

医療提供体制の現状と改革 (3)

近 藤 功
中 浜 隆

目 次

はじめに

第1章 医療提供体制の現状と課題

第2章 医療従事者の資質の向上

- (1) 医療の量から質への転換
- (2) 医師のインターン制度の復活
- (3) 医療従事者の免許更新制度の新設
- (4) 正看護婦の教育年限の引き上げ
- (5) 准看護婦制度の廃止

第3章 診療情報の提供

- (1) インフォームド・コンセント
- (2) 医療情報の開示

第4章 医療過誤

- (1) 医療過誤の事例
- (2) 医療事故の調査
- (3) 医療過誤訴訟の増加
- (4) 医療事故防止の取り組み

第5章 診療報酬の不正請求 (以下本号)

- (1) 診療報酬の請求と審査
- (2) 不正請求の事例
- (3) 不正請求に対する取り組み
- (4) 不正請求の防止

第6章 医療制度改革のアンケート調査 (以下次号)

- (1) 調査の方法と結果
- (2) 調査結果の分析

おわりに

第5章 診療報酬の不正請求

厚生省（現在は厚生労働省）は、昨今の跡を絶たない悪質な不正請求の多発を放置できなくなった。厚生省監修『厚生白書（平成10年版）』は「昨今、悪質な診療報酬の不正請求が跡を絶たないことから、不正請求に対して厳正に対処することが現在求められている」としている。そして、保険医療機関の取り消しの強化や診療報酬の不正請求に対する加算金の強化などが実施された。

このように厚生省が本腰を上げ、対策に取り組んだにもかかわらず、その後も医療機関による「悪質な不正請求」が一向に減少していないのは、一体何故であろうか。

本章では、道内の医療機関による不正請求の「事例」、全国の「実態」、不正請求の「取り組み」、「防止策」を論述する。不正請求の内容や実態を把握するためには、まず現行の医療保険制度における「診療報酬の請求」の仕組みについて、その概要を理解しておくことが必要である。

(1) 診療報酬の請求と審査

診療を実施した医療機関は前月分の診療内容を記載した診療報酬請求明細書（レセプト）を月初めに、都道府県ごとに設置された機関（被用者保険の場合は「支払基金」に、国民健康保険の場合は「国民健康保険連合会」）にそれぞれ提出し、審査され、各保険者から医療機関に医療費が支払われる仕組みになっている。しかし、医療機関から請求された診療報酬は、全て無条件にそのまま支払われるものでなく、そのレセプトの記載内容は審査委員によって審査され、適正と承認されて初めて全額支払われる。

池上教授はレセプトの審査について、「審査員は全国に7,909人（1992年）おり、中医協と同じく診療側、支払側、学識経験者によって構成されているが、異なる点は審査には専門知識を必要としているため、いずれも医師であって意見の対立はあまりないことである。そもそも審査員になるためには、それなりの見識と奉仕精神が求められるので候補者も限られている。委員の主観を少な

くし、審査対象となる病院と特別な関係を防ぐため、3か月ごとにローテーションがなされている」と述べている⁵¹⁾。

さらに、池上教授は「医療費の不正請求や過剰診療を防ぎ医療費を抑制する観点からも医療機関から出される全てのレセプトについて、審査・点検がなされていることにはなっているが、実際上は、大量のレセプト処理のためレセプト全てを厳密な審査対象とするのではなく記入上の誤りなどが事務職によりチェックされた後、審査を必要とするような問題がありそうな高額のレセプトや問題のある医療機関からのレセプトが審査の対象になりやすい」と述べている⁵²⁾。

上記の通り、医療機関から請求された全ての診療報酬請求明細書をこと細かに審査することは事務的にも技術的にも不可能であり、1枚当たりのレセプト処理時間はわずか十数秒程度とも言われている。そのため、実際には患者に実施されていない検査を実施したことにして請求したり、患者の実際の診断以外に数種の診断名を薬剤に合わせて追加した診断名（診療内容に合わせた保険病名）を頻繁に付けて請求しているのは事実である。重要なことは、このような医師の勝手な都合や不正な保険請求が目的で、患者が知らないうちに診療内容に合わせた数種類の診断名（保険病名）が追加されていることがあることを患者は知っておく必要がある（診断名によっては、入学、就職、生命保険加入時など、本人の不利益に繋がることもありうる）。

医療機関による不正・不適正なレセプトの請求防止は、現行の医療保険制度（診療報酬体系）の下では、完全に防止することは無理である。不正請求をする悪徳な医療機関は厳しく責められなければならないが、防止の観点からも現在の診療報酬体系の抜本的改革（例：検査潰、薬潰などが行われなような仕組みなどに改革する）をし、診療報酬の「審査の在り方」を考え直すことが重要である。

アメリカに永年居住し、大学医学部教授・開業医、帰国後神戸大学医学部講

51) 池上直己, J.C.キャンベル『日本の医療』中公新書, 平成10年, 170~171ページ。

52) 同上, 172~173ページ。

師などを歴任された中野次郎医師（医学博士）は日本における「レセプトによる医療報酬支払い」について、次のように述べている。「ニッポンでは、完璧な評価機構や制度が存在しないから、多くの医師たちは不適切な薬剤治療や薬漬け、検査漬けにより、国民の血税を平気で浪費しているのです。厚生省もまた、こうした現実を目をつむり、特に厳格な審査制度を創設せず、従来通り、レセプトに記載された、出来高による「怪しい」医療報酬支払いを、過去40年にわたって続けてきたのです。この制度は、悪徳医師達の富を増やし、不正申告をする悪い病院に莫大なお金を注ぐ一方、正直誠実な医師に経済的な苦痛を与え、善良な病院を倒産させます。世界の文明国で、医療機関ならびに医師の評価をせずに、言われた通り、医療費を払う国はニッポンだけかもしれません」と、日本における不適正なレセプト請求や支払いを論じているのに注目したい⁵³⁾。

(2) 不正請求の事例

(a) 北海道における不正請求の事例（介護保険の不正請求も含む）

医療過誤の続発と同様、医療機関による悪質な診療報酬の不正請求も跡を絶たない現状は上記で論述の通りである。経済不況などの影響で、一般勤労者の賃金上げが行われない時期においても、医師の診療報酬は平成13年度まで改定のたびごとに引き上げが行われてきた。このことは、政府や国民が医療機関による医療の「質」の向上、「不正請求」や「過剰診療」の発生防止の観点から容認したものである。それにもかかわらず「不正請求」が跡を絶たないのが現状である。

政府は医療保険財政の悪化防止策として国民に対し、これまで幾度も保険料の引上げや医療費個人負担の引上げなど患者の負担増を求めてきた。医療財政の悪化原因は国民にあるのではなく、診療報酬の出来高払い制、医療機関による診療報酬の「不正請求」や「過剰診療」などが医療財政の悪化の要

53) 中野次郎『誤診列島』集英社、平成13年、284ページ。

因になっていることを医療機関は深く認識・反省し、不正請求が今後発生しないようにしなければならない。

以下は平成12年、13年、14年中に『北海道新聞』（朝刊と夕刊）に掲載された北海道内の医療機関による診療報酬の不正請求の事例を示したものである。

*平成12年4月15日（朝刊） p.35

北海道内の民間病院で、平成12年4月、同病院の軽費老人ホームの入所者60人の健康診断で、本来請求できない医療費を長年にわたり、国民健康保険や老人医療保険など保険者に不正に請求していた事実が判明した。軽費老人ホームの関係者によると、この不正請求は平成3年から5年間にわたり、年間120件に上っていたと言われている。

これに対し、道は平成10年5月、約26万9000円を町国保に返還させたが、平成7年度以前については調べていなかった。しかし、平成7年度以前について、北海道新聞が調べたところ、複数の不正請求があり、いずれも健康診断に対して初診料などの医療費を請求していたことが判明した。

*平成12年5月26日（朝刊） p.30

北海道内の歯科医（矯正歯科クリニック）は、同クリニックが開業した平成7年から平成12年2月までの間に1245件、909万円の診療報酬を不正請求していた（架空請求や二重請求）。北海道社会保険医療協議会は、25日この歯科医院と歯科医を保険医療機関の指定と保険医登録の取り消し処分を答申した。道社会保険事務局は、6月1日付けで答申通り処分する。

*平成12年11月16日（朝刊） p.29

北海道内の病院と歯科医院で、平成12年12月、道社会保険事務局の諮問機関、道社会保険医療協議会は医師と歯科医師の二人に対し、診療報酬を不正に請求していたとして、保険医療機関の指定と保険医登録の取り消し処

分を答申した。同事務局は答申通り 同年12月に処分する。処分される医師は、死亡していた患者5人分を診療していたように見せかけて架空請求するなど、判明しているだけで平成11年1月から907件、970万円分を架空水増し請求した。一方、歯科医師は自費診療としての料金を受け取ったにもかかわらず保険診療したかのように装うなどして、平成7年10月から2665件、1107万円を架空、水増し請求していた。

*平成13年7月4日（朝刊） p.32

北海道内の歯科医院で、歯科医師が診療報酬を不正に請求していたとして、道社会保険事務局の諮問機関、道地方社会保険医療協議会は3日、同歯科医院院長を保険医療機関指定と保険医登録の取り消し処分を答申した。同局は、健康保険法に基づいて9日付で答申通り処分する。同医院は平成8年4月から平成13年3月まで、自費診療として治療代を受け取ったにもかかわらず、保険診療したように偽って診療報酬請求の不正を繰り返していた。不正受給の総額は3043件、3480万円に上った。

*平成13年10月20日（夕刊） p.11

北海道内の病院の病院長（59才）は、偽の入院証明書や診療報酬明細書を作成し、保険金や診療報酬を計約200万円をだましとった（診療報酬の不正請求の外、民間保険会社からもだましとった）として、警察に詐欺罪で逮捕された。逮捕されたのは院長の外、同医院の女性職員2人、偽装入院で保険金をだまし取ったとみられる上川管内の自営業（46才）と同管内の土木作業員（34才）で、平成12年10月、自営業者が「急性胆のう炎で3か月入院した」との虚偽の入院証明書を作成して、生命保険金社から約170万円をだまし取った外、同様の手口で土木作業員にも虚偽の入院証明書を作成して別の生命保険会社からも20万円をだましとった。さらに同院長は女性職員二人と共謀の上、平成12年7月通院していた男性患者を入院したように装い、入院基本料などを水増しした虚偽の診療報酬明細書を作成、

診療報酬として10万円をだまし取った。警察では偽装入院を繰り返していた可能性が高いとみて余罪を調べている。

※その後の警察の調べにより、同院長は同じ偽装入院の手口でさらに保険金約790万円を搾取した。暴力団員3人が「アルコール性肝炎」などで入院したとの虚偽の入院証明書を作り生命保険会社などから270万円をだまし取り、10数人の患者が入院したように装い、国民健康保険団体連合会を通じて520万円の診療報酬もだまし取っていたとして、11月10日に同院長（詐欺罪で逮捕起訴済）は再逮捕された。

その後の論告求刑公判では、院長に懲役5年、女性職員2人のうち看護師長（67才）には、懲役2年が求刑された。

*平成14年2月1日（朝刊） p.33

北海道内の病院（143床）が医師や看護婦の数を水増し、過去5年間に健康保険などから約10億円の診療報酬を不正に請求し、受給していたことが道社会保険事務局の調査等により発覚した。同病院は医療法上の基準では医師数11人～14人必要であるのに対し4～5人程度の常勤医しかおらず、あとは同病院に勤めてない14人の医師の名義を借り、常勤や非常勤医師と装う手口で水増し報告していた。

また、看護婦についても水増しをし、入院基本料などの診療報酬を不正請求し、最終的な不正受給額は総額7億2000万円を不正に受給していた。医療機関の診療報酬の不正請求としては、道内においては過去最大規模のものであった（同年2月5日、朝刊、p.31）。

さらに、同病院は、勤務実態のない医師の名義を借りて道に介護保険法に基づく指定介護療養型医療施設の虚偽指定を申請し、平成12年4月より13年11月迄、不正介護報酬約5千万円を受け続けたことも発覚し、マスメディアで報道された。介護保険の不正受給による指定介護療養型医療施設の取り消し処分は平成12年4月の介護保険法施行以来、道内初である。同病院では、名義を借りた医師に月額20万円前後、看護師には月額3万円前後

を謝礼として支払っていた。道社会保険事務局は、同病院の「保険医療機関」の指定取り消しと「介護指定」取り消し処分を行い、不正受給額の返還と追徴金（不正受給額の10%から40%）の支払いを求めることにした（同年3月1日，朝刊，p.31）。

*平成14年2月1日（朝刊） p.31

道内の歯科医院（院長76才）が架空の診療や、つけ増ししたりする手口で診療報酬を不正請求し、過去5年間で総額約340万円を不正に受給していたとして道地方社会保険医療協議会は2月4日，同歯科医院を開設していた歯科医師の保険医の登録を取り消す処分を答申した（処分は7日付）。

*平成14年3月1日（朝刊） p.31

道内の医療法人社団施設開設の通所リハビリテーション施設が，看護師のカラ雇用などで介護報酬を不正に多く受け取っていたことが分かり，道が発表した。同施設は，通所者40人（昨年11月以降は20人）につき4人置くべき専従者を2人しか置かず，タイムカードを偽造してさらに2人が実在するように見せかけ虚偽の雇用通知書を作成して道に提出していた。このカードには，同法人経営の病院で以前働いていた看護師の名前を無断で記入していた。さらに，通所者20人につき2人必要な専従者のうち1人は作業療法士，理学療法士などの有資格者でないとならないが，昨年10月迄これを満たしていなかった。本来介護報酬を通常の3割減で請求すべきところを，満額請求し，受領していた。水増しした総額は423万円で，道は不正分の返還を法人に指導するとともに，介護保険法に基づく指定介護療養型医療施設の指定を3月15日付で取り消す処分を決めた。

*平成14年3月15日（夕刊） p.12

介護保険サービスを提供している道内の根室管内の民間非営利団体（NPO）法人の介護ステーションが介護報酬を過剰請求していた問題で，

新たに、ホームヘルパーの「カラ派遣」など不正請求を含め、約60万円を余分に請求し、支払いを受けていたことが15日、調査で分かった。既に判明している過剰請求分を加えると不正・過剰請求は計460万円に上り、今後さらに膨らむ可能性も出てきた。調査は、平成13年7月から8月にかけて国保団体連合会に利用者からの苦情申し立てがあつて分かった。

*平成14年7月30日（朝刊） p.19

道内病院（150床）の院長は1990年代前半から今年3月まで同院院長と同じ医大出身（内科）の医師9人を、実際は勤務していないのに名義を借り、診療報酬や介護保険サービス費を受領していたことが分かった。同病院の所在地の保健所は31日、医療法と介護保険法に基づく立ち入り検査を実施する。診療報酬や介護保険サービス費は、医師数が設置基準に満たない場合、減額されるが、同病院は、設置基準では医師4人体制のところ、実際は一時期を除き、院長、副院長の2人しかいなかった。そこで同病院は、米国留学中で不在の医師を常勤としたり、学生医師を週3回の非常勤医師にするなどして書類上、4人ないし3人の医師がいるように装っていた。これらの医師は、殆どが1日も出勤しないのに、病院と雇用契約を結び、「常勤医師」で毎月約30万から50万円、「非常勤医師」で20万円前後の給料をもらっていた。病院側は医師数を正直に届け出て報酬を減らされるより名義借りの給料を払った方が安上がりと考え、医師らの印鑑を作り、出勤簿に押ししたり、薬剤処方箋に不在の医師の印鑑を押し、勤務しているように見せかけていた。不正請求が確定した場合、名義を貸した医師も医師法違反に問われる可能性がある。

北海道新聞の報道によると、同病院は過去5年以上にわたり診療放射線の無資格の事務員2人にX線撮影させたり、看護師についても、平成12年夏から平成14年6月まで医師と同様に名義借りをしていたことが医療監視で判明した外、医師が毎日宿直の必要があつたのに宿直していなかったことも分かり、同病院の診療体制のずさんさが浮き彫りになった。刑事告発が

予定されている（同年8月16日，夕刊，p.13）。

同病院に対し，道社会保険事務局は12日，医師の名義借りなどによる同病院の保険医療機関の指定を12月中旬を目途に取り消すこと決め，さらに昨年度，現在の病院の隣に新築の際，受けていた新病院に対する道の補助金1億5千万円の全額返還を求める方針であることが，同年11月13日（朝刊）で明らかになった。

以上，平成12年から同14年の3年間において，道内の医療機関における診療報酬や介護報酬の不正請求が発覚し，北海道新聞で発表された事例である（道外の不正請求は除外した）。不正請求は道内に限らず，道外の医療機関等でも発生し，報道されている。

マスメディアで報道された不正請求は，医療過誤と同様，氷山の一角であると言われている。平成15年に入ってから，道内の大学病院に所属する医師4人と道外在住の医師3人の名義を借りて診療報酬を不正に受給していたことがテレビや新聞で大きく報道され，道民の批判を浴びている。実態のない病院の賃金台帳を作成し，医師が月額100万円を受け取ったように賃金台帳に記載しながら，実際には18万円程度しか渡していなかった事例を含め，医師数の虚偽報告による介護報酬の水増し請求など，目に余る悪質な不正請求を行っていることが判明している。

既に論述したが，現在の「診療報酬体系」と「診療報酬審査制度」の下では，不正請求に歯止めをかけることは困難である。これらの制度改革を図らない限り，医療機関による不正請求は今後も継続的に発生するであろう。新聞などで不正請求が表面化するの「氷山の一角」であることを国民はよく再認識する必要がある。

(b) 全国の医療機関による不正請求の事例（平成11，12年度分）

* 『北海道新聞』平成12年12月19日（朝刊），p.26

全国の保険医療機関や保険医が診療報酬を不正に請求し，都道府県から返還するよう指導された総額が，平成11年度は，65億2000万円に上がること

が、厚生労働省が同年12月18日にまとめた指導・監査結果で分かった。昭和48年度に調査を開始して以来、返還額は平成元年度の69億1000万円に次いで2番目に多かった。道内では上川管内の歯科医院が、実際に診療をしていない分まで請求して、得た2380万円を、また函館市内の内科医院も同じく450万円を返還。両施設の保険医療機関指定と、それぞれ一人ずつの保険登録医が取り消された。

診療報酬の不正請求は平成9年度から年間60億円前後で推移し、平成2年度初めの3倍近くになっている⁵⁴⁾。

* 『北海道新聞』平成13年12月27日（朝刊），p.29

厚生労働省は、平成12年度に診療報酬を不正に請求した全国の医療機関に対する指導と監査の状況をまとめた。

不正に得たため、後に健保組合などの保険者に返還された診療報酬の総額は、前年度より5億7000万円減ったものの、過去4番目に多い59億5000万円に上った。悪質な「不正請求」によって保険医療機関31施設と、各施設の医師、歯科医師計36人が保険医などの指定を取り消された。このうち福岡県の病院は医師数を水増して、1件当たり過去最高額の16億4800万円を返還、岩手県の国立病院は、国立病院として初めて指定を取り消された。道内では、札幌市の2つの歯科医院と小樽市の外科医院の計3施設と、各施設の医師、歯科医師の計3人が保険医の指定が取り消された⁵⁵⁾。

(3) 不正請求に対する取り組み

(a) 厚生労働省

医療機関による診療報酬の不正請求については上記で述べた通り、全国で年間、約60億円もの不正が毎年明らかになっている。医療機関を監督する主務官庁としての厚生労働省のこれまでの不正請求に対する「取り組み」は決

54) 『北海道新聞』平成12年12月19日（朝刊），26ページ。

55) 同上，平成13年12月27日（朝刊），29ページ。

して十分なものではなかった。平成10年度に入り厚生省は、跡を絶たない不正請求に取り組むため、本腰を上げる様子がみられるようになった。厚生省監修『厚生白書（平成10年度版）』の中で、「昨今、悪質な診療報酬の不正請求事件が跡を絶たないことから、不正請求にたいして厳正に対処することも求められている」とし、医療機関の指定の取り消しが行われた場合、再指定を行わないことができる期間を現行の2年から最長5年に改めるとともに、診療報酬の不正請求に係る返還金に対する加算の割合を現行の10%から40%に改めるとした改正案が1997（平成9）年11月、医療福祉審議会の運営部会において審議が行われ、1998（平成10）年1月の同審議会等の答申を経て2月10日「国民健康保険法等の一部を修正する法律」が国会に提出され、4月30日に衆議院で可決された⁵⁶⁾。

しかし、厚生省が上記の取り組みや防止策を講じた後の平成12年度と平成13年度、平成14年度においても、悪質で高額な「不正請求」が発生しているのが実態である。今後、厚生労働省が思い切った罰則の強化や診療報酬制度の抜本改革、レセプト審査の改革を実行しない限り、不正請求の続発を抑えることは無理である。

(b) 日本医師会

医療過誤と同様に、医療機関による診療報酬や介護報酬の不正請求は、昨今、マスメディアで頻繁に報道されている。医師や歯科医師による「不正請求」は、「医の倫理」を忘れた医師による悪質なものが多い。これまで日本医師会や日本歯科医師会は、医師による「不正請求」に対しては真剣な取り組みを国民に示すようなことはなかった。新聞で報道された「不正請求」の殆どは、刑法で規定する「詐欺罪」に当たることを日本医師会と日本歯科医師会は深く認識し、不正請求の予防策を講ずるとともに、不正請求など明らかな違法請求が行われた場合、その医師会員に対して断固たる処置を講じ、非医師会員に対しても指導的助言を与えることによって、国民の信頼回復に努

56) 厚生省監修『厚生白書』平成10年度版、(株)ぎょうせい、254ページ。

めることが必要である。

(c) その他の機関

医療費を抑制し、適正な請求を確認するため、「レセプト」の審査・点検が行われるが、実際には大量のレセプトの審査は、1枚当たり僅か数十秒程度と言われている。不正防止の観点から、レセプト審査等について、池上教授は次のように述べている。「レセプトの審査、点検以外にも、医療機関をチェックするより強硬な方法がある。その一つが各都道府県の担当部局と地域の医師会が共同で行う「指導」である。具体的には、あらかじめ抽出しておいたレセプトに対応するカルテを照合、点検して問題箇所があれば減額し、その上で医療機関に対して、同様な誤りがあるかどうかを過去に溯って自主的にチェックするように求める。それに基づいて医療機関は各保険者に対して不適切に請求した金額を返還しなければならない。どのような基準で指導の対象になるかは必ずしも明らかでないが、他と比べて収益を上げている医療機関が選ばれやすいようである。

もう一つが「監査」であり、監査は架空請求など明らかな違法行為が行われた可能性が高い場合に実施される。不正事実が確認された場合には、保険医療機関としての一時的、あるいは永久的な指定の取り消しが行われる。しかしながら、平成4（1992）年において監査の対象となったのは45施設の75人の医師で、このうち指定取り消しがあったのは20施設の21人の医師のみであった⁵⁷⁾。

行政機関による「立ち入り検査」や「業務監査」が行われる場合、緊急性の問題がなければ「抜き打ち検査」が実施されることはない。この点については、長い間、医療機関に勤務している管理職であれば、承知しているところであろう。

厚生労働省は、不正事件の多発を受け、平成9年、抜き打ち検査を行うよう各自治体に通知したが、道内で実施例は殆どない。道は抜き打ち検査につ

57) 池上・キャンベル『日本の医療』176～177ページ。

いて、①検査時に必要な書類が見つからないと検査が非効率的であること、②病院と協力して地域医療をつくる立場もあり、最初から疑うわけにいかないことなどを述べている。

最近、道民の批判を浴びた道内の医師水増し問題で不正発覚が遅れた原因や背景には、形骸化した検査行政に問題があるとも述べている。道内における7億円を上回る医師水増し不正受給を初めとして、全国における平成12年度の診療報酬等の不正請求は、発覚したものだけで59億5000万円である。役所の言う「医師を疑わない」前提は既に崩壊していると同新聞は医師を批判している。

検査行政のこうした姿勢について、民間非営利団体（NPO）、権利擁護市民福祉オンブズマン機構の石田幸子氏（北海道の幹事）は「無意味な事前通告検査を続けるのは、役人の再就職など業者と癒着の構造があるからではないか。患者等、利用者も含めた第三者機関による抜き打ち検査をしないとダメです」と述べている⁵⁸⁾。

(4) 不正請求の防止

(a) 防止策の必要性

「不正請求」の発生防止については医療過誤と同様、厚生労働省、日本医師会、日本歯科医師会、各保険者、都道府県の関係機関が一致協力し、解決を図らなければならない重要な国民的課題である。現在、跡を絶たない診療報酬等の不正請求が行われるのは、不正受給に対する認識が欠如している医師や歯科医師もいるからではないかと思われる。医療過誤は医師や看護師などの不注意により引き起こされるものが多いが、診療報酬や介護報酬の不正請求は、意図的に行われるものが殆どである。悪質な診療報酬等の不正受給は、明らかに刑法上の「詐欺罪」に当たり、刑罰は10年以下の懲役と規定されている。

58) 『北海道新聞』平成14年8月6日（朝刊），31ページ。

従って、悪質な診療報酬の不正請求は違法行為であることを医師と歯科医師は認識すべきである。

筆者が平成12年～14年に北海道新聞で報道された医療機関による不正請求について論述したものは、いずれも悪質と思われるものばかりであった。

第4章で「医師の倫理欠如」を指摘したが、本章の不正請求でも同様のことを再度指摘しなければならない。詐欺行為を行う医師は、「医師は一般人と異なる」という間違った考えや「医師は何をしても誰からも指摘を受けない」といった特権意識があるからではないだろうか。

医療に対する国民の意識が急速に変化する中、医師の意識も変化しなければならない。これまでの古い日本の医療の体質は時代にそぐわないことを医師は認識すべきである。どちらかという、厚生労働省は、これまで患者側より医師会側に有利な診療報酬体系を構築してきたが、今後は国民や患者を中心にし、医師の「不正請求」ができにくい診療報酬体系に再構築する必要がある。これにより不正請求は相当減少させることができるはずである。

これまで、国民は大変厳しい経済状況下で、賃金や賞与の切り下げ、増税、保険料の引上げ、医療費自己負担の引上げなどを認めてきた。こうした状況にもかかわらず、医師（開業医）に対する「診療報酬の引上げ」は平成13年度まで定期的に実施されてきた。また、多くの国民が廃止を求めてきた「医師の優遇税制」も認めてきたのである。こうした背景には「医療の質の向上」、「医療過誤の防止」、「過剰診療の防止」や「不正請求の根絶」などを国民が願ってきたからである。それにもかかわらず、国民の願いを踏みにじり、悪質な「不正請求」を行う医師や歯科医師が跡を絶たない現状を踏まえ、筆者は「不正請求」を根絶するため、次の防止策を提言したい。

(b) 不正請求の防止の提言

① 請求の審査をコンピュータ化する

現在、医療においてもIT化の推進が叫ばれ、すでに多くの大病院においては膨大なカルテが電子化されており、一般病院においても電子カルテが導入される時代に入った。またレセプトの請求も、誰が見てもわかるよ

うに、大多数の病院ではコンピュータで処理、印刷して請求している。

しかし「レセプトの審査業務」は、いまだに手作業によって行われているのが実情である。大量のレセプト審査業務をコンピュータ化することにより、「審査業務の迅速化」が図られるほか、「不正請求の発見・防止」にも役立てることができる。すなわち、①診断名に対する「適正検査」の実施の有無、「不適正薬剤」の使用などを細かにチェックすることが可能となる、②過去において請求不適正と思われる医療機関をコンピュータに入力しておき、次回の請求時には、その内容が自動的にはじき出させる、③現在、レセプトの開示請求は可能となっているが、カルテのようには進んでいない。この原因は、患者や遺族からレセプト開示を請求されても、レセプトを保管している「保険者」は、膨大なレセプトから抽出し、開示するのは大変な手作業になり、困難である。しかし、コンピュータ化により、このことは解決される。コンピュータによる開示によって、「行ってもいない治療」、「服用してもいない薬剤」、「行ってもいない検査」などを患者側から発見することが可能となる。このように、現在の「手作業」によるレセプトの審査業務のコンピュータ化は、審査業務の省力化とコスト軽減、診療報酬の不正防止に寄与するのである。④不正請求防止の観点から、できるだけ早期にフロッピーディスクによるレセプト請求に移行すべきである。

② 刑事責任を問い、行政処分を強化する

診療報酬の不正請求は、我が国の「国民皆保険制度」を利用して、国家（税金）や国民・患者（保険料や患者一部負担金）を欺いて診療報酬を不正に受給するもので、許すことの出来ない犯罪行為である。不正請求のパターンには、①全く診療していないのに、診療したことにして保険者に請求する、②全く診療していないのに、診療したことにして患者一部負担として患者にまで請求する、③患者に不必要な検査を実施して請求する。特に①②は不正の意思をもってレセプトを作成し、保険者や患者に医療費を請求する最も悪質な犯罪行為で詐欺罪である。本章(2)で、道内における「不

正請求の事例」の論述中、最も悪質な例として「死亡していた5人の患者」を診療していたかのようにみせかけて架空請求をするという医療機関もあった。また、ある歯科医院では、患者から自費診療として治療代を受け取っていたにもかかわらず「保険診療」をしたかのように装って不正請求を繰り返し、3千万円以上を不正受給していた。

医師や歯科医師による上記のような悪質な診療報酬の不正請求に対しては、行政処分の強化を含め、刑事事件として取り扱うことを国民の多くは求めているのである。同一の医師・歯科医師が同一不正を複数回にわたっておこした場合は、保険医療機関の取り消しや保険医登録の取り消しに止どまらず、状況によっては医師（歯科医師）免許の一時停止、有期停止、取り消しなど、現在より強い行政処分を行う必要がある。そうしなければ不正請求の根絶は望めない。

③ 診療報酬制度を改革する

医療機関の診療報酬不正請求の誘発原因の一つとなっている現在の診療報酬体系の「出来高払い制」を是正し、不正請求ができにくい診療報酬体系に改め、現在の「出来高払い制」から「患者疾病別の包括払い制（定額払い制）」に一層推進する必要がある。将来的には粗診粗療に繋がらないように配慮し、欧米諸国で導入されている DRG (Diagnosis Related Group) と PPS (Prospective Payment System) を組み合わせた体系を構築することが不正請求の防止に繋がると思われる。現在の「出来高払い制」はどうしても医師を「過剰診療」や「不適切診療」に走らせているのが実態である。高度医療や急性期疾患は「出来高払い制」、高齢者医療や慢性疾患、プライマリーケアなどは「包括払い制（定額払い制）」の組み合わせにすることがよいと思われる。

④ 不正請求を積極的に公表する

不正請求は、余程大きな問題とならない限り、新聞などによって「公表」されることは少ないようである。不正請求防止の観点から今後は、悪質な「不正請求」と認められた場合は、不正金額の多少に拘らず何等かの方法

で公表すべきである。

⑤ 医師会は不正請求の防止策を提示すべきである

日本医師会は、医療機関による「不正請求」に対しては、どちらかというところまで消極的に対応してきたように思われる。筆者が第6章で論述する「医療保険制度」に関するアンケート調査のなかで、「診療報酬の不正請求」の設問に対する回答では、不正請求を行うのはごく「一部の医療機関」と思うと回答した人が31%、不正請求は新聞報道以外でも程度差こそあれ「相当数の医療機関」がおこなっていると思うと回答した人が63.4%であった。このことから、アンケートに参加した半数以上の人が医療機関による「診療報酬の不正請求」は行われていると疑念を抱いているのである。アメリカでは医師会自らが医師の診療行為を監視する組織を有し、相当に厳しいと言われている。日本医師会も今後、医療機関による診療報酬の不正請求の防止に対する具体的な防止策を提示し、失われた国民の信頼を回復すべきである。

⑥ 「抜き打ち」の医療検査と監査を行う

「医療検査」と「監査」は、通常1か月程前に、検査内容などが通知される。その理由として、検査する行政側が医療機関を不審に思わず、信頼しているからともいえる。しかし悪質な不正請求が多発する現在、医師や医療機関に対する行政側の信頼は大きく失われているのが現状である。

不正請求を防止する観点から、今後は行政による検査や監査は「抜き打ち」に改めると同時に、不正請求防止オンブズマン制度を設置し、医療に詳しい弁護士や医師のほか医療関係者も選任して、患者の苦情解決を含め医療監視を行うことも必要であろう。

⑦ 患者が良質な医療機関を選択する

21世紀の新しい医療は、患者が医療を選択する時代に入った。不正請求を防止する観点からも、患者は質の良い病院を選択することが必要であるが、実際には困難なことである。そこで、良い医療機関を選択する指標の一つになるのが(財)日本医療機能評価機構による「機能評価認定」の有

無である。同機構は、厚生省と日本医師会等が後押し（援助）して設立されたものであり、平成14年末で全国の病院の6.4%（全国で816施設、道内では42施設）が評価の認定を受けている。評価の認定を受けた病院は「医療の安全面、病床の規模、人事配置、院長以下全職員の研修会、病院の情報公開、24時間の検査体制、救急医療体制、その他」をクリアして初めて「質」の良い病院と評価認定されるのである。

筆者がこのことを述べた理由は、機能評価認定を受けた病院は通常、良質な医療を提供していることのほか、過剰診療・不適切診療・不正請求などを起さないこと、医療過誤などを含め患者が安心して治療を任せられることが証明された医療機関であると思われるからである。道内においても「機能評価認定」を申請する病院が増え続けており、医療の「質」の向上と不正請求の減少が期待されている。

結 語

本章では、医療機関による診療報酬の「不正請求」について論述してきた。診療報酬の「レセプト請求システム」を変え、審査体制をいくら厳しいものに改めても現在の「診療報酬体系」が続く限り不正請求の根絶を図ることは無理であろう。「行ってもいない診療」をさも行ったように装い、レセプトを請求し、国民から集めた保険料や患者一部負担金をだまし取るなどの詐欺行為は良識ある国民から考えられないことである。これらの行為は重大な犯罪行為であることを医師や医療機関の関係者は認識しなければならない。

医療機関による診療報酬や老人保健施設による介護報酬の不正受給が発覚した場合、単に「運が悪かった」とか、見つかったから「不正金額を返還」すれば、あとは軽い行政処分分で終わるから、という安易な考え方は改めなければならない。

現在、国民は、医療に対する意識も次第に高まり、「良質な医療」・「医療過誤」・「過剰診療」・「不正請求」に対しては深い関心をもつようになってきた。跡を絶たない医療機関による「不正請求」をなくすためには、「診療報

酬制度」の改革が必要であるが、政府は平成14年度も同制度改革を後回しにして、国民に「保険料の値上げ」や「患者一部負担金の引上げ」を強える結果となった。

政府や日本医師会は、これら不正請求の根絶や過剰診療の防止を実行するためにも、医療機関が不正請求を実行しにくい診療報酬体系の抜本改革を推進することが必要である。

平成15年2月17日付の新聞報道により「政府管掌健康保険（政管健保）から給付される医療費が2002年度上半期（4 - 9月）に前年同期比4.0%減少したことが同年2月16日までに社会保険診療参療報酬支払い基金の医療費動向調査で分かった。この原因は、平成14年4月から実施された診療報酬の平均2.7%の引き下げ、同年10月からの老人保健の自己負担の実質的な増額等により、患者が受診を控えた結果によるものと思われる」⁵⁹⁾。

平成15年4月からは、多くの国民が反対したにも拘らず、被用者保険本人の一部負担が2割から3割に引き上げられ、患者負担が増大することになった。患者一部負担増は、受診控えによる国民の健康悪化などが大きく心配されている。

こうした患者一部負担増によって低所得者の受診が控えられ、その結果、医療機関の診療収入が減少するかもしれない。医療機関がこれまでの診療収入の維持を図ろうとすると、これまで以上に「過剰診療」・「不適切診療」・「不正請求」・「医師の名義貸しによる不正請求」などが行われることが懸念される。

日本医師会は失いかけてきた国民の信頼回復のためにも、患者の立場に立って国民の生命と健康を守るための医療保険制度の改革に積極的な姿勢をうちだすことを強く望みたい。

平成15年2月に、筆者が居住する小樽市内の老人保健施設（100床）で介護報酬不正受給が発覚した。関係者の試算によると、同施設による介護報酬の不

59) 『北海道新聞』平成15年2月17日（朝刊）、2ページ。

正受給額は、介護保険制度が始まった平成12年4月から平成14年の秋までの2年半余で3億円を超える可能性もある。同施設長（医師）は、不正受給を認めながらも「だますつもりはなかった」、「不正受給で返還請求があればお金は返す」、「以後はこのようなことが起きないように充分注意をする」と述べている⁶⁰。こうした発言は、不正受給が犯罪行為であるという認識が相当欠如していると思われる。

医療過誤と同様、医療機関や老人介護施設による「不正請求」が今後起こらないようにするためにも、国民一人一人が医療や介護制度の現状を再認識し、医療制度や介護制度に対する意識改革をはかることが重要である。

(平成15年5月6日提出)

60) 『北海道新聞』平成15年2月21日（朝刊）、1ページ、2月22日（朝刊）、33ページ。