

検査や手術の値段を決めています。

# 「中医協」って知ってる？

日本の医療は、誰がどのように決めているのでしょうか。ひよつとして、私たち国民の目に見えないところで決まっているのではないのでしょうか？

編集／医師35人の合同編集委員会

事務局／ロハスメディア

監修／黒木副武 埼玉みさと総合リハビリテーション病院院長

大竹秀樹 板橋中央総合病院本部事務局事務局長

イラストレーション／浦本典子

## 何をするといい？

**中** 医協……。いきなり聞き慣れない言葉で悩みなさい。「ちゅっいきよっ」

って読みます。正式名称は

「中央社会保険医療協議会」

です。「協議会」となってい

ますが、NPOなどの団体で

はありません。東京・霞が関

の厚生労働省内の会議室で、

ほぼ1カ月に1回のペースで

開催されている審議会です。

いったい何を決める会議で

でしょうか？ 簡単に言えば、

医療の値段を決める会議です。

私たちが、病院で診察や検査

を受けると診療費が発生しま

すが、保険証があれば窓口で

支払うのはその一部。残りの

分は、医療保険から病院に支

払われます。

医療保険は、健康保険に加

入している人たちから集めた

お金ですので、税金と同じよ

うに公的なお金です。そこで、

どんな治療にいくら支払うか

をあらかじめ決めておくので

す。例えば、「初診料270点」

(1点は10円)という具合に、

病気になったときに必要な医

療の値段を決めます。

個別の診療行為の価格は、



「診療報酬点数表」に収録され、2年おきに更新されます(診療報酬改定)。このため、中医協は「診療報酬改定を議論する場」と言われることが多いのですが、実は、日本の医療政策の方向性を左右する重要な会議でもあるのです。ここで質問です。もし、あなたがレストランやホテルを選ぶ場合、どのようにして決めますか？ 雰囲気や値段、食事などのサービスを比較して決めませんか？ また、商品を購入する場合には、値引き交渉をすることもあるかもしれません。「売ります」「買います」という合意は契約です。この場合、価格も双方の話し合いで決めることができます。ところが、医療サービスの値段は、電気代や水道料金などのように「公定価格」です

ので、「もっと手術代を安くしてください」とお願いしても、病院の都合で値段を変えることができません。患者と病院が直接交渉するのではなく、診療報酬を受け取る医療機関側の代表者と、診療報酬を支払う医療保険側の代表者が話し合いをして、一括して決める仕組みになっています。

「本当に決められるの？」

という疑問を持つ人もいるかもしれませんが。何しろ検査や手術、薬の種類は膨大です。現実的に「これはいくらにしよう」という細かい議論はあまりしません。

むしろ、これまで無料で提供してきたサービスを新たに有料にしたり、新しい仕組みを導入したりするなど、今後の医療の方向性にかかわるこ

### 例えば外来診療では

初診料	270点
再診料 (診療所)	71点
(病院)	60点
外来管理加算	52点

\*1点は10円

とを議論します。

ある医療サービスの価格が変わると、病院もそれに応じて変わろうとする動きになります。今まで診療報酬を受け取っていたサービスが廃止されてしまえば、病院はそのサービスを控えるようにするでしょう。つまり、診療報酬がどのように決まるかは、私たちが受けられる医療に大きく影響するのです。



# どんな人が 参加しているの？

**病** 院が検査や手術をして受け取る「診療報酬」は2年に1度のペースで改定されます。厚生労働大臣の諮問に対して答申するという形を取ることで、中医協は「厚生労働大臣の諮問機関」とも言われます。

中医協の審議は、診療報酬改定のサイクルに合わせて議題をこなしていきます。診療報酬改定は4月に実施されますので、その前年の夏から審議が本格化します。4月を過ぎると、改定の目玉となった項目の中から、医療機関や患者に対してどのような影響を与えたのか、失敗ではなかったのかどうかなどを調査したり、次の改定に向けた準備を進めます。前回の診療報酬改

927年に健康保険法が施行された当時、診療報酬は支払い側と診療側との契約によって決められていました。これが43年、現在の日本医師会、健康保険組合連合会、国民健康保険組合など、関係者の意見を聴いて厚生大臣が決定する仕組みに変わりました。

翌44年に、この話し合いが組織化されて「社会保険診療報酬算定協議会」が設けられ、学識経験者の意見も聴くように改められました。48年に保険診療の指導や監督をする「社会保険診療協議会」が設置され、これら「社会保険診療報酬算定協議会」と「社会保険診療協議会」が50年に統合されて、「中央社会保険医療協議会」になったのです。

しかし、診療報酬を決める明確な算定ルールがあったわけではなく、中医協はいわば「労使交渉」のような診療側と支払い側との対立の場で、開業医を中心とする日本医師会が強い発言権を持っていた

定は08年4月に実施されましたので、次の改定は10年に行われます。

話し合いは、机をコの字型に囲み、傍聴席からみて左側に診療側委員、右側に支払い側委員が座り、相対立します。中央奥に、国民を代表する立場の公益委員が座ります。「労使交渉」を公益委員が裁くような、まるで裁判のような構図になっています。

中医協のメンバーは、診療側委員7人、支払い側委員7人、公益委員6人です。そのほかに専門的な立場から意見を述べる委員として、日本看護協会や製薬企業などの代表10人が専門委員になっています。

しかし、中医協が発足する前はそうではありませんでした。ここで、中医協の歴史をさかのぼってみましょう。1



と言われます。

1950年代の後半には、病院を代表する日本病院協会（当時）から推薦された診療側委員の任命をめぐる、日本医師会と日本病院協会が対立するなど、中医協の混乱期がありました。その間、日本医師会は中医協で大きな力を

持っており、旧厚生省と対立しました。

ところが、04年に中医協を舞台にした贈収賄事件（コラム参照）が起こり、これを契機に中医協の在り方が見直されました（中医協改革）。それまでは、診療側8人、支払い側8人、公益4人の「8・

8・4」の20人でした。診療側委員のうち医師の委員5人が日本医師会の委員で占められていましたので、病院側の意見が反映されにくい仕組みになっていましたが、中医協改革後は「7・7・6」に変わり、病院代表の委員と公益委員が増員されました。

2004年4月、日本歯科医師会の常務理事らが、通常の初診料より割高な「かかりつけ歯科医初診料」の算定要件緩和など歯科医側に有利な発言をしてもらうため、中医協の委員だった健保連の代表(元社会保険庁長官)に現金などを贈ったとして、贈収賄で逮捕された事件。これを契機に「中医協の在

## 中医協汚職事件

り方に関する有識者会議」が設置され、▽診療報酬の改定率は内閣が決定する ▽診療報酬改定の基本方針は社会保障審議会の医療保険部会と医療部会で決定する ▽中医協は個別の診療報酬点数を審議する——など中医協の権限が大幅に縮小され、委員の団体推薦制も廃止されました。

り方に関する有識者会議」が設置され、▽診療報酬の改定率は内閣が決定する ▽診療報酬改定の基本方針は社会保障審議会の医療保険部会と医療部会で決定する ▽中医協は個別の診療報酬点数を審議する——など中医協の権限が大幅に縮小され、委員の団体推薦制も廃止されました。



# 新たな船出をした中医協

## 汚

職事件をきっかけに新たな船出をした中医協ですが、病院団体側からは、「われわれが参加するのが遅過ぎた」との声も出ています。近年、病院勤務医の労働環境が悪化していることが問題になっていきます。これは、病院よりも診療所の診療報酬を厚くしてきた結果だと言う人もいます。

08年度の診療報酬改定では、病院勤務医の負担を軽減するための施策を「緊急課題」にしましたが、厚生労働省が4月に公表した調査結果によると、思ったほどの効果は出ていないようです。

中医協では、個別の診療行為の点数を決めるとされています。実は、この点数は診療報酬改定案を厚生労働大臣に答申する直前まで分かりませ

ん。医療費全体の総枠は、内閣が決定する「改定率」によって決まってしまうので、点数でその配分を決めることになりません。事務局を務める厚生労働省の保険局医療課が原案を作成し、中医協で議論します。

中医協は公開されていますが、中医協の外で行われる日本医師会や病院団体との調整は国民からは見えませんので、不透明な意思決定がなされているという批判もあります。外部からのチェックも不十分です。公益委員の同意人事など国会のチェックが少ないことや、厚生労働省保険局医療課という役所の一つの課に権限が集中していることも問題です。また、治療や検査のうち、

どの点数を上げるかについては、政策誘導的な意味合いが強いかも指摘されています。科学的に証明できるような根拠に基づいて点数が配分されるわけではないため、診療報酬改定は時として、「厚生労働省の勘と度胸」と言われることもあります。

有名な改定では、06年の「7対1入院基本料」の創設があります。入院基本料は、主に看護職員の数が多ければ多いほど、点数が高くなる仕組みになっています。それまでは、「入院患者10人に対して看護職員1人」(10対1入院基本料)に最も高い点数が付いていましたが、その上に新たに「入院患者7人に対して看護職員1人」という「7

対1入院基本料」をつくりました。

たくさんさんの看護職員を配置している病院を評価してほしいという要望に応えたものですが、看護士を多く集めれば年間数億円の増収になるため、看護士の獲得競争が過熱しました。その結果、資金やブランド力のある都市部の病院が、新卒看護士の大量採用に走り、地方の看護士不足が深刻化したことが問題になりました。

前回の08年度改定は、医師不足対策をメインに掲げました。しかし、実際には点数を取るための条件を厳しくし過ぎたため、「絵に描いた餅」になってしまいました。

今回の改定では、出来高払いと包括払いをどのように整理するかが焦点となっています。出来高払いでは、医療サービスをすればするだけ収入が大きくなります。これに対し、包括払いの場合は、総枠

が決まっているので、効率良くサービスをした方が利ざやを得ることができません。出来高払いは「過剰医療」の危険があり、逆に包括払いは「過少医療」の危険が付きまとい

ます。診療所は出来高払いが中心で、病院では入院医療について包括払い制度を導入しているところも増えています。

医療は国民の健康に直結する問題です。コストや科学的根拠に基づいて、国民のためになる診療報酬体系を構築する方向に舵を切れるかどうか注目されます。

中央政府が医療の価格を単一に統制しているのは、先進国でわが国だけとの指摘もあります。中医協汚職事件は、診療側から保険者代表になった天下り官僚への賄賂という側面があります。今後、診療報酬の決定過程が国民に見えるように透明性を高めていくことが強く望まれます。

