

# 四半世紀ぶりの高齢者医療制度の大幅見直し

## ～ 医療制度改革関連法案 ～

厚生労働委員会調査室 さとう けんすけ  
佐藤 研資

### 1. 法律案提出の背景及び経緯

#### (1) 背景

昭和 36 年に国民皆保険が達成されて 45 年を経た今日、我が国は世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成し、WHO（世界保健機構）の 2000 年の報告では日本の保健システムの到達度を世界第 1 位と評価している。しかも、医療費の GDP に占める割合は約 8% で主要国の中では下位に位置しており、一見、効率的な医療が提供されているように見える。

しかし、近年、医療事故の多発、地方や一部診療科における医師不足、医療機関の機能の未分化による非効率性などが問題となっており、国民の間には、医療の現状に対する不満・不信が少なくない<sup>1</sup>。

国民医療費は、急速な高齢化や医療の高度化に伴い、老人医療費を中心に、累次の制度改正や、近年の診療報酬マイナス改定にもかかわらず国民所得の伸びを上回るペースで増嵩しており、平成 15 年度には 31.5 兆円（国民所得に対する割合は 8.6%）に達している。このまま推移すれば 2025 年度には 65 兆円（同 12.2%）に達すると試算されており<sup>2</sup>、国民が負担可能な範囲となるよう医療費を適正化する必要性が指摘されている。

各医療保険者の財政状況は、平成 14 年健康保険法等改正の効果等により若干改善されているものの、中長期的には厳しい状況が続くと見込まれている。特に被用者保険においては老人保健制度及び退職者医療制度への拠出金の負担感が依然重く、収入の約 4 割が拠出金として吸い上げられる構造となっている。また、国民健康保険（以下「国保」という。）においては、平成 16 年度の実質赤字は 3,284 億円<sup>3</sup>、保険料収納率は過去最低の 90.09% となり、構造的な赤字体質と保険料収納率の低下傾向に改善が見られない状況にある。

#### (2) 経緯

少子高齢化の進展、バブル経済崩壊後の国家財政及び医療保険財政の深刻化という状況の中、1990 年代半ばより介護保険制度の構想が本格化すると相まって、老人医療の在り方の問題を中心に、医療制度の抜本改革を求める機運が高まった。

以来、累次にわたる制度改正が行われたが、給付抑制や保険料引上げ、あるいは被用者保険による国保支援という形での財政対策の色彩が濃く、抜本改革先送りとの批判が繰り返されてきた。

平成 14 年の健康保険法等改正（15 年度より被用者本人 3 割負担導入等）においては、

法案を取りまとめる過程で、政府・与党合意により、法案附則に医療保険制度体系の在り方、新たな高齢者医療制度の創設、診療報酬体系見直し等についての基本方針を 14 年度中に策定する等の内容が盛り込まれた。

その後、同法附則に基づき、政府部内で検討が行われ、15 年 3 月 28 日、「健康保険法等の一部を改正する法律附則第 2 条第 2 項の規定に基づく基本方針」(以下「基本方針」という。)が閣議決定された(図表 1)。

図表 1 「基本方針」の主な内容

<p>1. 保険者の再編・統合 被用者保険、国保それぞれについて、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進。 (1) 市町村国保は再編・統合を進め、都道府県において安定した運営を目指す。 (2) 政府管掌健康保険に都道府県を単位とした財政運営を導入する。 (3) 健康保険組合の再編・統合の受け皿となる都道府県単位の地域型健康保険組合の設立を認める。</p> <p>2. 高齢者医療制度 (1) 後期高齢者(75 歳以上)が加入する新たな保険制度を設け、保険料、国保・被用者保険からの支援及び公費によって賄う。 (2) 前期高齢者(65 歳~74 歳)は国保又は被用者保険に加入し、制度間の財政調整を行う。</p> <p>3. 診療報酬体系 医療技術の適正評価、医療機関のコスト・機能を反映した評価、患者の視点の重視等の観点から見直す。</p>
---

(出所) 「基本方針」を筆者要約

これ以後、経済財政諮問会議、「社会保障の在り方に関する懇談会」(内閣官房長官主宰)厚生労働省の社会保障審議会の関係部会等で論議が進められた。

また 15 年 8 月、厚生労働省は、患者の選択のための情報提供の推進、医療機関の機能分化及び連携の推進等を内容とする「医療提供体制の改革のビジョン」を公表した。

17 年 6 月 21 日、「経済財政運営と構造改革に関する基本方針 2005」が閣議決定され、その中で「医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定」し、達成状況を検証した上で、達成のために必要な措置を講ずることとされた。

同年 10 月 19 日には厚生労働省より、国民的議論の素材として「医療制度構造改革試案」が公表された。焦点の医療費適正化については、経済財政諮問会議の有識者議員からマクロ経済指標によって伸び率を抑制する考え方が示されていたのに対し、試案は生活習慣病対策などの施策の積み上げを中心に適正化を図ろうとするものであった。

その後、高齢者の患者負担や後期高齢者医療制度の運営主体の在り方などを中心に政府・与党内での論議が重ねられた。12 月 1 日、政府・与党医療改革協議会が「医療制度改革大綱」(以下「大綱」という。)を取りまとめ、これをもとに医療制度改革関連法案が立案されることとなった。12 月 24 日には医療制度改革及び診療報酬の 3.16%引下げを織り込んだ 18 年度予算が閣議決定された。

「大綱」決定後の 12 月 21 日、厚生労働省は 23 年度末までに介護保険適用の療養病床

を廃止することを含む「療養病床の将来像について」を取りまとめた。この提案は法案策定の終盤に与党に提示され、激しい論議を招いた。結局、廃止を健康保険法等改正案に盛り込むとともに、附則に検討規定（後述 2（1）エ参照）を置くこととされた。

このような経緯を経て、医療制度改革関連法案は、「健康保険法等の一部を改正する法律案」及び「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」として 18 年 2 月 10 日閣議決定され、同日、国会に提出された。（「健康保険法等の一部を改正する法律案」は予算関連法案）

## 2. 健康保険法等の一部を改正する法律案の概要及び論点

### （1）医療費適正化の総合的な推進

医療費適正化方策として、中長期的方策（生活習慣病の増大や入院期間の長さ、長期入院高齢者といった医療費の伸びの構造的要因に着目した方策）と短期的方策（公的保険給付の内容・範囲の見直し）を組み合わせた取組を図る。

#### ア 医療費適正化計画の策定

国は、医療費適正化を総合的かつ計画的に推進するため、医療費適正化基本方針を策定するとともに、生活習慣病有病者等の減少や平均在院日数短縮の政策目標を盛り込んだ全国医療費適正化計画を定める。都道府県は基本方針に則して、都道府県医療費適正化計画を定める。これら計画は平成 20 年度を初年度とする 5 年計画とされ、中間年（22 年度）及び最終年翌年（25 年度）に実績評価を行うとともに、評価結果を踏まえた措置をとる。国は都道府県に対し目標達成のための各種支援を行う。その一環として、都道府県における診療報酬の特例を設けることができることとする。

#### イ 保険者に対する一定の予防健診等の義務付け

国は、特定健康診査等基本指針（生活習慣病予防に着目した健診等のための基本指針）を定めるとともに、医療保険者に対し、基本指針に即して特定健康診査等実施計画を定め、40 歳以上の加入者（被保険者及び被扶養者）に健診及び保健指導を行うことを義務付ける。保険者は後期高齢者医療制度に対し支援金を拠出するが（後述（2）ア参照）特定健康診査等の実施状況に応じた調整が行われる。

なお、以上のア、イは老人保健法を題名改正し内容を一新する「高齢者の医療の確保に関する法律」に盛り込まれている。

#### ウ 保険給付の内容・範囲の見直し等

現役並みの所得がある 70 歳以上の高齢者の患者負担を現行の 2 割から 3 割に引き上げる。また、70 歳から 74 歳までの高齢者の患者負担を現行の 1 割から 2 割に引き上げる（図表 2）。

医療保険適用の療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の負担について、平成 17 年介護保険法改正（介護保険施設における食費・居住費の原則自己負担化）との均衡を図る観点から見直す。

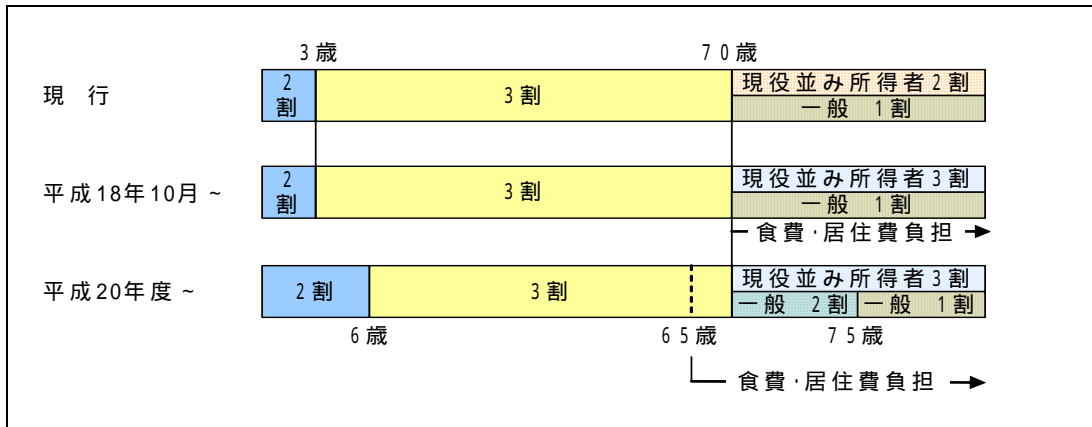
乳幼児に対する患者負担軽減（2 割負担）の対象年齢を 3 歳未満から義務教育就

学前まで拡大する。

傷病手当金、出産手当金、出産育児一時金及び高額療養費の基準額について所要の見直しを行う（一部は政省令事項）。

医療保険及び介護保険の自己負担合算額が著しく高額になる場合に負担を軽減する仕組み（高額介護合算療養費制度）を設ける。

図表2 患者負担割合の見直し



（出所） 筆者作成

## エ 介護療養型医療施設の廃止

療養病床は現在 38 万床（医療保険適用 25 万床、介護保険適用 13 万床）あるが、入院患者のうち医師の対応がほとんど必要ない者が概ね 5 割を占めるとされる。このため、中長期的な医療費適正化の一環として、社会的入院の解消や平均在院日数短縮を図るため、療養病床を医療の必要度の高い患者向けに限定して医療保険で対応するとともに、医療の必要度の低い患者については、病院ではなく在宅、居住系サービス、又は老人保健施設等で受けとめることとする。

介護保険適用の療養病床は第 4 期介護保険事業計画（平成 21～23 年度）終了までに廃止する。既存の療養病床を老人保健施設等へ転換させるために、医療保険財源を活用した転換支援事業（都道府県が実施）などの支援措置を用意する。

与党内で、廃止に伴う受け皿が明確でないなどの異論が強かったことから、法案取りまとめの最終段階で、附則に検討規定（政府は、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設の基本的な在り方、これら施設入所者への医療提供の在り方の見直し等について検討し、必要な措置を講じる等）が設けられた。

## オ 財政影響

厚生労働省が平成 18 年 1 月に公表した医療給付費の将来見通しによると、2025 年度において、改革案（今回の健康保険法等改正及び平成 18 年度診療報酬改定の効果を織り込んだもの）ベースでは 48 兆円（対 GDP 比 6.4～7.0%）、改革を実施しなかった場合は 56 兆円（同 7.5～8.2%）になるとされている。

また、平成 20 年度における各保険者の財政影響をみると、いずれの保険者も改

革が行われなかった場合より負担が軽減すると試算されている<sup>4</sup>。

## (2) 新たな高齢者医療制度の創設

「高齢者の医療の確保に関する法律」(老人保健法を全面改正)において75歳以上の後期高齢者について、心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する。また65歳から74歳の前期高齢者については、従前の国保ないし被用者保険に加入したまま、前期高齢者の偏在による保険者間の医療給付費負担の不均衡を調整する制度を設ける。

### ア 後期高齢者医療制度

患者負担は原則1割(現役並み所得者は3割)とする。患者負担を除いた給付に要する財源は、後期高齢者の保険料(1割)、現役世代(国保・被用者保険)からの後期高齢者支援金(約4割)及び公費(約5割)で賄う<sup>5</sup>。世代間の負担の公平に配慮する観点から、人口構成に占める後期高齢者と現役世代の比率の変化に応じて、後期高齢者の保険料と後期高齢者支援金の負担割合を変えていく仕組みを導入する。

保険料徴収は市町村が行い、財政運営は都道府県単位で全市町村が加入する広域連合が実施する。保険料(広域連合が条例で定める。)は個人単位で賦課される。平成20年度では、1人当たり平均7.4万円(年間)の負担となると試算されている<sup>6</sup>。

広域連合の財政リスクを軽減するため、都道府県に財政安定化基金(国、都道府県、広域連合が1/3ずつ拠出)を設け、見込み以上の給付増や保険料未納に対する貸付等を行わせるほか、著しく高額な医療費について公費による支援を行う。

### イ 前期高齢者の医療費に係る財政調整制度

前期高齢者の給付費及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、国保及び被用者保険の加入者数に応じて負担する財政調整(事実上、被用者保険から国保に対する支援)を実施する。

現行の退職者医療制度は、いわゆる「団塊の世代」の大量退職を吸収するため、平成26年度までの間における65歳未満の退職者が65歳に達するまでの間、経過的に存続させる。

なお、高齢者医療制度については、附則に施行後5年を目途とした検討規定が置かれている。

## (3) 保険者の再編・統合

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、保険者について、都道府県単位を軸とした再編・統合を推進する。

### ア 国保の財政基盤強化

市町村合併によってもなお小規模保険者が多数存在することから、都道府県単位での保険運営を推進するため、公費を投入した国保財政基盤強化策(高額医療費共同事業等)を、平成18~21年度の4年間の暫定措置として継続するとともに<sup>7</sup>、保険財政共同安定化事業(都道府県内の市町村国保の拠出によるレセプト1件30万円

超の医療費に関する互助事業)を創設する。

イ 政府管掌健康保険の公法人化

政府管掌健康保険は全国一律の運営であるため、地域ごとの受益と負担の公平性や保険者機能の発揮について批判があることから、国とは切り離れた全国単位の公法人として「全国健康保険協会」を設立し、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するなど、都道府県単位の財政運営を基本とする体制にする。

また適用・保険料徴収業務は、国家行政組織法上の特別の機関である「ねんきん事業機構」(第164回国会に設置法案を提出)において行う。

ウ 地域型健康保険組合

小規模・財政窮迫組合が多く存在することから、同一都道府県内における再編・統合の受け皿となる、企業・業種を超えた地域型健康保険組合の設立が可能となるよう所要の規制緩和を行う。

(4) その他(主なもの)

特定療養費制度を廃止し、保険外併用療養費制度を設ける。

中央社会保険医療協議会(中医協)について、委員構成の見直し(公益委員の増員等)や団体推薦規定の廃止等所要の見直しを行う。

(5) 施行日

次表のように7段階にわたり施行される(図表3)

図表3 主な改正内容の施行時期

施行時期	主な改正内容	改正対象法律
公布日(平成18年4月適用)	・国保財政基盤強化策の継続	国民健康保険法
平成18年10月	・現役並み所得を有する高齢者の患者負担の見直し(2割 3割) ・療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の見直し ・保険診療と保険外診療との併用について再構成 ・保険財政共同安定化事業の創設 ・地域型健保組合の創設	健保法等医療保険各法 健保法等医療保険各法 健保法等医療保険各法 国民健康保険法 健康保険法
平成19年3月	・中医協の委員構成の見直し、団体推薦規定の廃止	社会保険医療協議会法
平成19年4月	・傷病手当金、出産手当金の支給率等の見直し	健康保険法( )
平成20年4月	・70歳～74歳の高齢者の患者負担の見直し(1割 2割) ・乳幼児の患者負担軽減(2割)措置の拡大(3歳未満 義務教育就学前) <u>題名を「高齢者の医療の確保に関する法律」に改正</u> ・医療費適正化計画 ・保険者に対する一定の予防健診等の義務付け ・後期高齢者(75歳以上)を対象とした後期高齢者医療制度の創設 ・前期高齢者(65歳～74歳)の医療費に係る財政調整制度の創設	健保法等医療保険各法 健保法等医療保険各法 老人保健法 " " " "
平成20年10月	・政管健保の公法人化	健康保険法
平成24年4月	・介護療養型医療施設の廃止	介護保険法

[注] ( )は被用者保険各法共通

(出所) 厚生労働省資料

## (6) 主な論点

本法案においては、医療費適正化の在り方<sup>8</sup>、公的保険が給付すべき範囲、生活習慣病対策を中心とした医療費適正化の実効性、保健事業の在り方、療養病床再編の在り方、後期高齢者を独立した保険制度とすることの妥当性、高齢者の負担の在り方、被用者保険から後期及び前期高齢者に行う財政支援の法的意義、保険者の再編・統合の将来像、中医協の在り方等が論点となろう。

## 3. 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案の概要及び論点

### (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。

#### ア 都道府県による医療機関情報の集約と公表

医療機関から一定の情報を都道府県に報告することを義務付けるとともに、都道府県は報告された内容を公表する制度を設ける。

#### イ 入退院時における治療計画等の文書による説明

医療機関に対し、患者が入院した際、入院中の治療計画を文書により説明することを義務付ける。退院の際は、退院後の療養に必要なサービスについて文書により説明することを努力義務とする。

#### ウ 広告規制の見直し

広告規制の規定の仕方を見直し、広告できる事項を拡大する。

### (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<sup>9</sup>の普及等を通じ、医療機能の分化・連携を推進し、患者が急性期から回復期を経て自宅に戻るまで、一貫した治療方針のもとに切れ目のない医療を受けることができるようにする。

#### ア 基本方針の策定

国は、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本方針を定める。

#### イ 医療計画制度の見直し等

都道府県は、基本方針及び地域の実情に即して医療計画を定めるものとする。

医療計画においては、脳卒中、がん、救急医療、へき地医療、小児医療等の事業別に地域の医療連携体制を構築し、事業別に達成すべき数値目標等（例：疾病別の年間総入院期間の短縮、在宅看取り率の向上、地域連携クリティカルパスの普及等）を定める。都道府県は少なくとも5年ごとに目標の達成状況の調査、分析及び評価を行い、計画を見直す。

医療機関は医療連携体制の構築のために必要な協力をするよう努めるものとする。

#### ウ 在宅医療の推進のための規定整備

医療機関は在宅医療の提供又は在宅医療の提供に対する支援を行うよう努めるものとする。

### (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、産科などの特定診療科における医師不足の深刻化に対応するため、「医師確保総合対策」(平成17年8月 厚生労働省、総務省、文部科学省)を基に、医師等医療従事者の確保策を強化する。

#### ア 医療対策協議会の制度化

現在、国の通知により都道府県が設置している医療対策協議会(医師等確保のため医療関係者、自治体等が対策を協議する。)を制度化する。都道府県は医療対策協議会参加者の協力を得て、医師等確保のための施策を定める。

#### イ 医療従事者への地域医療確保への協力の位置付け

公的医療機関<sup>10</sup>について、都道府県知事が定める医師等確保のための施策への協力義務を定める。医師その他の医療従事者に対し、同施策への協力に係る努力義務を設ける。

### (4) 医療安全の確保・医療従事者の資質の向上

医療安全支援センターの制度化など医療安全対策を充実するとともに、安心・安全な医療の提供、国民の医療に対する信頼確保のため、医療従事者の資質の向上に向けた取組を推進する。

#### ア 医療安全支援センターの制度化、医療機関における医療安全確保体制の義務付け

全都道府県で設置されている医療安全支援センター(患者・家族からの医療に関する相談・苦情対応、医療機関に対する医療安全確保に関する情報提供等を行う。)を医療法に位置付ける。また、現在、厚生労働省令により病院及び有床診療所に対して課されている医療安全管理体制確保義務を医療法に規定するとともに、無床診療所等にも適用する。

#### イ 行政処分を受けた医師等の再教育の義務化等

行政処分により業務停止を受けた医師等は、停止期間を過ぎれば特段の条件なく医業等に復帰できるという問題があることから、行政処分を受けた医師等に対する再教育制度を創設する。また「戒告」等業務停止を伴わない新たな行政処分の類型を創設する。

#### ウ 看護師、助産師等に係る名称独占規定の創設

他の医療関係職種との整合性を図るため、看護師、助産師等に名称独占規定を設ける。

#### エ 外国人看護師、救急救命士等に係る臨床修練制度の対象化

現在、外国人医師及び歯科医師について設けられている臨床修練制度(知識・技能習得のため来日した外国人医師等が、日本の国家資格がなくても、指導医の下で診療の補助などを行うことを特例的に認める制度)を看護師等にも認める。



#### (5) 医療法人制度改革

医療法人制度は創設から50年以上経過する中で、非営利性の形骸化や公益性の確保等が課題となっていることから、非営利性の徹底（法人解散時の残余財産の帰属先の制限等）や「社会医療法人」（医療計画に位置付けられたへき地医療、救急医療等公益性が高い医療を担う医療法人。税制等における優遇措置等が与えられる。）の創設を図る。

#### (6) その他（主なもの）

##### ア 目的規定等の見直し

施設規制法の性格が強い現行の医療法を、患者の視点に立ったものとなるよう、目的規定及び法律の全体的な構造を見直す。

##### イ 有床診療所に対する規制の見直し

形骸化した48時間以内という有床診療所における入院期間制限規定を撤廃し、患者の緊急時に対応する体制確保の義務付け等を行う。

#### (7) 施行日

平成19年4月1日。

ただし、有床診療所に対する規制の見直しは、19年1月1日。薬剤師、看護師等の再教育の義務化、行政処分の類型の見直し等は、20年4月1日。

#### (8) 主な論点

本法案においては、患者の視点に立った医療機関情報の提供の必要性、患者の理解・納得の上に医療機能の分化・連携を図る必要性、地域における医療連携体制構築の支援、医師需給の現状認識及び医師不足地域・診療科における医師確保方策、医療事故に係る裁判外紛争処理制度の検討、社会医療法人に対する優遇策の内容、有床診療所に対する規制の在り方等が論点となろう。

今回の改革は、高齢者医療に関しては昭和57年の老人保健法制定以来の大幅な見直しとなるが、全体的な位置付けは微妙なものがあり、求められてきた「抜本改革」と言えるかどうかは議論が分かれるところであろう<sup>11</sup>。すなわち、基礎年金国庫負担割合引上げに関連し、今後、社会保障制度は消費税問題も絡めた形で論議されるであろうし、また、都道府県単位の医療の地方分権化という内容を含む今回改革は、最近浮上している道州制の論議とも無縁ではないからである<sup>12</sup>。そうした意味からは「抜本改革」ではなく、また「抜本改革の第一歩」なのかもしれない。

今回の改革案の立案過程は、総選挙の影響があったとはいえ、「試案」からわずか40日後の「大綱」決定、またその後突如浮上した療養病床見直しなど、いささか性急ともいえる部分がある印象が否めない。医療制度に対する国民の信頼を回復するためにも、国会において十分な説明と審議が必要であろう。

---

<sup>1</sup> 例えば、次のような世論調査がある。

「『医療事故が不安』77%、『医療の現状に不満』最多60%」 『読売新聞』(平16.1.10)

「医師免許更新制 86%が賛成」 『日本経済新聞』(平17.7.3)

「医療費『重い』70% 負担感、世代格差も」 『読売新聞』(平18.2.4)

「国民の6割が現在の医療制度に不満。主な理由は市民不在の制度決定」(特定非営利活動法人・日本医療政策機構が2006年1月に実施した世論調査) <<http://healthcare-policy.org/activity/2006021802.pdf>>

<sup>2</sup> 『医療制度構造改革試案』厚生労働省(平17.10.19)

<sup>3</sup> 老人保健拠出金の減少と、被用者保険からの退職者拠出金の増により、赤字額は前年度より571億円減少した。

<sup>4</sup> 各制度の所要保険料は、政府管掌健康保険3,500億円減、健康保険組合600億円減、共済組合1,000億円減、市町村国保2,500億円減、後期高齢者医療制度800億円減(注)医療保険計で8,300億円減となると見込まれている。また公費についても、国庫5,700億円減、都道府県500億円減、市町村600億円減となると見込まれている。

(注)改革を実施しなかった場合に、各制度の所要保険料のうち、後期高齢者が負担することとなる分を推計した額との比較

<sup>5</sup> 現役並み所得者については、公費負担がつかないため、実質的な公費負担率は46%、後期高齢者支援金の負担率は44%となる。

<sup>6</sup> 低所得者等に対する保険料軽減措置等があることから、実際の平均負担額は平成20年度で年間6.1万円程度になると見込まれている。

<sup>7</sup> 平成17年12月18日の総務、財務、厚生労働三大臣合意による。

<sup>8</sup> 近藤克則日本福祉大学教授は、医療費抑制が行き過ぎ医療現場が荒廃した英国を例示し、我が国の医療費抑制策は「やせているのにダイエット」となる危険を指摘している。『毎日新聞』(平17.12.4)

<sup>9</sup> 急性期病院から回復期病院を経て自宅に戻るまでの治療計画。患者や関係医療機関で共有することにより、平均在院日数の短縮など効率的で質の高い医療の提供と患者の安心につながるとされる。

<sup>10</sup> 都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者(日本赤十字社、済生会、厚生農業協同組合連合会等)の開設する病院又は診療所。

<sup>11</sup> もとより、「抜本改革」という発想そのものを懐疑する立場もある。二木立『医療改革と病院 - 幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ』(勁草書房 平16.4)70頁

<sup>12</sup> 小塩隆士神戸大学教授は保険者を地域ブロック単位で再編成することを提案している。小塩隆士「再編は地域ブロックで」『日本経済新聞』(平5.11.10)