

コンプライアンス 指導・監査の 実態と対応策

C O N T E N T S

I 診療報酬返還請求及び指定取り消しの実態

1. 返還請求 年間30億円
2. 返還金の状況
3. 指定医療機関取り消しの状況

II 指導・監査の目的とその概要

1. 指導の形態と対象医療機関選定基準
2. 監査の対象先と取り消し処分

III 指導・監査の目的とその概要

1. 医療従事者の水増し
2. 診療報酬の不正請求

IV 院内コンプライアンスの確立による不正防止策

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
2. 支払機関や保険じゃ・事務局への協力体制を強化する
3. 職員への研修体制を強化する

I 診療報酬返還請求及び指定取り消しの実態

1 返還請求 年間 30 億円

厚生労働省「保険医療機関等の指導及び監査の実施状況」によると、平成 30 年度に保険医療機関等が保険医療機関に対し診療報酬の返還を求めた金額は、約 87 億 4 千万円にのぼっています。

前年に比べると 15 億 4 千万円しており、これは返還金額が 10 億円にものぼる不正請求が起こった一方、保険医療機関等の指定取消等件数が対前年比で 4 件減の 24 件に留まったことが要因です。

取り消しの特徴としては、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おり、保険医療機関取り消しに係る発端として保険者、医療機関従事者等及び医療費通知に基づく被保険者等からの通報が 17 件と取消件数の半数以上を占めていることが報告されています。

2 返還金の状況

平成 26 年から 30 年における指導・監査による返還金等の処分状況については、次に示すとおりです。平成 30 年度は、4,724 件の保険医療機関で個別指導が実施され、52 件の保険医療機関で監査が実施されました。

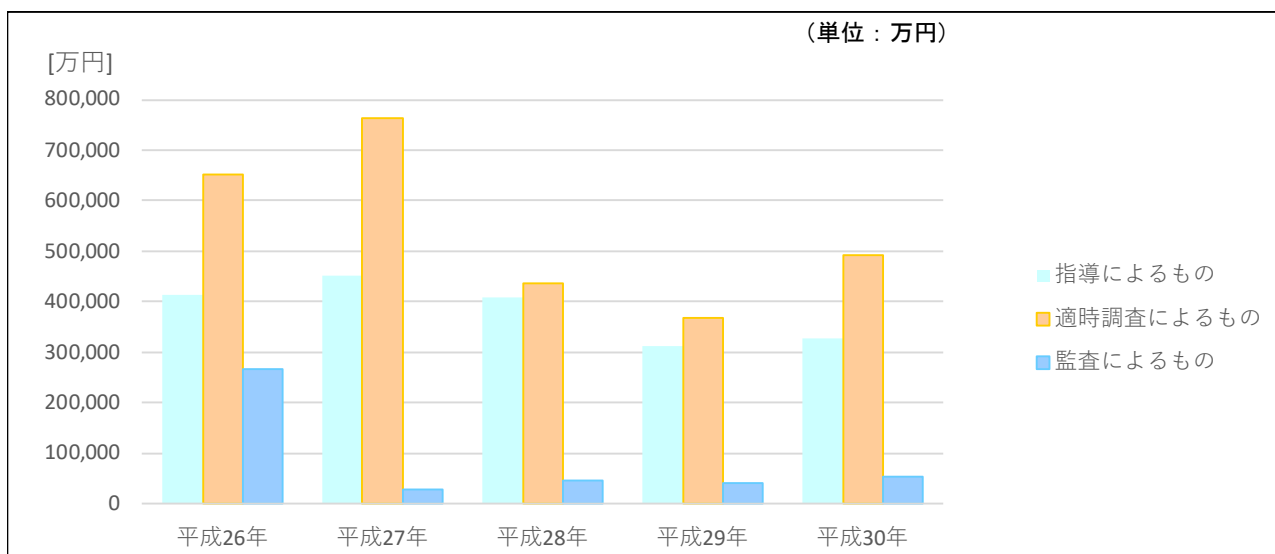
結果、指導による返還分が 32 億 8 千万円、監査による返還分が 5 億 3 千万円となっており、指導の段階で不正が発覚して返還に至ったケースが全体の 43.6%を占めていることがわかります。

■平成 30 年度指導実施状況

(単位：件)

区分	医科	歯科	薬局	合計
個別指導	1,227	1,337	1,102	3,666
集団的個別指導	5,183	4,713	3,358	13,254
新規指定個別指導	2,387	1,357	1,955	5,699

■返還金の推移及び内訳



(単位：万円)

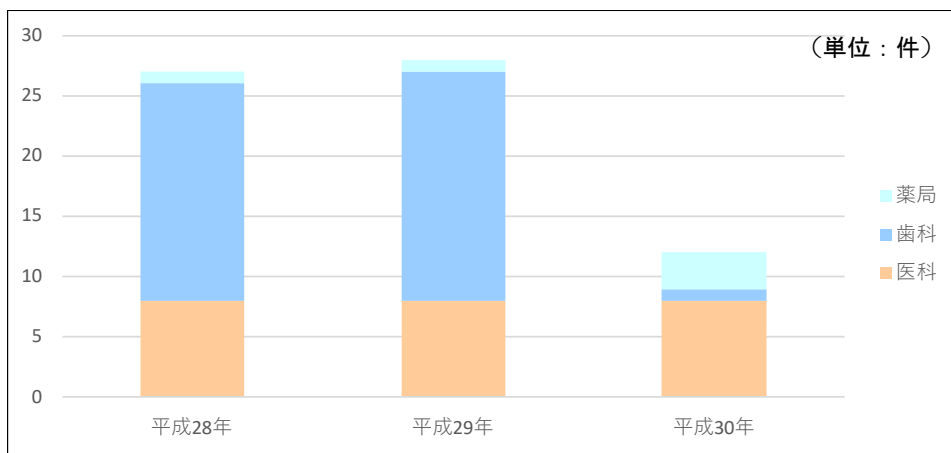
年度	指導によるもの	適時調査によるもの	監査によるもの	合計
平成 26 年	413,453	651,527	267,397	1,332,377
平成 27 年	451,089	763,351	29,297	1,243,737
平成 28 年	408,898	435,931	44,705	889,585
平成 29 年	312,641	367,539	39,709	719,888
平成 30 年	327,869	493,272	52,699	873,840

3 指定医療機関取り消しの状況

平成28年から30年における指定医療機関取消の処分状況については、次に示したとおりです。平成30年度の指定医療機関の取消件数を見ると、前年より4件減少し、ここ3年で最少の24件となっています。

また保険医の取り消しは 20 人で、前年より 2 人増加していますが、特に薬剤師が増加しているのがわかります。

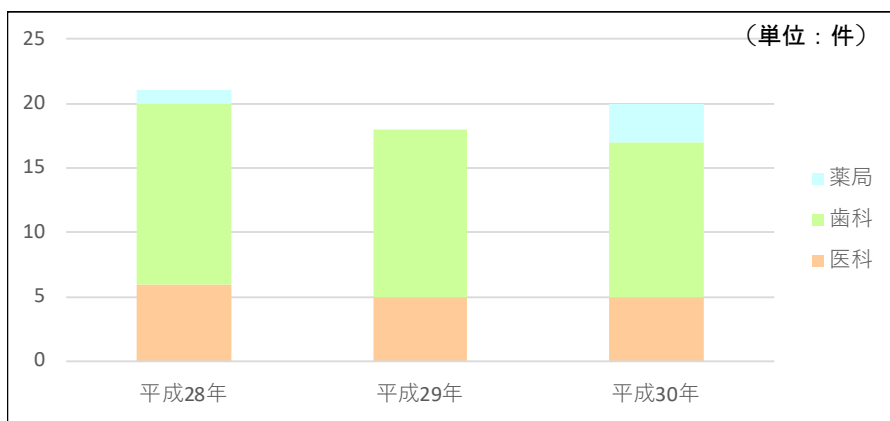
■ 指定医療機関の取り消し件数の推移



(単位：件)

年度	保険医療機関の取り消し件数			
	医科	歯科	薬局	計
平成 28 年	8	18	1	27
平成 29 年	8	19	1	28
平成 30 年	8	1	3	12

■ 保険医の取り消し件数の推移



(単位：件)

年度	保険医の取り消し件数			
	医科	歯科	薬局	計
平成 28 年	6	14	1	21
平成 29 年	5	13	0	18
平成 30 年	5	12	3	20

Ⅱ 指導・監査の目的とその概要

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。

指導対象となる保険医療機関等及び保険医等の選定指導は、原則として全ての保険医療機関等及び保険医等を対象として効果的かつ効率的な指導を行う観点から、指導形態に応じて対象となる保険医療機関等または保険医等の選定を行うとしています。

■指導形態

①集団指導

都道府県または厚生労働省及び都道府県が共同で、指導対象となる保険医療機関等または保険医等を一定の場所に集めて講習等の方式により行う。

②集団的個別指導

都道府県が指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて個別に簡便な面接懇談方式により行う。

③個別指導

厚生労働省または都道府県が次のいずれかの形態により、指導対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて、または当該保険医療機関等において、個別に面接懇談方式により行う。

●都道府県個別指導

都道府県が単独で行うもの。

●共同指導

厚生労働省及び都道府県が共同で行うもの。

●特定共同指導

厚生労働省及び都道府県が共同で行うものであって、特定の範囲の保険医療機関等または緊急性を要する場合等共同で行う必要性が生じた保険医療機関等について行うもの。

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、概ね次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年以内に全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。
- 集団的個別指導また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、それだけで目をつけられるということを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がベースとなって、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。

対象となるのは下記の項目に該当した医療機関です。

■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

監査にあたっては、監査対象となる保険医療機関等の開設者（またはこれに代わる者）、及び管理者の出席を求めるほか、必要に応じて保険医または保険薬剤師、診療報酬請求事務担当者、看護担当者その他の従業者また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でなく、医療行為に関わった指示者（保険医）、指示受け及び実施者（看護師、看護補助者）、レセプト請求担当者（診療報酬請求事務担当者）と、全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。

その結果、最悪で指定取り消しとなるわけですが、取り消し処分については次のとおり判断基準があります。

■取り消し処分の判断基準

都道府県知事は、保険医療機関等または保険医等が次のいずれか一つに該当するときは、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。

これらの判断がなされ、指定医取り消しとなった場合については、さらに経済上の措置として、返還金が発生することとなります。

Ⅲ 指導・監査の目的とその概要

1 医療従事者の水増し

返還金の中で最も多いのが、医療従事者（医師、看護師等）の水増しです。水増しとは医師及び看護師等の員数を水増しし、虚偽の報告を行ない、入院基本料等を不正に請求するものです。

これには、例えば7対1の看護基準の元に入院基本料を請求していた医療機関が、看護師の退職・休職に伴って7対1をキープできなくなったという、いわゆる届出要件を満たさなくなったにも拘わらず、変更の届出を行わなかったケースや、最近では看護師の夜勤平均時間が72時間を超えているのに特別入院基本料にランクダウンしていないなどの事例も報告されています。

故意的なケースがほとんどですが、中には、労務管理が徹底されていないことが原因で、保健所から指摘を受けてはじめて要件を満たしていないことに気づく医療機関も相当数存在します。

2 診療報酬の不正請求

診療報酬を不正に請求するケースは、次に示すとおり「架空請求」「付増請求」「振替請求」「二重請求」などその手口はさまざまです。

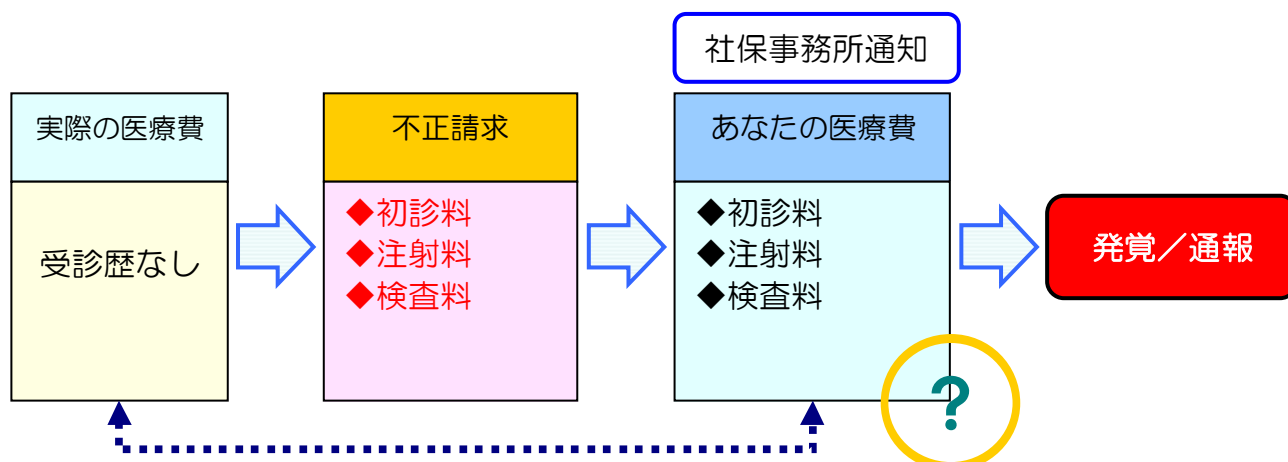
最近では、医療費の明細書も詳細に明示されるようになり、事前に発覚するケースも増えてきています。

① 架空の患者による不正

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（手術や検査等）をあたかも実施したように見せかけ不正に請求したりするケースもこれに該当します。

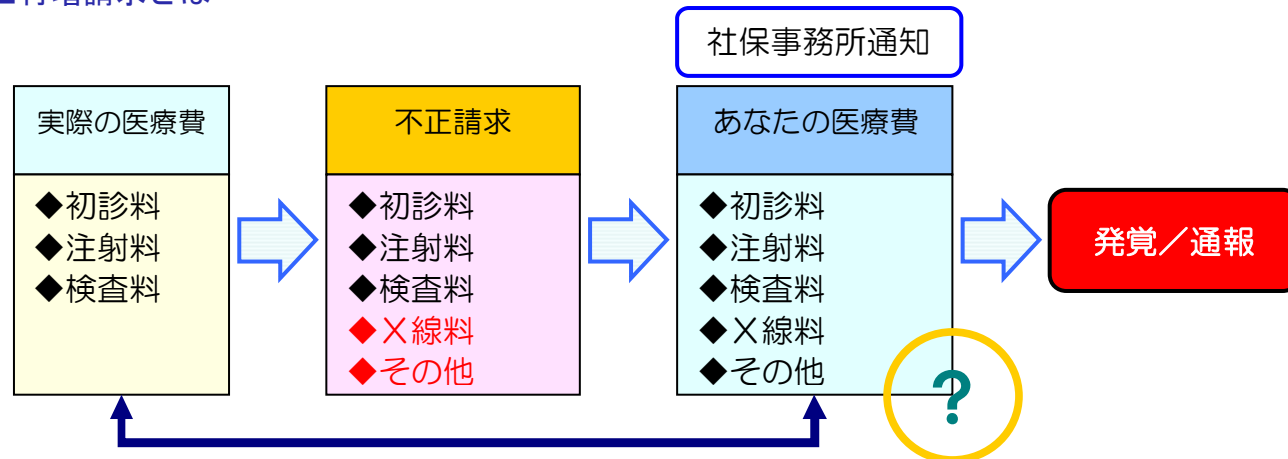
■架空請求とは



②付増による不正請求

実際に行った診療に、行っていない手術や検査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。

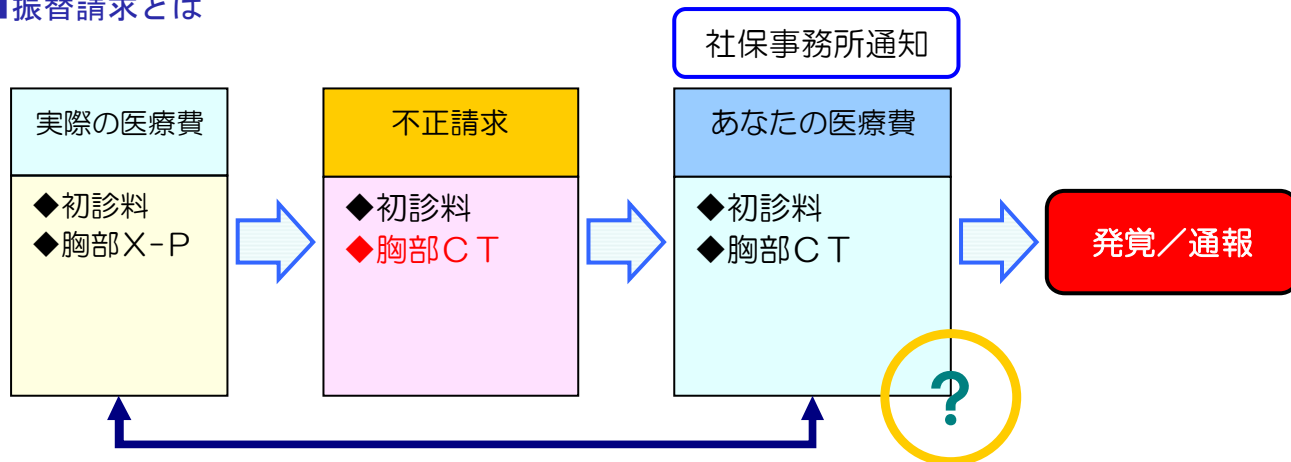
■付増請求とは



③振替による不正請求

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。実際には単純撮影しか行っていないのに、CTやMRIをやっ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ざんに関わっている背景が伺え、組織的な不正に及んでいるケースが見受けられます。

■振替請求とは



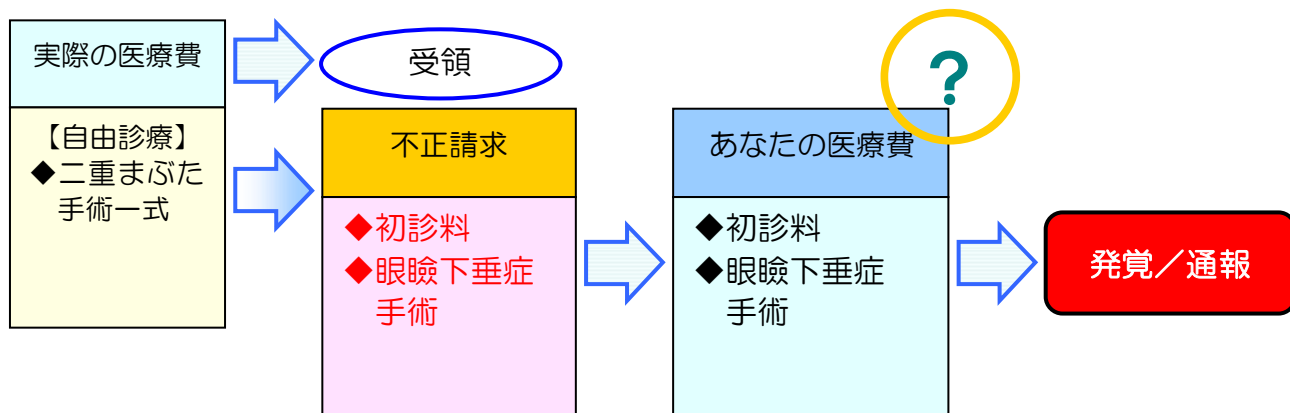
④二重請求による不正

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、同診療を保険診療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。

最近、ある美容形成外科クリニックで話題になりましたが、美容形成的な処置を自費診療として受領しておきながら、保険病名を付けて、その全額を保険請求するといった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。

なお、診察料（初診料や再診料）などは保険診療とし、当該医療行為分のみ自費診療とするケースはいわゆる混合診療となり、保険診療することはできません。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が、不正請求とは見なされません。

■二重請求とは



Ⅳ 院内コンプライアンスの確立による不正防止策

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

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管理者自らが確認することが必要です。主要手術について、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った管理者点検を行うことは、事務員はもちろん、各医師への啓蒙のためにも重要なことです。

特に医師については、レセプトの全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いくためにも、定期的なカルテ監査などを機能させるべきです。

また医療法の観点から、ライセンス者の人員不足のチェック機能確立し、維持継続させることも必須要件です。施設基準についても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、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、ベッドの稼働率はどうか、あるいは平均在院日数は長期化していないか、届出の専従医師はまだ在職しているか、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。
- 看護師による代筆が行われ、医師が確認する仕組みがない。

■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、診療情報管理士（もしくは、医事課長）とする。
- ③ 対象カルテは、直近6ヶ月の入院、外来カルテで、抽出は無作為に行う。
- ④ 監査内容は以下の通りとする。
 - 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
 - 外来管理加算算定時の時間の記載及び指導内容の記載状況

- カルテの綴り順（ファイリングに関すること）

- ⑤実施した内容については、診療録管理委員長（副院長）へ報告する。
- ⑥不適切な記載については、診療録管理委員会にて個別監査状況を報告する。

2 支払機関や保険じゃ・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症状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い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。

査定が多だけでなく、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。そうなる前に当該項目での査定を減らすべく対策を進める必要があります。その際には医師の協力なしに改善はできませんから、毎月医局に情報提供をし、査定減に向けた打合せは前提条件として毎月行う必要があります。

また、どうして査定されたのか診療報酬請求上の仕組みをご理解されていないケースもよく見受けられますので、そういった請求上の全体的なスキルアップという意味においても重要な打合せということができます。

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ような取り消しに至った不正内容などを、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体制が、よりよい結果をもたらすと考えます。

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ない地域から信頼される医療機関の姿だといえるでしょう。