

第4回社会保障審議会医療部会

○日 時 平成13年12月19日(水) 14:00~16:00

○場 所 厚生労働省専用第20会議室

○出席委員 跡田直澄、小山田恵、櫻井秀也、佐々英達、猿田享男、仙波恒雄、高木剛、高久史麿、高梨昇三、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、渡辺俊介
(五十音順、敬称略)

○議事内容

○高久部会長

時間になりましたので、ただいまから第4回目の社会保障審議会医療部会を開会いたします。委員の皆様方、お忙しいところを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、井上委員、辻本委員、樋口委員が欠席との連絡をいただいています。まず、事務局のほうから資料の確認をお願いします。

○医政局総務課企画官

お手元に事務局から配付した資料として、第4回社会保障審議会医療部会議事次第という表紙が付いている数十頁のものがございます。その次に医療広告規制緩和のポイントという緑色のパンフレットをお配りしております。本日も意見をいただく酒井参考人から専門医認定制協議会概報という青い小冊子をいただいていますので、お配りしております。お二人目の川渕参考人から医療の情報提供についてということで資料をいただいております。今日はその4種類を席上に配付しております。以上でございます。

○高久部会長

本日は医療情報の提供ということについて、参考人の方々からご説明をいただいて、その後にご議論を願いたいと思います。

参考人として専門医認定制協議会の酒井紀理事長と、東京医科歯科大学大学院の川渕孝一教授のお二人をお招きしています。どうもお忙しいところをありがとうございました。

最初に酒井先生からお話をお伺いしたいと思います。酒井先生は現在、東急病院の病院長としてご活躍ですが、同時に、本年の4月に発足した専門医認定制協議会の理事長としても活躍されています。専門医制度の現状、あるいは今後の取組みなどについてお話をいただけたらと思います。酒井先生、よろしくをお願いします。

○酒井参考人

ただいまご紹介いただきました専門医認定制協議会の理事長を務めています酒井でござ

います。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。今日は専門医の現状と、我が国の専門医の経緯についてお話をさせていただきたいと思ひます。

ご承知のとおり、我が国には卒後の研修制度の一環としての専門医制度はありません。欧米諸国ではかなり以前から、卒後の医師の研修制度の一環として専門医制度が位置付けられていますし、社会的に、医療の中で機能しています。我が国ではそういう制度はなく、学会が、専門医制度について検討してきたわけですが、特に昭和 40 年以降に日本内科学会等、いくつかの学会が、専門医制度を立ち上げました。そして昭和 50 年以降になって、多くの学会が、医師の質、その診療の質を高めていこうということで、任意に、独自の認定医制度、あるいは専門医制度を始めました。本日は、専門医認定協議会が出している概報を資料に話をさせていただきますので、最初の頁をお開きいただきたいと思います。

右側にいままでの経緯が書いてあります。昭和 56 年に中心となる学会が、これは内科、外科、小児科など、基本的な診療領域を網羅する学会ですが、そういう学会が中心になって、学会認定医制協議会という組織を作りました。これは、その学会が日本医学会に加盟し、日本医学会が認めている学会に限っているわけですが、日本医学会加盟の学会で、専門医認定制度を持っている学会を会員として、最初は 22 学会で、協議会を立ち上げました。その後、急激に多くの学会が認定医制度、あるいは専門医制度を作ったので、現在は 48 学会が加盟しております。いずれも日本医学会に加盟している学会の中の、専門医制度を持っている学会で組織していますが、当初から、我が国の中に認定医、専門医を、社会的に承認してもらい、表示ができるようにしよう、ということを目指してきました。しかし、多くの学会がどんどん、認定医とか専門医を立ち上げていったために、あまりにも学会志向型で、非常に独自性が強く、バラバラという印象を与え、混乱するような状態になったのです。これでは医療のなかには還元できないということから、これをまとめていくかということで、協議会が中心になってその調整作業を始めました。昭和 61 年に日本医学会会長のお世話で、日本医師会とこの協議会と三者の懇談会を持つということ、三者懇談会が立ち上がりました。そして毎年 1 ないし 2 回、日本医師会において認定医制度、専門医制度について懇談をする場ができたのです。そして平成 5 年に、日本医学会が間に立って、我が国の診療領域の中で基本的な診療領域、要するに内科、外科、耳鼻科とか眼科とか、こういう基本的なところの診療領域をカバーする学会、これが当時 13 あったわけですが、その学会が作っている認定医制度、専門医制度から生まれてきた認定医、あるいは専門医について、この三者の中で承認しようということで、三者承認手続きが行われました。そして、それぞれの学会が認定した認定医、専門医の資格を持つ人の表示を、施設内に限って、表示をしましょうということで進めてきました。その後、日本医師会との話し合い、あるいは各学会との話し合いを続けてきたわけですが、平成 9 年に入って国から、21 世紀初頭の医療提供体制の抜本的な改革案が提示され、その中に、医師の専門性というような問題が出てきました。それで、協議会が中心になって、この辺の調整をしていく、それを急がなければいけないということから、平成 9 年以降、協議会では、バラバラになっていた我が国の認定医制度あるいは専門医制度の統一、名称の統一、あるいはカリキュラムの再検討など、中身の調整作業に入ったわけです。

日本医学会と日本医師会のご協力をいただき、今年の 4 月に、協議会の機構を拡大し、その調整作業をもっと強化していかなければいけないということ、協議会を専門医認定

制協議会という機構に変えました。これは日本医師会ともいろいろご相談をさせていただいて、新しい協議会をこの4月以降に立ち上げたわけです。そして現在、左側に加盟学会一覧がありますが、48の認定医制度あるいは専門医制度を持っている学会で組織しています。これらをなるべくわかりやすく整理しなければいけないので、大きく3つに分けております。まず、第一群と称する基本領域の学会は15学会ありますが、この中では、日本精神神経学会が未だに認定医制度、専門医制度が始まっていないので、この学会を除いて、途中から日本脳神経外科学会が入ってきたので、現在は14の学会が入っていますが、そこで認定している認定医あるいは専門医を私どもは第一群、基本領域の群というふうにしております。第2のグループは、基本領域の上に上積みの研修をしている、いわゆる Subspecialty の群と称しておりますが、例えば循環器学会の循環器専門医制度、これは内科学会の認定を取って、それに合格した人がさらに研修を重ねて専門医を取る。こういう制度になっているわけですが、これら Subspecialty の学会群というのが16あります。そのほかの学会は17ありますが、この学会群は、現在まだいろいろ調整段階ですので、もう少し時間がかかるものと思っております。

これら、基本領域の学会と Subspecialty の学会については、協議会でいくつかの約束事をいたしました。まず名称を、専門医とか認定医とか指導医とか、いろいろな名前が使われるので、これではわかりづらい、名称を統一するために、専門医認定制協議会では、専門医という名称に統一させていただく、ただし、認定医という制度も中にあるので、一応、専門医に統一するけれども、認定医はその専門医になるための1つのステップと考えようということを決めました。基本領域の専門医は、少なくとも、研修カリキュラムに従って、研修を開始してから5年以上の研修をやること。そして受験資格を認定して、その試験に合格した者を専門医にしようということ。Subspecialty の学会群については、内科の Subspecialty が6年、外科の Subspecialty は7年以上の研修期間を設けて、それで試験に合格した者を専門医にしよう。こういうようなことを決めて、各学会が調整をはかりカリキュラムの検討をして、大体これが固まりました。現在、基本領域14学会はすべてこの約束事をしっかり守り、ちゃんとした制度を立ち上げております。

認定の条件としては、日本医師会との平成5年の三者承認事項の中にも書いてありますが、重複して、例えば内科と外科とか小児科と内科とか、いろいろな専門医にはさせない、基本領域は1人が1つの専門医であること。それから、必ず更新をさせること。もし更新をしていなければ、その専門医は認めない。もちろん、医療報酬とはリンクしない。そのような条件を平成5年の三者懇談会で決めさせていただいて、それに則って現在行われています。

Subspecialty の学会群については、外科が消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科。この4つを Subspecialty のグループとして専門医制度を今年から新しい制度としてスタートしております。内科については現在、10の学会がこの Subspecialty の専門医をめざしています。まもなく『内科関連専門医研修カリキュラム』という冊子ができます。一応、1月に出来上がり、これを一般の方々にも見ていただこうと現在進めています。

16頁をご覧ください。現在、どのくらいの医師が認定医、あるいは専門医の資格を持っているかを一覧に示しておりますが、ちょっとわかりにくいので説明させていただきます。まず、16頁の中程に、一群と二群の境があります。臨床検査医学と次の消化器病学

がちょうど境で、臨床検査医学より上がいわゆる基本領域の群とお考えいただきたいわけです。その認定医、専門医はどのくらいいるかと言うと、今年4月で、合計14万6,870名おられます。すなわち、これは1人が1つの専門医ですから、約14万7,000人が、基本領域の認定専門医を持っている、ということをおわかりいただきたいと思います。現在、日本の医師の数は約25万人と発表されておりますが、その約60%が基本領域の認定医専門医を持っているとお考えいただければよろしいと思います。第二群のほうは、左側から17頁にかけて、小児外科までが第二群の、いわゆるSubspecialtyに属する専門医とお考えいただきたいわけですが、この人たちは、1人が1つということではありません。これは、1人でいくつも持っている人が出てきますし、特に三群以下になると、いろんなものを持っている。だから、基本領域の専門医は1つだけれど、それ以外の専門医はいくつも持っているという、非常におかしくなっています。現在私どもとしては、三群の所は、果たして専門医という資格が必要なのかどうか。学会が認定することは、どんどんやっていただいていると思いますが、それを専門医として資格を表示することにはならないのではないかと、三群については考えていますが、三群の中にも、一群に入っている、二群に入っていく可能性のあるものもありますので、来年以降の調整にかかっています。

いずれにしても現在、これだけの人たちが資格を持って医療をやっておられるわけですので、我々、専門医認定協議会としては、社会に信頼される医師の専門医認定制、これらの円滑な発展を図るべく、協議会が中心になって今後努力をしていきたいと考えます。そして日本医師会、日本医学会の協力を得ながら、なるべく国民がわかりやすいもの、しかし制度としては、非常に厳しい縛りをつけた制度として発展させていきたいと考えているわけです。以上簡単ですが、現在までの概略でございます。

○高久部会長

どうもありがとうございました。それでは引き続いて川淵先生から医療機関の機能、特徴や診療実績等の評価、また、これらに係る情報提供について、お話よろしく願います。

○川淵参考人

ただいまご紹介いただきました川淵でございます。お手元に同じ資料がありますが、若干カラーのものがあ、それはいま打ち出してもらいます。どちらを見られても結構です。

私は医療経済学というのを専攻しております。医療の特殊性として情報の非対称性が力説されます。私自身は、「医療の非対称性」とはなかなかなくならないと思いますが、その情報ギャップを埋める努力は必要だと思っております。いま医療の受け手の方は、いろんな情報を欲しがっていますので、やはり情報は開示すべきではないか、しかし、信頼性に欠けるものについては、逆にミスリーディングのおそれもあるので、そこは慎重にしなければいけないのかなという考え方を持っています。

お手元の2頁目から話をさせていただきますが、今日は主に病院のベンチマーク事業という話をします。実は、病院のベンチマーク事業というのは3年前に、当時の通産省から補正予算をいただいて立ち上げた事業です。なぜこんな事業をやったかと言うとそこに書

いてありますように、運不運によって命の決まる医療システムになっている部分もあるのではないかと。特に最近多いのは、例えば心臓病なんかで、ここで倒れなかったら助かっていたかなという話もあります。2つ目として、いまの医療法は、スタッフの数とか構造基準ばかりが重視されていて、結果があまり重視されていないのではないかと。しかし、各病院に行くと、自院こそ地域医療に貢献しているとか、各先生方は、自分の患者さんは重症だとおっしゃるわけです。しかし本当のところはどうなのかということで、私自身は、やはり国民にもう少し、医療機関を選択するための指針を出せないかと。医療機関同士でも、お互い連携するために、お互いを知らなくてはいけないわけだから、そこをどうするか。ポイントはやはり、重症な患者さんをお金はかかるわけですが、これを節約して治した病院、あるいは医師を評価すべきではないか。という問題意識に立ってやっている事業であります。

3頁目。どうすれば病院ベンチマーク事業ができるかということです。こういうふうに言うと、これはいい話じゃないかと、すぐできるように思うのですが、結局、ここに書いてあるように3つの尺度がなかなかないわけです。つまり、重症な患者さんと言いましたが、何を以て重症度とするのか。横文字ではケース・ミックスというそうですが、これがなかなかない。ある方はステージング法と言って、例えばがん患者さんをⅠ期、Ⅱ期、Ⅲ期、Ⅳ期と病期で分けていくとか、あるいは心臓の先生方に聞くと、アパッチェという方式がいいのではないかと、いろいろご議論が出ますが、まだ、これと言って完璧なものはないわけです。しかしこれはどうしても作らなくてはいけない。2つ目の、一定の患者さんにどれだけ医療資源を投入しているか。先ほど、お金をかけないと言いましたが、医療費で見ればいいのか、あるいは原価というコスト・アカウンティングでやるかというのも1つの議論です。3番目としては、やはりいちばん大事なのはこのアウトプットと言いますか結果であって、医療の質をどうやって評価するのかというところが、言うは易く行うは難しなわけです。

私は、この1番に関してはいまDRGを使用しています。DRGを採用しているのは2つの理由からです。1つは、病院からデータをいただくということになると、いろいろなデータが欲しいのだけど、最も短期間で、病院にあまり負担をかけないでいただけるデータとしては、そのDRGのデータが非常に便利ではないかということ。2つ目は国際比較ができるということです。

2番は、なんとか医療原価を計測しています。3番については、残念ながらいまのところは死亡率とか、再入院率とか、帝王切開率ということぐらいしか出ていませんが、今後は術後死亡率とか、術後感染率等も調べていこうと思っております。

DRGについてはここで言うまでもないと思いますが、4頁に書いてあるように、これはAll Patient-DRGと言って、アメリカの中で使われているDRGですが、いろいろな患者さんを641に分類しております。ICDは1万4,000もコードがあるのですが、これをたかだか641という形で束ねていくというのは、どうも臨床の先生方の中にはご批判がある。しかし医療資源の投入量という観点から見ると、これは非常に便利です。いろいろな医療機関の中にいろいろな患者さんがいるので、基本的には、手術室を利用したかどうかによって、外科と内科に分けます。手術室を利用した場合は外科系の入院となって、あとは術式で患者を分けていく。内科系については、診断名で患者を分けていくという話です。

そして年齢補正も若干やって、合併症及び併存疾患についても一部考慮し、転帰情報についても病院からデータをいただいて、患者さんを都合 641 に分類するというような方式です。

その前に主要診断カテゴリー、MDCという聞き慣れない言葉がありますが、これは何かといいますと、5頁目にあります。1番から見ていくと、いま酒井先生から話がありましたように、ある意味では学会別になっています。神経系、眼科、耳鼻咽喉科、呼吸器科、循環器、消化器と、こういうふうにある意味では科別に分かれていって、都合1から25まで、ラフに分類してある。しかしこれではあまりにもラフすぎてわからないので、さらに先ほど言ったように手術をしたかどうかとか、術式とか、合併症があるかないか、といった形で患者さんを分けていくという話です。

しかしながらDRGで言うと非常に評判が悪い。6頁目に書いてあるように、1983年にアメリカのメディケアがこのグルーピングを病院の支払方式に使ったので、なんとなくDRGで言うとPPS、いわゆる包括払支払方式というイメージがありますが、必ずしもそうではない。患者の分類表であるだけなのです。

7頁。私もDRGがベストとは言いませんが、例えば病院ごとにコストの差があるとします。例えば自治体病院は赤字が多いとか、民間病院はそうでもないとか、いろいろご批判がありますが、それはどうしても、ここで議論されているケースミックスというものを考慮しなければいけない。つまり、対象としている患者さんがどんな人かによって、やはりコストのかかり具合は違うわけで、これを先ほど言った医療資源の投入量で分けたのがDRGとケースミックスです。したがってアパッチェという方式も事実上のステージング、あるいは介護保険で使われている要介護認定もすべてケースミックスになります。学者の数ぐらいケースミックスがあるわけですが、これについては先ほど言ったように、日本でも研究していく必要があるのではないかと思います。

DRGの研究が日本で言われているわりに進まない理由というのが、その次の8頁です。先生方の中にはこの退院時サマリーというのをよく見られる方もおいでかと思いますが、医療機関に行くと、基本的に退院した患者さんに対しては、退院時サマリーというのを作るわけです。この症例は脳外科の症例かと思いますが、アメリカのすべての病院、すべての病院といっても、いわゆる急性期の病院ですがICD-9-CMという、ICDというのは国際疾病分類の第9班の、CMというのはクリニカル・モディフィケーションと言って、臨床病名に応用してやるという意味です。いまの症例だと、主要診断名は803.60というコードがきます。2次診断名はE880.9とかE849.3というコードがきます。処置・手術コードについても02.02というコードがきます。アメリカの場合は、このコードで記録しているわけですが、こういうふうにアナログデータをデジタル化すると、いろいろな研究ができるわけです。

9頁目では、我が国の厚生労働省が推進しているICD-10で、同様のケースについてコーディングしております。ICD-10というのは、前のICD-9よりもさらにコードが多くなっていて、いま、約1万4,000ぐらいの病名コードがあります。いまの症例だと主要診断名は、最初にアルファベットがついて、S02.91という形になっていくわけですが、こういうふうにデジタル化するといろいろなことがわかってくるわけです。

10頁目には、くどいようですがもう1回、ICDからDRGへ転換するロジックを書

いてみました。先ほどの脳外科の症例だと、オペレーティングルーム（OR）を使っているのでイエス、主要な合併症はないのでノー、18歳以上ですのでイエス、外傷はあるのでDRGの2番、という形で置き換えられていきます。このようにして1万4,000のコードを、最終的には641に束ねていくわけです。

11 頁目には、私がいまやっている全体のフレームワークが書いてあります。いちばんのネックはその右端に書いてあるように、基礎データの収集が非常に大変だということです。特にICDに基づく患者データが、日本の医療機関になかなか普及していないということもあって、この数がなかなか広がらないというところで苦心しております。

12 頁は、私のこの事業に3年間付き合っていていただいている医療機関です。北海道から沖縄まで都合36病院。9,300ある病院の中の36病院です。東京都には1病院しかないという現状ですが、沖縄の病院も入っているので、全体を網羅しているかなと思います。

13 頁目は病床規模で見たものです。比較的大きな病院が多い。これは、基本的に急性期の病院がこの対象になるわけですが、大きな病院が比較的多いということでもあるし、こういうICDコーディングみたいなものを行っている病院も、やはり大きな病院が多いということです。

14 頁は、どんな方に参画いただいているかということで、経営主体を見たものです。都道府県立、市町村立といういわゆる自治体病院から医療法人、日赤、済生会、厚生連等々とありますが、残念ながら大学病院は途中で抜けてしまっているところはゼロです。

15 頁以降は、その結果何がわかるかということです。患者1人当たりのコストというのは、特に病院の経営者は非常に興味があります。29番というのはいちばんコストがかかっていない、25番はいちばんコストがかかっている、と言ってもその原因がわかりません。そこでその下に書いてあるように、都合11の部門に分けてコスト分析したわけです。こういう形でやったらどうか。

しかし、この中でいちばん欠落しているのは先ほど言った患者の属性、いわゆるケースミックスがないということです。16 頁目は眼内レンズ挿入、DRG 39番の症例ですが、平均は45万5,600円で、それを上回っている病院もあれば下回っている病院もある。こういうふうになってくるわけで、こういうのが各病院の経営に少し役立っていただけないかということがあります。

経済学から言うと17 頁にあるような、規模の経済ということが1つないのかということで、症例数が多くなると、患者1人当たりのコストは下がってくるやに思ったのですが、この難治性のがんについては、規模の経済はないようです。

さらに、患者さんから言うと、こういうコストというよりも、もっと治療成果を聞きたいということもあって、私は試みに、18 頁にあるように死亡率をDRG別に見てみました。これはDRG 82番というのは肺がんですが、これぐらいバラついているというのが現状です。

19 頁も肺がんのケースですが、症例数が多くなると、ある程度経験曲線によって、死亡率は下がってくる。25番という病院、ここでは突出して症例数が多くて、死亡率が低いということもあってか、非常になだらかなカーブを描いているということがわかってきました。

こんなふうにして死亡率との相関を取ってみているわけですが、21 頁。私は最終的に

はこうしたデータが将来的にはインターネットで国民がわかるような形になっていけばいいのかなと思っています。これは合併症を伴う胃がんのケースですが、自治体病院、公的病院、医療法人、その他の法人、この当時はまだ大学病院が入っていました。こんなふうに症例数、死亡率、死亡症例数がいちばん下の欄に入っています。必ずしも大きい病院だからというよりも、あるいは、自治体病院だからとか医療法人だからというのではなくて、どちらかと言うと、病院間の差が大きいことがわかります。自治体病院の中にもいろいろあるし、医療法人の中にもいろいろあるということで、パフォーマンスの比較ができていくのではないかとということです。

22 頁に再入院率があります。一概には言えませんが、入退院を繰り返すというのは、完治していないことの裏付けであって、これもある程度低いほうがいいのではないかといいようなことが、JAMAなんかの論文に書いてある。しかし、ある程度患者をコントロールしても、こういったバラつきがある。

23 頁にあるように、帝王切開率というのも非常に面白い指標になります。アウトカムリサーチをするときに、帝王切開率を見るという話がよく出るのですが、ここでちょっと難しいのは、やはり、リスクが高い患者さんは帝王切開になるということです。そういう患者さんばかり集まる病院もあるということです。そこで 23 頁の左端にあるように、DRG は 371 番の合併症を伴わない帝王切開、370 番の合併症を伴う帝王切開、651 番の合併症を伴わないハイリスクの帝王切開、650 番の合併症を伴うハイリスク帝王切開、都合 4 タイプに分けて医療機関のパフォーマンスを見ているわけです。そうすると左から 4 番目の 10 番という病院、これは名前は言えませんが非常に有名な病院です。確かに帝王切開率は高いのだけれど、圧倒的にハイリスクの帝王切開が多い。これはある意味では、同院は一手に周産期的な機能をも負っているのではないかとということです。必ずしも帝王切開率が高いから悪いということとは言えないし、比率的には同じような例えば 24 番とか 31 番の病院とは、ずいぶん中身が違うということもわかってきました。

こういう形で病院のパフォーマンスがわかってくるわけですし、これを繰り返してやっていると 24 頁にあるように、改善したかどうかということがわかるわけです。日本の非常に良い所として、特に製造業あたりでは改善ということがあります。医療界でも改善というコンセプトがあるのではないかといいということで、昨年よりも平均在院日数がずいぶん短縮した DRG として、DRG 14 とか DRG 404 があります。一見すると DRG 14 というのは 3 日 (3.01 日) しか下がっていないということですが、この症例は日本にもものすごく多い症例で、延べ日数で見るとものすごくインパクトがあるわけです。

DRG 14 とは何かということで 25 頁目を見てください。DRG 14 というのは、脳神経外科系の一過性の虚血発作を除く特異性の脳血管疾患というケースで、これは言うまでもなく非常に多いわけです。しかし病院別に見ていくとずいぶん差があります。例えば No. 1 という病院は、昨年度はすごく在院日数が長かったのが、今年度は 24.72 日と下がってきた。この下がってきたということを、我々は病院にベンチマークと称してレポートを差し上げています。お宅の病院は昨年に比べてこの辺は改善したとか、今年度はこの辺が若干、ほかの病院に比べてどうなのかと、こういう他流試合みたいな形ができればいいなと思っていますし、死亡率に関して 26 頁にあるように、DRG 別に死亡率がずいぶん減ったのは何かと言うと、DRG 82 とか DRG 541 とか DRG 90。DRG 82 というのは何ぞ

やということで、27 頁目を見ていただくと、先ほど言っていたいわゆる肺がんのケースで、これも病院によって、変わらない病院もあれば、ずいぶん減っている病院もあるということですが、私は今回のスタディで、日本の医療機関というのは必ず、去年より学習するということが多いのではないかと思っております。

28 頁にあるように、疾患ごとに、あるいは臓器別ごとに、あなたの病院は症例数がこれぐらいです、病院全体では大体これぐらいです、平均在院日数はこれぐらいです、死亡率はこれぐらいです、再入院率、1人当たりのコストはこれぐらいですと、他の病院の平均値と比較して差し上げております。この医療機関は、ある意味では社会的入院も多かったせいか、在院日数は非常に長かった。それがずいぶん短縮されてきているということも実感していますが、この当時は平均在院日数はまだまだ長かった。クリニカル・パス等を導入しております。この病院は残念ながら後方施設がなかったため、自身で療養病床を作って、自分の所で自己完結型の医療をやっているということですので、そういう点では、非常に良い形でこのレポートを使っただけではないかと思えます。

29 頁目は、いま申し上げたことについて、同じように糖尿病で 36 歳以上。糖尿病には I 型と II 型がありますが、これは II 型のケースです。今期と前期に分けて見ていまして、データ上は右端に今期と前期という形になっております。前期は 72.5 日という平均在院日数が、今期は 21.5 日ということで、クリニカル・パスを使わずにずいぶん頑張っておられるやに思います。こんなふうにして改善にも使えるのかなと思っております。

30 頁目からは、データに主治医コードというのをに入れていただくと、同じ病院で同じような診療科の場合でも、医者ごとにどのくらいパフォーマンスが違ってくるのかということがわかってきます。いちばん上の番号は病院の番号です。実はこの病院の中で、10 病院は、無条件で名前を出してもいいと言っております。今回はちょっと差し控えています。病院の名前を出してもいいという病院もある。しかし、医師の名前についてはまだオクケーは取れていないので、いちばん下の番号が医師の名前で、カッコが病院のコードです。死亡率と症例数の相関を見ているのですが、32 頁。これはどちらかと言うと、消化器でも難しい症例です。そういう先生方を並べてみて、症例数と死亡率の相関を見たところ、若干、症例数の多い医師は、死亡率が少ないというような傾向があります。

最後の頁になりますが、私がいま申し上げたことを医療改革に使っていただくとすれば、やはり、「選択と集中」に向けた政策というのが要るのではないかと。つまり、患者さんも医療機関を選択できると言っても、なかなか情報がない、客観的な中立な情報がないわけですね。そして医療機関同士も、連携しようと思っても得意、不得意がわからないということで、集中ができない。そのためにはまずレセプト様式を変更して、病名をコード化する。保険病名というのはいかがなものか。いろんな医療行為も、コーディングしていくというのがいいのではないかと。そして結果を大事にすべきではないかということですね。しかし ICD コーディングというのは 1 万 4,000 もあって、やはり管理上難しいので、最終的には Japan - DRG みたいなものを精緻化していく、重症度を加味していくしかないのではないかと。標準化に馴染むものについては、場合によっては包括払いもあり得るのではないかと。しかし大事なことは、一般市民にデータを公開していくことであって、手始めに、医療事故が非常に増えている特定機能病院からやったらどうかということをお願いして、私の発表を終わります。どうもありがとうございました。

○高久部会長

どうもありがとうございました。それでは次に事務局のほうから資料が出ていますので、その資料について説明をお願いします。

○医政局総務課企画官

一括して資料を綴じていますので、その議事次第という表紙を1枚めくっていただきますと、今回の医療部会（第4回）資料という資料編の表紙になっております。これをさらにめくっていただくと目次となっていて、医療機能評価について、医療制度改革大綱、規制改革の推進に関する第1次答申と医療広告規制緩和のポイント。これは別添の緑のパンフレットです。

医療機能評価について、まず1頁です。本日は医師の専門性、病院の機能についてのお話を伺ったところですが、現在ある仕組みとして、病院の機能評価については、財団法人日本医療機能評価機構で第三者評価が行われております。これについて、最近もいくつかのご指摘をいただいているところですが、まず最初に医療制度改革大綱。11月29日の政府・与党社会保障改革協議会の中では、保健医療システムの改革について、医療提供体制の改革という部分があって、「医療提供体制については、限られた資源を最も有効に活用できる体制を構築し、情報の開示に基づく患者の選択を尊重しながら、医療の質の向上と効率化を図り、国民の医療に対する安心と信頼を確保する。当面、以下のような具体的な施策について、目標、時期、国の講ずべき施策をできる限り明確に示しながら推進する」と書いてあって、いくつか項目が挙がっておりますが、その中で「医療に係る広告規制の緩和や国民に対する医療機関情報の提供の推進」と書かれております。「医療に係る広告規制の緩和を今年度中に実施するとともに、医療機関情報の提供の充実を図る」ということで、今日もご審議をいただいているところでございます。

また、9月25日に私どもの医療制度改革試案というのを提供させていただき、前に本審議会の医療部会においてもご説明しておりますが、その中では、この医療機能評価機構については、この評価の普及を図るということで、このため国公立病院、国公立大学病院において、率先して受審するとともに、臨床研修病院等について、受審や受審結果の公表の義務付けを行う方向で検討する。というような方向性を示させていただいたところでございます。

また、つい先日のことですが、総合規制改革会議の第1次答申というのが示されております。これも別添で原文はつけておりますが、その中で、医療に関する徹底的な情報開示・公開という部分があって、「現在、評価を受けている病院は全体の6%程度と少なく、まずは国公立病院、特定機能病院、臨床研修病院等について積極的な受審を促進するとともに、これらの医療機関に対しては、評価内容の公開をするように措置すべきである」と、このようなご指摘をいただいております。

2頁に、現在の状況をつけております。財団法人日本医療機能評価機構が認定を開始したのは平成9年度で、当初は、1年間で125病院ほどの受審病院でしたが、毎年増加をしており、特に今年度は大きく伸びております。平成13年度は受審病院258、認定証発行数221を見込んでおりました、5年間の累計で818病院が受審し、そのうち認定証の発行

が 677 となる見込みでございます。

開設主体毎の受審状況、これは平成 13 年 11 月現在の数字ですので、平成 13 年度までの累計の数字が、上の見込みと若干異なっていますが、受審数、病院数、比率というふうに出しております。開設者別で申し上げますと、厚生労働省の国立病院、療養所 8.3 %、文部科学省が所管している国立大学の病院 24.6 %など、主体によってさまざま取組みが違ふところですので、全体としては 9,286 病院のうちの 893 受審申請ということで、9.6 %まで伸びてきたところでございます。

続いてその 3 つ目に書いてあることですが、来年度から 5 年の認定期間を経過した病院の再受審が始まることにあわせて、審査体制・項目の充実を図るということで、機構において取組みが進められております。この医療機能評価機構の評価は 5 年ごとに認定を再度受けるということですので、いちばんはじめの平成 9 年度に受審した病院から 2 回目の認定が始まる。それが来年度から始まるということです。すでに新たな審査項目については、医療機能評価機構のホームページでも紹介されておりますが、一層の充実がはかられることになっております。昨年来と言いますか、一昨年来と言いますか、話題になっている医療安全などについても、評価項目の充実が図られていますし、医療機能評価機構の機能評価はどちらかと言うと構造中心というご指摘もありましたが、診療・看護のプロセス評価についても重視する形で改定が図られていると聞いております。

3 頁以降は、財団法人日本医療機能評価機構についての概要、4 頁が機能評価の方法と言いますか、流れについての資料でございます。

5 頁以下に、11 月 29 日の医療制度改革大綱、特に医療提供体制については 9 頁に、医療提供体制の改革について総論と 4 項目ほど具体的な項目が挙がっております。

14 頁以降は、総合規制改革会議の具体的な答申の内容を原文そのまま、抜粋でつけておりますが、説明は省略させていただきたいと思っております。

今年の 3 月から医療広告規制の緩和が施行されましたので、その際に作った緑色のパンフレットをお配りしております。この中で、現在どこまで認められているのかということが紹介されておりますので、ご参考させていただきたいと思っております。事務局からは以上です。

○高久部会長

どうもありがとうございました。事務局を含めて 3 人の方から説明をしていただいたわけですが、残りの時間を質疑応答に使いたいと思っております。話の内容が少しずつ違いますので、1 つ 1 つについて質疑、ご意見、あるいはご質問を受けたいと思っております。最初に、専門医認定制協議会のことについて、酒井先生にどなたかご質問おありでしょうか。

○小山田委員

専門医認定制協議会がいままでやられたことについては、大変良かったと思っております。バラバラでやっていたのを、1 つの基準でやられたのは大変結構だと思います。私もいくつかの専門医になっておりますが、ただ、地域医療という立場から考えますと、疑問がないわけではないんです。と言いますのは、あまりにも専門化で、認定、認定ということになってきて、実際にその方々が地域に来たときに、そのごく狭い分野しかできない医者をご

んどんつくっている。大学自身がそうです、大学院大学というようにですね。そうすると例えば、私の地域だと、乳がんだけをやっている講座があります。その後に入った人はほとんど外科の認定なり、最終的にはがんに行くわけですが、私の所のような大きい病院でも、抱えて、乳がんだけ診るということはないわけです。

外国ではどうなっているかと言うと、やはりある規制をしているわけです。ところが日本では、その最初の1分類は私は結構だと思うのですが、あまりにもそういう専門志向が多くなってきた場合に、ほとんど大部分の医者は地域に行って実際の診療をやるわけです。ごく狭い分野しかやらない人が、その分野だけやればいいのだけど、よその分野もやっている、やらざるを得ない。とすると先ほど川淵先生がおっしゃったように、医療の質の差がものすごく広いわけです。そういう面でこの規制緩和という面からすると、ちょっとおかしいかもしれませんが、なにか全体的な像をですね。日本の中で、この専門分野はこのぐらいしか要らないんだ、あるいは、この分野はもっと広げたいんだという観点で、この専門医制度を一度見直すような雰囲気をつくっていただけないだろうかというお願いでございます。

○酒井参考人

実は我々協議会の中でも、そのことは常に議論されています。やはりあまり専門特化型になっていくというのは非常に危険なことです。今度初期研修がようやく必修化されますが、一貫性のある卒後の医師づくりというのを、もう一度ちゃんとしなければいけないということが根本にあるだろうと思います。そして、すぐ専門に走らないでまず基本の研修をしっかりとやる。その人の基本領域の勉強をしっかりとやる。そして、外科なら外科の資格をまず取って、それからさらに専門分野に行く。更新するときには、そのもとの、基本的なところもしっかり更新する。こういうふうなシステムが育っていけば、いまの問題はかなり緩和されてくるだろう。日本ではあまりにも、大学がどんどん専門化していった。そこに大きな弊害があるだろうと思います。

これから協議会が、いま先生がおっしゃったようなことを十分検討し、実際にこの領域の専門医はどのくらい必要かということは、常に考えていかなければいけない。アメリカでは、専門医が増えすぎるとブレーキがかかるようなことをやっています。当然、日本でもやっていかなければいけないということは、我々協議会でも問題にしております。

○高久部会長

いまのご質問に関係することだと思いますが、そういう意味で基本領域を決めて、例えば内科でも、日本内科学会の5年、ここは認定医と専門医がありますが、認定医を取った後に、消化器とか呼吸器というような Subspecialty にいくということで、まず最初に、幅広く勉強してくれという精神ですね。そういうふうに理解していますが、ほかにどなたかご質問ございませんか。

○猿田委員

いまの問題ですが、確かに今度卒後研修義務化の2年が入って、それに、いまの二段階構えの専門医制度が入ってくると、結局また再評価ということがありますから、その点で

は、私はいままで以上にこの専門医制度がしっかりしてくれれば、かえってベースがしっかりしてくると考えています。ですから、一連のところで、やはり卒後研修義務化と専門医制度と2つがしっかり動いていかなければならない。バラバラでは困るということです。

○櫻井委員

酒井先生のいまご説明のところの最初と最後に、欧米諸国ではこれが社会的にも定着しているとか、いろいろな機能を果たしているということが書いてあるのですが、よくアメリカのことは聞くのですが他の諸国ではどんな制度になっているのですか。これは酒井先生でなくても、今度までに事務局に調べてもらってもいいのですが、それを整理して、5つ、6つでいいのですが、主な国でこういうふうになっているということをお教えいただけたらと思います。もしいま酒井先生がおわかりであれば教えていただきたいと思います。

○酒井参考人

詳しくないところもあるのですが、以前に米国、ドイツ、イギリス、フランス等を協議会で調べたことがございます。ヨーロッパの場合はかなり国によって違うのです。むしろ国が制度を作っている所が結構あります。ドイツなどはかなりそうで、フランスなどでも国が指導しています。英国はいわゆるGP制度がしっかりしていますので、その上に専門医制度がありますので、アメリカとは違いますが、ヨーロッパはそれぞれの国の特徴を出しているような気がいたします。詳細はもう少し調べていただければと思います。

○櫻井委員

おそらく医学教育というか、卒前教育からも含めた意味で、いま猿田委員からお話がありました。卒前教育、つまり学部教育も含めた全体の流れとしての制度の問題がありますし、医療制度やそういうものとの関連があると思いますので、もしできましたら事務局で整理したものを、酒井先生のご説明を補完する意味で次回提出いただけたらありがたいです。

○野中委員

私たちは町村という立場で、こういう大病院なり、大都市の中で専門化されていくことはそれなりの意義と価値があるのかもわかりません。ただし、我々の周辺農村部等での診療部門というのは、やはり1人の先生によって総合的な診断をいただけるという形がない限り、そんな町村でこれだけの専門医がどんどん来ていただける要素は何もないわけです。やはり、専門医制度の体制は体制で結構ですが、やはり原則的には私たちは総合的に内科も外科もそれぞれの先生方が診療して一定の対応はできる。それからあと二次診療で専門医等へ、また病院等に送っていただける第一次と第二次の明確化が必要ではないか。そうでないと病院等が多くあって、それぞれ専門家の先生方がおいでになる所ならよろしいですが、そういう所は大都市以外はないわけですから、やはり我々農村部で、それぞれの分野でいまは先生方が内科も外科も診療をいただいて、対応をいただいている。また、特に病院等で小児科がだんだんなくなりつつある。こんな中で、やはり農村部の先生方は小児についても一定の診療をいただく。そして、重症的なものを、また必要によっては公立病

院等へ意見書を書いて送っていただけるというような道があるから農村部での生活ができるという状態がございますので、私はそういうものを踏まえて総合的な診療ができるように一定基礎教育をいただく。その中で専門分野に対応していただくという形でしないと、これだけ細分化されてしまいますと、それこそ農村で診療をいただける先生がなくなってしまうというような危険性がないとは言えませんので、この辺だけは我々素人だから専門的にはわかりませんが、日々の町民の皆様等が診療されたり、大病院へ送られていく経緯というのを見ておりますと、やはりそういうものの必要性を痛切に感じますので特にお願いをしておきたいと思えます。

○高久部会長

おっしゃるとおりで、都会と地方、特にへき地と非常に事情が違うと思えます。そういう医療状況に対応するために、家庭医制度を作って家庭医の養成を積極的に行っている国もあります。日本でも若い人の中にはそういう家庭医的な活動に興味を持って、幅広く勉強していこうという傾向があります。外国へ行ってファミリー・メディスンの勉強をしてくる人などもいます。また、私が働いている自治医科大学は、へき地で働く医師を養成することを目的にしていますので、学生のときに、卒業してから幅広く診療をすることが出来るように教育をしているつもりです。北海道の島などに行きますと、内科医でも小児科の患者も診なければならぬし、透析もしなければならぬ。場合によっては小児外科もしなければならぬ。そういうことができるような医師を養成するシステムを当然考えなければならぬと思っています。

○高木委員

専門医認定協議会会則というのを拝見しますと、2条の目的が「社会に信頼される専門医の育成、認定及びその生涯教育を行う専門医認定制の円滑な発展」と書いてあります。今日、これを見せていただいて、医療広告規制緩和のポイントの3「主要な個別項目の概要」の右側の「医師・歯科医師の年齢、性別及び略歴」という項の右側に「(広告できないと判断される事項の例) 専門医・認定医資格の取得 等」と。その上に※があって「社会的な評価を受けている客観的な事実であってその正否について容易に確認できるかどうかは広告できるかどうかの判断の目安です」と書いてあります。そういう目安で見たときにという意味でしょうか、(広告できないと判断される事項の例) ということで、専門医とか、認定医資格というのは広告したらいけませんと書かれていますが、国民にとって認定医制度というのは、どういうふうに認識すべきでしょうか。ご専門の方々の仕分けになるかもしれませんが、先ほどのお話だと6割ぐらいはこういうことになっているということですが、それを看板に書いたら何でいけないのか、それをどうお考えなのか。お尋ねする先がちょっと違っているかもしれませんが。

○酒井参考人

私は大変心外で、本当は広告できるようにしていただきたいのですが、ただ、おそらく当時これが入ったのは、我々のように日本医学会に加盟した学会で、きちんと認定専門医制度を厳しい制度としてやっておりますが、それ以外に医学会に入っていない学会や、団