

日医工MPS行政情報シリーズ

http://www.nichiiko.co.jp/mps/mps_m.html

「医療制度改革2006」 —医療法改正・健康保険法改正など—

資料作成：日医工株式会社 MPSチーム
(認定登録 医業経営コンサルタント登録番号第4217 菊地祐男)



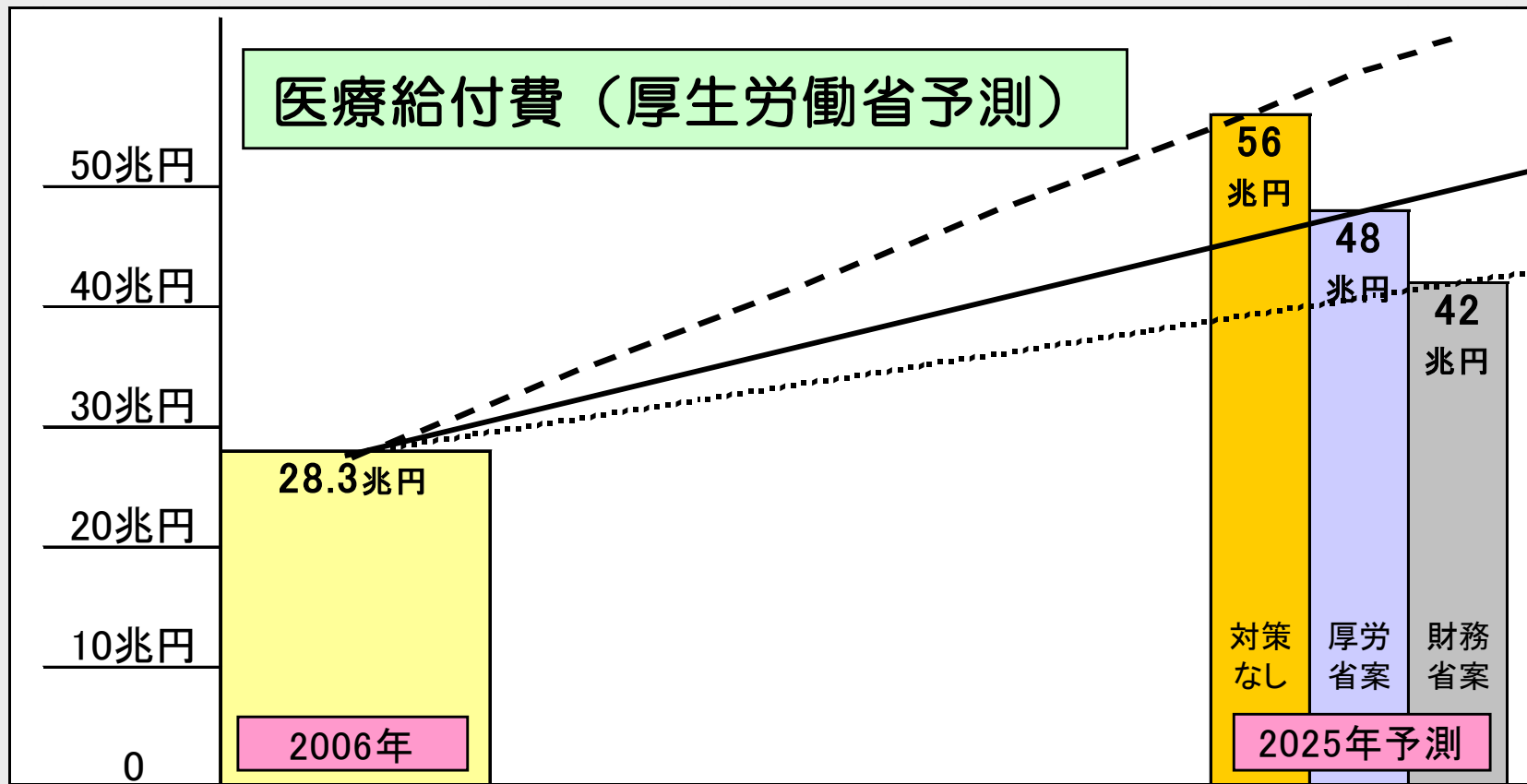
資料No.180822-49



日医工株式会社

<http://www.nichiiko.co.jp>

医療費の見通し&医療制度改革



2005年10月19日 「医療制度構造改革試案」

2005年12月 1日 「医療制度改革大綱」

2006年 4月 1日 「新薬価」「新診療報酬」「新介護報酬」 実施

2006年 6月14日 「医療制度改革関連法案」 可決成立

医療費抑制策（財務省案 経済財政諮問会議）

患者の窓口負担の引上げ（75歳以上の窓口負担をすべて2割）

医療機関の収入抑制（診療報酬を20年で10%カット）

保険免責制の導入（500円～1000円）

伸び率管理制度

今回は全て見送り・・・

保険免責制：

医療機関で1万円の医療費がかかると、現行制度では3割の3000円が自己負担となる。保険免責制度（1000円の場合）が導入されると、免責額の1000円と、残る9000円の3割にあたる2700円を合わせた計3700円が自己負担となる。

伸び率管理制度：

社会保障費（医療費等）に目標（GDPの伸びの範囲）を設定し、目標を超えたら強制的に医療費の削減を行う制度。医療費の削減方法には、大幅な自己負担増（試算例：3割負担→6～7割負担）や1点10円のルール変更も考えられている。

社会保障費を経済や財政と調和のとれたものとするための適正化は必要とし、平成20年度を初年度とする5年計画の「医療費適正化計画」（政策目標を掲げ医療費を適正化する）が大綱に盛り込まれた。（在院日数・生活習慣病）

財政的にはそれだけ
厳しいということか・・・

医療費／GDP（国内総生産）：

日本は7.9%（米国は14.6%、ドイツ10.9%、フランス9.7%）
（日本のGDP比は高くない、産業構造改革が必要では？）

医療費抑制策（厚労省案）

医療制度改革法案
として可決

短期の医療費抑制対策（詳細は別項）

患者の窓口負担増、入院患者の食費・居住費、高齢者保険制度、高額療養費制度など

中長期の医療費抑制対策

平均入院日数の短縮（日本[2003年参考]:全病床36.4日、一般+療養28.3日、一般病床のみ20.7日）

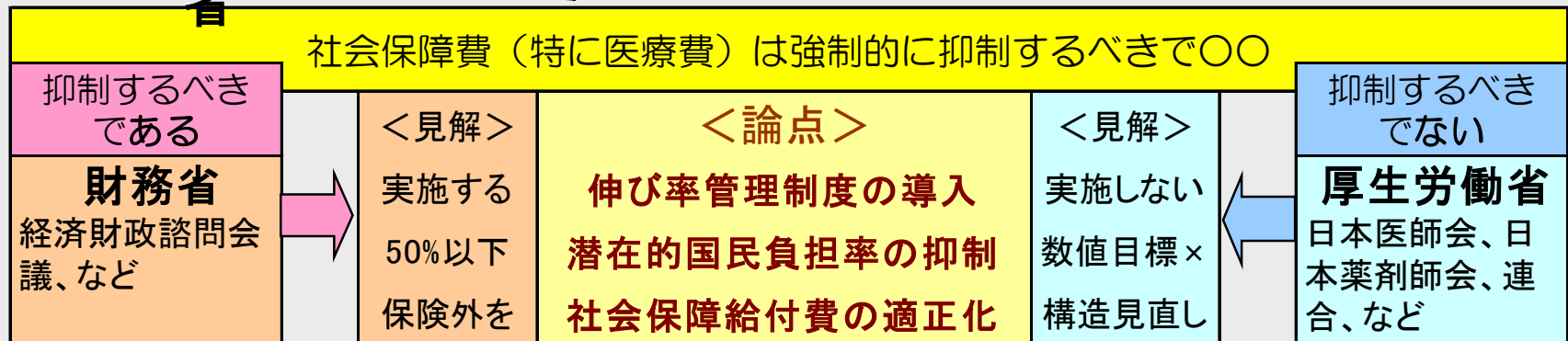
全国の平均在院日数が長野県並（28.8日）に短縮されると、2.2兆円（2002年医療費ベース）削減の試算がある。2025年ベースで試算すると4.9兆円程度の医療費適正効果ができる。[厚生労働省]

生活習慣病対策（糖尿病発生率の20%改善など）

2025年（医療費ベース）2.8兆円の医療費適正効果
ができる。[社会保障の在り方に関する懇談会2005/3]

<具体策>
健診受診率の向上 保険事業の開発・普及
都道府県健康増進計画の見直し
医療保険者の取り組み
重症化予防の取り組み

財務省vs厚生労働省



医療制度改革関連法(2006年6月14日可決成立)

医療法等関連（医療法、医師法、薬剤師法、保助看法、等）	
患者への情報提供	広告規制緩和、都道府県による制度、等
医療計画の見直し医療機能の分化と連携を推進	医療連携体制、医療計画の見直し、等
医師不足問題	医療対策協議会、等
医療従事者の資質の向上	医師、歯科医師、薬剤師、看護師等
医療法人制度	社会医療法人、出資額限度法人
その他（保険薬局、有床診療所など）	法の理念、有床診療所の見直し(48時間規制)
健康保険法関連	
患者負担増	負担割合 入院食住費
高額療養費	限度額見直し 介護と医療の合算
保険料	賦課の見直し
特定療養費の見直し	保険と保険外の併用
高齢者医療制度の見直し	前期高齢者 後期高齢者
保険者の再編統合	地域型健保組合 政管健保の公法人化
その他	
中医協の見直し	団体推薦廃止
介護療養型医療施設の廃止	療養病床の再編・整理

医療制度改革関連法(タイムスケジュール)

2006年10月	高齢者の患者負担増(70歳以上の現役並み所得者:2割負担→3割負担)	
	療養病床入院の70歳以上患者(医療区分1)の食費・居住費を自己負担化	
	高額療養費の自己負担限度額の引き上げ	
	人工透析患者のうち上位所得者(月額53万円以上)は自己負担限度額を引き上げ(1万円→2万円)	
	出産育児一時金の引き上げ(30万円→35万円)	
	被用者保険の埋葬料を定額の5万円に	負担減
	特定療養費制度を見直し	
	地域型健保組合の創設(保険財政共同安定化事業)	
2007年1月	有床診療所の見直し(48時間規制撤廃、基準病床化など)	
2007年3月	中医協の見直し(団体推薦規定の廃止)	
2007年4月	医療法人制度(社会医療法人)	
	患者への情報提供(広告規制緩和、都道府県による制度)	
	医療計画(医療連携体制、数値目標・事後評価)	負担増
	行政処分を受けた医師・歯科医師の再教育の義務化	
	傷病手当金、出産手当金の支給水準を引き上げ、支給範囲を見直し	
保険料賦課の見直し(標準報酬月額の上下限の範囲の拡大、標準賞与の範囲の見直し)		
2008年4月	行政処分を受けた薬剤師・看護師等の再教育の義務化	
	後期高齢者医療制度の創設	
	高齢者の患者負担増(70~75歳未満:1割負担→2割負担、75歳以上:1割負担)	
	療養病床入院の65歳以上70歳未満患者(医療区分1)の食費・居住費の自己負担化	
	乳幼児の自己負担率2割(3歳未満から小学校就学前までに拡大)	
2008年10月	政府管掌健康保険が公法人「全国健康保険協会」に引き継がれる	
2012年4月	介護療養病床の廃止	

医療法の変遷

	医制の発布(1874年)	医療制度等の最初の法規(明治7年)
	国民医療法(1932年)	衛生行政法規の統一、戦時下の国民医療の確保(昭和7年)
	医療法施行 (1948年10施行)	人的構成、構造設備、管理体制
36年 10ヶ月	第一次医療法改正 (1985年8月施行)	医療計画制度(医療圏、必要病床数) 医療法人への指導・監督強化
8年 8ヶ月	第二次医療法改正 (1993年4月施行)	医療提供の理念規定(信頼関係、在宅医療) 医療施設機能の体系化(特定機能病院、療養型病床群) 情報提供の推進(広告規制緩和、院内掲示)
5年	第三次医療法改正 (1998年4月施行)	インフォームドコンセント規定の整備 療養型病床群の診療所への拡大 地域医療計画(療養型病床群の整備目標) 広告事項の追加
2年 11ヶ月	第四次医療法改正 (2001年3月施行)	病床区分の見直し(一般病床、療養病床) 地域医療計画の見直し(基準病床数) 広告規制の緩和 医師の臨床研修
5年 1ヶ月	第五次医療法改正 (2007年4月施行)	患者への情報提供(広告規制緩和、都道府県の対応) 医療計画の見直し(機能分化と連携) 医療法人制度(社会医療法人) 医療従事者の資質の向上(医師、歯科医師 薬剤師、看護師 その他)

第五次医療法改正〈概要①〉

—医療法、医師法、薬剤師法、保助看法、その他—

施行
2007年4月1日

(1) 患者等への医療に関する情報提供の推進

患者等が医療に関する情報を十分に得られ、適切な医療を選択できるよう支援する

- ①都道府県によるシステム化（情報収集、情報提供、相談等）
- ②治療計画等の文書による説明（入退院時等）
- ③広告規制の見直し（広告できる事項の拡大）

(2) 医療計画制度の見直し等を通じた

医療機能の分化・連携の推進

医療計画制度を見直し、地域連携クリティカルパスの普及等を通じ、医療機能の分化・連携を推進し、切れ目のない医療を提供する。早期に在宅生活へ復帰できるよう在宅医療の充実を図る

- ①医療計画に医療連携体制（脳卒中、がん、小児救急等）を具体化
- ②医療計画の見直し（指標、数値目標、事後評価）
- ③在宅医療の推進（退院時調整等）

第五次医療法改正〈概要②〉

—医療法、医師法、薬剤師法、保助看法、その他—

(3) 地域や診療科による医師不足問題への対応

へき地等の特定地域、小児科、産科などの特定の診療科における医師不足の深刻化に対応し、医師等医療従事者の確保策を強化する

- ①「医療対策協議会」（都道府県）を制度化
- ②地域医療確保への協力（入退院時等）

(4) 医療安全の確保

- ①医療安全支援センターの制度化、医療安全確保の体制確保の義務付け
- ②行政処分を受けた医療従事者に対する再教育の義務化
行政処分の類型の見直し等

薬剤師、看護師等については
施行2008年4月1日

(5) 医療従事者の資質の向上

- ①行政処分を受けた医療従事者に対する再教育の義務化（再掲）
- ②名称独占規定（看護師・助産師等）
- ③外国人（看護師、救急救命士等）を臨床修練制度の対象

第五次医療法改正<概要③>

—医療法、医師法、薬剤師法、保助看法、その他—

(6) 医療法人制度改革

医業経営の透明性や効率性の向上を目指す。公立病院等が担ってきた分野を扱う医療法人制度を創設する

- ①解散時の残余財産の帰属先の制限等医療法人の非営利性の徹底
(出資額限度法

人)

- ②医療計画に位置付けられたべき地医療、
小児救急医療等を担うべき新たな医療法人類型 (社会医療法

(7) その他

- ①施設規制法としての医療法を、患者の視点に立ったものとなるよう、目的規定及び全体的な構造を見直す

保険薬局も医療提供施設に位置付けられた

医療法[目的・第1条、医療提供の理念・第1条の2-2](下線は今回の追加文言)

医療は、国民自らの健康保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保険施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設(以下「医療提供施設」という。)、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

- ②有床診療所に対する規制の見直し

施行2007年1月1

日

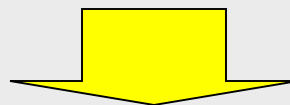
医療機関の主な設立主体

独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康福祉機構、都道府県、市町村、日赤、済生会、厚生連、国民健康保険団体連合会、全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合、公益法人、**医療法人**、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人、**個人**

医療機関等の経営に持続性を持たせ、資金の調達と集積を容易にすることで、医療供給を安定にし、業容拡大の容易化(設備、施設、人)できる。また医療法人は非営利を原則とし、「余剰金の配当」「商行為」等が禁止されている。

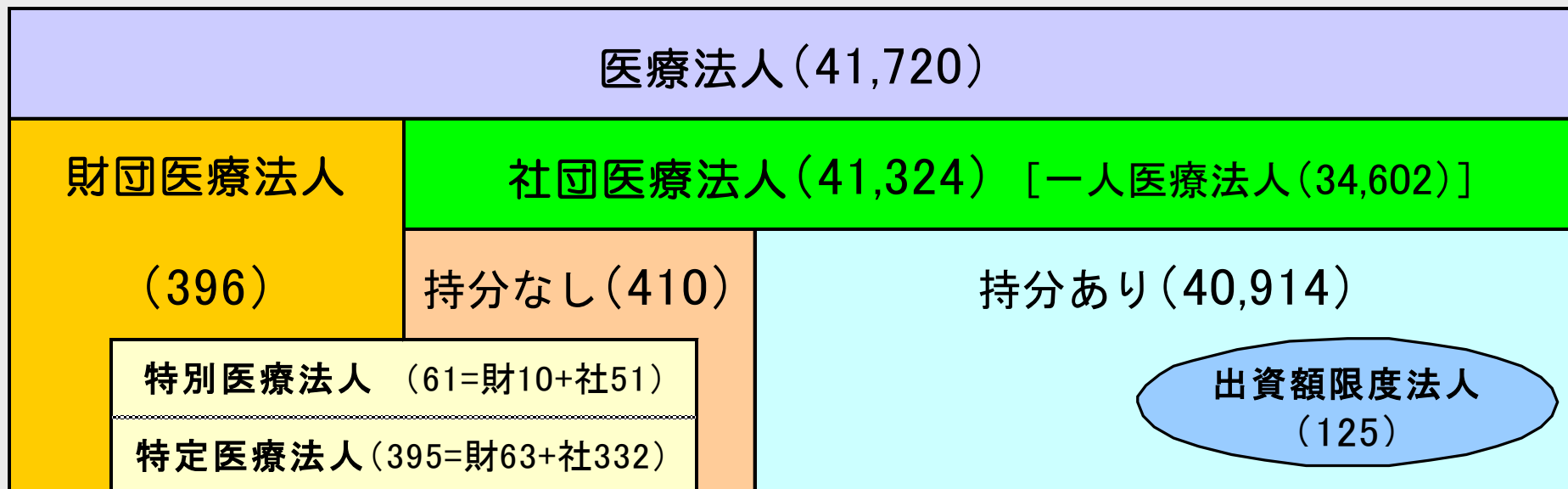
医療法人の形態(2007年3月末まで)

	医療法人(社団・財団)		特定医療法人	特別医療法人
		出資額限度法人		
根拠法	医療法(昭和25年)	厚生労働省 医政局長通知(平成16年)	租税特別措置法(昭和39年)	医療法(平成9年)
認可・承認	都道府県知事の認可	都道府県知事による 定款変更の認可	国税庁長官の承認	都道府県知事による 定款変更の許可
要件	資産要件 ・病院等を開設する場合は 自己資本比率を20%以上 役員数 ・理事3人、監事1人以上	・退社時の払い戻しは出資額を限度とする ・解散時の財産帰属は、払込出資額のみ分配 ・残余財産は国・自治体等に帰属	・自由診療の制限 ・同族役員の制限(1/3以下) ・差額ベッドの制限(30%以下)	・自由診療の制限 ・同族役員の制限(1/3以下)
法人形態	財団又は社団(持分あり又は持分なし)		財団又は社団(持分なし)	財団又は社団(持分なし)
法人税率	30%		22%	30%
収益事業	不可		不可	可(所定の収益事業のみ)
収入要件	社会保険診療収入の定めなし		社会保険診療収入が80%以上	社会保険診療収入が80%以上
給与制限	制限なし		特別利益の付与禁止 役職員年間3600万円以下	特別利益の付与禁止 役職員年間3600万円以下



2007年4月以降は既存形態の医療法人の新規届け出を受け付けず、新形態へ再編する

医療法人の現状 (2006年3月末 厚生労働省調べ)



実数比率

「持分あり」(40,789) 97.8%

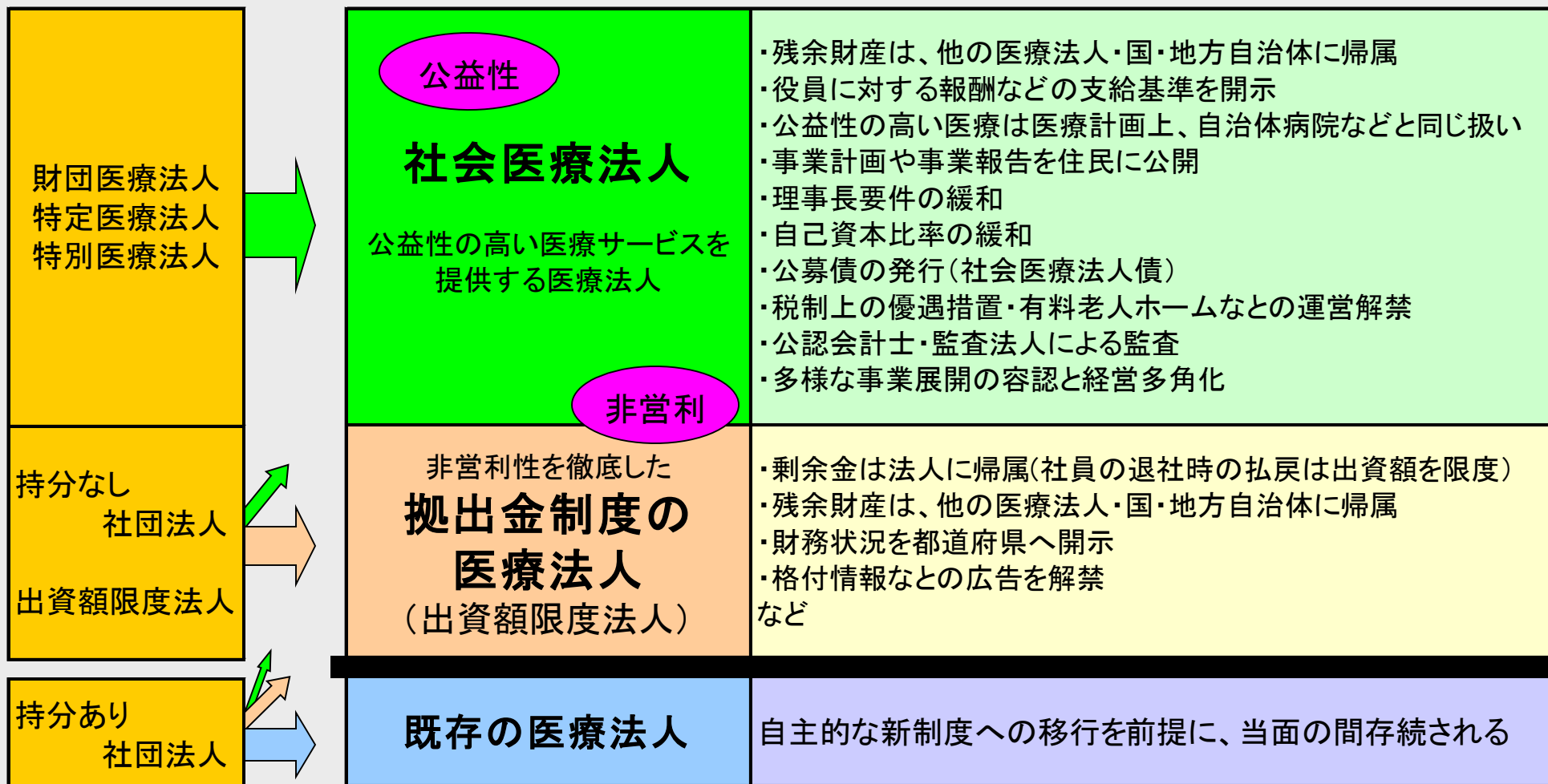
将来像

社会医療法人

既存の医療法人
新規不可・既存継続

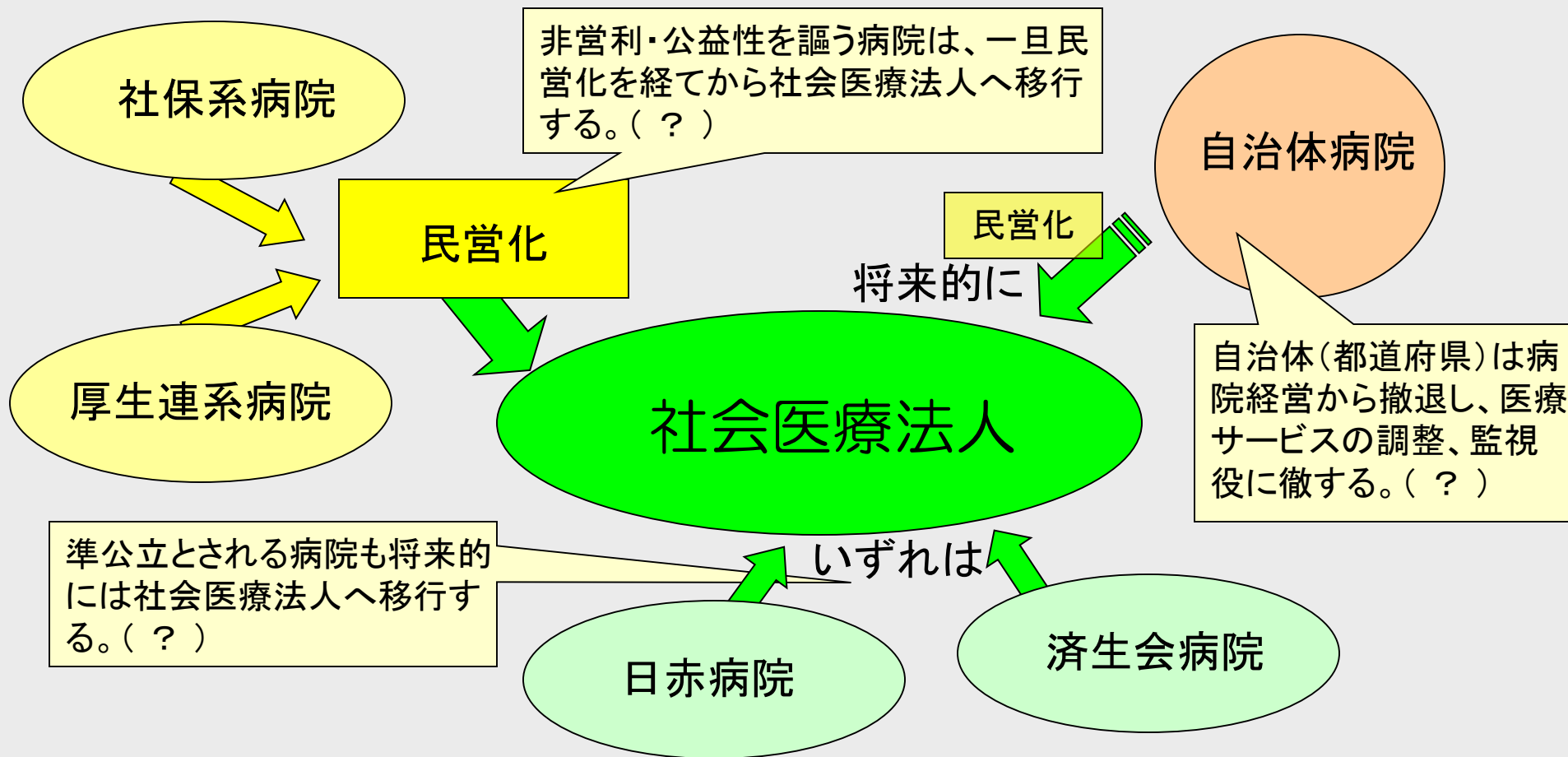
拠出金制度の
医療法人
(非営利)

新医療法人制度



2007年4月以降の医療法人は上段の2形態に再編される。持分ありの医療法人の新規申請は認められなくなるが、既存のものは継続されるため、医療法人制度は変則3階構造となる。

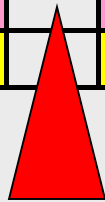
今後の方向性・概念（社会医療法人）



医療法人は「非営利・公益性」の観点から整理再編され、補助金等の支給も社会医療法人として非営利・公益性の担保が条件となる。

患者負担割合（自己負担）

		2003年 3月31日まで		2003年 4月1日から		2006年 10月1日から		2008年 4月1日から		将来予測 (議論中)									
75歳	後期	1割		1割	2割	1割	3割	1割	3割	2割	3割								
70歳	高齢者	1割		1割		1割	現役並所得者	2割	現役並所得者	2割	現役並所得者								
65歳	前期			3割		3割		3割		3割									
小学校	一般	本人 2割	家族入院 2割	家族外来 3割	3割	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <現役並所得者> 夫婦で年収520万円以上 単身で年収383万円以上 </div>													
3歳												3割		3割		3割		3割	
0歳												2割		2割		2割		2割	
		健保		国保															



入院時生活療養費（食費・居住費）

実施日	2006年10月1日	
対象者	療養病床に入院する70歳以上の高齢者	
	医療区分2・3、及び回復期リハビリ等の患者は現行の食材料費相当（入院時食事療養費）のみを負担する 65歳以上70歳以下の高齢者については2008年4月1日より実施予定	
基準額（Ⅰ）	6万2千円（月額）	日額2,060円
標準負担額 （患者負担分）	5万2千円（月額） [介護保険と同額]	食費：4万2千円（食材料・調理コスト相当分） 居住費：1万円（光熱水費相当分）
	日額1,700円 （食費1,380円、居住費320円）	参考： 現行は入院時食事療養費として2万4千円（日額780円）を負担
療養の給付 （保険から）	1万円（月額） [医療機関に給付]	栄養管理費等の相当分（6万2千円-5万2千円）
低所得者対策 （月負担額）	低所得者Ⅱ（住民税非課税世帯）：3万円 低所得者Ⅰ②（年金受給額80万円以下等）：2万2千円 低所得者Ⅰ①（老齢福祉年金受給者）：1万円	（介護保険と同水準）

現在の「入院時食事療養費」に代えて、療養病床に入院する70歳以上の高齢者については「入院時生活療養費」を適用することになる。医療区分1の患者は食費・居住費相当分の負担が増えるが、医療区分2・3等の患者については、現行の食事療養費相当の負担額に据え置かれる。

また、診療報酬の「療養病棟入院基本料2」については、光熱水費相当分を減額(-14点)して、再設定されることになる。

入院時生活療養費（Ⅰ・Ⅱ）

入院時食事療養費				
Ⅰ	1,920円 (3食)	患者負担	780円	栄養士、適時適温、その他
		保険給付	1,140円	
Ⅱ	1,518円 (3食)	患者負担	780円	上記要件が1つでも未達の場合
		保険給付	740円	
一般病床、その他				

		食無し	1食	2食	3食
入院時 食事療養費	Ⅰ	0円	640円	1,280円	1,920円
	Ⅱ	0円	506円	1,012円	1,518円
患者負担		0円	260円	520円	780円

居住費(光熱水費)相当分

入院時生活療養費(2006年10月より)				
Ⅰ	2,060円 (3食)	患者負担	1,700円	栄養士、適時適温、その他
		保険給付	360円	
Ⅱ	1,658円 (3食)	患者負担	?	上記要件が1つでも未達の場合
		保険給付	?	
療養病床、回復期リハビリ病棟、短期滞在手術基本料				

		食無し	1食	2食	3食
入院時 生活療養費	Ⅰ	398円	952円	1,506円	2,060円
	Ⅱ	398円	818円	1,238円	1,658円
患者負担		320円	780円	1,240円	1,700円

療養病棟入院基本料2 (入院時生活療養費を算定する場合)

現行			
病院	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,344点	1,740点
ADL区分2	764点		
ADL区分1		1,220点	
特別入院基本料			536点
回復期リハビリテーション病棟入院基本料			1,680点
短期滞在手術基本料2			4,800点

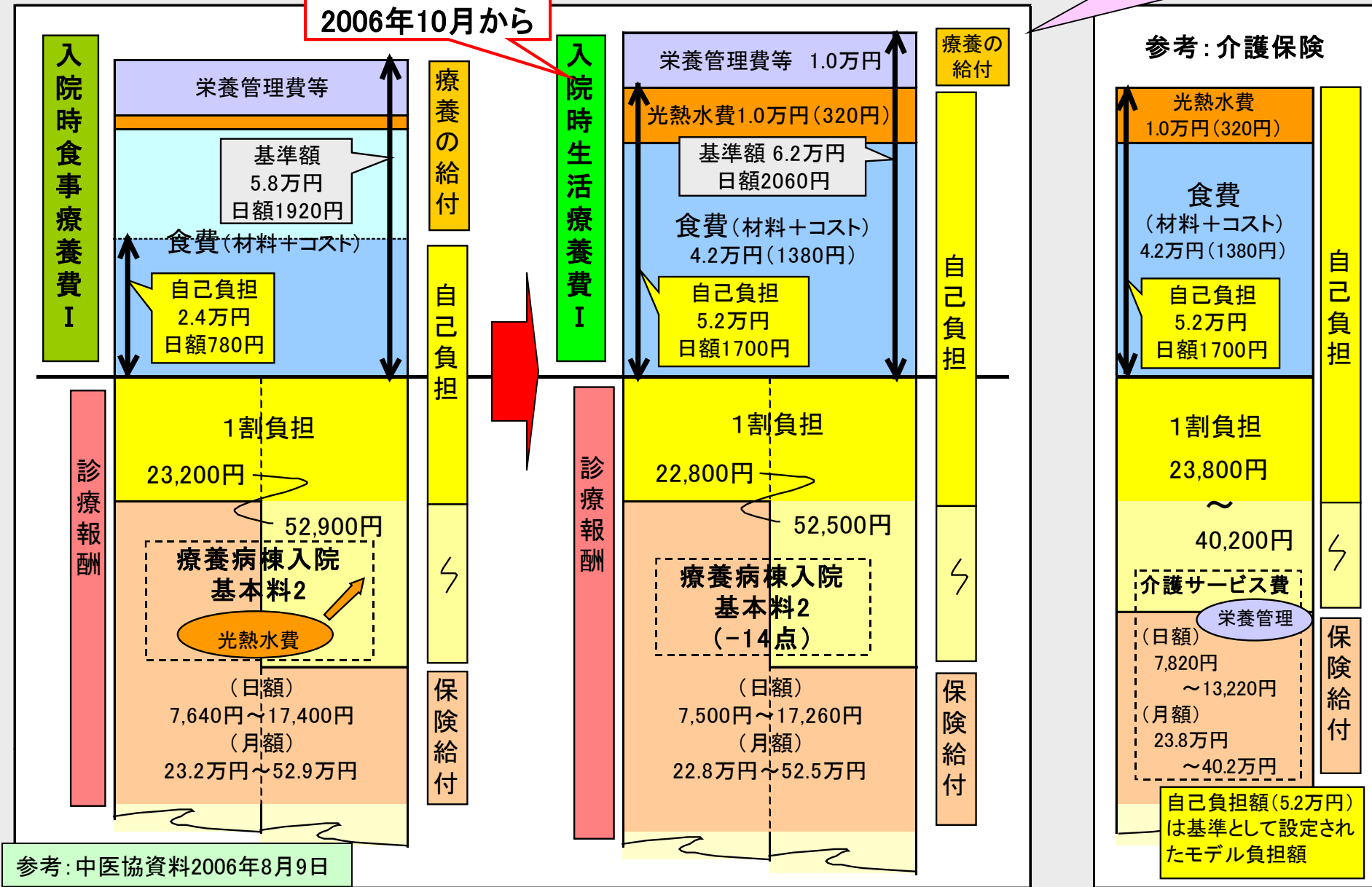
光熱水費相当分
を減額(-14点)
して再設定

2006年10月以降			
病院	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	871点	1,330点	1,726点
ADL区分2	750点		
ADL区分1		1,206点	
特別入院基本料			549点
回復期リハビリテーション病棟入院基本料			1,666点
短期滞在手術基本料2			4,772点

食費、居住費のモデル負担額

月額で約2.8万円アップする

2006年10月から



参考: 中医協資料2006年8月9日

保険外併用療法費（特定療養費制度）

現在の「特定療養費」を廃止し、「保険外併用療法費」とする新たな枠組みに再構成される。

元来の特定療養費	追加された特定療養費			元来の特定療養費
高度先進医療	必ずしも高度でない先進医療	国内未承認薬	制限回数を超えた医療行為	選定療養
101技術(113病院) (2006年7月)	乳がんの再建術等	治験対象薬 欧米承認薬	ピロリ菌除去 腫瘍マーカー検査 等	差額ベッド 選択メニュー 等
↓	↓	↓	↓	↓
保険外併用療法(2006年10月)				
評価療養 ＜保険導入のための評価を行うもの＞			選定療養 ＜保険導入を前提としないもの＞	
A類型：医療技術		B類型：医薬品等	快適性・利便性 医療機関及び医療行為等の選択	
先進医療(現行の高度先進医療含む) 医薬品の治験に係る診療 医療機器の治験に係る診療 薬価基準収載前の承認医薬品の投与 保険適用前の承認医療機器の使用 薬価基準に収載されている医薬品の適用外使用			特別の療養環境の提供 予約診察、時間外診察 200床以上の病院の未紹介患者の初診 200床以上の病院の再診 制限回数を超える医療行為 180日を超える入院 前歯部の材料差額、金属床総義歯 小児う歯治療後の継続管理	

保険と直接関係の無いサービス

テレビ通訳等

高額療養費制度

医療保険を適用しても自己負担額が高額となる場合に、一定額以上の負担分を保険償還する制度

- 高額療養費の自己負担限度額について、低所得者に配慮しつつ、賞与を含む報酬総額に見合った水準となるよう引き上げを行う。(2006年10月)
- 人工透析を要する上位所得者(月収53万円以上)については、自己負担額を1万円から2万円に引き上げる。(2006年10月)

高額医療・高額介護合算制度

医療及び介護の自己負担限度額が著しく高額になる場合、その世帯を対象に医療保険と介護保険の負担額を合算して、自己負担額を軽減する仕組みが検討されている。(2008年4月)

<検討案>

- 後期高齢者医療制度(2008年4月～)加入者の一般所得者……年額56万円を負担上限とする
- 健保・国保加入者の前期高齢者一般所得者……年額62万円を負担上限とする
- 健保・国保加入者の一般所得者(若人含む)……年額67万円を負担上限とする

高額療養費（一般患者の月間負担上限）

一般所得者で医療費が100万円の場合、3割負担なら30万円のところ、現在は79,890円を負担上限額としている（2006年10月から87,430円）。またこの負担上限額が4ヶ月以上続く場合は、4ヶ月目より40,200円になる救済措置も設定されている（2006年10月から44,400円）。

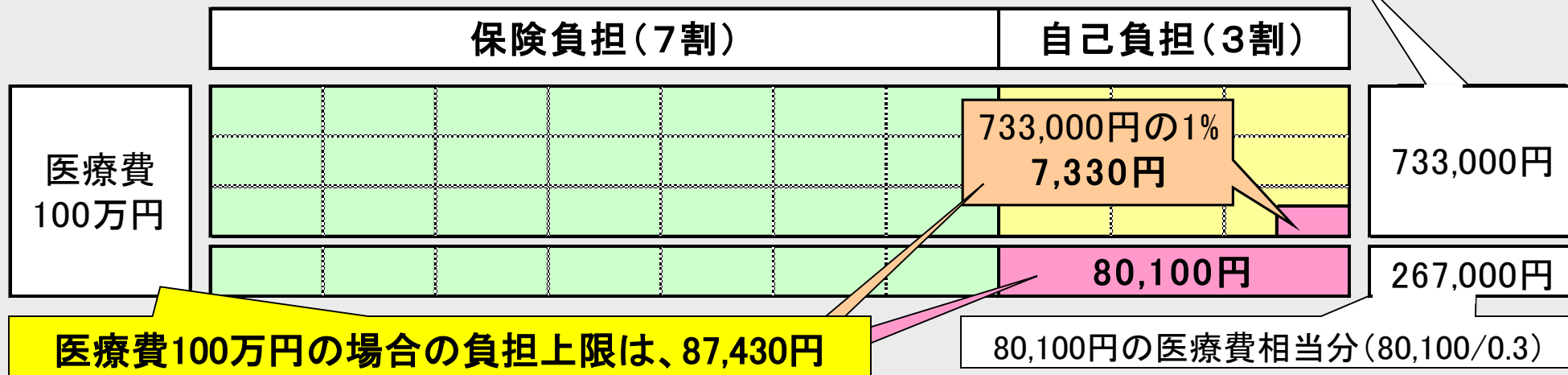
「1%」:その月の医療費から、“定額上限額の医療費相当分”を引いた額の1%

議論の段階では2%も検討された

一般 (70歳未満)	2002年9月末日まで		2002年10月1日から		2006年10月1日から	
	外来&入院	多数該当 4ヶ月目から	外来&入院	多数該当 4ヶ月目から	外来&入院	多数該当 4ヶ月目から
上位所得者 月収53万円以上	121,800円+「1%」	70,800円	139,800円+「1%」	77,700円	<u>150,000円+「1%」</u>	<u>83,400円</u>
一般所得者	63,600円+「1%」	37,200円	72,300円+「1%」	40,200円	<u>80,100円+「1%」</u>	<u>44,400円</u>
	例:1ヶ月の医療費100万円の場合 $63600+(1000000-63600/0.3) \times 0.01$ =71,480円		例:1ヶ月の医療費100万円の場合 $72300+(1000000-72300/0.3) \times 0.01$ =79,890円		例:1ヶ月の医療費100万円の場合 $80100+(1000000-80100/0.3) \times 0.01$ =87,430円	
低所得者 住民税非課税世帯	35,400円	24,600円	35,400円	24,600円	35,400円	24,600円

高額療養費 (一般所得者の負担上限の計算例: 2006年10月1日以降)

自己負担の上限額 = 80,100円 + (その月の医療費から定額上限額の医療費相当分を引いた額) × 1%



- ① 先ず80,100円の自己負担は定額として決まっている。
- ② 3割負担として80,100円を支払うということは、医療費として267,000円に相当する部分の会計処理が完了することになる。
- ③ 医療費100万円のうち既に会計処理の完了している267,000円を差し引いた、733,000円の1%として、7,330円を上限額に加算する。
- ④ よって負担上限額は、87,430円 (80,100 + 7,330) となる。

高額療養費が4ヶ月以上続く場合は、4ヶ月目より上限額がさらに引き下げられ、44,400円となる

ちなみに、医療費50万円の場合の負担上限は82,430円、医療費500万円の場合には127,430円となる。

高額療養費（高齢者患者の月間負担上限）

高齢者の高額療養費は2002年10月に個人上限に加えて世帯上限（個人按分）を組み合わせるシステムが導入されている。現役並み所得高齢者については2006年10月から3割負担になることとともない負担上限が見直される。また2008年4月から2割負担となる70歳以上75歳未満もその時点で再度見直される。

「1%」: その月の医療費から、“定額上限額の医療費相当分”を引いた額の1%

70歳以上75歳未満のみ

高齢者 (70歳以上)	2002年10月2日から		2006年10月1日から	
	外来 個人上限	入院 個人上限	外来 個人上限	入院 個人上限
	全医療機関分を合算		全医療機関分を合算	
	償還払い制	窓口処理	償還払い制	窓口処理
現役並み 所得者	40,200円	72,300円+「1%」 多数該当4ヶ月目から 40,200円	<u>44,400円</u>	<u>80,100円+「1%」</u> 多数該当4ヶ月目から <u>44,400円</u>
一般所得者	12,000円	40,200円	12,000円	<u>44,400円</u>
低所得者Ⅱ 住民税非課税	8,000円	24,600円	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ 住民税非課税 老福年金需給		15,000円		15,000円

2008年4月1日から	
外来 個人上限	入院 個人上限
全医療機関分を合算	
償還払い制	窓口処理
44,400円	80,100円+「1%」 多数該当4ヶ月目から 44,400円
<u>24,600円</u>	<u>62,100円</u> 多数該当4ヶ月目から <u>44,400円</u>
8,000円	24,600円
	15,000円

70歳以上の現役並み所得者の分類

所得区分	負担割合				現役並み所得者
	2割	2割	3割	3割	
621万円以上(夫婦) 484万円以上(単身)	2割	2割	3割	3割	↑ 現役並み所得者 ↓
520万円～621万円(夫婦) 383万円～484万円(単身)	1割	2割	3割	3割	
520万円未満(夫婦) 383万円未満(単身)	1割	1割	1割	2割(75歳未満) 1割(75歳以上)	

備考	～2006年7月	2006年8月～	2006年10月～	2008年4月～	2008年8月～
			所得区分の変更	現役並み所得者 3割負担	一般所得者 2割負担

所得区分	負担上限(高額療養費)				現役並み所得者
	2割負担		3割負担		
621万円以上(夫婦) 484万円以上(単身)	外来:40,200円 入院:72,300円+「1%」		外来:44,400円 入院:80,100円+「1%」		↑ 現役並み所得者 ↓
520万円～621万円(夫婦) 383万円～484万円(単身)	外来:12,000円 入院:40,200円		外来:12,000円 入院:44,400円	外来:24,600円 入院:62,100円	
520万円未満(夫婦) 383万円未満(単身)	激変緩和の経過措置				
低所得者Ⅱ(Ⅰ)	外来:8,000円(8,000円) 入院:24,600円(15,000円)				

中央社会保険医療協議会の見直し（2007年3月）

委員構成の見直し

現行	支払側委員8名、診療側委員8名、公益委員4名	<p>公益委員は、会議の日程、議題等、中医協の運営に関する事項について協議を行い、支払側委員、診療側委員はその協議の結果を尊重する。</p> <p>診療報酬等に係る答申等を行う場合には、あらかじめ公益委員が診療報酬等の実施の状況について検証を行い、その結果を公表する。</p>
改正後	支払側委員7名、診療側委員7名、公益委員6名 公益委員の主導的役割についての規定を設けた	

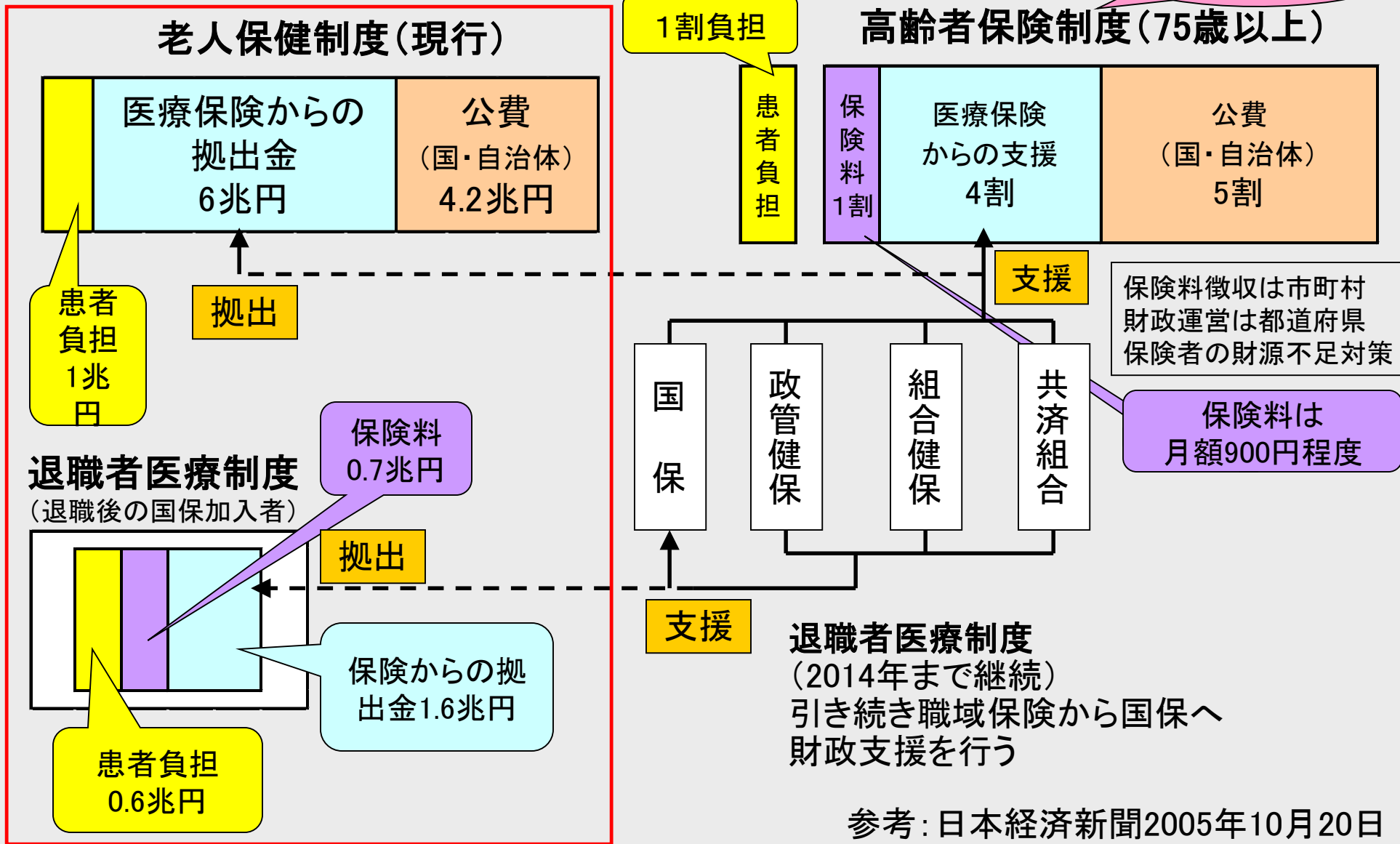
団体推薦規定の廃止

現行	支払側、診療側委員任命に当たっては関係団体による推薦規定がある	<p>保険者等を代表する委員の任命に当たっては、医療に要する費用を支払う者の立場を適切に代表し得ると認められる者の意見に、医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員の任命に当たっては、地域医療の担い手の立場を適切に代表し得ると認められる者の意見に、それぞれ配慮する。</p>
改正後	団体推薦規定を廃止 委員任命に当たって、地域医療を担う関係者等の意見の配慮に関する規定を設けた	

団体推薦規定の廃止については「地域医療を担う関係団体の意見を聞く」との文言も残され関係団体への配慮もされているが、実際の委員選出においては厚労省主導がより強くなる可能性もある。

高齢者医療制度 (2008年4月)

2008年4月から



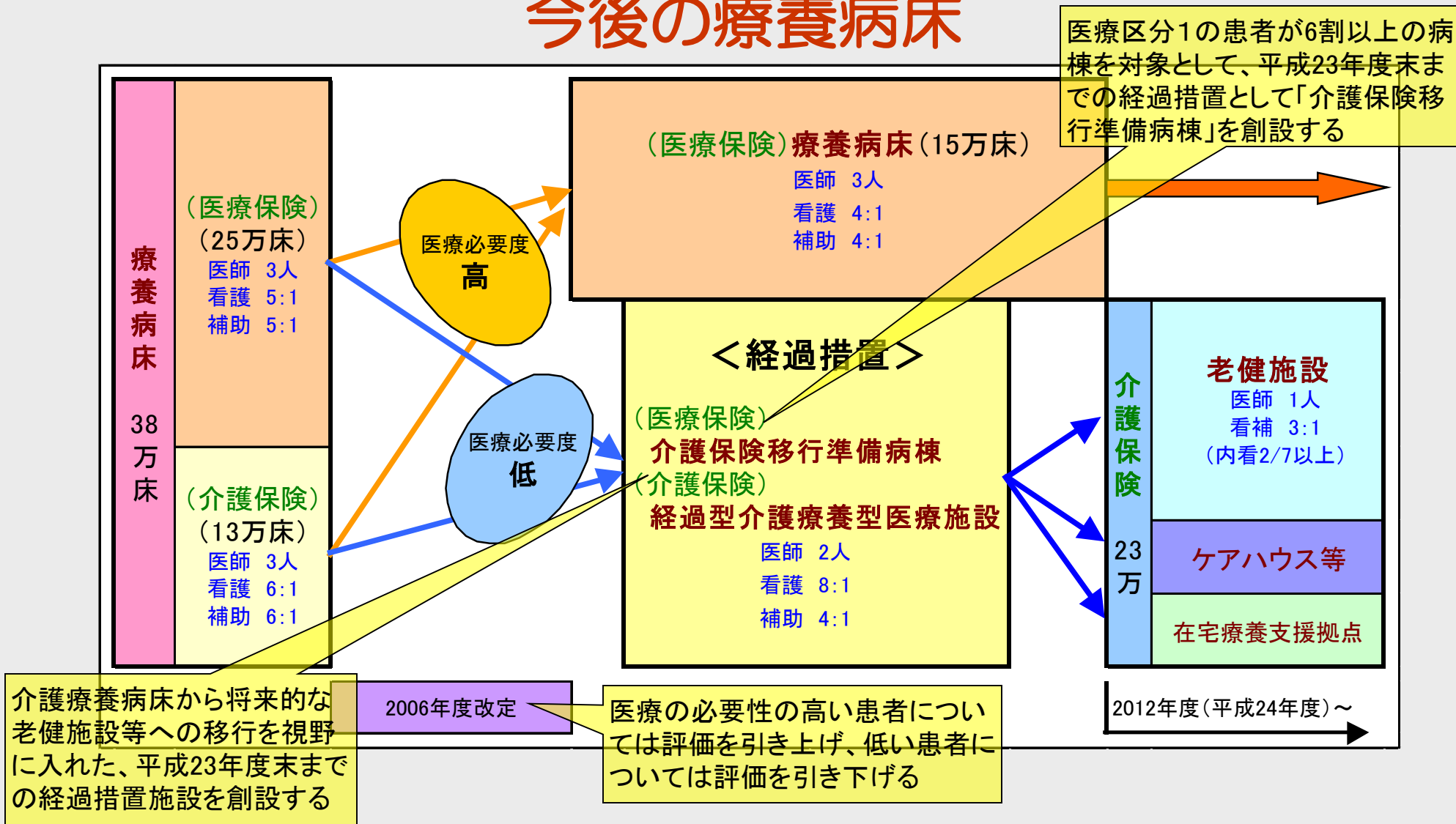
医療保険者の再編・統合（都道府県単位）

保険者比較 (16年3月末)	市町村国保	政管健保	組合健保
運営主体	市町村	社会保険庁	企業等
保険者数	3,144	1	1,622
加入者数	4,720万人	3,552万人 本人1,882万人、家族1,671万人	3,013万人 本人1,465万人、家族1,548万人
特長	小規模保険者が多数存在 (市町村合併の要因にも)	3500万人を超える加入者を有する全国一本で最大の保険者	小規模や財政窮迫組合が多数存在
短所	小規模による財政難 高齢加入者増	全国一律による非融通性 地域対応の難しさ	小規模による財政・運営難 企業間格差

保険財政運営の規模の適正化、地域の医療費水準に見合った保険料水準の設定のため、保険者を都道府県単位を軸として再編・統合を進める

施策等	市町村国保の「 財政基盤強化策 」を継続(高額医療費共同事業、保険者支援制度等) [2006年4月]	運営主体を国から切り離し、全国単位の保険者「 公法人 」を設立[2008年10月] 都道府県ごとに地域の医療費を反映した保険料率を設定 (案)北海道8.7%、長野県7.6%など	同一都道府県内の健保組合の再編・統合の受け皿として、企業・業種を超えた「 地域型健保組合 」を設立[2006年10月]
	都道府県単位の「 保険財政共同安定化事業 」[2006年10月]		

今後の療養病床



- ①療養病床については、医療の必要度の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応する。
- ②医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅、居宅系サービス、又は老健施設等の介護保険で対応する。

政府広報 (2006年8月19日 朝刊各紙)

なるほど 医療制度改革!

国民皆保険を堅持し、
将来にわたり持続可能な
ものとするために。

質の高い医療サービスが
適切に受けられる医療提供
体制を確立するために。



● 国民が負担可能な範囲にとどめる
ため、医療費の伸びを抑制します。

糖尿病等の生活習慣病を予防して、
治療にかかる医療費を
抑えます。

(健康・保健指導の徹底による
メタボリックシンドローム「内臓脂肪
症候群」の該当者率の減少)



先進諸国で最長の
入院期間を短縮します。

(療養病床の介護施設への転換、
在宅医療の推進等)



負担を公平・明確にする
ために、患者負担も
見直します。

(高齢者の自己負担の見直し、
療養病床に入院する高齢者について
食費、応接費の負担の見直し等)
※現役並に所得がある70歳以上の方は
本年10月より3割負担、70〜74歳
の方は平成20年4月より新負担。



● 75歳以上の方は、
心身の特性や生活を
踏まえた独立した
医療制度を設けます。

(高齢者世代と現役世代の負担割合の
公平化・透明化)



医療制度改革は、
将来にわたり、誰もが安心・
信頼できる医療を確保する
ための構造改革なんだね。



● 地域の医療機能の分化・連携を
すすめて、切れ目のない医療を
提供。在宅生活への早期復帰を
応援します。

(医療計画制度の創設し、
急性期から回復期を経て
自宅に戻るまでの「貫
した適切な医療の提供」)



● 患者さんへの医療に
関する情報提供を
すすめていきます。

(都道府県による医療機関に関する
情報提供の制度化)



● 特定の地域や、小児科・
産科等の特定の
診療科における
医師偏在問題にも
対応します。

