

厚生労働省行政事業レビュー 公開プロセス（第1日目）

① 医療費給付費の適正化

開催日：平成22年5月31日（月）

開催場所：厚生労働省講堂（低層棟2階）

外部有識者：熊谷コーディネーター、菊池評価者、河野評価者、土屋評価者、飛松評価者、丸山仕評価者、宮山評価者、吉田評価者、河西評価者

説明者：（保険局）神田総務課長、佐藤医療課長、三宅医療課医療指導監査室長、渡辺医療課保険医療企画調査室長 他

○総括審議官

ただいまから、「行政事業レビュー（公開プロセス）」の1日目を開催させていただきます。本来であれば、政務三役がこの場に臨席することになっているわけですが、あいにく国会本会議等々が動いておりまして、どうしてもこの時間に政務三役が来られませんのでご了承いただきたいと思います。この状況はビデオに撮っておりますし、中身については私のほうから大臣をはじめ、政務三役に説明したいと思っておりますので、ご理解いただければと思います。

本日は、4つの事業について行政事業レビューを行いますので、よろしく願いいたします。進行につきましては、外部有識者の中から熊谷さんをお願いすることになっておりますので、よろしく願いいたします。

○熊谷コーディネーター

ただいまから、厚生労働省の行政事業レビューの公開プロセスの作業を始めます。本日の1つ目の事業であります、「医療給付費の適正化」についての説明をお願いいたします。

○事業所管部局

私のほうから、事業の概要、現状、改革案について、資料の9頁以降でご説明させていただきます。保険医療機関等に対する指導・監査、柔道整復師への指導・監査、保険者における医療費適正化の取組と大きく3つに分けて整理しております。医療保険医療費としては約8兆円の国費が投入されているわけですが、まず保険医療機関等への指導・監査ということで、これは保険診療のルールである療養担当規則であるとか、算定のルールである診療報酬の点数表をきちんと守って請求がされているのかどうかをチェックするということです。

指導と監査ということで10頁目をご覧くださいますと、指導の中には集団指導といって公衆方式でやるものと、個別面談で行う個別指導があります。一般的にはレセプトの1件当たりの点数が高い医療機関上位8%に対して指導を行い、その翌年度においても、まだ依然として高い所、上から4%の保険医療機関等に対して個別面談方式で指導を行

う。また情報提供などがあつた場合には、そういうところも対象にしています。

監査については 9 頁にありますように、不正が疑われる所に対して監査を行います。不正請求等があつた場合に、最終的には保険医療機関、保険医の指定又は登録の取消まで行うことになっております。

柔道整復師についての指導・監査についてです。柔道整復師の行う施術については、原則法律上は療養費払いということで、一旦窓口で払っていただいて、後で保険から償還されることになっております。これは、協定なり契約によって、施術所が委任状を貰って、保険者に請求することができるという、事実上の現物給付の取扱いが行われております。これについても指導・監査を行っていて集団指導、個別指導、それから不正が疑われる場合の監査となっております。ただ、こちらのほうは法律上の仕組みではなくて、協定とか契約で指導・監査を行うことを施術所が受け入れることに基づいて実施しているということです。

まず、指導・監査についての現状等についてご説明させていただきます。12 頁で、保険医療機関等への指導・監査ということで、21 万を超える保険医療機関、保険薬局等に対して、管理部門を含めて約 700 人程度の体制で指導・監査を実施しております。特に(3)にあるように、全国的に統一化・標準化を図って行っていく必要があるということで、平成 21 年度から業務指導を都道府県事務所を含めて実施しております。

資料の 19 頁、20 頁に各都道府県別の保険医療機関、保険薬局等に対する指導の件数が出ております。件数については 8,000 件を一応目標にしておりますけれども、現状でいうと 3,400 件程度ということで、各都道府県においてかなりの差があるという実態があります。

12 頁の右側は人員体制の不足です。人員体制については順次充実しておりますが、現状でも年金記録問題への対応ということで、100 名程度が日本年金機構に出向しています。技官の指導医療官と、医師・歯科医師が直接指導や監査に出向きます。最終的には医学的判断ということになりますので、こうした技官の確保が不可欠であります。特に医科の指導医療官については、この職に就くと臨床ができなくなるということ、処遇上の所得格差がかなりあることから非常に欠員が生じています。

13 頁は、柔道整復師の指導・監査についてです。これは、昨年の行政刷新会議においても、多部位請求などの適正化を図るべきだという指摘がありましたので、13 頁の(2)4 部位以上については報酬の算定をしないことにいたしました。3 部位目についても、費用を低減して支給するような見直しを、この 6 月の療養費の改定で行っております。そのほか審査の適正化を図ることから、領収書や明細書の発行を義務づける。レセプトに施術日を記録することを実施しております。

審査・指導監査については、協会けんぽなり国保連で審査を行っております。審査の課題としては、算定基準に曖昧なところがあつて地域差があるといった問題、審査委員の選定基準、例えば不当な請求をした者については審査委員に選任しないといった選定基準が不明確である。支給申請書の用紙が統一されていないという問題があります。保険医療機関の指導・監査と同様に、人員体制が非常に不十分であるということで、地方厚生局で、現在柔道整復師の担当は各 1 名の体制で実施しております。

いま申し上げましたような現状を踏まえて 15 頁、16 頁の改革案です。まず保険医療

機関等への指導・監査業務については、標準化・統一化を図っていくことが必要であることから、初めてでありますけれども実施要領を作成することにいたしました。(3)のように、本省から各地方厚生局、都道府県事務所について計画的に巡回して業務指導をすることにし、具体的な指導の仕方等について指導することによって標準化を図っていきたいと考えております。(5)のように、適宜その実施状況等についても四半期ごとに示すことによって指導をしていきたいと考えております。

指導医療官の確保についてです。その確保については、大学病院や都道府県の担当部に協力要請することと併せ、先ほど申しましたように処遇問題の改善をしないとなかなか確保ができないということです。兼業などについても、どのような改善が可能かを検討し、関係省庁にも要望していきたいと考えております。

柔道整復師の指導・監査については、先ほど申し上げましたように各都道府県で格差があるということです。算定基準の明確化を図り、曖昧な点をなくしていくということ、様式を統一して審査をより効率的にするということ。それから審査委員の欠格事由などを明確化することをしていきたいと考えております。指導・監査についても、そのマニュアルを作成するという。厚生局の担当者が1人しかいないということです。横で事例の共有等のネットワークを進めてまいりたいと考えています。以上が指導・監査関係です。

保険者の医療費適正化の取組については14頁以降です。保険者においてレセプト点検を行うということです。具体的な内容については21頁です。大きく3つあって資格、内容、外償の点検が書いてあります。資格というのは、資格喪失後の受診についてのレセプトを返戻する。内容は医療内容に関する。外償というのは、本来第三者の加害者などがいる場合について、その原因者に給付費を求償していくことを行っております。件数や効果額等については14頁に書いてあるとおりです。

2つ目は、後発品の使用促進です。22頁にあるような後発品の医薬品の希望カードを配布しております。これは協会けんぽの例ですが、協会けんぽでは既にすべての加入者にこうしたものを配布しております。市町村国保では3分の2、高齢者医療制度では半分ぐらいの広域連合でこういうものを配布しています。いちいちお医者さんに口に出して「後発品を出してください」と言わなくてもよいようにこういうものを配布しております。

23頁は後発品の利用差額通知を行っております。協会けんぽにおいては、この6月からすべての都道府県で展開することにしております。23頁の右側を見ますと、いろいろな後発品が考えられますが、薬を後発品に切り換えるといくらか自己負担が安くなるかを本人に通知する取組をしております。市町村国保や広域連合では、進んだ所でこうした取組をしております。

医療費通知については、24頁にあるような医療費を加入者にお知らせすることを実施しておりますが、14頁にあるようにまだ一部の市町村、広域連合で実施されていない所があります。

いま申し上げましたようなことを踏まえて改革案です。17頁でレセプト点検についてです。レセプトが電子化されるということで、システム的なチェックについては、審査支払機関におけるシステム的なチェックを充実することにより、審査の精度を上げてい

くことがまず基本かと思っております。

2 点目は、すべての保険者で電子レセプトで受け取って、その内容に問題があれば、それをオンラインで返せるような体制を整備していく。現状ではまだそういうことができていない所がありますが、平成 23 年度には原則としてすべての保険者でそういうことができる体制を整備していきたい。

3 点目は、審査支払機関における原審査の精度が非常に向上してきますと、審査支払機関ではできないような部分にレセプト点検は重点化していく必要がある。例えば外償点検や資格点検は保険者でしかできません。複数の医療機関で受診したような場合については、審査支払機関では難しいケースがありますので、こうした所に保険者のレセプト点検を充実していく必要があると考えております。

2 番目は、医療費通知の 100% 実施を目指して指導していく。

3 番目の希望カードについては、多くの所で実施されておりますが、残っている所についても 100% 配布していただくということ。後発品の利用差額通知について、いまは先進的な所で実施されています。協会けんぽはすべてですが、健保組合や市町村国保においても、希望すれば実施できる体制を築いていきたいと思っております。

18 頁は、保険者による適正受診の啓発です。資料の 26 頁にあるように、中医協のほうで議論があり、勤務医が非常に疲弊されているということから、夜間や休日の受診を制限する。患者に負担をかけることにより、そういうことを一定範囲で窓口負担を課すことによって、こういうことについて配慮できないかという議論がありましたが、その前にまず保険者から啓発・普及すべきではないかということで、休日や夜間について、本当にその時間でないと受診できないかどうか考えていただきたいというか、お子さんについてはまず電話相談にさせていただいたらどうかという普及・啓発を今年度から実施することとしておりますので、その実施状況を的確に把握して、実施の向上を図っていきたい。

18 頁の最後のところは、協会けんぽの被扶養者の資格確認です。これまで協会けんぽでは 2、3 年ごとに実施してきましたけれども、これを毎年実施することとしたいと考えております。典型的には、例えば 18 歳を超えて、就職をしたのにそのまま保険証が手元にあって、被扶養者の移動の届出がきちんとされていないことにより、そのまま受診しているケースがありますので、これは毎年きちんとやっていくようにしたいと考えております。以上が、医療費適正化に関する現状と改革案です。

○熊谷コーディネーター

厚生労働省の事業仕分け事務局としての考え方をお示してください。

○総括審議官

資料の 28 頁の論点シートをご覧ください。予算額を見ますと、医療費のうちの国庫負担分が、平成 22 年度では約 8 兆円と非常に大きな予算額になっております。この国庫負担の額については、医療給付費に、それぞれ保険制度によって違いますが、下に書いてありますように国庫負担の割合があり、それぞれ国庫負担をしているということです。医療費そのものが、もちろん適切な医療が提供されるべきであります、ここに不適正

な分や過剰な分があると、国庫負担も膨らみますし、ほかの部分は保険加入者が保険料で払っているわけですから、そこも額として膨らんでくるということです。したがって、医療給付費がそもそも適正であるということが、国庫負担のみならず、保険料負担者の目から見ても非常に重要と考えているところです。

そういう中で、いま説明がありましたように、保険医療機関へのいろいろな指導・監査等々を行っているわけですが、論点に書きましたように、指導や審査方法等が、地域間格差等があるのではないかと。これをもっと統一化していくことが必要ではないかということです。指導・監査については目標を定め、年間 8,000 カ所という目標があるわけですが、まだ半分にも満たないような実績ですので、こういうところも問題ではないかと思っています。その一端となる指導医療官等、特にお医者さんのほうが非常に欠員が多い状況もありますので、そういう体制もきちんと取りながら対応していくことが必要ではないかと思っております。

柔道整復の療養費等については、昨年秋の行政刷新会議の際にも議論があったわけですが、一定の改革案を示して平成 22 年度は取り組んでおりますが、これで十分かどうかということ。いちばん下に書きましたように、部位が 2 カ所、3 カ所になると割増し料金になるわけですが、3 部位請求している割合が県によって、下に書きましたように徳島や兵庫だと 7 割ぐらいが 3 部位請求になっている。一方で岩手や愛媛では 2 割ぐらいということで、県によって患者さんの状況がそんなに違うのかどうかということもあるのではないかと。こういうところを統一し、適正な医療給付費になっていくようにしていく必要があるのではないかと考えています。

この関係で、私どもは国民の声も募集しております。この関係ではいちばん反響が多くて 79 件のご意見が来ました。そういう中で、保険医療機関への指導等については賛否あるのですが、基準を統一してしっかりやるべきというご意見。医療者はどうも不正をしているという前提で見ているのではないかと。あまり統一的にやるのではなくて、状況を見ながらやっていくべきだというご意見等があります。そのような監査等の前提として、診療報酬で医療費を払っているわけですが、これの簡素化をするのがまず大前提ではないかというご意見もありました。

柔道整復師の関係については、長期にわたって療養費が支給されているようなケースが多数あるのではないかと。こういうのはちゃんと抜本的な対策を講じていくべきだというご意見がありました。

レセプト点検等の関係についてもいくつかご意見があります。レセプト点検は専門的な知識・経験が要るので、入札等で業者に委託するというようなことではなくて、きちんとした専門的知識がある所がやるべきだというご意見。一方では、莫大なお金をかけるわりには、不正の発見率が低いので、むしろコンピューターでのチェックだけでいいのではないかとご意見もありました。以上のようなご意見を中心に、79 件のご意見をいただいております。

○熊谷コーディネーター

評価者の皆さんにご意見をいただきます。限られた時間でもありますので、できるだけ一問一答の形でお願いいたします。ただいま改革案が示されて、大きく 3 つの柱があ

りますので、それを念頭に置きつつ、そもそもこれだけで十分なのかどうかについてもご議論いただきます。一問一答で、発言は簡潔にお願いいたします。本来ですと先生とお呼びしなくてはならないご高名な先生方がたくさんいらっしゃるのですが、進行の関係上すべて「さん」付で呼ばせていただきますので、その点はお含みおきいただきますようお願いいたします。

○河野評価者

適切な改革案が並んでいると思うのですが、ただ 1 つ確認をさせていただきます。今回取り上げられているのは、医療給付ということで 8 兆円の金額が挙げられています。いま 3 つの改革案が挙げられましたけれども、まず地方厚生局が実施する医療機関に対する指導・監査というのは影響はしますけれども、医療給付予算そのものではないわけです。あるいは保険者が行うレセプト点検とか特定健診の部分の指導が挙げられています。これ自体は別に予算・補助金の措置がされていて、そこで別の事業があるわけです。

論点シートで挙げられている医療給付の適正化そのものと、改革の対象が 1 対 1 で対応していないような感じがするのですが、これはそういう感じによろしいのですか。これはそもそも論なので、良いとか悪いとかではなくて議論がちょっと変わっていないかなという感じなのです。

○事業所管部局

ご指摘は、それぞれの医療費適正化事業の費用対効果という分析が不十分ではないかというご指摘かと思えます。そもそも医療費国庫負担が 8 兆円と書いてあって、それぞれの事業についての費用対効果はどうなのだという視点での分析が足りないというご指摘でしょうか。

○河野評価者

去年の 11 月の仕分けのときにも柔道整復師の話はちゃんと取り上げられていると思います。例えば食費の 460 円はどうするかといった、具体的にダイレクトな問題が取り上げられていました。それがどういうふうになっているとか、そういう話ではないかという感じもしているのです。

○事業所管部局

確かに前回の秋の刷新会議のときには、食費の問題と OTC、一般用医薬品については保険給付から外せないかというお話があったと思います。これについては審議会でもご議論いただきましたけれども、利用者の方々、高齢者の方々をはじめとする方々から、食費の負担については反対意見が非常に強かったということです。どの部分の費用負担を増やすのか。短期のところ、急性期の突発的な入院のところまで、患者さんに一般の家庭と同じということで費用負担を求められるのかといういろいろな議論がありました。平成 22 年度に向けて、その実施は三役にも挙げてご判断いただいた上で、不適當だということです。

OTC についても、特に漢方薬ですとか、いろいろな方々に対する影響がありますので、

これについても直ちに保険から外すことは不適當ではないかということで、昨年秋のご指摘については見送ったということです。

○河野評価者

特に漢方薬でなくてもいいのですけれども、おそらくあのときに議論になっていたのは、ビタミン剤とか、湿布薬という話で、あのときの決定はどこを対象にするかはともかくとして議論するということがあったわけですね。漢方についての指摘はよくわかりましたし、私もそうあるべきなのかと思いますが、ほかの部分については特に議論されなかったということですね。

○事業所管部局

ご指摘の点については、社会保障審議会の医療保険部会にも、こういうご議論がありましたということをお伝えしております。それから、問題点などについてもご指摘を論点としてお示しをして、部会でもご議論いただきましたけれども、現時点では不適當であるという結論だったということです。

○熊谷コーディネーター

地方厚生局がやっている指導・監査の費用というのは、今回お示しいただいているレビューシートの 2 頁の表の中に事実として入っているのか入っていないのかを教えてください。

○事業所管部局

2 頁に書いてあります約 8 兆円は全部給付費に対する国庫負担ですので、それに対する費用そのものはここには入っておりません。

○熊谷コーディネーター

それでは、そこにいくら、どういう形で入っているのかをお示しください。

○事業所管部局

それは、人件費まで含めてというお話でしょうか。

○熊谷コーディネーター

はい。

○事業所管部局

申し訳ありませんが、人件費まで含めてという話では把握しておりません。

○事業所管部局

保険者が実施しております事業の費用対効果については、一応 27 頁に整理してあります。横に保険者が書いてあり、縦に事業ごとに費用とその内訳で国庫補助とかその他財

源と書いてあります。完全にわかっておりますのは、特定健診・保健指導で、国庫補助を一律に把握しておりますのでわかっております。

費用対効果でわかっているところとして、具体的に申しますとレセプト点検については56億円協会けんぽにかけておりますけれども、これによって適正化されている給付費は670億円ですので、費用対効果でいえば約12倍の効果が上がっています。

後発品の使用促進については、平成21年度は5.6億円ですが、平成22年度は8億円で約50億円と6倍以上の効果を見込んでいます。被扶養者の資格確認で1.5億円をかけておりますが、平成20年度に実施したところで、被扶養者の資格を失っていた人が5万人見つかっていますので、年間の医療給付費が12万円ぐらいですので60億円ぐらい。丸々1年ということはないにしても、年度オーダーとして30億円ぐらいの効果がありますので、費用対効果ということでは約20倍近い効果が上がっているのではないかと考えています。

○熊谷コーディネーター

ちょっと議論がすれ違ってしまふのかもしれませんが、改革案で指導・監査のところがメインに書いてあります。このレビューシートの中のどこにその基になっているお金が書いてあるのですかとお尋ねしたのです。それが、人件費まで含めてはわからないということだったので、わからないということでは、そこは議論そのものはわかりません。給付費全体に対する費用対効果の話も、いまは別のところの話をされたのです。レセプト審査の協会けんぽのところの650億円はちょっと異論がありますけれども、その辺は議論の下地の材料として不十分だということは申し上げておきます。

○土屋評価者

最初に原則論として、医療給付費の適正化の8兆円の国庫負担は大きいというニュアンスで最初から議論されているのは不適切ではないか。現在、自治体病院のほとんどが赤字経営で、医療費については足りないという認識で民主党もいると思うのです。これを減らそうという努力をすることが善であるということであれば、これは小泉改革と全く同じようなことになると思うのです。ですから、国民にとって的確な医療が提供されるのに適正かどうかという判断が必要ではないか。したがって、いま議論になったここにかけている費用、例えば指導・監査における費用が本当に不適正なもので、あぶり出された額に見合うだけの効果があるのかどうか。それについてどういう解釈をされているかというのが1つです。

それについては24頁に、医療費の通知を協会けんぽのほうで出していますけれども、これは病院でいくらかかったと。それよりも、いまは各受診ごとに明細書を出す方向に一方でいっているわけですので、これは医療の現場で患者さんが注射薬の一本一本をチェックしたほうが、早く間違いが見つかって指摘ができる。そのほうが安全の管理の点から的確ですし、これは二重の無駄ではないかということについていかがかということです。

それについて、同じく無駄な受診を減らそうというので26頁にあります。すぐ、かかりつけ医と出てくるのですが、かかりつけ医の定義とはなんぞやということです。これ

は医師法にも医療法にもこんな言葉は出てこないです。また、これを家庭医、総合臨床医という言葉に書き換えても、この的確なコースがいまはないというのが医学界の常識ですので、こういうものに進めるといふ根拠は何であるかを教えていただきたい。

○事業所管部局

医療課長です。2 つ目からお話をさせていただきます。24 頁の協会けんぽの例ということでしたがご指摘のとおりです。これまで平成 22 年 3 月までは明細書については希望者にのみ有償でということをやっておりました。平成 22 年 4 月 1 日からは、原則全員に無料で交付ということにいたしました。この効果が急に出てくるかどうかはわかりませんが、先生ご指摘のように、健保組合が医療費通知をすることはあるとしても、それと並行して患者さんの側からの取組に今回の改定でも取り組んだところです。

26 頁のところのかかりつけ医に関しては、先生がおっしゃったように医療制度の中、あるいは医療保険制度の中では明確にかかりつけ医とは何かということは明示されていません。ただし、先般の改定の際に、後期高齢者の医療制度が改正される際に、診療報酬上もかかりつけ医的な機能に着目をして、後期高齢者診療料というのが設定されました。実態としては今般の改定でなくなってしまったとはいえ、全体の流れの中ではできる限り 1 人のお医者さんに決めていただいて、そういう方に全体を診ていただくという方向で診療していただくようお願いしているところです。

○土屋評価者

なくなったということは、機能しなかったということで、それを改めて出すというのはナンセンスだと思います。

○熊谷コーディネーター

1 番目の質問には。

○事業所管部局

指導・監査等についての費用対効果については、まだ十分なデータがありませんので、出せるものを精査したいと思います。ただ、1 点申し上げたいのは、指導・監査等で不正請求があったものについての返還金額が出てまいりますけれども、不正請求などの場合に、レセプトに基づいて医療費が払われるわけですが、そのレセプトが正しいという前提の下でいまは払われています。ただ、実際に我々が調べていて、不正請求になるものは、患者さんを診ていないのに請求があったり、診ている内容とは違って請求があったりします。そういうものを抑制する効果として、この指導・監査というものが効果しておりますので、直接返還額との比較は難しい面があるかと思います。

○土屋評価者

私も、不正を許せなどというつもりは全くないのですけれども、これだけ医師不足が叫ばれて 1.5 倍にしろというときに、このためだけに医師をこれ以上確保して、診療の現場から離すという発想がどういうことか。本当にそれだけの効果があるのかという意

味でお聞きしたわけです。

○事業所管部局

医療費全体の議論というところはあるかと思いますが、私どもとしてはそういった不正を防ぐという意味で、そしてそれに当たっては、それほど多くの数ではありません。私どもの指導・監査医療官というのは、定員としては全国で73名の中です。指導等については、適正な保険診療を保険医の先生方にやっていただくことを目標に取り組んでいるところです。

○丸山評価者

いまの話の続きなのですが、基本的には管理・監督、あるいはチェックをして不正請求をなくそうということですよ。それを、ある意味ではサンプル的にやって、それで心理的な面も含めて調査をしているのだと、管理・監督していますというようなメッセージを送るということだと思います。それでそんなに不正請求が発見されるのであれば、私は細かい手続については存じ上げませんが、レセプトの仕組み自体が何かおかしいのではないかと。

それから、いまの先生のご指摘のように、現場のほうにその負担が回って、貴重な医師の時間が、いわゆる事務作業、レセプトの正しい請求を監督されるほうに、あるいは監督するほうに行くということ自体が、基本的な方針として少し間違っているような気がするのです。それについてもコメントをいただければと思います。

○事業所管部局

ご指摘の部分も確かにあります。私どもではレセプトの電子化請求を進めております。これと併せる形で、例えばなかなか簡単にはできませんけれども病名のコード化、処方せんを交付した医療機関のコード化みたいなものについても進めております。こうしたことが一歩ずつでも進んできておりますので、ある意味で単純なレベルの審査、例えば足し引きが間違っているというようなことについては、電子化請求の流れの中で相当程度対応できるのではないかと思います。

2つ目は関係機関と協力をして、レセプトに伴う電子点数表を作っております。これは、本来算定してはいけない項目を算定しているとか、同時に算定してはいけない項目を算定しているような場合に、アルゴリズムを作っておいて、それを電子的にチェックをする仕組みです。個々の医療機関が電子化請求をする際に、これを参照テーブルのような形で参照することにより、単純な算定の誤りが防げる。また、審査支払機関に行っても、その参照テーブルを参照することにより、診療報酬上の算定のアルゴリズムに則っているかどうかをきちんとチェックする仕組みになっています。

3つ目は、診療報酬のそもそもの点数算定の仕組みについては非常に複雑になっておりますし、やはり人間が作るものですから、4,000項目もある中でときおり非常に複雑になったりするので、その点については電子点数表の動きと併せながら、論理的に矛盾のないような点数になるようにということには心がけているところです。

○土屋評価者

いまおっしゃるような論理矛盾であれば、なにも医者免許がなくてもできるのです。いまおっしゃったようにシステム化すればいい話なのです。話が錯綜していて医科、歯科が足りないから云々とおっしゃるから、なぜだとお聞きしたのです。ですから電子化するのであれば、いつまでに全部をやるのかとか、そういう数値目標をしっかりと定めて、期限を限らなければ、いつまで経っても二重のチェックになります。

もう 1 つ言わせていただければ、厚生局のチェックは、少なくとも東京都のチェックよりも現実離れしています。東京都のほうが現実をよく踏まえてチェックされていることは指摘したいと思います。

○熊谷コーディネーター

ちなみに、医師免許を持っている厚生労働省の医療技官などは全部で何人ぐらいいるのですか。パッと数字は出てきますか。この指導にかかっている人の人数は出ていますけれども、ちなみにわかったら教えてください。後でもいいです。

○事業所管部局

はい。

○菊池評価者

いまのに関連した質問もありますが 3 点お聞きします。1 点目は指導・監査についてです。私は、抑止力はあると思っています。適時調査は原則年 1 回ということですが、実際どのぐらい行われているのか。1 年に 1 回行われているのか、行われていないとすればどのぐらいの頻度なのか。この適時調査というのは、医師でなくてもできる項目が随分あるように思います。ですから、ここは医師でなくても調査できるのではないか。その場合に、例えば抜き打ちで入れるようにしておけば、外国ではそういう所もありますけれども、それは 1 年に 1 回きちんとやらなくても、1 つの抑止力にはなるだろうと思いますが、そういうことは制度上可能でしょうか。

2 点目は、15 頁の指導医療官の確保のための要請を行いますということですが。現実に協力要請を行うということですが、これまでは行ってこなかったということでしょうか。行ってきたとすれば、ただ言っているだけということになります。現実的な、実現可能性として、処遇改善ということも書いてありますが何が変われば、現実・具体的に確保できるとお考えですかということをお聞きします。

3 点目は、17 頁の医療費適正化の取組です。基本は電子化を 100%やるというのが大前提だと思っています、それで随分進むと思っています。ここで保険者ごとの査定割合が随分違うということですが。国保は 0.97%と 2 倍近く協会けんぽと違います。これは、そのための取組を書かれていると思いますが、この数字自体は基本的に保険者の自助努力に委ねるべき問題なのではないでしょうか、それともこれは国としてある目標を持ってやる必要があるというご認識でしょうか、その点お聞きします。

○事業所管部局

初めの2点についてお答えします。1点目の適時調査については、10頁の右下に保険医療機関等への指導・監査の状況ということで一覧表を載せております。いちばん下のところに適時調査の件数を平成17年度から平成20年度まで載せております。ちなみに平成20年度は1,225カ所です。これは、実際に入院、あるいは救急の状況、看護師の状況について届出をしていただいています。ですからチェックに関しては医師でなくても、どういう状況かを表等と付き合わせて見ることができますし、実際にそのように行われています。

抜き打ち的というお話ですけれども、個別指導とか、ほかのいろいろな状況のときにも私どもは届出基準が守られているかどうかということもチェックするようにしております。監査や個別指導のときに、ある意味での抜き打ち的なやり方でもやっております。

指導医療官については改革案のところで載せさせていただいておりますけれども、処遇が臨床の先生方に比べて低いところが大きな課題になっております。何人か候補が出て、私どももいろいろ接触させていただくことがよくあります。ただ、年間の所得はこのぐらいですと申し上げますと、そこで引いてしまう先生が多いということで、私どもとしてはなんとかこの処遇の改善に努めさせていただければと思います。

以前には、基金におけるレセプト審査の兼業ということでやられている方が多かったのでしたけれども、それが不祥事等があって兼業が禁止になって、今日では処遇が低くなっている状況かと思えます。この辺のことも条件を付けた上で、何か見直しができないかということも考えております。

○事業所管部局

3点目のレセプト点検についてですが、協会けんぽのほうがかなり率が高くて、市町村国保のほうは低いということです。協会けんぽのほうは、既に電子媒体でないときにも、画像で取り込んで、それを画面上に呼び出して、被保険者ですとか、縦覧点検的なことが抜き取ってできるようなシステムを持って組織的にやっておりましたので、そういう差が出ているのだらうと。そういう意味でいうと、数値目標を作ってどうこうということではありませんけれども、電子的にレセプトデータが受け取れるようになりますので、電子的に受け取って、それをシステムの的にチェックできる体制は各保健所で整備していきたいというのが1点です。

それから、いまは過渡期だと考えていて、審査支払機関において、例えば支払基金ですと順番にいま1,000種類ぐらいの薬について用法・用量や適用をチェックするようなシステムを導入して、これを順番に検査や画像診断に広げていく、システムの的なチェックを広げていくということです。かなり原審査の精度が上がってくれば、本来的には保険者による点検というのはかなり業務は圧縮できるのだらうと思っております。

そういたしますと、先ほど申し上げましたような、資格チェックということは、審査支払機関では資格データがあるわけではありませんので、基本的にはそういう資格チェックや外償点検、それから審査支払機関でできないところについて重点を置いていくことかと思っております。いまはまだ過渡期ですので、電子レセプトを前提としたシステムの的なチェックを順番にしていっている段階です。支払基金でも、今年度それをかなり

充実させていく方向だと承知しております。

○事業所管部局

先ほど熊谷さんからご質問のありました件について、たまたま資料を持っておりましたので数えてみました。医師免許を持っている厚生労働省内の職員の数は約 160 名です。この 160 名の中には人事交流等で、大学等から短期的に派遣されている者を含みます。また、これ以外に他省庁、それから都道府県等に出ている者がおりますが、これらがざっと 120 名程度となっております。それが 1 つ目です。

それから、先ほど審査、支払いにかかわる査定の状況というものに差があるというご質問がありました。これらは医療課と支払基金・国保連が一緒になり、こうした基金の場合は支部間格差と呼んでおりますが、基金の支部間の格差の解消に取り組んでおります。例えば平成 17 年以降、審査情報提供検討委員会を持ち、各支部間で取扱いにおいて疑義が生じるものを中央に持ち寄って議論をして、その結果こういう判断が妥当だと思われたものについてはフィードバックをしていくという形で対応しております。1 年に 1 回、ないし半年に 1 回の形でフィードバックをすることにしております。

今後もしできる限り支部間格差が発生しないようにということで考えておりますけれども、支部間格差、あるいは都道府県格差が生じる背景には、当時の現場の医療関係者と支払基金であるとか、あるいは当時の社会保険事務局との間での、ある程度の慣習的な、ローカルルールのものもあったようですが、こうした取組が進んでいくと、中期的にはこういう支部間格差、都道府県格差は解消できていくものと理解しております。

○宮山評価者

10 頁を拝見すると、返還額が毎年大きく、多いときで 60 億円、平成 20 年度では 36 億円あったということです。このうち事前に届け出られた施設、人員基準と、それから請求内容が異なる、これを理由にして返還を求める、あるいは自主返還を行った割合、額でいうと割合はどのぐらいになるのか把握されておられますか。これは指導・監査のやり方との関連があるのでお尋ねします。

○事業所管部局

その基準の人数でどうか、それと内容的なものがどうなのかという把握まではしておりません。監査の場合には振替とか付増ということがあられるわけです。そのやり方として、いま先生がおっしゃいました人数の条件を不正に間違えてやった場合でも、それが不正でも振替になるのか、付増になるのか、架空になるのか、我々はそういう押さえ方をしておりますので、人数の中でどうこうということではないです。人数だけの場合は、単なる不当ということになり得る可能性もありますので、そこまでの数字の把握はしておりません。そういう仕方はしておりません。

○宮山評価者

いま、不当というお話をされましたけれども、これは非常に大切なことだと思うのです。社会的にいろいろな問題になるのもそういう部分で、きちんと届出に沿った体制を

維持できなくて、ただ請求はそのままやっていたケースがいっぱい見られるわけです。そういうものを、十分に事前の監査でどこまで見られるか。やはり継続的に見ていかないと、それはなかなかつかみきれない部分があります、体制は変わるわけですから。そういう意味で、私はその部分の割合がかなり高いのではないかと思ってお尋ねしたのですが、その辺の割合はわかりませんか。現実には 50 億円という返還があるわけです。その中のいちばん主な理由は何かというお尋ねに変えさせていただいても結構です。

○事業所管部局

その前に先ほどのお話でもう 1 つお話させていただきます。我々は、いきなり監査というスタイルはとりません。先生がおっしゃいましたように、まず先ほど説明のありました適時調査なり、あるいは指導という段階を踏んで、その中で意識し、認識しながらやった場合においては、これは明らかに著しい不当なり不正があった場合に監査ということになりますので、いきなり監査に入ってというやり方はしておりません。

一応プロセスを追って、中身のある程度確認しながら、これ以上やっても、明らかに認識しながら不正・不当をやっている場合にのみ監査ということによってしております。

○宮山評価者

監査の中身は結構ですので、返還の額 50 億円なら 50 億円の主な理由、返還に至った主な理由がわかれば教えてください。

○事業所管部局

何度も申し上げますが、そこまでの把握はしておりません。少し時間をいただきまして、何年度の分を、要員不足の所の分はいくらなのか、その他の分はいくらなのか、内容的なものはいくらなのかを分析する時間をいただきたいと思います。

○飛松評価者

適正化事業ということでいろいろ項目を挙げていて、それぞれなんとなくわかるのですけれども、拝見して非常に気になるのが、長期的に一体どういう絵姿で適正化事業の最終形を作り上げたいのかというのが全然わからないのです。先ほど宮山さんがおっしゃったように、回収額があって、そのどれだけが、どういう理由で戻ってきたのかということの分析があれば、それを基に例えばこういう種類の事務ミスについては、こういうシステムの改定で対応しましょう、ここはシステムでは対応できないからお医者さんにお手伝いしていただきましょうという分析が初めてできるのだと思うのです。

いまはその内容も全く把握されていなくて、目標としては 8,000 カ所個別指導しますと。それでは 8,000 カ所というのがなんで出てきたのかもよくわからない。仮に人員をどんどん増やしていけば、そのうちに 8,000 カ所になるのだと思うのです。そうなったらどうなるのかということが全くよくわからないということがあります。その辺りはどういふプランをお立てになられて、この予算を組んでおられるのかを教えてください。

○事業所管部局

8,000カ所というのは、資料の10頁にありますように、上位から大体保険医療機関等の4%程度ということで8,000カ所と。一応考え方のルールとしてはそういう考え方に基づいているということです。

全体としての戦略ということと言うと、先ほどもご指摘がありましたように、基本的にはレセプトが電子化されますので、システム的なチェックが可能なものについては、極力そのように審査支払機関における原審査の精度を上げていくことによって、システム的にチェック可能なものはそのチェックにかけていく。しかし審査でもそうでありませぬけれども、例えば投薬は1回ですが、必要がある場合には2回ですとか、これこれ重篤な場合、さらにこれに準ずる場合というような、個々の診療の場において千差万別な患者さんを取り扱っておりますので、一義的には必ずしも決めきれないものがあります。それをまさに審査の場でも、医師が専門的な観点から医学的な妥当性を判断しているということかと思っております。したがって、極力請求そのものについてはシステム的なチェックが可能なものについてはそのようにしていったら、原審査においても医師でなければできないようなところの医学的判断について重点化を図っていくのが基本だと思っております。

それから審査と指導・監査との関係ということと言うと、審査というのはあくまでも紙の請求書で出てきた、書面上の請求書として妥当かどうかということであって、紙で見る限りで妥当性を判断する。病名ですとか、検査の内容と薬とかそういう関係であります。指導・監査で、不正とか不当というのは、実際に行ってみないと、カルテにはこう書いてあるけれども、実際にはカルテに付いている病名と、請求書によく言われますがレセプト病名と書いて、レセプト上は病名が付いていれば、レセプト上はチェックできないわけですので、現地へ行ってカルテと突合をする、あるいは実際に担当した保険医の方と面接をして、どのような医学的な判断があったかをチェックする。そういうことが指導とか監査の大きな役割の違いであると思っております。

先ほど申しましたけれども、700人ぐらいで、20万を超える保険医療機関をどのようにして抑制効果も含めて、医療費の抑制効果と申しますか、不正とか不当なあれをどれだけ抑止していくのかという観点が重要かと思っております。

○飛松評価者

おっしゃることはまさにそのとおりだと思うのですが、そうなのであればシステムはこうしますと、国としてこれだけのお金をこれにかけますと。ここは人で対応しなくては行けなくて、これだけの人が必要ですと。それを何年後に実現しますと。そうなのでこうやらせてくださいと。そうでないと、たぶん少なくとも適正化事業に関しての行政事業のレビューは非常にしづらと思います。

○丸山評価者

これは11月の仕分けのときにもお願いしたのですが、いまのお話と全く同じで、何年度までに何人の人がレセプトをチェックすると。あるいは、先ほど処遇の改善が必要だと、医師の処遇の改善だと思いますが、これは先ほどからのお話だとお金がないわけですから、お金を捻出するためにはどれか優先順位の低い事業をやらないとか、あるいは

ほかの省との間で予算のやり取りをするとか、そういうことは必要なわけです。

先ほどから聞いていて分からないのは、1 つひとつのプログラムについての具体的なお話はあるのですが、それが全体像とどう結びつくのかと。いったいいつになったら医師不足はなくなって、あるいは、もう少し具体的にいうと、レセプトは非常に病名が複雑だと。それを単純化されると言いましたが、単純化はいつまでに何項目ぐらいされるのかとか、処遇の改善については、何年度までにいくらの予算で処遇の改善をして 100 人の医師を確保したいとか、そういう時間軸がないので、ある意味では特例的にこれもやっています、あれもやっていますと。それをともかく頑張っていますとしか聞こえないわけです。ですから、非常に説得力が一般の人間から見て足りなく思います。

ですから、いまのことでも少しお話が聞ければ、いったい処遇の改善については、具体的にいくらのお金が足りなくて、それが 100 億円か、1,000 億円か、もしもそのぐらいの単位であれば、どこからひねり出す可能性があるのか、できるのかできないのか、そういうことをこの会議で提出していただいて、それについて議論するとなれば、もっとわかりやすいと思うのですが。

○事業所管部局

まだそこまでできていませんので、そういったご意見を取り入れていろいろ検討していきたいと思います。

○吉田評価者

これはタイトル、事業名が「医療給付費の適正化」ということであるにもかかわらず、話の内容がかなり限定されたところになっているのではないかという印象を受けています。つまり、いまお話されていることは、消費者、受給者に対して情報提供をどうするのか、どうしたら受給者は自分が使っている医療費がどれぐらいかを理解して、自分自身で医療費をセーブするように行動してくれるのかということと、不正請求がないように、どうやったらうまくモニタリングするのかということに、医療給付費の適正化の問題が限定されている気がします。

先ほど河野さんから給付の話が出ました。つまり、医療給付費の適正化という場合には、それ以外の問題として、つまり情報提供やモニタリングの強化という問題以外に、給付の範囲が果たしていままでの給付の範囲で合理的か。医療病床におけるホテルコストの導入の話が事業仕分けのときにも出てきたと思うのですが、ホテルコストの導入がその後どうなったのか、あるいはこれからいったいホテルコストはどうしていくつもりかという話が出ていませんし、あるいは給付の範囲の適正化という問題でいえば、それ以外にも、先ほども湿布薬の話も出てきましたし、それ以外のものについても、給付の範囲として、果たしてこれを公的保険で認めるべきかどうかという議論が、医療給付費の適正化の話の中から一切落ちているのは、いったいどういうことかという疑問を持ちます。

給付の適正化ということでありまして、給付を適正化するために厚生労働省が力を入れてやってこられたのは、予防事業、保健事業、保健指導事業だと思うのですが、それについて少しだけコメントが書いてありますが、それについてこれからどうしていくつ

もりかが書いていないのも、少し医療給付費の適正化を議論する上では話が足りないのではないかと思います。

冒頭に、そもそも診療報酬制度の点数が細かくなり過ぎてわかりづらいのではないかという話もありました。これも厚生労働省は、入院に関しては包括化を導入して行って、DPCを導入して定額払いの導入を進めていっているわけですが、支払方法を出来高払いから包括化することによって医療給付費の適正化につながると思うのですが、これらの事業について厚生労働省としてこれからどうされていくつもりかが議論されないと、適正化といっても単純に被保険者に対する情報提供とモニタリングの強化だけをやっていますということでは、適正化のごく一部しか議論していないということになって、この場で議論するには少し小さい話ではないかという感じがするのですが、いかがですか。

○事業所管部局

そういう意味でいいますと、医療給付の範囲を縮小することによる適正化というものはこの中には入っておりません。確かにおっしゃられるように、去年の刷新会議で、先ほどもありましたが、例えば一般の病床に入っている若い方の食費などについても負担をさせたらどうかというお話もありましたが、これは先ほど申しましたが、医療保険部会などでもご議論いただきましたが、どの範囲でご負担をいただくのかという議論とか、一般病床に入ったときに、重症で入っている方をどのように考えるかとか、長期の入院で、例えば介護療養病床のように生活の場になっている、あるいは医療療養のように長期に入院して生活の場になっている所についてするのかどうか。しかし、そういう方の中でも非常に重篤な方もおられるということから考えると、いろいろ考えて検討はしましたが、利用者の方々からの反対も非常に強い、保険者の方からも必ずしも理解が得られなかったということで、ホテルコスト等については、昨年、検討はしましたが対象にしないということにしたということです。

大きな項目として予防事業が入っていないのではないかとということで、確かに特定健診とか保健指導を平成20年度から実施しています。まだ初年度ですが、平成22年度についてはこれは中間評価の年に当たっています。私どもには、いまレセプトのデータと平成20年度以降の特定健診や保健指導の実績データがありますので、その健診や保健指導の実施と受診率や医療費の効果はどうなるのかということについては、分析をしていきたい。その効果を見極めていきたい。当然、実施に当たりましては、保健集団の中で重点的に指導した所の医療費の削減効果はあるという限定的なデータはありましたが、さらにはコホートで疫学的に分析するということは、今後しっかりしてやっていきたいと考えています。

○事業所管部局

医療課長です。先ほどの給付の範囲の話ですが、先生がおっしゃるとおりかもしれませんが、例えばホテルコストやビタミン剤、パップ剤等に着目をすればそうかもしれませんが、もう少しグローバルな視点で見比べたときには、例えば日本の場合、メガネの場合の眼鏡が保険の適用になってないとか、ドイツのように予防事業、予防接種、温泉における療養等々も保険給付の対象になっている国等々と比べると、むしろ広がり

日本のほうが少ないぐらいです。また、自己負担の額について見ても、有名な話ですが OECD 各国で自己負担を取っている国は日本ぐらいなもので、日本は 15% 取っているということですから、結果的に見れば当事者の受益者負担を取っているという点だけで見ると、日本はむしろ多いほうだろうと。つまり、広がりで見ても、深みで見ても多いほうだろうと思います。

複雑化する出来高払いによる診療報酬を、ある意味単純化し、わかりやすくしていくという意味での包括払いについては、先生のご指摘のとおりで、私どもも DPC については、いまや一般病床の半分ぐらいは DPC になりましたし、また慢性疾患については、DPC と同じ方法ではありませんが、医療の必要度や ADL を組み合わせて医療療養病床と言われる所における療養病棟の入院基本料、またそれに以外にも、例えば回復リハビリテーション等々で実施している特定入院料という形のある意味包括を相当程度取り入れることによって、むしろ出来高の部分、特に入院の基本部分に関する出来高の分は狭まっています。

今後、これを広げていくかどうかについては、中医協も含めてまた鋭意検討したいと思えますし、行く先の方向としては、先ほどの IT の話もありましたが、DPC が成功した背景には、実は DPC は非常に複雑な制度ですが、コンピューターに乗る形でアルゴリズムが上手に組み込まれているので、複雑な制度も IT によっていかにもシンプルに制度が動かされているので、そういうよさをどんどん生かしながら診療報酬の簡素化といいますか、いい意味での改善を図っていきたいと考えています。

○総括審議官

いま制度論の話が入っていないではないかというお話があって、私どもは、もちろん制度そのものをどうするかという大きな話だと思いますが、一方では、その制度の中でも不正や過剰などがあるのではないかと。今回、行政事業レビューということで、これは私どもの問題設定でもありますが、1 番目は先ほども言いましたように全体での医療費の議論をしたばかりでしたので、その制度のもとでのということの問題設定をしましたので、そこが抜けていると言われれば、私どもの問題設定だにご理解いただければと思います。

もちろん制度論をやらないという意味ではありませんが、そこはそこで、また別の形でご議論させていただければありがたいと思います。

○熊谷コーディネーター

そろそろシートのご記入とご提出をお願いします。事務局は回収をお願いします。

○河野評価者

保健医療機関への指導・監査の強化について、事業の重複の観点で質問をしたいと思えます。地方厚生局がされている事務と地方公共団体が医療法でされている医療監査は、どのような違いがあるのですか、というのが 1 つ目の質問です。

○熊谷コーディネーター

先ほどの土屋先生からの話と重なるとは思いますが。

○河野評価者

そうです。

○事業所管部局

自治体が行われているのは、国保の部分が主になります。保険者に関しては、健康保険組合とか全国にいろいろまたがって保険者がありますし、地方厚生局でいろいろ指導・監査に入るのは、大きな大学病院とか、そういった所は非常に高度な医療等をやっていますので、そういう所は私どもと都道府県が合同でいかないとなかなか難しいというところでは。

○河野評価者

一緒にされているケースはあまりないのですか。

○事業所管部局

いま室長から申しあげましたように、基本的に法律的には都道府県単位でも指導なり監査はできるようになっています。厚生局は全制度についてやります。都道府県にとっては、国保と後期高齢者の分をやれる。やるときに法律上、双方はやれるようにはなっているのですが、お互いに医療機関サイド、行政サイドの効率化という観点から、連携してやるようになっていて、現在は共同してやっています。

○河野評価者

将来の制度改革とも関係してくるのだと思いますが、例えば、介護などと同じように広域連合にすべき、という意見もあるわけで、そういったことをにらむと、同じ事業をやっているのであれば、1つに集約していくことも考えられると思うのですが、それほどのようなご見解で考えられているかお教えいただきたいと思います。

○事業所管部局

おっしゃっておられる趣旨は、都道府県などに一元化するとか、そういうことですか。

○河野評価者

どちらがいいのか分かりませんが、例えば方向が広域連合のようなものになっていくとかいうことであれば。

○事業所管部局

広域連合は県単位の広域連合ということですか。

○河野評価者

これは2つ目の話とも関係があるのかもしれませんが、市町村の国民健康保険はなか

なか抑制が難しいということを念頭に、医療経済をやっている方からすると、市町村の保険を統合していくということもあるので、そういったことを念頭に聞いています。

○事業所管部局

確かに市町村国保については財政単位の問題もありますし、小さな所では、1人の担当者で国保や高齢者医療制度の両方をやっている所とか、いろいろありますので、基本的には広域化していくのが基本かと思います。先ほど申し上げましたように、医療保険全体でいいますと、被用者保険グループは非常に大きなグループとしてあり、そこと、基本的には保健医療機関の指定の関係は、こういったルールを守ってこういう行為をしたらいくら払います、療養担当規則を守って診療したら診療報酬という報酬を払いますという公法上の契約になっていますので、健康保険組合や全国健康保険組合など全国団体があるという限りにおいては、都道府県全部を委ねるのは非常に難しい側面があるのではないかと。

現実的には、都道府県単位で、先ほど申しました指導・監査の体制を国で確保するのはなかなか難しいのですが、各都道府県で医師を確保して、現実的には現場に入っていて、指導や監査で医学的な妥当性について議論する体制をすべての都道府県で十分できるかどうかということもありますので、専門性ということを考えると、国が実施する体制は必要ではないかと私どもは考えています。

○河野評価者

統合という話の方向は、そういうのはまだ全然考えてもいらっしゃらないということですね。

○事業所管部局

いまの指導・監査のやり方を統合するということですか。

○河野評価者

はい。

○事業所管部局

現実的にいま具体的にそれを統合することを考えているということはありません。

○熊谷コーディネーター

シートをまとめている時間でいかがですか。

○土屋評価者

いま全部の都道府県で準備ができてないということだったのですが、その考えの頭には標準化や統一化ということがあって、全部が同じでないといけないという間違った観念があると思うのです。それは東京都と島根県では当然違うわけですから。地理的にも違う

し、医療状況も違う。東京都の場合ははっきり申し上げて、関東甲信越厚生局よりもはるかに高いレベルで用意ができています。では鳥取、島根ではどうか。それは東京都と同じように用意するのは人口的にも無理です。そうしたら、これは広域で中国地方でどうするかとか個別に考えていかないと、医療は完遂できないと思います。その根本的な概念を変える必要があると思います。

○事業所管部局

そこのご議論はいろいろあると思いますが、例えば被用者保険サイドで全国に被保険者、加入者を抱えている保険者からしますと、その地域地域で当てはめられるルールなり指導・監査の実態が違うというのは、加入者の方々の納得性とかそういうことからすると問題があるのではないかと。もちろん、個々の診療においては個別個別の判断がありますので、それをすべて画一的にするということではありませんが、先ほど申し上げたように少なくとも対象の数とか、やり方とか、そういった点については一定の標準化、ある地域では認められるけれどもある地域では認められないと、これは指導・監査だけではなくても、審査についても言われていますが、47 都道府県でそれぞれルールが違うというのは、全国的な保険者からするとなかなかご理解いただくのは難しいのではないかと考えています。

○土屋評価者

47 を全部つくるということではなくて、いくつかのパターンに分けるというやり方もあるわけですね。ですから、都道府県単位か局単位かという両極端ではなくて、もっと考えようがあるでしょうということです。

○熊谷コーディネーター

そこまでおっしゃられるのだったら、医療法の 23 条、24 条に「都道府県知事が」と書いてある所は、逆に言ったら国が全部やったらいいだけのことでないですか。

○事業所管部局

医療法で言っている 23 条、24 条は、医療監視のことですか。医療監視は基本的には人員、設備基準のチェックということですので、基本的に医者が直接チェックをしないといけないという医学的妥当性の判断は、比較的少ないのではないかと考えています。

○熊谷コーディネーター

そこで切り分けているところを、国はここまで、都道府県としてはここまでをやっているから、余計な人員がかかって、余計なお金がかかったり、結果として上がってくる効果としては薄いのではないかと、ということを議論しないといけないわけですね。それは今までこうやってきたからということではなくて、委員から先ほど来ご指摘があるように、そこをこれから将来的な制度設計も含めてどう見ていくのかという話と、これは最初の話に戻りますが、指導・監査の所を言えば、いくらかかっているか分からないわけだからね。そこをわからないままいま議論しているわけですが、その効果をどう測

っていくのか。

今後の体制は言うけれども、36億の効果だというのは出てくるけれども、その元はいくらか出てこないとか、将来は8,000件を目標だというけれども、そこにいくらかけるのかが見えてこないとか、結局それは議論としてはずっとこういう感じになってしまうと思うのです。そこを総体的にどう見るか、都道府県がやっている所を国で一元的にやったらどういうことになるのか。逆に費用もかかって、手間ばかりかかるから、そこは都道府県がいいという話なのか。逆の目で見たら、先ほど土屋先生からご指摘があったように、それぞれの地方の能力において応分の負担をしながらやるという形のほうが、実質的に効率が上がるのではないか、効果も上がるのではないかという指摘の答えにもならないと思うのです。そう思われませんか。

○事業所管部局

全体的なあり方については、この場のご意見も踏まえて検討したいと思います。

○丸山評価者

せっかくの時間なのでなるべく有効に使ったほうがいいと思ってあえて言うのですが、言葉ですが、「鋭意やる」とか「別の形で検討する」などということと言われても、私たちみたいな企業で働いている人間、普通の人間はあまりよくわからないのです。鋭意というのはどのぐらい鋭意なのか、どのぐらいの経費を投入するのかということを実体的に言っていただきたいのです。

基本的に何か、いまの事業もそうですが、モグラ叩きの現象面をとらえて、そこをたたいて効果を上げるということをいま議論していると思うのですが、そうではなくて先ほどから出ているように、医療のレセプトの適正化について、現状がどうで、それに対するアプローチは、解決の方法は外国も含めていい例はこういうところがあって、そういうところのここは学ぶけれどもここは学べないと、何年までこのぐらいの予算を付ければ、ここまでいくけれどもそれ以上はいかないとか、そういうふうに明確にわかるような資料も作っていただきたいです。そうしないと、それぞれ現象面を話したり、いまの個別の現象面を話したり、抜本的な制度の問題を話したり、予算の大きさを話したり、ここでの議論は集約していかないと思うのです。ですから、いま書きましたが、資料の作り方を含めてもう少し直していただかないと、これは去年の11月にも再三にわたってお願いしたのですが、これから先何日かやるわけで、できるところは直していただきたいと思うのです。お願いします。

○宮山評価者

先ほど返還額の中身をお伺いしたのは、私の思いとしては、医政局あるいは都道府県の医務サイドとの連携は考えられないのかということでは実はお聞きしたつもりなのです。

もう1つ、土屋先生はおっしゃっていましたが、全国で1人当たり医療費で高い所との格差が1.8倍ほどあるのです。そういう状況を踏まえると、ゾーン、ゾーンで医療体制のあり方は考えていかなければいけないだろうと、そこに生活があるわけですから、生活が違うわけですから。制度が同じであるのはおかしいではないか、という思いもあ

りまして一言付け加えます。

○熊谷コーディネーター

評価はまとまりましたので、私から報告します。評価者の皆さんは 8 名いらっしゃいますが、この事業の実施状況の把握水準が妥当か不十分かについては、8 名全員が「不十分である」とのことでした。

事業について見直しの余地がないかどうか。「改革案は不十分で、更なる見直しの余地あり」が全員であり、そのうち「国が実施する必要なし。地方公共団体の判断に任せる」の方が 1 名、「地方プラス民間で」という方が 1 名、「事業は継続するが、更なる見直しが必要」という方が 6 名でした。この医療給付費の適正化についての結論としては、「把握水準が不十分である。事業については継続するが、更なる見直しが必要だ」という結論にしたいと思います。

更なる見直しについては、「地方との役割分担をさらに見直すべきとされる」というご指摘、「さらに指導・監査は重要だと考えるが、果たしてどの水準で、どこまでやるべきかについては、もう一度精査する必要がある」というご指摘、「去年の事業仕分けを受けて、一部実施に移されているものについては評価するけれども、その他の指摘について、果たしてどのような状況にあるのか、さらに改善が必要なことがあるのではないか」というご指摘がありました。さらに、具体的な見直しに関する記載がありますので、これは最終的な報告の中で是非ご覧をいただければと思います。

以上、医療給付費の適正化については、「事業継続だが、更なる見直しが必要」という結論で終わります。ありがとうございました。