医　　療　　費 (63) (64)

(63)　医療費に係る国の負担が不当と認められるもの

会計名及び科目	一般会計	(組織)厚生労働本省	(項)医療保険給付諸費
			(項)生活保護費
			(項)障害保健福祉費
	年金特別会計(健康勘定)		(項)保険料等交付金

	〔平成21年度(21年12月末まで)は、 年金特別会計(健康勘定)　(項)保険料等交付金 船員保険特別会計　(項)疾病保険給付費及保険者納付金 20年度は、 年金特別会計(健康勘定)　(項)保険給付費及保険者納付金 船員保険特別会計　(項)疾病保険給付費及保険者納付金〕
部局等	厚生労働本省、社会保険庁(平成21年12月末まで)、7地方厚生(支)局(指導監督庁。20年10月以降)、30都道府県
国の負担の根拠	健康保険法(大正11年法律第70号)、船員保険法(昭和14年法律第73号)、国民健康保険法(昭和33年法律第192号)、高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)、生活保護法(昭和25年法律第144号)等
医療給付の種類	健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律、生活保護法等に基づく医療
実施主体	国、全国健康保険協会、都道府県19、市342、特別区20、町130、村12、後期高齢者医療広域連合41、国民健康保険組合41、計607実施主体
医療機関等数	医療機関229、薬局40、訪問看護事業所6
過大に支払われていた医療費に係る診療報酬項目等	入院基本料、在宅医療料、調剤報酬等
過大に支払われていた医療費の件数	131,819件(平成20年度～24年度)
過大に支払われていた医療費の額	2,376,985,546円(平成20年度～24年度)
不当と認める国の負担額	948,471,028円(平成20年度～24年度)

1　医療給付の概要

(1)　医療給付の種類

厚生労働省の医療保障制度には、後期高齢者医療制度、医療保険制度及び公費負担医療制度があり、これらの制度により次の医療給付が行われている。

ア　後期高齢者医療制度において、高齢者の医療の確保に関する法律(以下「高齢者医療確保法」という。)に基づき、各都道府県の区域内に住所を有する後期高齢者(75歳以上の者又は65歳以上75歳未満の者で一定の障害の状態にある者をいう。以下同じ。)に対して後期高齢者医療の事務を処理するために当該都道府県の区域内の全ての市町村(特別区を含む。以下同じ。)が加入する後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)が行う医療

イ　医療保険制度の一環として、健康保険法、船員保険法、国民健康保険法等（以下「医療保険各法」という。）に規定する保険者が、医療保険各法に基づき後期高齢者を除く被保険者（被扶養者を含む。以下同じ。）に対して行う医療

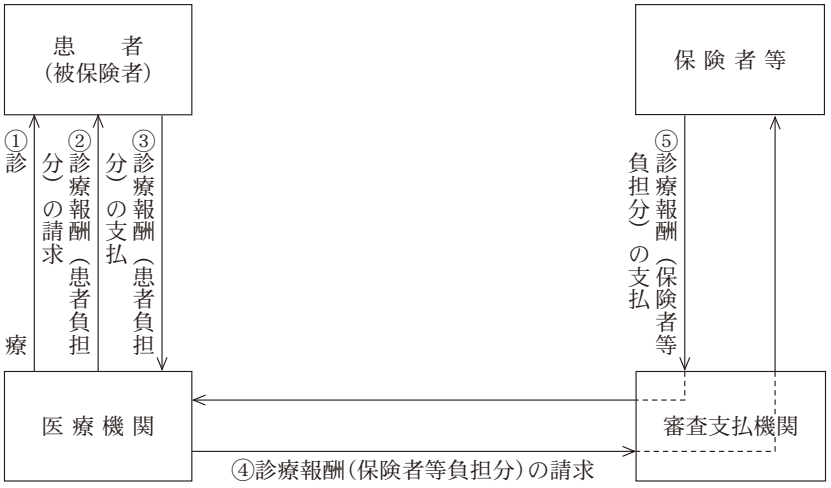
ウ　公費負担医療制度の一環として、都道府県又は市町村が、生活保護法に基づき被保護者に対して行う医療等

⑵　診療報酬、調剤報酬又は訪問看護療養費

これらの医療給付においては、被保険者（上記ウの被保護者等を含む。以下同じ。）が医療機関で診察、治療等の診療を受けた場合、薬局で薬剤の支給等を受けた場合、又は居宅において継続して療養を受ける状態にある者が訪問看護事業所の行う訪問看護を受けた場合に、広域連合、保険者、都道府県又は市町村（以下「保険者等」という。）及び患者が、これらの費用を医療機関、薬局又は訪問看護事業所（以下「医療機関等」という。）に診療報酬、調剤報酬又は訪問看護療養費（以下「診療報酬等」という。）として支払う。

診療報酬等の支払の手続は、次のとおりとなっている（図参照）。

図　診療報酬の支払の手続



（注）　調剤報酬及び訪問看護療養費の支払の手続についても同様となっている。

ア　診療等を担当した医療機関等は、診療報酬等として医療に要する費用を所定の診療点数又は調剤点数に単価（10円）を乗ずるなどして算定する。

イ　医療機関等は、上記診療報酬等のうち、患者負担分を患者に請求して、残りの診療報酬等（以下「医療費」という。）については、高齢者医療確保法に係るものは広域連合に、医療保険各法に係るものは各保険者に、また、生活保護法等に係るものは都道府県又は市町村に請求する。

このうち、保険者等に対する医療費の請求は、次のように行われている。

㈠　医療機関等は、診療報酬請求書、調剤報酬請求書又は訪問看護療養費請求書（以下「請求書」という。）に医療費の明細を明らかにした診療報酬明細書、調剤報酬明細書又は訪問看護療養費明細書（以下「レセプト」という。）を添付して、これらを、国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金（以下「審査支払機関」と総称する。）に毎月１回送付する。

㈡　審査支払機関は、請求書及びレセプトにより請求内容を審査点検した後、医療機関等ごと、保険者等ごとの請求額を算定して、その後、請求額を記載した書類と請求書

及びレセプトを各保険者等に送付する。

ウ　請求を受けた保険者等は、それぞれの立場から医療費についての審査点検を行って金額等を確認した上で、審査支払機関を通じて医療機関等に医療費を支払う。

(3) 国の負担

保険者等が支払う医療費の負担は次のようになっている。

ア　高齢者医療確保法に係る医療費（以下「後期高齢者医療費」という。）については、広域連合が審査支払機関を通じて支払うが、この費用は国、都道府県、市町村及び保険者が次のように負担している。

(ア)　高齢者医療確保法により、原則として、国は12分の4を、都道府県及び市町村はそれぞれ12分の1ずつを負担しており、残りの12分の6については、各保険者が納付する後期高齢者支援金及び後期高齢者の保険料が財源となっている。

(イ)　国民健康保険法により、国は市町村等が保険者として納付する後期高齢者支援金に要する費用の額の一部を負担している。

(ウ)　健康保険法により、国は全国健康保険協会(注1)が保険者として納付する後期高齢者支援金に要する費用の額の一部を負担している。

(エ)　船員保険法により、国は全国健康保険協会が管掌する船員保険事業に要する費用の一部を負担している。

（注1）　平成20年10月1日から政府管掌健康保険が、また、22年1月1日から船員保険のうち職務外疾病部門が、それぞれ全国健康保険協会管掌健康保険として全国健康保険協会へ承継された。

イ　医療保険各法に係る医療費については、国は、患者が、①全国健康保険協会管掌健康保険の被保険者である場合の医療費は全国健康保険協会が支払った額の16.4％（平成22年6月30日以前は13％）を、②船員保険の被保険者である場合の医療費は全国健康保険協会が支払った額の一部を、③市町村が行う国民健康保険の一般被保険者である場合の医療費は市町村が支払った額の41％（23年度以前は43％）を、④国民健康保険組合が行う国民健康保険の被保険者である場合の医療費は国民健康保険組合が支払った額の47％を、それぞれ負担している。

ウ　生活保護法等に係る医療費については、国は都道府県又は市町村が支払った医療費の4分の3又は2分の1を負担している。

2　検査の結果

(1) 検査の観点及び着眼点

国民医療費は、医療の高度化や人口の高齢化に伴って、21年度に35兆円を超え、その後も毎年増加している。また、このうち後期高齢者医療費は、高齢化が急速に進展する中でその占める割合が3割を超えている。このような状況の中で医療費に対する国の負担も多額に上っていることから、本院は、後期高齢者医療費を中心に、合規性等の観点から、医療費の請求が適正に行われているかに着眼して検査した。

(2) 検査の対象及び方法

本院は、7地方厚生(支)局(注2)及び30都道府県において、保険者等の実施主体による医療費の支払について、レセプト、各種届出書、報告書等の書類により会計実地検査を行った。そして、医療費の支払について疑義のある事態が見受けられた場合は、地方厚生(支)

局及び都道府県に調査及び報告を求めて、その報告内容を確認するなどの方法により検査を行った。

（注２） 社会保険庁の地方社会保険事務局が行っていた保険医療指導監査業務等は、平成20年10月から地方厚生(支)局へ移管された。

(3) 検査の結果

30都道府県に所在する229医療機関、40薬局及び6訪問看護事業所の請求に対して607実施主体において、20年度から24年度までの間における医療費が、131,819件で2,376,985,546円過大に支払われていて、これに対する国の負担額948,471,028円は負担の必要がなかったものであり、不当と認められる。

これを診療報酬項目等の別に整理して示すと次のとおりである。

診療報酬項目等	実施主体(医療機関等数)	過大に支払われていた医療費の件数	過大に支払われていた医療費の額	不当と認める国の負担額
		件	千円	千円
①入院基本料	167市区町等 (91)	16,782	1,397,056	558,795
②在宅医療料	137市区町村等 (68)	20,540	295,184	111,743
③入院基本料等加算	210市区町村等 (22)	25,600	248,841	101,729
④リハビリテーション料	160市区町村等 (18)	17,052	177,050	68,524
⑤医学管理料	60市町村等 (10)	8,376	31,827	13,448
⑥処置料	197市区町村等 (8)	9,508	27,288	10,632
⑦初診料・再診料	51市町村等 (9)	7,416	21,294	8,090
⑧検査料等	43市町村等 (3)	3,508	8,323	2,917
①から⑧までの計	594実施主体 (229)	108,782	2,206,867	875,881
⑨調剤報酬	66市区町等 (40)	22,393	139,443	60,492
⑩訪問看護療養費	7市等 (6)	644	30,674	12,097
①から⑩までの計	607実施主体 (275)	131,819	2,376,985	948,471

注(1) 複数の診療報酬項目について不適正と認められる請求があった医療機関については、最も多額な診療報酬項目で整理した。

注(2) 計欄の実施主体数は、各診療報酬項目等の間で実施主体が重複することがあるため、各診療報酬項目等の実施主体数を合計したものとは符合しない。

注(3) ⑧検査料等には、検査料のほかに、特定入院料及び入院時食事療養費・入院時生活療養費を含む。

このような事態が生じていたのは、次のことなどによると認められる。

ア 実施主体及び審査支払機関において、医療機関等から不適正と認められる医療費の請求があったのにこれに対する審査点検が十分でなく、特に、診療報酬請求上の各種届出についての確認が必ずしも十分でなかったこと

イ 都府県において、医療機関の医療従事者が不足していることを把握する資料があるにもかかわらず、その活用が十分でなく、また、地方厚生(支)局等と都府県との連携が必ずしも十分でなかったこと

ウ　地方厚生(支)局等及び都道府県において、医療機関等に対する指導が十分でなかったこと

(4)　過大に支払われていた事態の詳細等

前記の医療費が過大に支払われていた事態について、主な診療報酬項目等の別に、その算定方法及び検査の結果の詳細を示すと次のとおりである。

ア　入院基本料

入院基本料は、患者が入院した場合に1日につき所定の点数が定められている。入院基本料のうち療養病棟入院基本料等は、患者の疾患、状態等について厚生労働大臣が定める区分に従い、所定の点数を算定することとされている。

検査の結果、23都道府県に所在する91医療機関において、入院基本料等の請求が不適正と認められるものが16,782件あった。その主な態様は、療養病棟入院基本料等に定められた区分のうち、より低い点数の区分の状態等にある患者に対して高い区分の点数で算定していたものである。

このため、上記16,782件の請求に対して167市区町等において、医療費が1,397,056,681円過大に支払われていて、これに対する国の負担額558,795,777円は負担の必要がなかったものである。

イ　在宅医療料

在宅医療料のうち在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料等は、医療機関が、在宅での療養を行っている患者等であって通院が困難なものに対して、診療に基づき計画的な医学管理を継続的に行い、当該医療機関の理学療法士等を訪問させて、基本的動作能力等の回復を図るための訓練等について必要な指導を行わせた場合等に算定することとされている。ただし、介護保険の要介護被保険者等である患者に対しては、この指導が別途介護保険制度の介護給付等として行われるものであることから、原則として在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料等は算定できないこととされている。

また、在宅患者訪問診療料等は、医療機関が、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合等に算定することとされている。ただし、特別養護老人ホーム等の入所者に対しては、原則として在宅患者訪問診療料等は算定できないこととされている。

検査の結果、16都道府県に所在する68医療機関において、在宅医療料等の請求が不適正と認められるものが20,540件あった。その主な態様は、次のとおりである。

(ｱ)　介護保険の要介護被保険者等である患者に対して、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料等を算定していた。

(ｲ)　特別養護老人ホーム等の入所者に対して行った診療について、在宅患者訪問診療料等を算定していた。

このため、上記20,540件の請求に対して137市区町村等において、医療費が295,184,920円過大に支払われていて、これに対する国の負担額111,743,699円は負担の必要がなかったものである。

ウ　入院基本料等加算

入院基本料等加算には、療養病棟療養環境加算、重症者等療養環境特別加算等があり、それぞれ所定の点数が定められている。そして、これらの加算の多くは、厚生労働

大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た医療機関において、その基準に掲げる区分に従い所定の点数を算定することとされている。ただし、療養病棟療養環境加算等は、医師等の数が医療法(昭和23年法律第205号)に定める標準となる数(以下「標準人員」という。)を満たしていない場合には算定できないこととされている。

また、療養病棟療養環境加算等は、患者の選定に係る特別の病室に入院していて、特別の料金を徴収している患者に対しては算定できないこととされている。

検査の結果、13都府県に所在する22医療機関において、入院基本料等加算等の請求が不適正と認められるものが25,600件あった。その主な態様は、次のとおりである。

(ア)　医師等の数が標準人員を満たしていないのに、療養病棟療養環境加算等を算定していた。

(イ)　患者の選定に係る特別の病室に入院していて特別の料金を徴収している患者に対して、療養病棟療養環境加算等を算定していた。

(ウ)　地方厚生(支)局長への届出を行っていないのに、重症者等療養環境特別加算等を算定していた。

このため、上記25,600件の請求に対して210市区町村等において、医療費が248,841,731円過大に支払われていて、これに対する国の負担額101,729,143円は負担の必要がなかったものである。

エ　リハビリテーション料

リハビリテーション料には、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料等があり、これらは、専従の常勤理学療法士等が勤務していることなどの厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生(支)局長に届け出た医療機関においてリハビリテーションを行った場合に、発症、手術等から180日以内に限り、その届出に係る所定の点数を算定することなどとされている。そして、治療を継続することにより状態の改善が期待できるなどの厚生労働大臣が定める患者については、180日を超えて算定することなどができることとされている。

また、関節の変性疾患、その他の慢性の運動器疾患等の患者等に対してリハビリテーションを行った場合には、運動器リハビリテーション料(Ⅰ)ではなく、より点数の低い運動器リハビリテーション料(Ⅱ)により算定することとされている。

検査の結果、10都道府県に所在する18医療機関において、リハビリテーション料等の請求が不適正と認められるものが17,052件あった。その主な態様は、次のとおりである。

(ア)　専従の常勤理学療法士等が勤務していないのに、脳血管疾患等リハビリテーション料等を算定していた。

(イ)　治療を継続することにより状態の改善が期待できるなどの厚生労働大臣が定める患者に該当していないのに、180日を超えて脳血管疾患等リハビリテーション料を算定するなどしていた。

(ウ)　運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の対象となる患者について運動器リハビリテーション料(Ⅰ)を算定していた。

このため、上記17,052件の請求に対して160市区町村等において、医療費が

177,050,434円過大に支払われていて、これに対する国の負担額68,524,041円は負担の必要がなかったものである。

オ　調剤報酬

調剤報酬のうち在宅患者訪問薬剤管理指導料は、在宅で療養を行っている患者等であって通院が困難なものに対して、医師の指示に基づき、薬剤師が患家を訪問して薬学的管理指導を行った場合に算定することとされている。ただし、介護保険の要介護被保険者等である患者に対しては、この指導が別途介護保険制度の介護給付等として行われるものであることから、原則として在宅患者訪問薬剤管理指導料等は算定できないこととされている。

検査の結果、7都道府県に所在する40薬局において、調剤報酬の請求が不適正と認められるものが22,393件あった。その主な態様は、介護保険の要介護被保険者等である患者に対して、在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定していたものである。

このため、上記22,393件の請求に対して66市区町等において、医療費が139,443,038円過大に支払われていて、これに対する国の負担額60,492,517円は負担の必要がなかったものである。

カ　訪問看護療養費

訪問看護療養費のうち訪問看護基本療養費は、訪問看護を受けようとする者に対して、主治医から交付を受けた訪問看護指示書等に基づき、訪問看護事業所の看護師等が訪問看護を行った場合等に算定することとされている。ただし、介護保険の要介護被保険者等である患者に対しては、この訪問看護が別途介護保険制度の介護給付等として行われるものであることから、原則として訪問看護基本療養費等は算定できないこととされている。

検査の結果、3道県に所在する6訪問看護事業所において、訪問看護療養費の請求が不適正と認められるものが644件あった。その態様は、介護保険の要介護被保険者等である患者に対して、訪問看護基本療養費等を算定していたものである。

このため、上記644件の請求に対して7市等において、医療費が30,674,950円過大に支払われていて、これに対する国の負担額12,097,218円は負担の必要がなかったものである。

また、前記の医療費が過大に支払われていた事態について、医療機関等の所在する都道府県別に示すと次のとおりである。

都道府県名	実施主体（医療機関等数）	過大に支払われていた医療費の件数	過大に支払われていた医療費の額	不当と認める国の負担額	摘要
		件	千円	千円	
北海道	38市町等 (23)	10,438	178,716	76,533	①②④⑦⑨⑩
茨城県	3市等 (1)	84	8,813	3,218	②
群馬県	22市区町村等 (2)	1,727	11,629	4,319	③⑦
埼玉県	22市区町等 (7)	610	29,847	11,288	①②⑥
千葉県	54市区町村等 (10)	6,103	94,806	34,361	①②⑨
東京都	54市区等 (8)	4,282	31,681	12,237	①②③④⑨

都道府県名	実施主体（医療機関等数）	過大に支払われていた医療費の件数	過大に支払われていた医療費の額	不当と認める国の負担額	摘要
		件	千円	千円	
神奈川県	69市区町等 (14)	7,490	87,232	32,974	①②③④⑤
新潟県	2市等 (4)	777	8,907	3,454	②
富山県	7市等 (4)	1,070	10,086	3,873	①⑤⑦
石川県	9市町等 (7)	1,905	26,383	10,954	①⑦
長野県	23市町村等 (8)	2,055	33,227	12,710	②⑤⑩
岐阜県	2市等 (1)	42	4,968	1,952	①
愛知県	38市町等 (14)	11,409	132,270	50,755	①②③④⑥⑩
三重県	32市町等 (6)	3,398	279,775	116,753	①③⑤
京都府	22市町等 (9)	3,079	35,072	14,220	①②③⑥⑨
大阪府	76市町村等 (58)	23,982	323,106	138,961	①②③④⑤⑦⑧⑨
兵庫県	43市町等 (34)	13,638	407,801	153,984	①②③④⑤⑥⑨
奈良県	6市等 (2)	1,045	3,176	1,196	②⑦
岡山県	16市町等 (6)	1,280	110,717	41,683	①
広島県	27市町等 (10)	5,270	38,784	14,762	①③⑦⑨
山口県	24市町等 (2)	1,164	20,241	7,248	①③
徳島県	9市町等 (3)	777	13,409	5,596	②④
香川県	21市町等 (9)	2,863	31,390	12,656	①②④⑥⑧
愛媛県	7市町等 (3)	753	59,647	23,567	①
高知県	10市町等 (2)	466	13,081	4,699	③⑥
福岡県	166市区町村等 (14)	19,756	197,176	81,591	①③④⑥⑦
長崎県	33市区町等 (4)	4,532	44,962	16,737	①③④
熊本県	8市町等 (2)	525	47,900	19,796	①
宮崎県	6市町等 (2)	287	13,548	4,991	①
鹿児島県	8市町等 (6)	1,012	78,619	31,388	①②
計	607実施主体 (275)	131,819	2,376,985	948,471	

注(1)　計欄の実施主体数は、都道府県の間で実施主体が重複することがあるため、各都道府県の実施主体数を合計したものとは符合しない。

注(2)　摘要欄の①から⑩までは、本文(236ページ)の2(3)検査の結果の診療報酬項目等の別に対応している。