

○矢野保健医療技術調整官 それでは、定刻より早いですが、委員が全員そろいましたので、ただいまより第2回「医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会」を開会させていただきます。

構成員の皆様方におかれましては、お忙しい中、御出席いただき、誠にありがとうございます。

本日は、あらかじめオンラインまたは現地会場での参加を御選択の上で御出席をいただいております。

本日の構成員の出欠状況につきまして、桐野構成員、小林構成員からは欠席の御連絡をいただいております。

また、医政局長、総務課長は、公務のため、途中で退席する予定となっておりますので、御了承くださいますようお願いいたします。

続きまして、発言の仕方などの事務的な説明をさせていただきます。御発言の際には、現地会場の場合、挙手いただき、座長の指名を受けてから御発言いただきますようお願いいたします。

オンライン参加の場合、「手を挙げる」ボタンを押して、座長の指名を受けてからマイクのミュートを解除し、御発言いただくようお願いいたします。発言終了後は「手を挙げる」をオフにして、再度、マイクミュートをお願いいたします。

また、議題などについて賛否の確認の際には、「賛成」ボタンをクリックするか、カメラに向かってうなずくなど、賛成の旨を確認させていただきますので、よろしくお願い申し上げます。

事務的な説明は以上です。

次に、資料の確認をさせていただきます。お手元に議事次第、構成員名簿、厚生労働省出席者名簿、座席表のほか、資料1-1、1-2、資料2、資料3、参考資料1から6まで御準備をお願いいたします。資料の不足がありましたら、事務局までお願いいたします。

報道関係の皆様方の冒頭カメラ撮りはここまでとさせていただきますので、よろしくお願い申し上げます。

それでは、尾形座長、よろしくお願い申し上げます。

○尾形座長 こんにちは。尾形でございます。よろしくお願い申し上げます。

まず、議事に入ります前に、本日御欠席の小林構成員の代理で、参考人として日本労働組合総連合会総合政策推進局長 佐保昌一様をお呼びするとともに、専門医広告に関する議題の参考人として一般社団法人日本専門医機構理事長の渡辺毅様、及び理事の滝田順子様をお呼びし、御発言いただくことを認めることとしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

(委員首肯)

○尾形座長 ありがとうございます。それでは、そのように取り扱わせていただきます。

それでは、早速、議事に入ります。まず、事務局より資料1-1「専門医に関する広告について」の説明をお願いいたします。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。資料1-1に基づきまして「専門医に関する広告について」、御説明させていただきます。

「専門医広告に関するこれまでの議論」でございます。

これが平成25年の「専門医の在り方に関する検討会」の報告書の抜粋でございますが、この新たな専門医に関する仕組みの検討の中で、医療広告につきまして、この黒字及び下線で強調しておりますが、専門医の広告に関しては、患者の適切な選択に資する観点から、今後、第三者機関において、専門医の認定基準やサブスペシャリティ領域の範囲等を明確にした上で、基本的に、同機関が認定する専門医を広告可能とすべきである。

第三者機関以外の学会等が認定する資格名の広告の取扱いについては、今後、引き続き検討する必要がある。その際、第三者機関が認定する専門医と学会等が認定する資格名との間に、名称等において何らかの区別を設けることが必要である。こういった検討が平成25年の時点でなされていたところでございます。

サブスペシャリティ領域の専門医に関するこれまでの議論の経緯でございますが、新たな専門医制度は、基本19領域で平成30年度に研修が開始されたところでございますが、その後、平成31年の医道審議会専門研修部会において、サブスペシャリティ領域の連動研修について、基本領域の研修が脅かされる懸念があるということで、連動研修が一旦延期されまして、その後、同部会における議論及び令和2年3月5日のサブスペシャリティ領域の在り方に関するワーキンググループ報告書におきまして、当時の日本専門医機構が認定していた23のサブスペ領域について「連動研修を行い得る領域」「連動研修を行わない領域」「少なくとも1つのサブスペ領域を修得した後に研修を行う領域」といった分類がなされたといった経緯がございます。

5ページは、令和6年1月時点での、日本専門医機構が認定しているサブスペの27領域でございます。令和2年のサブスペワーキンググループの報告書で、連動研修を行い得る領域が15領域、連動研修を行わない領域が5領域、少なくとも1つのサブスペ領域を修得した後に研修を行う領域が4領域という形で整理がなされており、また、令和4年4月に新たに認定された3領域があるといった状況となっております。

これは令和3年7月に行われた、当分科会の前身となる検討会におけるサブスペ領域における広告の検討でございます。このサブスペ領域の議論の整理には一定の期間を要する見込み、という論点が示されてございまして、対応案といたしまして、サブスペ領域については、詳細な整理を受けてから、広告の在り方を検討することとしてはどうか、という結論となっております。ここから2年以上経過した現状を踏まえまして、本日、御検討いただきたいということでございます。

この検討会の際には、基本領域の日本専門医機構の専門医は広告可能とするという結論

が出されておりました、その考え方が7ページ目のスライドでございますが、基本領域の広告を可能とするとともに、それまで厚生労働省で認めていた学会の専門医につきましては、当分の間、従前のおり広告できるという形で、経過措置のような扱いとして、引き続き広告可能となるという考え方で決定がなされたところでございます。

次の「論点と考え方」に入ります前に、日本専門医機構によるサブスペ領域に関する整理などについて御説明をいただければと考えております。日本専門医機構の渡辺理事長、どうぞよろしくお願いいたします。

○渡辺参考人 日本専門医機構理事長を拝命しております渡辺でございます。

今日の委員会において御要請のあったことに関して、資料1-2で御説明申し上げます。

日本の専門医制度は、既に学会が運営することで60年以上経過しており、多くの学会認定の専門医の先生方が活躍されております。現在、新専門医制度となって、基本領域に関しましては2018年に研修が開始されており、2021年に初めて当機構のプログラムで研修して専門医になられた方が機構認定の新しい専門医であります。したがって、基本領域に関しましても、サブスペシャリティに関しましても、各領域の人数等に関しましては、学会認定と、新しくできた機構認定の専門医を比較することが適当と思ひ、この表をつくった次第です。

この表は、日本専門医機構が毎年、日本の専門医制度の実態を御報告する概報から抜粋しております。したがって、公表されているデータの一部です。現在、2023度の概報に関しましては編集中で、数値に関してもほぼ揃っているのですが、まだ確定しておりませんので、前年度、2022年度の概報のデータをお示ししております。基本領域に関しましては、各領域学会員の人数22、学会で既に認定されております専門医の人数、それから新たに2021年度以降に機構の認定専門医に認定された人数が機構認定専門医数という形で書かれております。

例えば、内科に関しましては、新たに2021年度に認定された方が1733人ということです。認定内科医は、広告開示の対象にはならない内科独自の制度で、サブスペシャリティ領域専門医の前提としての資格保持者で、8万6000人強おります。総合内科専門医は、新制度の内科専門医よりも上位の資格で、この時点では約3万8000人という形で書かれておりますが、本年度では約4万人を超えております。

サブスペシャリティ領域に関しましては、2022年に機構の研修制度における新しいスペシャリティの研修が開始され、2024年度に連動研修を行われる15領域のみで試験による新たな機構認定専門医が誕生する予定です。したがって、サブスペシャリティ領域に関して書かれている数字、例えば消化器病に関しましては、消化器病学会の学会員が3万6000人中の専門医が2万3000人ですが、全て学会が認定された現在の専門医数です。それが資料1-2の1ページ、2ページ目に書かれている数字です。

次に、3ページ目では基本領域の試験の受験者と合格者が各領域毎に記載されております。例えば内科専門医に関しては、2021年に新制度での専門医が機構認定されたというこ

とです。

サブスペシャルティ領域に関しては、現在のところ全て学会認定ということです。

次に、更新のデータをお願いいたします。年度別の更新状況という表を見ていただけますでしょうか。これは従来の学会認定と機構認定を結ぶものとして、学会認定専門医の方が機構の定めた更新基準を満たすことによって機構認定専門医に移行された各領域別の人数が年度別に書かれております。これは機構認定の新しい専門医が認定基準によって更新した例は未だございませんので、全部学会認定から機構認定への更新による移行の人数でございます。現在、9万6000人強の方がそういう形で機構認定となっております。

それから、新制度の専攻医の数は次の表を見ていただけたらと思います。年度別に都道府県別、診療領域別に登録された専攻医の数が出ております。

ただ、これは複雑で、一目では理解が難しいと思いますので、参考資料6の最後に基本領域別専攻医、都道府県別の年度別の採用数を示しました。右の一番下を見ていただきますと、現在まで毎年9300から400人程度が専攻医に登録されているという状況です。これは、毎年臨床研修を修了した方の約90から95%の方に相当します。

したがって、基本領域に関しては、当機構の専門医制度は医療界全体に対して医師養成機能としてほぼ定着していると言えます。

一方、サブスペシャルティ領域の専攻医数については、研修は2022年に開始され、2024年に合格者が出てくる状況ですが、まだ当機構の登録のためのITシステムが整備されておらず、完全なデータは未だ完成しておりません。現在、システムの構築中ということでお許しいただきたいと思います。

私からは以上でございます。

続きまして、滝田サブスペシャルティ問題検討委員会委員長のほうから、現在のサブスペシャルティ領域の規約類等々の現状に関して御説明させていただきたいと思います。

○滝田参考人 よろしくをお願いいたします。サブスペシャルティ領域専門検討委員会委員長を仰せつかっております、京都大学小児科の滝田と申します。

このたび、サブスペシャルティ領域研修細則の改定第2版が理事会で承認されましたので、それに関して御説明申し上げます。資料、ありがとうございます。

改定の基本的な考え方は、いかに抑制的かつ合理性を持って、一般市民のニーズにかなった専門医制度を構築して運営するか、そしてそれを可視化するかでございます。

改定の趣旨は、お示しのとおり、以下の4点になります。

まず、第1に、サブスペ専門医制度運用における当機構の役割をより明確化したこと。

第2に、全体像に立脚したサブスペ専門医制度を構築するために、新たな制度設計、カテゴリー1から3を定めたこと。

また、第3に、複数の領域からなるサブスペ領域のコンセンサスを定めたこと。

そして、第4に、機構と基本領域及びサブスペ領域との意思疎通を図るために、サブスペシャルティ領域懇談会を設置することでございます。

次、お願いいたします。一方、初版から変更がない点として、こちらにお示しした2点が挙げられます。

1点目は、サブスペ領域専門医制度の基本理念である2段階制度とする。また、学会単位ではなく、領域単位で形成される点であります。

また、研修方式、研修期間、カリキュラム制、プログラム制の概念も変更はございません。

次、お願いいたします。専門医機構、基本領域連絡協議会、領域学会専門医検討委員会の役割をシエマでお示しします。重要なポイントは、機構の役割は、サブスペ専門医制度に対して、第三者機関として品質保証・品質管理を行う点でございます。

次、お願いいたします。カテゴリ1から3の制度設計について御説明させていただきます。一般市民にとって必要な領域を指定することが、本来、第三者機関としての機構が果たす役割と考えております。それがまさに私どもが関わるサブスペ専門医制度の全体像の基本骨格になります。そこで、本当に必要な領域を漏れなく指定するための仕組みが、このカテゴリ1から3の類型化になります。

カテゴリ1は、臓器別あるいは臓器横断的な視点などから必要性を鑑みて指定する領域であります。

また、カテゴリ2は、私どもが見落としているかもしれない領域を、専門的なお立場として基本領域連絡協議会から申請していただく領域になります。原則、外形基準を満たす領域が該当します。

さらに、カテゴリ3は、必ずしも外形基準を満たす汎用性の高い領域ではないものの、専門性を鑑みて必要な領域を基本連絡協議会に認定していただく領域でございます。このカテゴリ3が、いわゆる学会認定・機構承認領域に当たります。

カテゴリ1から3は、必要な領域を漏れなく網羅するための必要な制度設計でございますので、市民にとっての必要性・専門性の観点からは、上下関係なく、したがって、広告開示の可否に差異があってはならないと私どもは理解しております。

次、お願いいたします。新たな専門医制度をシエマでお示しいたします。基本領域連絡協議会は、カテゴリ1、2を申請、カテゴリ3を認定する役割になります。そして、このようにカテゴリ化することで、認定プロセスにおける機構と基本領域連絡協議会の役割分担が明確となり、制度運用上の利便性の向上と効率化の促進も期待されます。

次、お願いいたします。カテゴリ1の分類表になります。カテゴリ1は、Type IからIVの視点にのっって分類しております。

Type Iは、臓器機能別の分類。

そして、Type IIが臓器横断別の分類。

そして、Type IIIが診療支援の分類に視点にのっった分類。

Type IVがライフステージに関わる特有の医療上の課題を扱う領域になります。

次、お願いいたします。複数の基本領域からなるサブスペシャルティ領域のコンセンサ

スについて御説明いたします。原則、統一した専門医像を共有することが必要と考えております。そのためには、一定の知識、経験症例、技能を有する必要があります。ただし、知識、経験症例、技能の到達レベルは、各基本領域ごとに定めていただき、機構はその基準を評価いたします。おおむね60%以上を共通の領域とさせていただきます。

次、お願いいたします。また、抑制的な運用を行うことから、乱立を防ぐために、カテゴリ3は、お示ししましたような基準に従って上限数を設けております。カテゴリ1、2は、限定的な数となることが予測されますので、あえて上限数は設けておりません。

以上です。

○渡辺参考人 参考資料6には、当機構で昨年の12月15日の理事会で決定された、サブスペシャルティ領域の専門研修細則という規約が提示されています。これは非常に多ページにわたるものなので、説明は逐一申し上げませんが、今、そのエッセンスを滝田委員長からお話いただきました。

一方、サブスペシャルティ領域の認定もしくは更新に関する規定は、ただいま改定中でございます。

当機構からの御説明は以上でございます。

○矢野保健医療技術調整官 ありがとうございます。

それでは、事務局からの説明に戻ります。8ページ「論点と考え方」でございます。

論点、まず、1つ目ですが、日本専門医機構によるサブスペ領域の認定に関する整理を踏まえまして、サブスペ領域の専門医の広告に関する基本的な方向性について、どのように考えるかという論点でございます。

考え方でございますが、専門医広告というのは、医療法第6条の5に基づく医療広告の一環でありますことから、医療を受ける者による医療に関する適切な選択に資するものであるべきということがございます。

これまで、国民・患者の知る権利の確保や、効率的な医療提供体制を目指す観点から、客観性・正確性を確保し得る情報については、できる限り開示を進め、国民・患者の選択の拡大を図る方向性で医療制度改革が進められてきたことを鑑みまして、サブスペ領域の専門医に関する情報についても、基本的には同様の考え方で対応すべきではないか。

一方で、新たな専門医制度の創設の当初に、学会が乱立して、制度の統一性、質の担保に懸念を生じる専門医もあるのではないかという指摘があったことを踏まえまして、認定基準に統一性がなく、質の担保に懸念があるものまで広告可能にすることは適切ではないのではないか、ということ为背景で示してございまして、対応案を赤枠に示しておりますが、国民・患者への医療の選択に資する情報提供を促進する観点から、国民への分かりやすさ、一定の質が担保されていると認められる場合には、基本的にはサブスペ領域の専門医の広告を認める方向性で検討することとしてはどうか、としていただいております。

もう一つ、11ページ、考え方でございますが、新たな専門医制度は、平成25年の報告書によりますと、国民・患者への分かりやすい情報提供の実現、医師の診療レベルの向上、

良質な医療の提供を目的として構築されるべきであるとされておりますが、令和2年の報告書におきましては、国民への分かりやすさの観点だけでなく、地域医療提供体制の観点、医学の学問としての観点、医師のキャリア形成の観点から妥当性を考える重要性が指摘されているところでございます。

これを踏まえました対応案といたしまして、赤枠でございますが、サブスペ領域の専門医の広告の在り方は、国民・患者への情報提供だけでなく、新たな専門医制度全般にも影響を及ぼし得るものでありますことから、専門医に関するこれまでの検討会の議論と整合的なものとなるように留意することとしてはどうかというのを、基本的な方向性として提案させていただいております。

続きまして、12ページ、2つ目の論点でございますが、学会認定の専門医を広告可能とすることについて、どのように考えるか。仮に広告可能とする場合は、その基準をどのように考えるかという論点でございます。

考え方でございますが、平成25年の報告書の時点では、学会認定専門医については、今後、引き続き検討することとされておったところでございます。

今、機構からの御説明もありましたが、日本専門医機構が認定しないサブスペ領域において、学会単位の専門医制度も引き続き運用されていく見込みであるということでございます。

学会単位で運用される専門医でありましても、一部の国民・患者にとって、医療の選択のために有用な情報である可能性は否定できないことから、学会認定専門医に関する国民・患者への情報提供が直ちに否定されるべきではないということではないか。

一方で、平成25年の報告書で、認定基準が統一的で質の担保された専門医制度としていく必要があるということも踏まえる必要があるのではないかとということでございまして、対応案でございますが、赤枠でございますとおり、広告の可否の判断は、国民・患者への分かりやすさを確保する観点から、できるだけ統一的な考え方で行うことが望ましいことから、統一的な判断を可能とする「新たな判断基準」を定めた上で、学会が認定する専門医についても、この基準に該当すると認められる場合は、基本的に広告を認めていく方向性としてはどうかという御提案でございます。

この「新たな判断基準」については、統一性を確保するためにも、既に広告可能となっている日本専門医機構の認定基準の考え方を質の担保のベースとしてはどうかという御提案でなっております。

これまでは、学会認定の専門医につきましては、こちらにありますイからりまでの基準で、厚生労働省において、この基準に該当するか判断しまして広告可能としていたところでございますが、この観点に加えまして、国民への分かりやすさ、質の担保、社会的・学術的意義という観点も含めた、新たな判断基準を考えてはどうかという御提案でございます。

15ページがその要素でございますが、本日この場で決定いただきたいというものでは

ございませんが、IからIIIの観点につきまして、マル1からマル3のような観点があるのではないかと。

また、質の担保については、本日御説明のありました日本専門医機構の基準を準用するような形、ベースとするような形で検討してはどうかということの御提案でございまして、本日、御意見いただければと考えております。

16ページ、3つ目の論点でございますが、サブスペ領域における日本専門医機構の広告を可能とすることについてでございます。

こちらは、サブスペ領域、様々な領域が含まれているところでございますが、その領域につきましては、ピンク色のところがございますとおり、連動研修領域、連動研修を行わない領域、少なくとも1つのサブスペを取った後に行う領域と、その他という形で、今、4つの分類が整理されているところでございます。この赤枠がございますとおり、まだ研修の方法が整備されていない領域もある。また、今後、カテゴリー分類に基づいて、新たに認定され得る領域もあるというのが現状ということでありまして、サブスペ領域の現状・全体像を整理したものでございます。

このうち、連動研修を行い得る領域とされているところについては、基本領域と強い関連性があるという整理がなされており、地域医療提供体制の確保の観点から、慎重な検討を要するものだということが令和2年の報告書で指摘されているところでございます。

こういった全体の整理を踏まえまして、考え方と対応案でございますけれども、対応案、赤枠の部分でございます。「連動研修を行い得る領域」として、サブスペワーキングの令和2年の報告書において示されました15領域につきましては、広告の可否の判断によって、地域医療提供体制や基本領域の専門医制度の運用にも影響を与え得るものでありますことから、広告上は基本領域と同様の扱い方としてはどうかということで、基本的には広告可能とする方向で検討してはどうかという御提案でございます。

ただし、現時点で、これらの領域の認定・更新基準などが確定していない状況であるということでございますので、機構における十分な整理を経まして、「研修制度整備基準」「認定・更新基準」「専門医の名称」の整備が整ったものから、本分科会において個別に議論して認めていくという考え方としてはどうかという御提案でございます。

2つ目の○、その他のサブスペ領域につきましては、学会の専門医と同様、「新たな判断基準」に該当すると認められる場合に、広告可能とすることとしてはどうかという御提案でございます。

なお、最後の○でございますけれども、今後の専門医の在り方に関する議論を踏まえまして、広告上の基本領域と同様の扱いをする領域、15領域という御提案となっておりますけれども、この範囲につきましては、今後の専門医に関する議論を踏まえまして、適宜見直すこととしてはどうかという御提案でございます。

19ページ、4つ目の論点でございます。他の専門医と重複する専門性がある場合の広告上の扱いでございますが、令和3年の、この分科会の前身となる検討会におきましても

御議論いただきました。基本19領域が広告可能となったところでございますが、この19領域に対応する学会認定専門医も、現在、広告可能となっているところでございますが、この19領域については、学会認定から機構認定を取得するように促していくという考え方で、新たな専門医制度が動いている状況でございます。

そういった現状を踏まえまして、対応案でございますが、基本19領域と同一の専門性がある学会認定専門医については、基本的には広告を認めないこととしてはどうかという御提案でございます。現在は、機構認定専門医と学会認定専門医の両方を持っている医師については、学会認定専門医が広告不可という形の対応となっておりますが、今後は、学会認定専門医のみを有する医師についても、学会認定専門医の広告は不可とする形で、機構の専門医のほうのみの広告を認めていくという対応方針としてはどうかという御提案でございます。

21ページ、56の学会認定専門医の経過措置の扱いでございます。現在、56の学会認定専門医は経過措置として広告可能となっておりますが、対応案にございまして、このうち基本領域に対応する学会認定専門医、16学会16の専門医につきましては、学会認定から機構認定への移行状況を踏まえながら、経過措置を終了していくという御提案でございます。この経過措置終了までに要する期間については、引き続き実態を踏まえまして検討していくこととしてはどうかということでございます。

また、基本領域と同様の取扱いとするサブスペ15領域、連動研修領域でございますが、こちらについては、学会認定専門医の経過措置の取扱いを、この機構認定のほうに広告可能と認められた時点で、引き続き検討してはどうかということでございます。

また、その他の学会認定専門医もございまして、こちらについては「新たな判断基準」の検討状況を踏まえて、今後、検討してはどうかということ御提案でございます。

これは56の専門医のうち、基本19領域に対応する16学会16専門医の具体的な学会専門医でございます。

最後、名称上の区別についてという論点でございますけれども、平成25年報告書において、名称において何らかの区別を設けることが必要であるとされておりますが、こちらについて具体的な提案はございませんが、今後、論点となり得るということで挙げさせていただきます。

あと、これまでの御意見など、参考資料でつけさせていただいておりますので、御参照いただければと思います。

事務局の説明は以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。

それでは、ただいまの説明につきまして、皆様から御質問、御意見等、承りたいと思います。できるだけ多くの構成員の方々から御意見をお伺いしたいので、恐縮ですが、御発言は簡潔にお願いできれば幸いです。いかがでしょうか。

黒瀬構成員、どうぞ。

○黒瀬構成員 どうもありがとうございます。また、詳細な御説明いただきまして、ありがとうございます。

基本的に私どもの考え方としては、患者さんの目線で、あるいは国民の皆さんの目線で、分かりやすい広告内容、そして専門医に関しても、その情報を提供していくということが最優先であり、そういった意味では、確かに研修制度等との兼ね合いもあるかと思えますけれども、適切なタイミングで適切な専門医を御紹介するのが、国民の多くの方がかかりつけ医に求められる希望でございます。

また、そういった意味で言うと、何か症状があったときに、あまりにも細かいサブスペシャルティの情報をもって患者さんが右往左往するというよりは、大きな括りの中で、まず必要などころにかかりつけ医の先生から御紹介していただけてかかるということが原則なのかなど。かかりつけ医機能ということを中心に、今後、地域医療を支えていくという面で言っても、まずはそういった基本的なスタンスが重要ではないかなと感じております。

個々の課題につきましては、また後ほど意見をさせていただきたいと思えます。

以上でございます。

○尾形座長 ありがとうございます。

山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 ありがとうございます。

まず、そもそも専門医制度が始まったのは、いろいろな専門医が乱立していることで、国民が選択できないということが根本的にあったと思えます。今の御説明でも、何度も国民に分かりやすいという言葉が繰り返されているように、そこが私は広告をするに当たっても一番大切だと思う中で、特に先ほど専門医機構からの御説明がサブスペのところであったのですけれども、カテゴリー1、2、3と言われましても、その辺りのところを一般的に理解するのは難しいです。広告するということになれば、どういった基準で選ばれたのかということが、ある程度国民にコンセンサスを得られて、初めて広告として意味をなすのではないかと思いました。

ですので、専門医機構の方にお聞きしたいのは、こうやって整理された内容を国民向けにどのように発信していかれる御予定なのか、どのように国民の理解を求めることを予定されているのかということをお尋ねしたいと思えます。

もう一つ、更新のことが御説明の中にあつたのですけれども、内科と外科と眼科の更新のところはゼロになっていました。これは、既に専門医とされている方が、新しい専門医制度の中でそちらに移行することがないということなのかなと思いましたので、その辺りを後からお答えいただければと、2点質問したいと思えます。

それから、学会認定専門医ですけれども、基本領域があつて、サブスペがあつて、さらに学会認定専門医ということになると、違いが国民にとって全く分からないので、残すということになれば複雑になるばかりではないかと思っております。

それから、論点3のところですが、まだ研修の方法が整理されていないというこ

とでしたので、将来的に広告を可とすることはいいと思いますけれども、今すぐ広告可にするということについては、時期尚早ではないかと思います。適宜見直しということも、それはしていく必要があると思っております。

それから、論点4のところ、同一の専門性がある学会認定専門医。これは複雑になるばかりですので、もう整理してもいいのかなということと、論点5のところの経過措置ということも終了していいのかなと思います。ですので、サブスペのところについては、ある程度広告されたときに国民がきちんと理解できるような状況になってから広告していただかないと、本来の意味はなさないのかなと思いましたので、先ほどの2点、質問させていただきたいと思っております。

○尾形座長 ありがとうございます。

2点御質問ですが、これは機構のほう、どなたがお答えになりますか。

○渡辺参考人 では、私のほうから。補足を滝田委員長から。

国民に判り易いというのは、非常に大切な視点でございます。逆に言えば、国民に分かりやすいサブスペシャルティを機構が認定していっているとお考えいただくのが大切だと思います。ただ、何を診る、どのような能力を持った専門医であるかという専門医の概念に関しましては、広報活動という形でやっていかなければいけないと思っております。実際に、当機構では、広報委員会という委員会を中心に活動しております。現在、新しい方法として、SNSを含めた様々なメディアの使い方を検討しております。実際に、既に、SNSでも発信しております。また、機構のホームページも利用していますが、これは一般の患者さんが見ることは非常に少ないだろうと思っておりますので、できるだけ国民の方に身近な方法で採用出来ればと思っております。

○滝田参考人 では、カテゴリー分類に関して、私のほうから回答させていただきます。先ほど御説明させていただきましたカテゴリー1から3の類型化というのは、あくまでも認定・承認のプロセスにおける類型化でございます。したがって、これは当機構、それから関係各領域学会の中で共有する情報でございます。一般市民の皆様方は必ずしも共有するような内容ではないのかなと考えておりますので、一般市民に向けて、このカテゴリーの類型化に関して事細かに御説明するような状況は想定しておりません。

○渡辺参考人 これはあくまで医学的な意味、それから医療の全体像の中での位置づけを、専門家・医療関係者の間で共有するものであると考えているということでございます。

○滝田参考人 したがって、認定された、あるいは承認された後は、機構が認定した専門医制度、機構が承認した専門医制度という立てつけになるかと思っております。

○尾形座長 山口構成員、よろしいでしょうか。

○山口構成員 更新のところ、内科、外科、眼科についてご説明ください。

○渡辺参考人 すみません、2番目のご質問に関しては、基本領域の専門研修は3年以上とされますが、領域によっては5年のものもあり、各制度は更新制度を含めて必ずしも同じではございません。眼科に関しては、2026年に学会認定専門医が一斉に更新による機構

認定に移行する予定と聞いています。内科に関しましては、先ほど若干説明いたしましたけれども、認定医制度という制度が長く残っており、認定医の上（2段階目）にサブ領域専門医と並列にゼネラルに診察する専門医として総合内科専門医が位置付けられる制度でやってきました。認定内科医、総合内科専門医のそれぞれの新専門医制度のなかでの位置付けが決定されてこなかったことから、新内科専門医への更新による移行方法が定まらなかった面があると思います。ただ、当機構の理事会で、認定内科医に関しましては、機構認定ではないので広告は当然できないのですが、機構認定のサブスペシャリティ領域の前提としての資格としては認めていくと決定されました。現在は、総合内科専門医の扱いに関して議論して行くという状況であります。

外科に関しましては、各サブスペシャリティ領域学会の内部的な問題が解決すれば、いずれは移行していくと思っております。時系列で見ていただいてもお分かりのように、最初から全ての学会認定医が更新されたわけではないので、全ての基本領域での移行に関しては一定の時間がかかるものだと考えております。

以上です。

○尾形座長 山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 御説明ありがとうございました。

国民に対しての発信ということでは、まだ緒についたばかりという印象を受けましたので、ある程度国民が理解してから広告に移るとというのが順序ではないかなと私は思いました。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございました。

それでは、森構成員、どうぞ。

○森構成員 ありがとうございます。森でございます。

今、山口構成員のほうからお話ございましたように、今、サブスペシャリティというのを一元論的にまとめるというのはとても難しく、分かりにくいというのはそのとおりでございます。コンフューズドしたときにはシンプルに考えるというのが常道だと思いますので、当座は厚労省が言っておられるような考え方に沿ってスタートせざるを得ないのかなと思っております。

基本領域については、おっしゃるとおりでして、基本的には両立するわけにはいかないということと、機構の専門医をやめて学会専門医だけにしようという人が出てこないようにするためには、学会専門医はもうこれで終わりにするというのを明確にされるというのは賛成でございます。

サブスペシャリティについてですが、機構で全てのサブスペシャリティをまとめるだけの力は、現状の機構にあるとは私は思っておりませんので、その中で、どこまでを機構が認め、どこまでを機構が認めないかという議論になろうかと思っております。その中で、さらに機構が考えるいろいろなカテゴリーで考えていく。ですから、これと国民の受療行動に結

びつくような、いわゆる広告という問題とは、若干軸が違うというのが事実でございますので、その辺りをどう絡めていくのかというのは、これからじっくり考えていくべきではないかと思えます。まずは、シンプルに考えていかれてはどうかというのが私の提案でございます。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょうか。資料1-1で論点と考え方あるいは対応案というものが示されておりますが、その辺につきまして皆様からの御意見を承りたいと思えますが。

磯部構成員、どうぞ。

○磯部構成員 できるだけ国民から見て分かりやすいものにするという点で、いかにシンプルなものができるかという、ここからまさに知恵を出さなければいけないところなのだろうと思って、いろいろな情報を今、一度に見せていただいて考えているところですが、他方で、片や学問の自由といったこともあって、専門家の先生方が集団をつくって自己研さんをする。そこで学び、専門的な知見を得ているということ。その営み自体は、むしろ歓迎すべきことのはずなのですね。あとは、それをどの範囲でなら標榜してよいとするかということの線引きの考え方だということですよ。

例えば、今回、対応案の中で、20ページで、基本領域と同一の専門性がある学会認定専門医については、基本的には広告を認めないというのは、どういう整理ということになるのでしょうか。現在であれば、特定の認定された学会・団体によるものを除くと、何とか認定医ということを使うのは、国民・患者を不当に誘引するおそれがある誇大広告だという整理でいいのかということなのではけれども、今後、学会認定医はそういうものになるということなのではないかという、まず質問です。

○尾形座長 これは御質問ですので、事務局、お願いします。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

今、基本19領域の広告の扱いはどのようになっているかと申しますと、日本専門医機構の19領域は広告可能という形で明示されております。また、学会認定専門医のほうは、当分の間の措置として広告可能ということで、どちらも今、広告可能という状況となっております。

広告が認められないという扱いにした場合、どのようになるかと申しますと、広告につきましては、医療法上、定められたもののみしか広告してはいけないという形になっておりますので、基本的に広告可能とされたもの以外を広告することは認められていないということで、行政指導の対象になったり、ネット広告の扱いはまた別になるのですけれども、電車の吊り広告での広告とか病院の前の看板といった部分での広告につきましては、認められないという形の扱いになります。

○尾形座長 磯部構成員、いかがでしょう。

○磯部構成員 では、単に広告が可能とされない事項になるということですか。ガイドラ

インの中では、誇大広告の例として「〇〇学会認定医」いう語も出てきていたものですか
ら。

○尾形座長 事務局、お願いします。

○矢野保健医療技術調整官 法律上の誇大広告に当たるという解釈ではないと理解して
いますが、病院の前の看板といった広告は認められていないということでございます。

○尾形座長 磯部構成員。

○磯部構成員 例えば、自分が学会の認定医であるというのは、専門医機構が認めたもの
とは異なるものであるという注記をつけながら広告しては、なぜ駄目なのだろうというこ
とも頭の中をよぎったりするのですけれども、いかにも複雑だなとも思うので、どうい
うバランスが一番分かりやすいのかということは、ぜひいろいろ御意見伺いながらもう少し
考えたいと思った次第です。ありがとうございます。

○尾形座長 木川構成員、どうぞ。

○木川構成員 ありがとうございます。

磯部先生が指摘されたところと関連するのですけれども、これまでオーケーだった広告
をやっては駄目よと言うためには、合理的な理由が必要だと思うのですね。それが、今、
御説明いただいた資料の中からは、なぜ今後駄目にするのかということが十分に読み取れ
ず、そうすると、当然、国民も、何でそれはやっては駄目なのだろうかということを理解
できないということなのかなと思います。なので、そこは何か分かりやすく説明してい
ただく必要があるのではないかなと思っております。

○尾形座長 この点については、事務局、いかがでしょう。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

平成25年の時点で、もともと乱立していて分かりにくい。また、今、56の学会認定も、
当面の間、広告可能としているところでございますが、こういったところも分かりにくい
のではないかと、平成25年のときから指摘があったことを踏まえて、どのように見直
していくのかということを検討している状況でございます。ですので、今まで認められて
きたものも分かりにくいのではないかと、そもそもの反省の中で御検討いただい
ており、どのように国民の皆様に説明していくかということでございます。今、なぜ広告を認
めないことも含めて検討しているのかといいますと、そういったこれまでの検討の経緯が
あるということでございます。

○尾形座長 木川構成員、よろしいですか。

○木川構成員 乱立していて分かりにくいから整理すべきであるということが大分前から
議論されていて、当面の経過措置として、そうは言っても、すぐにやめさせるわけには
いけないので、しばらく置いておいたけれども、機が熟したので、これを機に広告を不可
能にするという御説明と理解しました。それが妥当なのかどうかというのは、すぐ判断が
つかないのですけれども、当時の議論も深く把握しているわけではありませぬので。ただ、
御説明としては承りました。

○尾形座長 それでは、小森構成員、どうぞ。

○小森構成員 確認したいことがあるのですけれども、資料の専門医に関する広告についての5枚目ですけれども、これを今度、認めましょうかということになっていくのでしょうか。すなわち、19領域に、プラス24を認めて、トータル43が広告可能になるという、今のまま、この話が進めばそういうことになるのかなと思って聞いていたのですけれども、これを随時少しずつ認めていくのか、15領域と5領域と4領域を一度に専門医学会が認めて、どんと広告可能になるかということですね。

少し分かりにくいとか分かりやすいとか、いろいろあるのですけれども、中小の病院とかになると、専門医がいなくなったら、その都度看板をかけ替えて、広告を全部やり直してみたいなことが生じるのかなという。大学病院であれば、これだけの科が全部掲げてあっても、教室がある限りはずっとあると思うのですけれども、それが1つ疑問です。だから、その辺は難しいところだと思いますけれども、僕の質問としては、この43が広告可能という形で今回の話し合いがされているのか、これも一つ一つ時間をかけて話し合いをしていくのかというところが質問となります。

もう一つ、将来的には厚生労働省はかかりつけ医みたいなものを一生懸命話し合いをされていて、これが進んでいくのであれば、国民に分かりやすい、分かりにくいというより、かかりつけ医がその専門医を紹介していくなら、どういう組合せになっていくのか。こういうものを広告すればするほど、患者は直接、その専門医のところに行くようになるのではないかなと感じるので、その辺は整合性を取らないと、2つの解がばらばらになるのではないかと感じております。特に、前にも言っていますけれども、総合専門医になっても、診療報酬請求するときに医療法上の総合専門医がないので、本当にたださないと、外科か内科か、何か違う科で請求を上げないといけないみたいになっているので、その辺も一度きちんとしてほしいなといつも思っています。

以上です。

○尾形座長 では、事務局、お願いします。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

5ページ目の部分についてですが、今回の資料で御提案いたしておりますのは、5ページ目にある連動研修の15領域については、基本的に広告を認めることとしてはどうかという御提案でございます。ただし、日本専門医機構で、認定更新基準とか、そういった詳細の制度設計がまだ確定しておりませんので、そういったものが確定になった時点で、個々にこの検討会で広告するかどうかを判断していくということ。ただ、方向性としては、基本的に広告を認めてはどうかという、この15領域の部分はそのような扱いとしてはどうか。

また、残りの連動研修を行わない5領域とか、少なくとも1つのサブスペを取った後の4領域とか、また令和4年4月に新たに認定された3領域といったところがございますけれども、こういったところは新たな判断基準を考えた上で、それに該当するかどうかということで広告可能か判断していくといった御提案でございます、すなわち連動研修可能

な15領域とその他の領域で扱いを変えてはどうか、という趣旨の御提案をさせていただいているところでございます。

もう一つ、かかりつけ医からの紹介の関係で、このサブスペ領域の広告を考える必要があるのではないかというお話がございました。当然、これは医療広告の制度ですので、患者さんが適切な医療を選ぶことにつながるが大前提ということでございますので、これを広告可能とすることがどのような受療行動を促すことにつながるのかという観点で、ここも今後、事務局のほうでも考えさせていただきまして整理させていただきたいと思っております。

ただ、今も専門医機構の基本領域は広告可能ということですが、恐らく大病院のほうに専門医がいっぱいいるという状況でございますので、サブスペ領域の広告を制限すれば大病院に行かなくなるといった単純なものでもないのかなと思いますので、この広告可能にすることと患者さんの医療機関の受療行動がどう結びつくのかということ、今後の重要な論点と認識いたしましたので、また考えさせていただければと思います。

○尾形座長 小森構成員、よろしいでしょうか。

○小森構成員 ありがとうございます。

○尾形座長 では、三浦構成員、どうぞ。

○三浦構成員 まず、簡単なテクニカルな質問を先にさせていただきます。今の5ページですが、3つ目の、少なくとも1つのサブスペ領域を取得した後に研修を行う領域。これが、表は基本領域を終えた後にサブスペ1が来ていますが、このサブスペ1は連動研修を行うものも含まれていますね。この表だと、サブスペ2を取るのに9年かかるように読み取れましたので。

○尾形座長 事務局、お願いします。

○矢野保健医療技術調整官 今、三浦構成員、御指摘のとおり、連動研修のものもあります。申し訳ありません。

○三浦構成員 分かりました。

あと、先ほどから議論になっている20ページの、基本領域と同一の専門性がある学会認定専門医については基本的には広告を認めないことという対応案についてですが、基本的な考え方としては賛同というか、反対するものではないのですが、全てが機構専門医に移っているわけではない現状で、学会認定のほうを広告できなくなることで不都合が生じるのではないかという懸念がありまして。経過措置を終えて広告をできなくしていいのかなとか、いつしていいのかなというのがなかなか判断できない状況だと思うのですが、この辺はいかがお考えでしょうか。

○尾形座長 事務局、お願いします。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

専門医機構から、資料1-2で、今、学会認定専門医と機構認定専門医、移行状況の御説明がありましたが、こういった実態をよく踏まえて、適切な期間を今後また御提案させ

ていただいて御議論いただいて定めていきたいということで、今回は方向性だけ御議論いただきたいということです。この期間については、どれぐらいの期間で移行を終えるべきか、広告可能とできなくするまでの期間というのは、これからどれぐらいの期間なのかということは、また今後、御議論いただければと思っております。

○三浦構成員 先ほど移行状況の御説明をいただいたのですが、移行は順調に進んでいると考えていいのか、何か弊害があって進んでいないと考えたほうがいいのか、その辺りはいかがでしょう。

○尾形座長 これはどなたがお答えになりますか。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

専門医機構から御説明があったとおりで、今、ゼロと書いてあるところも、認定・更新期間の違いによってゼロとなっているだけで、基本的には進んでいるというふうに話を聞いておりますので、こういった本日の御議論を踏まえて、専門医機構あるいは学会から情報収集させていただいて、また御提案させていただければと思います。

○尾形座長 山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 今の20ページのところですけれども、私、この分科会とは別に、専門医機構に対して意見を述べるような臨床研修部会で委員を務めておりまして、これまでの専門医機構の動きについてはある程度理解しているつもりです。その立場から申し上げますと、もともとこの広告については、学会認定専門医は広告できていた。ところが、それがどんな根拠で専門医として認められているのかということが、基準もなく広告していたということもあって、専門医機構できちんとしたプログラムなのかとか、そういったことを認めるようなことをした上で、国民に対して安心できる専門医ですよということを公表していこうということで始まったのが専門医制度だと理解しています。

ところが、いろいろなサブスペもどうするかということがなかなか決まらなかったり、2018年度から始まったにもかかわらず、まだサブスペのところも十分に説明できるような状況にないことが数々あって、本来ならば、こういったもともと学会認定医ではなくて、きちんと専門医制度ができたのだから、そこの専門医制度によって、しっかりと認定された専門医だけを広告していこうという方向性だったにもかかわらず、まだちょっとごたごたして、広告を一本化するところまでにはなり得ていないのかなということで、こういう移行措置が出てきていたと理解しています。

ですので、私も先ほどの意見と同じなのですが、まだ落ち着いていないというか、安心して国民に広告できますよという状況にまでは至っていないのではないかと思います。ですので、そういったことがしっかりできるようになってから広告を可にしたほうが良いと思いますし、それによって、今、広告している学会認定の方たちも専門医制度の下できちんと更新しているので、そちらで広告できますよというふうになるまでの移行期間はある程度必要なのかなと感じています。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。

それでは、森構成員、どうぞ。

○森構成員 ありがとうございます。

今、お話がございましたように、大体同じ話ではあるのですけれども、基本領域の19が適切かどうかというのはちょっと置いておいて、19領域と、それからサブスペシャリティの議論というのはちょっと違って、基本領域の19領域というのは、それぞれの領域の基盤です。私は精神科なので、精神科領域だと精神科専門医は1つしかないわけです。内科も専門医は1つしかないはずですし、外科も専門医は1つしかない。その上にサブスペシャリティというのがいろいろついてくる可能性はありますが、基本領域は1領域に対して1つなのですね。なので、それを専門医機構というところのプログラム等で質を均一化して、できるだけ国民にとって不利のないような形で、そのばらついた専門医を統一化しましょうということで機構の専門医ができました。

したがって、学会専門医は機構専門医に100%移行するのが前提でつくられていますので、それぞれの学会がかなりいろいろな調整をしながら、精神科でも10年近くかけて全員を移行しようという計画をして移行してきたわけですから、それぞれ皆さん努力している状態です。ですから、少し議論がずれているような気がしますので、学会専門医のまま、ずっといたいという人たちは、国民から見ると同じ外科専門医なのだけれども、ちゃんとした機構で決められたと言うと変ですけれども、質を担保されたような専門医ではなくて、もともとの学会専門医というのを認めてしまうと、同じ領域に2つ立ち上がってしまうのです。例えば外科専門医が二通りあることになってしまうので、これは全部、基本領域については機構専門医にしましょうということで各学会が納得されているはずですよ。

ですから、それを残しておくとしてしまうと、逆に、このまま広告できるのだったら、機構の専門医に移らなくたって、あんな大変な更新基準に沿わなくたって、今までどおり、ちよろちよろと学会を回ってポイントを集めればいいではないかという人たちが増えてしまうのです。なので、厚労省の方の意見に私は賛成いたします。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。

それでは、磯部構成員、どうぞ。

○磯部構成員 ありがとうございます。たびたびすみません。

先ほどの5ページのところですけれども、広告する項目として何を認めるかというときに、専門医の質の担保が図れて、患者の受診行動に有用な内容を広告しようということで、今、森先生、お話しになったように、例えば機構の専門医認定された人というふうにまとめていくということであれば理解できるのですけれども、連動研修を行い得るか、行えないかということと、どういう広告として認めるかどうかというのが、軸としてかみ合っているのかというのが理解できなくて、ちょっとそこを教えていただけないでしょうか。

○尾形座長 これは御質問ですので、事務局、お願いします。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

11ページにも論点1のほうでお示ししておりますが、専門医制度というのは、目的として国民に分かりやすい情報提供を実現するというだけでなく、医師の診療レベルが向上して、良質な医療を提供するというのも目的としている中で、広告制度の在り方を検討する必要があるという状況でございます。単純に医療広告の観点のみで検討するわけにはいかなくて、この地域医療提供体制とか学問の観点とか医師のキャリア形成という観点も踏まえて検討する必要があるのではないかとございまして。

そのような中で、連動研修の15領域でこのような扱いをすることについては、18ページ目の考え方にも示させていただいておりますが、地域医療提供体制への配慮が必要な領域だとされているということ、令和2年の厚労省の検討会において、そのような整理がなされていること。また、基本領域については、医療政策上、すごく重要なもので、先ほど山口構成員からもお話しありましたとおり、地域偏在とか診療科偏在とかの政策を進めるための重要な領域であると。こういった領域と一体的に実施される関係性が強いサブスペ領域につきましては、その広告制度の在り方によっては、そういった全体の政策に影響を与え得るということから、この15領域については、広告可能としてはどうかという御提案でございます。

ですので、医療広告の観点というよりは、別次元の観点から、こういった扱いとしてはどうかという御提案をさせていただいております。

○尾形座長 ありがとうございます。

磯部構成員、よろしいでしょうか。

○磯部構成員 ありがとうございます。

まさに最後おっしゃったように、医療広告というのとちょっと別次元の観点が入ってきているということで、絶対駄目だとまで言うつもりもないのですけれども、どういう別の観点なら入れていいのかということになりかねないのではないかと。国民にとって分かりやすい情報というのは何かということに、最後は立ち返って考えることが必要ではないかと思っただけでして、呼吸器外科であれば広告できるけれども、アレルギーは広告できない。なぜかといったら、国民があまり理解できないのではないかなど。広告できないとはどういう意味なのか、かえって誤解しないかどうかをちょっと心配したものですから。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。

それでは、黒瀬構成員、どうぞ。

○黒瀬構成員 ありがとうございます。

今、磯部構成員がおっしゃったこととかなりかぶるところもあるのですけれども、本日のこの議論に関しては、医療に関する広告規制についてということでございまして、例えば先ほど御説明いただいた11ページの国民への分かりやすさの観点だけではなく、地域医療提供体制の観点、医学の学問としての観点、医師のキャリア形成の観点。確かに医療

の質を担保して、さらに日本の医師の資質を上げていくために大変重要な部分ではありませんし、また医療政策的にも必要な部分であると思うのですけれども、あくまでも国民の皆様方が、自分が医療を受けようというときに、これが本当に必要なかどうか。もちろん、考慮する点はあるかもしれませんが、これがあまり前提になってしまうのは、我々が今、議論している本質とちょっと離れてしまうのではないかと私も危惧いたします。

その中で、具体的に言うと、基本領域はもちろん当然として、あとは連動研修を行い得る15領域に関しては、確かに国民の皆さんも一般的に、おなかが痛かったら消化器内科とか、せきが出たら呼吸器内科というような、既にコンセンサスができて、割と分かりやすい部分ではあると思うのですけれども、例えば鼻水が出たときにアレルギー科を受けるのか、耳鼻科を受けるのかといったことは分かりづらいですね。であれば、分かりづらいものは、あえてそこに出すという前提ではなく、あくまでも慎重に今後検討していくという姿勢でいかれるとよろしいのではないかと思います。

また、論点4の対応策につきましては、そういった国民の皆様から見て分かりやすいという観点で言えば、より乱立してしまっていて分かりづらいものよりは、今後、機構のほうの認定制度に合わせていくという考え方で、この対応策に関しては私のほうは賛成させていただきたいと思います。

以上でございます。

○尾形座長 ありがとうございます。

それでは、幸野構成員、どうぞ。

○幸野構成員 今、20ページの論点について、いろいろやり取りされているので、私も保険者というか、患者視線で意見させていただきます。

まず、現在、同一名で同一の専門医が併存するという状況は国民にとって分かりにくいので、これは早急に解消すべきということで、基本領域については、機構による認定の広告に統一すべきということで整理するほうがいいと思うので、20ページの対応案のマル1にありますように、今後、基本的には広告を認めないということについては、賛同したいと思います。

そこで疑問になるのが、どういうふうに移行が今、進められているかということですが、経過措置というのがある以上、これを続けられる以上、移行というのはあまりスピード感なく進むのではないかと考えていまして、この経過措置について期限を切ってこそ、これが迅速に進められていくと思うので、経過措置についても期限を切って統一していく方向で、今後進めていくのが取るべき措置ではないかと思いますので、意見として言わせていただきます。

基本領域についてはそうなのですが、あとサブスペ領域における専門医です。やるべきことは、新たな判断基準を提案されていますように、まず策定することだと思います。この新たな判断基準を策定した暁にはどうやって進めていくかということ、基準に該当しているということを前提に、学会も患者視線でこれは有用であるということが分かるわけです。

から、そういう提案がなされた場合には、個々の学会が提案する専門医名称について、個別に判断して広告可能にしていくということによってやっていってはどうかと思います。

まず、15領域からという意見もありますけれども、そういうやり方もいいと思うのですが、学会の視点から患者目線でいいと判断できると提案されたら、そこを個別に広告可能にしていくというやり方も、スピーディーというか、迅速にやっていくという観点からは、考え方としては、1つやり方としてはありなのかなと思いますので、意見として言わせていただきます。

以上です。

○尾形座長 これは御意見として承りたいと思います。

では、小森構成員、どうぞ。

○小森構成員 今のお話なのですけれども、早急にやめてしまうと、例えば専門医だったけれども、専門医を持っていない年齢層が多い病院の場合、ホームページ上から広告を全部消さなければいけなくなってしまって、病院にある表示は別にいいわけですから、内科、外科、産婦人科とか、全部並んでいるのだけれども、実際に、例えば外科の専門医というのは、外科のオペがばりばりにできる人が要するのだけれども、2次救急指定病院で手や足を切った、そういうのを全部治療している中小病院に外科の専門医がいない。でも、元外科医はいる。元外科医というのは、僕もそうですが、認定医を取ったのだけれども、その次の専門医というのはずっと守り切れないのです。外科のオペの症例数。

失ったら、これでいくと、外科という標榜がその病院から消えるということになっていくのですね。1人でも外科の専門医がいないと、実際、大きなオペをするために外科専門医が必要なのです。必要なのだけれども、そうじゃない状況になったときに、その科を1人の先生、2人の先生でやっているところは全部消えていってしまうというのが、僕としては若干心配だなと思います。病院の前に出す広告はいいのだけれども、一番最初から問題になっているホームページとかで国民に知らしめる。もしくは、今後、これで作る国民に分かりやすいやつに載せられなくなります。

その辺というのは、本当によく考えないと、機構が決めているものだけとなったときに、今まで多くいる高齢、何歳ぐらいからか分かりませんが、持っていない専門医たちはどうなっていくのかというのを心配しますけれども、それはいかがなのでしょう。

○尾形座長 今のは御質問ですか。

○小森構成員 はい。

○尾形座長 それでは、事務局、お願いします。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

これまでの検討の中で、専門医の難しさとか更新とかのばらつきがあるということで、統一していくという考え方の中で今の専門医機構ができて、新たな専門医制度に進んでいるということだと思います。ですので、ばらばらの基準で認定・更新されている専門医があると、国民にとって情報提供上、よろしくない。できるだけ統一しようという観点の中

で、考え方の中で提案させていただいているところでございます。これまで広告できていたのができなくなるのはおかしい場合があるのではないかとのご指摘ですので、そこは慎重に検討しなければいけないのですが、検討の方向性としては、できるだけ統一的な分かりやすいものにしていこうという考え方の中で検討を進めていく必要があるのではないかと思います。

○小森構成員 ということは、現在つくっているアプリは、当然広告になる。そこも確認しておきたいのですけれども、広告になるのですか。病院が機能報告をしています。それをそのまま出すのか、そこに出ている内科とか外科とか婦人科とか女性外来とか、いろいろあるのだけれども、それをどこまで載せるかは別として、そこに専門医制度が決めていない科があったら、それは全部消すということになっていくのですか。その辺の話し合いはできていないのではないかと。

○尾形座長 事務局、お願いします。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

今、御指摘あったのは、医療機能情報提供制度のお話だったと思います。医療機能情報提供制度上、御報告いただいている専門医名などは、今、全て広告可能な専門医名というものを御報告いただいているという形で、そこは完全にリンクしている状況でございます。

○小森構成員 分かりました。

○尾形座長 それでは、佐保代理人、どうぞ。

○佐保代理人 ありがとうございます。

ほかの皆さんからもお話がありますとおり、国民から見て分かりやすいものとするという観点は大事だと思っていますので、今回提示された対応案につきまして、方向性的にはおおむね異論はございません。

1点お聞きしたかったのですけれども、何となく今までの皆さん方の質問とか御回答を聞いていると、この場ではなかなか言えないかなと思ったのですが、経過措置の終了は期間的にどのぐらいを想定しているのか。先ほどからの議論もあるのですけれども、ある程度期限を決めて、妥当なところで経過措置を終わらせていくということは必要かなと思っております、どれぐらいかというのがもし明示できるなら、分かれば教えていただけますか。

○尾形座長 これはお答えできますか。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

基本領域の中で、基本的には3年から5年が更新のスパンだと聞いておりますので、それぐらいのスパンで定めるのがいいのではないかとこの考え方はあるかと思いますが、そこは実態を踏まえまして、また今後、御提案させていただければと思います。

○尾形座長 ありがとうございます。

ほかはよろしいでしょうか。ありがとうございました。

非常に活発な御議論をどうもありがとうございました。本日の御議論を通じて、専門医

広告の今後の基本的な方向性については、大きな御異論はなかったと思いますが、具体的な進め方と今の経過措置の話も含めて、まだ検討すべき点もあるように思われますので、今日の御意見も踏まえて、事務局としてはさらに検討を進めていただきたいと思います。ありがとうございました。

それでは、先に進みたいと思います。次は、資料2「医療広告ガイドライン」及び「美容医療サービス等の自由診療におけるインフォームド・コンセントの取り扱いについて」の改正について、それから、資料3「ネットパトロール事業について（令和4年度）」の2つにつきまして事務局のほうから、まず説明をお願いいたします。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

まず、資料2に基づきまして、医療広告ガイドラインとインフォームド・コンセントの取り扱いの改正について御説明させていただきます。

まず、こちらは昨年12月に国民生活センターのほうから注意喚起が出ているものがございます。痩せ目的のオンライン診療のトラブルが特に目立っていますといった周知がなされているところでございます。具体的には、GLP-1の糖尿病治療薬に係る、こういった注意事項が出ている状況でございます。

3ページは参考で、今、医療広告ガイドライン上、適応外使用の医薬品を使う場合に、どのようにホームページ上、載せなければいけないのかということについてでございます。Q&Aの2-13で示しておりますとおり、黄色の部分をかきと説明しないと、医療広告上の限定解除要件と言われるもの、ホームページ上に載せていいと言われる前提条件が満たされませんといったことをお示ししている状況でございます。

4ページ、これについてウェブサイトの事例解説書でも載せておまして、できるだけ医療機関の方に広告を適正化するように促しているところでございます。

5ページ、これは医療法の抜粋でございまして、基本的に赤字で書いてあるとおり、次に掲げる事項、定められた事項以外は広告できないとなっているわけですが、厚生労働省令で定める場合を除いてということで、ここは限定解除となっているところでございます。

この厚生労働省令で定める場合というのが、今、4つをちゃんと説明してくださいということが含まれているところでございます。

7ページ、こちらは消費者委員会の建議で、平成27年に出ているものがございますが、こういった美容関係の医療情報の提供、トラブルがこれまでも多いということでございまして、厚労省に対しては、ホームページの情報の適正化もございまして、またインフォームド・コンセント、患者さんへの説明ということもきちんとしていく必要があるということで、これまで医療広告による情報提供、インフォームド・コンセントによる情報提供、それぞれ厚生労働省に対する建議がなされているところでございます。

8ページ、これはインフォームド・コンセントのほうでございまして、今、特に自由診療に関してインフォームド・コンセントをする場合については、留意すべき事項として、真ん中、下線を引いておりますが、効果の程度に個人差があることとか、即日の強要は現

に慎むこととか、費用・解約条件の丁寧な説明が必要ということでお示ししているところ
でございます。

また、9ページ、国民・患者さん向けには、このチェックシートというのをつくってお
りまして、消費者庁と連携して周知しているところでございますが、美容医療を受ける前
にこういったところがちゃんと満たされているかどうか、納得の上、進めてくださいとい
う注意喚起をしているところでございます。

この中に赤字で囲っておりますけれども、こういった美容医療については副作用救済制
度の対象とはならないということもきちんと御理解いただくようにお示ししているところ
でございます。

10ページ、これは参考で、インフォームド・コンセントに関する平成25年の通知でご
ざいます。

11ページ、医療広告につきましてネットパトロール事業で適正化を図っているところ
でございますが、GLP-1に関する指摘事項、違反が増えているというデータがございます。

また、違反の内容を解析しますと、先ほど申し上げました限定解除要件の4つの説明事
項がきちんと周知されていないというところが大半の違反事項になっているというデータ
もございます。

こういった中で13ページ、対応方針でございますが、国民・患者さんへの情報提供を
きちんとしていくという観点で示させていただいております。

まず、1つ目、医療広告規制及びインフォームド・コンセントに係る施策について、も
ともと医療広告ガイドラインでマル1からマル4まできちんと御説明くださいということ
になっておったのですが、それに加えてマル5、未承認医薬品等を使う場合、副作用救済
制度の対象にはならないということも含めまして、ウェブサイトで適切に情報提供いた
だく。また、患者さんに施術前に御説明いただくということとしてはどうかという御提案と
なっております。

具体的には、こういった医療広告ガイドラインなど、これまでQ&Aで示しておったと
ころをきちんとガイドラインの形で位置づけて周知を図ってはどうかということでござ
います。

また、インフォームド・コンセントの取扱いについても、こういったことをきちんと説
明するという形で、赤字のように見直してはどうかという御提案となっております。

14ページ、これは参考ですが、GLP-1の薬については、特に糖尿病の患者さんに対する
薬の確保が難しいということで、いろいろな部局から対応されていることをお示しして
おります。

続きまして、資料3のほうに基づきまして御説明いたします。ネットパトロール事業の
令和4年度でございまして、定期的に報告させていただいている議題でございます。

2ページ、これはネットパトロール事業でございますが、委託事業者のほうウェブサ
イトを監視しておりまして、必要に応じて自治体への情報提供などもしている事業でご
ざ

います。

また、医療広告協議会という協議会も開いて、事業のよりよい運用について御議論いただきながら進めているところでございます。

3 ページ、これは概況でございますが、特に医療広告に関する事項、青色の部分でございますが、令和3年度から4年にかけて件数がちょっと増えているところでございますが、全体を通してほぼ横ばいぐらいの形で推移しているところでございます。これは通報受付の状況でございます。

次のページが通報受付と能動監視という形で、厚労省で定めたキーワードで監視する方策と、それぞれのネットパトロールの実施状況でございます。

通報受付のほうは、違反ありだった707サイトのうち、改善されたのが84.6%ということですが、その後、改善が十分でなくて自治体へ通知したのが11%ぐらいある状況。

能動監視も61サイトありまして、86.9%改善しましたが、8.2%は自治体への通知になったという状況でございます。

5 ページ、これは全体をまとめたものでございます。11.3%が自治体への通知となっているような状況でございます。

6 ページ、ネットパトロールの違反数の内訳ですが、美容と歯科に関するものが特に多い状況となっており、特に違反の種類としては、広告可能とされていない事項の広告という項目が多い状況でございます。

7 ページ、これは例年どおりの傾向でございますが、違反の多い治療の内容としまして、美容ですと美容注射とか整形とか発毛といったものが多い。

歯科のほうは、審美に関するもの、インプラントに関するものなどが多い状況です。

違反の種類としましては、美容では「広告が可能とされていない事項の広告」が多いということで、リスク・副作用の記載が不十分というパターンが多い状況。

歯科のほうでは、ビフォーアフター写真の広告の違反が多いという状況でございます。

9 ページ、これは自治体への情報提供後、どのようになっているかということでございまして、それぞれの年度ごとに自治体に提供したものがどうなっているかということで、継続対応中となっているものは、まだ改善が認められないということでございますので、改善を求めるように自治体に促しているところでございますが、10 ページの長期未改善事例、下のグラフで分かりやすくお示ししておりますが、2021年時点のものがオレンジで、2022年時点のものが青色、2023年時点のものが緑色という形でございまして、今年度の取組によって青から緑のような形で取り組んだという状況でございまして、一定の効果がございまして、まだ長期未改善事例も残っている状況でございます。

こういった背景でございますが、11 ページ、長期未改善事例、昨年度の前身となる検討会で御審議いただきまして、厚労省としましても自治体に促すための通知を発出したところでございます。具体的には、マル1、マル2にございまして、好事例の共有でありますとか、法令上の対応をするための実施手順書を策定するよう促すというような取組

を依頼したところでございます。

自治体からは、この長期未改善事例がある理由につきましては、他県とか他の医療機関との対応の差が引き合いに出されて指導が難しいという御指摘とか、法に基づく措置に進む判断が難しいとか、他の自治体と情報共有とか統一的なスキームが欲しいといった御意見が寄せられている状況でございます。こういったものを踏まえまして、さらにこの下のマル1、マル2にありますような事例の紹介とか、厚労省としても必要な対応を行っているところでございます。

この背景でございますとおり、法に基づく措置の実施状況は、令和3年、令和4年のデータがございますが、立入検査などは令和3年度は2件で、令和4年度は0件という状況でございますので、こういった法に基づく措置も含めて促していく必要があるのではないかという御意見をいただいているところでございますが、実績としてはこういった状況となっているところでございます。

こういった現状を踏まえまして対応案ですが、3つ、ポツを挙げさせていただいております。

1つ目は、こういった自治体の現状把握調査を引き続き実施させていただいて、優良な取組事例をこれまでも紹介してまいりましたが、違反の種類ごとに、より分かりやすい形で、自治体が活用しやすい形で示していくことを検討させていただきたいこと。

また、標準的な対応期限も含めた指導・措置等の実施手順書のひな形を令和6年度前半までに厚労省のほうで作成して、自治体に提供するような取組を検討させていただきたいこと。

また、自治体に医療法第25条第1項に基づく立入検査（医療監視）も含めた適切な対応を行うように求めていくといった対応を、今後、厚労省として進めていきたいということで考えておりますので、御意見いただければと思います。どうぞよろしく願いいたします。

○尾形座長 ありがとうございます。

それでは、資料2と資料3、一括して扱いたいと思います。ただいまの説明につきまして御質問、御意見を承りたいと思います。

幸野構成員、どうぞ。

○幸野構成員 それでは、この2点について意見を言わせていただきたいと思います。

まず、広告ガイドラインのほうですが、今回、未承認医薬品等を用いた自由診療に対して限定除外要件を詳細に規定するという点について、ガイドラインを改定することは異論ないのですが、そもそもこのようなガイドラインで未承認医薬品等を用いた自由診療というものを限定解除で認めつつも、今般、GLP-1受容体作動薬で起きた在庫逼迫によって、各医療機関に適正購入や使用の協力依頼を通達で出すということに非常に違和感があります。こういう供給不足という事態が生じなかつたら、自由診療であれば限定解除要件を満たせば、こういう医療を行ってもよいかというふうに疑問を感じていて、これは少し違う

のではないかなと思います。

確かにがんとか難病とか、命に関わる病気治療のために保険外診療を選択せざるを得ない場合というのはあると思います。こういう場合については、そのような患者様に対して説明責任を果たして、患者の同意を得て保険外診療を行うということはあると思うのですが、痩身のために使用して、本来必要とする糖尿病患者への供給が不足するという事態を起こさせて、それをやめるようにという協力依頼を通達で出すというやり方は、これはちょっと違うのではないかなと思います。このような不適切な医療に対して協力依頼を出すということではなくて、薬機法等で規制できるかどうか分からないのですが、こういったものを規制するということに踏み込むのがやるべき措置ではないかなと思いますので、言わせていただきます。

それと、ネットパトロール事業についてですが、一定の成果を出しているということは認めるのですが、それでも3ページにありますように、年度ごとの通報受付件数とか審査対象は減っているようにはとても思えないので、そういったことを見れば、結局これは私たちごっこになっているのではないかなという印象を拭えないと思います。5ページにあるように、通知を行えば、8割以上が即改善とか広告を中止しているという状況を見れば、規制に対する危機感というのはあまりなくて、駄目元で広告を出して、指摘を受ければ即やめるという程度のものでないかなと感じざるを得ません。

それと、最近の広告というのは、ほぼネット上で行われていて、医療機関も広告代理店とか、今、普及しつつあるアフィリエイトを利用していただいていることも想定されます。広告規制は、広告代理店やアフィリエイトも規制対象になっていると思いますが、1つ事務局に聞きたいのは、医療機関だけでなく、広告代理店とかアフィリエイトに対しても指導が及んでいる状況にあるのかどうかということの確認したいと思います。もし、このような事業者が繰り返し違反を行っている場合には、医療機関とはちょっと異なった対応を取るということも、今後検討する余地があるのではないかなと思います。

それから、もう一つは、前も言っているのですが、一番最後のページにありますように、罰則規定があるにもかかわらず、実際の罰則の適用実績がないということも、危機意識を希薄にしている1つの要因ではないかなと思います。12ページには対応案として、標準的な対応期限も含めた指導・措置等の実施手順書のひな形を作成して自治体に提供するとあるのですが、これはぜひやっていただきたいと思うのですが、その実施手順書には、行政処分であります報告命令とか立入検査とか中止とか是正命令から告発、行政処分に至るまでの期限というのをぜひ明示していただきたいなと思います。

都道府県によって、その期限によっても対応にバラつきがあるため、長期是正されていないということが生じると思いますので、都道府県の対応を標準化するためにも、こういった期限をどこで切るかというのも手順書の中では明確にすべきだと思います。

以上、意見ですが、代理店とかアフィリエイトについては状況を教えていただけますでしょうか。

○尾形座長 それでは、1点御質問の件について事務局、お願いいたします。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

そういったアフィリエイトのようなものの広告、医療法上の医療広告とみなすものは特定性と誘引性があるものとなっております、特定性・誘引性というのは特定の医療機関に誘引しているものということでございます。そういったものは、何人がつくったものであっても医療広告とみなして適正化を促していくという方向性でございます。

最近、特にSNSとか動画のようなもので、こういった医療広告に該当するようなものが増えているのではないかと指摘もいただいているところでございまして、こちらにあります医療広告協議会などでも、どのような形で取り締まっていくのがいいのかということの御議論を進めていただいている状況でございまして、いちごっこではないかという御指摘もありましたが、それでもどんどん出てくるものに対しては、新しいパターンにもきちんと適応して対応できるように進めてまいりたいと考えております。

○尾形座長 幸野構成員、よろしいでしょうか。

○幸野構成員 聞きたかったのは、違法広告を見つけた場合に医療機関に対して指導するのは分かるのですが、こういった広告代理店とかアフィリエイトに対して指導しないと、結局おさまらないのではないかと思うので、ぜひそういうものをこの対象に加える必要があるのではないかとこのことでは言わせていただきました。

○尾形座長 これは対象になるという理解なのですか。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

対象になるということになります、1つのサイトから複数の医療機関に誘引しているようなパターンとか、いろいろなパターンのものが出てきていて、医療機関への指導という形ではなかなか取り締まりが難しいようなパターンも出てきていると思っておりますので、どういう考え方でやるのがいいのかということは継続的に考えていきたいと思っております。

○尾形座長 幸野構成員、よろしいでしょうか。

○幸野構成員 私も実際ネットを見てみたのですが、広告のガイドラインをいかにくぐり抜けるかということ指南するようなネットが乱発してしまっていて、そういうことを私どもが受託しますよみたいな感じで受けているところが結構あるので、そういうところを利用しているところが結構多いのではないかと思います。意見として言わせていただきましたので、そういうところを取り締まるということも今後必要なのではないかということでは言わせていただきました。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。

それでは、福長構成員、どうぞ。

○福長構成員 福長でございます。

今、幸野構成員が言ったこととほとんど重なっていて、発言するのはどうなのかなと思ったのですが、私は消費生活センターの相談員をしているのですけれども、令和4

年頃から痩身目的のオンライン診療、そういうトラブルの相談がすごく入るようになりまして、ダイエットというキーワードで検索して出てきたサイトとかSNSの広告から誘導されるのですけれども、中には、アンケートに答えれば初診料・再診料・処方料無料というようなサイトまであるのです。オンライン診療につながるのですけれども、自由診療という説明はあっても、処方する薬に対して十分な説明がないままに、先ほどから話題になっているGLP-1を処方されたという事例などもありました。薬は定期購入で解約できないという契約上のトラブルのほか、体調を崩したという相談も入っていました。

今回の改正案については、未承認医薬品等を用いた自由診療に対して、ウェブサイトでの適切な情報提供とともに、必ず事前に丁寧な説明をしなければならないということなので賛成なのですけれども、先ほど幸野構成員がおっしゃったように、オンライン診療につながるサイトとかSNSの広告についての対応というのが、それをやらないと、こういうトラブルというのはなくなるのではないかと考えています。以前から医療機関と連携と申しますか、そういう関係、誘引性があるとか特定性でしたか、そういうような場合は医療広告と判断して、それなりの規制がかかると理解しているのですけれども、この改正案だけではなくて、繰り返しになってしまって申し訳ないのですけれども、そういう対応をしっかりと取っていただきたいと思いました。

それから、すみません、続けてネットパトロールの話なのですけれども、令和4年度のネットパトロール概況というのを見ると、医療広告以外の通報の数がすごく増えているのですけれども、具体的にどういう内容だったかということとか、急増の原因はどういうことなのか、例えば周知が進んだのかということもあるかもしれませんけれども、それについても教えていただければと思います。

以上でございます。

○尾形座長 これは事務局、お願いいたします。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

資料3の3ページ目の御指摘だったかと思います。医療広告以外の灰色の部分のバーが増えている理由についてでございますが、事務局のほうで見させていただいたのですが、イベルメクチンという薬の、医療広告ではなくて、政策上の御指摘とか、そういったものがほとんどで、医療広告の通報という観点ではあまり意味のないような内容のものが、特定の人からものすごくたくさん投稿された、こういう件数が計上されているという状況でして、直接医療広告の政策に結びつくような内容ではなかったというのが現状のようでございます。

○尾形座長 福長構成員、よろしいでしょうか。

○福長構成員 大丈夫です。ありがとうございます。

○尾形座長 それでは、磯部構成員、どうぞ。

○磯部構成員 ありがとうございます。

本日の資料でも一部引用いただいていた医薬品等行政評価・監視委員会というところが

ございます。薬害の再発防止、医薬品の安全性確保のために医薬品行政を監視・評価する機能が果たせる第三者委員会ということで設置されているところで、GLP-1の話が話題になりました。その際も、いま幸野構成員がおっしゃっていたように、日本人において有効性・安全性、エビデンスが確かでないものが、自由診療の中でインフォームド・コンセント、患者の同意の名の下に使われるということに非常な危惧感が示されておりました。

それは、例えば適応外について、本来、添付文書にある効能・効果内でやるべきで、オーファンのような希少疾病等々で適応外使用が医療行為の中で行われる中で、求められた場合はそれをしているというような具合で、あまり幅広く使われるのはどうかという根本的な疑問なども様々提起されていたところです。

その中でも指摘があったのは、実は医薬局系の薬機法的統制の話ではなく、医政局系の医療法に基づく統制、広告のところについては、実効性が十分でないのではないかとということも指摘されておりました。どちらも別に罰則を発動しているわけではないのですけれども、要するにネットパトロール事業などでやっている広告規制の実効性確保の在り方というのが現状で十分なのかということは、私は医療広告協議会にもおりますが、そこでも同じ議論がありますように、非常に疑問があるのですね。

今回も全体の医療広告の通報のうち、未承認医薬品等を用いた自由診療関連の違反というのは、全体のほぼ9割を占めているという感じだったと思います。医療広告協議会でもSNS、Twitter（現X）やYouTubeなどにもウイングを広げて、いろいろ御担当の方に随分御尽力いただいているのですけれども、なかなか十分対応ができていないところです。果たしてどういうことをやっているか、必ずしも国民の目からは明らかでないところもございまして、現状のこの体制で医療広告規制の実効性確保の在り方として十分なのか。何かもっと力を入れてできることはないかということが、かなり問われているのではないかと、この危惧感だけ表明させていただきたいと思いました。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。これは御意見として承りたいと思います。

山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 ありがとうございます。

このGLP-1については、コロナ禍の前から問題になっていたのが、コロナ禍になって、2020年4月にオンライン診療の初診解禁になったことを逆手に取って、私も美容医療のホームページをいろいろ見ましたけれども、一度も受診せずにコロナ太りを解消できるなどと大々的にホームページ等で広告していたところから、こういった被害を受けるような方も含めてたくさん出てきたのではないかなと認識しております。今回、ガイドラインに書き加えるという御提案があるわけですが、これを書き加えたとして、それに対して、なお改善しない場合とか、全くきちんと対応しない場合に、次にどういったことを考えておられるのかということをお聞きしたいということが1つです。

それから、ネットパトロールですけれども、先ほどの御説明を伺っていても、自治

体が指導するときに、指導しようとしたら、ほかの県ではこんなことまで言われなかったかと言われてしまうと、なかなか強く出られないということも御意見にあったようですけれども、国として一定の、こういった場合にはここまでの指導をすることが可能なのだというような、何か具体例みたいなことをお示しすることで、都道府県の担当者がもう少ししっかりとした対応ができないのかなと常々思うのですけれども、その辺り、いかがなのかということをお聞かせいただきたいと思います。

○尾形座長 2点御質問かと思しますので、事務局、お願いします。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

本日の御提案は、まずルールの方、医療広告ガイドラインとインフォームド・コンセントの通知を改正させていただいて、ルールの方はきちんと強化した上で、山口構成員からいただいたように、いかにそれを守っていただくかということも併せて考えるべきではないかという御指摘だったと思います。

具体的には、まず1つは、医療監視の枠組みの中で、もう少し守っていただけないかということで、医療機関に医療監視事項、医療安全から様々なことがある中で、今も一応、広告に関すること、医療監視の一つの事項となっているところでございますが、この部分をきちんと見ていただくということを促して、対応案の中にも記載させていただいておりますけれども、医療監視の仕組みの中と連携して、よりきちんとガイドラインを守っていただくという取組を進めたいというのが1つの方策でございます。

ネットに関しては、平成29年でしたかの医療法改正に基づいて、限定解除すれば自由に広告できるという形の改正の中で、併せてネットパトロール事業を導入して、自由にするけれども、きちんと取り締まります、という施策の中で、制度開始後5年間ぐらい、今、ここまで来ているところと認識してございまして、できるだけ患者さんが情報を得られるように公表しやすくしていく方向性の中で施策を進めてきたところかと思っております。そのような中で、いたちごっこになっているのではないかという御指摘をいただいている状況かと思えます。

予算も限られているので、すごくたくさん監視件数を増やすのはなかなか難しいかもしれない中で、今、考えておりますのは、例えばYouTubeのような動画、広告を載せるような媒体となっているようなところについては、そういったプラットフォームのところで不適切なものを削除していただくといった形で、民間の方と連携した取組ができないかということ。今でも動画などで不適切なものは削除とかアカウントを消すといった対応を取られているところがあるかと思えますけれども、同様にきちんとした考え方を整理していくことによって、そういった民間ベースでの取り締まりの形ができないかということで、今後、医療広告協議会でも御議論いただいて、そういった方策を考えるなど、事務局でもいろいろ知恵を尽くしてやっていきたいという考えてございます。

あと、自治体のほうで医療法に基づく法的な指導を促すためには、標準的な手順があったほうがやりやすいという御意見をいただいておりますので、そこはきちんとひな形を厚労

省のほうから、令和6年度前半までに何とかつけれないかと考えておりますけれども、そういった期限も含めて、何とかお示ししていきたいと考えております。

○尾形座長 よろしいでしょうか。

それでは、桑子オブザーバー、どうぞ。

○桑子オブザーバー ありがとうございます。オブザーバーの桑子です。

先ほどから幸野構成員、福長構成員、ほかの皆さんからネットパトロールの件でいろいろと御指摘が出ているかと思えます。御承知のとおり、ネット、SNSを利用した広告が今はかなり増えている。これからますます増えるだろうと考えております。そういった意味で、資料3でいろいろと対応状況などが説明されておりますけれども、医療機関というか、広告代理店とかアフィリエイトを通して広告をつくる、これが実際は大半かなと思っております。そういった観点において、これからの指導は、先ほど御指摘にもございましたけれども、医療機関へというものと同時に、広告代理店、アフィリエイトなどに対して、しっかりと指導等をしていかなければいけないと私自身も思っております。

また、対応期限の件もございましたけれども、この辺も何か月たって対応がない場合、どうするかということも議論の対象にしてもよろしいのではないかと考えております。

一言申し上げました。よろしく願いいたします。

○尾形座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

三浦構成員、どうぞ。

○三浦構成員 今、お話を伺っていてちょっと考えたのですが、そもそも医療機関のホームページの広告規制ということで、最初、前身の検討会で話が進んでいたと思うのですが、その際も確かにアフィリエイトとかいろいろな形の広告を想定して検討してきたのですが、その時点よりもさらに広告のスタイルが変わっている。今のSNSとかショート動画とか、いろいろな形があると思いますので、一度、現在どんな形で広告がされているかというのを、最新の状況をちょっと整理して、さらに今のホームページを想定した広告規制だけでいいのかというところをちょっと考えていかなければいけないのではないかなと思いましたが、述べさせていただきます。

あと、素朴な疑問として、今、GLP-1に関しては、ほとんどが違反といえますか、限定解除とか要件を満たしていないものが大多数であるということなのですが、そうすると当てはまるといえますか、広告を検索したら違反に当たるという感じかと想定されるのですが、軒並み規制対象が見つかるような気がするのですが、軒並み規制できないのは、物理的にマンパワーとか規制するリソースの問題でしょうか。

○尾形座長 では、事務局、お願いします。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

予算の限られた中で、今年度は昨年度よりも増額して対応しているところではございますが、それ以上に広告違反がたくさん見つかる状況もあるというのが現状であるかと思

ます。そのような中でどのような対応ができるかということ、また事務局も考えさせていただきたいと思いますが、まずは広告ガイドラインの改正とか自治体の指導といったところをきちんと進めていきたいと考えているところでございます。

○尾形座長 よろしいでしょうか。

ほかはいかがでしょうか。

佐保代理人、どうぞ。

○佐保代理人 ありがとうございます。

GLP-1ダイエットのウェブサイトを見ると、いっぱい出てきますね。それをクリックしてみると、最初にいい話がずっと出て、最後のほうに注意書きがちょっと書いてある。スマートフォンでずっと見て行って、ページの一番最後のほうにしか注意書きが書いていない。心理的にその辺は、最初にいい話があって、本当に最後の最後、注意して見ないと分からないという感じになっているので、これはできるかできないかは別にして、本来は先に言わなければいけない部分が後回しになっていますので、広告の記載順序というか、そういう点も少し御検討なさったらいいのではないかなと思いました。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。御意見として承りたいと思います。

ほか、いかがでしょうか。よろしいですか。ありがとうございました。

本日の議論を整理いたしますと、まず、医療広告ガイドライン、インフォームド・コンセントの取扱いに関する通知の改正内容ということにつきましては、特に大きな御異論はなかったと思いますので、この点については事務局として必要な対応を進めていただきたいと思います。

一方で、先ほどからいろいろ出ておりますように、SNS上での問題事例とか、あるいは改正した後のルールの順守をどうしていくかといった御指摘がございましたが、こういった点につきましては、引き続き事務局としても検討をお願いしたいと思います。

それから、ネットパトロール事業についても、その実効性の強化に向けて様々な御意見をいただきました。本日いただいた御意見を踏まえまして、事務局としては、今後のネットパトロール事業の運営、特に長期未改善事例への対応等を適切に行うようお願いしたいと思います。

本日用意した議題は以上でございますけれども、事務局から何かありますか。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

本日は、尾形座長、構成員の先生方、御議論いただき誠にありがとうございました。本日いただいた御質問、御意見などを踏まえまして、事務局で検討を進めてまいります。

次回の日程については、また別途、改めて御連絡をさせていただきます。

また、本日の議事録につきましては、事務局で作成、校正作業を進め、構成員に確認させていただきたいと思いますので、よろしくお願いたします。

○尾形座長 ありがとうございました。

それでは、本日の分科会は以上とさせていただきたいと思います。長時間にわたりまして熱心な御議論、どうもありがとうございました。