

医 療 費 (49) (50)

(49) 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)生活保護等対策費 (項)障害保健福祉費
部 局 等	厚生労働本省、5 厚生(支)局(指導監督庁)、9 都府県
国の負担の根拠	健康保険法(大正 11 年法律第 70 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、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	全国健康保険協会、府 1、県 3、市 68、町 23、村 2、国民健康保険組合 2、後期高齢者医療広域連合 20、計 120 実施主体
医 療 機 関 数	53 医療機関
過大に支払われていた医療費に係る診療報酬項目	入院基本料、リハビリテーション料、入院基本料等加算等
過大に支払われていた医療費の件数	20,277 件(平成 27 年度～30 年度)
過大に支払われていた医療費の額	368,347,031 円(平成 27 年度～30 年度)
不当と認める国の負担額	153,056,336 円(平成 27 年度～30 年度)

1 医療給付の概要

(1) 医療給付の種類

厚生労働省所管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(昭和 57 年法律第 80 号。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(大正 11 年法律第 70 号)、国民健康保険法(昭和 33 年法律第 192 号)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

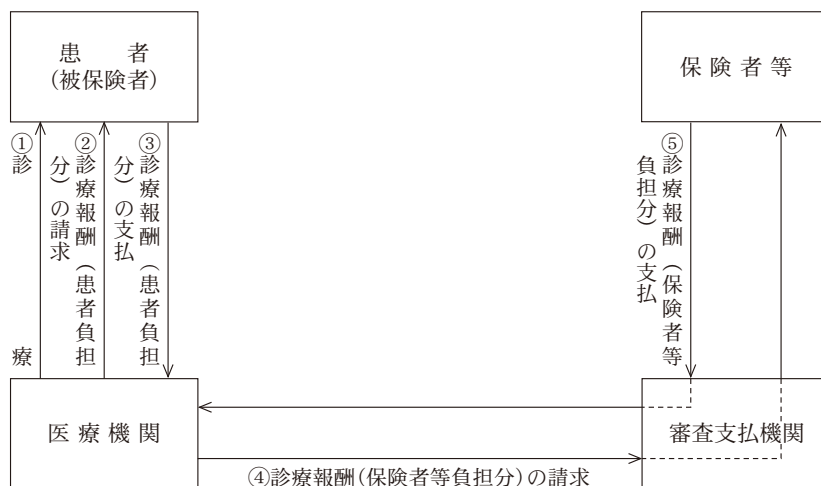
ウ 公費負担医療制度の一環として、都道府県又は市町村が、生活保護法(昭和 25 年法律第 144 号)等に基づき被保護者等に対して行う医療

(2) 診療報酬

これらの医療給付においては、被保険者((1)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等に、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等に診療報酬等として支払う。

このうち、診療報酬の支払の手続は、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



ア 診療を担当した医療機関は、診療報酬として医療に要する費用を、診療報酬の算定方法(平成 20 年厚生労働省告示第 59 号。以下「算定基準」という。)等による所定の診療点数に単価(10 円)を乗ずるなどして算定する。

イ 医療機関は、診療報酬のうち、患者負担分を患者に請求して、残りの診療報酬(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。

(ア) 医療機関は、診療報酬請求書(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(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。

(イ) 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基づき、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) 国民健康保険法に基づき、国は都道府県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) 健康保険法に基づき、国は全国健康保険協会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。

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は全国健康保険協会が支払った額の16.4%を、②都道府県及び市町村が行う国民健康保険の一般被保険者である場合は市町村が支払った額の41%を、③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は国民健康保険組合が支払った額の13%から47.3%までを、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、平成25年度に40兆円を超え、その後も上昇傾向となっている。また、高齢化が急速に進展する中で、国民医療費に占める後期高齢者医療費の割合も上昇傾向となっている。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、5厚生(支)局及び9都府県において、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した。

(3) 検査の結果

検査の結果、9都府県に所在する53医療機関の請求に対して120実施主体において、27年度から30年度までの間における医療費が、20,277件で計368,347,031円過大に支払われており、これに対する国の負担額153,056,336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の別に整理して示すと次のとおりである。

診療報酬項目	実施主体 (医療機関数)	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	69市町等 (31)	3,857	272,754	115,074
②リハビリテーション料	42市町村等 (15)	8,261	49,195	20,532
③入院基本料等加算等	45市町村等 (7)	8,159	46,396	17,449
計	120実施主体 (53)	20,277	368,347	153,056

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、各診療報酬項目の実施主体数を合計したものとは一致しない。

注(3) ③入院基本料等加算等には、入院基本料等加算のほか、医学管理料、初診料・再診料及び在宅医療料を含む。

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かったこと

イ 地方厚生(支)局等及び都府県において、医療機関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

医療費が過大に支払われていた事態について、診療報酬項目の別に、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

算定基準等によれば、入院基本料のうち、療養病棟入院基本料等については、療養病棟等に入院している患者に対して、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、1日につき所定の点数を算定することとされている。

検査したところ、8都府県に所在する31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3,857件あった。その態様は、療養病棟入院基本料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3,857件の請求に対して、69市町等において医療費が計272,754,540円過大に支払われており、これに対する国の負担額115,074,529円は負担の必要がなかったものである。

イ リハビリテーション料

算定基準等によれば、リハビリテーション料のうち、運動器リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料及び廃用症候群リハビリテーション料については、

厚生労働大臣が定める施設基準に適合している旨の届出を地方厚生(支)局長に対して行った医療機関が同大臣の定める患者(以下「対象患者」という。)に対して個別療法であるリハビリテーションを行った場合に、発症、手術等からそれぞれ150日、180日又は120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。

ただし、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対象患者については、150日を超えて算定することができるなどとされている。

また、介護保険の要介護被保険者等である対象患者に対して、必要があつて150日を超えてリハビリテーションを行った場合には、所定の点数より低い点数を算定することなどとされている。

検査したところ、5府県に所在する15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8,261件あつた。その態様は、150日を超えてリハビリテーションを行った要介護被保険者等である対象患者に対して、所定の点数より低い点数で算定すべきところ、所定の点数で運動器リハビリテーション料を算定するなどしていたものである。

このため、上記8,261件の請求に対して、42市町村等において医療費が計49,195,724円過大に支払われており、これに対する国の負担額20,532,242円は負担の必要がなかったものである。

ウ 入院基本料等加算等

算定基準等によれば、入院基本料等加算のうち、療養病棟療養環境加算については、厚生労働大臣が定める施設基準に適合している旨の届出を地方厚生(支)局長に対して行った医療機関について、1日につき所定の点数を算定することとされている。ただし、当該医療機関における医師、看護師等の数が医療法(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。

検査したところ、3府県に所在する7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8,159件あつた。その主な態様は、看護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を算定していたものである。

このため、上記8,159件の請求に対して、45市町村等において医療費が計46,396,767円過大に支払われており、これに対する国の負担額17,449,565円は負担の必要がなかったものである。

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

都府県名	実施主体 (医療機関数)	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	
宮 城 県	33 市町村等 (12)	6,695	81,770	31,402	①②③
東 京 都	3 市等 (1)	33	1,905	766	①
神 奈 川 県	7 市等 (2)	591	4,325	1,437	②
京 都 府	11 市町等 (2)	697	6,673	2,716	①③
大 阪 府	37 市町村等 (23)	8,118	200,830	87,851	①②
徳 島 県	13 市町等 (5)	1,279	23,068	9,875	①②
高 知 県	1 広域連合 (1)	39	2,261	856	①
大 分 県	21 市町等 (6)	2,777	42,786	16,407	①②③
沖 縄 県	4 市等 (1)	48	4,726	1,742	①
計	120 実施主体 (53)	20,277	368,347	153,056	

注(1) 計欄の実施主体数は、都府県の間で実施主体が重複することがあるため、各都府県の実施主体数を合計したものとは一致しない。

注(2) 摘要欄の①から③までは、150 ページの 2(3)の検査の結果の診療報酬項目の別に対応している。