

財政制度等審議会財政制度分科会
「財政健全化に向けた基本的考え方」
(2014年5月30日)について

定例記者会見

2014年6月4日
公益社団法人 日本医師会

「財政健全化に向けた基本的考え方」における 社会保障分野の取り組みについて

財政制度等審議会財政制度分科会(以下、財政審)が2014年5月30日にまとめた報告書「財政健全化に向けた基本的考え方」(以下、報告書)^{※)}では、以下の3点について、「避けて通ることは許されない改革の道であることをあらかじめ指摘しておく。当審議会として断固実現を求める」と記載されている。

また、受診時定額負担の導入の検討、市販類似薬品(湿布、漢方薬など)の更なる保険適用除外、保険適用から外す「逆評価療養」、国民健康保険における保険者の都道府県移行、出来高払い制(過剰なサービス供給がもたらされやすい)についても述べられている。

- 実効性ある「支出目標」の導入
- 診療報酬における薬価の市場実勢の下落による「当然減」の毎年の反映
- 特別養護老人ホーム等の内部留保も踏まえた介護報酬の適正化

※) 財政制度等審議会財政制度分科会「財政健全化に向けた基本的考え方」

https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaiseia260530/index.htm

医療費の「支出目標」

(報告書17頁)

- 本年4月22日の経済財政諮問会議では、費用面を含め、人口・年齢構成や疾病構造等に対応する合理的かつ妥当なあるべき水準の医療需要を地域ごとに算定し、これを地域ごとの「支出目標」として設定すべきとの提案が財務大臣より行われた。

(報告書19頁)

- 国・地域・保険者それぞれのレベルで医療費のあるべき水準が「支出目標」として整合的な形で設定され、各レベルで医療費の効率化に向けた規律付けが働く制度設計を模索するべきである。

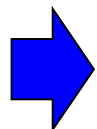
【日本医師会の考え方とあるべき姿への方向性】

医療費の支出目標を設定すると、適切な地域医療を提供する阻害要因となる恐れがある。

現在、2014年度までに病床機能報告制度の運用を開始し、2014年度中に国において地域医療ビジョンのガイドラインを策定し、2015年度からガイドラインを踏まえて都道府県で地域医療ビジョンを策定する方向で進んでいるところである。このスケジュールを拙速に変更すべきでなく、地域の実情を的確に把握し、都道府県行政と地域医師会が一体となって地域医療ビジョンの策定に向けて尽力することが求められる。

地域医療構想(ビジョン)策定のスケジュールについて

地域医療ビジョンは、当初の予定よりも3年前倒しで策定されることとなった。



「期限ありき」で、拙速な対応を強いてはならない。
 また、国のガイドラインが強制力をもつものであってはならない。ガイドラインは、あくまで目安とし、地域の実情がしっかりと反映されることを優先すべき。

「社会保障制度改革国民会議報告書」(2013年8月6日 社会保障制度改革国民会議)

地域医療ビジョンについては、都道府県において現状分析・検討を行う期間を確保する必要はあるものの、次期医療計画の策定期間である2018(平成30)年度を待たず速やかに策定し、直ちに実行に移していくことが望ましい。

	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度～
医療計画	第6次 2013～2017年度					第7次
地域医療構想 (ビジョン)		<ul style="list-style-type: none"> ● 病床機能報告制度運用開始 ● 地域医療ビジョンのガイドライン策定 	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域医療ビジョン策定 			

2013年度からスタートしている医療計画に追記

薬価の毎年改定

(報告書20～21頁)

- 薬価調査、更には薬価改定が2年に1度しか行われたい現状の下では、医薬品の取引価格が下落しているにもかかわらず、保険からの償還価格が一定期間据え置かれているため、徒な患者負担、保険料負担、公費負担が生じている。
- 薬価調査については、日本銀行が作成する「企業物価指数」(CGPI)などの的確な経済政策や金融政策の判断の礎となる重要統計の品質を貶めているという問題まで招いている。
- 薬価の妥結(卸売りと医療機関等の取引価格の決定)は遅れがちであっても、関連業界における取引情報の共有の進展や厚生労働省が薬価の経時変動調査を毎年度複数回行っていることも踏まえる必要がある。
- 未妥結部分についても仮払いの価格は存在し、診療報酬上のいわゆる「未妥結減算」(毎年9月末日までの妥結率を調査し、妥結率が一定以下の医療機関・保険薬局については、初診料・調剤基本料等を1年間引き下げる仕組み)の導入により、妥結率向上も見込まれている。

【日本医師会の考え方とあるべき姿への方向性】

診療報酬改定と薬価改定はセットで行うことを前提に薬価算定ルールが設定されているため、薬価の毎年改定は、診療報酬とのバランスを欠くことになる。

また、健康保険法では、診察、薬剤の支給、処置などの療養の給付を受けることができる。すなわち健康保険法において薬剤は診察等と不可分一体であり、その財源を切り分けることは不相当である。

さらに、薬価改定を毎年行うことになれば、医療機関および調剤薬局のレセコン等や、保険者のマスタ更新に毎年膨大な費用が発生する他、医療従事者の研修などによって大きな負担を強いることになる。

なお、日本製薬団体連合会および日本製薬工業協会からも反対意見^{※)}が出ており、その意見を尊重したい。

※) http://www.jpma.or.jp/event_media/release/pdf/20140527.pdf

(参考) 薬価改定財源の診療報酬への振り替え

1972年1月22日	<p>中医協「建議」</p> <p>「診療報酬体系の適正化との関連において、当分の間は薬価基準の引下げによって生じる余裕を技術料を中心に上積みすることとしたいと考えている」*1)</p>
1972年3月7日	<p>衆議院予算委員会 斎藤厚生大臣(当時)</p> <p>「薬価を下げたならば、それだけは、(中略)医療従事者の給料になったり、また技術料に見合うように積み替えてまいりたい、これははっきり申し上げておきたいと思えます」*2)</p>
1980年10月21日	<p>政府答弁書</p> <p>「診療報酬及び薬価基準の適正化については、ご指摘の中央社会保険医療協議会の建議をも踏まえ、今後ともさらに努力してまいりたい」*3)</p>
1997年2月10日	<p>衆議院予算委員会 橋本内閣総理大臣(当時)</p> <p>「国民皆保険に移りましたときに、技術評価との絡みにおいて薬価の差益というのが医療機関の経営の柱の一つになることを是認した上で診療報酬体系の設計がされたときから、その意味での問題点は内蔵しておったと思えます。(中略)いずれにいたしましても、薬価基準の見直しが不可欠であるということは御説のとおりでありますけれども、ただそれだけで私は問題が済むとは思っておりません。より深い、制度全体に係るチェックは必要であろう」*4)</p>
1997年4月9日	<p>衆議院厚生委員会 安倍晋三議員(当時)</p> <p>「薬価差の一部は、例えば病院の修理の方にも回っているわけでありまして、そういう観点から、薬価差を適正にすると同時に、診療報酬における技術料を適正に評価するべきだという声も強くある」*5)</p>

*1)「社会保険旬報」1030-31号:97頁、*2) 1972年3月7日衆議院予算委員会議事録、*3)第93回国会(臨時会)「衆議院議員草川昭三君提出薬価基準の改定に関する質問に対する答弁書」、*4)1997年2月10日衆議院予算委員会議事録、*5)1997年4月9日衆議院厚生委員会議事録

受診時定額負担

(報告書15頁)

- 公的給付範囲の見直しについては、社会保障制度改革プログラム法に則って様々な取組みが行われているが、更なる取組みが必要である。具体的には、患者負担・利用者負担の引上げという観点からは、一体改革の議論において一旦検討された受診時定額負担(外来受診時に、例えば1回100円など少額の定額負担を求めること)の導入について引き続き検討を進めるべきである。

【日本医師会の考え方とあるべき姿への方向性】

2011年に行われた「社会保障・税一体改革」の議論の際にも受診時定額負担の導入が議論され、患者や医療関係者の強い反対によって導入が見送りとなったことから、受診時定額負担は既に解決済みであると認識している。

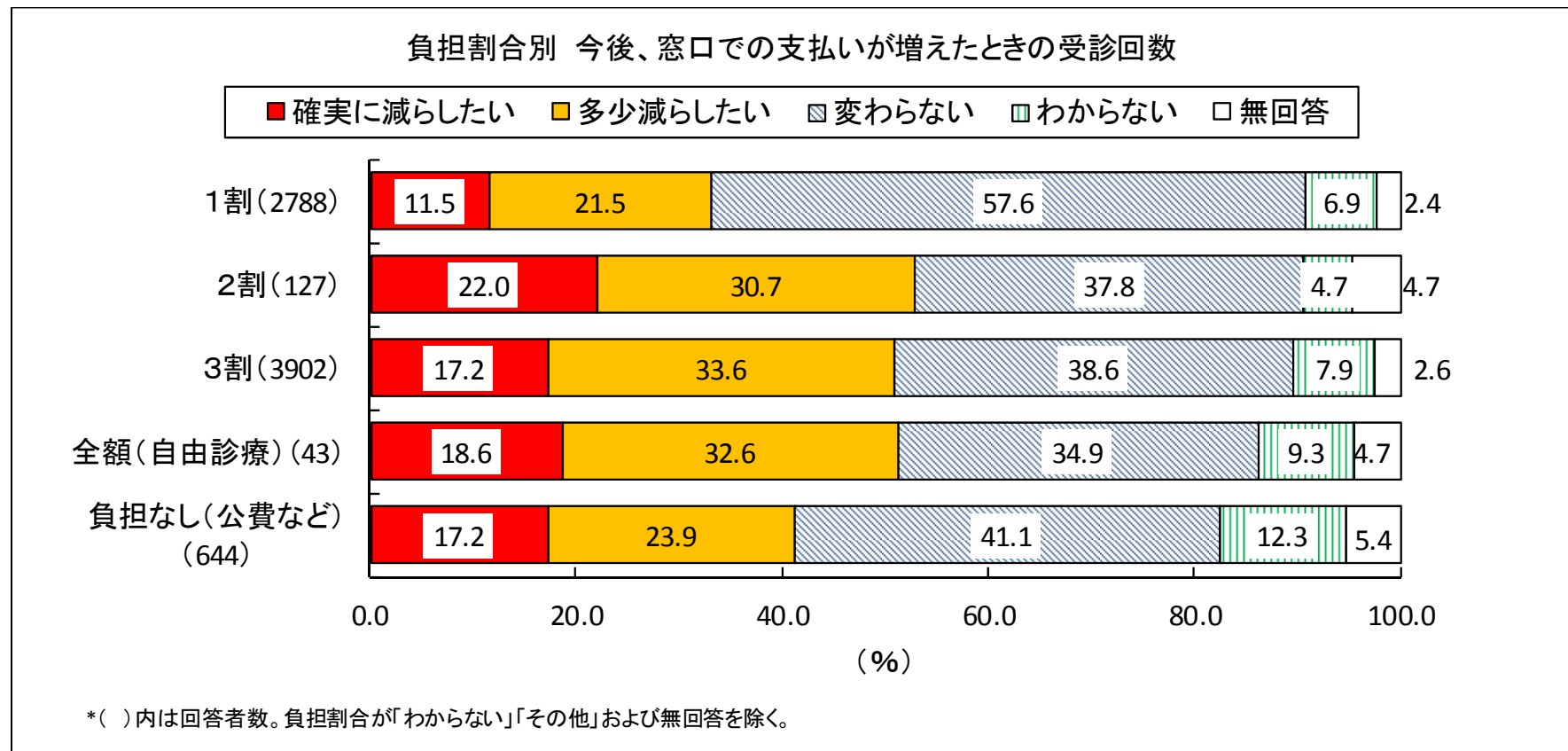
そのため、今般の財政審の報告書で再び検討課題としてあがったことは非常に遺憾である。

「受診時定額負担」は、毎回一定額を支払うことになり、受診回数が多い高齢者には大きな負担になる。また、当初は定額100円であっても、いったん導入されれば、その水準が引き上げられていくことは、過去の患者一部負担割合の引き上げの例からも明らかである。また、日本医師会の調査によると、窓口負担が増えた場合に受診回数を減らしたいと思っている患者が約半数いることも明らかになっている^{※)}。その結果、高齢者や低所得者の方が受診を差し控えざるを得なくなることが懸念される。

※) 日本医師会「患者窓口負担についてのアンケート調査」2012年9月

負担割合別 今後窓口での支払いが増えたときの受診回数

負担割合別では、窓口での支払いが増えた場合に受診回数を「これまでよりは確実に減らしたい」「これまでよりは多少減らしたい」の合計は1割負担の患者では約3割であったが、2割負担、3割負担では5割強であった。



*出所: 日本医師会「患者窓口負担についてのアンケート調査」2012年9月

市販類似薬品

(報告書15頁)

- 湿布、漢方薬など市販類似薬品の更なる保険適用除外を進める必要がある。

【日本医師会の考え方とあるべき姿への方向性】

日本医師会は、国民皆保険を堅持するという3条件の第1番目に、「公的な医療給付範囲を将来にわたって維持すること」を掲げている。市販類似薬品の更なる保険適用除外は、公的な医療給付範囲の縮小を招く突破口となるおそれがある。

安易に市販類似薬品を保険適用除外とするのではなく、現場の実態を考慮すべきであると考えている。

日本医師会が考える「国民皆保険」の重要課題

1. 公的な医療給付範囲を将来にわたって維持すること
2. 混合診療を全面解禁しないこと
3. 営利企業(株式会社)を医療機関経営に参入させないこと

保険適用から外す「逆評価療養」

(報告書16頁)

- 評価療養について費用対効果を厳しく検証するとともに、一旦保険適用とされた医療技術等についても費用対効果が低いものは保険適用から外し保険外併用療養の対象とすること(「逆評価療養」)を検討する必要がある。

【日本医師会の考え方とあるべき姿への方向性】

保険適用の可否については中医協で議論がなされており、保険適用から外されているものがある。「逆評価療養」がどのようなものを想定しているかが不明であるが、本来中医協で議論すべき内容であり、財政審が踏み込むべきではないと考える。

また、費用対効果についても中医協で検討がなされており、そこでの議論を尊重したい。

国民健康保険における保険者の都道府県移行

(報告書16～17頁)

- 国民健康保険の保険者が都道府県に移行することの意義は大きい。国民健康保険の財政運営責任を都道府県に移行させてこそ、都道府県が、地域医療の提供水準と、標準的な保険料等の住民負担のあり方を総合的に検討することが可能となり、規律ある提供体制改革が実現するからである。

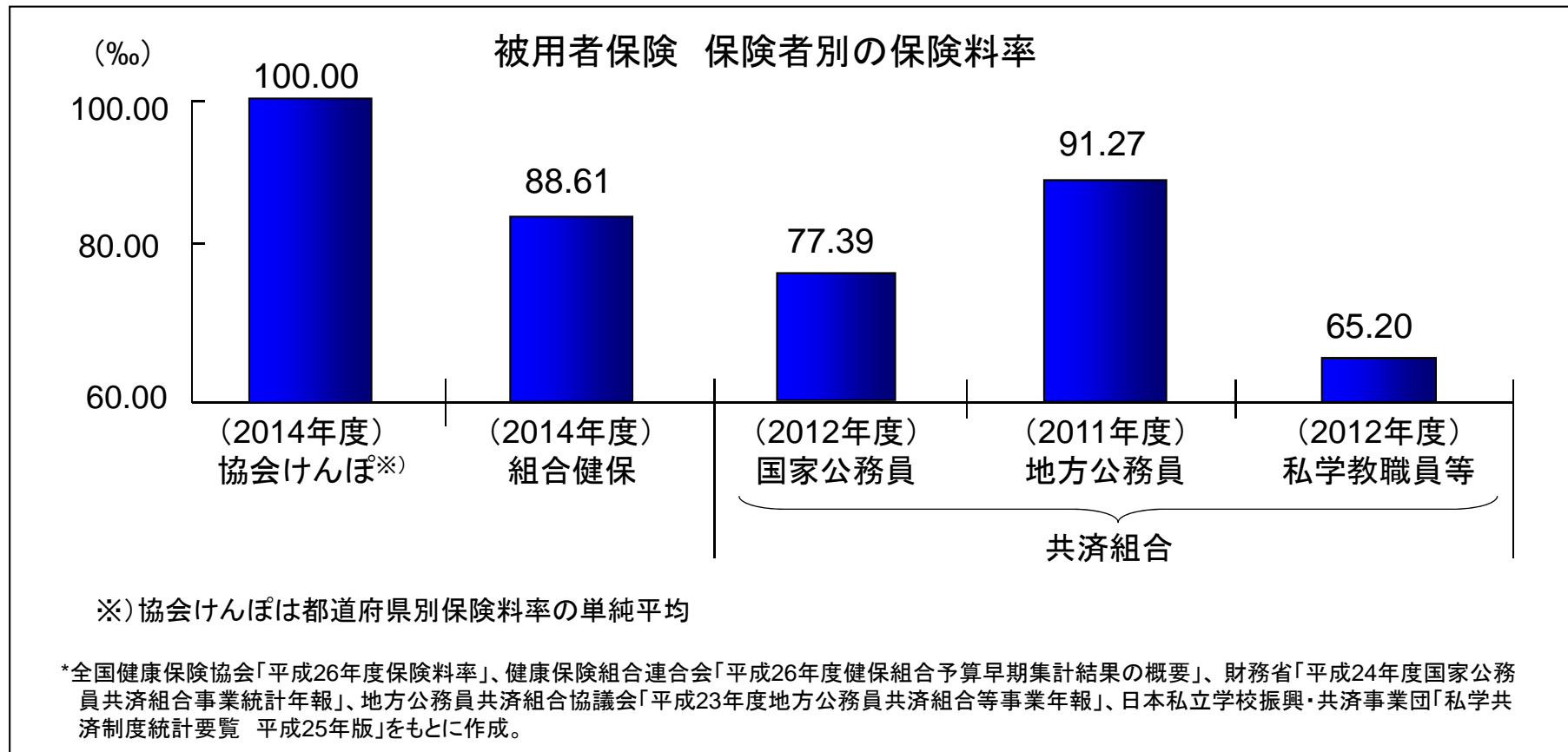
【日本医師会の考え方とあるべき姿への方向性】

社会保障制度改革国民会議の報告書においても、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体(保険者)を都道府県とすることが提案されている。日本医師会は公的医療保険制度を将来的に全国一本化すること、その過程で、市町村国保を都道府県単位で統合することを提案している。市町村国保は大変な思いで運営しており、広域化すれば財源は安定化するので望ましい。

なお、市民の健康増進については引き続き市町村が担うべきであると考えており、広域化によって、市町村国保が行っている保健事業に対する努力をそぐようなことがないよう留意することが大切である。

被用者保険 保険者別の保険料率

被用者保険の保険料率には大きな格差がある。大企業が組織し平均給与の高い組合健保や、事業主負担にかわって公費負担のある公務員などの保険料率を、中小企業の社員が加入する協会けんぽの保険料率にあわせ公平化すべきである。



出来高払い制

(資料(参考1)34頁)

- 出来高払い(医療機関が医療サービスを行うほど収入も増える診療報酬体系)を中心とした診療報酬点数(公定価格)制。
- 医療機関側にとっては、できるだけ患者を受け入れて診療行為をすればするほど経営悪化を回避できる仕組みであり、患者と医療機関側との情報の非対称性(医療の内容が患者にとっては分かりにくいという情報格差)も加わって、過剰なサービス供給がもたらされやすいこと。
- このように医療費の増大を招きやすい構造の下、負担(公費負担、保険料負担)サイドからの歯止めとして、国による診療報酬のコントロールや保険者機能が重要であること。

【日本医師会の考え方とあるべき姿への方向性】

日本の対GDP総医療費は9.5%(2010年)で、先進7か国中5位であり、国際的に決して高い水準ではない。

日本の医療は、平等で、患者にとっても自由であるだけでなく、質が高く、しかもそれを既に世界一の高齢化率であるにもかかわらず、先進諸国の中でも低コストで提供している。したがって、出来高払いは、過剰なサービス供給がもたらされやすいものではない。

また、出来高払いであるからこそ、保険審査として第三者である保険者のチェック機能が働いている。

医療提供体制の改革に向けて

日本医師会は、最善の医療を切れ目なく提供する体制を、地域の実情にあわせて構築することを目指している。

日本医師会・四病院団体協議会

医療提供体制構築にむけての基本方針

1. 現在の超高齢社会にあっても、世界最高水準の健康水準を守り、国民の生活の安心を支えるため、国民とビジョンを共有しながら、新たな時代にふさわしい体制構築に向けて、国民とともに取り組む。
2. このため、発症からリハビリテーション、在宅復帰支援までどのような病期にあっても、患者の病態にあわせて、最善の医療を切れ目なく提供する体制を構築する。
3. 患者の命を守る質の高い医療を目指すとともに、生活の質を重視し、患者を支える医療を実践する。このため、地域の医療・介護・福祉との連携の下、地域包括ケアシステムの実現に向けて、在宅医療を含めた地域特性にあわせた柔軟な医療提供体制を構築する。

出所：日本医師会・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方」（2013年8月8日）

地域包括ケアシステムの推進

2025年、さらには2050年を見据え、今般創設された「新たな財政支援制度」(基金)を活用し、地域包括ケアを推進することにより、国民が安心して地域で生活できるよう、改革を進めなくてはならない。

