

## 柔道整復療養費審査委員会面接確認実施要領（例）

## （目 的）

第1条 この要領は、〇〇県（都・道・府）柔道整復療養費審査委員会（又は国民健康保険等柔道整復療養費審査委員会）（以下「柔整審査会」という。）に設置する面接確認委員会（仮称）（以下「面接確認委員会」という。）が実施する面接確認に関し必要な事項を定め、円滑かつ適正な実施を図ることを目的とする。

## （判定基準）

第2条 面接確認委員会は、次の各号のいずれかに該当する場合、面接確認を実施する。

一 柔整審査会から面接確認委員会に面接確認申請書（様式第1号）が提出され、当月の請求状況及び当月以前の審査実績から、請求内容が作為的であると認められる場合。

<請求内容が作為的であると認められる事例>

- ① 当月の請求状況等において、3部位以上の施術に係る請求が上位〇〇位以上ある場合
- ② 当月の請求状況等において、6ヶ月以上の施術に係る請求が上位〇〇位以上ある場合
- ③ 当月の請求状況等において、月16日以上 of 施術に係る請求が上位〇〇位以上ある場合
- ④ 当月の請求状況等において、同一施術所における同一患者の施術が複数月繰り返される請求が上位〇〇位以上ある場合
- ⑤ その他請求内容が画一的であると認められる場合

二 柔整審査会から面接確認委員会に面接確認申請書（様式第1号）が提出され、当月の請求状況及び当月以前の審査実績から、請求内容が不正又は著しい不当であるかどうか確認する必要がある場合。

三 面接確認の結果、文書による改善報告を求めているにもかかわらず、なお改善が見られないと認められる場合。

四 経過観察中であって、柔整審査会の審査結果により面接確認の必要を認めた場合。

五 保険者又は後期高齢者医療広域連合（以下「保険者等」という。）、地方厚生（支）局長又は都道府県知事からの依頼（様式第2号）、その他面接確認が必要であると認められた場合。

## （手続き）

第3条 面接確認の日時は、面接確認委員会の委員（以下「委員」という。）及び面接確認の対象となる施術管理者及び勤務する柔道整復師（以下「施術管理者等」という。）と調整の上、決定し、面接確認委員会委員長（以下「委員長」

という。)は施術管理者等に面接確認の実施について通知する(様式第3-1号)。

(面接確認の実施)

第4条 面接確認は、懇切丁寧に実施することとし、面接確認に出席した委員は、面接確認後その結果の概要について施術管理者等に口頭で説明し、了解を求めることとする。

2 面接確認委員会の委員の構成状況に応じて、面接確認する委員は、所属している団体に属する施術管理者等の面接確認を行わないなど公平性の確保に努めるものとする。

3 出席者は、施術管理者等を求め、原則、帯同者は認めないものとする。

(柔整審査会委員長への報告)

第5条 委員長は、柔整審査会委員長へ面接確認結果報告書(様式第4号)を提出し報告しなければならない。

(施術管理者等への通知)

第6条 委員長は、面接確認の結果、不当の事実が軽微で改善が期待できる又は改善の必要がないと判断した場合、施術管理者等へ面接確認結果通知書(様式第5号)を送付する。

2 施術管理者等は、面接確認結果通知書において改善すべきことが示された場合、指定された期日までに委員長へ改善報告書(様式第6号)を提出しなければならない。

(地方厚生(支)局長等への情報提供等)

第7条 委員長は、面接確認の対象となる施術管理者等を決定した場合、面接確認の実施については様式第3-2号により、面接確認の結果については、様式第4号により保険者等、地方厚生(支)局又は都道府県知事に対し、必要に応じて情報提供を行うこととする。

なお、第2条第五号による保険者等、地方厚生(支)局長又は都道府県知事からの依頼にあつては、当該依頼者に情報提供を行うこと。

2 委員長は、面接確認の結果、申請書の請求内容に不正又は著しい不当の事実が認められたときは、面接確認結果報告書(様式第4号)にその事実が確認できる書類(複数患者分の事例)を添えて、地方厚生(支)局又は都道府県知事に対して情報提供を行うこととする。

3 施術管理者等が繰り返し面接確認の実施、改善報告書の提出に応じない場合、委員長はその旨を保険者等、地方厚生(支)局又は都道府県知事に情報提供するとともに必要に応じて公表するものとする。

(報酬及び費用弁償)

第8条 面接確認を実施した場合は、出席した委員に対し、報酬を支給し、その職務を行うために要する費用を弁償する。なお、面接確認に出席した施術管理者等に対する費用弁償は行わない。

2 報酬及び費用弁償の日額は、次のとおりとする。

一 報酬 0,000 円

二 費用弁償 0,000 円

(その他)

第9条 ここに定めるもののほか、必要な事項については、面接確認委員会が定める。

附 則

この要領は、平成〇〇年〇〇月〇〇日から施行する。

(様式第1号)

平成 年 月 日

柔道整復療養費 面接確認申請書

〇〇面接確認委員会委員長 様

〇〇柔道整復療養費審査委員会  
(審査委員氏名)

下記の施術所の柔道整復療養費の請求内容等について、施術管理者等に直接確認する必要があると思われるので、面接確認を実施していただくよう申請します。

記

- 1 施術所名 \_\_\_\_\_
- 2 所在地 \_\_\_\_\_
- 3 開設者名 \_\_\_\_\_  
施術管理者名 \_\_\_\_\_  
登録記号番号 \_\_\_\_\_  
勤務柔道整復師名 \_\_\_\_\_  
請求団体名 (名称) \_\_\_\_\_

3 面接確認の実施理由

<input type="checkbox"/> 請求内容の作為性の確認
<input type="checkbox"/> 請求内容の不正又は著しい不当の確認
<input type="checkbox"/> 改善報告を求めても、改善が認められない
<input type="checkbox"/> その他面接確認の必要がある _____
具体的事項

※該当する事項の空白ボックスにチェックをすること。

(様式第2号)

平成 年 月 日

柔道整復療養費 面接確認実施依頼書

〇〇柔道整復療養費審査委員会委員長（会長）様

保険者等、地方厚生（支）局長又は都道府県知事

下記の施術所における柔道整復療養費の請求内容等について、施術管理者等に直接確認する必要があると思われるので、貴審査委員会において面接確認を実施していただくよう依頼します。

記

1 施術所名 \_\_\_\_\_

2 所在地 \_\_\_\_\_

3 開設者名 \_\_\_\_\_

施術管理者名 \_\_\_\_\_

登録記号番号 \_\_\_\_\_

勤務柔道整復師名 \_\_\_\_\_

請求団体名（名称） \_\_\_\_\_

3 面接確認の実施理由

<input type="checkbox"/> 請求内容の作為性の確認
<input type="checkbox"/> 請求内容の不正又は著しい不当の確認
<input type="checkbox"/> その他 _____
具体的事項

※該当する事項の空白ボックスにチェックをすること。

(様式第3-1号)

平成 年 月 日

柔道整復療養費に係る面接確認の実施について

施術管理者等

〇〇 〇〇 様

〇〇面接確認委員会委員長

柔道整復療養費の請求内容等について、施術管理者等に直接確認する必要があると思われるので、当審査委員会において面接確認を実施いたします。

つきましては、以下の日程で関係書類を持参の上、来所するようお願いします。  
なお、面接確認に応じない場合は、施術管理者名等を公表することもあります。

記

1 施術所名 \_\_\_\_\_

2 所在地 \_\_\_\_\_

3 開設者名 \_\_\_\_\_

施術管理者名 \_\_\_\_\_

登録記号番号 \_\_\_\_\_

勤務柔道整復師名 \_\_\_\_\_

請求団体名(名称) \_\_\_\_\_

4 面接確認日時 平成 年 月 日 ( ) 時

5 提示いただく関係書

<input type="checkbox"/> 柔道整復施術療養費支給申請書の写し(平成〇〇年〇〇月分)
<input type="checkbox"/> 施術録(平成〇〇年〇〇月分)
<input type="checkbox"/> 領収書の発行履歴や来院簿その他通院の履歴が分かる資料 (平成〇〇年〇〇月分)
<input type="checkbox"/> その他( )

※該当する事項の空白ボックスにチェックをすること。

6 連絡事項

\_\_\_\_\_

(様式第3-2号)

平成 年 月 日

柔道整復療養費に係る面接確認の実施について（連絡）

保険者等、地方厚生（支）局又は都道府県知事 御中

〇〇面接確認委員会委員長

次の柔道整復師等に対し、面接確認の実施について、通知を行ったので、下記のとおり連絡します。

記

1 施術所名 \_\_\_\_\_

2 所在地 \_\_\_\_\_

3 開設者名 \_\_\_\_\_

施術管理者名 \_\_\_\_\_

登録記号番号 \_\_\_\_\_

勤務柔道整復師名 \_\_\_\_\_

請求団体名（名称） \_\_\_\_\_

4 面接確認日時 平成 年 月 日（ ） 時

5 連絡事項

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(様式第4号)

平成 年 月 日

柔道整復療養費 面接確認結果 報告書

〇〇柔道整復療養費審査委員会委員長（会長）様  
保険者等、地方厚生（支）局又は都道府県知事 御中

〇〇面接確認委員会委員長

次の柔道整復師等に対し、面接確認を行ったので、下記のとおり報告します。

記

1 施術所名 \_\_\_\_\_

2 所在地 \_\_\_\_\_

3 開設者名 \_\_\_\_\_

施術管理者名 \_\_\_\_\_

登録記号番号 \_\_\_\_\_

勤務柔道整復師名 \_\_\_\_\_

請求団体名（名称） \_\_\_\_\_

4 面接確認日 平成 年 月 日（ ）

5 結果

<input type="checkbox"/> 不当の事実が軽微で改善が期待できる
<input type="checkbox"/> 特に改善すべきところはない
<input type="checkbox"/> 不正等の事実が認められ更に地方厚生（支）局又は都道府県知事において事実の確認が必要

※該当する事項の空白ボックスにチェックをすること。

(1) 要改善事項

① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

(2) 不正等の事実の内容

① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_



(様式第5号)

平成 年 月 日

柔道整復療養費 面接確認結果 通知書

施術所名 \_\_\_\_\_

施術管理者名 (登録記号番号)

柔道整復師名 \_\_\_\_\_ 様

〇〇面接確認委員会委員長

先般、貴殿に対して行った面接確認の結果を下記のとおり通知します。

なお、要改善事項として示した事項については、同封の改善報告書に改善内容を記載の上、平成 年 月 日までに報告してください。

記

1 面接確認日時 平成 年 月 日 時

2 結果

不当の事実が軽微で改善が期待できる

特に改善すべきところはない

※該当する事項の空白ボックスにチェックをすること。

3 要改善事項

① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_

(様式第6号)

平成 年 月 日

柔道整復療養費 面接確認結果 改善報告書

〇〇面接確認委員会委員長 様

施術所名 \_\_\_\_\_

施術管理者名 (登録記号番号)

柔道整復師名 \_\_\_\_\_

先般、貴職から指示のあった要改善事項について、改善を行ったので、下記のとおり報告します。

記

1 面接確認日時 平成 年 月 日 時

2 要改善事項及び改善内容

要改善事項	改善内容