

## 各委員からの主な意見の概要（第3回）

## 1. 論点整理案について

第3回以降の議論の論点を整理した論点整理案について、以下のとおり意見があった。

## ○岩田委員

- ・ 審査データの活用については、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ので、審査の質に関する論点に整理して問題ないのではないか。

## ○高橋委員

- ・ 審査支払の組織の在り方については、公共財と考えるのか自由な参入を認めるのかの整理が先にあって、その上で組織運営についてどう考えるかという整理になるので、論点3の（2）と（1）は順番が逆ではないか。
- ・ 論点1（1）ホの審査データの活用は、審査の基準としての活用と公衆衛生の観点での活用とがあり、後者は審査支払とは別のその他の論点になるのではないか。

## ○横倉委員

- ・ 診療側としては審査基準が分からないという意見が多い。審査ではどうしても一定幅のグレーゾーンができるが、診療行為に直接影響することから、審査データの公開については、グレーゾーンの線引きでここまではOKということを明確にして対応いただきたい。

## ○渡辺委員

- ・ 審査データの活用については、医薬品の副作用の防止に努めるといった発想であればその他の論点の方がいいので、データの公開と活用とを分けて、活用の意味をもう少し明確にすべきではないか。

## ○森田座長

- ・ 審査データの活用は、審査の論点に置くことに特に反対意見はなく、その他の論点に置くと後で議論することにもなるので、審査に関する論点の一つに整理したい。

## 2. 審査の実施体制について

足利委員から支払基金における審査の意義、審査委員会の位置づけ、電子レセプトの審査の流れ等について、飯山委員から国保連における審査業務の現状について説明後、審査の実施体制の論点について、以下のとおり、各委員から意見があった。

## (1) 専門家による審査、不適正な請求の抑制効果について

## ○足利委員

- ・ 支払基金の審査では、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が、調剤レセプトの審査をど

う考えていくかについては、今後、電子レセプトでは医科歯科との突合も予定しており、そうした関連も含めて今後の検討課題としたい。

- ・ 不適正な請求が多い医療機関に対しては、審査委員会から文書で指導し、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。

#### ○飯山委員

- ・ 国保連では、レセプトの請求に問題があれば個々に話をしており、不適正な請求の抑制効果があると思う。医療機関への注意の文書については、できるだけ具体的に細かく記載して、医療機関が理解しやすいようにしていく必要があることは課題だと思う。

#### ○高田委員

- ・ 韓国のHIRAでは、医療機関が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対して行っているが、そういう情報公開が行われない中で、プロフェッショナルが審査することによる抑制効果について、定性的な部分や定量的な部分があるのか疑問である。保険者や医療機関にそうした情報が与えられていないので、紛争になっていない面もあると思うので、不適正な請求を抑制する効果があるのかどうかもう少し掘り下げて議論して欲しい。

#### ○田中委員

- ・ 基本的なスタンスとして、医療保険の世界において、基本的に医者と保険者は対立軸にあるのではない。国民皆保険体制を維持していくためには、両者の協力があってこそこのシステムが生かされるので、そうした基本的な視点で議論していきたい。
- ・ 医療保険者として、医師による審査委員会は必要だと感じている。プロが審査することによる抑制効果についても、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大きな影響があるのではないか。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。

#### ○山本委員

- ・ 支払基金では、調剤報酬専門役がいるという説明があったが、合議と言いながら調剤レセプトの審査には薬剤師が関わっていない。国保連でも、医科と比較して一人当たりで倍以上の量を見ており、薬剤師の審査委員が置かれていない地域もある。審査委員が専門家でなくて大丈夫かという議論にもかかわらず、調剤レセプトについては専門家がない状態で決まっていることが放置されるのは納得できないので、薬剤師を審査に関与できる体制を是非組んでいただきたい。

#### ○横倉委員

- ・ 審査委員会では、ルール上おかしいレセプトの請求については、訂正して欲しい点を示して指導的な返戻をしている。レセプトの返戻は、その請求月に支払いが行われない点で、ある程度のペナルティーになるし、是正を図っていく効果がある。また、福岡では各地域医師会にいる審査委員からも著しい請求ミスがある会員に対しては指導を行うこともしており、かなり抑制的な効果があると認識している。

## (2) 合議による審査について

### ○森田座長

- ・ レセプトの数が多くなり、医療も非常に専門分化する中で、専門家の確保も難しくなっている。専門の審査委員が十分にいないところもあるので、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というのは、実際には難しいのではないか。
- ・ 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。

### ○遠藤委員

- ・ 歯科の審査では、算定ルールに沿って問題のないものや明らかにだめなものは各審査委員が査定しているが、グレーゾーンで各委員で意見が異なるものは、その場で全員で協議して決める形をとっており、再審査についても、もう一度協議して、合意する形をとっている。グレーゾーンは協議しながら審査し、合議の形をとっていると理解している。
- ・ グレーゾーンは、一律に決められないからグレーゾーンになっているケースが結構ある。グレーゾーンには、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ことも含まれていることを理解いただきたい。

### ○高田委員

- ・ 全レセプトを合議で審査しているというのは、現実的に時間的にも無理であり、法律的な枠組みがそうであっても、一般的なイメージではすべてのレセプトを合議しながら査定していると誤解するおそれがあるので、注釈を加えるべきである。

### ○横倉委員

- ・ 審査委員会は、内科、外科、眼科、耳鼻科等の診療科ごとに複数の審査委員がおり、内科でも循環器、消化器、血液疾患など複数の専門グループに分け、疑義例の検討が行われている。一つのレセプトの中に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、複雑なレセプトについては複数の審査委員がチェックする体制で取り組んでいる。その中で特異な審査例は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。
- ・ 審査委員の中には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、複数の審査委員で合議で審査することが当然にある。

## (3) 三者構成の仕組みについて

### ○森田座長

- ・ 三者構成は、労働委員会や中医協など利害対立のある者が合意を得るための仕組みといえる。保険者はなるべく少なく支払いたい、医療機関はなるべく多くもらいたいと整理した場合、三者構成が制度の趣旨どおりに機能しているのかどうかを議論する必要がある。保険者も推薦する仕組みになっているように、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。実際には立場の違いを明

確にした公開の議論が行われていないという点で、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。

#### ○高田委員

- ・ 三者構成のうち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。健保連の調査では、支払基金の47支部のうち41支部では、支払基金があらかじめ推薦した委員を各健保連が承諾している形になっており、残り6支部でも145名の保険者側委員のうち、実際に健保連で汗をかいて探した委員は17名だけである。また、学識経験委員も、特殊法人時代は社会保険事務局などのチェックもあったと聞いているが、現在、その決定を行う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る一方、保険者が関与できる仕組みとなっていない。保険者としては、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。

#### ○高橋委員

- ・ 三者構成と合議での審査は制度の建前ではつながっており、三者構成の仕組みで、合議で審査するから公正である、というロジックになる。しかし、審査の現場では、形式的には審査委員会には上がるが、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。これがおかしいというつもりはないが、三者構成による公正な仕組みは現実にはない。その意味では、独任官である現実を認めて、その代わりに各委員はきちんと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だと思う。

#### ○横倉委員

- ・ 三者構成については、多くの県では、学識経験委員は大学病院を中心とした診療担当者から、保険者側委員は社会保険病院や済生会等の公的医療機関の代表者、診療側委員は医師会の推薦する者という状況かと思う。しかし、三者と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という観点では、あまり対立軸はないと思っている。三者構成ではあるが、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。

### (4) 再審査請求について

#### ○足利委員

- ・ 支払基金では、現行では各支部で最終決定する仕組みとなっているので、本部に上級の決定機関を置くのであれば、制度的な対応を検討いただく必要がある。

#### ○飯山委員

- ・ 国保連では、再審査の部会を設けて再審査しており、原審査と同じレベルで審査しているわけではない。

#### ○岩田委員

- ・ 専門家によって意見が違ふことがあるのは、むしろ普通のことである。その場合に、いかに公平性や統一性を担保するかであるが、例えば、裁判所のような三審制のシステム

でも、最高裁がすべての事件を扱えるわけではなく、限界がある。支払基金でも、透明性や説明責任、審査結果の公表などの部分で努力するしかないのではないか。

○遠藤委員

- ・ 紛争が少ないのは、審査の内容が公開されていないからではなく、個々のレセプト上でやりとりがあるからだと思う。また、グレーゾーンについては、医療機関も保険者も分かりづらい点があるものは、大きなものは通報等に出るが、そうでないものは年1回程度、都道府県単位で協議して各医療機関に通知しているものもある。

○高田委員

- ・ 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。また、グレーゾーンの基準が医療機関にも保険者にも公開されていないが、これが公開されれば、もっと入口のところで審査も効率化できるのではないか。

○高橋委員

- ・ 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って欲しい。

○山本委員

- ・ 調剤レセプトについても、再審査請求では決定の理由を詳細に書いており、十分なことができていると理解している。

(5) 都道府県単位の審査について（審査の均一性の確保等の論点と関連）

○森田座長

- ・ 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り、統一すべきという疑問がある。ルールを全国で統一するとともに、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印象である。グレーゾーンについては、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も統一化や効率化が進むのではないか。

○粟生田委員

- ・ 審査委員会が統一する形になった場合、市町村の保険者に具体的にどのような影響があるのかを示して欲しい。

○足利委員

- ・ 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が、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。

○高田委員

- ・ 査定率の比較については、パフォーマンスを比較する意味でも、審査委員一人当たりの査定点数や査定額について、5年程度の推移を資料にまとめて欲しい。

#### ○田中委員

- ・ 県単位や支部単位での手数料や査定率の差異の検証については、国はその許容範囲をどのように考えているのか。支払基金や国保連は50年、60年の歴史の中で長い経験と知見に基づいてやってきており、審査委員一人当たりの取扱い件数について標準的な数字があるのかどうかなども意識すべきであり、統合や競争が審査の問題のすべての解決策だといった議論は方向性を誤ることになる。

#### ○山本委員

- ・ 都道府県単位の審査については、薬の使いすぎの差でも地域に特有の疾病構造による影響などもありうるので、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、単純に全国で同じでなければいけないという議論は成り立たないのではないか。

#### ○横倉委員

- ・ 支払基金と国保連の再審査では、学識代表である専任又は常勤のベテランの審査委員が必ず決定に関わる形で審査している。また、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も通知が行き、各支部の専任や常勤の審査委員が理解して、各支部で一定の方向付けをしている。したがって、各支部で差があるのも事実だが、現在の仕組みでも、中央が一定の方向付けをしていると認識している。

### (6) IT化に伴う審査業務の見直し、効率化について

#### ○森田座長

- ・ 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。

#### ○村岡委員

- ・ 審査委員会の体制をみると、支払基金は約4500人、国保連は約3500人であり、1000人の差があるのは非常に大きな差ではないか。それぞれが効率的に審査が行われているかどうかをきちんと検証することが大事である。
- ・ 支払基金の審査委員は支部長が委嘱し、国保連の審査委員は都道府県知事が委嘱しているが、そのことによるコストの違いもきちんと比較すべきである。

#### ○高智オブザーバー

- ・ 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、健保組合からは常に不満の声が聞かれる。重点審査が悪いというわけではないが、この3割分は割増料金で払っているようなものであり、効率化を目指した審査体制の中でこの辺りも議論して欲しい。

以上