# 支払基金の旧態依然をもたらしたのは誰か

## 審査実務の機械化・非医師化を急げ

参院議員政策担当秘書　岡田裕二

「直木賞や芥川賞の審査を小説家以外ができるのか」

米国でも韓国でも、医療費請求の審査はすべて看護師や事務員が行なっている。にもかかわらず、日本の社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）では、医師・歯科医らが審査業務を独占しているのは何故か、日本経済新聞の記者に問われた日本医師会の松原謙二副会長は、そう反駁した。医師のチェックは医師にしかできない。そう言いたかったのだろう。

支払基金では47都道府県の支部で、その地域から選出された医師が審査委員として、域内の医療機関のレセプト審査を行う。驚くべきことに、自身の医院の審査を担当してはならないという明文規定もない。「あの先生のところのレセプトならばダメ出しはできないな」というような、非常に日本的な「忖度」、お手盛りが横行しているとの批判もある。

一方で、支払基金は国や自治体から多くの天下りを受け入れ、病的な高コスト体質になっている。保険者からの手数料収入を主とする運営予算780億円に対し、レセプト審査などによる減額査定実績は430億円程度と、経費の半分程度しか稼いでいない。保険者から見ると、支払基金の存在は単なる「お荷物」でしかない。

実態を聞けば「審査委員の手当はアルバイト代程度で極めてボランティアに近い仕事」「夜や休日の作業になる人も多く、本当は自分の仕事をやっているほうが楽」との声があり、なかなかなり手もいないという。ならば日本でも米国や韓国のように、審査から医師を外し、看護師たちが審査したらいいのだ。

しかし、支払基金の改革を検討する目的で厚生労働省に設置された「データヘルス時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会」で、松原氏は「医学的な判断と看護学的な判断は大分違います」「医学的な判断をしている医師の判断を皆が尊重して、我慢している。自分のやった医療について、点数が削られるのを我慢している」と反論した。

要するに医師が下した決定を、医師が覆すならばまだ我慢できるが、看護師がそれをするのは我慢ならないと言うのだ。こうした実態から、ある県で認められたレセプトが、ある県では認められないという過剰な地域差の問題も生じている。

### 韓国に大きく後れを取る

審査のIT化も著しく遅れている。06年に全請求書を電子化した韓国に対して、日本では医師会などの反対で、レセプトの電子化自体が大きく停滞したことがその原因だ。

支払基金について、韓国の医療ジャーナリストと話をすると「日本ではまだ、全請求の70％以上をいちいち人が書類と照らし合わせながら、目視で確認作業をしているのか。信じられない」と驚嘆する。医療機関、保険者、審査機関の三者間のオンライン化が完了したのも、5年前の12年であり、それ以前には審査請求書類を郵送など人力で運んでいたと言うと、さらに驚く。

韓国版の支払基金とでも言うべき「健康保険審査評価院」（HIRA）の先進性は世界的にも知られており、同国の医療産業国際展開の主軸のひとつを成している。

HIRAでは5000万人を超える全国民を対象に、年間15億件以上の診療情報をコンピュータが自動的に審査、分析を行い、請求の妥当性をチェックする。当初は「機械に審査させるのか」と韓国医師会は猛反発したが、世論がそうした医師の独善を許さなかった。



現在では、全国民の診療データを蓄積し、疾病管理だけでなく、保険財政まで管理することができるシステムにまで成長している。

とくに核心であるモニタリング&フィードバックの側面で、HIRAは優れた競争力を持っている。医療機関が診療費内訳をHIRAに直接送信し、HIRAの審査結果を受信するシステム、医療機関が請求した診療費内訳が保険給与基準に合うのか点検するシステム、医療機関が提供した診療・医薬品サービスの薬学的費用対効果を評価するシステム、医師あるいは薬剤師が患者に薬を処方・調剤する際に発生する可能性のある副作用の危険情報をリアルタイムで配信するシステムなど、いずれも世界トップレベルの質を誇る。

16年秋にはこのHIRAの審査システムが、バーレーンに155億ウォン（約15億円）で輸出されることが決まった。ハードウェアとソフトウェアの購入費用まで含めると、事業規模は合計250億ウォン（約25億円）を超える見通しだ。今後、GCC（湾岸協力会議）の残りの5ヵ国（サウジアラビア、クウェート、アラブ首長国連邦、カタール、オマーン）にも進出する見込みで、そのほかにインドネシア、フィリピン、ペルー、チリ、コロンビアなど13ヵ国にも、輸出のためのコンサルティング営業を展開しているとのことだ。医療技術評価（HTA）の先駆けでもある英国に競争で競り勝ったという実績は大きく、年間数千億円の市場にもなり得る世界の保険審査・運営システム市場に先手を打った格好だ。

### 公明正大な審査を

もちろん、韓国のような機械的、画一的な審査手法にも問題点はある。最近韓国内で議論になったのは、狭頭症患者に対するMCDO法（外固定式骨延長法）だ。

人間の頭蓋骨は、生まれたばかりの段階では大きく4つに分かれており、成長とともに自然に縫合するが、早期に縫合してしまい、頭蓋が小さいままで脳の発育を阻害するのが狭頭症だ。それに対し、頭蓋骨をタイル状に分割し、ヘルメット型の延長器を用いて垂直方向に牽引することで、良好な頭蓋形態を維持するのがMCDO法だ。

しかし、HIRAは頭蓋骨が縫合しきっていない患者に対するMCDO法を一律に不認定とした。「脳が自ら育つ可能性がある患者に対しては過度な手術」というのがその論拠だが、医師の一部は「縫合しきっていないからといって、脳が自ら育つことができるとは断定できない」「ケースバイケースで可否を判断すべき」と反論している。

認定区分が大雑把なのも、しばしば批判の的になっている。数年前、脊椎外科での過剰診療、多重手術の実態が、テレビの時事番組などでクローズアップされ、全国的な騒動となった。

このような場合、審査機関としては審査をより厳密化することで対処すべきなのだろうが、HIRAはなんと脊椎外科の全手術を不支給とする決定を下した。そのため、多くの専門医院が廃院に追い込まれた。

このように、なかなか医療行為の是非は一朝一夕には判断がつかない。問題が生じたからといって全国一律・一斉にルールを変えてしまうことにも弊害が多い。しかし情実、お手盛り、利益相反の批判をいつまでも解消できないわが国に比べれば、よほど公平であり、公明正大であるとも言えるのではないだろうか。

医師にとっては「我慢」できないことなのかもしれないが、これ以上支払基金の改革、国民の医療費負担の改善がないがしろにされてはならない。審査の機械化、そして非医師化について、これまでも日本の医療に多大な貢献を重ねてきた医師会のリーダーシップを期待したい。

15年に完成した新HIRAの本部ビル