

未定稿 ※議事録を委員が確認中であり、内容に変更がありうる。

各委員からの主な意見の概要（第10回）（案）

○森田座長

- ・ 一元化した場合、経済学的には独占の弊害が出るが、ガバナンスがうまくいって効率化する可能性もある。競争による効率化のメリットも相当あるが、適正な競争を行うためには、相当の競争環境が必要である。その環境条件が現実にとどの程度可能であるかを議論する必要がある。
- ・ 競争を成り立たせるためには、被保険者番号など技術的な問題を解決する必要があるが、将来的に共通番号化によって処理する仕組みも技術的には可能である。この場合に、移行に伴う経費が非常に大きいから競争が不適切だという議論も論点がずれている。競争の場合に、何が障害であってどうしたらうまくいくのかを議論すべき。
- ・ 地域差は、合理的に説明できるローカルルールでなければ、保険の仕組みとして望ましくない。その意味で、共通の基準が合理的な形で適用されるのであれば、論理的には査定率による競争の余地はあまりないのが望ましいということになる。
- ・ 行政刷新会議からの見直しの要望については、この検討会できちんと専門家が集まって、結論を出すべく努力している。議論の結果、きちんとしたものを出すことが、回答になるものと理解。
- ・ 現在の二元的な体制については、行政刷新会議や規制改革から非常に厳しい批判があることから、現状維持という選択肢は、よほど合理的な説明や論証をしないかぎり、提言として受け入れてもらえない。競争原理と統合のいずれにせよ、関係者を含め、思い切った決断に踏み出すことが求められている。

○飯山委員

- ・ 国保中央会では、各国保連のシステムを共通基盤にして、受付から審査、保険者へのレセプト返還まで、一貫通貫のシステムを作っている。次期システムでは、個々の国保連がシステム改修することなく、国保中央会で改修すればいい状態になっている。
- ・ 国保連が現在行っている審査支払以外の事務は、審査支払のデータを保有しているからこそできる仕事である。その点について、次回に詳しく説明したい。

○遠藤委員

- ・ 審査機関の相互委託の仕組みは、複雑になることで請求誤りがしやすい。既に被保険者が保険者を変えるため、請求先がないレセプトが生じている。さらに複雑になって、医療機関側で選別しろということは非常に難しく、医療機関側に負担がかからない方法でやってもらいたい。保険者の審査の委託先がいろいろ変わるのであれば、請求先は一括にして何らかの機関がITでレセプトを振り分けるなど、支払側がきちんと調整すべきであり、医療機関側がなぜやらないといけないのか非常に疑問。

○小木津委員

- ・ 国保連を支払基金に統合する場合は、全国規模の1法人である専門の審査支払機関

となるのに対し、支払基金を国保連に統合する場合は、都道府県単位の47法人である保険者団体となるという視点が欠落している。

- ・ 支払基金は、厚生労働省に代わって、記録条件仕様などレセプト電算処理システムの開発や、電子点数表の作成、医薬品の適応外使用の事例に関する取扱いの検討など、公的な役割を果たしている点を看過している。
- ・ 組織の統合によって管理部門の縮小が可能と考えるならば、都道府県単位の47法人よりも、1法人とする方が管理部門の縮小の余地は大きいと考えなければ、論理的に矛盾する。
- ・ 国保連を支払基金に統合した場合のコンピュータシステムなど一時的な切換えで生じるコストは、厚労省の試算では161億円だが、支払基金の試算では100億円で対応可能と認識。支払基金に統合する場合と国保連に統合する場合とで、システムの更新コストの水準が大幅に異なるものを想定することも不自然である。

○高智オブザーバー

- ・ 支払早期化は、その意図を勘案しても、総合健保で事務負担が大きいという意見があり、なかなか前には進まないと思う。支払基金でも最小限のシステム改修が必要であり、新たなコストが発生するが、これがいいことかどうかの合点もいかない。
- ・ 被用者保険全体では、審査支払機関で800億円から900億円のコストがかかっているが、いろいろな負担に耐えている中で、2桁台のパーセントでコストをばっさり切れるような方向に持っていけないと、制度の屋台骨に影響してくると考えている。
- ・ 保険者としては、レセプト情報の分析や健康対策などへの有効活用は、非常に重要な事業と位置付けている。後発医薬品の使用促進を含め、協会けんぽとも連携して、レセプトデータを活用した事業を展開していきたい。重複受診やコンビニ受診などで勤務医が疲弊しないことについても、保険者にも一定の責任があると考えており、加入者への啓蒙活動にも一層力を入れていきたい。

○齋藤委員

- ・ 審査と支払いは、機能が大きく違うので、分けて議論する必要がある。
- ・ 審査の内容に対しては、医療機関側も意見や評価を持っている。保険者側だけが審査機関を選択できて、医療機関側が選択できないのであれば、競争原理において片手落ちではないか。
- ・ そもそも競争とは何か、国民が利用する医療保険の審査に求められる機能は何かという基本論に立ち、統合や競争によって生まれるものが、国民皆保険の下での審査にプラスになるのかどうかという視点を常に持つ必要がある。あるべき姿により近づくのだという感触がないと、今のままでもいいではないかという見方もないとは言えないため、議論がしにくいのかと思う。

○高田委員

- ・ 検討会で意見を集約したものは、法改正を伴うものと伴わないものを仕分けし、法改正等に適切に対応いただき、できるだけ早くやっていただきたい。
- ・ 中長期的な方向として、レセプトの受付や転送を一本化する仕組みは非常によい。いずれの審査支払機関に対しても委託できる環境を早急に整備すべきだが、実務上の

問題は関係者間で協議する必要がある。特に、健保組合が国保連を選択する際、被保険者証の保険者番号を直す仕組みは負担が大きい。ITを活用することにより、レセプトを請求する医療機関側で選別することを考えて欲しい。

- ・ 重複投薬は、医療機関の間で、患者にどういう薬が出ているのかを共有する仕組みができればなくなっていくので、仕組みを変えていく必要がある。患者が複数の医療機関で適正な薬をもらった場合にも、レセプト単位では保険診療ルール上認められることになっているので、仕組みから早急に見直す必要がある。
- ・ 医科・歯科の直接審査を促進するため、保険医療機関の同意要件を廃止すべき。
- ・ 審査において、算定ルール上の明白な誤りは、審査委員会の議を経ずに査定することや、審査委員が単独で審査を決定することを可能とすべき。薬剤師、看護師、指導医療官、診療報酬に精通している保険者等の職員の審査委員会への参画を認めるべき。
- ・ 再審査にかかる上級の審査組織は、早急に実現をはかるべき。ただし、再審査等にかかる新たな組織については、追加的な費用を発生させない対応をすべき。
- ・ 審査基準の公表は、適正な社会保険診療の確保を阻害することがないように、その範囲を限定すべき。
- ・ 統合であろうと競争であろうと、システムの共同開発によるコスト削減を進めてもらいたい。個々に競争を持ち込むのではなく、コスト的にも見て、より優れている方をベースにすることが、国民のためにもなる。
- ・ 統合しても、直接審査による民間業者の参入の促進とは矛盾しない。
- ・ 審査支払いのコストの削減が重要。支払基金では、ブロック別の統合や事務所の借り上げ、職員定数の削減、ラスパイレス指数の引下げに加え、柔道整復療養費の審査支払いや出産育児一時金の直接支払いの受託など、業務範囲の拡大も実施して欲しい。

○高橋委員

- ・ 審査機関を相互に選択できる仕組みは、協会けんぽでは、一番小さい鳥取支部でも加入者が20万人おり、保険証の番号を変えることは非常にやりにくい。一括して審査の委託先を変更することもリスクがある。また、審査委員である医師の確保など、受け入れ側である審査機関側にも無理がかかるのではないか。
- ・ 原審査した審査機関が知らない間に、上の審査機関に再審査請求されるのは変であるので、原審査をした審査委員会が1回は再審査を受け付けることは当然と理解。

○長谷川委員

- ・ 基準や査定率にばらつきがあること、組織によって経費率が異なるなど高コストであること、医療の透明性や標準化に寄与する点でレセプト情報が非常に重要であるのに十分に活用されていないことなど、現状に改善の余地があるということが本検討会の議論の出発点。競争は、コストだけの競争ではなく、審査機関が中心的な役割を担うなど、ルールをどのように作るかによって、これらの問題の解決にも寄与できる。
- ・ ICカードなどで受診の都度、資格確認する仕組みがあれば、医療機関を悩ましていた問題はほとんどが解決できる。そこが解決しないとだめだということではなく、並行して議論していけばいい。

○村岡委員

- ・ 国保連は、市町村国保の保険者業務を相当多く代行している。今後、国保保険者がレセプトデータの活用を進めていく上で、国保連におけるシステム開発が必要になるが、国保連が支払基金に統合されると、国保保険者に新たなシステムの負担がかかることになるので、国保連を開設している市町村の意見に十分配慮いただく必要がある。

○山本委員

- ・ 審査機関を相互に選択できる仕組みは、医科や歯科では保険者証を確認する習慣があるが、調剤ではほとんど見せず、かなりの率で誤転記があってフォローできないので、請求側の負担が増える。また、競争は、何を基軸に競争するのかが分からない。
- ・ 支払基金の各支部に今年5月から調剤専門役が配置されたが、その任期が切れるまでには、一定数の薬剤師の配置について、厚生労働省で措置を講じて欲しい。
- ・ 呉市における調剤点検の結果は、貴重なデータと真摯に受け止めている。保険薬局では、薬を重複して処方することのないよう、かかりつけの薬局や手帳の取組をしていることも理解いただきたい。
- ・ どちらに統合するにしても、現在でも複雑な仕組みが更に複雑になることは避けて欲しい。

○横倉委員

- ・ 被保険者が常に正しい保険証を使っている前提であればいいが、実際はそうでないことがあり、医療機関はその処理に非常に大変な思いをしている。
- ・ 行政刷新会議が要望するレセプトの査定率と手数料の連動は、非常に問題がある。査定率が高い審査機関がいい審査だという評価は当たらないということを、共通認識として議論してもらいたい。
- ・ 上級の審査組織の判断を県単位の審査委員会の判断に反映させていく必要性は、基本的にはそのとおりだが、個別に見ていくと、文章にできるルールと文章に書いていないルールとでは、どうしても少し食い違いが出る場合もある。実際は上級の審査組織の判断を斟酌しながら、審査をしていく状況になるのではないか。
- ・ 重複投薬については、6か月投与されている場合もあり、月に1度は受診しながらというルールが外れたことによる弊害も報告されている。
- ・ 健康情報は究極の個人情報であり、レセプトデータの活用は、セキュリティをしっかりとしながら、やっていただきたい。後発医薬品の使用促進は、特許が切れた薬剤を後発医薬品の値段まで下げれば問題ないのに、なぜそれができないのか。

○渡辺委員

- ・ 国民側からの議論として、手数料や判断基準の格差が問題の中心だった。しかし、田舎では何カ月分の薬を出さなければいけない場合があるという現実もあり、地域性の問題も随分出されたので、審査、支払いを効率化すれば済むという問題ではない。今できることは何かということを、国民に分かりやすく示すことに議論を絞るべき。
- ・ 行政刷新会議は、レセプトの査定率と手数料の連動、統合について早く結論を出せと言っているのであれば、仕分け人がこの検討会に出てきて議論させてもらいたい。

以上