

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8回）（案）

### ○森田座長

- ・ 二つの審査組織は、競争というよりもうまく棲み分けて共存した形になっており、独占の弊害と二重性の弊害の両方を持っているというのが、規制改革会議や事業仕分けの指摘ではないか。これを解決するため、一元化という効率性の方法もあれば、積極的な競争を促す方向もある。完全競争であれば、サービスと保険料がバランスとれることが保険原理であるが、皆保険制度であるため、そうした仕組みになっていない。そうした中で、二つの系統がそれぞれ寡占化している、二元的な仕組みがこのままでいいのかどうか問われているのではないか。
- ・ ローカルルールについては、もし定着しているのであれば、それによって資源の差が生じていることになるので、被保険者の立場からは明確にする必要がある。合理的な格差かどうかを説明するため、ITを使って分析を進めることが必要である。
- ・ 三者構成は、本来、二者の交渉で決定できない場合に、中立的な第三者をいれて決定する仕組みである。保険の審査は、そうした両者の合意で決まるものではなく、むしろ医療の客観的な適切性の評価になるので、専門家による判断がどのくらい権威をもって行われる仕組みになっているかがポイントではないか。その意味で、判断の対象者とは利害関係がない、公平性や中立性をどうやって担保するかという話になる。

### ○飯山委員

- ・ 三者構成については、審査委員は、出身母体が何かということは全く意識することなく、基本的にその医療行為が妥当かどうかで判断している点は強調しておきたい。

### ○岩田委員

- ・ ルールは基本的に同じはずであり、ルールの基準の統一化を疑うことは難しい。また、二つの組織を統一すると、足して2で割ったことが起こりがちだが、厳しい基準の方に統一化する可能性もあり得るし、基準を統一化した中での競争もあり得る。
- ・ 地域差のような問題は、三者構成だけでは解決できないので、県単位の上に別の仕組みを考えることが必要という意見には同意する。他方、上級機関を作る場合でも、社会から見て公平な人たちが選ばれる仕組みは担保する必要がある。

### ○遠藤委員

- ・ 日本は、原則として必要な医療は保険で給付する制度であり、診断行為を伴う審査をしているので、一律にコンピュータで審査することになれば、皆保険皆給付というのは無理になる。査定に当たっては、医師、歯科医師、薬剤師が、地域を把握し、現場を見ていなければいけない。
- ・ 上級処理機関を設ける場合でも、周りから見て妥当と判断されるためには、形としても三者構成で選ばれた人が審査する仕組みが必要になると思う。

#### ○齋藤委員

- ・ 医療は非常に動的で柔軟なものであり、全国画一の基準で押し通すことには、かなり疑問である。地域によって疾病構造や年齢構造も違っており、医療従事者の供給体制も違う。合理的な理由によって発生した地域間格差は、むしろ是認していくのが妥当であり、血の通った保険審査体制の在り方ではないか。中央が果たすべき役割は、いろいろな地域間格差が妥当なものかどうか、合理的な格差かどうかを、住民医療の立場でジャッジする機能が重要ではないか。
- ・ 中医協では、2年間非常にエネルギーに議論し、2年に1回の改定の中で点数を決めているが、実際にどのように運用されているか、統一した中医協的な立場での検証がほとんど行われていない。中医協ほど大規模なものでないにしても、それに近い形の上級機関において紛争処理を判断する仕組みがあってもいいのではないか。

#### ○高田委員

- ・ 地域的なものがあっても、医療も科学の一つであり、ITをもっと徹底的に活用することで、一定の範囲に収束していくのではないか。ITで絞り込んでから、人間の目で見ることになれば、審査委員を増やすことにはならないのではないか。
- ・ 個別の事情をみて必要なものは保険でも払うが、現在の体制では、審査委員会に本当の意味で保険者の代表がないので、そこが分からない。きちんと示されれば、審査機関の信頼性も増すので、そうした体制を考えていく必要がある。
- ・ 再審査は、もう一度同じところで見ても基本的に同じように返ってくるので、別のところで見るとは賛成である。三者構成だから中立、公正でいいということではない。

#### ○高橋委員

- ・ 支払基金と国保連では、査定率にかなり差がある。その差を無視して統一という話には、支払側としては納得しがたい。支払基金の47支部の審査委員会の判断基準がばらばらであっては困るが、支払基金と国保連とを統一することは話が別である。
- ・ 審査の判断基準の統一化については、全国一本の組織であれば統一基準になるが、競争を認めるのかどうかの議論がないまま、統一化が議論の前提になるのはおかしい。どこまで統一するかによって影響が出ると思うので、保険者としては留保したい。
- ・ レセプト交換による支部間差異の追加調査結果によれば、例えば、同じ医療行為のレセプトでありながら、山口支部では検査で151か所、福岡支部では検査で1128か所を査定している。また、例えば、福岡支部が申し合わせを理由に査定した259か所について、山口支部では支部取決事項を理由に215か所を請求どおりとしており、両支部の判断が逆であった。したがって、地域性が違うという話ではない。
- ・ 三者構成の仕組みについては、審査委員は現実には独任的にやっており、三者構成によって紛争処理機能を考えるのは無理がある。その意味で、上級の紛争処理機関を作って欲しい。

#### ○長谷川委員

- ・ 審査の判断基準の統一化は、これが成り立たなければ、患者によって認められる治療行為が異なることを正当化することになり、弊害の方が大きい。目指すべき姿の一つであることに疑問の余地はない。

- ・ ITの支援を借りながらも、専門的な人間がピアレビューすることが、審査の重要な部分である。その意味で、高度・専門性が高く集約化すべきものとして、金額で一定の幅を定めるのは合理的だが、このほかにも、非常に稀な疾患であるもの、学会ガイドラインを見ながら判断せざるを得ないなどエビデンスが確立していないもの、地域でのシェアが高くピアレビューできる専門医がほかにいないものも、考慮すべき。

#### ○村岡委員

- ・ 地域による判断の違いについて、ITを活用することで、どちらが適切であるのかを評価していく仕組みが必要である。

#### ○山本委員

- ・ 地域によって差がある中で、患者に医療が提供できなくなるような形で審査を絞り込むのは、審査の本来の目的ではない。
- ・ 金額によって中央での審査の対象とした場合、治療の必要性から高い薬剤が処方される場合もある。保険薬局では、現在、疾病情報が十分に提供されておらず、調剤の段階で何のために処方された薬かをチェックできないことも念頭に置くべき。
- ・ 審査基準のばらつきを議論する前に、そのばらつきを作っている構成員に薬剤師がいないことの方が問題である。

#### ○横倉委員

- ・ 査定率と審査のコストとが連動するような考え方があるとすれば、本来の審査コストのあるべき姿とは違う。
- ・ 実際の審査の差は、薬剤の適用や用法用量、リハビリの適用回数など解釈の差によるものが大きい。また、地方では、専門医がいないため、一医療機関で複数診療科の薬を出さざるを得ず、査定される事例もある。
- ・ 審査に関する情報共有については、現在の審査委員会は三者構成であり、保険者の推薦で3分の1の審査委員がいるのだから、保険者においても努力をお願いしたい。また、資格が変わったにもかかわらず、変更前の保険証を使い続けて、返戻になることが相当ある。こうしたことにITを利用するのは、非常に有効である。
- ・ 審査委員は、保険者や診療側という理由で厳しくしたり甘くすることはないが、非常に公的な立場という認識をもってやっており、中立性をもった委員で構成されているという認識はもっていただきたい。

#### ○渡辺委員

- ・ 審査の判断基準の統一化については、ある程度の差があってもいいという意見や地域によって違って当然という意見もあったが、あまりばらばらでは国民は納得しない。分かりやすい姿を示すことも必要であり、一つの方向としてあっていい。
- ・ 医療は地域性が高いものであり、そこは参酌しなければいけない。地域による判断基準の差をどう認めるかについては、差が生じる本当の原因の究明も必要である。

以上

**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9回）（案）

### ○森田座長

- ・ 競争促進は、ある程度特定しないと定量的な評価は難しいのではないかと。

### ○飯山委員

- ・ 国保連では、再審査請求は、原審査とは別の組織である再審査部会において、客観的な目で見ている。また、再審査に関する情報が原審査の組織にないと能率が下がるので、1回目の再審査は原審査の組織で行うのがいい。

### ○岩田委員

- ・ 裁判所において上級審の判例が守られるのは、裁判所が官僚制の中で人事評価も勘案されて守られるシステムになっているためと考えられるので、単に組織の構造を決めるだけでは、上級審が決めたルールを下部組織が守ることは担保できない。ルールを明確化して公表する方法もあるが、支払基金の検討会では、ルールを潜脱しようとする医療機関もあるという話もあり、どこまで公表するかも念頭に置く必要がある。これだけばらつきがある中で、原審査した組織で再審査すると、ルールの統一化にならないので、保険者側も納得できないという話だと思うので、例えば、再審査の中で少なくとも守らなければいけない指標などを明示してもいいのではないかと。
- ・ 三者構成については、出身母体を代表するような主張をすべきではないという論点と、外から見たときに公正さが保たれるという見た目の2つの論点がある。見た目の問題を含めて、委員の公正さを維持することは必要であり、独任制でも、外から見たときに公正な形が保たればいいが、難しい印象がある。

### ○遠藤委員

- ・ 再審査の1回目は、原審査をした審査委員会に通さないと、原審査した審査委員会の意義がない。1回目は、原審査をした審査委員会に戻すべき。
- ・ 三者構成については、直接審査と対比すると、必要な仕組みであると考えている。

### ○小木津委員

- ・ 上級の審査組織の判断を通じて、県単位の審査委員会の判断を統一化する基盤を整備することは有意義。ただし、件数が多く、すべて上級の審査組織に委ねるのは現実的でない。現在も、再審査部会等で原審査とは別の審査委員が担当し、いったん別の目で見ると取り扱いは原則としており、上級の審査組織は再々審査以降のレセプトの審査を担当することが適当。また、上級の審査組織の判断を県単位の審査委員会の判断に的確に反映させる必要があり、既存組織を活用することが効果的かつ効率的である。
- ・ 高度・専門性を有するレセプトについては、請求額で区分する方法では問題の解決にならない。また、審査委員会相互の緊密なコミュニケーションの確保の観点からは、直ちに全国単位で集約化するのではなく、まずブロック単位で集約化した方が、現実

的で機動的な対応が期待できる。集約化の対象レセプトの範囲と、集約化する組織の単位については、各審査機関の判断に委ね、効率化を促進することが適当である。

- ・ 三者構成については、関係者の信頼性の確保に資するという点で、一定の意味合いがあると考えており、三者構成を廃止する理由を見出すことは困難である。例えば、韓国の審査機関は、かつて保険者の一部であったため、医療機関との間で緊張関係にあり、訴訟が起きているという事例もある。
- ・ 審査の不合理な差異を解消するためには、審査委員会の機能の強化だけでなく、厚生労働省において、ルールの解釈に混乱が生じないように、保険診療ルールの明確化に取り組むことが重要である。

#### ○齋藤委員

- ・ 地域や個別の事情は重視する必要があるので、上級の審査組織がそれも勘案して、第三者的な立場で全国に通じるオフィシャルスタンダードを作ることが望ましい。疑義がよく発生する診療行為はそれほど膨大ではないはずなので、ITを利用して全国的なコンセンサスを把握し、各支部に示すようにすれば、全体の整合性がとれるようになるのではないか。
- ・ 上級審については、社保と国保の間で、同じ基準で判断していく共通の基盤を作ることが、現実的に達成可能ではないか。
- ・ 全国のDPCデータが厚生労働省にあるので、これからは、例えば、上級審において、全国の最大公約数的なパターンのデータを審査に活用していくべき。DPCデータを活用すれば、不審に思われる医療機関を抽出することも可能であり、不正請求のあり方のチェックにも将来活用していけば、審査のあり方も変わるのではないか。
- ・ 審査委員会の構成については、保険診療ルールを逸脱して独善的なものが一人歩きすることはあり得ないので、利益代表や対立軸を前提とした構成はなじみにくい。中立的な、国民の立場で医学・医療をしっかりと考えられる者で構成されればよいので、出身母体の推薦による利益代表のような色彩は排除して欲しい。
- ・ 調剤レセプトの審査については、配合禁忌や過剰投与などいろいろな問題があるので、薬剤師も入れて、専門の立場から科学的に検証する集まりがいいと思う。
- ・ 競争については、同じ基盤と同じ指標で比較すれば優劣を議論できるが、例えば、査定率が高いことが質としていいかどうか分からないので、競争がそもそも成立している土俵に立っているのかどうか、きちんと説明する必要がある。

#### ○高田委員

- ・ 1回目も同じ審査委員会に再審査請求するのは、同じことを繰り返すだけでコストがかかるだけではないか。合議の仕組みなど審査を効率化すれば、現在の件数そのままということにはならない。原審査の組織で2回見るのであれば、原審査の段階から、決定の理由を分かりやすく示すとともに、審査基準を公表して欲しい。
- ・ 審査基準を公表すると、その基準の目いっぱい請求する医療機関が出てくる懸念があるという点は、もしそうであれば、適正な保険給付という点で非常にゆゆしき問題。それを引っかける仕組みが必要。
- ・ 調剤の直接審査における支払基金に意見を求める仕組みは、紛争処理機関として非常に有効に機能している。薬局側には、支払が早めに行われるメリットがあるが、直

接審査によって、契約した薬局へ誘導や選別するような意図はない。

- ・ 直接審査の仕組みでは、個別の医療機関と同意をとることになっているが、規制改革の立場に立てば、基本的には参入障壁になるものは緩和することが必要である。

#### ○長谷川委員

- ・ 再審査の件数は、審査基準の公開など工夫によって大幅に減らせるので、現在の再審査の件数を前提として仕組みを考えるべきではない。再審査は、クレーム処理の一つと考えれば、原審査を担当した者がまず見るべきという考え方もあるし、別のチームが見るという考え方もある。原審査の組織において、上級審に持っていく案件をいかに減らすかが重要であり、例えば、競争環境では、上級審に持っていく件数を評価の対象にしたり、料金をチャージする仕組みを考えることも可能である。
- ・ 直接審査においても紛争処理の機能は担保する必要があるが、医療は、複雑性など調剤の審査とはかなり違うので、支払基金がスムーズに紛争処理を受けるかどうかは、費用負担も含めて、関係者の意見を聞く必要がある。
- ・ 調剤では、現在、医療内容に関する情報をシェアしないまま、処方せんで薬を処方しているが、臨床データがないまま薬を出すのは危険であり、薬局で情報をシェアする仕組みを確保することが重要な論点ではないか。
- ・ ルールメイキングや非常に難しい事例の紛争処理においては、三者構成の仕組みがいいと思うが、日々の審査業務では、ルールが明確化され、それに基づく判断が行われることを検証する仕組みがあれば、判断者の出身母体を考慮する必要はない。

#### ○村岡委員

- ・ 審査委員会における薬剤師の配置の違いが、審査のコストに影響することにもなるので、競争性の確保の観点からは、コストの差を解消する仕組みとすることが必要。

#### ○山本委員

- ・ 直接審査の契約については、組合員にとっては組合が契約している薬局のリストを見れば、間接的には気持ちが動くのではないかと。誘導することはないと思うが、間接的に気持ちが動くという話があることは事実である。
- ・ 調剤レセプトについては、支払基金では専門家がいない中で審査が行われているのは問題であり、審査の充実の観点からも、薬剤師を明確に位置付けていただきたい。

#### ○横倉委員

- ・ 現在は、審査委員会と医療機関とでどうしても解釈が違う場合、最終的に面接懇談の中で指摘し、理解してもらう取組を随分やっている。このような原審査を担当した組織が、また見ることで、どこに問題があって解釈がどう違うのかを診療側に理解してもらい、解決していく方策を残してもらいたい。もし、上級審を作るとしても、内容が原審査を担当した組織にフィードバックされる方法を必ず考えて欲しい。
- ・ 直接審査の仕組みについては、フリーアクセスへの懸念がぬぐい切れない。フリーアクセスを抑制することがあってはならないので、フリーアクセスを抑制する作用がないということは確認しておく必要がある。
- ・ 医療機関で処方せんを出すと、薬局で後発品に変えられる場合、同じ成分でも適応

症や用量・用法が異なる場合があるので、薬剤師も審査委員会に入ってチェックいただくことは重要。その際、同効同種であるにもかかわらず、薬局で医薬品を変えて適応症が異なった場合における、査定の返金の問題等についても検討が必要になる。

以上