

未定稿

各委員からの主な意見の概要（第6回）

東京大学政策ビジョン研究センター秋山昌範教授から提出資料に沿って発言があった。また、足利委員（代理）から「支払基金のサービス向上計画」について、飯山委員から「レセプトの電子化に対応した審査」について、高田委員から「健保組合に対する審査支払機関についてのアンケート結果」について説明があり、審査の効率化、手数料について、以下のとおり、各委員から意見があった。

○秋山教授（ゲストスピーカー）

- ・ ITによる解析は、①作業効率がよく、人間系の人海戦術に比べて経費が圧倒的に少なく済む、②人海戦術に比べて匿名化が容易であり、いわゆる「紐付け」が比較的簡単・安価にできるというメリットがあるが、③個々の特殊性が判断しにくく、非常に微妙な症例、新しいことが起こったときの判断は人間に劣るという欠点がある。したがって、今後の方向性として、人的な審査とIT審査の組合せが適正と考える。
- ・ 全数データを扱う解析の重要性は、従来にも増して高まっている。ITによる全数解析の最大のメリットは、従来のチェック系では見つけることができなかつた陰の相関、陰の関係（ミッシングリンク）を見つけることができることである。
- ・ IT技術によって、従来のベテラン審査委員の勘・ノウハウと呼ばれるものを可視化できるようになる。審査にすぐに活かせるかどうかは議論の余地があるが、技術進歩としては十分に活かされるようになりつつある。
- ・ 審査の全数データを公開することが、医療の質の向上につながるかどうかは、そのデータの扱い方によって、改善につながる場合とそうでない場合がある。したがって、支払基金や国保連がデータをコンピュータ解析する場合でも、どういう解釈でその結果を判断するかに依存する。

○森田座長

- ・ 今まで審査は、患者や医師がそれぞれ異なり、裁量の幅が広いことが問題となっているが、全数のコンピュータ解析によって、将来的には、医師の裁量と言われていたものについても一定のパターンを解析することが技術的に可能になる。その上で外れ値が出た場合に人間系がチェックすることにより、人間系チェックの対象をかなり絞り込むことができるようになる。
- ・ この検討会は、あくまでも制度そのものを見直すことを射程に置いて議論すべき。現行制度のもとでどのように改善するか、どこまで可能であるか、どう対応するかという話よりも、もう少し大きな観点から根本的な問題について議論が必要。大きな保険制度そのものの枠組みといった、根本的なことについて議論いただきたい。
- ・ 都道府県、支部間ごとになぜ差が生じるかという解析も、IT技術を利用することにより可能になっているのではないかと。レセプトのオンライン化により、データをそういう形で活用する方法も検討されていいのではないかと。

- ・ 2系統の審査機関があることについても、「審査の基準、審査の仕方をどうするか」と「だれがその審査をするか」は別であり、「ルールの決め方」と「ルールを適用して判断すること」は別の話だと思っている。

○足利委員（代理：田中部長）

- ・ 支払基金と国保連とのコスト構造の比較は、単に見かけ上の手数料を比べるということだけでなく、どういう費用が含まれているのかを互いに見せて、ベースをそろえて比較する必要がある。
- ・ 支払基金において、業務量が減っていくのは請求支払であり、審査については質を下げるという話ではない。
- ・ 審査委員の構成をどうするかは制度論であり、例えば、現行の審査委員会を構成する医科・歯科の立場の意見や、費用を負担する保険者の意見も踏まえて、この場で成案を得られれば、それに従いたい。
- ・ 保険者、医療機関の指摘に迅速かつ懇切丁寧に対応することが重要と考えており、本年度から、審査に関する苦情等相談窓口を本部に設けるなどの対応をしている。再審査についても、各支部に取扱いを確認したところ、受付や処理を半年に限っている支部はなく、保険者、医療機関の区別なく、3年程度にわたって対応している。

○遠藤委員

- ・ 縦覧審査・突合審査が更に進むと、従来の単月審査を前提とした算定ルールそのものが縦覧にうまく適合しているのかという疑問を感じる。今までは単月審査の中である程度処理されていたものが、IT化の中で縦覧で全数チェックすると、実際の医療の現場と合わないような算定ルールがある。特に、歯科では1初診1回という項目が結構あるので、併せて検討し、ルールの中で現状に合わせていただかないと困る。

○高智オブザーバー

- ・ 韓国のHIRA（健康保険審査評価院）では、看護師が半数程度、審査業務に対応しており、審査の根本が違う。また、コリアテレコムという社会全体で最も大きなインフラを利用している。日本でも、こうした国際交流の結果を捉えて、相手国の関係筋とも緊密な連携をとることで、システムの安定化、（審査コストの）効率化につなげることができるのではないかと。

○齋藤委員

- ・ 支部間格差については、これまでの議論で、例えば、非常に判断が難しい内容は地元の医学部の教授に意見を聞くなど、ある程度必然的に発生している部分があることが分かってきた。支部間格差のうち、どこに由来するものが問題なのかとか、少しきめの細かな議論が必要ではないかと。

○高田委員

- ・ 再審査に対する満足度の低さは、原審査よりも再審査の方が査定率が高いこと、原審どおりで返ってくるが中身が分からないことである。原審どおりというコードだけ

とか、症状症例から見て妥当と判断しましたというコードだけが返ってきて、中身が分からない。保険者としては、納得できる説明があれば受け入れて理解するが、今の状態はそこまでできていない。

- ・ 保険者による再審査のコストは、直営と委託があり、一概にいうのは難しいが、電子レセプトでは、基金と比べて大分低いところもある。
- ・ 例えば、神奈川県では、審査委員と保険者側が審査受託業者も含め、年2回程度、話し合いをしていると聞いている。お互いにもっと対話を重ね、理解を進めていけば問題も減っていくので、そのような取組を、支払基金は率先して全国でやっていく必要がある。
- ・ 保険者は、医療費の支払にさえ四苦八苦しているので、審査支払コストはできるだけ抑えたい。そういう観点から、国保連と支払基金の査定率の違いは小さい話であり、その中でコストがより低くなるのであれば、その条件次第によっては委託したいという意向がある程度あると読んでいる。さらに、同じぐらいのレベルが確保されるのであれば、例えば民間に出せる道があるのであれば、当然そこも視野に入ってくる。
- ・ 再審査の受付期間については、保険者側と診療側の間で不平等なところを、より公平になるよう見直す方向で、検討をお願いしたい。

○高橋委員

- ・ 各審査委員会が独立で完全に最終決定権限を持っていて、再審査、再々審査請求をしても、全部そこでいつもキャッチボールする仕組みになっているのはおかしい。電子レセプトであれば容易に他の組織で審査できるので、47都道府県で独立で分けて審査しないとだめだという必然性は全くない。すべて東京でやればパンクするし、最初の審査は分散していいが、最後の判断は1つという形を是非作っていただきたい。

○山本委員

- ・ IT技術については、現場の医療は生きているので、一定のデータを集めた上で、階層ができていって、明らかにミッシングリンクが見つかったところで、初めて導入するというのが本来の方法ではないか。余りIT化だけが進められても、患者が困り、本来、国民に提供する医療が提供できないという観点から問題があるので、注意深く進めていただきたい。
- ・ 支払基金における手数料の引き下げの努力は評価するが、医科・歯科だけでなく薬剤師の審査委員も設置せよということになると財源はどうなるのか、本当に必要なサービスのための人員や審査委員が確保・設置できているのかというのが疑問である。

○横倉委員

- ・ 支払基金満足度アンケートでの「審査支払業務全般に不満とした理由」とは、大きく分けると「いわゆる事務コストが高い」と「支払側から見ると審査の信頼性が少ない」の2つ。特に、再審査への満足度が原審査より低いのは、再審査請求が原審どおりとなることに納得しにくいということではないか。
- ・ 保険者側の調剤レセプトの突合点検による再審査は、病名だけでの判断が多い。原審査では、個別の理由によって、適応から外れるが薬効で認めるものもある。それを

病名だけで見て、6か月分や10か月分をまとめて返戻するので、医療機関は非常に不満を持っている。何らかのヒューマンファクターが必ず要るのだということを確認いただきたい。

- ・ 福岡県では、市町村国保の多くが再審査の外部委託をしているが、歩合制がかなり入っており、過剰に指摘して再審査が上がってくるため、審査委員会が相当に厳しい状況になっていると聞く。
- ・ 韓国は、国民皆保険制度ではあるが混合診療であり、日本にそっくり持ち込むと医療制度全体にひずみが生じる可能性があるため、よく研究して議論すべき。

以上

各委員からの主な意見の概要（第5回）

井上仁人氏（社会保険診療報酬支払基金福岡支部審査委員会審査委員長）、須藤英仁氏（群馬県国民健康保険団体連合会審査委員会会長）、土肥博雄氏（社会保険診療報酬支払基金広島支部審査委員会副審査委員長）、新原英嗣氏（日本大学歯学部社会歯科学特任教授）、篠岡美長氏（社会保険診療報酬支払基金東京支部主任審査委員）、滝口進氏（株式会社メディカル・データ・コミュニケーションズ代表取締役会長）から、それぞれ提出資料に沿って発言があり、これに関して、以下のとおり、各委員から意見があった。

○井上ゲストスピーカー

- ・ 都市では大病院が多く、すべての分野に専門医の数も充実しているが、地方では専門医も足りないし、レセプトの内容や質も違うと感じており、そういうことも含めて、審査に違いが出るのではないかと。

○須藤ゲストスピーカー

- ・ 判断が難しいものは、地元大学の意見を聞くこととしており、国保連では、7割の国保連でコンセンサスが得られるかどうかを目安としているが、地域間の格差を厳密になくすることができるかどうかは疑問である。
- ・ 社保と国保の審査基準の格差は、膨大な疑義の中で違うのは1つか2つ程度で、そうしたものは保留せざるを得ないこともあるが、できるだけ是正する努力をしている。査定率については、支払基金と国保の差は、全く意識していない。

○滝口ゲストスピーカー

- ・ 調剤レセプトの直接審査については、薬局を増やす場合に組合会の議決が必要な取扱いとなっているが、地方厚生局への書類の申請など膨大な手間がかかるので、もっと普及するためには、速やかにできるように見直すことが非常に重要である。
- ・ 医科レセプトの直接審査についても、実際にやる場合には、当事者間の納得は非常に重要である。ただし、医科の場合、医師の判断の幅が大きく、個々のケースについて判断が必要なため、合意をとるプロセスが非常に困難である。支払基金のADR機能をもっと活用し、きちんと法的な位置づけが担保できれば、直接審査が進む可能性が大きくなるだろう。

○齋藤委員

- ・ ゲストスピーカーの提出資料にあるように、現場からあげられる質問の中には、学会の専門医の間でも議論が分かれている内容がある。各審査委員会では、それぞれ地元大学の専門家の意見を聞いており、妥当な対応と考えるが、領域によって地域間の格差が発生するのは避け難い。これを解決するのは不能命題ではないかと。

○高田委員

- ・ 調剤レセプトの直接審査について、最初に導入する際に組合会の決定が必要なことは分かるが、薬局を増やすたびに組合会の決定が必要な取扱いは、行政においてフレキシブルな対応の検討をお願いしたい。
- ・ 調剤レセプトの直接審査で認められている、支払基金から適正な審査に関する意見を受ける契約のスキームを、医科レセプトの直接審査にも活用することについて、検討を進めて欲しい。

○ 山本委員

- ・ 調剤レセプトの突合点検や再審査の議論については、審査機関において審査する者の中に薬剤師がいるのかのどうかということと、あわせて議論する必要がある。

以上