



## 平成9年度集团的個別指導の 実施に当たって

常任理事 三宅直樹

平成6年5月に中央社会保険医療協議会に審査、指導・監査小委員会が設置された。この年はこれまでの承認事項が届出制に変わった年でもあった。委員会における支払い側と診療側とのせめぎあいがあったとの事であるが、結果として集团的個別指導の導入を診療側が認める形で結着をみ、平成7年4月小委員会報告が提出された。これを受けて40年ぶりに改正がなされ、指導・監査は「指導大綱（平成7年12月22日保発第117号）及び「監査要綱（平成7年12月22日保発第117号）により取り扱われることとなった。

指導の目的は「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」とあり、その方針は「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を主眼とし、懇切丁寧に行う」とある。北海道では威圧的指導により不測の事態が惹起された事実があるのも記憶に新しいことである。

監査においては返還金の生じた場合の措置に関する記載があるが、指導においては返還の記載はない。しかし個別指導では自主返還なる言葉で実質的に返還金が生じているのが現状である。これは診療内容または診療報酬の請求に関して適正を欠く部分を指摘され、診療機関も認めたため生ずるもので慣習となって現在も続いている。ただ、指導大綱の要監査の項に、指導を中止し、直ちに監査を行うことができるとの記載があるのでご留意いただきたい。即ち、いつでも監査に切り換えられますよという御墨付きである。指導形態は従来からの「集团指導」と「個別指導」は変わらず、新たに「集团的個別指導」が追加された。以

下「集团的個別指導」について記述する。

成立過程において、将来的には医師会が主体的に行って良いとの言質があり、具体的な方法、範囲、深さは話し合いの余地が多分にあり、それぞれの地域特性なども考慮され、各都道府県で独自の方式をとることが散見されてきている。厚生省は、「指導の目的は都道府県の中において、その医療機関がどういう位置付けであるかという事を認識して、併せて医療担当者側の自主点検を行う機会にしようという事である。なお従来の個別指導は今までどおり保険医療機関の約4%（7000件）について実施するが、これは1カ月位前に通告し直近2カ月間のレセプトをチェックしてきた。集团的個別指導を規則等を勉強する機会と

集团的個別指導(類型区分)北海道平均点数

病院(入院)	
一般病院	35,511点
老人病院	36,438点
精神病院	24,663点
臨床指定病院等	51,105点
診療所(入院外)	
内科(人工透析を除く)	1,251点
内科(人工透析を行うもの)	10,099点
精神・神経科	1,452点
小児科	899点
外科	1,425点
整形外科	1,282点
皮膚科	612点
泌尿器科	3,018点
産婦人科	1,152点
眼科	670点
耳鼻咽喉科	843点

して活用することによって自主点検を行うのに十分な時間（2年間の猶予を指す）が確保された」との見解を示した。

指導形態であるが、「一定の場所に集めて個別に簡便な面接懇談方式で行う」と記載されている。指導は「集団部分」と「個別部分」よりなる。昨年は「集団部分」は約20分間、対象者全てに講習方式で行われた。20分間では内容も充実しておらず、これだけのために診療を休み、長時間かけて集まっても実効は上らず、不満続出は当然である。しかし集団部分だけの対象者は2年間は集団的個別指導の対象除外となるので沈黙してしまうのもうべなるかなである。「個別部分」は自主返還は伴わず、カルテの持参も義務付けられてはいないが、概ね20分間（病院30分間）に亘り、従来の個別指導と変わらない方式で行われるので、かなり緊張を強いられると言える。対象者も高点数だけで選定されたものであり、高点数に関して相当の理由を有する医療機関が多かった。それ故に翌年の改善を指導されても合理性に欠けるため、翌々年に連動する従来の個別指導への実施は不当と言えよう。ただ2年後の個別指導の対象は点数という基準ではなく、指導対象となる件数を基準とする。即ち、妥当な保険診療をしているところが高点数というだけで繰り返し指導を受ける事にならないよう配慮しているとの事である。指導対象となる医療機関の選定であるが、病院は4つの区分の各々の平均点数の110%以上、診療所については11の診療区分毎の平均点数の120%以上の医療機関で、総数の上位から高点数順に概ね8%の範囲のものを集団部分の対象とし、上位4%のものを個別部分の対象としている。

厚生省は点数が高い所イコール悪い所という捉え方はしていない。選定に当たって出来るだけ恣意的要素が入らない客観的基準として診療報酬の点数基準を用いたとしている。また、選定に当たっては個人ではなく組織で対応する方針で選定委員会を設置した。委員会は行政の中の組織であるから行政だけで運用するが、医師会とは十分協議するので独断で実施することはない。しかし、公平性の観点から行政の責任において決めると言明

している。なお選定に用いたデータ（レセプト）は公表しないとのことである。選定の類型が実態と異なっているものについては見直しを行うこととしている。

以上が昨年の集団的個別指導で実施された内容の概略である。本年の実施に際しては昨年の実態をふまえて見直しが必要である。

第1の問題点として、本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る。昨年は上位8%が集団的個別指導を受けたのであるから、本年は上位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る。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部分を受けることになる。いわゆる「中抜け」現象が起こり不平が現出するのは明らかである。

第2点は選定の類型の見直しである。昨年は人工透析を行うものが内科だけで区別されていたことから、本年は①内科（主として人工透析を行うものを除き...）②内科（主として人工透析を行うもの、内科以外で主として人工透析を行うものを含む）と明確に記載した。その他の変更は③精神・神経科に心療内科が⑤外科に麻酔科が⑦整形外科にリハビリテーション科が含まれた。

第3点は医薬分業に関する不公平性である。本年は院外処方せんを発行している保険医療機関については、類形区分毎に一定の加算をすることとなった（加算点数の算出に当たっては厚生省からのデータを活用する）

最後に指導形態についてである。最大の矛盾はいわゆる「中抜け」現象の解消である。本年は集団部分の内容を充実させ、概ね1時間程度とし、対象医療機関の個別のケースに係わる特徴的な内容を例示し、要改善・要検討の指導を行うこととした。これによって個別部分は極力行わないようにし、上位4%のうちで特に個別面談が必要と思われる医療機関に限って意見交換を行う中で指導を行うこととなった。本年は道との話し合いが長引き、実施が9月にずれ込んだが各位のご協力を仰ぐ次第である。本年の実態を来年後の更なる改善の糧と考えたい。