

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.648 2020. 11. 10

医療情報ヘッドライン

オンライン診療の恒久化へ議論開始 映像あり原則に、完全初診は除外へ

▶厚生労働省 オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

特定行為実施の看護師、広告可能に 施行は2021年4月を目指す

▶厚生労働省 医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会

週刊 医療情報

2020年11月6日号

外来機能の明確化と 連携で議論

経営 TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査

(令和2年6月末概数)

経営情報レポート

地域医療継続の要望に応える 事業継承時の留意点

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

患者申出療養のメリットとデメリット

患者申出療養の運用における「かかりつけ医」の役割

発行:税理士法人 常陽経営

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

オンライン診療の恒久化へ議論開始 映像あり原則に、完全初診は除外へ

厚生労働省 オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会

厚生労働省は、11月2日に「オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会」を開催。現在、コロナ禍の特例措置で解禁されている初診からのオンライン診療の恒久化に向け、議論を開始した。厚労省は「安全性と信頼性をベースに」すること、「電話ではなく映像がある」ことを原則とする方針を提示した。

■初診解禁に反対する日医を

厚労省が「資料」で援護射撃

オンライン診療をめぐるのは、消極的な厚労省の尻を積極的な政府が叩く構図がずっと続いている。デジタル化を旗印とする菅義偉内閣は、「初診からのオンライン診療」の恒久化実現に意欲を燃やす。10月8日に、田村憲久厚生労働相と河野太郎規制改革担当相、平井卓也デジタル改革担当相の3大臣が恒久化に合意。菅義偉首相は、10月26日に開会した臨時国会での所信表明演説で恒久化を推進すると宣言している。

厚労省が消極的なのは、今回掲げた方針にあるように、オンライン診療では「安全性と信頼性」が担保できないと考えているからだ。

この点で厚労省と足並みをそろえているのが、日本医師会である。10月28日に日医の中川俊男会長は、「原則初診不可」の考えを改めて表明。「明確な判断基準の策定・合意の下で可とするケースもありうる」と歩み寄りを見せた文言そのものに、直接顔色や匂い、息遣いなどが感じられないオンライン診療への不信感がにじむ。

日医の強硬姿勢に配慮したのか、厚労省は

今回の検討会の参考資料として「オンライン診療初診に係る各国比較表」を提示。アメリカ、イギリス、オーストラリア、フランスと日本を比較したうえで、各国とも「オンライン診療の条件」が細かく設定されていることが伝わる構成にしており、「完全初診」が困難であることをにおわせた。資料名にわざわざ「未定稿」とつけていることから、今後さらに“援護射撃”のために内容を拡充させる可能性もあるだろう。

■登録医療機関は未だ15%に満たない状況

厚労省がここまで強気に出ているのは、医療機関側の反応が鈍いことも背景にありそうだ。10月末時点で、「電話・オンライン診療を実施できる体制がある」と登録された医療機関数は16,587。全医療機関数は110,916であるため、15%にも満たない。

しかもこの数は、この数カ月間ほとんど伸びていないのである。4月13日に初診からのオンライン診療が特例的に解禁され、対応医療機関のリストを厚労省が公開した4月24日時点で10,812だったのが、5月末に15,226と一気に約1.5倍となったため飛躍的に伸びることが予想されたが、6月末に16,095と伸びが鈍化。その後4カ月でわずか500弱しか伸びていない。規制改革の旗印のもとオンライン診療解禁を急ぐ政府と、それを冷淡に見つめる医療現場。こうした構造を踏まえると、少なくとも完全初診（まったくの初診患者）はオンライン診療の対象から除外されるなど、一定の条件が付される可能性は高いのではないかと。

特定行為実施の看護師、広告可能に 施行は2021年4月を目指す

厚生労働省 医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会

厚生労働省は、10月29日の「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」で、看護師が特定行為を実施している場合、その業務内容を広告可能にする方針を示した。

広告する場合には「チーム医療」や「医師の働き方改革」を推進している旨を併記することを条件とする。

■異例の規制緩和は

タスクシフティング推進のため

現状、医療広告は、患者が医療機関を選択する際に有用、かつ誤解を招かない情報のみを掲載することができる。資格名も定められたもののみが許可されており、たとえ専門医と名の付く資格でも広告できないものが多数存在する。これは看護師など他の医療従事者も同様であり、今回のように資格と直接紐付かない内容を広告可能とするのは異例だ。

それなのになぜ、今回の方針を示したのか。

最大の理由は、「医師の働き方改革」を進めるためだろう。医療を支えているのが医師の長時間労働であることは明白。厚労省はそれを少しでも減らすため、医師の業務を看護師へ移管する「タスクシフティング」を推進しようとしている。

そのため2015年に設けたのが「特定行為研修」だ。この研修を受講した看護師は、38行為21区分を担当することができる。

しかし、医療機関側がタスクシフティングするといっても、患者が拒否すれば実行できない。「医師に説明してほしい」「医師から医

行為を受けたい」といった要望が寄せられれば受け入れざるを得ない、もしくは細かく説明せざるを得ないだろう。いずれにしても手間がかかることは間違いなく、結果として「医師の働き方改革」に逆行することにもなりかねない。ならば、広告を許可することで、啓蒙につなげようというわけだ。

■採用戦略やイメージ戦略

としての活用が見込まれる

一見、医療機関にとってのメリットは薄そうだが、今回の規制緩和だが、イメージ戦略や採用戦略でうまく活用すれば大きな効果が期待できるだろう。

たとえば、イメージ戦略としては「病院全体、スタッフ全体でタイムリーなケアをしている」ことを打ち出すことで安心感を醸成できるのではないかと。これは採用戦略でも同様で、1人への負担が重くならないよう配慮していることや、働きやすい環境整備に力を注いでいることが求職者に訴求できる。なお、この日の会合では、医療機関が自院の機能を毎年度都道府県に報告することを義務付ける「医療機能情報提供制度」についても議論を展開。厚労省は、新たに「外国人患者への対応体制の有無」を盛り込むことを提案した。具体的には、通訳の配置や翻訳機器の配備、サポート体制の整備といった内容となっている。診療所でこのあたりの手厚い整備を実施しているところは少ないと思われるため、当面は病院のみに報告を求める方針だ。

医療情報①
 厚生労働省
 検討会

外来機能の明確化と連携で議論

～「医療計画の見直し等に関する検討会」

厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」（座長＝遠藤久夫・学習院大学経済学部教授）は10月30日に会合を開き、外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等について議論した。この日厚労省は、「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）について、議論すべき点として、以下を挙げた。

- ▼人口減少や高齢化等により地域ごとに「担い手の減少」と「需要の変化」が進み、外来医療の高度化等も進む中で、入院医療とともに、外来医療についても議論を進めていくことが必要である。その際、まず、「医療資源を重点的に活用する外来」に着目して、地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を併せて議論することは、今後、外来医療全体の在り方について議論を進めていくために必要な第一歩ではないか。
- ▼「医療資源を重点的に活用する外来」として、基本的に次のようなものが考えられるのではないか。具体的な内容は、今後さらに、専門的に検討を進める場において検討することとしてはどうか。
 - ▼医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
 - ▼高額等の医療機器・設備を必要とする外来
 - ▼紹介患者に対する外来

■外来機能報告や協議の仕組みでも論点

外来機能報告（仮称）については、同様に論点として以下の2項目を挙げた。

- ▼地域において外来機能の明確化・連携を進めていくにあたって、データに基づく議論を進めるため、病床機能報告を参考に、各医療機関から都道府県に、外来機能全体のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」に関する医療機能の報告（外来機能報告）を行うこととし、これにより、地域ごとに、どの医療機関で、どの程度、「医療資源を重点的に活用する外来」が実施されているか明確化を図ることとしてはどうか。
- ▼制度趣旨や負担等の観点から、外来機能報告の対象となる医療機関の範囲について、どのように考えるか。

さらに、地域における協議の仕組みに関連しては、議論を求める点として、以下の4項目を挙げた。

- ▼地域における外来機能の明確化・連携に向けて、都道府県の外来医療計画において、「医療資源を重点的に活用する外来」に関する医療機能の明確化・連携を位置付けるとともに、地域における協議の場において、外来機能報告を踏まえ、各医療機関の自主的な取り組み等の進捗状況を共有し、また、地域における必要な調整を行うこととしてはどうか。
- ▼地域における外来機能の明確化・連携を進めていくなかで、地域での協議を進めやすくする観点や、国民・患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う

医療機関を明確化する仕組みを設け、その方法として、外来機能報告のなかで報告することとしてはどうか。また、紹介患者への外来を基本とする医療機関であることが患者に分かるよう、広告可能としてはどうか。

- ▼「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関の報告に当たっては、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより、地域の実情を踏まえることができる仕組みとしてはどうか。
- ▼地域医療構想では、地域医療構想調整会議の協議を踏まえた自主的な取り組みだけでは進まない場合、都道府県知事の権限が設けられているが、外来機能の明確化・連携に関して、都道府県知事の権限について、どのように考えるか。

医療情報②
 厚生労働省
 事務連絡

COVID-19での診療報酬上の 臨時的取り扱いを事務連絡

厚生労働省は 10 月 30 日付で、「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取り扱いについて（その 29）」を、地方厚生（支）局や都道府県に宛てて事務連絡した。

保険医療機関が「診療・検査医療機関」（仮称）として、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間において発熱患者等の診療等を実施する場合の、初診料、再診料、外来診療料に係る加算についての取り扱いについては、「初診料の注 7 から注 9 に規定する加算または再診料注 5 から注 7 に規定する加算もしくは外来診療料の注 8 および注 9 に規定する加算については、それぞれの要件を満たせば算定できる」とした。時間外加算や休日加算、深夜加算など。

また、診療・検査医療機関として、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間で発熱患者等の診療等を実施する場合については、「例えば、当該保険医療機関が表示する診療時間を超えて発熱患者等の診療等を実施する等、当該保険医療機関における診療時間の変更を要する場合であっても、当該保険医療機関において、診療・検査医療機関として指定される以前より表示していた診療時間を、当該保険医療機関における診療時間とみなすこととして差し支えない」と示した。

さらに、診療・検査医療機関において、発熱患者等の診療等を実施するために診療時間の変更が生じた場合、再診料の注 10 に規定する時間外対応加算に係る届け出の変更は「不要」とした。

■開放型病院でビデオで共同指導、それぞれ要件満たす

開放型病院共同指導料（Ⅰ）および同（Ⅱ）について、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）対策等のため、開放型病院に自己の患者を入院させた保険医が、リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて共同指導を行った場合については、COVID-19 に関する臨時的な取り扱いとして、「開放型病院の保険医が患者と対面で共同指導を実施し、かつ、開放型病院に自己の患者を入院させた保険医が、ビデオ通話が可能で機器を用いて共同指導を行う」場合には、「それぞれの算定要件を満たす」と明示した。

医療施設動態調査 (令和2年6月末概数)

厚生労働省 2020年8月31日公表

病院の施設数は前月に比べ 増減無し、病床数は 721床の減少。
 一般診療所の施設数は 60施設の増加、病床数は 362床の減少。
 歯科診療所の施設数は 19施設の減少、病床数は 増減無し。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和2年6月	令和2年5月			令和2年6月	令和2年5月	
総数	179 303	179 262	41	総数	1 601 601	1 602 684	△ 1 083
病院	8 255	8 255	-	病院	1 513 605	1 514 326	△ 721
精神科病院	1 054	1 054	-	精神病床	325 140	325 377	△ 237
一般病院	7 201	7 201	-	感染症病床	1 888	1 889	△ 1
療養病床を有する病院(再掲)	3 597	3 601	△ 4	結核病床	4 182	4 182	-
地域医療支援病院(再掲)	624	624	-	療養病床	294 354	294 871	△ 517
				一般病床	888 041	888 007	34
一般診療所	102 776	102 716	60	一般診療所	87 938	88 300	△ 362
有床	6 446	6 466	△ 20				
療養病床を有する一般診療所(再掲)	715	727	△ 12	療養病床(再掲)	7 143	7 278	△ 135
無床	96 330	96 250	80				
歯科診療所	68 272	68 291	△ 19	歯科診療所	58	58	-

2 開設者別にみた施設数及び病床数

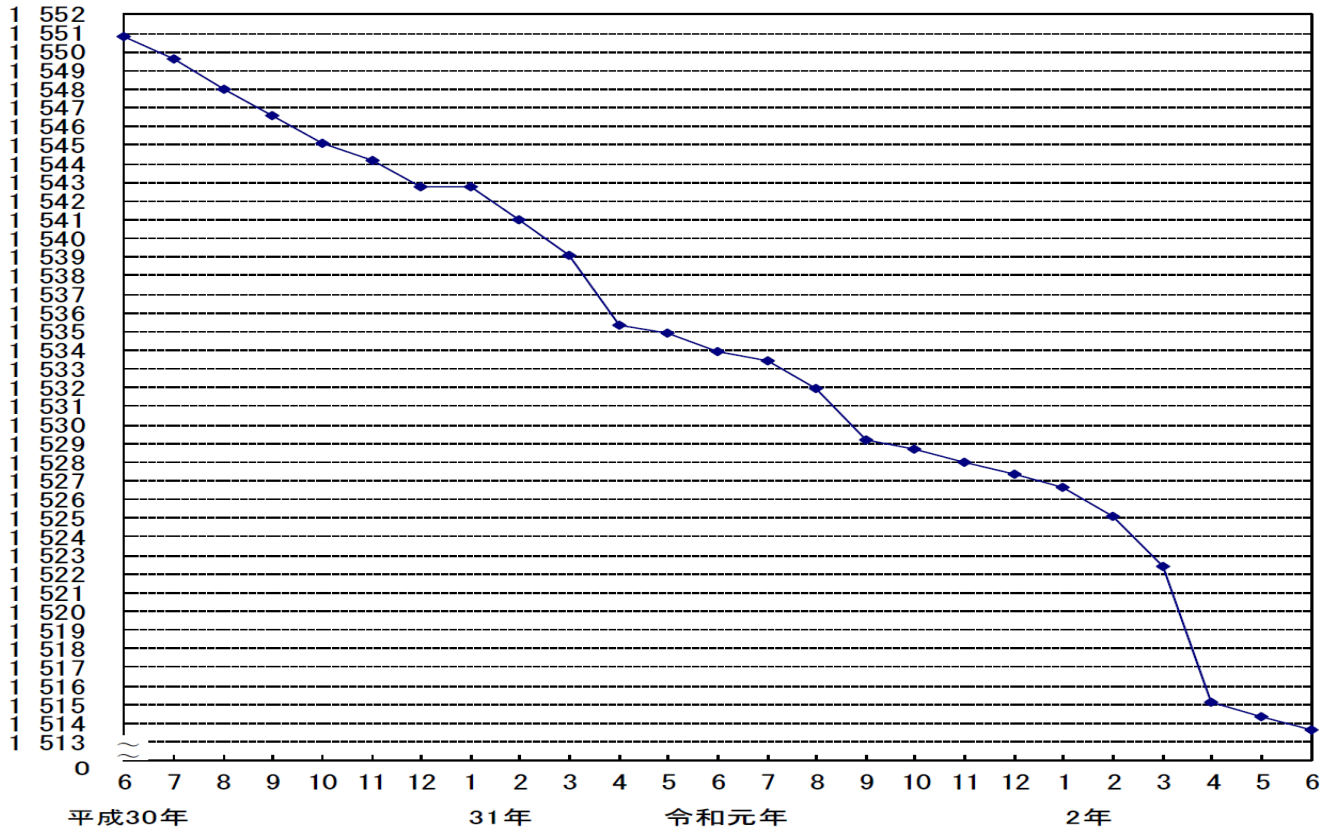
令和2年6月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 255	1 513 605	102 776	87 938	68 272
国 厚生労働省	14	4 383	20	-	-
独立行政法人国立病院機構	141	53 134	-	-	-
国立大学法人	47	32 648	148	-	1
独立行政法人労働者健康安全機構	32	12 218	-	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 135	2	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 521	4	-	-
その他	23	3 568	361	2 169	3
都道府県	198	52 052	254	176	7
市町村	610	123 929	2 897	2 144	255
地方独立行政法人	109	42 310	35	17	-
日赤	91	35 156	205	19	-
済生会	84	22 762	52	-	1
北海道社会事業協会	7	1 715	-	-	-
厚生連	100	31 995	67	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	9	1 934	289	-	2
共済組合及びその連合会	40	13 169	139	-	5
国民健康保険組合	1	320	16	-	-
公益法人	204	50 403	492	240	100
医療法人	5 693	844 327	44 217	67 428	15 136
私立学校法人	113	55 447	189	38	18
社会福祉法人	198	33 596	10 102	359	38
医療生協	82	13 715	300	245	49
会社	30	8 148	1 651	10	12
その他の法人	204	42 062	796	284	122
個人	160	14 958	40 540	14 765	52 523

参 考

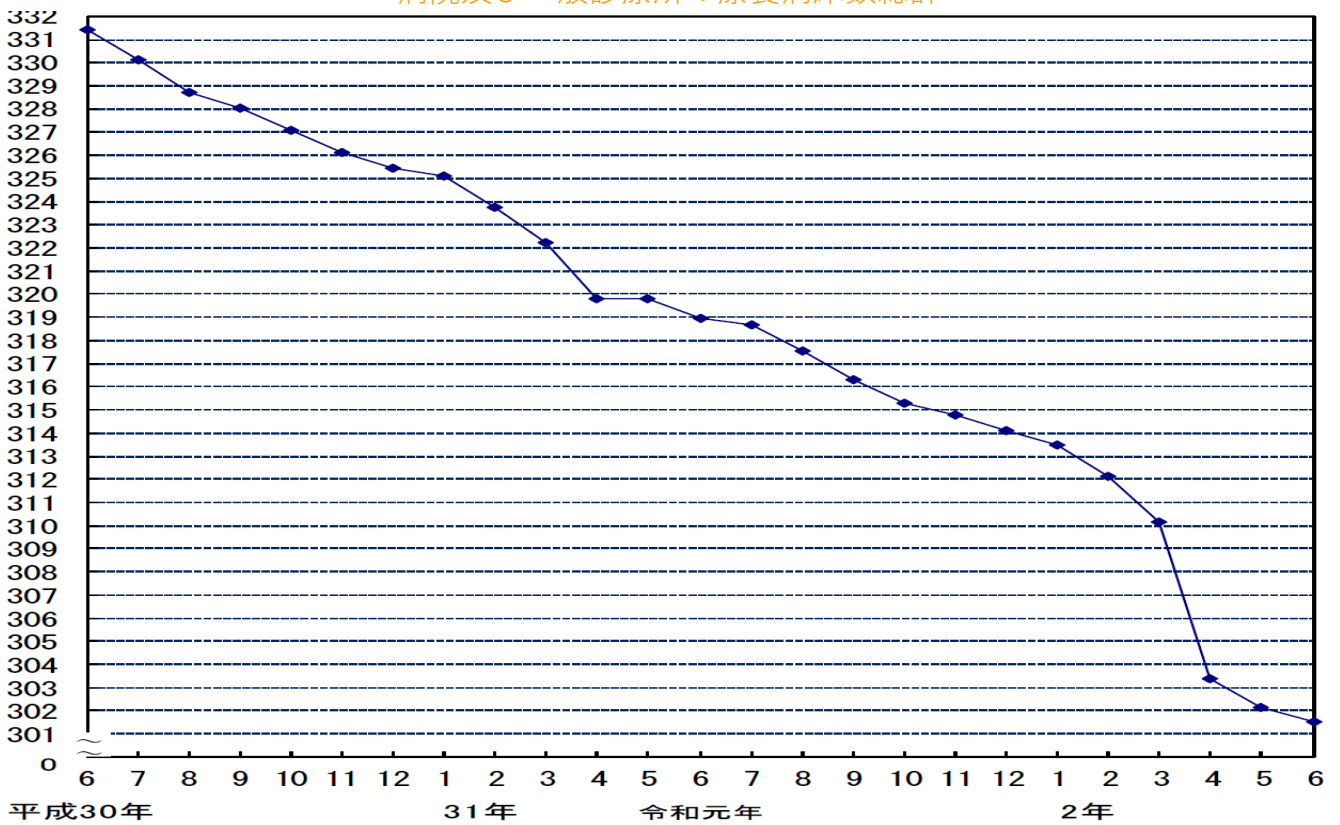
病床 (千床)

病院病床数



病床 (千床)

病院及び一般診療所の療養病床数総計





経営情報
レポート
要約版



歯 科

地域医療継続の要望に応える 事業継承時の 留意点

1. 進むリタイアの実態と事業承継時の留意点
2. 譲渡側は診療所の価値を正しく把握
3. 譲渡価格の設定方法と諸条件の整備
4. 事業継承前の確認事項と継承後の諸手続き



参考文献

「歯科医院を簡単にタタんではいけない」（クインテッセンス出版株式会社 著者 角田 祥子・嶋 敬介）
「100年続く歯科医院 医療承継のロードマップ」
（株式会社デンタルダイヤモンド社 執筆 橋本 守 米山 浩三）
厚生労働省ホームページ：医療施設調査、医師・歯科医師調査
関東・信越厚生局、近畿厚生局、東海北陸厚生局ホームページ：医療機関新規指定状況報告

1

医業経営情報レポート

進むリタイアの実態と事業承継時の留意点

歯科医師の高齢化によるリタイアの影響から、歯科診療所の事業継承が増加しています。

その中には、地域に根付いた診療を提供してきた結果、患者から存続を求められたため、閉院ではなく事業継承という形で継続診療を望む院長と、投資を抑えて新規開業したい院長や、事業拡大のためにサテライト開業を考えている医療法人との要望のマッチングにより、継承される歯科診療所も多くみられます。

第三者への事業継承の場合、営業権や不動産、償却資産の価格、患者引継ぎへの対処、在職中スタッフの引継ぎや新規スタッフの募集、諸手続き等、譲渡の条件も含めて様々な問題に対応しなければなりません。本レポートでは、第三者への事業継承の留意点を解説します。

■ 事業継承時の留意点

(1)患者の「信頼」と「信用」を継承させる

歯科医院の事業継承では、医院の建物や内装工事、医療機器を引き継ぐだけでなく、患者とカルテ、そして働いているスタッフを引き継ぐということにもなります。継承した患者は、前院長に抱いていた「信用」「信頼」を新院長がどう継続できるかが重要です。これらは、同じ診療を行ってもすぐに獲得できるものではありません。親子間や師弟関係であれば、今までの院長の経営理念や診療方針まで踏襲することが必要です。

①経営理念、診療方針の継承

患者のカルテを引き継いだとしても、全ての患者が継続して来院するとは限りません。新院長が第三者であれば、患者は新たな院長がどのような診療を行うのかを観察します。「経営者が変わった」と受け取られることがないように、前院長の後継者として同じ診療が受けられる、同じ診療方針で診療所運営が行われるという印象を与えることが必要です。

②カルテの引継ぎ

カルテを引き継ぐということは、患者が同院に持っている「信用」「信頼」を含めて継承することです。前院長が長きにわたって築き上げた「信用」と「信頼」をどう継いでいくかが最重要課題です。

■ 継承患者の信用・信頼の獲得

- 患者の望む診療（＝患者が考えている診療）の提供
 - * 前院長が行っていた診療と新院長との違いがあれば、その説明から始める
- 診療技術のほか、接遇等、患者対応も含めて、前院長と同じもしくはそれ以上の診療を行う
- 前院長と診療や医療機器が違って、丁寧な説明から患者が納得するまで行う
- 極端な診療方針や経営理念の変化は望まない

2

医業経営情報レポート

譲渡側は診療所の価値を正しく把握

歯科医院の事業継承にあたり、新院長は「何を」継承するのかを認識する必要があります。単に歯科医院を譲り受けて新たな院長として就任する、というものではありません。

歯科診療所や歯科用医療機器といったハードな部分のほか、患者やスタッフ及び診療体制というようなソフトの部分を継承することになります。特にカルテの引継ぎは、診療データを引き継ぐだけでなく、カルテの先にいる患者を引き継ぐことになります。

■ 事業継承する項目

(1) 資産関連のハード部分

戸建て診療所であれば土地建物、テナントであれば内装工事である固定資産と医療機器や事務機、家具などの償却資産、備品消耗品や診療材料、賃貸物件であれば敷金等の預り金等、その他様々なものがあります。

診療所だけでなく、医療法人格の継承であれば、出資金や拠出金、負の資産ですが、借り入れやリース等の債務もあります。

■ 資産関係のハード部分

- 土地建物もしくは内装工事等（設備工事、外構工事、看板等含む）
- 償却資産である医療機器や事務機
- 医療法人であれば出資金
- 借入・リース等の債務
- 印刷物・広告等
- 備品材料等の在庫（医療用・事務用品等）
- 賃貸であれば敷金・保証金
- 車両

(2) スタッフや診療記録等のソフト部分

診療記録の継承は、患者を引き継ぐということになります。診療記録というデータだけでなく、感情や心がある患者を引き継ぐのは相当な気配りが必要です。

スタッフをそのまま雇用することも多く、歯科医療事務や歯科助手、歯科衛生士という職種と給与だけに関心を持っていると大変なことになります。

現在の歯科診療はチーム医療であり、院長や勤務歯科医師、スタッフ全員での取り組みや診療体制の構築によって患者を増やし、経営を安定させています。

また、スタッフを引き継ぐということは、院長はそのスタッフの生活を背負うことになります。給与や待遇面を確認し、気持ちよく働いてもらえるように雇用条件を整えます。

その他、取引業者や各顧問事務所、警備会社等の協力業者についても、そのまま関係を継続するのか、あるいは見直すのかの判断が必要です。

3

医業経営情報レポート

譲渡価格の設定方法と諸条件の整備

売主側としては、不動産価格や償却資産の価格だけで譲渡することはほとんどありません。診療記録という営業権を価格に換算し、譲渡するのが一般的です。

ただし、大幅な黒字が出ている歯科医院なら譲渡価格を高く設定することも可能ですが、平均的な医業収益の場合、営業権譲渡金を高く設定すると、新規で不動産を購入したり、新たなテナントで新設の工事を行ったりする場合、医療機器を新規導入しても同額程度で開業できるとなると、買主側が継承を断念するという事態も考えられます。

適正な価格を設定し、営業権譲渡金以外の諸条件も精査する必要があります。

■ 譲渡代金と営業権譲渡金

(1) 譲渡代金と営業権譲渡金

第三者への事業継承で、営業権譲渡金が一番のポイントとなります。譲渡代金には、譲渡する償却資産（動産・不動産等）、備品消耗品等の棚卸資産、敷金・保証金等の預り金、医療法人であれば出資金、引継ぐ債務（金融機関からの借入・リース）、そして金額が明確化されていない営業権譲渡金があります。

● 簿価と時価

償却資産に関しては、帳簿上の価格（簿価）があります。

しかし、医療機器であれば中古市場での価格、不動産であれば現在の売買査定額といった時価額があります。その双方の価格を比較検討し、譲渡金額を決めなければいけません。

■ 償却資産価格

【土地】

- | | |
|--------------------|---------------------|
| ● 固定資産税評価額 | ・・・ 売買事例より低い |
| ● 路線価 | ・・・ 売買事例より若干低い |
| ● 公示価格（国の調査より） | ・・・ 売買事例より若干低い |
| ● 地価調査価格（地方公共団体調査） | ・・・ 売買事例より若干低い |
| ● 売買事例 | ・・・ 売値と取引価格（値引き）の把握 |
| ● 帳簿価格（償却資産明細から） | ・・・ 購入時の価格 |

【建物】（建物に関しては同一性がなく、事例比較不可）

- | | |
|------------------|-------------------------|
| ● 固定資産税評価額 | |
| ● 帳簿価格（償却資産明細から） | ・・・ 減価償却された金額 |
| ● 査定価格 | ・・・ 構造、間取り、築年数、設備によって査定 |

4

医業経営情報レポート

事業継承前の確認事項と継承後の諸手続き

営業権譲渡金を決定すると、買い手を探すことになります。

ただし、経営が安定するから継承する診療所を探しているという方や、投資を低く抑えることが出来るということを理由として探している方が多いのが実情です。

■ 営業権譲渡金の考え方

個人開設の場合は、歯科医師の技術等を重視しているため、事業主の交代により消滅する（相続の場合は営業権を考慮しない）という考え方があります。

しかし、実務上は患者の診療記録を引継ぐことのほか、患者も院長が交代したとしても全く来院しないということは少ないため、継続した歯科医院経営を期待できます。

■ 営業権の考え方

【売り側(高く売りたい)】

- 投下資本の回収
- 債務の解消
- 余剰収入の確保（利益）

【買い側(安く買いたい)】

- 適正価格もしくはそれ以下
- 新規開業資金との比較
- 安定経営が継承時から期待できる価格

■ 継承後のリスク回避～デューデリジェンス

継承後のリスク発生の可能性については、十分に確認しておくことが重要です。

不動産や償却資産に瑕疵がないか、隠れた債務がないかを譲渡条件策定時から確認し、事前に対応しておくことがスムーズな継承のポイントです。

スタッフの問題では、未払残業代がないか、雇用継続とみなして退職金が増加する可能性や、継承後も給与等待遇面が同一だと思っていた等が考えられます。

また、患者からも今までの診療に対するクレームから、当時の診療費の返却を請求されたり、今後の診療費を請求できなかったり、継続している自由診療において診療費がすでに全額支払い済みである可能性も想定されます。

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:患者申出療養

患者申出療養のメリットとデメリット

患者申出療養のメリットとデメリットにはどのようなものがありますか。

患者申出療養が開始されることによって、がんなどの難治性の疾病を抱える患者やその家族にとっては、これまでの保険診療の枠の中で限定されてきた「治療の選択肢」が増えることになり、多くの高度な医療が受けられるようになります。また、日本の医薬品・医療産業にとっては、最新の医薬品などの有効性や安全性のエビデンスが確立され、健康保険の適用を評価する足掛かりとなるため、医療技術の向上と発展に繋がるとされています。

■患者申出療養がもたらすメリット

- ① 様々な患者ニーズへのフレキシブルな対応
- ② 医薬品や医療技術などの医療の質の向上
- ③ 製薬会社や医療機器メーカーなどの医療産業の競争力の強化
- ④ 保険診療における公的医療制度の費用削減効果

さらに、保険対象外の診療の拡大が、先進医療などに対応した民間医療保険の普及を後押しすることで、公的医療費や社会保障費などの医療費抑制の効果が期待できます。

■患者申出療養に懸念されるデメリット

- ① 保険外診療に伴う患者負担の増大
- ② 収入の差が医療の差に直結する不公平さ
- ③ 医療事故や健康被害増加の懸念
- ④ 公的医療制度の費用拡大

この制度は健康保険適用の範囲外であるため、「金銭的にゆとりのある人だけ高度な医療を受けることができ、それ以外の金銭的に苦しい人は、現行の健康保険範囲内の医療しか選択できない」状況を招く可能性があります。このことは、我が国の保険制度の特徴であるフリーアクセス（誰でも・どこでも・いつでも医療を受けられる仕組み）と国民皆保険制度が空洞化し、医療制度の崩壊につながる懸念が懸念されます。

また、安全性に関するエビデンスが裏付けされていない治療法などが、インターネットなどで簡単に情報を収集できることから、患者が自己判断に基づき安易な選択をしてしまうリスクも増えてきます。さらにそうした患者に対して、利益を優先する医療機関が混合診療に便乗した医療サービスも考えられるため、医療事故や健康被害の多発につながる可能性も指摘されます。加えて、先進医療に対応した民間医療保険の普及により、過剰な医療利用による混合診療の例外的な実施数が増加し、公的医療費や社会保障費が逆に拡大してしまうというリスクがあります。



ジャンル:医療制度 > サブジャンル:患者申出療養

患者申出療養の運用における「かかりつけ医」の役割

患者申出療養の運用における「かかりつけ医」の役割を教えてください。

■かかりつけ医にも求められる制度等の理解

患者申出療養の手続きは、患者の申出を受けた「かかりつけ医」のアドバイスが起点となります。したがってかかりつけ医は、制度のメリットやデメリットだけでなく、この制度に関する十分な理解のもと、患者やその家族にわかりやすく説明し、同意を得ることが重要なポイントです。そのためには、図表やパンフレットなどを国や臨床研究中核病院から取り寄せたり、自院で資料を作成したりするなどの工夫が求められます。

また、先進医療の観点から、現行の保険外併用療養費制度や承認先医療機関の情報も併せて説明できるように体制を整備しなければなりません。

<p>未承認医薬品情報の収集と適切な提供</p>	<p>現在欧米で承認されている医薬品のうち、国内未承認医薬品は 200 品目あります。日本ではまだ承認に至っていない医薬品の中で、例えば「がん」に有効なものの使用に関するニーズが患者や家族から寄せられることは、十分推測できます。そのため、かかりつけ医としての診療所は、データベースなどを活用して、ドラッグラグ（新薬が実際に患者に使用できるようになるまでの時間差や遅延）の状況や必要な情報を、適切に患者・家族に提供する準備をしておく必要があります。</p>
<p>有効性及び安全性についての理解</p>	<p>患者申出療養は、患者からの申請により開始されますが、初期の段階で当該療養に関して患者からの相談に応じるとともに、患者が求める療養の有効性や安全性について理解・納得したうえで申出を行うための支援をすること、及びかかりつけ医の協力義務について規定しています。したがって当該療養がどこで実施されているのか、過去に実績のある療養なのかどうか、その場合の有効性や安全性はどうか等の基本的な情報の提供に対しては、かかりつけ医である診療所が対応しなければなりません。</p>

■制度運用におけるかかりつけ医の役割

かかりつけ医は、患者申出療養において、保険外の最先端医療技術を保険診療と併用することについて本人の希望を確認し、申出療養の適用に向け申請を補助します。そしてその後は、かかりつけ医として、安全性や有効性を実施医療機関と協働してフォローする役割があります。

- ①患者申出療養として初めて治療を実施するものか、既の実施されているものかどうかの判断
- ②①の際の実施協力機関に関する情報提供
- ③安全性や有効性に関する実施協力機関との連携とフォローアップ