

第1回～第4回の議論と論点の整理

※第4回議論後の追加・修正に下線。意見は一部再掲。

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。
- ・ 審査委員会は、医療費の削減が目的ではない。
- ・ 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、見逃しなどの審査結果についても一定の責任を有するのかを整理すべきではないか。
- ・ 審査を野球に例えた場合、保険者は結果で来たものを見ているので、ボールの変化や球速などはまったく関係ないものであり、医療の質と審査は分けて議論する必要がある。

ロ 審査の質の向上（均一性の確保）、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。
- ・ 野球にたとえば、47都道府県で2審査機関の94通りのストライクゾーンがあり、それでゲームしているのは不自然である。ルールを統一するとともに、アンパイアの質を落とさずに安く雇うことが効率化に結びつく。
- ・ グレーゾーンは、一定の幅の中である程度正規分布するはずなので、その範囲内では許容することで、統一化や効率化が進むのではないかと。
- ・ 高額なレセプトは中央の審査に上げて、一定の方向が出たものは各支部に通知が行くので、現在でも、中央が一定の方向付けをしていると認識している。
- ・ 薬の使いすぎの差でも地域特有の疾病構造による影響もありうるので、必要な医療を提供する観点からは、できれば都道府県単位では一定のレベルはそろえるべきである。他方、疾病構造や医療者の数などを十分に検討する必要がある、全国レベルでは差異が生じるのはやむを得ないのではないかと。
- ・ 学会のガイドラインは、保険診療のガイドラインで使うことを想定して作ったものではないので、ガイドラインの文面だけで判断することのないよう、学会との意見交換の場を設けて、適切に運用すべき。
- ・ 医学や技術に進歩について、ガイドラインや保険診療に反映させていくタイムラグが生じるが、タイムラグを縮小していく手続きを考える必要がある。
- ・ ガイドラインは世界中の知見に基づき改訂されるので、保険適用よりも情報の提示が早く、診療に一定の根拠を与えることが多い。学会がガイドラインの改訂に積極的に取り組み、それを公知の事実として適用に活かす仕組みの方が現実的で建設的である。
- ・ 審査支払機関としては、審査の均一性に影響を与えている要因として、療養担当規則や点数表など、現在の保険診療ルール自体に相当程度の裁量の余地があるという問題がある。
- ・ 例えば、審査委員に統一の判断基準を周知する仕組みや、過去の事例を統計的に検索して判断をアシストするツールなど、差を縮小する仕組みが重要であ

る。原因究明よりも、どうしたら差異を縮小できるかという対策の議論に移るべき。

- ・ 調剤では、承認時の適応症や薬価基準等によって保険診療のルールが決められており、成分が同じであっても査定の対象となるのは、ガイドラインよりも厳しい。

(参考)

- ・ 支払基金では、支部間差異の解消のため、現在、各支部の審査委員がブロック単位で定期的に集まって検討し、更に本部に上げて検討する取組をしている。より迅速に解消するため、近々、本部に専門家チームを設ける等の取組を考えている。

ハ 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)

- ・ 地域によっては、審査委員会が不正請求の発生を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。国民皆保険制度の下で望まれる審査とは何かという視点から、良質な審査活動が何かを検証し、その達成度を比較すべきである。
- ・ 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。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。
- ・ 審査の効率性は、査定率や返戻率でも評価する必要がある。
- ・ 査定率の検証については、国はその許容範囲をどのように考えているのか。
- ・ 査定率の差異の検証に当たっては、審査委員一人当たりの取扱い件数など審査体制も考慮する必要がある。

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。

- ・ 支払基金と国保連で判断基準は同じであるべきであり、学会を含めて、専門領域別に問題点を検討する場を中央に置き、全国に伝えていくことが望ましい。国保連と支払基金が統一的にローカルルールを解消するための協議会を作り、厚生労働省が主体となって、判断が異なる部分を少なくしていくべき。

(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。
- ・ 支払基金の各支部と国保連の審査委員会は、査定が異なる事例を持ち寄って情報交換し、統一を図る取組を都道府県単位で行っている。

ホ 審査支払機関に蓄積された審査データの公開・活用についてどう考えるか

(これまでの主な意見)

- ・ 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性を生じている。審査基準、データの公開のルールを作る必要がある。
- ・ 審査では一定幅のグレーゾーンが生じざるを得ないが、診療行為に影響することから、審査基準の公開では、どこまで認められるかを明確にして欲しい。
- ・ グレーゾーンの基準が公開されれば、入口の審査がもっと効率化できるのではないか。
- ・ 審査データの公表によって審査の判断が収斂する可能性もある。
- ・ 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。
- ・ 医療の透明性や質の向上、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。

(参考)

- ・ 審査基準の公開は、支払基金の検討会では、医療の標準化や適正なレセプトの提出につながるという肯定的意見と、審査で機械的に認められるぎりぎりのところまで請求する医療機関が出て、かえって適正化につながらないという反対意見とで見解が分かれた。

(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

①専門家による審査、不適正な請求の抑制効果について

(これまでの主な意見)

- ・ 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。
- ・ 不適正な請求の抑制効果については、定量的には明らかでなく、根拠に基づいた議論が必要である。
- ・ 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。指導的な返戻によって請求月に支払いが行われないペナルティーや、各地域医師会の審査委員が著しい請求ミスがある会員に指導を行うこともしており、抑制的な効果や是正を図る効果がある。
- ・ 医療保険者として、医師による審査委員会は必要と感じている。一定の見識がある医療人がチェックすること自体が医療関係者に心理面で影響がある。こうした効果を定量的に分析することは困難であり、定性的な分析も必要ではないか。
- ・ 韓国の審査機関では誤った内容で請求しないよう予防のための情報提供を医療機関に行っており、そうした情報提供がされていない中で、プロフェッショナルの審査による定性的又は定量的な抑制効果があるのかどうか疑問である。
- ・ 調剤レセプトについては、専門家がいないう状態で審査が決まっているのは問題であり、薬剤師が審査に関与できる体制を組む必要がある。
- ・ 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。

(参考)

- ・ 審査機関では、不適正な請求が多い医療機関に対して、審査委員会が文書で指導し、それでも直らない場合は審査委員や事務方が訪問するか、審査委員会に来てもらって指導して、不適正な請求を改めてもらう努力をしている。
- ・ 支払基金では、すべての支部で非常勤の調剤報酬専門役を置き、調剤レセプトの審査をしている。現在の審査委員会では、基本的に医科歯科のレセプトだけを決定しており、調剤レセプトは審査委員会の審査対象から外している。

②合議による審査について

(これまでの主な意見)

- ・ 一つのレセプトを複数の専門の審査委員が審査しなければならないケースが増えており、複数の審査委員でチェックしながら一定の方向性に導いている。
- ・ 一般通念と少し違う審査基準を持つ審査委員がたまにいることも事実であり、そうした場合に一定の枠の中で決定するために、合議で審査することがある。
- ・ グレーゾーンで各委員の意見が異なるものは協議しているが、グレーゾーンの

中には、ルールとしてすべてに適用してしまうと好ましくない場合がある。

- ・ レセプトの数が多くなり、医療も専門分化する中で、専門家の確保も難しくなっている。すべてのレセプトについて専門の委員が合議で結論を出すのは、実際には難しいのではないか。
- ・ 全レセプトを合議で審査するというのは、実際は時間的にも無理である。

③三者構成の仕組みについて

(これまでの主な意見)

- ・ 専門家であっても代表する立場が異なる専門家がチェックしあうのがピアレビューの本来の在り方である。立場の違いを明確にした公開の議論が行われていない点で、制度設計の意図と運用の実態との間に乖離が生じているのではないか。
- ・ 現在の審査委員は、どちらの側か必ずしも明確に意識しておらず、どちらの側にいるかで審査結果が異なるかなどのデータもない。
- ・ 保険者推薦については、保険者は、この委員が本当に審査に向いているかどうかという情報やノウハウがない。学識経験委員も、支払基金支部の選考委員会の構成は、座長以外は全て医師か歯科医師であり、保険者が関与できる仕組みとなっていない。現在の審査委員会の構成が、本当に中立公正が担保されているのか大いに疑問である。
- ・ 実際は、ほとんど一人の審査委員が何側であるかは別にして一種の独任官的になっていて、ほとんどそこで決定している。独任官である現実を認めて、その代わりに各委員はフェアな立場で審査し、外からチェックする仕組みにする方が現実に即した合理的なやり方ではないか。
- ・ 三者構成であっても、医療に携わる人間に変わりなく、保険ルールに則ってより良い医療の提供が行われるため、過剰な請求に対してはみんな厳しく対応しており、大きな対立軸はあり得ないのではないか。
- ・ 請求又は被審査者と審査者とが同業という関係は、専門性が高い領域では国内外で広く見られるものであり、問題はそれぞれのプロフェッショナルがどのような確固としたミッションを狙い、独立性が担保されているかである。

④ 再審査請求について

(これまでの主な意見)

- ・ 現在は、同じ都道府県の審査委員会に再審査請求をしているが、同じところでキャッチボールをしている。中央レベルの支払基金の本部に上級の処理機関を設けて、再々審査請求できるシステムを作りたい。
- ・ 専門家であっても意見が違ふことがあるのは普通であり、すべてを上級の処理機関で処理できるわけではない。その場合に公平性や統一性の担保は、透明性や説明責任を果たす、審査結果の公表などで努力するしかないのではないか。

- ・ 従来から保険者が再審査を出しても、原審どおり返ってきて、中身の説明が足りない。

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と。
- ・ 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、切る事なのかをきちんと議論することが前提である。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 支払基金では、指導の必要性に応じた重点審査の中で、常に3割のレセプトが効率化分としてそのまま請求されていると理解しており、この3割分は割増料で払っているようなものであり、健保組合の不満が大きい。

（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、会員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）

- ・ 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。

- ・ 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。
- ・ 現在の電子レセプトの記録条件仕様や記載要領は、紙レセプトの様式を置き換えたり、紙レセプトの作成に配慮したルールがあり、コンピュータチェックに支障があるものがあるので、見直して欲しい。
- ・ 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。
- ・ 全レセプトを合議でやること自体が不可能であるならば、これに代わる仕組みも考えていかなければいけない。実質的な審査を効率的に進める意味では、審査そのもののIT化も導入すべきではないか。

(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はどうか。

3 審査支払の組織の在り方に関する論点

(1) 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。
- ・ どのような尺度で比較するかが、競争の論議の出発点である。国民皆保険制度の下で望まれる審査とは何かという視点から、良質な審査活動が何かを検証し、その達成度を比較すべきである。
- ・ 統合の問題については、二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、を検証することも方法である。
- ・ 統合や競争が審査の問題のすべての解決策だという議論は方向性を誤る。

(2) 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。
- ・ 現在の審査は、振り分けなど事務作業を含め、多くを人手に頼っており、現在の社会的状況からみても極めて非効率である。事務経費でみた審査の効率性について、深掘して考える必要がある。
- ・ 審査体制については、支払基金は約 4500 人、国保連は約 3500 人で大きな差があり、効率的に審査を行っているのかどうかを検証する必要がある。

(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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。

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。

