

指導について 要点とその問題点

要点

指導の目的

保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的とする。

指導の方針

保険診療の取扱い、診療報酬の請求等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。

指導形態

1 集団指導

指導対象となる保険医療機関等又は保険医等を一定の場所に集めて講習等の方式により行う。

2 集団的個別指導

指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて個別に簡便な面接懇談方式により行う。

3 個別指導

指導対象となる保険医療機関等及び保険医等の選定

集団指導の選定基準

- (1) 新規指定の保険医療機関等については、概ね1年以内にすべてを対象。
- (2) 診療報酬の改定時における指導、保険医療機関等の指定更新時における指導、臨床研修指定病院等の指導、保険医等の新規登録時における指導等については、指導の目的、内容を勘案して選定する。

集団的個別指導の選定基準

保険医療機関等の機能、診療科等を考慮した上で診療報酬明細書の一件当たりの平均点数が高い保険医療機関等（ただし、取扱件数の少ない保険医療機関等は除く。）について一件当たりの平均点数が高い順に選定。

レセプト1枚当たりの点数が都道府県平均よりも高い医療機関（病院は1.1倍以上、診療所は1.2倍以上）のうち、上位8%に相当するもの。

なお、集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等については、翌年度及び翌々年度は集団的個別指導の対象から除く。

個別指導の選定基準

- (1) 都道府県個別指導

- ①支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容又は診療報酬の請求に関する情報の提供があり、都道府県個別指導が必要と認められた保険医療機関等
- ②個別指導の結果、第7の1の(2)に掲げる措置が「再指導」であった保険医療機関等又は「経過観察」であって、改善が認められない保険医療機関等
監査の結果、戒告又は注意を受けた保険医療機関等
- ④集団的個別指導の結果、指導対象となった大部分の診療報酬明細書について、適正を欠くものが認められた保険医療機関等
- ⑤集団的個別指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお高点数保険医療機関等に該当するもの(ただし、集団的個別指導を受けた後、個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものについては、この限りではない。)
- ⑥正当な理由がなく集団的個別指導を拒否した保険医療機関等
- ⑦その他特に都道府県個別指導が必要と認められる保険医療機関等

レセプト1件当たりの平均点数の算出

1 使用する基礎データ

レセプト1件当たりの平均点数の算出基礎となるデータは、支払基金及び国保連合会からのデータ。

2 算出に使用するレセプトの種類

レセプト1件当たりの平均点数の算出に使用するレセプトの種類は、原則として一般分とし、歯科にあつては本人・入院外分、とする。

なお、都道府県の実情に応じ、老人保健分のレセプトを使用することが適当であると認められる類型区分にあつてはこれによることも差し支えない。

指導後の措置

(1)集団的個別指導

翌年度においても高点数保険医療機関に該当した場合、翌々年度に個別指導を行う。

(2)個別指導

概ね妥当

経過観察

経過観察の結果、改善が認められないときは、当該保険医療機関等に対して再指導を行う。

再指導

「監査要綱」に定めるところにより監査を。

要監査

経済上の措置

自主点検を求め、自主点検の結果、指摘した事項と同様のものが確認されたときは、指摘した分と併せて自主返還を求める。

指導の問題点

<指導の選定理由>

指導は、集団指導、集団的個別指導、個別指導に分類されますが、実際には新規指導、高点数個別指導、情報提供による個別指導、それ以外（刑事など）となっており、実質的には前者3つがほとんどを占めています。この中で特に問題となるのが高点数個別指導です。

（ここでいう高点数個別指導とは、総点数が多い医療機関ではなくて、レセプト一件当たりの平均点数が高い医療機関を指します。）

新大綱等質問集（平成8年3月22日都道府県事務担当者宛厚生省保険局医療課医療指導監査室）には、

（問5）高点数が即悪いものとは限らないのではないかと。なぜ、高点数を基準とするのか。

（答） 1 基準としては色々なものが考えられるが、可能な限り、公平で客観的な指標として高点数を用いることとしたものである。
2 高点数かどうかの判断に当たっては、同一診療科ごと等に分類し、そのグループの中で高点数の保険医療機関等を選定するなど、できる限り同条件のもとで比較しようとするものである。

と記載されています。

選定方法が公開されておらず不透明であるとの批判もありますが、指導選定には客観的な指標が必要であり、そのデータを厚生局（元の社保事務局）が手に入れやすいことが、高点数が選定基準として用いられる理由だと思われます。

高点数医療機関のレセプトに、診療方針・請求内容等に問題のあるものが多いとも言われてもいますが、高点数であることと、誤った保険診療や請求を行っていることとは全く次元の異なることであり、高点数であることという理由で自主返還を伴う個別指導の対象とすることには問題はあります。

指導・監査は公金を扱う民間機関ならば当然行われるべきことです。ただしその指導・監査は公正に行われるべきであり、地域格差や技官による独自解釈などは排除されるべきものです。しかし、現実として、公平な指導が行われているかについては疑問があり、それが起きてしまう最大の原因は、それを許してしまう診療報酬体系に様々な問題があることがあげられます。

指導が「医療費削減ツール」となってしまっていると言い換えることもできます。高得点で指導を選定する最大の隠れた理由が“医療費抑制”であることが一番の問題です。

高得点による指導は萎縮診療をもたらす危険性があります。一回あたりの治療制限や意味の無い受診回数の増加を招き、患者さんに十分な治療を提供できなくなることに繋がります。

口腔内の健康が、全身の医療費抑制に繋がるというデータもたくさん出てきている中、歯科医療機関

に対する点数抑制を目的とした指導で医療費の抑制を図ろうとする意図に疑問を呈する意見が存在します。

また、総件数の少ない歯科医院では、来院回数が増え、そうなるとう当然一ヶ月あたりの平均点数が高くなります。一方で、総件数の多いところでは、なかなか平均点数は高くなり、異常に高い総点数を上げていても指導を免れているという不満もあり、総点数も考慮すべきではないかとの声もあります。

自費の最終補綴物（かぶせ物、入れ歯等・・・点数が高い）が多い歯科医院では、点数は低くなり、指導にかかりにくいという事実もありますし、その月の平均点数を下げるために、補綴物のセットを翌月に回すという全くの患者不在のテクニックを使う医療機関もあると聞き及びます。

そのため、平均点ではなく、総点数で選定すべきだとの声も聞かれます。

今の制度では、まじめにやっている歯科医ほど損をするようになっていくと感じる歯科医師は多いでしょう。まじめにやっている歯科医にメリットがあり、そして国民に良い歯科医療が提供できるようにしてもらいたいものです。

<選定の「中抜け」現象>

これは、集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等については翌年度及び翌々年度は集団的個別指導の対象から除かれることで起きる現象です。

当年の指導対象の選定に当たっては、昨年の集団的個別指導を受けたものは除外されています。昨年は上位8%が集団的個別指導を受けたのであるから、当年は上位9%～16%が集団部分の対象となり、9%～12%が個別部分の対象となります。これでは昨年の集団部分の対象者より低い点数のものが個別指導を受けることになってしまいます。点数の低い医療機関が点数の高い医療機関を飛び越して、指導に当たってしまうのです。いわゆる「中抜け」現象が起こってしまい、不公平がでてきます。

皮肉な言い方をすれば、指導の対象となる医療機関を広げ、医療費抑制効果を引き出すという面では優れた制度だといえます。

<指導における患者リスト通知時期>

指導対象となる患者リストの通知は多くの都道府県で前日から数日前の通知となっています。要求される資料は膨大であり、「懇切丁寧な指導」を受けるために徹夜もしなければならぬほどの資料整備（次のページの表を参考）を求められることは、現在の低報酬の中の長時間診療、夜遅くまでの診療の状況下で、そして医療事務職員をも雇用できかねない状況の中では非常に多大な負担が生じます。

準備物に不備があれば再指導となる場合もあつたり、時には自主返還を迫られるなど、相当なプレッシャーを受けます。これらは、指導目的とは名ばかりで実際には医療費圧縮の目的とさえ思えます。

それらの準備物は常時整備しておくことが義務であるとはいえ、直前通知の法的根拠すら無い状況で多数の持参物の準備を短時間で行わなければならないなど、理不尽を強要されているともいえます。

指導時に持参を求められるものには次のようなものがあります。これらの資料を数十人分そろえる必要があります。

- (1) 診療録（添付されている文書も含む）、歯科衛生士業務記録簿、歯科技工指示書及び納品伝票等
- (2) X線フィルム（パノラマ、デンタル等）及び口腔内カラー写真
デジタルの場合は、プリントアウト（A4）したもの。
- (3) スタディモデル・平行測定模型及び未装着物
- (4) 金属材料、薬剤、その他の歯科材料等の購入・納品伝票、酸素については、当該年度の単価の算定の根拠となった購入伝票
- (5) 患者ごとの一部負担金徴収に係る日計表又は帳簿
- (6) 審査・支払機関からの返戻・増減点通知に関する書類
- (7) 領収書等の様式
領収書、処方せん、技工指示書（いずれもコピー可）
処方せんは、院外処方せんを発行している場合のみ提出
- (8) 患者へ提供するために印刷（用意）されている文書様式のすべて
- (9) 診療報酬請求事務を外部委託している場合は、その契約書等
- (10) 保険医療機関（歯科）の現況

<技官の資質・経験が不足>

診療報酬請求のルールに適切に従っているかどうかを、持参資料を見て指導されますが、現場の医療状況を理解できないほど臨床経験が少ない、あるいは全く無い厚生局の医療指導官や厚労省の監査官が多く存在していることが適切な医療提供を阻害しているという面で問題を引き起こしています。

現場無視、患者不在の指導、国民にとっても不利益となる指導事例は多数報告されており、技官の資質向上が強く求められています。

診療報酬算定の解釈には幅があり、不正かどうかの認定は技官の裁量権で行われる場合も多いと聞きます。いわゆるグレーゾーンや拡大解釈といわれる問題ですが、指導の場においても、技官の資質に大きく左右されているようです。

<ルール自体が根拠不足>

歯科診療報酬の改定において、根拠があいまいなままに予算に合わせて配分、貼り付けている状況が数十年も続いた結果、ルール自体が医学的、医療現場の実態に合わなくなっています。学術的な根拠に疑問のある内容も多数指摘されています。

こうした矛盾だらけのルールに完全に従って歯科医療を行うことはもはや不可能になってきており、患者を目の前にしてこのルールを適用することは医療倫理上問題となる事例も多々生じます。

これらを見做してルールに従わないとペナルティーを課すという姿勢はまさに患者不在の行政施策と言わざるをえません。

また、保険の改定は、2年おきに行われており、昨日まで算定可能だった項目が、今日から算定できなくなるなど、根拠のない改定が繰り返行われたことで、医療従事者の頭の中も混乱している実態が

あります。

<指導内容に地域差が激しい>

上記にも関連しますが、指導の内容は地域により大きな差が認められます。指導ではありませんが、通常のレセプト審査において地域によって大きな差が存在し、国会で質疑もされています。レセプト審査において、地域により差があるということは、指導の場においても差が存在していることが十分推測されます。これでは国民皆保険という、全国民が平等な医療を受けることができるという大前提から外れてしまいます。

以下、レセプト審査についての国会質疑を引用します。

第 169 回国会 予算委員会第五分科会 第 1 号 (平成 20 年 2 月 27 日 (水))

第 169 回国会 決算行政監視委員会第三分科会 第 1 号 (平成 20 年 4 月 21 日 (月)) より。

水田政府参考人

ただ、算定ルールに関しましては、会議などの場を通じまして、関係法令等を踏まえた適切な審査の徹底について指導する等しておりまして、県によって査定ルールの解釈に違いはない、このように考えております。

水田政府参考人

前回の質疑におきます委員御指摘の事例に関しまして、神奈川県における算定ルールの解釈、他県の解釈の違いにつきまして社会保険診療報酬支払基金に調査をさせましたところ、一部の事例につきまして、神奈川県の解釈が他県とは異なっているということが認められました。

坂井分科員

一万点当たりにしても、見ていただくとわかりますように、神奈川は滋賀の二倍近くあります。数字でいいますと、一万点当たり、神奈川が二十八・一三一で滋賀が十四・六でありますから、二番と比べても倍。全国の平均をとりますと、何と六・三でありますから、四・五倍神奈川ははねられている、こういう現実があるわけでありまして。

舛添国務大臣

委員のお示しいただいた資料を見たら、神奈川だけが極めて異常ですね。こういう診療報酬を適用するときに、全国一律で決まったものが現場でこれまでの違いがあるというのは、これは公平ではない、公正ではない。

したがって、なぜそういうことに立ち至ったか。今、返戻、査定といった専門的な言葉も出ましたけれども、いずれにしても、もう一度、個々の事情をつまびらかにすべく調査をさせたいと思います。その上で、解釈の幅はそれは一定程度あるかもしれないけれども、ここまで開くというのは極めて異常だと思いますので、そういう認識のもとにきちんと指導をし、是正すべきは是正する、それからまた、委員に対しても、またこの委員会に対しても必要な報告はするということをお約束したいと思います。

<歯科医師の裁量権無視>

上記ルール問題とも合わせて、保険診療上でも患者の病状実態から若干の拡大解釈が必要な事例が多々あります。それらは有資格者である歯科医師が状況を判断して適切な処置を下す必要がありますが、それが少しでもルールの文言に差異があると、いわゆる「不正請求」として厳しい指導が行われることがあります。（不当請求とも言われます。）

悪意ある不正請求は糾弾されるべきですが、善意の医療行為まで不正としてしまうような、一言一句に従わせる厳密なルール適用は、歯科医師の裁量権を著しく侵害し、歯科医療を蔑ろにしていると言っても過言ではありません。

文言解釈の一定の幅を持たせることが国民のために良い歯科医療を提供できることにつながります。当然非常識な拡大解釈は糾弾されねばなりません、それは一定の裁量権を確保した後に行われるべきです。

<その他の問題点>

その他、様々な問題点が指摘されています。

- ・患者リストについて、個人情報扱うという点で、患者本人の了承を得ずに指導を行うことが妥当なのかどうか。またその結果について、患者さんに伝えることが必要なのかどうか。
- ・最近では認めるところも出てきましたが、録音・弁護士の帯同を認めないところもあり、人権上問題があります。弁護士帯同、録音については事前通告すれば可能となっているはずですが、その場合、指導もかなり厳密なものとなる可能性が出てきます。
- ・指導を行う人と処罰権を持つ者が同じであるのも問題が存在すると思われます。
- ・個別指導が、監査目的で行われている事例も報告されている。また、度重なる、「指導大綱」にもない「中断」により精神的に追い詰められた歯科医が自殺する事例も生じています。

このように多くの問題点を抱える今の「指導」ですが、国民皆保険という限られた財源で行われる医療において、全国民にいかに効率的に公平に良質な医療提供ができるかを考えた場合、その存在は大きな役割を持っているといえます。

それを効果的な制度とするには、指導する側（行政）も指導される側（医療機関）も情報開示、透明化を前提とした体制を意識することが大切だと考えます。

2008/12/10

みんなの歯科ネットワーク

TEAM T.S.T.