

保険のひろば (5)



理事 平安 明

【はじめに】

平成22年度の診療報酬改定は診療所関係にとって厳しい結果となったことは周知の通りである。

地域医療貢献加算は算定要件がいまだに曖昧な部分が多く、実務レベルで非常に困惑している。この加算については賛否両論様々な意見が各支部から出されているが、当県医師会としては5月20日に行われた地区医師会長会議において地域医療貢献加算が出てきた経緯について説明した上で、算定要件上も根本的な理念としてもかなり問題が多いものであることから、会員医療機関に対して積極的に薦める立場はとらず、今後の動向を注視し慎重に対応してほしい旨を報告した。(本誌21～25ページに地区医師会長会議報告掲載)

また、入院中の患者の他院受診についても様々な混乱が生じており、患者にとって適切な医療の提供や医療機関間の連携に支障が生じている。これについては、5月22日付で九医連から要望書を日医に出すなど行動を起こしており、今後の対応が注目される場所である。これらの問題についてはまた別に取り上げて状況の報告等をしていきたいと思う。

さて、今回は施設基準の考え方や保険医療機関及び保険医療養担当規則(以下、療担)をはじめ保険診療上遵守すべき事項について述べてみたい。療担違反(ex.特定の薬局への誘導等)は意図せず行ったとしても厳しい指導に結び付くことがあり、医療機関においては保険診療上の基本的ルールとして十分に把握し、問題がないように対応してほしい。

【施設基準について】

診療報酬の請求にあっては施設基準が求められているものが多い。施設基準が必要なものについては、定められた様式で九州厚生局沖縄事務所に届け出、受理された後に請求が可能になる。施設基準が必要なものを全て解説することは無理なので、ここでは注意すべき基本的考え方について確認しておきたい。

施設基準は平成6年までは「許認可制」であったが、それ以降は「届出制」となっており、基準を満たしているかどうかは医療機関が当然把握した上で申請されているものとして扱われている。届け出た内容が確実に基準を満たしているかどうかは医療機関の責任ということである。従って、施設基準調査等で“基準を満たしていない”と指摘された場合、「最初の申請の時に何も言われなかったのに今頃言うのは納得いかない」と訴えても当局には通らない。明らかに書類上不備がある場合は当局も受理できないため指摘してくるが、施設基準の届け出に際しては、当局が何も言わなかったから大丈夫、と安心してはならない。

各医療機関にあっては、診療報酬改定などで新たに(あるいは改めて)届け出が必要となった事項はもちろんのこと、そうでない事項に関しても定期的に施設基準を満たしているかどうか再確認することが望ましいと思われる。また、新たに申請する場合は疑問点を自己解釈するのではなく、できるだけ当局に直接確認の上、届け出を行ったほうが無難であろう。

診療報酬の算定要件同様、施設基準に関して解釈の問題で疑義が生じることは多い。厄介

なことに、各県で解釈が異なる場合もある。そもそもそういうことがあってはいけないはずなのだが、かといって必ずしも厚労省が取り纏めて見解を示しているわけではない。そのようなグレーゾーンの部分的な解釈で（しかも担当者レベルで差があれば尚更）医療機関に不利益が生じることがあってはならないが、万が一そのようなことで難儀をすることがあればご一報いただきたい。

－ 保険医療養担当規則からみた保険医療 ー
【療担等保険診療上の遵守事項】

療担規則は、保険医療機関として遵守しなければならない事項として昭和32年に厚生省令第15号として発出されたものだが、診療報酬改定に合わせて追加等が行われている。青本に最新版の療担が載っているので一度は目を通していただきたい。先の施設基準に関することも療担の中で「適正な手続きの確保」として述べられており、青本以前の保険診療の基本的ルールとして非常に重要なものとして位置づけられている。

○保険医療機関に診療報酬が支払われるための条件

保険医療機関に診療報酬が支払われるためには、「保険医が」「保険医療機関において」「健康保険法、医師法、薬事法等の各種関係法令を遵守し」「療担の規定を遵守し」「医学的に妥当適切な診療を行い」「診療報酬点数表に定められた通りに請求を行っている」ことが条件となっている。

これらを全て満たした場合に請求できることとなっているのだが、現在の医学教育現場ではこのことをほとんど教えていないといつてよい。研修医のほとんどは保険医療の制度や診療報酬の算定要件を知らずに臨床研修を行っていると思われる。通常、病院の中で何らかの役職に就くか自身が開業する際に、改めて保険診療の重要性を認識するという医師も多いのではないだろうか。保険診療の妥当性はどうか、実

際問題として日本（の保険医療機関等）で医療を行っている以上、保険請求のルールを無視することはできない。医者が純粋に医療に専念できる環境は理想かもしれないが、保険診療上は医師は診療報酬の責任を担うべき立場にあることをもっと認識し、事務任せで何も知らないということがあってはならない。

○保険診療の禁止事項

（無診察治療等の禁止：療担第12条）

無診察治療は保険診療上不適切なだけでなく、医師法第20条にも抵触することであり、極めて不適切な行為として受けとめられる。日頃適切な診察が行われているとしても、カルテに全く記載がない等、診察したことが後で確認できない状況だと指導の際にあたかも無診察治療をしてはいないかと疑われることになりかねないので気をつけてほしい。

定期的に通院する患者に対し診察を行わず処方箋のみを交付する、医師の診察を受けずにリハビリやデイケアを行い再診料の請求がある、といったことも無診察治療を疑われることになるため、十分に注意してほしい。

（特殊療法・研究的診療の禁止：療担第18条、第19条、第20条）

「特殊な療法または新しい療法」の実施、「厚生労働大臣の定める医薬品以外の薬物」の使用、「研究の目的」による検査の実施などは保険診療上認められていない。

簡単に言うと、診療報酬点数表で請求が認められているもの以外は保険診療として請求してはならないということである。

例外として、先進医療として保険診療上認められているものや、治験による薬剤の投与等は認められることがある。但し、その場合も必要な手続きがなされ、当局に届け出ていることが要件として必要である。

また、通常診療の中で診断や治療経過を確認するために様々な検査を行うが、検査結果についての記載がカルテ上にない場合、患者の疾患

に対する医療の一環として行ったということが確認できない、として個別指導では診療報酬の返還を命じられることがあるので注意してほしい。

(健康診断の禁止：療担第20条)

以前もこのコーナーで述べたが、健康診断は保険診療として行ってはならない。間違っても、保険病名をつけて健康診断を保険請求してはならない。レセプト審査では指摘されなくても、個別指導でカルテとレセプトを突合すればほぼ一目瞭然であるので、厳しい指導を受けることになる。

(濃厚（過剰）診療の禁止：療担第20条)

検査、投薬、注射、手術、処置等は、診療上の必要性を十分考慮した上で、段階を踏んだ上で必要最低限に行うこととされている。

このあたりは、国や保険者ら支払い側と医療機関等診療側ではどうしても意見が対立する部分であろう。患者のその時その時の状態で何を優先して行うか、青本に照らし合わせてその通りというわけにいかないことは医療関係者なら常識的に通じる話である。しかし、支払い側はその理屈がなかなか通らない。何とか両者が納得いくように、社保・国保で「この検査は何回までOK」とか「この疾患にはこの薬は何錠までは認める」といった審査基準を取り決めたりしているわけだが、全てを網羅しているわけでもなく支部間の差異があったり、実際悩ましい部分である。

基本的に当県の場合、医師会発行の「保険診療の留意事項」の事項は尊重してもらっているようなので、そこに記載している部分については判断の基準として利用していただきたい。あまりにも画一的な検査等は指導という前に、まずレセプト審査の段階で文書連絡や査定があるかと思われるので、そのような場合は適切に対応していただきたい。

(特定の保険薬局への患者誘導の禁止：療担第19条の3)

患者に対しては、特定の保険薬局に誘導することは禁止されている。院内で掲示することはもちろん、特定の関係がなければ通用しないはずの約束処方等も誤解されかねないので注意していただきたい。

【おわりに】

普天間問題をはじめ、その政治手腕には致命的ともいえる問題があることを露呈した鳩山内閣だが、難しい問題が山積している医療問題についてこれから良い方向に持っていけるのか、甚だ不安になってきている今日この頃である。原中会長をはじめとする日医執行部は真摯に医療再生のために頑張っているようだが、参院選を前にして奇妙な気遣いをせざるを得ない状況で、選挙結果次第ではまたまた医療政策が迷走することにならないか気になるところだ。保険診療は少なからず政治の影響を受けているため、我々は政局の行方に無関心ではいられないが、大物政治家の顔色を見ながら政策提案している現状をみると、しばらくは偏った医療政策に振り回されるのではないかと考えてしまうのは自分だけであろうか。

九州厚生局によると、今年度から、初めて保険医登録を行う医師も集団指導の対象にすることである。即ち、新規開業医療機関に加え初期臨床研修医も集団指導の対象になるということだが、先に述べたとおり医学教育の中ではほとんど保険診療について教わることがないため、これは悪くはないと思う。何故かというと、保険診療のルールを知らないためにきちんと医療を行っているのにもかかわらず指導で大きなペナルティーを科せられたり、不正な請求であると判断され保険医療機関の取り消し処分となったりすることが現に起こっているからである。

医療を患者に提供し、その対価として診療報酬を請求する場合、医師がどんなに立派なこと

を言おうが、請求のルールを満たしていなければ、それは請求できないことになっている。もしレセプト審査で請求が通ったとしても、個別指導になった場合カルテとレセプトの突合で要件を満たしていないと判断されれば診療報酬を返しなさいと命令されるのである。

研修医の集団指導の参加については、管理型病院の理解と協力が得られるように、明確な法的根拠を示してもらおうと共に日程等を参加しやすいものにするよう九州厚生局沖縄事務所には申し入れているところだが、この原稿が会報に載る頃には明確になっていると思われる。(まだでしたらごめんなさい)

開業されている先生方の多くは保険診療の重要性は認識されているが、総合病院等では一部

の医師以外はさほど重要なこととして認識していない先生方もいるようである。現在勤務医として医療に専念されている先生方も自身が開業するといきなり保険診療の洗礼を受ける。そのときになって慌てたり、後々大きなしっぺを食らったりしないためにも、是非とも保険診療について関心を持っていただきたいと思う。

(追記) この原稿の締め切りは6月1日であったが、6月2日に急遽鳩山首相が辞任を表明した。小沢幹事長も辞任することになり、結果的には小鳩内閣は8ヶ月という短命に終わった。原稿締め切りから会報の発行まで2ヶ月足らずだが、その期間すら先が読めない政局の混迷である。

お知らせ

日医白クマ通信への申し込みについて

さて、日本医師会では会員及び、マスコミへ「ニュースやお知らせ」等の各種情報をEメールにて配信するサービス（白クマ通信）をおこなっております。

当該配信サービスをご希望の日医会員の先生方は日本医師会ホームページのメンバーズルーム (<http://www.med.or.jp/japanese/members/>) からお申し込みください。

※メンバーズルームに入るには、ユーザーIDとパスワードが必要です。(下記参照)

不明の場合は氏名、電話番号、所属医師会を明記の上、bear@po.med.or.jpまでお願いいたします。

ユーザーID

※会員ID（日医刊行物送付番号）の10桁の数字（半角で入力）。

日医ニュース、日医雑誌などの宛名シール下部に印刷されているID番号です。

「0」も含め、すべて入力して下さい。

パスワード

※生年月日6桁の数字（半角で入力）。

生年月日の西暦の下2桁、月2桁、日2桁を並べた6桁の数字です。

例) 1948年1月9日生の場合、「480109」となります。