

住民監査請求
監査結果報告書

平成26年7月10日

富田林市監査委員

富田林市職員措置請求に係る監査結果

(平成26年5月13日付け請求分)

国民健康保険診療報酬請求の過誤調整に係る住民監査請求

目 次

第1	監査の請求	P 1
1	請求人	P 1
2	監査請求書の提出	P 1
3	請求の内容	P 1
4	請求人の補足説明	P 2
5	請求の受理	P 2
第2	監査の実施	P 4
1	監査対象事項	P 4
2	請求人の陳述	P 4
3	監査対象部局の意見書の提出及び陳述	P 5
第3	監査の結果	P 7
1	事実関係の確認	P 7
2	判断	P 9
3	結論	P 10
4	意見	P 10

第1 富田林市職員措置請求（以下「本件請求」という。）

〔1〕 請求人

住所

氏名

〔2〕 監査請求書の提出

平成26年5月13日

〔3〕 請求の内容

請求人は、平成24年5月～6月に市内の歯科医院で受診した際に医は算術の理念で開業する悪質な歯科医師による保険の不正請求の被害に遭った。

平成24年5月に本件を保険の不正請求事案として市保険年金課に通報・情報提供し、また、本事案は歯科医師、歯科衛生士の夫婦が共謀した組織的な不正請求事案であると同年7月に文書で不正請求（告発）書（資料3）を、同年8月にはカルテのコピー（資料4）を提出した。しかし、これらを開示請求したがこの通報や情報提供等を受理した日時等の詳細記録が存在しないとの回答であり（資料5-1,5-2）市民（被保険者）からの通報・情報提供等が十分に活用されていない。

市保険年金課は、本件不正請求の事実確認のために歯科医師からの事情聴取や顛末書・始末書の提出も求めず（資料6-1,6-2,6-3）レセプト返戻手続きにおいても悪徳歯科医師に配慮した結論ありきの対応は国保行政の信頼を失墜させるものである。

不正請求は犯罪であり、悪質な歯科医師は不正請求が「露見して元もと」バレなければ儲け。不正が露見してもレセプト返戻で保険者負担分がカットされるのみで、被保険者負担分は積極的に返還しない。現実に私（請求人）宛に歯科医師から減額分の返還がない。また、保険年金課では、本件事案のように申立て（告発）等が無ければ適正請求として処理していると言及している。

このように、市は保険者として医療費の適正化に努めなければならない状況にも関わらず、国保給付決済担当職員として、医療レセプト等の資格点検や内容点検を行い、過誤については返戻を行うことで医療費の適正化に勤めるという職務を怠慢していると指摘せざるを得ない。また、このことにより保険者として不当に公金を支出している。

実際、議会答弁時における過誤調整の保険者負担分返戻枚数・金額（資料1-1）とその後の情報提供における保険者負担分返戻件数・金額（資料1-3）との大きな差が市の損失となっているため、再度厳正な診療報酬の点検確認を実施し、過誤については保険者及び被保険者にも返戻を行い、医療機関から被保険者の返戻手続きの手順確立など医療費の適正化を追求するよう監査請求します。

（上記内容は、平成26年5月29日において請求人からの補足説明も反映しています。）

事実証明書

- (資料 1-1) 診療報酬明細書点検実施状況（決算特別委員会答弁）
- (資料 1-2) 国民健康保険過誤調整結果通知書（国保連合会）
- (資料 1-3) 資料 1-2 に基づいた過誤調整の状況（保険者負担分）
- (資料 2-1) 資料 1-1 に基づいた過誤調整の状況（被保険者負担分）
- (資料 2-2) 資料 1-2 に基づいた過誤調整の状況（被保険者負担分）
- (資料 2-3) 厚生省保険局国民健康保険課長通知
- (資料 2-4) 厚生労働省保険局国民健康保険課長通知
- (資料 2-5) 大阪府福祉部長通知
- (資料 2-6) 平成 25 年度大阪府国民健康保険事業運営方針抜粋（2）レセプト点検等の実施（3）医療費通知の適切な実施
- (資料 3) 医療機関の不正請求に係る申し立て
- (資料 4) 診療録（カルテ）
- (資料 5-1) 情報非開示決定通知書（富第 635-2 号）
- (資料 5-2) 情報非開示決定通知書（富第 743-2 号）
- (資料 6-1) 情報非開示決定通知書（富保年第 585 号）
- (資料 6-2) 情報非開示決定通知書（富第 690-3 号）
- (資料 6-3) 情報非開示決定通知書（富第 743-3 号）
- (資料 7-1) 過誤調整依頼書
- (資料 7-2) 国保連合会研修会資料抜粋
- (資料 8) 決算特別委員会（平成 24 年 10 月 18 日）議事録抜粋
口頭陳述に基づく補充書面

21 口頭陳述時に提出のあった資料

（事実証明書の内容は省略）

[4] 請求人の補足説明

平成 26 年 5 月 29 日請求人に対して、当該請求書で市が被った財務会計上の損害について、以下の主張であることを確認した。

診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）の過誤返戻金額は保険者及び被保険者に還付されるべきものであるが、市保険年金課から提出を受けた保険者負担分集計の資料 1-1 と資料 1-3 には件数・金額において差が生じている。

よって、この差については本来、過誤返戻として保険者に還付されるべき金額であることから、これら差額は職員の職務怠慢によって生じた市の損害にあたる。

[5] 請求の受理

(1) 請求人の資格について

地方自治法（以下「法」という。）第 242 条第 1 項の規定において住民監査請求を行なうことができる請求人とは、当該普通地方公共団体の住民と規定されている。本件請求人は住民監査請求の資格を有している。

(2) 請求期間について

法第 242 条第 2 項の規定により、違法若しくは不当な財務会計上の行為のあった日又は終わった日から 1 年を経過したときは監査請求をすることができないとされている。

不当な支出にあたりと請求人が主張する資料 1-1 と資料 1-3 に基づく過誤返戻金額の差に関して、保険者として平成 24 年度（同資料に記載された最終年度）最終月の支出は平成 25 年 4 月であるため、当該支出から 1 年を経過している。

しかしながら、当該請求に添付された事実証明書（資料 1-3）の過誤調整の状況を平成 26 年 3 月 11 日に市保険年金課より情報提供を受ける時点までは、住民が相当の注意力をもって調査を尽くしても客観的にその行為の存在又は内容を知ることができなかったものと解せられ、同条第 2 項但し書に規定する正当な理由があるときに該当するものであり、適法な請求であると判断した。

(3) 監査請求の内容について

1. 診療報酬の支払処理については、大阪府国民健康保険連合会（以下、「国保連合会」という。）の審査後保険者（富田林市）に送られてくるレセプト等について、議会答弁に従って資格点検及び内容点検を再度富田林市で厳正に実施し、過誤等については保険者及び被保険者に返戻を行い、医療費の適正化を追及することと主張している。
2. 資料 1-1 と資料 1-3 におけるレセプト過誤調整の返戻金額（保険者負担分）の差が市の損失であり還付されるべきと主張している。
3. 市が受けた通報・情報提供・申し立て（告発）に基づき、当該保険医療機関に対し照会若しくは事情聴取を行い、その結果を監査・指導権限を有する大阪府に情報提供し、調査依頼する手順（規則）等の制定を求めている。
4. 過誤調整に基づく返戻については、医療機関の責務として被保険者に返還させる手順（レセプト返戻時・過誤調整依頼書の活用等）を保険者が確立するよう求めている。
5. 減額等となった被保険者負担金額を医療費通知に付記するとともに、医療費の内容を正確に被保険者に情報提供する観点から、過誤返戻に伴う被保険者負担分が減額され返還される金額を別途被保険者宛文書等で周知徹底を図るよう求めている。

以上により、本件請求は法第 242 条の要件を具備しているものと認め、平成 26 年 5 月 29 日にこれを受理した。

第2 監査の実施

〔1〕 監査対象事項

(1) 資料1-1と資料1-3との返戻金額の差額が市の損害であるかどうかについて

議会答弁時における過誤調整の返戻枚数・金額(資料1-1)とその後の情報提供における過誤件数・金額(資料1-3)との差が市の損失となっている事実があるかどうかを監査対象とした。

(2) 診療報酬支払い手続きに職員の職務怠慢による損害があったかどうかについて

市保険年金課は、国民健康保険の保険者として厳正なレセプト内容の点検を通じて過誤・不正請求の確認および返戻処理のほか、医療費の適正化のために適正な対応を実施している事実があるかどうか。

言い換えれば、医療費の適正化のための業務実施において、レセプト等の点検及び確認、過誤返戻事務の中で、職員による職務怠慢によって市に損害(不当な保険者負担分の支出)を与えている事実があるかどうかを監査対象とした。

(3) その他の請求内容について

なお、住民監査請求については、地方自治法第242条第1項において、「普通地方公共団体の住民は、当該普通地方公共団体の長若しくは委員会若しくは委員又は当該普通地方公共団体の職員について、違法若しくは不当な公金の支出、財産の取得、管理若しくは処分、契約の締結若しくは履行、若しくは債務その他の義務の負担がある(～の当該行為がなされることが相当の确实さをもって、予測される場合を含む。)と認めるとき、又は違法若しくは不当に⑦公金の賦課、徴収若しくは⑧財産の管理を怠る事実(以下「怠る事実」という。)があると認めるときは、これらを証する書面を添え、監査委員に対し監査を求め、当該行為を防止し、若しくは是正し、若しくは当該怠る事実を改め、又は当該行為若しくは怠る事実によって当該普通地方公共団体のこうむった損害を補てんするために必要な措置を講ずべきことを請求することができる。」と定められており、その請求対象はこれら～及び⑦～⑧の6種類の財務会計行為に限定されている。

よって、前述した第1〔5〕(3)監査請求の内容についての3.～5.については、国民健康保険の診療報酬事務に係る手続き等の改善、是正に関する請求であり、上記の6種類の財務会計行為のいずれにも該当していないものであるため、住民監査請求の監査対象事項にはならないものとした。

〔2〕 請求人の陳述

法第242条第6項の規定に基づき、請求人に対して、平成26年6月26日に陳述の機会を与えた。

請求人の陳述は、職員措置請求書内容の補足として次の陳述があった。また、請

求人から住民監査請求口頭陳述に基づく補充書面他の提出があった。

(1) 請求人の陳述等による補足内容の要旨

1. 保険者負担分について

事実証明書として提出した資料1-1と資料1-3の保険者負担分に係る過誤調整分の返戻金額及び返戻枚数及の差が、平成20年度分で資料1-1の議会答弁分の方が返戻額40,693千円少ないが、返戻枚数が逆に1,209枚多い。平成21年度から24年度でも、それぞれ返戻額18,453千円、14,273千円、27,838千円、20,374千円少なく、返戻枚数1,163枚、1,346枚、570枚、249枚逆に多く、両者は大きく隔たっている。

これらは資料1-3の集計には、再請求分が含まれていると推測できるため、議会答弁分の方が、返戻額が少ないのは理解できるが、返戻枚数が多くなっていることは理解できない。

2. 過誤調整返戻に基づく被保険者負担分の取扱いについて

被保険者負担分の返還分は公金では無いので住民監査請求になじまないとの指摘があったが、保険者分の減額は市の職務権限で執行できるが被保険者にはその様な権限がなく、置き去りの状態である。

診療報酬の不正請求については、レセプト審査の時点で過誤返戻に応じた場合や保険者等の指摘どおり減額訂正して再請求した場合は、犯罪が成立しないと思う。

しかし、その再請求した時点で、可及的速やかに被保険者に被保険者負担分の返還を行わない場合は、法で定められた被保険者負担金を不当に着服したことになり犯罪が成立すると思う。

自分（請求人本人）への不正請求に係る医療費通知が届いたのは1年後である。その返還金については書留で返還されたが、金額が不明であったので受け取らなかった。歯科医師がこちらに出向いて返還すべきものであり、今も返還を受けていない。このように保険医療機関は既得権益として被保険者負担減額返還金を着服しているのが現状である。

また、レセプトは保険者が保管しており被保険者にそれをわかるデータがなく、保険者は被保険者分の返戻にも関わるべきことで、その責任は重大である。

3. その他

本件不正請求に係る保険者負担分の返戻額については返還されておりこの点は市の損失ではないが、保険者としてすべき点検や被保険者に速やかに医療費通知をしていないことなどその業務怠慢によって市が損失している。また、資料1-1と資料1-3の数値の差異は、市の損失であると考えられる。

〔3〕 監査対象部局の意見書の提出及び陳述等

本件について、健康推進部保険年金課（国民健康保険保険者担当）を監査対象と

し、行政当局（市長及び健康推進部）に対しての請求に係る意見書の提出を求めるとともに、平成 26 年 6 月 26 日に保険年金課長、担当職員より陳述を聴取し、また、詳細については担当者に説明を求めた。

(1) 監査対象部局の意見の要旨

1. 医療費の適正化への指摘について

本市国民健康保険の加入者は 65 歳以上の前期高齢者が増加して保険給付費が増大する一方、被保険者数が減少しているため、保険運営自体が非常に困難な状況となっている。このような中で医療費の適正化は喫緊の課題となっていることから、市としても、特定健診・特定保健指導の推進、レセプト点検の実施、医療費通知（一部負担金の減額は現在月 1,000 円以上を対象）の実施、ジェネリック医薬品の普及促進、柔道整復等療養費の適正化等に取り組んでいる。

レセプト点検については、他の市町村と同様に、国保連合会による 1 次点検（内容点検）と 2 次点検（再度内容点検と資格確認）を実施して医療費の適正化に努めている。

2. 不正請求への事実確認等の指摘について

本件が過誤による請求でなく組織的に行われた不正（詐欺）請求であるという申し立てについては、証拠に基づかない請求人の一方的な主張である。

保険者である本市には、そもそも保険不正請求の事実確認を行う等の医療機関に対する指導・監督権限が与えられていないため、事情聴取等に対処できない。

また、病名への適切な処置や投薬という専門性に対応するため、平成 25 年度からは 2 次点検についてもより高いノウハウ・スキルを持っている国保連合会に業務委託することで、点検内容の精度向上に努めている。

3. 資料 1-1 と資料 1-3 の過誤調整返戻枚数及び金額の差異の指摘について

資料 1-1 のレセプトの過誤調整に係る保険者負担分の返戻枚数及び返戻額については、国保連合会から本市に係る集計結果資料の提供を受けたものをそのまま作表した。これら提供を受けたデータは本市が保有する過誤調整の唯一の資料である。また、資料 1-3 は国保連合会から提供を受けた資料 1-2 の過誤調整結果通知書データを基に、本市で独自に医科・歯科・薬剤・訪問看護・柔道整復別に集計したものでそれぞれ請求者に情報提供した。

その差異等については、国保連合会に通知書データの内容を確認した結果、通知書には保険医療機関から自主的に返戻依頼のあった分を始め、レセプト 1 次点検（国保連合会で実施）と 2 次点検（市で実施）も含めた過誤調整返戻分であったことが判明した。よって、資料 1-3 はそれらすべてを集計してしまったものであり、資料 1-1 については資料 1-3 のうち 2 次点検分に係る過誤調整返戻分のみを集計したものであったため、このような差異が生じた。

なお、返戻枚数（件数）の差異については、本市が独自集計した資料 1-3 には、

資料 1-2 の通知書データの件数項目を返戻（負の数）や再請求（正の数）、保険者間調整（負の数）をそのまま加算してしまったため、結果として返戻件数も再請求件数も正の数としてカウントした資料 1-1 の件数より資料 1-3 の件数が少なくなったものである。

一方、保険者負担分の支払等については、国保連合会から毎月請求される 1 次点検に係る過誤調整後のレセプトに基づいた保険者分負担金（療養給付費保険者負担金）を国保連合会に支払いしている。これらレセプト内容については、市が 2 次点検を実施した後、国保連合会を通じて保険医療機関と過誤調整処理を実施している。

4. 被保険者に被保険者負担分が返還されていないという指摘について

被保険者への過払い金の返還は、あくまで保険医療機関が行うもので、市が関与する立場ではない。

なお、前述のとおり被保険者に係る一部負担金の減額については、現在その金額が月 1,000 円以上を対象に被保険者に通知書を発送している。ただ、対象となる減額分が全額返還されないケースもあるため、減少した診療報酬点数を通知している。

第 3 監査の結果

〔1〕 事実関係の確認

(1) 診療報酬請求の過誤調整に係る被保険者負担分の返戻（還付）について

診療報酬とは、保険診療の際の医療行為等の対価としての報酬で、診療報酬点数表に基づいて積算される点数で表現されるものである。被保険者は受診した保険医療機関の窓口でその一部負担金（被保険者負担分）を支払うこととなる。

一方、保険者は診療した保険医療機関のレセプトに基づき、療養給付に要する費用のうち被保険者が支払う一部負担金相当分を控除した額を保険者負担分として当該保険医療機関に支払うものである。

診療報酬請求に係る過誤調整とは、レセプトの点検等の結果、その内容に何らかの誤り等がある場合は、一旦当該レセプトを請求先の医療機関に戻し、訂正後の請求（再請求）することを基本に保険給付額を返戻・減額等の調整を行うことである。市保険年金課では当該事務を含めた保険医療機関への支払業務を国保連合会に業務委託している。

以上のことから、過誤調整処理から生じた被保険者負担分の返戻（還付）については、被保険者から負担金を受領している保険医療機関から被保険者に返還することとなる。 【国民健康保険法第 42 条、第 45 条関係、健康保険法第 76 条関係】

【国民健康保険診療報酬審査支払事務の委託について（写し）】

(2) 診療報酬請求に係る内容点検業務等の職務について

レセプトの点検については、本市保険者は府内他市町村と同様に国保連合会による 1 次点検の後、被保険者資格を含む 2 次点検は市で実施している。（なお、本市

は平成 25 年度からは 2 次点検も国保連合会に業務委託している。)

点検内容としては、診療内容に沿って初診や再診のほか検査や処置、指導、投薬などについて医療・薬剤等の専門的チェックおよび被保険者資格チェック等を行うものである。

なお、不正案件等に対しては、保険医療機関や保険医、保険薬局や保険薬剤師などへ大阪府の医療指導グループや厚生労働省近畿厚生局が監督・指導することとなる。市町村については、その求めに応じて被保険者や点検業務の情報を当該グループや局に報告する義務があるものである。

【国民健康保険法第 70 条、第 73 条、第 106 条関係】

(3) 請求人が添付した資料 1-1 と資料 1-3 の過誤返戻枚数・金額の差異について

資料 1-1 と資料 1-3 の金額の差異について

第 2〔3〕(1) 3. で担当部局が述べているとおり、請求人が主張する資料 1-1 と資料 1-3 のデータの整合性については、平成 25 年 12 月 17 日に請求人が保険年金課から情報提供を受けた「年度別の過誤調整による返戻枚数及び金額一覧表(保険者負担分)」(資料 1-1)については、本市の年度別の過誤調整による返戻枚数及び金額の集計結果を国保連合会から提供を受け作表したものであり、これに係る他の統計資料は担当課にはなかった。

一方、請求人が平成 26 年 3 月 11 日に情報提供を受けた「年度別の過誤件数及び金額一覧(保険者負担分)」(資料 1-3)は、資料 1-1 を医科・歯科・調剤・訪問看護・柔道整復別に分類した資料を請求人から求められたため、国保連合会に依頼したが、そのような資料がないということで、やむを得ず担当課において資料 1-2 のデータを用いて集計したものであるが、その際、資料 1-2 の内容を詳しく把握しないまま単純に集計したものである。

よって、第 2〔3〕(1) 3. で担当部局が述べているとおり、資料 1-3 は、本来資料 1-2 の通知書データの中から 2 次点検による過誤調整分を抽出し集計しなければならないところ、レセプト 1 次点検と 2 次点検の過誤調整返戻等が含まれた(保険医療機関からの自主返戻分も含む。)ものをそのまま集計したため、資料 1-1 と資料 1-3 の数値が一致せず、資料 1-3 の返戻金額数値が資料 1-1 に比べ多くなったものである。

資料 1-1 と資料 1-3 の枚数(件数)の差異について

上記から、本来は枚数(件数)も資料 1-1 より資料 1-3 が多いはずであるが、実際資料を比較すると請求人の指摘どおり資料 1-1 の数値の方が多くなっている。

この理由についても第 2〔3〕(1) 3. で担当部局が述べているが、資料 1-2 の通知書データの件数項目の返戻データには「- 1」が、また保険医療機関からの再請求データには「+ 1」がセットされているが、国保連合会からの提供資料に基づく資料 1-1 の集計は「- 1」を絶対数(正の数)として集計したものであったが、資

料 1-3 の市独自集計時には、返戻等データは負の数、再請求データは正の数のままで加算したとしたため、実際の件数より数値が少ない結果となっている。

以上のように、これらの差異は集計対象範囲の違いやデータ性質（正の数や負の数）の取扱いの違いによるものであり、資料 1-1 の返戻枚数の値については、レセプト 2 次点検による返戻等データ総数（枚数）である。【件数の差異について】

(4) 保険者として診療報酬請求に基づく支出について

保険者から保険医療機関への診療報酬への支払については、レセプト 1 次点検後の過誤調整済の診療報酬請求（保険者負担分）に基づき、保険者から国保連合会を通じて各保険医療機関等に支払うこととなる。なお、レセプト 2 次点検後の過誤等による返戻調整は、翌月以降の診療報酬請求（保険者負担分）時に過不足分を調整される。

財務会計処理としては、市保険年金課から国保連合会に療養給付費保険者負担金として支出しているが、平成 24 年度の療養給付費保険者負担分の最終支払いは平成 25 年 4 月に支出している。 【支出負担行為兼支出命令書の写し】

（【確認資料】内容は省略）

〔2〕判断

- (1) 請求人による本監査請求には、第2〔1〕(3)で指摘したとおり、住民監査請求の対象にならない事項が含まれている外、請求の要旨についてもその趣旨が必ずしも明確であるとは言えないが、請求人の請求内容を要約すると、自身が受けた歯科医師による医療費の不正請求を契機として調査した結果、本市が保有する本市によるレセプトの過誤調整に係る保険者負担分の返戻枚数及び返戻額の資料（資料1-1）と、国保連合会から提供を受けた資料1-2の過誤調整結果通知書のデータを基に本市で集計をした保険者負担分の返戻枚数及び返戻金額（資料1-3）に差異があることが判明し、このような差異が生じるのは本市職員のレセプトの点検及び過誤返戻事務に違法又は不当な職務怠慢があるからであり、これによって本市が被った両者の差額分に相当する損害の回復を求めるといふことであると考えられる。
- (2) しかし、監査請求の対象となる行為は、監査委員がいかなる財務会計上の行為について監査するのかを判断出来るように、対象とする違法、不当な行為を特定して行う必要があるが、請求人の請求においては、誰の何時、いかなる行為が違法、不当な行為であるのかが具体的には特定されていない。請求人は、資料1-1と資料1-3の差異を本監査請求におけるほとんど唯一の根拠しており、そこから推論すると、このような差異を生ぜしめた職員によるレセプトの点検及び過誤返納事務を違法不当な行為であると主張しているものと考えざるを得ない。

(3) 請求人による本監査請求は、資料1-1と資料1-3が本来一致すべきものであることを前提としており、そのために両者の不一致が本市職員の違法、不当な行為の根拠となり、本市が両者の不一致に相当する金額の損害を被ったという主張が行われているのである。ところが、資料1-1は、本市が実施するレセプト2次点検分に係る過誤調整返戻分のみを集計したものであり、資料1-3は、国保連合会で実施するレセプト1次点検分等も含めた過誤調整返戻分のすべてを集計したものであって、両者はそもそも基になるデータが異なっており、本来一致するはずのないものである。この詳細や、資料1-1の外に資料1-3の一覧表が作成されるに至った経緯については、第3〔1〕(3)で詳細に記載してあるとおりである。したがって、請求人による本監査請求は、その根本において誤解があり、結果的に、監査請求の対象となる違法不当な行為の特定が行われているのかについても疑問がある。しかし、本市職員が資料1-1と資料1-3の基になるデータに違いがあることを十分に説明していなかった事も事実であり、請求人の請求を却下することは適当でないとする。

(4) 請求人は、本市職員のレセプトの点検及び過誤返戻事務に違法不当な行為があり、それによって本市が損害を被っていると主張するのであるが、資料1-1と資料1-3が本来一致しないものである以上、本監査請求において主張されている違法、不当な行為についても、本市が被った損害についても、それを裏付ける証拠は全く存在しないという事になる。また、本監査請求における監査においても、職員は、第3〔1〕(2)に記載したとおり、必要なレセプトの2次点検を行っていたものと認められ、特に職員に違法、不当な職務怠慢があったことを疑わせるような具体的な事情は存在しない。

なお、保険医療機関が被保険者から受領した被保険者負担金(自己負担分)について、過誤が発生した場合は個々の保険医療機関が還付等に対応すべきものであり、保険医療機関等への管理・指導権限は大阪府や厚生労働省に存するため、市保険者としてこれら個々の対応に直接的に介入できるものではないものとする。

〔3〕結論

よって、保険者としての本市職員によるレセプトの点検及び過誤返戻事務において、職員の違法不当な職務怠慢によって不当に保険者負担金が支出されたと判断することは出来ず、本件請求には理由がない。

〔4〕意見

請求人による本件住民監査請求については、以上の理由により棄却するが、厳しい国民健康保険財政の中、医療費の適正化などさらに効率的な保険運営が求められる。