

『発言の要旨』

支払基金福岡県支部 審査委員長：井上仁人

支払基金福岡支部の現状

○職員数：205名 ※平成22年9月1日現在

○審査委員数：165名 ※平成22年9月1日現在

【医科】 139名（医療顧問4名）

【歯科】 26名（医療顧問1名）

○審査するレセプトの枚数 ※平成22年7月審査分

【医科】 約172万枚/月 【歯科】 約37万枚/月

【査定件数率】 1.6%（3.4万枚）

【査定点数率】 0.28%

【再審査件数】 保険者：約2.7万枚/月 医療機関：約1400件/月

【1人当りの審査枚数】 約5000件～2万件/月 ※診療科によって異なる。

【1人当りの審査医療機関数】 約20～40医療機関 ※診療科によって異なる。

○審査時間

月の中旬（土曜日、日曜日含む） 6～7日間

※期間中、午後10時迄審査可能

【1人平均】 15～30時間

○審査委員の選任

【医療機関推薦】

福岡県医師会に推薦依頼

【保険者推薦】

保険者に推薦依頼を行っているが、保険者では適任者を選任することが困難である場合が多いことから、現実には、退任の審査委員や他の審査委員に適任者の紹介を依頼することが多く、紹介された者については、保険者の了承を得て推薦願っている。

【学識経験者】

学識経験者審査委員選考協議会で推薦することになっているが、現実には保険者推薦と同様であり、退任する審査委員や他の審査委員に適任者の紹介を依頼し、選考協議会で協議を行い、審査委員とする者を決定している。

○審査の合議制

すべてのレセプトを合議することは物理的に不可能。

【ペア審査】 2人1組で高点数レセプトを審査。

【複数審査】 4～5人1組で複雑なレセプトを審査。

【審査専門部会】 さらに複雑なレセプトを全科の専門医で審査。

※上記以外でも複雑なレセプトについては、主任審査委員（経験豊富な専門科審査委員）と協議し審査決定している。（再審査については、再審査部会后、主任審査委員の確認を実施）

○審査取決め事項（いわゆるローカルルール）

審査委員間で審査格差のある事項を統一化している。

現在、約400の事項がある。

審査委員間で差異のある事項を、その都度専門医によるプロジェクトチームを組んで申合わせを行う。

決定した事項は審査委員全員に徹底する。

福岡県国保連合会では、これが約20～30事項と聞いている。

全国の各支部で取決め事項の結果が異なる場合がある。

審査格差（差異）について

○大支部と小支部で査定率に最大4倍の差があり、それが大きな問題とされている。

これには、様々な理由があり、ある意味仕方がないと思うが、それでは、何倍迄だったら納得していただけるのか。

○まず、レセプトの99%は適正な請求で、残りの1%が査定されている。この1%の中で査定率の差異を問題にすることに大きな意味があるのか。

○都市では、複雑なレセプトを多く請求する大病院が多く、審査委員の中に各専門医も充実している。逆に地方では専門医が不足しているところが多く、これも査定率の差となっている。

○査定率で3.6倍の差がある福岡県とお隣の山口県で、その原因を検証するためにレセプト交換審査を行った。

詳細はまだ検証中だが、その要因の一つにレセプトの返戻率が査定率の少ない山口が1.6倍多いことが分った。問題のあるレセプトを山口は「返戻」し、福岡は「査定」している場合が多いということである。したがって、実際には査定率の差はもっと少ないと考えられる。

○そうは言っても審査格差は少ない方が良いということは理解できるので、その努力はしている。

○支部間差異の解消も大切だが、その前に当支部の審査委員間差異の解消が先決だろうと色々な方策をとっている。

○まず、当支部には現在約400の取決め事項（ローカルルール）がある。

審査委員間で算定基準が異なる事項をその都度、プロジェクトチームを組んで協議検討し、決定した事項は審査委員全員に周知徹底するようにしている。

○その他、新任審査委員の教育や審査を行う机の配置等の工夫を行い、審査委員が人とかけ離れた個性的な審査をしないように努力している。

○支払基金と国保連合会では、査定率で1.5倍の差があるが、これはあまり問題ではなく、「査定」の内容が問題と考える。

○福岡県では、支払基金と国保連合会との間で1回/月、定期的に各事例の協議会を開催し意見交換は行っているが、審査の統一までは至っていない。

今後はこの協議会の回数を増やし内容を充実させることが必要であろう。

機械による一律審査について

○同じ疾患でも重症度、年齢、性別、体格の差等で、行う検査、治療が全く異なる。

従って、機械による一律審査は絶対に馴染まないと考える。

○しかし、事務的なルール、薬剤の適応等、審査方法によっては機械の方が効率的な場合が十分考えられる。

○従って、その境界を十分考慮しての機械的審査の導入は異存ない。

各都道府県に支払基金が必要か

○都市と地方では、大病院、医師数の違い、急性期及び慢性期疾患の患者数とその内容の違い、人口密度、高齢者の割合等、審査の内容、質、環境がまるで違うので、都市の感覚で地方を、逆に、地方の感覚で都市の審査を行うのは無理ではないか。

○例えば、九州各地のレセプトを福岡に集めて行うとなれば、福岡では現在の何倍もの審査委員を用意しなければならない。現在でも審査委員のなり手が不足しているのにどのようにして選出するのか。

○従って、各県に支払基金は必要と考えるが、やはり小支部では専門医がない不便がある。そこで、支払基金は各ブロックにコンサルティングシステムの構築を目指している。

具体的には、各科3名の専門医を準備し、各県からの相談に対応できる等のシステムである。

審査情報の公開について

○支払基金では現在でも156事例と80の薬剤事例の審査基準を公開しているし、今後とも随時公開予定であるが、公開が無理な部分もある。

○ルールを公開して審査基準を決めるとそれ以上の必要な医療が出来ない場合があり、逆に一律に限度いっぱい請求してくる医療機関が発生する。

私の考え

○支払基金本部及び国保中央会のリーダーシップを強くする。

現在は審査に関して各県、各支部の独自色が強すぎる。

○具体的には、いわゆるローカルルールを本部に集め収斂させ統一化すれば少しは差異が解消できる。また、新しい事例に関する保険への適否を早急に決定するシステムの構築を行う。

○支払基金及び国保連合会の審査委員、職員の人事交流も一つの手かもしれない。

○IT化は進めるべきだが、審査に関しては慎重にお願いしたい。

最後に

○保険診療のルールブックである点数表の解釈だけでは判断できない部分が多くあり、また、学会のガイドラインにもルールブックから逸脱した部分が多くみられる。

○医療機関からは最新の医学を理解していない、保険者からは、こんなルール違反を認めるのかと言われる中で、私たち審査委員は限られた財源の中で世界に冠たるこの日本の皆保険制度を守るため、また、患者さんに最適な医療を受けてもらうために審査という手段で医療機関を指導し、それを保険者に認めてもらうよう誠心誠意、中立、公正に審査していることをご理解願いたい。