

医療費に係る国の負担が不当

1 件 不当金額(支出) 1億5238万円
 (前年度 1件 1億5305万円)

1 医療給付の概要

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各種の医療給付が行われている。

これらの医療給付において、被保険者等に対して診療を行うなどした医療機関は、診療報酬として医療に要する費用を所定の診療点数に単価を乗ずるなどして算定し、患者負担分を患者に請求し、残りの診療報酬(以下「医療費」)を医療給付の実施主体である保険者等に請求することとなっている。このうち、保険者等に対する医療費の請求は、診療報酬請求書に費用の明細を明らかにした診療報酬明細書を添付して行い、これらの請求を受けた保険者等及び審査支払機関は、その請求内容について審査点検した上で保険者等が審査支払機関を通じて医療機関に医療費を支払うこととなっている。そして、国は保険者等が支払う医療費の一部について医療保障制度ごとに定められている割合などにより負担している。

2 検査の結果

平成27年度から令和2年度までの間に274実施主体が13都道府県の76医療機関に対して行った医療費の支払が3億8461万円過大となっていて、これに対する国の負担額1億5238万円が不当と認められる。

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。

- ① 入院基本料 77実施主体 (26医療機関) 不当と認める国の負担額 8896万円
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。
- ② リハビリテーション料 143実施主体 (39医療機関) 不当と認める国の負担額 5214万円
180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。
- ③ 初診料・再診料等 122実施主体 (11医療機関) 不当と認める国の負担額 1128万円
配置医師でない医師が、特別養護老人ホーム等の入所者からの求めによってではなく、医学的健康管理のために定期的に訪問して診療する場合は、その医師は配置医師とみなされ、初診料及び再診料は算定できないこととされているのに、初診料や再診料を算定するなどしていた。

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	円	円	
北海道	36市町等(4)	5,060	795万	301万	②③
福島県	40市町村等(8)	3,572	4083万	1518万	①②③
埼玉県	45市区町等(10)	2,856	9113万	3508万	①②
千葉県	30市区町村等(6)	3,523	4689万	1812万	①②
東京都	71市区町村等(10)	4,641	2841万	1110万	①②③
神奈川県	4市町等(2)	1,438	770万	265万	②③
愛知県	11市町等(5)	2,039	1924万	734万	①②
大阪府	30市町等(7)	4,877	4291万	1973万	①②③
兵庫県	21市町等(9)	2,622	4130万	1574万	①②③
愛媛県	3市等(1)	300	159万	58万	②
福岡県	21市町等(9)	2,945	2849万	1233万	②
長崎県	10市町等(4)	867	1264万	506万	①②
鹿児島県	3市等(1)	235	1547万	638万	①
計	274実施主体(76)	34,975	3億8461万	1億5238万	

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③までは、本文の診療報酬項目の別に対応している。