、1977年頃までは医師等でない委員もいたという。また、本来ならば診療担当者代表であるべき者が学識経験者となっているといった三者構成の意義を損なうようなケースもあったが、厚生省の度重なる通達によって是正されつつあるといわれる²⁷⁾。

審査の充実のために厚生省は審査委員の数を着実に増やしている。近年においては、中でも専任審査委員の増加率が大きい。(図3参照)

国保連合会の場合、1991年5月において、審査委員定数は、県別では222

図3 審査委員数の推移



(出所) 医療保険制度研究会編集『目で見える医療保険白書——医療保険の現状と課題——』平成3年版、ぎょうせい、1991年、154頁。

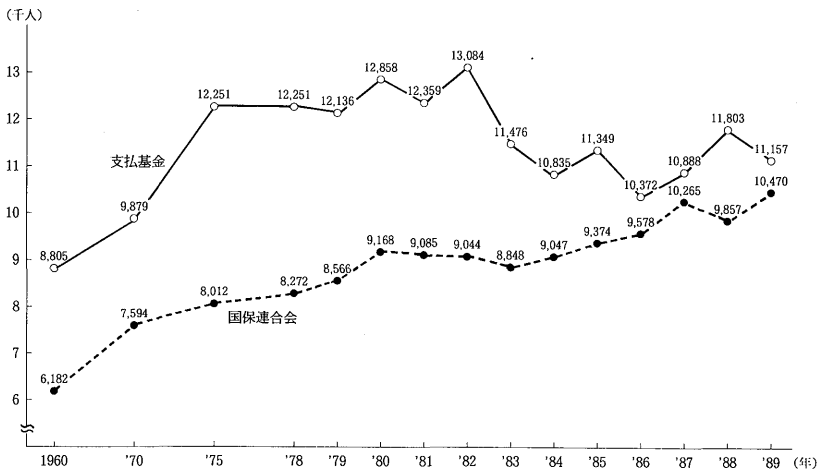
27) 岡本悦司, 前掲論文, 963頁。

人と最多の東京から18人と最少の鳥取まで、合わせて3,002人である。同月において、国保連合会の審査委員会は、県ごとや医科・歯科・薬剤の別により異なるが、だいたい4～5日間開催され、審査委員は1人当たり平均3.4日出席し、1日につき平均3.5時間執務し、1日に平均3,238件の請求書を審査した。また、全国で計3,885人の審査事務担当職員がいて、1人当たり1カ月に平均8,407件の審査を取り扱った²⁸⁾。

支払基金の場合も、1989年度末現在、全国の支部を合わせて3,858人の審査委員がおり、毎月20日前の3～7日間（34県では4～5日間）の午後半日に審査委員会を開催した。1990年2月において、審査委員1人が平均11,949件の請求を取り扱ったことになる²⁹⁾。

受療機会の増加などのために、審査委員数の増加にもかかわらず委員1人当たり取扱件数は高い水準にある。(図4参照)

図4 審査委員1人1月当たりの取扱件数の推移



(注) 支払基金は、毎年2月分、国保連合会は、毎年5月分。

(出所) 図3と同じ。

28) ㈱国民健康保険中央会『平成3年版 都道府県国民健康保険団体連合会事業の概要』1991年、統8、159、160、166、168頁。

29) 社会保険診療報酬支払基金『基金年報 平成元年版』1990年、11、19、20頁。

医師会など診療側の団体は、当然のことながら、医療費の抑制に反対する立場にあり、診療報酬の審査の強化に反発する。しかしながら、それらの団体も不正請求を是認することはできないし、その存在を否定することもできない。医師会などの診療報酬請求の審査についての立場はアンビヴァレントな側面をもつといえるだろう。審査委員会は非公開で合議制の下で決定されることになっている。審査の適正化・充実化も、医師会などの代表を含む審査委員の医師らが医療機関から出された診療報酬請求をチェックすることによってしか進められない。1980年当時「減点させまいとする医師会系委員の意見が強く、とても公正な審査はできなかった³⁰⁾」という発言もあったが、こうした状況であれば、医療費の適正化は進まない。もし医師会が審査の強化への反発から、かつての中医協におけるがごとく、審査委員会から代表の委員を引き上げたならば審査は行えなくなるが、もはやそうしたことは行われない。一方、個人のレベルで見ると、審査委員のポストが「医政への登竜門」と見なされているのだという。かくして、行政や保険者は医師同士を牽制させることで医療費節減を果たそうとしているともいわれる³¹⁾。

4. 再審査

都道府県の支払基金支部や国保連合会の審査の結果に対しては、医療機関の側からも保険者の側からも再審査を申し立てることができる。この申し立ては、審査委員会の再審査部会において処理される。医療機関側は書面で、あるいは審査委員と直接に面談して診療内容に理解を求めることによって、減点査定された請求額を回復することができる。しかし、再審査を申し立てて「目をつけられる」ことを警戒する気持ちや「減点される以上に請求すればよい」という考えもあるといわれているが、医療機関側からの再審査申し立ては、増加傾向にあるとはいえ、相対的にかなり少ない³²⁾。

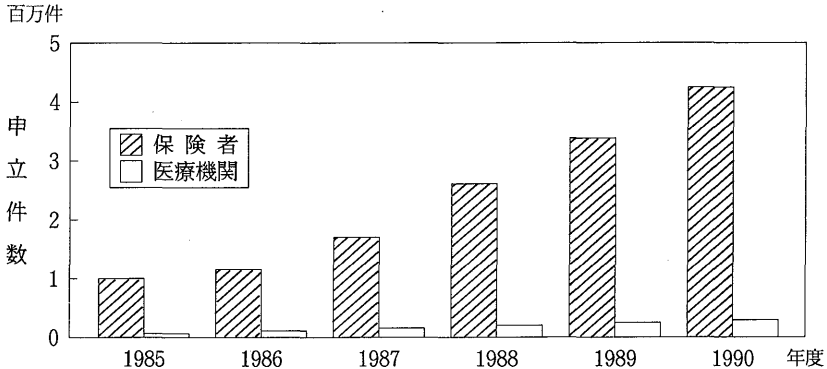
30) 菅谷章編, 前掲書, 302頁。

31) 岡本悦司, 前掲論文, 963頁。

32) 同上論文, 962頁。

これに対して、保険者側からの申し立ては非常に多く、しかも急増している。(図5参照)それは、国の医療費抑制＝適正化の方針の下で、保険者が財政安定化のために積極的にレセプト点検を進めているからである。

図5 国民健康保険連合会における再審査申立件数の推移



(出所) 岡本悦司「国保統計からみた再審査の状況」『病院』第50巻7号, 604頁。国民健康保険中央会『平成3年版都道府県国民健康保険連合会事業の概要』, 266-267頁により追加。

保険者によるレセプト点検では、支払基金や国保連合会が審査の際に見落としたレセプト上の単なる誤記や計算ミス³³⁾を再点検するというだけでなく、一般に、審査委員会が発見できないまたは発見しにくい過誤を発見することが重視されている。保険者は送付されたレセプトを番号順に並べて保管するとともに、被保険者台帳と照合し、「縦覧点検」(「連続点検」ともいう)すなわち過去のレセプトに溯った点検を行うという支払基金等に不可能または困難な点検を行うのである。被保険者台帳との照合により、被保険者

33) もとより審査支払機関にとって自らの「責めに属する事務上の過誤」の発生は、保険者等からも「厳しい指摘」がなされる重大な問題であって、「業務精度の向上」によるその防止は絶えず重要な課題となっている。cf. 「重点審査の範囲拡大等を指示連絡(第50回全国支払基金幹事長会議)」『週刊社会保障』Vol. 42, No. 1482, 1988年5月2日, 4-7, 10-13頁。「審査処理体制の充実で実効に努力(支払基金幹事長会議)」同誌 Vol. 44, No. 1576, 1990年3月5日, 44-45, 48-51頁。「支払基金が初の中長期計画を策定」同誌 Vol. 44, No. 1603, 1990年9月10日, 44-49頁。

番号の誤り、本人・家族区分の誤り、資格喪失後受診など被保険者の資格に関する過誤請求がチェックされる（「資格点検」）。また、外傷関係の保険給付がなされた場合、業務上災害のように保険者の給付外でないのか、あるいは交通事故のように第三者の不法行為の被害を受けたことによるもので、保険者が被保険者の損害賠償請求権を代位取得できるのかを保険者は被保険者に問い合わせて確認する。同一医療機関から誤って全く同一のレセプトが同じ月にあるいは複数月にわたって提出されたとしても、支払基金等の審査ではこうした重複請求の発見は困難であるが、保険者で番号順に並べて「縦覧点検」を行えば容易に発見されるといわれる。初診料算定の誤り（例えば、3月26日に「右大腿部慢性湿疹」で初診があり、4月も引き続き治療中に「急性扁桃腺炎」を発病し、4月4日に初診があった場合の后者の初診料算定はルール違反である。）、再診料算定の誤り（例えば、胃潰瘍で総合病院の外科病棟に入院中の患者が中耳炎を起こし、耳鼻科外来診療室に通って治療を受けた場合、中耳炎の治療は耳鼻科の外来診療としては扱われず、耳鼻科診療を含めてその患者の入院診療として扱われるので、耳鼻科の再診料算定はルール違反となる。総合病院は、入院・外来別、各診療科別にレセプトの綴りを提出するので、支払基金等ではこうしたケースの確認は困難である。）、多日数投薬の誤り、調剤技術基本料や検査判断料の重複算定も番号順に並べれば発見は簡単であるといわれる。入院時医学管理料は入院期間に応じて段階的に低くなる点数が定められており、支払基金等はレセプトに記入された入院日等に基づきこの点数を審査することになるが、保険者は「縦覧点検」により実際の入院日を確認することができ、大きな過誤点数を発見することがあるという。診療内容に関する点検（「内容点検」）も保険者によって行われる。保険者は、明確な誤りを発見したときには、審査機関に直ちに過誤調整を行うよう申し出、疑義のあるものについては、再審査の上で過誤調整を行うよう申し出る³⁴⁾。

34) 福田文夫、前掲「レセプト点検のすすめ——医科〔解説編〕」, 1, 8, 10, 16, 102-103, 116-117頁。総務庁行政監察局編、前掲書, 69, 71-72, 110頁。

5. レセプト電算処理化

社会保険診療報酬支払基金では、業務量の増大に対処するため、1967年10月に東京、神奈川、千葉、埼玉の4支部において計算業務の機械化が開始された。それ以来、1973年11月までに19支部においてOCR方式による機械化が図られた。このシステムでは、OCRジャーナルリーダーを入力機器とするOCR加算機を用いて、支部は審査が完了したレセプトを原票として入力データを作成し、計算センターに送付する。委託された計算センターでは、コンピュータによって医療機関別支払い額計算、保険別請求額計算ならびに関係帳票を作成し、支部に送付するというものであった。

機械化が未導入であった28支部では、1976年11月からKTD (Key-To-Disk)方式による機械化が実施された。「このシステムは、支部に、ミニコンピュータを設置し、入力機(キーエントリー)により、データを磁気ディスクに記録させ、送信磁気テープを作成のうえ、特定通信回線を通じ委託計算センターへ送信する。委託計算センターでは、コンピュータにより医療機関別支払額計算、保険者別請求額計算を行い、特定通信回線を通じ、支部へ関係帳票のデータを還元するものである」³⁵⁾といわれる。

ところが、1976年11月には技術革新からOCR方式の加算機が製造中止になり、検討の結果、フロッピーディスク方式が採用されることになり、1979年度から1981年度までの3年計画をもって切り替えられた³⁶⁾。

もう一つの審査支払機関である都道府県国保連合会の場合、それぞれが独立した組織であるためコンピュータの導入はばらばらに進められた。「連合会が行う形式審査及び事務審査の一部並びに保険者が行う資格点検、縦覧点検等内容点検の一部の効率化に資するため、電子計算機を利用して点検調査の必要のあるレセプトの一覧表(点検リスト)を作成する保険者事務共同事業」が厚生省によって推進されていたが、1985年9月時点で、総務庁が行政

35)『社会保障年鑑』1978年版、129頁。

36)『社会保障年鑑』1976年版、107-110頁。同1978年版、126-129頁。同1983年版、136-139頁。同1985年版、161-164頁。

監察した17の県国保連合会のうち8連合会が未実施であった³⁷⁾。1991年4月1日現在、すべての県国保連合会において少なくとも診療報酬の請求書かレセプトがコンピュータ入力されているが、各連合会により入力原票はパンチカードの場合と磁気テープの場合とがあり、また出力される帳票類の数にも大きな差異がある³⁸⁾。

審査支払機関の内部におけるコンピュータ化の動きと平行して、1983年3月に厚生省は診療報酬請求システム全体のコンピュータ化を意図して「レインボー・システム計画」を構想した。これは、手書きの診療報酬請求書やレセプトによる診療報酬の請求を逐次フロッピーディスク等の磁気媒体によるものに切り替えて、レセプト点検をコンピュータで一括処理するようにしていき、さらに、医療機関、審査支払機関、保険者をつなぐオンラインシステムの構築をも目指していた。この計画は、電算化によって事務の簡素化や迅速化を促進し、データベースの蓄積を図るという目的のほかに、医療費を抑制するために医療内容の平均値や偏差値などの統計データを作成し、審査体制を強化するということをも目的としていると考えられた。そのため、日本医師会が反対し、この計画は実施直前に頓挫した³⁹⁾。

この計画の失敗以後、厚生省はレセプト電算処理システムに対して慎重な姿勢をとった。こうした事情のため、情報化時代といわれる中で診療報酬請求審査支払制度は情報化への対応が非常に遅れることになった。一方、医療機関内部における診療報酬請求業務のコンピュータ処理化は80年代を通じて急速に進展しつつあった。1990年5月には医科の医療機関数の約4割がコンピュータを導入し、レセプト件数総数の約65%がコンピュータ処理されていた。(表3参照) こうした医療機関と審査支払機関、それに保険者の内部でのコンピュータ処理化が進展する中で三者を結び付けるシステムの構築が図られるのは自然な成り行きであった。1988年に至り厚生省は日本医師会執行

37) 総務庁行政監察局編、前掲書、74、79頁。林克茂「レセ処理システムと国保」『週刊社会保障』Vol. 43, No. 1542, 1989年7月3日, 56頁。

38) 国民健康保険中央会、前掲書、284-293頁。

39) 関根博編集、前掲書、9、11-12頁。矢野聡、前掲論文、254-257頁。

表3 レセプト電算化状況(全国)

a. コンピュータ利用医療機関数

	電算機利用医療機関数					電算化率(%)				
	医科	歯科	調剤	施設	計	医科	歯科	調剤	施設	計
1986年5月診療分	17 939	5 823	1 463	—	25 225	22.7	12.4	9.5	—	17.8
1987年5月診療分	21 161	7 531	1 918	—	30 610	26.6	15.5	12.3	—	21.3
1988年5月診療分	24 594	9 402	2 411	—	36 407	30.9	18.8	15.3	—	25.0
1989年5月診療分	28 251	11 869	3 082	6	43 208	34.9	23.1	19.3	4.2	29.1
1990年5月診療分	32 226	14 530	3 909	18	50 683	39.3	27.5	23.8	5.9	33.4

b. コンピュータ処理レセプト件数

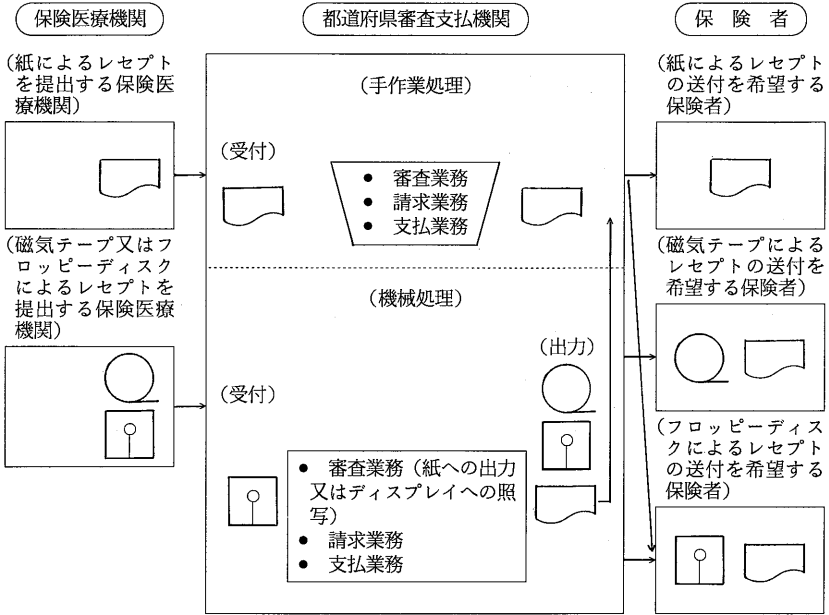
	電算化レセプト件数					電算化率(%)				
	医科	歯科	調剤	施設	計	医科	歯科	調剤	施設	計
1986年5月診療分	14 480 524	1 328 388	1 149 814	—	16 958 726	41.1	17.5	34.2	—	36.7
1987年5月診療分	16 634 100	1 663 765	1 423 796	—	19 721 661	47.2	21.7	40.8	—	42.5
1988年5月診療分	18 851 500	2 057 116	1 713 392	—	22 622 008	52.9	25.9	46.5	—	47.9
1989年5月診療分	21 799 659	2 657 359	2 177 251	291	26 634 560	58.7	31.4	53.7	9.0	53.6
1990年5月診療分	24 912 017	3 232 647	2 723 006	801	30 868 471	64.5	36.9	60.7	9.1	59.5

(出所) (財)医療保険業務研究会調べ。『週刊社会保障』Vol. 45, No. 1648, 1991年7月29日, 7頁。

部との密接な連携のもとに、再びレセプト電算処理システムの計画を明らかにした。(図6参照)これは「紙のレセプトのほかに、磁気媒体(磁気テープ、フロッピーディスク)のレセプトを採用し、保険医療機関、審査支払機関、保険者を通じて、一貫した整合性のあるシステムを導入することにより、増大する業務の軽減、事務処理上の迅速化を図る」ことを目的とするもので、データを診療報酬請求の事務以外のために使う場合については日本医師会と厚生省でチェックシステムを作って管理するので、レインボー・システム計画とは全く無関係であるとされた⁴⁰⁾。1988年11月からこのレセプト電算処理システムによる紙のレセプトと磁気媒体によるレセプト請求を併用した「技術評価試験」が、審査支払機関と保険者に加えて、13の医療機関とコ

40) 「90年代にレセ電算化を完成」『週刊社会保障』Vol. 44, No. 1568, 1990年1月1・8日, 63-65頁。

図6 第I期システム概念図



(出所) 「17診療所で医療費をフロッピー請求」『週刊社会保障』Vol. 45, No. 1648, 8頁。

コンピュータメーカー6社の参加のもとに実施された。引き続き1991年10月から第二段階の実験として磁気媒体（フロッピーディスク等）のみによるレセプト請求を行う「試行的実験（パイロット・スタディ）」が17の医療機関を対象にして実施されている。今後は、パイロット・スタディを特定地域で実施し、さらに、条件整備のできた都道府県からシステムの本格実施に入り、順次全国に拡大していくという計画になっている⁴¹⁾。

41) 「17診療所で医療費をフロッピー請求」『週刊社会保障』Vol. 45, No. 1648, 1991年7月29日, 6-9頁。「十月からパイロット・スタディ」同誌 Vol. 45, No. 1646, 1991年7月15日, 49-50頁。前掲「90年代にレセ電算化を完成」。ただし、国保連合会は、現有のコンピュータでもって「レセプト電算処理システム」に対応することはシステムの面でも、経費の面でも、費用対効果の面でも極めて難しいと考えている。林克茂, 前掲「レセ処理システムと国保」。

6. 審査・再審査の財政効果

国民健康保険の場合、1990年度に保険者のレセプト点検—再審査申し立てで請求点数の減点が認められたことによって保険者の負担が節約された額、すなわち「レセ点検の財政効果額」は596億5百万円であり、前年度に比べて28億8千5百万円（5.09%）の増加であった。「財政効果率」は1.54%で、前年度より0.04ポイント増加した。「財政効果額」のうち、418億6百万円（全体の70.1%）は過誤調整分で、177億9千9百万円（同29.9%）は返納金等調整分（第三者行為の場合、資格喪失後の受診の場合等、被保険者に返還を求めるもの）であった。また、市町村分と国保組合分に分けると、前者は541億7千百万円で、前年度に比べて26億1千4百万円（5.07%）の増加、後者は54億3千4百万円で、前年度と比べて2億7千百万円の増加であった。被保険者一人当たりの財政効果額は1,623円で、前年度より127円（8.49%）増加した。これを市町村分についてみると、1,650円で、前年度比139円（9.20%）の増加、国保組合分は1,397円で前年度比30円（2.19%）の増加であった。市町村被保険者一人当たりの財政効果額は1986年度には1,138円であったので、4年間で約1.45倍となったわけで、この間の国保のレセプト点検は医療費適正化に大きな成果を上げたと考えられた⁴²⁾。

表4によれば、1990年度に保険医療機関から国保連合会に提出された診療報酬と調剤の請求書の総点数（すなわち「診療費合計」と「薬剤の支給」の請求点数の合計）は9,352億7千万点、そのうち国保連合会の審査委員会が第一審として行う査定による減点（すなわち請求点数と決定点数の差）は33億7千万点、保険者からの再審査申し立てに基づく過誤調整による減点（すなわち決定点数と確定点数の差）は83億4千万点、両者合わせて117億1千万点の減点であった。老人保健の施設療養費は、398億円の請求が第一審の査定では2百万円ほど減額されただけであったが、過誤調整で3億円近く減

42) 「国保のレセ点検率は上昇」『週刊社会保障』Vol. 45, No. 1667, 1991年12月9日, 14頁。

表 4 a. 国民健康保険団体連合会 審査支払状況
一般分 + 退職者分 + 老人保健分 審査状況

年度	診療費合計 (百万点, %)		薬剤の支給 (百万点, %)		老人保健分 (施設療養費) (百万円, %)	
	請求点数	決定点数	請求点数	決定点数	請求点数	決定点数
1985	671 008	664 156	12 829	12 760	-	-
1986	731 134	723 579	14 849	14 767	-	-
1987	790 419	781 738	17 061	16 972	-	-
1988	831 182	821 166	18 774	18 666	-	-
1989	872 840	869 369	21 382	21 249	-	-
1990	911 564	908 199	23 703	23 533	39 785	39 500
					39 783	39 500
						99.28

b. 国保連合会 審査支払状況

公費負担医療分 (合計) 審査状況

年度	確定点数 (百万点)	
	診療費	薬剤の支給
1987	49 123	979
1990	37 763	864

(注) 診療費合計は一般診療 (入院と入院外) と歯科診療の合計である。老人保健分の施設療養費は入所と通所の計である。決定点数は原審後の点数を表し、確定点数は再審査後の点数を表す。確定率は、確定点数を請求点数で除したものである。

(出所) 国民健康保険中央会『都道府県国民健康保険団体連合会事業の概要』昭和63年度版, 208, 229頁, 同平成3年版, 続9, 229, 231, 235, 236, 245, 248, 249, 260頁より作成。

額された。また表5によれば、1990年度に支払基金へ提出された診療報酬（医科・歯科合計）の請求書の総点数は1兆412億6千万点、調剤と施設についての請求金額は2,721億8千万円で、減点査定の点数と過誤調整による減点点数とが区別されていないが、前者では147億7千万点が減点され、後者では18億6千万円が減額された。

表5 社会保険診療報酬支払基金
診療（調剤）報酬請求書審査（点検）状況

（単位：百万点、百万円）

年度	医科・歯科合計			調 剤			施 設			総 計
	請求点数	確定点数	査定率	請求金額	確定金額	査定率	請求金額	確定金額	査定率	
1985	839 158	829 715	0.988	151 159	150 479	0.995	—	—	—	7 152 868
1986	875 920	865 622	0.988	166 722	165 956	0.995	—	—	—	7 457 885
1987	910 914	899 512	0.987	183 614	182 701	0.995	—	—	—	7 728 142
1988	947 038	934 702	0.986	199 789	198 777	0.994	951	948	0.996	8 032 774
1989	995 056	980 876	0.985	226 911	225 677	0.994	9 558	9 471	0.990	8 451 074
1990	1 041 262	1 026 497	0.985	248 407	246 856	0.993	23 774	23 470	0.987	8 860 348

（注）査定率（確定率）は確定点数（確定金額）を請求点数（請求金額）で除したものである。
（出所）社会保険診療報酬支払基金『基金年報』平成元年版、134、272、274、275頁、同平成2年版、144、282、284、285頁より作成。

これらを金額で表示すると、国保連合会への診療報酬等の請求額はおよそ9兆3,925億円であり、そこから査定により337億円、過誤調整により837億円、合計1,174億円が減額されて9兆2,751億円が診療報酬として認められたことになる。（国保連合会が公費負担医療分の診療と調剤の報酬として認めた3,863億円を加えれば、診療報酬の全体は9兆6,614億円となる。）支払基金の場合、診療報酬等の請求額として10兆6,848億円が請求され、1,495億円が減額されて10兆5,353億円が認められたことになる。従って、1990年度において、支払基金と国保連合会は、一部含まれないものを除き、全体として、20兆773億円の請求に対して、2,669億円を減額し、19兆8,104億円を診療や調剤の報酬として認めたことが分かる。

ところで、これらの金額の中には患者が自己負担として受診の際に支払った部分が含まれている。2,669億円が診療報酬として認定されなかったとし

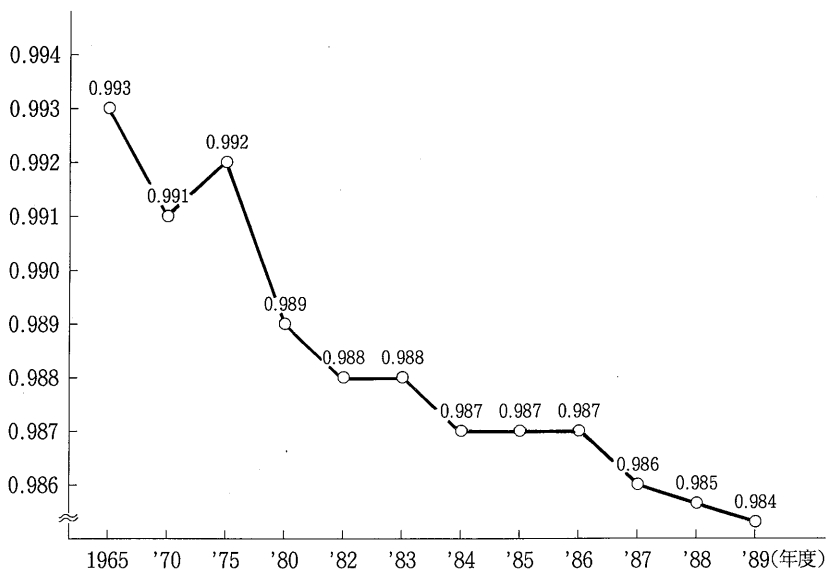
ても、そのうちの一部はすでに保険医療機関によって徴収されているのであり、一般にはそれは患者に返還されてはいない⁴³⁾。国保において、1990年度に保険者の再審査申し立てで834億円が減額されても、国保の保険者の負担額の節約すなわち「財政効果額」は596億円となってしまうのも、その差額の238億円はすでに患者によって負担されているということであるだろう。この差額は減額総額(834億円)の28.54%に当たる。国保では、さらに337億円が査定により減額されているが、ここにも同様の患者負担が含まれていると考えられよう。また、支払基金においても、1990年度に10兆5,353億円が診療報酬として認められたが、支払基金が支払う金額(「取扱金額」)は8兆8,603億円であり、差額の1兆6,750億円は患者の一部負担金と考えられよう。この差額は診療報酬全体の15.90%にあたるが、支払基金で減額された1,495億円の中にも同じ割合の患者一部負担金が含まれていると考えれば、238億円が患者負担で1,257億円が保険者が負担を免れた金額ということになるだろう。「平均給付率を8割とすると、(1989年度において一引用者)保険者が支払いを拒絶した診療報酬の総額は優に2,000億円を越える。国民医療費20兆円の約1%に当たる額である。」⁴⁴⁾という推定は、平均給付率をやや過大に見積もっているようにも思われるが、1989年度や1990年度において、2千億円を超えた、国民医療費の約1%にあたる金額を保険者が審査・再審査によって節約したことは間違いないものと思われる。

加えて、表4、5および図7に見られるように、請求が認められる割合を示す査定率・確定率は近年一貫して減少し続けている。これは、支払基金や国保連合会の「業務精度の向上」のおかげでもあるが、保険者によるレセプト点検・再審査の申し立てによってもたらされた面も多い。近年、保険者の再審査申し立て件数が激増するにつれて、申し立てが認められる割合は低下

43) 患者の一部負担金の過払いの問題については、岡本悦司「減点査定の法的性質と一部負担金の過払い」『病院』第49巻13号、1990年12月、1288-1291頁参照。

44) 岡本悦司「国保統計からみた再審査の状況」『病院』第50巻7号、1991年7月、604-606頁。

図7 査定率の推移（社会保険・医科診療分）



（出所）『目で見える医療保険白書』平成3年版（前出），152頁。

しつつあり、杜撰な申し立てが増えているとの批判もあるが⁴⁵⁾、その割合の低下を上回るほどに、申し立ての増加は医療費削減に効果を発揮しているともいえよう。しかも、審査・再審査による医療費削減は直接数字になって現れたもの以上の効果をもっていると考えられる。交通違反の取締りのように、「適正」以上の診療を行った場合には医療機関の持ち出しになることがあるという脅威を与えることによって、医療機関に自主規制を求めているわけで、この自主規制による効果を考慮すれば、審査・再審査による医療費適正化は国民医療費の1%を上回る医療費を削減しているのだともいえよう。

審査・再審査による減点はすべての保険医療機関あるいはすべてのレセプトにまんべんなく行われるのではなく、特定のものに集中的に生ずる傾向が

45) 1985年度から1989年度にかけて減点査定を求める保険者からの再審査申し立て件数は3倍以上に増えたが、申し立てが認められる割合は同じ期間に75%程度から67%程度へと減少した。しかし、依然として保険者からの申し立てが認められる割合は大きいというべきだろう。cf. 岡本悦司，同上論文。

ある。これは審査支払機関が重点的に審査する対象を選んでいるからでもあるし、医療機関と審査支払機関がお互いに相手の手の内を研究しあっていたちごっこを繰り返すことの結果でもあるだろう。減点率は一般に老人>一般、入院>外来、医科>歯科、高額レセプト>少額レセプトという傾向が見られるという。入院レセプトで減点されるのは3件に1件であるというし、中央の特別審査に回される高額レセプトの平均減点率は、支払基金の特別審査の場合10%を超えているともいう。5,380万円の請求額が減額されて2,310万円とされた私立医科大学の例もあるという。審査支払機関とすれば、現状では、こうした重点審査を主体とする方法よりも良い医療費適正化の方法がないということであるわけだが、この方法がもたらす弊害もまた少くない。例えば、瀕死の重症患者がICUで濃厚診療を受ければさんざんに減点されるが、水虫患者が特3類病棟に収容され軟膏を塗るだけの治療を受けた場合は全く減点されないといった矛盾も生じているといわれる⁴⁶⁾。

Ⅲ 指導監査制度

行政による医療機関（医師を含む）に対する監督は二元的である。一つは、すべての医療機関を対象にした医療面での監視であり、都道府県や保険所を設置する市の医療監視員や厚生省健康政策局指導課の医療監視専門官によって担われている。もう一つは、保険医療機関としての指定を受けた医療機関を対象にした保険診療面での「指導・監査」である。これは各都道府県保険課に数名ずつ置かれた医療指導官（医師）や医療事務指導官および厚生省保険局医療課医療指導監査室の16名の医療指導監査官と5名の特別医療指導監査官によって担われている。

「指導・監査」の制度は、違反があれば行政処分が科されるという条件の下で、保険医療機関等に対して診療や調剤の内容や報酬請求事務について妥

46) 岡本悦司, 前掲論文「診療報酬審査の実態」, 959-960頁。

当性を維持させようという仕組みだといえよう。この制度において、「指導」とは診療や報酬請求等の妥当性を維持するために注意を与えたり、ある程度までの逸脱に対して警告を与えるということであって、この段階では制裁の問題は直接前面には出てこない。ところが、妥当性からの逸脱がある程度以上になると「指導」の段階から「監査」の段階に移行する。「監査」の段階では、制裁を科すという問題が前面に出てきて、そのための調査や検査が行われ、違反の程度に応じて処分が下されることになる、といえるだろう。

健康保険法はその「第9条ノ2」の第1項に、「厚生大臣又ハ都道府県知事ハ保険給付ヲ行フニ付必要アリト認ムルトキハ医師、歯科医師、薬剤師若ハ手当ヲ行ヒタル者又ハ之ヲ使用スル者ニ対シ其ノ行ヒタル診療、薬剤ノ支給又ハ手当ニ関シ報告若ハ診療録、帳簿書類其ノ他ノ物件ノ提示ヲ命ジ又ハ当該職員ヲシテ質問ヲ為サシムルコトヲ得」という規定を置いているが、現在はこれは、保険給付が適正に行われることを確保するための「医師等に対する一般的指導監督」の規定であるとされる。これに対して、同法第43条ノ7には、「保険医療機関及保険薬局ハ療養ノ給付ニ関シ、保険医及保険薬剤師ハ健康保険ノ診療又ハ調剤ニ関シ厚生大臣又ハ都道府県知事ノ指導ヲ受クベシ」と規定されており、この条項（および国民健康保険法第41条第1項などの同様の規定）が医療機関に対する行政の「指導」の根拠になっている。具体的には、1957年に出された「社会保険医療担当者指導大綱」に従い、「指導」は、日本医師会など医師、歯科医師、薬剤師の団体、支払基金や保険者団体などの協力を得ながら、医療機関全体を対象とした「集団指導」、および特に必要があると考えられた医療機関だけを対象とする「個別指導」に分けて実施される。「集団指導」は随時指導講習会として開催され、そこでは「保険医療の公共性、医学の進歩に即応した新しい診断、治療、調剤の方法並びに診療報酬及び調剤報酬の請求事務等について、講演、説示、懇談等を行う」とされる。これに対して、「個別指導は、随時個々の社会保険医療担当者を一定の場所に集め、又は実地について行う」とされ、そこでは「個々の保険給付及び保険医療に関する事務並びにその診断内容について書

類を閲覧し、懇切丁寧に、懇談、指導を行う」とされている⁴⁷⁾。

行政による保険医療機関等に対する「監査」の根拠になっているのは健康保険法の次の条項（および国民健康保険法第46条第1項などの同様の規定）である。「第43条ノ10（第1項）厚生大臣又ハ都道府県知事ハ必要アリト認ムルトキハ療養ノ給付ニ関シ保険医療機関若ハ保険薬局若ハ保険医療機関若ハ保険薬局ノ開設者若ハ管理者、保険医、保険薬剤師其ノ他従業者タリシ者（本項ニ於テ開設者タリシ者ト称ス）ニ対シ報告若ハ診療録其ノ他ノ帳簿書類ノ提出若ハ提示ヲ命ジ、保険医療機関若ハ保険薬局ノ開設者若ハ管理者、保険医、保険薬剤師其ノ他ノ従業者（開設者タリシ者等ヲ含ム）ニ対シ出頭ヲ求メ又ハ当該職員ヲシテ関係者ニ対シ質問ヲ為シ若ハ保険医療機関若ハ保険薬局ニ就キ設備若ハ診療録、帳簿書類其ノ他ノ物件ノ検査ヲ為サシメルコトヲ得」。監査は、保険医療機関や保険薬局の行う療養の給付が、法令の規定や一定の診療方針、調剤方針に従って行われ、それらの機関が公法上の契約を忠実に履行しているか否かを確認することを目的として行われ、その違反または監査の拒否、妨害、忌避等に対しては、指定の取り消しすなわち公法上の契約の解消が制裁として行われるとされている。

監査は、保険医療機関等に対して厚生大臣または都道府県知事が行うとされる。国の機関としての都道府県知事が保険医療機関等の指定やその取り消しを行うので、保険医療機関等としての契約の適正な実施を確保する責任も厚生大臣や都道府県知事が負うということであるとされるが、実質的には監査は厚生省の権限の下に置かれている。そして、厚生省と日本医師会および日本歯科医師会との申し合わせに基づき、「指導により改善をはかることが適当と思われるものについては努めて指導によること（昭和35年2月25日保発第32号）」とされ、なお改善されないものについては監査を行うとされている⁴⁸⁾。監査の対象とされるということは保険医療機関としての指定の取

47) 岡本悦司「保険医療機関に対する指導・監査」『病院』第50巻1号、1991年1月、71-72頁。

48) 厚生省保険局保険課／社会保険庁健康保険課編『健康保険法の解釈と運用』社会保険法規研究会、1990年、791-793頁。

り消しなどの処分の対象として取り上げられるということの意味するわけである。監査は、実際には、1953年に出された「社会保険医療担当者監査要綱」に則り、診療内容または診療報酬の請求に不正または不当があったことを疑うに足る理由がある場合に行われる⁴⁹⁾。具体的には、「監査要綱の選こう標準について（昭和29年12月28日保発第93号別紙）」により次のように示されている⁵⁰⁾。（引用文中の（1），（2），（3）は引用者が便宜上付したものである。）

診療内容及び診療報酬の請求の不正又は不当とは、次のものをいう。

一 診療内容の不正

（1）実際の診断名（誤診の場合を除く。）に基づく診療とは異なる不実の診療行為をなすこと。

例えば、肺結核と診断し、ストマイ、パスの併用療法を行うべき適応症に、ストマイの代わりにビタミン剤の注射を行うこと。単なる腸カタルと診断し、普通薬を投与すべきであるのに、開腹し、虫様突起の切除を行うこと。

（2）違法の診療行為をなすこと。（療養担当規程の診療方針に定める禁止規定、その他診療の限度、内容等が明確に定められているものに違反すること。）

例えば、中央社会保険医療協議会において認められない特殊療法又は新療法を行うこと。

診療上必要がないのに、研究の目的をもって検査を行うこと。

通常の場合において、外用薬を一度に十日分を投与すること。

（3）診療取扱手続について、不実又は違法の行為をなすこと。

例えば、診療録に、実際の診療行為と異なるものを記載すること。

診療録に必要な事項を記載しないこと。

二 診療内容の不当

（1）実質的に妥当を欠く診療行為をなすこと。（療養担当規程の診療方針又は医学通念にてらし、妥当でない診療行為をなすこと。）

例えば、療養担当規程に定める診療方針又は医学通念にてらし、必要の限度を超え、又は適切若しくは合理的でない診療を行うこと。即ち、濃厚診療、過剰診療、過少診療等を行うこと。

傷病が生活又は環境に原因するものと認められたにもかかわらず、これに対し

49) 同上，794頁。

50) 同上，807—809頁。

で指導しなかったり、その指導が適切でないこと。

施術に関する同意が適当でないこと。

(2) 診療取扱手続について、実質的に妥当を欠く行為をなすこと。

例えば、診療録の記載が乱雑であったり、不明確であること。

一部負担金又は療養に要する費用の十分の五（当時—引用者）に相当する金額の支払を受けないこと。

三 診療報酬の請求の不正

不実の請求をすること。

例えば、診療の事実がないのに請求すること。即ち、往診をしていないのに往診料を請求し、五本打った注射を七本として注射料を請求すること。

四 診療報酬の請求の不当

診療報酬請求手続について実質的に妥当を欠く行為をなすこと。

例えば、請求明細書の様式が所定の様式でないこと。

次の場合には、不正又は不当があったことを疑うに足るものとして、被監査医療担当者を選こうすること。

1 支払基金の審査状況からみて、左のいずれかに該当し、且つ、その理由が明らかでないもの。

イ 一件当たりの点数が著しく多いもの

ロ 一件当たりの点数は著しく多くはないが取扱総件数の多いもの

ハ 一件当たりの点数は多くはないが、一件当たりの日数が多いもの

ニ 取扱件数の著しく多いもの

ホ 投薬又は注射の多いもの

へ 診療回数が少ないにもかかわらず、補綴の多いもの

ト 兼症が多いもの

チ 返戻の回数又は査定された件数が著しく多いもの

2 完全看護（現行基準看護）、完全給食（現行基準給食）に関する施設の調査、その他保険給付に関する患者、関係者、診療録の調査等から、保険医の診療、診療取扱状況が適当でないと認められるもの。

例えば、イ 完全看護（現行基準看護）、完全給食（現行基準給食）の実施状況が適正を欠くもの

ロ 看護料、傷病手当金の支給期間等に関する意見書の内容が適当でないもの

3 その他不正、不当があったことを疑うに足るもの。

この「監査要綱の選こう標準について」の内容について考えてみるに、

「一 診療内容の不正」や「二 診療内容の不当」に該当するようなケースは、その一部を除き、現実にはほとんど問題とされ得ないと思われる。誤診でなしに、自ら下した診断に適合しない診療行為をなし、それをカルテなどの記録に残す医師がいるという仮定はほとんど非現実的である。検査が診療上の必要からでなしに、研究目的からなされたと判断することも現実にはほとんど不可能であるだろうし、診療行為が妥当を欠くか否かを判断することも非常に困難なことであるだろう。結局、「三 診療報酬の請求の不正」と「四 診療報酬の請求の不当」の部分の規定が監査の際に大きな意味をもつことになる。「特に、(診療報酬請求の)審査による査定状況だけを根拠に監査の対象にできる点は重要である。実際には監査にかけられる医療機関の大半は、審査委員会の指摘による」といわれる⁵¹⁾。

監査は、原則として事前に診療報酬請求書の書面監査と患者への実地調査を行った後で、選定された日時、場所において、医師会等に立ち会いを求めて、都道府県保険課所属技官および事務官によって(場合によっては厚生省保険局と共同で)行われる。監査によって、その後の措置を決定するための資料が作成される。保険医療機関の概要(所在地、開設者、指定年月日、診療科名、病床数、従事者数、過去の指導監査の実施状況と行政措置、1カ月平均の診療の件数・点数・日数など)、保険医の経歴、監査を行うに至った経緯、保険医療機関に係る事故の内容(1)診療報酬の不正請求、(2)療養担当規則違反、(3)その他、に分類され、(1)はさらに、架空請求、付増請求、振替請求、重複請求、無診投薬に係る請求、出張診療に係る請求、その他の請求、に分けられる)⁵²⁾、保険医に係る事故内容(1)療養担当規則違反 イ 診療方針違反 ロ 診療録の不実記載 ハ その他の違反 (2)その他の事故、に分けられる)、事故の原因と思われるものの概要などが調べられ、監

51) 岡本悦司、前掲論文「保険医療機関に対する指導・監査」、72頁。

52) 「付増請求」は、診療行為の回数、数量、内容等を実際よりも多く請求しているもの。「振替請求」は実際に行った診療内容を他の診療内容に替えて請求しているもの。「その他の請求」は、非保険医が行った診療、健康保険での業務上の傷病の診療等の不正請求。

査された医療担当者の弁明と監査官の意見を付して、県の処分意見（案）が決められる。知事は、それに基づき都道府県社会保険医療協議会に諮問して、事案の軽重に従い、指定取消、戒告、注意のいずれかの措置を決める。

すなわち、不正または不当な診療や報酬請求を、

1. 故意に行ったものおよび重大なる過失によりしばしば行ったものは、指定取消。
2. 重大なる過失により行ったものおよび軽微なる過失によりしばしば行ったものは、戒告。
3. 軽微なる過失により行ったものは、注意。

指定取消の場合は、監査終了後に被監査医療担当者に弁明の機会を与え、処分決定前に厚生省保険局と内議することとされ、故意に行って指定取消となったのでなければ、一定期間経過後再指定が可能とされている。

監査によって診療報酬の過誤払いが判明したときは、審査支払機関を通じて過誤払いの金額を保険医療機関等から保険者に返還させることとしている⁵³⁾。患者に対しても、1980年の富士見産婦人科病院事件がきっかけとなり、厚生省は、1986年から、監査によって患者が保険医療機関等に支払った一部負担金が過払いとなっていることが判明した場合には、保険者から患者に過払い金額を通知させることとしている⁵⁴⁾。

厚生省は医療費適正化のために指導・監査を積極的に推進することになっている。1979年1月25日付けの厚生省保険局長から都道府県知事にあてた通知「保険診療適正化のための指導、監督の推進について」は、次のように指導や監査の対象について具体的に述べている。「保険診療適正化のため、保険医療機関及び保険医に対する指導、監査については、……その推進を図るよう特段の御努力を煩わしたい。なお、本件については、日本医師会との間で合意に達している」として、「一、指導、監査は、不正請求の疑いのあるときはもちろんのことであるが、それ以外の場合であっても、保険診療の適正

53) 前掲書『健康保険法の解釈と運用』, 794-802頁。

54) 岡本悦司, 前掲論文「保険医療機関に対する指導・監査」, 73-74頁。

化を図る見地から積極的に実施すること。二、……医学常識から極端にはずれた診療であってはならないので、以下のようなものについては、重点的に指導、監査を実施すること。その際、必要に応じ、保険診療に係る財務、経理面についても実施すること。(1)特殊の性格、機能を有する医療機関を除き、医学常識からみて極端に診療点数が高いもの／……ほとんどすべての患者について、例えば10～20の診断名をつける等のことは、将来重大な疾病が予想される場合を除いて適正とはいいがたく、また、毎月数十種類の検査を実施すること等により、一件当たり点数が著しく高いものについては、その診療行為が医学上必然的に必要なものを除き、指導、監査の対象とする。(2)漫然と長期にわたって診療を続けているもの／明確な慢性疾患や愁訴がない患者について、長期にわたり診療を続けている場合には、指導、監査の対象とする。(3)時間外診療、往診及び自家診療等が著しく多いものうち、異常と思われるもの／(中略)(4)腎透析が不適正なもの／ダイライザーの再使用、頻回な短時間の透析の実施等腎透析の実施が不当と思われるもの、歡流液の付増請求等腎透析に係る診療報酬請求に不正があると思われるもの及びウイルス性肝炎に対する予防及び検査を励行しないものについては、指導、監査の対象とする。／この場合、購入伝票、在庫状況の調査等財務、経理面の指導、監査を併せて実施する。三、監査の結果、保険医療機関の指定取消等の行政措置を二度以上重ねて受けたものについては、指定を行わないなど嚴重に対処すること。⁵⁵⁾

指導・監査の実施状況は表6の通りである。しばしば「個別指導」の意味で「指導」の語が使われているようであるが、制裁の意味合いの乏しい「集団指導」も多数実施されていよう。1989年度には、監査により約69億円の不当・不正請求された医療費が返還させられた⁵⁶⁾。

55) 前掲書『医療保険実務六法』, 357-358頁。

56) 「国民衛生の動向 1991年版」『厚生指標』臨時増刊, 第38巻第9号, 243頁。また、「集団指導」については、1981年度には約7万件、1982年度には約8万件が実施された。『厚生白書』昭和58年版, 69頁。同昭和59年版, 105頁。

表 6 保険医療機関等の指導および監査の実施状況

(単位: 件)

年 度	保 険 医 療 機 関 等				保 険 医 等				
	総数	医科	歯科	薬局	総数	医師	歯科医師	薬剤師	
個 別 指 導	1983	6 447	2 960	2 973	514	7 753	3 983	3 176	594
	1984	6 804	2 922	3 310	572	9 107	4 925	3 559	623
	1985	6 193	2 562	3 104	527	8 586	4 555	3 396	635
	1986	6 892	2 841	3 413	638	10 041	5 426	3 808	807
	1987	6 730	2 924	3 063	743	10 538	6 038	3 579	921
	1988	6 767	3 040	3 006	721	9 347	5 129	3 391	827
	1989	6 564	2 907	2 885	772	9 432	5 388	3 124	920
監 査	1983	294(41)	255(30)	28(16)	11(5)	309(43)	265(24)	31(16)	13(3)
	1984	195(22)	72(8)	120(14)	3(-)	211(23)	76(8)	132(15)	3(-)
	1985	106(30)	56(13)	45(12)	5(5)	116(30)	62(11)	48(14)	6(5)
	1986	71(31)	41(17)	22(11)	8(3)	92(32)	60(18)	24(11)	8(3)
	1987	90(27)	66(16)	20(7)	4(4)	100(31)	69(20)	27(9)	4(2)
	1988	597(38)	581(28)	16(10)	-(-)	727(17)	707(8)	20(9)	-(-)
	1989	635(38)	625(33)	8(4)	2(1)	818(13)	805(13)	11(6)	2(1)

(注)「監査」の()内は、指定取消の件数である。厚生省保険局調べ。
(出所)「国民衛生の動向」(『厚生指標』臨時増刊), 1990, 1991年。

結びに代えて

「出来高払い方式」は、本来、医師の行った診療の質と量に応じて診療報酬が支払われるという方式であり、医師の治療へのインセンティブを引き出すので、質の良い医療を確保することができるといわれる。しかし、国民医療費の抑制という面からみれば、この長所がそのままこの方式の欠点となる。医師は診療行為の回数の増加によってばかりでなく、その密度を濃くすることによっても収入を増やすことができる。しかも、医療の内容は患者が決定するのではなく医師の裁量に委ねられている。「出来高払い方式」は医療の供給量の増加に歯止めを掛けにくい仕組みなのである。かくして、この方式は過剰診療、過剰投薬などの医療費の無駄を生じやすいと考えられる⁵⁷⁾。

57) 医師の技術差や経験差が考慮されないのもこの方式の欠点であると考えられている。

出来高払い方式は“医師性善説”を前提にしているといわれるが、それが適正に実施されるには医師に責任と自己管理が要求されるのである⁵⁸⁾。しかし、現実には、不正請求が後を絶たないというわけである。

出来高払い方式の患者にとっての利点もあるが、基本的には医師にとって有利な仕組みであるがゆえに、この方式は大多数の医師によって支持されている。しかし、この方式のもつ矛盾も明らかになったから、現在の出来高払い方式にはその矛盾を是正しようとする試みも付け加えられているといえよう。厚生省は診療報酬点数表の点数の操作によって医師の診療行為を誘導するという政策を採っているが、近年はいわゆる「マルメ」を拡大し、老人医療に見られるような診療報酬の定額払い化の方向⁵⁹⁾を指向しているようだ。診療報酬の審査支払い制度における審査の精度向上（査定や減点の強化）やレセプト点検の充実・強化も、出来高払い方式の前提の非現実性のカウンターバランスとして、その矛盾の是正を目指す流れの一環に位置付けられるだろう。

こうした動向は医療の場に大きな波紋を引き起こしている。医療機関は診療報酬の請求洩れや返戻レセプトを一掃するための努力から始まって、減点査定を受けないための診療や投薬や検査の選択、適切なレセプトの記述方法、そして経営全般の見直しに至るまで厳しい「経営努力」を求められている。だが、診療報酬の引き上げをできるだけ抑制するという政府の方針の下で、「経営努力」による収益増加の余地は少なくなっているといわれる。このとき、そのしわ寄せが患者に及ぼされる。

ある医師は次のように書いている。「最近、気のせいかな国保の査定減が目立つ……。返戻ではなく、いきなり問答無用で抗生物質や点滴、胸部レントゲン撮影を減点してくる。いずれも適応外のための査定ではなく、加えた医

58) 高木安雄、前掲書、42-43頁。

59) 例えば、「1983年の老人保健法施行以降は、長期入院の老人患者の診療報酬に関しては「入院時医学管理料」が極めて低額に設定されているだけでなく、検査、投薬、注射の実施が厳しく制限されており、限りなく定額制に近付いている。」といわれる。二木立、前掲書『現代日本医療の実証的分析——続医療経済学——』、36頁。

療処置の一部に対する減点査定である。……ごく常識的な医療内容だと思うのだが、抗生物質の日数やレントゲン撮影の回数が審査委員のお気に召さなかったらしい。……当然のことながら再審査の申し立てをするが、復活しなければそれまでである。使った薬もレントゲンフィルムも人件費も病院にとっては自腹を切られることになる。再審査にも不服なら、法的には訴訟の道もあるだろうが、1件1件は金額の知れた査定減を訴訟に持ち込む根性はなかなか持ち合わせない。……査定減は医療機関にとっては最もつらい“ムチ”であり、そのぶん学習効果も強力で、次回からは査定されない医療を目指すほかない。……萎縮診療の危険が出現する。……こうした形での医療費抑制策は、すでに医療現場への締め付けとして影響が出はじめているようだ。巷間の風評、民間の中小一般病院では、国保老人は査定減に遭うため、歓迎されざる患者として入院を忌避する傾向があるという。病院も経営体である以上、国保医療の縮小という圧力は直接患者に転嫁せざるを得ない。しかし、建前上、患者の差別や医療の切り下げを公然と明らかにできるはずはなく、日常診療での医師裁量という誰にも見えないところで査定減の教訓は生かされることになる。』⁶⁰⁾

問題は医療制度全体と別ちがたく結び付いているが、診療報酬の審査支払い制度との関係で取り上げられるのは医療費の適正な配分の問題であろう。医療従事者に適正な所得が保障されないならば、そのしわ寄せが患者に向けられ、医療水準が望ましい水準以下に切り下げられていくことは避けがたいと考えねばならないだろう。限界的なケースは別にしても、医療制度の諸分野を担う人々に医療費が公正に分配され、かつ適正な所得が保障されることによって初めて限られた医療費の中での「良質で効率的な医療」が可能になってくるであろう。では、保障されるべき「適正な所得」とは何であろうか。合意ができていないわけではない。この点についての議論がなされることから始められねばならないだろう。従来は、そのことを取り上げることで避ける傾向が見られたのである。この議論は出来高払い方式の存続を前提

60) 宮森正「査定減と定額払い制の間」『病院』第48巻1号、1989年1月、91頁。

とするというわけにはいかないだろう。良質で効率的で公正な国民医療にとって、どのような診療報酬支払い方式が望ましいのかというところから議論されねばならないだろう。

従来から出来高払い方式の改革を求める主張はあったけれども、医師会の出来高払い方式絶対堅持の方針を前にして、事実上、その主張がともに議論されないばかりかほとんど取り上げられもしなかったわけであるが、状況は変わりつつある。政府の姿勢も変化を示している。1987年の「国民医療総合対策本部中間報告」は「診療報酬のあり方についても、現行の出来高払い方式を堅持しつつ医療の質と効率性を重視」と出来高払い方式に手をつけない方針であったが、1991年5月31日には厚生省の事務次官が「現在の診療報酬体系は、長い間出来高払いであったが、これから先、現在の診療報酬体系のままでよいのかという考え方がでてきた。……厚生省の中医協委員の間でも、……診療報酬のあり方について検討を進めていく申し合わせがされた。」⁶¹⁾と述べるまでに変化した。また、医療費適正化対策の進展は医師の考えにも変化を引き起こしつつあるようだ。「現在のところ、定額支払い制度に医療機関の側では圧倒的に反対意見が強いようだ。しかし、査定減が更に厳しくなってきた場合、無条件に一定額の支払いを受けることの出来る定額支払い制度に魅力を感じるようにならないとは言い切れない。」⁶²⁾という意見も現れるようになった。

医療費の適正化とは、結局のところ、「適正」でない医療を排除することによって医療費の増加率を一定以下に抑制するという直接的な目的のほかに、医師に出来高払い方式の絶対的堅持という姿勢を改めさせ、診療報酬支払い方式の再検討・再構築なしにはありえない本格的な医療制度の改革に向けて、新たな診療報酬支払い方式を議論できるような環境作りをするための政策という面をも持つものなのだろう。

61) 「今後は適正な医療費配分が必要」『週刊社会保障』Vol. 45, No. 1641, 1991年6月10日, 33頁。

62) 宮森正, 前掲稿。