



保医発1222第1号
平成26年12月22日

地方厚生(支)局長 殿
都道府県民生主管部(局)
国民健康保険主管課(部) 長 殿
都道府県後期高齢者医療主管部(局)
後期高齢者医療主管課(部) 長 殿

厚生労働省保険局医療課長

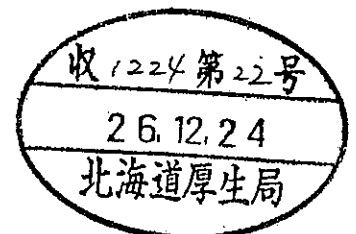
平成25年度決算検査報告について

標記については、会計検査院から前国会において報告されているところであるが、この報告における厚生労働省所管の健康保険法等に基づく療養の給付及び高齢者の医療の確保に関する法律に基づく医療の実施に係る指摘事項は別添のとおりである。

地方厚生(支)局及び都道府県にあつては、保険医療機関等に対する指導の実施にあたり、指摘された内容について一層の適正を期されるようお願いする。

特に、平成25年度決算に係る指摘事項において、診療報酬等の不適正な算定の原因の多くが、保険医療機関等において入院基本料等の要件を満たしていないことによるものであることから、今後とも、医療監視及び薬事監視情報を迅速に入手し有効活用に努めるなど、衛生主管部局とのより一層の連携強化及び適時調査の計画的な実施を図るとともに、問題のあつた保険医療機関等に対しては、必要に応じて個別指導等を適切に実施されたい。

また、貴職より審査支払機関及び保険者に対して、指摘事項を周知するとともに、レセプトの審査、点検の充実強化について特段の御配意をお願いしたい。



医 療 費

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
部 局 等	厚生労働本省、7厚生(支)局(指導監督庁)、24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)、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、都、道、県12、市305、特別区14、町135、村13、後期高齢者医療広域連合37、国民健康保険組合34、計553実施主体
医療機関等数	医療機関137、薬局1
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、リハビリテーション料、調剤報酬等
過大に支払われていた医療費の件数	114,184件(平成21年度～25年度)

過大に支払われていた医療費の額	857,306,230円（平成21年度～25年度）
-----------------	---------------------------

不当と認める国の負担額	331,624,474円（平成21年度～25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、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

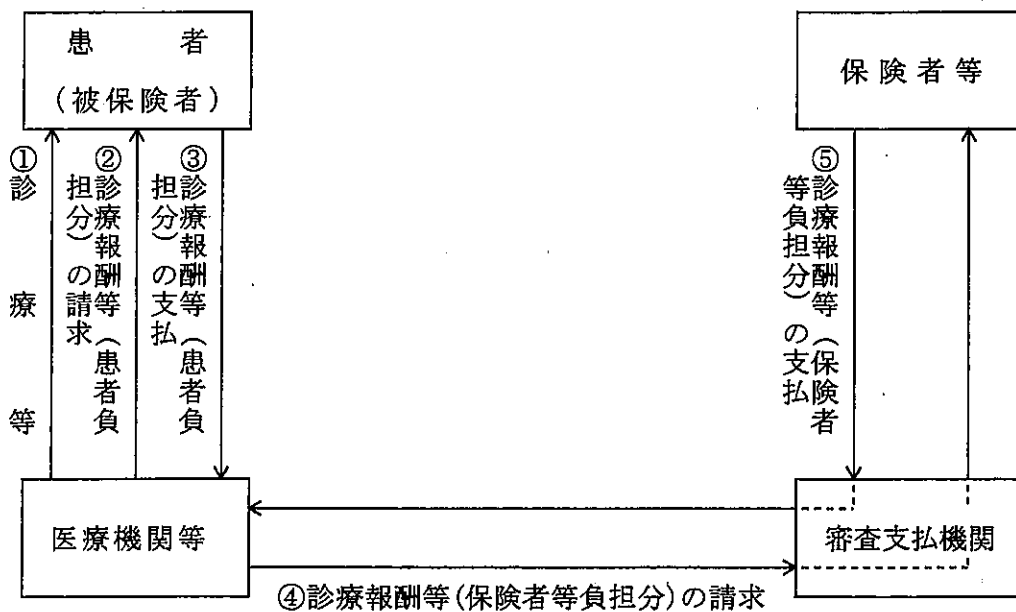
ウ 公費負担医療制度の一環として、都道府県又は市町村が、生活保護法に基づき被保護者に対して行う医療等

(2) 診療報酬又は調剤報酬

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又は薬局で薬剤の支給等を受けた場合に、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又は薬局（以下「医療機関等」という。）に診療報酬又は調剤報酬（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 診療報酬等の支払の手続



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。

(ア) 医療機関等は、診療報酬請求書又は調剤報酬請求書（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又は調剤報酬明細書（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、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厚生（支）局及び24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した。

(3) 検査の結果

検査の結果、24都道府県に所在する137医療機関及び1薬局の請求に対して553実施主体において、21年度から25年度までの間における医療費が、114,184件で857,306,230円過大に支払われており、これに対する国の負担額331,624,474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 千円	不当と認める 国の負担額 千円
①入院基本料	161市区町村等 (71)	9,877	591,612	234,802
②リハビリテーション料	100市区町村等 (17)	13,236	74,212	29,286
③初診料・再診料	188市区町村等 (20)	29,910	74,647	26,735
④在宅医療料	52市町等 (11)	7,560	37,814	13,637
⑤医学管理料	138市町村等 (13)	9,947	38,728	13,510
⑥入院基本料等加算	84市区町村等 (3)	4,882	30,787	10,544
⑦処置料等	16市町等 (2)	207	3,886	1,416

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 - ⑦の計	514実施主体 (137)	75,619	851,688	329,932
⑧調剤報酬	64市区町等 (1)	38,565	5,617	1,692
① - ⑧の計	553実施主体 (138)	114,184	857,306	331,624

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中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一致しない。

注(3) ⑦処置料等には、処置料のほかに、検査料を含む。

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かったこと
- イ 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

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。)等によれば、入院基本料のうち療養病棟入院基本料は、療養病棟に入院して

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、18都道府県に所在する71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9,877件あった。その主な態様は、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9,877件の請求に対して、161市区町村等において医療費が591,612,522円過大に支払われており、これに対する国の負担額234,802,008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には、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等がある。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150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、この場合には、レセプトの摘要欄に当該疾患名、発症日等を記載することとされている。

検査したところ、8都道府県に所在する17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13,236件あった。その主な態様は、次のとおりである。

(ア) 新たな疾患を発症していないのに、レセプトの摘要欄に新たな疾患名、発症日等を繰り返し記載して、150日を超えて運動器リハビリテーション料を算定していた。

(イ) 専従の常勤理学療法士等が勤務しておらず、厚生労働大臣が定める施設基準に適合していないのに、脳血管疾患等リハビリテーション料等を算定していた。

このため、上記13,236件の請求に対して、100市区町村等において医療費が74,212,530円過大に支払われており、これに対する国の負担額29,286,330円は負担の必要がなかったものである。

ウ 初診料・再診料

算定基準等によれば、初診料は、患者の傷病について医学的に初診といわれる医師の診療行為があったときに、また、再診料は、その後の診療行為の都度、それぞれ算定することとされている。ただし、指定障害者支援施設等に配置されている医師（以下「配置医師」という。）が当該施設の入所者に対して行う診療については、障害者自立支援法等の自立支援給付等として行われるものであることから、初診料及び再診料は算定できないこととされている。

検査したところ、8道県に所在する20医療機関において、初診料・再診料等の請求が不適正と認められるものが29,910件あった。その主な態様は、配置医師が指定障害者支援施設の入所者に対して行った診療について、初診料、再診料等を算定していたものである。

このため、上記29,910件の請求に対して、188市区町村等において医療費が74,64

7,345円過大に支払われており、これに対する国の負担額26,735,037円は負担の必要がなかったものである。

エ 在宅医療料

算定基準等によれば、在宅医療料のうち在宅患者訪問診療料等は、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、医療機関が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は医師の配置が義務づけられている施設であることから、当該施設の入所者に対して行う診療については、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。

検査したところ、7都道県に所在する11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7,560件あった。その態様は、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ものである。

このため、上記7,560件の請求に対して、52市町等において医療費が37,814,426円過大に支払われており、これに対する国の負担額13,637,737円は負担の必要がなかったものである。

オ 医学管理料

算定基準等によれば、医学管理料のうち特定疾患療養管理料等は、生活習慣病等を主病とする患者に対して、治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合等に算定することとされている。ただし、配置医師が指定障害者支援施設等の入所者に

対して行う診療については、障害者自立支援法等の自立支援給付等として行われるものであることから、特定疾患療養管理料等は算定できないこととされている。

検査したところ、6道府県に所在する13医療機関において、医学管理料等の請求が不適正と認められるものが9,947件あった。その態様は、配置医師が指定障害者支援施設等の入所者に対して行った診療について、特定疾患療養管理料等を算定していたものである。

このため、上記9,947件の請求に対して、138市町村等において医療費が38,728,129円過大に支払われており、これに対する国の負担額13,510,231円は負担の必要がなかったものである。

カ 入院基本料等加算

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等は、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、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ついては療養病棟療養環境加算等は算定できないこととされている。

検査したところ、3県に所在する3医療機関において、入院基本料等加算の請求が不適正と認められるものが4,882件あった。その主な態様は、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ついて、療養病棟療養環境加算等を算定していたものである。

このため、上記4,882件の請求に対して、84市区町村等において医療費が30,787,

298円過大に支払われており、これに対する国の負担額10,544,036円は負担の必要がなかったものである。

キ 調剤報酬

算定基準等によれば、調剤技術料のうち調剤基本料は、患者等が提出する処方せんの受付回数1回につき40点を算定することとされている。ただし、処方せんの受付回数が1月に4,000回を超え、かつ、受け付けた処方せんのうち特定の医療機関に係るものの受付回数の割合が70%を超える場合については、処方せんの受付回数1回につき24点を算定することとされている。^(注)

検査したところ、1県に所在する1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38,565件あった。その態様は、1月の処方せんの受付回数が4,000回を超えており、かつ、特定の医療機関に係る処方せんの受付回数の割合が全体の70%を超えているのに、調剤基本料について処方せんの受付回数1回につき40点を算定していたものである。

このため、上記38,565件の請求に対して、64市区町村等において医療費が5,617,680円過大に支払われており、これに対する国の負担額1,692,259円は負担の必要がなかったものである。

(注) 平成26年4月の診療報酬改定により、従来の調剤基本料40点及び24点は、それぞれ41点及び25点に変更されている。

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 千円	不当と認め る国の負担 額 千円	摘 要
北海道	82市町村等 (21)	12,088	100,712	39,626	①②③④⑤
栃木県	10市町等 (3)	183	10,485	4,088	①
群馬県	18市区町等 (9)	580	45,502	19,641	①
東京都	23市区等 (10)	2,444	134,982	50,660	①②④
神奈川県	24市区等 (3)	855	46,823	17,390	①
新潟県	8市町等 (2)	808	41,569	15,876	①②
福井県	16市町等 (2)	5,620	9,565	2,822	③
山梨県	56市区町村等 (2)	2,482	10,326	3,677	①⑥
岐阜県	6市町等 (1)	34	2,369	773	①
静岡県	36市区町等 (5)	4,112	21,089	7,616	①③
愛知県	50市町等 (26)	10,782	147,821	58,751	①②③④⑤⑥⑦
京都府	27市町等 (5)	3,049	29,759	11,658	①②⑤
大阪府	68市町村等 (6)	7,404	61,173	27,770	①②
兵庫県	67市町等 (17)	11,019	83,782	29,725	①②③④⑤⑥
鳥取県	29市町村等 (5)	2,652	14,481	5,311	①③⑦
岡山県	6市等 (3)	258	8,584	3,369	①②
広島県	9市町等 (2)	1,265	4,450	1,676	④
香川県	13市等 (1)	1,512	3,463	1,461	④
福岡県	46市町等 (7)	5,024	32,339	12,318	①④⑤
熊本県	19市町等 (1)	1,701	2,340	751	③
大分県	12市町等 (2)	1,196	4,455	1,555	③⑤
宮崎県	3市等 (3)	427	28,523	11,061	①

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	
鹿児島県	64市区町等 (1)	38,565	5,617	1,692	⑧
沖縄県	3市町等 (1)	124	7,086	2,346	①
計	553実施主体 (138)	114,184	857,306	331,624	

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一致しない。

注(2) 摘要欄の①から⑧までは、本文(257ページ)の2(3)の検査の結果の診療報酬項目等の別に対応している。