

患者の望みを支える「患者主体の医療」実現のための研究会
報告書

～医療従事者と患者の共有意思決定が成り立つ社会の実現に向けて～

2021（令和3）年11月

患者の望みを支える「患者主体の医療」実現のための研究会
構成員

石川ひろの	帝京大学大学院 公衆衛生学研究科 教授
一戸 和成	北部上北広域事務組合 公立野辺地病院 病院事業管理者
宇賀神史彦	一般社団法人 VBHC 研究所 代表
大橋 弘	東京大学公共政策大学院院長
小野崎耕平	一般社団法人サステナヘルス 代表理事 ※
唐澤 剛	慶応義塾大学大学院 政策・メディア研究科 特任教授 [元 厚生労働省保険局長、内閣官房まち・ひと・しごと創生本部 地方創生総括官]
堺 常雄	株式会社日本病院共済会 代表取締役 [前 一般社団法人日本病院会会長、社会福祉法人聖隷福祉事業団 総合病院聖隷浜松病院総長]
鈴木 美穂	認定 NPO 法人 マギーズ東京 共同代表理事
武田 俊彦	ボストンコンサルティンググループ シニアアドバイザー 東京海上日動火災保険株式会社顧問・岩手医科大学医学部客員教授 [元 厚生労働省医政局長]
田村 誠	国際医療福祉大学大学院 特任教授[前 中医協 専門委員]
中山 健夫	京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻健康情報学分野 教授
林 英恵	Down to Earth 株式会社 共同代表取締役・行動科学者

(五十音順、敬称略)

※事務局 一般社団法人サステナヘルス

研究会の開催状況

- 第1回 2021（令和3）年 3月 9日
 - ・研究会の主旨説明
- 第2回 2021（令和3）年 4月 7日
 - ・石川委員、中山委員の意見陳述
 - ・武田委員からの情報共有
 - ・論点に関する議論 ①
- 第3回 2021（令和3）年 5月 8日
 - ・論点に関する議論 ②
- 第4回 2021（令和3）年 7月 2日
 - ・報告書案に関する議論
- 第5回 2021（令和3）年 8月 13日
 - ・とりまとめ

患者の望みを支える「患者主体の医療」実現のための研究会
報告書
【報告書要旨】

■背景

- ・わが国における医療サービスの質を国民・患者の求めるレベルに高めていくためには、自らの意思決定により、医療機関・医療サービスを選択したいという国民・患者の要望に答えていく必要がある
- ・医療従事者が提供する医療サービスの質・内容が、国民・患者に正しく伝わりにくいという「情報の非対称性」の「溝」に対する懸念を解消しつつ、患者が「最新」かつ「最適」な治療法（医療技術）を選択できる制度上の環境整備が必要
- ・環境整備については①情報を集める・作る・公開する、②情報を患者に伝え、選択肢を広げる、との2つの柱に基づいて検討した
- ・国民・患者が主体的に治療法（医療技術）を選択でき、かつその選択肢を拡大するための方法として、5つの提言をまとめた

■提言

提言①情報公開に特化した新規データ収集制度の構築

- 国民・患者にとって、質の高い医療サービスの選択に資するという視点で、治療実績等のアウトカムデータ、臨床評価指標など収集すべきデータ項目を厳選・整理
- 既存データを集約するのは手間や手続きが煩雑であることを考慮し、また、当該情報の情報公開を見据えた「ゼロ」からデータ収集制度を構築
- データ収集の環境整備と、医療機関・医師の負担軽減のため、電子カルテの標準化やデジタルヘルスの促進等、データ収集基盤を整備（診療報酬による誘導も含む。）

提言②医療データ収集・公開のための公的機関の設置

- 「医療の質」評価研究センター（仮称）の設置
- 収集したデータから、医療の標準化を進めるための診療ガイドライン等のエビデンスの構築と患者経験価値（PX）調査の導入
- 公的機関が管理する情報公開ツールを開発し、医療機関ごとの情報をわかりやすく公開

提言③公開情報による国民・患者の医療機関選択の促進と短期集中的な財政支出の必要性

- 公開情報をもとに国民・患者が医療機関（医師）を選択することを通じた、医療提供体制の機能分化の推進
- 医療機関（医師）情報を公表し、併せて、医療の質を向上させていくことが、医療提供体制の改革の王道であるとの認識

- そのための短期集中的な財政支出が、結果として医療費適正化になるということを、現在の我が国の医療制度を踏まえた上で理解する

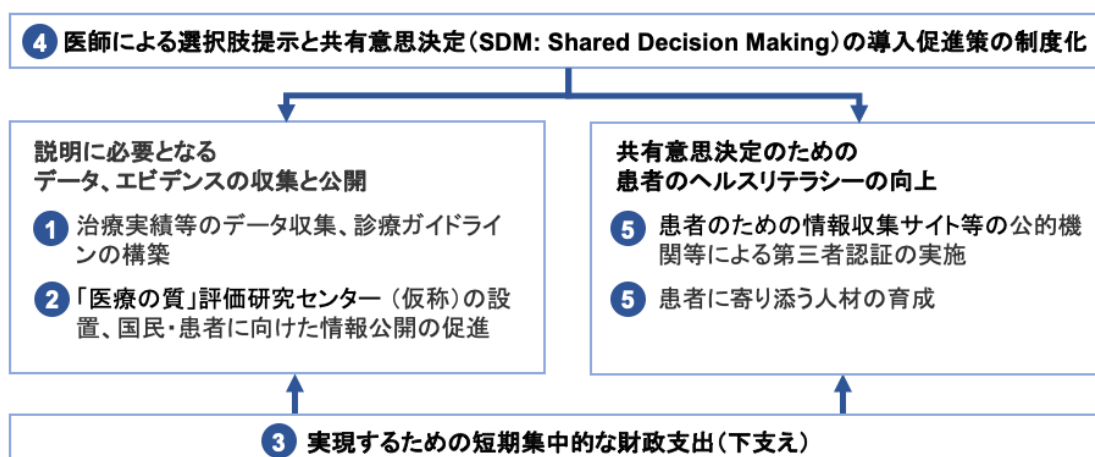
提言④医師による選択肢提示と共有意思決定(SDM:Shared Decision Making)の導入促進策の制度化

- 最新のデータ・エビデンスをもとに、患者への治療法(医療技術)の選択肢の提示
- 生命リスクが高く、治療法の不確実性(望ましい患者アウトカムを実現できる可能性が他の選択肢より高いと示されている治療法が確立していない)の高い「がん」「難病」、一定の質以上のエビデンスに基づく診療ガイドラインが公表されている疾患(Minds で公開中の診療ガイドラインの対象疾患を想定)から開始
- 医療法により規定された「紹介患者への外来を基本とする医療機関」を含む大病院の専門医(専門医機構が認定する19領域の専門医を想定)を対象として実施
- 共有意思決定には、医師だけでなく関係職種も含めて、医療機関として対応するチーム医療としての位置づけ・体制も必要
- 最新の治療法(医療技術)が遅滞なく提供されるよう保険外併用療養費制度の柔軟な運用、制度設計

提言⑤患者に寄り添う人材の育成と、相談の場や情報収集サイト等の公的機関による第三者認証の実施

- 医療情報の理解が難しい患者に対して「通訳」できる人材の確保
※ここで言う「通訳」とは、患者と医療従事者の間に入り、患者の意向を医療従事者に伝え、また医療従事者の専門的な情報をわかりやすく患者に伝えることを指す。
- 患者の不安解消とヘルスリテラシー向上のための環境整備

各提言の関係



目次

1 はじめに

- 1.1 背景 1 日本の医療に対する評価・国民の医療満足度
- 1.2 背景 2 日本の医療への国民の不満・医療情報の非対称性
- 1.3 背景 3 医療の標準化の遅れ
- 1.4 背景 4 医療(機関)情報の収集方法とデータ不足・医療の質の評価・公表
- 1.5 背景 5 多様な選択肢を求める意見
- 1.6 背景 6 研究会の目指すもの

2 「患者主体の医療」の実現に資する5つの提言

- 2.1 医療データの収集・エビデンスづくりと医療機関・医師に関する情報公開
 - 2.1.1 現状と課題
 - 2.1.2 提言 1 情報公開に特化した新規データ収集制度の構築
 - 2.1.3 提言 2 医療データ収集・公開のための公的機関の設置
 - 2.1.4 提言 3 公開情報による国民・患者の医療機関選択の促進と短期集中的な財政支出の必要性
- 2.2 患者の選択肢拡大のための医師による医療技術に関する選択肢提示と共有意思決定の導入促進策の制度化
 - 2.2.1 現状と課題
 - 2.2.2 提言 4 医師による選択肢提示と共有意思決定(SDM:Shared Decision Making)の導入促進策の制度化
 - 2.2.3 提言 5 患者に寄り添う人材の育成と、相談の場や情報収集サイト等の公的機関による第三者認証の実施

1.はじめに

1.1. 背景 1 日本の医療に対する評価・国民の医療満足度

日本の医療制度は、1961（昭和36）年に成立した国民皆保険制度により、保険証一枚で「誰でも」「どこでも」「いつでも」医療を受けられるという、世界に類を見ないシステムが構築され、2000（平成12）年には、世界保健機関（WHO）から世界一との評価を得た。近年では、2019（令和元）年に英国の医療人材派遣会社 ID メディカル社が公表した医療に関するランキングで、世界1位の評価を得ている¹。

また、2020（令和2）年9月に公表された日医総研ワーキングペーパー「第7回日本の医療に関する意識調査」²においても、受けた医療の総合的な満足度は92.4%（満足+まあ満足の合計）と高い割合を示し、総じて国民は日本の「医療」について評価していることが分かる。

1.2. 背景 2 日本の医療への国民の不満・医療情報の非対称性

一方で、受けた医療に満足していない主な理由は、日本の医療の特長であるフリーアクセスによりもたらされる医療機関での「待ち時間」を除くと「医師の説明」「医師の態度や言葉使い」が上位である。また、日本の医療全般について評価する点を見ても、「医療の技術」85.6%や「医療の安全性」70.8%といった点が高い評価を得ているのに対し、「医師の資質」60.8%、「医師と患者のコミュニケーション」57.4%、「患者の価値観を重視した医療」47.4%と、医師や医療従事者とのコミュニケーションや説明といった点の評価が低いことが分かる。国民・患者が「安全・安心な医療」を提供されていると実感するためには、医療従事者との信頼関係の構築が不可欠であり、この結果を踏まえれば、治療に向き合う際の患者と医療従事者との関係について、施策上の検討の余地があることが示唆されていると考えられる。

さらに、かかりつけ医を持っている患者が、かかりつけ医に望むものは「必要時に専門医や専門施設に紹介」することや「患者情報を紹介先に適時適切に提供」することであり、また、かかりつけ医がいない人のかかりつけ医を持たない理由が「どのような医師がかかりつけ医に適しているかわからない」「かかりつけ医を選ぶための情報が不足している」「かかりつけ医を探す方法がわからない」などであることから、患者が医師や医療機関を選択する際に、自身で判断できる情報が不足しているという背景があることがわかる。これを踏まえると、かかりつけ医ならば、病気になった時に、医師や医療機関を選択するための情報不足を補ってくれ、適切な医療へと導いてくれるのだろうという期待が見受けられるが、これは医療情報の非対称性に起因するものと考えられる。

¹ 医療費（GDP比）、病院ベッド数、医師数、看護師数、平均余命など医療に関する指標を数値化したヘルスケアシステムの総合評価で日本が1位だった。「The Best Healthcare Systems Around the World」
<https://www.id-medical.com/blog/best-healthcare-systems/>

² 「第7回 日本の医療に関する意識調査」https://www.jmari.med.or.jp/research/working/wr_715.html

1.3. 背景 3 医療の標準化の遅れ

さらに、同ワーキングペーパーにおいて、医療全般の評価の中で最も低評価だったのが「診断や治療の標準化」45.5%である。

2002（平成14）年度からスタートし、18年が経過している「EBM〔根拠に基づく医療〕普及推進事業（以下、Minds）³」は、質の高い診療ガイドラインの普及を通じて、患者と医療者の意思決定を支援し、医療の質の向上を図ることを目的として実施されているものの、2021（令和3）年10月1日時点で、最新版のガイドラインの登録数は396件となっている。また、診療報酬上においても、算定留意事項や施設基準でガイドラインを尊重・準拠する旨の記載のあるものもあるが、患者に対しガイドラインに記載されている内容（エビデンスや標準治療法など）をもとに、治療法（医療技術）の選択肢の提示やそれぞれの治療成績などについて、丁寧に説明することを条件にしているものはない。

※ 本研究会では「医療の標準化」について、一般的に期待される医療行為から見て低いレベルとみなされる逸脱によるばらつきを減らし、医療全体のレベルの向上を図る意味で用いることとする。

1.4. 背景 4 医療(機関)情報の収集方法とデータ不足・医療の質の評価・公表

医療情報の非対称性の解消のためには、患者にとってわかりやすく、かつ、簡便な方法で情報を入手できる環境が必要である。2017（平成29）年の受療行動調査⁴によると、患者が医療機関を受診する際の情報は、口コミを除くとインターネット等が主な入手先となっている。

その対象となるであろう情報として制度化されているものとして、2006（平成18）年の第5次医療法改正により2007（平成19）年から開始された「医療機能情報提供制度⁵」がある。提供開始から13年以上が経過しているが、現在も提供する情報の内容が分かりにくい、都道府県ごとにデータの統一性がないといった指摘があるなど、患者にとって必要かつ十分な情報が提供されているとはいえない。

また、医療機関の治療内容などを判断する情報としては、2010（平成22）年から

³ EBM 普及推進事業（Minds）は、①診療ガイドライン作成支援、②診療ガイドライン評価選定・公開、③診療ガイドライン活用促進、④患者・市民支援を事業の4つの柱とし、診療ガイドラインデータベース「Minds ガイドラインライブラリ（<https://minds.jcqh.or.jp/>）」を運営し、インターネットを通じて、誰もが無料で診療ガイドラインや一般向けの解説等を閲覧できる環境を用意している。

⁴ 厚生労働省、平成29年受療行動調査 結果の概要。

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/17/dl/kekka-gaiyo.pdf>

⁵ 厚生労働省、医療機能情報提供制度（医療情報ネット）について。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryoku/teikyouseido/index.html

スタートしている「医療の質の評価・公表等事業⁶」があるが、開始後 10 年が経過してもなお参加病院が増えず、「臨床評価指標（Quality Indicator :以下 QI）」においても各病院団体間で統一されていないため、2020 年度からは、QI の標準化に向けた新たな組織を立ち上げようとする状況である。こうした状況では、医療情報の非対称性の解消が進むことは期待できない。

1.5. 背景 5 多様な選択肢を求める意見

2017（平成 29）年 7 月に公表された日医総研ワーキングペーパー「第 6 回 日本の医療に関する意識調査」⁷と「第 7 回 日本の医療に関する意識調査」では、「医療の平等性」の項目において違いが見られた。第 6 回では「所得の高低に関わらず、受けられる医療の中味が同じ方がいい」という回答が、高所得層（等価所得 500 万円以上）で 20.0%であったのに対して、第 7 回では、高所得層で 34.2%を超える結果となっており、この 3 年の間に、特に高所得層において、医療に対して多様な選択肢を求める傾向が出てきていると考えられる。

また、受けた医療に満足していない項目として「患者の価値観を重視した医療」の項目があり、患者が、自らの視点で医療サービスを選択できていない傾向も見取れる。

1.6. 背景 6 研究会の目指すもの

以上のような背景から、本研究会では、①医療の標準化を推進するためのデータベース、エビデンスの整備、②医療機関や医師等の情報がわかりやすく国民に届くための環境整備、③医療機関や医師等が、患者に対し信頼できるデータ・エビデンスをもとに丁寧に説明する環境と併せて、患者の価値観を重視することで患者の満足度を高め、治療に対する不安を軽減できる環境整備を行うことを提言する。それにより、国民・患者が病気と向き合う時、「最新」かつ「最適」な治療法（医療技術）に出会い、できる限り主体的な選択ができるような環境を整えると同時に、その選択肢を拡大することを目指す。

※ 「最新」の治療法を患者が主体的に選択できるようにするには、有効性・安全性が確立されてない、いわゆる「代替医療」的なものを、患者の単なる希望によって提供することを含んでいない。

⁶ 医療の質の評価・公表等事業は、国民の関心の高い特定の医療分野について、病院が臨床指標（患者満足度、プロセス指標、アウトカム指標）を設定し、これに取り組んだ上で、分析・改善策の検討及び情報の公表を行うことで、医療の質の向上を推進させることが目的の事業で、概ね 40 施設以上の病院で構成される団体が参加できる。

厚生労働省. 医療の質の評価・公表について <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000462044.pdf>

⁷ 第 6 回 日本の医療に関する意識調査 https://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_622.html

患者の望みを支える「患者主体の医療」実現のための検討(概略)

国民・患者は、自らの意思決定により、医療機関・医療サービスを選択したいという意識が高まっている

- ・ 国民・患者は、自らが受ける医療の内容や選択肢について、詳細な専門的な説明とともに開かれた相談の場も求めている
- ・ 国民・患者は、医療機関や医師に係る客観的かつ比較可能な情報を入手できていない
- ・ 国民・患者は、医療の標準化の遅れや、医療内容にばらつきがあることに不安がある
- ・ 国内のエビデンスが集積されておらず、また、情報公開に関する環境整備がされていないことに不満がある
- ・ 近年、治療法の選択肢拡大に係る国民・患者のニーズの高まりがある

医療従事者と国民・患者の「情報の非対称性」の「溝」に対する懸念を解消しつつ、患者が「最新」かつ「最適」な治療法(医療技術)を選択できる制度上の環境整備が必要

環境整備の考え方(主なもの)

情報を集める・作る・公開する

- ・ 医療機関、医師の治療実績・アウトカムデータ、臨床評価指標の収集
- ・ データ収集のための公的機関(「医療の質」評価研究センター(仮称))の設置
- ・ 公的機関による医療機関情報のデータ公開サイトの開設
- ・ 短期集中的な施策実現のための財源の投入

情報を患者に伝え、選択肢を広げる

- ・ 患者に対するエビデンスに基づく治療法(医療技術)等選択肢提示と共有意思決定の導入促進策の制度化
- ・ 共有意思決定推進のため、生命リスクが高く、治療の不確実性の高い疾患と、イノベーションが多い疾患を中心に実施
- ・ 治療法(医療技術)選択時の障壁をなくすため、先進医療、選定療養、患者申出療養等の保険外併用療養費制度の弾力的な運用・制度改正の実施
- ・ 患者が気軽に病気や治療法について相談できる場や、情報を得られるサイト等の厚生労働省等の第三者による認証の実施

国民・患者が主体的に治療法(医療技術)が選択ができるようにし、かつ、その選択肢を拡大する

2. 「患者主体の医療」の実現に資する5つの提言

2.1. 医療データの収集・エビデンスづくりと医療機関・医師に関する情報公開

2.1.1. 現状と課題

【医療政策におけるデータ収集】

データ収集について、医療政策の事業としては、前出の「Minds」や「医療の質の評価・公表等事業」がある。「がん」については、2016（平成 28）年 1 月から開始された全国がん登録や 2007（平成 19）年 10 月に公表が開始された全国がんセンター協議会の部位別、施設別生存率データがある。

また、学会が主導してデータを収集する事業として、2010（平成 22）年に外科系臨床学会が立ち上げた一般社団法人 National clinical database（以下、NCD）⁸があるが、これは 2018（平成 30）年からスタートした新専門医制度と連携し、登録事業に参加することを専門医取得の条件としている。

これらのデータ収集事業はそれぞれが独立した形で行われており、その背景や根拠は、予算事業（研究予算を含む）として実施しているもの、法律にもとづくもの、専門医制度と関連させているものなどに分類できる。また、収集したデータの取り扱いについては、医療機関や医師本人にフィードバックすることで、医療機関や医師自らがそのデータを基に改善改良を行うことが中心の制度設計となっており、国民・患者が、医療機関や医師を選択する際に、治療実績やアウトカムデータを簡便に比較することができる制度設計や公表基準にはなっていない。

【エビデンスづくりのためのリアルワールドデータ⁹の収集と電子カルテの標準化】

リアルワールドデータについては、データ分析への利用に制約があり、データ分析を専門とする研究者にとっても、非常に扱いにくい状況が存在する。また、データ収集には電子カルテの標準化が不可欠であるが、なかなか標準化が進まない。理由として、標準化の議論では細かい技術的な論点が目立ち、データ収集・分析のための制度や、医療機関の財政的な検討¹⁰がなされていないことに加え、そもそもの業界の閉鎖性、競争が働かないといった環境面での問題（例：いわゆるソースコードやシステムの設計図の開示がされないために、保守契約が独占状態となるなどの問題もあり、ソースコード等の開示も大きな課題のひとつ）がある。これらを変えるためには、ベンダーによる医療機関の囲い込みを排除できるような電子カルテの標準化・調達のあり方の議論を継続的に行う必要がある。

⁸ 一般社団法人 National Clinical Database（NCD）は、2010 年専門医制度を支える手術症例データベースとして外科系臨床学会が設立し、わが国で行われている該当領域手術の 95%以上が登録されている。
<http://www.ncd.or.jp>

⁹ 臨床試験のような実験的環境（ideal world）ではなく、日常診療の環境（real world）で収集されたデータ（製薬協「Real World Data の活用」2016）

¹⁰ 電子カルテの導入、保守管理、カスタマイズ、別ベンダーへの乗り換えの際のデータ移行等には非常に高額な費用がかかる（ベンダーロックインともいう）。

【エビデンスの適時性と医療技術の再評価】

エビデンスについては、関連学会等による指針やガイドライン等の見直し状況を、行政が必ずしも適時適切に把握できているわけではない。そのため、診療報酬改定時にも、最新のガイドラインが反映されずに、古い内容が規定として残っていることがある。また、既掲載の医療技術の再評価が全く進んでおらず、医療技術の新陳代謝も進んでいない。

【医療機関の広告規制と医療機能情報提供制度】

2017(平成29)年の医療法改正以降、これまで広告として取り扱われていなかった、ホームページなどの情報も広告として規制対象となった。

広告できる内容は、患者等の利用者保護の観点からガイドライン¹¹で詳細に定義されている。しかしながら、医療の内容に関する情報は保険診療によるもの(届出の有無など)に限定するなどの条件により、医療従事者と患者等との間で情報の非対称性が大きくなっており、また、医療従事者が開示する情報と患者等が必要な情報との間の乖離が大きい。

同様に、医療機関に情報提供を義務付けている医療機能情報提供制度においても、患者等が必要とする、治療に関するアウトカム情報については情報提供の対象となっていない。

2.1.2. 提言1 情報公開に特化した新規データ収集制度の構築

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">① 国民・患者にとって、質の高い医療サービスの選択に資するという視点で、治療実績等のアウトカムデータ、臨床評価指標など収集すべきデータ項目を厳選・整理② 既存データの集約は手間や手続きが煩雑なことを考慮し、当該情報の情報公開を見据えた「ゼロ」からデータ収集制度を構築③ データ収集の環境整備と、医療機関・医師の負担軽減のため、電子カルテの標準化やデジタルヘルスの促進等、データ収集基盤を整備(診療報酬による誘導も含む。) |
|--|

【データ収集、エビデンスづくりの視点】

医療政策上、予算事業等で実施されているデータベース作成や、エビデンスづくり(ガイドラインやデータ分析)を、国民・患者へのわかりやすい情報提供という視点で見直す。公表は医療機関ごと(専門医は、患者との共有意思決定(後述)を行う際に自身のデータを公開する)に実施する制度設計とし、医療機関は得られたデータをもとに自院の医療の質を向上させるための改善改良に努めることになる。

【データ収集、エビデンスづくりの方法】

既存の分散した各種データを寄せ集め、統合・分析するには、相当程度の無駄な労力を要する。そこで、昨今のデジタル庁の設置や個人情報に関する法制の検討を見据

¹¹ 厚生労働省. 「医療若しくは歯科医療又は病院若しくは診療所に関する広告等に関する指針(医療広告ガイドライン)等について」. 2018.5.8

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000206548.pdf>

え、全国統一した形で、かつ、国民・患者が求めている医療機関に関するアウトカムデータ、臨床評価指標収集に特化したレジストリや DPC データの収集（データ提出加算など）と同様のデータ収集の仕組みをゼロから構築する。

また、医師からの医療データ収集に関しては NCD 事業が参考になる。この事業は外科系臨床学会が主導して立ち上げたものであり、専門医制度と関連させることで極めてうまく機能している。当該事業を参考にすると、医師からの必要なデータ、エビデンスの収集のために、将来的には後述するデータ収集に関する公的機関の設置と歩調を合わせ、専門医制度自体についても公的な制度として管理していくことが必要である。

【データ収集等に関する医師・医療機関の負担軽減に資する環境の整備】

データ収集の仕組みを構築する際は、データ登録に関する医師等の負担を軽減する観点から、標準化されたデータ収集基盤との連携を容易にするための技術的な支援をベンダーに対して求める（電子カルテの標準化も選択肢のひとつ。標準化ができない場合は、互換性を高める技術的な協力を最低限の義務とする。同時に、デジタル化の進展に伴い、今後開発されると想定されるデジタルヘルスに関する医療技術を活用し、データ収集を促進できるよう電子カルテとの連動も想定して検討を行うべき。また、音声入力・指示など現場で求められる具体的な負担軽減策も取り入れられるべき。）とともに、医療保険制度（診療報酬制度）において、一定の財政措置を行ったうえで、その促進を図ることとする。

2.1.3. 提言 2 医療データ収集・公開のための公的機関の設置

- ① 「医療の質」評価研究センター（仮称）の設置
- ② 収集したデータを活用した、医療の標準化を進めるための診療ガイドライン等のエビデンスの構築と患者経験価値(PX)調査の導入
- ③ 公的機関が管理する情報公開ツールの開発、および、医療機関ごとのわかりやすい情報公開

【データ収集、エビデンスづくりを行う公的機関の設置とデータの信頼性の確保】

データベースやエビデンスの確からしさを統一すること、医療機関・医師による不公平感（いわゆるクリームスキミングやチェリー・ピッキング）をなくすことを目的に、データの収集・分析、エビデンスづくりを行うための公的機関（「医療の質」評価研究センター（仮称））の設置を検討すべきである。

また、当該機関には、データ分析を実施できる人材、情報公開を念頭に国民・患者が必要としている情報を検討する人材、デジタル技術に精通した人材などを、外部の民間人も含めてオープンな形で登用し、フラットな組織で活用することを前提に検討を進めるべきである¹²。

¹² 各国とも医療の質について担当セクションを設けて取り組んでいる。英国 NICE（National Institute of Clinical Excellence）の設置、米国 AHRQ（Agency for Healthcare Research and Quality）の設置等。国際的な民間の取り組みとして ICHOM（International Consortium for Health Outcomes Measurement）もある。

【公的機関による医療機関情報の分かりやすい公開とエビデンスの迅速な把握・公表】

公的機関においては、国民・患者にわかりやすくデータ等を公表するための情報公開サイトも合わせて構築するものとする。

また、行政機関はガイドラインの新規登録や更新の状況を随時把握できていない。この状況を改善するため、当該機関の設置の際には、新規の医療技術（医薬品や医療機器）が承認された場合や、関係学会等がガイドライン等を見直した場合、学術誌等で新たにエビデンスが発表された場合などに、可及的速やかに情報が登録または収集できるシステムとするような規定も合わせて整備する必要がある。

【公的機関が収集すべきデータ等と公開されるべき医療機関等の情報】

公的機関が整備すべきデータの例として、「病期・病態に合わせた標準治療法、全国の平均的な治療実績・成績（予後）」「臨床評価指標（QI）の全国の平均的な実績値」「診療ガイドライン」、医療機関ごとに公開すべきものの例として、「病院（主治医（専門医））ごとの治療実績・成績（予後）」「病院ごとの臨床評価指標（QI）の実績値」「患者経験価値（Patient Experience: PX）」「疾病ごとの治療に係る平均費用」が挙げられる。この際、公的機関を設置するにあたっては、患者経験価値（PX）に関する調査を新たに実施すべきである。PXは、後述する医療機関による治療法（医療技術）に関する選択肢提示と共有意思決定の推進と関連して患者側の視点による評価として行われることが適切と考えている。

※患者経験価値（Patient Experience: PX）

患者が受けた治療の「プロセス」を調査する。調査項目は客観性を高め、具体的な項目が多いため、事実に基づく回答となる¹³。各国の取り組みや、調査項目等を先進事例として参考にすべき¹⁴。

※患者満足度（Patient Satisfaction: PS）

患者が治療を受けた後に、「結果的」に満足しているかを調査する。調査項目は、患者の主観により左右される設問が多い。

また、医療機能情報提供制度、医療の質の評価・公表等事業、Mindsなどの既存事業や、令和2年度から実施されている全国の病院等を検索できる医療情報サイトの基盤構築事業を整理した上で、公的機関の設置とともに制度をまとめ上げることが必要

¹³ （一社）日本ペイシエント・エクスペリエンス研究会 <https://www.pxj.or.jp/aboutpx>

¹⁴ PXを成果指標として最初に導入した英国は、2002年にNHS主導でPX調査を開始した。米国でも同年、公的なPX調査の開発が行われ、米国保健省HHSがHCAHPS(Hospital Consumer Assessment of Health Plans Study)と呼ばれるサーベイを用いて約7割の病院で実施されている。HCAHPS（「医師や看護師とのコミュニケーション」「ペインコントロール」「ナースコントロールに対する適切な対応頻度」「病室の清潔さと静かさ」「投薬についての情報」「退院時の説明」「その病院を家族や友人に紹介するかどうか」「総合的な入院体験評価」など8項目32問）のスコアが高いほど、病院に報酬として還元される仕組みになっている。https://www.pxj.or.jp/wp-content/uploads/2018/06/PSからPXへ__解説.pdf

である。さらに、アウトカム評価については、CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) の ACO¹⁵の 33 指標¹⁶のように、地域を単位としたものの検討も継続的な検討課題である。

2.1.4. 提言 3 公開情報による国民・患者の医療機関選択の促進と短期集中的な財政支出の必要性

- ① 公開情報をもとに国民・患者が医療機関(医師)を選択することを通じた、医療提供体制の機能分化の推進
- ② 医療機関(医師)情報を公表し、併せて、医療の質を向上させていくことが、医療提供体制の改革の王道であるとの認識
- ③ そのための短期集中的な財政支出が、結果として医療費適正化になるということを、現在の我が国の医療制度を踏まえた上で理解する

【医療機関の機能分化に関する哲学の転換】

これまで、ともすれば(保険)財政中心の医療機関(医師)の機能分化の議論がされてきたが、本来、医療機関(医師)の情報公開を中心とした取り組みを通して、医療制度、医療保険制度改革を進めることが王道・本質であるとの理解に立ち、近い将来確実にやってくる人口減少、少子高齢化社会に備え、財源を短期間に積極的に投入し、実効性のある改革を成し遂げなければならない。¹⁷

その際、医療提供体制や医療機関の機能分化について、医療を提供する医療者中心の議論で決めていく枠組みではなく、需要を作り出す国民・患者の側が、情報(治療実績やアウトカムデータ、臨床評価指標等)をもとに「選択」することで、その促進を図る哲学と仕組みに転換する¹⁸。

【世界への発信】

また、他国に先んじて、世界に類を見ない速度で進行する少子高齢化を経験する日本であるからこそ、その困難を乗り越える制度改革を実現し、世界に冠たる「日本の医療制度、医療保険制度」を世界に発信していくべきである。

¹⁵ ACO(Accountable Care Organization):メディケア患者に対して、不必要な重複や医療ミス回避することを目的に、医師や病院などが自発的に連携し、適時適切に連携のとれた高質のケアを提供する組織

¹⁶ CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) . <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/ACO-Shared-Savings-Program-Quality-Measures.pdf>

¹⁷ 米国は2010年にEHR (Electric Health Record) 導入促進のためのグラント・融資プログラム(20億ドル弱)、2011年から医療提供者へのEHRインセンティブプログラムを開始(累計170億ドル執行)して計190億ドル(約2兆円)を支出。日本の医療保険医療費約44兆円(2019年)は、米国のメディケア(連邦政府が直接支払う唯一の公的保険である高齢者向け医療保険)7994億ドル(約88兆円)の約2分の1であることから、財政支出規模も2分の1である1兆円程度の規模の財政措置を検討すべき。


<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical>

¹⁸ 巻末(付言2)

提言① 情報公開に特化した新規データ収集制度の構築

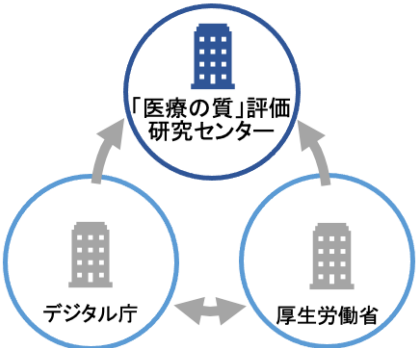
提言1のポイント

1. 国民・患者にとって、質の高い医療サービスの選択に資するという視点で、治療実績等のアウトカムデータ、臨床評価指標など**収集すべきデータ項目を厳選・整理**
2. 既存データの集約は煩雑であることも考慮しつつ、**情報公開を見据えた「ゼロ」からのデータ収集制度を構築**
3. データ収集の環境整備や医療機関・医師の負担軽減のため、**電子カルテの標準化やデジタルヘルスの促進等、データ収集基盤を整備**（診療報酬による誘導も含む。）



提言② 医療データ収集・公開のための公的機関の設置

提言2のポイント




1. 「医療の質」評価研究センター（仮称）の**設置**
2. 収集したデータから、医療の標準化を進めるための診療ガイドライン等の**エビデンスの構築と患者経験価値（PX）調査の導入**
3. 公的機関が管理する情報公開ツールを開発し、**医療機関ごとの情報をわかりやすく公開**

データの収集・分析、エビデンスづくり、および、国民・患者への情報公開ツールの開発、管理を行う

提言③ 公開情報による国民・患者の医療機関選択の促進と短期集中的な財政支出

提言3のポイント



1. 公開情報をもとに国民・患者が医療機関（医師）を選択することを通じた、**医療提供体制の機能分化の推進**
2. 医療機関（医師）情報を公表し、併せて、医療の質を向上させていくことが、**医療提供体制の改革の王道であるとの認識**
3. そのための**短期集中的な財政支出が、結果として医療費適正化になる**ということ、現在の我が国の医療制度を踏まえた上で理解する

2.2. 患者の選択肢拡大のための医師による医療技術に関する選択肢提示と共有意思決定の導入促進策の制度化

2.2.1. 現状と課題

【入院診療計画書とインフォームドコンセントの現状】

入院診療計画書には、入院中の治療内容に関する記載欄があるものの、実際の記載内容は「手術を実施」「化学療法を行う」「〇日間の入院加療」等とあり、治療法全般にわたる詳細な説明がされているとはいいがたい。したがって、インフォームドコンセント（医療法第1条の4第2項）とクリティカルパスを念頭に制度化された入院診療計画書による患者への説明は、事実上、想定された機能を果たしていない。

さらに、医師による手術前の患者や家族への説明等は、いわばサービスとして実施されていることから、医師の負担感は強く、一方的な説明になることが多い。

患者や家族は、こうした短時間でのやり取りについて不満も多く、医療に自身の価値観が反映されていると考えている患者も少ない。そのため、これまで診療報酬において、さまざまな観点で患者の不安や情報の非対称性の解消に向けた評価¹⁹が行われてきたにもかかわらず、患者の不満は一向に解消していない。

また、イノベーションの起きている領域においては、医師の情報不足やデジタル化への対応の遅れ、医師自身が経験してきた既存の治療法への安心感などから、患者に対して最新の治療法が提示されないこともある。

【最新の治療法へのアクセス状況】※保険外の治療がガイドライン等に存在する場合

ドラッグラグやデバイスラグによって、海外のガイドラインには記載されている治療法（医薬品、医療機器を含む）が、日本の薬機法の未承認である場合などは、先進医療 B、患者申出療養、治験、臨床研究なども含め、そうした治療法を受けることができるようにするための保険外併用療養費制度がある。

しかしながら、保険に既に収載されている技術の再評価や他の技術との比較を行う臨床研究を行う場合や、保険収載されていないながら診療報酬上の適応外疾患等になる医薬品、医療機器等を使用する場合に使える保険外併用療養費の制度類型がない²⁰。

2.2.2. 提言 4 医師による選択肢提示と共有意思決定 (Shared Decision Making: 以下 SDM) の導入促進策の制度化

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">① 最新のデータ・エビデンスをもとに、患者への治療法(医療技術)の選択肢を提示② 生命リスクが高く、治療法の不確実性(望ましい患者アウトカムを実現できる可能性が他の選択肢より高いと示されている治療法が確立されていない)の高い「がん」・「難病」、一定の質以上のエビデンスに基づく診療ガイドラインが公表されている疾患 (Minds で公開中の診療ガイドラインの対象疾患を想定) から開始 |
|--|

¹⁹ 患者サポート加算や、がん診療連携拠点病院入院診療加算におけるがん患者相談窓口の設置など。

²⁰ 先進医療 A はあくまでも保険収載の可否を検討するための評価療養であり、保険収載時に、保険適用外とされた場合は、この対象になり得ない。

- ③ 医療法により規定された「紹介患者への外来を基本とする医療機関」を含む大病院の専門医（専門医機構が認定する19領域の専門医を想定）を対象として実施
- ④ 共有意思決定には、医師だけでなく関係職種も含めて、医療機関として対応するチーム医療としての位置づけ・体制も必要
- ⑤ 最新の治療法（医療技術）が遅滞なく提供されるよう保険外併用療養費制度の柔軟な運用、制度設計

【患者への治療法（医療技術）の選択肢提示と共有意思決定の導入促進策の制度化】

医療機関および医師（専門医）に対して、ガイドライン等に基づく標準治療法（医療技術）や最新のデータ・エビデンスとともに、自らの医療機関（主治医となる場合は医師自身のデータも含めて）の治療実績・アウトカム、臨床評価指標等のデータを示しつつ、患者（またはその家族）に対して治療法（医療技術）の選択肢の提示を実施することも含め、共有意思決定を行うための基盤を整備するための導入促進策を制度化する。

※共有意思決定（Shared Decision Making：SDM）

医療者と患者が医学的なエビデンス（科学的な根拠）と患者の生活背景や価値観などを共有して一緒に治療方針を決定するプロセス。特に、治療方針に関して、不確実性が高く、治療法（医療技術）の選択肢が多くあり、どの治療法がよいのか分からないときに必要となる。

※説明と同意（インフォームドコンセント：Informed Consent：IC）

生命リスクの高い疾患の治療に際し、他の選択肢に比べて患者がよくなる可能性が高いことが分かっている、すなわち確実性が高い治療法（医療技術）がある場合に選択される。

【「導入促進策の制度化」の位置づけ・方法】

医療法上の入院診療計画書の拡充で対応し²¹、医療機関の管理者（もしくは医師）に実施させるようにすることが最終的な目標と考えるが、当面、療養担当規則や診療報酬の通則規定など健康保険法上の取り扱いとし、診療報酬により評価する方が、実現可能性が高い²²。

その際、現在の入院診療計画書等に基づき医療現場で行われているインフォームドコンセントのように、医師（医療従事者）が説明をしたという事実を形式上残すためだけの一方的な形にならないよう、共有意思決定では、医師（医療従事者）と患者と

²¹ 入院診療計画書はクリニカルパスを前提にしたものであるが、説明を制度化する対象はクリニカルパスでは対応できない不確実性の高いものを想定しているため、詳細な説明が必要。

²² 医療法第六条の四第一項第五号に規定する厚生労働省令で定める事項に、「治療計画の中に、標準治療法、標準治療法以外の医療技術の選択肢の提示をすること」や「データとして、全国・自院・主治医（専門医）自身の治療実績・成績（予後）等のいわゆるアウトカムデータや臨床評価指標、患者満足度等を追加すること」などを追記することで、法改正せずに対応可能。

cf 宅建業法の重説：取引における双方の認識の違いによる訴訟が多発したことにより制度化

の間で、理解を共有することが大事であることを念頭に要件を設定することが重要な視点である。

【共有意思決定を行うために説明すべき項目】

説明すべき項目は、患者が特に知りたいと思っているものに絞り込む。まず「病期・病態に合わせた標準治療法、全国の平均的な治療実績・成績（予後）」「自院および主治医自らの治療実績・成績（予後）」を示した上で、「診療ガイドライン等に基づく標準治療法以外の治療法（医療技術）の選択肢」「それぞれの治療法（医療技術）による成績（予後）」「治療にかかる費用」「退院後の治療方針」を提示することとする。また、患者が意思決定するまでに必要となる「セカンドオピニオンの実施できる医師・医療機関の提示」「オンライン診療等による随時の相談体制」を合わせて示すことで患者の不安にも寄り添うこととする。

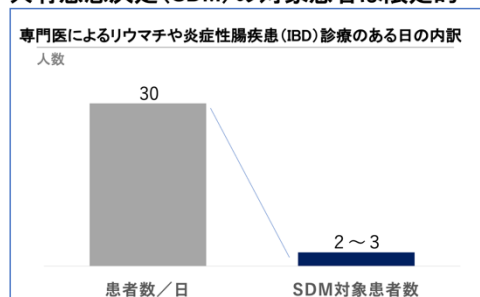
【共有意思決定を実施すべき対象患者像】

医師の専門知識を以てしても分からない問題に向き合う場合、インフォームドコンセントだけでは対応できない。そのような場合には、医師を含めた医療従事者と患者が、最新のデータやエビデンス、自院における治療実績等の情報に加え、患者の価値観・志向の双方を共有した上で、一緒に治療方針について検討することが重要であり、「共有意思決定（SDM）」することが必要になる。そのため、共有意思決定を行うべき疾患は、生命に与えるリスクが高く、どの治療が最良なのかが分かっていない、不確実性が高いものをまず対象とすべきである。

これを踏まえると、制度として、医療機関、医師に選択肢の提示を実行させる対象としては、当面、医療計画に示された5疾病6事業における「がん」や、難病法で指定されている「難病」とすべきである。さらに、生命に与えるリスクの高低に関わらず、イノベーションの進む分野では、患者に最新の医療技術を迅速に提供できるよう、一定の質以上のエビデンスに基づく診療ガイドラインが公表されている疾患（Mindsで公開中の診療ガイドラインの対象疾患を想定）については、「がん」や「難病」とは別に対象とすべきである。

※共有意思決定の頻度（専門医の経験）

共有意思決定(SDM)の対象患者は限定的



SDMの対象患者数は限定的であり、日常診療でも十分対応可能

リウマチや炎症性腸疾患（IBD）を担当する専門医が治療に当たった患者で、共有意思決定（SDM）が必要となったのは、ある日の診療において、30人中2～3人であったとのこと。

SDM & IC 意思決定タイプ²³

		確実性		
		高い(最良の選択肢が一つ)	低い(2つ以上の代替案あり)	
命のリスク	高	A. Clinical common sense(研究対象とされおらず、研究によるエビデンスはほぼ無い) A-1領域: 高いリスク、高い確実性 <ul style="list-style-type: none"> 同意の型: インフォームド・コンセント SDM: なし 相互作用: 中間、適切に情報を提供された上での決定(informed decision)に十分である程度 例: <ul style="list-style-type: none"> 腹部銃創に対する腹腔手術 例外: 心肺蘇生措置(命のリスクが高く、最良の選択肢が一つの場合。意識無であれば、インフォームド・コンセントは不要) 	B. 研究によるエビデンスで支持された診療ガイドラインの推奨 B-1領域: 高いリスク、高い確実性 <ul style="list-style-type: none"> 同意の型: 丁寧なインフォームド・コンセント SDM: 現状および目標については基本的な合意があり、方法についての意思決定が中心となる 相互作用: 中間～多い、適切に情報を提供された上での決定(informed decision)で十分であり、患者の理解・受け入れ状況への配慮も必要とする 例: <ul style="list-style-type: none"> 早期トリプルネガティブ乳がんでの術前化学療法 肺がん手術前後の呼吸器リハビリテーション 小児喘息の慢性期管理におけるステロイド吸入 	C. 研究によるエビデンスが乏しく、最良の選択肢が不明 C-1領域: 高いリスク、低い確実性 <ul style="list-style-type: none"> 同意の型: 丁寧なインフォームド・コンセント SDM: 現状、目標を含めて患者と医療者が共通の理解を形成し、新たな道を探していく必要がある 相互作用: 患者の価値観、意向、希望や恐れについての十分な話し合いを含む 例: 早期乳がんに対する拡大乳房切除術か乳房温存術+放射線治療
	低	A-2領域: 低いリスク、高い確実性 <ul style="list-style-type: none"> 同意の型: 簡易なインフォームド・コンセント SDM: なし 相互作用: 最小限かなし 例: 低カリウム血症の患者における利尿薬の減量 	B-2領域: 低いリスク、高い確実性 <ul style="list-style-type: none"> 同意の型: 簡易なインフォームド・コンセント 一般的には簡易なインフォームド・コンセントであるが、個々の患者の「益と害のバランス」、その価値観を尊重して、SDMに近い(説明から同意のプロセスを大事にする)丁寧なICが必要になる場合もある 相互作用: 中間 例: 糖尿病患者に対する薬物療法 	C-2領域: 低いリスク、低い確実性 <ul style="list-style-type: none"> 同意の型: 簡易なインフォームド・コンセント SDM: 現状、目標を含めて患者と医療者が共通の理解を形成し、新たな道を探していく必要がある 相互作用: 中間 例: 高脂血症に対する生活習慣の改善と薬物療法

内 = 本提言の対象疾患

※「丁寧なインフォームド・コンセント」とは、医療者が一方的に患者に説明して同意を求めるものではなく、患者の理解や受け入れの程度・状況に配慮し、やり取り(interaction/communication)を大事にする。診療ガイドラインで推奨されている介入行為は、一般論としての「益と害のバランス」を考慮して決められているが、あくまで一般論であり、個々の患者の「益と害のバランス」、その価値観を尊重して、医療者は(一般論の押し付けではない)インフォームド・コンセントを行なうことが求められる。これは「どうしたらよいか分からない・不確実性の大きい」状況で、患者と医療者が協力して、新たな道を探すSDMとは異なるが、説明から同意に至るプロセスにおける患者と医療者のやり取り(interaction/communication)が重視される点でSDMに近いと言える。

【共有意思決定を実施すべき医療機関、医師の対象範囲】

2021(令和3)年6月に成立した改正医療法においては、外来医療の高度化等の進展とかけつけ医機能の強化の観点から、外来機能の明確化・連携を進めるため、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関²⁴を明確化することとなった。共有意思決定すべき医療機関として当研究会がイメージ²⁵する、「広域の高度急性期病院」は、上記の医療機関と合致するものであり、現在の病院類型における「特定機能病院」「臨床研究中核病院」「都道府県がん診療連携拠点病院」「難病診療連携拠点病院」「紹介患者への外来を基本とする医療機関」のうち、一般病床400床以上等の規模の病院がその対象となると考えている。

また、当該病院に勤務する「専門医機構が認定する19領域の専門医」である医師が、外来入院問わず治療にあたる患者に対して共有意思決定を行うことを制度化することが妥当である。その際、共有意思決定などの患者に向き合う時間とコストをしっかりと診療報酬で評価することで、医療機関の機能分化を促進することも必要である。共有意思決定の制度化に向けては、今後医師になる医学生に「共有意思決定」には患者とのコミュニケーションも含めた信頼関係の構築が、医療を行う上で重要かつ必須であるとの認識およびそのためのコミュニケーションスキルが持てるよう、医学教育においても、こうした考え方とトレーニングプログラムを教育カリキュラムに組み込

²³ Whitney SN, McGuire AL and McCullough LB (2004) A Typology of Shared Decision Making, Informed Consent, and Simple Consent. Annals of Internal Medicine. 140 (1) : 54-59.に一部追加

²⁴ 「紹介患者への外来を基本とする医療機関」第138回社会保障審議会医療保険部会 参考資料1.P103 <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000729741.pdf>

²⁵ 巻末(付言1)

むことが必要である。現に医師免許を持っている医師に、現場において再教育を行うことは、かなりの時間と労力を費やすため、医療政策の変更の際には、医学教育との連動を常に念頭に置き、政策の実現に向けた整合性を図る必要もある。

制度化の対象外の医療機関、医師、疾病の範囲についても、同様の対応をとることを努力義務とし、患者の不安等の相談については、随時応ずることができる環境を整備する。

【治療法に保険外の技術が含まれる場合】

共有意思決定の際、治療法（医療技術）の選択肢に保険外のものが含まれている場合もあり得る。例えば、薬機法の承認よりも狭い保険適用範囲となっているもので、海外や国内のガイドライン等で使用が推奨されているものについては、患者の価値観や主体的な選択を推進するため、柔軟に保険外併用療養を認める制度が必要である。また、患者申出療養なども含めて、手続きが煩雑な保険外併用療養費制度の運用を簡便にし、患者が希望する治療法へのアクセスを高める必要がある。

このように柔軟な制度の活用を可能とする医療機関は、患者との共有意思決定を実施すべき対象医療機関のみとすることが妥当である²⁶。

2.2.3. 提言 5 患者に寄り添う人材の育成と、相談の場や情報収集サイト等の公的機関による第三者認証の実施

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 医療情報の理解が難しい患者に対して「通訳」できる人材の確保② 患者の不安解消とヘルスリテラシー向上のための環境整備 |
|--|

【チーム医療としての対応（院内の対応）】

患者に対する共有意思決定の導入促進策を制度化した時、患者やその家族が理解できるような説明ができるコミュニケーション能力を、すべての専門医が保有しているとは限らない。そのため、情報を伝えるのは医師だけではなく看護師、場合によっては他の医療者（医師事務作業補助者、診療情報管理士、医療ソーシャルワーカーなど）を含めたチームによる対応が必要である。

その際、国または病院団体等の民間団体が設計する認証制度などを作り、一定の資質（医療に関する知識、コミュニケーション能力、医療・介護制度等への理解など）が担保できる人材を育成していく必要がある。

さらに、説明の際には、医療機関等が作成した教材（映像資料など）や、今後開発が進む AI 機器の活用も促進する必要がある。

【患者に寄り添う第三者の同席（院外の対応）】

また、こうした一定の資質を持った人材が集まる外部機関があれば、患者が説明を受ける際に同席し、医療情報を分かりやすく伝えることで、患者およびその家族の理解を助ける「通訳」のような役割を担うことも可能である。

²⁶ 医療経済研究機構、公的医療保険の給付範囲等の見直しに関する研究会報告書、2019年3月

【患者のための情報収集サイト等の厚生労働省等による第三者認証の実施】

医師や関係職種等のヘルスコミュニケーション能力が向上しても、国民・患者の理解力が高くならなければ、意思疎通の満足度は高まらない。ヘルスリテラシーは環境との関係で決まる側面があるため、理解が難しい国民・患者でも使えるよう情報提供の仕方を工夫したり、周囲の人のリテラシーを上げたりと環境を整えることが大事である²⁷。

医療技術の選択肢提示と共有意思決定が制度化されると、説明を受け意思決定する過程で、患者が抱える病気に対する治療・生活に関する悩みなどを支援する必要性が高まる。その時、患者が利用することになるであろう民間の相談支援の場や情報サイト等の充実が必要であり、こうしたものを紹介し、活用を促すことが、患者満足度の向上にも寄与すると考えられる。

患者に対する相談支援を行う代表的な組織には、がんを経験した人とその家族や友人など、がんに影響を受けるすべての人が、気軽に訪れて、安心して話すことができる「マギーズ東京」²⁸、健康や介護や暮らしの中でのさまざまな困りごとについて、誰でも予約なしに無料で医療の専門家に相談できる「くらしの保健室」²⁹、患者と医療者の協働の実現と、より良いコミュニケーションの構築を目標に電話相談を中心とした活動を行う「COML」³⁰等がある。

また、情報サイト等では、民間企業等が提供する診療ガイドブックである「Merck Manual(MSD Manual)」³¹、SNS上の患者の交流の場である「patients like me」³²、患者コミュニティ、専門家との対話が可能な「BELONG.LIFE」³³等がある。

こうした組織やサイト等を、患者やその家族に専門医が紹介しやすくなるよう、また、患者やその家族が安心して検索しやすくなるよう、厚生労働省などの公的機関や学会等による第三者認証を行うことも環境整備として必要である。

²⁷ 参考文献：Danielle M. Muscat, Heather L. Shepherd, Don Nutbeam et al. Journal of General Internal Medicine Health Literacy and Shared Decision-making: Exploring the Relationship to Enable Meaningful Patient Engagement in Healthcare

²⁸ マギーズ東京. <https://maggiestokyo.org>

²⁹ くらしの保健室. <https://kuraho.jp>

³⁰ COML. <https://www.coml.gr.jp/katsudo-naiyo-ippan/denwasodan.html>

³¹ MSD マニュアル家庭版. <https://www.msdmanuals.com/ja-jp/ホーム>

³² patients like me. <https://www.patientslikeme.com>

³³ BELONG.LIFE. <https://belong.life>

提言④ 医師による選択肢提示と共有意思決定（SDM: Shared Decision Making）の導入促進策の制度化

提言4のポイント

1. 最新のデータ・エビデンスをもとに、患者への治療法（医療技術）の選択肢の提示
2. まずは、生命リスクが高く、治療法の不確実性の高い疾患から開始
3. 大病院の専門医を対象として実施
4. 医師だけでなく関係職種も含めて、医療機関として対応するチーム医療としての位置づけ・体制づくり
5. 最新の治療法（医療技術）が遅滞なく提供されるよう保険外併用療養費制度の柔軟な運用、制度設計



提言⑤ 患者に寄り添う人材の育成と、相談の場や情報収集サイト等の公的機関による第三者認証の実施

提言5のポイント

1. 医療情報の理解が難しい患者に対して「通訳」できる人材*の確保
2. 患者の不安解消とヘルスリテラシー向上のための情報収集サイト等の環境整備と厚労省等による第三者認証の実施



*患者と医療従事者の間に入り、患者の意向を医療従事者に伝え、また医療従事者の専門的な情報をわかりやすく患者に伝える人材

患者の不安解消とヘルスリテラシー向上のための環境整備(イメージ)

(付言 1) 【医療機関の機能分化についての考え方】

●今後の医療機関の機能分化の大きな方向性は、人口減少と少子高齢化、新型コロナウイルスを代表とする感染症への対応を加味すると、

○広域の高度急性期医療への対応が可能な病院

○地域密着型の多機能な病院

に分かれていくことが妥当である。

※広域の高度急性期医療への対応が可能な病院は、特定機能病院や、今回の医療法改正で成立した「紹介患者への外来を基本とする医療機関」で、一般病床が400床以上などの大病院が相当すると考えている。

●その際、機能分化を進めるにあたっては専門医制度も対応させる必要がある。特に、臓器別専門医は、広域の高度急性期病院への適切かつ必要最小限の配置とし、今後の需要が見込まれる高齢者医療については、主に、地域密着型多機能病院が対応することになるが、患者と向き合うにあたって、地域との共生が重要なポイントであり、国が「地域包括ケア」を進める上で、介護・福祉等の多職種と連携し、かつ、そうした制度が理解できる総合診療専門医を養成・配置する政策誘導も必要である。

(付言 2) 【医療機関の機能分化推進のための共有意思決定の制度化と診療報酬の関係】

●広域の高度急性期医療への対応可能な病院は、いわゆる大病院・基幹病院を想定しているわけだが、こうした病院は、基本的に入院患者への対応（一部紹介患者への専門的外来を行う）のみで、病院経営が成り立つような報酬体系にすることで、機能分化が促進され、かつ、医師の負担も大幅に軽減（外来の負担）されるとともに、入院患者に向き合う時間が確保され、共有意思決定の制度化にも対応可能となると考える。

●ひいては患者満足度の向上にも寄与し、事実上機能していない入院診療計画書に基づく説明（インフォームドコンセントの具現化策）の反省に立った対応も可能となる。

●また、患者の退院後の生活やリハビリテーションまでを考え、経過観察を行う受け皿を確保するため、さらには、入院と外来の機能分化をより明確にするため、その受け皿（窓口）となるべき「かかりつけ医」の制度化の検討も併せて実施する必要がある、必要に応じて制度化された「かかりつけ医」も退院後の主治医として共有意思決定に関与する必要がある（二重主治医制）。

おわりに

超高齢・少子化に伴って疾病構造が複雑化するばかりでなく、多くの国民が日常の暮らしのなかで病気と付き合っていかなければならない時代を迎えて、医療はより身近なものとなっている。国内外の様々な医療情報がインターネットを通じて容易に取得できるようになったデジタル時代において、国民・患者の間では、自らの意思決定により、より良い医療サービスを選択したいというニーズも高まっており、医療技術の進歩と相まって、このような期待に応える必要はますます高まっている。

本提言書では、患者主体の世界を作ること、そして患者の選択を通じた声を反映させる仕組みを作ることによって、国民・患者が求めるわが国にとってふさわしい医療供給体制を国民の総意のもとに作り上げていくことを主眼として、患者の選択肢の拡大に向けた制度上の環境整備、とりわけ情報の収集や公開に関する具体的な姿を示した。患者主体の世界を作るには、医療従事者が提供する医療サービスの質・内容が、国民・患者に正しく伝わっていないという「情報の非対称性」の「溝」に対する懸念を解消しつつ、患者・国民がリテラシーを高めながら、主体的な選択を可能にすることが重要となる上、意思決定には医師が関与せざるを得ない。こうした「共有意思決定」の世界に近づくためには、本報告書で示した提言を契機とした、さらなる議論と考究が不可欠となる。

おりしも、新型コロナウイルス感染症により、医療に対する国民・患者の関心も高まっている。わが国の国民・患者が求める医療を実現するために、医療機関の機能分化・連携を含むより良い医療体制構築に向けた議論も求められている。本提言をきっかけに、患者本位の医療が速やかに実現することを期待したい。