

医療費に係る国の負担が不当

1 件 不当金額(支出) 1億6151万円
(前年度 1件 3億0747万円)

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又は訪問看護事業所(医療機関等)は、診療報酬又は訪問看護療養費(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、残りの診療報酬等(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、診療報酬請求書又は訪問看護療養費請求書に費用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、その請求内容を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等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26年度から30年度までの間に212実施主体が18都道府県の89医療機関及び3訪問看護事業所に対して行った医療費の支払が4億1661万円過大となっていて、これに対する国の負担額1億6151万円が不当と認められる。

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。

- ① 入院基本料 66実施主体 (48医療機関) 不当と認める国の負担額 1億1095万円
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 114実施主体 (31医療機関) 不当と認める国の負担額 3558万円
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 84実施主体 (10医療機関) 不当と認める国の負担額 970万円
配置医師が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、初診料、再診料を算定するなどしていた。
- ④ 訪問看護療養費 2実施主体 (3訪問看護事業所) 不当と認める国の負担額 527万円
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。

都道県名	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	円	円	
北海道	4市町等(2)	280	549万	206万	①②
秋田県	10市町等(3)	1,272	4801万	1844万	①③
茨城県	65市区町村等(7)	4,210	3779万	1445万	①②③
群馬県	6市等(4)	225	1735万	671万	①
千葉県	37市区町等(11)	4,930	4878万	1894万	①②③④
東京都	10市区等(7)	798	1918万	763万	①②
神奈川県	12市区町等(6)	2,237	1209万	466万	①②③
新潟県	18市区村等(4)	3,295	2331万	895万	①③
石川県	9市等(1)	1,583	335万	128万	②
愛知県	15市町等(10)	5,528	4779万	1739万	①②③
三重県	8市等(2)	77	374万	154万	①
兵庫県	17市町等(10)	2,375	4975万	2095万	①②
広島県	7市等(4)	1,766	1424万	526万	①②
香川県	4市町等(4)	935	2344万	842万	①②
愛媛県	17市町等(6)	2,988	1995万	770万	①②③
福岡県	7市等(6)	1,081	2729万	1119万	①②④
佐賀県	5市等(3)	330	684万	266万	①
鹿児島県	2市等(2)	71	814万	318万	①
計	212実施主体(92)	33,981	4億1661万	1億6151万	

注(1) 計欄の実施主体数は、都道県の間で実施主体が重複することがあるため、各都道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、本文の診療報酬項目等の別に対応している。