

## 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

平成 16 年 9 月 28 日

厚生労働省 保険局

## 0 始めに

今回の中央社会保険医療協議会（以下「中医協」という。）を巡る贈収賄容疑事件は、歯科診療報酬について、自己に有利なものとなることを目的として、一部の診療側委員及びその推薦団体が、一部の支払側委員に対し、金品の授与による不正な働きかけをした、という容疑内容となっており、事実関係によっては、中医協における診療報酬の決定過程、診療報酬そのもの、さらには我が国の医療保険制度全体に係る国民の信頼を、大きく損ないかねない事件である。

しかし、制度的には、中医協審議は公開の下で行われていること、20名からなる三者構成の審議会で議論を行っていること、4名の公益委員の下で公正中立的な議事運営が行われていること等から、不適切な働きかけによっても、審議内容は容易にはゆがめられない構造になっていると言える。

現在は、中医協関係者の起訴が行われ公判が行われている状態であり、捜査と直接重複する観点からの調査や公判に影響を与えるような評価には慎重な配慮が必要であるが、厚生労働省としては、起訴された者等からの聞き取りができないことなど、行政として一定の限界はあるものの、中医協議事録（速記録）の精査、当時の担当者からの聞き取り調査等により、中医協の審議が今回の贈収賄容疑となった不適切な働きかけ等によって影響を受けていなかったかどうか、また、本件が起きた背景の検証の過程を通じて中医協の在り方で見直しを検討すべき点は何か、という観点からその論点についても調査を行い、その結果について中間報告として取りまとめたところである。

- (1) まず、今回容疑事実で贈収賄容疑の働きかけの目的として挙げられている平成14年度改定における「かかりつけ歯科医初診料」の要件緩和及び平成16年度改定における「かかりつけ歯科医再診料」の単価の引上げについて、これに係る政策決定過程を、中医協における審議のみならず一連の過程全体について、事実関係を精査した。
- (2) 次に、本件贈収賄容疑事件の被告の中医協における発言について、中医協の意思決定がゆがめられていなかったかどうかという観点から、検証を行った。
- (3) さらに、診療報酬改定の内容は、中医協における審議、厚生労働大臣からの諮問、中医協からの答申という手続を経て決定されるものであることから、中医協の意思形

成過程の当事者である事務局たる厚生労働省職員に対して、審議の過程において本件贈収賄容疑事件と同様、中医協の意思決定を左右する中医協委員又はその推薦団体等からの不適切な働きかけがあったかどうか、それによって事務局としての判断や行動がゆがめられていなかったかどうかについて、厚生労働省として、徹底した内部調査を行い、検証を行った。

- ( 4 ) 中医協の在り方については、中医協における議論も含め、今後幅広く本格的に議論が行われる必要があり、本中間報告においては、現時点において可能な限りの論点の整理を行った。

## 1 中医協委員贈収賄容疑事件に係る診療報酬決定過程の事実関係の精査

まず、今回容疑事実で贈収賄容疑の働きかけの目的として挙げられている平成14年度改定における「かかりつけ歯科医初診料」の要件緩和及び平成16年度改定における「かかりつけ歯科医再診料」の単価の引上げについて、これに係る政策決定過程を、中医協における審議のみならず一連の過程全体について、中医協議事録(速記録)、課内検討資料、当時の担当者からの聞き取り調査等を基に精査した。

(「かかりつけ歯科医初診料」に係る審議・決定過程)

現在、中医協における診療報酬改定の議論は、改定が通例2年に1度行われていることから、おおむね以下のスケジュールに沿って行われている。

改定年の前年

- 1月～ 3月 医療経済実態調査の調査設計の議論
- 4月頃 検討項目の議論
- 5月～ 7月 一通り全分野について項目ごとに審議  
( 6月 医療経済実態調査実施 )
- 9月～ 委員の求めに応じて資料が提出され、個別テーマごとに審議
- 11月～ 12月 診療側から要望書が提出され、これに対して支払側から意見書が提出される
- 12月 医療経済実態調査、薬価調査等の速報値が提出され、翌年の改定率について議論が行われる  
( 12月末 予算編成：中医協の審議を踏まえつつ政府予算案決定 )

改定年

- 1月～ 2月 予算案上の医療費改定率を踏まえ、個別改定項目について審議
- 2月～ 3月 諮問・答申、告示・通知の発出(4月から施行)

歯科診療報酬についても、以上の流れの中で、

- 検討項目の審議
- 項目ごとの審議
- 個別改定項目の審議
- 諮問・答申

という過程を経て決定されている。

今回の事件で問題とされた「かかりつけ歯科医初診料」は、平成12年度改定で導入され、平成14年度改定で要件緩和が、平成16年度改定で単価の引上げが行われてい

る。

このうち、中医協委員による贈収賄容疑が、平成14年度改定における「かかりつけ歯科医初診料」の要件緩和及び平成16年度改定における「かかりつけ歯科医再診料」の単価の引上げをめぐるものであり、時期的には平成13年以降のものであったとされていることから、「かかりつけ歯科医初診料」の見直しに係る平成14年度改定に向けた平成13年から平成14年頃の中医協の審議等の状況及び「かかりつけ歯科医再診料」の見直しに係る平成16年度改定に向けた平成15年から平成16年頃の中医協の審議等の状況を精査したが、これらの見直しは平成12年度改定で導入された「かかりつけ歯科医初診料」及び「かかりつけ歯科医再診料」の見直しに係るものであったことから、まず導入時の議論を整理した上で、平成14年度改定及び平成16年度改定に向けた議論の流れがどうであったかについて、事実関係の精査を行うこととした。

#### (平成12年度改定における「かかりつけ歯科医初診料」導入に係る議論)

平成12年度改定は、診療報酬体系全般の見直しを目指し、平成11年夏までに一通り検討項目全体について議論が行われ、秋には論点ごとに集中的に審議し、診療報酬基本問題小委員会としてのまとめをして総会に提出、それを踏まえて年明けに個別項目を審議、決定、という審議過程で行われた。

歯科については、検討項目の一つとしてまず平成11年7月7日に歯科全体の審議があり、秋の論点別の審議においては、11月に機能分担と連携というテーマで医科・歯科を通じた議論が行われている。そして、12月1日には診療報酬基本問題小委員会として取りまとめた中間報告が総会に報告され、その中で歯科関係項目も取り上げられている。

この中間報告では、医療機関の「機能分担と連携」を図る方向で意見がまとめられているが、「当面検討を急ぐべき事項」の2号側意見(診療側意見)として、かかりつけ医、かかりつけ歯科医及びかかりつけ薬局の機能の評価が記載されており、「継続して検討すべき事項」の1号側意見(支払側意見)として、医療機関の機能分担の推進とかかりつけ医機能の明確化が記載されている。すなわち、この時点において、診療側はかかりつけ医、かかりつけ歯科医及びかかりつけ薬局の機能の即時の評価を求めているのに対して、支払側は評価すべきかかりつけ医機能の明確化を求め、継続検討を主張している。この中間報告が提出された総会においても、支払側からこの中間報告は不十分であり条件付きだということが指摘されている。

また、この中間報告では、このほか、「医療技術の適正評価」において、「当面検討を急ぐべき事項」の2号側意見(診療側意見)として初診料・再診料の評価が記載されて

おり、また、「医療に係る情報提供の推進」において、「患者に対する診療情報の提供」として保険医療機関等から患者に対する診療内容に関する情報提供を進める旨の記載がなされ、「当面検討を急ぐべき事項」の2号側意見（診療側意見）として歯科診療情報提供の評価が挙げられているが、平成12年1月以降、これらの意見を総合的に勘案して、「かかりつけ歯科医初診料」の事務局案が作成されている。

実際の診療報酬の改定項目を審議する平成12年1月から2月にかけての審議においては、支払側からかかりつけ医機能の評価及び患者への情報提供という観点については賛意が示されたものの、「かかりつけ歯科医初診料」の提案については、支払側から、実態がどう変わるのか、従来よりも患者に対していいサービスになったと言えるかどうか不明確である、単純な引上げではだめだ、という指摘もあり、そのような議論を経て、初診時に患者の同意を得て、病名、症状、治療内容及び治療期間等に関する治療計画を策定し、患者に対し、その内容について、スタディモデル又は口腔内写真を用いて説明した上で、文書により情報提供を行った場合に算定できるとの具体案が決定された。

#### （「かかりつけ歯科医初診料」導入後の施行状況）

このような審議を経て、平成12年度改定において「かかりつけ歯科医初診料」が導入されたが、施行後においては、むしろ「かかりつけ歯科医初診料」の算定が進んでいないということが問題となった。

平成12年2月9日の中医協総会資料には、各種職業の「常連率」を比較すると歯医者よりも高いことや、歯科医療機関への通院を途中でやめたことがないという回答が86.5%にも上るといふ資料が提出されている。当時の厚生省の検討資料によれば、「かかりつけ歯科医初診料」の歯科医療費に対する影響率（改定が医療費に与える影響の見込値）は1.67%と積算されているが、初診料全体を84点引き上げた場合の影響率は2.46%であることを踏まえると、事務局としては、かかりつけ歯科医初診料の算定が初診料全体に占める算定割合として、約7割と見込んでいたことが認められる。

これについては、平成14年3月29日に閣議決定された参議院議員小池晃君提出2002年度診療報酬改定に関する質問に対する答弁書において、「平成12年度の歯科診療報酬の改定の際には、初診料のうち約7割がかかりつけ歯科医初診料として算定されるものと考えていた」旨の答弁がなされていることから明らかである。

しかしながら、平成12年10月23日に公表された日本歯科医師会によるアンケート調査集計結果（平成12年9月分調査）によれば、「かかりつけ歯科医初診料」を算定した初診患者数は全体の8.8%であって、こうした見込みには全く達しない算定実績となっていた。これに先立ち、平成12年5月23日の参議院国民福祉委員会において、小池晃議員が、「かかりつけ歯科医初診料」について、「実態は大分違うんじゃないかと

思うんです。アンケートなんかを見ても、これなかなか請求できないという声が大変多いんです。」と取り上げるなど、この問題は、平成12年度改定の施行後の課題の一つとして、関係者も認識するところとなっていた。

こうしたことから、日本歯科医師会において、「かかりつけ歯科医初診料」の算定要件の一つである治療計画の説明書について、簡素なモデル記載様式を作成したほか、当時の厚生省においても、平成12年10月27日付けの歯科診療報酬点数表の取扱いに係る疑義解釈資料の事務連絡において、「急性炎症や出血等により初診当日に所要の検査が実施できない場合や、仮に実施できてもスタディモデルや口腔内写真を用いて説明することが後日になるなどの場合にあっては、その旨を患者に説明した上で、原則として初回又は2回目の再診日までに、検査を実施し、治療計画の立案並びに患者への文書による情報提供を行えば算定できる。」として算定要件の周知徹底を図るなどの対策を講じてきていたところである。

しかしながら、平成13年4月18日に公表された日本歯科医師会によるアンケート調査集計結果(平成13年3月分調査)によれば、「かかりつけ歯科医初診料」を算定した初診患者数は全体の13.5%であって、平成12年9月分調査に比べて改善はしてきているものの、依然として当初の見込みには全く達しない状況であった。

このような状況については、大塚保険局長(当時)が、本年4月27日の参議院厚生労働委員会において、「12年にこの制度が導入をされましたときに、歯科関係の診療報酬改定の最大の項目でございました。圧倒的にウエートを持った項目でございました。その後、実施状況を見ますと、歯科医師会を中心にそういう御発言があったわけですが、非常に実態と当時の想定したのとギャップがあるということが盛んにお話があった記憶がございます。恐らくそれは事実のようだという認識はございました。」と振り返っている。

このような経緯を経て、平成14年度改定の議論が行われることになったのである。

(平成14年度改定における「かかりつけ歯科医初診料」の要件緩和に係る議論)

検討項目の審議(平成13年3月)

中医協において平成14年度改定に向けて検討事項の審議が行われたのは、平成13年3月14日の診療報酬基本問題小委員会である。この日の小委員会は、「診療報酬体系に係る今後の検討事項について」という議題の下で開催され、事務局から「診療報酬体系に係る今後の検討事項(案)」が提出された。

「かかりつけ歯科医初診料」については、上記のように、算定実績が当初の見込みよりも大幅に低く推移していたことから、検討事項（案）の一つとして、資料において、「かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬局機能を評価する観点から、平成12年度改定後の状況を踏まえつつ、歯科診療報酬、調剤報酬について、それぞれどのように考えるか。」と記載されていた。

#### 項目ごとの審議とその後の検討（平成13年7月～12月）

項目ごとの審議は、テーマごとに分割されて、複数回の診療報酬基本問題小委員会で審議されたが、歯科診療報酬に係る検討項目については、調剤報酬に係る検討項目と併せて、平成13年7月25日に審議されている。

「かかりつけ歯科医初診料」に関しては、「かかりつけ歯科医機能の評価」という資料名で4ページの資料が事務局から提出され、審議が行われた。

当日の議論としては、

平井委員（日本歯科医師会）から「かかりつけ歯科医初診料」に絞って発言があり、「特に、この初診料を算定するに当たって、患者さんに対しまして、スタディモデル又は口腔内写真を用いて説明をした上で、文書で情報提供を行った場合に算定するという事となっているわけです。この文書による情報提供ということは、当然我々が普段やっているインフォームド・コンセントの結果、いろいろと患者さんに説明をし、その結果を情報提供するわけですから、このことについてはほとんど問題を感じていないわけですが、スタディモデルと口腔内写真の2つの方法による説明だけではいろいろな疾病に対して対応ができないというような状況であります。その時々患者さんの状況に応じた説明方法、特に患者さんへの納得のいく情報提供としての手段としては、ほかにもたくさんあるのではないかと考えております。もちろんこの2つもその一つの選択肢ではないかと考えておりますが、このような中で、この選択肢に制約がされているために、我々の世界の認識といたしましては、仕方なくこの2つのいずれかで行っているために、患者さんに迷惑がかかる部分も出てきているということも現状であります。このような状況下では、このかかりつけ歯科医初診料の算定率が非常に低く、なかなか伸びない状況となっております。」（資料3 - 2・9ページ：中医協診療報酬基本問題小委員会における平井委員発言4）と見直しの要望が述べられた。

これに対して、加藤委員から、「歯科に限ったことではないと思いますが、医科も調剤もそうだと思いますが、患者へ対する情報提供という意味で、今指摘があったような、非常に狭い範囲でしか規定されないと。もっとそれぞれの人が非常にそれぞれの場で工夫をされているのだらうと思うのです。そういうものを一回モデルでもあれば御提示をいただいて、ああそういうものがあるのかと、それだったらいいのじゃないかとか、そういったもう少し範囲を広くするということがひとつ必要ではないかなと思うのです。ぜひそういった機会を設けていただいたらいいかなと思います。」（資料2 - 2・3ペー

ジ及び16ページ：中医協診療報酬基本問題小委員会における加藤委員発言10)との発言があり、

下村委員から、「かかりつけ歯科医の要件をもうちょっと緩和したいということなんでしょうかね、つまりは。」(資料1-2・6ページ：中医協診療報酬基本問題小委員会における下村委員発言301)との発言の後、

平井委員から、「そうです、お願いします。実際に即した面に直していただきたいということです。」(資料3-2・10ページ：中医協診療報酬基本問題小委員会における平井委員発言6)と発言があり、

下村委員から、「それは加藤委員から出たように、具体的な材料に基づいて検討することになるのでしょうかけれども、我々からすれば、このかかりつけ歯科医の点数というのは相当疑問は持って、これでうまくいくかどうかということやってみようかということや始めたようなところがあるので、具体的に問題があるということであれば再検討することについては、それは議論の余地はあると思いますけれども、今言ったようないろいろな材料をそろえて総合的に検討していくというふうなことになるのではないかと思いますけれどもね。ただ、根っこの患者数が一体どうなっているのだと、そこはやはり、そこがぽっかり抜けて資料が出されているというのはどういうことだろうという気がしますね。」(資料1-2・7ページ：中医協診療報酬基本問題小委員会における下村委員発言302)との発言があった。

なお、他の支払側委員及び診療側委員からは、特段の問題提起はなかった。

この後、中医協では、年内は歯科の議論は行われていないが、平成13年11月26日に、日本歯科医師会から厚生労働省に要望書が提出されている。この要望書の内容は、「かかりつけ歯科医初診料」の要件については撤廃して欲しい、というものであったが、これは中医協における審議、少なくとも、具体案があれば要件見直しについて議論の余地はあるが、他の材料と併せて総合的に検討するとする支払側の意見とはずれがあり、これまでの中医協における議論に沿うものではなかったため、事務局としては、この要望書は要望書としての位置付けに留めつつ、あくまで中医協の事務局として、7月25日の審議に沿って、要件の見直しについて具体的な案を検討した。

平成13年12月に入ると、中医協においては、医療経済実態調査の速報値が示され、また予算編成時期が近づくことから、翌年の改定率をめぐる議論が集中的に行われ、個別の検討項目の審議を行う時間は基本的に確保できない状況が続いた。

事務局として、改定率が予算編成によりセットされ、年明けに個別項目の審議が短期間で集中的に行われることを念頭に置き、要件緩和の具体案の内部的検討が進められた。

要件緩和の具体案の内部的検討は、歯科担当者段階では平成13年4月にさかのぼる。

4月17日の歯科担当者による勉強会の資料においては、「かかりつけ歯科医初診料」の見直しに係る検討項目として、「スタディモデル、口腔内写真を使った患者への説明 スタディモデル、口腔内写真に代わる他に有効で簡便な方法」、「かかりつけ歯科医治療計画説明書 簡素な「モデル記載様式」の周知」、「時間的要素の評価」等が記載されていた。

また、平成13年4月18日に公表された日本歯科医師会によるアンケート調査集計結果(平成13年3月分調査)において、「スタディモデルまたは口腔内写真は必要であるが、他のものを用いることも認めるべきである」との回答が70.5%を占めており、また、「スタディモデルまたは口腔内写真にかわる他のもの」として、「パノラマX線写真」(32.8%)、「既製の患者説明用模型」(26.4%)、「既製の患者説明用写真」(21.0%)及び「口腔内撮影画像モニター」(15.7%)が挙げられていた。

具体案が保険局医療課内打合せにおいて初めて検討されたのは平成13年7月であった。具体的には、7月25日の審議に先立つ7月11日の保険局医療課内打合せの資料において、「かかりつけ歯科医初診料」に係る患者への情報提供の在り方として「石膏模型又は口腔内写真と同等で患者により解りやすい有効な方法の追加(関係学会等と協議して検討)」と記載されていた。

10月10日には、こうした方針に基づいて、他の項目も含めて全般的に関係学会との協議が行われたところであるが、「かかりつけ歯科医初診料」については、要件の緩和というよりも、むしろ初診料及びかかりつけ歯科医初診料の一本化、すなわち要件の撤廃に係る要望が多く、そうした視覚素材の多様化等に係る具体的な提言は学会からはなされなかったことから、事務局としては、引き続きこれまでの中医協の議論に沿った形で要件緩和の具体案の内部的検討を進めることとし、11月から年明けにかけて、従来から歯科保健指導等の際に活用されることが一般的であった患者説明用の媒体(標本、模型、図等)の例を参考として、事務局案が検討されている。

例えば、11月5日付けの担当者の検討用資料においては、患者自身が歯科疾患の進行状況を視覚的に理解できるものとして「病態模型、病態模式図、症例写真集等」が、疾患の治療内容・方法を視覚的に理解できるものとして「典型症例模型又は模式図、症例写真集、補綴完成模型」が記載されているところである。また、12月27日の担当者の検討用資料においては、「患者説明用模型等を用いての症状、治療内容等の説明」及び「患者説明用症例写真集等を用いての症状、治療内容等の説明」については、スタディモデル又は口腔内写真を用いた説明と同等の取扱いとするものとして通知改正で対応する案と、告示を改正して「その他患者説明用資料」を算定要件として追加し、通知において「スタディモデル及び口腔内写真等と同等以上で十分効果が得られると考えられる病態模型、顎模型等の患者説明用資料」をいうものとする案とが記載されている。

個別項目の審議(平成14年1月)

平成14年に入り、中医協は、各科ごとの改定率を前提として、個別項目の審議に入った。

事務局としても、1月からいよいよ改定の個別項目の審議が始まるというので、事務局内でも順次検討が行われ、「かかりつけ歯科医初診料」の要件見直しについても、他の歯科関連改定項目と併せて、1月初旬には事務局内で素案が固められた。

1月4日付けの担当者の検討用資料においては、告示を改正して対応する案に絞り込まれているが、ここでは「病態模型、顎模型及び症例写真集等の説明用資料」を加えることとされており、また、1月9日付けの課内検討用資料においては、追加が考えられる患者説明用資料の例として、「病態模型、顎模型」、「症例写真集」、「病態模型図」等が記載されているところである。

また、これらの検討を踏まえた結果、1月23日の中医協資料のベースとなる1月21日付けの課長説明用資料においては、追加するその他患者説明用資料として、「病態模型等」と記載されている。

1月23日の中医協総会は、「平成14年度診療報酬改定等について」という議題の下で開催され、事務局から歯科に関しては「診療報酬改定主要検討項目案(歯科)」という資料が提出された。

「かかりつけ歯科医初診料」に係る項目としては、この資料の中で、「かかりつけ歯科医機能の評価」として、「効果的な情報提供や継続的な歯科医学的管理の評価」という文言で提示された。

その翌週の中医協総会には改定項目ごとの個表(1項目につき1枚の資料で事務局案の説明が行われるもの)が事務局から提出されることとなっていたため、事務局の原案はこれまでの審議経過及び内部検討を踏まえた一定の要件の緩和案とし、1月30日の中医協提出予定資料として1月24日に日本歯科医師会に示された。日本歯科医師会からは、事務局原案に対して、この時点では特段の異議は示されなかった。また、同じ資料を含む1月30日の総会提出予定資料は、支払側委員に対して、1月29日に事前説明が行われている。

なお、資料の事前説明は、あくまで資料説明であり、意見は中医協そのものの場で表明されるため、事前説明の際のやりとりについては、記録は作成されていない。

1月30日の中医協総会において、改定項目ごとの個表が提出され、「歯科診療報酬主要改定項目案」の「かかりつけ歯科医機能の評価(より良い歯科医療を目指すための機能の評価)」のページで「かかりつけ歯科医初診料」の見直しの具体的な案が、1月24日及び29日の事前説明資料と同一の資料で、以下のとおり提示された。なお、「コンピ

「コンピュータ映像の活用」については、口腔内写真における従前の取扱いと同様に、症例写真集や病態模式図等についてもコンピュータ映像を活用して説明する場合も対象となるという意味で、確認的に記載されたものであった。

患者への情報提供のあり方及び継続的な歯科医学的管理の充実を図る観点から適正評価を行う。

スタディモデル又は口腔内写真と同等で患者がよりの確に病態や治療方針等を理解できる有効な方法を追加する等所要の改善を行う。

【患者説明用資料の例（案）】

- ・ 視覚素材（病態模型、顎模型、症例写真集、病態模式図等）の追加
- ・ コンピュータ映像の活用 等

特掲診療料におけるかかりつけ歯科医機能の評価

継続的な歯科医学管理の観点から、初期齲蝕治療に関する評価を充実しかかりつけ歯科医機能の推進を図る。

当日は、歯科医療管理官から以下の説明があった。

「16ページでございますけれども、かかりつけ歯科医機能の評価という形で、患者のより効果的な情報提供の推進を図るということから、患者説明用資料を見直すなどをしたらどうかということで、具体的には、スタディモデルまたは口腔内写真と同等で患者がよりの確に病態や治療方針等を理解できる有効な方法を追加する等所要の改善を行ったらどうかというもの。また、そういうときに継続的な観点から、初期齲蝕に関する評価の充実を図ったらどうかというものでございます。」

その後、加藤委員からの歯科訪問診療についての質問の後、下村委員から「歯科はちょっと非常にわかりにくいのですけれども、どちらを向いてどうしようとしているのかというようなところはよく見えないような感じがするのだけれども。」（資料1-1・10ページ：中医協総会における下村委員発言917）と質問があり、歯科医療管理官から「歯科の方の説明の冒頭に言いましたように、歯冠修復、欠損補綴の部分が歯科のシェアの半分ぐらいを占めておりますので、そういうところで必要なものについて合理化を図って、そして基本的な医療に向けて適正化を図るといような形で形成しております。」と回答があった。

このような議論の後、「かかりつけ歯科医初診料」の見直しの考え方について特に異論は出されず、他の項目との関連等、全体との関連において支払側として了解できる案になるかどうかという問題は残るものの、項目の内容としては基本的には了解された。

諮問・答申（平成14年2月）

これを受け、2月20日に諮問が行われ、同日付で原案どおり了承する答申が出され

たところであるが、「かかりつけ歯科医初診料」の算定要件については、諮問書において「スタディモデル若しくは口腔内写真又はこれらに準ずるもの」と記載されている。これを受けて3月8日に診療報酬改定告示が公布されており、「かかりつけ歯科医初診料」の算定要件については、諮問書と同様、「スタディモデル若しくは口腔内写真又はこれらに準ずるもの」と記載されている。また、これに伴う保険局長通知が同日付けで発出され、かかりつけ歯科医初診料については、「スタディモデル若しくは口腔内写真に準ずる患者説明用資料には、患者が自身の病態や診療方針等の理解を得られる病態模型、病態図、病態写真等が該当する」と記載されているところである。なお、口腔内写真や病態模型、病態図、病態写真等をコンピュータ映像を用いて説明する場合については、同通知における「病態模型、病態図、病態写真等」の「等」において読み込まれる取扱いとされている。

歯科医療に係る平成14年度改定においては、上記のような「かかりつけ歯科医初診料」の要件緩和に併せて、補綴物維持管理の評価の見直しや有床義歯の製作に関する技術等の包括評価などの適正化措置が行われた。

なお、これらの改定を含む平成14年度改定については、同年4月1日から施行されている。

#### (平成14年度改定を受けた歯科医療費の推移)

以上のような経緯を踏まえ、平成14年度改定を受けた歯科医療費の推移について、検証を行った。

厚生労働省が行った「社会医療診療行為別調査」を基に推計した全国の「かかりつけ歯科医初診料」の合計額は、平成12年度は160億円、平成13年度は210億円、平成14年度は1070億円であり、平成14年度は前年度と比較して860億円の大幅な増加を見ている。ただし、「かかりつけ歯科医初診料」を算定した場合には歯科初診料は算定できないことから、「かかりつけ歯科医初診料」の合計額の推移のみを見るのは不正確であり、これと歯科初診料との合計額の推移について見ると、平成12年度は1520億円、平成13年度は1540億円、平成14年度は1820億円となっている。

また、平成14年度改定は薬価改定等を合わせて医療費全体で2.7%のマイナス改定であり、歯科においても、併せて補綴物維持管理の評価の見直しや有床義歯の製作に関する技術等の包括評価などの適正化措置が行われた結果、歯科診療報酬全体でマイナス1.3%の改定内容となっていた。なお、この歯科診療報酬の改定率(マイナス1.3%)は、医科及び調剤と同率である。一方、改定後の医療費実績を見ると歯科医療費について、改定影響が明らかになる「1日当たり医療費」の対前年同期比で見た場合、

歯科については、医療費全体の改定率であるマイナス2.7%を上回るマイナス幅（マイナス3.4%）となっている。

したがって、改定結果としての歯科医療費の推移から検証を行っても、要件緩和を行ったことにより「かかりつけ歯科医初診料」に係る診療報酬支払いは増加したものの、歯科診療報酬全体として、予定された改定幅以上の歯科医療費の増加は起きておらず、歯科医療に想定以上の医療費財源の配分が行われたという事実は認められなかった。

（平成16年度改定における「かかりつけ歯科医再診料」の単価の引上げに係る議論）

#### 検討課題の審議（平成15年4月）

中医協において平成16年度改定に向けて検討課題の審議が行われたのは、平成15年4月16日の診療報酬基本問題小委員会である。この日の小委員会は、「今後の検討課題について」という議題の下で開催され、事務局から「今後の検討課題及び検討の方向性について」という資料が提出された。

これに先立つ3月12日の診療報酬基本問題小委員会において、日本歯科医師会より「歯科診療報酬体系について(今後の課題)」という資料が提出されており、この中で「今後の診療報酬体系は、自然治癒がないという歯科疾患の特性を踏まえたかかりつけ歯科医機能を軸として生涯にわたって患者と向き合っていく歯科医療を中心に評価していくことを考えるべき」との提案がなされていることも踏まえ、歯科に係る検討の方向性の一つとして、「かかりつけ歯科医機能を踏まえた評価」が挙げられていた。

#### 項目ごとの審議とその後の検討（平成15年7月～12月）

項目ごとの審議は、テーマごとに分割されて、複数回の診療報酬基本問題小委員会で審議されたが、歯科診療報酬に関する検討項目については、調剤報酬に係る検討項目と併せて、平成15年7月9日に審議されている。

「かかりつけ歯科医初診料」及び「かかりつけ歯科医再診料」に関しては、現行制度の説明のほか、事務局から「歯科医療機関への「かかりつけ」の状況」という資料が提出され、歯科医療管理官より、「歯科医療機関への「かかりつけ」の状況を見た資料ということで、平成11年の資料でございますけれども、かかりつけだから歯科診療所を選ぶというのが半分ぐらいの数になっております。また、それとは逆に、診療を受けたことがありますけれども、治療中の者が治療をやめたり転医した理由というのは、痛みだけがおさまってしまったからもう転医してしまったというのが一番多いですけれども、そのほかには、治療内容に不満とか、通うのが不便だとかいうことになっております。逆に、歯科診療所を選ぶ理由の中にも、通うのが便利だというものもございます。」との

説明がなされている。

この後、10月1日の総会において、診療報酬基本問題小委員会より、これまでの審議の概要に係る中間的な整理として、「診療報酬体系の見直しに係る審議の概要」が報告されているが、この中で、歯科診療報酬に関する項目の一つとして「歯科診療所と病院歯科における機能や連携に応じた評価」が挙げられており、「歯科診療所と病院歯科の機能分担や連携を推進する観点から、歯科診療所におけるかかりつけ歯科医機能及び病院歯科における高次歯科機能の評価を進めるとともに、両施設の有機的連携等を重視した評価について検討を行う」と記載されていた。

10月22日の総会においては、診療側委員の連名で「国民により良い医療を提供するための診療報酬適正評価に関する要望事項」という資料が提出され、議論が行われているが、「かかりつけ歯科医再診料」に関しては、「生涯を通じた口腔機能の維持・増進を図るための「かかりつけ歯科医」機能の推進と充実」という項目の具体的検討事項の一つとして、「かかりつけ歯科医再診料の評価」が挙げられていた。

これを受け、11月5日の診療報酬基本問題小委員会においては、平井委員名で、10月22日の総会において提出された要望事項のうち歯科に関する部分を抜粋した資料とともに、関連する資料が提出された。平井委員より、重要と考えられる「かかりつけ歯科医」機能及び「かかりつけ歯科医初診料」に関わるアンケート調査集計結果について説明がなされたほか、「歯科の治療は非常に分かりにくい」、「再診時等にも色々と情報提供が必要ではないか」といったこれまでの支払側からの問題提起に応える形で、歯内治療の流れやその必要性と難しさについての説明に併せて、「「かかりつけ歯科医再診料」というのは非常に低い評価になっておりますので、この辺のところの評価も是非お願いをしたいと考えております」(資料3-2・13ページ：中医協診療報酬基本問題小委員会における平井委員発言16)との要望がなされた。

支払側委員からは、対馬委員より、「治療内容に不満があるから」というのは、先程の説明の中で、例えば再診時の説明がなかなかできていないのではないかとのお話も一部あったように受け止めたんですけれども、そういったところも影響しているのではないかと。したがって、これはぜひ診療報酬上再診料を上げてくれというよりは、むしろその前の段階として、こういった患者からの不満が出ないような措置をまずは講じるべきではないかなと、こういう風に思うのですけれども、如何でしょうか」と、「かかりつけ歯科医再診料」の引上げより前に再診時の患者に対する説明をきちんと行うべきとの意見が提出された。

これに対し、平井委員から、「こちらの反省をするところは反省をし、我々も会員を指導をしていかなければならないと考えております。ただ、12年、「かかりつけ歯科医初診料」が入り、また14年度に色々と情報提供の手法が広がったために、それなりに患者さんにとっては治療内容といえますか、提供して、どういうことを説明しているかという説明をすることによってかなりの部分は解消はしてきている部分もあるかと思いま

す。それをさらに再診時にも、当然これは医者としてやっていかなければいけないということで考えております。これをやったから、すぐ再診料を上げなければということに結びつかないのではないかというお話であります。歯科のいわゆる再診料というのは非常に低いと考えておりますので、その辺の情報提供も含めながら、是非御勘案をいただきたいと考えております」(資料3-2・14ページ：中医協診療報酬基本問題小委員会における平井委員発言17)との応酬があった。

平成15年12月に入ると、中医協においては、医療経済実態調査の速報値が示され、また予算編成時期が近づくことから、翌年の改定率をめぐる議論が集中的に行われる一方で、各項目についての主な意見を整理しつつ、平成16年度診療報酬改定の基本方針の取りまとめが行われた。

12月12日の診療報酬基本問題小委員会においては、事務局から基本方針のたたき台の資料が提出されたが、その中で、歯科診療報酬に関する項目の一つとして「歯科診療所と病院歯科における機能や連携に応じた評価」が挙げられており、「歯科診療所のかかりつけ歯科医機能の充実として、再診時(治療途中)における治療の流れや次回の治療内容の説明等の患者の視点を重視した情報提供等の充実・評価について検討する」と記載されていた。これについて、平井委員より、「ここは特にこのようなことを患者さんのためにということを考えながら、今の歯科の再診料は非常に低いわけで、検討ももちろん大事であります。ここは特段の配慮をやはりお願いしないと、とても我々としても、今の再診料の中ではこういうことはなかなかできにくいのではないかと考えております」(資料3-2・15ページ：中医協診療報酬基本問題小委員会における平井委員発言22)との発言があったが、この部分についてはこのまま同日の総会において中医協了解として取りまとめられた。

#### 個別項目の審議(平成16年1月)

平成16年に入り、中医協は、各科ごとの改定率を前提として、個別項目の審議に入った。

1月21日の診療報酬基本問題小委員会は、「平成16年度診療報酬改定について」という議題の下で開催され、事務局から歯科に関しては「歯科診療報酬主要改定項目(案)」という資料が提出された。この中で、「かかりつけ歯科医機能の評価の充実」のページで、「かかりつけ歯科医再診料」の見直しの案が、以下のとおり提示された。

患者の視点を重視した情報提供の推進及び継続的な歯科医学的管理の充実を図る観点から適正評価を行う。

再診時における治療の進行状況等や次回の治療内容等に関する患者の視点を重視した情報提供の充実に係る適正評価。

・再診時毎における治療の流れや次回の治療内容等の説明

・治療内容等を説明するための「患者説明用資料」の充実

かかりつけ歯科医再診料 40点 点

これについて、支払側委員からは、対馬委員より、「1点目は、歯科の場合、私ども色々伺っていますと、これまではむしろ再診料より特掲診療料ということに重点を置いてきたというふうに聞いているのですけれども、今回再診料を上げていくというのは、特掲診療料との全体、今後どういう風に持っていきたいのかというのが1点目です。それからもう1点は、今事務局の方から説明があったのですけれども、今なぜかかりつけ歯科医の再診料を上げるのか。例えば初診の段階で全体の計画等々は立てるわけですから、そこで患者さんというのはかなり全体、2回目はこうで、3回目はこうでというのは大体頭の中に入ってくるわけですね。それに対しまして、再診の段階でさらに点数を上げるということですから、恐らく患者にとってプラスになること、メリットがあるはずですから、そののところをもう少し具体的に言っていただけるとという風に思うのです。」と、「かかりつけ歯科医再診料」の単価の引上げを行う理由等について、診療側委員に対して質問がなされた。

これに対し、平井委員から、「特掲診療料と再診料とのかかわりの御質問がありました。過去、歯科の改定率が非常に悪くて、再診料の方までなかなか手を回せなかったということも一つあるかと思えます。再診料をこの時期にどうして上げるのだという風な御質問だと思えますけれども、もちろんここに書いてありますように、初診時におきまして色々な説明をいたしますが、実際において個々の疾患についても色々な症状の変化、あるいはやった結果、処置等も変えなければならないということ、今後どのようなことをやっていくかということの説明するのはもちろんでありますけれども、そのほかに、先程管理官の方から話がありましたけれども、全身疾患等をお持ちになっている方が非常に多い、そういう中で、口腔全体の変化について状況をやはり把握をしながら治療をやっていかなければいけないということで、全身疾患等とのかかわり等も含めながら、毎回毎回、治療行為をやっていくということで、最近は再診の基本的な行為が非常に重要になってきているということで、こういったことの充実を図っていきたいということでもあります」(資料3-2・15ページ：中医協診療報酬基本問題小委員会における平井委員発言26)との回答があった。

その後、中医協総会に対しては、1月30日に「平成16年度診療報酬主要改定項目 検討状況」が報告されており、歯科分の中に、「かかりつけ歯科医再診料等の見直し」として記載されていた。

諮問・答申(平成16年2月)

以上のような議論を経て、2月13日に諮問が行われ、同日付で原案どおり了承する答申が出されたところであるが、「かかりつけ歯科医再診料」については、諮問書において「かかりつけ歯科医再診料(点数の見直し)40点 45点」と記載されている。こ

れを受けて、2月27日に診療報酬改定告示が公布された。

歯科医療に係る平成16年度改定においては、上記のような「かかりつけ歯科医再診料」の単価の引上げに併せて、歯周治療の評価の見直し、有床義歯修理、ブリッジの装着の評価の見直し、義歯等補綴物の製作技術の適正評価などの適正化措置が行われた。

なお、これらの改定を含む平成16年度改定については、同年4月1日から施行されている。

## 2 中医協委員贈収賄容疑事件の被告の中医協における発言の検証

1 に述べたような事実関係の中で、起訴された者等からの聞き取りができないことなど、行政として一定の限界はあるものの、今回の中医協を巡る贈収賄容疑事件の被告の中医協における発言について、中医協の意思決定がゆがめられていなかったかどうかという観点から、検証を行った。

支払側の被告である下村委員及び加藤委員の発言については、今回の贈収賄容疑が平成14年度改定及び平成16年度改定を念頭に置いたものであったことにかんがみ、両改定に係る4年間の診療報酬改定の審議での発言及びそれ以前の改定である平成12年度改定の審議が始まった平成11年4月以降の一連の発言について精査し、例えば両委員の発言が支払側としての立場よりもむしろ診療側に立っていると見られるなど、支払側委員の発言として不自然な発言があったかどうかについて、検証を行った。

また、日本歯科医師会の推薦委員である平井委員及び誉田委員の発言については、前任委員との比較等において特に一時期から内容が変化するなど不自然な発言があったかどうかについて、検証を行った。

検証結果の詳細については、資料1-1から資料3-2までのとおりであるが、その概要は、以下のとおりである。

### (下村委員の発言の検証結果)

下村委員の平成11年度から平成15年度にかけての中医協総会及び診療報酬基本問題小委員会での発言について、議事録(速記録)を精査して日本歯科医師会の影響について検証を行った。

この期間の下村委員の発言は、総会1195回及び診療報酬基本問題小委員会666回であり、この発言すべてについて検証を行った。

下村委員は、平成15年9月に退任するまでの間、支払側筆頭委員であることから、すべての議題について支払側を代表して発言する立場にあり、こうした点から見れば、歯科診療報酬について発言すること自体については当然の流れと考えられる。

したがって、検証に当たっては、下村委員の発言について、まず、歯科に関係する発言かどうかを精査し、歯科に関係する発言については、支払側としての立場よりも診療側に立つと見られるなど、支払側委員の発言として不自然な発言があったかどうかを検証した。

その上で、日本歯科医師会に配慮した発言かどうか、更に検証が必要な発言については、前後の発言を精査し、不自然な流れの発言かどうかを更に検証した。

下村委員の歯科に関する発言は、中医協総会 4 1 回及び診療報酬基本問題小委員会 1 6 回であった。

検証の結果、中医協診療報酬基本問題小委員会における下村委員発言 3 0 1（前出）及び中医協診療報酬基本問題小委員会における下村委員発言 3 0 2（前出）を含むこれらの発言は、前後のその他の下村委員の発言や支払側全体の基本主張と齟齬はなかった。平成 1 2 年度改定後、「かかりつけ歯科医初診料」の算定状況が伸びなかった状況下において、この問題について何らかの形で整理・決着を図るのが合理的な流れであるが、そうした中で、下村委員の発言は、支払側委員の主張の位置付けを確認するとともに、総合的な観点から判断を行う必要がある旨の確認を行うものであり、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。

#### （加藤委員の発言の検証結果）

加藤委員の平成 1 1 年度から平成 1 5 年度にかけての中医協総会及び診療報酬基本問題小委員会での発言について、議事録（速記録）を精査して日本歯科医師会の影響について検証を行った。

この期間の加藤委員の発言は、総会 8 7 回及び診療報酬基本問題小委員会 7 3 回であり、この発言すべてについて検証を行った。

加藤委員は、支払側委員においては、下村委員に次ぐ経験を有する委員であり、支払側委員の次席に当たる委員である。したがって、下村委員の発言を補足して発言する立場にあり、こうした点から見れば、歯科診療報酬について発言すること自体については当然の流れと考えられる。

したがって、検証に当たっては、加藤委員の発言について、まず、歯科に関係する発言かどうかを精査し、歯科に関係する発言については、支払側としての立場よりも診療側に立つと見られるなど、支払側委員の発言として不自然な発言があったかどうかを検証した。

その上で、日本歯科医師会に配慮した発言かどうか、更に検証が必要な発言について

は、前後の発言を精査し、不自然な流れの発言かどうかを更に検証した。

加藤委員の歯科に関する発言は、中医協総会 3 回及び診療報酬基本問題小委員会 5 回であった。

このうち、中医協診療報酬基本問題小委員会における加藤委員発言 10（前出）については、後から振り返れば、日本歯科医師会の主張に理解を示したような発言と受け止められなくもないが、「かかりつけ歯科医初診料」をどのように見直すかが具体的な課題である中医協の議論の流れの中の議論としてみれば、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。また、加藤委員は、情報提供に関しては、このほかにも合計 6 回（資料 2 - 1：中医協総会における加藤委員発言 15 並びに資料 2 - 2：中医協診療報酬基本問題小委員会における加藤委員発言 19、24、25、50 及び 64）発言しており、発言内容も特定療養費に係る院内掲示の具体的な在り方や調剤報酬の具体的な情報提供の実態についても言及していることから、歯科のみの特殊の発言ではなかったことが認められた。

その他の発言については、前後のその他の加藤委員の発言や支払側全体の基本主張と齟齬はなく、平成 12 年度改定後、「かかりつけ歯科医初診料」の算定状況が伸びなかった状況下においては、この問題について何らかの形で整理・決着を図るのが合理的な流れであり、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。

以上のような一連の加藤委員の発言を含む平成 14 年度改定における「かかりつけ歯科医初診料」の要件緩和に係る中医協における議論に係る認識として、星野会長は、平成 16 年 4 月 20 日の衆議院厚生労働委員会において、「一言で申しまして、全くそういう事態を、私、感じなかったわけでございます。かかりつけ医の議論をやりましたのはたしか 7 月の時点だったと思いますが、そのとき当然私が座長をしておりましたから、そのやりとりもかなりよく覚えているつもりでございますが、中医協の中で特定の利益誘導をしようということ、これはちょっと詳しく説明しますと、通常、我々、1 号側というのを支払い側と言っております。支払い側を 1 号側。診療側を 2 号側と言っておりますが、1 号側が、これは支払い側でございますから、診療側に故意に有利になるような発言をするというのはほとんどないわけですね。通常の議論でも、そういう議論は常に、むしろ診療報酬の適正化、効率化という観点で 1 号側は議論を進められますし、立てられます。医療側は、医療がよりよく、また自分たちの側から見て適正であるような診療報酬設定というものを主張する。これはそれぞれのお立場でございますから当然だと思いますが、したがって、1 号側の委員が特に 2 号側に有利になるような発言

を故意にされるということになりますと、恐らく居合わせた20名の委員がすべてそれは非常に奇異に感じるものでございます。まして、司会者としての私にとって、ふだんから、それぞれの委員の発言傾向と申しますか、発言の仕方や何かをかなり心得ているつもりでございますので、その方々がどういう発言をするかということについて、奇異な感じを持ったかどうかという御質問の趣旨でございましたが、私は全く持ちませんでした。それから、かかりつけ医の初診料の話でございますが、14年の改定の前、12年の改定のときに新設されたものでございまして、その後、このかかりつけ医を利用されるお医者さんがなかなか少なく、進まないんじゃないかというような問題点を診療側の方からお伺いしたこともございますが、いずれにしましても、新しい制度をどうやって進めていったらいいかということで、診療側も熱心だったと思いますし、また、それを、どういう問題があるかといったようなことをきちんと伺うのも中医協の場でございますので、その場において1号側からもいろいろな質問はされたと思います。そういう経緯をたどっておりますので、結論的に申し上げますと、今先生が御指摘あるいは御質問なされたような、審議過程で何らかの異様なことを感じたかということにつきましては、感じませんでした。」と答弁している。

#### (平井委員及び誉田委員の発言の検証結果)

平井委員及び誉田委員の平成11年度から平成15年度にかけての中医協総会及び診療報酬基本問題小委員会での発言について、議事録(速記録)を精査するとともに、前任委員による同期間内の発言について精査し、比較・検証を行った。

この期間の発言は、平井委員については中医協総会30回及び診療報酬基本問題小委員会26回、誉田委員については中医協総会24回であり、この発言すべてについて検証を行った。

検証の結果、平井委員及び誉田委員の発言は、前任委員との比較等においても、特に一時期から内容が変化するなど不自然な発言は認められなかった。

特に、日本歯科医師会としては、平成13年11月に日本歯科医師会会長名並びに平井委員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、「かかりつけ歯科医初診料」に係る要件の撤廃を要求しているにもかかわらず、中医協の議論においては平井委員及び誉田委員はそのような主張は行っておらず、あくまでも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。

### 3 中医協事務局職員等への調査

診療報酬点数表は、健康保険法に基づく厚生労働省告示として告示され、施行されているものであるが、この診療報酬の決定（改定）の際には、実質的にはこれが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、厚生労働大臣は、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いる。このため、実際には診療報酬の改定内容は、中医協において一つ一つ審議され、検討され、決定されている。今回、一部の診療側委員及びその推薦団体が、一部の支払側委員に対し、金品の授受による不正な働きかけをした、という容疑内容となっているが、これは、このように中医協の持つ強い決定権限が制度的な背景となっている。

しかし、決定手続をより詳細に見れば、診療報酬改定の内容は、中医協における検討項目の洗い出しの議論から始めて、事務局提出資料に基づく審議、審議の意見集約を経て、合意に沿った内容での厚生労働大臣からの諮問、中医協からの答申という手続を経て決定されるものであり、事務局も決定過程において資料提出や原案作成等、一定の関与をしているところである。したがって、事務局は、中医協の意思形成過程の一つの当事者であるとも言え、そのため、厚生労働省として、この事務局たる保険局医療課の幹部的職員（過去において勤務した者を含む。）及び同課を所管する幹部職員に対して、審議の過程において本件と同様の中医協委員又はその推薦団体からの不適切な働きかけがあったかどうか、それによって事務局としての判断や行動が影響を受けていなかったかどうかについて、徹底した内部調査を行ったところである。

#### （内部調査の結果）

具体的には、平成13年度から平成15年度まで、厚生労働省保険局医療課及び医政局歯科保健課に在籍した課長補佐以上の職員（28名）及び中医協の事務局たる医療課を指導する権限を有する保険局長及び同局担当審議官6名について、現在の幹部職員により、在職当時の状況について、ヒアリングを行った。また、調査の過程において、平成16年5月20日、中医協を巡る贈収賄容疑事件で逮捕・起訴された日本歯科医師会の前幹部が、吉田幸弘前衆議院議員に依頼し、平成13年から平成15年にかけて、当時の医政局歯科保健課及び保険局医療課の当時の幹部職員に対し、現金数十万円を数回渡した旨の新聞報道がなされた。さらに、同日、中医協委員であった譽田雄一郎及び平井泰征が医療課の担当者を複数回接待した、との新聞報道がなされた。これを受け、厚生労働省として、被聴取者全員に、報道された点も含めてヒアリングを行ったところである。

この結果、以下の3名を除いて、聴取対象となっただけの職員も、譽田元中医協委員及び平井元中医協委員若しくはその推薦団体である日本歯科医師会又は吉田前衆議院議員からの金品の授受や飲食の供与等の不適切な働きかけを受けていないことが確認さ

れたところである。

(調査対象期間に保険局医療課の歯科医療管理官であった職員)

ヒアリングの結果、平成11年8月31日から平成16年3月1日までの間、保険局医療課の歯科医療管理官であった職員が、吉田前衆議院議員から誘いを受け、都内の料理店等において、平成12年7月頃から平成15年12月にかけて計6回(昼間1回、夜間5回)にわたり、飲食の供与を受けるとともに、飲食の供与の際、議員に対するレクチャーに対する車代名目の謝礼などの認識の下、計5回にわたり、合計85万円の現金の贈与を受けていたことが認められた。

その際、当該職員に対し、吉田前衆議院議員からは、日本歯科医師会が診療報酬全体について理解不足なので、診療報酬全般について同会に対してよく説明するように依頼されたものであり、「かかりつけ歯科医初診料」を含めた歯科診療報酬についての個別具体的な依頼はなかったとのことであった。

また、当該職員は、平成12年7月頃から平成15年にかけて、計5回にわたり、日本歯科医師会推薦の元中医協委員と職務に関しての打合せの後、都内の料亭等において、飲食の供与を受けて共に飲食していたことが認められた。さらに、当該職員は、平成15年5月頃及び同年9月頃の計2回、日本歯科医師会専務理事から飲食の供与を受けていたことが認められた。当該職員は、接待に際し、金品の授受や個別具体的な依頼を受けたことはなく、また、「かかりつけ歯科医初診料」を含めた歯科診療報酬については公開の場における中医協の審議と合意が必要であることから、上記接待や現金の授受により、「かかりつけ歯科医初診料」の要件緩和に係る自らの行政判断に影響があったことはなかったとしている。

以上の事実に関し、当該職員については、国家公務員法及び国家公務員倫理規程に基づき、厳正な処分が行われたところである。

(調査対象期間に医政局歯科保健課の歯科保健課長であった職員)

ヒアリングの結果、平成13年1月6日から平成16年1月31日までの間、医政局歯科保健課の歯科保健課長であった職員が、平成14年1月から平成15年夏までの間にかけて、前衆議院議員からの誘いを受けて、計約10回(昼間5~7回、夜間4回)にわたり都内の料理店等において、飲食の供与を受けるとともに、レクチャーに対する謝礼との認識の下、計5回にわたり、現金計50万円の贈与を受けていたことが認められた。

当該職員に対し、吉田前衆議院議員からは、歯科保健行政に関する個別具体的な依頼はなく、同職員は、上記飲食代の負担により自らの行政判断に影響があったことはなかったとしている。

以上の事実に関し、当該職員については、国家公務員法及び国家公務員倫理規程に基づき、厳正な処分が行われたところである。

(調査対象期間に保険局医療課の課長補佐であった職員)

ヒアリングの結果、平成13年4月1日から現在に至るまでの間、保険局医療課の課長補佐である職員が、上司であった歯科医療管理官(当時)に同行して、計3回元中医協委員からの飲食の供与を受けていたことが認められた。

当該職員は、上記接待に際して、金品の授受や両委員からの職務に関する依頼はなく、接待を受けたことにより自らの行政判断に影響があったことはなかったとしている。

以上の事実に関し、当該職員については、厳正な処分が行われたところである。

(平成14年度改定における「かかりつけ歯科医初診料」の要件緩和及び平成16年度改定における「かかりつけ歯科医再診料」の単価の引上げに係る議論への影響の検証)

今回、中医協事務局職員等に内部調査を行った結果、上記のような事実が明らかになり、これに対する厳正な処分が行われたところであるが、このことが中医協事務局としての判断や行動に影響を与え、結果として中医協の意思決定がゆがめられていなかったかどうかという観点から、検証を行った。

具体的には、平成14年度改定における「かかりつけ歯科医初診料」の要件緩和及び平成16年度改定における「かかりつけ歯科医再診料」の単価の引上げに係る審議の経過における中医協事務局としての判断や行動が、上記のような事実により影響を受けていたかどうかについて、検証を行った。

今回、複数の職員が中医協元委員や吉田前衆議院議員から現金の授受及び飲食の供与を受けていたことが明らかになったが、いずれの職員も、これらの者から平成14年度改定における「かかりつけ歯科医初診料」の要件緩和及び平成16年度改定における「かかりつけ歯科医再診料」の単価の引上げについて、具体的な要請は受けていなかったとしており、職員としての判断や行動に影響を及ぼされたことはなかったとしているところである。

また、中医協事務局の対応については、平成14年度改定についてみれば、「かかりつけ歯科医初診料」の要件緩和の具体案の内部的検討は、平成13年3月14日の中医協診療報酬基本問題小委員会における議論の後、歯科担当者段階では4月17日から行われており、その後、4月18日に公表された日本歯科医師会によるアンケート調査集計結果（平成13年3月分調査）も踏まえつつ、7月に初めて保険局医療課内において内部検討が行われた後は、7月25日の中医協診療報酬基本問題小委員会における議論を踏まえ、中医協の事務局として、この議論に沿った形で要件緩和の具体案の内部的検討が進められ、平成14年1月末に具体案に係る資料が中医協総会に提出され、最終的に2月20日の諮問・答申に至っている。詳細については、1において検証したとおりであるが、このような事務局の対応は、一貫して中医協における審議の流れに沿った対応をとっているものと認められた。また、具体案の検討過程についても、日本歯科医師会によるアンケート調査集計結果や一般的な患者説明用の媒体の例を参考として検討を行っており、合理的な検討内容と認められた。

また、平成16年度改定についてみれば、平成15年3月12日の中医協診療報酬基本問題小委員会に提出された日本歯科医師会提出資料を踏まえ、中医協の事務局として、4月16日の小委員会においては検討課題として「かかりつけ歯科医機能を踏まえた評価」を掲げ、7月9日の小委員会においてもこれに沿った資料を提出して議論に供している。その後、10月22日の総会において初めて診療側委員より「かかりつけ歯科医再診料の評価」という具体的な要望が提出され、これを受けての11月5日の小委員会における議論を踏まえ、中医協の事務局として、これに沿った形で基本方針のたたき台を提示し、12月12日の総会において取りまとめられている。更に、平成16年に入り、1月21日の小委員会にこれまでの議論を踏まえた具体案を提示し、最終的に2月13日の諮問・答申に至っている。詳細については、1において検証したとおりであるが、このような事務局の対応は、一貫して中医協における審議の流れに沿った対応をとっているものと認められた。

したがって、今回複数の職員について明らかになった事実によって、平成14年度改定における「かかりつけ歯科医初診料」の要件緩和及び平成16年度改定における「かかりつけ歯科医再診料」の単価の引上げに係る政策決定過程がゆがめられたような事実はなく、適正な手続に沿った合理的な改定内容となっているものと認められた。

（ここまでの総括）

以上、ここまで、今回の中医協を巡る贈収賄容疑事件に係る診療報酬決定過程の事実関係の精査を行い、当該事件の被告の中医協における発言及び中医協事務局職員等への調査によって今回複数の職員について明らかになった事実が診療報酬決定過程に影響を及ぼしていたかどうかについて、検証を行ってきた。

下村委員及び加藤委員の発言については、後から振り返れば、一部に日本歯科医師会の主張に理解を示したものと受け止められなくもない発言も存在するが、平成12年度改定後、「かかりつけ歯科医初診料」の算定状況が伸びなかった状況下においては、この問題について何らかの形で整理・決着を図るのが合理的な流れであり、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。

日本歯科医師会の推薦委員である平井委員及び菅田委員の発言についても、前任委員との比較等においても、特に一時期から内容が変化するなど不自然な発言は認められなかった。

また、事務局の対応についても、一貫して中医協における審議の流れに沿った対応をとっているものと認められ、今回複数の職員について明らかになった事実によって、平成14年度改定における「かかりつけ歯科医初診料」の要件緩和及び平成16年度改定における「かかりつけ歯科医再診料」の単価の引上げに係る政策決定過程がゆがめられたような事実は認められなかった。

以上のように、平成14年度改定における「かかりつけ歯科医初診料」の要件緩和及び平成16年度改定における「かかりつけ歯科医再診料」の単価の引上げに係る政策決定過程については、中医協における審議は、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、支払側委員が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こと、事務局の行動も、中医協の事務局として、一貫して中医協における審議の流れに沿った対応をとっているものと認められていること、その内容についても、診療側及び支払側双方の意見を反映した内容となっていることが認められ、平成12年度改定後、「かかりつけ歯科医初診料」の算定状況が伸びなかった状況下においては、この問題について何らかの形で整理・決着を図るのが合理的な流れであることから、中医協における政策決定がゆがめられたものとは認められなかった。

#### 4 中医協の在り方に係る議論の整理

今回の事件については、中医協という組織全体の不正事件ではなく、起訴に係る被疑事実も個人の刑事事件として贈収賄容疑で公判請求されているものであるが、資料4-1及び資料4-2にあるように、事件発覚以来、新聞を始めとする各種報道、国会における審議等、この事件を通じて、あるいはこの事件の背景及び構造の問題として、中医協の運営の在り方も含め、中医協の在り方に様々な指摘がなされている。

中医協の在り方については、中医協自身における議論も含め、今後、幅広く本格的に議論が行われる必要があり、現時点で一定の方向性を取りまとめることはできない状況にあるが、これまでの各方面での議論等を踏まえ、本中間報告においては、現時点において可能な限り提示されている論点の整理を行ったものである。

中医協の在り方については、制度改正により、法律自体を変更しなければならない論点もあるが、運営の見直しとして関係者の合意が得られれば速やかに取り組むべき論点もあると思われることから、このような早急に取り組むべきもの、時間をかけて取り組むべきものの整理を行いつつ、今後、本中間報告をも議論の素材として、更に議論を積み重ねていき、合意が得られたものから対応を図っていくことが必要である。

##### (新聞論調の整理)

これまで新聞の社説や記事における中医協の見直しに関連する論点を整理すると、以下のとおりである。

各社の社説における主な論点(カッコ内は紙面の要点。以下同じ。)

- ・ 三者構成も含めた委員構成の見直し  
(三者構成の審議会は肝心な点は非公開の折衝で決まるケースが珍しくなく、そうした仕組みと無縁ではない。“労使交渉”の場から医療経営や看護などの専門家を加えた幅広い検討の場へ改組すべきではないか。医療制度に精通した委員が選ばれる仕組みに改めるべきではないか。中医協に患者代表を加えるべきではないか。安易に官僚OBに頼るのではなく、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ことが必要ではないか。)
- ・ 透明性の確保  
(公正であるべき医療費の配分をカネでねじ曲げることは断じて許されない。年間30兆円を超える医療費の配分は公正かつ透明でなければならない。議論の中身や論点、意味などについてホームページなどを通じ分かりやすく国民に説明すべきではないか。診療報酬の決定に不当な政治介入をさせない、透明性が確保できる仕組みを早急に作

ることが必要ではないか。)

#### 社説以外の記事における新聞論調

- ・ 透明性の向上  
(公開審議は建前の議論であり、現実の交渉は非公開で行うことが慣例化している。なぜその価格になるかという科学的分析は公表されない。診療科目ごとの報酬額など、裏交渉で相場が決まることは珍しくない。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る。なれ合い体質がわいる攻勢のつけ入るすきを与えたとの指摘は根強い。)
- ・ 委員の任期の制限  
(任期2年の中医協委員を5期重ねた下村元委員の長い在任期間を、問題視する声がある。一人の発言力が突出していたといわれる。)
- ・ 診療報酬体系  
(専門家しか理解できない診療報酬の複雑さも透明化を妨げている。)

#### (国会質疑における論点)

4月15日 参議院厚生労働委員会における主な論点

(中医協の見直しに係る指摘に限る。以下同じ。)

- ・ 委員構成の見直し  
(三者構成で成り立っているが、一番大事な患者の声が反映されない。)
- ・ 透明性の確保  
(どういう形で決まっているのか、決まり方が不透明である。)

4月16日 衆議院厚生労働委員会における主な論点

- ・ 委員の任期の制限  
(長い任期が問題ではないか。)
- ・ 委員構成の見直し  
(利害関係だけの場にしてはいけないのではないか。公益委員の増員、医業経営者、コメディカル等の追加等を行うべきではないか。)

4月20日 衆議院厚生労働委員会における主な論点

- ・ 委員の任期の制限、官庁OBへの委員委嘱の見直し

(厚生労働省OBが長期に在任していたことが問題ではないか。中医協委員に役人OBがなったことと関係はないのか。)

- ・ わかりやすい診療報酬体系

(診療報酬がテクニカルで分かりづらいので、知識経験のある一部の委員に権限や発言権が集中したのではないか。)

- ・ 委員構成の見直し

(公益委員の数、患者代表、パラメディカルの代表の参加等はどうか。)

- ・ 公務員としての倫理性の確保

(公務員としての意識が薄かったが、公務員の倫理性をどう保つか。中医協の仕組みにペナルティーを持たせられないか。)

- ・ 透明性の確保

(個々の点数にコスト等の客観的な根拠が必要ではないか。データベースを作って透明性を高めてはどうか。診療報酬改定後、事後的決算的関与を国会が関与できないか。)

#### 4月26日 参議院決算委員会における主な論点

- ・ 委員構成の見直し

(委員の構成と数のバランスを見直すべきではないか。検査機器業界から意見を聞く機会を作るべきではないか。ユーザー、患者の意見が反映し切れていないのではないではないか。公益代表委員の増員をしてはどうか。患者代表を入れてはどうか。市民代表を入れれば場外談合ができにくくなるのではないか。厚生労働省OBを入れないようにしてはどうか。)

- ・ 透明性の確保

(民間調査会社、コンサルティング会社等民間のパブリックコメントが入る仕組みへ見直すべきではないか。)

- ・ 事後評価の導入

(事後評価を専門家等が中心になって行うべきではないか。)

(論点の整理)

事件が発覚して以来、これまで提示されている主な論点は、以上のとおりである。これを大まかに整理すれば、中医協の運営に係る論点、中医協の委員に係る論点、その他診療報酬の分かりづらさ等に係る論点、の3つに整理できる。

厚生労働省としては、以上のような整理を前提に、6月9日の中医協全員懇談会に、

以下の内容の事務局資料を提出した。

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

〔審議方法等について〕

公開が前提の協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と。審議の透明性が確保されていないのではないかと。

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〕

委員に患者や看護師の代表、病院経営者の代表を迎えるなどして、幅広い視点で論議できるようにすべき。

利害が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、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行くべき。

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促すような対策をとるべき。

〔その他〕

中医協の論議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。

（中医協の見直しに関する今後の議論について）

今回の事件は、中医協を巡る贈収賄容疑事件が起きるといふ、国民の医療保険制度に対する信頼を揺るがしかねない、中医協の歴史上かつてない重大な事件であり、厚生労働省としても極めて重く受け止めているところである。

この深刻な事態に際して、厚生労働省としては、国民皆保険制度を我が国社会保障の柱として堅持していくためには、国民の信頼を再び得られるよう、関係者とともにあらゆる側面から検討し、事件の背景や構造は何なのか、今後どのような対応をとっていくべきなのか、中医協自体の運営の見直しも含めた見直しについてどう考えていくべきか、今後、中医協等において、幅広く議論をしていただくこととしている。

今後、上記の論点に沿った議論が必要となるものと考えられるが、見直しの議論を進めるに当たっては、大きく分けて、2つの留意点があると考えられる。

(1) 中医協の見直しについては、当面速やかに取り組むべき改革と幅広く制度の在り方について議論を進めていくべき改革とがあること

本年6月9日に開催された中医協全員懇談会における星野中医協会長の発言にあるように、今回の事件については、その原因がはたして個人にあるのか団体にあるのか、中医協そのものが制度疲労を起こしているのかを良く見極める必要がある。その上で、中医協の問題について改革を検討するに際しては、当面速やかに取り組むべき改革と幅広く制度の在り方について議論を進めていくべき改革と、2つに大きく分かれることに留意が必要である。

当面速やかに取り組むべき改革は、中医協として取り組むことのできる運営の在り方についての改革であり、これについては、中医協で議論いただき、合意が得られ次第、直ちに組み込んでいく必要があるものと考えられる。

一方、制度そのものの見直しについては、法改正が必要となること、また、中医協での議論にとどまらず、幅広い議論が必要となることから、次期医療制度改革をも念頭に置きつつ、幅広く制度の在り方について議論を進めていくことが必要になるものと考えられる。

(2) 中医協の現状について正確な認識が必要であること

中医協の運営・審議については、これまでも数限りなく議論し、見直しを行い、特に近年、透明性や専門性を確保するため、格段の努力が行われてきたところである。しかし、このような矢先に今回の事件が起こり、これを契機として、重要事項が密室で決められているような印象を結果的に広く与えてしまったことについては、極めて残念なことである。これまでの透明性や専門性を確保するための中医協の取組について、広く認識をしていただく努力を行いつつ、更なる改革を進めることが必要である。

今後の議論は、中医協の今後の在り方にとって極めて大きな影響を与えかねないことから、議論に当たっては、各項目ごとに、以下のような点にも留意しつつ議論を行うことが望まれる。

「公開が前提の協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か。」との論点について

中医協の審議における透明性の確保については、これまでも、かつては非公開の審議

が中心であったものを、平成9年9月から審議を公開することとしたり、平成12年度からは、薬価算定ルールなど価格設定ルールの明確化・文書化を行ったりするなどの取組みを進めてきたところである。

一方、中医協として非公開で協議を行う場合としては、診療側・支払側の意見の隔たりが大きい場合、公益委員が各側を別個に呼び込む場合や、答申書の取りまとめ等、中医協として意見書をまとめる際に、公益委員原案を各側に提示し、意見を求める場合などが挙げられる。

以上のような審議は、三者構成の下での合意形成過程として必要なものであり、公益委員と各側との話し合い・調停の場であって、各種調停手続と類似の仕組みであり、診療側、支払側が非公式に直接意見調整を行うことはないので、公正な方法であると考えられる。

しかし、これについては、協議過程が見えないという批判もあることから、どのような見直しが可能か検討が必要である。自由なやりとりを行うために非公式・非公開で協議する必要はあるが、例えば、協議の経過について公益委員から公開の場で報告することを含め、協議の在り方について検討をしてはどうか。

また、これとは別に、公開の場での議論についても、中医協の議論の過程が外から見ても分かりにくい、あるいは、このこととあいまって不透明である印象を与えているという指摘がある。

このような指摘が出される背景としては、年末の予算編成で改定率が設定されてから諮問・答申を得るまでの期間が1～2ヶ月に限定されており、短期集中的審議が求められることがあるとも考えられる。このような事情を背景として、現状では、事務局が診療報酬改定の原案を作り、各側委員に対して事前説明を行う形で審議が進められ、公開の場での議論の時間が必ずしも多くない方式となっていることや、さらに、最終的な改定案が諮問の形で出され、極めて短期間で答申されるという方式となっていることも、十分な審議と検証を経ているにもかかわらず、結果として不透明感を持たれる一因になっているとも考えられる。このような点を背景とした不透明感を解消し、更に徹底した透明な手続としていくためには、具体的にどのように取り組んでいくべきか、審議の在り方について検討を行ってはどうか。

「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。」との論点について

中医協の審議においては、近年、根拠（エビデンス）に基づく議論が多く行われてきており、特に昨年には中医協の審議に資するためそれぞれ専門的な立場から調査を実施する「診療報酬調査専門組織」を設置し、データの収集に今年度から本格的に着手しているところである。

現在、この調査専門組織は医療技術の評価、慢性期入院医療の評価、DPC（急性期医療に係る診断群分類別包括評価）の評価及び医療機関のコスト調査に係る4つの分科会に分かれて議論を始めており、今年の改定でも新規保険導入すべき新しい技術について医療技術分科会での議論に基づき中医協がそれを決定する、という手続を踏んでいるところである。なお、調査専門組織の委員は非常勤の国家公務員として発令されているとともに、この診療報酬調査専門組織における議論は、全て公開で行われ、審議の公正性・透明性を確保しているところである。

今後、中医協審議の透明化のためには、中医協審議のための専門家による調査分析はさらに重要性が高まるものと考えられることから、公正性の一層の担保のため、倫理性の確保のための必要な措置を含め、その在り方について検討を行いつつ、調査専門組織の更なる活用を図ってはどうか。

「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。」との論点について

現在、中医協において、改定結果については、医療費の動向が報告されるとともに、求めに応じて、関係データが提出されて議論が行われてきているところである。また、改定結果の検証には実績データが必要となることから、調査専門組織を中心に調査が行われつつあるところである。

例えば、中医協の中で、公益委員が中心となって新たな検証を行うための場を設定し、診療報酬調査専門組織等の専門家の参加を得ることも含め、検証のための体制の在り方について検討を行ってはどうか。

「委員に患者や看護師の代表、病院経営者の代表を迎えるなどして、幅広い視点で論議できるようにすべき。」

「利害が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、決定方式の見直しを行うべき。」との論点について

中医協の委員（定数）は、公益4人、支払側8人及び診療側8人の合計20人であること、及びこれに加えて、10人以内の「専門委員」を置くことができることが法律上定められている。

中医協の委員構成については、病院関係者、看護関係者等の参加を求める声があるが、現状としては、この法律の規定を踏まえ、医師を代表する5名の診療側委員のうち、平成11年5月から1名は全日本病院協会の関係者であり、また、昨年12月から専門委員として大臣の任命により看護の専門家（日本看護協会専務理事）に参加していただいているところである。

しかし、看護関係者等の中医協委員への参加問題については、現行法上、委員の人数や要件、推薦の仕組み等が法定されているため法改正が必要となるが、このためには、制度全体の考え方の再整理等にもつながる基本的な論議が必要となることに留意が必要である。

現在、中医協が三者構成をとっている理由は、診療報酬点数表は、健康保険法に基づく厚生労働省告示として告示され、施行されているものであるが、この診療報酬の決定（改定）が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、厚生労働大臣は、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、このような契約両当事者の協議の場であることを担保するため、審議会組織としては三者構成の組織としているものである。

中医協の審議事項は、診療報酬点数表のみならず、保険医や保険医療機関等が保険診療を担当する際の基準の決定や、特定療養費に関する個別事項にも及んでいるが、これも、保険者と療養担当者との公法上の契約の内容に関する基準であることと考えられる。

したがって、三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。

この三者構成の在り方について議論するには、この中医協の位置付け、三者構成の持つ意味について十分留意した議論が必要である。

「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行くべき。」という論点について

現在、中医協委員については、法律において関係団体の推薦を得なければならないことが規定されている。したがって、委員任命は形式としては厚生労働大臣の権限であるものの、現在の法律を前提にすれば、今回の事件を契機として、まず推薦団体において委員の適性についてどう考えるかが、真剣に問われることとなる。

この点は中医協会長から関係団体に対して改革案が問われているところであり、今回の事件に関与した委員の推薦団体において、現在検討が進められ、中医協に対して改革案が報告されることとなっていると承知している。

「委員の在任期間に上限を設けるべき。」という論点について

現在、中医協の任期は1期が2年であり、また、各種審議会等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されている。

例えば、ごく少数の長い在任期間を持つ委員により、他の委員にまさる診療報酬に関する知識経験を通じて、事実上各側の意見が決定されることのないよう、現状よりもさ

らに任期を制限することなど、任期の見直しを検討してはどうか。

「委員に対して公務員であるという自覚を強力に促すような対策をとるべき。」  
という論点について

現状としては、これまで、中医協の新委員に対して概要説明を行う際に、公務員法上の禁止規定等を説明するようなことはされていなかった。

例えば、今後、新委員には就任の際に関係法規を資料として提示し、説明を行うことをルール化することは当然のこととして、中医協が医療費の配分に係る権限を有していることから、委員には他の審議会以上の高い倫理性が求められることを踏まえ、倫理規程等の制定を含め、倫理性の確保のための方策について検討してはどうか。

「中医協の論議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。」という論点について

現状は、中医協自体の審議は公開であるが、その議事録については概要を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ない。

今後、議事の公開の在り方の検討を行うとともに、国民への分かりやすい説明の手段として、ホームページの活用による情報提供の充実について検討してはどうか。

また、国民への説明手段の検討のみならず、30兆円を超える医療費に係る診療報酬を決定する審議会として、国民への説明責任を果たすためには、前出の論点でも触れたところであるが、国民から不透明感を抱かれることのないよう、中医協の審議そのものの透明性の確保について、前出のような課題を念頭に置きつつ、必要な検討を進めることが必要と考えられる。

さらに、国民に対する診療報酬の分かりにくさの解消を図ることに加え、2年ごとに行われている診療報酬の改定が複雑な体系変更を繰り返し、結果として複雑化を一層進めてきたのではないかと、という指摘があることにかんがみ、また、恣意的な判断や考慮が加えられる余地が少ない簡明で合理的な体系となるよう、現在の診療報酬体系そのものを分かりやすい合理的なものに変えていく努力が、以前にも増して求められている。現在、平成15年3月の診療報酬体系見直しの基本方針に沿って、診療報酬の評価に係る基準・尺度の明確化を図るため、医療技術について、難易度、時間、技術力等を踏まえた評価を進めるとともに、入院医療について、医療機関のコストと機能を適切に反映した包括評価を進めるなど、今後の医療保険制度改革の動向を踏まえつつ、診療報酬体系の見直しを進めているところであるが、今回の事件を教訓として診療報酬体系の見直しを一層推進していくことが必要であると考えている。

( 中医協の事務局の在り方の見直し )

今回、新たに職員の不祥事が明らかになり、本来中立公平であるべき事務局の中立性に大きな疑問が投げかけられたことは、今後の中医協の適切な運営を図っていく上で、信頼性に大きな傷を与えた、中医協史上例のない、重大かつ深刻な事件であると言わざるを得ない。この事態を重く受け止め、信頼回復のため、今後二度とこのようなことが起きないように、断固たる措置を早急に講じていかなければならない。

今回の事件は、関係者に幅広く金品を用いて働きかけた日本歯科医師会の活動をその発端としたものであるが、これを受け入れた個人の責任はまず厳しく問われなければならない。しかし、これと同時に、再発防止という観点からは、その事件が起きた背景にさかのぼり、検証と検討を行うことが必要である。

今回の問題が起きた背景としては、事務局である保険局医療課においては、診療報酬の各分野における専門的知識が求められることから、それぞれの専門職種が当該専門に係る分野を担当し、必ずしも事務局内における専門分野間の相互チェックが明確に働いていたとは言い切れないこと、専門職種の担当者が比較的長い期間同一ポストで担当を続けていた例があったこと、中医協事務局として日常的に関係団体と接する中で公務員倫理に関する認識が希薄になっていたのではなかったかと推測されること、等があったのではないかと考えられる。

このような背景を検証し、どのような改善策がありうるか、早急に検討を行い、速やかに是正のため必要な措置を講じることが求められる。