

クスリや診療の値段を決める「中医協」が日本の医療のカギを握る！

元・中央社会保険医療協議会委員 勝村久司

【中医協ってなんだ？】

「国民皆保険」という公的な医療保険制度下の40兆円の医療費の内訳の全ての単価を決めている機関がある。その機関は「中央社会保険医療協議会」、通称「中医協（ちゅういきょう）」だ。厚生労働大臣の諮問機関とされているが、要するに厚生労働省の審議会である。

この審議会は、厚生労働省はもとより、あらゆる国の審議会の中で最も傍聴者が多いと言われており、先着順で手渡される傍聴券を手に入れるために、会議が開かれる日は、毎回、早朝から長い行列ができる。医療界や医薬品業界の関係者、医療業界紙の担当者などが中心で、前夜から近くのホテルに泊まり込んで朝の5時頃から並ぶ人もいるという。

つまり、医療界からは非常に注目されている審議会なのであるが、一般の国民、つまり患者側にはほとんど知られていない。その理由は、長年にわたり、日本では患者や国民に医療費や医療の単価についての情報が届かないような仕組みにされていたためだ。その結果、医療費の単価を決める中医協にも関心を持つことができなかった。

一方、医療費で収入を得ている医療関係者にとっては、これほど重要な審議会はない。40兆円の医療費がどのように振り分けられるか、どのような医療行為にどのような単価が付き、どの薬の値段がいくらになるのかなどの審議の結果は、病院の経営者はもとより、医師、歯科医師、看護師、薬剤師らの医療従事者にとっても、医薬品や医療機器のメーカーにとっても、自分たちの収益、収入に直結するのである。

【医療費と診療報酬】

中医協が決めた医療費の単価は「診療報酬」と呼ばれる点数表になる。この点数1点分が基本的に10円だ。例えば初診料が282点の場合、2820円になる。初診料や再診料等に、さまざまな加算や、処置や投薬、検査などのそれぞれの単価が足された合計額の3割が、患者が医療機関の窓口で請求される額である。残りの7割は、患者が提示した健康保険証を元に、医療機関が患者が加入している健康保険組合等に請求する。薬に関しては15000種類もの薬1つ一つに、それぞれ「薬価」とよばれる単価が付けられている。

この点数が「診療報酬」と呼ばれているということから、医療費の単価は、あくまでも医療で収入を得る側の「報酬」の額として扱われてきたことがわかる。中医協は2年に一度、この診療報酬点数を改訂するための議論を日々行っており、偶数年の2月中旬になると新たな診療報酬点数が提示され、その年の4月1日から改訂される。

初診料、再診料はもちろん、看護師の人数によって入院基本料がどのように変わるのか、新薬や新しい検査、新しい手術にいくらの点数が付くのか、救急医療の加算はどのようなケースに分けられそれぞれの点数になるのか等々、医療提供側は、その議論に日々注目するだけでなく、2年に

一度の改訂に合わせて、少しでも自らの報酬が増えるように、病院の体制や診療のやり方など、医療の中身を変えていく努力を繰り返しているのである。

【法廷のような審議会】

国のほとんどの審議会や検討会は、実際の机の配置が四角であったとしても、基本的には円卓議論だ。つまり、議事進行する座長もその他の委員も、みんなが同じように向かい合って着席し、その席順はたいてい「あいうえお順」である。

しかし、中医協は机の配置からして独特だ。まず、健康保険組合等の保険者や労働組合、経団連等の医療費を支払う側の代表が一行に並び「一号側（支払側）」を呼ばれる。そして、それに対峙するように、医師会、歯科医師会、薬剤師会の代表が一行に並び「二号側（診療側）」と呼ばれ、両者は裁判所の法廷の原告側と被告側のように完全に向かい合って座っているのである。そして、その両者と90度の方向の、法廷で言えばまるで裁判官のように、公益委員が一行に座っている。その中の一人が裁判長のように、「中医協会長」として議事を進行させる。そして、公益委員の正面には、法廷で言えば証人や鑑定人、書記官らが座る位置になるが、そこには、専門委員と呼ばれる医療関係者や厚生労働省の事務方が座り、その後方には多くの傍聴者が座っている、という形だ。

お金を支払う側と報酬を受ける側が向かい合って喧々諤々と議論する中医協は、まるで労使交渉のようである。診療側は自分たちの賃上げを要求するような意見が中心になり、支払側は、自分たちの財政状況も踏まえながらそれらの要求を精査し対応するわけだ。そして、なかなか折り合いのつかないところを、公益委員が裁判官のようにまとめるような仕組みになっているのである。

そのような仕組みになっている理由は、昔の中医協が個々の診療報酬、すなわち医療費の単価を決めるだけでなく、診療報酬の総額の改定率、つまり医療費全体の予算も決めていたからである。

診療報酬の総額の改定率を何%引き上げるかを決める議論は、国家予算にも大きな影響を与えることから必然的に最も注目されていた。それは、全ての医療者の賃金がどれくらい上がるかにも関わる話である。それだけに、中医協の平場で議論がまとまらないことも多く、そのような場面では、法廷で裁判官が原告・被告双方の主要メンバーを裁判官室に呼んで和解勧告をするように、非公開の別室で最終の判断がなされることも少なくなかったのである。しかし、非公開の密室での決定には、もちろん批判も多かったのである。

【贈収賄事件と中医協改革】

そのような中医協において、2004年4月、汚職事件が発覚した。これは、日本歯科医師連盟の自民党経世会への1億円ヤミ献金事件に関連して、東京地検特捜部が中医協を舞台にした贈収賄事件についても捜査をしたものである。

中医協の2002年度の診療報酬改定で、歯科医の初診料の増額につながる「かかりつけ歯科医初診料の算定要件の緩和」を決める際に、日本歯科医師会の代表の二人の中医協委員が贈賄をし、支払側の中医協委員二人が収賄をしたという容疑で逮捕されたのである。

この大きな事件を受けて、中医協はその後約1年、改革論議を続けることになり、以下の4点で改革がされることになった。これがいわゆる「中医協改革」だ。

（1）委員構成の変更

それまでの中医協は、一号側（支払側）の委員は、「健保連、協会けんぽ、連合（2名）、経団連、船員組合（2名）、国保連」の代表8名、二号側（診療側）の委員は、「日本医師会の推薦委員（5名）、

日本歯科医師会（2名）、日本薬剤師会」の代表8名、公益委員4名の合計20名だったが、改革後の中医協は、一号側で船員組合の委員が1名に、二号側では歯科医師会の委員が1名にそれぞれ減員され、両者は7名ずつになり、その代わりに公益委員が6名になった。また、従来は2年任期で最高5期10年まで委員の再任が可能だったが、最高でも3期6年間とすることも決まった。

さらに、日本医師会が推薦していた5名の委員の内の2名は病院団体が推薦することになり、労働組合の連合が推薦する2名の内の1名は、患者一般の声をより適切に反映できる委員とすることが決まった。

この改革は当時、とても大きく評価された。それまでは医師の代表の委員は5名いたが、全て、開業医や中小の医療機関の経営者を中心とする日本医師会の推薦だった。例えば、開業医等はたまに救急医療を手伝いに行くことがあったとしても本気で救急医療に取り組まない。そのような立場の医師ばかりが長年中医協委員をしていると、どうしても、救急医療の単価は低く抑えられがちになるだろう。つまり、勤務医が激務で報酬が少なく、開業医が楽で報酬が多い、という方向に進んでいっても不思議ではないということだ。そこで、勤務医が中心の病院団体が推薦する委員が二人入ることになったのは、大きく変化する可能性を秘めていたと言える。

また、支払側に新たに「患者を代表する委員」を入れることになったが、その初代の委員に、子どもの医療事故による医療裁判を経験し、医療の情報公開や薬害の再発防止などの市民運動に取り組んでいた筆者が任命された。

【中医協は単価の議論に専念】

（2）情報公開の徹底

中医協改革の二つ目は情報公開の徹底だ。それまでのように密室で決めることをした場合その中身を公表することが取り決められたが、実質、密室での議論はなくなった。中医協で配布される資料は当日ホームページで公開され、議事録のホームページ掲載も従来より早くなった。

また、従来の公益委員には、任期中、一言も発言しなかった委員もいたくらい、その存在の意味がわかりにくかったが、公益委員を6名に増やすにあたり、1つ前の診療報酬改定の影響を検証する役割を担うことになった。次の改訂の議論のために、1つ前の改訂の影響を調査し公表することも、情報公開の1つと言えるだろう。

（3）患者の視点の重視

形式的な感は否めないが、公聴会やパブリックコメントも2年に一度開かれることになった。また、診療の現場で患者に、患者が受けている医療に関して情報提供するような行為に診療報酬点数を付ける方向性も示された。

（4）単価の議論に専念

最も大きな変化はこれだ。

それまでの中医協は診療報酬の改定率、つまり総額を決めることが一番の山場となっていたが、これからはそれは政府が決めるので、中医協は中身の単価の議論に専念することになった。

私が、2005年春に、中医協の初めての患者代表委員に就任した際、マスコミ関係者から、「せっかく患者の代表が中医協に委員として入るようになったのに、いちばん大事な診療報酬の改定率が別のところで決められることになり、中医協の権限が弱まってしまって残念じゃないですか？」と聞かれたことがあった。しかし、それは全く逆である。議論の時間の多くを、診療報酬の改定率を上げるか

下げるかという力相撲の押し合いをしているようなところに患者代表が入り込んだところで、薬害や医療被害などにもつながる、患者にとって不本意な医療をなくすことにはなかなかつながらない。中医協は、医療費の単価をどのように設定して、医療の中身をどのようにシフトしていくか、あるいは、スクラップ&ビルドしていくのかという議論に専念することが大事だったのだ。

【医療の価値観の健全化を】

単価の「価」は、価値観の「価」だ。医療費の単価の高いものは医療機関にとっては価値が高いのである。もし、患者にとって価値のないものに、高い単価が設定されていたりしたら、患者は知らない間にその行為をされてしまう可能性すらある。特に、出来高で医療行為をすればするほど医療機関の収益が増えるような状況では、薬漬け、検査漬け、手術漬け、が起こってしまう。

例えば、日本では半世紀にわたり、出産時に、「子宮口が柔らかくなる薬です」とか、「血管確保の目的で点滴をします」というような説明だけで、子宮収縮薬（陣痛促進剤）が多くの妊婦に投与されてきた。大学病院や公立病院でも、出産を医療機関の都合の良いとき日時に誘導する目的で、全ての妊婦に医学的に必要のない子宮収縮薬を投与するところさえあり、それによる悲惨な事故が多発していることの警告が何度も繰り返されてきたのだ。

妊婦は当然、必要のない子宮収縮薬の投与を嫌がるから、医療機関は知らない間に投与するのであるが、なぜ嫌がることを無理やりするかというと、その方が収益が上がるからである。子宮収縮薬を使って出産を平日の昼間に誘導すれば、夜間や休日の人件費が削減できるし、子宮収縮薬を使用した出産は出産にかかる時間も短くなり、やはり人手が減らせる。また、薬を使うことで薬価差益も出るし、副作用が出れば、更に医療行為を行うことで収益は増える。知らない間に子宮収縮薬が使われたお産は母子ともに非常に辛いものであるはずで、妊婦側からすれば価値が低い。しかし、そのような行為に高い単価が付けられているから蔓延してしまうのである。

一方で、休日でも深夜でも、初産で出産にかかる時間が長くても、実力のある助産師や複数のスタッフがずっと寄り添ってくれるような医療は非常に価値が高いと思うが、そのような自然分娩を重視している医療機関は赤字でつぶれてしまう、というようなことがおこる。このようなことが不本意な医療の原因で、その極みが薬害や医療被害だ。もし、医療費の単価の価値観が妊婦の価値観と一致しており、必要のない陣痛促進剤を使った出産が報酬が少なく、休日や深夜でも複数のスタッフが寄り添うお産の方が報酬が多くなれば、不本意な医療は減るだろう。しかし、現状でまだそうになっておらず、不必要な子宮収縮薬が知らない間に使用されて子どもが脳性まひになったり母親が植物状態になったりする事故は今も起きている。

同様に、精神医療や高齢者の医療でも、看護や介護の人手をかけることで、患者たちは生き生きするケースがあるのに、閉じ込めたり寝たきりにしたりして薬ばかりを処方するようなことも蔓延してきた。看護や介護よりも薬を処方する方が高い報酬が得られるように設定されてきた背景には、その方が得をする人たちの薬の処方が収益につながるはいたことが日本の医療を歪めてきたとって過言ではないだろう。

日本の医療者は、「不健全な診療報酬単価」という奇妙な力で背中を押されているとも言えるかも知れない。「患者にとっては、本当はこういう医療をした方がよいが、それでは病院が潰れてしまう。不必要かも知れないがもっと薬や検査などをしよう。」という圧力だ。

ただ、そのような圧力で背中を押されていても、多くの医療者は、両足で踏ん張って、目の前の患者を踏まないように必死で耐えて頑張っている。しかし、中には、背中から押されるままに平気で目の前の患者を踏みつける医療者がおり、それが繰り返されてきた薬害や医療被害の原因なのではない

か。

「多くの人が患者を踏まないように両足で踏ん張っているのに、なぜあなたは踏ん張らずに平気で踏みつけるのだ」と倫理の問題を指摘しているだけでは医療被害はなくなるだろう。被害を無くすためには、医療者を背中から押している「不健全な診療報酬単価」という力を取り除かなければいけない。つまり、患者にとって良い医療に単価を付け、患者にとって好ましくない医療には単価の価値を付けないことこそが、患者や心ある医療の願いであり、不本意な医療のその極みである医療被害をなくしていく切り札なのである。

【診療明細書発行の意味】

筆者は2005年から2011年まで中医協の委員として、できる限り、救急医療や新生児医療、小児医療、ハイリスク医療や看護・介護など、本来の価値よりも低い単価が付けられていると感じるものの価値を上げ、そのことで医療費を回し、そしてそこで働く人も回っていくようにとの思いで発言を続けた。しかし、変化は少しずつに過ぎず、決してドラスティックには動いていない。しかも、論じるべきテーマもあまりにも多い。

それでも、日本の一億人の患者の代表として、1つだけ自分の任期の間に絶対に成し遂げておきたい仕事があった。それは、「診療明細書」の発行だ。

当時は、中医協が決められている診療報酬、すなわち医療費の単価が患者に伝えられていなかった。そのために、患者は、その単価が健全かどうか、患者の価値観に合っているかどうか意見を言おうにも言えなかった。

医療機関の窓口で3割の自己負担分を支払う際に、「実は、こういう加算がこの病院には付いていて、今日やった検査の名称は、これとこれで、それぞれの単価がいくらで、点滴の中にはこういう薬が入っていて・・・」という医療費の請求明細書が手渡されるようになれば、「なぜ、前にかかった病院はあれだけ多くのスタッフが丁寧に接してくれたのに、薬を出すだけの今日の病院の方が医療費が高いのか」「今日はしつこく検査を勧められて受けたが、あの検査1回分の単価は、今日受けた他の医療の全ての合計よりも高かったのか」など、患者は単価の不健全さに意見が言えるようになる。すなわち、日本中の患者が中医協の委員になれるのだ。

当時は、詳細な領収書でも、投薬料いくら、検査料いくら、などの「小計」が記されているだけで、個々の投薬や検査の名称も、それぞれの単価も記されていなかった。私が初めて中医協で診療明細書の発行を主張した際、「診療報酬の点数表は市販されており見ることができる」という意見があったが、それでは意味が無い。行ったことがないレストランのメニューを見せられて、「ここに記載された単価は健全か」と聞かれてもわからない。実際に行って食事をしてみて、初めて、価値にあった単価かどうか分かるのだ。だから、医療も、自己負担分を支払う際に、自分が受けた医療の明細と単価が知らされて、初めて、日本の医療が、どういうインセンティブや原理で動いているのかや、なぜ医療関係者が中医協に強い関心を持っているのか等が、消費者の目線でわかるようになるのである。そして、患者が医療消費者の視点で声をあげていけば、本当の市民感覚に合った医療の単価を決める動きを作ることができる。

この診療明細書の発行については、中医協では診療側が強く反発し、なかなか実現しなかったが、私の任期最後の2010年の改訂でようやく全患者への無料発行が決まった。診療明細書の見方や活用の仕方については、労働組合の「連合」が作った「明細書をもってしっかり保管しよう」という取り組みの手引き（パンフレット）がわかりやすい。下記からダウンロードできるので、ぜひ、一家に一部置いておくべきだ。

●明細書をもってしっかり保管しよう

<http://www.rengo-iryomeisai.org/tebiki/tebiki.pdf>

また、同じく連合は、診療明細書の発行の意義なども含めたホームページも作成している。

●明細書をもって医療内容をチェックしよう

<http://www.rengo-iryomeisai.org/>

【薬名を知ることの重要性】

少し前までは、患者は、自分が服用している薬名を知ることが困難だった。各家庭で「病院でもらった薬がわかる本」という類の本を購入し、錠剤であれば、それが何色で、どのような記号刻まれているかなどの情報から薬名を推定したりしていたものだ。

しかし中医協が、薬剤情報提供料という 10 点の診療報酬を新設したことで状況は一変した。患者が薬を持ち帰る際に、その薬名や副作用などを記載した用紙を同時に配布すれば、10 点すなわち 100 円が加算されることになり、一気に「病院でもらった薬がわかる本」は不要になった。

それでも、どうしてもわからない薬名があった。

それは、家に持ち帰る薬ではなく、病院の中で点滴や注射などで投与される薬の名称だ。前述したが、産科医療補償制度のホームページで公開されている「再発防止に関する報告書」を見てもわかる通り、今も、知らない間に妊婦に子宮収縮薬が投与されて重度の脳性まひになる事故は繰り返されている。また、2014 年に、東京女子医大病院で、首の腫瘍を手術した 2 歳の男児が、家族が知らない間にプロポフォールという小児への禁忌薬を投与されたあと亡くなった事故があったが、同様の投与が全国で蔓延していることがわかってきている。

これらは、どうせ、どんな薬を使っても患者には知られないだろう、という医療者の奢りがある。しかし、時代は変わり、今は、診療明細書が全患者に発行されるようになったので、病院の中で投与された薬でも、子宮収縮薬ならば「オキシトシン」「アトニン」「プロスタグランジン E 2」などの商品名で記載されている。プロポフォールももちろん記載されている。

H I V ウイルスが混入していたクリスマシンという血液製剤で H I V に感染してしまったのが薬害エイズの被害者で、C 型肝炎ウイルスが混入していたフィブリノーゲンという血液製剤で肝炎ウイルスに感染したのが薬害肝炎の被害者たちだが、その中には、自分が病院の中で使われた血液製剤の商品名がわからず非常に苦労している人が多くいる。それは、当時、診療明細書が発行されていなかったからである。今は、手術中に使われた麻酔薬や血液製剤の名称も、診療明細書でわかるのだ。薬害肝炎のように、かなり以前に投与されたものに問題があったことが後からわかることも少なくない。診療明細書はずっと保管しておくべきだ。

正式名称は難解で素人にはわかりにくいという人もいるが、正式名称だからこそ、それをキーワードにインターネットで検索をして情報収集をすることができる。単に「胃の薬」と言われただけではどうしようもない。また、薬名がわかっていると「医療用医薬品の添付文書情報」というキーワードで検索してヒットするホームページから、全ての医薬品の副作用などが書かれた添付文書にアクセスすることもできる。

【中医協を注目していこう】

1985 年頃に 15 兆円を超えた国民医療費は、2000 年頃に 30 兆円を超え、2015 年には約 40 兆円だ。この内の 2 割以上、さらに病院の中の包括医療で使われている薬を加えると 2 割 5 分以上が薬代

だと言われている。

中医協は、これらの薬の薬価も決めている。新薬の場合は、保険収載するかどうかも決めている。製薬企業からすれば、保険収載されるかどうか、また、新薬ならば価格がいくらになるかは、すぐに数十億から数百億円規模の収益に関わる話であり大きな関心が寄せられる。新薬の薬価の算定には、非常に細かいルールがあり、類似薬がある場合、海外で使用されている場合、配合剤の場合、など非常に細かい。

薬価は、医療機関が3割を負担する患者や7割を負担する健康保険組合に請求する際の額だ。そこが決められているだけで、どのような価格で仕入れるかは自由になっている。そのために、大病院や大手チェーンの薬局などは大量に購入することで大きな値引きを卸業者に要求する。そうすれば収益が出る。それが薬価差益だ。そのため、中医協では、卸の価格も調査して、毎回、薬価を改定している。

特に、医薬分業をしていない医療機関では、薬をたくさん処方すればするほど収益が増えることになる。だから、中医協では医薬分業を推進するために、そのインセンティブになる点数を設定している。それでも、医療機関に門前薬局をつくり経営者が同じであれば、医薬分業の意味はないから、同じ医療機関の処方箋を扱う比率が高い薬局の点数を低く抑えるような工夫もしている。

今も、医薬分業をしていない医療機関は4割程度ある。そのようなところでは、過剰な投薬が起こりやすいと考えるのが自然だ。

また、中医協は、混合診療に関する議論もしている。製薬企業にとっては、新薬の開発のための治験には非常に大きな手間とお金がかかる。それを避けるために、「先進医療」や「医師主導の臨床試験」、「患者申出制度」などの混合診療を提案して、まだ保険適応されていない薬も、患者の自己負担によって他の保険診療と一緒に販売できる仕組みだ。

今や製薬企業は、戦争がなくなって完全な平和が訪れたら困ってしまう軍需産業を超える規模でグローバルに大きくなり、欧米の主要な政治家が会長や社長をしている様も軍需産業に似てきている。大局的には、製薬企業はマーケティングや広報戦略に多額のお金をつぎ込み、政界、学会、マスコミへのアプローチで国民に多くの医薬品を消費させる方向に進んでいる感がある。それが、経済の成長戦略と呼ばれているのだろう。

医療は産業であり、医療消費者である患者は、無防備であるとどんどん薬やワクチンを消費させられていくだろう。ついつい多くの薬を服用すればするほど健康になるような錯覚をしてしまうが、実は、薬を全く必要としない状態こそが健康だ。

もちろん、必要な薬や医療はある。そこに、十分なお金や人を回すためにも、不必要な薬や医療をできるだけ避ける消費者感覚が必要だ。中医協には、日本中の医療関係者や世界中の製薬企業の注目が集まっている。医療を提供し収益を得る側の論理だけではなく、患者の視点で、中医協の議論が進められていくためにも、患者・国民が、中医協を注目していく必要がある。