

各委員からの主な意見の概要（第4回）

虎の門病院の山口徹院長から提出資料に沿いながら発言があり、審査の質の向上、査定率の差異について、以下のとおり、各委員から意見があった。

○山口院長（ゲストスピーカー）

- ・ 学会のガイドラインは、理想的な医療はどうあるべきかという視点、最新のエビデンスは何かという視点、日本人のデータを踏まえた視点など、どういう立場で作るかを統一したものではなく、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もない。したがって、審査において、ガイドラインの文面だけをとらえて判断するのではなく、学会との意見交換の場を設けて、適切に運用して欲しい。
- ・ 循環器学会のガイドラインは、基本的な更新は5年ごとであるが、1年ごとに修正点はホームページにアップデートしていくこととしている。現時点でエビデンスがあって合意が得られたものは、保険診療でも認められるようにしてほしい。ガイドラインどおりやったが査定されたというクレームが学会に来ることもあり、保険診療における取扱いをただし書きで書かざるを得ない場合もある。エビデンスを踏まえた、審査と学会との意見交換の場を作って、ガイドラインを尊重した審査をして欲しい。
- ・ 支払基金と国保連の差異については、保険診療で認められる範囲が、支払基金の方が厳しくて、国保連の方がそうでないという点は、一番の違和感がある。審査の判断基準は社会保険と国保で同じであるべきであり、学会も含めて、専門領域別に問題点を検討する場を中央において、全国に伝えていくのが望ましい。
- ・ 病院側でも事務が提出前にレセプトを一生懸命チェックしているので、無駄なやりとりのないよう、公開できるルールはできるだけ公開し、審査のルールを診療側に知らせて欲しい。電子化に向かっているのだから、チェックのためのソフトを医療機関に配ってもらいたい。

○森田座長

- ・ 診療行為が同じでも、社会保険か国保かで審査の判断が分かれるというのは、患者の側からは理解しかねる。
- ・ ガイドラインは、ミニマムな義務や標準的な事項を定めたものなどがあり、その性質をきちんと決めて了解しておくことが、差異を減らす要素として重要である。また、ルールは一般的にミニマムな義務を定めるものであり、慎重に改定せざるを得ないので、タイムラグが生じるざるを得ないが、医学や技術の進歩に照らして、ラグを縮小し、フィードバックしていく手続きについて、早急に考えていく必要がある。
- ・ ケース・バイ・ケースの裁量で幅があるのは仕方ないとしても、合理的な範囲に収まっているのかどうかは検証する必要がある。また、審査において、本当の医学的判断をする部分とそれ以外の部分があり、後者のコストも大きいと思う。統一のソフトを医療機関に配って処理していけば、事務の合理化がかなりできるのではないか。

○足利委員

- ・ 支払基金の各支部と国保連の審査委員会では、査定が異なる事例を持ち寄って情報交換し、統一を図る取組を各都道府県単位で行っている。
- ・ 審査の基準を公開すべきという意見については、支払基金の検討会においても、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な意見と、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きて、かえって適正化につながらないという反対の意見とで見解が分かれた。
- ・ 審査の均一性に影響を与えている要因としては、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り、これをどうするのかという問題もあることを要望しておきたい。

○飯山委員

- ・ 1件1件の治療は個々の患者とその治療者の間で行われており、類似した事例というのはあると思うが、全てが一対一で整理できるものではなく、例えば「必要に応じて」などの判断が入り、個々の事例で判断が微妙に変わってくる場合は、今のところ国保連としては、審査委員会ごとの判断を尊重することとしている。

しかし、そういった判断の差異を解消するため、類似する事例を収集し国保全体で7割以上、同じ判断をするような事例については、国保連として出来るだけ統一的な審査規準としてまとめていきたいと考えており、そのための取り組みを行っているところである。

○岩田委員

- ・ 支払基金の支部間差異の調査と同様のものを国保でもやるなど、支部間差異のどこに焦点を当てながら議論するのかを判断するための基本的な情報が欲しい。

○遠藤委員

- ・ 歯科では、主要学会だけでも20近くの学会があり、ガイドラインを査定ルールにすると、どれを優先するのかという問題が生じ、支部間差異にも影響がある。歯科の場合、生活習慣に由来するものが多く、患者の選択性が高いため、患者の状態や考えによって診療手順も変わることがあるが、ガイドラインに合わず、査定の原因になっている。複数の疾患が重なる場合は、ガイドラインの調整も難しく、医科と異なる。

○齋藤委員

- ・ 審査委員会では、学会のガイドラインが、最新の知見や方向について金科玉条のスタンダードにならざるを得ない実態がある。現在、学会では、2年に1度、診療報酬改定にあわせて意見をまとめて、保険診療ルールを所管する保険局医療課に提案書を出しているが、最新の意見を反映させるための意見交換の場として、どのようなものがいいか聞きたい。
- ・ 支払基金と国保連との間で査定される審査の領域に違いがあることは、エビデンスはないが、医療現場の実感として周知の事実である。データを交互に変えてブライン

ドで審査してみるなど、検証の努力が必要だと思う。

○高田委員

- ・ 審査を野球の審判に例えた場合、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全く関係ない話であり、医療の質と審査は分けて議論する必要がある。保険者としては、グレーゾーンがあることは了解しており、1か0ではないと思うが、同じような内容で審査の判断が異なるのは理解できない場合もあるので、なるべく早く国保連と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ことをお願いしたい。
- ・ 支払基金の要望にあるとおり、現在の電子レセプトの記載要領は、紙レセプトの作成に配慮したものになっており、審査機関でも十分にチェックできていないので、保険者としても見直して欲しい。
- ・ 省内事業仕分けでは、仕分け人がレセプトの電子化が遅れていると支払基金を責めていたが、支払基金と国保連が、電子レセプトの導入に非常に苦労してくれたおかげで、電子化が急速に進んだので、これについて支払基金等を責めるのは非常に酷であり、むしろ保険者としては感謝している。

○高橋委員

- ・ 支払基金と国保連や地域間の差異は、一時的な要因やごく一部の特殊な事情というものではなく、癖のようなはっきりとした傾向がある。査定率の数字についても、全体の医療費に占める割合が小さいという議論もあるが、例えば、風邪や腹痛で査定の差が出るはずはなく、これを除いた入院医療のような複雑な医療において違いが出ることを考えれば、実際の割合としてはもっと大きい。査定している部分が互いに違うため、平均に必ずしも収斂しない可能性もある。したがって、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早く移るべきである。

○田中委員

- ・ ストライクゾーンが決まっても、アンパイアの差異がある。そこを全部同じアンパイアでやれといっているのかどうか。また、国保の場合、それぞれの審査委員会が独立しており、統一的なルールを作るのが難しい要因がある。
- ・ 国保連でも、事務職員の量・質・経験年数、審査委員の数・質・経験年数、レセプトの取扱い件数、紙か電子媒体か、出来高とDPCの割合などが、査定率の差を説明する要素として、どの程度の有意な相関があるかを検証してみたいと思っている。

○長谷川委員

- ・ ガイドラインは、あくまでもリコメンデーションであり、スタンダードでもなく、オプションでもない。そこが誤解されると、審査で変な使い方がされる。
- ・ EBM手法に基づいたガイドラインが日本で導入されたのは2000年以降であり、学会が標準的な医療を周知する取組をするようになった点で、学会の役割が変わってきた。通常、ガイドラインは世界中の知見に基づいて改訂されるため、保険適用よりも情報の提示が早く、診療に対して一定の根拠を与えることが多い。その意味では、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、拡大等に活かす仕組みの方が現実的で建設的だと思う。

- ・ ガイドラインは、審査や査定を目的に作ったものではなく、それを審査に使うのはかなり無理がある。例えば、EBMの方法論は、1980年代に確立したもので、健康な人が単一の病気や障害になったときに並列関係にある複数の治療法のうちどれがいいかを選択するものであるが、30年前とは疾病構造が大きく変わっており、多くの患者は複数の病気をもっており、今の医療現場には必ずしも合っていない。審査に使うに当たっても、一つの判断根拠にはなるが、限界があることを認識する必要がある。
- ・ 支払基金と国保連の審査の違いについても、現実には差異はあるが、総額・総件数に占める割合は実際には小さいことに気を付ける必要がある。むしろ、ルールに差異がある場合に、統一する仕組みがあるかどうかを検討する必要がある。
- ・ 医療には個別性があり、評価者も個別的であるので、一定の差異は防ぎようがないが、放置するのではなく、例えば、審査委員に周知する仕組みや、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。今まではそうした仕組みがなく、現実には最近始まったばかりである。こうした差異を長期的に解消していく仕組みを検討すべき。

○村岡委員

- ・ 支払基金と国保連とで審査の基準を統一することについては、医療機関から解消に取り組んで欲しいという要望もある。全体として統一がされていないのが一番の問題であり、国が積極的に関与するなりして整理することが重要である。支払基金と国保連でそれぞれ基準を作るのではなく、一つのものにしていくことが重要である。

○山本委員

- ・ 薬の場合、保険診療におけるガイドラインを承認時の適応症や薬価基準等によって国が決めており、医科のガイドライン以上に縛られている。成分が同じでも、書類の書き方が異なるだけで、査定の対象になるというのは、ガイドライン以前の問題であるので、薬の成分にまで踏み込んで議論していただきたい。

○横倉委員

- ・ 医師の多くは何らかの学会に所属しており、審査の現場では、学会のガイドラインに則って治療したのに査定されたという批判もある。学会と保険診療との話し合いの場を作って欲しいという意見は、全く同感である。

以上