

規制改革会議重点事項推進委員会 医療分野公開討論
議事録

1. 日 時：平成 19 年 5 月 17 日（木）15：00～16：20

2. 場 所：永田町合同庁舎 1 階共用第 1 会議室

3. 出席者

【規制改革会議】

草刈議長、松井委員、有富委員、安念委員、福井委員、阿曾沼専門委員

【厚生労働省】

薄井政策統括官、唐澤保険局総務課長、岩淵保険課長、神田国民健康保険課長

4. 議 事

- ・レセプトの完全オンライン化に伴う審査・支払業務の効率化について
- ・審査の必要性について
- ・直接審査について

（カメラ撮り）

草刈議長 定刻を過ぎまして申し訳ありません。時間が参りましたので、規制改革会議の重点事項推進委員会ということで公開討論会を開会させていただきます。

当会議といたしましては、今月の末をめどに最終答申をまとめるということでやっております、それに当たって各省庁と意見の隔たりが割と大きいものについて、本日のような形で公開討論をさせていただいているのが現状でございます。

本日は、医療分野の課題について、厚生労働省の政策統括官はじめ皆様においでをいただきまして、マスコミの方にも公開をして意見交換をさせていただくということにしております。

厚労省の皆様には大変公務御多忙の中をおいでいただきましてありがとうございます。それでは、まず厚労省の皆様の方から必要な応じた自己紹介を薄井さんからお願いできればと思います。

薄井政策統括官 厚生労働省で社会保障担当の政策統括官をしております薄井でございます。よろしくお願いたします。

きょう本来、医療保険担当の官房審議官の白石が代表して参る予定であったのですが、急な国会用務がございましたので、私、この規制改革会議の厚生労働省の窓口を務めさせていただいております。そういう立場できょうは代理で来させていただいております。よろしくお願いたします。

それから、厚生労働省の出席者を御紹介させていただきますけれども、私の左隣に保険局の総務課長の唐澤でございます。

もう一人進みまして、国民健康保険課長の神田でございます。

右隣でございますが、保険課長の岩淵でございます。

よろしくお願いいたします。

草刈議長 ありがとうございます。

それでは、続いて、こちらに座っている委員の方、専門委員の方から自己紹介を簡単にしていただけですか。阿曾沼専門委員からお願いします。

阿曾沼専門委員 阿曾沼でございます。よろしくお願いいたします。

安念委員 安念でございます。よろしくお願いいたします。

松井委員 松井でございます。よろしくお願いいたします。

有富委員 有富でございます。

草刈議長 きょうは、こちら側は松井委員が主査でございますので、松井委員を中心にお願いします。

それでは、本論に入りたいと思いますが、当会議といたしまして、レセプトの完全オンライン化、これの確実な達成、保険者による直接審査・支払を今後の国民本位の医療改革に向けた重要課題と認識をしております、集中改革プログラムの項目としても取り上げてきているわけです。今回の公開討論はこういう認識でオンライン化によって実現される審査・支払業務の効率化、そして、直接審査に代表されるような保険者を主体とする審査のあり方、こういったものについて議論をさせていただきたいと考えています。

それでは、医療タスクホースの松井主査から当方の問題意識について御説明をまずお願いしたいと思います。

(カメラ退室)

松井委員 松井です。それでは、お手元に「規制改革会議重点事項推進委員会医療分野公開討論資料」というのをお配りしましたけれども、これに基づいて、こちらの方の問題意識を御説明します。

開いて、一番左側の上の方に「現状」と書いてあるページをごらんください。現在、年間18億枚にのぼる膨大な数のレセプトがやりとりされています。一方、現在、IT化がいろんな業界、分野で進んでいる。金融の分野でも10年ぐらい前にIT化が一気に進みまして大変な変化が起きています。そういった現状の中で、この医療分野においては、まだ大部分のレセプトが紙で遣り取りされているという非常に前近代的な状況でございます。

このレセプト審査・支払業務というのは、現在、社会保険診療報酬支払基金、これから「支払基金」と言いますが、それと国民健康保険団体連合会、「国保連」とこれから言いますが、支払基金と国保連が独占して行っているわけです。国保連は47都道府県に1つずつ存在し、支払基金も全国的に支部を持っており、そういう体制の中でこの業務がなされているわけです。

資料に書いてありますように、支払基金でいうと、これは去年の実績ですが、大体1年当たり8億枚のレセプトを、880億円の予算をかけて処理している。それに携わる人員は、職員が5,500人、この人件費は500億円。それから、医師4,500人、これはいわゆるアルバイト、パートでお医者さんを雇って大体時給4,000円ぐらいでレセプトの医学的な審査をやっていると聞いております。このコストが大体150億円。これらの人件費にコンピュータ等々のいろんなコスト、事務費をあわ

せて年間 880 億円かけているということです。

一方、国保連については、残りの 10 億枚のレセプトを処理しているわけですが、これについて費用がどのくらいかかっているかというのは、これは資料がないので推定ですけども、支払基金の処理枚数と比較して大体 1,000 億円ぐらいではないかということで推定しています。そうすると、日本全体の年間レセプト総数 18 億枚に対する支払・審査業務のコスト総額は大体 2,000 億円ぐらい。携わっている人員は職員だけで大体 1 万人ぐらい。こういう膨大な手間暇かけて現在行っているというのが現状でございます。

今年度、ようやくレセプトオンライン請求が開始され、平成 23 年度以降は原則完全オンライン化されます。このオンライン化により当然大幅に審査・支払業務が効率化されると考えております。

業務の流れについては、資料の下の方に書いておりますけれども、レセプトがデータ化されることにより審査のうち事務的チェックは自動化されるはずだと考えています。審査ロジックのシステム化、これはオンライン化の当然の帰結でありますから、こういったロジックがシステム化されることによって大部分の、例えば支払基金でいえば、5,000 人強の人たちがやっている事務、これの審査事務といったものがかなり自動化されるのではないですかということです。当然のことながら、審査の形はどうあるべきかというのは資料の右の方に一応書いておきましたけれども、こういったことが考えられるのではないかということです。

それによって支払基金、国保連のコストがどのくらい下がるかというのは 100 億とか 200 億とか、そういう単位ではなく、もっと抜本的なものになるというのが我々の主張です。

これについて、資料の下の方に、証券業界の例として、例えば手数料が 1/10、コストは更に低減と書いてありますけれども、これはオンライン化によってどのくらい変わるかという典型的な例です。ちょっとお時間いただいて、御説明させていただきます。

今からちょうど 8 年前に、いわゆる金融の自由化、手数料の自由化というのがありまして、それとまさに同時にインターネット革命というのがありまして、オンラインで株の売買がなされるようになった。それを実際牽引するというか、それを実際実行したのは私なんですけれども、当時、手数料は法定で決められておりました。大口・小口でそれぞれ決められていたんですけれども、大体大ざっぱに言って売買代金に対して最低 0.45% ぐらいから最高 1.15% と、こういう手数料でした。大口が 0.45% で、小口が 1.15% ということです。平均すると大体 0.7% ぐらいかなという手数料水準でした。

それがオンライン化され、且つ自由化されて、熾烈な競争が始まったわけです。私の松井証券でいうと一挙に 3 分の 1 まで手数料を下げました。0.3%、細かいことを言うといろいろ工夫して、実効レートは大体 0.2 ぐらいです。要するに 3 分の 1 とか 4 分の 1 ぐらいまで下げた。しかもそれで終わったわけではない。それはあくまでも 8 年前の話です。それから手数料引下げ競争が始まったわけです。結果的に当時独占していたシェアを安売り業者に取られていくという苦い経験をするのですが、それは兎も角として現在どのくらいまで下がったかということ、一番最低の手数を提示して業界最大のシェアを持っているソフトバンク・インベストメント系のイー・トレードというオンライン証券会社があるのですけれども、この手数料は 0.03% です。0.03% ということは、以前の

法定手数料と比べるとどれくらいですか、30分の1ですか、そのくらいまで下がっております。

ちなみにこのSBIイー・トレードというのが、年間でどのくらい売買をやっているかという100兆円やっております。では、松井証券はどのくらいやっているかという、大体30兆円前後。自由化前は大体年間1,000億円くらいしかやっていませんでしたから、自由化を経て手数料競争をした結果、今では大体300倍くらい、そのくらいの大変化がこの10年間に起きたということです。

一方で、証券会社は大蔵省免許制下のずっと以前から100とか200ありましたけれども、例外的に三洋、山一みたいにつぶれたところがありますが、自由化後の今でも大部分はまだ生き残っております。10年前までは実質的に彼らがブローキングというものをメイン業務にやっていたのだけれども、こういう手数料の自由化によって、コスト的に合わないということでほとんど撤退しました。したがって、オンライン証券会社というのが今5~6社ありますけれども、これがほとんど個人の株の売買を独占しております。年間大体300兆円くらいです。300兆円の売買に対して、オンラインでいうと、手数料率0.03%というのが最低ですけれども、オンライン各社の平均で大体0.05%くらいです。大ざっぱに言って、300兆円の売買に対してオンライン各社が受け取っている手数料の合計額が1,500億円とか2,000億円です。そのくらいの手数料を取って今ブローキングをやっているということです。

ちなみに自由化前はどのくらいの手数料を取っていたかという2兆円です。今よりもボリュームがずっと少ないにもかかわらず2兆円近い手数料を取って、150社が20万人の人間を使ってブローキングをやっていたのです。これが10年間でこれだけ変わった。

ちなみにこのオンライン証券の全従業員数は、うちが100人、SBIイー・トレードという100兆円の委託売買をしている会社の社員は150人です。他のオンライン証券を合計しても1,000人はいません。600~700人です。これが業界全体の80%くらいの売買をやっております。このくらいオンラインというのは大変な革命というか、変化をもたらすということです。

さらに、オンラインがもたらす変化として、これから言うことが一番ポイントです。これは審査にかかわってくる話です。自由化、オンライン化前の、今の300分の1の売買をやっていた松井証券では、手作業で売買審査をやっていました。売買審査というのは、レセプトの審査と比べて、お金に直結する問題ですから、ある意味ではもっとシビアな審査が必要です。ちょっと間違えると証取法違反だとか、そういう問題にかかわってきます。非常に精緻な審査をしなければいけない。それを、伝票1枚1枚手作業でやっていました。たかだか1日50億円程度の売買を審査するのに大体40~50人の人間が携わっていました。

現在、松井証券では、1日で最低でも1,000億円の売買が行われております。この審査にかかわっている人間は何人かという、基本的にはゼロなのですが、強いて言えば2人か3人です。では、審査がいいかげんにされているかという、そういうことはなくて、プログラムで徹底的な審査をしております。データがコンピュータの回線を通じている間にありとあらゆる形で審査がなされています。更に、デジタル審査ではどうしても出来ない部分については、問題顧客を様々な基準でソーティングした上で日々徹底的にマニュアル審査をしておりますし、必要に応じて金融庁・証券監視委員会などと一緒に様々なビュウポイントからの過去審査などもやっております。そ

の結果、いわゆる証券事故は劇的に少なくなっております。これが実態であります。レセプト審査をオンライン化した場合も、そのぐらいドラスチックな変化があるということを想定した上で我々は議論したいと、こういうことです。

そういうことで、大変な合理化ないしは審査の質の変換があるであろうと、我々は考えています。支払基金の合理化案については、これから支払基金の方に期限、数値目標を示した上で年末までにつくってくれということですからお願いしていますので、それを見た上でないと具体的な議論はできないかもしれませんが、少なくとも人員の自然減で1割、2割合理化とか、コストについて1割、2割の削減とか、そういう話ではないということは今お話したとおりでございます。

もう一つのポイントですけれども、次のページごらんください。

資料左側に書いてあるのは、これまでの審査・支払がどういう形でなされているかという図でございます。健保については健保連が一括して支払基金に審査・支払業務を委託している。一方、国保については、これは地方自治体が管轄しているわけですが、ここがその連合体である国保連に審査・支払業務を委託しているという形。これが今度の4月から、一応法的にはお互いにクロス、健保が国保連に、国保が支払基金にという形でお互いに委託ができるということになっていきますけれども、実際問題としては、例えば健保が国保連に業務を委託しているという例はございませんし、国保の方が支払基金に業務を委託するという例もございません。従来そのままです。そもそもこのような制度改正を行なったポイントは、支払基金と国保連の間で審査・支払業務の受託競争をさせることによって、例えば手数料の引下げ、審査の質の向上、こういったことを図るのが目的であった筈であり議論の発端でもありました。そのためにはここに書いてあるようにファイアウォール、契約モデルの提示、こういったもろもろの公正な競争のための環境整備が必要だろうと考えたわけです。これについて、厚労省さんは一体どのような御意見というか、具体案を持たれているのでしょうか。公正な競争環境というのは当然必要だと認識されていると思いますけれども、そのためには一体どういうことをやればいかと、こういう問題でございます。

それから、「紛争処理システムの見直し」、この問題についてでございますが、先ほど証券業界の例を挙げましたけれども、基本的にはオンライン化することによって、その業務フローが抜本的に変わります。抜本的に変わるというのは当然です。抜本的に変わる過程において、例えばここに書いてありますように、今は一体のものとして考えられている審査と紛争処理、これを分離するという形も当然考えていいのではないかと。もしこれを分離した場合、審査については保険者がやってもいいのではないかと、やる場合にはさらに、資料の前のページにある「サンプル審査」とか「一定額以下無審査」、「全件審査」とかを選択する権利は、もともと金を払っている保険者側にあるのではないかと、こういう議論です。

一方、当然のことながら、医療機関から請求された内容次第では、そんなものは払えるか、払えないか、こういう紛争が保険者と医療機関の間で発生する場合がありますから、こういったことについては、いわゆる紛争処理機能を分離して、これは中立的な公正な場で仲裁することも必要でしょう。要するに金を払う側と受け取る側の債権債務の問題、民事の問題ですから、こういったものを中立的な機関で処理するということです。ここに「ADR」と書いてありますけれども、

Alternative Dispute Resolution、要するに裁判外紛争解決手続、こういったものを新たに考える段階にきているのではないかと。こういった考え方について厚労省さん側はどのような御見解か、ということでございます。これは従来から、この規制改革会議が主張しております保険者による直接審査、医療機関の同意なく保険者がレセプトを直接審査してもいいのではないかと、こういう議論にもかかわってきます。この辺について、一体どういうふうに厚労省さんはお考えか。

こういうことできょう公開討論を開催した次第でございます。

いずれにしても、ちょっと失礼な言い方もできませんけれども、どうも厚労省さんはパターンリズムに陥っているんじゃないですかねというのが我々の感じですが。パターンリズムというのは、非常に失礼な言い方もできませんけれども、要は強い立場にある者が、弱い立場にある者に対して、その弱い者の利益になるとして、その意志に反してでも、その行動に介入・干渉すること、とされています。個人と国家、ないしは民間と国家との関係について言えば、民・個人の利益を保護するためと称して、国家が民の行動に深く介入・干渉し、もって個人の自由、権利に制限を加えることを正当化する行為ということ。日本語でいうと、家父長制とか父権主義とか温情主義とか、こういうふうに訳されておりますけれども、そんなこと絶対やってないとおっしゃるでしょうけれども、もうそろそろこういうパターンリズムはやめませんか。こういった観点から厚労省さんは、このオンラインというものを契機にして一体どういうふうにこの審査業務、支払業務を変えようとなさっているのか。この辺についてきょう討論したいなと、そういうふうに思っています。

草刈議長 こちら側のお話はこれで一応終わりです。きょうお話したようなことも含めて、厚労省さんからの御見解を10分程度でいただければと思います。

薄井政策統括官 それでは、今、松井さんの方からお話ありましたこの資料にある事項、これはこの問題をめぐって議論していることがこちらにも入っていると思いますが、きょうお手元に配られています公開討論の項目というのをあらかじめいただいておりますので、まず、この点について御説明をして、この項目、資料について若干足りないところがあれば、それはまた御質問なり御議論の過程でお答えしていきたいと思っております。

私の方から、まず基本的な考え方を述べさせていただいて、その後、必要があれば、各担当課長から補わせて、あと、御質問にお答えをすると、こういう形で進められたらと思っております。

公開討論の項目の1点目でございますけれども、「レセプトのオンライン化に伴う審査・支払業務の効率化について」ということでございます。

まず、その前提としてのレセプトのオンライン化でございますが、これはおとといになりましょうか、私ども大臣の方から、経済財政諮問会議にも「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」ということで出させていただいて、その中にもお示しをしたところでございますが、平成22年4月までに8割以上の医療機関等で実施をするという水準。平成23年4月までに原則完全オンライン化ということをごに書いてありますけど、こういうことで、これは着実に進めていきたいと、まず考えているところでございます。

それでこのレセプトのオンライン化ですけれども、私どもとしても、単に業務がオンライン化になるということだけではなくて、これによりまして、審査・支払全体をよりよい形のものにしてい

くということであろうと、そこはできるだけいい審査を効率的にやっていくということだろうと思います。

そういうことで、こういったレセプトのオンライン化の進展等も見据えながら審査の質の向上、一方で業務の効率化、これを両立させるということでもありますから、これもいろんな御議論がございますけれども、私どもも、先ほどお話にありましたように、支払基金に対しましては可能な限り具体的な目標を盛り込ませた計画を作成させまして、その中でコスト削減額の見通しについても、具体的な目標設定も含めてよく検討させていきたいと、ここは考えているところでございます。

それから、2点目の「審査の必要性」の議論でございます。

先ほどの御説明にもございましたけれども、審査を不要と考えれば審査は要らないのではないかと、あるいはサンプル審査をやればいいのではないかとというような御指摘でございます。パターンリズムというお話ございましたけれども、私どもとしては国民皆保険の下で公的医療保険制度が運営されていると。その中では公正中立な保険診療ルールに基づきましてすべて行われる必要があるし、そういう観点に立って診療報酬の支払い、それにかかりますレセプトの審査も行う必要があると考えております。

仮に御指摘のようにサンプル審査だけでいいとか、あるいは保険者が要らないと言ったら審査が要らないということになりますと、結局これは医療サービスの中身について、医療機関で保険診療がきちんとルールに基づいて行われたかどうかということを確認することが難しくなるわけでございますし、一方で御案内のように、医療費を適正化していく、少子高齢化の中で社会保障給付費、なかんずく医療給付費というのは増えていくわけでございますけれども、その伸びを適正なものにとどめるという観点で施策を講じておりますが、そういう観点からも審査を省くというか、サンプル化するということについては問題があるというふうに考えているところでございます。

それから、3点目の「直接審査について」でございます。

まず、1点目の直接審査の同意要件の撤廃で、これは「規制改革・民間開放推進3か年計画」で、「平成18年度中に検討・結論」となっているということですが、その検討の結果ということでございます。

これは医科のレセプトと調剤のレセプトと2つに分けて考えたいと思いますが、医科のレセプトについては、そこは公平な審査の実施、紛争を未然に防ぐという観点から、私どもとしては、ここでの医療機関の同意要件を削除することは難しいという結論を得ているところでございます。

調剤のレセプトでございますが、最初は医療機関と薬局、両方の同意ということであったわけですが、先般、医療機関は保険者による調剤レセプトの審査、これは当事者の立場にはないということでございますので、医療機関の方の同意要件を外しまして、一方で薬局の同意、これは必要であるということで引き続き求めることといたしまして関係通知の見直しを行ったところでございます。

続きまして3点目の議題のところでございますけれども、債権の決済について、第三者を仲介することを原則とする必要があるのかないのか、こういうことでございます。

これにつきましては、そもそも支払基金がスタートした経緯のところからお話をしなければいけ

ないのだと思うのですが、確か戦後すぐということで 60 年ぐらい前の話ということになりますけれども、実は支払基金が設立されるまでは保険者ごとに支払業務というのは実施をされておったと。その当時、何があったかという、支払いの遅延ということが常態化しておって非常に混乱が起きるといったことがあって、そういう中で支払基金が全国の医療機関等と、その当時からは医療機関の数もさらに増えていますけれども と保険者とのいわば仲介役となって、結局保険者単位、一方で医療機関単位それぞれで診療報酬の請求もまた支払の方も一元的に集約して行うという現在の枠組みが整備された、こういう経過がございます。

したがいまして、仮にこの枠組みを変更するということになると、確かに電算化というか、IT 化の中でというお話あるかもわかりませんが、保険者と医療機関の間で多数の個別決済が行われることになりまして、後ほど議論になりますけれども、紛議という議論もありますので、その辺も視野に入れば膨大な事務処理負担、あるいはそれに伴うコストということが発生するというふうにそこは考えております。そういう意味で、当省としては、基本的にはそういうチャネルとしての審査支払機関、こういう現行の枠組みを維持することが合理的であると考えているところでございます。

それから、3 点目の議題でございますけれども、「直接審査」でございます。先ほどの説明にもございましたが、紛争を事後的に紛争処理するのはADRとか、そういったお話がございました。

それで、私どもの審査支払機関における仕事の位置づけなのですが、1 つは、医療機関からの請求があると、審査委員会において、まず原審査を行って、そこで保険者への請求を行う、医療機関への支払いを行うというのが一義的に行われるわけでございます。その上で審査に対して、いわゆる査定が不十分だということで保険者サイドからクレームがつくということもあるし、査定されすぎだということで医療機関サイドからのクレームがつくということもあって、保険者サイド、医療機関サイド双方からの再審査請求を受け付けるということで現在の事務処理が行われているわけです。

言葉をかえていうと、とにかく第一義的に支払額を確定して、まず一回払うということをつくっていると。その上でクレームがある場合には紛争処理のスキームというのを再審査に応じるという形でつくられているということで、こういうことによって紛争の発生が未然に防がれているものというふうに考えているところでございます。仮に事後的に処理するための中立的な公的機関ということを設置すれば紛争が起きないではないか、あるいは紛争が起きたときの処理はできるではないかということでございますけれども、1 つは保険者ごとに審査にバラツキが生じるということで、そこは紛争が多発するおそれがあると考えられますし、それから、紛争処理機関において、相当の体制なりコストを、これはどうしてもつくらなければいけないということで、かえって効率的ではなくなるのではないかと考えられるところでございまして、私どもとしては、先ほど申し上げたように、一義的に支払額を確定してまず払うということ。これは医療行為が行われているわけでございますので、払うということ。その後、問題があれば、両サイドからのクレームを受け付ける仕掛けをつくるということで紛争処理が図られるという仕組みでございます。私ども最初申し上げたように、審査・支払全体をよりレベルを上げ、かつ効率的にやっていくということは、これは十分認

識し取り組まなければいけないと思っておりますが、御指摘のような形での整理は困難であると考えているところでございます。

当省の説明は以上でございます。

草刈議長 ありがとうございます。こちらの委員から議論をさせていただきたいと思いますが、1つだけ確認をしたいのですが、先ほど同意のところでおっしゃった件なのですが、要するに直接審査の医療機関の同意は不要だけど、薬局の同意は必要だということをおっしゃったのですか。

薄井政策統括官 もう一回言うと、レセプトは医療機関からの診療報酬のレセプトと保険薬局から来る調剤報酬のレセプトと2通りあります。診療報酬のレセプト、医科のレセプトと言いますが、これについてはもともと医療機関の同意が必要であったわけですが、それは引き続き必要ですし、これは同意要件を削るということとはできないと。

調剤のレセプトについては、従来、医療機関の同意プラス保険薬局の同意、両方しぱりがかかっておったわけですが、薬局の同意は引き続き必要ですと。医療機関の同意はここは要りませんと、こういう判断をいたしました。

草刈議長 わかりました。それでは、こちらから、どうぞ、御質問を。

薄井政策統括官 ちょっと済みません。何かもし足りないことがあったら。

草刈議長 よろしいですか、何かあったらどうぞ。

岩淵保険課長 今の点、ことしの1月に、今、統括官から御説明しましたとおり、この調剤のレセプトについては、薬局は当事者でありますので、相手方の同意は引き続き必要でありますけれども、その際に処方せんを出した医療機関について、従来同意を求めたけれども、これは当事者ではないということで、同意要件を撤廃する通知を出して、そういった制度化をしたということでございます。

草刈議長 唐澤課長いいですか、何か追加があれば、よろしゅうございますか。

唐澤保険局総務課長 はい。

草刈議長 それでは議論に入りたいと思います。どうぞ、こちら側から問題を提起してください。

阿曾沼専門委員 同意の件で確認ですけれど、現行制度の中で、健保組合と支払基金、そして医療機関というものの相互の同意というのはどのような形でとられてきたのでしょうか。つまり審査・支払も委託を受けて紛争処理も支払基金が行うというやり方ですね。これは支払基金だけでなく、国保連合会もそうなのですが、同意というのはどういう形でとられてきたのでしょうか。

岩淵保険課長 先ほど申し上げたような支払基金なり国保連が審査を行うに当たって個々の医療機関との同意を得ているということはないわけでございます。それは支払基金、国保連それぞれ審査支払機関として公正な審査の体制、紛争処理のルールを確立しておりまして、これに基づいてすべての医療機関との間で診療報酬の請求支払審査の業務を行っているという現状がありますので、個々の医療機関単位での同意というものは設けてないわけでございますが、これを新たに変更して、こういった中立的な機関以外のところで審査を行うという、そういった変更することに際して同意を求めているということでございます。

阿曾沼専門委員 つまり、現状がそうだから同意をしているということを前提にしているけれども、新たな仕組みづくりをするとして、今までの紙のベースの仕組みをIT化の仕組みに変えていく。このことによって当然ワークフローが変わり、審査のやり方も変えて効率化を図っていく、更には診療報酬点数のあり方も考え直していくということが前提になったIT化だと理解をしていますが、その新しい仕組みを実行していくときに、健保組合が、多くの医療機関に対して個別に全部同意をとれというのは、現実的には新たな規制強化になるのではないかとこの危惧を持つのですが、その辺はどうなのでしょう。現在の状況は義務化されていたのか、省令で告知したのか、通達で指示したのか、どの様に合意をとってきたのか、そのプロセスが非常にわかりにくいのですが、その辺はどうでしょう。

岩淵保険課長 これは、今、お話したとダブらないようにいたしますが、そもそも保険者によるレセプトの直接審査・支払について、平成14年の閣議決定になりました「規制改革・民間推進3か年計画」において盛り込まれたわけです。その際に要件が定められておりました、公正な審査体制を確保するというのと患者の情報の保護をします。そして、審査・支払に係る紛争処理のルールを明確化と、こういう要件の下に保険者自らが行うことを可能とするということにされたわけです。

この閣議決定を踏まえまして、レセプトの直接審査・支払の実施する保険者と、そして査定を受ける側の医療機関、あるいは薬局との間で閣議決定された要件が満たされることを担保して紛争を未然に防ぐ観点から、当事者間における事前の同意を求めているというものでございます。

さっき申しましたけれども、支払基金と国保連については、審査の公正中立性が担保される三者構成の審査委員会があるわけで、それから、先ほど統括官から御説明いたしました審査に対する再審査請求のスキームが整備されているといった観点から、今、私申しました閣議決定された要件が満たされていると考えておまして、それを前提に医療機関、薬局からも請求が行われていると、そういうことだと理解しております。

阿曾沼専門委員 説明はわかりましたが、基本的に健保法では、審査・支払の権利・義務というのは本来健保組合そのものにあるわけですね。審査を委託することができるということになっていて、従来は確かに支払基金に全て委託している。今のお話を聞いていると、もともと権利・義務を持っている健保組合が直接やることも可能であるけれど、結局、健保組合は公平中立な、しかも質の高い紛争処理や審査なんかできっこないのだから、それは無理なんだというふうに聞こえてしまうんですよ。権利を持っているけれど、健保組合が直接審査をやるとか、やらないというのはいろいろ判断があると思いますが、直接審査可能な環境を整備していくということが重要なことなのではないかと思うんです。環境整備が必要無いのだというふうに考えられるのか、そのような取組はすべきだと思っていらっしゃるのか、そこをお聞かせいただきたいのです。

薄井政策統括官 基本的に、最初に私は支払基金というのはなぜできたのかというお話をさせていただきました。もちろん今も、どういふのでしょうか、保険者のところで、特に月を並べたような点検、「縦覧点検」と言いますけれども、こういった点検とか保険者としての仕事はこれは現実にはやっていますけれども、支払基金ができたときには、例えば請求をしてもすぐ払われないである

とか、そういったことがあって、そういったことを防ぎましょうという形で支払基金ができて、先ほど申し上げたように、まず医療機関から請求があったら最初の審査をやりますと。それは請求どおり払われることもあれば、見た結果、これは査定をして払うと、こういうこともあります、とありあえず既に行われた医療行為については一定のお金は払われるという状態をまずつくって、一回ある意味で安定的な状態をつくると。

ただ、その上で、しかし医療機関の方は査定されたら、これはクレームがあり得るし、保険者の方は、先ほど言ったように、審査をされたものについても、ここはこうじゃないかというクレーム、あるいはレセプトをこうやって縦に並べて月をまたがって見たときにどうだというふうなことでのクレーム、そういったものについては、支払基金の場で改めて審査をしてもらうという仕掛けをつくることによって、1つの、まずは診療だけしてお金はもらえないような状態を防止して、それで後の紛議の仕掛けまでつくっていると、こういう形をとっているということで御理解いただければ。

阿曾沼専門委員 私の質問はそうではなくて、設立の経緯と時代の背景の御説明を求めたわけはありません。旧来の仕組みが出来てから何十年もたって、時代は変わり、背景が変わって、しかもIT化という大きな転換によってレセプト請求のオンライン化が始まるという中で、それに即した環境整備をするおつもりがあるのか。それともご説明のあった時代背景があるから、やっても意味がないから環境整備は必要無いとお考えなのかを聞きたいんです。

松井委員 その前に、薄井さんも私もそんなにシステムについてプロでないから、この辺については別に嫌みで言うつもりはないです、私も同じ立場だから。この中で、阿曾沼さんが多分システムについては一番知識をお持ちです。私はさっきあんなに時間をかけてくどくどと述べた理由はそこにあるんです。

ちょっと専門的に言いますと、証券でストレート・スルー・プロセッシングというのがあるんです。STPという、これはオンライン化する際の原点になる考え方なんです。要するに何かというと、オンラインですべてが基本的に自動化されるということです。レセプトの請求から決済、支払いまでの流れは、証券取引でいうところの決済の流れと基本的にはあまり変わらない。発注するでしょう。これは請求するというのと同じ。それから照合して精算して決済までいく。これは先ほども申し上げたとおり、オンライン化がなされる前までは人海戦術で凄まじいプロセスを経て、20万人の人間のそのかなりの部分、一割か2割か、即ち2~4万人くらいがこれに携わっていたのです。そこで何が起きたか。払う、払わない、ミスした、マッチングできない、こういったものが引切り無しに起きた。

ところが10年前にオンライン化されてどうなったか。これがまさにこのSTP。すなわち、すべてのこの一連の流れを電子的にプログラミングして人手を介さずにすべて自動的に処理してしまう、これがオンライン化なんだよということを、業界の全ての人間が痛感しているんですね、今金融証券分野では。

だから、あれほどくどいように言ったのは、この業務に携わっている人たちは、昔は何万人いたのが今数百人しかいないんですよ。なおかつ、先ほど多数の個別決済で、膨大な事務処理がどうの

こうのおっしゃいましたけど、逆なんです。こういういろんな複雑なものが全部整理されて、極めて精緻化された形でプログラミングされて殆ど解決すると。例えば審査のケアレスミス等々も含めて、あの緑本というのがありますね。あれに基づく審査のうちかなりの部分はオンライン化に伴って自動化できるんです。これは韓国でもほかの国でもいくらでも例がありますね。

そうすると、あと残るのは何かというと、お医者さんの持っている専門的な医学知識に基づいた審査でしょう。そうすると審査のあり方が根本的に変わるじゃないですか。そうすると、当然のことながら、今までの議論はもう一回見直した上で、その定義だとか等々を考えた方がいいのではないですかと、こういう質問なわけです。それに対して厚労省さんはどういうお考えですかと、こういうことなんです。

阿曾沼専門委員 ちょっと補足しますと、今、支払基金そのものの事務事業の合理化が促進されなければならないという問題、それが簡素化できれば、健保組合や、それに関わるいろいろな組織の事務事業も簡素化されることによって、どこに委託するかを考えられるような競争環境の中で、むしろ自分たちが直接審査をやる可能性が出てくるのではないのでしょうか。双方に非常にかかわりが深いことと思います。

薄井政策統括官 私はちょっと証券のところは疎いのでお話を聞いても……

松井委員 証券に限った話ではなくて、オンライン化すれば全部こういう変化がおきるんです。

薄井政策統括官 ただ、審査・支払も、先ほど多分おっしゃられたのはロジックを明確化することによってかなりフリー、スルー・パスができるのではないかという趣旨のお話だと思うんですけども、個別の話も私もそれほど詳しくはないですが、例えばある薬を処方して、これも阿曾沼先生はよく御存じだと思いますけれども、一応この病気にはこの薬というのは1つあるけれども、若干こういう患者さんにはこういう薬を使うことがあり得るといふうなゆとりというか、そういうふうなものが現実にあることは事実なんです。そういったことも含めて全体を考えなければいけないと思います。

私申し上げたいのは、審査・支払全体をオンライン化で、これはどの程度か私もわかりませんが、これは効率化をしていくことは御指摘のとおりですし、そのことによって、今まで漏れていたようなチェックもできる、プラスアルファもある、こういう使い方。これは保険者レベルでも審査支払機関でも、これは両方あるし、これは医療全体を効率的にやっていく上で非常に重要だと基本的に思っています。そのことによって事務手数料も安く済めばそれはそれで望ましいことだと思います。

ただ、先ほど来、申し上げているように、まず一義的に支払額を確定して、その上で紛議があれば処理をするという仕掛け自体は、そこはかなり合理的なものがあるのではなからうかと私どもとしては考えているということを申し上げた。歴史の話ではなくて、今の時点でも、ある患者さんが来てそれで請求が来ます。直接審査という言葉をかえて言うと、保険者は100万円請求が来たけれども、10万円しかこれは見ない、あるいは払いたくないといった議論になったら、これは混乱が起きるのだと思うんですね。医療機関は患者さんを診るという立場にあるけれども、これは言葉は悪いですが、そういうところの保険者の患者さんは安心して診れないですねというふうな議論になる

というのは、パターンリズムと言われるかもわからないけど、社会保障なり国民皆保険を維持する厚生労働省としてはそこは避けなければいけない、こういうふうを考えているということです。

阿曾沼専門委員 IT化の本質を少し議論しなければいけないのかなと思うんですが、今のお話というのはきっと100:0の議論だと思うんですね。コンピュータ化する上で特に気をつけなければならないのはレアケース、特殊なケースにとらわれてオペレーショナルに行われている80%、90%の通常の業務が、それを無理やりシステム化することによって全体の効率を悪くしたりシステム化のスピードを阻害していくということが非常に多いと思うんですね。

私はレアケースなどの問題をすべてシステム化したり、判断のロジックに入れて全部コンピュータシステムでやるというのは非現実的だと思います。今、日本の支払基金が8億枚、韓国の審査院が7億枚扱っているわけですね。韓国が出来て日本が出来ない理由の中に、そもそも韓国は診療報酬のロジックがシンプルでなおかつ健康保険組合が統合され1つであるため、仕組みそのものがシンプルだから簡単にできたが、複雑な日本は無理であるという議論があります。しかし、それはコンピュータでシステム化以前の問題であって、一旦システム化されれば、複雑だろうが、シンプルであろうと同じだというふうに思います。韓国のように高度にシステム化されていても、いわゆるシステム的なロジックでスクリーニングする一次審査が可能なのは75%ぐらいで、残りの25%ぐらいが疑義があるということで、ドクターによる精密な審査によってきちんとチェックをしているんです。それがシステム化というものなんですね。

今おっしゃった議論は、例外処理やレアケースというものが、8億枚の中で60%、70%あるのだという前提での議論だと納得ができるのですが、紛争処理を行わなければならないような問題はそれほど多くないと思いますので、そういう意味からすると、オペレーショナルなものは標準化・効率化してどんどんシステム的なロジックでやっていくことが必要なのではないかと思うんです。

薄井政策統括官 私も支払基金の仕事に実は携わったこともありますので、一定程度の査定というか、そういうのは事務的に見つかるものもある。例えばこういうのは請求できないとか、点数表から見ると請求できないようなものが請求されているといったものもあるし、そうではなくて、医療の中身にさかのぼって見たときにおかしいというものもあって、これはこれで査定がされる。相当程度の査定が最初の審査の段階でも現実には行われているといった実態はあると思います。パーセンテージは、私、今手元に持っていませんけれども。

それから、再審査請求も、特に保険者として出てくるのは、例えば資格を喪失したような形式的なものから、あるいは月をまたがって縦覧して見たことによって、これはおかしいねというふうなものについて保険者としてチェックをして申し上げている部分もありますから、決してレアということではないというふうにそこは思っておりますけれども。

岩淵保険課長 阿曾沼専門委員が、先ほど御指摘になったことにお答えしてない部分もございますので、お答えしようと思ったのですが、1つは、直接審査・支払について認める気がないのではないかというお話ございましたけれども、これは先ほど申し上げた閣議決定で公正な審査体制の確保とか患者情報保護とか紛争処理ルールのも明確化というのを求められておまして、それに伴って

既に通知を出して条件を示しているということでございます。

それから、先ほど調剤のレセプトについて、ことしの1月に医療機関の同意要件を撤廃したというお話をいたしました。例えば環境整備の例ということでございますけれども、関係する支払基金、それから、健保連で今支払基金との契約を一括でやっておりますので、健保連において、実際に具体的にそういう話が来たときにどういう契約をとるか。その際に調剤について手数料を、これはまた別の体系になりますけれども、どういうふうにとるかということも含めて既に準備をしていたお話をしております。また、今具体的に調剤についてお問い合わせはあるけれども、着手したというところはないのですけれども、検討していらっしゃるのだと思いますが、そういった形で必要なものがあれば、当然まずは当事者同士の契約とか、そういったことが基本だと思いますけれども、行政の立場でやっていかななくてはいけないものは逐次対応してまいりたいと思います。

あと、審査に当たってのコンピュータ・機械でどこまで処理できるかという問題は、これは25%から75%ということをおっしゃいましたけれども、定量的に私も申し上げられる根拠は持っておりませんが、例えばで申しますと、まず診療報酬の固定点数の誤りのチェックとか、370点しか請求できないところを470点請求しているとか、あるいは1か月間に、例えば14回しか算定できないものについて16回算定して請求してきているというようなものについては、当然コンピュータを使って簡単に見つけ出すことができる。そういったものは当然今も取り入れていると聞いていますし、充実していかななくてはいけない。これは診療報酬体系の改善と併せて充実していくことだと思いますけれども、そういう部分は当然進めていかななくてはならないし、そういったものも含めて、支払基金において、業務の計画をこれから検討させたいと考えている次第でございます。

福井委員 同意要件の件ですが、保険者は基本的にいわば皆保険の中での患者の利益を代弁する立場にあるわけです。保険者としてはきちんと保険診療についての点数なりが計算されているかということが一番切実に、いわば自らの組合員などのためにチェックをする動機づけと責任を持っている主体です。その保険者である健康保険組合などが、どういう立場にあるか。ほかの支払基金とか国保連という、第三者ではあるかもしれないけれども、当事者ではない組織と比べて一番切実にきちんとチェックをしようとする動機があるかと考えるのは非常に自然だと思うのです。

まさに誰にどういう権限を与えれば一番効果的で効率的で安くフェアにその業務がなされるかというのが論点です。目標自体は別にここでの論点ではなくて、共通理解があるわけですから、一番きちんとした形で、しかもできるだけ安価、迅速、的確に審査がはかどる、ということについてはいろんな可能性があるわけで、その可能性の中でも、一番きちんとやりたいという動機を持つ人ができる、ということは当然の前提ではないかと思えます。

もちろんおっしゃるように、紛争がどうかということはありませんけれども、紛争は何についてだっているんです。およそすべての手続について紛争はあり得るわけで、民事であろうが、行政であろうが、誰かと誰かの利害が対立するということは、およそ森羅万象について社会で発生することですから、それが発生したときにそれをより迅速でフェアに解決する手続があれば足りる。それが例えばADRであったり、最終的には司法判断であったりするわけです。

そう考えれば、保険者が基本的に自分でやりたくない、支払基金などにやってほしい、という

ころがあればそれはいいでしょうけれども、自分は切実な利害があるから、自分の組合員の患者さんのためにきちんと自分でチェックする。しかも、そのための効率的なやり方を、自分の内部でやるか、あるいは外注先でもっと適切なところを連れて来るか、も含めて考える人たちに対して、そんなことはさせない、と政府が言う必要はさらさらないというのが私の感覚なのですけれども、何か間違ったことを申し上げていますか。

薄井政策統括官 保険者が、できるだけ保険運営、保険料を被保険者からいただいている、事業主からもいただいているわけだから、できるだけ効率的にやりたいというのはおっしゃられるとおりだと思います。現実にもだからこそレセプトの再点検というのは各保険者それぞれやっているわけですね。もちろんそれをどれくらい力を入れるかというのはありますけれども。ただ、先ほど来申し上げているように、こういうふうな審査支払機関を通してやることによって、一義的にまず確定して支払うという形をつくることによって紛争の未然防止を図る。これは誰のためかということ、別に我々行政のためではないし、支払基金のためでもないし、社会保険、国民皆保険における保険診療が円滑に進むための1つの知恵としてこの仕掛けがあるのだということは御理解をいただきたいと思います。

福井委員 1つの選択肢であっても構わないと思うんです。支払基金とか国保連が、専門能力やチェック能力や、あるいは公正さにおいて非常に信頼できるという実質判断をお持ちになる保険者は、義務化などしなくても、今後ともほうっておいたってそこに頼むはずですね。もし頼まないとなれば何か疑義があるからでしょう。むろん疑義があるかないかはわかりません。しかし、自分でやった方がより効率的にできそうだという保険者があることは事実ですから、それを一切やらせない、と閉ざすのは、国民ないし保険者の構成員たる患者なりその予備軍に対して非常に不遜な話ではないでしょうか。

岩淵保険課長 先ほどから御説明していますけれども、直接審査・支払についての要件を示す通知はもう出ているわけでごさいますして、一切やらせないというようなことを申しているわけではなくて、今そういう仕組みになってないということは申し上げたいと思います。

福井委員 同意がなぜ必要かということですか。

岩淵保険課長 それは先ほども御説明申し上げましたので繰り返しになりますけれども。

福井委員 質問には答えていただけていないですよ。同意なんか要らないじゃないですかと、端的に問いかけているわけです。

岩淵保険課長 支払基金と国保連、これらの機関については、審査の公正中立性が担保される...
...

福井委員 利害当事者の最大のいわば受益者であるところの保険者が、自分がやりたいと言っているときになぜ拒否する必要があるのか。もう一つ、追加して申し上げれば、公正に的確に審査するというその目的は、主として誰のためかということですか。いいですか、医療機関とはプロです。点数についても、何を投薬して、何を手術したら幾らの保険料をもらえるかということを知っているプロです。保険者や保険者の構成員たる患者は素人ですよ。医療の専門家でない、わらにもすがらる思いで治療を受けるという立場で高額のお金を払わされる側の人たちです。

なぜ、こういうチェックがあるかという、まさに情報の非対称対策であって、患者がいれば全然無知で知らないことにつけ込んで医療機関が悪辣なお金の取り方をしないということを公的に保障するためにいろいろな制度があるわけで、それこそが国民皆保険の大前提でしょう。

だとすれば、それは主として医療機関のごまかしをチェックするための制度でなければならないはずです。ごまかされることに対して一番困る利害を持つのが保険者であることは疑いがないわけですから、事もあるに、一番ごまかすインセンティブを持っている医療機関の同意がないと、一番保護されてしかるべき保険者が自分で審査もできないという点が、制度の根幹において間違っているのではないですか、というのが問いかけです。

神田国民健康保険課長 審査の本質が何かということだと思えますけれども、そもそも保険契約というのは、保険医療機関と保険者の契約であって、療養担当規則という一定の診療の仕方のルールを守って診療すると診療報酬点数表にあるお金を払いますよという契約が締結されている。したがって、なおかつ保険者というのは、国保は特にそうですけど、税金であり保険料でありますし、健保組合も大規模な単一健保は知りませんが、総合健保なんかは嫌がっている事業者から滞納処分をして持ってくる保険料でもってお支払いするということであると、審査はきちんとせざるを得ないと。それはおっしゃるとおりで、我々も貴重な財源なので、できるだけ無駄遣いはしたくないと、それは全くおっしゃるとおりだと思えますけれども、本質的に保険者が削りたいというのは全くそのとおりなんですけれども、レセプト点検やって片っ端から切れば切っただけ物事が解決するかというと必ずしもそうはならないのではないかと考えております。

福井委員 おっしゃるとおりです。切りすぎても困るわけで、フェアな報酬はちゃんと医療機関に行かなければならない。当然の前提です。

神田国民健康保険課長 前提ですね。

福井委員 ちょっとだけ先回りして言わせていただくと、要するにどっちの利害にも立つ必要はないわけですよ。だけど、一番きっちりやってほしい利害があるのは保険者であり患者であり、そちらの方の救済に重きがあることは制度の成り立ちの大前提です。医療機関としてはわざと少なくとも間違えることはあり得ないわけで、わざとが故意か、あるいは重過失かともかくとして、多めに間違える動機づけは大いにあるわけで、そこをこそチェックするのが審査機関の役割です。

だとすれば、仮に保険者の方が直接審査をして、切りすぎたなんていうことがあったとしても、そんなものは表に出れば直ちに解決する問題です。そういうことがあったらとしたら、それをフェアに裁定できる機関として裁定機関が公的にあれば足りる。それは多分めったに起こらないことですから、気にしなくていいことでしょうということです。

神田国民健康保険課長 まさにそこなんですけれども、療養担当規則というのは医療のやり方のルールであって、先ほどお話のあったあいまいなものはできるだけロジカルにして反映させていくというのはそのとおりだと思いますけれども、例えば療養担当規則に注射というのはできるだけしない方がいいということは書いてあります。しかし、何を注射するかというのはすべてロジカルにすべての場合を書きつくせるわけではないので、最終的には保険者がこの注射はやり過ぎだと言って切り、医療機関側が、いやいや、それは必要があったのだということになれば、結局療養担当規

則をめぐる議論とか診療報酬をめぐる議論は医学論争なんですよ。

福井委員 わかります。今、どうやられているんですか。今はそういう注射のやり過ぎかどうかについて、支払基金と国保連はどういうふうに判定しているんですか。

神田国民健康保険課長 今の状況を見ながら、この注射が必要であったかどうかとか、その前に必要な投薬がされているかどうか、そういうことを見ながら……

福井委員 注射が微妙だったら、注射が必要な量だったかどうかについて微妙な点で争いになったときに支払基金に裁定していただければ十分ではないですか。

神田国民健康保険課長 ちょっと聞いていただきたいのですが、それは一例であって、要はトラブルが起こるときは医学論争なわけです。医学的にその必要があったかどうかということをめぐる議論が起こると。そういうときに保険者側には医師がいないので、それを雇い上げて逐一審査するのは難しいと、そういうことで……。

福井委員 論点がずれていますのでもう一回整理します。御心配のような、注射のどの程度が妥当かというのが微妙だとか、あるいは薬で必要があったのか微妙だとか、治療法の非常に最先端の医学論争が続いている領域で、この治療は合理的だったのかというようなことについて、もし保険者が間違った査定なり、本来の医学知識に欠けた査定をしたときにだけ裁定をする機関とすることについて、なぜそれは悪いことなのか、というのがポイントです。

神田国民健康保険課長 まさにそういうことが議論になったときにどのように解決するかということが問題だと思うんですけれども、ちょっと聞いていただけますか。したがって、そのときに単に事務的に切ったかということではなくて、最終的には医学的判断を尊重して専門的な判断をしていただきましょうというのが審査委員会で、我々としては保険者だけのお医者さんに判断してもらいたいのですけれども、相手方の言い分もあるので、相手方の診療側の代表のお医者さん、我々が選んだお医者さん、それから公益的な立場のお医者さんと、そういう三者構成の専門家で判断しましょうという……

福井委員 依然として議論がずれているのでもう一回戻しますが

松井委員 同意要件のことを言っているんです。

福井委員 なぜ、それを常に最初から、全ケースについて義務づけねばならないんですかというのが論点です。

唐澤保険局総務課長 福井先生、大変重要な論点のところに触れられていると思うんですね。これは制度の本質的な部分の話なので、根っこがちょっと深くなっちゃいますけれども、少しお話しさせていただきますと、結局保険診療というものはどういうふうに行われているかといいますと、御承知のように、医療機関があってサービスを提供する。そのサービスの提供の仕方は、保険者に加入している患者さんが来て、そしてサービスを提供したのでそのお金を払ってくださいという請求書を出していると、それで支払いをすると、こういう構造になっているわけですね。

そのときに、これは今は現実にはありませんけれども、皆保険前には、例えば貧乏な国民健康保険は、言っても支払いしてくれないから来てくれるなど。要するに、うちの医療機関はお宅の保険は使えませんよということになっていたわけですね。そこをこの皆保険制度でどうしているかという

ことなのですけれども、医療機関は患者さんを選べないという仕組みに今しているわけです。つまり支払いが悪いから、うちの診療はしないというようなことは全体の枠組みとしてできないことになっているわけですね。そのかわり、もちろん請求書を出したら、福井先生のお話のように、それは加入者の方のお金ですから、きちんと丁寧に無駄遣いしないようにしなければいけないという形は当然なのですけれども、医療機関の方はどの保険者に入っている人かは選べないものですから、そのかわり審査の体制は我々も納得できるような形のものにしてくださいと、こういう形になっているのだというふうに私どもは思っています。

福井委員 医療機関の利害だということですか。今おっしゃったのは医療機関を守るためという御説明のように聞こえましたけれど。

唐澤保険局総務課長 診療の当事者として、もちろん患者さんは選ばない、どの患者さんが来ても診療しなければいけない。それから請求して査定されても、その体制については了解をしているので、その枠組みで今は運用されております。

福井委員 不払いの問題と審査が、審査というのは保険点数が適正かどうかをどう審査するかということですが、それらがどうして関係があるのですか。不払いの問題対策としてあるわけではないはずで、経営的にはそういうことはあったかもしれませんが、ここでの論点は別で、不払いの問題は不払いの問題です。貧しいから医療を受けられないというのはおかしいなんていうことを我々は議論しているわけではなくて、それは当然のことなのですが、要するに保険審査が、加入者の利害を守る形で一番効率的で安価で国民経済に負担を与えない形で運用されていますかという点なのです。

すべてに網をかぶせて、あらゆる審査を、あらかじめ、いわば保険者が値切るに違いない、医療機関に不利にやるに違いないというような想定、さっきからお聞きしているとそのように聞こえたのですが、そういう前提で保険者側には査定の自由を与えない、というのは本末転倒の極致ではないでしょうか、ということをおっしゃっているわけですね。患者のためにはあるはずですよ。この審査は。

薄井政策統括官 おっしゃられるとおりで、再審査をして保険者の言い分というのは今も全部聞いているわけですね。ただ問題は、最初の段階で、先ほど私も例に挙げましたが、極端な例になるかもわからないけど、100万円請求があって、ただ、これは療養担当規則から見て、本当は疑義があるんで、保険者としてはとにかく払いたくないと、規則を見たら当たらないのではないかと、これは払わないという、例えば判断をするということもロジカルにはあり得るわけですね。別にそれは医療機関の利益を守るわけでもなくて、診療行為がそこで行われているわけだから。

福井委員 それはお互い様です。どっちにだってある。医療機関側にだって保険者側にだって。

薄井政策統括官 ただ、今はそれを診療報酬の請求、支払基金が出て、一応仮の状態を、先ほど彼が言ったように、三者構成から成る審査委員会で裁いて、それでとりあえず支払いを確定させましょう。その後で、保険者ももちろんきちんとチェックしていいし、それは患者の立場に立って我々にはできるだけきちんとやってもらおうというのは必要だと思っていますけど。

福井委員 とりあえずこの仕組みに全く合理性がないということがよくわかりました。

松井委員 先ほどから、延々とこういう議論が続いていますが、オンライン化がもたらす利便性

を享受するために必要な仕組みをもう一回考えてくださいと言っているんです。オンライン化を進めても、審査手続と紛争処理を分離することで問題は発生しないのではないですか。ほかのオンライン先行分野でも全部そうになっている。そうすると今の議論は、紛争処理と審査というのを不可分のものとして議論しているからおかしくなるので、そこを分離したときに一体どうなりますかと我々は言っているわけです。審査と紛争処理を分離すれば、審査については金を払う側として患者およびそのエージェントとしての保険者、要は消費者に選択権があるわけです。だからこの点についてどうお考えなんですかということを行っているにもかかわらず、審査と紛争処理をパッケージにしなければ、紛争が多発して、弱い立場にある患者が医療サービスを受けられなくなるのではないかとおっしゃる。それをパターンリズムと私は言ったのだけれども、オンライン化によって、審査・支払業務も大きく変化するということを前提にして厚労省はどういうふうにお考えですかということを何回も聞いているんです。60年前の審査・支払基金ができ、その根拠になる基金法ができた当時と同じ環境下での話をうかがっているのではないんです。ないしは、20年前のまだオンラインができる前の話をしているのではないんです。

薄井政策統括官 私どもとして、結局審査・支払全体を効率的にやっていくというのは、これは医療費本体ではないけれども、それにかかる事務コスト、これもできるだけ安くやっていく、それは必要なことだと思っていますし、そういう観点から最初に申し上げたように、審査・支払の全体をいかに効率的に、一方で質も確保するということはきちんとやります。

ただ、先ほど来、パターンリズムとおっしゃられるけれども、1つのこういう国民皆保険、それで医療機関に受診したら診療が受けられる。それに対する支払いも一定のルールの中できちんと整理ができる。さらに保険者も保険者機能の発揮もできるという仕掛けも、今の仕掛けはそういうふうなことをビルト・インした仕掛けである。それはこういう紛争処理ということですけども、紛争が起きない方が基本的にはよろしいわけですね、ある意味で。円滑に仕事が流れていく方がいい。

草刈議長 時間が大分経過しましたので、そろそろ終わりの時間に近づいているんですけど、どうも堂々めぐりしていますね。さっきから松井主査が言っているのは、まずシステム化と、いつもそうなので、官の人と話していると、二十何年前につくった、昭和20年の法律がここにございますから、これを変えるのは大変ですなんて、そんなことばかり言っているのだけど、そんなこと言っているのではなくて、いわゆるシステム化によってルーティングワーク、審査そのものではなくて、ルーティングのチェックがほとんど万全にできるようになるから、そうすると単純なチェックは全部自動的にできるでしょうと。そうすると70%か80%か知らないけど、あと残る20%の中で紛争が起こるかどうかと、こういう話になるのではないですかと。そうするとこの80%のところはほとんど人手がかからないでしょう。そうするとそれをあと20%のために、800億だか何だか知らないけど、大げさな支払機関などというものを温存する必要はないでしょうと。そのかわりに、何らかのニュートラルボディーをつくってしまえば、それで済む話ではないですか。同意いらないでしょうと、直接審査だってできるでしょうと、こういうことを言っているわけで、どうもその辺のところになると、やります、やりますとおっしゃっているのだけど、本当の意味がおわかりになってないのではないのかなと。

また、きょうこれがうまくいかないと、もう一回いろいろこっちもやらなければいけません。だから、その辺のところを、こちら側で、松井主査の方から何かあれば言っていただいて。

阿曾沼専門委員 1つ、数字を示したいと思うんですけども、レセプト請求のオンライン化の義務化が実現した経緯の中で、小泉前首相が「韓国の例にならって、いいところは見習ってやろう」というご発言が大きな実現に向けてのトリガーになったと理解をしております。1つ韓国とのベンチマークをしてみますと、2005年ベースで、韓国のオンライン化率は95%ですね。審査員の職員数が約1,500人ぐらいです。審査件数としては、日本の支払基金が8億件ですから、それを1としますと、韓国は約88%の7億件になります。88%の件数をどう効率的に処理をしているかということ、韓国は職員数では日本の23%で対応しています。審査の委員の数は実に14%でしかありません。年間予算も日本の14%でしかありません。ということは、日本が8億件、韓国が7億件でほぼ拮抗している中で、韓国は予算が日本の14%、審査員数も14%、職員数も23%で確実に処理できているわけです。こういう事実があるわけですね。

でも、きっとこの議論をすると、皆さんには色々なエクスキューズがあるのではないかと思います。診療報酬点数体系そのものがひと足早く簡素化されている。組合が一つでシンプルである等です。しかし、それは先ほども言いましたようにコンピュータ以前の問題であって、システム化そのものは韓国より多少大変かもしれませんが、システム化されさえすれば困難な理由とはなりえません。システム化後の姿として1つの指標となるのではないかなと思います。

よく韓国のレセプト請求オンライン化によって13%ぐらい事務合理化ができたという数字が語られます。13%という数字は、もともとの事務合理化が進んでいたベースでの比較で、日本ではそれ以上の事務合理化ができるはずですよ。その13%という数字に惑わされずにやはりきちんとした数字目標というものが出ていた方が国民としてはわかりやすいと思います。この問題は支払基金だけではなくて、国保連合会というもののシステム化による事務合理化や審査におけるシステムロジックの標準化、そういったものも基本的にはついてくる議論だろうと思います。これらを踏まえて審査・支払機関全般の事務合理化の数値目標をきちんと出していただくことが非常に重要なのではないかと思います。

松井委員 それと数値目標を立てるのはもちろん大事なんですけれども、物事は何でも競争をさせて初めて継続的に合理化する動機が生まれるわけで、公正な競争環境というものをつくらないと、オンライン化でこれだけ合理化しました、これでおしまいですねと、こういうことになりかねないので、何よりも公正な競争環境、これをつくるのが大事です。

その公正な競争環境をつくる時に、実は先ほど福井先生もおっしゃったし、みんな言っているんですけども、例えば同意だとか、こういった競争を阻害するようなものが1つでもあると、実質的には競争環境が阻害されてしまう。阻害されてしまうことが一体どういうことに繋がりますかということ、厚労省さんは大いに考えてもらいたい。計画をつくることも大事だ。これは当然やってもらう。それは1割、2割の話ではないと思いますよ。先ほどから何回も言いますように、場合によっては、あそこの基金の5,500人の人たちにはかわいそうかもしれないけれども、国民が実質的には税金みたいな形でその運営費用を払っているわけですから、何でこんなもの必要なのかという

ことをやっぱり考えざるを得ない。

今、民間の機関になっているといっても、独法でもないし、法律に基づいた特別な民間法人と書いています。なおかつ常務理事4人いる中がほとんど厚労省から天下った方たち。こういった中で880億、国保が1,000億、こういった、オンラインになったら要らなくなるかもしれないような機関を温存して果たして国民は納得できるでしょうかねと。医療費の自己負担が増えている中で、一体国民にどういうふうに納得させるのですかと、こういう問題提起です。かなりこれは真剣に考えてやらないと国民から大反発を食らうのではないですかと、こういうことだと思います。

草刈議長 何か、そちら側からございますか。今、最後のところが一番のポイントだと思います。それから、同意の問題は、何かしらいろいろおっしゃいますが、極めて単純な話で、例えば、我々が自動車か、あるいはシャツでも何でもいいですが、買いますよね。そのときに、何かくっついて、そこに。だから、ちょっとおじさん、このべたっとシャツにくっつけているのでまけてよと、こういう話をするとき、その人の同意を得なければクレームができない。そんなばかな話がありますかと、簡単にいえばそれだけの話ですよ。

きょうもう時間がございませんから、どうすればいいのでしょうか。1回打ち切るよりしょうがないということですね。何か特に最後コメントがございましたら、どうぞ。

薄井政策統括官 基本的に審査・支払全体を効率的にしていきたいと。しかも、それはIT化を踏まえてやっていきたいという気持ちは我々持っているということだけは最後に申し上げさせていただきます。

草刈議長 だけど、数字も何もまだ示されていないので、そう言われてもストーリーとしては聞こえない。だから私たちはイライラ非常にしているわけですが、いずれにしても、時間が残念ながら、まだたくさんおっしゃりたい方はいらっしゃると思いますが、皆さんのお約束いただいた時間が参りましたので、議論はきょうはここまでにさせていただきます。

我々として、この問題どうするかということで、これから取りまとめをしていかなければいけないので、厚生労働省さんともまだ引き続き議論をしていかなければいけない。どういう形でやっていくか等については、まだ御相談申し上げますので、よろしくをお願いします。

きょうは大変お疲れのところ、誠にありがとうございました。閉会をさせていただきます。どうもありがとうございました。