

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol. 609 2020. 2. 4

医療情報ヘッドライン

凍結中の「妊婦加算」は結局廃止
他科の情報提供を
評価する新加算へ

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

今年度の薬価制度改革骨子固まる
薬価の高騰を警戒した抑制策中心

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

週刊 医療情報

2020年1月31日号

20年度診療報酬改定に向けて
静岡・富士市で公聴会

経営TOPICS

統計調査資料
病院報告

(令和元年6月末概数)

経営情報レポート

勤務環境改善と適正な労働時間を管理する
医療機関における働き方改革

経営データベース

ジャンル：医療制度 > サブジャンル：患者申出療養
患者申出療養の概要
保険外併用療養費制度が抱える課題

凍結中の「妊婦加算」は結局廃止 他科の情報提供を評価する新加算へ

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は、12月20日の中央社会保険医療協議会総会で、現在凍結されている「妊婦加算」を廃止するとした。その代わりに、他科からの情報提供を双方向で評価する加算を創設する方針を示し、妊婦に限らずすべての患者が対象で、患者の同意を得ることが前提となる。

厚労省は、中医協の了承を得たうえで来年度の診療報酬改定に反映したい意向だ。

■「妊婦加算」は、2018年度診療報酬改定で新設されたが、不満の声が頻発

「妊婦加算」は、2018年度の診療報酬改定で新設された。妊娠中の女性が医療機関を受診した場合、初診料・再診料が上乘せされる仕組みで、初診の場合は75点、再診の場合は38点。自己負担割合が3割の場合、初診で約230円、再診で約110円増えた。

このことが、「妊婦だけが自己負担額が増える」として、SNS上で不満の声が頻発した。少子化対策に逆行しているといった批判へと高まり、マスメディアでも報道されるに至ったことで、2019年の夏に参議院議員選挙を控えた政府・自民党が慌てて火消しに動き、凍結という結論に至った。

厚労省および中医協は、「妊婦加算」を凍結する意図は全くなかったようだ。そのことは、中医協の答申書に「凍結との諮問が行われたことは極めて異例」としたうえで「特別な事情に基づき実施」とまで記されていることから窺える。そもそも、「妊婦加算」が創設されたのは、

上昇傾向にある出産年齢が背景にある。

妊婦および産婦の診療には通常よりもきめ細かい配慮が求められるが、高齢出産の場合はより慎重な対応が必要となるからだ。

凍結から2カ月後に立ち上げた「妊産婦に対する保健・医療体制の在り方に関する検討会」の議論の取りまとめにも、「妊産婦の診療において、質の高い診療やこれまで十分に行われてこなかった取組を評価・推進することは必要」と明記されている。

■少子化対策は急務であるだけに、患者負担を増やさない方向で何らか検討が必要

一方で、同検討会の議論取りまとめでは「前回と同様の妊婦加算がそのままの形で再開されることは適当でない」とも記されており、猛反発を受けた加算の再開に踏み切れなかったというのが実情である。妊娠と関係ないコンタクトレンズの処方と算定されているケースもあり、医療費の抑制という観点からも仕切り直しが得策だと判断したものと推測できる。

ただし、代替案として出されている情報提供を双方向で評価する加算は、妊婦への診療に対する評価とは別物の仕組みであるため、産婦人科のモチベーションが下がる懸念もある。

出生数の急激な低下で少子化対策は急務であるだけに、「妊婦加算」のような形で手厚く評価するのは当たり前であり、患者負担を増やさない方向で何らか検討することが必要であろう。

今年度の薬価制度改革骨子固まる 薬価の高騰を警戒した抑制策中心

厚生労働省 中央社会保険医療協議会総会

厚生労働省は、12月20日の中央社会保険医療協議会総会で、2020年度の薬価制度改革の骨子を提示し、了承された。

革新的な新薬の登場による薬価の高騰を警戒した抑制策が目立つ内容で、特徴的なのは効能変化再算定の見直しで、効能の追加で市場が拡大した場合は、類似薬がなくても年間販売額が350億円以上となったときに再算定を行うこととなった。

■上限を設け、それ以上になった場合は 類似薬の有無に関係なく薬価を引き下げる

これまで、効能変化再算定は、類似薬がある場合に行われていた。しかしこれは、類似薬がない場合には、市場規模が短期間に著しく拡大する懸念があっても再算定することができないことを意味している。

そこで、年間350億円という上限を設け、それ以上になった場合は類似薬の有無に関係なく薬価を引き下げられるようにしたことになる。なお再算定は、年4回の新薬収載機会を利用して実施する。

■市場拡大再算定や用法用量変化再算定に ついても同様に随時再算定できる仕組み

効能変化再算定のみならず、市場拡大再算定や用法用量変化再算定についても同じように随時再算定できる仕組みを整える。また、長期収載品についても、後発品並みに薬価を引き下

げるサイクルを前倒しするなど、急速に進む少子高齢化および人口減少を見据え、全体的に薬剤費を引き締めようとする意図をにじませた。

■薬剤費の抑制を進めつつ、新薬創出のモチベーションを高める考えが透けて見える

一方で、製薬業界にも一定の配慮を見せている。例えば、製薬業界が強く要望してきた新薬創出・適応外薬解消等促進加算の見直しが挙げられる。

これまで、上市後の薬価は下がる一方だったが、上市後の効能追加で有用性を示した品目を新薬創出・適応外薬解消等促進加算の対象品目とすることにしたほか、再生医療等製品が新たな有用性を客観的に示された場合は補正加算について検討するとした。

結果的に、薬剤費の抑制を進めつつ、新薬創出のモチベーションを高めようとする厚労省の考えが透けて見える薬価制度改革になりそうだ。



医療情報
 中央社会保険
 医療協議会

20年度診療報酬改定に向けて 静岡・富士市で公聴会

中央社会保険医療協議会（中医協、会長＝田辺国昭・東京大学大学院法学政治学研究科教授）は1月24日、2020年度診療報酬改定に向けた公聴会を、静岡県富士市で開いた。

静岡県内の、医師会などの医療関係者や保険者、自治体関係者、患者支援団体の代表者など10人が、それぞれの立場から意見を発表した。

医療情報
 日医総研
 公表

医業承継への取り組み、 喫緊の課題

日本医師会総合政策研究機構（日医総研）はこのほど、リサーチエッセイNo.79「医業承継に関する実態調査—都道府県医師会および郡市区医師会調査結果について」を公表した。

都道府県医師会や郡市区医師会の多くで、医業承継に対する取り組みが行われていない実情が明らかになった。調査は、全国の都道府県医師会および郡市区医師会で、医師会員の医業承継に関する各種ニーズに対処しこれを支援するための体制が用意されているか、さらに具体的に実施しているか等について、実態把握を網羅的に行うことを目的に実施。すべての都道府県医師会（N＝47）および郡市区医師会（N＝833）にアンケートを配布、FAXで回答を求めた。都道府県医師会の回収率は100%、郡市区医師会からの回収数は586件で回収率は70.3%。

都道府県医師会については、医業承継の相談窓口が設置されていたのは12.8%（6医師会）だった。担当部門を設置しているのは17.4%（8医師会）で、担当部門はなく兼務の担当者があるのが38.3%（18医師会）、担当部門・担当者両方ないのが44.7%（22医師会）だった。医業承継の実態把握状況については、「おおむねすべて把握している」のは2.1%（1医師会）にとどまり、「部分的に（会員病院、譲渡希望者のみ等）把握している」が19.1%（9医師会）、76.6%（36医師会）では「ほとんど把握していない」状況だった。

一方郡市区医師会については、医業承継の相談窓口が設置されていたのは5.3%（31医師会）だった。担当部門を設置しているのはわずか1.4%（8医師会）にとどまり、「担当部門はないが専任の担当者がある」が0.2%（1医師会）、担当部門はなく兼務の担当者があるのが7.2%（42医師会）、担当部門・担当者両方ないのが91.3%（532医師会）を占めた。医業承継の実

態把握状況については、「おおむねすべて把握している」のは 10.6%（62 医師会）、「部分的に（会員病院、譲渡希望者のみ等）把握している」が 37.3%（218 医師会）、「ほとんど把握していない」が 52.1%（305 医師会）を占めた。

リサーチエッセイでは「医業承継は多くの会員にとって間近に迫る問題であるとの認識と漠たる不安を抱えながらも、この問題に備えるための組織整備や支援体制づくりに着手されているところはごく少数であることが、あらためて明らかになった」と総括。医業承継に関し、オール医師会の取り組みとして以下を提言している。

- ▼まずはすべての都道府県医師会に早期に医業承継に関する相談窓口または担当部門設置や担当者配置を行い、体制を整備することを最優先事項とする
- ▼都道府県医師会の上記体制整備と併せ、日医が主体となり、全国の都道府県医師会への情報提供や相互の情報交換・情報共有を行う仕組みを構築する
- ▼並行して、都道府県医師会では郡市区医師会との情報連携の仕組みをそれぞれで構築する
- ▼上記一連の取り組みにより、郡市区医師会／都道府県医師会／日医が一体となった窓口相談を行い、相互に情報共有する仕組みとする
- ▼日医が医業譲渡・譲受希望者マッチングシステムを全国レベルで立ち上げ、都道府県・郡市区医師会に情報をタイムリーに伝達できる仕組みとする
- ▼マッチング以降は、通常の相談対応を超える各種コンサルティング業務について、日医、都道府県・郡市区医師会では直接対応しないことを基本方針とし、外部専門家を活用する仕組みを、都道府県医師会を軸にそれぞれの地域で構築することを検討する

医療情報
 四病院
 団体協議会

紹介状なし定額負担 「200床以上の一般病院」に反対

四病院団体協議会（四病協）は 1 月 22 日、定例記者会見を開いた。紹介状がない患者の「初診時・再診時定額負担」について、政府が昨年 12 月に発表した全世代型社会保障検討会議の中間報告のなかで、「対象を病床数 200 床以上の一般病院に拡大する」と記載されたことに触れ、反対の意思を表明した。日本病院会の相澤孝夫会長は「病院団体に全く相談もなしに、突如としてこの方針が出されたことに非常に強い疑念を感じる。議論の場を設け、しっかりと話し合いをもとに進めてほしい」と主張した。（以下、続く）

週刊医療情報（2020年1月31日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

病院報告

(令和元年6月末概数)

厚生労働省 2019年10月7日公表

1 1日平均患者数（各月間）

	1日平均患者数（人）			対前月増減（人）	
	令和元年6月	令和元年5月	平成31年4月	令和元年6月	令和元年5月
病院					
在院患者数					
総数	1 230 267	1 221 607	1 236 059	8 660	△ 14 452
精神病床	282 039	280 935	280 864	1 104	71
結核病床	1 477	1 453	1 476	24	△ 23
療養病床	271 035	270 747	272 973	288	△ 2 226
一般病床	675 649	668 404	680 680	7 245	△ 12 276
(再掲)介護療養病床	30 087	30 748	31 050	△ 661	△ 302
外来患者数	1 316 267	1 272 991	1 347 327	43 276	△ 74 336
診療所					
在院患者数					
療養病床	4 247	4 219	4 257	28	△ 38
(再掲)介護療養病床	1 576	1 588	1 578	△ 12	10

注1) 病院の総数には感染症病床を含む。注2) 介護療養病床は療養病床の再掲である。注3) 平成30年7月分、7月分については、平成30年7月豪雨の影響により広島県の病院1施設から報告がないため、集計から除いている（以下同）。

2 月末病床利用率（各月末）

	月末病床利用率（%）			対前月増減	
	令和元年6月	令和元年5月	平成31年4月	令和元年6月	令和元年5月
病院					
総数	77.6	78.8	76.3	△ 1.2	2.5
精神病床	85.7	85.7	85.5	0.0	0.2
結核病床	33.7	33.2	33.1	0.5	0.1
療養病床	86.7	87.0	87.2	△ 0.3	△ 0.2
一般病床	71.8	73.7	69.5	△ 1.9	4.2
介護療養病床	90.3	89.7	90.2	0.6	△ 0.5
診療所					
療養病床	53.4	53.5	53.5	△ 0.1	△ 0.0
介護療養病床	69.9	69.9	69.7	0.0	0.2

注1) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

3 平均在院日数（各月間）

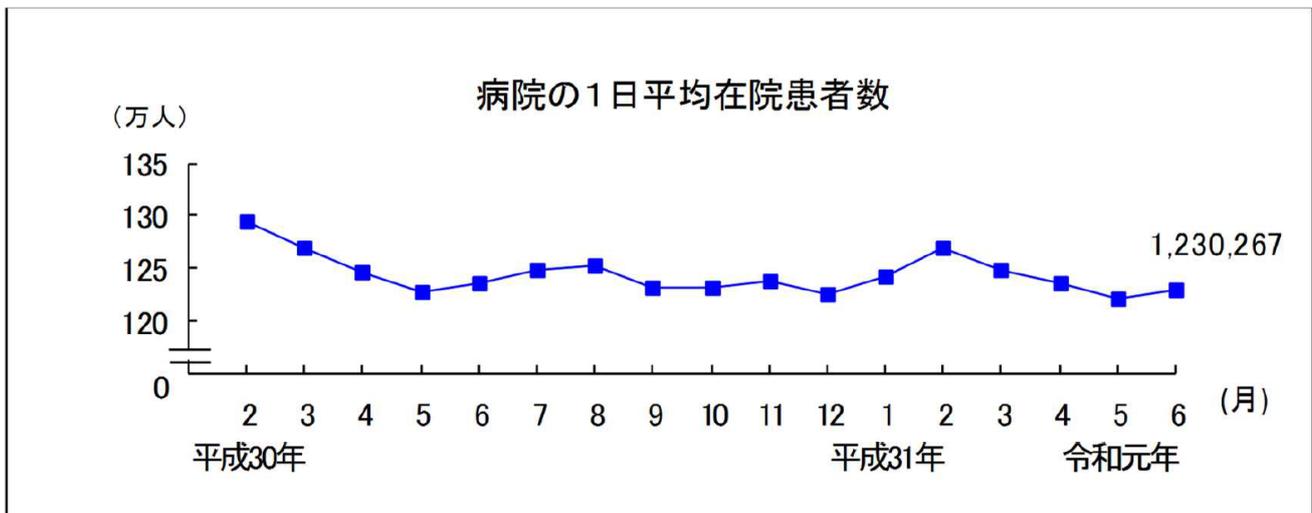
	平均在院日数（日）			対前月増減（日）	
	令和元年6月	令和元年5月	平成31年4月	令和元年6月	令和元年5月
病院					
総数	27.2	28.3	26.9	△ 1.1	1.4
精神病床	265.1	265.6	259.1	△ 0.5	6.5
結核病床	67.3	69.3	60.4	△ 2.0	8.9
療養病床	140.5	140.1	131.9	0.4	8.2
一般病床	15.9	16.5	15.8	△ 0.6	0.7
介護療養病床	319.7	326.0	285.3	△ 6.3	40.7
診療所					
療養病床	101.3	104.3	101.8	△ 3.0	2.5
介護療養病床	130.8	147.9	152.7	△ 17.1	△ 4.8

注1) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 (\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

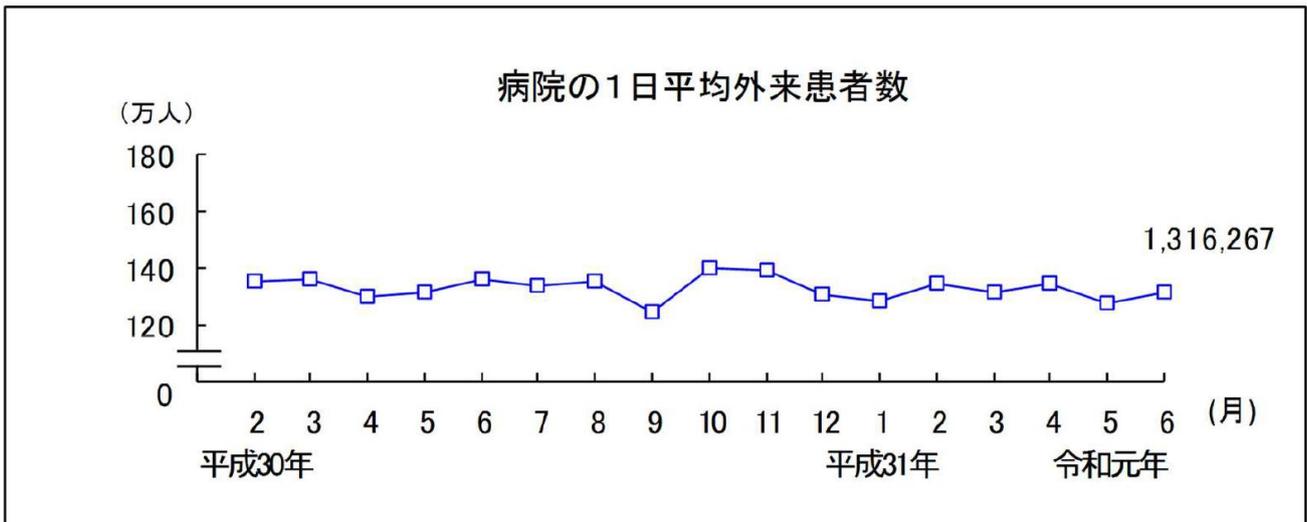
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} \\ \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

注2) 病院の総数には感染症病床を含む。

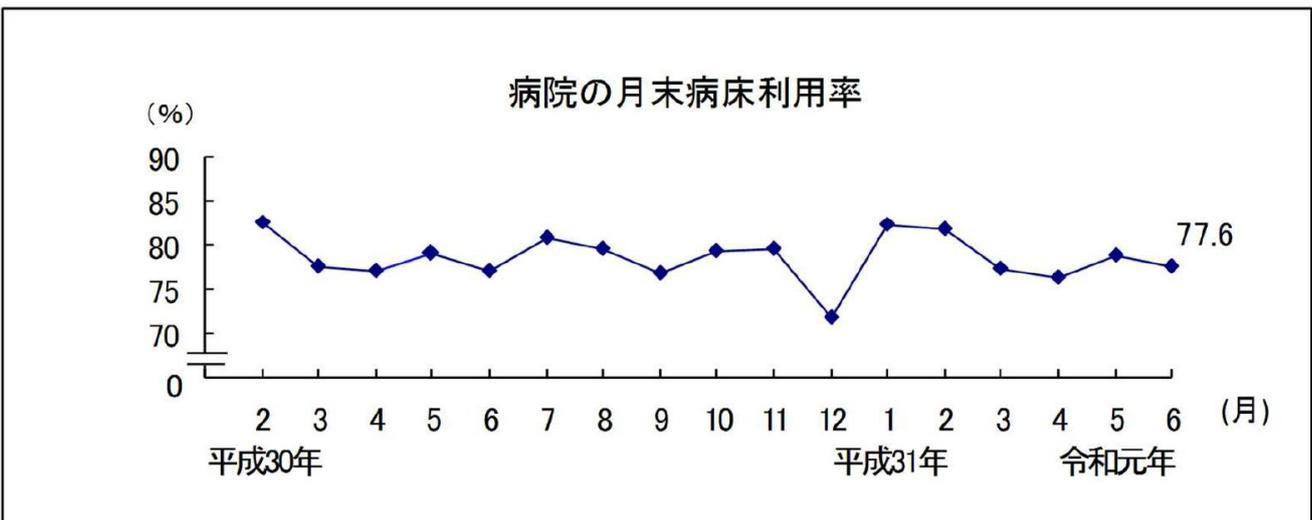
◆病院:1日平均在院患者数の推移



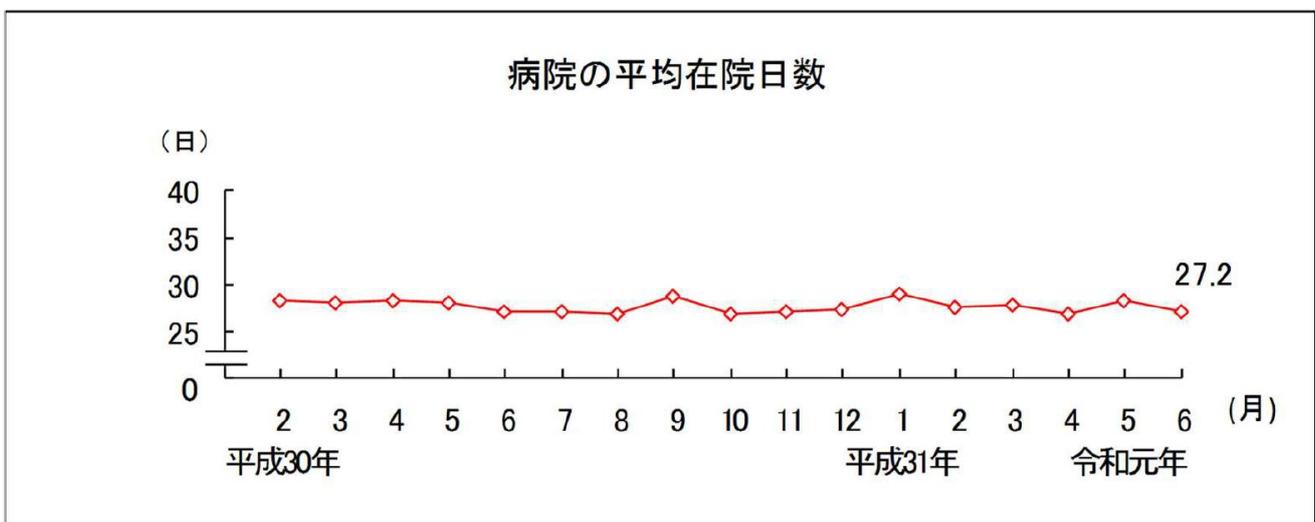
◆病院:1日の平均外来患者数の推移



◆病院:月末病床利用率の推移



◆病院:平均在院日数の推移



病院報告（令和元年6月末概数）の全文は、
 当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



経営情報
レポート
要約版



人事・労務

勤務環境改善と適正な労働時間を管理する

医療機関における 働き方改革

1. 医療機関における働き方改革
2. 医療従事者の負担軽減と働き方改革の推進
3. 労働時間に関する具体的対応策
4. 働き方改革に向けた支援ツールと管理体制



■参考文献

「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」について～時間外労働の上限規制 わかりやすい解説(厚生労働省) 医師の働き方に関する検討会(厚生労働省) 医療従事者の勤務環境の改善について(厚生労働省) 平成30年度診療報酬改定の概要(厚生労働省) PHASE3 2018年11月号

1

医業経営情報レポート

医療機関における働き方改革

■ 医療機関における働き方改革の必要性

医療機関における働き方改革は、医師会を中心に厚生労働省等で議論が進められています。

2017年4月に「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」が報告書をまとめ、今後の医療提供のあり方として、「働く人が疲弊しない、財政的にも持続可能なシステム」を確立することが必要であるとしています。

一方で、急速な改革は医療の崩壊につながる可能性があるかと懸念されています。

現在医療従事者は、日進月歩の医療技術や、より質の高い医療に対するニーズの高まり、患者へのきめ細かな対応が求められる傾向等により、長時間労働に拍車がかかっています。

医療従事者の働き方は、社会全体の課題として、提供側だけでなく患者側等も含め、医療提供体制を損なわない働き方改革を進めていく必要があります。

働き方改革を進める上で重要な医療提供体制については、医師の偏在問題への対応、地域医療構想の進展に向けた取り組み等が行われています。

◆ 医療提供体制の現在の状況

(基本的な考え方)

- 少子高齢化が進み、地域で求められる医療機能も変化を迎えている。「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の体制構築が必要であり、その受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実させるとともに、地域における医師の確保を進めていく必要がある

(地域医療構想)

- 医療機能（高度急性期／急性期／回復期／慢性期）の分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築することを目的として、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し定めるもの。2016年に全都道府県において策定済み
- 現在、公立・公的医療機関等の医療機関ごとの具体的対応方針について、各地域の地域医療構想調整会議において合意形成を進めており、今年度中に完了予定
- 地域医療の確保に配慮しつつ医師の働き方改革を進める観点からは、2025年に地域医療構想を実現し、最大限、医療提供体制の効率化を図っておく必要がある、医師の働き方改革が2024年に実現するという前提で、地域医療構想調整会議における議論を進め、具体的な医療機関の再編に着手していくことが求められる

(医師偏在対策)

- 我が国の医師数は戦後一貫して増加しているが、地域間や診療科間の医師偏在は、今なお解消に至っていない
- 地域で求められる医療提供体制を維持していくためには、地域医療構想の実現だけでなく、これと整合する形で、地域ごとに医師を確保する必要がある
- このため、本年7月に成立した「医療法及び医師法の一部を改正する法律」において、全国ベースで医師の多寡を客観的に評価可能な医師偏在指標を算出し、医師少数区域・多数区域を定め、地域枠増員などの具体的な施策を含む「医師確保計画」を都道府県が主体的に策定するなど、実効的な医師偏在対策を実施できる仕組みを整備した
- 既に施行したもの、2019年4月施行のもの、2020年4月施行のものに順次着手し、医師の働き方改革の実現に当たり地域で十分な医師が確保できるよう、対応を進めていく

(出典) 厚生労働省 第14回 医師の働き方改革に関する検討会 資料2-2

2 医業経営情報レポート

医療従事者の負担軽減と働き方改革の推進

■ 医療従事者の負担軽減と働き方改革推進への対応

2017年12月に公表された2018年度診療報酬改定の基本方針では、医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進を基本方針の一つとして、下記のように基本的視点と具体方向性の例が示されました。

◆ 基本的視点

医療従事者の厳しい勤務環境が指摘されている中、医療の安全の確保や地域医療の確保にも留意しつつ、医療従事者の負担の軽減を図り、あわせて各々の専門性を発揮でき、柔軟な働き方ができるよう、環境の整備、働き方改革を推進することが必要

◆ 具体的方向性の例

● チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善

専門職の柔軟な配置や、業務の共同化・移管等を含む多職種によるチーム医療の推進等、勤務環境を改善

● 業務の効率化・合理化

保険医療機関や審査支払機関の業務を効率化・合理化し、負担を軽減する観点から、診療報酬に関する届出・報告等を簡略化

● ICT等の将来の医療を担う新たな技術の着実な導入

最新の技術革新を取り込むことにより、医療の質を向上させるため、遠隔診療の適切な活用や、医療連携を含めたICT等の有効活用を推進

● 地域包括ケアシステム構築のための多職種連携による取組の強化

- ・ 医療機関間の連携、周術期口腔管理等の医科歯科連携、服用薬管理等の病診薬連携、栄養指導、医療・介護連携など、地域包括ケアシステムを構築し、患者・利用者の状態に応じて真に必要なサービスを適時適切に提供するため、医療・介護関係者間の多職種連携の取組等を推進
- ・ 患者が安心・納得して入退院し、住み慣れた地域での療養や生活を継続できるようにするための取組を推進

● 外来医療の機能分化

大病院受診時定額負担の見直しを含め、大病院と中小病院・診療所の機能分化を推進

これを受けて2018年度診療報酬改定では、「医療従事者の負担軽減、働き方改革の推進」が4つの柱のうちの1つに設定され、チーム医療等の推進（業務の共同化、移管等）等の勤務環境の改善と業務の効率化・合理化が具体的な内容として盛り込まれました。

3 医業経営情報レポート

労働時間に関する具体的対応策

■ 労働時間の適正把握

厚生労働省より、2017年1月20日に「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン」（以下、「本ガイドライン」という）が公開され、始業・終業時間の管理方法等が示されました。

ポイントは、労働時間の把握については客観的な記録を基礎とし、やむを得ず自己申告で労働時間を把握する場合は、労働者による適正な申告を前提とすることです。

使用者には労働時間を適正に把握する義務があります。

また、労働時間とは使用者の指揮命令下に置かれている時間であり、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たります。

例えば、参加することが業務上義務づけられている研修・教育訓練の受講や、使用者の指示により業務に必要な学習等を行っていた時間は、労働時間に該当します。

◆ 始業・終業時刻の確認・記録

- 使用者は、労働時間を適正に把握するため、労働者の労働日ごとの始業・終業時刻を確認し、これを記録すること
- ※ 労働時間の適正な把握を行うためには、単に1日何時間働いたかを把握するのではなく、労働日ごとに始業時刻や終業時刻を使用者が確認・記録し、これを基に何時間働いたかを把握・確定する必要がある

◆ 始業・終業時刻の確認及び記録の原則的な方法

- 使用者が始業・終業時刻を確認し、記録する方法としては、原則として次のいずれかの方法によること
 - イ) 使用者が、自ら現認することにより確認し、適正に記録すること
 - ロ) タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し適正に記録すること
- ※ タイムカード、ICカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基本情報とし、必要に応じて、例えば使用者の残業命令書及びこれに対する報告書など、使用者が労働者の労働時間を算出するために有している記録とを突き合わせることで確認し、記録する

4

医業経営情報レポート

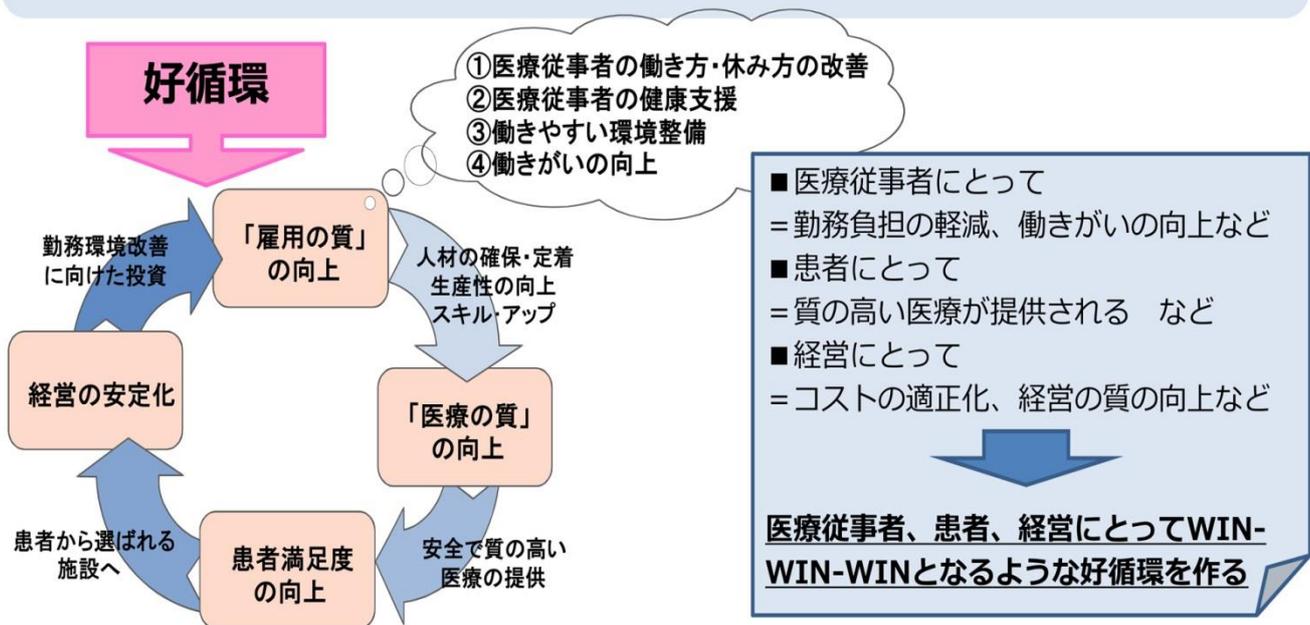
働き方改革に向けた支援ツールと管理体制

■ 勤務環境改善支援ツール

厚生労働省は、医療勤務環境改善を図ることで医療従事者の勤務負担の軽減、働きがいの向上に繋がるだけでなく、患者には質の高い医療が提供され、経営にはコストの適正化や経営の質の向上が期待されるとしています。

◆ 医療勤務環境改善の意義

- 医療機関が、「医療の質の向上」や「経営の安定化」の観点から、自らのミッションに基づき、ビジョンの実現に向けて、組織として発展していくことが重要。そのためには、医療機関において、医療従事者が働きやすい環境を整え、専門職の集団としての働きがいを高めるよう、勤務環境を改善させる取組が不可欠。
- 勤務環境の改善により、医療従事者を惹きつけられる医療機関となるだけでなく、「医療の質」が向上し、患者の満足度も向上。



(出典) 厚生労働省 医療従事者の勤務環境の改善について

厚生労働省内に設置された医師の働き方に関する検討会では参考資料として医療機関の管理者に向けてのリーフレットが示されました。

このリーフレットは、働き方改革関連法の順次施行による医療機関の法適用情報や相談窓口について案内しています。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

ジャンル：医療制度 > サブジャンル：患者申出療養

患者申出療養の概要

患者申出療養とはどのようなものですか

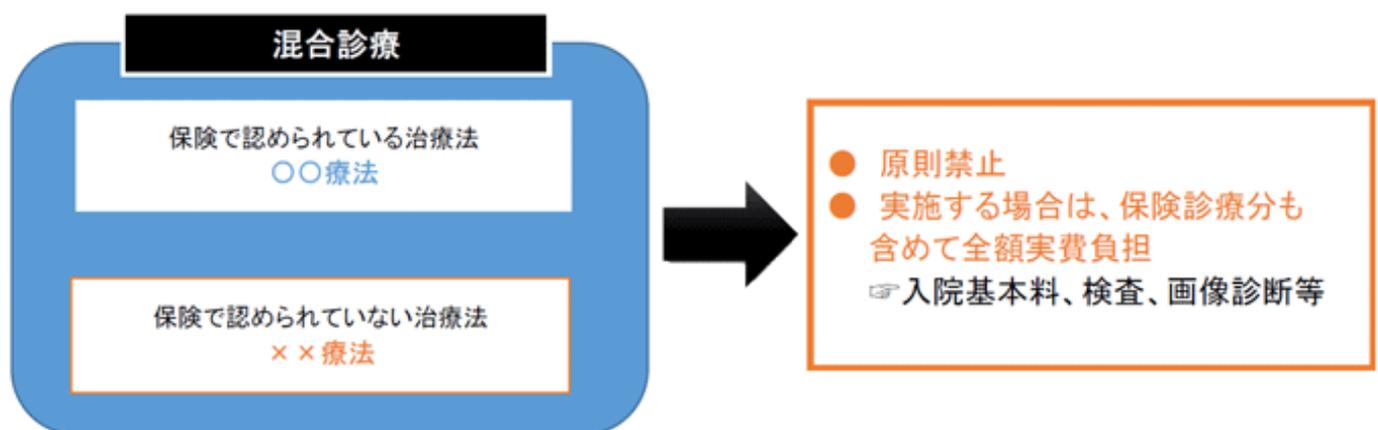
「患者申出療養」とは、現在の保険外併用療養費制度のなかの評価療養で実施されている「先進医療」を拡大し、患者ニーズが高まっているさまざまな先進的医療を迅速に受けられるようにすることを目的とするものです。

■先進医療は混合診療を例外的に認容

混合診療とは、公的保険が適用される保険診療と患者が自己負担で受ける保険適用外の自由診療を組み合わせるもので、日本では原則として禁止されています。

しかしこの例外として、医療技術の高度化や医療に対する国民ニーズの多様化に対応するため、公的な医療保険としてのサービスの水準を確保しつつ、患者の選択（患者の負担）による保険適用外の追加が認められているのが保険外併用療養費制度です。

例えば、その安全性や有効性の観点から、保険診療としては認められていない治療法（陽子線治療や重粒子線治療など）をまず先進医療として認定し、これらの先進医療については、本来禁止されている混合診療を例外的に認めるというものです。この先進医療を拡大し、迅速に受けられるような制度構築を目指したものが、患者申出療養制度です。



【例】陽子線治療は保険外併用療養（先進医療）として認められるため、他の保険診療（血圧の検査や投薬等）の「自費＋保険負担額（30%）」が適用可能

ジャンル：医療制度 > サブジャンル：患者申出療養

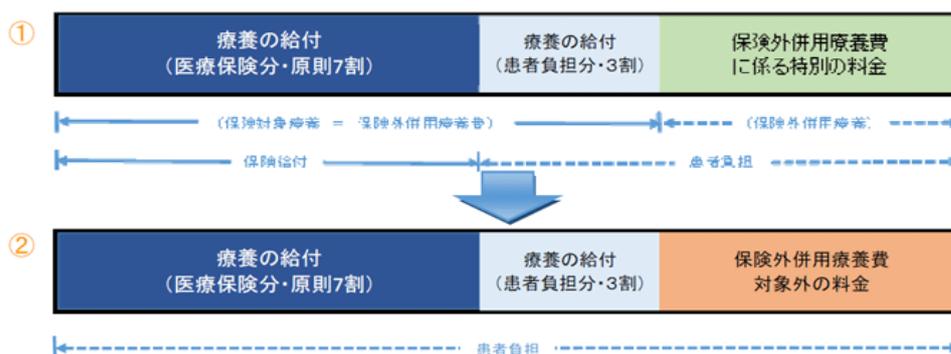
保険外併用療養費制度が抱える課題

保険外併用療養費制度が抱える課題とはどのようなものですか。

健康保険で認められていない治療を実行する場合、患者は保険外治療の費用だけでなく、その他の検査や入院代など保険診療の費用（保険で認められている検査・治療法等）も含めて全額負担しなければなりません。

したがって、高額な負担が患者に強いられることになり、治療を断念せざるを得ない問題が指摘されていました。

■ 保険外併用療養費と患者負担の関係



保険外併用療養費は、健康保険から給付される部分の費用であり、患者負担部分は保険外併用療養費制度の「特別の料金」といいます（上記①）。それに対して、保険外併用療養費の対象外のものは混合診療に該当するため、療養の給付分を含めてすべてが患者負担となります（同②）。

これは、混合診療を禁止している理由のひとつとして、「安全性や効果が確認されない限り、医療保険や公費を使わない」という原則があるからです。

■ 保険外併用療養費制度の問題点

- ① 保険外診療の申請から承認まで3～6カ月の期間を要する
 - ② 先進医療は、医療技術ごとに平均10件程度の医療機関でしか受けられない
 - ③ 対象となる患者の基準から外れる患者は受診できない
- 【例】 ● 悪性高熱症診断法（手術が予定されているものに限る 等）
● 硬膜外自家血注入療法（脳脊髄液漏出症：起立性頭痛を有する患者に係るものであって、脳脊髄液漏出症の画像診断基準に基づき确实であると診断されたもの）

週刊 WEB 医業経営マガジン No. 609

【著 者】日本ビズアップ株式会社

【発 行】税理士法人 森田会計事務所

〒630-8247 奈良市油阪町456番地 第二森田ビル 4F

TEL 0742-22-3578 FAX 0742-27-1681

本書に掲載されている内容の一部あるいは全部を無断で複製することは、法律で認められた場合を除き、著者および発行者の権利の侵害となります。