

Sample

医療保険制度の 現状と改革の行方

《23分》

※本文中に記載のない限り、2021年3月1日時点の情報に基づいて作成しています。
なお、解説は全ての法律・制度を網羅するものではありません。

今回の内容

**1.医療保険制度
の概要**

- ・ 公的医療保険の種類
- ・ 保険適用の仕組み
- ・ 混合診療
- ・ 保険外併用療養費制度
- ・ 患者の自己負担
- ・ 高額療養費制度
- ・ 診療に関係ないサービスの費用

**2.高齢者の
自己負担**

- ・ 高齢者の自己負担割合の現状
- ・ 見直しの背景
- ・ 見直しの目的
- ・ 具体的な見直し内容
- ・ 配慮措置 ①背景 ②仕組み
- ・ 都道府県別の2割負担対象者の状況

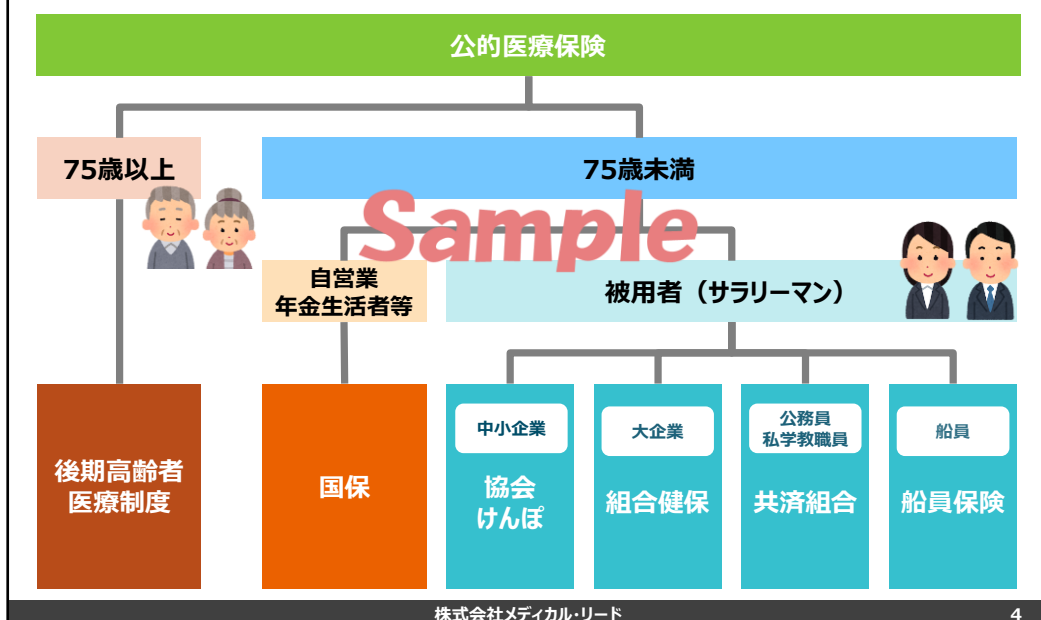
**3.外来の
定額費用徴収**

- ・ 選定療養
- ・ 現状の定額費用徴収状況
- ・ 徴収額ごとの患者の受診動向
- ・ 病院外来受診時の自己負担の現状
- ・ 見直し内容
 - ①対象病院の拡大 ②保険給付縮小と徴収額増額

初めに、現行の医療保険制度の概要を紹介します。

【1.概要】公的医療保険の種類

国民は6種類の公的医療保険のいずれかに加入



公的医療保険の種類について紹介します。

公的医療保険は6種類あり、国民はいずれかの保険に加入することになっています。

◆75歳以上

原則75歳※になると、全ての国民は都道府県ごとに設立されている「後期高齢者医療制度」に加入します。

◆75歳未満

75歳未満の場合、職業によって次のいずれかに加入します。

①国保（国民健康保険）

自営業者や年金生活者等、企業等に属していない人が加入する保険で、保険者（運営主体）は都道府県と市町村です。なお、医師や薬剤師、弁護士等の同種同業者による保険者の設立も認められており、こうした保険を「国保組合」といいます。

②協会けんぽ（全国健康保険協会管掌健康保険）

主に中小企業の社員等が加入する保険です。保険者は全国健康保険協会です。

③組合健保（健康保険組合）

大企業の社員等が加入する保険で、製薬企業のように各社が単独で設立しているものと、同種同業の企業が合同で設立しているものがあります。

④共済組合

公務員や私立学校の教職員が加入する保険です。国家公務員、地方公務員、私立学校それぞれの団体が運営しており、勤務先が属する団体の保険に加入します。

⑤船員保険

船員法に規定されている船員が加入する保険で、保険者は協会けんぽと同じ全国健康保険協会です。

※一定の障害がある者は、65～74歳で「後期高齢者医療制度」に加入できます。

【1.概要】保険適用の仕組み

必要かつ有効性・安全性が確認された医療が対象

公的医療保険の目的

国民の生活の安定と健康を守る

→下記項目を満たす医療行為や医薬品等のみが対象

国民にとって必要な医療

原則、傷病に対する医療
(近年、予防医療への適用も)

■予防医療の例

遺伝性乳がん卵巣がん症候群と
診断された患者に対する未発症部位の切除
(卵巣がん患者の乳房切除術 等)

有効性・安全性が確認されている医療

国の審査で有効性・安全性が認められた
治療方法・医薬品等



保険対象外となる例

- ・一定の実績等により認められる前の先進的な技術
- ・保険適用の医療と適用外の治療・医薬品を同時に実施・使用した場合

実績・科学的根拠等
なし



公的医療保険が適用される医療についてです。

公的医療保険は、国民の生活の安定と健康を守ることを目的としていることから、次の2項目を満たしている医療行為や医薬品等のみが対象となります。

◆国民にとって必要な医療

基本的に傷病に対する医療が対象です。なお、近年では、予防医療に対して保険が適用される場合もあります。

例) 遺伝性乳がん卵巣がん症候群と診断された患者に対する未発症部位の切除(卵巣がん患者に対する乳房切除術等)

◆有効性・安全性が確認されている医療

治験や実績等に基づく国の審査により、有効性・安全性が認められた治療方法や医薬品等のみが対象になります。

そのため、必要な医療であっても、先進的な技術は一定の実績や科学的根拠等により認められるまでは、保険診療の対象にはなりません。

また、保険適用の医療であっても保険適用外の治療や医薬品(保険外診療)を同時に実施・使用した場合は、通常、全ての医療が保険対象外となります。

次のスライドで、保険診療と保険外診療の併用について解説します。

【1.概要】混合診療

社内研修用資料（社外秘）

保険診療の目的に反する恐れがあるため保険対象外



保険適用禁止の理由

患者負担を不当に拡大

【保険診療の目的】
最小限の負担で必要な医療を提供

【混合診療】
保険外の負担が一般化

科学的根拠のない医療を助長

【保険診療の目的】
国民の健康維持

【混合診療】
有効性・安全性等が不明な医療の拡大リスク

ただし、一部の保険外診療に限り混合診療も可能 → 保険外併用療養費制度

株式会社メディカル・リード

6

公的医療保険制度では、保険診療と保険外診療の併用を「混合診療」と言います。

混合診療自体は法律違反ではありませんが、保険制度では混合診療時の保険適用は原則禁止されており、実施した場合は全ての医療が保険対象外となります。
その理由について、国は混合診療に次のような恐れがあるためとしています。

◆患者負担を不当に拡大

保険診療は、国民が最小限の経済的負担で必要な医療を受けられることを目的としているにもかかわらず、保険外の負担を求めることが一般化する。

◆科学的根拠のない医療を助長

保険診療は、国民の健康を守ることを目的としているにもかかわらず、有効性・安全性等が確認されていない医療が実施されやすい環境をつくる。

ただし、例外として、一部の保険外診療に限り混合診療が認められています。

次のスライドで、保険診療と保険外診療の併用を認める「保険外併用療養費制度」について解説します。

今回の内容

1.医療保険制度の概要

- ・ 公的医療保険の種類
- ・ 保険適用の仕組み
- ・ 混合診療
- ・ 保険外併用療養費制度
- ・ 患者の自己負担
- ・ 高額療養費制度
- ・ 診療に関係ないサービスの費用

2.高齢者の自己負担

- ・ **高齢者の自己負担割合の現状**
- ・ **見直しの背景**
- ・ **見直しの目的**
- ・ **具体的な見直し内容**
- ・ **配慮措置 ①背景 ②仕組み**
- ・ **都道府県別の2割負担対象者の状況**

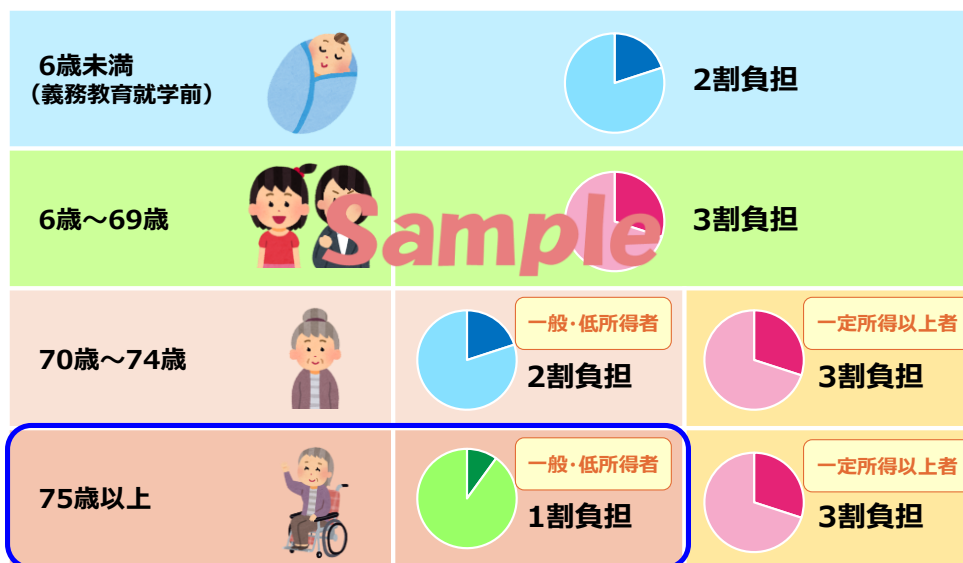
3.外来の定額費用徴収

- ・ 選定療養
- ・ 現状の定額費用徴収状況
- ・ 徴収額ごとの患者の受診動向
- ・ 病院外来受診時の自己負担の現状
- ・ 見直し内容
 - ① 対象病院の拡大 ② 保険給付縮小と徴収額増額

ここからは、今後予定されている医療保険制度改革について紹介します。
 具体的には、高齢者と外来医療の自己負担について見直しが行われる予定です。
 まず、高齢者の負担の見直しから解説します。

【2.高齢者の自己負担】高齢者の自己負担割合の現状

現状1割負担の75歳以上（後期高齢者）が見直し対象



株式会社メディカル・リード

12

最初に、高齢者の自己負担割合について改めて確認します。

前述した通り、保険診療における患者の自己負担割合はスライドのようになっており、年収が383万円（単身の場合。課税所得は145万円、標準報酬月額は28万円）以上の者を除き、70歳以上から自己負担割合は低くなります。

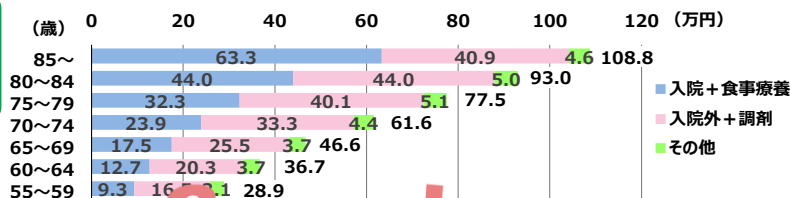
このうち、今回の見直し対象となっているのは、現在1割負担が適用されている75歳以上の後期高齢者の負担割合です。

【2.高齢者の自己負担】見直しの背景

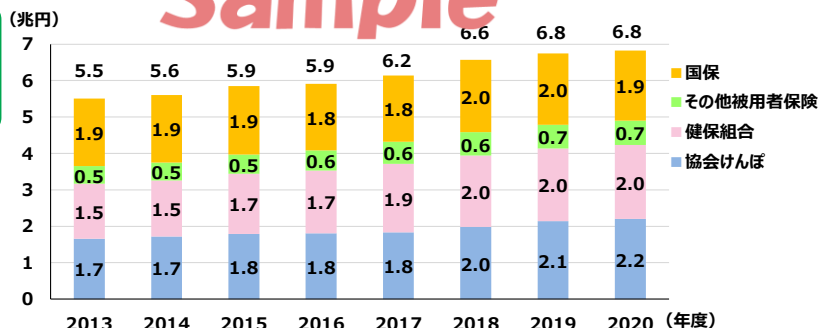
社内研修用資料（社外秘）

後期高齢者の医療費と現役世代の負担の増加

年齢階級別の 1人当たり医療費



現役世代の 後期高齢者への 負担額の推移



※厚生労働省「社会保障審議会医療保険部会」2020年12月24日資料を基に作成

株式会社メディカル・リード

13

後期高齢者の負担割合の見直しを行う背景と目的を紹介します。

背景には後期高齢者の医療費の上昇と現役世代の負担増があります。

◆後期高齢者1人当たりの医療費

高齢者の自己負担割合が低いのは、高齢になるにつれ有病率が高くなり医療費が掛かる一方で、収入が減少する状況に配慮したものです。

年齢階級別の1人当たり医療費を見ると、スライドのようにになっています。「75～79歳」の医療費は「55～59歳」の約2.7倍となっており、高齢になるほど医療費が大幅に増加していることが分かります。

◆後期高齢者の医療費の財源と現役世代の負担

原則として、後期高齢者の自己負担は医療費の1割で、残りは公費と現役世代の保険料で賄われています。財源の大きな構成比は「後期高齢者の自己負担：公費：現役世代の保険料＝1：5：4」です。

後期高齢者の医療費の4割に上る現役世代の負担額は年々増加しており、今後、さらに増加することが予想されています。

次のスライドで現役世代の今後の負担について、具体的に見てみます。

【2.高齢者の自己負担】見直しの目的

負担能力がある高齢者の自己負担割合を上げ、現役世代の負担を軽減

後期高齢者の医療費に対する現役世代の負担（現状と今後の見込み）

現役世代の負担	2020年度	2022年度	2025年度
負担総額	6.8兆円	7.2兆円	8.2兆円
対前年度比	+1,600億円	+2,500億円	+3,100億円
1人当たり負担額	6万3,100円	6万8,100円	7万9,700円
対前年度比	+1,700円	+3,200円	+4,000円

Sample

厚生労働省「高齢者の医療費に関する調査」2020年12月24日資料

現役世代に高齢者よりも
経済的余裕がある訳ではない

- ・貯蓄が少ない
- ・医療費以外の負担が大きい



負担能力のある高齢者の自己負担割合増 → 現役世代の負担軽減、負担増加の抑制

株式会社メディカル・リード

14

後期高齢者の医療費に対する現役世代の今後の負担についてです。

スライドの表は、厚生労働省が示した後期高齢者の医療費に対する現役世代の負担の現状と今後の見込みです。2022年度から団塊の世代が後期高齢者となり始めるため、現役世代の負担は今後さらに増加すると見込まれています。

しかし、若い世代は貯蓄も少なく、住居費や教育費等、医療費以外の支出の負担が大きいため、一概に高齢者よりも経済的に余裕があるとはいえない状況にあります。

このため、今回の見直しは、負担能力のある高齢者の自己負担割合を上げることで、現役世代の負担を軽減するとともに、負担の増加を少しでも抑えることが最大の目的となっており、現在（2021年4月7日時点）見直しのための法改正に向け、国会で審議中です。

【2.高齢者の自己負担】具体的な見直し内容

一定所得以上の後期高齢者の負担割合を2割に引き上げ

◆対象者

- ・現在1割負担の後期高齢者
- ・課税所得28万円以上



かつ

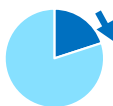
- 下記のいずれかに該当
- ①単身世帯：年収200万円以上
 - ②後期高齢者が複数いる世帯：後期高齢者の年収合計が320万円以上



Sample

◆見直し後の負担割合

自己負担2割
に引き上げ



1割負担の後期高齢者の約22%（約370万人）が該当



◆施行日

2022年10月～2023年3月までの間

これから、具体的な見直し内容を紹介します。

◆対象者

見直しの対象は、現在1割負担の後期高齢者で、課税所得（各種控除後の年間所得）が28万円以上、かつ下記の①②のいずれかに該当する者です。

- ①単身世帯は年収200万円以上
- ②後期高齢者が複数いる世帯は、後期高齢者の年収合計が320万円以上

◆見直し後の負担割合

上記の対象者は自己負担割合が2割に引き上げられる予定です。対象者は現状で1割負担の約1,685万人（全後期高齢者の約93%）のうち、約370万人と試算されています。つまり、1割負担の後期高齢者の約22%が2割負担に見直されることになります。

◆施行日

準備期間等を考慮し、2022年10月～2023年3月までの間で定められる予定です。

【2.高齢者の自己負担】都道府県別の2割負担対象者の状況

1割負担から2割負担になる者の割合が高い10都道府県

都道府県	2割負担対象者	負担が1割から2割になる者の割合	全後期高齢者に占める割合	
			2割負担	3割負担
神奈川	33.0万人	32.0%	28.4%	11.4%
千葉	21.9万人	28.2%	25.9%	8.6%
東京	36.9万人	27.0%	23.1%	4.9%
埼玉	23.2万人	26.5%	24.4%	8.1%
愛知	22.8万人	25.5%	23.2%	9.0%
奈良	5.0万人	25.3%	23.4%	7.7%
滋賀	4.3万人	24.7%	23.1%	5.8%
静岡	12.6万人	24.0%	22.4%	7.0%
兵庫	17.8万人	23.8%	22.2%	6.8%
広島	9.3万人	23.3%	21.8%	6.7%

1割負担から2割負担になる者の割合が低い10都道府県

都道府県	2割負担対象者	負担が1割から2割になる者の割合	全後期高齢者に占める割合	
			2割負担	3割負担
秋田	2.4万人	12.8%	12.6%	2.8%
青森	2.7万人	13.2%	12.7%	3.5%
山形	2.7万人	14.4%	13.9%	3.6%
熊本	4.0万人	14.7%	14.1%	4.2%
岩手	3.1万人	14.8%	14.2%	3.9%
鹿児島	3.8万人	14.8%	14.2%	3.7%
宮崎	2.6万人	15.2%	14.3%	4.0%
徳島	1.9万人	15.6%	14.8%	4.3%
和歌山	2.5万人	15.9%	15.5%	4.3%
福島	4.6万人	16.0%	15.2%	4.8%

※厚生労働省「社会保障審議会医療保険部会」2021年2月12日資料を基に作成

株式会社メディカル・リード

18

都道府県別に見た2割負担対象者の状況です。

スライドは、1割負担から2割負担となる後期高齢者の割合が高い都道府県と低い都道府県の状況です。

前述したように全国平均は約22.0%ですが、対象者の割合が最も高い神奈川県は、現在1割を負担している高齢者の32.0%が2割負担になり、全国平均より10ポイントも高くなっています。

一方、対象者の割合が最も低い秋田県は、全国平均よりも9.2ポイント低い12.8%にとどまると試算されるなど、今回の見直しの影響は地域差があることが分かります。

今回の内容

1.医療保険制度の概要

- ・ 公的医療保険の種類
- ・ 保険適用の仕組み
- ・ 混合診療
- ・ 保険外併用療養費制度
- ・ 患者の自己負担
- ・ 高額療養費制度
- ・ 診療に関係ないサービスの費用

2.高齢者の自己負担

- 高齢者の自己負担割合の見直しについて
- ・ 見直しの背景
 - ・ 見直しの目的
 - ・ 具体的な見直し内容
 - ・ 配慮措置 ①背景 ②仕組み
 - ・ 都道府県別の2割負担対象者の状況

3.外来の定額費用徴収

- ・ 選定療養
 - ・ 現状の定額費用徴収状況
 - ・ 徴収額ごとの患者の受診動向
 - ・ 病院外来受診時の自己負担の現状
 - ・ 見直し内容
①対象病院の拡大 ②保険給付縮小と徴収額増額
- 

次に、外来医療の定額費用徴収の見直しについてです。

具体的には外来受診時の定額費用徴収の拡大が予定されており、今後、中央社会保険医療協議会（中医協）で審議されます。

【3.外来定額費用徴収】選定療養

特定機能病院と地域医療支援病院は特定の外来について定額徴収義務あり

◆選定療養（歯科は割愛）

- ・差額ベッド
- ・予約診療
- ・時間外診療

・大病院（一般病床200床以上）

- ① 紹介状なしの初診
- ② 逆紹介後の再診

他院への紹介を申し出たにもかかわらず
自院を再診した患者が対象

- ・180日以上入院
- ・制限回数を超える医療行為

医療機関が自由に設定可能

- ・サービス提供の有無
- ・徴収金額
（社会通念上妥当な範囲）



定額費用徴収義務あり：

- ・特定機能病院
- ・地域医療支援病院

徴収額：

- ・初診 5,000円以上
- ・再診 2,500円以上

外来の機能分化推進



予定されている「外来受診時の定額費用徴収の拡大」は、保険外併用療養費制度の選定療養が関係するため、まず、選定療養についてもう少し詳しく説明します。

前述したように、選定療養には、治療上必ずしも必要でない保険外の診療やサービスが位置付けられており、サービスを提供するか否かは医療機関に委ねられています。また、徴収する金額についても社会通念上妥当な範囲で医療機関が自由に設定できます※1。

ただし、大病院（一般病床200床以上）を対象とした、①紹介状なしの初診、②逆紹介後の再診——については、外来の機能分化推進のため、特定機能病院と地域医療支援病院には定額費用徴収が義務付けられており、徴収額も初診は5,000円以上、再診は2,500円以上（いずれも医科の場合）と規定されています※2。

その他の大病院では、他のサービスと同様に任意とされており、徴収額も医療機関が設定します。

※1：予約診療等、サービスによっては実施していても費用を徴収していない医療機関もあります。

※2：救急患者や公費負担医療制度の受給対象者等、一部の患者は徴収対象外となっています。

社内研修用資料（社外秘）

【3.外来定額費用徴収】現状の定額費用徴収状況

初診の場合の設定額（2020年7月1日時点）

	～999円	1,000円～	2,000円～	3,000円～	4,000円～	5,000円～	6,000円～	7,000円～
特定機能病院 地域医療支援病院 （義務徴収）	-	-	-	-	-	511件	2件	23件
構成割合	-	-	-	-	-	95.3%	0.4%	4.3%
上記以外の病院 （任意徴収）	33件	187件	146件	78件	9件	148件	1件	3件
構成割合	5.5%	30.9%	24.1%	12.7%	1.5%	24.5%	0.2%	0.5%

再診の場合の設定額（2020年7月1日時点）

	～999円	1,000円～	1,500円～	2,000円～	2,500円～	3,000円～	3,500円～	4,000円～
特定機能病院 地域医療支援病院 （義務徴収）	-	-	-	-	506件	6件	1件	11件
構成割合	-	-	-	-	96.6%	1.1%	0.2%	2.1%
上記以外の病院 （任意徴収）	19件	2件	4件	4件	108件	3件	0件	1件
構成割合	13.5%	1.4%	2.8%	2.8%	76.6%	2.1%	0%	0.7%

※厚生労働省「社会保障審議会医療保険部会」2020年11月12日資料

株式会社メディカル・リード

21

大病院（一般病床200床以上）における紹介状なしの初診と逆紹介後の再診に対する定額費用の徴収額の状況はスライドの通りです。

徴収が義務となっている特定機能病院等の設定額を見ると、初診では95.3%の施設が「5,000円以上6,000円未満」、再診では96.6%が「2,500円以上3,000円未満」となっています。

一方、徴収が任意となっている病院の設定額を見ると、初診では、「1,000円以上2,000円未満」の病院が30.9%で最も多く、次いで「5,000円以上6,000円未満」が24.5%、「2,000円以上3,000円未満」が24.1%と続いています。再診については、特定機能病院等と同様に「2,500円以上3,000円未満」の病院が最も多く、76.6%に上ります。

社内研修用資料（社外秘）

【参考】外来機能報告制度

“専門性の高い外来診療”の実施状況の報告を求め、明確化

◆報告対象施設

義務

一般病床又は療養病床を持つ
病院と有床診療所



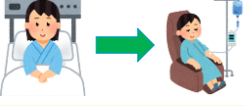
任意

無床診療所



◆“専門性の高い外来診療”として報告する事項

① 医療資源を重点的に活用する入院前後の外来



② 高額な医療機器・設備等を必要とする外来



③ 特定領域に特化した外来（紹介患者外来等）



◆報告違反に対する措置

都道府県知事権限により対応

報告徴収命令又は報告内容是正命令
→ 従わない場合、その旨を公表



株式会社メディカル・リード 26

最後に、創設予定の「外来機能報告制度」について紹介します。

外来機能報告制度は、「“専門性の高い外来診療”の実施状況について医療機関に報告を求める制度」で、入院機能について都道府県への報告を義務付けている「病床機能報告制度」の外來版といったイメージです。

◆報告対象施設

義務：一般病床又は療養病床を持つ病院と有床診療所（病床機能報告制度と共通）

任意：無床診療所

◆“専門性の高い外来診療”として報告する事項

報告を求める“専門性の高い外来診療”として、現状では下記のような項目が示されています。

① 医療資源を重点的に活用する入院前後の外来

② 高額な医療機器・設備等を必要とする外来

③ 特定領域に特化した外来（紹介患者外来等）

具体的な項目は今後検討される予定ですが、入院を伴うがん手術の前後に外来で実施する検査やフォローアップ、外来化学療法、日帰り手術等の実施状況や関連事項等が想定されます。

◆報告違反に対する措置

報告が義務付けられている医療機関が報告を怠ったり、虚偽報告をした場合は、都道府県知事権限による下記のような対応が検討されています。

・報告徴収命令又は報告内容是正命令

・命令に従わない場合、その旨を公表

今回のポイント

Sample

① 公的医療保険では経済面や安全面に配慮した2制度を設定

② 後期高齢者の一部を1割負担から2割負担に引き上げ

③ 外来受診時の定額費用徴収を拡大へ

① 公的医療保険では経済面や安全面に配慮した2制度を設定

公的医療保険は、国民の生活の安定と健康を守る観点から、原則傷病に対する医療で、かつ有効性・安全性が確認された治療法等のみを対象とし、患者は年齢や所得に応じて医療費の1～3割を負担します。ただ、医療費が高額になった場合は、1カ月の負担上限額を定めた「高額療養費制度」により、患者負担が過大にならないよう配慮されています。また、保険診療でも保険外診療と同時に実施した場合は保険が適用されず、全ての医療が保険対象外となりますが、「保険外併用療養費制度」で定められた保険外診療と併用した場合に限り、保険診療に掛かった医療費には保険が適用される仕組みになっています。

② 後期高齢者の一部を1割負担から2割負担に引き上げ

75歳以上の後期高齢者は、現役並み所得がある者を除き1割負担となっており、後期高齢者の医療費の4割を現役世代が負担しています。現役世代の負担額は年々増加しており、今後さらに負担が大きくなることが見込まれていることから、1割負担の後期高齢者のうち、一定所得以上の者については2割負担に引き上げる見直しが現在国会で審議されています。ただ、2割負担対象者の外来受診への影響が大きいため、施行後3年間は2割負担対象者の外来の自己負担額を軽減する配慮措置も講じられる予定です。

③ 外来受診時の定額費用徴収を拡大へ

保険外併用療養費制度に基づき、現在、特定機能病院と一般病床200床以上の地域医療支援病院を紹介状なしで受診・逆紹介後に再受診した患者からは、保険診療の自己負担分とは別に定額費用が徴収されています。この定額費用の徴収が外来の機能分化に効果的であることから、新設予定の「紹介患者への外来を基本とする医療機関」に指定された一般病床200床以上の病院にも定額費用徴収を義務付ける見直しが予定されています。同時に、定額費用徴収の対象患者の保険給付範囲も縮小される方向で、保険給付対象外となった医療費と同額以上が定額費用の徴収額に上乗せされることになります。具体的な内容は、今後中医協で検討されます。

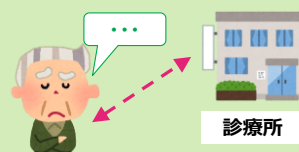
【参考】想定される影響等

今回解説した「後期高齢者の負担増」や「定額費用徴収病院の拡大」は、医療財政の改善や機能分化・連携推進等が期待される他、患者動向や医薬品処方の変化も想定されます。

患者の受診動向

1割負担後期高齢者の20%以上が2割負担に移行

- 医療費（自己負担額）への意識がシビアになる
- 負担増患者の受診抑制



医薬品処方の変化

負担増（1割→2割）患者の処方内容見直し

- 低薬価医薬品を希望する患者の増加
- 処方薬・採用品目の低薬価品への見直し
- 処方前に患者負担額について説明・了承



定額費用徴収病院の拡大

紹介状なし外来患者の減少

- 近隣医療機関との連携（紹介・逆紹介）強化
- 近隣診療所等の外来患者増加



今回解説した「後期高齢者の負担増」や「定額費用徴収病院の拡大」は、医療財政の改善や機能分化・連携推進等が期待される他、患者動向や医薬品処方の変化も想定されます。

◆患者の受診動向

従来1割負担だった後期高齢者の20%以上が2割負担に移行することで、負担増となる患者の医療費に対する意識が高まり、費用明細等についての質問が増えることも予想されます。また、受診抑制も想定されることから、医療機関には受診継続の指導等も求められます。

◆医薬品処方の変化

負担増となった患者の医療費を抑制するため、処方内容を見直す動きも予想されます。低薬価医薬品を希望する患者の増加により、処方薬や採用医薬品が低薬価品に見直される可能性もあります。また、医療機関においては、処方前に負担額について説明し、了承を得ることも必要になると思われます。

◆定額費用徴収病院の拡大

新たに定額費用の徴収義務対象となる病院では、紹介状なしで受診していた患者の負担額が増えるため、外来患者の減少が予想されます。従って、新規対象病院では近隣医療機関との連携を強化し、新規紹介患者の獲得活動が盛んになると考えられます。一方、新規対象病院を受診していた外来患者が他の医療機関に移行するため、近隣診療所等においては外来患者の増加も見込まれます。

【参考】研修内容の活用例

今回の医療保険制度の見直しに関する先生方への質問例です。担当地域への影響や、患者負担増への対応等について伺ってみてはいかがでしょうか。

- Sample
- ① 受診時に、医療費の自己負担額について確認（質問）される患者さんも多いのでしょうか。気にする方が多い年代等に特徴はございますか。
 - ② 全国平均では、現在1割負担の75歳以上の方のうち20%強の方が2割負担に変わるようです。貴院を定期的に受診している75歳以上の患者さんでは、どの程度いらっしゃる印象でしょうか。
 - ③ 負担増による受診抑制等も懸念されているようですが、患者さんに自己負担額について説明したり、受診継続を指導する等、新たに検討されている対応はございますか。
 - ④ 負担を抑えるために、低薬価品への変更や処方内容の見直し等、使用する医薬品の見直しを検討される可能性もございますか。
 - ⑤ 紹介状なし患者さんから定額費用を徴収する病院が拡大されることで、診療所の外来患者さんの増加も見込まれているようです。連携の強化等、今後の対応について、どのようにお考えでしょうか。
 - ⑥ 現在、貴院で近隣の病院から逆紹介を受ける患者さんは、年（又は月）に何人くらいいらっしゃるのでしょうか。

スライドは、今回の医療保険制度の見直しに関する先生方への質問例です。担当施設への影響や、患者負担増への対応等について伺ってみてはいかがでしょうか。