

審査の仕事振り返って

札幌市医師会
社会保険診療報酬支払基金北海道支部

関谷 千尋

私が最初に審査委員になったのは旭川医大にいた平成5年です。当時医大病院の審査査定額は1億円にも及び、病院長であった水戸先生から「何とかして欲しい」と頼まれ、審査委員に就任しています。就任直後ですから、今ほど細かな取り決め事項は分かりませんでした。東大病院の④テキストを手に入れ、それを参考に旭川医大用の④テキストを作成したり、教授会で注意点を報告したりしながら、1年で半分に減らしたのが懐かしい最初の頃の仕事です。

その頃は保険財政も潤沢だったせいも、医療サイドには寛大でした。例えば、肝硬変の病名があれば、蛋白代謝や糖代謝などの異常が生ずるだろうからと、非代償期に行う検査も疑い病名無しで認めていました。その後、赤字危機に見舞われた保険者からの再審請求が厳しくなり、徐々に検査に見合う肝性脳症、糖代謝異常など個々の病名が必須となりました。当時を考えると、確かに無駄な検査もあったと思いますが、起こり得る合併症を気にしながら患者を診ている医師には、診療し易かったと言えます。最近では、真面目な診療でも適応病名の記載がないと査定されます。特に再審では救済不可能となります。パートの審査員を雇い入れた保険者からの再審請求はその後一層強まり、検査のみならず服薬や特殊機材などにおいても、適応病名がない、過剰だなどと執拗に攻めてきます。確かに妥当な指摘もありますが、患者の個性や多様性を無視したものも多いのです。正しい判断には医師の意見や考えが必要になります。しかし、長い慣習もあり、基金本部は事務方主導に固執し、より事態を悪化させたと感じます。その結果が、規制改革会議に押し切られ、保険診療の危機につながったと思います。

私は、長く審査委員をする中で、この問題を解決できないかと思い、学会での仕事に区切りがついた6～7年前、主催していた研究会も若手に譲るか中止して身軽にし、最後の仕事と思い基金の医療顧問、そして本部の医療顧問等運営委員になりました。その中で私は自分の意見をさまざま発信してきました。しかし、基金本部の腰は予想以上に重く、私の任期があと半年になったにも関わらず、期待に応えられる変化は得られませんでした。感じることはいろいろありますが、今後の参考になればと思います、残りのスペースを用い若干のことを述べたいと思います。

保険者からしばしば攻撃に利用された「支部間差異」なる言葉はきちんと跳ね返すことが必要です。算定ルールに反する支部間差異は急ぎ解決すべきだと思います

が、症例における個体差や多様性に伴う差異は、医療の質に関わる問題です。今保険者はこの医療の質にまで深く入り込み、医療保険加入への地ならしをする如く診療制限を強めています。医療サイドとしては医療の質低下にならぬようしっかりした反論が必要です。この攻撃を許せば、重症あるいは合併症のある患者の診療では過剰とされかねず、査定を避ける萎縮診療に繋がる危険があります。患者の病態から診療が過剰になった際は、レセプトだけでは分かりにくく査定が生まれやすくなります。簡単でもコメントを付記することが望ましいと思います。

忙し過ぎる現在の診療スタイルからくる問題もあります。現在多くの医療機関では、初診時先に検査をし、ある程度病態を把握してから診療に入ります。誤審を避けたり診療時間の短縮になります。ただ、このスクリーニング検査が過剰になると、通常の風邪や下痢なのに、さまざまな感染症や膠原病、DIC、敗血症などの10以上の疑い病名を羅列した多項目の検査となっています。この診療傾向は療養担当規則からの逸脱ですが、検査室を有する大病院(公的病院も含め)に多いのです。医療者側自らも律することが必要と思います。この検査過剰は再診でもみられます。コンピューターのDoキーにより連月・隔月は認められない検査もオーダーされるためです。これには、それを防ぐコンピューターの開発が望ましいと感じています。

「医科点数表の解釈」では、どうしても医学の進歩に遅れがちになります。それでも、我々は1～2年前Mindsの作成マニュアルに則ったガイドラインを取り込むべく展開し、今はガイドラインのAに関しては全国的にほぼ認められます。それでも、「医学的には間違いではないが、保険診療では認められない」多くの現実があり、解釈本の改定時に合わせ医師会や学会から乖離解消の努力がなされています。しかし、間に合っていないのが現実で、契約診療である以上気をつける必要があります。

我々を含め多くの医師は、医学的に正しい診療か否かを最も重要なこととして教育され、その後も研鑽してきたと思います。しかし、保険診療は、保険のルールに則って行うことに契約をした診療です。にも拘らず、この契約診療であることをきちんと教えられた先生はほとんどいないのではないのでしょうか？ 卒業後の保険診療開始時に教えるべきですが、大学や教育病院の多くは医学的な教育のみで、保険診療の概念や重要性などは教育していません。国民皆保険を守ることが重要であると、日本医師会は再三訴えています。内側から傷つかぬ努力も必要で、そのシステム作りも重要と感じます。

保険診療に関しては、複雑なだけに、今後もさまざまな矛盾を孕みながら進むでしょうが、国民の健康を守るために、我々は皆助け合い、知恵を出し合うと同時に、自らを律しながら努力していかねばならないと思います。