

## 第5回社会保障審議会医療部会

○日 時 平成14年1月21日(月) 13:00~15:00

○場 所 経済産業省別館944号議室

○出席委員 小山田恵、櫻井秀也、佐々英達、仙波恒雄、高木剛、高久史麿、高梨昇三、辻本好子、豊田堯、永富稔、中西敏夫、奈良昌治、野中一二三、羽生田俊、福島龍郎、松田鈴夫、松山幸弘、森山弘子

(五十音順、敬称略)

○議事内容

○高久部会長

ただいまから、第5回医療部会を開催いたします。委員の皆様方には、お忙しいところ、また天気の良いところお集まりいただきましてありがとうございました。本日は麻生委員、跡田委員、井上委員、猿田委員、樋口委員、渡辺委員からご欠席のご連絡をいただいています。では、事務局から資料の確認をお願いいたします。

○医政局総務課企画官

それでは、本日配付した資料ですが、表紙に「第5回社会保障審議会医療部会議事次第」と付いて一綴になっている資料があります。それに加えて本日委員のほうから、3種類意見が出されております。野中委員の意見と、高木委員、高梨委員、福島委員の3委員連名の「医療部会の運営等について」という意見と、森山委員からの意見、以上3種類の意見が事務局提出の資料のあとに付いております。資料の確認をお願いいたします。

○高久部会長

それでは、これから議事に入りますが、本日は前回に引き続きまして、医療情報の提供について議論をしていただきたいと思います。前回のときにも議論をする時間が少ないというご意見がありまして、私自身もそう思っていましたので、今日は説明のほうはなるべく簡単にさせていただいて、委員の皆様方から十分にご議論をいただきたいと思います。まず事務局から、資料について簡単に説明してください。

○医政局総務課企画官

それでは、手短かに説明をいたします。議事次第と書いてある表紙の次に「医療部会第5回資料、1月21日」とありますが、その次から下に1頁と付いております。2頁をご覧いただきたいと思いますが、1として医療に関する情報提供の考え方を、これまで私ども厚生労働省試案でお示した考え方、またいろいろご議論をいただいている考え方について整理をしたものです。

2頁にありますように、今回の医療制度改革に当たりまして、医療に関する情報提供は、2つの点から重要であると思っております。1つは、患者の選択に資する情報提供の促進、患者選択によって医療機関が競争を通じて質の向上と機能分化、集約化を図り、それが促進されるということで、こういう方向性の鍵になるのが情報提供だということです。逆に言いますと、このような質の向上、機能分化、集約化といった目的に沿った競争が行われるような情報提供が必要になってくると思われます。医療機関の専門性、診療実績、機能などに関する情報が必要とされており、かつそのためのツールとして、広告規制の緩和、第三者評価の推進、広報などがあるという考え方です。

3頁ですが、具体的に厚生労働省医療制度改革試案の中に書かれていることの抜粋で、「将来像のイメージ」にありますように、患者が医療に関する客観的な情報を活用して医療機関を選択していくことによって、医療機関側が医療の質や患者サービスの向上により競うこととなり、結果として医療の重点化、効率化と質の向上が進む、と書いてあります。そのため、情報提供のための環境整備を進める。1つは、医療における標準化・情報化の進展。もう1つは、情報提供の在り方、適切な情報提供がなされることが、将来求められる姿としてお示ししました。

当面進めるべき施策は4頁に書いてありますが、ここで私どもとしてお示したのは、医療機関における情報提供の推進、特に、医師・歯科医師の専門性や病院の機能を含め、広告規制の更なる緩和を検討し、医療機関が広告可能な事項の拡充を図る、ということで、平成13年度中に実施を図りたいということで、ご審議をいただいているところです。

5頁以降は、今回の広告規制の緩和に際して、どういう点を考えていかなければならないかということですが、まず各方面からの指摘を整理しております。本医療部会の前身ともいえる医療審議会で、平成11年の7月に中間報告をまとめ、必要な情報は可能な限り提供していくことが望ましい等の基本的な考え方がまとめられております。さらに昨年は経済財政諮問会議、経済対策閣僚会議の改革先行プログラム、政府・与党社会保障改革協議会の医療制度改革大綱、総合規制改革会議とさまざまな場面で広告規制の見直し、情報提供の推進等が提言されていることを、2頁にわたりまして整理をしたものです。

本日の議論のために7頁以降、広告規制の緩和をめぐる考え方を整理したのですが、改めて「案」と付けておりませんが、これはあくまで事務局として議論の叩き台として整理したものです。(1)は、患者保護の観点から、現行のポジティブリスト方式を前提として、今年度中に規制緩和を図ってまいりたいという観点から、当面ポジティブリスト方式の拡充という前提でご議論をいただければと思います。(2)は、患者選択と医療機関の機能分化という観点から、客観的で検証可能な事項については、原則として規制緩和を進めていくと。(3)として、今後の緩和の進め方について、年度内に措置すべき事項と、中長期的に逐次実施していくべきものに分けて考えると。年度内に措置すべきということだと、早急に意見の集約が必要ですので、いつ実施するかという点も含めて議論の整理が必要ではないかということです。(4)については、情報提供の手段といたしまして、広告規制以外にも広報、院内掲示など、さまざまな手段がありますので、少しその整理をしたうえで、当面は広告規制の緩和で措置すべきものは何かという点で、議論を整理したものです。

8頁ですが、広告規制の緩和を図る、また議論をする場合に、どういう整理ができるか

ということですが、私どもとしてこれまでの議論、従来のご意見などを整理してみました。まず医療の内容に関する情報に大変ニーズが高まっています。例えば医師・医療機関の専門性、治療方法、治療実績についての情報ニーズが非常に高まっています。治療方法、治療実績といたしましても、どういうものを出していくのかについて、より突っ込んだ議論が必要だと思いますが、取りあえず大括りとしてこういう整理をしてみました。

2つ目は、医療機関の設備構造・人員配置に関する情報として、医療機関の人員配置状況や、医療機関の関連設備についての広告の緩和をすべきかどうかということが議論になるのではないかと。3つ目の大きな柱として、医療機関の体制整備に関する情報です。これは今後医療の情報化を進めていかなければならないことになっておりますが、IT化の進展について広告できるようにしたらどうかと。また、医療の質の確保、さらには医療の安全確保のための院内管理体制と、さまざまな委員会が設けられておりますが、こういう点も広告可能にしてはどうか。

4つ目の柱として、医療機関に対する評価、特に外部の評価ということですが、第三者評価について個別の事項も公開の対象にしてはどうかというご議論もありました。最後に医療機関の運営に関する情報ということで、どの程度利用されているのか、さらに経営情報ということで、経営内容の公開という議論も出されておりますので、会計の状況、経営の状況を広告の緩和事項に追加してはどうかという意見もありますので、4つ目の柱として整理しております。こういう点に沿ってご議論をいただいたらいかがかというのが、事務局としての今日の考え方です。

最後に9頁ですが、先ほども触れましたが、広告に限らず情報提供にはさまざまなツールがありますので、それを一覧表にしたものです。細かい説明は省略いたしますが、広告は、これは医療機関自ら患者誘引の意図を持って行うもの、原則禁止という規制がかかっています。院内掲示ですが、病院の中に入りまして、患者の見やすい所に一定事項の掲示の義務付けがあります。医療法上または療養担当規則上の義務付けがありまして、ここに義務付けをしますとすべての医療機関がこういう情報を掲示しなければならないという、いってみれば強い形の規制になる、そういう種類のもので望ましいものがあるかどうか。

それから、病院で行う広報もありますが、必ずしも広告と広報の区別が整理されていないので、広報活動をしたいけれども、規制に引っかかるのではないかとということで、自粛していらっしゃることも聞いておりますので、こういう点をどう考えるのか。さらに、医療機関自らが行うものではありませんが、公的または民間が第三者として行っている情報提供もあります。国民からの信頼性などを考えれば、公的情報の充実というのが今後課題となってくるのではないかと。ご議論いただく際に、こういうことに分けてご議論をいただきたいと。さらに、すぐ意見の集約を図るものとして、広告規制の緩和ということで、広告のご議論をいただければありがたいと思います。私どもの資料は以上です。

#### ○高久部会長

どうもありがとうございました。それでは、追加資料についてご説明いただきたいと思います。野中委員、よろしく願いいたします。

#### ○野中委員

私たちは町村という立場から、この場で意見を申し上げてまいりましたが、ご覧のとおり専門家の先生方ばかりで、我々診療を受ける側というのはごく一部で、なかなか我々患者側の意向というのはあまり多く反映できないのが、私はこの審議会等の現況ではないかという不安を持つ1人です。特にいまは情報公開条例によって、我々は県や市町村を含めて、そこに書いてあるとおり 66.1 %もの市町村が既に情報公開条例の設置をして対応しているのが実際です。我々としては医療機関も例外ではない。だから、患者を主体に考えて情報の公開を思い切って対応いただきたいというのが、我々の第1点の願いです。

続いて、カルテの問題があります。患者自身がどう判断できるかというのは、カルテ等、十分医者から説明を受けた中で自らが判断できるような対応というのが、私たちとしてはいちばん望ましいことであると。お医者さん任せという形になりすぎて問題が起きている一面もないとは言えません。この辺を徹底した形で、情報の公開を我々としてはお願いしたいと思います。併せて、レセプトの開示についても、思い切って対応いただきたい。我々がどんな商品を買う場合であっても、どこでも明細のレシートをもらって、そのレシートと品物とを比較対照して納得するというのが、我々の物を買う常識ですが、医療機関だけは2割負担とか3割負担とか、それぞれ共済組合や国保等の違いによる差額だけを支払うという形で、患者がどれだけの医療費がかかって、そのうち自分が一部負担をいくらするのかという理解がし切れていないのが現況です。この辺をきちんと我々が明らかにすることによって、患者自体が投薬等の内容等も理解できるということが、いちばん重要なことですので、レシート的な形にまで発展させていただくべきであると思っているのが実際です。

また、広告規制については、患者保護の観点から、虚偽であったり、誇大な広告については規制が必要ですが、一定は明らかにしていただくことが患者のためにも必要ですし、患者がそれによって選べるという体制を明らかにしていけないと、お医者さんの指導だけが患者を一次診療から二次診療へという形に動かす以外何もものないわけです。患者が選択できる分野を、この分野でも今後明確にさせていただきたいと思います。併せて、私たちはこんなところでそんなものの言い方をすればお叱りを受けるかもわかりませんが、今朝の日本経済新聞を見ましても、医療再生という科目の中に、ある院長さんの悩みが書かれております。やはり院長が1人代わることによって、学閥、教授閥によって、下手をすれば先生方を引き上げられるというような、大変な苦悩が二重構造という形で今朝の日経新聞に書かれております。こういうものは日常茶飯事にあるということは事実です。私たちは率直に申し上げて、大学閥であるとか教授閥であるとか、こういうものを一掃して、必要な人が必要な機関で、お医者さん自体も望まれて医療に従事できる体制でないと、教授のいわば指示1つでどこへでも動かなくてはならないような形というのは変則ですので、こういうものの規制を思い切って明らかにしていただくほうが大切だと思います。最後に、この前も申し上げましたが、広告規制に違反した場合等、6カ月以下の懲役または30万円以下の罰金というのは、お医者さんの所得からすれば微々たることにしかありませんので、やはり医者所得にふさわしいような罰則規定、免許の取消等、厳しい対応をしないと、他においては大変厳しい規制がありますが、医者だけは特権意識、特権階級的なものがあるというのは、もう許される段階ではないのではないかと。

我々は患者側という立場で、また保険者という立場で医療費を負担することを考えます

と、すべてを明らかにしていただき、患者が選択できるような制度に変えていただきたいというのが、私たちの本意でございまして、こういう要望を出したというのが実際です。

#### ○高久部会長

ありがとうございました。次に、高木、高梨、福島の3委員から、この部会の運営等についてご意見が出ていますので、本日は高梨委員に説明をお願いいたします。

#### ○高梨委員

三者連名の意見ですが、中身は書いてあるとおりです。昨年9月17日以降からこれまで、医療部会は4回開催されましたが、その審議は国民が等しく願っている「患者中心の医療」の実現に向けた検討とは言い難い状況です。昨年の9月に厚生労働省より公表された「21世紀の医療提供の姿」は、いずれもこれまで各方面から指摘された事項であり、速やかに実施すべき事項であります。本部会に課せられた使命は、これら「患者中心の医療」の実現を阻んでいる問題を明らかにするとともに、その実現に向けた実効ある施策を審議することになると考えます。この考え方に基づいて、今後医療部会の運営等についての意見ならびに重点的に審議すべき事項を提出いたします。

別紙1ですが、当医療部会で重点的に議論すべき論点ですが、1として、医療に関する情報公開と患者の権利の確立であります。1つは、医療機関情報公開を義務化すること、2つ目は、患者権利の確立、インフォームドコンセントの義務化とセカンドオピニオンの推進、3つ目は本人・遺族の申請によるカルテ・レセプト開示の義務化、広告規制の原則、ネガティブリスト化などであります。

2つ目は、医療機関経営の効率化ですが、医療機関経営情報の公開、剰余金の配当禁止や収益事業の制限等の規制改革、カルテ・レセプト等のIT化の促進などです。3つ目は、医療機関の機能分担などで、一般病床整備計画の明確化などです。4つ目は、医療の質の向上でありまして、医療事故防止対策の推進、事故報告を義務化すること、EBM、クリニカルパスの推進です。5つ目は、保険者機能の強化、保険者によるレセプトの審査・支払、医療機関との個別契約、直接契約です。

6つ目は、終末期医療の問題などです。こういう問題について、当医療部会で重点的にご議論をいただきたいと思っております。

1頁目に戻りますが、厚生労働省がまとめた「21世紀の医療提供の姿」で提起されている改革項目について、実りある審議が尽くされるよう、具体的審議スケジュールを速やかに策定していただきたいと思います。

また、本日の審議項目「医療の情報提供」については、医療機関の選択に役立つ医療情報の明確化と公開の義務化であります。患者が医療機関を選択する際に必要な、各医療機関のストラクチャー、プロセス、アウトカム情報を、それぞれの医療機関自らが明らかにする必要があると考えております。

どのような内容かといいますと、最後の頁の別紙2ですが、例えばストラクチャー情報について言えば、その病院、医療機関の基本理念や将来計画、医療施設や設備の内容、院内の医療情報等のシステム、医師・看護婦などの人員の体制、アメニティの内容、病棟生活の内容、当直医の人数体制、時間帯ごとの看護体制、外部委託業務の内容などでありま

す。プロセス情報としては、地域との連携システムがどうなっているか。クリティカルパスの状況はどうなっているか、カルテ開示への取組みはどうなっているか、教育研修、事故対策体制、得意分野、診療科別平均診療時間、待ち時間、剖検率などです。アウトカム情報について言えば、事故発生件数、最近も新聞で大きく報道された事件がありますが、院内感染件数、疾病別の入院患者数と手術件数、病棟別疾病別の平均在院日数、治療結果、再入院率、院内死亡率、患者満足度調査、財務諸表といったものをそれぞれの医療機関が公開する必要があると考えます。

1頁の下から4行目ですが、またこれに関連し、行政の把握している医療機関情報は国民が利用しやすい形で公開されなければなりません。さらに、医療機関の広告については、虚偽広告、誇大広告など患者にとって有害となるもの以外は規制を撤廃し、ネガティブリスト化すべきです。また、患者の治療の選択に役立つ医療情報の開示とインフォームドコンセントの義務化ですが、患者が自らの治療を選択する際に必要なわかりやすい診療情報の開示を進めなければなりません。このためにカルテ・レセプトの開示については法制化すべきであります。また、インフォームドコンセントは、努力規定ではなく義務規定とすべきである。これと関連して、セカンドオピニオンについても患者の希望に応じることのできる体制を整備すべきである、といった内容です。

#### ○高久部会長

ありがとうございました。次に、森山委員、よろしくお願いいたします。

#### ○森山委員

資料を通して説明いたします。私どもとしましては、情報提供というのは次の4つの基本的な考え方に沿って行われるべきであろうと考えております。既に示された事務局案、そしてただいまご提案にもありますように、重複する点をご容赦いただきまして、考え方を述べさせていただきます。まず初めに、提供されるべき情報の内容に関しては、私ども看護を提供する立場からすれば、いい看護を受けられる医療機関であることが国民に伝わることが、大変重要であります。いい看護というのは安全で安心できる看護サービスという意味です。その要素として6つ挙げておりますが、既に挙げられておりますように、どのぐらいの看護体制なのか、時間帯ごとにどのような看護が組まれるのか、2対1と言いながら夜は40床に1人とか2人とか、非常に厳しい状況です。そういうことも、現実患者様にとっては重要な情報ではないかと思えます。

看護を受ける側に対しては、お1人おひとりに対して行き届いた看護体制を取っているかということが、チーム医療なのか受持ち制なのかという内容で表すことができます。そういうこともお知らせするほうがいいのではないかと考えております。

それから、数年前より看護協会を通して、専門看護師、認定看護師、リスクマネージャーの育成など、専門教育と資質の認定を行っておりますので、一定水準以上の専門性のある人がいることによりまして、さまざまな受皿、特に相談機能など、例に挙げておりますように、癌看護の専門看護師による痛みのコントロール、あるいは糖尿病認定看護師による療養支援・生活指導と相談、人工肛門などをつくられた方に対するWOC認定看護師のストーマケアなどが行われている、こういう人がいることによって受診者は安心して病院

を選ぶことができるのではないかと思います。また、最近入院期間の短縮、在宅医療の推進等、それが全国的な方向性になっておりますので、それを受け止めていく病院の環境として、外来その他での相談機能、関連機関との連携などがどのように行われているかなども重要な情報であろうと考えております。

2つ目として、どういう情報があるかということと併せて、その情報が国民に確実に届く仕組みが重要であります。資料の4頁にもありますように、情報システムの構築がとても急がれるし、そのとおり進むことが望まれています。情報が散在していますと、的確な情報が必要時に的確に伝わらないと。方法を考えることが前提になると思います。併せて、患者というのは病気になったときに初めて情報の必要性にぶち当たって、どうしていいかわからないということが最初にぶつかる問題ですので、患者さんの情報選択を支えるシステム、どこに行って聞けばいいのかがわかるところが身近にあることが必要ではないかと思えます。選択に必要な情報が何か、何だかわからない、どこに行ったらわかるか、あるいは情報を得てもどういう判断をすればいいのか、読んでも実際に具体的な意味が伝わりにくい場合、いろいろなレベルでの枠があると思えます。それを支援するために、いつでもどこでもという、身近な所でそれを受け止めていける場があったらよいのではないかと思えます。

日本看護協会は、数年前から町の保健室ということで、住民の身近な所で、お買い物ができるにちょっと寄れば相談ができる、あるいは血圧が測れるというコーナーを設けて、非常に住民に役に立ってきております。今年総務省が640億円かけて、健康づくりの予算を付けてくださいました。それらが市町村に流れたときには、多分この看護協会の町の保健室もその予算の一環を使わせていただいて、ある程度安定した活動になるのではないかという期待を持っております。日本病院会なども、地域に密着した活動をされていると伺っております。そういうものが住民の身近にあることが、選択を支えるシステムとして生きてくるのではないかと思います。

最後に、提供された情報と実際が相違があるということですが、提供する側あるいは表現の仕方に行き違いがあったりする場合もあると思えますが、事実混乱があることは当然予測されるわけで、そういうことに対して中立な立場で患者様に助言できる、あるいは聞いて差し上げられる組織が最終的にないと、本当の意味でシステムが出来上がったとはいえないと思えます。

これから中立な立場を持った組織ができることが望ましいですが、差し当たってすぐできることとしては、例えば厚生労働省にサービス部門を設けるとか、どこかの部署に所属しますと、そこでの指導関係がすぐに関係してしまいますので、医療機関にとっても非常に厳しいことになろうかと思えますので、サービス部門ができれば非常に望ましいのではないかと。そのうち行政でも民間医療機関でもないという、中立な組織ができることが望ましいと考えております。

#### ○高久部会長

どうもありがとうございました。いま事務局と委員の方々からご意見をいただきました。本日3時までの予定ですので、1時間半近くありますが、事務局案ならびに委員の方からのご意見に対して、ご質問なりご意見をいただきたいと思えます。本日の議論を踏まえま

して、次回には医療情報の提供について、論点整理のメモのような形で議論の集約を図りたいと思いますので、本日はご自由に積極的にご意見をいただきたいと思います。

#### ○辻本委員

市民グループの活動ということで、これまで 12 年間電話相談などを中心にして、患者の自立支援を続けてまいりました。その立場から、いまのご発言などに対しての感想を述べさせていただきます。

私どもへの電話相談がいま非常に急増しております。特に第三次医療改革が行われた 1997 年の 9 月以降、目を見張る勢いで増えています。その患者さんの生の声の裏側から見えてくるものは、権利意識の高まりとコスト意識の高まりです。そして、医療情報について知りたいという声、まさに今日お三方から、受ける側の立場ということで出されたこのペーパーにあるような、こうした声がそのとおりの網羅されて届いている現実があります。

しかし、果たして情報が“与えられる”だけで本当にいいのだろうかという疑問も一方で感じています。最近、患者中心の医療という言葉だけが一人歩きしているようですが、バランス感覚を大切にしながら、両者の中に入って橋渡しをするという視点で電話相談に当たっている立場としては、少し迷いを持ちながらこの場に座っております。たしかに患者の立場としては、本当に情報が欲しい。これは避けることのできない、逆行することのない、まさしく患者の切実なニーズだと思えます。

しかし、私ども団塊の世代の親が子供たちに欲しがるままに、あるいは欲しがる前からいろいろなものを与えて育ててしまったそのことが、いまある意味で社会の問題を産んでいる。そういったことを考えたときに、この問題が同じ質の危険をはらんでいるのではないかと、そんなことを感じます。正直、私も患者の立場としてここで発言をするとき、何度も言いますが、いまも私がお話していることで本当にいいのだろうかと迷っているのですが、第三者機関として 12 年間やってきた立場から見える患者側の急激な意識変化の現状を、皆さんにもう一度考えていただきたいということで、あえて申し上げたいと思います。

例えば電話相談の中で、ドクターの腕を知りたい、どこの機関に行けばどういう専門医がいるのか、認定制度ということがあるようだけれども、これは一体どういうことなのか、そういったご相談がたくさん届きます。あるいは個々の医療機関でどういう治療を得意としているのか、疾患別に知りたいとか、個々の医療機関の治療実績を聞きたい、さらには精神科や心療内科で薬中心ではなくて、本当にじっくりと話を聞いてくれる、そうした病院やクリニックはどこにあるのか、こうした質問は毎日届いています。

しかし、残念ながらいまはそういう情報はありません。情報がないならばどうしたらいいかということと一緒に考えるというお手伝いをしているのが、私たちの電話相談です。平均 40 分かかります。長い場合は 1 時間、1 時間半に及ぶこともあります。しかしその中で、一緒に考える、一人ぼっちにさせない、という支援システム。ささやかな私どもの活動ですが、そのことで自分が一体どういう医療を受けたいのか、漠然と考えていたことを自分の問題としてもう一度見つめ直す。そうした第三者機関による相談活動が患者の主体性の第一歩を支える大事な視点だということ、この 12 年の中で学んでまいりました。



先ほど森山委員から選択の支援、不適切な情報の訂正という、まさに私が申し上げたいことを言っていたように思いますが、ただ1つここで申し上げておかなければいけないと思ったことは、例えば同じく第三者機関ということで、昨年5月7日から東京都の相談機能がスタートしております。しかし、そこで相談の対応をしているのはドクターであり、ナースであり、薬剤師であると。先般医療安全対策検討会の中でも、非常に数多く届いているという報告がありました。その中で90%近くが「ほぼ納得」あるいは「納得した」と。その報告を聞いて私は愕然としました。東京都の相談機関を回った後で私どもの所へ届く電話相談が、急増しています。その中で、あの相談では何にもならないと、はっきりおっしゃいます。お医者さんが半ばなだめすかし、ただただ共感的に聞いて、「聞いてあげたから納得したはず」と、相談を受けた医療者の側だけが満足しているのではないかと。患者さんは決して納得などしていない。1時間、1時間半の私たちの電話相談の中で、果たして相談者が納得したのかどうかということを私たちは計る指標も持っておりませんし、1回の電話で簡単に納得できる、そんなレベルではないほどの要求で患者の意識が高まっています。

そういう状況の中で、ただ単に情報がありさえすればそれでいいのかと。次の医療改革で、医療費が高騰します。景気はこれだけ低迷してますます医療に対するコスト意識が高まるでしょう。こうして情報がどんどん与えられるようになれば、その情報どおりの医療を期待し、ファジーである医療の中で結果が期待にそぐわなかったときの患者の憤りがどういう方向に動くのか、そここのところをもしっかりと考えて避けられない逆行できない問題として考える必要がある。システムとしても、あるいは公的な第三者機能機関の充足も含めて、十分にここで話し合っていないと、本当に国民の期待がさらに高まるだけではないか。そういった危険を感じております。

そういう意味から、私は第三者機関ということで、これからNPO、NGOといった患者の自立支援機関を充足していただく整備もお考えいただきたいと思います。また医療現場の現状として、例えばいま保険外の実費徴収が揭示義務ということで通告されているにもかかわらず、私どもが大阪府内の病院を調査いたしました結果、ほとんどの病院でその揭示を十分にしていない実態が明らかになりました。そういった背景も踏まえて、広告規制緩和の問題をお考えいただきたいと思います。

今年1月、「手術をして失敗しても、お金を払わなければいけないんですか」という患者さんの家族の方の象徴的な相談がありました。医療もいよいよ成功報酬の時代になったのかと、びっくりいたしました。その次の電話では、余命をも明らかにする時代だと、一方的なドクターのインフォームドコンセントの治療方針の押し付けに悩んだ患者さんがナースに相談したら、ナースまでもが「いまはそういう時代なんですよ」と言われて誰も相談にのってくれない。私たち患者は一体どこへ行ったらいいんでしょうかと旧態依然のバターナリズム医療を嘆く声が届いている現実をご報告させていただきたいと思います。

#### ○高木委員

厚生労働省から出されたペーパーの7頁ですが、まず最初の考え方の1番目ですが、「患者保護の観点から」と書いてありまして、現行のポジティブリスト方式が前提であると書いてあります。患者保護という観点からポジティブリスト方式というのは、なぜ前提とい

うことになるのか。患者保護というのは、そもそも何を意味するのかという、内容と前提というところをご説明していただきたいと。規制改革会議等の表現でも、取りあえずポジティブリスト方式はやむを得ないかもしれないけれども、ネガティブリスト化を施行するようという、ある意味ではサゼスションも出ています。その辺のとらえ方、ご認識についてご説明をいただきたいと思います。

それから「客観的で検証可能な」という、この「客観的な」というのは、具体的にケースを全部テーブルの上に置いてみなければわからない話かもしれませんが、客観的とか検証可能とか、原則としてというのは、こういうものを議論するときには必ずプレーキ役をする言葉で、従来使われてきた言葉だと思いますが、その辺のとらえ方について具体例等で若干説明をいただければと思います。

先ほどの話と観点は違いますが、先ほど電話相談の話がありましたが、例えば医療過誤の問題が、昨年6月に出された司法制度改革審議会の意見書の中でも、いろいろ触れられているのはご承知のとおりだと思います。医療過誤裁判の現実には、非常に長い時間がかかり、医療過誤を訴えた患者サイドの皆さんにいろいろ話を聞いたりもいたしました。非常に医療現場に対する不信感が強い。例えば鑑定の問題等についても、客観的公平な鑑定がなぜできないのかと。これは聞くところによりますと、最高裁の民事局だと思えますが、そこでとりわけ医療過誤裁判の鑑定にかかわっていただく先生方にどのようにご協力いただくのか、どういう方に患者をお願いするのかについて、いろいろ検討が進んでいるというふうに、一方ではお聞きしていますが、それがいまだどういう状況になっているのか、状況を教えていただきたいと思います。

○高久部会長

鑑定のことは、この議論にあてはまらないと思いますが。1番と2番目のことについて。

○高木委員

部会長、待ってください。それをどういうふうにお取りになるかによって、鑑定の場合には判断の仕方がいろいろあるわけですから。ある意味では鑑定の問題も、医療情報の確かな公開という問題に関わって、一般の過誤裁判で訴えている人たちは信頼性を何とかしてくれと言っているわけですから。

○高久部会長

わかりました。

○高木委員

もう1点、先ほどの高梨さんのペーパーにもありましたが、例えば「レセプトをちゃんとください」という問題ですが、私はまっとうな主張だと思います。まだ領収明細書をくくさらない医療機関がたくさんあります。ロール紙の3行の領収書をくださることはくださるのです。5,000円札を出したら、「3,000円でした、2,000円おつりです」という3行の領収書はくださいますが、私のところはスーパーマーケットにも関わっております。スーパーマーケットと一緒に議論するつもりはありませんが、サービスを受けたり物を買