

医療機関の未収金問題に関する検討会報告書(たたき台)

1、未収金を取り巻く現状と問題

○ 医療機関の未収金については、平成 17 年に実施された四病院団体協議会(全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本病院会)の調査により、当該協議会に加入する病院の約 3,270 病院における累積未収金額が 1 年間で約 219 億円、3 年間で約 426 億円になることが指摘されている。

○ また、国立病院機構、東京都立病院においても、回収努力がなされているものの、未収金額がそれぞれ約 41 億円(平成 19 年 7 月時点)、約 9 億円(平成 18 年度末)になっていることが明らかにされた。

○ さらに、日本医師会の調査においては、1 診療所当たりの未収金額は 15～16 万円、未払い患者 1 人当たりの未払い金額は、5～6 千円であることが明らかにされた。診療所の属性別に見ると、分娩の取扱いあり、有床、救急対応あり、で多いことが指摘されている。

○ なお、厚生労働省のアンケート調査において、「産科」における 1 件あたり未収金額が他の診療科に比べて高いことや未収金に占める「入院」分が金額ベースで 8 割を超えていることを考えると、具体的な効果については今後検証していく必要があるが、平成 18 年 10 月から実施されている出産育児一時金の受取代理制度や平成 19 年 4 月からの 70 歳未満の者の入院に係る高額療養費の現物給付化は、未収金の発生防止に相当の効果があると考えられる。

2、未収金にかかる現行制度とその解釈

(1)一部負担金と保険者徴収

○ 健康保険法第 74 条及び国民健康保険法第 42 条に基づき、保険診療にかかる一部負担金については、保険医療機関等に支払わなければいけないこととなっている。

また、保険医療機関及び保険医療養担当規則第 5 条並びに保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第 4 条に基づき、保険医療機関及び保険薬局は、一部負担金の支払いを受けるものとされている。

○ 国民健康保険における一部負担金については、昭和 33 年の国保法改正において、保険者との個々の契約による療養担当者制度を改め、都道府県知事によって申出が受理されることによって当該都道府県内における医療担当者としての地位を取得する療養取扱機関制度が導入され、療養取扱機関で窓口払いか保険者徴収かの判別ができなくなったため、既に健保法等で採用されており、かつ、合理的と考えられる窓口払い方式に統一された。その際、保険者側の協力として、被保険者が一部負担金を支払わない場合には、保険医療機関等が善良なる管理者と同一の注意をもって、支払いの受領に努めたが、なおその支払いがない場合に、保険者が被保険者から徴収し保険医療機関等へ交付するという保険者徴収制度が国保法に規定された。健保法においては昭和 55 年に規定が整備された。

○ 厚生労働省の解釈においては、窓口払いにおける関係は、国保法第 42 条第 1 項の規定に基づいて、法律上の原因による保険医療機関等と被保険者との間の債権債務関係と解すべきであり、また同法第 42 条第 2 項の規定により、「善良な管理者

と同一の注意」を果した保険医療機関等の請求に基づく保険者の処分関係も、債権債務関係の当事者としての保険者ではないとする。

○ したがって、当事者である保険医療機関等にも公法上の責任ないし義務を遂行してもらうこととし、一方保険者としても最大限可能なことをしてもらうことが必要であると考えられることから、これを制度化したのが保険医療機関等の請求に基づく保険者の強制徴収制度である。

(2) 保険診療契約にかかる解釈

○ 保険診療契約については、下記のような諸学説があるが、厚生労働省からは、どの説に立っても、健保法及び国保法に基づき、保険診療にかかる一部負担金については、保険医療機関等に支払わなければいけないこと、保険医療機関及び保険医療養担当規則等に基づき、保険医療機関等は一部負担金の支払いを受けるものとされていることから、窓口払いにおける関係は保険医療機関等と被保険者との間の債権債務関係ということは明確であり、保険者が未払い一部負担金を立替払いする必要はないとの解釈が示された。

○ また、一方で第三者のためにする契約説に立って、未収となった一部負担金については保険者が保険医療機関等に支払うべきであるという意見もあったが、実定法で一部負担金の取扱いが決められている以上、保険診療契約の解釈を議論するよりも、未収金をいかに発生させないようにするかを検討することが有用であるとの指摘がなされた。

<被保険者・保険医療機関当事者説(判例・通説)>

保険診療において被保険者である患者と保険医療機関との間には、診療に関する合意によって直接診療契約が締結されると見るべきものとされており、この合意は準委任契約(民法 656 条)であるという説。これは、保険医療機関が保険者に対して公法上の義務を負担することや、被保険者と保険者の間に公法上の法律関係が存在することと相容れないものではないとする。

<保険者・保険医療機関当事者説(第三者のためにする契約説)>

医療行為と診療報酬に関する契約は保険者と保険医療機関との間で成立し、患者たる被保険者の意思表示によって治療が行われることから、これは第三者のためにする契約(民法 537～539 条)であるという説。患者と保険医療機関との間の私法上の契約の存在は、保険医療機関と保険者との法律関係を一種の第三者のためにする契約と解しても、否定されるものではなく、また保険者と保険医療機関との間の一般的・基本的な契約と個々の患者と保険医療機関との個別的契約は両立しうるとする。

<保険者・被保険者当事者説>

保険医療の下では、保険医療機関は保険者の被用者ないし履行補助者ともいうべき立場に立つのであり、診療契約は保険者と被保険者との間で締結されると解すべきであるとする説。

3. 対策

(1) 回収の実態

<病院の徴収努力>

○ 報告のあった未収金対策に積極的な病院においては、まず未収金の発生防止に力を入れており、発生後の対応として、プロジェクトチームで取り組む、未収者リストを作成するなど組織的な対応をしているが、事後的な回収努力では限界があるとの指摘があった。

○ 督促や法的手続き等で貴重な労力(高い労務費と時間)が失われることになるし、仮に債権回収会社等への業務委託では病院のイメージダウンにつながりかねないことがあるとの指摘があった。

○ また、厚生労働省のアンケート調査によれば、未収金発生後の対応として、訪問まで行っている病院の割合は約5割であったが、法的措置を行っている病院については、全体の1割にも満たない割合であった。

<債権回収の法的措置の実態>

未収金債権の回収については、たとえ裁判所の手続き(督促手続、訴訟、調停手続等)を利用する場合であっても、相手側に文書などがうまく届かないといった送達の問題が発生することとなる。また、判決を得て強制執行する場合にも、送達の問題、仮差押えを行うための費用や弁護士報酬の問題などがある。結論としては、電話催促、直接催促、払えない事情についてやさしく相談にのること等が債権回収には一番効果があるとの指摘があった。

<国保における保険者徴収の実態>

○ 厚生労働省の調査では、18年度実績で、条例等の規定を設けている市町村数は

120、保険医療機関から請求を受け付けた市町村数は 34、請求件数は 159 件で、そのうち保険者徴収を実施した件数は 86 件である。その内訳としては、ほとんどが文書催告であり、電話催告、訪問などは行っていなかった。実際に回収できたのは 2 件で、その金額は約 34 万円となっている。請求件数のうち 105 件が福岡県であり、これは地元医師会が保険者徴収制度について周知したことによるものと考えられる。保険者徴収を実施していない理由としては、請求があった場合でも、医療機関側の回収努力が不十分であるというものが多かったが、国民健康保険料(税)の滞納があることが判明しそちらを優先している、資力を有していなかったなどの理由も挙げられている。

○ また、市町村の実情として、医療費の未収と同様に、保険料、税金の滞納の問題が非常に厳しい状況にあるとの意見があった。

(2) 未収金発生の原因分析

<未収金に関するアンケート調査(厚生労働省)>

○ 厚生労働省は、具体的な未収金対策を検討するため、平成 19 年 12 月診療分に関して、患者から徴収されるべき費用のうち、平成 20 年 2 月末日段階で支払いがなされていないものについて、四病院団体協議会の協力を得て未収の原因等の調査を実施した。アンケート発送数は 2,844 件、回収数は 812 件(回収率 28.6%)であったが、回答病院の属性は、病床規模の小さな病院の割合が低く、公的、国立などの規模の大きい病院の割合が高かった。

○ 件数ベースで見ると「入院」の割合は 32.6%だが、1 件あたりの金額では「入院」

の方が高いこともあり、金額ベースで見ると 83.5%を占めており、金額ボリュームからすると「入院」未収金の影響が大きいことが分かった。未収金への対策について、費用対効果を考えると、「入院」で発生する未収金への対策が重要と考えられる。

○ 全体の未収金額に占める一部負担金相当額の割合は 4 割相当ということになっており、保険者徴収によって徴収されるのは一部負担金に限られているため、仮に保険者徴収によるとしても、未収金問題の 4 割程度しか解決されない。したがって、残りの差額ベッド代などの費用については、別途医療機関側の回収努力によるところが大きいと考えられる。

○ 保険種別等ごとの未収金件数・金額を見ると、「自賠責」を除くと、約半分が「国保」と「政管健保」で占められており、自営業者、中小零細企業の被用者等による未収金発生への対策の検討が重要と考えられる。

○ 外国人の未収金については、都道府県によって病院からの回答数にばらつきがあるため、一概には言えないが、関東、愛知県、静岡県等においては、未収金患者に占める外国人比率も高いことから、地域の実情に応じた取り組みが重要である。

○ 未収の主な理由については、未払い発生後約 2 ヶ月の段階での調査のため、「分納中・分納交渉中のため」、「第三者行為により支払い方法未決定」など支払い途上にあるものを除いて見ると、件数ベース、金額ベースともに、「生活に困っており、医療保険の自己負担分の医療費を支払う資力はないようだ」、「支払能力はあるが、元々支払意思なし」が上位にあがっていた。

○ また、本調査で得られた 21,150 件の患者票全体(個別データ)で見ると、「患者が今回の医療費を支払うだけの資力がないほどに生活に困窮している」は件数ベースで 17.0%、金額ベースで 22.6%であった。また、未収金のある患者について、病院担当者から見て「悪質滞納」と思うものは、件数ベースで 8.4%、金額ベースで 7.8%、であった。

○ さらに、未収金のある患者が「以前にも、回答病院において、診療費を支払わなかったことがある」は、件数ベースで 26.1%、金額ベースで 25.9%で、その半分は「生活困窮」、「悪質滞納」とも重なっていた。

○ こうしたことから、「生活困窮」、「悪質滞納」を要因とする未収金発生を念頭に対策を検討していくことが重要であると考えられる。

○ その他の未収の主な理由としては、「回収の働きかけをしていないため、理由が分からない」、「時間外で会計事務ができないまま連絡がとれない」の割合が、それぞれ、件数ベースで 12.1%、6.6%となっており、医療機関における未収金問題に対する体制整備など医療機関側での取組みも重要な対策になると考えられる。

注1) 保険種別等ごとの未収金件数・金額において、「自賠償」の割合が高くなっているが、これは通常の自賠償の申請手続きが事故・治療の2ヵ月後以降に行われることから、今回の調査が実施された時点(12月診療分につき翌々月の2月末日で未収のものを調査)ではまだ請求手続きがなされていないなどの要因によるものと考えられる。

注2) 未収の主な理由において、「その他」の割合が高くなっているが、これは「保険会社からの入金待ち」、「労災申請予定」、「公費申請中」等、2 月末日には支払われていないが、おそらく近々に支払われる見込みがある旨の回答が多く、約 7 割あった。

(3) 未然防止策として考えられる方策

事後的な回収努力の限界も指摘されていることから、未収金への対策を検討するに当たっては、未収金発生の原因分析等を踏まえ、発生をいかに未然に防止するかが重要である。

<生活困窮者に対する取組み>

① 国保の一部負担金減免の運用実態と改善方策

厚生労働省の調査(平成 18 年度実績)によれば、減免基準を設けている市町村数は 1,003、設けていない市町村数は 815。制度化していない理由としては、国保財政に与える影響への懸念、減免に値するかどうかの判定が難しい等が挙げられていた。また、1,003 のうち、減免事由として低所得を定めている市町村数は 155、そのうち、その具体的な判定基準を定めている市町村数は 111 であった。減免実績では、18 年度実績では実施件数約 1 万 1 千件、減免総額 6 億 5 千万円であった。実際に申請を受け付けた市町村数は 111。具体的には、低所得の基準を設けている 28 の市町村(埼玉、東京、神奈川、京都、大阪、兵庫、広島、宮崎、鹿児島といった特定の地域の市町村)で約 4,500 件(約 4 割)の減免が行われており、実施件数 10 件未満の市町村が全体の 7 割で、申請が少ない理由としては、周知不足、申請が少ないこと等が挙げられている。