

平成 25 年 3 月 8 日

都道府県医師会

社会保険担当理事 殿

日本医師会常任理事

鈴木 邦彦

### 集団的個別指導における保険医療機関の類型区分について

指導、監査等の運用見直しにつきましては、都道府県医師会からいただきましたご指摘を踏まえ、厚生労働省当局と折衝を続けており、合意に達したもののから順次改善を図る方針で対応しているところでございます。

昨年 10 月に櫻井前副大臣に申し入れを行い、日本医師会として 5 つのポイントを主張し、理解が得られた旨、秋の臨時代議員会でご報告させていただきました。また、平成 24 年度からは、社会保険診療報酬検討委員会のブロック代表の先生方にもご相談の上、厚生労働省当局と協議して参りました。

前副大臣への申し入れの際、日本医師会と厚生労働省の担当部署がこれまで以上に協力できる体制が整うよう配慮いただきましたことから、運用見直しについて、政権交代後も引き続き協議を進めているところでございます。

今般、平成 25 年度以降の集団的個別指導の類型区分取扱いの変更等について、下記のような対応をすることとなりましたので、ご連絡申し上げます。

### 記

#### (1) 在宅療養支援診療所に係る届出を行っている診療所

診療所類型区分の「内科」に「在宅療養支援診療所に係る届出を行っている診療所」という区分を新たに加え、平成 24 年度実施分に限り試行的に運用してきたが、平成 25 年度以降も継続する。

#### (2) 複数の診療科を標榜する診療所の類型区分

原則として、保険医療機関の指定の際に届出をした「主たる診療科」に基づき類型区分が決められている。親子の代替わりなどで主たる診療科が変更になった場合は、「保険医療機関届出事項変更（異動）届」を地方厚生

(支) 局に提出することで類型区分が変更になる旨、各厚生局ホームページの保険医療機関の指定等申請届出に関する案内の中で記載要領として明記されているが、今後は集団指導等の場においても伝達される。

《保険医療機関指定申請書「診療科名」欄についての記載要領》

診療科名が複数ある場合、主たる診療科を最初に記載してください。また、科目名の間を1文字空けて記載してください。

《保険医療機関届出事項変更(異動)届「その他の変更」欄についての記載要領》

その他の変更(区画変更、診療科目、診療時間(開局時間)、病床数変更)欄は、変更前・変更後の内容がわかるように記載してください。

※ 主たる診療科の変更の場合、次のように記載する。主たる診療科のみを記載すると以前に登録してある診療科が抹消される恐れがある。

例) 変更前 ○内科、外科、呼吸器科

変更後 ○外科、内科、呼吸器科 ○は主たる診療科

### (3) 老人病院

病院類型区分の「老人病院」は、時代にマッチしていないとの指摘を受けていることから、地方厚生(支)局においては、平成25年度の集団的個別指導では運用上「老人病院」を選定しない。

厚生労働省が地方厚生(支)局に提供するデータに「老人病院」の数値を入れない対応をすることで、「指導大綱」の病院類型区分に「老人病院」は現存するものの、実行上は該当なしの処理がなされる。

つきましては、今回の改正内容を貴会会員に周知方よろしくお願ひいたしますとともに、現場で何か問題が発生しました場合には、是非ともお知らせいただきますようお願いいたします。

なお、今後とも、各類型区分の平均点数の開示、集団的個別指導で翌年も高点数が継続すると個別指導の対象となる問題、個別指導8000件のノルマの問題、新規個別指導で「再指導」になった場合、個別指導になってしまいう問題、適時調査やその他の問題点も含め、運用見直しに向けて、先生方のご指導、ご協力を得て、厚生労働省当局と鋭意交渉していく所存でありますので、ご指導ご鞭撻のほど、何卒よろしくお願ひいたします。

(添付資料)

1. 保険医療機関指定申請書
2. 保険医療機関届出事項変更(異動)届

保 險 医 療 機 関  
保 險 薬 局 指 定 申 請 書

|  |                              |   |             |
|--|------------------------------|---|-------------|
| ※番<br>号  |                              |   |             |
| 医療機関（薬局）コード（更新による申請の場合には現在のコードを記載してください。）          |                              |   |             |
| ① 病院・診療所・薬局  | (フリガナ)<br>名 称                |   |             |
|  | 所在地                          | 〒   | —           |
| ② 管理者・管理薬剤師  | (フリガナ)<br>氏 名                | (氏)                                       | (名)         |
|  |                              |   |             |
|  | 保険医・保険薬剤師・その他                | 保険医又は保険薬剤師<br>の登録の記号及び番号                  | 医<br>歯<br>薬 |
| ③ 診療科名   |                              |   |             |
| ④ 開設者（法人の場合は、代表者）                                  | 医師・歯科医師・保険医<br>薬剤師・保険薬剤師・その他 | 保険医又は保険薬剤師<br>の登録の記号及び番号                  | 医<br>歯<br>薬 |
| ⑤ 健康保険法第65条第3項第1号、<br>第3号から第5号のいずれか<br>（指定欠格事由）に該当 | 有・無                          | 該 当 す る 法 律 名                             |             |
|  |                              | 内 容                                       |             |
|  |                              | 該 当 年 月 日                                 | 年 月 日       |
|  |                              | 処 分 権 者 等                                 |             |
| ⑥ 医療法第30条の11の規定による<br>勧告                           | 有・無                          | 勸 告 年 月 日                                 | 年 月 日       |
|  |                              |   |             |
| ⑦ 指定に係る病床種別ごとの病床数等                                 | 床                            | (うち、一般病床 床、療養病床 床、精神病床 床、結核病床 床、感染症病床 床)  |             |
|  |                              | (特別の療養環境に係る病床 床 (個室 床、2人室 床、3人室 床、4人室 床)) |             |

開設者の住所及び氏名（法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職氏名）

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住 所 〒 —

名 称

(フリガナ)

(職) 氏 名

電 話

( 局)

厚生局長 殿

印  
番



保 險 医 療 機 関 届 出 事 項 変 更 ( 異 動 ) 届  
保 險 薬 局

|  |                          |                          |             |                       |  |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--|
| 医療機関 (薬局)<br>コード                               |                          |                          |             | 登録省令第8条関係             |  |
| 保険医療機関<br>又は<br>保険薬局の<br>名 称                   | 変更前                      | (フリガナ)                   |             | 変 更 年 月 日             |  |
|  | 変更後                      | (フリガナ)                   |             | 平 成 年 月 日             |  |
| 開設者名<br>又は<br>代表者名<br>(法人の場合は法人<br>名及び代表者職氏名)  | 変更前                      | (氏 名)                    |             | 変 更 年 月 日             |  |
|  | 変更後                      | (フリガナ)                   |             | 平 成 年 月 日             |  |
|  |                          | (氏 名)                    |             |                       |  |
|  |                          | 保険医又は保険薬剤師<br>の登録の記号及び番号 | 医籍等登録番号     |                       |  |
| 管 理 者<br>又は<br>管理薬剤師                           | 変更前                      | (氏 名)                    |             | 変 更 年 月 日             |  |
|  | 変更後                      | (フリガナ)                   |             | 平 成 年 月 日             |  |
|  |                          | (氏 名)                    |             |                       |  |
|  |                          | 保険医又は保険薬剤師<br>の登録の記号及び番号 | 医籍等登録番号     |                       |  |
| 保 険 医<br>又 は<br>保険薬剤師                          | 勤務者<br>(新規<br>採用を<br>含む) | (フリガナ)                   |             | 異 動 年 月 日             |  |
|  |                          | (氏 名)                    |             | 平 成 年 月 日             |  |
|  |                          | 保険医又は保険薬剤師<br>の登録の記号及び番号 | 医籍等登録番号     |                       |  |
|  | 常 勤 ・ 非 常 勤 の 別          |                          | 常 勤 ・ 非 常 勤 | 担 当 診 療 科 名           |  |
|  | 退職者                      | (フリガナ)                   |             | 異 動 年 月 日             |  |
|  |                          | (氏 名)                    |             | 平 成 年 月 日             |  |
|  |                          | 保険医又は保険薬剤師<br>の登録の記号及び番号 | 医籍等登録番号     |                       |  |
| 保険医療機関<br>又は保険薬局の<br>廃止・休止・再開                  | 区分                       | 廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開          |             | 廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 年 月 日 |  |
|  | 理由                       |                          |             | 平 成 年 月 日             |  |
| 健康保険法 80 条<br>第 7 号 から 第 9 号<br>までのいずれか<br>に該当 | 該当する法律名                  |                          |             |                       |  |
|  | 内 容                      |                          |             |                       |  |
|  | 該当する年月日                  | 平 成 年 月 日                |             |                       |  |
|  | 処 分 権 者 等                |                          |             |                       |  |
| その他の変更<br>住居表示の変更、診療<br>科目、診療時間 (開局<br>時間)     | 変更前                      |                          |             | 変 更 年 月 日             |  |
|  | 変更後                      |                          |             | 平 成 年 月 日             |  |

上記のとおり届け出します。

平成 年 月 日

開設者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

〒

地方厚生 (支) 局長 殿

印

電話番号 ( )

