



第3章

医療現場における保険外負担の実態

これまでは保険給付と保険外負担の歴史的な経緯と、いわゆる混合診療禁止の法的根拠について検証してきたが、保険給付と保険外負担の関係については基本的なルールがないことが明らかになった。ルールが不明瞭であることから、医療現場はおそらく混乱していることが予想された。そこで、医療現場における保険外負担の実態、および保険外負担に対する医療機関の認識はどうなっているかを明らかにするため、医科、歯科それぞれについてヒアリング調査およびアンケート調査を行ったので、本章ではその結果を紹介する。

まず医科については、(株)日本医療事務センター業務指導推進部の協力を得て国立病院1件、県立病院2件、市立病院3件、医療法人5件に対するヒアリング調査を行った。また、医師20名(開業医・勤務医)に電話および対面にて匿名でヒアリングを実施した。匿名としたのは、保険外負担の実態をできるだけ正確に把握したかったからである。

「一部負担金以外に患者に保険外負担を求めているケース、混合診療と思われる事例を挙げてほしい」と質問したところ、国立病院以外の各医療機関より、患者から保険外負担を徴収しているさまざまな事例、具体的な項目および金額について回答が得られた。これらを第1章の図1に基づき、保険外負担の性格の違いによって分類しその問題点を探った。

I. 算定を認められていない医療材料の実費徴収が大半

保険外負担の回答事例は、その大半が一部負担金に加えて医療材料等の実費を徴収する割増金徴収（狭義の保険外負担）に該当するものであった。医療機関側は徴収の理由として、診療報酬点数表で定められた点数が実際にかかるコストと比較して「見合わない」ことを挙げるところが多かった。こうした医療材料費への不満は、(1)「材料」と「技術」を一体とした包括評価、(2)材料の使用に一定の制限（回数・個数）があること、の2点に集中している。

1. 「材料」と「技術」を一体とした包括評価の問題

A 包括点数の不透明性が現場の不満増幅

表2の回答事例の共通項は、診療報酬点数表の解釈で「～は所定点数に含まれる」「～は別に算定できない」と規定されている包括点数に対し「実情に見合わない」「まかなえない」といった不満が保険外負担徴収の要因となっていることである。

医療材料の包括化は、「薬剤・検査の適正化」が始まった平成6年の診療報酬改定以降次々と実施され、最近の改定時には必ず何らかの追加が行われている。ある病院事務長によれば、診療報酬改定時には新設点数よりも先に何が締め付けられたのかをチェックするというほど現場サイドでは無視できないものとなっている。確かに最近の改定ではわざわざ患者の検査衣まで「包括されている」と明文化されるようになったが、その原因として、医療機関があれこれと名目をつけて安易に実費徴収しているからだと指摘する病院経営者もいた。

事例を見ると処置材料費を実費徴収しているケースが多い。ある病院では窓口で徴収せずに院内の売店で購入するよう患者に指示していたり、カルテには鉛筆で記し窓口では保険請求分と処置材料の実費を分けて清算するなどしており、狭義の保険外負担の代表格として常態化しているようだ。

処置材料費の包括化については、「状態によってはどう見ても処置料に見合わない患者さんもいる。その場合だけでも実費分をもらえないかとの意見が看護部門から出たが、点数表のルールを説明するのに苦労した」という話を病院関係者から聞くことができた。このことは包括化への不満が医療従事者末端にまで広がっていることを示すと同時に、包括点数がどのような根拠に基づいて決定されているのかが見えない点も不満を増幅させる要因となっている。

B 患者の医療材料費負担が常識となっている在宅医療

在宅医療における材料費はすべて点数に含まれるとされているため、本来、患者から実費を徴収することは認められていない。

「在宅療養管理料の一般的事項」

12 在宅療養指導管理（加算における保険医療材料使用時を含む。）に用いるアルコール等の消毒薬、衛生材料（脱脂綿、ガーゼ、バンソウ膏等）、酸素、注射器、注射針、翼状針、カテーテル、膀胱洗浄用注射器、クレンメ等は、所定点数に含まれているため、当該保険医療機関が患者に支給すべきものであり、別に算定できない。（平6.3.16・保険発25）

表2 狭義の保険外負担の事例①

診療科	項目	設置主体	事 例	徴収理由（判明分のみ）	
1	共通	入院料	医療法人	種々の雑費に充てるため、一般病床の入院患者から「施設利用料」(1,000円/日)を一律徴収	一般病床のアメニティを充実するには入院料（入院環境料165点/日）だけではまかないきれない
2	内科	入院料	市立病院	療養型病床群入院医療管理料にはすべてが包括されているが、処置で使用した薬剤は（軟膏等1回当たり数十円～数百円）は実費負担	管理料のみではまかないきれない
3	共通	入院	医法	冷暖房費（50円/日）を徴収	入院料ではまかないきれない。
4	共通	入院料	市立病院	ねまき、シーツ、枕、枕カバー、スリッパ、タオルをセットで患者と業者に直接やりとりをさせている	
5	産科	看護料	県立病院	生母の入院に伴う新生児介補料（28日未満除く）は患者負担。10,500円	新生児（生後28日未満を除く）を介補する保険点数が低い
6	共通	処置料	医療法人	伸縮性包帯及びガーゼ、綿球等はすべて実費徴収	衛生材料は各処置料（最低420円）に包括されているがまかないきれない
7	共通	処置料	県立病院	ガーゼは実費を徴収。900cm ² 切込あり 17.5円、切込なし 10円	
8	外科 整形	処置料	市立病院	外傷処置時のストッキネット（伸縮性包帯）は実費徴収	処置料（最低420円）ではまかないきれない
9	整形	処置	医療法人	ストッキネットは実費徴収。1m100円（消費税別）	
10	眼科	処置	医法	カッペや片眼帯は自己負担。190円	感染予防のため、点数が低い（25点）
11		処置	市立	ポリネック、キャッチャーマスク、眼帯	
12	整形外科	処置料	市立病院 ほか	骨折患者等へ使用する三角巾は実費請求（市立病院；250円、医療法人；180円、県立病院；220円）	
13	整形外科	処置料	医療法人	足関節捻挫絆創膏固定時の絆創膏代を実費請求	
14	放射線科	処置料	県立病院	放射線治療時に使用する材料や薬剤のうち保険請求できないものは実費徴収。器具等挿入時の麻酔剤（キシロカイン注射液1%10ml・132円）等	
15		処置料	市立病院	消炎鎮痛処置の腰部固定帯加算で算定できないときのトシコバンド	
16	整形外科	処置料	市立病院	腰椎バンドは腰部固定帯加算対象であっても患者に全額実費請求（3,500円～）	患者の状態にあわせたよい材料と考えている腰椎バンド単価が保険点数（230点）よりも高いため
17	整形外科	処置料	医療法人	腰部固定帯加算に準じて算定できる場合でも、コルセットやサポーター類は患者に全額実費請求	患者の状態にあわせたよい材料と考えているコルセット等の単価が保険点数（230点）よりも高いため
18	整形外科	処置料	県立病院	腰部固定帯加算に準じて算定できる場合でも、頸部、胸部又腰部コルセットは患者に全額実費請求	患者の状態にあわせたよい材料と考えているコルセット等の単価が保険点数（230点）よりも高いため
19		処置	県立	バルンカテーテル；700円、3,000円	
20	共通	手術料	県立病院	手術時のナイロン糸以外の特殊縫合糸は、患者に口頭で了解を得て実費徴収	1本単価1,000円前後。胸部外科大手術の例では30本使用される場合がある。手術料から糸代30,000円が消えてしまうことにどうしても納得がいかない

21	整形外科	手術料		腰椎椎間板ヘルニアの経皮的髄核摘出術(8,030点)で、ディスポの手術器械代を使う場合(約10万円)は患者負担とすることが多い	
22	共通	処置料	市立病院	入院中患者の外泊時、退院時または外来患者が持ち帰るものは定価で実費徴収(例)カテーテル類、カテーテルトップ、ドレーンバッグ、デオアクティブ、コムフィール、吸入用注射器、ガーゼ、バンソウ膏、綿棒・綿球、テープ、生理食塩水(膀胱洗時使用等)、SMAミルク、洗腸器、ガラスコップ、三角巾、テガダーム等	自宅持ち帰り分は保険算定できないため
23	共通	処置料	市立病院	入院中患者の外泊時若しくは退院時または外来患者が持ち帰る次のは定価で実費徴収(例)栄養カテーテル、カテーテルトップ、ドレーンバッグ、デオアクティブ、吸入液注入用注射器、ガーゼ、ばんそうこう、綿球、テープ、膀胱洗浄用生食他	自宅持ち帰り分は保険算定できないため
24	共通	処置料	市立病院	退院時持ち帰り分は実費徴収(例)ガーゼ、綿棒、クランベリージュース、鼻マスク等	
25	共通	処置料、在宅医療	市立病院	在宅医療持ち帰り・手渡し材料分は実費徴収(例)点滴栄養チューブ、延長チューブ(ET-11000、ニトロ用)、注射器(20ml、10ml)、ピンク針(18G)、ディスポ洗腸器、吸引カテーテル(10Fr)、気切ガーゼ(Yガーゼ2枚入)・小当てガーゼ2枚入ほかガーゼ類すべて、滅菌綿棒(小・中・大)、口腔用綿棒、ギベック人工鼻、サクラメン手袋(ゴム手袋)等	
26	共通	在宅医療	医療法人	在宅医療持ち帰り材料を実費徴収(例)口腔用吸引チューブ10本(@180円)、ギベック人工鼻(Hument Vent; @948円)、気切用ガーゼ5枚(カニューゼ; 300円)、テルモ吸引カテーテル10F(@60円)、経腸用イリゲーター(@1080円)、エンシュア、マスク、滅菌精製水	
27	共通	処置料	医療法人	退院時に持ち帰る次のを、退院時に実費徴収(例)ガーゼ、テープ、テガダーム、導尿管セルフカテーテル等	自宅持ち帰り分は保険算定できない。退院後に使用するものなのだから自由診療にはいるのではないか
28	泌尿器科	在宅医療	医療法人	在宅患者から自己導尿用のカテーテル(700円/本)を実費請求	
29	共通	検査料	県立病院	患者が検査等で病衣を使用した場合、使用料(790円)を徴収	入院患者と同様の病衣を使用。洗濯代がかかる
30	共通	検査	医法	検査時のガウン使用料(70円)は実費	
31	内科	検査料	医療法人	検査に使用する尿量計(1,200円)は実費請求	尿量測定は診察料に包括されており、また尿量計は特定保険医療材料ではない。しかし実施するたびに尿量計代1,200円+α(検査にかかる手間賃等)が発生する。一銭も算定されないのに検査を行うたびに大きく持ち出しとなることに納得いかず単価がはっきりしている物品代のみ保険外負担として患者に実費請求
32	共通	検査料	医療法人	自動血圧計使用時1日につき1,000円徴収	非観血的連続血圧測定(100点)の算定条件にトノメトリ法により麻酔に伴って実施した場合に限り算定できる(平8.3.8・保険発21)とあり、該当しない機器を使っている場合は基本診療料に包括されることになり全く算定できない。機器の減価償却のためやむを得ず
33	リハビリ科	リハビリテーション料	医療法人	老人デイ・ケアサービスの患者全員から昼食代(1,200円)を徴収	6時間以上の老人デイケアの場合、食事提供が前提で実費請求はできない。一方、4時間以上6時間未満の場合は、老人デイケアの時間外に患者の求めに応じて提供した場合は実費が請求できる(平成10年3月25日日本病院会ニュー561)。患者から不公平だという苦情が出たため全員に負担を求めるようになった
34	精神科	専門療法	医療法人	カウンセリングを行った場合は2,000~4,000円実費徴収。薬剤等は保険請求	カウンセリングを含むとする保険点数(70点;心身医学療法1回につき)ではとてもみあわない

点数表にも「療養管理に用いるすべての材料費等が（点数に）含まれる」とあるが、実態は、医療材料の実費徴収が公的病院から民間病院まで広く行われていた（表2の事例22～事例28）。患者からの実費徴収について、行革推進本部規制緩和委員会「医療分野における規制緩和の動向」には次のような指摘がある。

「現行の制度の下では、訪問看護において使用される器材や衛生材料については主治医の行う医療行為に含めて評価されているため、……訪問看護婦が必要に迫られて膀胱留置カテーテル等の特定保険医療材料や滅菌ガーゼ等の衛生材料を自ら調達し、患者に提供する場合に、実態上、患者の自己負担が生じる場合がある」（「在宅医療に係る規制・手続きの見直し」行政改革推進本部規制緩和委員会平11.3.30）

事例22～事例28は、この指摘を裏付けるものといえる。

たとえば上記指摘にある膀胱留置カテーテル患者の場合、在宅自己導尿指導管理料の算定は月1回1,800点で、受診時の導尿・膀胱洗浄処置料カテーテル費用は所定点数に含まれる（間欠導尿用 Disposable カテーテルを使用した場合は600点加算）。膀胱留置カテーテルに関係する材料費は、カテーテル（700円／本）、ドレーンバッグ（入院患者とほぼ同様の500～600円）、および膀胱洗浄用生食等でこれらは週に1回程度交換が必要といわれるので訪問のたびに材料費が1,500円程度かかってしまう。当然訪問看護指導料530点の枠内でカバーするのは無理であるから、ステーションとしての採算性を考慮して患者に実費負担を求めることになる。

しかし、在宅医療を専門とする医療関係者によれば、一見保険がきかないと思われている医療材料でも、医師が処方箋を発行するなど請求方法によっては保険給付されるものもあり、患者から実費徴収しなくても十分まかなえる点数だという。ただ、比較的新しい点数ということもあり、こうした手法が現場にはまだ十分知られていないのではないかと指摘する。別の関係者によれば、設置主体が異なる訪問看護ステーションに訪問看護指示書を出した場合、衛生材料は依頼先の訪問看護ステーションが持ち出すケースが多いため、訪問時の交換で必要となるカテーテル類は依頼元の医療機関の負担であらかじめ患者宅にまとめて置いておくべきだと指摘している。

医療材料の実費徴収では、退院時に「持ち帰るものは実費徴収」という事例も多かった。いずれにせよ、医療機関ひいては患者に経済的負担を課すような仕組みでは、ようやく芽吹いた「第3の医療」の崩壊にもつながりかねない。よく「在宅医療は安価な医療」といわれるが、在宅医療に携わる現場の医療関係者は、「慢性安定期の患者の場合は月6～8万円の医療費だが、ガン末期患者などは月50万円以上かかる。このところ急増している重症患者は月平均20万円弱で決して安くはない」という。在宅療養者と家族には医療にかかる経済的負担に加えて介護に伴う負担も課されている。療養に要する費用負担の仕組みに問題がないか早急に検討を行い、施設療養と比べて見劣りのしないシステムが必要である。

C 新技術を採用しても評価が低い

手術材料の実費徴収は金額が大きい点が注目された。表2の事例20の特殊縫合糸を患者から徴収している県立病院の職員は徴収に至る背景を次のように説明する。

「特殊縫合糸は平成5年4月の点数改定までは都道府県購入価格で算定できた。しかし、同年の改正で5,000円ルールができ実質的に算定できなくなった。言い換えれば手術の手技料には5,000円の

特定保険医療材料費が含まれるとされ、その分を配慮した点数改正とされたが実質的な配慮はなされなかった。その後、平成8年4月の改正では5,000円ルールも廃止され、手術材料は手術料に含まれるとされたため、特殊縫合糸は点数上若干の配慮だけで消えていったことになる。

しかし、特殊縫合糸は大きな手術では多数使用する。1本単価は1,000円前後で、胸部外科大手術の例では30本使用することもあり、手術料から糸代だけで30,000円が消えてしまうことになる。どうしても納得がいかず、いまは保険のきかない材料として患者さんに実費負担をお願いしている」

また、手術材料に関して別の病院経営担当者は次のように話している。

「手術にかかる材料費を患者負担としているところはかなりある。その気持ちは十分わかる。当院は病院の持ち出しだが納得いけないと思うことは多い。たとえば腹腔鏡下の胆摘手術（腹腔鏡下胆嚢摘除術）。材料費だけで通常10万円ぐらいかかる。技術料から10万円が消えてしまうのだから。腹腔鏡下手術を実施している病院のうち半数は患者に材料費負担を求めている」

手術材料費の実費徴収は常態化しているとも取れる指摘である。手術料に材料費が包括されている点数は多いが、事例を見るとこうした不満は新技術を採用した場合に多いことから、「新技術を採用しても評価が低い」という不満が根底に潜んでいると思われる。

たとえば腹腔鏡下の胆摘手術について検証してみる。手術料は19,500点（レーザー照射を行った場合は500点加算）と高点数ではあるが、そのうち5割以上を材料費が占めている。都内の医療法人の一例では包括されている材料費の内訳は下記のとおりであった。

腹腔鏡下の胆摘手術例

（平成11年11月の医療法人立病院での手術例）

<科名>外科	<患者名>△川×夫	年齢	62歳	性別	♂
<主病名>胆石症	<手術>腹腔鏡下胆嚢摘除術	併用手術	なし		
<手術時間>1時間18分(開始10:19~11:37終了)	時間外	なし			
<麻酔>閉鎖循環式全身麻酔	2時間57分	併用麻酔	なし		
<医師>術医 1名、助手医 2名	<看護婦>直接介助 1名、間接介助 1名				
<特定保険医療材料算定分>1,880円					
・膀胱留置バルーンカテーテル2管一般(Ⅱ)	1,130×1				
・セイラムサンプルチューブ	750×1=750				
<技術料に包括されるもの>96,494円					
・エンドパスダイレイトロッカー 5mm355LD	(12,500×3=37,500)				
・エンドパスダイレイトロッカー 12mm512SD	(14,300×2=14,300)				
・エンドパスシールキャップ	MS512(1,200×1=1,200)				
・リガクリップ	ER320(27,000×2=27,000)				
・エンドキャッチ10	173050(16,000×1=16,000)				
・ステリストリップ	R1547(334×1=334)				
・デルマポアドレッシング	11992(40×4=160)				

開腹による胆摘手術例

(平成11年9月の某市立病院での手術例)

<科名>外科 ¹	<患者名>○川△男	年齢 56歳	性別 ♂
<主病名>胆石症			
<手術>開腹胆嚢摘除術 併用手術 Tドレーン留置			
<手術時間>1時間50分(開始 9:55~11:45終了) 時間外 なし			
<麻酔>閉鎖循環式全身麻酔 3時間15分 併用麻酔 なし			
<医師>術医 1名、助手医 1名 <看護婦>直接介助 1名、間接介助 1名			
<特定保険医療材料算定分>7,130円			
・バルーンカテーテル膀胱留置カテ2管一般(Ⅱ)1,130×1			
・ペンローズドレーン	1,100×2=2,200		
・セイラムサンプチューブ	750×1= 750		
・ネラトンカテーテル No5	250×1= 250		
・T字ドレーンⅡ 5.0	2,800×1=2,800		
<技術料に包括されるもの>740円			
・G ボトル	740×1= 740		

一方、従来の開腹手術では包括材料費はどれぐらいの割合を占めているのだろうか。某市立病院での手術例を参考に検証してみる。

開腹手術料は12,100点で、この資料によれば包括される材料費はわずか740円である。先端技術がいかに材料費を要するかがわかると同時に、各々の手術手技への評価である正味の「技術料」(保険点数から材料費を控除した全額)は実際には腹腔鏡下の胆摘手術が98,506円であるのに対して、開腹手術料は120,260円であることがわかる。

さらに、入院費や医薬品費等を加えた総入院医療費を算出すると次ページのデータが示すように約23万円の開きが生じる。

つまり結論からいえば、腹腔鏡下手術は開腹手術に比べて患者にとっては①2週間以上早く社会復帰でき、②一部負担金も健保本人で約4万6,000円少なくて済むというメリットがあるのに加えて、保険財政面でも1件当たり約20万円の医療費削減効果をもたらしているのである。

開腹による胆摘手術例^{1A} (平成11年9月の某市立病院での手術例)

「医療技術への評価が低い」とは常に医療機関側の意見として出るところだが、「安くて良い先端医療」を普及させるという意味では、現行の腹腔鏡下の胆摘手術料は決して魅力的とはいえない。

術式による入院費の比較

	入院日数	入院費総額
腹腔鏡下	8日	51,193点
開 腹	26日	74,906点

データは、『図説 処置、手術と保険請求のすべて』(保険医療材料研究会、平成8年10月発行)掲載の単独症例

■ 2. 材料の使用に一定の制限（回数・個数）があることの問題

A 「単価が高く持ち出せない」など一定の制限への強い不満

表3は表2と同様に狭義の保険外負担に該当するものである。点数表では材料の使用に一定の制限が設けられているが、徴収理由に見られるように「一定の制限はあっても必要だから使用した。単価が高いので病院の持ち出しにできず」やむを得ずはみ出し分を患者から徴収している事例である。

事例を見ると薬剤をめぐる超過分徴収が多い。今回ヒアリングを行ったうち、国立病院以外の全医療機関から、医薬品と検査に関しては「保険外負担の徴収あり」との回答があった。生の声を紹介すると、「薬と検査に関しては保険外負担の事例を挙げればきりがない」「薬・検査の保険外負担徴収はどこでもやっている日常茶飯事」「特に高額なものは病院の持ち出しとするわけにはいかない。保険で認められているのに超過があったから全部自由診療というわけにもいかない」「不当にやっているわけではない。診療上必要と判断して生じた結果（超過）」など、必要であれば一定の制限を超えても使用に踏み切らざるを得ない医療現場の実情と、使用基準による一定の制限を超えた部分への有無を言わせない減額査定との乖離が明らかである。

B 「機械的な審査」で無視される個別性

表3の実態をさらに詳しく見ていくと、「個別性が審査で認められず減額査定されてしまう」といった審査の硬直性への不満が保険外負担徴収の共通要因となっている。審査の硬直性への不満は事例からさらに2つの性格に分類できる。1つは「算定ルールが明確に規定されており超過が認められない」とする不満。もう一つは「点数表では一定の幅が設けられているのに実際にはどんなに理由を説明しても超過が認められない」という不満である。

算定数量等が明確に規定されていることへの不満は事例2および事例5に、点数表上では算定に一定の幅が設けられているにもかかわらず超過は認められないことへの不満は事例1と事例8にそれぞれ端的に現れている。

《明確な規定があり減額査定される》

○事例2：適応疾病外無菌治療室利用患者から室料加算相当分を実費徴収

「ガン患者に行う化学療法には免疫機能が落ち込む種類の治療もあり、患者を思わぬ感染から守るため入室させているが、無菌治療室加算（3,000点/日・90日限度）には『…白血病、再生不良性貧血、骨髓異形成症候群、重症複合型免疫不全症等の患者に対して必要があって…（平6.3.16・保険発25）』との算定要件があり、それ以外の患者は適応外疾病となり算定できない。この場合、患者に対して保険がきかないので無菌治療室部分が自費になる旨了解（口頭）を得てから対象病室に入院させている。また、期間（90日）を超えた患者からは超過日数分を実費徴収している」

○事例5：算定規定数以上の自動縫合・吻合器使用分を実費徴収

「手術の際、個数加算の限度を超えた自動縫合・吻合器は実費請求している。手術医は患者の

表3 狭義の保険外負担の事例②

	診療科	項目	設置主体	事例	徴収理由（判明分のみ）
1	共通	入院料	市立病院	入院患者のMRSA感染予防のために使っているバクトロバン軟膏の費用について、4日以上使用する場合、薬材料超過分を患者から徴収	3日以上は減額査定されてしまう。しかし、入院患者のなかには3日以上必要の場合あり。軟膏は1g688.6円と高価。院内感染防止加算(5点/日)ではまかないきれない
2	外科	入院料	市立病院	無菌治療室に入った場合、保険認定期間外だったり保険認定疾病以外の場合は、無菌治療室加算相当分(3,000点/日)を患者負担	患者のために必要な処置であるが、保険算定を制限されている。規定日数を超過した場合や対象外の患者の場合は、やむを得ず患者からもらっている
3	外科	処置料	医療法人	気管切開後の処置、保険で認められた7日を超えた手技料は実費徴収。薬剤料及び材料は保険請求	必要な処置が7日間までしか算定できない
4	整形外科	処置料	医療法人	足関節捻挫や膝関節靭帯損傷時の絆創膏交換処置(1,150点)で算定要件として原則1週間1回という規定があり、必要があつてその間に処置を行っても術後創傷処置(75点)しか算定できない。その場合、差額分を実費徴収	状態に応じて巻き直す必要があつても、技術料が点数に反映されていない
5	外科	手術料	県立病院	個数加算の限度を超えた自動縫合・吻合器の超過材料代は患者から徴収	単価が高い(1個約2万円)ため、やむを得ず技術料に含ませていない
6	麻酔科	手術料	医療法人	神経ブロックを2種類以上併施した場合、1つは保険請求し残りは患者から実費徴収	規定では、主たる神経ブロックのみの算定となるが医学上有効と考えられる場合、保険がきかない差額分は負担となることを患者に了解を得た上で施行
7	共通	検査料	医療法人	保険点数の定められた検査料であっても、算定上で決められた回数以上になった場合は、超過回数分は患者負担	必要とする場合が発生。超過分は保険請求が認められないため
8	内科	投薬料	市立病院	H2ブロッカー、PPI投与で算定可能な期限以後投薬が必要な場合、超過投薬料は実費負担。患者に説明した上で徴収	他剤無効の患者の状態改善のために薬剤投与続行と判断。しかし使用日数に制限があるため超過分は実費徴収
9	小児科	投薬料		川崎病の免疫グロブリン療法は数年前まで保険適応外。現在も、投与は400mg/kgまで	
10		投薬料	市立病院	アルブミン製剤投与で3日間までは保険診療扱いだが、4日目以降(約4日間)は患者負担	「過剰投与」と減額査定が頻繁になり、病院の方針で患者と合意のうえ実費徴収に踏み切った。3本しか投与しないというわけにはいかない。1本が高価(7,745円)。持ち出しできず仕方なく
11		投薬料	医療法人	アルブミン製剤投与で、事前に患者に5日目以降必要な場合(約3日間)は保険がきかないことを説明し了解を得た上で実費徴収	アルブミン製剤の査定が厳しくなった。公平な医療提供のため、事前に患者に保険がきかないことを了解してもらったうえで5本目からは実費徴収

回復機能を早めるという任を負っているので規定を超えることもあるし、算定ができないと分かっている手術に使用することもある。ただし単価が高い（約2万円／個）ため病院の持ち出しににくい。やむを得ず患者に実費負担を求めている」

《一定の幅があるのに減額査定される》

○事例1：H2ブロッカー、PPI薬材料を実費負担

「H2ブロッカー、PPIの投与期間は投与開始から胃潰瘍で通常8週間まで、十二指腸潰瘍では通常6週間までと定められている（平3.3.15保険発15他）。『通常』という表現だが、実際はこの期間を過ぎると、レセプトに『他剤の効き目なし』など症状詳記を行い手を尽くしても算定は認められない」

○事例8：バクトロバン軟膏4日以上投与は実費を徴収

「軟膏使用の保険適用上の取扱いとして『必要最小限の期間（3日間程度）の投与にとどめ、漫然と長期にわたり使用しない』とあるが、『3日間程度』とは記されていても実際には3日以上の使用は算定が認められない。しかし、入院患者のなかには医学上の観点から3日以上使用する場合もある。軟膏は1g688.6円と高価。院内感染防止加算（5点／日）ではまかないきれず病院経営上相当の持ち出しになるので実費を徴収している」

「手術と自動縫合・吻合器使用個数の実際」（平成11年7月の某市立病院の例）

（手術名／手術料）	（実際使用個数）	（算定個数）	（持出推定金額）
・咽頭、下咽頭悪性腫瘍手術／51,000点	吻1個	（不可）	20,000円
・肺切除術（肺葉切除）／28,200点	縫4個＋吻1個	（縫4個）	20,000円
・胸腔鏡下肺切除術／33,200点	縫2個	（不可）	40,000円
・食道悪性腫瘍手術／58,000点 （消化管再建手術を併設）	縫1個＋吻4個	（吻2個）	60,000円
・胃悪性腫瘍手術（全摘）／51,700点 （併用）胆嚢摘除術、遊離腸管移植術	縫1個＋吻6個	（吻2個）	100,000円
・胃悪性腫瘍手術（全摘）／51,700点 （併用）脾摘除術、遊離腸管移植術	縫5個＋吻2個	（吻2個）	100,000円
・臍頭十二指腸切除術／46,700点	縫3個	（不可）	60,000円
・臍体尾部悪性腫瘍切除術／40,000点	縫6個＋吻1個	（不可）	140,000円
・肝切除術／16,700点～61,000点	縫2個	（不可）	40,000円
・小腸切除術／ （血行再建伴う場合）	縫1個	（不可）	20,000円
・小腸又は結腸悪性腫瘍手術／26,700点 （併用）胆嚢摘除術	縫1個	（不可）	20,000円
・膀胱悪性腫瘍手術（全摘）／52,000点 （回腸）（結腸）導管）	縫6個＋吻1個	（縫6個）	20,000円

自動縫合器…縫、自動吻合器…吻（いずれも加算点数は270点だが実勢価格2万円で計算した。）

「機械的な制限」という審査への不満は、こうした事例から、高額な薬剤、検査、材料に関するものほど大きいことがわかる。第2章でも触れた自動縫合・吻合器の超過負担で指導を受けた済生会中央病院の場合、同院は過去に遡って超過負担分を返還すると決めたが、その総額は約6,200万円で、同院の98年度の利益(約7,000万円)にほぼ匹敵するという。

自動縫合・吻合器はすべての手術に認められている加算点数ではなく、使用個数も手術によって細かく規定されている。超過負担が実際にどれだけ発生しているのかを記録した市民病院のデータが得られたので示しておく。あくまで1病院の事例だが、高額な保険外負担の予備軍と考えられ無視できない。

C 地域によって審査の基準にバラツキがある

表3の事例10と事例11は、同じアルブミン投与で実費負担を患者に求めているケースだが、「4日目以降負担」「5日目以降負担」と負担の求め方に違いがある。事例10の市立病院の場合、「過剰投与とみなされ減額査定が厳しくなり実質3日までしか算定できなくなった」と回答しているのに対し、事例11の医療法人では「査定が厳しくなり4日までしか算定できなくなった」と回答している。アルブミン投与の用法・用量に関しては、ドラッグインジャパンに「1回4～10g(20～50ml)、緩徐に静注又は点滴静注。年齢・症状・体重により適宜増減」とあるだけで規定となる目安が示されていない。それでも審査が厳しくなり、しかもバラツキが発生していることを2つの事例は示している。

「審査の厳しさは都道府県によって違う。傾向として、医師会活動が活発なところ、発言力が強いところは減額査定を受けにくい」(病院事務長)とされるが、審査基準のバラツキが全国的に起きていることは否定しがたい。また、アルブミン投与の減額査定が厳しくなった理由として、事例11の回答病院から「製剤の元となる血液の慢性的な不足という事情があり、審査側は病院ごとに算定割り当て本数を決めて査定しているらしい」との興味深い話を聞くことができた。

こうした審査のバラツキ、算定ルールからの逸脱ともいえる減額査定が全国的にあるとすれば、保険給付の平等原則を揺るがす事態である。審査のあり方に問題はないか実態を調査し、問題点は可及的速やかに改善し是正する必要がある。

Ⅱ. 技術進歩と保険給付のズレを保険外負担が「補完」

保険外負担の徴収事例を見ると、医療現場では「規格化・標準化・定型化」の枠に収まらないさまざまな医療行為・サービス・物が発生していることがわかる。徴収理由で多くみられた「保険未適応」や「保険適応外」への不満は、診療報酬が医療の現場に軸足を置いていないことが最大の原因と思われる。

保険未適応の場合、医療機関は診療行為にかかるコストをすべて持ち出すか、自由診療として患者に全額負担を課すかしか選択肢が用意されていないが、事例を見ると医療現場では患者の利便性や安全性、必要性を最優先しなければならない事態においては「患者の負担を軽減する」という「現実的な対応」で解決を図っていることがわかる。表4は保険適応と保険適応外の診療行為を併せて行った場合、保険適応部分は保険で算定、適応外の部分は保険外負担として患者に実費負担を求める、いわゆる混合診療の事例である。検査、薬剤投与を中心にさまざまな診療行為で混合診療が発生していることがわかる。

A 新薬・新材料・先進治療に速やかに対応していない

混合診療の発生要因として見逃せないのが、新薬や医療材料の開発スピードと保険承認のタイムラグである。表4の事例1はピロリ菌除去のための抗生剤投与における薬剤費の実費徴収、同じく事例3はPCR法による検査料の実費徴収である。徴収理由としては「効果が実証されているにもかかわらず、まだ保険適応されていない」ことへの不満である。言い換えれば、医療技術の進歩に診療報酬が追いついていないという指摘であり、医療現場の認識と厚生省の認識の乖離に対する不満といえる。もちろん、「欧米で一般的治療だから」「学会で認定した治療法だから」「従来より効果が明らかなだから」といっても、保険診療ルールを逸脱してよいとはいえない。しかし、効果が明らかな治療法であれば患者にとっては待ったなしであるにもかかわらず、2年に1回の診療報酬改定では日進月歩の医療技術開発に追いつかないのが実態といわれている。

また、1999年に入ってバイアグラ、ニコチンパッチ、低用量ピルの3つの「保険のきかない医療用医薬品」が承認されたが、いずれも保険適応外の医薬品だから当然「自由診療」となる。バイアグラは原疾患となる糖尿病などの治療は保険で行われるが、延長上にある性機能障害の治療が保険外診療だから混合診療は避けられず多くの医師が当惑しているという。同じことが呼吸器疾患などの治療とニコチンパッチやニコチンガムによる禁煙指導の混合診療にもあてはまる。

このように保険診療と密接に関係する保険外診療が必要となる場合、保険診療部分を保険算定し保険外診療部分は実費のみ保険外負担とする混合診療で患者の負担を減らそうとするケースが目立つ。保険給付の原則どおり全額患者負担とするのには抵抗があるようだ。実費負担について患者に説明するのは医師が多いが、概ね医師は保険診療ルールをあまり理解しておらず、そのような教育も受けていないとの指摘もある。特定療養費制度のように高度先進部分は患者負担だが基礎的部分は保険適応となっている「例外」を参考に、保険外診療も同様と誤解している医師が少なくないというのである。

表4 いわゆる混合診療の実態例

	診療科	項目	設置主体	事例	徴収理由（判明分のみ）
1	内科		医療法人	ピロリ菌除去のための抗生剤投与。患者に保険がきかない薬剤であることを説明し了解を得た上で2週間分2,000円で処方	欧米では一般的治療とされているが、日本では認可されていない。学会でも効果は認定されているが保険適応はまだ。患者の負担軽減を考えて
2	共通	検査料	県立病院	保険適応外検査は実費算定。患者からは、検査会社定価表による額を徴収する(検査により数百円から数万円)	
3	内科	検査料	市立病院	C型肝炎患者の診断確定のため通常の血液検査と併せて保険未適応だが詳細診断が可能なHCV-RNA（PCR法）を行っている。 検査分のみ実費徴収（4,000円）	添付文献等を読むと従来より詳細診断が可能となっているがまだ保険未収載。単価が高いため、やむを得ず患者から徴収
4			医療法人	入院患者にバイタルサインの状態からHIVが疑われる場合。スクリーニング検査の合意が得られた場合、検査代のみ実費徴収（2,000円）	スクリーニング検査は保険外。HIVに関する検査も同様の取り扱いとなっている。スクリーニングは非常に慎重に実施しているが、新たな感染源発生予防のため必要と考えている
5	内科		医療法人	入院患者のインフルエンザワクチン投与は実費徴収（2,520円）。院内感染予防のため協力をお願いし、患者から申し込む形を取っている	院内感染予防のため実施。予防接種1本のために治療にかかる費用を全額負担にすることはできない
6	内科		医療法人	半年前、インターフェロンα42日間（6週間）連続投与で改善効果認められたが2か月前より肝機能低下。再投与は保険で認められない。製剤切り換えれば保険適応だが、効果のあったα再度投与を決断。 製剤実費負担で（1本2～3万円）	インターフェロン療法は1クールのみ保険適応。しかし効果は100%ではない。医師は一旦効果のあった製剤だったゆえ再度投与で効果を期待。患者と何度も話し合い実費負担で治療に踏み切った。製剤高価ゆえ患者の負担を考慮しとりあえず14日間（2週間）連続投与で様子を見る予定
7	共通		医療法人	保険診療と密接に関係する自由診療処置がある場合、できるだけ保険で算定して患者の負担を減らしている	患者負担を軽減させるため
8	産婦人科		市立病院	人工授精、人工妊娠中絶、ピル処方等、診察料および検査料等の一部のみ保険請求	患者の負担を軽減するため
9	血液内科			癌患者への長時間（例：1時間以上）のコンサルテーションは保険外負担	
10	泌尿器科			真性包茎でない症例に手術を行う際、診察や術前評価を保険診療、手術のみ保険外診療	
11	産婦人科	検査料		人工授精や体外受精を除く保険でカバーされる不妊治療の際、梅毒、クラミジア、C型肝炎ウイルス、HIV、風疹等の検査は自費	
12	消化器科	投薬料		抗癌剤の臨床試験。本来すべてメーカー負担だが、感染症やほかの合併症の治療全ての費用を負担しているわけではないようだ。入院中の食事代や治療費の一部分は保険診療されている	
13	産婦人科	検査料		妊娠検診（自由診療）で異常が疑われる時に保険診療（ただし初診扱いではなく再診扱い）。貧血、痔、便秘、胎児の異常疑いへの超音波検査、感染症検査など	
14	産婦人科	検査料		低体温療法は重症頭部外傷の切り札だが、労多くして効果薄か。現在は病院負担でやっている	
15	産婦人科	検査料		脊髄硬膜外電気刺激療法。遷延性意識障害の患者が対象で手術を含めて200万円ぐらいの治療法。効果不定で一部の医師のみが実施。交通事故の場合は保険会社負担。事故でなければ患者負担	

国民の側からみても、本来なら医療技術の進歩は等しく享受すべきだが、技術開発と保険適用のタイムラグによって、①ある者は自由診療による全額自己負担で、②ある者は「混合診療」による少ない自己負担で、また③ある者は享受の機会すら与えられない、といったちぐはぐな現象が起きているとすれば患者平等の原則に反することになる。一定の効果が明らかとなった治療法や医薬品については、EBM（根拠に基づいた医療）の手法を採り入れて速やかに保険導入を図る方策が必要である。

なお、今回のヒアリングを行った国立病院では保険外負担や混合診療の具体例は得られなかったが、病棟婦長は「点数表どおりの診療をするのは経験の浅い医師だけで、研究熱心な医師ほど新しい手技・材料をどんどん採り入れている。混合診療がなければ医療は成り立たない」とコメントした。保険適応外の場合はいわゆる「レセプト病名」の追加や振替請求などで処理され、薬価未収載の新薬を投与する場合は卸から患者への直接販売とし、一切病院の収入にはしていないので表面化していないだけだという。

B 予防に対する保険給付の欠落を保険外負担がカバー

表4の事例4と事例5は、いずれも「新たな疾病を引き起こさないため」という理由で共通しており、またときに「死」という最悪の事態を招く可能性もあり重大な指摘である。事実、事例5のインフルエンザに関しては昨年来、集団発生によって多数の死者が出るという医療機関にあってはならない重大な事態が起こった。「死者がでることを思えば」と、入院患者全員にインフルエンザワクチンを病院持ち出しで投与していた例がマスコミで紹介された。その後急ぎよ、65歳以上高齢者にはワクチン投与を無料（保険給付）化する方向で検討を始めた厚生省の対応を考えると、最悪の事態を回避した病院の判断は大いに評価できる。インフルエンザのほかにもHBVなどワクチン投与は保険で認められていないものが大半であるが、厚生省は新興感染症の蔓延という事態の抜本対策にはまだ踏み込んでいない。

事例4でHIV疑義を患者に告げ検査を勧めた病院は、極めてナーバスな問題でもあり対応に苦慮したと話している。実は事例6（インターフェロンに関する混合診療の事例）と同一の病院である。事例6の患者は看護婦で、針刺事故が原因でHCVに感染し半年前に発症している。同病院の感染予防委員会ではこの患者の例をきっかけに、疑義を含むHIV、HCV、HBV、梅毒患者への対応をどうするか、新たな感染源の発生予防と「医療を始める前の医療」をどうするかについて集中的に議論したという。

感染源の発生予防という視点には、①他の入院患者への感染拡大を未然に防ぐ、②患者退院後の感染を未然に防ぐ、③病院職員への感染予防、という3つの視点があり、これらを考慮した対応を図る必要があることをこの事例は教えてくれる。結核の流行再燃や新種の耐性菌発生、O-157など、ときに「死」という最悪の事態を招く感染症への予防対策を何らかの形で保険給付することも視野に入れておく必要がある。

C インターフェロン投与延長が示す保険診療の限界

表4の事例6：インターフェロンの事例は、少ない負担でインターフェロン投与が受けられ多くの患者が救われるという保険診療の利点と、半面で「規格化・標準化・定型化」された保険診療の範囲では完治しない患者も存在するという事実、つまり保険診療の限界を端的に示す例といえよう。

事例では、保険診療の投与規定内で効果が得られなかった患者が、医師と話し合い、「同一製剤による2クール目投与を自費で開始」という選択肢を選んだ。ただしこの場合、保険適応外の療法となるので本来なら全額患者の自己負担で投与を再開しなければならないが、医療側が患者の負担を考慮し薬剤のみ実費徴収する形で再投与を開始しているため混合診療に該当するケースと思われる。

ところが厚生省にこの件を問い合わせたところ「インターフェロンの投与延長を混合診療と判断するかは極めて難しい」（保険局医療課）とのコメントが返ってきた。また、第2章でみた済生会中央病院のケースや本章の表3でみた自動縫合・吻合器のケースについては、厚生省も東京都も「混合診療とまではいえないが不適切な患者負担である」とコメントしている。

最後に、医師へのインタビューで得られた混合診療の例と、保険請求時の対処方法について紹介してみる。

- ・形成外科／手術料…乳癌手術後の乳房再建手術。自費でやるところと、はんこん形成という病名をつけて保険診療でやるところと2通りある。
- ・消化器科／処置料…食道癌や肺癌でステントを用いる際に、大きさの都合でそれぞれで別のものを用いることがある。このときは本来は自由診療となるべきだが、実際には保険病名をつけて対応している。
- ・整形外科／投薬料…頸椎、腰椎の脊柱管狭窄症による脊髄、馬尾、神経根障害に対してPGE1製剤（パルクス、リプル、プロスタンジン等）やPGI2製剤（プロサイリン、ドルナー等）が整形外科医の間では学会も含めて効果が認められており投与がほぼ常識化しているが保険未適応。ASO等の病名で保険請求。ほぼ10年近くこの状況。

先の国立病院婦長の言葉にもあったように、レセプト上に使用薬剤等に見合った病名をつけて保険請求するケースが目立っている。患者の経済的負担を考慮しての対応策と考えられるが、今後のカルテ開示の法制化など情報公開の流れをにらみ、保険病名によらなくても効果ある医療が行えるような制度の確立が必要である。

Ⅲ. 点数表で規定されていないサービス・物

A 宙に浮く「点数表にない」サービス・物

表5に集約したものは、いずれも点数表に規定のない「サービス」や「物」である。総じてみればここでも診療行為から派生する「材料」が多い。徴収理由としては、「患者に実費負担を求めてよいものと考えている」「日常生活用品の範囲に入ると解釈する」「食事として捉えている」とあるように、保険請求しても認められないと思われる治療材料や医療材料か生活用品か判断しにくいものは患者から実費徴収したほうが確実に収入につながるため、個々の解釈に基づいて徴収している傾向が顕著に現れている。

事例で多いのは「ドレーンバッグ」「ウロバッグ」（1日500～600円）である。確かに点数表ではカテーテルまでは保険請求できることになっているが、そこから先の規定がない。バッグは宙に浮いているのである。しかし、医療機関がこれを「日常生活用品」として実費徴収するのには無理がある。その理由は、こうした材料は治療行為に派生する診療材料であり、特にウロバッグは処置という医療行為の延長線上にある「物」だからである。とはいえ、「ドレーン法処置料42点、導尿、留置カテーテル処置料50点は、し尿ビンの再利用を前提とした点数で、今はし尿ビンを使う病院などほとんどない」という病院関係者の指摘は理解できる。

もう一つ回答が多かったのが、「フィルムコピー代」の実費請求事例である。点数表では画像診断料に係るX線、CT、MRIなどのフィルムの取り扱いについてはかなり細かく規定されているが、他の医療機関から撮影のみ依頼され読影は依頼元で行う場合、「撮影した病院でもフィルムを保存すること」とされているので当然コピーが必要になるが、コピー代に関する記述が点数表には見当たらない。「コピーは診療と関係ない」ことを理由に挙げてコピー代を患者から徴収している医療機関もあるが、事例19のようにフィルムコピーも診療情報提供に付随していたり、あるいは事例20にあるようにチーム医療実践の過程（対診）で発生していることを考えると、やはり医療に密接に関連していると捉えるべきであろう。

また、診療情報の開示を求める動きが活発化するに伴い、医療機関がX線フィルムやカルテのコピーを患者に提供する機会が増えると予想されるが、その場合の複写費用について、日本医師会は「診療情報の提供に関する指針」（1999.4）で、その実費は「患者など請求者の負担」とすべきと述べるとともに、「診療情報の提供の対価」についても、診療報酬体系で定めるべきであるとの考え方を明らかにしている。診療情報の提供のように医療行為に密接に関連していながら点数表では記載漏れとなっている「虫食い」部分は早急に正すべきである。

B 治療の一環か生活サービスか規定のないもの

前項のほかにも点数表に規定されていないサービスや物に関する実費徴収例が多数あった。そうした事例をざっと検証してみる。

表5の事例1、事例2は「患者が嫌がる」ことを徴収理由としているが、舌圧子、体温計とも治療用具である。事例3の経腸用注入器も投薬という医療行為に必要な材料である。

表5 点数表に規定のない「サービス」「物」の実費徴収例

	診療科	項目	設置主体	事 例	徴収理由（判明分のみ）		
1	内科	基本診療料	医療法人	診察の際に使う使い捨て舌圧子を実費請求（8円）	金属製の舌圧子を嫌がる患者が増えたため、使い捨てに切り替えた		
2	共通	基本診療料	医療法人	体温計(400円)は入院時に購入してもらう	患者が他の患者からの使い回しを嫌がるため		
3	内科	処置料	市立病院	経腸投薬時の経腸用イリゲーター代（注入器：1,080円）を徴収	特定保険医療材料として認められていない		
4	共通	処置	医法	注腸前投薬アイソカル1箱；600円	薬剤として認められていない。食事と考えている		
5	共通	処置料	医療法人	I V H消毒料（1,630円）を患者から徴収	体内留置を含めたカテーテル交換は保険診療できるが、体外部分のみの交換は算定できない。処置料も算定できない		
6			市立病院	ドレーン法施行時のドレーンバッグ（550円）を実費徴収	通常生活用品の範囲にはいると解釈している		
7			市立病院	2回目以降交換時のチェストドレーンバッグ代は実費	消耗品は患者に求められると考えている		
8			医法	尿導カテーテル留置時のドレーンバッグ	消耗品は患者に求められると考えている		
9			市立病院	入院中の尿カテーテル設置者に使用するウロバッグ(500円)は実費徴収	通常生活用品の範囲にはいると解釈		
10			医法	ウロバッグ代は実費徴収	通常生活用品の範囲にはいると解釈		
11			泌尿器科	市立病院	尿瘻患者のウロバッグ（600円）を実費徴収	通常生活用品の範囲にはいると解釈	
12			外科	処置料	市立2	人工肛門設置患者が使用する排便バッグは実費徴収	通常生活用品の範囲にはいると解釈している
13			外科	処置料	医療法人	気管切開後の患者に使用のスピーチカニューレ（φ11mm；9500円）は実費	症状固定後の装具なので、自費徴収可と考えている
14			外科	処置料	市立医法	乳癌術後の患部固定のために使用する片胸帯(3,500円)を実費徴収)等	手術料に含まれるのはわかるが、高いので患者に求めている
15	内科	処置料	医療法人	人工鼻（ギベック）は院内売店で患者に購入してもらい使用	保険算定できないため、患者持ち込み分を使用しているとしている		
16	外科	処置	医療法人	滅菌バッグ代（HM-305 300g）を実費徴収 1,274円			
17	共通	処置	市立病院	処置に使われるフィクソルム代			
18	整形外科	処置料	医療法人	松葉杖は、貸与料を設定して患者に実費で貸与	医療機関への備え付けは定められているが貸与料についての規定はない		
19	共通	指導料	市立病院	診療情報提供時に他院に渡すX-Pフィルムのコピー代（大4ツ1枚で1000円）を実費徴収	コピーは診療と関係がない		
20	共通	画像診断料	市立	フィルムコピー代。対診で必要生じる場合や、設備がない医療機関から撮影のみ依頼された場合の取扱い事項によって発生	コピーは診療と関係がない		
21			医法	CT、MRIフィルムコピー；1,000円＋税	コピーは診療と関係がない		
22			県立	レントゲンコピー；六ツ切600円、四ツ切1,000円	コピーは診療と関係がない		

23	内科	検査料	医療法人	胃・十二指腸ファイバースコピー前後に撮影したポラロイド（インスタント）写真をカルテに貼付しているが、そのフィルム代（1枚200円）は患者から実費徴収	内視鏡検査点数に係る事項にあるフィルム代は現像を伴うものごと、インスタント写真のフィルム代等は含まれないと解釈。検査1回に2枚以上（時には10枚以上）使用することもあり実費負担
24	皮膚科		皮膚科医	皮膚科では症状の記録のために臨床写真が汎用される。写真は特に手術や臨床的に変化の大きい皮膚症状の正確な記録に欠かせない。医療訴訟などで写真が証拠として採用される可能性も高く必須の記録だが保険上認められていない。現在は研究費でまかなっている	
25	内科	指導料	医療法人	院内糖尿病教室等にての集団指導時に、集団栄養食事指導料と合せて、勉強会費や資料代を実費請求（1回当たり1,000円程度）	外来及び入院栄養指導は1回1,300円、集団指導は1回800円と資料代もまかなえない
26	内科	指導管理	市立病院	糖尿病患者の栄養指導時に渡す献立表及び治療の手引代（250円）を実費徴収	市販品を利用のため。患者が売店等で購入したという形を取っている
27	リハビリ	リハビリ	医療法人	作業療法時に使用する材料費を実費請求	点数に材料費は含まれていないと解釈する
28	小児科	検査料	市立病院	乳児の採尿のために使用する採尿パック（400円）を実費徴収	乳児の採尿は困難を伴う。規定はされていないが、検査料に含まれるとすると尿検査試験紙法28点では足が出てしまうため患者に負担を求めている
29	共通	検査料	県立病院	採尿パックは実費徴収（400円、700円）	採尿パック使用時は患者に負担を求める
30	内科	検査料	市立病院	大腸ファイバースコピー等大腸検査の患者に必ず飲ませる検査前食（エマニクリン）を実費徴収	薬剤ではなく食事として捉えている
31	内科	検査	市立病院	外来患者の胃腸カメラ等の検査前食（サンケンクリン）は実費	サンケンクリンは薬剤として認められていない。食事なので、検査と密接な関連があるとしても実費徴収できると考えている
32	内科	検査	医療法人	CF前投薬時使用容器代；476円	薬剤の容器代は実費徴収可能と聞いている。返金されることは説明していない
33	内科	入院料	医療法人	療養型病床入院患者の娯楽充実のために、レクリエーション費（300円）を毎日徴収	保険診療とは関係がない
34	入院	入院料	医療法人	ゴミ処理料	入院中に発生する身の回りのゴミ（事業ゴミ）と、注射針等の医療ゴミ（医療廃棄物）は処理委託費用がかかるので、その分を患者に求めている
35	入院	入院	医法	エアーマット貸与料	褥創予防のため、患者了解のうえで貸与
36	共通	在宅医療	医療法人	往診等患家訪問に要した費用は、保険負担と併せて患者から日当実費を徴収	往診料650点とれるが、医師のみで行くのではなく看護婦も連れていく。看護婦分の人件費として
37	共通	在宅医療	県立病院	在宅患者を別の医療機関へ収容し、収容先で立会い診療を求められた場合。救急搬送診療料（650点）を保険算定するとともに、地区ごとに決めた交通費を患者から実費徴収（無料～1,530円）	立会いをせずに自院に戻っていれば往診料（650点）算定となり、交通費は実費請求可能。出かける手間は同じなのに救急搬送診療料には交通費規定がない
38	共通			介護料（退院時謝礼）、お世話料（入院中謝礼）	

事例4の濃厚流動食品アイソカルは薬剤ではないが経管栄養に用いられる場合は食事療養の治療食加算に該当するものである。本来であれば経管栄養手技600円と入院時食事療養（Ⅰ）の1日1,920円に特別食加算350円を加える（告示28、平8.3.8）べきところ、事例では加算を取らずに濃厚流動食1箱600円を保険外負担としている。単に250円の収入増を目的とした保険外負担と考えられる。事例30、事例31の検査前食は、「特別な場合の検査食」（低残渣食）と考えられるが、「外来患者に提供した場合は、保険給付の対象外である」（告示28）と規定されているだけで「検査料に含まれる」あるいは「実費徴収してよい」などとは書かれていない。

事例5は体内と体外の差はあれ、一貫した処置行為と思われる。事例13は「症状固定後」を理由に挙げているが、スピーチカニューレが「日常生活用品」に該当するだろうか。一方で、事例18の松葉杖については「原則として医療機関が貸与すべきものと理解され、備付のない機関に受診し、医療目的をもって自己が購入した場合は、療養費支給の対象として差し支えない」（昭33.4.21 保文発2559）とあり、医療用具と判断されていることから、スピーチカニューレにも保険給付を検討すべきではないか。

採尿パック（事例28、事例29）は絶対に必要なものとは断定できないが、診療をスムーズに行うためには必要な材料といえる。またポラロイド写真（事例23、事例24）の場合、患者も臨床情報を目で見られるという利点から、インフォームド・コンセントの一助を担う有用な診療材料と評価できるだろう。

事例25、事例26、事例27は「指導」に付随する物である。たとえば糖尿病の栄養食事指導で使われる市販のテキストは1冊600円～900円である。教材を使用せずに指導を行うのは現実的ではないし、実態として患者が自宅に持ち帰るものでもあることを考慮し患者負担としても差し支えないのではないか。作業療法の施設基準として器械・器具（治療用ゲーム：駒・輪投げ・絵合わせなど、日常生活動作：各種日常生活動作用設備、など）を備えていることが必要とされているが、「材料費」についての規定はない。個々の患者の指導プログラムによっては毎回購入しなければならない材料（粘土・折り紙など）もあり、これらについては患者負担を考慮してみる必要がある。

これらは実費徴収を認めるか、点数表で定めるか、いずれかの対策が必要である。以下の事例もやはり点数表に規定がないが、日常生活上のサービスや物と判断して妥当か否か不明な例である。

事例32の薬の容器代は、第1章で触れたように実費徴収が認められている数少ない例外であるが、「原則として患者へ貸与するもの…患者が希望する場合」と点数表注釈にあるように、買うか借りるかは「患者の選択」に基づかなければならない。この事例の場合、検査前日の投薬に用いる容器だから患者が自宅に持ち帰るわけだが、医療機関側も返却すれば無料である旨説明を怠るケースが圧倒的に多いため返却されるのはごく稀であり、実費徴収するケースが多い。

事例33のレクリエーション費は目的が娯楽充実であるから治療サービスとは関係ないが、このような名目で入院患者全員から「毎日一律徴収」するのは入院環境料の底上げにつながる可能性がある。レクリエーションは生活上のサービスであるとするれば、一律ではなく患者の選択によるべきである。

続く事例34のゴミ処理費は医療サービスの結果発生するものであり、現在は排出事業者（医療機

関)に処理責任が課されている。サービスの提供者である医療機関だけに費用負担が課されている現状にも問題がある。国民もゴミ処理がタダではないことを認識し始めている。医療廃棄物の処理コストを誰が負担すべきかは社会的問題でもあり、別途議論が必要と思われる。

事例35については、「エアーマット代をだれが負担するかという議論より、看護体制を整えて頻回に体位交換を行うなど褥瘡をつくらぬよう努力すべき」との指摘もあるし、エアーマットを使ったからといって褥瘡ができないというわけでもない。予防目的での使用と治療目的での使用で負担区分を分けるなどの方法を考慮する必要があるのではないか。

事例36、事例37は在宅医療に伴う実費徴収例である。前者は「(必要があつて)連れて行く看護婦」の「日当」相当を実費徴収としているが、医師の訪問診療料とは別に負担を求めるのは無理がある。後者は患者の移送と診療への立会いを求められた医師には交通費の規定がないという理由であり、確かに「出かける手間は同じ」であり、規定がないことに問題がある。

事例38は、先述した通知「保険外負担の取り扱いについて」で、「曖昧な名目(例えば、「お世話料」「管理協力費」「雑費」等)での費用徴収は行ってはならない。」とあり、徴収は認められていないが、現実には都市部の老人病院では現存しているといわれる。

Ⅳ. 認められている保険外負担と自由診療

A 生活諸雑費の徴収が大半

表6は、通知等で実費徴収が認められている事例、徴収しても問題がないと思われる事例、および自由診療の事例を集めた。

日常生活の利便に供されるサービスや物は実費徴収可能とされているが、事例を見る限りではテレビ・ラジオ・冷蔵庫などの電気代、紙おむつ・おしぼりなど「サービス」というより「雑費」の類にとどまっているのがほとんどである。ごく一部の病院ではホテルのルームサービスを参考として新聞や雑誌、洗面セットなどを提供し差額ベッドに付加価値をつけているが、まだ一般的ではないようだ。

病衣は平成10年4月改定で入院環境料から切り離されたため、医療機関の負担で一律に提供するケースと、基本的に患者の持ち込みとし、貸与する場合は洗濯代を含めた実費徴収とするケースに分かれている。

B 出産から遺体安置まで

イギリスの社会保障思想を象徴する言葉として「ゆりかごから墓場まで」がある。若干ニュアンスは違うが、事例40を見ると日本の医療機関は出産という生命誕生の介助から、遺体処置、遺体安置という死後の介助まで、まさに人間の一生を通してサービスを提供する機関であることを改めて知らされる。終末期医療という概念は近年になって話題になったところだが、その完結として派生する遺体処置・安置にかかるコストについては、地域性を踏まえつつ医療機関ごとに定めるのが通例といわれている。これは健康保険法では被保険者の死亡をもって保険給付の終了とされていることが根拠となっている。

遺体処置料は入院料に含まれていると考え無料としているところ、一律3万円という病院もあれば、交通事故など損傷がひどく形成処置を施した場合は5万円という病院もある。

事例41の死後CTを実施している医療機関は、遺族に死因を説明（死後インフォームド・コンセント）するためこの方法を採用していた。

* * *

ある病院の医療事務責任者の話では、医療材料のうち回収できずに病院側の負担となっているものは医業経費の2～3%だという。人件費50%、医薬品費30%、治療材料費等が20%とすると、材料費の1割以上が「持ち出し」となる計算である。「これを多いと考えるか少ないと考えるかは病院の判断」だと話していたが、経費2%の削減は純利益2%の確保と同じだとすると、医業経営で2%の純利益を生み出すにはどれだけ医業収入を増やさなければならないのだろうか。このところの診療報酬改定が実質1%程度のアップにとどまっていることを考えれば、病院持ち出し分をいかに削減するかは医療機関にとって重要な経営課題となることがわかる。

しかし、治療と密接に関連した医療材料の実費負担という形で患者に転嫁するのは健康保険制度の理念に反する行為である。保険診療ルールをあらためて確認し直すとともに、そのルール自体が医療現場の実態とかけ離れている部分については早急に見直すなど、形骸化を防ぐための作業が必要である。

表6 実費徴収が認められている「サービス」「物」

	診療科	項目	設置主体	徴収事例
1	耳鼻		市立	自由診療：ピアス穴を開ける処置
2	内科		市立	自由診療：禁煙治療と薬剤の処方（ニコチンガムやパッチを用いた禁煙指導）
3	泌尿		市立	自由診療：バイアグラ処方（保険適応外の薬剤で取扱い事項通り）
4	内科		市立病院	自由診療：ピロリ菌除去のための抗生剤投与（感染症で投与すると振り替え請求の禁止に触れると指摘された）
5	共通	投薬	県立病院	インフルエンザワクチン；6歳未満…6,670円／6歳以上…5,890円、入院患者…2,520円、HBワクチン；4,164円
6	産科		県立病院	検診及び健康診断；2,500円、妊婦検診；3,400円、妊婦初回検診；2,900円、股関節検診；2,016円／初診時 5,166円、乳児検診；3,500円、代謝異常検査採血；3500円、母親教室で使うママBOOK代；450円
7	産科		市立	おむつ持参なし妊婦のT字帯
8			市立	T字帯、おさんパット、母乳パック、腹帯
9			医法	産後セット；通常分娩 5,865円十税／帝王切開 10,760円十税
10	産科		県立病院	お産セット；A 5,100円、B 2,500円 時間内分娩；85,000円、時間外分娩；119,000円、休日深夜分娩；153,000円 バースヘルパー；700円、父親抱っこ面会時ガウン；300円 リング挿入；FD-1 16,400円、太田 12,600円、32-S 15,800円、 リング抜去；9,000円、パイプカット；27,600円、分娩時縫合糸；カットグッド 280円、バイクリル 470円、OBセット；7,140円
11	産科		市立病院	帝王切開出産時、帝王切開術を保険で算定し分娩費を実費徴収（産婦人科学会より算定できるといわれており減点もない）
12	共通	在宅	医法	往診等患家訪問に要した費用のうち、保険負担と合わせて患者から交通費を徴収
13	共通	投薬	市立	外来患者の外用薬、水薬の容器代
14			市立	水溶液、軟膏等の容器代
15			医療法人	マーロックス、シロップ等液薬投与時の投薬ビン代；49円、ワセリン、亜鉛華軟膏等の容器代；49円
16	共通		市立	書類代
17	共通		県立	障害給付年金受給者診断書（定期報告書）；4,000円
18	共通	入院料	市立	寝間着代は実費徴収
19			医法	死亡・救急入院時の寝間着代 2,858円十税
20			県立	着衣セット；4,000円、被服貸与料；800円、タオル；90円
21			医法	寝巻き・タオル一式リネン代；350円
22	共通	入院	医法	寝たきり患者のおむつ、アンダーパット、尿採りパット、裁断綿等は定価で実費徴収
23			市立	ウロガードは使用した分を実費請求
24			市立	ウロガード（大きさ@380円、550円×個数）、紙おむつ（60円）は実費請求
25			市立	おむつ、アンダーパット、尿採りパット、カルクキャッチ
26			市立	おむつ、アンダーパット
27			医療法人	おむつ類は下記のように実費請求 例）紙オムツ；（パンツ型）1枚200円、（LL大人用）1パック380円、（フリーサイズ）1パック1235円、尿採りパット；1枚40円、おしりナップ；480円

28	共通	入院料	市立病院	電気代は、TV、ポット、アンカ等電気使用機器持ち込み個数に応じて日数分を徴収（1個50円×電気製品数×入院日数）
29			医療法人	電気代は、電気使用機器持ち込み個数に応じて日数分を実費徴収 例）テレビ；100円／日 アンカ；20円／日 ラジオ；20円／日 電気毛布；50円／日 湯沸しポット；20円／日
30			県立	テレビ使用料；30円／日 冷蔵庫；70円／日
31			市立	電話代
32			医法	電話代 10円、個室のみ
33			市立ほか	髭剃り、シャンプー、石鹸、綿棒、裁断綿、ティッシュ、電池、スイノミ、歯ブラシ、トイレットペーパー、氷代、洗濯機使用料、理髪代、図書費、エンゼルセット(病棟備え付け新聞雑誌等)
34	内科	在宅医療	市立病院	患者家族が在宅処置時に使用するゴム手袋は実費徴収（患者家族に対する実費であって、診療と関係がないもの）
35	共通		市立	患者が紛失した診察券再発行代は実費徴収
36			医法	患者が紛失した診察券再発行代は実費徴収；100円
37	共通		県立	患者が紛失した診察券再発行代は実費徴収；100円
38	共通		医法	手術等の謝礼を、患者了解のうえ財団への寄付として扱っている
39	共通		市立	死亡時のエスターセット代、死後処置料、死体安置料
			医法	死後処置料
40	共通		医法	死因確定のための死後CT（3,000円）
41	共通			外出付添い料、介護機器貸出料、貸しベッド、付き添い家族に対する食事代

V. 保険診療と自由診療を併用（歯科）

次に、歯科については1999年5月下旬、首都圏のある都市歯科医師会の協力を得て、同会研究会の場を利用して「混合診療の現状と考え方に関するアンケート調査」を行った。有効回答数は33件（全て開業歯科医師）。アンケートの内容および回答結果はP76以降に示した。

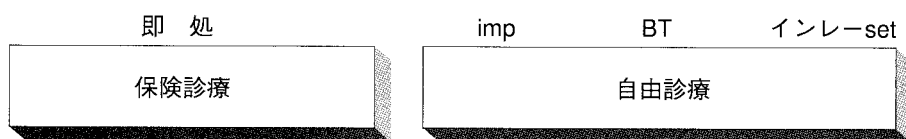
1. 特定療養費のほかに認められている「例外」

歯科領域においては、「特定療養費制度」のほかに例外的に「歯冠修復と欠損補綴」に限って混合診療が認められている。その根拠は1976（昭和51）年7月29日に出された厚生省歯科医療管理官通知である。この通知については第1章でも触れたが、内容確認の意味で再掲する。

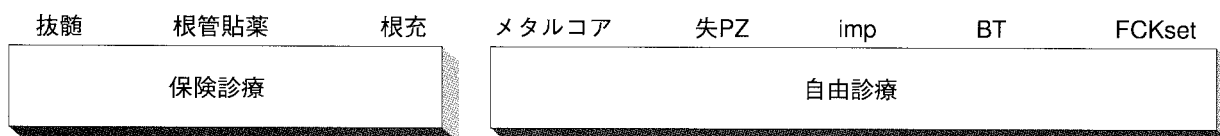
歯科領域の差額徴収の廃止に伴い、保険給付外の材料等による歯冠修復及び欠損補綴は保険給付外の治療となるが、この取り扱いについては、当該治療を患者が希望した場合に限り、歯冠修復にあつては歯冠形成以降、欠損補綴にあつては補綴時診断以降を保険給付外の扱いとするものであること。

つまり一連の診療行為で、スタートは「保険診療」だが、歯冠形成以降、補綴時診断以降は「保険給付外の扱いとする」、すなわち「自由診療に切り換えてよい」ということである。具体的には、次のようなケースが挙げられる（例示は、日本医療事務センター教材開発室が作成）。

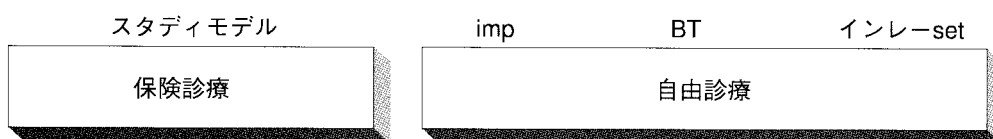
①う蝕患者に自由診療でインレー装着



②歯髄炎の患者に自由診療でFCK装着



③金属床局部義歯装着



たとえば③でいえば、まず治療そのものは保険診療でスタート。途中で「入れ歯の材料」を患者を選んでもらう段階で「保険のきかない材料」を患者が希望した場合、補綴時診断以降を「自由診療」に切り換えることができる。

第1章で記したように、1970年代に「歯科差額」は社会問題となり強いバッシングを受けた。その結果、1976年に「差額廃止」に追い込まれたが、厚生省はすべてを禁止したわけではない。上記通知で「差額徴収」の例外規定を設け一部混合診療を認めることにしたのである。この通知は現在でも生きており、歯科の現場では混合診療は一般的な診療行為として行われている（アンケート質問8参照）。

■ 2. 「混合診療」にあたる（あるいはその可能性のある）事例

歯科領域において禁止される「混合診療」とは、「特定療養費制度」と上記「1976年歯科医療管理官通知」を除いたものといえる。具体的にどのような事例があるのだろうか。

(1)と同様、日本医療事務センター教材開発室より、次のような例が「混合診療に当たる可能性がある（あるいは保険請求した際に査定・返戻される可能性がある）のではないか」との教示を得た。

事例①：歯髄炎の患者に自由診療でF C Kを装着する場合（(1)で示した②）で、

メタルコア、失P Zまで保険請求し、その後保険請求がない

事例②：自由診療により制作したブリッジの材料差額を徴収する

事例③：転移歯等による抜歯を保険請求し、その後保険請求がない

事例④：顎関節症、ブリッジ、有床義歯等で再診料のみ保険請求する

事例⑤：自由診療で制作した有床義歯の修理、リベース等を保険請求する

ケース①は、(1)で示した②の保険から自費への「切り換え時期」が少し後ろにずれている場合である。1976年通知には、「歯冠修復にあつては歯冠形成以降、欠損補綴にあつては補綴時診断以降」と明確に「切り換え時期」が示されているので、これがずれると「混合診療」になってしまう。

事例②、④、⑤は同様の性格のもので、自由診療をベースにしているが、患者負担を減らすために保険請求する混合診療であり、医科の表4と同様の例である。

事例③では、抜歯のあと「矯正」などが行われたと考えられる。矯正は保険がほとんどきかない。したがって、本来なら治療の最初から抜歯も含めてすべてを自由診療にしなければならない。

参考資料

混合診療の現状と考え方に関するアンケート調査結果

「混合診療」という言葉や「混合診療の禁止」は、果たして医療現場でどのくらい知られているのだろうか。これらの点を探るために、筆者らは、「混合診療の現状と考え方に関するアンケート調査」を行った。

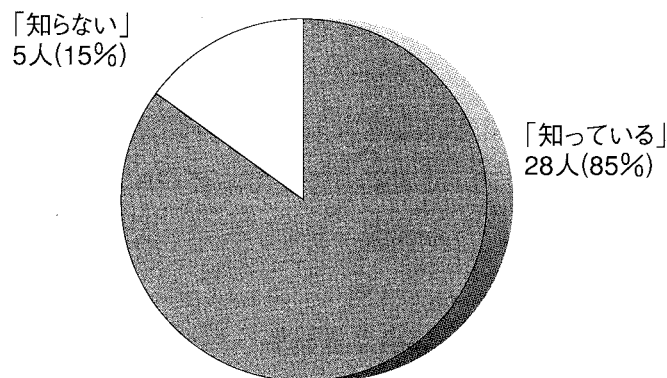
なお本調査は、1999年5月下旬、首都圏のある都市歯科医師会の協力を得て、同会の会合の場にて行った。有効回答数は33件(すべて開業歯科医師)、質問内容は別記アンケート用紙のとおりである。

【質問1】「混合診療」という用語を知っていますか？

「混合診療」という用語を「知っている」は28人(85%)、「知らない」は5人(15%)で、「知っている」という回答が大半を占めた(グラフ1)。

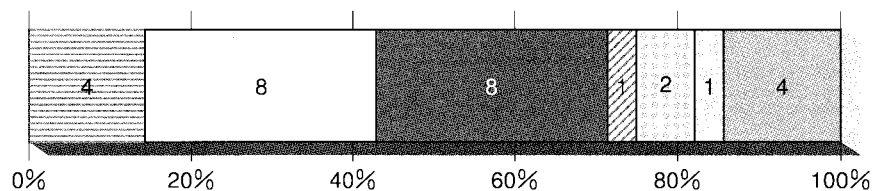
開業年数別に見てみると(グラフ1-①、1-②)、「知っている」28人のうち、開業20年以下の合計で20人(「知っている」28人の72%)に上った。混合診療を「知っている」層は、青壮年以下の若い世代に多い。

グラフ 1



グラフ 1-①

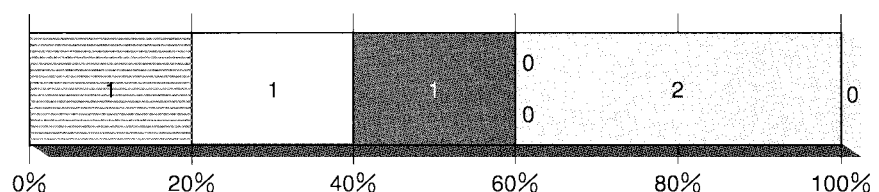
「知っている」28人の
開業年数別内訳



10年以下
 11～15年
 16～20年
 21～25年
 26～30年
 31年以上
 不明

グラフ 1-②

「知らない」5人の
開業年数別内訳

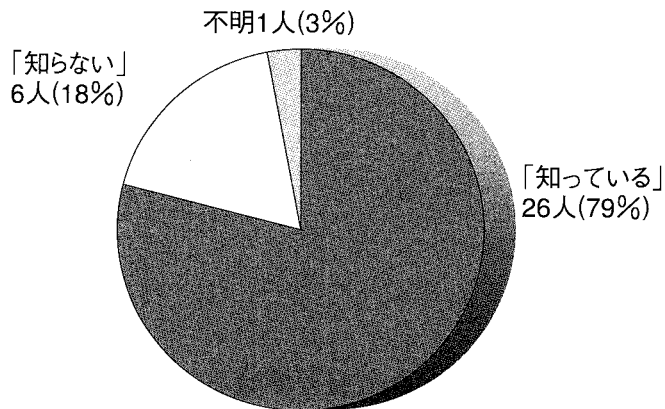


【質問2】 「混合診療は禁止されている」 ことを知っていますか？

「知っている」は26人(79%)、「知らない」は6人(18%)で、約8割が混合診療禁止を知っているとの回答だった(グラフ2)。

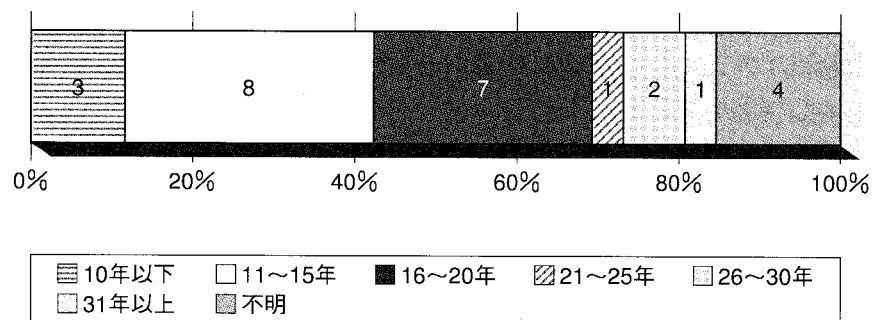
開業年数別でみると(グラフ2-①、2-②)、知っていると回答した26人のうち、「開業10年以下」は3人、「20年以下」では18人(「知っている」26人の69%)で、【質問1】と同様、若い世代に「知っている」人が多い。

グラフ 2



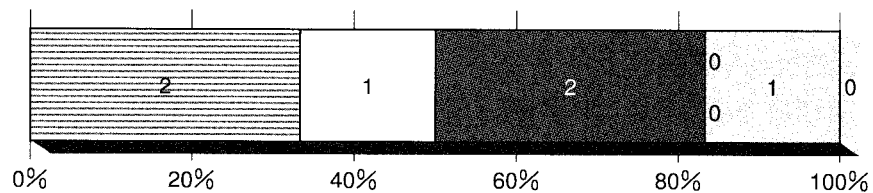
グラフ 2-①

「知っている」26人の開業年数別内訳



グラフ 2-②

「知らない」6人の開業年数別内訳

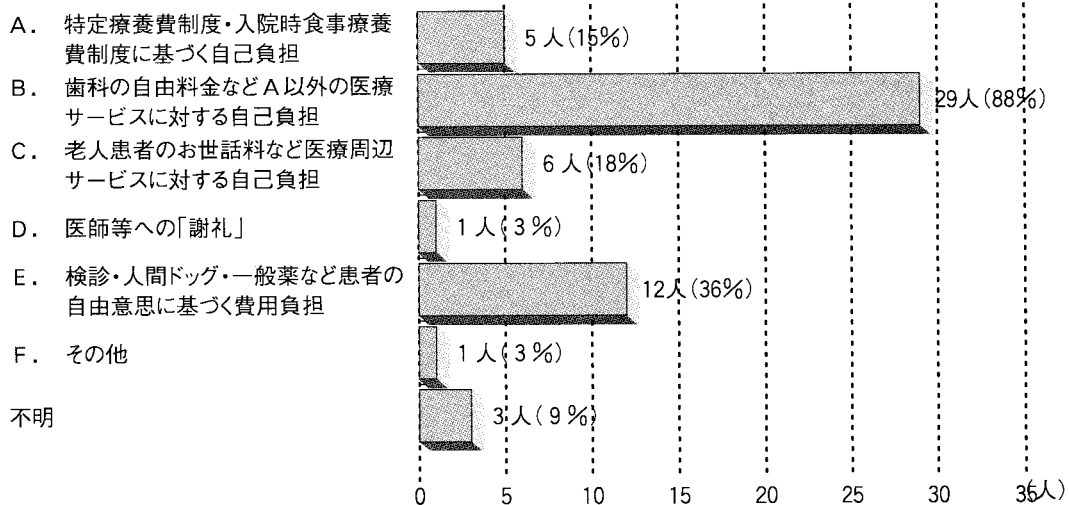


【質問3】 「混合診療」 をどのようなものと受け止めていますか？

この問いは、「患者は①税、②保険料、③窓口負担を支払っているが、これらにA～Fのどれを加えると“混合診療”になると思いますか？」との設問で、複数回答可の選択式にした。結果はグラフ3のとおりである。

回答ではBの「医療サービスに対する自己負担」が最も多く、33人中29人(87.8%)と9割近くの方が○印を付けていた。続いてEの「検診・人間ドック・一般薬」が33人中12人と3割強(36.3%)の人が○印を付けており、回答者が受け止めている混合診療の内容をイメージすることができる。なお「特定療養費」は、【質問2】で「…禁止されている(特定療養費を除く)」と書かれてあったことが影響したのか、5人にとどまった。

グラフ 3



【質問4】「制度に基づかない患者自己負担」にはどのようなものがありますか？

記述式で回答を求めたところ、33人中14人(42.4%)から何らかの回答を得た。主なものが下記である。

- 歯周病のブラッシング指導時の歯ブラシ代250円。特殊検査(嫌気性培養検査)1回 3,000円(現在は実施していない)
- 前歯部補綴処置を行う場合の暫時クラウン(レジン床)1歯2,000円程度
- ポーセラミッククラウン金属床(部分床)インプラント
- 保険給付外の補綴物、予防処置
- 床義歯に前歯金冠
- 保険処置にて加療の後にメタルボンド処置をする(臼歯部)
- レーザー治療—1 口腔1回2,000円程度(小嚢切除等)、P M T C—ブラッシング指導込み(1回2,000円程度)
- 保険診療で認めていない診療。インプラント、矯正
- 歯科—MB 75,000円、白金加金 F C K 金属床190,000円
医科—避妊リング50,000円、中絶50,000円、マッサージ4,500円
- ある病院(医科)で「感染予防のために自費を負担してもらいます」という文章が待合室にあるのを見たことがある。金額は不明
- 近くの医院で正規の自己負担に数千円上乗せして患者に請求しているところがある

「歯ブラシ代」や「レーザー治療の費用」など、さまざまな自己負担が存在している。「インプラント」は高度先進医療の対象で、また、「保険給付外の補綴物」等は厚生省歯科医療管理官通知で例外的に保険から自費への切り替え＝混合診療が認められているので、実際には制度に基づく認められた患者負担である。歯科医師の制度への認識不足が見て取れる。また、回答では医科に関連する事例もあった。医科・歯科問わずさまざまな患者自己負担が存在していることを示している。

【質問5】「混合診療禁止の緩和」をどう思いますか？

「混合診療禁止の緩和」の是非についての回答結果は、グラフ5のとおり賛成派が8割強を占めた。また、賛成派(A、B)と反対派(D)、それぞれの理由について複数回答可の選択式で聞いたところ、表5-①、表5-②のような結果が得られた。絶対に反対という意見はなく、「反対」とする理由にも強い反対意見はない。むしろ「賛成」とする意見で「混合診療で良い治療ができる」ことを理由に導入を支持する意見が並んだ。これらのことから、今回のアンケート回答者には「混合診療禁止の緩和」に大きな抵抗感はない。

グラフ 5

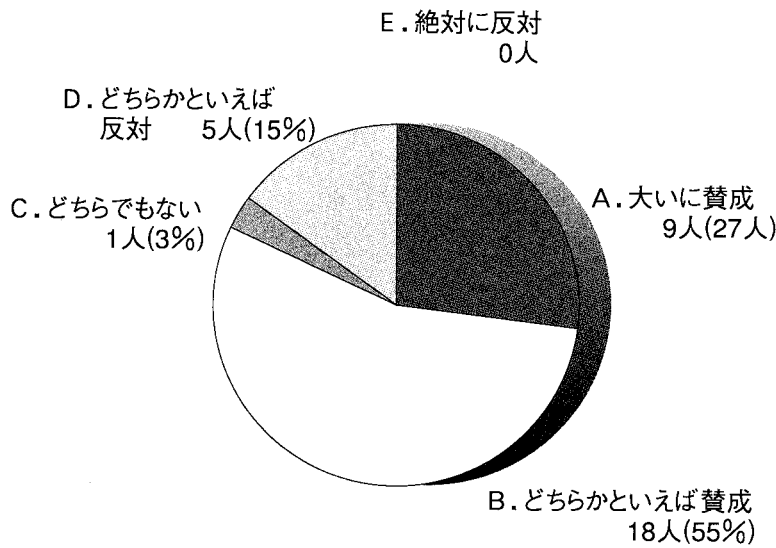


表5-① <賛成(A、B:27人)の理由>

a. 医療界に市場原理が働くようになり、患者の選択の幅が広がるから	17人(63%)
b. 保険診療だけでは医院の経営が成り立たないから	16人(59%)
c. その他	5人(19%)
《その他の理由》	
● 保険診療は先進国に比べてレベルが低すぎるので、現状では患者が気の毒。診療すればするほど、患者の口腔内を悪くしている	
● 混合診療にする(一部自己負担する)ことでより良い治療ができる	
● 医院の経営、患者さんのニーズ、保険者の負担の軽減という3点で有用	
● 特殊技術(インプラント等)や良い材料を患者に勧めやすい	

表5-② <反対(D:5人)の理由>

d. 高い料金を払えない患者が医療を十分に受けられなくなるから	3人(60%)
e. 医療界の情報公開は不十分であり、患者は適正な選択ができないから	2人(40%)
f. その他	2人(40%)
《その他の理由》	
● 厚生省の規制が入ってくる可能性があるので、自由診療のほうがよい	
● 請求方法が複雑化するのが困る	

【質問6】 「技術料の自由価格制」をどう思いますか？

「技術料の自由価格制」導入の是非について聞いたところ、グラフ6のように賛成意見が4分の3を占めた。また、賛成派(A、B)と反対派(D)、それぞれの理由について複数回答可の選択式で聞いたところ、表6-①、表6-②のような結果が得られた。賛成派では、患者の選択の幅の広がりという点よりも収入アップにつながることを理由とする意見が上回り8割近くを占めた。反対派では、患者が十分な医療を受けられないと指摘する意見が大半を占めている。

グラフ 6

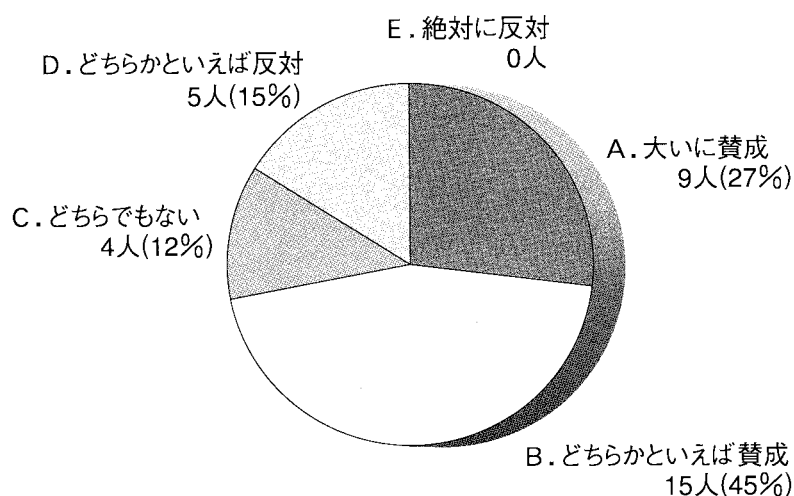


表6-① <賛成(A、B:26人)の理由>

a. 医療界に市場原理が働くようになり、患者の選択の幅が広がるから	16人(62%)
b. 技術や経験が医療従事者の収入に反映されるから	20人(77%)
c. その他	2人(8%)
《その他の理由》	
●現状では保険は必ず破綻することが見えている	
●認定医制度があるが、取得者にメリットがない	

表6-② <反対(D:5人)の理由>

d. 高い料金を払えない患者が医療を十分に受けられなくなるから	4人(80%)
e. 医療界の情報公開は不十分であり、患者は適正な選択ができないから	2人(40%)
f. その他	1人(20%)
不明	1人(20%)
《その他の理由》	
●患者さんには本当の良し悪しが分かるとは思えない。口の上手な医師、歯科医師に騙されることもある	
●価格基準を定め難い	

【質問7】 歯科各領域の保険給付範囲を今後どのようにすべきだと思いますか？

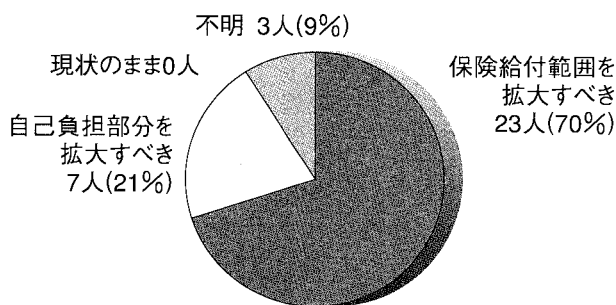
予防歯科、保存科、補綴科、口腔外科、小児歯科の各領域の保険給付範囲に対する考え方を選択式で（①保険給付を拡大すべき、②患者の自己責任や選択に基づいて自己負担部分を拡大すべき）、③現状のままで良い—のうちいずれか一つ）尋ねた。結果は **グラフ7-①～⑤** のとおりである。なお回答に際しては記述式で理由も書いてもらった。

保険給付範囲に対する考え方は、各領域によって大きく分かれた。①予防歯科と⑤小児歯科では「給付範囲を拡大すべき」とする意見が最も多い。特に予防歯科では、予防は治療よりも大切でなるべく多くの人が受診できるようにすべきとする意見が多かった。

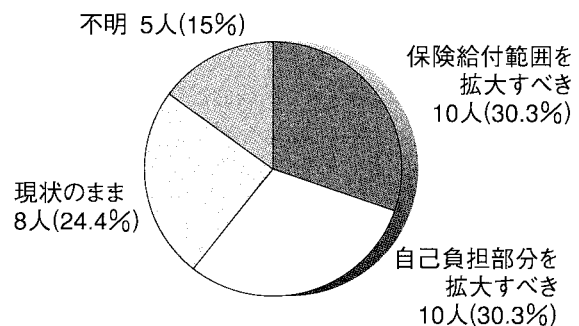
一方、「患者自己負担部分を拡大すべき」とする回答が最も多かったのが③補綴科である。理由としては、最低限度の補綴処置を給付しQOLの向上は自費にすべきとする意見とともに、保険給付ではクオリティの高いものは望めないといった保険治療そのものに失望している声もあった。

②保存科は「給付拡大」と「自費拡大」は同数、④口腔外科は「現状のままでよい」とする意見が最も多かったが、両科では「技術料が安い」など給付への不満が目立った。

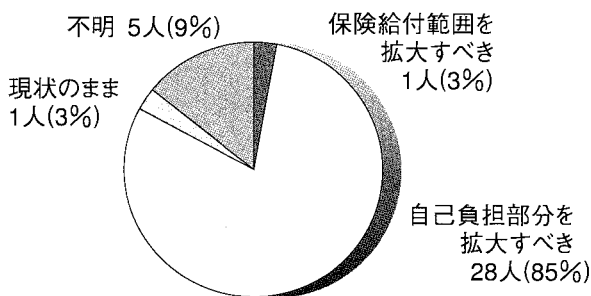
グラフ7-① [予防歯科]



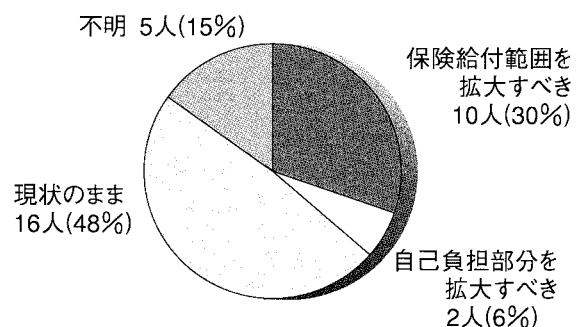
グラフ7-② [保存科]



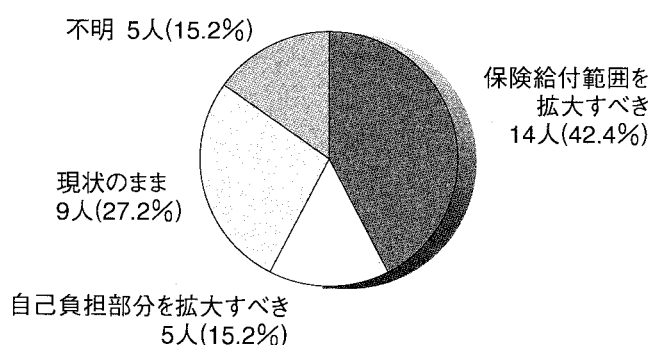
グラフ7-③ [補綴科]



グラフ7-④ [口腔外科]



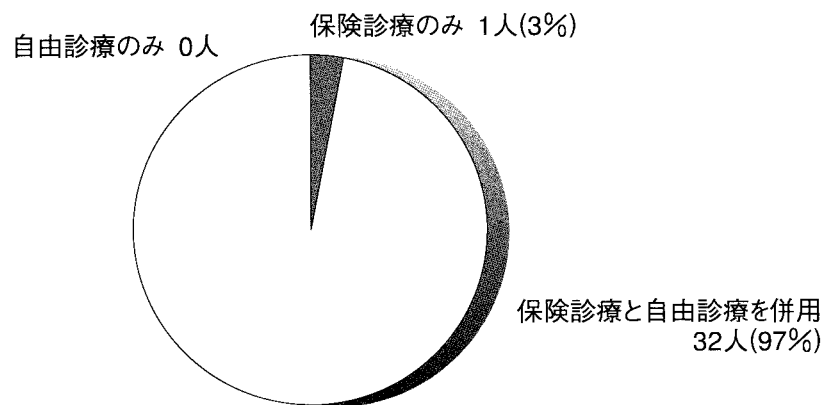
グラフ7-⑤ [小児歯科]



【質問 8】現在の診療形態は？

回答者33人のうち、「保険診療のみ」は1人で、残り32人は「保険診療と自由診療を併用」していた(グラフ 8)。

グラフ 8



【質問9】 保険診療と自由診療のどちらを優先していますか？

5つの科の技術料および材料費の各項目について、保険診療にしているのか自由診療にしているのかを尋ねた。①保険診療(を優先する)、②自由診療(を優先する)、③どちらも半々くらい、の3つの選択肢から回答してもらった結果が下記の表である。

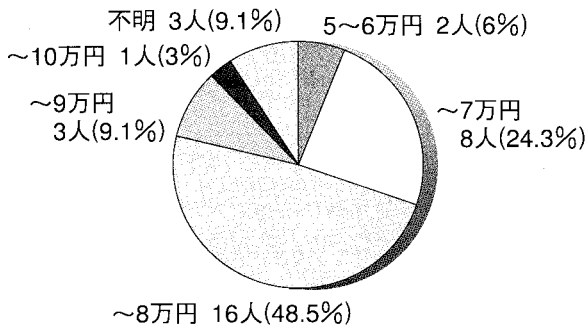
＜技術料＞				＜材料費＞			
	①	②	③		①	②	③
I. 予防歯科				II. 保存科			
口腔衛生指導料	26	1	0	鑄造歯冠修復の材料費(白金加金、 金合金、ポーセレン等)	3	21	3
刷掃指導料	22	3	1	処置料の材料費	20	1	1
II. 保存科				III. 補綴科			
鑄造歯冠修復の技術料	20	4	2	支台築造の材料費(白金加金、 金合金、金パラ銀合金等)	7	14	6
診断料(歯周疾患診断料等)	24	0	2	仮義歯床	13	8	2
処置料	15	7	2	全部鑄造歯の材料費(白金加金、 金合金、チタン)	3	22	2
III. 補綴科				陶歯前装冠の材料費			
支台築造の技術料	18	2	5	有床義歯の技術料(金属床総義歯)	2	21	2
仮義歯床の技術料	13	9	1	有床義歯の技術料(金属床局部義歯)	3	22	2
金属アレルギー検査料	6	2	0	軟質裏装材(レジン床)	18	5	0
全部鑄造歯の技術料	16	5	4	鑄造バー	16	6	4
陶歯前装冠の技術料	3	24	0	鈎	19	4	2
有床義歯の技術料(金属床総義歯)	7	17	2	フック・スパー、ステイ・レスト料	16	5	3
有床義歯の技術料(金属床局部義歯)	7	17	2	臼歯金属歯の材料費	8	16	0
軟質裏装材によるリベース料	18	5	0	テレスコープクラウンの材料費	1	19	0
臼歯金属歯の技術料	7	13	4	ミーリング装置	1	14	0
テレスコープクラウンの技術料	0	20	0	特殊義歯修復の材料費	4	12	0
特殊義歯修復の技術料	5	14	0	マウスガードの技術料	8	9	0
マウスガードの技術料	10	9	0	ラミネートベニアの技術料	3	12	1
ラミネートベニアの技術料	2	14	0	人工歯	14	4	4
IV. 口腔外科				アタッチメント			
根端充填料	21	4	0		1	20	1
便宜抜歯	18	7	0				
V. 小児歯科							
保険料	4	21	0				
既成金属冠料	21	3	0				
小児定期観察料	16	3	1				
歯列誘導料	2	20	0				
口腔衛生指導料	23	3	0				

技術料のうち、予防歯科、保存科では保険診療を優先しているが、例外的に混合診療が認められている補綴科では、自由診療の優先度が高い。保存科の診断料、処置料で自由診療および優先度は半々とする回答が目立つが、「歯冠形成や補綴時診断」より前の行為なので、この部分を自由診療とした場合はすべてが自費で行われなければならない、仮に患者の負担を減らすために一部保険請求してしまえば認められていない混合診療になる。また材料費では、全体に自由診療の優先度が高い。

【問10】 前歯部のメタルボンドを取り扱っていますか？（また金額は？）

回答者33人全員が扱っているとの回答だった。金額の内訳は**グラフ10**のとおりである。「7～8万円」という回答が最も多く半数近くを占めた。徴収金額の根拠については、下記のような回答が得られた。

グラフ 10



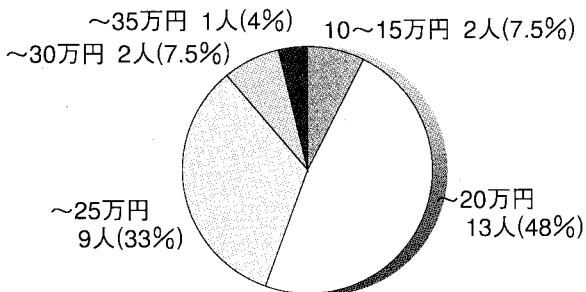
〈徴収金額の根拠〉

- 材料の費用、技工料、印象等の技術料を考えて決定している
- 地域周辺の平均値と思う
- なんとなく
- 地区協定価格
- 患者が払いやすい
- (保険診療費×3) + 技工料
- (技工料15,000円 + 金属代10,000円) × 3
- (技工料 + 材料費) × 4

【質問11】 金属床の総義歯を取り扱っていますか？（また金額は？）

回答者33人中27人(82%)が「扱っている」との回答だった。金額の内訳は**グラフ11**のとおりである。「15～20万円」という回答が最も多く半数近くを占めた。徴収金額の根拠については下記のような回答が得られた。

グラフ 11



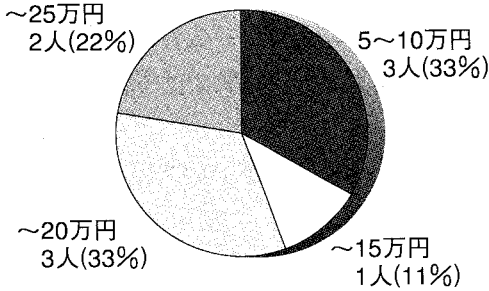
〈徴収金額の根拠〉

- 材料の費用、技工料、印象等の技術料を考えて決定している。困難なケースでは高価に決定している
- 地域周辺の平均値と思う
- なんとなく
- かなりアバウトな保険診療費×3
- メンテナンス費用も含まれているため
- 技工料が高く、逆算するとこれくらいになる
- 周辺の歯科医院を参考に
- 特定療養費が導入される前の自由料金から保険で負担される45,000円を差し引いた
- 技術料 + 所要時間

【質問12】 インプラント義歯を取り扱っていますか？（また金額は？）

回答者33人中9人(27%)が「扱っている」との回答だった。金額の内訳は**グラフ12**のとおりである。徴収金額の根拠については下記のような回答が得られた。

グラフ 12



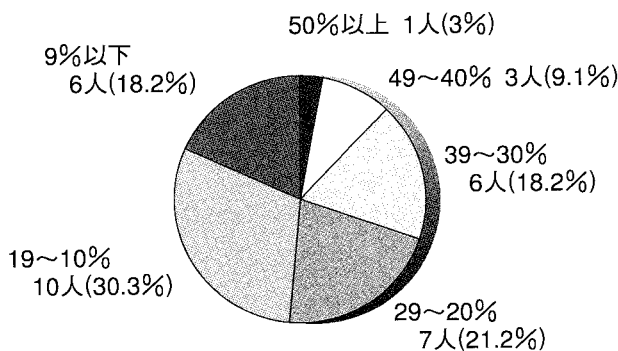
〈徴収金額の根拠〉

- 材料の費用、技工料、印象等の技術料を考慮して決定している。困難なケースでは高価に決定している
- ブリッジ3歯分の値段
- 治療を広めたいので安くしてある。25万円は最後にかぶせるものまで入れた値段
- 上部構造によって金額が異なる
- 16万円+上部構造(冠)代(MB,FCK,義歯)。16万円はインプラント代、ヒーリングキャップ等の4倍の費用
- 適当と思うから

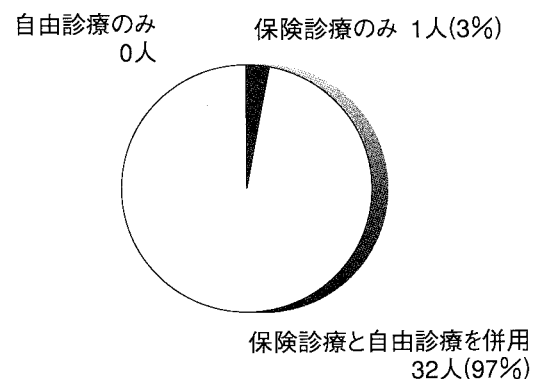
【質問13】 医業収入のうち自由診療部分の占める割合はどのくらいですか？

設問では「自由診療が占める割合」について、「50%以上」とそれ以下の数値を10ポイント刻みで区切り(例:49%~40%)、選択式にした。結果は**グラフ13**のとおりである。「19~10%」が最も多く全体の3割強を占めた。これに「9%以下」の回答者を加えると約半数(48.5%)に達する。医業収入における自由診療の収入割合が20%以下の医院と20%以上の医院が約半々ずつ存在した。

グラフ 13



グラフ 14



【質問14】 今後診療形態をどのようにしていく予定ですか？

現在の診療形態について尋ねた【質問8】の結果とまったく同じく、1人を除いた全員が「保険診療と自由診療を併用していく予定」という回答だった(**グラフ14**)。

【質問15】今後の歯科診療報酬体系および医療保険制度改革に向けての提案・意見

記述式で自由に回答を求めたところ、33人中18人(54.5%)から回答を得られた。そのうち主なものを列記する。

- 初診料、再診料の点数を医科と同じにしてほしい。また歯内療法の点数は10倍にしてほしい。確実な歯内療法ができてこそ、再治療が少なくなる。補綴物は保険外にして、以上の点数を回してほしい。
- 私は予防を中心とした診療をしています。予防すると、う蝕やペリオは進行しないので、医療費を相当節約できるのではと思います。アメリカでは20歳までにペリオの芽をつんでしまえばほとんど発症しないという報告が出ており、私も実感しています。現在校医をしている中学校で、一人ひとり検査と指導を実施しているのですが、このような予防をやらなければと思います。しかし、大学では予防を教えていないのが現状で、根本的な制度改革の必要があると思います。
- 総枠がないなら、必要最低限を保険にして、それ以外は自由診療にしたほうが良いと思う。
- あまり希望は持っていません。市場原理に任せます。
- 混合診療が可能となるよう期待します。
- 厚生省の役割等を可能な限り民間に移行させる。役人たちの考え一つで点数が決まるのに腹が立つ。
- 1. 老人医療費の財源は福祉目的税にした消費税を充当する。
2. 保険税の一部を医療費用(医者への支払い)にスライドして安易な受診を抑制すべき。
- 医科、歯科格差の減少。技術料の見直し。
- 苦勞しただけの報酬が望まれる。
- 予防を重視した医療に重点を置いていかなければ、医療費の抑制にはならないと思う。
- 現在の保険給付範囲は決してせまくないと考えます。それに加えて、患者側の希望があれば、本人の自己負担分を加えての処置があっても良いと考えます。→混合診療の導入(特定療養費制度ではありません)。
- 治療面はすべて保険診療を優先する。補綴はすべて自由診療で。
- 歯科の技工料は技工士が保険請求すべき。そうすれば歯科の窓口は少なくなるし、技工士の地位向上にもなる。
- 競争の市場原理からみても、すべてを保険でというのはおかしい。歯科医師、患者の選択の幅をもっと持たせるべきである。

参考資料

混合診療の現状と考え方に関するアンケート用紙

(FAX 03-3946-2138 日医総研 主席研究員 川渕孝一 行)

[フェイスシート①:必ずご記入ください]

年 齢	歳	開業時の年齢	歳	医院所在地	都・道・府・県
標榜科				医院から半径2km以内の競合医院数	軒

[フェイスシート②:差し支えなければご記入ください]

ご回答者氏名			医院名		
医院住所・電話番号	〒			TEL	

【質問1】「混合診療」という用語をご存知ですか？

() A:知っている () B:知らない

【質問2】健康保険各法で、「混合診療は禁止されている」(特定療養費制度・入院時食事療養費制度を除く)ことをご存知ですか？

() A:知っている () B:知らない

【質問3】「混合診療」をどのようなものと受け止めておられるかについてお尋ねします。

患者は保険診療を受けるために、①税、②保険料、③窓口負担(健保2割、国保3割)を支払っていますが、これらに次のどれを加えると「混合診療」になると思いますか？

[複数回答可;いくつでも、当てはまると思うものに○印をお付けください]

- () A:特定療養費制度・入院時食事療養費制度に基づく自己負担
- () B:歯科の自由料金など、A以外の医療サービスに対する自己負担
- () C:老人患者の「お世話料」など、医療周辺サービスに対する自己負担
- () D:医師等への「謝礼」
- () E:検診・人間ドック・一般薬など、患者の自由意思に基づく費用負担
- () F:その他 _____

【質問4】「制度に基づかない患者自己負担」(上記質問3で選択肢として掲げたBとC)には、具体的にどのようなものがありますか？ 先生ご自身のことでなくても、「このような医療サービスを患者自己負担にしている例がある」といったことをご存知でしたらお教えください(金額なども、可能な範囲内でお教えください)。

【質問5】ここ数年来の医療保険制度抜本改革論議のなかで「特定療養費制度の拡大」、すなわち「混合診療禁止の緩和」といった主張が出てくるようになりました。この「混合診療禁止の緩和」をどう思いますか？

- () A:大いに賛成 () B:どちらかといえば賛成
() C:どちらでもない () D:どちらかといえば反対
() F:絶対に反対

・その理由は何ですか？

[賛成派(A、B)](複数回答可)

- () a:医療界に市場原理が働くようになり、患者の選択の幅が広がるから
() b:保険診療だけでは医院の経営が成り立たないから
() c:その他 _____

[反対派(E、F)](複数回答可)

- () d:高い料金を払えない患者が医療を十分に受けられなくなるから
() e:医療界の情報公開は不十分であり、患者は適正な選択ができないから
() f:その他 _____

[どちらでもない(C)]

具体的にお書きください _____

【質問6】厚生省の医療保険福祉審議会に先頃提出された「診療報酬体系のあり方について」という文書のなかに、「医療従事者の技術や経験への自由価格制導入についても、さらに検討することが求められる」という文言があり、政府レベルではこのような「技術料の自由価格制」を推進する向きもあるといわれます。この「技術料の自由価格制」をどう思いますか？

- () A:大いに賛成 () B:どちらかといえば賛成
() C:どちらでもない () D:どちらかといえば反対
() E:絶対に反対

・その理由は何ですか？

[賛成派(A、B)](複数回答可)

- () a:医療界に市場原理が働くようになり、患者の選択の幅が広がるから
() b:技術や経験が医療従事者の収入に反映されるから
() c:その他 _____

[反対派(D、E)](複数回答可)

- () d:高い料金を払えない患者が医療を十分に受けられなくなるから
() e:医療界の情報公開は不十分であり、患者は適正な選択ができないから
() f:その他 _____

[どちらでもない(C)]

具体的にお書きください _____

【質問7】「保険給付範囲」に対する先生の考え方についてお尋ねします。次の各分野の給付範囲を今後どのようにすべきだと思いますか？ それぞれのカッコ内に①～③のいずれかをご記入ください。

- ①保険給付範囲を拡大すべき
 ②患者の自己責任や選択に基づいて自己負担部分を拡大すべき
 ③現状のままでよい

	その理由
() A: 予防歯科	
() B: 保存科	
() C: 補綴科	
() D: 口腔外科	
() E: 小児歯科	

【質問8】先生の現在の診療形態は次のどれですか？

- () A: 保険診療のみ
 () B: 保険診療と自由診療を併用
 () C: 自由診療のみ

【質問9】質問8でBとお答えの方にのみお尋ねします。次の各項目を保険診療にしていますか？ それとも自由診療にしていますか？ それぞれのカッコ内に①～③のいずれかをご記入ください(ただし、病名を付けた患者さんについてのみ)。

- ①保険診療(を優先する)
 ②自由診療(を優先する)
 ③どちらも半々ぐらいである

[技術料]

I. 予防歯科

- () 口腔衛生指導料(保健指導含む)
 () 刷牙指導料
 () その他

II. 保存科

- () 鑄造歯冠修復の技術料
 () 診断料(歯周疾患診断料、う蝕の電気診断料等)
 () 処置料(漂白処置料、歯槽骨欠損修復料等)
 () その他

III. 補綴科

- () 支台築造の技術料
 () 仮義歯床の技術料
 () 金属アレルギー検査料
 () 全部鑄造歯の技術料
 () 陶歯前装冠の技術料
 () 有床義歯の技術料(金属床総義歯)
 () 有床義歯の技術料(金属床局部義歯)
 () 軟質裏装材によるリベース料
 () 臼歯金属歯の技術料
 () テレスコープクラウンの技術料
 () 特殊義歯修復の技術料
 () マウスガードの技術料
 () ラミネートベニアの技術料
 () その他

IV. 口腔外科

- () 根端充填料
 () 便宜抜歯
 () その他

V. 小児歯科

- () 保険料
 () 既成金属冠料
 () 小児定期観察料
 () 歯列誘導料
 () 口腔衛生指導料
 () その他

[材料費]

II. 保存科

- () 鑄造歯冠修復の材料費(白金加金、金合金、ポーセレン等)
 () 処置料の材料費
 () その他

III. 補綴科

- () 支台築造の材料費(白金加金、金合金、金パラ銀合金等)
 () 仮義歯床
 () 全部鑄造歯の材料費(白金加金、金合金、チタン)
 () 陶歯前装冠の材料費
 () 有床義歯の技術料(金属床総義歯)
 () 有床義歯の技術料(金属床局部義歯)
 () 軟質裏装材(レジン床)
 () 鑄造バー
 () 鈎
 () フック・スパー、ステイ・レスト料
 () 臼歯金属歯の材料費
 () テレスコープクラウンの材料費
 () ミーリング装置
 () 特殊義歯修復の材料費
 () マウスガードの技術料
 () ラミネートベニアの技術料
 () 人工歯
 () アタッチメント
 () その他

【質問10】前歯部のメタルボンドを扱っていますか？

() A:扱っている () B:扱っていない

Aとお答えの場合、その1歯の自由料金(患者自己負担)はいくらですか？

約 _____ 円

その理由・根拠、またご意見等があればお書きください

【質問11】金属床の総義歯を扱っていますか？

() A:扱っている () B:扱っていない

Aとお答えの場合、その上顎部分の自由料金(患者自己負担)はいくらですか？

約 _____ 円

その理由・根拠、またご意見等があればお書きください

【質問12】インプラント義歯を扱っていますか？

() A:扱っている () B:扱っていない

Aとお答えの場合、その1歯の自由料金(患者自己負担)はいくらですか？

約 _____ 円

その理由・根拠、またご意見等があればお書きください

【質問13】医業収入のうち自由診療部分の占める割合はどのくらいですか？

() A:50%以上 () B:49%~40%

() C:39%~30% () D:29%~20%

() E:19%~10% () F:9%以下

【質問14】今後、診療形態をどのようにしていく予定ですか？

() A:保険診療のみ行う予定

() B:保険診療と自由診療を併用する予定

() C:自由診療のみを行う予定

【質問15】最後に、今後の歯科診療報酬体系および医療保険制度の改革に向けてのご提案・ご意見などがありましたらお書きください。

ご協力ありがとうございました。