

---

## レセプトオンライン化はいかに決定されたか －官邸主導の政策決定過程の研究－

岡本悦司

### Online Submission of Health Insurance Claims Mandate : － An analysis of the top-down decision-making process by the Prime Minister following the 2001 Central Bureaucratic Reforms －

Etsuji Okamoto

---

#### はじめに

レセプトのオンライン請求が2011年度初より義務づけられるが、こうした重要な決定が審議会にかけられることも国会で討議されることもなく一日にして決定されたことを意外に思われる方も少なくないのではないだろうか。そこに見え隠れするのは官邸主導の、トップダウン型政策決定過程である。戦後3番目の長期政権となった小泉政権の手法は首相個人の強い個性で説明されることが多いが、法治国家において首相といえども恣意的な行動はとれない。首相個人の資質もさることながら、その政権誕生直前に実施された日本の統治機構の一大変革が、いわゆる「小泉型」政治を可能にした基礎条件になった点は重要である。

2001年中央省庁再編が実行されたのは、小泉政権誕生3か月前の森政権時であり、経済財政諮問会議など後の小泉政権の「参謀」となるメンバーも前政権によって任命されている。ただ、中央省庁再編の実施が小泉政権のスタートとほぼ同時期でその後政権が長く続いたため、一連の小泉改革

のどれだけが小泉首相自身による成果で、どれだけが中央省庁再編という制度改正の効果なのか区別がつきにくくなった。確実にいえるのは、小泉改革の少なくとも一部は、政権発足直前に日本の統治機構が首相が強いリーダーシップを発揮しやすい体制に変わった成果であり、もし小泉政権が5年早く誕生していたらそれが用いた手法の一部は可能でなかったであろう、ということである。その意味でも小泉政権はタイミングの面でも幸運であった。

本論では、2001年の中央省庁再編が官邸主導の政策決定を促進し、厚生労働省や医療団体等のステークホルダー間の関係を大きく変えた影響を医療政策の側面から検討する。筆者はレセプトオンライン化とデータ活用に20年近く取り組んできたが、遅々として進まなかったオンライン化が2005年を契機に急展開したプロセスを至近距離から観察する機会を得た。小泉改革の何割が制度改正の効果なのかを評価することは困難でも、レセプトオンライン化という同一テーマを継続観察すればその影響を評価することができる。それはとりもなおさず、今後の医療政策を進める上でステークホルダーはどのような戦略をとるべきか、に対する示唆でもある。

---

#### 【著者連絡先】

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6  
国立保健医療科学院  
経営科学部経営管理室  
岡本悦司  
TEL : 048-458-6208 FAX : 048-469-0326  
E-mail : atoz@niph.go.jp

#### 政治が医療に介入するとき

##### －EBMデータベースはなぜ葬られたか

「医療は政治であり、政治とは大規模な医療に

他ならない<sup>1)</sup>」19世紀ドイツの医学者であり政治家でもあったドルフ・フィルヒョーの洞察が現実化したような「事件」が2000年夏、発生した。

1992年頃に始まったEBM (Evidence-based Medicine、根拠に基づく医療) 運動<sup>2)</sup> はインターネットの急速な普及と相まって世界医学の流行となっていた。イギリスは1992年コ克蘭センター(オックスフォード)、1994年評価普及センター (Center for Reviews and Dissemination、CRD、ヨーク大)そして1997年には国立臨床評価研究所 (National Institute for Clinical Excellence、NICE、ロンドン) といった医学文献を収集評価し診療ガイドラインを開発するセンターを開設し国営医療の改善に活用していた<sup>3)</sup>。同じ頃、わが国においても同様の構想がもちあがっていた<sup>4)</sup>。国立公衆衛生院と国立医療病院管理研究所とを統合し、図書館に医学研究部門を併設して情報科学センターに発展させ、医学文献のシステムティックレビューとともに内外の診療ガイドラインを収集してデータベース化しようという遠大な構想であった<sup>5)</sup>。

このため2001年度概算要求に「医療に関する情報の収集・提供のための基盤整備」として6.1億円が要求された。その内容は「より効果的な医療技術の普及のため、医療に関する科学的知見等を収集し、専門家による評価を得て、インターネット等を通じて提供。また、情報の収集・提供等を行う人材を育成」というもので、要求内容は8月末の締切り前に与党自民党の社会部会に説明された。こうした説明は儀式的なもので通常はそのまま承認されるはずであった。

そこへ、予期せぬ事態が発生した。日医を代表する武見敬三参議院議員がデータベースが国立公衆衛生院に設置されることを問題視し概算要求からの削除を求めた<sup>6)</sup>。武見氏は当時の模様を誌上対談で以下のように回想している。「今年(2001年度)の概算要求の中にメディカルフロンティアという大項目があって、その中に医療情報のデータベース化というのが6億1000万円入っていたのです。それで担当課長に『これは何をやるものな

のか、図書館情報学的な医学の文献を作るのか』と聞いたところ、『いや、実は評価も致します』と言い出したのです。医療情報をデータベース化して評価をするとなると、システムティック・レビューの専門家が必要だが『その辺はどうするの』と聞いたら『専門家を養成する予算も入っている』という。後は特定の疾患にかかわる診療のガイドラインを作れば、まさに日本型のEBMの骨格になるわけです。そういうものを作る時は欧米諸国でもすべてそうですが、必ず医師会とか学会と緊密な協議をしながら行うものだが、このデータベースをどこに作るのかと聞いたら『国立公衆衛生院で作らせていただきたい』と言うから、事前に医療関係者との協議も整っていないから『これじゃ駄目です』と言ったのです。翌日、自民党の社会部会で反対の論陣を張りまして、最初の入り口のところで不協和音が生じると皆が安心して参加できるようなEBMにならないと言って、党内でも理解が得られて、初めてでしたが政治的留保ということで6億1000万円が棚上げになったのです<sup>7)</sup>」

武見氏や日医は、国主導で作られる診療ガイドラインが保険審査の基準とされ、医師の裁量が制限されることを警戒したのであった。結局、EBMデータベースは概算要求には残され、日医、厚生省そして自民党社会部会の三者間で水面下の折衝が続けられたが調整はつかず、予算化は見送られた<sup>8)</sup>。省庁がいったん概算要求した予算を政治的理由で後に引っ込めるとするのはきわめて異例であり、医学研究に政治が露骨に介入した悪しき前例として関係者に禍根を残すことになった。

官邸機能を大幅に強化する2001年中央省庁再編の直前に発生したこの事件は、省庁の政策立案が圧力団体の介入にいかん脆弱であるかを示すとともに、省庁主導による改革の限界をも示した。圧力団体は所轄省庁さえ抑えておけば抜本改革も阻止したり骨抜きにすることが可能だった。5年後に官邸主導で決定され、圧力団体も拒否権を行使できなかったレセプトオンライン化とは正反対の状況であり、抜本改革は官邸主導のトップダウン

よってのみなしうることが明確になった。経済財政諮問会議が毎年公表する基本方針は「骨太」方針と呼ばれ、その語源をめぐっては諸説あるものの、圧力団体とて容易に「骨抜き」にはできない、という意味においてきわめて的確な呼称である。

国立公衆衛生院は2002年4月に国立医療病院管理研究所と合併し国立保健医療科学院となり研究情報センターも設置されたが当初の遠大な構想は見ると影もない。EBMデータベースは、その後も保健医療技術情報普及支援検討会(高久史磨座長)で検討され、結局、日本医療機能評価機構(厚生労働省や日本医師会が出資する財団法人)に設置されることで落ち着いた<sup>9)</sup>。難産のEBMデータベースは現在、同機構がMINDS (Medical Information Network Distribution Service. <http://minds.jcqh.or.jp>)という名称で運営している。筆者は事件の頃、構想のからみで旧国立公衆衛生院最後の職員として採用されたが、構想が1年遅く「骨太」方針に含まれていたなら……と忸怩たる気持ちを抑えることができない。

#### 中央省庁再編は何をもたらしたか？

2001年1月6日中央省庁が大きく変わった。22省庁が12に減り、厚生省と労働省は合併して厚生労働省となった。しかし、より重要な改革は内閣機能強化であった。中央省庁等改革基本法は「内閣の機能を強化し、内閣総理大臣の国政運営上の指導性をより明確なものとし、並びに内閣及び内閣総理大臣を補佐し、支援する体制を整備する(第4条)」とあり、補佐機能の充実として、内閣官房の機能の充実、内閣府の新設、経済財政等について政府内外の人材の英知を結集した重要政策に関する会議設置等があげられている<sup>10)</sup>。

内閣官房と内閣府は紛らわしいが、前者は内閣の事務局にあたるもので以前から存在していたが、内閣府は旧総理府や経済企画庁を母体に新設された内閣のいわば参謀本部に相当する機関である。内閣府には「重要政策に関する会議」と審議会が置かれている。

重要政策に関する会議と審議会の違いは紛らわしいが、審議会とは内閣総理大臣などから諮問(意見を求める)されて意見を述べる機関であって委員は長も含めて通常民間委員である。それに対して重要政策に関する会議は、内閣総理大臣自らが長となり委員の多くも閣僚が兼ね、若干の民間委員が加わる。審議会は意見を述べるだけだが、重要政策に関する会議はいわば民間委員を含む「専門閣議」のようなもので、その決定事項は内閣の方針として閣議決定に近い効果を有する。

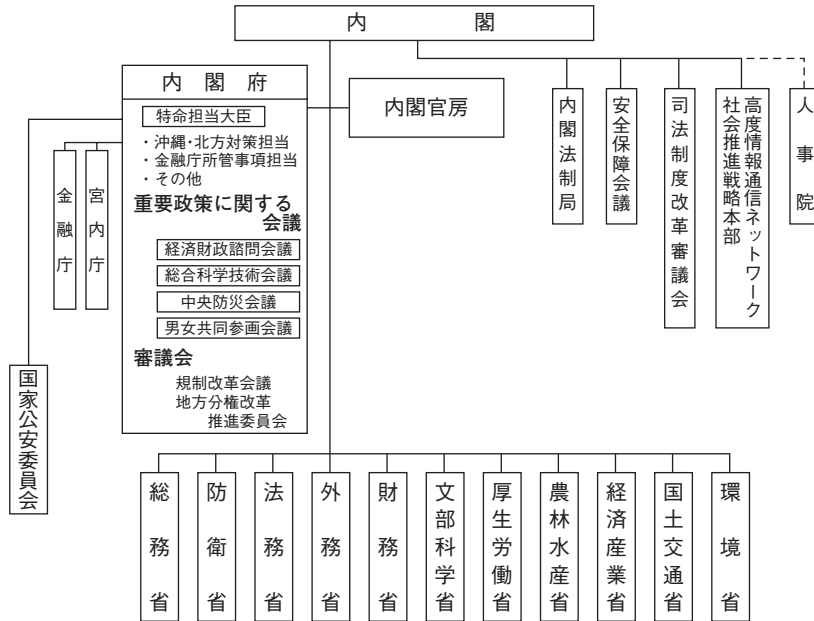
内閣府設置法は重要政策に関する会議を「内閣の重要政策に関して行政各部の施策の統一を図るために必要となる企画及び立案並びに総合調整に資するため、内閣総理大臣又は内閣官房長官をその長とし、関係大臣及び学識経験を有する者等の合議により処理することが適当な事務をつかさどらせるための機関」と規定している。

さらに下図のを見るとわかるように、高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部(通称IT戦略本部)は内閣府ではなく内閣そのものの一部である点に留意されたい。IT戦略本部も2001年1月6日IT基本法(正式には高度情報通信ネットワーク社会形成基本法)に基づいて設置されたいわば内閣の参謀本部であり、全省庁にわたるIT化推進の司令塔的役割を果たす。IT戦略本部は重点計画(IT基本法第35条)を作成し、施策の具体的な目標及びその達成の期間を定める(第3項)とともに「適時に目標の達成状況を調査し、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない(第5項)」とされる。

遅々として進まなかったレセプトオンライン化とデータ活用が一気に加速したのは、厚労省のイニシアティブではなくIT戦略本部がその重点計画に達成期間とともに示したためであり、現在、厚労省はそれら施策の達成状況を内閣のIT戦略本部によって監視評価される立場にある<sup>11)</sup>。

#### 対立構図の変化と小泉エコノミスト

専門閣議とも呼ぶべき重要政策に関する会議は4つ置かれており、そのうちのひとつ経済財政諮



2001年中央省庁再編後の行政機構図

問会議（以下、諮問会議）は、それまで大蔵（現財務）省が握っていた予算編成の主導権を内閣に移すことが意図された。大蔵省は、各省から出される要求を査定するだけの受け身の立場だったが、諮問会議は積極的に、経済政策・財政政策の柱となる基本方針を毎年6月に答申し、最終的には閣議決定される。この方針は「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」という長い名称なので「骨太方針」というニックネームで呼ばれるようになった。

2001年1月に諮問会議が設置された時には、それがその後医療や社会保障のあり方をめぐって日医や日歯といった医療団体と激論をたたかわせるような組織になると予想した者はほとんどいなかった。しかしながら、予算の上限だけを決めてくる大蔵省とは異なり、骨太方針には医療団体はもとより厚生労働省にも受け入れがたい大胆かつ具体的な改革案が詰め込まれていた。

こうした案の発案者は民間議員らであった。諮問会議は民間有識者を議員の4割以上確保するこ

とが法定されており、財界から2名、学者から2名が選ばれた。牛尾治朗（ウシオ電気会長）、奥田碩（トヨタ自動車会長）、本間正明（阪大教授）、吉川洋（東大教授）の4氏で、発足時から小泉政権の全期間を通じて全体をリードしていく。議員には医療福祉関係者は全く含まれておらず、市場原理と自由競争を重視するいわゆる「新自由主義」派エコノミストが中心であり、医療団体や厚生労働省とその後にも衝突をくり返すことになる。

内閣府には他にも、医療団体と軋轢を生んだ2つの審議会がある。総合規制改革会議（宮内義彦議長。2004年4月より規制改革・民間開放会議と改称）と地方分権改革推進会議（西室泰三議長。2004年7月より地方分権改革推進委員会と改称。以下分権会議）である。総合規制改革会議とは、医療経営への営利企業参入、混合診療解禁そして日本版マネジドケア（保険者と医療機関との直接契約による診療報酬割引）、分権会議とは保健所長医師要件をめぐる対立である。これら3会議に共通しているのは、新自由主義的なエコノミスト

が主流を占めていることで、便宜的に小泉チルドレンならぬ小泉エコノミストと総称しよう。

一連を動きをみれば、医療政策をめぐる対立の構図が2001年中央省庁再編前と比べて大いに变化したことに気づかれる。再編前の医療政策論議は、医療団体vs厚生省という構図であり、それに官邸が介入してくることはほとんどなかった。しかし2001年以降、小泉エコノミストvs医療団体・厚生省連合軍という構図が鮮明になってくる。

小泉政権発足直前の2001年3月14日の諮問会議第5回会合で初めて社会保障がテーマにとりあげられ、奥田・本間議員らが論点メモ<sup>12)</sup>で医療費の総枠管理やマネジドケアのような登録医制を提案したが、これに対して日医はすかさず批判した<sup>13)</sup>。一見医療とは無関係な新組織が実は最大の「危険団体」であることに気づかれたのはこの頃からである。それまで医療関係者の多くは小泉エコノミストの名前すら知らなかった。小泉政権が聖域無き構造改革を掲げてスタートするや6月26日骨太方針として7月24日には総合規制改革会議の中間報告と、医療団体の逆鱗に触れるような改革案が噴出してきた。

骨太方針は、医療サービス効率化プログラム、株式会社による医療経営、保険者と医療機関の契約（マネジドケア）、混合診療解禁そして医療費総額管理といった新自由主義的改革の固まりのようなもので、日医、日歯そして日薬の3師会は共同記者会見し、医療の非営利性確保、フリーアクセス堅持を求める声明を公表している<sup>14)</sup>。逆に保険者団体は、骨太方針で示された保険者機能強化や総額管理を強く支持し、日経連、連合そして健保連の3団体連名で支持声明を発した<sup>15)</sup>。それまで厚生省に辛口の論客として知られた医療経済学者二木立氏は義憤から1日半で批判論文を書き上げた<sup>16)</sup>。二木氏は骨太方針の功績は「争点を鮮明にしたことだ」と述べているが、その後は骨太方針が提示した案をめぐって、小泉エコノミストvs医療団体・厚生省の論争が展開されることになる。

### 規制改革と株式会社参入

内閣府にはまた多数の審議会も設置され、その中の総合規制改革会議（以下、規制会議）と地方分権改革推進会議（以下、分権会議）はいっそう厳しい対立を医療団体や厚生省との間に持ち込むことになった。その理由は、医療費という「金」のテーマが中心に諮問会議とは異なり、規制会議や分権会議のテーマは、営利企業参入や保健所長の医師要件といった、関係者の「琴線」に触れる問題を含んでいたからである。その点、某業界誌記者の以下の述懐は傾聴に値する。「我々が思っている以上に一部のお医者さんにとっては株式会社の参入は心外というか、一番根っこの問題らしいよ。民間参入は想像できないくらい許しがたい話で、逆鱗中の逆鱗に触れる話らしい。諮問会議の場合は頭の中で戦略をあれこれ描けるが、総合規制改革会議が提案した幾つかの事項、特に株式会社参入は100%、どんな手を使っても許さんという話らしくてかなりインパクトはあった」<sup>17)</sup>

某記者の観察的中し、株式会社参入は2002年3月に閣議決定された規制改革推進3か年計画からは除外された。報道によると、日医は2001年末に規制会議が第一次答申を首相に提出して以来、数十回にわたり官邸はじめ与党・自民党などに申し入れを行ってきた。糸氏日医会長は（株式会社という文言を入れるなら）自民党を支援することはできないという強い決意をもって戦った、と自民党への支持を見直す構えで交渉を行ってきたことを明らかにした。宮内規制会議議長は最後まで『株式会社』の文言にこだわったが、最終的には小泉首相が決断した<sup>18)</sup>。

しかし1年後の2003年2月29日小泉首相は構造改革特区推進本部の会議で、態度を翻し自由診療に限り株式会社参入を容認する決定を下す。坂口厚労相（初の医師大臣）は欠席だったため、副大臣が反対を表明したが小泉首相が押し切って裁断した。報告を受けた坂口大臣は記者会見で「総理の決断である以上受ける以外にない……医療保険とは関係のない自由診療であったことは一つの救いであった」と述懐している<sup>19)</sup>。

この重大な裁断の前に小泉首相は坪井日医会長あてにファックスを送付していた。坪井会長が記者会見で明らかにしたその内容は「特区における株式会社の医療への参入については、公的医療保険の分野については困難な問題（例・医療費抑制、医療保持とのバランス）があることは理解できる。しかし、自由診療の分野では『全国的な措置ではなく、た試してみる』という特区の趣旨からみて可能であると思う。したがって、自由診療の分野という前提で、地方公共団体からの意見を聞き、第二次提案に係る特区の実現が予定される（2003年）6月中には成案を得て15年度中には必要な措置を講じて欲しい」というものであった<sup>20)</sup>。坪井会長は急遽小泉首相と会談して抗議したが物別れに終わる。翌2004年5月には構造改革特別区域法が改正され、自由診療で高度医療という条件で株式会社が病院、診療所を開設できる特例が導入された。

日医は圧力団体として一定の拒否権を行使していたものの、次第に首相のリーダーシップに押し切られる傾向が株式会社参入議論をみても理解できよう。そして2005年9月の総選挙で、日医は決定的な判断ミスを侵し拒否権はおろか影響力まで失うことになる。

#### 地方分権と保健所長医師要件

対立が地方分権問題にまで及ぶことは意外に思われるかもしれない。しかし公衆衛生に従事する医師にとって保健所長の医師要件はほとんど中東におけるエルサレムに匹敵する象徴的な重要問題となっている。

衛生行政の第一線機関に保健所と市町村保健センターがあり、いずれも地域保健法（旧保健所法が1994年に改正）を根拠としている。そして保健所長は一定の要件を満たす医師であることが要件とされてきた（地域保健法施行令第4条。なお要件とは、3年以上公衆衛生の実務経験、国立保健医療科学院の養成訓練課程の修了もしくはそれらと同等以上と厚生労働大臣が認定した者の3つである）。ただし市町村保健センター長には何らの

要件も定められていない。

保健所と市町村保健センターの区別は一般人にはなかなか理解しにくいだが、一言でいえば、保健所は行政機関として「公権力の行使」を行う、という点で市町村保健センターとは決定的に異なる。公権力の行使とは、たとえば医療機関の開設や飲食店の営業許可といった許認可、結核や感染症患者の隔離や受診といった強制力を伴う措置をとることを指す。市町村保健センターも、たとえば健診やワクチン接種といった対人サービスを提供するが、保健所のような行政機関としての権限は無い。それゆえ保健所長にはそれだけの権限と責任が付与されるのである。

保健所長医師要件をめぐる問題は実に1996年からの十年ごしの問題である。自治体がたとえば保健所と福祉事務所を統合しようとした時、この保健所長の医師要件が問題となってきた。1995年7月にスタートした地方分権推進委員会は翌96年3月に出した中間報告で保健所の必置規制とともに所長の医師資格規制の廃止を提言した。しかしこの提言が公表されるや否や公衆衛生に従事する医師から猛反発が起こった<sup>21)</sup>。厚生労働省に勤務する医師（技官）も公衆衛生医師であり、これに医師会もくわわって、株式会社参入と同様「聖域」をめぐる対立は複雑な様相を帯びている。ただ、公衆衛生従事者は医師だけでなく、歯科医師や保健師、栄養士等様々な職種があり、所長が医師のみに限られていることに対してそれぞれの職種が異なった考えを持っている。その点が株式会社参入のように全医療従事者が意見一致しているわけではない。

2001年7月地方分権推進委員会は、地方分権推進会議（西室泰三議長）という内閣府の審議会として改編され、ひきつづき保健所長問題を扱った。そして2002年12月の基本方針で「保健所への医師の必置を維持しつつ、保健所長の医師資格要件の廃止について平成14年度中に保健所長の職務のあり方に関する検討の場を設ける」ことが示され、2003年6月の骨太方針においても「保健所長の医師資格要件について平成15年度中に結論を得る」

## レセプトオンライン化はいかに決定されたか

ことが定められた。

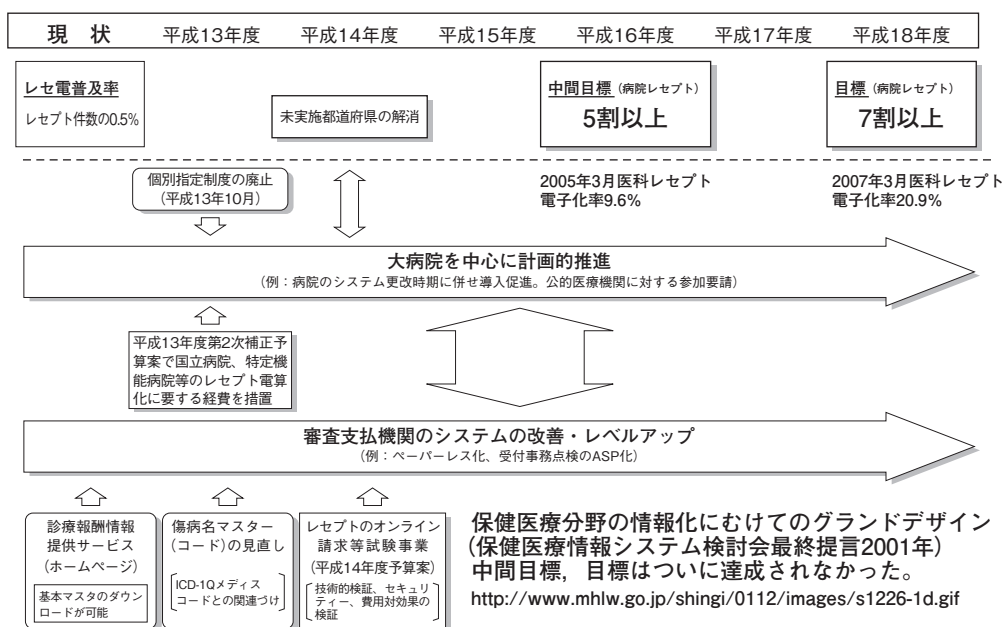
厚生労働省は「保健所長の職務のあり方に関する検討会（石井威望座長）」を開催し2004年3月に報告書<sup>22)</sup>がまとめられた。それを受けて、地域保健法施行令は改正され、きわめて例外的ながら非医師保健所長は解禁されることとなった。その条件とは「地方公共団体が医師確保に努力したにもかかわらず確保できず、医師と同等以上の技術吏員であって、一定以上の公衆衛生の実務経験を有し、かつ国立保健医療科学院の保健所長コースを修了した者について2年を限度に」という厳しいもので現在に至るも例外は出現していない。日本公衆衛生学会は例外を認めなくてよいよう公衆衛生医師確保に努力すべきとの見解を示している<sup>23)</sup>。

特区の自由診療に限って例外を認めた株式会社参入と共通するのは、規制会議や分権会議といった官邸からの「骨太」要求をいろいろな例外を駆使して「骨抜き」にしようとする厚労省や医療団体の「抵抗」である。妥協の余地の無い先鋭な問

題で「改革か、守旧か」の二者択一を迫ることが、官邸主導の政策決定過程のパターンとして浮かびあがる。しかしながら、そうした「対立」そのものをバイパスした政策決定を見たのがレセプトオンライン化であった。

### 2005年総選挙とレセプトオンライン化

2001年に「5年以内（2005年まで）に世界最先端のIT国家となる」目標を掲げたe-Japan戦略が策定されて5年、2005年夏頃IT戦略本部は、分野ごとの進捗状況の評価に追われていた。5年間のうちにめざましい進歩をとげた分野もそうでない分野もあり、なかんずく最も遅れていたのが医療であった。2001年12月厚労省は保健医療情報化グランドデザインを策定し、2004年度までには病院レセプト電子化率50%以上という目標を設定していた<sup>24)</sup>。しかしその時点での評価は惨憺たるものであった（2005年3月のレセプト電子化率は調剤こそ48.5%に達していたが医科では病院診療所合わせて9.6%にすぎず、病院のみに限っても50%



保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン

にはほど遠い<sup>25)</sup>。

とくに関係者の危機感をあおったのが韓国の進歩であった。2000年7月に医療保険一本化を達成した韓国は審査評価院というレセプトの審査支払とデータ分析評価を行う機関を創設し、2005年までにはほぼ100%のオンライン化を達成していた<sup>26)</sup>。こと医療分野に関する限り「2005年までに世界最先端」はおろか、アジアの隣国にすら大きく差をあけられてしまっていた。「厚労省に任せては、いつまでたっても進まない」そんなムードが関係者に漂いはじめていた。

2005年9月11日の総選挙は、郵政民営化を争点とした小泉政権の圧勝に終わったが、ここで日医の植松執行部は致命的な戦略ミスを犯した。民営化に反対した「抵抗勢力」議員の多くを支持し、その多くが医系議員もろとも落選したため日医は「金縛り」状態に追い込まれた<sup>27)</sup>。翌2006年4月の会長選挙で植松執行部は一期のみで退陣に追い込まれる。EBMデータベースに拒否権を行使した2000年と比べて状況は一変した。

総選挙後、レセプトオンライン化の政策決定はほとんど日で数えられるテンポで進展してゆく。10月19日公表された厚労省改革試案は「オンラインも含め一貫してペーパーレスで行なわれる仕組みづくりを目指す」という漠然とした表現にとどまっていたためさらに失望をかった。2011年度当初からの完全オンライン化が明記されたのは12月1日の与党医療改革協議会が示した医療制度改革大綱である<sup>28)</sup>。完全オンライン化はこの間約40日間に突如として入ったものと受けとめられ、関係者を戸惑わせることとなった<sup>29)</sup>。この40日間の動きは、官邸主導の政策決定の過程を余すところなく示している。

厚労省試案の6日後、IT戦略本部の第33回会議が首相官邸で開催された。本部長の小泉首相の他、尾辻厚生労働大臣、宮内義彦規制改革・民間開放推進会議議長も出席し、宮内議長は首相に以下のように進言した。「レセプトの100%オンライン化というのは何年も言い続けてきたわけでございますけれども、現在のところ目標未達でございます。

韓国の100%近いというところに比べますと、余りにも実態がついてこない。……実行の司令塔として当本部は省庁間の壁を壊していく。省庁横断的、分野横断的な問題に、例えば政治のリーダーシップを含めてやっていくということがなければ実現しないのではないかと思います。そういう意味で、本部のあり方について再度お考えを強めていただくということをお願いしたい(議事録)」<sup>30)</sup> これを受け、小泉首相は会議の締めくくりに「遅れているレセプトの電子化は何とか奨励して進めるように具体策を考えていただきたい」と指示した。

担当した内閣官房IT担当室の医療グループリーダー糸井利久氏は後にインタビューに答えて「本部長である小泉純一郎首相から『レセプトオンライン化への対応を徹底するように』との指示が出されたのは10月25日です。この時私は、まさに『時代が動いた』と実感しました。レセプトのオンライン化は経済財政諮問会議でも議案として取り上げられるなど、従前では考えられないほど強い推進力をもってクローズアップされ、翌年1月のIT新改革戦略へとつながっていきました。レセプトオンライン化は、グループのメンバーとともに頑張ってきた結果、IT新改革戦略の筆頭に盛りこめました<sup>31)</sup>」と述懐している。

首相の命令が下るや、厚労省の方針も一変する。11月21日規制改革・民間開放推進会議(第3回主要課題改革推進委員会)の厚労省担当者との公開討論会において、2011年度当初からの完全オンライン化の方針が初めて提示された<sup>32)</sup>。会議後会見した鈴木良男議長代理は「やっと暗黒の医療界に一点のともしびが、しかも改革の最重要なスタートラインであるところに一点のともしびがついたと思います。これから、このともしびをどう大きくしていくのかという問題だとうれしく感じています」と感慨深げに述べている<sup>33)</sup>。12月1日の医療制度改革大綱にはこの方針に加えて「データ分析が可能となるよう取り組む」という文言が追加され、12月8日にパブリックコメントが開始された新IT改革戦略には「レセプトデータの学術



## レセプトオンライン化はいかに決定されたか

9月11日 総選挙(自民党圧勝)	
10月19日 厚労省改革試案	オンライン化も含め一貫してペーパーレスで行われる仕組みづくりを目指す小泉首相…遅れているレセプトの電子化は何とか奨励して進めるように具体策を考えていただきたい。
10月25日 IT戦略本部第33回会議	
11月21日 規制改革・民間開放推進会議	厚労省5年以内のオンライン化の方針表明
12月 1日 与党医療制度改革大綱	平成23年度当初から、原則としてすべてのレセプトがオンラインで提出されるものとする。その際には、データ分析が可能となるよう取り組む。
12月 8日 新IT改革戦略案	レセプトデータの学術的(疫学的)利用のためナショナルデータベースの整備及び制度的対応を2010年度までに実施
12月21日 規制改革・民間開放推進会議 第二次答申	ナショナルデータベースを構築するとともに…民間等も含め活用する際、過度に厳重な条件を課してはならず利用を制限することのないよう

### 2005年総選挙後のレセプトオンライン化政策決定の流れ

的(疫学的)利用のため、ナショナルデータベースの整備及び制度的対応を2010年度までに実施」の方針が加えられた。

1983年にレセプト電子化の構想が出されて以来、遅々として進まなかったレセプトオンライン化は総選挙後わずか3か月で確定し、翌2006年4月には請求省令が改正された。省令改正にあたってパブリックコメントが実施され21件の意見が寄せられたものの(結果はe-gov.go.jpで検索可能)、これは任意の意見募集にすぎず、中医協や審議会等での目立った議論もなく決定されたのであった。

#### 政策決定過程の変化

2000年のEBMデータベースは政治介入で頓挫したが、20年以上遅々として進まなかったレセプトオンライン化は首相のツルの一声で一気に前進した。当事者としてその過程を見守ってきた者として、2つの政策決定の違いをわけた法的、人的そして歴史的背景について自然と関心が高まった。

人的要因は重要である。IT戦略本部の担当官がレセプトオンライン化に努力を注がなかったら……、厚労省の担当官が強く抵抗したとしたら……、日医会長が選挙でミスをしなかったら……様々な「もしも」のひとつでも生じていたら成り行きは異なっていたに違いない。とはいえ、確実にいえることは、法治国家においては法で規定された限界は首相といえども超えられない。官僚に

せよ、どんなにやる気があっても、そのような権限の与えられたポストにいなければ何もできない。

本論文で明らかにしたかったのは、レセプトオンライン化という重要な政策決定が一気に下された背景には、人的要因もさることながら、官邸が医療政策に直に介入することを可能にした2001中央省庁再編という制度的法的要因が重要だったということ。長年にわたって、各分野の政策決定は所轄省庁が行ってきたので、圧力団体も省庁の担当者や族議員にばかり目をむけており、そのことは2001年6月に最初の骨太方針が出されるまで、医療関係者の多くはその重要性(見ようによっては危険性)に気づかなかったことからわかる。高名な医療経済学者でさえ骨太方針が出た後になって1日半で反論を書き上げねばならなかったのだから……。

そして、財務省が単に予算査定を通じて医療費の抑制をはかるだけだったのに対して、内閣府3会議の小泉エコノミストは、医療関係者の神経を逆撫でするような新自由主義的改革を次々と出し、従来の厚労省vs医師会という対立の構図さえ一変させた。医療団体と厚労省の間に奇妙な連帯がめばえ、骨太方針のいくつかを「骨抜き」にすることに成功した。

レセプトオンライン化で主役を演じたのは内閣府3会議ではなく、内閣そのものに直属するIT戦略本部であった。本部長である首相が英断を下した時、それを骨抜きにできる団体も2000年の

EBM事件時のような抵抗を試みる政治家ももはやいなかった（EBM事件に介入した議員は2007年落選）。行政学者の中には2001年の官邸機能強化をなお不十分とする意見もある<sup>34)</sup>。内閣は合議制であって（憲法65条）、制度上は内閣総理大臣といえども厚生労働大臣をさしおいて頃行政を直接指揮することは依然としてできない（所轄の原則）。レセプトオンライン化が可能だったのも、IT戦略本部がIT基本法という特別な法律に基づく機関であったことも関係していたかもしれない。少なくとも、改革後5年を経て官邸機能強化の効果がいかんなく発揮された最初のケースがレセプトオンライン化だったといえよう。

官邸機能が強化された体制下でわが国の政治と政策は今後どう展開してゆくか？

まず指摘できるのは首相に求められる資質がコンセンサス型からリーダーシップ型に変わった、ということであろう。その意味で小泉政権は絶好のタイミングで誕生した点で幸運であった。第二に、選挙の洗礼を経ていない民間人（企業経営者やエコノミスト等）が、政治家をしのぐほどの影響力を行使するようになった点である。諮問会議の民間議員は選挙でも公募でもなく、政権の一存で人事が決まるいわば政治任用（political appointee）である。小泉政権では新自由主義的なエコノミストが登用されたが、今後の政権交代によっては全く異なる議員が登用される可能性が高い。官僚主導の従来の政策決定過程では、政権党がどの政党かとは無関係に医療政策は進められ、行政的な一貫性が確保されてきた。しかし今後は、政権党の交代によって医療政策も場合によっては180度転換が起こりうる。

そのような政策決定過程の中、医療関係者はどう行動すべきだろうか？ 政治任用が中心となるといきおい首相の思想や信条に基づいた政策決定が行なわれやすくなる。それに別の思想信条で対抗しても押し切られるのは目にみえている。それゆえ医療関係者は、政策論議にあたっては思想信条は極力避け、数字を使った実証的な論争を挑まなければならない。

## 文 献

- 1) イチロー・カワチ, ブルースPケネディ. 不平等が健康を損なう. 日本評論社 (2004) 139頁.
- 2) Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268: 2420-5.
- 3) 岡本悦司. エビデンスに基づくレセプト審査への提言. 総合社会保障2000年11月号1~8頁.
- 4) 厚生省検討会. 国立保健医療福祉政策研究所情報科学センター (仮称) のあり方に関するこれまでの議論の整理. 公衆衛生研究2002: 51 (特別企画号): 142-143. [<http://www.niph.go.jp/kosyu/2002/200251000028.pdf>]
- 5) 丹後俊郎他. EBMを指向した「情報科学センター」機能の設置効果に関する調査研究. 平成12年度厚生科学特別研究報告書 [要約は<http://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do>].
- 6) EBM予算化で自民党内に異論. 日本医事新報3984号 (2000年9月2日) 67頁.
- 7) 武見敬三. とーク&トーク注射針一本の行方も見逃さぬ-徹底した情報の収集で医療を変革. クリニックマガジン. 2001年2月号1~7頁.
- 8) 平成13年度厚労省予算案が決定. 日本医事新報4002号 (2001年1月6日) 113頁.
- 9) EBMデータベース事業導入の方針決定. 国保実務2288号 (2001年12月24日) 30~31頁.
- 10) <http://www.kantei.go.jp/jp/cyuo-syocho/sintaisei/leader.html>
- 11) 医療分野の評価を専門に行う目的でIT戦略本部に医療評価委員会が2006年8月に設置された. その目的は「医療・保健・福祉の情報化に係る施策の推進等に関し, 疾病の予防, 医療の質の向上と効率化, 医療費の適正化の観点も含め厳正な審査・評価等を行う」とある. すなわち評価は単にレセプトがオンライン化されたか, だけにとどまらず, 集積されたデータが疾病の予防, 医療の質の向上と効率化にどれだけ活用されたか, も含まれる. 創設されるレセプトナショナルデータベースの運用をめぐることは, 経済財政諮問会議よりむしろ, IT戦略本部の医療評価委員会の方針が大きく影響することが予想される.
- 12) <http://www.keizai-shimon.go.jp/minutes/2001/0314/item2pdf>
- 13) 糸氏副会長. 経済財政諮問会議の論点メモを批判. 日医ニュース951号 (2001年4月20日) 5頁.
- 14) 三師会総合規制改革会議案に対して共同声明. 日医ニュース958号 (2001年8月5日) 1頁.
- 15) 日経連・連合・健保連が連携強化で確認. 国保実務2262号 (2001年6月25日) 13~14頁.
- 16) 二木立. 小泉政権の医療制度改革を読む-経済財政

## レセプトオンライン化はいかに決定されたか

- 諮問会議「基本方針」の批判的検討. 社会保険旬報2102号(2001年7月1日)10~16頁. なお本論文は単行本(21世紀初頭の医療と介護[勁草書房2001年8月刊])にも収録されている. あとがきの中で著者はこの論文を「方針発表直後1日半で書き上げ社会保険旬報に超特急で掲載していただいた. ……同会議への義憤がその原動力となった」と述懐している. 著者は2か月前の同誌に「医療制度改革の課題と視点(厚生労働省)の本音とねらい」を寄稿をしているが, より危険な経済財政諮問会議の動きには全く言及していない.
- 17) 新春記者座談会. 国保実務2290号(2002年1月7・14日合併号)38頁.
  - 18) 規制改革で株式会社参入削除を日医が評価. 日刊社会保険新報5940号(2002年3月27日)2~3頁.
  - 19) 特区推進本部で総理裁断-株式会社参入を自由診療に限り認める. 日刊社会保険新報6077号(2003年3月5日)2頁.
  - 20) 総理大臣発言要旨(坪井会長が示した総理からのファックス). 日刊社会保険新報6077号(2003年3月5日)4頁.
  - 21) 岡田 晃. 論壇「保健所長は医師でなければ」. 朝日新聞1996年7月2日4頁. なおこれに対して地方分権推進委員会の大森彌委員による反論「保健所長の医師資格ははずせないか」が7月31日4頁にあり.
  - 22) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/dl/s0331-2a.pdf>
  - 23) 多田羅浩三. 保健所長の医師資格要件に関する検討についての見解. 日本公衆衛生雑誌2004; 51(9): 822-825.
  - 24) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1226-1d.html>
  - 25) レセプト電算処理システム参加状況. 東京の国保2005; 46(6): 16頁.
  - 26) 医療IT化調査会. 医療分野における情報化促進のための国内外の実態調査-レセプトオンライン化に関する韓国実態調査. 日本医療情報ネットワーク協会2006年3月. [http://www.soumu.go.jp/s-news/2006/060425\\_2.html](http://www.soumu.go.jp/s-news/2006/060425_2.html)
  - 27) 吉田清久. 標的にされる「医師会」の金縛り. 読売ウィークリー2005年12月4日号24~25頁.
  - 28) 厚労省試案, 改革大綱等の関連資料は厚労省サイトの医療制度改革のコーナーに掲示されている. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/>
  - 29) 平成23年度からの全てのレセプトをオンライン化. 週刊社会保障2371号(2006年2月27日)6~10頁.
  - 30) <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/dai33/33gijiroku.html>
  - 31) インタビュー-ITを活用した医療の構造改革をめざして-桑井利久氏. HOPE Vision Vol.4(2006年5月18日)富士通刊行8~10頁.
  - 32) 議事概要. [http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/old/minutes/subject/2005/03/summary05\\_03\\_01.pdf](http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/old/minutes/subject/2005/03/summary05_03_01.pdf)
  - 33) 議長会見録. [http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/old/minutes/subject/2005/03/interview05\\_03\\_01.pdf](http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/old/minutes/subject/2005/03/interview05_03_01.pdf)
  - 34) 新藤宗幸. 技術官僚-その権力と病理. 岩波新書(2002年)6~9頁.

## Online Submission of Health Insurance Claims Mandate :

– An analysis of the top-down decision-making process by the Prime Minister following the 2001 Central Bureaucratic Reforms –

Etsuji Okamoto

(National Institute of Public Health)

In late 2005, the order by the then Prime Minister Koizumi to requiring online submissions of health insurance claims for all health care providers, effective in 2011, was mandated without the conventional political debate and negotiation common to health policy development. Strong political leadership exerted by the Koizumi administration, the third longest cabinet in postwar Japan, is mostly attributed to Koizumi's personality; however results of the bureaucratic reforms implemented months before his taking office cannot be overlooked, because they aided in empowering prime-ministerial administration. A newly created Cabinet Office was endowed with committees of political appointees that included neo-conservative economists. Economists in Koizumi's cabinet challenged both the Japan Medical Association as well as the Ministry of Health, Labor & Welfare (MHLW) with what they termed the "bone-hard policy", which opponents found difficult to confront. Opponents did manage some compromise in the "bone-hard policy" concerning the deregulation of private investment for hospitals and management of public health centers by non-MD administrators. However, after the JMA made a strategic mistake in the midst of an overwhelming victory in the Sept 2005 general election, the cabinet's IT Strategic Headquarters overruled a halfhearted proposal by the MHLW and mandated that all insurance claims be submitted online by early 2011. Such top-down legislative tactics would not have been possible prior to the 2001 Central Bureaucratic Reforms. Further, it is in sharp contrast to an incident occurred in the National Institute of Public Health in 2000, when a proposal to establish an EBM database was eliminated by a single stakeholder's protest. The power balance paradigm underwent notable transformation under the Koizumi era, due not only to his persona but also to the major concurrent reforms of Japan's bureaucratic institutes that occurred.

Health Science and Health Care 7 (2) : 66 – 77, 2007