

# 姫路市医師会報

○既に始まっている混合診療

－特別なサービスがないのに特別料金が必要－

No. 317 平成 17 年 3 月 1 日発行：視点

混合診療が問題になっていて、国内では賛成、反対、いろいろな議論がなされています。医師会としてはせっかくここまで築いてきた国民皆保険制度を破壊するものとして反対意見をいろいろな形で訴え続けています。署名運動、反対集会など、会員の先生方にもご協力をいただいております。

このような動きの中にあって、既に混合診療が一部について始まっているのは御存じのことと思います。①特別の療養環境の提供（差額ベッド）、②200床以上の病院の初診、③予約に基づく診療、④入院期間が180日を超える入院、⑤薬剤・医療用具の治験、⑥薬事法承認・薬価収載前の医薬品の投与、⑦高度先進医療、等がその対象となります。なお、①～⑥を選定療養といい、⑦の高度先進医療を含めて特定療養といいます。これらの特定療養を受けた場合、基礎的医療部分は医療保険から給付され、特別なサービスや医療の費用を特定療養費として、患者さんが自己負担することとなります。金額は社会的に見て妥当適切なものとの制約はあるものの医療機関が自由に設定できます。ただし、いずれも患者さんの自由な選択と同意が必要です。

ほとんどの項目は患者さんに納得していただけると思います。例えば、特別に料金を支払うと、特別な部屋で入院生活を過ごせたり、待ち時間なく診療を受けることができるという快適性を得ることができ、患者さんの了解は十分に得られると思います。また、保険診療ではまだ認可に至っていない特別な、あるいは高度な医療を特別に受けることができます。これについては保険給付外にしておくこと自体が問題であると、混合診療反対の大きな論拠となっておりますが、患者さんの一応の了解は得られるかと思います。

ただし、入院期間が180日を超える入院の場合については、他の項目と少し様子が違っています。『特別なサービスがないのに特別料金が必要』となり、患者さん自身にとって切実な問題となってきています。ただ、診療所の先生方や、ほとんどの急性期病院の先生方には180日を超える入院患者さんの対応をすることは少なく、あまり関心や実感のないことだと思います。一方、長期入院の患者さんが多い病院では日々のことがらであります。私たちの病院は療養病棟であり、その一つです。

ここで、180日を超える入院の選定療養費（特定療養費）について、その現状と問題点を述べてみたいと思います。

入院期間が180日を超えると選定療養費が必要となります。精神病棟と結核病棟を除き、一般病棟・療養型病棟・診療所の入院すべてが対象になっています。入院基本料の85%だけが保険給付の対象となり、残りの15%分は別に患者さんから徴収することができます。金額は医療機関が自由に設定することができ、いただかない選択もできますが、通常は15%相当額をそのまま選定療養費として徴収しています。180日を超えることの履歴は病院を変わっても、同一疾患であれば継続されます。

「入院医療の必要性は低いが患者側の事情により入院しているものへの対応を図るため」ですので、次のような除外規定があります。①難病患者等入院診療、②重症者等療養環境特別加算を算定する患者。③重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等。④悪性新生物に対する腫瘍用薬を投与、または⑤放射線治療を実施している状態。⑥ドレーン法又は胸腔もしくは腹腔の洗浄、⑦人工呼吸器を使用、⑧人工腎臓又は血漿交換療法、⑨全身麻酔を用いる手術を実施している状態。⑩末期の悪性新生物に対する治療、⑪呼吸管理、⑫常時頻回の喀痰吸引、⑬肺炎等に対する治療を実施している状態。⑭集中的な循環管理が実施されている先天性心疾患等の患者。⑯については、難病患者等で障害を持つ患者以外でも、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）」判定基準のランクB以上。

これらの除外規定で多くの患者さんには選定療養費は不要となるのですが、一部の患者さんには負担が必要となり、それは継続していきます。

次のような問題点があると考えます。

- ・『特別なサービスがないのに特別料金が必要』です。選定療養費を負担することで患者さんにとって、得をすることは何もありません。アメニティの改善も特別な医療を受けられることもありません。唯一、社会的入院を認めてもらえるということでしょうか。ただし、長期入院になった患者さんがすべて社会的入院ではないはずです。
- ・患者さんの自由な選択と同意が必要となっています。しかし、この場合患者さんは何を選択できるのでしょうか。特別室を使わないこと、少々の待ち時間を我慢すること、特別な治療ではなく通常の治療を受けること、などを選択する場合とは違ってきます。負担に同意しなければ自己退院の選択しかありません。事実上、選択の余地はありません。
- ・患者さんの負担は少なくありません。入院基本料の15%ですので医療機関によって差が出てきますが、長期入院の患者さんが多い療養病棟ですと月に5万円前後となってきます。また、保険外負担ですので高額療養費の還付の対象外となります。
- ・いわゆる社会的入院を排除しようとの目的のようですので、様々な除外規定

を設けています。ただし、どなたもが社会的入院であるわけではなく、この除外規定では不具合が生じてきます。脳梗塞の後遺症で「寝たきり」の場合はもちろんですが、歩行困難があって車いすは使用しているけれども全身状態の良い患者さんも、日常生活自立度Bランクとなり選定療養費の負担は除外されます。一方、悪性腫瘍で自宅療養は困難であったり、肝硬変や肝不全で腹水・食道静脈瘤などを合併していたり、COPDで呼吸不全がある場合、自分で歩いてトイレに行けるぐらいの状態の患者さんには負担が必要です。つまり、外見からわかりにくく内臓疾患の場合、重症で入院継続が必要でも負担は除外されません。患者さんにどのように説明すればよいのでしょうか。

- ・せっかく病状が良くなったのに負担が多くなることもあります。脳梗塞で入院し、車いすでの介助が必要な場合、選定療養費の負担はありませんが、リハビリをがんばり、何とか自立して歩行ができるようになった場合、その日から負担が始まります。
- ・保険給付外になる金額がそのまま患者さんの負担になるだけですので、医療機関にとっては利益もなく、また損失もありません。患者さんに了解さえいただければ医療機関にとってあまり問題になってはきません。そのため、医療機関にとってこの問題を解消しようとする熱意が少ないのも事実かと思います。

このように多くの問題があり、問題のしわ寄せは最終的には患者さんの自己負担となってきているのが現状です。そして、患者さんには「規則でこのようになっています」との説明しかできません。

会員の先生方の間でも是非ともこの問題に関心を持っていただき、議論していただけることを願っております。