

第13回「医療分野における規制改革に関する検討会」議事概要

出席者 岩淵、岡谷、川淵、見坊、坂本、櫻井、奈良、宮武の各委員、榮畑総務課長、渡延指導課長、上田医事課長、瀧口歯科保健課長、田村看護課長、高倉経済課長 他担当官

(○：委員、□：座長、△事務局)

【川淵委員提出資料について】

- 日本の医師数については、調査により24～28万人と一定の幅があり確定できない。医療スタッフの数と医療過誤率の関係については、22の特定機能病院を対象として分析した結果、患者重病度などを勘案しても有意の相関は認められない。36病院のデータでも、医療スタッフの数と術後の出血率、感染率の相関は認められない。また、病院の収支と患者の重病度についても相関はない。臨床研修制度について、国庫補助により研修医の給与が確保されるとも聞いているが、大学病院には医員と呼ばれる研修終了直後の医師が多数勤務しており、臨床研修医との間で給与額の逆転現象が起きる可能性も考えられる。

【資料1について】

- 本日は、これまでの議論を踏まえ、当面取り組むべき規制の改革について議論を行うこととしたい。個別の問題は、それぞれに専門的な立場からの検討も必要になってくることから、本検討会においては、それぞれに結論を出すということよりも、患者・国民の立場に立って将来の規制のあり方を実現するために、今どういう取り組みを行うべきかについて大きな方向性や姿勢という観点から議論いただきたい。
- 患者の立場から医師に直接は聞きにくいことも多く、身近な地域で相談に乗ってもらえる体制を整備することが重要である。また、その窓口で、休日・夜間の対応の仕方、医療機関のスタッフの体制や設備などが分かれば、患者にとって有益である。行政も協力すれば、円滑に運営できるのではないかと。当面の取り組みとして取り上げて欲しい。
- 大病院のように専門分化が進むと、スタッフ間での情報伝達の必要量が多くなるし、自分の専門の部分以外には責任を持たないと言う方向に進んでしまいがちであり医療事故につながる可能性も考えられる。来年度から必修化される臨床研修でスーパーローテーション方式を採用し地域の第一線の病院で研修させることで、かかりつけ医の育成を推進すべきと考える。患者も、かかりつけ医を持つべきであり、病院に初診の患者が多数来院すると良い医療が提供できなくなる恐れもある。
- 健保連は、病院に関する情報提供を行うなど保険者の役割として患者の相談に乗る姿

勢がでてきたが、政府管掌健保や市町村の国民健康保険はどうなっているのかという不満はある。行政による取組みとしては、都道府県ごとの相談窓口の設置などが進められている。さらに、民間団体による取組も期待されているが、例えば、米国の医師会による取組はどうか。

- 医師会では、すでに苦情相談のための窓口を開設している。また、医療に関して何でも相談できるというのは、かかりつけ医の役割と考える。
- かかりつけ医がいても、複数の医師から異なる診断を伝えられた場合に、誰に相談したらよいか分からないと言う場面もあり得るし、夜間や休暇中などかかりつけ医と連絡がとれない場合も想定され、そのような場合の相談窓口の整備は必要である。
- 広告規制については、将来的にはネガティブリスト化すべきであろうが、今はそういう状況ではない。医療に関する国民の常識レベルを見極める必要もある。一方、インターネットで提供されている情報の中には不適切なものもあるので専門団体による指導など自主的な取組が期待される。
- インターネットの情報量は極めて多いが内容の偏りもあり、初めて通院しようとする人が医療機関を選択する場合には困難が多いし、インターネットを使えない人がいるという問題もある。また、公的機関が提供する情報が欲しいという意見が多いが、公的機関からは健康診断のお知らせなどの情報は網羅されているが、医療機関、かかりつけ医の選び方、病院の機能分化、医療費や医療を考えるための情報などはない。広告規制が緩和され、情報が提供されることは歓迎するが、あわせて、提供された情報を患者・国民が受け止め、判断できるようなサポート体制の整備が必要である。
- 広告規制の緩和については、看護師の専門性や医療機関が医療資格者の養成のための実習施設であることについて、患者が様々な情報を得ることができるという観点から有益であり、検討すべきと考える。
- 患者と医療関係者の情報ギャップを埋めるための制度的な対応は広告規制の緩和であるが、スタッフや設備の有無などのストラクチャー、院内感染対策の実施状況などのプロセス、治療結果などのアウトカム、の3要素に着目し時間軸で整理して検討を進めるべきと考える。また、診療所の施設の一部の共有化については、グループ診療により病院の外来患者の集中を緩和したり、医師にとっても休日や夜間の急患に対して交代制による診察が可能になるなどのメリットがある。このため、受付や会計を複数の診療所で共有したり、薬局も同じ建物に設置することを認めるなどの規制緩和も考えられる。都道府県の指導の実態も踏まえつつ、受付、会計、レントゲン、検査、薬局などについて検討すべきでないか。
- 特定機能病院の外来は、そこでしかできない高度な医療を提供すべきであるが、現状では、いかに短時間で診察を終わらせるかについて精力を注いでいる。自主的に見直す

べきである。また、診療所の運営については開設者である医師が全責任を持つ必要があり、診療所の施設の共有化で責任が不明確になるのは問題である。これまでも、レントゲンのない診療所から患者が紹介されて、他の診療所でレントゲン撮影を行うという医療機関間の連携は広く行われている。各医療機関が、それぞれ責任を持った上で連携するようにすべき。

- かかりつけ医の重要性は認識しているが、患者の生活状況まで把握して地域で医療を行うかかりつけ医が実態として、どれほどいるのか、休日・夜間に対応してくれる人も少ない。また、病院がもっと地域の保健、医療、福祉の拠点として機能して欲しいという期待にどれだけ応えているのか。こうした対応が積極的になされれば、規制を議論するまでもなく、患者と医療側との壁が低くなるのではないか。
- 高齢者の在宅医療の問題は、これまで本検討会で議論してきた内容とは別の論点ではないか。在宅医療に十分な費用が支出されていないことが問題である。
- 休日や夜間の心配は理解できるが、現実には、かかりつけ医が対応できるような症例は多くない。いずれにしても、一人の医師の対応には限界があるので、医師会などが中心となって輪番制などにより急患等に対応する取組みを進めていく必要がある。
- 医療機関が一つしかない、診療科に限られるなど、過疎地域の中には戦前とあまり変わらない状況の地域もある。規制改革の議論を行う以前の問題として対応が必要である。
- 当面の取組みは、すべて是非、資料1の方向で進めてもらいたい。個人情報保護については、死亡した患者の情報の取扱い、個別法の必要性などについてさらに議論すべき。また、生涯教育の推進については、広告を可能にすることだけではなく、もう一工夫できないか。さらに、医療過誤に関する医師の処分強化については大きな流れとして当然のものと考え、一般人による自動体外式除細動器の使用については早急に解禁すべき。
- 本日は、資料1について一通り議論いただいたので、次回は検討会としてのとりまとめの議論に入っていきたい。どういう形で、たたき台を提出するか事務局と相談したい。