

平成28年3月30日裁決

## 主文

後記「理由」欄第2の2記載の原処分を取り消す。

## 理由

### 第1 再審査請求の趣旨

再審査請求人(以下「請求人」という。)の再審査請求の趣旨は、後記第2の2記載の原処分を取り消し、健康保険法(以下「法」という。)による家族療養費(以下、単に、「療養費」という。)の支給額の増額を求めるとのことである。

### 第2 再審査請求の経過

- 1 請求人は、被扶養者であるA(昭和〇年〇月〇日生。以下「本件被扶養者」という。)が、〇〇国(以下、単に「〇〇国」という。)において、卵巣癌に対する抗癌剤治療及び検査のため、平成〇年〇月〇日から同月〇日までの間(以下「期間①」という。)に、A病院(以下「本件医療機関」という。)で受けた診療に要した費用について、平成〇年〇月〇日(受付)に、平成〇年〇月〇日から同月〇日までの間(以下「期間②」という。)及び平成〇年〇月〇日から同月〇日までの間(以下「期間③」といい、期間①及び期間②と併せて「本件請求期間」という。)に本件医療機関で受けた診療に要した費用について、平成〇年〇月〇日(受付)に、それぞれ〇〇健康保険組合(以下「本件保険組合」という。)に対し、家族療養費の支給を請求した。
- 2 本件保険組合は、平成〇年〇月〇日付で、請求人に対し、期間①に係る家族療養費として〇万〇〇〇〇円を、期間②に係る家族療養費として〇万〇〇〇〇円を、期間③に係る家族療養費として〇万〇〇〇〇円を支給することとし、もって、それを超える家族療養費の支給はしない旨の処分(以下「原処分」という。)をした。

3 請求人は、原処分を不服として、標記の社会保険審査官に対する審査請求を経て、当審査会に対し再審査請求をした。その不服の理由は、本件裁決書添付の別紙記載のとおりである。

### 第3 問題点

- 1 法による療養の給付は、法第63条第3項の規定により、厚生労働大臣の指定を受けた病院若しくは診療所又は薬局(以下「保険医療機関等」という。)において、いわゆる現物支給として療養の給付をなすことを原則としており、この療養の給付の補完的給付とされる法による現金給付としての療養費の支給については、法第87条第1項に「保険者は、療養の給付若しくは入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給(以下この項において「療養の給付等」という。)を行うことが困難であると認めるとき、又は被保険者が保険医療機関等以外の病院、診療所、薬局その他の者から診療、薬剤の支給若しくは手当を受けた場合において、保険者がやむを得ないものと認めるときは、療養の給付等に代えて、療養費を支給することができる。」と規定されていることから、現金給付としての療養費の支給は、療養の給付の範囲内のものに限られるのである。そして、この療養の給付の範囲については、法第63条第1項に規定されている。

また、被保険者の被扶養者に係る傷病については、法第110条第1項は「被保険者の被扶養者が保険医療機関等のうち自己の選定するものから療養を受けたときは、被保険者に対し、その療養に要した費用について、家族療養費を支給する。」と規定し、同条第2項は、家族療養費の額は同項第1号に掲げる額とし、第1号では、当該療養につき算定した費用の額(その額が現に当該療養に要した費用の額を超えるときは、当該現に療養に要した費用の額)に次のイからニまでに掲げる場合の区分に応じ、当該イからニまでに定める割合を乗じて得た額とさ

れ、そのイでは、「被扶養者が6歳に達する日以後の最初の3月31日の翌日以後であって70歳に達する日の属する月以前である場合 100分の70」と規定されている。さらに、法第110条第7項の規定により、前掲の法第63条、第87条の各規定は、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ものとされている。

海外の医療機関等で療養を受けた場合において、一般に、海外の医療機関等が行う療養の給付は、必ずしもわが国の保険給付の規範に従った給付が行われるとは限らないところ、前掲の法第87条第1項の規定により、保険者において、当該療養の給付の内容が妥当といえるかどうかの認定を行うこととなる。そして、「健康保険法等の一部を改正する法律等の施行について」（昭和56年2月25日保発第7号、庁保発第3号厚生省保険局長、社会保険庁医療保険部長通知（以下「本件通知」という。））において、被保険者又は被扶養者が海外の病院等において療養等を受けた場合の費用については、法第44条（注：現行法においては第87条）に基づき療養費の支給が行われるものであること、及び、海外における療養に要する費用の算定に関しては、国内において保険医療機関以外の病院等で療養等を受けた場合と同じく、「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」（昭和33年6月30日厚生省告示第177号）（注：現行の「診療報酬の算定方法」（平成20年3月5日厚生労働省告示第59号））（以下「本件告示」という。）の算定の例によるものであるが、これによるものが困難である場合には、国内における同様の傷病に係る療養に要する費用の実績額によって算定することもやむを得ないものであることとされている。

2 本件の場合、請求人は、本件保険組合が、本件被扶養者の当該傷病に係る本件請求期間の本件医療機関における療養について、当該療養に要した費用に

対する家族療養費を期間①については〇万〇〇〇〇円、期間②については〇万〇〇〇〇円、期間③については〇万〇〇〇〇円と定め、もって、これを超える家族療養費の支給はしない旨の原処分をしたことを不服としているのであるから、本件の問題点は、上記の関係法令等に照らして、原処分を相当と認めることができるかどうかである。

#### 第4 当審査会の判断

1 法第87条の規定により療養費を支給する場合は、被保険者等が診療を受けた病院、診療所、薬局等が発行した診療内容と診療費の明細書に基づいて、その支給額を算定するとされている。そして、その療養費の支給額の算定については、法第87条第3項、第76条第2項の規定により本件告示に定められた算定の例により計算されることとなり、療養費の額の計算は、保険者が保険医療機関等に診療報酬を支払う場合と同様の算定方法によって行うことが基本とされている。

したがって、被保険者やその被扶養者が海外の病院、診療所等において診療を受けた場合の療養費の支給も、病院、診療所等が発行した証拠書類に基づいて、本件告示の例によって療養費の支給額を算定し、これによるものが困難である場合には、国内における同様の傷病に係る療養に要する費用の実績額によって算定することもやむを得ないということになる。

2 本件記録によれば、第2に記載の事実のほか、以下に記載の各事実を認めることができる。

(略)

3 本件保険組合作成の平成〇年〇月〇日付「海外療養費支給のお知らせ」と題する書面には、以下のとおり記載されている。

海外において病気やけがで療養を受けた場合の算定方法

① 日本国内での保険医療機関以外の病院等で療養を受けた場合と同様に、診療内容明細書や領収書等の証拠書類に

より判断し、「健康保険の規定による療養に要する費用の算定方法」に基づいて支給額を決定します。また、療養費の支給決定をする際の邦貨換算率は、支給決定日の外国為替換算率(売レート)で算定します。

- ② 日本国内の保険医療機関では、ほとんどの医療行為・薬剤等に対し、細かく点数(料金)が定められており、その点数を基に医療費が算出されますが、海外において診療を受けた場合、その診療を受けた国により、医療費の基準は異なっています。従いまして、同様の疾患に対して、日本国内の保険医療機関で診療を受けた場合にかかる一日当たりの平均点数に基づいて支給額を決定します。(点数は、1点=10円となります。)

以上、二つの算定方法のうち、算定額の低い方で支給決定することとなっておりますので、あなたから申請がありました海外療養費につきましては、②の算定方法により支給決定いたしました。

内訳

○平成○年○月○・○・○・○・○日

(5日間) 受診分

支給決定金額 〇〇,〇〇〇円

日本国内における一日当たりの平均点数 〇,〇〇〇点

算式: 〇,〇〇〇点×10円×0.7×5日=〇〇,〇〇〇円

○平成○年○月○・○・○・○日(4

日間) 受診分

支給決定金額 〇〇,〇〇〇円

日本国内における一日当たりの平均点数 〇,〇〇〇点

算式: 〇,〇〇〇点×10円×0.7×4日=〇〇,〇〇〇円

平成○年○月○・○・○日(3

日間) 受診分

支給決定金額 〇〇,〇〇〇円

日本国内における一日当たりの平均点数 〇,〇〇〇点

算式: 〇,〇〇〇点×10円×

0.7×3日=〇〇,〇〇〇円

さらに、本件保険組合が請求人に対して送付した各書面(平成○年○月○日付、同年○月○日付及び同年○月○日付)によれば、上記のとおり算定方法によった理由について、本件保険組合は、提出された診療内容明細書及び添付のレシート等において、パクリタキセル、カルボプラチン療法に関する診療内容が確認できず、また卵巣癌以外の診療の有無についても確認できなかったためとしており、社会保険審査官に提出した「審査請求に対する意見書」においては、「診療内容に対する費用の算定につきましては、前述のパクリタキセル、カルボプラチン療法に関する診療および卵巣癌以外の大網、盲腸等の摘出に関する診療の詳細が確認できなかったこと、また平成○年○月入院分の審査請求の決定を受けて、今回の平成○年○月～○月の通院分においても同等の算定方法を選択することと判断したことから、疾病別点数資料(添付資料⑦の「平成○年度社会医療診療行為別調査(平成○年○月審査分)」)にて支給決定いたしました。なお、「1日当たり点数」については、「子宮の悪性新生物〇,〇〇〇点」と「その他の悪性新生物〇,〇〇〇点」のいずれかの選択検討を行い、〇〇氏の邦訳に卵巣癌以外の診療の記載があったこと、平成○年○月入院分において「その他の悪性新生物」にて支給決定したことを踏まえて、「その他の悪性新生物〇,〇〇〇点」を採用しております。」としている。

- 4 以上によれば、本件被扶養者は、本件請求期間において、本件医療機関で、卵巣癌に対する抗癌剤治療及び検査のための診療を受けたこと、そして、請求人は、その費用として、本件医療機関に対し、期間①については〇〇〇〇.〇〇〇〇国ドルを、期間②については〇〇〇〇.〇〇〇〇国ドルを、期間③については〇〇〇〇.〇〇〇〇国ドルを支払ったことが認められる。

また、請求人は、平成○年○月○日か

ら同月〇日までの間、〇〇国のb病院で、癌細胞に侵された両側卵巣、子宮、大網、盲腸の摘出手術等を受けたとして、その診療に要した費用について、本件保険組合に対し、家族療養費の支給を請求したところ、本件保険組合は、当初提出された診療内容明細書や領収明細書では不明な部分が多かったことなどから、これをもとに支給額を算定することはできないとして、3記載の②と同様の算定方法により支給額を算定したこと、その後、請求人からは、不明な部分が補充された領収明細書や診療内容が記載されたC医師作成の〇年〇月〇日付医療報告書が提出されたが、本件保険組合はこれらの新たに提出された資料についての検討は行っていないことが当審査会に顕著である。

本件においても、本件保険組合は、パクリタキセル、カルボプラチン療法に関する診療および卵巣癌以外の大網、盲腸等の摘出に関する診療の詳細が確認できなかったこと、また、上記の平成〇年〇月〇日から同月〇日までの診療分と同様の算定方法を選択したことを理由として主張している。

しかしながら、本件被扶養者に対する手術及びその後の化学療法等の内容は、C医師作成の〇年〇月〇日付医療報告書、請求人が当初から提出している上記の診療内容明細書、添付された領収明細書、及び、各通院日ごとに、薬剤や検査の内容等の明細が記載された書面によって、明らかにしているものというべきである。パクリタキセル、カルボプラチン療法については、我が国の医療機関においても行われているものであり、その内容を確認することができないというの理解できない。

そうであれば、本件においては、請求人から提出された上記の各資料によって、その療養に要した費用の額の算定は可能であるというべきであり、仮に費目によって内容が確定できず、困難な部分が残存するとしても、当該部分について、国内における同様の傷病に係る療養にお

いて対応する部分に要する費用の実績額により算定すれば足りるものと解されるのである。

しかるに、本件保険組合は、請求人から提出された上記の各資料に基づいて算定しようとすることなく、当初提出に係る資料に内容が不明な部分のあることを理由に、直ちに証拠書類による算定が困難であるとして、3記載の②の算定方法に依拠したものと認められるのである。しかも、その算定に当たっては、厚生労働省保険局保険課（以下「保険課」という。）による平成〇年社会医療診療行為別調査（平成〇年〇月調査分）（以下「参考資料」という。）の「その他の悪性新生物」の入院外の1日当たり点数である〇〇〇〇点を参考としているのであるが、この参考資料については、保険課からの事務連絡において、「この参考資料の傷病別（入院、入院外別）の（参考）1日当たり点数」は、社会医療診療行為別調査結果を用い当課（注：保険課を指す。）で機械的に算出したものであり、症状や診療行為などの違いによる評価が反映されていないため、これを画一的に用いることのないよう・・・取り扱われたいとお願いいたします。」とされているように、各診療案件における症状や診療行為等に係る個別の事情は考慮されていないものであり、本件のような両側卵巣、子宮、大網、盲腸の摘出を要する重大な症状が認められる傷病に係る診療行為に関して、このような参考資料を用いて療養に要した費用の額の算定を行うのは相当でないとも考えられるのである。

5 以上によれば、原処分は相当でないので、これを取り消すこととする。本件保険組合において、改めて、請求人から提出された資料に基づいて支給額を算定し、仮に、それが困難な部分があるというのであれば、上記の参考資料ではなく、医科診療報酬点数表等の、より適切な資料に基づいて、国内における同様の傷病に係る療養に要する費用の実績額を算定する必要があるというべきである。

よって、主文のとおり裁決する。