

平成15年4月2日

総合規制改革会議御中

厚生労働省

資料等提出依頼について（回答）

平成15年3月25日付け標記依頼につきましては、下記のとおり回答いたします。

記

1. いわゆる「混合診療」の解禁（保険診療と保険外診療の併用）について

医療保険制度については、医療保険の運営の効率化、給付の内容及び費用の負担の適正化、国民が受ける医療の質の向上を総合的に図りつつ、実施される必要があり（健康保険法（大正11年法律第70号。以下「健保法」という。）第2条）保険の給付の範囲についても、医療そのものに対する規制とは別に、このような観点から検討される必要がある。

- （1）一連の診療行為のうち、「保険診療」と「保険外診療」とを区別するための基準（公的保険の適用範囲を定めるための基準）について、具体的かつ詳細に御教示頂きたい。

健保法上の保険給付の範囲は以下のとおり。

「保険給付」の種類（健保法第52条）の内容

- 1 療養の給付並びに入院時食事療養費、特定療養費、療養費、訪問看護療養費及び移送費の支給
- 2 傷病手当金の支給
- 3 埋葬料の支給
- 4 出産育児一時金の支給
- 5 出産手当金の支給
- 6 家族療養費、家族訪問看護療養費及び家族移送費の支給

- 7 家族埋葬料の支給
- 8 家族出産育児一時金の支給
- 9 高額療養費の支給

上記のうち、「療養の給付」及び「特定療養費」が「保険診療」に該当し、その詳細は以下のとおり。

「療養の給付」(健保法第 6 3 条第 1 項) の内容

- 1 診察
- 2 薬剤又は治療材料
- 3 処置、手術その他の治療
- 4 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
- 5 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

「特定療養費」(健保法第 8 6 条第 1 項) の内容

- 1 選定療養 (厚生労働大臣が告示で定めるもの)
- 2 高度先進医療 (厚生労働大臣が承認するもの)

「療養の給付」及び「選定療養」の具体的内容は、関係学会や中央社会保険医療協議会の意見を踏まえ、個々に判断し、同協議会に諮問・答申の上、厚生労働省告示に明記されている。また、高度先進医療の具体的内容は、個別医療機関による申請について、高度先進医療専門家会議や中央社会保険医療協議会の意見を踏まえ、個々に判断している。

疾病、負傷に対する診療であって、上記「保険診療」以外の診療が「保険外診療」となる。

- (2) 「保険診療」については、その内容を患者の健康・安全の観点から個別・具体的に事前審査した上で承認される必要がある一方で、「保険外診療」については、その必要が一切ないとする根拠について、具体的かつ詳細に御教示頂きたい。

本来、医療については医師の医学的判断に基づく裁量に委ねられるべきものであるが、医師法 (昭和 2 3 年法律第 2 0 1 号) 、医療法 (昭和 2 3 年法律第 2 0 5 号) 、薬事法 (昭和 3 5 年法律第 1 4 5 号) 等により、国民の健康の保持・安全の確保等の観点から必要な措置が講じられているところであり、保険外診療であるからといって患者の健康・安全の観点からの審

査を一切必要としないという趣旨ではない。

<例>

- ・ 医師法：専門技術を有する者のみが医療を担うこととする資格制
- ・ 医療法：医療機関の構造設備基準や人員の標準
- ・ 薬事法：薬局の構造設備基準、医薬品の製造、販売、輸入等の許可、治験の届出

一方、公的医療保険は、「保険給付」を行うことにより、「国民の生活の安定と福祉の向上に寄与」(健保法第1条)するための社会保障制度であり、その費用は、国民の負担(税・保険料)により賄われるものであることから、安全性のみならず、有効性、普及性等の観点から、その範囲を設定している。

(3) いわゆる「混合診療」(保険診療と保険外診療の併用)が禁止されていることについて、その法律上の根拠を、具体的法令名及び条文等を明示しつつ、具体的かつ詳細に御教示頂きたい。

健保法上、療養に係る費用のうち患者が支払うこととされている額は、

- ・ 一部負担金(健保法第74条)
- ・ 入院時の食事療養に要する費用(入院時食事療養費として支給される額は現物給付化)(健保法第85条)
- ・ 特定承認保険医療機関による療養及び選定療養に要する費用(特定療養費として支給される額は現物給付化)(健保法第86条)

のみであり、保険医療機関及び保険療養担当規則(昭和32年厚生省令第15号)においては、同規則第5条等において患者から一部負担金のほかに追加的な負担を求めることができる場合を以下のとおり限定列挙しているところであって、これ以外に患者から負担を求めることは認められていない。

- 1 選定療養
- 2 食事療養
- 3 高度先進医療

また、同規則第18条及び第19条においては、保険医による特殊な療法等及び大臣が定める医薬品以外の医薬品の使用を禁止している。

(4) 患者が、医師の説明内容について完全に同意をした上で(すなわち、医師と患者の間の情報の非対称性がより緩和された上で) 一連の診療行為のうち、「保険診療」に併せて「保険外診療」を一部選択しようとした場合(すなわち、一連の診療行為全てを公的保険で賄う意思がない場合) それでも当該診療行為全般が「保険外診療」としての取扱い(全額自己負担)を受けなければならないとする政策について、その基礎となる論拠を具体的かつ詳細に御教示頂きたい。

また、上記の場合における全体の医療費を、仮に公的保険と自己負担の双方により賄うことを許容した際に生じる弊害について、具体的かつ詳細に御教示頂きたい。

さらに、上記の場合、現行の「特定療養費制度」のような形で、当該診療行為全般について、安全性を担保するための事前審査が個別に行われる必要があるのであれば、「保険診療」よりも「保険外診療」を受ける患者の方が安全性に対する要求水準が生理的に低いことなどが無い以上、事前審査が個別に行われていない現在の「保険外診療」は、患者の健康を損なうものであり、直ちに禁止されなければならないことになるのではないかと。そうでないとするならば、その根拠を、論理的・実証的に御教示頂きたい。

医療保険制度においては、現状の医学水準に照らして疾病及び負傷の診療に必要な十分な医療の提供を「療養の給付」として行っているが、医学医療技術の進歩はめざましいことから、一連の診療行為について保険診療と保険外診療を併用する医療であっても、安全性、有効性、普及性等を考慮して、昭和59年に創設された特定療養費制度によって保険給付の対象としているところである。

(5) いわゆる「混合診療」が禁止されているとの前提の下、通常行われている以下の事例において、「保険診療」と「保険外診療」との区別は、どのような基準・考え方にに基づき具体的に行われているのか。また、これらの事例は、いかなる理由から「混合診療」ではないと整理されるのか。統計および具体例に即して御教示頂きたい。

出産のために入院(保険外診療)した人が、入院したまま、同時に他の傷病に関する治療(保険診療)を受けた場合、ベッド代などの費用はどのように区別されるのか。

自動車事故による一連の診療行為において、自動車保険の対象となる部分と医療保険の対象となる部分は、どのように区別されるのか。(自動車保険と医療保険とがファンド等により混合されているとの指摘もあるが、いかがか。)

健康診断（保険外診療）で見つかったポリープについて、当該健康診断の途中でポリープを切除（保険診療）した場合、その全体に係る費用は、どのように区別されるのか。

について

「保険診療」は、疾病・負傷に対する診療を療養の給付の対象としている。

3月17日の公開討論において指摘のあった「出産のための入院中に骨折した場合」を例とすれば、骨折の治療は、正常分娩とは独立した疾病に対する一連の診療を成しており、これを保険診療として取り扱うこととなる。その場合、当該傷病による治療が入院を要するものである場合には、当該ベッド代は保険給付の対象となる。

について

自動車事故を原因とした負傷等について自動車損害賠償保障法（昭和30年法律第97号）に基づき保険金が支払われている診療には、医療保険から保険給付は行われておらず、保険診療とそれ以外との区分けがなされているものと考えている。

について

健康診断の途中でポリープを切除（保険診療）した場合には、当該保険診療は、健康診断とは独立した疾病に対する一連の診療を成していることから、医療保険による保険給付の対象となる。

- (6) 医療現場において、ある疾病の治療に対し付随的な検査等を行う場合、当該検査が保険対象となるよう、わざわざ他の病名を付けることなどが頻繁に行われているとの指摘があるが、貴省として、こうした事実は全くないと言えるか。

仮に言えないのであれば、そのような事実を生ぜしめている現行制度の方が、いわゆる「混合診療」を容認するよりも公的医療費を抑制できているとする論拠について御教示頂きたい。また、このような事実が違法であるならば、それを取り締まるための方針・具体的方法について、御教示頂きたい。

御指摘のような付随的な検査等に関する取扱いの有無については承知していない。

当方が従来から主張している「混合診療」の問題点は、公的医療費が増大することではなく、患者の負担が不当に増大することである。

なお、レセプトへの病名の適切な記載を担保する等の観点から、平成14年度より主病名をレセプトに明記させるように見直したところ。(厚生労

働省保険局医療課長通知 保医発第 0325002 号)

- (7) ある医療行為(高度先端医療等)について、それが「特定療養費制度」の対象として承認された場合、それが、「保険外診療」であった場合と比べて、どの程度公的医療費の増加分となって現れるか。可能な限り多くの事例を挙げる事などにより、具体的かつ詳細に御教示頂きたい。

平成13年6月から平成14年5月までの高度先進医療に係る総医療費は約21億円であり、このうち、保険診療分は約16億円である。そのうち、主な技術ごとの保険診療に係る費用等は別紙1のとおり。

- (8) 現在、我が国における「保険外診療」は、どのような医療機関によりどの程度(支払医療費ベース)行われていると把握しているか。医療機関名と金額・件数について、具体的に御教示頂きたい。

仮に把握していないとするなら、「保険外診療」における患者の安全性について、厚生労働省としては関知しないとしていると理解してよいか。

平成13年度医療施設調査及び平成12年度医療施設調査によると、「自由診療のみ」と回答している病院数は3施設、診療所数は4950施設(いずれも医療機関の名称は非公表)であり、また、ご指摘の医療費については把握していない。

保険外診療の安全性に対する考え方については(2)を参照いただきたい。

- (9) 昨年11月に開催された医療ワーキンググループにおいて、当会議から厚生労働省に提示した「日本にて承認されていない薬品と治療法についての資料」に記載されている未承認の薬品と治療法については、事実として相違ないか。また、各データの調査時点以降に承認された薬品及び治療法があればその名称、承認時期について、具体的に御教示頂きたい。

別紙2のとおり。

- (10) 以前に厚生労働省内の研究会等において検討されたという、「医師の高い技能等に注目した特定療養費の考え方」について、関連資料等を提出頂くとともに、その基本的考え方を御教示頂きたい。

ご指摘については承知していない。

2 労働者派遣業務の医療分野（医師、看護師等）への対象拡大について

- (1) 医療分野以外の一般的な各種職業分野について、派遣労働者及び通常の労働者（常勤及び非常勤（パートタイム）ごと）の平均的な就業期間の状況について、御教示願いたい。

派遣労働者が同一派遣先の同一業務に継続して派遣就業を行っている期間については以下のとおりである。

なお、職業分野毎には把握していない。

派遣労働者が現在の派遣先で同一の業務に継続して派遣で働いている期間 (単位：人、%)

	総数	3か月未満	3か月以上～6か月未満	6か月以上～1年未満	1年以上～1年6か月未満	1年6か月以上～2年未満	2年以上～3年未満	3年以上～5年未満	5年以上	不明	平均(か月)
総数	3460	173	366	566	615	281	466	338	381	274	25.1
	100	5.0	10.6	16.4	17.8	8.1	13.5	9.8	11.0	7.9	

【総合的実態調査（派遣労働者調査）】

厚生労働省職業安定局民間需給調整課が平成14年6月に行ったもので、派遣労働者3460人のアンケート結果を取りまとめたもの。

一般労働者（パートタイム労働者以外の労働者）の平均勤続年数は以下のとおりである。

産業計	:	12.2年
製造業	:	14.3年
卸売・小売業、飲食店	:	11.7年
サービス業	:	9.5年

【平成13年賃金構造基本統計調査報告】

パートタイム労働者の平均勤続年数は以下のとおりである。

産業計	:	6.3年
製造業	:	8.4年
卸売・小売業、飲食店	:	5.5年
サービス業	:	5.6年

【平成13年賃金構造基本統計調査報告】

(2) 医師、看護師、その他の医療関係従事者について、常勤及び非常勤の比率の推移(年度毎の変化)について、御教示願いたい。

病院における常勤・非常勤(常勤換算)比率(%) (各年10月1日現在)

		平成9年	平成10年	平成11年	平成12年
医師	常勤	81.9	82.2	82.2	82.1
	非常勤(常勤換算)	18.1	17.8	17.8	17.9
歯科医師	常勤	81.8	81.8	83.3	83.9
	非常勤(常勤換算)	18.2	18.2	16.7	16.1

病院報告(厚生労働省大臣官房統計情報部)より

その他の医療関係従事者の常勤・非常勤の比率については、厚生労働省では統計調査を行っておらず、把握していない。

(3) 常勤の医師を採用する際、このうち事前面接を行う場合の比率、事前面接に要する平均的な時間について、具体的に御教示願いたい。

常勤の医師を採用する際の事前面接については、一般的に行われているものと承知しているが、病院ごとの採用方針をはじめとする様々な事情により区々であることから、その比率や平均的な時間は把握していない。

(4) 派遣の形をとらない雇用形態であれば、「チーム医療」が確保できるのか、また、派遣労働者が通常の労働者かによって「チーム医療」の成立条件が変わってくるのか、その論理的根拠について、具体的に御教示頂きたい。

1 医療とは、人の生命・身体を預かるサービスであり、その安全性の確保には細心の注意が求められ、また、一人の医師の活動だけでは完結せず、他の医師、看護師、理学療法士などの様々な医療従事者との連携(=チーム医療)があって初めて成り立つものである。

2 チーム医療の確保のためには、医療従事者間で、互いの能力を把握しあった上で、患者の病状や治療方針等の情報の共有化を図り、緊密な意思疎通の下に医療サービスを提供することが必要であり、これらの条件は、派遣労働者でも、医療機関が直接雇用する労働者でも必要となると考える。

3 しかし、派遣労働者については、制度上、事前面接など医療機関が希望する派遣労働者を事前に特定する行為が禁止され、専ら派遣元事業主が派遣労働者を選定すること（労働者派遣法第26条第7号）、派遣期間に制限があること（労働者派遣法第40条の2）、派遣元事業主の都合により、派遣労働者を一方的に交替することが可能であることなど、医療機関が直接雇用する労働者との相違点があると承知している。

4 当省としては、患者の生命・身体に危害に直結するという医療サービスの特殊性から、サービス提供上その質の低下を招来する制度的要因を可能な限り排除する必要があると考えており、そのためにも上述のような特性を持つ派遣制度を医療サービスにおいて活用することについて累次懸念を表明してきたところである。このため、労働者派遣制度を医療機関における医療関連業務に導入することについては、これらの相違点を踏まえて検討を進めることが必要と考えている。

5 なお、第2回アクションプランWGにおいて、「パートタイマーの非常勤の医師や看護師は、本人がいつ辞めるかもわからないし、首切ることだっていつでもできるわけだから、同じことではないか」という旨の御発言が貴会議の専門委員からあったが、期間の定めある労働契約の場合には、民法第628条第1項の定めるところにより、使用者はその期間中労働者を原則として解雇し得ないこととされ、また、期間の定めない労働契約の場合には、判例上、解雇権濫用法理が確立されていることに留意されたい。

(5) 会議における貴省の御説明の中で、「1回の事前面接を行った上で直ちにチーム医療の現場に組み込む常勤ないし非常勤労働者の方が、1か月以上チーム医療の一員として過ごした後の派遣労働者よりも、チームワークとしてより機能する場合がある」旨の御説明があったが、それは具体的にはどういう場合か御教示頂きたい。

1 第2回アクションプランWGにおいて次のような議論があったが、これについては、事前面接が非常に効果的であるケースもありうる旨言及し、事前面接が禁止される特殊な雇用形態では医療チームの形成が困難となるおそれがあるという当初からの当方の主張を述べたものである。

2 なお、当省としては、チーム医療における医療スタッフ間の連携の欠如は、直ちに患者の生命・身体を危険に晒すことに結びつくものと理解しており、医療については、事故が発生し、患者の生命・身体が損なわれた後

の救済に馴染むものでないことも御理解いただけるものとする次第である。

<第2回アクションプラン議事概要(該当部分)(文責 厚生労働省)>

専門委員 派遣の場合は、嫌だったらすぐチェンジできますね。チェンジした後、その人がうちの医療スタッフの一員にふさわしいという確信をチームのみんなが持って、その後にしかるべき研修トレーニングを経た後は何の支障もないんじゃないですか。

医事課長 だから、その場合にはチェンジすべき人が来て、一定の期間の間が問題になるというふうには思います。

専門委員 期間の長短はあるかもしれない。だけどそれは、およそ雇用形態が通常の雇用契約の常勤、非常勤と違うから医療スタッフになじまないんだということにはならないですね。

医事課長 だから、そこは事前にスクリーニングできるかできないかというところが、かなり重要な要素になると思います。

専門委員 事前に1回面接するのと、例えば2か月とか3か月働くのと、どちらがよくわかりますか。人となりとか技術について。

医事課長 それはケース・バイ・ケースだと思いますけれども、何もなしよりは。

専門委員 ケースによっては、2～3か月一緒に働くよりも、1回だけ面接の方がよくわかることってあるんですか。

医事課長 定かじゃないですけども、1回面接しても、これはということがはっきりする場合もあるという意味です。

専門委員 だから、2～3か月面接してもわからないということがあるかどうかということなんですけれども。

医事課長 それはしばらく経ってから、あれというようなことはまああるかもしれませんね。

専門委員 勿論そうだと思いますけれども、だとしたら派遣の人だって1か月と2か月とか仕事の様子は見られるし、必要ならそれからトレーニングを施すこともできるわけですから、派遣がそもそもだめだということは、恐らく論拠としても主張されないようにお見受けしましたので、だったらそういう制度改正の可能性も御検討されてはどうですかということです。

(6) 病院で医師等を採用する場合について、その人選等が実質的には大学の医局により行われていることが一般的であるとの指摘がある。仮に医師の派遣が認められた場合、雇用形態の違いを除けば、それは医局による医師の採用と、実質的には著しく相違しないと考えるか否かについて、貴省の御見解を御教示頂きたい。

1 大学のいわゆる医局の医局長等が、医局に勤務経験のある医師と当該医局の関連病院との調整役となって、当該医師を当該関連病院に就職させる、いわゆる「医局による医師の派遣」には、
大学病院に勤務する医師又は勤務していた医師の関連病院への紹介
研修医の関連病院への紹介
大学院修了生等の関連病院への紹介
等があり、御指摘の「医局による医師の採用」とはこれらのことと考えている。

2 こうしたいわゆる「医局による医師の採用」は、職業安定法上の職業紹介として行われるものであるのに対し、派遣元事業主による医師の派遣は、労働者派遣法上の労働者派遣として行われる。両者の雇用形態以外の相違点としては、前者は当該紹介先の病院が、当該医師の業務遂行能力等を確認した上で採用することができるのに対し、後者は専ら派遣元事業主が派遣する医師を人選すること等が挙げられる。

高度先進医療に係る費用について（主なもの）

技術名	保険診療に係る費用 （1件あたり：千円）	実施件数
1．生体部分肺移植術	約 11,000	平成 1 5 年 2 月承認
2．心臓移植手術	約 26,000	2 件
3．脳死肝臓移植手術	約 10,000	6 件
4．悪性腫瘍に対する粒子線治療	約 230	29 件
5．肝癌に対する高周波焼灼療法	約 1,000	74 件
6．体幹部病巣に対する直線加速器による定位放射線治療	約 360	54 件
7．腹腔鏡下前立腺摘除術	約 850	25 件
8．神経磁気診断装置による中枢神経機能異常の診断	約 1,400	365 件
9．固形腫瘍の DNA 診断	約 1,400	120 件
10．経皮的レーザー椎間板ヘルニア減圧術	約 70	124 件

（平成 1 3 年 6 月 1 日～平成 1 4 年 5 月 3 1 日 保険局医療課調べ）

）生体部分肺移植術については、実績がないため申請書からの記載。

）保険診療に係る費用については、症例毎に入院期間等が異なるため参考額となる。

