

## 平成17年度 第7回医療WG 議事概要

日時 平成17年10月6日(木) 16:30~18:00

場所 永田町合同庁舎 第1共用会議室

出席 鈴木主査、原委員、長谷川専門委員、阿曾沼専門委員  
厚生労働省医政局総務課 原課長

議題 医療機関情報の公開等に関する厚生労働省との意見交換

鈴木主査) 昨年度に追加答申を行ったが、さらに患者の満足に資するよう、当会議も検討を進めてきた。まずは当会議の考え方をご説明した上で、厚生労働省の意見を伺いたい。事務局)(資料「医療分野における規制改革に係る当会議の考え方」に沿って説明。患者本位の医療、患者参加の医療の実現に向け、患者の医療への参加の契機となる情報公開や医療者とのパートナーシップの推進の取組等が重要であること。広告という医療機関の「任意」による情報提供の在り方を抜本的に見直すべきであること。情報公開を「義務」し早急に患者本位の医療の礎を築くべきであること。情報公開は患者のみならず医療機関にとっても有益であること。他、明細つき領収証の無償交付義務化、等。)

厚生労働省)(提出資料に沿って説明。社会保障審議会医療部会が年内にとりまとめを行うこと、患者の視点から検討を行っていること、当会議において指摘されている内容と方向性は同じであり指摘された事項も議論してきたこと、医療機関が都道府県に情報を届け出て、都道府県がその情報を提供するよう義務化することは医療部会においても方向性は一致していること、広告規制については慎重論も根強くネガティブリスト方式とポジティブリスト方式が併記されていること等を説明。)

鈴木主査) だいたい同じようなことを審議しているようだ。義務化は、どのような条文イメージになるのか。

厚生労働省) 医療機関は情報を都道府県に届け出るものとする、都道府県はその情報をわかりやすく公表するものとする、というイメージ。

鈴木主査) 制裁措置はあるのか。

厚生労働省) 今後の検討課題であるが、医療法の一般的スキームについて言えば、違反者には改善命令を発し、命令違反者に罰則を科すというものがある。

鈴木主査) 完全な義務化と言ってよいか。

厚生労働省) 義務化の方向で考えている。

原委員) 公開項目には、患者の意見はどのように反映されるか。

厚生労働省) 患者の視点をもつ団体の代表の方に社会保障審議会の医療部会に入って頂いている。過去の例では、HPで意見も募集したこともある。

原委員) そうした需要者側の意見と貴省の方向性や項目が食い違うところはあるか。

厚生労働省) 項目は具体的には出していない。今年3月の医療部会に論点として考えられ

る項目例を出したが、範囲は示していない。義務化という方向性は決まったので、これから議論する。

鈴木主査) 当会議も項目案を示している。公開する項目の検討はどのようになるのか。

厚生労働省) 客観的に検証可能なものを対象と考えている。

鈴木主査) 逆に、主観的な項目とはどういうものか。

厚生労働省) 例えば、名医である、という情報など。主観的であっても検証が可能であればいいのかもしれないが。アウトカム情報は客観的だが、今は検証ができない。

長谷川専門委員) 検証とは何か。評価ということか。

厚生労働省) たとえば5年生存率が5%と2%の病院があって、どちらがいい病院かを数字だけで判断できるのかということ。

長谷川専門委員) つまり、リスク調整とかを施し、比較可能性を有するということか。

厚生労働省) そうである。

鈴木主査) 死亡率は検証可能なファクトではないのか。何人死亡したかは、客観的な事実、ファクトであろう。

厚生労働省) たとえば、この病院には重症者が何人いて、何人が亡くなった、という情報として、きちんと評価できる手法がまだない。客観的ではあるが、検証可能ではない。

阿曾沼専門委員) アウトカムは20年前から言われていること。評価手法が完璧に整うまで公開しないというのでは、公開がいつになるのか分からない。米国では連邦政府が公開しているという。アウトカム情報の何かにまずターゲットを絞ること、スケジュールを明示して、期限を切って取り組むことが必要なのではないか。

鈴木主査) 患者満足度についても、病院が実施しているか否かは出せるのではないか。

厚生労働省) 「実施しているか否か」という出し方であれば、検討に値する。

長谷川専門委員) 米国のメディケア法では満足度調査を義務づけている。患者に耳を傾けることが重要。また、検証という言葉は、お互いにイメージしているものが違うのではないか。

厚生労働省) そうかもしれない。

長谷川専門委員) DPCでも、米国での重症度補正等の経験を十分活かせていないようだが、試行錯誤で進めている。死亡数などを出せば、分析も進む。当病院は重症者が多かった、と併記して説明すればよい。米国では30年前からやっていること。これから10年議論しても完璧にはならない、試行錯誤でも進めるべきではないか。

厚生労働省) ファクトを出して専門家や患者の目にさらすことは理解できるが、患者の選択に資するという目的の中では、むしろ混乱を生む可能性がある。専門的に解釈しなければならぬ情報を出すのはいかがなものか。

長谷川専門委員) 情報を出しさえすれば、最終消費者である患者が多く来るとするのは幻想、それを補完する手だても必要。情報は、医療機関や医療関係者も見るところでは未加工の生データでも詳細なデータが必要となる。同じ専門医がどのような実績を積んで

いるか、医師が患者と対話し、患者をどのような病院に紹介すればよいか、という目で見る。情報があれば、保険者でもよいが、患者に分かりやすく加工する人たちが出てくる。

厚生労働省)重要であるとは思うが、我々は患者の選択の視点から考えている。都道府県が患者に分かりやすく加工することが重要である。患者の利用する情報と医療機関が利用する情報とは分けて考える必要がある。研究等は進めるべきだが、今回の話と一緒にすると、混乱する。

阿曾沼専門委員)米国では既に情報が出されており、我が国にはスピードが重要。アウトカムまがいの情報は既に氾濫している。そのためにも、行政、医療機関側が今の時点できちんと出すよう、早急に取り組む必要がある。何年経っても一向に数字が出ない、情報公開が始まらないということになってはいけない。

厚生労働省)部会等で義務化という方向性は示したので、その中で、何を出すかはよく議論していく。

鈴木主査)補正して出すのは、むしろ誤解も招きかねない。ファクトを出させて、解釈は専門家に任せるなどの方法もあるのではないか。どのように比較するかまで考えると、難しいのではないか。

厚生労働省)完璧なものは難しい。仮に都道府県のHPで死亡率を出すとする、その数字だけを見て、この病院に行くのをやめる、という人もいるはず。民間でやるならいいが、公的に数字を出すなら、ミスリードにはならず、情報の整理は必要。

鈴木主査)評価にはいろいろな手法がある。公が全て完璧に作るのには難しいのではないか。客観的な事実をそのままの形でだすのを足がかりにしてはどうなのだろうか。

厚生労働省)死亡率の横に、がんであればA+の人が何人と書くとか、手法は考えられる。国立がんセンターにがん情報センターを作ることになっているが、そういう動きも見ながら考えていく必要がある。

鈴木主査)我々の資料で例示として示している具体的項目のうち、これは困るという項目を教えてほしい。今でなくて構わない。

厚生労働省)承知した。

鈴木主査)患者団体等情報の受け手との関係はどうなっているのか。

厚生労働省)患者団体とは何を指すのか。疾患ごとにも分かれており、様々な団体がある。

長谷川専門委員)600くらいあるのではないか。

阿曾沼専門委員)だれが患者代表かという、なかなか難しい。

長谷川専門委員)抽出して面接・電話調査するなど、調査をかけてはどうか。代表性はないが、アクティブな方々からは示唆に富む情報が得られる。また、開業医が他の医療機関に患者を紹介するときどのような情報が欲しいか、ということも考えて欲しい。

鈴木主査) 要するに、医療を提供する側の論理だけでやらないでほしい、ということである。

原委員) 一般の方から意見を聞くことは考えられるか。

厚生労働省) 受療行動調査や国民生活基礎調査に調査項目を設ける等の手法はあるかもしれない。ただ、結果が出るのに何年もかかるので、検討事項にさせて頂き、患者の視点も踏まえつつ検討を進めたい。

鈴木主査) 提供者の論理にならないように願います。

鈴木主査) 義務化対象外の事項は、医療機関の任意とし、ネガティブリスト化すべきということが当方の主張である。まず、ネガティブリストとはどういうイメージか。長谷川先生に説明をお願いします。

長谷川専門委員) 虚偽・誇大広告等を禁止事項として書くもの。医療だから特別ということはない一般的な方式。今までの議論の流れでは、現在は広告できる事項は限られているが、義務として情報提供する項目を作るから、禁止事項を定めた上で、他の項目は自由に広告できるようにすべき、ということ。

厚生労働省) 虚偽・誇大広告、比較広告は、行ってはならないこととして、今でも禁止事項になっている。ただ、その他は全てOKということではない。

原委員) 金融の広告も、必須の表示項目があって、あとは自由。虚偽誇大広告は認めていないが、比較広告は根拠があれば認めている。

鈴木主査) ネガティブリストにすると弊害があるか。

厚生労働省) アガリクスの例がよく出される。自由に広告できるようになると取り締まれないが、副作用など被害が出ない限り患者がアガリクスを使用する医療機関を選択し適切な受療機会を逸することになりかねない。

鈴木主査) 虚偽・誇大広告として取り締まれるのではないか。

厚生労働省) がんに効くと効能が言われなければ、取り締まれない。アガリクスはだめだとリストに書いたとしても、他のものが出てくる可能性がある。一つ一つネガリストの禁止項目に加えていくのは大変なことだ。被害が出てから対応するということになる。

長谷川専門委員) コアな情報を必ず出すことにすれば、医療機関も変なことはしにくくなる。治療のガイドラインが整備されてくれば、正しい治療かどうか分かるようになる。民間療法の占める位置は小さくなる。どの段階でネガティブリストで締めるかは、勘どころ。

阿曾沼専門委員) 医薬品でないものはだめ等、包括的に書いてはどうか。

長谷川専門委員) 根拠のない治療法、とか。

厚生労働省) EBMもまだまだ進んでいない。法規制を行う場合に、法的に書ききれぬかという問題がある。広告は患者に直接入る情報であり、「患者の意見」を広告し、いい意見だけを載せている病院があれば、患者は飛びついてしまうし、アガリクスより侵襲

性やリスクの高い治療法を取っているケースも考えられる。患者保護の観点が重要である。

長谷川専門委員) 当方も患者保護の観点は重要であると思う。ただ、運用でカバーできる面もあるのではないかと。アガリクスなど、現在のポジリストでも抜け道があり、患者を保護しきれていないのではないかと。これらはポジ、ネガともに生じる問題である。もう少し詰めたい。

阿曾沼専門委員) あくまで雑誌の広告なので、取り締まれないようだが、新聞の雑誌広告はタチが悪い、対策が必要。

鈴木主査) ポジティブリストにするなら、範囲の拡大目標は。

厚生労働省) アウトカム情報も目標になる。

阿曾沼専門委員) アガリクスを規制できないものか。

長谷川専門委員) 病院などの医療機関は、そこまでしないだろう。

阿曾沼専門委員) 解決しつつ、何とかネガティブリストでできないものか、議論したい。

厚生労働省) いずれにしても、頂いた宿題はお返すする。

鈴木主査) 他の部分でも、難しいことはあるのか。

厚生労働省) 現在、医療部会で議論しているところであり、期限の平成17年度中は厳しい。

長谷川専門委員) ネガティブリストについては、医療機関が変なことをすれば自殺行為になるのだから、安心してよいと思う。また、アウトカム情報の利用は、どこの国でも医療の向上のための常套手段。医療を行っている以上は、これくらいのデータを取れることが世界的な医療の常識。

阿曾沼専門委員) 期限の目処を示せないか。

鈴木主査) 医療機関も、全てを対象にするのか、一部と考えているのか。

厚生労働省) がんの5年生存率などは研究が進んでいるので早めに出せるだろうが、全ての病院でできるかというとなかなか難しい。患者に提供する目的のためではなく、データベース構築のために情報を取るという議論は、別途ありうる。

長谷川専門委員) アウトカム情報は、まずは、急性期の病床で、生きて退院したか亡くなったかを出す程度からでもよい。がんの5年生存率は、患者さんのフォローなど実はコストがかかる。がんの拠点病院と一般病院を比較しても意味がない。拠点病院と、拠点病院を目指す病院に限定してもよいのではないかと。一般病院は試行的でもよいかも知れない。治療方法の確立している主要な疾患は5つくらいあり、そこから着手すればよいと考える。

鈴木主査) 医療機関情報等の情報公開義務化の方向、公開項目については患者の声は聞くこと、任意項目のネガ・ポジの方法については引き続き議論となったが、本日は、基本的な考え方は一致できたと思う。有用な議論であった。

以上