

# 中医協とは何か

—医療制度の議論に患者が一員として加わるための課題とは—

PPCIP主催イベント「模擬中医協」

2023年12月15日

森田 朗

次世代基盤政策研究所 NFI

1. **診療報酬**改定の季節
2. わが国の**医療保険制度**
3. **中医協**——医療政策決定の場
4. 課題と改革の方向——**医療DX**の可能性

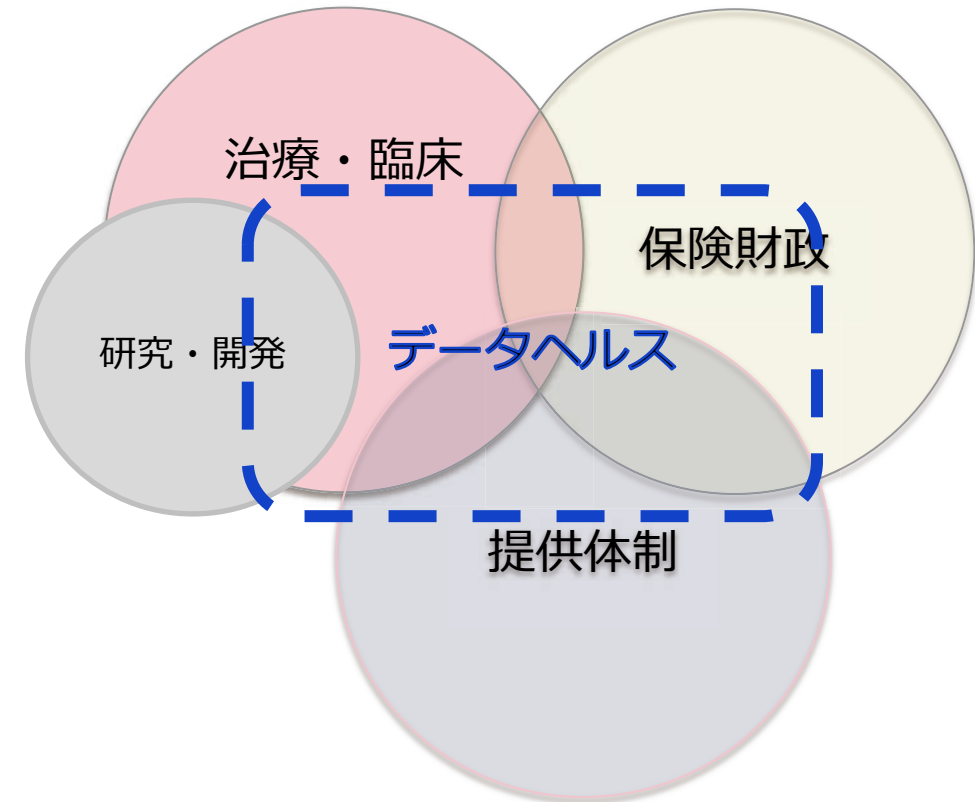
## 1. 診療報酬改定の季節

- 診療報酬とは？ 中医協とは？ —— 経済的サービスとしての医療

## 2. わが国の医療保険制度

## 3. 中医協——医療政策決定の場

## 4. 課題と改革の方向——医療DXの可能性



## 2. わが国の医療保険制度

- サービスのとしての医療の特殊性
  - 避けがたい需要・情報の非対称性・高額vs負担能力  
⇒ 一般競争市場が機能しない ⇒ **政府による規制**
  - 規制：安全性（質の担保）／供給の保証・市場の規制 ⇒ **医療保険制度**
- さまざまな制度：自由市場（民間保険）／税による運営（＝無償）／**社会保険**
- **社会保険**：わが国では**国民皆保険制度**  
開業の自由・**フリーアクセス**・**出来高払制度**＝需給調整は自由市場に近い
- 唯一の規制が価格（**診療報酬**）＋**算定要件**（価格を受け取ることができる条件）
  - 価格設定と算定条件をコントロールすることで需給調整　＝非常に複雑な仕組み

# 3. 中医協——診療報酬（医療政策）決定の場

## ● 公定価格の決め方

- 全国一律の価格（診療報酬）と支払条件（算定要件）を交渉で決める
- 医科本体（外来＋入院＋歯科＋調剤・・・）＋薬価

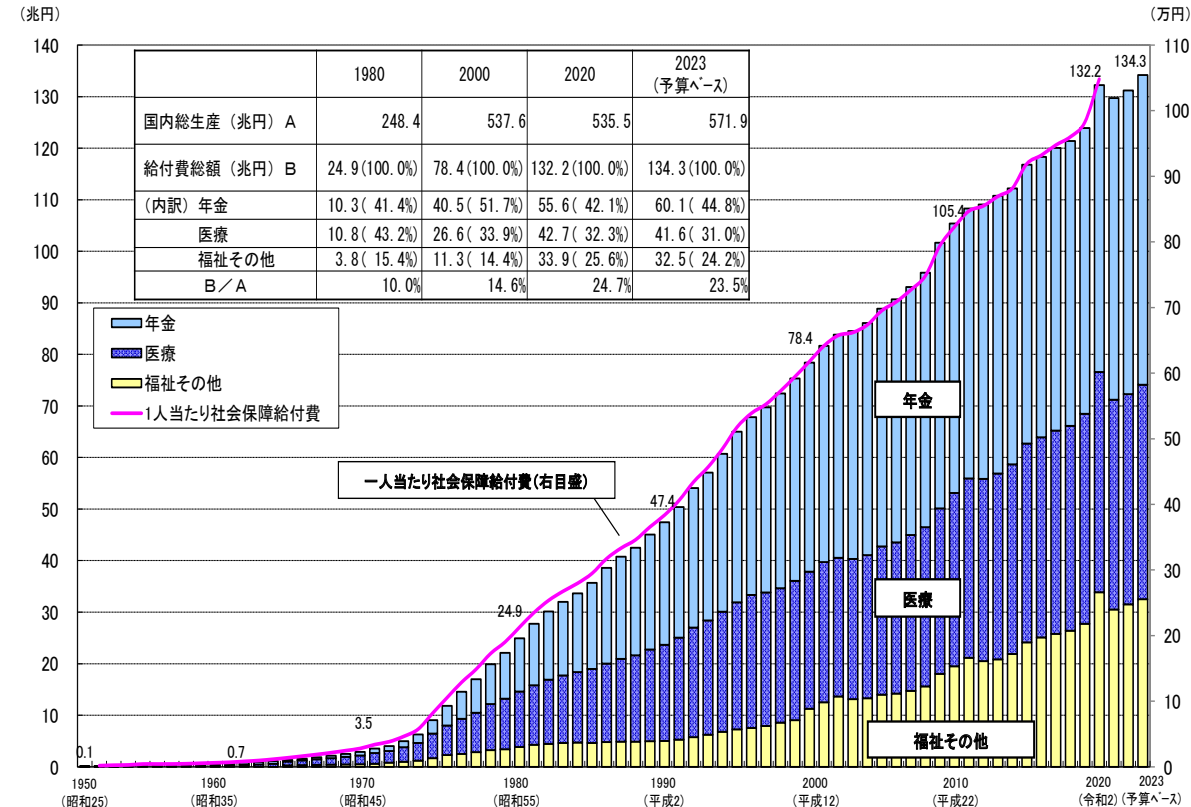
## ● 決定の場：中央社会保健医療協議会（中医協）

支払側（7）＋診療側（7）＋公益（6）＋専門委員

## ● 医療費総額の傾向

- 右肩上がりの経済 医師会の政治力
  - 経営努力による効率化よりも、政治的圧力による収益増の方が効率的
- 高齢化と医療の高度化
  - 成長率を超える医療費の増加
  - 抑制基調に 2007年中医協改革

社会保障給付費の推移



資料：国立社会保障・人口問題研究所「令和2年度社会保障費用統計」、2021～2023年度（予算ベース）は厚生労働省推計、2023年度の国内総生産は「令和5年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度（令和5年1月23日閣議決定）」  
 (注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010及び2020並びに2023年度（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）である。

- ◆ 中医協の在り方に関する有識者会議による「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（2005年）。
- ◆ この会議は、贈収賄事件を契機として設置され、中医協の改革について議論を行ってきた。報告書の内容は、
  - （一）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
  - （二）公益機能の強化
  - （三）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
  - （四）委員の任期の在り方
  - （五）診療報酬の決定手続の透明化及び事後評価の在り方
  - （六）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 等の六つの柱からなっている。

日医ニュース 1054号 <https://www.med.or.jp/nichinews/n170805b.html>

- ◆ 不祥事を契機として改革を実施。総額の増減を「改定率」の枠内に収めることに
- ◆ 総額の増減率を外部（閣議）で決定 = 外から縛りをつける仕組みに
- ◆ 一種のキャップ制 → 中医協における交渉の意味が変わる
  
- ◆ 議論は配分のあり方に（総額抑制の交渉は不要に ⇒ **支払側委員の役割は？**）
- ◆ 実情は、診療側の「**パイの分捕り合い**」
  - 薬価→調剤→歯科 = 医科→入院→外来
  - 医薬品・医療機器は不利（専門委員のため） → **創薬の遅れ** ???
  
- ◆ 診療報酬の細分化・複雑化—**決定のコスト**と**複雑性**による不合理
- ◆ データではなく政治力による決定がもたらす**資源配分の非効率**
  - コロナ禍による異例の事態

## ■ 中医協における議論

「会議の政治学Ⅲ—中医協の実像」 慈学社

- ✓ 事務局の提案——課題毎に
- ✓ それについて診療側、支払側が賛否の意見を述べる。
- ✓ それを承けて議論。妥協点を探る。修正ないし合意 ⇒ 決着
- ✓ 最終的に合意に至らないとき、「公益裁定」



## ■ 政策決定と合意形成

- ✓ 政策は、規制、経済的誘因の提供、情報提供等の手段を組み合わせ、一定の社会的目的を達成しようとする政府の活動。
- ✓ 政策の形成過程は、多くの場合、国民や企業の行動の制限や利益・不利益の提供を含むため、利害関係者（ステークホルダー）の関与を生む。
- ✓ 各ステークホルダーは、自己の利益の最大化をめざして政策形成過程において協議し、交渉、取引によって自己に有利な形での合意形成をめざす。
- ✓ 最終的に全員の合意が得られない場合には、多数決等の一定のルールに従って決定が行われる。



## 実際の政策形成プロセス

- ①不確実性 ⇒ エビデンス
- ②時間的制約 ⇒ 手続の合理化
- ③利害関係者 ⇒ 合意形成の技術

### I 根拠に基づく政策形成

- 客観的なデータと確立された方法に従って正解を見つける =EBPM
- 時間的制約、不確実性の下で、そのような方法は確立されていない

### II 決定手続

- 異なる見解をもつ関係者の協議によって決定に至る手続
- ⇒ 手続きに従って話し合っ一義的決定（合意）に到達する
- 手続きに従って、協議すれば合意に到達するという保証はない！

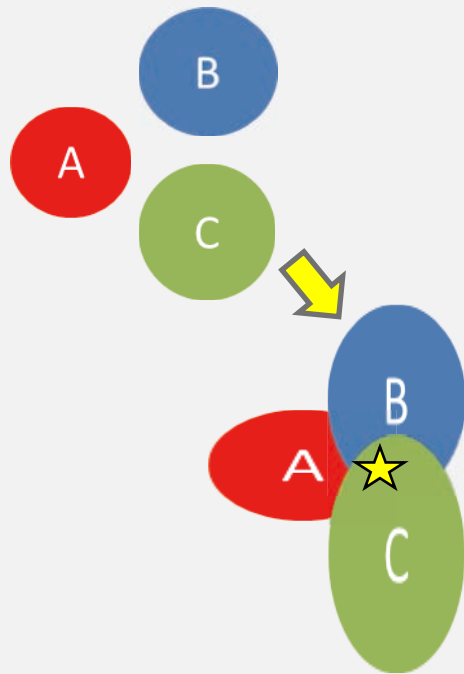
### III 多数派形成の政治

- 決定のルール（多数決）による決定 ⇒ 多数派の形成
- 少数派の抵抗が円滑な政策の実現を妨げる可能性

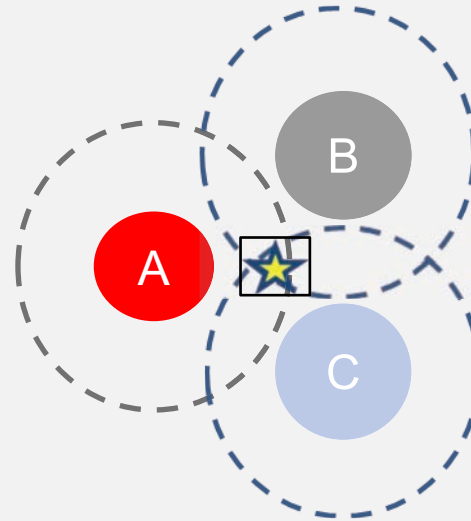
## 合意形成の類型

1. 合意 = 認識の共有 (改心or宗旨替え)
2. 妥協 = 交渉による調整 (足して二で割る)
3. 決着 = 多数決 (形式的妥結 (=全員一致) を含む)

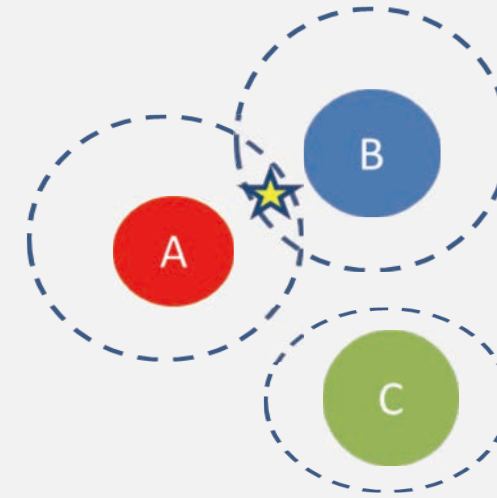
### 1. 合意



### 2. 妥協



### 3. 決着



- 日本は**法治国家**——“万機公論に決すべし”
- 行政における決定の原則——**独任制**
- 関係者の意見を聞いて決める——**諮問と答申**
- 実行可能なルールや企画の決定——“**隠れ蓑**”説
  
- 審議会・検討会の機能
  - ① 専門家の意見を聞く
  - ② 利害関係者の調整をして合意を得る
  - ③ 新しいアイデアを見つける——「〇人寄れば文珠の智恵」

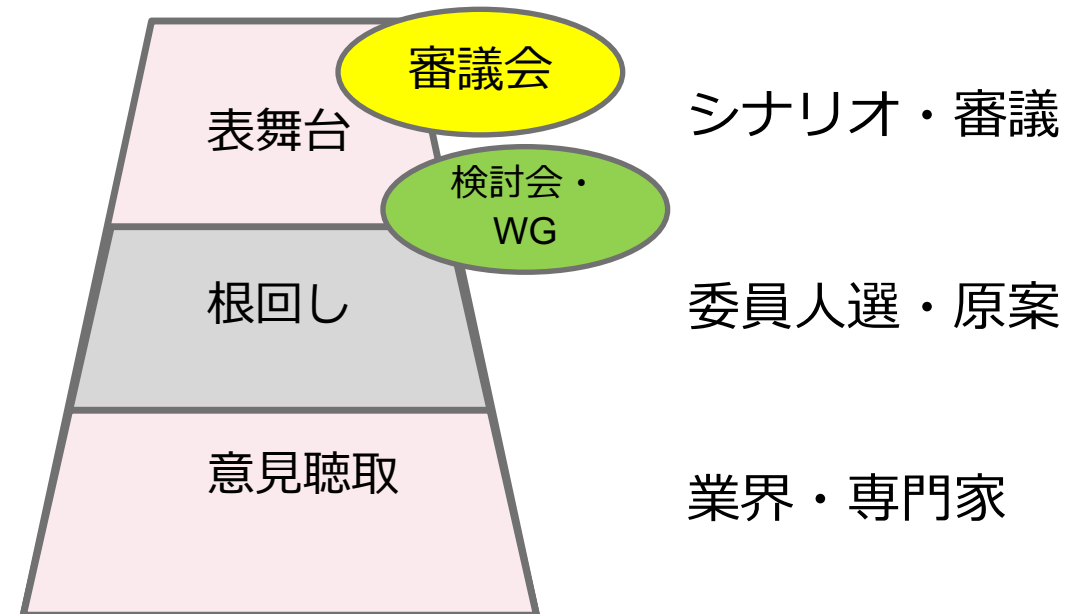
■ ①課題探索 → ②原案作成 → ③合意・決定

## ■ 行政における決定

①タイムリミット、②不確実性、③多様な利害

## ■ 演劇のアナロジー

- ① 役者 = 委員
- ② 裏方 = 事務局
- ③ 観客 = 国民・マスメディア



1. **開催の怪** なぜ大事な会議が開かれず、大事でないものが開かれたりするのだろうか？
2. **人選の怪・座長の怪** どのように委員や座長が選ばれるのだろうか？
3. **格付けの怪** 法律に基づく会議より、大臣や局長の私的諮問会議の方が話題になったり、影響を持ったりするのはなぜ？
4. **根回しの怪** 事務局から事前説明がある委員、ない委員があるのはなぜ？
5. **結論の怪・素案の怪** ろくな審議もしていないのに、事務局たたき台や素案が出てくるときがあるのはなぜ？
6. **"中間"報告書の怪** 中間報告書と銘打っているのに、「最終報告書」の作成に着手されることもないのはなぜ？
7. **選択の怪** 推奨された施策が、実施されたり、概算要求に盛り込まれるわけでは、必ずしもないのはなぜ？

### ■ 前提とする社会状況の変化と直面する課題

- 人口減少による医療サービス市場の変化
  - 患者（消費者）の減少による**地域医療の崩壊**
    - 医療機関の閉鎖、医師不足
- 医療の高度化——**プライマリケア**と専門医療との分離と連携の欠如
- **緊急時**の対応困難——パンデミックへの対応
  - 医療機関の80%が民間の経営体

### ■ 医療提供体制改革の必要性

- 政府による**管理（規制）の強化**——医療提供の義務化、医師の需給調整
- **医療保険制度**の改革——保険財政の収支均衡化、保険外併用の導入
- **保険者機能**の強化
- 診療報酬の**エビデンス**に基づく決定

## ■ 診療報酬のエビデンスに基づく決定

- 診療報酬体系の改革 —— ストラクチュア+プロセス → **アウトカム**
- **出来高払** → **包括払 + アウトカム**に基づく加算
- 科学的分析 (**費用対効果評価**) による最適解の提示

## ■ 中医協（支払側・診療側対決方式）の改革

- エビデンス（データ）に基づく実態把握  
データ：地域別需給、医療機関ごとのアウトカム、医療機関の経営効率…
- 専門家による分析：需要に応じた供給量、必要な指示、診療報酬額の提案、ベンチマークの提示 等
- **多様なステークホルダーから構成される会議体**による検討と大臣への助言  
ステークホルダー：医療従事者、保険者、介護従事者、医薬品医療材料メーカー、**患者団体**、地方自治体…

## ■ 医療保険財政の改革

- 皆保険制度 = 全国民 + 全ての医療行為（原則） + （保険料 + 公費）
- 持続可能性の確保 → 保険外併用（二階建て保険？）
- 保険者の統合・再編、後期高齢者医療保険制度の見直し

## 1. デジタル技術の可能性

- デジタル技術の発明によって何が可能になったか？  
→ 大量データの高速処理による価値の創出
- 大量・高速・正確なデータの収集・蓄積・伝達・検索・分析・適用

**貯める — 繋ぐ — 使う**      DB—NW—CPU

- 主要な要素：      **標準化** = データの結合・互換性      **ID** = データ結合の鍵

## 2. 情報資源としての医療データ

- 経験知 ⇒ 科学的根拠      臨床による観察 + ビッグデータの解析 (RWD)

**治療データ ⇒ 研究 ⇒ 知見の応用 (診療支援)**

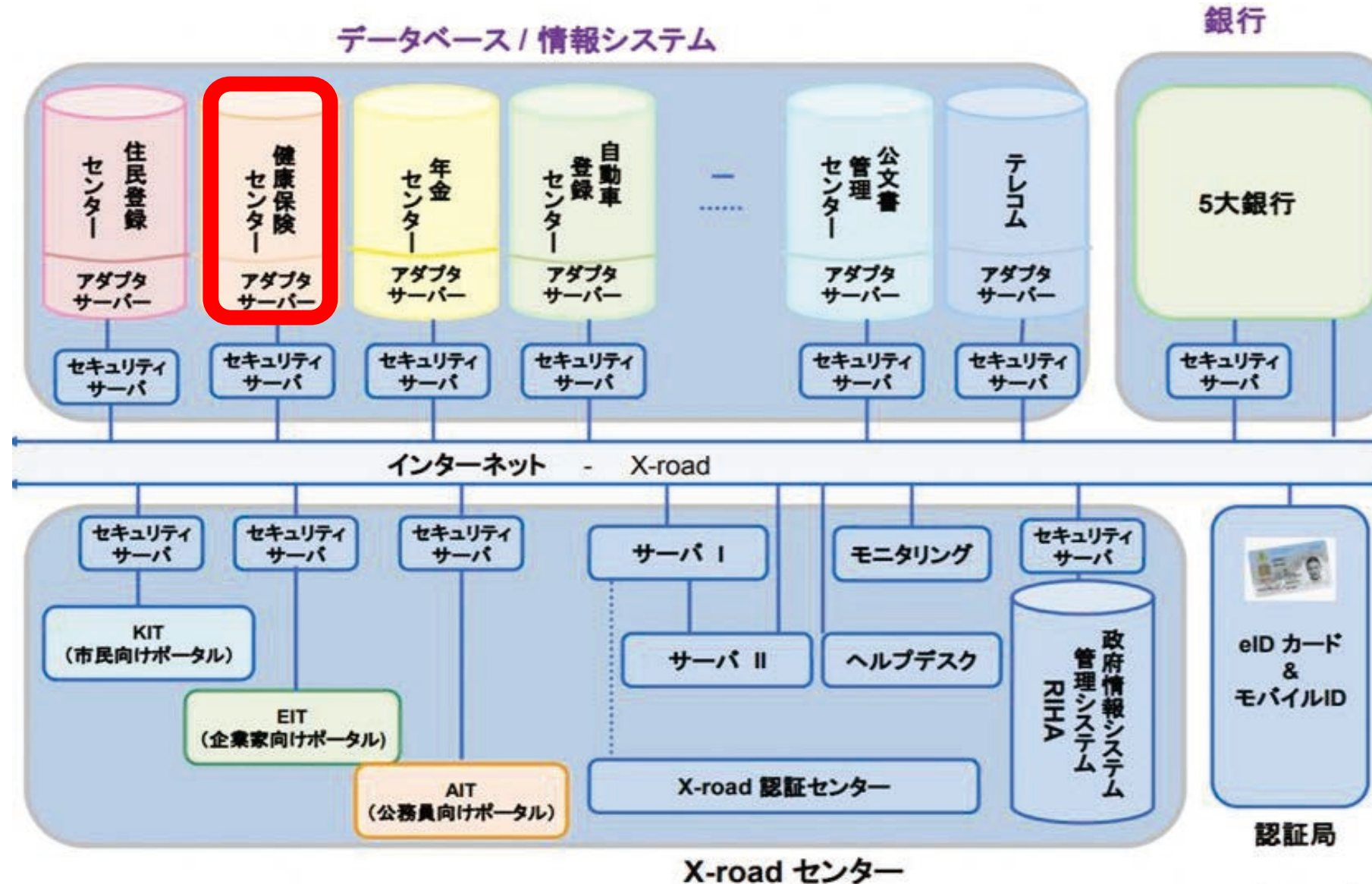
- 全国民の**出生から死亡まで**の健康データ
- 情報システムの体系 — 基盤システム — データ・ガバナンス



## 4. 医療分野のデジタル化と課題

- 医療情報システムの目的
  - ① 治療の個別最適化 <一次利用>
  - ② 医学研究・医薬品等開発 <二次利用>
  - ③ 医療資源の最適配分
  - ④ 医療保険財政の効率化
- 海外の事例：**エストニア**
- わが国状況：デジタル化の後れ
  - ・ 情報システムの体系と基盤システムの未整備  
標準化、ID（マイナンバー）、セキュリティ、…
  - ・ データ・ガバナンス    **個人情報保護**制度の制約    データ利活用    <1次利用>    <2次利用>
- 目指すべきイメージ —— **EHDS（European Health Data Space）** 構想

# エストニアの情報連携基盤（Xロード）の概略

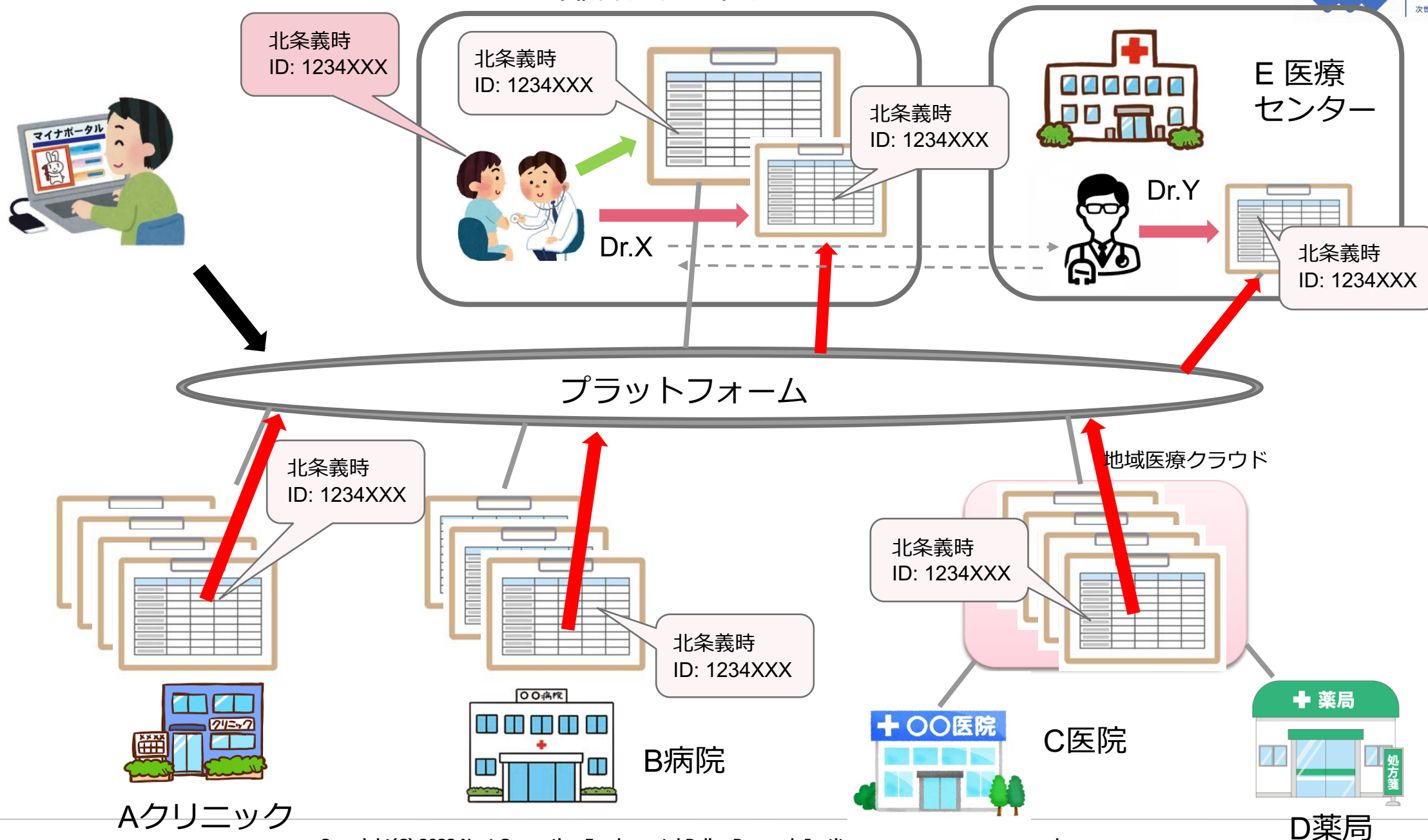


出典：日・エストニアデジタルソサエティ・EU推進協議会

Soichiro Sasago, Ministry of Health, Labour and Welfare

# <一次利用のケース>

## 鎌倉クリニック



# <二次利用のケース>

研究所・大学

研究病院

製薬メーカー

行政機関

役所

**データ管理**

AA123 ...	ID:123XX	ID:123XX	ID:123XX	ID:123XX
AB456 ...	ID:567YY	ID:567YY	ID:567YY	ID:567YY
AC789 ...	ID:890ZZ	ID:890ZZ	ID:890ZZ	ID:890ZZ
BA012 ...	ID:123WW	ID:123WW	ID:123WW	ID:123WW
BB246 ...	ID:543QQ	ID:543QQ	ID:543QQ	ID:543QQ
BC579 ...	ID:876PP	ID:876PP	ID:876PP	ID:876PP
CA321 ...	ID:975XQ	ID:975XQ	ID:975XQ	ID:975XQ
CB951 ...	ID:531YG	ID:531YG	ID:531YG	ID:531YG
...				

北条政子  
ID:123WW

PHR



北条義時 ID:123XX  
源 頼朝 ID:567YY  
梶原景時 ID:890ZZ  
北条政子 ID:123WW  
比企能員 ID:543QQ  
三浦義村 ID:876PP  
和田義盛 ID:975XQ  
大江広元 ID:531YG  
...



北条義時 ID:123XX  
源 頼朝 ID:567YY  
梶原景時 ID:890ZZ  
北条政子 ID:123WW  
比企能員 ID:543QQ  
三浦義村 ID:876PP  
和田義盛 ID:975XQ  
大江広元 ID:531YG  
...



北条義時 ID:123XX  
源 頼朝 ID:567YY  
梶原景時 ID:890ZZ  
北条政子 ID:123WW  
比企能員 ID:543QQ  
三浦義村 ID:876PP  
和田義盛 ID:975XQ  
大江広元 ID:531YG  
...



北条義時 ID:123XX  
源 頼朝 ID:567YY  
梶原景時 ID:890ZZ  
北条政子 ID:123WW  
比企能員 ID:543QQ  
三浦義村 ID:876PP  
和田義盛 ID:975XQ  
大江広元 ID:531YG  
...

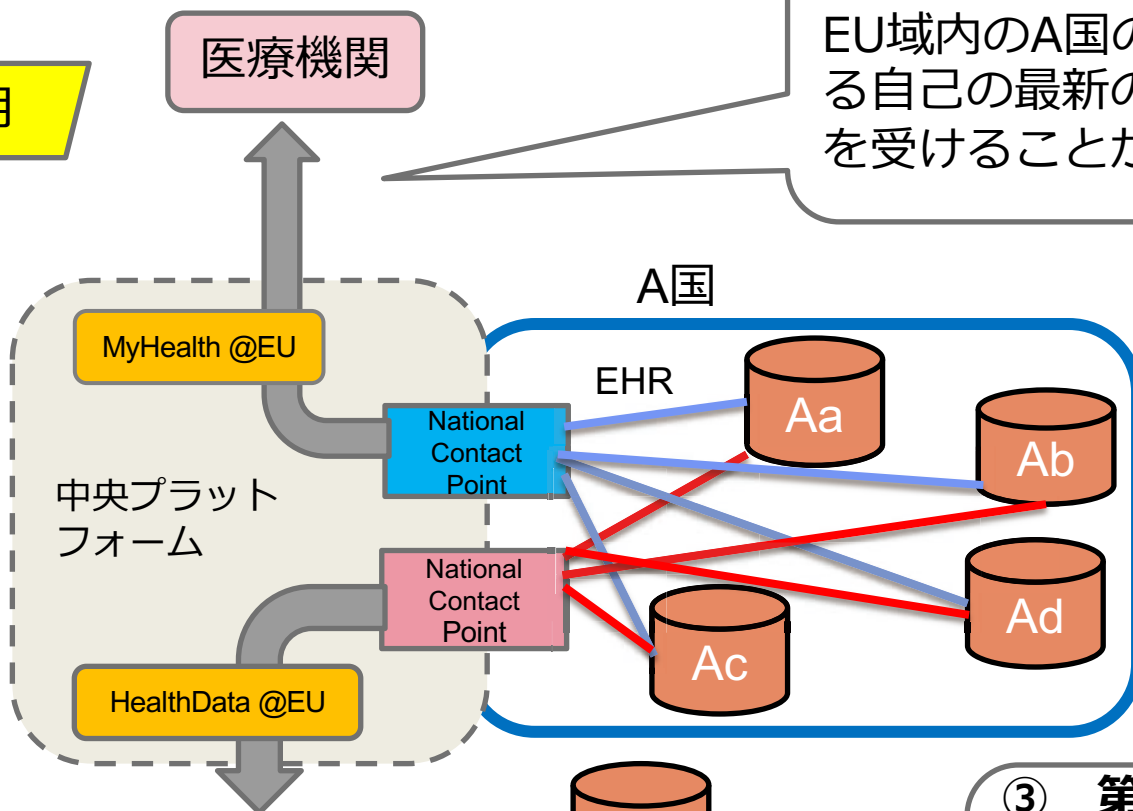


## EHDSのイメージ：1

### 1次利用

医療機関

② 第2章：＜1次利用＞国民・医療従事者の権利と義務  
EU域内のA国の住民は、域内の他国においても、A国にある自己の最新の健康データにアクセスしてよりよい治療を受けることができる



① 第3章：EHRの規格  
EUが定める規格を満たしたEHR (Electronic Health Record) システムに住民の健康データを格納

### 2次利用

Health Data Access Bodies

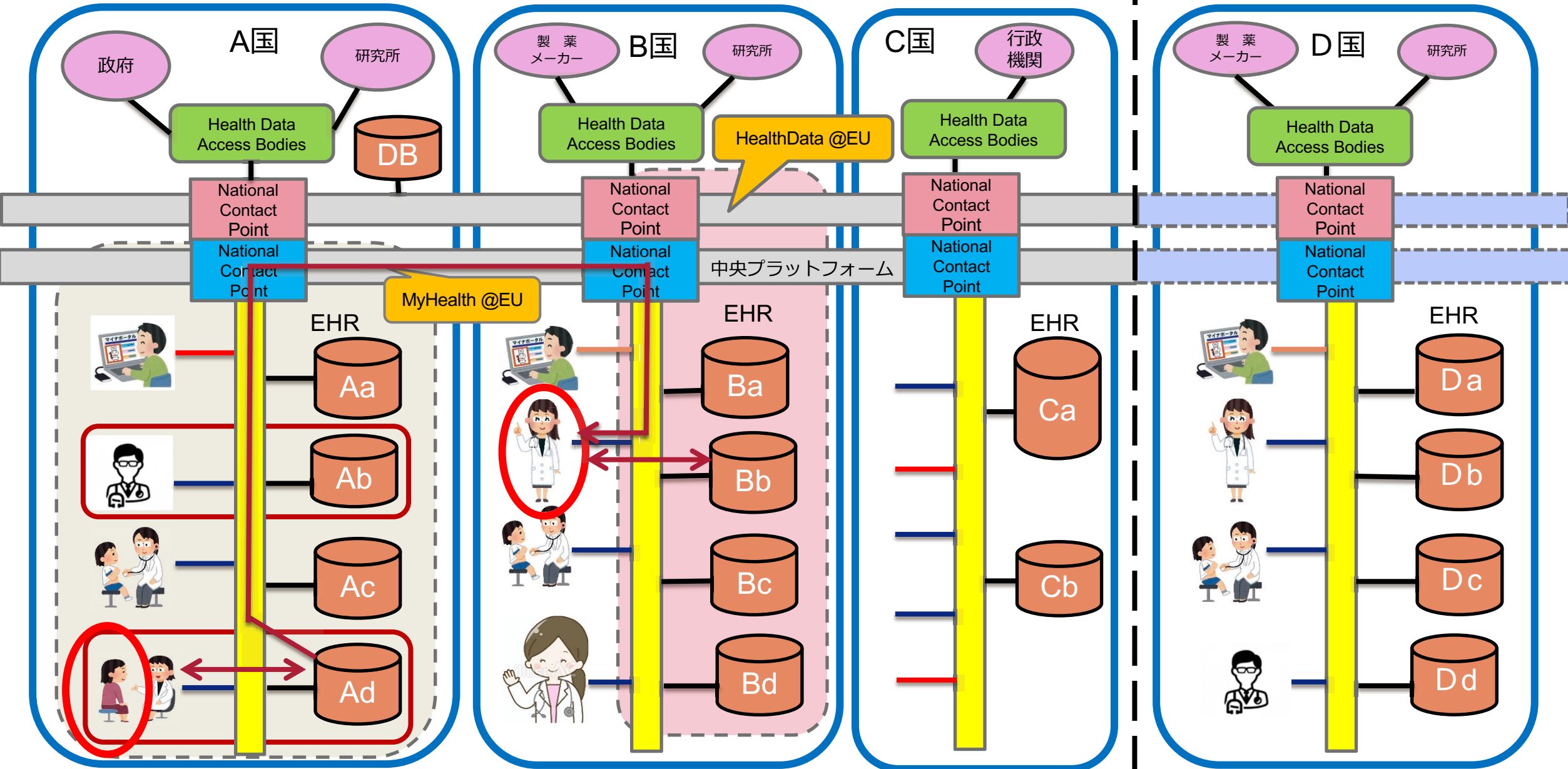
DB

政府

製薬メーカー

研究所

③ 第4章：＜2次利用＞ガバナンス  
研究所、製薬メーカー等ビッグデータの利用者は、**Health Data Access Bodies** に一定の加工をしたデータ利用を許可されて、データへのアクセスが認められる。



## ■ わが国の個人情報（医療データ）に対する認識

1. プライバシーを守るために、個人情報へのアクセスは可能な限り**制限されるべき**である。
2. アクセスを認める場合も、最少必要限にすべきであるし、データ主体の「**同意**」に基づかなくてはならない。

## ■ EHDSが前提としている認識

1. 個人の病気の治療、健康の管理＜一次利用＞、医学研究、医療政策の立案、創薬等＜二次利用＞のために、個人情報（医療データ）は、可能な限り**利活用されるべき**である。
2. 医療データを利活用することによって、個人の権利が具体的に侵害される可能性がある場合にのみ、必要最小限のアクセス制限を認めるべきである。

## ■ めざすべき医療データ利活用の制度

- わが国も、医療データの利活用を図るために医療分野に固有の**医療情報特別法**を制定して、安全に医療データの利活用を促進すべき。

### 【特別法についての提案】

- 取得時の同意（**入口規制**）から利活用の規制（**出口規制**）へ
- 治療のための医療データ＜1次利用＞の取得にあつては、医療従事者は、原則として、**同意なしに**、その患者のデータにアクセスすることができる。（現状は「**黙示の同意**」）
- そのデータを利用した政策立案、研究、創薬等の＜2次利用＞の場合には、**①利用目的、②利用者、③情報の利用形態**に応じて、アクセスをコントロールする。
- 医療データのこのような利用に当たっては、**確実な管理と利用、アクセス権の管理**のために、**公的な機関**を設置する。
- **アクセス・ログ**を取り、本人が納得できないアクセスについては、アクセス者の責任を問うことができる制度とする。
- 災害時等非常時の利便性を考慮して、IDは**マイナンバー**とすべき。



