

指標

保険診療の基礎の基礎

副会長

藤原 秀俊

「今更保険診療の基礎なんて」のお叱りを受ける事を覚悟して、敢えて今回は保険診療の基礎の基礎を書くことにしました。支払基金の審査を行って、北海道医師会医療保険部長の立場で個別指導に立会して、あるいは北海道医師会副会長の立場で指導に立会して、北海道医師会の会員の皆様や会員外の方々には、あまりにも保険診療に無関心の方が多く、それ故に不幸な事態を招く事がまれならずあり、非常に心が痛みます。

今回この「保険診療の基礎の基礎」が、少しでも会員の皆様のお役に立つ事があれば幸いです。

<レセプト>

レセプトの審査は、審査委員（医師）や事務職（あるいはコンピュータ）がレセプトの内容を見てその流れが適切か、医科点数表の解釈（青本）に合致しているかを判定しているのだから、診療の実態は判らない。それ故レセプト病名なるものがあるのだが、病名は本来医師が記載するもので、その診療内容を証明する手段として大切である。

レセプト審査では、返戻・査定がなされるが、それはあくまで信頼の上に成り立っているものであって、悪意のあるものには無力となる。代わって悪意のあるものに対しては、個別指導という事になる。

<個別指導>

個別指導となる原因は、①職員や元職員による内部告発②患者さんからの申し立て③保険者からの申し立て④審査機関からの申し立てによる。

それ故、個別指導になるからには、厚生局によって相当慎重に外堀が埋められている。返戻・査定などのお金の問題ではなく、保険医としての資質が問われる事となる。その基本は「保険医療機関及び保険医療養担当規則」が遵守されているか否かと言う事になる。

個別指導になる時には、保険医としてあるいは保

険医療機関としての存続が問われている事をまず覚悟する必要がある。

<保険医とは>

我々医師は、医師国家試験に合格すると医師免許証を厚生局に申請する。その後同時に地方厚生局長に申請する事により、保険医として登録される。これで保険診療に従事する事が出来る。保険医は医師免許の付属品ではなく、「保険医療養担当規則」を守りますので、保険医をさせて戴きたいという申請をしているのである。従って、その規則を守るのが保険医としての義務（守らない場合は保険医を失う）であるのは言うまでもない。

「保険医療機関及び保険医療養担当規則」は見た事がない。これは個別指導時にかかなり多く聞く言葉であるが、青本に掲載されている。またこの言葉は保険医として恥ずべき言葉である。法律を知らずに弁護士や検事をして、あるいは道路交通法を知らずに車を運転しているようなもので、口にしてはいけない禁句である。（知らなかったは通用しない）

最悪なのは、「青本ってなんですか?」。これも個別指導時かなりの頻度で聞く言葉である。青本を知らずにレセプトを記載してはならない。

<保険医の基本>

保険医はカルテに記載する事が最も大事な事である。カルテに記載していない事は、していない事を意味する。すなわち診察をしていない事になる。診察していないものは保険請求できないのは当然の事である。（=不当請求）

また複数医師がいる医療機関は、カルテを記載した医師の署名が必要である。これも当然の事（そうしなければ、誰が記載したのか、本当に医師が記載したのか判らない）である。カルテの記載は保険医の義務であり、それが診察した証である。

最近の診療報酬は複雑になっていて、以前のように診察料に含まれる部分は少なくなり、指導料・管理料という名前で加算が付き、それによって以前の点数と同額あるいはやや点数が高くなるように設定されている。そのため、指導料・管理料を請求できなければ減点になる。当然の事であるが、指導をしたら指導内容を、管理したら管理内容を記載しなければならない。上述のように記載（=証拠）がないものは、行った事にならないからである。（=不当請求）

この基本中の基本を押さえておけば、あとは不正請求さえなければ、堂々と指導を受ける事ができる。誤った請求や解釈の違いは誰しもある事で、これは返還（請求して支払われたお金を返す）という形で来るのみで、保険医資格をはく奪される事にはならない。

<不正請求>

不正請求とは、診療報酬の請求のうち、詐欺や不法行為に当たるものであって、下記の5つに分類さ

れる。(保険医資格がはく奪される事になる)

- ① 架空請求：実際に診療を行っていない者につき診療をしたかのごとく請求する事
- ② 付増請求：診療行為の回数(日数)、数量、内容等を実際に行ったものより多く請求する事
- ③ 振替請求：実際に行った診療内容を保険点数の高い他の診療内容に振り替えて請求する事
- ④ 二重請求：自費診療を行って患者から費用を受領しているにもかかわらず、保険でも診療報酬を請求する事
- ⑤ その他の請求
 - a. 医師数、看護師数等が医療法の標準数を満たしていないにもかかわらず、入院基本料を減額せずに請求した場合
 - b. 入院患者数の平均が基準以上であるにもかかわらず、入院基本料を減額せずに請求した場合(オーバーベッド)
 - c. 施設基準の要件を満たしていないにもかかわらず、虚偽の届出を行った場合
 - d. 保険診療と認められないものを請求した場合(患者の依頼のない往診、健康診断、無診察投薬、自己診療等)等。
- * 自己診療とは医師が自身に対して診察・治療を行う事(不正請求の原因となるため、禁止されている)
- * 対して自家診療は医師が、医師の家族や従業員に対し診察、治療を行う場合を言い、医師国保では禁止されている。それ以外は認められているが、かなり審査は厳しい(必ず一部負担金を徴収

する事(=証拠がある事)、および診療内容が診療録に記載がある事)

＜保険医療機関および保険医の取消処分＞

全国の平成25年度の保険医療機関等59件が取消になった。うち指定取消20件で指定取消相当(取消になる前に閉院する事)39件である。また平成25年度の保険医等26人が取消処分となり、うち登録取消26人、取消相当0人であった。その特徴は、不正請求が殆どを占めている事である。

北海道における平成25年度の指定取消は歯科3件と歯科医3名であった。

＜おわりに＞

細かい事は色々あるが、基本はカルテの記載である。カルテに丹念に記載し、病名を付ける事が、レセプトという媒介を通して信頼関係(医療機関と審査委員あるいは保険者)を築く唯一の方法である。薬を処方した場合、病名がないのはあり得ないし、検査をしたら何の目的か誰にでも判るように病名や疑い病名を記載するのは、医師として当然の義務である。処方薬の数より病名が多い事はそれ程ない事と思われる。処方が5剤、病名10個では病名整理ができていないと指摘される。

保険診療の基礎の基礎を守って頂き、本年度も保険医や保険医療機関の取消処分が無い事を祈ります。

なお、本紙8ページに橋本常任理事が「平成27年度の指導」について解説しているので、是非、参照していただきたい。