

規制改革会議 医療タスクフォース 議事録

1. 日時：平成20年3月5日（金）14:30～16:00
2. 場所：永田町合同庁舎1階 第3共用会議室
3. 議題：支払基金の業務効率化計画に関するヒアリング
4. 出席者：

（厚生労働省）

保険局保険課 岩淵課長

保険局総務課保険システム高度化推進室 藤澤室長

（社会保険診療報酬支払基金）

足利専務理事

佐々木総合企画部長

安藤情報管理部長

中田総合企画部次長

田山総合企画課長

（規制改革会議）

松井主査、阿曾沼専門委員、長谷川専門委員

（厚生労働省、社会保険診療報酬支払基金入室）

○事務局

本日は、支払基金の業務効率化計画に関しましての御説明を伺い、その後、質疑応答、意見交換をさせていただく場ということで、終わりの時間を16時までいただいております。冒頭15分ほどで厚生労働省さんの方から御説明をいただいた上で、質疑応答、意見交換とさせていただきたいと思います。それでは、よろしく申し上げます。

○岩淵課長 それでは、早速でございますが、御説明申し上げます。

厚生労働省は、昨年6月の規制改革推進3カ年計画の閣議決定に基づきまして、社会保険診療報酬支払基金に対し、オンライン化の進展に合わせて審査のあり方を含む業務フローの抜本的な見直しを前提とした業務効率化計画の策定を促してまいりましたところ、昨年12月に支払基金におきまして、本日配付しております「レセプトオンライン化に対応したサービスの向上と業務効率化のための計画」を作成し、公表いたしました。

本日は、規制改革会議より事前に具体的内容や算出根拠等の質問事項をいただいておりますので、これを含めまして説明いたします。

○足利専務理事 支払基金専務理事の足利と申します。よろしくお願いたします。

本日は、当基金より、総合企画部長の佐々木、情報管理部長の安藤、総合企画部の中田次長、課長の田山、以上でございます。よろしくお願いいたします。

それでは、事前に事務局の方を経由していただいております質問を中心に簡単に私の方から説明させていただきます。

お手元の資料を1枚めくっていただきまして、「業務効率化計画の策定」でございますが、今、保険課長の方からもお話がありましたように、昨年の規制改革推進のための3カ年計画に沿いまして、昨年12月17日の理事会で、「レセプトオンライン化に対応したサービスの向上と業務効率化のための計画」というこの計画を理事会で決定・策定いたしまして、12月18日に厚生労働省あてに提出いたしております。この計画につきましては、12月21日に私ども基金のホームページに掲載して公表しているところでございます。

この効率化計画の取組みのポイントでございますが、平成23年度にレセプトが原則完全オンライン化するというので、そのオンライン化への工程を確固たるものとするために所要のそれに必要なIT投資を行っていく。

この工程が着実に進みますと、私どもで行っておりますレセプトの請求支払いの業務が効率化されますので、それに見合っただけで要員効果、人が要らなくなる、そういう効果が見込まれますので、事業の安定的運営の確保に配慮しながら定員削減を継続していくこととしております。

他方、このレセプト電子化の進展を踏まえまして、システム機能を最大限活用しつつ効率的な審査に努めるということで、請求支払いから審査の方に所要の要員を投入しまして、審査成績の相当な改善を目指していくということとしております。この効率化計画の中では原審査の見落とし率が現在20%となっておりますが、これを10%に半減する、そういう目標を定めているところでございます。審査の質の向上ということを明確にしたところであります。

また、併せて、新しい審査サービスの提供のための体制整備、例えば医科・歯科のレセプトと調剤レセプトとの突合ですとか、あるいは複数月にわたる縦覧点検とか、こういったこれまで行っていない審査サービスの提供のための体制整備、それから、オンラインネットワークを活用した新しいサービスの展開ということも検討していくということを計画で決めているところでございます。

1枚めくっていただきまして、現在の「支払基金の取組」でございますが、基金法により「中立公正な審査と迅速適正な支払い」ということが課されておりました、的確にこれを実施して、医療保険制度の安定的運営に寄与していくということで、医療保険制度のインフラであると認識しております。

民間法人として、自主・自立的に、業務の効率化・合理化及び審査の充実等のサービスの質の向上に努力しておるところでございます。

具体的に、経営合理化の積極的推進としまして、IT効果を先取りしたアウトソーシングの徹底を図りまして、レセプト電子化本格開始の平成14年度から19年度にかけまして、これまで6年間かけまして約1,000人の職員の定員を削減しているところでございます。職員の数で13年度と比べますと16%の職員低減を図っております。片や、取り扱いの件数は8%の増という状況でござ

います。

審査の充実ということで、原審査の充実を基本としまして、見落とし率、再審査の査定点数と原審査の査定点数を加えたものに占める再審査で査定する分、これを極力減らすことが、私どもの審査の課題でございます。

○松井主査 14年度から19年度にかけて1,000人の削減をしているんですけども、14年度から19年度にかけてオンラインレセプトの比率はどのくらいでしたか。

○佐々木総合企画部長 オンラインレセプトは昨年4月から始まっておりますので、電子レセプトということで申し上げます、直近で申し上げますと約3割でございます。

○松井主査 14年度はほとんどないですね。

○安藤情報管理部長 電子レセプトは14年度は0.7%です。

○松井主査 0.7%。それから、19年度で。

○安藤情報管理部長 30%。

○松井主査 30%ね。

○足利専務理事 3番目のレセプト電子化・オンライン化の推進ということで、その先導役として組織を挙げて、医療機関や保険者に対する説明会、個別訪問の開催等を行って推進を図っているところでございます。オンライン基盤の整備促進に努めております。

3ページ目、「審査の現状」でございしますが、18年度の実績を申し上げますと、毎月膨大な数のレセプトを月末までに審査をする必要があるということで、月々、医科・歯科のレセプトで毎月約5,000万件の審査支払いをしております。それから、調剤のレセプトにつきましては審査はございませんので、毎月2,000万件の点検支払いを行っているということで、これを審査支払事務担当職員1人当たりで換算しますと、毎月約1万2,000件、審査委員1人当たりでありますと約1万1,000件という業務量をこなしているところでございます。これだけ膨大な数ということで、見落としなく、綿密に審査し尽くすということは、大変困難な状況がございます。さらに現状は、紙レセプトと電子レセプトが混在しておりますので、大変輻輳しているということもございます。

このほかに、審査の最終決定に当たる再審査処理、基金で行った原審査に対して、保険者、医療機関から再審査の請求が出てまいります。その再審査の処理、あるいは保険者の段階で資格の誤りが明らかになるという資格過誤等の調整処理につきましても、年間約1,200万件の事務処理を行っております。内訳は、そこに書かれてあるとおりでございます。

3番目としまして、こういった保険診療ルールの徹底を図っていくことから、医療機関に対して訪問する、あるいは来ていただいて面接懇談をする、そういったことを行いまして、適正なレセプト請求のための照会にきめ細かく対応しているところでございます。

次に、この今回の計画に対しまして事前に事務局としてお問い合わせいただいている点についてまとめてございますので、以下、回答させていただきます。

まず、「レセプトオンラインネットワークのインターネット回線での接続について」でございます。

これにつきましては、3番目でございますように、厚生労働省の保険局から通知が送られまし

て、インターネットに暗号化機能やかぎ交換手順、そういった技術を加味したIPsec、IKEという技術を活用するインターネット接続方式が可能であるということが厚生労働省のガイドラインで示されましたので、私どもは、これに基づきまして、平成20年4月診療分から適用するというので、既にこの接続方式の拡大につきましても、利用手段を含めましてホームページで公開しているところでございます。

次に、5ページ目でございますが、「レセプトの電子化、オンライン化に伴う合理化効果」。

まず、合理化効果が見込まれる請求支払業務の具体的な内容、それから合理化額についてということでございますが、支払基金では、再審査を含めた審査と請求支払いという業務を一連のサイクルで実施しているわけでございますが、このうち請求支払いについて、職員が現在行っている業務につきましては、このうち、以下に書かれる業務につきましては、電子レセプトに置き換えることによって合理化が見込まれることとなっております。

1つは、査定をしたレセプトにつきましては計数を整理する、それから医療機関に対して、どのレセプトのどこがどう査定されたのかということを連絡する必要があるわけですが、その増減点の連絡書の作成につきましては職員が行っております。

それから、次のところでまた出てまいります、アウトソーシングに委ねておりますデータ入力結果の確認、あるいは派遣職員の管理業務、これは当然、職員が行っております。

それから、審査が終わった後、こういった計数整理が終わった後、今度は保険者別に請求してまいりますので、それを発送するための請求帳票とレセプトとの照合確認、こういう業務は職員が行っておりますが、これら3つの業務につきましては、電子レセプトに置き換えることで合理化が見込まれるということでございます。

○松井主査 5,300人が結局何人になるんですか。

○足利専務理事 別の縦の1枚ものの資料図をごらんいただきたいと思いますが、別様になってございます。そこで、平成19年度と23年度の比較で業務量の内訳ということで示しております。5,300人が合計4,800人という見込みを立てておるところでございます。この間に500人の定員削減をしましてということでございます。

その要員効果としまして、今の請求支払いに係る業務につきまして、上と下で、この図でございまして、1,100人相当が請求支払い業務に従事しているというのが19年度の現状でございますが、23年度につきましては300人にこれが減少する。と申しますのは、少数該当の医療機関等がまだ手書きの部分等々が残りますので、その分について、引き続き請求支払いの業務が必要であるということで、それを300人と見込みまして、そこは800人の減となるということと、それから、同じ時期で共通管理部門、上と下を見ていただきますと、橙色の部分の共通管理部門の合理化によりまして100人要員効果を見込んでおります。合計900人の要員効果を見込んでおるところでございます。

他方、この要員効果のうち400人につきましては、審査の充実及び新たな審査サービスの提供のために振り向けるということで、残りの500人について削減を図るということで5,300名が4,800名ということでございます。

○松井主査 アウトソーシングが19年度は何人いるんですか。

○足利専務理事 人員ですか。アウトソーシング人員を金額としますと、次のページに出てまいります、32億円でございます。

○松井主査 32億円。それで。

○足利専務理事 これが、なお残る分がでございますので、差し引き30億円の減と見込んでおります。23年度の段階で。

○岩淵課長 資料の6ページです。

○足利専務理事 次のページでごらんいただけます。トータル500人の減ということで、人件費の削減額は40億円になるということでございます。それとは別途、ITの投資額が必要になるということでございます。

6ページでございます。不要となるアウトソーシング業務の具体的内容と合理化額でございますが、これまで合理化効果を取ってしまして、可能な業務につきましては既に完全にアウトソーシングをしているわけですが、完全オンライン化の段階で、以下のような業務については不要となる。

1つは、レセプトのOCR処理。レセプトをOCRにかけまして読ませるわけですが、この業務は完全に必要なくなります。

それから、審査が終わりまして点数が変わる部分ですとか、OCRにはねられた部分ですとか、手書きですとか、そういった部分についてはPCで入力しておりますが、その分も必要なくなる。

それから、レセプトを分類して、実際に保険者に請求する業務に当たりまして、束ねて、またバッチヘッダーというものをこしらえて分類する、そういう業務も必要なくなる。

それから、電子レセプトで来ている分を紙で受け取ったりということを希望する保険者の方のためのプリント業務、こういった業務は、完全オンライン化になりますとなくなるということでございます。

これらのアウトソーシングの経費が、先ほど申し上げましたように合計30億円の減となるということでございます。

7ページ目でございます。「実質的審査はコンピュータで代替できるものではない」ということで業務効率化計画の中にも出ていますところでございますが、真ん中の2番目のところに書いてございますように、まず、患者の病状・病態・特性は個々別々、千差万別でありますので、診療行為も非常に多岐にわたる。したがって、レセプトの内容も千差万別でありまして、そのレセプトの内容が適正かどうかというのを審査していくわけでございますが、審査の基本というのは、その診療内容が国が定めた保険診療ルールにのっとって適正に行われているかどうか、これを個々のレセプトを読み解いて、患者の病状・病態・特性を推し量って、診療行為が適正かどうか、具体的には、※の真ん中に書いてございますが、薬剤の適応、用法・用量の妥当性、検査、処置、手術の必要性、こういったことが妥当なのかどうか、それから、医療機関の診療傾向がどうなのか、そういったことを踏まえつつ、審査委員のお医者さん、歯科医師の先生方の臨床経験や専門的知識に基づいて判断するものでございますので、これはなかなかコンピュータに代替させるこ

とはできないと考えられるものであります。ここは、レセプトが紙であろうが電子であろうが、その面については変わりがないと認識しております。

さはさりとして、8ページ目でございますが、審査のプロセスにおきましてコンピュータを活用することは当然考えていかなければいけないということで、1番目で、次のようなレセプトなり項目につきましては機械的処理が可能であると考えております。1つは、診療内容について医学的判断の余地がないため、定型的な処理が可能である、そういったレセプト、つまり初診、再診と処方せん料しかない、簡単な、診療内容判断の中身のないようなレセプト。それから、国が点数表の中で定めております算定ルール、例えばこの薬剤については1日何錠であるとか、この検査については月に何回までとか、そういったことが具体的に明確になっているということで、正しいか否かの判断が一義的にコンピュータでチェックできるようなものについては、機械的処理が可能であると考えております。その部分については、しっかりシステムを活用してまいりたいと考えております。

それから、機械的処理の対象となし得ない実質的審査の面につきましても充実強化を図っていくということでございます。毎月一定期日内に審査を終える必要がある一方で、審査委員の医師・歯科医師については、もともと本業がある方でございますから、大変忙しい。支払基金の審査を土、日をお願いするのが常態化しているといった状態でございます。そういった中で審査の見落としというのとはなかなか避けられないという状況でございますが、一方で、保険者の方からは更なる審査の充実ということについて強い要請があるということでございます。今後、審査事務に関して現在以上の職員を投入しまして、職員の段階で疑わしい事項、どこが疑わしい、問題があるというところを適切に指摘する。そういうことで審査委員をサポートする体制を強化してまいりたいと考えております。

併せて、そのシステムにそういった審査支援機能を拡充して組み込みまして、それを最大限活用して効率的な審査に努力する。その拡充例としましては、例えば点数表の解釈、医薬品の効能・効果を含む辞書機能をシステムの上に登載して、画面審査の中でそれがすぐに確認できるようにするとか、特定の項目に着目してレセプトを抽出する、あるいは過去の審査事例からそれに類似する内容のものを抽出するとか、あるいは疑義のある内容にマーキングを行って注意喚起をする、そういった審査支援機能をシステムに組み込んで、審査委員の審査を効率的に行えるようにしていくということを考えているわけでございます。

9ページ目で、「オンライン化による要員効果（約900人）の算出根拠」でございますが、これまた、先ほどの表を見ていただきたいと思うんですが、1,100人の請求支払業務の要員効果、1,100人が300人になるということで800人減になるわけでございますが、実際は1人の職員が一連の業務として行っていますが、平成19年度における審査支払部門の定員5,300人をあえて区分しますと、審査支払業務を直接担当している職員が4,200人、3,200人プラス1,000人というところでございますが、プラス、システム運用管理を含む共通管理部門を担当している職員が1,100人ということで、5,300人はそういう内訳になる。これをあえて審査と請求支払いと分けると、その黄色い部分と青色の部分の1,100人の部分が請求支払い、300人が、平成23年度においてもなお紙レ

セプトの処理で残るということで試算いたしておりました800人の減となるということでございます。

併せて、先ほども触れましたが、共通管理部門につきましても業務の効率化を図るということで100人の削減を図るということでございます。

更に、10ページでございますが、「審査体制の充実のため必要とされる要員（約400人）の算出根拠」でございますが、平成19年度における審査支払業務の実態というのは、先ほどの1,100人を除きますと、審査に直接従事している職員というのが、今度その黄色い部分のところだけですが、2,100人プラス1,000人で3,100人相当と見込んでいます。この3,100人のうち、2,100人のところが原審査、レセプトが最初に上がってくるところを審査し、疑義事項の特定などの審査業務に従事しております。残りの1,000人が、審査委員会の管理運営、審査結果の分析、審査方針の調整、請求誤りの多い医療機関への訪問懇談や面接懇談、保険者との協議、被保険者資格返戻を含む再審査処理、こういったいわば渉外等関係事務、審査委員会を含んだ外との関係業務に1,000人が従事しております。

下の絵でございますが、23年度の原則完全オンライン化、保険者から審査充実を図るべしという強い要請のある見落とし率のところ、原審査の見落とし率を20%から10%に半減する目標を設定しております。この見落とし率を20%から10%に改善するためには、審査の実績で約3割弱の改善が必要となるという試算でございまして、このために必要な追加の業務量として、職員数換算で450人の追加が必要である。

一方、単純に450人増ということではなくて、23年度のオンライン化の段階では、先ほど申しました算定ルール、あらかじめ点数表で決まっているルールのうち、一義的に決まるというようなチェックの部分につきましては、そのルールのチェックにつきましては、コンピュータプログラムの拡充を図りながらシステムでチェックするというので、その部分の業務は職員数換算で、審査業務に従事している職員のうち250人の減が見込まれるということで、審査の充実のために必要な450人相当から算定ルールのシステムチェックによる減少が見込まれる業務量250人を差し引きますと約200人を審査の充実の要員として見込んでいるところであります。

もう一つ、新たな審査サービスの業務要員の考え方でございますが、電子レセプトの医科・歯科レセプトと調剤レセプトとの突合審査、それから縦覧審査、これを実施するとした場合に必要な人員ですが、これを現時点で少なくとも約200人相当以上の要員が必要ということで、差し引き400人の要員が必要であるということで算出したところでございます。

以上、駆け足で恐縮ですけれども、私どもの方から事前に用意させていただいた資料の説明をさせていただきました。

○事務局 ありがとうございます。

○松井主査 事務局から質問するのをお許してください。

平成13年度から19年度にかけて16%削減して、このときは30%のオンライン化で、これから100%になりますね。それで1割ですか。削減が1割ですか。

○佐々木総合企画部長 平成13年度比で申し上げれば、職員定数24%相当の削減になります。

○松井主査 いずれにしろ5,300人が1割程度の削減ということですね。答申では業務フローを含めて抜本的に見直してもらいたいと。業務フローの抜本的見直しについてコメントがありませんでしたけれども、どういうことですか。それについて触れていただけますか。オンラインになったらこの全業務フローが抜本的に変わるはずですよ。それについて具体的にどういうことなのか説明願えますか。

○足利専務理事 私どもは、平成23年度、原則完全オンライン化に向けまして、業務の内容は相当程度に変化するということを踏まえてこの計画を策定しております。

○松井主査 業務フローがどういう風になるかというのを具体的に想定しなかったら、業務計画は陣容も含めて立てられないじゃないですか。だから、それについて説明してくださいと言っているんです。

○足利専務理事 請求支払いの業務がほとんどなくなるということで、それに必要な人員800人は削減となるということで見込んでおるところであります。

○佐々木総合企画部長 一方で、審査の充実あるいは保険者の方から非常に強い要請がございます実質的な審査の強化をサービスの充実として振り向けたいということで、差し引き、人員効果としては現状からマイナス500ということですよ。

○阿曾沼専門委員 具体的に質問してよろしゅうございますか。我々が考えていた業務フローの改善には幾つか大きなポイントがあると思うんですね。先ず第一に、例えばレセプト様式というのは今のままでいいのか、これはもう10年来ずっと議論されていたことですね。このレセプト様式の変更・改善というのは、具体的にワークフローの改善の中にどういふふう織り込まれていくのか、それがまず1点。

それから、第二に、電子点数表の作成という問題がありましたね。電子点数表が平成23年のレセプト電算実現までにどういった具体的な議論がされて、これにどういふふう反映されているのか、これが第2点。

そして第三、基本的にレセプトの審査をする場合、今現在で、各支部間でチェックの仕方が相違するなど審査基準が非常にあいまいですね。これは医療機関でも、全国の健保組合でも、多くのところで結構不満がありますね。こういった点の課題解決はどうなるのですか。また、審査のスムーズ化のために、医学的な部分については審査のスクリーニングロジックをきちんとつくるんだというお話がありました。これについての開発状況はどうなっていますか。

もう一点は、見落とし率ですが。見落とし率がよくなったということですが、見落とし率の目標値または限界点というのを皆さんはどういふふう設定しているのですか。例えば現状のワークフローのままでやったら、見落とし率の限界点は何%です。だけれども、仕組みを改善して、こういった条件を仮置きしたら限界点はこうなりますというような具体的な数値目標がないと、基本的にワークフローの分析をやっても意味ないし、組織改善ができないのではないかと思いますね。

今申し上げたように、例えば電子点数表の作成をどうするのか、レセプトの様式の変更をどうしていくのか、スムーズな審査のためにスクリーニングロジック開発をどうしていくのか、支部

間の審査基準の不統一解消のためにどういった新しいワークフローを考えるんですか。そして一番重要である審査のスクリーニングロジックの開発ということであれば、医学的な審査は基本的にコンピュータシステムではチェックできないとおっしゃったけれども、そんなことはないわけで、ある一定の標準的なものについてはロジック開発が可能だと思いますから、それについては、もし本当に医学的かつアカデミックな議論をした上で、絶対不可能だと言うのだったらその根拠を示してほしいし、そういったことを含めて、具体的なお話をいただかないと、改善の中身が何か見えにくいんです。

基本的に見落とし率を少なくし、審査を充実するから2,100人から2,300人に増やすんだとおっしゃる、これもやはり論理的にはどうも理解できない。審査を充実するときの方策は人を増やすだけですか。審査の前提にするロジックをどう変えますか、レセプトの様式をどう変えますか、電子点数表をどうしますかということは、合わせわざで議論しなければいけないことですよ。その議論がない中で200人増やしますというのは、僕は論理的にどうしても理解できない。これを具体的に、論理的に理解されるように具体的にシェーマ化してほしいというのが、率直な意見でございます。

今、もしお答えできるようだったらお答えいただきたいし、もしお答えできないのであるならば、きちんとした回答をいただければと思います。

○足利専務理事 レセプト様式なり電子点数表というのは、別途、しかるべく検討されていると私どもは認識しておりますけれども、私どもは基本的に、ここにも、先ほども述べましたが、先生はロジックとおっしゃいますが、そういったルールといいますか、ある程度チェックが可能な、コンピュータのシステムで可能な部分については最大限取り入れるということで、人数を増やすだけではなくて、機械の支援も当然借りながら、その効率を高めていくということが今回の効率化です。

○阿曾沼専門委員 それはわかりますけれども、このような文書ではなくて、ユースケースというか、具体的な例示がないと、理解できないんです。我々も何のためにお聞きしているかという、それなりに具体的な例示が欲しいということなんです。具体的施策です。

○足利専務理事 審査の支援機能の拡充としては、特定の項目、具体的に何だと言うとあれですけども、レセプト上、いろいろな疑義が起りやすい、そういうところは問題が起きやすいというのは、私どもの審査の過程でこれまで経験的にわかっているわけですから、それをコンピュータの中に組み込んで、そういう事項等がすぐに照会できるような、抽出できるようなシステムを登載していくということが一つの例です。

○阿曾沼専門委員 例えばロジックのアルゴリズムが今まで10本でしたけれども、今度100本にします、200本にします。だけれども、実は今まで非常にあいまいだったから、もっと精緻化するためには、100本増やしたけれども、人はどうしても減らないんだという具体的な説明があればいいんですが、そういうところの具体的なものがないので何か理解しにくい。

○長谷川専門委員 業務フローの何がかわるかというのが見えないので、例えば工程数を30%増やすと本当に見落とし率が減るのか判断できません。品質保証体系図の中で業務フローを書いて

もらって言ってくれないと、工程数が3割増えるというのは何かイメージできません。しかも、その3割増やすために、今まで請求支払事務をやっていた方が、いきなり審査事務に変わるのか疑問です。これは普通変わらないですよ。

○足利専務理事　そこは一体の業務として今現在も職員が双方を担当していますので、要するに1カ月のサイクルの中で、審査をした人間が請求支払いの業務をやっていますので。

○長谷川専門委員　しかも、片や審査というのは非常に個別性が高い、医学についての経験がないといけない。それだけの人がこれだけいるとは私は思わないのだけれども、要するに事務職の方が審査業務に変わるわけですね。

○足利専務理事　変わるというより、今現在でも既に従事していますので、そこの能力をもっと高めていくと。

○長谷川専門委員　その結果、この見落とし率ですよ。これは効率の面からいっても、質の面からいっても、かなり抜本的に問題があるのですよ。

○佐々木総合企画部長　現在、医学的知識につきましては、確かに審査委員の医療の個別性ということで個別に御判断いただいておりますけれども、疑義事項の特定という形で職員は審査事務を行っているんです。それに関しましては現在、大体半分が疑義事項の特定、点数ベースですね、査定点数で職員段階で特定している。件数ベースで3分の2ですけれども、その効率を上げていくということがございます。ただし、機械で明確にできることは、今回の計画にもきちんと書いておりますけれども、算定ルール上、明確な項目につきましては、これは機械的な処理の対象にしますし、医学的判断余地がない部分は、平成23年の段階でレセプト件数のうち約2割と推定されますので、その部分は機械的に処理をしたいと考えております。

○長谷川専門委員　例えばD P Cによる請求が増えるわけでしょう。D P Cでは、診断名と処置名さえ合っていれば、金額は一義的に決定されますよね。

○足利専務理事　ただD P Cも、今回の制度改正で症状詳記をもっと詳しく添付させるとかの方向と聞いています。

○長谷川専門委員　添付するのはいいけれども、読む能力がないのに添付してもしようがないじゃないですか。

○佐々木総合企画部長　それは、今D P Cは診断群分類の中で出来高要素が加味されている部分を審査しているわけですね。それがD P Cの診断群分類の中で、要はアップコーディング等々の問題もあって、きちんとその明細をつけましょうという話に改正されると伺っておりますけれども、その段階でコーディング情報、いわば出来高に近い形にレセプト様式がなりますので、それで判断をするということになります。

○阿曾沼専門委員　単純に考えると、今、韓国の例を引いて申し上げると、またかとおっしゃるかもしれませんが、業務パフォーマンスの面で考えれば、取扱件数との対比で韓国は日本の4倍から5倍ぐらいのパフォーマンスを彼らは持っているわけですね。皆さんは、いやそれは違うんだ、韓国と日本とでは事情が違うんだとおっしゃると思いますが、そのことは当然我々もわかっています。しかし、それはシステム化以前の話しでは相当違うかもしれないけれども、1回苦労

してコンピュータ化出来た以上は、システム化以前の違いというのは大きく影響してこないと思うんですね。折角コンピュータ化したのに、パフォーマンスが全然追いつかないというのはどこに原因があるんだということになります。もし本当に効率化できない原因があるとするれば、例えば点数表の簡素化が非常にできていないとか、電子点数化が進んでいないとか、システム化の効果を出すためにレセプト様式を変えるべきなんだとか、本来は支払基金が業務改善するために厚生労働省に言うべきことを言わないといけないのではないですかね。

そういった発想と議論を、相当議論が出てきていいはずなのに、支払基金は、ある意味厚生労働省に言われるばかりではなく、反対にもっともっと厚生労働省に言わなければいけないことがものすごくいっぱいあるのではないかと思うんです。そういったぎりぎりした議論を戦わせた上でこれらの改善案が出てくるとすごく説得力があるんですけども、そういう議論を避けた上で現状の問題を何か目をつぶりながらやろうとすると、検討の限界があるんだと思うんです。

支払基金の問題というのは、厚生労働省の考え方も含めての大きな問題だと思うんです。

○松井主査 ちょっと保険課長に聞きたいんですけどな。

○阿曾沼専門委員 電子点数表なんて一体どうなっているんだ、あるべき姿に向けて何もしていないじゃないかと言っている人たちがいっぱいいるわけです。僕もそう思っています。だから、今、御質問したこと、何も具体的に答えられないのではないかと思うんですよね。

○佐々木総合企画部長 点数表あるいはレセプト様式そのものの決定権は支払基金にはございませんが、今回提案申し上げている突合審査等々、これは保険者の方でも、調剤レセプトと医科レセプトの突合を現段階で基金に対して請求いただいているわけですけども、基金段階で突合処理をするためには、医療機関コード情報を調剤レセプトに入れていただくと突合の確度が高まりますので、そういった具体的な要望は、今回の計画でもきちんと明記して、厚生労働省の方にも要望しているという状況でございます。

○阿曾沼専門委員 要望でとまってしまっているから、本当のきちんとした効果が、結局何も見えてこないと見えてしまうんです。

○松井主査 規制改革会議と厚生労働省側の協議は、皆さんはタッチしていませんでした。厚生労働省側から基金側にどういう説明があったか我々は知りません。多分それなりに説明されていると思いますけどね。ここでもう一回確認させてもらいたい。認識というか、どうして基金の合理化・効率化がこれだけ大きな問題になっているのかを。

支払基金を通じた例の政管健保赤字の健保肩代り750億円の清算の件です。要するに基金が受け皿になるということが決まったかに聞いています。750億円の負担について今日議論するつもりは全然ありません。2,200億円の毎年度医療費削減方針の中で、どういうふうにその原資を捻出するかという議論ですが、単年度措置とはいえ、750億円を健保から持ってくるというのを、民間はぐっと堪えている。健保750億円と共済250億円、合わせて1,000億円。2,200億円の約半分の原資を創ったわけです。言いたいことは山ほどあるが、今日はそれが議題ではない。でも、750億円の資金を健保が出す一方で、これからレセプトがオンライン化されたら、どれだけコストが減るのかは重大な関心がある。支払基金に大体レセプト1枚あたり114円何がしかという負担が、掛かって

いる。支払基金だけで年間8億枚、国保連を入れると10億枚プラスして18億枚。合わせて大体2,000億円の負担だ。国保連は取りあえず置いといて、支払基金だけでも年間800億円。これがオンライン化でどれだけ負担が軽くなるかと当然考える、期待しているんだ。その文脈での議論です。110何円が、例えば1割減りました。そんなのでみんな納得しないんですよ。これは担当大臣にも言いました。福田首相にも言いました。これから大議論になりますよ、このコストの問題は。合理化計画はどうなんだと。我々は、国民にこれを説明しなくてはいけないのです。中途半端な説明はできません。それをわかった上でお出しになったのか。それはわかった上でお出しになったんでしょう。

回答次第では、これからすごく尾を引くんですよ。それを認識してください、こういうことです。

○阿曾沼専門委員 一つの例ですが、2月29日に中西理事長が、レセプト電算化に合わせてこちらやり方を変えなくてはならない、審査委員会と協議しながらよりよい方法を探してほしいと呼びかけました。しかし、この発言を立派だなど思う人が一体何人いるのでしょうか。「今さらこんなこと言っているのか」と思うのが普通の一般的感情なんです。今の時点で、それだけの認識でしかないということが、結構、国民から見ると支払基金のあり方とかレセプト電算化問題がすごく遠いことのように思えてしまうんです。健保組合というのは、患者一人一人のエージェントですから、患者の声の代弁者が、きっと健保組合の声なんです。今までは何となくその声が抑制されていますけれども、今後これがどんどん大きくなっていくときに、支払基金のあり方だとか、合理化のあり方だとか、もしくはレセプトの仕組みのあり方、審査の仕組みのあり方というのはずっと芋ずる式に大きな国民的議論になってくると思います。

そうすると、業務プロセスがどう変わるかとか、合理化というのは、さっき私が申し上げた一つひとつのことについてどれだけ真剣に皆さんが議論されたのかが問われると思います。これは支払基金だけの問題ではなくて、厚生労働省の問題でもあると思います。厚生労働省がどういう思いで、どういう志で、どうやって改善を図っていくのかということ問われるし、真剣に議論をしていないのではないかと思いますよ。規制改革から何か言われたから、対処療法的に支払基金に対してああしろこうしろと言うだけで終わっているのではないかと思います。支払基金の問題であるだけでなく、僕はやはり厚生労働省の問題でもあると思います。両者が、本当に真剣に議論しながら、具体的に一つひとつ抜本的課題を解決していかない限り、これはもう5年でも10年でも同じように、ただ単に10%改善しました、何%改善しましたということで終わってしまうと思います。

今が抜本的に組織を変える一番いいチャンスなんです。一番いいチャンスなんですよ、2011年まで。別に2011年じゃなくたっていいんですよ。2013年だってもいいんですよ。そこまでどうするんだ、今のままやったらこうだけれど、抜本的に業務プロセスを変えたらこうなんだということを具体的数字に示してほしいんです。だって、課題はもう皆さん分かっているんですから。議論し尽くして、これから新たに議論したって違った課題が出てくるはずないです。今日この資料には、本当に真剣に汗をかいた議論の姿が何か見えないですね。

確かに、皆さんはきっと、何十%もよくなったとあっていらっしゃるんだろうと思うけれども、我々の求めている効率化というのは、もっと大きい効率化であるということです。

○事務局 事務局から今の関連でお聞きしたいんですが、御説明いただいたパワーポイントの8ページ目の上の1(1)、(2)、このところが、言葉遣いはともかく、自動審査ですつと行ってしまう部分ってありますよねと書いてあるわけですよね。多分、専門委員の先生が御指摘されている部分は、この部分をどうやって拡大するのかという部分についての御説明を受けられていないのが残念だとおっしゃっているんだと思うんです。多分、それは基金さんがお答えになれば厚生労働省さんからお答えいただくべきことなのかもしれませんが、一方で、計画そのものの方を見ますと、多分それに呼応するのは、9ページの上の方に、原則完全オンライン化の段階で約2割が一括処理されると、これが対応する数字なのかなと思うんですけども、これは多分、今の環境が変わらなくて、レセプトのオンライン化だけが変数だとすると2割が自動審査で済んでしまいますよ。今も大して人手はかけていないけれども、こういうことが書いてあるわけですよね。ですから、この部分は、今後5年間でこの比率というのは変わらないという前提でこの計画は立ててあるように私は理解したんですが、それはそういう理解で正しいですか。

○足利専務理事 それはそういうことです。要するにレセプトの電子点数表とかそういう話は置きまして、今現在と同様な請求が上がってくるであろうということで、それを前提に、その分の2割は自動処理されるというのが、定型処理が可能なレセプトということであります。

○事務局 逆に言いますと、多分3カ年計画にももろもろの関連事項があるかと思えますけれども、電子点数表ですとか、審査ロジックの整理ですとか、いろいろ課題として今後数年間の間に結論を得なければならない課題というのが幾つかあったと思うんですが、レセプトの様式変更もその一つなのかもしれませんが、そういう部分がこうなったら、この部分がこう拡大して、その効果は何人ですとか、何億ですとかというようなシミュレーションのたぐいは、残念ながら今回はこの計画策定の中では入っていないということですね。

○足利専務理事 そういうことになりますね。

○佐々木総合企画部長 定型レセプト、つまり医学的判断余地がないレセプト内容につきましては、おっしゃるとおりでございます。8ページの(2)、こちらの方につきましては、一部、自動的に査定する機能を現在既に行っておりますけれども、こちらについては、ルールの明確化、電子点数表のお話がございましたが、それと呼応する形で、見落とし率に換算して4%相当は機械的な処理の対象としたい、そういうことで計画上も記載しているという状況でございます。

○長谷川専門委員 ちょっと確認で、8ページの1の(1)と(2)があるわけですよね。今、レセプトのうち(1)に該当するのは何割ですか。

○佐々木総合企画部長 今、電子レセプトに限って言えば2割程度です。紙も混在していますので、全体の医科レセプトに占めるウエートは5%程度です。

○長谷川専門委員 紙を含めると(1)は5%、電子化にすると2割ぐらいまで行くと。(2)はどれぐらいなんですか。

○佐々木総合企画部長 （２）は、これは項目でございましてなかなか特定が難しいんですけども、今現在行っている査定項目で申し上げますと、既に自動査定している375項目、これは件数ベースではないので、項目ベースではその程度でございます。

○長谷川専門委員 全体で何項目あるんですか。

○佐々木総合企画部長 これは、これから具体的なコンピュータ項目を設定していくと。

○長谷川専門委員 コンピュータチェックが375通りあるという理解の方が現実には近いの。

○佐々木総合企画部長 他のコンピュータチェックもありますが、算定ルールに係る機械だけでやれるものが375項目。

○長谷川専門委員 ルールの数は、森羅万象ぐらいの数があるわけね。

○足利専務理事 その中で、この点数表の中を見ると、例えば特定の診療科に限るといったものがたくさんありますので、その中で一義的に判断できる算定ルールはコンピューターチェックですと。

○長谷川専門委員 以前、30万通りもあり煩雑に過ぎると内閣府から文書を出したら、厚生労働省から、そのような算定根拠はないと反論をもらったことがあったんですけども。わかりました。

○阿曾沼専門委員 佐々木部長はこういった課題があるんだということを要望していますと言っていますよね。この要望を受けて、厚生労働省は具体的に何をどう動いているんですか。何をどう動いているのかが全然見えない。これ、動かなかつたら仕組みは変わりませんよ。支払基金の理事長とか専務理事の方々が、厚生労働省と刺し違えてでも、胸ぐらつかみ合いながら、組織を良くしていくためにどうしたらいいんだという真剣な議論があってしかるべきなんです。その議論が何もなくて計画をつくったって、これは計画にならなくて、机上の空論になってしまう。何か非常に無意味なものになってしまいます。

○松井主査 厚生労働省側とあれだけ議論して、基金合理化案にその議論を反映させてくれとあれほど言ったじゃないですか。厚生労働省は何か言うと必ず、基金は民間ですから、基金は民間ですからと強調して逃げる。民間だったら、何で今度の健保肩代りの750億円を基金を通して清算するんですか。どうして民間を通してやるかというその根拠を教えてくださいよ。

○岩淵課長 よろしいですか。まず、前段の前提条件のレセプト様式の改善とか電子点数表の問題が大きいというのはおっしゃるとおりだと思います。そこは、この閣議決定にも別の項目に入っておりますし、委員はもう御承知ですけども、保険局の中でも医療課の所管でありますので、私が責任持って説明できるわけではありません。ただ、要望は行っているわけです。基金としては年末までに策定するというので、その時点での情報に基づいて計画を策定したということなので、そこは、厚生労働省と基金の関係で言えば先生おっしゃるとおりなんですけれども、そういう制約の中で策定してもらったということだと思っています。

それから、今、主査がおっしゃった750億円の問題でございましてけれども、どういう根拠かということですが、それは2月8日に閣議決定いたしました20年度の政府管掌健康保険の国庫補助特例法案の中で、初めて法律上、基金がそういう義務を負うということを法律上規定したのででき

るといふことでございます。

○阿曾沼専門委員 今の御質問の前段の問題ですけれども、ではいったい、支払基金なり健保組合側から見て、このレセプト電算化の問題提起について、ワンストップで厚生労働省サイドで受けて、省内の関連する部署をまとめて、問題解決、課題解決を具体的にを行う責任を持っている人はだれなんですか。

○岩淵課長 ワンストップというのはいないですね。

○阿曾沼専門委員 そういうふうに関き直されると困りますね。

○岩淵課長 支払基金に関することの厚生労働省組織令を見ていただくとわかるんですが、支払基金に関する事務というのが4つか5つの課にまたがって明示されて、分掌されておりますので。

○阿曾沼専門委員 だけど、具体的な計画を立てるときに、厚生労働省内でワーキンググループを立ち上げるというのは、組織横断的なワーキング組織をつくられて議論をして、いろいろな要望、課題に対して、法改正が必要だとか、様式変更の通達が必要だとか、もしくは抜本的に診療報酬の中身を変えなければいけないといった議論がいっぱい出てくるわけですよ。課題だ、課題だと言って10年、20年たっているわけですから、今まさに具体的に課題解決をするためのタスクフォースが求められているわけですが、そこをどういうふうにお考えなのか。いや、それはできないんだ、できませんというのか、やる必要があるけれどもできないのか、やる気がないからできないのか、どっちなんですか。

○岩淵課長 それは、それぞれの項目について、それぞれの所掌の部署で責任を持って検討して、保険局内で調整をして提出しておるといふことです。

○阿曾沼専門委員 そうですか、わかりました。

○長谷川専門委員 ちょうど点数表の話が出たので少し発言させていただきます。私どもはこれまでいろいろな提案をさせてもらって、例えばオンライン請求もそうだし、レセプトの電子点数表もそうであるし、DPCよりは、むしろ一入院定額支払を主張させていただくんですけども、定額払いは支払いということだけに関して言うと、非常に合理的にできるのですよね。そういった所与の条件が、これまでをお願いしていることがある程度整うのが、例えば平成23年である。状況いかんによっていろいろなシナリオはあるんですけども、業務フローを考えた場合に、今の業務フローであれば、例えば一定のミス率があった場合に、それを改善するためには人を増やすしかない。でも、インフラが違えば話が変わるし、同じ人間でも、教育を変えるとかいろいろなやり方があるわけですよ。

そうすると、所与の条件のうち何が満たされたらこういうふうになるんだというのが、幾つかのシナリオをつくることのできるはずですよ。所与の条件が今と同じで、ただミス率を下げるために人をこっちからこっちに持っていくというのでは、ちょっと議論のベースが違うような気がします。特に、パワーポイントの8ページの業務プロセス、審査プロセスの話でいくと、例えば電子点数表ができることによって、あるいはいろいろなロジックが確立することによってどうなるのか。当然、これ1枚紙ではない形で何種類か出てくるはずなんですよ。それを知りたいのです。いただいたのは、我々の期待していたものとはちょっと違ったものなのです。

○松井主査 参考までにちょっと教えてもらいたいたいんだけど、朝日新聞の2月25日に診療報酬2億円の不正請求があったという記事が載りましたよね。基金ではない、国保連ですけどね。架空請求、架空申告2億円。都の国民健康保険団体連合会、要するに国保連がそれに対して、診療報酬の請求だけで月間約550万件もある。そんなもの見ていられるか。チェックしきれないと。

ところで、厚生労働省には、こういった不正請求等々についての実態について、支払基金、国保連も含めてもいいけれど、調べて公表してもらいたい。我々が素人的に考えると、電子レセプトでやったら、医者のお〇〇がどこそこの診療所にいる、いないなんてすぐわかりますよ。目でチェックは無理ですよ。今回のケースのようにね。因みに僕の会社では業務執行を全てオンラインでやっていますが、はるかにもっと複雑な、且つ、その何十倍、何百倍もの大量のデータ処理・チェックを瞬時にオンラインでやっています。ミートしなかったらすぐシステム上ではね返されます。電子システムというのはそういうことです。これは飽く迄も一つの例えの話ですよ。

○足利専務理事 そうなのですが、それは一応、ミートしているのでといいますか、国保連としては、事前に登録のある保険医療機関から上がってきたレセプトですから、それで保険者にそれをまた審査の後、返すわけですね。実在する被保険者ですから、それは電子でもミートしてしまうんだと思いますが。

○松井主査 実在するかどうかとか、どこでその診療行為をしていたかなんてことは、簡単に割り出せる。その医者がそもそもその診療所にはいないじゃないかというようなことは瞬時に分かる。人間の目でチェックなんか出来るわけがない。どんなに手間隙掛けてやってもね。オンラインなら全国のすべてのレセプトと突き合わせることも可能だ。瞬時にね。オンラインならこんな凡ミスは論外だ。例えばの話です。

○佐々木総合企画部長 今も保険医療機関のコードというのはもう入っていて、レセプト申請で、電子レセプトで、紙であれそこは同じなんです。所在地を確認してやっているところは、電子レセプトであっても、保険医療コード名は入っていますので。

○長谷川専門委員 粒度の話で、医師ごとの日計表との突合という話になれば一発で出ると思うんだけど、そこまでは取っていないでしょう。

○佐々木総合企画部長 保険医療機関の登録ですから。

○長谷川専門委員 保険医療機関で1回登録されたものはもうオーケーという形で通しているでしょう。

○足利専務理事 詳細なものをどんどん取っていくということであれば、また別です。

○松井主査 例えばの話です。

○松井主査 いずれにしても、こういったものについての管轄はどこなんですか。支払基金でも国保連でもいいですよ、そこがミスった、見逃したといったときに、厚生労働省の管轄ですから、誰がそれについて責任を負うんですか。

○岩淵課長 その件、ちょっと私は詳細を覚えていないですが、要するに書面ではわからなくて、実際にいなかったという話でしたか。

○松井主査 この件について糾しているんじゃない。こういうようにミスったケースの場合、誰

が、どこのセクションが見ているのかを聞いている。

○岩淵課長 架空請求であれば、それは保険局医療課で監査指導というのをやっています、保険医療機関の監督をしておりますので、医療課の所管になります。

○松井主査 医者に対してではないですよ。要するに支払基金がそれを見過ごしたときに。

○足利専務理事 架空請求も不正ですから。

○松井主査 だから、それを見過ごしたということについて、公表なり、場合によっては、当然、民間ですから行政指導がありますよね。どこがするんですか。

○足利専務理事 見過ごしたことが私どもの責めに起因するということがあればというお話ですね。

○松井主査 だから、それは厚生労働省の誰が、どこの課がやるんですか。

○岩淵課長 審査支払機関の責めに帰すべき事柄であれば、それは支払基金については保険課、それから国保連については国保課だと思います。ただ、御指摘の架空請求といった事例は恐らく審査支払機関では限界があってわからない事例ではないかと思われたので、そういうことであれば保険局医療課になりますということをお願いしたんです。

○阿曾沼専門委員 ちょっと1ついいですか。診療報酬の改定でお忙しいことは重々理解をしつつ、先ほど言いましたような、ワークフローを変えていく場合にどこにクリティカルパスがあるのか、これをどう変えるとどうよくなるのか、そういったことを具体的にお示しいただく上で、しつこいようですが、例えば電子点数表の問題、レセプトの様式の変更・改善の問題などを支払基金としてどういうふう議論して、どういうふうに厚生労働省に要望されたのか。それを受けて、厚生労働省さんはそれをどういうふう今後しようとしているのか、具体的な中身と今後のマイルストーンをきちんと示していただきたいのです。それがない限り、ずっと机上の空論になってしまいます。そこはやはり厚生労働省さんにきちんとした見解を出していただくということになると思います。それを是非お願いしたい。是非お願いしたい。

○松井主査 回線について、専用回線方式でないということですね。

○佐々木総合企画部長 そういう選択肢も認めるということです。ですから、請求側は両方、どちらでも使えます。

○松井主査 思いっきりレガシーな、もう何十年前の方式を前提にしてやるつもりはないという、そういうことですよ。それだけの確認です。まさか、そんなことはやらないでしょうね。

○事務局 事務局からまた確認なんですが、パワーポイント資料の11ページの一番下の部分、新たな審査サービスという部分ですが、「突合審査及び縦覧審査を実施するとした『場合』」という書き方があるんですけれども、多分これは、やって意味のあることなんだろうと私は思うんですが、これはどういうことになるんですか。基金としてこういうことを保険者がだれであれやりますよ、やる予定ですよということで、やるかどうかについては理事会の決定を得なくては行けないから、まだこういう書き方になっていますよということなのか、こういうことを特に求める保険者が例えばいて、私のところは自分のところでそういうことができないので、付加的なサービスとしてこういうことをやってくださいと基金さんをお願いした場合にはやる。その場合は、例

えば手数料は別に3円取りますよとか、そういうことなのか、ちょっとよくわからなかったので教えていただきたいんですが。

○佐々木総合企画部長 まず、理事会の決定を得て、これは診療側もありますけれども、基金といたしまして、原則完全オンライン化の段階になりますれば技術的にできますので、私どもとしてはやりますということを決意いたしております。法人として意思決定いたしております。その際に、手数料をどうするのかということにつきましては、保険者団体との協議が勿論必要でございますけれども、少なくとも突合処理に当たりましては、一貫して単月審査の段階でできますので、おおよそ保険者さんすべてやる方向で考えているところでございます。

○足利専務理事 そういうことで、今回の計画に盛り込んであるということでございます。

○事務局 もう一つ別件で質問なんですけど、見落とし率という数字が一つの重要なテーマになっておるんですけども、再査定の数割る原審査の査定プラス再査定の点数ということなので、散文的に言うと、再度答案を出して、もう一回バツテンをつけられないようにしますよということなんだと思うんですが、一見わかるような気がするんですけど、ただ、これもいろいろな方のお話を聞いていると、保険者側で結構ねちっこくああでもない、こうでもないと調べる、しつこくやる体力とか体制が整っているところの部分については、見落とし率ってほかと比べて高く出てしまう傾向がありますよね。

○足利専務理事 再審査の請求がたくさん出てくるということですね。

○事務局 ええ。そういう別のファクターもあるので、見落とし率というのは、一つの指標としては重要なかもしれないけれども、これ一本槍で業務効率化の指標とするのはいかがなものかという指摘を聞いたことがあるんですけど、その点についてはいかがでしょうか。

○足利専務理事 私どもとしては、保険者さんがどれだけ御尽力されているかというのは、それは直接に聞き及ぶことではございませんので、あくまでも結果として、再審査請求として出てきたものについて、それは私どもが再審査をして、×といたしますか、○といたしますか、その結果が我々のもとのパフォーマンスの評価だと思っていますので、そこをいかに縮小していくかということが大きな指標だと思っています。ですから、そこはそれぞれの保険者によってどういう状況かというのはあろうかと思っておりますけれども。

○佐々木総合企画部長 要は基金の段階で、原審査の段階で見落としがなかりせば、保険者さんの方で改めて点検コストをかけて再審査請求をして、初めてその段階で再審査といたしますか査定されるということを極力基金の責任として、原審査段階で査定をするようにするという指標として考えているところでございまして、勿論それだけが唯一の指標だとは考えておりませんが、非常に重要な指標であると考えて、それを原審査の充実の指標としたいということで、今回計画にのせているところです。

○松井主査 今回の場合、効率化計画について議論しているので、その辺のこういったものを指標にする等々については勿論大事ですけども、効率化計画に絞ってもう一回質問したいんですが、業務効率化計画というのは普通、民間で言うと、部門別に要るものと要らないもの、これをどのぐらいまで削減するかどうかという、部門別のコスト構造を明確にした上で業務効率化計画

というものをたてるものです。その部門別のコスト構造についてここでは何も触れていませんけれども、これが明らかでないといふ計画について話し合えません。我々にとって関心があるのは、勿論人数を何人少なくするといふのはコストにかかりますから、当然メインファクターでありますけれども、結果としてどのぐらゐのコストでこれからやっていくのかを部門別、機能別に具体的金額を明示してもらった上で議論したい。今回のこの計画については、そういった数値、この前と同様に、一つも書いていない。これは、我々民間にとっては業務効率化計画とは呼ばないです。こうありたいとか、こうすべきだといふのを書くのは勝手ですが、そんなものは計画ではない。プランといふのは、すべて数字でもって明確に表すものなんです。今度の答申では、平成19年度中措置、こういうふうに表示してある。19年度はもうすぐ終わるんです。

○事務局 ごめんなさい、ここの部分は19年末です。

○松井主査 これをもって措置といふふうにはみなせませんから。いいですね。

○岩淵課長 主査、すみません、19年度中措置は手数料適正化計画が19年度中。

○事務局 19年末。

○松井主査 19年末。では、それを踏まえて、手数料についてですが、これは何も書いてないですね。

○足利専務理事 はい。これは19年度末ですから。

○松井主査 今日はそのテーマじゃないですから、これは3月中にヒアリングをさせてもらいたい。そういうことでいいですね。

○事務局 手数料合理化計画については、いつごろ具体的な御説明をいただけそうですか。

○足利専務理事 19年度中策定でありますので、現在、検討中でございます。3月の理事会に諮るべく、今、準備をしているところです。

○事務局 多分、法人としては内部の機関決定を経ないと説明できないという御事情はあろうかと思えますけれども、これまでおおむね月半ばに理事会を開いておられるように理解しておるんですが、それは、仮に3月の理事会を通れば、それ以降、3月末までに御説明をいただけると御理解してよろしいでしょうか。

○足利専務理事 はい。

○松井主査 もう一つ、審査支払機関間の受託競争の促進も一つのテーマにありますね。それも含めてヒアリングの対象にしたいといふことで。

○長谷川専門委員 さかのぼって恐縮ですが、DPCレセプトに関して、全然工程は減らないとの主張であるとして間違いはないですか。

○佐々木総合企画部長 DPCのレセプトについて、要はDPCの体系によるんですね。要は、全く包括といふことのみになりますれば、そういう意味では、当該レセプトについては審査対象の部分が減りますので、そういう意味では減る部分があります。

○長谷川専門委員 DPCの割合が増えますよね。DPCという診療報酬体系が、こういう査定とか審査といふことで合理化に寄与するかどうかといふことでお答えいただきたい。さっきの御説明だと寄与しないとおっしゃったのだけれども。

○足利専務理事 本来は、DPCとといいますか、本当にマルメでありますと包括ですから、そうしたら、それだけであれば効率化に相当に寄与してくると思うんですけども。

○長谷川専門委員 私もそう思って、その割合が増せば、これも加味すべきではないですかということとはさっき申し上げたとおりなんです。

○足利専務理事 ところが今の動きは、やはり相当な診療内容を確認する必要があるという動きになっていると聞きますので、それですと、結局、差し引き相殺されてゼロなのか。ゼロとは言いませんけれども、わかりませんが、それほどの効率化の効果は望めないのかなと見ています。

○松井主査 ちょっとくどいようですけども、厚生労働省に聞きたいんですが、さっき言った政管健保への支援策、健保750億円と共済250億円、それから高齢者自己負担の低減策、70から74歳まで2割を1割にするという、これが決まりましたね。この清算にどうして支払基金が関与するんですか。その必然性についてもう一回説明してもらいたい。一応閣議決定だと言っているけれども、民間である支払基金が、こういった公的な問題についてどうして関与する必然性があるのか、もう一回明確に説明してもらいたい。

○岩淵課長 今よろしいですか。まず1つは、政管健保への支援金の方でございますけれども、これは、単年度限りの措置として、健康保険組合、対象700組合ぐらいですが、それと共済組合に支援金の賦課をして、そこから徴収して、そして政管健保に交付金を交付するという業務を実施するわけですが、予算関連法案として必要で国会に提出しておりますが、成立は恐らく年度内、いつの時期と言っただけとはいけないんですけども、なかなか厳しい時期になろうかと思えます。実施は7月1日ということで、成立から実施まで非常に短い期間で施行しなくてはならないという状況があります。そういう中で、こういった業務を単年度限りの措置として、全く新しいところで創設して実施する、しかも短期間にとすることは事実上困難でございます、今システムを持っている支払基金において実施する以外に手法はないということで、支払基金にこの業務を新たに行わせるという内容の法律案を閣議決定したということでもあります。

それから、2つ目の高齢者の自己負担の凍結問題ですけども、これは、今、主査は閣議決定とおっしゃっていただきましたが、これは法案を出しておりません。

○松井主査 まだ閣議決定されていませんね。

○岩淵課長 これは、与党のPTで昨年の秋に決まったものでございまして、法律上は、4月からは自己負担が2割なのであります。その状態は変わっていないんですね。ですけども、PTの段階で、それを自己負担を1割にする手法として、法律改正をする手法と、法律改正をしないで実施する手法と2つ検討されまして、与党PTの結論として、法律改正はしないで4月から実施するという、予算措置で実施するという事になったのであります。そのために補正予算で基金を組んで、基金というのは支払基金の基金という意味ではなくて、お金のファンドを組んで、そのファンドを使って医療機関に1割相当分を配る、そういう業務を実施することが決まったわけです。

その補正予算も成立したのが2月7日だったと思いますけれども、2月7日に補正予算が成立して、実際にレセプトを見て1割相当額を特定して、その医療機関にそれを還付するという事務をしなくてはならないということで、これも実態上、審査支払機関以外にできません。実は、前例がありまして、薬剤一部負担金という制度が、法律上は賦課しなければならなかったんですけども、これを同じように政治的に凍結して、予算措置で相当額を医療機関に補てんするという措置を11年に実施したことがございまして、そのときも全く同じような手法で、審査支払機関に国が、予算措置という形なんですけど、予算を交付して、それを原資にして医療機関に補てんするという措置を講じた。それ以外に実施する方法はなかったということでやっております。ですから、こちらは法律がなくて補正予算で措置したものでございます。

○松井主査 緊急対応という説明については、それ以外にないということでわかりますけれども、どうも原点のところ、支払基金というものを民間にした意味、特別な法律により設立される民間法人という民間、でも、相変わらず、厚生労働省の社会保険庁長官が歴代理事長になっている。常任理事も厚生労働省からの天下りだ。そして事実上独占ですよ。受託競争をこれからさせるつもりですけどもね。民間というのは競争が前提となる。民間、民間というなら、その意味とか、それを証明させるためにも、合理化は格好の材料なんです。最終的には、それを受け入れるかどうかは国民ないしは健保が判断することでしょうけれども、彼らが「えっ、こんなものか」と言ったらどうするんでしょうね。厚生労働省としても、やはり管轄官庁なんだから民間だからを理由にして座視することは許されない。消費者、国民が納得しないなら、その責任の一旦は厚生労働省にあるということを念を押しておきます。民間だからで済まされる問題ではない。実態は民間でないことは誰の目にも明らかなんだから。この問題は今後大変大きな問題になると思います。基金の皆さんにも御認識願いたい。

○事務局 よろしいですか。

約束いただきました時間が参りましたので、本日のヒアリングはこれまでといたします。ありがとうございました。

先ほど話題に出ました次のヒアリングについては、また事務的に御相談させていただきます。

○岩淵課長 先ほどの宿題いただいた件については、事務的に後ほど確認させていただいてよろしいでしょうか。

○事務局 はい。

○足利専務理事 どうもありがとうございました。