

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7回）（案）

1. 東京都国民健康保険団体連合会診療報酬審査委員会の永田泰造審査委員から、提出資料に沿って発言があり、以下のとおり、やりとりがあった。

○齋藤委員

- ・ 国保連における調剤の審査では、配合禁忌や適用外使用まで判断しているのか。
- ・ 調剤の作業が独立するのがいいのか、適用の判定などボーダーラインやグレーゾーンが多いので、医科と表裏一体でやるのがいいのか。

○永田ゲストスピーカー

- ・ 国保連の調剤レセプトの審査では、配合禁忌はレセプトで確認できるので、調剤部門で明確に判断し、医科部会と話し合う。適用外使用は、医科レセプトがないと分からないので、突合部会で判断している。
- ・ 調剤部門で特化して判断できる部分は、独立しておくべき。また、医科と一緒に考える必要があるものは、突合部会で双方持ち寄って判断していくべきである。

2. 支払業務、保険者業務及び法人運営の論点について、以下のとおり、各委員から意見があった。

○森田座長

- ・ 本検討会は、より根源的な意味での制度の在り方や、審査の在り方について、議論いただく場であると認識している。

○遠藤委員

- ・ 大きく変えるのであれば、単に審査支払機関の在り方だけではできない。医療制度そのものについて議論する必要がある。審査支払機関の在り方については、共通部分は審査の部分しかないのではないかと。保険者が分かれている中で、審査機関だけを統合するという議論は難しいのではないかと。

○高智オブザーバー

- ・ 支払早期化については、小さな零細事業所だけでなく、特に巨大な健保組合でも資金繰りが間に合いそうにないため、6日間の短縮でも非常に難しい面がある。支払基金側でも、非常に難しい技術的な問題が存在しているのではないかと。
- ・ 韓国の全体像をそのまま直輸入すればいいということではなく、部品の輸入で仕組みを補充できるものがあるのではないかと考えている。地盤をまったく同じにした議論はできない。

○ 齋藤委員

- ・ 二つの組織の存置を認めた上で改善点を議論するのが目的なのか、それとも将来的に組織の統合の余地があるかどうか、現時点でも共通部分があるかどうかなど、全体の在り方を議論するのが目的なのか、ミッションを明確にする必要がある。
- ・ 審査委員会の人数など個別の議論をしても、根本的解決にならない。そもそも審査支払の在り方はどうあるべきか、掘り下げた議論を進めていくべき。

○高田委員

- ・ 電子化によって業務フローが大きく変わることは、保険者としても十分に理解しており、被保険者の健康状態の把握など最大限活用したい。審査でもITをできるだけ活用し、ITでできないものを人間で見る方向はあるので、コストを含めて、議論いただきたい。
- ・ 審査支払の問題点の解消については、短期的に解消できるもの、中期的なもの、最終的なものを切り分けて議論する必要がある。

○田中委員

- ・ 韓国の場合、医療保険者が公団1つであり、審査もそこが了とすれば済む。審査体制についても、日本で求められている審査体制とは異なるのではないか。

○長谷川委員

- ・ 例えば、支払の早期化でも、米国や韓国ではレセプトを出してから2週間で全部決裁し、医療機関に振り込みが行われる仕組みがあるように、現在の業務プロセスを前提にマイナーチェンジするのと、抜本的に見直すのとでは全く異なる。健康情報がIT化されることで、健康政策の議論ができたり、保険者としてリアルタイムに被保険者の健康状態や受診動向を把握することもできる。紙情報の時代と電子情報がリアルタイムに全数で手に入る時代は全く異なることを踏まえ、どういう社会を目指すのかということの主軸において議論すべき。レセプトが持っている大きな潜在力を引き出すような仕組みについて議論が必要なことは、合意できると思う。

○ 村岡委員

- ・ 国保連は、保険者の事務の共同化という大きな役割を担っている。保険者業務の多くを代行しており、単純に支払基金と国保連を統合することは、保険者機能から見ても非常に無理がある。
- ・ 支払早期化は、市町村によっては請求から4日間で支払うことになり、内部的決裁や金融機関への依頼の期間を考慮すると、現実的に無理と言わざるを得ない。審査支払機関での請求の早期化と併せて、保険者がどれだけ期間の短縮化が可能であるかを総合的に判断する必要がある。

○山本委員

- ・ 審査が適正に行われているかどうかという点では、審査員の数というのは、必ずしも無視すべき問題ではない。
- ・ 早く払えるから韓国になりなさいと言われても、なかなかそうはいかないし、適

正な審査という一定の共通認識を持つ必要がある。適正な審査という観点が抜けたまま、組織体だけの議論をするとおかしいことになる。

○渡辺委員

- ・ 最初から統合ありきで議論するのではなく、手数料、審査体制、査定率の問題など、これまで相当明らかになったと思うが、こうした今の審査支払体制において解消すべき問題点を明らかにし、解消するための手段、方法を議論すべき。

3. 審査の質の向上、業務の効率化、組織の在り方等について議論が一巡したので、事務局から、総括的議論に向けて整理した資料（素案）を説明し、以下のとおり、各委員から意見があった。

○森田座長

- ・ 現行制度では、同じときに同じ病気にかかっても、社会保険であるか国民健康保険であるかによって基準が異なることが論理的にあり得る。これは、国民や患者の目から見て納得できない。医師による個々の判断はあると思うが、コンピュータやITを使った統計的な処理によって、要因を明らかにできるのではないか。要因が明らかになれば、それを補正することで格差をかなり是正できる。それでも差がある理由について、医学の学説や治療方法の違いなど、患者の立場からも納得できる説明が必要。そのための制度や仕組みを考えることを議論すべき。

○飯山委員

- ・ 国保連は保険者が設立した団体であり、国保連の審査は、実質的に保険者の直接審査に近い。また、国保連は、保険財政共同安定化事業の実質的な主体となっている。介護給付費と医療費との突合審査も行っており、これが統合によってできなくなると、市町村にとってはかなりマイナスの事態になる。

○齋藤委員

- ・ 我が国の保健医療行政において、相互乗り入れの問題や地域間格差の解消などが本質的な議論なのかどうか、個別案件の価値付けをきちんとしないと、議論を進めにくいのではないか。価値あるものとするためには、どういう条件が必要なのか、総論的なことを議論した上で、できるのかどうかの現実的な議論をすべき。

○高橋委員

- ・ 統合の効果については、査定率がどのようになるのかが想像できない。職員や組織を統合すればこれだけ安くなるという計算はできるだろうが、問題はサービスの質であり、統合したが査定率は下がりましたでは話にならない。その効果が見えないと、話は簡単ではない。

○田中委員

- ・ 国民的な視点から見て、あってはいけない格差と許容できる格差がある。レセプ

ト審査の判断基準は、審査機関がいくつあったとしても、絶対に格差があってはいけないものである。それぞれの審査機関で格差をなくす努力をしているが、政府が判断基準を厳しくつくるなど、もっと積極的な対応があるべき。他方、査定率や手数料の差は、どこまで許容されるのかなど、詰めた議論を行う視点も大事である。

○長谷川委員

- ・ 保険者の直接審査については、法律上は直接審査の権限があるが、直接審査ができるような条件が満たされておらず、実質的にできない。レセプトのオンライン請求ができるようになることで、技術的に初めて直接審査をできるようになりつつある。医療機関との事前の承諾が必要なことを含めて、きちんと一度議論すべき。
- ・ 医療の個別性は否定できないので、許容される差異がある中で、差異が縮小するような仕組みを持つことが重要である。例えば、基準をオープンにすることで、ある地域や医療機関で外れているものがあれば、経験則では大体収斂する。そうした仕組みにおいて、基準が守られているかどうかを厳格にチェックするのは必ずしもコストエフェクティブではなく、オートパイロットで収束していくような仕組みを持つことが長期的には一番安上がりである。

○村岡委員

- ・ 診療報酬制度や病院の施設基準などは全国共通のルールでありながら、審査の組織は別の組織でやっているところが、制度的な面から医療を見たときに、統一性が取られていないのではないかと。きちんとした方向性を示していくべき。

○渡辺委員

- ・ 統合したときのマイナス効果もきちっと検証しないと、公平で客観的な議論ができないので、デメリットも出していただきたい。

以上