

2024-3-25 第3回医療機能情報提供制度・医療広告等に関する分科会

○矢野保健医療技術調整官 定刻になりましたので、ただいまより、第3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選択していただいた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でございますが、磯部構成員が御欠席、桐野構成員、山口構成員は途中退席の予定と御連絡をいただいております。

また、医政局長は公務のため、遅れての参加を予定しておりますので、御了承くださいますようお願いいたします。

続いて、発言の仕方など事務的な説明でございます。

御発言の際には、現地会場の場合は挙手をいただき、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は、「手を挙げる」ボタンを押して、座長の指名を受けてからミュートを解除し、御発言をいただくようお願いいたします。発言終了の際は「手を挙げる」をオフにして、マイクの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いていただくことで、賛成の旨を確認させていただきますので、よろしくをお願いいたします。

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、参考資料1から4の御準備をお願いいたします。

資料の不足がありましたら、事務局までお知らせください。

報道関係の方は、冒頭カメラ撮りはここまでとさせていただきます。

それでは、尾形座長、よろしくをお願いいたします。

○尾形座長 こんにちは。本日もどうぞよろしくお願いいたします。

まず、議事に入ります前に、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、また、一般社団法人日本歯科専門医機構理事長の今井裕様のお二人をお呼びし、御発言を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。

(首肯する構成員あり)

○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。

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の資料の御説明をさせていただきます。

2ページ、専門医に関する医療広告について、前回令和6年1月29日に御議論いただいたところです。その際に挙げられた論点はマル1からマル5までございました。

簡単に概要を御説明しますと、マル1、日本専門医機構によるサブスペシャルティ領域の認定に関する整理を踏まえ、サブスペ領域の専門医の広告の基本的な方向性についてどのように考えるか。これにつきまして、国民・患者への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ものについては、サブスペ領域の専門医広告を認めてはどうかという対応案で御議論いただきました。

マル2、学会認定専門医を広告可能にすることについてどのように考えるか、また、仮に広告可能とする場合、広告可能とする場合の基準の在り方をどのように考えるのか。これにつきましては、「新たな判断基準」に該当する場合に広告を認めるという方向性について御議論いただきました。

マル3、サブスペ領域の日本専門医機構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。これにつきましては、日本専門医機構のサブスペ領域のうち、令和2年に「連動研修を行い得る領域」とされた15領域について、基本領域と同様に広告可能とする扱いとしてはどうかという考え方で御議論いただきました。

マル4、他の専門医と重複する専門性がある場合の扱いについてでございますが、これは基本領域の19領域と同一の専門性がある学会認定専門医は、基本的に広告を認めないこととしてはどうか。

また、マル5の56学会の既に広告可能となって経過措置の扱いになっている領域について、基本領域に対応する16学会16専門医については、経過措置を終了してはどうかという提案となっております。

こちらにつきまして、3ページ、4ページ、5ページにおきまして、前回分科会の主な意見を挙げておりますので、御参照いただければと思います。

6ページ以降、前回の分科会において挙げられた観点について、さらに事務局のほうで補足の説明資料をつくりましたので、御説明させていただきたいと思います。特に医療機能情報提供制度の関係と患者の受療行動に与える影響についての2点、前回挙げられた観点がございました。

7ページでございますが、まず、医療法における広告規制の考え方です。基本的には限定的に認められた事項以外は広告はできないこととなっております。広告可能な事項の中に、このマル7にある医師の専門性に関する資格名が挙げられており、これが専門医名が広告可能であることの法的根拠になってございます。このマル7の範囲について、今、この分科会で御議論いただいているところでございます。

8ページ、この医療広告規制の概要でございます。基本的に広告に該当するかどうかは

誘引性、特定性で判断され、これに該当しないような学術論文などは広告規制の対象外でございますが、医療機関のホームページでありますとか、その他の媒体で特定性、誘引性があるものについては、医療広告の規制対象となるということでございます。ただし、先ほど申し上げました限定的に広告可能とされている事項以外について、このマル2に書いてあるような一定の要件を満たす場合については、この事項の限定の解除がなされるような整理となっております。これは平成29年の法改正により導入された考え方でございます。例えばウェブサイトのように患者さんが自分でアクセスして入手できる情報については、この限定の要件が解除されるという形の法規制となっております。

9ページ、その考え方について整理した表がございます。基本的にこの国民・患者さんへの医療機能情報の提供については、医療機能情報提供制度というものと医療広告の規制があるという考え方ございまして、医療機能情報提供制度は、医療機関に報告の義務がかかっている、それが公表されることが都道府県の義務となっている形ですので、半ば強制的に公表される情報になるということでございます。一方、医療広告は医療機関の判断でそういう情報提供してもよい、という形ございまして、医療情報の提供は、この2本立てで整理されているところでございますが、基本的な考え方として、この医療機能情報提供制度の対象となる報告事項については、医療広告としても広告可能であるという形で整理がされております。専門医の医師の専門性についても、広告可能な専門医が医療機能情報提供制度の報告項目になっていて、「医療情報ネット」で公表されるという形でございます。医療広告の規制は通常の規制、すなわち、限定された事項のみ広告できるものとウェブサイトのように限定解除される場合と2つの考え方がなされているということございまして、今、通常の規制において広告可能な専門医名の範囲というところを御議論いただいているところでございます。これが広告規制の全体像を整理したものでございます。

続きまして、11ページでございますが、広告可能な専門医の勤務先でございまして、これは令和2年の医師調査により作成したものでございます。医師全体で見たときに、この濃いオレンジが大学病院で、薄いオレンジがその他の病院、緑が診療所となっておりますが、一番左のところは医師全体の割合ということございまして、こういった形で医師が勤務している状況でございますが、今、広告可能となっている学会の専門医がどこで働いているか、勤務しているかについて表にしたものでございます。これを見ますと、皮膚科、眼科、耳鼻科、気管食道科、漢方、生殖の各専門医は、診療所に勤務している医師が多い状況で、5割を超えているものもあります。一方で、小児外科、臨床遺伝、婦人科腫瘍などは大学病院が4割になっているといった、専門医の配置状況となっております。

次、12ページでございますが、専門医の広告が受療行動に与える影響はどうかということで、それに関連して、今、厚生労働省で対応しております受療行動に関する施策についてでございますが、1つに紹介受診重点医療機関に関する施策がございます。これは外来の機能の明確化・連携を強化するための施策でありまして、地域の医療機関を紹介を受けて受診する紹介受診重点医療機関とかかりつけ医機能を担う医療機関と2つの紹介・

逆紹介の関係が明確化されるような形で、この紹介受診重点医療機関を明確化する取組が行われております。

13ページ、定額負担についてでございます。紹介状なしで大病院にかかった場合は定額負担が必要だという制度がございますが、これが紹介受診重点医療機関にも拡大するといった形で、外来の機能の分化・連携を進めていくという施策でございます。前回の分科会においては、こういったサブスペ領域の専門医を広告可能とすることが、こういった患者さんの受療行動に関する施策と整合しないのではないか、という御意見がありましたので、今、厚労省で行われている施策をご説明しております。

もう一つが14ページ、上手な医療のかかり方に関する普及・啓発でございまして、できるだけかかりつけ医を持ちましょうといった啓発でありますとか、上手な医療のかかり方を、適切な受療行動を取っていただく観点から啓発を行っているところであります。

最後、参考で、令和2年の受療行動調査より作成した患者の病院の選択ということで、上から2つ目にありますように、大病院・特定機能病院のみならず、中小病院においても、患者は医療機関の専門性を医療機関の選択の際の判断材料としているという結果があったということで、こちらを参考資料とさせていただきます。

こういったことを踏まえまして、論点と考え方でございます。本日の論点としてマル1、サブスペ領域の専門医の広告の方向性について、論点マル2は、基本領域の学会認定専門医の取扱いについてでございます。この表で全体像を示させていただいておりますが、このサブスペに関する論点マル1と基本領域に関する論点マル2のそれぞれを御検討いただきたいと考えております。

17ページが、論点マル1のサブスペ領域の専門医の広告についてでございますが、前回の分科会で国民・患者の受療行動に与える影響について論点がございました。1つ目の○に書いてありますとおり、国民・患者の大病院志向によって生じる様々な弊害に対応するため、まずは身近な「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診して、必要に応じて紹介を受けて大病院を受診するような制度が行われております。医師調査によりますと、現状サブスペ領域の専門医が一概に大病院に集中しているとは言えないのではないかというデータがございました。診療所に勤務する医師も多くて、したがって、サブスペ領域の専門医の情報を基に患者さんが医療機関を選択することが、直ちに大病院への受診を促すことにはつながらないのではないか。むしろ、どの医療機関にかかってよいか分からず取りあえず大病院を受診するような国民・患者さんが、診療所を含む身近な地域の医療機関の専門性が情報提供されることで、身近な医療機関を選択する形になれば、大病院の受診を回避することにつながる可能性もあるということも考えられますので、以上を踏まえすと、サブスペ領域の専門医を広告可能にすることが大病院志向を促すと一律に判断することは難しいのではないか、と記載させていただいております。

これを踏まえた18ページでございますが、この点線の枠組みが対応案でございます。黒字で書かれている部分は前回の分科会で御相談させていただいている内容そのままです。

います。この赤字の※の部分を追加させていただいております。その際、当該専門医制度の専門医が勤務する施設（大病院・中小病院・診療所等）の実態や外来の機能分化に関する制度への国民の理解の状況等も参考に、広告を可能とすることで国民・患者の医療機関の選択や受療行動に与える影響の観点も含め、総合的に判断するということを追記させていただいております。一律、サブスペ領域の広告は駄目ですよとか、いいですよという判断ではなくて、そういった周辺の状況も参考にしながら総合的な判断をしてはどうかという考え方を記載させていただいております。

具体的には、19ページが「新たな判断基準」の骨子の案ということで、前回の分科会でも御議論いただいたものでございますが、骨子のIからIIIまでございますが、その中の例えば国民への分かりやすさの観点の中で、この広告を可能とすることで国民・患者の医療機関の選択や受療行動に与える影響の観点も含めて総合的に判断するという考え方もこの中に加えて判断していく形にしてはどうかということで、前回御提案させていただいたものからこの赤字の部分を中心に追加した形で「新たな判断基準」の骨子を考えてはどうかという御提案となっております。こちらについて御意見をいただければと思います。

次、20ページ、こちらは参考資料でございまして、日本専門医機構が既に認定しているサブスペの領域でございます。

続きまして、21ページでございまして。論点マル2の基本領域の学会認定の扱いということでございまして、前回の分科会において、この基本領域19領域に対応する学会認定専門医（16学会16専門医）については、学会認定専門医から機構専門医への移行状況を踏まえて経過措置を終了することについて提案がされまして、大きな異論はなかったという状況でございまして。

こちらは前回の議論の際に用いた資料でございまして、御参照いただければと思います。

24ページが対応案でございまして、この基本19領域に対応する学会専門医（16学会16専門医）については、令和10年度末をめどに経過措置を終了し、以降は広告不可としてはどうか、ただし、令和10年度末までに学会認定専門医を取得または更新した医師については、更新による認定期間の開始日から起算して5年間に限って広告可能としてはどうか、また、新たな学会認定専門医を広告可能とする場合も、基本19領域と同一の専門性があるものについては、広告可能とはしないという形で、この3つの対応案を記載させていただいております。下の表にその16学会16専門医の内容をオレンジ色の列で示させていただいております。

25ページ、最後、この医師の専門医の広告に関する今後の検討ということで、今後日本専門医機構におけるサブスペ領域の専門医の認定状況なども踏まえまして、以下の論点について、今後も引き続き検討してはどうかということで、論点を整理させていただいております。日本専門医機構サブスペ領域の連動研修領域につきましては、「研修制度整備基準」「認定・更新基準」「専門医名称」が整った個別の専門医の広告の可否、基本的には認めるという考え方ですが、こちらを検討していくこと、また、その他のサブスペ領域に

つきましては、「新たな判断基準」の具体案の策定、個別の専門医の広告の可否を判断するための検討の場・体制の在り方、機構認定専門医と学会認定専門医の名称上の区別など、経過措置により広告可能となっている学会認定専門医の経過措置の終了時期の検討といったことを論点として整理させていただいておるところでございます。

続きまして、26ページ、歯科における専門医広告でございます。

27ページ、日本歯科専門医機構における歯科専門医の状況でございます。日本歯科専門医機構の設立経緯はこちらのとおりでございます。2018年に設立されておるところでございます。オレンジ色の参考に歯科領域の広告可能な専門性資格が示されておりますので、御参照いただければと思います。

28ページが、日本歯科専門医機構における歯科専門医の状況であります。歯科における専門領域の考え方、専門医の診療領域については、大学の講座に準じたものを基本として、サブスペについては今後の検討課題となっております。地域歯科医療における多職種連携、訪問歯科診療、ハイリスク患者の歯科診療などを総合的かつ専門的に行い専門医を認定する制度を構築するといった方針から、以下の10基本領域について専門医制度の認証の検討を進めるということとなっております。現在広告可能な5領域が口腔外科、歯周病、歯科麻酔、小児歯科、歯科放射線科、マル2、専門医像や専門領域について協議の上、新たに検討を行う領域が、歯科保存、歯科補綴、矯正歯科、インプラント歯科、総合歯科、名称は仮称、こういった状況となっております。専門医制度の認証の仕組みはこちらの御覧のとおりでございます。現在までにマル1の5学会について専門医制度認証が終了している状況、マル2の5領域についても協議が終わったら順次認証を行う予定ということで、こういった状況となっております。

29ページ、これは令和5年7月における補綴歯科専門医に関する医療広告の今後の進め方でございます。

30スライドが対応案でございます。現状について、歯科において、歯科専門医機構により、専門医制度の整備が進められておりまして、基本領域としては、口腔外科、歯周病、歯科麻酔、小児歯科、歯科放射線、補綴歯科の6領域が既に広告可能となっております。また、基本領域として、歯科保存、矯正歯科、インプラント歯科、総合歯科の4領域について、現在整備が進められています。サブスペ領域については、現在検討課題となっております。具体的な方針はまだ定まっていません。現在、経過措置によって、当面の間の措置として、学会認定の5学会5専門医、オレンジ色のものが広告可能となっている状況であります。

対応案、赤枠で示しておりますが、医科と同様、基本領域に対応する学会認定専門医（5学会5専門医）については、令和10年度末をめどに経過措置を終了とし、以降は広告不可としてはどうか、ただし、令和10年度末までに学会認定専門医を取得または更新した歯科医師については、更新による認定期間の開始日から起算して5年間に限って広告可能としてはどうか、また、新たな学会認定専門医を広告可能とする場合も、基本10領域と同一の

専門性があるものについては、広告可能とはしないこととしてはどうか、学会認定専門医の広告への対応は、今後のサブスペ領域の詳細な整理を受けてから検討してはどうか、その際の「新しい判断基準」が医科と同様でよいかの観点も含め検討を要するという形で記載させていただいておりますので、御意見をいただければと思います。

31スライド以降は参考資料で、これまでの議論などを整理したものでございますので、御参照いただければと思います。

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、御意見、御質問等を承りたいと思います。なお、できる限り多くの構成員の方々から御意見をお伺いしたいと考えておりますので、御発言は簡潔にお願いできれば幸いです。

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。

私からサブスペシャルティに関する「新たな判断基準」について、その考え方について意見を申し上げたいと思います。

まず、18ページに書いていただいておりますように、国民の理解の状況等も参考にしながら広告を可能とすることで、国民・患者の医療機関の選択・受療行動に与える影響の観点も含め総合的に判断するという点に関しては、私どもも異存はございません。むしろ国民の理解は非常に大切だと感じています。

その中で、例えば11ページに示していただいておりますように、あまり細かい分野は本当に国民の皆さんが理解できるのかというとなかなか難しいと思いますし、基本は12ページや17ページにも書いていただいておりますように、まずはかかりつけ医を持っていたき、かかりつけ医に相談していただいてから大病院に必要な場合には受診していただく、もし専門性が診療所で十分カバーできる場合には診療所でまずは治療を受けていただくという考え方、これは今、示していただいた資料の方向性と合っていると思うのです。

取組として、まず一つは、国民の皆様方にしっかりとそういうかかりつけ医を通して必要な医療を受けていただく、必要な場に紹介していただくという考え方をしっかりと御理解いただくことと、サブスペシャルティの広告可能な範囲を慎重に検討しながら広げていく、この2つが同時並行的に進んでいかないと、どちらかだけが、例えばかかりつけ医に何でもかんでもということではないにしても、医療情報が十分に国民・患者の皆さんに伝わらないあるいは情報が公開されないのも決してよくないと思いますので、十分に2つが並行して進んでいくことが大切だとは感じています。

その上で、サブスペシャルティに関する新しい判断基準の考え方としては、患者さんの目線に合った、あるいは国民の皆さん方がしっかりとその制度を理解した上でこういったことを判断していただきたいということをもまず大前提に考えていただくことが必要だと思いますし、そういった意味では、先ほどの11ページに出ているようなあまり細かいところ

まで入り込ませることは、拙速には考えないでいただきたいと思っています。

以上でございます。

○尾形座長 ありがとうございます。

では、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、サブスペシャルティ領域の専門医広告の方向性の論点1のところですが、13ページに書かれているように、紹介状を持たずに大きな病院に受診すると特別料金が必要だというのが1996年から始まっていますので、既に28年経過している中で、大きな病院は紹介状がなければなかなか受診できないという意識は、一般の国民の中はかなり浸透しているのではないかと思います。ですから、特に今は特定機能病院と200床以上の地域医療支援病院、紹介受診重点病院というのは、最低7,000円という特別料金になっていますので、そういったことを考えると、やはり紹介状が必要だとなって、ダイレクトに大学病院に行ったり、専門医が多いからといって大病院志向に回帰することは、あまりそこは心配ないと私は思っているところです。

もう一つ、医師等の専門性に関する資格名のところですが、いろいろなところでこれまで広告できていた専門医が広告できなくなる、そういったことで患者が不安になるのではないかという指摘をされる声をお聞きしています。これは学会認定専門医の経過措置が終了するということですが、これについては、まず、医師等の専門性に関する資格名の広告の変更がなされるのだということを、厚労省から国民に対してまずそれを明確に示していただくことが必要ではないかと思えます。今まで広告できていたことができなくなる可能性もあることをきちんと伝えることによって、患者も変に不安になることがないようにぜひしていただきたいと思えます。

今後の検討の論点については、今、お示しいただいた方向性でいいのではないかと、歯科における専門医の広告についても、対応策はこれでいいかと思っています。ただ、今、検討されていて、まだ名称は仮称ということですが、拝見していて、矯正、インプラントは分かるのですが、歯科保存というのは一般的に何を指すのかが分かりにくいので、ぜひ今後名称は検討していただきたいということと、総合歯科もどの守備範囲なのかが少し分かりにくいかと思えますので、もしこういったことが今後専門医になっていくのだとしたら、どのようなことを対象にするかということを分かりやすく示していただくことが必要ではないかと思いました。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。

森構成員、どうぞ。

○森構成員 ありがとうございます。

先ほど最初の方が患者さん・国民の意見というところのお話をされました。少し整理をしたいのですが、今、ここで広告を認めるか認めないかという専門医というのは、

先ほどの厚労省の話にもございましたように、一つは「医療情報ネット」には示されるということは間違いないですね。「医療情報ネット」に示されるということは、国民にとっての受療行動、いわゆる受診するための行動に関わることは間違いない。したがって、ここで広告を可とするということは、質の担保等々は当然のことながら、それに加えて国民にとって必要かどうかということですね。国民にとって受診の糧になるかどうかがとても重要なので、いわゆる専門医制度全体を認める認めないという話ではなくて、視点としては国民にとってということがとても大事だというのは、そのとおりだと聞いていて思いました。したがって、質の担保みたいなことだけをずっとつらつらと書くのではなくて、国民にとって分かりやすいというのが今回も入っていますけれども、ここら辺をきちんと重視していただきたい。

それから、先ほども出ましたけれども、国民から見た専門医はなかなか実は分かりにくくて、今後かかりつけ医にかかっているときに国民から見た専門医がどのように映るかということなのですけれども、したがって、専門医は国民から見た専門医、いわゆる国民の受療行動に関わる専門医と、かかりつけ医などといった入り口を担当される先生方が知ってはいけない専門医と、2つあるのです。サブスペシャリティのこの前のものを見てみると、それが今、ごっちゃになっている気がします。つまり、国民は知らなくても先生方が知っていて、このことだったらこちらの専門家がここにいるからここへ紹介してあげよというのも大事な専門医なのです。それが一緒くたになって広告を可にしまうと、この「医療情報ネット」に載ってしまうと、これは受療行動ができるのと一致してしまうのです。ですから、そうではなくて、受療行動に一致させる「医療情報ネット」に出される広告は、国民から見て必要な専門医だけなのです。ですから、そのこのところの区別をしっかりとっておかないと混乱するのではないかと思います。

もう一点なのですが、25ページの今後の検討の論点のところですが、事実誤認がありますので御説明しますが、2つ目の<その他のサブスペシャリティ領域（機構認定・学会認定・その他）>と、この「その他」はレクのとに入れていただきましたけれども、そのポツの3つ目ですね。「機構認定専門医と学会認定専門医の名称上の区別」と書いてありますが、これは極めて難しいと思います。これをやることによって上下関係をつくる可能性が出てきますし、必ずしも学会認定の専門医が全部よろしくないものだけではない。ただ、よろしくないものもあることも事実なのです。ですから、これはこの2つを名称上の区別をするという書きぶりではなくて、ここにも「学会専門医等の名称上の区別」と書いていただくといいかと思います。

私は精神科なのですが、精神科の場合は領域認定というものがございます。つまり、精神科領域として精神科に携わる7つの団体が全て委員を出して、ボードをつくっていて、そこで認定をする、それを国民に示すべきか示さないべきかもそこで決定する仕組みになっています。それを領域認定と私たちは呼んでいるのですけれども、そういった国民目線の専門医をつくらうとしている領域もございますので、こういったところは少し丁寧にお

書き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。

ほか、いかがでしょうか。

桐野構成員、どうぞ。

○桐野構成員 56の専門医を認めたわけですが、そのときに、数も多いし、乱立ぎみだということで、ちゃんと考え直そうということになったわけですね。その後、専門医機構で検討されて19の基本診療科と、そのほか15は、これは主に内科や外科、放射線科などの極めてリーズナブルなサブスペシャリティを認めていこうという方向が出たところぐらいで、僕はもう機構の委員を辞めましたので、その後議論が進んだのだと思いますが、ここだけで34あります。それにさらに10とか15を付け加えれば、前とほとんど同じぐらいの数、50、60ぐらいになるわけです。

もともと専門医は、医学、医療が変化していくとどんどん細分化するとともに分断化されていくわけで、全く新しい今まで名前についていないような専門医も登場するという変化をするという特徴があるのが第1点ですが、その一方で、この専門医という名称は重いのです。一度認めてしまうと、恐らく30年変えられない。変えたとすると、非常に社会的な抵抗があるというのは言い方は悪いかもしれませんが、非常に慣性の法則が適用されるようなものなのです。

したがって、もちろん認定は慎重でありたいと思うのですが、56を認めたときに、そのときの委員の先生方は全くいかげんに何も考えないで認めたかということ、そんなことはないので、一定の基準を持ってやられたわけです。しかし、その結果としてこういうことになってしまったということは、よくその反省をした上でやってほしいと思うのです。

今後の基本的な方向性は検討することになっていて、国民への分かりやすさ、質の担保ができていくかどうか、社会的・学術的意義があるかどうか、これで判定すると前と同じになると思います。60、70、80ぐらいになると思う。そういうものがあるべき姿かどうか、どれぐらい、つまり、もう100でも200でも300でもやるのだというお考えなのかどうかは、その辺りを専門医機構でもぜひ議論していただきたいと思う。

学会がそれぞれの学会として責任を持って運営して認定していく専門医は、避け難いのです。学会としては別に営業的な観点から専門医をつくるのではなくて、質の担保をしたいからつくっておられる学会もあるのです。それはもう避け難いし、各学会の自主性に委ねるべきだと思います。それを全部認めなくてはいけないのだということは必ずしもないので、信頼できる学会がきちんとした条件でつくっておられるのであれば、学会認定医という形で認めることはよろしいと思いますけれども、それをどの程度までやっていくのか。厚労省が国民に分かりやすいと認定してそれを広告可能にするような専門医をどの程度までやるのか。専門医は幾らでも分化して行って、極端に言えば、右足の専門家と左足の専門家ができるのではないかとされているぐらい分化していくのです。ですから、そこを

よくお考えになった上で、僕個人は専門医の広告を認める範囲については、保守的で非常に抑制的にやっていったほうがうまくいくのではないかと考えています。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょう。

幸野構成員、どうぞ。

○幸野構成員 ありがとうございます。

論点に沿って意見を申し上げたいと思います。

論点2の基本領域のほうなのですが、これについては厚労省様や日本専門医機構様の御尽力によってある程度機構認定の統一の道筋もついてきたと思われまますので、16学会16専門医については、経過措置の終了に向けて今後粛々とやっていくべきだろうと思います。その期限が事務局提案では令和10年度末とされているのですが、これは医療機関や患者双方に混乱が生じないように丁寧に取り組んでいくべきだと思えます。

論点2の基本領域についてはそういうことで粛々とということですが、問題なのは論点1のサブスペ領域を今後どのように統一していくかだろうと思います。事務局提案の連動研修領域から段階を踏んでやっていってはどうかということについては、段階的にやっていくことについて基本的には賛成させていただきます。ただ、今後はこれを統一していく過程の中でいろいろな懸念事項が生じますので、それを述べさせていただきたいと思えます。

まずは、機構認定医と現存する学会認定医の区別を国民にどう見える化させるかということだと思えます。専門医名称が一つの重要な要素となると思うのですが、名称上、どのような区別をつけても、その区別を国民が広くはつきりと明確に理解するのは非常に困難で、相当の努力が必要かと思えます。これは区別をすればするほど国民に分かりにくくなることも想定されますので、令和6年の4月から統一される医療機能情報提供制度等々をうまく活用して、国民に広く理解を求めていく努力が必要なのではないかと思えます。

もう一つ、この過程の中で、今、我が国で進めようとしている大きな課題ということで、かかりつけ医を普及させようという方向性の中で、実質国が担保する機構認定の専門医が国民・患者の医療機関の選択や受療行動に与える影響を十分に考慮していく必要があると思えます。医療のかかり方としては、冒頭に黒瀬構成員もおっしゃっていましたが、目指すべきは、あくまでまずはかかりつけ医を受診する、それから、必要に応じてかかりつけ医が専門医を紹介するというのが、医療のかかり方の基本となっています。このような中で専門医を国が担保したものを公開していくことが、患者の受療行動にともすれば影響を与える、ともすれば専門医志向になることがあっては本末転倒となると思われまますので、あくまでかかりつけ医から受診する、必要に応じて専門医を受診するというベースを守りつつも、この専門医制度の普及を着実にやっていく、まさに両輪とおっしゃいましたが、この両輪をしっかりとやっていく、どっちかにバランスが偏ってもいけないということ

考えつつ、この専門医の広告も考えていかなければいけないのではないかと思います。歯科もありますが、歯科も基本的には同じ考え方であります。

以上、意見として申し上げました。どうもありがとうございました。

○尾形座長 ありがとうございました。

ほか、いかがでしょうか。

森構成員、どうぞ。

○森構成員 今の御意見に対して、私が思うには、かかりつけ医にまずかかるというのは大原則にこれからなっていくのだらうと思います。したがって、かかりつけ医がきちんと専門医を紹介する、そのとおりだと思います。ですが、かかりつけ医が持っている専門医も必要でして、それが基本領域の今、言っている19領域、恐らくかかりつけ医の先生はどれかは持っていらっしゃるだろうということですね。だから、そこら辺で入り口が分かるのかもしれませんが。ただ、かかりつけ医はもっと幅広く見るので、その中の専門が何かという程度しか分からないと思います。

したがって、いわゆる受療行動と結びつける専門医は、僕は基本領域と、あるいは厚労省が今、提案されておられる連動する領域は、内科専門医よりも消化器内科専門医にかかりたいとかというのは、そのレベルではあり得ることなので、それがここに出ている15領域の連動研修だと思えますので、そこまでがかかりつけ医とリンクしていく部分ではないかと思っています。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございました。

福長構成員、どうぞ。

○福長構成員 福長です。

感想のようなもので恐縮なのですが、私が医療機関を選ぶときは、信頼できる医師、これがかかりつけ医というものなのか、ただ、かかりつけ医というのかよく分からないところもあるのですが、その先生からの紹介が一番信用できると思っています。ただ、そういう先生がいない場合はネット検索したり、実際にその医院まで出向いて看板を見たりということをして、専門性を確認するのだと思います。先ほど桐野委員ですか、専門医というのはとても意味するところが大きいのだというお話があったのですが、一方、患者にはそれこそ学会認定専門医と専門医機構の専門医との違いがよく分からないところがあります。そうすると、幾つも基準があるというのは、選択のときの判断が難しいと感じます。それから、あまり細かい専門性というのは、それが表示されたとしても、それも国民・患者にとっては分かりにくいのかと思います。

厚労省からも説明がありましたけれども、今後については医科も歯科も厚労省の対応案で、早急に粛々と言いながら、議論を重ねて進めていただいてよいと思っています。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございました。

ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

小林構成員、どうぞ。

○小林構成員 ありがとうございます。

質問なのです。論点2の24ページです。基本領域19領域に対応する学会認定専門医（16学会16専門医）については、令和10年度末をめどに経過措置を終了、以降は広告不可と書かれています。その後続く「ただし」から私が混乱している原因なのですが、更新による認定期間の開始日から起算して5年間に限って広告可とするということで、つまり、令和10年度末以降も広告可能な学会認定専門医の方がいるということで、この私の理解は正しいですか。確認させてください。

○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。

御認識のとおりということでございます。基本的には今から令和10年度までに学会認定専門医を取得した方は5年間広告可ということですので、医師によっては令和10年度末を超えて広告可能となる期間があるということございまして、だんだん減って行ってゼロに近づいていくこととなりますが、令和10年度末を超えてまだそういった方も少しいらっしゃるという形を想定しております。

○尾形座長 小林構成員、いかがでしょうか。

○小林構成員 ありがとうございます。

議論経過があつてのこのような対応案ということと、経過措置といいますか、ソフトランディングをしていくことの重要性そのものは認識しておりますので、異論を唱えるわけではないのですが、ただ、分かりにくいといえれば分かりにくいです。この医師は広告できて、この医師は広告されていない場合に、どうしてだろうという疑問が率直に詳しい人ほど湧く気がいたしました。とはいえ、大切なことは着実に取組を進めていくことだと認識いたしますので、そもそもの周知が大切なのだろうと思った次第です。このように変更になりますよということを、国としても周知をぜひよろしくお願いいたします。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。

森構成員、どうぞ。

○森構成員 今のことに對して、厚労省ではないのですが、コメントしたいのですが、これは恐らく令和10年度末まで、例えば10年に試験を受ける人とか、更新はどんどん機構のほうに移らなくてはいけないのだけれども、今、学会認定の期間中で、いろいろ妊娠したり、出産したり、あるいは外国へ留学したりして期間が延びてしまっていて、それでまだここまで試験を受けることができない人たちがいて、だんだん延びているのです。そういう人たちはもう試験も受けては駄目だよというわけにいかないのです。試験を受けた後、恐らくしばらくの間、次の機構の専門医に更新して機構専門医になるまで学会認定の専門医を広告できるようにしますよということを言っているのではないかと解釈したのですが、

違うのでしょうか。

○尾形座長 これは事務局、どうですか。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

この年度を幾つにするかの提案をさせていただくに当たって、厚労省の医事課とも相談しまして、各学会にどのような状況になっているかを確認させていただいております。そのような中で、学会によっては学会認定と機構認定それぞれどちらか選べますという形で今も周知している学会があること、そういう実態があるということでございました。学会認定を目指している専攻医の先生にとってはいきなり機構認定に変えてくださいと言ってもなかなか変えられないということがありますので、その周知期間としてこういった期間が必要になるということで、学会といろいろご相談、調整しまして、こういった形の年度の期間を提案させていただいております。

○尾形座長 小林構成員、よろしいでしょうか。

○小林構成員 森先生からの補足も含めて、ありがとうございます。

こうなりますよということを国民にぜひ分かるようにお願いできればと思います。くれぐれも着実な取組とセットでと思っております。ありがとうございます。

○尾形座長 ほか、いかがでしょう。

山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 医療機関の検索システムはこの4月から更新されますけれども、例えばあそこのサイトを見る周知率を上げていただきたいのですが、そこにこういった専門医の広告が変更するということは併せて記載していくことは可能なのでしょうか。

○尾形座長 これはどうでしょうか。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。

そういったことを載せることができるかどうか直ちに御返答はできないのですが、お知らせ欄はシステム上準備しているところはありますので、例えばそういったことが活用できるかどうかを考えさせていただければと思います。

○山口構成員 よく厚労省のホームページに掲載していますとおっしゃるのですが、一般の方が厚労省のホームページを見ることはほとんどありませんので、せっかくその中でも一般の方が見る対象としてつくられているシステムですので、そういったところできちんと理解できるようなツールとして、いろいろなところで周知が必要だと思っておりますけれども、患者さんが見るようなところでぜひ分かりやすく書い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。

ほか、よろしいでしょうか。

本日は活発な御意見をいただき、どうもありがとうございました。

本日の御議論を通じ、事務局から示された基本的な論点が3点ございました。サブスペシャリティ領域の専門医広告の方向性、基本領域の学会認定専門医の取扱い、歯科における専門医広告の方向性の3点でございますけれども、幾つかコメントあるいは御意見等を

頂戴いたしましたけれども、多くの構成員から基本的には御賛同いただいたと理解をいたしておりますので、事務局としては引き続きこの方向で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。

続きまして、資料1-2でございます。「医療広告規制におけるウェブサイト等の事例解説書（第4版）について」ですが、これもまず事務局から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1-2と資料1-2の別添がございますので、それに基づきまして御説明をさせていただきます。

まず、資料1-2を御説明させていただきます。

2ページでございます。事例解説書につきましては、医療広告規制のウェブサイトの事例解説書でございます。第3版を令和5年10月6日に公開しておりますところでございます。こちらは厚生労働省ホームページで周知しておりますところでございます。

また、この事例解説書は、ネットパトロール事業でも活用させていただいております。具体的には、医療広告規制に抵触する広告が確認された医療機関に対して通知する注意喚起の文書に、参考資料として事例集も同封するという運用を開始しておりますし、また、注意喚起後の医療機関からの問合せ対応でも、積極的にこの事例集を参照いただくように誘導しているところでございまして、このような形でこの事例解説書、周知を進めておるところでございます。

事例解説書第4版の案でございます。この事例解説書第4版につきましては、直近3月に開催いたしました医療広告協議会において御議論いただきまして、新規作成・更新事例の協議を行ったところでございます。最近は特にSNSに投稿されたインフルエンサーの投稿などを見て医療機関の施術内容を判断するなど、SNS上の口コミ等が消費者に大きな影響を与えていることを受けまして、昨年10月の医療広告協議会でこういったSNS・動画の指摘の方針の協議を行ったところでございまして、本年度のネットパトロール事業でも監視を開始したところであります。そういった監視の結果、問題事例など、そういったところも踏まえまして、新たに第2章「SNS・動画における事例」という章を追加する案を第4版において作成しておりますので、御検討いただきたいと思います。思っております。

5ページは、医療広告協議会とはどういうものなのかについて、参考でございます。

次の6ページ以降、事例解説書の更新点を一つ一つ示したものでございます。資料1-2の別添と併せて御参照いただきたいと思いますと考えておりますが、1つ目、資料1-2別添の16ページにございますが、こちらは新規作成事項でありまして、特にGLP-1の広告、「痩せホルモン」といった表記が誇大広告に相当するものとして周知するものを作成しております。

続きまして、17ページ、こちらは特にオンライン診療に関する周知ということでございますが、本来医師の診察や処方箋の交付を経て処方箋や医薬品が提供されることとなりますが、いかなる患者さんでも必ず薬が受け取れるという期待感を抱かせるようなケースが散見されましたことから、誇大広告に相当する事例として新規作成させていただいており

ます。

27ページでございますが、こちらはビフォーアフター写真ということでございまして、写真等をクリックしなければ必要な情報提供が表示されないようなケースがあったため、こういったケースも違反ですよという形の周知を作成させていただいております。

さらに、43ページ、44ページでございますが、これは前回の分科会で御議論いただいたものでございますが、限定解除要件の中に入りました医薬品副作用被害救済制度の対象とならないことの記載ですね。こういったことも含めてきちんと周知してくださいということとを特に修正させていただいております。

45ページでございますが、こちらは特にGLP-1製剤に関する違反例が多かったということで、GLP-1に関する事例解説を作成させていただいております。

続きまして、第2章でSNS・動画に関する事例を追加しております。

56ページでございます。SNSにおける広告形態の違反事例を解説するページを作成しております。57ページ以降でございます。特に体験談ということで、こういったSNS特有の事例として、他者の投稿を引用して自院のサービスの体験談を紹介している医療広告のケースがありましたので、こういったものを明示させていただいております。

58ページでございますが、これはウェブサイトと同様の趣旨のものをSNSでも駄目だという形で、ビフォーアフター写真の禁止をお示しさせていただいております。

59ページから60ページは、これもウェブサイトと同じですが、自由診療における限定解除の説明をきちんと記載するように周知する修正を行っております。

62ページは、特に動画における広告形態や主な違反の形態の概要を解説するページとして新規に作成しております。動画サイトにおける特有の表示の仕方などを解説するページとなっております。

最後、63から65までもウェブサイトと同様の趣旨でございますが、ビフォーアフター写真あるいは自由診療の限定解除に関する動画における対応策をこちらに記載させていただいております。

以上のように第4版の案をこちらに御提示させていただいておりますので、御検討いただけますと幸いです。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、ただいまの説明につきまして、御意見、御質問等を承りたいと思います。いかがでしょうか。御意見はないですか。

黒瀬構成員、どうぞ。

○黒瀬構成員 ありがとうございます。

このSNSと動画に関しての事例を追加していただいたのは非常によかったと思います。ぜひこれを活用いただきたいと思いますし、現在いろいろな媒体で医療機関は広告をしておりますけれども、不適切な事例を我々も散見いたしますので、そういった意味で多くの広告媒体に関してしっかりと正しい適切な広告を行っていただくよう今後も努めていきます。

だと思いますし、また、厚労省様としても御協力いただければと考えております。今回の方針に関してお礼を申し上げるところでございます。

以上でございます。

○尾形座長 ありがとうございます。

ほかはいかがでしょう。

山口構成員、どうぞ。

○山口構成員 今回加えていただいたことについては異論ございませんけれども、結構次々に新しく加えていって、充実してきていると思うのです。これを実際に使っている声や、こういったことに活用した、あるいは何か作成するときに参考にしてより違反のものが減ったとか、成果みたいなものをチェックするような機能はあるのでしょうか。せっかくここまで充実したものをつくられていて、どのように使われているかという検証がなければ残念だと思いますので、その辺りはどうなのかを聞かせていただきたいと思います。

○尾形座長 これは事務局、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。

なかなかすぐにこういった形でやっていますというものがいない状況ではありますが、資料でも御説明いたしましたとおり、なるべくこの事例を使って医療機関にも御説明したりしておりますし、また、周知の先としても、医療広告などをつくるような事業者などに周知などをやっております。こういったところで、どれぐらいそういった対象の中で知名度があるのか、まだ把握する仕組みまでない状況ではありますが、ただ、この周知度を上げていくということをちゃんと見える化することは重要ではないかという御指摘だと思いますので、また考えさせていただければと思います。

○山口構成員 ぜひ検証は必要だと思いますので、検証していただきたいことと、医療機関は業者に頼んでホームページなどをつくると思うのです。そうすると、医療機関に、業者に頼むときにこのようなガイドラインがあるのでちゃんとそれを守るよなということ、一般的な保険診療をやっているところは逸脱しているところがあまりないと思うのですけれども、美容医療も含めてそういったことを広めていただけたらと思います。

○尾形座長 ごもったもな御意見かと思えます。

黒瀬構成員、手を挙げられていますか。どうぞ。

○黒瀬構成員 ありがとうございます。

今の山口構成員のお話、全く同感でございます。実は医療報告協議会の場で私も同様の発言をさせていただいております。このネットパトロール事業と事例集によって、少なくとも数字的に有意なものかどうかは別として、その対応が早くなってきている。要するに、私どもが申し上げたのは、不適切な報告が例えば6か月間、1年間放置されてしまうと、その間にそれを見た医療機関あるいは業者が同様の不適切な広告を許されるのだと思ってやってしまうという負の連鎖が起こるのを、できるだけ早く改善していただくことによって負の連鎖を断ち切ることをお願いしております。実際にその効果は出てきている

のではないかという印象を感じております。

また、業者のお話もいただきましたけれども、全くそのとおりで、医療機関独自で細々とホームページをつくっているところもありますけれども、基本的には業者さんに丸投げしているところが多いですので、業界団体等の御理解をいただく、しっかりと指導していただくことは非常に大切で、それについても取り組んでいただいていると私どもは受け止めております。

以上でございます。

○尾形座長 ありがとうございます。

森構成員、どうぞ。

○森構成員 ありがとうございます。

今、何度かお話がございましたように、お医者さんは業者に大体丸投げをするわけですが、もう今、この時代になって、ウェブでほとんどの予約も取れて、外来などもそのような時代になってきて、お医者さんが知らなかった、業者が勝手にやったというのは許されないと僕は思っているのです。ですから、お医者さんたちにこういうものがあるということをしちんとお知らせをしなくてはいけないでしょうし、こういった教育をどこかでしなくてはまずいと思うのです。

私のいる領域で、某国立大学なのですが、最近はあるクリニックを開いて、そういったところのチェーン化をすることによってこれだけの利益が上がりましたというのを、成功事例で平気で語られる医局があるのですね。これはかなり本末転倒な状況になっているので、医者としてこういうものはきちんと知っておかなくてはいけないですし、そして、それを分かった上で業者にも頼み、両方でチェックするというぐらいのことがないといけないと思いますので、ぜひ厚労省側でも、どこでやるといいのか分かりませんが、臨床研修のところであればいいのか、専攻医のところであればいいのか分かりませんが、こういったことを学ぶべきものの一つに入れる時代だと思っておりますので、よろしく願いいたします。

以上です。

○尾形座長 ありがとうございます。

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す。

いろいろな御意見を頂戴しまして、効果の測定あるいは改善の方向性等について貴重な御意見を頂戴いたしました。事例解説書第4版の改正内容については特に御異論はなかったと思いますので、事務局としては必要な対応を進めていただきたいと思います。また、今日いただいた貴重な御意見についても、引き続き検討していただきたいと思います。

続きまして、議題2「その他」でございますけれども、これについて事務局から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2に基づきまして、こちらは報告事項でございますが、御説明をさせていただきます。「医療機能情報提供制度の全国統一システムについて」でございます。

2ページにございますとおり、「全国統一システム」を今、進めておるところでございます。これは医療機関が共通基盤であるG-MISを用いて報告して、検索用ウェブサイトである「全国統一システム」で住民・患者さんに公開するシステムでございます。この整備を進めておるところでございます。

3ページにありますとおり、これは令和2年度、3年度からずっと取り組んできたところでございますが、令和6年度、来月からの施行に向けて、最終段階に入っているところでございます。

4ページ目、この「医療情報ネット」の周知、知名度を上げることが大切だということがこの分科会でもたくさんいただいております。そういった周知をどのように進めているかについてでございますが、この「医療情報ネット」運用開始後にきちんと御活用いただけるように、広報資材を都道府県に2月に配布しておるところでございます。具体的には、医療機関、薬局、自治体窓口などで配布いただくことを想定して、こういったパンフレット案を作成して自治体に周知しておるところでございます。また、ウェブ媒体での発信とか、ポスター、広告の作成などの協力依頼を自治体にさせていただいております。それがパンフレットの全体像でございます。

また、5ページ目、厚生労働省のホームページにおいて、この上手な医療のかかり方プロジェクトのホームページなどで、「医療情報ネット」の機能などにつき、下記のようなポスターも使用しながら周知を図っていく予定です。この上手な医療のかかり方プロジェクトにおいて「医療情報ネット」が親しみやすく覚えやすいものになるように、「医療情報ネット」の愛称を募集したところがございます。応募いただいた愛称も御参考に「医療情報ネット」の愛称を「ナビイ」として周知を図っていくこととしたいと考えております。「ナビイ」の名称の考え方は、※に記載させていただいております。

最後、6ページですが、かかりつけ医機能が発揮される制度の一つとして、この医療機能情報提供制度の刷新を行っていくということでございまして、令和6年4月の全国システム施行の部分を来月に進めていくということでございまして、今後も引き続き情報提供項目の見直しなどもこちらの分科会において御検討いただくことを予定しております。

説明は以上になります。

○尾形座長 ありがとうございます。

資料2は報告ということでございますけれども、ただいまの説明につきまして、御質問、御意見等を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「ナビイ」という愛称ができたということを事前説明のときに初めて知ったのですが、その説明を受けながら、スマホのグーグルで「ナビイ」で検索したら、全然引

つかからないのですね。引つかからないので、まだ公表していないのですかとお聞きしたら「医療情報ネット ナビイ」と全部入れないと上のほうにヒットしないというお話がありました。せっかく愛称で「ナビイ」とつけたのであれば、多くの方は「ナビイ」で検索すると思うのです。ですから、「ナビイ」で検索しても上位に行くような工夫をぜひしていただきたい。そうでないと広まらないと思いますので、一工夫をお願いしたいと思います。

○尾形座長 貴重な御意見をどうもありがとうございました。

ほか、いかがでしょうか。

三浦委員、どうぞ。

○三浦構成員 事前説明に出られなかったもので、すみません。

この「ナビイ」について、応募いただいた愛称の意見も参考にとあるのですが、実際にこの「ナビイ」という名称が応募された中にあったのか、その辺をお聞かせいただけますか。

○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。

直接この名称はなかった状況です。たくさん何百という形で応募いただいたところなのですが、どうしてもこの医療機関と薬局を併せて検索するシステムですので、薬局のニュアンスが入っていない名称でありますとか、商標登録とかの関係もあって、直接採用できないものもあった関係で、直接採用に至りませんでした。ただ「ナビ」という言葉を用いた名称の案をたくさん応募いただいたこともありまして、いろいろ総合的に判断しまして、こういった形で進めさせていただいているところでございます。

○三浦構成員 ありがとうございます。

パンフレットを既に作成して配布されているということなのですが、このパンフレットには「ナビイ」の愛称は入っていないのですね。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

4ページにありました都道府県向けのパンフなど、こういったものには間に合わなかったところはありますので、また次年度以降の周知の中で加えていきたいと考えております。

○三浦構成員 先ほど山口委員の御意見にもありましたように、せっかくの「医療情報ネット」ですので、この「ナビイ」という名前も含めて周知が図られるように、よろしくお願いします。

○尾形座長 ありがとうございます。

ほか、いかがでしょうか。

小森構成員、どうぞ。

○小森構成員 今のところ、病院は全病院で機能報告を出されていると思うので、今回この「ナビイ」に載るのだと思いますけれども、診療所を含めて結局何%ぐらいのところか4月1日で載るのですか。要するに、全然100%などあり得ないと思っていますので、スタ

一トは何%で、目標として100%に向けていくのでしょうかけれども、それは一体どれぐらい先なのでしょう。

○尾形座長 これは事務局、答えられますか。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

基本的には100%になることが想定されておりますので、今の時点で何%かというのは確認できていないのですが、4月において各都道府県において周知いただいて、100%に向けて準備が進んでいるところと認識しております。

○小森構成員 ということは、現在このまま行くと「ナビイ」を見ると、本当に周辺の病院は出るけれども診療所は多数出ないということになると踏まえているわけですね。

○尾形座長 事務局、どうぞ。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

病院よりも診療所が全然報告がないのではないかと、ということですが、都道府県から聞いている限りにおいては、診療所からもきちんと報告は進んでいる状況と認識しておりますので、全く診療所が出てこないということではないとは認識しております。

○小森構成員 もちろんそれは出てこなかったら大変なことになるわけで、要は、ちゃんと国民に分かるように、ほとんどの周辺の医療機関は出るのですかと僕は聞いているつもりです。歯科も含めてね。それが何%ぐらいシェアをきちんとクリアしていますかと聞いているのですけれども、分からないのですね。

○尾形座長 今の時点では分からないということですか。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

今の時点でお答えが難しいです。

○小森構成員 もうあと少しでこれはみんなの目に留まるわけですね。何度か見せてほしいと委員会でも言ったと思うのですけれども、それもかなわない状態で国民にオープンするのでね。

○尾形座長 総務課長。

○姫野総務課長 御指摘ありがとうございます。医政局総務課長の姫野でございます。

医療機能情報提供制度、「医療情報ネット」については、この4月からシステム移行して、そこで病院・診療所幅広く機能を見られるようにしていくということで、医療機関の皆様にも御協力いただいて入力作業などを進めていただいております。大変恐縮ですが、今、数字を持ち合わせていないものですから、この場でお答えすることはできませんけれども、先生御指摘のとおり、幅広く地域の医療機関が検索できるようになることが本来の趣旨でありますので、4月1日までにできる限りの入力をお願いする、それ以降も診療所・病院の皆様に入力していただくことをしっかり進めていきたいと思っておりますし、この場でもまた進捗状況についてはどこかのタイミングで御報告できるように我々としても数字をしっかりと整理をしていきたいと思っておりますので、引き続き御指導のほどよろしくお願いいたします。

○小森構成員 ありがとうございます。

心配としては、周辺の先生に自分のところは出ていないのだけれどもこれはどういうことなのだとおっしゃられたときに、それは先生が登録されていないからですよと答えするのが正しいのか、そういうことすら僕は分かっていないので、大変心配している状態です。周りを調べたら、これは全国版なのに載っていないではないのと言われたときに、我々としてどう返事をしたらいいのかという心配があったのです。走りながら1年後、2年後にきちんとした構築がされるのでお待ちくださいねという返事でよければそのように返事をしますし、病院協会ではほとんどの病院が既に機能報告できているはずですから、ここに出てこないことはないはずなのですけれども、その辺も含めて本当はこの委員会できちんと教えていただければそのように報告しようと思いましたが、今の時点ではきちんと分かっていないということで、そのように報告させていただきますけれども、それでよろしいですか。

○姫野総務課長 御指摘ありがとうございます。

もし登録したのに載っていない診療所の方々がいらっしゃいましたらまず都道府県に御相談していただきたいと思っておりますし、もし登録していない方々であれば速やかに入力をお願いしたいということが現時点での対応状況かと思っておりますが、いずれにしても今後この制度を進めていくに当たって、初めての取組でもありますので、いろいろな課題が出てくるかと思っておりますので、その都度先生方からの御指摘もいただきながら改善を図っていきたく思いますので、よろしく願いいたします。

○小森構成員 ありがとうございます。

○尾形座長 ほかはいかがでしょうか。よろしいですか。

ありがとうございました。

それでは、事務局におかれましては、ただいまの指摘も踏まえて必要な対応を進めていただきたいと思っております。

そのほか、事務局から何かございますか。

○矢野保健医療技術調整官 事務局でございます。

尾形座長、構成員の先生方、本日は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、今後事務局として検討を進めてまいります。

また、次回の日程につきましては、別途改めて御連絡をさせていただきます。

本日の議事録につきましては、事務局で作成の上、校正作業を進め、御発言の構成員の先生方に確認いただきますので、確認していただいた上で、速やかに公表したいと思っております。

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、以上をもちまして、本日の分科会を終了したいと思います。

長時間にわたりまして、熱心な御議論をどうもありがとうございました。