

日医総研ワーキングペーパー

IT時代の公的医療保険制度 (一部負担金の保険者徴収)

No. 267

2012年10月4日

日本医師会総合政策研究機構 上野智明

日本医師会 山本健一

IT時代の公的医療保険制度（一部負担金の保険者徴収）

日本医師会総合政策研究機構主席研究員 上野智明

日本医師会医療保険課審議役 山本健一

キーワード

- ◆ レセプト
- ◆ 医療保険
- ◆ 国民皆保険
- ◆ 保険者徴収
- ◆ 一部負担金
- ◆ 医療等 ID
- ◆ ORCA

ポイント

- ◆ 患者の目線で国民の為になる施策が必要
- ◆ 電子レセプトが9割を超えた。自己負担額も電子レセプトには含まれている
- ◆ 現金を持たずに受診・入院ができる環境が作れるのではないか
- ◆ 保険者が一部負担金を徴収すれば患者サービスになるだけでなく、医療事務全体の効率化がはかれる
- ◆ 一部負担金の電子決済と組み合わせる方法もある
- ◆ 保険者の統合が進んだ場合の業務として一部負担徴収を見据えてはどうか

目 次

1.	はじめに	1
2.	患者一部負担金の歴史	3
3.	公的医療保険制度 IT 化の現状	5
4.	IT 化の進展と保険者徴収の可能性	7
5.	保険者徴収のメリットとデメリット	9
5.1.	患者の立場から	9
5.2.	医療機関の立場から	10
5.3.	保険者の立場から	11
5.3.1.	保険者の統合について	11
5.3.2.	地域公費について	12
5.3.3.	未収金について	12
6.	もう一つの方法（一部負担金の電子決済化）	13
6.1.	1) 医療機関や介護事業所へのカード決済の普及	13
6.2.	2) 被保険者証に決済機能を付ける	14
6.3.	3) 医療等 ID（仮称）を使う	14
7.	医療事務の未来	16
8.	おわりに	17

1. はじめに

平成 18 年に厚生労働省令 111 号が公布され、その後の省令改正を経て、レセプトの電子請求の原則義務化が施行された。その結果、現在では 9 割を超えるレセプトが電子データとして請求されるようになってきている。政府の IT 戦略本部では、レセプトを分析し医療を（コスト的、効率的に）適正化しようという試みがさかんである。マイナンバー¹や医療等 ID（仮称）²といったものが提案され、医療情報の機微性に応じた個人情報保護法の個別法も制定される計画がある。医療保険の IT 化は、電子レセプト、医療費の容易な通知、後発品利用の促進など、財源の問題をベースとして遂行されてきた。とくに、電子レセプトの活用ではコホートの疫学調査のみならず、分析した受療動向を元に地域医療計画や病院の機能分化に役立てる、などの方向で施策がすすんでいる。その多くは公益として国や地方自治体の医療政策としては有益であろうが、個々の住民や患者への個益に直結するものは少ない。

昭和 40 年代後半からつづいた安定成長期に、抜本改革をしないまま高齢社会に突入した医療保険制度は、疲弊しかつ大きく歪みつつある。IT 時代に即し、患者の視点をも組み入れた新たな医療保険制度の改革はできないのだろうか。具体的には、レセプトの電子化やマイナンバーといった IT 環境の充実により、過去より日本医師会が提案してきた公的医療保険制度の統合³などが、一層実現し易くなったと言えるのではないか。

本稿では主に住民や患者の視点から、現在、保険医療機関での窓口払が義務化されている一部負担金の取り扱いについても、考え直す時期にきたのではないかという提案を行いたい。

¹ 内閣官房「マイナンバー（社会保障・税番号制度）」

<http://www.cas.go.jp/seisaku/bangoseido/index.html>

² 社会保障分野サブワーキンググループ及び医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000ai9a.html#shingi31>

³ 平成 22 年 11 月 2 日 日本医師会「国民の安心を約束する医療保険制度」

http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20101111_1.pdf

保険者の統合に加え、窓口負担金の医療機関から保険者への請求を主張している（P30）

表 1 一部負担制度の歴史（概要）

時期	内容	徴収方法	徴収額(例)	備考
	健保法設定当初は一部負担制度は存在せず(10割給付)			
昭和18年4月	強制一部負担制	窓口払・保険者徴収併用	入院30銭、入院外5～10銭、薬剤支給5銭、注射1回につき10銭	保険者の指定した医師(保険医)から療養を受けた場合
昭和23年3月	強制一部負担制廃止	—	(10割給付)	保険者の任意による一部負担制導入、政管健保は実質一部負担が行われなかった
昭和24年5月	強制一部負担制復活	窓口払・保険者徴収併用	定額制 初診料相当額100円	受診件数と診療費増による保険財政の悪化
昭和32年7月	一部負担制改正導入	窓口払	定額制 初診200円、入院1ヶ月1日30円	医療の高水準を維持するためには一部負担は必要
昭和42年9月	一部負担制改正(特例措置)	窓口払	定額制 初診200円、入院1日60円、投薬時一部負担実施1剤1日分15円	
昭和44年9月	一部負担制改正	窓口払	定額制 初診200円、入院1日60円、投薬時一部負担廃止	
昭和53年1月	一部負担制改正	窓口払	定額制 初診600円、入院1日200円	
昭和56年3月	一部負担制改正	窓口払	定額制 初診800円、入院1日500円	
昭和59年10月	一部負担制改正(定率制導入)	窓口払	定率制20/100	厚生大臣の告示する日までは10/100
平成6年10月	療養の給付から「入院時食事療養費」「移送費」制定	窓口払	定率制20/100	厚生大臣の告示する日までは10/100
平成9年9月	一部負担制改正(外来薬剤一部負担導入)	窓口払	定率制20/100	外来薬剤一部負担 内服薬：1日分1種類0円、2～3種類30円、4～5種類60円、6種類以上100円 外用薬：投薬毎に1種類50円、2種類100円、3種類以上150円 頓服薬：投薬毎に1種類10円
平成14年10月	一部負担制改正(70歳以上の者)	窓口払	定率制 70歳以上10/100	高所得者は20/100
平成15年4月	一部負担制改正(70歳未満の者)	窓口払	定率制 70歳未満30/100	外来薬剤一部負担制廃止
平成18年10月	一部負担制改正(70歳以上の者で現役並み所得者)	窓口払	定率制 70歳以上現役並み所得者30/100	災害等の際の一部負担金の減免制度の導入(阪神大震災時制定)
平成20年4月	一部負担制改正(6歳未満の者)	窓口払	定率制 6歳未満20/100	70～75歳未満は20/100(24.3迄10/100) 後期高齢者医療制度創設(75歳以上) 一部負担10/100(現役並み所得者30/100)

(作成：日医総研)

2. 患者一部負担金の歴史

患者一部負担金の歴史は、給付割合についての健康保険法の改正経過そのものといえる。健康保険法の制定当初、一部負担制度は設けられていなかったが、昭和 18 年 4 月に最初の強制一部負担制度が実施され、その後、廃止、任意、定額制、定率制など、紆余曲折を経て現在に至っている（表 1）。一部負担制度を必要とする論としては、制度新設の当初から以下の主旨があった⁴。

- 乱受診を防止し、医療費を節減し得ること
- 軽傷を重傷と疑信し、疾病恐怖症を防止すること
- 疾病恐怖症による保険財源の費消の防止
- 医学の進歩等、高度な発展と水準を維持するために制度的に必要
- 療養の給付を受けている者と健康で受けていない者との公平の見地から必要

参考までに反対論としては以下の意見があった。

- 保険料を支払う対償として保険給付があるので、更に金銭負担させることは保険の理論に反する
- 一部負担能力のない時には、療養の機会を失わせる恐れがある

しかしながら本稿では、一部負担制度の是非や、一部負担金額の多寡についての論考は行わない。あくまで徴収方法（保険者徴収か患者による窓口払か）を中心に論ずることとしたい。

現在、一部負担金の徴収方法は、健康保険法第 74 条 1 項などにより患者が保険医療機関に支払わなければならない（窓口払）となっている。しかし、一部負担制度の実施当初は、窓口払と保険者徴収の方法があり、保険者徴収の割合の方が高かったときく。当時の健康保険の加入者は金銭的に裕福な者が多く、そうでない場合は国民健

⁴ 「改訂 詳細国民健康保険（昭和 47 年発行）」編者厚生省保険局国民健康保険課

康保険に加入していた。保険者徴収の場合には、徴収率の低下という問題もあった。一部負担金の支払ないし、徴収の方法について、国保を含め保険医療機関での窓口払に統一されたのは昭和 33 年度である。それまで二本立てであった窓口払と保険者徴収が廃止され、窓口払が原則とされた。

この理由には、国民健康保険法における国民皆保険達成のための基礎条件として、保険医の指定に加え、当時の療養取扱機関⁵の二重指定とされたことなどが挙げられる。国民健康保険の療養担当者制度においては、保険医は保険者の指定による保険医であり、その保険者の一部負担金の取扱いが、保険者徴収なのか窓口払なのかは明確であった。ところが、昭和 33 年の国民健康保険の新法では、都道府県知事が療養取扱機関を指定する制度になり、保険医が契約している個々の保険者のみが対象ではなくなった。療養取扱機関には様々な地域から患者が来るため、所在地の都道府県内の保険者のみならず、その他の都道府県区域の保険者が、一部負担金を保険者徴収としているか窓口払としているか区別がつかなくなり、療養取扱機関の事務処理上の便宜を図る点からも当時は窓口払の方式に統一することが妥当とされた。

⁵ 保険医療機関のこと。当時の国民健康保険法では療養取扱機関としていた。

3. 公的医療保険制度 IT 化の現状

あるべき公的医療保険制度の IT 化を、患者、医療機関、審査支払業務、保険者業務に大別したとすると、このうち、レセプトの電子化施策により、審査支払業務と保険者業務の部分が近年大きく恩恵を受けた。診療報酬の審査では、電子レセプトを機械的にチェックする事前点検が行われるようになった。紙レセプトの時には、比較的高額のレセプトでしか行われていなかった突合・縦覧などの点検も、全ての電子レセプトを対象に機械的に行えるようになった。さらには算定日記録⁶による点検なども今年度からスタートした。レセプトの電子化とコンピュータ技術の発展が、ここまで精緻かつ大量のデータの処理を可能とした。

一方、患者を対象としては、医療費通知に加え、後発品の利用促進などの施策が行われ、都道府県単位では、患者の受療動向を使った地域医療計画などが進められようとしている。「どこでも MY 病院」のように自宅から自分の医療内容を確認するような遠大な施策もある。

しかし、これらの施策が子どもを抱えた母親にとって、また、高齢者にとって一体どれほどの恩恵であろうか。

患者にとって医療保険を利用する為の IT 化はあまり進んでいないと言えるだろう。医療費助成制度の活用も地域によっては償還払いの手間があったり、高額療養費の限度額適用認定証の取得に役所に出向く必要があったりする。医療機関にかかるには大抵の場合現金が必要であるし、一部負担金の計算があるために窓口での待ち時間も減っていない。

医療機関にとっては電子請求に対応した場合、月に一度のレセプト請求での事務作業はある程度軽減されたが、地方単独医療費助成制度（地単）の請求のほとんどが従来の紙のままであり、電子請求化がされなかったという問題がある。これは、行政の

⁶ 平成 24 年 3 月 26 日「診療報酬請求書等の記載要領について」等の一部改正について（保医発 0326 第 5 号）

所管の問題でもある。地域や診療科によって地単の請求が多くを占める医療機関ではそれほどの手間が減らないこともあると聞く。また、レセプト電子化とともに期待された被保険者証等のオンラインでの資格確認も進んでおらず、資格過誤の問題は医療機関に非がないケースでも医療機関の責任となったままである。

4. IT化の進展と保険者徴収の可能性

前項で示したとおり、レセプトが手書きで、保険者業務も全て紙で行われていた昭和30年代に、一部負担金は窓口払で統一され、以後現在に至るまで大きな取扱方法の変更はなかった。しかし、ITの分野では、以下のように時代の背景に大きな変化があった。

- 1) IT化の進展
- 2) レセプト電子請求の進展
- 3) マイナンバー制度（医療等ID（仮称））

1)のIT化の進展は言うに及ばず、コンピュータやネットワークが前提の社会が到来し、大規模なデータ処理やカード決済が日常となった状況が挙げられる。2)は前項で述べたとおり、電子請求される医科レセプト件数が9割を超えた⁷ことである。電子レセプトには一部負担金額が記載されている。3)は社会保障と税の一体改革の土台であり、分野別のマイナンバーによって所得を捕捉するなどさまざまな活用が計画されている。医療分野でのマイナンバーとして検討されている医療等ID（仮称）では、医療分野の個人情報保護の個別法の立法を前提に、以下のような利用例が挙げられている。

- 医療機関等におけるシームレスな地域連携
- オンラインによる被保険者資格確認
- 自らの健診情報等の閲覧・管理
- 医療の質の向上に向けたデータの活用

ここでは、キーワードとなる部分に下線を引いた。つまり、電子請求を行っている医療機関からは、一部負担金の徴収に必要な情報は全てデジタル化されて保険者に届

⁷ 社会保険診療報酬支払基金 レセプト電算処理システム普及状況
http://www.ssk.or.jp/rezept/rezept_01.html
医科電子レセプトは件数ベースで95%（平成24年7月現在）

いている。あとは、公共料金と同じく銀行の自動引落（口座振替）などを進めれば良い。医療機関は今まで通りにレセプトを請求するだけで業務の手順を変える必要はない。むしろ、保険者で審査後の一部負担金額の徴収が行われるため、過誤があった場合の調整も不要となる。

では、紙レセプトで請求している医療機関はどうであろうか。支払基金の発表によると、紙レセプトは全請求件数の 5%であり、そのうち、レセプトコンピュータからの印刷による請求件数が 3.9%を占める（平成 24 年 7 月）。この場合は、レセプト欄外に一部負担金額が OCR⁸文字で印字されており、現行でも審査支払機関で機械読み取りを行い、保険者に送って運用している。すでに必要最低限の情報はデジタル化されているのである。

紙レセプトのうち、手書きによるレセプト件数は、1.1%（平成 24 年 7 月）であり、医療機関数としては 7,491 医療機関となるが、これも以下の方法で保険者徴収に対応できる。小売業界ではカード決済時の与信審査などはすでに古くからの日常風景である。オンラインでの被保険者証等の資格確認の仕組みができれば、電子決済などとの組合せも可能であろう。電子レセプト請求を行っていない医療機関でも、被保険者証等のオンラインでの資格確認の際、一部負担の額を入力すれば、保険者徴収に対応でき、全医療機関で均一な患者サービスが提供できるのではないだろうか。

以上のことから、電子レセプト時代の保険者徴収には技術的に大きな問題はなく、むしろ医療保険制度全体から見た場合に、事務的な効率化が図られるのではないかと思われる。

⁸ OCR（Optical Character Recognition）：光学文字認識

5. 保険者徴収のメリットとデメリット

本項では一部負担金の保険者徴収のメリットとデメリットを、患者、医療機関、保険者に分けて考察する。

5.1. 患者の立場から

- 手持ちの現金が不要なため、アクセシビリティがあがる
 - ・ 手持ちの現金を理由とした受診控えがなくなる
 - ・ 高額な現金やカードを入院時にも持ち込む必要がない
 - ・ 受診前に金融機関で現金をおろす必要がない
 - ・ 一部負担減免のための受給者証などを持ち歩く必要がない
- 受付での待ち時間が減る（次回の予約のみ）
- 調剤薬局や介護保険の一部負担金支払も同様

ここで気になるのは、一部負担金の導入時にも議論された乱受診であるが、これは一部負担割合を下げる話ではない。あくまで徴収方法の話であって、一部負担金はなんらかの方法で徴収されるのである。さらに昭和初期に問題とされた徴収率の低下についても、現代では公共料金の支払いと同じ仕組みを可能とするならば、それほどの低下にはならないのではないか。すでに介護保険の利用料では、自己負担分の口座振替による徴収サービスも散見される。

一部負担減免のための受給者証などの取得や取扱も不要となる。医療機関の窓口では、受給者証などについて高齢者が説明を受け、訥々と受け答えしている様子がよくみられる。先の東北大震災においても、一部負担減免の通知が行き渡らずに起きた現場での混乱は記憶に新しい。

以上、患者の立場からみた場合、大きなデメリットは見当たらず、サービスの向上によるメリットが極めてわかりやすいのが特徴である。ただし、介護保険料や後期高齢者医療保険料の時のように特別徴収（公的機関による天引き）を導入する場合には、国民への十分な事前説明が必要であろう。

5.2. 医療機関の立場から

- 査定により生じた、一部負担金の差額を患者が過誤払いするケースがなくなる⁹
- 事務の手間とコストが大幅に減る（医療と患者のケアに専念できる）
- 清潔である
- 一部負担の未収金回収などが不要となる
- 他法併用、医療費助成制度などの一部負担金の複雑な計算が不要
- 調剤薬局や介護保険のサービス事業所（とケアマネ）も同様
- × 一部負担金の収入が遅れる可能性がある
- × 決済端末やカードリーダーが必要となる（レセプト手書き医療機関など）

保険医療機関はそもそも医療の提供がその最大の使命であり、医療保険の代理店ではない。教育や警察、消防署と並ぶ、地域になくてはならないインフラであろう。債権回収も本来業務ではない。日本の保険医療の質を上げるならば、費用対効果を軸とした統計による医療の標準化より、医療と患者のケアに専念できる環境を作るのも一つの手法である。

窓口で都度、一部負担金の計算をしなくてもよくなれば、空いた時間にカルテの情報を使ってレセプトを作成できる。しかし、保険者徴収の導入時には、医療機関にとっては一部負担金の現金収入がなくなり、診療報酬と同じく2ヶ月程度は遅れる可能性が高い。後述する電子決済の手法などと組み合わせれば、もう少し短縮できる可能性はある。これにはなんらかの決済端末が必要となるが、レセプトを手書きで請求している医療機関も同様に参加できる。

⁹ 平成22年5月21日 厚生労働省「減額等となった一部負担金等の額の医療費通知への付記について」保保発0521第4号
減額査定が行われた場合の医療費通知に付記する対象となるレセプトについては、保険者連絡協議会において、さしあたり、査定額に係る自己負担相当額が1万円以上のものとされている。

5.3. 保険者の立場から

- 一部負担減免のための受給者証などを発行する手間が省ける
- 一部負担金の不整合による査定などが不要になる
- 保険者が統合された場合に、徴収業務を新たに行える
- 一部負担金の徴収から支払いまでの期間の利息を得られる
- × システム変更が大きい
- × 未収金回収の手間が増える

レセプト電子化の施策の結果、保険者業務がどれだけ効率化されたかはあきらかにされていない。しかし、少なくとも医療機関のそれに比べ大幅な事務の効率化が進んだものと想像できる。レセプトが紙の時代に行っていた大量のパンチ入力も不要であろうし、OCR 機能を持つ複雑な機械もこれからは不要である。レセプト電子化に対しいくらかの IT 投資は行ったであろうが、それは医療機関も同じであり、費用対効果は大きくことなるのではないだろうか。審査支払機関の発表する審査の状況では、審査の「成果」が前年同月比で昨年度を下回ることは滅多にないようである。なおここでは、審査支払機関の立場については触れていないが、一部負担金の保険者徴収の代行という業務拡大の視点もあり得るだろう。

その他、保険者による徴収について、筆者の視点から以下に補足しておく。

5.3.1. 保険者の統合について

日本の保険者は現在約 3,500 にも分かれており、少なくともある程度の統合はやむを得ないのではないかと考える。保険料率の違いもさることながら、コストと効率化は保険医療機関だけの問題ではないだろう。その統合された時の保険者の業務として、一部負担金の徴収が考えられるのではないだろうか。なお、共済組合や健保組合などでは独自の付加給付制度により、一部負担金を調整してきた歴史が既にあることも添えておく。

5.3.2. 地域公費について

いわゆる地域公費（地方単独医療費助成制度）のルールや一部負担金額の計算方法は、都道府県や市町村毎に異なり、あまりにも複雑すぎて、レセプトの電子化施策でも対応されなかったものである。この対応は地域住民や医療機関の負担となったままである。市町村国保は自地域の医療費助成制度に精通しているため、保険者徴収として対応すれば事務の効率化がはかれるのではないだろうか。

5.3.3. 未収金について

未収金は、診療費そのものが未収（無保険、資格停止）の場合などのケースが最大の問題であり、保険者徴収に切り替わっただけでは残念ながら解決できない問題も多い。ただし、医療等 ID（仮称）で計画されているような、被保険者証等の資格確認が受診時にできる仕組みがあれば、資格なしの未収はある程度防げるであろう。

6. もう一つの方法（一部負担金の電子決済化）

一部負担金の保険者徴収を実現するには健康保険法をはじめ、各法の大きな改正が必要であり、すぐには実現できるものではない。現在の制度を極力変更せずに、患者や利用者の利便性を図る方法に「一部負担金の電子決済化」が考えられる。コンビニエンスストアなどでのカード決済が急速に進展しているなか、財布を持たないですむ利便性は国民にかなり浸透していると思われる。以下の方法について考察する。

- 1) 医療機関や介護事業所へのカード決済の普及
- 2) 被保険者証に決済機能を付ける
- 3) 医療等 ID（仮称）を使う

6.1. 1) 医療機関や介護事業所へのカード決済の普及

1) のクレジットカードを中心とした一部負担金のカード決済は、既に病院の多くで導入されるようになった。国立病院の独立行政法人化に伴い、医療機関窓口におけるクレジットカードの取扱いが事実上解禁されたためである。クレジットカードによる支払は患者に歓迎されたが、あまり高齢者むけではない。そして、その手数料は患者サービスの一環として医療機関が負担している。公定価格である医療では、多くの小売業で行われているように商品価格に転嫁したり、ポイントの多寡でコントロールすることはできないため、小規模の医療施設では決済端末の導入が進んでいない現状がある。

このカード決済の取扱いは、今後注意していく必要がある。平成 23 年度の概算医療費は 37.8 兆円と発表された¹⁰。これに、患者の実質負担割合とされる 17% を乗じた日本全体での一部負担金総額は、約 6.4 兆円と推定される。1) の方法を進め、カード決済の手数料を 3%とした場合でも、日本の医療保険医療費の中から毎年最大で約 2 千億円を経費として支払うこととなる。療養の給付とすぐわなない民間カード会社によるポイントの問題も発生する。

¹⁰ 平成 24 年 8 月 24 日 厚生労働省 Press Release 「平成 23 年度 医療費の動向」

6.2. 2) 被保険者証に決済機能を付ける

2) は、現在1人1枚のプラスチックカードとなった被保険者証に、なんらかの決済機能をつけるという方法である。一部の健保組合では既の実施されているようだが、この場合は、医療機関による手数料負担の問題と、ポイントの問題がそのまま残る。一つの解決方法としては、医療、介護、福祉専用用途に限った電子決済プラットフォームを用意するということが考えられる。被保険者証などに、上記プラットフォームで決済を行うプリペイドもしくはポストペイド決済の機能を付加する。この方法によれば、高齢者やクレジットカードの取得が困難な低所得者もサービスが活用できる。また、高速道路専用として用いられているETCカードのような普及の方法も考えられる。

医療・介護分野での窓口決済の電子化は、今後、進展が予想される市場である。医療、介護、福祉分野専用的一部負担決済のプラットフォームがあれば、1) の手数料問題もかなり緩和できるであろうし、ポイントの問題も閉じた保険医療介護の中で無用の混乱を避け、規格を統一するためにも有効である。

6.3. 3) 医療等 ID (仮称) を使う

3) の医療等 ID (仮称) は、詳細については未だ議論の途中であるが、来年度の国会提出が予定されている、医療分野専用のマイナンバーである。医療等 ID (仮称) を新しいキーとした電子決済の仕組みを作れば、既存のシステムは大きく変更することなくすむのではないかと思われる。医療等 ID (仮称) が、番号の配布となるのか、被保険者証に記載となるのか、そもそも読める番号となるのかなどこれから決まる点も多いが、患者のメリットを重要視し、窓口で現金が不要な制度を提供できる機会と捉え、今から基本施策としての準備が行えるよう考慮すべきである。例えば、医療等 ID (仮称) の提示があれば、被保険者等の資格確認とともに一部負担金が保険者徴収として決済されるような仕組みが考えられる。なお、この場合は、医療機関窓口での資格確認時点の保険者で、レセプト請求ならびに一部負担金の処理を行うものとし、その後の資格の異動があったとしても資

格過誤が発生しないようなシステムをとるべきである。

マイナンバー法案では、個人情報の利用範囲や情報連携の具体的内容が既に別表に定められており、これは社会保障の現金給付や保険者間調整についての業務が機械的に列挙されたものである。保険者による一部負担金の徴収などについても今後の検討対象とする必要があるだろう。

7. 医療事務の未来

一部負担金を保険者の徴収とした場合、医療機関の窓口では自己負担額の複雑な計算が不要となるため、レセプトコンピュータが不要となるのではないかと一足飛びの指摘もある。つまり、診察毎の逐次のレセプト請求という方式である。しかしながら、医学的に妥当な診療なのかどうかは、審査支払機関が最終的に専門家による審査で判断を行っているため、この工程は残さねばならない。ある程度まとまった診療の記録が必要となる。また、現行の保険診療では一ヶ月あたりの回数などが決まっていたり、薬の用量などの制限もある。現行の診療報酬体系の抜本的な変更がない限り、日毎の請求であってもレセプトコンピュータは必要であろう。何より、レセプトコンピュータは、初診患者を登録する患者データベースとして院内唯一の業務システムであることも多い。世の中の流れに沿ったクラウド的な運用の試みもあるが他の産業に比べ、まだまだこれからの段階である。

日本医師会では ORCA（日医標準レセプトソフト）¹¹を 2002 年からオープンソースという形で無償公開し、既に 1 万 1 千を超える医療機関が実務で利用している。全国の医療費助成制度にも対応しており、この公開された資産は、これからの IT 時代の国民皆保険を構築していく上で大きな役割を果たせるのではないかと考えている。

¹¹ ORCA Project : <http://www.orca.med.or.jp/>

8. おわりに

健康保険法など各法上では、被保険者への療養の給付は10割である。ただし、一部負担金を支払うことと書かれている。「10割給付なのであるから、本来は保険者が一部負担金を徴収すべきなのではないか」という古くからの見解がある。現在、窓口払となっているのは、制定当時の制度のばらつきの影響が大きかったのは既に述べたとおりである。なお、健康保険法の被扶養者だけは7～8割の療養の給付となっているので、これについては被保険者本人と同様の法文構成とし、やはり保険者が一部負担金を徴収すべきであろう。

介護保険についても述べておく。介護保険は制度が新しいことから、電子請求の割合はすでに97%である。医療保険とは異なり、法律上は利用者への償還払い方式である。しかしサービス事業者や施設が代理受領方式をとることにより、現物給付の扱いとなっている。その際に支給されるのは原則9割であり、利用者のいわゆる自己負担は1割となる。金融機関に行くこともままならない高齢者にとって、なんらかの形で保険者徴収は福音となり得るのではないだろうか。小規模なサービス事業所にとっても大幅な事務処理の効率化となるだろう。

医療や介護の質の向上というテーマに関して、P4P (Pay for Performance)¹²やプロセスベンチマーク¹³、費用対効果などITとビッグデータを駆使した手法がさかんに取り沙汰されている。質の向上とは言うがその根本は財源不足である。もっと身近に、これからの公的医療保険制度は、患者と医療機関、利用者と介護施設など、当事者と現場を担う視点でのサービス向上を図ることで、全体のいわゆる質の向上のみならず満足度の向上も達成できるのではないだろうか。

¹² P4P (Pay for Performance) : 医療の質に応じて支払いも変化させようというプログラム

¹³ 高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部 医療情報化に関するタスクフォース 「レセプト情報等の活用作業部会報告書」 http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/iryoujyohou/pdf/201206_siryou5.pdf