

視点

東北厚生局による指導について



福島県医師会常任理事

仙波 哲雄

1. はじめに

昨年の3月まで8年間にわたり東北厚生局福島事務所の保険指導医として、集団指導・個別指導を担当して参りました。個別指導の立ち合いを含めると個別指導への関わりは20年以上になります。今回「視点」を担当するにあたって指導を担当させていただいての感想や問題点などを述べたいと思います。なお個別指導、集団指導などで日常診療のお忙しい中ご対応いただいた先生方、事務職員の方々に誌面を借りて御礼を申し上げたいと思います。

2. そもそも指導とは

指導の目的は医療の適正化にあります。医療費の削減を目的にしているわけではありません。診療報酬が公的なお金の動きである以上、それを監視するシステムが必要であることには異論はないと思います。厚生局による行政指導がいわゆる「指導」になります。

指導には個別指導と集団指導があります。

保険医療機関は診療を行いレセプトを提出し審査を受けた上で支払いを受けるわけですが、実際の診療内容がチェックされているわけではありません。個別指導では実際に診療録とレセプトを照合し、適切に請求が行われているかをチェックします。不適切な箇所についてはこれを指導し改めていただくこととなります。集団指導は講演会形式で保険診療のシステム、留意点についてお集まりいただき説明するもので、いずれも出席する義務があります。集団指導には新規開設保険医療機関を対象とするもの、7年ごとの保険医療機関更新時に行われるもの、前年度の診療報酬が各科の上位8%以内に入った医療機関を対象とするもの(これを集団的個別指導といいます)などがあり、最近では診療報酬改定の説明会も集団指導という名称が使われています。

3. 指導医が足りない

病院や有床診療所などでは、東北厚生局に

さまざまな届け出を行っており、それで診療報酬が決まっているところがあります。そういったところでは指導とは別に事務官だけによる適時調査というものが行われています。これは帳簿や各種台帳などの書類の事務的な調査になります。これに対して個別指導では、主に医師(指導医療官、もしくは保険指導医)は個々の患者さんに行われた医療が医学的に適切に行われており、医療保険上適切に処理(請求)がなされていることを確認する業務を行っています。事務官だけで機械的に行えるものではありません。しかし現状ではこの業務を担当してくれる医師のなり手が非常に少なく、例えば厚生労働省の技官である指導医療官は、現在東北厚生局管内では秋田県と岩手県にしかおらず、その他4県では嘱託医である保険指導医がその業務を行っています。現在医師の確保が課題となっており医師会にも保険指導医の推薦の依頼がきておりますので適任の方がおられましたらご紹介をお願いいたします。

4. 指導の問題点

診療行為や薬剤の査定を避ける目的により一般的にレセプト病名がつけられているのですが、指導の立場としてはこれは不適切であり、傷病詳記で対応して欲しいとお願いしています。しかし現実には保険者の側で病名と薬剤、診療行為のチェックを機械的に行うために再審査で査定されてしまう傾向があり、どうしてもレセプト病名をつけざるを得ない状況です。指導と実臨床のギャップに悩む例です。

多くの指導をさせていただきましたがそれが十分な効果を上げたとは言い難いと思っています。特に病院の指導の場合、指導を受けていただくのは院長先生が中心ですが、若い研修医の先生方や非常勤の先生方の診療内容やカルテ記載が不十分なことが多く、院長先

生や事務の方は指導の内容をよく理解してくださるのですが、他の先生方にその内容が伝わらず再指導でもあまり改善されていないことが多く有ります。また集団指導においても内容は数年来大きな変化はなく何かもっと興味を持ってもらうような形を模索すべきかと思います。

次に指導対象の医療機関の選定の問題ですが、これはレセプト1枚当たりの平均点数で高点数の医療機関が集団的個別指導を受けたのち、さらに1年後高点数であれば個別指導の対象になるという基準が明確にあります(ただし診療に関する一般からの情報の提供があり調査が必要と考えられた場合にはそちらが優先されますので注意が必要です)。ということで高点数になりやすい医療機関としては、1、高齢の先生が院内処方後発医薬品を使わず昔からの患者さんを少数診しているところ(非常にカルテ記載が少ない傾向もあります)。2、リウマチ、糖尿病など専門に特化し生物学的製剤(高額です)や、インスリン自己注射などを行っているところ。3、リハビリ、検査、処置などを頻回に行うところ(これも多忙になるためかカルテ記載が少ない傾向があります)。などが挙げられると思います。特に2のような専門に特化する医療機関は増加してきていますのでこういったところでは繰り返し指導の対象となってしまう傾向があります。高額の医薬品も抗がん剤を中心として増える傾向にありますので、高度な医療を提供する医療機関が個別指導の常連になってしまうことはあまり適切なこととは思われません。なんらかの対応が必要かと思います。

5. 指導への対策

これについて、厚労省のとある医系技官はカルテ記載の充実を重視していました。所見のみならず指導内容、各種データとその評価

などの記載が重要です。指導による指摘は結果的にその医療機関を医療事故や訴訟から守ることになるだろうという見解を持っていましたが、それは一理あると思います。厚労省では指導の際に用いる「保険診療確認リスト」をホームページにアップしてありますので是非参考にして欲しいと言っていました（「医療保険における指導・監査」というページにあります）。非常に膨大な内容ですので、一般的な診療所では必要な部分を、病院関係の方は全体をざっとでもいいですからみておいていただきたいと思います。

なお、福島県医師会では毎月医師会報に保険診療だよりを発行しています。是非ご一読いただき日々の診療の参考にしていただければと思います。

6. 指導の今後

本年は新型コロナの感染防止の観点から、集団指導が全て中止となっています（個別指導は行われています）。このため集団的個別指導が行われませんので、令和4年度の高点数による個別指導が行われない見込みになりますが、何らかの対応はとられるものと思わ

れます。また新型コロナ対応のために病院や診療・検査医療機関を中心に診療報酬の臨時的対応がなされています。これによる医療機関のレセプト1枚あたりの点数の増加が当然見込まれるわけですが、従来のような指導医療機関の選別の方法では一生懸命コロナに対応した医療機関ほど高点数となり個別指導の対象となりやすいということになってしまいます。これにつきましては、日本医師会を通して厚労省に配慮いただくよう要望が出されてはおります。コロナが収束した後の医療体系がどのような形になるのかまだわかりませんが、来年4月には診療報酬改定もあると思われしますのでそれも含め注視していく必要があると思われれます。

形の変化はあっても指導自体がなくなることはないと思います。多くの医療機関にとって個別指導はあまり関係のないことであつたかと思いますが、いつ対象となるかわからないという不確実性は増しているものと思います。適正な診療に心がけ指導に対しても十分な備えをしていただきたいのですが、基本となるのは診療録の十分な記載であることを改めて強調しておきたいと思います。