

視点

レセプト審査の最近の動向 (ジェネリック含)



福島県医師会副会長

矢吹孝志

診療報酬請求書(レセプト)は、病める患者を地域医療を管轄するかかりつけ医あるいは紹介を受けた勤務医が診療したものを多忙な専門医師である審査委員により審査されている。審査上、“容認”されない診療である“査定”は平常状態でも数多く発生しているが、審査基準に普遍性の無いことや、患者個々の病状の差異などによる条件設定が困難なため必然として起こり得る。また、審査する側も限られた人数で、一定期間内に膨大なレセプト量を精査するため、ある程度のエラーが発生することは論をまたない。さらに重症や緊急時など非平常状態での診療においては、診療する側も審査する側も、保険診療の基準を厳密に遵守することは困難である。そのために“注記する”というお互い相通じる方法が提供されているが、そこにもグレーな状況が存在し、“もぐら叩き”ではないが、審査上の絶対基準を構築することは無理難題である。

診療側の実態は上述のとおりであるが、保

険診療のイロハを熟知していない先生は論外として、“査定”の対象となる過剰診療と言われるものは必ずしも医師の独善的な診療によるものとは言えず、“患者さんのために”と言う患者側に寄り添うことの方が多い。さらに、時代は訴訟満開であり、その対応も完全無欠の方向に向けられて当然である。これらの対応状況は医療における必然であり、審査基準が基本的に全国一律である以上、県医師会のレベルを超えていることから、日本医師会をとおして厚生労働省へ要望していく。

一方、審査側は適正な判断のもとで精査するが、一部に審査委員間差異や、支部間差異など客観的かつ標準的であるべき基準が統一されていない中で実施している。審査結果の“不服”は医療機関並びに保険者から再審査請求という形で行われるが、この実態をみると、請求件数の大部分は保険者側からのものであり、その一部が結果として査定となる“見逃し例”である。この見逃し件数率は年々減少傾向にあるも、再審査請求件数は増加して

おり、その中の査定件数が増加すれば、そのまま医療機関側への新たな査定事例となる。それらは医療機関側の減点対象になり、審査委員にとっては、責任を含めた心労の種となっている。それ故、審査側は保険者からの再審査請求事例については、統計処理並びに徹底的な検討を加え、見逃しゼロ作戦を敷いている。しかし、保険者側の審査体制は人的かつ時間的余裕の中、長期間の縦覧点検が可能のため、再審査請求による“査定”は永遠に継続していくことになる。

これら人的作業を主とした審査体制の歴史はコンピューターの出現により大きく変化し、レセプト紙から画面審査になり、紙請求から電子、オンラインに進化し、一部の事務審査は当該月に返戻・再請求という形で処理され、医療機関と審査機構相互の利益に寄与している。さらに、3年後の2022年度までにレセプトの90%をコンピューターチェックにて処理し、事務点検を加えると審査委員が医学的見地から確認するものは、1%程度になると言われている。この最後に残された最高峰の頂上部は保険診療上の究極的グレー部分となる。

改めて、コンピューターチェックされる90%は、審査基準が確定した結果であるが、事務点検で処理される9%も順次基準が確定し、コンピューターによる機械的判断の方向へ進むものと思われる。これにて、審査基準はほぼ統一され、支部間或いは審査委員間差異というものは消滅することになる。コンピューターが審査のほとんど全てを管理できれば、診療は標準化されることになり、公平性、効率性を得ることができる。しかし、医師の裁量権と患者の多様性などが無視されていく欠点も生じる。この危惧感はコンピューターが出現する前から存在し、暗中模索を良しとするのか、単純明解を優先するか、審査する側も診療する側も、それぞれの立場で意見し、

決着がつかないまま長年を経過してきた。私は常々審査側が審査基準を標準化し、診療側に公開すべき立場を貫いてきた。さもなければ審査は常に暗闇におかれ、診療側が一喜一憂せざるを得なかったためである。併せて、一般的に論じられている査定基準公開によるガラス張りが故のデメリットも承知してきた。

一方、査定が常に問題化されるのであれば、これを解決する案として包括診療（まるめ）を提言する関係者も出現している。さらに、AIも近々に登場することは必至であり、どの道を選択するか会員全てが問われている。

次に、2018年12月5日に「医療保険委員会委員と地域医師会員との懇談会」が福島市ホテルセレクトンにおいて開催され、今回のテーマに関連した最近の話題として、説明を加えて紹介する。

現在の医療はエビデンスによる確証の得られた診療方法が推奨されている。そのため、日常診療にはガイドラインと称するものが多数紹介され、診断と治療法の根拠とされている。これには、年追うごとに改訂を含め、増加の一途を辿っているが、適正なガイドラインが提示されても、保険診療として認められていなければ、レセプト審査上容認されないことになっている。「保険診療とは何か」については厚生局による集団指導等にて耳にタコができるほど説明を受けているが、多くの先生方は右から左の耳を通り抜けている。幾度指導をうけても、医師は日常診療の拠り所としてガイドラインを選択してしまう。学問を優先するのは医師の性であるが、保険診療のイロハには馴染まないものも多い。このギャップは数十年来続いているが、保険診療に取り入れられるスピードは極めて遅い。ガイドラインによる診療が容認されないと診療の責任並びに訴訟対応が困難化することなどから、審査側には早急に対応システムを構築

していただくことを要望していく。

別事例である。保険診療の基本は療養担当規則（療担規則）に記載されている。「知らずにすまない保険診療」と語呂の良いメッセージのとおり、全ての医師が読破し、完璧に実践しなければならない。若い先生方には、効率的な医療を求め、第一歩となる基本検査を省略し、有効性の高い検査を初回から実施することがある。患者への利便性と診断を優先すればそのとおりであるが、全てにこの手法を用いることは医療経済に大きな負担を強いることになる。療担規則には「検査或いは治療は順追って段階的に行うこととする。」と記載されている。この件に関しては、患者さんを数多く受診させるのは“可愛そう”とか“医療費の無駄省き”などのご意見を頂くことがあるが、“最大多数の最大幸福”を目指せば、成書に記載されたルールで行うことこそ、医療経済上の効率的医療と評価されることになる。

併せて、療担規則には記載されていないが、PPI投薬時には癌の見逃しを防ぐため1年に1回の検査義務やピロリ菌の有無を知るためには胃の粘膜像が解かりにくいバリウム透視が対象とされないのは専門学会による指導であり、厳守の対象とされている。これらについては明確なエビデンスがあるわけではないが、専門家による危惧から安全性や診断を担保した審査基準として取り上げられている。これらの情報は療担規則に記されている原則から発した合理性のあるものではなく、特別な事例として覚える必要がある。そのため、県医師会医療保険委員会からの情報や医師会の先生方との意見交換などアンテナを高くしておくことが求められる。

最後の事例を紹介する。病院の専門的診療についての審査問題について述べる。現状では病院は開業医からの精査のための紹介が多く、診療密度も高まり、医療費は高騰化する。

専門病院は診断面における責任も高く、訴訟に対応することも求められている。また、学会からのエビデンスも時追う毎に改正され、過大な診療方向へ進まざるを得ない。しかし、審査側は医療費の適正化も重要課題であり、時代の進歩に合わせて緩めることはできない。そのためのギャップが生じることは自明の理であるが、「他医療機関では容認されているものが当院では査定されている。」また、「大病院は容認されるものが中小病院では査定の対象となる。」などの情報が誠しやかに囁かれている。私が審査委員をしていた15年以上前は「医大と言えども特別扱いはしない」と当時の審査委員長が厳命されていたことを覚えている。確かに、大病院或いは大学は最終診断機関であり、責任なども含め、過大な医療になることは当然とも思える。しかし、基本的な診療部分は特別扱いされず、療担規則に沿うことが求められる。また、病院間の不公平審査はあり得ないものと考えているが、今回提案された事案については精査し、審査側に実態を確認する。

以上から今回のテーマに関して、現在の審査内情に大きな変化は見られない、しかし、コンピューター主導による審査が進めば、大きな変革が起こることは自明の理である。先に述べたように、査定基準の全面公開に対する医師会側の診療方法の変革も同時に考慮していかなければならない。

ジェネリック医薬品について

ジェネリック医薬品については、レセプト審査上では問題にされることは極めて少ない。これが話題になるのは、使用頻度であり、医療費適正化の面から厚生局による集団指導時には力説されている。また、療養担当規則にも「後発医薬品を選択する機会を患者に提供すること」が記載されている。(第20条)