

周南女性医部会主催Web講演会

『保険診療の法制度』～安全で良質な医療の提供を目指して～

東京医科大学 名誉教授 葦沢龍人 先生

—初めてのZoom講演会開催を終えて—

周南女性医師部会 副会長 小野祐紀子 (おのクリニック)

2021年6月11日19時から周南女性医師部会主催でZoom講演会を開催しました。

新型コロナウイルスの世界になり、周南地区医師会女性医師部会の総会時に毎年行っておりました講演会も、去年は開催できませんでした。コロナの終息の先行きが未だ不明の中、今年はZoomを利用して講演会の開催を試みました。

講演は、登坂正子先生の紹介で、東京医科大学名誉教授 葦沢龍人 (あしざわたつと) 先生にお引き受け頂きました。先生は厚生労働省関東信越厚生局保険指導医でもあります。貴重な講演なので、周南地区の女性だけでなく男性医師、県内の医師や医療者にもご案内しました。

今回のテーマは『保険診療の法制度』～安全で良質な医療の提供を目指して～。

私たち医療者は安全で良質な医療を提供することが最大のミッションであり、保険診療はそれを裏づけ、支える制度であります。

[1] 医療の法体系 (図1)

医師法には以下の規定があります。

- 医師でないものの医業の禁止 (第17条) 一罰則3年以下の懲役又は100万円以下の罰金
- 診療義務 (応召義務) 及び診断書等交付義務 (第19条)
- 無診察治療等の禁止 (第20条)
- 処方せんの交付義務 (第22条)
- 診療録記載および5年間保存義務 (第24条) 一罰則50万円以下の罰金



図1 医療の法体系

医療法とは、医療の提供体制や医療を提供する施設等について定めている法律です。

- 医療安全の確保
- 特定機能病院の承認
- 立入検査 (医療監視)
- 医療事故調査制度
- 開設者：臨床研修等の修了 (第10条)
- 病床の種別 (第7条)
- 入院診療計画書 (第6条の4)
- インフォームドコンセント (IC)

医師、歯科医師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るように努めなければならない。入院診療計画書 (第6条) はICのツールとなり、入院報酬の算定には必須です。

医薬品医療機器等法 (旧薬事法) では、医薬品の品質、有効性、安全性について医薬品医療機器等法の承認を受けなければ、医薬品の製造・販売は行えない (第14条) とされます。

薬事承認された用法・用量、効能・効果等を遵守す

ることが、有効性・安全性の前提となっており、添付文書を確認することが必要となります。(例えば、第1類OTC医薬品のロキソニンSは頭痛・生理痛の効能があるが、医療用医薬品には適応がありません。)

保険診療では厚生労働大臣の定める医薬品以外は用いてはならない(療養担当規則19条)となっています。

〔2〕 保険診療の仕組み

○ 保険診療のルール

保険診療は、保険医に対して安全で良質な医療の提供を求めており、医師の卒前・卒後教育と目標を一つにします(Patient First)。安全で良質な医療の提供に対しては、より高い診療報酬点数が設定(保険収載)され、加点方式で保険医療機関の収益性を高めます(Hospital Second)。これが法により司られています。

保険診療は患者とではなく保険者と医療機関との公法上の契約で成り立ちます。その運用に厚生局が介入し、ルール作りに厚労省が介入します(図2)。保険診療の給付・費用負担の流れ(図3)は、患者・事業所からの保険料と国・市町村からの負担金(税金)で保険者のバジェットが形成されます。医療機関が厚生局に申請・届出し患者を診断・治療すると患者は保険医療機関で一部負担金を支払い、残りの費用は保険者から審査支払機関を通じて保険医療機関に支払われます。厚生局はこの流れの外にあります。国民の医療費は年間40兆円、介護費をあわせると50兆円で、そのうち40%は税で賄われており、その額は15兆円です。そのため厚生局は、保険医療機

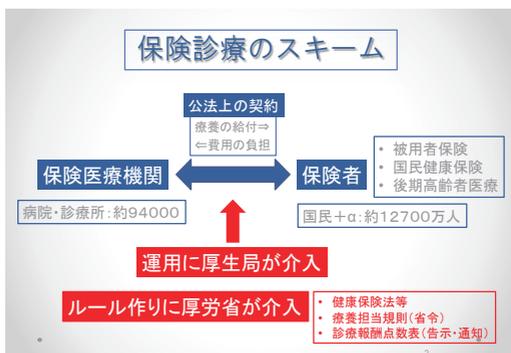


図2 保険診療のスキーム

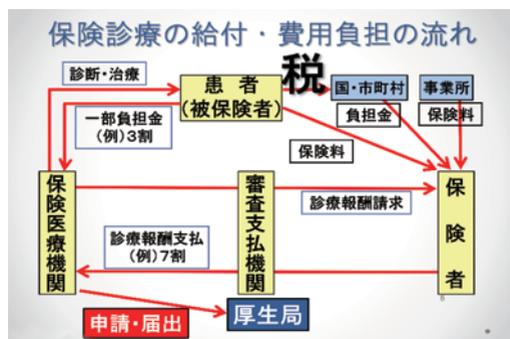


図3 保険診療の給付・費用負担の流れ

関の診療内容、支払機関の審査、保険者の支払い等について調査・指導・監査を行います。

〔3〕 指導・監査

指導の目的は「保険診療の取り扱い、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(指導大綱)」です。対象は保険医療機関・保険薬局・保険医・保険薬剤師で、指導後の措置は個別指導の場合、要監査・要指導・経過観察・概ね妥当となります。

各種指導の内訳は以下の通りです。

≫ 新規指定

集団指導(必須)・個別指導(必須)：

指定から6月以降

≫ 既指定

集団的個別指導：高点数(上位8%)

個別指導：①高点数(上位4%)、②提供情報、

③再指導

診療科別平均点数(図4)は一般的には西高東低といわれており、西日本のほうが若干高いといわれ

図4 令和2年度診療科別平均点数

都道府県	病院	診療所	一般	大学等	内科	小児	外科	整形外科	皮膚科	眼科	耳鼻科
北海道	55427	61498	1327	971	1377	1306	782	1040	999		
宮城県	52265	60873	1187	930	1624	1359	679	952	814		
東京都	54398	65164	1244	1361	1488	1220	766	829	1103		
神奈川県	54806	63499	1232	979	1234	1230	635	980	711		
愛知県	53435	64158	1216	1034	1251	1460	697	962	940		
大阪府	54502	64884	1237	1056	1633	1393	677	864	872		
岡山県	48193	69039	1301	984	1382	1361	658	1002	755		
広島県	51826	64133	1310	986	1663	1323	801	973	694		
山口県	49912	65037	1235	1145	1395	1353	605	869	692		
福岡県	53068	67220	1208	1004	1453	1219	650	872	807		

図4 診療科別平均点数

ていますが、山口県に関しては特別高いということはないようです。

個別指導は以下の4つの観点から行われます。

1. 診療が医学的、歯科医学的、薬学的に妥当適切に行われているか。
2. 保険診療が健康保険法や療養担当規則をはじめとする保険診療の基本的ルールに則り、適切におこなわれているか。
3. 「保険診療の算定方法」等を遵守し、診療報酬の請求の根拠がその都度、診療録等に記録されているか。
4. 保険診療及び診療報酬の請求について理解が得られているか。

監査の目的は、「保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求について不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を採ること（監査要綱）」にあります。保険医療機関、保険医に対する監査後の措置は、不利益処分である指定取消／登録取消・戒告・注意の順になります。

- 不正請求とは算定要件を満たさない等、診療報酬請求の妥当性を欠くものです。例として以下の様なものがあります。

診療録に腫瘍マーカーの検査結果・治療計画の要点を記載していないにもかかわらず、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している。専ら画像診断を担当する常勤医師が読影していないにもかかわらず、画像診断管理加算を算定している。診療録にモニターの要点を記載していないにもかかわらず、呼吸心拍監視を算定している。

- 不正請求とは詐欺や不法行為に当たるものです。
架空請求（その月に受診していない患者の保険証番号を使い前の月と同じ内容の診療を請求した）、付増請求（1か月に2回しか診察していないのに、再診料を4回請求した）、振替請求（実際に行った創傷処置が50cm²であったにもか

かわらず、請求を500cm²～3000cm²で行った）などがあります。

全国の医科監査実施状況は（図5）のとおりで、中四国エリアは少なく、山口県は監査ゼロです（図6）。

医科監査の実施に伴い、令和元年に返還を求められた額は約108億円。これは医療費40兆円に対して0.025%の割合となっております。過去に報道された草加市立病院を例に具体的にお話しされました。

年度		平成27	平成28	平成29	平成30	令和1
監査	保険医療機関(件)	37	28	25	16	18
	保険医(人)	78	103	68	36	63
取消	保険医療機関(件)	10	8	8	9	7
	保険医(人)	7	6	5	5	6
返還額 (億円)	監査によるもの	2.93	4.47	3.97	5.27	24.02
	(医科・ 歯科・薬 局) 合計(指導・ 通時調査を含む)	124.37	88.95	71.99	87.38	108.74

図5 医科監査実施状況

都道府県	個別指導	通時調査	監査
北海道	66	233	1
東京都	137	179	4
神奈川県	68	92	1
愛知県	59	87	1
大阪府	31	163	3
広島県	34	93	0
山口県	35	74	0
福岡県	50	128	1
全国計	1639	3519	18

図6 個別指導・監査実施状況

[4] 療養担当規則等の解釈

～特に禁止事項について～

保険医療機関及び保険医療担当規則（療養担当規則）は厚生労働大臣が定めた規則で、保険医療機関の療養担当（図7）や保険医の診療方針等を定めた保険診療のバイブル的存在です。

保険医の診療方針の代表例としては以下の通りです。

- ①保険医の診療は、医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して、適確な診断を

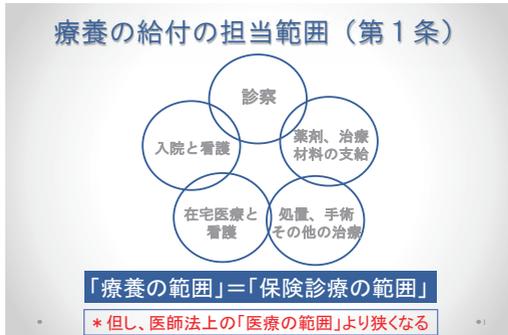


図7 療養の給付の担当範囲

もとし、患者の健康の増進上妥当適切に行わなければならない。(第12条)

- ② 保険医は、診療にあたっては、懇切丁寧を旨とし、療養上必要な事項は理解しやすいように指導しなければならない。(第13条)
- ③ 保険医は、診療にあたっては、常に医学の立場を堅持して、患者の心身の状態を観察し、心理的効果をも挙げることができるよう適切な指導をしなければならない。(第14条)

保険診療の禁止事項の代表例は以下の通りです。

- ① 無診察治療の禁止
- ② 特殊療法等の禁止・混合診療の禁止

先進医療の届け出がない場合、一連の診療は全て保険併用できず自由診療となります。但し、保険外併用療養費として、評価療養（7類型）と選定療養（10類型）が認められます。評価療養には将来保険導入を前提とする先進医療、治験などがあり、選定療養には、患者の不安を軽減する必要がある場合の腫瘍マーカー、治療意欲を高める必要がある場合の疾患別リハビリテーション、家族の負担を軽減する必要がある場合の精神科ケアなど、制限回数を超える医療行為について自費で実施可能です。

- ③ 健康診断の禁止
- ④ 特定の保険薬局への誘導の禁止
- ⑤ 自己診療の禁止
- ⑥ 経済上の利益の提供による誘引の禁止
- ⑦ 一部負担金の減免の禁止

診療報酬請求の算定要件として、診療録に記載すべき事項が定められている項目があります（第22条）。事実に基づいて必要事項を十分に記載しなければ、不当・不正請求の疑いを招くおそれがあります（図8、図9）。

点数表にない手術（K項目）は地方厚生局に照会が必要となります。

診療録の記載（要件を満たさない例）

既往症・原因・主要症状、経過等	処方・手術・処置等
H27.4.13 n. p. 診察内容に関する記載がない。 5月11日の診療は無診察診療と疑われる。 H27.5.11 薬のみ 診察した医師の署名がない。	特定薬剤治療管理料 カルバマゼピン てんかん指導料 再診料 Rp do 薬剤の血中濃度、治療計画の要点が診療録に記載されていない。 診療計画・指導内容の要点がカルテに記載されていない。 処方内容について具体的な記載がない。

返送対象

図8 要件を満たさない診療録

診療録の記載（良い例）

既往症・原因・主要症状、経過等	処方・手術・処置等
平成29年4月17日 S) てんかんの発作は1か月間ありませんでした。 O) 血圧 121/68 mmHg、脈拍 67回/分 診察、心拍数なし、腹部平坦、軟 カルバマゼピン血中濃度 8 μg/mL (測定日 平成29年3月30日) A) #1 てんかん カルバマゼピンの血中濃度は3 μg/mLで、至適血中濃度内である。発作もなく安定している。 #2 高血圧 血圧は目標範囲内で推移し、コントロール良好。 P) #1 てんかん カルバマゼピンは400 mg/日で継続して投与する。意識しない昏か、疲労、激しい運動、睡眠不足など発作を招くしやすい環境を避けるよう指示した。 #2 高血圧 ニフェジピンは20mg/日で処方変更なし。 血圧は1日6g以下の継続を促す。 薬剤服入	平成29年4月17日 地方 1. カルバマゼピン錠200mg 2錠 分2 朝夕食後 28日分 2. ニフェジピン後散剤20mg 1錠 分1 朝食後 28日分 再診料 72点 外来管理加算 52点 特定薬剤治療管理料 470点 カルバマゼピン てんかん指導料 250点

図9 良い診療録

[5] 診療報酬点数表の解釈

医科診療報酬点数表（告示・通知）（図10）は2年ごとに改定、告示されますが去年はコロナのためキャンセルになりました。この本は厚生局では通称・青本と呼ばれ、この中にすべて記載されていますが、実際に青本を開いたことのある医師は10%程度にすぎません。

青本の第2章第1部医学管理料（B項目）は、目にみえない“技術”に対する評価（Dr. Fee）と言え、項目ごとに算定要件が定められています。特に指導内容の要点を診療録に記載・添付（証拠作り）等す

ることが求められており、医師自身が算定する旨を指示する（医事課の判断で請求しない）必要があり、算定要件を満たさずに請求すると返還の対象となります。

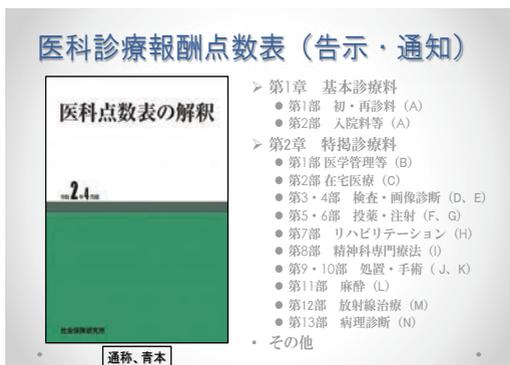


図10 医科診療報酬点数表（通称、青本）

● B 医学管理料の代表例

- B 000 特定疾患療養管理料
- B 001 2 特定薬剤治療管理料
- B 001 3 悪性腫瘍特異物質治療管理料
- B 001 7 難病外来指導管理料
- B 001 10 入院栄養食事指導料
- B 001 23 がん患者指導管理料
- B 001-2-7 外来リハビリテーション診療料
- B 001-2-9 地域包括診療料
- B 008 薬剤管理指導料（薬剤師の記録も可）ほか多数

すべて診療録の記載あるいは医師の指示が求められます。

検査・画像診断のポイントは、不適切なセット検査を実施してはならないということです。“根拠の乏しい”疑い病名（レセプト病名）、例えば初診の高血圧症の患者に対して二次性高血圧症の疑い病名（例：褐色細胞腫、クッシング病、アルドステロン症）を付す、また初診のブドウ膜炎の患者に対し根拠の乏しい疑い病名（サルコイドーシス、原田病、ベーチェット病、ヘルペス感染症）を付した網羅的なスクリーニング検査などは認められません。

保険診療では、検査・治療の結果に基づき段階を踏んだ検査の実施が求められます。

【6】DPC/PDPS制度

DPC/PDPSは急性期医療を対象とした診療報酬の包括評価制度です。

DPC (Diagnosis Procedure Combination)は診断群分類、PDPS (Per-Diem Payment System)は1日（入院）あたりの包括支払い制度の略称です。

MDCおよびICD-10（国際疾病分類10版）の分類で、医療資源を最も投入した傷病名、診断（Diagnosis）と手術の有無により分類された診療行為（Procedure）、その他の処置、副傷病名、重症度からDPCコードが決定されます（図11）。PDPSは、DPCコード毎に算定額が定められ、入院期間が長くなると点数は段階的に低くなります（図12）。

DPC/PDPSでは医療機関別に評価・調整され、毎年係数が決定されます。言わば前年度診療の通信簿の様なものです。

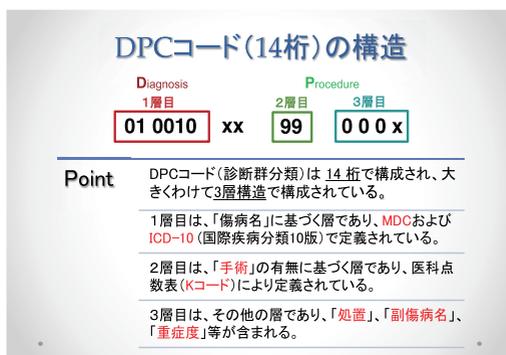


図11 DPCコード（14桁）の構造

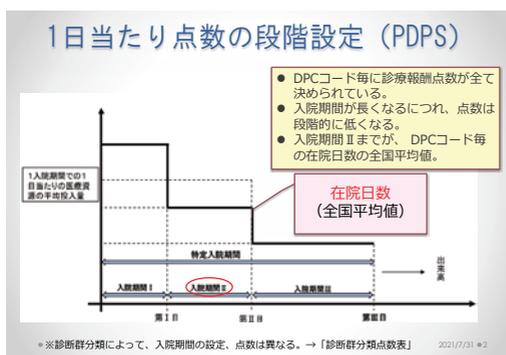


図12 1日当たり点数の段階設定 (PDPS)

医療機関別係数は、基礎係数＋機能評価係数Ⅰ＋機能評価係数Ⅱにより構成されます。基礎係数は大学病院本院群（旧Ⅰ群）、特定病院群（旧Ⅱ群）、標準病院群（旧Ⅲ群）と群別に設定されます。機能評

価係数Ⅰは、医師事務作業補助者体制加算、診療録管理体制加算、看護職員夜間配置加算、その他、主に施設基準のものの合算です。機能評価係数Ⅱは、大学病院本院群では全国82大学病院本院が、相対的に評価・設定されます。保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数の6項目からなります。

東京医科大学病院を例として、医療機関別係数、機能評価係数Ⅱ、効率性係数（医療機関における在院日数短縮の努力を評価するもので、入院期間Ⅱまでの退院率が効率性の指標となる）、複雑性係数（1人当たりの医療資源投入の観点から見た患者構成への評価で、入院単価が高いDPCの出現割合が高いと複雑性係数が高くなる）について解説がありました。

●DPCデータによるベンチマーキングの意義について

自施設の現状をベストプラクティス（最も優れた実施施設）との現状とのギャップを把握・分析し、診療行為の改善を図る事を目的とします。

まず、標準化されたデータ（様式Ⅰ、E、F、Dファイル）を収集し、算出される臨床指標ごとに比較し、自施設の立ち位置を把握します。さらに診療区分別にコスト投入量を比較し、医療材料、薬剤、検査等が適正に選択・使用されているかを把握します。そして、自施設で実施されている診療行為の、「パターン」と「ばらつき」を把握し、疾患別、診療科別、医師別に比較可能となり、問題点を抽出し、改善を指導することが可能となります。

診療報酬点数表（告示・通知）、いわゆる金本（**図13**）を熟読すると、いろいろなアイデアが湧いてくると思います。

●Take Home Message

- ▶ 私たち医療者は、安全で良質な医療の提供を求められています。
- ▶ 一方、医療資源には限りがあり、合理的な分配が必須となります。
- ▶ 保険診療には様々なルールが定められており、上

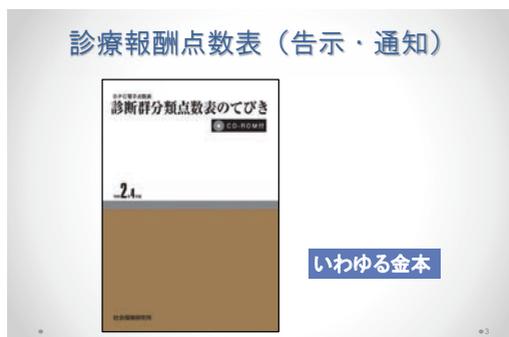


図13 診断群分類点数表の手引き（いわゆる金本）

記実施のためのツールとなります。

- ▶ そのため、保険医療機関および保険医は、保険診療のルール（療養担当規則および診療報酬点数表）を熟知する必要があります。
- ▶ 厚労省（厚生局）による指導は、ルールを良く理解してもらうための、教育的機会として実施されています。

以上がおおまかな講演会の様子でした。常日頃、保険診療に携わる者にとって大変参考になるお話でした。

保険診療についての知識は男女に関わらず医師にとって重要なものです。特に勤務医や非常勤医師、育児や家事に追われている女性医師には学ぶ機会もなく、保険制度についてよくわからないまま日々の保険診療を行っているのが実状です。講演は、難しいような内容にも関わらず、具体例を多く挙げていただき、理解しやすい講演会でした。参加者から多数の質問があり、的確にお答えいただきました。葦沢先生、ありがとうございます。

参加者は周南女性医師部会員22名の他、徳山・下松・光市医師会員26名を含め、合計90名参加頂きました。ありがとうございます。

Zoomでの講演会の主催は初めての試みでした。Zoomの使い方や、招待状の送付方法、ホスト側の操作方法、スライドの共有の仕方、などなど不安因子はいっぱいでした。万が一のトラブルに備えて、板垣会長と各々のノートパソコンを並べて、同室で行ったのですが、これが裏目に出てしまい、ハウリングしたり、ハウリング防止のため片方のパソコン

の音源を消すと、板垣会長の発言時に画像が連動しなかったり、音声が小さかったり、色々と不備がありました。誌面を借りてお詫び申し上げます。

葦沢先生とは約2か月前からコンタクトさせていただきました。ほとんどがメールでのやり取りでした。先生はいつも素早くお返事、連絡を送ってくださり、こちらが失礼のないように、メールチェックを頻繁にするように緊張感の毎日でした。トップで走り続けている先生はさすがだなあと、脱帽の思いでした。

5月24日には役員と葦沢先生の参加で講演会のリハーサルを行いました。

リハーサルでも本番とほぼ同じ講演をして頂き、また、少し碎けたお話も伺うことができ、楽しい時間をすごすことができました。

メール、LINE、ZOOMなどなど、便利なツールのある世界になっています。

コロナの世界になり、その需要はますます必要とされるところとなっています。そのおかげで、今回の講演会を開催することができました。また、いつもより多くの参加も頂けました。

女性医師は特に、仕事、家事、育児、介護に追われ、講演会に出かけていく時間がとれません。Web講演会は自宅にしながら学べます。今回の講演会の録画画像をYouTubeで限定公開しています。当日参加できなかった方が、後日都合の良い時間に見ることができます。

とても便利ですが、このたび大変お世話になった葦沢先生には直接ご挨拶できておらず、なんだか中途半端な気持ちです。次回は直接葦沢先生にお会いしたいなあと思いました。

コロナが終息し、予防接種がすすみ、早くリアルに会うことのできる世界に戻ってほしいものです。(打ち上げ会、飲み会、食事会、同窓会、旅行したい!!ですね)