

最近の個別指導の特徴と傾向

10

—各都道府県の事例から—

社保研究部

今回は、各都道府県の最近の個別指導が、医療費抑制、医療費適正化政策のもとでどのような傾向と特徴、問題点を持っているのかを考えてみることにする。

本題に入る前に個別指導の性格と役割を始めに確認しておきたい。厚労省の指導大綱で、個別指導は「保険診療の取り扱い診療報酬の請求に関する事項について周知徹底させることを主眼とし、懇切丁寧に行う」と定められている。この点をまず頭に入れていただき、以下に述べる個別指導の実態が規程と合っているのかを考えていただきたい。

1. 個別指導の選定基準 ～患者通報と高点数

選定にあたっては患者情報等を優先している。さらに高点数の傾向が見られる医療機関は選定される確率が高くなる。

特に、内容のわかる領収証発行の義務化に伴って、各健康保険組合が領収証のチェック運動を起こしている。医療費通知と領収証を照らし合わせ、請求金額に差があり、不審に思われる点があれば、保険者に通報するよう促している。この運動によって、全国的に医療費通知に端を発する患者通報から個別指導、監査に発展していく事例が増加している。

また、最近では患者減少医院の増加による競争のため値引きを行い、一部負担金を患者から徴収しなかったとして指導を受ける事例も出てきている。

個別指導とは別に施設基準に関する様々な届出、揭示義務に対しての適時調査や最近施行された医療安全指針に絡む立入り調査の可能性も出てきている。

2. 技官の対応によって地域差 ～いわゆる技官ルール

事例1…患者通報と技官の指導強化

静岡県では2006年、保険医取り消しが6年ぶりに3件出た。これは、保険者等からの通報と新しく赴任した技官の指導強化によるものである。

また、同県、藤枝市立総合病院の口腔外科の保険医療機関の指定取り消しに際しては、インプラント前処置と保険診療、自由診療の取り扱いの問題で指導・監査に入り、公的病院といえども特別扱いはしないという姿勢で処分が行われた。

事例2…疑義解釈を独自に狭く運用し返還求める

某県では、2006年7月に出た疑義解釈をタテに補綴治療は歯周病の病状安定後に行うものとする考えで、一般的に並行治療は認めないという立場を採り、指導しているところもある。

事例3…「概ね妥当」なのに何度も指導

選定基準が高点数なので、前回の指導結果が「概ね妥当」でも同一医療機関が何度も選ばれる。

事例4…指導「中断」と監査まがいの患者調査

厚労省の指導大綱にない「中断」を何度も繰り返し、その都度持参物の追加を強要し、しかも中断中にこっそり対象患者の口腔内の実態調査をし、監査まがいの個別指導をしている技官。

事例5…訪問指導の要不要を技官が判断し査定

施設入所者への長期にわたる訪問歯科衛生指導料の算定には疑問があるというあいまいな理由で自主返還を求めてくる事例。また、返還額が少ないと指摘してくる。

事例6…詳細なカルテ記載がないからと返還迫る

主訴への適切な治療、詳細な口腔内所見、治療計画

の記載がないとして返還を求めてくる。

事例7…周知徹底にはペナルティー

保険のルールを周知徹底させるためにも返還金のようにペナルティーを掛けなければいけないと考えていると主張し指導する技官。

事例8…「指導」ではなく「違反の取り締まり」

歯科診療報酬体系が崩れつつあるのは、無謀な保険診療をしている医療機関にあるのだからそれを取り締まるのは当然である。このような考えにより、その県では医科に比べて歯科の個別指導の件数は多い(2007年、医科は27件予定、歯科は48件予定している)。また、新規個別指導における再指導への移行率も医科は2.5%なのに、歯科は8.5%と高い。

3. 行き過ぎた指導による犠牲 ～東京で保険医が自殺

今年9月17日に、東京の保険医が個別指導をきっかけに自殺するという事件が起こった。前述の「事例4」のケースで引き起こされた(後号で解説)。1993年10月に富山県で38歳の医師が指導医療官の暴言などにより、自らの命を絶った事件があり、人権を無視した指導のあり方が問われた。

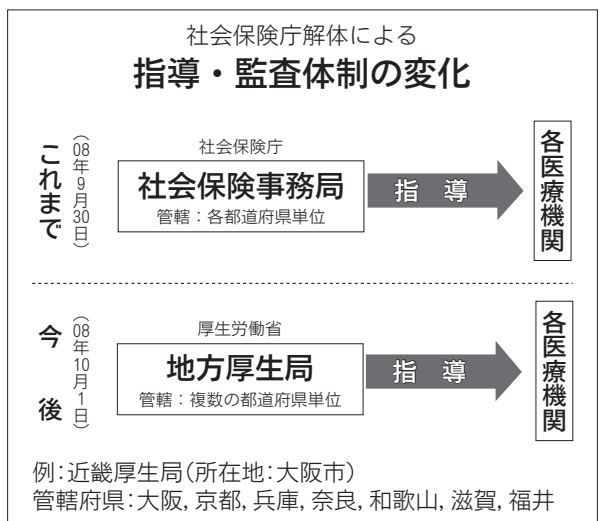
厚生労働省は、なぜ、また富山事件と同じような指導が起こったのか、全容を明らかにし、これ以上犠牲者を出さないためにも、指導・監査の実態調査や技官の資質も審査し、指導、教育すべきである。

4. どうなる審査と個別指導 ～ローカルルールの行方

(1) 地方厚生局に指導の権限を移管

来年の秋から個別・監査の管轄が各県の社会保険事務局県単位から地方厚生局単位に移行する。

このことにより指導・監査がどのように変わるかを監視していく必要がある。また、審査も厚生局単位のローカルルールが生まれるのか、それともレセプトオンライン化に伴い平準化に向かうのかを注視していかなければならない。



(2) 予想されるレセプトオンライン化後の変化

- ①コード化により一元管理ができ、高点数、傾向診療などのデータ把握や縦覧点検による分析がしやすくなる。
- ②摘要欄記載がなくなり、また医師の裁量権もなくなり診療のパターンが統一化される。医療費抑制に活用される。
- ③予め決められた治療の選択しかできなくなり、定額制の診療報酬体系の確立が容易になる。
- ④コンピューターによる一次審査が行われ、再審査

請求がしにくくなる。面談、書類による再審査請求が減少する。

- ⑤機械による一次審査が主になり、各地にある技官独自のローカルルールがなくなる。
- ⑥医療費抑制の目的で診療報酬単価や給付制限を都道府県毎に設定、変更する素地ができる。

5. 協会の取り組みと今後の対応 ～事前チェックと帯同

今までに述べたことで指導大綱にある主旨と、実際、現場で行われている指導との差に気づかれたと思う。

医療費削減政策の推進という面で審査・指導・監査を一体のものとして運用し、保険医全体を萎縮診療へと誘導していく現指導に対して私たちは、主治医の裁量権を尊重し、医学上の判断に基づく適切な指導のあり方を目指して、改善運動に取り組んでいかなばならない。

また、現時点においては、懇切丁寧な指導を受けるには、ぜひ、指導時の録音と弁護士との立会いが必要であると考えている。

ぜひ、指導の際には協会へ相談していただきたい。

協会は保険診療のルールを周知徹底させるためにこれまで、社会保険の講習会、新規開業者向けの個別指導講習会、個別指導対象者への個別相談を実施してきた。また、個別指導にあたっては教育的な指導を求めると同時に医師の裁量権を守るため弁護士等の第三者による立会いを勧めてきた。一方、審査側に対しては個別指導に関する情報開示請求など、様々な要求を求めて改善運動に取り組んでいる。

次にその活動の一部を紹介する。

事例1…厚労省と府の共同指導に弁護士が帯同

03年1月に実施された厚労省と大阪府との共同指導に協会の顧問弁護士が帯同した。社保研究部でカルテの事前チェックをし、問題点を整理した上で顧問弁護士と打ち合わせして臨んだ。かつて個別指導を受けた経験がある相談者は、「長時間で疲れたが、前(個別指導)と違って、暴言もなく穏やかだった」と感想を寄せた。

事例2…個別指導で弁護士が指導のあり方問う

05年3月に実施された大阪の個別指導でも、弁護士が帯同している。このケースでは、弁護士が不当請求だと判断する基準について当局に質問している。「カルテに書いていないからやっていない」という形式的真実での争いは法廷では通用しない。裁判所は必ず診療行為があったかどうかの「実態的真実」で判定する。「今回の場合、記載が不備だから訪問診療は必要性なし。それに見合う点数もないというのか」と迫っている。指導者側からの返答はなかった。また、指導終了時の結果説明があいまいだったので、「この場で結果を知らせて欲しい」と主張し、「自主返還を認める事実はない」と明言させた。結局、返還なしで終結した。

6. 協会に寄せられた個別相談から ～レセコン入力による問題点

現在、新規開業の先生方は、レセコンを導入されているため、カルテに所見、病状、治療計画を記入するという習慣が少なくなってきているのではないだろうか。どの先生のカルテを見てもメーカー側が予め設定している文章を選択するだけで、カルテ入力は十分であると考えているようだ。

しかし、治療計画も書かれておらず、個々の患者の病状の変化がカルテを見ただけでは十分理解できないものとなっている。

統一化されたサンプル例を見ているように感じられる。この点が審査・指導上において今後追求される点になると思われる。

ぜひ、カルテはメーカーの雛形で入力するのではなく、自分で入力するか書くように心がけたい。