

総 説

保険診療の法制度  
—— 安全で良質な医療の提供を目指して ——  
Legal System of Universal Health Coverage in Japan  
—— aiming to provide safe and high-quality medical care ——

葦 沢 龍 人<sup>1)2)</sup> 相 澤 卓<sup>1)2)</sup> 那 須 友里恵<sup>1)</sup>  
斎 藤 豊<sup>1)</sup> 小 島 多香子<sup>3)</sup> 山 内 和 志<sup>4)</sup>  
Tatsuto ASHIZAWA<sup>1)2)</sup>, Taku AIZAWA<sup>1)2)</sup>, Yurie NASU<sup>1)</sup>,  
Yutaka SAITOH<sup>1)</sup>, Takako KOJIMA<sup>3)</sup>, Kazushi YAMAUCHI<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup>東京医科大学病院医療保険室

<sup>2)</sup>厚生省関東信越厚生局

<sup>3)</sup>東京医科大学国際医学情報学分野

<sup>4)</sup>東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科東京都地域医療政策学講座  
(前厚生省保険局医療課医療指導監査室)

<sup>1)</sup>Insured Medical Care Management Section, Tokyo Medical University Hospital

<sup>2)</sup>Ministry of Health, Labour and Welfare, Kanto-Shinetsu Regional Bureau

<sup>3)</sup>Department of International Medical Communications, Tokyo Medical University

<sup>4)</sup>Division of Tokyo Metropolitan health Policy Advisement, Graduate School of Medicine,  
Tokyo Medical and Dental University

はじめに

わが国で実施される医療は法の基に規定され、Universal Health Coverage (UHC) として 1961 年に国民皆保険制度 (保険診療) により達成された。現在では医療行為のほとんどが保険診療として実施され、法制度として健康保険法、療養担当規則、医科点数表等がその基本をなす。一方、保険医療機関において保険診療を実施する医師は、自らの意思により保険医として登録されるものの、全ての保険医が健康保険制度および最新の診療報酬点数表等について十分理解しているとはいえない。本稿では医療保険制度について、① 総論としての健康保険法 (政令) および療養担当規則 (省令)、② 各論としての診療

報酬点数表 (告示・通知) に定められる算定要件、③ 医療保険制度の現状、④ 厚生労働省・厚生局による保険診療上の指導・監査等の実施について概説する。

医療の法制度

わが国で実施される医療の法体系を図 1 に示す。医師法、医療法、医薬品医療機器等法 (旧薬事法) を基本とし、さらに保険診療を実施する上で様々な法あるいは告示・通知等が定められている。紙面の都合上、医師法、医療法、医薬品医療機器等法については、代表的な法令のみを紹介する。

1. 医師法 (表 1)

第 17 条は“医師による医業の独占”とも呼ばれる

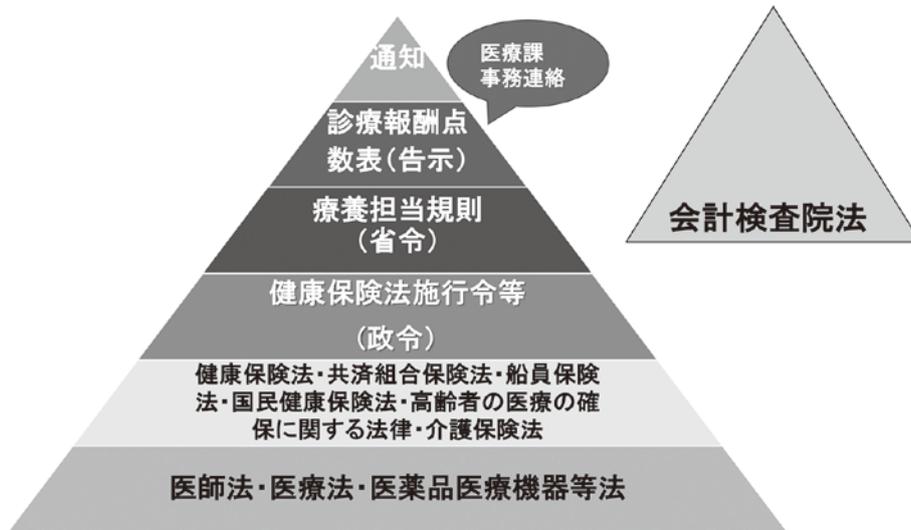


図1 医療の法体系

法であり、医師以外の医療者による医業（診断、治療等）の実施を強く制限する根拠となっている。しかし、現在では多職種連携による効能・効果は広く認められており、保険診療においてもチーム医療の提供が推奨されている<sup>1)</sup>。第20条は、現在厚労省より指摘される医師の働き方改革との整合性が問題となる。また、第24条に示される診療録の記載は、後述される保険診療の算定要件のまえに、診療行為の基本として求められている点は重要である。

2. 医療法（表2）

医療の提供体制や医療を提供する施設等について規定される法律であり、国（厚労省）および都道府県の司りとなる。特に、特定機能病院（大学病院本院）については、指導・立入検査等を厚労省が実施する。

3. 医薬品医療機器等法

医薬品は、医薬品医療機器等法に承認された用法・用量、効能・効果等を遵守することが品質、有効性・安全性の前提となり、一般に添付文書に示される。また、医薬品の品質、有効性、安全性等について医

表2 医療法（代表例）

|                    |   |
|--------------------|---|
| 医療の安全の確保           |   |
| 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       | 等 |

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）。一方、薬学的に効能があるとしても、保険診療では厚生労働大臣の定める医薬品以外を用いてはならない（療養担当規則第19条）とされている。このルールから保険診療が医師の裁量権を狭める根拠とされるが、通常適応のある代替薬が承認されており、このような例（適応に制限を設定）は極めて少数である（例：ロキソニンには頭痛・月経痛等に対する効能・効果があるものの、保険診療上の医療用医薬品としては頭痛・月経痛に対しては適応外投与となる）。

医療保険制度の仕組み

保険診療は、健康保険法等の医療保険各法に基づく公法上の契約として、医療機関側が療養を給付し、保険者は医療費を支払うという関係により成り立っている。現在、約94,000の病院・診療所が保険医療機関として指定され、それら保険医療機関では保険医として登録された医師が診療を実施する。一方、約12,700万人の国民+α（在留外国人）は、各種医

表1 医師法（代表例）

|  |
|--|
| ● 医師でないものの医業の禁止（第17条）<br>（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）                                |
| ● 診療録記載及び5年間保存義務（第24条）<br>（罰則）50万円以下の罰金          |

療保険体系（被用者保険、国民健康保険、後期高齢者医療等）に含まれる健保組合等（保険者）の被保険者となる。保険診療の具体的な運用として、患者は保険証の携帯により被保険者として認められ、いずれの保険医療機関においても診療を受けることができる（国民皆保険制度）。この運用に関しては各厚生局（地方局）が介入し、厚労省（本省）は健康保険法、療養担当規則、診療報酬点数表等による保険診療のルールを作成している。

保険診療上の療養の給付および費用の負担の流れを概略図（図2）に示す。保険医療機関は、まず実施する保険診療の申請・届出を所轄の厚生局（東京医科大学病院であれば関東信越厚生局東京事務所）に行う。その上で、患者に対する診療（療養の給付）に基づき、患者より診療報酬の一部負担金（0～3割）を受取り、残額（7～10割）を保険者に請求し支払いを受ける。診療報酬請求はいわゆる“レセプト”を作成し月毎に行われる。その請求内容については、審査支払機関の原審査を受け、その後診療報酬請求が保険者に送付される。診療報酬請求は、この原審査により4つのカテゴリー（A、B、C、D）に分類された事由（表3）から査定を受ける場合がある。

保険医療機関では、審査支払機関の査定に対してできるだけ件数を減らすことを目指して、目標値等を設定する場合がある。本学でも“0.3%未滿”を査定額の法人目標（平成30年度本院実績：0.18～0.36%）

として設定していたが、目標値は各査定事由からカテゴリー毎に設定されるものとする。つまりカテゴリーAおよびDは保険診療のルール（省令、告示・通知等）に基づく査定であり、目標値は本来“0”とすべきである。しかし、本院における2019年1～9月のA査定（501～837件）、D査定（346～601件）は目標値から程遠い。医療保険室として、各診療科の医師およびレセプトを作成する事務方に対し、保険診療のルールに対する理解および適切な診療報酬請求等について、保険対策委員会を始めとして院内に周知する機会を頻繁に設けている。一方、カテゴリーB（査定626～1,313件）およびC（査定453～770件）については、医師の裁量権を踏まえて検討されるべき査定といえる。医療保険室では、各担当医に合理的な医学的事由の添付（摘要欄記載、症状詳記等）を依頼し、査定数の減少および再審査請求の復活率向上に努めている。

表3 審査支払機関における原審査

| 原審査における査定事由（査定記号） |  |
|-------------------|--|
| A:                | 適応と認められないもの。（病名漏れ）                       |
| B:                | 過剰・重複と認められるもの。                           |
| C:                | A・B以外の医学的理由により適当と認められないもの。（適応外・禁忌等）      |
| D:                | 告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの。（保険請求不可のもの請求） |

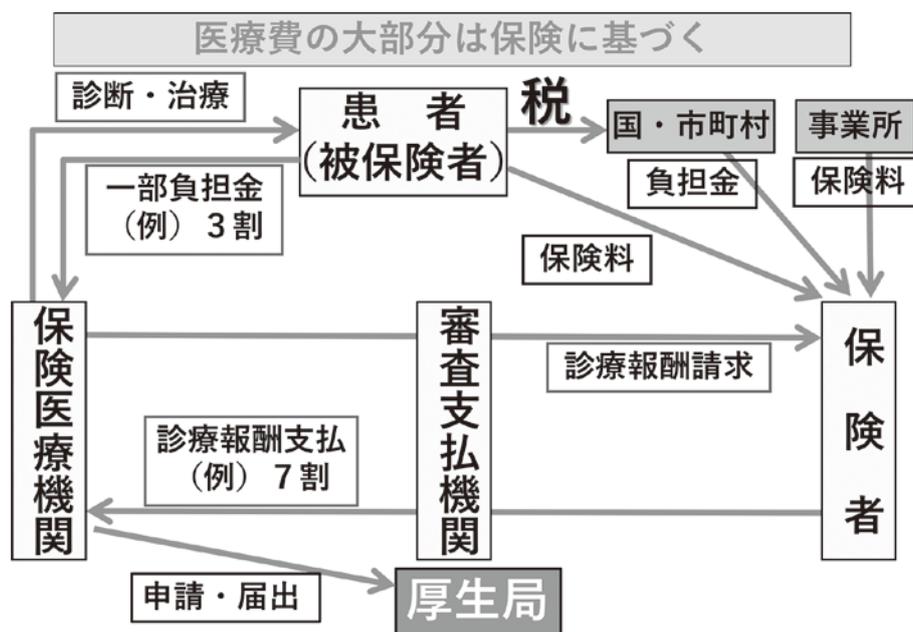


図2 療養の給付・費用の負担の流れ

## 健康保険法（政令）

古くからある社会保障法の一つで、大正11年に制定された健康保険に関する基本的法律である。その目的は（第1条）、「労働者又は被扶養者の業務災害以外の疾病、負傷等に関して保険給付を行い、国民の生活の安定と福祉の向上に寄与する（一部省略）」ことにある。基本的理念（第2条）として、「高齢化の進展、疾病構造の変化等に対応し、その在り方に関して常に検討が加えられ、医療保険の運営の効率化、給付の内容及び費用の負担の適正化並びに国民が受ける医療の質の向上を総合的に図りつつ、実施されなければならない」としている。また、保険医療機関の指定（第65条）および保険医の登録（第71条）が定められている。さらに、保険医療機関の療養の給付（第70条）および保険医の診療（第72条）が責務として定められ、その詳細は後述する療養担当規則による。

## 療養担当規則（省令）

正式には厚生省令として「保険医療機関および保険医療養担当規則」として定められ（昭和32年4月30日）、われわれが保険診療を実施する際のバイブルといえる。この中には保険診療を行う上の基本的規則と共に、療養の給付に関する費用の請求（診療報酬請求）の法的根拠が定められている。

第1章は保険医療機関の療養担当、第2章には保険医の診療方針等が定められ、以下に代表的な例を紹介する。療養給付の範囲として、一診察、二薬剤又は治療材料の支給、三処置、手術その他の治療、四居室における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、五病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護等が定められている（第1章第1条）。第2章では保険医の診療方針として、「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、適確な診断をもととし、患者の健康増進上妥当適切に行われなければならない。」とされている（第2章第12条）。また、「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易いように指導しなければならない。」とされている（第2章第13条）。その他、診療の具体的方針（第2章第20条）については、表4に抜粋を示す。

保険医療機関や保険医は、（保険）診療を行えば

表4 診療の具体的方針

- |   |   |
|---|---|
| 一 診察  | イ 特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。   |
|   | ロ 患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。   |
|   | ハ 健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。  |
| ニ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。  |   |
| ホ 各種の検査は、診療上必要があると認められる場合に行う。   |   |
| ヘ 各種の検査は、研究の目的をもって行ってはならない。ただし、治験に係る検査はこの限りでない。                           |   |
| 二 投薬  | イ 必要があると認められる場合に行う。   |
|   | ロ 治療上1剤で足りる場合には1剤を投与し、必要がある場合に2剤以上を投与する。                              |
|   | ハ 同一の投薬は、みだりに反復せず、症状の経過に応じて投薬の内容を変更する等の考慮をする。                         |
| ニ 後発医薬品の使用を考慮するとともに、患者が後発医薬品を選択しやすくするための対応に努める。                           |   |
| ホ 栄養、安静、運動、職場転換等療養上の指導により、治療効果を挙げられる場合は、みだりに投薬しない。                        |   |
| ヘ 投薬量は、予見することができる必要期間とし、1回14日、30日又は90日分を限度とする。                            |   |
| ト 注射薬は、患者に適切な注意及び指導を行い、その投与量は、症状の経過に応じたものでなければならない。1回14日、30日又は90日分を限度とする。 |   |
| 四 注射  | イ 注射は、次に掲げる場合に行う。   |
|   | ① 経口投与によって胃腸障害を起こすおそれがあるとき、経口投与ができないとき、又は経口投与によって治療の効果を期待することができないとき。 |
|   | ② 特に迅速な治療の効果を期待する必要があるとき。   |
|   | ③ その他注射によらなければ治療の効果を期待することが困難であるとき。                                   |
|   | ロ 後発医薬品の使用を考慮するよう努める。   |
| 七 入院  | イ 療養上必要があると認められる場合に行う。  |
|   | ロ 単なる疲労回復、正常分べん又は通院の不便等のための入院の指示は行わない。                                |
|   | ハ 保険医療機関の従事者以外の者による看護を受けさせてはならない。                                     |

（療養担当規則第2章第20条より改変）

自動的に報酬をもらえるわけではなく、療養担当規則に示されるルールに基づいた手続きを行い、その上で診療報酬の請求ができる。そのルールとして「保険医療機関は、その担当する療養の給付に関し、厚生労働大臣又は地方厚生局長若しくは地方厚生局長

支局長に対する申請、届出等に係る手続及び療養の給付に関する費用の請求に係る手続を適正に行わなければならない。」とされている(第1章第2条の3)。また、「保険医は、その行った診療に関する情報の提供等について、保険医療機関が行う療養の給付に関する費用の請求が適正なものとなるよう努めなければならない。」とされている(第2章第23条の2)。ここに示される、「診療に関する情報の提供」に基づいて診療報酬請求を行う場合、その適正な根拠として、たとえば診療録の記載が必要となる。仮に、診療録の記載が事実に基づいた必要事項でなければ、診療報酬の不当・不正請求の疑いを招く場合もある。「診療録の記載」については、第2章第22条および医師法第24条にルールとして示されているが、これは医師が安全で良質な医療の提供を行う上のツールといえる。つまり、診療報酬請求のための算定要件としての「診療録の記載」は二次的な要素であり、この点について医師は常に留意して頂きたい。

**診療報酬点数表 (告示・通知)**

診療報酬点数表は、保険診療を実施し診療報酬を請求する際の各論として、点数および算定要件が第1章から第3章に分類され示されている(第4章は経過措置)。さらに第1章(基本診療料A)は、第1部(初・再診料A000~003)、第2部(入院料等A100~400)に亜分類されている。第2章(特掲診療料B~N)は第1部から第13部に亜分類され(表5)、具体的な診療行為に関わる点数および算定要件が示されている。尚、第1節手術料に揚げられていない特殊な手術の手術料は、その都度当局(厚生局の意味)に内儀し、最も近似する手術として準用が通知された算定方法により算定することが定められている(第10部)。算定要件および診療報酬点数は2年毎に主な改定が行われるが、社会保障審議会医療保険部会・医療部会において策定された基本方針に沿って、中央社会保険医療協議会(中医協)にお

**表5 特掲診療料**

|               |             |
|---------------|-------------|
| 第1部 医学管理等     | 第8部 精神科専門療養 |
| 第2部 在宅医療      | 第9部 処置      |
| 第3部 検査        | 第10部 手術     |
| 第4部 画像診断      | 第11部 麻酔     |
| 第5部 投薬        | 第12部 放射線治療  |
| 第6部 注射        | 第13部 病理診断   |
| 第7部 リハビリテーション |             |

いて骨子がまとめられ答申される(前回は2018年)。

診療報酬点数表の全体は膨大な項目となるため、その詳細については医科点数表の解釈本(社会保険研究所編)<sup>2)</sup>を参照して頂き、本項では“安全で良質な医療の提供”に繋がる代表例を紹介する。

**【入院に係る5つの医療提供体制】**

保険医療機関が入院基本料(A100)を算定するためには、厚生労働大臣の定める5つの医療提供体制(①入院診療計画、②院内感染防止対策、③医療安全管理体制、④褥瘡対策、⑤栄養管理体制)(第2部入院料等通則7)を整えることが要件となる。各要件のポイントについて表6に示す。

**【良質な医療の提供に対する評価(例)】**

保険診療のルールを順守することは、安全で良質な医療の提供に繋がるが、ここではより質の高い医療を提供した場合、より高い点数が算定できる具体例を紹介する。

**表6 入院基本料の基準**

①入院診療計画

- 医師、看護師、その他必要に応じて関係職種が共同して診療計画を作成
- 病名、症状、治療計画、検査内容・日程、手術内容・日程、推定される入院期間等について、入院後7日以内に文書により説明
- 説明に用いた文書は患者・家族等に交付するとともに、その写しを診療録に貼付 等

②院内感染防止対策

- 院内感染対策委員会を月1回程度、定期的に開催
- 感染情報レポートを週1回程度作成 等

③医療安全管理体制

- 医療事故等の院内報告制度の整備
- 安全管理のための委員会を月1回程度開催
- 職員研修を年2回程度開催 等

④褥瘡対策

- 褥瘡看護に関する臨床経験を有する専任の看護職員等により構成される褥瘡対策チームの設置
- 日常生活の自立度が低い入院患者に対する評価の実施 等

⑤栄養管理体制

- 保険医療機関内に常勤の管理栄養士を1名以上配置
- 多職種が共同して栄養管理手順を作成
- 入院時に患者の栄養状態を医師、看護職員、管理栄養士が共同して確認し、特別な栄養管理の必要性の有無について記載
- 栄養管理計画に基づいた栄養管理、栄養状態の定期的な記録
- 栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて計画を見直し 等

## ① L009 麻酔管理料 (I) (250点、1050点)

## L010 麻酔管理料 (II) (150点、450点)

麻酔管理料 (I) は、麻酔科標榜医により質の高い麻酔が提供されることを評価するものである。当該点数を算定する場合は、常勤の麻酔科標榜医が麻酔前後の診察及び当該麻酔を実施し、かつその内容を診療録に記載することが要件として求められている。このような麻酔に伴う診療(良質な医療の提供)が行われれば、患者はより安心して麻酔を受けられるはずである。一方、麻酔管理料 (II) は常勤の麻酔科標榜医の指導の下に、担当医(研修医を含む)が麻酔前後の診察及び当該麻酔を一連のものとして実施し、かつその内容を診療録に記載した場合に算定できる。

## ② 画像診断管理加算(通則)

- 1: 70点
- 2: 180点
- 3: 300点

画像診断管理加算は、画像診断を専ら担当する常勤の医師が画像診断を行い、その結果を文書(レポート)により担当医に報告した場合、画像診断管理加算1として月1回に限り70点を所定点数に加算する。さらに画像診断管理加算2は、すべてのE102核医学診断及びE203コンピューター断層診断(CT・MRI)の8割以上の結果を撮影日の翌診療日までに文書により担当医に報告した場合180点を加算できる。また、画像診断管理加算3は特定機能病院を対象として、夜間・休日も含め8割以上の結果を撮影日の翌診療日までに文書により担当医に報告した場合300点を加算できる。つまり、保険診療では画像診断管理の体制整備について、その充実度により算定点数を増額している。

## ③ D239-3 神経学的検査(500点)

神経学的検査は、意識状態、言語、脳神経、運動系、感覚系、反射、協調運動、髄膜刺激症状、起立歩行等に関する総合的な検査及び診断を、神経学的検査チャート(別紙様式19等)を用いて行った場合、かつ専ら神経系疾患の診療を担当する医師が当該検査を行った上で、その結果を患者及び家族等に説明した場合に限り算定する。

いずれの項目も算定にあたり、担当する保険医(資格条件が規定されている。)は厚生局への届出が必要となる。

## 【安全な医療の実施(例)】

2017年2月1日、都内某大学病院を受診中の患者がCT検査で肺がん疑いを指摘されながら、担当医がその画像診断報告書を確認せず、当該患者が約1年間にわたり精査・治療をうけられなかったことが報道された(朝日新聞)。

保険診療では、単純撮影あるいはコンピューター断層撮影に伴い、E001写真診断(43~306点)あるいはE203コンピューター断層診断(450点)を算定する場合、その診断結果および診療内容の要点を診療録に記載することが要件として求められている。報道のケースの場合、この算定要件を満たした保険診療が実施されていれば、医療過誤は防ぎ得た可能性が高い。

また、病理診断を他の検査機関に依頼する医療機関において、報告された病理学的検査の結果に基づく病理判断の要点記載を行った場合、N007病理判断料(150点)の算定ができる。担当医による病理学的検査結果の見落としについても過去に報道されており、医師が各種判断料の算定において診療録の記載に留意することは、必ず医療安全に繋がるはずである。

## 医療保険制度の現状

1961年に国民皆保険制度として達成されたわが国のUHCは、その質・量共に年々拡大し現在に至っている。ハーバード大学公衆衛生学のライシュ教授は、日本の国民皆保険制度50年(2011年)にあたり「日本は保険給付の公平性を拡大させつつ医療費を抑制していることは驚異的である」としている<sup>3)</sup>。一方、2014年のOECD(経済協力開発機構)報告書では、日本の医療保険制度について「急速に高齢化する社会に対応するため、医療の費用効果を更に高めることが必要」と警告している<sup>4)</sup>。実際、国民医療費は年々増加し、2017年度(予算ベース)の医療費(介護を含む)はおよそ38.9兆円に達している(図3)。また、少し古いデータとなるが2009年度の年齢階級別国民医療費の割合は、65歳以上患者が55.4%、75歳以上では32.6%となっている(表8)。さらに、2011年度の年齢階級別の1人当たり医療費では、75歳以上(77.1~119.8万円)の医療費が40歳代(13.2~16.7万円)に比較し約5~9倍となっている(図4)。図2に示すように保険者の予算は、被保険者(健康保険料)、事業所および国・

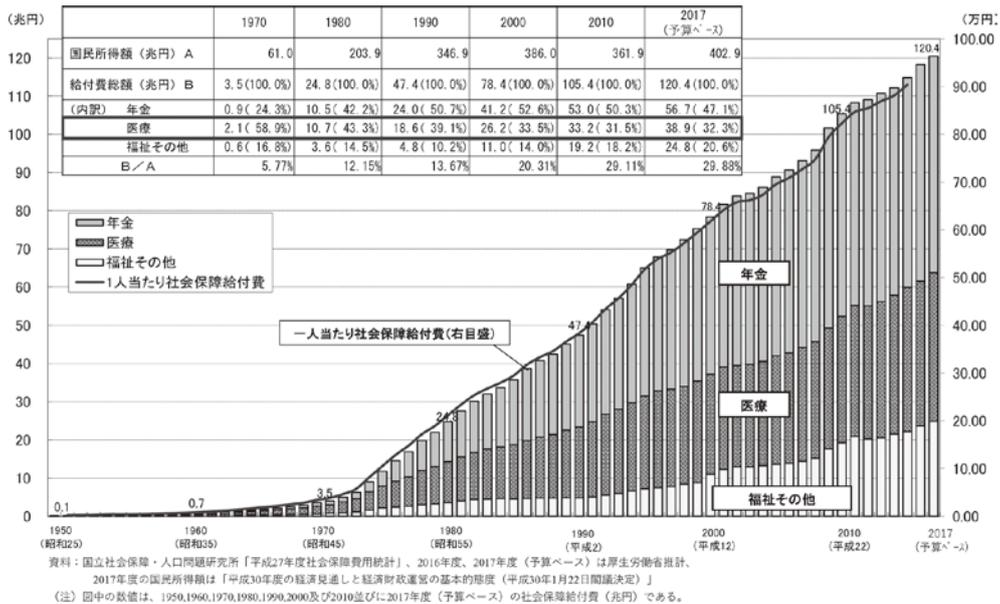


図3 社会保障給付費の推移

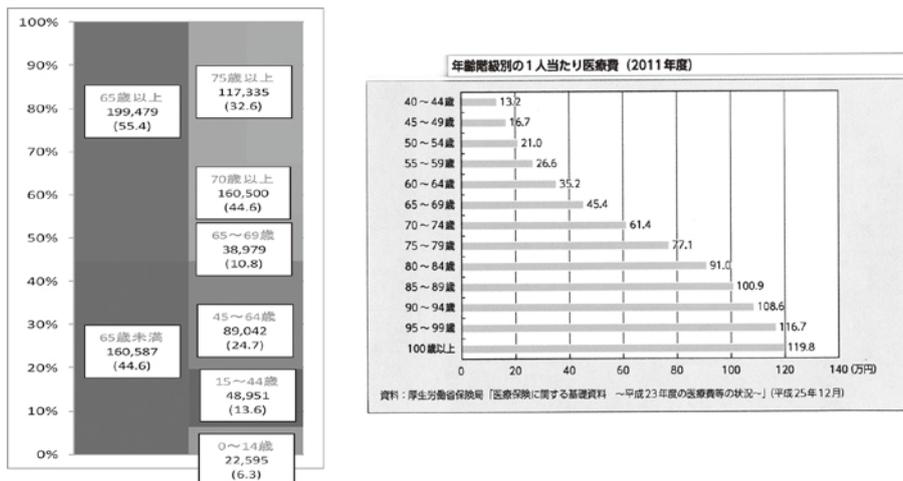


図4 年齢階級別国民医療費

市町村等からの負担が中心となるが、それらは療養費全体の60%程度の賄となり約40%の不足分には税金が投入されている。

医療者は安全で良質な医療の提供と共に、医療資源には限りがあることから、その合理的な分配について常に留意する必要がある。そのため保険診療では、必要とされる検査・投薬等については広く医師の裁量権を認める一方、医療資源の合理的な分配を目的として、法・告示等によって段階的な検査計画の実施、予防的投薬の制限等を医師に求めている。この点から保険診療では診療範囲が制限されると誤解されがちだが、実際には診療報酬の請求範囲が様々な算定要件のルールによって制限されていると

いうことである。確かに保険診療の一部には医学的に不合理な診療制限が存在する。しかし、限りある医療資源を全ての保険医がシェアし合理的に分配する観点からは、私見として医師が必要とする診療行為の90%程度が、保険診療として認められているものと考えている。

### 指導および監査

厚労省・厚生局は、図2に示す保険診療の療養の給付および費用の負担の流れ全体を把握できる立場から、保険診療のルールをよく理解してもらうための教育的機会として、保険医療機関の調査および保険医の指導（集団、個別）を実施している。一方、

監査は保険医療機関等の診療内容または診療報酬の請求等について、不正または著しい不当が疑われる場合等において、適確に事実関係を把握するために実施している。

指導とは、健康保険法第73条などにより「保険医療機関等、保険医等に対して、保険診療・保険調剤の質的向上及び適正化を図ることを目的として、療養担当規則等に定められている診療方針、診療報酬・調剤報酬の請求方法、保険医療の事務取扱等について周知徹底する」ために行う。保険医療機関を一定の場所に集めて行う「集団指導」と、個別に面接懇談方式で行う「個別指導」があり、個別指導後の措置には、概ね妥当、経過観察、再始動、要監査の4段階がある。

監査とは、健康保険法第78条などにより「保険医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求等について、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するために行う」ものである。監査終了後に必要な措置が取られるが、重い順に、取消処分、戒告、注意となる。取消処分は、故意に不正または不当な診療、診療報酬の請求を行った場合、重大な過失により不正または不当な診療、診療報酬の申請をしばしば行った場合が対象となる。不当請求とは、診療報酬の請求のうち、算定要件を満たしていないなど、その妥当性を欠くものである。一方不正請求は、診療報酬の請求のうち、詐欺や不法行為に当たるもので、架空請求、付増請求、振替請求、二重請求などがある。取消処分は公表され、原則として5年間、保険医療機関の再指定、保険医の再登録を受けることができない。

その他、施設基準を届出ている保険医療機関について、その充足状況を確認するための適時調査がある。施設基準とは、一定の人員要件や設備要件を充足している場合、届出を行うことにより通常よりも高い診療報酬の点数が算定可能となる。そのため施設基準の届出についても、その不当あるいは不正がチェックされることになる。

#### 【近年の指導・監査業務の動向】

近年は指導・監査業務を行うに当たって、以下の点を重視している。

① 業務の標準化……共通の業務マニュアルを定め、確認事項リストを整備することで、全国どこでも同じ指導・監査を受けられるようにしている。

② 業務に関する情報の公開……業務の情報を

ホームページで公開している。

③ 効率化の推進……マニュアルを整備し、それを公開して、関係団体とのコミュニケーションをとることで、指導等の円滑な実施を図っている。

具体的な指導業務として、保険医療機関が実施する療養の給付等について、① 医学的合理性、② 診療報酬請求との整合性について確認を行う。その際、指導医療官は、診療内容と診療報酬請求をレセプトだけではなく、診療録を確認しながら不当あるいは不正をチェックすることになる。

平成25～29年度における指導・監査の実施状況を見ると、個別指導と適時調査は増加傾向にある。特に平成28年度以降、適時調査は大幅に増加しているが、調査手法の標準化や効率化により増加しているものと考えられる。一方、監査については減少傾向にある。平成29年度の取消処分は、保険医療機関が28件、保険医が18人で、返還金の総額は72億円であった。指定取消の原因は、不正請求（架空請求、付増請求、振替請求、二重請求）がほとんどを占め、その端緒として、保険者や当該医療機関従事者からの通報が多数を占めていた。

近年の指導は、診療報酬のルールを周知徹底していくことを目的としており、それによって間違った請求を防ぐという、予防教育的効果を目的としている。不正に厳粛に対処することはもちろんだが、保険医療機関が診療報酬の請求について自己点検できるようにしていくことも重要である。それが将来の診療や請求の適正化に繋がるものと考えている。

#### おわりに

本稿“保険診療の法制度—安全で良質な医療の提供を目指して—”の執筆をしてみると、医学部における医師教育は保険診療のルール同様、国民の要請に基づいたものであり、大学の教職員としてそのスタートを担う責任の重大さを改めて痛感する。現在の医師教育では、医学部における6年間の卒前教育および医師国家試験合格後の2年間の臨床研修（医師法第16条の2第1項<sup>5)</sup>）の修了が必須とされる。医師は2回目の医籍登録の後、初めて単独診療が可能となるが、その後の生涯教育には法的な必修事項は規定されていない。一方、保険医療機関および保険医に対する厚生労働省・厚生局による調査・指導（集団、個別）は、卒前・卒後教育に続く生涯教育の一つとして位置付けることができる。保険診療の

ルールが国民に対して“安全で良質な医療の提供”のツールとして存在し、本稿がその理解の一助となれば幸いである。

#### 文 献

- 1) 厚生労働省：医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について。平成22年4月30日医政発0430第1号
- 2) 医科点数表の解釈平成30年4月版。社会保険研究者編
- 3) MR ライシユ：Japan：Universal Health Care at 50 Years. August 30, 2011, LANCET
- 4) OECD 報告（2014年11月）
- 5) 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修に関する省令の施行について（厚生労働省医政局長 医政発第0612004号、平成15年6月12日）