

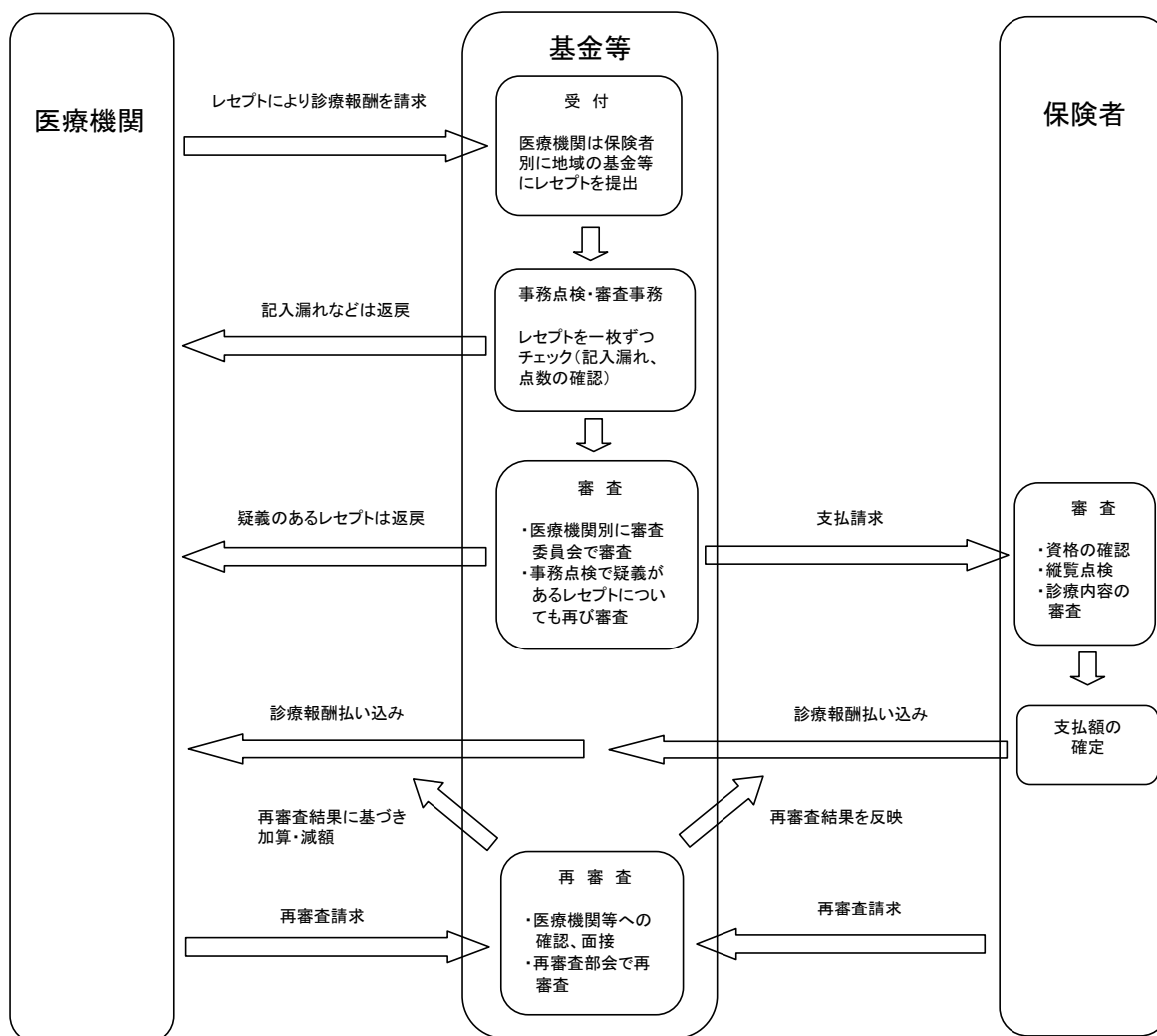
診療報酬債権¹

I . 診療報酬債権

1. 診療報酬債権の概要

診療報酬債権とは、保険医療機関が被保険者およびその扶養者に対して保険診療を行ったことの対価として、保険医療機関が社会保険診療報酬支払基金または国民健康保険団体連合会（以下、あわせて「基金等」）から支払いを受ける債権である。

図表1 診療報酬の請求・審査・支払いの流れ



¹ 調剤報酬債権の格付けについても、基本的に同じ考え方を適用する。なお、介護給付費債権については、参考レポート「介護給付費債権流動化の課題」参照。

医療機関は、被保険者の自己負担以外の医療費を保険診療を行った翌月 10 日までに基金等に診療報酬明細書（以下「レセプト」）を送付して請求する。基金等は、医療機関から請求のあったレセプトが適正であるか否かを健康保険法第 70 条と第 72 条に定められる保険医療機関及び保険医療養担当規則（以下「療養担当規則」）等に基づいて審査したうえで、保険者に支払請求を行う。保険者は、自らもレセプトを審査して支払額を確定した後に、保険料により基金等に診療報酬を払い込み、基金等は保険者から払い込まれた診療報酬を医療機関に振り込む。

このように、基金等による医療機関への診療報酬の支払いは保険者からの診療報酬収入を原資として行う形態をとっているため、診療報酬債権の債務者は誰かが問題となる。この点、1973 年 12 月 20 日の最高裁判決は、社会保険診療報酬支払基金が保険者から診療報酬の支払委託を受けたときは診療担当者に対し、自ら審査したところに従い自己の名において支払をする法律上の義務を負うこと、国民健康保険団体連合会についても、保険者から審査および支払の委託を受けたときは、診療機関に対し支払義務を負うことを判示し、基金等が診療・調剤報酬債権の債務者となることを明らかにした。

2. 診療報酬審査支払機関と診療報酬債権の信用力

(1) 社会保険診療報酬支払基金

【概要】

社会保険支払基金(以下支払基金)は、1948 年「社会保険診療報酬支払基金法」の制定により設立された特殊法人であり、国民健康保険を除く各保険者からの委託に基づき保険医療機関から申請のあった診療報酬の審査・支払いを行っている。なお支払基金は基金法の一部改正により 03 年 10 月より民間法人化された。

【組織・審査体制】

支払基金は本部・東京に理事会(理事 17 名以内：保険者・被保険者・診療担当者の各代表 4 人、公益代表 5 人)を置き、支部を全都道府県に置いている。また各支部には業務運営を協議する幹事会が設置されており、幹事会は理事会と同様に、保険者・被保険者・診察担当者・公益の各代表同数(2 名)で構成されている。

一方、診療報酬請求書・レセプトの審査に関しては本部に「特別審査委員会」、各支部に「審査委員会」が設置されており、審査委員会は診察担当者・保険者の代表及び学識経験者の三者で構成(同数)され任期は 2 年となっている。審査委員会の下には運営委員会の他、専門部会・再審査部会・調剤審査部会等が設置されており、このうち一定点数以上の高点数明細書等については審査専門部会が審議する仕組みとなっている(本部・特別審査委員会は医科 42 万点・歯科 20 万点以上が対象)。因みに 03 年度末での審査委員数(定数)は全国で 4,536 名、うち専任審査委員数は 671 名である。

【審査実績】

支払基金の診療報酬の審査実績は 04 年度確定ベース(04 年 3 月～05 年 2 月)で 10 兆 527 億円(前年比 0.3%減)、件数では 7 億 9984 万件(同 1.7%増)であった。うち医科は 7 兆 4674 億円(1.1%減)、4 億 8071 万件(0.3%増)に達している。また 42 万点以上の超高額レセプトも年間 8,000 件以上審査している。

こうした膨大な審査業務に関して、レセプト OCR 処理による業務の効率化が図られるとともに、①組織見直し等による業務処理の効率化、②職員定数削減など組織のスリム化が求められている。このため基金の事務費手数料も、99～01 年度は据え置かれたが、02・03 年度は各 2 円引き下げられており 03 年度の審査支払分 114.20 円、調剤分 57.20 円という実績である。

【診療報酬債権の信用力評価】

支払基金からの各医療機関に対する診療報酬の支払いは、保険者からの診療報酬を原資として行われている。このため保険者からの収納状況が支払基金の支払能力を左右するが、納期内での収納率は共済組合が 99%台と高率な反面、中小組合の多い健保組合等については 85%前後で推移するなど格差が大きい。支払い遅延に関しては予め保険者から受け入れている委託金や基本金の取り崩しで対応している。また最近増加している健保組合の解散事例に関しては、診療報酬の支払い義務は政管健保に承継される仕組みとなっている。

(2) 国民健康保険団体連合会

【概要】

国民健康保険団体連合会(以下国保連合会)は、国民健康保険法第 83 条の規定に基づき、保険者(市町村お呼び国保組合)が共同で設立した公法人で、各都道府県に一団体ずつ設立されている。設立の認可、また予算・決算等の提出が義務付けられるなど各都道府県知事が監督権限を有している。

一方、国保連合会の加入保険者のうち 3 分の 2 以上が加入した場合、他のすべての保険者も当該区域内の会員となり、この連合会の下に診療報酬審査委員会が置かれることになっている。国保連合会は各保険者との契約に基づき、保険医療機関等から提出される診療報酬審査や支払いを行うことができるため、現在全ての国保保険者が連合会に審査・支払いの委託を行っている。

【審査手続き・財源など】

国保連合会の運営に関しては各都道府県が独自で行っているが、支払基金と同様、レセプト審査に関しては三者構成による審査委員会の審議が必要であるなど、共通点は多い。国保連合会での支払確定件数は一貫して増加しており、03 年度実績で 7 億 4200 万件、過去 10 年間で約 8 割増である。

また高額なレセプトに関しては、国保連合会を会員として構成する社団法人国民健康保険中央会(以下国保中央会)が設置する特別審査委員会で行われている。支払基金と同様、対象は医科で 42 万円以上、04 年度実績で総件数は 10492 件(前年比 1.2%増)、心臓疾患が全体の約 3 割を占めている。

国民健康保険に関する費用は原則、契約保険者が全額負担する仕組みとなっている。一方で診療報酬の審査・支払いの迅速化を図るため、事務経費の一部に関しては国庫補助が行われている。

【診療報酬債権の信用力評価】

支払基金と同様に、各医療機関に対する診療報酬の支払いは、保険者即ち市町村国保及び国保組合からの収納状況に左右される仕組みだが、収納率は各連合会とも概ね 100%に近い水準を維持している。なお保険者からの支払い遅延が生じた場合は、金融機関からの借入れで対応することになっている。

【総合評価】

規制緩和委員会等に対し、保険者のレセプト審査の許容など保険者機能の強化を求める要望もあるが、上記 2 審査機関で年間 15 億件超に達する診療報酬の審査・支払いを円滑かつ効率的に処理する組織体制の構築は容易ではない。

一方で今秋以降、本格的に審議される医療保険制度の抜本的な改革案に関しても、国民皆保険制度が前提とされており、現行の社会保険に基づく診療報酬制度の枠組みは今後とも維持される見込みである。

以上の点を総合的に判断すると、診療報酬の審査支払機関である支払基金及び国保連合会は国に準じる信用力を有するものと考えられる。

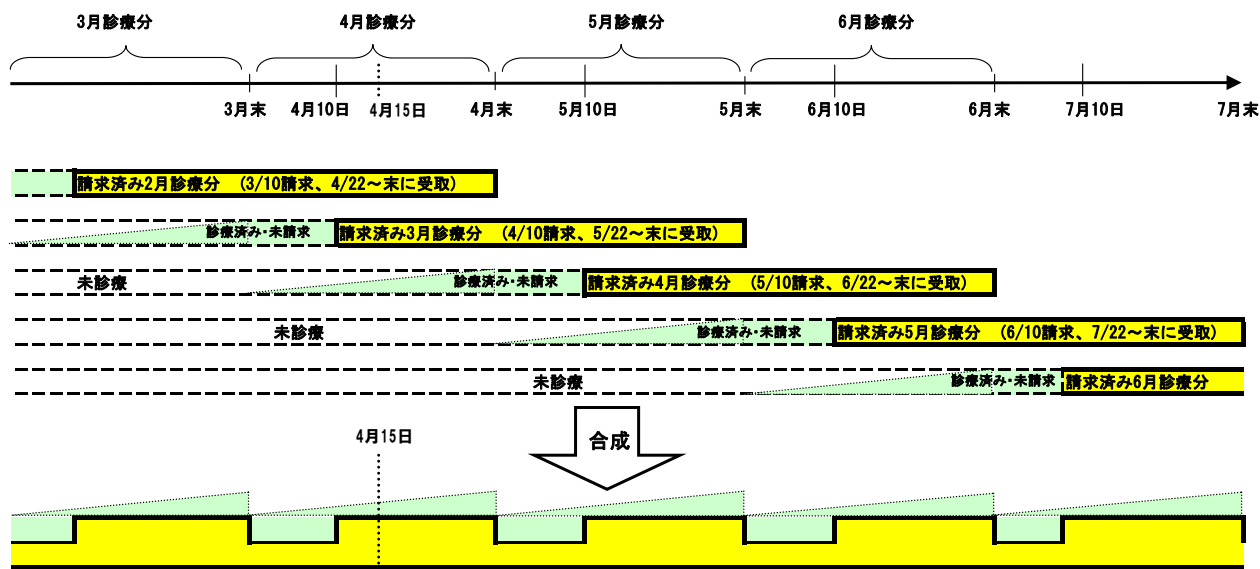
II. 診療報酬債権のリスク

1. 現在債権と将来債権

診療⇒請求という債権発生のプロセスに着目すると、診療報酬債権は次の 3 つに分類できる。キャッシュフローの確実性の度合いは①が最も大きく、③が最も小さい。

- ①現在債権（診療済み且つ請求済みの債権）（図表の黄色部分）
- ②診療済みだが未請求の債権（図表の薄緑色部分）
- ③将来債権（未診療）（図表の白色部分）

図表2 時間の経過と診療報酬債権の関係



2. 診療報酬債権（現在債権）のリスク

(1) 不正請求

オリジネーターである医療機関において水増し請求などの不正請求が発覚した場合、基金等がその後

発生する診療報酬支払いを減額相殺するリスクが存在する。流動化ビークルに譲渡した診療報酬債権が不正請求に基づくものであるか如何にかかわらず、基金等が債権譲渡について異議なき承諾をしない限り、流動化ビークルへの支払いが減額されるリスクは完全には回避できない。

医療法施行規則は1日平均患者数や許可病床数に応じて医師や看護師の標準数を定めているが、標準数どおりの医師を確保できない病院は多く、大学病院などの医師の名義を借りて標準数が確保されているように見せかけているところも存在する。医師数が確保できなければ病院として存続することができず、診療所に格下げになってしまうことなどが背景にある。一方、診療報酬単価は、病院が届け出た医師数に基づいて決まり、また、現員が標準数の6割に満たない場合は報酬額を減額して請求することになっているため、医師数を水増ししていた病院は、(受給額の水増しが目的でないにしても)結果的に診療報酬を不正に請求していたことになる。

各都道府県に設置された社会保険事務局の立入検査(監査)の結果、不正請求の事実が確認されると、病院に対して不正受給額の返還請求がなされる。悪質な場合は保険医療機関指定が取り消され、その病院は新たな経営主体が引き継ぐか、さもなければ廃院するしかない²。

不正請求の事実が確認されても、通常、基金等はいきなり流動化ビークルへの翌月分の支払いを減額相殺するのではなく、まずは病院に対して不正受給額を返還請求する。保険医療機関指定取り消しが決定しても、実際に指定を取り消すまでには、入院患者の転院先や新たな経営者が見つかるまで1ヶ月程度の猶予を置くことが多く、指定取り消しの決定で即、医療法人が破綻するわけではない。ただし、医療法人が破綻し、医療機関に不正請求金額の返還を行う資力がないような場合などでは、流動化ビークルへの支払いが減額相殺される可能性は残る。さらに、不正請求金額が減額相殺でカバーされない場合は、基金等が既に流動化ビークルに支払い済みの診療報酬に対し、民法に基づく不当利得の返還請求を行う可能性も(理論的には)ある。

なお、医療法施行規則が地域の事情を十分考慮せず、患者数に応じて医師の標準数を定めていることが名義借りの原因の一つであったという議論もあり、厚生労働省は、へき地で医師の確保が難しい場合は都道府県知事が裁量で基準を緩和できるような方向で制度を見直す方針であると報じられている³。

(2) 希薄化

診療報酬では、記入漏れ、記載事項誤り(保険者相違、保険証番号相違等)等の事務的内容の誤り、診療内容に誤りがある場合の返戻や、療養担当規則に基づいて基金等が審査した結果の減額(減点)が経常的に発生する。このほか、一部のレセプトに関して請求月の翌月までに審査結果が出ない場合(支払いは請求の翌々月以降となる)、保険者の再審査請求による支払減額分と診療報酬等の相殺(保険者は、医療法人への支払いが完了したレセプトについても、レセプトに疑義がある場合は後日再審査請求を行うことが可能となっており、再審査により診療報酬等の支払減額が認められた場合は、当該減額分について当月の診療報酬支払いと相殺される)による希薄化も発生する。

² 医療法で規定する必要病床数を実際の病床数が上回るオーバーベッド地域では、保険医療指定を取り消された医療機関の運営を別の経営者が引き継ぐことは原則認められていないので、入院患者を転院させた後廃院にすることになる。

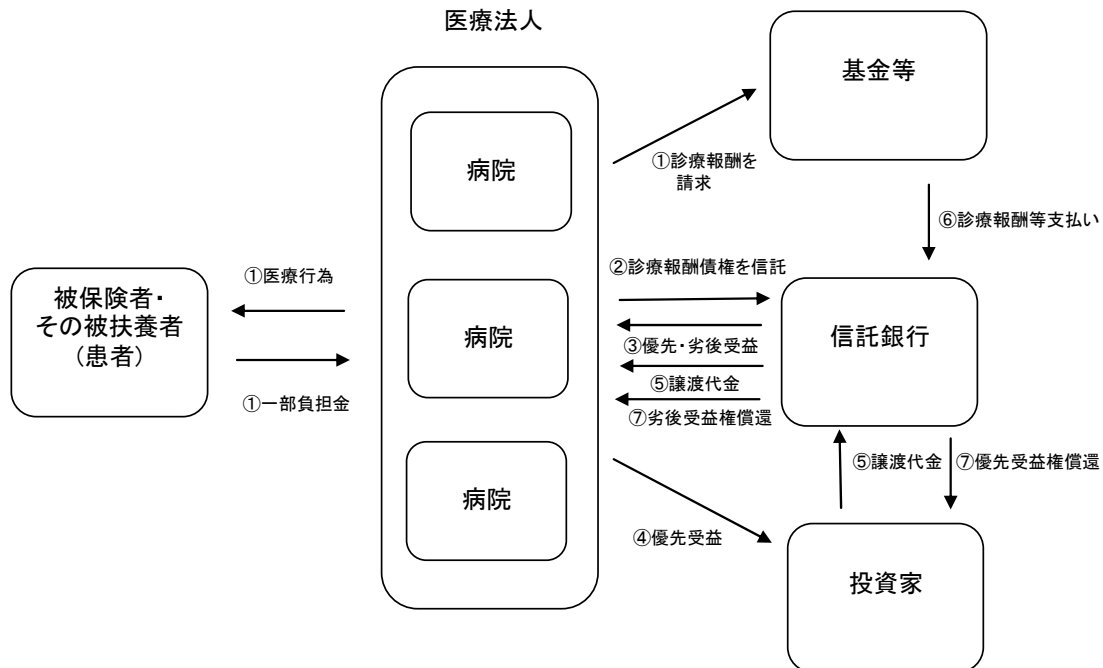
³ 05年6月27日付北海道新聞

III. 格付けの枠組み

1. 前提とする流動化スキーム

本稿で前提とする流動化スキームは以下の通り。最もシンプルな信託方式を例にとっている。

図表3 信託方式のスキーム図



- ① 医療法人（病院）は、被保険者やその被扶養者に保険診療を行い、一部負担金を窓口で徴収する。医療法人（病院）は、基金等にレセプトを送付することで保険対象分の金額を請求する。
- ② 医療法人が保有する診療報酬等債権を信託銀行に信託譲渡する。
- ③ 医療法人が毎月基金等への請求を行った都度、信託銀行は当該月分の優先受益権および劣後受益権を発行する⁴。
- ④ 優先受益権を投資家へ譲渡し、劣後受益権は医療法人が保有する。
- ⑤ 投資家から支払われた優先受益権譲渡代金を医療法人が受領する。
- ⑥ 診療報酬債権の期日に、基金等が信託銀行に直接、診療報酬を支払う（査定返戻分控除後金額）。
- ⑦ 投資家に対して優先受益権の元本を交付し、残額を劣後受益権の償還に充てる。

2. 診療済みかつ請求済みの債権の格付けの枠組み

⁴ 債権譲渡は対抗要件具備の便宜上、1~3年分の債権をまとめて行い、優先受益権譲渡は毎月、医療法人（病院）が基金等に対して当月分の診療報酬を請求し、債権金額が確定する度に1ヶ月分ずつ行うことが多い。格付けは通常、優先受益権譲渡のタイミングで毎月付与していく。

(1) 診療報酬債権の支払いの確実性

I. 2. のとおり、診療報酬の審査支払機関である基金等は国に準じる信用力を有するものと判断され、診療報酬債権の流動化商品に対しても同等の格付けの付与が可能である。

(2) 医療法人のスクリーニング

診療報酬債権における最大のリスクは不正請求であることから、原則として、会計事務所や監査法人による以下の点のデューデリジェンス（末尾「主なデューデリジェンス項目」を参照）を受け、問題が報告されていない医療法人がオリジネーターとなっている債権のみを格付け対象とする。

- ・事務体制が適正であること
- ・施設基準を充足していること
- ・信用不安、資金繰り難に陥っていないこと

上記の観点から問題があると判断された医療機関をオリジネーターとする診療報酬債権は、格付けには適さないとする場合もあり得る。格付けを付与するとしても、低い格付けとなることもある。ただし、多数のオリジネーターが1つの流動化ビークルに診療報酬債権を譲渡し、オリジネーター間で劣後受益権や劣後持分を共有するスキームでは、オリジネーターごとの債権金額が分散されていることを条件に、スクリーニング要件は緩和される。

(3) 希薄化リスクへの対応

返戻、減点、審査の継続、保険者の過払い返還請求による診療報酬の相殺により優先受益権の償還原資となる診療報酬債権の入金が償還期日において一部遅延または減額されるリスクが存在する。このリスクに対しては、ヒストリカルデータに基づきストレステストを行うことにより、目標格付け相当の超過担保を設定することで対応する。

優先受益権の格付けを基金等の信用力と同等のJ-1+格に収斂させるため、各月の請求額に対する未入金額の割合（返戻、減額等、希薄化の各種要因を全て織り込み、社会保険診療報酬支払基金・国民健康保険団体連合会を別々に算定）を基に、ストレス倍率を適用し信用補完水準を設定する。ストレス倍率は3倍を最低限の水準として、ヒストリカルデータのボラティリティ、証券化対象債権の分散度（病院数や各病院の金額割合）、請求件数、医療法人の事務能力、大口返戻の有無、その他デューデリジェンス・ミーティングで確認された事項などを勘案した上で最終的な超過担保の水準を定める。

短期の信託受益権では、格付けの対象は優先受益権の償還期日における元本償還・収益配当に関するタイムリーペイメントの確実性であり、仮にある月の入金額が激減すると、タイムリーペイメントが維持できないこととなる。また、施設数が1つの場合、ある月に当該施設の未入金が大幅に増加してしまうと、他の施設のキャッシュフローでカバーすることができない。したがって、超過担保比率の算定では対象施設数と金額分散の度合いを考慮することが必要となる。

(4) その他の論点

①二重譲渡と対抗要件具備

診療報酬債権では通常、民法 467 条 1 項に従い、債権の譲渡人である医療機関が基金等に対する通知書を作成し、この通知書に公証人による譲渡日付の確定日付を受け、民法 467 条 2 項に従った確定日付のある証書として基金等に通知する。同じ債権がすでに第三者に譲渡されていたり、担保提供されており、通知により対抗要件が具備されていたりした場合には、基金等に債権譲渡を確認する時点（払い込みの前）で発覚することになる。

②否認

05 年 1 月 1 日施行の改正破産法及び改正民事再生法では否認要件が限定され、信託譲渡・受益権譲渡については、対価が適正であることを前提として、委託者が対価を費消、隠匿するなどしてその責任財産の絶対額を減少させる意思を有しており、かつ、かかる委託者の意思を投資家やその代理人が知っている場合でなければ、譲渡の時期を問わず、否認の対象とならないこととなっている。

3. 診療済み・未請求の債権

図表 2 で 4 月 15 日の時点を見ると、2 月に診療し 3 月 10 日に請求した債権、3 月に診療し 4 月 10 日に請求した債権、4 月 15 日までに診療済みの債権（未請求）、の 3 つが診療済み債権として存在する。診療済み・未請求の債権も現在債権であるとする前提に立てば⁵、4 月 15 日を第 1 回として流動化を毎月実行する場合、残存期間が 15 日しかない 2 月診療債権を除いても、4 月 15 日以降、常に最低約 1.5 か月分の現在債権が存在するとみなすことができる。

診療済み・未請求の債権を含む流動化の場合、格付けを付与するためには、2. で述べた論点に加えて以下の要件を充足することが必要である。ただし、多数のオリジネーターが 1 つの流動化ビークルに診療報酬債権を譲渡し、オリジネーター間で劣後受益権や劣後持分を共有するスキームでは、仮に 1 つのオリジネーターに関する回収金がゼロでも、他のオリジネーターに関する回収金で格付け対象の流動化商品の元本償還原資を確保することができる。このため、オリジネーターごとの債権金額が分散されており、診療済み・未請求の債権特有のリスクが劣後受益権や劣後持分の水準を適切に設定することでカバーされることが認められれば、以下の要件は緩和することが可能と考えられる。

- ・診療行為が行われた時点で診療報酬債権が成立すると解される旨の法律意見書を取得する。
- ・請求額の過大申告など、資金提供者に対するフロードを抑止するため、表明保証項目を追加し、スクリーニングの基準も厳格化する。
- ・医療法人の破綻により請求が行われない場合に備え、バックアップ請求事務代行者を設置。さらにバックアップ請求事務代行者が稼働するまでのタイムラグを考慮し、信託受益権の予定償還期

⁵ 診療報酬債権がどの時点で発生するかにつき、81年3月23日の大阪地裁判決は「保険医療機関の診療報酬請求権は委任事務報酬請求権の性質を有すると解される。したがって、委任事務報酬請求権は、受任者が委任の本旨に従って事務を処理したときに発生するものである」、83年5月27日の大阪高裁判決は「医療機関は、右委任の趣旨に従った事務処理、すなわち、法及び規則に適合した療養の給付を行った場合に、これにつき診療報酬請求権が発生する」と述べている。

日と最終償還期日の間に1～2ヶ月のタイムラグ（テール期間）を設ける。

- ・①翌月に請求されないレセプトが一定額発生する②医療法人の破綻の場合は医師の症状詳記が得られないものと想定し、2ヶ月目債権の超過担保水準を高く設定する。

以上

【主なデュエディリジェンス項目】

1. 施設基準

- 医師の充足状況（医師の実在性確認）
- 看護師の充足状況（看護師の実在性確認）
- 施設基準の充足状況

2. ヒストリカルデータ

- 請求額/入金額等の正確性
- 大口返戻原因及びその対策/請求額の急激な増減原因
- 患者別請求一覧表（またはそれに準ずるもの）とレセプト等との照合
- 高度医療の有無
- 医師会/医学部との関係
- 診療報酬改定の影響

3. 医事課の体制

- 医事課の人員/経験年数/離職率/外部委託先
- レセプト入力者/点検担当者/責任者の経験年数等
- 研修体制/頻度
- 請求事務マニュアルの有無
- 返戻・減点に対する原因分析と対応策
- 直近の診療報酬改定による請求事務の影響

4. 財政状況および経営成績

- 経営状況/納税状況
- 貸付先/借入先
- 理事長/MS 法人等との関係

5. その他

- 医療事故防止対策等の状況（安全管理委員会の有無・体制/安全管理担当者の有無/院内感染対策）
- 直近の立入検査（医療法 25 条）の結果及び改善状況
- コンプライアンスの体制（研修状況/研修頻度等）
- （財）日本医療機能評価機構/ISO の取得状況
- 医療法人格付けの取得方針