

第1回・第2回の議論と論点の整理（案）

※ 意見は一部再掲あり

1 審査に関する論点

(1) 審査の質及び内容に関する論点

イ 審査の性格・目的についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 審査は、診療報酬の支払を確定するに当たって、診療行為が保険診療ルール（療養担当規則、診療報酬点数表等）に適合するかどうかを確認する行為であり、保険診療ルールに適合する診療行為の確保を目的とするものである。
- ・ コンサバティブに考えれば、診療ルールに逸脱しているかどうかをチェックすることが審査支払機関の法的な権能になるが、例えば、審査基準、レセプトデータを公開することで、医療の透明化を促進し、医療内容の標準化を図っていくというポジティブな仕組みも考えていくべき。
- ・ 現在の審査機関は、支払側と医療提供者側の間に立って、中立性を保ちながら実施されており、こうした機能は皆保険を維持する上で重要である。
- ・ QOLの尊重など患者の要望によって提供される医療には幅があり、各審査委員はそれぞれの見識の下に判断している。医療を受ける国民が不利益を受けることのないよう、機械的に一律に査定するのではなく、一定の基準をもった裁量権を医療現場に残すことが必要である。
- ・ 審査は、医療費の削減が目的ではない。
- ・ 審査委員会は、医療機関に対して適正なレセプトの提出を働きかける取組をしている。
- ・ 請求者と同業のプロフェッショナルの医師及び歯科医師で構成される審査委員会の審査は、それ自体が不適正な請求を抑制する効果がある。
- ・ 請求者と同業のプロフェッショナルの医師及び歯科医師で構成される審査委員会の審査自体が不適正な請求を抑制する効果があるというが、根拠に基づいた議論が必要である。
- ・ 保険者が事後点検して再審査し、査定になるものは、保険者の努力の結果であるが、これは本来、支払基金が1回で審査して査定すべきものである。

ロ 査定ルールの違い（支払基金と国保連間の違い、各支部や国保連のローカルルールの存在）についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 審査においては、個別性を重視する医療の要請と画一性を重視する保険の要

請との間で「折り合い」を見出すことが本質的に困難である。

- ・ 現行の保険診療ルールは、相当程度の裁量の余地を認めており、診療行為がルールに適合するかどうかをすべて機械的に判断することは不可能である。
- ・ 教育機関である大学病院等でも治療方針や術式・手順等に差がある中で、絶対的に正しい基準があるのか疑問である。
- ・ 支払基金は、各支部の審査委員会が査定最終決定をしており、審査機関としては別々の47都道府県の連合体でしかなく、本部に何の審査権限もない。
- ・ 都道府県ごとの審査の濃淡の原因には、例えば、審査員である地元医師の確保や審査の人員が少ない県があるなどの問題もある。
- ・ 支払基金内部の原因だけでなく、例えば、レセプトの審査期間や提出されるレセプトの質の差など、外在的な原因も大きく関わっている。
- ・ 審査基準が標準化されていないのは、国民にとって理解しにくい。医療における国民の平等を保障する上で、審査基準は基本的には一つの視点ですべき。

ハ 審査の質の向上（均一性の確保）、査定率の差異（支払基金と国保連、支部又は国保連間）の評価についてどう考えるか

（これまでの主な意見）

- ・ 審査委員会は、医療機関に対して適正なレセプトの提出を働きかける取組をしている。こうした査定額に現れない審査委員会の役割を考慮すると、査定額と支出額との多寡を単純に比較することは不適切である。
- ・ 審査機関は、患者に適切な医療を提供するための組織であり、査定率の観点だけで評価すべきではない。
- ・ 審査基準が標準化されていないのは、国民にとって理解しにくい。医療における国民の平等を保障する上で、審査は基本的には一つの視点ですべき。国保連と支払基金で情報交換しており、統一化を図っていくのが望ましい。
- ・ 審査支払機関は、審査委員会で審査をきちんとやっているのであれば、外からチェックできるような仕組みを自ら作っていく必要がある。

ニ 支払基金と国保連の審査機能の共通化についてどう考えるか

（これまでの主な意見）

- ・ 審査の部分を一緒にやることについては、審査機関が分かれているこれまでの経緯や、審査委員の任命方法が異なる等の制度上の課題などハードルが高い。慎重に検討すべき。
- ・ 現場の裁量があるため医師が審査しなければならないなど、支払基金と国保連の審査の機能はかなり共通している。審査については、長期的には一緒にやっていく仕組みがあり得るのではないか。

（参考）

- ・ 支払基金は、レセプト電算処理システムの開発に当たって、基本マスタ（診療行為等に関するデータベース）やレセプトの情報を電子的に記録するための仕様を作成するとともに、国保中央会に提供し、共同で運営している。
- ・ 国保連は、保険者（市町村）が共同で事務を行うため設立したもので、国保関係事務のほか、介護保険、障害者自立支援、地方単独事業など、市町村が実施する地域に密着した様々な業務を行っている。

ホ 審査支払機関に蓄積された審査データの活用・公開についてどう考えるか

（これまでの主な意見）

- ・ 診療ガイドラインの普及、疾病管理、医療政策決定の観点からも、審査基準、データの公開のあり方を検討すべきである。審査基準、データの公開のルールを作る必要がある。

（２）審査の実施体制、効率性に関する論点

イ 審査委員会（専門家による審査、三者構成、審査委員の確保）についてどう考えるか

（これまでの主な意見）

- ・ 審査においては、そもそも個別性を重視する医療の要請と画一性を重視する保険の要請との間で「折り合い」を見出すことが本質的に困難である。
- ・ 現行の保険診療ルールは、相当程度の裁量の余地を認めているため、診療行為がルールに適合するかどうかをすべて機械的に判断することは不可能である。したがって、将来、いかにシステムチェックの充実が図られても、人でなければできない審査が存在する。
- ・ 審査委員会は、医療機関に対して適正なレセプトの提出を働きかける取組をしている。
- ・ 韓国では、まずコンピュータソフトによりレセプトの振り分け・審査を行うほか、審査の分野に多くの看護師を投入しているが、弊害もほとんど報告されていないと聞いている。

ロ 審査手数料（コスト）の設定根拠、審査手数料の差（支払基金と国保連、国保連間）についてどう考えるか

（これまでの主な意見）

- ・ 保険者が審査機関を選択する上でも、手数料の違いの原因を明らかにし、分かりやすく比較できるような形で示す必要がある。
- ・ 国保連の審査手数料の評価に当たっては、審査機能のコストと保険者として

のコストを区分して評価する必要がある。

- ・ 支払基金のコスト構造が明らかにされていない。国保連は従事している職員の業務をもとに算出しており、国保連とベースを合わせるだけでも、支払基金の手数料はもう少し下がるのではないか。
- ・ ピアレビューである審査委員会の審査は、専門的知見に基づく判断であるので、仮に査定率に応じて各支部の手数料を設定したとしても、査定率の向上に対するインセンティブとはなり得ない。
- ・ 手数料の体系をどうするかは、審査行為の性格が、本当に確認なのか、切ることなのかをきちんと議論することが前提である。
- ・ 事務経費でみた審査の効率について、深掘して考える必要がある。審査の効率は、査定率や返戻率でもみる必要がある。
- ・ 厳しい国家財政の中で、医療の財源を確保するためにも、審査支払のコストを最小化することは、合理的な理由がある。

(参考)

- ・ 国保連では、レセプトの審査件数が伸びている中で、IT化の推進や職員数を減らすなどの経費節減を行い、毎年手数料を下げている。
- ・ 国保連では、介護負担金など審査支払に直接関わらない業務のコストは分けて、審査支払手数料を計算している。後期高齢者医療広域連合は国保連の会員でないため、市町村国保よりも審査手数料が高く設定されている。

ハ レセプトの電子化、オンライン請求による審査の効率化について

(これまでの主な意見)

- ・ 支払基金では、今後、すべての電子レセプトにシステムチェックを実施し、人による審査を「人でなければできない審査」に限定することを基本とする。このため、突合・縦覧審査機能の開発など、電子レセプトの審査のためのシステムの整備に取り組む方針であり、システムの開発及び維持管理のための人員及び経費の確保が必要である。
- ・ システムチェックが発展途上にある段階では、目視による点検で看過されていたような疑義が網羅的に摘示される反面、疑義を査定に結び付くようなものに絞り込む精度が不十分である。このため、当面、職員及び審査委員の事務処理負担がかえって増大する。
- ・ 民間が新規参入するためには、コスト面において、レセプトのオンライン請求のインフラが必須である。
- ・ 標準化された電子レセプトでの請求には支払期間を短くする、情報公開や一定の基準の電子カルテを付す医療機関には診療報酬を上乗せするなど、電子化のインセンティブについて外国での取組も参考にしてはどうか。

(参考)

- ・ 支払基金では、平成19年12月に策定した業務効率化計画（平成20～23年）

において、レセプトオンライン化に伴う900人の要員確保を見込んだ上で、400人を審査の充実に向け、500人の定員削減を盛り込んだ。さらに平成22年度前半を目途に策定する業務効率化計画（平成23～27年度）では、平成24年度以降に少なくとも400人の定員削減を盛り込む方針である。

2 審査以外の業務（保険者支援等、支払い）に関する論点

イ 保険者機能の代行、支援の機能について

（これまでの主な意見）

- ・ 医療機関が安心して医療を提供できるよう、資格異動に関する情報を保険者間でやりとりして、あらかじめ返戻が生じないような仕組みを考えるべきではないか。

（参考）

- ・ 国保連は、保険者（市町村）が共同で事務を行うため設立したもので、煩雑化する保険者事務を一元的に実施することにより、保険者事務の効率化、経費節減等の大きな効果をあげている。また、国保関係事務のほか、介護保険、障害者自立支援、地方単独事業など、市町村が実施する地域に密着した様々な業務を行っている。
- ・ 支払基金では、正常分娩に係る出産育児一時金の直接支払や柔道整復療養費の代理受領の業務など、時代の要請に応じて柔軟に新規事業を実施するために必要な制度改正を要望している。

ロ レセプト電子化の進展と支払期間の早期化について

（これまでの主な意見）

- ・ レセプトの電子化は、支払機関や保険者のメリットだけでなく、設備投資や手間隙がかかる医療機関、薬局側のメリットも必要である。電子化によって支払期間の短縮化が今後進展するのかを示す必要がある。
- ・ 標準化された電子レセプトでの請求には支払期間を短くするなど、電子化のインセンティブについて外国での取組も参考にしているかどうか。

3 審査支払の組織の在り方に関する論点

（1）組織・運営についてどう考えるか

イ 法人運営（財務、契約適正化、業務の効率化）について

(これまでの主な意見)

- ・ IT化は、効率化でコストを下げる有力な手法の一つである。ITの整備によって業務プロセスも変わる必要がある。
- ・ システムチェックが発展途上にある段階では、目視による点検で看過されていたような疑義が網羅的に摘示される反面、疑義を査定に結び付くようなものに絞り込む精度が不十分である。このため、当面、職員及び審査委員の事務処理負担がかえって増大する。

(参考)

- ・ 支払基金では、支部ごとに処理されている資金管理業務を平成23年度から本部で一括処理し、効率化を図る方針である。また、支部ごとに処理されている庶務・会計の管理業務のうち、集約可能なものを本部又は各ブロックで中核となる支部に集約する方向で検討する。
- ・ 支払基金では、遊休不動産の売却の迅速・効率化を図るため、売却の業務を支部から本部に移管する方針である。また、平成22年8・9月の役員改選時に役員を公募する方針である。

ロ 人材確保・養成についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 電子レセプトの審査を効果的・効率的に実施するため、すべての電子レセプトに対するシステムチェックが可能となるよう、ITの最大限の活用が必要。システムの開発及び維持管理のための人員及び経費の確保が必要である。
- ・ 都道府県ごとの審査基準の相違の原因には、例えば、審査員である地元医師の確保や審査の人員が少ない県があるなどの問題もある。

(2) 組織の形態（統合、競争の促進、民間参入）についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 既に保険者の直接審査を認めているのであれば、自由な参入を認めているのだから、統合でオンリーワンというのは矛盾するのではないか。公共的なもので自由な参入は認めるべきでないのかどうか、自由化でやるなら査定に関して紛争が起きた場合にどういうシステムでやるのかを整理すべき。
- ・ 組織の統合は、全国唯一の組織、業務独占になるので、規制改革会議が求める競争促進と矛盾するのではないか。
- ・ 国保連は保険者機能も有しており、組織体としてそのまま統合することはできない。まずは支払基金と国保連の競争条件を確保することが必要である。
- ・ 民間が新規参入するためには、コスト面において、レセプトのオンライン請求のインフラが必須である。また、現在の審査支払機関と同じコスト条件で紛

争処理機能まで担う医師を確保することは困難である。

- ・ 国保連は、市町村の保険者としての業務の代行と、市町村が共同して実施する業務を代行しており、県民へのジェネリックの情報提供など、保険者の負担を減らす取組もしている。統合の議論は、こうした国保連の取組や支払基金との違いを十分考えて総合的に議論すべきである。
- ・ 国保連と支払基金の統合は、市町村の持ち出しが増えたり、審査手数料が高くなるおそれがあるのではないか。システムの改修に膨大な費用もかかり、事務処理がスムーズに移行できるのか、県ごとの共同事業の独自性が確保されるのかという問題もある。
- ・ 支払基金と国保連では、査定率にかなりの違いがあり、低いところに合わせるのは問題である。
- ・ 国保連の方が支払基金よりもコストが安いのに統合するのであれば、市町村国保の保険者の立場からすれば大きな問題である。
- ・ 例えば、国全体で最適になるようなプラットフォームはコンピュータシステムを一つで運用するなど、競争というよりは、現在のシステムがきちんと機能しているかどうかを検証する必要がある。
- ・ 競争性を導入した場合に、審査に力点が置かれて、国民への適切な医療の提供がないがしろにされることは避ける必要がある。
- ・ 現場の裁量があるため医師が審査しなければならないなど、支払基金と国保連の審査の機能はかなり共通している。審査については、長期的には一緒にやっていく仕組みがあり得るのではないか。

4 その他の意見

- 医療機関における未収金の問題について
 - ・ 未収金は、膨大な額になるだけでなく、医療職の職業意識を著しく傷つけており、問題意識を持っている。

「論点の整理（案）」についての長谷川委員の追加意見

1の（1）のイ（審査の性格・目的関係）

（追加意見）

- ・ 現在の審査員はどちらの側か必ずしも明確に意識しておらず、どちらの側かにより審査結果が異なるかなど基本的なデータは整備されていない。
- ・ 請求者と同業のプロフェッショナルの医師及び歯科医師で構成される審査委員会の審査自体が不適正な請求を抑制する効果があるということについては、定量的には明らかにされていない。
- ・ 審査委員会は、保険者に対して一定の手続きを果たせばよいのか、見逃しなど審査結果についても一定の責任を有するのかは明らかにされていない。

1の（1）のホ（審査データの活用・公開関係）

（追加意見）

- ・ 医療の透明性を高め、質の向上を図るためにも、種々の医療データを制度として公開するのは世界的な趨勢である。
- ・ 現在は、審査基準、データが公開されていないため、医療機関と審査支払機関の間に情報の非対称を生じている。

1の（2）のロ（審査のコスト関係）

- ・ 現行の審査は、振り分けなどの事務作業を含め、多くを人手に頼って行っている。現在の社会的状況から鑑みても極めて非効率である。

3の（1）のロ（人材確保・養成関係）

- ・ すべての電子レセプトのシステムチェックが可能となるよう、現在の経営資源を、システムの開発及び維持管理のための人員及び経費の確保にシフトすべき。

以上

今後の議論における若干の視点（平成22年5月28日 委員 齋藤寿一）

- (1) 請求者と審査委員会が同業のプロフェッショナルであるという疑念について（第3回資料4の2頁）：請求または被審査者と対局に立つ審査者とが同業であるという関係は科学研究費申請における申請者と判定者、科学研究の達成状況の判定者と被判定者、法曹における検事と弁護士など専門性の高い領域では国内外で広く見られる状況である。問題はそれぞれのプロフェッショナルがそれぞれどの様な確固としたミッションを担い、独立性を担保された立場に立っているかである。
- (2) 「競争」と「統合」（第3回資料2）について：
- (a) 競争は基本的には「比較」とランク付けの作業である。従って競争が成立するには最低限、共通したフィールド、共通した尺度が存在することが大前提であろう。第二回の会議でも発言したが前提となる共通した尺度がないと、1グラムと1センチと何れが大きいか、人間の生存に空気と水の何れが重要かといった不毛の比較を探ることとなる。どの様なフィールドで、どの様な尺度で比較するかが、「競争」の論議の出発点であろう。その点で我が国の国民皆保険制度のもとで望まれる審査とは何かという一般的な視点が重要であろう。望ましい審査を達成できた度合が評価の手がかりとなると思われる。地域によっては審査委員会が不正請求の発生を、指導によって未然に防いでいる場合もあり、査定率の低さは審査活動の質の高さを反映している場合もある。逆に査定率の低さが見逃しに由来している場合もある。良質な審査活動とは何か、をきめ細かく検証し、その達成度を比較する努力が必要ではないか。
- (b) これまで二回の会議で「統合」は二つの審査組織において考えたこともなく実感もない、という率直な意見が述べられた。その点で二つの組織の活動を統合的な視点で評価し、指導する第三者機関を別に設け二つの組織の活動に共通した統合しうる部分がないか、第三者機関が統合して担える部分がないか、を探り実践するのも現実的な策と思われる。