

健康・医療WG（第9回） 議事概要

1. 日時：平成25年9月30日（月）17:00～19:07
2. 場所：中央合同庁舎第4号館12階共用1214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）、
金丸恭文、森下竜一
 - （専門委員）滝口進、竹川節男、土屋了介、松山幸弘
 - （政府）稲田内閣府特命担当大臣（規制改革）
 - （関係団体）社会保険診療報酬支払基金、国民健康中央会
 - （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）鳥井保険局保険課長、佐々木保険局医療課企画官、勝見保険局保険課健康保険組合指導調整官、加藤医療費適正化対策推進室室長補佐

4. 議題：

（開会）

1. 支払基金と国保連の役割分担の見直し
 - （1）社会保険診療報酬支払基金からのヒアリング
 - （2）国民健康保険中央会からのヒアリング
2. 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

- （1）厚生労働省との意見交換

（閉会）

5. 議事概要：

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

皆様方には、御多用中御出席いただきまして、誠にありがとうございます。

本日は、稲田大臣が5分から10分程度遅れて御出席の予定でございますので、稲田大臣御出席、御挨拶いただく前に、まず事務局より1点御報告させていただきます。

報道陣の皆様には、稲田大臣御到着後に写真撮影いただきますので、まずは一旦御退室をお願いいたします。

（報道関係者退室）

○館次長 それでは、事務局より1点御報告申し上げます。

本日より、日本メディカルビジネス株式会社の代表取締役であり、東京女子医科大学第二外科の非常勤講師でいらっしゃいます滝口様に専門委員として健康・医療WGに御出席いただくことになりましたので、御報告させていただきます。

それでは、滝口専門委員から御挨拶をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○滝口専門委員 今、御紹介にあずかりました、東京女子医科大学の滝口でございます。このたび、岡議長の御推薦で専門委員として参加させていただくことになりましたので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

初めに、10分ほど御挨拶をという事務局からの御指示がございまして、当初は、一般的な規制改革に関する私の考え方、特に医療の分野における私見を申し上げようと思っておりましたが、先日、大熊参事官とお話をさせていただいて、なおかつ、今回のレジュメを拝見したところ、ちょうど私が専門とする分野での議論がまさに渦中にあるということがわかりまして、それであれば、この10分間をいただいて、少し議論をキャッチアップさせていただければと考えて、急遽、お手元に資料を配らせていただきました。

まず、今日の議題の1つは支払基金と国保の業務ということでございますし、もう1つは直接請求審査支払と、そのレセプトの内容についての改革といったところのようでございますので、直接請求審査支払についてまずお話させていただきます。

私どものグループは、レセネットと称するプラットフォームを提供して直接請求審査支払を推進しておりまして、平成25年の9月時点で健保組合が20、保険薬局が967で、おおむね3万件から、多いときですと5万件に近いレセプトを今運んでおります。恐らく1年後には10万件程度のレセプトが運べるようになるだろうと考えております。これは御参考までということでございます。

実は、このレセプトの議論であるとか、支払基金の議論をする上でどうしても欠かせないのが、今の健康保険制度の各プレーヤーとお互いの契約だろうと基本的には考えておりまして、これにつきましては、もちろん、既に先生方、十分におわかりだとは存じますが、改めてここで簡単に、この各プレーヤーの保険におけるそれぞれの契約関係についてお話を申し上げたいと思います。

大きく、プレーヤーは保険者、被保険者、医療供給者の3者でございます。被保険者の中に一部受給者がございます。これは医師との関係で言えば患者ということになります。保険者と被保険者の間には保険契約が、これは公契約でございますが、国が法定して契約を結んでおりまして、すなわち、被保険者が万が一病という事故に遭ったときには保険給付してあげましょう、この給付については、療養という現物で給付します、ということになっております。

ところが、保険者は医者ではないので、療養という現物を自ら給付することができませんので、医療供給者に対してあらかじめ給付事務の委任契約を結んでおります。したがって

まして、被保険者は保険証を持って医療機関を訪ねるときには、実はこれは受診をするのではなくて、給付の申請に行っていると考えた方が、この制度上の建て付けとしてはわかりやすいと思います。医療供給者はあらかじめ契約した保険者との間での約束事に則って療養の給付を行った後で、その給付に要した費用を保険者に請求するという仕組みになっております。これがレセプトで毎月なされる診療報酬の請求ということでございまして、これも厳密には、治療費、医療費の請求ではなくて、むしろ、給付事務をなした事務の報酬を請求しているというのが恐らく制度上の解釈としては正しいところなのだろうと思います。

そうしますと、この保険者と医療供給者の間のその請求上の権利義務はどういうことになるかと申しますと、実はこれは既に過去、最高裁で判決が出ておりまして、後ほど御確認いただければ法的な根拠というのが比較的是っきりすると存じますが、要は、レセプトは単に民間の債権・債務の確認の書類にすぎないと。その書類としてのレベルは極めて低いもので、医師の押印も要りませんし、求めれば再発行も可能であるといった、民間のいわゆる請求書のレベルを逸脱しておりません。

したがって、このレセプトを審査するという概念は、非常に高いハードルを設けて難しく考えさせておりますけれども、実際には双方がその債権・債務について納得すればそれで足りていくといったものでございまして、あえてそこに支払基金を間に挟んでいろいろと、昭和23年以来さまざまにこの制度を運用してきた、もちろんこれは功罪があるとは認識しておりますが、そのあたりの状況を十分に踏まえた上で御議論いただければと考えております。

2003年にレセプトの直接審査が容認されました。医師会からは、けしからん、とんでもないという議論が沸き起こったところではございますが、なぜレセプトの直接審査請求が意義あるのかということについて、私なりに考えたところを論文にしております。

その中で、一番重要なのは、これまで国が関与して支払基金が間に入って仕切ってきた保険者と医療供給側との間に直接の対話を可能にして、もっともっと双方のクライアントである国民、患者に対して協働して働きかけをしていくことが実際に可能な一步を踏み出したという評価を私はしております。

直接請求審査につきましては以上でございまして、もう一点、電子請求を視野に入れた、いわゆる診療報酬の内容の改定についての議論が今日あると伺っておりますが、これにつきましては、平成13年の11月に健康保険組合連合会がとりまとめた「電子請求を視野に入れた診療報酬明細書の改革の研究」という文献がございまして、ここにも、私自身、委員として参加をして、どういう形のレセプトであれば保険者としてこのレセプトを分析して有効に役立たせられるかといったことについて、入院及び外来のレセプトをかなり詳細に専門委員が集まって議論した結果がまとめられており、これも御参考にしていただければと存じます。

いきなり本題に切り込んでしまつて誠に恐縮でございましたが、これをもって私の御挨拶

搦に換えさせていただきます。どうもありがとうございました。

○館次長 御挨拶以上の論点の整理までいただきまして、どうもありがとうございました。

それでは、稲田大臣が御到着されましたので、議事に入る前に、大臣から御挨拶いただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○稲田大臣 本日は、お忙しいところお集まりいただきまして、委員の皆様方、また専門委員の皆様方、ありがとうございます。

本日は、今期の健康・医療WGの検討項目のうち、今、滝口専門委員から事前の論点整理もございましたけれども、支払基金と国保連の役割分担の見直しについてのヒアリング、また、レセプト帳票の見直しなど分析可能なデータの整理、保険者による直接審査の推進について、厚生労働省との意見交換を予定いたしております。

本年6月にとりまとめられた日本再興戦略等では、レセプト等のデータの分析に基づく健康保持増進や医療費適正化等の取組を推進することがうたわれております。我が国が目指す、国民の健康寿命が延伸する社会を実現していくという観点からも、本日検討いただく項目は非常に重要なテーマだと認識いたしております。健康・医療分野の規制改革は重要なテーマがまだまだ残っておりますし、国民からも、今期の規制改革会議、大変注目されておりますので、引き続き、委員の先生方、また専門委員の先生方の活発かつ忌憚のない御議論、よろしく願い申し上げます。

○館次長 ありがとうございます。

それでは、ここからの進行は翁座長をお願いいたします。

○翁座長 では、議事を進めさせていただきます。

議題1、「支払基金と国保連の役割分担の見直し」ということで進めさせていただきたいと思います。本議題につきましては、7月31日の当ワーキング・グループにおきまして、厚生労働省から審査支払機関に関する取組についてお話を伺いました。本日は、実際にレセプトの審査支払業務に携わっていらっしゃる社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会の方々に御出席いただきまして、審査支払機関の業務についてお話をいただくことになっております。社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会の皆様には、大変お忙しい中御出席いただきまして、どうもありがとうございます。

早速でございますけれども、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会の皆様より、それぞれ10分程度で御説明いただき、その後まとめて質疑応答とさせていただきたいと思います。

ではまず、社会保険診療報酬支払基金からの御説明、よろしく願いいたします。

○社会保険診療報酬支払基金 社会保険診療報酬支払基金の専務理事をいたしております足利と申します。本日は、お時間をいただきましてありがとうございます。支払基金の業務について御説明させていただきます。

お手元の資料、「支払基金の事業運営について」という資料に基づきまして順に説明させていただきます。

まず1ページ目、私ども、専門の支払機関であるということで、先ほど滝口先生からもお話がありましたけれども、昭和23年から、こういうスタイルといいますか、全国23万カ所の医療機関等から請求されます、月に約8,000万件のレセプトを審査の上、1万5,000カ所の保険者等へ請求し、着実に支払を実施しておるところでございます。

絵を御覧いただきますと、被保険者の方が医療機関にかかりまして、それが毎月、診療した翌月の10日までに私どもの各都道府県にあります支払基金の各支部にレセプトが提出されまして、そこで審査いたしまして、その翌々月の10日までに各保険者へそれを請求すると。それを当月の20日までに私どもに保険者から支払をいただきまして、それを翌日には各医療機関にお支払いするという1カ月の流れで毎月業務を行っておるわけでございます。国保連さんもいらっしゃいますが、私どもは被用者保険の業務を担当しているということでございます。

さらに加えますと、その右のところの絵にございますが、生活保護等の公費負担の医療も実施をいたしております。こういった保険者という窓口の数が合計1万5,000というようなことでございます。したがって、支払基金というファンドのような名前になっておりますけれども、基本的には保険者さんに請求しまして、それをいただきまして翌日に医療機関へ支払うという、右から左にお金を決済しておるという機能でございます。

組織としまして、2ページ目でございますが、役員20人ということで、職員が4,600人、それで、審査委員、実際にそのレセプトを審査するドクターの先生、歯科医の先生、それから調剤の薬剤師の先生、こういった方々が毎月毎月レセプトをチェックいただいております、4,600人ということでございます。本部で理事会というのがございまして、保険者代表、被保険者代表、診療担当者代表、そして公益代表の4者からなる理事会で、毎月毎月、意思決定を行っておるということでございます。支部におきましても同様の幹事会というものが行われております。

それから、審査委員会の方は、中立・公正な審査、それから紛争処理という機能を担保するというので、これまた、それぞれ診療担当者代表、保険者代表、学識経験者の3者で委員を構成しているということでございます。各支部に審査委員会というのがございますが、本部におきましても、高点数のレセプトを審査する特別審査委員会というのが置かれてございます。

めくっていただきまして、私ども、「審査支払機関における審査」でございますが、審査というのは、診療行為が保険診療ルール（療養担当規則、診療報酬の点数表等）に合致するかどうか、適合しているかどうか確認する行為ということでございますが、実際、その診療行為、いろんな患者さんがいらっしゃいます。それから、医療もどんどん高度化、専門化しております。非常に個別具体的な診療行為をレセプトという形で医療費の請求をされてくる。片や、保険制度上はルールをできるだけ標準化して画一化したものに対する要請がある。そういうことで、この両者の間でせめぎ合いの中で審査が行われると。最終的には、個別事例ごとに医学的妥当性の判断がなされているということでございます。

4 ページでございますが、「レセプトの電子化率の推移」を表しております。レセプト、以前は紙で一枚一枚提出されておったわけでございますが、電子化が進められまして、現在では92.4%のレセプトが医療機関から電子で提出されるに至っております。これは、オンラインで来るもの、それから媒体で提出されるもの、双方合わせまして92.4%という数字になってございます。この10年間の電子化の伸びが非常に高いということでございますが、それをどのようにチェックするか、「電子レセプトチェックの概要」、5 ページでございますが、オンライン請求、電子媒体請求、2通りの請求がございます。これが支払基金に請求されまして、オンラインで請求したものについてはASPという事前のチェックがかかるような仕組みが設けられておりまして、記入の不備とかがございましたらすぐその場でお返しすることができる形になってございます。受け付けましたら、受付・事務点検チェック、それから、②、③、④の電子点数表だとかいった電子的なチェックを行うという仕組みがとられております。

したがって、従来、紙の時代はなかなか、8,000万件もあるレセプト全てに目を光らせるというわけにいかないために、重点化をして審査するというようなことが行われておりましたけれども、電子でありますので、このチェック項目については全てチェックされるという状況になってございます。その結果を踏まえまして、職員が、これは適正な請求かどうか、それを踏まえて今度は審査委員が審査しまして、最終的に審査委員会で決定するという仕組みでございます。

6 ページは、今申し上げました各チェックの内容を少し御説明しておるものでございます。

それから7 ページも、この3年間でチェックの項目を大幅に増やしてきております。システムを拡充いたしまして、かなりの傷病名と医薬品の適応との対応等を始めとしましてチェック項目を増やしてきておるといふ数字でございますが、その結果、8 ページですが、医科の電子レセプトの査定、要は不適正な請求であるということに査定するわけがあります。そのコンピュータのチェックと職員の目と、それから審査委員とそれぞれどのような寄与割合になっているかといいますと、査定の箇所数で言いますと、コンピュータのチェックによるものが半分近くというのが真ん中のグラフで点数で見ますと、右のグラフでコンピュータチェックによるものが55.2%、コンピュータのチェックにはなかったのですが、職員が見つけたものが27.5%、最終的に職員も目が届かなくて、審査委員として見つけたものが17.3%と、そういった構成になっております。

いずれにせよ、下のところにも書いてございますが、最終的にはその審査委員の審査を経た上で査定とすることになるわけでございますが、この査定がなかなか難しいというのが9 ページのところでございますが、機械的に一律にできればいいのですが、残念ながらといいますか、医療の、先ほども申し上げました個別性ということで、例えば点数表では、救急医療管理加算ということに言いますと、その他何とかに準ずるような重篤な状態、準ずるようなというものの範囲が明確に定められておりませんので、それはもう個

別個別に現場のお医者さんがそういう請求、それに準ずるということで請求を上げてくる。それに対して審査の側が、それに準ずるかどうかなどを判断しなければいけないということになるわけでありませう。

それから、医薬品の取扱いの例としましては、医薬品の添付文書には、「年齢・症状により適宜増減」とかというような記載がありまして、これまた範囲が明確でない。それから、昭和55年の保険局長通知におきまして、要は、一番下にありますが、必ずしも適応症に該当しない場合であっても認められる場合があるというような通知が出ておりまして、こういったことを個別個別に審査委員会が判断せざるを得ない。なかなかコンピュータで一刀両断にはいかないというところを理解いただきたいと思います。

10ページは、私ども支払基金、47の支部と申しましたけれども、小さな支部におきましても全国同じ視点で審査事務が行えるようにするためにネットワークをつないで、当該支部以外の支部での点検を求める、そういったことを努力しております。

そういった努力によりまして、11ページであります、私どもの審査実績のパフォーマンスを表す指標としまして、再審査査定割合というのを示しております。これは、私どもが毎月10日に受け付けまして、その月に審査を経て査定となるわけですが、必ずしもその中で十分見切れないものがございます。それについては、保険者さんの方にレセプトが参りますので、保険者さんの方で改めて時間を持って審査すると、再審査ということで不服申し出が出てくるわけでありませう、要するに、トータルの査定の点数に占める不服申し出で出てくる査定の分、これが私どものパフォーマンスの指標の1つと見ておりますが、これが年々かなり下がってきておるということで、それなりに私どもの最初の審査が充実してきている。しかしながら、まだ10%弱の見落としになっておるということで、これをさらに上げることが私どもの課題ということでございます。

あとは、効率的な事業運営ということで、紙が減ってきておりますので、それを集約して処理するとか、それから、そういったシステム化によりまして、職員の数も当然、要員効果が出ますので、減らしてきております。13ページでございますように、職員定数はピーク時の13年度と比べると27.9%減らしてきております。当然、紙のやりとりというものがなくなりますので、そういった要員が要らなくなるということでございます。

一方で、私どものこういった業務は、保険者さんからの手数料で実施しております。14ページの手数料の推移を御覧いただきたいと思います、保険者さんの手数料をこういった形で効率化努力をすることによってかなりの引き下げをしてきているということでございます。

その他としましては、私ども、レセプト電算処理システムのプログラムを開発、各種マスターの更新といったことにつきましては、厚生労働省の要請を受けまして、支払機関が主導的に実施してきております。国保連さんと共同で、国保連さんの方から費用は後でいただきまして、私どもの方で開発するといったようなことをこれまで行ってきたところでございます。

その他、16ページは、全国組織の機能を踏まえた、法律により実施している業務としまして、高齢者医療制度関係、後期高齢者医療制度、前期高齢者医療制度ですとか、退職者医療ですとか、介護保険の業務ですとか、こういった業務につきましては、保険者さんからお金を集めまして実施機関にお金を配るという仕組みですので、もともと医療保険の制度の範囲内で行っている決済システムがそのまま活用できるということで、こういった業務も厚労省の方から法律に基づいて実施させていただいていると。

最後、特定B型肝炎の給付金の支給関係業務というのも、最近の業務として厚労省から法律に基づいて受けているというところでございます。

とりあえず私の方からは以上です。

○翁座長 ありがとうございます。続きまして、国民健康保険中央会様から御説明をお願いいたします。

○国民健康保険中央会 国民健康保険中央会の常務理事の飯山と申します。では、私から、お手元の資料3、「国保連合会及び国保中央会の業務について」に基づきまして御説明を申し上げたいと存じます。

1 ページでございますが、国民健康保険団体連合会は、市町村と国保の保険者が共同で効率的に事務を行うため設置いたしました公法人でございます。このため、運営につきましては、総会や理事会を通じまして保険者の意向が反映される仕組みとなっております、いわば保険者の共同体という性格を有しているところでございます。国保連合会には、国保レセプトの審査を行うため、都道府県知事が委嘱する審査委員、医師、歯科医師及び薬剤師でございますが、これをもって組織される審査委員会が置かれております。その他、主な会員が市町村であることから、後期高齢者医療、介護保険など市町村に関連する業務を共同して実施し、その効率化を図っております。

国保連合会では、診療報酬審査支払業務と保険者事務共同処理業務を一体的に実施しておりますことから、後ほど御説明します国保データベースシステムを始め、資料に記載のような事務の効率的・効果的な実施が可能となっております。

なお、国保中央会は国保連合会を会員とする公益社団法人でございまして、各国保連合会に共通する業務をまとめて行うことにより効率化が図られる業務、例えば標準システムの開発や高額レセプトの審査等を行っております。

次に、2ページでございます。(1)にございまして、国保連合会の主な業務の1つとして国保や介護保険の費用の審査支払を行っておりますが、これは保険者の共同体として行うという性格のものでございます。また、同様の趣旨から、(2)から(4)に掲げるような種々の共同事業を実施しております。

次に、おめくりいただきまして、資料の3ページから4ページでございます。各事業の実施状況でございますが、3ページに掲げるとおりでございまして、例えば国保では年間で5億、後期高齢者医療では4億、介護保険では1億を超える件数の審査支払を行っております。

なお、4ページの出産育児一時金関係でございますが、こちらは被用者保険の正常分娩分の支払業務も担当しております。

次に、おめくりいただきまして5ページでございますが、国保連合会の審査支払業務に用いております情報処理システムの開発・運用の状況は、そこに記載してございますとおり、基本方針といたしまして、オープンシステムとしております。また、オペレーションシステムは、どの連合会も利用できるように、Windowsを採用してございます。

次に、6ページに現行の医療保険システムの概念図を記載してございますが、これは6ページに書いてありますとおりの構成となっております。例えば保険者に代わって被保険者の資格確認を行って、医療機関に対して資格の喪失状況を早期に連絡することを可能とするなど、保険者の事務の軽減を図っているところでございます。

また、中央の枠の右肩の緑のところではありますが、保険者レセプト管理システムというのがございます。これは国保特有のシステムでございまして、保険者負担を軽減するため、レセプトは国保連合会が保管し、保険者は必要に応じて端末からアクセスして点検等を行う仕組みとなっております。

次に、7ページでございます。国保連合会の審査支払業務経費のうちシステム関係費は約3割を占めております。中段の緑色の欄にございますとおり、平成23年度にリリースいたしました国保総合システムは、レセプトの電子化に対応し、全連合会が参加するシステムとして効率化を進めたものでございます。

次に8ページでございますが、国保連合会は、介護保険制度の創設や後期高齢者医療制度の発足など国の制度改正に対応して、新たな業務にも積極的に取り組んでいるところでございます。

しかしながら、9ページにございますとおり、このような新たな業務に取り組むに際しましても極力効率化を推進いたしまして、職員数を削減してきてございます。そのうちの審査担当職員も、下の赤い線にございますように、ずっと削減を続けてきております。これは例えばレセプトの電子化等に対応しての削減も含まれております。

また、10ページにございますとおり、効率化のため、各国保連合会では中期経営計画等を策定いたしまして、先ほど述べた標準システムの導入などいろいろの努力を行っているところでございます。

また、業務の効率化を進める一方、医療審査の質の向上には、近年、特に力を注いでおりまして、数値目標の設定など各種の方策を推進してございます。

11ページでございます。このような方策の推進により、そこにございますように、近年、審査支払手数料は着実に減少し、他方、査定率は、一時低下いたしましたものの、ここ数年は上昇に転じております。

12ページには、最近の審査委員数や審査件数の推移を示しておりますが、御覧のとおり、緑の棒グラフの審査委員数につきましてはほぼ横ばいで推移しておりますが、赤色の折れ線の審査件数、あるいは青色の折れ線の審査委員1人当たりの査定点数、こちらは増加し

てございます。

なお、平成22年度の審査件数が前年度と比べて若干減少しておりますのは、旧総合病院の外来で2つ以上の診療科で診療を受けた場合、診療科ごとにレセプトを作成することとされておりましたが、22年4月の診療分以降、一枚のレセプトにあわせて記載することとされたことの影響によりましてレセプト件数が減少したものでございます。

それから、先日、7月31日の厚生労働省さんからの資料にもありましたように、三者構成による審査委員会につきましては、患者のフリーアクセスと現物給付を確保しつつ、適正かつ迅速な支払を実現するための制度的な工夫と理解しております。また、国保の審査委員も、都道府県知事に委嘱されることから、公的な性格が強く、医療機関や保険者など関係者の信頼を得られているところでございます。このため、国保連合会におきましても、審査事務共助を一層充実いたしまして、審査委員会の機能が十全に発揮され、審査の質が一層向上するように努めることとしておりまして、国保中央会といたしましても、そのためのお手伝いをしてまいり所存でございます。

続きまして、13ページ以下で、国保連合会における医療費や介護給付費の適正化への取組について記載してございますので御紹介したいと存じます。まず、医療費の適正化でございますが、国保連合会、中央会では保険者に対しましてさまざまな支援を行ってございます。その1つが国保データベースシステムの構築でございます。国保連合会は、14ページにありますような健診・医療・介護の情報を保有しております。これらを総合的に活用して、地域の健康状況等を把握して、被保険者個々人に対するきめ細かな保健指導を行おうとするもので、現在、鋭意開発を進めているものでございます。このシステムは各医療保険者の中でも一歩前を行くものと考えておりますので、今後とも充実を図ってまいりたいと存じております。

また、先駆的、モデル的な保険事業を踏まえた評価基準の作成や保険事業事例集、データベースの構築も進めておりまして、これらによりまして市町村保険者の保険事業の全体的なレベルアップを図っていくこととしております。

この他、15ページにございますとおり、後発医薬品の使用促進のための差額通知やコールセンターの設置という業務も行っております。

最後に、16ページの介護給付適正化システムについてでございますが、このシステムは、国保連合会が保有しております介護情報と医療情報の突合により介護サービス事業所等の過誤請求や不正請求を発見することなどを目的とするものでございます。このシステムの活用により、今後急速な伸びが予想されております介護給付費の適正化にも努めてまいりたいと存じているところでございます。

最後になりますが、御案内のとおり、このたび社会保障制度国民会議の報告書を受け、社会保障制度改革推進法第4条の規定に基づく法制上の措置の骨子が閣議決定され、その中で国保の保険者の都道府県への移行が示されたところでございます。国保連合会、国保中央会といたしましては、保険財政共同安定化事業等の都道府県単位の業務を実施したと

ころでございまして、これらの経緯も踏まえつつ、保険者の都道府県移行が行われた後におきましても、国保制度の円滑な運営のために役割を果たしてまいりたいと存じているところでございます。

以上でございます。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、御質問や御意見などございましたら、よろしくお願ひいたします。

○森下委員 最初に支払基金さんの方にお聞きしたいのですが、資料の4ページの4の「レセプトの電子化率の推移」ですけれども、これは、見ていると横ばいになってきていますね。ここから先はもう上がっていかないのですね。最初の私どもの意識だと、いわゆるお年寄りのお医者さんが電子カルテを使えないので、そういう方々が亡くなっていくとそのうち上がっていくのかなという印象があったのですけれども、これを見ているとどうもそうでなくて、ほぼ横ばいになってしまいますよね。これは何かこれ以上普及しない理由があるのですか。

○社会保険診療報酬支払基金 お答えいたします。御承知のように、レセプトの提出については、請求省令という省令が定められておりまして、それで、27年の3月までは、例えば今使っているレセプトコンピュータがこういう電子化に対応してないものであれば、それまでの間は猶予しますよと。そういう国の省令の規定がございまして、したがって、今お話ありましたように、高齢のお医者さんとか、この方たちは、ずっと手書きで結構ですよということになってはいますが、そうでない方で電子化未対応のレセプトコンピュータを使っている方は、27年4月以降は電子レセプトに対応したものに変わってほしいということになっていきますから、その時点になればもう少し上がるのではないかと。私どもとしては、その結果2～3%は紙のままのものが27年の段階で残るのではないかとこの見込みをしております。

○大田議長代理 ありがとうございます。IT化がここまで進んできますと、健保を担当しておられる支払基金と、国保連というのを一緒に統合すると。雇用の問題とかは一応置いておいて、統合するということが可能なのではないかと思うのですが、それはいかがでしょうかというのが1点です。

それから、仮にそれができないにしても、47都道府県に両方がそれぞれあるわけですから、それぞれが1カ所なり2カ所に統合するということができるのではないかと思うのですが、これはいかがでしょうか。

○社会保険診療報酬支払基金 私どもはまな板のコイのような存在でありますので、私の方からどうこうということより、むしろ厚労省サイドに確認をいただきたいと思うのですが、これまでそういう御意見もあって、厚労省の方でも検討会をこしらえて検討がされておりました。そのことは後で詳しくお聞きいただきたいと思っておりますけれども、それぞれ役割が異なっておるといいますか、これは国保さんの方からのお話がいいと思うのですけれども、私どもは審査支払に特化した役割だけですけれども、国保さんは、今お話ありまし

たように、もっと多角的な保険者さんの集まりでありますので、なかなか単純にその部分だけ統合というのが難しいというのが今までの議論ではないかと思っています。

○国民健康保険中央会 先ほど冒頭に御説明しましたように、国保連合会は市町村を中心といたしました保険者が共同して作った団体でございます、特に共通して行った方が効率的な事務を共通事務として請け負っているというようなことがございます。それから、今後、先ほど申しましたように、国保の保険者は都道府県に移行されるということになりました場合に、またそこでいろいろと変わってくるところもあると思いますので、審査という部分だけ取り出してみれば、理屈的には、今、基金さんがおっしゃったようなことも考えられるかもしれませんが、国保全体の保険者業務ということでいきますと、なかなか保険者の皆さんの御理解を得るのは難しいかなというところがあります。

○大田議長代理 全国でそれぞれに1つなり2つなりに統合するというのはどうでしょうか。つまり、支部が今47あるわけですがけれども、支部をなくすということで。

○社会保険診療報酬支払基金 これも制度上の制約、今、法律上、私どもで言えば各都道府県単位の支部を置いて、支部で審査委員会を設けて、その支部の範囲内にある医療機関の審査はその支部ごとの審査委員会で行いなさいと、そういう法律上の位置付けになっておりますので、実際にこれだけ電子化が進んでいけば、私どもの業務の中でも、レセプトを送って事務的にチェックするというようなことはやってきておりますので、そういったことも将来の方向としてはあり得るのかもしれませんが、少なくとも今の制度上は、それぞれごとに地域の医療機関の特性をわかっている審査委員会が審査するのがベターだろうというのが今までの立て方ではないかと思います。

○金丸委員 いろいろお聞きしたいことがあるのですけれども、ちょっと理解不足かもしれませんが、支払基金の方に御質問させていただきます。月8,000万件発生する請求データのうち、若干紙ベースで残っている部分を除くと、一旦は全部中央のコンピュータに集められて、事務はそれぞれの支部にある端末で、その支部にいらっしゃる人たちが画面を見ながらチェックなさっていると理解いたしました。つまり、仕事は分担されているわけですね。そうすると、昔は大きなコンピュータだったのですけれども、今は小さな分散みたいなものでやっておられるということです。そうすると、一番データが多いのは東京都でしょうかね。東京都だと月額何万件になるのでしょうか。

○社会保険診療報酬支払基金 約1割ですね。

○金丸委員 ということは800万件。一番小さいところになると。

○社会保険診療報酬支払基金 40万件。

○金丸委員 40万件から800万件のばらつきがあると。そうすると、その800万件の東京都にいらっしゃる人員は、800万件に対して対応しているのか。

○社会保険診療報酬支払基金 そういうことです。

○金丸委員 そうすると、それぞれの地域にいらっしゃる人は、他県のデータを見ることになってあるのですか。他県の、例えば事務の負荷が高い東京都が忙しそうなので、それを分

担して、端末は同じデータベースが見られるので、私、田舎は鹿児島ですけれども、鹿児島の人を手伝うなんていうケースはあるのですか。

○社会保障診療報酬支払基金 先ほどの10ページですが、ここで私ども今やっていますのは、小さい支部、例えば、今お話が出たので申し上げますと、鹿児島にそういう専門の先生がいらっしゃらない、審査委員がいらっしゃらないと。そういうことで、そういうレセプトの事務方もどういうところに着目したらいいのかよくわからないということで、そういう専門の診療科の先生がいる東京や大阪にそのレセプトを送りまして、そちらでチェックしてもらおうと。そういったことは行われております。

○金丸委員 そうすると、今のお話ですと、4,684人いっちゃって、そのうちの事務に関わることを担当していらっしゃる人はそれぞれの都道府県の事務を担当していると思えばいいですか。

○社会保障診療報酬支払基金 そういうことです。

○金丸委員 審査をなさるお医者さんたちは、今おっしゃられたように、専門分野別で、ある県だと手当てができてないと、他県の方、先生がお手伝いになるということですか。

○社会保障診療報酬支払基金 はい。レセプトを送りまして、それで意見をいただくと。そういった形がとれるようになっております。

○金丸委員 5ページの「電子レセプトチェックの概要」というこの絵がございませぬ。最初、これは全部オンラインで来て、①の受付・事務点検チェックというのもコンピュータ上で行われて、コンピュータ上で電子付せんが貼付されて、それをコンピュータ上で全部チェックしていると。先ほどの審査点数で言うと、半分ぐらい、55%ぐらいがコンピュータによるチェックで、27.5%が52万点というのですか。だから、これを事務といいますか、人がやるという作業です。この人がやる作業の27.5%を占めるこの仕事をお手伝いする方々が、先ほどの審査委員の人を除いた人たちということですね。

○社会保障診療報酬支払基金 基本的にはそう考えていただいて結構です。ただ、8ページの下のところにもありますように、コンピュータでチェックがかかって、直ちに、人が全くノーチェックで、そのまま査定になるというわけではなくて、コンピュータで注意信号が出た分を職員が見て、これは確かにそうだとか、あるいは最終的に審査委員の先生が見て、やはりこれは不適正な請求だという仕組みになっていますので、全然人の目を経ずに、そのまま自動的に査定だという仕組みではございません。

○金丸委員 その8,000万件のうち、そこを分けるとどんな感じなのですか。8,000万件のうち、どれぐらいがコンピュータ、デジタル中心でチェックがなされていて、人がどれぐらいに分かれて、先ほどは、コンピュータでASPによる最初のチェックがあって、そこで電子的に付せんがつけられて、付せんがつけられているものが326万箇所あってという意味ですね。だから、8,000万件のうち疑義付せんがつけられたのが326.5万箇所ということは、つけられなかった残りはスムーズにいったと理解してよろしいですね。1件に1箇所という前提で考えると、8,000万のうち326万引くと七千六百何十万というのはデジタルチェック

です。一つといくということですか。

○社会保障診療報酬支払基金 ええ。これは前提が医科の電子レセプトに限っておりますので、件数は、8000万件ではなくて、少し下がりますが、考え方としては、そういうことになります。

○金丸委員 医科だとどれぐらいなのですか。

○社会保障診療報酬支払基金 4,200万ですね。8,000万のうち、電子レセプトによる請求が7,400万件でありまして、歯科が620万件、調剤が2,000万強でありますので、残りの4200万件が医科電子レセプトであります。その医科電子レセプト4,200万件に対してコンピュータでチェックされたのが326万箇所ということでございます。

○森下委員 今の質問の続きになるのですが、そうだとすると、現場のところなりをブロック制にするなり、特に審査委員に関してはむしろブロックなりでまとめてやった方が効率もいいし値段も安いのではないかと。今一番、支払基金で支払の問題点というのは各県ごとにばらつきがあって、しかも非常に不公平感があると。そういうことをなくすのを考えれば、審査委員の部分というのも中央に一本化してしまうというのもあるのではないかと思うのです。考え方として。特に地方に関しては、支払の仕事をするために貴重な現場の医者がかかり減っているという現実もありますね。そういう意味では、なぜ地方にいないといけないのかというのが、先ほどの話だと、もう既に専門がいなかったらできていないということであれば、わざわざその審査委員のところを地方に置いている意味というのがよくわからなくなってきたのですけれども、いかがですかね。

○社会保障診療報酬支払基金 これは在り方の話になりますので御議論いただければとは思いますが、先ほどちょっと申し上げましたけれども、やはりそれぞれの地区地区の都道府県単位の審査委員の先生方がそれぞれの所在する医療機関に、属性、特性といったものをわかった上で審査するしないというのはあろうかとは思っているのです。実際に県単位で不適正な請求が多いところにつきましては、審査委員の方で医療機関と面接懇談をしたりして、適正化になるように指導するとか、お話を相談するとか、そういったこともやっておりますので、そういったことを集約するとなるとなかなか、かえってそういうところに出張っていかなければいけないとか、あるいは、集約すると、基本的に非常勤の先生方にやっていただいていますので、その先生方をどこか1カ所に集めなければいけないと。逆にそちらの方の大変さも出てくるのかなあとは思っているのですが。

○金丸委員 意外と、例えば東京、大阪とか大都市のところの先生方に審査委員を依頼すれば済む話ではないのです。西高東低ですね、たしか支払は。西日本が高く東日本が安いという。東日本の先生方は非常に厳しい査定を受けるというのを皆さん言われていて、それはある意味では医療格差という問題にもちょっとつながる可能性もあるかなと思っていて、むしろブロック制なりもう少し幅広い範囲で、大都市の先生方に審査委員をしてもらった方が、医療の実際のマンパワーの不足を言えばプラスではないかと思うのです。小さい県でされるというのは、集中されている場所というのは医者がいらっやしません

から、来るのも非常に時間がかかりますし、余りメリットになってないのではないかと思うのですね。中央で一本というのが極論であれば、ブロックされているならブロックの大都市の先生方だけ使っていくということでも十分対応できますし、むしろそちらの方が医療レベルの実態を反映しやすいのではないかと思うのですね。

○社会保障診療報酬支払基金 審査の差で、地域性があるといいますか、大都市部ですと当然、内容の濃いレセプトが多いですから、そうすると、当然、大都市部については不適正といいますか、査定が多くなると。そういった傾向はありますけれども、特に地域で医療費が高いから、医療費そのものは西高東低と言われておりますけれども、その分で審査の差異がそのまま反映されているかということと必ずしもそうではないのではないかなとは思っておりますけれども、いずれにせよ、これは制度論の問題でありますので、私どもとしては、今ある制度の仕組みの上でどうあるのが一番効率的にできるかということで、そういう発想で日々効率化に努めているところでございますので、御理解いただきたいと思えます。

○翁座長 どうぞ。

○竹川専門委員 私、コメントなのですが、基本的に勘違いをされていると思うのですね。3ページにありますけれども、現在の保険診療ルールは、診療する医者には一定の裁量権を認めている。医者にはプロフェッショナルフリーダム、自由裁量権があるのですが、それは医療に対する自由裁量権であって、保険診療は制限診療なのです。ですから、医者は全てその制限のルールを守らなければいけないのですよ。ですから、そのルールを守っているかどうかを判断すればいいだけであって。となると、審査に医者は必要ないのですよ。医者があるから、これはいい、あれはいいという、その審査する医者の裁量権によって、ある県では認められ、ある県では認めないというばかなことが起きて、それがおかしくなってしまうわけなので、保険診療というのは制限診療ですから、その中でどういう薬を組み合わせる、それはもちろん医者が持ちます。しかし、その薬に関して決められた以外の使い方をするとか、そういうことは厳格にやっていいと僕は思いますね。それが保険診療なので、そこを支払基金としてはチェックする。不服があれば申し立てするという制度もありますけれども、一時的な審査に関してはもうルールだけでいいと私は思うのです。その方が効率的だし、医者に対して、そういうことを厳しく、それはちょっといろいろ問題があると思いますが、今日保険局の方も来ていますが、私は制限診療だと。保険診療と医療というものはある意味では別だという考え方をこれから日本はしていかなければいけないのではないかと。その中で保険診療は制限診療であったということをやはり医者にもうちょっとわからせるべきだと。そうすれば、もう少し支払基金も効率的にやれると思います。これはコメントです。

○翁座長 土屋先生。

○土屋専門委員 私も全く同意見で、私もいまだに医師免許証は持っておりますけれども、今の意見に全面的に賛成であります。3ページ目ので、今、竹川専門委員がおっしゃった

ように、上のところの2行はよくわかるのですね。適合するかどうかを確認する行為。2つ丸があって、下に矢印で、今の裁量権と医学的妥当性、これは診療内容のことであってね。ところが、保険診療の診療内容というのは一定なわけですから、機械的にやれるようになってないといけない。それができないとすれば、やはり決めた規則の方を見直さないといけないということだと思います。

先ほどから地域特性とおっしゃるのですが、診療、あるいは医療環境については地域特性がありますけれども、診療内容に地域特性があってはおかしいのですね。それでは全国一律の保険制度にはなりません。一方、厚生労働省では、標準化のためにガイドラインというのを各疾病で決めていきますけれども、これも最初は国の金を使って作り始めて、今、学会が請け負って毎年のように改定している。これに従って、しかも、それについてどこが保険の適用かというのが明確に決められるべきであって、これは極めて事務的にやって構わない。

それを翻ってみますと、8ページ目で、先ほどから出ているコンピュータチェック、職員のチェック、審査委員チェックと。現場の医者が一番不公平感を感じるのは、この審査委員のチェックが各地域でばらばらであると。まさにこのところですよ。医者をはじめという竹川委員の意見に私も大賛成であります。これは全国一律にやっていただきたい。

もう一点、最後に9ページ目、「医薬品の取扱いの例」で「用法・用量の例」とありますけれども、これは確かに患者によって使う量が違う。ところが、使っているのは、どの患者についても、注射薬であれば1アンプル。これを使うのは1アンプルながら、請求が量によるという、このそこがあるわけですね。保険であれば、使ったものが使った値段をいただかないと医療機関としては困るだろうと。これは基金さんの問題ではなくて中医協の問題ですけれども、その辺はやはり現状にあわせてやっていただく必要があるのではないかと思います。

以上です。

○翁座長 滝口先生。

○滝口専門委員 参加させていただいたばかりで、私も、そうだそうだと申し上げると身も蓋もないのですが、実は私、審査支払機関のこれまで果たしてきた役割というのは、ある意味では日本の医療の円滑な発展と公正感を保つ上で非常に有用な役割を果たしてこられたという認識を持っております。

ただ、今、両先生方がおっしゃったことも踏まえて、実は支払機関が、支払基金もそうなのですが、審査をする、支払をするという業務以外に、この中にも若干触れてございませぬけれども、調停をするという機能があって、実は隠れた機能としてはそこが一番重要なのだろうと考えております。

ただ、審査手数料を保険者側から全部徴収しており、保険者側の立場に立って本来審査をしなければいけない立場でありながら、実は請求側からも委員を入れて、いわば両方の調停の機能をそこに持たせるというのは果たしていかなものだろうか、と以前から私は

疑問に思っております、むしろ審査は審査として、これはこの審査が、竹川先生がおっしゃったように、保険のルールに厳密に適用するかどうかの審査だけでも僕はいいと思うのですが、そのかわり調停をする機能というのを別に独立させて、ここは請求側と支払側が十分に議論できる場を設けた方が、例えば今の形で言えば、検事が裁判官を兼ねているようなものですから、そうではなくて、むしろ裁判官は裁判官としてきちっと独立させて、これを支払基金が担うというのであれば、僕はそれは非常に結構なことだと思います。一方で、保険者側はまさにルールのチェックですから、これは独自に自分たちでやっても別にそんなに大きな問題がない。むしろ医学的に微妙な議論になるのは、恐らく、今でも、100件に数件、入院の分についてはかなり数が増えますが、外来の診療分についてはほとんどその数が限られておりますので、ほとんどが保険者側で自主的に見て、ルールに適していればそれで通すということが可能だろうと思います。せっかく責任者の方がお見えになっておられるので、それぞれそういった調停をするという機能と審査をするという機能が、今、渾然一体となって運用されていることについてどうお考えなのかちょっと伺えればと思います。

○翁座長 お願いいたします。

○社会保障診療報酬支払基金 なかなか難しい御質問ですけれども、私どもとしては、法律に基づいてこういう役割を果たすべきということですから、そういう新しい発想に対してどうだと言われますと、これまたなかなか立場上も申し上げづらいのでありますけれども、保険者の直接審査、保険者が審査の上支払うと。それを支払基金や国保連に委託することができるという仕組みの中で今そういう役割を果たしているということですので、そういう形が、私どもというよりはむしろ、保険者の方々がそういう仕組みがより望ましい形であるということで、私ども、保険者から委託を受けて業務をいたしておりますので、そういった議論が集約されればそういう方向になっていくのではないかなとは思っております。

○滝口専門委員 そのときの調停の機能はどうお考えですか。

○社会保障診療報酬支払基金 それは、私どもがやるかどうかは別にしまして、そういう機能、紛争処理の機能というのは当然必要だと思いますので、診療側と支払側と間を取り持って仲介する、調停するという機能はやはりどこかに必要なのではないかと考えています。

○国民健康保険中央会 国保に関しましても、基本的には保険者が審査の上支払うということになると思いますけれども、それを国保連合会にまとめて行わせることによって全体の事務の効率化を図っているということがございます。

ただ、国保が違いますのは、冒頭申し上げましたように、国保連合会の審査委員は都道府県知事がそれぞれ同数の保険医及び保険薬剤師を代表する委員と保険者を代表する委員並びに公益を代表する委員をもって組織すると、これも法律事項で決まっておりますので、これについては私どもが今云々するという資格はないのでございますけれども、現実問題

として、今まで過去の長い歴史の中から、これがある程度有効に機能しておりまして、全体としてバランスのとれた審査支払が行われているのではないかと考えております。

ただ、いろいろ難しい問題がございますので、審査の質の向上、精度の向上ということについては、私ども、ずっとこれからも努力していかなければいけないということを認識しているところでございます。

それから、調停の機能につきましても、確かに一緒に行っていると言われればそうですが、けれども、こういう公平な観点からの組織で一定程度議論されて決められたということで、今、大方の医療機関、診療提供側の方では納得されているところがあると思いますので、本当に裁判まで持っていかれるケースというのはごくまれでありますので、この機能が必要であれば、今、基金さんのおっしゃったように、もし本当に国として独立して必要だということであれば、それはそれでまた検討されてしかるべきではないかと思っております。

○翁委員 稲田大臣、お願いいたします。

○稲田大臣 専門委員の先生方の質問の後で基本的な質問で恐縮なのですが、支払基金と国保連合会でそれぞれ審査をされているわけですね。その審査の基準と、それから審査の方法と、あと審査委員は全く別々なのか同じなのか。もし同じだとしたら1つでやればいいと思うし、別々だとしたら、別々に審査することの意義というか、どういうことなのかという、ちょっと基本的な質問が1問と、あともう1つは、先ほどの不服申立が支払基金の方ではどんどん減って行って、不服申立の再査定の割合が9.3%であるということなのですが、国保連合会の方は、この再査定の割合が一体どれぐらいなのか。同じように審査しているとしたら、同じような割合のはずなのかと思います。

それともう1つは、この再審査の申立というのは、保険者の不服申出だけで、医療機関からは申出はできないものなのではないのでしょうか、お伺いします。

○社会保障診療報酬支払基金 私の方から最初。なぜ別々かということですが、審査の根拠というのは、先ほどから申し上げておりますように、保険診療のルールということで、療養担当規則ですとか診療報酬の点数表というものを厚労省で作っておりますが、それは同じものでももちろんチェックするということになってございます。したがって、審査基準というのは基本的には同じだということですが、実際に委員会はそれぞれの、私どもで言えば、47の支部プラス特別審査委員会、それから、こちらはそれぞれの47の連合会の中に審査委員会があり、中央会に特別審査委員会がございますので、例えばこの病気でこの薬をここまで認める認めないとかいうのは、やはり審査委員会によって判断が分かれるというところはどうしてもあり得るわけですね。それは個別個別の対応なので致し方ないところではないかと。

で、先ほどからお話が出ていますけれども、そういうものを私どもの支払基金としてはできるだけ共通化していこうという努力はもちろんしておるのですが、そういう支部間の取扱いの違いを全国レベルで検討していく場をこしらえまして、そういうのを収斂していくというような努力はしておるところでございます。

それから、再審査の部分は、確かに医療機関からもクレームといたしますか、審査結果に対する不服申立が私どもへ提出できることになっておりまして、実際に査定といたしますか、はっきり言うと、削ったものに対して医療機関側からクレームがついて、それで事情をよく審査委員会の方でお聞きをして、そういうことであれば、それはもともとの請求でよろしいでしょうか、あるいは一部はよろしいでしょうか、そういったことを各審査委員会が医療機関からの不服申立にも対応しておるということをございます。この表はあくまでも保険者さんからの不服申立で、支払基金の審査が見落としといたしますか、最初の審査で漏れがあったという部分についての数字をございます。

○国民健康保険中央会 国保連合会の方をございますけれども、それぞれの審査委員会は別々というのは、今、基金さんから御説明があったとおりであります。ただ、もう1つは、いろいろ審査支払機関の在り方が検討される中で、地域、地域で審査の在り方が違うのではないかという議論もありまして、それをできるだけ統一する方向に持っていくべきだというような御指摘もございました。私ども、国保連合会といたしましては、47の審査委員会がございますけれども、この47の審査委員会の会長さん方にお集まりいただきまして、共通する項目の検討をしていただいたり、多数がそのような審査を行ってればその方向で収斂するように、全連合会に同じ考えで。

○稲田大臣 地域ごとではなくて、支払基金と国保、2つで保険者の違いによって審査をそれぞれやっつけらっしゃるわけですね。47都道府県でなくてその2つの違いのことを聞いているのですが。

○翁座長 連絡協議会の場合は作ることになっていますね。それは具体的にどのように開催されているのですか。

○社会保障診療報酬支払基金 その辺は後で厚労省からまた確認していただきたいのですが、現実に私どもの各支部と国保連さんと審査委員会が定例的に集まりまして、審査委員の先生方が集まって情報交換をして、審査判断に悩むような事例を意見交換するというようなことはこれまでも行われてきておりますし、それを今度、厚労省さんの方でちゃんと制度化すべきではないかという意見が出ておりまして、その方向に向けて今努力しているところをございますが、現実にそういった取組はこれまでも行われてきております。

お話がありました審査委員の先生が両方で兼ねているようなケースは、そんなには多くありません。どうしても同じような時期に審査委員会になるものですから、そうすると、一人の先生がたくさん件数を抱えにくいというようなこともあって、なかなか両方兼ねるというのは難しいのですけれども、兼ねている先生もいらっしゃいます。

○稲田大臣 再審査の率はどのぐらいですか。

○国民健康保険中央会 個々におきまして保険者からの不服申立に関する統計をとっていないのですけれども、再審査査定割合・単月点検分、多いところで10%ぐらいは出てきております。少ないところで1%ぐらいです。保険者からの再審査請求、これは再度の考案と言っておりますけれども、これが出る場合と、医療機関の方からも、この査定おかしい

のではないかとということで疑問が上がってきまして、やはり同じようによく内容をチェックした上で、医療機関さんの申しておられることが適正であれば復活ということもござい
ますし、全額復活でなくて半分ということもござい

○翁座長 では、短くお願いします。

○林委員 時間がないようなので質問だけで、後でお答え、資料をいただければと思いま
す。両方の機関にお伺いしたいのですが、まず、職員数として今日の資料に出ているもの
は、正規の職員で、それ以外に非正規とか派遣とか、そういうのがあるのかどうか。ある
のであれば数字を教えてください。

それから2点目としましては、手数料の決定はどのようにされているのか、その算定の
ファクターとなっている費用項目を教えてください。

3点目は、運営における人件費割合を教えてください。

以上です。

○翁座長 それは追って御回答いただけますでしょうか。

御関心はまだまだおありと思いますが、どうぞ、では一言お願いいたします。

○松山専門委員 すみません。国保中央会さんの資料の13ページの「医療費適正化対策へ
の取り組み」の資料の解釈を1点確認しておきたいのですが、医療費適正化、つまり、予
防等によって健康寿命を延ばして医療費を節約するということで、一番下に「市町村保
険者における保健事業の全体的なレベルアップを図る」ということが国保データベースの
目的になっているのですけれども、これを理解する仕方としては、仮に保険者が市町村別
になっているものを県単位に統合した後でも、この医療費適正化のいろんな指導に関して
は、マンパワーの問題もあって、県単位で統合された保険者ができるのではなくて、市町
村でやってもらうという前提でこれが書かれているという理解でよろしいのでしょうか。

○国民健康保険中央会 先般の国民会議の報告書では、保健事業については市町村の役割
を非常に重視しておりますので、そこところが法制度上どのような位置付けになるかま
だわかりませんが、市町村が保健事業に相当な役割を發揮されるであろうというこ
とは私ども今想定しているところでございます。

○松山専門委員 そうすると、支払基金さんの方は被用者保険の方ですので、その役割と
いうのは被用者保険、つまり、職場の経営者の方に担ってもらうというのが前提になっ
ているということですか。

○社会保障診療報酬支払基金 少なくとも私どもは審査支払の専門機関でござい
ますので、各保険者の方でそういった取組が行われておるといことだと思いま

○翁座長 どうもありがとうございました。

○社会保障診療報酬支払基金 1点、よろしゅうございますか。

○翁座長 はい。

○社会保障診療報酬支払基金 本日午後、ちょうど私どもの支払基金の月に1度の定例の
理事会がありまして、その折に、保険者代表の理事の方から当会議の皆様方にお伝えくだ

さいということで託されておりますので、申し上げたいと思います。

1つは、保険者の直接審査の促進につきましては、直接審査が増えますと、当然、医療機関との紛争も増加すると。そういった紛争処理のコストというのを負担するのはこれまた保険者であると。そういうことを御理解いただきたいということと、もう1つは、国保連さんとの役割分担の見直しですが、両者を競争させるのか統合させるのかという、これまで2つの御議論が出ているわけですけれども、正反対の議論でありますので、方向を明確にさせていただきたいと。一部だけ何か取扱いを変更するということになりますと、かえって保険者としては現場が混乱するおそれもあるということをごさうさん方にお伝えさせていただきたいということで託されておりますので、よろしくお願ひします。

○翁座長 いろいろ御意見がありそうですけれども、また改めてこの件について。

○金丸委員 システム統合って考えられたのですか。

○翁座長 システムは、前回ちょっと厚生労働省の方にお伺ひしたのですけれども、今あるレセプトの審査のシステムというのは全く別個のものだったと思います。全く別個のもので、統合というのはなかなか難しいということではなかったですか。

○金丸委員 検討されたことはあるのですか。

○社会保障診療報酬支払基金 これまた厚労省にも確認してほしいと思いますが、電子レセプトの受け入れとかそのところは共通化をもちろんしています。医療機関から上がってくる分については。被用者保険については私ども、地域保険については国保連さんだと、そういう受け入れのところは共通化されているわけですが、受け入れた後の審査の仕組みというのはそれぞれで構築するというごさうでございまして、この点についても、これまでいろいろ御議論、御意見ありますので、できるところから始めていくべきではないかということで、今、双方、厚労省も入りまして事務的な検討をいろいろ進めているところごさうでございまして。

○翁座長 どうもありがとうございます。それでは、この議論はここで終わらせていただきたいと思ひます。

(社会保障診療報酬支払基金・国民健康保険中央会関係者退室)

○翁座長 ありがとうございます。

それでは、次の議題、「レセプト帳票の見直しなど分析可能なデータの整理」及び「保険者による直接審査の推進」に移らせていただきます。本議題につきましては、5月24日、7月31日にワーキング・グループで検討を行ってまいりました。本日は厚生労働省に御出席いただいておりますので、従前のワーキング・グループにて委員の皆様からいただいた御意見などをもとに厚生労働省と意見交換を行い、その意見交換を踏まえてワーキング・グループとしての意見をとりまとめたいと思ひます。

まずは、委員の皆さんからいただきました御意見を事務局にまとめていただきましたので、そちらについて事務局から御説明いただきまして、意見交換とさせていただきます。お願ひいたします。

○大熊参事官 資料4を御覧ください。「レセプト帳票の見直しなど分析可能なデータの整備等に係る論点(案)」ということでございます。

今、座長からも話がありましたとおり、これは前期の終わりぐらいに、当時ICTというキーワードで議論したわけでありますけれども、保険者等からの御要望と、このワーキングでの議論とございましたので、最後、ワーキングとしてのまとめという形で一旦まとめたいということでございます。

まず、「レセプト帳票の見直しなど分析可能なデータの整備」ということでは、特に保険者から2つ要望が出ております。1つは「傷病名の統一及びコード化」ということでございまして、レセプトに記載できる傷病名というのは、医師がかなり自由に記載することが可能になっております。そのため、分析だとか統計的な処理というのがやりにくい状況になってございまして、例えば傷病名については、国際統計分類のICD-10と呼ばれているもの、それから、今、ICD-11が議論されているということでございますので、そういったものに傷病名を統一してはどうか。もっと分析しやすくするという意味で言いますと、コード化、要するに数字にしてしまうということまで検討すべきではないかというのが1点。

それから2つ目は、「傷病名と診療内容・薬剤とが紐付け可能なレセプト様式の改善」ということで、レセプトには今申し上げた3つのことが記載されているわけですが、傷病名につきましては、その医療機関で過去に診療を受けた病名が全て記載されておりまして、それから、診療内容・薬剤につきましては、レセプトというのは月単位でまとまっていますので、複数回いったケースであった場合にそれが全部入って羅列されているという状況でございます。ですので、その月に受診した傷病名がどれで、それに該当する診察がどれで、薬剤がどれかというのが紐付けできない状態になっております。

ですので、そういった当該月に受けた傷病名、それに該当する診療内容・薬剤がわかるような様式への改善を検討すべきではないかというのが2点目。

それから3点目は、「歯科レセプトの電子化の推進」。レセプトの92~93%で頭打ちになっているものの最大の要因がこの歯科レセプトがまだ半分ぐらいしか普及していないということでございます。これも27年4月以降は電子化されるということになってございしますが、それに向けて普及が進んでないのではないかとということと、あと、ここで特別なコストが発生してございまして、結局、保険者が全て、診療報酬のレセプトの枚数に応じて負担しているという現実を考えますと、27年4月になればどうせなるからいいのではないかとということでは済まされないのではないかとというのが3点目でございます。

それから、裏面めくっていただきまして、ここは少し話題が変わりまして、直接審査の推進でございます。これは診療報酬の審査及び支払に関する事務を審査支払機関に委託しない場合の医療機関又は薬局の合意要件の撤廃ということでございます。現在、診療報酬の審査支払については原則保険者が行うということになっておりますが、審査支払を保険者自身が行う直接審査及び第三者に委託する場合には医療機関又は薬局の合意を得ることが必要とされております。これまでも保険者機能の強化というのはずっと言われておりま

した。それから、データヘルス計画等、保険者自身がレセプト分析を行うということが今後求められているわけでございます。

ですので、当然そういった中に、医療そのものの良し悪しだとかも保険者機能の1つとして今後は考えていかなければならないという中にあって、現在は医療機関及び薬局との合意要件というのがあるがゆえに直接審査ができない状態になっていますので、その要件を撤廃して、通知で足りることとするを講ずるべきではないかということでペーパーをまとめております。

以上でございます。

○翁座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの事務局からの説明を踏まえまして意見交換をさせていただきたいと思えます。御意見、御質問、何でも結構でございますので、よろしく願いいたします。

まず、今の件につきまして厚生労働省の方から何かコメントございましたらお願いいたします。

○厚生労働省（佐々木企画官） では、私の担当が1番目と2番目のところでございますので、あわせて御説明させていただきます。

まず、傷病名の統一、コード化のところでございますけれども、これは、レセプトに記載する傷病名は厚生労働省が定める傷病名コードを用いることと原則なっておりまして、さらにその傷病名コードと、それから、各医療機関の医師によっては、病名、いろいろながありますけれども、それについてはどれが傷病名コードに該当するのかということと、それからICD-10のコードとして見た場合にどうかという一覧表については提供しておりまして、そういったことについて、これは各医療機関に周知して、さらにそういう質の向上を進めていこうということになっております。

なお、もう既に電子カルテがかなり浸透しておりまして、実際上は、メニューをプルダウンして病名もぼっと入れていくとか、または医師が入力すると候補の病名が出てくるという形で、既にそういった厚生労働省の傷病名コードに基づくような病名が出るようなことで現場がほとんど実情として進んできておりますので、ここの御指摘については若干どういう趣旨なのかわからないなというのが正直なところでございます。

それから、2つ目の傷病名と診療内容の紐付けの件なのですが、通常、医療現場の医師であれば、なかなかこれは大変だということは皆さん御同意いただけると思うのですが、実は1つの傷病名に対して複数の診療行為もしくは医薬品を投与したり、また複数の傷病名に対しても1つの診療行為や医薬品の投与を行うということは通常行われておりまして、これを傷病名と診療内容を紐付けて記載するというについては非常に、傷病名は2万4,000、診療行為は7,000、医薬品は1万9,000種類というようなこともありますので、これをやるというのは現場に過大な負担を強いるということになり、対応、かなり難しいのではないかなという感じでございます。

まずは、一通り、以上でございます。

○厚生労働省（加藤補佐） 「歯科レセプトの電子化の推進」についてですが、歯科レセプトの電子化については、病院は早いところで20年の4月から順次義務化されておりまして、歯科は23年4月から義務化という形になっており、少しスタート地点が違うのですが、今、着実に右肩上がり電子化は進んでいるところです。

先ほども御説明の中でありましたとおり、猶予期間がありまして、平成26年度末までに、レセプトコンピュータのリース期間や減価償却期間が終了する、それくらいまでは猶予としておりますし、それ以外の例外規定として、高齢要因だったり、そもそも手書きでやっているところなど、現場にも無理のないように例外規定を設けて義務化などを今進めているところです。ですので、現在も関係団体に電子化への対応をお願いしているところなのですが、歯科の現状も踏まえて対応する必要があるかと思っております。

○厚生労働省（鳥井課長） 4点目、「保険者による直接審査の推進」でございます。今、通知上、直接審査の場合のいろんな留意事項を示しているわけございまして、その中に医療機関又は薬局の合意を得ることが必要とされておりまして、現に薬局で、このスキームの中で直接審査を行っている保険者があるということは前回御説明したところでございます。

それで、御提案の合意要件を撤廃してはどうかということでございますが、例えばその合意にかえて、単に通知で足りるということにいたしますと、その瞬間にレセプトのシステムの改修費用ですとか、あるいはどういう媒体でどういうタイミングで請求しなければいけないですとか、受け取った途端に医療機関の方で、一方的に事務、あるいはその費用というものが発生してしまいます。それから、それが調剤ではなくて医科のレセプトで行おうとしますと、実際には保険診療のルールというものは非常に細かく定められてはおるのですけれども、しかし、大部分がルール化されているということではなくて、やはり適切であるか否かというのは、実際に審査委員の医学的な判断が重要視されることとなりますので、その部分の審査を本当にその保険者ができるのかという論点がさらにクローズアップされるのではと思います。

最大の問題は、今のような医科の審査を背景にいたしまして、かなりの数の紛争が生じるであろうと考えておりまして、これはこれで裁判でやればいいのかというのは1つの考え方ではございますけれども、なかなかそれでは司法の方も受け切れないほどの紛争が出る可能性がございまして、実際、今のスキームにおきまして、紛争が起きた場合にどうやるかというのを事前に文書で取り交わしてくださいということにしておりまして、そういうことも考えますと、なかなか一方的な通知だけで紛争処理のスキームができるかということも難しゅうございますので、ここは慎重に考える必要があるのではないかと考えております。

○翁座長 ありがとうございます。それでは、土屋先生、お願いします。

○土屋専門委員 保険者にすると紛争が増えるのではないかとしたことだったのですが、何も全部裁判でなくて、今でもADR的な解決の方が多いわけで、余り心配ないのではないかと

というのがまず第1点。

それともう1つは、基金では的確に判断されているかということですが、医療者の判断はほとんど非常勤のというか、医療機関に勤めている医者借り物でやっているのであって、保険者も足りなければ医療機関から借りればいいのですね。専従で雇うということは、今の民間保険会社は、ある数が限られているので専従者でやっているでしょうけれども、これはやりようは幾らでもあって、理由には多分ないだろうという点が第2点です。

あと、2点質問ですけれども、先ほどの②の傷病名と診療内容云々というところは、恐らくこれを考えてDPCを推進されているのだと思いますけれども、DPCを入れてからもう10年経つかと思うのですが、最初の導入時には、いずれはDRGに持っていくということをうたい文句に当時の担当は言っていたと思うのですが、その予定があるのかない。それから、入院から外来への拡大はどのようなことを考えていらっしゃるか。これがDPCないしDRGになると、2番目の質問というのはほとんどなくなってくるだろうと思います。

それからもう1つの質問は、保険というと月末締めというのは日本は当たり前のようですけれども、それにいつまでもこだわる必要があるのかどうか。例えば今でも平均在院日数が28日ぐらいということがその理由かもしれませんけれども、多くの急性期病院では10日から14日ぐらいになっておりますし、これがいずれ欧米化すれば、6日とか7日になるとすると毎週締めでもいいのではないかと。あるいは、1週間単位の入院が主になれば退院ごとに請求するということがあってもいいのではないかと。

なぜそういうことをいいますかという、先ほども国保と基金の方で同じ時期に集中して作業が、これは月末締めでやっているから作業が平準化しないのですね。各病院にとっても、仕事が平準化しないで労働条件で困っているわけですね。これを平準化していただければ雇用についても大変楽になるというようなことがありますので、そういう観点からも見ていただく必要があるのではないかと。

この2点についてお答えいただきたい。

○翁座長 では、お願いいたします。

○厚生労働省(鳥井課長) 最初の、紛争の処置にADRがあるという、ちょっとおっしゃることの趣旨がよくわからなかったのですが、それは基金のことをおっしゃっているのであれば、確かに基金の支払審査で調停という形でやるというのは1つのアイデアかと思えますけれども、どれぐらいの量が出てくるか、仕組みにもよりますけれども、かなりたくさん出た場合には、体制の整備ですとか、あるいは費用の関係とか、どう整理したらいいか、これはこれで1つの大きな問題になるかと思えます。それ以外のADRというのは、私の認識した限りでは、ないのではないかと。思えます。

それから、審査の人を借りてくればという話でございましてけれども、私の聞く限りによりますと、審査機関におきまして、審査体制に寄与していただける先生を確保するのもかなり苦労していると聞いておきまして、どの範囲でどのような体制をとるかということとも裏腹の関係かと思えますけれども、例えば審査機関並みの水準を担保するということ

であるとかかなりたくさん確保することが必要ということで、これは社会全体で見たときに本当に効率的かというのは考えなければいけないと考えております。

○厚生労働省（佐々木企画官） 2つ目と3つ目の質問でございますけれども、DPCについて、将来的、近未来的というか、DRG検討状況ということでございますが、今、DRGと申しますのは1入院包括ということで、ある病名の患者さんが入院された場合、1つの点数を総額でお支払いするという方式でございますが、DPCの場合は、御案内ですが、それを1日当たりの点数に置き換えて、そして入院日数に応じてお支払いするという仕組みになっております。

今、この診療報酬は中央社会保険医療協議会というところで、御案内のとおり、議論しておりますけれども、平成16年からDPCができて今10年になりますが、このメリット、デメリット、双方ございます。ですが、今のところは、この1日のDPCの支払方法でまずは議論していく流れということでございまして、今、DRGにすぐ置き換えるかどうかとかいうことを含めて、まだ見通しがあるというような状況ではございません。

それから、外来についても、いわゆる包括払いといいますか、そういうものの検討状況ということでございますが、こちらの方も、大分前の建議になりますけれども、10年ほど前から議論している中では、外来については基本出来高、入院についてはできるところは包括というような形で進んできておりまして、今のところ、その概念で進んできているところですので、今後そういった包括についても出てくるかもしれませんが、今の状況を申し上げますと、外来については出来高というような考え方で進んでおります。

○翁座長 お願いします。

○松山専門委員 先ほどから、直接審査したら訴訟が増えてコストがかかる、今の体制の方が効率的ということですが、逆に言うと、経済学の立場で言うと、今の仕組みは、そういう訴訟コストを込みで考えたあうんの呼吸で運営されていると理解できるのか。というのは、私は以前、国保の審査医をしている先生に、どういう基準ではねているのですかと聞きましたら、後でわかったときに、自分が専門医としての見識を問われるような案件ははねると。それ以外はまあお互いさまだという基準でやっているということで訴訟が余りないのだそうです。

それともう1つは、私、生命保険会社に勤務していたことがありますけれども、そこに保険加入の診査医というのがいて、この人たちは医師ですね。すごく人気が高いのです。お医者さんの間で。というのは、ちゃんと週末も休めて、夜も残業がなくて、診療ミスリスクもない。で、そこそこの給与がもらえて、自分の専門知識が発揮できるということです。逆に言うと、保険審査の会社ができ、そこに常勤で審査専門の医師を募集したら多分相当数集まるのではないかと。そういう人たちは、今、ひょっとしたら臨床をやっていない、例えば産休で休んでおられた女医さんとかそういう人たちが応募してくる可能性があって、そうすると、今の臨床の時間を割いてそういう審査に来ている先生方が来なくても済むような仕組みができるかもわからん。そうすると、医師不足の問題にも多少とも貢

献するような気がして、やはり直接審査の方がコストかかるというのはいま1つ説得力がないような気がするのです。

○翁座長　いかがですか。

○滝口専門委員　直接審査を推進している当事者として申し上げます。順番が逆になりますけれども、レセプト帳票の件についてはちょっと後で。

直接請求、直接審査につきましては、今のところ、調剤薬局の調剤レセプトのみが対象となっております。これは極めて合理的に、かつ効率よく運営できていると認識しております。1つには、調剤のレセプトというのはほとんど薬剤師の裁量権がございませんので、これはこの前別の席で話をしたら、薬剤師の先生から裁量権はあるのだと叱られたのですけれども、客観的に見て、処方箋に記載されたとおりに間違いなく処方する、もしチェックをしたときに問題があるとすれば、処方箋の指示に従わなかった、読み間違いとか、用法・用量を間違えたとかといったようなことと、あと若干あるのは、2剤を一度に合わせて調合した場合に加算がとれるかとれないかといったような解釈上の問題ぐらいでございます。

いずれにしても、調剤薬局のレセプトにつきましては、事実上調停に近い運営をしております。審査をした上で一方的に査定するということを行っていません。そのレセプトをお出しになった薬局に対して、ここはこういう理由で間違っていないか、といった、まず問いかけをする。そうするとまず90%は薬局の方でミスを認めて解決してしまいます。1%から10%ぐらい、ケースによりますけれども、いや、実はこういうつもりでこうしたのだからというお話が返ってきたときに、こちらでもう一度その内容について検討して、専門家の意見も聞いて、確かにそれが合理的であればそれを認めるといったことで済んでおります。実は双方から専門の方を出して、ADRとしての組織を、一応通知にADRとしての機能を持つてということを書いてございますので、形式的には作っておりますが、それが機能したことはこれまでまだ一度もございません。

ただ、医科のレセプトにつきましては、先ほど支払基金の方々がお見えになったときにも議論があったわけですが、実際には診療の内容の是非に踏み込んでの審査がもう当たり前になってしまっていて、これは本来は保険のルールに適しているかどうかを審査すればいいはずのところ、実は例えば薬を倍使った、これは患者さんが重症だったから倍使わなければいけなかったのだ、これを認めろという議論はどうしても起こってくるために、その中でどうその医師の裁量を容認していくかというプロセスの中で、やはり各地域ごとに、先生方との間の、顔見知りだからこの辺は容認しようとか、これについては認められないようにしようとかいう話がどうしても複雑になってくる。したがって、その部分をまずきちっと、果たして本当に医科のレセプトの審査というのはどういう性質のものかというのについてまず明確にしておくというのが、非常に重要なことなのだろうと思います。

それから2つ目は、確かに実際に相当高度のシミュレーションをしてみないと社会的なコストがどちらの方が余分にかかるかということについては難しい問題だろうとは思いま

すが、恐らく、制度としては、先生おっしゃったように、そんなにコスト自体はかからないのではないかと。少なくとも医科についても、双方からどうしてもこれは容認できないという申立を受けて、公正にジャッジをする機関、まさにこれはADR機関というものがきちっと機能すれば、双方とも非常に納得のいく解決が得られるのではないかと。本当にあうんの呼吸で、何となくなあなあで、みんなそれとなく過ごしてきているという今の審査の体制を一回きちっと、先ほども申し上げましたが、保険者側の委託を受けてきちっと審査だけをする。場合によっては、医療機関からも極めて気軽に、これはおかしくありませんかという再審査というか、調停を求める仕組みさえ作れば、コスト的にも無理のない形でできるのではないかと考えます。

ですから、医療機関の同意を外すのであれば、そういったADRの機構をきちっと装備することはやはり必要なのだらうと思います。これは原理原則ですけれども、民法上の債権・債務の関係ですから、本当に医療機関が怒れば、これは次々と訴訟を起こすことも論理的にできない話ではありませんし、それが全部、毎月何百万件という訴訟が司法の場に出たのでは全く社会的にも非効率ということは言えるのだらうと思います。

それから、レセプト帳票の見直しにつきましては、これは厚労省の方々はまだもう御存じなのだらうと思いますが、平成13年度に健保連が審査支払の議論の中でレセプト帳票の見直しを、1年近く委員会を開いた上で報告書にまとめたものがございます。この中で、比較的合理的に入院のレセプトと外来のレセプトの何を改善すればどういった情報が手に入るかについて随分、これは亀田先生初め複数の医師が加わって議論を進めてまいりまして、この程度であれば、医療機関側も作成するのにそんなに問題がないというところも含めて、これをもう一度光を当てて議論し直してみたらいかがだらうかとは思っています。たとえばその診療行為をやった施行日がいつなのかということがわかると随分その診療のプロセスが明らかになりますので、施行日をきちんと付けるだけでも随分違くだらうということもございます。入院については、亀田先生が中心となってその議論を進めたのですが、入院1エピソードごとに請求するというのは、DPCからDRGをにらんでという話ではないのですが、その診療の請求の在り方としては合理的なのではないかということも含めて、随分その辺の議論が明確になっていると存じます。

長くなりましたが、以上であります。

○翁座長　お願いします。

○厚生労働省（佐々木企画官）　今の滝口先生のお話に関してなのですが、電子レセプトが大分医科の場合進んできておりますけれども、この請求に関しては、今、ルール上、各点数の算定日ごとに回数を記載して請求するということになっておりまして、相当程度、診療、実際どの日にどういう診療行為をしたかということも明らかになっています。例えば入院している1カ月の間でも2回に分けて、1回退院しても入院するという場合もありますが、そういう場合でも、何月何日に入院したかというのがわかるようなことになっておりまして、相当程度、今、御指摘の報告書は、平成13年の11月の報告書なので、この間に

も、先ほど申し上げたDPCが平成15年から入っておりますし、いろんな面で進化しておりますので、内容は、私ども、もう一回拝見いたしますけれども、かなりの点で大分改善を進めてきておりますので、我々がやっている部分で、こういう点が足りないという御指摘が具体的にあればそこは検討させていただこうと思いますが、相当程度進んできているということは御理解いただきたいと思います。

○翁座長 私どもでもヒアリングをいたしまして、幾つかの健保組合とか、デンソーと、データホライゾン社とか、具体的なかなりいろいろな御要望もいただいておりますので、ちょっとそれをまた御相談させていただきたいと思います。

○森下委員 先ほど話があった傷病名コードの話ですけれども、傷病名コードが詳し過ぎるのが原因だと思うのですけれども、これを整理するというのはいないですか。いただいた資料でも、感染性胃腸炎とか、感冒性胃腸炎とか、感冒性腸炎とか、これらに詳しい人なんていないと思うのですね。胃腸炎なら胃腸炎でいいのではないか。急性、慢性ぐらいはわかりますけれども、カタル性胃腸炎という見た目もないような疾患ですし、ここを整理するだけでも大分統合性がとれると思うのですけれども、何でこんなに複雑怪奇な状態でそのままいつているのか、むしろそっちが不思議です。

○厚生労働省（佐々木企画官） 御指摘、ごもっともな点もあるのですが、医師の方も自分の経験とか知識のもとに診断してまいりますので、やはり診断名というのはある程度多様なものではございます。実際に教科書レベルで見ても、1つの病名に括弧書きで、こういう呼び方もありますと。先生も御案内のとおり、いろんなパターンもありますので、さりながら、傷病名コードということを示しながら、そして、分類として、ともにICD-10コードもつけるような資料も出していっておりますので、あとは、先ほど申し上げたとおり、レセプトとかカルテの段階でも、病名をある程度入力すると、特定の病名を、ある意味、この病名でどうですかというような形でプログラム上もそのようなものが主流になってきておりますので、おいおい、そういった病名というのもある程度の方で統一されてくると思うのですが、現状、今、医療機関においてさまざまな専門の先生方がいらっしゃる中で、その先生方の経験に基づく診療の診断名というものを全て排除するというのはちょっと難しいのではないかと感じております。

○森下委員 レセプトを出すとき、保険に出すときにそんな詳しい病名なんて誰も要求してないですし、逆に、これが多過ぎるせいで、皆さん、出し損ねるケースが圧倒的に多いと思うのですね。しかも医薬品の適応と全く適応しないですし、正直、どの薬をどの病名で出して保険の対象となるかわからないというので、皆さん、過剰につけているケースが圧倒的だと思うのですね。これは、お互いに多分得だと思うのです。支払基金の側も楽になると思いますし、なぜこれをそのまま維持しなければいけないのかちょっと理解に苦しむのです。

○厚生労働省（佐々木企画官） この傷病名コードを我々が作ったり変えていくときには、関係学会の先生方の意見を一番重視しておりますので、例えば不必要である病名について整

理してくださいというお願いもしておりますし、また、追加すべきものがあればしてほしいと言っております。ですので、今回そういう、もっと整理すべきでないかという御議論をいただいておりますということであれば、また今後、関係学会にその病名登録をお願いする際に、スクラップ&ビルドではないですけれども、病名として非常に古いものについては整理していくようなお願いもあわせてしていくということは可能だと思います。

○森下委員 レセプトに記載する病名として、と言わない限り、それは皆さん、自分の病気の病名残したいですから整理されないですけれども、いざ審査の請求をするときに病名がたくさん要るかということ、そこは皆さん、全然意見が違うと思いますよ。

○翁座長 どうぞお願いします。

○稲田大臣 1つ目は、見せてもらったのですけれども、その月に請求する分だけの病名を書いたらいいのであって、何で何年も前の病名をずらずら書くのかわからないというのが1点。

それからもう1つは、保険者からの直接請求なのですけれども、最高裁の判決の中で、審査というのは単に点検措置であって、内部的判断作業にすぎないと最高裁の判決が言っているのです。ということは、本来であれば、保険者がその診療報酬の金額を確定すべきものを、ここで点検してもらっているだけだとすれば、法律の中に同意ということが全く要件でなくて、むしろ同意を、法律にないにもかかわらず、本来であれば法律的には保険者が自分で判断をして払えばいいものを、法律にも書いてない合意というものを法律以外で要件として書くこと自体がその法律の委任の範囲も超えていて、直接支払の方が本来の姿ではないかなと思うのですが、これは2点目。

3点目は歯科の電子化のことですけれども、これは私、国会議員になったときからずっと歯科医師会から反対する陳情をもらっているのですけれども、御高齢とかおっしゃるのですが、御高齢の先生自らやれと言っているわけでも何でもないので、全く理由にならない理由でずっと反対を続けられているのですけれども、これは私はちょっとおかしいのではないかと思います。

○厚生労働省（佐々木企画官） まず1点目の、病名がたくさん書いてあるというところがございますけれども、これにつきましては、いろいろ御意見はございますが、今のところ、今のルールでは、病名ごとに、治癒している、死亡、中止、それから継続している場合にはその他ということで、転帰を必ず書くと。ですので、病名をずらずら書いているということですが、現状、その患者さんが合併症とか併発症ということでお持ちの病名が書いてあるということですので、これについては記載していただいているというルールになっておりますので、そういう取扱いを今しているということがございます。

○厚生労働省（鳥井課長） 審査というのは内部的なということで、確かに法律上の建て付けとしてはそうかもしれませんが、実態の医学的な判断のところ、事実上、このあたりであれば関係者納得するであろうという審査の仕方も多々あるという、先ほどの滝口先生のお話もございましたので、そのところをどうやってうまく日々の事務処理をやって

いくかというところで、私ども、苦慮しているわけでございます。確かに法律上の建前とは少しそごがある部分がございます、そこを通知でやむを得なく手当しているという形になってございます。

○翁座長 歯科の件ですか。

○厚生労働省（加藤補佐） 歯科の件ですが、確かに歯科の特徴として、高齢要因でなかなか進まないというのがありますし、もともと歯科はベースがなかったというか、結構病院などは先駆的に進んでいたところがあったのですが、全くないところから電子化を進めようというところがあったので、やはり現状ですとか団体の方の御意向も踏まえて考えていく必要があるかと思っています。

○大田議長代理 今、稲田大臣が聞かれた、法律上ないことを通知でやっていると。この通知というのは何なのか、強制力はどうかというのが1点。それから、さっき松山さんがお聞きになったことへの御回答がまだなのですが、何で直接支払にすると紛争が増えるのかという点についてお聞かせください。さっき増えるとおっしゃったのですが。

○厚生労働省（鳥井課長） 増えるというのは言い過ぎかもしれませんが、増える可能性はあると。

○大田議長代理 それはなぜですか。

○厚生労働省（鳥井課長） それは、支払基金の審査委員会が、その保険者、ないしは診療、あるいは公益委員から推薦された一応中立な審査委員会というものを設置して、そこが審査するということになってございますので、審査される側にとっても受け入れやすい面はあるのではないかと考えております。

○大田議長代理 そうすると、そういう調停的なものをそこに集中させて、支払基金が紛争処理だけを担う機関になれば、それはそれでもいいということですか。

○厚生労働省（鳥井課長） それは1つの考え方だとは考えております。

○大田議長代理 あと、通知って何なのか。

○厚生労働省（鳥井課長） 確かに法律上書いてないと言われればそうかもしれませんが、そこをこういう形でお願いできないだろうかということを共通の文書として通知させていただいたということでございます。

○大田議長代理 それは誰の通知なのですか。

○厚生労働省（鳥井課長） 厚労省の通知でございます。

○土屋専門委員 今回の通知は、通常は局長名のはずで、厚労省は課長名が余りにも多いというのが以前の規制改革会議で話題になったのですね。他の省庁では考えられない。これはコメントです。

先ほど傷病名の話がありましたけれども、ICD-11のことが、今、統計分科会でやっていますけれども、ICD-11の委員会もありますけれども、これは専門学会がフォローしてやるべきだと思うのですね。これは科学的な根拠がないというか。だけれども、保険診療の傷病名は、それに立脚した上で法的な根拠を持ってやればいいので、その委員会に医者

入れるからいけないのですね。医者はちゃんとICD-11のところで意見を言っているわけですから、10の場合も同じで、そこから先のは専門家学会なり医師からヒアリングをすればいいのであって、その決定のところまで医者を入れるから細かい分類になってしまうというのが、私が現場でタッチしていた印象であります。そのところは、先ほど竹川委員がおっしゃるように、明確に分けてやるべきだと思います。

それともう一点、診療報酬明細書の幾つかあるうちの一例ですけれども、上の方の枠のところに、訴え、症状、疑い、確定病名とあります。ここに、右側に診療開始日という欄がありますけれども、終了日を記載するようになってないのですね。ですから、幾つも残ってしまうのです。これは本来は1つの病名をつけて診療開始して、終了がなければおかしいのですね。これがあれば、別に月極め、月末締めでなくて、終了日ごとに請求すればいいのであって、例えば2週間を超えてしまうという場合には月末でその月の分は締めるというようなルールをやれば、大半のものは終了日に請求する。そうすると、現場は仕事量が、作業量が平準化するということにつながると思います。

○厚生労働省（佐々木企画官） 今の土屋先生の御指摘の1つ目の方につきましては、ICDコードとの対応表というのは、関係学会の意見も聞いておりますけれども、最終的には厚労省として出しておりますので、それは必要なものは出してやっておるということでございます。

それからもう1つ、レセプトについて、原則、日にちについては御指摘のとおりですが、今、御指摘のような請求の仕方ですと、それだけ請求枚数が増えるというデメリットもあるのかなと思いますので、これは今のルールで月単位で審査をしていくというやり方の中で、こういうおのおの傷病の中に治癒、死亡、中止、その他ということで、転帰は一応書くようになっておりますので、そういう意味では、その一枚のレセプトの時点では、今の病気が発症状態であって、どれが終わっているのかというのはわかるように記載するというルールになっておりますので、それはそういう状態であるということでございます。

○金丸委員 先ほど、支払基金の方々と国保の方々とヒアリングしました。その中で、例えば支払基金ですと月に8,000万件の処理をしているということで、従来はそれを、人海戦術といいますか、コンピュータのない時代はそういうこなれた作業をずうっとやっていたという組織が全国的に必要なだったと思います。しかし、時代が変遷して、それぞれの組織もコンピュータシステムに関してどうするかというのは大きな課題のように先ほどお話をされました。今の支払基金というか、支払にまつわるところ、審査が重要だというようなことをおっしゃっていらっしゃいますけれども、保険者の方からどんどん、新しい方法に足を踏み出していて、それは実はコンピュータシステムにお詳しい方々だということもあります。先ほどの、直接にいくと訴訟が起きるということ踏まえて懸念を表明されておられますけれども、そういうこともリスクとして考えた上で多分変えていこうとされているのではないかと思うのですが、そうすると、それをどのようにご覧になっていらっしゃるのかということと、それから、厚労省さん御自身のこの両支払に関する事務をやって

いらっしゃる組織の改革そのものについてどのようにお考えかというこの2つについてお聞かせいただけますでしょうか。

○翁座長 いかがでしょうか。

○厚生労働省（鳥井課長） 公的保険にふさわしい審査をするという意味では、基本的に中央で一律でやるということは1つの日本の在り方としてこれまでやってきたわけがございます。それを、仕組み方にもよるのかもしれないけれども、1つ1つの保険者がやるということについてはかなりの移行的なコストがかかるというのと、紛争が確かに、おっしゃられるように、どれぐらい起こるかというのはちょっとやってみないとわからなくて、なかなか試算まで難しいかもしれないけれども、なかなか、こちらがいいと、新しい方向でいくべきだということまで私どもとして踏ん切りがついているわけではないと。特に調剤はある程度形式的に近い審査がやれますけれども、医科についてはなかなかそうもいかないというような中で、新しい方式というのがどこまで可能かというのはなかなか結論が出ていないということでもあります。

ただ、少なくとも支払基金や連合会という形で一括してまとめているというのが曲がりなりにもできておりますので、そこで、人によってやり方が違うとか、地域によってやり方が違うといったことはやはりそのメリットを生かすことにならないのではないかとということで、まずはそちらから攻めていこうということが今の段階だと考えております。お答えになっているかわかりませんが。

○翁座長 今日は時間も過ぎましたので、意見交換はこのぐらいで終わらせていただきたいと思います。厚生労働省の皆様、どうもありがとうございました。

（厚生労働省関係者退室）

○翁座長 本来もう少し、どのようにとりまとめていくか御意見を伺えればと思ったのですが、もう予定の時間過ぎましたので、今日の議論を踏まえて事務局の方にまとめていただきまして、後日、委員の皆様はどういう意見を言っていくかということをお相談させていただきたいと思います。そのとりまとめの扱いなのですが、中間報告というような形で、第1クールのときのように、ワーキング・グループで多分年内ぐらいを目途に、ICT化の他にもいろいろやってまいりますので、そのときに中間報告、報告書という形でとりまとめる予定でございます。

本日のワーキング・グループの議題は以上でございます。何か御質問は、よろしいでしょうか。

では、事務局の方からお願いいたします。

○館次長 次回の健康・医療WGの日程は未定でございます。日程が決まり次第、追って事務局から御連絡させていただきます。

以上です。

○翁座長 それでは、今日はこれで会議を終了させていただきます。今日はどうもありがとうございました。