

## 医療機関に対する電子決済サービス提供体制の妥当性の検証

長谷川 広志

### 1. はじめに

社会が未成熟だった原始社会においては、決済手段は当価値の物々交換という形で発生した。その後、決済手段の形態は人間の利便性の追求にともない石や穀物や毛皮などに代表される「物品貨幣」に変質し、中国の殷王朝の時代に、世界最古の貨幣といわれる子安貝（寶貝）を使った取引が始まったといわれている。やがてこの利便性の追求によって、貨幣の抽象化はすすみ、紙幣や硬貨として形態を変化させていった。物品貨幣の考え方は、近年のニクソンショックの金ドル交換停止まで引き継がれ、現代は金本位制度から管理通貨制度となって我々の生活の決済基盤となっている。

2001年1月、5年以内に世界最先端のIT国家となることを目標とした「e-Japan戦略」が発表された。2004年2月には「e-Japan戦略II 加速化パッケージ」で重点的に政策を展開すべき5分野を定め、それぞれの分野における残された課題に対する施策が示された。そして2006年1月には、日本をIT国家と位置づけ、世界のIT革命を先導するフロントランナーとしての目標を掲げた「IT新改革戦略」が策定されている。

この政府主導のもとに進められた急激なIT基盤整備は、将来の日本の医師の仕事の形や方法、展開などに劇的な変化をもたらすことにもなるとも考えられる。診療活動における窓口決済においても、「現金決済」からクレジット決済やデビット決済に代表される「電子決済」へという、決済手段の変化の可能性もある。この決済手段の変化は、利便性の追求に起因する貨幣を抽象化し、データという0と1で表現される新たなる抽象的な存在として進化させようとする試みであるともいえる。

様々な電子決済サービスが普及している小売業や飲食業などの先行市場では、電子決済サービスが人々の生活の利便性を向上させている。IT基盤整備の一環として行われた規制緩和政策では、2006年以降、「公金」のクレジット決済が可能となる見通しとなった。このIT化の波は、医療業界にとっても例外的な話ではない。この見通しを受け、自治体病院などで急激なクレジット決済の導入が見込まれている。一方、デビット決済については、このところの医療関連の利用件数の伸び率が、40%台の高い伸びを示している。クレジット決済またデビット決済ともに、医療費に対する電子決済は、有力な開拓市場として業界関係者から注目される市場のひとつとなっている。

このような背景のもと、この数年の間に社会の医療機関への電子決済導入ニーズが高まり、電子決済の導入を検討する医療機関が増加することが推測される。この急激なIT化の進展を見据え、日本医師会は医療現場の健全なIT化への先導者になるべく、日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会を結ぶことを基本構想に掲げた「医師会総合情報ネットワーク」（情報化検討委員会、1997）を発表した。そして、同ネットワークを実現すべく、具体的取り組みのひとつとして「日医標準レセプトソフト」（以下、日レセ）の開発および普及を軸としたOnline Receipt Computer Advantage (ORCA) プロジェクトを2000年よりスタートさせ、医療現場の健全なIT化を先導すべく活動している。同プロジェクトでは、レジシステムなどの会計まわりのシステムと日レセの連携によって、どのようにIT化を進める

かを検討する一方、今後ニーズが高まるであろう電子決済の導入もふまえ、どのようにして医療機関の負担の軽減をはかり、導入しやすい環境を提供するか、などの検討を重ねてきた。そして、2005年より「日本医師会電子決済サービス フェーズ1 (Jデビット、以下、Jデビット)」を開始した。本研究は、その実績をもとに、現在実施されているフェーズ1の利用状況、サービス体制の妥当性、および今後の取り組み方について明らかにすることを目的に実施したものである。

## 2. 方法

### 1) 日本医師会電子決済サービス フェーズ1 (Jデビット) 提供体制

電子決済サービスを提供するにあたり、全国地方銀行協会 (第一地銀 64 行加盟) と運用面で提携し、全国地方銀行協会の共同出資会社と事務業務、および決済処理の業務委託契約を結び、医療機関への決済サービス提供体制をとった。

図1 日本医師会電子決済サービス フェーズ1 提供体制図



### 2) 電子決済の定義

本稿では、物品の購入、サービスを受けた際に発生する債権・債務関係を解消するのに現金を使わずに、電子的なデータで処理することを「電子決済」と総称する。広義には、銀行の口座決済も含まれるが、本稿では含めない。

### 3) 電子決済の区分

本稿では利用者の決済タイミングについて、「即時払い」「後払い」「前払い」の3区分とし、現在既に世の中で普及している電子決済サービスを例に検討する(表1)。

表1 電子決済区分表

	即時支払い	後払い	前払い
電子決済区分	デビット決済	クレジット決済	プリペイド決済
電子決済サービス例	Jデビット	クレジットカード	Suica、ICOCA、Edyなど

### 4) 電子決済の構成要素の役割からみた3分類

電子決済サービスを構成する役割で分類し、本稿では「サービス提供者」「施設」「利用者」の3分類に分けることとする。サービス提供者とは、サービスを提供している団体もしくは法人を指し、電子決済区分によって異なる。施設は電子決済が可能な会計口がある施設を指し、専門用語では、加盟店と呼ばれる。利用者は、電子決済を利用して支払いを行う者を指す。医療機関は、「施設」に分類されることになる。

表2 電子決済サービス上の役割別にみた分類

役割分類 電子決済区分	サービス提供者	施設	利用者
デビット決済	金融機関	飲食店・各種小売店・交通機関・医療機関・宿泊施設など	一般消費者
クレジット決済	金融機関 クレジットカード会社など		
プリペイド決済	プリペイド決済サービス提供会社 大手鉄道グループなど		

### 5) 参加医療機関

2006年3月1日現在における日本医師会電子決済サービス フェーズ1(Jデビット)への参加医療機関は、44医療機関である(表3)。病院は8医療機関であり、このうち4医療機関は総合病院である。有床診療所は13医療機関であり、うち7医療機関は産科婦人科である。

表3 医療機関種別による内訳

病院	8施設
有床診療所	13施設
無床診療所	23施設
合計	44施設

### 3. 結果

#### 1) 日本医師会電子決済サービス フェーズ1 (Jデビット) について

##### (1) 決済手段の選択

日本医師会電子決済サービスでは、医療機関が電子決済サービスを扱い慣れていない点を考慮に入れて、決済手段を扱う順序を決めていく必要がある。そこで最初に扱い始める決済手段として、まず現金決済に近い扱いができること、つまり即時決済性があるということに注目した。また、十分な社会基盤を有していること、そして犯罪確率が低いことを考慮した。

以上をふまえ、他の電子決済より優位点が見られるデビット決済を最初に取り扱う決済手段として選択した。

##### <Jデビットの特徴>

- ①即時支払いの方法であり、利用者側からみて現金決済に近い。
- ②他の電子決済サービスに比べて、医療機関側のコスト負担がすくない。
- ③医療機関への振込みタイミングが早い。
- ④全国にJデビットサービスが利用できるキャッシュカードが4.5億枚流通しておりほとんどの人が利用できる状態である。
- ⑤他の電子決済手段に比べて犯罪率が低い。

##### (2) フェーズ1 (Jデビット) の特徴

本サービスを提供するにあたり、最新のLAN対応Jデビット端末機と、既存のISDN対応のJデビット端末機を採用した。既存のISDN端末機は、電話回線を増設する必要がなく、インターネットを使用できる環境であれば利用できる。従来の端末機よりも初期コストを抑えることができる。また金融機関の種類に制約はあるが、即時決済性の強化をはかり、表4の6種類の入金サイクル中から各医療機関の運用にあった入金サイクルを選択することが可能な体制を整えた。一番短い入金サイクルでは、医療機関への入金を毎日行うことができる。

表4 入金サイクル

種類	入金日	売上締日
①	月1回 (締日の3営業日後)	月末
②	月2回 (締日の3営業日後)	15日/月末
③	月2回	(15日締の月末)
		(月末締の翌月15日)
④	月3回 (締日の3営業日後)	10日/20日/月末
⑤	月6回 (締日の3営業日後)	5日/10日/15日/20日/25日/月末
⑥	毎日 (締日の3営業日後)	毎日

## 3) 医療機関の電子決済サービスの選択傾向

入金サイクル別の医療機関数は、毎日の入金を希望する医療機関が14施設で最も多く、次に月1回の入金を希望する医療機関が12施設であった。

表5 入金サイクル別の医療機関数

種類	入金日	医療機関数
①	月1回（締日の3営業日後）	12
②	月2回（締日の3営業日後）	1
③	月2回（15日締の月末）	9
	（月末締の翌月15日）	
④	月3回（締日の3営業日後）	7
⑤	月6回（締日の3営業日後）	1
⑥	毎日（締日の3営業日後）	14
合計		44

端末機の種類別医療機関数は、新型のLAN対応Jデビット端末機を選択した医療機関が34施設で、ISDN対応Jデビット端末機を選択した10施設の3倍以上であった。

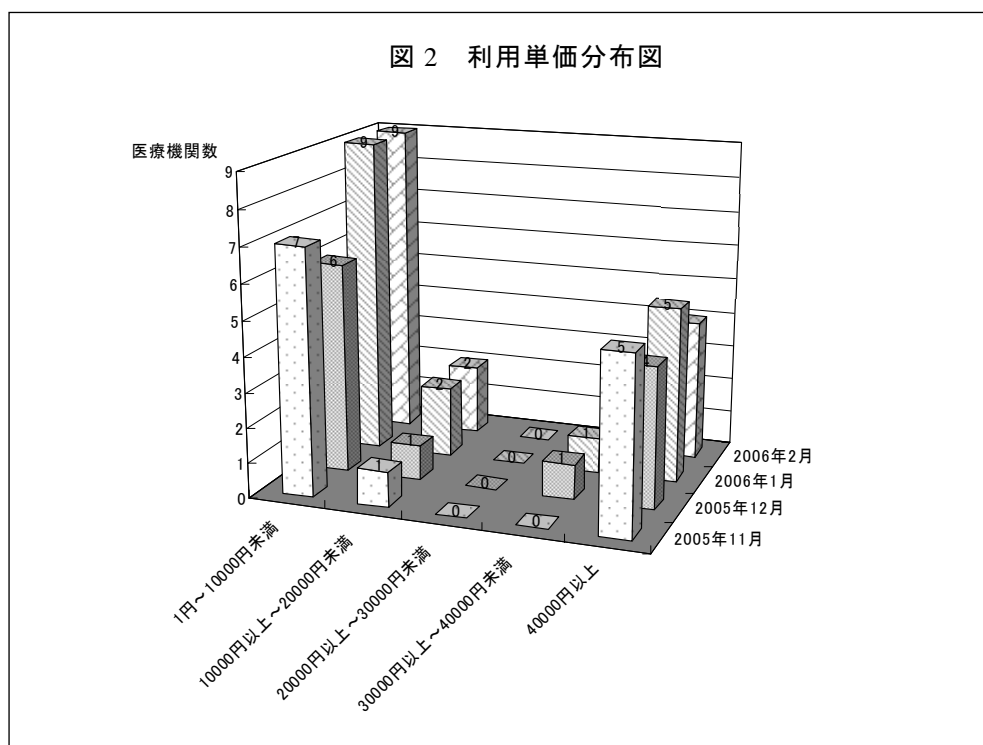
表6 端末機の種類別医療機関数

	医療機関数
LAN対応Jデビット端末機	34
ISDN対応Jデビット端末機	10

## 4) 利用状況の報告

利用平均単価については、その分布に2極化がみられた。1円～1万円の利用金額帯での使用理由は、病気や怪我の性質上突発的に発生するため、現金の持ち合わせがない場合や、診察を受けたが、思ったより窓口決済金額が高かったなどの理由が考えられる。また4万円以上の高額な支払いの金額帯での使用理由は、病院における高額な入院費用の支払いや、産婦人科・人間ドックなどの保険適用外の診療費の支払いなどの理由が考えられる。

電子決済サービスの導入に関しては、未収金の防止策としての期待があるが、現状では有効な対策になったか確認できていない。



#### 4. 考察

##### 1) 対策の必要性

現金決済と電子決済では、利用者側の視点からみると大きな違いはなく、電子決済はむしろ利便性が向上し、歓迎すべきものと思われる。しかし、施設の立場に位置する医療機関の視点からみると電子決済は医療機関側に「手数料」が発生し、コストがかかる。つまり、「決済」自体が「商売」として変質することにより、医療機関にとっては減収につながるということになる。この場合において、売り手は電子決済サービス供給側となり、買い手は施設側となる。したがって「手数料」という値段の決定権は、電子決済サービスの供給側が持つことになり、施設側に位置する医療機関が主導権を握って「手数料」を交渉することは大変困難である。

電子決済の導入自体は、突発的に発生した怪我や病気の時や、未収金対策などの利便性を考えると、患者側と医療機関側の両方にとって十分魅力的な話である。しかし、近年医療費抑制の政策が進められる一方、医療機関は医療現場のIT化を求められ、医業経営にとっては厳しい状況を迎えている。電子決済の導入によって予測される医療機関の負担が推測されるのであれば、対策を講じていく必要があると考えられる。

##### 2) 日本医師会電子決済サービス（Jデビット）の課題

第1の課題は、Jデビット端末機と日レセやレジシステムなどの会計システムとの連携である。会計窓口では、患者に対して発行した請求書に従い決済を行う。この決済を電子決済で行った場合に、現金決済を行ったときよりも、作業量が軽減するシステム連携が望ましい。また、日時締めなどのレジ締め作業の際も、現金決済の金額と、電子決済の金額を帳票などによって、容易に把握することができ作業量を軽減させることも望ましい。そ

のためには、単にデータの通信による連携だけではなく、データベース項目の改造や、帳票の設計を踏まえた総合的な開発が必要である。

2つ目の課題は、Jデビット端末機購入費用の問題である。現在の端末機の市場価格は、約9万円である。フェーズ1では、先着100医療機関に関しては同端末機購入費用として、1医療機関につき5万円の補助金が用意されたので、医療機関の端末機の購入費用を4万円程度に抑えることができた。しかし、補助金がなくなった後の市場価格では、医療費抑制の政策が進められる時勢の中、医療機関にとっては大きな負担になる。これを多方面なアプローチで削減するために取り組んでいく必要がある。

3つ目の課題は、手数料の問題である。各医療機関で手数料を交渉するのでは、優位に交渉を進めるのは限界がある。今後は、参加医療機関の増加と、決済金額の増加にともない、逐次手数料の引き下げの交渉を金融機関と進めることで、医療機関の負担を削減していく。

4つ目の課題は、現在医療機関の口座がある金融機関の種別によって、医療機関への入金サイクルなどのサービスに差が生じることである。医療機関の口座がどの金融機関の種別であっても同じサービスを提供できるように体制を整えるべく、粘り強く金融機関と交渉を進めていく。

### 3) 日本医師会電子決済サービスの展望

電子決済の手段は、大きく分けて「即時払い」「後払い」「前払い」がある。デビット決済は「即時払い」の形態をとり、現金決済に近い利用感があり、本サービスの最初のサービスとして提供を開始した。しかし「後払い」の形態をとるクレジット決済は、電子決済の区分の中で最大の決済規模がある。したがって、今後、医療機関に導入しやすい環境を提供する策を講じながら電子決済サービスとして提供体制を整えていく必要があるだろう。また、近年急速に普及している「前払い」の形態をとるICカードを使ったプリペイド決済についても、普及動向をみながら順次検討を重ねていく必要があるだろう。

IT化の政策のひとつとして、社会保険庁による政府管掌健康保険の被保険者証のICカード化について検討されていたが、2006年以降に再検討という形で見送られた。過渡的な代用としてプラスチックカード化された被保険者証の発行が順次行われている。しかし、プラスチックカードでは、財布などに携帯しやすくなったという点以外は、従来の紙の保険証と変わりはなく、医療事務の作業にとっては、患者情報の打ち込み作業の削減、保険証の資格確認など、本来のIT化による恩恵は受けられない。そこでデータ記載方法を工夫することで、ICカードに近い利用感を得ようと現在も話し合いが継続的に続けられており、2次元バーコード(QRコード)を記載する方向で調整が進められている。しかし、医療機関の受付口や会計口は、スペース的に制約されており、効率的だからといって2次元バーコード読取りシステムの導入を安易に決断するわけにはいかない。

医療現場へのICカードの応用品は、企業、行政双方から様々な取り組みがされ、今後医療現場にICカードが入ってくるのは時間の問題であろう。

同サービスでは、Jデビット端末機を、ソフト更新によってクレジット決済やプリペイド決済を利用できる「汎用決済端末機」としてを開発進めていくのではなく、被保険者証の2次元バーコード記載の読み取りに代表されるように、今後、医療現場に導入されるIC

カードを読み取る、「汎用カード読み取り端末機」とし開発を進めていく必要がある。

90年代中盤からの長期不況によって、金融機関はその収益源として法人（ホールセール）だけでなく、個人（リテール）へも矛先を向けた。電子決済の普及は、利用者にとって利便性が向上し歓迎すべきことだろう。また金融機関にとっても、現金決済社会で発生していた、現金の保管・管理・輸送などの経費や人件費を削減し、通信費用などの実費を手数料として施設側に負担を移行させ、有力な収入源として収益を上げる市場を開拓したことになる。

すべての負担のしわ寄せは、施設側に押し付けられたことになり、施設の立場に位置する医療機関は、今後より具体的な戦略をもって対応していく必要性が高まってくるであろう。

---

## 文 献

- 1 株式会社シーメディア：電子決済総覧 2006、2005
- 2 （財）金融情報システムセンター編：平成 17 年度版 金融情報システム白書、2004
- 3 日本銀行金融研究所 <http://www.imes.boj.or.jp/>
- 4 社団法人日本クレジット産業協会：日本の消費者信用統計平成 17 年度版、2005
- 5 東洋経済新報社：決済システムのすべて、2000
- 6 IT ビジネス研究所編：2005～06 IC カード総覧、2005
- 7 井上能行：電子決済システムのしくみ、2000
- 8 岩田 昭男：図解クレジット&ローン業界ハンドブック [第 2 版]、2005