

緊急座談会

診療報酬改定の現状と今後の展望

医療費政策の転換示す10年度改定

急性期入院4000億円増に踏み込んだ財務省

ネットでプラス0.19%となった2010年度診療報酬改定は、民主党政権下での最初の改定となる。10年ぶりのネットプラス改定となった10年度改定は、大方の関心がもっぱら改定率に向く中で、入院・外来別の改定率や急性期入院医療費への充当額まで予算案に明記するこれまでにない内容になった。改定率からその配分の中身に踏み込んだ10年度予算編成に民主党政権の医療政策の方向が浮かび上がる。プラス0.19%改定の意味をいかに理解し、対応すべきか。中医協の配分作業が大詰めを迎える中で、予算編成の当事者である財務省主計局の大沢元一主査を中心に、病院経営の立場から恵寿総合病院理事長の神野正博氏、医療機関会計専門家の立場から東日本税理士法人副所長の長英一郎氏による緊急座談会を開き、10年度診療報酬改定に込められたメッセージについて語っていただいた。

改定の評価、総括

予算案に初めて配分明記した画期的改定

――今回の診療報酬改定率決定の背景、その意味するところを予算編成当事者として解説してください。

大沢氏 今回の診療報酬改定は、単純に診療報酬本体と薬価の改定率を議論していたこれまでの改定とは質の異なる改定だったと思います。

実質的に議論の口火を切ったのは、昨夏の民主党マニフェストだったと思います。医師不足が発生している小児科・外科・産科・救急に重点化し、「入院」の診療報酬を増額するというものでした。

これまでの診療報酬改定では、必ずしも配分の見直しについては注目されておらず、上げるときも下げるときも、病院も診療所も、各診療科とも概ね一律に動かしてきたことで、結果的に診療所に有利になっていたのではないかと考えており、中医協の遠藤久夫会長もそうした指摘をされています。こうした中で、民主党が特に「入院医療費を伸ばす」と診療報酬の中身に立ち入ったことがポイントだったと思います。

振り返ってみると、全体で何%にするかという相場観よりも、入院を伸ばすという課題に対してどう答えるかが議論の軸だったと考えています。そして、入院を大きく伸ばすなら配分の見直しが不可避だろうという流れができたように思います。

事業仕分けで指摘されたのも、病院と診療所での配分、診療科間での配分、それに薬価の問題でした。財務省はマイナス3%程度を目指しているとの報道がありましたが、われわれとしては、全体の改定率もさることながら、配分を徹底的に見直して、急性期の入院医療を大きく伸ばすことに専念した改定でした。

年末の最終局面になると、結果の数字である薬価も含めた「ネット」

でプラスかマイナスかということはどうしても注目が集まってしましましたが、今回画期的であったのは、診療報酬本体の中で急性期入院医療に4000億円を配分すること年内に閣僚間で決めていたことです。これは、一部の診療科・病院を除いて、2次救急以上の急性期入院医療では1割程度の報酬アップが実現できる規模です。

結果的にネットでプラスになり、それで医療関係者から一定の評価をいただいているとすればありがたいことですが、今回の改定のポイントは、配分の見直しを行い、その中で急性期入院医療を大幅増額する財源を用意できたことです。

改定財源をめぐる検討を振り返れば、まず正直なところ、今回の予算編成は厚生労働省予算全体を通じて、財源が非常にきつい状況でした。税収が下がり、マニフェストとして実現しなければならない子ども手当や高校授業料の無償化にかなりの財源を充てた上で、診療報酬に1000億円、2000億円といった国費を充てるには難しい状況でした。財政的には、薬価改定で出る財源も本来は子ども手当に回さなければならない状況でしたが、最終的には厚労省・財務省の政務三役同士の議論の中で、医療関係者から要望が強い急性期医療に回すことになりました。

この薬価に加えて、さらに追加財源を持ってくるのは極めて難しい状況だったこともあり、財務省からは「ネットにこだわらずに議論させてください」と申し上げたのですが、厚労省は最後までネットでのプラス改定を主張されましたので、結果的にゼロ近傍ではあります、ネットで多少のプラス改定に落ち着きました。

2010年度予算・診療報酬改定

全体改定率 +0.19%

・診療報酬改定（本体） 改定率 +1.55%

各科改定率	医科 +1.74% (入院: +3.03%、外来: +0.31%)
	歯科 +2.09%
	調剤 +0.52%

医科については、急性期入院医療に概ね4000億円程度を配分することとする。また、再診料や診療科間の配分の見直しを含め、従来以上に大幅な配分の見直しを行い、救急・産科・小児科・外科の充実等を図る。

・薬価改定等 改定率 ▲1.36%

急性期入院1割アップで4000億円

急性期入院医療の4000億円の増額についてですが、この点、政務三役レベルの協議で厚労省側から提案されたのは5300億円の増額だったと聞いています。これは2次救急以上の3000程度の病院の急性期入院医療費を1割増やすために必要な額との説明です。しかし2次救急といつても、救急車が頻繁に来ない病院や、あまり医師不足が深刻でない診療科もあるので、ざりざり4000億円あれば、今、本当に手当が必要な部分については1割増が実現できるのではないかということでご理解をいただけたとすれば、よかったです。

最終的には、ネットで言えばプラスにせよマイナスにせよ、ゼロ近傍での接近した議論になりましたので、プラス0.19%ということで、医療関係者の皆さんにある程度喜んでいただけたとすれば、よかったです。

これまで年内に決まるのは改定率だけでしたが、配分に踏み込んで閣僚間で決着したのは画期的でした。中医協ではご不満の声もあるようですが(笑)、中医協を見直して政治主導で診療報酬の配分を行うのは、民主党がご主張されてきたことですので、それが実現した形になったと思います。

神野氏 いま初めて、急性期入院の4000億円の根拠を教えられました。

経済情勢やデフレの中でのプラス改定ですので評価しなければいけま

せん。しかし前回の総選挙で医師の60%以上が民主党に投票したといわれています。これまでの10年間で7.68%も医療費が下がっていて、民主党はこれに対して10%上げると公約したので投票したのです。それを考えるとやはり落胆したというのが正直なところでしょう。0.19%というのは額面で700億円です。このうち国の持ち出しが130億円にしかならなかった。今の医療崩壊に対して、政治マターとして本気でやっているのか、と声を大にして言つていかななければなりません。

今回、入院や外来、急性期医療などへの配分を示したのは初めてで、中医協側からは不満の声が上がっています。ここまで決まってしまったのでは見直しのしようがないという意見だと思います。急性期入院医療費を引き上げるということは大いに結構な話ですが、果たして、救急・産科・小児科・外科の充実を図るだけで日本の医療崩壊が解決するのか疑問です。そこだけ治療すると別のところ、例えば在宅医療やへき地医療などが次の崩壊としてまた始まってしまうのではないかでしょうか。根本的解決を目指した診療報酬改定にはなっていないのではないかと思います。

急性期入院の4000億円が、3次救急センターなどの方にばかりいくのではないかと心配しています。いま日本は急速に高齢化し、高齢者の救急が増えています。同じ救急といつても、自宅で転倒して骨折して肺炎を合併している救急もあり、それを



神野正博 氏
社団医療法人財団薰仙会
恵寿総合病院理事長



大沢元一 氏
財務省主計局
厚生労働第三係主査



長英一郎 氏
東日本税理士法人副所長

支えているのは民間の2次救急病院です。急性期入院への配分の対象が、2次救急以上となると、どうしても3次救急とか、救命救急センターというイメージでとらえられているような気がします。高齢者救急などをきちんとしないと、高齢者の行き場がなくなってしまいます。それこそ大きな社会問題になるような気がします。これから先は、中医協の問題かもしれません、急性期入院医療の4000億円が、大病院だけでなく日常救急を支える中小病院にどれだけ配分してくれるかという点を注目しています。

大沢氏 急性期入院医療の中で例えば救急医療のどの範囲を増額するか

というのは今後の議論ですが、現場の感覚から見て、例えば「2次救急以上は増額して、それ以外は据え置きです」となった場合に支障は生じるのでしょうか。

神野氏 配分の中身の問題です。2次救急だけで言えば民間のはうが多いし、中小病院がたくさんあります。大変だと強調されるけど、救命救急センターはいままでも十分評価されてきてています。むしろ、たらい回し事件などが起こっているのは2次救急ですから、そこにどれだけ厚くしていただけるかということが、本当の地域の救急体制のために必要だと思います。

気をとられていると、診療所が外来管理加算を取れませんでしたということになります。財務省としては52点を確保できれば、財源としては十分という感じもします。再診料と外来管理加算はセットで見ています。大きな財源として見れば一緒ですから、再診料問題だけの議論は行き詰るので、外来管理加算との組み合わせで決着するしかないでしょう。

大沢氏 5分ルール導入時の考え方には、外来管理加算が漫然と算定されていたのではないかという指摘に基づくものですから、5分という要件の是非は別にして、その問題意識は大事にしてほしいと思います。

長氏 患者の立場から見ると、分かりやすい要件のもとで、領収書にも書いてほしい。外来管理加算はこのぐらいとられています。また、説明を十分してほしいという希望があります。

大沢氏 要件から時間的な概念を全く外してしまっていいのかという点は、慎重に検討が必要だと思います。5分ルールに代わって、患者の高いニーズに応える客観的な要件としてどういったものがあるか、真剣に考えなければならないと思います。

(笑)、公民を問わず赤字補填にそのお金は行きます。「全体の原資が増えれば、給料が増え、その結果開業する医師が減れば、将来的には増えてきた医師が勤務医にとどまつてくる。勤務医が増えれば、1人1人の負担は少なくなるだろう」と回りますが、この2年間という短期の結果として、待遇改善がどこまでできるかということに関しては、正直なところ疑問符です。

厚労省のデータでは、1人当たりの保険料は200円程度増え、額面は国民の負担に大きな影響はないのではないかという見方をしていますが、心理的には、プラス改定で国民の医療に対する視線は厳しくなるのではないかでしょうか。「このご時世で増えているのだから、もっといいことをしろ」と言われることを医療機関は覚悟しなければならないでしょう。医療側が心して0.19%であっても(診療報酬が)上がったことで、国民の目が厳しくなることを意識して気を引き締めなければという強い思いがあります。

覚悟に対する対価としては十分とは言えませんが。

薬価改革で企業間格差拡大 薬剤費圧縮に期待

—薬価制度改革が医療機関に与える影響は。

神野氏 中小の病院や診療所、とくに院内処方をしている医療機関は差益がありますから、そこが診療報酬改定以上に経営に関係するという認識があります。四病院団体協議会では精神科病院のグループ(日本精神科病院協会)は、薬価に負うところが非常に大きく、関心を持たれています。

院外処方をしている私たちにはそれほど関係はありません。入院ではDPC制度のもとで(薬剤費が)包括化され、後発品の使用も進んでいます。出来高で院内処方をしている病院にとって大きな影響がありますね。病院間で大きな温度差があります。

大沢氏 今回の改定は、これまで護送船団方式でやってきた薬価の世界をそろそろ見直そうという改定ではなかったかと認識しています。「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」は、もともと大手製薬企業の提案だと承知していますが、企業間の差が出てこざるをえない仕組みです。開発能力がある企業と長期取扱いに頼っている企業で差が出てきます。こうした提案が業界全体の意見として出てきたのは、エボックメイキングなことだと思います。

この加算の中身自体は、財政当局として諸手を挙げて賛成というわけにはいかないのですが、画一的な改定を見直すのだという熱意に押さ

当面の中医協論議

配分で目に見える結果求める財務省

診療科間の配分で 中医協論議にクギ

—予算の無駄排除の一環としての診療報酬の配分見直しの細目は中医協での議論で決まります。

大沢氏 事業仕分けで問題提起されたのは、過去10年だけを見ても、病院・診療所間や各診療科間のシェア(医療費配分)が変わっていないということです。これまで、改定内容を決める1月、2月の中医協の議論や厚労省の作業というは、診療科間のシェアが前回と変わらないようにする調整になっていた面は否定できません。われわれとしては、配分を変えずに全体を増やしても、国民のニーズが強いところに必要な財源がいかないのではないかと考え、それをオープンの場で議論したかったのです。そうした配分見直しの議論があまりにこれまで欠けていたという思いがありました。

今回は、外部から配分の問題を強く指摘されて、中医協の関係者も配分見直しについてやむを得ないという気になっているのではないでしょう。厚労省の皆さんには、年末の大蔵間合意の意義が没却されないよう、前回改定の配分よりも移動を大きくして目に見える結果が出るよう

に、クギを刺しているというか、お願いをしています。

再診料は低い所で統一 外来管理加算とセットで調整

—中医協での配分論議についてご意見をお聞かせください。

まず、再診料、外来管理加算見直しについて。

大沢氏 再診料は、診療所についてどれくらい見直しができるか、病院にどれくらい財源が必要なのかという判断の問題ですが、年末の大蔵間合意の趣旨を生かすためにも、病院の水準にできるだけ近いところで統一をされるべきだと思っています。既に改定総額は決まっているわけですから、再診料で下げた部分はなくなってしまうわけではなく、当然、病院が中心とは思いますが、外来の中で重点化すべき部分に手厚く配分されることになるわけです。

長氏 私は再診料の問題も大きいと思いますが、外来管理加算の52点が実は大きいと思っていて、少なくともマニフェストで5分要件の撤廃が出されて、しかもそのあたりに関しては中医協も合意がとれてきているということなので。あまり再診料に

勤務医の負担軽減効果が 改定評価のメルクマール

—勤務医の待遇改善は進むでしょうか。

大沢氏 急性期入院医療の診療報酬が1割増額されても、放っておけば、必ずしもそのまま医師・看護師の待遇に直結するとは限りませんが、今度こそは現場から「勤務医の待遇が良くなった」という声が上がるよう、今回の改定でもいろいろ工夫をしてほしいと思います。

本来は子ども手当等に回すべき薬価改定財源を丸ごと診療報酬本体の増額に回しました。デフレの中で財政当局としては相当のことをやっているわけですから、病院の赤字補填だけに回って、勤務医の待遇改善に結び付かなかったとしたら、今回の議論は何だったのかということになりかねませんので、そうならないような取り組みをお願いしたいと思います。

神野氏 怒られるかもしれません

医療材料の 内外価格差問題と解消の方策



カギはバイイングパワーの向上 米国GPOに学ぶ

東日本税理士法人代表 長 降

2316題題旨

なぜ、内外価格差が発生するのか、そして、なかなか縮小しないのか、その理由を考えた場合、制度面、供給面、需要面という3つの視点で問題点を整理することができる。

題点は、輸入品の販売承認に時間とコストがかかり、その費用が販売価格に反映されているというものである。制度面という視点では、内外価格差とう価格面の問題のみならず、先進的な医療材料がタイムリーに使用できなかつたり、承認にかかるコストや時間が海外メーカーが嫌がることにより世界各国で使用されている商品が導入されなかつたりという、医療行為への

影響という面からも問題点である（いわゆる医療機器のデバイスラグ）。これららの点は従来からも指摘されており、改善の方向へは向かっているが、さらなる改善が求められる。

（三）一回の影響力を打ってしまつた
一次卸・二次卸…というように卸業者が

何層にも存在していることなどにより、販売価格が高く維持されるという指摘であり、後者では、無償サービスや雑務提供、さまざまなサポートなどが販

元価格に転嫁されているのではないかといふ指摘である。このような状況下で、

医療材料の価格の妥当性が見えにくくなり、商品の価格情報に関して、情報

い金額に維持されたり、バラツキが大きくなつたりという現状になつてゐる。

3つ目の視点として、需要面、つまり購入側のバイイングパワーが不足してはあると、どう問題点が挙げられる。

個々の病院で使用する商品の数量は限

3. 米国の共同購買会社

ここまで、内外価格差が発生している現状の問題点について整理してきたわけだが、なぜ約1・7倍ともいわれる内

GPOが病院や医療提供施設という買い手側の立場で運営されているという点である。参加病院などは、GPOに對して会員登録を行う。会費は支払う必要のあるGPOと、必要のないGPOが存在している。GPOは会員の病院を代表して商品の選考や製造・販売企業との交渉を行う。この交渉の中で、契約価格の合意と使用量のコミットメントがされるのが一般的である。GPOの交渉力が強みを發揮するのは、取引量が多く汎用性の高い商品であり、具体的には、医薬品、使い捨ての医療材料、

The diagram illustrates the structure of a Group Purchasing Organization (GPO). At the top center is the label "共同購買会社 = GPO". Four arrows point from different entities towards this central GPO:

- An arrow from the left labeled "共同購入参加病院群" (Group Purchasing Hospital Cluster) points to the GPO.
- An arrow from the right labeled "医薬品・医療材料メーカー" (Pharmaceutical and Medical Equipment Manufacturer) points to the GPO.
- An arrow from the bottom labeled "流通業者" (Distributor) points to the GPO.
- An arrow from the top left labeled "契約価格の支払い" (Payment of Contract Price) points to the GPO.

On the far left, there is additional text: "契約の購入数量のコミット" (Commitment of purchase volume) and "メンバー・シップ会費" (Membership fees).

衛生材料などである。一方、高額な医療機器の場合は医師の好みが異なつていたり、流通量が限られていたりという理由もあり、各GPOによつても取り組み方が違つてゐる。

GPOと卸業者の間で、配達コストと相応の利益についての交渉がされていても市場原理が働くようになつてゐる。GPO自体の収入源は、メーカーからの管理手数料と、参加病院からの会費がある場合は会費となる。NPOを含む多数のGPOが存在すること、1つの病院が複数のGPOへ登録している例も多くGPO同士の競争原理が働くこと、法的な制約（反キックバック法など）がある点から、メークーからの管理手数料は、3%以下が一般的となつてゐる。

(一) 行政刷新会議「一キハクルーム」資料集 (http://www.cao.go.jp/sasshin/oishirase_shiryohm.html)

歐米調査（米国版）概要報告書
勵省 因政局經濟牒 (http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/shinkou/other/_2008/dl/080710-1b.pdf)

) Wikipedia : GPO (http://en.wikipedia.org/wiki/Group_purchasing_organization)

The diagram illustrates the structure of a Group Purchasing Organization (GPO) in the United States. At the top center is the label "共同購買会社 = GPO". Below it, on the left, is "共同購入参加病院群" (Group of Purchasing Hospitals). On the right, there are two entities: "医薬品・医療材料メーカー" (Pharmaceutical and Medical Supply Manufacturer) and "流通業者" (Distributor). Arrows indicate various financial flows and agreements:

- An arrow from "共同購買会社 = GPO" to "共同購入参加病院群" is labeled "契約価格のコミット" (Commitment to Contract Price).
- An arrow from "共同購買会社 = GPO" to "医薬品・医療材料メーカー" is labeled "管理フィー (売上比)" (Management Fee (Sales Ratio)).
- An arrow from "共同購買会社 = GPO" to "流通業者" is labeled "支払い" (Payment).
- An arrow from "共同購入参加病院群" to "医薬品・医療材料メーカー" is labeled "支払い" (Payment).
- An arrow from "共同購入参加病院群" to "流通業者" is labeled "契約価格の支払い" (Payment of Contract Price).
- An arrow from "医薬品・医療材料メーカー" to "流通業者" is labeled "支払い" (Payment).
- An arrow from "流通業者" back to "共同購買会社 = GPO" is labeled "メンバーシップ会費" (Membership Fee).

冰道未名

緊急座談会

れて、とりあえず2年間やってみましょうということになりました。

この加算に加えて、長期収載品の引き下げ（マイナス22%）を行うことで、結果として後発品の使用を促進する原動力にしたいと考えています。

長氏 薬価が下がれば差益を確保するためには購入価格を下げていく必要があります。薬価差益頼りの医療機関は経営的に苦しくなりますから、共同購入を推進すべきではないでしょうか。診療所が個別に交渉するのは限界があるのではないかと思います。

官民格差

構造的問題の出口見えず

—配分の問題は官民格差の議論にもつながります。

神野氏 不況やデフレ感と医療との関係で、民間病院の立場からせひ言っておきたいことがあります。2次救急をはじめ多くの医療が民間病院によって支えられているのに、公的病院と民間病院が同じ価格でやっていることに大きな問題があります。事業仕分けでもあまり議論されませんでしたが、年間8000億円が公的病院の補助に回されています。今回の改定で提示された0.19%への700億円（国庫負担）や急性期入院医療への4000億円を超える額が交付税として回されています。その中で民間病院と公的病院が戦っているわけです。

労働市場が大変厳しい状況にある中で、私たちの業界でボーナスを0.1カ月下げると言っただけで看護師は雪崩を打って公立病院に行ってしまう。周りの経済状況と医療スタッフの労働環境はまったく異なります。この辺りを事業仕分けの時に議論していくべきではなかったでしょうか。全額とは言いませんが、一部交付税を診療報酬に回して、機能として救急やへき地に付ければよかったです。

長氏 神野先生が指摘された交付金については、仕分けの第1ワーキンググループで一応話が出ましたが、公立病院の交付金のような細かい議論はなされず、総論で終わってしまいました。本当は第2ワーキンググループでも議論すべきだったのではないかと思っています。

大沢氏 公立病院の問題は、厚労省と総務省の縦割りの中でエアボケットになりかねない問題だと思います。今回の改定の議論の中でも、公立病院と民間病院の格差の問題は、関係者から強くご指摘をいただきました。

ます。政府あるいは民間機関が交渉をしてよいのではないでしょうか。

神野氏 医療費が抑制される中で、マスで見れば全国の調剤薬局チェーンが大量に買い付けをしているために（改定財源の）差益を確保できる面もあります。とすれば、医療機関も同じような対応をすべきかもしれません。

大沢氏 国立病院機構が共同購入を実施して、購入価格の効率化に大きく役立ったと聞いています。他の公的病院でも広がっていけばよいと思います。

た。民間病院にとっては、不利な競争の中で、民間が給与カットしているからといって、例えば看護師の給与カットなどは極めて難しいというご指摘もいただきました。この点は、やはり、公立病院の人件費を効率化させていく仕組みがないと、同じ診療報酬を受け取る医療機関として、制度の公平性が担保できないと思っています。

神野氏 私は診療報酬すべてを解決してくれればいいのではないかと思います。へき地医療をやっていれば、へき地加算というような形です。

大沢氏 それで自治体病院と民間病院の格差が解決するでしょうか。

神野氏 交付税が減った分を診療報酬に充てるのです。確かに民間病院が1つもないようなへき地で医療を提供している自治体病院もあります。そういう不採算の部分に診療報酬を付ければいいのではないかと思うのです。

長氏 私はへき地に関しては補助金の方が良いだろうと考えています。基本的には診療報酬で見るべきだと思いますが、不採算な周産期医療やへき地医療には補助金の方が患者の自己負担も上がらずに提供できるのではないかと思います。ケースバイケースで補助金か、診療報酬か、ただ交付税でばらまくというのはいかがなものかと思います。

すべての医療機関がハッピーにはなれない時代

大沢氏 問題の根源は、自治体が自分の自治体病院に対して補助を行うことは禁止できないということです。自治体が支援すれば、待遇は下支えされ、結果的に民間病院よりもかなり高まりすることになります。

これは相当悩みましたが、現在の診療報酬体系ではなかなか対処できるものではないので、もう少し時間をかけて考えなければなりません。

長氏 公立病院でも救急で頑張っている病院もあります。公立でも交付税を付けるべき病院はあるはずですので、救急医療の実績などで評価すべきであり、開設主体ごとで補助というのは古い時代の考え方といふ気が致します。

神野氏 これから日本の人口が減っていく中で、すべての医療機関がハッピーというわけにはいかないでしょう。そうなれば銀行と同じように合併とか統合とかもあります。交付税の話でも、予算配分を集中化して医師を集約化するというような取り組みがされないと、最終的に勤務医負担の軽減ということにはつながらないのかなと思います。

大沢氏 今後の課題として、診療報酬も単純なインセンティブだけでは

なくて若干義務付け的な側面を強め、例えば、小児や産科のような当直が厳しい診療科では常勤医師が5人いた場合とそれ以外について、点数に大きな格差を付けるといった取り組みをすれば、医師の集約化が進み、結果的にそこで働く医師の方々の負担軽減が実現できるはずです。

そうではなくて、単なるインセンティブだけでどこまでいけるかという究極形が今年度1次補正の地域医療再生基金だったと思います。地域ごとに病院の集約化、機能分化等の地域医療の課題を解決するための財源を一挙に用意しようというのですが、フォローアップしてみて、それでも医師不足問題は解決しないということになれば、インセンティブ的な政策の限界を意識しなければいけなくなると思います。

一方で、今後は、医学部定員の増員方法や、地域ごと・診療科ごとの医師や保険医の人数などを含めて、今までの完全に自由な方式だけよいのかということも、もう一度考え直さなければいけないかもしれません。

税制

病院と診療所、異なる関心の対象

消費税税率引き上げは病院を直撃

—予算編成との関連では税制が医業経営に与える影響も大きいですね。消費税は、医療費財源の問題にも関連してきます。

長氏 病院については消費税のいわゆる損税、診療所は事業税非課税の継続に対する関心が高い。消費税については、仙谷由人行政刷新大臣の発言を聞いてみると、引き上げは時間の問題なのかなという気がします。

その際には消費税の損税問題が表面化してくると思います。病院は利益がそもそも出でていなければ事業税の負担はそれほど重くはありません。社会医療法人はそもそも非課税です。ただ消費税は必ず課税されるため、数千万から1億円を超える損税が出てる現状ですから、消費税引き上げによる病院倒産の発生という事態も十分に考えられます。

大沢氏 この問題は非常に難しくて、医療界以外でも非課税扱いになっている項目でも同じような問題を抱えていると聞いています。今も設備投資の減価償却は、入院基本料などで見ているという説明のはずです。損税だから消費税を取らないことにすると、その分、入院基本料等を減額するという話になります。

神野氏 消費税は、いずれ上がるのが前提だと考えています。これ以上消費税を上げるのであれば明朗会計にしていただかないと医療はもしません。基本的には医療機関が支払う時と同様に、診療報酬にも課税をするのが社会システム上、明朗なのでないかと考えています。

「診療報酬で包括」が財務省のスタンス

長氏 病院の非課税というのは例外的な措置です。学校の授業料も非課税ですが、授業料を引き上げれば対応ができます。ただ、病院は、診療報酬は公定価格ですから引き上げるというわけにはいかない。神野先生が言われるように、消費で出たものには消費税を支払うのが基本原則だと思います。

大沢氏 消費税を引き上げる際には、今ままで、患者に転嫁できないとすれば、診療報酬で何らかの手当てが必要になるでしょう。

長氏 診療報酬を上げると保険料に転嫁され患者の窓口負担も増えます。消費税を診療報酬に乗せた場合にもその問題が発生します。診療報酬で手当てるよりは患者さんが直接消費税を負担する方が、保険料に跳ね返らないからいいのではないかでしょうか。

—ありがとうございました。

医療材料の 内外価格差問題と解消の方策

A black and white portrait photograph of Wang Kang, a man with dark hair, wearing a suit and tie. The photo is grainy and appears to be from a printed document.

需要側の立場から共同購買組織の構築を

東日本税理士法人代表 長 隆

不透明な商習慣や価格の妥当性を抱える日本の医療材料流通にとつて、共同購買組織の存在は、交渉力の上昇と購入規模の集約によつて、メーカー、あるいは、より上流の卸業者との交渉が可能とし、バイイングパワーの向上、不透明で複雑な流通市場の打破という効果をもたらす。

4. 国内共同購入の現状

ストを大きく下げることが可能である等、流通効率化・経済合理性のある価格提示や長期未妥結の是正などが課題となつてはいる、わが国流通（または薬価調査の在り方）への示唆を含むものである」としている。

米国のOEMと、日本国内における共同購買の現状と課題を整理してきたが、米国の医療材料市場は現在の国内家電製品市場、日本の医療材料市場はかつての国内家電製品市場に例えるこ

6. もとね

GPO等米国流通事情の調査報告書（注5）で、国内にGPO類似の組織がほとんど存在せず、医療機関の共同購入も少ない現状の理由について、米国GPOが果たしている機能（価格交渉機能など）の大部分は、国内医薬品卸が担っているからとしている。そして、ただちに米国と同じ流通システムを取り入れる必要があるわけではないが、「価格の根拠が透明かつ明確であること、流通部門の効率化が進む圧力が強いこと、医療機関等の価格交渉コストを大きく下げる事が可能である等、流通効率化・経済合理性のある価格提示や長期未妥結の是正などが課題

5 受け皿など課題山積

仕入れるという段階まで含めた共同買ではなく、共同交渉にとどまつて。仕入れを行うという購買段階まで実際にを行い、購入量をコミットするにより、強い交渉力を發揮することができるわけだが、そこまでの機能持った機能の実現が課題だといえる。

の（音医薬品 J.A.厚生連の一部）化連による医薬品・医療材料のり組みであり、民間病院ではV.H.（Voluntary Hospital of Japan：民間院の共同研究組織、注4）や、徳洲グループが行っている。

担っており、流通の効率化も進んだが、しかししながら、医薬品卸は供給側、つまり売り手であり、病院側に立った透明かつ公正な価格交渉機能を果たしているかという課題がある。医療材料に関することは、流通の効率化 자체がまだまだこれから課題となっている。日本で本格的な共同購買組織ができる

現在の家電業界は、コジマ、ヤマダ電機、ヨドバシカメラなどの大型販売店が、メーカーと直接交渉し、大量の仕入れ量をコミットしたり、買い切りの自社モデルを商品化したりして安値化を実現している。顧客の立場で強い交渉力を發揮し、対メーカー、そして大手家電販売店同士で競争原理が働いている姿は、米国のGPOと重なって見えてくる。それに対し、日本の医療材料市場では、昔の家電業界同様、多くの卸業者が存在し、特定の地域を中心とした小規模の会社も多い。物流事情や情報網が発達していないかった時代では、地域にこのような拠点が存在することに非常に大きな意味と役割があつた。

取り付け作業やメンテナンスを請け負つて、大手家電販売店と共に共栄している。

国内市場では、医薬品卸は一定数に集約されたのに対し、医療材料卸は数がまだまだ多い。これから業界再編が起り、集約されていくと予想される。医薬品卸はメーカー主導で卸業者の業界再編が行われ、流通の効率化は実現できたが、購入価格の交渉という面では課題がある。バイイングパワーの向上による内外価格差の解消と流通の効率化を実現できる方法として、病院の立場に沿った共同購買組織は、理想的な選択肢の一つだと言える。

国家試験の改善検討

「漢字障壁」で岡田外相

岡田克也外相は17日、インドネシアのマルティ・ナタレガワ外相と都内で会談した。マルティ氏は両国の経済連携協定（EPA）に基づき日本に派遣されたインドネシア人の看護師や介護士希望者にとって「日本の国家試験で漢字が用いられ、合格が困難だ」と指摘し、「漢字障壁」の改善を求めた。

岡田氏は「政府内で検討していきたい」と述べ、ふりがなを振るなどの対応を検討したい意向を示した。フィリピンのロムロ外相との会談でも同様のやりとりがあった。「共 同」

介護報酬を不正受給 松阪市が指摘取り消し

介護支援専門員が従事しているように偽り、介護報酬を不正受給したなどとして、三重県松阪市は15日、介護保険法に基づき、認知症の共同生活介護事業所「グループホームいいたか」を運営する社会福祉法人「いいたか」の指定を7月1日付で取り消すと発表した。課徴金などを含めた介護報酬約8000万円の返還を求めるという。

松阪市によると、いいたかは2008年1月からグループホームを運営。入居者の介護計画作成や監督をする介護支援専門員がいると偽ったほか、無資格の職員に介護計画を作成させるなどした。

グループホームには現在17人が入居。市は7月から新たな事業者を選定する方針。〔共、同〕