

～備えあれば憂いなし！？～

# 指導・監査対策の考察

Stage.2



# 前回のハイライト

- 指導・監査は、それぞれの性格を有しているものの、結局は適切な法令順守が行われているか、ということに帰結する
- 平成28－23年度を比較すると、監査の件数は減っているものの、個別指導や適時調査の件数は増加し、かつ返還金額も約6億円増加している。医療事務職等の存在を単なる受付・事務屋とせず、事務方を強化していくことも重要

指導・適時調査・監査等の状況（23年度－28年度）	返還金の状況（23年度－28年度）
個別指導（1,428件－1,601件「+173件」） 適時調査（2,124件－3,356件「+1,232件」） 監査（100件－28件「△72件」）	82億9,401万円－88億9,535万円（+60,134万円）

- 意外と多いのが、医療従事者からの内部告発。日頃からコミュニケーションをしっかりととるとともに、当然のこととしてコンプライアンスの遵守が求められる

# 【再確認】 保険診療の基本ルール

保険診療として診療報酬が支払われるには、次の条件を満たさなければならない。

1. 保険医が
2. 保険医療機関において
3. 健康保険法、医師法、医療法、医薬品医療機器等法の各種関係法令の規定を順守し
4. 「療養担当規則」の規定を順守し
5. 医学的に妥当適切な診療を行い
6. 診療報酬点数表に定められた通りに請求を行っていること

## 【要約】

保険医療機関は各法令等で規定されている、保険診療のルールに従って、療養の給付及び費用の請求を行うことが求められる。また、保険医は保険診療のルールに従って、療養の給付を実施する必要がある。

# 不正請求と不当請求

## ▶ 不正請求…詐欺や不法行為にあたるもの

- (1) その月に受診していない患者の保険証番号を使って、前の月と同じ内容の診察を請求した
  - ↳ 架空請求
- (2) 1カ月に2回しか受診していないのに、再診料を4回請求した
  - ↳ 付増請求
- (3) 実際に行った創傷処置が50cm<sup>2</sup>であったにも関わらず、請求は500cm<sup>2</sup>~3000cm<sup>2</sup>で行った
  - ↳ 振替請求

## ▶ 不当請求…算定要件を満たさない等、診療報酬請求の妥当性を欠くもの

- e.g.1 診療録に腫瘍マーカーの検査結果、治療計画の要点を記載していないにもかかわらず、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定している
- e.g.2 専ら画像診断を担当する医師が読影していないにもかかわらず、画像診断加算を算定している
- e.g.3 診療録にモニターの要点を記載していないにもかかわらず、呼吸心拍監視を算定している

# 過去の取り消し事例

【北海道エリアにある診療所】 不正の区分…架空請求、付増請求、その他の請求

(主な内容)

## ～監査に至った経緯～

個別指導を実施したところ、診療録と診療報酬明細書に診療実日数、薬剤、検査等の不一致が多数みられた。これらの説明を求めたところ、診療報酬を不正に請求していたことを認める旨の説明があり、個別指導を中止し、監査を実施した。

## ～監査結果～

- ・実際には行っていない保険診療を行ったように装って、診療報酬を不正に請求していた
- ・実際に行った保険診療に、行っていない保険診療を付け増しして、診療報酬を不正に請求していた
- ・保険診療と認められないものを、保険診療を行ったように装って、診療報酬を不正に請求していた

## ～処分～

保険医療機関の指定取消、保険医の登録取り消し（返還金額8,204千円）

# その他の指導・監査の実例

= 具体的不正内容（抜粋） =

- 患者が実際に受診した日数よりも多く受診したとして、初・再診料、医学管理等、検査、画像診断、投薬、処置、手術、麻酔、歯冠修復を不正に請求していた（付増請求）
- 実際に行っていない医学管理等、検査、投薬、処置、麻酔を行ったとして、不正に請求していた（付増請求）
- 歯科検診で行った検査を、保険診療の検査で行ったとして不正に請求していた（付増請求）
- 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（振替請求）
- 診療報酬点数表に請求できないこととされている診療行為に関して、診療報酬を不正に請求していた（その他の請求）
- 一部負担金の徴収すべき患者から、一部負担金を徴収していなかった
- 診療録への不実記載に基づく、一部負担金を患者から徴収していた。また、このことについて診療録に不実な記載をしていた
- 療養の給付に関する帳簿及び書類・その他の記録を、定められた保存期限前に処分していた

# 第1チェックポイント



## 《指導の際に一番チェックされること》

- 診療録への記載は適切か 「カルテに書いていない = やっていない」

e.g. 医学管理等の指導内容の記載

- レセプト請求は適切か

e.g. 病名とカルテ記載の整合性、算定要件の確認、自動算定に頼り切っていないか？！

= 適正な運用はリスクマネジメントにつながることを認識する =

- ↪ レセプトの請求は当然のこととして、窓口での対応、診療時の対応なども含まれる（指定取消に至る端緒の半数は情報提供！）

# 第2チェックポイント



## 《医療法関連法規》 ～届出にもいろいろある～

### ▶ 医療法における届出

e.g. 診療に従事する医師

e.g. 診療科目

e.g. 診療時間等

### ▶ 診療報酬における施設基準

e.g. 届出要件（通知通則、人員配置等）が満たせているか常に確認

e.g. その他の算定要件は満たせているか（院内掲示等）

e.g. 確認時点で、すでに実施していない（満たされていない）場合は辞退届を！（経過措置や1割未満の変動許容等に該当するケースは除く）

# 第3 チェックポイント



## 《報告事項》

### ➤ 7月1日現在の定例報告

施設基準の届出を行った保険医療機関は、毎年7月1日現在で届出書の記載事項について、地方厚生（支）局長へ報告を行うこととされている。

病院、診療所（有床・無床）、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーションそれぞれで報告事項は異なるが、報告対象に該当する場合には報告書の提出が求められる。

### ➤ その他の定例報告

「酸素の定例報告（2月15日）」、「紹介率及び逆紹介率の割合（10月：対象\_特定機能病院、地域医療支援病院（許可病床数が400床以上）」、「向精神薬多剤投与の状況の報告（毎年4月、7月、10月、1月）」、「妥結率等に係る報告（11月末：対象\_許可病床数が200床以上の病院）」、「精神科デイケア等の実施状況に係る報告（10月）」、「回復期リハ病棟における実績指数等に係る報告（7月）」等

# まとめ

➤ **保険診療の取り扱い、診療報酬の請求等に関するルールは理解しなければならない**

正しいレセプトは、リスクマネジメントに繋がる

→ 適時調査・監査による自主返還リスクの回避、査定・返戻の減少（キャッシュの確保）

➤ **医療事務職の重要性の比重増**

レセプトは「請求書作成」という事務作業 = 臨床現場と保険診療の橋渡し役

→ 医師による診療内容、看護師による処置（ケア）内容、薬剤師による投薬（指導）内容、セラピストによるリハビリ内容、コメディカルによる検査、医学管理等の実施内容について、ルールとのマッチングを図る（適正化、基準アップ、単価アップ）

→ 次回以降では、個別指導・適時調査における指摘事項の細目の深掘りと、診療報酬請求において理解しておくべきポイントについて、取り上げていきます

# 参考文献

- 厚生労働省Webサイト「保険診療における指導・監査」
- 講習会資料「指導・監査対策の基礎知識（有）メディカルサポートシステムズ」
- 関東信越厚生局Webサイト

