

日本の医療ここが問題 シリーズ6

# 「日本の医療の進むべき道」

## その1 進路を定めた「01年憲法」

化石のような状態で旧弊のなかに閉じこもっていた日本の医療界に変革の風が吹いてきた。その発端は01年の総合規制改革会議の答申である。この世界で改革を要する事項を網羅した上で、関係者とその実現を合意した。「01年憲法」の誕生である。

しかし、その実現への道は平坦ではなかった。02、03年の雌伏の時を経て、04、05年には巻き返しに出た規制改革・民間開放推進会議は、ついに大部分の課題の解決に成功した。シリーズ総集編として、項目別に何がどう変わったかを詳細に眺める。今回は変化のスタートライン「01年憲法」が定めたことを取りあげ、続いて各分野の詳細を振り返ってみる。

2007年2月



## 株式会社 旭リサーチセンター

東京都千代田区内幸町1-1-1 (帝国ホテルタワー)

電話 (03) 3507-2406 (代)

このレポートの担当

取締役会長

鈴木 良男

お問い合わせ先

03-3507-2422

E-mail arc@om.asahi-kasei.co.jp

<本レポートのキーワード>

医療の規制改革、01年総合規制改革会議答申

(注)本レポートは、ARCホームページ (<http://www.asahi-kasei.co.jp/arc/index.html>) から検索できます。

このレポートの担当

取締役会長 鈴木良男

お問い合わせ先 03-3507-2422

E-mail [arc@om.asahi-kasei.co.jp](mailto:arc@om.asahi-kasei.co.jp)

## 要 約

このレポートで「01年憲法」と名づける総合規制改革会議第一次答申は、医療界に巣くう旧弊で長年放置されてきたものに初めてメスを入れたものだ。（p1）  
だが、事は簡単ではなかった。いざ実施の局面で抵抗に会い、03～04年は雌伏を強いられた。04年以降巻き返しに出た規制改革・民間開放推進会議は04年、05年の答申を通じて、困難な課題を解決していった。それが06年の医療関係の法律の大改正に結びついた。医療問題は株式会社問題を除いて解決への道は整理された。（p1～3）  
この間の詳細を、医療改革に関するシリーズの総集編として医療の全分野について、その経緯を明らかにしておく。まずスタートラインとなった「01年憲法」は何を定めたのかを説明する。そして続編でそれらが実現されていった過程を振り返る。

（p3）

「01年憲法」の基本骨格は6つのジャンルからなる。第一は「医療情報の開示」であり、ポイントは「広告の自由化」から「公開の義務化」への移行である。

（p4～5）

第二は「IT化推進」であり、レセプトのオンライン化を皮切りに、カルテの電子化を促進し、包括払い方式への到達を狙った。

（p5～8）

第三は「保険者機能の強化」で、レセプトの審査・支払いという、長年眠らされていた保険者の本来の機能を回復させた。

（p9～10）

第四は「診療報酬体系の見直し」で、混合診療の解禁、中医協の改革に結びついていった大きなテーマだ。

（p10～12）

第五は、株式会社の容認だが、この問題だけは最後まで解決に至らなかった。

（p12～14）

そのほか、「医療従事者の派遣労働の解禁」も今後に向けて、医療経営の合理化のために意義が大きい。また「コンビに薬を」の医薬品販売の規制改革も進んだ。

（p14～18）

「01年憲法」は医療界が抱えるあらゆる不合理にメスを入れたものだが、改革に当たった基本哲学は、「競争の導入」により、この化石のような世界の蘇生を狙ったものである。それはすべての改革項目について共通に指摘できることである。規制改革にとって競争は、目的とする活性化を図るための主要な手段である。（p18～23）

# 目 次

はじめに	1
第1章 日本の医療の進むべき道 - 「01年憲法」は決めたこと	4
第1節 答申の骨格	4
(1) まず基本骨格の説明から	4
(2) 医療に関する徹底的な情報開示・公開	4
「患者情報の患者などに対する開示」	4
「医療提供者に関する情報公開」	5
「広告規制の緩和」	5
「医療機関に対する評価の充実」	5
(3) IT化の推進による医療事務の効率化と医療の標準化・質の向上	5
「レセプトのオンライン請求を中心とする電子的請求の原則化」	6
「電子レセプトの規格の充実・強化及び使用の普及促進」	7
「レセプトの記載事項の見直し（主傷病名の記載など）」	7
「カルテの電子化及び用語・コードの標準化」	8
「複数の医療機関における患者情報の共有」	8
「EBM（Evidence-based-Medicine）の推進」	8
(4) 保険者本来の機能の発揮	9
「保険者によるレセプトの審査・支払」	9
「保険者と医療機関との協力関係の構築」	9
「保険者による被保険者・医療機関に対する情報収集」	10
「保険者の自主的運営のための規制緩和等の措置」	10
(5) 診療報酬体系の見直し	10
「包括払い・定額払い制度の拡大」	10

「公的保険と保険外診療の併用による 医療サービスの提供など公的保険の対象範囲の見直し」	11
「価格決定方式の見直し」	11
「中央社会保険医療協議会の在り方を見直し」	11
(6) 医療分野における経営の近代化・効率化	12
「医療機関経営に関する規制の見直し」	12
「理事長要件の見直し」	14
(7) 山積する「その他」問題	14
「医療従事者の質の確保」	14
「医療従事者の派遣労働の解禁」	15
「医薬品販売に関する規制緩和」	16
第2節 「01年憲法」が狙ったこと	18
(1) 「競争」の導入がキーワード	18
(2) レセプトのオンライン化は包括払い方式に至る最終目的の第一歩	19
(3) オンライン化がもたらすもう一つの「競争」=「保険者機能の強化」	20
(4) 競争促進そのものの「混合診療の解禁」	20
(5) そんなに株式会社怖いのか	21
(6) コンビニで薬を売られると何が困る	22
(7) 健全な競争の確立には情報開示がマスト	22
(8) 競争阻害者は排除を	22
まとめ	23
おわりに	24

## 第1章 重点6分野について

### 1 医療

#### 【問題意識】

これまでの我が国の医療制度は、国民皆保険体制と医療機関へのフリーアクセスの下、「すべての国民がいつでもどこでも安心して医療を受けられること」を基本的理念として運営されてきた。それによって社会保障としての医療は患者のニーズにこたえ、国民の健康増進に寄与してきた。一方、近年の少子高齢化の進展、IT化の進展等、経済社会環境の大きな変化の中で、国民の生活スタイルや価値観、ニーズは多様化している。それに伴って医療サービスに対してもより良いもの、より快適なものを求める意識は高まっている。「自らが医療に関する情報を集め、自ら治療の方法について選択したい」という声も多く聞かれる。このような状況に照らし合わせてみた場合、現在の医療制度は国民意識の変化に十分に対応できないものとなっている。

#### 【改革の方向】

医療の規制改革の目的は、患者本位の医療サービスを実現することである。そのためには、医療の質の向上、安全の確保を図りつつ、医療サービス提供上の無駄を徹底的に排除し、効率的な医療サービスを実現することが必要である。また、患者にとっては、医療の透明性が確保され自らの選択が尊重されるようになることが必要である。このような基本的考え方に基いて、医療に関する徹底的な情報開示・公開の促進、医療分野のIT化の推進、診療報酬体系の見直し、医療機関相互の競争の促進等を積極的に実施すべきである。また、患者本位の医療サービスの実現に向けては、保険者の果たすべき役割も大きい。患者本位の医療サービスの提供を実現するためには、保険者には被保険者（患者）のエージェント（善意の代理人）としての役割が求められている。これからは被保険者（患者）により近く、機動的な立場にある保険者が主体的に本来のエージェント機能を発揮することが重要であり、それが可能となるような環境を整備することが必要である。また保険者も意識を高め、その能力を強化することが重要である。一方、国民一人一人の意識を改革することも不可欠である。「給付はなるべく多い方がよいが、負担はしたくない」、「医療サービスは国の責任でしっかり行うべき」という受動的な意識ではなく、国民一人一人が制度全体の運営を支える主人公であるという意識が求められる。国民は、健康な生活を送る権利を有するとともに、効率的で満足度の高い医療サービスを受けることを求めており、納得の上でそれに見合う負担を担う義務があるということを改めて認識すべきである。このような基本的考え方に基き、当会議として以下の事項を求める。

#### 【具体的施策】

##### (1) 医療に関する徹底的な情報開示・公開

患者本位の医療サービスを実現するためには、患者への医療に関する徹底的な情報開示・公開が大前提である。情報開示・公開の仕組みが整備され、提供される情報の患者による適正な評価が行われれば、現状の「情報の非対称性」を理由とする「患者保護」を目的とした規制の多くは不要となるとともに、患者の選択が尊重される患者本位の医療の実現により近づくものと考えられる。このためには以下の点が特に重要である。

##### ア 患者情報の開示【平成14年度中に措置】

現在、レセプトの開示についてはルール化されているが（平成9年厚生省通達）、それだけでは患者情報の開示の点で不十分との指摘がある。カルテについて、患者プライバシーの保護を図りつつ、患者の開示請求に基づく医師のカルテ開示を普及、定着させるため、診療情報開示に関するルールの確立やガイドラインの整備を行うべきである。

##### イ 医療提供者に関する情報公開【平成13年度中に措置（逐次実施）】

医療提供者（医師、医療機関など）の適切な情報が公開されることにより、患者は客観的な情報を活用して医療機関を選択しやすくなる。医療提供者にとっては、より良いサービスの提供に向けたインセンティブが生まれ、結果として医療サービスの向上につながる。そのような観点から、医療機関の医療機能、業務内容、医師の専門分野、診療実績などに関する客観的に比較可能な情報公開を促進すべきである。

そのため、医療に関する各種情報のデータベース化、ネットワーク化を行い、国民が容易に情報にアクセスできる環境の整備を実施すべきである。

##### ウ 広告規制の緩和【平成13年度中に措置】

医療機関の広告については、誇大広告など不適切な広告から患者を守るという観点から規制が行われているが、国民にとっては客観的事実に基づいた診療実績など真に知りたい情報の入手まで制限されている。患者の選択が尊重される患者本位の医療サービスの実現のためには、現在の広告規制を見直し、将来のネガティブリスト化を視野に入れつつ、当面は、現在広告が許されている内容・範囲の大幅な拡大を図るとともに（ポジティブリストの積極的拡大）、関係者の要望にもかかわらずポジティブリストへの掲載が困難な場合の説明責任を明確にするべきである。

##### エ 医療機関に対する評価の充実【平成14年度中に措置】

現在、財団法人日本医療機能評価機構が評価を行っているが、評価の内容は医療機関の施設・構造や人員配置、組織体としての活動状況などの「構造評価」が中心であり、真に患者が知りたい評価、情報の提供という点では不十分である。患者本位の医療サービスを目指すためには、技術水準や治療方法にかかわる「プロセス評価」や、更には真に患者が知りたいと思う治療成果など「結果評価」にまで踏み込

## はじめに

この「日本の医療ここが問題」シリーズでは、これまで5回にわたって、規制改革を議論する場である総合規制改革会議、その後継機関であった規制改革・民間開放推進会議（以下「推進会議」という）で取りあげられ、実行に移されていった、日本の医療が抱えるもろもろの課題について、それらが変化を起こすつど、個別のテーマとして取りあげて、解説をしてきた。

ちなみに、これまで取りあげたテーマは以下の通りである。

「混合診療の解禁」(シリーズ1、03年3月)

「株式会社の容認、理事長要件の廃止」(シリーズ2、03年3月)

「混合診療に対する考えは変わるか」(シリーズ3、05年3月)

「レセプトオンライン化は実現するか」(シリーズ4、06年2月)

「コンビニで薬を」(シリーズ5、06年3月)

筆者（鈴木良男）が医療分野の改革というテーマに上述した機関で携わったのは、01年からであった。「なんと時代遅れの怪物ばかりが住む世界か」と驚いた記憶は今も生々しい。そしてこの年01年の12月には、筆者自らが「01年憲法」と名づけている抜本的医療改革の基本の筋書きを決めた。それが総合規制改革会議第1次答申である（注 左頁）。この総合規制改革会議第1次答申は、およそ日本の医療が抱えている問題を網羅しているとともに、その各々に対して改革の指針を示すものであり、その後6年におよぶ医療制度改革の原点を画するものとしての意味をもっていた。しかもその内容のすべては、翌02年3月の「規制改革推進3か年計画」の改定に取り入れられ、閣議決定を経ている。ということは、厚生労働省（以下「厚労省」という）はこの答申の通りに実行する責務をもつという意味で、拘束力のあるものであった。そういう性格の提言であったので、以後このレポートではこれに「01年憲法」というニックネームをつけて呼ぶことにする。

この年は厚労省もある意味で燃えていた。長い間開業医を中心とする医療機関の団体である日本医師会（以下「医師会」という）に牛耳られてき、医療政策一つを決めるにも、それに関する通知・通達をだすにも、いちいち医師会にお伺いをたて、その承認を

んだ評価が行われ、それが広く公開されることが望まれる。また、財団法人日本医療機能評価機構のみならず多様な第三者評価主体の出現により、評価面でも競争メカニズムが働き、評価の向上が図られることが望ましい。

なお、現在、評価を受けている病院は全体の6%程度と少なく、まずは国公立病院、特定機能病院、臨床研修病院等について積極的な受審を促進するとともに、これらの医療機関に対しては、評価結果、評価内容の公開をするように措置すべきである。

## (2) IT化の推進による医療事務の効率化と医療の標準化・質の向上

現在、医療分野においては、IT化が十分に進んでいるとは言い難い状況にある。例えば、レセプトやカルテは紙中心のものとなっており、このため、一連の医療事務の効率化が妨げられ、時間的にもコスト的にも多大な負担となっているだけでなく、医療の近代化、効率化が妨げられている。このような状況はIT化の推進により速やかに改善する必要がある。また、それにより多様、多量の医療情報のデータベース化が可能となり、医学研究が推進され、医療の質の向上が図られる。このためには以下の点が特に重要である。

### ア レセプトのオンライン請求を中心とする電子的請求の原則化

平成13年10月1日付で、電子的請求を限定している「磁気テープ等（フロッピー等）を用いた費用請求の特例」（厚生省令：個別指定制度）は廃止された。しかしながらIT化のメリットを最大限享受し医療事務の効率化を図るためには、レセプトの電子処理方法を確立するべきであり、磁気テープなどによる請求に加え、オンラインによる請求をできるようにするべきである。このため、明確な目標期限、実現のための推進方策、安全対策などを明らかにした計画を平成13年度中に策定し、速やかに電子的請求の原則化を図るべきである。さらに、オンライン化による請求を中心のものとするため、一定期間を定め、それ以降オンライン請求をしないものに対しては、それに伴うコストを負担させる仕組みなどを導入し、オンライン請求を中心とする電子的請求の原則化を図るべきである。

また、オンライン請求を確実かつ安全なものにするためには、プライバシーの保護、セキュリティの確保などが重要であるが、今日のIT化の進展及び他分野での運用の状況を勘案すれば、短期間でそれら安全面の対策がなされるべきである。

なお、実態を重視し、安全性が十分確保されているとするものについては即時にオンライン請求を可能とするべきである。【平成13年度中に措置（速やかに実施）】

### イ 電子レセプトの規格の充実・強化及び使用の普及促進

現在、厚生労働省がレセプト電子化のための規格「レセプト電算処理システム」を定めているが、レセプト電子化の普及率は0.4%と低い。レセプトの電子請求を促進し、医療事務の効率化やレセプト情報の有効活用により医療の質的向上を図ることが重要である。

また、病名・手術名・処置名等やそのコードについてのレセプト、カルテの統一化や、それに適したレセプトフォームの規格化を実施し、その普及を促進するべきである。【平成14年度中に措置】

なお、診療報酬点数算定ルールは複雑かつあいまいなものになっているので、その明確化、簡素化を図り、コンピューターで利用可能な算定ルールの確立と周知徹底を行うべきである。

### ウ レセプトの記載事項の見直し（主傷病名の記載など）【平成13年度中に見直し、平成14年度中目途に実施】

現在のレセプトには複数の傷病名が並列的に記載されており、傷病とそれに対する医療内容の対応関係や、医療サービスが提供された日付、転帰が不明であり、患者が受けた医療内容が明確に分かるものとなっていない。

このため、レセプト記載内容の明確化が必要である。例えば、入院治療に関しては、一定の基準に基づき主傷病、併存症、後発症を区別し、主傷病に応じて医療費を明確にするなど、レセプトの記載事項を見直し、それに基づき具体的に実施するべきである。

これらの情報は医療の標準化の基礎となるものであり、医療機関にとっては自己の医療水準の検証と改善に資することができる。また、保険者における被保険者に対するより良い保健サービス、情報の提供や包括払い・定額払い制度拡大に資するなど、その効果は大きい。また、医療機関、保険者、審査支払機関との間での共通理解が得られ、審査点検効率の向上につながる。

### エ カルテの電子化及び用語・コード・様式の標準化

現在、医師、医療機関ごとに病名の表記が統一されていないなど、医療行為に関する情報が蓄積されにくい状況にある。カルテが電子化されることにより、情報の蓄積・分析が容易になり医療の質の向上が図られ、結果として患者に対する医療サービスを大きく向上させる可能性がある。

このため、電子カルテの導入・普及を積極的に促進するべきである。その際、用語・コード・様式の標準化を進め、医師、医療機関が同一のものを使用することが不可欠であり、現在標準化がなされている病名、医薬品名等の普及を促進するとともに、その他の用語の標準化を完成させるべきである。【平成15年度中に措置】

また、カルテにおける用語・コードなどはレセプトにおけるそれと統一したものとするべきであり、将来的にはカルテから機械的にレセプトが作成される仕組みとするべきである。

### オ 複数の医療機関による患者情報の共有【平成13年度中に措置（逐次実施）】

現在、カルテ等の患者情報は診療を行ったそれぞれの医療機関が管理している。安全で質の高い患者本位の医療サービスを実現するためには、個人情報の保護など一定の条件を備えた上で、患者情報を複数の医療機関で共有し有効活用ができるよう措置するべきである。これにより医療の効率化、医療機関の機能分担・連携の促進が図られる。



受けないと一步も進まなかったこの世界で、鬱屈した感覚をもった厚労官僚もいた。そのエネルギーが爆発したのが、この年だったといつてよい。ちなみにこの年の9月25日には厚労省は「医療制度改革試案 - 少子高齢化社会に対応した医療制度の構築」という意見表明を行っている。ちょうど同時期に総合規制改革会議との間で、どのような医療改革が必要かを議論している最中においてである。試案は総合規制改革会議との議論と食い違う点もあるが、多くの点で一致するものであった。厚労省に言わせると、このように厚労省の側が改革について積極的に意見を表明することはかつてなかったという。変化はすべて医師会との間のアンダー・ザ・テーブルでの解決によってきたというのがこれまでのしきたりだったという。だから、この年の厚労省はいわば腰が据わっていたとも評することができる。

こうしてできあがったのが、「01年憲法」である。内容は医療分野のあらゆる部分に及び、その改革の基本方向を定めるものであった。この業界についての知識が少なかった筆者にとっては、これまで解決ができなかった医療界における常識を逸脱した多くの慣行・しきたりが、このように簡単に解決するというのも、これまた驚きであった。これまで規制改革に携わった人たち、改革の必要性を感じていた一部の業界人、そして厚労官僚は何をしてきたのかという非難めいた感想さえ抱いたのも、当時としては無理からぬものがあった。

だが、果たせるかな事はそのように簡単ではなかった。医療法ができた昭和23年(1948年)以来、変化する世の中を横目で眺め、自分たちだけの世界を築きあげ、そこに安住してきた人たちは、したたかだった。それは翌03年からの「01年憲法」を実施に移す場面から仮面を脱いだ人たちの活躍が始まる。そして、「01年憲法」の完全実施はたちまちにして大きな挫折をしいられることとなった。それは「01年憲法」のほとんどすべての部分の実現においてみられた現象だったといつても過言ではない。

02年、03年はこの意味で雌伏の時だったともいえる。だが、一旦決意した「01年憲法」の完全実施をあきらめることは許されない。まして、「01年憲法」である総合規制改革会議第1次答申は翌02年3月には「規制改革3か年計画」の改定として、閣議決定を経ている。そこから雌伏期間を越えて巻き返しの時期がくる。それが04年、05年の推

カ EBM (Evidence-based Medicine : 根拠に基づく医療) の推進【逐次実施、平成15年度を目途に EBM の樹立】

現在、診療内容については医療機関や医師ごとにばらつきがあり、患者が安心・信頼できる医療機関の選択が難しい状況である。患者本位の医療サービスを実現するために、診療ガイドラインの作成やデータベースの整備が必要であり、平成15年度中に EBM の提供体制を整備し、速やかに EBM が広く一般的に行われるようにするべきである。

また、患者が自ら診療内容等を理解し選択しやすくするためには、国民用の診療ガイドラインを整備することが必要である。これらは公正で中立な第三者機関が行うべきであり、政府はそのための環境整備を行うべきである。

(3) 保険者の本来機能の発揮

我が国の医療制度は社会保険を制度の基本としており、患者本位の医療サービスの提供に当たっては、患者のエージェントとしての保険者の役割は極めて重要である。国民の生活レベルが向上し、それに伴う多様なニーズと要求されるスピードにこたえるためには、保険者が被保険者に対してより良い保健サービス・情報を提供し、本来の機能を発揮することが必要である。

そのためには、これまで国が行ってきた運営をなるべく各保険者の自主性にゆだねるとともに、その受皿となる各保険者が被保険者のエージェントとしての付託に応じ、自主自立の意識の下、責任を持ってその機能を十分果たしていくよう、保険者の体質強化が望まれる。また、保険者機能の強化のために、保険者による医療機関、被保険者に対する情報収集が円滑に行えることが必要である。このためには以下の点が特に重要である。

ア 保険者によるレセプトの審査・支払【平成13年度中に措置（速やかに実施）】

レセプトの審査・支払は本来保険者の役割であり、保険者の自由な意思に基づき、保険者自らが行う、従来の審査・支払機関へ委託する、第三者（民間）へ委託するなど、多様な選択が認められるべきである。このために、健康保険組合などに対して社会保険診療報酬支払基金に審査・支払を委託することを事実上強制している通達（昭和23年厚生省保険局長通達）や医療機関に対して費用請求を審査支払機関へ提出することを義務付けている省令（昭和51年厚生省令）の規定を廃止する場合には、公的保険にふさわしい公正な審査体制と、患者情報保護のための守秘義務を担保した上で、保険者自らがレセプトの審査・支払を行うことを可能とするべきである。

イ 保険者と医療機関の協力関係の構築【平成13年度中に結論を得、平成14年度から実施】

保険者と医療機関は協力して被保険者の健康を守り、傷病からの回復の手助けをするという共通の目的を有しており、効率よく医療制度を運用して被保険者の利益を確保するために、協力していく関係にある。そのためには、保健事業の推進等を通じてより密接な関係を構築するとともに、フリーアクセスの確保に十分配慮した上で、保険者と医療機関がサービスや診療報酬に関する個別契約も締結できるようにするべきである。

ウ 保険者による被保険者・医療機関に対する情報収集【平成13年度中に措置】

保険者が患者のエージェントとしての役割を十分に果たすためには、医療機関や被保険者から必要な情報を入手できる仕組みが整っていないなければならない。保険者が審査・支払について責任を負うという体制をとるためには、保険者がこれに必要な情報収集ができることが必要である。これを保険者の強制力をもった権限として構成するかどうかは、なお考慮を要するとしても、保険者が信頼関係に基づき、被保険者の協力を得て被保険者のためにする質問・調査等は現在でも可能であり、これを行政が周知徹底するべきである。被保険者のプライバシーの保護、保険者の守秘義務の確保等は伴って当然の問題である。

エ 保険者の自主的運営のための規制緩和等の措置【逐次実施】

保険者は、昨今の厳しい保険財政においては業務のより一層の合理化・効率化が求められる。また一方で、被保険者のニーズに対応するためには疾病予防などの意欲的な保健事業活動が求められる。現在、保険者の運営に関し、多くの認可制、又は届出制が設けられており、機動的な活動が制限されている面がある。財産処分に関する手続など各種許認可手続に係る規制緩和や、保険者間で共同事業が円滑に実施できるようにするなど、保険者の自主的な運営のため、一層の規制緩和等の措置を講ずるべきである。

(4) 診療報酬体系の見直し

ア 包括払い・定額払い制度の拡大【段階的に実施】

現在、我が国の診療報酬体系は出来高払いが中心となっているが、コストインセンティブが働きにくく過剰診療を招きやすいといった弊害が指摘されている。一方、包括払い・定額払い方式については粗診粗療を招きやすいといった弊害が指摘されるものの、医療内容が標準化され、在院日数の短縮やコストの削減など、効率的な医療サービスを提供するインセンティブが働くとともに、医療機関ごとの医療費の格差の縮小が期待される。また、診断群ごとの診療が標準化され、質のばらつきを少なくすることを通じてコストを削減することは、医療費の画一的な削減と大きく異なる点である。こうした点に留意し、医療の標準化、情報公開を推進しつつ、傷病の分類方式、対象分野、対象施設要件など、具体的内容、時期を定め検討し、包括払い・定額払い方式（診断群別定額報酬支払い方式など）の対象医療機関などの拡大を平成13年度より計画を明示して、段階的に進めるべきである。

イ 公的保険診療と保険外診療の併用による医療サービスの提供など公的医療保険の対象範囲の見直し【平成13年度中に措置（逐次実施）】

国民の生活水準の向上や価値観・ニーズの多様化により、医療に関する国民の要求水準も上昇し、「自ら情報を集め、自己責任で治療方法を選択したい」、「保険のカバーする範囲を超える分は、自費や民

進会議による執拗なまでの「01年憲法」実現に向けての追求であった。その追求は反対勢力の牙城である医師会を標的として、その医師会が牛耳る中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という）の在り方にまで及んだ。これまで医療に関する政策はこの中医協でほとんど決められてきた。その中医協は3者構成（医療機関側委員、保険者等の支払側委員、公益委員）をとるという建前であったが、実態は医療機関側が、その中でも医師会が支配的な力をもっていた。だから中医協を攻めるというのは医師会を攻めるのと同義語ともいえた。

その中医協も05年には推進会議側の主張に屈して、大幅な改革を余儀なくされる。こうしたことも契機として、推進会議側は05年、06年を通じて「01年憲法」の完全実施を迫った。そしてその努力は実った。こうして難攻不落の標本のように思われていた医療の世界の改革が06年の医療に関するほとんどの法律の大改正によって、いよいよ標語ではなく現実のものとなろうとしている。

このレポートでは、これまでのシリーズでは医療分野の改革についての個別テーマを取りあげてきたが、その纏め・総集編として、何が「01年憲法」で決められ、それがどういう経緯を経て、04年、05年を中心に戦われ、06年の法改正により完成したのか、改革のあゆみを医療の全分野について眺めて、シリーズの締め括りとしたい。

その締め括りの始めとして、このレポートでは、まず「01年憲法」が何を定め、それは当時としてどういう意味をもっていたかを中心として、いわば出発点の問題意識を中心として述べる。同時にそれらの問題がその後どのように改革の実を産んでいったかについてのあら筋を予告編的に述べる。

この意味で、このレポートはシリーズ6「日本の医療の進むべき道」の「その1」としての立場に立つ。「その2」以降では、各分野について、「01年憲法」から出発して、それぞれがどのような改革の道を歩んだかを、詳しく考察してみたい。

そしてそこから得られた教訓として、何が改革にとって必要かという問題をもあわせて考えてみたい。

間保険を利用して納得のいく治療を受けたい」というニーズも強くなっている。国民が負担能力に関係なく適切な医療を受けられる「社会保障として必要十分な医療」はこれまでどおり確保した上で、「サービスとしての医療」という視点から、公的保険診療と保険外診療との併用を行えるようにすることは、患者自らの医療サービスの選択肢を増やすという観点から合理的である。

一方、「特定療養費制度」が導入され、主に「高度先進医療」や「選定療養（差額ベッド、歯科材料の一部、200床以上の病院の初診料など）」が認められているものの、その適用範囲は公的保険カバー範囲全体から見ると厳しく限定されている。

患者本位の医療サービスのためには、「特定療養費制度」の対象範囲の拡大を行うべきである。その際、医療技術の進歩や患者ニーズの多様化等に応じて、患者に対する十分な情報提供を前提とした上で、患者の選択により公的保険診療と保険外診療を併用することができるようにするべきである。

ウ 価格決定方法の見直し【平成13年度中に措置】

診療報酬、薬価、医療材料価格は、中央社会保険医療協議会で決定されているが、価格の根拠、決定プロセスなど、決定方法について問題点が指摘されている。

薬価については先発品と後発品の算定価格、画期的新薬の算定価格などに関して、開発のインセンティブが働くような適正な算定を行うなど、算定ルールの抜本的な改革が必要であり、また、既存薬の効能について、一定の基準に基づいた再評価を実施し、効能が認められなくなったものの承認を取消すなどの措置を講ずるべきである。また、現在、薬価205円以下（内服1日分、頓服1回分など）の薬剤に関しては、薬剤名などの内訳を省略して薬剤費請求ができる「205円ルール」が存在するが、これを廃止し、内訳を明示した請求とし、医療の透明性を図るべきである。

医療材料については、薬価算定の場合と同様に外国価格参照制度を導入するなど、価格の適正化や流通全体を通じた抜本的な改革による競争政策の徹底など、内外価格差を是正するための所要の措置を講じるべきである。

なお、医療が広く国民にかかわる事柄であることから、価格決定や保険導入の過程の透明化・中立化・公正化を図る観点から、中央社会保険医療協議会等の在り方を見直すべきである。

(5) 医療分野における経営の近代化・効率化

ア 医療機関経営に関する規制の見直し【平成13年度中に措置（速やかに実施）】

医療機関の経営形態に関する規制の根拠は、公益性が強い医療サービスについて、営利主体の参入を抑制することにより医療サービスの質を維持するためと考えられてきた。

しかし、持分のある医療法人の財産は、社会福祉法人と異なり、出資者に帰属しており、その資金調達方法は銀行などからの借入れに事実上限定されている。直接金融市場からの調達などによる医療機関の資金調達の多様化や企業経営ノウハウの導入などを含め経営の近代化、効率化を図るため、利用者本位の医療サービスの向上を図っていくことが必要である。このため、今後、株式会社方式などを含めた医療機関経営の在り方を検討するべきである。

イ 理事長要件の見直し【平成14年度中に措置】

医療法人の理事長は医師であるか又はそれ以外の者の場合は都道府県知事の認可を受けなければならないという規制が行われている。病院経営と医療管理とを分離して医療機関運営のマネジメントを行い、その運営の効率化を促進する道を開くため、平成14年度のできるだけ早い時期に、合理的な欠格事由のある場合を除き、理事長要件を廃止するべきである。

(6) その他

ア 医療従事者の質の確保【速やかに検討開始、平成15年度中に結論】

医療の技術の著しい進歩の中、安全で質の高い医療を確保するためには、医療従事者の質の確保、能力の向上が不可欠であり、医療従事者個々の専門性に応じて必要な最新の知識及び技能を修得できるような環境の整備が必要である。その方策の一つとして、平成16年度からの医師の臨床研修化に向けた臨床研修制度の改革や生涯教育の充実、研究の促進とその成果の普及などにより、資格取得後の医療従事者の質の確保を図るべきである。

イ 医師等の教育改革

現在、我が国では、出身大学による閉鎖的なネットワーク（医局制度）により、医師の自由な競争と正当な評価がなされていないと言われる。このような状況は早急に改革し、研修期間中は特定の医局（出身大学の医局）に入局せずに研修を行う方策、医師の客観的な評価が可能となる方策、広域で研修にかかる医師と病院をマッチングさせる方策などを可能とするべきである。【速やかに検討開始、平成15年度中に結論】

また、近年、医療事故の遠因として、一部研修医の過酷な勤務の問題が指摘されているが、安全で質の高い医療サービスの確保及び医師の保護の観点から、研修医の働く環境や安全管理の問題について早急に検討し対策を講ずるべきである。

ウ 医療分野従事者の派遣【平成13年度中に措置】

医療分野に従事する専門的な人材の効率的な配置による良質で効率的な医療供給体制の構築が求められる。このため、医療関連業務の従事者の派遣に関する規制の見直しを検討し、結論を得るべきである。

エ 医薬品販売に関する規制緩和【平成14年度中に措置（逐次実施）】

医薬品について、平成11年3月31日に行った15製品群の医薬部外品への移行の実施状況を踏まえ、一定の基準（例えば、発売後、長期間経過しその間に副作用などの事故がほとんど認められないもの、など）に合致し、かつ保健衛生上比較的危険が少ないと専門家等の評価を得たものについて、一般小売店で販売できるように、見直しを引き続き行うべきである。

# 第1章 日本の医療の進むべき道 「01年憲法」が決めたこと

## 第1節 答申の骨格

### (1) まず基本骨格の説明から

日本の医療制度の改革を考えると、大きな視点は次の6つの項目に集約される。筆者が「01年憲法」と名づける総合規制改革会議第1次答申は、これらの全課題を以下の6つのジャンルに分類している。

- 1 医療に関する徹底的な情報開示・公開
- 2 IT化の推進による医療事務の効率化と医療の標準化・質の向上
- 3 保険者本来の機能の発揮
- 4 診療報酬体系の見直し
- 5 医療分野における経営の近代化・効率化
- 6 その他

この6つの分類の中から個別に解決が必要な課題がでてくるというわけだ。では、それぞれの分類においてでてくる課題とは何なのか、もう少し詳しく答申を見てみよう。

### (2) 医療に関する徹底的な情報開示・公開

それまでの医療界の特徴は「患者は拋らしむべし、知らしむべからず」というのが一般だった。難しい医療の施薬なり医療行為（手術など）について、専門知識のない患者にいちいち教えても理解ができないからムダなことだと決め付け、患者は素直に医者言うとおりに、施される手術を受け、与えられた薬を飲んでおればよいという発想である。古い人なら医者に手術の意味を聞いて、「病気のことは医者任せにおきなさい」と叱られた経験があるだろう。医療改革の第一歩は医療情報の公開・開示から始まる。

情報開示の第一は、「患者情報の患者などに対する開示」である。レセプト（医療費の請求書）については、開示が当時既にルール化されていたが（97年厚労省通達）、カルテについては患者が請求したら開示するという仕組みはいまだ定着していなかった。そこで、その開示に関するルールの確立やガイドラインの整備を求めたのが「01年憲法」

(注) 財団法人 日本医療機能評価機構

医療の質の向上を図るため、専門的知識を持つ審査員が病院など個々の医療機関の施設・構造や人事配置、組織体としての活動状況等を第三者の立場から審査・評価し、問題点があれば、その改善を支援する組織。厚生労働省、日本医師会、日本病院会などが出資し、1995年に設立された。同機構の評価は医療機関選択の一つの目安となっており、医療機関は同機構の評価結果を広告することが可能となっている。現在2200弱の医療機関が認定を受けている。

の第1条だった。

第二は、これが一番重要なことで、05年に極めて広範な範囲での解決に至るが、「医療提供者に関する情報公開」である。医療提供者に関する各種の情報のデータベース化・ネットワーク化を行い、国民が容易に医療提供者の情報にアクセスできる環境を作るということにある。次に述べる「広告規制の緩和」も重要だが、いま求められているのは、医療機関が任意で行う、いささか自分のところの宣伝もかかった「広告」ではなく、医療を背負う者の責務＝義務として、社会に対して一定事項については自らの情報を開示するという姿勢である。情報開示は、それにより患者が正しい知識を得ることに目的があるが、同時にそれは開示する医療機関自体が自らの姿を省みる「よすが」とするところに意義がある。これが整ってはじめて医療機関の社会的責任の意識改革は第一歩を踏み出すこととなる。

第三は「広告規制の緩和」である。つい最近まで医院の広告は電柱という電柱に張りだされていたが、みな判で押したように、「医院名、診療科目、住所、電話番号」だけしか書いてない。規制されていたからである。これについて「01年憲法」は、将来のネガティブリスト化を視野に入れて、ポジティブリストの拡大を図る、とする。今のような「出しても良い」広告の内容を個別に列挙して定める方式ではなく、「出してはいけない」広告を具体的に示すやり方への移行である。行き着くところは、広告の自由化にほかならない。

第四は、「医療機関に対する評価の充実」である。以前から財団法人日本医療機能評価機構（注）という評価機関があったが、この機構が行っている評価は、医療機関の施設や人員などがどのような内容かという、いわゆる「構造評価」が中心であったが、「広告」から「公開」へと情報開示が進むなかでは、必然の機能として「評価」が大事になる。だから、その行う評価内容を、技術水準・治療方法などの「プロセス評価」や治療成果などの「結果評価」にまで拡大し、それらが公開されるべきとしている。

### （3）IT化の推進による医療事務の効率化と医療の標準化・質の向上

第2のジャンルは、IT化の推進である。01年という世の中はIT化が本格化し、

(注) 高度情報通信ネットワーク社会形成法（IT基本法）

すべての国民が、高度情報通信ネットワークを容易に利用する機会を持ち、その利用を通じて個々の能力を創造的かつ最大限に発揮できるよう情報通信技術をだれもが享受できる社会を実現するための理念や方針を提示した法律。別称、IT基本法という。2000年11月29日に成立し、2001年1月6日に施行された。条項は4章34条からなる。世界最高水準の高度情報通信ネットワークの形成、国民の生活情報活用能力の向上、電子政府や電子自治体の推進、ネットワークの安全性および信頼性の確保、などを掲げている。

(注) 高度情報通信ネットワーク社会推進本部

情報技術の活用によって世界的規模で急激に拡大している社会経済構造変化に適確に対応することが国家的課題ともなっている。高度情報通信ネットワーク社会の形成に関する施策を迅速かつ重点的に推進するために、2001年1月に、内閣に「高度情報通信ネットワーク社会推進本部（IT戦略本部）」が設置された。本部長は首相、全閣僚が副本部長または本部員（その他に8名の有識者が本部員）となっている。

(注) 附則（平成3年9月27日厚生省令第51号）抄

（磁気テープ等を用いた費用の請求の特例）

第二条 第一条による改正後の療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第四条第二項に規定する磁気テープ等を用いた請求は、当分の間、同条第一項の規定にかかわらず、次の各号に掲げる保険医療機関に限りすることができるものとする。

（中間略）

- 一 厚生大臣が定める地域に所在する保険医療機関
- 二 前号に掲げる保険医療機関以外の保険医療機関であつて、厚生大臣が指定したもの

2 前項第二号に規定する保険医療機関については、新省令第四条第二項の規定にかかわらず、磁気テープ等を用いた請求を始めようとするときは、同項に規定する届書を提出することを要しない。



その活用が企業・事業の命運を左右するということが実感されて久しい時期だった。国の政策としても、前年の00年11月に「高度情報通信ネットワーク社会形成法（IT基本法）」（注）が成立し、政府部内にも「高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（IT戦略本部）」（注）が設けられ、政府部内の行政事務のIT化をはじめとして国をあげてのIT化に懸命に取り組んでいた時期である。

それなのに医療の世界では、IT化の効用は他人事のようにしか認識されていなかった。したがって、IT化はほとんどといってよいほど進んでいない。例えばレセプトやカルテは紙に書かれるのが中心となっており、事務の効率化が妨げられるだけでなく、医療の近代化・効率化を妨げていた。IT化によりこのような状況を速やかに改善する必要がある。またそれにより、多様・多量の医療情報のデータベース化が可能となり、医学研究が推進され、医療の質の向上が図られる。「01年憲法」はこのような視点でIT化の推進を取りあげている。

IT化推進の第一は、「レセプトのオンライン請求を中心とする電子的請求の原則化」である。これまでは医療費の請求書であるレセプトは、原則紙面によって行うとされていた。電子的請求をするには「磁気テープ等（フロッピー等）を用いた費用請求の特例」という厚生省令（注）により、原則として個別に厚生大臣の認可が必要とされていた。この驚くべき時代遅れの省令は総合規制改革会議の中間とりまとめの最初の標的とされ、厚労省も同会議の第1次答申を待たずに、01年10月1日をもって廃止した。驚くべきことは、この省令の廃止という普通に聞いたらあたり前のことが、厚労省を含む医療関係者にとっては、「そこまでできるとは思わなかった」という衝撃を与えたということである。そういう感想を聞いた筆者は閉鎖社会の萎縮した発想の典型を垣間見る感を覚えた。

「01年憲法」はIT化のメリットを最大限享受して医療事務の効率化などを図るために、レセプトの電子処理方法の確立を求めた。それは磁気テープなどに加えて、オンラインによる請求ができるような仕組みの構築であった。このため、明確な目標期限、実現のための推進方策、安全対策などを明らかにした計画を01年度中に策定して、速やかに電子的請求の原則化を図るべきとした。さらに、オンライン化による請求を中心のものとするために、一定期間を定めて、それ以降オンライン請求をしないものに対して

は、それに伴うコストを負担させる仕組みを導入するなどして、オンライン請求の原則化を図るべきとした。

この提言は、さらに念を押して、今日の他分野での実績を勘案すれば短期間で上述のことを行なうべきであるとしたうえで、すぐにでもできるものにはそれを認めるべきとしている。

「01年憲法」で早々と指摘された「一定期間を定めて、それ以降オンライン請求をしないものに対しては、それに伴うコストを負担させる仕組みを導入する」という提言は、05年には「オンライン請求をしないレセプトは受け付けない」とトーンアップして、11年からはすべてのレセプトのオンライン化が実現することになる。この間の経緯についてはシリーズ4「レセプトオンライン化は実現するか」(06年2月)に詳細に説明してある。

IT化推進の第二は、「電子レセプトの規格の充実・強化及び使用の普及促進」である。当時厚生労働省が定めていたレセプト電子化のための規格「レセプト電算処理システム」は、電算処理自体が個別認可の対象であったことを反映して、内容はお粗末なものではない。のみならず、病名・手術名・処置等やそのコードについてレセプトとカルテとの間で統一を欠いていた。本来レセプトはカルテから出てくるものだ。そのカルテとレセプトが同じ言葉を使っていなければ、IT化などは進むわけがない。だからその統一化やそれに適したレセプトフォームの規格化と普及が大切だ。レセプトのオンライン化を進めるとしても、診療報酬点数算定のルールが複雑で曖昧だったら電子化の仕組みに乗りにくい。このためその明確化・簡素化を求めている。そうすることによって、コンピュータで利用可能なものとするというのが狙いだ。

さらに第三として、「レセプトの記載事項の見直し(主傷病名の記載など)」も重要な課題だった。当時のレセプトは、複数の傷病名が並列に記載されていた。傷病とそれに対する医療内容の対応関係や医療サービスが提供された日付、転帰(どのような治療結果になったか)がさっぱり分からない仕組みだった。つまり、この患者は何の病気で入院し、本当の病気は何なのか、受けた医療行為や医薬品は何の病気のためかなどの医療内容が正確に分かるものとなっていなかった。このため、レセプトの記載内容の明確化

(注) Evidence Based Medicineの略

根拠に基づいた医療。「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者への適用の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮した上で臨床診断を下し、専門技能を活用して医療を行うこと」と定義される実践的な手法である。

～厚生労働省、医療技術評価検討会資料から抜粋～

が必要となる。例えば、入院治療に関しては、主傷病、並存症、後発症を区別し、主傷病に応じて医療費を明確にするなど、レセプトの記載事項を見直すべきという提言となった。

これらを明確にするメリットは、医療標準化の基礎となる、医療機関にとっては自己の医療水準の検証と改善に資する、保険者は被保険者によりよい保健サービスの提供ができる、包括払い・定額払いの制度の拡大の基礎となる、医療機関、保険者、審査支払機関との間での共通の理解が得られ、審査点検効率の向上に繋がる。等々医療のIT化のメリットを享受するための基礎ともいえるもので、その基礎さえ整備されていなかったということである。

第四だが、これらのIT化の推進にあたって、基本となることは、「カルテの電子化及び用語・コードの標準化」である。互いが異なった用語を使い、異なったコードに分類されていると、カルテ情報とレセプト情報の突き合せもできない。カルテ、レセプトは医療情報の基礎となるものだから同一言語を使えということだ。「01年憲法」は、電子カルテの導入・普及の積極的促進にあたり、用語・コード・様式の標準化を進め、医師、医療機関が同一のものを使用するとともに、カルテにおける用語・コードはレセプトのそれと統一したものとし、将来的にはカルテからレセプトは機械的に作成される仕組みとすべきとする。この指摘は重要で、04、05年の提言でもこの仕組みの作り方について激しい議論が行われたが、まだ完全な解決を得ていない問題である。

IT化推進の第五提言は、「複数の医療機関における患者情報の共有」である。「01年憲法」は、個人情報の保護など一定の条件を満たしたうえで、複数の医療機関で患者情報を共有し有効活用ができるようにすべきだとする。医療の効率化、医療機関の機能分担・連携の促進に資するのが目的である。

IT化推進についての第六の提言は、「EBM(Evidence-based-Medicine)の推進」(注)である。現在診療内容については、医療機関ごとにばらつきがある。患者が安心して医療機関を選択できるように、診療ガイドラインやデータベースの作成が必要であるとし、03年までにEBMの提供体制を整備し、患者による診療内容の理解に資するために国民用の診療ガイドラインを整備すべきとする。これは国ではなく、第三者機関がおこな

(注) 健康保険法（大正十一年四月二十二日法律第七十号）  
最終改正：平成一八年六月二一日法律第八四号

（療養の給付に関する費用）

第七十六条

保険者は、保険医療機関又は保険薬局から療養の給付に関する費用の請求があったときは、第七十条第一項及び第七十二条第一項の厚生労働省令並びに前二項の定めを照らして審査の上、支払うものとする。

(注) 昭和23年9月に社会保険診療報酬支払基金法に基づいて設立された法人（平成15年10月1日から民間法人）。

全国の病院や診療所などの医療機関から、健康保険組合や共済組合などの保険者に対して請求される医療費（診療報酬）を、保険者の委託により審査と支払の業務を行う審査支払機関。

診療報酬の審査支払の他には、老人保健、退職者医療及び介護保険関係の業務も取扱う。

支払基金以外の審査支払機関としては、国民健康保険の保険者の審査支払機関である国民健康保険団体連合会（国保連）がある。

うべきであるという提言となっている。

#### (4) 保険者本来の機能の発揮

情報公開、医療のIT化の推進に続き第3番目にあげられたのが保険者機能の発揮である。健康保険組合などの保険者は組合に加入している従業員などの被保険者の代理人として、その利益を守るのが使命である。このため、いろいろな責務と権限が保険者に与えられるが、一番大きいのが、「保険者によるレセプトの審査・支払」である。昭和23年(1948年)制定の「健康保険法」は保険者は医療機関からのレセプトの審査と支払いを保険者の本来の機能・権限として定めた(法76条4項)(注)。

ところがそう定めたその年に、厚生省(当時)は早々とこの保険者の権能を奪っている。それが昭和23年(1948年)厚生省保険局長通達で、ちょうどその年に設立された特殊法人である社会保険診療報酬支払基金(注)に審査・支払を委託することを事実上強制している。最初の通達は「なるべくそうして欲しい」という内容だったが、追っかけて出された通達は「保険者は支払基金に審査・支払を委託すべし」といわんがばかりの内容で、保険者機能は生まれた瞬間から深い眠りに陥る運命を辿った。

眠りから呼び覚ましたのが「01年憲法」で、審査・支払いは、保険者自らが行うことができるのは当然としたうえで、従来の審査・支払機関、つまり支払い基金に委託することもできるし、当時はもちろん生まれていなかったが、たとえば民間保険会社などの第三者に委託することもできる旨を明確に提言し、多様な選択が認められるべきとした。

この提言は画期的なものであったが、いざ実行の段階では茨の道を歩ませられることとなる。総合規制改革会議も推進会議もこの保険者機能の回復のシンボルともいうべき、保険者自ら行う審査・支払いの実効性を確保するためにあらゆる努力を払ったが、それが効果を発したのは05年の提言まで4年掛かった。これについては、今後詳細に推移と結末を考察してみたい。

保険者機能の発揮の第二番手は、「保険者と医療機関との協力関係の構築」で、保険者は被保険者のために特定の医療機関と個別の契約を結んでもよいというものだ。例えば

(注)

健康保険組合理事長 殿

厚生労働省保険局長

健康保険法第76条第3項の認可基準等について

(抄)

認可の基準について

- 1 健康保険組合と保険医療機関の合意について
- 2 健康保険組合における適正手続について
- 3 契約内容について
  - (1) 契約健保組合と契約医療機関(契約健保組合の契約の相手方となる保険医療機関をいう。以下同じ。)との契約に以下の条件が明記されていること。
  - (2) 契約健保組合と契約医療機関の契約が以下の条件を満たしていると認められること。
- 4 契約医療機関の運営状況等について
- 5 加入者が契約医療機関を評価できる客観的な基準について
- 6 フリーアクセスへの影響について
  - (1) 契約健保組合は、認可申請に際し以下の各項目が分かる書類を添付すること。
  - (2) 地方厚生(支)局長は、契約健保組合の加入者や地域住民のフリーアクセスに与える影響について、(3)に定める委員会の意見を聴くこと。
  - (3) 委員会の構成及び運営等は次によるものであること。

認可後の監督及び認可の取消しについて

- 1 地方厚生(支)局は、契約健保組合がその加入者に対して契約医療機関以外の医療機関で受診することを制約していないか指導監査を行うこと。なお、これに違反した場合には必要な行政処分等を行うとともに、違反した契約健保組合の名称の公表を行うこと。
- 2 契約健保組合は、契約後、毎月、契約医療機関における
  - (1) 当該契約健保組合加入者に係る診療報酬の額及びレセプト件数
  - (2) 当該契約健保組合加入者以外の患者に係る診療報酬の額及びレセプト件数を地方厚生(支)局に報告しなければならないこと。
- 3 契約健保組合は、毎年度、契約医療機関及び運営法人の収支状況が健全であること並びに契約医療機関において十分な情報の開示が行われていることを確認できる資料を地方厚生(支)局に提出すること。
- 4 地方厚生(支)局は、法第76条第3項の認可をした場合は、その旨を契約医療機関の存する地域を管轄する地方社会保険事務局に連絡すること。
- 5 地方厚生(支)局が契約医療機関による患者のフリーアクセスの障害行為に関する情報を入手した場合は、契約医療機関の存する地域を管轄する地方社会保険事務局に連絡すること。地方社会保険事務局は、地方厚生(支)局からの連絡等により契約医療機関による患者のフリーアクセスの障害行為に関する情報を入手した場合は、契約医療機関に関する事実関係の確認及び調査を行い、その結果を地方厚生(支)局に連絡すること。
- 6 地方社会保険事務局は、契約医療機関に対して指導監査を行った結果、法第80条等に基づく行政上の措置(取消し又は戒告若しくは注意)を行った場合等は、その旨を契約健保組合の存する地域を管轄する地方厚生(支)局に連絡すること。
- 7 地方厚生(支)局長は、契約健保組合の加入者や地域住民のフリーアクセスを障害すると認めた場合又は認可要件を欠くに到ったと認めた場合は、契約健保組合に対し、法第76条第3項の認可を取り消すこと。

その保険者の組合員に対しては自己負担分を安くするなどが、この契約によって可能となる。厚労省は、この提言を実現するために03年に個別契約が可能なケースについての通達を出したが（注）05年の推進会議提言では、それにも生ぬるさがあるとして注文を付けている。

保険者機能の強化に関しては、その外、「保険者による被保険者・医療機関に対する情報収集」、「保険者の自主的運営のための規制緩和等の措置」などの注文を「01年憲法」は付けている。

#### （5）診療報酬体系の見直し

「01年憲法」が付けた注文の第四は診療報酬体系の見直しだが、この名前のもとに提言した事項には、医療の世界にとって本質的な大きな問題が多い。

第一は、「包括払い・定額払い制度の拡大」で、医療費の在り方を考える時に最終的にはこの制度に行き着かざるを得ないし、行き着くべきだというのが医療問題を考える時の最大の課題である。「01年憲法」も診療報酬に関する提言のトップにこの最終目標を掲げた。

日本の医療費は、これまで「出来高払い」というシステムによって支払われてきた。これは個々の医師が診療や施薬の内容を決めて、それによって医療行為を行い、行った分（出来高）についての報酬を受け取るという仕組みである。この方法の問題点は、医師によってはいきおい要りもしない投薬と診療を行う、いわゆる「乱診乱療」を招くという点だ。日本の医療費は06年現在約32兆円だが、厚労省の推計によると25年度には65兆円となるという。「出来高払い」の垂れ流しではもたないということだが、後にも述べるが、医の世界に腕の競争を持ち込む必要は大きい。そのためには1入院いくらと定額にするのが包括払い方式だ。世界でもこの方式をとる国は多い。

そういうことで「01年憲法」は、傷病の分類方式、対象分野、対象施設要件など具体的内容、時期を定めて、包括払い・定額払い方式（診断群別定額払い方式）などの対象医療機関の拡大を01年度より計画を明示して、段階的に進めるべきとしている。

包括払い方式への本格的移行については、長らく厚労省と議論を進めてきたが、06年



(注) 中央社会保険医療協議会（中医協）

診療報酬および薬価基準を決める厚生労働大臣の諮問機関。診療側委員（医師、歯科医師、薬剤師）、支払い側委員（保険者、被保険者、事業者代表）、公益代表委員（大学教授など）の三者構成である。中医協が舞台となった汚職を契機に諸改革が進められた。たとえば、委員構成では、医師5名のうち病院団体代表を1名から2名に増やし、団体が独自に推薦できるようにして、開業医（医師会）の力を弱めた。三者構成は従来8：8：4だったが、2007年3月から7：7：6となる。

12月の推進会議最終答申でこの方式に移ることが厚労省との間で決まった。この問題は先述のように医療改革の一つのゴールでもあるので、このシリーズで、経過を追ってそこに至るまでの道を詳述する。

診療報酬体系見直しの第二の大物は、「公的保険と保険外診療の併用による医療サービスの提供など公的保険の対象範囲の見直し」である。これは混合診療とって、一連の医療行為のなかで、保険が適用されない医療行為を一つでも行くと、本来保険が適用される検査とかその他の手術や薬代についてもいっさい保険適用外になるという理解に苦しむ制度を改めようということである。「01年憲法」は本格改革に着手する最初の年の施策として、このような保険が適用されない仕組みという不合理を解消するために厚労省が作った仕組みである例外としての「特定療養費制度」の対象範囲の拡大をすべき、患者の選択により公的保険診療と保険外診療の併用を認めるべきと指摘する。

この問題は医療改革のなかでも最大級の問題となって、最終的には行革担当大臣と厚労大臣との折衝により、04年にもろもろの大問題の先頭を切って解決をした。シリーズ1ではこの混合診療の問題点を指摘し、シリーズ3では解決に至る経緯と解決内容について詳しく解説した。

診療報酬問題にはそのほかにいろいろな課題が多い。「価格決定の方式の見直し」がこれらの課題を毎年のように追っている。そのなかでも、繰り返して議論されたのが、薬価算定にあたり先発品と後発品の価格設定はどのようにあるべきかという問題、同時に画期的新薬開発のインセンティブを与えるためにはどのような価格設定をすべきかという問題が大きいし、医療用機器類には内外価格差が大きいものが多い。カテーテル、心臓ペースメーカーなどは、外国価格の10倍はするとも当時言われた。このような問題にどう対処するかも繰り返しの議論となった。

診療報酬の問題のなかに潜んでいるが、「中央社会保健医療協議会(中医協)の在り方の見直し」で、これも最大の問題の一つといえる。「01年憲法」がこれを診療報酬問題のなかの価格決定方法の見直しの一つとして位置させたのは、中医協(注)の役割が診療報酬の決定にあたりその価格を決定するための機関であったことにもよるが、そういう法律上の立場とは別に、もっぱら医師会が主導するこの協議会が日本の医療政策を事

実上決定するリバイアサン（旧約聖書にでてくる巨大な怪物）のような存在となり、そこから汚職の芽も吹きだすが、何よりも医療政策を決めるのは誰かという本質的な問題を解決しないと、医療は「医師による、医師のための、医師の」世界となってきたこれまでと訣別できないという問題意識があったからである。この問題も、「01年憲法」の完成までの間に大きな変化を醸しだし、医療改革への路を開いた課題であるから、後に詳しく述べよう。

#### （6）医療分野における経営の近代化・効率化

「01年憲法」の第5項目は、医療分野の経営の近代化・効率化である。

その筆頭にあげられるのは、医療機関経営に関する規制の見直し、ひらたくいえば株式会社形態の医療機関を容認すべしという議論である。これは「01年憲法」のときにも医療改革のシンボルのような意味合いをもって激しく議論された。

「01年憲法」は「資金調達の多様化や企業経営ノウハウの導入による経営の近代化、効率化をすすめるべき。このため、株式会社方式を含めた医療機関経営の在り方を検討すべき」とする。

スタートして間もない総合規制改革会議の医療ワーキング・グループは01年9月に医師会や病院関係の団体の代表を招いて、医療改革に関する公開討論を行った。その場での議論は、特に医師会はいかに自分たちが日本の医療の発展や困窮している人たちへの支援に頑張っているかのPRは盛んにするが、その日のテーマであった医療改革については、ほとんど意見らしい意見を言わなかった。ただ、提出ペーパーには、医療改革のテーマのうち絶対に認められないのは、「株式会社の容認」と「混合診療の容認」だと書いてある。理由は「命は平等で、この2つは金持ち優遇に繋がるから」というがごとくだが、その通りかといって確認しても、まともに返答をしない。要するに医師会としては断じて認められないという一語に尽きるということが言いたいようだった。この間のやり取りは、シリーズの2「株式会社の容認、理事長要件の廃止」に詳しく描写してある。

この事でも分かるように、どうやら医療の世界の最大のタブーは、この2つに集約されているようだった。医師会の意を受けたのか、ある政治家は「株式会社」という用語

さえ使うのを控えて欲しいという要求をしてくる始末だった。どうしてもそういうことを言いたかったら、「民間企業的経営方式」といって欲しいという。ついでにいうと、「混合診療」と使い慣れてきた用語さえ、改革の俎上に載るときには、そのままストレートに表現せず、「公民ミックスの診療」という用語を用いて欲しいという要望さえ受けた。総合規制改革会議の01年7月の「中間とりまとめ」はこの要望に従っている。

用語一つに普通に使われる、そしてこれまでも使ってきた言葉を使うのを嫌う。この一事に、いかに当時の医療関係者がこの2つの規制の改革に神経質になっていたかが、分かるうというものだ。

「01年憲法」は、混合診療には食らい付いたが、株式会社問題は先送りした。理由は、改革の象徴である問題にまず取り掛かるか、余りにも多いその他の改革を要する課題を丹念に整理して、最後に反対論の牙城に迫るか、戦略の選択の問題を考えたからだ。入り口で最大のハードコアと取っ組み合うのも一つの方法だが、まず現実の実務に必要なことを整理することからハードコアも自然に解決されると考えたからだ。

株式会社問題はその後毎回答申で繰り返して議論されたが、後で詳しく述べるが、構造改革特区の問題としてまずやってみてはという風向きとなり、特区マターとなった。だが、この設計は欠陥設計だった。というのは構造改革特区で株式会社による医療経営が認められる条件の設定で、意識的か無意識的か大きな間違いをしたからである。簡単にいうと、特区でまず認められるのは「高度先進医療」を「自由診療」(全額患者負担)で行う場合に限定されてしまった。そしてその「高度先進医療」とされたのは、病気の種類としても、治療方法としても、ほとんど関連のない7つの医療行為に限定されてしまった。そのうえ全国展開は「特区での実施状況により」とタガが掛かった。つまり特区ではまず絶対に出てこないケースを作り、出てこない特区の状況により全国展開をとという言葉の遊びのようなマジックでしのがれてしまったからである。

推進会議の時代になって、第1次答申で「株式会社」問題は再燃したが、不発どころか、後述する社会医療法人というこれまた出現の期待できない仕組みの中に逃げ込まれた。

こうして医療改革の目玉中の目玉「株式会社による医療経営の容認」は推進会議最終

年である06年12月の答申でも、解決を断念している。そこでは、拘束力のない前書きの中で、なぜ推進会議が株式会社の容認を求めるかを明確にするとして、縷々とその必要性を説いたうえで、「後継機関の討議に委ねるが、この株式会社容認論のもつ真意が分かった時が、医療業界が真に改革の意義が分かる時だ」と辞世の句のようなことで終わっている。

これらの経緯は、後で詳しく述べるが、要するに「01年憲法」で抱えるすべての課題を摘出して、そのすべてについて、解決に至った医療改革だったが、唯一残った未解決問題がこの株式会社容認論だということである。

医療分野における経営の近代化・効率化については、「01年憲法」時代にはもうひとつの課題があった。それが「理事長要件の見直し」で、それまでは医療法人の理事長は医師であることを原則としたが、大きな病院となると理事長の仕事は法人の経営である。これが医療を専門とする人でないといけないという要件は、個別の法人によっては問題があることもあろう。そこで理事長は必ずしも医師でなくてもよいようにと条件緩和を図った。厚労省もこの条件は外すと確約していたが、シリーズ2「株式会社の容認、理事長要件の廃止」でも詳しく述べたように、いささか実効性に疑問があるところではある。

#### (7) 山積する「その他」問題

その他の問題は、3つに色分けができる。一つは、「医療従事者の質の確保の問題」、二つは、「医療従事者の派遣労働の解禁の問題」、三つめは、「医薬品販売に関する規制緩和」である。

一番目の「医療従事者の質の確保」の問題については、「01年憲法」では「04年からの医師の臨床研修化に向けた臨床研修制度の改革、生涯教育の充実、などにより、資格取得後の医療従事者の質の確保を図るべき」というに留まっているが、この問題はその後医師免許の更新と専門医制度の問題に発展していく。もちろん当時としてもそのような問題意識をもった問題提起であった。

資格問題を考えると必ず突き当たるのは、独占資格の場合、いったん資格を得たら終

生資格免許は更新の手続きは不要といえるのかという問題である。特に医療従事者のように人の生命を預かる資格については、もっともこのことがいえる。とはいえ、免許の更新といっても、まさか免許取得時と同じ試験 = チェックをとというのも実情に合わない。となると免許更新手続は簡単な講習だけに終り、形式は満足しても、実益がないのではないかというのが、免許更新に対する反論となる。だが、本当になくてよいのかというのも、また再反論となる。推進会議05年提言では「医師免許の更新」という一文が厚労省と合意された。だが、すぐに手が回り、政治の反対で削られる運命を辿った。06年の提言では、やや表現を変えて「医師の資質について、専門的かつ客観的に定期的なチェックをするための取り組みの推進」という表現で、問題を将来に残している。意義があり、納得を受ける更新手続きの手法・内容があれば、更新手続きは必要という考えからである。

資質・資格についてのもう一つの問題は、専門医制度である。日本の医師は医師資格を持っておればおよそ何でもできる。外科医が内科ができるのは当然として、MRIの技術者にもなれる。高度に専門化する医療の世界で、「なんでも屋」は患者のニーズに的確に応えられない。そこでアメリカなどで発達してきた専門医制度を日本でも創るべきではないかという動きがでてきている。創るとしてもどういう制度設計にするか、これからの課題である。06年推進会議提言は、この問題に言及している。

いずれにしても、これら将来議論をしなければならない課題として、「01年憲法」は「医療従事者の質の確保」という一項を立てて、今後の研究の方向付けを行っている。

第二の「医療従事者の派遣労働の解禁」だが、「01年憲法」は「医療分野に従事する専門的な人材の効率的な配置による医療供給体制の構築のため、派遣に関する規制の見直しを検討すべき」とする。

95年の行政改革委員会の規制緩和小委員会の活動の成果の大きなものの一つに派遣労働の解禁があげられる。石頭の労働省（当時）を説得して、長い道のりを経て、今日の派遣労働の体系を構築した。その派遣労働は、成熟期に達した日本の企業その他による人材確保の手段として、いまや欠くことのできない仕組みとなっている。

ところで、この派遣労働が禁止されている職種が4つある。港湾運送業務、建設業務、

警備業務、それに医療従事者である。前3者は歴史的にも手配師などの存在により搾取の対象となった事実があり、今日的には疑問があるが、歴史をいうなら、分からないでもない。だが、なぜ医療従事者？ という疑問は誰しも抱くだろう。

ところが、前3者は労働者派遣法の4条1項に明示してあるが、医療従事者は、「派遣労働者に従事させることが適当でない認められる業務として政令で定める業務」とされ、その政令である労働者派遣法施行令2条には、医師から始まって歯科技工士に至るまで医療従事者の業務が並んでいる。考えてみれば、こういう専門職こそ、派遣労働にもっとも適した業種だと思うが、なぜか禁止職種となっている。

この医療従事者の派遣労働禁止の解禁は、時代的に見たら、またその意義から考えたら、全く異論がないものと考えていたが、そうではなかった。厚労省は「01年憲法」では禁止の撤廃を約束したが、やったのは、福祉関係における医療従事者に関する部分だけ。提言は医療関係の従事者を対象としていたというのにである。そこで、02年以降の課題の一つとなる。「チーム医療に支障がある」、「事前面接が認められたら」などの議論を経て、06年推進会議の提言によりようやく全面解禁の運びとなった。医療の世界の改革は、通常では求められていること、大きな問題ではないと考えられていることについても、遅々とした歩みを強いられる。6年掛かって派遣労働禁止の解禁など、その典型例ともいえよう。

三番目の「医薬品販売に関する規制緩和」、これほど手こずった問題も珍しい。これについては、シリーズ5「コンビニで薬を」に詳細に経緯から解決まで書いてあるから、参照して頂きたい。「01年憲法」の時には取り付く島もなかったのがこの問題だった。

厚労省にも縄張りがある。保険局や医政局はもっぱら医療関係を扱うから、いってみたら医師系である。ところが薬務局（当時、現在は医薬食品局）は薬剤師派である。「01年憲法」の時には保険局・医政局の所管する医師系の各種課題については、基本方針をこれまでに述べてきたように合意できた。だが、薬務局関係の医薬品だけは、まったく合意に達していない。すれ違いというより波長が合わないのだ。

「一定の基準（例えば、発売後、長期間経過し、その間に副作用などの事故がほとんど認められないもの、など）に合致し、かつ保健衛生上比較的危険が少ないと専門家の

評価を得たものについて、一般小売店で販売できるよう、見直す」と答申は書いてあるが、受け取る意味は、総合規制改革会議側と厚労省薬務局側では、全く違う。同床異夢ともいえない。同じ床に着いていないというのが実態だ。

医薬品の規制改革、その一環として薬局以外の一般小売店で医薬品の販売を認めよと総合規制改革会議は迫るが、厚労省は認めることは認めるが、医薬品としては絶対ダメだ、医薬部外品としてなら考えようという。その方法ですでに99年には16製品群の医薬品を医薬部外品に移行することによって一般小売店での販売が可能になったという。話がこんがらかってしまう。医薬品と医薬部外品とはどう違うのか、今まで医薬品とされていたものの範囲を見直して医薬品から外して、医薬部外品という薬ではない扱いにして、それによって可能とするなら、これまでが過剰規制だったということだが、過ちを改めるのに憚ることはない、それでもよいと思ったが、実はここにとんでもない手品が潜んでいた。

というのは、それまで度重なる規制改革を求める機関の要求により薬務局は99年には16製品群の医薬品を医薬部外品として一般小売店での販売の道を開いたというが、その医薬部外品に移された元医薬品は、元医薬品のままそういう場所変えをしたと思っていたら、実は、そういうものもあったが、そうでないものがあった。どういうやり方をしたのかというと、医薬部外品に移した元医薬品が医薬品としての薬効成分を含んでいるときには、その成分を取り除いて医薬部外品とした。つまり薬を薬のまま場所変えさせたのではなく、薬を薬ではなくして、一般小売店で売ってよいとしたのである。薬でなくなった元医薬品はどこで売ろうが介入を受けないのはあたり前だ。ユンケルという栄養剤がある。これには薬の成分が入っており医薬品とされてきた。これを医薬部外品とするために、この薬効成分を除去させられた。高いもので4,000円もしたユンケルが、同じ名前で売っているが、医薬部外品となったユンケルは数百円に値が下がった。そのかわりに「医薬品」という表示が消えた。「医薬品」という表示が残っているユンケルは、少し値段が下がったがいぜんとして数千円する。事情が分からない人は、規制緩和によってユンケルが10分の1の値段に下がったと喜ぶ。だが10分の1の値段のユンケルには薬の成分は入っていない。これが厚労省が使った手品である。



シリーズ5の「コンビニで薬を」で述べたように、この問題は小泉首相(当時)の直々のお声掛けで、350品目の医薬品が薬効成分を抜くことなく医薬部外品と名前変えをしてコンビニで売られるようになった。だが、こういう医薬品と医薬部外品という分類の手品はおかしいと考えた厚労省によって、医薬品についての分類、販売管理方法は、04年答申を受けて大幅に変わった、手品の時代は終わった。

## 第2節 「01年憲法」が狙ったこと

### (1)「競争」の導入がキーワード

以上「01年憲法」の内容の詳細を解説した。同時に「01年憲法」で決まった各事項がその後どのように結実していったか、または現在においても結実には未到達のものはなにか。これについてもおりに触れて予告編的に説明した。

繰り返すが、本格的な医療改革の出発点は「01年憲法」である01年12月の総合規制改革会議第1次答申である。医療改革総集編であるこのシリーズ6では、これから数部に分けて、「01年憲法」で決まったことがその後どのように結実し、または依然未達成であるかということの詳細に振り返ってみるが、ここで「01年憲法」の各項目がもつ意味についてまとめておこう。

というのは、「01年憲法」は戦後ほとんど見るべき変化や改革を生みださずに、この世界を時代遅れの既得権益の世界に温存してきたこれまでの医療界の政策のなさを根底から覆して、真に国民のためになる世界に生まれ変わらせようとして、そのためには何をすべきかをまずもって指摘したものであるが、そのような指摘に当たって、総合規制改革会議や推進会議が何を哲学として目指したのかを理解していただくのが、「01年憲法」とその後の活動を理解するうえで必要なことだからである。

まず結論からいおう。「01年憲法」が目指したのは、医療の世界を鎖国の夢から目覚めさせて、近代的・合理的・効率的な世界に変えようという試みであった。そのために着眼したのが、「競争」という手段を、鎖国からの脱出のために最大限活用しようとしたということである。同時に個々の政策をそれだけを改革すればよいという考えから離れて、いくつかの改革を互いに組み合わせて目指す最終目的のもっとも効果的な達成をも

狙った。こういう改革の手法の面から理解していただくと、個別改革が何を狙っていたのかという個別改革の意義を理解しやすいし、単に個別の改革だけを狙ったのではなく、個別は全体を睨んでのものであり、その各個別は全体に対してどういう位置にありどういう意味があるかも理解できるからである。

## (2) レセプトのオンライン化は包括払い方式に至る最終目的の第一歩

第一にレセプトのオンライン化を取りあげてみよう。これは紙から解放されて、医療費の請求事務の効率化を目指したものだが、目的はそこにとどまるものではない。そこにはいくつかの目的が潜んでいる。

最大の目標は、「包括払い方式」へ移行するには、ここがスタートラインだということである。図式的にいうなら、「レセプトのオンライン化」「カルテの電子化促進」「カルテ情報の蓄積・分析・活用」「標準的医療（EBM）の確立」「標準点数付けの可能化」「包括払い方式の採用」、という図式があつてのものである。

もう少し解説するなら、レセプトを電子化しかつオンラインの義務化をすれば、カルテの電子化がいやおうなく進む、なんとなればレセプトは本来カルテから出てくるものだからである。もしカルテの電子化が進まなければ、「01年憲法」で早くもいっているように、「カルテから電子的に出てきたレセプトでない限り正当なレセプトとはみなさない」という手段がある。それは現実に真剣に議論された。カルテが電子化されれば、カルテ情報を共有して、そこから一つの病気について患者の個性を加味した医療方法を分類して標準的な医療方法を組み立てることができる。医療関係者によっては、「病気は一人一人が個性をもつもので、同じものはない」という人も多いが、分類のやり方によって、実務上同一視してよい定型化は可能である。定型化ができれば、その定型ごとに行つた医療行為や施薬の定型化ができる。それができれば、その項目ごとに点数をつけられ、あるジャンルの患者と病気について一定額の医療費が算定可能となる。それを「包括払い」の点数と定める。そういうプロセスを経て「包括払い」に到達する。

そこでなぜ「包括払い」を目指すのかというと、それによる医療費の節約・効率化はそれはそれとして、医師間で「腕の競争」が起こる。同じ病気に対して同じ金額が支払

われるのだから、腕の下手な医師は持ちだしとなり、腕のいい医師はお釣りができるから  
だ。この「競争の導入」こそが、「包括払い方式」を主張する者の着眼点である。「出来  
高払い」では競争は起こらない。

### (3) オンライン化がもたらすもう一つの「競争」 = 「保険者機能の強化」

レセプトのオンライン化は、まず「医師間の腕の競争」を狙うが、他の競争の手段と  
もなる。それは「保険者機能の強化」と結びついて、意義を発揮する。つまり、これま  
での紙のレセプトによっていては、保険者による直接審査・支払いとっていても、  
1件の実例もでてこない。紙のレセプトの提出先である保険者と医師との間で、この  
レセプトは保険者が直接審査するという認識がある。初期の厚労省通達はこれを医師の  
「合意」を必要とするとした。この「合意」は単なる通知のはずだったが、医師の「拒  
否権」として使われた。オンラインなら、その間にプロバイダー的な役割をする者が現  
れる。直接審査を求める保険者は、このプロバイダーに「自分は直接審査をするから、  
自分の番号宛のレセプトは自分のところに転送するように」と通知をしておけば、メー  
ルが届くように、自動的に届く。こうして合意も通知も不要となる。支払基金というど  
ちらかという医師寄りの第三者ではなく、医療機関と保険者という受け取る者と支払  
う者との直接の関係になれば、審査も支払いも緊張関係が生まれ、ここにも競争的な仕  
組みが織り込まれる。

レセプトのオンライン化はこのように2つの側面から「競争」を促進する手段として  
取りあげられたのである。

### (4) 競争促進そのものの「混合診療の解禁」

混合診療の禁止は、禁止そのものが不条理であることはいうまでもない。なぜ1個で  
も保険外の医療をしたら、保険料を払い続けてきた患者は払った保険料見合いの保険内  
治療に対して自費で支払わないといけないのか、理解に苦しむ禁止だ。患者の権利侵害  
もいいところの禁止だが、医療の進歩のためにも百害がある。新しい治療方法をという  
研究心も閉鎖されてしまうからだ。

先にも述べたが、医師会の言い分は、混合診療の解禁は「命の平等」に反する。金持ちは保険外のよい医療を受けられるが、貧乏人はそれが受けられない、というにあるが、話は反対だ。保険料を払い続けた貧乏人から保険給付されるべき医療を奪っているというのが正しい。

混合診療を解禁して誰が困るのか。常に患者のため日本の医療のためと思って研究と開発をする意欲のある医師の存在に脅かされる怠惰な医師が「腕の競争」に負けるから困るのだ。だから医師会の「命の平等」という錦の御旗を裏返すと「医師間の競争は止めよう、皆平等に今のままでいよう」と書いてある。

#### (5) そんなに株式会社が怖いのか

株式会社医療機関の容認だけが、「01年憲法」以来06年改革に至るまで未解決の問題だということは述べた。厚労省の人たちを含めて医療関係者は「株式会社」と聞くと本能的拒絶反応を示す。なぜ株式会社が困るのか。06年推進会議答申でいっているように、「すべての医療機関を株式会社にせよと言っているのではない、その希望をもつものに対して拒否する理由があるのか」、「どんな規模の医療機関でも容認すべきなど言っていない、少なくとも上場基準に合致し、経営内容の公開がしっかりしているもののみだ」、「目的はそういう規模の株式会社がもつ近代的経営手法を取り入れる必要があるからだ」と懇々と諭してあるというのである。

厚労省は株式会社に反対するために急遽こしらえた「社会医療法人」という制度を成り立たせようと躍起である。あくまで「非営利」の仮面を脱ぎたくないため、公益法人と同じように、残余財産の分配を認めない法人だ。営々として築いてきたわが医院を息子に継がせようと思って頑張っているのに、それは自分の財産ではない、解散するときは国が没収するなどと言われて、そのような法人に転換する者はいない。だから、厚労省はこの鬼子のような制度にいま困り果てている。それもこれも株式会社を認めないための窮余の策が裏目にでてきているからだ。

近代的経営手法を駆使する株式会社を認め、旧習に浸った医療法人に活を入れてこそ、日本の医療は再生する。

## (6) コンビニで薬を売られると何が困る

「コンビニで薬を」の命題も、国民利便の向上を求めてのものだったが、同時に朝は10時開店、夕方6時に閉店の従来の薬局では、夜中に風邪気味になったら、朝までじっとしていないといけないことを当然視する旧来の薬局に対する新たな競争相手を創りだす試みだった。

慌てた薬剤師組合は、営業時間の延長、休日の輪番営業などの対策を講じたが、世の中規制に守られて安穩としてはおれないという緊迫感を彼らに植え付けたのも、それなりに意義があることだった。

## (7) 健全な競争の確立には情報開示がマスト

推進会議がことさらに情報開示の義務付けに懸命になったのは、ここまでに言った「競争」を促進し、その成果としての業界の活性化、国民利便の向上を図るには、あくまで「健全な競争」が大切だという考えによる。情報の開示はこの健全な競争を担保し、世の中を進化させる最大の武器であり、常に自らの姿を見つめ、行いを正す鏡の役割を果たす、現代の最大の監視役といえる。

## (8) 競争阻害者は排除を

最後に中医協の改革をあげなくてはなるまい。3者構成を見直し、団体推薦制を廃止し、中立委員の数を増やし、その仕事を点数付けという本来のものに限定し、政策立案への関与を禁じた中医協改革は、01年から06年まで続いた6年間の改革の中でも際立ったものであった。

誰も手がつけられなかったこの問題を解決したのは、中医協が医師会という特定の利害団体の利害を守り、必要な医療界の改革・進歩に対して阻害要因となり、「競争阻害者」としてしか機能しなくなったからである。いわば「競争促進」に逆らう者に対する最後のとどめを刺したのが、この中医協改革といえる。

## まとめ

規制改革は何のためといえ、究極の目的は経済社会の活性化のためである。その成果は端的にいえば経済成長に現れる。簡単にいえば、規制改革は、企画・活動の自由を参加者に保障することにより、創意工夫を発揮した努力の成果として、日本のGDPを高めるために行うとよい。

規制改革はこのような目的を達成する手段として「競争」を用いる。規制改革イコール喉を掻き切る価格競争と怯えるのは間違いである。なるほど価格競争も競争の重要な一部ではある。だが規制改革が望むのは、それだけではない。諸々の制約から参加者を自由に解放して、競争を通じて発展していく、その努力と成果の総和こそ規制改革が求めるものである。競争は規制改革にとってあくまで主要な手段ではあるが、目的ではない。

医療の世界の規制改革も上記で述べたように、目的である「健全で国民のためになる医療」を目指して「競争」の導入という方法論で全体を貫いていたのである。

## おわりに

これから始める「日本の医療ここが問題 医療改革を考える」シリーズの6は、「はじめに」でもいったが、「日本の医療はどう変わるか」と題して、01年から始まった本格的な医療改革の足跡をすべての医療の分野で追って行きたい。いわば「医療改革総集編」である。

筆者がこのレポートで「01年憲法」と命名した01年の総合規制改革会議答申により行き先を決めた医療改革は、06年の医療関係の制度の抜本的改正により、その多くの部分で目標を達成した。だが、そこに至るまでには多くの障害があった。

シリーズの1から5までは、この間主要な改革について、個別に取りあげてきたが、今回はその締めくくりとして、6年間で議論され、改革された課題は何で、どのような過程を通じてそこに至ったかを、総合して纏めてみたいと思う。

本レポートはいわば、「6の1」ともいうべき立場にあり、まず「01年憲法」は何を医療改革のテーマとし、何を決めたかを鳥瞰して解説した。そして、その改革を通じる基本哲学ともいおうか、基本の目的が医療の世界に「競争」の導入を通じて抜本的改革を図ろうとした点を明らかにした。

次回には、個別のテーマが、どのような経緯を経て、実現に迫って行ったかを、個別に検証して、解説していきたい。

おわり