

歯科 経営 情報

REPORT

Available Information Report for
dental Management



経営

個別指導のルールや
仕組みを正しく理解
厚生局による
指導・監査の
状況と対応策

- 1 歯科医院への指導・監査の実施状況
- 2 指導・監査の目的とその概要
- 3 返還・取り消しとなる不正請求事例
- 4 コンプライアンスの確立による不正防止策

1 | 歯科医院への指導・監査の実施状況

都道府県厚生局の歯科医院への指導・監査は、法令に則った保険診療、診療報酬請求を歯科医に周知徹底させるためのものです。個別指導にとどめ、監査に至らないようにすることが重要ですが、監査に至ってしまった場合は、その結果により診療報酬の自主返還や監査、そして保険医・保険医療機関の取り消しなどの行政処分がなされることから、厚生局から個別指導の実施通知が届くと、院長の心理的な負担は相当なものとなります。

不適切な診療報酬請求をしていた場合は、それが故意ではなく過失によるものであっても、ケースにより、5年間の保険医・保険医療機関の取り消しなどの行政処分の対象となります。そのため、指導・監査への対応の失敗は、歯科医院の経営破綻に直結します。

院長は指導・監査の状況を把握し、指導・監査を受けないような診療と診療報酬請求を行う必要があります。

1 | 厚生労働省 実態調査データ

(1)返還請求 令和元年は108億円超、令和2年は59億円超

厚生労働省「保険医療機関等の指導及び監査の実施状況」で保険医療機関等から診療報酬の返還を求めた金額は、令和元年度が108億7,355万円で、令和2年度では59億5,925万円となっています。

令和元年後半から令和2年以降はコロナ禍の影響もあり、個別指導を控えていました。これによる減少が大きな要因となっており、電子カルテやレセコンが普及し、かつ厚生局では開業時の初期指導も行っているにもかかわらず、大幅な減少には至っていません。

■保険医療機関等から診療報酬の返還を求めた金額

年度	指導から	適時調査から	監査から	合計
令和元年度	34億2,498万円	50億4,652万円	24億205万円	108億7,355万円
令和2年度	28億6,594万円	26億872万円	4億8,459万円	59億5,925万円

取り消しの特徴として、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12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。

■令和2年度の取り消しの状況

区分	件数
保険医療機関等の指定取消	11件（令和元年度11件）
保険医療機関の指定取消相当	8件（令和元年度10件）
保険医等の登録取消	18人（令和元年度14人）
保険医等の登録取消相当	0人（令和元年度1人）

なお、取消相当とは、本来、保険医療機関等の指定取消、保険医等の登録取消を行うべき事例について、保険医療機関等が廃止、または保険医等が登録の抹消をしている場合に行われる扱いですが、公表、再指定（再登録）については、指定取消（登録抹消）と同等に扱われます。

(2)指導の実施状況

令和2年度の個別指導と新規指定個別指導の実施件数は、下記のとおりです。そのほかに集団的個別指導の対象となる保険医療機関等を一定の場所に集めて行う指導がありますが、令和2年度については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、実施を全て見合わせています。

区分	医科	歯科	薬局	合計
①個別指導				
保険医療機関等	530件	525件	742件	1,797件
保険医等	688人	621人	1,101人	2,410人
②新規指定個別指導				
保険医療機関等	982件	781件	1,152件	2,915件
保険医等	1,120人	918人	1,720人	3,758人

(3)適時監査の実施状況(令和2年度)

区分	医科	歯科	薬局	合計
保険医療機関等	3件	0件	2件	5件

(4)監査の実施状況(令和2年度)

区分	医科	歯科	薬局	合計
保険医療機関等	16件	23件	7件	46件
保険医等	25人	36人	21人	82人

(5) 保険医療機関等の指定取消等及び保険医等の登録取消等の状況

	区分	医科	歯科	薬局	合計
保険医療機関等	指定取消	1件	10件	0件	11件
	指定取消相当	3件	5件	0件	8件
	計	4人	15件	0件	19件
保険医等	登録取消	4人	14人	0人	18人
	登録取消相当	0人	0人	0人	0人
	計	4人	14人	0人	18人

(6) 保険医療機関等の指定取消等に係る端緒

なぜ指定取消等に至ったのか。そのきっかけは、下記のとおりで、保険者等からの情報提供が多くを占めています。

- ① 保険者、医療機関従事者、医療費通知をみた患者等からの情報提供—— 12件
- ② その他 新聞報道、特定共同指導、個別指導 ————— 7件

※厚生労働省ホームページ：「令和元年度、令和2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」より抜粋

2 | 療養担当規則に基づくルール

厚生労働省は、保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下、療養担当規則）」で、給付の範囲や療養の給付の担当方針など、保険医療機関が日常的に診療を行う際の規則などを明示しています。

■ 療養担当規則の内容（抜粋）

- (第一条) 療養の給付の担当の範囲
 - ・ 診察・薬剤または治療材料の支給・処置、手術その他治療・居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- (第八条) 診療録の記載及び整備
 - ・ 保険医療機関は、診療録に療養の給付の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。
- (第二十条) 診療の具体的方針
 - ・ 診察
 - イ 診察は、特に患者の職業上及び環境上の特性等を顧慮して行う。
 - ロ 診察を行う場合は、患者の服薬状況及び薬剤服用歴を確認しなければならない。
 - ハ 健康診断は、療養の給付の対象として行ってはならない。
 - ニ 往診は、診療上必要があると認められる場合に行う。(略)

指導とは、医療機関がこの療養担当規則に違反していないかを患者本人や保険者及び支払機関等からの情報提供に基づいて、実地指導を行い、ルールの詳細について周知徹底することを目的として、各地域の地方厚生局により実施されています。

2 | 指導・監査の目的とその概要

指導・監査の対象となる場合は様々で、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集団指導が実施されるほか、1件当たりの平均点数が高い順に選定される集団個別指導などがあります。

1 | 指導の実施形態と監査の対象

(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、各医療機関は、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、概ね以下のとおりです。

■ 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高い病院にあっては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、指導とは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となります。

■ 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

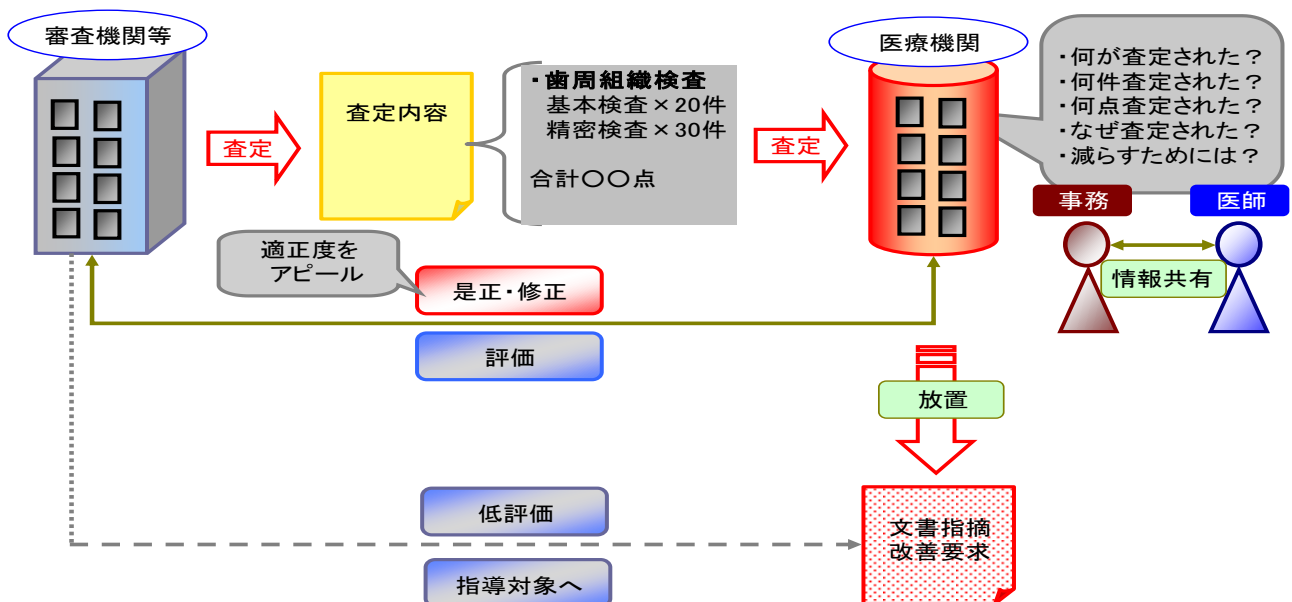
監査に当たっては、監査対象となる保険医療機関等の開設者（又はこれに代わる者）及び管理者の出席を求めるほか、必要に応じて保険医若しくは保険薬剤師、診療報酬請求事務担当者、治療補助者その他の従業者又は関係者の出席を求めるとしています。つまり保険医療機関を管理する院長だけに留まらず、医療行為に関わった指示者（保険医）、指示受け及び実施者（歯科衛生士、歯科助手他）、医療行為を点数化し、レセプト請求を担当する者（診療報酬請求事務担当者）とすべての指示命令系統に関してその適切性をチェックする仕組みとなっています。

■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。

■支払機関等との関係性の構築図



3 | 返還・取り消しとなる不正請求事例

保険医療機関等の診療内容または診療報酬の請求について、不正または著しい不当が疑われる場合等において監査が行われます。監査の終了後に、診療報酬の返還命令や取消処分の場合は聴聞手続きを経た上で、必要な措置（取消処分・戒告・注意）がとられます。

返還命令や取り消し処分になった不正内容について、院長は十分熟知し、自院での状況を把握し、予防策を取る必要があります。

1 | 架空請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求事例

保険医療機関等名	K 歯科医院	令和元年指定取消
不正の区分	架空請求、付増請求、振替請求、二重請求、その他の請求 (返還金額 10,235千円)	
不正の内容等	<p>1. 監査に至った経緯</p> <p>○厚生支局△事務所に対し、市役所から送付された医療費通知に、受診していない記録が含まれている旨の情報提供があり、個別指導を実施したところ、架空請求及び二重請求を認める発言があり、さらに患者調査を実施した結果、不正な診療報酬請求を行っている疑義が生じたことから、個別指導を中止し、監査を実施した。</p> <p>2. 監査結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実際には行っていない保険診療を行ったものと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。 ・実際に行った診療内容を保険点数の高い他の診療内容に振り替えて診療報酬を不正に請求していた。 ・実際に行った保険適用外である診療に係る費用を患者から受領しているにもかかわらず、保険適用である診療を行ったものとして診療報酬を不正に請求していた。 ・実際に行った保険適用外である診療を、保険適用である診療を行ったものとして診療報酬を不正に請求していた。 <p>3. 処分等 令和元年保険医療機関の指定取消、保険医の登録取消</p>	

2 付増請求事例

保険医療機関等名	デンタルオフィスS	令和2年指定取消
不正の区分	付増請求	(返還金額 20千円)
不正の内容等	<p>1. 監査に至った経緯</p> <ul style="list-style-type: none"> □厚生局◇事務所に対し、保険者より、患者が実際には受診していないにもかかわらず、診療報酬が請求されている旨の情報提供があり、個別指導を実施したところ、実際には行っていない保険診療を行ったものとして、不正な請求を行っていることが強く疑われたことから、個別指導を中止し、監査を実施した。 <p>2. 監査結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・監査への出頭を求められ、正当な理由なく、これに応ぜず、検査を拒み、忌避した。 ・実際には行っていない保険診療を行ったものとして、診療報酬を不正に請求していた。 <p>3. 処分等 令和2年 保険医療機関の指定取消、保険医の登録取消</p>	

3 付増請求、振替請求、二重請求事例

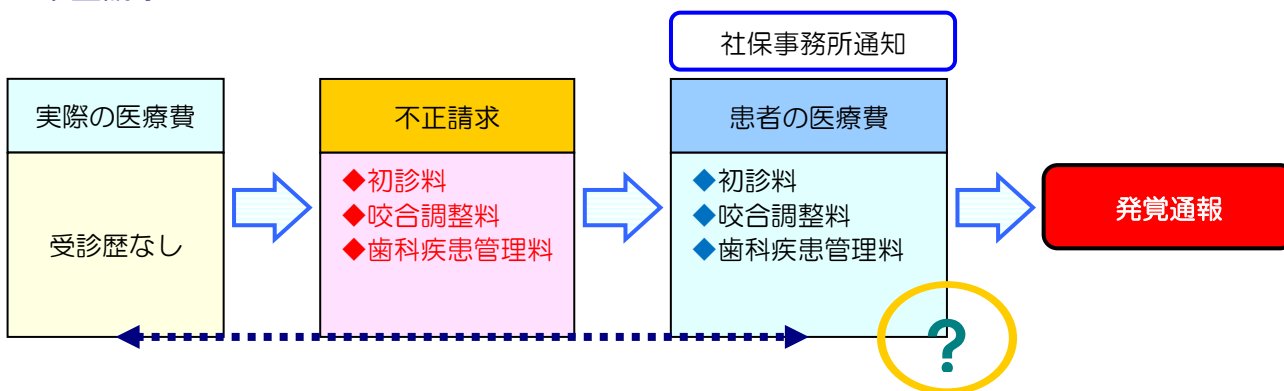
保険医療機関等名	N歯科	令和2年指定取消
不正の区分	付増請求、振替請求、二重請求	(返還金額 932千円)
不正の内容等	<p>1. 監査に至った経緯</p> <ul style="list-style-type: none"> ・△厚生局に対し、付増請求、振替請求及び二重請求を行っているとの情報提供があり、個別指導を実施したところ、歯科技工指示書及び納品書にブリッジを製作したと記載されているにもかかわらず、レジン前装金属冠（単冠）で請求されているとともに、有床義歯を装着している部位に、CAD/CAM冠を装着したとして診療報酬が請求されている事例等が認められたため、理由を確認したところ、明確な回答がなかったことから、個別指導を中断した。 <p>後日、個別指導を再開し、これらの疑義について確認したところ、診療の実態と異なる内容を診療録に記載し診療報酬を請求していたことを認めたことから、個別指導を中止し、監査を実施した。</p> <p>2. 監査結果</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 	

	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・自費診療として患者から費用を受領しているにもかかわらず、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していた。 <p>3. 処分等 令和2年 保険医療機関の指定取消、保険医の登録取消</p>
--	---

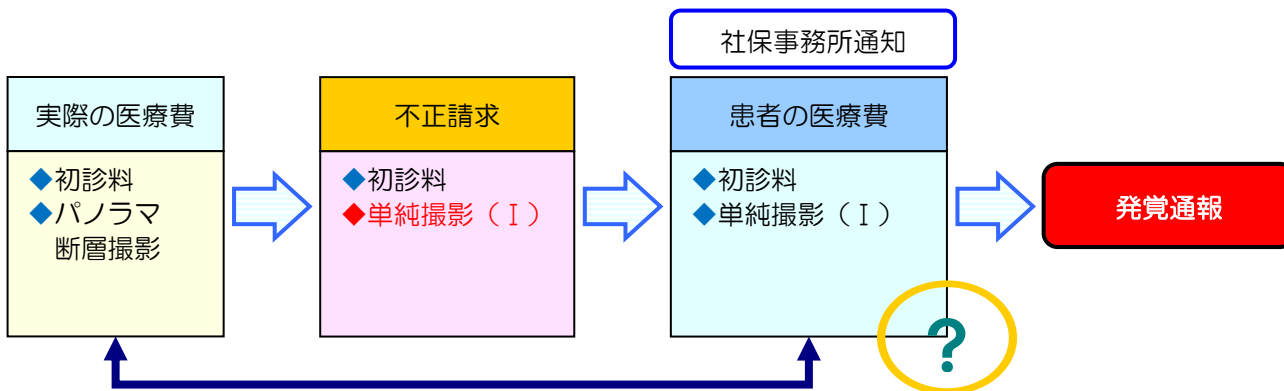
(厚生労働省ホームページ より抜粋)

4 | 不正請求の内容

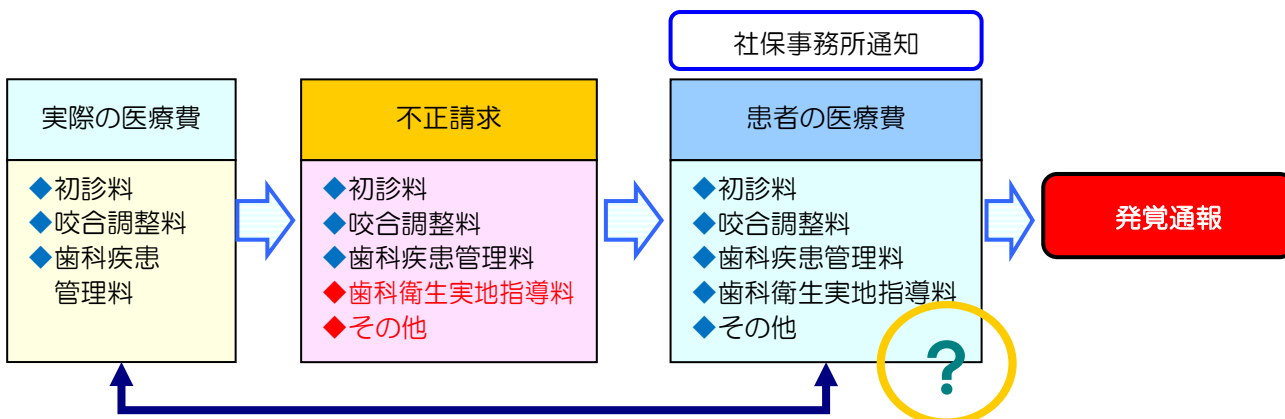
■ 架空請求とは



■ 振替請求とは



■ 付増請求とは



4 | コンプライアンスの確立による不正防止策

院内のコンプライアンスを、院長以下スタッフ全員での意思統一することが一番の不正予防につながります。

診療報酬請求の根拠は、診療録（カルテ）にあります。診療事実に基づいて必要事項を適切に記載していなければ、不正請求の疑いを招く恐れがあります。

開設者、管理者として自院のコンプライアンスを徹底し、不正請求の無いように、疑いをもたれないようにすることが不正防止策の基本です。

1. コンプライアンスを徹底するための体制作り

(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。すべてのレセプトを確認する必要はありませんが、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った、いわゆる管理者点検を行うことは重要なことです。

特に勤務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いただくためにも定期的なカルテ監査なども機能させるべきです。

また、医療法の観点から、国家資格者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し、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チェックできる仕組みを作り、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とカルテ監査の実施基準

<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。

<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、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細を添付するなど、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。その際には歯科医師の協力なしに改善はできませんから、毎月レセプト総括担当者に情報提供をし、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。

2. 令和2年度 都道府県別平均点数

地方厚生局から各都道府県別の平均点数が発表されています。自院の点数と比較してみましょう。

都道府県名	平均点数（点）	都道府県名	平均点数（点）	都道府県名	平均点数（点）
北海道	1,410	青森県	1,331	徳島県	1,296
岩手県	1,283	宮城県	1,116	愛媛県	1,133
秋田県	1,366	山形県	1,105	福岡県	1,290
福島県	1,179	茨城県	1,155	長崎県	1,190
栃木県	1,086	群馬県	1,120	大分県	1,313
埼玉県	1,122	千葉県	1,163	鹿児島県	1,159
東京都	1,158	神奈川県	1,226	岡山県	1,263
新潟県	1,199	富山県	1,100	山口県	1,215
石川県	1,204	福井県	1,212	広島県	1,295
山梨県	1,188	長野県	1,130	香川県	1,296
岐阜県	1,107	静岡県	1,096	高知県	1,242
愛知県	1,167	三重県	1,088	佐賀県	1,192
滋賀県	1,076	京都府	1,231	熊本県	1,190
大阪府	1,354	兵庫県	1,264	宮崎県	1,305
奈良県	1,119	和歌山県	1,251	沖縄県	1,238
鳥取県	1,179	島根県	1,155		

■参考資料

厚生労働省ホームページ：保険医療機関等の指導・監査等の実施状況

保険診療の理解のために（歯科）令和4年度

各厚生局ホームページ：平均点数