

## 日本医師会の医療政策

2019年11月24日  
公益社団法人 日本医師会  
会長 横倉 義武



日本医師会 キャラクター  
「日医君(にちいくん)」

### 全世代型社会保障改革への期待

～日本で暮らして良かった、日本で暮らして幸福だったという「全世代型社会保障制度」へ～

令和元年11月8日 全世代型社会保障検討会議

公益社団法人 日本医師会  
公益社団法人 日本歯科医師会  
公益社団法人 日本薬剤師会

#### ○人生100年時代の患者・国民の安心につながる丁寧な議論を

医療全体のあるべき姿、ビジョンを国民に示していくことが安心につながる。

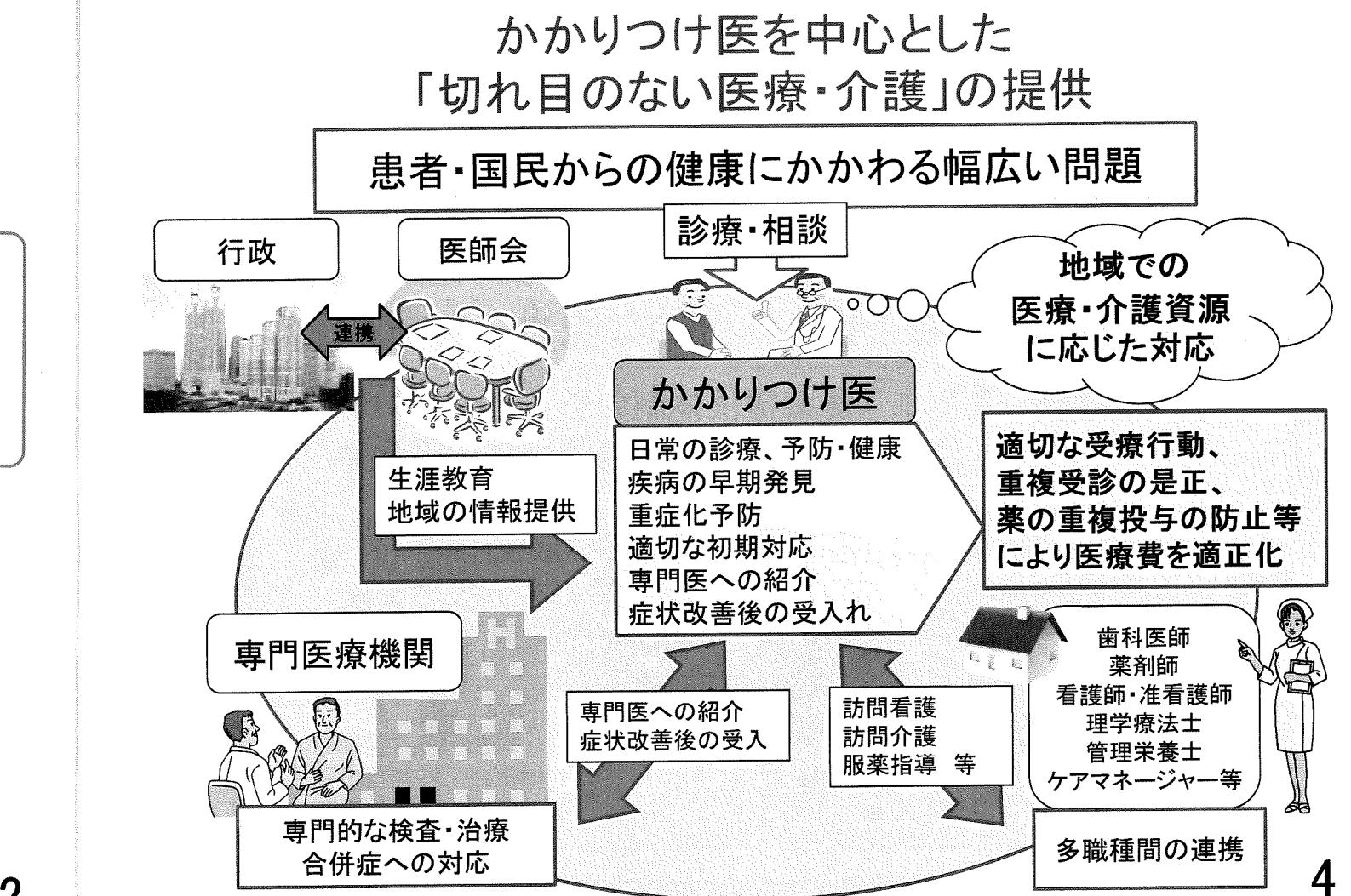
#### ○疾病予防、健康づくりの推進～健康寿命の延伸とそれによる支え手の増加～

人生100年時代の安心の基盤は健康であり、生涯を通じ健やかに過ごすためには予防が重要。

#### ○国民皆保険の理念の堅持

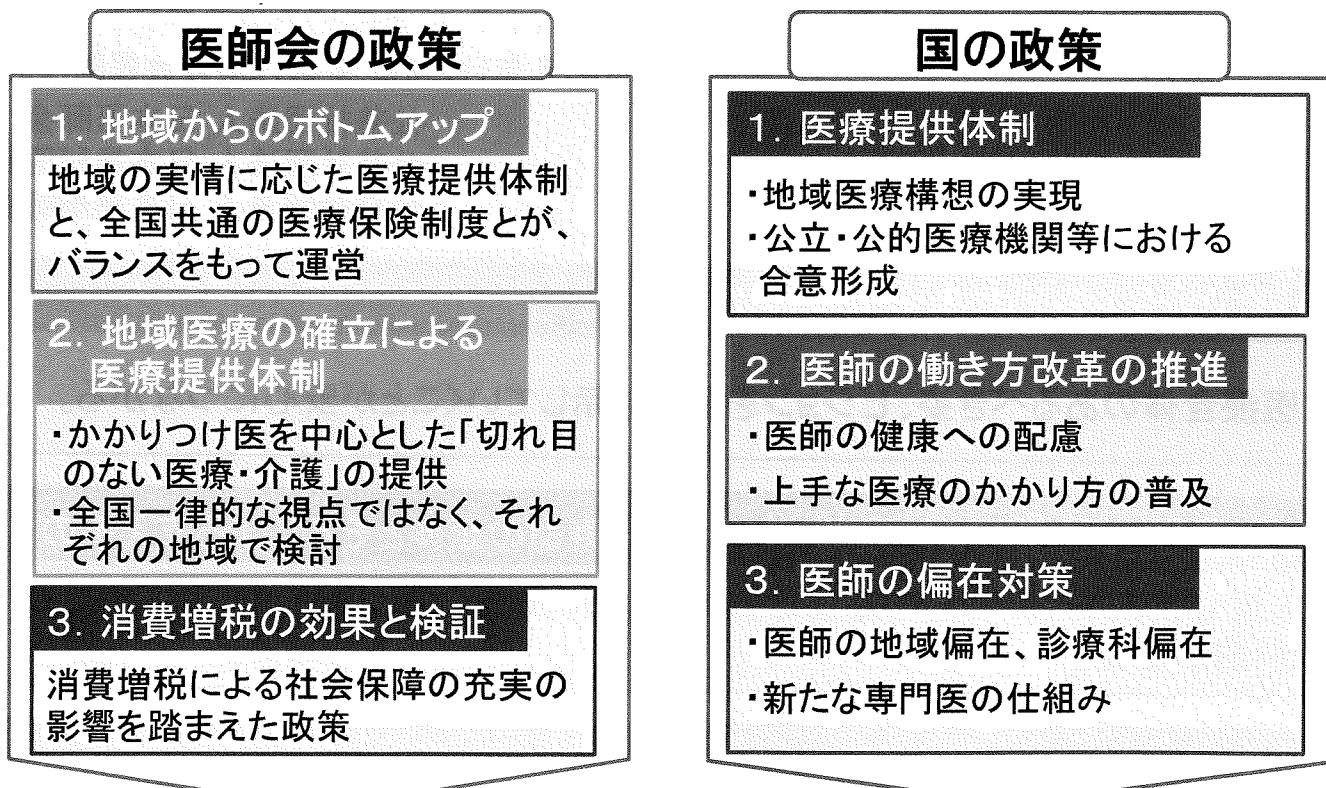
国民皆保険の理念に沿った改革こそが国民の安心につながる。

## 1. 人生100年時代の患者・国民の安心につながる 丁寧な議論を



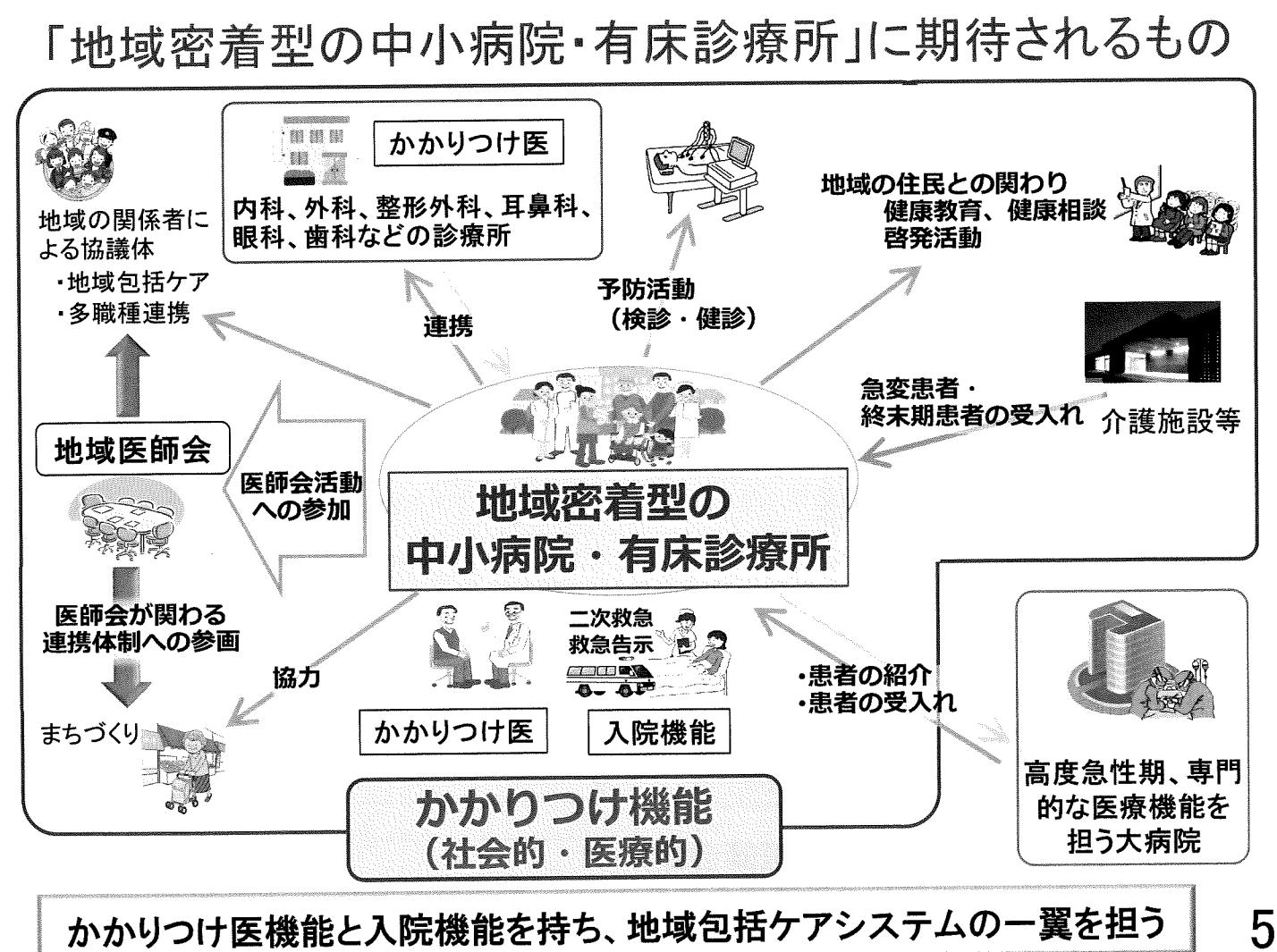
2

## 超高齢社会、人口減少社会に向けた医療のあり方



3

都道府県において、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を検討し、  
地域の実情に応じて、医療資源を活用



5

## 外来機能の分化と連携の推進

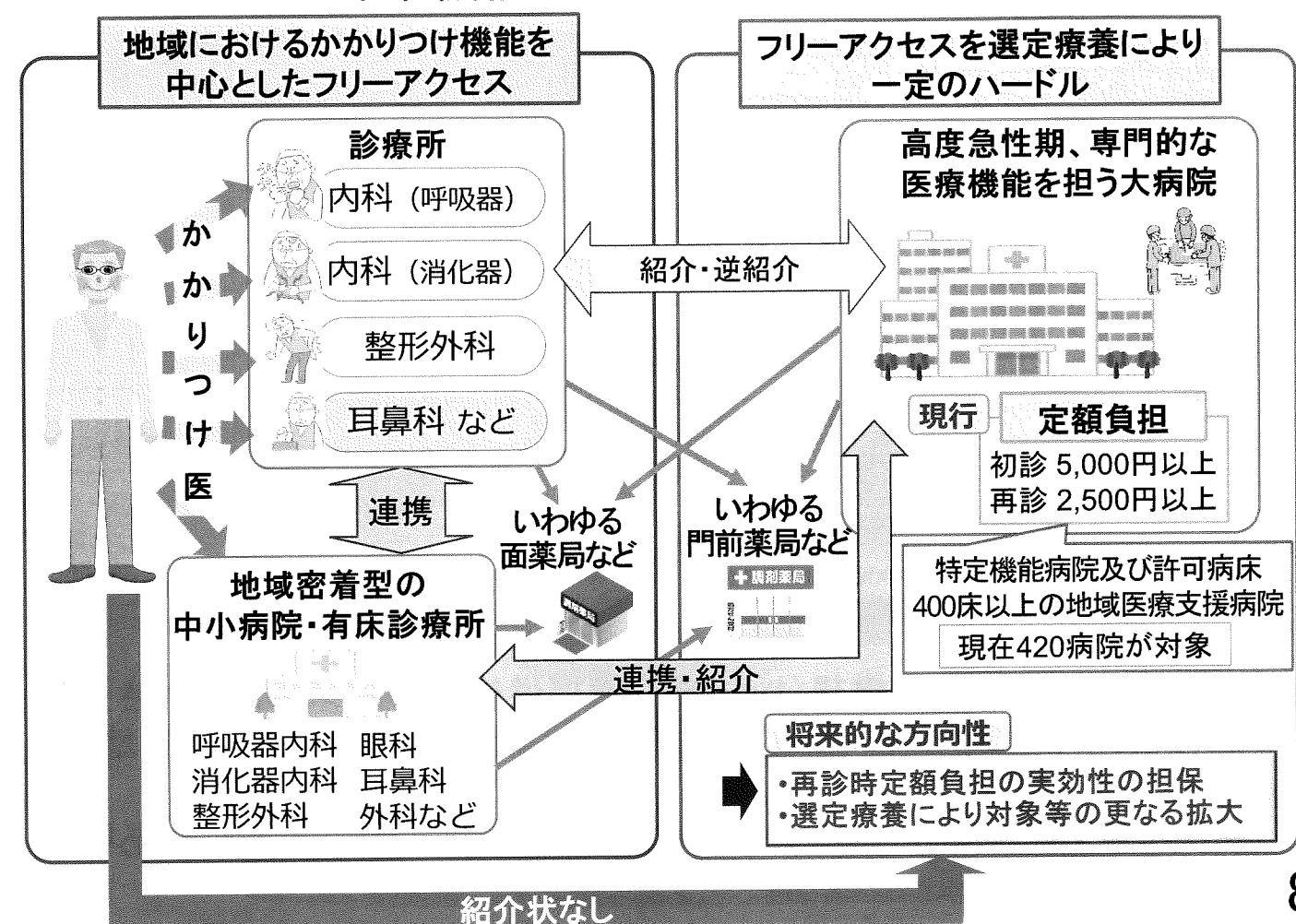
### 「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「医療提供体制のあり方」 2013年8月8日  
日本医師会・四病院団体協議会



6



8

### 日医かかりつけ医機能研修制度

今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施。

#### 【かかりつけ医機能】

- 患者中心の医療の実践
- 継続性を重視した医療の実践
- チーム医療、多職種連携の実践
- 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
- 地域の特性に応じた医療の実践
- 在宅医療の実践



\* 日本医師会ホームページ「日医かかりつけ医機能研修制度」制度概要  
([http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/kakari/system20160317\\_1.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/doctor/kakari/system20160317_1.pdf))

#### 日医かかりつけ医機能研修制度 応用研修会

【2016年度】  
9,391名受講

【2017年度】  
9,712名受講

【2018年度】  
10,609名受講

#### 【2019年度】

6,325名受講 (於:日本医師会館)

今後、応用研修の受講機会確保のため、都道府県医師会・郡市区医師会においても同様の研修会の開催を依頼。

7

### 紹介状なしの大病院受診時の定額負担の見直しについて

病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初・再診において特別の料金を徴収できる。

#### 2018年度診療報酬改定

##### ○対象となる医療機関

特定機能病院、許可病床400床以上の地域医療支援病院

##### ○定額負担

最低料金: 初診時 5,000円

再診時 2,500円

他の保険医療機関等からの紹介なしに病院を受診した患者

他の医療機関(200床未満)に対し、文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者

※緊急その他やむを得ない事情がある場合については、定額負担を求めないこととする。

「保険医療機関及び保険医療養担当規則」等を改正し、紹介状なしで大病院を受診した患者から定額負担を徴収する責務がある医療機関の対象範囲について、特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院へ拡大する。

	地域医療支援病院数※ (2018年12月末時点)
100～199床	20
200～299床	93
300～399床	160
400～499床	160
500床以上	174
計	607

(出所)「個別改定項目について」2018年2月7日、中医協総会資料

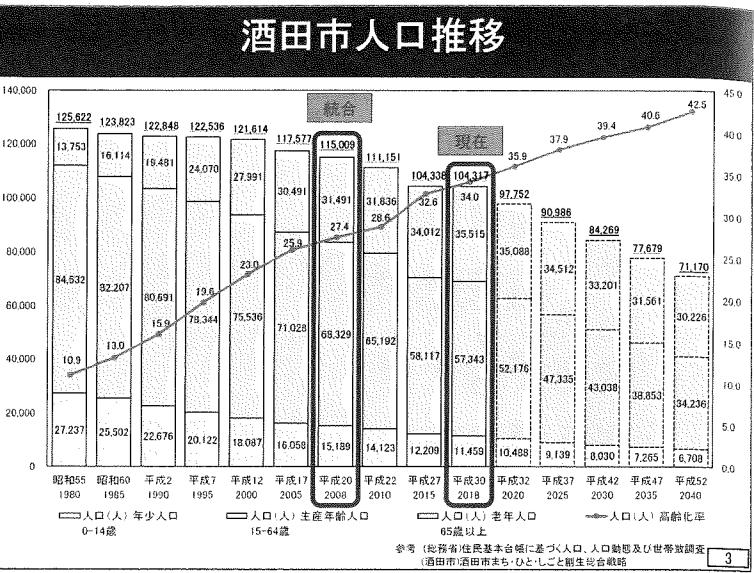
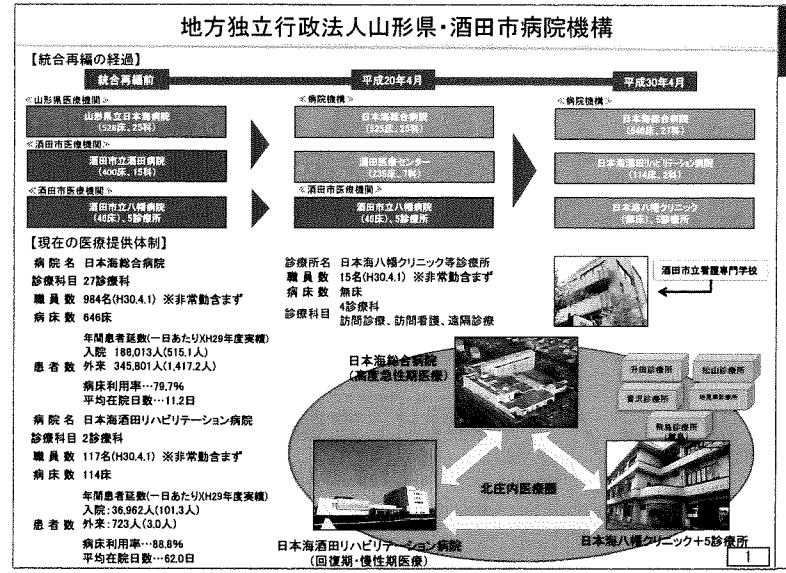
対象病院数は  
262病院から420病院に拡大※)

2018年度改定で追加された病院

※)「患者・国民に身近な医療の在り方について」2019年5月15日  
中医協総会資料

9

## 地域における病床の收れん



(出所) 内閣官房 未来投資会議 産官協議会「次世代ヘルスケア」会合(第3回)(2019年3月1日)  
(<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/miraitoshikaigi/sankankyougikai/healthcare/dai3/siryou2.pdf>)

都道府県が地域医療構想(地域の医療提供体制の将来のあるべき姿)を医療計画に策定している。高齢者人口の増加には地域差があり、地域のニーズや人口減少に応じて、病床は減少していく。

病床を急激に減少させると、地域医療に混乱をもたらす可能性があり、ソフトランディングをしていく必要がある。

10

## 地域医療構想の実現に向けて

2019年9月26日に開催された厚生労働省の「第24回地域医療構想に関するワーキンググループ」において、具体的対応方針の再検証を要請する公立・公的医療機関等424病院がリスト化され、公表。

公表の結果、大きな混乱が生じている地域もあり、大変な危惧を抱いております。今後人口の減少に伴い、現在の機能の病床数が不要になり、機能を変更したり縮小していく地域がありますが、一部マスコミの報道では、「ダウンサイジング」の趣旨が省略されて「再編・統合」という言葉のみが先走った結果、地域の住民が「近くの病院がなくなるのではないか」という懸念を抱いたことも混乱の一因であると思います。

民間病院がまずは地域に必要な医療機能に合わせて医療を提供しており、その機能を制度上の位置づけで補完するのが公立・公的病院の役割です。民間病院は自らの経営責任の下、オウンリスクで経営しており、憲法で定められた財産権もあります。

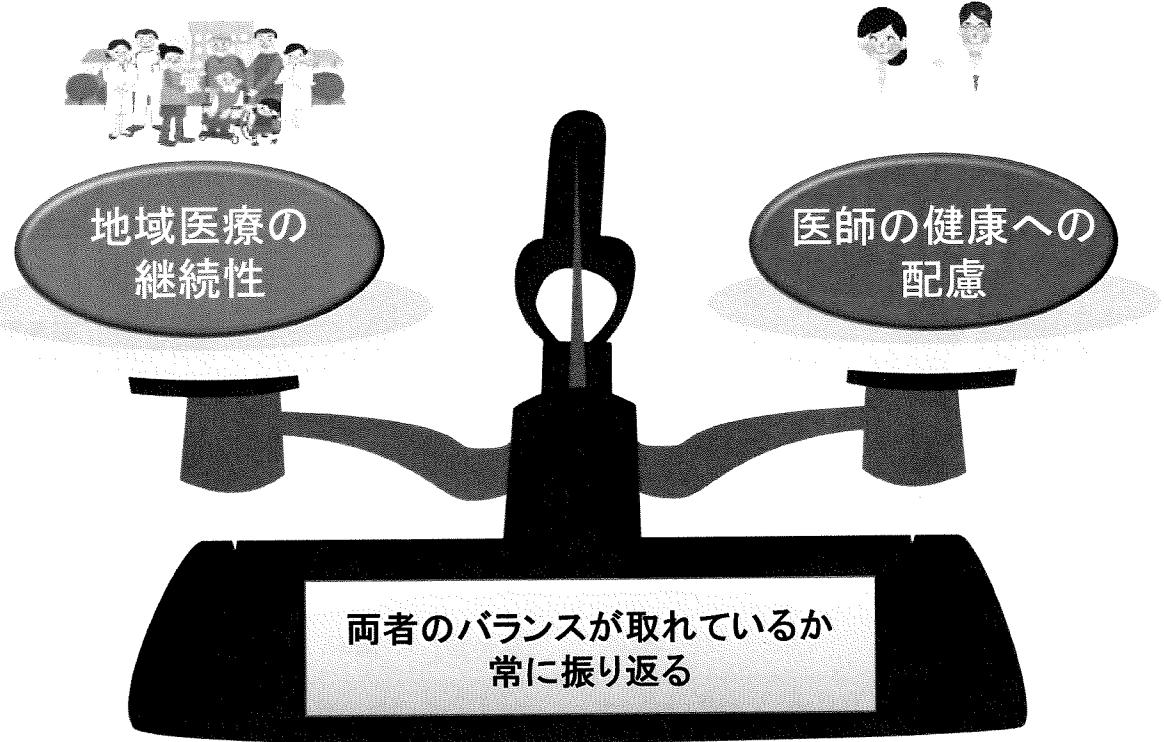
高齢者人口の増加には地域差があり、地域のニーズや人口減少に応じて、病床の機能は変化します。急激に病床を再編すると地域医療に混乱をもたらす可能性があり、地域においてしっかりと議論した上で、患者さんや地域住民を不安にさせることがないよう、ソフトランディングをしていく必要があります。

地域医療構想調整会議において、今回の分析方法だけでは判断しえない地域の実情を加えながら議論を尽くしていただくことが重要です。

# 医師の働き方改革の基本理念

## 「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の両立

医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要である。

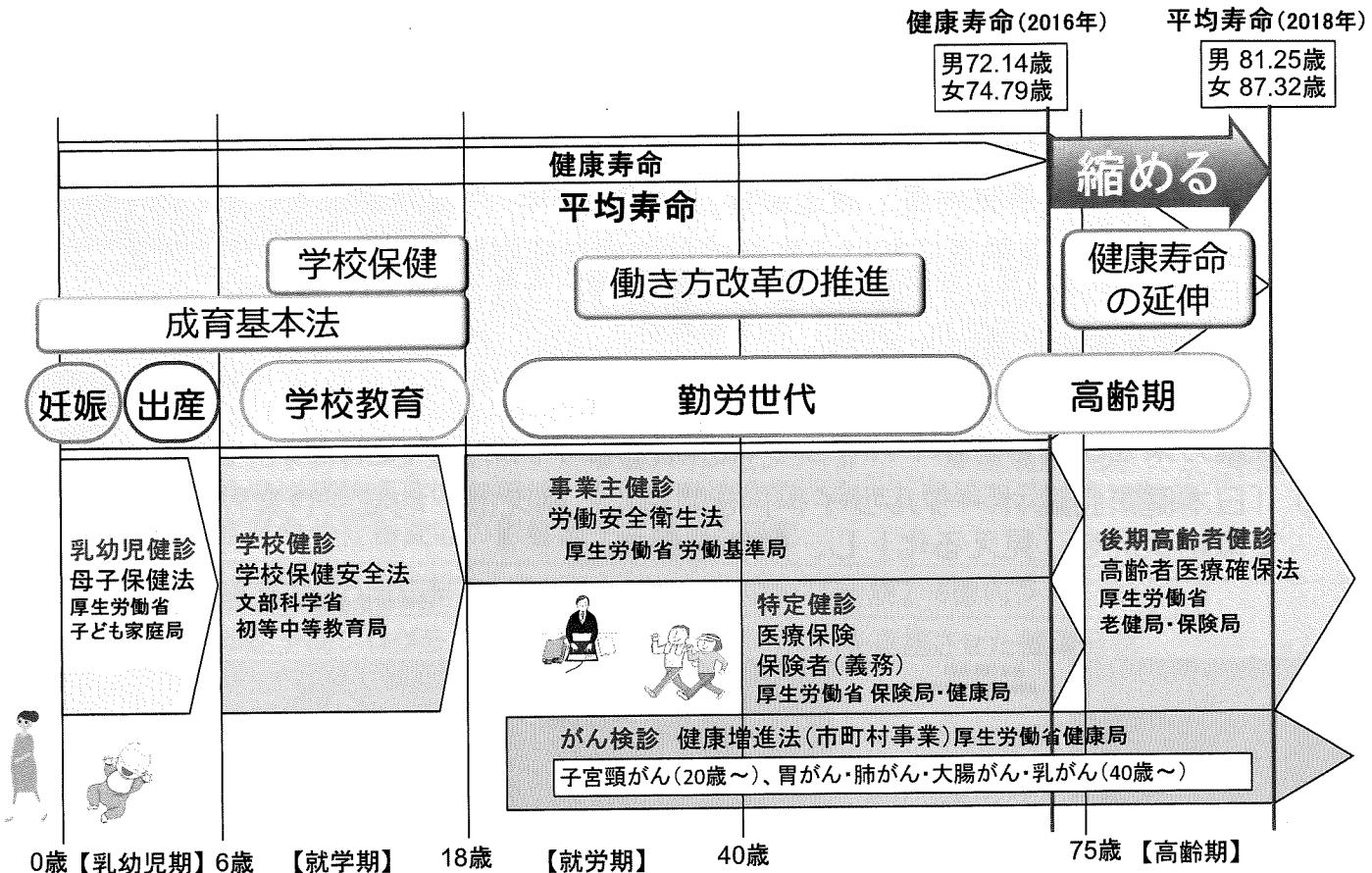


# の働き方改革と救急医療に関する日本医師会緊急調査 (2019年3月実施)

- ・相当の救急医療機関は医師の働き方改革に対応できるが、一部の医療機関・地域では難しい状況にある。
  - ・順次実施されていく「医師の働き方改革」推進のための各種施策の改善効果も期待されるが、同時に、都道府県医師会・都市区医師会と行政との連携により、支援が必要な地域や医療機関を早期に把握していくことが重要である。
  - ・救急医療へのアクセスについて、地域格差の発生・拡大を防ぎ、国民医療を守っていくためには、医師の派遣や公的な財政支援等により、対応困難な個々の救急医療機関、特にその多数を占める民間施設を支え、働き方改革の達成に導いていく方策が重要である。

\*2019年4月10日 日本医師会定例記者会見より  
([http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20190410\\_11.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20190410_11.pdf))

## 人生100年時代に向けた健康寿命の延伸



14

## 健康寿命の延伸とそれによる支え手の増加

### 高齢化、高齢者の増加による社会保障費の増加

社会保障改革の主眼が「国による医療・介護に対する支出の抑制」によって、結果として質の低下を及ぼすようでは、国民の理解は得られない。また、急激な制度変更による医療・介護に対する支出の抑制政策をとれば、以前後期高齢者医療制度導入のときに見られたように国民の反発を招きかねない。

国民の「住み慣れた地域で、自分らしく生涯を全うしたい」との願いをすべての関係者が共有し、成熟社会である「令和」の時代は、社会の格差が拡大しないよう、社会保障を充実させ、経済成長を促すような取り組みを推進。

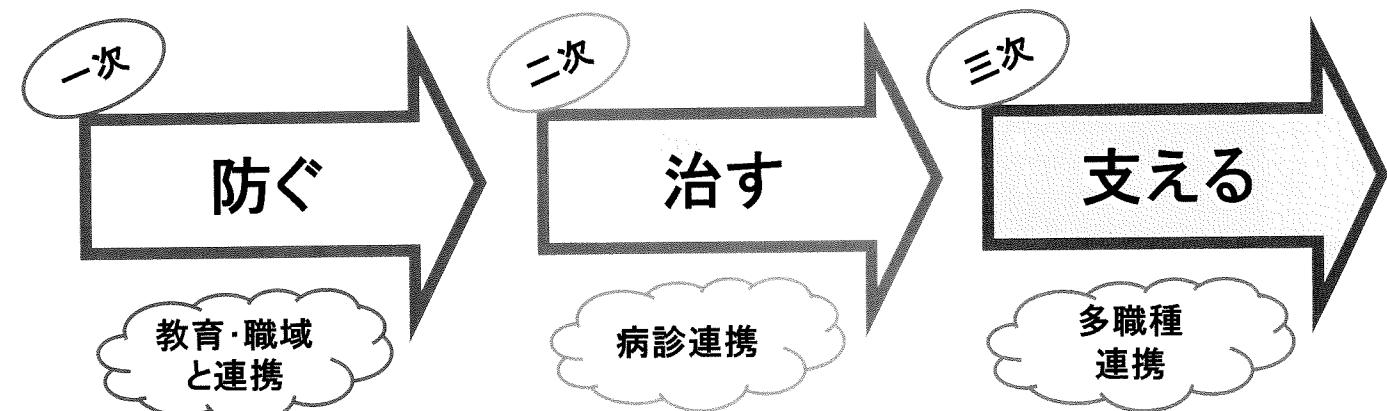
健康寿命を延伸することにより、結果として支え手も増加

## 妊娠・出産から高齢者まで切れ目のない全世代型社会保障 16

医療 = 予防・教育 + 診断・治療 + 再発重症化予防・見守り・看取り

### 「病を防ぐ」は医療の大きな役割

医師の役割は診断治療だけではない。  
『人生100年時代』生涯を通じ健やかに過ごすためには予防が重要である。



### かかりつけ医の役割

学校医としての役割

産業医としての役割

15

17

## 日本健康会議

- ◆ 経済界・医療関係団体・自治体等のリーダーが手を携え、健康寿命の延伸とともに医療費の適正化を図ることを目的として、自治体や企業、保険者における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるために、民間主導の活動体である「日本健康会議（事務局長：渡辺俊介）」を2015年7月に発足。
- ◆ 自治体や企業・保険者における先進的な取組を横展開するため、2020年までの数値目標(KPI)を入れた「健康なまち・職場づくり宣言2020」を採択。
- ◆ この目標を着実に達成するため、
  - ① 取組ごとにワーキンググループを設置し、厚労省・経産省も協力して具体的な推進方策を検討し、ボトルネックの解消や好事例の拡大を行う。
  - ② 「日本健康会議 ポータルサイト」を開設し、例えば、地域別や業界別などの形で取組状況を「見える化」し、競争を促す。

\*日本健康会議(<http://kenkokaigi.jp/index.html>)

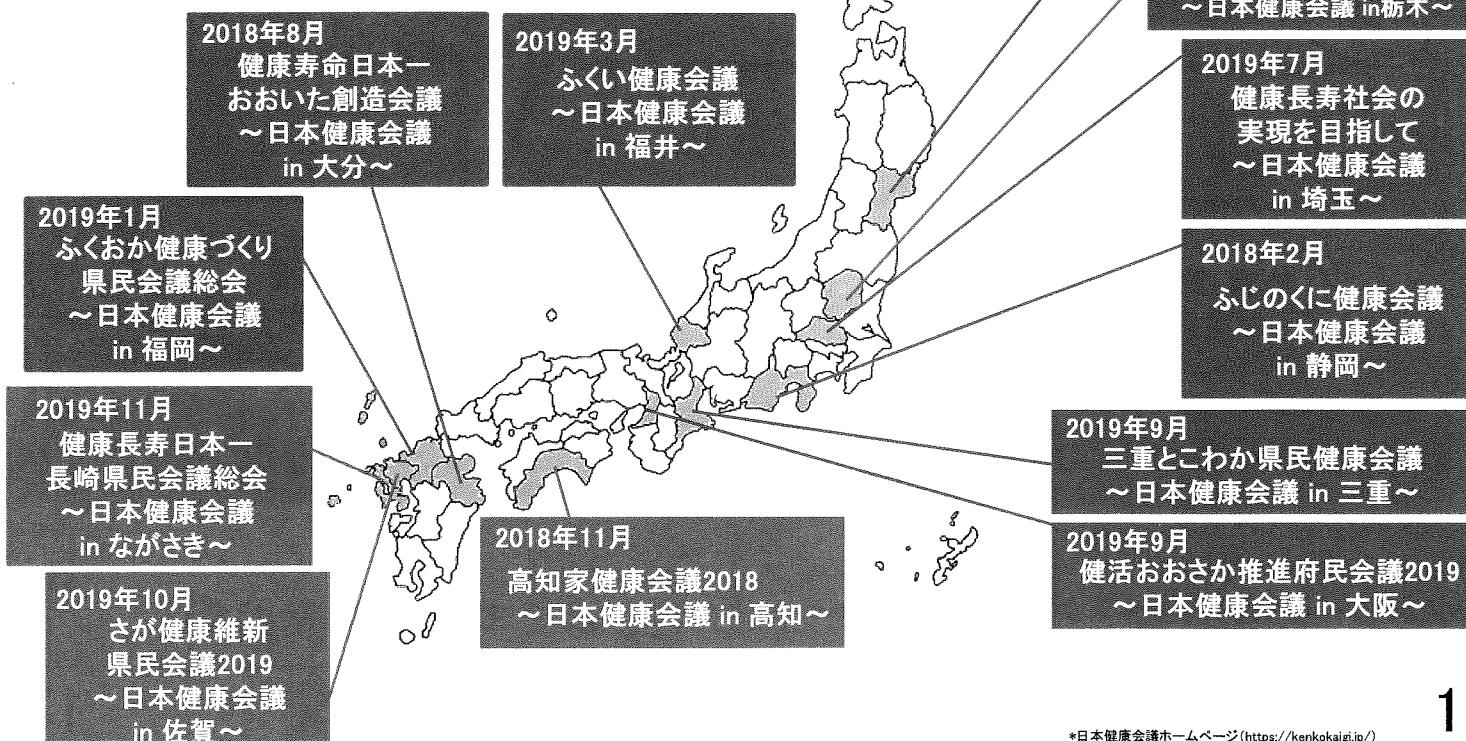


日本健康会議2019の様子  
(2019年8月23日)

18

## 地域版日本健康会議

全国で、地域版日本健康会議を立ち上げていただき、地域住民の健康増進の取り組みをさらに進めさせていただきたい。



\*日本健康会議ホームページ(<https://kenkokaigi.jp/>)

## 予防・健康づくりにおけるエビデンスの確立

経済財政運営と改革の基本方針2019(骨太の方針2019) P.15-16

疾病予防の促進や介護予防の改革を進めるため、エビデンスに基づく評価を取組に反映していくことが重要である。このため、データ等を活用した予防・健康づくりの健康増進効果等を確認するため、エビデンスを確認・蓄積するための実証事業を行う。

2020(令和2)年度概算要求

スケジュール: 2019年度に実証事業の詳細検討、2020～2022年度に実証実施

厚生労働省で行う実証事業(予定) <概算要求額【新規】11億円>

- ◆ 特定健診・保健指導、がん検診等のアクセシビリティ向上策
- ◆ AI・ICTを活用した予防・健康づくり、介護予防
- ◆ 重症化予防プログラム ◆個人インセンティブ ◆歯周病予防 ◆運動療法
- ◆ 女性向け健診項目の有用性 ◆食行動の変容に向けた尿検査及び環境整備
- ◆ 健康寿命や行動変容の影響因子に関する研究

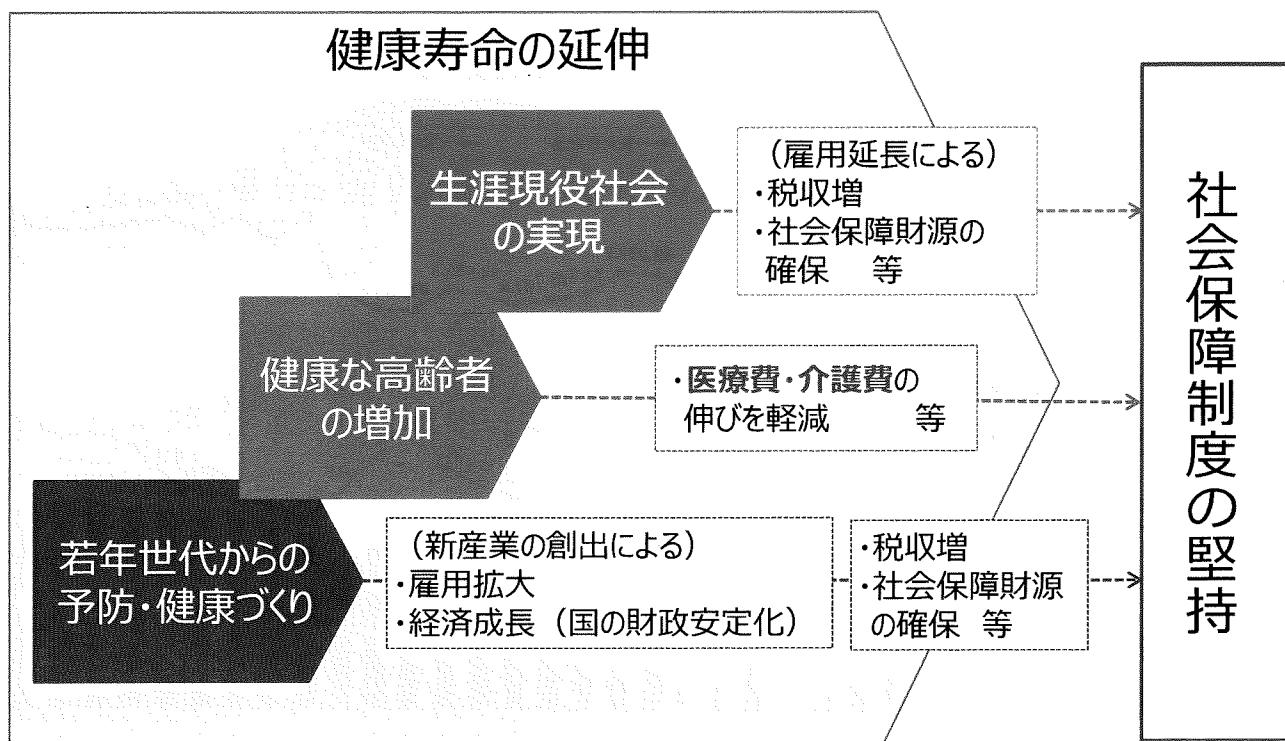
経済産業省で行う実証事業(予定) <概算要求額【新規】8億円>

- ◆ 認知症予防プログラム ◆複数コラボヘルスを連携させた健康経営
- ◆ 認知症共生社会に向けた製品・サービス

現在、政府「全世代型社会保障検討会議」、自由民主党「人生100年時代戦略本部」において、予防の重要性がクローズアップされている。一方で、予防に関するエビデンス不足が指摘されている。日本医師会では、かかりつけ医が予防・健康づくりに積極的に関わることが必要であると考えている。全世代型社会保障制度構築に向け、大規模実証事業によってエビデンスをしっかりと確立し、国民の健康さらには幸福に寄与していくことが重要である。

20

## 健康寿命の延伸と実現すべき社会

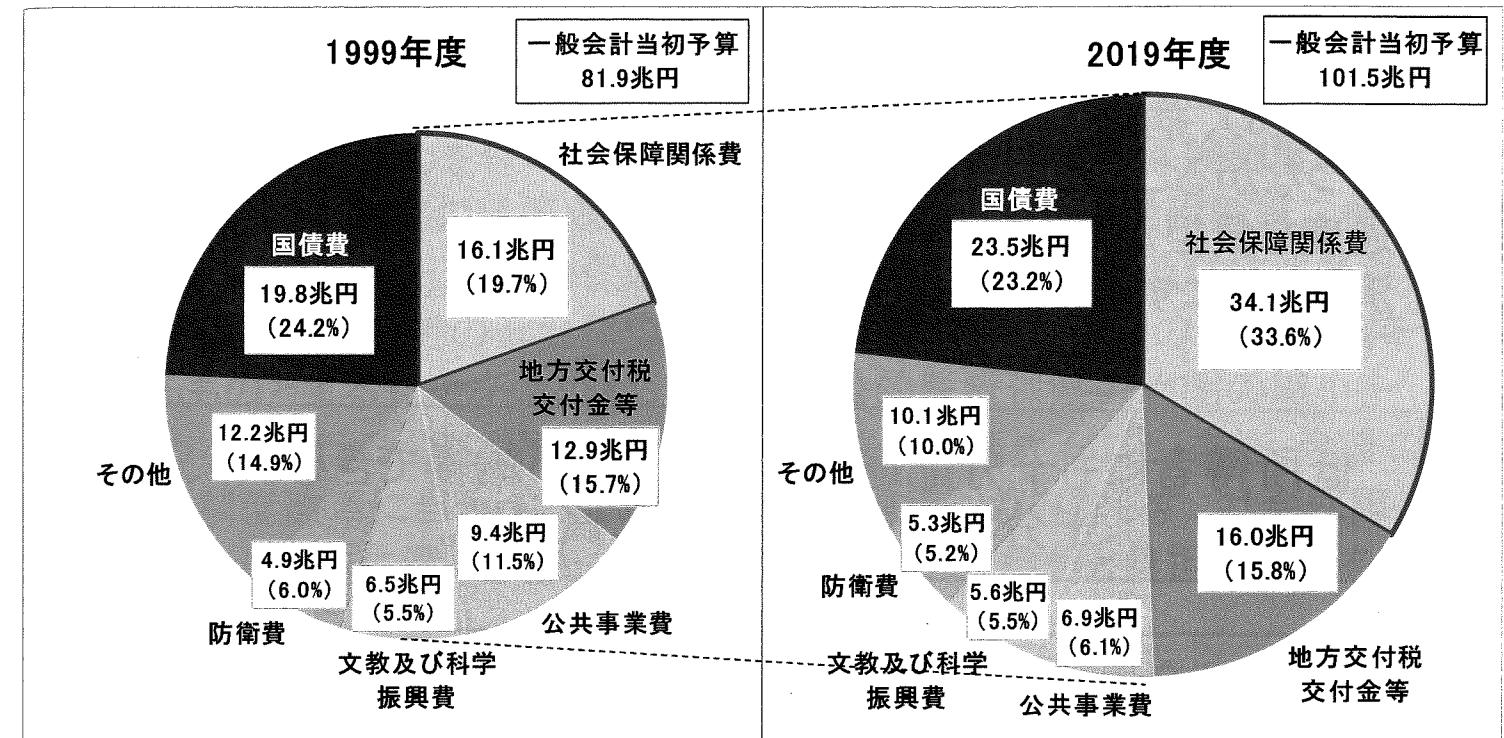


19

21

## 政府予算内訳の比較(1999年度→2019年度)

### 3. 国民皆保険の理念の堅持

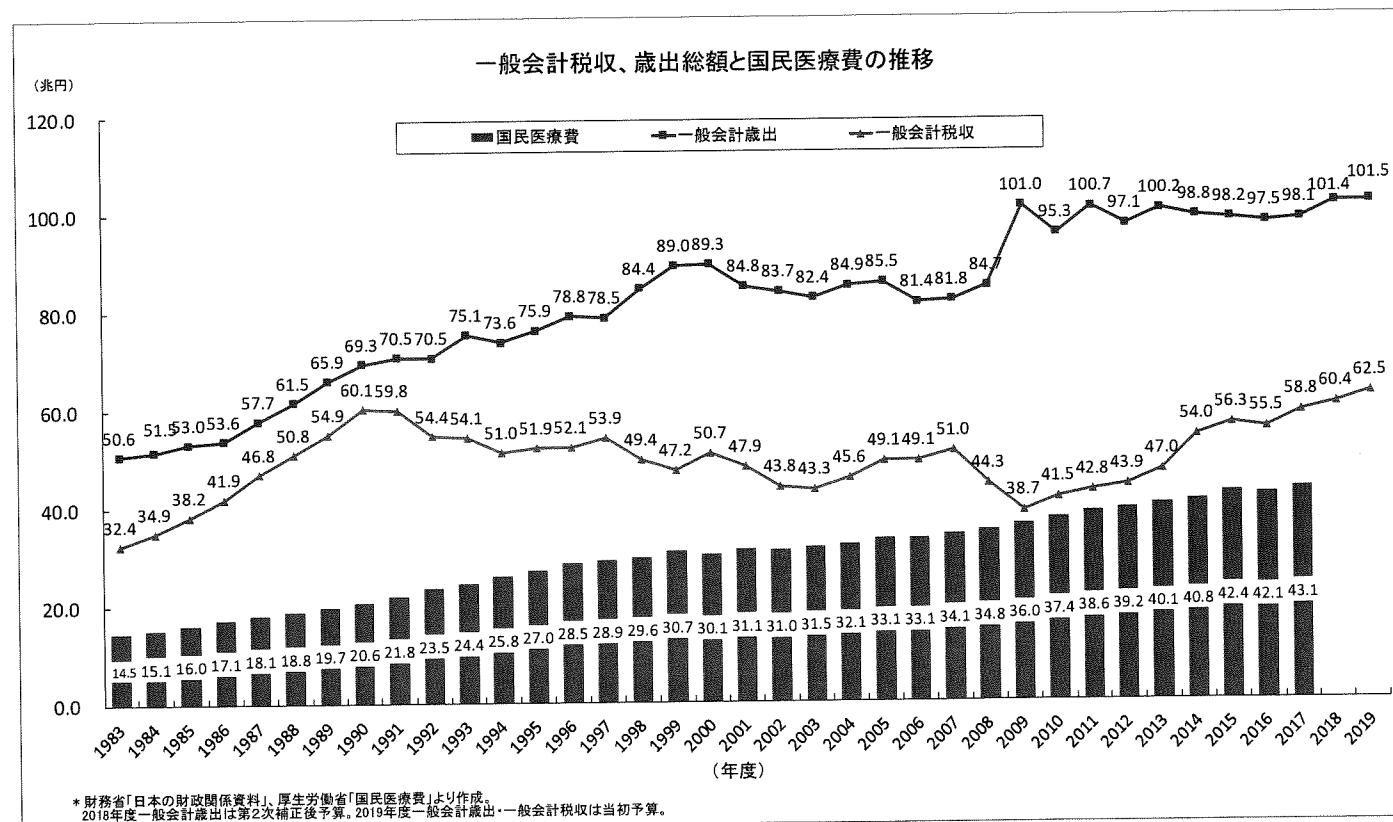


\*財務省「平成31年度予算政府案 予算のポイント」「財政統計」

22

24

### 一般会計税収、歳出総額と国民医療費の推移



### 財政健全化を主張する立場が求めてくる項目

#### 1. 後期高齢者の患者負担の引き上げ

#### 2. 外来受診時定額負担

#### 3. 薬剤自己負担の引き上げについて幅広い観点からの検討

23

25

## 後期高齢者の患者負担の引き上げについて

高齢になれば若い時よりも医療を必要とする機会が増えるため、病気の早期発見につながることから、生活に過度な負担がかからないで済むようにするのが望ましい。

一方で、現役世代に負担がかかっていることも十分に理解できる。

低所得者にも十分配慮しつつ、国民が納得できるよう、十分な議論を尽くしていくべき。

### → 社会保障の持続可能性と財政健全化の両立

\*2019年9月18日 日本医師会定例記者会見

26

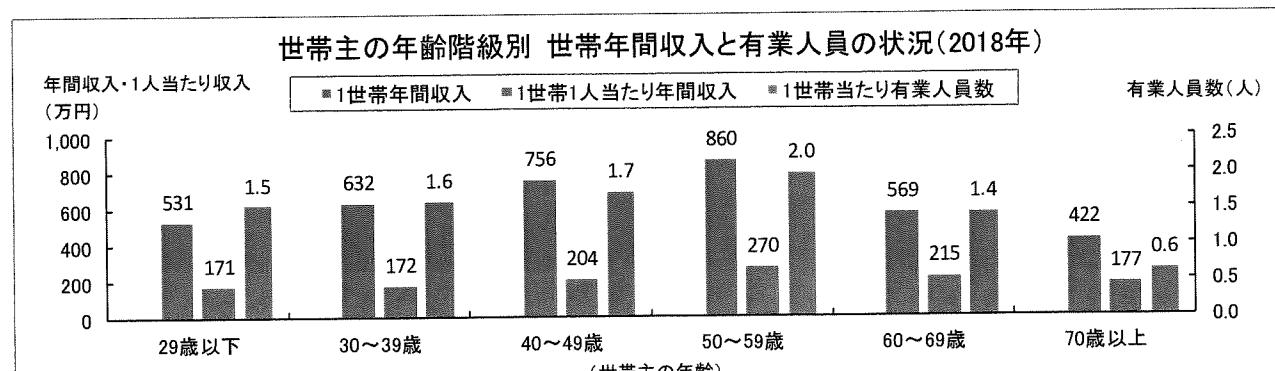
## 高齢者の自己負担割合と収入状況

社会保障の持続可能性と財政健全化の両立を図るため、低所得者にも十分配慮しつつ、国民が納得できるよう、十分な議論を尽くしていくべきである。

前年の年収 約370万円※)	70～74歳 (昭和20(1945)年生～昭和24(1949)年生)		75歳以上 (~昭和19(1944)年生)	
	現役並み 所得者	3割負担	一般・ 低所得者	2割負担

※) 健保組合の被保険者を前提として計算した年収。国保・後期高齢者の場合には年収額は約383万円に相当。

\*厚生労働省ポスターより作成 (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000209856.pdf>)



## 健康保険法等の一部を改正する法律案附帯決議 (2006年6月)

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に対する附帯決議  
(2006年6月13日 参議院厚生労働委員会)

国民生活の安心を保障するため、将来にわたり国民皆保険制度を堅持し、平成十四年の健康保険法等の一部を改正する法律附則第二条第一項に明記された、「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする」ことを始めとして安易に公的医療保険の範囲の縮小を行わず、現行の公的医療保険の範囲の堅持に努めること。また、今後の医療制度改革に当たっては、個々の制度見直しのみならず、社会保障全体の在り方に深く留意し、国民の視点に立った給付と負担の関係を明らかにすること。

→ 受診時定額負担は改正健保法附則で明記され、その後の国会での附帯決議でも確認されてきた、「給付率100分の70」を超えて患者から徴収するものであり、容認できない。

28

## 大病院選定療養と受診時定額負担の違い

### 大病院選定療養

大病院選定療養は、必ずしも大病院にかかる必要のない患者に対して、フリーアクセスの濫用を防ぐためのもの。療養の給付と直接関係ないアメニティに課す負担。

- 2016年の診療報酬改定で導入
- 2018年の診療報酬改定で対象病院が拡大
  - 特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院
- 最低料金: 初診時 5,000円  
再診時 2,500円

→ 対象等をさらに拡大

### 受診時定額負担

受診時定額負担は、患者から定率負担に加え一律に定額の追加負担を求めるものであり、医療のアクセスを制限し、受診抑制を招くもの。  
医療が必要な社会的弱者である患者に対する追加負担。

- 民主党政権下の2011年7月の「社会保障・税一体改革成案」で提言されたが、国民にとって良い案とは言えないため、導入は見送られた。
- 将来にわたり患者の療養給付を最大でも3割までしか負担を求めないとしてきた、これまでの原則を破って患者に負担を求めていくもの。

→ 導入は容認できない

27

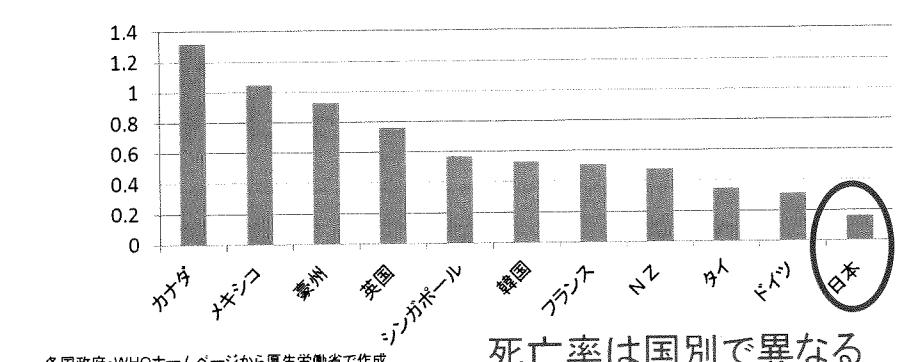
29

## 新型インフルエンザ(H1N1)2009で日本が低い死亡率を達成できた背景

- ・医療アクセスの良さ
- ・抗インフルエンザウイルス薬の迅速な処方
- ・医療水準の高さ
- ・国民の公衆衛生に対する意識の高さ(予防の徹底)

これらに加え、ワクチンの接種に関する事業における受託医療機関、診療にあたった診療所、病院、薬局等、医療現場における医師や看護職員、薬剤師等、医療従事者の献身的な努力があつたことを忘れてはならない。

	米国	カナダ	メキシコ	豪州	英国	シンガポール	韓国	フランス	NZ	タイ	ドイツ	日本
集計日	2/13	4/10	3/12	3/12	3/14	4月末	5/14	—	3/21	—	5/18	5/26
死亡数	推計 12,000	428	1,111	191	457	25	257	312	20	225	255	199
死亡率 (人口10 万対)	(3.96)	1.32	1.05	0.93	0.76	0.57	0.53	0.51	0.48	0.35	0.31	0.16
PCR	—	全例	—	—	全例	全例	260名は PCRで確定	—	全例	—	全例	184名は PCRで確定



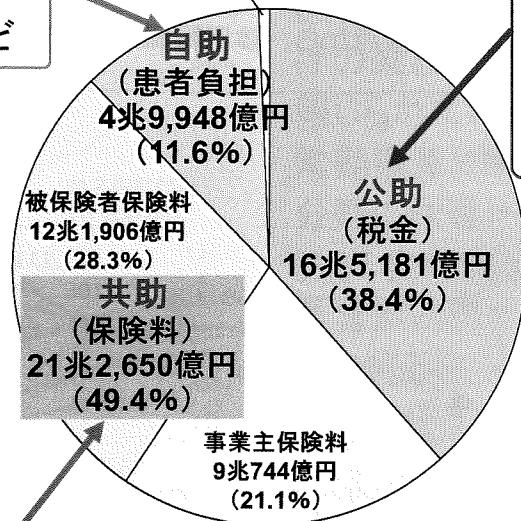
各国政府・WHOホームページから厚生労働省で作成

(出典)平成22年6月8日開催 第7回新型インフルエンザ(A/H1N1)対策総括会議 参考資料

30

## 国民医療費の財源構成(2017年度)と改革の方向性

- 所得や金融資産の多寡に応じた負担  
※マイナンバーの活用など
- 新たな税財源の確保による消費税一本足打法からの脱却  
※死亡された場合の税のあり方  
※内部留保を資金や設備投資に回すようなインセンティブとしての課税など



2017年度 国民医療費  
43兆710億円

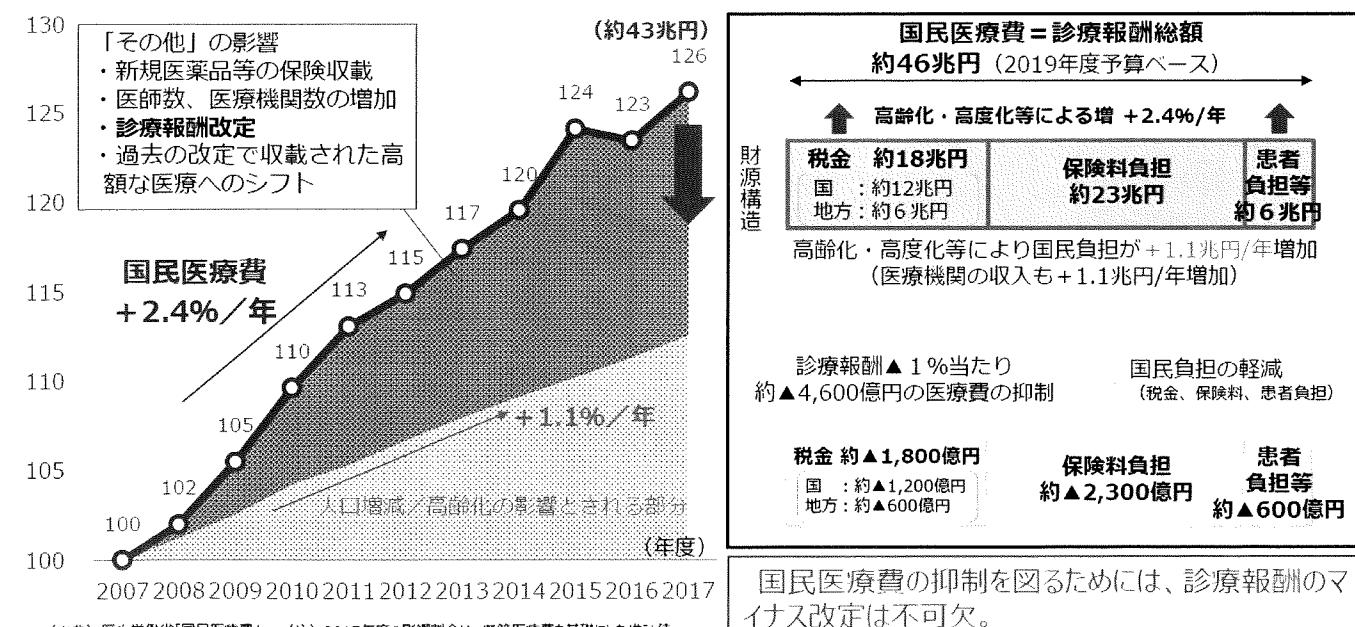
- 休業時の毎月給付である健康保険の傷病手当金を雇用保険の傷病手当へ  
※景気回復による雇用情勢の改善に伴い、安倍政権発足後の6年間で雇用保険料率は1.35%から0.9%へと、0.45ポイント低下した
- 被用者保険の保険料率を協会けんぽ(10%)に合わせて引き上げ  
※保険料率 国家公務員共済:7.84%、組合健保:9.22%など

など

32

(参考)財務省資料 診療報酬改定に係る基本的な考え方：医療費の伸びを意識した水準

- 過去10年間で国民医療費は平均2.4%/年のペースで増加。このうち、高齢化等の要因による増加は平均1.1%/年であり、残りの半分程度は人口増減や高齢化の影響とは関係のない要素によるもの。  
高齢化等の要因による増加の範囲に収めるためには、診療報酬改定において2年間で▲2%半ば以上のマイナス改定とする必要。
- こうした観点から、制度改革の実現のほか、2020年度の診療報酬改定においても一定程度のマイナス改定を行い、国民負担を抑制する必要。



## 市販類似薬の保険給付範囲からの除外や償還率の変更

スイッチOTC化されたから医療用ではなくなるということではなく、医療上必要な医薬品は保険でも対象とされるべきです。  
また、重篤な疾患だけを保険給付の対象とすれば、社会保険の恩恵が薄れ、経済的弱者が軽微な症状での受診を控えることにより、重症化するおそれがあります。  
早期に診断し早期に治療することが医療の鉄則です。

\*2019年9月18日 日本医師会定例記者会見  
(http://www.med.or.jp/nichionline/article/008889.html)

31

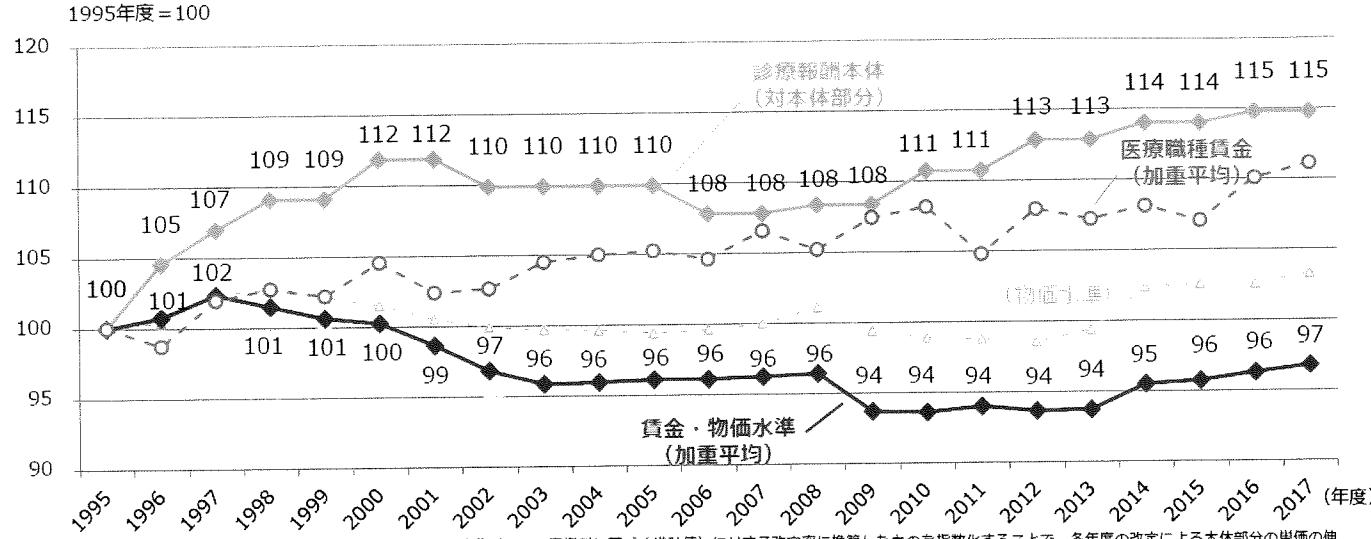
33

\*財政制度等審議会 財政制度分科会(2019年11月1日開催)資料「社会保障について②(医療)」  
(https://www.mof.go.jp/about\_mof/councils/fiscal\_system\_council/sub-of\_fiscal\_system/proceedings/material/zaiseia20191101/01.pdf)

## 診療報酬本体と賃金・物価の動向

(参考)財務省資料

- 我が国がデフレを経験した1990年代後半以降、賃金や物価水準がデフレにより上昇せず、リーマンショック後などは急激に落ち込むこともあったが、医療機関の人事費や物件費を貯う診療報酬本体の水準については、改定（人為的な価格増）により、概ね上昇を続けてきた。
- この結果、診療報酬本体の水準は、賃金や物価の水準と比べて高い水準となっており、国民負担の抑制や制度の持続可能性の観点から、診療報酬本体のマイナス改定によりこれを是正していく必要。



\* 診療報酬本体(対本体部分)は、薬剤費等を除く医療費(一部公表資料に基づく推計値)に対する改定率に換算したものを指数化することで、各年度の改定による本体部分の単価の伸びを示したもの。  
\* 医療職種賃金(加重平均)は、各年の職種別の給与(決まって支給する給与額)について、各年の職種別医療従事者数より加重平均し、指数化したもの。なお、理学療法士・作業療法士の平成7~8年の給与額は直近年からの推計値。  
\* 「賃金・物価水準」は、医療機関の費用構造における人件費と物件費の比率により、賃金(雇用者報酬)及び物価指数を加重平均したものの。

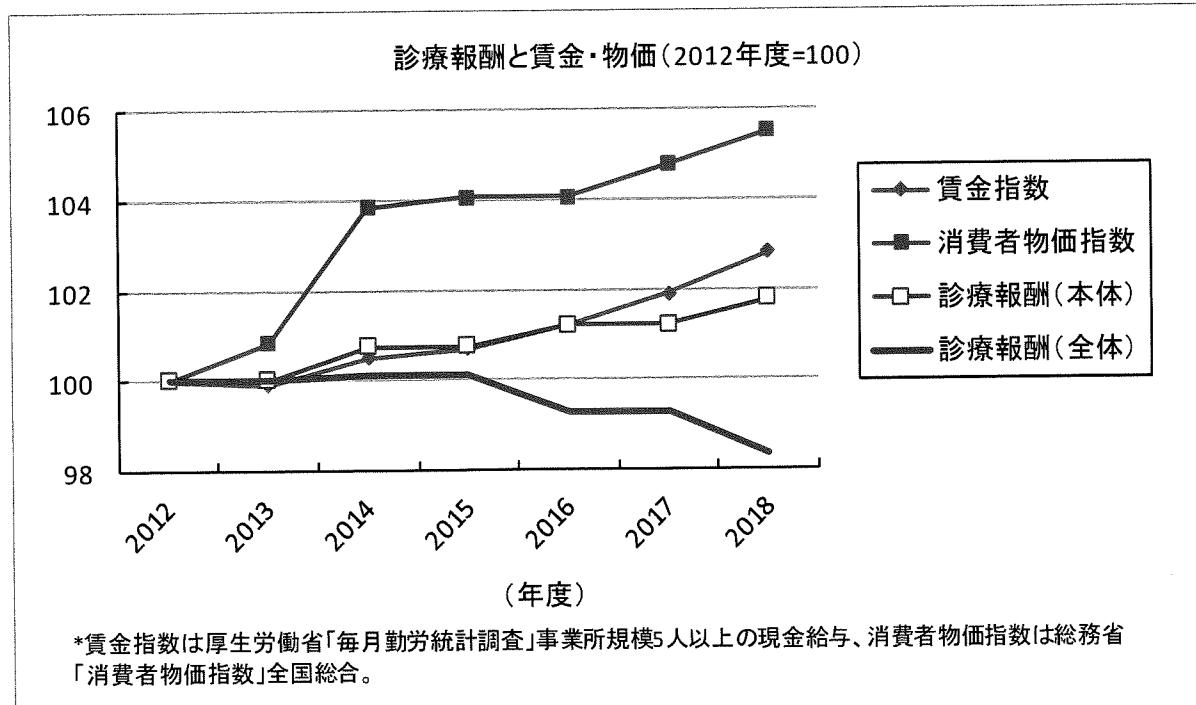
(出典) 厚生労働省発表の診療報酬改定率、内閣府「国民経済計算(GDP統計)」、総務省統計局「消費者物価指数年報」、「労働力調査」による。

\*財政制度等審議会 財政制度分科会(2019年11月1日開催)資料「社会保障について②(医療)」  
(https://www.mof.go.jp/about\_mof/councils/fiscal\_system\_council/sub-of\_fiscal\_system/proceedings/material/zaiseia20191101/01.pdf)

34

## 診療報酬と賃金・物価(2012年度=100)

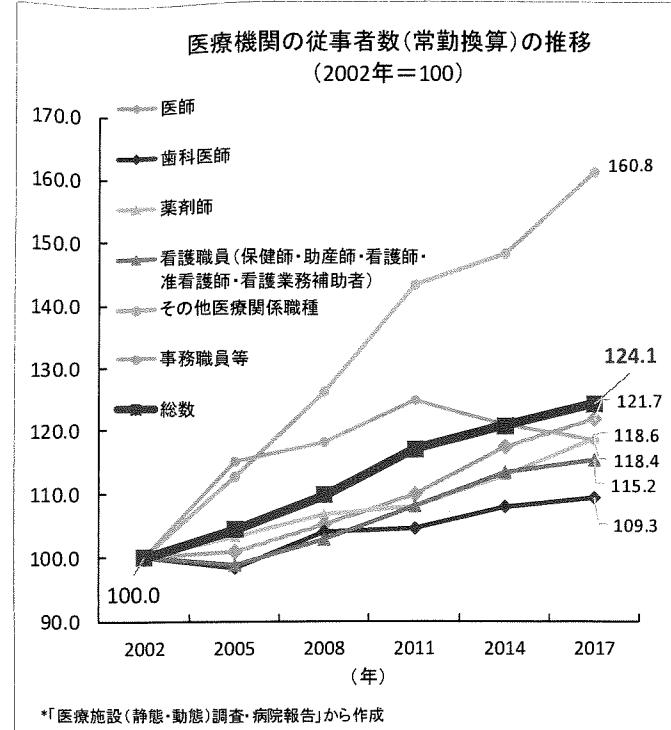
指標の動向は、どの年度を起点とするかで大きく異なる。安倍政権が始まった2012年度を起点とすると、2018年度の診療報酬本体の水準は賃金や物価よりも低い。



\*賃金指数は厚生労働省「毎月勤労統計調査」事業所規模5人以上の現金給与、消費者物価指数は総務省「消費者物価指数」全国総合。

35

## 医療機関の従事者数(常勤換算)の推移



\*「医療施設(静態・動態)調査・病院報告」から作成

### 【医療機関の医療従事者数(常勤換算)】

\*2019年11月1日 日本医師会定例記者会見  
(http://www.med.or.jp/nichionline/article/008962.html)

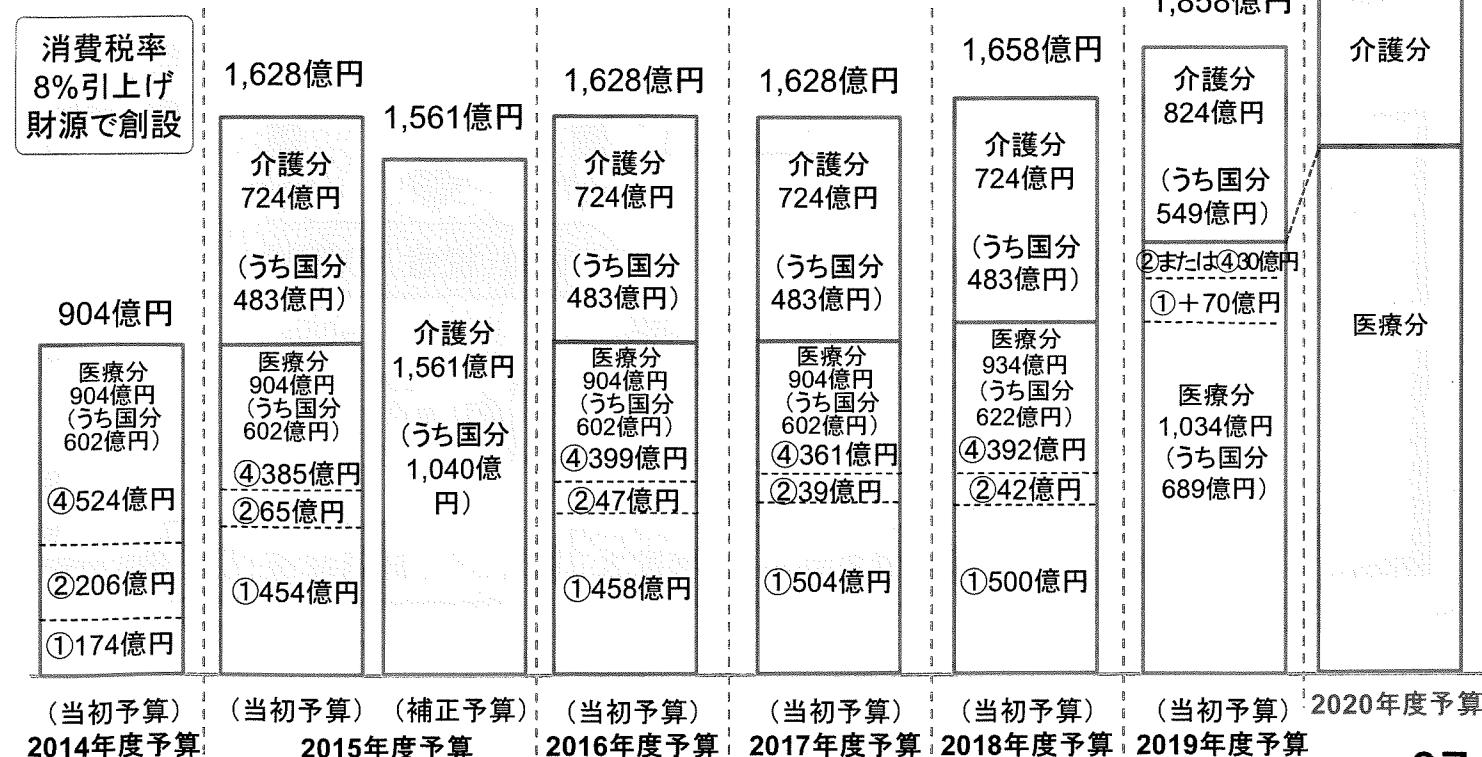
2002年	2005年	2008年	2011年	2014年	2017年
252万人	263万人	277万人	295万人	304万人	312万人

36

## 地域医療介護総合確保基金の増額について

- ① 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- ② 居宅等における医療の提供に関する事業
- ④ 医療従事者の確保に関する事業

消費税率  
10%引上げ  
に伴う増額  
(事項要求)



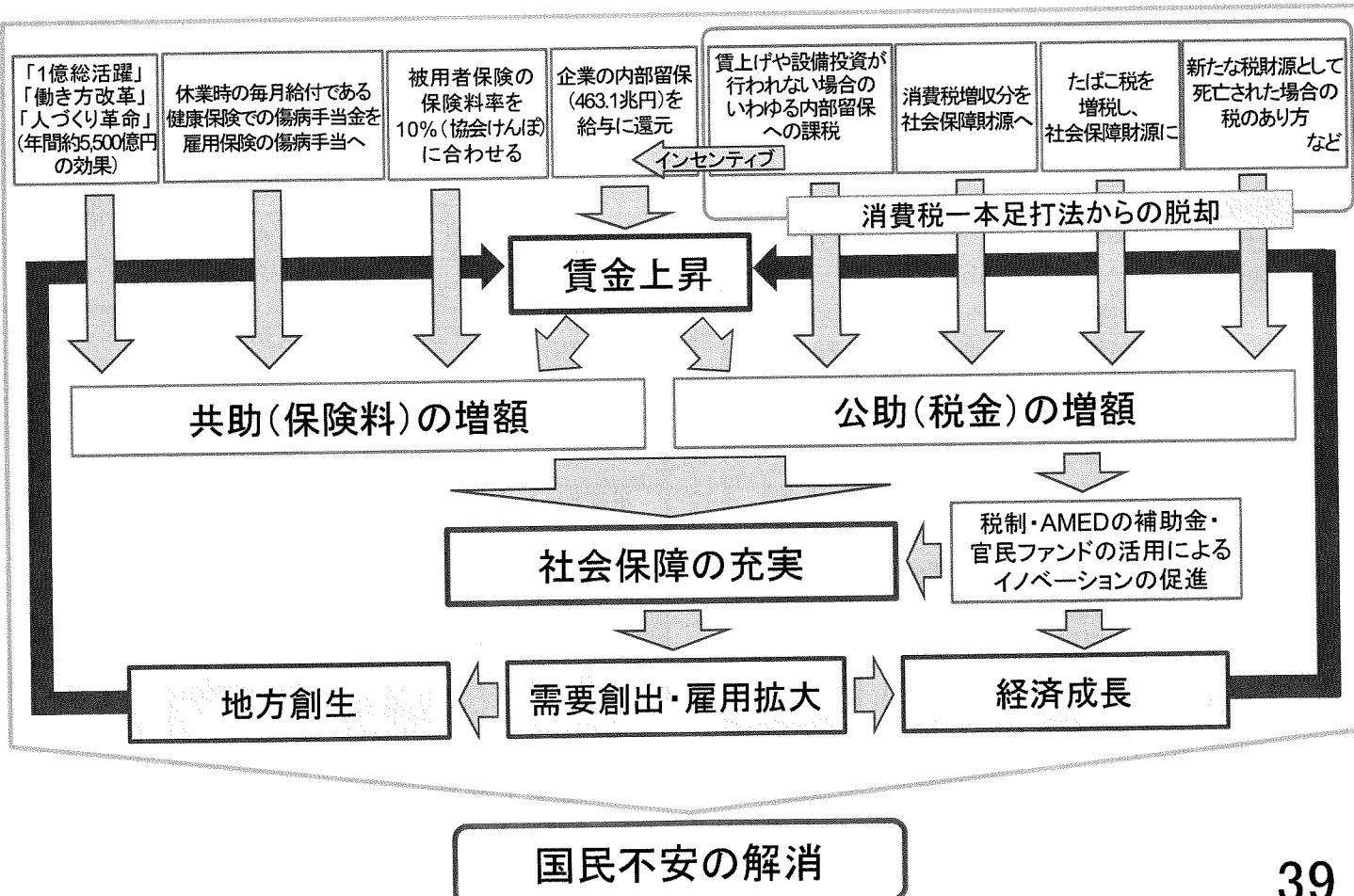
37

## 令和2年度予算編成に向けて

1. 世界に誇るべき「国民皆保険」を持続可能なものとするため、令和2年度診療報酬改定については、他産業に比べて医療分野の賃金の伸びが低いことも踏まえ、前回を大幅に上回り、さらに働き方改革が実現できるような改定率を確保するなど、地域の医療現場を支えるために十分な手当を講じるべき。
2. 社会保障費の自然増が約5,300億円と見込まれる中、消費税増収分を社会保障の充実に活用することは国民との約束であり、診療報酬の改定をはじめ、消費税増税財源を活用し、医療・介護における適切な財源を確保するべき。
3. 地域医療介護総合確保基金と医療情報化支援基金のさらなる積み増しを行うべき。
4. 医療機関等で働く人の働き方改革は、喫緊の課題であり、国民に安全・安心な医療を提供するために必要な財源と人材を確保するべき。

38

## 社会保障の充実による国民不安の解消



39