

療養費支給、取組の事例集

平成 31 年 3 月

愛知県国保運営方針連携会議ワーキンググループ

(給付部会)

目次

1	療養費支給事例	
(1)	柔整	2
(2)	はり・きゅう	6
(3)	あん摩・マッサージ	11
(4)	治療用装具	13
(5)	移送費	29
(6)	海外療養費	32
(7)	その他	41
2	療養費取組事例	
(1)	柔整	43
(2)	はり・きゅう	46
(3)	あん摩・マッサージ	49
(4)	治療用装具	52
(5)	移送費	53
(6)	海外療養費	54

○愛知県の療養費支給、取組の事例集について

1 趣旨・経緯について

平成 30 年度からの都道県単位化により、県と市町村が一体となって、国民健康保険に関する事務を共通認識の下での実施等できるよう、愛知県国民健康保険運営方針において「療養費支給、取組の事例集」を優先的取組項目として定めた。(国民健康保険運営方針第 4 章 2 (2))

2 事例集の検討・作成について

平成 30 年度より国民健康保険運営方針ワーキンググループ（給付部会）において、事例集の作成のため、事例の収集や検討を行った結果、療養費支給、取組事例集を適正な保険給付を行う上での参考資料として、各市町村へ提供することで、事務の標準化・効率化等を推進することとなった。

3 事例集の今後について

平成 31 年度以降も、新たに保険給付の対象となる療養も追加され疑義が生じると考えられるため、随時更新していくこととする。

療養費支給事例

柔整

1 名古屋市

タイトル

同一部位に対する医科併用(H29.9～H29.11申請、H29.11～H30.1支給、H30.4返戻)

事例

○医科レセプトと突合の結果、柔道整復で施術を受けている部位と同一部位に対して慢性疼痛疾患の診断と慢性疼痛疾患管理料が算定されていた為、医療機関に対して照会を行ったところ、柔道整復と同一部位に対して指導と外用薬の処方がされている事が判明した。

対応

○療養費支給申請書の返戻を行った。
後日、同一部位について除いた療養費支給申請書の再請求があった。

対応を行った根拠等

○医療を現物で給付する療養の給付が原則となっているが、やむを得ない事情で保険者がその必要を認めた場合は、療養の給付に変えて療養費の支給をすることができることから、併給は認められないと判断した。(柔道整復師が取り扱う療養費の支給は、医師が取り扱う療養の給付の補完的役割であることから、同一部位に関して柔道整復師と医師が同時に治療(施術)を行った場合は、医師の請求を優先すると考えられる。)

○健康保険法第87条1項

「保険者は療養の給付を行うことが困難であると認めるとき、療養の給付に代えて、療養費を支給できる」

○内閣衆質156第120号(H15.9.2)

「現に医師が治療を継続している疾患に対して、はり師、きゆう師、あん摩マッサージ指圧師又は柔道整復師が施術を行ったとしても、療養費を支給することは認められていない」

タイトル

温罨法料の算定誤りについて(H29.2申請 H29.3支給 H29.9返戻)

事例

○療養費支給申請書の内容点検において、温罨法料の算定に誤りがあることが判明した(2回で225円、正:2回で150円)。

対応

○療養費支給申請書について、返戻を行った。

対応を行った根拠等

○温罨法を併施した場合は、1回につき75円を加算することとなっている。

○柔道整復師の施術料金の算定方法(H30.6.1)

〔備考1〕

後療において強直緩解等のため、温罨法を併施した場合又は施術効果を促進するため、柔道整復の業務の範囲内において人の健康に危害を及ぼすおそれのない電気光線器具を使用した場合の電療料として、骨折又は不全骨折の場合にあってはその受傷の日から起算して7日間を除き、脱臼、打撲、不全脱臼又は捻挫の場合にあってはその受傷の日から起算して5日間を除き、1回につきそれぞれ75円又は30円を加算する。

〔療養費の支給基準H30 P103〕

タイトル

負傷日と初検日の疑義について(H29.6申請 H29.7支給 H29.11返戻)

事例

○療養費支給申請書の内容点検において、負傷日が初検日よりも後になっていることが判明した。

対応

○療養費支給申請書について、返戻を行った。

対応を行った根拠等

○初検時の施術内容が不明であるため。

○受領委任通知(H30.5.24)

〔別添1別紙第6章療養費の支払い
33・34／別添2第6章33・34〕

「保険者は請求内容に疑義がある場合は、国保連に申し出ること」「保険者は適宜、患者等に施術の内容及び回答等を照会して、施術の事実確認に努めること」

〔療養費の支給基準H30 P136・154〕

タイトル

同じ負傷原因の同じ部位の施術を複数の施術所で行う(H29.4)

事例

○療養費支給申請書を点検中、同じ負傷原因(H29.3.22バレーボールでジャンプした際負傷)で同じ負傷部位(左足関節捻挫)の施術を2か所の施術機関で(H29.3~4)行っている事例を確認したため、患者宅へ電話した。事情を確認したところ、中学の部活で痛めたが帰宅が遅いため近くの接骨院は閉まってしまう、痛みがひどい為遅くまでやっている他市の接骨院に行ったとのこと。

対応

○同じ負傷であればどちらか一方しか通常は保険適用ができず、片方は10割実費となる場合もあることを伝えた。

今回は、施術所の閉院時間後のやむを得ない事情であり、なおかつ、ご存じなくて複数受診したことのため、保険適用とした(その後複数受診は改善された)。

本市では、必ずしも制限するという意味ではなく、基本的な保険給付の考え方を伝えている。

対応を行った根拠等

○療養費支給基準(30. 10 P282)

上記根拠は、あはきの支給基準ではあるが、医療給付の適正化の観点からも重複受診は患者の疾病管理上望ましいこととは言えない。

○あはき療養費の場合

疑義解釈資料(H29.6.26)

〔別添【支給申請書関係】問4〕

「同時に複数の施術所で施術を受け、それぞれ療養費の支給申請を行うことは認められるか」「必ずしも制限されていないが、患者の疾病管理上望ましいこととは言えず、施術書の休診日等の関係等、やむを得ない事情がある場合を除き、保険者において患者に対する指導等を行う必要がある」

〔療養費の支給基準H30 P282〕

タイトル

自己診療の可否(H27、H29)

事例

○施術者の自己診療や親族への診療で、かつ頻回受診である事例が発見された。

・自己診療分の状況	・親族に対する自家診療分の状況
施術月(施術日数)、費用額	施術月(施術日数)費用額
平成26年8月(20日) 30,800円	平成26年8月(20日) 30,800円
9月(20日) 30,800円	9月(20日) 30,800円
10月(20日) 30,800円	10月(20日) 30,800円
11月(19日) 29,260円	11月以降は社保加入

・傷病名
 腰痛症

・傷病名
 頸腕症候群、腰痛症

・施術内容
 はり・きゅう併用、電療料電気光線器具

・施術内容
 はり・きゅう併用、電療料電気光線器具

対応

平成27年7月6日に患者調査票の送付をしたが、回答がされなかったことから、施術の状況確認を行うため、平成27年8月17日に保健師による訪問を行った。本人不在により本人の母と面談し、後日、本人より連絡があり、本人に施術状況の確認をしたところ、自身で、電気やはり・きゅうによる施術を行うとのことであった。

自己診療については、認められないと思われる旨を説明するも、「自己診療が禁じられている条文はない」との返答であり、県に相談したが、「明確な禁止事項ではない」との回答であったため経過観察することにした。

平成27、28年は、頻回受診や自己診療の状況が変わることはなかったが、平成29年の連合会の一次審査で、「自己診療は保険請求できません」との返戻理由で返戻された。

再度、県に確認したところ、「法令上に明記されていないが、厚生労働省が作成した「保険診療の理解のために」のP52(H30版)に自己診療が認められないと記載されていることに準じるものと考えている」との返答があった。

連合会からの返戻後、施術者から問い合わせはなく、請求もない。

なお、親族診療分については、返戻は行っていない。(平成26年11月以降、社保加入のため保険請求状況は不明)

対応を行った根拠等

○「保険診療の理解のために」P52(H30版)

自己診療、自家診療について

(1) 自己診療について

医師が、自身に対して診察し治療を行うことを「自己診療」といい、健康保険法等に基づく現行の医療保険制度は、被保険者、患者(他人)に対して診療を行う場合についての規定であるとされていることから、自己診療を保険診療として行うことについては、現行制度下では認められていない。保険診療として請求する場合は、同一の保険医療機関であっても、他の保険医に診察を依頼し、治療を受ける必要がある。

(2) 自家診療について

医師が、医師の家族や従業員に対し診察し治療を行うことを「自家診療」という。自家診療を保険診療として行う場合については、加入する保険医療制度の保険者により取扱いが異なるようである。認められる場合についても、診療録を作成し、必ず診察を行い、その内容を診療録に記載し、一部負担金を適切に徴収するのは当然である。無診察投薬、診療録記載の省略、一部負担金を徴収しない等の問題が起りやすいため、診察をする側、受ける側ともに注意が必要である。

タイトル

死亡後の申請(H28)

事例

○被保険者(世帯主)が死亡した以降の年月について請求された(本人の署名有)。

対応

○施術者に連絡し、「死亡後の施術だが、本人が署名したか」と確認するも、「あらかじめ本人に署名してもらっており、今回は請求誤り」とのことであった。「本来、施術後に署名すべき」と指導し療養費支給申請書を返戻した。

対応を行った根拠等

○受領委任通知(H30.6.12)

〔別添1第4章療養費の請求24(5)〕

「施術管理者は、毎月、申請書を患者又はその家族に提示し、施術を行った具体的な日付や施術内容の確認を受けたうえで署名又は押印を求めること」

〔別添1第6章療養費の支払い32・33〕

「保険者は請求内容に疑義がある場合は、国保連に申し出ること」「保険者は適宜、患者等に施術の内容及び回答等を照会して、施術の事実確認に努めること」

〔療養費の支給基準H30 P355・357〕

タイトル

同一負傷名における医療機関受診について（H28.6、H28.7、H28.8、H28.9診療分）

事例

○患者がはり治療の同意を得るため医療機関を訪れた。来院時、医師は同意書を書いた上で、同日にマッサージの施術を行った。患者は医師に勧められたのでそのままマッサージを受け、その後はり治療を受けた。

その後の医科レセプト・療養費支給申請書の点検にて、医科との重複受診としてはりの申請書を返戻したところ、はりの施術者から、医師が同意書を作成した上でマッサージを行うのは悪質であると申立てがあった。

対応

○はりの療養費を支給し、医療機関に説明した上で医科レセプトの返戻を行った。（マッサージに係る部分を修正の上再請求を依頼）

対応を行った根拠等

○本来医科がはり治療に優先するため、はりの療養費支給申請書を返戻するのが原則であるが、今回のケースでは、患者ははり治療の同意を得る目的で来院しており、医師もそれを理解した上で同意書を書いている。同日にマッサージの施術を行うことは同意の内容に反すると判断し、はりの施術者の主張を認めた。

○健康保険法第87条1項

「保険者は療養の給付を行うことが困難であると認めるとき、療養の給付に代えて、療養費を支給できる」

○保健医療機関及び保健医療養担当規則

〔第2条療養の給付の担当方針〕

「保健医療機関が担当する療養の給付は、患者の療養上妥当適切なものでなければならない」

タイトル

往療料の請求について(H22.2～H25.12申請、H22.4～H26.2支給)

事例

○療養費支給申請書の点検を行った結果、施術内容に疑義が生じた。
 往療料が請求されているが、被保険者は働いている。やむを得ない理由等により通所して治療を受けることが困難であるかを確認するため、被保険者に対して聞き取り調査を行い、施術者に報告を求めた。
 施術者曰く、被保険者には脳梗塞の後遺症があったため、施術者から頼んで往療していたとのこと。往療の必要性が認められないと判断した。

対応

○施術者本人から直接返還したいとの申し出があったため返戻は行わず、施術者に対して往療料の返還を請求した。

対応を行った根拠等

○はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給の留意事項について(H30.6.20)
 [別添1第6章往療料1]
 「往療料は、歩行困難等、真に安静を必要とするやむを得ない理由等により通所して治療を受けることが困難な場合に支給できる」
 [療養費の支給基準H30 P258]

タイトル

同一診療月における柔整とはり・きゅうにおける往療料の発生について

事例

○同一診療月において、同一被保険者が柔整においては往療料が発生していなかったのに対し、はり・きゅうにおいて往療料が発生していた。

対応

○療養費支給申請書により時系列にて、診療状況を確認したところ、はり・きゅうの往療料の伴う診療が(18日以降分)だったのに対し、その日以降は柔整の受診がなかった。
 またはり・きゅうについては、発症直後(発症日:17日)であり、医師の同意書もあり、適切な請求と判断した

対応を行った根拠等

○柔道整復師の施術に係る療養費の算定基準の実施上の留意事項等について 第3の2
 往療料は、下肢の骨折又は不全骨折、股関節脱臼、腰部捻挫等による歩行困難等真に安静を必要とするやむを得ない理由により患家の求めに応じて患家に赴き施術を行った場合に算定できるものであり、単に患者の希望のみにより又は定期的若しくは計画的に患家に赴いて施術を行った場合には算定できないこと。
 [療養費の支給基準H30 P108]

タイトル

変形徒手矯正術について(H29.4申請 H29.5支給 H29.9返戻)

事例

○医師の同意のない期間に変形徒手矯正術が行われていた。

対応

○療養費支給申請書の返戻を行った。

対応を行った根拠等

○変形徒手矯正術については、医師の同意書により取り扱うこと。支給可能な期間は、初療又は再同意日から起算して1ヶ月とすること。
〔療養費の支給基準H30 P256・257〕

タイトル
往療料(H28.4月～H29.12月施術分)
事例
<p>○毎月同じ施術所で施術を受けている患者の往療料距離8.5kmが、ある時期から5.5kmに変わっていた。施術所に確認したところ、「実際は、施術所所在地とは異なる住所にある施術所から往療を行っていた。往療料距離の算定方法がよくわかっておらず、途中から実際の距離に直した。」との回答があった。</p>
対応
<p>○施術所の同意のうえ、誤って算定されていた過去の療養費支給申請書すべてを返戻した。</p>
対応を行った根拠等
<p>○摘要欄に記載された施術所からの往療料で算定されていたが、実際に往療を行った施術所からの距離と違いがあったため。</p> <p>○療養費支給通知(H30.5.24) [2あん摩・マッサージ(4)往療料] 「往療料 2,300円／注1 往療距離が片道4キロ超 2,700円／注2 片道16キロ超は、絶対的な理由がある場合以外は認められない」 [療養費の支給基準H30 P241]</p> <p>*H28.10～H30.5まで 「往療料 1,800円／注1 往療距離が片道8キロまで2キロ又は端数毎 770円加算 片道8キロから16キロ 2,310円 ／注2 片道16キロ超は、絶対的な理由がある場合以外は認められない」 [療養費の支給基準H29.10 P201]</p> <p>*H26.4～H28.9まで 「往療料 1,800円／注1 往療距離が片道8キロまで2キロ又は端数毎 800円加算 片道8キロから16キロ 2,400円 ／注2 片道16キロ超は、絶対的な理由がある場合以外は認められない」</p>

治療用装具

12 名古屋市

タイトル

治療用装具の代金の支払いについて

事例

○被保険者から治療用装具を作成したが、いったん全額を支払うことができないため、装具作成業者へ保険負担分を市町村から支払ってほしいとの相談があった。

対応

○治療用装具については、柔整等の受領委任払の取り扱いは行えない。
そのため、生活困窮などの事情により全額を支払うことができないのであれば、社会福祉協議会が実施する生活福祉資金の貸付事業を案内するなどの適切な対応をとるよう努める。

対応を行った根拠等

○国保担当者ハンドブック(2018 P190・191)
被保険者の疾病又は負傷の保険事故に対しては、保険医療機関等において一連の医療サービスの給付で行い、いわゆる現物給付を建前としている。したがって、現金給付である療養費の支給制度はあくまで療養の給付若しくは保険外併用療養費の支給で果たせなかった役割を補充するものとして一定の支給要件を備えた場合に限り認められるものであり、被保険者に現物給付との選択の自由を与えたものではない。
支給要件については、次のような場合をいうものである。
(4)コルセット等治療用装具で、療養費払いの取扱いが行われている場合。

タイトル

義眼について不支給とした事例

事例

○病院から、義眼を作成した際に療養費として請求できるか問い合わせがあった。

対応

○義眼が保険適用になるのは、眼球摘出後眼窩保護のため必要と医師が認められる場合に限られるため、詳しく聞き取りをしたところ、先天的に眼球の無い小児に対し外貌を整える目的で義眼を作成するに至ったとのことであったため、支給できない旨回答した。

対応を行った根拠等

○義眼と治療材料の支給について(S25.2.8)

眼球摘出後眼窩保護のため装用を必要とする場合は、給付の範囲とすべきものと認められるに至ったので、右通牒を廃止し、爾今治療材料の範囲としコルセットに準じ支給を行うことになったから、その取扱に遺漏のないようせられたい。

○義眼は美容を目的とする場合は認められない。

[療養費の支給基準H30 P26]

治療用装具

14 岡崎市

タイトル

装着指示書と領収書の日付に差異がある場合について(H27.8)

事例

社会保険から国民健康保険へ加入された被保険者より治療用装具の申請があった。医師の装着指示書の日付(装着を必要と認めた日付)は社会保険加入期間中だが、領収書の日付は国民健康保険加入期間中だった。

対応

○装着指示書の装着を必要と認めた日付が社会保険加入期間中であつたため、協会健保担当者に給付可能か確認のうえで、国民健康保険での給付は行わない旨を被保険者に説明し、請求先を案内した。

対応を行った根拠等

○国民健康保険質疑応答集 P1,154

治療用装具の支給についての療養は、採寸・採型から装着まで一体の行為として解すべきであり、その療養が行われた日とは、採寸・採型が行われた日となる。従って、装着準備中の治療用装具の取扱いについては、国民健康保険の被保険者である間に採寸・採型が行われたときには、その装着の際、国保の資格を喪失していても、国保の給付対象となる。

なお、「採寸・採型が行われた日」と装着指示書の「装着を必要と認めた日付」の関連性については、過去の治療用装具の事例から、レセプトの「義肢装具採型法」の点数を付けた日付と装着指示書の「装着を必要と認めた日付」が同日であつたことを確認した。

タイトル

高倍率の小児用弱視眼鏡の質問への回答(H29.4)

事例

○高倍率の小児用弱視眼鏡について眼鏡屋から以下の質問あり。

- ①高倍率(3倍率以上)は、プラスでもマイナスでも支給対象となるのか。
- ②高倍率が片目だけでも支給対象となるか。

対応

○愛知県より厚生労働省へ確認いただき、次のとおり回答。

- ①プラスでもマイナスでも支給対象である。
- ②片目だけでも支給対象である。

対応を行った根拠等

○厚生労働省に確認のうえ、愛知県は以下のとおり回答

- ①プラスでもマイナスでも支給対象にできる。
- ②片目だけでも支給対象にできる。

治療用装具

16 西尾市

タイトル

医師の指示書を持たない小児弱視等の治療用眼鏡支給申請(H28)

事例

○但書きに「治療用眼鏡代金」と記載された領収書のみ持参し、療養費の支給申請をされた。医師の指示書を提出するよう求めると、「受け取っていない」とのことであった。

対応

○眼鏡購入店舗に確認したところ、医師の指示書はなく、誤って「治療用眼鏡代金」と記載してしまったとのことであったため、支給対象外とした。

対応を行った根拠等

○小児弱視等の治療用眼鏡等に係る療養費の支給における留意事項について
2 治療用眼鏡等の療養費の支給申請費用
(2) 療養費の支給の申請書には、次の書類を添付させ治療用として必要である旨を確認したうえで、適正な療養費の支給に努められたいこと。
②療養担当に当たる保険医の治療用眼鏡等の作成指示書等の写し
〔療養費の支給基準H30 P28・29〕

治療用装具

17 稲沢市

タイトル

同一傷病名、同一治療用装具の療養費請求について(H29.7申請 H29.8支給)

事例

○被保険者より2件治療用装具の療養費支給申請があった。異なる医療機関で5月と7月に同一傷病名(頰椎症性脊髄症)で同一装具(頰椎装具Cカラー(あご受けなし))を作成したものであり、医師の指示書に治療上2個必要である旨の記載もなかったため、7月に作成した医療機関に経緯を確認。2か月前に同一装具を作成したことを被保険者が医師に伝えていなかったため再作成したことが判明。

対応

○先に作成した装具のみ療養費を支給。後から作成した装具については、耐用年数が経過していないため保険適用が認められないとして、不支給とした。

対応を行った根拠等

○補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準(厚生労働省告示第528号)

耐用年数以内の破損及び故障に際しては、原則として修理又は調整を行う。

[療養費の支給基準H30 P72]

治療用装具

18 稲沢市

タイトル

弾性着衣に係る療養費の支給について(H29.9申請 H29.10不支給決定)

事例

○弾性着衣の療養費支給申請があったが、装着指示書に記載の傷病名が「自己免疫性膝炎 ステロイドによる下腿浮腫」となっていた。

対応

○医療機関に指示書を作成した経緯を確認したところ、本人からの請求があったため指示書を作成したが、保険適用となる根拠はないとのこと。支給対象外であると判断し、不支給とした。

対応を行った根拠等

○「四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給について」(平成20年3月21日保発第0321002号)及び「四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給における留意事項について」(平成20年3月21日保医発0321001号)

1. 支給対象となる疾病

・リンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍(悪性黒色腫、乳腺をはじめとする腋窩部のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍、子宮悪性腫瘍、子宮附属器悪性腫瘍、前立腺悪性腫瘍及び膀胱をはじめとする泌尿器系の骨盤内のリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍)の術後に発生する四肢のリンパ浮腫

[療養費の支給基準H30 P30]

治療用装具

19 尾張旭市

タイトル

治療目的以外の治療用装具の請求について(H23.8申請)

事例

○四肢のリンパ浮腫治療のため、被保険から医師の指示にある弾性着衣等とともに、医師の指示にない薬局等で市販されているサポーターの2組の治療用装具の支給申請があった。

対応

○2組目の治療用装具(薬局等で市販されているサポーター)については、医師の指示がなく、保険医が治療上必要があると認めた装具ではないため不支給とした。

対応を行った根拠等

○療養費の支給基準(H30 P17)

保険診療において、保険医が治療上必要があると認めて、関節用装具、コルセット等の治療用装具を業者に作らせて患者に装着させた場合は、患者が業者に対して支払った装具購入に要した費用について、その費用の限度内で療養費の支給を行うことになっている。

○治療用装具の療養費支給申請に係る手続き等について(保医発0209第1号 H30.2.9)

1 療養費支給申請に係る手続きについて

療養費支給申請に係る手続きは、次のとおり取り扱うことが適当であること。

(1) 保険医が患者を診察し、疾病又は負傷の治療上、用装具が必要であると疾病又は負傷の治療上、用装具が必要であると認める。

(2) 保険医の指示(処方)により治療用装具が製作(又は購入)される。

[療養費の支給基準H30 P18]

タイトル

修理分の支給について(H29.11申請、H29.12支給)

事例

○「脊髄梗塞による対麻痺」に対する、左短下肢装具修理の指示書が作成されていたもの。

対応

○病院に修理の必要性について確認したところ、体型が変わったことに伴い、型が合わなくなったため指示書を作成したと回答があった。生活に支障が出ると判断したため、支給した。

対応を行った根拠等

○補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準(厚生労働省告示第528号)

耐用年数以内の破損及び故障に際しては、原則として修理又は調整を行う。

[療養費の支給基準H30 P72]

治療用装具

21 日進市

タイトル

弾性ストッキングの支給について(H30.6申請、H30.7支給)

事例

○「リンパ浮腫」に対して、片足用の弾性ストッキングの支給を6ヶ月経過ごとに、申請の都度支給している被保険者が、平成30年6月の申請より領収書記載の装具名称が、「弾性ストッキング」ではなく「エクストラショート丈」等と変わっていた。なお、医師の指示書はストッキングにチェックがされていた。

対応

○「エクストラショート丈」等がどのようなものか確認するため病院に連絡をした。術後のむくみ軽減に必要であり、ストッキングと同様のものと確認をした。また、装具を購入した企業でも同様の回答があった。「エクストラショート丈」等の費用額が74,520円であったため支給上限の25,000円と比較し、金額が少ないほうの25,000円から、保険給付割合を乗じた額を支給した。

対応を行った根拠等

○四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給における留意事項について(20.3.21 保医発0321001)

(2) 申請回数

弾性着衣の着圧は経年劣化することから、前回の購入後6ヶ月経過後において再度購入された場合は、療養費として支給して差し支えない。

(3) 支給申請費用

療養費として支給する額は、1着あたり弾性ストッキングについては28,000円(片足用の場合は25,000円)

[療養費の支給基準H30 P30]

治療用装具

22 長久手市

タイトル

治療用装具の内容不備(H30. 2申請 H30.4支給)

事例

○申請にきた装具名が「右股装具C軟性」となっていたが、内訳書を見るとその中の1つが「肩たすき」となっていた。

対応

○足の装具の申請だが、上腕義手用に使用する肩たすきであったため疑義が生じた。健康保険組合連合会にも相談のうえ、実際の写真を見たところ、肩たすきではなく、肩吊帯という義足懸垂用部品であると判明した。

内訳書の内容や領収書等が変更されるため、本人や装具会社に連絡し、内訳書の内容と領収書の金額を修正したうえで、再度提出依頼をした。

装具会社は、肩吊帯が補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準のどこに当てはまるか分からなかったため、肩たすきとして請求したとのこと。

対応を行った根拠等

○補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準(平成18年9月29日厚生労働省告示第528号)

肩たすき一式と記載されている部分(義手用となっている。)。 価格10,700円

↓

肩吊帯と記載されている部分 価格6,400円

[療養費支給基準H30 P74]

肩たすき一式と記載されている部分(義手用となっている。)。 価格10,500円

↓

肩吊帯と記載されている部分 価格6,300円

[療養費支給基準H29.10 P71]*支給当時の基準

タイトル

弱視等治療用眼鏡の申請について

事例

○弱視等治療用眼鏡の申請において、医師の意見等が盛り込まれている弱視等治療用眼鏡等作成指示書ではなく、診断書が添付されていた。

対応

○通常の申請では、弱視等治療用眼鏡等作成指示書に対し、診断書が添付されていることに疑義が生じたため、医療機関に電話にて確認し、弱視等の治療用の眼鏡ではなく遠視用の眼鏡であることが判明したため申請を受け付けなかった。

対応を行った根拠等

○療養費の支給基準(H30 P17)

1 支給対象

眼鏡(小児弱視等の治療用眼鏡等は除く。)、補聴器、人工肛門用ペロツテ(人工肛門受便器)等は支給対象とされておらず…

○小児弱視等の治療用眼鏡等に係る療養費の支給における留意事項について

2 治療用眼鏡等の療養費の支給申請費用

(2)療養費の支給の申請書には、次の書類を添付させ治療用として必要である旨を確認したうえで、適正な療養費の支給に努められたいこと。

②療養担当に当たる保険医の治療用眼鏡等の作成指示書等の写し

[療養費の支給基準H30 P28]

治療用装具

24 幸田町

タイトル

治療目的の義足の作成について(H30.6申請 H30.7支給)

事例

○被保険者より、左下腿切断による義足作成の療養費支給申請があった。医師の意見および装具装着証明書が添付されており、領収書の品名は「左 訓練用仮下腿義足」となっていた。

対応

○練習用仮義足に係る療養費の支給は認められているため、療養費支給申請書と添付書類を精査して、支給した。

対応を行った根拠等

○練習用仮義足に係る療養費の支給について

1 症状固定後の練習用仮義足は、1回に限り治療用装具として療養費の支給対象とすることとし…

〔療養費の支給基準H30 P27〕

治療用装具

25 みよし市

タイトル

医師の指示から装着完了するまでの間に国保資格を喪失した場合の支給について

事例

○医師の指示書内の補装具の採寸採型が行われた日は国保だった被保険者が、装着確認日までの間に75歳になり国保資格を喪失した。

対応

○治療用装具の支給についての療養は、採寸採型から装着まで一体の行為として解すべきであり、療養が行われた日とは採寸採型が行われた日となることから、国保の給付対象となり支給した。

対応を行った根拠等

○国民健康保険質疑応答集 P1,154

治療用装具の支給についての療養は、採寸・採型から装着まで一体の行為として解すべきであり、その療養が行われた日とは、採寸・採型が行われた日となる。従って、装着準備中の治療用装具の取扱いについては、国民健康保険の被保険者である間に採寸・採型が行われたときには、その装着の際、国保の資格を喪失していても、国保の給付対象となる。

治療用装具

26 北名古屋市

タイトル

耐用年数以内の新しい補装具の申請について(H30.3月電話での問い合わせ)

事例

○耐用年数が3年のコルセットの療養費支給申請をされたが、前回の申請よりまだ2年ほどしか経っていなかったため、理由を聞いたところ、汚れがひどいためということだった。

対応

○そのような理由では受付できない旨を説明し、申請をやめてもらった。

対応を行った根拠等

○コルセットの修理費について(昭和26. 6. 8 保険発142)

小児先天性股関節脱臼に対し、「軟性コルセット」又は「関節補助器」を支給した場合に、3～4か月にて破損した場合は、その修理費は療養の給付期間以内である場合にあっては給付し、又使用に耐え得なくなった場合には新たに給付してよい。なお、汚染交換の場合は支給すべきでない。

[療養費の支給基準H30 P25]

○補装具の種目、購入等に要する費用の額の算定等に関する基準(厚生労働省告示第528号)

耐用年数以内の破損及び故障に際しては、原則として修理又は調整を行う。

[療養費の支給基準H30 P72]

治療用装具

27 あま市

タイトル

意見書と領収書における補装具名称の相違(平成30年4月申請、平成30年5月支給)

事例

○申請内容の精査中に意見書と領収書における補装具名称(作成位置)の相違があった。

意見書に記載された補装具の名称:胸椎装具B硬性

領収書に記載された補装具の名称:腰椎装具B硬性

対応

○義肢装具士に確認したところ、医師に確認し、再度、連絡するとの回答。

義肢装具士より、医師の意見書が誤っており、医師が再作成のうえ、差し替えてほしいと主張しているとの報告あり。

本来、意見書に基づいて治療用装具は作成されるものであるという認識を伝えたいと、意見書の提出について協力を求めた。

また差替え後の意見書(腰椎装具B硬性)及び領収書(腰椎装具B硬性)並びにレセプト内において、傷病名(腰椎椎間板ヘルニア)により、作成位置と合致したため、適正と判断し、支給した。

対応を行った根拠等

○国民健康保険法 第54条2項

市町村及び組合は、被保険者が被保険者証を提出しないで保険医療機関等について診療又は薬剤の支給を受けた場合において、被保険者証を提出しなかつたことが、緊急その他やむを得ない理由によるものと認めるときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給するものとする。ただし、当該被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員が当該被保険者に係る被保険者資格証明書の交付を受けている間は、この限りでない。

移送費

28 名古屋市

タイトル

海外からの移送について(H14.12申請)

○ベトナムに留学していたが急性白血病になり、ベトナムの医療機関に入院したが、十分な治療を受けられず、かつ、緊急的な必要性ありと日本の保険医療機関の医師が判断し、日本の医療体制が整った保険医療機関に移送されたが、移送費は支給できるか。

対応

○海外からの移送であっても、移送の目的である療養が保険診療として適切であり、疾病により移動することが困難なうえ、緊急やむを得ないと判断されたため、移送費を支給した。

対応を行った根拠等

○国民健康保険法第54条の4

市町村及び組合は、被保険者が療養の給付(保険外併用療養費に係る療養及び特別療養費に係る療養を含む。)を受けるため病院又は診療所に移送されたときは、当該被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員に対し、移送費として、厚生労働省令で定めるところにより算定した額を支給する。

○国民健康保険法施行規則 第27条の10

(移送費の支給要件)

保険者は、次の各号のいずれにも該当すると認める場合に移送費を支給する。

- 一 移送により法に基づく適切な療養を受けたこと。
- 二 移送の原因である疾病又は負傷により移動をすることが著しく困難であったこと。
- 三 緊急その他やむを得なかったこと。

海外の移送部分における支給額の算定については、海外療養費の外貨換算の考え方を引用し、支給決定日の外国為替換算率を用いて算定した。

移送費

29 名古屋市

タイトル

移送の際の付添人について

事例

○A病院に入院中であつたが、病状の急変により手術が必要となつた。A病院では、その手術に対応できる設備がなく、B病院に移送する必要があつた。

A病院からB病院への移送中に症状の悪化、処置に備えるため医師、看護師の2人が付き添つた。

医学的に管理が必要であつたと医師が判断する場合に限り、原則として1人までの交通費を算定することができるが、医師・看護師の2人の交通費も算定することができるか。

対応

○今回の移送の付添人は、医師、看護師の2人であるが、例外その他やむを得ない事情に該当したため、医師を含む、付添人3人の交通費を算定した。

やむを得ない事情に該当するかどうかは、移送中に複数人での医学的管理(移送中の症状の悪化、処置に医師1人では対応できないなどの事情)が必要であつたことが、医師の意見書から確認できたため。

対応を行った根拠等

○健康保険法等の一部を改正する法律等の施行に伴う国民健康保険関係法令の改正及び施行上の留意事項について(H6.9.9)

移送費の支給額は、施行規則第二七条の九に規定する算定基準により算定された額とすること。

具体的には、次のような取扱いとなるものであること。

- ① 経路については、必要な医療を行える最寄りの医療機関まで、その傷病の状態に応じ最も経済的な経路で算定すること。
 - ② 運賃については、その傷病の状態に応じ最も経済的な交通機関の運賃で算定すること。
 - ③ 医師、看護婦等付添人については、医学的管理が必要であつたと医師が判断する場合に限り、原則として一人までの交通費を算定すること。
 - ④ 天災その他やむを得ない事情により、前記のように取扱いが困難である場合には、現に要した費用を限度として例外的な取扱いも認められること。
- [療養費の支給基準H30 P398・399]

移送費

30 江南市

タイトル

移送費の支給について(支給せず)

事例

○現在、弟が精神病院に入院している。そこでの診察で、骨折と動脈瘤が見つかり手術が必要だが、設備が整っていないため、10日後くらいに転院する予定である。その時のタクシー代(介護タクシー)はどうなりますかとの問合せ。

対応

○内容を確認したところ、緊急での転院は必要ないが、転院の際の足がなく、介護タクシーの値段を聞いたらかかなり高かったので相談したとのことだった。移送費の支給要件の①移送の目的である療養が保険診療として適切であること②患者が療養の原因である病気・けがにより移動が困難であることについては該当するが、③緊急その他やむを得ないことという条件には該当しないため、移送費の支給の対象とならない旨説明した。

対応を行った根拠等

○健康保険の移送費の支給の取扱いについて(H6.9.9)
① 負傷した患者が災害現場等から医療機関に緊急に移送された場合。
② 離島等で疾病にかかり、又は負傷し、その症状が重篤であり、かつ、傷病が発生した場所の付近の医療施設では必要な医療が不可能であるか又は著しく困難であるため、必要な医療の提供を受けられる最寄りの医療機関に移送された場合。
③ 移動困難な患者であって、患者の症状からみて、当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により緊急に転院した場合。
〔療養費の支給基準H30 P398〕

タイトル

海外療養費の支給要件について

事例

○外国籍の国保加入者より、上海市へ里帰りした際に現地の医療機関に入院したとして海外療養費の申請があった。しかし、受診した経緯を聞くと、国内の医療機関で健康診断をした際に腫瘍が見つかり手術を勧められたが、言葉が通じる母国で治療したいと思い、里帰りの際に現地の医療機関を受診したとのこと。

対応

○国内での治療ができたが、あえて母国での治療を選択していることから、やむを得ない事情があると認められないため、海外療養費は支給できないと説明し、不支給決定をおこなった。

対応を行った根拠等

○国民健康保険法 第54条

市町村及び組合は、療養の給付若しくは入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給(以下この項及び次項において「療養の給付等」という。)を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所若しくは薬局その他の者について診療、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、市町村又は組合がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給することができる。

タイトル

民間の傷害保険等の保険金と海外療養費の併給調整について

事例

○海外旅行中に急病により現地の医療機関を受診した。渡航の際に、民間の傷害保険に加入していたため、後日保険会社から保険金が給付された。この場合でも海外療養費は申請できるのか。

対応

○海外療養費は申請できる。
国内の傷病についても、民間の傷害保険と給付調整しないことと同様に、海外療養費についても民間の傷病保険とは併給調整を行わない。

対応を行った根拠等

○国民健康保険質疑応答集 P1,401
海外療養費の額は、たとえ、当該被保険者が加入する民間の傷害保険等から保険金が出た場合についても、国内において同様の疾病につき療養を受けた場合を標準として審査し、実際に支払った額が大きい場合は標準額から被保険者の一部負担金相当額を控除した額、小さいときは実費額から被保険者の一部負担金相当額を控除した額を払い戻すこととなっており、保険者において民間傷害保険等との間で併給調整を行う必要はない。(国内における疾病等に係る療養に要した費用についても、保険者において民間傷害保険等との間での併給調整を行うことはない。)

タイトル

パスポートの電子申請(H29.12申請、H30.2支給)

事例

○パスポートを電子申請で行っているため、パスポートに出入国の押印がない。

対応

○パスポートの添付は不正受給防止であるため、航空券やホテルの領収書などで海外にいたことが判断できる書類を添付すれば可とした。

対応を行った根拠等

○海外療養費の不正請求対策等について(H25.12.6保国発1206第1号)

第1 海外療養費の支給申請に対する審査の強化について

1 海外療養費の支給申請時における確認について

海外療養費の支給申請があった場合には、パスポート等の提示を求めることにより、海外において療養等を受けたとされる被保険者の渡航の事実や、支給申請に係る療養等が当該渡航期間内に行われたものであることを確認すること。

○海外療養費の支給申請及び審査等に係る事務の取扱いについて(H28.3.31保国発0331第4号)

第1 提出書類の確認

海外療養費の不正請求を防ぐ観点から、国民健康保険法施行規則(昭和33年厚生省令第53号)第27条第4項の規定を新設し、海外療養費の支給申請時の提出書類として・旅券、当貢献その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し・・・を新たに求めることとしたが・・・

タイトル

入院中の院外処方箋（H28申請）

事例

○平成28年3月4日から11日まで、中国で入院した被保険者が、4日と11日に院外処方を受けたとして、入院費と調剤それぞれの海外療養費の支給申請をされた。連合会に参考レセプト作成を依頼したところ、入院中の院外処方は原則認められていないとの連絡を受けた。

対応

○被保険者に対し、入院中でも院外でしか処方を受けられない事情があるのか、もしくは、外来で受診し受けた処方箋であるのか等、処方理由を確認できる書類の提出を求めたが、書類の提出はされなかった。
そのため、入院費のみ海外療養費を支給し、調剤費については、不支給とした。

対応を行った根拠等

○「診療報酬Q&A」医学通信社 P325 ミニQA352入院患者に対する院外処方
Q:入院患者に対しての院外処方が可能ですでしょうか。
A:結論から述べますと、入院患者に対する院外処方は(原則として)認められません。「院外処方は”患者に交付し患者が選択した保険薬局で投与を受ける”ものであり、外来患者を想定しています。」

疑義解釈資料の送付について(その5)(厚生労働省保険局医療課 事務連絡 22. 6. 11)

Q:入院中の患者(DPC算定病棟に入院している患者を除く。)について、入院医療機関において行うことができない専門的な診療のため他医療機関の受診が必要となり、当該他医療機関から交付された処方せんに基づき薬局において調剤した場合、調剤報酬の算定等は具体的にどのように行うのか。

A:当該薬局において、調剤基本料(加算を含む。)及び調剤情報提供料(算定要件を満たす場合に限る。)を算定することができる。ただし、当該患者が出来高入院料を算定する病床に入院している患者である場合には、これらの費用のほか、調剤料(加算を含む。)、薬剤料及び特定保険医療材料についても算定することができる(調剤情報提供料以外の薬学管理料については、算定することはできない)。算定に当たっては、調剤報酬明細書の摘要欄に、①入院中の患者である旨、②入院医療機関の名称、③出来高入院料を算定している患者であるか否かについて記載すること。また、調剤内容(医薬品名、規格単位、用法・用量、調剤数量(投薬日数、調剤回数等)等)について、入院医療機関に情報提供すること。

海外療養費

35 犬山市

タイトル

海外療養費の支給について

事例

○日本で治療していた箇所が、海外出張中に痛みが発生し鍼灸を受けた。日本での治療より、海外で受けた鍼灸治療の方が効果が得られたとのことで、出張に行くたびに鍼灸等の受診していた為、海外療養費を申請したいとのことであった。

対応

○日本で治療を行っており、出張中の負傷ではないこと。計画的に海外で受診していること等を踏まえて支給できない旨を説明した。

対応を行った根拠等

○国民健康保険法 第54条

保険者は、療養の給付若しくは入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給(以下この項及び次項において「療養の給付等」という。)を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所若しくは薬局その他の者について診療、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給することができる。

海外療養費

36 大府市

タイトル

海外渡航中に受けた人工透析の費用について(H28.6)

事例

○被保険者から、海外渡航中に人工透析を受けた場合、海外療養費の申請はできるのかとの問い合わせがあった。

対応

○海外療養費は申請できる旨を説明し、申請を受け、療養費を支給した。

対応を行った根拠等

○当該被保険者は、本市より特定疾病療養受領証を交付しており、日本でも透析を受けていることが確認できた。また、本人からの聞き取りにより、観光目的での渡航(透析患者のためのパッケージ旅行を利用)であることも確認した。よって、治療目的での海外渡航ではないため、療養費を支給した。

○国民健康保険法 54条

保険者は、療養の給付若しくは入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給(以下この項及び次項において「療養の給付等」という。)を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所若しくは薬局その他の者について診療、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給することができる。

海外療養費

37 日進市

タイトル

海外療養費分の食事代について(H28.9申請、H28.11支給)

事例

○海外療養費の中に、13回分の入院時の食事代があった。支給金額について、愛知県に確認したところ、海外通貨を日本円に換算後、その金額から、連合会が作成したレセプトの標準負担金を差し引いた金額を支給すると回答があった。

- ・海外療養費の申請金額(支給決定時の為替レートで日本円に換算)
2,623円
- ・連合会が作成した参考レセプトの金額
費用額8,320円 標準負担額3,380円

対応

○海外療養費の申請金額(支給決定時のレートで日本円に換算)が日本の保険医療機関等で同様の療養の給付等を受けた場合の連合会が作成した参考レセプトの標準負担金より少額であったため、支給金額はなしとなった。

対応を行った根拠等

○国民健康保険質疑応答集 P1,399

海外療養費の額は、基本的には、日本の保険医療機関等で同様の疾病等について療養の給付を受けた場合を標準として決定される。具体的には、実際に支払った額が大きい場合は、標準額から被保険者の一部負担金相当額を控除した額、小さいときは実費額から被保険者の一部負担金相当額を控除した額を払い戻すこととなる。

海外療養費

38 日進市

タイトル

海外療養費の支給金額の決定について(H29.11申請、H30.1支給)

事例

○受診月が5ヶ月分あり、その内4ヶ月分が連合会の作成したレセプトの金額が小さく、残り1件が日本円換算後の実質負担金が小さくなっていた。詳細は以下のとおり

診療月 海外療養費の申請金額は支給決定時の為替レートで日本円に換算

H28.4 申請金額 70,881円、連合会の参考レセ 34,710円

H28.8 申請金額 65,357円、連合会の参考レセ 37,530円

H28.11 申請金額 70,873円、連合会の参考レセ 35,630円

H29.7 申請金額 35,436円、連合会の参考レセ 20,030円

H29.11 申請金額 40,047円、連合会の参考レセ 51,110円

対応

○海外療養費申請金額(支給決定時の為替レートで日本円に換算)と日本の保険医療機関等で同様の疾病等について療養を受けた場合の金額の2つの算定した結果で、小さい金額を支給するため、4ヶ月分(診療月 H28.4 H28.8 H28.11 H29.7)を連合会の作成した参考レセプトで、残り1ヶ月分(診療月 H29.11)を日本円に換算後の金額をもと実質負担金を参考に支給をした。

支給金額は以下のとおり(7割負担の被保険者)

H28.4 24,297円

H28.8 26,271円

H28.11 24,941円

H29.7 14,021円

H29.11 28,032円

対応を行った根拠等

○国民健康保険質疑応答集 P1,399

海外療養費の額は、基本的には、日本の保険医療機関等で同様の疾病等について療養の給付を受けた場合を標準として決定される。具体的には、実際に支払った額が大きい場合は、標準額から被保険者の一部負担金相当額を控除した額、小さいときは実費額から被保険者の一部負担金相当額を控除した額を払い戻すこととなる。

タイトル

海外療養費支給申請に伴う翻訳について(説明:常時)

事例

○翻訳は必ず必要か。どのようにしたらよいかとの問い合わせ

対応

○翻訳は、法令に基づき、必須となっており、翻訳漏れ等を防ぐため、外国語にて作成された書類の原本をコピーし、コピーに日本語訳を直接、書き込むよう指導している。

対応を行った根拠等

○国民健康保険法施行規則 第27条

被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員は、法第五十四条又は法第五十四条の第三第三項若しくは第四項の規定により療養費の支給を受けようとするときは、次に掲げる事項を記載した療養費支給申請書を保険者に提出しなければならない。

六 療養につき算定した費用の額

七 被保険者証の記号番号

2 前項の申請書には、同項第六号に規定する療養につき算定した費用の額に関する証拠書類を添付しなければならない。

3 前項の証拠書類が外国語で作成されたものであるときは、その証拠書類に日本語の翻訳文を添付しなければならない。

タイトル

骨髄液の移送の支給額について(H30.6)

事例

○骨髄液の移送を航空機を使った際の支給額について。

対応

○骨髄液の移植でドナーが北海道と遠方のため、航空機を使用しての骨髄液の移送に対して給付を行った。移送については最も経済的な経路で算定するが、航空機の場合航空会社や日時によっても金額が大きく異なり、移送当日にどのような航空便が運航していたか調査することが困難であったため、支給決定日の航空便で移送を行う場合の最も安い金額で算定した。そのうえで本人が実際にかかった費用と比較し、金額の小さい方をもとに算定し、療養費として支給するため、自己負担割合を乗じて得た額を控除した額を給付した。

対応を行った根拠等

○臓器移植に係る療養費及び移送費の取扱いに係るQ&Aの送付について(H29.12.22)
Q6 臓器等採取を行う医師の派遣に要した費用や臓器等を搬送した場合における搬送に要した費用については、「療養費として支給し、それらの額は移送費の算定方法により算定する」とこととされているため、あくまで療養費として支給するものと解して差し支えないか。

A 差し支えない。医師の派遣や臓器の搬送に要した費用については、あくまで療養費として、その費用を移送費の算定方法により算定し、国民健康保険法第42条第11項各号に掲げる場合の区分に応じ、自己負担割合を乗じて得た額を控除した額を基準として、保険者が定めること。

○国民健康保険法施行規則第27条の9

(移送費の額)国民健康保険法第54条の4第一項に規定する厚生労働省で定めるところにより算定した額は、最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用により算定した額とする。ただし、現に当該移送に要した費用の額を超えることができない。

療養費取組事例

●柔道整復不正請求防止に係る取組事例について

<p>【申請書等点検方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・整形外科の治療と柔整の施術が同じ部位で同じ期間重複していないか突合。 ・骨折事例での医師の同意書の確認。 ・骨折の場合、医科レセプトとの突合。 ・連月初療を算定している施術院に対して、初療の算定の適正かどうか。 ・手書きレセプトの合計点数の確認。 ・長期施術継続理由、長期頻回施術理由の記載確認(内容によっては医科レセプトと突合) ・入院中の柔整施術は基本的に支給対象ではないため、入院期間中に柔整レセプトがないか、入院のレセプトと突合調査。 	<p>【申請内容に不備があった際の対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施術部位、回数に申請書と相違があれば施術者に連絡し過誤返戻。
<p>【患者調査】 (対象者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多部位(3か所以上)、頻回、長期の者。 ・多部位負傷(3部位以上)、長期継続(3ヶ月を超える期間)、頻回傾向(1ヶ月あたり10～15回以上が継続)、治癒と負傷の繰り返し、月末治癒・翌月新たな負傷、負傷原因パターン化等が見受けられ、どれかに当てはまる申請。 ・多部位負傷、長期継続、頻回傾向のいずれかに該当し、総医療費が10,000円以上の者。 ・2部位以上負傷・3ヶ月間以上の長期療養・実日数10日以上(2つ以上該当の場合調査)。 ・3～6月に鍼灸、マッサージを含めて40日以上施術を受けている者。 ・多部位の負傷かつ3ヵ月間以上、ひと月に15日以上施術を受けている者。 ・何年も他県での施術、同月2ヶ所の医療機関で施術している者。 ・4ヶ月間以上の長期継続、ひと月に15日以上、他部位施術を受けている者。 <p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施術期間、日数は一致しているか。 ・施術内容等を確認のうえ療養費申請書に署名をしたかまたは、自書できないため代筆をしてもらったか。 ・領収書は毎回受け取っているか。 ・施術所名に誤りはないか。 ・傷病原因はなにか。・2か所での施術にての同部位がないか。 ・請求内容や、健康保険の適用範囲について説明があったか。 ・同時期に同じ負傷で他の医療機関を受診したか。 	<p>【患者調査による効果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同じ痛みに対して医療機関にて治療を受けていると回答があり、医科レセプトと突合の結果医科併給が確認されたため返戻。 ・被保険者からの回答で治療内容に疑義があるときは、本人や施術所に電話確認する。確認したところ、認識違い多い。その旨を伝え、注意を促す。 ・被保険者から施術の内容につきが誤りがある旨の連絡があった場合は、施術所に確認をし、申請内容に誤りがあったことが確認できた場合には返戻。 ・被保険者からの調査用紙返信にて、署名をしておらず、領収書の受け取りも行っていないとの返答があり。被保険者へ直接適正な受診方法および医療費通知の確認について指導。
<p>【被保険者への周知】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・柔道整復施術療養費支給申請書提出の記録が、直近6ヵ月間無かった被保険者に対して、適正受診普及啓発の案内。 ・医療費通知はがき裏面を利用し、適正な利用を呼び掛けている。 ・健診会場で、柔整に係る場合の保険が適用できるもの、できないものについて記載されたポケットティッシュを配布。 ・患者調査の際、パンフレットを同封。 ・窓口に案内チラシを設置して周知。 ・広報及びホームページへ掲載し、適正受診の周知。 ・当初納税通知書発送時にパンフレットを同封し、周知。 ・被保険者証更新時、加入時に適正利用に関するパンフレットを配布。 ・高齢受給者証一斉更新時に施術に関するパンフレットを同封し、周知。 	

●柔整申請書等の点検の委託内容

名古屋市	<p>【金額】 ・6,804,000円（上記業務と適正受診普及啓発案内送付を含む業務の委託である）</p> <p>【内容】 ・名古屋市に提出された柔道整復施術療養費支給申請書のうち、30,000件/年に対して業務委託業者にて内容点検を行い、申請書記載不備のあるものを抽出。 併せて、名古屋市が指示する条件に該当する申請書について、実態調査を行っている。実態調査対象の条件とは、①受療日数が月10日以上 ②施術部位3部位以上 ③初検日より4か月以上継続受療 ④合計金額が15,000円以上 ⑤同一世帯内2名以上受療 のうち、1つでも該当のあるもの。 被保険者より返送された実態調査の回答と申請書の内容に相違があるものを抽出。</p> <p>・実態調査による回答を基に、名古屋市で医科レセプトとの突合を。 ・上記の点検で疑義のあるものに対して、CSVデータから前後月4か月の申請書を抽出し縦覧点検。</p>
豊橋市	<p>【金額】 ・往療料なし:1件135円、往療料あり:1件243円</p> <p>【内容】 1. 次のいずれかに当てはまる申請書を抽出し、そのうち全件または一部を照会対象とする。 ①多部位負傷(3部位以上)施術 ②同月内で複数の施術所で施術を受けている ③長期継続(3か月を超える期間)施術 ④施術回数が頻回傾向(月20回) ⑤数か月毎に別部位の負傷を繰り返し、同一施術所で施術を受けている ⑥傷病名との整合性がとれない ⑦医師の同意が得られていない ⑧往療の必要性がない 2. その他、算定方法に誤りがあれば抽出する。往療料については実際に徴収された金額と往療の距離から算定される金額の整合性を確認し、過剰徴収しているものを抽出する。</p>
津島市	<p>【金額】 ・4,332,000円</p> <p>【内容】 ・多部位損傷(3部位以上)施術の点検。 ・長期継続(3か月を超える期間)施術の点検。 ・頻回傾向(1か月あたり10~15回以上継続する傾向がある場合)の点検。 ・同一施術機関にて同一世帯で複数名施術の点検。 ・同月内に複数の施術機関にて施術の点検。 ・同月内に柔道整復とはり・きゅう・マッサージの施術の点検。 ・その他施術内容に誤りや疑義の点検。</p>
刈谷市	<p>【金額】894,240円</p> <p>【内容】柔整・針きゅう・あん摩マッサージ、点検方法:庁内にて、申請書公開月に全件点検を実施している。 ・内容点検・縦覧点検・突合点検を実施。 ・縦覧点検では、長期施術者に対して、部位転がしの疑いがないか等を調査している。 ・突合点検(医科・調剤レセプトとの照合)を実施し、併給の疑いがないか調査している。</p>
安城市	<p>【金額】 ・861,840円(柔整、はり・きゅう、あん摩・マッサージ)</p> <p>【内容】 ・3ヶ月間以上、ひと月に15日以上施術を受けている対象者を中心に内容点検を行い、部位転がしの疑いがないか調査。 ・保険医療機関との併用請求がないかを医科のレセプトと突合調査。 ・半年以上の施術の対象者を中心に内容点検を行い、慢性疾患となっていないかを調査。</p>
犬山市	<p>【金額】 ・1件あたり3円【国保連合会】</p> <p>【内容】 ・長期継続、多部位負傷かつ高額請求リストに掲載されている被保険者の割合が一定数以上ある施術期間を点検する。(3ヶ月単位) ・頻回傾向リストに掲載されている被保険者の割合が一定数以上ある施術期間を点検する。 ・同一月内に複数施術期間リストに掲載されている被保険者を点検する。 ・同一月内に柔整と鍼灸、マッサージの受診リストに同一日に受診している被保険者を点検する。 ・同一月内に医科と柔整を受診している被保険者を点検する。</p>
小牧市	<p>【金額】 ・5,227,264円</p> <p>【内容】 ・骨折・脱臼の場合の医師の同意を得ているか点検 ・医科レセプトと突合し、医師の同意を得た月の傷病名に差異はないか、重複受診になっていないか点検 ・往療の必要性および往療料に係る距離・金額を点検 ・重複・頻回受診の把握</p>
日進市	<p>【金額】 ・714,960円(柔整、はり・きゅう、あん摩・マッサージ含む)</p> <p>【内容】 ・点検方法等:縦覧点検</p>
みよし市	<p>【金額】 ・3,888千円(医科・歯科・調剤・柔整等)</p> <p>【内容】 ・多数回施術申請者等の関連医科レセプトとの突合、部位転がしの疑いがないか、委託により点検を実施。</p>
愛西市	<p>【金額】 ・4,030,560円(診療報酬明細書等の点検等含む)</p> <p>【内容】 ・柔整療養費支給申請書について多部位、長期・頻回等の疑義がある対象者の抽出を行う。算定方法に誤りがないか等点検。往診料が含まれる柔整療養費支給申請書の抽出。第三者行為の疑いのある柔整療養費支給申請書の抽出等</p>

●柔整患者調査の委託内容

名古屋市	<p>【金額】 ・6,804,000円</p> <p>【内容】・名古屋市に提出された柔道整復施術療養費支給申請書のうち、30,000件/年に対して業務委託業者にて内容点検を行い、名古屋市が指示する条件に該当する申請書について、実態調査を行っている。実態調査対象の条件とは、①受療日数が月10日以上 ②施術部位3部位以上 ③初検日より4か月以上継続受療 ④合計金額が15,000円以上 ⑤同一世帯内2名以上受療のうち、1つでも該当のあるものである。</p> <p>調査方法は、署名の有無・負傷日・負傷原因・受療理由などを記載していただく「受療内容確認回答書①」と、施術を受けた部位に対して人体図へ○印を記入していただく「受療内容確認回答書②」を対象者へ送付。</p> <p>返送された「受療内容確認回答書①、②」と申請書の内容に相違があるものを抽出する。</p>
豊橋市	<p>【金額】 ・照会文書:1件54円、郵送料:1件82円、返送郵送料:1件97円</p> <p>【内容】 ①受診したか ②療養費の委任(署名)したか ③負傷原因 ④同じ傷病で同月に他医療機関に通院(往診)したか ⑤一部負担金は正しいか ⑥通院日数は正しいか ⑦負傷原因を柔道整復師に説明したか ⑧施術を受けた部位</p>
日進市	<p>【金額】 ・714,960円(柔整、はり・きゅう、あん摩・マッサージ含む)</p> <p>【内容】 ・レセプト点検、電話対応、患者への照会 ・頻回傾向(1月あたり15日以上)の施術を受けている者、多部位(3部位以上)で長期継続(4ヶ月以上)の施術を受けている者のいずれかに該当する者を調査対象者とする。 ・施術日数が一致しているか、領収書を受け取ったか、施術内容を確認したか、委任欄に世帯主氏名を自筆したか等を文書照会で確認をする。</p>

●はり・きゅう不正請求防止に係る取組事例について

<p>【申請書等点検方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の同意書の期間が施術の時期にあてはまっているか点検。 ・医科レセプトと突合し、同意年月日の確認。 ・神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症や前記6疾病と同一範疇と認められる疾病以外で施術を受けていないか調査。 ・単月での内容確認、6ヵ月単位での縦覧点検。 <p>(往療料について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・往療料のある請求書について実際に地図を確認し、概算での距離を計測し請求に誤りがないか確認。 ・往診の場合は距離、症状に応じて妥当か確認。 ・同意医師の医療機関以外に複数(複数日)受診がある場合は、往療が適正であるか調査。 	<p>【申請内容に不備があった際の対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保連合会に再審査の申し出。 ・該当者と接触の機会があれば、聞き取りにより詳しく調査している。
<p>【患者調査】</p> <p>(対象者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の同意の無いもの、往療の必要性に疑義、実日数10日以上もの者。(2つ以上該当している場合) ・3か月間の中に40日以上施術を受けている者。 ・多部位の負傷かつ3ヶ月間以上、ひと月に15日以上施術を受けている者。 ・長期継続(3ヶ月間以上)及び頻回傾向(ひと月に10～15日以上が継続する傾向がある)のいずれかに該当する者。 ・往療料の必要性等に疑義がある者。 <p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施術期間、施術日は一致しているか。 ・他の医療機関にて同じ治療を行っているか。 ・他の医療機関にて同じ治療を行っているか。 ・医師の同意のもと施術を受けているか。 ・医師の同意の内容は正しいか。 ・領収書を受け取っているか。 ・療養費申請書に署名をしたかまたは、自署できないため代筆をしてもらったか。 ・負傷の箇所及び原因について。 ・(往療料について請求がある場合)どのような事情により、施術師が自宅等にきて施術しているのか。 	<p>【患者調査による効果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者から施術回数に誤っている旨の連絡があり、施術所に確認をしたところ申請内容に誤りがあったため申請書の返戻。 ・領収書を受け取ることに必要性の周知。
<p>【被保険者への周知】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療費通知はがき裏面を利用し、周知。 ・患者調査票送付時にリーフレットを同封し、周知。 ・納税通知書発送時にパンフレットを同封し、周知。 ・官庁内に施術に関するポスターを掲示し、周知。 ・被保険者証の更新時や加入時にパンフレットを配布し、周知。 ・広報及びホームページへ掲載し、適正受診の周知。 ・窓口に案内チラシを設置して周知。 	

●はり・きゅう申請書等の点検の委託内容

豊橋市	<p>【金額】 ・往療料なし:1件135円、往療料あり:1件243円</p> <p>【内容】 1. 次のいずれかに当てはまる申請書を抽出し、そのうち全件または一部を照会対象とする。 ①多部位負傷(3部位以上)施術 ②同月内で複数の施術所で施術を受けている ③長期継続(3か月を超える期間)施術 ④施術回数が頻回傾向(月20回) ⑤数か月毎に別部位の負傷を繰り返し、同一施術所で施術を受けている ⑥傷病名との整合性がとれない ⑦医師の同意が得られていない ⑧往療の必要性がない 2. その他、算定方法に誤りがあれば抽出する。往療料については実際に徴収された金額と往療の距離から算定される金額の整合性を確認し、過剰徴収しているものを抽出する。</p>
刈谷市	<p>【金額】 ・894,240円</p> <p>【内容】 ・柔整・針きゅう・あん摩マッサージ、点検方法:庁内にて、申請書公開月に全件点検を実施している。 ・内容点検・縦覧点検・突合点検を実施。 ・縦覧点検では、長期施術者に対して、部位転がしの疑いがないか等を調査している。 ・突合点検(医科・調剤レセとのとの照合)を実施し、併給の疑いがないか調査している。</p>
安城市	<p>【金額】 ・861,840円(柔整、はり・きゅう、あん摩・マッサージ)</p> <p>【内容】 ・3ヶ月間以上、ひと月に15日以上施術を受けている対象者を中心に内容点検を行い、部位転がしの疑いがないか調査。 ・保険医療機関との併用請求がないかを医科のレセプトと突合調査。 ・半年以上の施術の対象者を中心に内容点検を行い、慢性疾患となっていないかを調査。</p>
犬山市	<p>【金額】 ・1件あたり3円【国保連合会】</p> <p>【内容】 ・長期継続、多部位負傷かつ高額請求リストに掲載されている被保険者の割合が一定数以上ある施術期間を点検する。(3ヶ月単位) ・頻回傾向リストに掲載されている被保険者の割合が一定数以上ある施術期間を点検する。 ・同一月内に複数施術期間リストに掲載されている被保険者を点検する。 ・同一月内に柔整と鍼灸、マッサージの受診リストに同一日に受診している被保険者を点検する。 ・同一月内に医科と柔整を受診している被保険者を点検する。</p>
小牧市	<p>【金額】 ・5,227,264円</p> <p>【内容】 ・骨折・脱臼の場合の医師の同意を得ているか点検 ・医科レセプトと突合し、医師の同意を得た月の傷病名に差異はないか、重複受診になっていないか点検 ・往療の必要性および往療料に係る距離・金額を点検 ・重複・頻回受診の把握</p>
日進市	<p>【金額】 ・714,960円(柔整、はり・きゅう、あん摩・マッサージ含む)</p> <p>【内容】 ・点検方法等:縦覧点検</p>
みよし市	<p>【金額】 ・3,888千円(医科・歯科・調剤・柔整等)</p> <p>【内容】 ・多数回施術申請者等の関連医科レセプトとの突合、部位転がしの疑いがないか、委託により点検を実施。</p>

●はり・きゅう患者調査の委託内容

豊橋市	<p>【金額】 ・照会文書:1件54円、郵送料:1件82円、返送郵送料:1件97円</p> <p>【内容】 ①受診したか ②傷病名 ③施術内容 ④施術を受けた場所 ⑤同じ傷病で同月に他医療機関に通院(往診)したか ⑥一部負担金は正しいか ⑦通院日数は正しいか ⑧同意及び再同意の取得方法</p>
日進市	<p>【金額】 ・714,960円(柔整、はり・きゅう、あん摩・マッサージ含む)</p> <p>【内容】 ・レセプト点検、電話対応、患者への照会 ・頻回傾向(1月あたり15日以上)の施術を受けている者、多部位(3部位以上)で長期継続(4ヶ月以上)の施術を受けている者のいずれかに該当する者を調査対象者とする。 ・施術日数が一致しているか、領収書を受け取ったか、施術内容を確認したか、委任欄に世帯主氏名を自筆したか等を文書照会で確認をする。</p>

●あん摩・マッサージ不正請求防止に係る取組事例について

<p>【申請書等点検方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初療時の医師同意書の確認。 ・対象者を中心に、筋麻痺や関節拘縮等以外で単に疲労回復目的で施術を受けていないか確認。 ・医師の同意書は添付されているか確認。 ・脳梗塞後遺症の場合はどの部位に麻痺、拘縮があるか確認。 ・医科レセプトと突合し、同意年月日の確認。 ・マッサージ、はり・きゅう両方で同じ負傷名にて施術の請求がないか確認。 <p>(往療料について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・往診の場合は距離、症状に応じて妥当かどうか確認。 ・距離の根拠について記載内容を点検、記載のない場合、距離に疑義がないか確認。 ・往療料の必要な記載が同意書にあるか確認。 ・往療料について上肢の病名のみで算定されていないか確認。 	<p>【申請内容に不備があった際の対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保連合会に再審査の申し出。 ・該当者と接触の機会があれば、聞き取りにより詳しく調査している。
<p>【患者調査】 (対象者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師の同意の無いもの、往療の必要性に疑義、実日数10日以上もの者。(2つ以上該当している場合) ・3か月間の間に40日以上施術を受けている者。 ・多部位の負傷かつ3ヶ月間以上、ひと月に15日以上施術を受けている者。 ・長期継続(3ヶ月間以上)及び頻回傾向(ひと月に10～15日以上が継続する傾向がある)のいずれかに該当する者。 ・往療料の必要性等に疑義がある者。 <p>(調査内容)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施術期間、施術日は一致しているか。・単に疲労回復、慰安、疾病予防のマッサージを目的としていないか。 ・医師の同意のもと施術を受けているか。・医師の同意の内容は正しいか。・領収書を受け取っているか。 ・療養費申請書に署名をしたかまたは、自署できないため代筆をもらったか。・負傷の箇所及び原因について。 ・(往療料について請求がある場合)どのような事情により、施術師が自宅等にきて施術しているのか。 	<p>【患者調査による効果】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者から施術回数が誤っている旨の連絡があり、施術所に確認をしたところ申請内容に誤りがあったため申請書の返戻。 ・領収書を受け取ることに對する必要性の周知。
<p>【被保険者への周知】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療費通知はがき裏面を利用し、周知。 ・患者調査票送付時にリーフレットを同封し、周知。 ・納税通知書発送時にパンフレットを同封し、周知。 ・官庁内に施術に関するポスターを掲示し、周知。 ・被保険者証の更新時や加入時にパンフレットを配布し、周知。 ・広報及びホームページへ掲載し、適正受診の周知。 ・窓口に案内チラシを設置して周知。 	

●あん摩・マッサージ申請書等の点検の委託内容

豊橋市	<p>【金額】 ・往療料なし: 1件135円、往療料あり: 1件243円</p> <p>【内容】 1. 次のいずれかに当てはまる申請書を抽出し、そのうち全件または一部を照会対象とする。 ①多部位負傷(3部位以上)施術 ②同月内で複数の施術所で施術を受けている ③長期継続(3か月を超える期間)施術 ④施術回数が頻回傾向(月20回) ⑤数か月毎に別部位の負傷を繰り返し、同一施術所で施術を受けている ⑥傷病名との整合性がとれない ⑦医師の同意が得られていない ⑧往療の必要性がない 2. その他、算定方法に誤りがあれば抽出する。往療料については実際に徴収された金額と往療の距離から算定される金額の整合性を確認し、過剰徴収しているものを抽出する。</p>
刈谷市	<p>【金額】 ・894, 240円</p> <p>【内容】 ・柔整・針きゅう・あん摩マッサージ、点検方法: 庁内にて、申請書公開月に全件点検を実施している。 ・内容点検・縦覧点検・突合点検を実施。 ・縦覧点検では、長期施術者に対して、部位転がしの疑いがないか等を調査している。 ・突合点検(医科・調剤レセとのとの照合)を実施し、併給の疑いがないか調査している。</p>
安城市	<p>【金額】 ・861, 840円(柔整、はり・きゅう、あん摩・マッサージ)</p> <p>【内容】 ・3ヶ月間以上、ひと月に15日以上施術を受けている対象者を中心に内容点検を行い、部位転がしの疑いがないか調査。 ・保険医療機関との併用請求がないかを医科のレセプトと突合調査。 ・半年以上の施術の対象者を中心に内容点検を行い、慢性疾患となっていないかを調査。</p>
犬山市	<p>【金額】 ・1件あたり3円【国保連合会】</p> <p>【内容】 ・長期継続、多部位負傷かつ高額請求リストに掲載されている被保険者の割合が一定数以上ある施術期間を点検する。(3ヶ月単位) ・頻回傾向リストに掲載されている被保険者の割合が一定数以上ある施術期間を点検する。 ・同一月内に複数施術期間リストに掲載されている被保険者を点検する。 ・同一月内に柔整と鍼灸、マッサージの受診リストに同一日に受診している被保険者を点検する。 ・同一月内に医科と柔整を受診している被保険者を点検する。</p>
小牧市	<p>【金額】 ・5,227,264円</p> <p>【内容】 ・骨折・脱臼の場合の医師の同意を得ているか点検 ・医科レセプトと突合し、医師の同意を得た月の傷病名に差異はないか、重複受診になっていないか点検 ・往療の必要性および往療料に係る距離・金額を点検 ・重複・頻回受診の把握</p>
日進市	<p>【金額】 ・714,960円(柔整、はり・きゅう、あん摩・マッサージ含む)</p> <p>【内容】 ・点検方法等: 縦覧点検</p>
みよし市	<p>【金額】 ・3,888千円(医科・歯科・調剤・柔整等)</p> <p>【内容】 ・多数回施術申請者等の関連医科レセプトとの突合、部位転がしの疑いがないか、委託により点検を実施。</p>

●あん摩・マッサージ患者調査の委託内容

豊橋市	<p>【金額】 ・照会文書:1件54円、郵送料:1件82円、返送郵送料:1件97円</p> <p>【内容】 ①受診したか ②傷病名 ③施術内容 ④施術を受けた場所 ⑤同じ傷病で同月に他医療機関に通院(往診)したか ⑥一部負担金は正しいか ⑦通院日数は正しいか ⑧同意及び再同意の取得方法</p>
日進市	<p>【金額】 ・714,960円(柔整、はり・きゅう、あん摩・マッサージ含む)</p> <p>【内容】 ・レセプト点検、電話対応、患者への照会 ・頻回傾向(1月あたり15日以上)の施術を受けている者、多部位(3部位以上)で長期継続(4ヶ月以上)の施術を受けている者のいずれかに該当する者を調査対象者とする。 ・施術日数が一致しているか、領収書を受け取ったか、施術内容を確認したか、委任欄に世帯主氏名を自筆したか等を文書照会で確認をする。</p>

● 治療用装具不正請求防止に係る取組事例について

【支給対象であるかの確認方法】

- ・過去の支給実績を確認し、同じ装具について過去に申請していないか、耐用年数以内の申請かを確認。
- ・発病(傷)年月日が古い場合は、症状固定している場合が考えられるため本人や医療機関へ聞き取り等の確認。
- ・意見書および装具装着証明書と領収書の装具名が一致しているかの確認。
- ・装具装着証明書の病名と診療報酬明細書の病名・採寸の有無を確認。
- ・装着指示日以降の領収日であるか確認。
- ・装具の費用額は適正か確認。
- ・装着する現物であることが確認できる写真の添付を求める。(靴型装具の場合)
- ・6か月以内に同じ請求はないか(弾性着衣の場合)
- ・カタログなどを参照等することで、適切なものであるか判断し、疑義等あった場合は直接販売店に確認。(弾性着衣の場合)

【申請内容に不備があった場合の対応】

- ・耐用年数内の同一装具作成で医師による再作成理由なし⇒支給不可。
- ・症状固定後の傷病に係る装具は治療用であると言えないため、支給不可な旨説明し、障害者総合支援法による補装具費として支給が受けられる可能性がある旨案内。
- ・装着指示以前の領収日⇒被保険者に状況を確認し、事実であれば支給不可。
- ・医師の証明に押印なし⇒医療機関へ連絡し押印を依頼。
- ・装具名の相違⇒医療機関へ連絡、証明もしくは領収書の修正を依頼。
- ・靴型装具の装着写真がない場合は、写真を撮ってきてもらうか、装着した状態で申請に来てもらうよう説明。

【被保険者への周知】

- ・パンフレット、市の広報にて周知。
- ・被保険者証交付時に国保制度パンフレットを渡し、周知。
- ・靴型装具の写真添付開始時、広報・ホームページに掲載。

【その他の取組事項】

- ・小児弱視等の治療用眼鏡等や四肢のリンパ浮腫治療のための弾性着衣等に係る療養費の支給申請があった場合、システムへ購入日を、指示書へ前回の購入日を記載し、装着期間や前回からの購入時からの経過期間が短く支給対象とならないものを、窓口で申請を受けた際に発見できるよう努めている。

●移送費不正請求防止に係る取組事例について

【支給申請書等の点検方法】

- ・申請時には、移送費がかかった理由等(緊急その他やむを得ない事情であるか、)の聞き取り。
- ・移送を必要とする医師の意見書の確認。(医療機関に移送費が必要である理由の確認)
- ・嘱託医による審査を行い医学的見地から支給要件を満たしているかを判断。
- ・宿泊している場合、その必要性。

【申請内容に不備があった際の対応】

- ・申請内容に不備があることを説明し、不支給決定。

【被保険者への周知】

- ・被保険者証交付時に移送費に関する内容が記載されているパンフレットを同封。
- ・ホームページに掲載し、制度の周知。

●海外療養費不正請求防止に係る取組事例について

<p>【支給対象であるかの確認方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療を目的として渡航した場合ではないかの聞き取り。 ・海外に滞在していたかを確認するための、パスポートの渡航履歴の確認。 ・治療内容を必要に応じ照会できるような同意書の提出。 ・インターネット(ホームページ等)にて医療機関の存在の確認。 ・国内での同一傷病の受診履歴の確認。 ・申請書類の翻訳。
<p>【申請内容に不備があった場合の対応】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療目的で渡航したことが判明した場合は、支給対象外である旨を説明し、不支給決定。 ・インターネット(ホームページ等)にて医療機関の存在が確認できない場合、連合会に調査依頼。
<p>【被保険者への周知】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保加入時、被保険者証交付時に海外療養費に関するパンフレットを同封。 ・ホームページに海外療養費に関する保険給付の範囲等を掲載。 ・パンフレットには、パスポート添付が必要なことや、不正受給が多くなっている旨を記載。

●海外療養費申請書等の点検の委託内容

業務内容	<p>【保険者名】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名古屋市 <p>【金額】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5,242,320円 <p>【点検・調査内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申請書及び添付書類の和訳を作成後、申請者から添付された和訳との整合性を点検。(対象言語 中国語、英語、タイ語、マレーシア語、韓国語など) ・インターネットで、医療機関名、所在地、電話番号等で検索し、現地医療機関の現存を確認。 ・現地医療機関へ電話等による実態調査。 <ul style="list-style-type: none"> 受診時点における医療機関名、所在地、主治医、診療科が一致確認。 受診者の氏名、生年月日、性別が一致確認。 診療に係る(1傷病名 2初診日 3受診日 4受診日数 5入院または外来 6症状 7処置の内容 8処方箋の有無 9医療上の必要性のある診療か 10受診は予定していたものか。予定していた場合、予定したのはいつか。) 領収日及び領収金額を確認。 診療内容に照らし合わせ、領収金額の内訳の確認。 診療内容明細書の記載事項では、国内保険診療の範囲内か判断できない場合は、判断に足るべき情報の取得。 ・申請書のデータ化 <ul style="list-style-type: none"> データ化項目 住所登録の区・被保険者証記号番号・受診者氏名・受診者生年月日・医療機関所在地(国名)・医療機関名・受診日・傷病名・入院、外来区分、治療費、支払通貨。
------	--