

健康・医療WG（第11回） 議事概要

1. 日時：平成25年10月21日（月）16:29～18:45
2. 場所：中央合同庁舎第4号館2階第3特別会議室
3. 出席者：
（委員）翁百合（座長）、林いづみ（座長代理）、大田弘子（議長代理）、
森下竜一、佐々木かをり
（専門委員）滝口進、竹川節男、土屋了介、松山幸弘
（政府）後藤田内閣府副大臣
（事務局）滝本規制改革推進室長、大川規制改革推進室次長、館規制改革推進室次長、
大熊参事官、中原参事官、湯本企画官、
（厚生労働省）土生医政局総務課長、鳥井保険局保険課長、
中村保険局国民健康保険課長、
佐々木医政局指導課医師確保等地域医療対策室長

4. 議題：
（開会）
 1. 最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築について
 2. 支払基金と国保連の役割分担の見直しについて
（閉会）

5. 議事概要：

○館次長 それでは、時間になりましたので、これから「規制改革会議健康・医療WG」を開催いたします。

皆様方には、御多用中、御出席をいただきまして、誠にありがとうございます。

開会に当たり、後藤田副大臣から御挨拶をお願いいたします。

○後藤田副大臣 皆様、大変お疲れのところ、連日、先生方の知見をいただいております、本当にありがとうございます。

今日もまた活発な御議論をいただきまして、様々な御示唆をいただきたいと思いますので、よろしくをお願いいたします。

○館次長 ありがとうございます。

それでは、報道の皆様はここで御退室をお願いします。

（報道関係者退室）

○館次長 ここからの進行は翁座長に、よろしくをお願いいたします。

○翁座長 それでは、議事を進めさせていただきます。

議題1「最適な地域医療の実現に向けた医療提供体制の構築について」から始めたいと思います。

本議題につきましては、10月9日のワーキング・グループにおきまして検討を行いました。本日は厚生労働省も御出席いただいておりますけれども、以前のワーキング・グループにて委員の皆様や2つのヒアリング先からいただいた御意見などをもとに、厚生労働省を交えて議論させていただきたいと思います。

まず、委員の皆様やヒアリング先からいただきました御意見を、事務局に、これはまだ方向として決まったものではないので、あくまでも、いろいろな皆様の御意見をとりあえずまとめたものでございますが、それを御紹介させていただきたいと思います。よろしくお願ひします。その後、厚生労働省からこのテーマについてコメントがございましたらいただければと思います。

○大熊参事官 それでは、資料1を御覧ください。

今、翁座長からも説明がありましたように、中には両論併記のものもありますし、まだコンセンサスまで至っていないものがございますので、本日、御議論いただければと考えております。

1. 病床規制の見直し。

①病床規制により、実力のある医療機関の増床が妨げられている。このため、例えばDPC病院においては、高度急性期及び急性期機能を持つ病床を規制の対象外としてはどうか。

②非稼働病床の削減を進めるため、公的医療機関の非稼働病床の削減を命じる制度を活用すべきではないか。これは制度としては既にございます。また、民間医療機関については、都道府県知事が非稼働病床の削減を命じることができるようにすべきではないか。

③病床規制が医療機関の再編・統合を妨げないようにすべきではないか。2次医療圏の境目において病院が統合する場合や、病院の建替え・補修中等の場合には、柔軟に対応すべきではないか。

④基準病床数については、人口当たり病床数に約3倍の差が開いている。このため、基準病床数は人口当たり病床数が全国同じように設定すべきではないか。これは書いておりませんが、高齢化率の違いとかそういったことにも配慮が必要だろうという御指摘もあります。

⑤高齢化に伴い、将来的には、療養病床及び介護施設の増加が必要ではないか。人口動態に応じて、医療圏の範囲や基準病床数をダイナミックに見直していく仕組みが必要ではないかということです。

2. 医療計画の見直し。

①医療計画やビジョンについては、都道府県が切磋琢磨し、自律的に策定するべきではないか。

②2次医療圏の範囲は、入院医療の提供を行う範囲としては狭すぎる場合がある。現在

20万人未満であって、流出患者割合が高い場合には範囲の見直しを行うこととされているが、その見直しを行う人口の目安を引き上げるべきではないか。

③現在の医療計画は病床規制に特化しているが、ICTの活用等を含め、実質的な医療提供体制のビジョンを掲げるべきではないか。

④高額な医療機器について、より計画的な配置が必要ではないか。

⑤地域医療の高度化や効率化のために、医療機関の再編・統合を進めるべきではないか。その際、非効率で採算性の低い病院の温存につながるべきではないか。この⑤については、別途、医療機関のガバナンスの議論も行いますので、そこで議論をしてもいいかもしれません。

3. 医師・看護師の偏在解消等。

①人口当たり医師・看護師数については、約2倍の差が開いている。このため、高齢化率の違い等の地域の実情に配慮しつつ、都道府県ごとの必要医師・看護師数を把握し、その養成や配置を計画的に行うことで、格差の是正に努めるべきではないか。また、必要医師数については、診療科ごとに算出すべきではないか。

②我が国では開業と診療科目の選択は自由だが、欧州など公費による医療が中心となっている先進国で開業を自由に認めている国はない。保険診療を担う医療機関については、地域医療計画に沿った開業認可とすべきではないか。一方で、医師の職業選択の自由に留意すべきではないか。これは両論併記にしております。

③医師の診療科名の標榜に当たり、専門医資格の取得を義務付けるべきではないか。また、その取得・更新に当たり、何らかの基準が必要ではないか。

④看護師数に関しまして、7：1看護基準について、病院の機能、例えば高度急性期等に合わせて見直すべきではないか。

⑤看護師不足に関しまして、外国人看護師の受入れを拡大すべきではないか。その際、数年間の期限を切り、特例として拡大してはどうか。これにつきましては、年明けの議論になりますけれども、医療従事者の人材確保の議論を行うことになっております。

4. ゲートキーパー機能の確立。

①住民が必要な医療を必要なときに得られるように、地域医療の中でゲートキーパー機能を確立すべきではないか。

②ゲートキーパー機能の確立のために、プライマリケアの専門医として必要な資格や継続的な研修等の制度について検討すべきではないか。例えば「総合診療専門医」の制度の活用が考えられるのではないか。

③紹介状なしでの大規模病院の受診を抑制するべきではないか。

以上でございます。

○翁座長 ありがとうございます。これまでに出た主要な意見ということでいろいろな意見が入ってございますが、厚生労働省の方から、今の私どもの意見についてコメントございましたらよろしく願いいたします。

○厚生労働省（土生課長） 厚生労働省医政局総務課長の土生と申します。

まだ御議論の途上の段階のものだと承知しておりますけれども、そうした段階で私どものコメントする機会を与えていただきまして本当にありがとうございます。

せっかくいただいた機会でございますので、どこまでこの御意見そのものを十分理解しているのかということにはございますけれども、一応現時点での厚労省の考え方について、順次御説明をさせていただきたいと思っております。

まず、1の病床規制の見直しについて、①として特にDPC病院を規制の対象外としてはどうかということですが、少なくともこれまでの国民会議、あるいはプログラム法の議論の中では高度急性期、あるいは急性期機能の必要量を地域医療ビジョンで定めて、むしろそれに向かっていろいろな施策を講じていこうとしております。DPC病院も現時点では1,500病院ぐらいありまして、一般病床の5割以上を占めておりますので、これを病床規制から外すのは、そうした病床の地域偏在ですとか、あるいはさらに医療費の増高も当然懸念されるわけですので、私どもとしてはこういった施策を採ることは考えていないということでございます。

ただ、地域において必要な病床を基準を超えて定めるという意味では、特例病床という制度があり、都道府県と厚労省で協議して定めるということでございますので、その活用で対応できることではないかなと思っております。

②の非稼働病床の削減につきましては、社会保障審議会の医療部会でもこういった議論は出てきているところでございますので、やはりその病床の有効活用という観点から、私どもとしても引き続き議論していきたいと思っております。

③の2次医療圏の境界の問題でございますが、この点につきましては、具体的にどういことが問題なのかをまずは教えていただいて、医療圏を超えた病院等の再編というのは、現にある話でございますので、具体的な問題点があればさらに御教示いただいた上で検討していきたいと思っております。

④の基準病床数の設定方法ですが、全国統一の算定式でやっております。事務局からもコメントありまして、年齢構成等によって結果として都道府県、あるいは地域ごとの差が出ていることはございますけれども、統一の算定式によっておりますので、地域の偏在是正にはかえって寄与していると私どもとしては思っております。

⑤の高齢化の対応、これも大変大きな話かと思っております。医療と介護の地域包括ケアシステムの構築が大きな課題になっているわけですが、医療サイドでも慢性期機能の必要量を定めていくこととなっておりますし、介護の方でも3年ごとの介護保険事業計画の中で必要な数を確保していくということですので、当面はそうした施策で対応していきたいと思っておりますし、医療圏の範囲、あるいは基準病床数については、次期医療計画に向けて対応すべき点は検討していきたいと思っております。

次に、2の医療計画についてでございます。地域医療ビジョンを実効性のあるものにするべきということは、まさにおっしゃるとおりだと思っております。私どもとしても、どう

いったガイドラインが適当なのか、地域の自主性というものを尊重しながら、支援措置としてガイドラインを検討していきたいと考えているところでございます。

②の2次医療圏ごとの流出の割合の見直しでございますけれども、何回か御説明させていただきましており、計画の作成指針で、県が主体的に2次医療圏の設定をしておりますし、その見直しも私どもの方からは各県にお願いをしているという立場でございます。20万人未満というのは1つの目安として示しているわけですが、これにつきましても状況に応じて検討していきたいと思っております。

③として、医療計画は病床規制に特化している、あるいはICTの活用について地域医療ビジョンの中で考えるべきではないかということでございます。5疾病・5事業ですとか在宅医療の充実、そうしたことも私どもとして取り組んでいきたいと思っておりますし、ICTの活用についても御指摘がありましたので、ビジョンの中で検討していきたいと思っております。

④の高額医療機器の計画的な配置でございますけれども、これにつきましてもどのような方策があるのか検討していきたいと思っております。

⑤の医療機関の再編・統合については、基本的にはそれぞれの地域でお考えいただくということだと思いますけれども、確かにあまり質のよくない病院がかえって温存されることは適切でないわけでございますので、そうしたことも踏まえて検討していきたいと思っております。

次に、3の医師・看護師の偏在解消等でございます。まず医師の確保対策については、御説明させていただき機会もございましたけれども、各県の地域医療支援センターの機能強化ということでやっております。また、大学とも連携をしております、医学部の定員増員に当たっては地域枠というのを設定しておりますので、そうした中で、①の地域ごとの医師確保対策は、さらに強化してまいりたいと考えております。

それから、専門医制度についても前回ヒアリングされたと同っておりますけれども、専門医の養成数も患者数を踏まえて地域の実情ごとに設定していくという議論になっているところでございますので、そうしたところと連携をしながら偏在是正に取り組んでいきたいと思っております。

看護職員につきましては、都道府県ごとに需給見通しを立てて養成数を確保していただいておりますので、前回御説明した点もでございますけれども、復職の支援にも着目して取り組みを強化すべく、今、医療部会で議論しているところでございます。

②でございますが、開業の自由といった点。医療法上は、やはり医師の職業選択の自由もでございますので、何らかの制約を設けることは考えていないところでございます。先ほど申し上げましたとおり、地域医療支援センターでございますとか、大学の地域枠、あるいは職能団体で行われる専門医資格の今後の見直し、そうしたものと連携をしながら、地域ごとの医師の確保に取り組んでいきたいということでございます。

③でございますけれども、専門医資格の設定に当たりましては、経験症例数ですとか手術件数等々、診療実績は当然加味して設定する方向で議論をされていると承知してござい

すので、私どもの制度との関係でいえば、標榜科を含む広告規制との関連につきまして、専門医の検討状況を見ながら検討していきたいと考えております。

④の7：1の看護基準。これは診療報酬上の基準でございます。平成24年度の報酬改定でも一定の見直しを行ったところございまして、さらに26年度の改定に向けまして、詳しい説明は省略いたしますけれども、見直しをする方向で、今、関係の審議会で議論していただいているところでございます。

⑤の看護師不足への対応でございますけれども、先ほど申し上げましたとおり復職の支援をポイントに検討しているところでございます。現在のところ、平成27年までの見通しでは需給が約99%まで達成されるということでございますので、基本的に外国人の受入れ拡大は政策としては取り入れていないというところでございます。ただ、日本と同等の一定の教育を受けた場合には、看護師試験を受けていただいて日本の看護師資格を取得するという方法は既に取り入れているところでございますので、結果として年々増加傾向にございます。

なお、EPAにつきましては引き続き取り組んでおりまして、26年度からベトナムを新たに対象とすることになっております。

最後に、4のゲートキーパー機能の確立でございます。この点は様々な議論があるところだと思います。国民会議の報告でも、緩やかなゲートキーパー機能の推進等々が盛り込まれているところございまして、少なくとも、現時点では医療機関へのフリーアクセスそのものを制限することについては慎重な姿勢でございます。

そうは言いながらも、基本的には、機能分化を進めていくということで、様々な施策を講じております。前回御説明しましたとおり、医療保険での対応、医療法では、特定機能病院制度で紹介率を引き上げていくといったことを中心に、引き続き中身を具体化していきたいと考えております。

「総合診療専門医」につきましても、先ほど申し上げました専門医の中の1つのカテゴリーになっておりますので、今後その適切な要件設定、あるいは資格の認定・更新をやっていただくことを前提に、広告規制の中でどういう整理ができるのかを検討していきたいと考えております。

とりあえず、以上述べさせていただきました。ありがとうございました。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、意見書や今のお話につきまして、御意見、御質問などございましたらお願いいたします。

○大田議長代理 ありがとうございます。スケジュール感をお伺いしたいのですけれども、今回の医療法の改正に盛り込むものは、私どもの今までの意見でいくと、どれが対象になるのか。それから残された課題といたしますか、別途の検討になるのはどれなのかを教えてくださいませんか。

○厚生労働省（土生課長） 医療法そのものの中身も、何回か御説明しておりますとおり、

まだ固まっているわけではございません。今、国会に提出しておりますプログラム法案の立て付けで言いますと、前回の説明資料の21ページに、これは法案化する前の骨子で恐縮ですけれども、基本的には同じ内容でございますので、検討事項ということで真ん中あたり、下線部でございます。

まず①の機能分化・連携、あるいは在宅医療等の推進につきましては、まずは病床機能を都道府県に報告する制度を作る。口としまして、それに基づいてビジョンの策定をする、あるいはそのビジョンを実現する方策をできる限り盛り込むことになっております。それからハとして、これも今後の予算編成で検討ということでございますけれども、消費税増税財源を活用しました財政支援を、これは恐らく都道府県の基金という形を想定しておりますけれども、盛り込む。ニとして、医療法人間の合併、権利の移転に関する制度等の見直しでございます。

医療従事者の関係では、②の医療従事者の確保対策。

それから、③の医療職種の業務範囲の見直し。

もちろんここに書いていないものは別にやってはいけないということではありませんけれども、こういった主要な検討課題で、現在医療部会で次期通常国会に法案を出すべく検討しております。私どもとしては、できるだけ充実した改正事項にしたいと思っており、関係者間あるいは関係省庁間でどこまで合意できるのかということとはございますが、この①②③で、①の中にも4項目ありますが、現時点の希望としましては、財政支援も含めて何とか実現したいと思っております。財政当局との関係もございますので、こういったことがどこまで盛り込まれるかは、これからの議論でございます。

といったことでございますので、御指摘いただきました病床規制の在り方ですとか医療計画の在り方、医師・看護師の確保は、どこまでできるのかということはありませんけれども、広い意味で検討課題になってくると思っております。

ただ、専門医の関係はこれから、先日お話を聞かれたかと思っておりますけれども、職業団体、学会等を中心に取り組みまれるとのことですので、広告規制との関連等はまだ将来の課題でございますので、今回の法律に何らか盛り込むことは予定をしていないところでございます。

その他運用面の、例えば特定機能病院の紹介率の見直しですとか診療報酬関係の改定は、法律事項ではございませんので、報酬改定は2年ごとでございますけれども、特定機能病院の要件の見直しについては法律事項とは別に、既に議論しております。

○大田議長代理 2の②の2次医療圏の範囲ですけれども、これについては今回入る可能性があるかどうかというのが1点です。

それから、2の⑤の医療機関の再編・統合について、国民会議の報告ではホールディングカンパニー形式にするといった提言があり、さっきの御説明ではここも検討したいということだったのですが、これは今回入らないのかというのが2点目です。

また、専門医と緩やかなゲートキーパーについては、今、職能グループで検討中なので

まだ先の話という理解でいいのかというのが3点目です。お願いします。

○厚生労働省（佐々木医政局指導課医師確保等地域医療対策室長） 厚生労働省の医政局の佐々木でございます。

1点目の2次医療圏の見直しのところですが、これは直接的に書き込むか間接的に書き込むかというところになりますが、直接的に書き込むことはありません。なぜならば、今の法体系の中でも2次医療圏の人口の目安は法律の直接書き込み事項ではないからです。

ただ、間接的と申しますか運用的な話で申しますと、この3月に全都道府県で行われた見直しの中でも、厚生労働省としては見直すべきという立場を示しております。20万人というのは、この前簡単に御説明いたしましたけれども、流出入からすると結果的に20万人だったということです。2次医療圏がそもそも何ぞやという話の中で、また地域医療ビジョンという将来像を見据えた上で2次医療圏をどう捉えていくかという中で、人口要件は重要な要因になりますので、そのときに必要であれば、20万の目安の引き上げや、場合によってはもっと違う視点から人口要件の見直しは当然出てくると考えております。法律と直接ではありませんが、この視点につきましては、我々としても検討すべきと思っております。

○厚生労働省（土生課長） 他の2点についてでございますが、医療機関の再編等、資料1自体は法人制度に直接言及されていないと思っておりますけれども、医療法人の見直しでいえば、これから検討会を作って、ホールディングカンパニーといった御指摘も踏まえて議論するというところでございますので、今のところは来年の法律改正に盛り込むことは考えておりません。

ゲートキーパーのところは、どういった受け方をするのかによっていろいろ変わってくるわけですが、私どもとしては医療法上のいわゆるフリーアクセスを直接規制することは考えていないということでございます。いろいろな施策の組み合わせでこれをやっていこうということで、紹介率、特定機能病院の話ですとか診療報酬については、先ほど御説明したとおり随時運用でやっていく予定でございます。

それから、医療保険の方で、プログラム法案にも書いておりますけれども、外来の保険給付の在り方を検討することになっております。これは健康保険法上の取扱いの話になりますので、来年の国会ではなくて、再来年の通常国会を目指して、他の国民健康保険の保険者の問題等とあわせて、医療保険上の問題として検討していくというスケジュールになっております。

○翁座長 他にいかがでございますか。お願いいたします。

○竹川専門委員 先ほどのお話の中で、ナースの需給が99%達成する見込みというお話を聞いて、非常に期待する反面、現場の認識とかなりずれていると思えました。ずれているというのは、ナースの方もそうですけれども、最も医師の数がずれているわけです。

日本は、医師国家試験を1回受けるとずっと医者です。それで前々から私は思っている

のですけれども、医師免許更新制を導入することによって、別に難しい試験はいらないですから、運転免許証と同じで身体能力について更新をするだけで、恐らくかなりの医師数が減る。何が言いたいかというと、実体的に医師として仕事をできる人間が統計上よりもはるかに少ない。これが現場の考え方なのです。

私は昔、経済同友会でそういう提言をしたことがあるのですが、医師免許更新制というものを、もちろん次の医療法では難しいと思いますが、是非厚労省の中で議論に出していただければなと思うのです。

○厚生労働省（土生課長） 医師法上の運用は別途室長から補足したいと思いますけれども、今のところ、偏在の問題も含めて、各地域にどういった医師を確保していくのかというのが大変大きな課題で、そのやり方についていろいろと議論しております。むしろ地域枠という各地域に限定した形で、これは文科省さんの施策ですけれども、養成数を拡大するという方向でございますので、少なくとも現時点で医師数を削減していくといった施策は考えていないということでございます。

医師法上の運用については、室長から補足させます。

○厚生労働省（佐々木室長） 御指摘の1つが、医師がちゃんと労働力として働いているか否かと、もしそれで足りないのであればそれをどうやって、例えば現場に引き戻すかという点につきましては、御案内のとおり、今、医師法の中で処罰規定つきで2年に1度、医師である人間は今どこでどういう仕事に従事しているのか、していないのかという調査があり、かつ、自分の情報を医師確保等の政策に使うよいかというものの同意欄を設けることに数年前になっております。例えば今の議論で難しいのが、復職希望のある女医さんを、育休中だからといって免許を取り上げるのか。もちろん今の竹川専門委員の御指摘は、身体能力としてそもそも大丈夫かという趣旨だとは理解しておりますけれども、そうであれば大体この年齢、こういう条件の人が、働いていないにチェックしているのはどういうことだろうと、そういう把握の仕方は可能でございますので、一応、処罰規定つきの、全数が登録しなければならない2年に1度の調査で置きかえられればと思っております。

○竹川専門委員 実際、私の父は、70歳で心筋梗塞に倒れてから、9年間全く診療することなく、処罰もなく、しかし免許だけは医師でした。それも統計上は1として登録されているわけですね。

それから、医師免許更新制によって実態が出るのですから、私の考えは、やはりいかに現場で医者が足りないかという実態を国民の方々に知ってほしいのです。

○厚生労働省（佐々木室長） 現在生存している総医師数と、その中で実際勤務している医師、勤務されている方はどこで従事しているかという情報の捕捉の仕方ですので、その意味では非勤務医師の捕捉の仕方だとか、勤務医師をどういうふう to 今後、例えば地域医療支援センターなどの活用によって適正な配分ができるのか、そういう、もっと調査の実際の利用の仕方の工夫をすべきという意味では、今後きっちりと検討したいと思います。

○土屋専門委員 今の点の続きをまず言わせていただきます。せめて国際比較の統計のときに、65歳までの医師数にしてほしいのです。細かいことを言うときりがないのですけれども、欧米では65歳までしか医者として数にしてないのです。日本だけが80歳になっても数に入れている。そこをまずやっていただきたいということでもあります。

また、ホールディングカンパニーもいいのですけれども、多分これは現状では効果がないでしょう。なぜなら、日本の公的病院はほとんどが中央を向いているのです。例えば厚労省の独法の病院。これはみんな東が丘（国立病院機構）を向いて仕事をしているので、都道府県知事が何かやろうとしても、その言うことを聞く気がもともとないと言ってもよろしいと思います。その次に多いのは日赤ですが、これも日赤の本社を向いているのです。済生会は、各県で独立採算の色が強いですけれども、やはりだんだん中央から地方への締めつけをむしろ強くしている。それから国家公務員共済組合です。これもやはり旧大蔵省を見て仕事をしてきた。今は財務省ですけれども。

そういうことを考えると、幾ら再編云々と言っても、都道府県へ行くとこれらの病院が入り乱れてあるわけです。日赤の隣に済生会があり、向こうを見ると県立病院がある。これらを再編しようにも、1つの病院が脳外科を作ったら各病院が全部脳外科を作る。心臓外科を作ったら心臓外科、CTを入れたらCTを入れる。これを改めるには、中央集権的な病院のシステム、特に国公立の病院をまず崩さないと、幾ら2次医療圏は地方主体で決めるのですよといっても、それは無理だと思います。

それからもう1点、今度は地方側から見ると、2次医療圏の見直しをなぜ都道府県知事ができないか。これは地方議員が自分のところの市町村立病院を潰したくない、確保したいからです。2次医療圏を組み替えては困る、2次医療圏の拠点病院を潰す気か、ということになるので、これをどう打開できるか。そこを突っ込まないと、都道府県知事に権限を与えているといっても身動きできないのが現状であろうと考えております。

○翁座長 その関連ですか。どうぞ。

○松山専門委員 今のお話の続きの質問なのですけれども、日本で地域医療ビジョンを作るといえるときに、いつも病院の話ばかりになるのですけれども、世界の医療提供体制の改革を最近10年間ぐらい見ると、むしろ病院はできるだけ小さく作って、いかにサテライト施設で補完し合うか、それを1つの事業体でどうやって運営するかということをやっているのです。その結果、機能分化が急速に進んでいるのです。

アメリカなどでヒアリングしたのですけれども、収益面から見ても、急性期の病院は常に最新技術の投資をしないといけないので採算は非常に悪い。それをどこで稼ぐかということ、外来施設で稼いでいるのです。私も民間病院の事務長の経験がありますが、日本の民間医療事業体でも、入院よりもむしろサテライト診療所の方が利益率が高いという事実を現場で見ました。

また、日本の病床過剰というときに、厚労省のデータとして、地域ごとに国公立病院が過剰で問題なのか、民間病院が過剰で問題なのかという、分析はあるのでしょうか。私の感覚だと、どう見ても国公立病院が過剰の原因ではないかなと思うのです。

○厚生労働省（佐々木室長） あわせて5点ございましたので、順番にお答えいたします。

まず、土屋専門委員の御指摘の医師数を国際比較する上でということにつきましては、確かにデータは同じ条件で取らなければというのがありますので、どの時点のどういう調査でどういう返し方をするかというのは、その都度考えることですが、比較可能なという御指摘につきましては御指摘のとおりだと思います。

2つ目で、再編の妨げは大体全国チェーンの病院にということですが、これは非常に重要な御指摘だと思います。そもそも病床規制を緩和するにしても、どういう目的でどういうところが入ってくるかという想定なくして規制強化であれ緩和であれ意味がないわけですから、病床規制について改めて整理しますと、性格は3つあるかだと思います。

1つは、前回、大田議長代理からも御指摘いただきました格差是正としての病床規制の性格に係るもの。2つ目は、ある地域において必要な医療が提供されていない場合に、特例病床として参入してくるというもの。3つ目が、前回、後藤田副大臣からも御指摘いただいたように、国際競争に勝てるような医療機関に対して病床規制をもう少し緩和すべきだという視点。これは様々な議論がありますし、ナショナルセンターがそういう役割を果たしていたり、また、大学の中でも旧帝大のようなところが中心になっていたりする場合があります。その意味ではDPC病院だから直ちに高度急性期、急性期というわけでも正直ございませんので、御指摘いただいた資料1の①につきましては、今の考え方もあわせて進められればと思っております。

それで、全国チェーンのところを中央で見るというものを外せるか否か。そのフィージビリティを讀んだ上で施策は打たなければなりませんので、土屋専門委員の御指摘については、直感として、9割方そういうところはなきにしもあらずという中で、よく読み解いた上で施策を打てればと思います。

あと3つ目ですが、2次医療圏の見直しが本当にできるのか。これは後藤田副大臣の御地元、徳島は今回見直しました。他の県を見ていて、恐らく病床規制は、県庁の出先機関の単位に合わせているところが多いのではないかと思います。そういう意味では、県の様々な施策の地方の単位との合わせ方で身動きがとりにくいという一面もあるのではないかと思います。そうはいっても、もともとの2次医療圏の考え方である、患者さんにとって、住民にとって、本当にそれがリーズナブルなのか、その視点が抜け落ちないよう私どもの方針を示したいと思っております。

松山専門委員の御指摘については、病院とサテライトというのが1つの単位としてあるのか、それとも地域の単位として流れを意識するのかという違いがありますが、まさに今、医政局が目指しているのはそういう流れを作る行政でございます。医療法改正に向けた医療部会の検討の中でもお示ししているのですけれども、例えば高度急性から急性期、回復

期、慢性期、そしてその先の在宅までというものがちゃんと流れるようにする。そのためには、2次医療圏にこだわらず、市町村も含めて、介護との関係も含めて整理をする。そういう視点は今ちょうど取り入れているところでございますので、それが本当にフィージブルなものかという意味でユニットの作り方をどうするのか、ホールディングカンパニーで本当にそれが解決するのか、そのフィージビリティを担保する施策は当然考えなければと思っています。ただ、施策の方向性としては、入院中心のものから、地域に帰っていただいた上でどうするか、そういう施策に向いております。

設置主体ごとに分析しているのかという点で申しますと、都道府県単位や2次医療圏単位でどこまで把握しているかというのは、にわかにはわかりませんが、そこは正直申しまして、どういう設立主体であれ高度急性期をやってくれる医療機関は高度急性期とか、そういう考え方ですので、現時点では設置主体で分析上の差を設けていることはございません。ただ、都道府県知事の権限として、自治体立病院、日赤、済生会、厚生連などの公的病院に対しては、都道府県知事の権限に差を設けているというのが実態でございます。

○森下委員 私は少し小さな話を聞きたいのですけれども、病院の補修・耐震・改築についてです。これは今、ちょうど耐震規制の問題でかなり多くの病院が建替え、もしくは補修をしなければいけない時期が今年から来年にかけてくると思うのです。その実態として、どれぐらいの病院が耐震の建替えなり補修が必要かということ把握されているのか。多くの病院は一旦閉鎖するか、あるいは0時まで運営して、次の日から別の病院をオープンして患者さんを夜中に移したりとかいう大変な話をしているので、実態として、病床規制が非常に悪く働いている部分だと思うのです。

ですから、このあたりは柔軟な運用を早くした方がいいのではないかと思います。その辺の状況を厚生労働省で把握しているかどうかまずお聞きしたいと思いますし、もし把握しているのであれば、何か具体的な手を打たれるつもりはないのかということもお聞きしたいと思います。

○厚生労働省（佐々木室長） すみません。その把握をしているラインの人間は今日はおりませんので、改めて正確な答えをしたいと思いますが、少なくとも7月まで私がおりました広島県庁では、Is値に基づいてどこがどうなのかというデータは把握しておりましたので、恐らく厚生労働省で一元的に把握しているものと思います。改めてお答えしたいと思います。

同様に、それに対してどういう実効的な措置を考えているのかも、恐縮ですが後ほどお答えしたいと思います。

○森下委員 特に地方の医療機関で経営状態が悪いところは、それをきっかけに閉院になったり、實際上運用もできなくなったりするケースも結構あると思うのです。これが医療過疎にさらに拍車をかける面もあるので、その部分で病床規制が撤廃されたり、あるいは特例があったりすればかなり順調に進むのではないかと思います。来年以降本番が来て、放っておくとかなり深刻な問題になると思うので、しっかり把握されて手を打ってい

ただきたいなと思います。

○翁座長 お願いいたします。

○後藤田副大臣 すみません。公務で中座させていただくので、最後に少し申し上げます。

先ほど来、先生方の御意見をお伺いしてもっともだなと思ひまして、今日の資料1もこれは本当に昔から言われていることで、結局何で進まないのだということで皆さん本当に悶々とされているところだと思います。

改めて先ほどの竹川先生、土屋先生、松山先生のお話でわかったのですけれども、やはりもう1度統計をちゃんとそろえた方がいいと思います。やはり富国強兵、今は強兵の時代ではありませんが、全ての政策は統計から来ますので、医師数の問題だとか、休眠看護師が50万人いるとか、そういったことも含めて実態は改めてどうなのか。外国人の労働力を活用するという意見もあるのだけれども、介護も10年後には100万人いるということですから、これは本当に社会問題になるテーマですけれども、そうしたときに、働き方はどうするのだ、派遣の問題はどうするのだ。竹川先生が御専門だと思いますが、ナースの在り方をどうするのだ。そういったところの規制もいろいろ、派遣の問題も含めて先々にやっていかなければいけないテーマだと思います。

同時に、先生方がおっしゃったように、いわゆる病々連携だとか病診連携の問題も、はっきり言って各地域でばらばらですね。高知は当時病々連携が進んでいた1つの模範例と言われていましたけれども、徳島は同じ市内に県立病院と国立病院と市民病院があつて、何をやっているのだと。石を投げれば医師に当たるといふぐらい医者が多くて、糖尿病の死亡率が1番高く、糖尿病の受療率が1番高く、人工透析の数が人口当たり300人を超えていて1番少ない秋田の倍あつたり、結局医者は何をやっているのだと、こういうそしりを受けてもおかしくないようなところで本当に情けなくなる。

私も祖父が保険のない時代から町医者をやり、父は学生運動、医学部闘争で警察に捕まったり、兄は勤務医、姉は開業医で、中堅病院で苦勞しておりますが、私だけできが悪くてこんな仕事をしているのですけれども。それは別として、例えば身内のことで申しわけないのですが、調布で病院をやっているのですが、調布市には市民病院がないのです。非常に財政的にずるいなとは思ふのだけれども、民間病院にかなり任せてやったりしているところもあれば、一方で、近くに東京都立の病院がどかんとできたり、こんなのはおかしいのではないか。いわゆる民業圧迫をしながらやっているのではないか。先ほどお話があつたように、日赤にしろ、済生会にしろ、法人税を払っていないですね。あれは免除されているのです。

いわゆる田舎の政策医療はまだわかるのです。本当に救急医療とか急性期とか高度医療をやっているところはまだわかるのだけれども、はっきり言って広尾の日赤とか新宿にある社会保険病院とか、横浜とか東京にある労災病院とか、警察病院も最近飯田橋でもやれやれなくなったと思ったらなんと中野に作っていますね。これこそ民業圧迫でして、しかもそれが法人税を払っていないときているのですよ。そういったところが本当にめちゃく

ちやなので、厚労省として是非1回、現状がどうなっているのかを整理していただきたい。

結局、この後議論されるであろう保険者と国民が契約者なのです。お医者さんとか病院とか我々とか厚生省というのは、実は契約者ではないのです。だからもっと保険者にも現状をしっかりと認識させて、保険者機能の強化というのも念仏みたいに何十年唱えているのだけれども、彼らは何もやってきていない。是非病院を受診する側も、余り受診しては自分の保険料が上がってしまうとか、そういう仕組みを作っていないと、消費税を上げるからまた医療が充実するのですといったら、税と社会保障の改革とは全く逆行しますからね。そんなことをやってはいけないと私は思うので、委員の先生方もいろいろお立場ある中で改革を主張してくださっているすばらしい先生方なので、是非データ分析をしっかりとした上でもう1回議論させていただければと思いますので、またよろしくお願ひしたいと思います。

○翁座長 お願いいたします。

○厚生労働省（佐々木室長） きっちりデータ統計をとるべきという御指摘は本当にそう思います。人ごとのような言い方ではなくて、実際それで今、進めようとしておまして、例えば医療提供体制、病院とか、医師は本当に今後どうしていくのかということも含めて、それぞれ検討しようとしておりますが、実はその担当をしているのが私の後ろにいる2人の女性なのですけれども、ここでも女性パワーをうまく生かすような形でやればと思っております。現状の御批判、御指摘は十分承知しておりますので、それに向けてちょうど今、進めていこうとしております。

2つ目ですけれども、結局データをもとにして連携をどう進めていくのかということも必要でして、もう1つ問題認識を持っておりますのが、先ほどの話にありましたとおり、都道府県知事がどこまでできるのか。できるという前提でどこまで権限を持っていたかどうかというのは重要なテーマでございますので、そこは今回の医療法改正でも相当大きいテーマになっております。仮に都道府県知事の権限であっても、国でできるバックアップをどうやって組んでいくのか、それはやっていきます。

3つ目ですけれども、先ほど調布はずるいというのが、これは実によくいろいろな市町村で使われる面白い表現であろうと思います。公立病院があればあつたで、イコールフットィングの観点から民間病院との関係でどうか、ないならないでただ乗りをしているのではないかという議論はいろいろなところで聞きます。この住民感情としてのずるいというところと、経営者感覚としてのイコールフットィングのバランスをどうとるかということも重要なテーマですので、これは役人だけでできない部分もありますのでまた御指導いただければと思います。

○翁座長 お願いいたします。

○林委員 今日の厚労省の御担当の方はとても御回答が上手なので、ついすーっときているのですけれども、お話しいただいたところの内容はお約束なのです。

第1期の私どもの要請の中では、ビッグピクチャーを作ってくださいことになっていま

す。その医療提供体制のビッグピクチャーの中で、今日、やります、考えてみますとおっしゃったことは必ず入れていただきたい。そうでなかったら、ここで何か調子のいいことをおっしゃっていただいただけということになりますので、是非約束を守っていただきたいと思います。

○大田議長代理 あわせて、地域包括ケアシステムを整えるためにはIT化が不可欠です。病院間の情報を持たなければいけないし、「どこでもMY病院」みたいなものも進めなければいけない。第一次答申で医療のIT化を進める工程表は25年度措置になっています。IT化なしではそういう地域医療体制はできないと思いますので、こちらはどうなっているのか、それもあわせてお願いします。

○厚生労働省（土生課長） IT化につきましては、先生御指摘のとおり今年度中に工程表を作るということでございますので、今日は担当が来ておりませんが、当然、検討をしているところでございます。

○大田議長代理 それはこの医療法の改正と連携は取っているわけですね。

○厚生労働省（土生課長） はい。先ほど申し上げましたとおり、地域医療ビジョン等の中でどう盛り込むのかとも関わってまいりますし、またそれだけにとどまらない、全体として介護も含めてどのように進めていくのかということで、医療・介護全体としての工程表の中に地域医療ビジョンがどう絡むのかも含めて、議論しております。

それから、先ほど来お話ししております、いろいろ検討するとか議論するとか申し上げておりますが、これは当然、組織として責任を持って御説明させていただいているもので、ここに来ている人間だけのその場の判断だけでやっているのではございませんので、その点についてはしっかりと、言ったことは当然対応することにしております。

○松山専門委員 今、IT化の話が出たのですけれども、先週、英国のエジンバラの国際学会に出ていて、世界30カ国の医療改革の現状報告と意見交換をやったのですけれども、その中で衝撃を受けたことが1つありました。メキシコの研究者の発表で、メキシコではスマートフォンを使ってポピュレーションヘルスを始めた。具体的に何かというと、診療所もしくは病院に行けば1回初診の値段が35ドルだけれども、モバイルで健康相談すると5ドルということです。簡単な診療についてはモバイルのメールでやりとりできる。スマートフォンが医療に相当な影響を与える時代がきたということでした。

これはオーストラリアとかアメリカでは「eビジット」といって当たり前になりつつあることなのです。そこで私が心配になったのは、安倍総理が医療のパッケージ輸出で特に発展途上国の医療制度構築に貢献するというお話をなさっていますが、ひょっとすると発展途上国の方が先にスマートフォンの医療への応用を実施するということになるのではないか。次の医療法改正には難しいと思うのですが、ICTの活用の状況について世界がどうなっているかをもう一度精査した上で、日本には技術は全部あるのですから、それをどう取り入れることが可能なのかを調査する必要があるのではないかと痛切に感じました。

その意味でちょっと宣伝になりますけれども、3月18日に世界最先端のそういうことをやっているアメリカの保険会社の社長を日本に呼びますので、是非その勉強会に御参加していただければと思います。

○翁座長 土屋先生どうぞ。

○土屋専門委員 繰り返しになりますけれども、先ほど松山委員が言われた外来機能と入院機能は、やはり分けて統計を出すべきではないか。とかく日本は病院というとひっくり返して解釈するのですけれども、病院の外来機能と入院機能とを分けて、それと診療所をプラスした外来機能ですね。そうしないと、一番典型は銚子市立病院の問題だと思のですが、あそこは250ベッドの病院を潰すなというので市長さんは当選したのですが、結局再開できない。人口比にして250ベッドをとってもあんな場所では維持できないのは医者だったらみんなわかるわけです。ですけれども、あそこの人口からいったら立派な外来機能は残さないといけない。CTもMRIも必要な人口があるのですけれども、入院にそれだけのベッド数があるかどうかというのは別問題なのです。そこがとかく日本の議論の場合はごっちゃにされるので、松山委員の指摘が大変大事な点だと思います。

さらに地域医療センターというのが今、言われていますけれども、やはり病院機能がしっかりしたところが地域医療センターになるべきだと思います。以前は大学病院がそれを兼ねていたので、病院から離れた形で地域医療センターということが叫ばれることも多いのですけれども、これはまず無理だと思います。県が指導しようが、病院を持っていないところは医者も持っていないわけですから、やはり役割をはっきり区別して、病院のサテライトとしての診療所という形で病院が中心にないと、地域医療センターというのも活用のしようがないのではないかと思います。

もう1点の指摘は統計で、私は社会保障審議会の統計分科会にずっと出ているのですけれども、それではっきりしていることは、長妻大臣の頃、厚労省の中でも仕分け作業をやったときに一番指摘されたのは、厚労省の中の統計が一元化されていない。大臣官房に統計情報部というのがありますけれども、そこで厚生労働省の中の何百という統計を出してもらったら、大臣官房で把握していないものがたくさんある。医政局は医政局でやっている、健康局は健康局でやっているというのがあまりにも多過ぎるということで、是非その辺の整理をしないと、今日話した統計云々も、要求された統計については出してくるかもしれないけれども、相互の関連性がないままいつまでも行っているというのが今の厚労省の統計だと思いますので、医政局側だけでできる問題ではないのは重々わかるのですが、大臣官房を中心にその辺を、是非しっかりしたデータのもとで医療行政を考えていただきたいと思います。

○翁座長 私もちょうと質問させたいのですけれども、地域医療計画に関して保険者が全く登場していないのですが、保険者機能の活用と言っているながらこういった地域医療計画にそういった視点を入れていないのはなぜなのかということで、もっと入れていく必要があるのではないかとというのが1つです。

それから、2次医療圏の20万人についてこれからいろいろな角度から見直すとおっしゃっておられたのですけれども、具体的にどういう角度でこれを考えていこうとされているのか。そのあたりを教えていただきたいのです。

○厚生労働省（佐々木室長） 翁座長のまず1点目、医療計画のところですが、まず5年に1度の医療計画につきましては、御覧のとおりそれぞれの都道府県の医療審議会、これは医療法に基づいて設置されていますけれども、そこで議論していただきます。その場で、これは確かに翁座長御指摘のとおり、47都道府県全ての医療審議会に保険者が入っているわけではないのです。なので、まずこの保険者が審議のどの段階で入っているのかはよくチェックしなければいけないと思いますし、医療法改正に向けた医療部会の中でもそこは御検討いただいております。

一方で、保険者が医療計画なり医療行政の中に入っていないかということ、そうではございませんで、これまた縦割りではないかと言われそうですけれども、高齢者の医療の確保に関する法律に基づく医療費適正化計画は、5年に1度でちょうど医療計画と同じタイミングで見直す。見直すといっても、法律ができて今回が初めての見直しなのですけれども、5年前、医療費適正化計画については、保険者の賛同を得た上で、都道府県ごとに医療計画との整合性を図って作っております。2つ計画があるのがあるのかどうかはありますけれども、医療計画を作るのと同じ部署でそういう保険者の視点というものが入っております。もちろんそれが分かれているのがあるのかどうかというのは別問題だと思っております。これが1点目です。

せっかくですので、先ほどの土屋委員の入院・外来で、外来も病院と診療所があるではないかと。これは翁座長の御指摘の、20万の見直しの際にどういうふうにしていくのかとも絡むのですが、医療計画であれそれに基づく病床規制であれ、一番大事なのは患者さん、住民が自分のところの医療はどういう医療機関がどういう役割を担っていて、仮に自分が病気になったときにどういう流れをしていくのか。それはいきなり大病院受診という問題もある中で、その流れを作っていくという視点においてちゃんとデータも分析したいと思います。それで、20万人の見直しのところですが、先ほど御説明した今回の20万の根拠というのは、2次医療圏の中で患者の流入・流出の観点からで完結しているかという視点で得た数字です。これが流入・流出以外の要因を、例えば行われる医療によっては2次医療圏外に行くのも仕方ない話もありますので、そこにどれだけ細かい要因を入れられるのか考え方を広げていくこととなります。

あと、統計が一元化していないのではないかとというのは確かにそうです。ただ、厚生労働省のホームページをクリックしていくとそれぞれの局の統計があって、一応我々同じ厚生労働省内でもこのデータがどこにあるかというのはそうやって調べておりますので、それでよくはないのですが、一応把握は可能な形になっております。

あと松山委員の御指摘は、先ほどの後藤田副大臣の御指摘と同じ、予防段階からどうやって絡んでいくか、どのタイミングで医療機関の受診になるかということとも絡むかと思

いますので、それは他の局の話なのですけれども、御案内のとおり健康の取り組み方という視点でやっておりますので、いずれオール厚生労働省として、予防からどうやって医療に、そして介護にというところで整理すべきものと思っています。

○翁座長 佐々木さん、お願いします。

○佐々木委員 IT化のことについて少し質問させていただきたいと思います。この会場にいらっしゃる人は私以外は御存じなのかもしれませんが、すみません、教えてください。

2011年からナショナル・クリニカル・データベースというものに手術のデータが全国医療機関で120万件蓄積されていて、全身麻酔の手術の90%以上が実際に登録されていて、医師別、施設別の手術成績を比較することが可能と聞いているのですけれども、それが事実なのでしょうか。

そして、それは2013年秋から施設別、種別の手術成績が各施設の平均とともに施設にフィードバックされる予定で、各施設は術後の管理や手術の成績などへの取組みにこれを使うことになっていると聞いているのです。これも正しいのでしょうか。

そして3つ目、その点について、しかしその情報は一般公開はしてはならないとされていて、各病院の手術ランキングなどの形でも利用してはならないと、禁じられていると聞いたのですけれども、事実なのでしょうか。禁じられているということがもしそうだとすると、何によって禁じられているのか教えていただけますでしょうか。

○厚生労働省（佐々木室長） 今、確認いたしました、ナショナル・クリニカル・データベース、NCDですけれども、NCD自体が外科学会、いわばプロフェッショナル・オートノミーとしてデータ公開をということでやっていますので、ちょっと厚生労働省が直接のハンドリングをしているわけではないということをお承りいただいた上で、データの確かさというところの関係で、ある程度の線引きは学会としてもせざるを得ないというところで、禁じるところの線引きを決め、また、そのデータの出し方としても、いわばプロフェッショナル・オートノミーとして学会の中でこういう施設だということをお国民に知ってもらうために取り組んでいるものと聞いております。

○佐々木委員 素人考えで申しわけないですが、しかしながら、もしそれが本当に全国の90%以上の医師が既にいろいろな事例を登録していて、フィードバックも平均点もいろいろわかることに自ら活用するとしているのであれば、もし厚生労働省が把握できていない、あるいは自分たちの管轄としてはやっていなかったとすると、IT化のときにまた新しいものを作って登録したりするのはもったいないですから、それが事実としてそれだけの分析や医療機関にフィードバックされるということがこの秋から始まるのであれば、是非お調べいただいて、IT化をするときに無駄のないように進めさせていただきたいと思います。また、これも禁じているのがその学会であるということであれば、逆にどうすれば私たち一般の人たちが見ることができるのか、ちょっとここで議論することかどうかわかりませんが、IT化がやはり全ての医療改革の基本だと思いますので、各所で行われている取組み

を是非調べていただいて、活用と公開を急いでいただきたいと思います。

○翁座長 お願いします。

○滝口専門委員 もう1度、医療供給体制について若干御質問をさせていただきたいと思っています。

総括的な私の概念としまして、我が国はことごとく保険を国が仕切っている。医療供給体制については原則自由で、医師の開業権であるとか診療科の選択権というものも全くこれに関して関与をしていない状況の中で、医療供給のコントロールというのは、その中でベッドだけは、増えてくると公的保険の医療費を圧迫するというところで規制が始まったわけですが、今後も医療計画は引き続きベッドコントロールだけでなされるおつもりなのか。それとも、先ほども話が出ておりましたけれども、医師の供給であるとか設備、施設、機器等のコントロールまでいずれ踏み込むおつもりなのか。このあたりについて1つ伺いたい。

それから、必要量の測定や決定がないと、需要量に対する供給量が決まっていけないのはごく当たり前の話ですが、供給量は、これまで議論としては、人口当たり何ベッド必要かという極めてグローバルな医療計画策定をされてきておりますが、本当は疾病ごとに、例えば脳腫瘍は1年間に7,000例ぐらい、グリオーマに関しては3,000例ぐらいしか発生をしませんから、これに必要な医療が供給できる体制と、虫垂炎や腹痛の診療ができる診療所レベルの施設の供給量はおのずから異なってしまうから、このあたりを果たして医療計画という大きな流れの中でどうお考えなのか伺えればと存じます。

○翁座長 お願いします。

○厚生労働省（佐々木室長） 御指摘の2点につきまして、まさに我が国の医療の特徴でございまして、保険はパブリックセクター、供給の中心はプライベートセクターというのは本当に諸外国を見ても極めてまれであります。そうした中で、我が国の今の医療のアウトカムというか、社会保障全体など医療を取り巻く様々な評価はどうかということもあるかと思えます。

ちょっと前置き長くなりましたけれども、まず、病床以外の形でのコントロールをすることが妥当かどうか。これは実は2つ目の御質問の必要量とも関わってまいります。つまり必要量をきっちり定義できれば、それに基づいてコントロールのかけ方が定まってくるので、その意味では今の時点で直ちに必要量をはかる、例えば医療機器の適正配置、今日の資料の中でもありますが、現時点でこれがという決め打ち的な指標が、滝口専門委員御存じのとおり国際的にも何人当たり何台必要かとか、何人当たり医師がどれくらい必要かというものを直ちにはかる、必要量としてはかるものがない中で、正直これは難しいと思っております。

ただ、もともとの医療計画の考え方からすれば、限られた希少資源である医療にまつわる様々なものをナショナルミニマムとして行き渡らせるという意味では、研究テーマであることは重々承知しております。しかしながら、今の我々の調査・検討段階では、必要量

について直ちに高額医療機器の整備だとか、医師数そのものというのは困難です。

ただ、医師につきましては、よいかどうかは別として、平成19年が最後でしたが、医師需給調査のような形である程度の目安を置いた需給バランスというものを全国単位で調査しておりますので、それをどういう形で今後どうリバイズして、どういう形で地域レベルまで還元できるのか。都道府県単位なのか2次医療圏単位なのか市町村単位なのかはありますが、それはまず国全体の医師需給調査をきっちり行った上でだと思っております。

○翁座長 森下先生。

○森下委員 病床規制にもう1回話を戻したいと思うのですが、病床規制自体が非常にフレキシビリティがなくてフィックスされていますね。下限がないというのはある意味需要と供給なのでわかるのですが、上限に対してこんなにフィックスして、1病床も超えないみたいな強力なものである必要性というのはもともと必要なかったのではないかと。なぜ幅を持たせられないのかというのを非常に疑問に思うのです。

通常で考えれば物事は何でも幅があるものであって、上限に関してもっと幅を持たせるという考え方が今からでも持てないのか。完全にフリーにするというのも1つアイデアですし、地域ごとに、都道府県知事なりの権限だということであれば、最大限、例えば3割まではいいですとか、もっとフレキシビリティを持たせればかなり地方の自由度が増すのではないかと。

やはりこの上限のところに張りついているのが一番問題になっているのではないかと私は思うのですが、そうした幅を持たせることがなぜできないのかということと、持たせられるのであれば是非持たせてほしいと思うのです。

○厚生労働省（佐々木室長） 幅を持たせると、幅の上限のさらにそのフレキシビリティはということに。すみません、混ぜ返すような答えで恐縮ですけれども、幅を持たせるという考え方については、少なくとも将来予測とかをする際には重要だと思います。実際、厚生労働省の中でも、年金とかの基礎になる人口将来推計は上位推計、中位推計、下位推計があるわけですから、今後の人口構成の変化に伴って医療の在り方をどう読んでいくのかという点においては、幅を持った考え方というのは少なくとも取り入れるべき重要な御指摘だと思います。

一方で、今の現行制度の中で確かにきっちり、1本の計算式できっちり数字が出ている中で、どうやって柔軟性を担保しているかということ、相当使いにくいという御指摘はありましたけれども、特例許可病床制度はまさにその必要性に応じてフレキシビリティを担保するものですので、もっとこれを使い勝手のよいものとして都道府県が受けとめていただければと思います。かつそれが、繰り返しになりますけれども、地域住民にとって必要な増床かどうか、それによって80キロ離れた田舎の2次医療圏からさらに医師、病床を奪うような結果にならないような配慮を都道府県が考えた上で、運用の柔軟性は必要だと思っております。

○松山専門委員 先ほどのお話にまた戻していただきたいのですが、医療機器の配置規制とか、医師などの人材需給の問題ですけれども、そもそも医療圏の定義を人口単位で考えることに私は少し問題があるように思います。というのは、医療機関の経営の面から見ても、患者サイドから見ても、医療機関への時間距離が重要なのです。

どういうことかという、私は2004年にアメリカ調査をしたときにびっくりしたのですが、米国では50州あるうち確か36州が医療機器の配置規制をやっています。その具体的方法を聞いてみると、例えばバージニア州が救急体制を作るときに、州民の9割以上が30分以内にアクセスできるマップというのがコンピューターの中で計算されて、どこに何を置いたらいいかというのが地図で出てきていたのです。日本にそういうアプリケーションというソフトがあるのかどうかわからないのですが、医療計画を作るときに時間距離という概念を入れて少し検討する必要があるのではないかと。

というのは、アメリカやオーストラリアでは、地域住民が何か医療上の問題が起きたときにセーフティネット医療事業体のサイトを開くと、あなたが必要な医療機関は15分以内もしくは30分以内にどこどこがありますよというのが出てくるのです。その中から選んで、すぐ連絡して必要な医療を受けることができる。それは時間距離を全部計算してあるからなのです。だから、もしそういうことができると過疎地の医療がどこまで足りないのか、足りているのかという計算もできてくるし、もっと国民にわかりやすくなるのではないかと。これはお願いですけれども、そういう視点も必要なのではないかとということです。

○厚生労働省（佐々木室長） 医療圏設定で人口だけではなくという点ですけれども、人口は、先ほど申した1つの2次医療圏で完結できるかどうかの目安として20万を設定したものですので、基本的にはちゃんと患者さんが移動できるかというものでございます。

2点目ですけれども、そうであれば動線です。時間距離に換算した形での2次医療圏の設定だとか医療政策をすべきではないかという御指摘ですけれども、まずそういうソフトがあるかということにつきましては、他の県はわかりませんが、広島県庁時代はそれを使って30分カバー率を実際に計算していましたので、少なくとも作ることは可能だと思います。実際どういうソフトだったかという、道路を使う場合、その道路が大体どういう混雑状況かを、これは国土交通省なのか広島県庁土木局だったのかはわかりませんが、そういう情報を入れればGISのソフトというのは作れるものですので、動線を考えた上での医療供給体制を考える、これは当然入れるべき考え方です。それに対してどこまでソフト作成だとかが追いつくのかはありますが、それに基づくのは、医療計画の非常に根幹的な考え方だと思っております。

○翁座長 他に是非という方は。よろしゅうございますか。

まだいろいろございますと思いますけれども、時間になりましたので、残りはまた適宜委員の中で議論したり、また事務局から確認をさせていただくということで対応させていただきます。

では、厚生労働省の皆様、どうもありがとうございました。

(厚生労働省医政局退室)

(厚生労働省保険局入室)

○翁座長 次に、議題2「支払基金と国保連の役割分担の見直し」ということで、本議題につきましては9月31日のワーキング・グループにおきまして、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会に御出席いただきましてヒアリングを実施いたしました。

本日は、厚生労働省に御出席いただいておりますので、以前ワーキング・グループで委員の皆様からいただいた御意見をもとに、厚生労働省と意見交換を行いたいと思います。

本議題も、まずは事務局から、委員の皆様からいただきました御意見について御説明をいただきまして、その後、簡単に厚生労働省から御見解を伺いまして意見交換とさせていただきますと思います。

それでは、説明をよろしくお願いいたします。

○大熊参事官 資料2「支払基金と国保連の役割分担の見直しに係る論点(案)」でございます。

①審査支払機能の統合。支払基金及び国保連は、どちらも診療報酬の審査支払業務に従事しております。さらに審査支払業務のIT化が急速に進展していていることを考慮すれば、両者の審査支払業務を統合することで効率化を図り、手数料を抜本的に引き下げるべきではないか。また、地域による審査の差異が不透明で不公平であるとの批判が強い。審査支払はあくまで保険診療のルールに従って行うべきであることや、審査支払業務の効率化を考慮すれば、47都道府県の組織は一元化すべきではないか。具体的には、国保の運営が都道府県に移管される、県単位化されるタイミングに合わせて国保連の審査支払業務を支払基金に移管し、その後、全国一元化を進めるべきではないか。

②以降は役割分担というより、審査支払機関の機能・役割の見直しということでございます。

②現行の調停制度の見直し。審査支払の適正な遂行のためには、統一的な紛争調停機能を強化することが必要である。本来保険者側の立場に立つべき支払基金と国保連が、請求側である医療機関からの委員を入れて調停を行っているのが現状の仕組みであり、そこになれ合いが生じる可能性も懸念される。さらに、都道府県ごとの支払基金と国保連の審査支払機関がそれぞれで紛争処理業務を行う現状は、判断の統一性が担保されているとはいえない。したがって、コストが増大しないよう念頭に置いた上で、中立的に紛争処理業務を行う組織を整備し、請求側と支払側が十分に議論できる場を設けるなど、現状の審査支払基金及び国保連の調停制度を見直し、統一的な紛争解決機能を強化すべきではないか。

③診療報酬等の審査体制の見直し。一段落目は審査のばらつきについてこれまで同様に書いています。2段落目、一方、国民健康保険や社会保険等の健康保険などの公的医療保険制度の適用を受ける治療行為や検査、医薬品等については、保険適用の申請を受ける際に、その対象、用法・用量等を記載した上で保険適用について承認を受けております。以上から、レセプト審査において機械的に判断できる割合を大幅に増加させるため、ロジッ

ク審査を飛躍的に拡充し、支部間での共有化を図るべきでないか。少し補足しますと、ここでは、医学的な判断はできるだけロジックの中に入れ込んで、統一された運用がなされるべきであろうということでもあります。

④診療報酬等の締め切り日の見直しについて。診療報酬の算出は月末締めとなっております。審査作業の平準化の観点からは、随時請求とすることや毎週締めとすることなども検討すべきではないか。

次に、委員の中から、審査支払機関の機能だけではなくて、保険者機能の強化も含めた提案をいただいております。

保険者がまず全てのレセプトの確認を可能とする仕組みの導入です。保険者は、保険医療機関等から送付される全てのレセプトをみずか自ら審査したいと考えても、支払いや紛争処理の問題から、現実的には不可能となっております。これは前回、直接審査のテーマを取り扱ったときに、直接審査が可能になったとしても相対の病院との関係でしか直接審査ができないわけですけれども、ただ、能力としては保険者にはレセプト審査をする能力はありますので、全てのレセプトを審査したいと考えるところがあるわけでありまして。一方、現在ほとんどの保険者は、審査支払機関の審査済みレセプトにつきまして改めて独自に点検をしているということもございます。そのため、支払基金または国保連が審査する前に個々の保険者が請求内容の点検を行い、疑義があるレセプトのみを支払基金または国保連に審査依頼を行う仕組みを選択できるように環境整備するべきではないかという御提案です。

具体的には、まず、保険医療機関等は、支払基金または国保連にレセプトを送付。これは従来どおりでございます。次に、支払基金または国保連は、点検を先に行うことを希望する保険者に対し請求内容の審査を行わず、受領したレセプトをそのまま保険者に送付をする。点検を行う保険者は、請求内容を点検し、疑義があるレセプトについてのみ支払基金または国保連に審査を要請する。支払基金または国保連は、審査要請を受けたレセプトのみを審査する。

一方、支払いにつきましては、各医療機関で全ての口座を持つわけにはいかないので、従来どおり支払基金または国保連にお願いするということもございます。

以上です。

○翁座長 ありがとうございます。

それでは、厚生労働省がお見えになっておられますので、今の意見につきましての御見解をいただければと思います。よろしく願いいたします。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） 保険局保険課長でございます。

1番目の審査支払機関の統合でございますが、審査支払機関は支払基金と国保連協会がございますけれども、設立の生い立ちですとか役割はそもそも異なっておりますので、なかなか一足飛びに審査支払業務を統合するのは困難ではないかと考えております。

審査支払業務といいますのは、一番大きな問題は、保険者が委託してやっているもので

ございますので、保険者がどう考えるか、あるいは保険者の了解を得なければいけないということでございます。例えば国保連について申し上げますと、国保連は市町村が共同して事務を処理するために設立した公法人でございまして、審査支払業務だけをやっているわけではないというわけでございます。例えば保険者業務として保険事業をやったりですとか、医療費が高いものを共同で支払いをすとか、あるいは医療費通知を作成したり送付したりですとか、高額医療費の支給額の計算をしたりするというのを全て1つのシステムとしてやっております。また国保だけではなくて、後期高齢者医療ですとか介護保険、障害者自立支援法事業の審査事業等もやっております、国保の保険者である市町村にとってどういう事務をやるのが効率的かというのを国保連が独自に考えて、市町村が共同で処理するために国保連でやっているという実態がございますので、仮に両機関を統合すると申しましても、まず国保連の会員である市町村がどう考えるかという問題がございます。

それから、仮に統合するといいたしましても、人員削減をどのようにやっていくか。それについての奨励金みたいなものはどうするのか。あるいは、お互いに巨大なシステムを作っておりますので、システムの移行経費を誰が負担するのか。あるいは、レセコンの改修を行わなければいけないということで、各方面に非常に、一時的かもしれませんがとても多大な経費負担が発生するわけでございます。これを誰が負担するかという問題が生じます。

したがいまして、私どもといたしましては、平成24年度の衆議院決算行政監視委員会の決議におきまして、競争原理が働かない障壁を取り除く努力を真剣に行うことを求めるとされたところございまして、統合が将来的に絶対に無理かと言われると、そこまでは言えないかとは存じますけれども、直近の決議を踏まえまして、共通化できるところは共通化する。しかる後に、例えばお互いの審査、査定率ですとか手数料の水準というのも違うわけでございますので、競争原理でお互いに切磋琢磨してコストも引き下げて、質の高い審査ができることを目指して、そういうことを優先的にやっていきたいと考えております。

2番目でございますけれども、「現行の調停制度の見直し」のところ、「調整を行うことを業務としている」と書いてあるのですが、これは、法律上は調整を行うということではなくて、審査支払を行うということでございまして、それを専門家である審査委員が行う。しかも医学的な判断まで立ち入って行うという意味で、事実上調整的な機能も果たしております。なので、そこは少し誤解があるのではないかと思います。

例えば調剤の場合は直接審査の実績もあるわけでございますが、調剤の場合、直接審査において紛争が起こる、意見の祖語が起こるといったような場合は、現在でも審査支払機関に意見を求めるというプロセスがありまして、そういう意味でも、現在でもこういう機能を持っているということだと考えております。

それから、確かに都道府県ごとに支払基金と国保連の審査支払機関において判断の統一性が担保されているとはいいがたいという面があるのは各方面からも指摘をいただいでい

るところでございまして、これにつきましては両者の機関の審査委員会において判断の統一性をできるだけ、100%ではありませんけれども、できるだけ担保される仕組みに向けて現在調整を行っているところでございます。

診療報酬等の審査体制の見直しでございますけれども、私は組織として支払基金を所管しておりまして、あと隣におります国保課長は組織として国保連を所管しているわけございまして、実は審査の直接の担当ではないわけでございますけれども、私の答えられる範囲で参考までにコメントさせていただきますと、ロジック審査を、形式的な審査だけではなくて医学的な裁量権にわたるところまでできるだけルールを決めるべきではないかというのは、日本の保険診療の水準にもかかわることでございますので、ある程度専門家の目で検証していただくことが必要ではないかなと思っております。それで問題ないということであればそこは拡充するということかと思えますし、現に、システムのキャパシティーの問題はありますけれども、医学的なことについても検索をしてチェックをかけるようなシステムにはなっておりまして、そういった活用も現実には始まっているところでございます。それによりまして、おっしゃるとおりロジックの作成ですとかより高度な審査基準の作成というのはあり得る話だとは思いますが、飛躍的に拡充できるかどうかというのは専門的な検証が必要ではないかと考えております。それは私の所管を外れますが、私個人はそう考えております。

4番目の締め切り日の見直しについてですが、なかなかすぐにお答えできないと思えますけれども、やはり今、全てのシステムが月に1回請求で動いておりますので、それを随時請求あるいは毎週請求にしますと相当のシステム変更が必要だと考えられます。また、審査の側につきましても、今、専門の審査の担当者を配置する試みもやっておりますけれども、多くの方は専従ではない、基本的には診療の片手間にやっていたという実態があるものですから、毎週審査委員会を回してやっていくというのはキャパシティーとしては非常に厳しいのではないかと考えております。詰めろと言われれば資料をお出しすることはやぶさかではございませんが、なかなか難しいのではないかとというのが私の印象でございます。これも厳密に言いますと担当課が違いますので、私の個人的なコメントと受け取っていただければと思います。

委員の方からのご提案でございますが、これも今、聞いたばかりですので、私が今すぐにお答えするのはなかなか難しいわけでございますので、基本的には持ち帰らせて検討させていただきたいと思えますけれども、幾つかコメントさせていただきますと、やはりかなり大規模なシステム変更は必要になるであろうと思えます。

それから、医療におけるビッグデータの活用であります。審査支払機関においてどのようにたくさん集まってくるデータを分析して、それを傾向なり審査基準に結びつけるかという取組みがまさに始まったところございまして、一部だけをピックアップして審査支払機関に渡すことになると、せっかく一元的にほとんどのレセプトを審査しているデータがなくなってしまいます。各保険者で分散して収納されることになると、こ

これはビッグデータという観点からはいささか問題があるのではなからうか。現実に審査に活用することと、ナショナルデータベースによって、これも担当課が違うわけですが、ビッグデータをいかにうまく活用して日本の医療の質を上げていくかということをやっておりますので、その部分が若干妨げられることになるのではないかなど、これも私の印象でございます。

とりあえずのコメントとしては、以上でございます。

○翁座長 どうもありがとうございました。

それでは、今の厚生労働省の話に関しまして、何か御質問、御意見などございましたらお願いいたします。

○林委員 先生方も御質問がたくさんおありだと思っておりますけれども、まずシンプルな質問からいきたいと思います。

委員からの提案の直接審査について、法律上は、保険者がこのような直接審査を行うことは何ら問題がないということを確認したいと思います。健康保険法や国民健康保険法では「保険者が審査を行う」というのが原則であるはずですが、その点、こういう直接審査のシステムをとること自体は、法律上は問題がないということを確認したいと思いますが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） 現行の健康法上、第76条というのがございまして、保険者は療養の給付に関する費用請求があったときには、いろいろなルールに照らして審査の上支払うものとする。第5項で、保険者はその事務を基金に委託することができること書いておりますので、法律上は保険者が審査の上支払うという原則になっております。

○翁座長 お願いいたします。

○大田議長代理 その件に関して、「最高裁の判決の中でも審査は単に点検措置であって、内部判断作業にすぎないという判決が出ている。とすると、保険者が診療報酬の金額を確定すべきものを点検してもらっているわけですから、直接審査する際の医療機関の同意というのは全く要件ではないはずだと。法律にないにもかかわらず同意を法律以外で要件として、つまり通知で要件として書くこと自体が法律の委任の範囲を超えているのではないか」という指摘を、前回稲田大臣がされました。なぜ医療機関の同意が必要なのか。これは私もよくわかりませんので、改めて伺いたいというのが1点です。

それから、審査支払機能の統合についてです。国保連が保険者の共同事務をやっているというのはよく承知しておりますが、ここでの話はもう1つの仕事である審査支払機能そのものについてです。これも保険者の意向が大事だというお話でしたけれども、私どもが過去にヒアリングしましたときも保険者の方から出てきた御意見として、日本の審査体制というのは94ある。支払基金が支部別に審査委員会を持っており、ルールも持っている。国保連も都道府県別に審査体制を持つので、94のルールがあって透明性がない。それから、各県ごとにばらつきがあって不公平感がある。審査委員は中央に一本化すべきという意見が出ております。土屋先生からも、保険診療をやっているわけですから診療内容に地域特

性があるってはおかしいという御発言が出ているのですが、診療内容に地域特性があるってはおかしいということに賛成なさるかどうかをお伺いしたいと思います。

先ほど来のお話の中で、やはり判断の統一性は担保したい、あるいは共通化できる部分は共通化したいというお話があったわけですが、とするとやはり統合の方向で、問題は、統合するときのシステム費用とかいわゆるコスト面の問題だと考えていいのかどうか、厚労省の御見解をお聞きしたいと思います。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） 直接審査については、すみません、今日は議題ではないと思っておりましたので。

○大田議長代理 では後日で結構です。

○厚生労働省（中村課長） 国保課長でございます。

まず、今も言うていただきましたように、国保連の場合には保険者である市町村が共同で設立をして、審査も含めてでございますが、そうした業務を共同で効率的にやるために作った組織だという中で、やはり他の組織との統合につきましても、従前からでございますけれども保険者である市町村としては非常に慎重な立場の意見が多いということでございます。

これまでもいろいろな場で、医療保険部会も含めまして御議論いただいてきておりますけれども、やはりそこはまだ十分な理解が得られている状況ではないだろうと思ってございます。そうした中で、統一的に対応していくべきだ、保険診療のルールは1つで、地域的な差異があるのは問題ではないかということは、まさに御指摘のとおりだと思ってございます。

それで、今おっしゃった中で医療行為に地域特性があるかどうかということであれば多分あるのだろうと思っておりますけれども、保険診療としては全国統一的にできるだけやるべきだという中で、そのための努力をこれまでさせてきていただいている。しかしながら、支払基金、国保連それぞれの都道府県ごとの取扱い、あるいは支払基金と国保連の間での取扱いの違いもあるのかもしれないという御指摘も従前からいただいてきておりますので、国保連の立場で申し上げれば、当然、都道府県ごとの取扱いについて、全国のスタッフというか、審査に携わる医師の方に集まっていただいて、統一的な取扱いを図るような努力をしております。これは支払基金側も同様だと思ってございます。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） 今、国保課長が申し上げたとおりでございますけれども、若干補足をいたしますと、地域特性というのは恐らくあるのかもしれませんが、1つには高齢者が多いとかそういう意味での地域特性もございまして、その意味で高齢者をもう少しちゃんと見るべきではないかという形での重点の置き方については、地域特性はどうしても出てきてしまうところはあると考えておりまして、実際に各支部によりましては、こういう診療については重点的に見ましようということで、支部独自で条件設定をして、抽出をして、そこは人の目で見るといようなこともやっておりますので、そういう意味での地域特性はどうしても出てくるかと思えます。

ただ、これを全国的に広げるのは、できればやっただいいと思うのですが、そこはステップを積みながらやっていくことが必要でありますし、あるいは全部全国でスクリーニングをやることになると、システムの問題とか、あるいはそもそも審査員の先生方が限られた時間で見られるかどうかというような問題があるので、なかなか業務量との見合いという面があるのも御理解いただければと思います。

それから、県単位ということでは、医師である先生方は私以上によく御存じだと思いますけれども、実際に問題があるレセプトにつきましては、地元の医療機関を呼び出したり、自分から行ったり連絡をしたりして、ここはどういうことなのか、あるいはこれはおかしいのではないかというやりとりをその都度やってございますので、その部分は地域特性というものも出てくるかと思えます。全国で、東京だけで審査するとなかなかできにくい部分になるかとは考えております。

○翁座長 土屋先生、お願いします。

○土屋専門委員 地域特性をいろいろおっしゃったのですが、例えばAという病気で、東京都ではCTをとって通るけれども神奈川県では通らないというようなことがあっては困るというのが単純な問題です。それはそこでとめます。

それで、医師の裁量権と再審査、あるいは調停というような問題の絡みで具体的な例を挙げると、例えば肺炎になった。抗生物質を1日2本が保険で認められる。だけれども医師の裁量で、これは重症度が高いから4本使いたいといったときに、保険で自動的に2本に削られてくることはしばしばあるわけです。ただ、今はDPCになったので入院では余りそういう問題はなくなったわけですが、外来で錠剤であれば当然出てくる。

しかしこれは、症状詳記を出して再審査すると、認められるときと認められないときがある。これは保険者側からしたら、認めるのはおかしいのではないかとというのが保険者の立場だと思うのです。なぜ文章のうまいやつだけ認めて下手な言いわけのものは認めないのかということにもなるので、私は極めて冷徹ではあっても2錠までしか認めないと。

ここで混合診療の問題が出てきて、しかし医学的には正しいことをやっているのであれば、患者が納得するのであればこれは患者からとるべきだと思うのです。これは極めて小さな混合診療ですが、ここをやらないといつまでたっても裁量権の問題と審査で、審査側の裁量でやってしまう。いつまでたっても全国的な統一ルールができない。これは保険的に、財政的に2本しか認められないなら逆に認めないというのが保険制度であって、だけれども制度として成り立たないので、そこを1例1例裁量権だ何だというのを持ち込むからおかしくなるのです。これはまた別問題として、混合診療の問題で論ずるべき問題だと思います。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） いわゆる混合診療の問題はまた非常に大きな問題なので、私も担当ではございませんし、コメントするのは控えさせていただきます。

○土屋専門委員 症状詳記を現場に非常に負担をかけて書かせて、その上でまた認めないとか認めるとかいうのを判断すること自体が保険制度としておかしいのではないかと。

から、がんセンター時代1件10万点を超えるものは全部症状詳記を書かせました。それでも突っ返されてもう1回書かせる。これは日常診療が忙しい現場に相当な負担をかけているということをお知りおきいただきたい。

○森下委員 関連で、私ども全く逆の経験をしていて、薬事法上、最大用量が認められているのに最大用量を出すと切られたり、あるいは期限が決められていないのに勝手に2週間で切られたり、そんなことはどこにも書いていないのです。つまり、医療が少ないときも、範囲内にもかかわらず切られるケースもある。そういうケースはいっぱい御存じだと思いますけれども、そういうことはやはり基本的におかしいと思うのです。

ロジックで十分できるところで、かなりカバーしていると思いますよ。言われるようにオーバーすれば自動的に切るし、逆に範囲内であれば当然それは認められるべきであって、そこで無駄な手紙のやりとりをすること自体やはりおかしいと思うのです。そこができないという理屈は、私はおかしいのではないかと思うのです。

○翁座長 いかがでしょうか。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） すみません。御趣旨がよくわからないのですが。

○森下委員 ロジックの中で、要するに保険診療の範囲を決めたら自動的にかなりの部分は査定ができるのではないのか。医者を入れる範囲をもっとぐっと縮小してもできるのではないかということです。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） ロジック点検をやっていきますと、ロジックだけで全部ぱっきり切っていいものかどうかというのはまた御議論があるところなのではないかと思えます。

要するに、たくさん付箋を立てていくことになると、その分審査員がたくさん見なければいけないということはあるのではないかと思うのですが。

○土屋専門委員 ぱっきり切って不都合なのが続くようであればルールを変えればいい話で、そのルールにこだわること自体がおかしいのです。ルールに対する根本的な考え方が違うと思うのです。ルールは決めたら守らなければいけないのです。法治国家なので、それが不都合だったらルールを変えるという勇気を持たないといけない。それをやらないからこの制度は無駄があり、無理があり、むらが多すぎるのです。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） 再三申し上げて恐縮です。それは保険診療のルールをどうするかという問題として、別途論じるべき問題だと考えております。

○大田議長代理 ロジック点検の比率が55%と伺っていて、厚労省のお話ではコンピューターチェックするポイントは逐次増やしているということなのですけれども、韓国の例を見ても増やすべきだと思うのです。コンピューターチェックを増やしていけば、統合が十分に可能ですし、その方が効率的だと思うのです。さっきからのお話の流れでいくとやはり統合すべきだと思うのですが、いかがでしょうか。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） ロジック点検をしても、本当にそれこそ誰が見てもロジックで査定できるというのは一部であると聞いておりまして、ここはちゃんと人手

によって査定すべきかどうか検討すべきだ、ということも含めてのロジック点検に実はなっております。したがって、全く紛れのない保険診療ルールができるという理想的な世界を別にすれば、人手による審査は、あるいは審査支払は、支払いの部分はかなり効率化できると思いますけれども、審査というのはどうしても必要な部分があるのが現状だと考えております。

○翁座長 松山先生、お願いします。

○松山専門委員 確認したいのですが、診療内容の差ということに関連して、厚労省が国保データをベースに地域差指数というのを作っていますね。あの地域差を見ると、例えば全国平均が1で長野県が0.88かな。福岡とか高知が1.1か1.2ぐらいです。つまり都道府県で2、3割差が出ているわけですが、それは年齢差による影響を削除したデータですので、診療内容の差がそこに出ているという理解でいいのですか。診療内容の差というのはそれぐらい出ているという意味ですか。

○厚生労働省（中村課長） 今、資料は持っていませんけれども、やはり医療機関の所在状況でありますとか、そういったところも差が出てくると思います。患者の動きがどうなっているかにもよってくると思いますので。例えば国保の世界でいえば、精神科の医療費が高いとかそういった特定の診療科の医療費が高いような事実は見てとれることがございますが、そこから個々の医師が行われている診療行為の中身の差異まで反映していると分析ができかという、恐らく無理なのではないかと思っております。

○翁座長 お願いいたします。

○林委員 結局この問題については、支払基金にしても国保にしても保険者が事務費を負担しているわけです。非効率な受託業務がされていて、高い事務費を払わされているという保険者の観点からすれば、今の在り方を、当事者が何と言おうと業務の統合をするなりして合理化していくことが本来求められると思うのですが、そういった観点の政策形成というものを厚労省はお考えにならないのでしょうか。

○厚生労働省（中村課長） 国保の関係で申し上げれば、繰り返しですが、まさに保険者である市町村が審査を行う組織として国保連を作っている。その他にも共同事業、様々な業務をあわせてやっております。

当然保険者としては手数料が安い方がいいに決まっていますので、そこについては国保連の中の理事会、あるいは総会の中でそういう保険者の効率化に向けた努力を求める声は日常業務的にあると理解してございます。これは別に審査支払に限らず、総務関係の費用であろうが他の業務であろうが同様だと理解してございます。支払基金の方も、構造的には保険者からの代表の理事もお入りになった中での手数料設定等を行っておりますので、同様ではないかとお答えしておきます。

○林委員 そうであるとすれば、今日の委員からの御提案の方法は、具体的な御提案としてはすごいコストカットになるはずなのです。100分の2、3%だけ実質的な審査を国保なり支払基金でやれば済むわけですから、そういった意味でこれを積極的に御検討いただく

ことはできないのでしょうか。

○翁座長 今日、初めて聞いたということなので、また改めてこれは御検討いただければと思いますのでよろしくお願いいたします。

○厚生労働省（中村課長） ちょっと気になりましたのは、当然最初に保険者が見るということであれば、その分のコストは自ら、例えば市町村であればとてもレセプトを見るだけの能力を持った職員はそんなにいるとも思えませんので、何がしかの外注をしてやっていくということだと思しますので、そのコストが当然別途発生する。例えば国保連に払う手数料は減るかもしれませんが、そこは生じるのではないかなと思います。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） 支払基金というか健保組合、被用者保険サイドでも一緒でございます。それを乗り越える工夫としては第三基金を作るとかそういうのがあるのかもしれませんが、やはりどうしても個別にやっていると非効率な部分が出てくるのではないかという気はいたします。

○翁座長 滝口先生、お願いします。

○滝口専門委員 議論は次に回るのかなと思っておりましたのですが、2点だけ指摘をさせていただきますと存じます。

まず、今の時点で健康保険法上の各保険者、いわゆる単一の健康保険組合を始めとして政管健保、今は協会けんぽになりますか、あとは市町村といった国保の保険者が、恐らくほとんど保険者点検をやっていると思います。これはもうかなり以前から御省御局の御指導のもとにさんざん保険者点検をやれ、ということでこれを推奨してきている。私が持っている数字では、健保組合の92%程度は既に何らかの形で外注するなり、自ら審査員を雇うなりして点検を行っているという事実がございます。国保の方は実は正確な数字が入っておりませんが、恐らくこれもほとんどの国保の保険者で点検を行っている。これらは既にもう費用をかけて点検を行っております。

支払基金の例で申し上げれば、支払基金は約0.9%、1%弱の原審査による査定を行っておりますが、点検後に再審査請求を行っている保険者は全レセプト件数の2~3%の再審査請求を行っているという事実がございます。少なくとも支払基金が行う審査の指摘率に比べて、保険者が自ら点検を行って指摘をする指摘率の方が高いわけでありまして、もしそうであれば、そもそも支払基金の審査というのは一体何なのか。これを一旦飛ばして各保険者がまず点検を、現在でも行っているわけですから、この点検を先にやらせて、保険者が問題があるのではないかと指摘をしたレセプトだけを支払審査機関が審査をするという形をとるのは、どう考えても合理的だろうと考えるのですが、そのあたりについてはいかがお考えでしょうか。

○厚生労働省（鳥井保険局保険課長） 再審査請求については、保険者が不満がある場合にどれぐらいの再審査を求めているか、どういう機会を求めているかどうかという内容の精査も結論を導き出すためには必要だと思います。いずれにしても、この場ですぐ見解が出せることではないと思います。

それで、ちょっと違ったデータですけれども、再審査査定割合という指標をとってございます。それは保険者が不服申し立てをして再審査をする、それによる査定点数を分子にとりまして、分母には原審査の査定点数をとるという指標でございます。これは前回出した資料なのでまた御参照いただければと思うのですけれども、平成11年度におきましては、不服申し立てによる再審査の査定点数が、全ての査定点数のうちの35.3%を占めておった。それを電子チェック等々による審査の強化を経て、その数値は今9.3%に下がってきておるわけです。

したがって、再審査の保険者による努力の部分と、支払基金による審査の部分というのが、お互い切磋琢磨しておるとは思うのですけれども、審査支払機関の審査のパフォーマンスというのは、かなり近年改善をしているということは言えるのではないかと考えております。

○滝口専門委員 国保連の方はどうか存じませんが、支払基金に関して申し上げれば、今から10年ほど前から、再審査半減運動というのを基金内で運動として始めておられて、結果的にどういう数字が出てくるかという、原審査の査定量が増えたために結果的に再審査が減ったというならわかりますが、実は原審査の査定数がほとんど変わらないにもかかわらず再審査の査定が減ってくる。これは事実上、原審査は正しいという架空の前提に基づいて、保険者が点検をして提出した内容についてはことごとく原審どおりでこれを却下するという動きが極めて顕著だったと数字上は見てとれると考えておまして、もちろんロジック点検による合理性、もしくはデータがデジタルになったことによる点検の効果というものも否定はいたしません、それ以上にやはりそういった意図的な動きが再審査の容認率が下がってきたということに起因するのだろうと考えております。

今、申し上げたのは、再審査の数字と原審査との査定金額の比較を課長がなさったのであえて申し上げたのですが、いずれにしても、支払基金の原審査を一旦パスして、点検を先行することの不都合は、恐らくほとんどないのだろうと私は考えております。先ほど申し上げたように、実状に鑑みれば、既にほとんどの健保組合が自ら点検をやっておりますし、それにかかわる費用も既に負担をしておりますし、支払基金としてはもともと事務共助と言われる作業により、事務方の手によって附箋をつける、今はディスプレイ上で指摘されますが、それをもって審査員の先生方が審査をしている、少なくともこの事務共助は一切撤廃ができるのではないかと考えております。つまり各健保組合が事務共助の代わりになるのではないかと。

いずれにしても、この提案は、現状の運用を踏まえた上でほとんどその流れに大きな障害や大きなシステム投資を必要としないで可能性のある仕組みの改定だろうと考えております。

ついでに申し上げますと、先ほど課長からビッグデータの収集が、全部のデータが自分の手元に残らなくなると収集が困難になるというお話がございましたが、レセプトの審査・点検とデータ収集は別の議論だろうと考えておまして、もしビッグデータをきちっと集

めるのであれば、これはこれで別の仕組みが必要だと思えます。点検・審査に紛れてデータを全部集めるのではなくて、きちっとその目的とか使い方とか方向性を議論した上でデータ収集はされるべきだろうと考えます。

以上でございます。

○翁座長 お願いいたします。

○大田議長代理 1点だけ。資料2では国保連と支払基金、行く行くはこの全部の統一という提言になっているのですけれども、今日のお話を伺っていて、例えばシステムの在り方が違うのでシステム費用がかかると、これはある程度納得できます。ですから、まずは支払基金の中で47都道府県を統合して全国を統合する。それによってコストを下げていく。保険者は今、両方を選べるわけですから、一方のコストが下がることによって保険者が支払基金と国保連のどちらを選ぶかそこで競争させると、こういうステップも、是非御検討いただければと思います。

○翁座長 よろしいですか。

それでは時間になりましたので、委員からのご提案につきましては改めて御検討いただきまして、また事務局を通じてなり直接なり議論させていただく機会を設けさせていただければと思います。

今日はどうもありがとうございました。

(厚生労働省保険局退室)

○翁座長 本日の議論につきましては、「レセプト帳票の見直しなど分析可能なデータの整備、保険者による直接審査の推進」などと同様に、第一クールのようにワーキング・グループの中間報告、報告書として、最終的には年内ぐらいい取りまとめていく予定でございます。

本日のワーキング・グループの議題は以上でございますが、事務的な連絡がございましたら、事務局からお願いいたします。

○館次長 座長のおっしゃったとおりに、また厚労省とも意見調整させていただきたいと思っております。

また、日程については、後ほど別途連絡させていただきます。

○翁座長 それでは、これで会議を終了させていただきます。

どうもありがとうございました。