

○小山田委員

病院機能に対する評価というところがありますが、日本医療機能評価機構により具体的に審査結果を公表するというのですが、私はこの機構の役員をしておりますし、実際に評価を行っております。これはどうするかというと、おおよそ400項目から500項目ぐらいにわたって審査をします。大きな項目が6つありまして、その次にそれについて100項目ありまして、全部で600項目になります。そのほかに総括というのがあります。総括を読みますと、その項目も実際に医療をやっている側と、我々評価する側の間には、医療というものを知ったうえでの評価ですので、これをもって受診者あるいは患者さんが医療機関を選択する、というものにはほど遠い感じがします。

この評価機構の中でも、こういうことを皆さんにわかるような総括の仕方というのがあるのではないかと検討しております。個別的にあるデータを全部出す、600項目を全部出すというのもこれは無理な話で、結局はわかりやすくまとめたものと考えております。

○高久部会長

どの程度出すかということは、各病院なり診療所の自主的な判断になると思います。

○佐々委員

いま高久先生がおっしゃったとおりだと思います。これは広告ですので、医療機能評価機構から受けたものは、嘘がなければ自分の病院にとっていいところを出してかまわないだろうと思います。ただ、医療機能評価機構が情報として出すものに対しては、これは公平さが非常に要求されると思います。これはどれを出してもいいのではないかと私は思います。

○福島委員

医療機関の人員配置の問題で、ここに具体的な例として、医師・看護婦等の患者に対する配置割合、と書いてありますが、この中に入っていると思いますが、夜間・休日の体制がどうなっているのかということも、この中にわかるように工夫していただければありがたいなと思います。

○高梨委員

いまのことに関連しますが、書いてある言葉だけ見ると、ここに書いてあるのは、医師・看護婦等スタッフの患者数に対する配置割合、要するに患者数に対して何%かということだけなのですが、国民の立場からすれば何人いるかということ、もちろん基準そのものは承知していますが、現在何人いるのかという頭数、特に夜間何人いるかということは大変な関心事だと思います。割合ということだけではなくて、人数がわかる表現にしたいなと思います。

○森山委員

医療機関というのは、数だけではなくて質の面もあると思います。医師が専門医制度で今回広告に入れてはどうかというご意見と同じように、看護婦については前も説明したように、看護協会あるいは大学協議会が一体になりまして、数年前から専門看護婦、認定看護婦の制度を設けまして、既に認定看護婦は500名を超えておりますし、専門看護婦ということで、大学院を卒業して一定の専門性を持った人ということで、30名近い人が出て、急速に伸びつつあります。各医療機関も質の高い看護婦を求めているというのが、最近の看護協会のアンケートで見られますし、私どもの病院でもこういうメンバーを揃えております。そうしますと、そういう人がいることによって、専門の相談窓口ができたり、そういう人を中心に横断的に病院全体を見渡しますので、例えば褥瘡のケアであるとか、感染管理、重症者のケア、糖尿病の看護等々、専門領域も順次広げております。現在11の専門領域がありますが、そういう経験年数を経て一定の研修を終えた人に対して与えているものですので、そういうものについては是非皆さんに知っていただきたいし、活用していただきたいと思います。配置の状況に入れるか、相談窓口に入れるか、いずれにしましてもそういうことが公示されるほうが医療機関としても評価されるし、それを進めていくことが消費者に対するサービスではないかと思っておりますので、ご検討をよろしくお願ひしたいと思います。

○高久部会長

確かにおっしゃるとおりだと思います。いまようやく医師の専門を出すか出さないかというところが議題になっていまして、できれば次の課題として考え、本年度については医師にとどめ、今後の課題として考えていければいいと思いますが、松山委員、どうぞ。

○松山委員

いまのお話との関連ですが、例えばスタッフの略歴も理事長の略歴と併せて出せるようにすれば、少し役立つのではないかと思います。というのは、アメリカのネットワークを見ていると、専門分野別に看護婦さんもすべて、どういう人が働いていますということが写真付きで出ていて、自分の担当になった人のメールアドレスもわかっていて、何か緊急事態があつて相談したければ、すぐインターネットでメールを送るとか、そういう仕組みができています。したがって、私は広告の中にメールアドレスとかホームページアドレスも当然入れて然るべきではないかと思ひます。

最後に1点付け加えるとすれば、患者サイドから見ると運営のあり方として、例えばセカンドオピニオンは積極的に受け入れますというようなことを書いてくださると、非常に安心できるのかなと、つまり、セカンドオピニオンを患者が求めたときに拒否しない、もしくは専門医をちゃんと推薦して下さるといふことがあれば、すごく安心していけるのではないかという気がします。

○高久部会長

いまの松山委員のご意見の中で、医療の情報化の取組状況の中にホームページを開いている、そういうものを入れれば、そこには全く自由に、先ほど森山委員がおっしゃったことも全部出せると思います。確かにホームページを開いてのメールアドレスなどは有効な

方法だと思います。

○羽生田委員

いまのスタッフの配置割合、あるいはその前の医療内容についても、第4回の資料の中に緑色のパンフレットが入っていますが、この中の別表1を見ますと、いま施設基準として示されたものが全部広告できるようになっています。例えばペースメーカー移植術というのも書けるのです。これは治療の方法ですよ。ここにあるだけでかなりのものが書けるのです。ただ、これを全部の医療機関が知らないものですから、書いてない例が多いです。ここにこれだけ書いてあるということは既に規制緩和されているのです。これを是非皆さんご一読いただいて、これだけ書けるんだということをご理解いただいて議論をしていただきたいと思います。

○松田委員

医療の質の確保のところに、是非平均在院日数を年度内の範囲で入れていただきたいと思います。平均在院日数をこれからご検討願いたいのですが、少なくとも過去1年間の平均在院日数で、一般病床を優先することが至当ではないかと。療養病床になりますという問題があるかと思いますが、年度内ということであれば一般病床についての平均在院日数。同時に、一定の範囲内での説明を認めると。例えば療養病床も併設しているとか、難病の患者も診ているとか、あるいは結核病床等もあるというところでは、平均在院日数が左右されますので、一定の範囲で説明を認めると。

○高久部会長

難病については各種公費負担医療の給付というところに出ておりますね。特定疾患治療研究事業を行っている病院ということですが、そのことですか。

○松田委員

それで結構です。平均在院日数の説明が必要であるときには、一定の範囲内で認めることにして、一般病床優先で入れていただきたい。それは確実に医療の質を評価する我々の有力な指針になると思います。

○羽生田委員

いまの平均在院日数ですが、それは全く現実を知らない言葉であって、例えば非常に優秀な、誰もが見ても認めるような病院が、実はバックにもう1つ別な病院を持っていて、そちらに移してそこの病院の在院日数を減らしているという技術もあるのです。在院日数を減らすために長くかかる患者は入れないとか、そういうことも実際に起きています。ある程度重症で、これはどうしても3カ月かかるような人は別に移すとか、そういうことが実際に起きてしまっています。ですから、平均在院日数をどういうふうに理解しているかということで、皆さんはそこまで考えて在院日数のことをしゃべっていないと思います。在院日数がどれだけ意味があるのか。

いま在院日数が減ってきているいちばんの理由は、要するに経済的な誘導で在院日数が

短くなってきています。患者さんを早く退院させたほうがいいから短くなっているわけではない。そういうところをやはり理解していただきたい。それだけわからない状況だから、そういうものを本当に広告するのがいいのかどうか、そういうことをお考えいただきたいと思います。

○高久部会長

平均在院日数はアメリカの事情を見ますと、長いほうがかえって患者さんにとっては幸せなのではないかと思う点もありますが。

○辻本委員

ここでは、平均在院日数というキーワードそのものが当たり前のように語られていますが、果たして国民の何割が平均在院日数そのものを理解できているのか。それから、指標として平均在院日数の裏側にどういう問題があって、多いほうがいいのか少ないほうがいいのか、その判断基準すら理解できていないのが現実なのです。先ほど来患者の成熟を待つという委員のご意見もありましたが、待つだけでは成熟できません。ですから、やはり成熟するための働きかけをどうするか。それが、1つにはネガティブリスト、あるいは先ほどの死亡率というようなりスクに近いこともオープンにしていくことで、実は医療には限界があり、不確実性な問題を抱えている実態を知ることが成熟の道をたどる支援につながるかと思います。平均在院日数というキーワードに違和感や疑問を感じる国民のほうが多いということを申し上げておきたいと思います。

○高久部会長

あと、疾患別の患者数を出したほうがいいのかというご意見がありましたが、それについてはどなたかご意見おありでしょうか。

○櫻井委員

どこを議論しているのですか。1つ1つ限って議論しないと、どこを議論しているのか全然わからないのですが。

○高久部会長

いま全体的な議論になっていると思います。

○小山田委員

ここにある広告の事項を見ますと、私の病院は730床ありますが、全部クリアします。そして手術例数も多いです。これを広告しますと、同じ地域にある中小病院は広告できない。あるいはランク付けされます。絶対にそうではない。中小病院もそれなりの質のいいことをやっている。それを広告できるような方法を考えなければいけないのではないかと。大病院、特にその中でも私のような公立病院がクリアできるような格好になっているのではないかと。患者側から見た場合に、中小病院にどういう点を広告させたほうが、質のいい中小病院を選択できるのだろうか。私はその病院に1つだけでもいいから、その特性を、

私の病院は病床は 40 床しかない。しかし、これだけは特色があるということは、受ける側にとって必要なものではないかと。それを是非どなたからでもいいですから、患者側に立った方からお伺いしたいです。これでいくと大病院、しかも公立病院がずっとこれで広告されたら、患者側もいちばんいい病院はこちらだと選択するようにならざるを得ないと思います。

○猿田委員

診療科別の患者数が非常に大切なところで、病院によっては小さくても患者さんが集まるところがありますから、是非とも疾患別の数というのは出すべきであろうと思います。

○高木委員

そういうことも含めて、それが実態ならばそれをちゃんと患者が知って、患者が判断をします。ただ、それがいつまでも永続的にそういう状態が続くことがあり、恒常化することが、本当に日本の医療にとって、国民にとっていいことなのか。私はツーステップの話でいまの議論をお聞きせざるを得ないのではないかと。いずれにしても広告を出す、出さないはある意味で倫理性を持って対応していただきたい世界は非常に大きいと思いますが、ある種医療機関の選択も働きながら対象も絞られると。

もう 1 点、在院日数ですが、先ほど羽生田委員がおっしゃったような世界を普通の人は確かに知りません。私も知りません。医療保険福祉審議会時代からだいぶ長いことこの議論に参加させていただきまして、常識的に平均在院日数といったら、入院してから退院するまでの日にちだろうと。途中で裏の病院に回している、そんなデータなんて見たことはありませんから。それがもし現実にあるのなら、そっちのほうこそ問題にされるべきで、ないしはそっちのほうに現実があるのなら、そっちのほうの統計の取り方をきちんとするのが本筋であって、そういうものがあるからそういうものを承知したうえで、国の誤解を与えるからという話は私はおかしいと思います。

○羽生田委員

現実ですから。

○高木委員

現実がもしそうなら、それを直さなければいけないです。

○羽生田委員

裏の病院まで持ってというのは、ただ一般的に非常にここはすごい病院だと認められているところがそういう施設を持っていて、そこに入院をさせているのです。

○高木委員

そのことが倫理上、あるいは医療保険上おかしいなら、おかしいということをきちんとして、それをちゃんと情報公開して、世の中のものさしでちゃんと計ってもらう、そっちのアポイントがまず大事ではないですか。

○松山委員

いまのお話は、日本の医療機関の機能分離がまだ未熟だということに起因していると思います。ある病院に入院した患者を手術して、そのあと最寄りの別の施設に移すというのは、これは正当な行為だと思います。それには条件があって、要するにその人が次に必要なレベルのケアをちゃんと安いコストで提供できるかという条件が付いての話ですが、そういうことを地域医療圏の中でうまく行う仕組みができれば、問題ないと思います。ちなみにアメリカの医療ネットワークの平均在院日数というのは5日間ですね。これはなぜかというと、ベットから動けないような人だけ入っていて、動けるようになったら次の介護施設へ移るのです。それはリハビリ専用の施設であって、そこには専門のスタッフがいるわけですから。お医者さんより専門スタッフのほうがうまいわけですから。だから、だんだんと次々に移っていくわけですから。そういう意味では、先ほどから出ているように平均在院日数といったときに国ごとに意味が違うというのは事実だと思います。要は患者から見ていいか悪いかというのは適切なケアが提供されているかどうかだと思います。

先ほど大きな自治体病院の周りの中小の病院の広告が難しくなるというお話ですが、それはやはり地域医療圏での機能分化がまだ未熟だからであって、地域医療圏の中で民間の病院も自治体病院もそれぞれ機能分化をはっきりさせて、それぞれの役割を明確にして情報を十分に出せば、もっと適切に選べるようになるはずですから。それは多分この部会でやるよりは、次のテーマかなという気がします。

○高久部会長

松田委員、どうぞ。

○松田委員

在院日数の実態を知らないでものを言っただけではいけないというお叱りですが、知らないわけでは決してありません。ですから、説明を一定範囲で許すということでもありますし、在院日数が短いということは明らかに医療の質がいいということも否定できないのだろうと私は思います。素人の判断する指標と言いますか、基準としては非常に大事な指標、基準は否定できないことだと思いつけても、その中身として疾病別、あるいは疾患別の数を広告できると。その2つであれば年度内に可能であろうということで、成熟社会、あるいは知的水準と言いますか、国民のレベルアップを待ってなどという話は、また別の機会として申し上げている次第であります。

○野中委員

先ほど小山田先生から出されておりました、患者が大病院に集中化されていくような広告宣伝であってはならないという問題。我々、農村部の関係も、中核病院と一次診療、二次診療という形で行政も協力をする中で体制をしているわけです。

ただ、私たちがここで申し上げておきたいと思っておりますのは、農村部だけかもしれませんが、地方の病院というのはやはり先生個人の技能が大変評価をされているという問題。あの病院はこの先生が専門だからという、個人の先生を頼っていく分野というのは大変多い

わけです。これは大病院でもそういう要素は多分にあるわけですが、私は、この辺との整合性をどうするのかというのは、これからの大きな課題ではないかと思います。やはり、病院全体の評価というものと個人の先生の評価というものの整合性をどこでどう対応していくのか。また、広告の上でそういう形の一方では規制をしたり、一方ではそれを拡大していくような形というのは考えていただきたい、というのが私たちの現実を踏まえた中で、そうしないとそれこそ大きな旅費を使っていつでも大病院まで行かなくてはならない、という不便さだけではなくしていきたいと思いますので、この辺だけは私も、厚生労働省のほうもお考えをいただきたいと思います。

○櫻井委員

議論があちこちへ行ってしまっていてよくわからないのですが、6頁について、医師・看護婦等スタッフとか、その次の付帯設備とか、私も、べつにこれは広告したい人がいれば構わないと思います。

いちばん下に「入院診療計画（クリティカルパス）」と書いてありますが、クリティカルパスという言葉は、もちろん私も概念としては知っていますが、はっきり定義があるわけではありませんし、場所によってはクリニカルパスという言葉を使っている所もあります。入院診療計画という言葉はきちっと定義されていますから、この片仮名は取るべきだと思うのです。入院診療計画を導入しているということは広告したければすばいと思います。クリニカルパスとかクリティカルパスとかいろいろな言葉もありますし、概念はわかっているけど、定義がないと思います。

医療安全についても、これは日本医師会でも言っていますし、良いことだと思います。医療機能評価も、評価を受けて良い所を広告したければ構わないと思います。

私は、最後の部分がちょっと問題だと思うのです。

特に理事長とか外部監査のことは、いま法人のあり方を別の委員会で検討しているはずなので、それこそそちらの環境整備を待ってから考えれば良いことだと思いますし。ISO9000等は先ほど野中委員が言ったとおりなのです。こういうものを入れてしまうと問題がありますから、ちょっと最後の部分は時期尚早と思います。

病床利用率というのは、これはちょっと私はわからないのですが、これはどういうふうに広告するのか知りませんが、病床利用率 94 %と。例えばしょっちゅう変わるから、去年の実績を広告しろとかという意味なのでしょう。どういう意味なのかよくわかりませんが。ただいまの病床利用率 86 %とか、要するにどこかのホテルのように空室ありとか、そうやるのですか。これは、意味がちょっとわからないのです。

○高久部会長

在院日数も年中変わりますから、出すとすれば去年の平均とか、そういうことだと思います。

○櫻井委員

それでは、現在のことを担保しているのではないのですね。

○高久部会長

そうではないと思います。

○櫻井委員

昨年は病床利用率が 86 % だったけどいまは満床で入れませんか、そういうことでも構いませんか。

○高久部会長

そういうことだろうと思います。

○櫻井委員

わかりました。

○高久部会長

ほかにどなたか。森山委員、どうぞ。

○森山委員

参考までに伺いたいのです。これから医師の研修制度などが出てきますと、研修病院というのが決まりますね。看護婦の場合も、看護教育のための実習施設というものがありますが、それは広告するのが両刃の剣かなと思うのです。未熟な人に見られるのはいやだと思ふ人は来ないかもしれませんが。ただ、教育病院としては、質が高いことを担保することにもなります。その辺のことは今後、どう考えていったらいいのでしょうか。

○高久部会長

研修指定病院のことは法律で規定しているのですか。広告していいわけですね。そろそろ時間になりましたが、最後に仙波委員、どうぞ。

○仙波委員

各種公費負担医療については、「等」が付いていますが、これはそのままでもいいのでしょうか。

精神科のほうで、1つ落ちているなと思うものがあります。最後の頁、平成 13 年から広告することができる事項の中で、「精神保健指定医又は応急入院指定病院である旨」はいいのですが、措置入院の指定病院がどうも1つ落ちているように思いますので、ご検討をお願いしたいと思います。

○高久部会長

精神措置入院の。

○仙波委員

ご検討をお願いいたします。

○高久部会長

はい。

○仙波委員

応急入院とほぼ同格のものをしておりますので。

○高久部会長

今日は、いろいろとご議論をいただきました。専門医の表示の問題、あるいは死亡率等については、委員の方々の間でも議論が大きく分かれました。

先ほど事務局から説明がありましたように、1カ月間この案を出してパブリックコメントを求めるということになると思いますので、意見の分かれたところにつきましてはこれをそのまま出す。特に死亡率の問題については、パブリックコメントを受けてもう一回議論をしてもらって、どうですか。

○医政局総務課長

パブリックコメントは原案一本で出さなければいけないので、両案を出して国民に意見を問う形はとれないと思います。

○高久部会長

そうではなくて、原案でいいのです。ですから、コメントの中で死亡率についてどういうコメントがあるかということは、ネガティブなコメント、ポジティブなコメントを判断の基準にできない、難しいのですか。

○医政局総務課長

パブリックコメントの内容について我々が回答をしたり、あるいはそのご意見は採用しないということはあると思いますが、またもう一回、今度はこういうふうに変えましたがいかがでしょうか、という案で国民に提示し直して意見を伺うことになれば、行ったり来たりすることになるので、手順的には難しいと思います。

○高久部会長

難しいですか。

○医政局総務課長

はい。原案を示して、意見について採るものと採らないものということを決めるしかないと思います。

○高久部会長

そうするとこの死亡率についても、これを入れてコメントを求めるか、入れないで求めるかということを決めなければならないのですか。

○医政局総務課長

はい。

○高久部会長

しかし、委員の間で両方に分かれたときはどうするのですか。何回開いてもおそらく同じ。多数決でもやればべつですが。

○医政局総務課長

事務方としては、熟していないものを提示しないかトライするかですが。その辺のお考えはむしろ、ここでお聞かせいただいていたほうがよろしいのではないかと思います。

○高久部会長

熟していないと言っても、これを出せというご意見と出すなというご意見があるわけですし、いくら議論をしても平行線のような気がするのですが。

○松山委員

参考として、多数決を取って見たらどうかと思います。たしかに意見は対立しているのですが、どちらかと言うと大体、決まっているような気がするのです。

○高久部会長

では参考として、いちばん分かれましたその専門性の問題と死亡率について。手を挙げていただければいいですね。

○福島委員

たしかに手を挙げるのも1つの方法ですが、あのような論議の中で、誤解されるという心配もありますので、その辺を何か、どういう根拠によってこの結果を出したというようなことを何か説明できることはないのでしょうか。入れるという前提で、こういうことで計算しましたというような、注意書きなど、そういう前提みたいなもので対応できないか、ということも1つの案だと思います。

○医政局総務課長

ポジティブリストに入れない場合には明確な説明責任があるのですが、入れる理由をそれぞれ明確に書くというのは、そちらのほうが結構、難しいのではないですか。

○高久部会長

難しいですね。この場でなくて、この2点につきましては事務局のほうで各委員の方に賛否について問合せ、それで多数のほうにせざるを得ない。それでいいですか。

○医政局総務課長

多数と言いますか、例えば文案を示してお諮りするという格好でいかがでしょうか。最後は事務当局でそれを決めなければいけない問題になりますので、皆様のご意見を伺って原案を決めるということにならざるを得ないと思います。

○高久部会長

ですから焦点をしぼって皆様方に、一種のアンケートのようになるわけですね。アンケートという形で、おそらくファックスを使うことになると思うのですが、皆様方にこの2つの点についてご意見をお伺いします。

もう2、3。例えば在院日数の問題等についても少しご意見が分かれましたので、ご意見が分かれたことについては事務的に改めて皆様方に賛成、反対を伺って、その結果によって、パブリックコメントに項目として挙げるか挙げないかを決めさせていただきたいと思います。そういうふう判断させていただきたいと思います。

次回は2月25日の2時からですが、この2月25日は、何を主に議論するのですか。

○医政局総務課企画官

次回は、情報の提供について、全体についてご議論いただきたいと思います。

○高久部会長

本日は、いろいろとご議論をいただきまして、どうもありがとうございました。