

保医発1210第5号  
平成27年12月10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  
(公印省略)

#### 平成26年度決算検査報告について

標記については、会計検査院から内閣に送付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26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算定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、保険医療機関等に対する個別指導等を適切に実施するとともに、適時調査について、医療監視及び薬事監視情報を有効に活用するなど、衛生主管部局とのより一層の連携強化を図りつつ、計画的に実施されたい。

また、審査支払機関及び保険者に対しては、貴職より指摘事項を周知するとともに、診療報酬明細書等の審査、点検の充実強化について特段の御配慮をお願いしたい。

## 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）、32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、都、府1、県17、市375、特別区23、町131、村9、後期高齢者医療広域連合43、国民健康保険組合34、計635実施主体
医療機関等数	178医療機関、1訪問看護事業所
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、初診料・再診料、訪問看護療養費等
過大に支払われていた医療費の件数	115,436件（平成22年度～26年度）

過大に支払われていた医療費の額	1,395,306,955円（平成22年度～26年度）
-----------------	-----------------------------

不当と認める国の負担額	535,253,373円（平成22年度～26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

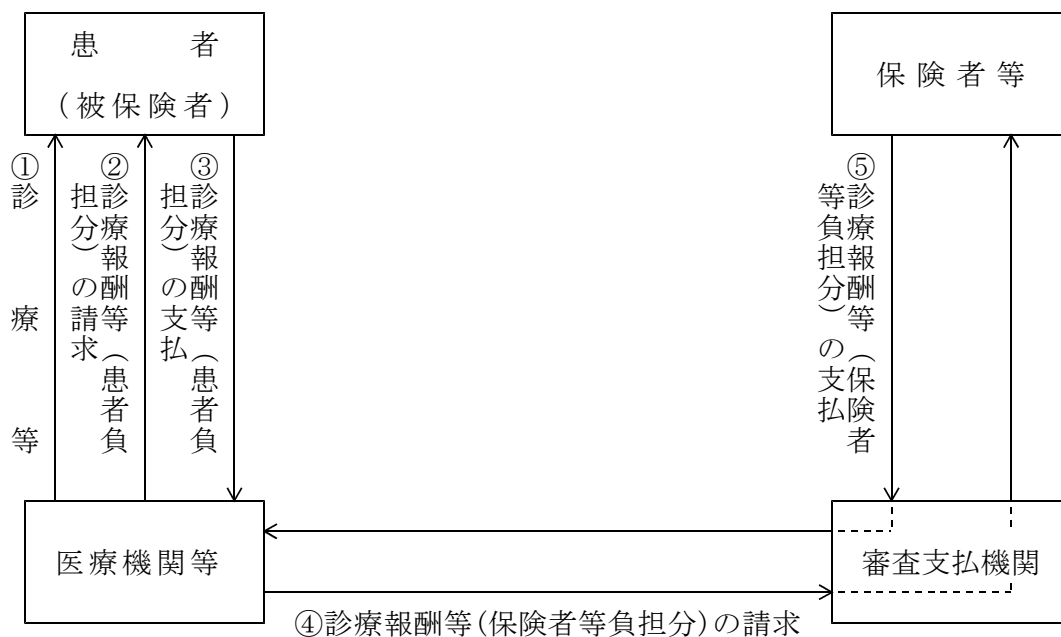
ウ 公費負担医療制度の一環として、都道府県又は市町村が、生活保護法等に基づき被保護者に対して行う医療

(2) 診療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（(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又は訪問看護事業所（以下「医療機関等」という。）に診療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に単価（10円）を乗ずるなどして算定する。

イ 医療機関等は、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。

(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32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、32都府県に所在する178医療機関及び1訪問看護事業所の請求に対して635実施主体において、22年度から26年度までの間における医療費が、115,436件で1,395,306,955円過大に支払われており、これに対する国の負担額535,253,373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	129市区町村等 (78)	12,853	877,437	349,820
②初診料・再診料	371市区町村等 (34)	49,853	131,135	44,510
③在宅医療料	152市区町村等 (27)	15,648	113,454	40,736
④リハビリテーション料	148市区町等 (16)	14,270	93,506	36,979
⑤医学管理料	141市区町村等 (16)	13,412	65,574	21,975

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
⑥入院基本料等加算	132市区町等 (5)	8,948	58,312	21,374
⑦特定入院料等	20市区町等 (2)	400	54,132	19,295
① - ⑦の計	633実施主体 (178)	115,384	1,393,553	534,692
⑧訪問看護療養費	2市町 (1)	52	1,752	560
① - ⑧の計	635実施主体 (179)	115,436	1,395,306	535,253

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特定入院料等には、特定入院料のほかに、処置料を含む。

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 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、地方厚生局等と府県との連携が十分でなかったこと

ウ 地方厚生（支）局等及び都府県において、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

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、26都府県に所在する78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12,853件あった。その態様は、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12,853件の請求に対して、129市区町村等において医療費が877,437,521円過大に支払われており、これに対する国の負担額349,820,780円は負担の必要がなかったものである。

#### イ 初診料・再診料

算定基準等によれば、初診料については、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、再診料については、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、原則として、初診料、再診料等は算定できないこととされている。

検査したところ、14都府県に所在する34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49,853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等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49,853件の請求に対して、371市区町村等において医療費が131,135,026円過大に支払われており、これに対する国の負担額44,510,047円は負担の必要がなかったものである。

#### ウ 在宅医療料

算定基準等によれば、在宅医療料のうち、在宅時医学総合管理料等については、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処方せん交付の有無等に応じて所定の点数を月に1回算定することなどとされている。ただし、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、原則として、在宅時医学総合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、14都府県に所在する27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15,648件あった。その主な態様は、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、在宅時医学総合管理料等を算定していたものである。

このため、上記15,648件の請求に対して、152市区町村等において医療費が113,454,745円過大に支払われており、これに対する国の負担額40,736,669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

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、11都府県に所在する16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14,270件あった。その主な態様は、患者に疾患の発症等があった後、新たな疾患の発症等がないのに、レセプトの摘要欄に150日以内に新たな疾患の発症等があったなどと記載して、150日以内に限り算定することとされている運動器リハビリテーション料の算定を繰り返し行うなどしていたものである。

このため、上記14,270件の請求に対して、148市区町等において医療費が93,506,799円過大に支払われており、これに対する国の負担額36,979,738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については、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、原則として、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、11都府県に所在する16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13,412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13,412件の請求に対して、141市区町村等において医療費が65,574,397円過大に支払われており、これに対する国の負担額21,975,630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、療養病棟療養環境加算は、当該医療機関における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。

検査したところ、5府県に所在する5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8,948件あった。その主な態様は、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を算定していたものである。

このため、上記8,948件の請求に対して、132市区町等において医療費が58,312,805円過大に支払われており、これに対する国の負担額21,374,107円は負担の必要がなかったものである。

#### キ 特定入院料等

算定基準等によれば、特定入院料のうち、緩和ケア病棟入院料については、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緩和ケア病棟を有する医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者に対して、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、緩和ケア病棟入院料は、当該医療機関における医師の数が標準人員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、2県に所在する2医療機関において、特定入院料等の請求が不適正と認められるものが400件あった。その主な態様は、医師の数が標準人員を満たしていないのに、緩和ケア病棟入院料を算定していたものである。

このため、上記400件の請求に対して、20市区町等において医療費が54,132,673円過大に支払われており、これに対する国の負担額19,295,446円は負担の必要がなかったものである。

#### ク 訪問看護療養費

訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号）等によれば、訪問看護療養費のうち、訪問看護基本療養費等については、訪問看護を受けようとする者等に対して、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に、1日につき所定の額を算定することなどとされている。ただし、指定障害者支援施設等の入所者に対して行う訪問看護については、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。

検査したところ、1県に所在する1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52件あった。その態様は、指定障害者支援施設の入所者に対して行った訪問看護について、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52件の請求に対して、2市町において医療費が1,752,989円過大に支払われており、これに対する国の負担額560,956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、医療機関等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
青 森 県	30市区町村等 (6)	2,110	27,828	11,055	①②④⑤
秋 田 県	60市区町村等 (6)	6,525	70,588	26,255	①②⑤
山 形 県	35市区町等 (6)	8,511	30,569	10,500	①②④⑤
茨 城 県	49市区町等 (7)	7,867	27,425	10,140	①②③④⑤
栃 木 県	7市等 (3)	155	12,116	5,200	①④
埼 玉 県	23市区町等 (11)	1,152	69,051	26,094	①⑦

都府県名	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
千葉県	50市区町等 (5)	4,823	10,586	4,013	①②
東京都	126市区町等 (15)	13,677	87,249	31,643	①②③④⑤
神奈川県	36市区町等 (8)	7,049	41,545	15,475	②③⑤
新潟県	14市等 (4)	3,288	23,628	8,791	②③⑥
富山県	1広域連合 (2)	260	11,481	4,434	①③
石川県	4市町等 (2)	608	10,132	3,937	③④
山梨県	19市町村等 (1)	1,128	2,547	958	③
静岡県	3市等 (1)	58	3,428	1,313	①
愛知県	15市等 (1)	827	1,791	529	②
三重県	5市町等 (2)	205	21,752	9,008	①
滋賀県	5市等 (1)	95	7,046	2,359	①
大阪府	73市町村等 (32)	22,258	309,482	121,807	①②③④⑤⑥
兵庫県	13市等 (6)	1,296	38,805	15,095	①
奈良県	56市町村等 (6)	5,607	19,793	6,679	①②③⑤
島根県	3市等 (1)	301	24,717	9,374	①
広島県	11市町等 (5)	1,775	22,747	8,927	①③④
山口県	16市町等 (5)	2,050	57,218	21,710	①②④
徳島県	7市等 (2)	709	29,666	11,395	①④
香川県	18市町等 (3)	1,571	4,835	1,579	①②④
愛媛県	77市町等 (5)	7,442	24,335	7,252	①⑤⑥
高知県	4市等 (2)	288	3,660	1,287	③
福岡県	67市区町等 (13)	5,970	244,711	97,831	①③⑤⑥⑦

都府県名	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	
熊 本 県	10市町等 (3)	862	22,911	9,172	①③⑥
大 分 県	4市等 (2)	297	21,205	8,100	①
鹿 児 島 県	29市区町等 (11)	6,592	106,849	41,640	①②③⑤
沖 縄 県	3市町 (2)	80	5,593	1,685	①⑧
計	635実施主体 (179)	115,436	1,395,306	535,253	

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⑧までは、 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。