

特 集

平成26年度

第5回 医療問題研究委員会

「最近の指導・監査の動向」

大阪府医師会副会長 高井 康之



この記事は、平成27年3月11日に開催された
「平成26年度第5回医療問題研究委員会」の様様をまとめたものです。



○高井康之・大阪府医師会副会長

|| はじめに

医療問題研究委員会へのご出席ありがとうございます。本日は、主に「指導と監査」について取り上げます。今後、皆様が地区医師会の会長・副会長や保険医療担当の役職などに就かれた場合、会員の個別指導や監査に立ち会うこととなります。そのため、「指導・監査」とはどのようなものかを知っていただくことが重要になります。

その次に、国民健康保険団体連合会（国保）、社会保険診療報酬支払基金（社保）の審査に触れます。診療代表、療養担当代表として審査委員を任せられることもあろうかと思しますので、審査委員の選出方法や現状をお話しします。また、先日、医療保険制度改革関連法案が閣議決定されましたが、それにも言及します。

|| 指導と監査の概要

すべての診療を自費診療で行うのであれば医師法・医療法を守ればいいのですが、ほと

んどの医師は保険診療をします。保険診療は、健康保険法に基づいた保険者と保険医療機関との間の公法上の契約であるため、医療機関・医師は、法律はもとより保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則）、医科診療報酬点数表等に基づき診療しなければなりません。

指導と監査は、「保険診療の適正化と質の向上」を目的として、保険診療を行っているすべての医療機関、保険医が対象となります。指導の法的根拠は健康保険法であり、近畿厚生局は、指導をする前に必ずこの健康保険法第73条（厚生労働大臣の指導）を読み上げます。

指導の際、診療に関する学識経験者とその関係団体、すなわち医師会が立ち会うことになっていますので、府医執行部あるいは地区医師会長・副会長が立ち会います。また、国民健康保険法や、高齢者の医療の確保に関する法律においても同様の条文がありますので、これらを近畿厚生局は指導の根拠にしています(1)。

|| 最近の指導・監査の動向

指導する医療機関の選定、実際の指導の方法、指導後の措置は、指導大綱に基づいて行われます。指導対象の選定は厚生局内の選定委員会で決定されますが、具体的な選定理由については明らかにされていません。

保険指導は、「集団指導」「集団的個別指導」「個別指導」の3種類あり、まず「集団指導」として、保険医等の新規登録時や医療機関を開設する際の講習会である▽指定前講習会、▽診療報酬改定時の指導――が挙げられます。また、「集団的個別指導」があります。

「個別指導」には、開業してから6カ月が過ぎた時点で行われる▽新規指定保険医療機関に対する個別指導、▽指導医療官（技官）による個別指導、▽厚労省と共同で大学病院や基幹病院などの大規模な機関を対象に実施する特定共同指導などがあります(2)。

|| 集団的個別指導の現状

大阪府における集団的個別指導は、毎年約500～600件行われています。個別指導も技官によるものが以前と比べて増えつつあり、監査も少なからず実施されています。全国的にも少しずつですが増加傾向にあり、監査も100件程度あります。指導もしくは監査での返還額は、平成25年度では全国で約84億円に

(1)

<p>指導の法的根拠 健康保険法</p> <p>第七十三条 保険医療機関及び保険薬局は療養の給付に関し、保険医及び保険薬剤師は健康保険の診療又は調剤に関し、厚生労働大臣の指導を受けなければならない。</p> <p>2 厚生労働大臣は、前項の指導をする場合において、必要があると認めるときは、診療又は調剤に関する学識経験者をその関係団体の指定により指導に立ち合わせるものとする。ただし、関係団体が指定を行わない場合又は指定された者が立ち会わない場合は、この限りでない。</p>
<p>国民健康保険法</p> <p>第四十一条 保険医療機関等は療養の給付に関し、保険医及び保険薬剤師は国民健康保険の診療又は調剤に関し、厚生労働大臣又は都道府県知事の指導を受けなければならない。</p> <p>2 厚生労働大臣又は都道府県知事は、前項の指導をする場合において、必要があると認めるときは、診療又は調剤に関する学識経験者をその関係団体の指定により指導に立ち合わせるものとする。ただし、関係団体が指定を行わない場合又は指定された者が立ち会わない場合は、この限りでない。</p>
<p>高齢者の医療の確保に関する法律</p> <p>第六十六条 保険医療機関等は療養の給付に関し、保険医等は後期高齢者医療の診療又は調剤に関し、厚生労働大臣又は都道府県知事の指導を受けなければならない。</p> <p>2 厚生労働大臣又は都道府県知事は、前項の指導をする場合において、必要があると認めるときは、診療又は調剤に関する学識経験者をその関係団体の指定により立ち合わせるものとする。ただし、関係団体が指定を行わない場合又は指定された者が立ち会わない場合は、この限りでない。</p>

達し、医科だけでもかなりの件数が報告されています。最も厳しい処分は、保険医療機関および保険医の取り消しで、毎年数十件ほどの報告があります。また、返還額も数十億円以上の額に上ります(3)。

集団的個別指導（医科）では、前年度ないし前々年度に集団的個別指導または個別指導を受けた医療機関は対象から外れます。診療科別平均点数の1.2倍以上の医療機関（病院は1.1倍）のうち、上位8%に該当した場合が対象となります。理由を問わず点数だけで選ばれ、毎年約500件以上の医療機関が該当しています(4)。

かつて、地方社会保険事務局が医療機関の指導・監査を行っていた頃は、医師会で実施する健保講習会の受講により、集団的個別指導の受講は免除されていました。しかし、地方社会保険事務局廃止後、近畿厚生局が指導・監査を行うようになり、この扱いが廃止されました。以降、類型区分も数年に一度、見直されるようになりました。例えば内科では、在宅療養支援診療所など、在宅医療に注力している医療機関は別の区分になりました。他にも、皮膚科と形成外科を分ける、内科以外の在宅療養支援診療所も別にするなども検討しているようです。

類型区分は、病院は4つに、診療所は「主たる診療科」で12区分に分けられています。

(2)

<p>保険指導の種類</p>	
■集団指導	①指定前講習会 ②診療報酬改定時の指導
■集団的個別指導	③指導医療官（技官）による指導（集団講義）
■個別指導	④新規指定保険医療機関 ⑤指導医療官（技官）による個別指導 ⑥共同指導（厚労省、近畿厚生局、大阪府） ⑦特定共同指導（厚労省、近畿厚生局、大阪府） ⑧自主指導懇談（医師会）

診療科によって指導対象となる平均点数が変わります。つまり、複数の診療科を標榜する診療所の類型区分は、「主たる診療科」に基づき決められます。このため、「主たる診療科」が誤って登録されますと平均点数が変わりますから、本来は指導・監査の対象ではないのに該当となることがあります。例えば、親子間継承で、親の「主たる診療科」が異なるにもかかわらずそのまま引き継いでしまい、地方厚生局に医療機関の「主たる診療科」変更の届け出を怠っているケースが挙げられます。

何月の点数を選定に使用しているかなど、詳しい選定理由について厚労省は明らかにしていません。この制度が開始された当初は、院外処方、院内処方での点数の違いから誤選

定などのケースが生じました。伯井俊明執行部以降、近畿厚生局との交渉の結果、指導の対象となった高点数を確認できるよう、類型区分の平均点数を近畿厚生局のホームページ上で公開するよう求めています。また、集団的個別指導の対象となった際に、自身の診療科の類型区分が正しいか、自院の平均点数などについて、近畿厚生局指導監査課に照会で

(4)

集団的個別指導

■選定基準（平成26年度）

- ① 平成24・25年度に集団的個別指導または個別指導を受けたものを除く。
- ② 類型区分ごとの平均点が上位8%以上。
- ③ 大阪府平均点数の一定割合（病院：1.1倍、診療所：1.2倍）以下は除く。

概ね、全保険医療機関の上位8%に位置するもの
※平成26年度実施医療機関数511

従来、地区医師会の健保講習会を受講すれば、選定されても受講免除されていたが、平成21年度よりこの取扱いはなし

(3)

保険医療機関等への指導・監査の状況（全国）									
医科・歯科・薬局									
	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	
個別指導件数	3,334	3,264	3,410	3,666	4,061	3,955	4,302	4,400	
新規指定個別指導件数	5,533	5,255	4,938	5,699	5,872	5,634	6,103	6,170	
集団的個別指導件数	10,658	11,490	12,593	13,254	14,027	13,554	13,622	13,745	
監査件数	124	105	69	85	159	161	97	94	
返還額（億円）※	53.4	55.5	36.6	30.4	43.4	27.1	58.1	84.4	
※返還額は、個別指導、新規指定個別指導、監査によるもの									
保険医療機関等への指導・監査の状況（全国）									
医科のみ									
	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	
個別指導件数	1,152	1,153	1,177	1,227	1,399	1,428	1,553	1,563	
新規指定個別指導件数	2,249	2,183	2,135	2,387	2,219	2,039	2,205	2,104	
集団的個別指導件数	4,182	4,537	4,844	5,183	5,332	4,742	4,835	4,775	
監査件数	76	59	36	39	98	100	53	37	
取消処分及び取消相当※	15	21	14	3	8	20	42	37	
※取消相当は、平成21年度以降									
保険医療機関等への指導・監査の状況（全国）									
返還額（医科・歯科・薬局）					単位（万円）				
	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	
指導によるもの	257,937	235,800	252,258	212,360	273,106	207,754	405,599	341,903	
監査によるもの	275,877	318,908	113,854	91,543	161,291	63,513	175,799	501,756	
合計	533,814	554,708	366,112	303,903	434,397	271,267	581,398	843,659	

きる体制を府医の要望により構築していただきました。また、以前は指導を受ける場所が地区ごとに指定されていましたが、現在では複数ある開催日程から選択できるようになりました(5)。

指導の時期になると、「大阪府医ニュース」を通じて平均点数の一覧を掲載しております(6)。

個別指導の選定方法

新規指定保険医療機関に対する個別指導

(5)

近畿厚生局と大阪府医師会の平成26年度申し合わせ事項	
(1)	類型区分毎の平均点数を近畿厚生局のホームページ上に掲載する
(2)	当該医療機関の類型区分、平均点数についての個別の照会に応じる
(3)	院外処方診療所における補正点数についても、対象医療機関への開催通知に同封する
(4)	複数ある開催日程のうち、都合のよい日程を選択することを可能とする
問い合わせ先 近畿厚生局 指導監査課 電話 06-4791-7316 FAX 06-4791-7355	

(6)

平成26年度 診療科別平均点数一覧 平成26年6月 近畿厚生局					
類型区分	レセプト1件あたりの平均点数	基準点数(※1)	院外処方を行っている診療所の補正点数(※2)		
			一般	後期高齢	
病院	一般病院	50,398	55,438	—	—
	老人病院	—	—	—	—
	精神病院	35,591	39,151	—	—
	大学・臨床研修・特定機能病院	59,524	65,477	—	—
診療所	内科	1,374	1,649	308	336
	内科(在宅)	1,625	1,950	308	336
	内科(透析)	10,553	12,664	290	0
	精神科・神経科	1,480	1,776	574	568
	小児科	1,028	1,234	17	436
	外科	1,577	1,893	214	428
	整形外科	1,497	1,797	160	334
	皮膚科	698	838	199	198
	泌尿器科	2,948	3,538	0	0
	産婦人科	1,138	1,366	146	353
	眼科	742	891	0	6
	耳鼻咽喉科	920	1,104	176	193

※1 病院=類型区分ごとの平均点数×1.1 診療所=類型区分(診療科)ごとの平均点数×1.2
 ※2 院内処方と院外処方を行っている保険医療機関の平均点数の調整を行った点数

あれば、近畿厚生局は指導の対象として検討します。

最近では、ほとんどの場合、保険者側から医療費通知が送られます。「保険請求だけでも分からないだろう」と付け増し請求などをすると、今では通知が患者さんにも送られますので、「診察の回数がおかしい」「診察に行っていない月に請求された」と問題になります。診療の内容または診療報酬の請求に不当の疑いがかかけられれば優先的に指導が実施されると考えられます。その他の選定理由に

(7)

優先的に指導を行うもの（厚労省通知）

- ①診療の内容または診療報酬の請求に不当の事実があるもの
- ②すべての患者に対して一般スクリーニングを越えた検査を繰り返しているもの
- ③特殊の性格、機能を有する医療機関を除き、医学的常識からみて極端に診療点数の高いもの
- ④漫然と長期にわたって診療を続けているもの
- ⑤時間外診療、往診および自家診療が著しく多いもののうち、異常と思われるもの
- ⑥腎透析が不適正なもの
- ⑦複数の医療機関を開設する病院または許可病床を上回る入院患者を有する医療機関
- ⑧医療費通知により患者より申し出のあったもの

個別指導の選定事由

- 同一事業所の従業員を毎週4～5人健診して保険請求している疑い。受診日数が1日で、病名がすべて胃潰瘍、心不全、肝障害の疑いになっている。（健保組合からの協議）
- 薬がなくなった旨の電話をして、すぐに受診したのに電話再診料が算定されていたとの疑義。（患者からの訴え）⇒しせ点検すると電話再診の算定が多い。
- 医療費通知で、受診日数の違いや受診していない月の請求がある。（患者からの訴え）
- 自病院の被保険者が同一月に69名中45名が自家受診しており、病名も肝炎の疑いが多数ある。健診ではないのか。（保険者からの協議）
- 医療費通知に記載されている医療費の3割の金額と領収書をもたらした金額が合わない。窓口で支払いした金額の方が少ない。週刺に医療費を請求しているのではないか。（患者からの訴え）
- 医療費通知を受け取ったが、診療日数が違っている。（患者からの訴え）
- インフルエンザの予防注射を受けに行っただけなのに、医療費通知が来た。（患者からの訴え）
- 受診していないのに鍼灸の同意書交付料が請求されている。（患者からの訴え）
- 診療内容や薬剤の処方等が同じなのに支払額が異なることに疑問を抱き、聞いたところ特定疾患療養管理料であると説明を受けたが、患者は指導は受けていないと訴え⇒個別指導の結果、カルテに指導内容の要点が記載されていなかったため返還となった。

については(7)をご参照ください。

医学（指導）管理料にまつわる問題ですが、患者さんが「管理料」と聞いて、「診察は受けたが指導を受けていない」と申し出るケースもあると思います。このケースなどでは、カルテの記載による判断が重要になります。管理・指導した内容の要点をカルテに記載することが、診療報酬請求の要件になっていますので、「しっかり書く」ことが基本です(8)。

|| 個別指導における主な指摘事項

診療全般で、保険医療機関または居宅以外の場所で診療を行った場合、保険請求はできません。ですから、鍼灸の施術所に出張して、依頼された「同意書」をまとめて作成し、診察したことにすると違反になります。また、生活保護受給者向けアパートの会議室で複数の住居者の方を診療したことにして、それを訪問診療として算定したケースもありました。患者さんの部屋でもなく医療機関でもないので違反になります。

診療録等の様式ですが、カルテの1号様式には、必ず「労務不能に関する意見欄」を設

(8)

診療録の保険診療上の取扱い

- 1) 診療録は診療報酬請求の根拠である
- 2) 診療録の様式（療担第22条）標準様式が定められている（様式第1号）
労務不能に関する意見欄
- 3) 診療録及び記録の保存（療担第9条）
診療録：完結の日から5年間
その他記録：完結の日から3年間

医学（指導）管理料

- 1) 医学管理料は医師の技術料である
- 2) 医学管理料はそれぞれ算定要件、算定回数制限が定められている
- 3) 指導内容、治療計画等は必ず診療録にその内容を記載する
- 4) 指導を行っても診療録に記載がない場合は算定できない

けることが求められています。独自でカルテを作成されている場合には、このような欄を設けてください。他には、「複数の医師が一人の患者の診療にあたる場合はカルテ上で責任の所在を分かるようにする」「塗りつぶし、修正液での修正は認められない」——などの決まりがあります(9)。

外来管理加算では、いわゆる「5分ルール」がかつてありましたが、今では必ず丁寧に診ることが要求されているため、カルテに診察した証拠が残るようにしないと外来管理加算を返還することになりますので、診察した所見などを書かなければなりません。ま

た、時間外の夜間・早朝等加算は受付をした時間が算定要件ですので、カルテにその証拠が残るよう、診察した時間ではなく、患者さんが来院された時間を書いていただく必要があります。

医師の技術料である医学管理料は、指導・監査する側から注目されやすい所とされています。指導内容、治療計画等を必ず診療録に記載することが医学管理料の要件ですので、せっかく診察し、患者さんに説明しても、それをカルテに記入しないと算定できません。簡単で結構ですから記入することを習慣付けていただきたいと思います。何も書かれていませんと、指導の際には返還を求められることがあります。様々な医学管理料がありますが、すべて診療録に要点を記載する必要があります。

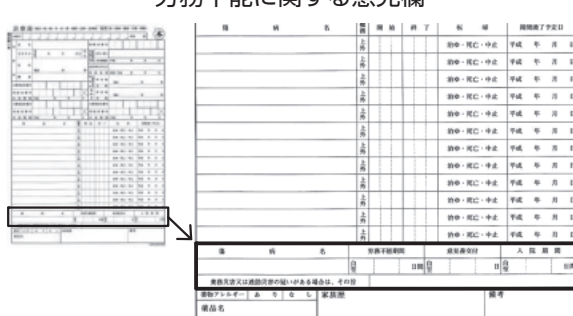
まず、特定疾患療養管理料に関してですが、管理内容の要点を簡単に記載してください(10)。

25年度個別指導における主な指摘事項
近畿厚生局

請求に関する事項

- 1 診療録等の様式
 - (1) 診療録に**労務不能に関する意見欄**がないため、定められた様式に準ずるよう改められたい。
- 2 診療録等の記載
 - (1) 診療録は保険請求の根拠となるものであるため、第三者にも判読できるよう丁寧な記載に努めること。
 - (2) 診療録は保険請求の根拠となるものであることを認識し、必要事項、特に**症状・所見・治療計画等の記載の充実に努められたい。**
 - (3) 保険診療以外の診察（予防接種等）については、**保険診療の診療録と区別して記載すること。**
 - (4) **複数の医師が一人の患者の診療に当たる場合は、診療録への記載の都度、署名または記名押印する**などにより、責任の所在を明確にすること。
 - (5) 診療録の記載は、**インクまたはボールペン**を用いて行うこと。
 - (6) 診療録の訂正は、塗りつぶし、修正液等使用することは適切でないので、**二本線で抹消して訂正すること。**
 - (7) 診療録に患者の**基本項目（住所・氏名・性別・年齢）**全てを記載すること。

**大阪府医師会調製 診療録
労務不能に関する意見欄**



(10)

特定疾患療養管理料

- 1) **対象患者**：生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者
- 2) **内 容**：治療計画に基づき療養上必要な管理
- 3) **診療録記載**：管理内容の要点
- 4) **そ の 他**：初診の日、又は退院の日からそれぞれ起算して1カ月を経過した日以降に算定、休日の場合は直前の日に算定
月2回算定可能

平成25年度 個別指導における主な指摘事項（近畿厚生局）

25年度個別指導における主な指摘事項
近畿厚生局

診療に関する事項

医学管理等

- (1) 特定疾患療養管理料の算定において、厚生労働大臣の定める疾患を主病とする患者に対して、**治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行うとともに、管理内容の要点を診療録に記載すること。**
- (2) 特定疾患療養管理料の算定において、診療録に**管理内容の要点記載のない例が見受けられたので、診療録に管理内容の要点を記載のうえ算定すること。**

悪性腫瘍特異物質治療管理料は、がんと確定した方に腫瘍マーカーを測って請求するものです。これも検査結果を添付しているだけでは不適切で、腫瘍マーカーの値を必ずカルテに書いていただくことが要件となります。抗がん剤の増減や経過観察等を簡単に記載していれば認められますが、検査機関から戻ってきたデータを添付しているだけでは返還を求められます。

特定薬剤治療管理料も同様で、(てんかんの薬、ジギタリス製剤、テオフィリン製剤など) 投与薬剤の血中濃度を測定すれば認められるのですが、その血中濃度は必ずカルテに転記しておく必要があります。

最近では脂質異常症、高血圧、糖尿病の患者さんを対象とする生活習慣病管理料を算定される先生が増えています。この際、療養計画書に「食塩・調味料を控えるように」「どのくらいウォーキングをすればいいのか」ということにチェックを入れ、患者さん自身の署名をいただいた上で、そのコピーをカルテに添付しておく必要があります。療養計画書の交付写しを4カ月に1度添付しなければならないので面倒かもしれませんが、添付しておかないと、生活習慣病管理料の返還を求められる場合があります。必ず療養計画書の写しを添付してください(11)。

続いて、在宅医療に関する事項を紹介します。往診とは、患者さんが急に具合が悪くなった場合に患者さん本人ないし家族の求めに応じて、医師が患者さんの家で診察することです。一方で、訪問診療とは、寝たきりであるとか、医学的な理由・身体的な理由で通院できない方のもとに定期的に訪問して管理するものです。往診が継続的かつ頻繁に続いていると、本当にどの程度必要なのかが疑われ

ます。訪問診療の場合では、寝たきりや介護度が高い場合であれば問題ありませんが、その場合でもその旨をカルテに書いておく必要があります。在宅時医学総合管理料は、その療養計画等をカルテに書く必要があります。

在宅医療について、現在の厚労省の規定では「1患者1医療機関」が原則です。複数の医療機関が患者さんの家を訪問する場合は、主たる医療機関以外は往診とされる問題があります。これに関しては、以前より是正の要望をしていますが、残念ながらまだ改まっておりません。

在宅自己注射とはインスリン製剤等の注射ですが、その指導内容の要点を書く必要があります。血糖自己測定(SMBG)に関しても血糖を測定し、その値や指導した内容をカ

(11)

悪性腫瘍特異物質治療管理料
1) 対象患者：悪性腫瘍であると確定診断された患者（「疑い」では算定できない）
2) 内 容：腫瘍マーカー検査を行い結果に基づいて計画的な治療を行う
3) 診療録記載：検査結果及び治療計画の要点を記載する
4) そ の 他：腫瘍マーカー検査、採血料等を含む 月1回算定可能 平成25年度 個別指導における主な指摘事項（近畿厚生局）
特定薬剤治療管理料
1) 対象患者：特定の疾患を有しかつ特定の薬剤を投与されている患者
2) 内 容：薬物の血中濃度を測定し計画的な治療管理を行う
3) 診療録記載：薬物の血中濃度、治療計画の要点を記載する
4) そ の 他：薬物の血中濃度測定料、採血料、投与量管理に係わる費用を含む 月1回算定可能 平成25年度 個別指導における主な指摘事項（近畿厚生局）
生活習慣病管理料
1) 対象患者：脂質異常症、高血圧、糖尿病
2) 内 容：患者の同意を得て治療計画を策定し総合的な治療管理を行う
3) 診 療 録：療養計画書を交付し診療録に添付 4月に1回以上は交付する
4) そ の 他：医学管理、検査、投薬、注射料等含む 月1回算定 平成25年度 個別指導における主な指摘事項（近畿厚生局）

ルテに記載してください。

また、「セット検査」を網羅的に行うと問題になりやすいとされています。段階を経て必要な検査を実施することが大事です(12)。内分泌学的検査でNT-proBNP、BNPでは心不全等の病名の記載が漏れていると審査で査定されることがあります。網羅的に凝固系の検査を行ったり、肝炎の疑いで、いきなりHBV-DNAやHCV-RNAなどの検査をしますと、確定病名があればいいのですが、疑い病名だけで実施すると過剰と指摘される場合があります(13)。

(12)

25年度個別指導における主な指摘事項 近畿厚生局	
診療に関する事項 在宅医療	
1) 在宅自己注射指導管理料及び在宅中心静脈栄養法指導管理料の算定において、診療録に指示事項・指導内容の要点を記載すること。 2) 血糖自己測定器加算の算定において、血糖測定値に基づく指導を行うため血糖自己測定器を使用した場合に、3月に3回に限り加算すること。 3) 血糖自己測定器加算を算定している患者について、自己測定の記録に基づき指導を行った場合に算定できること。	
検査・画像診断	
1) 個々の患者の状況に応じ検査項目を選択し段階を踏んで必要最少限の回数で行う「セット検査」は問題となりやすい 2) 検査を行う根拠、結果、評価を診療録に記載する 3) 算定要件が規定されている検査項目に注意 4) 結果が治療に反映されない検査は研究的健康診断的のみなされ算定は認められない 平成25年度 個別指導における主な指摘事項 (近畿厚生局)	

(13)

不適切な検査（過剰検査） 平成26年度 集团的個別指導 資料（近畿厚生局）	
◆術前患者にFDP、D-Dダイマー、AT-Ⅲ、TAT等の凝固系検査、HIVI,2抗体、HTLV抗体、HB抗体等の感染症検査の一律実施。	
◆「肝炎の疑い」病名でのHBs,e,c抗体、B型肝炎ウイルスコア関連抗原、HCV構造蛋白。	
◆オーダーリングシステム上の「入院時一式」「術前一式」「〇〇病術後一式」等を一律実施。	
◆「甲状腺機能傷害」病名でT3とFT3、T4とFT4、「疑い病名」でFT3とFT4の併施。	
◆「炎症疑い」病名でのCRP、ESRの画一的併施。	

そのほか、次のような事項が個別指導で指摘されました(14)。

また、紛らわしいのは、医療保険と介護保険の給付調整です。最近では、様々な介護関係の施設に入所された上で診療所に来られるケースもありますが注意を要します。医療保険より、介護保険の給付が優先されるからです。例えば、訪問看護などのリハビリを介護保険で受けていると医療保険では算定できません。患者さんが要介護認定されていることを申し出てくれない場合もあるので、しっかりと確認してください(15)。

診療報酬請求の際に医師がチェックすることが必須です。疑い病名は、適切に転帰を記載する必要があります。診療報酬請求時の病名では、検査をする場合は、必要に応じて疑い病名、薬を処方する場合は確定病名が必要となります。どうしても不十分な記載になってしまう場合には、摘要欄に傷病詳記をご記入ください(16)。

また、一部負担金については、(17)をご参照願います。

|| 監査の概要

指導の途中で不正・不当請求の疑いが浮上しますと、指導から監査に移行します。また、個別指導でも改善が見られない場合には監査に移行することがあります。監査では、行政措置を伴いますので保険医療機関指定、保険医登録の取り消しに及ぶ場合もあります。

監査では、事実関係を明らかにすることになりますので、場合によっては患者さんのもとに厚生局の職員が直接赴き、「どのような治療を受けたか」を聞き取りしたり、納品業

者、医薬品の問屋から納品実績を聴取したりします。不正請求の事例として、後発医薬品を使用していながら、請求は先発医薬品とするケースも散見されます。また、患者さんに明細書を発行する義務がありますので、「明細と自分が見た点滴の瓶の名前が違う」と患者さんから報告されることもあります。詳細に調査を行いますので、監査はほとんどの場合1日では終わりません。5回も10回も実施

するケースもあります。そのような事態にならないよう、注意喚起をお願いいたします。

監査後の措置で、最も厳しい措置が保険医療機関、保険医の取り消しですが、基本的に5年間は再指定、再登録されませんので、保険医療機関ですと廃院することになるでしょう。保険医の取り消しは非常に厳しい処分であり、返還額も多額に上ることが多いようです。現実に全国で毎年数十件、医科でも20～

(14)

25年度個別指導における主な指摘事項 近畿厚生局

診療に関する事項

検査・画像診断

- 呼吸心拍監視等は、観察した心電図線、心拍数のそれぞれの観察結果の要点を診療録に記載した場合に算定すること。また、呼吸心拍監視装置等の装着を中止した後30日以内に再装着が必要となった場合の日数の起算日は、最初に呼吸心拍監視等を算定した日であることに留意すること。
- 細菌薬剤感受性検査は、結果として実施できなかった場合においては算定できないものであること。
- 細菌薬剤感受性検査は、検出された菌種の数に応じて算定すること。
- 経皮的動脈血酸素飽和度測定の算定について、対象患者など算定要件を十分理解し、算定されたい。
- コンタクトレンズ装用者から目の異常の訴えがあった場合でも、コンタクトレンズの装用を目的で受診した患者(既装用者の場合を含む)に対して眼科学的検査を行った場合は、コンタクトレンズ装用の中止をしない限りコンタクトレンズ検査料で算定し、他の眼科学的検査料は別に算定できない。
- 画像診断においては、検査結果を適宜評価し診療録にその要点を記載して治療に反映されたい。
- 投薬・注射における薬剤の使用に当たっては、適応・用法・用量等の薬事法承認事項を遵守し、適時治療効果の判定を行い漫然と投与することのないよう注意されたい。
- ビタミン剤に係る薬剤料の算定においては、当該ビタミン剤の投与が必要かつ、有効と判断した趣旨を具体的に診療録及び診療報酬明細書に記載することに留意されたい。

不適切な投薬・注射

- 1) 禁 忌：疾病・症状に対する禁忌、配合の禁忌
- 2) 適 応 外：「適応病名」以外への薬剤投与
- 3) 過 量：定められた投与量を超える投与
- 4) 用 法 外：定められた用法以外の投与方法
- 5) 重 複：同様の効果・効能および作用機序をもつ2剤以上の薬剤の同時投与
- 6) 多 剤：同一の疾患・症状に対して作用機序の異なる薬剤を同時に多種類投与
- 7) 長期漫然：同一または同種の効果・効能をもつ薬剤の不必要な長期投与

25年度個別指導における主な指摘事項 近畿厚生局

診療に関する事項

精神科専門療法

- 通院・在宅精神療法は、統合失調症などの精神疾患のため社会生活を営むことが困難なものに対して、精神科を担当する医師が一定の治療計画をもとに社会適応能力の向上を図るための指示、助言等の働きかけを継続的に行い、算定するに当たっては、診療録に当該診療に要した時間、要点を記載すること。

その他

- 「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について(平成24年3月30日保医発0330第10号)の趣旨を十分理解のうえ、医療保険と介護保険を明確に区別されたい。
- 要介護認定を受けている患者について、的確に把握するよう努めること。

30件取り消しになっています。保険医の取り消しはかなり悪質なものに限られますが、保険医療機関の取り消しは相当数に達します。

大学病院や公的な基幹病院でも取り消しがあります。事務方が病院経営のために、本来取れない点数を無理に算定したケースもあります。ただ地方では、その基幹病院がなくなると地域医療に大きな影響を与えますので、本来は5年の取り消しをやむを得ず短縮したというケースもあります。しかし、これは異例のことであるのご理解ください(18)。

指導・監査を受けますと、該当した医療機関にとっては非常にプレッシャーになります。医師がうつ病になったり、地元医師会とトラブルになったりしたケースもあります。指導・監査の立ち会いは、不正を擁護していただくためではございません。指導・監査が適正に実施されているか証明するために立ち会っていただくこととなりますので、よろしくお願いいたします。

本来、指導・監査はごく一部の医療機関や

(15)

医療保険と介護保険の区分（給付調整）

要介護被保険者・居宅要支援被保険者に対する
訪問看護、
訪問リハビリテーション、
訪問薬剤管理指導、
訪問栄養食事指導 については、
介護保険が優先し
医療保険では算定できない。

介護保険施設の入所者に係る給付調整
平成26年度 集团的個別指導 資料（近畿厚生局）

	手術・放射線治療 急性増悪時の医療	特殊な検査 簡単な画像検査	投薬・治療 検査・処置	医学的 指導管理
特 養		医療保険 で給付		
老 健				介護保険 で給付
介護療養 病床				

医師に対して実施するものですが、指導・監査を医療費適正化の道具に用いることで、「毎年およそ8千件の数値目標を掲げて指導・監査を実施するべきだ」との案が一時期議題に上ったこともあります。不正を指導、是正することが目的ですので、本来は数値を掲げる性質のものではありません。今日でもそのような論調が存在していますが、医師会としても決して認めることはできないと申し上げています。指導大綱にも様々な問題がありますので、見直すよう働きかけています。

(16)・(17)

25年度個別指導における主な指摘事項
近畿厚生局

請求に関する事項
診療報酬明細書

- 診療録は保険請求の根拠となるものであることを認識し、診療報酬明細書提出前に必ず医師自ら診療録と照合し、記載事項に誤りや不備がないか等について十分に点検すること。
- 診療報酬の請求に当たっては、必ず管理者が診療録等に基づき、十分に確認のうえ適正に行うこと。
- 診療録の内容と診療報酬明細書の傷病名に不一致が認められるので整理すること。

請求に関する事項
その他

- 診療日時・勤務保険医に変更があった場合は、その都度速やかに所定の届出をされたい。
- 一部負担金については、減免することなく法令に定められた額を適正に徴収すること。
- 一部負担金の徴収について、日計表に領収日を記載するなど、患者から領収した経緯を明確にしておくこと。
- 従業員及びその家族に対する一部負担金の未収は不適切であるため、適切に徴収すること。

傷 病 名

- 1) 医学的に妥当適切であること
- 2) 必要に応じて慢性・急性の区別、部位・左右の区別をすること
- 3) 疑い病名は早期に確定病名または中止とすること
- 4) 急性病名が長期間続くことは不自然
- 5) 診療開始及び終了年月日を記載すること
- 6) 傷病の転帰を記載し病名を整理すること
- 7) レセプト病名は認められない

レセプトの傷病詳記（病状説明）

傷病名および摘要欄だけでは診療内容の説明が不十分と思われる場合は傷病詳記で補う

- 1) 客観的・具体的事実（検査データ）
- 2) 簡潔明瞭
- 3) レセプト内容と矛盾しない

伯井俊明会長も、都道府県医師会長協議会で指導大綱の見直しを日医執行部に要望し、当時の担当役員も、集团的個別指導に関しては医師会によるピアレビューを認めるよう要望していると回答されました。しかし、残念ながら今日に至るまであまり進展は見られません。もちろん水面下では日医執行部が厚労省に指導大綱の見直しなどを求めています、かえって厚労省側より、「すべての医療機関を対象に集团的個別指導を実施すること」な

ど、厳しい注文を付けられるため、なかなか進展していないようです。また、ある厚労省の政策コンテストでは、「警察関係者を出向させて指導に利用できないか」といった案が挙げられました。さすがに実現されませんでした、そういった強引な考えが根底にあるのではないのでしょうか(19)。

一方、かつて生活保護の医療扶助の一部で不正請求が発覚しました。このため、府医では大阪市における不適切事例の検査（指導）に協力することになりました。ごく一部の機関では、実際には実施してない訪問診療を毎月何回も行ったことにすることや、真っ白のカルテが何年分もあるなどのことが重なり、指定医療機関の取り消しに至ったケースもあります(20)。

(18)

監査後の措置	
1. 行政上の措置	注意 戒告 保険医療機関及び保険医登録の取消
2. 聴聞の実施	
3. 経済上の措置	返還および40%の加算金 返還期間は原則5年間
再指定	5年経過しない場合、拒むことができる
不正請求等による保険医療機関の取り消し件数	
2006年度	36件（医科15件）
2007年度	52件（医科21件）
2008年度	33件（医科14件）
2009年度	16件（医科3件）
2010年度	22件（医科8件）
2011年度	45件（医科20件）
2012年度	72件（医科42件）
2013年度	59件（医科37件）
保険医療機関の指定の取消及び保険医の登録の取消について（近畿厚生局）	
1. 保険医療機関の指定の取消	(1) 指定の取消となる保険医療機関（名称、所在地、開設者） (2) 取消年月日
2. 保険医の登録の取消	(1) 登録の取消となる保険医（氏名） (2) 取消年月日
3. 監査を行うに至った経緯	
4. 主な事故の内容	(1) 主な不正・不当の概要
	① 実際に行った保険診療に行っていない保険診療を付け増して、診療報酬を不正に請求していた。（付増請求）
	② 実際に行った保険診療を保険点数の高い別の診療に振り替えて、診療報酬を不正に請求していた。（振替請求）
	③ 実際は保険適用外である診療を保険適用である診療を行ったものとして、診療報酬を不正に請求していた。（その他請求）
	④ 算定要件を満たさない初・再診料及び医学管理等の診療報酬を不当に請求していた。（不当請求）
(2) 不正・不当の金額	

(19)

都道府県医師会長協議会 平成22年7月20日	
伯井府医会長	<ul style="list-style-type: none"> 個別指導実施の目標値設定に疑義 集团的個別指導の在り方 新規指定後指導は教育的配慮の徹底を 指導大綱の抜本的見直しこそ必要
鈴木常任理事	<ul style="list-style-type: none"> 集团的個別指導は医師会ピア・レビュー方式を目指す
厚生労働省政策コンテスト 平成22年7月22日	
保険医療指導監査部門の充実強化	同省保険局医療課の医療指導管理官
捜査のプロ活用で指導・監査の充実を	
「権限の相違はあるものの、悪を正し刑罰（行政上の措置）を課す点においては共通点があることから、犯罪（詐欺罪）に対するプロである警察庁や警視庁（捜査第二課＝知能犯、詐欺、横領担当）からの出向者の受け入れ」	

|| 審査委員の選任・役割

地区医師会の役員になりますと、療養あるいは診療代表として、審査委員を依頼されることもあるかと思えます。

国保も社保も大体同じような構成ですが、国保は公益代表委員・保険者代表委員・療養担当者代表委員、社保は学識代表委員・保険者代表委員・診療担当代表委員です。医師会で推薦するのは療養担当と診療担当です。公益代表委員と学識代表委員には、診療担当を長く務められた方を府医会長が大阪府や基金に推薦するということになります。保険者代表委員は、医師会から医師国保の代表として選ばれる方も一部おられますが、ほとんどの場合は保険者、健保連などから推薦のため、大学あるいは病院に所属されている方が委員

(20)

生活保護行政特別調査プロジェクトチーム

- 生活保護医療扶助不正請求事案に関する調査・再発防止委員会
- 向精神薬の過剰受給に関する被保護者調査

医療扶助に関する医療機関の調査と検査

- 診療報酬支払基金からの情報
- 区保健福祉センターのケースワーカーおよび被保護者へのヒアリング
- 大阪市と三師会との意見交換会
- 必要でない訪問診療料を返還請求
- 実施された証拠のない訪問診療料
- 生活保護指定医療機関の取り消し処分

(21)

診療報酬審査委員会委員

国保連合会	社保基金
公益代表委員	学識代表委員
保険者代表委員	保険者代表委員
療養担当者代表委員	診療担当代表委員

国保審査委員の選考基準

- 大阪府内に居住又は勤務する満65歳未満の保険医、保険薬剤師
- 保険診療に対する十分な知識と理解を有する者
- 再任の場合、満70歳未満とする
- 委員は都道府県知事が委嘱する
- 療養担当は、都道府県医師会の推薦

を務められています。

国保審査委員の選考基準は、(21)のとおりです。社保も同様で、社保の基金幹事長が審査委員を選びます。

以前の府医審査委員被推薦者選出規定では、府医代議員会で選挙という形で選出しておりました。ただ、地域的な偏在があった指摘もあり、伯井会長は自身の公約でも掲げていた「特別委員会」と呼ばれる新しい委員会を設けました。現在では、各ブロックで世話人を選出した上で、地区医師会長の方で構成される特別委員会で公平に選出しています(22)・(23)。

審査委員の数は全国でも様々ですが、大阪は多い方で、レセプトの枚数も医療機関も多いため、審査委員一人当たりの負担は相当なものです。特に国保の場合は、一人当たりの審査のレセプトの枚数は全国で最多だそうです。基金でも多い部類に該当するそうです。

もし先生方が審査委員として選ばれましたら、診療・療養担当とは、医師会から選出された立場であることを忘れないようにしていただきたい。審査は、最終的には審査委員会の合議の上で決めるものですから、ひとりよがりにならないようお願いしたいと思います。ベテランの先生方が、基金では主任、国保では運営委員等を務めていますので、迷ったときには相談するようにしてください。最近は保険者再審が増加しています。

(22)

伯井会長の公約

- 審査委員選出方法の公平公正化
- 審査委員数の著しい地域的偏在の解消
- 第290回 大阪府医師会臨時代議員会
平成22年8月22日
審査委員被推薦者選出規定の改正を承認
審査委員選出に関する特別委員会の設置

審査委員選出に関する特別委員会規程

(平成22年8月22日 大阪府医師会第290回臨時代議員会承認：同日施行)

- 第1条** 社会保険診療報酬支払基金法（昭和23年法律第129号）第16条第2項および第3項ならびに国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第88条の規定により診療担当者を代表する審査委員として大阪府医師会（以下、「**本会**」という。）から推薦する者を選出することを目的として、本会定款第52条の規定により審査委員選出に関する特別委員会（以下、「**委員会**」という。）を設置する。
- 第2条** 大阪府医師会長（以下、「**会長**」という。）は、審査委員被推薦者の選出にあたっては、委員会に諮って、これを行う。
- 2 委員会の委員は、郡市区等医師会長ならびに本会役員をもって構成する。
- 3 委員の任期は、会長の任期による。
- 第3条** 委員会は、次に掲げる事項について協議するものとする。
- (1) 別表記載の選出ブロックごとの審査委員選出基準数
- (2) 審査委員被推薦者として適任と認める者の選出
- 第4条** 委員会に、委員長を置き、会長をもってあてる。
- 2 委員長に事故あるときは、あらかじめ委員長が指名した委員がその職務を代理する。
- 3 会議は、委員長が招集する。
- 4 会議は、委員の2分の1以上が出席しなければ、開くことができない。
- 5 やむをえない事情により会議に出席できない場合、委員は代理人を指名することができる。
- 6 議事は、出席委員の過半数で決し、可否同数のときは委員長の決するところによる。
- 第5条** 委員会には、選出ブロックごとに小委員会を設ける。
- 2 小委員会の委員は、選出ブロックに所在する郡市区医師会の会長とする。
- 3 小委員会には世話人を置くものとし、委員の互選により、これを選任する。
- 4 小委員会の世話人は、原則として、続けての再任を認めない。委員長が定める。
- 第6条** 審査委員被推薦者は、原則として選出ブロックごとに所属保険医中から選出するものとする。
- 2 委員長は、審査委員被推薦者の選出にあたっては、各小委員会に対し、審査委員適任者の推薦を依頼する。
- 3 前項の依頼を受けた小委員会は、郡市区医師会長の推薦に基づく審査委員適任者を決定する。
- 4 委員長は、委員会において、各小委員会から推薦された適任者につき協議の上、審査委員被推薦者を決定する。
- 5 委員長は、必要と認めた場合には、専門的団体の意見をきいた上で、直接、委員会に諮って審査委員被推薦者の選出を行うことができる。この場合、当該被推薦者となる者は、所属の郡市区医師会長の推薦を得なければならない。

|| 今後の医療を取り巻く環境

最後に、先日3月3日閣議決定された医療保険制度改革の関連法案に触れたいと思います。法案では国保へ約1,700億円注入することや、後期高齢者の全面総報酬割の実施に伴い生じる国費約1,700億円を活用すること、

平成30年から、市町村より都道府県へ財政運営の責任主体を移すこと、負担の公平化に伴い入院時食事療養費等の見直しなどを目標とすることが盛り込まれています。また、病診連携である程度やむを得ませんが、紹介状なしで500床以上の大病院や特定機能病院等を受診する際に5,000円から1万円の定額負担を患者さんに求めることが検討されています。更に健康保険の保険料や標準報酬月額の上限を引き上げる方針のようです。他には、協会けんぽの国庫補助率は当分の間16.4%を料率とすることになりました。

私達にとって身近なのは、「所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し」でしょう。医師国保組合においては、28年度から5年間かけて国庫補助率が3.8%ずつ下げられ、現在の32%から13%にまで引き下げられるとされており、今年の保険料はまだ何とか据え置きとなりましたが、これ以上保険料を引き上げることになりますと医師国保にとってはより厳しい状況になるでしょう(24)。

また、医療費適正化計画も「飴と鞭」が使い分けられていて、被用者保険者に対し、後期高齢者支援金の加算・減算を行うことで、医療費適正化へのインセンティブとなるよう期待がされているそうです。

患者申出療養も保険外併用療養として開始されますが、一時は「選択療養」として、安全性も有効性も担保なしに進められる恐れもありました。安全性は事前に審査することになりましたが、短期間で審査を行う方針で、安倍総理の強い思い入れで創設される方向になっております。

医療法でも、地域医療連携推進法人制度（仮称）が進められています。これは、複数の大きな医療法人が合併して、仕入れや借り

入れなどの様々な面でも大規模となる一般社団法人へ出資する仕組みを作ろうというものです。今までの医療法人では様々な規制がありました。この制度における「一般社団法人」に注目する必要があります。一応、「非営利」との担保がなされていますが、将来的に営利企業や株式会社が参入するための第一歩として、道筋をつけようとしているのではないのでしょうか⁽²⁴⁾。

現在、2025年に向けて様々な改革が進められていますが、更に、その先の2035年を見据え、厚労省は、「保健医療2035」策定懇談会を設置しました。経済財政状況を踏まえつつ、「国民の健康増進、保健医療システムの持続可能性の確保」などの取り組みを目標に

掲げ、若手の経済学者も加わり非公開で議論をしています。短期的、中長期的な政策にも反映させる方針で、成長戦略とも関連しますし、プライマリーバランスの黒字化と医療費の伸びの抑制も視野に入れていることは明らかです。夏ごろには報告書として取りまとめる方針のようです。

このような動きがある中、我々の要望を国に伝え、適切な医療を実現していく上で、医師会の組織力、政治力の強化が求められます。今後とも本会活動へのご理解、ご協力をお願い申し上げます。（文責：広報委員会）

(24)

持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案

1. 国民健康保険の安定化
 - 国保への財政支援の拡充
 - 平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体
2. 後期高齢者支援金の全面総報酬割の導入
3. 負担の公平化
 - 入院時の食事代を段階的に引き上げ
 - 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の導入
 - 標準報酬月額の上限額の引き上げ
4. その他
 - 協会けんぽの国庫補助率を「当分の間16.4%」
 - 所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し
医師国保
 - 医療費適正化計画の見直し
都道府県が地域医療構想と整合的な目標
被保険者の自助努力への支援
 - 患者申出療養の創設

(25)

医療法の一部を改正する法律案

1. 地域医療連携推進法人（仮称）の認定制度の創設
 - 地域で医療機関を開設する複数の医療法人その他の非営利法人の連携を目的とする一般社団法人で、医療法人と同様の非営利性を担保した上で認定
 - 業務内容 統一的な連携方針（機能の分担、連携）
 - 病床再編（病床数の融通）、医療機器の共同利用
 - 関連事業を行う株式会社（医薬品の共同購入等）保有
2. 医療法人に関する制度の見直し
 - 分割の仕組みの新設、経営の透明化、ガバナンス強化