

# 医業トピックス



## ～厚生労働省による 不正請求の指導監査～



厚生労働省は、診療報酬の不正請求を患者をだます「詐欺」に該当するとして、1997年から2012年までに合計20の医療機関等を告訴しました。近年は厳罰化される傾向があります。調査の流れとしてはまず指導が行われ、そこで不正の疑い等の一定の事由に該当すると監査が行われます。監査の結果、架空請求等の不正がある場合、保険医取消の可能性が出てきます。

個別指導について、医科・歯科ともに増加しており、対医院数の発生率では医科約1.5%、歯科約2.0%となっています。個別指導の結果には次の種類があります。

**I おおむね妥当・・・ほぼ適切として指導終了**

**II 経過観察・・・適正を欠くが軽微で改善が期待できる場合、半年から1年後に経過観察が行われ、改善が見られれば指導終了**

**III 再指導・・・妥当・適正を欠く部分が認められる場合で、概ね1年以内に再度個別指導**

**IV 要監査・・・以下の監査要綱に該当すると判断された場合（監査となります）**

- a. 診療内容・診療報酬請求に不正又は著しい不当があったことを疑うに足りる理由があるとき。
- b. 度重なる個別指導によっても診療内容・診療報酬請求に改善が見られないとき。
- c. 正当な理由なく個別指導を拒否したとき。

監査になると必ず保険医の取消となるわけではありませんが、①不正請求②付増請求③振替請求④二重請求のいずれかの不正請求がある場合、保険医取消の可能性が出てきます。

基本的なルールは必ず守らなければなりません。カルテチェックや算定ルールを徹底することで院内のチェック体制を築いていく必要があります。