

診療報酬の算定要件としてしか存在しない権利は、まだ権利ではない

九条丈二・岩井一也・高木俊介

病院があなたを、死にゆく母親のそばに座らせてくれるのは、拒めば診療報酬を失うからだ、としよう。それは母親の「あなたと共に過ごす権利」を尊重したことになるのか。それとも、請求書の要件をひとつ満たしたにすぎないのか。これは思考実験ではない。日本が今年採用したモデルは、実質的にこれである。

2026年6月、日本の改定診療報酬——国民皆保険の下で病院への支払いを定める公定の点数表——が施行された。[新たな規定](#)は初めて、病院に対し、面会に関する方針を文書化し、公表し、定期的に見直すこと、感染対策などの正当な理由なく家族の面会を妨げないこと、そして制限を必要最小限にとどめることを求める。要件を満たさない病院は、関連する報酬を算定できない。日本では、パンデミック期の面会禁止が恣意的な日常として固着していた。その背景に照らせば、これは実質的な前進であり、我々はこれを歓迎する。

だが、これがどのような種類の前進であるかに注意してほしい。この改革は、許可基盤モデル——患者がどのような接触をもちうるかを病院が決めるモデル——を、まさにそのモデルをより巧妙に使うことによって抑制しようとする。手段は診療報酬制度であり、目的は病院の裁量の制限である。しかし、支払いを通じて執行される規則の下では、病院は裁量的権限者のままであり、その説明責任の相手は患者ではなく支払者である。

患者は、権利主体としてどこにも現れない。患者には自ら選んだ人と共に過ごす権利がある、という規定はなく、制限を正当化する責任が病院に課されることもなく、なぜ制限が必要なのか、いつ見直されるのか、どのように異議を申し立てられるのかを患者や家族が問う経路もない。それでも病院が制限した場合、患者に残された救済は事後の民事訴訟のみである——いま入院している人、いま死にゆく人にとって、事実上閉ざされた経路である。

これは抽象論ではない。大切な人から引き離されることは、患者を傷つける。高齢者や認知機能障害のある人にとって、見知った顔の不在は混乱を深める。日本の研究では、面会制限は救急入院患者における[せん妄のオッズの3倍超の上昇と関連していた](#)。終末期や産科医療において、排除は、人がそばにすることが最も重要となるまさにその時に、苦痛を増幅させる。

新規則の薄さは、ただちに可視化された。この春、東京の二つの病院が、同じ数週間のうちに、麻疹をめぐる同一の疫学的状況に直面し、正反対の結論に達した。5月末、[一方は感染者数の減少を理由に麻疹に伴う面会制限を解除した。他方は、6月1日——新要件の施行当日——から未就学児による産科多床室への面会を禁止すると発表した](#)。見直し期日も終了条件も示されていない。

我々は、どちらの判断も本質的に誤りであったと言うのではない——感染対策は重大な責務であり、病院間で判断が分かれること自体は正当でありうる。その制限が本当に「必要最小限」であるかは、まさにこの規則が答えられるようにすべき問いであり、現実に議論の余地がある問題である。だが規則は、誰も——とりわけ患者が——

この問いを提起できる場を用意していない。患者の権利に根ざした規則であれば、各病院は、なぜ制限が必要か、いつ見直すか、何をもって終了するかを述べられる。算定基準に根ざした規則が求めるのは、方針が書面として存在することだけである——

そして支払側による監査では、遵守の確認は結局、「その書類が存在するか」という一点に還元される。

他の制度は、反対側から出発する。米国では、病院がメディケア・メディケイドの支払いを受けるための連邦要件が、患者の面会権から始まる。方針の文書化、制限には臨床的理由、そして各患者への権利の告知である。同じく支払いを通じて執行されるこれらの規則も、パンデミック期の過酷な制限を防げなかった。権利基盤の規則は、それだけでは何も保証しない。だが、二つの設計は、起草スタイルではなく、三つの機能的な点で異なる。誰が申し立てられるのか——

米国では患者であり、病院は苦情処理手続の運用を義務づけられている。正当化の責任を誰が負うのか——

病院であり、臨床的理由を示さなければならない。訴訟に至る前にどのような救済があるのか——苦情、調査、是正措置である。日本の新規則は、この三つのいずれも備えていない。違いは、支払いが梃子であるか否かではない——

それは両制度に共通する。規則が患者に力を与えるのか、それとも請求担当者に指示を与えるだけなのか、である。

こうした実務上の改善は、新たな立法を待たずとも実施できる。厚生労働省は、自らが所管する診療報酬制度の枠内で、あらゆる面会制限について、見直し期日、終了条件、そして患者が再検討を求めるための連絡先を書面で明示することを要件化できる——

改革がすでに用いている文書化の論理を、今度こそ患者に向けるのである。だが、より深い欠落は、法律によってしか埋められない。日本には、いまなお患者権利法が存在しない。我々の一人は本誌において、緊急事態を超えて存続する制限には比例性の審査と真正なサンセット条項が必要であると論じた。日本の2026年改定は、恣意的な制限に対する現実の一步である。しかし、他者の償還条件としてしか存在しない権利は、まだ権利ではない。面会は病院が与える便益ではない。病のあいだも患者が一人の人間であり続けることを支えるものの一部である——

そしてそれは、算定要件の書類の中に見出されたり、失われたりするものではない。

※本文書は、Journal of Medical Ethics Blogに2026年7月13日付で掲載された“A right that exists only as a billing rule is not yet a right”の著者による日本語訳である。原文はCC BY-

NCライセンスの下で公開されている。

<https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2026/07/13/a-right-that-exists-only-as-a-billing-rule-is-not-yet-a-right/>

著者および所属

George Kujo（九条丈二） — 独立研究者（日本）。ORCID: [0009-0006-6864-0145](https://orcid.org/0009-0006-6864-0145)

Kazuya Iwai, MD PhD — 静岡市立静岡病院 感染対策室（日本）。ORCID: [0009-0003-4834-8807](https://orcid.org/0009-0003-4834-8807)

Shunsuke Takagi, MD — 高木クリニック（日本）。ORCID: [0009-0007-0338-706X](https://orcid.org/0009-0007-0338-706X)

責任著者: George Kujo — george.kujo.irjp@gmail.com

利益相反: なし