

判例から学ぶ医療と法 — 第53回

「不正・不当請求と保険医療機関指定、保険医登録の取り消し」

東京高裁平成23年5月31日判決

弁護士法人杜協同阿部・佐藤法律事務所
 弁護士 三橋要一郎

◆事案の概要

平成16年9月28日、Y(社会保険事務局*)が、X医師および同医師が開設する「Xこどもクリニック」に対して個別指導を実施。診療録の記載内容などに疑義を認めため、同年11月、患者131名に対して実態調査を実施したところ、36名分につき架空請求などが強く疑われた。平成17年1月24日、2月3日に実施した個別指導の結果、受診の事実がないにもかかわらず、初診料・再診料・処方せん料を請求している疑いがあることが判明。

Yは同年3月14日・15日に監査を実施し、下欄のとおり、本件診療所には79名分(合計37万0820円)の不正請求および29名分(同7万5,669円)の不当請求、保険医であるX医師には「保険医療機関及び保険医療費担当規則」(以下「療担規則」という)に反する事実があるとそれぞれ認定した。

①「架空請求」

- a. 実際には診療していない患者の家族を診療した扱いとして、初診料・再診料・処方せん料を不正に請求した。
- b. 成人にのみ投与することが認められている吸入薬を、子どもの患者に投与する目的で、実際には診療していない当該子どもの親を診療したかのように装い、初診料・再診料・処方せん料を不正に請求した。

②「付増請求」

- a. 当時薬剤の14日以上長期投与が認められていなかったところ、慢性疾患に罹患した患者に対し、28日分の薬剤を処方したにもかかわらず、14日ごとに処方したとして、再診料・処方せん料を不正に請求した。
- b. 抗インフルエンザ薬について、前回処方日と投与間隔が短いことから、実際には診察を行っていない日に診察を行ったとして診療録に記載し、再診料・処方せん料を不正に請求した。

③「その他の請求(不正請求)」

疾病の予防目的の保険診療は認められていないところ、インフルエンザに罹患していない者に対して、同感染予防のために行った診療について、感染症に対する保険診療を実施したとして、再診料・処方せん料を不正に請求した。

- ④X医師は、上記①～③に関して保険診療をしたかのように診療録に不実記載を行い、本件診療所に診療報酬を不正に請求させたほか、Yによる監査に際して診療録に患者の症状経過および所見を加筆し、あたかも診察時に記載したかのように診療録を改ざんした。

Yは、その後実施した聴聞手続きの中で、X医師から一部誤認がある旨指摘があったことを受け、再度患者調査を経て、最終的に、患者75名分(診療報酬請求書148枚分)、合計34万5,176円の不正請求の事実を認定した。

Y事務局長は、厚生労働省保険局長への内議、社会保険医療協議会の答申を経て、平成17年11月25日付で本件診療所の保険医療機関の指定およびX医師の保険医の登録を、それぞれ取り消す旨の処分を行った。

X医師は、取消処分の前提とされた事実には一部誤認があり、また、本件取消処分は裁量権を逸脱するものであって違法であるとして、国に対して本件取消処分の取り消しを求めて提訴。訴訟では、(1)Yが認定した事実が認められるか否か(事実誤認の有無)、(2)取消処分の要件である不正・不当請求を「重大な過失」により「しばしば」したと評価されるか、(3)本件取消処分が公平・比例原則に反する違法なものかなどが主な争点となった。

◆判決の要旨

- (1) 裁判所は、取消処分の前提となった不正・不当請求にかかる各事実につき検討を行い、最終的に患者64名分(診療報酬明細書139枚分)の不正請求、患者25名分(診療報酬明細書40枚

分)の不当請求があったと認定した。

- (2) X医師が上記のような請求などをしてきた期間は、監査対象となったものだけでも約2年間に及び、X医師自身の供述によれば、それ以外にも同種の事案では同様の対処をしていたのであって、架空請求や付増請求が常態化していたことが認められ、不正・不当請求を「しばしば」行っていたと認定できるとした(「しばしば」行っていたか否かは、不正請求の合計額や比率の低さに左右されるものではない)。

また、X医師は非対面で診察したものなどについて、保険診療上の診察に該当すると考え診療報酬請求したもので、「重大な過失」とは言えないと主張するが、X医師が保険診療上の診察は対面診察に原則限られることを認識せず、療担規則の内容も知らなかったこと自体が「重大な過失」に当たると言わざるを得ないとした。

以上を踏まえ、本件では、不正・不当請求を「重大な過失」により「しばしば」したものと評価され、取消処分の実体的要件は満たすと判断した。

- (3) ただし、本件では、①各行為の態様・悪質性の程度(保険診療上許容されるものではないが、患者のためを思っている行為であり、悪質性が高いとまでは言えないものが占める割合が多い)②利得の有無・金額(不正・不当請求を合わせて約37万円と高額でない)③頻度(X医師の診療総数の中ではごく一部にとどまる)④動機(自己の経済的利益のためではなく、患者やその家族の要請で、患者の利益になると考えて行ったもの)⑤代替措置の有無(Yとしても個別指導を行ったうえで経過観察したり、監査を行ったうえで、他の処分にとどめることも十分可能であった)などからすれば、取消処分に伴う不利益の大きさ(原則5年間は再指定・再登録を受けられない)にも鑑みると、X医師および本件診療所に対する本件取消処分は、社会通念上著しく妥当性を欠くことが明らかであり、Y事務局長に認められた裁量権の範囲を逸脱したもので違法であるとして、同処分の取り消しを認めた。

◆この判例をどう理解するか

健康保険法等に基づく「指導」は、保険診療の質的向上・適正化を目的として、全ての保険医療機関・保険医を対象に行われるものであるのに対して、「監査」は診療内容・診療報酬請求に不正・著しい不当の疑いがある場合に、事実関係を把握するために行われる(指導・監査制度)。そして、監査後には、確認された事実に応じて、「取消」、「戒告」および「注意」の行政上の措置がとられる。

厚生労働省の公表資料によれば、平成28年度には、保険医療機関に対する個別指導は1,601件、

監査は28件となっており、保険医に対する個別指導は4,986人、監査は103人となっている(いずれも医科のみの数字)。また、指導・適時調査・監査による返還金額は約89億円にものぼっている。

本件では、結論として、判決により取消処分自体が取り消されたが、X医師による保険診療や本件診療所の診療報酬請求自体が、正当なものと評価されたものではない。たとえ患者の利益のためであっても、算定基準・要件に沿わない診療報酬請求が許されるわけではない。また、判決も指摘するように、保険医・保険医療機関である以上、療担規則や算定基準・要件の内容を知らないでは済まされない。意図的なものではなく、過失による不正・不当請求でも処分の対象となり得ることも認識し、適切な保険診療および診療報酬請求を心掛けることが必要不可欠である。

なお、診療録は診療報酬請求の根拠となるものであり、診療の都度、診療の経過など必要事項を適切に記載することが求められる。本件では、裁判所はX医師の一連の行為につき全体として悪質性が高くはない旨評価しているが、監査に際しての診療録への加筆については、診療録の信用性を減殺するものであって決して許されるものではなく、悪質性が高いと強く非難している。記載の不備の補正・補完を目的としたものであっても事後的な加筆は、逆に不正請求などの疑いを招きかねないので避けるべきである。

なお、指導・監査制度自体に関しては、日弁連も平成26年8月に意見書を公表するなど、手続きの透明性、指導の密索性、指導・監査・行政処分の連動という運用実態などについて問題点が指摘され、指導対象とする診療録の事前指定・弁護士への立会権などの改善・配慮が要望されている。指導・監査に弁護士が立ち会うべきか否かは事案によって判断が異なり得るが、重大な処分も想定される場合には、必要に応じてまずは相談されたい。

◆この判例からどう学ぶか

- ①保険医の登録を受けている以上、療担規則や診療報酬算定基準・要件を十分に理解したうえで、診療にあたる必要がある。
- ②適切な診療報酬請求という観点からも、診療録は、診療の都度、診療の経過などを具体的に記載すべきである。また、補完の意味合いであっても事後的な加筆は、逆に疑義を持たれかねないため避けるべきである。

注※) 保険医に対する指導・監査等の事務は、本件取消処分がなされた当時は社会保険庁の地方社会保険事務局が実施していたが、平成20年10月から厚生局に移管されている。