

健康保険法等に基づく指導・監査制度の改善に関する意見書

2014年（平成26年）8月22日

日本弁護士連合会

意見の趣旨

当連合会は、厚生労働大臣及び都道府県知事に対し、健康保険法、国民健康保険法等（以下「健康保険法等」という。）に基づいて実施する保険医療機関及び保険薬局並びに保険医（医師・歯科医師）及び保険薬剤師（以下「保険医等」という。）に対する保険診療（調剤を含む。）の指導・監査の制度に関し、指導・監査が、保険医等に対する診療報酬の返還請求や保険医指定取消処分などの不利益処分に至る契機となる性格を有していることに鑑み、その対象となる保険医等の、適正な手続的処遇を受ける権利を保障するため、以下の点について改善、配慮及び検討を求める。

1 選定理由の開示

厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事は、個別指導の対象となる保険医等を決定したときには、当該保険医等に対し、個別指導の根拠規定及び目的等と同時に、当該保険医等が指導対象として選定された理由について通知すること、あるいは、当該保険医等の求めに応じ選定された理由について開示するよう改善すべきである。

2 指導対象とする診療録の事前指定

個別指導の対象となる保険診療に係る診療録の指定は、個別指導を実施する適切な準備を行うために必要かつ相当な一定期間前までに連絡し、個別指導される保険医等が適切な準備を行う時間的余裕を与えるよう改善すべきである。

3 弁護士の指導への立会権

指導・監査の透明性の確保、保険医等の防御の機会を確保する観点から、弁護士の立会権が、保険医等の権利として認められるよう改善すべきである。

4 録音の権利性

指導・監査の実態の事後的検証を可能とすべく、指導・監査の場において、これを録音・録画することが、保険医等の権利として認められるよう改善すべきである。

5 患者調査に対する配慮

指導・監査における患者調査を行うに当たっては、保険医等への信用の毀損等を最小限とし、また、事実を適確に把握できる調査手法をとり、調査結果は

保険医等に開示するよう改善すべきである。

6 中断手続の適正な運用について

厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事は、個別指導の中断措置の採否に際しては、その必要性を真摯に検討した上で、安易に用いることのないよう、その運用に注意を払うよう配慮すべきである。また、個別指導の中断措置を講じるに際しては、これにより保険医等に対する精神的な負担等が生ずることにも配慮し、可能な限り中断期間を短期間にとどめ、いたずらに中断期間が長期化することは厳に慎むよう配慮すべきである。

さらに、厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事は、指導・監査を統括する立場として、適切な個別指導の実施を可能とするためにも、中断事案の件数及び中断期間の状況など、その運用実態について定期的に調査を行い、その実態の正確な把握に努めることを検討すべきである。

7 指導と監査の機関の分離及び苦情申立手続の確立

指導・監査における公正な判断とこれに対する信頼を確保し、かつ、指導監査を受ける保険医等の権利を保障するために、指導・監査に対する苦情申立手続を導入するとともに、例えば、指導と監査を行う機関を分離することなどを検討すべきである。

意見の理由

第1 はじめに

本意見書は、医師、歯科医師らから、健康保険法等に基づく保険診療に対する指導・監査の在り方に関して人権救済申立がなされたことを契機として調査を行った結果、現行の指導・監査の制度の在り方は、保険医らの適正な手続的処遇を受ける権利（憲法13条）を侵害する危険を含むものであり、改善すべき点があると判断したので、その結果を発表するものである。

第2 指導・監査制度の現状

1 指導・監査の意義と目的

(1) 指導

健康保険法73条1項は、「保険医療機関及び保険薬局は療養の給付に関し、保険医及び保険薬剤師は健康保険の診療又は調剤に関し、厚生労働大臣の指導を受けなければならない」として、指導の制度を定め、指導を受けることを保険医等の法的義務とする。平成7年の「保険医療機関等及び保険医等の

指導及び監査について」(平成7年12月22日保発117号)別添1「指導大綱」及び別添2「監査要綱」(以下「指導大綱」・「監査要綱」という。)は、この指導について、保険医等に対し、保険診療の取扱い、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、懇切丁寧に行うものとしている。

(2) 監査

また、同法78条1項は、「厚生労働大臣は、療養の給付に関して必要があると認めるときは、保険医療機関若しくは保険薬局若しくは保険医療機関若しくは保険薬局の開設者若しくは管理者、保険医、保険薬剤師その他の従業者であった者(以下この項において「開設者であった者等」という。)に対し報告若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、保険医療機関若しくは保険薬局の開設者若しくは管理者、保険医、保険薬剤師その他の従業者(開設者であった者等を含む。)に対し出頭を求め、又は当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは保険医療機関若しくは保険薬局について設備若しくは診療録、帳簿書類その他の物件を検査させることができる」として、監査の制度を定め、監査における虚偽報告等を保険医療機関等に対する保険医療機関指定取消事由の一つとしている(同法80条4号及び5号)。「指導大綱・監査要綱」は、この監査について、保険医等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合において、適確に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼とするとしている。

(3) 指導、監査の目的

保険診療契約は、保険医等は被保険者に療養を給付し、被保険者は保険者に保険料を支払い、保険者は保険医等に診療報酬を支払うという三面契約である。保険診療における療養の給付の範囲については、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」(昭和32年4月30日厚生省令第15号)がその大枠を定め、具体的な報酬基準は、2年ごとに改訂される診療報酬点数表(厚生労働省告示)によって細かく定められている。保険医等はそのルールに則って、保険者から診療報酬支払を委託された支払機関(国保連合会又は社会保険診療報酬支払基金)にレセプトを提出し、支払機関によるレセプト審査を経て診療報酬が支払われる。

このような制度が適正かつ円滑に運用されるためには、保険診療及び診療報酬請求のルールが周知徹底されることが必要であり、そのために指導とい

う制度の存在意義がある。また、保険診療の内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が疑われる場合に、適確に事実関係を把握し、保険医療機関指定取消等を含む公正かつ適切な措置を採るために、監査制度が設けられている。

(4) 指導と監査の関係

指導と監査はそれぞれ別個の制度であるが、指導大綱による個別指導の結果には「要監査」があり、監査要綱による監査対象選定基準には、「度重なる個別指導によっても診療内容又は診療報酬の請求に改善が見られないとき」及び「正当な理由がなく個別指導を拒否したとき」が挙げられているように、この二つは連動している。そして監査によって診療又は診療報酬の請求に不正又は不当性が見られれば、最悪の場合、保険医指定取消という行政処分につながる。

2 指導・監査制度の歴史的経過（別紙資料参照）

(1) 監査制度の導入

監査制度が初めて定められたのは、医療機関の指定制を導入した昭和17年の健康保険法改正による。昭和24年、健康保険会計は史上初の3億円の赤字となり、保険医等に対する支払遅延が発生、11月、支払遅延防止法が成立する一方、翌昭和25年1月には、初めての監査実施要領が定められた。

(2) 監査要綱の策定

昭和27年には、北海道、長崎、広島、京都等で多数の保険医等が監査対象となり、多数の処分者が出た。監査対象となった保険医の自殺もあり、国会で監査の在り方が問題となった。これを受けて厚生省は、昭和28年、監査対象選定基準を明文化する監査要綱(昭和28年6月10日保発第46号)を定めた。

(3) 指導大綱の策定

さらに、監査のみに依拠する体制の不備が指摘され、昭和29年には指導大綱(昭和29年12月28日保発第94号)が定められた。その冒頭では、監査との関係について、「不当事項が発見された場合であっても、ただちにこれを監査の対象とすることなく、さらに改善を求める等、指導の徹底を期するよう留意されたい。／指導に忠せず、また事後においても改善がなされない場合、又は不正の事実が発見された場合等は、この限りではないので、これに対しては監査を実施する等適切な措置を講ぜられたい」と述べられている。

当時の健康保険法に現行の73条に当たる43条の7，現行の80条に当たる43条の10が新設され，指導・監査の法的根拠が整ったのは，昭和32年であった。

昭和34年には，埼玉県，宮城県で監査後の自殺が相次ぎ，再び国会で監査の在り方が問題となった。これを踏まえ，厚生省は日本医師会及び日本歯科医師会との間で，「監査によって明らかになった事故を検討すると，その中には指導によって防止し得たものが多いと考えられるので次のように指導の徹底を期することとする」として，「通常は指導を行ってもなお改善されないものについて監査を行うものとする」という内容を含む申し合わせを行っている。

(4) 平成7年の指導大綱・監査要綱の策定

平成5年には，富山の開業医が個別指導を苦に自殺するという事件が起こり，監査のみならず指導の在り方も含めて国会で取り上げられることとなった。一方，平成7年には京都で，指導に当たる歯科技官の贈収賄事件が摘発された。平成7年に定められた指導大綱・監査要綱は，これらの事件を踏まえ，個別指導の前段階として集団的個別指導という形式を創設すること，指導対象の選定に当たり恣意性を排除すること等といった方向で旧指導大綱・監査要綱を改定したものとされる（新大綱等質問集）が，一方，集団的個別指導対象の選定基準として「診療報酬明細書の1件あたりの平均点数が高い保険医療機関」，個別指導対象の選定基準として「集団的個別指導を受けた保険医療機関等のうち，翌年度の実績においても，なお高点数保険医療機関等に該当するもの」といった項目を明示し，医療費抑制の意図を色濃く反映するものとなった。

実際に，平成24年度には，4,302件の個別指導，13,622件の集団的個別指導が行われ，40億5,599万円の自主返還が行われた。この自主返還とは，個別指導において診療内容又は診療報酬の請求に関し診療報酬点数表等に定めたルールに照らし不当な事項が確認されたときに，当該診療機関等に対し，原則として指導月前1年間の全例について当該指摘事項と同様の事例がないか自主点検を行い，指摘事項と同様のものについては診療報酬を保険者に返還する旨同意を求め，当該医療機関が保険者に診療報酬を自ら返還するものである（「指導大綱における保険医療機関等に関する指導の取扱いについて」（平成7年12月22日保険発第164号））。個別指導の結果，上記のような不当事項が指摘された場合，「経過観察」とされ，改善状

況の報告を求められる。その際、自主返還も同時に求められる。経過観察の結果、改善が認められた場合には、再指導は行われず、監査にも移行しないこととなるが、自主返還がなされることは改善があったとの評価につながっている。また、平成24年度の監査は、97件であり、監査による返還分は17億5,799万円である。

平成7年の指導大綱・監査要綱は、その後、老人保険法から高齢者の医療の確保に関する法律への改正や、社会保険庁の解体に伴う地方社会保険事務局から地方厚生（支）局への権限の移管等に伴う一部改正を経て現在（平成20年9月30日保発930008号）に至っている。

第3 現状における問題点

1 具体的な問題点

指導・監査制度の問題点として挙げられるのは、大きくは以下の3点である。

(1) 手続の不透明性

個別指導の選定基準は指導大綱に示されているものの、そのどれに該当して選定されたのか、個別指導対象となった保険医等には開示されない。また、個別指導対象となる診療録は、個別指導直前まで明らかにされない。これにより、保険医等は、何が理由で個別指導対象となったのか、個別指導の場であらう何を指摘されるのか、極めて不安な日々を過ごすことになる。青森地裁弘前支部平成22年9月8日判決の国賠訴訟は、選定理由の開示を求めて拒絶されたことを理由として提起されたものであった。

また、指導大綱によれば、指導の結果は、「概ね妥当」、「経過観察」、「再指導」、「要監査」であり、書面により通知されるが、予定した時間内に個別指導が終了しない場合、「中断」という扱いがある。この場合、個別指導が終了していないため個別指導結果は出ないままであり、かつ、いつ個別指導が再開されるかも分からないという不安定な立場に保険医等は置かれる。このように、いったい何を問題にされるのか、自分はこれからどう扱われるのかが分からないという不透明性は、個別指導の対象となった保険医等に大きな重圧となっているものと思われる。

指導と監査はそれぞれ別個の制度であるが、前述のとおり、指導は、監査に移行することがあることが予定され、最悪の場合、保険医指定取消という行政処分につながる。このような極めて重大な不利益処分につながるという指導、監査制度の実態からすれば、手続の出発点でもある個別指導の局面か

ら、保険医等の適正な手続的処遇を受ける権利（憲法13条）の保障が必要であるところ、現実には極めて不透明な運用となっている。

(2) 指導の密室性

平成7年の指導大綱施行時に厚生省が作成した「新大綱等質問集」では、患者のプライバシーを理由として指導の録音を拒否し、あくまでも指導であることを理由に弁護士の帯同も拒否するという方針を示していた。このため、個別指導される保険医等は、孤立無援の状況で指導の場に臨まざるを得なかった。

現在、その点の運用は改善されており、保険医等の申出によって録音及び弁護士帯同を認めている場合も多いようである。

しかし、これらは権利として認められているわけではなく、個別指導する側の裁量によっていつでも拒否できるというのが制度の建前である。また、弁護士の帯同を認めても、相談や助言を許さないために離れた位置への着席が指示される場合も多い（全国保険医団体連合会「審査・指導・監査に関するアンケート結果中間集計概要」）。

依然として残る個別指導の密室性は、個別指導を受ける保険医等にとっては大きな重圧であり、前項同様、適正な手続的処遇を受ける権利の保障の観点から問題がある。

(3) 指導と監査、行政処分の連動という運用の実態

指導と監査、行政処分の連動については、前述したような歴史的経過の中で行政当局と日本医師会及び日本歯科医師会との間の協議も踏まえて形成されてきた部分もあり、それ自体を直ちに不合理なものとはいえない。しかし、実際には、個別指導結果が監査ひいては行政処分に連動している実態がある中で、手続が不透明かつ密室で行われる個別指導が、保険医等に大きな精神的重圧を与えている点で、その運用の実態について、保険医等の適正な手続的処遇を受ける権利の保障の観点から改善すべき点がある。

2 繰り返される保険医の自殺

指導・監査制度の歴史の中では、常に保険医の自殺が問題になってきた。平成7年に指導大綱・監査要綱が策定された背景の一つに、富山県における自殺事件があったことは前述のとおりであるが、翌平成8年4月の参議院厚生委員会では、木暮山人議員の質問に対し、政府委員から「不幸な事例として把握しているのは過去5年間で4例」との答弁がなされている（参議院厚生委員会会議録）。

平成7年の指導大綱・監査要綱施行後もその状況は変わっていない。平成19年9月には東京都内の歯科医が監査を前に自殺し国会で問題になり（平成19年12月18日付小池晃参議院議員の質問主意書）、同年12月に自殺した鳥取県内の医師について、その自殺が指導・監査及びそれに引き続く保険医指定取消処分を原因とするものであるとの精神科医による意見書が本件申立ての参考資料として添付されている。

個別の事案において、指導・監査と自殺との因果関係がどこまで明らかにされたかは別として、指導・監査の影響が取り沙汰される自殺が多数存在すること自体、極めて不幸な状況といわざるを得ない。

第4 改善・配慮及び検討を求める事項

1 基本的な視点

指導大綱によれば、指導は「保険診療の取扱、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」ものであり、監査要綱によれば、監査は「不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実を把握し、公正かつ適切な措置をとることを主眼とする」ものである。

憲法25条の生存権を保障するためには、誰もが必要な医療を受けることのできる医療制度が必要であり、我が国においては、国民皆保険制度がその根幹である。保険診療制度の信頼性を確保し、かつ有限な資源を公正に活用するため、こういった指導・監査制度が必要であることは前述のとおりである。

他方、指導と監査は、制度上も運用上も連動して行われており、さらに監査に基づいて行政処分が行われるという関係にある。このように、指導・監査は、保険医等に対する診療報酬の返還や保険医指定取消処分などの重大な不利益処分につながる側面を持っている。このような側面を持つ指導・監査において、現実には、これを受ける保険医等の手続上の権利保障がなされず、その結果、保険医等が不安定な地位に置かれている状況が存在する。このような状況の下では、いつ指導や監査の対象になるか明らかでなく、一旦指導が開始されれば密室の中で一方的に手続を進められ、不利益処分を受けるおそれがあることから、保険医等が必要な検査や投薬等を自粛することとなり、結果として、国民の必要な医療を受ける権利の後退につながる可能性もある。

こういった状況を解消するためには、指導及び監査が、指導大綱及び監査要綱に定めるそれぞれの本来の目的にふさわしい制度として運用されつつ、前項で指摘した、①手続の不透明性、②指導の密室性、③指導と監査、行政指導の

連動という運用の実態などの適正な手続的処遇を受けることのできる制度的保障が必要である。

憲法31条の適正手続保障は、直接は刑事手続における保障を定めものとされており、行政処分については憲法31条が準用等されるべきとの考え方もあるが、健康保険法等の指導・監査は行政処分そのものではないため、憲法31条の趣旨が直ちに及ぶものではない。しかし、公権力が法律に基づいて一定の措置をとる場合に、その措置によって重大な損失を被る個人は、その措置がとられる過程において適正な手続的処遇を受ける権利は、憲法13条の幸福追求権の一内容として保障されると解されている。前述したような指導と監査の連動及び監査の結果としての保険医指定取消処分が保険医等の財産権や診療行為の継続に重大な影響を与えるものであるため、指導・監査を契機とした保険医の自殺例が少なからず存在している実情などから考えれば、指導・監査においても、適正な手続的処遇を受ける権利が保障されなければならない。

2 具体的な改善，配慮及び検討を求める点

(1) 個別指導選定理由の開示

厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事は、個別指導の対象となる保険医等を決定したときには、当該保険医等に対し、個別指導の根拠規定及び目的等と同時に、当該保険医等が指導対象として選定された理由について通知すること、あるいは、当該保険医等の求めに応じ選定された理由について開示することとすべきである。

以下、改善を求める理由を述べる。

① 指導大綱による個別指導対象保険医等の選定

個別指導の対象となる保険医等は、地方厚生（支）局分室等に設置される選定委員会により選定される（指導大綱第4の1）。選定基準には以下のようなものが挙げられている。

ア 支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容又は診療報酬の請求に関する情報の提供があり、個別指導が必要と認められた保険医療機関等（同第4の4(1)①及び(2)②）

イ 個別指導の結果が「再指導」又は「経過観察」であって改善がみられない保険医療機関等（同第4の4(1)②）

ウ 監査の結果、戒告又は注意を受けた保険医療機関等（同第4の4(1)③）

エ 集団的個別指導の結果、指導対象となった大部分の診療報酬明細書に

ついて、適正を欠くものが認められた保険医療機関等（同第4の4(1)④)

オ 集团的個別指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお高点数保険医療機関等に該当するもの（同第4の4(1)⑤及び(2)③)

カ 正当な理由なく集团的個別指導を拒否した保険医療機関等（同第4の4(1)⑥)

キ 過去における都道府県個別指導にもかかわらず、診療内容又は診療報酬の請求に改善が見られず、個別指導が必要と認められる保険医療機関等（同第4の4(2)①)

ク その他特に個別指導が必要と認められる保険医療機関等（同第4の4(1)⑦、(2)④)

② 厚生労働省による非開示取扱いの理由

現在、個別指導対象となった保険医等が、自らが選定された理由の開示を求めても、それに応じない取扱いとなっている。

当連合会から厚生労働省に対してその理由を照会したところ、同省の回答は以下のようなものであった。

「例えば選定理由が情報提供であった場合、保険医療機関によって情報提供者の割り出しが行われ、情報提供者がなんらかの不利益を被る可能性があり、その結果として、これまで情報提供を行っていた者が、自らに不利益が及ぶことをおそれて、今後、情報の提供を躊躇することにより、情報源が失われることが危惧されるところであり、これら情報提供が行われなくなることは、指導事務の適正な遂行に支障を及ぼすおそれがあるため」

また、同省は、選定理由の非開示については、過去の裁判例でも容認されていると述べている。当連合会が調査したところでは、青森地裁弘前支部平成22年9月8日判決（判例集未掲載）及びその控訴審である仙台高裁秋田支部平成23年6月9日判決（判例集未掲載）において、個別指導選定理由を開示しなかったことを違法として慰謝料を求める請求が棄却されている。

③ 改善を求める理由

保険診療及び診療報酬請求のルールが周知徹底されることが必要であり、そのために指導という制度の存在意義があるということは、総論で述

べたとおりであり、指導を受けることは保険医等の義務である。しかし、その一方、効果的かつ効率的な指導を行う観点から、保険医等の全てが指導の対象となるわけではなく、一定の基準により指導の対象として選定される（指導の形態に応じて、集団指導、集团的個別指導、個別指導に分かれる。）。このうち、個別指導を受けることが、不利益処分につながり、そのために一定の防御を行わなければならないことなどの負担が伴うことからすれば、個別指導対象に選定された保険医等が選定理由を知ることは、適確な防御を行うためにむしろ当然である。自分が個別指導の対象に選定されたのが恣意的な取扱いではないことを担保するためにも、選定理由は、選定通知と同時に、あるいは当該対象保険医療機関等の求めがあった場合には速やかに開示される扱いに改められるべきである。このことは、保険医等の適正な手続的処遇を受ける権利の保障の観点からも、特に非開示とする理由がない限り、開示すべきである。

なお、厚生労働省の説明による非開示取扱いの理由を、「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」上の非開示事由に照らせば、同法14条7項「国の機関、独立行政法人等、地方公共団体又は地方独立行政法人が行う事務又は事業に関する情報であつて、開示することにより、次に掲げるおそれその他当該事務又は事業の性質上、当該事務又は事業の適正な遂行に支障を及ぼすおそれがあるもの」のうち、「イ 監査、検査、取締り、試験又は租税の賦課若しくは徴収に係る事務に関し、正確な事実の把握を困難にするおそれ又は違法若しくは不当な行為を容易にし、若しくはその発見を困難にするおそれ」に近い。

しかし、選定委員会が当該保険医等を個別指導の対象とするか否かを決定するために収集した情報は、当該保険医等が個人である場合、その個人情報に該当する。したがって、当該保険医個人から、その情報の開示を求められた場合、「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」に従って開示しなければならないというのが、個人情報保護法制上の原則的な取扱いと考えられる。

また、個別指導の目的は、本来、「保険診療の取扱、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」にあり、監査、検査、取締りにはない。厚生労働省の説明は、その目的が、指導大綱が示す本来の目的から離れて、取締的な目的に傾いていることを示すものであり、制度趣旨に反するものといわざるを得ない。

仮に、選定理由を開示することにより情報提供者の利益を害するようなおそれがあるのであれば、情報提供者を特定できる情報のみを部分的に非開示にすれば足り、選定理由を全面的に非開示にする理由にはならない。

以上のとおり、選定の根拠となった情報は、個人情報保護法制上、情報主体たる保険医に開示されるべきものであり、そのことからすれば、個別指導対象選定理由を開示しないという現行の取扱いに合理的な理由はない。

なお前掲の裁判例は、現在の行政手続法、健康保険法等に選定理由の開示を直接義務付ける規定が存在しないことから、選定理由を開示しないことは国賠法上の違法にまでは該当しないというに過ぎず、選定理由を開示しないことが合理的である旨の判断を示したものではない。したがって、上記のような運用改善を行わない理由にはならない。

(2) 個別指導対象とする診療録の事前指定

個別指導の対象となる保険診療に係る診療録の指定は、個別指導を実施する適切な準備を行うために必要かつ相当な一定期間前までに連絡し、指導される保険医等が適切な準備を行う時間的余裕を与えるべきである。

以下、改善を求める理由を述べる。

① 個別指導と診療録

個別指導は、原則として指導月以前の連続した2か月のレセプトに基づき、診療録その他の関係書類を閲覧し、個別に面接懇談方式により行うこととされている（指導大綱関係実施要領第7の3(1)）。

診療録は、指導を受ける保険医等が、指導の場に持参することになるが、個別指導実施の通知時期及び診療録を持参すべき患者名の通知時期については、平成22年2月16日保発0216第1号「特定共同指導等の実施にかかる取扱いについて」において、各指導類型ごとに定められている。例えば、都道府県個別指導の場合、個別指導実施通知は指導日の3週間前であり、持参すべき診療録の患者名は、指導日の4日前に15名分が、前日にさらに15名分が通知されることになっている。

② 厚生労働省の見解

当連合会から厚生労働省に対して、診療録の事前指定の取扱いについて照会したところ、同省の回答は以下のようなものであった。

「診療録等は、患者が受診する際には直ちに用意しなければならない書類であり、通常、保険医療機関の一定の場所に整理整頓の上保管されてい

るものであることから、仮に前日の通知であっても指導の準備に支障を来すものではない」

③ 改善を求める理由

確かに、指定された診療録等を揃えるだけならば、前日の通知であっても支障はないであろう。

しかし、個別指導においては、レセプトと診療録等の記載が照合され、その診療報酬の請求が適正なものであるか否かが問われ、診療報酬の自主返還が求められる。

保険医等は日常的に多数の患者の診療に当たっており、一人ひとりの患者について、その診療経過をすぐに記憶喚起できるわけではない。個別指導の場でいきなりレセプトと診療録等の記載との矛盾や不整合の説明を求められても、その場で説明することは容易ではない。そのような状況で、診療報酬請求の不適切さを指摘され自主返還を求められた場合、自分の見解を述べる機会を与えられないまま、指導官から一方的に論難されたとの印象を抱くことはごく自然である。

個別指導の目的が、「保険診療の取扱、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」にあるのであれば、保険医にそのような診療報酬の請求を行った理由を十分に開陳する機会を与えた上、それが何らかの誤解に基づくものであればそれを指摘するというのが、懇切丁寧な指導の在り方といえる。そのためには、個別指導対象となるべき診療録等を、個別指導を実施する適切な準備を行うために必要かつ相当な一定期間前までに指定し、当該保険医等に準備・検討の機会を与えることが望ましいといえる。

なお、現在の取扱いが、診療録を事前に指定することによって、不正請求を隠蔽するための診療録改ざんをおそれてのものであるとするならば、そのような考え方は、指導大綱のうたう個別指導はあくまでも「保険診療の取扱、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」が目的であるという基本方針に反しており、診療報酬請求の不正又は著しい不当が疑われる場合に事実を把握するための監査とは異なるものとして運用されるべきである。

(3) 弁護士の指導・監査への立会権

指導・監査について手続の透明性を確保し、保険医等に防御の機会を与えることが必要であるという観点からは、保険医等が自ら選任した弁護士を立

ち合わせることが、指導・監査の対象となる保険医等の権利として認められるべきである。

以下、改善を求める理由を述べる。

① 立会に関する現状、指導・監査の密室性

健康保険法73条2項は、「厚生労働大臣は、(中略)指導をする場合において、必要があると認める場合には診療(中略)に関する学識経験者とその関係団体の指定により立ち合わせるものとする」との規定があるに過ぎず、実際の運用においては、各都道府県医師会が関係団体としてその医師会役員などを指定し、立ち合わせているが、医師会立会は、中立な立場から医学的知見を述べたり、行政の行き過ぎについては指摘するにとどまるものである。したがって、保険医等に対する指導・監査の心理的圧迫を取り除き、恣意的、威圧的指導・監査を排除するためには、別途担保が必要である。

他方、平成7年の指導大綱施行時に厚生労働省が作成した「新大綱等質問集」においては、患者のプライバシーを理由に指導の録音が拒否され、また、あくまでも指導であることを理由に、弁護士の帯同の可否について否定するという方針を示していた。そのため、個別指導される保険医等は、孤立無援で指導に臨まざるを得ず、指導の場で十分な説明を行ったり、強権的な指導に対して十分な抗議をすることも困難な状況にあった。

もっとも、現在は、この点に関する運用は改善されており、全国各地でその扱いに差はあるものの、保険医等の申し出により、弁護士を帯同することや録音も認められつつある。

しかしながら、これらは保険医等の権利としてではなく、あくまで指導・監査する側の裁量に基づき認められているに過ぎず、指導・監査する側は、いつでもこれを拒否できるのが制度の建前であることに変わりはない。さらに、帯同が認められても、当該弁護士には指導・監査の対象となる保険医等に代わって発言することが認められないのが一般的であり、弁護士による保険医等との相談や助言も許さないために、弁護士は、離れた位置への着席が指示される場合も多いようである。

このような運用の下では、指導・監査の密室性は未だ払拭されず、透明性の確保が十分ではない。また、個別指導において、保険者からの不当利得返還請求権の行使に対応する自主返還が事実上求められ、応じざるを得ないという現状に対し、保険医等は十分な防御をなし得ない。すなわち、

個別指導の対象となる保険医等の権利擁護としては不十分であるといわざるを得ない。

② 弁護士立会権の必要性

前記のとおり、一応、指導・監査の対象となる保険医等に弁護士の帯同や録音は認められつつあるが、現状では、帯同した弁護士には、発言権が認められていないことから、指導・監査対象の保険医等が弁護士と指導・監査の場で相談等を行うことが困難であり、指導・監査の場においては、対象となる保険医等の権利は著しく制限されているといわざるを得ない。

しかしながら、そもそも法律上も、また、指導大綱・監査要綱上も、指導・監査の対象となった保険医等が適正な手続的処遇を受ける権利の実現のために弁護士の立会いを求める権利を制限できる根拠はない。弁護士の職務（弁護士法3条）としても、依頼者である保険医等が個別指導によって不当利得返還請求に当たる自主返還を求められ得ること、個別指導の結果、監査を経て、行政処分に関連し得る経緯からすれば、保険医等の将来の不利益処分に備えて指導・監査の段階から関与することは、当然に職務として含まれるべきである。したがって、指導・監査について手続の透明性を確保し、保険医等に防御の機会を与えることが必要であるという観点からは、保険医等が自ら選任した弁護士を立ち合わせることが、指導・監査の対象となる保険医等の権利として認められなければならない。

また、弁護士の立会いを求める権利を実質的に保障するためには、単に弁護士を指導の場に立ち合わせるだけでなく、指導・監査の場において、保険医等が弁護士の法的援助を受け、更に弁護士に代理権を付与する必要がある。

前記のとおり、現在、弁護士の帯同に関する取扱いには、地方により差があるため、弁護士の立会いが、制度として一般化されるよう、法的に明確に規定するよう改善すべきである。

(4) 指導・監査の場における録音・録画を認めるべきこと

指導・監査について、保険医等がこれを録音・録画することも、指導・監査対象の保険医等の権利として認められるよう、現在の運用を改善すべきである。

確かに、現在は、前記の弁護士の帯同と同様、録音・録画に関する運用は改善されており、全国各地でその扱いに差はあるものの、保険医等の申し出により、指導・監査の状況を録音することも認められつつある。しかし、こ

れを認めるか否かは、現状では指導・監査の担当官の判断に委ねられており、法的な権利として明確に規定するべきである。

(5) 指導・監査における患者調査に対する配慮

患者調査を行うに当たっては、保険医等への信用毀損等の弊害を最小限にとどめるよう配慮し、事実を適確に把握できる調査手法をとり、調査結果は保険医等に開示するよう改善すべきである。

以下、改善を求める理由を述べる。

① 患者調査とは

患者調査とは、指導大綱第7の1(2)③及び監査要綱第5の1に規定されているとおり、保険医等の保険診療について不正又は不当が疑われる場合に、保険診療の対象となった患者から診療状況等の聴取を行うことである。

② 患者調査による信用毀損等の弊害の発生

当連合会への人権救済申立に当たって提出された資料によると、患者調査を受けた患者らの陳述として、予告なしに自宅訪問を受けた、調査目的の説明がなかったり、「保険に関する調査」・「医療費に関するアンケート」とのあいまいな説明がなされた、質問が細かく尋問調であった、「(不正を)医者が認めている」と述べて患者に予断を与えられた、対象医療機関の治療内容を批判して患者に不信感を与えた、という事実が指摘されている。

これらの指摘事実を前提にすれば、患者調査を通じ、保険医等が不正を認めているとか不適切な治療であったとの情報を与えられることにより、患者が保険医等への信頼感を失ったり、患者調査により感じる負担感や調査担当者から受けた悪印象が、保険医等に対する悪感情に転化しかねない。このような患者調査が行われるとすれば、保険医等の信用を毀損し、患者と保険医等との信頼関係を損ねる可能性がある。

また、患者の陳述によれば、患者本人ではなく家族への調査で代替されたという事実も指摘されている。

このように、患者調査に際して患者に調査目的を告げなかったり、患者本人以外の者を対象とするのでは、正確な調査結果を得られるとは限らない。さらには、調査担当者が予断を与えることで誘導された調査結果となるおそれがある。

③ 患者調査の調査手法の問題

その上、患者調査は、医学知識のない患者に対し、医療行為という専門的内容を問うものであるため、質問項目の設定によっては、回答内容が不

正確なものとなるおそれがある。

現に、患者調査における質問内容が不適切であったと指摘され、社会保険事務局長による事実認定が否定され、歯科医保険医療機関指定取消処分に対する取消請求が認容された裁判例がある（福島地裁平成21年3月24日判決，LEX/DB収録判例）。

同訴訟では、保険医が、顎関節症の症状がない患者に対し、実際に行っていない診療を行ったごとく診療報酬を不正請求したかが争点の1つであったところ、社会保険事務局長は、患者調査における「あごに痛み（開きにくい）がありましたか」という1項目のみの質問の回答内容をもって、患者に顎関節症の症状がなかったと判断した。これに対し、裁判所は、顎関節症の診断方法としては主訴の聴取、触診等の医療面接のほか、下顎運動の検査、咬合検査、画像検査があることを踏まえ、上記の質問項目と回答のみで症状の有無を判断するのは相当でないと指摘し、保険医の行った咬合検査の記録等によって、患者に顎関節症の症状があったと認めた。

また、歯周ポケット搔爬術を行っていないのに診療報酬を不正請求したかという争点に関しては、患者調査における「歯ぐきの手術をしましたか」という質問項目につき、保険医は患者への配慮により歯周ポケット搔爬術を手術とは説明していなかったこと、「歯ぐきの手術」が歯周ポケット搔爬術を指すと患者が認識していなかった可能性があることから、同質問項目によって歯周ポケット搔爬術の実施回数を認定することはできないと指摘した。

④ 患者調査に当たって信用毀損等を防ぐべきこと

このように、患者調査を行うに当たっては、保険医等への信用毀損等の弊害が生じかねないことから、信用毀損等を生じさせないように注意を払うことが求められる。

⑤ 患者調査に当たって事実を適確に把握できる手法をとるべきこと

また、患者調査の結果は、保険医等への処分の基礎となる重要な資料であるのに、質問項目の設定等によっては、回答内容が不正確となるばかりか、調査担当者の予断に影響され歪められるおそれがある。したがって、こうした事態を生じさせないように、事実を適確に把握できる調査手法とすることが求められる。

⑥ 患者調査結果の開示の現状

患者調査結果は保険医等に対する処分の基礎とされる重要な資料であ

るところ、保険医等がその内容を知るには、行政手続法18条の開示手続によることとされている。

そして、開示の運用としては、患者氏名などを抹消の上で謄写を受ける例もあるが、謄写が許されず閲覧のみの例もある（上記裁判例の事実摘示）。

⑦ 患者調査結果を開示すべきこと

このように、謄写が許されなかつたり、謄写が許されても患者氏名などが抹消された患者調査結果しか得られないのであれば、保険医療機関等にとっては、どの患者についての診療が問題とされているかの特定が困難である。

このように、保険医療機関が指導及び監査を受ける根拠となる患者調査の結果が十分に開示されないという状況は、指導及び監査の手続の不透明性に他ならない。保険医等は行政機関による患者調査の適正性を検証し、恣意的な指導・監査を排除する機会を奪われている。

指導大綱によれば、指導は「保険診療の取扱、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」ものであり、監査要綱によれば、監査は「不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実を把握し、公正かつ適切な措置を採ることを主眼とする」ものであるところ、このような目的に照らせば、患者調査が行われた場合は、その結果の全てを保険医療機関等を開示すべきである。

(6) 中断手続の適正な運用について

厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事は、個別指導の中断措置の採否に際してはその必要性を真摯に検討した上で、安易に用いることのないようその運用に注意を払うよう配慮すべきである。

また個別指導において中断措置を用いるに際しては、これにより個別指導を受けている医師が不安定な立場に置かれ、その精神的な負担等も生じることにも配慮し、可能な限り中断期間を短期間にとどめ、いたずらに中断期間が長期化することは厳に慎むよう配慮すべきである。

さらに、厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事は、指導監査を統括する立場として、適切な個別指導の実施を可能とするためにも、中断事案の件数、中断期間の状況など、その運用実態について定期的に調査を行い、その実態の正確な把握に努めることを検討すべきである。

以下、理由について述べる。

① 個別指導における中断措置の実際

ア 個別指導の手続

実際に行われている個別指導の手続においては、個別指導が中断とされる事例、当該中断後に再び個別指導が「再開」される事例が複数存在する。

当該事実は、参議院議員小池晃氏からの平成19年12月18日付け質問に対する町村信孝内閣総理大臣臨時代理国務大臣の同年同月28日付け答弁書や、複数の新聞報道等においても明らかである（全国保険医新聞第2391号6頁、とやま保険医新聞第301号5頁等）。

イ 中断手続の指導大綱中の根拠規定及び具体例

中断手続の指導大綱中の根拠規定について、当連合会から厚生労働省に照会したところ、同省保険局医療課医療指導監査室長から、次のとおり回答があった（以下「医療指導監査室長回答」という。）。

『中断』とは、指導大綱に定める個別指導の具体的な実施手順の一部であり、予定していた指導時間内に指導が完了しなかった場合に、後日、改めて指導を行うことを前提として、当日の指導を一旦取り止めること』をいい、『再開』とは、前回の指導期日において完了しなかった指導を文字どおり再開するものである。指導大綱に定める個別指導の実施に該当する。」「中断後に当該保険医療機関が廃止された等の特段の事情がない限り、原則として『中断』した個別指導は『再開』することとされている。」

また、併せて、個別指導が中断される場合の具体例として、以下の例示を受けた。

【例示①】

個別指導時に持参するよう、あらかじめ通知した診療録その他の関係書類等の全部又は一部の持参がなく、予定の時間内に指導を完了できないと判断したとき。

【例示②】

指導対象とした個別の患者に対する保険診療や保険請求について十分な回答がなされず、予定時間内に指導が完了できないと判断したとき。

【例示③】

予定時間内に、予定していた指導対象（地方厚生(支)局と都道府県が共同で実施する「都道府県個別指導」であれば、30件の診療報酬

明細書について指導を実施する。)の全てを完了できないと判断したとき。

ウ 長期間の中断

他方、新聞報道によれば、個別指導の現場における中断事例中には、中断から再開までの期間（以下「中断期間」という。）が335日に及ぶ事例もあることが報告されている（とやま保険医新聞第301号5頁）。

少なくとも、2010年に全国保険医団体連合会が実施した「審査、指導、監査に関するアンケート集約表」によれば、中断期間が3か月ないし6か月程度に及ぶ事例が存在することが複数の地域において報告されており、3か月から6か月という中断期間は、決して特異な取扱いではないことが伺われる。

このような、長期間にわたる個別指導の中断措置がなされたことにより、個別指導を受けていた保険医が精神的に不安定な状況に継続して置かれることとなり、最終的に自殺にまで至った事案も存在することが報道されているところである。

なお、個別指導における「中断」「再開」事例に関し、その各件数及び中断から再開までの期間について尋ねた当連合会からの照会に対し、前述の医療指導監査室長回答には、「当省においては把握していない。」とあった。

② 個別指導の位置付けと原則的な在り方

医療指導監査室長回答に示された例示3例の場合のように、時間的制約等から中断措置とすることが必要な場合が存することを一般論として否定するものではない。しかしながら、その運用に際しては、可能な限り保険医等の負担を軽減するよう配慮がなされるべきである。

医療指導監査室長回答にもあるように、原則として中断措置が後の再開を前提とする以上、当該措置が採られることは、保険医等の負担を増すことを意味することについて十分な配慮がなされるべきである。

したがって、中断措置の採否判断に際しては、その必要性を十分に考慮の上、その選択を必要最小限にとどめるよう努めるべきである。

③ 中断措置における中断期間について

医療指導監査室長回答にあるとおり、中断は「個別指導の具体的な実施手順の一部」であり、個別指導の終了を意味しない。したがって、中断措置が採られる場合に、保険医等に対しては、指導大綱第7・2(2)に定めら

れる個別指導の結果は何ら通知されないこととなる。

したがって、中断措置とされ、更に中断期間が長期に及ぶような場合、個別指導を受けている保険医等は、指導後の結論等は何ら示されないことから、従前の自己の診療内容及び診療報酬請求につき個別指導の対象として選定を受けた事実を抱えながら、手続結果が示されるのをひたすら待つという、極めて不安定かつ精神的負担の大きい状態に継続的に置かれることとなる。

かかる状態が長期間継続することは、保険医等に対し不相当な負担を強いるものであり、不適切というべきである。

そもそも、医療指導監査室長回答に示された例示3例は、資料の不足あるいは検討時間の不足を理由としており、いずれも数か月もの長期間の中断を必要としないばかりか、むしろ近日中の指導再開を予定する場合と推察される。

しかるに、個別指導の現場においては、中断期間が335日にも及ぶ事例が報告されており、少なくとも、3か月ないし6か月程度に及ぶ事例が決して珍しくない状態であることは、医療指導監査室長回答と実態との間に一部かい離を生じているといえる。

以上から、厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事は、中断手続の運用に際しては、具体例として前述の例示3例を示した医療指導監査室長回答の内容を十分に付渡し、保険医等の負担を考慮して、いたずらに中断期間が長期化することがないように注意すべきである。

④ 中断手続の運用実態について

中断手続の運用実態は、診療報酬の請求に関する指導等について基本的事項を定めることにより、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的に定められた指導大綱にも反するおそれがある（指導大綱第1）。

すなわち、指導大綱は、当該保険医等に対し、指導担当者は個別指導の終了時に口頭で指導の結果を説明すること、地方厚生（支）局長は、指導の結果及び指導後の措置について文書により通知することを定める（第7の2(2)）。しかし、中断期間を長期とすることが可能であるとの現状は、これにより個別指導後の保険医等に対する指導結論等の通知を実質的に実施しないことを運用上可能とする余地を生じさせているといえる。

個別指導の措置は、当該保険医療機関等の診療内容及び診療報酬の請求の妥当性等に関して示される地方厚生（支）局の判断という公的判断であ

り、その判断手続は、明確に規定され運用されなければならない。

しかしながら、現状においては、当該規定を逸脱する運用を可能とする余地が生じているものであり、制度に対する社会的信頼の保持という観点からも望ましくない状態と考える。

したがって、厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事は、指導監査を統括する立場として、まずは中断事案の件数、中断期間の状況など、その運用実態について定期的に調査し、実態の把握に努めるべきである。

これらの把握・調査を行うことにより、把握した運用実態を前提とする監督官庁による適切かつ有効な個別指導の実施が可能となり、より手続の適正化が図られ、制度としての信頼性を高める結果となると考える。

(7) 指導と監査の機関の分離及び苦情申立手続の確立

健康保険法等によれば、厚生労働大臣若しくは地方厚生（支）局長又は都道府県知事が指導及び監査を行うことになっている。そして、指導大綱及び監査要綱においては、例えば、地方厚生（支）局が指導・監査を担当し、同局長が指名する者が指導・監査の担当者となっている。しかしながら、指導・監査の担当機関を必ずしも同一にする必要はない。両機関を別個にして、指導を行った機関の担当者において監査要件に合致する案件があった場合には、監査相当との意見を監査担当機関に提出し、監査担当機関はその意見に基づき、監査相当であるかの判断を再度行い、不相当な事案の場合は、監査を行わず、再指導を行うなどの措置を採り、監査相当な案件については実際に監査を行うという手続にするべきである。提案として、例えば、指導については都道府県が担当し、監査については地方厚生（支）局が担当するということである（この場合は、健康保険法等の改正も必要となりうる。）。

また、指導・監査については、弁護士帯同、録音などで、手続の公正さを担保するとの改善策が検討されるが、全ての指導・監査に弁護士帯同があるとは限らず、実際の指導・監査の場での苦情や問題点の指摘を行える手続として、指導・監査に対する苦情申立手続を創設すべきである。

以下、理由について述べる。

① 指導・監査の制度の実態

第2「指導・監査制度の現状」の1「指導・監査の法的位置付け」で述べたとおり、現在の指導・監査制度は、平成7年に新指導大綱・監査要綱に基づき確立された。現在の制度に至る経緯からすれば、監査制度の行き

過ぎの反省から、監査の前段階として指導制度を設け、指導によって問題ある保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する問題点を防止し、指導によってもなお改善されないものについて監査を行うという制度設計になっている。

平成20年9月に社会保険庁の解体に伴う地方社会保険事務局から地方厚生（支）局への権限の移管に伴う一部改正を経て、同年10月1日からは、地方厚生（支）局が指導監査を担当している。

具体的には、指導担当者は、地方厚生（支）局長が指名する技官及び事務官並びに非常勤の医師、歯科医師、薬剤師及び看護師、都道府県においては適当と認める者とされ、地方厚生（支）局と都道府県が共同で行う指導については、これに厚生労働省保険局医療課の医療指導監査担当官が担当する（指導大綱第5）。他方、監査担当者も、原則として指導担当者と同じであり、必要と認められる場合に厚生労働省保険局医療課の医療指導監査担当官も共同で担当するとされる（監査要綱第4）。

このように指導担当者と監査担当者が同一機関の長により指名され、同一の機関に所属する担当者であるのは、指導監査についての制度設計上当然のこととされ、『指導の結果、「監査要綱」に定める監査要件に該当すると判断した場合には、後日速やかに監査を行う』（指導大綱第7の1(2)④）とあるとおり、指導と監査が手続上も連続し、一体のものとされている。

② 問題点

「正当な理由がなく個別指導を拒否した場合は、監査を行う。」（指導大綱第8の2）、「指導中に診療内容又は診療報酬の請求について、明らかに不正又は著しい不当が疑われる場合にあっては、指導を中止し、直ちに監査を行うことができる。」（同第7の1(2)④なお書き）とあるとおり、指導大綱には監査への移行要件が定められている。

したがって、個別指導担当者は、個別指導において、個別指導対象の保険医等の診療内容又は診療報酬の請求について、不正又は著しい不当が存在しないかをどうかを判断する権限も有することになる。

このため、個別指導を受ける保険医等は、個別指導において、個別指導担当者から監査を示唆される、あるいは、極端な場合、監査に移行するなど「恫喝」されると感じるなど、個別指導において心理的ないし精神的圧力を感じることがあるとの実態が指摘されている（当連合会への人権救済申立事件における申立人の供述や提出資料等）。

この点、個別指導担当者と監査担当者は同一の機関（指導大綱、監査要綱では、地方厚生（支）局）の長から指名された、同一機関に所属する職員であることから、個別指導を受ける保険医等の受ける心理的ないし精神的圧力は看過することのできないものである。

また、指導において、しばしば行われる自主返還は、「自主」返還である以上、保険医等がこれを不当な判断として返還しないことも可能であるが、返還する理由がないにもかかわらず、上記の監査への移行による手続的な負担等をおそれ、自主返還に応じる保険医等が生じるおそれも否定できない。

③ 機関の分離により期待される効果

指導と監査の担当機関を別個にすること（提案として指導を都道府県が、監査を地方厚生（支）局がそれぞれ担当する。）で、個別指導を受ける側には、監査移行への心理的ないし精神的圧迫は軽減されるのでないかと考えられる。もちろん、個別指導担当者において「監査相当の意見」を示唆するなどのことは、上記改善によってもなお予想される場所であるが、次の苦情申立の制度を作ることでさらに改善可能と判断する。

また、機関を分離することで、二重のチェックが働き、公正な判断がなされるのではないかと考えられる。

④ 苦情申立手続の検討及び必要性

総務省に設置された行政救済制度検討チームの取りまとめ（平成23年12月）では、「不服・苦情を広く受け付ける国・地方を通じた新たな仕組み」の提言がある。これは、不服・苦情を広く受け付け、適切に処理する中で、事案に応じて権利利益の救済又は行政の運営・制度の改善につなげるためとされる。

実際に、個別指導担当者の判断に誤りがあった場合には、保険医協会が地方厚生局への懇談で自主返還を撤回させた事例などが報告されている（2010年全国保険医団体連合会による「審査、指導、監査に関するアンケート結果」）。そこで、苦情申立手続があれば、このような誤った指導の撤回にも役立つものと考えられる。

また、苦情申立手続の創設は、個別指導及び監査をする側にも緊張感をもたらし、特に個別指導においては、「保険診療の取扱い、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させ」、「懇切丁寧に行う」ことに資するものである。

第5 おわりに～国民の適切な医療を受ける権利との関係

本意見書は、指導・監査の対象となる保険医等の適正な手続的処遇を受ける権利（憲法13条）を保障し、その人格の尊厳等を守る観点から、現行の指導・監査について改善、配慮及び検討を求めるものである。

しかし、ここに指摘した指導・監査の問題点は、保険医等の権利を脅かすことを通じて、国民の医療を受ける権利に危険を及ぼす可能性があることも忘れてはならないので、最後に述べる。

前述のとおり、平成7年に改定された指導大綱は、個別指導の前段階として集団的個別指導という形式を創設し、その集団的個別指導対象を「保険医療機関等の機能、診療科等を考慮した上で診療報酬明細書（調剤報酬明細書を含む。以下同じ。）の一件当たりの平均点数が高い保険医療機関等（ただし、取扱い件数の少ない保険医療機関等は除く。以下「高点数保険医療機関等」という。）について一件当たりの平均点数が高い順に選定する」とするとともに、個別指導対象の選定基準として、「集団的個別指導を受けた保険医療機関等のうち、翌年度の実績においても、なお高点数保険医療機関等に該当するもの」を挙げている。

すなわち、診療報酬明細の一件当たりの平均点数の高い医療機関等は、原則として集団的個別指導の対象となり、その後、平均点数を下げない限り、個別指導対象に選定される仕組みになっている。

もともと、レセプトの平均点数を基準として集団的個別指導及び個別指導の対象を選定することが合理的なのかどうかという疑問もあるが、「保険診療の取扱い、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て、懇切丁寧に行う」という指導本来の在り方に従って実施される限りにおいては、どのような基準によって指導対象が選定されたとしても、保険医等の人格の尊厳が脅かされることはないし、国民の医療を受ける権利にも何の影響もない。

しかし、個別指導の運用が、保険医等に対する診療報酬の自主返還や、監査による保険医資格の取消等の不利益処分結びつくものであり、手続の不透明性や密室性もあいまって、保険医等が、理由の如何を問わず指導対象に選定されることを避けたいという心理に陥ることは自然である。その場合、集団的個別指導を受けた保険医等であれば、何とかレセプトの平均点数を下げた個別指導対象に選定されることを避けたいと考えるし、それ以前に、集団的個別指導対象に選定されないようレセプトの平均点数を抑えることに腐心するということにもなる。

保険医等が、患者のために何が必要かという観点ではなく、指導対象に選ばれ

ないためにどうすべきかという観点から診療方針を決定するようであれば、患者が本当に必要な医療が受けられなくなってしまう可能性がある。

経済的負担能力による差別なしに適切な医療を受ける権利のためには、国民皆保険制度の維持・拡充が必要であり、そのために指導・監査制度の存在意義がある。一方で、行き過ぎた指導・監査は、保険診療を担う保険医等の人格の尊厳を脅かし、国民の適切な医療を受ける権利を空洞化させる危険を含んでいる。

したがって、国民の適切な医療を受ける権利の保障という観点からも、現行の指導・監査について、本意見書の指摘にかかる改善、配慮及び検討を行うことが重要であると考えます。

以上

【参考資料】

- ・問題として指摘すべき事実一覧
- ・年表：監査・指導をめぐる歴史的できごとと関連通知の変更（富山県保険医協会）

番号	本件において問題として指摘すべき事実	関係資料	問題となる人権の内容
1	平成3年から平成8年にかけて、保険医が指導監査との関係において自殺した事例は4件存在すること。	平成8年4月の参議院厚生委員会議事録における木暮山人議員の質問に対する回答	指導監査の指摘事項について保険医に不正ないし不当な点があったかどうか判然としないが、保険医の自殺がその過程で発生する指導監査制度には、保険医の人格の尊厳の侵害の危険性が存在する。
2	平成19年9月の東京都内の歯科医は、8か月にわたる個別指導の中断が2回繰り返された後に、監査通知を受けた2週間後に自殺したこと。	平成20年3月11日付け東京新聞記事	同上
3	横浜市内の保険医が、個別指導に選ばれた理由の開示を求めたところ拒絶されたこと。	青森地裁弘前支部平成22年9月8日判決	指導監査の結果行政処分を受け保険医の資格停止に繋がりうる手続である以上、その対象となった理由を明らかにするよう求める権利は存在する。
4	保険医等の申し出により録音、弁護士の手続きは事実上認められているが、個別指導側の裁量によって拒否できるものとなっている。弁護士の帯同が認められなくても指導中に相談や助言を許さないために離れた位置への着席が指示される場合も多い。	全国保団連2010年「審査・指導・監査に関するアンケート結果中間集計概要」	指導監査において保険医が自らの診療について説明し、理解を求めめる過程において、弁護士の指導を受けることは認められるべきである。
5	患者調査において、予告なしに自宅訪問を受けた、調査目的の説明がない、あっても「保険に関する調査」、「医療費に関するアンケート」という曖昧な説明であった、質問が細かく尋問調である、「(不正)を医者が認めている」と述べられ予断を与えられた、対象医療機関の治療内容の批判が述べられ不信感をもったなどの実態。	申立人ら提出の患者の陳述書	患者調査は指導監査の資料収集において重要な手続となっているので、その収集方法は適正なものでなければならず、それを求める権利は保険医にある。
6	患者調査の対象が患者自身ではなく、その家族への調査で代替されたこと。	同上	同上
7	質問内容と回答では実際の症状の有無が判断できないような患者調査がなされていること。	福島地裁平成21年3月24日判決	同上
8	患者調査結果を保険医が知るには行政手続法18条により保険医資格停止などの不利益処分を受けたときに開示されることになるが、開示の運用は患者氏名を未梢され、謄写が許されず、閲覧のみ許される場合もある。	同上	同上
9	個別指導が中断されたり、中止され、その後再び再開される例があること。また、中断から再開まで335日に及ぶ事例も存在する。	平成19年12月18日付小池晃参議院議員の質問に対する町村信孝大臣の同月28日付答弁書、全国保険医新聞2391号6頁、とやま保険医新聞301号5頁)	個別指導の結果、治療や診療報酬の請求について問題点があれば、速やかに改善することを保険医に求めるのが指導の目的であって、その目的に沿った適正な手続を求める権利は保険医にはある。
10	中断期間が3か月ないし6か月に及ぶ事例が複数の地域において存在すること。	全国保団連2010年「審査・指導・監査に関するアンケート結果中間集計概要」	同上

番号	本件において問題として指摘すべき事実	関係資料	問題となる人権の内容
11	平成19年9月の東京都内の歯科医は、監査通知を受けた2週間後に自殺したが、監査通知前に8か月にわたる個別指導の中断が2回繰り返されたこと。	平成20年3月11日付け 東京新聞記事	個別指導の結果、治療や診療報酬の請求について問題点があれば、速やかに改善することを保険医に求めるのが指導の目的であって、その目的に沿った適正な手続を求める権利が保険医にはある。
12	指導担当者と監査担当者が同じ者であること。	申立人追加提出の鳥取 県医師の保険医資格停止 処分後の自殺事例	指導は保険診療の適正な運用を保険医に行わせるものであり、監査は不当不正な診療ないし請求の有無をチェックするものである。したがって、おのずと目的を異にする手続が適正になされることを求める権利が保険医にはある。
13	指導における保険医の自主返還額は平成24年度において40億円を超える。自主返還後には概ね妥当という指導結果となり、再指導や監査への移行は回避されている。	厚労省ホームページ	保険医が再指導、監査を避けるために自主返還に依っており、本来必要な保険診療まで行わないなど萎縮医療への危惧が生じ、国民の適切な医療を受ける権利が侵害されるおそれを否定できない。

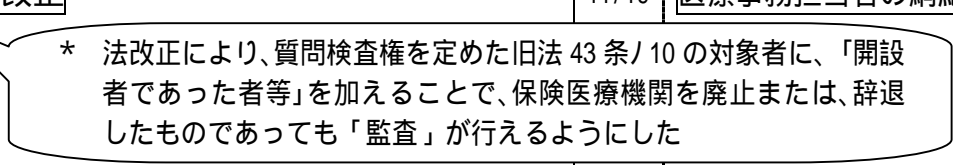
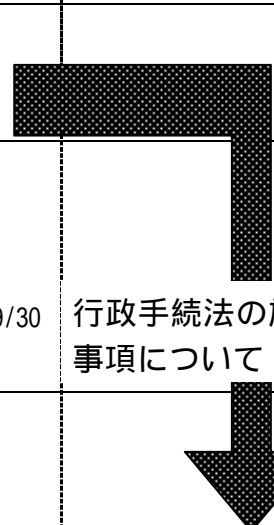
年表

監査・指導をめぐる歴史的できごとと関連通知の変更

平成 16 年 8 月 富山県保険医協会作成

区分	年度	できごと(法制化・監査事件・不正請求事件等)	監査・指導についての関連通知及び申合せ
前史	1935 年 昭和 10 年	1. 昭和 10 年までは、団体請負していた日本医師会が、医療機関を指導・監査をしていた 2. 昭和 11 年に初めて行政による医療担当者に対する指導監査が行われた 3. 昭和 17 年以前の監査は、県知事による「関係帳簿閲覧規定」によるものであり、法的根拠がなかった 4. 昭和 17 年の健保法改正により、医療機関の指定制導入(団体請負方式の廃止)とともに、診療録の検査権が初めて法制化されたとされている	
〔第一期〕 監査乱発時代・指導と監査の法的根拠未整備の時期 (一九四二―一九五七年)	1948 年 昭和 23 年	7/16 支払基金法成立 9/1 支払基金、業務開始	
	1949 年 昭和 24 年	日本の健保史上初の 3 億円の赤字計上 11/29 支払遅延防止法成立	1/1 保険医には支払遅延が直撃 監査要綱 が初めて定められる
	1950 年 昭和 25 年		10/30 診療録の検査をなす当該官吏の意義 (保発第 74 号)
	1951 年 昭和 26 年		11/5 保険給付の帳簿書類の閲覧 (保険発第 226 号)
	1952 年 昭和 27 年	7/1 北海道、監査事件 (50 名対象監査で指定取消し 5 名を含む 44 名処分) 10/15 長崎・広島、高塚技官監査事件 (20 数名処分、自殺者も出る) 10~11月 京都竹下保険課長解任事件 (監査で 39 名処分)	* 昭和 27 年より、健保赤字減らしを目的に人権無視の監査の嵐が全国に吹き荒れ、国会での議論や行政訴訟にまで及び、厚生省は、公正な取り扱いを期すため、昭和 28 年に選定基準を明文化するため「監査要綱」を定めた。
	1953 年 昭和 28 年	2月・8月 大阪、監査事件・裁判闘争 (後に勝利的和解) 高塚技官監査事件、北海道監査事件が国会で取上げられ、社会問題となる	6/10 監査要綱を一部改定 (保発第 46 号) * 「監査」の公正な取扱いをねらいとして明文化されたものであったが、監査のみに依存した体制では対応が困難なことから、翌年には「指導大綱」が定められた。いずれもが法的根拠は不備だった。
	1954 年 昭和 29 年	* 監査自殺事件をふまえ、以下のようにする 指導は、保険医を社会保険運営に協力させることを本旨とする 個別指導は、書類を閲覧し、懇切丁寧に懇談・指導する 指導の際、不当書類が発見された場合であっても直ちに監査対象とせず、更に指導で改善を求める 指導に応ぜず、または、改善がされない場合、または、不正が発見された場合は、監査を実施する	12/28 監査の選衡基準 (保発第 93 号) * 不正・不当の疑いについての具体的な例示が初めてなされた 12/28 指導大綱を一部改定 (保発第 94 号) 12/28 厚生省・日医・日歯との申し合わせ (保発第 94 号) * 個別指導は、医師会、歯科医師会との協議により、計画的に実施する 指導の際発見された不当事項の取り扱いについては、まず指導による改善を求める 指導後改善なき場合は、監査を実施する
	1955 ~ 1956		
1957 年 昭和 32 年	3月 健保法改正 * 保険医療機関への「指導」と「監査」について初めて法整備が行われた。 * 昭和 32 年の法改正により、保険診療を行うための、保険医の「登録」と保険医療機関の「指定」、いわゆる「保険診療の二重指定制」が確立されるとともに、保険医と保険医療機関に対する「指導」(旧法 43 条ノ 7)と「監査」(旧法 43 条ノ 10)についての法整備がなされた。	7/4 指導大綱を一部改定 (保発第 62 号)	

区分	年度	できごと(法制化・監査事件・不正請求事件等)	監査・指導についての関連通知及び申合せ	
〔第二期〕 厚生省・日医・日歯申し合わせによる個別指導優先実施の時期 (一九五七～一九七九年)	1958年 昭和33年	6/30 新医療費体系導入 * 現在使用されている診療報酬点数表の原型が「告示」された		
	1959年 昭和34年	8/1 11/13 8/23 埼玉、監査後自殺事件 宮城、監査後自殺事件 神奈川・厚生省監査の様態を保険医新聞がリアルに暴露 * 国会でも取り上げられ、大きな社会問題になる		
	1960年 昭和35年	監査自殺事件をふまえ、以下のようにする 医師会、歯科医師会の「自主指導」を実施し、行政の行う指導を補う 指導においては、努めて個別指導を行い、必要なものを優先的に実施する 指導を行ってもなお改善されないものには監査を実施する	2/15 厚生省・日医・日歯の申し合わせ * 努めて、監査よりも指導を優先させる方針で合意 2/25 指導の具体的な取り扱いについて(保発第21号) 3/1 全国技官会議での説示・指示事項	
	1961年 昭和36年	4/1 国民皆保険スタート	* 埼玉事件、宮城事件をふまえ、保険医の剥奪は死活問題であるので、監査による「一罰百戒主義」を改め、たとえ不当が疑われても、「指導」を優先して実施し、「間違いのひどいもの」「改めないもの」は監査対象とするなどの方針が指示された	
	1964年 昭和39年	神奈川、基金呼び出し面接審査乱用事件		
	1965年 昭和40年	10/7 山口、監査後自殺事件 12/24 再び支払い遅延問題が発生、国会で取上げられる		
	1966～1970			
	1971年 昭和46年		2/8 不正請求に対する指導及び監査について(保発第7号、14号)	
	1972年 昭和47年		* 昭和35年の「申し合わせ」及び「技官会議の説示」を誤解している地域があるとし、不正が疑われる場合の速やかな指導実施と、指導によっても改善なき場合の監査実施、並びに明らかな不正については、直ちに監査が行なうことができるものとされた	
	1973年 昭和48年	1/1 老人医療費無料化実施		
	1974年 昭和49年			
	1975年 昭和50年			
	1976～1978			
	1979年 昭和54年	* 1978年5月、厚生省は健保財政悪化を理由に、健保法改正を国会上程したが、三度継続審議、1979年4月廃案となる中、この間の措置として、1月25日に指導強化の通知を出す。	1/25 保険診療適正化のための指導・監査推進(保発第4号) * 不正の有無に関わりなく、医療費適正化のための指導、並びに医学的常識の逸脱したものの是正のための指導の積極的な推進が指示された 10/1 医療事務指導官の設置(保発第59号)	

区分	年度	できごと(法制化・監査事件・不正請求事件等)	監査・指導についての関連通知及び申合せ	
〔第三期〕 医療費適正化対策推進と指導・監査の体制強化の時期 (一九八〇～一九九五年)	1980年 昭和55年	9/5 富士見産婦人科病院事件が社会問題に	9/20 指導・監査の徹底について(厚生省発医158号) * 無資格診療への厳正対処が指示された	
	1981年 昭和56年	6/1 診療報酬、初のマイナス改定 7/10 第二臨調第一次答申「医療費適正化対策」	4/1 指導医療官の設置について(保発第19号) 5/29 領収書・明細書の交付について(保発第44号) * 政管健保が医療費通知を開始	
	1982年 昭和57年	8/1 老健法制定、付帯決議で「指導強化」 10/1 厚生省に国民医療費適正化総合対策本部(吉村次官)を設置し、「医療費通知・レセ点検、監査・指導の強化」の方針打ち出す	11/1 厚生省顧問医師団の設置について(保発第95号) * 共済組合が医療費通知を開始	
	1983年 昭和58年	2/1 老人保健法施行(有料化)		
	1984年 昭和59年	8月 健保法改正 10/1  改正健保法施行(本人1割、特定療養費創設)	11/19 医療事務担当者の綱紀粛正(保発第76号)	
	1985年 昭和60年	12/20 第一次医療法改正(病床総量規制)	7月 入院医療費の適正化について(保険発第72号・76号) * 重点対象病院への指導の優先実施が指示された	
	1986年 昭和61年	12/19 国保法改正(滞納者の制裁措置実施)		
	1987年 昭和62年	6/26 国民医療総合対策本部(幸田次官)が「中間報告」発表、「審査、指導・監査の強化」を打ち出す 7/1 改正老健法施行(負担増、老健施設創設)	6/22 指導医療官の確保について(保険発第51号) 9/10 保険給付指導官の設置について(庁発第11号) 10/1 保険給付指導官の職務について(庁発第28号)	
	1988年 昭和63年	7/1 改正国保法施行(医療費通知など)	4/8 医療事務専門官の設置について(保発第38号) 特定共同指導の実施	
	1989年 平成元年	12/21 ゴールドプラン策定(高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略)		
	1990～1991			
	1992年 平成4年	6/19 第二次医療法改定(療養型病床群創設など)		
	1993年 平成5年	10/11 富山個別指導事件(個別指導を苦に自殺) 11/15 富山個別指導事件、国会及び中医協で大きく取上げられる		
	1994年 平成6年	4/1 診療報酬上、「許可制」だったものが原則「届出制」となる 4/22 中医協に「保険診療における審査、指導・監査のあり方委員会」設置 10/1 行政手続法施行		
1995年 平成7年	4/28 中医協、審査、指導・監査小委員会が「報告書」まとめる 7/18 京都歯科技官贈収賄事件			
			8/24 医療事務担当職員の綱紀粛正(保発第76号) 12/22 新指導大綱・新監査要綱(保発第117号) 12/22 同実施要領(保険発第164号)	

区分	年度	できごと(法制化・監査事件・不正請求事件等)	監査・指導についての関連通知及び申合せ
〔第四期〕 新指導大綱施行・指導監査業務移管から現在まで (一九九六～二〇〇三年)	1996年 平成8年		4/1 新指導大綱・新監査要綱実施 * 富山事件をふまえ、新規指定医には、まず「集団指導」を実施することとし、既指定医療機関においては、個別指導の前段階としての、「集団的個別指導」という形式が創設された。また、京都収賄事件への反省から、対象者の選定にあたっては、「技官の恣意性の排除」「医師会等の関与の排除」が図られた
	1997年 平成9年	9/1 第三次医療法改定 12/9 改正健保法施行(本人2割、薬剤別途負担) (有床診の療養型病床群など)	
	1998年 平成10年	4/1 政管健保、医療費通知に医療機関名、自己負担額が追加 4/1 患者が希望したレセプトの開示が義務化 7/1 国民健康保険法等の一部改正 保険医療機関・保険医の取消しについて ・再指定を行わない期間 2年 5年 ・不正請求の返還金に対する加算金の割合 10% 40% ・地方技官、地方事務官制度の廃止 ・指導・監査業務が県保険課から社会保険事務局(厚労省内局業務)に移管し、患者・保険者などからの情報提供分を優先選定すること	3/18 指導及び監査の取り扱いについて(医療課長通知)(保険発第36号) * 不正請求の防止及び老人医療費の適正化を最重点に、個別指導を集個に優先して実施 3/18 医療指導監査室長内かん及び想定問答集 * 新指導大綱実施から3年目の運営方針が室長の内かんにより示された。主なものは以下の通り 新規指定は、「集団指導」から「(新規向け)個別指導」に変更する 「集団的個別指導」より「個別指導」を優先的に実施する 集団的個別指導方式の「個別部分」を省略できることとする 個別指導の実施にあたっては、集団的個別指導から移行の「高点数のもの」より、「行政機関や患者などからの情報があったもの」を優先し、全体で「4%枠」をめざすこととする
	1999年 平成11年		
	2000年 平成12年	4/1 改正厚労省設置法施行 4/1 国家公務員倫理法改正 (利害団体との癒着禁止規定の強化が図られる) 11/30 介護保険法施行 第四次医療法改定(病床区分など)	
	2001年 平成13年	4/1 情報公開法施行	
	2002年 平成14年		
	2003年 平成15年	4/1 改正健保法施行(本人3割負担) 厚労省、全国に「医療安全センター」を開設 政管健保、医療費通知の対象を12カ月に拡大	1/14 保険医療機関等に対する指導の充実 (医療指導監査室長からの事務連絡) * 平成15年度の個別指導においては、平成14年度の会計検査院の現地調査において指摘された、医師・看護師の欠員にも関わらず減額せず請求している「標欠病院」を、重点に実施するとされたほかは、平成10年3月18日医療指導監査室長内かんにおける取り扱いについては変更がないとされた。