

講演 1

2025年度に向けた 医療・医療保険制度改革 国民皆保険制度堅持に向けて



健康保険組合連合会理事
(中医協委員)

幸野庄司

講演 1 では、健康保険組合連合会理事で中医協委員の幸野氏に2025年度に向けた医療・医療保険制度改革についてお話しいただいた。

幸野氏は、国民皆保険制度の現況について、高齢者の医療費が増大し、それを現役世代が支えている厳しい状況を説明した。その上で、国民皆保険制度の堅持のために支払い側として提案していることを、財源の確保、医療費全体の統制、健康長寿化の3つの視点から紹介。今後も進展する高齢社会で国民皆保険制度を堅持するために、現役世代、高齢者、医療提供者、製薬会社、卸の全員で痛みを分かち合うことの必要性を訴えた。

日時:平成30年11月8日(木)10:40~11:40 場所:東京・有楽町朝日ホール

はじめに

私は医薬品や医薬品卸にあまり詳しくありませんが、国民皆保険制度を守っていくために国、あるいは国民が何をしなければならないのかの全般的なお話をさせていただきます。

いま日本の国民皆保険制度は、公定価格、フ

リーアクセス、自由開業制で、原則、出来高払いとなっています。国民全員が何らかの保険に入っており、財源は5割が保険料で、税4割、自己負担1割となっています。しかし、人口構造の変化に伴って疾病構造が変わり、急性期から慢性期の病気が多くなっています。また、世界に先駆けて高齢化が進み、しかも現役世代の支え手が急激に

減少しています。加えて、医療の高度化・高額化が、皆保険に影響を与えるまでになっています。

そのような状況にあって国民皆保険制度を維持していくには、①財源をいかに確保するか、②医療費をどのように統制(コントロール)するか、③支えられる側と支える側がこれからどう変わっていくべきか、を考えていく必要があります。その3つの視点でお話します。

国民皆保険制度の現況

●医療費の55%は65歳以上が占める

まず、日本の医療提供体制を見ると、一般診療所約10万か所、病院約8000か所、歯科診療所約6万8000か所で、薬局が約5万9000か所となっています。病床は約90万病床に上り、機能ごとに区分され一般病棟、療養病棟、介護療養病棟などがあります。いまはDPC(診療群分類包括評価)が進んでおり、病床の約55%を占めています。

医療費の動向を見ると、平成27年に3.8%という異例な伸びを示しましたが、C型肝炎治療薬のソバルディ、ハーボニーが出てきたことによるもので、この頃から薬剤が医療費を押し上げる要因に関連するようになってきました。その反動で平成28年の医療費はマイナスに働きました。

診療種類別の医療費は、医科の入院が40%、外来が35%で、医科が医療費の4分の3を占めています。この医療費の4分の3を占める医科入院と外来をどのようにコントロールするかが最も重要になってくるのではないかと思います。



医療保険制度改革について話す幸野氏

42兆円の国民総医療費のうち10兆円超は医薬品費で、国民総医療費の約25%を占めています。うち病院・診療所で使われている医薬品は4.8兆円、薬局で調剤されている医薬品は5.7兆円です。この医薬品費も何らかの形でコントロールしないと国民皆保険に影響を及ぼすことになるでしょう。

次に、どういう人が医療費を使っているのかを見ると、75歳以上の後期高齢者はいま約1750万人で約16兆円、65歳から74歳までの前期高齢者は約1700万人で7兆円です。両者を合わせると23兆円で、42兆円の医療費の55%は65歳以上が使っており、それを現役世代が拠出金という形で支えているわけです。これが現役世代にとって、かなりの重荷になってきています。

●借金で維持されている国民皆保険

医療費はどんどん伸びていますが、その医療費は自己負担、社会保険(いわゆる健康保険料)、公費(税金)で賄われています。平成17年度から平成27年度までの10年間の伸び率を見ると、患者負担が約9%の伸びに対し、社会保険料は27%、税金は36%も伸びています。つまり、今後、公費がますます必要になり、社会保険料も上げなければ国民皆保険を維持できない時代が来るといえます。しかも、公費で負担し切れない部分は赤字国債という特別国債で充当し、この借金を先送りしているのです。借金がどんどん積み上がっています。要するに、税金で負担し切れない状態になっており、国民皆保険は崩壊に近づいているのではないかと危惧しています。

1990(平成2)年度と2017(平成29)年度の歳入と歳出を比較すると、税収はほとんど変わっていませんが、社会保障費が21兆円くらい増加しており、これを特別国債で賄って国民皆保険を維持していることが分かります。

●増え続ける高齢者医療への拠出金

現役世代が払っている健康保険料の推移を見ると、平成19年から平成29年まで10万円くらい上がっています。事業主が半分負担しますので、個人では5万円上がっているわけです。

なぜ上がっているかといえば、いわゆる前期高齢者や後期高齢者の医療への拠出金が増加していることが大きな要因です。給与や賞与は横ばいで推移しているのに対し、病院に払う7割分の法定給付費が約17%増加し、高齢者医療への拠出金は実に45%くらい上がっているのです。これがいまの現役世代を苦しめ、さらに今後現役世代がどんどん少なくなっていくので、この負担は増えるであろうと想定されています。

健康保険組合の平成29年度決算見込みの財政構造を見ると、経常収入8兆1999億円、経常支出8兆653億円で、経常支出の43.7%が高齢者医療への拠出金になっています。医療費の給付に使われているのは49.7%なので、ほぼ半分ずつ。つまり、半分は高齢者医療への拠出金に回っているのが現状です。2025年には団塊の世代がすべて後期高齢者入りし、65歳以上が3人に1人になっていく一方、現役世代はどんどん減っていきますので、医療財政の悪化が懸念されます。ですから、いかに国民皆保険制度を守っていくかを、みんなで考えていかなければならないのです。

●10年後の健康保険料は給与の11%超

財務省資料の医療費の将来推計を見ると、現段階では45兆円くらいですが、2025年には60兆円を超えています。しかもGDPを大きく上回る伸びが予想されるため、公費も保険料もどんどん上がっていくことが想定されています。

被用者の健康保険組合の法定給付費と拠出金、保険料率の推計を見ると、2015年度に皆さんが払った健康保険料は給与の約9.1%ですが、10年後の2025年には11.8%になると想定されています。そして、高齢者医療への拠出金が法定給付費を上回ると推計されています。

つまり、自分が病気になったときの保険よりも、お年寄りを支えるための保険の割合のほうが高くなるわけで、何のための健康保険なのかということにもなりかねません。

以上のような医療費とそれを支えている健康保険料の状況にあるわけです。そこで、国民皆保険制度を維持していくために何をしなければならない

いかについてお話しします。

制度持続可能な財源の確保

●財源に関するビジョンの設定

視点1は、制度持続可能な財源の確保です。そのための4つの提言をお示しします。

第1点は、持続可能な医療保険制度に向けて財源に関するビジョンを設定しなければならないということです。税と社会保険料と自己負担をどう棲み分けていくかということです。社会保険料を上げれば済む問題ではなく、自己負担による痛み分けと税金の充当も必要になるでしょう。そういうビジョンを早期に設定する必要があります。

日本の国民負担率、つまり租税負担率と社会保障負担率を見ると、OECD諸国と比べて、社会保障負担率はそれほど高くなく、租税負担率はスウェーデンやフランスなど高社会福祉国家に比べてかなり低くなっています。また、社会保障による再配分と税による再配分の推移を見ると、所得による格差が拡大する中で、社会保障(保険料)による所得再配分が年々強化されてきました。それに対して、税による再配分効果はほぼ横ばいで推移してきています。ですから、2点目の提言にも絡みますが、税の効果をもう少し拡大すべきではないかと思っています。

●税による財源確保の長期見通しを示す

2点目は、消費税率の引き上げや税制の見直しによって必要な財源確保の長期見通しを示す必要があるということです。

来年10月に消費税率が10%になりますが、社会保障費を賄おうとすれば20%くらいでもおかしくないという数字が出ています。こういったことにならないために何をしなければならないかということです。

また、消費税の増税では、2014年当時は10%に引き上げて高齢者の年金・医療・介護に充てるとされていましたが、昨年来、変わってきました。年金・医療・介護のほか、子育て支援や教育の無償化にも充てていくというように政府与党の考え方が

少しずつ変わってきています。それらも踏まえて、長期見通しを示す必要があります。

●高齢者の応分負担と現役世代の負担軽減

3点目は、高齢者に対する給付と高齢者の負担のアンバランスを是正すべきだということです。75歳以上の医療費は1割負担ですが、現役世代との公平性を保つためにお年寄りにもう少し負担してもらってもいいのではないのでしょうか。

そして4点目は、その一方で現役世代の過重な負担をもう少し軽減すべきではないかということです。健康保険料の半分を高齢者に回している構造の中で現役世代は疲弊しており、日本経済にも悪影響を及ぼしているため、早期に見直す必要があります。

この世代間の負担と給付の公平化について、現役世代(20歳～64歳)と高齢者を比較すると、現役世代1人当たり医療費は17.8万円、負担(保険料+自己負担)は29.8万円なのに対し、75歳以上では1人当たり医療費は90.6万円、負担は14.1万円が負担が極端に軽くなっています。分岐点は60歳のところで、60歳までは保険料をたくさん払い、それより医療費のほうが少ないのですが、60歳を超えると自分が払った自己負担や保険料より、使う医療費のほうが多くなっています。特に80歳、90歳になると、保険料と自己負担はわずかなのに対し、100万円を超える医療費を使っており、世代間の公平性の観点からこれでいいのかということにもなるのではないのでしょうか。

●後期高齢者の患者負担を2割に

私どもが強く主張しているのは、社会保障改革の工程表にも入っていますが、後期高齢者の患者負担を段階的に2割にすることです。平成26年から70歳になる人は1割から2割に段階的に上がっており、平成30年度は70歳から74歳の人全員2割負担になっています。しかし、74歳の人のが来年75歳になると2割が1割に減るわけです。

そこで、後期高齢者の負担について、いま2割負担の人は75歳以降も2割負担を継続すべきだと主張しているところです。いったん下げてしまう



会場をぎっしり埋めた聴講者

と、上げるのが大変だからです。2割負担を継続すれば抵抗感も少ないでしょうから、実行するならいまなのです。工程表では平成30年度に結論を出すことになっていましたが、もう少し先になりそうです。想像するところでは、来年夏の参院選が影響しているように思いますので、参院選前の実現は難しそうで非常に残念です。

もう1つ主張しているのは、現役世代の負担に一定の上限を設けて、高齢者医療への拠出金が50%を超えた部分は税金を投入してもらおうということです。現役世代の保険料に一定の上限を設けて、活力ある世代にしなければなりません。

医療費全体の統制

●人口構造の変化に対応した病床機能の整備

視点2は、医療費全体の統制です。これは皆さんにも大きく関連するところで、少し耳の痛いことをいわせていただくかもしれません。

第1点は、医療費の中で最も大きいのは4割を占める入院医療なので、人口構造の変化に対応した病床機能を整備すべきだということです。現役世代の減少に伴って急性期の病気は減り、一方で回復期、慢性期の病気が増えているにもかかわらず、急性期の病棟が多いのが現状です。

そのような中でいま、病院の機能に応じて地域の医療提供体制を変えていく地域医療構想が進められています。例えば、急性期病棟は10年後には20万床くらい余剰になると推計されている

一方、回復期病床がこれからどんどん必要になってきますので、地域ごとの医療構想が話し合われています。しかし、なかなか進まないと聞いています。自分の病院の機能を守りたいという意識が働いて、急性期から回復期の病床への転換に踏み切れないようなのです。また、慢性期や回復期の入院患者さんを在宅に返そうという動きが出ています。推計では、在宅が30万人くらいに増えるのではないかとされています。

医療費の地域間格差は最大で1.5倍あり、この格差は正の必要もあるでしょう。医療費格差の要因となっているのは病床数であり、病床数の多い都道府県は医療費が高い傾向があります。実は、高齢者医療確保法第14条で、地域ごとに診療報酬が設定できると規定されています。医療費があまりにも高い県は、1点10円を例えば1点9円にしてもいいということが平成18年の法改正で規定されました。しかし、実際に実施した県はありません。私個人的には実施を考えてもいいのではないかと考えています。

また、問題になっているのは「7対1病床」です。これが一般病床の多くを占めており、医療費を押し上げる大きな原因になっています。平成18年に制度ができたときは4万4000床でしたが、現在38万床で8倍くらいに増えています。中医協でも7対1入院基本料の病棟を減らす議論をしていますが、なかなか減らないのが現実です。

そのような状況にあって、今回の平成30年度の診療報酬改定で入院医療の体系が大きく見直されました。いままでは看護職員配置の7対1、10対

1、13対1を中心に診療報酬が体系化されていましたが、これからは基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分に分けられました。例えば、急性期病床では、看護職員配置10対1を基本部分とし、重症な患者をどれだけ抱えているかを実績部分の評価にして点数を決めていくということです。

●医療機能の分化・連携の推進

2点目は、医療機関の様々な機能をきちんと分化・連携させなければならないということです。外来医療と入院医療を使い分けて、分化・連携を推進すべきなのです。

いま地域包括ケアシステムの構築を目指していますが、その中では医療機能の分化・連携の推進が不可欠となります。まずはかかりつけ医に行ってもらい、かかりつけ医の手に負えないときは病院の専門医に診てもらおうといった連携が必要ですが、いまはフリーアクセスなのでどんな病気でも大病院に行く受療行動がみられます。それを改め、かかりつけ医をつくって機能分化を図っていく必要があります。

そこで、かかりつけ医に行ってもらうため、紹介状なしで大病院に行った場合、選定療養として自己負担以外に定額負担(初診5000円、再診2500円)を上乗せして徴収することが平成28年度の診療報酬改定で導入されました。しかし、国民の受療行動は変わっておらず、紹介状なしの患者の減少は2.9%に過ぎなかったということです。

支払い側は200床以上の病院に選定療養を導入すべきだと主張していますが、今回の改定では400床以上となり、100床だけ減りました。これでどれだけ国民の受療行動が変わるのかを検証する必要があります。フランスではかかりつけ医とそうでない場合は自己負担が違いますし、イギリスは一般医(GP)の診療ということで、直接専門医の診療を受けることは認められていません。

また、医療保険部会では、かかりつけ医以外の病院に行った場合の定額負担が議論されています。しかし、日本ではかかりつけ医の定義がはっきりしておらず、それが導入されると混乱が生じると



支払い側の立場から様々な改革を提案

いうことで、議論は紛糾しています。

●終末期医療のあり方を見直すべき

3点目は、終末期医療のあり方を見直すべきだということです。これも避けて通れない問題だと思えますが、なかなか進んでいません。

厚労省は「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表していますが、国民はもとより、医療従事者にも周知されておらず、知っている人は半分もいなかったというデータもあります。

生涯で必要となる平均医療費の半分は70歳以上で使っています。また、ある研究によると、死亡前1か月の平均医療費は約112万円だといえます。医療機関での1年間の死亡者数は80万人なので、1年間にかかる終末期医療費は112万円×80万人で約9000億円と推計されます。ここを何とか改善すべきなのです。

国民の意識としては、最終段階における医療に対して自分の意思表示を書面で作成することに約70%が賛成していますが、実際に書面を作成しているのは約3%に過ぎません。ですから、家族とも話し合い、自分の終末期医療を文書で作成し、実行していくようなことも、日本全体で進めていかなければならないのではないのでしょうか。

●薬局・薬剤師の機能の抜本的な見直し

4点目は、薬局・薬剤師の機能の抜本的な見直しです。調剤薬局に対してはいろいろなことがいわれていますが、医薬分業40年が国民に何をもちたのかということです。40年に及ぶ医薬分業は、門前で調剤に偏重した薬局の乱立を招き、本来の薬局・薬剤師の機能を失わせて国民のセルフメディケーション意識の喪失や高齢者の多剤、残薬問題を生みました。ですから、薬局・薬剤師の本来機能を取り戻すためにも、調剤報酬を抜本的に見直すべきだと思います。

40年前、私が子どもの頃は、家庭に常備薬があり、風邪などで調子が悪い場合は薬局へ行って一般用薬をもらい、いろいろな相談をしたものです。しかしいまはそれができません。調剤薬局は処方

箋を持っていないと入る気がしないし、誰に相談していいのかわからないという状態を生んだのが医薬分業なのです。なぜこうなったのかといえば、医師会にお叱りを受けますが、医師の処方権があまりにも強すぎ、薬局の調剤権が低いことにあります。本来の薬局・薬剤師の機能を失わせた調剤報酬に問題もあろうかと思えますので、それを抜本的に見直していくべきです。

また、「患者のための薬局ビジョン」の動向にも注目したいと思います。

財務省の資料を見ると、薬局は5万8000か所くらいあってコンビニよりも多く、薬剤師数も2005年からどんどん増えていて、薬剤師1人当たりの処方箋枚数は減っています。しかし、処方箋1枚当たり、あるいは薬剤師1人当たりの技術料は上がっているのです。通常の市場原理であれば、必要以上の供給増があれば単価は下がっていきませんが、供給量が増えても1人当たりの単価は上がっているというのは、やはり調剤報酬のどこかに問題があります。

それから、薬局・薬剤師の機能を高めるためにもリフィル処方を検討すべきだと思っています。処方箋をもらうためだけに医者に行かなければならず、しかも1時間くらい待たされて、再診料72点、処方箋料68点で1400円かかるわけです。この繰り返し嫌になって途中で中断してしまう患者さんもいました。ですから、病態の安定した例えば高血圧や高脂血症の長期服薬者は、処方箋に有効期限を設け、その期限内は薬剤師が管理して繰り返し使ってもいいことにし、病態に変化があったときに受診勧奨を行うやり方でいいのではないかと提案しています。しかし、なかなか通りません。医療費適正化につながるのを見直すべきだと骨太の方針にも書かれていますが、実現できていません。諸外国ではリフィル処方が行われていますので、ぜひ進めてほしいと思います。

薬局・薬剤師の機能の抜本的な見直しでは、かかりつけ薬剤師が叫ばれています。しかしこれからは、かかりつけ薬剤師だけでなく、地域において健康サポートができる機能、つまり健康相談や受診勧奨、重症化予防、医薬品の適切な選択の相

談などが行える、地域で顔の見える関係が築ける薬局をつくる必要があります。加えて、高度薬学管理機能を持った薬局が必要です。今後は、重症患者さんも在宅で化学療法を行えるようにしようといわれています。病院完結型から地域完結型へ、が日本の目指す方向なので、高度な薬学管理ができる薬剤師も必要になってくるでしょう。

いま医薬品医療機器制度部会では、門前で調剤だけを行っている薬局、地域で貢献している薬局、高度な薬学管理機能を持った薬局を将来的に分類していこうと検討しています。2025年から2035年に向けて、地域で活躍する薬局をつくっていこうというのが国の方針です。いままでの基準調剤加算は廃止され、地域支援体制加算が新設されました。そのことから国が目指している方向が理解できるのではないのでしょうか。地域で活躍しなければ薬局ではない、という流れになっていることを認識していただければと思います。

●薬価の統制

5点目は、薬価の統制です。薬価も少し貢献してもらいたい必要があるということです。あまり専門的な知識を持っていないので、ピントをはずした話になるかもしれませんがお許しください。

まず、薬価制度抜本改革が行われましたが、これで終わりではなく、今後どういう影響を与えていくのかに注視し、逐次見直していく必要があると思います。毎年改定による実勢価がどうなっていくのか、新薬創出加算の見直しでイノベーションがどう変わっていくのか、長期収載品と後発医薬品がどういう動きになっていくのか、などを見ていく必要があります。後発医薬品シェア8割という目標が出ましたが、これは日本全体で努力していかなければ進まないでしょう。医薬品の理想構造モデルは、特許期間中に研究開発費を回収して、特許が切れたら速やかに後発医薬品に道を譲るといったことなのです。

一方、薬価制度抜本改革の中で、私ども支払い側は新薬創出加算に対していろいろいわせていただきました。最初、提案されたときに上位5%だった企業区分Iが上位25%に引き上げられてい

ます。あるいは、類似薬効比較方式の1日薬価合わせで、新薬部分も合わせて比較されているのは少し違うのではないかと指摘させてもらいました。それで、最初の段階では新薬創出加算部分は外して比較することになったものの、これが見直されて、新薬部分も含めて1日合わせをすることになるなど、最初の提案からかなり後退した部分がありました。支払い側から見て、最初のものから後退しているところは、次回もまた提案させていただくことになると思います。

また、長期収載品についての私どもの意見は、段階的な引き下げまでに時間がかかりすぎているということです。後発医薬品が出て5年間猶予され、その5年後にZ2が適用される。つまり10年経った後に段階的に引き下げが始まるというのは、少しスピード感に欠けているのではないかと提案していくことになるでしょう。

原価計算方式も見直され、いままでは営業利益率だけにかけていたものが薬価全体にかけてられるようになりました。また、薬価算定の透明性を向上させるため、製品総原価のうち薬価算定組織での開示が可能な部分の割合（開示度）に応じて加算率に差を設けることになりました。そこで、平成30年度以降、新規収載されるものの開示度を見ていますが、ほとんどが開示度50%未満で加算係数は0.2なのです。その実態を見ると、原価計算方式の見直しもあまりインセンティブになっておらず、問題があるのではないかと考えています。また、営業利益率を見ると、産業全体と比べて医薬品企業はリーマン・ショックのときでも10%をはるかに超えた高い営業利益率を上げています。これが原価計算に使われているのもどうなのかと疑問を呈したいと思います。

それから、保険給付のあり方を見直すべきではないかと提案しています。法改正が必要なのでしょうが、スイッチOTCや医薬品の種類によって見直すべき時期にきています。フランスでは、重い病気は100%償還ですが、軽い病気は自己負担を多くする制度になっています。すべて3割負担ではなく、湿布薬やビタミン剤など保険から外してもいいようなものもあるので保険償還率を変えていく

べきではないでしょうか。改革の工程表にも入っていますが、進めていくべきです。それが国民のセルフメディケーションの醸成にもつながるのではないかと思います。

ジェネリックの使用促進について、年齢別使用割合を見ると、市町村などから医療費が助成されている低年齢層や1割負担の高齢者など自己負担の少ない年齢層の使用割合が低い結果になっています。ジェネリックの使用促進を図るには、ここへの対応も考えていく必要があるでしょう。都道府県別使用割合を見ると、東京や大阪など大都市圏の使用割合が低くなっています。これではいくら他県が頑張っても8割は達成できません。保険制度別使用割合では、後期高齢者と国民健康保険の使用割合が低くなっています。こういったところも是正していくべきでしょう。ジェネリックの使用は国民全員の責務です。製薬会社の安定供給はもとより、行政からの情報提供やジェネリックに付加価値を持たせる取り組みも必要で、医師は一般名処方をするのが大事だと思います。

療養費については、柔道整復、はり・きゅう、マッサージの伸び率が大きく、全部合わせると5000億円くらいの医療費になっています。しかも不正請求等が横行しているので、果たして保険でみていくべきなのか、抜本的に考えていく必要があるのではないのでしょうか。

新たに導入される費用対効果評価は、いま試行錯誤の状況ですが、イノベーションの評価という観点からは必要なので、どんどん進めていくべきだと思います。

「支えられる側」から「支える側」へ

●高齢者も「支える側」へ

視点3は、「支えられる側」から「支える側」へ、つまり、お年寄りも支える側で健康長寿を目指しましょうという話です。

9月の自民党総裁選のときに安倍首相が話したのは、働き方改革と社会保障制度をミックスさせることでした。高齢者の負担増は避けられないので、2019年に高齢者の雇用環境を整備して65歳の

雇用を延長し、2020年から2021年に向けて社会保障改革を進め、予防医療を強化していく。そして70歳を超えてからの年金受給を考えることも公約として掲げています。

日本の健康長寿は75歳で諸外国に比べて長いのですが、来年夏までに健康寿命延伸プランをつくらうという動きもあります。健康に過ごしてもらい医療費を抑えていくというもので、実際、健康寿命が長いほうが医療費も抑えられています。

医療と介護のデータベースを連結して予防医療・介護予防に役立てようという動きもあります。例えば、いま要介護5の人が30歳、40歳のときにどういう状態だったのかが分かるので、30歳、40歳のときにどういう手を打てば要介護にならないかに取り組んでいこうというものです。

また厚労省は、2040年を展望した社会保障・働き方改革本部を立ち上げ、根本厚労大臣を筆頭に高齢者の予防医療に力を入れ、健康寿命延伸に向けた取り組みを進める動きが始まっています。

●国民全体で痛みを分かち合う

最後に申し上げたいのは、今後、ますます進展する高齢社会において国民皆保険制度を堅持していくには、国民全体で痛みを分かち合うべきではないかということです。現役世代も高齢者も、それから医療提供側、製薬会社、医薬品卸の皆さんも、みんなで痛みを分かち合った中で、国民皆保険制度を堅持していくことが必要ではないかということで、いろいろな提案をさせていただきました。ご清聴どうもありがとうございました。



国民全体で痛みを分かち合う必要性を強調