

会計検査院法第30条の2の規定に基づく報告書

「医療費の適正化に向けた取組の実施状況について」

平成27年9月

会計検査院

我が国の国民医療費は、ほぼ毎年度増加しており、今後の一層の高齢化の進行等に伴ってますます増大し、また、これによる国庫負担もますます増大すると予想されている。

このような状況を踏まえて、厚生労働省は、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針及び医療費適正化を推進するための計画を策定するなどして、生活習慣病予防対策としての特定健康診査・特定保健指導の実施等、医療費適正化のための各種の施策を総合的かつ計画的に推進することとしている。また、従来、医療保険制度の下における診療報酬等の支払の適正化を図るために、医療機関等から提出される診療報酬明細書及び調剤報酬明細書については、社会保険診療報酬支払基金及び各都道府県単位で設立されている国民健康保険団体連合会並びに保険者等がその内容等の審査及び点検を行っており、同省は、これらに関する指導等を行っている。さらに、同省は、従来、保険診療の質的向上及び適正化を図るために、医療機関等に対する指導及び監査を実施しており、不正又は不当な診療報酬等の請求があった場合には返還させることとしている。

このように、厚生労働省は、医療費適正化のための各種の施策を総合的かつ計画的に推進することにより、我が国全体の医療費適正化を推進するとともに、個々の医療機関等に対する診療報酬等の支払及びその請求の適正化を図っている。

本報告書は、以上のような状況を踏まえて、これらの厚生労働省における医療費の適正化に向けた取組の実施状況について検査を実施し、その状況を取りまとめたことから、会計検査院法（昭和22年法律第73号）第30条の2の規定に基づき、会計検査院長から衆議院議長、参議院議長及び内閣総理大臣に対して報告するものである。

平成27年9月

会計検査院

目次

1	検査の背景	1
	(1) 国民医療費の動向等	1
	(2) 医療費の適正化に向けた各種の取組	2
	(3) 医療費適正化計画	4
	ア 基本方針	4
	イ 生活習慣病予防対策としての特定健診等の実施	5
	ウ 入院期間の短縮対策	7
	(4) 医療費適正化計画の評価等	8
	(5) レセプト情報・特定健診等情報データベースシステム（NDBシステム）の構築と運用	9
	ア NDBシステムの概要	9
	イ NDBシステムの収集・保存データ及びシステムの構築、運用等に係る経費等	10
	ウ NDBシステムによる生活習慣病予防対策の効果分析	11
	(6) レセプトの審査及び点検	12
	ア 医療機関等による診療報酬等の請求の概要	12
	イ レセプトの審査及び点検の概要	12
	ウ 国の負担	13
	(7) 医療機関等に対する指導及び監査	14
	ア 医療機関等に対する指導の概要	14
	イ 医療機関等に対する監査の概要	16
	(8) これまでの医療費に関する会計検査の実施状況	17
2	検査の観点、着眼点、対象及び方法	18
	(1) 検査の観点及び着眼点	18
	(2) 検査の対象及び方法	19
3	検査の状況	19
	(1) 医療費適正化計画の実施状況等	19
	ア 生活習慣病予防対策としての特定健診等の実施状況	20

イ	入院期間の短縮対策としての病床転換助成事業の実施状況等	21
ウ	厚生労働省における第1期医療費適正化計画の実績に関する評価	22
(2)	NDBシステムの運用状況と生活習慣病予防対策の効果分析	23
ア	NDBシステムによる特定健診等データとレセプトデータの突合を 活用した分析	23
イ	NDBシステムにおけるデータの収集・保存	23
ウ	NDBシステムにおけるデータの匿名化処理	25
エ	NDBシステムにおける特定健診等データとレセプトデータの入力 形式、入力方法等	26
オ	NDBシステムにおける収集・保存データの不突合の状況	27
カ	NDBシステムにおける収集・保存データの不突合の重要な要因と 厚生労働省の対応	30
キ	医療費適正化計画の実績に関する評価	37
(3)	レセプト1次審査及びレセプト2次点検の実施状況	41
ア	レセプト1次審査の実施状況	41
イ	レセプト2次点検の実施状況	44
(4)	医療機関等に対する指導及び監査の状況	53
ア	指導の実施状況	53
イ	監査の実施状況	65
4	所見	66
(1)	検査の状況の概要	66
(2)	所見	69
	別表	71

事例一覧

(2) NDBシステムの運用状況と生活習慣病予防対策の効果分析

全国健康保険協会の特定健診等データとレセプトデータについて、NDBシステムにおいて全く突合することができない状況となっていた事例

<事例> 33

参考事例一覧

(3) レセプト1次審査及びレセプト2次点検の実施状況

レセプト2次点検の実施に当たり、レセプト1次審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握し、これを考慮してレセプト2次点検を行っていた事例

<参考事例> 47

- ・本文及び図表中の数値は、原則として、件数及び金額については表示単位未満を切り捨て、割合については表示単位未満を四捨五入している。
- ・上記のため、本文中及び図表中の数値を集計しても計が一致しないものがある。

医療費の適正化に向けた取組の実施状況について

検査対象	厚生労働省
医療費の適正化に向けた取組の概要	(1) 医療費の適正化を総合的かつ計画的に推進するための医療費適正化計画の策定、各種施策の実施及び評価 (2) 診療報酬等の請求に対する審査及び点検 (3) 医療機関等に対する指導及び監査
国民医療費	39兆2117億円（平成24年度）
上記のうち国庫負担分	10兆1138億円

1 検査の背景

(1) 国民医療費の動向等

(注1)

厚生労働省が毎年度公表している国民医療費は、平成21年度に35兆円を超え、それ以降も毎年度増加しており、24年度には39兆2117億円となっていて、国民所得に占める国民医療費の割合も毎年度上昇している（図表1参照）。

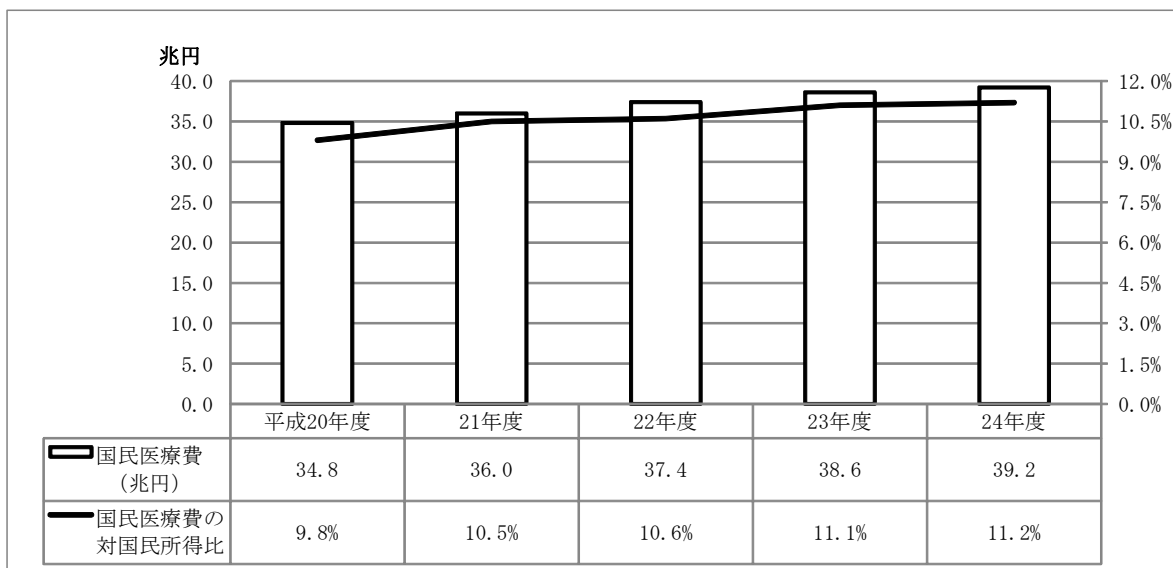
そして、国民医療費の増大は、医療の高度化のほか我が国における急速な高齢化と密接な関係にあり、24年度における1人当たりの国民医療費は、65歳未満では年間17万7100円であるのに対して、65歳以上ではその約4倍の年間71万7200円となっている。

24年度の国民医療費の財源別内訳は、公費負担が15兆1459億円（38.6%）、保険料負担が19兆1203億円（48.8%）、患者負担が4兆6619億円（11.9%）となっていて、公費負担については国庫負担分が10兆1138億円（25.8%）、地方負担分が5兆0321億円

（12.8%）となっている。そして、今後の我が国の一層の高齢化の進行等に伴い国民医療費はますます増大し、これに伴い国庫負担もますます増大することが予想されている。

(注1) 国民医療費 当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したもので、医科診療及び歯科診療に係る診療費のほか、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費等が含まれる。

図表1 国民医療費の動向



(2) 医療費の適正化に向けた各種の取組

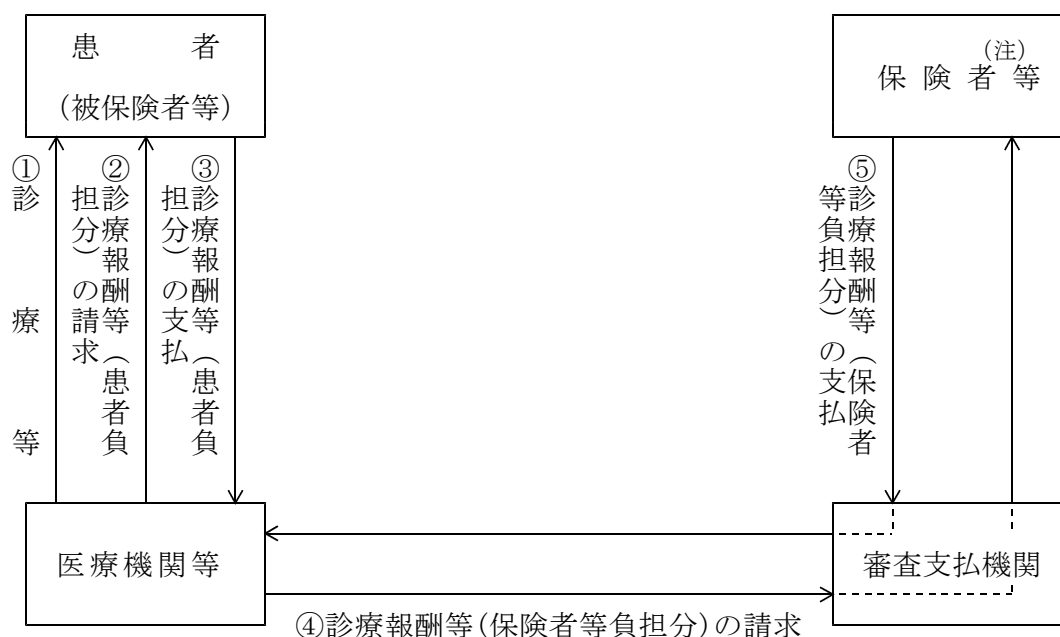
このような状況を踏まえて、厚生労働省は、国民の高齢期における適切な医療の確保を図るために、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）に基づき、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるなどし、もって国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ることとしている。

すなわち、厚生労働省は、高齢者医療確保法第8条の規定に基づき、医療に要する費用の適正化（以下「医療費適正化」という。）を総合的かつ計画的に推進するために、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下「基本方針」という。）を定めるとともに、5年ごとに、5年を1期として、医療費適正化を推進するための計画（以下「全国医療費適正化計画」という。）を定めることとなっている。また、都道府県は、高齢者医療確保法第9条の規定に基づき、基本方針に即して、5年ごとに、5年を1期として、医療費適正化を推進するための計画（以下「都道府県医療費適正化計画」といい、全国医療費適正化計画と合わせて「医療費適正化計画」という。）を定めることとなっている。そして、同省は、医療費適正化計画に基づき、医療費適正化のための各種の施策を総合的かつ計画的に推進することとしている。

また、従来、医療保険制度（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被保険者とする後期高齢者医療制度を含む。以下同じ。）の下にお

ける診療報酬又は調剤報酬（以下「診療報酬等」という。）の支払は、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という。）及び各都道府県単位で設立されている国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」といい、支払基金と国保連合会を合わせて「審査支払機関」という。）を通じて行われることとなっている（図表2参照）。

図表2 診療報酬等の支払の手続



(注) 保険者等とは、健康保険法、国民健康保険法等に規定する保険者（全国健康保険協会、市町村等）及び後期高齢者医療広域連合

そして、審査支払機関並びに健康保険法（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）、高齢者医療確保法等（以下、これらを合わせて「医療保険各法」という。）に規定される保険者及び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」といい、保険者と広域連合を合わせて「保険者等」という。）は、診療報酬等の支払の適正化を図るために、医療機関又は薬局（以下「医療機関等」という。）から提出される診療報酬明細書及び調剤報酬明細書（以下「レセプト」という。）の内容等の審査及び点検を行っており、厚生労働省は、審査支払機関及び保険者等に対して、これらの審査及び点検について指導等を行っている。

さらに、厚生労働省は、従来、保険診療の質的向上及び適正化を図るために、医療機関等に対する指導及び監査を実施しており、不正又は不当な診療報酬等の請求があった場合には、当該診療報酬等を返還させることとしている。

このように、厚生労働省は、医療費適正化計画に基づき、医療費適正化のための各種の施策を総合的かつ計画的に推進することにより、我が国全体の医療費適正化を推進して医療費の支払に係る国庫負担の増大の抑制を図るとともに、個々の医療機関等からの診療報酬等の請求やその支払については、従来、これらの適正化を図るための取組を行っている。

(3) 医療費適正化計画

ア 基本方針

厚生労働省は、高齢者医療確保法第8条第1項の規定に基づき、20年3月に当初の基本方針（平成20年3月31日厚生労働省告示第149号。以下「第1期基本方針」という。）を定めるとともに、20年9月に第1期全国医療費適正化計画（20年度から24年度まで）を定めている。そして、同省は、24年9月に第1期基本方針を改正（平成24年9月28日厚生労働省告示第524号。以下、改正後の基本方針を「第2期基本方針」という。）するとともに、26年3月に第2期全国医療費適正化計画（25年度から29年度まで）を定めている。

第1期基本方針では、医療費の急増を抑えていくための重要な政策として、生活習慣病予防対策及び入院期間の短縮対策が掲げられている。そして、第1期基本方針によれば、各都道府県は、第1期基本方針に即して都道府県医療費適正化計画を策定することとされており、都道府県医療費適正化計画には、生活習慣病予防対策として、「住民の健康の保持の推進」のための特定健康診査（以下「特定健診」という。）及び特定保健指導（以下、特定健診と特定保健指導を合わせて「特定健診等」という。）に関する目標を、また、入院期間の短縮対策として、「医療の効率的な提供の推進」のための療養病床の削減及び平均在院日数の短縮に関する目標をそれぞれ定めることとされている。また、都道府県医療費適正化計画には、これらの目標達成のために取り組むべき施策についても定めることとされている。このほか、第1期基本方針では、都道府県医療費適正化計画の達成状況の評価に関する基本的事項並びに医療に要する費用の調査及び分析に関する基本的な事項も定められている。

第2期基本方針においても、第1期基本方針とおおむね同様の事項等が定められている。そして、第1期基本方針及び第2期基本方針において、都道府県医療費適正化計画に定めることが必要な取組として掲げられている主な施策の内容は、図表3のとおり、特定健診等の推進、医療機関の機能分化・連携、診療報酬明細書の審査及び

点検の充実等となっている。

図表3 都道府県医療費適正化計画に定めることが必要な取組として掲げられている主な施策の内容

項目	第1期基本方針	第2期基本方針
住民の健康の保持の推進	注(1) 注(2) 保険者による特定健診及び特定保健指導の推進等	注(1) 注(2) 保険者による特定健診及び特定保健指導の推進等
医療の効率的な提供の推進	注(3) 療養病床の再編成、医療機関の機能分化・連携、在宅医療・地域ケアの推進	医療機関の機能分化・連携、在宅医療・地域包括ケアの推進、後発医薬品の使用促進
その他都道府県において必要と認める事項	(例示として) 重複頻回受診の是正、医療費通知の実施、診療報酬明細書の審査及び点検の充実等の支援又は促進	(例示として) 情報通信技術を活用した重複頻回受診の是正、医療費通知の実施、診療報酬明細書の審査及び点検の充実等の支援又は促進

注(1) 生活習慣病の予防及び医療費の適正化を目的として、医療保険の各保険者が40歳以上74歳以下の被保険者及び被扶養者に対して、内臓脂肪型肥満等（メタボリックシンドローム）に着目して実施する健康診査

注(2) 特定健診の結果、内臓脂肪型肥満等（メタボリックシンドローム）により生活習慣病の発症リスクが高いと認められる者に対して、医師、保健師、管理栄養士等により、生活習慣を見直して生活習慣病の発症リスクを減少させるための指導を行うもの。生活習慣病のリスクの程度に応じて、医師等が生活習慣の改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行う動機付け支援と、医師等が生活習慣の改善のための対象者による主体的な取組に資する適切な働きかけを相当な期間継続して行う積極的支援がある。

注(3) 医療法（昭和23年法律第205号）第7条第2項に規定される病床のうち、結核その他の一定の疾病以外の疾病等により長期にわたる療養を必要とする入院患者のためのもの。医療保険が適用されるもの（医療療養病床）と介護保険が適用されるもの（介護療養病床）がある。

イ 生活習慣病予防対策としての特定健診等の実施

(ア) 生活習慣病予防対策

生活習慣病は、不適切な食生活や運動不足等の不健康な生活習慣の継続により発症するとされる糖尿病、高血圧症、脂質異常症、肥満症等のことであり、生活習慣の改善がされないまま年月を経過すると、虚血性心疾患、脳血管疾患等の発症に至るとされ、多額の医療費を要することになるものである。そして、これらの生活習慣病関連疾患（糖尿病及び高血圧症のほか、虚血性心疾患及び脳血管疾患を含む。以下同じ。）の治療に要する医療費が国民医療費のうち医科診療費の全体に占める割合をみると、23年度では20.4%（国民医療費（医科診療費）27.8兆円のうち5.6兆円）、24年度では19.8%（同28.3兆円のうち5.6兆円）となって

いる。

前記のとおり、第1期基本方針及び第2期基本方針においては、医療費の急増を抑えていくための重要な政策の一つとして、生活習慣病予防対策が掲げられており、各都道府県は、都道府県医療費適正化計画において「住民の健康の保持の推進」のための特定健診等に関する目標を定め、この目標達成のために保険者による特定健診等の実施を推進することとされている。

(イ) 特定健診等の実施目標

第1期基本方針では、第1期医療費適正化計画期間中の最終年度である24年度に被保険者（被扶養者を含む。以下同じ。）のうち40歳から74歳までの者（以下「受診対象被保険者」という。）の70%以上が特定健診を受診すること、また、24年度に特定健診で特定保健指導が必要と判定された者の45%以上が特定保健指導を受けることを目標として掲げている。

(ウ) 特定健診等の実施に関する国庫助成

図表4のとおり、厚生労働省は、各保険者が受診対象被保険者に対して実施する特定健診等の円滑な実施を支援することにより生活習慣病の予防を推進し、もって国民の高齢期における医療費の適正化を図るために、健康保険法等に基づき、全国健康保険協会特定健康診査・保健指導補助金等の国庫補助金（以下「特定健診等国庫補助金」という。）を全国健康保険協会、健康保険組合、市町村及び国民健康保険組合に交付して、特定健診等の実施を助成している。特定健診等国庫補助金の交付額は、第1期医療費適正化計画期間中の5か年度の計で823億円、第2期医療費適正化計画期間中については25年度で209億円、26年度で224億円（見込み）となっていて、20年度から26年度までの合計で1257億円（見込み）となっている。

図表4 特定健診等国庫補助金の交付額

(単位：千円)

年度	保険者 全国健康保険協会	健康保険組合	市町村	国民健康保険組合	計
平成20	776,179	1,353,762	9,659,518	390,036	12,179,495
21	816,963	1,898,704	10,353,670	509,708	13,579,045
22	1,403,897	2,783,717	12,415,627	640,967	17,244,208
23	1,542,247	3,032,822	13,726,597	667,093	18,968,759
24	1,869,353	3,272,878	14,562,997	685,185	20,390,413
第1期 (20～24)	6,408,639	12,341,883	60,718,409	2,892,989	82,361,920
25	2,090,885	3,290,472	14,841,419	680,380	20,903,156
26 (見込み)	2,573,046	3,681,146	15,507,505	727,083	22,488,780
第2期 (25、26) (見込み)	4,663,931	6,971,618	30,348,924	1,407,463	43,391,936
計	11,072,570	19,313,501	91,067,333	4,300,452	125,753,856

ウ 入院期間の短縮対策

前記のとおり、第1期基本方針においては、医療費の急増を抑えていくための重要な政策の一つとして、入院期間の短縮対策が掲げられている。入院期間の短縮対策は、医療費に占める割合の大きい入院医療費の抑制を図るために、療養病床の削減、入院患者の平均在院日数の短縮等を図る取組である。そして、厚生労働省は、療養病床の削減を推進するために、20年度から病床転換助成事業を実施している。

病床転換助成事業は、健康保険法等の医療保険制度等が適用される療養病床（以下「医療療養病床」という。）を介護保険法（平成9年法律第123号）の適用を受け（注2）る介護保険施設（介護療養型医療施設を除く。以下同じ。）等に転換（以下「病床転換」という。）する医療機関に対して国等が補助金等を交付することにより、病床転換を推進することを目的としている。

病床転換助成事業の実施に当たり、都道府県は、高齢者医療確保法附則第4条の規定に基づき病床転換助成事業の実施に要する費用を支弁することとなっており、都道府県が支弁する費用のうち27分の12に相当する額については、同附則第6条第1項の規定に基づき支払基金が当該都道府県に対して交付する病床転換助成交付金をもって充てることとなっている。そして、病床転換助成交付金については、同附則第

6条第2項の規定に基づき支払基金が市町村等の保険者から徴収する病床転換支援金をもって充てることとなっており、支払基金は、同附則第7条第1項の規定に基づき、毎年度、市町村等の保険者から病床転換支援金等を徴収することとなっている。

そして、厚生労働省は、同附則第7条第2項の規定に基づき病床転換支援金等を支払基金に納付する義務を負う保険者のうち全国健康保険協会、市町村及び国民健康保険組合に対して、健康保険法及び国民健康保険法に基づき、全国健康保険協会病床転換支援金補助金等の国庫補助金（補助率は100分の9から100分の34まで）を交付している。このため、病床転換支援金の一部には、これらの国庫補助金相当額（以下「国庫補助金相当額」という。）が含まれていることになる。

厚生労働省は、病床転換助成事業の実施により病床転換が見込まれる医療療養病床の病床数（以下「転換見込病床数」という。）について、第1期医療費適正化計画の策定当時は、初年度の20年度で1万床、21年度で1万2000床としていた。

その後、第2期基本方針では、「療養病床の機械的削減は行わない」こととされ、療養病床の再編成は、都道府県医療費適正化計画に定めることが必要な取組としては掲げられないことになった。しかし、病床転換助成事業は、第2期医療費適正化計画の期間中においても引き続き実施されている。

(注2) 介護療養型医療施設 療養病床を有する病院又は診療所であって、入院して療養病床を使用している介護保険法上の要介護者に対して、必要な医療サービスを行うほか、医学的管理の下で、介護保険法の適用に基づく介護サービス等を行う施設

(4) 医療費適正化計画の評価等

厚生労働省は、高齢者医療確保法第16条の規定に基づき、医療費適正化計画の作成、実施及び評価に資するため、医療に要する費用に関する地域別、年齢別又は疾病別の状況等の事項について調査及び分析を行い、その結果を公表することとなっている。そして、保険者等は、この調査及び分析に必要な情報を同省に提供しなければならないこととなっている。

また、都道府県は、高齢者医療確保法第12条の規定に基づき、都道府県医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度において、当該計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うとともに、その内容を厚生労働省に報告することなどとなっている。そして、同省は、全国医療費適正化計画の期間の終了の日の属する年度の翌年度に、当該計画

に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況に関する調査及び分析を行い、当該計画の実績に関する評価を行うとともに、都道府県からの報告を踏まえて、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価を行い、これを公表することとなっている。

また、厚生労働省及び都道府県は、上記の評価を行うに当たっては、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成19年厚生労働省令第129号。以下「施行規則」という。）第3条及び第4条の規定に基づき、医療費適正化計画に掲げる目標の達成状況及び施策の実施状況のほか、当該施策に要した費用に対する効果（以下「費用対効果」という。）についても調査及び分析を行い、その結果を公表することとなっている。

なお、第1期基本方針によれば、医療費適正化に及ぼす効果の算出に当たっては、生活習慣病予防対策による医療費の削減効果が現れてくるには一定の時間を要するものと考えられることから、その効果が医療費に現れてくるのは第2期医療費適正化計画の期間からとするとされている。このため、生活習慣病予防対策としての特定健診等の実施の費用対効果に係る調査及び分析並びに結果の公表は、30年度に予定されている第2期医療費適正化計画の実績に関する評価の際に行われることとなっている。

(5) レセプト情報・特定健診等情報データベースシステム（NDBシステム）の構築と運用

ア NDBシステムの概要

厚生労働省保険局長が開催する「医療サービスの質の向上等のためのレセプト情報等の活用に関する検討会」が20年2月7日に公表した報告書（以下「検討会報告書」という。）によれば、全ての特定健診等の内容等に関する電子情報（以下「特定健診等データ」という。）及び全ての診療等に関するレセプトの内容等に関する電子情報（以下「レセプトデータ」という。）を全ての保険者等（特定健診等データについては広域連合を除く。以下同じ。）から収集して把握し、追跡調査を行うこととすれば、抽出調査に基づく推計とは異なる正確な調査及び分析を行うことができるとの同検討会における議論等を踏まえ、生活習慣病予防対策として実施されている特定健診等が医療費適正化に及ぼす効果等についてより適切な分析を行うためには、高齢者医療確保法第16条の規定に基づき調査及び分析を行うための情報として、全ての特定健診等データ及び全てのレセプトデータを収集し、分析を行う必要があるとされている。また、これらのデータは、保険者等ごとに、それぞれの被

保険者の特徴を反映したデータとなっていることから、我が国全体の施策の在り方を検討する上では、我が国の全ての保険者等の全てのデータを把握した上で分析を行う必要があるとされている。

そこで、厚生労働省は、このような検討会報告書の構想を踏まえ、高齢者医療確保法第16条の規定に基づき、我が国の全ての特定健診等データ及び全てのレセプトデータを収集・保存し、その詳細な分析等を行うことを目的として、レセプト情報・特定健診等情報データベースシステム（以下「NDBシステム」という。）を構築し、21年4月からその運用を開始している。

検討会報告書によれば、患者の病名等の慎重に取り扱うべき情報が含まれているデータを国が収集するに当たっては、データの収集・分析によるメリットと収集されることによるデメリットを比較した場合に、メリットが上回っている必要があるとされている。そして、NDBシステムでは、次のような分析も含めて収集データを活用することが可能となり、正確なエビデンスに基づいた効果的・効率的な施策を実施して医療サービスの向上等を図ることができることから、メリットがデメリットを上回ることになることとされている。

- ① 全てのレセプトデータを用いることにより、詳細な分析が可能となり、医療費の実態を詳細かつ正確に把握することができる
- ② 同一人物の特定健診等データを経年的に分析することにより、生活習慣病予防対策による生活習慣病の発症・重症化の防止効果等を評価することができる
- ③ 特定健診等データをレセプトデータと突合することにより、生活習慣病予防対策が医療費に及ぼす影響等について評価することができる

イ NDBシステムの収集・保存データ及びシステムの構築、運用等に係る経費等

27年2月末現在、NDBシステムには、全国の特定健診等の実施機関（以下「健診等実施機関」という。）から収集した特定健診等データ（20年度から24年度までの間に実施された特定健診等に係るもの）約1億2000万件及び保険者等から収集したレセプトデータ（21年4月から26年10月までの間に実施された診療等に係るもの）約8億7900万件が保存されている。

また、NDBシステムの構築、運用等に係る経費の内訳等は、20年度から25年度までの間における企画、設計・開発、機器の調達、改修等に係る経費が計11億1329万余円、21年4月の運用開始から26年度までの間における保守・運用等に係る経費が

計11億8724万余円、特定健診等データ及びレセプトデータの収集に係る経費が計4億9680万余円となっており、これらの20年度から26年度までの間における経費の合計は27億9734万余円となっている（巻末別表3参照）。

ウ NDBシステムによる生活習慣病予防対策の効果分析

検討会報告書を踏まえて20年9月に作成されたNDBシステムの入札仕様書によれば、NDBシステムは、正確なエビデンスに基づいた効果的・効率的な施策の実施や施策の効果の検証等の評価を実施するために、全ての特定健診等データと全てのレセプトデータを収集した上で、これらのデータの詳細な分析等を行うことを目的として構築されるデータベースシステムであるとされている。そして、このような目的を達成するための分析内容については、次のとおりとされている。

- ① レセプトデータに関する分析（全てのレセプトデータを用いることにより、地域別、年齢別、診療内容別、男女別及び医療機関の種類別の医療費の状況等詳細な分析が可能となり、医療費の実態を詳細かつ正確に把握することができる。）
- ② 特定健診等データに関する分析（同一人物を特定した上で、特定健診等データを経年的に分析することにより、生活習慣病予防対策による生活習慣病の発症・重症化の防止効果等を評価することができる。）
- ③ 特定健診等データとレセプトデータとの突合データに関する分析（生活習慣病予防対策が医療費に及ぼす影響等について評価することができる。）

上記の分析内容のうち③の突合データに関する分析は、特定健診等を受診した全ての被保険者の特定健診等データを同一の被保険者の全てのレセプトデータと突合し、追跡調査を行うなどの詳細な分析等を行うことにより、生活習慣病予防対策として実施されている特定健診等が医療費適正化に及ぼす影響等を適切に評価するために行われるものである。

また、入札仕様書によれば、NDBシステムの構築と運用に当たっては、20年度に全国規模でレセプトデータの収集・分析を行う体制を構築し、21年度には全ての保険者等から被保険者の特定健診等データの収集・分析及びレセプトデータの段階的な収集・分析を開始し、23年度以降は全ての保険者等から全ての被保険者の特定健診等データ及びレセプトデータの収集・分析を実施するなどとされている。

そして、厚生労働省は、30年度に予定されている第2期医療費適正化計画の実績に関する評価においては、生活習慣病予防対策として実施されている特定健診等が医

療費適正化に及ぼす効果について、NDBシステムに収集・保存されているデータの十分な突合・分析等により得られる詳細な分析データに基づき適切な評価（当該施策の費用対効果に対する調査及び分析を含む。以下同じ。）を行うことにしている。

(6) レセプトの審査及び点検

ア 医療機関等による診療報酬等の請求の概要

厚生労働省が医療保険各法に基づき所管している医療保険制度の下では、医療保険各法に規定される保険者等が被保険者に対して療養の給付等の医療給付を行っている。医療機関等は、被保険者に対して行った医療給付に要した費用については、診療報酬等として保険者等に対してその支払を請求することとなっている。そして、その診療報酬等の額は、医療機関等が「診療報酬の算定方法」（平成20年3月5日厚生労働省告示第59号。以下「算定基準」という。）等に基づき算定した費用の額から患者負担分を控除した額となっている。

イ レセプトの審査及び点検の概要

保険者等は、診療報酬等の請求に対する審査及び支払の事務を健康保険法第76条第5項、国民健康保険法第45条第5項、高齢者医療確保法第70条第4項等の規定に基づき、支払基金又は国保連合会に対して委託することができることとなっている。

医療機関等による一般的な診療報酬等の請求、これに対する審査支払機関による審査及び支払の事務並びに保険者等による点検の事務の流れは、おおむね次のとおりとなっている。

- ① 医療機関等は、毎月1回、診療報酬請求書又は調剤報酬請求書（以下「請求書」という。）にレセプトを添付して、審査支払機関に送付する。
- ② 審査支払機関は、算定基準等に照らし、請求書及びレセプトに記載された内容に誤りがないかどうかなどについて審査し（以下、この審査を「レセプト1次審査」という。）、請求内容に誤りがあるなどの場合には請求額の減額等（以下「査定」という。）を行って、保険者等に請求書等を送付する。
- ③ 保険者等は、審査支払機関を通じ、診療報酬等の請求を行った医療機関等に対してその支払を行うとともに、レセプト1次審査を終了して送付されたレセプトについて、自ら又は第三者に委託して点検（以下「レセプト2次点検」という。）を行う。そして、保険者等は、レセプト2次点検の結果、当該レセプトの請求内容等

になお疑義がある場合には、審査支払機関に対して再度の審査（以下「再審査」という。）等を請求することができる。再審査等の請求を受けた審査支払機関は、^(注3)再審査等を行い、その結果（「査定」、「返戻」又は「原審どおり」の別。以下同じ。）を保険者等に通知する。

(注3) 返戻 審査支払機関での再審査において、査定するか原審どおりとするかの判断が困難である場合等に、診療内容等を確認するために、医療機関等に一旦レセプトを返却すること

審査支払機関に対しては、毎月、医療機関等から膨大な数のレセプトが送付されており、審査支払機関は、送付を受けた当月中にレセプト1次審査を行って、翌月にその支払を行うことになっている。そして、レセプト1次審査は、当月分の診療報酬等の請求について審査を行うもので、その請求の適否等を確認するために過去の診療報酬等の請求内容を確認することはできるものの、過去の請求分の適否等についてまで審査を行うことはできないことになっている。

これに対して、保険者等が行うレセプト2次点検は、医療機関等に対する診療報酬等の支払の終了後に、ある程度の時間をかけて当該支払の適否等についての見直しを行うもので、過去の診療報酬等の請求分についても遡って点検を行い、疑義がある場合には、審査支払機関に対して再審査等を請求することができることになっている。

ウ 国の負担

厚生労働省は、国保連合会に対して、レセプト1次審査に係る経費の一部について国民健康保険団体連合会等補助金を交付しており、21年度から25年度までの各年度の交付額については、図表5のとおり、7億円から12億円までとなっている。

なお、厚生労働省は、保険者等のうち、全国健康保険協会、市町村、国民健康保険組合及び広域連合（以下「助成対象保険者等」という。）に対して、助成対象保険者等が支払う診療報酬等の額の一部について、全国健康保険協会保険給付費等補助金等の国庫補助金を交付している。これらの国庫補助金の交付額は、毎年度多額に上っており、21年度から25年度までの各年度の交付額については、図表5のとおり、5兆2764億円から6兆1133億円までとなっている。

図表5 助成対象保険者等及び国保連合会に対して交付された国庫補助金の交付額

(単位：百万円)

区分 \ 年度	平成21	22	23	24	25	計
全国健康保険協会	679,075	831,156	932,667	967,630	993,151	4,403,681
市町村	1,684,691	1,795,223	1,795,344	1,639,987	1,624,893	8,540,140
国民健康保険組合	217,822	218,498	219,963	217,468	212,956	1,086,709
広域連合	2,694,883	2,810,266	2,889,443	3,091,521	3,282,334	14,768,448
計	5,276,472	5,655,144	5,837,418	5,916,608	6,113,335	28,798,979
国保連合会	1,061	1,164	1,206	1,094	775	5,302

(7) 医療機関等に対する指導及び監査

厚生労働省は、健康保険法第73条、国民健康保険法第41条、高齢者医療確保法第66条等の規定に基づき、保険診療の質的向上及び適正化を図ることなどを目的として、都道府県知事と共同で、医療機関等に対する指導及び監査を実施している。

ア 医療機関等に対する指導の概要

(ア) 医療機関等に対する指導方針

医療機関等に対する指導は、「保険医療機関等及び保険医等の指導及び監査について」（平成7年12月22日保発第117号厚生省保険局長通知）の別添1「指導大綱」（以下「指導大綱」という。）に基づき実施することとなっている。そして、指導大綱によれば、医療機関等に対する指導は、医療機関等に診療報酬等の請求等に関する事項を周知徹底させることを主眼として、懇切丁寧に行うこととされており、また、指導に当たっては、医師会、歯科医師会、薬剤師会等に協力を求め、円滑な実施に努めることとされている。

さらに、指導大綱によれば、地方厚生（支）局長は、立会いの必要があると認めるときは、都道府県医師会、同歯科医師会又は同薬剤師会に対して立会いの依頼を行うこととされている。そして、地方厚生（支）局長及び都道府県知事は指導時において立会者に意見を述べる機会を与えなければならないこととされている。

(イ) 医療機関等に対する指導の形態等

医療機関等に対する指導の形態としては、指導の対象とする医療機関等（以下「対象医療機関等」という。）を一定の場所に集めて講習等の方式で行う「集団指導」、対象医療機関等を一定の場所に集めた上で、個々の医療機関等と簡便な面接懇談方式で行う「集団的個別指導」、及び個々の対象医療機関等との面接懇談方式で行う「個別指導」がある。

これらの指導は、地方厚生（支）局が所在する道府県にあつては当該厚生（支）局の指導担当課（以下「本局」という。）が、また、地方厚生（支）局が所在しない都府県にあつては地方厚生（支）局分室（以下「事務所」といい、本局と事務所を合わせて「事務所等」という。）が実施している。

そして、事務所等は、指導大綱に基づき、対象医療機関等を選定するための選定委員会を設置することとなっており、選定委員会には都道府県の職員も参画することができることとなっている。

指導大綱等によれば、原則として、指導の対象は全ての医療機関等とされているが、実際には、効果的かつ効率的な指導を行う見地から、前記のような指導の形態に応じ、選定委員会が次のような基準に基づいて対象医療機関等の選定を行うこととされている。

すなわち、「集団指導」の対象医療機関等は、新規に指定された医療機関等については、おおむね1年以内にその全てを対象として選定するとされている。また、診療報酬の改定時等には、指導の目的等を勘案して医療機関等を選定するなどし、講習等の方式により実施することとされている。

「集団的個別指導」の対象医療機関等は、レセプト1件当たりの平均点数が高いもののうち一定の基準を超えるもの（以下「高点数」という。）について上位から順に、毎年度、医療機関等の総数のおおむね8%を選定するとされている。「集団的個別指導」は、その対象医療機関等に対して、教育的観点から指導を実施し、レセプト1件当たりの平均点数が高いことを認識させ、保険診療に対する理解を一層深めさせることを主眼として実施することとされているものである。そして、「集団的個別指導」は、原則として、少数のレセプトに基づき、個別に簡便な面接懇談方式等により実施することとされている。

「個別指導」の対象医療機関等は、次の①から⑦までに該当する医療機関等のうちから、毎年度、管内の医療機関等の総数のおおむね4%の医療機関等を選定す

るなどとされている。そして、「個別指導」は、原則として、指導を行う月以前の連続した2か月分のレセプトに基づき、関係書類を閲覧し、面接懇談方式により実施することとされている。

- ① 医療機関等のうち、審査支払機関、保険者、被保険者等から診療内容又は診療報酬の請求に関する情報の提供があり「個別指導」が必要と認められた医療機関等（以下「情報提供医療機関」という。）
- ② 「個別指導」が行われた後、再度指導を行い改善状況を判断する必要がある「再指導」の措置が執られたなどの医療機関等（以下「再指導医療機関」という。）
- ③ 監査の結果、重大な過失により、不正又は不当な診療又は診療報酬の請求を行ったなどとして戒告又は注意を受けた医療機関等
- ④ 集団的個別指導の結果、指導の対象となった大部分のレセプトについて、適正を欠くものが認められた医療機関等
- ⑤ 「集団的個別指導」を受けた医療機関等のうち、翌年度においてもなお高点数の医療機関等に該当する医療機関等（以下「高点数個別医療機関」という。）
- ⑥ 正当な理由なく集団的個別指導を拒否した医療機関等（以下「指導拒否医療機関」という。）
- ⑦ その他特に個別指導が必要と認められる医療機関等

上記の①から⑦までの医療機関等については、原則として、その全件について個別指導を実施することとされている。そして、情報提供医療機関については速やかに、再指導医療機関についてはおおむね1年以内に、それぞれ「個別指導」を実施することとされている。また、高点数個別医療機関については当該年度内に計画的に「個別指導」を実施することとされている。

選定委員会は、原則として年1回、前年度の3月に対象医療機関等の選定を行っている。ただし、当該年度に新たな情報提供等により速やかに「個別指導」を行うべき事由が生じた場合には、必要に応じて選定委員会を随時開催して、対象医療機関等を選定するとしている。

イ 医療機関等に対する監査の概要

監査は、前記の保険局長通知の別添2「監査要綱」（以下「監査要綱」という。）

に基づき実施することとなっている。そして、監査要綱によれば、医療機関等に対する監査は、医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求に不正又は著しい不当が疑われる場合等において、的確に事実関係を把握し、公正かつ適切な措置を執ることを主眼として行うこととされている。

監査は、原則として、医療機関等に対して「個別指導」を実施した結果、監査の必要が認められた場合に行うこととされている。もっとも、明らかな不正等が認められた場合には、「個別指導」を経ることなく行うものとされている。

(8) これまでの医療費に関する会計検査の実施状況

会計検査院は、医療機関等の診療報酬等の請求等について、毎年検査を行い、検査報告に、不当事項や処置要求事項等を掲記している。これらの主なものを示すと図表6のとおりである。

また、17年に国会からの検査要請を受けて、「社会保障費支出の現状に関する会計検査の結果について」を18年に報告しており、この中で医療費等の地域格差の状況について検査した結果等を報告している。

図表6 医療費に関する主な検査報告掲記事項

検査報告	件 名
昭和61年度～平成25年度決算検査報告	不当事項 「医療費に係る国の負担が不当と認められるもの」
平成16年度決算検査報告	特定検査対象に関する検査状況 「市町村におけるレセプト点検の実施状況について」
平成25年度決算検査報告	意見を表示し又は処置を要求した事項 「病床転換助成事業の実施に当たり、社会保険診療報酬支払基金に剰余金として保有されている病床転換支援金に含まれる国庫補助金相当額の有効な活用を図るために、同支援金の十分な活用について見直しなどを行うよう意見を表示し、及び国庫補助金相当額を含む病床転換支援金の一部を事務費の財源に充当している同基金の経理について見直しを行うよう指導するなどの是正改善の処置を求めたもの」 意見を表示し又は処置を要求した事項 「国民健康保険等における海外療養費の支給に当たり、被保険者が市町村等の区域内に生活の本拠を有する者であるかどうかの審査を行う必要があることについて都道府県を通じるなどして保険者等に対して周知するとともに、審査の具体的な方法等について技術的助言を行うことなどにより、海外療養費の審査等が適切なものとなるよう改善の処置を要求したもの」

2 検査の観点、着眼点、対象及び方法

(1) 検査の観点及び着眼点

前記のとおり、我が国の国民医療費は、21年度に35兆円を超えて以降、毎年度増加している。そして、今後の我が国の一層の高齢化の進行等に伴いますます増大することが予想されており、これに伴い国庫負担もますます増大することが予想されている。

このような状況を踏まえ、厚生労働省は、第1期基本方針を定め、これに即して各都道府県が都道府県医療費適正化計画を策定し、医療費の急増を抑えていくための重要な政策として、生活習慣病予防対策としての特定健診等の実施率等に関する目標や入院期間の短縮対策としての療養病床の削減及び平均在院日数の短縮に関する目標を定めるなどして、これらの目標を達成するために必要な施策を総合的かつ計画的に推進することにより、我が国全体の医療費適正化を推進することとしている。

また、厚生労働省は、こうした取組と並行して、従来、レセプトの内容等の審査及び点検を行う審査支払機関及び保険者等に対する指導等を通じ、医療機関等に対する個々の診療報酬等の支払の適正化を図るとともに、医療機関等に対する指導及び監査の実施を通じ、診療報酬等の請求等の総合的な適正化を図ることとしている。

そして、前記のとおり、会計検査院は、26年10月に厚生労働大臣に対して、基本方針に基づき療養病床の削減を推進するために実施されている病床転換助成事業の実施が極めて低調となっているため、病床転換支援金の大部分が支払基金における剰余金となっているなどしている事態について、会計検査院法第36条の規定により、その見直しなどを行うよう意見を表示するとともに、会計検査院法第34条の規定により、支払基金における病床転換支援金の経理について、国庫補助金相当額の返還を含む見直しを行うよう支払基金を指導するなどの是正改善の処置を求めている。また、会計検査院は、昭和61年度以降、診療報酬等の支払が適正に行われているかについて検査した結果を毎年度の検査報告に不当事項（医療費に係る国の負担が不当と認められるもの）として掲記するとともに、その発生原因として、審査支払機関等において、医療機関等の不適正な診療報酬等の請求に対する審査・点検が十分でなかったこと、地方厚生（支）局等において、医療機関等に対する指導が十分でなかったことなどを挙げている。さらに、会計検査院は、平成26年10月に厚生労働大臣に対して、医療費の支払の一環である国民健康保険等における海外療養費の支給について、制度の適正かつ公平な運用を図る必要があるとして、その支給に当たっては適切な審査等が行われる

よう改善の処置を要求している。

そこで、これらの検査結果等も踏まえて、厚生労働省における前記の医療費の適正化に向けた取組の実施状況について、合規性、有効性等の観点から、次のような点に着眼して検査した。

ア 医療費適正化計画における医療費適正化のための各種の施策（生活習慣病予防対策としての特定健診等の実施の推進、入院期間の短縮対策としての療養病床の削減及び平均在院日数の短縮の取組等）は着実に実施されており、また、その実績に関する評価は適切に行われているか、特に、生活習慣病予防対策として実施されている特定健診等が医療費適正化に及ぼす効果について評価することを一つの重要な目的として構築されたNDBシステムは、システム構築の所期の目的どおり運用されているか、特に、第2期医療費適正化計画の実績に関する評価において、生活習慣病予防対策として実施されている特定健診等が医療費適正化に及ぼす効果について、NDBシステムに収集・保存されているデータの突合・分析等により得られる詳細な分析データに基づき適切な評価を行うことができる運用状況となっているか

イ 審査支払機関及び助成対象保険者等におけるレセプト1次審査及びレセプト2次点検は、効率的かつ効果的に行われているか

ウ 医療機関等に対する指導及び監査は、指導大綱、監査要綱等に即して適切に実施されているか

(2) 検査の対象及び方法

厚生労働本省、8厚生（支）局の管轄区域内に所在する24事務所等、22都県及び管内の155市区町（155保険者）、22広域連合及び22国保連合会、2国民健康保険組合、全国健康保険協会本部及び同協会の22支部、2健康保険組合並びに支払基金本部において、関係書類の提出を受けるとともに、関係者から説明等を徴取するなどして会計実地検査を行った。

3 検査の状況

(1) 医療費適正化計画の実施状況等

前記のとおり、第1期基本方針及び第2期基本方針では、医療費の急増を抑えていくための重要な政策として、生活習慣病予防対策が掲げられている。

また、第1期基本方針では、医療費の急増を抑えていくためのもう一つの重要な政策である入院期間の短縮対策として、療養病床の再編成の取組が掲げられており、これ

については医療の必要性の低い高齢者が入院している病床を介護保険施設等に転換して療養病床を削減する病床転換助成事業を中心に実施することとなっていた。そして、第2期基本方針では、「療養病床の機械的削減は行わない」こととされ、療養病床の再編成は、都道府県医療費適正化計画に定めることが必要な取組としては掲げられないこととなった。しかし、病床転換助成事業は、第2期医療費適正化計画中においても引き続き実施されている。

そこで、これらの施策の実施状況等について検査したところ、次のとおりとなっていた。

ア 生活習慣病予防対策としての特定健診等の実施状況

前記のとおり、厚生労働省は、第1期基本方針において、当該計画期間中の最終年度である24年度においては受診対象被保険者の70%以上が特定健診を受診することを目標としている。

しかし、第1期医療費適正化計画の期間中における特定健診の実施状況についてみると、図表7のとおりとなっていて、保険者全体における特定健診の実施率は、当該計画の最終年度である24年度の平均で46.2%となっており、目標の70%を相当下回っていた。また、保険者別にみると、健康保険組合及び共済組合では実施率が目標値を超えているものの、その他の保険者では実施率が目標値を相当下回っていた。

図表7 第1期医療費適正化計画における保険者別の特定健診の実施状況

年度 \ 保険者	保険者全体	全国健康 保険協会 (一般保 険分)	全国健康 保険協会 (船員保 険分)	健康保険 組合	市町村	国民健康 保険組合	共済組合
平成20	38.9%	30.1%	22.8%	59.5%	30.9%	31.8%	59.9%
21	41.3%	31.3%	32.1%	65.0%	31.4%	36.1%	68.1%
22	43.2%	34.5%	34.7%	67.3%	32.0%	38.6%	70.9%
23	44.7%	36.9%	35.3%	69.2%	32.7%	40.6%	72.4%
24	46.2%	39.9%	38.9%	70.1%	33.7%	42.6%	72.7%

また、前記のとおり、厚生労働省は、24年度においては、特定健診を受診して特定保健指導が必要と判定された者の45%以上が特定保健指導を受診することを目標としている。

しかし、第1期医療費適正化計画の期間中における特定保健指導の実施状況についてみると、図表8のとおり、保険者全体における特定保健指導の実施率は、当該計画の最終年度である24年度の平均で16.4%となっていて、目標の45%を相当下回っていた。また、保険者別にみると、いずれの保険者においても実施率は低調となっており、市町村では21年度以降の実施率がほぼ横ばいとなっていた。

図表8 第1期医療費適正化計画における保険者別の特定保健指導の実施状況

年度 \ 保険者	保険者全体	全国健康 保険協会 (一般保 険分)	全国健康 保険協会 (船員保 険分)	健康保険 組合	市町村	国民健康 保険組合	共済組合
平成20	7.7%	3.1%	6.6%	6.8%	14.1%	2.4%	4.2%
21	12.3%	7.3%	5.8%	12.2%	19.5%	5.5%	7.9%
22	13.1%	7.4%	6.3%	14.5%	19.3%	7.7%	8.7%
23	15.0%	11.5%	6.5%	16.7%	19.4%	8.3%	10.6%
24	16.4%	12.8%	6.3%	18.1%	19.9%	9.5%	13.7%

イ 入院期間の短縮対策としての病床転換助成事業の実施状況等

第1期医療費適正化計画に療養病床の再編成のための取組として掲げられていた病床転換助成事業の実施状況についてみると、図表9のとおり、実際に病床転換が行われた療養病床数（以下「転換病床数」という。）は、第1期医療費適正化計画期間中の5か年度の合計で3,887床となっていて、病床転換の実施率は、同期間中の転換見込病床数25,500床の15.2%にとどまっていた。なお、厚生労働省は、20、21両年度における病床転換助成事業の実施状況等が極めて低調であったことなどから、図表9のとおり、22年度以降、病床転換助成事業に係る予算要求に当たり、病床転換による転換見込病床数を大幅に削減していた。

そして、第2期医療費適正化計画期間中における全国の転換病床数は、25年度では計279床、26年度では計171床にとどまっていた、同事業は全国的にほとんど実施されていない状況となっていた。また、全都道府県のうち16都県では、同事業は、20年度から26年度までの間に全く実施されていなかった。

(注4) 16都県 東京都、千葉県、神奈川県、富山、山梨、岐阜、静岡、愛知、三重、兵庫、奈良、和歌山、山口、高知、佐賀、大分各県

図表9 病床転換助成事業の実施状況

区分	年度		20、21両年度の合計	22	23	24	第1期医療費適正化計画期間（20年度から24年度までの合計）	25	26	20年度から26年度までの合計
	平成20	21								
転換見込病床数(A) (単位：床)	10,000	12,000	22,000	1,500	1,000	1,000	25,500	1,000	1,000	27,500
同事業を利用して転換した病床数(B) (単位：床)	463	778	1,241	892	1,067	687	3,887	279	171	4,337
転換実施率(B/A)	4.6%	6.5%	5.6%	59.5%	106.7%	68.7%	15.2%	27.9%	17.1%	15.8%
事業を実施した都道府県の数	10	17		19	16	12		6	6	

注(1) 20年度から24年度までは第1期医療費適正化計画の計画期間

注(2) 25年度からは第2期医療費適正化計画の計画期間

そして、このように病床転換助成事業の実施が極めて低調であることなどから、病床転換助成事業の実施に当たり、支払基金が高齢者医療確保法附則第7条の規定に基づき保険者から20、21両年度に徴収した病床転換支援金67億0294万余円のうち、55億3614万余円（国庫補助金相当額9億2558万余円）については、支払基金に剰余金として保有されていた。また、支払基金は、国庫補助金相当額3447万余円を含む同支援金2億0621万余円を国庫補助金の交付の対象とされていない支払基金の事務費の財源に充当していた。

上記の事態について、会計検査院は、厚生労働大臣に対して26年10月に、会計検査院法第36条の規定により、支払基金に剰余金として保有されている病床転換支援金に含まれる国庫補助金相当額の有効な活用を図るために、同支援金の十分な活用について見直しなどを行うよう意見を表示するとともに、同法第34条の規定により、支払基金の事務費の経理について見直しを行うよう指導するなどの是正改善の処置を求めた（平成25年度決算検査報告331ページ参照）。

ウ 厚生労働省における第1期医療費適正化計画の実績に関する評価

厚生労働省は、第1期医療費適正化計画の実績に関する評価の目的として、全国医療費適正化計画は、定期的にその達成状況を点検し、その結果に基づき必要な対策を実施するいわゆるPDCAサイクルに基づき管理を行うこととしているものであるなどとした上で、26年10月の第1期医療費適正化計画の実績に関する評価において、次のような評価等を行っていた。

すなわち、生活習慣病予防対策については、「住民の健康の保持の推進」に関する目標・施策の進捗状況等として、特定健診及び特定保健指導の実施率に関する数

値目標についての調査及び分析を行っており、特定健診及び特定保健指導の実施率は、いずれも目標値には達していないものの、着実に上昇しているなどとしていた。

一方、入院期間の短縮対策については、平均在院日数の短縮に関する目標等に関する評価を行っており、厚生労働省が第1期全国医療費適正化計画で定めた目標値（24年度時点で全国平均29.8日）はおおむね達成されていて、実績値は29.7日であるなどとしていた。もっとも、同省は、当該平均在院日数の短縮の背景については、医療機関の機能分化、連携や在宅医療・地域ケアの推進が一定程度関係していると考えられるとしつつも、必ずしも明確でないとしていた。そして、入院期間の短縮のための療養病床の再編成の施策として実施された病床転換助成事業については、実態調査を行った結果、療養病床の介護保険施設等への転換が進んでいないことから、療養病床の機械的削減は行わないこととしたなどとしていて、同事業が入院期間の短縮又は医療費適正化に及ぼした効果等に関する評価を行っていなかった。

また、厚生労働省は、第1期医療費適正化計画期間の最終年度である24年度の47都道府県における医療費の総額は39.5兆円と見込まれていたが、様々な医療費適正化の取組が行われた場合には38.6兆円となり、同年度の医療費適正化効果は0.9兆円になるとしており、さらに、実際の24年度の47都道府県における医療費の総額は38.4兆円となっているので、様々な医療費適正化の取組が行われた場合の同見込額よりも更に0.2兆円下回る結果になったとしていた。しかし、これらの効果額がどのような医療費適正化の取組ないし施策によるものであるのかという要因分析及びどのように算出されたものであるのかという算出過程等については、明示されていなかった。

(2) NDBシステムの運用状況と生活習慣病予防対策の効果分析

ア NDBシステムによる特定健診等データとレセプトデータの突合を活用した分析

前記のとおり、厚生労働省は、21年4月からNDBシステムを運用している。そして、同省は、生活習慣病予防対策として実施されている特定健診等が医療費適正化に及ぼす効果については、NDBシステムに収集・保存されている全ての特定健診等データ及び全てのレセプトデータの十分な突合・分析等により得られる詳細な分析データに基づいて適切な評価を行うことにしている。

イ NDBシステムにおけるデータの収集・保存

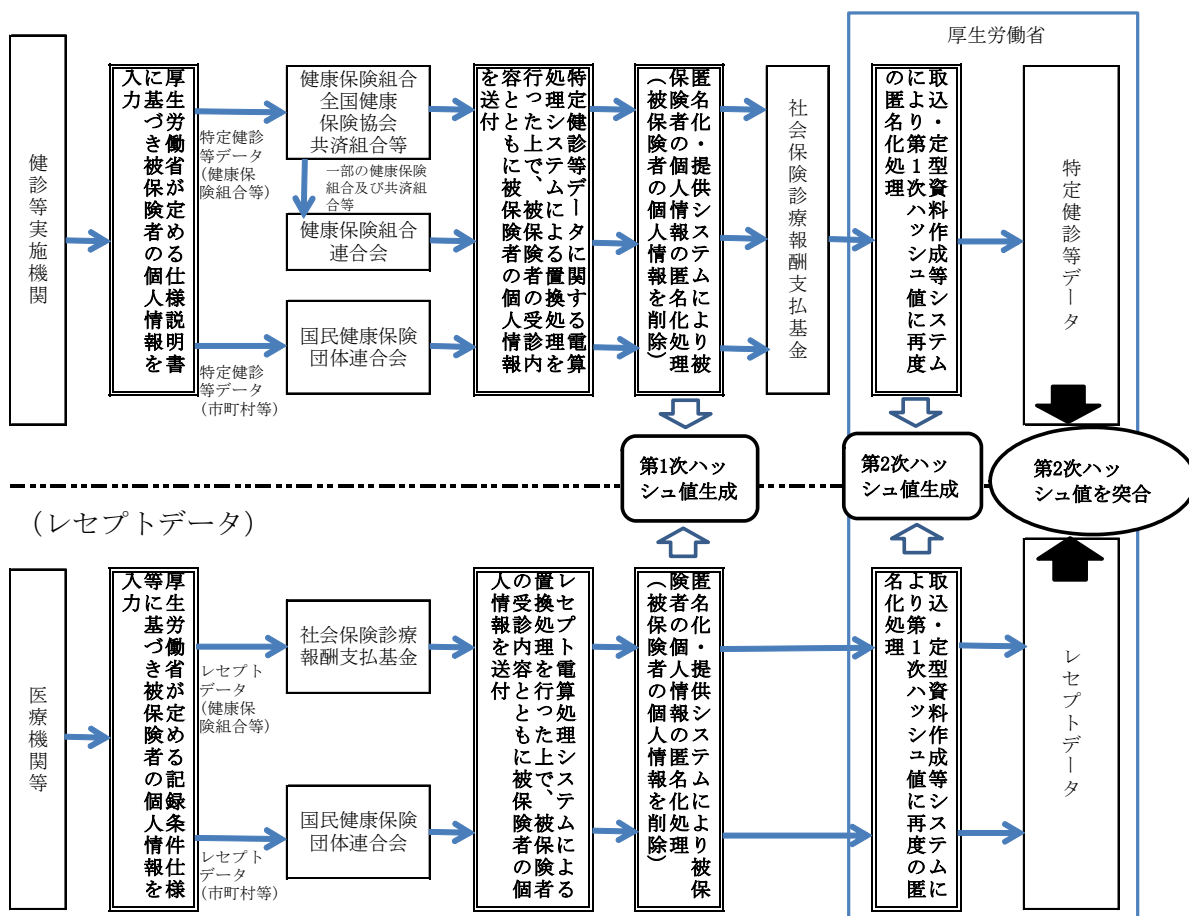
NDBシステムに特定健診等データ及びレセプトデータを収集・保存するに当た

っては、施行規則第5条第3項の規定に基づき、保険者等がそれぞれのオンラインシステムにより審査支払機関を通じて、NDBシステムのサーバに特定健診等データ及びレセプトデータを送付することなどとなっている。そして、その送付に当たっては、特定健診等データについては健診等実施機関が、また、レセプトデータについては医療機関等が、被保険者（特定健診等については受診対象被保険者。以下同じ。）の受診内容等のデータとともに、被保険者の加入する保険者の番号、被保険者証等記号及び被保険者証等番号、生年月日、氏名等（以下「被保険者の個人情報」という。）を入力している（図表10参照）。

そして、特定健診等データについては、「電磁的方法により作成された特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の取扱い等について」（平成20年3月28日健発第0328024号厚生労働省健康局長及び保発第0328003号厚生労働省保険局長通知）等により定められた「特定健診の電子的なデータ標準様式特定健診情報ファイル仕様説明書」（以下「仕様説明書」という。）に基づき、健診等実施機関が特定健診等データを入力した上で、保険者及び審査支払機関に送付することなどとなっている。一方、レセプトデータについては、従来、診療報酬等の請求の際に使用されていた「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成20年5月1日保発第0501002号厚生労働省保険局長通知）等により定められた「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様」等（以下「記録条件仕様等」という。）に基づき、医療機関等が入力した上で、審査支払機関に送付することなどとなっている。

図表10 NDBシステムの概念図

(特定健診等データ)



注(1) 健康保険組合等には、全国健康保険協会、共済組合等を含む。
 注(2) 市町村等には、国民健康保険組合を含む。

ウ NDBシステムにおけるデータの匿名化処理

厚生労働省は、NDBシステムの運用に当たり、保険者、健康保険組合連合会及び審査支払機関に対して、「高齢者の医療の確保に関する法律第16条の規定により保険者が厚生労働大臣に提供すべき情報等について」（平成21年5月15日保発第0515001号厚生労働省保険局長通知）等を発し、保険者、健康保険組合連合会及び審査支払機関に対して、NDBシステムに特定健診等データ又はレセプトデータを送付するに当たっては、特定健診等データ及びレセプトデータにそれぞれ含まれる被保険者の個人情報については、これを匿名化する処理（以下「匿名化処理」という。）を行うよう通知するとともに、匿名化処理を行うためのシステムである匿名化・提供システムを提供している。匿名化処理は、保険者、健康保険組合連合会及び審査支払機関がNDBシステムに特定健診等データ及びレセプトデータを送付す

るに当たり、被保険者の個人情報を疑似乱数化された別の文字列（以下「ハッシュ値」という。）に置き換えるものである（図表10及び図表11参照）。

保険者、健康保険組合連合会及び審査支払機関は、上記の通知に基づいて、匿名化・提供システムの匿名化処理を行い、生成された第1次ハッシュ値（ハッシュ値を生成した後、元の被保険者の個人情報を削除したもの。以下同じ。）をNDBシステムに送付している。そして、厚生労働省は、第1次ハッシュ値について再度の匿名化処理を行って、これにより生成された第2次ハッシュ値をNDBシステムに保存することとしている。これは、被保険者の個人情報の保護の見地から、NDBシステムには被保険者の個人情報自体は収集・保存せず、第2次ハッシュ値のみを収集・保存するための取扱いである。

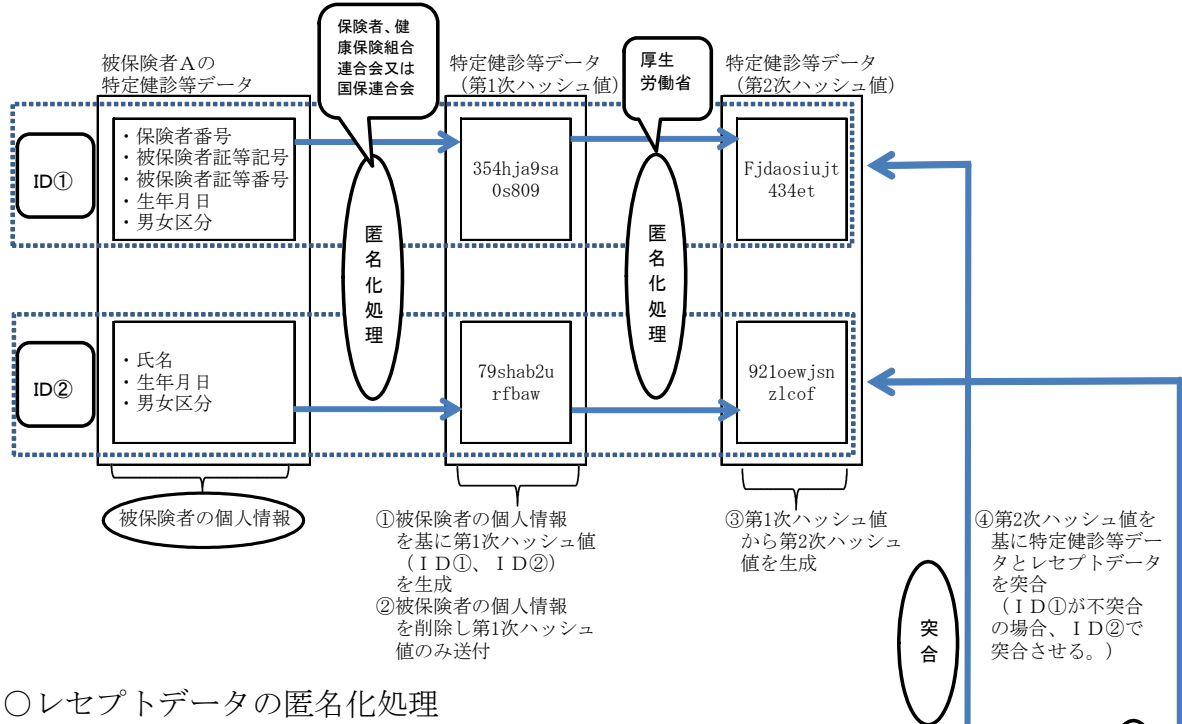
エ NDBシステムにおける特定健診等データとレセプトデータの入力形式、入力方法等

特定健診等データ及びレセプトデータの匿名化処理の過程において、同一の被保険者の個人情報を入力する際の入力文字の種類・形式（英数、漢字等の別及び全角・半角文字の別）や数字等の入力方法（以下、これらを合わせて「入力形式等」という。）が異なり、それぞれについて異なるハッシュ値が生成された場合には、NDBシステムにおいて、これらのハッシュ値を同一の被保険者のものとして突合することはできなくなる。このため、匿名化処理に当たり、健診等実施機関が被保険者の個人情報を特定健診等データとして入力する際の入力形式等については、医療機関等が被保険者の個人情報をレセプトデータとして入力する際の入力形式等と同一のものとなるようにして、それぞれの匿名化処理の過程で生成されたハッシュ値が同一の被保険者のものとして突合することができるようにしておく必要がある。

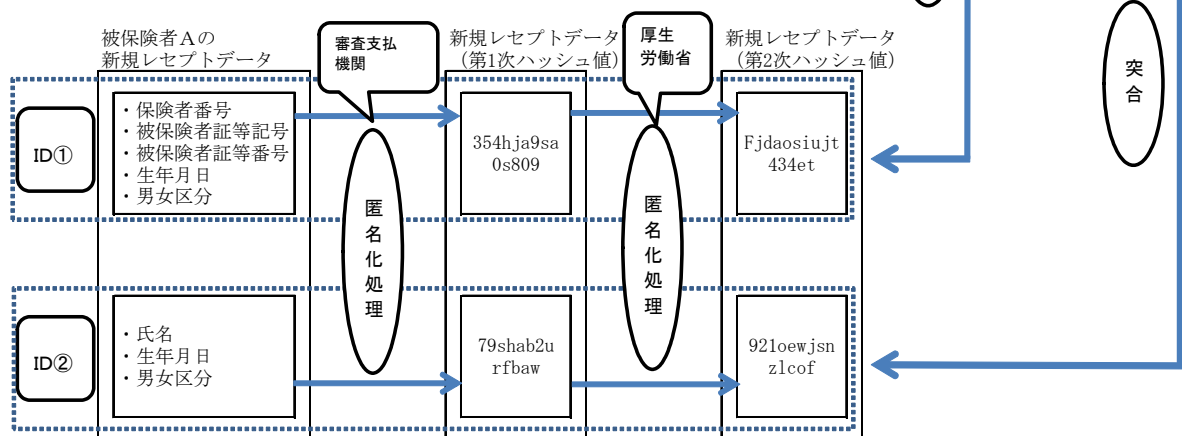
なお、特定健診等データとレセプトデータの突合は、通常、図表11のID①データ（被保険者証等記号、被保険者証等番号等）により行われることになっており、ID①データで特定健診等データをレセプトデータと突合できないなどの場合に、図表11のID②データ（被保険者の氏名等）による突合が行われることになっている。

図表11 匿名化処理のイメージ図

○特定健診等データの匿名化処理



○レセプトデータの匿名化処理



オ NDBシステムにおける収集・保存データの不突合の状況

NDBシステムの運用における特定健診等データとレセプトデータの突合状況について、23、24両年度における各保険者の特定健診データ（特定健診等データから特定保健指導に関するデータを除いたもの。以下同じ。）のレセプトデータとの（注5）突合率により確認したところ、次のとおり、多数の保険者について、特定健診データをレセプトデータと突合できない状況となっていた。

すなわち、23年度では全3,420保険者のうち1,943保険者（56.8%）、24年度では全3,403保険者のうち1,667保険者（49.0%）の特定健診データをレセプトデータと

突合することが全くできない状況となっていて、突合率が0%となっていた。特に、これらの保険者のうち、全国健康保険協会については、23、24両年度ともに、特定健診データをレセプトデータと突合することが全くできない状況（突合率0%）となっていた。また、健康保険組合についても、23、24両年度ともに、ほぼ全ての保険者について、すなわち、23年度では全1,429保険者のうち1,418保険者、24年度では全1,412保険者のうち1,403保険者について、特定健診データをレセプトデータと突合することが全くできない状況（突合率0%）となっていた（図表12及び図表13参照）。

このほか、国民健康保険の保険者である市町村及び国民健康保険組合についてみると、23年度では1,044市町村及び58国民健康保険組合の計1,102保険者、24年度では1,345市町村及び108国民健康保険組合の計1,453保険者の突合率が80%以上となっている一方で、23年度では488保険者（409市町村及び79国民健康保険組合）、24年度では227保険者（194市町村及び33国民健康保険組合）の特定健診データをレセプトデータと突合することが全くできない状況（突合率0%）となっていた（図表12及び図表13参照）。

以上のことから、NDBシステムにおいて、収集・保存されている多数の保険者の特定健診等データをレセプトデータと突合できない事態が生じていることが判明した。

（注5） 突合率 突合率は次の算式により算出されるものである。

$$\text{突合率（\%）} = \frac{\text{②}}{\text{①}} \times 100$$

- ①：全ての特定健診データ（第2次ハッシュ値）の件数
②：①と突合できる全てのレセプトデータ（第2次ハッシュ値）について、同一の保険者における同一の被保険者を名寄せして個人単位のデータとした上で、これを集計したものの件数

図表12 保険者別の特定健診データとレセプトデータの突合率の分布状況

平成23年度

(単位：保険者数)

保険者		全体	全国健康保 険協会	健康保険組 合	市町村	国民健康保 険組合	共済組合等
突 合 率	80%以上	1,162	0	9	1,044	58	51
	60%以上80%未満	251	0	1	235	15	0
	40%以上60%未満	6	0	0	2	4	0
	20%以上40%未満	4	0	0	1	3	0
	0%以上20%未満	1,997	1	1,419	457	84	36
	うち、0%	1,943	1	1,418	409	79	36
計		3,420	1	1,429	1,739	164	87

平成24年度

(単位：保険者数)

保険者		全体	全国健康保 険協会	健康保険組 合	市町村	国民健康保 険組合	共済組合等
突 合 率	80%以上	1,512	0	8	1,345	108	51
	60%以上80%未満	103	0	0	91	12	0
	40%以上60%未満	3	0	0	2	1	0
	20%以上40%未満	7	0	0	5	2	0
	0%以上20%未満	1,778	1	1,404	296	41	36
	うち、0%	1,667	1	1,403	194	33	36
計		3,403	1	1,412	1,739	164	87

注(1) 「共済組合等」の欄は、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、警察共済組合、公立学校共済組合、日本私立学校振興・共済事業団等の合計である。

注(2) 特定健診を受診しても医療機関等を受診しない者等がいることから、突合率が100%になることはない。

図表13 保険者別の特定健診データとレセプトデータの不突合の状況

平成23年度

(単位：件)

保険者	全体	全国健康保険協会	健康保険組合	市町村	国民健康保険組合	共済組合等
①：全ての特定健診データ（第2次ハッシュ値）の数	23,615,176	4,990,532	7,922,629	7,370,368	628,401	2,703,246
②：①と突合できる全てのレセプトデータ（第2次ハッシュ値）の数	4,483,229	0	29,978	3,713,843	160,078	579,330
不突合の件数（①－②）	19,131,947	4,990,532	7,892,651	3,656,525	468,323	2,123,916
突合率（②／①）	19.0%	0.0%	0.4%	50.4%	25.5%	21.4%

平成24年度

(単位：件)

保険者	全体	全国健康保険協会	健康保険組合	市町村	国民健康保険組合	共済組合等
①：全ての特定健診データ（第2次ハッシュ値）の数	24,656,823	5,451,153	8,230,619	7,600,042	646,004	2,729,005
②：①と突合できる全てのレセプトデータ（第2次ハッシュ値）の数	6,149,288	0	23,619	5,179,655	351,101	594,913
不突合の件数（①－②）	18,507,535	5,451,153	8,207,000	2,420,387	294,903	2,134,092
突合率（②／①）	24.9%	0.0%	0.3%	68.2%	54.3%	21.8%

注(1) 「共済組合等」の欄は、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、警察共済組合、公立学校共済組合、日本私立学校振興・共済事業団等の合計である。

注(2) 特定健診を受診しても医療機関等を受診しない者等がいることから、突合率が100%になることはない。

カ NDBシステムにおける収集・保存データの不突合の重要な要因と厚生労働省の対応

(ア) 特定健診等データとレセプトデータの入力形式等

a 健診等実施機関及び医療機関等における入力形式等

前記のとおり、厚生労働省は、特定健診等データの入力については、仕様説明書において被保険者の個人情報等を入力形式等を定めているが、一方で、レセプトデータの入力については、従来、記録条件仕様等において被保険者の個人情報等を入力形式等を定めている。そして、健診等実施機関及び医療機関等は、それぞれ仕様説明書及び記録条件仕様等におけるデータの入力形式等に関する記載に基づいて特定健診等データ及びレセプトデータの入力を行っている。

そこで、実際に、健診等実施機関が入力を行っている特定健診等データの入力形式等及び医療機関等が入力を行っているレセプトデータの入力形式等について確認したところ、例えば、健診等実施機関では、特定健診等データの入力の際に、「被保険者証等記号」を全角文字で入力するなどしているのに、医療機関等では、レセプトデータの入力の際に、これを半角英数文字で入力しているなどしていて、両データの入力形式等が異なっていた。

そこで、仕様説明書及び記録条件仕様等のそれぞれにおける被保険者の個人情報等の入力形式等に関する指示内容の記載について確認したところ、図表14のとおり、例えば、「被保険者証等記号」、「被保険者証等番号」等については、両者の入力形式等に関する指示内容は異なるものとなっており、しかも、レセプトデータについては「半角英数文字又は全角文字（漢字・カナ・数字等を含む。）」となっているなど、指示内容が選択可能なものとなっていた。

このため、それぞれ仕様説明書及び記録条件仕様等の指示内容に従ってデータ入力が行われた場合、同一の被保険者の個人情報であるのに、特定健診等データとレセプトデータでは被保険者の個人情報の入力形式等が異なるものとなっていて、それぞれ異なるハッシュ値が生成される場合があることが判明した。

b レセプト電算処理システム等における置換処理

レセプトデータについては、従来、医療機関等から審査支払機関に送付された後、審査支払機関のレセプト電算処理システムにおいて、例えば、半角英数文字又は全角文字で入力された「被保険者証等記号」については全て全角文字に置き換えるなど、被保険者の個人情報の入力形式等を同じものとする処理（以下「置換処理」という。）が行われていた。

一方、特定健診等データについては、健診等実施機関から保険者又は国保連合会に提供された後、一部の保険者、健康保険組合連合会又は国保連合会の特定健診等データに関する電算処理システムにおいて、例えば、半角英数文字又は全角文字で入力された「被保険者証等記号」については全て半角英数文字に置き換えるなど、被保険者の個人情報の入力形式等について、レセプト電算処理システムとは異なる置換処理が行われていた。

このため、特定健診等データとレセプトデータとで被保険者の個人情報の入力形式等が同じ場合であっても、それぞれについて異なる置換処理が行われる

結果として、生成されるハッシュ値は異なるものとなる場合があることも判明した。

c 匿名化・提供システムにおける置換処理の状況

前記のとおり、厚生労働省は、NDBシステムの運用に当たり、保険者、健康保険組合連合会及び審査支払機関に対して匿名化・提供システムを提供している。そして、匿名化・提供システムは、図表14のとおり、特定健診等データとレセプトデータとで被保険者の個人情報の入力形式等（置換処理が行われた後のものを含む。以下同じ。）の一部が異なっている場合には、匿名化処理の過程で「被保険者の生年月日のうち和暦のものは西暦に置き換える」、「保険者番号の半角のスペースについては全て0に置き換える」などの置換処理を行う機能を有している。

しかし、匿名化・提供システムは、特定健診等データとレセプトデータとで被保険者の個人情報の入力形式等が異なっている全ての場合に置換処理を行うものとなっていなかった。すなわち、例えば、「被保険者証等記号」について、特定健診等データでは「全角だけからなる文字列又は半角だけからなる文字列」で、レセプトデータでは「半角英数文字又は全角文字」で入力された場合に、置換処理によりこれらの入力形式等を同じものとした上で、同じハッシュ値を生成し、突合可能なものとする機能まで有するものとなっていないなど、限定的な機能となっていて、両データで被保険者の個人情報の入力形式等が異なる全ての場合に置換処理を行うものとなっていなかった。

上記 a、b 及び c のとおり、同一の被保険者であっても、特定健診等データとレセプトデータでは、当該被保険者の個人情報の入力形式等が異なっている場合があり、その場合には、それぞれの匿名化処理の過程で異なるハッシュ値が生成され、NDBシステムには異なる第2次ハッシュ値が収集・保存されることになる。そして、このことが多数の保険者の特定健診等データをレセプトデータと突合できない事態を生じさせている重要な要因となっていると認められる。

なお、厚生労働省では、この不突合の状況は、ID①データ（被保険者証等記号、被保険者証等番号等）による突合の結果に基づくもので、ID②データ（被保険者の氏名等）による突合は行っていないとしているが、仕様説明書及び記録条件仕様等に記載されている氏名等の入力形式等についても、特定健診等データ

とレセプトデータではそれぞれ異なるものとなっていることなどから、仮にID
②データによる突合が行われたとしても、同様に両データの不突合が生ずること
になるとしている。

図表14 レセプトデータと特定健診等データの入力形式等の相違と置換処理

種類 項目	レセプトデータの入力形式等	特定健診等データの入力形式等	匿名化・提供システムにおける 置換処理
保険者番号	8桁以内で設定された保険者番号については、右詰めに記録し残りは“スペース”を記録する。	8桁に満たない場合には先頭の0をつけて8桁とする。	半角スペースは全て0に置換する。
被保険者証等記号 ・ 被保険者証等番号	半角英数文字又は全角文字（漢字・カナ・数字等を含む。）	全角だけからなる文字列又は半角だけからなる文字列のどちらかとする。	全角・半角スペースは全て削除する。
	健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の記号（番号）を左詰めに記録する。		
		ただし、電子化レセプトを作成している医療機関においては、これにかかわらず電子化レセプトでの記述形式と同一とすること（注）	
生年月日	和暦	西暦	西暦に変換する。
性別	男=「1」、女=「2」	男=「1」、女=「2」	
氏名	半角英数文字又は全角文字（漢字・カナ・数字等を含む。）	全角カナ氏名	
	姓と名の間“スペース”を1桁記録する。	空白を含まない。	全角・半角スペースは全て削除する。

（注）平成24年10月改定の仕様説明書では、この記述は削除されている。

上記の事態について事例を示すと、次のとおりである。

<事例>

全国健康保険協会は、NDBシステムの構築に合わせて、特定健診等データを支払基金に送付するためのシステム（以下「特定健診情報報告システム」という。）を構築し、平成21年4月から運用している。そして、特定健診情報報告システムでは、健診等実施機関から送付された特定健診等データに含まれる「被保険者証等記号」及び「被保険者証等番号」については、全て半角英数文字に置き換えるという置換処理が行われている。

しかし、従来、支払基金のレセプト電算処理システムでは、同協会の特定健診情報報告システムにおける置換処理とは逆に、レセプトデータとして入力された被保険者の個人情報のうち半角英数文字で入力された「被保険者証等記号」、「被保険者証等番号」及び「氏名」については、全て全角文字に置き換えるという置換処理が行われていた。

また、特定健診情報報告システムでは、健診等実施機関から同協会に送付された特定健診

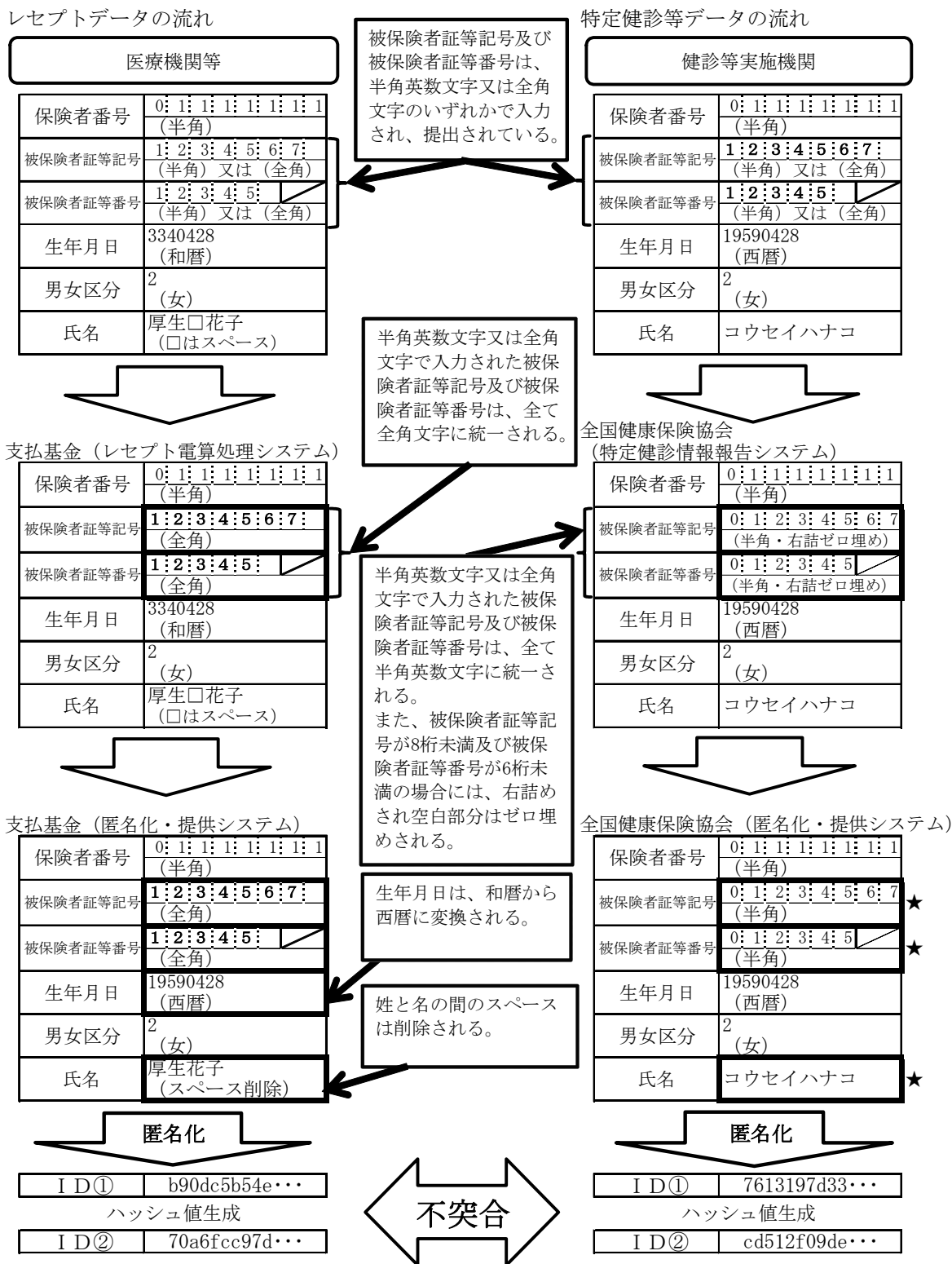
等データについては、「被保険者証等記号」が8桁未満及び「被保険者証等番号」が6桁未満の場合には右詰めを入力とし、空白部分については0を入力する置換処理が行われている。

しかし、支払基金におけるレセプト電算処理システムでは、医療機関等から支払基金に提出されたレセプトデータについて、同様の置換処理は行われていなかった。

以上のようなことから、同協会の被保険者の個人情報については、特定健診等データとレセプトデータのそれぞれの匿名化処理の過程で異なるハッシュ値が生成され、NDBシステムには異なる第2次ハッシュ値が保存されていたことになり、NDBシステムにおいて同協会の特定健診等データをレセプトデータと突合することは全くできない状況（突合率0%）となっていた。

本事例について図示すると、図表15のとおりとなる。

図表15 レセプトデータと特定健診等データの不突合の状況（全国健康保険協会の例）



注(1) ID①は、保険者番号、被保険者証等記号、被保険者証等番号、生年月日、男女区分から生成される。
 注(2) ID②は、生年月日、男女区分、氏名から生成される。
 注(3) ★はレセプトデータとの不突合を生じているデータ

(イ) データ突合に関する事前の検証等の状況

入札仕様書によれば、NDBシステムにおいて実際に特定健診等データとレセプトデータを突合することができるかどうかの検証（以下「突合検証」という。）については、その設計・開発段階において受託業者が行うこととされている。また、突合検証は、実際にNDBシステムに収集・保存された特定健診等データ及びレセプトデータを用いて行うのではなく、受託業者が用意するそれぞれの模擬のデータ（以下「模擬データ」という。）を用いて行うこととされている。そして、厚生労働省は、模擬データの作成については、受託業者が仕様説明書及び記録条件仕様等に基づき行ったとしており、突合検証は21年3月に行われている。

しかし、厚生労働省は、被保険者の個人情報を入力形式等が健診等実施機関による特定健診等データと医療機関等によるレセプトデータの入力形式等とで異なる場合があるなどのため、同一の被保険者の個人情報であっても両データで異なるハッシュ値が生成される場合があることなどについては想定しておらず、突合検証に当たり、受託業者と十分な協議を行っていなかった。このため、受託業者により作成された模擬データは、被保険者の個人情報を入力形式等が両データで異なる場合があるなどの実態を適切に反映したものとなっていなかったと認められる。

そして、厚生労働省は、NDBシステムの運用が開始された同年4月以降も、実際にNDBシステムに収集・保存されている特定健診等データ及びレセプトデータを用いた突合検証を一切行っていなかった。

(ウ) データの不突合の事態判明後の厚生労働省の対応

厚生労働省の「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」（24年2月24日）の資料によると、22年4月から23年3月までの間のNDBシステムにおける特定健診等データとレセプトデータとの突合率は男性で9.8%、女性で15.7%と記載されている。したがって、同省は、遅くともこの24年2月の時点では、NDBシステムにおいて両データの不突合が生じている事態を把握していたことになる。

しかし、厚生労働省は、当時、その原因について、被保険者の加入する保険者の変更等によるものではないかと推測したり、突合の精度には限界があると説明したりするなどして、事態の原因究明と改善に向けた調査等を速やかに実施していなかった。

なお、厚生労働省は、24年10月の仕様説明書の改定の際に、健診等実施機関が特定健診等データとして「被保険者証等記号」及び「被保険者証等番号」を入力する場合にはレセプトデータと同一の入力形式等で行うよう指示していた記載を削除していた。

キ 医療費適正化計画の実績に関する評価

(ア) 第1期医療費適正化計画に関する費用対効果の推計結果

前記のとおり、第1期基本方針によれば、第1期医療費適正化計画の実績に関する評価に当たり、特定健診等の実施に係る生活習慣病予防対策の費用対効果の調査及び分析は行わないこととされていた。

一方、厚生労働省は、25年6月28日に各都道府県に発した「平成25年度に実施する第1期医療費適正化計画の実績に関する評価に関する基本的な考え方について」（平成25年6月28日付事務連絡）において、特定保健指導の実施に係る費用対効果の推計を行うこととしており、別途配布する推計方法（以下「推計ツール」という。）を用いて特定保健指導の実施による生活習慣病予防対策の効果額を推計し、その費用対効果について報告するよう通知していた。そして、25年11月22日に都道府県に配布された推計ツールは、おおむね次のような内容となっていた。

- ① NDBシステムに保存されている20、21両年度の特定健診等データから抽出した233,125人（20年度に特定保健指導を終了し、21年度に特定健診を受けた者）のうち、メタボリックシンドローム該当者及び同予備群（以下、両者を合わせて「メタボ該当者等」という。）は、20年度で計181,738人（前者は67,647人、後者は114,091人）となっているが、21年度では計122,792人（同49,720人、同73,072人）となっていて、20年度の特定保健指導の実施の前後で58,946人減少している。よって、特定保健指導を終了した者の3分の1は、その実施の効果としてメタボ該当者等ではなくなったと仮定する。
- ② NDBシステムに保存されている21年度の特定健診データ約2200万件と、22年度のレセプトデータ約15億1100万件とを突合した結果、突合できたレセプトデータ約269万件について、メタボ該当者等とそれ以外の者の別に年間平均総医療費を推計すると、その差額は平均して8万円から10万円までとなる。よって、受診対象被保険者がメタボ該当者等でなくなると、年間平均総医療費は9万円減少すると仮定する。

③ 20年度から23年度までの間に特定保健指導を受けた者の人数に、①の3分の1及び②の9万円を乗じて、特定保健指導の実施による医療費の削減額とする。

④ ③の額から特定保健指導の実施に要した費用の額を差し引いて、特定保健指導の実施による生活習慣病予防対策の費用対効果に係る効果額とする。

47都道府県のうち京都府、岩手、鳥取両県を除く44都道府県は、推計ツールに従って各都道府県における特定保健指導の実施による生活習慣病予防対策の費用対効果に係る効果額を算出し、これをそれぞれ第1期都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価の報告書に記載して厚生労働省に提出していた。そして、同省は、第1期全国医療費適正化計画の実績に関する評価において、44都道府県における当該効果額の算出が同省の通知に従い、同省の示した推計ツールに基づいて行われたものであることや、推計ツールの内容等には特段言及することのないまま、メタボ該当者等とそれ以外の者の間には年間平均総医療費に約9万円の差があることが判明していることや特定保健指導の費用を踏まえたとした上で、特定健診等の実施による効果として、生活習慣病予防対策の効果を算出している44都道府県の効果額を集計すると約250億円になると公表していた。

しかし、推計ツールによる上記の推計は、NDBシステムに収集・保存されている特定健診等データ及びレセプトデータのごく一部に基づいて行われたものであり、どのような保険者から抽出されたデータであるのかについては不明である。また、①の約6万人（3分の1）の中には、その後、医療行為を受けたためにメタボ該当者等ではなくなった者も含まれていると考えられる。さらに、②の9万円については、特定保健指導の実施による生活習慣病予防対策の費用対効果に係る効果額算出のための推計を行うに当たり、特定健診を受けたメタボ該当者等について、生活習慣病関連疾患に対象疾患を限定することなく、その年間平均総医療費の額に基づいて推計されたものとなっている。

このようなことなどを踏まえると、第1期全国医療費適正化計画の実績に関する評価における当該効果額の公表に当たっては、当該効果額の推計の前提とされた前記のような重要な情報を明示する必要があったと考えられる。

なお、その後、特定健診等の実施が医療費適正化に及ぼす効果の検証等を行っている厚生労働省の「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証のためのワーキンググループ」（以下「ワーキンググループ」という。）が26年11月に公

表した「第二次中間とりまとめ」によれば、特定健診等の実施による生活習慣病予防対策が医療費適正化に及ぼす効果額について、NDBシステムに収集・保存されている特定健診等データ及びレセプトデータのうち、21年度から24年度まで4年連続で突合率が80%以上であった365保険者（保険者別の内訳は、市町村及び国民健康保険組合が321、健康保険組合が2、共済組合が42）から抽出した被保険者約20万人から23万人（20年度から23年度までの間に特定保健指導を受けた者の数であり、年度により異なる。）のデータに基づいて試算した結果は、次のとおりとされている。

(注6)

① 特定保健指導のうち6か月間の継続的な保健指導である積極的支援を受けた者（40歳から64歳まで）の翌年度におけるメタボリックシンドローム関連疾患（高血圧症、脂質異常症及び糖尿病）に関する年間の外来医療費は、これを受けなかった者のメタボリックシンドローム関連疾患に係る外来医療費と比べて男性では5,020円から7,030円、女性では2,590円から7,550円低額となる。

(注7)

② 同様に、特定保健指導のうち動機付け支援を受けた者（40歳から64歳まで）については、男性では810円から3,860円低額となり、女性では1,140円高額となるものから2,640円低額となるものまでとなる。

このワーキンググループにより試算された特定健診等の実施による生活習慣病予防対策の効果額は、上記の①及び②のとおり、かなり幅のあるものとなっているが、いずれにせよ、推計ツールを用いて行われた前記の推計による効果額と比べると、相当程度低額なものとなっている。

これは、前記のとおり、ワーキンググループによる効果額の試算においては、推計ツールを用いた前記の推計とは異なり、分析対象者については、特定保健指導の対象となった者のうち当該年度に初めて特定保健指導を受けて6か月後の評価を終了した者と、当該年度を含めて過去に一度も特定保健指導を受けていない者とに区分するとともに、医療費適正化に及ぼす効果額については、メタボリックシンドローム関連疾患に対象疾患を限定した上で、その一人当たり外来医療費を用いることにしたことなどによるものと考えられる。

(注6) 積極的支援 特定保健指導のうち、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導の下に行動計画を策定し、医師等が生活習慣の改善のための対象者による主体的な取組に資する適切な働きかけを相当な期間継続して行うとともに、計画の策定を指導した者が計画の進捗状況評価及び計画策定の日から6か月以上経過した後にその実績に関する評価を行うこととされているもの

(注7) 動機付け支援 特定保健指導のうち、医師、保健師又は管理栄養士の面接・指導の下に行動計画を策定し、医師等が生活習慣の改善のための取組に係る動機付けに関する支援を行うとともに、計画の策定を指導した者が計画策定の日から6か月以上経過した後にその実績に関する評価を行うこととされているもの

(イ) 第2期医療費適正化計画の実績に関する評価の見込み

前記のとおり、第1期医療費適正化計画及び第2期医療費適正化計画の期間を通じて、生活習慣病予防対策としての特定健診等の実施については、全国の保険者に対して多額の特定健診等国庫補助金が交付されている。

一方、前記のとおり、NDBシステムは、多額の経費を投じて構築されたものであるのに、その運用状況をみると、多くの保険者の特定健診等データをレセプトデータと突合できない事態が生じている。したがって、現在のNDBシステムは、全ての保険者等から全ての特定健診等データ及び全てのレセプトデータを収集・保存した上で、これらのデータの十分な突合・分析等を行うというシステム構築の所期の目的を十分に達成していないと認められる。

そして、このまま推移すれば、30年度に予定されている第2期医療費適正化計画の実績に関する評価に当たり、厚生労働省がNDBシステムに収集・保存されているデータの十分な突合・分析等により得られる詳細な分析データを都道府県に提供することは困難であると見込まれる。そして、その場合には、各都道府県における都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価に当たり、生活習慣病予防対策として実施された特定健診等が医療費適正化に及ぼす効果について、都道府県がNDBシステムに収集・保存されているデータを十分に活用した詳細な分析データに基づいた適切な評価を行うことは困難であり、また、同省における医療費適正化計画の実績に関する評価において、当該施策が医療費適正化に及ぼす効果について、当該分析データに基づいた適切な評価を行うことも困難になると見込まれる。

したがって、NDBシステムについては、その運用状況を大幅に改善し、30年度に予定されている第2期医療費適正化計画の実績に関する評価に当たっては、生活習慣病予防対策として実施されている特定健診等が医療費適正化に及ぼす効果について、NDBシステムに収集・保存されているデータを十分に活用した適切な評価を行うことができるようにするため、データの不突合の原因等を踏まえた

システムの改修等を行うなどの措置を講ずる必要があると認められる。

上記の事態について、会計検査院は、27年9月に厚生労働大臣に対して、会計検査院法第36条の規定により、NDBシステムの運用状況を大幅に改善し、第2期医療費適正化計画の実績に関する評価に当たっては、生活習慣病予防対策として実施されている特定健診等が医療費適正化に及ぼす効果について、収集・保存されているデータを十分に活用した適切な評価を行うことができるようにするため、データの不突合の原因等を踏まえたシステムの改修等を行うなどの措置を講ずるよう意見を表示した。

(3) レセプト1次審査及びレセプト2次点検の実施状況

ア レセプト1次審査の実施状況

(ア) レセプト1次審査の委託の状況

助成対象保険者等のうち国民健康保険の保険者である市町村及び国民健康保険組合並びに広域連合は、それぞれ国保連合会に対してレセプト1次審査及び診療報酬等の支払に関する事務を委託しており、一方、健康保険及び船員保険の保険者である全国健康保険協会は、支払基金に対してこれらの事務を委託している。

(イ) レセプト1次審査の実施方法

「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」（昭和51年厚生省令第36号）等によれば、従来、紙媒体で行われてきた医療機関等から審査支払機関へのレセプトの提出等は、医療保険事務の効率化を図るために、原則として、電子レセプトにより行うこととされている。そして、27年4月の診療報酬等の請求に係るレセプトに占める電子レセプトの割合は、医科のレセプトで98.0%、歯科のレセプトで93.5%、調剤のレセプトで99.9%となっている。

診療報酬等の請求が紙レセプトで行われていた当時のレセプト1次審査では、審査支払機関は、基本的には1月ごとに医療機関等から提出された紙レセプトを1件ごとに審査していた。そして、レセプト1次審査の終了後に審査支払機関からレセプトの送付を受けた助成対象保険者等が、レセプト2次点検において縦覧点検や^(注8)突合点検^(注9)を行っていた。

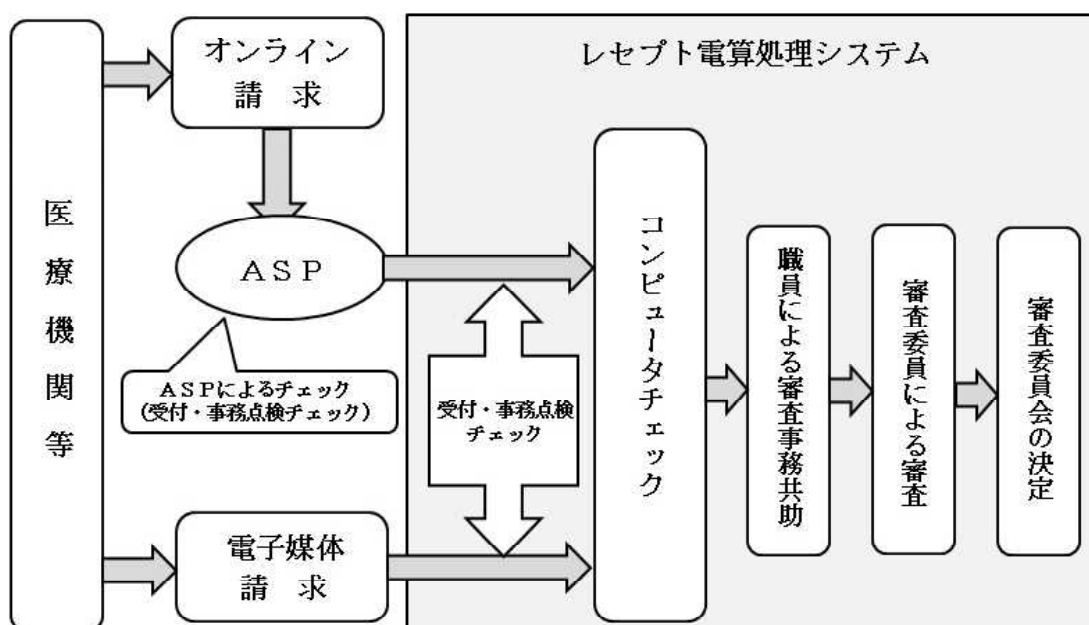
しかし、レセプトの電子化の進展に伴い、現在では、図表16のとおり、審査支払機関は、レセプト1次審査において、コンピュータにより自動的に電子レセプトの内容を点検する機能（以下「コンピュータチェック」という。）を活用するな

(注8) (注9)
 として縦覧審査、突合審査等を行うことが一般化している。

(注8) 縦覧審査・縦覧点検 医療機関等から提出されたレセプトと被保険者ごとの過去複数月のレセプトの内容とを照合することにより、レセプト1次審査では当月分の、また、レセプト2次点検では過去複数月の請求分まで遡って、当該医療機関等のレセプトの内容を審査又は点検すること

(注9) 突合審査・突合点検 医療機関等から提出された医科又は歯科のレセプトと調剤のレセプトとを被保険者ごとに照合することにより、レセプト1次審査では当月分の、また、レセプト2次点検では過去複数月の請求分まで遡って、当該医療機関等のレセプトの内容を審査又は点検すること

図表16 電子レセプトに対するレセプト1次審査の流れ（国保連合会の例）



注(1) ASP（アプリケーション・サービス・プロバイダ）では、医療機関等が審査支払機関のASPを利用して、事前にレセプトの記載事項の不備等（患者名漏れ、存在しないコードの記録等）の確認・修正をすることができる。

注(2) 支払基金における電子レセプトに対するレセプト1次審査の流れも、ほぼ同様となっている。

レセプト1次審査における縦覧審査及び突合審査の26年度末の実施状況は図表17のとおりとなっており、既に医科のレセプトについては、会計実地検査を行った全ての審査支払機関において縦覧審査が行われていた。

図表17 22国保連合会及び支払基金における縦覧審査及び突合審査の開始年度

審査支払機関名	縦覧審査（医科）	縦覧審査（歯科）	突合審査
青森県国保連合会	平成24年度	26年度	25年度
秋田県国保連合会	23年度		26年度
栃木県国保連合会	23年度	26年度	26年度
群馬県国保連合会	24年度		25年度
東京都国保連合会	25年度		26年度
神奈川県国保連合会	24年度		
富山県国保連合会	24年度	26年度	
石川県国保連合会	25年度		25年度
山梨県国保連合会	24年度		
岐阜県国保連合会	23年度		24年度
愛知県国保連合会	23年度		26年度
三重県国保連合会	23年度		24年度
兵庫県国保連合会	23年度	26年度	23年度
和歌山県国保連合会	23年度	26年度	23年度
広島県国保連合会	23年度	26年度	24年度
山口県国保連合会	23年度		24年度
徳島県国保連合会	23年度	26年度	23年度
愛媛県国保連合会	23年度	26年度	
福岡県国保連合会	23年度	26年度	24年度
佐賀県国保連合会	23年度	26年度	26年度
熊本県国保連合会	23年度	26年度	26年度
沖縄県国保連合会	24年度	26年度	25年度
支払基金	23年度 注(2)	23年度 注(2)	23年度 注(2)

注(1) ■■■ は、縦覧審査又は突合審査が行われていないものである。

注(2) 支払基金の岩手、宮城、福島各支部については、東日本大震災の影響を考慮し、平成24年度から実施している。

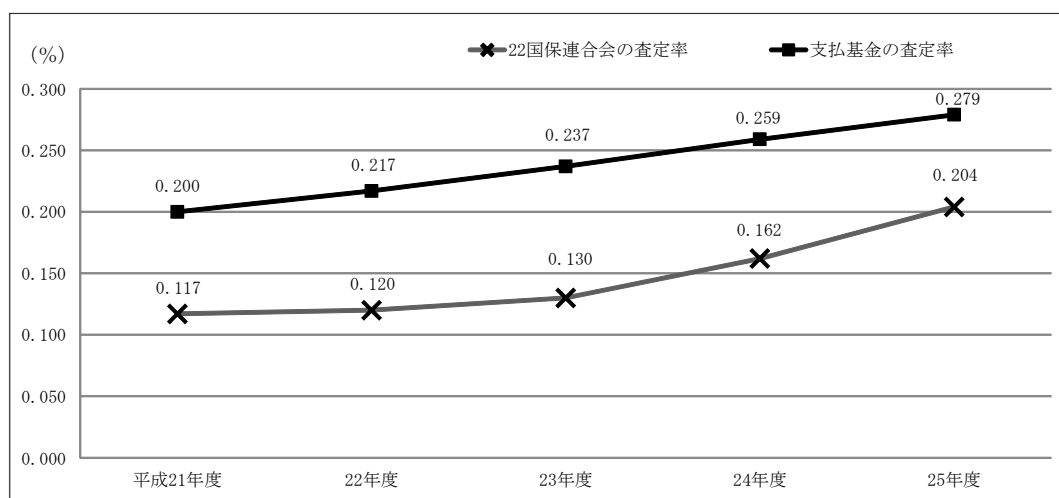
(ウ) レセプト1次審査における査定率の状況

上記のとおり、近年、審査支払機関は、コンピュータチェックを活用したレセプト1次審査を行っており、年々その拡充を図っている。そこで、21年度から25年

度までの間におけるレセプト1次審査の査定率（査定点数を請求点数で除した割合）について確認したところ、22国保連合会、支払基金ともに、査定率は増加傾向となっていた（図表18及び巻末別表4参照）。

また、上記の査定率の算定に当たり対象とした審査支払機関がレセプト1次審査により査定した額について確認したところ、22国保連合会では21年度から25年度までの5か年度の計で741億余円、支払基金では同1382億余円、合計2123億余円となっていた。

図表18 22国保連合会及び支払基金のレセプト1次審査における査定率の推移



(注) 国保連合会は4月から翌年3月までの審査分、支払基金は5月から翌年4月までの審査分で集計している。

イ レセプト2次点検の実施状況

助成対象保険者等は、厚生労働省が診療報酬等の支払の適正化を図るためにレセプト2次点検の実施方法等について定めた「診療報酬明細書点検調査事務処理要領」（昭和55年5月10日保険発第42号厚生省保険局国民健康保険指導管理官通知別添）等に基づくなどしてレセプト2次点検を行っている。

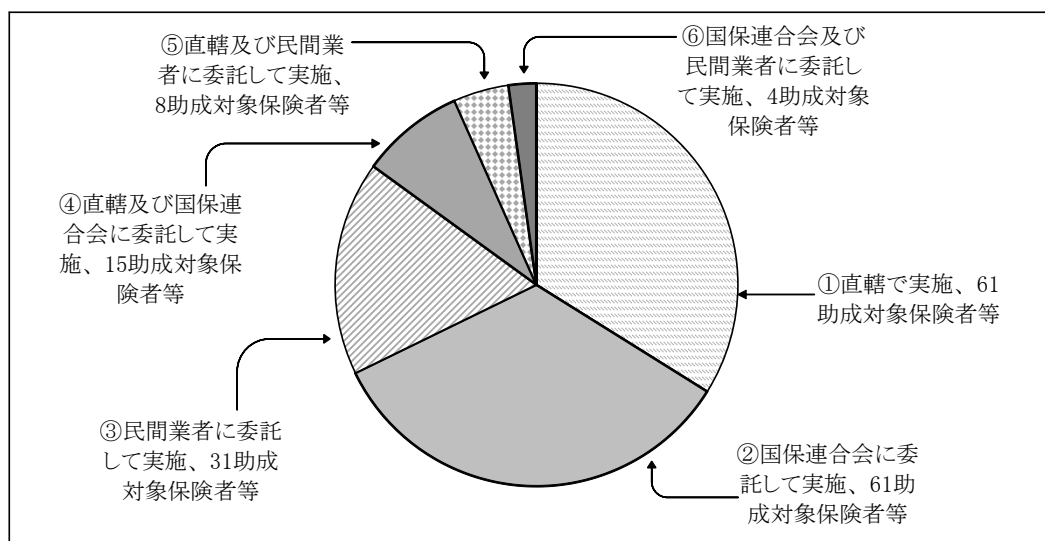
レセプト2次点検の点検項目としては、①診察、検査、投薬等の診療内容に関する点検（以下「内容点検」という。）、②被保険者の資格の有無等に関する点検、及び③医療給付の対象となった傷病が交通事故等の第三者の行為に起因するものかなどの給付発生原因に関する点検がある。

そして、このうち内容点検の実施状況については、次のとおりとなっていた。

(ア) レセプト2次点検の実施方法

25年度に180助成対象保険者等（22都県管内の179助成対象保険者等及び全国健康保険協会）が行ったレセプト2次点検の実施方法について確認したところ、嘱託職員等を雇用するなどして助成対象保険者等が自ら行っていたり、国保連合会や民間業者に委託して行っていたりしていた（図表19及び巻末別表7参照）。また、レセプト2次点検における点検内容は、縦覧点検、突合点検等によるものとなっていた。

図表19 180助成対象保険者等のレセプト2次点検の実施方法の状況



上記の179助成対象保険者等のうち、18都県管内の80助成対象保険者等は、レセプト1次審査を委託している国保連合会に対してレセプト2次点検も委託していた。

そこで、同一の助成対象保険者等からレセプト1次審査及びレセプト2次点検の双方を受託している国保連合会に対して、レセプト1次審査における審査内容とレセプト2次点検における点検内容とで、審査・点検の対象項目等に違いを設けているかどうかについて確認したところ、2国保連合会は、審査・点検内容に明確な違いを設けていないとしていた。

(イ) レセプト1次審査における具体的な審査内容の把握状況

前記のとおり、従来、助成対象保険者等がレセプト2次点検で行っていた縦覧点検及び突合点検は、審査支払機関によるレセプト1次審査でも行われるようになってきている。

そして、助成対象保険者等が審査支払機関のレセプト1次審査における縦覧審査、

突合審査等のコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握することができれば、既にレセプト1次審査において検討・審査済みとなっている事項を考慮した上でレセプト2次点検における点検内容を定めることができることなどから、レセプト2次点検を一層効率的かつ効果的に行うことができると考えられる。

そこで、180助成対象保険者等に対して、審査支払機関によるレセプト1次審査においてコンピュータチェックを活用するなどした縦覧審査又は突合審査が行われていることを把握しているかどうかについて確認したところ、150助成対象保険者等（全国健康保険協会を含む。）はその事実を把握しているとしていた（巻末別表7参照）。

しかし、把握しているとしていた150助成対象保険者等に対して、レセプト1次審査で行われている縦覧審査又は突合審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握しているかどうかについて確認したところ、61助成対象保険者等（全国健康保険協会を含まない。）は把握しているとしていたが、89助成対象保険者等は把握していなかった（巻末別表7参照）。

また、具体的な審査内容を把握しているとしていた61助成対象保険者等に対して、その把握した審査内容を踏まえて、レセプト2次点検における点検内容について見直しを行ったかどうかについて確認したところ、9助成対象保険者等はレセプト1次審査における審査事項等と重複しないようにするなど点検内容の見直しを行っているとしていたが、52助成対象保険者等は見直しを行っていなかった（巻末別表7参照）。

以上を踏まえて、180助成対象保険者等に対して、レセプト1次審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握する必要性の有無等について確認したところ、151助成対象保険者等（全国健康保険協会を含む。）は、レセプト2次点検を効率的かつ効果的に行うことができることなどから、把握する必要があるとしていた（巻末別表7参照）。

この点について、22国保連合会に対して、レセプト1次審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を助成対象保険者等に対して通知することが可能であるかどうかについて確認したところ、全ての国保連合会が通知することは可能であるか又は一部通知することは可能であるとしていた。そして、26年度末時点において、13国保連合会は、レセプト1次審査におけるコンピュータチェックの

具体的な審査内容を助成対象保険者等に対して通知していた（巻末別表8参照）。一方、9国保連合会は、助成対象保険者等からの申入れがないなどとして、通知していなかった。

レセプト2次点検の実施に当たり、レセプト1次審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握し、これを考慮してレセプト2次点検を行っていた助成対象保険者等について参考事例を示すと、次のとおりである。

<参考事例>

広島市は、レセプト点検員を10名雇用してレセプト2次点検を行っている。そして、同市は、レセプト1次審査におけるコンピュータチェックで既に検討・審査済みとなっている事項についてもレセプト2次点検の対象とすることは、人的資源及び経費的な重複が生ずることとなり適切でないとして、平成23年度から、広島県国民健康保険団体連合会から通知される縦覧審査及び突合審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を随時把握するとともに、毎月、レセプト点検員の勉強会を開催し、レセプト2次点検における点検内容がレセプト1次審査における審査内容と重複しないように適宜の見直しを行った上で、レセプト2次点検を行っていた。

なお、国保連合会は、レセプト1次審査においてコンピュータチェックにより疑義等として抽出されたレセプト及び国保連合会の職員による審査事務において疑義が生じたレセプトについて、疑義等の内容及びその後の審査において「査定」又は「医療機関等の請求どおり」のどちらかに決定されたかについて、助成対象保険者等が画面上で確認できるシステムを導入している。そして、26年度末時点において、8国保連合会は、当該システムの運用に当たり、助成対象保険者等が当該事項を確認できる設定としていた（巻末別表8参照）。一方、14国保連合会は、同一のコンピュータチェック項目で疑義等として抽出されたとしても、個々の患者の症状、病態、医師の治療方針等に応じて総合的に判断していることから、審査結果が「査定」となったり、「医療機関等の請求どおり」となったりすることもあり、助成対象保険者等においてかえって混乱が生ずるなどとして、当該事項を確認できる設定としていなかった。

また、支払基金に対して、同様に助成対象保険者等に対する通知の可否等について確認したところ、コンピュータチェックの具体的な審査内容を通知することは支払基金における具体的な審査基準を公表することになること、また、審査委員会における審査に当たっては、個々の患者の症状、病態、医師の治療方針等に

応じて総合的に判断していることなどを理由として、通知することは考えていないとしている。

(ウ) レセプト2次点検における査定率等の状況

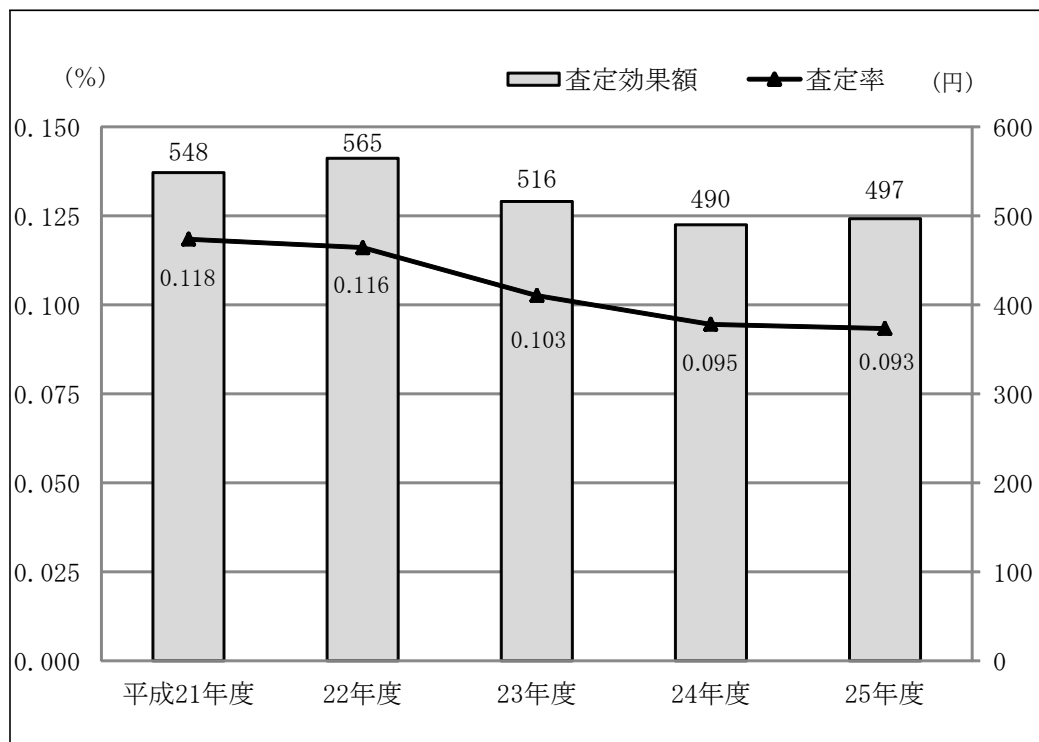
助成対象保険者等のうち、市町村、国民健康保険組合及び広域連合は、レセプト2次点検の実施状況について、毎年度、都道府県を通じ、厚生労働省に「診療報酬明細書点検調査実施状況報告書」等を提出し、報告している。

そこで、当該報告書等に基づき、21年度から25年度までの間の179助成対象保険者等が行ったレセプト2次点検における査定率及び査定効果額について分析したところ、レセプト2次点検における査定率は減少傾向となっていた（図表20及び巻末別表5参照）。

また、上記の査定効果額は、国保連合会に再審査を請求し、査定された額のうち、この保険者負担額を年度平均被保険者数で除した額となっている。そこで、179助成対象保険者等において、実際に再審査で査定された額のうち、この保険者負担額を集計したところ、21年度から25年度までの5か年度の計で414億余円となっていた。

(注10) レセプト2次点検における査定率 年度内に審査支払機関に再審査を請求し、査定された額のうち、この保険者負担額を、同年度内に審査支払機関から送付を受けたレセプトの保険者負担額で除した割合（査定されたレセプトが、必ずしも当該年度に審査支払機関から送付を受けたものとは限らない。）

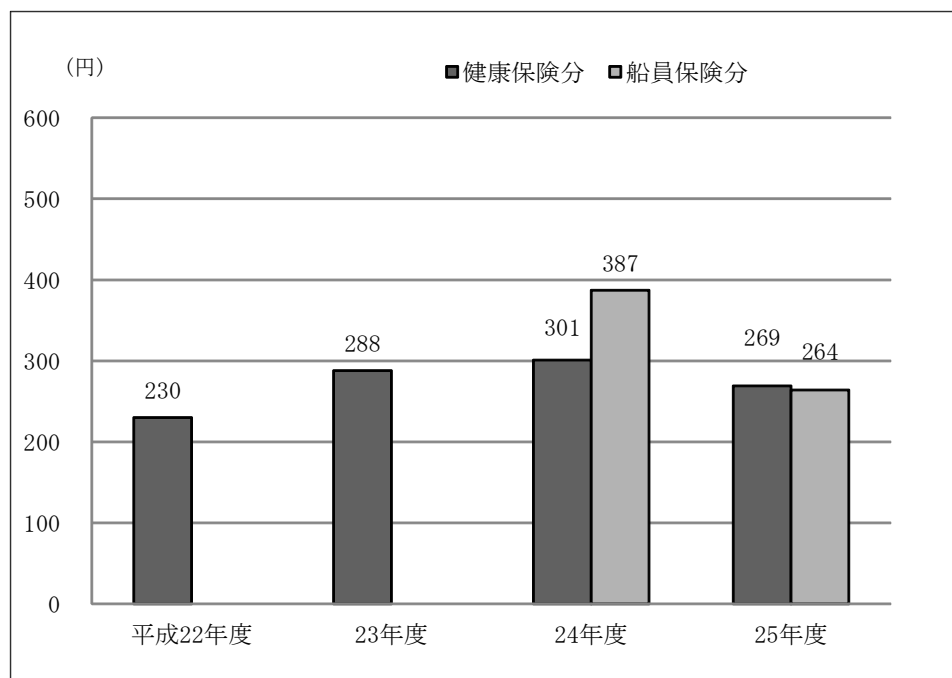
図表20 179助成対象保険者等のレセプト2次点検における査定率及び査定効果額の推移



一方、全国健康保険協会が行ったレセプト2次点検における全国平均の査定効果額について確認したところ、健康保険分、船員保険分ともに、25年度は減少していた（図表21及び巻末別表6参照）。

また、上記の査定効果額は、支払基金に再審査を請求し、査定された額を年度平均被保険者数で除した額となっている。そこで、全国健康保険協会において、実際に再審査で査定された額を集計したところ、22年度から25年度まで（船員保険分は24年度及び25年度）の4か年度（同2か年度）の計で216億余円となっていた。

図表21 全国健康保険協会のレセプト2次点検における査定効果額の推移



注(1) 健康保険分の査定効果額は、平成22年度の全国健康保険協会のシステム改修以降に集計をとっているため、21年度分のデータはない。また、船員保険分については、23年度以前は異なる指標で計算していたため、23年度以前のデータはない。
 注(2) 全国健康保険協会は、レセプト2次点検における査定率については、レセプト2次点検の効果の指標としていない。

(エ) レセプト1次審査及び再審査の結果における理由等の把握状況

助成対象保険者等は、レセプト2次点検を行う際に、レセプト1次審査で査定された診療報酬等についてはレセプト上の訂正線により、また、その査定の事由については訂正線の横に付記されている増減点事由記号により確認することができるようになっている（図表22参照）。

図表22 増減点事由記号一覧

国保連合会		支払基金	
1. 診療内容に関するもの		1. 診療内容に関するもの	
A	適応と認められないもの	A	療養担当規則等に照らし、医学的に適応と認められないもの
B	過剰と認められるもの	B	療養担当規則等に照らし、医学的に過剰、重複と認められるもの
C	重複と認められるもの	C	療養担当規則等に照らし、A・B以外の医学的理由により適当と認められないもの
D	前各号の外不適當（疑義解釈通知等に照らして不適當なものを含む。）又は不必要と認められるもの	D	告示・通知の算定要件に合致していないと認められるもの
2. 事務上に関するもの		2. 事務上に関するもの	
F	固定点数が誤っているもの	F	固定点数が誤っているもの
G	請求点数の集計が誤っているもの	G	請求点数の集計が誤っているもの
H	縦計計算が誤っているもの	H	縦計計算が誤っているもの
K	その他	K	その他

また、助成対象保険者等は、レセプト2次点検の結果、その請求内容に疑義がある場合は審査支払機関に対して再審査の請求を行っている。そして、再審査の請求を受けた審査支払機関は、助成対象保険者等に対して、再審査を行った結果について「査定」、「返戻」又は「原審どおり」の別を通知しており、「原審どおり」とした場合にはその理由についても通知している。

そして、助成対象保険者等が審査支払機関のレセプト1次審査で査定された診療報酬等について査定の具体的な事由を把握し、また、審査支払機関の再審査で原審どおりとされた具体的な理由を把握することができれば、その後のレセプト2次点検に反映させることができることなどから、レセプト2次点検を一層効率的かつ効果的に行うことができると考えられる。

そこで、180助成対象保険者等に対して、レセプト1次審査で査定された場合の図表22の増減点事由が分かりやすいものであるかどうかについて確認したところ、126助成対象保険者等（全国健康保険協会を含む。）は分かりにくいとしていた（巻末別表7参照）。

また、再審査の結果、原審どおりとされた場合における理由付記が分かりやすいものであるかどうかについて確認したところ、130助成対象保険者等（全国健康保険協会を含む。）は分かりにくいとしていた（巻末別表7参照）。そして、分かりにくいとされた理由の主な例を挙げると、図表23のとおり、具体的な理由や基準の記載がないなどとなっていた。

図表23 再審査で原審どおり（査定せず）と判断された場合の理由が分かりにくいとされた主な例

「原審どおり」とされた理由	左記の理由が分かりにくいとしている理由
「医学的にみて妥当とされる事項です」	医学的内容の説明がなく、なぜ医学的にみて妥当と判断されたのかについての具体的な理由の記載がないなど
「傷病名に対する一般症状及び病態を勘案して妥当と認めます」	適応と認められないものについて再審査の請求を行っているにもかかわらず、妥当とされる具体的な基準が示されていないなど
「点数表の告示・通知に照らし、算定ルール上妥当と認めます」	点数表上算定できないものについて再審査の請求を行ったが、妥当とするのであれば、根拠となる算定ルールを示してほしいなど

以上を踏まえて、180助成対象保険者等に対して、審査支払機関のレセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由を把握する必要性の有無等について確認したところ、154助成対象保険者等（全国健康保険協会を含む。）は把握する必要があるとしていた（巻末別表7参照）。

そこで、必要があるとしていた153助成対象保険者等（全国健康保険協会を含まない。）に対して、レセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由を通知するよう国保連合会に対して申入れを行ったことがあるかどうかについて確認したところ、4助成対象保険者等は口頭で申入れを行ったことがあるとしていたが、149助成対象保険者等は申入れを行ったことがないとしていた（巻末別表7参照）。

なお、全国健康保険協会は、支払基金に対して、レセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由について通知するよう申入れを行っており、この申入れを受けるなどして、支払基金では、現在、その対応について検討中であるとしている。

以上のとおり、レセプトの電子化の進展に伴い、従来、助成対象保険者等がレセプ

ト2次点検で行っていた縦覧点検及び突合点検は、審査支払機関によるレセプト1次審査でも行われるようになってきている。

したがって、助成対象保険者等がレセプト2次点検を行うに当たっては、審査支払機関のレセプト1次審査又は再審査における具体的な審査内容、審査結果の理由等を把握した上で、一層効率的かつ効果的に行う必要があると認められる。

(4) 医療機関等に対する指導及び監査の状況

ア 指導の実施状況

前記の指導形態のうち、「集団的個別指導」及び「個別指導」の実施状況について検査したところ、次のとおりとなっていた。

(ア) 指導の結果に基づく医療費の返還額

21年度から25年度までの間に実施された指導の結果、不当な請求が行われているとして、8厚生（支）局において医療機関等に対して返還を求めた医療費（患者負担分を除く保険者負担分）の額は、図表24のとおり、20億円から40億円程度となっている。

図表24 指導の結果に基づく医療費の返還額

(単位：万円)

年度	平成21	22	23	24	25	合計
返還額	21億2360	27億3106	20億7754	40億5599	34億1903	144億0722

(注) 厚生労働省の「保険医療機関等の指導・監査等の実施状況について」を基に作成した。

(イ) 集団的個別指導の実施状況等

a 集団的個別指導の実施状況

前記のとおり、「集団的個別指導」は、事務所等が高点数の医療機関等を対象として選定し、実施するものである。そして、24、25両年度の24事務所等における「集団的個別指導」の実施状況についてみると、図表25のとおり、24事務所等のうち21事務所等における「集団的個別指導」の実施率（選定した医療機関等に対する実施数の割合。以下同じ。）は90%以上となっている。

図表25 集団的個別指導の実施状況（事務所等別）

（単位：件）

厚生 (支)局	事務所等 (管轄都道府県)	平成21年度	22年度	23年度	24年度			25年度		
		実施数	実施数	実施数	選定数	実施数	実施率	選定数	実施数	実施率
北海道 厚生局	北海道 (北海道)	213	192	403	696	407	58.5%	703	416	59.2%
東北 厚生局	青森(青森県)	115	130	127	129	127	98.4%	133	127	95.5%
	秋田(秋田県)	125	108	111	97	94	96.9%	111	110	99.1%
関東 信越 厚生局	栃木(栃木県)	162	215	210	173	169	97.7%	200	193	96.5%
	群馬(群馬県)	231	221	183	194	188	96.9%	213	200	93.9%
	東京(東京都)	1,074	1,994	1,739	1,633	1,570	96.1%	1,945	1,874	96.3%
	神奈川 (神奈川県)	913	903	831	908	876	96.5%	860	833	96.9%
	山梨(山梨県)	109	102	90	108	105	97.2%	93	89	95.7%
東海 北陸 厚生局	富山(富山県)	116	97	109	117	113	96.6%	96	94	97.9%
	石川(石川県)	118	127	116	123	118	95.9%	113	109	96.5%
	岐阜(岐阜県)	229	233	252	247	237	96.0%	215	214	99.5%
	東海北陸 (愛知県)	814	818	833	851	817	96.0%	806	767	95.2%
	三重(三重県)	166	183	179	227	226	99.6%	178	174	97.8%
近畿 厚生局	兵庫(兵庫県)	763	644	721	646	613	94.9%	720	707	98.2%
	和歌山 (和歌山県)	151	130	142	140	131	93.6%	111	103	92.8%
中国 四国 厚生局	岡山(岡山県)	54	128	51	254	52	20.5%	253	57	22.5%
	中国四国 (広島県)	223	233	230	433	234	54.0%	434	238	54.8%
	山口(山口県)	110	105	199	178	173	97.2%	150	146	97.3%
四国厚 生支局	徳島(徳島県)	95	114	107	102	101	99.0%	100	100	100.0%
	愛媛(愛媛県)	141	149	184	139	139	100.0%	175	172	98.3%
九州 厚生局	九州(福岡県)	718	721	715	718	690	96.1%	671	653	97.3%
	佐賀(佐賀県)	103	104	106	113	112	99.1%	112	111	99.1%
	熊本(熊本県)	226	229	201	190	188	98.9%	188	188	100.0%
	沖縄(沖縄県)	105	125	116	124	121	97.6%	141	134	95.0%

(注) 21年度から23年度までは厚生労働省の「保険医療機関等の指導・監査等の実施状況について」を基に作成した。

しかし、21年度から25年度までの各年度における事務所等の「集団的個別指導」の実施状況について、医科、歯科及び薬局の別に確認したところ、図表26
(注11)
のとおり、4事務所等において「集団的個別指導」を全く実施していない事態が見受けられた。

(注11) 4事務所等 北海道、中国四国両厚生局本局、岡山、山口両事務所

すなわち、北海道厚生局本局は、21年度から25年度までの間のいずれの年度

においても、北海道内の医科の医療機関に対する「集団的個別指導」を全く実施しておらず、また、21、22両年度においては、同じく薬局に対する「集団的個別指導」を全く実施していなかった。この点について、北海道厚生局本局は、21年度から25年度までの間、管内の医科の全ての医療機関について、3年で一巡するように対象の医療機関を選定した上で、集団的な講義形式により指導を実施していたとしている。しかし、当該指導は指導大綱等に定める方法とは異なる方法で実施されたものであり、指導大綱等に定める「集団的個別指導」を実施していたとは認められない。

また、中国四国厚生局本局は、21年度から25年度までの間のいずれの年度においても広島県管内の医科の医療機関に対する「集団的個別指導」を全く実施しておらず、中国四国厚生局岡山事務所は、21年度から25年度までの間のいずれの年度においても岡山県管内の医科及び歯科の医療機関（22年度については歯科を除く。）に対する「集団的個別指導」を全く実施していなかった。

さらに、中国四国厚生局山口事務所は、21、22両年度において、山口県管内の医科の医療機関に対する「集団的個別指導」を全く実施していなかった。

なお、中国四国厚生局本局は広島県管内の医科の医療機関について、また、中国四国厚生局岡山事務所は岡山県管内の医科の医療機関について、それぞれ26年度から「集団的個別指導」を実施することにしたとしている。そして、実際に、中国四国厚生局本局は、27年2月に、また、中国四国厚生局岡山事務所は同年3月に、それぞれ「集団的個別指導」を実施している。

図表26 集団的個別指導を実施していない事務所等の状況

(単位：件)

厚生局	事務所等 (管轄道県)	医科 等別	平成21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
			実施数	実施数	実施数	実施数	実施数
北海道 厚生局	北海道 (北海道)	医科	0	0	0	0 (270)	0 (276)
		歯科	213	192	238	239	243
		薬局	0	0	165	168	173
		計	213	192	403	407	416
中国四国 厚生局	岡山 (岡山県)	医科	0	0	0	0	0
		歯科	0	76	0	0	0
		薬局	54	52	51	52	57
		計	54	128	51	52	57
	中国四国 (広島県)	医科	0	0	0	0	0
		歯科	121	122	117	124	124
		薬局	102	111	113	110	114
		計	223	233	230	234	238
	山口 (山口県)	医科	0	0	86	61	34
		歯科	55	53	54	54	54
		薬局	55	52	59	58	58
		計	110	105	199	173	146

注(1) 21年度から23年度までは厚生労働省の「保険医療機関等の指導・監査等の実施状況について」を基に作成した。

注(2) 北海道厚生局本局の医科については、指導大綱等に定める「集団的個別指導」を実施していたとは認められない。したがって、「集団的個別指導」の実施件数については0件とし、()内に北海道厚生局本局が指導大綱等に定める方法とは異なる方法で指導を実施したとしている医療機関数のうち、厚生労働省へ報告している24、25両年度の高点数の医療機関等の上位8%に相当する医療機関数を記載した。

b 集団的個別指導の不実施の理由

上記の4事務所等において、従来、指導大綱等の指示に反して「集団的個別指導」を実施していなかった理由について確認したところ、いずれの事務所等も、「集団的個別指導」の実施に当たり、関係者（医療関係団体等）との調整が十分でなかったことが主な原因であるなどとしている。そして、厚生労働省は、4事務所等において「集団的個別指導」を実施していない事実を把握しており、同省のホームページでもその事実を公表している。

しかし、厚生労働省は、指導大綱等に即して「集団的個別指導」を適切に実施するよう4事務所等に対して明確な指示等を行ったことはないとしている。

(ウ) 個別指導の実施状況等

a 個別指導の実施状況

前記のとおり、「個別指導」は、情報提供医療機関、再指導医療機関、高点数個別医療機関、指導拒否医療機関等を対象として選定し、実施するものである。そして、「保険医療機関等に対する指導及び監査の取扱いについて」（平成10年3月18日保険発第36号厚生省保険局医療課長通知）等によれば、「個別指導」の実施に当たっては、管内の医療機関等の4%程度を対象として選定することとされている。

そこで、24、25両年度における24事務所等の「個別指導」の対象医療機関等の選定状況について確認したところ、図表27のとおり、北海道厚生局本局以外の事務所等では、管内の医療機関等の4%程度を対象医療機関等に選定していた。しかし、北海道厚生局本局は、「集団的個別指導」を実施しておらず、高点数個別医療機関に該当する医療機関等の選定が行われていないことなどから、その選定率は0.6%から1.7%程度となっており、指導大綱等の指示する4%程度という基準や他の事務所等の選定率と比べて著しく低い状況となっていた。

図表27 個別指導の対象医療機関等の選定状況（事務所等別）

（単位：件、％）

厚生 (支)局	事務所等 (管轄都道県)	平成24年度			25年度		
		医科	歯科	薬局	医科	歯科	薬局
		選定数（選定率）	選定数（選定率）	選定数（選定率）	選定数（選定率）	選定数（選定率）	選定数（選定率）
北海道 厚生局	北海道 (北海道)	58 (1.7)	36 (1.2)	20 (0.9)	43 (1.3)	26 (0.8)	14 (0.6)
東北 厚生局	青森(青森県)	25 (3.0)	24 (4.0)	23 (4.0)	20 (2.4)	24 (4.1)	23 (4.0)
	秋田(秋田県)	20 (2.8)	19 (4.0)	21 (4.0)	26 (3.7)	19 (4.0)	21 (4.0)
関東 信越 厚生局	栃木(栃木県)	47 (3.6)	49 (4.9)	31 (4.0)	38 (2.9)	42 (4.2)	28 (3.5)
	群馬(群馬県)	58 (3.9)	37 (3.6)	28 (3.7)	52 (3.5)	34 (3.3)	29 (3.6)
	東京(東京都)	432 (3.7)	416 (4.0)	255 (4.2)	395 (3.4)	434 (4.2)	256 (4.1)
	神奈川 (神奈川県)	230 (3.9)	166 (3.5)	159 (4.9)	165 (2.8)	202 (4.2)	154 (4.6)
	山梨(山梨県)	27 (4.4)	17 (3.9)	16 (4.1)	16 (2.6)	17 (3.9)	16 (3.8)
東海 北陸 厚生局	富山(富山県)	29 (3.9)	19 (4.0)	14 (3.7)	22 (3.0)	18 (3.8)	14 (3.5)
	石川(石川県)	29 (3.5)	18 (3.5)	16 (3.7)	26 (3.2)	20 (3.9)	18 (3.9)
	岐阜(岐阜県)	52 (3.7)	40 (4.0)	34 (3.5)	52 (3.6)	38 (3.9)	35 (3.5)
	東海北陸 (愛知県)	184 (3.9)	149 (4.0)	109 (3.8)	176 (3.7)	147 (3.9)	112 (3.8)
	三重(三重県)	56 (4.0)	35 (4.0)	27 (3.9)	45 (3.2)	34 (3.9)	27 (3.7)
近畿 厚生局	兵庫(兵庫県)	188 (3.9)	119 (3.9)	90 (3.8)	182 (3.8)	119 (3.9)	91 (3.7)
	和歌山 (和歌山県)	37 (3.5)	23 (3.9)	16 (3.8)	35 (3.3)	22 (3.8)	16 (3.7)
中国 四国 厚生局	岡山(岡山県)	63 (4.1)	42 (4.0)	28 (3.8)	64 (4.2)	46 (4.3)	29 (3.9)
	中国四国 (広島県)	103 (4.0)	63 (4.0)	57 (3.6)	100 (3.9)	63 (4.0)	58 (3.7)
	山口(山口県)	49 (4.0)	31 (4.3)	31 (3.9)	49 (4.0)	28 (3.8)	30 (3.8)
四国 厚生支局	徳島(徳島県)	22 (2.8)	18 (4.0)	14 (3.8)	27 (3.5)	18 (4.0)	14 (3.7)
	愛媛(愛媛県)	36 (2.9)	30 (4.2)	20 (3.8)	50 (4.1)	29 (4.1)	22 (4.1)
九州 厚生局	九州(福岡県)	173 (3.9)	119 (3.8)	105 (3.8)	172 (3.8)	119 (3.8)	104 (3.7)
	佐賀(佐賀県)	27 (3.9)	17 (4.0)	20 (3.9)	24 (3.4)	17 (3.9)	20 (3.9)
	熊本(熊本県)	57 (4.0)	34 (4.0)	29 (4.0)	57 (4.0)	35 (4.0)	29 (4.0)
	沖縄(沖縄県)	33 (3.8)	26 (4.2)	19 (3.7)	33 (3.8)	26 (4.1)	20 (3.9)

また、24、25両年度における実際の「個別指導」の実施状況について確認したところ、図表28のとおり、9事務所等における実施率は、医療機関等のうち医科、歯科又は薬局のいずれかに対するものが50%を下回っていて、対象医療機関等に選定した医療機関等に対する「個別指導」が十分に実施されているとは認められない状況となっていた。

(注12) 9事務所等 北海道、東海北陸、中国四国、九州各厚生局本局、東京、神奈川、岐阜、兵庫、岡山各事務所

図表28 個別指導の実施状況（事務所等別）

（単位：件、％）

厚生 (支)局	事務所等 (管轄都道府県)	平成24年度			25年度		
		医科	歯科	薬局	医科	歯科	薬局
		実施数 (実施率)	実施数 (実施率)	実施数 (実施率)	実施数 (実施率)	実施数 (実施率)	実施数 (実施率)
北海道 厚生局	北海道 (北海道)	28 (48.3)	9 (25.0)	13 (65.0)	29 (67.4)	14 (53.8)	11 (78.6)
東北 厚生局	青森(青森県)	21 (84.0)	20 (83.3)	21 (91.3)	12 (60.0)	23 (95.8)	23 (100.0)
	秋田(秋田県)	20 (100.0)	19 (100.0)	21 (100.0)	26 (100.0)	18 (94.7)	21 (100.0)
関東 信越 厚生局	栃木(栃木県)	38 (80.9)	37 (75.5)	28 (90.3)	25 (65.8)	34 (81.0)	25 (89.3)
	群馬(群馬県)	31 (53.4)	37 (100.0)	27 (96.4)	28 (53.8)	33 (97.1)	28 (96.6)
	東京(東京都)	97 (22.5)	116 (27.9)	109 (42.7)	67 (17.0)	131 (30.2)	95 (37.1)
	神奈川 (神奈川県)	75 (32.6)	122 (73.5)	117 (73.6)	79 (47.9)	138 (68.3)	134 (87.0)
	山梨(山梨県)	25 (92.6)	16 (94.1)	14 (87.5)	15 (93.8)	16 (94.1)	16 (100.0)
	東海 北陸 厚生局	富山(富山県)	29 (100.0)	19 (100.0)	14 (100.0)	22 (100.0)	18 (100.0)
石川(石川県)		29 (100.0)	18 (100.0)	16 (100.0)	26 (100.0)	20 (100.0)	17 (94.4)
岐阜(岐阜県)		28 (53.8)	7 (17.5)	25 (73.5)	15 (28.8)	20 (52.6)	10 (28.6)
東海北陸 (愛知県)		55 (29.9)	44 (29.5)	53 (48.6)	64 (36.4)	62 (42.2)	84 (75.0)
三重(三重県)		44 (78.6)	35 (100.0)	26 (96.3)	41 (91.1)	32 (94.1)	27 (100.0)
近畿 厚生局	兵庫(兵庫県)	15 (8.0)	15 (12.6)	22 (24.4)	20 (11.0)	12 (10.1)	19 (20.9)
	和歌山 (和歌山県)	24 (64.9)	19 (82.6)	16 (100.0)	35 (100.0)	22 (100.0)	16 (100.0)
中国 四国 厚生局	岡山(岡山県)	10 (15.9)	3 (7.1)	8 (28.6)	19 (29.7)	5 (10.9)	9 (31.0)
	中国四国 (広島県)	11 (10.7)	2 (3.2)	55 (96.5)	16 (16.0)	7 (11.1)	45 (77.6)
	山口(山口県)	27 (55.1)	19 (61.3)	31 (100.0)	27 (55.1)	19 (67.9)	29 (96.7)
四国 厚生支局	徳島(徳島県)	22 (100.0)	18 (100.0)	14 (100.0)	27 (100.0)	18 (100.0)	14 (100.0)
	愛媛(愛媛県)	36 (100.0)	30 (100.0)	20 (100.0)	50 (100.0)	28 (96.6)	22 (100.0)
九州 厚生局	九州(福岡県)	67 (38.7)	53 (44.5)	70 (66.7)	55 (32.0)	45 (37.8)	72 (69.2)
	佐賀(佐賀県)	26 (96.3)	16 (94.1)	20 (100.0)	24 (100.0)	17 (100.0)	20 (100.0)
	熊本(熊本県)	51 (89.5)	32 (94.1)	26 (89.7)	53 (93.0)	32 (91.4)	25 (86.2)
	沖縄(沖縄県)	18 (54.5)	26 (100.0)	19 (100.0)	29 (87.9)	24 (92.3)	19 (95.0)

(注) 〇は、医科、歯科又は薬局のいずれかに対する「個別指導」の実施率が50%を下回っているもの

b 個別指導が不実施となっている対象医療機関等の状況

「個別指導」の実施率が50%を下回っていて低調となっている上記の9事務所等において、指導が実施されていない対象医療機関等の選定事由の内訳をみると、図表29のとおりとなっていた。

すなわち、24年度に「個別指導」の対象として選定されながら、同年度内に「個別指導」が実施されていなかった計2,261医療機関等のうち、高点数個別医療機関であることを事由に選定されたものは計1,870医療機関等となっていて、「個別指導」の対象として選定されながら実際には指導が実施されていない医療機関等全体の82.7%を占めていた。また、25年度に「個別指導」の対象とし

て選定されながら、同年度内に「個別指導」が実施されていなかった計2,119医療機関等のうち、高点数個別医療機関であることを事由に選定されたものは計1,711医療機関等となっていて、「個別指導」の対象として選定されながら実際には指導が実施されていない医療機関等全体の80.7%を占めていた（巻末別表9参照）。

図表29 個別指導が不実施となっている対象医療機関等の選定事由別内訳

(単位：件)

個別指導の対象として選定した事由		高点数個別医療機関	情報提供医療機関	再指導医療機関	指導拒否医療機関	その他	合計
実施年度	平成24年度	1,870 (82.7%)	152 (6.7%)	117 (5.2%)	6 (0.3%)	116 (5.1%)	2,261 (100%)
	25年度	1,711 (80.7%)	102 (4.8%)	171 (8.1%)	13 (0.6%)	122 (5.8%)	2,119 (100%)

このほか、図表29のとおり、情報提供医療機関として対象医療機関等に選定されたのに、指導大綱等の指示に反して、実際には当該年度中に「個別指導」を実施していなかったものが24年度で152医療機関等、25年度で102医療機関等見受けられた。

また、同じく再指導医療機関として対象医療機関等に選定されたのに、指導大綱等の指示に反して、実際には当該年度中に「個別指導」を実施していなかったものも24年度で117医療機関等、25年度で171医療機関等見受けられた。

このように、「個別指導」を実施していない医療機関等の大部分は、高点数個別医療機関であることを事由として選定されたものとなっていた。

また、管内に多数の医療機関等が集中している大都市圏を管轄する事務所等では、管内の4%程度の医療機関等を「個別指導」の対象として選定しても、高点数個別医療機関であることを事由に選定された医療機関等の大半について「個別指導」が実施されていない状況となっていた（図表30参照）。

図表30 高点数個別医療機関に対する個別指導の実施状況

(単位：件、%)

厚生 (支)局	事務所等 (管轄都道府県)	平成24年度			25年度		
		医科	歯科	薬局	医科	歯科	薬局
		実施数 (実施率)	実施数 (実施率)	実施数 (実施率)	実施数 (実施率)	実施数 (実施率)	実施数 (実施率)
北海道 厚生局	北海道 (北海道)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
関東 信越 厚生局	東京(東京都)	27 (7.6)	46 (13.5)	46 (24.3)	2 (0.7)	52 (15.6)	41 (22.9)
	神奈川 (神奈川県)	35 (18.4)	56 (60.2)	17 (28.8)	51 (38.1)	68 (57.1)	67 (79.8)
東海 北陸 厚生局	岐阜(岐阜県)	8 (29.6)	- (-)	17 (73.9)	2 (5.9)	4 (30.8)	5 (26.3)
	東海北陸 (愛知県)	0 (0.0)	1 (1.3)	3 (5.4)	34 (24.1)	27 (25.2)	64 (71.1)
近畿 厚生局	兵庫(兵庫県)	0 (0.0)	3 (3.3)	13 (17.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (15.3)
中国 四国 厚生局	岡山(岡山県)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (30.8)
	中国四国 (広島県)	0 (0.0)	0 (0.0)	46 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	40 (76.9)
九州 厚生局	九州(福岡県)	48 (31.6)	25 (28.7)	41 (56.2)	24 (18.0)	26 (26.3)	48 (62.3)

注(1) 北海道厚生局本局の医科、歯科及び薬局並びに中国四国厚生局本局の医科、並びに同局岡山事務所の医科及び歯科については、指導大綱等に即した「集団的個別指導」を実施していないことなどから高点数個別医療機関に該当する医療機関等の選定が行われていない。そのため、選定数は0であり、実施率が0%となっている。

注(2) 東海北陸厚生局岐阜事務所の24年度の歯科については、高点数個別医療機関以外の「個別指導」の対象の医療機関が管内の医療機関数の4%を超えたことから、高点数個別医療機関の選定を行っていない。

「個別指導」の実施率が低調（50%未満）となっている9事務所等において、「個別指導」を実施していない理由について確認したところ、人員不足や他の業務で繁忙であったことなどによるものであるなどとしている（図表31及び巻末別表10参照）。そして、厚生労働省は、9事務所等における「個別指導」の実施率が低調であることを把握していたとしており、2年に1回は全ての事務所等に赴き、必要に応じて指導及び監査の実施状況等についても確認し、適宜助言を行うなどしていたとしている。

しかし、厚生労働省は、9事務所等に対して、指導大綱等に即して「個別指導」を実施するよう明確な指示等を行ったことはないとしている。

図表31 個別指導が不実施となっている理由

(単位：件)

実施していない理由		人員不足や他の業務で繁忙であったもの	医療機関等の廃止	その他	計
実施年度	平成24年度	2,244 (99.2%)	10 (0.4%)	7 (0.3%)	2,261 (100%)
	25年度	2,079 (98.1%)	29 (1.4%)	11 (0.5%)	2,119 (100%)

また、厚生労働省は、前記の通知等において「個別指導」の対象医療機関等の選定基準を管内の医療機関等の4%程度としている理由について、指導大綱の策定当時における実際の「個別指導」の実施状況等を勘案したものと考えられるとしているが、策定当時における実際の「個別指導」の実施状況等に関する根拠資料は保存しておらず、詳細については不明であるとしている。

なお、全国の医療機関等のうち医科及び歯科の施設数は、指導大綱が策定された8年当時で計156,756施設、25年度で計177,769施設（約13%の増）となっている。

c 個別指導を実施していない医療機関等のその後の取扱い

指導大綱等によれば、情報提供医療機関として対象医療機関等に選定された医療機関等については速やかに、再指導医療機関として対象医療機関等に選定された医療機関等についてはおおむね1年以内に「個別指導」を実施することとされている。そして、対象医療機関等に選定されたのに、当該年度内に「個別指導」を実施できなかった医療機関等については、いずれの事務所等においても翌年度以降に「個別指導」を実施していた。

また、指導大綱等によれば、高点数個別医療機関として対象医療機関等に選定された医療機関等については、当該年度内に計画的に「個別指導」を実施するとされている。

しかし、厚生労働省は、指導大綱では、当該年度内に計画的に「個別指導」を実施することができなかった高点数個別医療機関について、翌年度以降に「個別指導」を実施することとはなっていないとしている。そして、実際に、これらの医療機関等に対して、翌年度以降に「個別指導」を実施した例は見受けられなかった。


上記(イ)及び(ウ)のとおり、4事務所等では指導大綱等に即した「集団的個別指導」を実施しておらず、また、9事務所等では「個別指導」の実施率が低調となっていた。


そして、指導大綱等に即して「集団的個別指導」が実施されていなかったり、「個別指導」の実施率が低調となっていたりしている事態は、図表32のとおり、国民1人当たりの国民医療費の額が高額となっている道県を管轄する事務所等においても見受けられた。

図表32 事務所等における指導の実施状況（都道府県別）

	平成21年度	22年度	23年度	24年度
1	高知県	高知県	高知県	高知県
2	山口県	山口県	山口県	山口県
3	広島県	広島県	広島県	大分県
4	大分県	大分県	大分県	広島県
5	鹿児島県	鹿児島県	鹿児島県	佐賀県
6	徳島県	佐賀県	佐賀県	鹿児島県
7	北海道	長崎県	長崎県	長崎県
8	福岡県	徳島県	徳島県	徳島県
9	長崎県	福岡県	福岡県	福岡県
10	佐賀県	北海道	北海道	島根県
11	島根県	島根県	島根県	北海道
12	香川県	香川県	香川県	香川県
13	石川県	石川県	石川県	石川県
14	岡山県	岡山県	岡山県	岡山県
15	熊本県	熊本県	熊本県	熊本県
16	富山県	富山県	福井県	福井県
17	愛媛県	福井県	富山県	愛媛県
18	福井県	愛媛県	愛媛県	富山県
19	鳥取県	鳥取県	鳥取県	鳥取県
20	秋田県	京都府	京都府	京都府
21	京都府	秋田県	兵庫県	兵庫県
22	兵庫県	兵庫県	秋田県	秋田県
23	宮崎県	宮崎県	宮崎県	宮崎県
24	山形県	山形県	大阪府	山形県
25	和歌山県	大阪府	山形県	大阪府
26	大阪府	和歌山県	和歌山県	和歌山県
27	福島県	滋賀県	滋賀県	滋賀県
28	滋賀県	福島県	奈良県	福島県
29	奈良県	奈良県	福島県	奈良県
30	新潟県	新潟県	新潟県	三重県
31	三重県	三重県	三重県	宮城県
32	岩手県	長野県	長野県	新潟県
33	長野県	岐阜県	岐阜県	長野県
34	宮城県	宮城県	岩手県	岩手県
35	岐阜県	岩手県	山梨県	岐阜県
36	愛知県	愛知県	愛知県	愛知県
37	山梨県	山梨県	宮城県	山梨県
38	青森県	群馬県	青森県	群馬県
39	群馬県	青森県	群馬県	青森県
40	静岡県	静岡県	静岡県	静岡県
41	東京都	神奈川県	神奈川県	神奈川県
42	神奈川県	東京都	東京都	東京都
43	栃木県	栃木県	栃木県	栃木県
44	茨城県	茨城県	茨城県	茨城県
45	埼玉県	沖縄県	沖縄県	沖縄県
46	沖縄県	埼玉県	埼玉県	埼玉県
47	千葉県	千葉県	千葉県	千葉県

注(1) 厚生労働省の「医療費の地域差分析」を基に、1人当たりの国民医療費（市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度に係る実績医療費）が高額な順に都道府県を整理して作成した。

注(2)  は、「集団的個別指導」を実施していない4事務所等が管轄する4道県

注(3)  は、「個別指導」の実施率が低調となっている9事務所等が管轄する9都道県

イ 監査の実施状況

監査は、前記のとおり、監査要綱によれば、医療機関等の診療内容又は診療報酬の請求に不正又は著しい不当が疑われる場合等に実施するもので、原則として、「個別指導」を実施した結果、監査の必要が認められた場合に実施することとされている。

図表33のとおり、8厚生（支）局の管轄区域内に所在する47事務所等において、24、25両年度に医療機関等に対する監査を実施しているのは、それぞれ36及び32事務所等となっており、一方で、24、25両年度に監査を実施した実績がないのは、それぞれ11及び15事務所等となっている。

図表33 事務所等における監査の実施件数等

	平成24年度		25年度	
	事務所等数	監査件数	事務所等数	監査件数
監査事案が発生している事務所等	36	97	32	94
監査事案が発生していない事務所等	11		15	

(注) 厚生労働省の「保険医療機関等の指導・監査等の実施状況について」を基に作成した。

21年度から25年度までの間に行われた監査の結果、不正又は不当な請求が行われているとして、8厚生（支）局において医療機関等に対して返還を求めた医療費（患者負担分を除く保険者負担分）の額は、図表34のとおり、6億円から50億円程度となっている。

図表34 監査の結果に基づく医療費の返還額

(単位：万円)

年度	平成21	22	23	24	25	合計
返還額	9億1543	16億1291	6億3513	17億5799	50億1756	99億3902

(注) 厚生労働省の「保険医療機関等の指導・監査等の実施状況について」を基に作成した。

そして、図表35のとおり、会計実地検査を行った24事務所等において、24、25両年度に「個別指導」を実施した結果、監査を実施したものは、それぞれ20及び14事務所等における43件及び37件となっており、一方で、24、25両年度に「個別指導」

を実施することなく監査を実施したものは、それぞれ5及び3事務所等における9件及び3件となっている。

図表35 事務所等における監査と指導との関係

	平成24年度		25年度	
	事務所等数	監査件数	事務所等数	監査件数
監査事案が発生している事務所等	20	52	14	40
個別指導の結果、監査を実施した事務所等	20	43	14	37
個別指導を経ることなく監査を実施した事務所等	5	9	3	3

前記のとおり、医療機関等に対する監査は、原則として、「個別指導」を実施した結果、診療内容又は診療報酬の請求に不正又は著しい不当があったことが疑われる場合に実施することとなっているもので、実際の監査の実施状況をみても、図表35のとおり、「個別指導」を実施した結果、これらの不正又は著しい不当があったことが疑われる場合に監査に移行するものがその大半を占めている。

そして、医療機関等に対する指導及び監査は、いずれも保険診療の質的向上及び適正化を図るために実施されるものであるが、指導大綱によれば、このうち各種の指導は、診療報酬の請求等に関する事項について周知徹底させることを主眼として行われるものである。

以上を踏まえると、医療機関等に対する監査を適切に実施するためには、その前提として医療機関等に対する「集団的個別指導」及び「個別指導」が指導大綱等に即して着実かつ適切に実施されることが重要であると考えられる。

4 所見

(1) 検査の状況の概要

我が国の国民医療費は、21年度に35兆円を超えて以降、毎年度増加しており、今後の我が国の一層の高齢化の進行等に伴いますます増大することが予想されていて、これに伴い国庫負担もますます増大することが予想されている。

このような状況を踏まえて、厚生労働省は、基本方針及び医療費適正化計画を策定し、医療費適正化のための各種の施策を総合的かつ計画的に推進することにより、医療費の支払に係る国庫負担の増大の抑制を図ることとしている。また、同省は、こう

した取組と並行して、従来、レセプトの内容等の審査及び点検を行う審査支払機関及び保険者等に対する指導等を通じ、医療機関等に対する個々の診療報酬等の支払の適正化を図るとともに、医療機関等に対する指導及び監査の実施を通じ、診療報酬等の請求等の総合的な適正化を図ることとしている。

会計検査院は、これらの厚生労働省における医療費の適正化に向けた取組はどのような実施状況となっているか、特に、NDBシステムの運用は構築の所期の目的どおり運用されているか、特に、30年度に予定されている第2期医療費適正化計画の実績に関する評価において、生活習慣病予防対策として実施されている特定健診等が医療費適正化に及ぼす効果について、収集・保存されているデータの十分な活用に基づく適切な評価を行うことができる運用状況となっているか、また、審査支払機関及び助成対象保険者等におけるレセプト1次審査及びレセプト2次点検は効率的かつ効果的に行われているか、さらに、医療機関等に対する指導及び監査は指導大綱、監査要綱等に即して適切に実施されているかなどに着眼して検査したところ、次のような状況となっていた。

ア 医療費適正化計画の実施状況等

(ア) 生活習慣病予防対策としての特定健診等の実施状況

第1期医療費適正化計画の期間中の保険者全体における特定健診の実施率は、当該計画の最終年度である24年度の平均で46.2%となっていて、目標の70%以上を相当下回っていた。また、保険者全体における特定保健指導の実施率は、当該計画の最終年度である24年度の平均で16.4%となっていて、目標の45%以上を相当下回っていた。

(イ) 病床転換助成事業の実施状況

病床転換助成事業による転換病床数は、第1期医療費適正化計画期間中の5か年度の合計で3,887床となっていて、病床転換の実施率は、同期間中の転換見込病床数25,500床の15.2%となっていた。また、第2期医療費適正化計画期間中の全都道府県における転換病床数は、25年度では計279床、26年度では計171床にとどまっていた。同事業は全国的にほとんど実施されていない状況となっていた。

(ウ) 第1期医療費適正化計画の実績に関する評価

基本方針では、生活習慣病予防対策が医療費適正化に及ぼす効果が医療費に現れてくるのは第2期医療費適正化計画の期間からとするとされていた。しかし、厚

厚生労働省は、第1期都道府県医療費適正化計画の実績に関する評価に当たり、全都道府県に対して、同省の作成した推計ツールを用いて生活習慣病予防対策として実施されている特定保健指導が医療費適正化に及ぼす効果額を算出するよう通知していた。そして、同省は、第1期全国医療費適正化計画の実績に関する評価において、44都道府県における当該効果額の算出が同省の通知に従い、同省の示した推計ツールに基づいて行われたものであることや、推計ツールの内容等には特段言及することのないまま、メタボ該当者等とそれ以外の者の間には年間平均総医療費の額に約9万円の差があることが判明していることや特定保健指導の費用を踏まえたとした上で、特定健診等の実施による効果として、生活習慣病予防対策の効果額を算出している44都道府県の効果額を集計すると約250億円となると公表していた。

しかし、この評価の公表に当たっては、44都道府県における当該効果額の推計は、厚生労働省の通知に基づき、同省の示した推計ツールに基づいて行われたものであること、推計ツールの内容は幾つかの仮定に基づくものであり、特に、特定保健指導の実施の効果額算定のための推計を行うに当たり用いられた9万円については、特定健診を受けたメタボ該当者等の年間平均総医療費に基づいて仮定された額であり、生活習慣病関連疾患に対象疾患を限定して算出されたものではないことなど、当該効果額の推計の前提とされた重要な情報を明示する必要があると考えられる。

一方、厚生労働省は、入院期間の短縮対策については、平均在院日数の短縮に関する目標等に関する評価を行っており、第1期医療費適正化計画で定めた目標値はおおむね達成されているとしていた。しかし、同省は、平均在院日数の短縮の背景については必ずしも明確ではないとしていた。そして、入院期間の短縮のための療養病床の再編成の施策として実施された病床転換助成事業については、療養病床の機械的削減は行わないこととしたなどとして、同事業が入院期間の短縮又は医療費適正化に及ぼした効果等に関する評価を行っていなかった。

イ NDBシステムの運用状況と生活習慣病予防対策の効果分析について

NDBシステムは、我が国の全保険者等から全ての特定健診等データ及び全てのレセプトデータを収集・保存した上で、これらのデータの十分な突合・分析等を行うことなどを目的として、多額の経費を投じて構築されたものであるのに、多くの

保険者の特定健診等データをレセプトデータと突合することができない状況となっていて、システム構築の所期の目的を十分に達成していないと認められた。

そして、このまま推移すれば、30年度に予定されている第2期医療費適正化計画の実績に関する評価において、生活習慣病予防対策として実施された特定健診等が医療費適正化に及ぼす効果について、NDBシステムに収集・保存されているデータの十分な突合・分析等により得られる詳細な分析データに基づき適切な評価を行うことは困難であると見込まれる。

ウ レセプトの審査及び点検については、多くの助成対象保険者等において、レセプト2次点検の実施に当たり、レセプト1次審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容について十分に把握していなかったり、レセプト1次審査における査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由について十分に把握していなかったりするなどして、効率的かつ効果的に行われているとは認められない状況となっていた。

エ 医療機関等に対する指導及び監査のうち指導については、事務所等において、関係者（医療関係団体等）との調整が十分でなかったり、人員不足や他の業務で繁忙で実施体制が十分でなかったりしていたなどとして、「集団的個別指導」及び「個別指導」を指導大綱等に即して適切に実施していないなどの事態が見受けられた。

(2) 所見

厚生労働省において、今後の医療費適正化に向けた各種の取組に当たっては、次のような点に留意する必要がある。

ア 医療費適正化計画については、医療費適正化のための各種の施策を着実に実施するとともに、医療費適正化計画の実績に関する評価を適切に行うこと、特に、全ての保険者等から全ての特定健診等データ及び全てのレセプトデータを収集・保存した上、これらのデータの十分な突合・分析等を行うことを一つの重要な目的として構築されたNDBシステムについては、システムの運用状況を大幅に改善して、30年度に予定されている第2期医療費適正化計画の実績に関する評価に当たっては、生活習慣病予防対策として実施されている特定健診等が医療費適正化に及ぼす効果について、収集・保存されているデータを十分に活用した適切な評価を行うことができるようにするため、データの不突合の原因等を踏まえたシステムの改修等を行うなどの措置を講ずること

イ レセプトの審査及び点検については、レセプトの電子化の進展に伴い、従来、助成対象保険者等がレセプト2次点検で行っていた縦覧点検及び突合点検が審査支払機関によるレセプト1次審査でも行われるようになってきている状況を踏まえて、レセプト1次審査又は再審査における具体的な審査内容、審査結果の理由等を可能な限り明確に助成対象保険者等に伝えることに努めるよう審査支払機関に周知するとともに、当該具体的な審査内容、審査結果の理由等を把握した場合には、レセプト2次点検における点検内容について適宜の見直しを行うなどして、レセプト2次点検を一層効率的かつ効果的に行うよう助成対象保険者等に指導等を行うこと

ウ 医療機関等に対する指導は、保険診療の質的向上及び適正化を図ることを目的として実施されるもので、診療報酬等の請求等の適正化を図る上で重要なものであり、また、指導の結果、不正又は著しい不当な事態が疑われる場合には監査を実施することとなるものでもあることなどから、事務所等に対して、医療機関等に対する指導を指導大綱等に即して適切に実施するよう改めて指示するとともに、事務所等における実施体制を一層整備すること

会計検査院は、医療費適正化に向けた取組の実施状況及び今回の検査で明らかとなった問題点等について、引き続き検査していくこととする。

別表目次

別表1	概算医療費の都道府県別一覧表	71
別表2	制度区分別国民医療費（医療保険等分）	72
別表3	NDBシステムの構築、運用等に係る経費別内訳	73
別表4	47国保連合会及び支払基金のレセプト1次審査における査定率の推移	75
別表5	179助成対象保険者等のレセプト2次点検における 査定率の推移（都県別）	76
別表6	180助成対象保険者等のレセプト2次点検における 査定効果額の推移（都県等別）	77
別表7	180助成対象保険者等のレセプト2次点検の実施状況	78
別表8	22国保連合会における具体的な審査内容の助成対象保険者等 に対する通知状況等	84
別表9	個別指導が不実施となっている医療機関等の選定事由別内訳	85
別表10	個別指導が不実施となっている医療機関等の理由別内訳	86

別表1 概算医療費の都道府県別一覧表

(単位：億円)

平成21年度		22年度		23年度		24年度		25年度	
東京都	3兆5958	東京都	3兆7595	東京都	3兆8983	東京都	4兆0059	東京都	4兆1107
大阪府	2兆6645	大阪府	2兆7814	大阪府	2兆8748	大阪府	2兆9229	大阪府	3兆0006
神奈川県	2兆0766	神奈川県	2兆1749	神奈川県	2兆2582	神奈川県	2兆3202	神奈川県	2兆3810
北海道	1兆8542	愛知県	1兆9164	愛知県	1兆9823	愛知県	2兆0290	愛知県	2兆0811
愛知県	1兆8293	北海道	1兆9120	北海道	1兆9661	北海道	1兆9784	北海道	2兆0271
福岡県	1兆6625	福岡県	1兆7358	福岡県	1兆7897	福岡県	1兆8132	福岡県	1兆8535
兵庫県	1兆5305	兵庫県	1兆5968	埼玉県	1兆6604	埼玉県	1兆6982	埼玉県	1兆7468
埼玉県	1兆5186	埼玉県	1兆5934	兵庫県	1兆6493	兵庫県	1兆6793	兵庫県	1兆7217
千葉県	1兆3798	千葉県	1兆4371	千葉県	1兆4978	千葉県	1兆5374	千葉県	1兆5853
静岡県	9373	静岡県	9825	静岡県	1兆0103	静岡県	1兆0285	静岡県	1兆0519
広島県	9125	広島県	9451	広島県	9669	広島県	9784	広島県	9907
京都府	7522	京都府	7765	京都府	8013	京都府	8138	京都府	8378
茨城県	7035	茨城県	7252	茨城県	7541	茨城県	7632	茨城県	7812
新潟県	6370	新潟県	6549	新潟県	6703	宮城県	6824	宮城県	6790
宮城県	6199	宮城県	6271	宮城県	6541	新潟県	6702	新潟県	6782
岡山県	6029	岡山県	6260	岡山県	6419	岡山県	6497	岡山県	6639
熊本県	5908	熊本県	6159	熊本県	6317	熊本県	6372	熊本県	6518
鹿児島県	5696	鹿児島県	5898	長野県	6035	長野県	6119	長野県	6243
福島県	5667	長野県	5865	鹿児島県	6034	鹿児島県	6044	鹿児島県	6155
長野県	5638	福島県	5693	岐阜県	5764	福島県	5860	岐阜県	5966
岐阜県	5383	岐阜県	5598	群馬県	5739	群馬県	5839	群馬県	5922
群馬県	5328	群馬県	5545	福島県	5713	岐阜県	5828	福島県	5899
栃木県	5134	栃木県	5329	栃木県	5498	栃木県	5617	栃木県	5731
長崎県	4855	長崎県	5023	長崎県	5114	長崎県	5158	長崎県	5235
山口県	4747	山口県	4930	山口県	5036	山口県	5107	山口県	5186
三重県	4730	三重県	4862	三重県	4971	三重県	5028	三重県	5146
愛媛県	4432	愛媛県	4601	愛媛県	4714	愛媛県	4750	愛媛県	4800
大分県	4002	大分県	4139	大分県	4225	大分県	4251	大分県	4321
青森県	3991	青森県	4078	青森県	4214	青森県	4189	青森県	4267
奈良県	3743	奈良県	3884	奈良県	3994	沖縄県	4094	沖縄県	4237
岩手県	3692	沖縄県	3843	沖縄県	3994	奈良県	4057	奈良県	4139
沖縄県	3662	岩手県	3722	岩手県	3836	岩手県	3902	岩手県	3972
石川県	3522	石川県	3655	石川県	3747	石川県	3784	宮崎県	3834
宮崎県	3519	宮崎県	3643	宮崎県	3732	宮崎県	3757	石川県	3825
秋田県	3422	滋賀県	3510	滋賀県	3630	滋賀県	3700	滋賀県	3796
滋賀県	3349	秋田県	3459	秋田県	3537	山形県	3558	山形県	3610
山形県	3339	山形県	3413	山形県	3529	秋田県	3528	秋田県	3607
香川県	3168	香川県	3283	香川県	3363	香川県	3403	香川県	3461
和歌山県	3095	和歌山県	3198	和歌山県	3285	和歌山県	3306	和歌山県	3334
富山県	3041	富山県	3140	富山県	3214	富山県	3248	富山県	3310
高知県	2806	高知県	2893	高知県	2951	高知県	2975	高知県	3018
佐賀県	2676	佐賀県	2794	佐賀県	2869	佐賀県	2921	佐賀県	2975
徳島県	2625	徳島県	2696	徳島県	2771	徳島県	2805	徳島県	2852
福井県	2275	福井県	2375	福井県	2423	福井県	2442	福井県	2470
山梨県	2258	山梨県	2345	山梨県	2415	山梨県	2436	山梨県	2468
島根県	2197	島根県	2270	島根県	2317	島根県	2331	島根県	2363
鳥取県	1829	鳥取県	1887	鳥取県	1927	鳥取県	1957	鳥取県	1994
全国計	35兆2501	全国計	36兆6178	全国計	37兆7666	全国計	38兆4074	全国計	39兆2556

(注) 厚生労働省の「医療費の動向」を基に作成した。

別表2 制度区分別国民医療費（医療保険等分）

(単位：億円)

制度区分	項目	平成21年度	22年度	23年度	24年度
協会管掌健康保険 (全国健康保険協会分)	金額	4兆0510	4兆1973	4兆2919	4兆3724
	割合	23.4%	23.5%	23.4%	23.5%
組合管掌健康保険 (健康保険組合分)	金額	3兆1094	3兆1906	3兆2595	3兆3066
	割合	17.9%	17.8%	17.8%	17.8%
共済組合等 注(1)	金額	1兆0011	1兆0470	1兆0721	1兆0690
	割合	5.8%	5.9%	5.8%	5.8%
国民健康保険	金額	8兆9154	9兆1784	9兆4231	9兆5331
	割合	51.4%	51.3%	51.4%	51.3%
その他 注(2)	金額	2599	2818	2894	3016
	割合	1.5%	1.6%	1.6%	1.6%
合計	金額	17兆3368	17兆8950	18兆3360	18兆5826
	割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

注(1)共済組合等は、船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、私立学校教職員共済を含む。

注(2)その他は、労働者災害補償保険等を含む。

注(3)厚生労働省の「国民医療費」を基に作成した。

別表3 NDBシステムの構築、運用等に係る経費別内訳

(1) NDB開発経費

件名	契約		
	年月日	金額(円)	相手方
「レセプト情報・特定健診情報等データベースシステム(仮称)」工程管理業務	平成20年9月2日	79,436,700	アクセンチュア(株)
レセプト情報・特定健診情報等データベースシステム(仮称)の開発一式	20年11月20日	72,450,000	富士通株式会社
レセプト情報・特定健診情報等データベースシステム(仮称)に係る取込・定型資料作成等システム用機器一式の調達	21年2月12日	446,250,000	富士電機ITソリューション株式会社
レセプト情報・特定健診情報等データベースシステム(仮称)に係る匿名化・提供システム稼働に必要なミドルウェア等の調達	21年2月26日	8,992,725	富士通株式会社
レセプト情報・特定健診情報等データベースシステム(仮称)診療報酬改定に伴うシステム更改	22年2月19日	48,617,520	富士通株式会社
平成22年度レセプト情報・特定健診情報等データベースシステムにおける匿名化・提供システム改修業務	23年1月24日	4,863,600	富士通株式会社
レセプト情報・特定健診情報等データベースシステムに係るデータ集計・出力業務	23年9月30日	4,917,150	富士電機ITソリューション株式会社
レセプト情報・特定健診情報等データベースシステムに係るデータ集計・出力業務	24年4月2日	7,723,800	富士電機ITソリューション株式会社
レセプト情報・特定健診情報等データベースシステムに係る「匿名化・提供システム」ソフトウェアの診療報酬改定に伴う改修業務	24年4月5日	29,950,200	富士通株式会社
次期レセプト情報・特定健診情報等データベースシステムの調達等に係る支援業務	24年10月4日	36,540,000	みずほ情報総研株式会社
レセプト情報・特定健診等情報データベースシステムに係る「匿名化・提供システム」ソフトウェアの特定健診等の電子的な標準様式の改定に伴う改修業務	24年11月6日	15,718,500	富士通株式会社
次期レセプト情報・特定健診等情報データベースシステム更改に係る工程管理等業務	25年8月27日	47,863,392	アイフオーコム東京株式会社
次期レセプト情報・特定健診等情報データベース分析システム開発及び機器調達業務(更改)	26年1月10日	309,968,910	富士通株式会社
計		1,113,292,497	

(2) NDB運用経費

件名	契約		
	年月日	金額(円)	相手方
レセプト情報・特定健診情報等データベースシステム(仮称)に係るソフトウェア保守業務	21年4月1日	2,940,000	富士通株式会社
レセプト情報・特定健診情報等データベースシステム(仮称)に係る取込・定型資料作成等システム運用・機器等保守業務	21年4月1日	626,850,000	富士電機ITソリューション株式会社
2011年度レセプト情報・特定健診情報等データベースシステムに係るソフトウェア保守業務	23年4月1日	6,928,320	富士通株式会社
レセプト情報・特定健診情報等データベースシステムに係るソフトウェア保守業務	24年4月2日	4,560,150	富士通株式会社
平成25年度レセプト情報・特定健診情報等データベースシステムに係るソフトウェア運用・保守業務	25年4月1日	4,560,150	富士通株式会社
平成26年度レセプト情報・特定健診情報等データベースシステムに係るソフトウェア運用・保守業務	26年4月1日	3,530,520	富士通株式会社
レセプト情報・特定健診情報等データベースシステムに係る取込・定型資料作成等システム運用・機器保守等業務	26年4月1日	85,968,000	富士電機ITソリューション株式会社
次期レセプト情報・特定健診等情報データベースシステムに係る運用業務	26年10月10日	234,792,000	富士通株式会社
次期レセプト情報・特定健診等情報データベース分析システムに係るシステム保守業務	26年12月8日	186,872,400	富士通株式会社
次期レセプト情報・特定健診等情報データベース分析システムに係る外部オンサイトセンター構築業務	26年12月8日	30,240,000	富士電機ITソリューション株式会社
計		1,187,241,540	

(3) レセプトデータ・特定健診等データ収集経費

件名	契約		
	年月日	金額(円)	相手方
レセプト情報、特定健康診査・特定保健指導情報の提供	22年2月1日	54,615,826	社会保険診療報酬支払基金
レセプト情報の提供	22年4月1日	41,068,309	国民健康保険中央会
レセプト情報、特定健康診査・特定保健指導情報の提供	22年4月1日	39,324,943	社会保険診療報酬支払基金
レセプト情報の提供	23年4月1日	43,024,196	国民健康保険中央会
レセプト情報、特定健康診査・特定保健指導情報の提供	23年4月1日	55,305,098	社会保険診療報酬支払基金
レセプト情報、特定健康診査・特定保健指導情報の提供	24年4月2日	47,630,504	社会保険診療報酬支払基金
レセプト情報の提供	24年4月2日	41,050,196	公益社団法人国民健康保険中央会
レセプト情報、特定健康診査・特定保健指導情報の提供	25年4月1日	47,484,208	社会保険診療報酬支払基金
レセプト情報の提供	25年4月1日	39,363,753	公益社団法人国民健康保険中央会
レセプト情報、特定健康診査・特定保健指導情報の提供	26年4月1日	47,453,739	社会保険診療報酬支払基金
レセプト情報の提供	26年4月1日	40,488,423	公益社団法人国民健康保険中央会
計		496,809,195	

(4) 上記(1)から(3)までの合計

区分	金額(円)
NDB開発経費 注(1)	1,113,292,497
NDB運用経費 注(2)	1,187,241,540
レセプトデータ・特定健診等データ収集経費	496,809,195
合計	2,797,343,232


注(1) 企画、設計・開発、機器の調達、改修等に係る経費

注(2) 保守・運用等に係る経費

別表4 47国保連合会及び支払基金のレセプト1次審査における査定率の推移

(単位：%)

審査支払機関名	平成21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
北海道国保連合会	0.097	0.100	0.130	0.184	0.222
青森県国保連合会	0.069	0.075	0.079	0.088	0.137
岩手県国保連合会	0.057	0.045	0.055	0.069	0.092
宮城県国保連合会	0.060	0.048	0.043	0.062	0.083
秋田県国保連合会	0.049	0.046	0.045	0.060	0.071
山形県国保連合会	0.118	0.116	0.131	0.166	0.236
福島県国保連合会	0.110	0.102	0.127	0.134	0.171
茨城県国保連合会	0.061	0.076	0.165	0.157	0.188
栃木県国保連合会	0.044	0.045	0.043	0.117	0.133
群馬県国保連合会	0.069	0.085	0.071	0.088	0.132
埼玉県国保連合会	0.058	0.047	0.037	0.075	0.093
千葉県国保連合会	0.208	0.191	0.174	0.175	0.183
東京都国保連合会	0.154	0.149	0.159	0.209	0.232
神奈川県国保連合会	0.179	0.164	0.172	0.172	0.184
新潟県国保連合会	0.038	0.046	0.049	0.056	0.107
富山県国保連合会	0.035	0.059	0.062	0.075	0.082
石川県国保連合会	0.092	0.105	0.112	0.147	0.214
福井県国保連合会	0.083	0.097	0.104	0.166	0.236
山梨県国保連合会	0.125	0.106	0.098	0.131	0.140
長野県国保連合会	0.059	0.062	0.065	0.080	0.101
岐阜県国保連合会	0.093	0.082	0.077	0.103	0.122
静岡県国保連合会	0.117	0.104	0.090	0.106	0.131
愛知県国保連合会	0.083	0.100	0.116	0.140	0.205
三重県国保連合会	0.185	0.181	0.150	0.189	0.189
滋賀県国保連合会	0.110	0.115	0.115	0.144	0.163
京都府国保連合会	0.093	0.095	0.103	0.173	0.226
大阪府国保連合会	0.146	0.160	0.159	0.156	0.196
兵庫県国保連合会	0.092	0.098	0.115	0.156	0.179
奈良県国保連合会	0.127	0.109	0.139	0.171	0.217
和歌山県国保連合会	0.163	0.160	0.152	0.141	0.198
鳥取県国保連合会	0.052	0.072	0.073	0.082	0.138
島根県国保連合会	0.094	0.117	0.143	0.309	0.316
岡山県国保連合会	0.160	0.168	0.156	0.244	0.285
広島県国保連合会	0.112	0.117	0.116	0.148	0.201
山口県国保連合会	0.078	0.092	0.092	0.153	0.212
徳島県国保連合会	0.170	0.183	0.261	0.250	0.280
香川県国保連合会	0.090	0.106	0.153	0.202	0.281
愛媛県国保連合会	0.090	0.088	0.109	0.101	0.165
高知県国保連合会	0.118	0.120	0.118	0.154	0.154
福岡県国保連合会	0.123	0.132	0.164	0.211	0.342
佐賀県国保連合会	0.066	0.121	0.090	0.101	0.122
長崎県国保連合会	0.080	0.107	0.105	0.105	0.168
熊本県国保連合会	0.094	0.099	0.091	0.132	0.165
大分県国保連合会	0.103	0.105	0.108	0.146	0.189
宮崎県国保連合会	0.085	0.092	0.101	0.119	0.149
鹿児島県国保連合会	0.073	0.063	0.089	0.136	0.187
沖縄県国保連合会	0.154	0.158	0.223	0.264	0.327
22国保連合会	0.117	0.120	0.130	0.162	0.204
47国保連合会	0.111	0.114	0.123	0.152	0.191
支払基金	0.200	0.217	0.237	0.259	0.279

注(1) は、会計検査院が会計実地検査を行った22国保連合会である。

注(2) 国保連合会は4月から翌年3月までの審査分、支払基金は5月から翌年4月までの審査分で集計している。

別表5 179助成対象保険者等のレセプト2次点検における査定率の推移（都県別）

(単位：%)

都県名	平成21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
青森県（5助成対象保険者等）	0.030	0.031	0.034	0.034	0.031
秋田県（7助成対象保険者等）	0.036	0.035	0.035	0.043	0.049
栃木県（13助成対象保険者等）	0.062	0.088	0.089	0.047	0.041
群馬県（12助成対象保険者等）	0.066	0.076	0.059	0.068	0.048
東京都（10助成対象保険者等）	0.162	0.161	0.153	0.141	0.108
神奈川県（4助成対象保険者等）	0.190	0.192	0.188	0.149	0.173
富山県（4助成対象保険者等）	0.037	0.021	0.029	0.043	0.054
石川県（8助成対象保険者等）	0.031	0.033	0.034	0.039	0.031
山梨県（14助成対象保険者等）	0.079	0.067	0.064	0.102	0.078
岐阜県（7助成対象保険者等）	0.107	0.121	0.218	0.156	0.151
愛知県（8助成対象保険者等）	0.035	0.026	0.029	0.037	0.019
三重県（9助成対象保険者等）	0.028	0.019	0.008	0.008	0.010
兵庫県（5助成対象保険者等）	0.048	0.051	0.049	0.037	0.035
和歌山県（13助成対象保険者等）	0.093	0.085	0.057	0.055	0.055
広島県（9助成対象保険者等）	0.132	0.138	0.109	0.117	0.151
山口県（10助成対象保険者等）	0.058	0.065	0.040	0.051	0.045
徳島県（5助成対象保険者等）	0.080	0.084	0.016	0.016	0.058
愛媛県（7助成対象保険者等）	0.372	0.313	0.208	0.219	0.197
福岡県（9助成対象保険者等）	0.237	0.225	0.162	0.155	0.184
佐賀県（5助成対象保険者等）	0.079	0.061	0.064	0.066	0.050
熊本県（7助成対象保険者等）	0.056	0.057	0.044	0.044	0.046
沖縄県（8助成対象保険者等）	0.190	0.202	0.176	0.129	0.118
22都県（179助成対象保険者等）	0.118	0.116	0.103	0.095	0.093

注(1) 各都県の助成対象保険者等のレセプト2次点検における査定率は、助成対象保険者等が毎年度、都道府県を通じ、厚生労働省に提出し、報告している「診療報酬明細書点検調査実施状況報告書」等に基づき分析したものである。

注(2) レセプト2次点検における査定率は、年度内に審査支払機関に再審査を請求し、査定された額の中の保険者負担額を、同年度内に審査支払機関から送付を受けたレセプトの保険者負担額で除した割合となっている（査定されたレセプトが、必ずしも当該年度に審査支払機関から送付を受けたものとは限らない。）。

注(3) 全国健康保険協会は、レセプト2次点検における査定率については、レセプト2次点検の効果の指標としていない。

別表6 180助成対象保険者等のレセプト2次点検における査定効果額の推移（都県等別）

(単位：円)

都県等名	平成21年度	22年度	23年度	24年度	25年度
青森県（5助成対象保険者等）	137	147	171	172	163
秋田県（7助成対象保険者等）	171	170	184	214	254
栃木県（13助成対象保険者等）	218	322	333	181	164
群馬県（12助成対象保険者等）	248	304	244	282	208
東京都（10助成対象保険者等）	761	809	796	770	604
神奈川県（4助成対象保険者等）	714	748	754	645	775
富山県（4助成対象保険者等）	219	129	161	240	310
石川県（8助成対象保険者等）	158	175	184	215	177
山梨県（14助成対象保険者等）	288	256	260	426	330
岐阜県（7助成対象保険者等）	539	630	1,175	862	858
愛知県（8助成対象保険者等）	156	124	143	186	99
三重県（9助成対象保険者等）	119	85	37	40	53
兵庫県（5助成対象保険者等）	253	279	281	218	211
和歌山県（13助成対象保険者等）	392	373	258	259	262
広島県（9助成対象保険者等）	637	690	557	612	802
山口県（10助成対象保険者等）	270	367	228	299	269
徳島県（5助成対象保険者等）	443	480	97	98	352
愛媛県（7助成対象保険者等）	1,787	1,537	1,047	1,111	1,016
福岡県（9助成対象保険者等）	1,497	1,478	1,089	1,062	1,281
佐賀県（5助成対象保険者等）	483	391	425	449	347
熊本県（7助成対象保険者等）	277	300	242	245	267
沖縄県（8助成対象保険者等）	743	819	760	567	538
22都県（179助成対象保険者等）	548	565	516	490	497
全国健康保険協会（健康保険分）	－注(4)	230	288	301	269
全国健康保険協会（船員保険分）	－注(4)	－注(4)	－注(4)	387	264

注(1) 各都県の助成対象保険者等のレセプト2次点検における査定効果額は、助成対象保険者等が毎年度、都道府県を通じ、厚生労働省に提出し、報告している「診療報酬明細書点検調査実施状況報告書」等に基づき分析したものである。

注(2) 各都県の助成対象保険者等のレセプト2次点検における査定効果額は、国保連合会に再審査を請求し、査定された額の中の保険者負担額を年度平均被保険者数で除した額となっている。

注(3) 全国健康保険協会のレセプト2次点検における全国平均の査定効果額は、支払基金に再審査を請求し、査定された額を年度平均被保険者数で除した額となっている。

注(4) 全国健康保険協会の健康保険分のレセプト2次点検における査定効果額は、平成22年度の全国健康保険協会のシステム改修以降に集計をとっているため、21年度分のデータはない。また、船員保険分については、23年度以前は異なる指標で計算していたため、23年度以前のデータはない。

別表7 180 助成対象保険者等のレセプト2次点検の実施状況

助成対象保険者等名	平成25年度のレセプト2次点検（内容点検）の実施方法【3-(3)-イ-(7)】	レセプト1次審査において縦覧審査又は突合審査が行われていることを把握しているか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査で行われている縦覧審査又は突合審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握しているか【3-(3)-イ-(4)】	把握したレセプト1次審査の具体的な審査内容を踏まえて、レセプト2次点検における点検内容について見直しを行ったか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握する必要性はあるか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査で査定された場合の増減点事由は分かりにくいか【3-(3)-イ-(5)】	再審査の結果、原審どおりとされた場合における理由付記は分かりにくいか【3-(3)-イ-(5)】	レセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由を把握する必要性はあるか【3-(3)-イ-(5)】	レセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由を通知するよう審査支払機関に対して申入れを行ったことがあるか【3-(3)-イ-(5)】	
青森県	青森市 国保連合会に委託				○	○		○		
	八戸市 直轄	○			○		○	○		
	黒石市 国保連合会に委託					○		○		
	三沢市 国保連合会に委託				○	○	○	○		
	青森県広域連合 直轄及び国保連合会に委託	○				○	○	○		
秋田県	秋田市 国保連合会に委託					○	○			
	大館市 直轄	○	○	○	○	○	○	○		
	男鹿市 国保連合会に委託	○			○			○		
	湯沢市 国保連合会に委託	○			○		○	○		
	由利本荘市 国保連合会に委託	○			○			○		
	大仙市 直轄及び国保連合会に委託	○					○	○		
	秋田県広域連合 国保連合会に委託	○	○		○		○	○		
	栃木県	宇都宮市 直轄	○	○	○	○	○	○	○	
足利市 直轄		○			○	○	○	○		
栃木市 直轄		○	○		○			○		
佐野市 直轄		○	○		○			○		
鹿沼市 直轄		○	○		○			○		
日光市 直轄		○	○		○	○	○	○		
真岡市 直轄		○	○	○	○	○	○	○		
矢板市 国保連合会に委託		○			○			○		
那須塩原市 直轄		○				○	○	○		
さくら市 国保連合会に委託		○	○		○	○				
那須烏山市 国保連合会に委託						○				
下野市 直轄		○	○		○			○		
栃木県広域連合 直轄及び国保連合会に委託		○	○	○	○	○	○	○		
群馬県		前橋市 直轄	○	○		○	○	○	○	○
		高崎市 直轄	○			○	○	○	○	
	伊勢崎市 国保連合会に委託	○			○	○	○	○		
	太田市 国保連合会に委託	○	○		○	○	○	○		
	館林市 直轄	○			○	○	○	○		
	渋川市 直轄	○			○	○	○	○	○	

助成対象保険者等名	平成25年度のレセプト2次点検(内容点検)の実施方法【3-(3)-イ-(7)】	レセプト1次審査において縦覧審査又は突合審査が行われていることを把握しているか【3-(3)-イ-(1)】	レセプト1次審査で行われている縦覧審査又は突合審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握しているか【3-(3)-イ-(1)】	把握したレセプト1次審査の具体的な審査内容を踏まえて、レセプト2次点検における点検内容について見直しを行ったか【3-(3)-イ-(1)】	レセプト1次審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握しているか【3-(3)-イ-(1)】	レセプト1次審査で査定された場合の増減点事由は分かりにくいのか【3-(3)-イ-(2)】	再審査の結果、原審どおりとされた場合における理由付記は分かりにくいのか【3-(3)-イ-(2)】	レセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由を把握しているか【3-(3)-イ-(2)】	レセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由を通知するよう審査支払機関に対して申入れを行ったことがあるか【3-(3)-イ-(2)】
群馬県	富岡市	国保連合会に委託	○	○	○	○	○	○	
	安中市	直轄	○	○	○	○	○	○	
	中之条町	直轄	○	○		○	○		
	草津町	直轄			○			○	
	みなかみ町	国保連合会に委託	○			○	○	○	
	群馬県広域連合	国保連合会に委託	○	○		○		○	
東京都	中央区	民間業者に委託	○		○	○	○	○	
	台東区	民間業者に委託	○	○		○	○	○	
	大田区	直轄及び民間業者に委託	○	○	○			○	
	豊島区	国保連合会に委託	○	○		○	○		
	荒川区	民間業者に委託	○	○		○	○	○	
	練馬区	直轄	○	○		○	○	○	
	葛飾区	直轄	○	○		○	○	○	
	江戸川区	民間業者に委託	○			○	○	○	
	青梅市	民間業者に委託	○			○		○	
	東京都広域連合	国保連合会に委託	○	○	○	○	○	○	
神奈川県	横浜市	直轄	○	○		○	○	○	
	川崎市	直轄				○	○	○	
	横須賀市	直轄	○			○	○	○	
	神奈川県広域連合	民間業者に委託	○	○		○	○	○	
富山県	富山市	直轄及び民間業者に委託	○		○	○	○	○	
	氷見市	民間業者に委託	○				○		
	小矢部市	国保連合会に委託	○			○	○	○	
	富山県広域連合	民間業者に委託	○			○	○	○	
石川県	金沢市	国保連合会及び民間業者に委託				○	○	○	
	小松市	民間業者に委託	○			○	○	○	
	輪島市	国保連合会に委託					○		
	羽咋市	国保連合会に委託				○	○	○	
	かほく市	直轄				○	○	○	
	白山市	民間業者に委託				○	○	○	

助成対象保険者等名	平成25年度のレセプト2次点検（内容点検）の実施方法【3-(3)-イ-(7)】	レセプト1次審査において縦覧審査又は突合審査が行われていることを把握しているか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査で行われている縦覧審査又は突合審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握しているか【3-(3)-イ-(4)】	把握したレセプト1次審査の具体的な審査内容を踏まえて、レセプト2次点検における点検内容について見直しを行ったか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握する必要があるか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査で査定された場合の増減点事由は分かりにくい【3-(3)-イ-(5)】	再審査の結果、原審どおりとされた場合における理由付記は分かりにくい【3-(3)-イ-(5)】	レセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由を把握する必要性はあるか【3-(3)-イ-(5)】	レセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由を通知するよう審査支払機関に対して申入れを行ったことがあるか【3-(3)-イ-(5)】
石川県	能美市	国保連合会に委託	○			○	○		
	石川県広域連合	民間業者に委託				○	○	○	
山梨県	甲府市	国保連合会に委託	○			○	○	○	
	都留市	直轄及び国保連合会に委託	○	○		○	○	○	
	山梨市	国保連合会に委託					○	○	
	大月市	国保連合会に委託	○	○		○	○	○	
	韮崎市	直轄	○			○	○	○	
	南アルプス市	国保連合会に委託	○	○		○		○	
	北杜市	直轄	○	○		○	○	○	
	甲斐市	国保連合会に委託	○	○		○		○	
	笛吹市	国保連合会に委託	○			○	○	○	
	上野原市	国保連合会に委託	○	○			○	○	
	甲州市	国保連合会に委託	○			○	○	○	
	身延町	国保連合会及び民間業者に委託				○	○	○	
	山梨県医師国民健康保険組合	直轄	○			○		-(注)	○
	山梨県広域連合	直轄及び国保連合会に委託	○	○		○	○	○	○
岐阜県	岐阜市	直轄及び民間業者に委託	○	○		○	○	○	
	高山市	直轄	○				○	○	
	美濃市	民間業者に委託				○		○	
	美濃加茂市	直轄	○			○	○	○	
	飛騨市	民間業者に委託	○	○		○	○	○	
	下呂市	直轄	○	○			○	○	
	岐阜県広域連合	国保連合会に委託	○	○	○	○	○	○	○
愛知県	名古屋市	直轄及び民間業者に委託	○	○		○	○	○	
	豊橋市	直轄	○			○	○	○	
	瀬戸市	民間業者に委託	○			○	○	○	
	豊田市	民間業者に委託	○			○	○	○	
	西尾市	直轄	○	○		○	○	○	
	蒲郡市	民間業者に委託	○	○		○	○	○	
	東海市	直轄				○		○	
	愛知県広域連合	国保連合会に委託	○			○	○	○	

(注) 再審査の請求をしていないため、該当なし。

助成対象保険者等名	平成25年度のレセプト2次点検（内容点検）の実施方法【3-(3)-イ-(7)】	レセプト1次審査において縦覧審査又は突合審査が行われていることを把握しているか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査で行われている縦覧審査又は突合審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握しているか【3-(3)-イ-(4)】	把握したレセプト1次審査の具体的な審査内容を踏まえて、レセプト2次点検における点検内容について見直しを行ったか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握する必要性はあるか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査で査定された場合の増減点事由は分かりにくいか【3-(3)-イ-(5)】	再審査の結果、原審どおりとされた場合における理由付記は分かりにくいか【3-(3)-イ-(5)】	レセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由を把握する必要性はあるか【3-(3)-イ-(5)】	レセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由を通知するよう審査支払機関に対して申入れを行ったことがあるか【3-(3)-イ-(5)】
三重県	津市	直轄及び国保連合会に委託				○	○	○	○
	松阪市	直轄及び国保連合会に委託	○			○	○	○	○
	鈴鹿市	国保連合会に委託	○			○	○		
	名張市	国保連合会に委託	○			○	○		○
	亀山市	国保連合会に委託				○	○		○
	熊野市	直轄及び国保連合会に委託	○			○	○	○	○
	いなべ市	国保連合会に委託	○			○	○		○
	伊賀市	直轄及び国保連合会に委託	○			○	○		○
	三重県広域連合	国保連合会に委託	○			○	○	○	○
兵庫県	神戸市	民間業者に委託	○			○	○	○	○
	姫路市	民間業者に委託	○			○	○	○	○
	三田市	直轄	○			○	○	○	○
	たつの市	直轄	○			○	○	○	○
	兵庫県広域連合	国保連合会に委託				○	○	○	
和歌山県	和歌山市	国保連合会に委託					○		
	海南市	直轄及び国保連合会に委託	○			○	○	○	
	橋本市	国保連合会に委託	○				○		
	有田市	国保連合会に委託	○				○	○	
	田辺市	直轄	○			○	○	○	○
	新宮市	直轄及び国保連合会に委託				○	○	○	○
	紀の川市	国保連合会に委託	○			○		○	
	岩出市	国保連合会に委託	○			○	○		
	有田川町	直轄及び国保連合会に委託	○				○	○	
	白浜町	国保連合会に委託	○			○		○	
	那智勝浦町	国保連合会に委託	○						
	串本町	国保連合会に委託	○				○	○	○
	和歌山県広域連合	国保連合会に委託					○	○	
広島県	広島市	直轄	○	○	○	○	○	○	○
	呉市	直轄	○	○		○	○	○	○
	竹原市	直轄	○			○	○	○	○
	尾道市	直轄	○	○	○	○	○	○	○

助成対象保険者等名		平成25年度のレセプト2次点検（内容点検）の実施方法【3-(3)-イ-(7)】	レセプト1次審査において縦覧審査又は突合審査が行われていることを把握しているか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査で行われている縦覧審査又は突合審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握しているか【3-(3)-イ-(4)】	把握したレセプト1次審査の具体的な審査内容を踏まえて、レセプト2次点検における点検内容について見直しを行ったか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握する必要性はあるか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査で査定された場合の増減点事由は分かりにくいか【3-(3)-イ-(5)】	再審査の結果、原審どおりとされた場合における理由付記は分かりにくいのか【3-(3)-イ-(5)】	レセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由を把握する必要性はあるか【3-(3)-イ-(5)】	レセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由を通知するよう審査支払機関に対して申入れを行ったことがあるか【3-(3)-イ-(5)】
広島県	福山市	直轄	○	○		○	○	○	○	
	東広島市	直轄	○			○	○	○	○	
	廿日市市	直轄	○	○		○				
	府中町	直轄及び国保連合会に委託	○	○		○		○	○	
	広島県広域連合	国保連合会に委託	○	○		○	○	○	○	
山口県	宇部市	国保連合会に委託	○			○	○			
	山口市	国保連合会に委託	○						○	
	萩市	国保連合会に委託	○							
	防府市	国保連合会に委託	○	○			○	○	○	
	岩国市	国保連合会に委託	○	○						
	長門市	国保連合会に委託	○	○			○	○		
	柳井市	国保連合会に委託	○			○				
	周南市	国保連合会に委託	○			○			○	
	山陽小野田市	国保連合会に委託	○			○			○	
	山口県広域連合	国保連合会に委託	○	○					○	
	徳島県	徳島市	直轄及び国保連合会に委託	○			○	○	○	○
阿南市		国保連合会に委託	○			○	○	○	○	
吉野川市		国保連合会及び民間業者に委託				○	○		○	
阿波市		国保連合会に委託	○							
徳島県広域連合		国保連合会及び民間業者に委託	○			○	○	○	○	
愛媛県	松山市	直轄	○			○	○	○	○	
	今治市	直轄				○	○	○	○	
	宇和島市	直轄	○			○	○	○	○	
	大洲市	直轄	○			○	○	○	○	○
	西予市	直轄	○			○	○	○	○	
	松前町	国保連合会に委託				○	○	○	○	
	愛媛県広域連合	直轄	○			○	○	○	○	
福岡県	福岡市	直轄及び民間業者に委託	○	○		○	○	○	○	
	大牟田市	直轄	○			○	○	○	○	
	飯塚市	民間業者に委託	○			○	○	○	○	
	田川市	民間業者に委託				○		○	○	

助成対象保険者等名	平成25年度のレセプト2次点検(内容点検)の実施方法【3-(3)-イ-(7)】	レセプト1次審査において縦覧審査又は突合審査が行われていることを把握しているか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査で行われている縦覧審査又は突合審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握しているか【3-(3)-イ-(4)】	把握したレセプト1次審査の具体的な審査内容を踏まえて、レセプト2次点検における点検内容について見直しを行ったか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を把握する必要性はあるか【3-(3)-イ-(4)】	レセプト1次審査で査定された場合の増減点事由は分りにくいか【3-(3)-イ-(5)】	再審査の結果、原審どおりとされた場合における理由付記は分りにくいか【3-(3)-イ-(5)】	レセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由を把握する必要性はあるか【3-(3)-イ-(5)】	レセプト1次審査の査定の具体的な事由及び再審査で原審どおりとした具体的な理由を通知するよう審査支払機関に対して申入れを行ったことがあるか【3-(3)-イ-(5)】	
福岡県	行橋市	民間業者に委託	○		○	○	○	○		
	大野城市	民間業者に委託			○	○	○	○		
	福津市	民間業者に委託	○		○	○	○	○		
	糸島市	直轄	○	○		○	○	○		
	福岡県広域連合	民間業者に委託	○		○	○	○	○	○	
佐賀県	佐賀市	民間業者に委託	○		○			○		
	鳥栖市	民間業者に委託	○	○		○	○			
	嬉野市	民間業者に委託	○	○			○	○		
	佐賀県医師国民健康保険組合	直轄	○	○	○	○	○	○		
	佐賀県広域連合	民間業者に委託	○	○	○	○	○	○		
熊本県	熊本市	民間業者に委託	○		○			○		
	八代市	民間業者に委託	○		○		○	○		
	菊池市	直轄及び民間業者に委託	○		○	○	○	○		
	宇城市	直轄	○		○	○	○	○		
	阿蘇市	直轄			○		○	○		
	天草市	直轄			○	○	○	○		
	熊本県広域連合	民間業者に委託	○		○	○	○	○		
沖縄県	那覇市	直轄及び民間業者に委託	○	○	○	○	○	○		
	石垣市	直轄	○		○	○	○	○		
	浦添市	直轄	○	○			○	○		
	名護市	直轄	○		○	○	○	○		
	糸満市	直轄	○	○	○	○	○	○		
	うるま市	直轄	○		○	○	○	○		
	宮古島市	直轄	○	○		○	○	○		
	沖縄県広域連合	直轄及び国保連合会に委託	○		○	○	○	○		
全国健康保険協会	直轄及び民間業者に委託	○		○	○	○	○	○		
22都県の179助成対象保険者等及び全国健康保険協会(計180助成対象保険者等)	直轄	61	150	61	9	151	126	130	154	5
	国保連合会に委託	61								
	民間業者に委託	31								
	直轄及び国保連合会に委託	15								
	直轄及び民間業者に委託	8								
国保連合会及び民間業者に委託	4									

別表8 22国保連合会における具体的な審査内容の助成対象保険者等に対する通知状況等

国保連合会名	レセプト1次審査におけるコンピュータチェックの具体的な審査内容を助成対象保険者等に対して通知しているか 【3-(3)-イ(イ)】	レセプト1次審査において疑義等とした内容及びその後の審査結果について、助成対象保険者等が画面上で確認できる設定としているか 【3-(3)-イ(イ)】
青森県国保連合会		
秋田県国保連合会	○	
栃木県国保連合会	○	○
群馬県国保連合会	○	
東京都国保連合会	○	○
神奈川県国保連合会	○	○
富山県国保連合会		
石川県国保連合会		
山梨県国保連合会	○	○
岐阜県国保連合会	○	○
愛知県国保連合会	○	
三重県国保連合会		
兵庫県国保連合会		
和歌山県国保連合会		○
広島県国保連合会	○	
山口県国保連合会	○	
徳島県国保連合会		○
愛媛県国保連合会		
福岡県国保連合会	○	
佐賀県国保連合会	○	○
熊本県国保連合会		
沖縄県国保連合会	○	
22国保連合会	13	8

別表9 個別指導が不実施となっている医療機関等の選定事由別内訳

厚生局	事務所等 (管轄都道府県)	平成24年度						25年度					
		高点数 個別医 療機関	情報提 供医療 機関	再指導 医療機 関	指導拒 否医療 機関	その他	合計	高点数 個別医 療機関	情報提 供医療 機関	再指導 医療機 関	指導拒 否医療 機関	その他	合計
北海道 厚生局	北海道 (北海道)	0	35	9	0	20	64	0	14	13	0	2	29
関東 信越 厚生局	東京(東京都)	766	0	9	4	2	781	715	4	59	10	4	792
	神奈川 (神奈川県)	234	1	6	0	0	241	151	7	12	0	0	170
東海 北陸 厚生局	岐阜(岐阜県)	25	20	20	1	0	66	55	2	22	0	1	80
	東海北陸 (愛知県)	254	19	16	0	1	290	213	5	7	0	0	225
近畿 厚生局	兵庫(兵庫県)	305	3	32	0	5	345	300	4	36	0	1	341
中国 四国 厚生局	岡山(岡山県)	43	51	17	0	1	112	18	36	10	0	42	106
	中国四国 (広島県)	45	20	3	0	87	155	48	29	4	0	72	153
九州 厚生局	九州(福岡県)	198	3	5	1	0	207	211	1	8	3	0	223
	合計	1,870	152	117	6	116	2,261	1,711	102	171	13	122	2,119

別表10 個別指導が不実施となっている医療機関等の理由別内訳

(単位：件)

個別指導を実施していない理由		人員不足や他の業務で繁忙であつたもの	医療機関の廃止	その他	計	
平成 24年度	北海道厚生局	北海道(北海道)	64	0	0	64
	関東信越 厚生局	東京(東京都)	781	0	0	781
		神奈川(神奈川県)	234	0	7	241
	東海北陸 厚生局	岐阜(岐阜県)	60	6	0	66
		東海北陸(愛知県)	290	0	0	290
	近畿厚生局	兵庫(兵庫県)	345	0	0	345
	中国四国 厚生局	岡山(岡山県)	112	0	0	112
		中国四国(広島県)	151	4	0	155
	九州厚生局	九州(福岡県)	207	0	0	207
合 計		2,244 (99.2%)	10 (0.4%)	7 (0.3%)	2,261 (100%)	
25年度	北海道厚生局	北海道(北海道)	27	2	0	29
	関東信越 厚生局	東京(東京都)	784	8	0	792
		神奈川(神奈川県)	152	7	11	170
	東海北陸 厚生局	岐阜(岐阜県)	72	8	0	80
		東海北陸(愛知県)	225	0	0	225
	近畿厚生局	兵庫(兵庫県)	341	0	0	341
	中国四国 厚生局	岡山(岡山県)	106	0	0	106
		中国四国(広島県)	149	4	0	153
	九州厚生局	九州(福岡県)	223	0	0	223
合 計		2,079 (98.1%)	29 (1.4%)	11 (0.5%)	2,119 (100%)	