

# 医業未収金をなくすために\*

---

～未払い！ダメ、ゼッタイ！！～

京都産業大学 福井研究会

内田安美 内田康裕 小笠原大 岡田雄意  
川口恵 佐々木裕太 田山裕輔 中川広明  
檜村和博 新納渉太 元永修平 渡邊美和

2009年12月

---

\*本稿は、2009年12月12日、13日に開催される、I S F J 日本政策学生会議「政策フォーラム2009」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、福井唯嗣先生（京都産業大学）をはじめ、森洋一先生（京都府医師会会長）、高山一夫先生（京都橘大学）、立福家徳先生（大阪大学経済学研究科）など多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。また、本ゼミメンバーである十鳥誠司氏には資料収集や論文作成において多大な協力を頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

# 要約

医療は人々にとって不可欠な財であり、それを高水準に保つことは国家にとって重要な事項である。しかし、その医療を供給する側である病院が倒産に追い込まれるケースが増えつつある。そして、病院を経営難に陥らせる原因の一つが医療費未収問題である。我々はこの医療費未収問題に焦点を当て、それを打開する政策を提言する。

第1章では、医療費未収問題の現状について公表データをもとに調べた。まず、属性別の分析により、未収金の発生には偏りがあることが明らかになった。すなわち、件数が多く少額で、主に「15～64歳」の年齢層が生み出す外来未収金と、件数は少ないが多額な、主に高齢層が生み出す入院未収金を区別してとらえる必要があることが分かった。次に、未収金が発生する理由について考察した。それにより未払い者には、悪意をもって未収を起こす「悪質滞納者」と、金銭面での問題から未収を起こす「生活困窮者」の2つのタイプが存在することが分かった。

第2章では、未収金問題について現在どのような対策がとられているかを調べた。病院による回収方策については様々な取り組みが現在でも行われているが、これらの回収行動は医療機関職員によって行われているため、効率はかなり悪いことが分かった。また、これらの医療機関の回収努力の上で、なお支払われない場合は、現行制度では保険者徴収を行う手順になっている。しかしながら、それでも回収事務コストの面から費用対効果が低い、保険者徴収では差額ベッド代などの保険適用外の未収金には対応できないなど、保険者徴収にも問題が多々あることが分かった。このように、現行制度では未収金問題に十分対応しきれていないということが判明した。

第3章では、第1章・第2章での分析を踏まえた考察により、未収金問題を解決するために必要な要素を3つ抽出した。その3つとは、(1)「15～65歳」の年齢階級には未収ができない環境を作ること、(2)「65歳以上」の年齢階級では多額になってくる医療費に対する対策を講じる必要があること、(3)少額の保証金や前金の積み立てが悪質滞納者に対して有効である一方、生活困窮者にはリスク回避のため、対策を講じる必要があること、である。これらをまとめると未収金問題を解決するには、次のことが重要となる。

- ・ 故意またはやむなく行われる少額の未収をできない環境を作る
- ・ 高齢期や予期していなかった時に掛かる多額な医療費に対して策を講じる

それを受け第4章では、これらを打開できる政策として、以下の2つの政策を提言した。

- ① 社会保障カードまたは公的身分証明書の呈示義務化
- ② 社会保障カードに医療費自己負担分の積立機能を付加

我々は、この政策が現在の医療サービスの質を落とさず未収金にも対応できるものであると考える。

②の政策の実現可能性を議論するにあたっては、どの程度の積立金額を準備すれば生涯の医療費自己負担分をまかなうことができるのかを示す必要がある。そこで第5章では、先行研究の成果を活用して生涯医療費をシミュレーションし、それをまかなうための毎月の積立額を算出する。

最後に第6章では、シミュレーション結果から見出した最適な金額を設定し、政策を実施するために必要な細かな制度設計を検討した。具体的には以下の5つである。(1) 保険適

用外の費用についても積立金から支払えるようにすること、(2) 医療保険と同時に月額 4,491 円を徴収すること、(3) 積み立てが 1,107,600 円に達した場合、申請により積み立て停止を可能とすること、(4) 未収金発生を予防するため医療機関に残高情報を開示すること、(5) 低所得者の保険料は減免し、税金から補填すること、である。

## 目次

### はじめに

## 第 1 章 未収金の現状

### 第 1 節 未収金の発生状況

- 第 1 項 未収金の規模
- 第 2 項 年齢階級別未収金件数・金額
- 第 3 項 受診形態別未収金件数・金額
- 第 4 項 まとめ

### 第 2 節 未収金の起こる理由

- 第 1 項 未払いに至った主な理由
- 第 2 項 悪質滞納者の実態
- 第 3 項 生活困窮者の実態
- 第 4 項 まとめ

## 第 2 章 未収金防止・回収の実態

- 第 1 節 現状の回収工夫や取り組み体制
- 第 2 節 未収金問題取り組みの問題点
- 第 3 節 保険者徴収制度
- 第 4 節 まとめ

## 第 3 章 問題意識

## 第 4 章 政策提言

- 第 1 節 政策提言
- 第 2 節 医療費積立機能
- 第 3 節 社会保障カード
- 第 4 節 まとめ

## 第 5 章 分析

## 第 6 章 制度設計

おわりに

先行論文・参考文献・データ出典

## はじめに

2006年、過去最大の診療報酬引き下げが行われた。これにより、医療界の環境は変化し、病院は生き残り競争を強いられるようになった。この流れを受け、数多くの病院は、赤字に陥り、その影響は現在も続いている。病院数は、平成17年12月末に9,018だったものが、平成18年9月末現在で8,949にまで減少した。さらに、全日本病院協会の「平成20年度病院経営調査報告」によると、東京では、医療収支率において、54%の病院が赤字であった。また、この報告書には、「大規模病院ほど収支が悪いという結果が出ており、このような状況が続けば、急性期病院を中心に、日本の病院そして医療が崩壊していくのではないかと、この将来を示唆する調査結果となった。」とまで書かれている。2009年上半期における、医療機関の倒産は30件で、前年度の約2倍となっている<sup>1</sup>。こうした事例は病院の苦しい経営実態を物語っている。その上、このような状況に追い打ちをかけるように、医療費の未払いが更に病院経営を圧迫している。

医療費未払いとは、その名の通り、医療機関において、受診したにも関わらず、患者側が医療費を支払わないことで発生する。この問題は、厚生労働省の検討会でも取り上げられている重要な課題である。少子高齢化が進み世界有数の高齢社会とまで言われる日本において、医療提供体制の拡充が急務とされる政府にとっては、頭を抱えさせられる問題である。

ではなぜ、医療費未払いという問題が発生するのか。理由は多数挙げられるが、医師法第19条が根底にあると考えられる。医師法第19条とは、「診療に従事する医師は、診療治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」という内容である。正当な事由とは、専門外、医師が病気、他の重患を診ている、手術中で手が離せないなどが当てはまる。この医師法第19条は、患者側からすれば、誰しものが平等に診療、治療を受けることができる、日本の医療の根幹とも言える決まりである。しかし、医療機関側からすれば、払うお金がない、また元から払う気がない場合であれ、診療を拒否することは出来ないという強い義務を求めるものである。実際に、元から医療費を払う気がないにも関わらず受診する者が少なからず存在することは、後述の調査結果にも出ている。

医療費未払い問題は、学校授業料滞納や給食費滞納、またはごみ問題など、たびたび各メディアで取り上げられ社会問題ともなっている、現代人のモラルの低下を伺わせる多くの事例の一つであると言える。もちろん、モラルの低下についての認識は、個々の意識や善悪判断基準によって異なるものであり、そもそもモラルの低下を客観的に示すための判断基準は存在しない。しかしながら、これらの問題が、メディアでさかんに取り上げられているのは、モラルの低下が原因となって、以前には見られなかったようなさまざまな問題が近年生じるようになったことを、多くの人が感じていることを示しているのではないだろうか。モラルの低下が原因かどうかはともかく、医療費未収問題は、日本の医療提供体制を今後も維持していく上で解決すべき重要な課題の一つである。また、医療費未収問題の原因がモラルの低下にあるとすれば、その解決策を示すことは、モラルの低下が原因となっていると思われるその他の社会問題解消にも適用可能な処方箋ともなるのではないだろうか。

<sup>1</sup> この結果は、9月に民事再生法適応を申請した法的整理の事例を集計したものであり、自主廃業も含めると、数倍以上にのぼるのではないかとみられている。

医療費未収問題を抜本的に解決するための政策について検討する。

本論文の構成は以下の通りである。第 1 章では、医療費未収問題の規模や現状について、第 2 章では現在医療機関によって行われている未収金回収方策や現行制度について、厚生労働省内の検討会で議論の土台となった基礎資料や検討会の報告書をもとに明らかにする。第 3 章では、1 章 2 章を踏まえての問題意識をまとめ、第 4 章では問題を解決するための適切な政策を掲げる。そして第 5 章では、4 章で掲げた政策が実現可能かどうか及び、政策を実施した際のシミュレーションを行い、第 6 章では、具体的な政策の制度設計を示す。

# 第1章 未収金の現状

## 第1節 未収金の発生状況

### 第1項 未収金の規模

医療は全ての人の生活に密接に関係する重要なサービスである。医療は我々国民の身近にあり、誰もが一度は医療の恩恵を受けたことがあるだろう。診療所、及び病院に行けば誰もが診てもらえるのである。しかし、近年では経営危機に陥りつつある医療機関が増加している。さらにそれに追い打ちをかけるように医療費未収金問題が医療機関の経営を圧迫している。いまのところ、医療費未収問題は、一部の国民によって惹き起こされているとは言え年々目立つようになってきている。今後、医療費未収がさらに拡大するようになれば、医療制度を崩壊させる大きな問題となる可能性がある。国民生活に影響するレベルにまで問題が拡大する前に、策を講じる必要がある。そのために本章では、医療費未収問題について、様々な角度から現状・問題点を見つめ、考察する。

現状を把握するために、医療未収の規模について考察する。四病院団体協議会の「診療における患者自己負担金の未収問題について」（2006）によると、加盟の5,570病院での総額未収金は毎年約373億円に達し、3年間の累積は約853億円余りになると示されている。

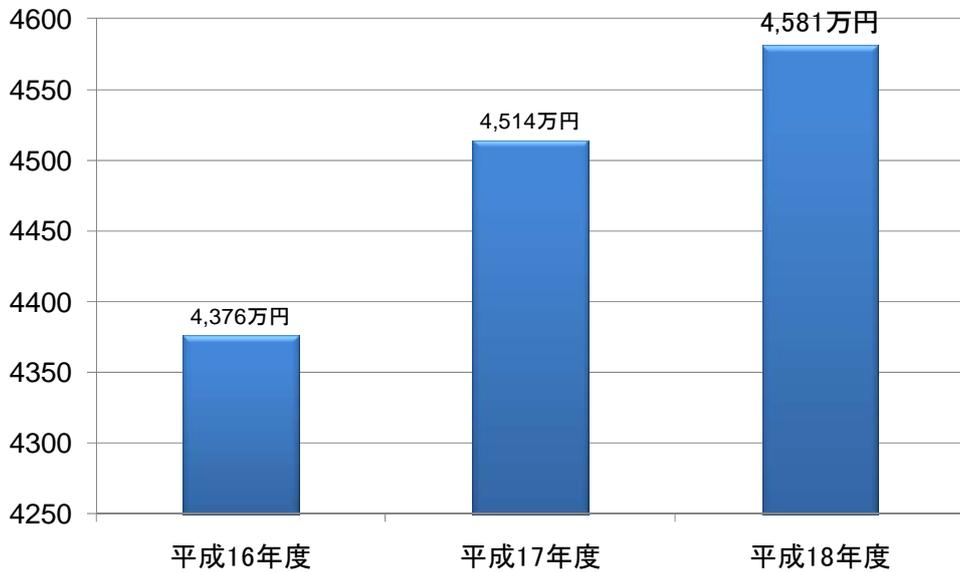
未収金の細かい発生状況を知るためにここからは、厚生労働省保険局の「未収金に関するアンケート調査」（2008）で回答を得られた812病院のデータを基に現状を見ていく。ただし、同アンケートは四病院団体協議会に加盟する医療施設を調査対象としているため、日本の全病院の平均的状況を必ずしも反映していないという点には注意が必要である。同アンケートでも示されているように、回答を得られた812病院の開設者の内訳は、日本の全病院の開設者の内訳に比べ大きな違いはなかったが、病院規模については、日本の全病院の平均的状況に比べ、比較的大規模の病院が多くなっている。

回答を得られた812病院の、1施設当たり年度末未収金の平均値を表したものが図1である。これを見ると、平成16年度では4,376万円、平成17年度では4,514万円、平成18年度では4,581万円と年々増加傾向にあることがわかる。さらに、同アンケートで示されている金額の内訳では、平均金額が含まれる「1,000万円以上～5,000万円未満」が最も多いものの、「1億円以上」の割合が1割を超えており、一部の病院にとっては医療費未収が非常に深刻な問題となっていることが伺える。同アンケートの調査対象が比較的大規模の病院に偏っていることもあり、これが日本の平均的状況を表しているとは言い切れない。しかし、開設者の内訳に大きな違いがないことから、日本の全病院でも同様に、未収金額は増加していると考えられる。

なお、図1に示したのは年度末時点の未収金であり、その中には翌年度になって回収されたかもしれない金額も含まれている。そこで、未収金をより正確に把握するために、同アン

ケートで報告されている、「平成 19 年 12 月診療分で、患者から徴収されるべき費用で、平成 20 年 2 月末日時点において未収であるもの」を未収金として、以下で考察する。

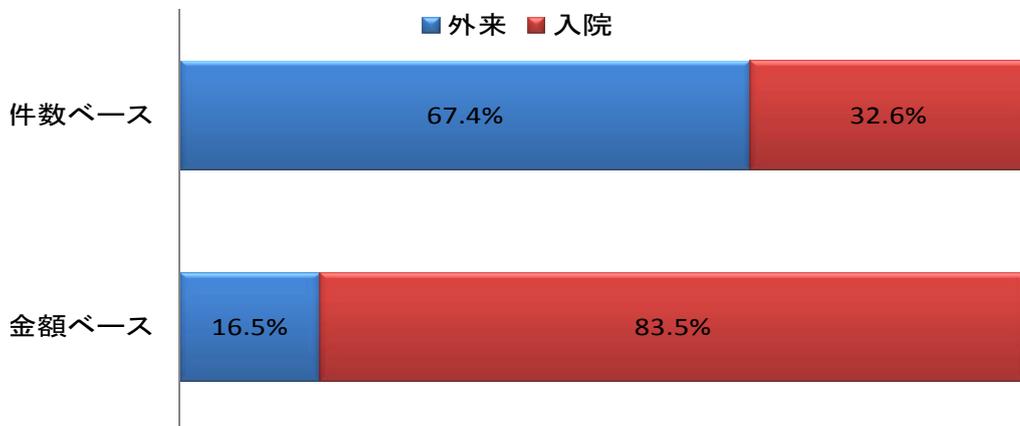
図 1 未収金の年次推移



同アンケートによれば、平成 19 年 12 月診療分で 2 カ月たっても回収されていない未収金の件数・金額等について有効な回答が得られたのは 706 病院であり、未収金件数は、706 病院での合計で 22,252 件、1 施設当たりの未収金の件数は 31.5 件であった。全患者に占める未払い者の割合は 0.7% である。1 施設当たりの未収金の金額割合は、「100 万円以上」の割合が 31.7% と最も高い。

未収金の入院、外来との比率では、件数割合が入院 32.6%、外来 67.4% となっている。金額割合で見ると、入院 83.5%、外来 16.5% である。このことから分かるように、外来で多くの未収が発生しており、外来で発生した未収は金額が比較的少額である。逆に入院は、未収の件数は少ないが、未収金額が非常に高額で、未収金全体の内、入院での未収金がほとんどを占める。

図 2 未収金の入院・外来比率



次に、未収金の患者ごとの金額分布を入院・外来別に見ていく。同アンケートにおいて、患者ごとの詳細な情報が得られたのは 21,150 件であり、未収金合計金額は 1,084,798,956 円、全体平均金額は 51,290.7 円である。入院・外来別の平均金額は、入院が 116,972.4 円、外来が 12,970.0 円となっている。

図 3 は、未収金全体としては、「1 万円未満」の未収が最も多く、金額が高くなるにつれ、その割合が少なくなっていく。外来においても全体に比べ、「1 万円未満」の割合が高いものの、同じような傾向にある。入院においては高額な未収の割合が多く、「5 万円以上～10 万円未満」が 24.5%と最も多い。

次項では、どの年齢階層で未収金がより多く発生しているかを分析するために年齢階級別で未収金を見ていく。

図 3 患者ごとの未収金額の分布（全体）

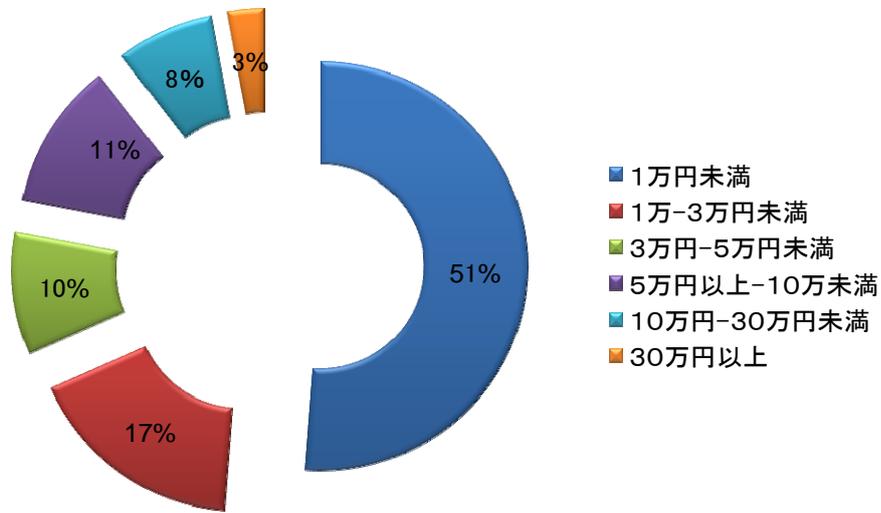


図 4 患者ごとの未収金額の分布（入院）

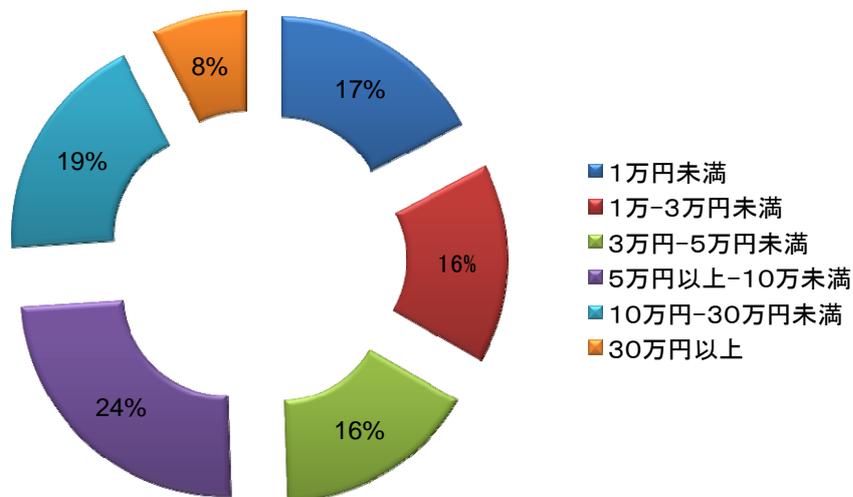
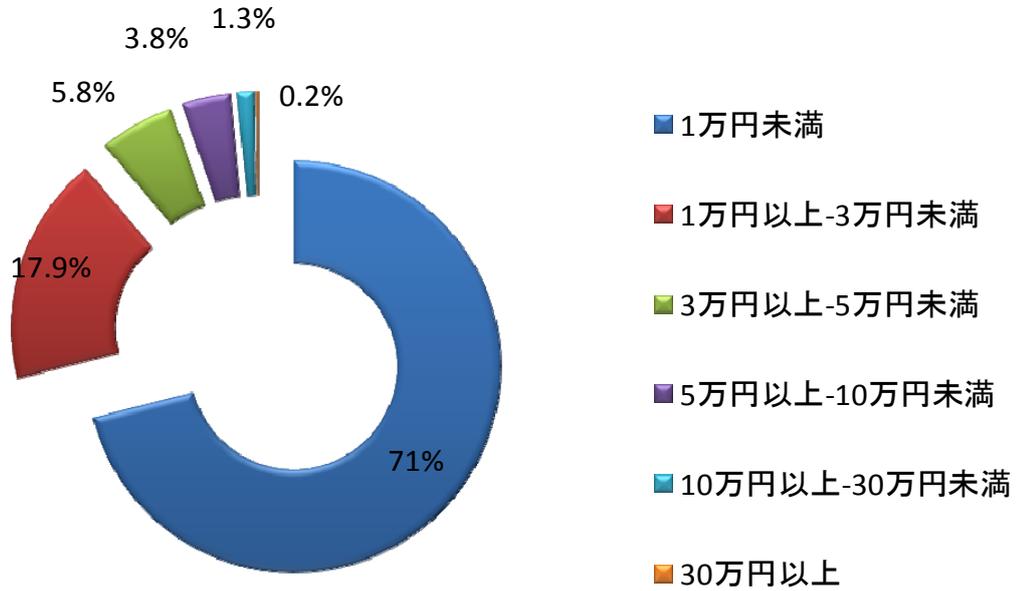


図 5 患者ごとの未収金額の分布（外来）



## 第 2 項 年齢階級別未収金件数・金額

本項では年齢別に受療率、未収件数、未収金額を調べ、それらの関連性についてまとめた。図 6～図 8 はそれぞれ、年齢階級別受療率、年齢階級別未収件数、年齢階級別未収金額を円グラフで示したものである。

図 6 年齢階級別受療率

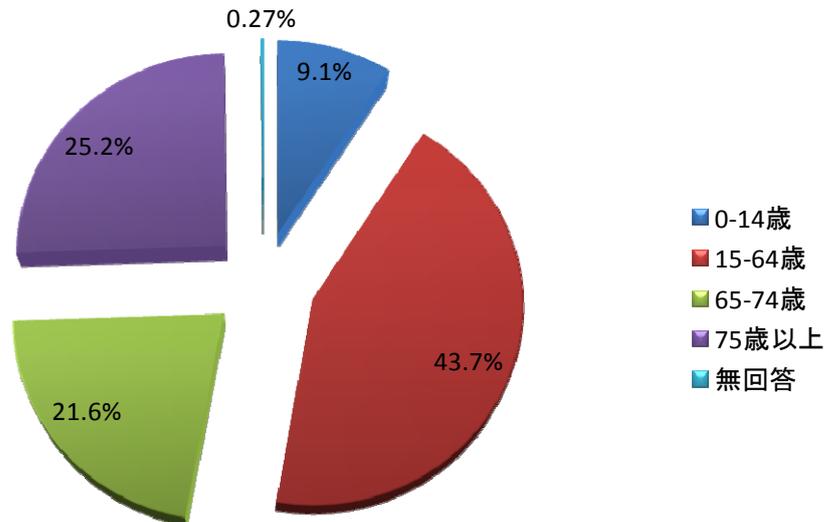


図 7 年齢階級別未収件数

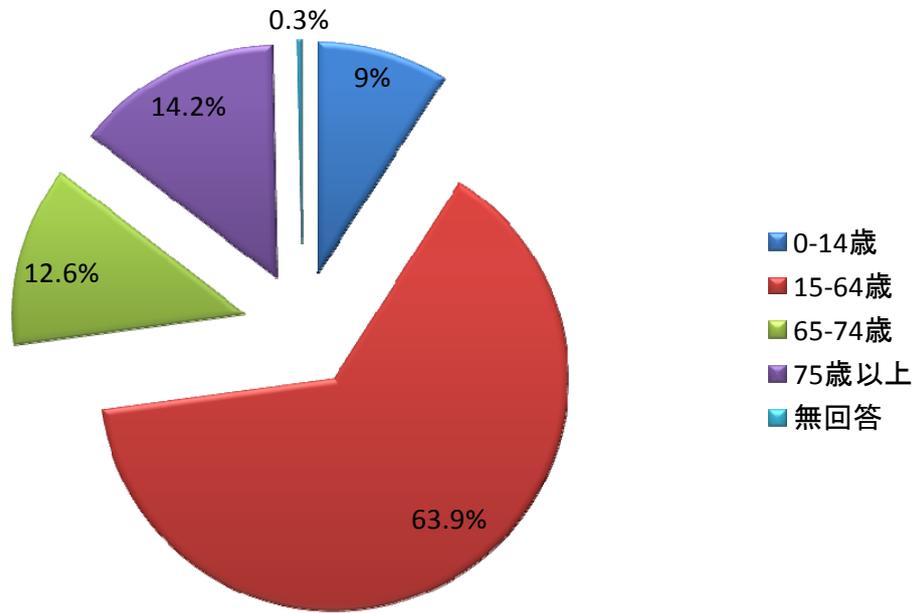


図 8 年齢階級別未収金額

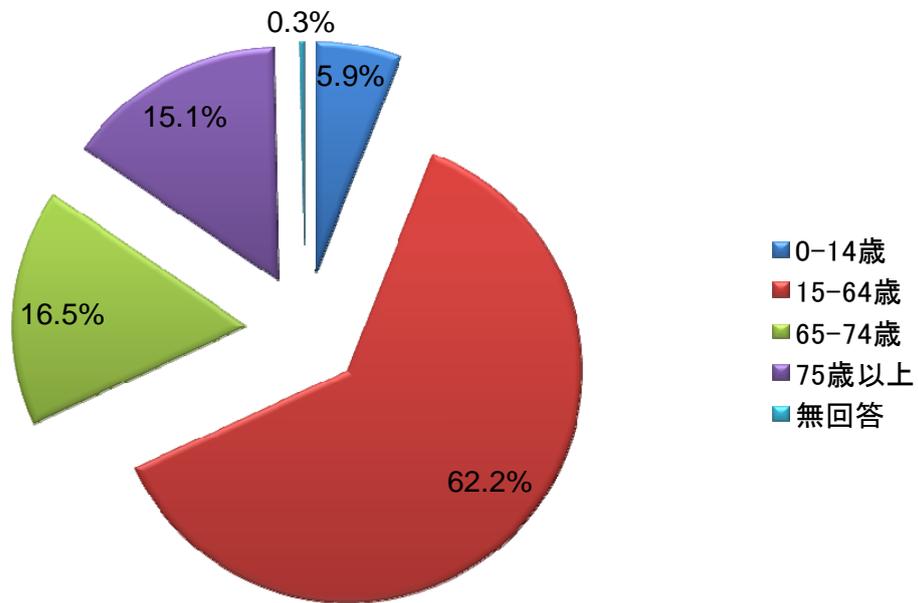


図 7 に示した年齢階級別の未収金件数の割合を見ると、未収金件数 21,150 件のうち「15～64 歳」が最も高い割合を占め、次いで「75 歳以上」、「65～74 歳」、「0～14 歳」となった。これを図 6 に示した年齢階級別受療率と比較することで、未収金発生 の 頻 度 を 見 る。

「15～64 歳」を見てみると、受療率のわりに未収金件数割合は高いことが分かる。具体的に数値を挙げると、未収金件数の割合では「63.9%」、受療率では「43.7%」となり、かなりの開きがある。このことから、「15～64 歳」は、患者に占める未払い者の割合が高い年齢層であると分かる。次に「65～74 歳」、「75 歳以上」の年齢層を見てみると、受療率に比べて、未収金件数の割合が低い。このことから「65 歳以上」の高齢層は患者に占める未払い者の割合が低いことが分かる。

次に、図 8 に示した未収金金額の割合を見ると、こちらも「15～64 歳」が 62.2% と最も多かった。これを図 7 の未収金件数の割合と比較し、どの年齢階での未収一件当たりの平均金額が高いかを調べる。

「65～74 歳」、「75 歳以上」のどちらの年齢層においても、未収金件数の割合に比べて未収金金額の割合が高い。このことから、「65 歳以上」の高齢層では、未収金一件当たりの平均金額が高いことが分かる。そして「0～14 歳」、「15～64 歳」の年齢層では未収金金額の割合が低く、未収金一件当たりの平均金額が低い。

以上のことから、未収金対策を考える際には、未収金の発生頻度が相対的に高い「15～64 歳」の年齢層をターゲットにした対策が必要であることが分かった。また、高齢層では未収金の発生頻度が相対的に低いですが、発生した場合にはその金額が多くなっていることにも配慮が必要であることが分かった。

次項では、未収金が起こりやすい状況を調べるため、受診形態の面から未収件数・未収金額について調べる。

### 第 3 項 受診形態別未収金件数・金額

図 9 は、受診別未収件数を、図 10 は受診形態別未収金額をそれぞれ示している。

図 9 受診別未収件数



図 10 受診別未収金額



受診形態別に未収金件数の割合を見てみると、「通常診療」が最も多く、次いで「時間外診療」、「救急車で搬送」となった。次に、未収金金額の割合を見てみると、「通常診療」が最も多く、次いで「救急車で搬送」、「時間外診療」となった。

「救急車で搬送」の未収金件数の割合と未収金金額の割合を比較すると、かなりの開きがあることが分かる。「救急車で搬送」の一件当たりの平均金額は 126,003.2 円であり、全体の一件当たりの平均金額を約 75,000 円上回る。このことから、「救急車で搬送」のケースは

他の受診形態に比べ、診療報酬の高い治療を必要とする、重症患者である可能性が高いといえる。

次に、「時間外診療」を見てみる。「時間外診療」では、会計事務が機能しておらず、後日支払いとなることが多い。「時間外診療」の一件当たりの平均金額は、全体の一件当たりの平均金額よりもかなり低い。このことから、「時間外診療」の未払いは他の診療形態に比べ、軽症患者の割合が高いと考えられる<sup>2</sup>。

## 第4項 まとめ

医療費の未払い金額は年々増加している。未収金が一月で 100 万円を超える病院が 3 割を超え、年度末で未収金額が 1 億円を超える病院も存在する。このことから、未収金は病院経営を圧迫し、多大な被害を与えている問題であると言える。以下、本節の考察で明らかとなった点についてまとめる。

未収金全体では、1 万円未満の未収金が半数以上を占めている。しかし、入院の場合の未収金の平均金額が高いため、一件当たりの平均金額は 51,290 円と金額の差が大きい。これは、全体における外来の件数が大多数を占めること、入院と外来の医療費に金額の差があり外来の医療費はかなりの低いことが関係している。

年齢階級別の未収金において、「15～64 歳」の年齢層では、未収金発生割合が高い。このことから、「15～64 歳」の未払いを防ぐことが重要である。「65 歳以上」の年齢層では、一件当たりの平均金額が高い。これは、若い世代である「15～64 歳」の年齢層は、外来での未払いの割合が多く、高齢層である「65 歳以上」の年齢層では、入院での未払いの割合が多いことが原因である。

したがって、未収金対策を考える際には、件数が多く少額で、主に「15～64 歳」の年齢層が生み出す外来未収金と、件数は少ないが多額な、主に高齢層が生み出す入院未収金を区別してとらえる必要があることが分かった。

次節では、未収金の性質について深く理解するために、未払い者の視点からの未収金について考察していく。

<sup>2</sup> さらに近年では、コンビニ受診と呼ばれる、外来診療をしていない休日や夜間の時間帯に、救急外来を受診される緊急性のない軽症患者が受診する行為が増えている。この問題は深刻で、兵庫県豊岡市の豊岡病院は医師の負担軽減や救急体制の安定化を図るのを目的として、緊急性がなく軽症なのに救急医療を受診したと判断された場合、初診料に上乗せされる、「時間外診察料制度」（神戸新聞）を設ける事態にまでいたっている。このことは、「時間外診療」での医療費未収増加に繋がりがかねない問題でもある。

## 第2節 未収金の起こる理由

### 第1項 未払いに至った主な理由

図 11、図 12 はそれぞれ、発生理由別の未収件数の内訳、未収金額の内訳を示したものである<sup>3</sup>。

図 11 発生理由別 未収金件数の内訳

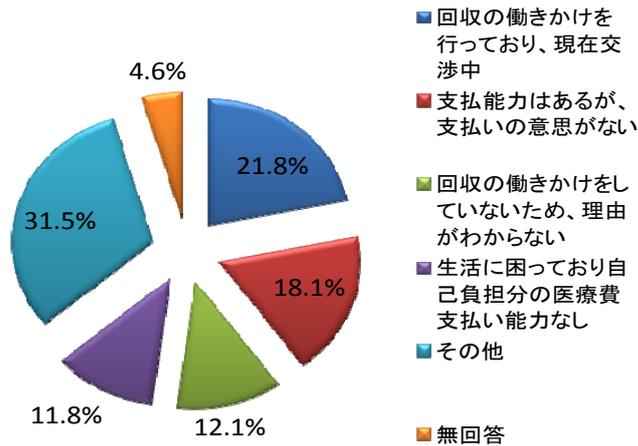


図 12 未収金額の内訳

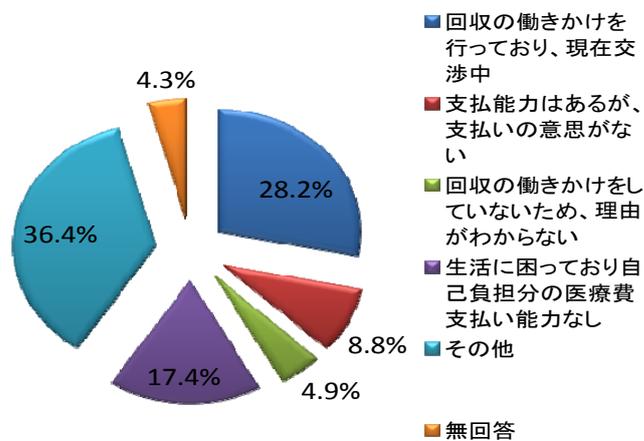


図 11 の件数ベースのグラフで見ると、最も高い比率を占めているのが「回収の働きかけを行っており、現在交渉中」の項目であり、以下「支払能力はあるが、支払いの意思がない」、「回収の働きかけをしていないため、理由がわからない」、「生活に困っており自己負担分の医療費支払い能力なし」の順となった。この中でも 2 番目に多い「支払能力はあるが、支払いの意思がない」の項目は、全体の 18.1% を占め、意図的に滞納をしている者が多いこ

<sup>3</sup> データの出所は、第 1 節・2 項、3 項と同様、「未収金に関するアンケート調査」(2008) である。有効回答数は 21,150 件、アンケート方法は、最も理由に近いものを選択するというものである。元の資料では発生理由はより詳細に区分されていたが、論点を取り明確にするため、図では、未収の主な理由(件数ベース・金額ベース)をもとに、類似している理由については 1 つの項目としてまとめ、6 つの項目として分類している。なお、「その他」の項目については、「保険会社からの入金待ち」、「勤務先が支払う「労災申請中」、といった、調査段階では未回収であるが、近いうちに回収可能である、という理由が挙げられている。しかし中には、「いつも遅れがちであるが、数ヶ月後には入金予定」、「単に忘れている」、「早急に払わなければならないと思っていない」などといった、支払う意識の低い回答もあった。

とを示している。さらに、「生活に困っており自己負担分の医療費支払い能力なし」の項目は全体の11.8%を占め、貧困のため医療費が払えないケースがあることが分かる。

次に、図12の金額ベースのグラフで見してみる。こちらでも件数ベースのグラフと同じく、「回収の働きかけを行っており、現在交渉中」の項目が最も高い比率を占めている。次に、「生活に困っており自己負担分の医療費支払い能力なし」の項目の比率が高く、「支払能力はあるが、支払いの意思がない」、「回収の働きかけをしていないため、理由がわからない」と続く。

図11、図12の2つのグラフを比較し、項目ごとの相対的な、未収一件当たりの平均金額を調べる。

「支払能力はあるが、支払いの意思がない」と「回収の働きかけをしていないため、理由がわからない」の項目では全体に占める割合が、件数ベースよりも金額ベースの方がかなり高い。このことからこの2つ項目は、未収一件当たりの平均金額が低いことが分かる。

次に、「生活に困っており自己負担分の医療費支払い能力なし」を見してみる。この項目では、上記の未収一件当たりの平均金額が低い2つの項目とは逆に、全体に占める割合が、金額ベースよりも件数ベースの方が高い。このことは、未収一件当たりの平均金額が高いことを表し、高額な未収である可能性が高い。

「回収の働きかけを行っており、現在交渉中」、「回収の働きかけをしていないため、理由がわからない」の2つの項目に関しては、どちらも件数ベースのグラフにおいて、全体に占める割合が非常に高い。「回収の働きかけを行っており、現在交渉中」は金額ベースのグラフにおいても、28.2%と最も高い。これらの項目は、回収する側である病院に起因することであり、病院の回収努力、現行制度などに関係するものである。そしてこれらの項目は、この段階ではなぜ未収に至ったのか分からない。しかしどちらの項目も、交渉が進むまたは回収の働きかけを行い、仮に未収が発生したとすると、「支払能力はあるが、支払いの意思がない」と「生活に困っており自己負担分の医療費支払い能力なし」の項目に分類されると考えられる。

我々は、「支払能力はあるが、支払いの意思がない」と「生活に困っており自己負担分の医療費支払い能力なし」の2つの項目が未収に大きく影響を与えていると考え、分析していく。まず、「支払能力はあるが、支払いの意思がない」の項目を、未収に対して悪意があることから悪質滞納者、「生活に困っており自己負担分の医療費支払い能力なし」を、金銭面での問題から未収を起こすことから生活困窮者と定義づける。第2項、第3項では、「悪質滞納者」、「生活困窮者」について分析する。

## 第2項 悪質滞納者の実態

悪質滞納者である、「支払能力はあるが、支払いの意思がない」の項目では、全体に占める割合が、件数ベースで18.1%であるのに対し、金額ベースでは8.8%であった。

悪質滞納者の中には、「虚偽の申告をする」、「滞納を繰り返す」等の卑劣な行為をする者がいる。中には「暴言を吐く」といった患者としてあるまじき行為をしている者すら存在している。同じ病院にて繰り返し滞納を行い、支払う意思がないと分かっているにもかかわらず診療を拒否することが出来ず、手の施しようがない。

悪質滞納者の未収金発生要因には、やはり医師法19条が関わっている。患者が医療費を支払う意思が無くても、医師側には応召義務があり、現行の医療費後払い制では、医療費を支払っても支払わなくても適切な医療を受けることが出来る。その為、当人のモラルに委

ねられることになる。はじめにでも記したように、モラルの低下は様々な社会問題を惹き起こし、経済的損失を与えている。悪意を抱いて未収を行う悪質滞納者は、人々のモラルと深い関係があり、現状ではモラルの低下が解消されない限りこの問題は解決できない。

この問題が拡大していくと、病院の倒産などによる、医療の崩壊にも繋がりがねない。一部の悪質な患者の行為により、善良な市民の生活にも影響を及ぼす恐れがあり、非常に深刻な課題である。

### 第3項 生活困窮滞納者の実態

生活困窮者である、「生活に困っており自己負担分の医療費支払い能力なし」の項目では、全体に占める割合が、件数ベースで 11.8%であるのに対し、金額ベースでは 17.4%であった。

医療費を支払う資力が無いことから、生活に金銭面での余裕がないと考えられる。そういった者が病気にかかり、未収が発生している。病気にかかるリスクは誰もが持っており、多くの人は医療費の発生を避けられない。生活困窮者の未収を解決することは、国民保険法第 1 条でうたわれている、社会保障及び国民保健の向上に寄与することに繋がると考えられる。

国民保険法第 44 条では保険者は、特別の理由がある被保険者で一部負担金を支払うことが困難であると認められるものに対して、医療機関等に一部負担金減免・徴収猶予の措置を採ることができるとされている。この制度を実施することは義務であるが、現状では自治体によって実施していない所もあり、この制度すら知られていないのが事実である。さらに、実施している自治体もその基準は自治体の裁量により定められるものであり、そのハードルは高いものとなっている。

生活困窮者の未収発生割合は、外来より入院の方が高い。このことは、一般的に外来で負担する医療費よりも、入院費用の方が高いことが関係している。入院は多額の費用がかかることから、生活困窮者が入院せざるを得ない状況に陥ったとき、未収に繋がる可能性が高いと推測される。

また、近年では世帯間の所得格差を測る指数であるジニ係数が増大傾向にある<sup>4</sup>。このことから分かるように今後、ますます所得格差は広がっていく可能性がある。そうなった場合、生活困窮者の数も増え、未収金の件数・金額共に増大していく恐れがある。

### 第4項 まとめ

本節では未収金発生理由を「悪質滞納者」、「生活困窮者」と大きく 2 つのケースに分類した。

悪質滞納者は悪意を持って未収を起こしており、特徴としては件数が多く、平均金額が低いということが挙げられる。悪質滞納者における未収発生はモラルと関係しており、医師法 19 条がある現状では解決し難い問題である。

生活困窮者は金銭面から未収を起こしており、特徴としては、入院での未収発生率が高く、平均金額が高いということが挙げられる。国民保険法で定められている、一部負担金減免・徴収猶予の措置も適応されるのは難しい。

件数内訳、金額内訳の両方から見ても、「回収の働きかけを行っており、現在交渉中」と「回収の働きかけをしていないため、理由がわからない」の項目が大多数を占める。このことは、回収する側である病院の回収努力、回収に際する現行制度に関係するものであると考えられる。このことから、2 章では、未収金防止に対する病院の方策、未収金回収に対する回収努力

<sup>4</sup> ジニ係数は格差が小さいほど 0 に近い値になり、格差が大きいくほど 1 に近い値になる。

## 第2章 未収金防止・回収の実態

### 第1節 現状の回収工夫や取り組み体制

この節では、未収金の防止と未収が発生した際の回収行動の実態について説明する。

現在病院が行っている、支払い方法の工夫や未収金の回収方法については、「未収金患者リストの作成」が86.1%、「制度説明」が79.9%と、2つが高い割合を示していることがわかる。また、約半分の病院では、「相談窓口の設置」、「未収金マニュアル<sup>5</sup>の対応」を実施している。このように各病院は、様々な取り組みを行っており、未収金問題への関心が伺える。

図13 未払い、回収に関する方策

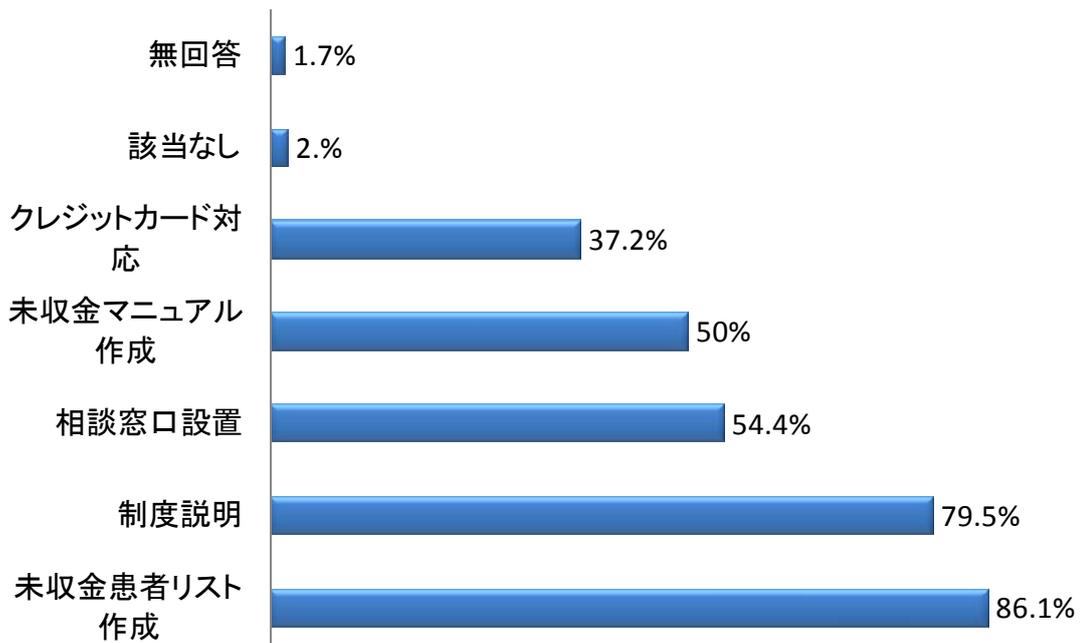
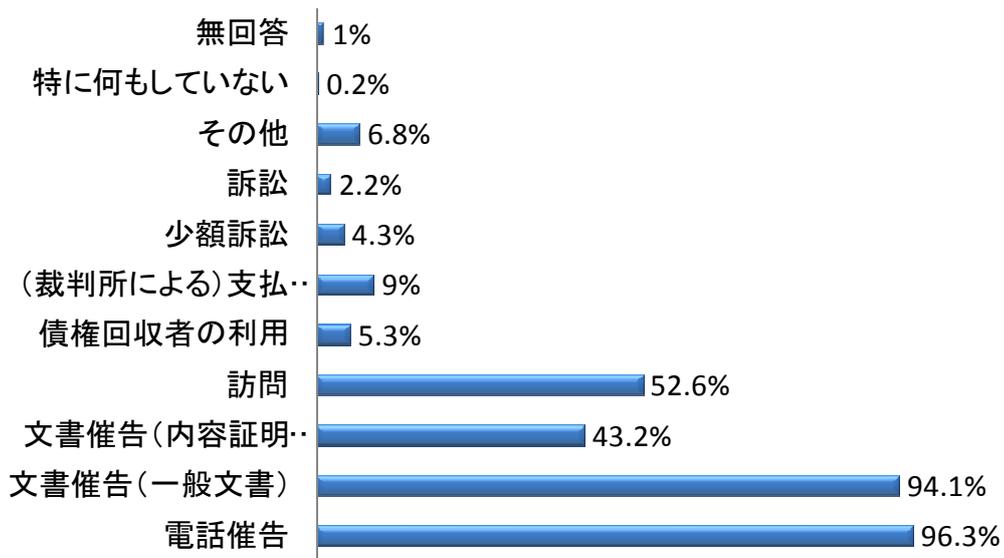


図14 未収金回収努力

- <sup>5</sup> さまざまな医療機関団体で、未収金対策のマニュアル化が進んでいる。例えば、京都私立病院協会の「未収金対策マニュアル」では、第一部基礎編で未収金に対する考え方と関連法令がまとめられるとともに、第二部実践編において未収金発生防止対策と未収金発生後の対処フローシートが示され、ホームページでも公開されている。



図(14)の未収金努力については、回収内容についてももう少し細かく表している。「電話催告」、「文書による催告」、そして「訪問」が基本的に行われている回収行動であり、もう少し踏み込んだ状態になれば、「裁判所による支払督促」、「小額訴訟」、「訴訟」へと続いている。

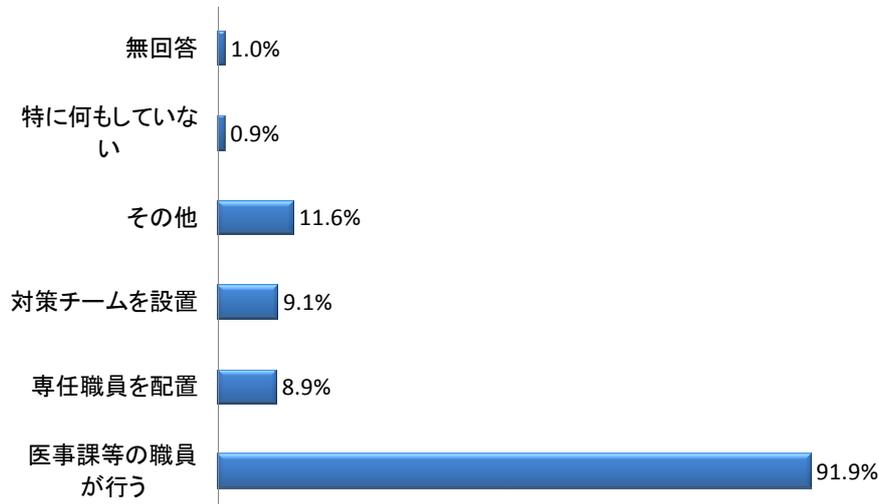
なぜこのように、順序だった形をとっているのかと言え、厚生労働省発布の「未収金防止・回収マニュアル」が存在しているからだ。このマニュアルは、厚生労働省が提唱する、未収金の防止や回収手順が記されたものである。図(13)のマニュアルは、各医療機関が各々に作成している物であり、こちらとは混同しないほしい。このマニュアルに記載されている回収手順は、「未収金患者リストの作成→電話・文章催告または訪問→保険者徴収→債権会社委託および裁判へ」となっている。この保険者徴収についての説明は、本節3項にて説明する。

このように、各医療機関においても、そして厚生労働省においても、未収金問題に対策を立てているのにも関わらず、未収金問題は依然として解決されていない。次項ではその未収金問題への取り組み内容の問題点について触れる。

## 第2節 未収金問題取り組みの問題点

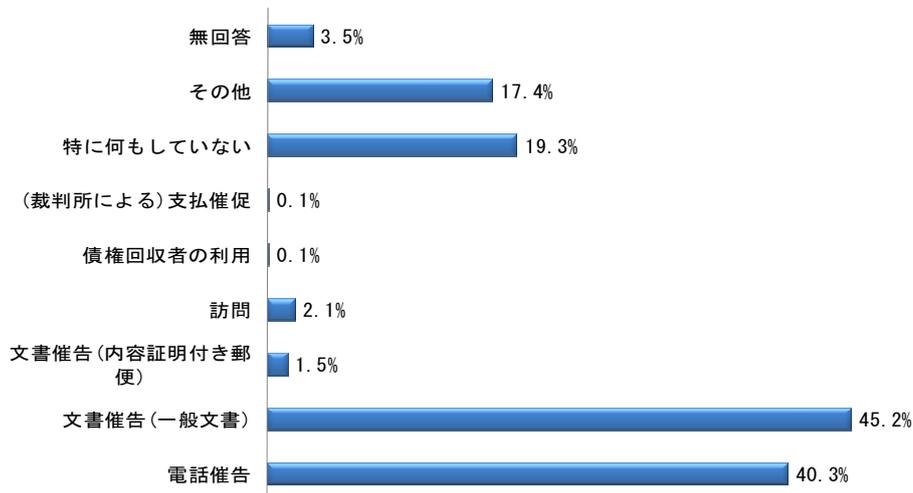
上記のとおり、図(14)のように未収金問題に対して各医療機関は、未収金問題について様々な取り組みを行っている。そこで、図(15)を見てもらいたい。この図は、これら回収行動はどのような者が行っているかを表したものである。

図15 未収金問題に対する取組体制



(未収金問題の取り組み体制では、) 90%以上の病院において、医事課等の職員が、未収金問題について取り組んでいるという数値がでてくる。各医療機関員が、労務を回収行為にさしているということがわかる。また、彼らは債権会社員や金融機関員のような専門職員ではないため、これらの回収行為に困難を強いられている。

図16 未収金問題の取組み体制



図(16)をみてもらいたい。これは平成19年12月診療分のうち、2ヶ月経った時点で未収であった未収21150件に対して行われた働きかけである。「電話催告」が40.3%、「文書催告」が45.2%と、どちらも半分以下であった。このように、催告さえされていない未収者も多数を占め、回収行動の手があまり行き届いていないと言える。また、図(15)をみると、専門職員の配置を行っている病院もあるが、回収コストの面から見て、費用対効果が低く、設置しづらいことが問題点として挙げられる。

他に、約 20%は「特になにもしていない」となっている。こちらも、回収コスト・費用対効果の面から見て、回収を実施しないことが有効であり、何もしなかったといえる。また、1 節において、未収金 1 件あたりの金額は、1 万円以下の案件に収束しているとも記した。回収案件の額が安価なとき、回収できる金額と比較しても、回収事務コストの方が高くなるケースが多いのが現状である。このように、現在、厚生労働省によって示されている手法では、大半の案件に対して無力であることがわかる。

仮に案件 1 件の金額がある程度高額な場合、医療機関側は回収コストの面から見ても、回収を行うことが有効であるといえる。催告を行い、次に保険者徴収を行い、最後には債権会社および裁判へと移る手順だが、この保険者徴収にも問題点がある。次節では、保険者徴収の内容説明を含む問題点について説明する。

### 第3節 保険者徴収制度

第 1 項にも挙げた通り保険者徴収とは、厚生労働省発布の未収金防止・回収マニュアルに記載されている未収金回収過程のひとつにある。そもそも保険者徴収制度とは、健康保険法第 42 条や 72 条など、未収金に対する徴収の事項であり、それらの通称である。72 条について内容は、医療機関は一部負担金を受け取るべきものとし、医療機関が受け取る努力をしたにも関わらず、被保険者が一部または全額の支払いをしなかった場合、当該医療機関の請求に基づき、これを処分する、というものである。簡単に言えば、未収が発生した際に病院側が、電話や文章催告および訪問のような回収努力をしたにも関わらず、未収患者側が支払わない場合、これを法的手続きの代替法として使えるというものだ。こうして、弁護士委託、民事調停、裁判となり未収金を徴収する。

しかし、この保険者徴収制度には大きな問題が 3 点挙げられる。

まず、第 1 の問題点として、制度を使用するための規定が存在し、またその基準は全国で統一されていないということだ。医療機関側は、未収患者に対して行った回収努力を、提示しなければならないのだが、口頭での催促など記録に残らないものはもちろん提示できない。事前に払う意志を示した誓約書や、内容証明書付き郵便などの記録に残る防止回収努力を行わなければならないのだが、その認定基準は、各市町村に委ねられており、その自治体の裁量となる。また、制度自体の条例を設けていない市町村も存在し、制度を使用できない場合も存在する。

次に第 2 の問題点として、制度を使うために満たさなければならない条件が高いということだ。上記の第 1 の問題点でも記したように、記録に残る防止回収努力が制度を使うに当たり必要であるが、事務負担増大も懸念される。さらに、原則 60 万円超の未収金（差額ベッド代など療養の給付以外のものを除く）のみが対象である。このように満たさなければならない条件が高いことから、ほとんどの場合この制度は、使用されていない<sup>6</sup>。また、手の込んだ回収をすれば規定に達するだろうが、それだけの費用を用いることとなり、その分費用対効果は薄くなるだろう。

<sup>6</sup> 厚生労働省保険局国民健康保険課（2008）によれば、1,818 の国保保険者のうち、平成 18 年度において保険者徴収制度を実施したのは 86 件で、回収金額は 33.4 万円にとどまっている。

3つ目の問題点として、制度が適用されても保険適用分の未収額しか回収できないということだ。保険適用外である差額ベッド代や食事代などは回収できない<sup>7</sup>。そうなれば、1節1項でも記した、入院患者における高額な1件当たりの未収金には対応できない可能性がある。また前項でも記した通り、小額の未収金には全く対応しておらず、この保険者徴収制度に問題があることは分かるであろう。

## 第4節 まとめ

回収方策については「未収金患者リストの作成」、「電話催告」、「訪問催告」、「相談窓口設置」など様々な取り組みが現在でも行われている。これら回収行動は、大半の場合が医療機関職員によって行われており、決してその部門の専門機関が行うことはなく、効率はかなり悪いのが現状である。また、厚生労働省が全国の病院に配布した「未収金防止・回収マニュアル」に記載されている手順では、これらの医療機関の回収努力の上で、なお支払われない場合は、健康保険法記載の保険者徴収を行う手順になっているが、それでも回収事務コストの面から費用対効果が低い、保険者徴収では差額ベッド代などの保険適用外の未収金には対応できないなど、問題が多々ある。このように医療機関側の未収金問題に対する関心は見られるが、現行制度では対応しきれていないということが判明した。

解決策として、医師法19条の解釈を変更して、「未収となる恐れの高い診療の場合」を応召義務の例外となる「正当な事由」に加えることも考えられるが、国民の生命や健康の保障を妨げることにともつながりかねないため、好ましい解決策ではないと考える。よって本稿では、現行の応召義務は維持しつつ、未収金問題を解決するための抜本的方策について検討する。

---

<sup>7</sup>厚生労働省 保険局医療課調べ(2001)によると差額ベッド代は1日平均約5,000円。30日入院したとしたり、単純計算で150,000円もかかってしまう。

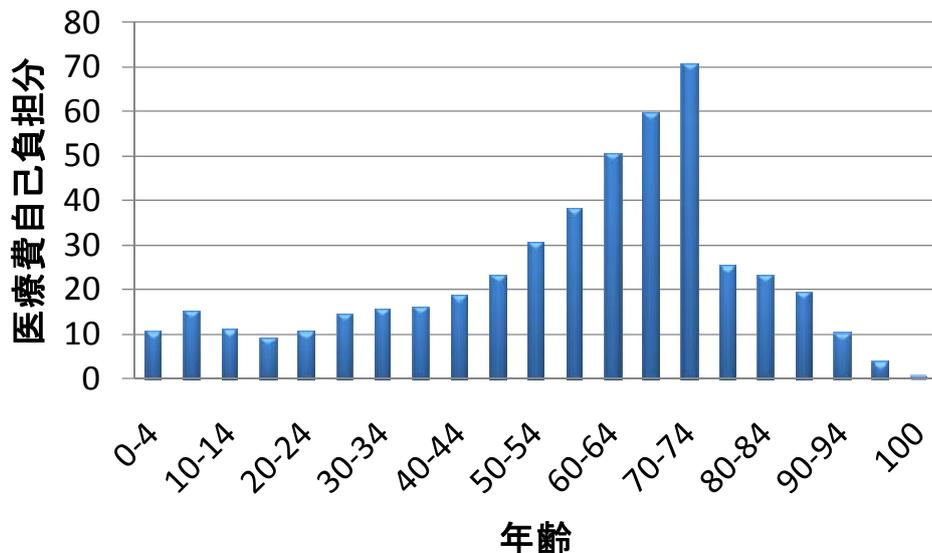
## 第3章 問題意識

ここでは、第 1 章で記した問題点をまとめ、それを解消できる政策提言に繋げていきたい。

第 1 章 1 節では、未収金を属性ごとに分け、様々な角度から未収を見た。未収の多くは外来で起こる小額の未収であり、高額な未収は入院で起こることが多い。さらに、「15~65 歳」の年齢階級での未収発生率が最も高く、「65 歳以上」の高齢な年齢階級になるにつれ未収発生率は下がるが、金額が高くなる傾向にあった。

その原因を知るために、生涯医療費推計を見てみる。ただし、厚生労働省平成 18 年生涯医療費を参考にし、年齢別の医療費自己負担分になおしたものである。

図 17 生涯医療費推計（自己負担分 単位：万円）



この図からも分かるように、高齢になるほど医療費が高額になることが分かる。特に 60 歳代を超えてからの傾きは特に急である。このことから、高齢期では医療費が高額になり、支払いが困難になるケースがあると考えられる。

したがって、未収発生率が高い「15~65 歳」の年齢階級には未収ができない環境を作る、「65 歳以上」の年齢階級では高額になってくる医療費に対する対策を講じる必要がある。

第 1 章 2 節では、未収発生理由について調べた。ここではその結果を受け、さらに詳しく考察していく。

まずは、未収金発生理由のグラフをまとめる。「回収の働きかけをしていないため、理由がわからない」や、「無回答」のような「未収理由がわからない」ととれる項目を、項目ごとに再構成すると次のようなグラフができる。

図 18 未収金発生理由（金額ベース）

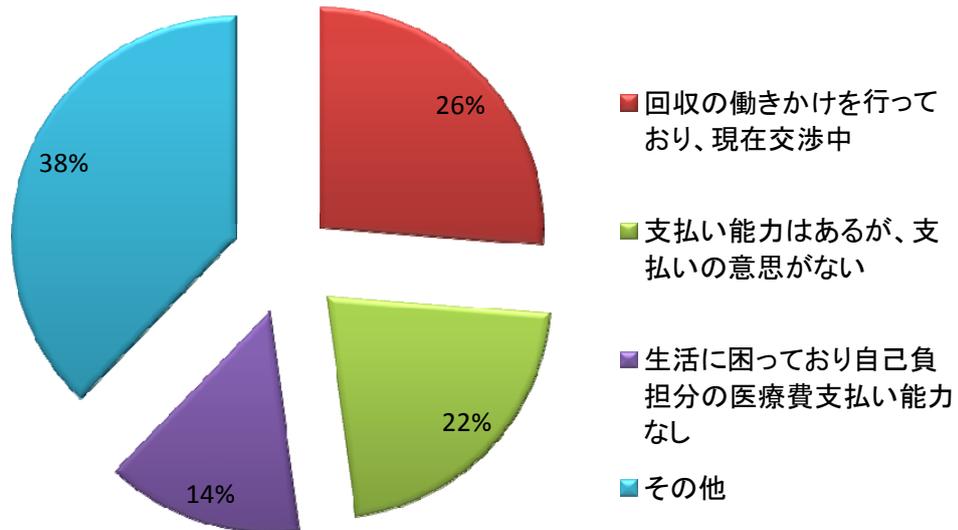
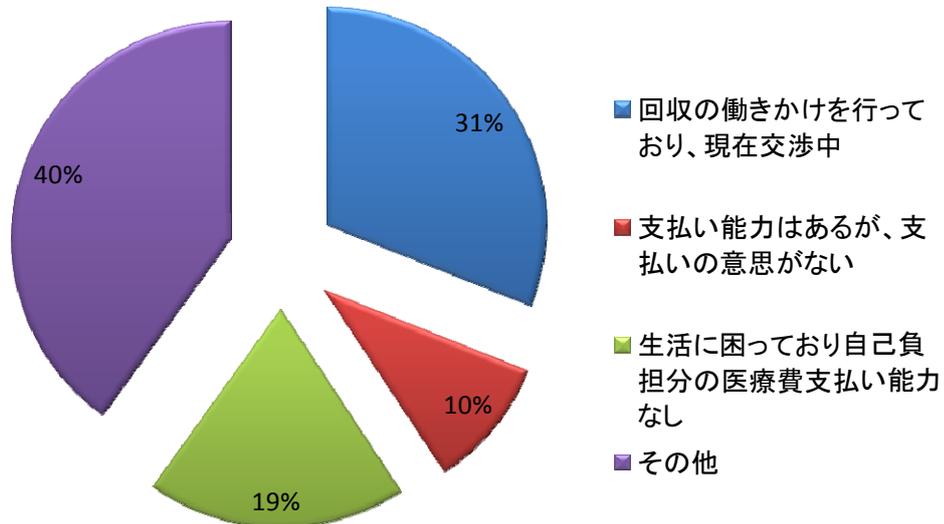


図 19 未集金発生理由（件数ベース）



まずは「悪質滞納者」について見てみたい。アンケートで回答を得られた総件数 21,150 件のうち 22%、つまり約 4,653 件、また未収総金額 1,084,798,956 円のうち 10%、つまり 10,847,989 円の数値から 1 件あたりの平均金額を算出すると約 2,331 円となる。1 章 1 節の患者ごとの未収金額分布のグラフにおいて過半数を占める「1 万円未満」に当てはまる金額である。

このことからわかるように、少額の保証金や前金の積み立てがあれば、悪質滞納者に対して有効な未収防止手段となりうる。

次に、「生活困窮滞納者」について見てみたい。

こちら「悪質滞納者」の場合と同様に算出すると、件数 2,961 件、金額 206,111,801 円、1 件当たりの平均金額 69,608 円となる。第 1 章 1 節にある、「患者ごとの未収金額分布（入院）」において、最も高い割合を占める「5 万円以上、10 万円未満」に属し、大半の案件が入院であると考えられる。

これは、風邪などの軽い傷病ではなく、大金を要する重篤な傷病である。このようなことは、あまり身近には考えられないことかもしれないが、誰もが抱えるリスクであり、経済的

に余裕があれば、貯蓄や民間保険への加入などで事前に準備をしておくことが好ましい。しかし、生活困窮者にとって事前に大金を準備しておくことは容易ではなく、民間保険に加入する余裕のない者も少なからずいるものと思われる。経済格差が拡がりつつあるといわれる中、そうした人々のためにも公的な対策が必要であると言える。

第 2 章 1 節では、未収に対する病院の取り組み、現行制度を記した。ほとんどの病院が未収に対して、何らかの対策を講じており、その回収は職員が行っていた。現行制度である保険者徴収では、制度を使用するまでに規定がありほとんどの未収金には対応できていない。

これらをまとめると未収金問題を解決するには、次のことが重要となる。

- ・ 故意またはやむなく行われる少額の未収をできない環境を作る
- ・ 高齢期や予期していなかった時にかかる多額な医療費に対して策を講じる

次章ではこれらを踏まえた政策提言をしていきたい。

## 第4章 政策提言

### 第1節 政策提言

私たちの掲げる政策提言は大きく分けて下記の二つである。

- ① 社会保障カードまたは公的身分証明書の呈示義務化
- ② 社会保障カードに医療費自己負担分の積立機能を付加

①により、虚偽の申告をして診察を受けようとする患者をより確実に減少させることができ、また、保険者であるかどうかの確認もできる。ただし、緊急を要する場合は社会保障カードまたは公的身分証明書の呈示を治療・診療後にする。また、身分証明書を所持していない場合には住所等の連絡先の記入を求める。

この政策により、医療機関側は患者の情報を知ることができ、悪質滞納者はもちろんのこと、他の「請求先が不明」や「連絡が取れない」といった者に対しても有効である。仮に未収が発生した際にも、回収行動による事務負担は、現行制度下より格段に減るとも考えられる。

- ③ の医療費自己負担分の積立機能とは、個人の医療費自己負担分に充てるための個人勘定基金を公的に積み立て、医療費自己負担を支払う際にはカードを通じて基金から拠出するものである。積立金は、個人が生涯に負担する医療費の最低限必要な金額を、就業期のうちに医療保険料と同時に徴収して個人別に積み立て、積立金は国が管理運用する。医療費がかさみ積立金の残高が0になった場合には、通常の支払い方法で対応する。

この政策により、自己負担分があらかじめ積み立てられるため、少額の未収に対応できる。またこの政策は、突然の医療費発生で急に現金が必要となった場合のリスクを軽減するためのものでもある。ある日、突然、病気になるというリスクは不可避なものであり、そのリスクの大半は、現行の医療保険制度で軽減されている。しかしながら、自己負担分は一定額までは定率負担となっているため、場合によってはその費用は多額となり、とくに低所得者にとっては負担感の大きいものである。現金を用意できない場合には、受診を抑制するか、未払い者となるのを覚悟で受診するか、という選択になる。積み立てを行うことで、未収金が発生する余地を少なくするだけでなく、貯蓄不足で必要な診察が受けられなくなってしまうリスクをも軽減することができる。

また、老人期には3章図(17)の通り、医療費が一気に膨大することも大いに考えられるため、就業期を中心に積み立てを実施することが重要である（高齢期においても積み立ては行うが、少額とする）。さらにこれにより、「三者行為により支払い方法未決定」のため発生した未収金の回収状況も改善されるだろう。

②の政策は、シンガポールなどで実施されている医療貯蓄勘定（MSA）の方式に近いものであるが、根本的な違いがある。この点について、次節では MSA について概観した上で明らかにしていく。

## 第2節 医療費積立機能

我々が提言する医療費自己負担分積み立て機能というのは、シンガポールやアメリカで実施されている医療貯蓄勘定<sup>8</sup>という制度とシステムがよく似たものである。

医療貯蓄勘定（MSA）とは、政府の管理下にある個人毎の口座に、原則全ての国民が定められた金額を納め、医療費や老後のために貯蓄をするというものである。この制度のメリットは大きく分けて3つあるとされる。

1つめは、患者自身が自らの負担分を積み立てるので、予防意識が高まるということである。これは、医療費が全額自己負担であるため、健康促進に努め、余計な医療費が掛からないようにするというものである。

2つめは、安易な受診を抑制するという点である。例えば、病気を患ってしまった時でも、医療費を抑えるため、軽症の場合自分で治そうとする。これにより、医療機関の利用抑制の意識が高まる。

3つめは、積立方式なので突然の医療費発生にも対応できるということである。積み立てを行っているため、残高さえあれば、支払いが滞ることはありえないので、急な出費にも対応できる。

この制度では、医療費を自らの資産のみで賄わなければならないため、個人は健康を維持することに励み、結果として適正な医療費を達成されるという前提に基づいている。上記の通り、健康維持へのインセンティブを与える仕組みとなっている。しかし、この制度にもデメリットがある。それは、個人単位で医療費の貯蓄を行うので、リスクの分散、所得の再分配機能がなくなってしまうことである。さらに、物価の上昇や医療費が高騰した際にも対応できなくなる可能性がある。

それに対して、本稿で提唱するのは医療費の自己負担分のみの積立である。本稿の考え方は、医療費のための積立という点では本来の医療貯蓄勘定の概念と共通しているが、現行の公的医療保険制度は維持していくという点が異なる。以下では、医療費の一部負担金のみを積み立てることを提唱する理由を説明する。

まず、本稿の政策提言の目的は主として、未収金問題の解決にあるからである。現状分析でも述べたように、少額の未収件数が多く、窓口での医療費一部負担金の支払いが問題となっているので、医療費の一部負担額を積み立て、カードによって自動引き落としする方式が有効であると考えた。

もちろん、未収金問題をなくすもう一つの抜本的手段として、医療費自己負担分をなくすことがある。しかしながら、そのデメリットの大きさについては1970年代の老人医療無料化による過剰受診が示すところである。過剰受診を抑えるという点では、定率の自己負担を求めることにメリットがある一方、未収金問題の解決も図るための方策として、自己負担分の個人勘定での積立が最善であると判断した。

また、本稿で提唱する自己負担分のみの積立では、医療貯蓄勘定のように、健康維持・医療費抑制への強いインセンティブを与えることはできないものの、積立金が個人勘定になっており、最終的には本人あるいはその家族が使用できる積立金である分、過剰な受診を抑えるとともに健康維持・医療費抑制へとゆるやかなインセンティブを与える仕組みであるとも考えられる。

<sup>8</sup> 医療貯蓄勘定の紹介は、川淵（2002）など。

次に、現行の医療保険と積立方式を併用する理由を述べる。医療貯蓄勘定を実施し、医療費の全額を自らの資産でのみ賄うというのは、非常にリスクが高いと考えられる。先行研究でも、医療費が一部の個人に偏って発生することが示されており（増原 [2006]、川瀬他 [2007]）、積立金を超える高額医療費がかかってしまう個人も少なからず生まれ、その場合には高額未収が発生する可能性が示唆される。また、もし他国で施行されているような形式の医療貯蓄勘定を、日本で実施するという事は、日本の医療保険の根底にある国民皆保険のメリットを放棄するという事になる。突如特定の個人に発生する医療費というリスクを軽減するには、保険の仕組みを利用するのが望ましい。現行の医療保険制度は、国民皆保険という仕組みにより大きな安心を提供してきただけでなく、世界的に見ても低い医療費を実現させている<sup>9</sup>。国民皆保険を崩すことで公平な医療サービスの提供が保障されなくなることに、抵抗感を抱く国民は多く存在するであろう。また、高齢化が進み、国民皆保険による医療費の再分配が必要とされる日本にとっても、やはり現実的ではない。

以上の理由から、現行の公的医療保険の利点を維持しつつ、医療貯蓄勘定に似た仕組みを部分的に導入することが、未収金問題の解決と公平な医療サービスの保障をもたらす最善の方策であると考えられる。

### 第3節 社会保障カード

未収金問題解決に向けて本稿で提唱する本人確認の徹底と自己負担分積立を実現する上で、自民政権下で検討されていた社会保障カードの導入が一番の近道である。そこで本節では、社会保障カードについて説明し、その有用性について明らかにする。

現在、年金手帳、健康保険証、介護保険被保険者証には多くの個人情報記載されており、これを紛失した場合・盗難にあった場合に、個人情報の流出や悪用の恐れもある。また、資格取得の届出漏れにより、医療保険に未加入という状態が発生しており、そのことが医療機関での未収金の発生原因の一つとなっている。この問題を解消するために、社会保障カード導入の案が浮上した。

厚生労働省の平成 20 年にまとめられた「社会保障カード（仮称）の基本的な構想に関する報告書」には、平成 23 年度中を目途に社会保障カードを導入すると記されている。社会保障カードとは年金手帳、健康保険証、介護保険被保険者証を統合したカードであるこのカードには IC チップが組み込まれており、カードの読み取り機能が付属されている。さらに、医療機関窓口でカードの IC チップを読み取ることで、保険者の資格情報のデータベースにオンラインでアクセスし、即時資格確認を行い、資格情報のレセプトへの自動転記を可能にする仕組みを導入する。これにより、レセプトへの転記ミスによる医療費の過誤調整がなくなるほか、医療機関の窓口でオンラインによる即時資格確認が可能となり、医療保険の資格喪失状態であることがその場で分かるため、保険者・医療機関・審査支払機関における医療費の過誤調整事務が減少する。また、住民基本台帳カードも搭載されており、厳格な個人認証、個人情報の一元的管理が可能となる。

さらに、このカードには上記に挙げた機能のほか、IC チップの区切られた別の明き領域を利用して、追加的な機能をもたせることができるとされている。我々は、その社会保障カードに積立機能をつけることを提言とする。

<sup>9</sup> 「OECD Health Data 2006」によれば、2004 年における医療費の対 GDP 比は日本が 8.0%であるのに対し OECD 平均は 8.9%となっている。

## 第4節 まとめ

未収金の現状・実態、現行制度の限界等から、これを打開する政策として

- ① 社会保障カードまたは公的身分証明書の呈示義務化
- ② 社会保障カードに自己負担医療費の積立機能を付加

の 2 つの政策を提言した。我々は、この政策が現在の医療サービスの質を落とさず未収金にも対応できるものであると考える。

②の政策の実現可能性を議論するにあたってまず考える必要があるのは、どの程度の積立金額を準備すれば生涯の医療費自己負担分をまかなうことができるのかについて、大まかなりにも目安となる金額を示すことである。そこで次章では、先行研究の成果を活用して年齢階級毎の平均医療費の違いや医療費発生の偏りを考慮に入れて、生涯にかかる医療費をシミュレーションにより再現し、それをまかなうための毎月の積立額を算出する。またこの政策下では、積立金を国で管理運用するため、ある程度の利子が発生する。医療費が偏るため、すべての個人の医療費を完全にまかなうことはできない。また、どの程度の金利を保証するかによって必要な積立額は異なる。したがって、次章のシミュレーションでは、毎月の積立額と保障する金利についていくつかの選択肢を設けて分析を行い、この政策の実現可能性を確かめる。

## 第5章 分析

### 第1節 分析

生涯にわたって発生する自己負担医療費分をまかなうために必要な積立金を具体的に導くため、以下の手順によりシミュレーション分析を行った。

分析の土台となるのは、増原 (2006) の累積医療費シミュレーションである。増原 (2006) では、受診率および受診した後の医療費を、加入者の属性や過去の診療状況などで説明する受診率関数および医療費関数を想定し、25 歳から 59 歳までの年単位における組合健康保険の 3 年分のレセプトデータを用いて回帰分析を行っている<sup>10</sup>。

増原 (2006) では、過去の診療状況について複数の想定を置き、それぞれのモデルについて回帰分析しているが、本稿ではそのうち、分析結果をもとに実施したシミュレーションがもっとも現実値と当てはまりがよいとされているモデルを使用することにした。

増原 (2006) で推計された回帰式のうち、本稿で使用するものは以下の推計結果である。(受診率関数)

$$q(m_{it} > 0) = 0.893 + 0.021Female_{it} + 0.012D30_i + 0.004D40_i + 0.027D50_i \\ - 0.263D1_{it} - 0.165D2_{it} - 0.676D3_{it} + \varepsilon_{1it}$$

(対数医療費関数)

$$\ln(m_{it}) = 10.595 + 0.096Female_{it} + 0.026D30_i + 0.255D40_i + 0.620D50_i \\ - 0.684D1_{it} - 0.503D2_{it} - 0.760D3_{it} + \varepsilon_{2it}$$

ここで  $m_{it}$  は当年の医療費、 $q(m_{it})$  は当年の医療費が正である確率、 $\ln(m_{it})$  は当年の医療費の自然対数値、 $Female$  は女性なら 1、男性なら 0 の性別ダミー変数、 $D30_i$  は 30 代なら 1、それ以外なら 0 の年齢ダミー変数、 $D40_i$  は 40 代なら 1、それ以外なら 0 の年齢ダミー変数、 $D50_i$  は 50 代なら 1、それ以外なら 0 の年齢ダミー変数である。また、 $D1_{it}$  は 1 年前の医療費が正で 2 年前の医療費が 0 なら 1 のダミー変数、 $D2_{it}$  は 1 年前の医療費が 0 で 2 年前の医療費が正なら 1 のダミー変数、 $D3_{it}$  は 1 年前の医療費も 2 年前の医療費もどちらも 0 なら 1 のダミー変数である。過去の医療費に関するダミー変数の係数推定値がどれも負であることから、2 年間ともに医療費が発生している個人よりも、2 年間のうちで医療

<sup>10</sup> なお、増原 (2006) で使用されたのは、より一般的と考えられている国民健康保険のデータではない。川瀬他 (2007) によると、国民健康保険は組合健康保険と比較して、医療費の集中度が高く、持続の程度が大きいことが確認されている。したがって、現実の医療費の集中度はより深刻であり、本稿で推計する自己負担分のために必要な積立金は実際よりも過少に推計される可能性があることには注意が必要である。

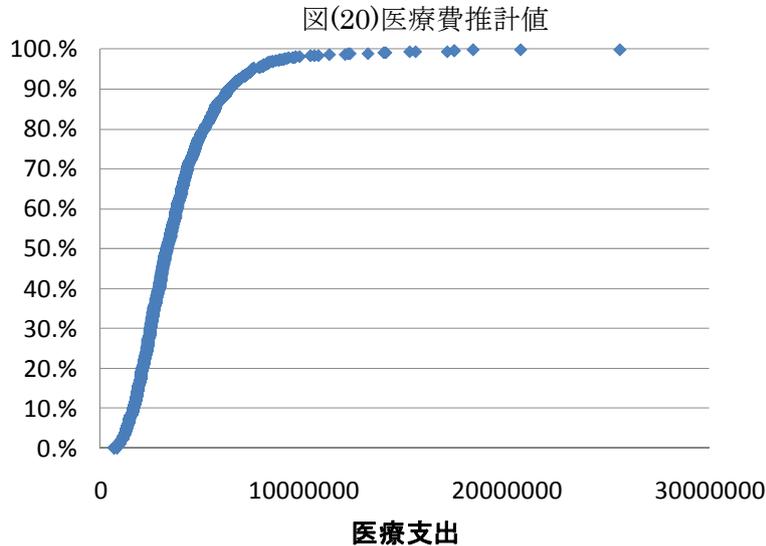
費が発生していない年がある個人の方が、当年の受診率や医療費が低いこと、つまり、医療費には持続性があり、医療費は特定の個人に集中して使用されることが示されている。増原（2006）はこの回帰式をもとに、回帰式の誤差項（ $\epsilon_{1it}$ 、 $\epsilon_{2it}$ ）をレセプトデータの中から無作為抽出して当てはめるというシミュレーション方法で、25歳から59歳までにかかる累積医療費を推計している。それによると、80%の個人の59歳時点での累積医療費は、約400万円以下でおさまるとされている。

当然ながら、本稿ではレセプトデータは利用不可能なので、エクセルで乱数をつくり、回帰式の誤差項にいくつか想定を置いて誤差項を発生させ、累積医療費のシミュレーションを再現した。

まず、20歳から59歳までの1,000人分のシミュレーションを行うため<sup>11</sup>、受診率用と医療費用の2セットの乱数（0から1までの一様分布）を発生させた。つぎに、医療費が対数正規分布にしたがって発生すると仮定して、増原（2006）で報告されている記述統計量（医療費平均94741.14、標準偏差284234.119）から、対数値をとり、平均10.507、標準偏差1.517の分布グラフを作る。そして、この正規分布に従っていると想定し、乱数を発生させて、対数医療費関数の誤差項（ $\epsilon_{2it}$ ）をシミュレートした。さらに、受診率関数の誤差項（ $\epsilon_{1it}$ ）は、シミュレーションの結果として計算される年平均医療費が増原（2006）で報告されている1999年の平均医療費94,741円に近くなるように、平均0、標準偏差0.4の正規分布であると想定し、発生させた乱数を、当てはめて受診率の誤差項を算出した。

シミュレーションには2年前までの医療費の有無に関する情報が必要なので、シミュレーションは17歳からスタートさせて（初期時点の医療費は1年前も2年前も0であるとして）18歳、19歳の医療費を準備し、20歳からのシミュレーションを行った。

（推計した累積医療費に関する情報がほしい。増原（2006）の結果と完全に一致するわけではないが、近いシミュレーション結果が再現された。ということ。図(20)は我々のシミュレートによる医療費分布である。）



今度は、このようにして推計した累積医療費のうちの自己負担分がいくらになるかを次のように計算した。自己負担分医療費（ $E_{2it}$ ）は、

$$E_{it} = \begin{cases} 0.3m_{it} & \text{if } m_{it} \leq 80,100 * 3 \\ 80,100 * 3 & \text{if } m_{it} > 80,100 * 3 \end{cases}$$

<sup>11</sup> 本稿の政策提言の実現可能性を検証するのが目的なので、20代前半の受診状況は20代後半の受診状況と同じであると仮定して、20歳からシミュレーションをしている。

であると仮定した。この式は、基本的自己負担額（3割）と、高額医療費の自己負担限度額（80,100円×3回）を考慮し、算出した<sup>12</sup>。高額医療費の自己負担額は、一般所得者（月額53万円以下）の場合の月額最高限度額を用いた。

次に、こうして推計した累積医療費をまかなうためにどの程度の積立金が毎月必要かを次のようにして計算した。月額積立金を  $P$ 、金利を  $i \times 100\%$ 、積立金残高を  $B$  とし、自己負担医療費との差額をとり毎年の積立金残高を算出する。

$$B_{it} = 12P + B_{it-1}(1+i) - E_{it}$$

この59歳終了時点での残高なので、

$$B_{i59} = \sum_{a=25}^{59} 12P + \sum_{a=26}^{59} B_{ia-1}(1+i) - \sum_{a=25}^{59} E_{ia}$$

となり、第  $i$  個人の59歳時点での積立金残高を算出する。

個人の積立金残高は、毎月の積立金  $P$  と金利  $i$  をいくりにするかによって異なる。本稿では、毎月の積立金  $P$  と金利  $i$  を複数想定し、それぞれのときに59歳時点で積立金が正である個人の比率を計算したものが表1である。

表1 59歳時点で積立金が正である個人の割合

金利(%) 金額(円)	0.5	1	1.305	1.5	2	2.5	3
2,000	89.1%	89.8%	90.4%	90.6%	91%	92.1%	93%
3,000	98.4%	98.5%	98.7%	98.9%	99.1%	99.2%	99.3%
4,000	99.9%	99.9%	99.9%	99.9%	99.9%	99.9%	99.9%
5,000	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(注) 金利1.305%は、長期国債(10年)新発債流利回り(2009年8月時点)を参考にした。

毎月の積立額の設定にあたって考えられる一つの方針は、59歳時点での積立金が正である個人の割合を100%になるようになるようにすることである。これにより、就業期における未収金発生を、かなり確実に防止できる。また59歳以降には、医療費が就業期より更に掛かるケースが多いと考えられ、59歳時点において負の積立金では高齢期の医療費に対応しきれないとも考えたからである。

これを踏まえて月額積立金を設定すると、金利1.305%の場合、最低4,491円の月額積立金が必要であった。月額積立金を上げれば、もちろん正の割合は100%になるのであるが、先にも記したように医療費には持続性があり、特定の個人に集中するため、その他の個人には不要な多額の月額積立金を課すこととなる。またシミュレートした結果、医療費が全く掛からない、または医療費がほとんど掛からない個人の割合も、無視できないほど存在するため、医療費の掛からない個人の積立金はかなり多額になってしまう。

そこで追加の設定として、積立金の上限を設定することとした。金利1.305%、月額積立金4,491円、上限額には老人期においてかかる医療費一部負担金額を適用し、具体的な上限金額を3つの場合を考えた。60~69歳における医療費一部負担金額の加重平均金額1,107,600円を積立金上限額とした場合(I)、また60~75歳における1,815,000円(II)、60

<sup>12</sup> 現実には、年間の医療費自己負担分の上限が月当たりの上限の3か月分で収まるわけではないので極端な仮定であるが、年間の医療費自己負担分の上限に当てはまる個人はごく少数であり、単純化のためこのように想定した。この想定により、必要な積立金の額はやや過少推計される可能性がある。

～79 歳における 2,067,300 円(Ⅲ)を設定してみた。表 2 はどの積立金額にどれくらいの個人がいるかを表した度数表、表 3 はおもな統計量である。

上限額(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)を設けることによって、積立金額の収束が見られたものの、特に少額な積立金の個人が収束するようなケースはなかった。

これらのごことを踏まえて、制度設計に移るとする。

表 2 積立金額の度数分布

積立金額↓	(* )上限金額 (Ⅰ)上限金額 (Ⅱ)上限金額 (Ⅲ)上限金額 がない場合 1,107,600円 1,815,000円 2,067,300円			
2,500,000～2,577,420円	1	0	0	0
2,400,000～2,500,000円	8	0	0	0
2,300,000～2,400,000円	25	0	0	0
2,200,000～2,300,000円	44	0	0	0
2,100,000～2,200,000円	47	0	0	0
2,067,300～2,100,000円	12	0	0	0
2,000,000～2,067,300円	50	0	0	178
1,900,000～2,000,000円	85	0	0	93
1,800,000～1,900,000円	78	0	0	79
1,800,000～1,815,000円	14	0	295	14
1,700,000～1,800,000円	94	0	124	94
1,600,000～1,700,000円	90	0	114	90
1,500,000～1,600,000円	92	0	93	92
1,400,000～1,500,000円	77	0	77	77
1,300,000～1,400,000円	58	0	58	58
1,200,000～1,300,000円	62	0	62	62
1,100,000～1,200,000円	44	0	44	44
1,100,000～1,107,600円	4	610	4	4
1,000,000～1,100,000円	40	176	40	40
900,000～1,000,000円	40	127	40	40
800,000～900,000円	23	45	23	23
700,000～800,000円	13	19	13	13
600,000～700,000円	6	11	6	6
500,000～600,000円	4	5	4	4
400,000～500,000円	2	2	2	2
300,000～400,000円	3	3	3	3
200,000～300,000円	1	1	1	1
100,000～200,000円	0	0	0	0
50,000～100,000円	0	0	0	0
1～50,000円	1	1	1	1
0円	0	0	0	0

表 3 積立金額の記述統計量 (単位 : 円)

	最大値	最小値	平均値	中位値	標準偏差
上限額なし(*)	2,577,420	466	1,607,636	1,635,971	420465.1
上限額(I)	1,107,600	466	1,052,452	1107600	0.105558
上限額(II)	1,815,000	466	1,527,750	1,640,708	327767.5
上限額(III)	2,067,300	466	1,593,641	1,640,708	391670.2

## 第6章 制度設計

---

5章で得られたシミュレーション結果を基に詳細な制度設計を行う。

### I. 積立金額

まず我々は、一定額の積み立てを実施し 59 歳時点での積立残高が正であることが最善であると考えた。その結果、今回のシミュレーションでは、全ての人の積立残高が正である金額は 4,491 円だった。よって、4,491 円を定額の積立金額とする。

### II. 積立停止

5章で示した通り、上限金額を設けることで残高に負の影響は見受けられなかった。我々の目的は最低限必要な医療費を貯蓄することである。そこで上限金額を 60~69 歳時に掛かる平均自己負担額である 1,107,600 円に設定し、その金額以上の積み立ては申請により停止することができるものとする。その場合、積立残高が上限金額を下回った時に、再び積み立てを開始する。

### III. 保険適用外医療費

差額ベッド代や食事代等の、保険適用外の医療費は積立残高から引き落とすものとする。その際、残高に不相応な医療費の浪費を防ぐために、病院に患者の積立残高の情報を開示する。

### IV. 低所得者援助

生活資力が無く、月額積み立てが困難な者に対して税金からの補填を行う。所得に応じて必要な金額を援助する。

以上の点をまとめ、以下の政策を提言する。

- ① 社会保障カードまたは公的身分証明書の呈示義務化
- ② 社会保障カードに積立機能付加、医療費引き落とし（保険適用外含む）
  - ・医療保険と同時に月額 4,491 円を徴収
  - ・積み立てが 1,107,600 円に達した場合、申請により積み立て停止可
  - ・医療機関に残高情報開示
  - ・低所得者に税金から補填

## おわりに

---

本論分を通して我々は、「15~65 歳」の年齢階級には未収ができない環境を作ること、「65 歳以上」の年齢階級では多額になってくる医療費に対する対策を講じる必要があること、少額の保証金や前金の積み立てが悪質滞納者に対して有効である一方、生活困窮者にはリスク回避のため、対策を講じる必要があることが分かった。

それらを踏まえて、医療費自己負担分の積立機能を導入することで未収金問題を解決することができる考えた。そしてシミュレーション分析を行い、月額積立金 4,491 円が適切であることを、分析結果より導き出すことができた。

しかし、現実にこの制度を実施する際に、4 点の課題が残った。課題は以下の通りである。

- ① 国民健康保険でのレセプトデータを用いての検証
- ② 高額医療控除額の再検討
- ③ 医療保険未加入者または医療保険料未納者への対応
- ④ 積立残高の開示により、病院の悪用の可能性

# 先行論文・参考文献・データ出典

---

## 先行論文・参考文献・データ出典

### 《先行論文》

増原宏明 (2006) 「就業期累積医療費と医療貯蓄勘定—レセプトデータを用いたシミュレーション例—」, 『フィナンシャル・レビュー』, 第 80 号, 94-116 頁。

### 《参考文献》

川瀬晃弘・鈴木亘・小椋正立 (2007) 「国民健康保険による医療費の集中と持続性」, 法政大学ディスカッションペーパー, No.21。

川淵幸一 (2002) 『医療改革—痛みを感じない制度設計を—』, 東洋経済新報社。

金井将人・相澤勝健・加藤充子ほか (2009) 「未収金発生防止の事例 MSW と協働する未収金発生防止—医療ソーシャルワーカーの果たすべき役割—」, 『医事業務』第 16 巻第 337 号, 35 - 41 頁。

佐々木繁 (2004), 「分娩料金未払い対策」, 『周産期医学』第 34 巻第 12 号, 1867-1872 頁。

寫田理佳 (2003), 「厚生労働省調査にみる京都府内の外国人患者による医療費未払いの現状」, 『日本看護研究学会雑誌』, 26(3), 443 頁。

田邊由紀子・田中秀隆・武田寿満子ほか, 「医事課と看護部の協働による未収金対策の実践とその効果」, 『日赤医学』第 58 巻第 2 号, 425 - 429 頁。

医療・介護経営研究会 (2009), 「医療・介護経営の現状と課題(181)徴収不能引当金と利用者負担の未払い問題」, 『厚生福祉』第 5627 号, 12-19 頁。

「保険者徴収を基本に対応(未収金回収)」, 『週刊社会保障』, 第 63 巻第 2522 号, 2009 年 3 月 16 日号, 15 頁。

全日本病院協会, 「平成 20 年度病院経営調査報告 (概要)」

京都新聞 (2009) 10 月 13 日「医療・介護の倒産、過去最多」

厚生労働省保険局 (2008) 「未収金に関するアンケート調査報告」(平成 20 年 5 月 28 日)

厚生労働省保険局国民健康保険課 (2008) 「一部負担金減免及び保険者徴収実施状況調査の結果について」, 第 4 回「医療機関の未収金問題に関する検討会」資料 5

国保新聞(2009) 7 月 20 日「厚生省が保険者徴収新基準 60 万円超または滞納処分者 一部負担 未収金回収対象」

四病院団体「診療における患者自己負担金の未収問題について」(2006)

### 《データ出典》

OECD Health Data 2006

[http://www.oecd.org/home/0,3305,en\\_2649\\_201185\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/home/0,3305,en_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html)

総務省統計局政策統括官（統計基準担当）・統計研究所 HP

<http://www.stat.go.jp/index.htm>

厚生労働省 HP

<http://www.mhlw.go.jp/index.shtml>