



歯科 経営情報 レポート

Available Information Report for Corporate Management

歯科医院への 指導・監査の 実態と対応策

- ① 指導・監査の実施状況と指導内容
- ② 指導・監査の目的とその概要
- ③ 返還・取り消しとなった医療機関の不正内容
- ④ 院内コンプライアンスの確立による不正防止策

1 指導・監査の実施状況と指導内容

厚生労働省 実態調査データ

厚生局は、医療機関の指導・監査を強化しています。これは、不正請求の増加が影響しており、返還請求は毎年増加しています。特に、新規開業医療機関は、診療報酬請求の過誤が多く見られるため、平成 21 年以降の新規開業医療機関は強化対象となっています。

(1) 返還請求 年間 43 億 4 千万円

厚生労働省「保険医療機関等の指導及び監査の実施状況」によりますと、平成 22 年度に保険医療機関等から診療報酬の返還を求めた金額は、約 43 億 4 千万円となっています。

■返還額

年度	指導によるもの	監査によるもの	合計
平成 21 年	21 億 2 千万円	9 億 2 千万円	30 億 4 千万円
平成 22 年	27 億 3 千万円	16 億 1 千万円	43 億 4 千万円

(2) 個別指導の実施状況

個別指導の実施状況は、個別指導、新規指定個別指導、集団的個別指導ともに増加しており、合計で 351 件のプラスとなっています。

■保険医療機関（歯科）個別指導実施状況

年度	個別指導	新規指定 個別指導	集団的 個別指導	合計
平成 21 年	1,337 件	1,357 件	4,713 件	7,407 件
平成 22 年	1,341 件	1,390 件	5,027 件	7,758 件
増減	+4 件	+33 件	+314 件	+351 件

(3) 監査の実施状況

監査の実施状況は、保険医療機関においては 12 件、保険医においては 48 件増加となっており、特に保険医に対する監査が大幅に増加しています。

■監査（歯科）実施状況

年度	保険医療機関	保険医
平成 21 年	35 件	86 件
平成 22 年	47 件	134 件
増減	+12 件	+48 件

(4)保険医療機関等の指定取消等及び保険医等の登録取消状況

取消の状況は、保険医療機関の指定取消が7件、保険医の登録抹消が8人となっています。調査結果によると、不正内容は架空請求・付増請求・振替請求・二重請求がそのほとんどを占めていることが報告されています。

■監査（歯科）実施状況

区分	平成 21 年度	平成 22 年度
保険医療機関等の指定取消	9 件	7 件
保険医療機関等の指定取消相当	4 件	5 件
保険医等の登録抹消	13 人	8 人
保険医等の登録抹消相当	1 人	5 人

個別指導においての改善を求めた指摘事項

診療報酬の算定において、基礎的な部分からの指導も多くみられたため、詳細な指摘事項として、注意文書も配布されました。以下は、関東信越厚生局ホームページより抜粋した主な指摘事項です。

(1)診療に関する事項

診療に関する事項における指摘事項は、下記のとおりです。

①診療録の記載内容（抜粋）

- 診療録第1面の記載事項（主訴、傷病名、歯式、口腔内所見、開始、終了、転帰等）は的確に記載すること。
- 慢性歯周炎を傷病名欄に記載する際は、歯周炎の進行の度数を省略することなく記載すること。（P1、P2、P3と分けて部位ごと記載すること。）
- う蝕症を傷病名欄に記載する際は、う蝕の度数を省略することなく記載すること。（C1、C2、C3と分けて部位ごと記載すること。）は、健康診断の結果に基づく時には算定できないので改めること。

②医学管理（抜粋）

- 歯科疾患管理料
 - 患者に提供する文書が所定の様式に準じていない
 - 管理計画書の写しが診療録に添付されていない
- 歯科衛生実地指導料
 - 歯科衛生士に対する歯科医師の指示内容等の要点が診療録に記載されていない
 - 歯科衛生士業務記録簿の記載内容が乏しい

(2)事務的取り扱いに係る事項

事務的取り扱いに関する事項については、下記の指摘がなされています。

- 届出事項の変更届について、適切に行っていない例が認められたので改めること
- 院内掲示について、適切に行っていない例が認められたので改めること
 - 届出事項（クラウン・ブリッジ維持管理料等）
 - 保険外併用療養費

指摘内容からみる経営上の課題

前述の指摘をみると、診療録の記載と事務手続きに関する不備が起因となっています。特に診療録と各種届出、院内掲示については法令に則り適切に実施されているかを、職員とともにチェックすることが重要です。

(1)診療録の記載不備

診療録は、診療報酬請求の根拠となるため、保険診療に関する必要事項（症状、経過など）は、遅滞なく正確に記載することがポイントです。

- 診療録の不適切な記載（行間を空けた記載、欄外への記載等）
- 患者へ文書を交付することが算定要件となっている項目について、文書の写しを添付

(2)届出及び掲示事項の不備

届出事項の変更、厚生労働大臣の定める掲示事項が適切に行われているかなどに留意しなければなりません。

- 保険医等の異動（常勤及び非常勤）、診療日及び診療時間の変更
- 施設基準の届出事項、明細書発行の有無、明細書発行の手続き・費用徴収の有無・費用徴収を行う場合の金額、保険外負担に関する事項、保険外併用療養費に関する事項

2・指導・監査の目的とその概要

指導の実施形態と監査の対象先

(1)指導の形態と対象医療機関選定基準

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にあります。よって、保険診療の取扱い及び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おり、医師会、歯科医師会及び薬剤師会、審査支払機関並びに保険者に協力を求め、円滑な実施に努めることとなっています。

■指導形態

- ① 集団指導
- ② 集団的個別指導
- ③ 個別指導
 - 都道府県個別指導
 - 共同指導
 - 特定共同指導

各指導の選定基準については、各都道府県によって多少の違いはありますが、概ね以下のとおりとなっています。

■集団指導の選定基準

- 新規指定の保険医療機関等については、概ね1年以内にすべてを対象として実施する。
- 診療報酬の改定時における指導、保険医療機関等の指定更新時における指導、臨床研修病院等の指導、保険医等の新規登録時における指導等については、指導の目的、内容を勘案して選定する。

■集団的個別指導の選定基準

- 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の1件当たりの平均点数が高い保険医療機関等（ただし、取扱件数の少ない保険医療機関等は除く。）について1件当たりの平均点数が高い順に選定する。
- 1件当たりのレセプトが、概ね都道府県平均よりも病院にあっては1.1倍以上、診療所にあっては1.2倍以上の医療機関。これらの医療機関のうち、上位8%に相当する医療機関。
- 集団的個別指導又は個別指導を受けた保険医療機関等については、翌年度及び翌々年度は集団的個別指導の対象から除く。

■個別指導の選定基準

- 支払基金等、保険者、被保険者等から診療内容または診療報酬の請求に関する情報の提供があり、都道府県個別指導が必要と認められた保険医療機関等。
- 個別指導の結果、指導後の措置が「再指導」であった保険医療機関等または「経過観察」であって、

改善が認められない保険医療機関等。

- 監査の結果、戒告または注意を受けた保険医療機関等。
- 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。
- 集団的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（ただし、集団的個別指導を受けた後、個別指導の選定基準のいずれかに該当するものとして個別指導を受けたものについては、この限りでない）。
- 正当な理由がなく集団的指導を拒否した保険医療機関等。
- その他特に都道府県個別指導が必要と認められる保険医療機関等。

この選定基準を見る限り、診療報酬請求の単価が高い医療機関においては、集団的個別指導の対象機関となるばかりでなく、個別指導の対象にもなることがわかります。正しい医療を展開しているにも関わらず、高水準の医業収入を得ている医療機関は、それだけで注目されるということ十分に理解して対応することが求められます。

(2) 監査の対象先と取り消し処分

監査の目的は、診療報酬上の不正等に関する事実関係の把握にあります。よって、指導と異なり不正請求等に該当する医療機関が対象となります。

基本的には事前調査における診療報酬明細書をベースとし、実際に行われている医療行為なのか、実際の医療行為が適切に請求されているのか、実施回数は適切か、あるいは、施設基準に照らして当該要件を満たしているか（人的、施設・設備的、実績等の要件）を中心にチェックしていくことになります。

■ 監査の対象となるケース

- 診療内容や診療報酬の請求で不正や著しい不当があったことを疑うに足りる理由があったとき。
- 度重なる個別指導によっても診療内容や診療報酬の請求に改善が見られないとき。
- 正当な理由なく個別指導を拒否したとき。

① 書面調査と実地調査

監査担当者は、原則として監査を実施する前に診療報酬明細書による書面調査を行うとともに、必要と認められる場合には、患者等に対する実地調査を行います。

② 監査の仕組みと取り消し処分

監査に当たっては、監査対象となる保険医療機関等の開設者（又はこれに代わる者）及び管理者の出席を求めるほか、必要に応じて保険医若しくは保険薬剤師、診療報酬請求事務担当者、治療補助者その他の従業者又は関係者の出席を求めるとしています。つまり保

険医療機関を管理する院長だけに留まらず、医療行為に関わった指示者（保険医）、指示受け及び実施者（歯科衛生士他）、医療行為を点数化し、レセプト請求を担当する者（診療報酬請求事務担当者）とすべての指示命令系統に関してその適切性をチェックする仕組みとなっています。

■取り消し処分の判断基準

都道府県知事は、保険医療機関等又は保険医等が次のいずれか一つに該当するときには、当該都道府県の地方社会保険医療協議会に諮問して、取消処分を行う。

- 故意に不正または不当な診療を行ったもの。
- 故意に不正または不当な診療報酬の請求を行ったもの。
- 重大な過失により、不正または不当な診療をしばしば行ったもの。
- 重大な過失により、不正または不当な診療報酬の請求を行ったもの。

指導の実態と地域差 ～技官ルール

◆事例1…患者通報と技官の指導強化

静岡県では2006年、保険医取り消しが6年ぶりに3件ありました。これは、保険者等からの通報と新しく赴任した技官の指導強化によるものです。また、同県、藤枝市立総合病院の口腔外科の保険医療機関の指定取り消しに際しては、インプラント前処置と保険診療、自由診療の取り扱いの問題で指導・監査に入り、公的病院といえども特別扱いはしないという姿勢で処分が行われました。

◆事例2…疑義解釈を独自に狭く運用し返還求める

某県では、2006年7月に出た疑義解釈を根拠として補綴治療は歯周病の病状安定後に行うものとする考えで、一般的に並行治療は認めないという立場を採り、指導しているところもありました。

◆事例3…訪問指導の要不要を技官が判断し査定

施設入所者への長期にわたる訪問歯科衛生指導料の算定には疑問があるという理由で自主返還を求めてくる事例や、また、返還額が少ないと指摘してることがありました。

◆事例4…詳細なカルテ記載がないからと返還迫る

主訴への適切な治療、詳細な口腔内所見、治療計画の記載がないとして返還を求めてきました。

◆事例5…周知徹底にはペナルティー

保険のルールを周知徹底させるためにも、返還金のようにペナルティーを掛けなければいけないと考えていると主張し、指導する技官がいました。

* 大阪歯科保険医新聞より抜粋

3・返還・取り消しとなった医療機関の不正内容

返還・取り消しとなった事例

(1)M歯科医院

- 不正の区分：①付増請求 ②振替請求 ③二重請求 ④その他の請求
- 返還金額：7,975 千円

■不正内容

①監査に至った経緯

社会保険事務局に対し、M歯科医院における不正請求の情報提供があったため、個別指導を実施したところ、診療録と診療報酬明細書及び関係資料との不平等、診療内容及び診療報酬請求に関して不正請求及び不当請求が強く疑われたことから、監査を実施した。

②監査結果

- 実際に行った保険診療に行っていない保険診療を付け増して、診療報酬を不正に請求していた
- 実際に行った保険診療を保険点数の高い別の保険診療に振り替えて、診療報酬を不正に請求していた等

③処分等

平成 22 年 6 月 15 日保険医療機関の指定取消相当、保険医の登録取消相当

(2)T歯科医院

- 不正の区分 ①架空請求 ②付増請求 ③振替請求 ④二重請求 ⑤その他請求
- 返還金額 6,963 千円

■不正内容

①監査に至った経緯

H厚生局に対し、T歯科医院における不正請求の情報提供があったため、個別指導を実施したところ、診療録や日計表の改ざんが見られ不正請求及び不当請求が強く疑われたことから、監査を実施した。

②監査結果

- 実際に行った保険診療に行っていない保険診療を付け増して、診療報酬を請求していた
- 実際に行った保険診療を保険点数の高い別の診療に振り替えて、診療報酬を不正に請求していた等

③処分等

平成 23 年 2 月 22 日保険医療機関の指定取消、保険医の登録取消

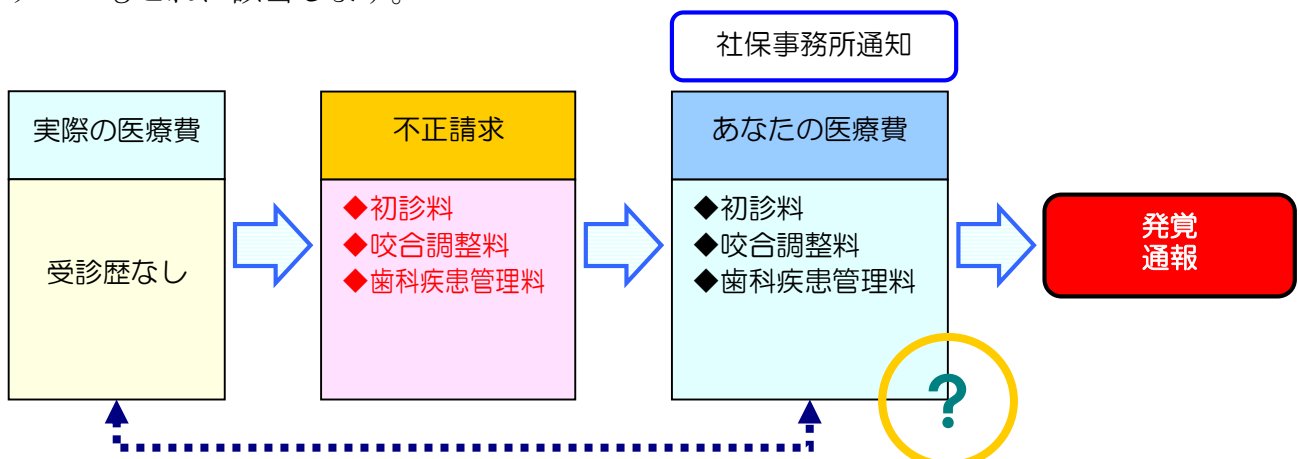
不正請求の内容

具体的な不正請求行為の内容は下記のとおりです。厚生局の監査では、これらの行為が行われていないか目を光らせています。

(1) 架空請求

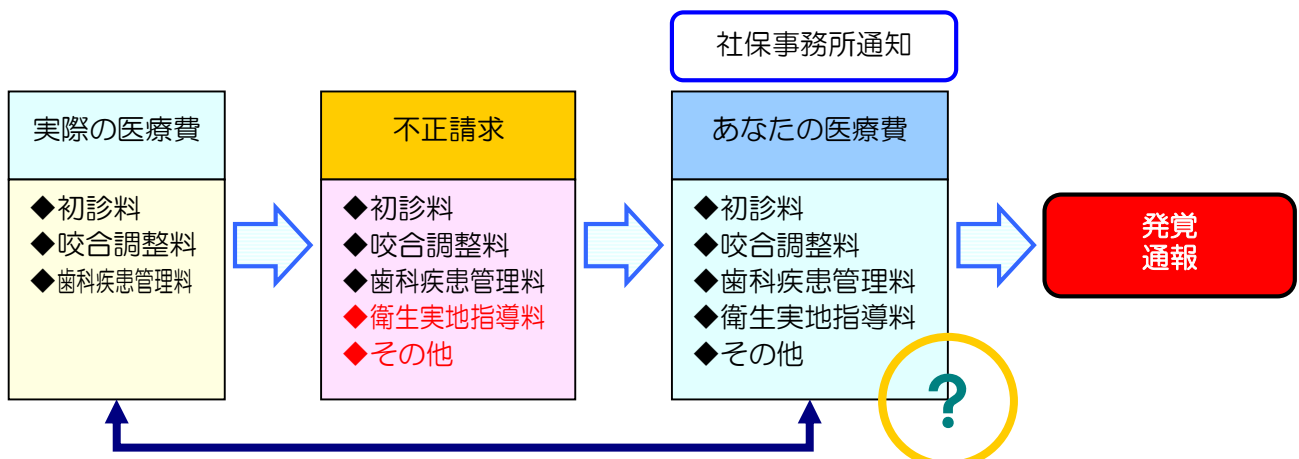
実際に受診していない患者を診療したとして診療報酬を不正に請求するケースで、発覚するのは、患者本人からの問い合わせなどが原因となる場合がほとんどです。特に保険診療の場合は、定期的に社会保険事務所から医療費の明細（いつ、どの医療機関に受診して、いくらかかったか）が被保険者に届きますので、実際には受診していない、あるいは受診日数が水増しされているなどの情報はわかるようになっています。

また、さらに悪質な医療機関では、職員が受診したように偽装したり、まったく行っていない医療行為（処置やX線検査等）をあたかも実施したように見せかけ不正に請求するケースもこれに該当します。



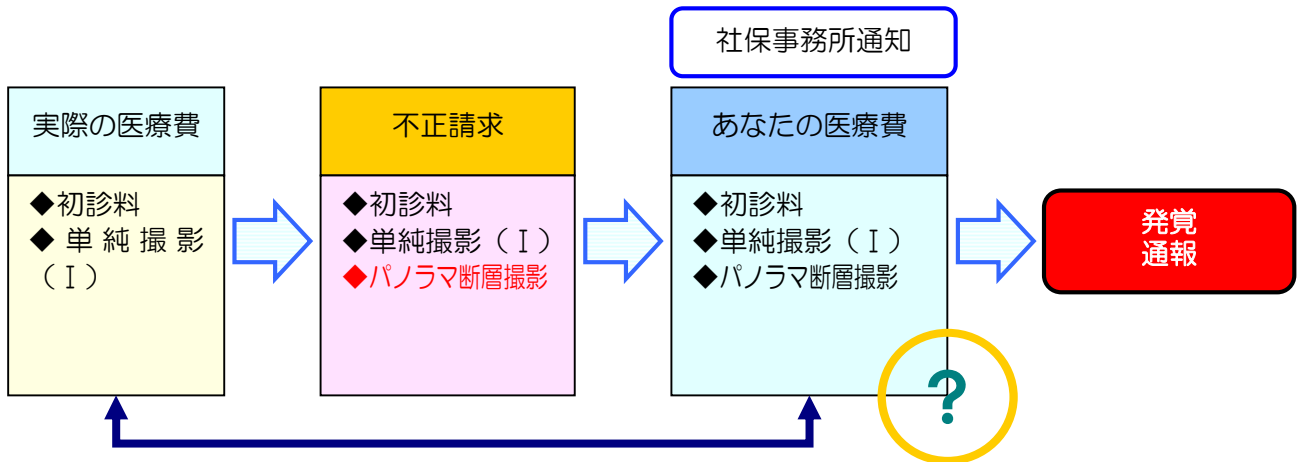
(2) 付増請求

実際に行った診療に行っていない処置や医学管理などを、付け増しして行う不正行為です。実際に使用していない特定保険医療材料を使用したとして請求したり、受診した日数以上に診療したりするケースなどもこれにあたります。



(3)振替請求

実際に行った診療を他の高額な診療を行ったとして診療報酬を不正に請求する行為です。例えば、実際には単純撮影しか行っていないのに、パノラマ断層撮影等を実施したように見せかけて高額な医療費を請求するようなケースです。この場合には、個別のケースごとに医師が積極的にレセプトの改竄に関わっている背景がうかがえ、組織的な不正に及んでいるケースが見受けられます。

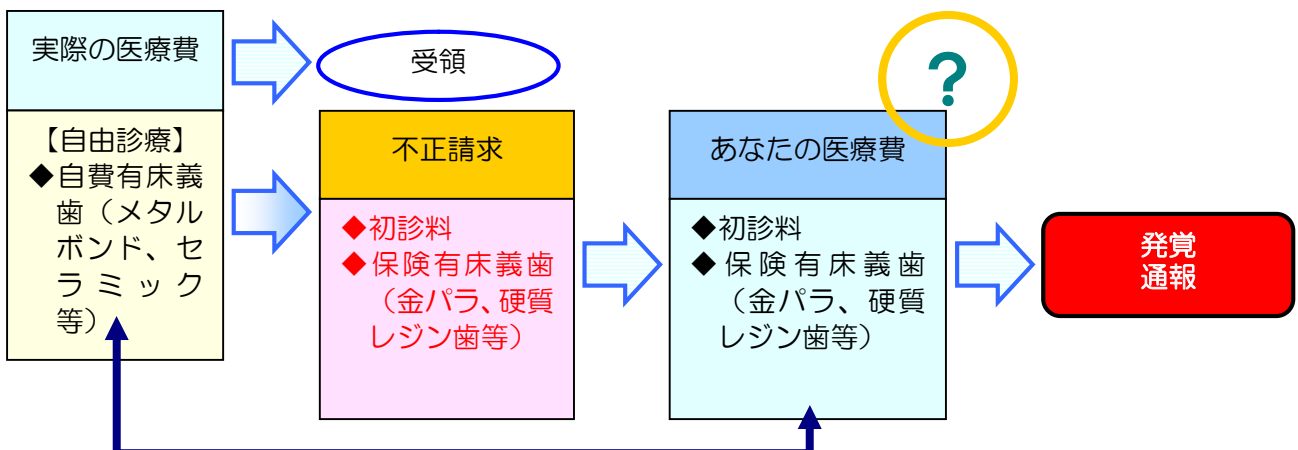


(4)二重請求

自費による診療をして患者から料金を受領したにも拘わらず、同診療を保険適用したかのように装い診療報酬を不正に請求することをいいます。

例えば、患者には保険がきかない自費診療であるとして、全額受領しておきながら、レセプトでは保険病名を付けて、その全額を保険請求するというような、かなり作為的な不正といえます。この場合は、『あなたの医療費』が届いた時点ですぐに不正が発覚することが通常です。

また、事務的なミスによりレセプトを重複して支払基金や国保連合会に請求してしまうケースが散見されますが、これらは返戻の対象とはなりません、不正請求とはみなされません。



4・院内コンプライアンスの確立による不正防止策

コンプライアンスを徹底するための体制作り

毎月のレセプトの内容をチェックし、不正あるいは不正と誤認されるような内容がないかどうかを管理者自らが確認することが必要です。

(1)レセプトの請求内容や施設基準の要件を的確に把握する

主要治療について、その手技や医療材料などが適性に選択され、使用されているかという、いわゆる管理者点検を行うことは、事務職員はもちろん、各歯科医師への啓蒙の意味からも重要なことです。特に歯科医師については、レセプトのすべての源はカルテ及び処方箋であることを十分に認識させ、しかるべき記載や署名を徹底してもらうためにも、定期的なカルテ監査などを機能させるべきです。

■カルテ記載等に関するチェック事項

- 診療に係る記載が見当たらない。
- 指導料算定の要件であるカルテへの指導内容の記載がされていない。
- 指導実施の記載代わりにゴム印のみ押印している。
- カルテに傷病名や傷病開始日、転帰が記載されていない。
- 歯科衛生士による代筆が行われ、歯科医師が確認する仕組みがない。

また、医療法の観点から、施設基準について、その要件をクリアしているかどうか、毎月チェックできる仕組みが必要です。

具体的には、誰がいつから産休に入るのかといった退職予定者の情報や患者数においては、この一年で急激に増加していないか、レセプト単価が急激に増加していないか、これらの情報を一元的に管理し、余裕をもった体制の整備が必要です。

■カルテ監査実施基準（事例）

- ① 3ヶ月に1度行う。
- ② 実施者は、院長とする。
- ③ 対象カルテは、直近6ヶ月の外来カルテで、抽出は無作為に行う。
- ④ 監査内容は以下のとおりとする。
 - 記載者の署名の有無
 - 傷病名、開始日、転帰の記載
 - 処方箋、指示伝票の記載状況
 - 指導実施時の指導内容の記載状況

（2）支払機関や保険者・事務局への協力体制を強化する

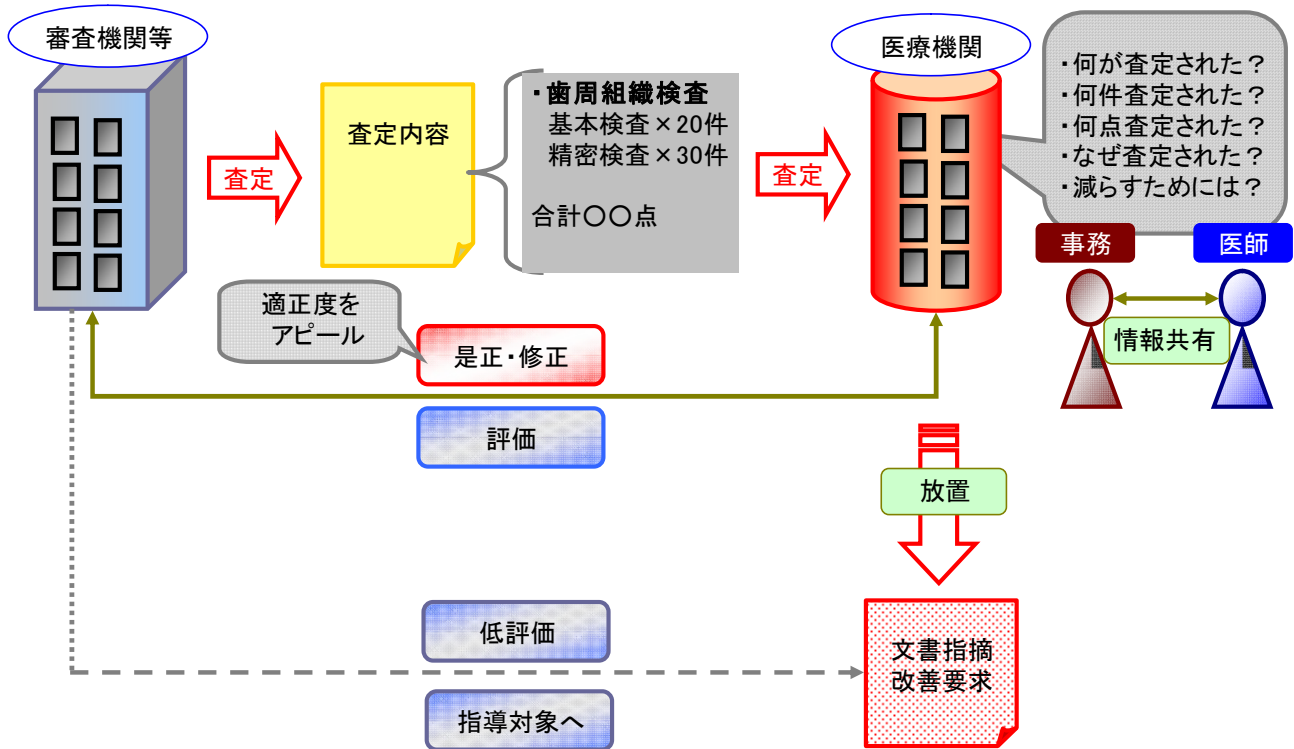
支払基金や連合会はもちろんのこと、主だった保険者からの問い合わせや、あるいは毎月の返戻や査定について、適切に処理するとともに、再審査請求などで先方へ分かりやすい詳記を添付するなど、協力体制をアピールすることが肝要です。特に査定の多い保険者については、その状況について直接支払機関や事務局に確認するなどして熱心な医療機関であることを意識させることも重要です。

■保険者との対応ポイント

- 支払基金・連合会からの問い合わせについては早期に対応
- 返戻・査定は毎月適切に処理
- 再審査請求には詳細な症状詳記を添付

単に査定件数が多いだけでなく、毎月同じ項目で査定を受けている医療機関も要注意です。何度か繰り返しているうちに、事務局から文書で指摘を受けることがありますが、そうなる前に当該項目での査定を減らす対策が必要です。

■支払機関等との関係性の構築図



(3)職員への研修体制を強化する

コンプライアンスの重要性について、広く職員に浸透させる仕組みが求められます。例えば、今回紹介した取り消しに至った不正に関する事例などをリスクマネジメント研修会などで取り上げ、問題意識を持たせるとともに、管理者自らが体制整備を進めることに意欲的であることを知らしめることが大切です。これは、患者やその家族にもアピールできることから、研修体制の強化がよりよい結果をもたらすと期待できます。

■研修体制強化のポイント

- 院内での研修を定期的実施
- 他院不正の事例を「リスクマネジメント研修」でフィードバック
- 外部研修への積極的参加を促す

こうした教育プログラムを徹底すること、さらに日常的なコミュニケーション環境の構築などによって、退職者や患者・家族から告発を受けるリスクを排除し、職員が安心して働ける医療機関の確立こそが、指導や監査に左右されることなく、地域から信頼される医療機関の姿だといえるでしょう。

■参考

「平成 22 年度における保険医療機関等の指導及び監査の実施状況について」

(厚生労働省)

「平成 23 年度に実施した個別指導において保険医療機関(歯科)に改善を求めた主な指摘事項」

(平成 24 年 9 月 関東信越厚生局)