

平成 17 年度 第 3 回主要課題改革推進委員会 議事概要

1 . 日時 : 平成 17 年 11 月 21 日 ( 月 ) 13:45 ~ 15:19

2 . 場所 : 永田町合同庁舎第 1 共用会議室

3 . 出席者

( 委員 ) 宮内義彦議長、鈴木良男主査、草刈隆郎副主査、原早苗委員、阿曾沼元博専門委員、長谷川友紀専門委員

( 厚生労働省 ) 水田邦雄保険局長、堀江裕保険局保険医療企画調査室長、大島一博保険局保険システム高度化推進室長、原勝則医政局総務課長、千村浩医政局医療機器・情報推進室長

( 事務局 ) 永谷内閣審議官、田中規制改革・民間開放推進室長、井上参事官、原企画官

4 . 議事次第

中医協の在り方の見直し

医療の I T 化

医療機関の情報開示

5 . 議事概要

宮内議長 それでは、定刻でございますので、ただいまより「規制改革・民間開放推進会議」の第 3 回「主要課題改革推進委員会」を開会いたします。

当会議といたしましては、年末の答申とりまとめに向けた喫緊の重要課題に対して重点的な審議を行うために、当委員会において公開討論を行うなどあらゆる権限を行使しつつ集中的に議論を進め、最終的には規制改革・民間開放推進本部などでの大臣折衝、あるいは総理の御裁断をいただく方針としております。

本日は、当会議の重点検討分野の 1 つでございます医療分野につきまして、保険局の水田局長を始め、厚生労働省の幹部の方々にお越しいただき、意見交換をさせていただくことになっております。

厚生労働省の皆様方には、医療制度改革等大変御多用のところ御足労をいただきまして、誠にありがとうございます。何分よろしくお願ひ申し上げたいと思います。

それでは、まず私どもの医療ワーキンググループの鈴木主査から本日の議論のテーマ、これまでの審議経緯などにつきまして、簡単に御説明をさせていただきたいと思ひます。それでは、鈴木議長代理よろしくお願ひいたします。

鈴木議長代理 鈴木でございます。

当会議は昨年からは中医協改革、混合診療といった主要な課題について検証、時には意見をしてまいりました。本年度はそれに加えて、アウトカム情報を含めた医療機関情報等の公開の義務化、明細付き領収書の発行義務、保険者機能の充実強化、電子レセプトのオンライン請求など医療の I T 化の加速、そのほか医療器具の内外価格差の是正、医療機器医

薬品の承認機関、承認審査の問題など、さまざまな課題について検討して、厚生労働省とも都度意見交換をさせていただいてまいりました。

そうした広範な課題の中から、本日は特に中医協改革、情報公開、医療のIT化の3課題について意見交換を進めさせていただきたいと思っております。

なお、お手元に当会議の考え方をまとめた資料を用意させていただいておりますので、適宜御参照いただきたいと思います。

以上でございます。

宮内議長 本日はちょっと時間が限られておりますので、中医協改革に関しましては30分をめぐりに意見交換をさせていただきたいと思っております。それでは、ただいまの全般の考え方に加えまして、中医協改革に関しまして、鈴木議長代理から当会議の意見、論点につきまして、まず御説明をさしあげたいと思っております。

鈴木議長代理 当会議の意見は、お手元の「1. 中央社会保険医療協議会（中医協）の在り方の見直し」に記載されておるとおりです。

昨年の議論では、これらの抜本的な改革が実現されない場合、もはや厚生労働省に行政責任を任せることはできず、中医協を厚生労働省外に解体的に再設置すべきであると主張してまいりました。

その結果、厚生労働省が責任を持って改革に取り組むと尾辻前厚生労働大臣が明言され、新たに設置された「中医協の在り方に関する有識者会議」の報告書が出され、逐次中医協の改革が進められておるところであります。

有識者会議では真摯に議論を重ねていただき、一定の評価はできるものではございますが、まだ改革の根幹に関わる重大な問題が残されているというのが当会議の意見でございます。

特にポイントを申し上げるならば、1ページの枠の中の3点。

第一は、審議の結果、中医協の機能は限定されたわけですが、しかしそれが運用面であいまいになりかねないこと。これが第1点です。

第2点は、団体推薦制が残るという点です。その上、病院代表の委員推薦に医師会を介するというのは、私どもとしては不可思議に思います。

3番目が病院代表の委員数が医療提供シェアだとか、働く医師数などの実態を反映していないということです。数値については、お手元のペーパーに書いておるとおりです。

これらが特に問題視している部分です。

そのため、第2ページ目に記載しましたように、更に踏み込んで改革すべきではないかということをお願いしたいと考えております。幾つかございますが、数点ほど申し上げたいと存じます。

第1点は、中医協の機能、権限というものを限定する方針が出てはいるわけですが、いささか抽象的であって、具体的な実施の場面において、それが果たしてどのように機能するのかという観点から、より明確化、具体化の措置を講ずべきだということです。

1つだけ例を挙げますと、医師が発行する領収書にその明細を添付していただきたいというのが私どもの今回の論点になっているということは先も申し上げました。

しかし、新聞等によりますと、この問題を中医協に対してダイレクトに諮問されているということが報じられましたので、先般、厚生労働省との意見交換の中でも、その真偽、真である場合には、その理由をお伺いしたわけです。

明細書を付すということ自体は、我々は政策マターに属すると考えるし、もう一つの問題として、明細書を付したときに、その明細書の発行費用をどうするのかと。こんな議論もあろうかと思えます。どこの世界でも明細書発行費用を発行者が負担するのは当たり前のことですが、この問題を中医協にダイレクトに持っていかれたというのは、一体どういうことかということです。中医協の権限は、御案内のように報酬金額を定めることだけに今回限定せられているのですから、中医協において一定額を払うことを前提にその一定額を決めるために諮問したと考えざるを得ないわけです。

その点を質問したところ、いや、そうではありませんと言われる。療担規則の中に明細書の発行に関するものはいずれ書き込まなくてはいけないと思うから、療担規則は、法律によって、中医協への諮問事項だから、中医協に持っていったと言われる。これが答えであったわけです。

答えであったわけですが、これは昨年の両大臣合意以前のプラクティスにおける中医協の権限の問題であって、そここのところではっきりと政策問題というようなものは、中医協では取り扱わないのだということが決められた以上、従来のプラクティスのままでこの問題を考えていただくのでは、中医協改革のうちの最も重要なものの1つである、権限の明確化というようなものがあいまいにならざるを得ないのではないかと申しました。あれだけ権限についての改革をしたのだから、それはもっと違った形で療担規則の中というようなことにとらわれない考え方をしてほしいということをお願いしたわけでした。厚生労働省の方においても、その後「社会保障審議会」の方の議論に切り替えておられるやに承っておりますが、これからも幾つかの具体事例として、そういうものが出てくるのが考えられるわけです。

したがって、何が診療報酬に関わるものであり、そして何が政策であるのかという線引きは当初から議論があったわけですが、これを明確にしていきたい。これが第1点です。

第2点は、審議の公平、中立を担保するために、団体推薦制は廃止して、公益委員を過半数化することが必要。これは繰り返し局長にも申し上げてきた問題です。

第3点は、仮に有識者会議の意見を尊重して、団体推薦を残す場合でも、医師会を介さずに病院代表は直接推薦すべきであるということです。

第4点は、医療費のシェア、常時する医師数では圧倒的に病院関係者が多いわけです。それゆえに恣意性、その他その団体の力関係で委員数を決めず、シェア等の客観的な基準で委員数を確定すべきであると考えます。医師数等の客観的な基準に基づけば、病院団体

の委員数を一般診療所で開業医の声が圧倒的に強い日本医師会の委員数よりも数を多くするべきではないかというのが第4点の私どもの要望です。

なお、着実に進められているとは思っておりますが、重要であるため、問題の最後に書いてある、公益委員の検証機能をしっかり持たすべきと考えます。

以上が私どもの意見です。

宮内議長 ありがとうございます。

それでは、意見交換に移りたいと思いますが、その前にただいま鈴木主査の申し上げました点などを含めまして、厚生労働省のお考え方をお聞かせいただければと思います。

水田保険局長 厚生労働省の保険局長でございます。

「中医協の在り方の見直し」につきましては、昨年末の尾辻厚生労働大臣と村上規制改革担当大臣の「基本合意」がございまして、これを踏まえて、先ほど御紹介ありました「中医協の在り方に関する有識者会議」が起こされて、7月20日に報告書のとりまとめが行われたところでございます。

他方、「中医協の在り方の見直し」は、冒頭宮内議長がおっしゃいましたとおり、今、医療制度改革をやっておりますが、その一環としての位置づけもございまして、「政府・与党医療改革協議会」での検討項目にもなっているものでございます。

本日はこれまでのこの問題に関する私どもの取組みについて、まず私から基本的なことを述べ、堀江室長の方から補ってもらおうという形にしたいと思っております。

お手元の資料に書いてございますが、1点目は、中医協の「機能・役割の在り方」でございまして、これにつきましては、現在社会保障審議会医療保険部会及び医療部会におきまして、まさに基本方針を審議してございます。

来年1月になりますと、ただいまの基本方針、予算編成過程を通じて内閣が決定した改定率を所与の前提として、中医協におきまして、診療報酬点数の改正案の調査及び審議を行うように、ここで諮問する予定でございます。

先ほど、鈴木代理の方から明細書の諮問があったということがございましたが、それは全くございません。流れといたしましては社会保障審議会での基本方針、改定率を受けて、来年諮問するという流れになってございます。

2点目の「公益機能の強化」という点でございましてけれども、これもお話がございました診療報酬改定の結果検証を今後の議論につなげていくということを目的といたしまして、9月28日に「診療報酬改定結果検証部会」を設置いたしまして、専門委員として、マクロ経済・政策評価の専門委員を新たに1名任命したところでございます。

今後、公益委員を更に増員せよというお話もあるわけでありましてけれども、次で申し上げます「委員構成の見直し」とも関連いたしますけれども、「中医協の在り方に関する有識者会議」におきましては、「中医協の委員数全体の適正を維持するという観点も踏まえつつ、支払側委員及び診療側委員のそれぞれと同数程度とする」という報告書をいただいているところでございますけれども、この問題につきましては、先ほど申しました「政府

・与党医療改革協議会」の検討項目ともなっておりますので、その結論を踏まえて、法案で対処していきたいと考えてございます。

3点目は、ただいま申し上げました「支払側及び診療側の委員構成の在り方」でございますけれども対応状況といたしましては、御存知のとおり9月に日本病院団体協議会が推薦する医師2名を中医協委員に任命したところでございます。これにつきましては、後でコメントさせていただきますけれども、医師会を介するのがおかしいのではないかという御指摘がございましたけれども、職能団体である医師会を通じてなされたものでありますけれども、日本病院団体協議会が提出した推薦名簿はそのまま私どものところに届けられたわけでございまして、そういう意味で、妥当性はあるのではないかと考えてございます。

更に申されました支払側委員及び診療側委員の団体推薦制の在り方につきましても、先ほど申しました政府・与党医療改革協議会の検討項目になってございます。

大きな点といたしましては、以上のとおりでございまして、残る点は堀江室長の方から御説明いたします。

堀江保険医療企画調査室長 時間の制約もございまして、簡単に補足させていただきますと思います。

先ほどの病院の意見を反映できる医師の選出方法についてということですが、繰り返しになりますけれども、厚生労働大臣から直接に病院団体に対して、日本医師会に推薦名簿を提出するよう依頼して、日本医師会は病院団体から提出されました推薦名簿を添付して、病院団体の名を併記した上で、推薦名簿を提出するという事で、9月にその方法は実現いたしまして、病院団体の推薦名簿の内容というのは、極めて尊重されたものになっているということを補足させていただきたいと思っております。

併せまして、推薦制を維持する場合でも、病院の代表は過半数の3名にすべきではないかというようなお話でございまして、報告書におきまして、支払側委員、診療側委員の委員構成について、「現在の構成を踏まえつつ、医療費のシェア、医療施設等の数、医療施設等従事者数、患者数等の指標を総合的に勘案しながら、明確な考え方に基づいて決定していくべきである」ということとされまして、現在の構成を踏まえつつ医療費のシェア、医療施設の数、医療施設等従事者数等を勘案して、5名のうち2名については必ず病院の意見を反映できる医師の枠とすることと決定したものでございまして、先ほどのような手順でもって選出してございます。

なお、残る3名については、日本医師会の方で病院及び診療所のバランス等を考慮して推薦されまして、残る3名のうちの1名につきましては、病院の医師が任命されているという意味合いで申し上げますと、病院の代表の方が3人いるというのが現状でございます。

宮内議長 それでは意見交換を始めさせていただきますが、私が最初に口火を切らせていただきます。ただいまのお話で、有識者会議では直接推薦をするという意見が大勢だったというふうにお伺いしましたが、最終的な厚生労働省案というのは、医師会を介しての推薦ということで、有識者会議の結論というのはどういうふうになってしまったのかと

ということをお聞かせいただければと思います。

堀江保険医療企画調査室長 有識者会議におきましては、「病院団体が直接選出をするべき」というものが大勢であるとはいつつ、「国民の目に見え、納得できるような形で選ばれるべきであり、病院団体自身が作成した推薦名簿が透明なプロセスで厚生労働省大臣に届けられる仕組みとするべき」ということでまとめられたわけございまして、とりまとめの日に厚生労働大臣からその具体的な方法として病院団体の名簿は尊重される形にしながら、日本医師会に名簿が経由されて厚生労働大臣に出される方法が1つの方法ではないかということで、考え方を尾辻大臣が述べられて、大森座長もそれは1つの具体策の方法であるということで評価をされたものであります。

また、日本病院団体協議会も今回の2名の方の推薦をしていただいたわけございませうけれども、厚生労働大臣から具体的な医師を代表する委員の選出方法が発表されたが、これについても「有識者会議の報告書の趣旨を十分に実現できる仕組みとして、大いに評価するもの」であるとしている。

なお、現在2名の病院団体協議会の先生方も大変活発に御審議に参加していただいているということをつけ加えさせていただきたいと思います。

宮内議長 それでは、御意見ございましたら、どうぞ。

阿曾沼専門委員 今のわざわざのコメントの中で、病院団体が推薦された方が医師会を通してそのまま承認されたのだからいいではないかというような議論でしたが、もし本当にそれがそうであるならば、むしろ医師会を通すということは形式だけですでに形骸化しているのではないかなと思われまう。そういう意味からすると、今後それを続けていく意義がどういうふうにあるのかという点が1つ。

もう一つは、客観的に国民に向けて説明ができるというようなことで、総合的に勘案してというお話だったのですが、医療費だとか医師数、患者数、施設数の大きな4つの指標を見た中で、どういう客観的な評価をされたのか。もし具体的なことがあれば、教えていただきたい。

堀江保険医療企画調査室長 今の阿曾沼専門委員のお話は、病院団体の名簿が尊重されたなら、もうそのままいいではないかということかとは思いますが、やはり日本医師会は医師を代表する唯一の職能団体ですから、そちらとしまして2名を所与のものとし、残る3名について、併せまして病院と診療所のバランスなどを色々と考慮して推薦いただくというようなことで、名簿が日本医師会を経由する意味というのは、現時点においてあるというふうを考えているということでございませう。

どのような尺度で病院と診療所の割り振りみたいなものを考えたのかというようなことございまして、私どもとしては、5名のうち2名については必ず病院の意見を反映できる医師の枠とすることを決定したというところまでございまして、残りの3名のうちの対応については、また日本医師会にも御検討いただいた格好になってございまして、現実に3名の方が病院の代表になっているわけございませうが、私どもが考える際には、医療

費のシェア、医療施設等の数、医療施設等従事者数、医療施設等のシェア、患者数等を念頭に置いて検討することを有識者会議の場においてもお示ししているということでございます。

宮内議長 草刈総括主査、どうぞ。

草刈総括主査 今のお話にちょっと関連するんですが、こちらから出した紙の1ページの というところに、いわゆるスケールが比較してあると思いますが、要するにさっき言われた医療費とかお医者さんの数というのは、ちょうど医療費は倍以上ということになっている。お医者さんでいうと9対16とか、圧倒的に病院の方が多いわけです。患者さんはちょっと風邪を引けば行くわけですから、診療所の方が多いかもかもしれませんが、施設数を比較するといっても、要するに小さなところと大きなところと比較してもしょうがない。こういうふうに見ていくと、やはり病院の方が5人のうちの3対2というので、病院の方を3人にするとというのが極めて普通の考え方ではないのかなというのが1点です。

さっき言われたことなんですが、要するに、病院が推薦するというものを自動的にノミネートできないで、医師会のお墨付きを経由していなければいけないと。これが非常に不透明だなというのは皆さん考えていることだろうと思うので、もしどうしてもそうしたいのだったら、やはりどこかに明確にブロックしてはいけないということを書いておかないと、今回はともかくとして、今後は非常に具合が悪くなる危惧がある。勿論、言うまでもなく私らは医師会の了解などというものは必要ないと思っていますが、しかし、いずれにしてもそのところは明確にしておかないと、変なことになるわけです。

要すれば、このいろんな数値からいっても、病院が3というのが普通の考え方ではないのかということと、基本的には病院の推薦する人間を素直に入れるという形に、少なくともすべきではないかという感じがしますけれども、何かその辺はコメントありますか。

堀江保険医療企画調査室長 先ほどから施設数を上げることについて御疑義も述べられたところでございますけれども、医療費のシェア、医療施設等の数、医療施設等従事者数、患者数等を総合的に勘案して、2名は病院の声を代表するということに特定しよう。残りは、日本医師会に総合的にお考えいただくということでございました。

日本医師会がブロックするのを阻むといいますか、そういうことにつきましたのお話でございましてけれども、今回の報告書の中にも書いているわけですが、一定期間の間に厚生労働大臣から推薦依頼をして、そういう意味ではその間に併せまして病院団体の方にも厚生労働省の方から日本医師会に出してくださいというふうな話になります。

当然、病院団体から日本医師会に提出して、異議が出てまもらないような事があり、一定期間のうちに、推薦がなされない場合には、厚生労働大臣が職権で任命するということまで明記してございます。

しかも、日本医師会から出てくる際には、病院団体の推薦書というのを添付して出すことになっており、二重、三重に名簿が尊重されるような仕組みを担保しているつもりです。

宮内議長 鈴木議長代理、どうぞ。

鈴木議長代理 先ほど今回もそれでうまくいったとおっしゃられた日本病院団体協議会ですけれども、私どもは団体推薦制というものは廃止すべしという意見を持っており、これは今日も維持しております。したがって、日本病院団体協議会であろうとも、ここからの推薦については基本的には反対であるということ、前提としておことわりした上で伺いたいのですけれども、この協議会のいわゆる当事者能力という問題については、現在どのように評価せられておられますか。

堀江保険医療企画調査室長 日本病院団体協議会というのは、特に昔からあるものではございません。ただし、今年に入りまして緩やかな協議体としてできてきたものであり、大きな病院あるいは小さな病院の代表、あるいは国立の病院、あるいは国立大学の病院等々、11の病院団体から構成されている協議会でございます。8割以上の病院がこれに入っているという意味合いで申し上げれば、病院を代表するものとしての適正というのは十分にあるのではないかと。そちらの方で合議して、またこの2人を出したいという決議をした上で、その名簿を日本医師会に出されているわけです。

鈴木議長代理 わかりました。平成17年、今年の7月26日の、先ほど議長が申されました有識者会議の議事要旨、その中では直接に病院団体から推薦を受けるべきではないかという議論に対して、尾辻前厚生労働大臣は病院団体にはまだ受け皿が明確にできていないという御返事をなさっておるわけですね。それが、今おっしゃったように、ある当事者性というものを持ってきたならば、もはやこの明確な受け皿ができていないということは終わったのだから、したがって、そちらから直接出してよろしいのではないかという感じがするのですが、その点はいかがですかという点。

もう一つ、病院団体が11あるとおっしゃっておられる。今回の推薦というのは、病院協議会に出されたのか、各11のものに出されたのか、こちら辺はいかがですか。

堀江保険医療企画調査室長 あくまで、この中医協の法律に書いてあります。医師の代表ということでございますから、病院団体として相当な活動ぶりが定着してきたとしても、日本医師会に經由すること自体が否定されるものではないというふうに思っております。

鈴木議長代理 11の団体に出したのか、それとも病院協に対して出したのか。

堀江保険医療企画調査室長 それは、私どもから病院団体に対して推薦依頼を出しています。

鈴木議長代理 11のですか。

堀江保険医療企画調査室長 日本病院団体協議会に対して日本医師会にお出しするようお願いしました。

鈴木議長代理 11の団体に今後とも出すということはないわけですね。11の団体に出したら、11の返事が来たと。それがもしまとまらなかつたらどうするのか、それは全部医師会の方に行き、まさか医師会でスクリーニングが行われるわけではないでしょう。さらば2人を選ぶためにどうしたらよいのかという問題が起こってくると思うのですが、その懸念はないと考えてよろしいですか。



堀江保険医療企画調査室長 まさにできたばかりの協議会ではございますけれども、引き続きその形で活動が充実されていけば、そうした懸念はなくいけるのではないかと考えております。

鈴木議長代理 私どもは結論としては、尾辻前厚生労働大臣が最初に御心配になっておった点は、もはや今のお話ではクリアーされてきているのだから、極めて不透明な、わかりにくい、医師会というものには一旦でも行かない、直接病院協議会から厚生労働大臣に行く。医師会はホッチキスで止めて出すだけだと、こういう技巧的なことをおやりになって、何か医師会の影響度というものが残っているのではないのかというふうに世間に誤解されるようなやり方は、この有識者会議の審議、あるいはそれに先立つ私どもの意見を踏まえたら、早急にお直しいただいた方が透明になると考えておりますので申し上げておきます。

宮内議長 どうぞ。

水田保険局長 なぜ医師会を通すかということでありまして、基本的には私ども中医協というのは支払側、診療側、それから公益の3者構成であり、その支払側の中で、ブロックが医療、歯科医療とあるわけでありまして、やはり全体性と言いますか、医療なら医療の世界全体を代表するバランスの取れた構成にさせていただきたいと思っております。それが医師会という職能団体を通す意味だと思っております。

それを1つの表れとして、今回のようなやり方を取ったということでありまして、いずれにしても、冒頭申しましたように、団体推薦制の在り方自体、「政府・与党医療改革協議会」での検討項目となっておりますので、そこでの議論を踏まえて、私どもも適切に対処したいと考えております。

宮内議長 どうぞ。

阿曾沼専門委員 我々の議論は、中医協の主張の中で、いわゆる職能団体の代表が薬剤師と医師であるというふうな規定がされている、だからこうなんだということを議論しているわけではなくて、もっと中医協の在り方そのものが本当に医療をバランスよく提供側を含めて構成されているのかという、抜本的な問題も含めて本来は議論すべきであって、今はそういう法的なことがあるから、職能団体だから医師会を通さざるを得ないんだという議論は、やはり国民の目から見ると少しわかりにくいし誤解を生むということを申し上げているつもりでございます。

水田保険局長 通さざるを得ないという法律的な位置づけというよりは、厚生労働大臣の判断として、医療界全体のバランスを考えると、職能団体である医師会を通すのが適当ではないかということであり、ただ、そのバランスを取るときに、色々と御指摘もございましたので、二名の病院団体枠を作ることが必要であるということでございます。そのように考えた上で、今回の姿になっているということでございます。

宮内議長 それでは、予定いたしました30分がまいりました。勿論本件につきまして結論が出るという話ではございませんが、意見の相違点等がかなりクリアーになったと思

ます。

中医協の問題は、一応ここで区切らせていただきまして、当会議といたしましては本件につきまして引き続き年末答申の策定に向けまして議論をさせていただきたいと思っております。

次の議題でございます。「医療のIT化」につきまして、意見交換をさせていただきたいと思っております。だんだん時間が短くなって申し訳ございませんが、20分と区切らせていただきまして議論をさせていただきたいと思っております。私どもの考え方につきまして、引き続き鈴木主査から御説明を差し上げたいと思っております。

鈴木議長代理 それでは、御説明させていただきます。本件に関します、当会議の考え方は、お手元の資料の「2. 医療のIT化の加速」に記載のとおりであります。本日は、特に電子レセプトのオンライン請求の推進策について意見交換をしたいと存じます。当会議は、従前から医療の質の向上と効率性のために、100%達成に向けた電子レセプトのオンラインによる請求の原則化の必要性を訴えてまいりました。本日お越しいただいている、大島室長とも先日協議させていただき、何とかして進めたいという共通の認識には立ったのではないかと考えております。

具体的な推進の方法については意見を述べるにとどまったけれども、私は資料の4ページの①の2つ目の の、一定期間経過後には紙レセプトと受け付けない。やむを得なければ、このやむを得ないというのは、オンラインでやることができない、つまりパソコンを持っていないお医者さんもないとは言えないでしょうという、誠に今日的にはあり得ない議論を言っておるわけですが、やむを得なければ紙でもって審査するのだから、オンラインによって電子的手法でやった場合には、韓国の例で見られるように、機械そのものが相当数のものを審査してしまうけれども、そうでなかったときには、いちいち見なければならぬというのが基本です。そういうときには、追加費用を紙で提出した医療機関に請求するという以外には、有効な方策はないだろうと考えまして、数年前から繰り返し御省に対してその旨お願いをしまいたったわけでございます。

そのような推進策について、どのように考えるのか。そういう点について、本日は厚生労働省さんの具体的推進策、検討の方向性などを伺いたいと思っております。

この考え方、つまり受け付けないということで意見が一致いたしますならば、従来入れておりました一定期間に対しても、そろそろ数字を入れていただきたい。いつまでにという数字を入れていただきたいということをお願いしたいと考えております。

以上が私の説明でございます。

宮内議長 それでは、本件につきまして、厚生労働省のお考えをお聞かせいただければと思っております。

水田保険局長 まず、保険局の関係でございますけれども、お手元の資料に「レセプトオンライン化」と記したものがございます。先ほどの中医協の次のパートであります。これは、実は11月18日、先週の金曜日に公表したものでございますけれども、現在御存じ

のとおり医療機関から審査支払機関には、紙または電子媒体で来ます。これを保険者に紙で渡すという仕組みになっているわけでありまして、当面は紙、電子媒体またはオンラインを認め、それが保険者に届くように改めます。その上で一定期間経過後におきましては、これはオンライン化を原則とするということを、発表したところであります。

現実には段階的に進めなければいけないと考えておりますので、5年程度の猶予期間を置かせていただきまして、その終了後においては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ようにするというような方向で考えております。

従来は、特に病院のレセプトについていろいろ計画内容を示させていただきましたけれども、今回は最終の第3段階で診療所も含めてオンライン化を進めたいと考えております。

具体的な推進策としましては、これは今年度に既に開発を始めておりますけれども、医療機関ごとの傷病コードから統一コードへの変換ソフトを開発し、来年度から配布したいと思っております。

それから、診療報酬において、この推進のための方策の検討を進めたいと考えております。

さらに、セキュリティーについて専門家の意見をさまざまに聞いて、適切な運用をしていきたいと考えてございます。

以上でございます。

宮内議長 ありがとうございます。

鈴木議長代理、どうぞ。

鈴木議長代理 済みません。よくわかりました、年数も入れていただいてありがとうございました。5年程度、それが早いのか遅いのかという議論はまだ多少あるかと思いますが、したがって、ここの医療部門に関する当会議の提言ペーパーには、医療機関に対する支援というのは書いてありませんが、しかし、オンライン化はする。もしオンラインで請求しなかった人に対して原則として、原則というのはパソコンを持っていない人以外については、その請求を受け付けないということを、本年度の答申の中に明記させていただきたいと考えております。期間についても併せ入れてということで、それに対して局長はお受けいただけると理解してよろしゅうございますか。

大島保険システム高度化推進室長 私ども、すべてのレセプトをオンラインにするというのを基本に考えておりますが、ちょっと気になりますのが、例えば、システムダウンをした場合ですとか、あるいは極めて件数が少ないといった場合がございますので、そういう場合には例外的な取扱いも検討しなければならないのではないかと考えております。

具体的には、この請求手続は省令で決めておりまして、省令の中にオンライン請求ということを書きまして、その中に例外としてシステムがダウンした場合ですとか、あるいは極めて請求件数が少ないといった場合を書いてはどうかと考えております。そういった場合に費用を取るかどうかにつきましては、しばらく検討する必要があると思っております。全体に占めますウェートは極めて小さくなるはずでございますので、そのよう

な場合に改めて費用を取るような事務コストをかけるのか、それはまさに例外として一時的なもの、あるいは極めて件数が少ないものという扱いにするのかということ、今の時点で明確にそこまで決めることにはちゅうちょしております。

鈴木議長代理 ありがとうございます。要するに、システムがダウンしたときにはオンラインで送れないという理屈ですね。長期にシステムがダウンするということは、余り考えられませんが、そういう極めて明確に不可能であることがはっきりしておるケースに限る。パソコンを持ってないという理由ではなくてですね。そういうもの、これとこれとこれだということ限定して御提示いただいて、その上でその可否について議論し、それ以外のものについては、先ほど申しましたように、オンラインで請求しないものに対しては支払わないという原則を取ると理解させていただくということによろしいですね。

大島保険システム高度化推進室長 はぁ。

鈴木議長代理 ありがとうございます。

大島保険システム高度化推進室長 オンライン以外のものにつきましては、基本的にはオンライン請求を求めるという形で、費用を取るよりは、あくまでオンラインで請求してもらおうということ、手続上明確にしたいと思っております。

鈴木議長代理 お願いするけれども、今まで応えてくれなかった。したがって、お願いしても応えてくれない人にはお支払いしないということまで明確に書かせていただきたいというのが私どもの主張です。これは、何も今年初めて言ったものではありません。3年も4年も前からそういうことを言い続けてきて、最終的にぼんやりとした言葉でカムフラージュをかけてきただけのことです。

大島保険システム高度化推進室長 今回違いますのは、請求手続を変えております。省令の中で明確にオンラインで請求を行うものとするという形で書くと。

鈴木議長代理 それは反対読みをすれば、当然オンラインでないものは請求として認めないというふうに法令上解釈されるという意味ですね。

大島保険システム高度化推進室長 おっしゃるとおりです。

鈴木議長代理 わかりました。

大島保険システム高度化推進室長 勿論、例外的な場合は違いますけれども。

鈴木議長代理 それは、さっき言った極めて合理的な。

大島保険システム高度化推進室長 オンラインで請求を行うものとするという形です。

鈴木議長代理 あるいはしなければならぬという形ですね。

大島保険システム高度化推進室長 それは、請求の手続をそうするということでありますので、支払いをするかどうかというのは、請求を受けた後当然手続に入っていきますので、請求が、例えばオンラインで来なかった場合には、なぜオンラインで来なかったのかとか、そういう実際の原因を究明していくことになります。

鈴木議長代理 ですけども、オンラインで請求しなければならぬと書いてあったら、オンラインで請求しない請求というものは、請求としての法律的效果は生じないわけです。

から、したがって、支払いの議論は起こらないということですね。

大島保険システム高度化推進室長 そうですね。ですから、請求を求めると。

鈴木議長代理 しかし、特別なシステムがダウンしたというような場合だとか、それだってオンラインでおやりになった方がよいと思うけれども、1枚、2枚というような極めて例外的なケースを、スペシフィックに、個別に限定させていただいて、そしてそれを議論することはやぶさかではございませんけれども、そこら辺は、これとこれというポジティブリスト的な、これとこれの場合にはということに限定させていただきたい。そして政令の中にははっきりとオンライン請求によらなければならないというふうを書く。そう書けば、もうそれによらなければ適式の請求ではないから、支払い義務は発生しないという構成になると思いますが、その理解は共通だと考えてよろしいですね。

大島保険システム高度化推進室長 個別に例外的な取扱いのところでは請求が発生するかどうかというのは、まさにその事情を見ないといけないと思いますので、例外的な取扱いの中でそのところは相談させていただきたいと思っております。

鈴木議長代理 ただ、そこをあいまいにしますと、またオンラインでないものの数が増えますから、私どもの方としては、それをスペシフィックにこういうケースというものに限定させていただきたい。

勿論そのケースというのが、後発的に新しくこういうのは無理ないということが起こってくる場合は、また別ですけれども、そのときは追加すればいいわけです。

大島保険システム高度化推進室長 わかりました。そのところは全く一致しております。オンラインが原則というのは、あくまでいいかげんな原則ということではなくて、オンラインはまさに特別な事情がない限りはオンラインだという趣旨でありますので、そこは実際にどういう場合が想定されるのかとか、それに対して全体におけるどういう規模になるのかとか、そんなことを考えていくことになると思っております。

鈴木議長代理 特別なというような表現では、私ども今回は応じかねると、要するに、かくかくしかじかのような場合というのは、明記させていただきたいと考えておりますから、よろしく願いいたします。

大島保険システム高度化推進室長 実際省令の中身を書きますので、その書く中身の段階で御相談させていただきたいと思っております。

鈴木議長代理 わかりました。

宮内議長 どうぞ。

阿首沼専門委員 このちょうど中段の「段階的な猶予期間の設定」の中で、これはなぜ規模でこういった設定を第一段階～第三段階まで、規模でやる意味があるのかどうか、ほかには何か考えられないのかについてお伺いします。

大島保険システム高度化推進室長 まずは、規模が大きいところの方から、自らにとっての導入効果のメリットが大きいと考えております。例えば、レセプトの電算化をすることによりまして、レセプトを編綴する作業ですとか、あるいは院内でチェックする作業が

かなり軽減されますので、そういった効果が大きいのは、より規模の大きいところであると思っております。

それから、薬局を第一段階に入れておりますのは、薬局の場合は非常にシンプルな構造になっておりまして、これは比較的簡単に電子化が導入できるということで、第一段階に入れております。そういう考え方でございます。

阿曾沼専門委員 1つの意見として、もう今は独立行政法人になってしまったので、直轄ではございませんが、国立病院、労災、社保、厚生年金、公的な病院というものは、もう速やかにやる可能性とか、方向感というのはございますでしょうか。

大島保険システム高度化推進室長 むしろ私どもとしては、事務効率の自らのメリットというところにウェートを置きたいと思っております。結果におきましては公的な病院が大病院に含まれることも多いのではないかとと思っておりますけれども、まさに今回のレセプトのオンライン化ということの1つの大きな目的は、医療事務の効率化ということでありますので、まずは効率化の具合の大きいところを優先して進めていきたと思っております。

阿曾沼専門委員 レセプト電算が業務の効率化であるという考え方でレセプト電算をやられているのではないというふうに思っております。

もう一つは、大病院、中病院、小病院の今のレセ電算の稼働率、状況などを踏まえた上で、果たしてこういった規模別で段階を踏んでいくことが合理的かどうかということに関しては、是非再考していただければと思います。

大島保険システム高度化推進室長 1つだけ、私の御説明が不十分だったかもしれませんので。このレセプトのオンライン化の取組みというのは、今は紙または電子媒体ということにしておりますけれども、オンラインでできるという規定は速やかに18年度中を目途にそういう規定にしたいと思ひまして、それはすべての医療機関について、そうであるという形にしようと思ひまして、こういった段階にかかわらずオンラインを導入していただくところは、前倒しでお願いしたいと思ひしております。

阿曾沼専門委員 わかりました。

宮内議長 どうぞ。

長谷川専門委員 一定の期間後にレセプトオンライン請求を原則化するという、非常に私どもにとってうれしいお答えなのですが、1点確認させていただきます。このオンライン化というのは、医療機関から審査支払機関までを意味するのか、審査支払機関から保険者に対しては、現行では紙でデータを差し上げているわけですが、このオンライン化も一定期間後はなされるという理解でよろしいのでしょうか。

大島保険システム高度化推進室長 お手元の資料の上の右側をごらんいただきたいと思うんですけども、審査支払機関から保険者に対しましては、今、紙でのみしか認めていないという状況になっておりまして、これもまず来年度中、できる限り速やかに電子媒体、あるいはオンラインでも可能という形に取り扱いを改めまして、こちらにつきましても、

一定期間後におきましては、オンラインが原則、オンラインでいくという形を明確にこちらについても規定を改めたいと思っております。

長谷川専門委員 一定期間は5年と理解してよろしいですか。

大島保険システム高度化推進室長 はい。

長谷川専門委員 わかりました。ありがとうございます。

宮内議長 よろしゅうございましょうか。

それでは「医療のIT化」の問題につきましては、以上をもって終わらせていただきたいと思えます。

水田局長は、公務のためにここで御退席されるということでございます。御多忙のところをおいでいただきまして、大変ありがとうございました。今後とも当医療改革につきまして、御協力のほどお願い申し上げたいと思えます。

(水田保険局長・大島保険システム高度化推進室長退室)

宮内議長 それでは、最後のテーマでございます。「医療機関の情報開示」に移らせていただきます。私どもの考え方につきまして、引き続き当会議の主査をされております、鈴木議長代理から御説明をお願いします。

鈴木議長代理 それでは、御説明させていただきます。

この件に関する、当会議の考え方は、資料「3. 医療機関情報の公開義務化と診療情報の開示促進」に記載のとおりであります。これまでの貴省との意見交換において、広告と開示義務のどちらを土台に据えて原則を考えるかについて、考え方の違いはあるにせよ、患者・国民のために大幅に提供情報を拡大すること。情報公開の義務化も必要だとの共通認識については、おおむねこれを得られておると考えております。

したがいまして、残りました協議事項というのは、いわゆるアウトカム情報の扱いであったかと思えます。

アウトカム情報の提供に関する当会議の考え方は、資料2ページの「①医療機関情報の公開義務化等」の「イ アウトカム情報の公開」に示させていただいております。先日の議論の後、社会保障審議会医療部会での審議があったようなので、それらも踏まえつつより詰めた議論をさせていただきたいと思えます。

先日の社会保障審議会医療部会では、当該アウトカム情報は広告として区分され、公開を医療機関の任意とする案が厚生労働省から提示されたと聞き及んでおります。先日も意見を申し上げましたが、当会議はアウトカム情報は広告ではなく、医療機関に公開を義務づける、必ず公開させるべきものと考えております。もしそうしなければ、およそその患者が求める情報であるにもかかわらず、医療機関が公表しなければ患者のニーズは永遠に満たされないことになるという点が1点。

それから、情報が豊富な地域と全然情報のない地域の情報の地域格差が生じかねないなど、せっかくの厚生労働省の改革が審議だけに終わり、患者の要望を満たし得る結果が伴わないという残念な結果になりかねないと懸念するからであります。

それに関しまして、厚生労働省として、国民、患者に対する行政の責任としても、確実にアウトカム情報を提供できる義務化の方法を採用すべきではないかと考えます。

したがって、アウトカム情報の公開を医療機関に義務づけ、完璧な評価基準が完成するまで出せないということではなく、段階的にでもせよ義務化という確実に早急な解決を図る。そうした方法を取るべきだと考えております。

この際、注意を喚起したいのは、アウトカム情報というのは、これはあくまで客観的で検証可能な事実そのものを公開すべきであると私どもは考えております。

例えば、死亡率だとか、患者の満足度というような問題について、何人入院されて、何人死亡されたのか、それから患者満足度調査をしているのか、していないのか。していたとしたら、その結果はどうであったのか。こういうことは、客観的かつ検証可能な事実であります。その事実をありのままに公開していただくということをすべきではないかと考えております。

それに対しての評価というものは、これはまさに当事者、あるいは第三者の評価に委ねるべき問題であって、これに対して行政がたくさん死んだからといって、この病院は悪い病院では必ずしもありませんというような、例えばそういう評価というものを付せられるべきではない、行政は中立的であるべきですから、そういうふうを考えているわけです。

そんな点も踏まえて、御答弁をお伺いしたいと存じます。

以上であります。

宮内議長 それでは、どうぞ。

原総務課長 医政局総務課長の原でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。お手元に今、鈴木議長代理の方からお話ございました、社会保障審議会の医療部会の資料を2つ付けてございます。この患者・国民に対する情報提供を推進していくという基本的な考え方については、当会議とも私どもの意見は一致していると思っております。

個々の具体的な方策について、それを進めるためにどうしていけばいいかということで、昨年から審議会で議論しているところでございます。

縦長の資料「参考」のところが、この8月1日に医療部会でまとめた中間まとめでございます。更に、この中間まとめでは結論が出なかった、例えば広告規制の在り方等については、この横長の資料、これは11月10日の日に開催した医療部会に提出した資料でございます。

この中に、今、御指摘のあったアウトカム情報の取扱い等についても議論されております。私どもの理解としては、この医療部会で出した資料については、医療部会の中でおおむね意見の一致を見た、御賛同を得られたというふうに理解をしておりますので、この資料に基づいて今、御指摘のあった論点の考え方について御説明を申し上げたいと思っております。

なお、医療部会については、今、最終的な意見のとりまとめに入っておりまして、これ以外のテーマで、まだ意見の対立を見ているものがございまして、それを議論いたしま



して、12月には意見書としてまとめたい。いずれにしても、この情報提供の関係については、11月10日の部会でほぼ意見の一致を見ているというふうに御理解いただければと思います。

横長の資料でございますが、2ページ目でございますように、広告規制の問題でございます。これについては、患者の情報ニーズに応える観点と、利用者保護を図る観点、この2つの観点からどういうふうにして広告規制というものを緩和し、情報提供していくかということで議論をいたしました。

現行のポジティブリスト方式については、一長一短ありますけれども、3ページ目でございますように、ネガティブリストについてもやはり同様に一長一短あるということで、この日には3.にございますように「新たな広告規制の方式」ということで、ネガとポジの両方のいいところを取って、中間といいますか、そうした新しい方式を「包括規定方式」という形で提案をし、基本的に御了解をいただいたところでございます。

3.の(2)にありますように、この包括規定方式というのは、現行の告示のように一つひとつの事項を個別に列記するのではなく、一定の性質を持った項目群ごとに、例えば「に関する客観的事実」といったように規定をしてはどうかというやり方でございます。そういう意味では、本質はポジでございますけれども、ポジとして書く項目を広く書くことによって、客観的事実であれば大体のものが対象になるという性格を持っているというふうに理解しております。

10ページ目に、そのリストの案がございまして、幾つかございますけれども、例えば⑦を見てもらいますと、例えば入院の有無とか、置かれている人員の状況、あるいは病院の有する施設、こういうものに関する客観的事実と書いてございますが、これに該当するのは客観的事実であれば全部OKということになります。

あるいは紹介先の病院の名称ですとか、あるいは医療に係る連携に関するようなもの、例えば、セカンドオピニオンの関係とか、こういうものも客観的事実であればOKだということでございます。

一方、基本的にはOKなんだけれども、個別には少し議論をして、そして厚生労働大臣が指定をしないと広告できないというグループが3つほどございます。

それは、④にございます、医療の従事者に関する客観的事実のグループでございまして、ここでは、いわゆる専門医のことを考えておりますけれども、医師の専門性については、現在でもいろいろ認定の資格が学会でばらばらだというような問題がございまして、現在その在り方について関係団体で協議を進めておりますけれども、こういうものがまだ十分に進んでない中で、自由に専門医を名乗らせるということについてはやはり問題があるんじゃないかということで、引き続き厚生労働大臣が定めるという形で限定していきたいと考えております。

また、10番でございます。病院または診療所において行われる医療の内容に関する客観的事実の中で、治療の方法でございますけれども、これについてもいろんな民間療法みた

いなものが、まだいろいろあって患者の被害が出ているような状況の中では、基本的には社会保険診療報酬で認められた範囲の治療の方法を広告の対象にするという現行の制度というものを、基本的には維持したい。表現等については自由にしたいと思いますが、本質的な対象範囲としては引き継ぎ現行の仕組みを維持したいということでございます。

また、11番、平均在院日数、患者数その他医療の提供の過程または結果を表す客観的事実、いわゆるアウトカム情報でございますが、これについては対象にするということは今回確認をいたしますけれども、具体的にどういうものを認めていくかということについては、客観的な評価が可能になったものを厚生労働大臣が定めるということで、各論については個別に認定していく仕組みを維持したいということでございます。

お戻りいただきまして、そういった包括規定方式について、おおむね審議会では御賛同いただいたわけでございますが、この本会議で指摘のあったアウトカム情報でございますけれども、4ページ目の一番下の をごらんいただきたいと思っております。

考え方は、先ほど言ったようなことなんですが、それでは私どもとしてはアウトカム情報についてはいろいろ病院ごとの患者の重要度などの違いを補正して、比較可能なものとする手法が確立されていないということ。逆に言うと広告を認めるためには、その手法を確立していかなければいけないということ。

また、こうした患者ごとの疾病の重傷度、こういったものの補正がなされずに各医療機関の情報が患者・国民に提供された場合、重傷患者の受入拒否とか、あるいは危険度の高い手術の回避といったような、医療の提供に悪影響を及ぼすおそれもあるということで、今、申し上げたように、総論的には認めていくけれども、具体的なものは個別に指定していくという方法を取りたいということでございます。

ただ、そうは言いながらも、ではいつになったらそういう比較可能なものとするための手法が確立できるんだということが問題でございます。これは一刻も早くそういうものを私どもとしても整備して、広告の対象にしていきたいという思いは同じでございますので、その手法の開発を迅速にやるために、この4ページの一番下の4行でございますが、「その際」のところでございます、一定の病院については、医療の実績情報（アウトプット指標）に関するデータの収集、届出という仕組みをつくりまして、そして研究班をつかって、そこで1日も早く比較可能な手法を整備するというのを併せて、今回そういった体制を構築したいと、基盤整備を進めていきたいということで提案をし、御了解をいただいたところでございます。

一定の病院というのは、例えば特定機能病院とか、そういった大きな病院を念頭に置いておりますけれども、そうしたことを今回併せて講じていきたいということでございます。

あと5ページ目は、今回の広告規制の緩和に伴いまして、直接罰から間接罰という罰則規定を見直すということを併せてやりたいと思っております。

また、8ページ目でございますが、基本的には広告規制はそういうことで、今回思い切った緩和をして拡大したいわけですが、しかし問題が出たような場合に速やかに対応でき

るように事後チェック体制というものをきちんとしていきたいということでございます。(3)の一番下の でございますけれども、厚生労働省に常設の少人数の検討会を設置いたしまして、広告できる事項の見直し、追加、あるいはガイドラインの策定を行ったり、あるいは包括規定方式の下で広告された不適切な事例について、都道府県から報告を受け、その適否を審議して随時広告に関するガイドラインの見直しを行うという、いわゆる事後チェック体制というものを整備したいと考えているところでございます。以上でございます。

宮内議長 ありがとうございます。どうぞ。

原総務課長 済みません。大事なことを忘れておりました。今の広告でございますが、広告というのは、あくまでも任意に対応するというところでございますので、これを必ず届出てもらい、一定の情報については義務化したいということで、13ページ目で2つ目の柱として、都道府県を通じた医療機関に関する情報提供の届出制度の義務化ということを今回提案し、部会で合意を見たところでございます。

問題は、この2の「(1)一定の情報の範囲について」、これをどうするかということでございます。この真ん中辺りに書いてありますように、一定の情報については、広告できる事項の中から選定することを基本としつつ、客観的な事項として、患者や地域住民による医療機関の選択の支援に資するという観点から考えていくこととしてはどうかということで、広告の中から意味のあるものを選んでいきたいと思っておりますが、御指摘のあったアウトカム情報についても、広告の対象ということになれば、それは当然患者さんも非常に望んでいることだと思いますから、ここで言う義務化の対象になるものとは考えております。いずれにしても、個々の具体的な仕組みについては、先ほど申し上げました少人数の検討会というものを速やかに立ち上げまして、そこで随時議論をしていきたいと考えているところでございます。

以上でございます。

宮内議長 ありがとうございます。

どうぞ。

原委員 今の最後のところの御説明にもありましたけれども、ちょっと基本的なところで確認をさせていただきたいのは、ワーキングの中での検討の一番基本線というのは、広告は任意だということですね。医療消費者としては、情報提供として基本的にこういった情報は欲しいというふうに考えているので、この情報提供での義務づけがあって、その上で任意の広告という構図ではないかというふうに思っております。

最後のところでは、一定の情報については、義務づけるということが今回新たに検討に加えるということにはなりましたけれども、この仕組みであっても、基本的に認定された広告についてについての一定の情報を届出の義務づけなので、すべての医療機関に情報提供の義務がかかるわけではないので、原則として情報提供の義務をかけられて、その中で広告の位置づけというふうになるのではないかと考えておりますけれども、その情報提供と広告について、再度整理をお願いできないかと思っております。

それが、特に際立つのがインターネットでいろんな形での情報提供がなされておりまして、けれども、参考でいただいたものの中の③には、インターネットによる情報提供への対応ということは考えていらっしゃるけれども、ここの検討に入るときにも広告と情報提供についての基本的な構図については、なおこちらとは見解の違いがあるように思っておりますので、再度検討を深めていただきたいと思いますと考えます。

宮内議長 どうぞ。

原総務課長 私の説明が悪くて、十分に御理解いただけなくて申し訳ございません。

13ページ目を再度お聞きいただきたいんですが、この「1. 基本的方向性」にございますように、まず施設の医療機能に関する一定の情報について、都道府県に届け出ることを医療機関、これはすべての医療機関でございます。病院も、診療所も、無床診も、有床診も、助産所も含めて、すべての医療機関に義務を課すと。それを都道府県が情報収集をいたしまして、わかりやすい形にしてインターネット等で公表するという制度を、今回医療法改正をして義務づけます。

そのときに、一定の情報の範囲というものをどういうものにするか。これは具体的には先ほど言いましたように、少人数の検討会で最終的には決めたいと思いますが、ある程度方向は医療部会でコンセンサスを得ておきたいということで、その考え方を2.の(1)のところで書きました。

広告できる事項の範囲からという意味は、現に広告されているものの中からという意味ではなくて、先ほど10ページで申し上げました、広告できる範囲、いわゆる制度上広告できると考えられる範囲の中からという意味でございます。逆に言うと広告できないようなものは届出の対象にしても、それはいかなるものかと、意味のある情報ではないのではないかと思いますので、こういう言い方をしているだけでございます。

ちょっとわかりにくいですか。

原委員 わかりましたが、そうすると、この一定の情報について、都道府県に届け出て、都道府県がホームページか何かで情報提供するという事になって、その情報は各病院のホームページにも同じものが情報提供されていることになるのかということと、それからこの一定の情報について、だれが決めるのかということと、事後チェックもだれが、どういう仕組みでやるのかという、関係者だけではちょっと困るなと思います。

原総務課長 まず1点目の病院のホームページでございますが、これは時間がなくて御説明申し上げませんでした。17ページ目からインターネットによる医療情報の提供というものが別途ございます。これについては、インターネットの情報は広告なのか、広報なのかという議論がございまして、バナー広告等を除く、いわゆる本体部分のホームページの情報は、広告ではなくて広報でやるということで、基本的には医療機関の自由に任せたいと思います。これを実際上規制をかけること自体もなかなか技術的に難しいという問題もありますけれども、基本的には広報だという位置づけで、原則自由にしましょうという整理でございます。

ただ、18 ページ目の一番上の にありますように、そうはいつでも中には非常に悪質な  
ものもあるので、何かもうちょっときつくてできないかという議論もありましたから、そこ  
は医療機関による自主的・自立的な取組みという形でガイドラインを作成して、そうした  
自主的・自立的な取組みをやっていただこうという考え方でございます。

したがって、都道府県が集めてインターネットでわかりやすい形にして情報提供するも  
のとは別に、また医療機関は個別に広報という形で自分の病院のいろんなことを、これは  
公表できる。ですから、アウトカム情報も原則自由、病院が自分のホームページに出す分  
には、事実であれば自由でございます。今でも出していますし、今後も自由でございます。

けども、都道府県が医療機関に義務づけて集めてくる情報として、そういうアウトカ  
ム情報をどこまで集めて、どこまで公表するか、都道府県が比較可能な形で、これにつ  
いては、先ほど言いましたように、客観的な事実であっても医療機関ごとに比較する場  
合に比較が難しいようなものについては、比較可能な手法が確立するまでは当面は認め  
ないで、手法ができたところから速やかに届出の対象にもし、また広告の対象にもして  
いくという考え方で、私どもとしては臨みたいということでございます。

宮内議長 どうぞ。

鈴木議長代理 おっしゃることですけれども、いわゆる客観的な評価を可能にする  
とのおっしゃるけれども、これは現実問題どういうイメージを描いたらよいのですか。例  
えば、ある病院は何百人がある期間に入院して、そして何名がお亡くなりになったと、  
これは事実なんです。検証可能です。その事実というものを、どうしてそのまま事実  
として出すことができないのか。たくさん死んだからといって悪い病院だとは限らな  
い、よい病院だから重篤な人がやってくる。その結果多くの方が、やはり最後をそ  
こでお引き取りになるということはあるわけです。

ですから、その問題に対して、そういう点の評価を可能にするということの中に込  
めて、決してここのところはそういうことではありませんというようなことを言いた  
いような気がするのですけれども、それはそれとしてまた別途に、そういう結果は  
結果としてあるのだから、その結果をそのまま出すということに対して、どうして  
ヘジテートされるのかが私にはわからないのです。

例えば、企業であつたら売上げたものはごまかすわけにはいかない、売った伝票  
にあるもの、それで支払った経費というものは経費としてある。その結果赤字にな  
ったら赤字、黒字になったら黒字なんです。だから、それはいろいろな費目の中  
で、例えば、何かの費目はオイルが高かったとか、そういう分析は可能でしょう  
けれども、そのような問題は別として、あくまで事実を出すということに対して  
何が困るのか。そういう誤解が生ずるとでも考えるのか、誤解が生ずるのだ  
ったら、当人がいわゆる広告として報告したのは事実であります、これはこ  
ういう事情がありましてということで、広告の範囲で釈明なさるなり、ある  
いはこういう制度が定着して幾つかの医療機関の情報を義務的に公開され  
たら、それを評価する第三者機関というのが恐らく出てくるでしょう。そう  
いうことがで

きるのに、なぜいけないのか。

患者が一番知りたいのは、医療機関がどこにあるだとか、診療科が何だとか、わかりきったことではないのです。この病院では、一体どのような結果が出ておるのであるのか、その結果を見て患者がびっくりするかといたら、そうしたらやはり専門の雑誌を、資料とか、データとか、人に聞くとか、そういうことをやってファクトを知りたいのです。そのファクトはファクトだから、もうこれは隠す必要は何もない問題であって、恥ずべき問題でも何でもなし、ファクトはファクトとして出すというのが情報公開の基本だと思うのです。そういうところまでどうしていけないのでしょうか。

原総務課長 医療の実績情報と一言で言っているものですから、実はいろんなものがあると思います。個々に具体的に取り上げて考えていかないと、一律にアウトカム情報はだめというように聞こえてしまうので、例えば既に手術の件数でございますとか、平均在院日数、病床利用率とか患者数とか、これは広告の対象に今でもなっております。

では疾病ごとに在院日数はどうなのかとか、更に細分化したときに議論はあろうかと思えます。

それから鈴木代理の方から冒頭あったように患者の満足度調査も、その調査の内容そのものを広告するのは、その信憑性についていろいろ議論もあるのでいかがかと。しかし、調査をやったということは事実だから、広告してもいいんじゃないかという議論もありましたけれども、確かにそういう面もあると思います。しかし、そういうものはそういうことでいいんですが、例えば私ども医療部会で議論のあったのは、この2ページ目の参考書に書いてございますが、医療に関する情報については、人の生命・身体に関わるサービスだということで不当に誘引されて、その結果、経済的な損失だけならいいんですが、本来迅速に治療すべき機会を失ってしまうというような問題とか、医療に特有の問題が生じ得るということで、また、医療の情報の非対称性みたいなことがあって、非常に専門的な情報を患者さんがどこまで理解できるかという問題もあって、そこは利用者保護を図る観点を重視すべきだというのが医療部会としての意見でございます。

ですから、基本は情報提供という大きな流れ、これはそのとおりでございます、そう進めたいと思っておりますが、その中で最低限利用者保護を図る部分は、きちんと担保しながらやっていかなきゃいけないんじゃないかというのが私どもの考え方でございます。

鈴木議長代理 その情報の非対称性ということとか、あるいは医療のそういうところから一種のパターナリズムみたいな問題の考え方をしておりますと、いつまでたっても患者の非対称性を破るべき努力に壁がかかってしまって、それを抜けていけないのではないかという感じがしてならないのです。

患者は広告として出されるときには、確かにいいパフォーマンスというか、一見いいパフォーマンスの人は広告として積極的にお出しになるでしょうね。それはかえって患者にとってミスリーディングである場合もある。したがって、出してほしいのは、そういう客観的事実。

例えば満足度調査をやっていますか、やっていませんかと。やっていないのは何も恥ずかしいことでも何でもありません。ただ、やっていないということはやっていないでよいのです。それはその病院のポリシーなのだから、それにどうこう言うわけではない。やっているかやっていないかだけ。

そういう問題を生のファクトを患者が知らないと、患者の情報の非対称性というのはいつまでもたっても埋まらないという感じがしますので、このところは残された期間の中で、この審議会のお話は承るとしても、責任を持つのは厚生労働省ですから、そこでよく考えていただいて、一番大事なのはアウトカム情報をファクトはファクトとして出して、評価は加えないということで、その評価はそれぞれの専門家なり当該機関というものが評価を、あるいは釈明をされればよい。それが現代の情報公開の基本だと思っております。

長谷川専門委員 3点ほどコメントさせていただきます。

1点は情報の中身、ファクトというのは検証可能なものです。何名の方が受診されて、何名亡くなっているとか、あるいは生きているとかというのは検証可能な事実です。そういった情報を出せるかどうかというのが最初の評価のポイントです。

その次は情報の中身です。情報について大事なポイントはそれをワンセットで出さないといけないことです。そうしないと、いいところだけをとってこれることができます。例えば非常に症例数が少ないときには、その方々が生存していれば、生存率は100%となります。その100%というところだけを出してくる。こういったいいとこどりが出てしまう。だから、出すときにはワンセットで出すというルールをつくらなければいけない。データセットという考え方です。

その次にあるのは解釈です。解釈にあたってはリスク調整などの技術的な検討が必要になりますが、これについても方法論が確立するまでという御議論をされるのであれば、未来永劫確立しません。諸外国をみても何十年もやっていますが、いまだに確立したとはいえないのが現状です。

だから、ルールが決まったところでアウトカム情報をお出しになるというのがデータセットの決定であるとか、どの病気をお選びになるとかといった話であれば、これは一定程度は納得のいく話です。もし解釈のための方法論が確立するまでというならばこれは到底納得がいかない話となります。十分お考えいただきたいと思います。

社保審でいろいろ御議論があるのですが、非常に奇異に思うのは、ある情報、同じ情報が、看板に書いてあれば広告となり、インターネットだったら広報に分類されることとなります。媒体によって情報の呼び名が違うというのはいかにも解せない話です。

インターネットは広報である故に野放しでいいという話はありません。だから、媒体によって言葉を区別、用語を区別するという発想そのものはどうも私どもは聞いていて奇異な感じがいたします。

3点目は、最終的な結論はひょっとしたら同じかもしれませんが、。社保審での御議論では、広告という大きな枠があって、そのうちの一部は必須の事項として都道府県が集め

てお出しになる。私どもの方はまず必須の情報があると考え、これは医療機関として整備して公表すべ必須の情報です。それを越えた部分が任意の事項としての広告です。どうも出発点が違うので、どちらがいいかという好みによるかもしれませんが、私どもは私どもなりに考えて、必須の事項は広告事項とは区別すべきであるという方が通りはいいような気はします。この3点、コメントとして申し上げたいと思います。

原総務課長 まず鈴木代理の方から話がありました。私もいわゆる客観的な医療実績情報すべてが評価手法がないとできないと言っているということではなくて、現に既に広告になっているものもありますし、患者満足度調査の例が出ましたので、これで言いますと、そういうやり方であればすぐにでもいいんじゃないかと、それは検討したいと思っております。それを直ちに否定しているつもりではございません。

例えばがんの5年生存率とか、何か患者さんの治療に直ちに影響を与えるようなものについては、少し慎重な対応が必要なんじゃないかということでございます。そこはよく検討していきたい。

その場合に、今、長谷川専門委員の方から話がありましたように、データセットを提出する話と解釈とはまた別の話だということで、全くそのとおりだと思いますし、私たちが他の有識者の方からお話を聞きながら、そういったことと同様な意見をいただいています。

したがって、まずはデータセットというものをきちんと出してもらうための体制整備、これは医療部会の資料にもございましたように、速やかに一定の病院を対象にそうした届け出をしてもらうような仕組みをつくって、きちんとしたデータセット、標準的なデータセットと言うんでしょうか、そういうものをつくりたい、これはすぐやりたいということを申し上げました。

解釈については、確かにいつまでたっても、そんな完璧な解釈はないというのはそのとおりだと思いますが、ただ、これは実際医療部会でも意見が出ましたけれども、患者の代表の方からの委員でしたが、難しい情報をちゃんと解釈をしてくれる、患者だけではわからない。情報の理解を手助けてしてくれるシステム、支援体制を是非つくってほしいという意見がありました。それがなくて幾らたくさん情報が出て、かえって混乱をする。

それで、この医療部会でも20ページ目以降に出ていますけれども、入院計画の文書による交付・説明義務とか、それから医療機関に相談窓口を整備してもらうとか、あるいは現在あります都道府県の医療安全支援センターの充実といったものが幾つかございますけれども、患者さんが情報を適切に理解をする。その手助けをする体制もつくってあげないといけないんじゃないか。最終的に患者さんが判断するはずですし、鈴木代理がおっしゃったように、パターンリズムというのはなくしていかなければいけないと思います。ですから、私たちもできるだけそういう考え方でいきたいと思っておりますけれども、一方で、そういう体制がない中でそれをいきなりやるというのも、問題が生じるんじゃないか。

少しその辺はお時間をいただいて、そういった患者さんの理解を支援するような体制の整備といったことも含めて、基本はかかりつけ医は患者さんにちゃんと説明してあげると



というのが一番いい形だとは思いますが、そういうかかりつけ医の普及ということも含めて体制整備というものをやらしていただきたい。そのためには少し時間をいただきたいという趣旨も込めて今のような考え方をしているところでございます。

宮内議長 ありがとうございます。時間が来てしまいましたので、本日の厚生労働省側との意見交換はこれで終了させていただきたいと思えます。

本日は3つの課題を討議させていただきました。

中医協の問題でございますけれども、中医協というものの自身が大変不祥事の対象となり、その機能、役割等につきまして、大きな疑問が出たことから、中医協の改革ということが始まったわけでございますけれども、その改革の中身ということにつきまして、まだ私どもと厚生労働省側との考え方に相当隔りがあるのではないかと、中医協の問題というのは一体何だったのかということさえ、本日のお話を聞きながら私は感じざるを得なかったということでございます。

特に職能団体としての医師会の意味合いということにつきまして、恐らく考え方に相当隔りがあるのではなかろうかという感じがいたしました。

2つ目のレセプトのオンライン化につきまして、にわかに厚生労働省側の動きが活発になってきたということを感じまして、この点は大変朗報でございます。

しかしながら、なぜこれまで動きがこれほど遅かったのか。考えられないような遅さで今まで動いてこられた。ここからのにわかな動きというものが本当に実現するかどうかも含めまして、これからの動向につきまして、注意深く拝見させていただきたいと思えます。

特にオンライン化というのは大変奥の深い問題だと思えます。これはコストが安くなるということだけではございません。オンラインにすることによりまして、合理的な医療体系をつくり上げる基礎データができるということ。これによりまして、支払い内容の分析、あるいは包括的な支払いへの移行というような展望もある極めて奥が深い問題でございます。その第一歩がオンライン化ではないかということございまして、この問題につきまして、医療改革全体を束ねるような基礎データができるということでございますので、極めて大きな問題だと思っております。

最後の情報公開、アウトカム情報でございますけれども、まだかなり隔りがございます。まさに患者とか国民、いわゆる医療を受け取る側が保護の対象なのか、自律し、判断できる人間なのかというようなことで、何となくパターンリズムが、よらしむべしという考え方なのか、この辺につきましては、やはりデータということは裸のものを出していくということで、国民を信頼していくということが一番の始まりではないか。専門性ということが大変高い分野ではございますけれども、それにつきましても、データがないとそれから一歩進んだ次なる判断を求めることができないわけでございます。そういう点につきまして、これからもお考えいただくということでございますので、この3つの問題、私どもも年末の答申に向けまして、詰めの協議をさせていただきたいと思えますので、厚生労働省の皆様方にも是非よろしくお願い申し上げたいと思えます。

本日は時間が過ぎてしまいましたけれども、以上をもちまして、委員会を終わらせていただきます。

ありがとうございました。