

# 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～

(概要版)

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

# 研究会構成員

(五十音順 敬称略)

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

事務局: 一般社団法人サステナヘルス

# 患者の望みを支える「患者主体の医療」実現のための検討(概要)

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

情報を患者に伝え、選択肢を広げる

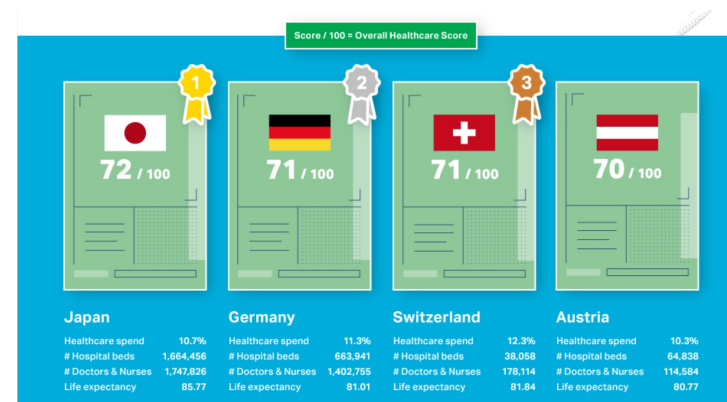
- 医療機関、医師の治療実績・アウトカムデータ、臨床評価指標の収集
- データ収集のための公的機関(「医療の質」評価研究センター(仮称))の設置
- 公的機関による医療機関情報のデータ公開サイトの開設
- 短期集中的な施策実現のための財源の投入
- 患者に対するエビデンスに基づく治療法(医療技術)等選択肢提示と共有意思決定の導入促進策の制度化
- 共有意思決定推進のため、生命リスクが高く、治療法の不確実性の高い疾患と、イノベーションが多い疾患を中心に実施
- 治療法(医療技術)選択時の障壁をなくすため、先進医療、選定療養、患者申出療養等の保険外併用療養費制度の弾力的な運用・制度改正の実施
- 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

## 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」に対する国民の評価は総じて高い

- 日本の医療制度は、国民皆保険制度により、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ている。近年では、2019(令和元)年に、英国の医療人材派遣会社IDメディカル社によるランキングで、日本は世界1位の評価となっている\*)
- 「第7回 日本の医療に関する意識調査」\*\*)において、受けた医療への満足度は92.4%だった



## 背景2: 日本の医療への国民の不満・医療情報の非対称性

### 医師や医療従事者とのコミュニケーションや説明に対しては不満がある

- 受けた医療に満足していない主な理由:「医師の説明」・「医師の態度や言葉使い」(「待ち時間」を除いた場合)
- 医療全般についての評価が低い項目:「医師の資質」・「医師と患者のコミュニケーション」・「患者の価値観を重視した医療」
- 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

注:

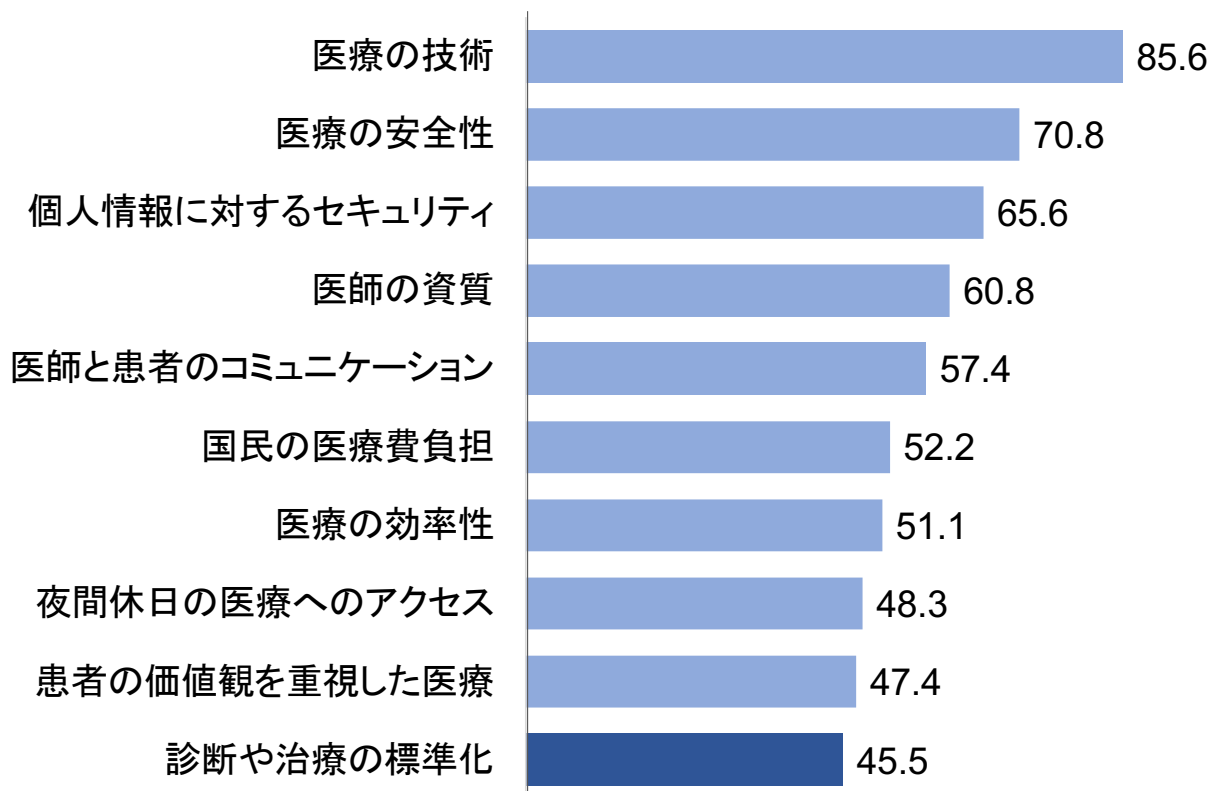
\* <https://www.id-medical.com/blog/best-healthcare-systems/>

\*\* 2020.9 日医総研ワーキングペーパー

## 背景3: 医療の標準化の遅れ

日本の医療全般について評価する点(「よい(計)」と感ずること)

%; n=1,212



- 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% (左図)
- 「EBM[根拠に基づく医療]普及推進事業(以下、Minds)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。しかしながら、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件に留まる
- 診療報酬上においても、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

## 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

- 医療機関受診時の情報入手先:  
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(2017(平成29)年受療行動調査)
- 制度化されている情報源:  
医療機能情報提供制度(2007(平成19)年~)は、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
- 医療機関の治療内容などを判断する情報源:  
「医療の質の評価・公表等事業」(2010(平成22)年~)は、参加病院が増えず、「臨床評価指標(QI)」においても各団体間で統一した指標もなく、2020年度から臨床評価指標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

## 背景5: 多様な選択肢を求める意見

- 「第6回 日本の医療に関する意識調査」(日医総研)では「所得の高い低いによって、受けられる医療の中身が異なることはやむを得ない」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%となっている。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
- 前出の第7回調査においても、受けた医療に満足していない項目のうち「患者の価値観を重視した医療」も半分以下に留まっており、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られる

# 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

## 現状

- 制度化されているデータ収集事業
  - 「Minds」
  - 「医療機能情報提供制度」
  - 「医療の質の評価・公表等事業」
  - 全国がん登録
  - 全国がんセンター協議会部位別、施設別生存率データ
  - 一般社団法人National clinical database(以下、NCD)等


## 課題

- 収集したデータの取り扱いについては、医療機関にフィードバックすることで、医療機関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
- リアルワールドデータについては、データの分析に制約がありデータ収集には電子カルテの標準化が不可欠であるが、なかなか前進しない
- 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、行政が適切に把握できていない。また、既掲載の医療技術の再評価も全く進んでいない
- 患者等の利用者保護の観点で行われている広告規制の条件により、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いる
- 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、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

# 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制度化

## 現状の課題

- 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
- 医師による手術前の患者や家族への説明等は、一方的な説明になることが多い
- 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
- 保険外併用療養費制度があるものの、保険に既に収載されている技術の再評価、他の技術との比較を行う臨床研究を行う場合、保険収載されて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は、現状で使用可能な制度類型が存在しない



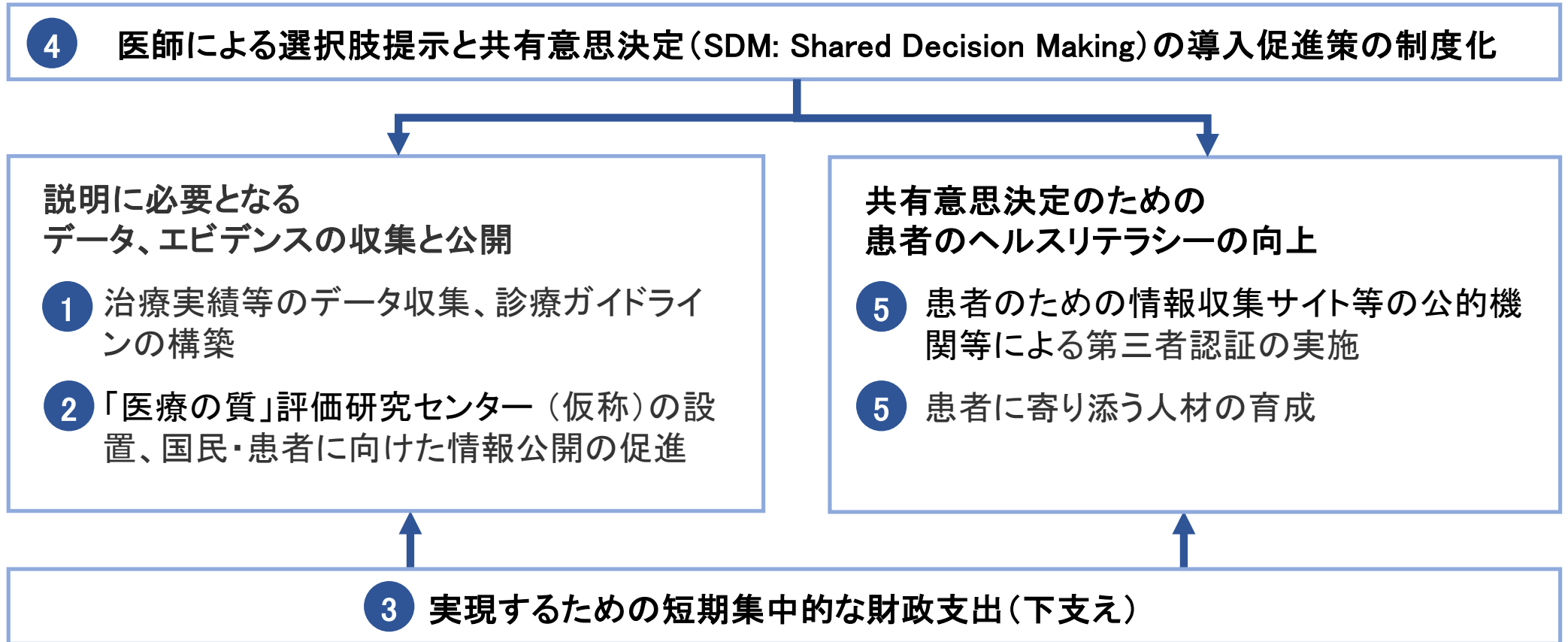
... その結果、最新の  
治療法へのアクセスに  
制約が生じている



## 患者の望みを支える「患者主体の医療」実現のための5つの提言

- 1 情報公開に特化した新規データ収集制度の構築
- 2 医療データ収集・公開のための公的機関（「医療の質」評価研究センター（仮称））の設置
- 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
- 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
- 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

# 各提言の関係



## 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。）



# 収集すべきデータの例

## 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

### 公的機関が収集 すべきデータの例

- 「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」

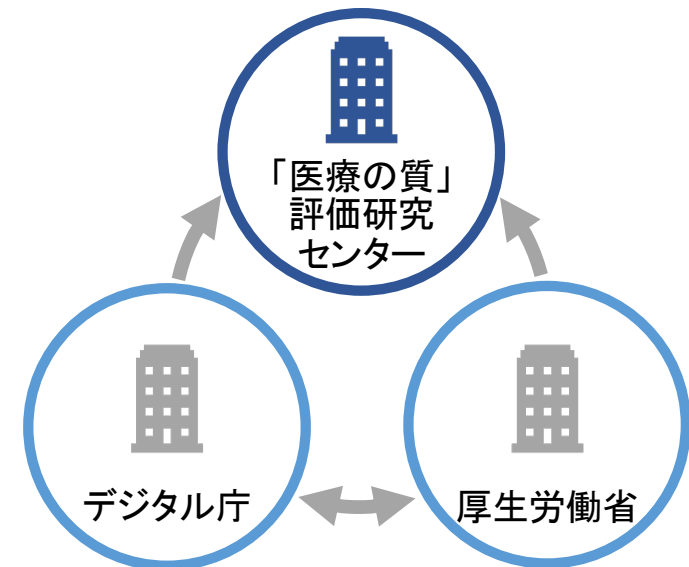
### 医療機関ごとに公開 すべきものの例

- 「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」

## 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

# 公開情報のイメージ:「Hospital Compare」の概要(米国)

病院のパフォーマンスデータを一貫性のある統一された方法で表示し、国内の病院で提供される医療に関する信頼性の高い情報を確実に提供している

**CMS.gov**  
Centers for Medicare & Medicaid Services

Search CMS Search

Medicare Medicaid/CHIP Medicare-Medicaid Coordination Private Insurance Innovation Center Regulations & Guidance Research, Statistics, Data & Systems Outreach & Education

Home > Medicare > Hospital Quality Initiative > Hospital Compare

## Hospital Compare

Now available! Our new [Provider Data Catalog](#) makes it easier for you to search & download our publicly reported data. We've also improved [Medicare's compare sites](#).

The Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) and the nation's hospitals work collaboratively to publicly report hospital quality performance information on Care Compare website located at [www.medicare.gov/care-compare/](http://www.medicare.gov/care-compare/) and the Provider Data Catalog on [data.cms.gov](http://data.cms.gov).

Care Compare displays hospital performance data in a consistent, unified manner to ensure the availability of credible information about the care delivered in the nation's hospitals. Most of the participants are short-term acute care hospitals that will receive a reduction to the annual update of their Medicare fee-for-service payment rate if they do not participate by submitting data or meet other requirements of the [Hospital Inpatient Quality Reporting \(IQR\) Program](#). The Hospital IQR Program was established by Section 501(b) of the Medicare Modernization Act of 2003 and extended and expanded by Section 5001(a) of the Deficit Reduction Act of 2005.

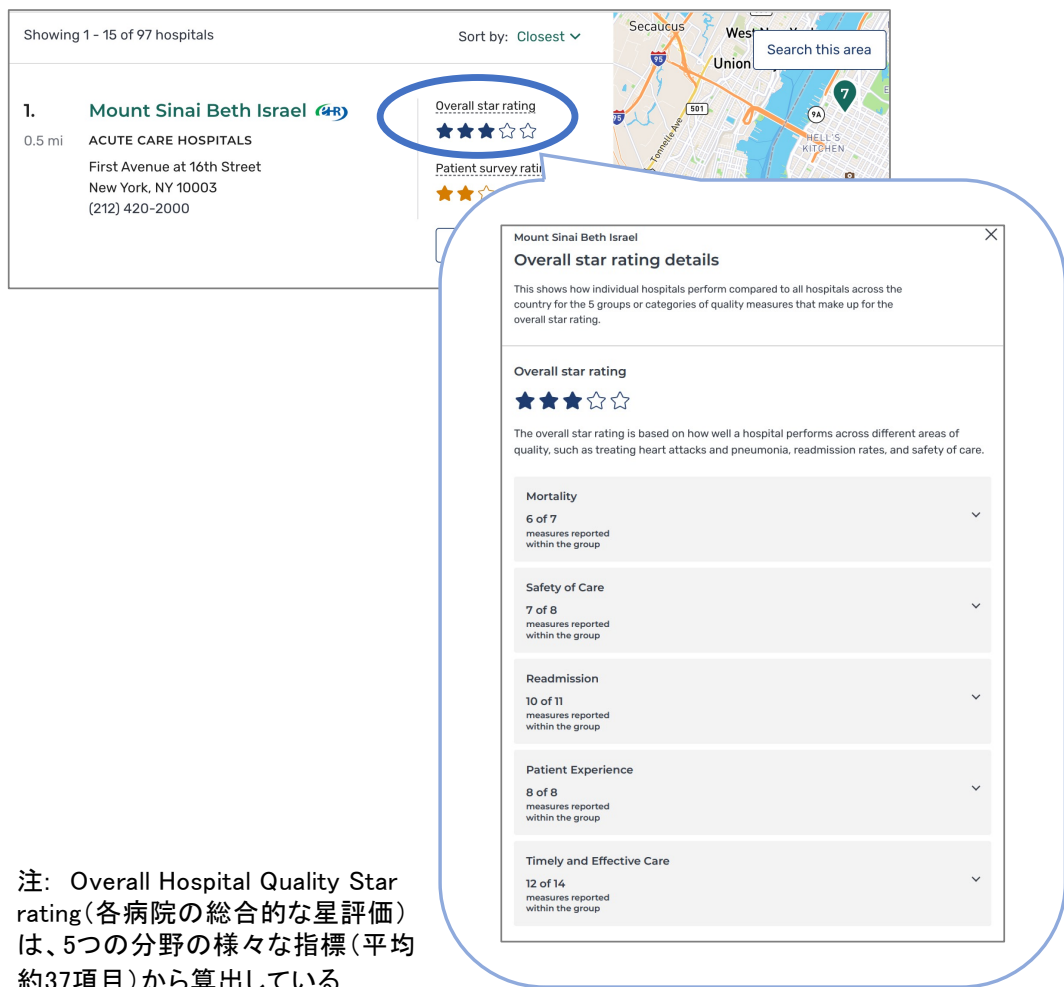
Care Compare currently provides quality measure information on:

- Process of care measures are measures that show whether or not a health care provider gives recommended care based on guidelines, standards of care or practice parameters; that is, the treatment known to give the best results for most patients with a particular condition. These measures convert patient medical record information into percentages and/or rates of performance. Providing this information allows consumers to compare the performance of a health care provider to other providers in their state and the nation.
- Outcome measures are measures designed to reflect the results of care, rather than whether or not a specific treatment or intervention was performed.
- Patient experience of care is measured by a national, standardized survey of hospital patients about their experiences during a recent inpatient hospital stay. This is also referred to as HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems).

## 提供している品質指標情報

- プロセス・オブ・ケア指標
  - 医療提供者がガイドライン、標準治療、または診療パラメーターに基づいて推奨される治療を行っているかどうかを示す指標で、患者の医療記録情報をもとに作成したもの
- アウトカム指標
  - 特定の治療や介入が行われたかどうかではなく、ケアの結果を反映するように設計された指標 (HCAHPS)

# 「Hospital Compare」のレーティングとその指標



注: Overall Hospital Quality Star rating(各病院の総合的な星評価)は、5つの分野の様々な指標(平均約37項目)から算出している

資料: <https://data.cms.gov/provider-data/topics/hospitals/overall-hospital-quality-star-rating>

## 5つの分野

1. 死亡率
2. 治療の安全性
3. 再入院
4. 患者体験
5. タイムリーで効果的なケア

## 各分野の指標

- 心筋梗塞患者の死亡率、冠状動脈バイパスグラフト(CABG)手術患者の死亡率、慢性閉塞性肺疾患(COPD)患者の死亡率等 7項目
- 中心静脈ライン関連血流感染症、カテーテル関連尿路感染症、大腸手術による手術部位感染症等 8項目
- 心臓発作患者が病院に戻ってくるまでの日数、COPD患者の再入院率、股関節・膝関節手術後の再入院率等 11項目
- 医療従事者のコミュニケーション等(HCAHPS)8項目
- インフルエンザワクチンの接種を受けた医療従事者の割合、脳卒中の症状で救急外来を受診した患者のうち到着後45分以内に脳ドックの結果を受け取った割合、フォローアップのスクリーニング大腸内視鏡検査の適切な推奨を受けた患者の割合等 14項目

# 患者経験価値の測定指標

## HCAHPS調査(米国保健省HHSが実施するPX\*評価)日本語版

看護師によるケア	1.礼儀と敬意をもって接したか 2.あなたの話を注意深く聴いたか 3.わかりやすく説明をしたか 4.ナースコールを押した後、すぐに援助が受けられたか
医師によるケア	5.礼儀と敬意をもって接したか 6.あなたの話を注意深く聴いたか 7.わかりやすく説明をしたか
病院の環境	8.病室とトイレは清潔に保たれていたか 9.病室の周囲は夜間静かだったか
病院での経験	10.トイレや尿器・便器を使用する際に、看護師や病院スタッフの介助を必要としたか 11.トイレや尿器・便器を使用する際に、すぐに介助を受けられたか 12.これまで服用したことのない薬を新たに処方されたか 13.新しい薬を渡される前に、病院スタッフは、それが何のための薬であるか説明したか 14.新しい薬を渡される前に、病院スタッフは、生じうる副作用について説明したか
退院時の対応	15.退院後、直接自宅に戻ったか。自宅以外の場所やほかの医療施設に移ったか 16.この入院中、医師や看護師等は、退院後に必要な援助について話をしたか 17.この入院中、退院後に注意すべき症状や健康問題についての情報を文書で受け取ったか
病院の総合的評価	18.この病院を0から10点で評価 19.この病院を友人や家族に勧めるか
あなたについて	日本語版オリジナル(20.性別 21.年齢 22.健康状態 23.精神状態 24.最終学歴)

\* PX: Patient Experience



## 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を、現在の我が国の医療制度を踏まえた上で理解する



## 米国におけるEHR導入促進のための財政措置

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

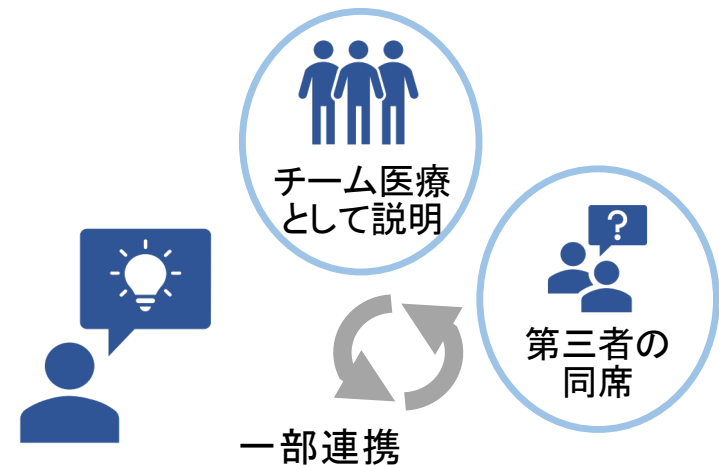
### 日本の医療保険財政の規模から換算すると...

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

## 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



## 共有意思決定 (Shared Decision Making: SDM) とは

- 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

# SDM & IC意思決定タイプ

		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)
		A. Clinical common sense (研究対象とされておらず、研究によるエビデンスはほぼ無い)	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	C. 研究によるエビデンスが乏しく、最良の選択肢が不明
命のリスク	高	<p><b>A-1領域: 高いリスク、高い確実性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>同意の型: インフォームド・コンセント</li> <li>SDM: なし</li> <li>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</li> <li>例:               <ul style="list-style-type: none"> <li>腹部銃創に対する腹腔手術</li> <li>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)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>B-1領域: 高いリスク、高い確実性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>同意の型: 丁寧なインフォームド・コンセント</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>例:               <ul style="list-style-type: none"> <li>早期トリプルネガティブ乳がんでの術前化学療法</li> <li>肺がん手術前後の呼吸器リハビリテーション</li> <li>小児喘息の慢性期管理におけるステロイド吸入</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>C-1領域: 高いリスク、低い確実性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>同意の型: 丁寧なインフォームド・コンセント</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>
	低	<p><b>A-2領域: 低いリスク、高い確実性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>同意の型: 簡易なインフォームドコンセント</li> <li>SDM: なし</li> <li>相互作用: 最小限かなし</li> <li>例: 低カリウム血症の患者における利尿薬の減量</li> </ul>	<p><b>B-2領域: 低いリスク、高い確実性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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」の捉え方によって、SDMI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</li> <li>相互作用: 中間</li> <li>例: 糖尿病患者に対する薬物療法</li> </ul>	<p><b>C-2領域: 低いリスク、低い確実性</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>同意の型: 簡易なインフォームドコンセント</li> <li>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</li> <li>相互作用: 中間</li> <li>例: 高脂血症に対する生活習慣の変容と薬物療法</li> </ul>

内 = 本提言の対象疾患

## SDMの対象疾患

- 生命に与えるリスクが高く、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)

### 例

**B-1領域:**  
高いリスク、高い確実性

- 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-1領域:**  
高いリスク、低い確実性

- 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

**C-2領域:**  
低いリスク、低い確実性

- 高脂血症に対する生活習慣の変容と薬物療法

## SDMで説明すべき項目

- 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)



- 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

患者が意思決定するまでに必要となる以下の項目を合わせて示すことで患者の不安にも寄り添う

- 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

## SDMを行うことを想定している医療機関

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。一般病床400床以上の病院であり、医療法上の紹介患者への対応を主として対応する医療機関

病床数	特定機能病院	地域医療支援病院	その他	全体
400床以上	86 (1.0%)	328 (3.9%)	124 (1.5%)	538 (6.4%)
200～399床	0 (0%)	252 (3.0%)	564 (6.7%)	816 (9.7%)
200床未満	0 (0%)	27 (0.3%)	7,031 (83.6%)	7,058 (83.9%)
全体	86 (1.0%)	607 (7.2%)	7,719 (91.8%)	8,412 (100%)



# SDMを行う際の算定要件と施設基準(案)

## 入院の場合

- ・ (仮称)共有意思決定実施加算 1,000点(入院初日から7日間に限る)
- ・ 退院後、外来においては算定できない

## 外来の場合

- ・ (仮称)共有意思決定実施加算 7,000点
- ・ 一連につき、1回に限る。その後入院した場合は算定できない

### 算定要件

- ・ 患者(およびその同席者**または家族、以下同じ**)に対して共有意思決定を実施した場合に算定する(内容は報告書参照)
- ・ 患者の希望の時間に実施する(土日、時間外も含む)
- ・ 共有意思決定は**おおむね30分以上、丁寧に実施する**
- ・ 初回の共有意思決定実施後も、患者(またはその家族)の疑問や質問に、随時、丁寧に対応する
- ・ 共有意思決定に際して、**患者の不安の解消や情報収集機会の提供のためセカンドオピニオンの候補や第3者認証を受けた患者支援サイトなどを提示する**
- ・ 共有意思決定の内容を書面もしくは画像、音声にて記録する
- ・ 患者に対して説明した資料(**書類や画像等**)、データ等を患者に書面等で交付しカルテに添付する
- ・ **専門医等の説明を受けた際の、患者の考え方を記載した書面等をカルテに添付する**
- ・ 看護師、社会福祉士、医療ソーシャルワーカー等の関係者を同席させる
- ・ **一連につきの範囲は、患者の病状や治療方針の変更などを踏まえて個別に検討するものであること**
- ・ **学会等が示す共有意思決定の実施ガイドラインに沿って実施すること**

### 施設基準

- ・ 一般病床400床以上の病院であり、医療法上の紹介患者への対応を主として対応する医療機関とする
- ・ 初診、再診において、理由の如何を問わず、患者の状態を問わず、必ず保険外併用療養費制度を利用し、患者から自己負担を徴収すること(共有意思決定の対象となる疾病等の紹介外来を除く。救急救命センターにおける重症者への対応を除く)
- ・ 医師の働き方として、A水準(時間外960時間未満)を維持している(外来を縮小し、入院に移行する)
- ・ 地域の医療機関に常勤医を派遣している(専門医を必要以上に抱え込まず、地域(県内外を問わない)の医療機関を応援し、医師の偏在対策に寄与する)
- ・ 当該対象患者には院内処方を実施できる医療機関とする(薬の管理まで自院で完結することを想定)

## 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）

注:

\* 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

# 患者の相談の場や情報サイト等の事例

## 患者に対する相談支援を行う組織

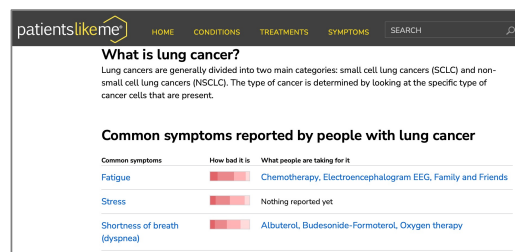
- マギーズ東京 (<https://maggiestokyo.org>)
- 暮らしの保健室 (<https://kuraho.jp>)
- COML (<https://www.coml.gr.jp/katsudo-naiyo-ippa/denwasodan.html>)



マギーズ東京は、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、とまどい孤独な時、気軽に訪れて、安心して話せる、また自分の力を取り戻せるサポートもある、英国生まれのマギーズキャンサーケアリングセンター(マギーズセンター)の初めての日本版です

## 情報サイト等

- 民間企業等が提供する診療ガイドブック  
例) Merck Manual(MSD Manual)
- SNS上の患者交流、相談支援の場  
例) patients like me、BELONG.LIFE



### Patients like me

- 2,800疾患を扱い、同じ症状の患者が情報を入力している
- 内容: 患者属性、人数、治療法(患者自身が評価したもの)、副作用、効果等
- 患者単位の情報も見られる: 日々の体調、QOL、機能評価指標、症状等