

体で認定医とか専門医を勝手に立ち上げている所もあるのです。かなりいろいろな認定医があったり、あるいは専門医と言ったり、非常に混乱しているところがあります。ですから、きちんと整理した上で、例えば協議会でちゃんと審査されたようなものについては、広告をできるようにしていただきたいというのが私どものお願いなのです。いまのご質問は、私どもはこれだけしっかりした制度で認定をやっておりますので、それをお認めいただきたいと思います。ただし、まだ問題があるものについては出すべきではないと考えております。やはり国民のためになるようなものは一刻も早く出していただきたいと思いません。

○高木委員

これは平成 13 年 4 月と書いてあります。今年の 4 月に緩和された中でまだ外れていません。

○酒井参考人

それは他の方にこの理由をお聞きいただきたいと思います。

○高木委員

誰にお答をいただくのか。いろいろな認定の仕方がある。そのレベルにもいろいろおありになるという説明なので、それならプレゼンテーションするとか、いろいろな対応の仕方があると思うのですが。

○猿田委員

私が理解するところでは、この専門医認定制協議会の名前が変わったのが 4 月です。やっと今こういう体制がしっかり出来上がってきたということで、先へ行ったときには、いま高木委員がおっしゃるような形で必ずそういった方向へ、国民がわからなければ意味がないわけですから、徐々に体制が出来上がってきていると私は考えております。ですから、先へ行ったらそういう形にもちろんなると思えます。

○高木委員

先へ行けばという話は、いつもものすごく長い先なので。

○猿田委員

いま始まったばかりですので、しっかり体制も出来上がっていくと思います。

○高久部会長

例えばインターネットとか名刺とか、院内はいいということになっているので、問題は外にということですね。

○医政局総務課長

いま部会長がおっしゃったとおりで、いま広告規制というのはむしろ患者誘引のために

看板を出すとか、週刊誌に掲示をするとか、そういうことについてはかなり抑制的に行っているのが法の運用、実際なのですが、実際に自分が患者さんから聞かれて、「どういう学会に属して、こういう専門医です」ということまで止めているわけではないのです。要は情報を開示するという意味と、より進めて患者誘引のために広告するというところでちょっと違いがあると思うのです。ただ、その辺が非常にわかりにくく、今回総合規制改革会議や経済財政諮問会議でも、患者が本当に知りたいことで、実はどこに専門の先生がいるのかとか、どこの病院が実績があるのか、それがわからないという指摘があってそれは情報開示で望むべきか、いわゆる広告まで進めてもいいのか。この辺りもむしろこういう機会にご議論をいただければありがたいと思います。

○高久部会長

酒井先生がおっしゃったように、すべての認定医、専門医の広告を表に出すという事には問題があると思いますが、患者さんの身になってみれば、例えば自分が糖尿病と診断された、あるいは糖尿病ではないかと心配なときには、糖尿病という看板を掲げた先生の所に行きたくなるというのが当たり前のことだと思います。学会の認定医制度協議会のときに認定の基準が学会によってバラバラだったのが、本日酒井先生がおっしゃっていましたように、専門医認定制協議会になって基本領域が5年、Subspecialtyは6年以上というふうに、統一されてきたので、その付近の整理ができれば広告の規制を緩和して、患者さんの役に立つような状況にしたほうが良いのではないかと考えています。次に川渕先生のお話についてどなたかご質問、ご意見はありませんか。

川渕先生、少し専門的で恐縮ですが、がんの場合よりはむしろ心臓病などのほうが患者さんの数とか、それに比例してアウトカムがいいとか、がんの場合にはかなり難しい点がある。むしろ心臓病などのほうがデータが出やすいのではないかと。たしか外国は心臓病が非常に多かったように記憶していますがいかがですか。

○川渕参考人

全く同感でございます。今日はがんのケースしか持ってこなかったのですが、やはり心臓とがんは違う。がんは慢性期の要素が強い。心臓は急性期の要素が強い。今回はPTCAの件数とか、CABG、心臓バイパス手術のケースとか、ICDが都合がいいのは何本の冠状動脈が詰まっているかという、そういう情報もわかることです。PTCAが400例以上をアメリカでは循環器の目安にしています。しかし、今回の36には、これに該当する病院はありませんでした。また、症例数に相当バラつきがあるのも事実です。その辺が結構面白いということで、やはり疾患ごとに少し気をつけていくべきかなと私は思っています。

○櫻井委員

2点お伺いします。1点はいちばん最初に川渕先生がおっしゃったように、情報の格差、我々は「情報の格差」という言い方よりは「知識の格差」という言い方のほうがわかりやすいのではないかと考えているのですが、その問題があるということでお話がありました。たしかにこれは1つの研究課題としていろいろ分析されているのは非常によくわかるし、

評価もできるのですが、これが一般の人に何かの形で表示されるようなときにはどこまで理解してもらえるか、いちばん最初におっしゃったところに関連してくるかどうか、それをどうお考えになるかが1点です。

2番目にコストとのかかわり合いで公的病院が云々とおっしゃいましたが、例えばそれは医療内容と関係なく、公的な病院では俸給が年とともにだんだん増える仕組みがあります。以前都立病院と一般病院と比較したときに明らかに医療内容の差ではなくて、看護婦さんの年齢の差でコスト差が出てしまうのです。そのところがなかなか難しいと思いますので、その2点を教えてください。

○川渕参考人

非常に貴重なご意見をありがとうございました。1点目は、私自身も「情報の格差」と言ったかわかりませんが、いわゆる情報の非対称性の問題は医療の特殊性だと思うのです。その垣根をなるべく低くするという努力は一方ではいるのではないかと。しかし、いまご案内がありましたように、私自身もこのデータに病院の名前を入れて国民に開示ということはできないと思っています。私自身の説明責任もあります。したがって、やはり私は個人的にはしかるべき団体がある程度慎重に踏んでいかないと、アメリカなどでもやったのですが方法論がうまくなくて大変な反感をかったということもあります。しかしその一方で何もなくていいのかという議論もありまして、私としては最終的にはある程度この辺は大丈夫だろう、ということについては出していいと思います。

一方でインターネットがどんどん普及していますが、中には非常に怪しいネットもあります。例えば自分の医療キャリアの中で都合のいいところばかりおっしゃって、不得意なところは「工事中」というのが入っていたり、そういうネットもあります。本当にこれが妥当なのかどうか。広告という言葉になりますと、やはり患者さんに来てほしいということになります。その辺のチェック機能が必要です。広告宣伝機構みたいな、チェック機能みたいなものをどうやって持たせるかというのが医療の場合、特に命に関するサービスなので重要です。

2点目の先生のご指摘は、例えば私の資料の16頁を見ていただくといいと思います。これは先ほど申しましたように、患者1人当たりのコストと言っても、結局いろいろな疾患がありますから疾患特性を何とかしなければいけない。それで私はDRGがいいと思って研究したのです。例えばDRG 39は、眼内レンズ挿入のケースです。これで完全に患者の属性をコントロールできたと思っていませんが、ある程度こういう成果物がありますといったときに、上から3つ目に入院費用が出てくるのです。これがいま先生がおっしゃったところで、平均在日数が長いから入院費用がかかっているのか、看護婦さんの数が多いから費用がかかっているのか。看護婦さんの1人当たりの人件費が高いからかかっているのか。こういう要因分析をいまやっています。そうすると、従来の水かけ論は全部解決されるのではないかと思います。

看護婦さんの数とパフォーマンスというのをとって見たのですが、全く相関はないです。それはいまの36病院の限界なのか、あるいはいまの点数表がそうなっているのか、その辺がこれからの問題だと思います。これはやり用によっては、例えば入院費用といっても圧倒的に多いのは看護婦さんの所ですので、その人件費、いわゆる賃率、それから看護

婦数、そして長さ、在院日数を3つに分けていけばある程度わかってくるのではないかと。それが自治体病院と医療法人で分けて分析すれば名も出てくるのではないかと思います。

○櫻井委員

以前の調査では、年齢の差というのはすごく大きいのです。人数ではなくて、年齢差を入れてもらわないとわからないのです。

○川淵参考人

年齢というのは看護婦さんの平均年齢ですか。

○櫻井委員

そうです。これはあまり言いたくないのですが、事実がそうなのです。少なくとも、子どもが以前に都立病院と東京都の一般病院とで比較したときに出たのはそれなのです。

○高久部会長

どなたかご質問はありますか。あるいは事務局からの説明、また酒井先生のお話、何でも結構ですからどうぞ自由にご質問をどうぞ。

○高木委員

素人なので失礼な質問になるかも知りません。31頁の表を見ていただきますと、いちばん死亡率の高い1340(12)の方はたぶん21分の12でお亡くなりになっておられる。0206(03)は死亡の方はおられない。この内容は難しい患者さんばかりやっているからこういう結果になった云々で、その辺まで検証された上でこういうデータというところえ方でもいいのですか。

○川淵参考人

いまの高木委員の指摘は非常に大事です。DRG 203は肝胆管系または膵臓の悪性腫瘍と定義されています。しかし、先生方の中に、DRGでは不十分で「いやいやこれはやっぱりがんのⅠ期、Ⅱ期、Ⅲ期があるのだ」というご指摘があるわけです。患者の属性を完全にコントロールしなければいけないのは事実です。それは私どものいまのデータベースだとさらにデータがいるわけです。そうすると、退院時サマリーぐらいでそれをコード化していただいている、いわゆるPCパソコンぐらいのレベルから、もう少しステージングみたいなものも含めていただかないとできない。私はそれも含めてやらないと、いまご指摘をいただいたようなお医者さんの本当の評価はどうなのか。ただこの症例ははっきり申しまして、いまの医学では相当難しいといいますが、どこかでなくなるケースが多いわけです。そうすると、こういうのはあまり評価してみてもどうなのかなと。ですから、先ほど高久部会長が挙げていたように、心臓のほうはまだいいのかなと思ったりもして、それはいまの現状ではトライ・アンド・エラーということを持ってきたものです。問題提起型の指標と思っていただければ幸いです。

○高木委員

もし公平に客観的にそういう症例のレベルに沿っているとしたら、21分の12の人はごめんなさいですね。

○川渕参考人

そうなります。

○高久部会長

膵臓がんですと、ほとんど100%亡くなるものですから、0というのはよその病院に移ったということになると思います。他にどなたかどうぞ。

○小山田委員

最後にご説明いただいた情報の提供と公開という点で1つお伺いしたいのは、平成13年4月に出されたパンフレットにありますが、日本医療機能評価機構が行うその結果、この認定を受けたものはいいが、その審査の項目は広告できないと書いてあります。現在このとおりになっております。ところが、今日いただいた資料の1頁に、平成13年9月25日の部分で、これはやはり臨床研修病院等について受審や受審結果の公表。これは先ほどと同じです。ところが、その後の平成13年12月11日を見ますと「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」ととると。これは情報と公開、すなわち内容を公開するよにということ。やはりこうしたものは最後に書いてあるよに、受審者側に立って何を情報公開してほしいのか、というものをもっと積極的にやるべきである。しかしそういうことを考えておられるのかどうか。先ほどの認定についても、あるいは診療内容についても、私は評価機構に入っておりますが、その内容で良い面と悪い面があります。ただ、認定とか、認定できないという結果だけでなくその内容もある程度正確に患者さんに公開して、そして患者が選ぶだけの資料を堂々とやるべきだと思うのです。ところが、いまはそれはやってはいけないということになっているのです。

反面、インターネットでもし患者さんが聞いたときには、都合のいいところだけやってもよろしいということではなかなかおかしいことになっているのです。そうした面をやはり整合性を持ちながら、私は十分に聞かれたら出すのではなくて、こちらが患者が欲しいと思われる情報を積極的に公開するよに制度上も、あるいは我々もそれをやっていくべきだと考えるのですが、いかがですか。

○医政局総務課長

基本的に資料1頁のいちばん下の総合規制改革会議における議論で私どもが受けた指摘は、いま小山田先生が言われたよに、まず受審をして、そして内容については原則的には対象は国公立や特定機能とかに絞り込んでいますが、当初の案では、指摘を受けた内容はすべて公開を義務づけるという意見だったぐらいです。一方で、現在のところは受審結果だけは広告に載せられるわけですが、そうするとインターネットなどで評価の良かった項目だけを掲示するということが生じたりしました。そういうことについてどういふ発表

方法があるかについて、これもいま評価機構で検討をいただいております。いちばん悩ましいのは、一方で受けた内容は全部開示ということになると、受審をヘジテイトする人が出るのではないかという不安が語られている点です。要するに、受審件数をいま延ばそうとしているときに、一旦受けたら結果は全部オープンだという義務づけがありますと、これはますますその受審に対して抑制的になるのではないか、という心配です。できるだけ開示を促進していきたいのですが、受審の促進との関係でまだいろいろな議論があって、その指摘ごとに若干のバラつきがある。いまのところ最低限、受けた結果についての広告開示までは進んでいる。ちょうど過渡的な状態であると考えています。

○中西委員

いまの医療機能評価機構の件ですが、事務局に作っていただいた資料の2枚目に、受審されたところで、認定された医療機関は5年間かかって9.6%で、高々と言っては失礼かも知れませんが、まだ677という数のレベルというのは、その背景に評価を受けてもメリットが感じられない部分というのが医療機関側にあるのではないか。例えば自分の所のメリットが広告とは言いませんが、患者さんに情報提供という形できちりと伝えられていない、ある意味でいま小山田先生がおっしゃったような制約といったことで受審する医療機関の促進につながっていないのではないか。医学の見方をすれば、患者さんにとってメリットの大きい情報が開示されれば、医療機関側としては受審のほうに向かうという動機にもなり得ると私は考えるわけです。

この資料にもあるように、やはり広告できないといいますが、開示できない調査項目があまりにも多過ぎるのではないかという気がしておりますが、その辺につきましてお願いします。

○医政局総務課長

基本的に開示できない項目はないと思うのです。インターネットであろうが、いろいろな院内掲示であろうが、自分の所はこういう評価結果であって、いわばいいところ取りだろうが、全部であろうがそれは開示できるのです。問題はその開示を超えて、患者誘引のための広告までするときにはどうかというところで、その辺の線引が悩ましいところだと思います。

○中西委員

結果として数が少ないことによる制度の国民への周知が徹底していない部分だろうと思うのです。数が多くなれば、当然患者もメリットを感じるその医療機関に堂々と貼り付けてあるのです。この評価というものを注目するようになるだろうと思うのです。ですから、全国で10万近くある医療機関の中で、まだ約800ということで、結果として足を引っ張っているという気がいたしますので、受審促進はさらに熱心にしていただく必要があるのではないかと思います。

○跡田委員

前に戻って申し訳ないですが、専門医の認定のところで発言をし忘れたのですが、私は

大学のほうで経済を専門にしておりますが、大学院を出て若いころというのは、フロンティアの仕事は何とかできるので、医療のほうで言うならば狭い専門分野に対しては早く最先端のところまで到達できると思うのです。ですから、こういう認定制度というのは、おそらく20代、30代、40代の前半ぐらいまでの方たちには意味がある制度だろうと思うのです。ですから、是非積極的にやっていただきたいと思います。

もう1つは、私も50歳近くになってまいりますと、だんだんフロンティアのことよりは横に広がっていく仕事のほうが多くなってまいりますので、医療の場合は必ずしもそうではないかもしれませんが、総合的に一定の基礎的な分野ですべての領域をカバーしていくとか、その他の分野まで広がっていくという、ある意味ではちょっと言い方が悪いかもしれませんが、自動車で言う落ち葉マークみたいな、すべての領域ができるお医者さんというような認定制度も将来的にはお考えいただいたらどうか。そのほうが先ほどの地域医療の専門家という点で、若い人を地域に派遣するよりはある程度の経験を持った方たちに行っていただいたほうが良いと思います。それから、都心の中でも各地域の医療というのはそういう方たちにやっていただいたほうが良いと思うので、そんなような認定制度もお考えいただいたらどうかと思いついたと申しますか、考えておりましたので、もし何かありましたらお話を伺いたいと思います。

もう1つは、川淵先生のほうで気になったのが、同じ領域のことを少しやっておりますが、J-DRGとレポートの中で書かれていますが、このJ-DRGに関して、たしかに日本の医療という点ではJが付いてもいいのかもしれませんが、ある程度一般的なDRGと申しますか、諸外国というか、主にアメリカだと思っておりますが、そういうものとの統一性などはどのぐらいまで考慮したらいいのか。それと実際にICDのコーディングとか、DRGをやっていくときに、お医者さんたちにそういうコーディングをしるとか、番号を覚えてくれというのは、これ以上余分な作業をやっていただくというのは無理なのではないかと思うのですが、実際にこれを進めていくには設計していくときにどういう作業が必要なのかお伺いしたいと思います。以上、2つお願いいたします。

○酒井参考人

先生のおっしゃるとおりでたしかに年を取ってきますと、例えば外科医でもメスを持たなくなったりすることもあるのです。そういうときに、いつまでも外科の更新だけをしていったときにどうなるのか、ということもよく話題になるのです。これは非常に難しい問題で、医者の方はやはり年を取ってくるとそれなりに幅が広がってくるわけですから、結局、その人が基本としていた診療領域のところが生涯教育、生涯研修の形でしっかりフォローされていけばその辺は問題ないだろうと思います。それは何も専門医という特別な資格がなくてもそれはいいわけです。私どもとしては少なくとも、例えば内科の場合は内科の基本となる認定制度の更新を必ずやる、ということを入れています。

先ほど川淵先生がおっしゃったように、アメリカなどはいまファミリー・プラクティス、要するに家庭医という専門医をボードにしています。内科の専門医を取るよりも、この頃はファミリー・プラクティスのボードを取る人が増えてきているようです。日本でいま総合診療みたいな形で進めていますが、それが定着するかどうかは分かりませんが、そういう専門を日本で作っていくということが、将来幅の広いお医者さんを作っていく上では役に

立つだろうと考えています。

○川渕参考人

私の資料で言いますと8頁目になるのでしょうか。結局、いちばん力説しておきたいのは8頁です。IT化とか言っていますがそんなきれいな話ではなくて、日本の医療機関の情報投資と申しますか、これはどうしたらいいのかと私も悩んでいるのです。結局、8頁にあるように、退院時サマリーを、これは時代はいろいろありますが、大体先生方が書いておられるわけです。これを書かれて、通常ですとアメリカなどでは診療録管理士さんというコーダーという方がコーディングしています。これはいくつか理由があるのは、例えば先生方はお忙しいからそういう方が専門にやったらいいではないかと。あるいは医師のコストよりももっと安い方がやったらいいではないかとか、いろいろあると思いますが、私は日本でそういうコーダーというものが馴染むか、それがなかなか普及しないのです。点数でも初診の患者さんだけに30点と付いているのですが、それでも500床の病院で30点付いて一ヶ月に一回転しても15万円ぐらいです。そうすると、大体医療機関から来るクレームは「川渕さん、15万円で採用できる人間なんていますか」と。結局、点数は付いたけれども、ここら辺の問題があります。これをレセプトを使って何とかできないか、というのがもう1つのシナリオです。レセプトは必ず医療機関が書いているわけですから病名も付いていますし、何をやったかという処置の内容も、こと細かに書いてあります。ところが内容を書くときにいつも文字で書くわけです。「注射何ミリグラムが何回」とか、ああいうのは私は非常に無駄だと思うのです。つまり、医療行為をコード化すれば、むしろそこで手間暇省けて、その変わり是非こういう形でレセプトを出してくださいというシナリオもあるのではないかと思います。

そのときにどんな病名を使おうかと。医学会の中にも病名についてはいろいろご議論があって、大学によって違うという議論もあるのですが、いま一生懸命メディスが統一化をやっているわけで、そういう日本独自の病名、コードにするのか、あるいはWHOが作ったICDを使うのか、これはもう1つ議論があると思うのです。それでアメリカ政府はどうしているかと言いますと、8頁にあるようにICD9-CMを持ってきてコーディングして使っているわけです。ですから、アメリカに行くと必ずICD9-CMを使っているわけです。このCMというのが味噌でクリニカル・モディフィケーションということです。つまり、先生方が付けておられる各臨床病名に齟齬がないように道づけているわけです。これは非常に無駄な議論ではないかと思っております。やはりICD9-CMというのをアメリカが使っているように、日本も使っていかなければいけない。クリニカル・モディフィケーションが非常によくできているのはやはり先生方の病名とマッチしてまして、その病名を先生方がカルテに書くのがいいのか、先ほどのコーダーが読み取るのがいいのか。9頁にあるように、わが国は残念ながらICD-10を使っているわけです。残念ながらと言ったのは、ICD-10はたしかに病名コードは多いのですが、クリニカル・モディフィケーションがないためにWHOが作ったものを統計情報部は直訳しているわけです。ここが実はいちばんの根幹になります。医療経済という学問があまり発達しないのも、こういうファウンデーションがないのです。ですから、なかなかデータが取れない。ここがいちばんネックなのです。

その次にDRG固有問題が、先ほどありました 10 頁です。ICDで分析すればいいのではないかというご指摘もあると思うのです。しかし、そうしますと1万4,000の患者さんといっても合併症、併存疾患みたいなものはどうするのかとか、あるいは年齢は補正しないのかとか出てくるわけです。そこで出てきたのがDRGです。ただこれは医療資源の同質性から分けていますから、これを学会で話してもどうもピンとこないといいますか評判が悪い。先生方がイメージしておられるものと分類が違うとおっしゃるのです。これはもうしようがないわけです。つまり、病院のマネージメントの発想からこれを作ったわけですから、臨床家が患者を分けるとだいぶ違って来るわけです。そこをどうするか。ここで使用しているDRGはアメリカのDRGです。しかし、日本のDRGもできてます。したがって、ICDがきちんとできていればどちらのDRGも利用できます。

結論から言いますと、やはり日本のDRGは非常に出来が悪いわけです。出来が悪いとは、医療のバラツキを説明し得ていないということです。先ほどの脳外科のケースが、いま厚生労働省が作られたDRGですと、耳鼻科のケースになります。それはどう考えてもおかしいです。そうすると、私としては日本独自なもので行くのか、アメリカのものも含めて考えていくのか、やはり両方でやっていかないと、昔蒸気汽関車を買って解体したように、そういう形のアプローチがいるのではないかと考えている次第です。

○豊田委員

先ほど酒井先生から貴重なお話をお伺いして感謝申し上げます。川淵先生の情報公開への1つの方法論の学問的なお話はなかなか難しいところがありますが、興味深く聞かせていただきました。ありがとうございました。

酒井先生に今日のお話で専門医の重要性とか、位置づけとか、そういったことがよくわかりましたし、これからの専門医制度をどういうふうにまとめていこうか、それを定着させようかということもよくわかったのですが、今回この医療部会でこの問題が特に取り上げられたのは、これまでの医療審議会とこの部会を含めて、専門医を広告してはならないということがあったので、たぶんそれに対するお話で、そういうことで先生に御足労をいただいたと思うのです。

先生のお話の中で非常に重要な点は、今日いただいた冊子の中で、先生の専門医認定協議会の中に出ている専門医については、どなたもあまり異議はないだろうと思うのです。しかし、その他にいろいろな学会、あるいはそういう研究会と称して、その中での専門医であるとか、そういった名前を付した制度も先生がご指摘のとおりです。その辺の整理がきちんとつかないから、まだそれを広告するのは時期尚早なんだというのがいままでの議論だったのです。ですから、せつかく先生に来ていただいていますので、その辺をもう少し深くお話をいただければ今後の議論の参考になると思います。

○酒井参考人

わかりました。ありがとうございました。おっしゃるとおりで、非常にたくさん認定医制度とか専門医制度が独り歩きしているのです。たくさんできてしまったので非常にコンフューズしているわけですから、まずいくつかの縛り、我々の協議会は、先ほども話したのですが、日本医学会に加盟した学会で作っている認定専門医、ということにまず1つの

縛りを入れました。

さらにその中で研修カリキュラムがしっかりしているかどうかチェックをやっております。その研修カリキュラムに従って研修をして、資格認定を取って試験を受けて合格する。そこまでを全部確認した制度については全く問題がない。国民のためになるものは早く広告して、医療に役立たしていただきたいというのが実情です。ただ、先生がご指摘のように、医学会に加盟していない学会で、ただ診療の名称だけの認定医などが結構あります。うっかりすると、医療の裏付けに使ってしまおうという安易さが出てきたりしますので、いちばん問題になるのはその制度がしっかりした研修カリキュラムがあって、そしてその研修カリキュラムがちゃんとチェックされ、評価されたものであるかどうか、そこがいちばん大事だろうと思います。

例えばアメリカなどの制度を見ても、その認定制度を作る委員会、またそこで行う研修カリキュラムをちゃんと実習できる病院、そういうものを全部評価して、初めて許可し、そこで研修をさせる。非常に厳しい制度になっています。残念ながら、日本は学会が作ったものですから、例えば施設認定は本当に厳重にやっているかどうか非常に曖昧だったわけです。いま我々が始めたのは、施設認定もしっかりやって、施設認定が取れた所で研修をやっている所にまず限る。そういう縛りを入れてあります。

ですから、たくさんある認定制度の中で、そういうものがちゃんと縛りになっている所は、残念ながら少ないと思いますので、私どもの所のように第三者的な評価委員会をつくり、そういう所で認定されたものについては問題ないだろうと考えています。ですから、認定専門医資格を広告できるというときには、当然そこは議論していただかないといけないと思います。

○高久部会長

広告では、患者さんが知りたいという事が重要だと思います。この表を見ますと、患者さんには必ずしも必要ないようなものもあって、それをどういう基準とするかという問題があります。

○酒井参考人

先ほどの左側の表の3群のところはまさにそうなのです。この中で患者さんが必要なものと、患者さんにはそうではない、コンサルト的なものもございますので。

○高久部会長

2群のも1つ、2つあれば。

○酒井参考人

その辺をこれからもう少し整理させていただきますが。

○佐々委員

1群のほうで私もその中の1つの専門医になっているのですが、いまの若い方はちゃんと試験も受けて認定を受けているわけですが、私たち年取りの者はその学会に何年以上在

籍して、何回学会に出れば認めるということだったように記憶しております。そういうところの区別をちゃんとした上での公開でないといけないうところがありますので、その辺を教えてくださいたいと思います。

○酒井参考人

この移行措置で認定専門医になった方と、試験制度に変わってからの方と現在は大体半々ぐらいになっています。先ほどの16頁、17頁をご覧くださいと過渡的移行措置からの認定と通常の認定と分けてありますが、通常認定というのは試験制度になって合格して認定された人です。過渡的などというのは、経過措置なのです。これはだんだん経過しますと、経過措置はとっくに締め切っていますから、経過措置でなるということは今後あり得ない。しっかりした制度に変わってからの人が、今後どんどん増えてまいりますので、これは時間が解決することだろうと思っています。

○小山田委員

しばしば恐縮ですが、この委員会の大きな課題である医療情報の提供と公開。私は医療を提供する側であり、そして私自身は提供を受ける側で先ほどお話したわけですが、この委員の中には全く医療を受ける側の代表、そして医療を受ける方がたくさんおられるわけです。それは今日でなくても結構ですから、是非そういう方々がしっかりとまとめて、この部分については情報を提供すべきだ、してほしい、これは公開すべきだということを出していただけないでしょうか。

○高久部会長

私もときどき相談を受けるのが「ある病院に行っているのだけれども、そこに行って大丈夫でしょうか」とか、先日の社会保障審議会の時に、私の隣に座っている委員の方が、何処に行っても良いのか「わからない」と言われました。「病気になったときにどの病院に行ってもいいかわからない」ということです。受診される立場の方がどういう情報が欲しいかということをしてできれば次回までに事務局のほうに、どういう形でも結構ですから、積極的なご意見をお寄せいただきたいと思います。本日はもう時間があと6、7分しかありませんので、最後をお願いします。

○野中委員

私は医療を受ける側でございまして、専門家の先生方のお話を聞いていてもわかる一面とわからない一面がもうございまして。私は広告の関係がここに書かれておりますが、なぜこんな規制をしなければならないのだろう。医療だけがなぜいわば規制をされ過ぎているのかという疑問を1つ持ちます。その理由はやはりお医者さんそのものにも一定の問題があり過ぎる。ただ、私はこの1頁の中で、「広告規制に対して違反した場合」という1項がありますが、日本国中の給与所得者の中でほとんど税務署で10位以内、最高ばかりにおられるお医者さんたちの違反がなぜか6カ月以下の懲役とか、30万円以下の罰金ということであるから違反が多過ぎるのであって、やはり私はもっとこういう人たち自らが規制をして、自分たちの仲間で違反するようなものがあつたら、1年間の所得はやはり罰金

で出さなくてはならないような規制や、5年や10年懲役にしなければならない形、それは全体の医療の正常性を守るためには、本当は医師会の関係者や病院、それぞれの関係者がそれぐらいの気迫を持っていただくことが医療の信頼を高めることになるのではないか。厚生労働省も安易に形だけ作っておけばいいというところに、私は問題があり過ぎるということ指摘したいというのが1点です。

もう1つは、病院等の広告の関係ですが、我々受診する側から見たら、病院の信頼性よりもその病院においでになる何々科の先生がいいという論議のほうが多いわけなのです。ですから、その先生が所在される場合は胃の手術はここがいちばんいいとか、肝臓はここがいいとか、眼科はここがいいという形は先生の名によってその病院を選ぶような要素が多いわけなのです。ですから、私は医者への対応と病院等との連携体制をきちんと患者にわかるような制度の体制づくりをしていただかないと、この先生がいいからと行ったわりにはその先生はもうお辞めになっておいでにならなかったという形がままあることも事実でございます。ですから、こういう場合の広告をどうするかということをししないと、病院だけの宣伝でやられますと、それは受ける患者側としては病院だけが信頼できるものではなく、1人ひとりの先生のいわば技術に信頼度があるわけですから、この辺との接点をどうするかということは、私は医学会なり、先生方自身がこの辺についてきちんと整理をいただくことが、我々受ける側としてはいちばん安心して受けられることですから、広告の規制以前に、そういう問題の整理をお願いしたいと思います。

○高木委員

受審をヘジテイトさせるから、公開に躊躇という所があるというご説明がありましたが、私はそれは全然筋が違うと思います。何のために評価機構を作ったのか、それは国民のどういうニーズを意識したから作られたのかというその本線から言えば、受審ヘジテイトがあるから云々という説明は私はおかしいと思います。

国民の一般の感覚がどうかわかりませんが、かなり川淵さんのペーパーの2頁は国民の感覚を私は代表していると思います。医療過誤だとか、医療事故のことまで申し上げますが、そういう意味で、極端なことを言えば、評価を受けることを義務づけることをいま日本社会では全体で望んでいる方向にいつていると思うのです。そういう意味では、この広告規制の中で、先ほどご指摘がありましたが、認定を受けた旨はいいが、内容はノーだなんていうのもおかしいことで、いままでの経緯があったから経過的にこういうことなのだというご説明かもしれませんが、どうも情報を求めている国民、患者の立場からすれば、こういうものを見るたびに医療機関に対する、あるいはお医者さんに対する距離間が遠くなると。それを増幅する装置をこういう規制でなぜお役所が作るのか。ちょっと言い過ぎかもしれませんが、先ほどのヘジテイトさせるから云々という表現は承服できないということだけ申し上げておきます。

○医政局総務課長

そういう意見もあるので紹介したので、ヘジテイトするから駄目だと事務局で申し上げたわけではないので、その点はご了解をお願いします。

○高梨委員

今日は3つ議題があったのです。専門医認定の関係と川渕先生のもの、もう1つは事務局が説明した医療制度改革大綱で、そもそも医療情報の提供をどう位置づけるか。総合規制改革会議の中身については全然説明を事務局はしないのですが、そこにも大変重要なことが書いてあるのですが、その問題について議論する時間が全然配分されていないのです。私は広告規制の問題も大変大事なことだと思いますし、医療機能評価機構についての資料は提供されておりますが、それも大事な問題だと思いますが、これらの中で最も大事なのはどうやってその医療に関する徹底的な情報開示、公開を進めるかというところにポイントを置かなければならないのに、そこに関する議論が進まないまま今日閉会になるのは非常に残念だと思います。先ほど小山田委員から、国民の立場といいますか、患者の立場で意見を出すようにというご意見があったわけですが、そういう進め方をしないと私はいけないのではないかと思います。

○福島委員

大変ありがたく力強いお言葉をいただきました。実は広告規制の問題も、例えば先般の第4次の医療法の改正の問題にわたるまでの過去の経緯を見ていますと、我々から見ればこれほど不思議な、こんなことが広告規制のために引っかかって出せないのかという項目がたくさんあります。したがって、いまの小山田先生のお話みたいに、もう一回ここでこれは国民のためにあるべきだという広告の問題をもう一度次回にでも提示させていただいて、この辺を論議の場で持ち上げてもらえれば大変ありがたい話だと思いますので、何人が受診側の立場に近い方もいらっしゃいますので、それぞれの希望を次回、公表させていただきたいと思います。

○高久部会長

本日は最初の川渕先生のお話、それから酒井先生のお話、事務局の話、いずれも病院、あるいは医者の方の情報をどのようにして一般の方に知らせるかということについて、初めの1時間近くプレゼンテーションしていただき、あと1時間は十分ディスカッションする時間はあったと思いますが、そういうご要望がありますので、この広告のことについてはまた事務局と相談してディスカッションする時間を取りたいと考えています。

次回の日程は平成14年1月21日(月)1時～3時、次々回は2月6日(水)2時～4時となっています。場所については事務局から決まり次第ご連絡しますので、よろしくお願ひします。時間がまいりましたので、本日はこれで閉会します。どうもありがとうございました。