第3回「保険診療と審査を考えるフォーラム」開催

「支払基金」、その中でも「審査委員会」が機能することによって、国民皆保険が支えられていること、その担う役割、存在意義について国民に向けて発信していくことを目的として、平成26年7月31日（木）に第3回「保険診療と審査を考えるフォーラム」を宮城県仙台市で開催しました。

テーマ

「国民皆保険と支払基金の審査」

【開催日時】
平成26年7月31日（木）
13:00～16:20

【開催場所】
仙台サンプラザホール
（宮城県仙台市宮城野区）

フォーラムの開催状況

東京、大阪に続き3回目となるフォーラムは、過去2回と同様、一般の方を中心とする公開の形で行いました。

開場直前、激しい雷雨となりましたが、過去最高の576名（内訳：一般470名、関係団体21名、報道関係者5名、審査委員等80名）の方にご参加いただきました。

一般の方の中には、患者さんやその家族の方も多数お越しいただき、今回は初めての試みとして手話による通訳も行いました。

会場内のロビーでは、支払基金の審査や審査委員会などを紹介したパネルを展示し、医療技術を紹介したコーナーでは、「日本の保険診療はここまでカバーしている」と題し、「食道がんの内視鏡による手術」と「ロボット操作による前立腺がんの手術」のビデオを上映しました。

また、ホール内正面スクリーンでは、開会前と休憩時間に支払基金の歩みなどについて上映し、それぞれ、ご来場の方々にご覧いただきました。

基調講演

基調講演では、はじめに尾形裕也氏（東京大学政策ビジョン研究センター健康経

先進医療などを紹介したビデオ上映

営研究ユニット特任教授・九州大学名誉教授）から、「国民皆保険における社会保険診療報酬支払基金の役割」をテーマに、国民皆保険とは何か、医療におけるお金とサービスの動きの中での審査支払機関の役割などについてお話をいただきました。

続いて、高林俊文氏（宮城県社会保険診療報酬請求書審査委員会副審査委員長）から、「医療保険制度における審査の現状」をテーマに、現在の医療保険の仕組みの中で審査委員会が担っている役割や審査委員会の課題、今後の取組みなどについてご紹介いただきました。

パネルディスカッション

「国民皆保険と支払基金の審査」をテーマとしたパネルディスカッションでは、冒頭、パネリストの皆さんから東日本大震災当時の医療についての体験等を含めたお話を伺い、その後、基調講演を踏まえ、有識者、保険者、医療関係者、医療を受ける方、審査委員といったそれぞれの立場から、日本の医療保険制度の特色、支払基金の役割、審査のあり方、これから期待することについて意見が交わされました。

その意見の中では、「皆保険を維持するためには、もっと国民が保険制度に関心を持たなければいけない」といったものや、支払基金の審査に対し「支部間差異の解消に向けた取組みの内容を公表すべき」など、差異や関連するデータの情報開示に対する要望、査定理由などの説明についての指摘などがありました。

閉会にあたり、支払基金専務理事 足利聖治から「こうした機会を通じ、できる限り情報公開を進め、関係の皆さま方と情報を共有しながら、よりよい日本の医療に貢献していきたい」とあいさつしました。

審査委員会の役割を紹介するパネルを見る参加者

社会保険診療報酬支払基金　理事長

河内山 哲朗　あいさつ（要旨）

日本の国民皆保険を支える組織として

平成23年3月11日の東日本大震災を踏まえ、我々として、どう医療保険を支えていくかという思いもあって、宮城県仙台市で第3回フォーラムを開催した次第です。

11日は、支払基金の仕事では、10日までにレセプトが各支払基金支部に提出され、まさに新しい審査・支払の仕事が始まるという大事な日です。その日に未曾有の被害をもたらした大災害が発生し、宮城支部も大きな被害を受けましたが、診療報酬の流れを止めなかったことは、私どもの使命を果たせたのではないかと考えています。

しかしながら、支払基金の仕事は専門的なところもあり、広く多くの方に知られているとは言えません。このようなフォーラムを通じ、支払基金の仕事に対する信頼やご理解をいただける方をひとりでも多く増やしていくという活動により、今後も、必要なときに、いつでもどこでも幅広く医療が受けられる、そういう国民皆保険を支える社会的なインフラとして、引き続き仕事ができるようにしたいと考えています。

社会保険診療報酬支払基金　理事
東京都社会保険診療報酬請求書審査委員会　審査委員長

実行委員長　宗像 一雄　あいさつ（要旨）

審査委員会の役割をご理解いただくために

医療に携わっていない、患者さんやそのご家族の方々にとっての医療は、「病院に行って、検査を受けて、薬をもらって、お金を払って帰ってくる」というようなことかと思われますが、実は病院の窓口で支払っていただく額は、医療費の2割から3割です。それ以外の医療費は、医療行為を記載したレセプトが医療機関から支払基金に提出され、審査したうえで、保険者に請求し、支払われる仕組みです。そのレセプトの問題点等をチェックするのが審査支払機関であり、審査委員会の役割です。

支払基金は医療の狭間にいるため、医療を提供する側と医療費を支払う側の両方の方々から指摘を受けるつらい立場ですが、審査委員も医師等であり、毅然とした態度で審査していただいています。それが日本の国民医療を、おそらく世界で一番の水準に保っていける最大の理由ではないかと思っています。

さまざまな課題はありますが、このフォーラムを通じて、審査委員会の役割についてご理解いただくことを心からお願い申し上げます。

基調講演1

国民皆保険における社会保険診療報酬支払基金の役割（要旨）

尾形　裕也　氏
東京大学政策ビジョン研究センター
健康経営研究ユニット　特任教授／九州大学 名誉教授

私からは「国民皆保険における社会保険診療報酬支払基金の役割」ということで、そもそも皆保険というのはどういうことなのか、日本の皆保険体制は、ほかの国と比べてどういう特色があるのか、わが国における医療でお金とサービスがどういう動きをしているのか、その中で支払基金のような審査支払機関が、どのような位置づけなのかなどについてお話ししたいと思います。

国民皆保険とは何か

わが国が皆保険・皆年金体制を採ったのは1961年、昭和36年のことで、これは非常に早い時期と言っていいと思います。この頃はようやく経済の高度成長が始まろうとしていた時期で、まだまだ日本全体としては非常に貧しい時代に、こういう皆保険を早くも達成したのは、やはり先人たちの大変な努力と知恵の結晶だと思います。

我々は皆保険というと、ごく当たり前のことのように考えていますが、決してそうではありません。国によって随分事情が違います。

イギリスには、NHS（ナショナルヘルスサービス）という制度があり、基本的に税金で賄っています。日本でいう国公立などの公的な病院が中心的な役割を担っており、非常に公的な色彩の強い制度となっています。

アメリカは、長らく無保険者が非常に大きな問題でしたが、ようやくオバマ大統領の下での改革で、少し変わろうとしています。しかし依然として、アメリカは民間保険を中心とした国であることに変わりはありません。

日本、フランス、ドイツ、オランダという4か国は社会保険方式を採っている国です。このなかで、日本やフランスはよりイギリスに近い、より公的な色彩が強い制度だと考えられ、それに対してドイツやオランダは、この順でアメリカに近づき、民間保険の役割が強くなっていると考えています。

また、「1年間にかかった総医療費のGDPに占める比率」をみると、日本を含む先進諸国の集まりであるOECD（経済協力開発機構）の平均値は9・3％です。日本は長らく平均値を下回っていたのですが、最近徐々に上がってきました。

これは医療費が急激に増えたというよりは、むしろ経済の不振により、経済に占める比率が上がったものですが、それでもまだ10・3％です。日本は世界一の高齢化が進んでいる国であることを踏まえると、まだいまの時点では医療費は比較的コントロールされています。

これについてはいろいろな要因がありますが、その一つとして審査支払機関の存在があるのではないかと思います。

医療におけるお金とサービスの動き

患者さんは医療機関で診療を受けますが、そこで支払われるお金は一部負担です。あくまでも医療費の一部ですから、残りの部分は、医療機関が保険者に対して請求し、保険者にお金を払ってもらうことになります。実際には保険者が直接払っているのではなく、審査支払機関が審査のうえ支払います。

この審査支払機関は支払基金、国保連と大きく2つに分かれており、保険者は審査支払機関に委託します。医療機関はこの審査支払機関にレセプトを提出し、請求をして支払いを受けます。しかし、最終的には保険者からお金が動くということです。

審査支払機関は、保険者の委託を受けて、効率的・効果的な審査支払を実施しています。医療費は、患者の一部負担も含め、2011年で約38兆6000億円の大変巨額なお金が動いています。

このうち患者負担は12・3％です。通常3割負担と言っていますが、実は高額療養費という制度があり、特に入院などで医療費が高額になったときには3割ではなく、実際の患者の負担率はかなり低く抑えられています。残りの9割近くは保険料と税金で賄われていて、これだけのお金がきちんと回っていることは、ある意味では驚きです。

いまは、3000以上の保険者があり、医療機関は、医科、歯科、さらに調剤薬局もあわせると、20万以上の大変な数になります。その間でお金のやり取りを一つひとつやるとしたら、これは大変なことです。おそらく短い時間ではそのようなことはできません。それを担っているのが審査支払機関です。年間40兆円近いお金がきちんと回って、大き

な支障もなく医療機関からサービスが提供されています。これは審査支払機関が大きな役割を果たしている結果です。

審査についてですが、日本で行われているのはあくまでも事後的な審査です。事後的というのは、サービスの提供である医療機関での診療はすでに行われており、その後にお金をどう払うかということで審査が行われるわけです。

審査にはもう一つ種類があって、事前の審査というのもあり得ます。例えば、アメリカの民間保険では、その入院は本当に必要な入院なのかどうかを、保険者が事前に判断するということが行われています。

ただし、事後だからあまり意味がないかというと、そういうことはありません。事後であっても、それを通じて抑止力があり、全体としての診療の適正化には大きく寄与をしていると考えられます。

保険者機能とは何か

最近、保険者にもっと保険者機能を発揮してもらおうという議論が、いろいろなところで出されており、もう少し保険者が実際に提供されるサービスの内容等についても関与してはどうかといわれています。

保険者のあり方ということを考えると、「保健事業等を通じた被保険者の健康管理」、「医療の質や効率性を向上させるための医療提供側への働きかけ」が、今後、中心的な役割になるべき部分だろうと考えられます。そのためには保険者の方も、現在以上に専門的な知見やスキルをアップしていく必要があります。

アベノミクスとデータ・ヘルス計画

「アベノミクス」の中でデータ・ヘルス計画（仮称）ということがいわれるようになっています。

これは保険者に対して、「レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として、データ・ヘルス計画の作成・公表、事業実施、評価等の取組みを求める」。いずれは市町村国保等も同じようなことをやってもらおうということを謳っているわけです。

このデータ・ヘルス計画が出てきた背景は、レセプトの電子化と密接に関わってきます。

レセプトが電子化された効果としては、一義的には審査支払機関、支払基金や国保連での審査の効率化です。もう一つの大きな効果として、レセプトは最終的には保険者のところへ行くので、保険者ではこれから巨大なデータベースが構築される可能性があります。

保険者が実施する、特定健診や特定保健指導といったメタボリックシンドローム対策の健診データなどは、最初から電子化されているので、これらを活用するといろいろなことが可能になります。データ・ヘルス計画が目指しているのは、そのような話です。

一つの例を挙げると、効率的、効果的な加入者への指導ができるようになるのではないかということです。健診データとレセプトデータを突合すれば、本当にその保健指導に従って適切な受診をしているのかどうかが、簡単にわかるようになります。あるいはこういうデータが蓄積されていけば、将来的には医療機関の評価すらできるようになるかもしれません。そういう意味では大きな可能性を持った話ではないかと思います。

若干の個人的な見解

個人的な見解として2点申し上げたいと思います。

1点目は、国が推進しようとしているデータ・ヘルス計画を進めていくことになると、大企業等が主体である健保組合や共済組合等であれば、それなりに進められるのではないかと思います。

しかし、協会けんぽや国保等も含めた中小の保険者、あるいは中小の母体組織は、自前で進めていくには実行する人材や体制に問題があり、なかなか難しいと思います。一方で、このような中小の保険者や中小の母体組織こそ、一人ひとりの健康の維持増進を図ることの効果は、はるかに大きいはずです。

そうしたときに、審査支払機関がこのような面で積極的にサポートすることが、今後考えられるのではないかということです。

2点目は、審査支払機関というのは、支払基金と国保連という2つに分かれており、新聞等で時々、2つを統合すべきだという議論が出てきます。

実は支払基金と国保連、保険者はどちらに委託してもいいことになっています。そのために法律まで改正したのですが、やはりその原点に戻るべきだと思います。

統合という議論よりは、むしろ保険者が審査支払機関を選択することを通じて、支払基金と国保連がお互いに競争し、切磋琢磨してより効率的、効果的な審査支払を目指すことが本来の筋ではないかと思います。統合すればうまくいくというのは、私はどうかと思っています。

基調講演2

医療保険制度における審査の現状（要旨）

高林　俊文　氏
宮城県社会保険診療報酬請求書審査委員会
副審査委員長

「医療保険制度における審査の現状」について、審査をする立場から、日本の医療保険制度、支払基金の審査とレセプトの電子化への対応、今後の取組みや課題などについてお話を申し上げます。

日本の医療保険制度

日本の医療制度は、皆保険であり、いつでも、どこでも、誰でも保険制度のもとで診療を受けることができます。

医療保険の歴史をさかのぼると、健康保険法の制定は大正11年です。このときは疾病や負傷に対する療養の給付を行いました。これは、ドイツの労働者保険をモデルとした、労働者の生活不安をなくすことを目的に作られたもので、当初は労働者本人のみの限定的な制度でした。

その後、昭和13年に自営業者、農業従事者を対象に国民健康保険制度が創設され、昭和14年、ホワイトカラーを対象に職員健康保険法が導入されました。戦時中になり昭和17年、職員健康保険法は健康保険法に統合、一本化されました。

健康保険法施行以降、政府管掌保険については、政府と医師会または歯科医師会の契約のもと審査・支払が行われ、診療報酬については請負方式でした。また、健康保険組合については、政府管掌保険と同様なものほかに、健康保険組合自体が経営する病院、診療所、健康保険組合が契約する事業主経営の病院、診療所が利用されていました。

診療は医師会、歯科医師会と組合との契約で、勤労定額式、割引式、時価式など、組合によって異なった内容での契約を締結していました。

しかし、これらの審査・支払方法は非常に煩雑であったため、診療報酬の支払の遅延や苦情が多くありました。そこで戦後になり、診療報酬の遅延と診療担当者の煩雑性等、多種多様の問題を打開するため、法的責任をもった機関として「社会保険診療報酬支払基金」が創設されました。

支払基金の審査

医療機関、薬局等が行った診療は、毎月10日までにレセプトとして支払基金に請求することになっています。

医療機関、薬局等から請求されたレセプトは、審査委員会が審査したうえで、適切と判断したレセプトは診療報酬の請求として保険者に送られます。保険者がそのレセプトを適切と判断すると、この診療報酬は支払基金に支払われ、支払基金から医療機関、薬局等に支払うという構図になっています。

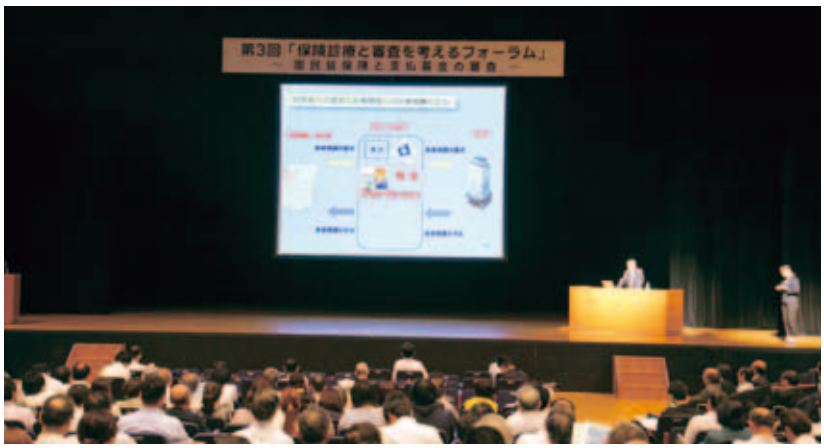
審査とは、保険診療ルールに適合しているかを確認する行為であると定義できます。審査は医学および医療の知識を持った医師が行うことからピアレビューと呼ばれ、療養担当規則や、診療報酬の算定方法、その他関係通知等を参考にして行われています。

保険診療の一般的方針や具体的方針は、「療養担当規則」と呼ばれている厚生労働省令によって定められています。その第20条では「医師である保険医の診療の具体的方針は、次に掲げるところによるもの」とされており、例えば投薬については「投薬は必要があると認められる場合に行う」、「治療上一剤で足りる場合には一剤を投与し、必要があると認められる場合に二剤以上を投与する」、「同一投薬は、みだりに反覆せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をしなければならない」とされています。

この投薬について「熱発した患者さんが受診した」例を挙げると、患者さんの年齢、熱の程度、病態や検査結果などから、お医者さんは診断名をつけます。熱があまり高くないときは、冷やす程度で済むこともありますし、投薬して「安静にしていなさい」と指示することもあります。肺炎により、非常に高熱で、高齢者であれば、入院して点滴加療などが必要になる場合もあります。このように「熱発した患者さん」の症状などに応じて、医師が必要だと判断して治療することにより、診療内容は千差万別となります。

こうした判断の診療内容を記録したレセプトについて「本当にそうなのか」、「適切なのか」を、審査委員の先生方が審査するにあたっては、「医師の裁量」も考慮して判断しています。

医師が行う保険診療については、診療行為ごとの費用が「診療報酬の算定方法」として厚生労働省告示で定められています。この診療報酬の算定方法については、「医科点



数表」、「歯科点数表」、「調剤点数表」に区分されています。

この点数表は、2年に一度、診療報酬改定として見直しが行われます。内容が変わりますので、講習会などが頻回に行われ、現場の先生方はもちろん、審査委員も保険診療ルールについて改めて勉強することになります。

さらに点数の算定については、留意事項などの関係通知があり、そのほか医薬品の効能、効果、用法、使用上の注意等が定められています。

審査委員は、これらの規則や通知などに定められている保険診療ルールに基づき審査をすることになります。

レセプトの電子化に対応した審査

電子レセプトの普及率は、平成16年には約11％だったものが平成26年には約94％まで進んでおり、これに対応した審査を行うことで効率化を図っています。

この電子レセプトは、医療機関からオンラインまたは電子媒体により請求され、コンピュータによるチェックを行ったうえで、最終的に審査委員会で決定されます。

コンピュータチェックには、事務・受付点検チェック、電子点数表やチェックマスタを活用したもの、点検条件の設定によるものがあります。

このコンピュータチェックを充実させるため、「傷病名と医薬品の適応」、「医薬品の用量」、「傷病名と診療行為の適応」の適否などについて、チェックの対象品目・項目の拡充に取り組んでいます。また、レセプトが電子化されたことにより、紙のレセプトではできなかった「突合点検・縦覧点検」ができるようになりました。

突合点検では、医科・歯科のレセプトと調剤のレセプトを照合することができ、縦覧点検では、当月のレセプトだけでなく過去6か月分にさかのぼって診療内容を確かめることができます。これらにより適正な審査の推進、審査業務の効率化、保険者の負担軽減が図られています。

レセプトの電子化は、先の東日本大震災のときにも、その効果が発揮されました。震災直後の宮城支部では、普段は整然と並んでいる机が部屋の一方に押しやられ、かなりの数のコンピュータが床の上に落ちました。職員や審査委員が事務所に来るのも大変な状況でした。そこで電子レセプトについては、宮城支部と同様の情報が共有されているので、本部および各支部の応援をいただき、保険者への請求および医療機関への支払も滞りなく進めることができました。

このほか、保険証を紛失された患者さんへの対応にも貢献でき、これらのことは支払基金が災害に強い一面を持っているという証明だと思います。

支払基金の抱えている課題と対応

審査においては、審査上の不合理な差異の解消に向けて取り組んでいます。この「差異」とは何かということですが、患者さんの症状はさまざまで、医師によっていろいろなバリエーションの治療が行われます。その診療内容を審査委員が適切かどうかという判断を行うわけですが、そのバリエーションのため審査結果に違いが生じることが「差異」であると考えています。

これは地域内にもありますし、地域間にもあります。地域内とは国保連との差異です。宮城県の場合、支払基金と国保連は年2回、定期的に協議を行い対応しています。また、地域間とは各都道府県支部間の差異ですが、これについては、各支部の審査委員会と、情報の整理および共有により対応しています。

審査における今後の取組みについては、これまでの取組みのさらなる進化と、コンピュータのみでは判断が難しい保険診療への対応を考えています。

そのために審査委員会の機能強化として、関係者から寄せられた審査に対する苦情や学会のガイドライン等と保険診療が不整合である事例の検討が挙げられます。医療の高度化はどんどん進んでいるので、本部にワーキンググループを立ち上げて対応しています。またコンサルティングとして、支部間で情報交換し、専門医の意見を参考にした審査を行っています。

今後もコンピュータチェックの精緻化がますます進むと思います。それでも判断が難しいケースがどうしてもあります。その1つ目は、医療の高度化、専門化による「進化」。2つ目は、患者さん個々の状態にあった診療である「テーラーメイド医療」への対応です。審査ではそれらに対応するために専門性を持った医師が判断するピアレビューが必須であり、今後さらにその必要性が増してくると考えています。

パネルディスカッション

「国民皆保険と支払基金の審査」

パネルディスカッション出席者

●コーディネーター

渡辺 俊介 氏（国際医療福祉大学大学院　教授／東京女子医科大学医学部　客員教授）

●パネリスト（※五十音順）

大江 正義 氏（宮城県肝臓病交友会　会長）

尾形 裕也 氏（東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニット　特任教授／九州大学　名誉教授）

佐藤 和宏 氏（宮城県医師会　副会長）

高林 俊文 氏（宮城県社会保険診療報酬請求書審査委員会　副審査委員長）

渡辺 敬 氏（健康保険組合連合会宮城連合会　副会長）

渡辺（俊）氏：審査支払機関、特に社会保険診療報酬支払基金については、私自身、37年間も新聞記者として医療行政を担当しながら、名前だけは知っていましたが、実態を知らなかったというのが本当のところです。

しかし、勉強すればするほど支払基金がいかに大事かということは、基調講演をいただきました尾形先生、高林先生のお話にあったとおりです。

請求する側の医療機関、調剤薬局は全国で20万以上、受け取る保険者の数は約3000。そしてそれが混乱もなく毎月、審査し支払われていることは、まさに日本の国民皆保険を円滑に進める支えとなっていることは間違いありません。

渡辺 俊介 氏
（国際医療福祉大学大学院　教授／東京女子医科大学医学部　客員教授）

このことは、過去の歴史がいろいろとある中から、いまの形がようやく見出されて、円滑な皆保険を支える審査支払の仕組みができたわけです。

そしてその陰には、各県ごとに医師が中心となって、ピアレビューを行っています。同業者でなければレセプトはわからないので、医師が通常の診療が終わった後、深夜まで審査をされているという姿も随分見てきて、そういった影の目立たない力で日本の皆保険が支られているのだと改めて痛感しました。

支払基金は、日本の皆保険を円滑に進めていくためには無くてはならない存在であると思いますが、その割にはまだまだ国民に知られていません。そこで支払基金がこのようなフォーラムを行い、3回目を仙台で行うことで、支払基金のあり方、審査支払のあり方といったものをより多くの国民の方々に知ってもらいたいという願いです。

いまから、5人のパネリストの方々と「国民皆保険と支払基金の審査」をテーマに議論を深めていきたいと思います。

東日本大震災時の医療について

渡辺（俊）氏：始めに、この仙台を選んだ意味、東京、大阪という2大都市の後、この地で開催された意味を考えてみたいと思います。あの大震災に見舞われて3年余り経ちますが、そこにおける医療が円滑に進められたのも、裏では支払基金等による審査支払があったということです。

今日は宮城の方も4人いらっしゃいますので、実際に3年余り前に体験された地元における医療、東日本大震災での医療におけるご自身の体験について、この皆保険、審査支払と結びつけるのは無理があるかもしれませんが、お話をいただきます。まず、医療側として宮城県医師会の副会長で、臨床もなさっている佐藤先生からお願いします。

佐藤氏：震災直後、宮城県医師会が考えたことは、患者さんの自己負担です。通常1割から3割ですが、国からはこれを猶予すると言われました。しかし、猶予ではなく免除にしてほしいとお願いしました。それも最初は6月末までしたが、

佐藤 和宏 氏
（宮城県医師会　副会長）

とても無理で結局は1年以上ということになりました。

震災直後のことは、テレビなどでご覧になったかと思いますが大変な状況で、あれを一目見ただけで、医療費の自己負担は6月末までの猶予ではないと思いました。免除、しかも長期にわたる免除が必要なことはご理解いただけたのではないかと思っています。

気仙沼、石巻など沿岸部の郡市医師会に所属する医療機関も大変な被害を受け、宮城県医師会としては、すぐにアンケート調査を行いました。「あんな大変なときにアンケート調査をしたのか」と言われそうですが、9割以上の先生方から被害の詳細なデータが得られました。これが非常に役立ち、全壊や半壊のところに地域医療再生基金という資金を投入しようということで活動しました。当初はいろいろと問題もありましたが、結果的には医療機関の復興ということで、損害額の最大3分の2まで補償するということになりました。これは時間がかかっており、まだ完全には終わっていません。

また、全国からは膨大な医薬品をいただきました。これを仙台医療センターの体育館に保管し、個々の医療機関に欲しい薬のリストを作っていただき、それを2日がかりで分類し、宅配業者にお願いして運びました。

支払基金でも概算請求ということで非常に助かりました。平時には厚生労働省や医師会などで少し意見の違いはありますが、あのような日本の国難みたいなと

高林 俊文 氏
（宮城県社会保険診療報酬請求書審査委員会
副審査委員長）

きには、日本人として皆で力を合わせることができ、本当に良かったなと個人的には思っています。

渡辺(俊)氏：同じドクターの立場から高林先生、お願いします。

高林氏：私の勤務先は白石市です。震災当時はちょうど病院内にいました。病院は免震構造で、揺れはしましたが本1冊落ちませんでした。この地震国において、公的な機関、特に病院などは免震構造が必要であることが大いにわかりました。

しかし、白石市の医師会の先生方の施設では、最初に電気がダウンし、薬も出せないというところもありました。震災3日後に、我々の病院に医師会の先生で集まれる方には集まっていただき、薬を処方した際に「我々の病院にくれば、口頭でも先生方からのコピーでも、患者さんの要望する薬を出しましょう」ということでしのぎました。

電気がダウンしたことによって、透析患者さんなどには少し迷惑をかけましたが、自家発電も使いどうにか乗り切ることができました。

その後、福島の原発の爆発があり、避難される方が多く寄られたので、水などを提供するとともに、希望者には放射線被ばく量の測定も行うことにしました。その中で、基準以上の被ばく者は大学もしくは国立医療センターへの搬送ということも考えましたが、幸いそのような方はひとりもいませんでした。

大江　正義 氏
（宮城県肝臓病交友会　会長）

渡辺(俊)氏：続きまして大江さんは、患者の代表としてご参画いただいていますが、患者といいますか一市民という立場で、この震災と医療についてどのように感じたかお話いただけますか。

大江氏：ちょうど震災のときには障がい者団体の会議に出席しており、そのときに感じたことをお話ししたいと思います。

震災で、私たちも5～6人で杖を突いたり、車いすで避難所に向かいました。避難所にいた皆さんは、精神的にピリピリしていました。学校の避難所では渡り廊下も渡れず、おろおろしながら入ったところ、身障者用のトイレもなく、車いすに座っているしかないという状況でした。

車いすは場所をとります。さらにそこへどんどん人が入ってきて、周りに人が多く来られると電動車いすでは動くことができず、「ここにはヘルパーもいないし、薬もないので、とりあえず事務所に戻ろう」ということになり、避難所から皆で帰りました。団体の事務所ではかろうじて水は出ていたので、トイレの点でも戻らざるを得ませんでした。事務所に1～2日はじっとしているしかないという状況でした。

加えて、被害の状況はニュースなどでご存じかもしれませんが、障がい者の中で亡くなった人の数まではなかなかご存じないと思います。この震災で宮城県では1万人近くの方が亡くなりましたが、その中で障がい者の方は1028人亡くなりました。人口比率から見ると平時では人口の0・4％が障がい者なのですが、障がい者手帳を持っている方で計算すると死亡者は1・7％という数字になり、多くの障がい者の方々が津波によって流されたということを知っていただきたいと思います。

渡辺　敬 氏
（健康保険組合連合会宮城連合会　副会長）

渡辺(俊)氏：渡辺(敬)先生は健保連宮城連合会の副会長ということで、保険者の立場でご参画いただいていますが、地元の被災者の一人として、震災時の医療ということをお聞かせいただけますか。

渡辺(敬)氏：私どもは被保険者、扶養者あわせて12000人くらいの健保組合ですが、被災時には半壊以上の被害を受けた世帯には自己負担免除を実施しました。その数は2200人を超えています。全体の2割近い数字でした。

また、健康診断については通常6月から実施するのですが、健診の機械も被災し、健診会場のほとんどが避難所や物資の保管所になっているという状況でした。しかし、加入者からの要望が強く、

岩手県一関市に会場を借りて、何とか実施しました。

医療については、仮に保険証を提示できなくても、医療機関の皆さまには保険診療を実施していただいたり、支払基金では保険者が不明な医療費の請求についても按分であったり、3か月の実績の平均値で算出したりといろいろな形で行っていただきました。

やはり東日本大震災のような非常時においては、保険者単独で医療費の支払いなどに対応することが困難だと感じています。国民皆保険の中で支払基金というシステムがあったことで医療費の支払いもしっかりできたし、医療機関の皆さまにもある程度安心して保険診療を実施していただけたのではないかと考えています。

渡辺(俊)氏：本当に大変な被災、そして物資不足等の中で医療職の方々、もちろん市民の現場の底力というものを私も東京にいながら感じていましたが、当時の生々しいお話を伺うことができました。

日本の医療保険制度の特色について

渡辺(俊)氏：日本の皆保険制度は50有余年経ちますが、世界に冠たる、どこの国にもないと言えるほどの素晴らしいシステムは、「いつでも、どこでも、誰にでも医療が提供される」というフリーアクセス、みんなが保険証を持ち、安い負担で医療が受けられるというものです。

その結果として平均寿命が世界一、あるいは乳児死亡率世界最低という結果を出しているのが日本の皆保険ですが、この皆保険の特徴について、専門家の立場からわかりやすくお話いただけますか。

佐藤氏：日本の医療保険制度は、ご存じのようにWHO（世界保健機関）では世界一という評価を受けていますが、国内ではそのような評価を受けているとは少し思えない、いろいろな不満があるといったようなところばかり目立ちます。

日本の医療保険制度の優れているところは3点あります。1点目は「国民皆保険」であることです。これは当たり前だと思われるかもしれませんが、全ての国民が何らかの公的な医療保険に加入していることです。

アメリカの医療は素晴らしいと言われますが、医療保険制度はあまり素晴らしくないのです。国民の7分の1となる約4000万人の方がどの保険にも入っていない、無保険者であり、自己破産をする一番の原因は病気になったためであ

るなど本当に悲惨な状況です。これを直そうとしているのがオバマケアです。

日本では皆保険が当たり前になっているから、ありがたみがないのかと思いますが、やはり非常に優れている制度だと思います。

2点目は「現物給付制度」です。これは少しわかりにくいですが、例えば医療機関に行って診断を受け、治療をしてもらい、薬も受け取って、仮に1万円かかっても窓口で納めるのは3000円でいいということです。

そうではない制度としては「償還払い制度」があります。これは受診後1万円を窓口で支払い、その後7000円を返してもらうという方式です。これはどちらが良いでしょうか。償還払い制度を採っている国もありますが、やはり3000円だけで済んだ方が良く、日本は一部負担金が高いと言われてもいますが、制度的には良いと思います。

3点目は「フリーアクセス」です。これは患者さんがどこの医療機関に行ってもいいというものです。私は泌尿器科の医師ですが、急性膀胱炎などになって大学病院に行かれる患者さんも中にはいます。これは確かに課題もありますし、嫌な顔もされますが、日本はそのようなことが一応可能な国です。外国では門前払いとなり、自分の行きたい医療機関に行けないというのが現実です。

この3つのポイントは、水や空気のように、皆さん当たり前と思っているかもしれませんが、そうはいかない国が多い中で、いままでこのような制度を50年以上も保ってきている、これからもこれを堅持しなければいけないと思っています。

渡辺(俊)氏：渡辺(敬)先生、保険者の立場で改めて日本の国民皆保険の特徴、良さについてお話いただけますか。

渡辺(敬)氏：皆保険であること、フリーアクセスであることなどは良い点だと思っていますが、そのフリーアクセスなり、現物給付なりを支えるためにはお金が必要になります。

現在の医療保険制度の抱える一番大きな問題は、財政問題にあると考えています。特に平成20年度からの高齢者医療制度が始まって以来、健保組合の多くは毎年赤字続きであり、保険料収入の半分近くを支援金や納付金に充てなければならない状況になっています。

これは健保組合に限らず、協会けんぽも長年赤字でしたし、国民健康保険も赤字が続いている状況です。

この高齢者医療制度、その中でも65歳から74歳までの前期高齢者医療が特に問

題です。75歳以上の高齢者医療については、国費、公費が50％入っていますが、前期についてはこの公費の負担がありません。そのため、現役世代の保険料負担は保険料率の引き上げに伴って年々増加しています。

今回の消費税引き上げの財源については、社会保障に使うということですので、ぜひともこの前期高齢者医療に公費を投入していただき、国民皆保険を守って財政の安定化を図ることが必要ではないかと考えます。

渡辺（俊）氏：確かに国の医療保険制度においては、多くの保険者が赤字で、支払側の保険財政が破綻してしまうと、国民皆保険も当然崩壊してしまうので、ご指摘はごもっともかと思います。

尾形 裕也 氏
（東京大学政策ビジョン研究センター健康経営研究ユニット　特任教授／九州大学　名誉教授）

続いて大江先生、患者から求める医療制度、あるいは医療保険制度という切り口でお願いします。

大江氏：震災当時、私は肝炎のある治療薬を処方されていた時期で、その副作用についても治療をしていました。特にうつの症状があり大変な時期であったため、病院に行きたいと思っていました。私の場合は月の中旬に通院をしており、震災が11日でしたので薬不足になっていました。少し在庫があれば良かったのですが、「在庫をすると医療費もかかってしまう」などと思いました。

今回、初めて医療保険制度の中でこのような審査支払のシステムがあることがわかりました。患者側からすると、2割でも3割でも医療費の負担をしているわけですから、審査支払機関や医療機関に対して、もっと関心を持たなければならないと思いました。

私たち患者会では医療講演会などを開催していますが、そのような場に支払基金も参加していただき、説明をしていただきたい。それを国民全体が共有していけば、皆保険全体の啓蒙につながりができるのではないかと思います。

渡辺（俊）氏：尾形先生は厚生労働行政に携わっていた時期もありますが、日本の皆保険の素晴らしさについて、改めてご感想をお願いできますか。

尾形氏：基調講演でもお話ししましたが、2点補足させていただきたいと思います。

1点目は日本の皆保険の素晴らしさ、あるいはその意義を明らかにするにあたって、参考となるのはアメリカでの経験ではないかと思います。オバマケアについて講演で触れましたが、アメリカも皆保険になるよう過去からずっと努力してきたのですが、なかなか実らなかったのです。

古くはトルーマン大統領の頃までさかのぼるのですが、ようやくオバマ大統領になって皆保険とまではいかないまでも、それに近いものにしようとしているということです。

しかし、アメリカの国論は二分されています。2年ほど前、連邦の最高裁までこの問題が争われ、きわどいところで「オバマケアは違憲ではない」ということになりました。確か5対4の評決であったと思います。裁判官の5人は憲法違反ではないとしました。しかし、4人は強制的に医療保険に加入させるのは国民の自由を侵害するもので憲法違反だという結果でした。この辺は日本とかなり考え方が違っていることについて留意する必要があります。

2点目として、皆保険を支えていくうえで大事なことは、「連帯」だと思います。加入者の連帯が基本にあるのですが、日本ではこのあたりのことがあまり強調されていません。

ここでフランスの例を紹介したいと思います。フランスは日本と同様に早くから皆保険的な制度を作ってきた国ですが、日本の厚生省（当時）の役割を果たす役所の名前は少し前まで「国民連帯省」というものでした。連帯という言葉が役所の名前になっているくらい、この考え方が前面に押し出されているわけです。

おそらく社会保険や社会保障制度全体と言ってもいいかもしれませんが、連帯というものが基礎にあることを忘れてはいけないと思います。特に日本の場合は、世代間、世代内の連帯の両方を考えていく必要があるのではないかと思います。

渡辺（俊）氏：改めて日本の皆保険制度は世界に冠たるものであると思いますし、WHOに2年連続で日本の皆保険システムは世界一と言わしめたところですが、財政的なことを主な理由として皆保険崩壊の危機もないとは言えません。そういうことが絶対あってはいけないと思います。

そのためには、もっとみんなが関心を持たなければならないし、そして連帯という意識を持たなければならない、いまの制度が当たり前だという意識だと崩壊してしまうと思っています。

支払基金の役割について

渡辺(俊)氏：審査の役割、審査の実態について議論を深めていきたいと思います。審査支払機関では、国保、社保合わせて、年間、約20億件というレセプトが提出され、それを遅滞なく審査して、支払いを行っており、ある意味では奇跡を起こしていると言ってもいいと思うのですが、支払基金の役割についてご意見を伺いたいと思います。

大江氏：このような支払基金の立場と近いシステムとして、障がい者の確認診断というものがあります。足を切断したような方ではなく、私たちのような障がいでは、5年に1回診断書を出して「どうですか、障がいは軽くなりましたか、重くなりましたか」というようなことを確認する制度です。

医師の先生方からこうした診断書が厚生労働省に上がるわけですが、厚生労働省ではドクターによる審査があります。その審査で弾かれると診断書が戻ってきます。「あなたは障がいが軽くなったのではないか」、「この診断書は嘘ではないか」という具合です。

支払基金と非常に似ているのがこの厚生労働省との間の診断書のやり取りだと思います。先生同士が喧々諤々とやっているということで、そのようなことが支払基金でもあるのではないかと感じています。

渡辺(俊)氏：私自身も2、3年前に厚生労働省の審査支払機関の検討委員会の委員をさせていただきましたが、政治家の委員の中には「民間の審査機関を作ってもいいのではないか」という意見もあり、個人的には疑問符であったのですが、高林先生、日本の審査機関の役割という視点でご意見をお願いします。

高林氏：日本の皆保険は他国と比較して非常に優れていることはどの先生もお話になりましたし、審査の内容は非常に緻密に行われています。

例えば、韓国を例にすると、主にコンピュータ審査をしているということで、年に30件ほどの訴訟が起こっていると聞いています。日本における支払基金の審査は60年余行われており、やはり訴訟はありますが60年で約30件です。

宮城県の審査委員会で整形外科を担当

する審査委員は、大学の助教授、私立病院の院長、公立病院の部長経験者、そして開業の先生が2人の合計5人です。いろいろな組織出身の5人の先生が議論をしながら審議しているので、審査機関として非常にレベルの高い、適正な審査ができていると思っています。

渡辺(俊)氏：保険者は言うまでもなく医療費を支払う立場、その審査支払は支払基金に委託し、それを受けて支払基金は医療機関にお金を支払うという流れですが、保険者の立場から支払基金の役割についてお願いします。

渡辺(敬)氏：基調講演の中でも保険者と支払基金の関係についてご説明いただいたところですが、健保組合と支払基金とは審査支払手数料1件単価平均80円ということで業務委託契約を行っています。

支払基金では保険診療ルールに基づいて治療内容や、適正な請求金額になっているかを審査していただいたうえで、医療機関に支払っていただくということなります。支払基金の平成25年度の実績では、健保組合ですとレセプトが約3億1600万件で、それに対する手数料は1件80円ですから、年間約253億円と、非常に大きな金額を支払っていることになります。

しかしながら、支払基金での審査が終わった後、保険者自身でも交通事故、業務上の怪我や病気の確認なども含めたレセプトの点検をしています。この中で内容に問題があると考えて、再度、審査をお願いした件数が平成25年度で約250万件あります。このうちの約62万件が減額査定されており、その査定額も年間約21億円になっています。

約3億件を超える件数の中では1%にも満たない数字ですが、やはりこの財政の厳しいときに20億円以上というのは非常に大きな金額です。

また、支部間差異、いわゆるローカルルールのようなものについて、支払基金の内部において、審査の不合理な差異をなくすために審査委員長会議等を平成25年度は14回開催したということまでは公表されています。問題はその会議で何を話されてその結果どうなったのか、これが一切公表されていない点です。

医療費については、患者さんが3割を負担し、残りの7割は保険料という形で国民の皆さんが負担しており、それを保険者が支払基金を通して支払っているということですので、全額患者さんが負担していると考えることができます。したがって、ぜひレセプトの審査については、医療保険のルールに基づいた内容になっているのか徹底的に行っていただき、またその費用を保険者が負担していることから、審査方法や内容の説明責任を果たしていただきたいと考えています。

渡辺(俊)氏：佐藤先生は診療する側、つまりお医者さんとしてレセプトを審査される側ということにもなりますが、支払基金の役割等、ご要望も含めてお聞かせ願います。

佐藤氏：東北厚生局が行う医師に対する特別指導や監査への立会いには行っておりますが、直接審査には携わっていません。しかし、保険診療はルールに基づいた診療であるということが意外と浸透していないと思います。

私自身のことですが、開業医になりたての頃、支払基金にクレームをつけたことがあります。そうしたら呼ばれまして、厳しくご指導を受けたという経験があります。よく考えますと、勤務医から開業医になった時点で保険診療とは何かがわかっていなかったのです。さらに医学生や研修医のときに、保険診療、つまり「あなたは保険医だよ」ということが日本ではあまり重要視されていません。

私はここが非常に重要な問題と思い、さまざまな機会に言っているのですが、なかなか取り上げていただけない状況です。

保険診療とは何かということをわからないまま大きな病院などで働いていると、事務の方が保険関係のことを担ってくれるので、開業医になって初めて直面することになるのです。

したがって、保険診療は公的な医療ルールに基づいて行う診療だということをもっと我々診療側もわかっていれば、あまりレセプトの審査のときにお手数をかけなくなるのではないかと思っています。

渡辺(俊)氏：尾形先生、基調講演の中で個人的な見解と言われながら、社会保険の支払基金と国民健康保険の国保連合会の統合については少し疑問だというご発言がありました。

その検討会では、むしろ民間の支払基金を作った方が良いのではないかといった意見も出たくらいですが、競争原理が働くともっと手数料は下がるのかなど、改めてこの役割についてお願いします。

尾形氏：支払基金の役割は、一言で言うとまさに縁の下の力持ちということになると思います。

基調講演の中で、日本の医療は社会保険方式を採っている国の中では、公的な色彩が強いということを強調しましたが、一方で日本の医療ほど自由度の大き

い医療はないとも言えます。

このことは、患者のフリーアクセスもそうですし、医療提供側から言えば基本的に自由開業、あるいは診療科目も自由標榜制を採っています。こんなに自由な国もないのではないかと思います。それでも全体が何とか混乱なく回っている要因はいくつかあるのですが、なかでも支払基金、国保連といった審査支払機関の役割は非常に大きいと思います。

そのような意味からも、医療制度における基本インフラだという言い方ができると思います。民間への委託ということも考え方としてはあり得るのですが、大事な点は支払側、診療側という関係者に多少の不満はあるにしても、最終的には何とか納得しているところがあるということが非常に重要で、その納得感を形成できるところが支払基金の強みではないかと考えています。

支払基金の審査について

渡辺(俊)氏：支払基金が果たす役割の中では一番のポイントとなっている審査の内容や現状、支部間差異について進めたいと思います。

支払基金、国保連いずれも都道府県単位で審査支払を行っているので、都道府県で差異があると、「これはおかしい」という意見もあれば、「差異があっても当然だ」という意見もあります。それは私が参加した委員会でも、なかなか解決のつかない問題でした。

大変な努力のうえでこの審査が行われているわけですが、紙から電子レセプトの時代になり、審査の状況も変わってきたということで、その問題についてさらに議論を深めていきたいと思います。審査のあり方、支部間の差異について忌憚のないところをお願いします。

渡辺(敬)氏：支部間差異についてはローカルルールという表現で話しましたが、保険者が問題視しているのは、医療保険のルールに基づかない取り決めをされているケースがあることです。

実例を挙げると、糖尿病の患者さんが在宅で自己注射をしている場合に、医療機関で注射針を本人に渡した場合は「注入器用注射針加算」として1300円または2000円、つまり130点または200点加算できることになっています。しかし、医療機関で注射針を渡さずに、処方せんで薬局で交付した場合は、医療機関では「注入器用注射針加算」を加算できないことになっています。

医療機関では「注入器用注射針加算」をしている、なおかつ薬局では処方せんの指示に従って注射針を交付しているケースがあり、医療機関のレセプトにも薬局のレセプトにも注射針が載っていることになります。この場合どちらかが誤っているわけですが、どちらの誤りかを確認せずに一方的に薬局の方を査定するという取り扱いをしている支部があります。

要するに、点数の低い薬局の方を査定することを支部としての取り決めにしているということです。これは一部負担金を窓口で払っている患者さんや、残りの7割を払っている保険者にも、ひいてはその原資を保険料として納めている国民全体に対して過剰な負担を強いているということになります。

このような取り決めがどの程度あるのか、どのような内容があるのかを支払基金では公表しないことが問題です。保険者は、全てのローカルルールがいけないとは考えていませんが、明らかに保険診療のルールに反するような取り扱いをしているようでは困るということです。

これについては、前回の大阪のときにも健保連大阪連合会の置田専務が同じように情報の公開ということで話をしていますが、それよりもさらにもう1歩踏み込んで、14回も支部間差異を解消する会議をしておきながら、その中身も公表できないというのでは非常に問題だと考えています。

また、この他にも禁忌の医薬品、効能外使用、このような医薬品についても類推で判断することなく、状況に応じて医療機関に症状詳記を求め、確認をしたうえで医療費を支払っていただくような審査を徹底されることが、支払基金の審査が国民皆保険のルールに基づいて実施されていてその質を担保するということにつながると思いますので、ぜひ速やかに情報の公開なり実施をお願いします。

渡辺(俊)氏：佐藤先生、このようなご指摘もありましたが、一方では医師の裁量権という考え方もあり、それが支部間差異の一つの原因だという意見もあります。医療現場としては審査のあり方についてどのようなご意見をお持ちですか。

佐藤氏：少し別の視点からの話になりますが、ピアレビューという言葉が先ほどから何回か出てきています。日本語では「同僚審査」と訳すのだそうで、要するにお医者さんがお医者さんを審査するということです。

そうすると「何か手心を加えているのではないか」と思われます。ところが実態は全く逆です。かつて宮城県の審査委員会では泌尿器科の審査委員がいませんでした。外科や内科の先生が泌尿器科の審査をすることになるので、「何でこん

なことを削ったり返したりするのか」「何でこんなことがわからないのか」と疑問を感じたことがありましたが、逆に眼科のことは、泌尿器科の先生ではわからないわけです。

したがって、泌尿器科のレセプトは、泌尿器科の審査委員に審査を委ねることが一番正しいやり方だと思うのです。やましいことは何もありませんし、逆に、厳密に審査しなければなりません。そこを真摯にやっているということだけはぜひご理解いただきたいと思います。

渡辺(俊)氏：患者の立場から大江先生、いろいろな現場を見てこられたと思うのですが、審査について感じること、要望することがありましたら率直なところをお伺いできますか。

大江氏：患者と医療側は、いわば「治りたい、治したい」という関係です。こちらは治りたい方で先生方は治したい方ですが、審査はその中間に立っているわけです。いろいろな問題があるのを三者で解決できないかと思うのです。

患者会では、いろいろと国に要望をしていますが、例えば薬の副作用の問題も、その判断は先生によってバラバラです。専門医もいますが、専門医でない方も治療しているので、副作用の考え方も先生により全然違います。

そのようなときに、医療の正しい方向性をつけるために支払基金のような組織が一緒に行動できないかと思います。そうすれば我々が長い間苦しんでいる薬の副作用問題も、審査する側もされる側も共有できると考えます。医療機関と患者側と審査する側の三者の連携が今後大事になっていくのではないかと思います。

また、支払基金が持っている膨大なレセプト情報のデータがあるので、情報開示も大切ですが、患者のために分析してもらえれば、多くの病院を受診している人などにも役立つと思います。

今回の震災にあたっても、我々はJDF（日本障害フォーラム）という全国組織の中で、情報を紙から電子化して次の災害に備えるためのデータ作りを行っています。同様にビッグデータを活用してもらえれば、患者のためにもなるのではないかと考えます。

渡辺(俊)氏：高林先生、審査をされていろいろな問題も出てきています。特に支部間差異という問題もあるので、改めてお話し願います。

高林氏：この問題が一番難しいことは皆さんもご存じかと思います。なぜ起こるのかは、医師の裁量権が原因だというお

話もありました。医師の裁量権とはどのようなことかと言うと、患者さんに同じ薬を投与しても、個々に効き方や副作用の出方が異なるということです。それは医師の長い経験によりある程度わかり、投与量を変えたりすることで治療を行います。

一例を挙げると、膵臓の働きが落ちているⅠ型糖尿病の方にⅡ型糖尿病の薬を投与した場合では、「これは適応がないからだめでしょう」と言われることがあります。Ⅰ型糖尿病にはさまざまな病態があり、膵臓の働きが残っていてゆっくりと進行する方もいて、Ⅱ型糖尿病の方と同じような病態を示す方もいるので、Ⅱ型糖尿病の薬を使ってもいいだろうという専門家の先生もいます。こうしたことが差異につながっているのではないかと思います。

渡辺(俊)氏：支部間差異については国の検討機関が検討しましたが、全く結論が出ませんでした。逆に考えれば、全国一律でぴったり同じ答えというのも少し気持ちが悪いという気がしますし、あまり差異が大きいと「少しおかしいのでは」という意見もありました。尾形先生、この審査も含めてご意見はいかがですか。

尾形氏：ＯＥＣＤ（経済協力開発機構）が日本の医療に関するレポートを13年ほど前に出したことがあります。その中では、日本の医療の良い点も評価してくれていますが、問題点として機能分化と標準化が欠けているのではないか、進んでいないのではないかと指摘しています。

ここで標準化が欠けているというのは、患者に提供されている医療内容にばらつきが大きいのではないかということです。

その後、10年間くらいの医療改革を通じてだいぶ改善が進んでいるというのが一般的な印象です。その中で、支払基金においても「審査に関する不合理な差異の解消」として、審査委員会の機能強化や、審査委員と職員の連携強化などに取り組まれており、それを進めていただきたいと思います。

もう1点、情報開示が重要であるというご意見にも関わりますが、このような差異や、標準化されていないことを縮小させる一つの有効な方法として、こうした差異や関連データをできる限り可視化、見える化していくことも大事ではないかと思います。

そのようなことをしていくだけでも差異が縮小していくと考えます。特に専門家が関わる問題であればあるほど自己抑制を促すことになり、効果は大きいと思います。そのような視点での「審査のあ

り方の工夫」というものも考えられるのではないでしょうか。

渡辺(俊)氏：医療というのはある程度の標準化は可能でしょうが、全くの標準化ということは図れるのでしょうか。

佐藤氏：医療の標準化の定義については、「この病気であればこういう治療を行う」ということも標準化として考えられますが、これは専門性とも関係してくると思います。

患者さんは専門医を求めて来院される場合もありますし、国では総合医を育てたいという考えもあります。このようなこともあり、先ほどの標準化の問題とは少し違うかもしれませんが、医療における画一的な治療ということは難しいのではないかと思います。

尾形氏：審査とは離れますが、一つわかりやすい例を挙げると、かつて日本では、ある疾患の治療について在院日数を見たときに、非常にばらついていると言われました。その結果、包括払い制度を導入するときでも、海外で広く使われているDRG/PPSのような1件当たり包括払い方式が導入できませんでした。

現行のDPC/PDPSのような1日当たり包括払い方式を採用したのは、在院日数にばらつきが大きかったので1件当たり支払方式を急に入れると混乱があるだろうという考えが働いたのではないかと思います。ただし、DPC導入以後、在院日数のばらつきは随分減ってきていると思うので、そういったことも一つの標準化だろうと考えます。標準化というのは、画一的に一つに揃えるという意味ではなく、非常にばらついている状況から、ばらつきを小さくしていくという意味です。

渡辺(俊)氏：国の検討会でも、ある委員が「例は悪いかもしれませんが」と付け加えて、「ストライクかボールかを人が判定するのと似ているのではないか」という意見を出しました。ある意味では不見識かもしれませんし、ロボットが判定すればいいのかもしれませんが、人間がアウト、セーフを判定するところにもいいところはあるのだという意見もありました。

佐藤氏：私が宮城県医師会で行っていたのは、例えば社保では認めているが国保では認めないというような点があった場合、社保と国保の先生方をお呼びしてフェイス・トゥ・フェイスでお話するということです。より透明性を高めるためにも、こうした情報の公開をしていただければと思います。

医療の標準化にもいろいろな標準化があり、なかなかお答えしにくいのですが、日本には日本のいいところもあり、手作りの医療にもいいところがあると申し上げたいと思います。

大江氏：平準化、標準化と言われていますが、我々患者会はお医者さんに要求しているわけではなく、国の制度に対して要求をしているのです。

患者さんには、年齢、病態によって様々な方がいます。臨床数やデータを分析していかないと、本当の平準化につながらないのではと思います。

渡辺(俊)氏：制度、仕組みの前に患者さんがいるという指摘ですね。ありがとうございます。

支払基金がフォーラムを始めて今日で3回目となります。世間にいろいろと開いていこうという姿勢は、大いに評価していますが、いろいろな問題点、課題もあります。

それに向けて審査支払機関としてさらに努力するということも言われていますので、今後もそれに期待したいと思っています。

皆さまに少しでもご参考になれば幸いです。

■質疑応答(要旨)

【宮城県　一般参加者】

質問：支払基金の審査委員はどのようにして決めているのか。

コメント(高林氏)：支払基金各支部の審査委員会は、診療担当者代表、保険者代表、学識経験者の三者構成となっており、医師会や保険者からの推薦などにより委嘱している。

【青森県　病院関係者】

要望：診療内容が査定された時に、支払基金へ査定理由を尋ねても、事務方からは、「再審査請求を出して欲しい」と言われる。病院側としては早期に査定理由を説明してもらえれば、再審査請求を出すまでもないこともある。

コメント(高林氏)：事務方では、事務的な間違いなどについては説明できるが、審査結果の内容については、難しい場合がある。

コメント(渡辺(俊)氏)：支払基金の方にもご要望は伝わったと思う。