

このため、4年6月分から6年5月分までの支給額の一部計4,281,856円については、支給が停止されていなかった。

なお、これらの適正でなかった支給額については、本院の指摘により、全て返還の処置が執られた。

これらの適正でなかった支給額を地域部ごとに示すと次のとおりである。

地 域 部 名	年 金 事 務 所	本院の調査 に係る受給 権者等数	不適正受給 権者数	左の受給権者 に係る支給額	左のうち不当 と認める支給 額
		人	人	千円	千円
北 関 東 ・ 信 越	桐 生 等 5	47	7	9,204	5,566
南 関 東 第 一	千 代 田 等 3	30	6	5,810	1,203
南 関 東 第 二	幕 張 1	12	4	2,121	1,128
中 部	岐 阜 北 等 7	86	9	13,816	7,530
近 畿 第 二	舞 鶴 等 3	21	7	3,273	748
中 国	岡 山 東 等 3	31	6	9,695	5,295
四 国	新 居 浜 1	1	1	635	535
計	23 か所	228	40	44,556	22,009

医 療 費

(85) 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、8 厚生(支)局(指導監督庁)、19 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、県5、市141、特別区21、町38、村4、国民健康保険組合3、後期高齢者医療広域連合36、計249実施主体
医 療 機 関 数	148 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	入院基本料等加算、リハビリテーション、入院基本料等
過大に支払われていた医療費の件数	38,289 件(令和元年度～6年度)
過大に支払われていた医療費の額	868,278,417 円(令和元年度～6年度)
不当と認める国の負担額	330,357,992 円(令和元年度～6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

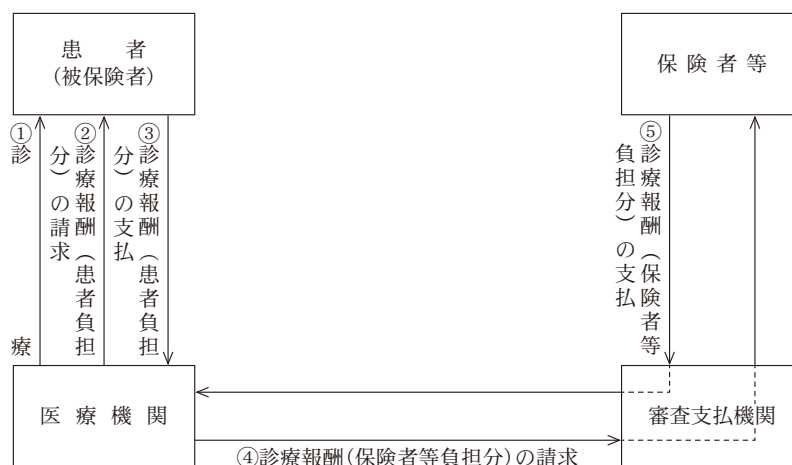
ウ 公費負担医療制度の一環として、都道府県又は市町村が、生活保護法(昭和 25 年法律第 144 号)等に基づき被保護者等に対して行う医療

(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に診療報酬として支払う。

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。)等により、入院基本料、入院基本料等加算、在宅医療、リハビリテーション等の区分ごとに定められた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被保険者(退職者医療制度に係る退職被保険者及びその被扶養者を除く。)(注1)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47.4%までを、それぞれ負担している。

(注1) 退職者医療制度 退職被保険者(被用者保険の被保険者であった者で、平成26年度までの間に退職して国民健康保険の被保険者となり、かつ、厚生年金等の受給権を取得した場合に65歳に達するまでの間において適用される資格を有する者)及びその被扶養者の医療費を被用者保険の保険者が負担する制度。経過措置も含めて令和6年3月31日で廃止されている。

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、令和3年度以降毎年度45兆円を超えている。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は3割を大きく超え、4割に近づいてきている。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、8厚生(支)局及び17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、報告書等の関係資料により会計実地検査を行うとともに、2厚生局及び4県から同様の関係資料の提出を受けるなどして検査した。そして、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。

(注2) 2厚生局及び4県は、会計実地検査を行った8厚生(支)局及び17都道府県のうちの2厚生局及び1県と重複している。

(3) 検査の結果

検査の結果、19都道府県に所在する148医療機関の請求に対して249実施主体において、元年度から6年度までの間における医療費が、38,289件で計868,278,417円過大に支払われており、これに対する国の負担額330,357,992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 件	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入院基本料等加算	116市区町等 (75)	13,871	427,150	160,045
②リハビリテーション	143市区町村等 (35)	15,409	236,968	90,022
③入院基本料	61市区町村等 (22)	2,380	144,144	56,862
④在宅医療等	57市区町等 (16)	6,629	60,014	23,428
計	249実施主体 (148)	38,289	868,278	330,357

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一致しない。

注(3) ④在宅医療等には、在宅医療のほかに、特定入院料、初・再診料及び医学管理等を含む。

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)局及び都道府県において、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 入院基本料等加算

算定基準等によれば、入院基本料等加算のうち、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算については、厚生労働大臣が定める超重症の状態又は準超重症の状態にある患者に対して、1日につき所定の点数を算定することとされている。

検査したところ、16都道府県に所在する75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13,871件あった。その主な態様は、厚生労働大臣が定める超重症の状態又は準超重症の状態に該当しない患者に対して、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算を算定していたものである。

このため、上記13,871件の請求に対して、116市区町等において医療費が計427,150,306円過大に支払われており、これに対する国の負担額160,045,114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

算定基準等によれば、リハビリテーションのうち、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180日、150日又は120日(以下「標準的算定日数」という。)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、標準的算定日数を超えて算定することができることなどとされている。

また、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及び廃用症候群リハビリテーション料を算定する際に、介護保険の要介護被保険者等である対象患者に対して、必要があつて標準的算定日数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とされている。

検査したところ、11都県に所在する35医療機関において、リハビリテーションの請求が不適正と認められるものが15,409件あった。その主な態様は、次のとおりである。

- (ア) 患者に疾患の発症等があつた後、新たな疾患の発症等がないのに、レセプトの摘要欄に標準的算定日数以内に新たな疾患の発症等があつたなどと記載して、標準的算定日数以内に限り算定することとされているリハビリテーションの算定を繰り返し行っていた。
- (イ) 標準的算定日数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、所定の点数でリハビリ

テーションを算定していた。

(ウ) 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該当していないのに、標準的算定日数を超えてリハビリテーションを算定していた。

このため、上記 15,409 件の請求に対して、143 市区町村等において医療費が計 236,968,458 円過大に支払われており、これに対する国の負担額 90,022,149 円は負担の必要がなかったものである。

ウ 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、10 都府県に所在する 22 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 2,380 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 2,380 件の請求に対して、61 市区町村等において医療費が計 144,144,913 円過大に支払われており、これに対する国の負担額 56,862,160 円は負担の必要がなかったものである。

エ 在宅医療等

算定基準等によれば、在宅医療のうち施設入居時等医学総合管理料は、施設入居者等であって通院が困難なものに対して、当該患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的な訪問診療を行っている場合等に、所定の点数を月 1 回を限度として算定することとされている。ただし、医師を配置することとなっている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、施設入居時等医学総合管理料は算定できないこととされている。

検査したところ、6 都府県に所在する 16 医療機関において、在宅医療等の請求が不適正と認められるものが 6,629 件あった。その主な態様は、医師を配置することとなっている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、施設入居時等医学総合管理料を算定していたものである。

このため、上記 6,629 件の請求に対して、57 市区町等において医療費が計 60,014,740 円過大に支払われており、これに対する国の負担額 23,428,569 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	3 市等 (5)	2,093	57,506	23,662	①
青森県	3 市等 (1)	489	1,389	518	④
栃木県	1 広域連合 (1)	133	7,303	4,089	①

都道府県名	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
埼 玉 県	20 市区町等 (8)	1,695	31,387	12,083	①②③
千 葉 県	33 市区等 (7)	3,553	40,213	16,257	①②③
東 京 都	67 市区等 (38)	12,121	260,759	100,493	①②③④
新 潟 県	12 市町村等 (5)	1,282	23,215	8,571	②③
福 井 県	14 市町等 (2)	916	10,683	4,052	③④
三 重 県	7 市町等 (2)	468	17,022	6,196	①
大 阪 府	17 市等 (14)	2,245	64,015	23,374	①③④
奈 良 県	36 市町村等 (6)	1,113	18,700	6,828	①②③④
和 歌 山 県	12 市町等 (2)	1,090	11,164	3,807	①②
島 根 県	1 広域連合 (2)	198	7,263	2,701	①
岡 山 県	11 市町等 (7)	1,878	61,801	22,768	①②③
徳 島 県	23 市町村等 (13)	3,614	69,686	26,312	①②③④
香 川 県	11 市町等 (3)	545	23,779	8,212	①②
福 岡 県	23 市町等 (23)	3,438	116,656	43,767	①②③
大 分 県	5 市等 (4)	605	19,858	7,094	①②
宮 崎 県	8 市町等 (5)	813	25,870	9,567	①
計	249 実施主体 (148)	38,289	868,278	330,357	

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④までは、148 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。

補 助 金

(86)
(159) 補助事業の実施及び経理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)感染症対策費
	(項)医療提供体制基盤整備費
	(項)医療保険給付諸費
	(項)生活基盤施設耐震化等対策費
	(項)保育対策費
	(項)生活保護等対策費
	(項)障害保健福祉費
	(項)介護保険制度運営推進費