

各委員からの主な意見の概要（第1回）

○齊藤委員

- ・ 支払基金と国保連の審査基準に差があり、地域ごとの審査基準にも濃淡があることは、現場の医師の間では常識のようになっているが、国民皆保険で国の支援の下に保険診療が行われているのだから、審査にダブルスタンダードがあることはかなり理解しにくい。基本的には審査は1つの視点ですることが、医療における国民の平等、納得、安心・安全を保障する上で必須ではないか。
- ・ 支払基金と国保連の統合の議論に当たっては、なぜ現在、支払基金法と国民健康保険法がそれぞれ別々の法律なのか、どちらかが後にできた時になぜ合わせることをしなかったのか、その淵源を探ることが重要ではないか。
- ・ お金の集め方や支払いにも統合が難しい問題があるかと思うが、未来永劫難しいのか、5年、10年という長い移行期が必要なのかを議論したい。何もかも全部一緒というのは非常に荒っぽい、非現実的な議論になる気がするので、二つの組織のどこがオーバーラップし、統一できるのかどうか、どこが違うのかという視点を見失わないで議論したい。

○渡辺委員

- ・ 都道府県ごとの審査の濃淡があるが、問題点がどこにあるかを明らかにする必要がある。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。
- ・ レセプトのオンライン化によって査定率がどの程度改善されるのか、シミュレーションを示していただきたい。
- ・ 地域の医療計画の中で、例えば病院は高次の医療、診療所は初期の診療を担うなど、今後、医療の機能分化が進むので、医療提供体制と審査支払の在り方を理論として進めていかなければ、審査支払だけを取り上げて国民のためにはならない。
- ・ 国保連でも47都道府県で手数料が違うのはなぜかという疑問が提起される。支払基金と国保連の都道府県ごとの審査手数料の資料を示していただきたい。
- ・ まずは国民、患者、被保険者にとって審査支払が一番どうあるべきかを議論すべきであり、統合なのか競争原理なのかは、その結果自ずと導かれるものではないか。

○山本委員

- ・ 調剤の審査状況の記載は欄外に置かれているが、医科や歯科よりももっと差があるのではないか。患者にとって不利益な話であり、現状把握をきちんとしてほしい。
- ・ 審査の質の向上、均一化は大事だが、それが進み過ぎて診療の障害や萎縮が生じると、結果として国民が不利益を受ける。国民が不利益を受けることのないよう、電子化によって機械的に切るのではなく、一定の基準をもった裁量権を残しつつ、支払基金と国保連がどのようにコンビネーションを組むのか考えていかないといけない。
- ・ 極端に合併させるのではなく、医療がきちんと提供される体制を組むような課題を整理しながら議論を進めるべき。手数料が高い安いだけの話で終わっては意味がない。より良い医療を提供するための競争はあってしかるべきだが、審査料や審査率などお金だけの議論は、結果として医療が提供されず国民が困るので、そういう議論はやめて欲しい。

○遠藤委員

- ・ 審査機関は、あくまでも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見るべきでない。皆保険では、患者が診療所に来れば当然診察しなければならず、適切な医療を実施する必要がある。特にQOLを支える医療が重視されており、患者の要望によって違う治療もある。裁量権の問題もあり、医療にかなりの幅がある中で、こうしたことが生かされないと医療が歪んでしまう。国保連と支払基金の統一が目的ではなく、医療を適切に提供するための審査機関という観点から考えていくことが必要である。
- ・ 公的制度であるので、限られた財源の中で当然ルールに従って医療は実施しなければならないが、医療側はルールのための医療ということはやっていない。患者に必要な医療を提供するし、それをどう評価していくのかが必要である。
- ・ 支払基金は中立的な立場で、国保連は保険者から成り立っており、組織としての性格は異なるが、それぞれ支払者側と医療提供者側の間に立ち、中立性を保ちながら実施されている。こうした審査機関が間に入ってコントロールすることは、現状では皆保険を維持する上で重要である。
- ・ 医療費削減のための審査ではないと思うので、国民に適切な医療をどう提供するのか、それを限られた財源の中でどうやるのか、その際の組織づくりはどうあるべきかという観点から議論してほしい。
- ・ 支部間格差の議論があるが、治療方針や術式・手順等については教育機関である大学病院等でも医科、歯科問わず差がある。そうした中で絶対的な正しさというものがあるのか。現場を見れば、患者ごとの対応が絶対必要な場面はあるし、各審査委員はそれぞれの見識の下に判断しており、若干の差が出る。そうしたものをなくすことが即、正しいことなのか。その差が意味するものが何であるかを議論する必要がある。

○長谷川委員

- ・ 審査の質だけでなく、医療の質にプラスに貢献する仕組みをどう構築するかという観点から考えるべき。効率の観点から議論すべきだが、コストの削減だけの議論は、本委員会が要請されていることへの答えにはならない。質と効率と法規制をどう考えるかという「総合性」がキーワードになる。
- ・ 審査支払を自分でやろうと思ったら、非常に特別な契約を個々に結ばざるを得ず、実際にはできないし、全国の診療状況はどうかなど、本当にそれが正しいのかどうかを確認するすべはない。その意味では、すべての情報は審査支払機関が持っており、情報の公開が重要である。
- ・ ITの整備は必要だが、業務プロセスも変わっていかないと意味がない。そうしたことを審査支払機関がどのように認識しており、どこに改善の余地があるかも議論する必要がある。審査は、最後は医者が確認しないといけないことは分かるが、単純な審査支払の機能はITによって置き換えることが可能かもしれないし、紛争処理は分離すべきということで議論を進めた方がいい。
- ・ 例えば、診療技術の評価において、コストの積み上げだけでなく、トータルの疾病管理という概念から、国がプライシングの概念を考えていくべきであり、その際、審査支払機関は大きな情報を持っているので、あわせて検討してはどうか。
- ・ 国保連と支払基金は、レセプトの振り分け、審査、紛争処理の3つの機能を持っているが、国保連はさらに保険者機能も有している。したがって、組織体としてそのまま統合と

いうのはあり得ない。いきなり統合ありきという話ではなく、競争であればどういった環境を整備したらいいかということを経験すればいい。

- ・ 国保連は都道府県で審査手数料が異なるが、いわゆる保険者としてのコストと審査機能のコストを分けておらず、一緒になっていると思うので、その辺りもきちっとした組織体として機能しているかどうかの評価において大事な部分である。
- ・ どこの審査支払機関がいいかという議論は、情報公開がなければできないし、そのためにはIT化やオンライン請求などのインフラの整備が必要である。質の担保においても、支払基金のデータ公開のルールをきちっと作っていただきたい。
- ・ 民間が新規参入できるためには、レセプトのオンライン請求のインフラが必須である。三者構成の紛争処理体制が必要だが、国保連では安いコストで大勢の医師を確保しているが、民間ではこの条件は無理であり、ペイしない。したがって、47国保連プラス支払基金の48の競争というのが、競争条件の第1ステップとして実現可能なのではないか。この考え方を反映したのが、規制改革会議の第3次答申である。

○高田委員

- ・ 支払基金が860億円の事務費をかけて審査し、査定額が232億円。この事務費には支払事務のコストなどもあるが、保険者である健保組合でまた50～60億円のお金をかけて事後点検するとまた査定が出てくる。再審査の査定分については保険者が努力した結果であるが、本来、これは支払基金がきちっと審査し、1回で済ませべきものである。
- ・ 経済効率だけの話をすると、審査を委託しない方が保険者、保険料を納める国民にとっても低コストで済むのは、非常に皮肉なことである。やはり、「自分の答案を自分で採点する」と揶揄される現状は変えないといけない。そうでないと、保険者としては「もっと効率的にできるところはないのか」と被保険者から言われたときに答えられない。
- ・ したがって、審査委員会できちっ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。単に統合とかではなくて、諸外国の事例とかいろいろできることを前向きにやっていく必要がある。
- ・ 急激な少子化が進む中で、国民皆保険制度が崩壊してしまうのではないかと危惧しており、すべてITでなくてもいいので、なるべく最少のコストで効率的にきちっとやっていることを担保する必要がある。その意味で、諸外国の審査支払制度、特にドラスチックに変えている韓国に関する資料を提供いただきたい。また、国保連の役員について、厚生労働省の関係者がどれくらいいるのか示してほしい。
- ・ 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、今のシステムがちゃんと機能しているのかどうかを検証する必要がある。コストとか競争といった上っ面の話ではなく、今の三者構成がきちんと機能しているのかどうかなど、現役を離れた審査委員経験者に実態を聞く機会を持ち、議論してほしい。

○高橋委員

- ・ 全国健康保険協会は、3500万人の加入者を抱え、レセプト枚数は支払基金全体の半分の4億枚弱であり、直接審査と言われても、わずかな職員ではパンクするのが目に見えるわけで、自前でやるよりも審査支払機関で効率的にやるというのが、3500万人を抱えている保険者の本音である。

- ・ 支払基金と国保連とでは、査定率にかなりの違いがあり、低いところに合わせたらとんでもない話であるので、査定率が倍も違うにもかかわらず、事業仕分けで統合の話が出てくるのは理解ができない。
- ・ 審査とはルールに適合しているかどうかを確認するものであり、切ることではないと思うが、そうであるとすれば、切った分だけ手数料を付ける、いわゆるパフォーマンスフィーの手数料は、齟齬があるのではないか。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っと議論しないと進まないのではないか。
- ・ 支部間格差の違いの源泉は、診療報酬自体があいまいな部分が相当多く、個別の医療判断になっており、そこからかなりの違いが出るのではないか。
- ・ 支払基金の法的な位置づけがあいまいになっているのではないか。以前は、被用者保険は支払基金に委託することが義務であり、特別な法律上の地位が認められていたが、選択制に変わり、直接審査をやってもいいとなると、その存在の位置づけや法律上残しておく理由、行政庁の関与が残っている理由が分からなくなっている。審査機関の審査サービスは、公共的なものであると理解すれば、審査業務への自由な参入は認めるべきでないし、直接審査を認めながら、自由な参入を完璧には認めていないのは、今の制度はどちらに向いているのかが分からない。その辺りをはっきりさせないと、制度の建て方を決められないのではないか。
- ・ 支払基金は、制度上の問題としては、法人としては一つだが、実際は各都道府県の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都道府県の審査機関の連合体でしかなく、本部には何の審査権限もない。支部間格差の問題は、そこに一つの原因があると思われる。
- ・ 柔道整復の審査支払は、支払基金はやらず保険者がすべてやっているが、内容面で問題のある請求が出ている。必死に審査しているが、報酬体系の根っこがおかしいと審査のやりようがないので、柔道整復は根っこから見直して欲しい。
- ・ 事業仕分けが指摘する組織の統合は、全国唯一の組織、業務独占になるので、保険者の直接審査の話も消えるし、規制改革会議が求める競争促進とは矛盾するのではないか。

○村岡委員

- ・ 統合の問題よりも、審査の基準を全国的に標準化していくことが先に議論されるべき。競争性を導入した場合に、審査に力点が置かれて、国民に対する適切な医療の提供がないがしろにされることは、市民、県民のためにも避けなければならない。
- ・ 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わって実施しており、こうした支払基金との違いを十分考えて議論してほしい。国保連には全国の市町村が保険者として参加しているので、その意見を十分に反映した形で議論を進めてほしい。
- ・ 国保連は、医療費抑制の視点では、県民にジェネリックを情報提供しつつ、保険者の負担も減らしていく取組も実施している。そうした取組とあわせて、統合の在り方を総合的に議論していくべき。

○足利委員

- ・ 近年、急速に電子化が進んでおり、電子レセの時代に対応していくか、支払基金でも9カ月にわたって議論し、先般報告書を取りまとめた。内容は次回に報告するが、審

査の充実や支部間の違いの解消に取り組むことも方向付けされている。

○稲垣委員

- ・ 国保連ではなぜ都道府県間で審査や手数料の格差があるのか、調剤レセプトの審査の現状と今後の取組、国保連で審査している柔道整復の問題点について、次回に説明したい。

○飯山委員

- ・ すべて正しいレセプトが提出されることが理想的な状態だが、この状態を確保するためにも一定の権能と能力を持った審査機関が必要である。国保連と支払基金とで査定率の差があり、また、支部や県の間でも差があり、ばらつきがあるのも事実だが、ダブルスタンダードが出てしまうのは、国民の医療に対する不信感につながると思われる。審査の精緻化という問題については、情報交換しているが、支払基金との間で意見交換し、統一を図っていくのが望ましい。国保連は保険者が設立した団体であり、区市町村との密接なつながりの中で、区市町村の業務をいろいろ行っていることも、次回説明したい。

○森田座長

- ・ 事業仕分けの指摘は、同じ業務を複数の組織でやっているのは無駄ではないかという考えによるものであり、審査そのものの内容について踏み込んで議論されたものではないと理解している。したがって、組織そのものではなく、審査の内容について議論する必要がある。
- ・ 競争と一元化はそれぞれ選択肢としてあり得るが、競争が絶対いいとは言えないし、一元化による弊害があるのも間違いない。ただし、現状はそれぞれ寡占的で住み分けている二元状態があるのが批判の対象であると理解しており、効率化でコストを下げる有力な手法としてIT化を進めていくこともありうる。審査の質はきちんと担保しながら、どのような形でコストを下げていくのか、その方向を考えていくのが本委員会に期待されていることと理解している。

以上

各委員からの主な意見の概要（第2回）

※ 支払基金の取組状況等について足利委員から、国保連合会の取組状況等について飯山委員から説明後、以下のとおり、各委員から意見、質疑等があった。なお、最後に森田座長から、3回目以降はこれまでの議論を踏まえ資料等が準備できたものから順次検討していくこと、審査委員経験者から話を聞く機会も設ける旨発言があった。

○森田座長

- ・ なぜ支払基金と国保連の審査が一本化できないのか、なぜ進まないのか、説明を聞いてもよく分からないので、この点はこれから明らかにしていきたい。
- ・ 日本の財政は大変厳しい状況にある中、医療費は増えていき、医療需要も確実に増えていく。ずっとサステナブルな形で医療を供給していくためには、医療の供給と保険支払いについて、最大限の効率化を図らなければならない。事務的な経費で相当なコストを割かれると、その分だけ診療報酬は抑制され、影響が出てくる。その意味では、医療を供給する医療機関側にそれ相応の診療報酬が手当されるようにするためには、事務的なハンドリングのコストを最小化することは、合理的な理由があるのではないか。

○足利委員

- ・ 支払基金と国保連の機能のうち審査の部分と一緒にやることについては、これまでの経緯によって現在の仕組みがあるため、当事者として一義的に言いづらいところもあるが、審査とは、基本的にはレセプトの内容が保険診療ルールに適合しているかどうかということであり、保険診療ルールは支払基金と国保連とで同じ点数表であるので、審査に限って言えば、共通の土俵にすることが考えられないわけではない。ただし、物理的にどうやって確保するのか、どういう仕組みにしていくのかなど、周辺部分で極めて検討課題が多いと考えている。
- ・ 支払基金の手数料単価は、経費をレセプトの見込み件数で割り戻して単価を算出しており、具体的に毎年、保険者との協議により決定している。近年かなり引き下げを行ってきており、平成20年度に策定した手数料の見直しについては、今年度で23年度の水準を前倒しで達成している。
- ・ 再審査においては、保険者で実施した月をまたいでの縦覧審査や調剤レセプトとの突き合わせなどで問題があったものを提出いただき、支払基金の審査委員会で判断することになっている。したがって、再審査の中には、原審査で見落としした分と保険者でない分からないものとの両方の実績があり、そのデータは分けて資料には掲載している。

○粟生田委員

- ・ 国保連と支払基金との統合は、保険者である市町村にとって経費削減の確約があるのであればメリットだが、国の補助金は限定されると思うので、市町村の持ち出しがかなり増えるのではないかとということが非常に心配。また、統合によって審査支払手数料が標準化されることはいいことだが、手数料が高くなるのではないかとということが心配。

- ・ 統合に当たっては、システムの改修に膨大な費用がかかる。全国の市町村は同じシステムではないので、移行後に情報が今までと同様に提供されるのか、本当に事務処理がスムーズに移行できるかが心配。
- ・ 市町村にとって統合は、国保連との共同事業にも大きな影響がある。現在の共同事業は、県ごとに独自性があるが、統合した場合にその独自性が確保されるのか。町独自で共同事業を実施するのは困難であり、その事務を保険者に帰属させられた場合、事務量が膨大になるおそれがある。メリットよりも、デメリットの方が大きいのではないか。

○飯山委員

- ・ 国保連と支払基金の機能のうち審査の部分と一緒にやることについては、審査委員の任命の仕方が基本的に異なっており、現状ではハードルが高すぎるので、慎重に検討する必要がある。これまでの経緯もあり、一朝一夕にすぐに審査ができる体制が構築できるかについては、何が問題で何が可能かをかなり詳しく分析する必要がある。
- ・ 国保連の審査支払手数料の積算根拠にある「職員人件費等」は、人件費のほか事務所の借上げ経費、光熱水費、電話料等の物件費が入っている。各国保連で健保組合から審査の委託を受けた場合の手数料については、負担金等を負担している市町村保険者や国保組合と同じ料金で可能かどうか、保険者が全国展開していることによる決済手続きの費用をどうするかを含め、コスト計算が必要であり、具体的な単価はすぐには申し上げられないが、制度的には委託を受けることは可能である。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。
- ・ 国保と後期高齢者の審査手数料の違いは、国保は一般経費のうち会員負担金で賄っている部分があるためできるだけ低く抑えているが、後期高齢者は実際に各県で審査にかかる費用から単純に算出しているため違っている。
- ・ 未収金の問題は、患者の自己負担金に直接タッチできる立場にないので、何とも申し上げようがない。
- ・ 国保連の再審査は、支払基金と同様、保険者で点検した結果、疑義があったものを再審査で査定しており、都道府県別の査定率のデータとあわせて再審査のデータも提供可能である。

○稲垣委員

- ・ 未収金の問題は、保険給付の7割部分も問題となっており、資格異動による返戻の問題の解決のためには、社会保障カードを構築し、医療機関、薬局等が窓口で被保険者証により資格異動を確認できれば未収金は発生しないと思う。社会保障カードの構築が進めば、問題の解決するのではないかと思っていたが、どうなったのか。
- ・ 支払基金と国保連で査定時の計算方法が若干違うという指摘がある。ある県では国保連の方が査定率は低いけど査定は厳しいとの意見もあり、それが数字に反映されていないとの指摘もあるので、査定率の比較については国で統一いただきたい。

○岩田委員

- ・ 支部間格差は大きな問題であるが、全体のレセプトからすれば少ない査定率の中での

格差であり、全体像を考える必要ある。支払基金内部の原因だけでなく、例えば、1カ月間でレセプトを審査して返さなければならないことや、提出されるレセプトの質にも大きな差があるなど、外在的なルールや原因も大きく関わっている。

- ・ 行政刷新会議の議論の一部では、審査機関が医療機関側なのか保険者側なのかという切り口で議論されていたが、議論の立て方は分かりやすいが、ミスリーディングである。国民や患者のためになるかや、医療の質の向上につなげていく議論が大事である。
- ・ 支払基金と国保連の手数料の違いについて、どういう理由で違いが生じるのかを分かりやすく比較できるような形で示して欲しい。また手数料の高低だけではなく、審査結果に差異があるかを含め、違いが比較できるものでないと、被保険者である患者や国民のためになるかを判断できないだろうし、それ抜きに保険者側も選択することができないのではないかと。

○遠藤委員

- ・ レセプトの電子化は、支払機関や保険者のメリットはあるが、医療機関側は設備のお金や手間隙がかかるがメリットが見えない。医療機関側にどのようなメリットがあるのか、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教えて欲しい。

○齊藤委員

- ・ 支払基金と国保連の機能のうち審査の部分は、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、かなり共通している。審査における支払基金と国保連の格差は、国民が等しく医療を受ける上でも歪みがあるといわざるをえない。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と。
- ・ 審査委員の任命の仕方が支払基金と国保連で異なるため一つの土俵で行うことができないという意見については、任命の方式を合意して変えれば実質的に一つの土俵でできるということではないのか。
- ・ 未収金の問題は、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、大変問題認識を持っている。被保険者が保険者のお墨付きをもらって保険証を持って診療を受けながら、事情があって支払えない人もいるが、確信犯的に支払わない人もいる。そば屋なら食べてそのまま出たらすぐ捕まるのに、医療費の踏み倒しはしかるべき歯止めがないのが実態。保険者が不良な被保険者を医療機関に送ったので、その費用は保険者に請求できるのではないかと解釈もある。この問題について保険者や審査支払機関はどう考えているのか。
- ・ 統合すると競争がなくなるとの指摘については、2つに分かれていれば適切な競争が起こるわけではない。共通の土俵の中で、共通の尺度で比較するからこそ、こちらの方がムダ、こちらの方が優れているとなる。現在は比較しようがないので、競争のレベルに達していないということである。

○高田委員

- ・ 被用者保険の保険者が国保連に審査を委託する場合、どういう形で手数料を算出してくれるのか教えてほしい。国保連の審査支払手数料の積算根拠にある「職員人件費等」

は、どういう費用が含まれているのか。また、国保連では、審査支払に関する費用とそれ以外の業務の費用は区分して、手数料を算出しているという理解でよいか。

- ・ 保険者として支払基金との間で手数料の交渉を毎年行っているが、残念ながらコスト構造は明らかにされていない。国保連では、従事している職員の業務をもとに算出しているが、支払基金は国保連よりも少しどんぶり勘定の感じである。国保連とベースを合わせるだけでも、今でも手数料はもう少し下がるという感触を保険者側は持っている。
- ・ 保険者側が再審査を出したときに、削り屋が削ったと言われるが、本来チェックすべきところできていないからであって、言われのない話であり、保険者側は保険ルールに合えば払う。
- ・ あるべき姿から、問題の要因を分けて本質論を議論していく必要がある。具体的には、「制度・ルール・法律の問題」「組織、体制の問題」「仕組み、システムの問題」「審査支払機関の風土、マネジメント、法人としてのガバナンス」「審査のあるべき姿の期待値、現実とのギャップ」の5つぐらいある。中でも一番根本的な要因は、あるべき姿とのギャップが最も大きく、支払基金法は紙をベースにできた法律であり、電子化が進んでもあまり法は変わっていないが、なぜ審査機関が必要なのか、なぜ審査をしなければいけないのかということも考えていって、将来的には審査の必要のないような制度を構築していくことも考えていけば、問題は収斂していくと思う。

○高橋委員

- ・ 各県の国保連の査定率がどの程度違うのか、教えてほしい。
- ・ 今の審査機関の法的性格は審査の最終決定機関ではないが、今後、保険者が審査を自分でどんどんやっていると、一種の自由参入になり、紛争が非常に増える可能性があり、紛争処理機構をきちんとしておかないと混乱するので、きちんと考え方をまとめる必要がある。審査が公共財でありオンリーワンと考えるのか、それとも自由化でやるなら査定について紛争が起きた場合にどういシステムで解決するのか、よく考えなければいけない。

○長谷川委員

- ・ 審査の質と医療の質は分けて考えた方がよいが、非常に密接に関わっている。審査の質については、非常にコンサー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、診療ガイドラインが各国で開発されているように、審査支払機関には非常に多くのデータがあるので、これを公開することで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であり、審査の質と医療の質が密接に関わっていく部分である。
- ・ 審査の効率については、例えば韓国では、10億枚のレセを2000人弱でみており、支払基金の4倍くらいの効率であり、費用は100億程度なのでもっと安い。なぜ韓国ができて日本はできないのか、事務経費でみたいわゆる審査の効率について、もう1回深掘りして考える必要がある。もう一つの審査の効率は、実際の削減の率である査定率や返戻率などでみる必要がある。審査の質と効率は、いずれも今まできちんとレビューする仕組みがなかったので、まだ十分でないという指摘がされるし、きちんと公開して

組織内部でもレビューし、改善していく仕組みが弱かったのではないか。

- ・ 電子化のインセンティブについては、例えば韓国では、EDI（コンピュータネットワークを利用した標準化された電子文書）でレセプトを請求すると支払い期間を短くしてくれ、優良マークは監査の免除というインセンティブがある。例えばアメリカでは、情報公開する医療機関には診療報酬の上乗せや、一定の基準の電子カルテを付けると更に上乗せする。国が方向を示し、必要な資源を確保し、インセンティブを与えることについて、各国で非常に多くの知見があるので、非常に得られる部分は多いと思う。

○村岡委員

- ・ 市町村国保の保険者の立場からすれば、国保連のコストが安い状況で統合することは非常に大きな問題。コストの格差がある原因について、どういう費用がかかっているのかを分かりやすく示してほしい。

○山本委員

- ・ レセプトの電子化をすべて終えている薬局の立場からすれば、支払機関の事務の合理化は極めて進んだのだから、支払が早くなるなどのインセンティブがあってしかるべき。
- ・ 資格異動による返戻はすぐに戻ってくるようになったが、資格異動した者の居場所が分かっているのであれば、保険者間でその情報をやりとりして、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。
- ・ 単に質のばらつきや審査が早い遅いではなく、保険そのものがうまく回る仕組みが要るのではないか。審査を一本化した場合、競争原理が働かないのではないか。医療者が安心して医療を提供できるシステムを組まないと、医療機関には大変な負担が残ってしまう。

○渡辺委員

- ・ 支払基金の手数料は、かつて120円ぐらいあったが当時メディアからも批判されて下がったと記憶しているが、114円に下がって以来、紙媒体はずっと据え置かれており、なぜこれだけ高いのかという根拠が説明を聞いてもよく分からない。特に、国保連の手数料と比較して、積極的な理由が見えてこないのも、批判がまだ続くのはやむを得ない気がする。改めた機会でもいいので、価格の根拠を説明してほしい。
- ・ 2次審査の査定の実態について、聞きたい。

○高智オブザーバー

- ・ 支払基金の説明では、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によって構成される審査委員会の審査それ自体が、不適正な請求を抑制する効果があると断言しているが、エビデンスベースの話にしてほしい。
- ・ この分野は国際比較が非常に重要である。韓国では、HIRAに聞いたところ、審査の分野に看護師を大量に投入しているが、それによって生じる弊害もほとんど報告されていないと聞いている。100億円規模のコストで賄っていることは見過ごせない点であり、委員会でも十分議論してほしい。

以上