

(三) 「標準として」

保険給付として支給された金品を課税の標準となる収入としない、という意味である。

第二節 療養の給付及び入院時食事療養費等の支給

(平一四法一〇二・節名追加)

第一款 療養の給付並びに入院時食事療養費、入院時生活療養費、保険外併用療養費及び療養費の支給

(平一四法一〇二・款名追加、平一八法八三・改称)

(療養の給付)

第六十三条 被保険者の疾病又は負傷^(一)に関しては、次に掲げる療養^(三)の給付を行う。

- 一 診察^(四)
 - 二 薬剤又は治療材料の支給^(五)
 - 三 処置、手術その他の治療^(六)
 - 四 居室における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護^(七)
 - 五 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護^(八)
- 2 次に掲げる療養に係る給付は、前項の給付に含まれないものとする。

- 一 食事の提供である療養^(九)であつて前項第五号に掲げる療養と併せて行つもの（医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七条第二項第四号に規定する療養病床（以下「療養病床」という。）への入院及びその療養に伴う世話その他の看護であつて、当該療養を受けるとき、六十五歳に達する日の属する月の翌月以後である被保険者（以下「特定長期入院被保険者」という。）に係るものを除く^(十)。以下「食事療養」という。）
 - 二 次に掲げる療養であつて前項第五号に掲げる療養と併せて行つもの（特定長期入院被保険者に係るものに限る。以下「生活療養」という。）
 - イ 食事の提供である療養
 - ロ 温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成である療養
 - 三 厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であつて、前項の給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養（次号の患者申出療養を除く。）として厚生労働大臣が定めるもの（以下「評価療養」という。）
 - 四 高度の医療技術を用いた療養であつて、当該療養を受けようとする者の申出に基づき、前項の給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養として厚生労働大臣が定めるもの（以下「患者申出療養」という。）
 - 五 被保険者の選定に係る特別の病室の提供その他の厚生労働大臣が定める療養（以下「選定療養」という。）
- 3 第一項の給付を受けようとする者は、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる病院若しくは診療所又は薬局のうち、自己の選定するものから受けるものとする。
- 一 厚生労働大臣の指定を受けた病院若しくは診療所（第六十五条の規定により病床の全部又は一部を除いて指定

を受けるときは、その除外された病床を除く。以下「保険医療機関」という。）又は薬局（以下「保険薬局」という。）

- 一 特定の保険者が管理する被保険者に対して診療又は調剤を行う病院若しくは診療所又は薬局であつて、当該保険者が指定したもの
 - 二 健康保険組合である保険者が開設する病院若しくは診療所又は薬局
- 4 第二項第四号の申出は、厚生労働大臣が定めるところにより、厚生労働大臣に対し、当該申出に係る療養を行う医療法第四条の三に規定する臨床研究中核病院（保険医療機関であるものに限る。）の開設者の意見書その他必要な書類を添えて行うものとする。
- 5 厚生労働大臣は、第二項第四号の申出を受けた場合は、当該申出について速やかに検討を加え、当該申出に係る療養が同号の評価を行うことが必要な療養と認められる場合には、当該療養を患者申出療養として定めるものとする。
- 6 厚生労働大臣は、前項の規定により第二項第四号の申出に係る療養を患者申出療養として定めることとした場合には、その旨を当該申出を行った者に速やかに通知するものとする。
- 7 厚生労働大臣は、第五項の規定により第二項第四号の申出について検討を加え、当該申出に係る療養を患者申出療養として定めなかつたこととした場合には、理由を付して、その旨を当該申出を行った者に速やかに通知するものとする。

（平一四法一〇二・全改、平一七法七七・平一八法八三・平一七法三二・一部改正）

【要 旨】

- (1) この条は、保険給付のうち、最も中心的な給付とされる療養の給付の範囲および療養の給付の受給方法について規定したものである。併せて、同条第二項では療養の給付に含まれないものとして、「食事療養」、「生活療養」、「評価療養」、「患者申出療養」及び「選定療養」に係る給付を規定している。
- (2) 療養の給付の対象となる疾病の範囲については、当初は、なるべく広く解する必要性は認めるが、あまり範囲を拡大すると多大の経費を要し、被保険者がその負担に耐えられなくなるので、この経済上の負担を考慮し、療養の方法は傷病を回復させるのに十分にして最も経済的な方法をとることが必要であるとされていた。その後、国民医療、医療保障ないしは社会保障という見地から社会保険の有する社会的使命というものが考えられるに至り、一般に医師または歯科医師としての診療の必要があると認められる疾病または負傷に対しては給付されるべきものであるという考え方に変わってきた。
- (3) 療養の給付の範囲については、法制定当初は、
 - 一 診察
 - 二 薬剤または治療材料の支給
 - 三 処置、手術その他の治療
 - 四 看護
 - 五 被保険者の移送
 と定められており、処置、手術その他の治療については、緊急の場合その他保険者が必要があると認める場合以外は、一回二〇円の費用が限度であった。

また、保険者が必要ありと認めるときにのみ、病院に収容することができた。

療養の給付（第六十三条）

次いで、昭和十七年の法改正により、新たに「病院又は診療所への収容」が療養の給付の内容に追加され、療養の給付の範囲は、

- 一 診察
- 二 薬剤または治療材料の支給
- 三 処置、手術その他の治療
- 四 病院または診療所への収容
- 五 看護
- 六 移送

に改められた。

なお、昭和五十九年の法改正により、療養の給付の範囲にさらに変更が加えられた。すなわち、療養を受ける者の選定にかかる特別の病室の提供等、厚生大臣〔当時〕の定める療養（選定療養）については療養の給付が行われず、特定療養費が支給されることとなったものである。

なお、平成六年の法改正により、在宅医療に対するニーズの高まりを踏まえ、在宅医療にかかる法律上の位置付けを明確化するとともに、新たに現金給付として移送費が創設されたことにより、現行第一号から第五号の範囲に改められた。また、選定療養のほか、入院時の食事療養についても療養の給付は行わないこととし、当該食事療養については入院時食事療養費が支給されることとなったものである。

平成十八年の法改正により、入院時の食事療養は、食事の提供である療養であるが、医療保険適用の療養病床が、医療機能の他、介護保険適用の療養病床と同様、「住まい」としての機能も併せ持っていることに着目し、療養病床に入院する高齢者について、食事の提供と日常的な療養環境の調整である入浴の提供等の基礎的な居住サービスを提供を一体的に評価し、「生活療養」と位置付けた。

さらに、選定療養については、当初、差額ベッド等アメニティ的な類型が位置付けられていたが、類型を追加していく過程で、治験のようにいずれ薬事承認を受ければ保険に導入されるような類型についても追加された結果、従来より、概念的な整理が必要ではないかとの批判があった。

また、平成十六年末の厚生労働大臣と規制改革担当大臣との間の「いわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意」において、「将来的な保険導入のための評価を行うものであるかどうか」の観点から現行制度を抜本的に見直し、「特定療養費制度」を廃止し、「保険導入検討医療（仮称）」（保険導入のための評価を行うもの）と「患者選択同意医療（仮称）」（保険導入を前提としないもの）とに新たな枠組みとして再構成する」とこととされた。

これらを踏まえ、高度先進医療（特定承認保険医療機関において保険診療と併用）および選定療養を廃止し、患者から負担を求めることができるものを、将来的な保険導入のための評価を行うものであるかどうかの観点から、「評価療養」および「選定療養」に再構成した。また、「特定療養費制度」の廃止に伴い、評価療養又は選定療養を受けたときは、その療養に要した費用について、「保険外併用療養費」を支給することとなった。（法第八十六条）

平成二十七年の法改正により、現行の「評価療養」とは別に、「患者申出療養」が新設された。これは、将来的な保険導入を目指す療養であるが、「厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養」に該当せず、現行の「評価療養」の対象となっていないものが存在しており、困難な病氣と闘う患者が保険外併用療養費として療養を受けられない場合があるため、そのような患者から治療を受けたいという要請（申出）を受け、当該療養を保険外併用療養費の支給の対象とすることができるようにしたものである。

- (4) 療養の給付の受給方法とは、被保険者がいかなる医療機関または薬局からいかにして療養の給付を受けるかということであるが、この療養の給付を担当する医療機関または薬局に関する制限は健康保険法施行以来数回改められた。

すなわち、施行当初は、「被保険者ハ保険者ノ指定シタル医師又ハ歯科医師中自己ノ選定シタルモノニ就キ之ヲ

受クルコトヲ得」前条ニ規定スル医師又ハ歯科医師処方箋ヲ交付シタルトキハ被保険者ハ保険者ノ指定シタル薬剤師中自己ノ選定シタル者ニ就キ薬剤ヲ受クルコトヲ得」と規定され、保険者がそれぞれの被保険者のために医師、歯科医師、薬剤師を指定し、その指定を受けたものから療養の給付を受けることになっていた。

この場合、政府管掌健康保険（現行・全国健康保険協会管掌健康保険）においては、施行当初は政府は、日本医師会、日本歯科医師会および日本薬剤師会との間に団体請負契約を結び、これに基づき、三団体は元請の形をとり、三団体が自己の団体に属する医師、歯科医師または薬剤師のうち、健康保険の診療または調剤に従事する担当者を定め、これを都道府県知事に届け出て、保険医、保険歯科医、保険薬剤師としての指定を受けた。一方、被保険者は、これら保険医、保険歯科医、保険薬剤師のうち、自己の選定したもつから自由に療養の給付を受け得ることとした。これを団体自由選択主義と称する。また、このほか、保険者である政府は、官公立大学附属病院、公立病院等の主なものについても指定を行つていた。

健康保険組合管掌の健康保険については、自己の経営する医療機関のほか、政府と同様に日本医師会と契約を結び、あるいは、事業主医局につき事業主と契約し、そのほか官公立大学附属医療機関等と契約し、これらの契約に基づきそれぞれの医師、歯科医師または薬剤師から療養の給付を受けるようになっていた。

以上の診療または調剤組織に画期的な変革をもたらしたのは、昭和十七年の法改正である。すなわち、「前条第一号乃至第四号ノ給付ヲ受ケントスル者ハ命令ノ定ムル所ニ依リ保険医及保険薬剤師並ニ保険者ノ指定スル者ノ中自己ノ選定シタル者ニ就キ之ヲ受クルモノトス」「保険医又ハ保険薬剤師ハ命令ノ定ムル所ニ依リ医師、歯科医師又ハ薬剤師ニ就キ行政官庁之ヲ指定ス」「医師、歯科医師又ハ薬剤師ハ正当ノ理由ナクシテ保険医又ハ保険薬剤師タルコトヲ拒ムコトヲ得ス」と規定された。

すなわち、療養の給付は、保険医、保険薬剤師について受けるか、保険者の指定する者から受けることとなり、保険者の指定する者とは事業主医局、官公立大学附属病院等であるが、保険医、保険薬剤師は行政庁が一方的に指定

することとなり、これに対し医師、歯科医師または薬剤師は、正当な事由がなければこれを拒むことができなくなつた。これが強制指定制度といわれるものである。

このような制度に改めた理由は、従来の制度は、保険医等の身分については行政庁は関与せず、これに対する監督も医師会等の内部的規制に委ねられ、診療組織に関する法的根拠も不十分で、その実態もまちまちで統一を欠いたものであり、また、健康保険制度の拡充とともに一般大衆の療養がこの制度を通じて行われることとなり、したがつて、被保険者ができるだけ広範囲の療養担当機関を利用できるよう組織を充実しなければならなくなつたからである。

また、従来は、政府または健康保険組合が、それぞれの被保険者のための療養担当機関として、医師、歯科医師、薬剤師をそれぞれに指定していたのであるが、この改正後の規定により、都道府県知事（現行・厚生労働大臣）が一本で指定することとなり、したがつて、指定された医師、歯科医師、薬剤師は、いずれの保険者の管掌する被保険者に対しても療養の給付を担当する共通の機関となつたのである。

次いで、昭和二十三年七月に改正が行われ、従来の強制指定制は、社会保険医療機関等の強化、戦時における保険医の確保策としての価値を有していたものの、一方、医師等の精神的自由を損ない、また積極的に保険診療を推進するに欠ける点があつたので、これを任意指定制度に改め、「保険医又ハ保険薬剤師ハ命令ノ定ムル所ニ依リ医師、歯科医師又ハ薬剤師ニ就キ都道府県知事之ヲ指定ス 都道府県知事前項ノ指定ヲ為サントスルトキハ当該医師又ハ薬剤師ノ同意ヲ得ルコトヲ要ス」と定められた。すなわち、指定は本人の自由意思によりその同意に基づいて指定することとなり、指定を受けても、一定の予告期間を設ければ自由に辞退することができるようになったのである。

さらに、昭和三十一年三月に保険医療組織について抜本的な改正が行われた。

すなわち、「第一項第一号乃至第四号ノ給付ヲ受ケントスル者ハ命令ノ定ムル所ニ依リ左ニ掲グルモノノ中自己

ノ選定スルモノニ就キ之ヲ受クルモノトス」と規定され、

「一 都道府県知事ノ指定ヲ受ケタル病院若ハ診療所又ハ薬局（以下保険医療機関又ハ保険薬局ト称ス）

二 特定ノ保険者ノ管掌スル被保険者ノ為ノ診療又ハ調剤ヲ行フ病院若ハ診療所又ハ薬局ニシテ当該保険者ノ指定シタルモノ

三 健康保険組合タル保険者ノ開設スル病院若ハ診療所又ハ薬局」

の三種類の医療機関または薬局から療養の給付を受けることとなった。

この改正が画期的改正といわれる理由は、従来、「保険者ノ指定スルモノ」は別として、療養の給付を担当するのは、医師、歯科医師または薬剤師を保険医または保険薬剤師として指定し、この個人が担当するという方式がとられていたところ、昭和三十三年三月の改正は、この個人方式を改め、病院、診療所または薬局という機関が療養の給付を担当することとしたからである。すなわち、右に掲げた三種類の療養の給付の担当機関のいずれも機関としてとらえられている。このうち、最も注目すべきものは、第一号の保険医療機関または保険薬局で、これが従来の保険医、保険薬剤師にかわる役割を果たすものであり、また、その性格からしてもその数からしても、療養の給付を担当する機関の中核をなすものである。第二号は、従来の「保険者ノ指定スルモノ」のうち、旧政府管掌健康保険については旧社会保険病院、組合管掌健康保険については事業主薬局等がこれに該当する。第三号は、健康保険組合直営の病院、診療所または薬局である。

このような制度に転換したのは、従来の個人指定方式が、今日の医療組織の実態に即応せず社会保険医療の運用の面から種々の不合理な問題を生ずるに至ったからである。

なお、機関による方式のみでは療養の給付担当の責任体制が不十分な面も残るので、保険医、保険薬剤師の制度も存置させた。しかし、新しい制度における保険医、保険薬剤師は、従来と名称は同一であるが性格はまったく異なったものである。すなわち、従来のように療養の給付を担当する機関ではなく、療養の給付を担当すべき保険医

療機関または保険薬局において、診療または調剤に従事すべきものの資格要件にすぎず、しかも、医師、歯科医師、薬剤師であれば、原則としてすべて登録され保険医または保険薬剤師になれるのである。

平成六年の法改正により、療養の給付の範囲が改められたことにもない、従来、保険者が直接行うこととされていた「看護」および「移送」が、療養の給付から外れたため、療養の給付は第三項に規定する三種類の医療機関または薬局のみが担当することとされたものである。

平成十年の法改正により、都道府県知事（現行・厚生労働大臣）は、病床過剰地域内の病院等において、医療法に基づく勧告に従わない場合には、新たな病床の全部または一部について保険医療機関の指定等を行わないことができ、また、既存の保険医療機関等を含め、指定の申請等のあった病院について、①医師、看護婦（現行・看護師）その他の従業者の人数が医療法に定める数を勘案して厚生大臣（現行・厚生労働大臣）が定める基準に満たないときや、②その他適正な入院医療の効率的な提供を図る上で保険医療機関等として著しく不適當と認められるときは、その病床の全部または一部について、保険医療機関の指定を行わないことができるものとした（第四十三条ノ三〔現行・第六十五条〕改正）ことにより、第三項第一号にその除外された病床を除く規定がされた。

【解釈と運用】

（一）「疾病」

疾病の定義としては、「身体の一時的異常であつて、一定の内的又は外的刺激によつて惹起される異常な細胞現象」であるとされ、また、「身体中の一定の臓器組織の機能の障碍に基づいて身体の臓器組織のいずれかが生理的な機能を営まない」状態であるとされている。このような医学的な定義は、もちろん疾病自体にはあてはまるものであるが、健康保険法上の保険事故としての疾病の定義としては、ただちに該当するものではない。健康保険法においては、右の定義に該当するような疾病のうち、ある程度のまたはある範囲のものを保険事故としての疾病と

して取り上げるからである。そしていかなる程度のあるいはいかなる範囲の疾病を保険事故としての疾病とするかについての態度は、次第に変化してきている。

すなわち、施行当初は、疾病であっても、身体異常の結果個人の労働能力に影響を及ぼし被保険者の平常の労働に障害を来たすものを保険事故としての疾病として取り扱うこととし、労働能力にまったく関係のない疾病は除外するものとしていた。したがって、雀斑、黒子、面皰、近視眼、遠視眼、斜視、色盲、白毛、多毛、吃音、多汗症、不妊症、子宮屈傾、先天性畸形、単なる肩凝および腰痛、老衰、軽度の不眠症、胎児の位置異常等は疾病として取り扱わず、貧血、常習性便秘、扁平足、包茎、禿頭症、腋臭、月経不順、悪疽等は医師において疾病と認むべき程度のもののみを保険事故とすることとしていた。

しかし、昭和十六年に至り、従来の労働能力との関連性を払拭し、診療方針を「健康保険ノ診療ハ被保険者ノ健康保持増進上最モ妥當適切ナルモノタルヲ要シ先天性タルト後天性タルトヲ問ハズ医師トシテ治療ヲ要スト認メラルル程度ノ傷病ニ対シ之ヲ為スモノトス」と改め、労働能力と直接関係なくとも、被保険者の健康の保持増進上必要と認められれば疾病の範囲内とすることとした。したがって、現在では、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」第十二条で「一般に医師又は歯科医師として診療の必要があると認められる疾病又は負傷に対して」を行うとされている。

したがって、施行当初は疾病の範囲外とされていたものでも、現在では範囲内とされるものが相当数あり、その範囲は極めて広いものである。たとえば、先天性陰閉鎖症は、生理的な機能回復のため治療を要すると医師が認めれば疾病の対象に入り、斜視も通常は入ることとなり、先天性唇唇、顔面部粉瘤、先天性軟口蓋欠損、不眠症、手足のひび、瘡等も通常入るとされるようになってきていることがその一例である。

「従来保険診療の対象外として取り扱われてきた半陰陽、類宦官症、不妊症、月経異常であつて、保険医において診療の必要があると認められたものは、身体的苦痛の有無にかかわらず、今後療養の給付の対象となること。（昭

和三七年九月二五日保険発第九四号）」

「近視等の屈折異常を主訴とする患者に対する診療は、療養の給付として取り扱って差し支えない。（昭和四〇年一月一日保険発第一四号）」

なお、現在においても単なる美容上の目的をもって行う瘢痕除去手術、単なる健康診断、子宮発育不全で特別症状のない場合の治療手術等は除外されている。

次に、疾病についての取扱い事例を若干例示すれば、

「身体に違和ありとして診療を求めたとき、診断の結果何等疾病と認むべき徴候なき場合にもその診断に要した費用は、療養に要した費用として請求できる。（昭和一〇年一月九日保規第三三八号）」

また、健康診断については保険給付の対象外である（「保険医療機関及び保険医療費担当規則」第二十条第一号のハ）が、診察の結果保険医が特に治療を必要と認めた場合は、その後の診察については療養の給付の対象となる。さらに、精密検査と保険給付の扱いについては、

「保健所が成人病対策として市町村の要請により、心臓病又は癌の集団検診を行った結果、病状の疑いありとするものが、同日又は他日、自己の選定する医療機関（検診を行った医療機関を含む。）で精密検査を受けた場合は、当該精密検査が集団検診の一環として予め計画され又は予定されていたものでないことが客観的に明らかである場合に、集団検診の結果、疾病又はその疑いがあると診断された患者について、治療方針を確立するなどのために精密検査を行う必要がある場合には、当該精密検査を保険給付として取り扱って差し支えない。

この場合において、同一医療機関において同日に行われる精密検査は、集団検診の一環として予め計画され又は予定されていたものと認められる場合が多いので、十分精査のうえ処理するよう配慮されたい。（昭和三九年三月一八日保文発第一七六号）」

異常出産および正常出産の取扱いについては、

療養の給付（第六十三条）

「医師の手当を必要とする異常分娩の場合、保険医療機関において手当を受けたときには療養の給付として取り扱う。

正常分娩の場合において、医師の手当を受けても療養の給付の範囲外とし、右に要した費用は被保険者の負担である。(昭和二十七年一月二八日社発第八二号)」

「鉗子分娩の必要があつて入院した患者の産褥経過中の悪露交換は産褥に異常があり、その異常の治療として必要な場合のほかは療養の給付の対象とならない。(昭和三三年二月一〇日保険発第一七四号)」

肢体不自由児の治療について、

「被保険者又は被扶養者である児童が肢体不自由児施設に入所したとき、その児童の状態が疾病として治療を要するものと認められるときは、療養の給付を行うべきであるから当該施設を保険医療機関として指定し療養の給付をなすこと。(昭和三五年八月二日保文発第一八二三号)」

(二) 「負傷」

負傷の医学的定義としては、「身体の一時的異常であつて物理的な又は化学的な外力によつて起る身体組織の毀傷をいう」等の定義がなされているが、健康保険上の保険事故としての負傷とかかる医学的定義に該当する負傷との関係は、(一)において説明したところと同様である。

(三) 「療養の給付を行う」

療養の給付とは、傷病の治療を目的とした一連の医療サービスを給付するというものであり、療養費用の給付すなわち現金給付に対し現物給付といわれる。

現物給付にすべきか現金給付にすべきかは、社会保険における基本問題の一つであるが、現在では次の理由から疾病保険における疾病または負傷に対する保険給付は原則として現物給付方式が採用されている。

第一に、現金給付として被保険者に療養費用を前払いするときは、これを療養の費用に充てず他の用途に流用

するおそれがあり、第二に、療養費用を後払いとすれば、被保険者は一時医師に支払い金を立て替えておかなければならず、その結果安全な療養を受けることができないばかりでなく、場合によっては療養をなすことができないようになるかもしれないからである。

なお、療養の給付は、

「被保険者の資格取得が適正であれば、その資格取得前の疾病又は負傷に対しても被保険者として受け得る期間、給付するものである。(昭和三六年一〇月一六日保文発第四一二一号)」

(四) 「診察」

診察には、内科、外科その他すべての診療科に属する診察および歯科医師の診察を含む。また診断に必要な、試験、検査も包含される。診察には往診による診察も認められるが、往診に要した交通費については保険者は負担しない。

(五) 「薬剤又は治療材料の支給」

薬剤の支給にあたっては、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」第十九条の規定により、厚生労働大臣の定める医薬品以外の医薬品の支給は認められない。

厚生労働大臣の定める医薬品は、薬価基準に記載されている医薬品ならびに投薬または注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、局方品たるガーゼ、焼セツコウ、脱脂綿および絆創膏である。

薬剤の投与にともなう容器の取扱いとしては、

「投薬時における薬剤の容器は、原則として保険医療機関から患者へ貸与するものとする。(平成六年三月一六日保険発第三五号)」

「患者が希望する場合には、患者にその実費を負担させて容器を交付しても差し支えないが、患者が当該容器を返還した場合は当該容器本体部分が再使用できるものについては当該実費を返還するものである。(平成六年三月一

六日保険発第二五号)」

「患者に直接投棄する目的で製品化されている薬剤入りチューブ及び薬剤入り使い捨て容器のように再使用できない薬剤の容器については、患者に容器代金を負担させることは、認められない。(平成六年三月一六日保険発第二五号)」

治療材料とは消耗品のなもので、たとえば、手術後に使用する副木、関節挿入膜、病院収容時における氷のこともは処置にともなう消耗品として治療材料の支給に属し、また、「療養上必要あるコルセットは療養の給付として支給すべき治療材料の範囲に属す(昭和一七年四月二日社発第三四三三号)」ることになっている。なお、

「水枕、水嚢、吸入器、吸入器用アルコール、胸部湿布帯、体温計は、治療材料とはならぬ。(昭和二年一月二九日保理第八〇八号)」

(六) 「処置」

ほう帯の巻替、薬の塗布、患部の洗滌、罂法、点眼、酸素吸入、異物除去等をいう。

(七) 「手術」

諸種の穿刺術、剝出術、切截術、整形術、切開術、結紮術、縫合術、剝離術、切断術等をいう。

(八) 「その他の治療」

理学的療法すなわち、電気療法、超短波治療、赤外線治療、紫外線治療、レントゲン線表層もしくは深部治療、ラジウム貼布もしくは照射治療、マッサージ、熱気浴、薬浴等を包含する。

(九) 「居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護」

わが国では、従来、医療を提供する場として、病院等の医療機関が中心となってきたが、国民の疾病構造が感染症中心から生活習慣病中心へと変化し、長期間の療養生活を送る患者が増加している中で、家族とともに住み慣れた家で療養生活を送りたいという在宅医療に対するニーズが高まっている。

この号は、平成六年の改正において、こうした国民のニーズを踏まえ、在宅医療にかかる法律上の位置付けを明確化するために設けられたものである。

「居宅における療養上の管理」とは、訪問診療等による在宅患者に対する医学的管理を意味するものであり、また、「療養に伴う世話その他の看護」とは、在宅患者に対する保険医療機関等による訪問看護等を意味するものである。

(十) 「病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護」

病院または診療所とは、医療法上の病院または診療所を意味し、したがって病院とは、「医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であつて、二十人以上の患者を入院させるための施設を有するもの」であり、診療所とは、「医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であつて、患者を入院させるための施設を有しないもの又は十九人以下の患者を入院させるための施設を有するもの」である。

「その療養に伴う世話その他の看護」は、平成六年の改正において設けられたものであるが、これは、付添看護の解消にともなうものである。すなわち、付添看護とは医療機関の従業者以外の者により、看護・介護サービスを提供するものであるが、これが、患者に重い保険外負担を生じさせているとともに、看護・介護サービスは医療機関のスタッフが連携して提供すべきという観点から、その質の確保という面でも問題を有しているため、従来よりその解消を図ることが重要な課題となっていたものである。

このため、付添看護については、原則、平成七年度末までに解消することとするともに、看護・介護サービスは保険医療機関において提供すべきとの考え方を明確化することとしたものである。

なお、平成六年の改正前においては、第四十三条第一項第五号(現行・第六十二条第一項第五号)には「看護」が位置付けられていたが、前記の趣旨により、看護は保険医療機関において提供すべきものとされたことから、改

正によりこの規定は削除された。

しかしながら、平成六年改正法附則の第四条において、平成八年三月三十一日（付添看護の状況その他の事情を勘案し、厚生省令で定める要件に該当する病院または診療所として都道府県知事の承認を受けたものについては、厚生省令で定める日）までは、これらの規定が引き続き適用され、療養費払いの形式により付添看護療養費が支給されることとなっていた。

「健康保険法等の一部を改正する法律（平成六年法律第五十六号）附則

第四条 厚生大臣の定める病院又は診療所（新健保法第四十四条第一項第一号に規定する特定承認保険医療機関を除く。）において、新健保法第四十二条第一項第五号に掲げる療養の給付を受ける被保険者又は被保険者であった者（老人保健法の規定による医療を受けることができる者を除き、厚生大臣の定める状態にある者に限る。）が、当該病院又は診療所の従業者以外の者が提供する看護（以下この項において「付添看護」という。）を受けるときは、平成八年三月三十一日（付添看護の状況その他の事情を勘案し、厚生省令で定める要件に該当する病院又は診療所として都道府県知事の承認を受けたものにおける付添看護については、その日後厚生省令で定める日）までの間、当該付添看護を新健保法第四十四条ノ二又は新健保法第六十九条の十四第一項（新健保法第六十九条の二十六第四項（現行、健康保険法第六十九条の二十六第五項）において準用する場合を含む。）に規定する療養の給付等とみなしてこれらの規定を適用する。

2 前項の規定は、健康保険法の規定による家族療養費の支給及び被扶養者の療養について準用する。」

これにより、付添看護の解消等を図るための計画を策定し都道府県知事に届け出るなどの要件を満たし、都道府県知事の承認を受けた保険医療機関については、平成八年度以降も、引き続き、当該計画の終了するまでの間は、当該保険医療機関において付添看護が行われた場合であっても、付添看護療養費の支給が受けられることとなったが、平成九年九月に完全に廃止された。

(十一) 「食事の提供である療養であつて前項第五号に掲げる療養と併せて行うもの」。以下「食事療養」という。」

平成六年の改正において入院時食事療養費が創設されたが、これにともない第六十三条第一項第五号「病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護」とあわせて行う食事療養、すなわち入院の際に提供される食事は、療養の給付の範囲から除かれた。これは、

- (1) 入院時の食事の質の向上、患者ニーズの多様化への対応
- (2) 入院患者と在宅等で療養をしている患者の間の費用負担の公平化

等を図るため、入院時の食事にかかる給付を見直したことによるものである。

なお、人工透析等通院治療の一環として提供される食事の患者負担は、診察等と同様に三割の定率負担を支払うものである。

(十二) 「生活療養」

平成十七年の介護保険法の改正により、在宅と施設の給付と負担の公平性や年金給付との調整の観点から、介護病床を含む介護保険三施設において、食費および居住費について保険給付外とし、当該部分が利用者負担となった。医療保険適用の療養病床においても、医療機能の他、介護保険適用の療養病床と同様、「住まい」としての機能も併せ持っているため、介護保険との均衡の観点から、特定長期入院被保険者の生活療養（食事療養並びに温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成である療養をいう。）に要した費用について、保険給付として入院時生活療養費を支給することとなった。

なお、特定長期入院被保険者については、平成十八年十月から平成二十年度までは「療養病床に入院する七十歳以上の者」とし、平成二十年度より「療養病床に入院する六十五歳以上の者」となった。これは、介護保険法の見直しと同様年金給付との機能の調整の観点から、本来は年金給付を受ける六十五歳以上の者を対象とすべきだが、六十五歳以上七十歳未満の者は平成十五年度から定率三割負担となった点等を考慮し、当面は医療保険制度におけ

る年齢区分があり定率一割負担である七十歳以上の者を対象とすることとしたものである。その後、平成二十年度の後期高齢者医療制度の創設により、六十五歳から七十四歳未満の前期高齢者についてその年齢層に着目した給付が行われ、六十五歳以上という年齢区分が新たに設定されることから、特定長期入院被保険者の対象年齢を本来の六十五歳以上に引き下げることとした。

(十三) 「厚生労働大臣が定める高度の医療技術」

「高度先進医療」と「いわゆる「混合診療」問題に係る基本的合意」において新たに認められた「必ずしも高度でない先進技術」を含み、保険給付との併用が認められる医療技術ごとに医療機関に求められる一定水準の要件を設定することとしており、大臣が定めた技術のみがその対象となるため、「厚生労働大臣が定める」との文言を入れている。

現在、選定療養の項目を追加する（社を立てる）時は、中央社会保険医療協議会の諮問事項となっており、「必ずしも高度でない先進技術」として、「一定の要件を満たした医療機関における先進医療」という項目を追加した時にも中央社会保険医療協議会に諮問しているが、その中身（技術）を追加する際は、大臣設置の専門家会議において了承されれば先進技術として認められ、中央社会保険医療協議会の諮問を要さない。そのため、この規定にあわせて第八十二条における中央社会保険医療協議会への諮問事項では、技術を定めるものは諮問事項ではないことを明確にするため、ただし書きにより「高度の医療技術に係るもの」を諮問事項から外している。

(十四) 「適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養（次号の患者申出療養を除く。）として厚生労働大臣が定めるもの（以下「評価療養」という。）」

厚生労働大臣が定めるものとして、

「一 別に厚生労働大臣が定める先進医療（先進医療ごとに別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院又は診療所

において行われるものに限る。）」

一 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年法律第百四十五号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第二条第十七項に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療

二 医薬品医療機器等法第二条第十七項に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療

三の二 医薬品医療機器等法第二条第十七項に規定する治験（加工細胞等（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和三十六年厚生省令第一号）第二百七十五条の二の加工細胞等をいう。）に係るものに限る。）に係る診療

四 医薬品医療機器等法第十四条第一項又は第十九条の二第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医薬品（人体に直接使用されるものに限る、別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）の投与（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において当該承認を受けた日から起算して九十日以内に行われるものに限る。）」

五 医薬品医療機器等法第二十三条の二の五第一項又は第二十三条の二の十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医療機器又は体外診断用医薬品（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）の使用又は支給（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において保険適用を希望した日から起算して二百四十日以内に行われるものに限る。）」

五の二 医薬品医療機器等法第二十三条の二十五第一項又は第二十三条の三十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品（別に厚生労働大臣が定めるものを除く。）の使用又は支給（別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局において保険適用を希望した日から起算して二百四十日以内に行われるものに限る。）」

六 使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成二十年厚生労働省告示第六十号）に記載されている医薬品（別に厚生労働大臣が

定めるものに限る。)の投与であつて、医薬品医療機器等法第十四条第一項又は第十九条の二第一項の規定による承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係るもの(別に厚生労働大臣が定める条件及び期間の範囲内で行われるものに限る。)

七 医薬品医療機器等法第二十三条の二の五第一項又は第二十三条の二の十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る医療機器(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の使用又は支給であつて、当該承認に係る使用目的、効果又は使用方法と異なる使用目的、効果又は使用方法に係るもの(別に厚生労働大臣が定める条件及び期間の範囲内で行われるものに限る。)

七の二 医薬品医療機器等法第二十三条の二十五第一項又は第二十三条の三十七第一項の規定による承認を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品(別に厚生労働大臣が定めるものに限る。)の使用又は支給であつて、当該承認に係る用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能と異なる用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能に係るもの(別に厚生労働大臣が定める条件及び期間の範囲内で行われるものに限る。)

(平成十八年九月十二日厚生労働省告示第四百九十五号)

が定められている。

(十五) 「患者申出療養」

平成二十七年の法改正により、現行の「評価療養」とは別に、「患者申出療養」が新設された。

患者申出療養は、国内未承認の医薬品等を安全性・有効性等を確認しつつ、迅速に保険外併用療養として使用したいという患者の要望に応えるため、患者の申出を起点とした新たな保険外併用療養の仕組みである。患者申出療養は、まず、患者がかかりつけ医等と相談した上で、臨床研究中核病院が作成する書類を添えて厚生労働大臣に対して患者が申出を行い、国が開催する患者申出療養評議会において審査が行われる。患者申出療養評議会において、安全性、有効性等の審査を行い、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養とし

て認められれば、患者申出療養が実施される。

また、「患者申出療養」と「評価療養」の共通点および相違点を整理すると次のようになる。

共通点として、「評価療養」は「高度の医療技術を用いた療養その他の療養」を、「患者申出療養」は「高度の医療技術を用いた療養」を厚生労働大臣が定めることとしており、対象となる療養の範囲については、「患者申出療養」と「評価療養」は重なり得る。さらに、療養の給付とすべきか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行う必要がある、という点についても共通している。

相違点については、「評価療養」は「高度の医療技術を用いた療養その他の療養」を厚生労働大臣が定めることのみが規定されているが、「患者申出療養」は、療養を受けようとする者の申出手続きを規定し、かつ、申出が行われた場合の厚生労働大臣の応答義務を規定している。また、対象の療養の範囲が重なり得るため、申出をしようとする療養が、現に「評価療養」としての定めのある状況が生じた場合、「患者申出療養」は「評価療養」と異なり、申出が行われた場合は速やかに検討を加えることとされているため、優先的に検討を行うこととしている。

(十六) 「被保険者の選定に係る特別の病室の提供その他の厚生労働大臣が定める療養(以下「選定療養」という。)

昭和五十九年の法改正により特定療養費制度(現行・保険外併用療養費制度)が創設されたが、ここで「厚生労働大臣が定める療養に係る給付」を療養の給付の範囲から除いたのは、「厚生労働大臣が定める療養」を受けた場合には、特定療養費(現行・保険外併用療養費)を支給するという趣旨からである。すなわち、本質的な医療サービスに比べるとむしろ周辺部に位置するサービスであつて、一定の水準以上の質があれば、その内容のヴァリエーションはむしろ患者の嗜好・選択に委ねた方がよいものについては、療養の給付のように画一的、均質的な給付として位置付けることは必ずしも妥当でない。したがつて、これを療養の給付からはずし、特定療養費(現行・保険外併用療養費)として支給することとしたものである。

「厚生労働大臣が定める療養」としては、

- 一 特別の療養環境の提供
 - 二 予約に基づく診察
 - 三 保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察
 - 四 病床数が二百以上の病院について受けた初診（他の病院又は診療所からの文書による紹介がある場合及び緊急その他やむを得ない事情がある場合に受けたものを除く。）
 - 五 病床数が二百以上の病院について受けた再診（当該病院が他の病院（病床数が二百未満のものに限る。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行っていない場合及び緊急その他やむを得ない事情がある場合に受けたものを除く。）
 - 六 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）に規定する回数を超えて受けた診療であつて別に厚生労働大臣が定めるもの
 - 七 別に厚生労働大臣が定める方法により計算した入院期間が百八十日を超えた日以後の入院及びその療養に伴う世話その他の看護（別に厚生労働大臣が定める状態等にある者の入院及びその療養に伴う世話その他の看護を除く。）
 - 八 前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金合金の支給
 - 九 金属床による総義歯の提供
 - 十 齦蝕に罹患している患者（齦蝕多発傾向を有しないものに限る。）であつて継続的な指導管理を要するものに対する指導管理
- （平成十八年九月十二日厚生労働省告示第四百九十五号）
が定められている。

（十七）「厚生労働省令で定めるところにより」

規則第五十三条または第五十四条の規定により被保険者証等または処方せんを提出して受給することを意味する。

（十八）「自己の選定するものから」

療養の給付の受給方法は、自由選択主義の上立つものであることを表している。自由選択主義は、医師に対する信頼感等により療養の効果も期せられ、望ましい方式であるとされているが、健康保険においては、いかなる病院、診療所または薬局においても、いかなる被保険者もまったく自由に療養の給付を受けられるというわけではない。たとえば健康保険組合直営の病院は、その健康保険組合の組合員である被保険者にとっては受給可能であるが、全国健康保険協会管掌の被保険者はその病院において療養の給付を受けることはできない。この意味では、制限的自由選択主義とも称すべきものである。

したがって、「給付を受けようとする者は」「次に掲げる病院若しくは診療所又は薬局のうち、自己の選定するものから受ける」という規定は、その表現からすれば、全国健康保険協会管掌の被保険者も、健康保険組合の被保険者も、この条の第三項に掲げられている三種類の機関のいずれにおいても療養の給付を受給できるもののように解せられるが、いかなる被保険者も自由に受給できるものは、第一号の保険医療機関または保険薬局においてのみ可能なのであつて、第二号に該当する機関である場合、たとえば、ある事業主病院は、その事業主の経営する事業所に設けられている健康保険組合の被保険者にとってのみ受給可能であり、全国健康保険協会管掌の被保険者にとっては受給することができないものである。同様に第三号の健康保険組合直営の病院は、その健康保険組合の被保険者にとってのみ受給可能であり、全国健康保険協会管掌の被保険者および他の健康保険組合の組合員は受給することができない。

なお、第二号または第三号の病院もしくは診療所または薬局が、あわせて第一号の保険医療機関または保険薬局

に該当する場合は、いかなる被保険者も受給できる。

(十九) 「厚生労働大臣の指定を受けた病院若しくは診療所(第六十五条の規定により病床の全部又は一部を除いて指定を受けたときは、その除外された病床を除く。……)又は薬局」

(1) 保険医療機関または保険薬局のことである。

保険医療機関または保険薬局の制度は、昭和三十二年三月の法改正により設けられた制度であり、昭和十七年に団体自由選択主義を廃止し、保険医等の強制指定制度に転換したことにも匹敵すべき画期的意義を有するものであった。

従来、保険医療組織の中核をなすものは保険医および保険薬剤師であり、このほかに官公立大学附属病院等の保険者の指定する者が存在していた。したがって、従来の保険医療組織は、医師、歯科医師および薬剤師を保険医または保険薬剤師に指定するという、いわゆる個人指定制度がその中心をなしていた。この保険医、保険薬剤師の制度を否定して、保険医療機関または保険薬局の制度に切り替えたということは、個人指定方式から機関指定方式に転換したことであり、その転換の理由は、従来の個人指定方式が、医療の実態にそぐわなくなっていたからである。

すなわち、従来の個人指定制度の下では、個々の医師、歯科医師、薬剤師を指定し、この個々人が療養を担当する責めを負っていた。しかし、最近の医療組織の下においては、特に病院にその例をとってみれば、個々の医師が患者の診療にあたることはもちろんであるが、むしろ、病院という有機的組織体が一体となって患者の診療を行うということが実態となっており、したがって、保険医という個人の医師のみが保険診療の責任を負うという制度は種々の不合理を生ずるに至っていた。たとえば、ある病院において被保険者が療養の給付を受けようとする場合、初診の際の医師と再診の場合の医師とが異なり、再診の場合でも曜日によりそれぞれ異なる医師が診療を行うということは、今日では通常の形態となっている。これは、個人の医師のみが一人の患者に対して診療

を行うという形でなく、病院という機関が一人の患者に対して診療を行うという形になってきたことを示すものである。また、入院にしても、その病院の保険医が、その患者である被保険者に対して、個人として全責任を負って診療に従事するものではなく、医師を中心として看護師、栄養士、診療放射線技師等が一つの有機体を形成して療養の給付を行うのである。もちろん、看護師、栄養士、診療放射線技師等の職員は、医師の指示を受けてその業務を行うものであるが、前に述べたように指示を行う医師が日により変わっていく場合があり、したがって、個人指定制度の基本をなす、一人の医師と一人の患者という関係は、近代医療の分化的傾向からして、次第に稀薄化していくものであるといえよう。さらに、病院であっても診療所または薬局であっても、以上のような人的要素のほかに、種々の物的要素すなわち各種の物的設備も一体となって医療にあたっているのであり、いわば人と物とが結合された組織が医療を行うというのが実態である。

また、従来、診療報酬の請求は、保険医もしくは保険薬剤師またはこれを使用する者が行うことになっており、使用者から請求できることとしていたのは病院等の総合性を認めて請求を一本化して行うこととしたと解されるが、この場合においてもたとえば使用者が不正請求をした場合、その処分としては、そこに勤務し診療にあたった保険医の取消し、戒告という処分を行わざるを得ないこととなり、もし保険医の取消しをしても、不正を行った悪質な使用者が他から保険医を雇用しさえすれば依然として保険診療を続けていくことができるという不合理が生ずるのである。このような不合理は、個人指定方式をとっている以上避けられないものであった。

そこで、生活保護法においても機関指定制を採用していること等をも勘案し、従来の不合理性を是正するために機関指定方式を採用したのである。

(2) 次に、保険医療機関または保険薬局の性格は、全国健康保険協会管掌、健康保険組合管掌の別なく、健康保険の被保険者であればすべてに対して療養の給付を行うという開放的性格である。

これは、保険医療機関または保険薬局は、従来の保険医または保険薬剤師と同様に次のような目的のために定

められた制度だからである。すなわち、保険医療組織は、健康保険の被保険者が疾病にかかりまたは負傷したときに、できるだけ容易に、できるだけすみやかに療養の給付を受けられるよう組織されていなければならない。そのためには、特定の被保険者のためのものではなく、健康保険の被保険者であれば、誰でも、自由に療養の給付を受けられる医療機関または薬局が広範囲に設置されていなければならない。保険医療機関または保険薬局は、このような要請を満たすために定められた制度である。

もし、病院、診療所、薬局でその設立目的が一般に開放されているものが、健康保険の被保険者に対して、診療または調剤を行おうとすれば、すべてこの保険医療機関または保険薬局の指定を受けることになる。したがって、ほとんど大部分の病院、診療所、薬局が、この保険医療機関または保険薬局に該当する。

保険医療機関または保険薬局が、この条第三項に掲げてある他の二種類の機関と根本的に異なる点は、この開放的性格である。

「保険医療機関として指定を受けた病院が、保険者を二、三に限定しその被保険者及び被扶養者のみを診療することはできない。(昭和三十二年九月二日保険発第一二三号)」

- (3) 保険医療機関または保険薬局となるためには、厚生労働大臣の指定を受けなければならないこと(第六十五条)、保険医療機関または保険薬局においては、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」または「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」により療養の給付を担当し、また、保険医または保険薬剤師に診療または調剤にあたらせなければならないこと(第七十条)、療養の給付に関して厚生労働大臣の指導を受けなければならないこと(第七十二条)、保険医療機関または保険薬局から療養の給付を受ける者は、その給付を受ける際、法律で定められている一部負担金を支払わなければならないこと(第七十四条)、診療報酬の請求額は厚生労働大臣の定めるところにより算定しなければならないが、割引診療の契約を結ぶことができること(第七十六条)、厚生労働大臣の監査を受けること(第七十八条)、一月以上の予告期間を設けて指定を辞退することができること(第七十

九条、一定の事由に該当したときは指定を取り消されること(第八十条)等については、それぞれの条において説明する。

なお、保険医、保険薬剤師の制度は、存置されているが、従来の制度とはまったく性格が異なっている。これについては、次の条において詳細に説明する。

(二十) 「特定の保険者が管掌する被保険者に対して診療又は調剤を行う病院若しくは診療所又は薬局」

- (1) この病院、診療所または薬局の形態は、この条第三項第二号に規定しているので、以下第二号の形態ということにする。その具体的なものとしては、旧政府管掌健康保険においては旧健康保険病院、健康保険組合管掌の健康保険においてはいわゆる事業主医局のようなものがこれに該当する。

- (2) その性格は、保険医療機関または保険薬局が開放的であるのに対し閉鎖的であることを特色とする。

すなわち、第一に、この医療機関または薬局を利用できる者は、特定の保険者の管掌する特定多数の被保険者に限定され、第二に、この限定された被保険者の診療または調剤のために設置されたものであり、第三に、この医療機関または薬局の開設者と利用者である特定の被保険者との間に、事業主と被用者という雇用関係その他特別な関係のようなものが存在していること、これらが要件とされるからである。

典型的な具体例は、事業主医局であるが、事業主医局がこの第二号の形態の病院または診療所に該当する理由は、第一に事業主医局の利用者は、その事業主が経営している事業所に設立されている健康保険組合の組合員である被保険者に限定されていること、第二に事業主医局の設立目的は、右の健康保険組合の被保険者という特定多数人の診療のために設立されたものであつて一般の人々に開放することを設立目的としていないこと、第三に事業主医局の開設者すなわち事業主と、利用者である被保険者との間には雇用関係という特殊な関係が存在していること、以上三つの要件を備えているからである。

- (3) したがって、一般の開業医が、その開設していた医療機関を、この第二号の形態の医療機関に転換しようとし

ても、その設立目的が公衆のために医業を行うものとして設立したものであるから要件の第二を充足せず、また一般の開業医が、特定の組合の被保険者を診療するために医療機関を開設したとしても、その開設者たる医師と、利用者である被保険者との間に特殊の関係がないので第三の要件を充足せず、いずれの場合もこの第二号の形態の医療機関に該当することはできない。

また、特定の保険者の管掌する被保険者とは、当該保険者の管掌する被保険者全部を意味するので、全国健康保険協会管掌の被保険者については、その全部を、すなわち全国健康保険協会管掌の被保険者であればだれでもということであり、したがって、全国健康保険協会管掌の事業所のうち特定の事業所の被保険者に限り診療を行う医療機関を開設したとしても、これは、ここにいう第二号の形態の医療機関にはなり得ない。

また、同様の理由から、

「政府〔現行・全国健康保険協会〕の管掌する健康保険の適用事業所の事業主がその従業員のために開設する診療所は、第四十三条第三項第二号〔現行・第六十三条第三項第二号〕の医療機関になり得ない。(昭和三年九月二日保険発第一二三号)」

- (4) 次に、旧政府管掌健康保険については、旧健康保険病院および旧健康保険診療所がこの第二号の形態の病院および診療所に該当するが、その理由は、第一に設立目的は、旧政府管掌の被保険者の診療のためであり、したがって、第二に利用者は、政府という特定の保険者の管掌する被保険者に限定され、第三に設置者である政府と利用者である被保険者との間には、管掌者と被管掌者という特殊の関係が存在し、かつ、保険料により設けられたものであるという関係も存在していたからである。この場合、第三の要件については、事業主医局における開設者たる事業主対利用者の関係は、設置者たる政府対利用者の関係になる。すなわち、この場合においては、政府管掌被保険者のために病院および診療所を設置しようとし、かつ建設したのは政府であり、開設者たる法人、地方公共団体等は、政府の委託を受けて開設の許可または届出をし運営する者に過ぎないからである。

このような関係は、事業主医局といわれるものについても、考えられるのであって、したがって、次のような場合までは、この第二号の形態に該当するものと認められている。たとえば、何々系といわれる同系列の複数会社が一つの健康保険組合を設立しており、各会社がそれぞれ分担金を支出して、各会社に雇用されている被保険者のための診療を行う病院を建設し、その開設、運営は、同じくそれぞれの会社が出資して設立した財団法人に行わせるような場合である。この場合には、事業主医局と旧健康保険病院との二つの要素が複合しているような形態と解される。

このように、医療機関または薬局の開設者またはこれと同視すべき者と利用者との間の特殊関係を要素とした理由は、ことさらにかかる要素を創設したのではなく、従来健康保険の療養の給付を担当していた医療機関等の形態を分類すると三種類となり、そのうちこの第二号の形態に該当するものの要素を分析するとこのような関係が存在していたからである。

- (5) 第二号の形態に属する病院、診療所、薬局は、その特定された被保険者以外の被保険者にも開放することは可能である。ただし、この場合には、保険医療機関または保険薬局の指定をわざわざ受けなければならない。すなわち、二重の資格を取得することとなり、特定の被保険者との関係においては第二号の形態に属するものであるが、それ以外の被保険者との関係については保険医療機関または保険薬局として、指導も受け、監査の対象ともなり、診療報酬その他についても種々の規制を受けることになるのである。

「第四十三条第三項第二号〔現行・第六十三条第三項第二号〕に掲げる病院が他の特定の組合の組合員の診療を行う場合には、第二号として指定をうけている組合の組合員である被保険者のために設立されたものであり、他の特定の組合の組合員である被保険者のために設けられたものでないから、保険医療機関としての指定を受けなければならない。(昭和三年九月二日保険発第一二三号)」

- (6) 第二号の形態に属する病院、診療所または薬局が保険医療機関または保険薬局と異なる点は、

療養の給付 (第六十三条)

- (イ) 診療または調剤にあたる医師、歯科医師および薬剤師は、保険医、保険薬剤師でなくとも差し支えない。
- (ロ) 第七十二条による厚生労働大臣の指導の対象とはならない。
- (ハ) 健康保険組合の被保険者については、一部負担金の減免を行うことができる。
- (ニ) 診療報酬の額の算定は自由である。
- (ホ) 第七十八条による厚生労働大臣の監査の対象とはならない。

等である。代わりに、保険者との契約に基づき、指導、診療報酬、監査等につき規制が加えられることになる。

また、(5)において述べたように、保険医療機関または保険薬局の資格をも保有するときは、その面では右に掲げた事項に関する規制は受けなければならない。

(二十一) 「保険者が指定したもの」

実体的には、診療契約を結ぶことである。この場合、契約は、保険者と、病院、診療所または薬局の開設者との間で締結される。旧政府管掌の場合には、契約締結の職権は、旧令第六十三条第十二号の規定により地方社会保険事務局長（現行・地方厚生局長）に行わせることとしていた。健康保険組合の場合には、組合会の議決を要する。

(二十二) 「健康保険組合である保険者が開設する病院若しくは診療所又は薬局」

診療または調剤を受けることのできる者は、当該健康保険組合の組合員である被保険者に限られる。したがって、第二号の形態に属するものと同様、閉鎖的性格を有するものである。健康保険組合が、現物給付たる療養の給付を自ら行うために開設するものであるから、最も純粋な形態であるともいえよう。

保険医療機関または保険薬局の指定もあわせ受けられることは、第二号の形態に属する機関について(二十)の(5)で説明したところと同様である。また、保険医療機関または保険薬局との相違点も(二十)の(6)で述べたところと同様である。ただ一部負担金については、その性格上徴収しないのが建前であり、場合により被保険者に支払わせることができることになっている。

「事業主が経営を健康保険組合に委託している医療機関、健康保険組合が経営を事業主に委託している医療機関は、開設者が事業主の場合には法第四十三条第三項第二号（現行・第六十三条第三項第二号）に掲げる医療機関であり、開設者が健康保険組合のときは、法第四十三条第三項第三号（現行・第六十三条第三項第三号）に掲げる医療機関である。事業主及び健康保険組合両者の共同経営による医療機関については、共同経営であっても開設者はそのうちの何れかであるから、開設者が事業主の場合又は健康保険組合の場合により右に述べた設例と同様である。

健康保険組合が保険医療機関内に病棟を設置し経営委託している場合の所謂委託ベッドについては、委託ベッドそのものは医療機関の施設の一部であるから、当該医療機関が保険医療機関であれば、健康保険組合との関係についても保険医療機関である。（昭和三年九月二日保険法第一二三号）」

(二十三) 「医療法第四条の三に規定する臨床研究中核病院（保険医療機関であるものに限る。）の開設者の意見書その他必要な書類を添えて行うものとする」

「患者申出療養」は、療養を受けようとする者による申出に基づき厚生労働大臣が検討を行うが、検討に必要な療養の安全性・有効性等についての資料作成を、療養を受けようとする者のみに委ねることには限界があることや、申出は様々な療養について行われることが想定されるところ、当該申出について速やかに検討を加えるためには、質の高い資料の提出を求める必要がある。したがって、申出は、当該申出に係る療養を行う保険医療機関であつて、申出のあつた療養の内容に応じて、質の高い資料を迅速に作成する能力のある臨床研究中核病院の開設者の意見書その他必要な書類を添えて、厚生労働大臣に行うものとする。

なお、医療法第四条の三に規定する臨床研究中核病院とは、臨床研究の実施の中核的な役割を担う病院であり、次の要件に該当し厚生労働大臣の承認を得た病院のことである。

- 一 特定臨床研究（厚生労働省令で定める基準に従つて行う臨床研究をいう。以下同じ。）に関する計画を立案し、及び実施する能力を有すること。

- 一 他の病院又は診療所と共同して特定臨床研究を実施する場合にあつては、特定臨床研究の実施の主導的な役割を果たす能力を有すること。
- 二 他の病院又は診療所に対し、特定臨床研究の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供、助言その他の援助を行う能力を有すること。
- 三 特定臨床研究に関する研修を行う能力を有すること。
- 四 その診療科名中に厚生労働省令で定める診療科名を有すること。
- 五 厚生労働省令で定める数以上の患者を入院させるための施設を有すること。
- 六 その有する人員が医療法第二十二條の三の規定に基づく厚生労働省令で定める要件に適合するものであること。
- 七 医療法第二十一條第一項第二号から第八号まで及び第十号から第十二号まで並びに第二十二條の三第二号、第五号及び第六号に規定する施設を有すること。
- 八 その施設の構造設備が医療法第二十一條第一項及び第二十二條の三の規定に基づく厚生労働省令並びに同項の規定に基づく都道府県の条例で定める要件に適合するものであること。
- 九 前各号に掲げるもののほか、特定臨床研究の実施に関する厚生労働省令で定める要件に適合するものであること。

【手 続】

- (1) 第六十三條第三項各号に掲げる病院または診療所について療養の給付を受ける場合の手続き

被保険者は、規則第五十三條の規定により、被保険者証を当該病院または診療所に提出しなければならない。ただし、やむを得ない理由のあるときには提出しなくても受診できるが、この場合には、その理由がなくなったとき

は、遅滞なく、被保険者証を当該保険医療機関等に提出しなければならない。この受診の方法については、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」においても、その第三條で次のように規定している。

〔(受給資格の確認)〕

第三條 保険医療機関は、患者から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する被保険者証によつて療養の給付を受ける資格があることを確めなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由によつて被保険者証を提出することができない患者であつて、療養の給付を受ける資格が明らかなものについては、この限りでない。

この被保険者証の提出については、

「昭和二十四年の施行規則改正により提示制から提出制に改められた。したがつて、療養継続中他の保険医により受診の要があれば一応返還を受けて使用し、使用済後遅滞なく元の機関に提出する。(昭和二十四年二月一日保文発第二〇二二号)」

- (2) 第六十三條第三項各号に掲げる薬局について薬剤の支給を受ける場合の手続き

規則第五十四條の規定により、保険医療機関等において、診療に従事する保険医または医師もしくは歯科医師が交付した処方せんおよび被保険者証を第六十三條第三項各号に掲げる薬局に提出しなければならない。

これについて、「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」の第三條で次のように定めている。

〔(処方せんの確認)〕

第三條 保険薬局は、被保険者及び被保険者であつた者並びにこれらの者の被扶養者である患者(以下単に「患者」という)から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方せんが健康保険法(大正十一年法律第七十号。以下「法」という)第六十三條第三項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師(以下「保険医等」という)が交付した処方せんであること及びそ

の処方せん又は被保険者証によって療養の給付を受ける資格があることを確めなければならない。」

(保険医又は保険薬剤師)

第六十四条 保険医療機関において健康保険の診療に従事する医師若しくは歯科医師又は保険薬局において健康保険の調剤に従事する薬剤師は、厚生労働大臣の登録を受けた医師若しくは歯科医師（以下「保険医」と総称する。）又は薬剤師（以下「保険薬剤師」という。）でなければならない。

(平一四法二〇二・全改)

【要旨】

この条は、保険医療機関または保険薬局において、健康保険の診療または調剤に従事する者は、保険医または保険薬剤師でなければならない旨、規定したものである。

昭和三十二年三月の法改正によって、保険医および保険薬剤師については、同一の名称こそ存置されているがその実態はまったく異なったものになったことは、前条の【要旨】において説明したとおりである。

すなわち、従来は、保険医または保険薬剤師自体が療養の給付を担当する責任を負っており、したがって保険医または保険薬剤師は診療または調剤を行い、診療または調剤の報酬を請求していたのである。それが昭和三十二年三月の改正で、療養の給付を担当する責任は、すべて病院、診療所、薬局という機関が負うことに改められ、したがって、医師、歯科医師、薬剤師は、有機的に組織された機関の一部として、診療または調剤に従事する者となった。そこで、従来の保険医または保険薬剤師に代わって、保険医療機関または保険薬局の制度が新たに制定され、従来の意

味における保険医、保険薬剤師の制度は不要になったのであるが、それでもなお別個の意義を与えられて存置されたのは次の理由による。

すなわち、保険医療機関または保険薬局となるためには、次の条で詳細に説明するように、厚生労働大臣の指定を受けなければならないが、この指定は第三者のためにする契約であり、かつ、公法上の契約であると解されている。そして、この契約は、療養の給付の担当方針等を定めた療養担当規則、あるいは、療養に要する費用の算定方法を定めた告示等を遵守することを契約内容として締結されるものであり、したがって、指定を受けた保険医療機関または保険薬局は、この定められた方針等に従って療養を担当しなければならない。ところが、ここで問題になることは、病院、診療所、薬局が、一体として患者の治療を行っているとはいえ、たとえば、個々の診療行為すなわち医師が患者に対していかなる診療を下し、それに基づきいかに投薬し、注射しあるいは処置を行うか等は、医師個人が決定しその責任を負うべきもので、病院や診療所の開設者または管理者といえどもこれに関与することは許されない（診療の独立）。したがって、右に述べた担当方針等に基づき医療機関の規制はできるが、そこにおいて診療に従事する医師または歯科医師に一定の診療方針を守ってもらう等のことについては、医療機関のみを規制し得る方法をとったので、診療の独立性のゆえもあり、医療機関の開設者または管理者によって、間接的、抽象的、要請的に規制し得るに止まり、直接的な実効は期し難い。

したがって、保険医療機関または保険薬局において健康保険の診療または調剤に従事する医師、歯科医師または薬剤師が、一定の診療方針を守る等のことに対して、これを承諾した旨の意思表示を行わせる必要がある。

また、診療または調剤を一定のルールの上に乗せるための規制のほかに、個々の医療行為は、医師等が独立して責任を負うのであるから、その行為についての個人的責任を明確にする必要があり、特に、一定の診療方針に違反したような場合には、その個人的責任を明確にする必要がある。

そこで、保険医または保険薬剤師という資格を設け、この資格を有する者のみが保険医療機関または保険薬局で健