

秋田県医療関係連合会

日本医師会の医療政策

2020年1月11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)」
(秋田県バージョン)

0

本日の講演内容

1. 令和2年度診療報酬改定
2. 全世代型社会保障に向けて
3. 予防・健康づくりの推進

1

1

1. 令和2年度診療報酬改定

2

2

令和2年度 診療報酬改定について

12月17日の予算大臣折衝を踏まえ、令和2年度の診療報酬改定は、以下のとおりとなった。

1. 診療報酬 +0.55%（国費 600億円程度）

※1 うち、※2を除く改定分 +0.47%

各科改定率	医科	+0.53%
	歯科	+0.59%
	調剤	+0.16%

※2 うち、消費税財源を活用した救急病院における勤務医の働き方改革への特例的な対応 +0.08%

2. 薬価等

① 薬価 ▲0.98%（国費 ▲1,100億円程度）

※ うち、実勢価等改定 ▲0.43%（国費 ▲500億円程度）

※市場拡大再算定の見直し等の効果を含めた影響は▲0.99%

② 材料価格 ▲0.02%（国費 ▲30億円程度）

※ うち、実勢価等改定 ▲0.01%（国費 ▲10億円程度）

3

3

勤務医の働き方改革への対応について

12月17日の予算大臣折衝を踏まえ、令和2年度の勤務医の働き方改革への対応については、以下のとおりとなった。

診療報酬として

公費 126億円程度
(再掲)

地域医療介護総合確保基金として

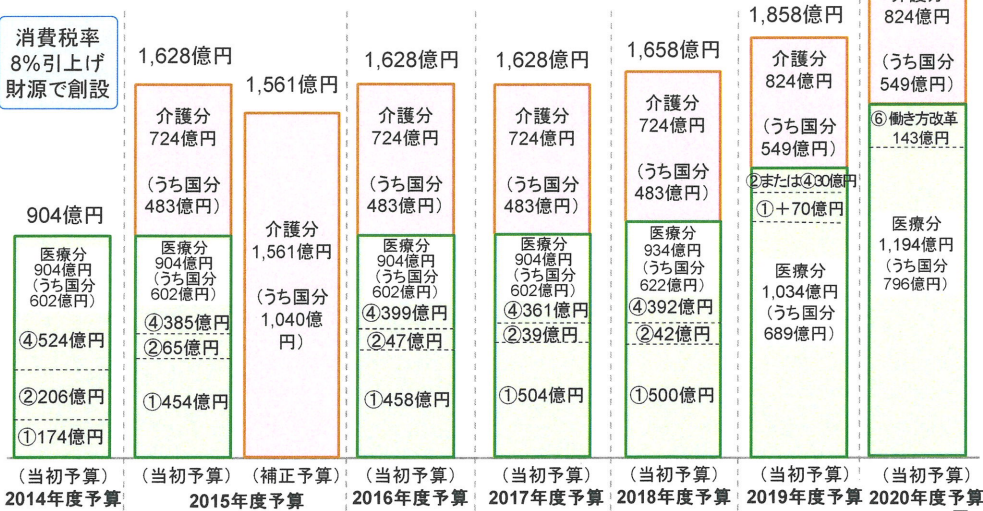
公費 143億円程度

なお、勤務医の働き方改革への対応については、今後、医師に対する時間外労働の上限規制の適用及び暫定特例水準の適用終了に向けて、上限を超える時間外労働ができる限り早期に解消されるよう、医療機関による労働時間短縮を促進する制度的対応等をあわせ、診療報酬及び地域医療介護総合確保基金の対応を検討する。

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
- ⑥ 勤務医の働き方改革の推進に関する事業 ← 2020年度より追加

消費税率
10%引上げ
に伴う増額
2,018億円



【2019年12月18日】

日本医師会定例記者会見「令和2年度診療報酬改定率等決定を受けて」

診療報酬改定率について

- 最終的に診療報酬が微増となったことについては、満足するものではないが、厳しい国家財政の中、一定の評価をしたい。今回の働き方改革への対応分を除く0.47%は、医療従事者の人件費を1%引き上げるのに必要な財源と同額であり、前回改定に引き続き、日医が主張してきた「モノから人へ」の評価がなされた。
- 第22回医療経済実態調査では、医療法人の一般病院1施設当たりの設備投資額は減少傾向にあり、一般病院の減価償却費と設備関係費の比率はいずれの開設者でも低下するなど、設備関係コストが抑制されている。今回の改定率では、人件費の引き上げへの対応のみで、医療機関の設備投資の財源への手当ては十分ではない。
- 財政審は「病院と診療所との間で改定率に差を設けるなど配分に当たっての大枠を示すべきである」と主張していたが、今回別枠となった救急病院における勤務医の働き方改革への対応としてのプラス0.08%は、あくまでも特例的なものであり、病院と診療所との間で改定率に差を設けたものではない。

6

6

地域医療介護総合確保基金について

- 今後閣議決定される政府予算案に反映されるよう期待する。消費税増収財源は地方分も含めて社会保障の充実のために使われることが国民との約束である。消費税増収財源の地方分が都道府県で活用されず、執行残となってしまうことは、国民との約束に反するもので、都道府県分の消費税増収財源もしっかりと社会保障の充実のために使われるべきである。

医療情報化支援基金について

- 日本医師会は、医療分野におけるICT化をさらに推進するための予算の増額と、機器導入などで医療現場に過度な負担がかからないよう求めてきた。結果として、医師や医療従事者の働き方改革も推進されるものと考えられる。



7

7

2020(令和2)年度診療報酬改定の基本方針

1. 医療従事者の負担軽減、医師等の働き方改革の推進
2. 患者・国民にとって身近であって、安心・安全で質の高い医療の実現
3. 医療機能の分化・強化、連携と地域包括ケアシステムの推進
4. 効率化・適正化を通じた制度の安定性・持続可能性の向上

*厚生労働省社会保障審議会医療保険部会・医療部会「令和2年度診療報酬改定の基本方針」(2019年12月10日)より作成
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000575289.pdf>)

8

8

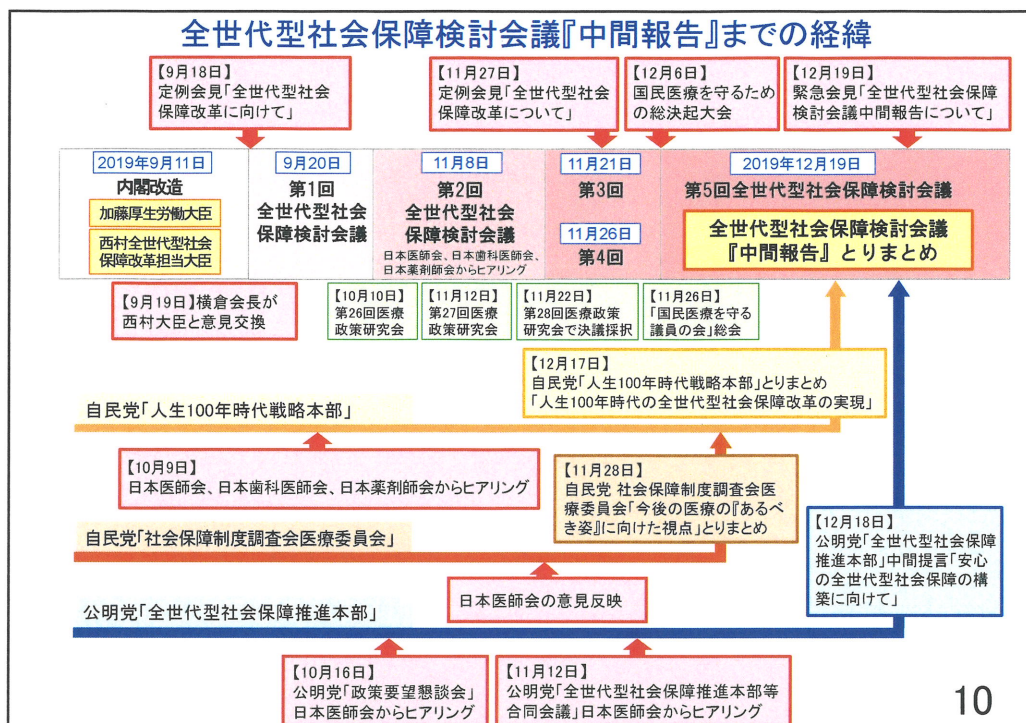
2. 全世代型社会保障に向けて



元気なまちは医療から

9

9



10

【2019年10月9日】

自民党「人生100年時代戦略本部」ヒアリング

- 横倉会長は、官邸で始まった全世代型社会保障検討会議について、財政論だけで議論が進むのではないかと懸念を表明。
- 人生100年時代の患者・国民の安心につながる議論とするためには、まずは超高齢社会、人口減少社会に向け、将来を見据えて医療全体のあるべき姿を議論することが何よりも重要であると主張。
- 以下の3つに分けて日本医師会の考え方を説明。

1. 予防の推進
～健康寿命の延伸とそれによる支え手の増加～
2. 地域に根ざした医療提供体制の確立
～かかりつけ医の定着とあるべき姿の方向性～
3. 全世代型社会保障に向けて
～社会保障の充実による国民不安の解消～



11

11

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。

12

12

【2019年11月8日】

政府「全世代型社会保障検討会議」開催（首相官邸）

- ・財政論に偏って議論を進め、結論を急ぐべきではないことを主張し、患者負担という今後の国民生活に深く関わる問題であることから、短い期間に拙速に結論を出すことのないこと。
- ・特に受診時定額負担について、「大きなリスクは共助、小さなリスクは自助」という議論があるが、公的医療保険には、既に、小さなリスクは「定率負担」をお願いし、大きなリスクは「高額療養費」で対応するという基本的な考え方があり、これを大きく転換するものであること。
- ・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であり、容認できないと主張した。

*2019年11月11日「日医君だより」
(<http://www.med.or.jp/nichiionline/article/008969.html>)

13

13

【2019年11月27日】

日本医師会定例記者会見

「全世代型社会保障改革について」

全世代型社会保障改革について

全世代型社会保障検討会議において

「大きなリスクをしっかりと支えられる公的保険制度のあり方」における主な論点

1. 後期高齢者の自己負担割合のあり方



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。

2. 外来受診時の定額負担のあり方



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。

3. 市販品類似薬の保険上の取扱い



医療上必要な医薬品は保険でも対象とされるべき。
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る。

14

14

高齢者の自己負担割合と収入状況

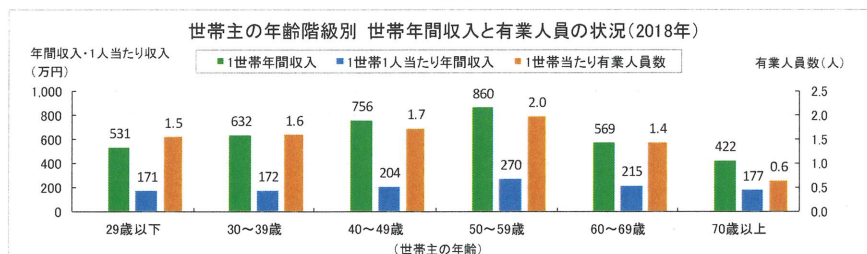
社会保障の持続可能性と財政健全化の両立を図るため、低所得者にも十分配慮しつつ、国民が納得できるよう、十分な議論を尽くしていくべきである。

	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	1割負担

前年の年収
約383万円※)

※) 国保・後期高齢者の場合の年収額。健保組合の被保険者を前提として計算した年収額は約370万円に相当。

*厚生労働省ポスターより作成 (https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000209856.pdf)



※1世帯1人当たり年間収入＝年間収入÷世帯人員

※有業人員数は、世帯員のうち勤め先のあるもの、自営業主、家族従業者、内職従事者などの人数

*総務省「家計調査(貯蓄・負債編) (二人以上の世帯) (2018年)より作成

15

15

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。

16

16

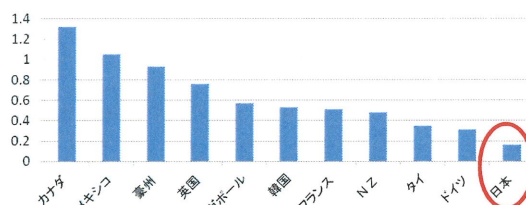
新型インフルエンザ(H1N1)2009で日本が低い死亡率を達成できた背景

- ・医療アクセスの良さ
- ・医療水準の高さ
- ・抗インフルエンザウイルス薬の迅速な処方
- ・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ったことを忘れてはならない。

	米墨	カナダ	メキシコ	豪州	英連	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	—	184名はPCRで確定

※なお、各国の死亡数はそれぞれ定数異なるため、単純比較は困難であることに留意が必要。



各国政府・WHOホームページから厚生労働省で作成

死亡率は国別で異なる

(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

17

17

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

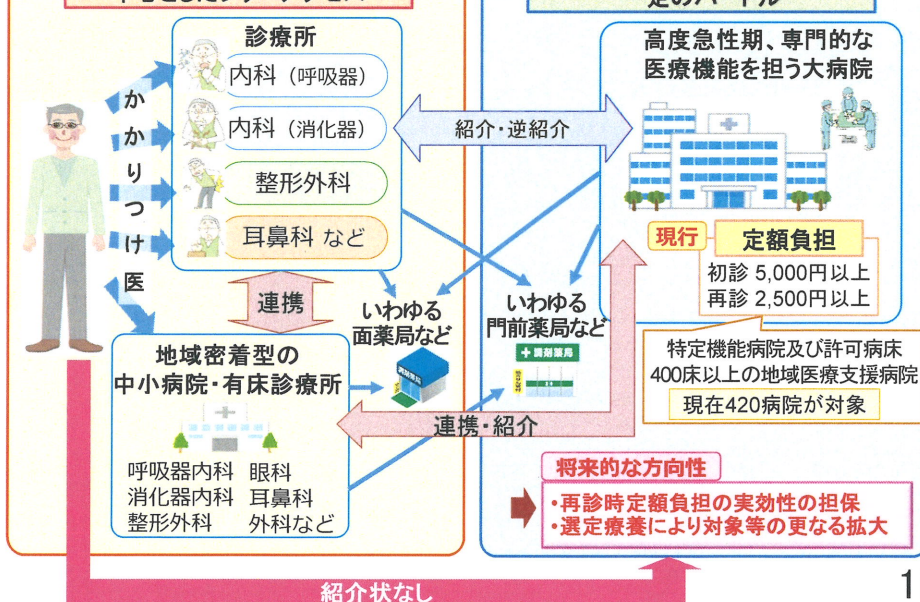
18

18

外来機能の分化と連携の推進

地域におけるかかりつけ機能を中心としたフリーアクセス

フリーアクセスを選定療養により一定のハードル



19

19