

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6

「中医協改革が狙うもの」

「日本の医療の進むべき道」の各論その6では、「中医協改革」を取り上げた。中央社会保険医療協議会、たかが厚労省傘下の一番議会と思わないで欲しい。権限は限られていたはずだったが、いつの間にか医療に関する基本政策まで取り決めると言われた。

問題は参加団体の推薦で委員が選ばれるという仕組みにある。20名の委員中5名は医師で、日本医師会から推薦された。この仕組みが医療の世界を医師会が支配するという構図を生んだ。医師会の支配から医療を開放することが医療改革のための前提ともなる。このレポートではこの開放のための戦いの跡をつぶさに省みてみた。

2008年4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

常任顧問

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>

規制改革、医療改革、診療報酬体系、中央社会保険医療協議会

(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

常任顧問 鈴木良男

お問い合わせ先 03-3507-2422

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

はじめに

「日本の医療ここが問題」シリーズの6「日本の医療の進むべき道」のその6として、中央社会保険医療協議会、略して「中医協」を取り上げた。

中医協を取り上げたのには訳がある。この協議会、並の審議会ではない。委員は診療側、支払側、それに公益代表、8：8：4名という3者構成をとっており、所属する団体からの推薦で決まっていた。診療側8名中5名は医師代表であり、日本医師会（日医）の推薦によった。他団体の大部分が1名の委員推薦枠しかなかったのに比べ圧倒的な多数だった。だから中医協は次第に日医の支配する牙城と化していった。

問題は、この中医協、職務権限は「診療報酬項目に対する点数付け」が法の定める本来のものだったはずだが、次第に医療政策の基本方針に対してまで口出しをするようになった。こうして肥大化を重ねていった結果は、「日医による医療の支配」ということになるのは容易に理解できる。

「01年憲法」とこのレポートのシリーズで呼称してきた総合規制改革会議第1次答申のときから、規制改革側にはこの日医支配の構図を改革する必要性についての問題意識はハッキリしていた。おりから、04年に中医協を舞台とする歯科医師会による贈収賄事件が発覚し、中医協委員が4名逮捕される問題が起きた。総合規制改革会議を引き継いだ規制改革・民間開放推進会議（推進会議）は、これをきっかけとして、事実上の医療政策の決定の場となっていた中医協の改革を通じて医療の世界における日医支配の構図の打破に全力をあげるところとなった。中医協改革は、日本医師会の在り方の改革をも目指すものであり、このゆえに医療の世界での改革のなかで大きな影響をもった課題であった。

推進会議側の手法は、まず各分野における主要14難問の一つとして中医協改革を取り上げて、集中的に論議を重ねた。そして最終的には大臣折衝に持ち上げての解決となった。規制改革担当大臣の関心もあり、中医協改革は14課題の筆頭に挙げられる問題となった。議論の過程で、推進会議側が改革の極め手として主張したのが、「団体推薦制の廃止」だった。これが実現すれば、他の改革すべき問題は、自ずからその

方向に向かうという読みが推進会議にあったからである。

04年には新たに「有識者会議」を設けて、中医協のあるべき姿を議論することにしたが、05年から活動を開始した有識者会議は力不足の感があり、当事者である中医協による自己改革案の影響さえ受け、団体推薦制の廃止にまで到底言及する力はなかった。

諦めることを知らない推進会議側に強力な味方が出現した。それが、政府・与党医療改革協議会で、おりからの作成中の「医療制度改革大綱」の中に「団体推薦制の廃止」を折り込んだ。その経緯には純粹に必要という考えのほか、政治的な思惑もあったと言われる。こうして規制改革側の長年の願いであった、医療の世界における日医の過度の介入・支配に一定の歯止めが掛けられることが、今後に向けて期待されることとなった。

このレポートでは、以上の粗筋を細かいデータとその時々議論で追って、どうやってこのリバイアサン退治が行われたかを克明に記録しておいた。筆者自身がこの葛藤の最前線に居たからである。

では、舞台となる中医協のあらましを紹介し、問題の所在をまとめる（p1～8）。

では、図らずも改革のきっかけを与えたといわれる「贈収賄事件」の概要を眺め、そこに浮き上がってくる中医協協議の実態を見る（p9～16）。

では、推進会議が中医協改革を取り上げた経緯を追い、何を狙いとしたのかを解説する（p17～21）。

では、火花を散らした厚労大臣と規制改革担当大臣の解決を目指してのやり取りを振り返る（p22～24）。

では、両大臣合意の産物「有識者会議」に招かれ・招いての推進会議との意見交換のあらましを眺め、有識者会議の結論を紹介する（p25～33）。

、では、譲れない最後の一線をめぐり、政府・与党の決定で結論に至る経過を紹介する（p34～37）。

では、フィナーレとして、以上の決定により中医協は、そして日本の医療は変わるかを吟味する（p38～40）。

目 次

はじめに

第5章 診療報酬体系の見直し	1
第3節 中央社会保険医療協議会の改革	1
問題を孕んでいた中医協	1
1) 中医協とは、その職務内容と構成	1
ア 中医協 - そのあらまし	1
イ 職務内容	2
ウ 組織概要	3
エ 委員構成	4
2) 「3者構成」と「団体推薦」がもたらしたものの、中医協問題の狙い	5
3) 先触れの兆候があった中医協改革	7
発端となった歯科医師会の汚職事件	9
1) 事件の内容	9
2) 事件に対する厚労省と中医協の対応	10
ア 厚労省の対応	10
A ずさんを極める事件に関する調査報告	10
B 今後の中医協のあり方	11
イ 中医協の対応	13
A 対応の内容	13
B 内輪もめをする時期か	14
規制改革・民間開放推進会議が問題に取り組む	17
1) 第1次答申で「官製市場の改革」のテーマとして標的にする	17
2) やったのは、村上＝鈴木のコラボ	17
3) 内容は、3つの改革	19
ア 職務内容の限定	19

イ	団体推薦の廃止	19
ウ	3者構成の比率の改革	20
4)	方法は、公開討論、大臣折衝	20
	尾辻対村上の大臣折衝の顛末	22
1)	推進会議側の方針決定	22
2)	両大臣会議	22
3)	両大臣合意の内容	23
ア	検討の場とその構成員	23
イ	検討項目	23
ウ	スケジュール	24
	スタートした有識者会議	25
1)	招かれて出席するの記	25
ア	規制改革会議側の主張と説明のポイント	25
イ	狙いは日医の影響力の排除	26
ウ	頼りなかった有識者会議	26
2)	有識者会議代表をお招きするの記	27
ア	05年6月20日第4回規制改革・民間開放推進会議	27
イ	一点集中の意見交換 - 団体推薦制の廃止	27
3)	有識者会議の答申（3者構成のいち早い承認）	28
ア	有識者会議の報告	28
A	診療報酬改定に関する企画・立案の在り方との関係を含めた 中医協の機能・役割の在り方	29
B	公益機能の強化について	29
C	病院等多様な医療機関の意見を次反映できる 委員構成の在り方について	30
D	委員の任期の在り方	31
E	診療報酬決定手続きの透明化及び事後評価の在り方	31

イ	これが有識者だろうか	31
A	無理もない俄か仕立ての有識者	31
B	これまで基本方針に立ち入ってきたのかの事実分析がない	31
C	3者構成を維持する論拠が薄弱である	32
D	決定的ミスは団体推薦制の維持	32
	譲れない最後の一线は	34
	自民党がひっくり返した厚労省方針	35
1)	政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」が団体推薦制の廃止を	35
2)	実現に導いたもの…その裏と表の顔	35
3)	勝利宣言をする推進会議第2次答申	37
	本当に中医協は変わるのか	38
1)	団体推薦制の廃止	38
2)	委員配置	38
3)	公益委員の役割	39
4)	中医協の権限の限定	40

第5章 診療報酬体系の見直し

第3節 中央社会保険医療協議会の改革

問題を孕んでいた中医協

1) 中医協とは、その職務内容と構成

ア 中医協 - そのあらまし

中央社会保険医療協議会。略して中医協と俗称されている。厚生労働省の審議会で、役割は「診療報酬」、「訪問看護療養費」などについて、厚生労働大臣の諮問に応じて審議・答申をするほか、自らも建議するとされている。メンバーは診療側、支払側、それに公益代表の、いわゆる3者構成となっている。委員総数は20名、診療側委員は医師、歯科医師、薬剤師を代表するものとして8名、支払側の委員は保険者、被保険者、事業主を代表するものとして8名、それぞれが所属する団体から推薦を受けた人が委員となる。公益委員は4名、その人選には国会の同意が必要となっている。

協議会の下部組織として内部に4つの小委員会・部会があり、委員・専門委員がそれに属するが、そのほかに外部組織として4つの組織・会議をもち、各々に委員以外の専門家が所属している。その数は105名、中医協委員・専門委員を含めて全部で130名ほどに及ぶかなり大がかりな組織である。

32兆円に及ぶ保険医療費は、各々の項目ごとに値段をこの協議会で決められて、支払われていく。「国民皆保険」を旗印として運営されてきた日本の医療制度のもとで、医療機関にとってはいちばん大事な収入源を決定し、支払側からみると自分達の支出した保険料がどう配分されるかが決まる機関である。

この巨大な医療費の行方を決める協議会が、04年から職務権限、委員構成のあり方などをめぐって医療改革の槍玉にあがってきた。きっかけには、医療費決定をめぐっての汚職事件というお定まりのスキャンダルがあったからだが、根っこにあるものは、巨大な権限をもつ組織が陥りやすい向う脛の弱さだったといえよう。

(注1) 健康保険法第82条

厚生労働大臣は、第70号第1項若しくは第72条第1項の厚生労働省令（療担規則・薬担規則）を定めるとき、又は第63条第2項（食事療養、選定療養）若しくは第76条第2項（療養に要する費用の額）の定めをしようとするときは、中央社会保健医療協議会に諮問するものとする。

(注2) 療担規則、薬担規則

・療担規則

正式には「保険医療機関及び保険医療養担当規則」という。厚生労働省令。
保険医療機関や保険医が保険診療を行う上で守らなければならない基本的な規則を定める。保険医が「療養担当規則」に基づいて保険診療を行い、保険医療機関が診療報酬に基づき保険請求を行うことにより保険医療が成立するといわれる。

・薬担規則

正式には「保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則」という。厚生労働省令。
保険薬局や保険薬剤師が保険適用薬剤を調剤・交付する上で守らなければならない基本的な規則を定める。

(注3) 社会保険医療協議会法2条

中央協議会は、次に掲げる事項について、厚生労働大臣の諮問に応じて審議し、及び文書をもつて答申するほか、自ら厚生労働大臣に、文書をもつて建議することができる。

- 一 健康保険法第76条第2項の規定による定め、同法第85条第2項の規定による基準、同法第86条第2項第1号の規定による定め及び船員保険法第28条ノ4第2項の規定による定めに関する事項
- 二 健康保険法第88条第4項の規定による定めに関する事項
- 三 健康保険法第63条第2項の規定による定め、同法第70条第1項及び第72条第1項の規定による厚生労働省令、同法第86条第1項第1号の規定による高度の医療を提供する病院若しくは診療所の要件を定める厚生労働省令、同法第92条第2項の規定による基準（指定訪問看護の取扱いに関する部分に限る。）、船員保険法第28条ノ2第2項の規定による厚生労働省令、同法第29条ノ4第10項の規定による厚生労働省令、国民健康保険法第40条第2項の規定による厚生労働省令並びに同法第54条の2第10項の規定による厚生労働省令に関する事項

療養に要する費用の額（いわゆる診療報酬点数）	〔健康保険法第76条第2項〕
入院時食事療養費の額	〔健康保険法第85条第2項〕
特定療養費の額（基礎的部分に係る額）	〔健康保険法第86条第2項第1号〕
訪問看護療養費の額	〔健康保険法第88条第4項〕
選定療養の種類	〔健康保険法第63条第2項〕
保険医療機関及び保険医療養担当規則、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則	〔健康保険法第70条第1項及び第72条第1項〕
特定承認保険医療機関の要件を定める厚生労働省令（登録省令）	〔健康保険法第86条第1項第1号〕
指定訪問看護の事業の運営に関する基準（指定訪問看護の取扱いに関する部分に限る）	〔健康保険法第92条第2項〕

イ 職務内容

これから議論の対象となるこの中医協について、もう少し詳しくその内容を見てみよう。そのまえにお断りしておきたいが、職務内容・組織・人員構成などについてこの項で説明する内容は、いずれも中医協改革が問題となった04年当時のものだという事である。そのような内容の中医協がどういう問題を起こしたのかということを知っていただくために、その時点での内容を説明する。

まずどういう職務権限を法によって与えられているかである。中医協の所掌事務についての根拠法は健康保険法だが、その82条では厚生労働大臣が中医協に対して諮問しなければならない事項として次の事項を示す(注1)。なお、以下は中医協改革が行われる前に法に定められていた所掌事務であって、06年、07年(一部未施行)の法改正による現状の所掌事務とは異なる点がある。

健康保険法70条第1項若しくは第72条第1項の厚生労働省令(療担規則・薬担規則)(注2)を定めるとき

第63条第2項(食事療法、選定療養)若しくは第76条第2項(療養に要する費用の額)の定めをしようとするとき

この2つの定めをするときには、中医協の意見を聞いて決めないといけないという事になっている。

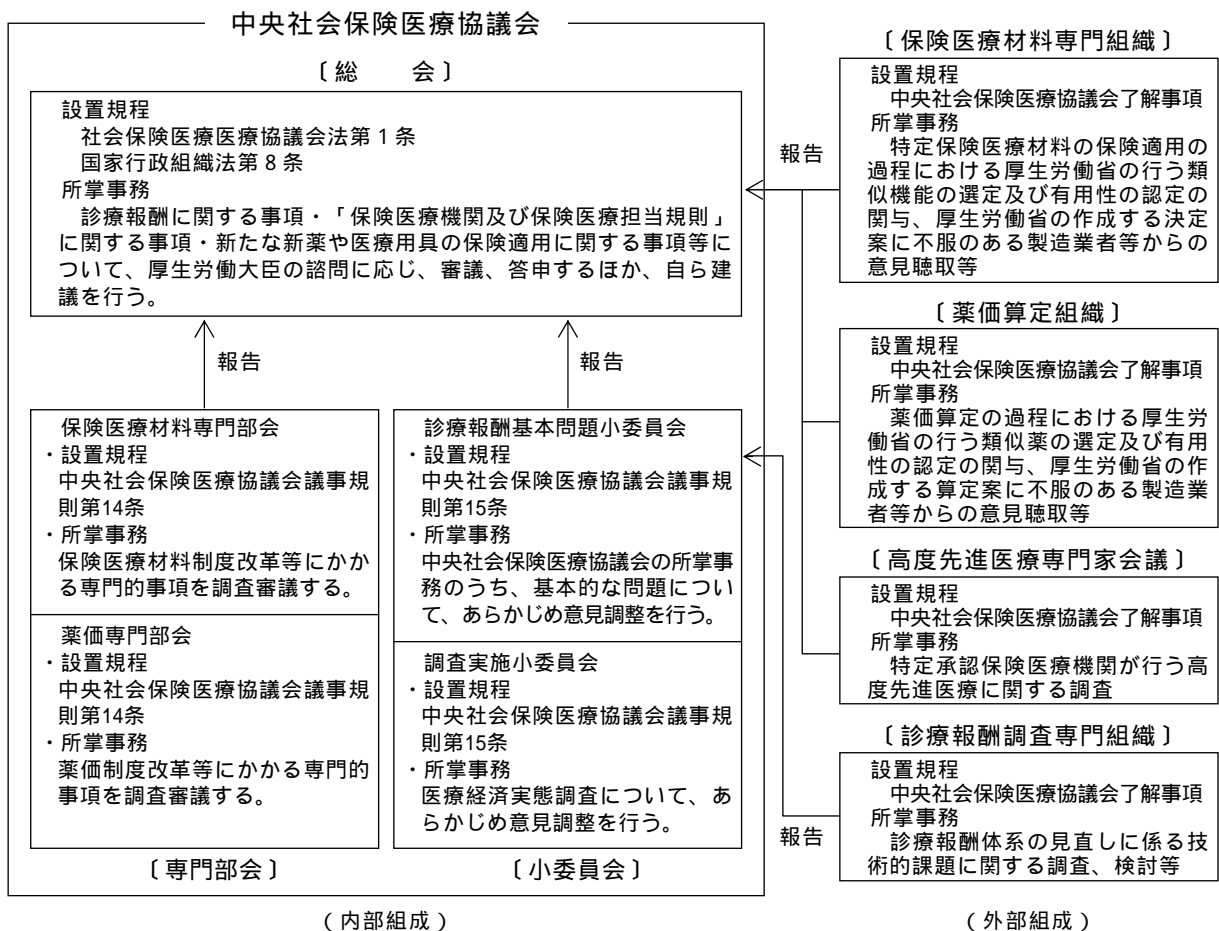
この健康保険法第82条の規定を受けて、中医協などの設置法である社会保険医療協議会法第2条(注3)は、中医協について、以下に掲げる事項について、厚生労働大臣の諮問に応じて審議、答申をするほか、自らも厚生労働大臣に建議することができるとしている。

療養に要する費用の額(いわゆる診療報酬点数)	[健康保険法76条2項]
入院時食事療法の額	[同85条2項]
特定療養費の額(基礎的部分に係わる額)	[同86条2項]
訪問看護療養費の額	[同88条4項]
選定療養の種類	[同63条2項]

(注4) リヴァイアサン

レヴィアタン (Leviathan, 英語読みリヴァイアサン) は旧約聖書に登場する海の怪物。その起源はワニやクジラに遡る可能性もある。「ねじれた」「渦を巻いた」という意味のヘブライ語 liwjatan から来ている。また未加工の羊毛を洗う装置のことも意味する。それからレヴィアタンという言葉は大きな怪物や生き物を意味するものとなった。キリスト教七大罪・嫉妬の対応悪魔。

(注5) 中央社会保険医療協議会等の組織構成



保険医療機関及び保険医療養担当規則、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則

[同70条1項及び72条1項]

特定承認保険医療機関の要件を定める厚生労働省令 [同86条1項]

指定訪問看護の事業の運営に関する基準(指定訪問看護の取扱いに関する部分に限る)

[同92条2項]

以上細々しいことが書いてあり、かつ厚生労働大臣からの諮問をうける事項の内容について、健康保険法と社会保険医療協議会法とは、必ずしも事項的に一致するわけではないが、簡単にいえば、中医協は「療担等の規則作り」と「保険療養費の点数付け」について厚生労働大臣の諮問を受けて建議をする機関というのが、法が予定していた任務だということができる。

その後の中医協を巡る改革議論は、中医協の実際の運営は法が本来予定していた上述の職務範囲を大きく逸脱して、医療政策に関するあらゆる問題に関与する存在に中医協自身がなってしまう、中医協がOKを出さない限り、医療政策は一步も進まないという点に焦点が当てられていった。つまり、中医協が次第に厚生労働行政のなかで主導的な地位を占めるようになり、ついにはリヴァイアサン(注4)的な存在になってしまったということが議論のポイントとなった。

厚労省にはいくつかの審議会があるが、社会保障審議会はそのトップに据えられており、所掌事務も「厚労大臣の諮問に応じて社会保障に関する重要問題を調査審議すること」とされている。だが、現実には、社会保障のうちの医療政策に関する重要問題は、次第にこの中医協が審議をするようになっていき、社会保障審議会は形骸化したとも言われていた。

ウ 組織概要

中医協には内部組織といわれるものと、外部組織といわれるものがある。(注5)

内部組織としては、総会のほかに、4つの部会と小委員会がある。部会は、専門的事項を調査審議する場として「薬価専門部会」と「保険医療材料専門部会」とがあり、前者は薬価算定基準など、後者は特定の保険医療材料の保険償還価格などについて、それぞれ専門的に調査審議する場である。委員会は、特定の事項について

あらかじめ意見調整をする場として、「診療報酬基本問題小委員会」と「調査実施小委員会」とが置かれている。前者は診療報酬点数などの基本的な問題について、後者は医療経済実態調査の設計などについて、いずれもあらかじめ意見を調整する場である。部会、小委員会の構成メンバーは、中医協委員および専門委員が分担して、それぞれに配属されている。

中医協の総会または診療報酬基本問題小委員会の審議に資するために、中医協委員以外の各分野の専門家から構成される組織として以下の4つの組織を持っている。これらは「外部組織」と呼ばれている。

高度先進医療専門家会議、 薬価算定組織、 保険医療材料専門組織、 診療報酬調査専門組織

エ 委員構成

中医協の委員については社会保険医療協議会法が定めている。それによると、支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として、所掌事務である「診療報酬」「療養担当規則」などについて協議して、公益委員がこの両者を調整して合意を得るという仕組みとして、いわゆる3者構成をとるとされてきた。

3者の中での委員構成は、支払側は保険者、被保険者、事業主などを代表するものとされ、各団体から計8名が所属団体の推薦を受けて委員となる。保険者の団体としては、社会保険庁、健康保険組合連合会、国民健康保険連合会から各1名、計3名、被保険者の団体としては、日本労働組合連合会2名、全日本海員組合1名、計3名、事業主代表としては、経済団体から2名、合計で8名となる。

つぎに診療側は、医師、歯科医師、薬剤師を代表するものとされ、計8名が所属団体の推薦を受けて委員となる。医師は日本医師会（以下「日医」と略称する）推薦で5名、歯科医師は日本歯科医師会の推薦で2名、薬剤師は日本薬剤師会推薦で1名、合計8名となる。なお、後にも述べるが、医師枠5名については、すべて日医の推薦によるとされていたが、総合規制改革会議（01年～04年）、規制改革・民間開放推進会議（04年～07年。以下「推進会議」と略称する）を通じて規制改革側は、医師の数からいったら多数を占める病院代表医師が診療側の医師委員になって

いないのはおかしいという批判を続けてきた。このため、当初1名を病院代表委員にすることとした。だが、直接病院団体からの推薦とせずに、日医を通じての推薦という形をとった。そういう点にも、中医協を自分の考えの主張の場としようとする日医の意図が現れていたともいえる。

支払側と診療側の委員の員数と選出方法は以上のように行われたが、これに対して公益委員は4名で、選出については両議院の同意を必要とする。

以上が、中医協を構成する総勢20名の委員の陣容と選出のルールである。このほか中医協には専門員と称する委員が9名、分野別に任命されていた。なお、委員の任期は、2年5期、最長10年とされてきた。

2) 「三者構成」と「団体推薦」がもたらしたものの、中医協問題の狙い

以上が中医協の職務権限、人員構成のあらましかつ、この巨大な組織は、果たして期待された機能を発揮してきたのだろうか。具体的にいえば、この協議会の構成・活動の基本原則は、診療報酬の点数付けを職務として、支払側・診療側・公益側の三者構成で、その出身団体の推薦を受けた委員が協議して決めるということだが、「職務範囲」、「三者構成」、「団体推薦」の3つの仕組みは合理的に機能してきたのかという疑問である。

利害が対立する両当事者間の問題を解決するには、両者の代表に話し合わせて合意点を探すのは通常の解決の方法といえる。場合によっては第3者が入って、アンパイヤーの役割を果たすのが有効な場合もある。

だが、現在の国民健康保険の仕組みの中で、特定のあるいは体系としての診療報酬のあり方、つまりはどのような病気のどのような治療は何点でという仕組みを決める点で、診療側と支払側とが本当に利害が対立することがあるのだろうか。たとえば小児科の診療所が少なく国民が困っているという場合、小児科の診療費を高く決めることにより、小児科開業医を増やすインセンティブ・システム考えたとする。支払い側にとって医療費全体の高騰は自分たちの保険財政を痛めるから一般に賛成できない。だが、総枠の中での特定の医療に対する配分はそれなりの理由がある場合には、被保険者全体にとっては同じ影響だから、支払側として特に利害が絡むことではない。むしろ診療側は小児科

医に点数が多く回されるということは、総額が変わらないときには、たとえば外科の取り分の減少になるかもしれないという意味で利害関係があると言った方が分かりやすい。

そこで疑問は、なにゆえに3者構成、つまり対立する利害当事者の間の問題の解決という構成をとり、これを維持してきたのか、その理由と必要性はということになる。

なぜ3者構成になったのか。理由は、経緯と歴史に求めるほかはない。診療報酬の決定組織は昭和2年に健康保険法が施行されたときには、支払側と診療側との契約により決められていた。政管健保の場合は内務省と日医との契約による人頭割請負方式（被保険者1人についていくらと年額で定めて、月割で払う方式）で、組合健保の場合は、各健保組合と日医との契約（人頭割方式、定額単価方式など4通りの方法）によっていた。それが昭和18年に、日医や健保連、国保などの関係者の意見を聞いて厚生大臣が決定する仕組みに改められた。そして、昭和19年には厚生大臣が意見を聞く組織として「社会保険診療報酬算定協議会」が設置され、このときに関係者のほか学識経験者の意見も聴くように改められた。以降会の名称の変更、新たな協議会の設置と統合が行われ、昭和25年に現在の中医協が発足した。

この歴史でも明らかなように、当初はまさに診療側と支払側が相対で値段を決めた。この場合に、当事者主義となるのは当然である。だがその後、関係者の意見を聴く仕組みに変わった。ここで問題は、当事者から意見の具申者と立場の変更があったのに、それに参加する人たち構成と意思決定の仕組みを変えなかったことである。当事者としての問題であるときはもとよりだが、意見の具申者となったときでも、3者が何らかの形で参加するのは、事の専門性から当然でもある。しかし後者の場合それは3者がいるという意味になったのに、当事者であった時と同じように3者構成という言葉を使った。そうすることにより、一種の対立構図を示唆し、であるがゆえに3者の代表者は3者を代弁するものではないといけないというロジックで、団体推薦制を維持したのである。

このようにして、3者構成と団体推薦はカップリングして、対峙する側同士の3者構成だから各々を代表する委員は当該母体団体が推薦し、母体の意見を代弁させるという仕組みになってしまった。3者構成という言葉は、この意味で、団体推薦を正当化する根拠に利用されてきた。

(注6) 総合規制改革会議第1次答申 = 中医協部分

(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】(略)

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)】(略)

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。

問題は、対立を予定する「3者構成」、だから「団体推薦」という仕組みは、真に国民のためを考えて中立・公正に物事を判断すべき委員が、特定の出身団体の利害と指示に従っての判断しかできないような仕組みにしてしまったことである。さらに突き詰めていけば、そのような指示をもっとも発して、中医協をして当該団体の総本山といわせたのが、委員20名中5名を擁する多数勢力の日本医師会だったということである。

中医協問題が医療に係る規制改革の大きな問題となったのは、日医による中医協支配、それは日医による日本の医療の支配ともいえるが、まさにそれを排除するための戦いだっただけというのは、言い過ぎでも何でもなく、それを狙いとしていたのだ。

3) 先触れの兆候があった中医協改革

総合規制改革会議第1次答申（「01年憲法」）は、「価格決定方法の見直し」の項で「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。」と不満を漏らし、「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。」と答申をしている（注6）。この一文の意味は大きい。事実、総合規制改革会議は「中医協など要らない」という激しい議論を経たうえで、この一文を入れた答申を出したのである。

この答申は、厚労省ももちろん賛成した。賛成したから答申となったもので、本格医療改革の原点である01年に、この一文があることの意味は大きい。この年は、「レセプトは手書きが原則」をはじめとする溜まりに溜まった医療界の不合理的に手をつけたスタートの年であった。中医協改革は本格的には04年から05年にかけて完成したが、実は「01年憲法」が、すでに課題として胸に潜めていたのである。

だから、04年に本格改革に乗り出した推進会議の答申では、中医協については、既に総合規制改革会議第1次答申で、その在り方の見直しを提言した。だがその後、抜本的な見直しは行われてこなかった。3者構成は堅持されてきたし、中医協での審議も厚生労働省OBを含めた一部の委員が大きな影響力を行使し、透明性・中立性・公正性が確

(注7) 推進会議第1次答申

3 中央社会保険医療協議会(中医協)の在り方 (医療分野における価格決定のメカニズム)の見直し

【問題意識】

診療報酬、薬価、医療材料価格を決定する中央社会保険医療協議会(以下、「中医協」という)については、既に当会議の前身である総合規制改革会議が「規制改革の推進に関する第1次答申」(平成13年12月11日)において、薬価や医療材料価格の根拠、決定のプロセス等に関する改善策とともに、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、その在り方の見直しを提言した。

その後、薬価の算定ルールの見直し、医療材料に係る外国価格参照制度の導入等が行われてきたが、上記答申が指摘したような、その在り方の抜本的な見直しは行われてこなかった。例えば、保険料を負担する側の代表者(支払側委員)と医療を提供する側の代表者(診療側委員)とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整する役割を担い、合意を得るとする三者構成は堅持されてきた。また、診療報酬体系が複雑な上に、保険点数の決定において実証的データの裏づけを欠くことが多いため、中医協における審議については、厚生労働省OBを含めた診療報酬体系・制度に精通した一部の委員が大きな影響力を行使し、透明性・中立性・公正性が確保されていないとの指摘もある。また、委員任期の上限が10年と長いこともこの傾向を助長している。そのような中で表面化したのが今回の中医協を巡る贈収賄容疑事件である。

この事件をきっかけに、中医協において、自らの在り方について議論が行われた結果、「中央社会保険医療協議会の在り方の見直し」(平成16年10月27日中医協全員懇談会了解)が取りまとめられた。そこでは、支払側・診療側委員の在任期間の短縮、診療報酬改定結果の検証のための新たな部会の設置等が提言されているが、事件の温床とも言える三者構成の堅持が打ち出されるとともに、委員の推薦方法にもほとんど変化がない等、不十分な内容にとどまっている。このことは、不祥事の舞台となった組織が自らの改革を議論することの限界を示すものであり、こうした対応では、中医協に対する国民の不信はますます募るばかりである。今求められているのは、医療サービスの利用者である国民の目線に立った検証であり、改革である。

厚生労働省は、上述した平成16年10月の「見直し」は、あくまでも当面の措置であり、長期的・構造的課題については、引き続きこれに取り組むとしているが、年間30兆円超にも及ぶ国民医療費の配分を事実上左右することになる診療報酬点数等の決定は、それに相応しい公正・中立・透明な組織で決定される必要がある。したがって、国民の信頼を失った中医協の在り方の検討については、中医協自身において行うのではなく、真に中立・公正な立場に立つ者によって審議の上、結論を得るべきである。

そのような観点から、去る12月17日に内閣官房長官の下、厚生労働大臣と規制改革担当大臣との間で、「中医協の在り方の見直し」に係る基本的合意がなされた。以下の具体的施策に掲げる各事項は、同合意を反映したものである。

【具体的施策】

平成16年度中の早期に「中医協の在り方に関する有識者会議(仮称)」(以下、「有識者会議」という。)を設置し、平成17年夏から秋までに結論を得、その後可及的速やかに措置する。

(1) 中医協の在り方の見直しに関する検討の場の設置【平成16年度中の早期に措置】

内閣官房長官が主宰する「社会保障の在り方に関する懇談会」の審議を踏まえつつ、厚生労働大臣は、第三者による検討機関である「中医協の在り方に関する有識者会議(仮称)」において検討を行う。

その構成員は、医療団体関係者、労使等の利害関係者以外の有識者とし、厚生労働大臣が内閣官房長官と協議し、任命する。

(注)「有識者会議」は公開とし、常時、厚生労働大臣が出席し、国民に開かれた形で議論を行う。

また、厚生労働大臣は、「有識者会議」の検討状況を、社会保障の在り方に関する懇談会、経済財政諮問会議及び規制改革・民間開放推進会議に随時報告の上、「有識者会議」の結論を得る。

(2) 中医協の在り方の見直しに関する検討

【平成17年夏から秋までに結論。その後可及的速やかに措置】

上記「有識者会議」において、下記事項を含め中医協の在り方の見直しについて検討し、平成17年夏から秋までに結論を得、その後可及的速やかに措置する。

診療報酬改定に関する企画・立案の在り方との関係を含めた中医協の機能・役割の在り方
公益機能の強化 病院等多様な医療関係者の意見を反映できる委員構成の在り方 委員の任期の在り方 診療報酬の決定手続の透明化及び事後評価の在り方 その他、医療の現場や患者等国民の声を反映する仕組みの在り方

保されていないとの指摘もある。委員任期の上限が10年と長いこともこの傾向を助長していると同書（注7）して、推進会議がこれから本格的な中医協改革に乗り出す旨の宣言をした。だが、この推進会議第1次答申もきっかけがなくては、なかなか出せないものである。そこにきっかけができた。それは次の で説明しよう。

(注8) 中医協歯科医師会贈収賄事件の逮捕者

(収賄側)	
下村 健	中医協前支払側委員
加藤 勝敏	中医協支払側委員
(贈賄側)	
臼田 貞夫	日本歯科医師会会長
内田 裕丈	日本歯科医師会常務理事
梅田 昭夫	日本歯科医師会常務理事
平井 泰征	中医協診療側委員
誉田 雄一郎	中医協支払側委員

(注9) 橋本元総理 1億円事件

01年7月2日、日本歯科医師会臼田会長が東京都港区の料亭で、旧橋本派会長の橋本竜太郎元首相に1億円の小切手を手渡した事件。この宴席には野中広務(自民党元幹事長)青木幹雄(同党参院議員会長)氏も同席したという。

小切手は橋本氏から平成研の会計責任者に渡され、換金手続きがとられた。同派は、1億円全額を同年7月の参院選や所属議員に配るモチ代などに使ったといわれる。領収書も発行せず、平成研も日歯連も1億円の献金を収支報告書に記載しなかった。

橋本氏は事件の責任を取って派閥会長を辞任し、派閥から脱会したが、刑事上の責任追及は受けていない。

発端となった歯科医師会の汚職事件

1) 事件の内容

04年4月14日に中医協の現委員3名と前委員1名、合計4名と日本歯科医師会の会長以下3名、総計7名が東京地検により逮捕された。容疑は「かかりつけ歯科医師初診料及び再診療料」の単価の引き上げなどについての贈収賄であった。

事件は同年5月4日に起訴され、10日には1名を除いて再逮捕され、31日には再逮捕者は追起訴を受けている。

逮捕・起訴をされた委員等は左の表に示すように(注8)、収賄側が新旧の支払側委員2名、贈賄側は歯科医師会関係者が3名、中医協診療側委員が2名、計5名であった。なお、支払側のうち下村氏は健康保険組合から、加藤氏は連合から、それぞれ推薦を受けた委員であり、また、診療側の平井、誉田委員は、いずれも歯科医師会から推薦を受けた委員であった。

起訴事実の概要は以下の通りである。

事案は、平成14年診療報酬改定における「かかりつけ歯科医初診料」の算定要件の緩和および平成16年診療報酬改定における「かかりつけ歯科医師再診療」の単価の引き上げに係る贈収賄である。

臼田被告ら贈賄側は、上記の算定要件の緩和および単価の引き上げに賛成してほしいとの趣旨のもとに、贈賄を行った。

下村氏ら収賄側は、このような趣旨のもとに供与されるものであることを知りながら、金品を受領した。

収賄側から、中医協において、上記のような改定を行うことについて、これを容認する発言が得られたことや、これに異論や反論が出されなかったことにより、当該改訂が実現した。

以上が事案の概要であるが、この事件はこれらの中協関係者だけにとどまらずに、橋本竜太郎元総理大臣、野中広務、青木幹雄など自民党の有力者の、1億円政治献金事件(注9)とも絡んで、耳目をそばだたせるとともに、世論の怒りを呼んだ。

2) 事件に対する厚労省と中医協の対応

ア 厚労省の対応

A ずさんを極める事件に関する調査報告

厚労省は中医協の事務局である保険局が事件についての調査を開始し、同年9月28日に「中央社会保険医療協議会を巡る贈収賄時事件に関する中間報告」を取りまとめている。「始めに」から始まり、36ページに及ぶこの報告、身内中の身内の行った調査だから限界があるが、中医協議事録の精査や当時の担当者からの聞き取りにより、中医協の審議が贈収賄容疑の対象となった不適切な働きかけによって影響を受けていなかったかどうか、本件が起きた背景の検証を通じて中医協のあり方で見直しを検討すべき点は何か、という観点で行われている。

報告書はまず贈収賄事件に係る診療報酬決定過程の事実関係について精査し、ついで贈収賄の被告になった各委員の中医協での発言などが当該問題について中医協の決定に対してどのような影響があったかを検証している。

報告書の結論をいうと、9年半在職した下村前委員については、支払側の筆頭委員であり、歯科診療報酬自体について発言することは当然の流れだと言ったうえで、「行政としての検証の制約から、今回の贈収賄容疑となった不適切な働きかけによって影響を受けた可能性を完全に払拭することはできないものの、殊更にこの問題について発言をして議論をリードしようとした形跡は認められなかった」と結論付けている。連合の加藤委員についても、下村委員に次ぐ経験を有する委員であり、支払側の次席に当たる委員だとしたうえで、だから発言をすること自体は当然の流れだと言い、問題は不自然な発言があったかどうかだとして、その検証をしている。結論は、下村委員についてのものと全く同じ表現である。

報告書の言葉尻を捕らえるつもりはないが、「行政としての検証の制約から、今回の贈収賄容疑となった不適切な働きかけによって影響を受けた可能性を完全に払拭することはできないものの」という表現は「完全否定はできないが」ということであり、そうとあるなら紛らわしい条件付き否定をするものではない。

奇異なのは、贈賄側の二人の委員についても中医協における発言の不自然さと

称する検証を行っていることである。この二人の委員は日本歯科医師会推薦の診療側委員であり、歯科医師会の主張を代弁するのが役割のハズといってもよい委員だと思うが、報告書はその前に検証した下村、加藤の支払い側の委員の後に記述したので、公正性でも強調したかったのか、「歯科医師会会長名並びに平井及び誉田委員名で厚生労働省保険局長宛てに提出された要望書においては『かかりつけ歯科初診料』に係る要件の撤廃を要求しているにもかかわらず、中医協の議論では両委員ともそのような主張を行っておらず、あくまで中医協における議論に従って見直しを主張しているものと認められた」と書かれていることである。要望書を委員名義で出しておいて、「そのような主張をせず」、下村、加藤委員がリードする見直しへの誘導の議論にうなずいていただけだ、とでも言いたいのだろうか。推薦委員がそのように公正・中立的であることが望ましいなら、このレポートの提言テーマである、「団体推薦の廃止」を実現しても支障はまったくないハズと皮肉を言いたくなるほどの、厚労省事務当局のずさんな検証と結論の塊としての中間報告と評されても文句はあるまい。

報告書は、さらに身内の事務局職員も不適切な働きかけの影響を受けていなかったかを検証している。意思形成過程の一つの当事者でもあることが理由となっている。そして3名の厚労省職員が政治家等を通じて接待や謝礼の金品を受け取っていることを突き止めているが、いずれも当人の行政判断に影響はなかったという本人の発言を引用しているにすぎない。

もう止めるが、この報告書ほど事件の重みを真剣に受け取らずに、ひたすら形式的な調査だけを行い、「大丈夫だ」と言って切り抜けようとする「身内の論理」の代弁書は珍しい。委員も委員なら、厚労省職員も然りと言うほかない。その後、推進会議が本格的に中医協問題に乗り出したのは、この報告書と次に述べる中医協自体の見直し意見書が、あまりに身内の議論だけによって身内の問題を隠蔽しすぎている、その考え方・やり方を改革する必要を痛感したからでもある。

B 今後の中医協のあり方

中医協の今後のあり方についての厚労省報告書は、まず新聞論調、国会質疑な

(注10) 中医協による見直し報告書

中央社会保険医療協議会の在り方の見直しについて

(平成16年10月27日)
中央社会保険医療協議会全員懇談会了解

中央社会保険医療協議会(以下「中医協」という。)委員一同は、今回の中医協を巡る贈収賄容疑事件を、中医協における診療報酬の決定過程について国民に大きな不信を与えてしまったものとして、重く受け止めるとともに、中医協が国民からの信頼を回復するために、どのような形で再出発をするべきか、これまで議論を重ねてきた。

具体的には、平成16年6月9日、10月6日及び10月27日の3回にわたり、これまでの国会審議、報道等における中医協の在り方等に係る主な指摘等を整理しつつ、これに沿った形で議論を行ってきた。その際、今回の事件に関与した委員の推薦団体である健康保険組合連合会(以下「健保連」という。)、日本労働組合総連合会(以下「連合」という。)及び日本歯科医師会(以下「日歯」という。)の代表を参考人として招致し、団体としての改善案について意見聴取を行った。このほか、厚生労働大臣の指示により今回の事件の構造解明について調査・検討を行ってきた厚生労働省より、「中央社会保険医療協議会を巡る贈収賄容疑事件に係る中間報告」についても、報告を受けた。

このような議論の経過を経て、中医協委員一同は、ここに「中央社会保険医療協議会の在り方の見直しについて」を取りまとめることとした。これは、中医協自身が自らどのような形で再出発するかを国民に提示するものとして、中医協として自ら取り組むことが可能な事項を中心としているが、このほか、長期的に幅広く制度の在り方について議論を進めていくべき事項についても一定の考え方を提示している箇所があるほか、中医協委員を任命する権限を有する厚生労働大臣等に対する提言にわたる事項も含まれている。

中医協委員一同は、これを中医協の再出発の第一歩とし、厳しい経済社会情勢を反映する中で、フリーアクセスを原則としつつ国民皆保険制度を持続可能なものとし、患者中心の質がよく安心できる効率的な医療を確立するため、医療技術の適正な評価(ドクターフィー的要素)、医療機関のコストや機能等を適切に反映した総合的な評価(ホスピタルフィー的要素)、患者の視点の重視等の基本的な考え方に沿った診療報酬体系の見直しに向けて、また、特定療養費制度の基本的な考え方及び具体的な評価の検討等の喫緊の個別的な課題への取組に向けて、これからも真摯に議論を積み重ねていくことにより、その使命を果たしていくこととしたい。

1 中医協の審議の透明性の確保について

(審議過程の一層の透明化について)

現在、中医協における審議は、総会、各部会及び各小委員会ともすべて公開で行われているが、審議の過程において、非公開で協議が行われることがあった。

具体的には、支払側委員及び診療側委員の意見の隔たりが大きいときに公益委員が各側を別個に呼び込む場合や、中医協として意見書を取りまとめる際などに公益委員原案を各側に提示して意見を求める場合などがある。

このような非公開の協議自体は、三者構成の下での合意形成過程として必要なものであると考えるが、審議過程の一層の透明化を図る観点から、今後は、このような非公開の協議を行った場合には、公益委員から、協議の経過について、公開の場で報告することとする。

(客観的なデータに基づく議論の推進について)

近年、中医協における審議においては、支払側委員及び診療側委員のそれぞれから客観的なデータが提出され、これに基づき議論が行われるなど、根拠(エビデンス)に基づく議論が推進されてきている。

さらに、平成15年には、中医協の審議に資するためにそれぞれ専門的な立場から調査

どでの論点を整理したうえで、これを6月9日の中医協全員懇談会に提出している。それによる論点は、以下の通りとなっている。

[審議方法について]

公開が前提の審議会にもかかわらず、実態は密室での取引が横行していたのではないか。審議の透明性が確保されていないのではないのか。

医療技術の評価を行う専門的な組織を設けるとともに、客観的なデータを収集すべき。

診療報酬改定の結果について検証すべき。また、改定する理由を科学的に説明できるようにすべき。

[委員のあり方について]

委員に患者や看護婦の代表、病院経営者の代表を迎えるなどして、幅広い視野で議論できるようにすべき。

利害の対立する双方の委員と中立委員の三者で構成される審議会の在り方を含めて、決定方式の見直しを行うべき。

安易に官僚OBに頼らず、診療報酬を支払う側が自前で医療保険の専門家を育てていくべき。

委員の在任期間に上限を設けるべき。

委員に対して公務員であるという自覚を強力にするような対策をとるべき。

[その他]

中医協の議論は公開の場で行われるが、議論の内容が極めて専門的であり、理解するのが容易ではない。わかりやすく国民に説明すべき。

報告書が挙げる論点は以上の通りだが、この論点整理自体に多くの問題が潜んでいる。

その後推進会議が問題としたのは、「中医協の権限の範囲」、「三者構成のあり方と適正な運営」、「団体推薦制の廃止」、「委員任期の短縮」の4点であった。この4点が合わさって中医協をリバイアサンのような制御不能な存在にしてきた

を実施する診療報酬調査専門組織が設置され、平成16年度から、本格的にデータの収集に着手している。

診療報酬調査専門組織はデータの収集を行うための組織であり、ここで収集されたデータをも踏まえ、根拠（エビデンス）に基づく議論を行っていくのが中医協の場であるという自覚を新たにしつつ、審議の透明性の確保を図る観点からも、引き続き、客観的なデータに基づく議論の推進に努めることとする。

（診療報酬改定の結果の検証のための新たな部会の設置について）

診療報酬改定の結果については、中医協の場において、医療費の動向の報告等が行われてきたが、これまで、診療報酬改定に至る取組と比べ、その取組は不十分であったと言わざるを得ない。審議の透明性の確保の観点からも、診療報酬改定の結果の検証を行い、これをその後の議論に繋げていくことが必要である。

このため、中医協の中に、公益委員を中心として、診療報酬改定の結果の検証のための新たな部会を設置することとし、その具体的な体制の在り方について、平成16年度中に結論を得ることとする。

2 中医協委員の在り方について

（委員の構成について）

中医協の委員構成については、社会保険医療協議会法により、

- ・保険者及び被保険者並びに事業主等を代表する委員 8人
- ・医師、歯科医師及び薬剤師を代表する委員 8人
- ・公益を代表する委員 4人

の合計20人で構成され、委員の任期は2年とされている。

支払側委員と診療側委員とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整して合意を得るという三者構成については、これを堅持していくべきであると考え

る。また、かねてより、委員に看護関係者の代表を加えるべきとの意見があるが、平成15年12月から看護の専門家が専門委員に任命されている。中医協委員としてこれに加えるには法律改正が必要である。

これら中医協の委員構成の問題については、長期的に幅広く制度の在り方について議論が必要な問題であると考え

（委員の任命について）

中医協委員の任命については、社会保険医療協議会法により、厚生労働大臣が行うが、支払側委員及び診療側委員については各関係団体の推薦によるものとされ、公益委員については両議院の同意を得なければならないこととされている。

このように、中医協委員の任命は厚生労働大臣の権限であるが、今回の中医協を巡る贈収賄容疑事件を契機として寄せられた意見を踏まえ、また、中医協を正常な形に復帰させ、診療報酬の在り方についての本格的な審議を再開させるに当たっては、現時点において生じている5名もの欠員を可能な限り早期に充足させることが必要であるとの認識を共通にしていることを踏まえ、任命権者たる厚生労働大臣及び委員の推薦団体に対して、以下のような提言を行いたい。

まず、支払側委員のうち被保険者を代表する委員については、これまで、厚生労働省より連合に対し2名の委員の推薦依頼が行われ、これに基づき委員の任命が行われてきた。

これについては、連合の改善案において、今後、「被保険者・患者代表」として委員を推薦するとされていることを踏まえ、引き続き、連合に対して2名の委員の推薦依頼を行うこととし、推薦依頼を受けた連合が、1名は患者一般の声をより適切に反映できるような委員の推薦を行うこととする。

なお、当該委員の推薦に当たっては、連合において、当該患者一般の声をより適切に反映できるような委員の推薦に当たっての基本的な考え方を取りまとめることが求められるので、それまでの間は、連合に対し1名の委員の推薦依頼を行うこととする。

次に、診療側委員のうち歯科医師を代表する委員については、これまで、厚生労働省より日歯に対し2名の委員の推薦依頼が行われ、これに基づき委員の任命が行われてきた。

これについては、日歯の改善案において、日歯及び日本歯科医学会が推薦委員をサポートする体制が報告されたことを踏まえ、引き続き、日歯に対して2名の委員の推薦依頼を

という認識から、回復にはそれぞれの徹底的な見直ししかないという考えからである。

ところがこの論点整理では、この4点のうち触れているのは「3者構成のあり方」と「委員任期」だけであり、「職務権限の範囲」や「団体推薦制」については、思いもよらないという感じである。しかも「3者構成」については、「中医協が3者構成をとっている理由は、診療報酬の決定は実質的には保険者と診療担当者の公法上の契約内容の決定であることから、厚労大臣は契約の両当事者である診療側・支払側が協議する場である中医協に諮問しなければならないこととされており、…3者構成は健康保険法の法律構成と密接な関係を持ち、法律自体で厳格に定められている」と、まったくピンとこない説明をしている。要は、法律でそうなっているからそうだというぐらいの意味しかない。その法律に基づいてやって不祥事を起こしたのだから、法律のやり方を見直すべきという発想は全くない。

イ 中医協の対応

A 対応の内容

贈収賄事件の舞台となった中医協の方も、04年6月から3回にわたり中医協のあり方などに関する指摘を踏まえて議論を行ってきたとして、10月27日付で「中央社会保険医療協議会の在り方の見直しについて」を発表している。概要は次の通りである。(12左ページ(資料)から始まる注10)

1. 中医協の審議の透明性の確保について

審議過程の一層の透明化について

・非公開協議自体は必要だが、そのような協議を行った場合には、公益委員から経過について公開の場で報告をする。

客観的データに基づく議論の推進について

・専門的に調査をする組織が03年からできたから、ここで収集されたデータを踏まえて、客観的なデータに基づく議論を推進する。

診療報酬改定の結果の検証のための新たな部会の設置について

行うこととするものの、推薦依頼を受けた日歯が、1名は日本歯科医学会の会員から委員の推薦を行うこととする。

なお、日歯については、他の委員を巻き込む形で今回の事件を引き起こしてしまった当事者団体であるので、日本歯科医学会の会員から推薦を行う委員を除き、日歯改革検討委員会における改善案の報告を踏まえて委員の推薦依頼を行うこととし、その間は、日歯への推薦依頼を留保することとする。

このほか、中医協委員に病院団体の代表の参加を求める意見もあるが、既に、医師を代表する5名の診療側委員のうち1名は日本医師会の推薦に基づく病院団体の代表である。引き続き、日本医師会が病院団体の代表を推薦する形による病院団体の代表の参加を要望する。

(委員の推薦に当たっての基本的な考え方等について)

今回の事件に関与した委員の推薦団体である健保連、連合及び日歯の改善案において、今後の委員の推薦に当たっての基本的な考え方や推薦委員のサポート体制に係る検討状況が報告された。

今後とも、各関係団体において、委員の推薦に当たっての基本的な考え方を明確にするとともに、推薦委員のサポート体制を構築することとする。

(委員の在任期間について)

中医協委員の任期については、社会保険医療協議会法により、1期が2年とされており、また、各種審議会に共通のルールとして、閣議決定により10年を超える任命は行わないこととされている。

今回の事件に関与した委員の推薦団体である健保連、連合及び日歯の改善案において、3期6年を上限とする考え方が示されたことを踏まえ、支払側委員及び診療側委員の在任期間については、各関係団体において、任期が6年を超えてからの新たな推薦は行わないことを基本として、厚生労働大臣に対し推薦を行うこととする。

(委員に公務員である旨の自覚を促すための対策について)

中医協委員のうち、公益委員の身分は非常勤の特別職国家公務員であり、公益委員以外の委員は非常勤の一般職国家公務員であるが、これまでは、委員にそのような自覚が希薄であったと言わざるを得ない。

今後は、委員に新しく就任した者は、自らが国家公務員であり、高い倫理を保って行動する旨を宣誓することとする。

なお、事務局に対しては、委員を新しく委嘱する際には、中医協委員が国家公務員である旨を必ず説明するとともに、関係法規を資料として提示して、国家公務員法上の禁止規定の説明等を行うよう要請する。

3 その他

(国民への分かりやすい説明について)

現在、中医協における審議は、総会、各部会及び各小委員会ともすべて公開で行われているが、その議事録については、概要を厚生労働省ホームページで公開するのみであり、必ずしも公開が徹底しているとは言えない。

については、中央社会保険医療協議会議事規則の改正を行い、今後は、議事録について、事前に各委員の了解を得た上で、厚生労働省ホームページで公開することとする。

なお、事務局に対しては、中医協における配付資料を速やかに厚生労働省ホームページに掲載するほか、診療報酬改定の内容を同ホームページ上で分かりやすく説明するなど、引き続き、国民への分かりやすい説明に努めるよう要請する。

(国民の意見を聴く機会の設定について)

診療報酬改定に国民の声をより適切に反映させるため、中医協委員が国民の意見を聴く機会の設定の在り方について検討し、平成16年度中に結論を得ることとする。

・中医協の中に公益委員を中心に結果の検証のための新たな部会を設置する。

2. 中医協委員の在り方について

委員の構成について

・支払側と診療側が当事者として協議し、公益委員が調整する3者構成は堅持する。8：8：4の人員配分についてはふれていない。

委員の任命について

・事件による欠員を含めて現時点で5名の委員が欠員しているとして、その対処方針を任命権者としての厚労大臣、推薦団体に提言している。たとえば連合枠の2名は維持するが、1名は患者一般の声を適切に反映できる委員とする。歯科医会枠2名は維持するが、1名は日本歯科医学会の会員から推薦する。

委員の推薦に当たっての基本的な考え方等について

・今回の事件の関与委員の推薦団体から、今後の委員推薦の考え方や委員のサポート体制を聞いた。今後も、各団体の推薦の考え方や推薦委員のサポート体制を構築することとする。

委員の在任期間について

・問題を起こした健保連と歯科医師会が3期6年を上限とする改善案を示したことから、各団体とも6年を超えて新たな推薦をしないことを基本とする。

委員に公務員である自覚を促すための対策について

・新しく委員に就任した者は公務員としての宣誓をする。事務局からは中医協委員は公務員であることを説明する。

3. その他

国民への分かりやすい説明について

・議事概要公開から、議事録公開に改める。

国民の意見を聴く機会の設定について

B 内輪もめをする時期か

以上が肝心の不祥事の現場からの改善案だが、これを見ても、いったい中医協に

(注11) 連合の改善策

中医協委員推薦にあたっての連合の改善策

2004年10月6日
日本労働組合連合会

1. はじめに (略)
2. 連合の改善策について (略)
3. 中医協の改善について(在り方と診療報酬改定ルール等)
中医協をめぐる今回の贈収賄事件は、診療報酬改定のプロセス自体にもいくつかの問題を投げかけていると思われる。
それは、診療報酬の改定が中医協を舞台にして行われるにもかかわらず、その科学的な根拠にもとづく改定ルールが必ずしも明確ではなく、政治的な影響を受けるなど、被保険者・患者・国民が納得するだけの公平性・透明性が必ずしも担保されていないことである。
また、公定価格としての治療費(診療費、薬剤、保険材料費など)を決定するに際して、保険者側と診療側という当事者が価格交渉を行うことは当然であるが、それが表舞台で公正に行われるためには、ルールの明確化と並んで当事者間の利害調整役としての公益委員の役割はますます重要になると思われる。
このような視点に立って、中医協の今後の改革について提起したい。
(以下 略)

(注12) 10月6日の中医協の概要

- 1 0月5日の中医協の概要
- 1 3 : 0 0 ~ 全員懇談会(全面的にテレビ撮影可)
星野会長より開催趣旨説明
事務局より中医協をめぐる贈収賄事件に係る中間報告説明
関係団体より改善案提示

(主な内容)

健保連 千葉会長
(以下 略)

(星野会長)

・連合の書きぶりでは、中医協はでたらめと思われかねず、納得できない。削除して頂きたい。

(瀧井局長)

・修文させて頂きたい。

(漆畑委員)

・連合の改善案は自らの改善案よりも中医協の改善案について多く触れていることに違和感がある。

(以下略)

は今回の事件の持つ重大さが分かっていて、こういう見直しを提案したのかと言いたいほどの現状維持、微温のその場凌ぎの対応策でしかないのに啞然とする。

団体推薦制については何を言いたいのか答えになっていない。委員の任期は問題を起こして健保連と歯科医師会が2期6年としたから、これに倣う。これで責任ある決定の機関といえるだろうか。

おまけにこの中医協、これらの意見のとりまとめに当たっても、内輪揉めをしている。関係各団体が提出した改善策のなかで、連合の改善策に「中医協の改善について」という1項がある。そのなかに、中医協をめぐる今回の贈収賄事件は診療報酬改定プロセス自体にもいくつかの問題を投げかけている。それは、診療報酬の改定が中医協を舞台に行われているにもかかわらず、その科学的な根拠に基づく改定ルールがかならずしも明確ではなく、政治的な影響を受けるなど、被保険者・患者・国民が納得するだけの公正性・透明性が必ずしも担保されていないことである。そういう一文があった。(注11)

04年10月6日の中医協全員懇談会での議論で、星野進保会長は、中医協はエビデンスに基づいた議論をしてきており、連合からは2人委員を出しているのに、連合の資料の中に「改訂のルールが明確ではない」とあるが、その真意は何か、不透明というのは連合内部の話ではないのかと、おかんむり。連合の滝井局長が泡を食って説明するが、星野会長は、連合の書きぶりでは、中医協はでたらめと思われかねず、納得できない、削除していただきたい、と詰め寄る。滝井局長は、修文させていただきたいと返事。漆畑稔という薬剤師会代表の委員が、連合の改善案は自らの改善案よりも中医協の改善案について多く触れていることに違和感があると、提灯を持つ。(注12)

結局連合は改善案の差し替えをしてご容赦を願ったという。問題は、たとえ不祥事の当事者を抱えていたとしても、反省して意見を言うことについては自由だし、当事者なればこそ、より本質的な改善について提言するのが責務でもある。そして言い分に耳を傾けるのが当たり前である。しかし、中医協はでたらめだと思われかねないとの一言で修正をさせられている。現に中医協はでたらめだった

からこそ事件が起きたのではないのか。やがて行われた公開討論で筆者はこの点についての追及を行なった。

ここで言いたいのは、こういう体質の中医協だから、そこに事件の本質を精査させ、そこから将来に向けてどういうふうな改革を行うかを考えさせても無意味だということだ。それが次の項から述べる推進会議の出番とそれによる抜本的な改革の実現であった。

規制改革・民間開放推進会議が問題に取り組む

1) 第1次答申で「官製市場の改革」のテーマとして標的にする

04年4月にスタートした推進会議は初年度の活動を、前身である総合規制改革会議で芽生えた「個別官業の民間開放」、それを横断的・一律的手法で実現するため、民間開放の要望があった場合には官民で優劣を競う「市場化テスト(官民競争入札制度)」に掛けるのを制度化する方法を引き続いて取り上げた。

同時に総合規制改革会議が前年の最終答申で、これまでの規制改革で達成できなかった難問を各分野から12項目(追加5項目で合計17項目となる)を取り上げ、アクションプランと銘打ってその解決を迫ったのを引き継ぎ、今度は「主要官製市場の改革」と名付けて、14項目を取り上げた。医療関係がそのうち5項目を占め、はからずも医療改革の遅れと難しさを露呈するところとなった。

医療改革のテーマは、混合診療の解禁、医療法人を通じた株式会社等の医療経営への参加、中医協のあり方、医療計画(病床規制)の見直し、医薬品の一般小売店での販売、であった。

中医協問題については、すでに総合規制改革会議の「01年憲法」答申が、触れていることは前述した。医療界と医療政策を事実上牛耳る存在として早くから問題意識の焦点は当てられていた。だが、本格的にこの協議会の真相に迫って、改革を求めたのは、推進会議によるこの「官製市場改革」の主要テーマとなってからである。そして、そのようにテーマとして取り上げるに至ったのは、で詳細に述べた中医協メンバー相互間での贈収賄事件がこの年、04年の4月に関係者の逮捕・起訴により司直の手に渡っていたからともいえる。かねてから問題の焦点と思っていたが、それを追及する手がかりができたとしても評そうか。

2) やったのは、村上＝鈴木のコラボ

この問題を取り上げたのは、小泉内閣で規制改革などを大臣として担当した村上誠一郎氏と医療担当主査であった鈴木良男の二人のコラボであった。村上大臣のプロフィールについては、この「日本の医療が進むべき道」シリーズのその4「混合診療の解禁」に

書いておいたが、村上水軍の末裔、相当の巨躯、やや赤ら顔、愛想はよく、人柄もよい、行動力は積極的で勘もいいということとなる。

この人、規制改革にはとくに熱心で、歴代の担当大臣のなかではもっとも多く全体会議に出席され、官製市場の改革の14テーマについてもよく勉強されていた。医療問題については先に述べたように5つテーマがあったが、混合診療解禁といい、株式会社病院の容認といい、いずれも主義（イズム）と主義（イズム）の戦いのようなもので、かたやのイズムの牙城を攻め落とさないと解決はできない。医療においては、このかたやのイズムは明らかに日本医師会により代表される。その日医が医療界をさらには医療政策までを牛耳る足掛かりが中医協だと、政治家の独特の勘でいち早く見抜いていた。このため、混合診療の解禁などには多くの興味を示さず、中医協こそ「敵の本丸」と狙いを定めていた。

04年の議論も深まっていたが、相変わらず厚労省とは合意に至っていない11月の8日、推進会議の委員一同は、総理官邸で夕方7時から9時まで小泉総理大臣の招待での夕食会に参加する。私の席は当初の座席表を変更して、小泉総理と村上大臣の間に移されていた。村上大臣が中医協について総理に吹き込んで欲しいと私に言う。夕食を取りながら、総理は各委員に順番に意見を言わせる。

私の番になる前に村上大臣が盛んに紙に何かを書くので、覗くと私に対する注文。医療費の引き下げに関連して診療報酬を3.数パーセントから2.7パーセントへ下げたのは突破口、混合診療、株式会社、地域医療計画、薬は当面の課題、中医協は抜本解決と書いてある。順番が私になったので、私は中医協が医療政策を決めるのは越権、そんなことを認めるから、厚労省は中医協の顔、すなわち日医の顔を窺がわざるを得ない。この構図を解消して、中医協を本来の決められた政策に基づき医療費を決めるだけの機関に限定しないと日医による医療界の支配は終わらない。その改革をこともあろうに中医協でやるのは、全くの間違い。これを正すべきと云った。

総理は日医の支配は自民党から共産党に及んでいる、代議士にとって3000票で勝ち負けが決まるので、地元から頼まれたら聞かざるを得ない、共産党は賢いから日医支持を表立って言わないが、自民党の代議士は騒ぎまくる、と言う。言い終わったら、村上

大臣が私の背中をなでる。そして「鈴木さんの意見は自分もそうだと思う」と、小泉首相に言い寄る。総理は機嫌よく、雑談となる。

上記はその日の私の日記からの抜粋だが、こうして中医協問題を解決して、医療に関するその他の問題に迫ろうという戦略が決まった。村上大臣も私も中医協の権限を現状の10分の1程度に絞れば、おのずから医療行政はまともなものに回復するという認識を共有していた。

3) 内容は、3つの改革

推進会議が目指した中医協の改革にはポイントが3つある。

ア 職務内容の限定

第一のポイントは職務内容である。それはこの節の(1)のイで説明した法律が定める内容に厳に限るということである。すなわち診療報酬の点数付けと療養担当規則の制定・改正が法が定める職務であるから、それに限定して、いやしくも政策にかかわる事項について決定ないしは関与してはならない。

これまで厚労省所管の各種の審議会等にはたとえば社会保障審議会をはじめとしていくつかの審議会がある。特にこの社会保障審議会は、社会保障に関する基本政策の審議を役割として設けられたものであるが、専門性そのほかの問題があつてか、主要な問題に関する審議・結論・提言はむしろ中医協に譲っている感さえあり、あまり機能をしていないと言われている。

厚労省との議論や推進会議の内部検討では、中医協に政策に関する審議をさせない場合、どこにその役割を負わせるかについての議論が行われた。内閣官房、経済財政諮問会議、推進会議など厚労省の外部に専門部会を設けて政策を検討させて、点数付けと分離するという考えさえも真剣に議論がされた。そこで決定された基本方針に沿って中医協は点数付けなどを行う機関にすぎない存在にすることである。

イ 団体推薦の廃止

諸悪の根源は診療側、支払側から委員を出すとしても、委員人選をあらかじめ人数を分野別に決めておいて、その分野を代表する団体が委員を推薦するシステムが、

委員の自立性・公平性を欠き、所属団体の利害代表に堕しているのではないのかという点である。この問題認識は推進会議側には最初からあった。だからこの団体推薦の廃止は改革の成否を決する主要なポイントだというのが推進会議側の信念であった。

だが、当然のことながら、当事者である中医協での改革議論では団体推薦制の是非は議論の端にも上らず、改革を議論した有識者会議でも、団体推薦はいつの間にか当然のことのようになり、推進会議側の期待を裏切るところとなった。

ウ 3者構成の比率の改革

中医協の職務権限を上記のアに厳しく限定して、これを存置する場合、どのような委員構成にするかは一つの問題だが、療担規則の改変と療養費の点数付けが職務とするなら、それに医療関係者が加わることは自然のことであって、推進会議もそのことに異を唱えるつもりはない。問題は関係者がいかなる分野から各何名程度が選出されるのかという点と、上記のイで述べたように選出された委員は、その委員個人の立場で公正・中立な自らが「良し」と信ずる提言をするかどうかである。

3者の人員構成について、従来は診療側8、支払側8、公益4の構成であったが、問題はこの人数割合が妥当か、公益委員を増員すべきではないかという点と同じ診療側委員でもどの分野からの出身であるかについてある程度のバランスが求められるという点である。特に従来は診療側については医師5名(うち1名は病院出身の医師、ただし日医を通じての推薦とする)、歯科医師2名、薬剤師1名と割り振られていたが、この配分が妥当かという点である。

推進会議側が求めたのは、公益委員の増員であり、かつ病院関係委員を選ぶにあたり日医を通じてその選任を行うというやり方に反対することは当然であった。

4) 方法は、公開討論、大臣折衝

村上＝鈴木の合作にかかる中医協改革に向けての戦略の内容は以上の通りだが、その実現をどうやって図るか。推進会議側がとった戦法は、あらゆる手段を動員して、すなわち、厚労省側との公開討論をはじめとして、ここを戦端と位置づけ、最終的には担当

大臣折衝に持ち込むというにあった。

(注13) 中医協の在り方に関する両大臣合意

中医協の在り方の見直しに係る基本的合意

1 検討の場とその構成員

- ① 内閣官房長官が主宰する「社会保障の在り方に関する懇談会」の審議を踏まえつつ、厚生労働大臣は、第三者による検討機関である「中医協の在り方に関する有識者会議(仮称)」において検討を行う。
- ② その構成員は、医療団体関係者、労使等の利害関係者以外の有識者とし、厚生労働大臣が内閣官房長官と協議し、任命する。
(注)「有識者会議」は公開とし、常時、厚生労働大臣が出席し、国民に開かれた形で議論を行う。
- ③ また、厚生労働大臣は、「有識者会議」の検討状況を、社会保障の在り方に関する懇談会、経済財政諮問会議及び規制改革・民間開放推進会議に随時報告の上、「有識者会議」の結論を得る。

2 検討項目

- ① 診療報酬改定に関する企画・立案の在り方との関係を含めた中医協の機能・役割の在り方
- ② 公益機能の強化
- ③ 病院等多様な医療関係者の意見を反映できる委員構成の在り方
- ④ 委員の任期の在り方
- ⑤ 診療報酬の決定手続の透明化及び事後評価の在り方
- ⑥ その他、医療の現場や患者等国民の声を反映する仕組みの在り方

3 スケジュール

平成16年度中の早期に「有識者会議」を設置し、平成17年夏～秋までに結論を得、その後可及的速やかに措置する。

尾辻対村上の大臣折衝の顛末

1) 推進会議側の方針決定

11月26日、村上大臣と推進会議の宮内議長、鈴木議長代理ほか幹部とで、医療関係のビッグ3、すなわち株式会社病院、混合診療、それに中医協についての今後の攻め方を協議する。村上大臣はポイントを絞って中医協に全力集中をしようという考え。現在の権限の10分の1程度にすれば、医療行政はまともになるというのが彼の認識だった。

この会合で会議側の戦法が決まった。すなわち、医療政策と点数付けの分離については、内閣官房、諮問会議、推進会議などのいずれかに専門部会を設けて、政策をそこに受け持たせる。これにより中医協による政策と点数付けの分離を図る。メンバー数は公益委員を半数以上とする。委員の団体推薦制を廃止する。委員の出身は病院・診療所であるものについて、それぞれ現在の在籍数按分によるものとする。確実な実行のため、1～2年間は中医協の所管官庁を厚労省以外として、保護観察期間とする。法律改正を要する場合、提案は内閣府とする。

この案でいよいよ最終の決着をつけるための両大臣の協議が持たれることとなり、12月7日にその第1回会合が都内のホテルで開かれた。

2) 両大臣会議

12月7日、昼過ぎから大臣以下双方の幹部が一堂に会する。市場化テストの対象、混合診療の容認、中医協のあり方が議論される。市場化テストではいつくかの協力は得られそうだ。混合診療は混戦となる。

中医協問題は、当方の圧勝。諄々と諭す。尾辻大臣は反論できずに、聞くだけ。中医協問題は自分の責任で解決させて欲しいとひたすら言う。村上大臣が引き取って、大声で「中医協問題は意見が合っていない。これを問題視する」と言って終わり。

第2回目の大臣折衝は、1日置いて、9日に同じホテルで継続する。村上大臣室で打ち合わせをして会合に臨む。市場化テストについては、合意成立。混合診療について案を持ってきたが、内容は必ずしもよく分からない。特定療養費制度の変形だが、安全審査をした療法について、水準に達した病院が届出をしておけば、当該療法は自由にや

(注14)「中医協の在り方に関する有識者会議」メンバー

大森 政輔（国家公安委員会委員、弁護士）
奥島 孝康（早稲田大学大学院法務研究科教授）
奥野 正寛（東京大学大学院経済学研究科教授）
金平 輝子（(財)東京都歴史文化財団顧問）
岸本 忠三（総合科学技術会議議員、大阪大学客員教授）

（五十音順、敬称略）

(注15) 推進会議第1次答申

【問題意識】

診療報酬、薬価、医療材料価格を決定する中央社会保険医療協議会（以下、「中医協」という）については、既に当会議の前身である総合規制改革会議が「規制改革の推進に関する第1次答申」（平成13年12月11日）において、薬価や医療材料価格の根拠、決定のプロセス等に関する改善策とともに、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、その在り方の見直しを提言した。

その後、薬価の算定ルールの見直し、医療材料に係る外国価格参照制度の導入等が行われてきたが、上記答申が指摘したような、その在り方の抜本的な見直しは行われてこなかった。例えば、保険料を負担する側の代表者（支払側委員）と医療を提供する側の代表者（診療側委員）とが保険契約の両当事者として協議し、公益委員がこの両者を調整する役割を担い、合意を得るという三者構成は堅持されてきた。また、診療報酬体系が複雑な上に、保険点数の決定において実証的データの裏づけを欠くことが多いため、中医協における審議については、厚生労働省OBを含めた診療報酬体系・制度に精通した一部の委員が大きな影響力を行使し、透明性・中立性・公正性が確保されていないとの指摘もある。また、委員任期の上限が10年と長いこともこの傾向を助長している。そのような中で表面化したのが今回の中医協を巡る贈収賄容疑事件である。

この事件をきっかけに、中医協において、自らの在り方について議論が行われた結果、「中央社会保険医療協議会の在り方の見直し」（平成16年10月27日中医協全員懇談会了解）が取りまとめられた。そこでは、支払側・診療側委員の在任期間の短縮、診療報酬改定結果の検証のための新たな部会の設置等が提言されているが、事件の温床とも言うべき三者構成の堅持が打ち出されるとともに、委員の推薦方法にもほとんど変化がない等、不十分な内容にとどまっている。このことは、不祥事の舞台となった組織が自らの改革を議論することの限界を示すものであり、こうした対応では、中医協に対する国民の不信はますます募るばかりである。今求められているのは、医療サービスの利用者である国民の目線に立った検証であり、改革である。

厚生労働省は、上述した平成16年10月の「見直し」は、あくまでも当面の措置であり、長期的・構造的課題については、引き続きこれに取り組むとしているが、年間30兆円超にも及ぶ国民医療費の配分を事実上左右することになる診療報酬点数等の決定は、それに相応しい公正・中立・透明な組織で決定される必要がある。したがって、国民の信頼を失った中医協の在り方の検討については、中医協自身において行うのではなく、真に中立・公正な立場に立つ者によって審議の上、結論を得るべきである。

そのような観点から、去る12月17日に内閣官房長官の下、厚生労働大臣と規制改革担当大臣との間で、「中医協の在り方の見直し」に係る基本的合意がなされた。以下の具体的施策に掲げる各事項は、同合意を反映したものである。

【具体的施策】

平成16年度中の早期に「中医協の在り方に関する有識者会議（仮称）」（以下、「有識者会議」という。）を設置し、平成17年夏から秋までに結論を得、その後可及的速やかに措置する。

れるという内容。そのような療法は100ほどあり、該当病院は2000ほどある、中程度の医療も含むと言う。私としてはこれでよいと思う。

中医協については、尾辻大臣は自分の責任でやらせて欲しいという一点張り。では、コアになる3者構成と中医協の権限についての考えくらい聞いておかないと言うと、審議してもらおう機関に対して失礼だから、という言い分で言わない。もうこれは村上大臣の判断マターだ。村上大臣は小泉総理を挟んで3人で話すという。

大勢揃っての会議はここまでで、いよいよ大臣折衝となる。15日にその第1回が行われ、そこで当方原案が提示される。そして翌々日の17日に最終の決定が両大臣間で行われる。その内容は後で説明する。厚労省以外において検討するという当方の案は、尾辻大臣が譲らないので、厚労省内での検討会の人選と審議内容についての注文をつけて、縛るしかない。というところで村上修正案に推進会議としてもGOサインを出し、これにより成案を得るところとなった。

3) 両大臣合意の内容

こうしていよいよ決定のためのトップ会談が持たれることとなった。その決定内容は22左ページ(資料)の注13に示す通りだが、ポイントは以下の通りである。

ア 検討の場とその構成員

A 厚生労働大臣が新たに設置される「中医協の在り方に関する有識者会議(仮称)」において検討をする。

B 構成員は、医療団体関係者、労使等の利害関係者以外の有識者とし、厚生労働大臣が内閣官房長官と協議して任命する。

C 厚生労働大臣は「有識者会議」の検討状況を、社会保障の在り方に関する懇談会、経済財政諮問会議および規制改革・民間開放推進会議に随時報告して、「有識者会議」の結論を得る。

イ 検討項目

A 診療報酬改定に関する企画・立案の在り方との関係を含めた中医協の機能・役割の在り方

(1) 中医協の在り方の見直しに関する検討の場の設置【平成16年度中の早期に措置】

内閣官房長官が主宰する「社会保障の在り方に関する懇談会」の審議を踏まえつつ、厚生労働大臣は、第三者による検討機関である「中医協の在り方に関する有識者会議（仮称）」において検討を行う。

その構成員は、医療団体関係者、労使等の利害関係者以外の有識者とし、厚生労働大臣が内閣官房長官と協議し、任命する。

(注)「有識者会議」は公開とし、常時、厚生労働大臣が出席し、国民に開かれた形で議論を行う。

また、厚生労働大臣は、「有識者会議」の検討状況を、社会保障の在り方に関する懇談会、経済財政諮問会議及び規制改革・民間開放推進会議に随時報告の上、「有識者会議」の結論を得る。

(2) 中医協の在り方の見直しに関する検討【平成17年夏から秋までに結論。その後可及的速やかに措置】

上記「有識者会議」において、下記事項を含め中医協の在り方の見直しについて検討し、平成17年夏から秋までに結論を得、その後可及的速やかに措置する。

診療報酬改定に関する企画・立案の在り方との関係を含めた中医協の機能・役割りの在り方、公益機能の強化、病院等多様な医療関係者の意見を反映できる委員構成の在り方、委員の任期の在り方、診療報酬の決定手続の透明化及び事後評価の在り方、その他、医療の現場や患者等国民の声を反映する仕組みの在り方

- B 公益機能の強化
- C 病院等多様な医療関係者の意見を反映できる委員構成の在り方
- D 委員の任期の在り方
- E 診療報酬の決定手続きの透明化及び事後評価の在り方
- F その他、医療の現場や患者等国民の声を反映する仕組みの在り方

ウ スケジュール

平成16年（04年）度中の早期に「有識者会議」を設置し、平成17（05年）夏～秋までに結論を得、その後可及的速やかに措置する。

尾辻・村上会談の成果は以上の通りだったが、両者がつばぜり合いをした天王山は、有識者会議を厚労省から離れた立場に置くかどうかであった。尾辻大臣は先述のように、あくまで自分にやらせて欲しいという点を譲らなかった。妥協が、メンバーの人選に利害関係者を入れず、かつ官房長官が加わってこれを行うということ、厚労大臣自らが会議に必ず出席すること、推進会議など3つの会議に検討状況を随時報告して結論を得ること、つまり純粋な第三者だけの会議としたうえで、オープンに責任をもってやれという趣旨であった。

このようにして設置が決まった「中医協の在り方の見直しに関する有識者会議」そのメンバーは左頁の示す大森政輔（国家公安委員、弁護士）座長以下5名であった（23左ページ（資料）注14）。そして05年2月22日に第1回会議を持って以降、7回の会議をもち、7月20日にはとりまとめを報告している。

推進会議ではこの年の提言として、この両大臣の合意内容を、そのまま提言内容とした（23左ページ（資料）注15）。

席上配布

中医協の在り方の見直しについて

平成17年4月12日

規制改革・民間開放推進会議
議長 宮内 義彦

1

国民が納得し得る医療政策の決定の在り方

診療報酬の重要性

1. 国民経済、国家財政へ大きな影響

国民医療費は約31兆円(対国民所得8.5%)。

・額、割合ともに今後も増加の見込み。

31兆円の52.6%が保険料負担(約16兆円)。32.4%が公費(税金)負担(約10兆円)。

・保険料、公費、患者自己負担のシェアに大きな変化なし。

2. 医療政策を誘導

国民皆保険(S36)以降、提供される医療のほぼ100%が公的医療保険の適用対象に。

保険適用範囲や診療報酬点数の決定が、我が国の医療の内容や診療行為を規定。

2

スタートした有識者会議

1) 招かれて出席するの記

ア 規制改革会議側の主張と説明のポイント

05年4月12日、有識者会議の第3回会議が霞が関ビルの35階エメラルド・ルームで開かれ、推進会議側がこれに招かれた。宮内議長と議長代理の鈴木が出席した。オープンな形でというのは先に述べた両大臣合意でも決められていることだ。だから、舞台装置もそれに沿っており、大広間の舞台のなかで聴衆監視の中での公開討論だった。

推進会議側から中医協のあり方についての推進会議の考えを述べる(注16)。趣旨は、

A 中医協の権能・役割の明確化と限定

B 中医協の内部改革

の2つに分けて、

Aについて「医療政策決定と決定組織の在り方」について、

・医療政策は、支払側・診療側の契約の当事者が議論をする場である中医協ではな

く、政府等においてより広い視点で議論されるべき

・政府等が診療報酬改定の基本方針を定め、医療政策の実施方針や保険適用範囲の

大枠を明確にした上で、諮問すべきではないか(現在は基本方針は実態として中医協に白紙委任)

・中医協は政府等が定めた基本方針に沿ってその範囲内で価格等の検討を行う機能

に限定すべきではないか

というように、政策と価格等の決定の機能を分離して中医協は政策問題に立ち入ってはならないという見解を示した。

Bの内部改革については、

・公益委員は全体の過半数以上に

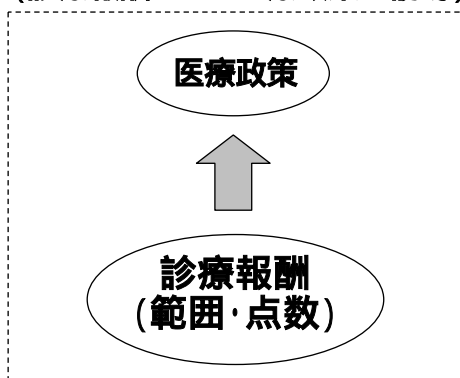
・患者代表の委員への参加

・関係団体への委員推薦依頼の廃止(直接任命制)

現 状

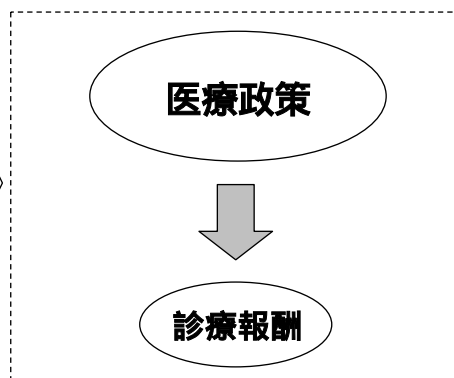
保険適用範囲や診療報酬点数が、
医療内容や診療行動を規定。

(診療報酬による医療政策の誘導)



あるべき姿

医療政策の下で技術的に診療報酬
を決定。



医療政策のよって立つ基本的な視座として、国民の誰もが身近に受けたい医療を受けられ、且つ、我が国の医療の質・技術が向上することが重要。

利害関係者間の調整によって、医療政策の根幹が実質的に左右されるのは主客転倒。

3

中医協改革の最重要課題

1. 中医協の権能・役割の明確化と限定

本来、診療報酬は、確立された医療政策の下で一定のルールに基づき技術的に決められるべき。

医療政策の基本的な考え方や方向性を政府が公正、中立、透明な手続きを経て決定すべき。(政府の主導性の確立)

保険契約の当事者間の利害調整の場としての中医協の権能・役割の明確化と限定が必要。(中医協の諮問機関としての位置付けの明確化)

2. 中医協内部の改革

診療報酬点数の決定は国民医療費の配分につながる重要な作業。特定団体の利害による恣意性を排除し、客観的、科学的なデータに基づき公正、中立、透明な手続きにより行われるべき。(中医協の委員構成の見直し等)

- 同じ診療行為でも開業医に手厚い診療報酬
・一物一価でない「病診格差」(初診料、再診料など)
- 難易度・先進度の高い医療が相対的に低く評価

4

- ・診療側委員については、医療提供シェアを勘案した委員構成に（病院関係者が直接参加、委員構成を決定するための客観的な基準の設定）
- ・支払側委員については、被保険者の意見を反映しやすい構成に
- ・委員任期は2期4年を上限
- ・公益委員または第三者機関によるレセプトなどの客観的データに基づく事後評価の実施

イ 狙いは日医の影響力の排除

以上が有識者会議に招かれた時に、推進会議側が説明した新しい中医協のあるべき姿である。そこで、問題はこの時推進会議がこれらのすべての提案の中で何を一番、中医協改革として、いやそれを超えて医療改革の本質として、改革すべきポイントとしてとらえていたのかということである。

これまでに述べたことからお分かりのように、回答は診療側、支払側を通じて、委員は関係団体の推薦によるというこれまでのシステムを打破すること、この線の確保を最大の眼目としていた。団体推薦を受けることが委員となる条件であることにより委員は必然的に推薦団体の利害の代弁者とならざるを得ない。

利害が対立することもある診療報酬点数上の配分議論だけならまだしも、現在のように、医療政策そのものについても中医協がイニシアティブをもって決定をしていく慣行・実態の中にあって、団体推薦委員間の話し合いは、結局は数に勝る日医が医療政策そのものについて発言権を得て、日医の利益のために医療を誘導する弊害の根源とさえなっている。そういう現状では、まずこの問題を解決することが肝要である。

医療から日医の過剰な影響力を排除。一言でいえばこれが目的だったことは前述した。

ウ 頼りなかった有識者会議

もうひとつこの有識者会議に出席して感じことは、なにせ急ごしらえの会議だ。委員も医療以外の分野では有識者かもしれないが、底の深い海によどんでいるヘド口のような雰囲気は、短時間に知る由もない。あれを聞くとともに、これを聞く

具体的改革事項

1. 中医協の権能・役割の明確化と限定

医療政策決定と決定組織の在り方

医療政策は、支払側・診療側の契約の当事者が議論する場である中医協ではなく政府においてより広い視点で国民全体の利益という観点から、長期的な国の医療の在り方を視野に入れ議論されるべき。

政府が、「診療報酬改訂の基本方針」を策定し、医療政策の実施方針や保険適用範囲の大枠等を明確にした上で諮問すべき。（現在、基本方針は実態としては中医協へ白紙委任）

現在の特定療養費制度等の診療報酬体系の在り方等、医療保険制度の根源的な在り方については、中医協が導入等を了承・決定するのではなく、政府が決定すべき。

中医協は、政府が定めた基本方針に沿ってその範囲内で価格等の検討を行う機能に限定すべき。

改定率は、保険財政、税負担を含む国民負担に密接に関連するため、決定過程や改定根拠となるデータ、試算値を国民にわかりやすく示し、国民の理解を得た上で決定されるべき。また、明確な一定の改定ルールが必要。

5

2. 中医協内部の改革（委員構成等の見直し）

診療報酬点数等が明確なルールに従って中立・公正・透明に決定されるために、中医協には以下のような改革が必要。

公益委員を全体の過半数に

患者代表の委員参加

関係団体への委員推薦依頼（推薦枠）の廃止（直接任命方式への変更）

診療側委員については、医療提供シェアなどを勘案した委員構成に

・診療側委員に大学病院、公的病院、民間病院等の病院・勤務医関係者が直接参加。

・各委員構成決定のための客観的な基準設定

支払側委員については、現在の保険者の在り方を踏まえ、被保険者の意見を反映し易い委員構成に

委員任期は、2期4年を上限に

公益委員或いは第三者機関によるレセプトなどの客観的データに基づく事後評価の実施

・決定（改定）が政府等の医療政策を具現化しているか

・決定（改定）後の影響等

6

とこれまたもっともという感じで、とてもよんだ海の底の海流を済々としたものにするには力不足だった。そのことはこの会議の報告書の意味の薄さと、その後が続いた政治による決定打ではっきりした。

2) 有識者会議代表をお招きするの記

ア 05年6月20日第4回規制改革・民間開放推進会議

発足した有識者会議も回を重ね、審議も相当に深まっているという。そこで今度は推進会議側が有識者会議の責任者を呼び、審議状況を聞き、注文事項を伝える番である。

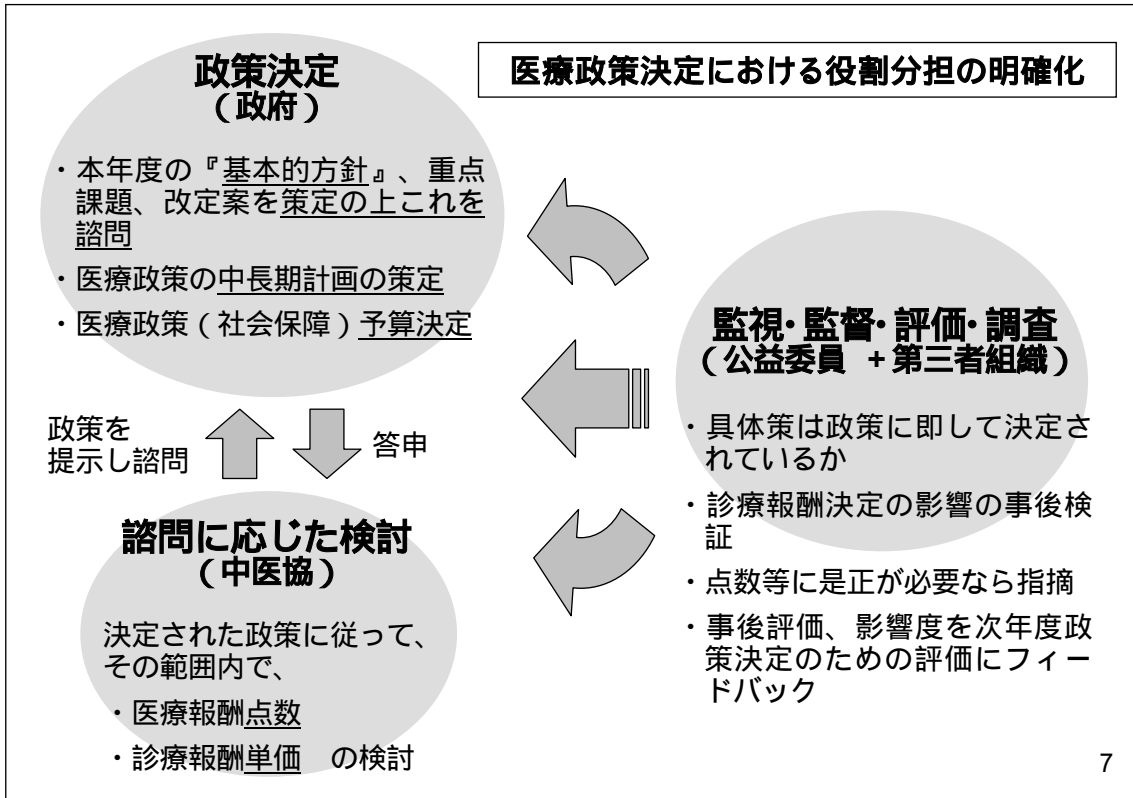
05年6月20日、第4回推進会議は有識者会議の大森政輔座長を招いて現在までの審議状況を聴取し、同時に審議に対する推進会議としての注文事項を伝えるための意見交換を行った。

大森座長からはこれまで5回にわたる議論の内容について説明を受ける。中医協、推進会議から意見を聴いた有識者会議は、第4回から内部での議論に移行した。諮問に係る、諸事項について議論が重ねられ、方向性が出ているものと、議論中であるものがあるとの説明だった。(29左ページ(資料)注17)

イ 一点集中の意見交換 - 団体推薦制の廃止

大森座長の説明が終わって、自由な議論となってから、論点は団体推薦制に集中した。推進会議側の医療主査の鈴木は、ほとんどこの問題だけを取り上げて、有識者会議が団体推薦制を廃止することを求めた。主張内容と理由は、これまでに述べてきたところである。立場の違いはあっても皆それぞれが公益委員的に公正・中立に議論をするという仕組みに変えるべきではないかというものだ。

大森座長もこの言い分を理解しており、その検討を行うことを約したが、3者構成という建前からすると推薦制が密接不可分だという考えも出てくるのでという議論を紹介する。つまり対立する問題について合意に達する手法として、対立当事者に第3者を加えた協議機関で解決する場合、対立当事者代表はその当事者が推薦をした者同士であった方が、問題解決の実行力と説得力があるという議論だ。



だが、個別医療費の点数付けはすべてが対立構図の中で譲歩として決定されるものではない。改定率のような医療費全体の予算規模にかかわる事項は内閣の権限であり、そのほか医療に関する基本方針も内閣その他の機関が決定するところであり、中医協の権限ではないことは確認されようとしている。中医協の役割は、そのような大枠の中での合理的な個別配分の問題にすぎない。そうとするなら、各分野からの委員の役割は推薦母体の利害を背負って立つというのではなく、決められた枠の中での技術的配分を議論するというものではないのか。そう考えれば、中医協には3者がいるだけという意味で理解できないのか、その3者に属する者はそれぞれの持つ専門知識を基盤として一つの問題の解決にあたって知恵を出し合うという関係に再構成すべきではないのか。そうしないと、団体推薦を受けたという事実が、これらの人たちが専門的立場から公正・公平な議論をするという立場を奪ってしまうのではないのか。背景を意識する議論をこの人たちにしてもらわないのが、今回改革のポイントではないのか。そういつて反論した。

大森座長は団体推薦制が廃止されると、委員の決定権限を誰がもつかの問題が生じ、結局は厚労大臣が持つということになるが、それでいいのかという議論もあると言う。私は、厚労大臣が人事権を持ったとしてどういう不都合があるのか、委員が厚労大臣の言うがままになるということでもあるまい。そうだとするならば、大森座長は厚労大臣と官房長官の推薦を受けて総理から任命されたが、推薦者の意向を受けて物を言おうとは思っておられないはずだ。私についても然りで、行革担当大臣の推薦によると理解しているが、その意向に左右されてきたつもりはない、要は選ばれた人の見識ではないのか。そう言うって団体推薦制の廃止という考えは、新しく生まれ変わる中医協を作る時に一番考慮しなければならない点であることを強調し、改革案が理解され評価をうけることができるかどうかはこの点についての報告内容に懸っている旨を力説した。(30左ページ(資料)注18)

3) 有識者会議の答申(3者構成のいち早い承認)

ア 有識者会議の報告

(注17) 推進会議に提出した有識者会議の資料(抄)

「中医協の在り方に関する有識者会議」 における議論の状況

平成17年6月20日

中医協の在り方に関する有識者会議

座長 大森 政 輔

「中医協の在り方に係る論点(たたき台)」 (4月12日有識者会議提出資料)(要約)

(参考)

1 診療報酬改定に関する企画・立案の在り方との関係を含めた中医協の機能・役割の在り方について

- ・「保険適用とする診療行為の範囲」を中医協で議論すべきかどうか
- ・「保険適用とされた個々の診療行為の公定価格」の前提となる「基本方針」を中医協で議論すべきかどうか
- ・予算編成過程における「改定率の決定」を中医協で議論すべきかどうか
- ・厚生労働大臣の権限と中医協の機能との関係

2 公益機能の強化について

- ・三者構成を今後とも維持していくかどうか
- ・公益委員の人数を増やすべきかどうか
- ・三者構成における調整機能のほかに、公益委員の機能として位置付ける機能はないか

3 病院等多様な医療関係者の意見を反映できる委員構成の在り方について

- ・関係団体による推薦制を今後とも維持していくかどうか
- ・診療側委員における病院団体の代表の参加の在り方
- ・専門委員制度の活用も含めた多様な医療関係者の意見を反映させるための手法の在り方
- ・その他、委員構成で見直すべき事項はないかどうか

4 委員の任期の在り方について

- ・適切な委員の任期の期間の在り方

5 診療報酬の決定手続の透明化及び事後評価の在り方について

- ・審議過程の一層の透明化や客観的なデータに基づく議論の推進のための取組
- ・医療におけるIT化の推進
- ・中医協における審議の中で国民の声をより一層反映させるための方策
- ・診療報酬改定の結果の検証の在り方

6 その他、医療の現場や患者等国民の声を反映する仕組みの在り方について

- ・中医協委員が国民の意見を聴く機会の設定の在り方

有識者会議は2月に発足してから7回の会合を持ち、7月20日には「中央社会保険医療協議会の新たな出発のために」と題する報告書を発表した。

報告書の概要は諮問事項ごとに以下の通りである。

A 診療報酬改定に関する企画・立案の在り方との関係を含めた中医協の機能・役割の在り方

報告書は、中医協の権限は診療報酬に関する事項を厚労大臣の諮問に応じて審議・答申するほか、自らも建議する機関としたうえで、その診療報酬の改定には、

改定率の決定、改定の基本方針を踏まえた具体的は報酬点数の設定という2つのプロセスがあるとする。そして改定率の決定は医療費予算算定の根拠となる数字だから、内閣の権限だとする。

ところが現状では両者は密接に関連することから、改定率についても議論されており、それが中医協で決定されているかのような印象を与えている。だから改定率の決定は内閣の権限であることを明確にする。中医協は改定率について議論進言することはあってもよいが、法的な効力はない、単なる進言にすぎない。

現在中医協が行っている改定年の前年12月の「診療報酬改定の基本方針」のとりまとめとこれに沿った具体的点数の審議は、中医協が点数設定を通じて医療政策を誘導しているという批判を受ける原因となっている。したがって、診療報酬改定の基本政策は、厚労大臣もとの他の諮問機関（社会保障審議会が適当）に委ね、中医協は他の機関が決めた基本方針に沿って、具体的な点数設定の審議を行うべきである。

なお、現在前年12月に中医協が「改訂の基本方針」をまとめ、翌年2月に点数審議が行われているが、中医協に対する諮問方法として、2月ごろに厚労大臣が中医協に諮問し、即日了承する旨の答申が中医協から出される扱いをしているが、国民の目から見ると透明性が担保されているとはいえないと苦言を呈している。

B 公益機能の強化について

1) 3者構成について

3者構成をとるに至った経緯を分析した上で、保険契約の両当事者の協議

(注18) 有識者会議を招いての推進会議議事録

平成17年度第4回規制改革・民間開放推進会議 議事録

1. 日時:平成17年6月20日(月)18:00~19:11

2. 場所:永田町合同庁舎1階第1共用会議室

3. 出席者

(委員)宮内義彦議長、鈴木良男議長代理、以下略

(有識者会議)大森議長他

(事務局) 略

4. 議事次第

(1) 「中医協の在り方に関する有識者会議」の審議状況について

(2) その他

5. 議事概要

…略…

鈴木議長代理

…(略)…

一番ポイントになりますのは、座長も先刻御承知だと思いますけれども、私は推薦制の在り方というのが、ここに書いてありますように、三者構成と密接に関連する制度だが、現状には問題があるということで御認識いただいているのは大変ありがたいと思っているわけです。

その改善について、存廃を含めて十分に検討するべきであるとして書いてある。ここのところが一番のコアになってくるのではないかという感じが、私としては従来の経緯からもそう思っているわけですが、その点について、是非これからの御審議の中でよくお考え頂きたいと思います。私は公益委員に加えて医療関係者、支払側という人たちが入るのに対して反対はいたしておりませんが、その人たちが団体推薦を受けるということが、やはりいろいろな問題の根源にあったのではないかと、過去を振り返ってみますと、そういう気がしてならないわけです。

団体推薦を受けますれば、当然団体の意向に拘束されて、団体の利害を代弁しなければならない立場になるわけですし、それがもろもろの弊害をもたらし、いろいろな問題の原因になっていたと思いますので、団体推薦というのは、存廃とありますから、是非廃止の方に方向を切っていただけたら非常によろしいのではないかと考えます。また、言ってみましたら、ここの中で点数を決める人たちというのは、それぞれ立場の違いはあるけれども、皆それぞれが公益委員的に公正・中立に、出身の違いがあっても医者さんもいる、保険者もいる、公益委員もいるけれども、それぞれが公益委員だという自覚の下で、どのような点数にしたらいいのかと、そういう議論をするのが一番正当な議論ではないかと思えます。何も互いにつかみ取りをやるとか何とかという問題を矮小化しなくてもよいのではないかと思えます。そして、その方が結果をつかみ合いの中で決まったことだからといって出身団体を納得させやすいなどということを考える必要はないのではないかと考えます。だから、ここの団体推薦というのは、是非是正していただくのがポイントになってくるという感じがしますので、その点、大森座長に是非お願いしておきたいと思えます。少し長くなって恐縮ですが、私も2001年以来、もう4年になりますけれども、医療の主査をやってまいりました。正直いいまして、ときに厚生省がかわいそうになってしまうことがあります。それは何かというと、私とこういうふうにしようということで約束したが、しかしその実行段階で、さる団体のOKを取らないと物事が進まないという厳然たる事実があるということです。そこまで行政の中に一つの利害団体が入り込んでよいのでしょうか。それで公正な行政ができるのでしょうか。こういうところに医療が抱える非常に大きな問題が存在しているわけです。

というところを、今後是正していかないといけないと思えます。改革を要する医療の問題は多岐にわたっており、改革の心が厚生労働省にあるとしても、実現のときに各種の圧力に

を尊重すべきという考えには、一定の合理性があるとして、基本的に維持すべきとした。

2) 新たな公益機能について

公益委員の調整機能を明確化する意味でも、「必要に応じて意見の提示をすることができる」という形で公益委員の機能を位置づけることも検討すべき、またこれまでは診療報酬改定結果の検証が不十分だったのでこの機能を公益委員に担わせるべき、とする。

3) 公益委員の人数

現行の4名を増やすべき。どれだけ増やすかは、さまざまな意見があったが、支払側、診療側と同数とすることを基本として検討すべき。

C 病院等多様な医療機関の意見を次反映できる委員構成の在り方について

1) 支払側委員及び診療側委員の委員構成に係る基本的考え方

両者の委員はともに社会保険医療協議会法において、各団体の推薦によることとされており、そういう仕組みとなっている。推進会議側が最も重要視し今回の問題のポイントであるとしてきた団体推薦については、「法によってそういう仕組みとなっている」とあっさりと言われてしまっている。

委員構成については、医療費シェア、医療施設の数、医療施設従事者数、患者数等に総合的に勘案して決定していくべきとする。

2) 支払側委員構成について

支払側委員の現在の推薦母体を述べたうえで、時代の変化を反映すべきとして、健康保険の保険者としての社会保険庁についての見直し、船員保険の規模などの相対的低下に伴い同保険から委員を推薦すべきかの見直し、患者代表の委員についての考え方、などが報告の内容となっている。

3) 診療側委員構成について

現在5名の日医推薦の委員については、うち2名は病院の意見を反映できる者とするべきで、その推薦方法は、病院団体が直接推薦という意見もあったし、日医が病院代表とのバランスを考えて推薦すべきとの意見もあった。い

よって挫折してきた歴史であるわけです。その歴史の根源にさっき言ったような点があるということを考えると、団体推薦というものを中医協の場にまで持ち込まないでいただきたい。中医協に来る人たちは、いろいろな経験のある公平な中立な、言ってみれば、全員が公益委員であると、その精神でやってもらって、そこで決まったことに対して医療機関も保険者もそれに肅々と従うと。基本的にこういう仕組みに切り替えるべきではないかと考えます。基本的には対立解決ではないのではないかとということです。ここら辺のところを大森座長に一番お願いしておきたいところだということを、まず申し上げさせていただけたいと思います。

大森座長 おっしゃられる理由、そして先ほどの問題意識、これは十分に理解できるわけですが、有識者会議における議論を若干紹介いたしますと、団体推薦制を維持することは基本的に反対だという方も勿論おられます。しかし、推薦制の話が三者構成との関係、あるいは現実の問題で困難だとしても、何らかの運用の改善は必要なんだと。あるいは逆に、団体推薦制度というのは、支払側委員、診療側委員、そして公益委員という三者構成と密接に関連する制度なので、三者構成を維持して推薦制だけ廃止するという事は、なかなか考えにくいのではないかという意見とか、結局、今、三者構成というのは支払側の代表者、それから診療側の代表者、それで公益という考え方を取っているわけで、そういう1号あるは2号委員の代表制というものと推薦制というのは密接不可分な考え方じゃないのかなという意見もございます。

ですから、一番難しい問題だろうと思いますが、もう少し議論を詰めようと。大体運用の改善がどういう形ならば確保できるのかということとの関係でもあろうかと思っておりますので、おっしゃる御意見は次回の会議におきまして、こういう意見が出されたということをお披露いたしまして、それを踏まえて、なお意見を詰めていきたいと考えております。

おっしゃられることはよくわかるんですが、一番難しい問題だろうと思います。

鈴木議長代理 と同時に一番肝心なところなのです。これをやればというのが、まさに答申の真価が、私はやはりこの点に集約されていると思います。そのほかの点も勿論ありますが、ここに集約して答申の真価が表われてくると私は思っておりますし、実体験でございますので、その点もお含みいただいて御議論いただけたらと思います。

大森座長 御意見は、帰りましたら伝えます。

鈴木議長代理 よろしくどうぞ、お願いいたします。

…(略)…

ずれにせよ、病院団体が作成した推薦名簿が透明なプロセスで厚労大臣に届けられる仕組みにする。

看護師代表を委員に加えるべきとの意見があったが、引き続き検討事項とする。

4) 推薦制の在り方

3者構成を基本的に維持していくという前提に立てば保険契約の両当事者は厚労大臣が一方的に任命するのではなく、それぞれを代表するにふさわしい者を関係団体が推薦し、これに基づいて厚労大臣が任命するべきとする。法で「を代表する委員」という形で規定されているのも、この思想を背景としている。

D 委員の任期の在り方

最長6年までとして、再任回数2回とすべき。

E 診療報酬決定手続きの透明化及び事後評価の在り方

中医協における会議及び議事録の公開、診療報酬の決定にあたってパブリックコメントを募集する手続きの採用、中医協議事規則を中医協自身で決めずに政令事項にすべき、など。

イ これが有識者だろうか

A 無理もない俄か仕立ての有識者

上記の報告書を一読すればこの有識者会議なるものの性格が手に取るように分ろうというものだ。ひとりひとは突然だが、医療界を揺るがせている課題の解決を託されて、俄か仕込みでもそれなりの勉強をして臨んだと思うが、なにせ会議の意思というものがハッキリしない報告に終わってしまっている。しょせん一夜漬けには無理があった。とすると、04年12月17日の両大臣合意が稔らなかったともいえる。第3者に委ねず、両大臣で決めるべきことだったかもしれない。

B これまで基本方針に立ち入ってきたのかの事実分析がない

報告は改定率は内閣の権限だと言い、医療に関する基本方針も中医協以外の権限だと言っているが、これまでどの程度こういう基本方針に中医協が事実上立ち

入って支配してきたかについて事実調査と分析がない。

改定率については内閣の権能だと言いながら、これまで中医協で議論されてきたことが中医協で改定率を決定しているという印象を与えたと言っているが、問われているのは印象ではなく、中医協の議論が内閣の決定を事実上左右するほどの影響を持っていたのかどうかである。

診療報酬に関する基本方針についても、改定年の前年12月に中医協が定めてきたことが、点数設定を通じて医療政策を誘導しているのではないのかという疑問は紹介するが、事実その通りの影響力を持ったかの分析調査もされていない。

厚労大臣の諮問に対して即日又は数日後に中医協から了承する旨の答申が行われるという取り扱いについても、透明性に問題があるとはいいながら、なぜそのような扱いをしてきたのかの分析も調査も報告されていない。

有識者報告は、肝心の事実関係について、調査・分析がされていないから、これらを改革すべしとする論拠が明らかにならない。臭いものには蓋という、官僚作文の受け売りだと言う批判に耐えることはできない代物としか評しようがない。

C 3者構成を維持する論拠が薄弱である

報告は維持する理由について歴史を取り上げ、歴史的も3者構成が取られてきたしということとともに、診療側と支払側は保険契約の両当事者だから、これに第三者を加えた3者構成が一定の合理性があると、簡単に片付けている。

だが3者構成は、その後に控えている団体推薦制とワンセットで論じるためのものでもあるから、単純に「3者構成 = もっとも」というわけにはいかない。自らの手で自らの改革を論じたと評されている中医協による「中医協改革論」でも、一番先に公認され、確立したのが「3者構成」の維持だった。有識者会議も簡単に3者構成維持の畏にはまって、その奥に潜められた狙いに鈍感であった。

D 決定的ミスは団体推薦制の維持

中医協が何者だったかについて知識と感覚不足の有識者は、結局は日医に牛耳られている厚労省官僚に牛耳られて、言うがなりの報告を出すこととなるが。

「推薦制の在り方」については、推進会議からあれだけ注意と注文を受けたのに、

「3者構成」の罨にもろくもはまり、「3者構成を維持していく前提に立てば団体推薦制がふさわしいという結論を示している。おまけに法の「を代表する委員」という規定振りを取り上げ、この規定振りからもこのような思想を背景としていると考えられるとしている。

これが有識者報告の決定的ミスであって、この報告が意味のない時間の浪費という評価を受ける原因となった。問題意識も改革意識もない井戸端会議からは世の中を変える提案を期待するのは無理である。とくに後段の法の書きぶりもそれを推挙している感じだという部分は失笑をかった。法はそう考えてそう書いており、長年そう運営されてきたのだ。何が「法もそう考えているようだ」だ。

(注19) 推進会議議事録

平成17年度第3回主要課題改革推進委員会 議事概要

1. 日時:平成17年11月21日(月)13:45~15:19

2. 場所:永田町合同庁舎第1共用会議室

3. 出席者

(委員)宮内義彦議長、鈴木良男主査、以下略

(厚生労働省)水田邦雄保険局長、堀江裕保険局保険医療企画調査室長、以下略

(事務局) 略

4. 議事次第

中医協の在り方の見直し

略

5. 議事概要

鈴木議長代理

…(略)…

第2点は、団体推薦制が残るという点です。その上、病院代表の委員推薦に医師会を介するというのは、私どもとしては不可思議に思います。

…(略)…

水田保険局長

…(略)…

他方、「中医協の在り方の見直し」は、冒頭宮内議長がおっしゃいましたとおり、今、医療制度改革をやっておりますが、その一環としての位置づけもございまして、「政府・与党医療改革協議会」での検討項目にもなっているものでございます。

お手元の資料に書いてございますが、1点目は、中医協の「機能・役割の在り方」でございまして、これにつきましては、現在社会保障審議会医療保険部会及び医療部会におきまして、まさに基本方針を審議してございます。

来年1月になりますと、ただいまの基本方針、予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、中医協におきまして、診療報酬点数の改正案の調査及び審議を行うように、ここで諮問する予定でございまして、

…(中略)…

今後、公益委員を更に増員せよというお話もあるわけでありまして、次で申し上げます「委員構成の見直し」とも関連いたしますけれども、「中医協の在り方に関する有識者会議」におきましては、「中医協の委員数全体の適正を維持するという観点も踏まえつつ、支払側委員及び診療側委員のそれぞれと同数程度とする」という報告書をいただいているところでございまして、この問題につきましては、先ほど申しました「政府・与党医療改革協議会」の検討項目ともなっておりますので、その結論を踏まえて、法案で対処していきたいと考えてございます。

…(中略)…

更に申されました支払側委員及び診療側委員の団体推薦制の在り方につきましても、先ほど申しました政府・与党医療改革協議会の検討項目になってございます。

譲れない最後の一線は

推進会議側の譲れない最後の一線は、繰り返して説明してきたように「団体推薦廃止」一点に集中されている。その狙いが「日医支配からの脱却」であることも述べた。

日医は戦後一部の政治勢力と結託して、自らの利益になる方向に日本の医療を誘導してきたが、いくつかの問題点を露呈するところとなる。その最大のものが、医療を特殊な領域において、国民の要望に耳を傾けない唯我独尊の態度だった。その維持のために政治力を行使し、日本の医療の近代化の阻害要因となっていた。この意味で医療改革を行うに当たっては、医療政策に対する日医の過度の介入を排除する必要が急務となっていた。そのため、総合規制改革会議以降の医療改革では事実上医療政策決定の場と化していた中医協を本来の職務権限の範囲内に戻すとともに、日医の出城化している中医協を日医の影響から解放する必要を感じ、01年答申以来その機を窺っていた。

その時期が訪れたのが04年の推進会議においてであった。自らの手で生み出した有識者会議が「有識者」足りないという慙愧すべき事態に陥った推進会議は有識者会議の報告が出た05年7月20日以降も、本来の狙いとした目的、一言にして言えば「団体推薦制の廃止」に向けて、なお厚労省と折衝を続けた。

有識者会議報告も、委員の数そのほかで前進と認められる提言も含まれている。それらはそれとして早期に実行に移すとともに、団体推薦制の問題を打開するため、05年11月21日に第3回主要課題改革推進委員会を開き、厚労省と最後の折衝を行った。席上、水田保険局長は団体推薦制の問題は、おりしも進行中の政府・与党医療改革協議会の検討項目となっている旨の回答があった。(注19)

12月1日の政府・与党医療政策協議会決定は、中央社会保険医療協議会の見直しと題して、その他の医療政策の基本問題とともに中医協について、重大な決定をした。それは、このレポートの掉尾を飾るものとして次章で述べよう。とかく反対に回ることが多かった政治が真っ向から改革の方針を打ち出した、記録すべき出来事でもあったからである。

(注20) 医療制度改革大綱(目次)

- . 改革の基本的な考え方
- 1. 安心・信頼の医療の確保と予防の重視
- 2. 医療費適正化の総合的な推進
- 3. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現
- . 安心・信頼の医療の確保と予防の重視
- 1. 安心・信頼の医療の確保
- 2. 予防の重視
- . 医療費適正化の総合的な推進
- 1. 医療給付費の伸びと国民の負担との均衡の確保
- 2. 医療費適正化計画の推進
- (1) 計画の策定
- (2) 計画の推進のための措置
- (3) 計画の達成の検証
- 3. 公的保険給付の内容・範囲の見直し等
- (1) 高齢者の患者負担の見直し
- (2) 食費・居住費の負担の見直し
- (3) 高額療養費の自己負担限度額の引上げ等
- (4) 現金給付の見直し
- (5) レセプトIT化の推進等
- (6) その他
- . 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現
- 1. 新たな高齢者医療制度の創設
- (1) 後期高齢者医療制度(75歳以上)
- (2) 前期高齢者医療制度(65歳~74歳)
- (3) その他
- 2. 保険者の再編・統合
- (1) 国民健康保険
- (2) 政府管掌健康保険
- (3) 健康保険組合
- . 診療報酬等の見直し
- 1. 診療報酬改定
- 2. 薬剤等に係る見直し
- 3. 中央社会保険医療協議会の見直し
- 中医協の委員構成は、公益委員6名、支払側委員・診療側委員をそれぞれ7名とする。これに併せ、中医協の運営に関する公益委員の主導的な役割についての規定を設ける。

- 中医協委員の団体推薦規定を廃止する。これに併せ、委員任命に当たっての、地域医療を担う関係者等の意見の配慮に関する規定を設ける。

- . 改革の時期

自民党がひっくり返した厚労省方針

1) 政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」が団体推薦制の廃止を

政府・与党医療改革協議会は05年12月1日に「医療制度改革大綱」を取りまとめた。02年の健康保険法の改正にあたり抜本的な制度改革を行うべき旨、付則に規定されたことの実現である。これを踏まえ、03年3月には「医療制度改革の基本方針」が閣議決定され、診療報酬体系の見直し、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合について08年度に向けて実現を図ることとされた。また、05年6月閣議決定の「骨太2005」では「医療費適正化の成果を目指す政策目標の設定と、必要な措置を講ずる」とされた。これらの閣議決定等を踏まえて政府・与党が打ち出したのが、この「大綱」である。

大綱は、6章13項からなり(注20)、「医療費適正化の総合的な推進」として、医療給付費の伸びと国民負担との均衡の確保、医療費適正化計画の総合的な推進、公的保険給付の内容・範囲の見直し、などを、「超高齢化社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」として、新たな高齢者医療制度の創設、保険者の再編・統合、などを、「診療報酬等の見直し」として、診療報酬改定、薬剤などに係る見直し、それに加えて中央社会保険医療協議会の見直し、などを上記の要請を満たすものとして定めている。

ここで中医協に関しては、次の2点が織り込まれている。

中医協の委員構成は、公益委員6名、支払側委員・診療側委員をそれぞれ7名とする。

これに併せ、中医協の運営に関する公益委員の主導的な役割についての規定を設ける。

中医協委員の団体推薦規定を廃止する。これに併せ、委員任命に当たっての、地域医療を担う関係者等の意見の配慮に関する規定を設ける。

2) 実現に導いたもの・・・その裏と表の顔

総合規制改革会議、推進会議が01年以降医療改革の一つの核心として長年追及をしてきた課題が、こうして政治の手によって実現することとなった。

思えば中医協自身による自己点検では、早々に3者構成がマストとされ、団体推薦制の是非などは議論の対象にもならなかった。自らが生み出したハズの有識者会議に対しではこれぞ改革の象徴とかき口説いたが、有識者会議にそれを決断する見識と勇気が欠

けていた。そして有識者会議から説明にもならない団体推薦制の維持という報告を受けたときの失望。それにもめげずにこの道一本で追及し続けたその後。推進会議自体も団体推薦制廃止の現時点での実現はムリと、やや諦めかかった時に、政府・与党から突然のように降ってきたのが、この大綱における「中医協団体推薦制の廃止」だった。推進会議が一瞬目を疑ったのもムリはなかった。それほど青天の霹靂だった。

この青天の霹靂、政治独特の表と裏がありそう。表は、政治も推進会議と同じように中医協の独断と偏向を憂慮すべきものとして考えてきた。特にその中医協が実質的には日医が支配・誘導する存在であることについては、日医が必ずしも政治的に中立な存在ではなく、とかく政治的に動いて医療政策を自らが左右しようと試みる集団であるだけに大目に見ることには限界があると考えてきた。

これが表の理由とするなら裏の理由には、時期的にみると郵政選挙が重なり合ってくる。「大綱」が発表されたのは12月1日である。直前の最大の政治課題は郵政事業の民営化であり、小泉内閣の運命を賭けた戦いであった。自民党内から多数の造反議員を出して、6月28日の衆議院での採決は自民党から棄権を含め51票の反対が出たが、5票差で可決された。参議院での採決は8月8日。自民党から30票の造反が出て、衆議院で5票差で可決された法案は参議院で否決された。小泉首相は同日、衆議院を解散した。

以上が郵政国会の経緯だが、日本医師会もこの郵政国会の解散劇に巻き込まれた。それは、04年4月から前任の坪井栄寿会長の後任として日医第16代の会長となった植松治雄氏は、郵政解散に伴って行われた衆議院選挙において、日医として郵政国会で造反票を投じた自見庄三郎氏を支援する旨を決めたことによる。小泉首相の造反議員に対する仇討は凄惨を極めた。ほとんどすべての造反議員に刺客を立てて、選挙戦で徹底的に追い詰めた。自見氏に対しては、西川京子氏が刺客となり、自見氏を制している。

一方、植松日医会長は硬派で知られ、任期中に問題となった混合診療の解禁をはじめ多くの医療改革案に反対の立場をとって、改革派にとっては「目の上のコブ」のような存在であった。

9月11日の総選挙は、自民党が衆議院議員の3分の2以上を占める議席を獲得して、一方的な勝利に終わった。これらの一連のほとぼりが醒めない12月1日の政府・与党医

(注21) 規制改革・民間開放会議第2次答申

(6) 中央社会保険医療協議会(中医協)の在り方の見直し

年間30兆円超にも及ぶ国民医療費の配分を事実上左右することになる診療報酬点数等の決定は、それに相応しい公正・中立・透明な組織で行われる必要がある。厚生労働大臣と内閣府特命担当大臣(規制改革)との間の昨年末の「中医協の在り方の見直しに係る基本的合意」(平成16年12月17日)により中医協改革の方向性が示され、同合意に基づき設置された「中医協の在り方に関する有識者会議」で具体の改革方策が議論されてきたところ、さる7月20日に同有識者会議から報告書「中央社会保険医療協議会の新たな出発のために」が公表された。

そこに示された改革の内容は、当会議の主張と方向を同じくするものの、例えば、中医協の機能を限定するとの方針は明示されたが、具体的な運用でその方針が曖昧になりかねない点、団体推薦制が残る点、病院の意見を反映できる医師の数が医療提供シェア等の実態を反映していない点等、改革の根幹に関わる重大な問題も残されていた。その後、政府・与党医療改革協議会により「医療制度改革大綱」(平成17年12月1日)が取りまとめられ、中医協の見直しについて「中医協委員の団体推薦規定を廃止する」等の改革の方向が示されたところであり、これらに沿った改革や、真に国民から信頼される組織となれるように今一層の改革が必要であり、また、中医協が公正、中立、透明に運営されているかという観点から、運用状況を注視し、必要があれば適宜見直しに行くことが重要である。

【具体的施策】

中医協については、次のような機能、組織の改革を実施すべきである。また、その運用状況を注視し、必要に応じて見直しを行うべきである。【速やかに措置。法律事項については平成17年度中に法案提出。引き続き注視、必要に応じ見直し】

改定率を除く診療報酬改定に係る基本的な医療政策の審議については、社会保障審議会にゆだね、そこで「診療報酬改定に係る基本方針」を定め、中医協においては「基本方針」に沿って、具体的な診療報酬点数の設定に係る審議を行うこと。

中医協委員の団体推薦規定は廃止すること。

これに併せ、委員任命に当たっての、地域医療を担う関係者等の意見の配慮に関する規定を設けること。

中医協における公益委員の人数は、診療側委員、支払側委員のそれぞれの人数と同数程度とする観点から、「公益委員6名、支払側・診療側委員それぞれ7名」とすること。これに併せ、中医協の運営に関する公益委員の主導的な役割についての規定を設けること。

支払側委員及び診療側委員の委員構成については、医療費のシェア、医療施設等の数、医療施設等従事者数、患者数等の指標を総合的に勘案しながら、明確な考え方に基づいて決定すること。

中医協外で審議・決定された基本的な医療政策に沿って中医協において改定がなされたかどうかを検証すべく、診療報酬改定結果を客観的データによって公益委員が事後評価すること。

療改革協議会が、日医の死命を制する中医協改革に鋭い刃を向けたとするのも、うがち過ぎとは言えまい。「政界」には「正解」にも色が付いているものだ。

3) 勝利宣言をする推進会議第2次答申

政治による上述した解決を受けて、推進会議05年の第2次答申も勝利宣言となっている。

(注21)

答申は冒頭でこれまでの経緯を述べたうえで、有識者会議の報告書を受けた厚労省の改革案の評価を行い、それが政府・与党医療改革協議会で「団体推薦の廃止」という重要な変更を迫られたことに言及した後、具体的施策として、次のような機能、組織の改革を実施すべきで、その運用状況を注視し、必要に応じて見直しを行うべきとする。

改定率を除く診療報酬改定に係る基本的な医療政策の審議については、社会保障審議会にゆだね、そこで「診療報酬改定に係る基本方針」を定め、中医協では「基本方針」に沿って、具体的な診療報酬点数の設定に係る審議を行うこと。

中医協委員の団体推薦規定を廃止すること。これに併せ、委員任命に当たっての、地域医療を担う関係者等の意見の配慮に関する規定を設けること。

中医協における公益委員の人数は、診療側委員、支払側委員のそれぞれの人数と同数程度とする観点から、「公益委員6名、支払側診療側委員それぞれ7名」とすること。

中医協の運営に関する公益委員の主導的な役割についての規定を設けること。

支払側委員及び診療側委員の委員構成については、医療費のシェア、医療施設等の数、医療施設等従事者数、患者数等の指標を総合的に勘案しながら、明確な考え方に基づいて決定すること。

中医協外で審議・決定された基本的な医療政策に沿って中医協で改定がされたかどうかを検証するために、診療報酬改定結果を客観的データによって公益委員が事後評価すること。

長い時間をかけて曲折を経た上で、ようやく到達した推進会議長年の夢であった中医協改革の筋書きを完成した推進会議の勝利宣言の声である。

本当に中医協は変わるのか

1) 団体推薦制の廃止

推進会議側が最後までこだわり、腰の砕けかかった有識者会議に粘り強くその廃止をかき口説いた団体推薦制だったが、有識者会議も3者構成と団体推薦制は不即不離というドグマの罠から抜け出すことができなかった。そこに現れたのが推進会議がほとんど予想をしていなかった政府・与党医療改革協議会という支援者だった。その大綱の発表により事態は解決に向かって一気に進んだ。大綱と先に述べた05年12月の推進会議答申を受けて、厚労省は06年法律83号として関係条文の改正を行った。

それまで支払側も診療側もそれぞれその所属する団体からの推薦により委員を送り込んできたが、社会保険医療協議会法第3条第4項は「厚生労働大臣は、第1項第1号に掲げる委員（支払側）の任命に当たっては医療に要する費用を支払う者の立場を適切に代表し得ると認められる者の意見に、第1項第2号に掲げる委員（診療側）の任命に当たっては地域医療の担い手の立場を適切に代表し得ると認められる者の意見に、それぞれ配慮するものとする。」と改められた（《全改》平18法083）。

委員の任命権者は改正前も改正後も厚労大臣であることは当然だが（法3条3項）、改正前は厚労大臣は支払側・診療側の立場を適切に代表する者の推薦をまって、推薦された者を任命していたが、改正後はそれらの者から意見を徴収すれば足りることとなった。

この変化から、建前としては、委員はこれまでのように推薦母体の利害を代表する者ではなくなり、あくまで自らのその専門分野における経験・知識を生かし、その分野全体を代表して意見を述べることとなる。つまり、出身母体の利害から離れて分野全体の立場から公正な医療費の決定に参画することが期待されているといえることができる。

2) 委員配置

従来は20名の委員は、（支払側）：（診療側）：（公益側）に8：8：4の数で配分されていたが、改正により、配分数は7：7：6に変更された。

これを診療側でみると、従来は8名の枠のうち、5名は医師を代表する者として日本医師会の、2名は歯科医師を代表するものとして日本歯科医師会の、1名は薬剤師を代

(注22) 尾辻大臣提案に係る医師枠推薦方法

医師を代表する委員の選出方法について

医師を代表する5名の委員については、厚生労働大臣から、医師の職能を代表する団体である日本医師会に対して、被推薦者の取りまとめを依頼する。

上記5名の委員のうち2名については、病院の意見を反映できる医師とし、その選出が、国民の目に見え、納得できるような形で行われるよう、厚生労働大臣から病院団体に対して、日本医師会に推薦名簿を提出するよう依頼する。

日本医師会は、医師の職能を代表する団体として、病院及び診療所のバランス、医師の診療科のバランス等を考慮し、病院団体から提出された推薦名簿を添付した上で、医師を代表する5名の委員全体の推薦名簿を提出する。

なお、病院の意見を反映できる2名の委員については、日本医師会は、病院団体の名を併記した上で、推薦名簿の提出を行うこととする。

表するもとして日本薬剤師会の、それぞれ推薦によって決まっていた。もっとも医師枠 5 名のうち 1 名は病院代表を加えるべきという推進会議ほかの意見もあって、病院団体の推薦を認めはしたが、建前としては病院団体からからの推薦を受けて日本医師会が他の医師委員と併せて推薦をすることとしていた。

改正後は医師枠は 5 名、歯科医師枠は 1 名、薬剤師枠は 1 名となったが、医師枠 5 名のうち病院枠は 2 名となった。病院枠 2 名については有識者会議報告も当該数を提案していたが、推薦制維持の立場から、どういう形で病院枠 2 名を決めるかについて、病院団体の直接推薦、日医がバランスを考慮すべきとの案などがあったが、推薦制の廃止によりこれらの議論は無用となった。だが、この点はナーバスな点だったので、尾辻大臣はこの点を議論する有識者会議に左ページ(注22)のような案を私案とし提出している。その手順によると、厚労大臣は医師委員 5 名の取りまとめを日医に依頼する、厚労大臣は別途病院団体に推薦名簿を日医に提出するように依頼する、日医は、医師全体のバランスを考慮しながら、病院団体からの名簿を添付して、5 名の委員全員の名簿を提出する、といった具合にあちらも立てこちらも配慮してという内容となっている。

なお支払側の委員は、健康保険、船員保険および国民健康保険並びに被保険者、事業主及び船舶所有者を代表する者とされているが、現行では 1 名減は診療側で歯科医師会にしわ寄せられたと同じように船舶関連に減員枠を求めているようである。

3) 公益委員の役割

規制改革会議答申は公益委員の役割について 2 点の注文をだしている。1 点は、中医協の運営に関する公益委員の主導的な役割についての規定を設けることという注文だが、これに対しては、改正第 8 条は「公益委員は、会議の日程及び議題その他の中央協議会の運営に関する事項について協議を行い、支払側、診療側委員は協議結果を尊重するものとする」としている。2 点目は、中医協外で審議・決定された基本的な医療政策に沿って中医協で改定がされたかどうかを検証するために、診療報酬改定結果を客観的データによって公益委員が事後評価することという点だ。これは中医協が決められた権限を超えた決定をしてきた過去の経緯に鑑みて、歯止めのためのチェック機能を公益委員の責

務とした提言だが、改正法は第8条で「中医協が権限内の事項について答申・建議をするときには、あらかじめ公益委員が当該事項の実施の状況について検証を行い、その結果を公表するものとする」としているが、この内容は範囲の広い話で、推進会議が目的とした問題の解決にも役立つと思われる。

4) 中医協の権限の限定

中医協改革の原点となったのは、中医協が医療政策の基本方針の決定までを自らのものとしたうえで、個別の保険項目とその価格を決定する万能の機関となっている、その権限肥大の弊害が大きく、かつ不祥事まで惹起する原因となったという認識である。

上述した団体推薦制の廃止、各分野の委員数の配分、公益委員の役割などは、どうやってこの弊害を除去するかという目的に向けられたものであった。ポイントは「診療報酬改定に係る基本的な医療政策の審議については、社会保障審議会ほかの他の機関に委ね、そこで「診療報酬改定に係る基本方針」を定め、中医協では「基本方針」に沿って、具体的な診療報酬点数の設定に係る審議を行う」ということにある。

この点が今後の確に順守されることは、今回不祥事の再発防止のために必要なことだが、それにとどまらない。目標は中医協という権限を一手にする肥大化した機関を作らないことだ。さらに言うならそのような中医協を支配することにより医療政策を自らの手中に収めて「日医のための医療」を作り上げてきた巨大組織の病根を断つことにある。

中医協改革も改正法の実施がされてから1年を経過していない今日、果たしてこのような究極の狙いが達成されるのかは、今後の関係者の良識ある運用によろう。基本政策とその実現である点数設定とは載然と区分されるものではない、点数設定を論ずるに当たって何を政策が目指しているかを理解しなければ目的に叶うわけにはいかない。この意味で、ここまでが政策、ここからが点数付けを言えるものではないという言い分もある。それらの問題を飲みこみながら、特定団体や職業分野の人たちのためではなく、「国民の立場で医療」を確実に実現していく過程が今後の大きな課題となるであろう。

以上