厚生局開示資料から ①

個別指導他　平成26年度実施計画

情報開示請求で入手した厚生局の指導関連資料から、平成26年度に予定されている個別指導、新規個別指導、集団的個別指導、集団指導、適時調査の月別実施計画をお知らせします（昨年度の実績、指摘事項等は次号以降に掲載します）。

1. 個別指導

		計	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医科	病院	3								2			1	
	診療所	22			1	6	4	2	4	1	2	2		
歯科		18		1	2	2	2		2	3	2	4		

※「医科」では特定共同指導（厚労省保険局が主体となる指導）が予定されている。

2. 新規個別指導

	計	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医科（診療所）	10				4	1		2	2		1		
歯科	4				2		1	1					

※平成25年4月から平成26年3月までの間に保険医療機関の指定を受けた医療機関が対象。
※「医科（病院）」では実施が計画されていない。

3. 集団的個別指導

		計	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医科	病院	6						6						
	診療所	24						24						
歯科		37						37						

4. 集団指導

			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医科	病院				実施			実施						
	診療所				実施			実施						
歯科					実施				実施					

※実施件数は不明。

5. 適時調査

	計	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医科（病院）	43		2	5	4	4	5	5	5	4	3	4	2

※「医科（診療所）」「歯科」では実施が計画されていない。

協会は四月、東海北陸厚生局富山事務所に平成二十五年度の個別指導結果と二十六年度の指導計画などの資料を開示請求しました。

【個別指導（既指定）】

既指定の個別指導は、全国的に選定理由が不開示とされていますが、今年度は月別の実施計画が新たに開示されました。医科は六月から、歯科は五月からの実施が計画されています。

【個別指導（新規）】

新規指定の個別指導は、平成二十五年度中に新規開業（継承）し、新たに保険医療機関として指定を受けた医療機関が対象となります。今年度は医科・歯科とも七月から始まる計画になっています。

【集団的個別指導】

集団的個別指導は、診療科等を基にした類型区分ごとに、一件あたりのレセプト平均点数が高い医療機関上位八％を対象として、医科・歯科とも九月に実施される予定です。現在は講習会方式の「集団部分」のみが行われています。

【集団指導】

講習会方式で行われる集団指導は、保険医療機関の指定更新時（六年ごと）と保険医の新規登録者を対象に、医科は六月と十月に実施が予定されています。

【適時調査】

届出医療の施設基準を満たしているかを確認する適時調査は、五月から順次行われる予定です。今年度は県内病院の四割にあたる四十三病院が対象となっています。

「別紙様式14」に関する会員の声（院長署名の意見欄より）

協会が四月二十五日に医科開業医会員を対象に行った院長署名「別紙様式14の撤回又は経過措置を求める緊急要請書」には一一四名の協力をいただきありがとうございました。

院長署名の「私の一言」欄で寄せられた主な意見の要旨を紹介します。

◆在宅医療の推進に逆行するものです。負担が大きすぎます。

◆実際の訪問診察にかける時間が重要なことであり、書類作成が医師の仕事ではない。訪問診察、在宅医療を後退させることになり義務化には益がない。

◆無用な時間を医療者に負担させるもので、とうてい容認できません。厚労省は在宅医療を普及させる計画をつくりながら、何故、このような逆行する規則を設けるのか理解に苦しみます。

◆国が入院期間の短縮や在宅、地域医療を進めている中、それに反するような改定に思います。在宅医療に力を注いでおられる医療機関にとって、質のよい関わり医療を継続させていくことが困難になると思います。財政のこともあるとは思いますが、もっと現場の状況を踏まえたものにしていただきたいと思います。

◆病院から在宅へと移行しようとしている中で、グループホームも在宅と考えるなら、在宅へ移行しづらいシステムであり矛盾を感じる。

◆訪問診療医が何時に誰を診療したなどという行動を逐一報告すること自体ナンセンスであり、むしろ税金から給料をもらっている役人が朝から夕方まで何時に何をしたかを毎日国民に報告すべき（これもナンセンスではあるが）と言いたい。

◆記載には大変多くの時間がかかり診療に支障を来します。要介護度の低い人でも自分では通院できない人が多くおり、その人たちの医療を受ける権利がなくなってしまう。

◆面倒なので同一建物への訪問診療は減らそうと思っています。

◆集合住宅への訪問診療は断らざるを得ないと考えている。

◆当院の医師は訪問診療への意欲を低下させており、院長として彼らの意欲回復に大変悩んでいます。

◆訪問診療への意欲を失います。「記録書」は反対です。

◆訪問診療にはかなりの体力と時間をとられており大変です。今後、減点や煩雑になることなどを鑑みると訪問診療は行わない方向で検討しています。

◆グループホーム訪問の点数が半減した上に、煩雑な手続きが増えるので訪問診療ではなく、一般外来の扱いにしたほうが楽です。グループホームも在宅から外来にして請求、ホームの職員に搬送させますか？

◆もとより訪問診療に積極的なわけではありませんが、断れないため行っている業務です。今回の措置により訪問診療の縮小を検討しています。

◆患者ごと、診療日ごとの作成は煩雑であり、また、提出側、審査側双方の作業の効率化を進める電子請求の流れに逆行するものである。同一建物への訪問診療を躊躇させることにつながる負担である。

◆分単位で診察時間を記録する精度を確保できず、かつスタッフへの労力、負担が大きい割に点数が低くなるという矛盾がある。

また、記録書の提出により、時間と人数の割合によって個別指導の対象になりやすくなることも予想されます。現在当方でも施設訪問をしていますが、中止を検討中です。見放された患者さんについては国が責任をとってください。

◆新しく訪問診療をすることが嫌になりました。

◆若い先生がしなくなると思います。

◆訪問診療ビジネスをもっとマスコミに公表しそれらに罰則を与えてほしい。

◆レセプトに日時が記載されていれば足りるので別紙様式14は不要ではないか。レセプト審査上も意味があるのか疑わしいと思われる。

◆不適切例をしっかりと見極める方策を明文化し、そちらを規制してほしい。

◆電子請求の意味がない。

◆事務労力が大きく苦慮しており、困惑も大きい。即時撤回を求めます。

◆事務処理の負担が増大し大変です。ほんの一部の不適切事例を根拠にこの措置は苛酷です。机上の理論に拠らず、実地臨床の見地から政策を決定してください。

◆私たちは誠実に一人ひとりの患者さんの在宅医療を支えるために対応しているのです。実際の現場を見に来てください。

◆「不適切事例の適正化」という目的での書類の添付は煩雑になり在宅医療を行う気持ちがなくなってしまいます。文書は廃止して、他の方法での評価を望みます。

◆現場の意見を聞き実施を考えてほしい。悪事をする人は必ずいる。他に方法はいくらでもある。

◆訪問診療にどれだけ時間がかかるかご存じでしょうか。「別紙様式14」を各人分ずつ作成することは物理的に不可能です。

◆在宅医療は現状でも記載すべき事項・書類が多いのが問題です。例えば、①在宅療養計画、②在宅酸素、中心静脈、自己導尿、インスリン自己注など在宅療養指導管理の内容、③訪問看護指示書、④訪問リハビリ指示書、⑤主治医意見書、⑥居宅療養管理指導関係、その他にも⑦患家に置いてある連携ノートの記載、⑧各種サービスを利用するための診断書等の記載などで時間がとられています。

私は同一日同一建物での訪問診療はありませんが、今回の別紙様式14には反対です。現在も訪問時の時間を記入していますが、診療時間は十分～三十分以上と状態に応じてバラバラです。診療時間と住所などの記載は必要なのですか。自己申告では信用できませんか。

◆他の患者へ複数の個人名を連記することは望ましくない。それが全く関係ない保険者に渡ることも問題が大きい。

◆在宅も介護保険も医療保険もすべてまず金ありきで制限されていると思うと残念です。利用する患者さんのことをまず考えるべきではないかと思います。いずれ私も利用する側にまわりますが、さっさとこの世を去りたいと思うこの頃です。

◆とんでもないルールだと思うが、それ以外の自宅への訪問診療でも診療開始、終了時間を記載しなければならないのはなぜか。必要性が高くないことをいちいち記載するのは情けない気分になる。また診療場所を記載する必要があるとされたが毎回自宅に決まっている。

◆ただでさえ忙しい医師を一層忙殺させる「悪法」だ。

◆認知症のためのグループホームに四人の在宅医療患者がいる。四人を診察しても普通の在宅患者の一人分にもならない。同じように診察し、患者管理しているのにどうして点数が低いのか？診療意欲が減ります。

◆悪徳業者を取り締まってください。