

医療提供体制の改革に関する主な論点整理案

医療提供体制の改革に関する主な論点整理案

事項	主 な 論 点	関 連 す る 部 会 委 員 意 見	備 考
1. 医療提供体制の改革の基本的考え方	○患者の視点に立った、患者のための医療提供体制の改革を基本的考え方とすべきではないか。	○患者の視点、患者のための医療ということを、議論をする上で共有すべき。 部会では、医療提供者、行政のみではなく、保険料納付者、患者等、広く一般の立場からの意見交換が必要。(第4回佐伯委員・文書意見) ○「患者の視点を尊重した医療提供体制の改革」、「質の高い効率的な医療提供体制の構築」という基本的スタンスの下で優先順位を設定し、検討すべき。(文書意見・龍井・松井、福島委員) ○医療提供体制の見直しに対する基本的考え方と医療部会の目的・役割の明記(文書意見・古橋委員) ○実施可能なものから漸次具体化すべき。(文書意見・龍井・松井・福島委員)	

2. 患者・国民の選択の支援 (1) 医療機関等についての患者・国民の選択の支援	
①広告規制 ○病院、診療所、助産所の広告規制について、ネガティブリスト方式（虚偽広告、誇大広告など患者にとって有害となるもの以外は規制を原則撤廃）とすることについてどう考えるか。 ○ネガティブリスト方式とする場合、禁止されるべき事項の範囲をどうするか。また、患者の選択を支援する観点から必要となる措置は何か。 ○現行のポジティブリスト方式を維持する場合、患者の選択に資するため、どのような内容の拡充が考えられるか。 例えば、以下の事項についてどう考えるか。 ・検査又は画像診断の方法、医療機器に関する事項 ・院内感染対策に関する事項 ・その医療機関で働く医療資格者が受けた教育や研修に関する事項 ・看護師の専門性に関する事項 ・その医療機関が医療資格者の養成所の実習施設であること ・その医療機関の施設の写真又は映像 ○治癒率、術後生存率、再入院率、患者の満足度などの適切なアウトカム指標の設定を検討すべきではないか。	○インターネットであれば何を出してもいい一方で、広告には規制があるのは、時代遅れではないか。 いかなる情報が患者にとっていい判断材料になるか、広告の際はこうしたことも併せて広告すべきとすべき。例えば、患者が選べる情報提供の在り方にしていくべき。例えば、手術成績について広告する際は、重症度、軽度、中症度にわけ、がんの手術の広告の際は、迅速病理診断ができるか否かを併せて広告するとか。（第2回小山田委員。第2回佐伯委員同旨） ○虚偽、誇大広告など、患者にとって有害なものを整理した上で、広告規制を外していく方向性が望ましい。治療実績については客観的で検証可能なものというようなガイドライン等を作って、広告規制を外していく方向性が望ましい。（第2回遠藤参考人） ○広告規制の原則ネガティブリスト化（文書意見・龍井・松井・福島委員） ○人間の生命、身体、健康にかかわることに関しては、野放しは絶対に駄目。第三者的に大丈夫という検証ができない限り、自己責任というのは無責任なので、少なくともこの分野に関しては、情報公開は相当慎重であるべき。（第2回土屋委員） ○死亡率の問題、医師・スタッフの略歴など平成14年の部会で継続検討となつている事項は、是非この部会で取り上げるべき。（第2回龍井委員） ・医療部会意見書（平成14年3月） ・医療分野における規制改革に関する検討会報告書（平成16年1月） ・規制改革・民間開放推進3カ年計画（平成16年3月19日閣議決定・以下「規制改革等3カ年計画」）

	○広告規制に関連して、病院等の名称、診療科名、院内掲示事項に関する規制もあわせて検討するべきではないか。	○これからは、専門分野、得意分野などについて広告していけるようにすることが大事。 専門看護師、認定看護師、その他学会等で認定を受けた限られた領域に深い実践力を持つ者等々についても、患者に必要な情報として広告ができることも議論すべき。(第2回古橋委員)	
②医療機関等による医療情報の積極的な提供	○患者の選択を支援するため、広告できるとする(広告しなくても良い) 現行の仕組みを進めて、医療機関等が情報提供すべき事項を位置づけることをどう考えるか。その場合、どのような事項が考えられるか。 ○院内掲示事項の拡充や患者への文書の交付等、医療機関の情報提供を促進するための具体的方策として、どのようなものが考えられるか。	○医療機関側が広告をしたい内容と、患者サイドが知りたい内容には、すれ違う場合が多々ある。患者のニーズ把握を的確にした上で、情報提供のガイドライン作りや一部義務化などを検討すべき。(第2回龍井委員) ○医療機関の施設基準、領収明細書発行の義務化等(文書意見・龍井・松井・福島委員)	・医療機関の情報公開の促進のための具体的方策の検討について、e-Japan 重点計画 2004
③インターネットによる情報提供	○医療機関がホームページ上で提供している情報は、現行の解釈では、患者がアクセスして取得するものであり、医療法上の広告には当たらないとの位置づけであるが、インターネットの利用普及を踏まえた規制の在り方の検討を行う必要はないか。 ○民間団体等による自主的な取組など、インターネットによる情報提供の信頼性を確保するための方策としてどのようなものが考えられるか。	○インターネットで自分の成績を出す場合、一番いい成績が出るようにしているところがあり、そのまま野放しにしているか。 ベンチマーキングのような形で、どこかで決めた規則に則ったものを認める等、何かの規制をかけるべき。簡単な患者しかやらなければいい成績に決まっている。(第2回村上委員)	・医療情報の信頼性の確保方策の検討について、e-Japan 重点計画 2004 ・規制改革等3カ年計画
④公的機関等による医療に関する情報提供	○患者の選択に資する観点から、取組が求められる情報提供は、具体的にどのようなものが考えられるか。 WAM-NET や医療機能評価機構による現行の取組をさらに充実させるべき事柄、方策として、具体的に何が考えられるか。	○個々の患者への情報提供だけではなく、医療の現状や問題点についての情報提供を国民に行っていくべき。(第1回佐伯委員) ○現在医療機能評価機構による評価のみが広告可能とされているが、それ以外の機関の設置も含めて考えるべき。(第2回龍井委員)	・医療機関の機能評価、アウトカム指標について、e-Japan 重点計画 2004 ・規制改革等3カ年計画

	○医療に関する情報提供について、国や地方公共団体、医療機関等、それぞれの責務を明確にしていきたいと思います。	○健保連においても、2600を超える病院が登録している病院情報提供を行っている。(第2回高智参考人) ○国民、患者の欲している情報を適切に把握した上で、医療に関する情報提供の在り方を考えていくべき。(第2回古橋委員) ○電子カルテ、レセプトの電算処理について、数値目標の達成状況や達成していない理由を把握して議論するべき。(第2回龍井委員) ○院外処方せんの発行の実態を考えれば、十分な患者の満足のためには、医療情報ネットワークの中に、薬局を組み込むべきではないか。(第4回山本(信)委員) ○医療分野の情報化は、患者の医療への主体的参加、医療の透明性の確保、医療機関相互の公正な競争促進等の実現を図る上で必要。特に、カルテ、レセプト等のＩＴ化の促進、標準化、共有化の取組のスピードアップ。(文書意見・龍井・松井・福島委員)	・「e-Japan 重点計画 2004」において医療分野は先導的7分野の一つとの位置づけ ・規制改革等3カ年計画
⑤医療分野の情報化等	○効果的な推進方策を検討しつつ、また、利用者の視点を重視しながら、医療分野の情報化をさらに推進していくことが必要ではないか。		
(2) 診療情報の提供の推進と患者の選択の尊重			
①診療情報の提供	○まず、本年4月から施行される個人情報保護法及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」の周知・徹底、定着を図っていくべきではないか。 ○充実した診療情報の提供を推進していくため、さらにもどのような取組をしていく必要があるか。	○「診療情報の提供等に関する指針」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」の周知・徹底と情報提供に関する院内掲示等の環境整備が必要。(文書意見・古橋委員) ○患者がカルテ等の情報を得ようとしても、廃棄、経営母体の変更などの理由で得られない場合がある。カルテ開示以前に、医療の記録は患者自身が所持、保管する必要がある。(文書意見・佐伯委員) ○患者本人の請求に係るカルテ・レセプト開示の原則の徹底方法の議論(文書意見・龍井・松井・福島委員) ○充実した診療録は診療の質を維持するために不可欠であ	・医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会報告書(平成16年12月)

②根拠に基づく医療(EBM)の推進	○医療の質の向上を図り、患者が主体的に医療に参加する環境の整備を図るためにも、根拠に基づく医療(EBM)について、引き続き、データベースの充実、診療ガイドラインの整備を進めるとともに、その位置づけを明確化し定着を図っていくことが重要ではないか。	り、診療録管理士の国家資格化が必要。(文書意見・村上委員)	○患者の立場から考えると、ガイドラインがあることによって安心感が得られる。一般向けの情報もわかりやすい形で提供することで、医療の質の向上に役立つことを期待するので、今後とも推進すべき。(第2回遠藤参考人) ○医療に関するデータベース、標準的ガイドラインの設定普及の推進等良質でわかりやすい情報提供。(文書意見・龍井・松井・福島委員)	・「e-Japan 重点計画 2004」 ・規制改革等3カ年計画
③患者本位の医療提供の環境づくり	○インフォームドコンセントの考え方の定着も踏まえ、患者の理解と選択に基づいた医療が行われるよう、インフォームドコンセントの内容の充実、推進をいかに図っていくか。 ○セカンドオピニオン等の患者の自己決定を支援する仕組み、医療提供者による医療の質の向上が適切に図られていく仕組みをどう推進していくか。 ○その他、患者本意の医療提供を図るための制度的対応、環境整備などをどう推進していくか。	り、診療録管理士の国家資格化が必要。(文書意見・村上委員)	○インフォームドコンセントの徹底。 セカンドオピニオンや相談体制の充実等、患者の自己決定を支援する仕組みを検討すべき。(文書意見・古橋委員) ○「患者主権の確立」という観点から、インフォームドコンセントやセカンドオピニオンの推進に向けた環境整備等。(文書意見・龍井・松井・福島委員) ○医師、看護師、薬剤師等の医療職が、もっと患者本位にできるような環境づくりを、国でも自治体でもすべき。制度、仕組みを作る際には、現場が患者本位になるような分析、環境づくりを考えざるべき。(第1回渡辺委員) ○医療は、対立や依存ではなく、信頼を基に人間関係を作らるべき。患者の意識改革への働きかけや医療現場の環境づくりは、病院のトップの意識が大きく影響している。(第1回辻本委員) ○現在の医療は、患者の単位では、医療行為に透明性がなく、説明責任もない。国民という広い目では、各種施策が国民のニーズに応えているかや政策決定が不透明という問題がある。(文書意見・佐伯委員)	

3. 医療安全対策の総合的推進 ※ 医療安全対策の更なる推進については、医療安全対策検討会議において、具体的検討を行う予定。			
(1) 医療安全対策における国、地方の役割			
国、地方の役割	○医療安全対策が医療政策の重要課題となっていることを踏まえ、医療安全対策についての国、地方の役割を明確にするべきではないか。		・医療事故防止システムの確立に向けた総合的施策について、規制改革等3カ年計画
(2) 医療機関における安全管理体制			
①医療安全管理体制	○安全管理者（リスクマネージャー）や安全管理部門の設置、患者相談体制の整備が、特定機能病院及び臨床研修病院について義務化されているが、責任を持った安全管理、患者の利便の観点からは、例えば一定規模以上の医療機関にその対象範囲を拡大すべきではないか。 ○例えば診療所においても高度あるいは専門的な医療が行われていることも踏まえ、医療機関の規模、機能に応じた実効性ある安全管理体制の実現を図るため、どのような改善強化策が考えられるか。	○専任のリスクマネージャー、医療安全管理部門、患者相談窓口設置の義務化拡大（文書意見・古橋委員）	
②院内感染対策	○患者の生命、健康の安全を守るためには、院内感染対策が医療機関において適切に講じられていることも重要であり、必要な管理体制の整備の推進や集団院内感染の発生時における医療機関の対応の検討をするべきではないか。		
③放射線防護対策	○患者に適切な放射線照射が行われるような管理体制の整備を推進するべきではないか。		

(3) 苦情や相談への対応体制			
①医療機関における体制	○医療機関における患者からの苦情や相談を受け付ける体制は十分なものとなっているか。		
②医療安全支援センター	○医療事故防止をはじめとした医療安全向上のため、患者等からの苦情や相談に対応する機関として、医療安全支援センターがあり、整備が進められているが、患者等の利益の保護の観点から、法的な位置づけの明確化や二次医療圏ごと等への設置拡大等、改善充実を図っていくことが必要ではないか。	○医療安全支援センターの活用等、被害者救済に係る諸施策の検討（文書意見・龍井・松井・福島委員）	
(4) 医療事故や医療関連死の報告・届出に関する制度			
①事故事例の報告・届出	○事故事例、ヒヤリ・ハット事例については、既に事例収集の仕組みがあるが、報告対象や収集後の分析、還元の在り方について見直す必要はないか。また、医療事故等の報告を法律上義務づけるべきとの意見についてどのように考えるべきか。	○医療事故事例情報の収集・分析等、患者の視点に立った医療事故防止対策の推進。（文書意見・龍井・松井・福島委員）	・ヒヤリ・ハット事例の報告対象等については見直しを行い、4月1日から改善の予定。
②原因究明制度、紛争処理制度等	○医療の透明性の確保、医療事故の再発や萎縮医療の防止を図るため、診療行為に関連して患者が死亡した場合の届出と、中立的専門機関による科学的根拠に基づいた原因究明を行う制度について検討する必要があるか。 ○医療事故等に関する紛争について早期解決を図るための裁判外紛争処理制度（ADR）について検討する必要があるか。	○事故が合併症かわからないケースも多い。中立的な所で、何かあったら評価する仕組みがないと、マスコミに一方的に叩かれることを恐れ、萎縮医療に陥る危険性があるのではないか。（第1回村上委員） ○診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業は良いと思うが、司法や警察の力、あるいは医師免許を監督する厚労省権限などのない組織で、踏み込んだ調査ができるのだろうか。（第2回北村委員）	・平成17年度に診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業を行う予定。
(5) 医療事故をおこした医師等への対応			
行政処分、再教育	○行政処分を受けた医師、歯科医師、看護師、薬剤師等についての再教育制度の位置づけや仕組み等、どのような制度とすべきか。また、行政処分を的確に行うための	○特に最近、リピーターが多い。例えば1カ月間だけ現場を外して教育してもなかなか直らない。（第1回杉町委員） ○医師や看護師だけの再教育ではなく、薬剤師、検査技師	医道審議会医道分

	組織体制及び調査権限の強化が必要ではないか。 ○繰り返し事故や過誤等を起こす医療従事者について も、再教育が必要ではないか。 ※ 行政処分を受けた医師に再教育を義務づけること、 義務づける場合の対象者、再教育の内容、実施主体等 について、現在、「行政処分を受けた医師に対する再 教育に関する検討会」において検討している。	などの再教育をする場というのも考えるべき。(第1回杉町 委員) ○今の医療は非常に高度な技術を必要とし、例えば内視鏡 や腹腔鏡の不具合、不整備ということも、事故に関係する。 これらを調整するのは臨床工学技士である。チーム医療の 質を高めていくために、このような職種の人材育成も考え るべき。(第1回佐伯委員)	科会(平成16年3 月)
(6) その他	○歯科医療における安全確保の強化についてどう考える か。 ○医療事故の中でも、医薬品に関連するものが多いこと も踏まえ、医療機関・薬局における医薬品に関連する医 療安全をどのように確保していくか。 ○医療機関における医療機器の適正な利用や保守管理に ついてどのように確保をしていくか。	○顎骨骨折や交通事故、あるいは高齢化社会の中で歯科の 外科処置で全身管理を伴うような事例が増えており、安全 確保が非常に厳しくなっていることから、病院歯科(病 院における歯科の医療機関)の安全確保について積極的に 検討すべき。(第2回箱崎委員) ○薬が絡む事故の数が多し。薬剤師や薬局に関連して、安 全の観点からの指摘がある。(第1回山本(信)委員)	○医療機器産業ビ ジョン(平成15年 3月)

4. 小児をはじめとした救急医療体制等の在り方	
①救急医療体制の確保 ○救急医療体制の確保をどのように図っていくか。 特に、休日夜間に初期、2次、3次の救急医療体制が体系的にしっかりと整備されることが重要ではないか。 ○次世代育成支援や医療安全の観点から、小児救急医療や周産期医療等の母子救急医療体制の整備を急ぐべきではないか。 ○小児救急医療を始め小児医療を担う病院については、地域での集約化を図るべきではないか。 ○小児医療については診療所と病院の連携をさらに強化するべきではないか。 ○地域における小児救急医療体制の補強や症状に応じた適切な医療提供といった観点から、休日、夜間において、保護者等が安心して電話相談等ができる体制整備を進めることが重要ではないか。	○小児救急では、夜間診療の確保が大事。すぐ診察が受けられる医院（開業医）があることは非常に大事。開業医が夜間もやり、良い救急センター（病院）が地域にあり、重症患者に対応できることが大きなポイント。（第2回、第3回大橋委員） ○小児救急の問題は、子どもを国の財産と考え、例えば、夜間に救急車を呼ぶだけでなく、動画メールやテレビ電話を使っている24時間医療相談などが考えられる。報酬の在り方や分娩費用の在り方が少子化を招いているのではないか。（文書意見・佐伯委員） ○国立や公立病院が救急医療体制を整えることが重要。（第1回大橋委員） ○救急医療についての計画を作成する際は、大学との提携が十分取れるような計画になるべき。救急医療から次に行くとセカンドエイドが、きちんと対応できる体制を整えることで、救急医療は充実する。（第2回、第3回山本（文）委員） ○小児医療・救急医療体制の充実に向けた具体的な方策の検討が必要。（文書意見・龍井・松井・福島委員） ○小児救急医療拠点病院は、現在は病院でなければ駄目であるが、有床診療所も対象にできないか。実際には診療所で365日、24時間やっており、重症患者を総合医療センターから診療所に送って来る。（第3回大橋委員） ○救急医療体制の確保については市町村に任されているが、今後負担が増えていくようであると負担しきれない。（第3回山本（文）委員）

②マンパワーの確保等	○小児救急や周産期医療等を担う小児科・産科の医師をはじめ必要なマンパワーをどう確保していくか。	○小児科医がいなくても、給料を多く出すと確保できる。深夜は診療点数も高く、24時間やっていれば患者も大勢来る。(第1回、第2回大橋委員) ○研修医制度で、当直を月に2回やる等義務づければ、救急医療にも資する。(第1回大橋委員) ○深夜に診た診療点数には、医師優遇税を採用すれば、救急医療を行う開業医も増えるのでは。(第1回大橋委員) ○救急医療を担当してくれる医師がいない。特に小児科、産婦人科がいない。開業医を充実強化するような体制を作ることが、これからの日本の医療の安全を作っていくのではないか。(第3回山本(文)委員) ○小児科のなり手が非常に少ないのは、大変大きな問題。小児科の医療は極めて高度な治療なので、そういう評価を教育の段階からしていくことが必要。(第3回堀田委員) ○小児外科医が救急に携わることがよい。(第4回大橋委員)
③国民への啓発	○救急医療体制について、AEDの普及も含め、国民への啓発・教育を充実することが重要ではないか。	○救急医療体制について、受け手の側の国民なり住民を啓発、教育することが大事。救急センターに初期救急で済むような人が多数来ては本来の小児科の専門医としての仕事を実際はできない。(第3回土屋委員)
④災害医療提供体制	○自然災害やテロ等の災害時に迅速に対応できるよう、どのような体制を構築する必要があるか。	