

## 医療制度改革の評価と課題：利用者本位の医療サービスの視座から

西田，和弘  
鹿児島大学法文学部助教授

<https://doi.org/10.15017/2247>

---

出版情報：法政研究. 68 (1), pp.341-365, 2001-07-09. 九州大学法政学会  
バージョン：  
権利関係：

# 医療制度改革の評価と課題

——利用者本位の医療サービスの視座から——

西田 和弘

## 目次

- 一 はじめに
- 二 二〇〇〇（平成一二）年度診療報酬改定とその評価
- 三 第四次医療法改正と改正点の評価
- 四 むすびにかえて

河野正輝教授の還暦祝賀にあたって、執筆の機会をいただき、受けた学恩のほんの一部をお返しできればと思う。また、既に退官され、西南学院大学にお移りになられた菊池高志先生も還暦を迎えられる。菊池先生にもご迷惑のかけ通しだった。拙文ではあるが、本稿を河野先生はもちろん、菊池先生の還暦お祝いとしても捧げたい。

## 一 はじめに

わが国の社会保障制度は、大きな変革の時期を迎えている。平成八年に示された「社会保障構造改革」により、介護保険制度の創設、医療・年金・社会福祉の改革に順次着手することとなった。改革の基本的方向として、①国民経済と調和しつつ、社会保障に対する国民の需要に適切に対応すること、②個人の自立を支援する利用者本位の仕組みを重視すること、③公私の適切な役割分担と民活促進が示され、相次ぐ法改正により、年金や社会福祉については、ともあれ一応の改革がなされた<sup>1)</sup>。ところが、医療については、当初二〇〇〇年度を目途に抜本的な改革を行う予定であったにもかかわらず、利害関係者の調整がうまくいかず、現時点では部分的改革にとどまっている。医療保険制度を中心とする抜本改革は、二〇〇二年度の予定という事態に陥っている。

本稿は、二〇〇二年度の抜本改革に向けて改善されるべき論点を明確にするために、近時の医療制度改革の評価を中心に展開する。その際、特に「利用者主体の医療サービス」という観点から「情報」「質」をキーワードに考察することとしたい。なぜなら、二〇〇二年度抜本改革にむけた議論の素材として公表された「医療制度改革の課題と視点」(厚生労働省高齢者医療制度改革推進本部、二〇〇一年三月。以下、「課題と視点」)において、医療制度改革の目指すべき方向として、①利用者の視点に立った効率的で、安心かつ質の高い医療の提供、②健康寿命を延ばし、生活の質を高める保健医療サービスの提供、③国民に信頼される持続可能な安定的な医療保険制度の構築が示されながら、最近の政策論争は、とかく医療保険の負担・給付、財源論に傾斜しがちだからである。利用者主体なканずく医療サービス受給者の権利、あるいはコストにかかわらず保障されるべきサービスの質といった視点が軽視されがちであるように思われる。制度維持のための財源論あるいはコスト論は、もちろん不可欠であるが、とらわれすぎると、医療保障制度自体をゆがめかねない。

なお、二〇〇一年度日本社会保障法学会は、河野教授を担当理事とし、医療制度改革をテーマにシンポジウムを開催することになっている。筆者も報告者の一人であり、本稿は学会報告に向けての準備作業という側面も持っている。

(1) 年金制度については、一九九七年に厚生省年金局により提示された五つの選択肢をたたき台に、第一四七通常国会において国民年金法等一部改正法が可決・成立し、二〇〇〇年三月三十一日に公布された。社会福祉については、二〇〇〇年四月の介護保険制度実施のみならず、同年六月に社会福祉事業法等改正法が制定され、二〇〇三年にかけて段階的に施行されている。当面これら対応可能としても、個別給付ごとの改革は限界に近く、社会保障給付全体を見据えた総合的改革が不可避であろう。

## 二 二〇〇〇（平成一二）年度診療報酬改定とその評価

### (1) 抜本改革の目指すもの

現在実施（あるいは実施されようとしている）医療制度に関する改革を、どの時点から検討するかは難しい問題である。医療保険制度のみならず、広く医療分野での明確な方針提示は、平成一二年一月三十一日に厚生省が、医療保険福祉審議会・運営部に提出した「医療制度抜本改革の進め方について」（以下、「進め方」）によりなされたといえる。

「進め方」は、急速な高齢化などによる医療費の増加を避けるため、必要な医療を効率的に提供するとともに、給付と負担を時代にあった適正なものとするなどの改革が必要と説く。そのため、I 薬価制度の見直し、II 診療報酬体系の見直し、III 高齢者医療制度の見直し、IV 医療提供体制の検討等が必要であった。個別論点については（例

例えばⅠやⅣなど）、平成一二年には既に方針がとりまとめられていたが、少子・高齢化社会に対応できる医療制度を総体として構築しようとする方針を示した「進め方」は、後述の診療報酬改定や第四次医療法改正等の出発点となっているのである。

そのうち、医療情報に係わる検討項目としては、Ⅱにおける、医療に係る情報提供の推進（診療録管理体制の評価、診療費用等に係る情報提供、薬剤に関する適正な情報提供推進）Ⅳの医療における情報提供の推進（広告規制の緩和）、その他医療保険証被保険者証の個人カード化が挙げられ、その方向で改革されている。

平成一二年一〇月の社会保障構造の在り方について考える有識者会議報告書「二十一世紀に向けての社会保障」においても、医療固有の論点として、高齢者医療の見直し、効率的で良質な医療の確保が挙げられ、後者については、「国民が良質で安心できる医療を受けられるためには、医師と患者との信頼関係が確立されるとともに、国民が医療に関する情報を得ることができるようになっていくことが求められる。このような観点から、カルテやレセプトなどの医療情報の開示、医療機関の第三者評価などを一層進めるとともに、ITなども活用しながら、科学的根拠に基づいた医療を確立していく」べきであると指摘する。

## (2) 二〇〇〇（平成一二）年度診療報酬改定

ここでは、当該診療報酬改定を患者への情報提供の視点から概観、評価する。なぜなら、患者主体の医療が実現されるには、前掲諸文書が示すように情報提供が不可欠であり、その推進に診療報酬による金銭的（経済的）誘導が用いられているからである。ただし、網羅的には展開せず、注目すべき点に絞る。

当該改定のキーワードは、機能分化、医療の質の向上、医療提供の効率化、情報提供、包括払といえる。表1（後

掲）のように、入院基本料の創設とその中の入院診療計画未実施減算（三五〇点）が導入されたこと、診療録管理体制加算、薬剤情報提供の報酬アップ、医療機関間の情報連携の評価など、医療情報の提供に関してより積極的な評価がなされている。

特にこのうち入院診療計画減算は、以前平成九年改定で加算の対象として創設されたもので、「新看護料または基本看護料を算定する看護を行う保険医療機関において、入院中の患者に対して、入院の際に、医師、看護婦等が共同して診療計画を策定し、病名、症状、検査内容、手術内容、入院期間等について文書による説明を行った場合は、当該入院中一回に限り、所定点数に三五〇点を加算する」というものだった。これが加算ではなく、減算ということになったわけだが、ここに大きな意味がある。

つまりこれまで入院時にきちんと説明した場合は優れているので加算という発想だったが、今年度からは、入院患者にきちんと説明もしていないような医療機関はサービスの質の低いところだから減算という発想に転換したということである。入院医療の場面で医療サービスのスタンダードの中に患者への情報提供が組み込まれたと評価できる。

また、診療録管理体制加算も情報開示に耐えうる管理体制の評価という面で、今後の診療情報開示を推進する一つのきっかけになるといえる。一入院につき三〇点というわずかな加算ではあるが、診療録管理の質を全国レベルで高めていくための「画期的な第一歩」であるとの評価ができる。

当該加算に関する基準は、以下の通りである。

- ① 診療記録（過去五年間の診療録並びに過去三年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。
- ② 中央病歴管理室が設置されていること。
- ③ 診療録管理部門又は診療記録管理委員会の設置されていること。
- ④ 診療記録の保管・管理のための規定が明文文化されていること。

- ⑤ 一名以上の専任の診療録管理者が配置されていること。
- ⑥ 保管・管理された診療記録が疾病別に検索・抽出できること。
- ⑦ 入院患者についての疾病統計には、ICD大分類程度以上の疾病分類がなされていること。
- ⑧ 全診療科において退院時要約が全患者について作成されていること。
- ⑨ 患者に対し診療情報の提供が現に行われていること。なお、この場合、日本医師会が作成した「診療情報の提供に関する指針」を参考にすること。

しかし、加算の施設基準がそれほど困難な内容ではないにもかかわらず、加算の取得を届け出た病院は八月末の時点で五八八施設にとどまっており、多くの病院で資料記録の管理体制が整っていない現状のようである。<sup>(2)</sup>

以上のように「進め方」II診療報酬体系の見直しにおける、医療に係る情報提供の推進（診療録管理体制の評価、診療費用等に係る情報提供、薬剤に関する適正な情報提供推進）については、一応の改革がなされた。ただし、診療報酬による金銭的評価がなされたことで、ただちに患者がそのサービス基準を求めることができるとはいえない。あくまでも医療機関がそれを実施した場合に利益を受ける程度に過ぎず、診療報酬のみでは患者が医療機関に対し請求しうる権利内容として構成できない。告示である診療報酬は、保健医療における公法上の委任契約の契約基準であり、患者・医療機関間に法的拘束力をもたらしものではないと解されるからである。<sup>(3)</sup>

表1 「平成二二年度診療報酬改定における医療情報関連項目」(一部)

1 患者への情報提供

- (1) 医師・患者関係

イ 入院基本料の新設

入院環境料、看護料、入院時医学管理料等を統合、簡素化し、基本的な入院医療の体制を総合的に評価する入院基本料を新設する。入院診療計画未実施減算（三五〇点（入院初日））、院内感染防止対策未実施減算（一日五点減算）が導入され、診療録管理体制加算が新設された。

ロ 診療録

診療録管理責任者等を配置するなど一定水準以上の診療録の管理体制を確保し、かつ、現に患者に対し診療情報の提供が行われている医療機関を評価するため、

診療録管理体制加算（入院基本料）を新設（三〇点（入院初日））

(2) 薬剤

医科

薬剤情報提供料が七点から一〇点へ

薬剤管理指導料が月二回四八〇点の算定から週一回三五〇点の算定へ

退院時服薬指導加算が新設（五〇点）

調剤

薬剤使用の適正化策の拡大と薬剤関連技術の適正評価として、薬剤に関する情報の患者に対する提供を推進するた  
め、

薬剤情報提供料一（手帳に記載）を新設（受付ごとに一五点）

薬剤情報提供料二（文書による提供のみ）を新設（月一回一〇点）

2 医療機関間情報提供

紹介患者加算や診療情報提供料



## 逆紹介加算新設

- (1) もちろん、医療情報の開示は診療報酬による誘導にとどまらない。本稿末に最近の医療情報をめぐる動きを年表としてまとめているので、ご参照願いたい。
- (2) 「潮流今後の診療録のあり方を探る」社会保険旬報二〇七六号二六頁参照。
- (3) 芝池義一 一九九九『行政法総論講義』（第三版増補）有斐閣一四一―一五頁参照。

## 三 第四次医療法改正と改正点の評価

第四次医療法改正及び健康保険法等改正法は、いずれも本来は、介護保険制度の施行及び平成一二年診療報酬改訂とともに施行される予定で第一四七通常国会に提出されていた。しかし、衆議院の解散に伴い、両改正案は廃案となり、介護保険法の施行と診療報酬改定が先行するという事態となった。平成一二年九月臨時国会に両改正案は再提出され、一月三〇日に成立した（平成一二年二月六日公布、平成一三年三月一日一部施行）

本章では、当該医療法改正の内容を概観し、「情報」「質」という観点で特色ある部分をピックアップして検討する。

(1) 供給体制に関する事項

・病床を一般病床と療養病床に区分（七条二項）

これにより、わが国の医療法上の病床区分は、精神、結核、感染症、一般、療養の五区分になる。一般・療養の選択は二年半以内に医療機関が選択することになる。

・人員配置・設備構造基準の見直し（経過措置あり）

看護職員の配置基準を従来の四対一から三対一とする。設備構造基準を引き上げるという内容である。診療報酬上の評価と相まって医療サービスの質の向上を目指すものといえる。

・都道府県知事の増員命令権・業務停止命令権（二三条の二）

ここでは、特にこの点を取りあげる。なぜなら、医療法標準を欠くと、患者のサービス受給権に基づき請求しうるサービス内容を充足できないはずである。にもかかわらず、医療監視といった従来型手法が十分には機能してこなかった。本規定には、その補完的機能が期待でき、質保障に寄与しうる可能性があるからである（運用次第だが）。

改正医療法二三条の二は「都道府県知事は：厚生労働省令で定める基準に照らして著しく不十分であり、かつ、適正な医療の提供に著しい支障が生ずる場合として厚生労働省令で定める場合に該当するときは、その開設者に対し、期限を定めて、その人員の増員を命じ、又は期間を定めて、その業務の全部又は一部の停止を命ずることができる。」とする。ここにいう厚生労働省令に定める場合とは、施行規則二二条の四の二に「医師、歯科医師、看護婦その他の従業者の員数が第十九条又は第二十一条の二に規定する員数の標準の二分の一以下である状態が二年を超えて継続している場合であつて、都道府県医療審議会が法第二三条の二の規定により都道府県知事が措置を採ることが適当であると認める場合とする」とされている。要するに、医療法で定める人員配置基準に比べ著しく少なく、適正な医療の提供に支障が生

ずる可能性のある場合にこの権限が行使されることになる。

従来、医療法の定める基準に反すると思われるような場合、都道府県知事は、施設の使用制限・禁止・修繕若しくは改築命令（旧二四条）、開設許可の取消・閉鎖命令（旧二九条）、都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長は、報告の徴収・立ち入り検査権限（医療監視員による医療監視二五条）が認められていた。平成一〇年度の医療監視の状況を見ると、看護婦配置基準の遵守率は九七・九％、医師では六四・四％であった。

本改正による二三条の二は、設備、人員すら恒常的に満たすことができない医療機関は、医療の質が低いものとして、淘汰されるべきであると理解できる。ただ、基準論からみると問題がある。つまり、医療法に定める基準は、開設許可に必要とされる最低基準であるにもかかわらず、既開設施設がその基準を満たせなくなったからと言って、即時に開設許可を取り消すわけではない。また、当該権限は二分の一以下が二年間継続したときに、初めて行使が考慮されるもので、その間患者は劣悪な療養環境のもとでの療養を余儀なくされる。結果として、最低基準であるはずの医療法基準は、単に標準であつて、二分の一以下が二年間継続される時点で最低基準を下回っているか否かの判断がなされることになる。このことは、サービスの質の確保・向上という方向性を十分に踏まえたものとはいえず、開設許可要件と業務停止命令権行使基準との整合性の観点から、改善が求められよう。

そのほか、医療計画の基準病床算定方式も変更されたが、割愛する。

## (2) 臨床研修

平成一六年から医師の臨床研修が必修化される。このことは、医療サービスの質を高め、国民が安心して医療を受けることができるようにするために必要不可欠である。

現行の臨床研修制度は、戦後設けられたインターン制度の欠陥を改善するために、昭和四三（一九六八）年の医師法改正により創設された。しかし、現行臨床研修制度は、研修が努力義務であり、研修内容が不十分であるという問題を抱えていた。<sup>(1)</sup>

建前上、医師として日常遭遇する疾患についての診療に必要な知識と技能の多くは、卒前の臨床教育（技能についてはとくに臨床実習）で習得するので、その結果を医師国家試験で判定し、これに合格して免許を取得すれば診療に従事する医師として必要な知識・技能を有することになるとして、一応の医師たる資格が認められる。さらに教育・研修に関する高い機能を有する病院において、適切な指導責任者の下に、卒前の臨床教育で得た幅広い知識及び技能を基礎に、診療に関する知識及び技能を実地に錬磨するとともに、医師としての資質の向上を図ることが卒後臨床研修の目的とされている。<sup>(2)</sup>しかし、近年の医学の進歩にともない医学生が学ぶべき事項は増大し、高度化しているため、卒前教育で診療に必要な知識と技能を修得することは困難である。さらに平成三年五月の臨床実習検討委員会において、「臨床実習で医学生に許容される医行為は、一定の条件下で侵襲性のそれほど高くないものに限られ、その意義は単に技術の修得を目的とするものではなく、医師としての自覚を養うことが重要である」<sup>(3)</sup>とされていることから、卒前教育で独立して診療できる医師としての資質を備えうるとはいえない。卒前教育が現代医療の水準に対応できず、不十分なゆえに実態としては臨床研修が基礎教育になっている。つまり、卒前教育が医師の基本的資質を養い、卒後臨床研修がその資質の向上という位置付けは医療の高度化により変化し、実際は、臨床研修が基本的診療能力を修得させる役割を持つようになっているのである。

そういうわけで、現在医師の自発的努力とされている臨床研修<sup>(4)</sup>の抜本的な改善が必要とされてきた。卒前教育に制約があるので、医療の質の向上のためには臨床研修が基本的かつ不可欠のもので、さらに生涯教育がその後の資質の向上のために確立されることが必要であった。

もちろん、研修内容が適正であることも要求される。平成六年四月末現在で、すべての臨床研修指定病院が研修プログラムを作成しており、大学付属病院については約半数が研修プログラムを作成していた。<sup>(5)</sup>しかし、研修方式については、内科系または外科系の両者の診療科について各々一以上の科の研修を実施するローテイト方式による研修が普及しつつあるが、いまだ十分ではなく、ストレート方式が取られているところが多い。多くの検討課題はあるものの、臨床研修の位置付けの再検討、制度化、内容の充実等がわが国医療の質の向上には欠かせない要素であったのである。<sup>(6)</sup>

そうすると、今回の臨床研修必修化は当然の帰結といえるが、ただ、研修のあり方・内容・研修医の待遇という諸課題にまだ具体的策が示されていない。<sup>(7)</sup>

同時に、自然科学としての医療に傾倒した現在のカリキュラム編成を見直し、社会科学としての側面にもう少し焦点をあてる必要があると思われる。医療の質を高め、患者主体の医療を行っていくためには、例えば、これまで行われてこなかった医学教育における医師のコミュニケーションスキルを高める授業や、医療従事者及び患者が容易に理解できるカルテの書き方に関する授業等をカリキュラムの中に組み込み、医師たる者に求められる条件として考えていく必要がある、すでに一部の大学では行われている。

### (3) 情報提供

第四次医療法改正により、患者への医療に関する情報提供の一環として、広告規制の緩和（六九条一項）も行われた。表2のように、改正法及び告示（「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告することができる事項」（平成一三年厚生労働省告示第一九号）により、広告できる事項が追加された。

このことは、自主的に情報を開示させる方向での情報開示推進方策として位置づけることができる。これまで、医業

広告制限の立法趣旨は、誇大虚偽広告による弊害除去と医師の品位保持のためと説明されてきた。<sup>(8)</sup>前者については、罰則も含めた厳正な対処が必要であり、立法趣旨としての妥当性を有する。しかし、「聖職」的発想の後者については、医療者側の視点での立法趣旨であり、現代においてはもはや時代錯誤的であると言わざるを得ない。患者の立場に立つて、広告規制を見直せば、医療機関選択のための情報は積極的に発信を許容すべきものである。ただ、もちろん前者との関連で、内容が客観的で、確認しうる事項に限る必要があるかもしれない。

表2 「追加された広告可能事項」

診療録その他の診療に関する諸記録に係る情報提供（六九条一項九号）

以下、告示による追加

指定居宅サービス事業者又は指定介護療養型施設である旨

財団法人日本医療機能評価機構が行う医療機能評価の結果

訪問看護に関する事項

健康診査の実施

保健指導又は健康相談の実施

予防接種の実施

薬事法第二条第七項に規定する治験に関する事項

費用の支払方法又は領収に関する事項

医師又は歯科医師の略歴、年齢及び性別

共同利用できる医療機器に関する事項

対応することができるとの言語

紹介することができる指定居宅サービス事業者等の名称

診療報酬改訂に伴って告示改正された事項

労災保険法等改正に伴う事項

こうした情報は、患者が医療機関を選択する際に重要な役割を果たしうる。しかし、今回の改正で、専門医あるいは認定医である旨の広告は認められなかった。平成七年五月に社会福祉・医療事業団が実施したアンケートでは、「それぞれの医療機関の医師・専門医療について知りたい」という要望が約四三%もあった。診療科名のみでは判断できない専門性情報を患者は求めている。専門医あるいは認定医である旨の広告を認めるには、どのような改善が必要か、現状を踏まえて考察していく。

先述のように、高度な技術と能力を必要とする現代医療においては、卒後の臨床研修を終えて初めて最低限の質の医療を提供しうる医師となりうる。つまり、医師免許それ自体は、医療サービスの質という側面においてはごくごく基礎的な質を保障するにすぎず、卒後研修を経て、ようやく最低限の質が保障されるということである。

そうすると、卒後研修の後のさらなる教育・訓練が必要となる（以下では、このような教育・訓練を卒後教育と総称することにする）。卒後教育の中で、比較的システマティックに行われているものは、認定医（専門医）制度である。

一九九四年時点で、八九の日本医学会分科会のうち（二〇〇〇年度は、非臨床系を含め九五分科会）、四五学会が認定医（専門医）制度を持っていた。分科会以外の学会や日本医師会などの認定機関を加えると、認定医（専門医）を認定する機関は約六〇ある。認定医の総数は約二五万六〇〇〇人で一九九一年の数から約二倍に増加している。この内の七割は経過措置による認定を受けた認定医であるとされる。日本の医師数は一九九四年では約二三十万人であることから

すると、一人の医師が複数の認定医資格を有していることが容易に推測できる。

我が国の認定医（専門医）制度は、一九六〇年に定められた「麻酔科標榜許可申請制」に端を発する。現在、麻酔科標榜医だけは国家資格だが、その他はすべて各学会、認定機関が独自に認定する資格であり、取得条件・名称・更新条件などはまちまちである。<sup>(9)</sup>

日本では認定医制度は医師の質を表す指標としてはほとんど機能していない。これには少なくとも三つの理由が考えられるとされてきた。一つは、医療法による広告規制のため、認定医であることは広告できないこと。二つ目に診療報酬制度が医療サービスの質を反映する仕組みになっていないことが挙げられる。<sup>(10)</sup> 三つ目に、先に述べたように内部の独自認定制度であるため、取得条件等が統一されていないことが挙げられる。広告規制については、患者が医師を選択する際の重要な情報であることから、広告規制の緩和あるいは第三者による開示により、認定医制度を活用する方策を考える必要があるのである。認定制度を麻酔科標榜医のように国家資格とすることも検討すべきであろうが、欧米のように、専門医資格と標榜可能診療科がリンクしているところでは意義があるとしても、現在の我が国の医師免許の考え方に（医師免許は一種類）ではこれは困難であろう。なにより、プライマリー・ケアの担い手あつての国家資格としての専門医といえる。専門医制度が硬直的になり、あらたなセクショナリズムを生み出すおそれもある。

ひとまずは、我が国においては、認定医（専門医）資格の諸条件を統一し、公的な資格として認定、標榜可能診療科目とは切り離して考えるといった方向で、よりよい質の担い手としての認定医（専門医）として位置付けていくことが広告事項への追加の前提となる。



## (4) 参議院の付帯決議

第四次医療法改正と同時に健康保険法等改正法も成立した。平成一三年一月一日より一部施行されている。主な改正内容は、

- ・高齢者医療における定率一部自己負担制度の導入
- ・高齢者に関する薬剤一部負担の廃止
- ・高額療養費の見直し
- ・保険料上限の見直し

であり、保険財政維持の観点からの改正といえる。これを、利用者本位、患者の権利という視点から見た場合に、負担強化による利用抑制即ち医療サービス受給権の阻害要因となることが懸念されるが、その具体的評価は、今後の抜本改革とあわせて行うべきと考え、今後の課題としたい。

今後のさらなる改善項目として、参議院国民福祉委員会では、健康保険法及び医療法改正に関して附帯決議を行っている。今後のわが国医療制度改革の方針とも言うべき内容であるから、冗長の感はあるが、以下にその要約を挙げておく。

①老人保健制度にかわる新たな高齢者医療制度等の創設については、早急に検討し、平成一四年度に必ず実施すること。他制度との整合性や連携等を図りつつ、低所得者対策等も実施すること。②老人の上限付き定率一割負担制導入に当たっては、平成一四年度の抜本改革の際に再検討すること。低所得者対策を講ずること。③高額療養費制度への上乗せ定率「一パーセント」負担制は、平成一四年度の際に再検討すること。④慎重報酬体系、薬価基準制度及び医療提供体制については、引き続き検討を進め、平成一四年度までに所用の措置を講ずること。特に、老人医療及び

慢性期医療については、包括・定額化をさらに進めること。⑤医薬分業のため、今後も所用の措置をとること。⑥保険集団の規模を適正化すること。また、レセプト点検の強化と体制整備、被保険者への情報提供の充実、健康づくりなどを進めるとともに、被保険者の立場に立った機能強化のあり方について検討すること。⑦医療費の不正請求防止のため審査及び指導監査の充実等医療費の適正化を図るための対策を強化すること。また、医療費の不正請求や指導監査に係る情報については、情報公開法に基づき国民に開示すること。⑧看護婦等の配置基準、構造設備基準をさらに改善し、医療の質の確保・向上に努めるとともに、平均在院日数の短縮のため、社会的入院の解消に努める⑨精神科特例を廃止し、一般病床並に引き上げ、当事者の意見を聞いて処遇を改善する⑩精神保健福祉施策を充実するために、障害保健福祉圏域や二次医療圏を視野に入れて医療計画を策定するとともに新たな障害者プランの策定に取り組むなどの必要な措置を講ずること。その際、社会的入院に関する実態把握等とともに各医療機関の情報公開や政策決定プロセスにおける当事者の参画の下、ノーマライゼーションの理念に基づき、今後の精神保健福祉施策を推進すること。⑪小児科専門医の確保と小児救急医療の充実に向けた取組を強化すること。⑫カルテ開示について環境整備の状況を見て法制化を検討するとともに、十分な医療情報の開示を行い、インフォームド・コンセントの実が上がるように努めること。なお、カルテについては、遺族の申請による開示も検討する⑬医療の質を確保し、患者の立場を尊重するために、各医療機関の情報公開をさらに進めていくとともに、医療機関等の第三者評価の内容等及び苦情解決機関の設置等について充実を図ること。⑭臨床研修ではインフォームドコンセントなどの取組や人権教育を通じて医療倫理の確立を図るとともに、精神障害や感染症、プライマリケア、へき地医療への理解を深めるなど全人的、総合的な制度へと充実すること。指導体制の充実、研修医の身分の安定及び労働条件の向上に努めること。⑮医療制度の抜本改革にあたって、国民が議論に参加できるよう判断に必要なデータについて、情報の収集及び公開を進めること。

## (5) 小 括

以上のように、近時法改正の目的及び今後の医療改革の方向性は、次の三点にあることが理解できる。まず第一は、保険財政の安定化を図るため、高齢者医療の社会保険化など給付と負担のあり方を抜本的に見直そうという点である。このことは、高齢者医療を「独立方式」「突き抜け方式」「年齢リスク構造調整方式」「保険者一本化」という四つの案をもとに社会保険化しようということのみならず、高額療養費及び保険料上限の見直し等にも現れている。

ただ、ここでの問題は、保険財政の安定を錦の旗印がごとく掲げるあまり、費用負担面で、国民の生活保障という視点からの検討に欠けている点である。参議院附帯決議で低所得者への配慮が必要とされているが、介護保険でのそれが不十分であることを思えば、国民の負担強化が生活に与える影響は無視できないものとなる。二〇〇一年一月施行の高額療養費制度の見直しにしても、家計に対する過度の医療費負担を避けるため、医療費が一定額を超えた場合に、超えた部分を償還するという方式に大きな変更が加えられ、低所得者を除き、一定額を超える医療費の1%を負担することになる。現在は1%のため、さほど大きな影響はないかもしれないが、負担は必ず増える方向で進んでおり、今後2%、3%となった場合の家計の負担感は大きいものとなる。社会保障構造改革で国民負担率を最高でも50%以内に抑える旨が明らかにされているが、国民負担率に現れないサービス利用時の一部負担強化は、サービスを受ける権利の侵害しかねないし、ひいては国民の生活を脅かす存在となりうる。

第二に、前記「課題と視点」にもあるように利用者本位の制度改革という点である。利用者本位の制度改革の核心は、患者への情報提供を通じた信頼できる医療体制の確立にある。ただ、先に述べたように、財政的観点が重視されるあまり、利用者主体の医療といいながらも、まだ検討されるべき点が多々ある。費用効率を無視してでも保障されるべきものもあるはずである。

第三に、医療サービスの質の確保・向上という点である。人員配置基準・設備基準を改定し、よりよい療養環境の整備を通してサービスの質を向上させようとしている。診療報酬改定においても、一床あたりの平均床面積が八平方メートル以上である病室については、一日につき二五点の加算が認められる。もちろんこれのみでサービスの質が向上するわけではないが、さしあたっての改革とすれば、一応の評価はできる。

- (1) 平林勝政一九九七「医療スタッフに対する法的規制」宇都木伸・平林勝政編『フォーラム医事法学』二一三―二二七頁参照。
- (2) 医療関係者審議会臨床研修部会意見書中間まとめ(平成六年十二月二七日)三頁。
- (3) 同意見書三頁。なお、臨床実習検討委員会報告書自体は未入手。
- (4) 同意見書二頁によれば、医師免許取得者のうち八二%程度の者が臨床研修を行い、そのうち八〇%程度の者が大学付属病院で、残りの二〇%程度の者が臨床研修指定病院で研修を行っている。
- (5) 同意見書二頁。
- (6) 同意見書は別紙において当該検討課題をあげている。
- (7) この点について、川上武 二〇〇一「医師研修必修化の方向を考える」社会保険旬報二〇九一―二〇九二頁以下は、示唆に富む。
- (8) 野田寛 一九九一『医事法上巻』青林書院 一八二頁。
- (9) 『日経メディカル医療情報ガイド'95』(日経BP、一九九五年)四五四頁。
- (10) 漆博雄「医療における競争と規制」漆博雄編『医療経済学』(東京大学出版会、一九九八年)一九六―一九七頁。

## 四 むすびにかえて—今後の課題

医療制度の改革されるべき点について、全てを検討するだけの紙幅を持たないので、ここでは、河野教授の福祉サービスにおける人権ガイドラインを手がかりに、患者の権利を保障し、利用者主体の医療を構築するために、今後何が求められるかという若干の問題提起を行い、むすびにかえることとしたい。

河野教授は、介護保険制度施行にあわせて発表された玉稿で、介護サービスにおける人権ガイドラインとして、まず、サービスの利用手続をめぐる権利、サービスの請求をめぐる権利、サービス（処遇過程）の質をめぐる権利、苦情解決・不服申立をめぐる権利を柱として、それらの権利を介護サービスの各場面に照らし、具体的に示されている。<sup>①</sup>主として法律のレベルで具体的に認められているもの（ないし認められるべきもの）を箇条書き風に挙げ、それらについて、なぜそれが権利なのか（あるいは権利として認められるべきか）を説得的に述べる。すべてを網羅するものではないと断りがあるが、最低でもこのような権利の保障が必要であるとの理解に立てば、遺漏なく網羅されているといえる。

社会保障の諸サービスを受給する者の権利をそのサービスに即して具体的に考察していくという教授の姿勢は、つい最近になってうち立てられたものではない。河野教授は、社会保障法学が、受給権を巡る論争を中心に展開していた時代に、いち早く、受給権はもちろんのこと、それ以外のサービス受給者に保障されるべき権利論を展開された。<sup>②</sup>そうした権利論が最も明確な形で現れたのが、教授の『社会福祉の権利構造』（一九九一年、有斐閣）である。教授は、社会福祉サービスにおいて、何が保障されるべきスタンダードなのかということを明示された上で、それはいかなる権利として位置づけなければならないかという視点で、福祉サービスの実態に即した極めて具体的かつ詳細な権利メニューを示されている。特に、処遇過程の権利への着目とその具体化は、当時展開されていた権利論の欠陥を補うにあまりある。<sup>③</sup>

前出の人権ガイドラインの権利メニューを参考に、医療において必要とされる人権ガイドラインを想定して、今後改

善されるべき点のいくつかを挙げる。<sup>(4)</sup>

(1) サービスの利用手続をめぐって

河野教授は、サービスの内容・手続・費用等について知る権利が不可欠とする。医療サービスにおいても、これは重要な権利であるが、医療サービスにおいては、多少の修正が必要となる。入院時は、介護サービスにかなり近い様相を呈するが、どのような傷病状況か分からない時点で、事前に具体的なサービス内容を知ることができない。ニーズ判定ともいえる医師の診察をへて、はじめて具体的なサービス内容を知ることができる段階となる。これはむしろ遇過程の権利に属するものである。しかし、外来診療の場合に、この権利は全く無関係かと言えはそうではない。当該権利が自己決定権を保障する大前提であるとの指摘に立てば、サービス内容として、個々の具体的医療サービス（医療行為）を知ることが困難であるとしても、およそのサービス内容を知るという点では、医療機関選択のための情報が必要である。入院医療の視点では、入院中に受ける医療サービスの内容、入院予定期間、およその費用などをあらかじめ知る権利があると見ることができるといえる。このような権利を保障すべく、診療報酬による誘導が行われていることは、先に述べたとおりである。

医療機関選択のために、広告規制を緩和するとともに、より一層の情報提供が必要で、少なくとも、認定医・専門医、社会保険制度情報、アウトカムを含めた評価の開示が求められる。また、保健所あるいは医師会・看護協会などを実施主体として、電話相談サービスを実施することも検討すべきであろう。なぜなら、自己の疾病治療に当たり、どの診療科に診察を求めべきか分からないと言う人が多く、このことが緊急性のない救急車の要請や複数診療科を有する大病院への集中という事態を招いているからである。疾病について適切なアドバイスと受診すべき診療科・医療機関に関する

説 論  
る情報が電話で得られると言うシステムは、患者主体の医療のための情報提供という側面のみならず、医療資源の効率的利用という観点からも早急に確立されるべきである。<sup>(5)</sup>

## (2) 苦情解決

これまで、福祉サービスは、医療サービスのたどった道を追いかけていくという状況であった。ところが、近年、福祉サービスが医療サービスよりも一歩先を進むという状況が現れている。たとえば苦情解決を挙げることができる。社会福祉サービスについては、介護保険制度及び社会福祉法による苦情解決手続が整備されたが、医療については、各医療機関独自の苦情解決制度があるものの、法律上の制度が存在しない。<sup>(6)</sup> 医療法人にも苦情解決制度導入を求めべきである。ただ、診療所においてこれがどこまでシステムティックにできるかは疑問の残るところであるから、地域単位での取組も許容されよう。

## (3) 権利擁護

患者主体の医療構築のためにいくら患者の権利を主張しても、権利行使が困難である人への権利擁護がなければその意義は薄くなる。福祉サービスにおいては、成年後見制度や社会福祉法による福祉サービス利用支援事業などを通じて、サービス利用者の権利擁護が図られているところであるが、医療サービスにおいては未発達である。近年NPOによる患者の権利擁護の例もあるが、<sup>(7)</sup> 福祉サービスに比べて後れをとったことは否めない。

医療制度抜本改革に向けて、財政論のみならず、患者主体の医療確立のために、少なくともここで挙げた点については今後掘り下げて検討されるべきである。

本稿は、現在進行中の医療制度改革への評価と検討すべき課題の提示という点では、一応のまとめをつけたが、理論的検討にかける点は否めない。また、改革への総体的なビジョンを示せず、個別的・部分的なものにとどまっている。今年度の日本社会保障法学会秋季大会における報告準備を通して、今回理論的検討ができなかった諸点について、明確な回答を出す所存である。

- (1) 河野正輝 二〇〇〇「介護サービスにおける人権ガイドライン」河野正輝・大熊由紀子・北野誠一編『講座障害を持つ人の人権3』有斐閣。
- (2) 例えば、河野正輝 一九八二「社会福祉権の形成過程と現代的課題」『社会福祉研究』三〇号を見ても、神戸本山保育所事件等を基軸に、請求権に基づき請求できる権利内容を論ずる。
- (3) 特に同書一一三頁以下を参照。
- (4) 患者の権利については、筆者も過去に執筆したことがあり、他にも多くの示唆に富む文献がある(枚挙にいとまがないが、さしあたり池永満 一九九七『患者の権利』九州大学出版会)。
- (5) 当該システム構築にあたっては、イギリスのNHSダイレクトが参考になる。イギリスの当該取組については、小川俊夫「NHS Direct 導入の衝撃」社会保険旬報二〇八九号、二六頁以下に詳しい。
- (6) 日本医師会の「診療情報の提供に関する指針」に基づく苦情解決の制度はある。また、日医等の紛争処理機構は、医療過誤における金銭賠償調整機関であって、苦情解決とはいえない。
- (7) 詳しくは、患者の権利オンブズマン編二〇〇〇『患者の権利オンブズマン』明石書店を参照。

参考資料「医療情報関連年表」

昭和六一年診療録閲覧請求事件東京高裁判決(東京高判昭六一・八・二八判時一二〇八号八五頁)  
平成四年第二次医療法改正：いわゆるインフォームドコンセントが附則検討事項として医療法に盛り込まれる。



平成七年インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会報告書（六月）

平成八年レセプト開示請求事件大阪高裁判決（大阪高判平成八・九・二七）

平成九年レセプト開示通知（老企第六四号他平成九年六月二五日）

平成九年七月厚生省「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」（座長森島昭夫）発足

平成九年一月 第三次医療法改正

適切な説明と理解をうる努力義務創設（医療法一条の四）

平成九年一月情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔地診療」）について（通知）

平成一〇年六月同検討会報告書

\* 法制化を求め

平成一一年二月文部省「国立大学附属病院における診療情報の提供に関する指針（ガイドライン）」について

平成一一年二月厚生省「国立病院等診療情報提供推進検討会議」（座長柳沢信夫国立療養所中部病院長）設置

平成一一年三月法令に保存義務が規定されている診療録及び診療諸記録の電子媒体による保存に関するガイドライン等について（通知）

知）

平成一一年四月 診療録の電子媒体による保存について（通知）

\* 真正性、見読性、保存性要件

平成一一年四月日本医師会「診療情報の提供に関する指針」

平成一一年七月医療審議会中間報告：法制化と自主的取り組みが両論併記

\* 法制化見送り

平成一一年一〇月診療情報推進合同会議（日医、病院四団体、日本私立医科大学協会）

\* 日医入会率が六割であるため

平成一二年一月一日 日医指針実施

平成一二年一月三十一日厚生省が「医療保険福祉審議会・運営部会」に「医療保険制度抜本改革の進め方について」を提出

IV 医療提供体制の②医療における情報提供の推進（広告規制の緩和）

V その他(1)保険者機能の強化（被保険者への情報提供を含む）

\* 平成一四年度をめどとする

(2)被保険者証のカード化

平成一三年度診療報酬改定

平成一二年六月厚生省「国立病院等診療情報提供推進検討会議」報告書

平成一二年一月第四次医療法改正法制定

健康保険法等一部改正法制定

平成一三年一月 健康保険法等改正法施行（一部）

平成一三年三月 第四次医療法改正施行（一部）

平成一三年三月 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部「医療制度改革の課題と視点」