

# 医療の情報開示と質評価の潮流

—日本医療制度の今日的課題—

河 上 陽 子

はじめに

第1節 医療情報ネットワーク化の可能性

—— 治療の標準化と多様化、及び患者団体の主体性

第2節 医師・医療機関の質を評価する

—— 医療広告の規制緩和と第三者評価機関

おわりに

## は じ め に

今日、医療技術と情報技術の高度化に伴い、患者の Quality Of Life を求める動きが高まっている。医療技術の高度化によって、現時点での標準の治療法とは何かが提示できるようになった。また、情報技術の高度化によって、患者のデータベースの構築やその解析、医療機関間及び医師・患者間での情報の共有、さらに最新の治療法と患者自身にとって最適な治療法の情報が、インターネットを通じて入手可能となってきた。今日の医療は——特に終末期医療において顕著に見られるが——延命追求から QOL 重視へ、医療提供者主体から患者主体へとシフトしている。すなわち、医療提供者の「経験主義」による「お任せ、施しの医療」から、患者が十分な説明を受け、情報を比較検討し、自らのライフスタイルに合った治療法を選択する時代へと変わりつつある。

世界的歴史的潮流として、1990 年以降、医療は「評価と説明責任の時代」に入ったとされている<sup>1)</sup>。それによると、目指すべきは「公平性」「満足できる医療の質」「適正価格と適合性」「安全性」であり、これらは Outcome Management

もしくは Outcome Movement と呼ばれている。結果（アウトカム）からのアプローチが重要視され、「公平性」「満足できる医療の質」「適正価格と適合性」「安全性」こそが医療の至上命題である時、医療情報の開示と Informed Consent による医療提供者・患者間の新たな信頼関係の構築、医療の標準化の推進、第三者機関による医療の質評価は不可欠といえる。

時代は高い経済成長率を背景に、医師の裁量権に基づいて、全ての国民が平等に医療を受けることのできる量的拡充体制を目指してきた段階から、限られた資源を有効に利用し、個々の患者の QOL に基づいて、医療の質の確保と向上を目指す段階へと推移してきた。保険財政の健全化とともに、日本医療保険制度改革の大きな柱である患者の QOL の向上をキーワードに、1 節では、治療の標準化と多様化、それにより重みを増す患者の主体的な動きを取り上げ、医療情報ネットワーク化の可能性について考察する。2 節では、患者による医師・医療機関選択の課題として、医療広告の規制緩和と第三者医療評価機関を取り上げ、医療の質評価の意義と方法について考察する。

## 第1節 医療情報ネットワーク化の可能性

### —— 治療の標準化と多様化、及び患者団体の主体性

今日の情報技術革新は、あらゆる場面で透明性と効率性、そして消費者の主体的な参加を求めてきている。医療システムにおいても例外ではなく、IT 化がそのしくみに大きな変革をもたらそうとしている。

1999 年 4 月に厚生省は、これまでの書面による診療録の保存から、電子カルテでの保存を認めるようになった<sup>2)</sup>。これによりカルテの書式の統一や、同年 7 月に法制化が先送りされた患者へのカルテ（医療情報）開示、そして医療機関

1) 医療経済研究機構監修「医療白書 2000 年度版～問われる『医療の質』と『リスクマネジメント』～医療の安全性確保へ向けて」（日本医療企画）2000 年，p. 8-11

2) 厚生労働省通知「診療録等の電子媒体による保存について（平成 11 年 4 月 22 日）」  
<http://www.hourei.mhlw.go.jp/>

間での情報の共有と広域連携が促されることが期待される。医療情報のネットワーク化は、例えば家庭で最新の医療情報を取り出せる、遠隔地からの受診が可能になる、保険証のICカード化によって病歴・薬歴情報も入力される、重複検査・投薬を防ぎ医療費の削減になる等、様々な可能性を現在生みつつある。

保険財政の健全化とともに、患者のQOLに基づいて医療の質の確保と向上を図ることが、医療制度改革の大きな視点であると考えられるが、そこでまず突き当たるのは、医療システムの不透明性・閉鎖性である。日本の医療制度は平等・公平が前提であったため、一般に質の評価は行われてこなかった。これまで医療の質といえば、医師の高い倫理性・自主性によってのみ守られてきた。

患者のQOLに主眼を置いて医療情報のネットワーク化を考えるにあたり、2つのポイントを押さえておく。それは、治療の標準化と多様化である。

アメリカでは、1983年からDRG/PPS (Diagnosis Related Groups-Prospective Payment System：疾病分類に基づく予見定額支払い方式) が導入され、公的機関がEBM (Evidence Based Medicine：根拠に基づく医療) を提示している。EBMとは、「診ている患者の臨床上の疑問点に関して、①医師等が関連する医学文献等を検索し、それらを統計学的な知識等を使い吟味して、診ている患者への適用の妥当性を評価し、さらに、②その患者の価値観や意向を考慮した上で臨床判断を下し、③自分自身の専門技能を活用して医療を行うこと」と定義される実践的な手法を指す<sup>3)</sup>。EBMが円滑に実施されるためには、科学的な根拠をまとめた診療ガイドラインの作成が不可欠である。

ネットワークを活用してEBMを推進することにより、最新かつ最適な情報に基づく治療法を、経験の浅い医師や情報の入手が難しい遠隔地に勤務する医師等を含め、全ての診療の場で容易に取り入れることができる。また、患者にとっても治療法の科学的な根拠が明示されるため、自分の病気を十分に理解して、治療法を選択することが可能になる。米国立がん研究所 (NCI = National

---

3) Cancer Net Japan <http://www.nagumo.or.jp/cancer/>

Cancer Institute) は、インターネットにホームページ“Cancer Net”を立ち上げて、がんに関するあらゆる情報を公開している<sup>4)</sup>。そこでは、EBMのための診療ガイドラインが整備されており、世界中どこでも24時間誰でも、がん情報を全て入手することができる。

日本において診療ガイドラインの公的な整備は、厚生労働省と医師会の足並みが揃わず遅れている。そのため、治療法のデータベース化の遅れを危惧した一部の医師等が連携し、ボランティアでがん患者のためにインターネットに情報を発信している。1995年に開設された“Cancer Net Japan”では、約20人のがん専門医が参加し、「EBMとは」「セカンド・オピニオンのすすめ」「緩和医療とは」等様々ながんについての治療法や、薬剤等に関する情報を提供している<sup>5)</sup>。また、治療に臨む際に主治医にどのようなことを尋ねたらいいのか、具体的なアドバイスも掲載されており、例えば「治療の目標は何ですか」「どのような薬が使われますか」「薬による副作用は生じますか。どのように対処すればよいのですか」「この治療にはどの程度の期間が必要ですか」「治療効果の有無はどのように判断しますか」といった項目がある。さらに、Eメールによる相談も無料で行っており、月に200件以上の相談が寄せられ、検査データを送ってもらうこともしばしばあるという。

“Cancer Net Japan”への反響の大きさは、患者のQOL意識の高まりによるものであると同時に、主治医とのコミュニケーションがいかに十分でないか、病名の告知や詳しい診療情報をいかに得ていないかということの表れでもある。日本においては一般にEBMよりも、医師の出身大学の流儀を基にした治療

---

4) National Cancer Institute “Cancer Net” <http://cancernet.nci.nih.gov/>

5) Cancer Net Japan, 前掲資料

“Cancer Net Japan”は、EBM等医療情報の環境整備の遅れとそれによって脅かされる患者の権利を危惧し、1995年に設立された。医療法人社団ナグモ会「ナグモクリニック」院長の南雲吉則氏等、約20人のがんの専門医が、ボランティアで海外の情報を翻訳し、患者及びその家族に無料で提供している。また、個々の患者の相談に応じるため、がんの無料相談も行っている。登録医師個人の意見は極力排除し、患者にとって有益な情報を正確に伝える心がけがなされている。

が重視されてきた。治療の選択肢が示されないこと、そして医師の出身大学によって異なる治療法が採用されていることも、患者の不信と混乱を招いている。“Cancer Net Japan”の目的は、患者が得られにくい治療に関する正確な情報を提供し、セカンド・オピニオンの役割を果たすことで、納得のいく治療法を主治医とともに見つけてもらうこととされている。

また、患者にとって必要な情報は、最新の治療標準だけではない。医療技術の進歩によって今日、標準的な治療法の提示が可能になったと同時に、治療の選択肢も広がった。一般に、医師が選ぶ最善の医療とは効き目が高く副作用も高いものであるが、患者が選ぶそれは日常生活を重視したもの、すなわち QOL に基づくものであることが多い。医療の現場で患者がどのような選択をし、それがどのような結果を招き、それで満足かどうかという、総合的指標で医療を評価する「アウトカムリサーチ」も、EBMの重要な目的とされている<sup>6)</sup>。

患者の QOL 意識の高まりとインターネットの急速な普及は、医療システムの不透明性と閉鎖性、独善性を崩そうとしている。それまでの「お任せ、施しの医療」から、患者が主体的に情報を集め、医療内容を選択し決定する「患者主体の医療」の時代へととなりつつある。すなわち治療の良し悪しは、医療側の最適よりも個々の患者の希望によって決定され、医師・患者がお互い納得ずくで医療をしていく時代に変化してきた。

現時点での標準治療は何か、自分にとって最適な治療法は何か、それらにはどのような副作用があるのか。「探す」「選ぶ」「比較する」といった正確な情報を求める患者の能動的な動きは、医療提供側に、最新かつ多様な情報を入手してそれを患者に適切に示すことのできる能力と、患者がインフォームド・チョイスを行うに十分なコミュニケーション能力とを求めてきている。

医師が患者に十分な時間を割いてインフォームド・コンセントを行っても、診療報酬点数では顧みられないという問題はある。しかし、医療を患者主体の

---

6) NHK 教育「患者主役の医療を築くために」2000 年 8 月 24 日

ものへ変えていこうとする今日の患者サイドの動きには、目覚ましいものがある。日本製薬工業協会が、2001年6月に東京で開催した「患者中心の医療を考える～国際シンポジウム2001」では、欧米の医師会や患者団体の代表者が先進的な取り組みを報告、医療の変革に向けて患者が団結し、政策決定の場等に参加することの重要性を訴えた<sup>7)</sup>

シンポジウムでは、乳がん対策においてその活動が世界的な評価を受けているNPO「全米乳がん患者団体連合(NABCO = National Alliance of Breast Cancer Organizations)<sup>8)</sup>」が例に挙げられ、患者が受身の立場でなく医療の参加者となるためには、患者団体と医療や行政関係者の連携が重要であり、治療法の選択肢を提供したり、医療機関や公的機関に働きかけて新薬開発や治験の推進、新たな法律の制定に主導的役割を果たす等、患者団体が大きな発言力を持つことが提言された。そしてそのためには、患者団体(NPO)の安定的な財政力が不可欠であるとした。

日本には1,000強の疾病別患者会があり<sup>9)</sup>、「医療事故市民オンブズマン・メディオ<sup>10)</sup>」や乳がん患者のための「アイデアフォー<sup>11)</sup>」,「ささえあい医療人権センター COML<sup>12)</sup>」等の市民グループが、具体的な提言や患者の最も知りたい情報

7) 日本製薬工業協会 <http://www.jpma.or.jp/topics/>

2001年6月、医療用医薬品企業81社の団体である製薬協の主催により、「患者中心の医療を考える～国際シンポジウム2001」が開かれた。そのテーマは、「患者団体と医療関係者とのコラボレーション」であり、その狙いは、「欧米における患者を中心に捉えた医療、及び患者団体活動の最新事例紹介の場を設けることで、日本における患者中心の医療実現のために乗り越えるべき諸課題を、患者団体、行政、医療従事者、製薬産業・企業等で等しく共有し、課題の解決、並びに関係者間の絆づくりの契機とする」であった。シンポジウムでは、全米乳がん患者団体連合(NABCO = National Alliance of Breast Cancer Organizations)や米国医師会(AMA = American Medical Association)、国際患者団体連合(IAPO = International Alliance of Patients' Organization)等の代表者が、その先進的な取り組みを報告した。

8) 全米乳がん患者団体連合(NABCO)は、1986年に設立された、乳がんについて治療法等の情報提供及び患者教育を中心とするNPOである。本部をニューヨーク市に置き、全米約400の乳がん関係団体のネットワークを持つ。約1,000万ドル規模の予算を持ち、情報サービス、患者教育、貧困層援助等の活動を行っている。また、新薬開発や治験の推進にも力を入れている。

9) 「日本経済新聞」2000年12月3日付け

の発信、そして相談等、患者のニーズに合った活動をそれぞれ展開している。すなわち NPO は、医療提供者と患者との間に入り、その関係を円滑なものとするため支援し、また、その社会的機能を充実させ認知させる作業を行っている。患者が互いに共感し連帯して、社会に積極的に働きかける姿からは、医療に対する新たな可能性が見えてくる。

こうした患者団体の動きによって、医療提供側が突き上げられることは間違いなく、患者の期待に応えられるかどうか、これからの医療機関の必須課題となるだろう。医療情報のネットワーク化は、医療の標準化、多様化、そしてそれにより重みを増す患者の主体性と、医療システムに確実に変化をもたらそ

---

10) 医療事故市民オンブズマン・メディオ <http://www.hypertown.ne.jp/medio/>

医療事故市民オンブズマン・メディオは、「被害者の支援と市民（患者）のための医療制度の確立」を目指して1997年に設立された。その目的と活動の概要は、以下の3点である。①医療事故を監視することにより医療の質の向上を図ること。すなわち、医療事故例を収集し、整理・分析する。医療に関する市民団体と連携し、医療事故情報を交換する。医療事故の実態を公表する。医療事故再発防止のための提言をする。医療事故を繰り返す医療機関を公表する。医療行政を監視し、改善に向けて提言する。②医療事故の被害者を支援すること。すなわち、医療被害の相談及び被害救済の指針を示す。医療事故被害者救済に取り組む弁護士を紹介する。医療事故に関して意見書を作成する協力医を紹介する。医療事故裁判に関する知識を提供する。③医療情報の開示（公開）を推進すること。すなわち、レセプトやカルテの開示についての運用を監視する。医療機関評価情報の公開を求める。患者の権利を確立させる。患者へのインフォームド・コンセントを根づかせる。

11) イデアフォー <http://www.ideafour.org/>

イデアはIdea（理念・考え・意見）、フォーはFor（ために）とFour（4者…患者・家族・医療従事者・社会）を意味する。イデアフォーは、設立者等の乳がん治療体験から医療の閉鎖性に気づき、4者のために、患者の権利の確立したより良い医療実現を目指して、1989年に発足した市民グループである。乳がんの治療法の情報や無料の電話相談を行っている。

12) ささえあい医療人権センター COML <http://www.coml.gr.jp/>

「コムル」とは、「医療と法の消費者組織」を意味する“Consumer Organization for Medicine and Law”の頭文字をとった造語で、医療を消費者の目で捉えようと、1990年に発足した市民グループである。「賢い患者になりましょう」を合言葉に、患者の主体的な医療への参加を呼びかけ、患者中心の開かれた医療の実現を目指している。「医者にかかる10ヶ条」の提言や、電話相談、患者塾、模擬診察、病院探検等を行っている。「医者にかかる10ヶ条」とは以下の通りであり、医療従事者と共通のゴールに向かって共に歩むための患者の姿勢を示している。①伝えたいことはメモして準備、②対話の始まりは挨拶から、③よりよい関係づくりはあなたにも責任が、④自覚症状と病歴はあなたの伝える大切な情報、⑤これからの見通しを聞きましょう、⑥その後の変化も伝える努力を、⑦大事なことはメモをとって確認、⑧納得できない時は何度でも質問を、⑨医療にも不確実なことや限界がある、⑩治療方法を決めるのはあなたです。

うとしている。

## 第2節 医師・医療機関の質を評価する

### —— 医療広告の規制緩和と第三者評価機関

治療の標準化と多様化の情報を押さえた上で、次に患者にとって必要な情報は、どこにどのような医師・医療機関があるかということである。医師・医療機関の評価は、患者のQOL意識の高まりとともに、そして医療の透明性を確保し質を向上させる目的で、今日その必要性が叫ばれている。

アメリカにおいては、「ベスト病院ランキング」と称されるデータ等、設備の充実度、死亡率、手術成功率、得意分野等の医師・医療機関に関する情報が、民間や連邦及び州政府等あらゆるレベル、あらゆる媒体で開示されている。例えば、公的機関であるAIM (Administrators In Medicine) は、インターネットの“Doc Finder”というホームページで、第三者的立場で評価を行った全米の医師・医療機関についての情報——学歴、職歴、専門、医療過誤の件数や訴訟、賠償金等——を公表している<sup>13)</sup>。医師の氏名や地域名で検索すれば、該当する医師免許交付機関のホームページにつながり、個人情報を見ることができる。

「小さな政府」「市場主義」「個人の自立と自由」を重んじるアメリカでは、「自己責任」が大きな意味を持つ。また、訴訟社会であるため、プラスマイナス両面のあらゆる情報を開示しておくことが鉄則である。医療機関は厳しい生き残りを迫られ、最高のサービスで患者に選ばれることを目指す。よって、病院長には優れた経営能力が求められ、医師には、常に最先端の知識を得て技術を磨き、信頼を得られるまで患者と対話を続ける義務がある。アメリカでは強化される保険者機能と、それに何らかの不満を持つ患者との間にNPOが入り、また、常に一定水準の質の高さを求められる医師の生涯教育と医療機関間の切磋琢磨によって、医療サービスの質と患者のQOL向上に努めてきた。

13) NHK 教育「よい医者はどうして探せ ④インターネットで医者選び」2001年3月8日



日本においては医療機関の広告規制があり、医師・医療機関の情報を客観的に示したものはない。「いい医者」は口コミと評判でしか分からず、医療機関の実績や選択の材料となる情報は患者には与えられていない。厚生省の1999年度「受療行動調査<sup>14)</sup>」によると、外来患者の37.4%、入院患者の26.7%が医療機関を選ぶ際に材料となる情報がなく、参考にした情報があった場合でも外来の74.0%、入院の69.5%が「家族・友人・知人から聞いた」と答えている（表2-1, 2-2参照）。「広告を見た」「インターネットを見た」「保健所等の行政機関で聞いた」と答えた合計は、外来8.9%、入院11.4%に過ぎず、日本において医療機関の選択材料がいかに少なく、そもそも医療機関を選ぶという発想がいかに希薄であるかが分かる。

表2-1 医療機関を選ぶ際に参考にした情報の有無 (1999年)%

	参考にしたものがある	参考にしたものがない	医師から指定された	不詳
外 来	31.4	37.4	18.0	13.3
入 院	27.8	26.7	34.7	10.8

表2-2 医療機関を選ぶ際に参考にした情報の種類（複数回答） (1999年)%

	家族・友人・知人から聞いた	広告※を見た	インターネットを見た	保健所等の行政機関で聞いた	その他	不詳
外 来	74.0	4.1	0.4	4.4	18.2	2.1
入 院	69.5	3.7	0.5	7.2	21.5	3.4

※広告（新聞・テレビ・雑誌・電話帳・看板等）

出所：厚生省「受療行動調査（1999年）」

また医師は、最新の治療方法に目を向けずに勘と経験に頼り、そして診療報酬点数の出来高払い制を反映して、経済的側面に頼る治療を行う者も少なくな

14) 厚生省「受療行動調査（1999年）」 <http://www1.mhlw.go.jp/toukei/>

い。医師の裁量とはすなわち、経験と勘に基づくものを指し、柔軟に対応できるというメリットはあるが、エビデンス（根拠）に基づくものではない。よって、医師の裁量を尊重することが、必ずしも患者のためになるとはいい切れない。

日本では個々の医療機関が、インターネットで治療成績等の情報を発信することがある。また、「医療事故市民オンブズマン・メディオ」のホームページでは、カルテ開示に積極的な医師・医療機関のリストを公開している<sup>15)</sup>しかし、これはあくまでもこの市民グループが調べた範囲内にとどまる。

日本では医療機関の広告は、原則として禁止されている。その理由は、①医療は人の生命・身体に関わるサービスであり、不当な広告により見る側が誘引され、不適当なサービスを受けた場合の被害は他の分野に比べ著しく、また、②医療は極めて専門性の高いサービスであり、広告の受け手はその文言から提供される実際のサービスの質について、事前に判断することが非常に困難なためとされている<sup>16)</sup>しかし、その背景には根本的な理由として、医療サービスは平等であるから医療機関間に格差は生じ得ず、設備等物的充実度のみで医療機関を評価するという前提、すなわち日本医療制度の根底を流れる「平等・公平」の思想が少なからずあると考えられる。

これまで広告といえば、医療機関名、診療科名、所在地、医師の氏名等、最低限の情報しか認められていなかった。2001年3月の医療法改正により広告規制は緩和され、同年4月から新たに広告可能な情報が15項目増えた<sup>17)</sup>それらは、医師の年齢・性別・略歴、受けられる予防接種の種類、胃がん検診・禁煙指導の実施、カルテ開示、明細領収書発行、医療機能評価認定等である。

今回の改正で注目すべきは、カルテ開示や明細領収書の発行、医療機能評価認定等、患者が医療機関を選択する材料となる情報も含まれている点である。

15) 医療事故市民オンブズマン・メディオ、前掲資料

16) 厚生労働省「医療広告規制緩和のポイント（2001年4月）」 <http://www.mhlw.go.jp/topics/>

患者の医療機関選択が可能になれば、医療機関のサービス向上への取り組みも進むことが予想される。今回の広告規制緩和は、医療の質向上のための第一歩といえる。

「財団法人日本医療機能評価機構」は、学術的・中立的な組織と運営で医療機能を評価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する第三者機関で、1997年に発足した<sup>18)</sup>。一般病院・精神病院・長期療養病院を対象に第三者評価を行い、例えば一般病院の場合は、①病院の理念と組織的基盤、②地域ニーズの反映、③診療の質の確保、④看護の適切な提供、⑤患者の満足と安心、⑥病院運営管理の合理性、以上6分野で合計430項目を調査し、5段階評価の3以上であれば認定証（5年間有効）が発行される（表2-3参照）。2001年9月17日の時点で、531の医療機関が認定されている。

医療の質の評価方法には、「構造 (structure)」「過程 (process)」「結果 (outcome)」という段階的な3つのアプローチがある（表2-4参照）。日本医療機能評価機構やアメリカの非営利組織JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations：医療機関評価認証合同委員会) は、これら3つの要素を基本としている。

日本の医療制度はこれまで、質評価の第1段階である「構造」、すなわち医療施設や機器、医療スタッフといったハード面の充実を最も重視してきた。しか

17) 厚生労働省法令「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告することができる事項（平成13年1月31日）」 <http://www.hourei.mhlw.go.jp/>

新たに広告可能になった15項目は以下の通り。「労災保険指定病院、労災保険指定診療所、労災保険二次健診等給付病院又は労災保険二次健診等給付診療所等である旨」「指定居宅サービス事業者又は指定介護療養型医療施設である旨」「財団法人日本医療機能評価機構が行う医療機能評価の結果」「訪問看護に関する事項」「健康診査の実施」「保健指導又は健康相談の実施」「予防接種の実施」「薬事法に基づく治験に関する事項」「費用の支払方法又は領収に関する事項」「入院患者に対して提供する役務及びそれに要する費用」「医師又は歯科医師の略歴、年齢及び性別」「共同利用をすることができる医療機器に関する事項」「対応することができる言語」「紹介することができる他の指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設、指定介護療養型医療施設又は介護老人保健施設の名称」「診療録その他の診療に関する諸記録にかかる情報を提供することができる旨」

18) 日本医療機能評価機構 <http://www.jcqhcc.or.jp/>

表2-3 医療機能評価の方法

書面審査：病院が事前に記入する

<p>a 病院機能の現況調査票</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①施設基本票</li> <li>②部門別調査票</li> <li>③診療機能調査票</li> <li>④経営調査票</li> </ul>	<p>b 自己評価調査票</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①病院の理念と組織的基盤</li> <li>②地域ニーズの反映</li> <li>③診療の質の確保</li> <li>④看護の適切な提供</li> <li>⑤患者の満足と安心</li> <li>⑥病院運営管理の合理性</li> <li>⑦種別特有な機能</li> </ul>
---	---



訪問調査：評価調査者が訪問し調査する

<p>調査者による病院管理者等と面接及び病院の各部署への訪問によって、「書面調査」の自己評価調査票と同様の項目を調査する。</p> <p>[調査項目]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①病院の理念と組織的基盤</li> <li>②地域ニーズの反映             <ul style="list-style-type: none"> <li>地域ケアへの参加とサービスの継続性</li> </ul> </li> <li>③診療の質の確保</li> <li>④看護の適切な提供             <ul style="list-style-type: none"> <li>ケアの適切な提供</li> </ul> </li> <li>⑤患者の満足と安心</li> <li>⑥病院運営管理の合理性</li> <li>⑦精神科に特有な病院機能             <ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションとQOLへの配慮</li> </ul> </li> </ul>
--



<p>[評価の審査と認定証の発行]</p> <p>評価部会が調査者の報告を検討</p> <p>↓</p> <p>評価委員会が評価部会の審査結果を承認</p> <p>↓</p> <p>認定証の発行（有効期限は5年間）</p>
---

出所：厚生省の指標「国民衛生の動向（1999年）」

表 2-4 医療の質の評価方法——3つのアプローチ

構 造	過 程	結 果
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療施設(病院, 診療所)</li> <li>・医療機器 (MRI, CT等)</li> <li>・医師, 看護婦等の医療スタッフ</li> <li>・組織</li> <li>・規定, 制度</li> <li>・医療情報システム</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療標準 (ケアマップ, 診療ガイドライン)</li> <li>・作業標準 (看護や介護等の診療支援業務のガイドライン)</li> <li>・医療技術, 技能レベル</li> <li>・医療サービスの質管理システム</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・予後 (生存率, 死亡率, 再手術率, 医療事故率, 訴訟件数等)</li> <li>・期間 (在院日数, 通院期間, 待ち時間)</li> <li>・効率 (患者数, 患者一人当たりの単価, 診療に要した医療スタッフの労働量)</li> <li>・コスト (診療部門別原価, 疾患別原価等)</li> <li>・安全性 (針刺し事故率等)</li> <li>・満足度 (患者の満足度, 医療スタッフの満足度, 健康保険組合等保険者や支払者の満足度)</li> </ul>

出所：日経メディカル「医療を変える」(日経 BP 社) 1999年

し、時代の要請は「ハードをどのように利用するか」に移り、第2段階である「過程」、すなわち診療ガイドラインや技能レベル、サービスの質管理といったソフト面の充実が求められて久しい。今日では、それをさらに進めた第3段階である「結果」、すなわち EBM を前提とし、質とコスト及び効率のバランスや、患者・医療従事者・保険者それぞれの満足度をも含めたアウトカムリサーチが、最も注目されている。質評価の最終目標である「結果」からのアプローチには、情報化が不可欠である。医療の質評価と医療情報の開示及びネットワーク化は、連動しながら実現され得るものである。

医療の質評価が進んでいるアメリカでは、JCAHO に承認された医療機関しか保険の適用を受けられないので、8割以上が3年に1度、審査・認定を受けている<sup>19)</sup>。審査結果は、個々の医療機関が正面玄関やロビー等に掲示したり、インターネット等を通じて公表する。最近では、出産、手術、心臓病、感染予防

などに関する治療成績（アウトカム）の評価も行われている。アメリカではインターネットやパンフレット、電話や直接対話等、患者がアクセスできる医療情報が多く、またそれらを提供する非営利組織等の主体が確立され、信頼を得ている。

日本医療機能評価機構の場合は、これまで院内でしか認定証を掲示できず、認定を受けることの経済上のメリットもないため、評価を受ける医療機関は広がらなかった。しかし、情報開示と質向上を求める時代の潮流と、評価結果を広告できるようになった今回の法改正によって、申請する医療機関の数は徐々に増えてきている。

評価は常に受けていることが重要である。第三者によるチェックは、医療全体の質を保ち押し上げる緊張感がある。評価を避ける、すなわち進歩がはっきりと見えない医師・医療機関は、今後存在し得なくなるのではないか。

しかし、日本の評価制度をめぐるはいくつかの問題がある。それは、治療成績（アウトカム）が評価の対象になっておらず、アメリカに比べて評価が甘過ぎるという批判であり、認定を受けた医療機関でも過誤が起きているという問題である<sup>20)</sup>。閉鎖的な医療システムの内部に外部の目が入ってきて職員の意識が高まり、質向上に取り組む医療機関が増えてきたことは歓迎すべき点であるが、評価方法にはまだ改善の余地があるといえる。

今回の医療広告の規制緩和は、医療の透明性と質向上のためのあくまでも第一歩であって十分とはいえず、患者が本当に必要としている情報は依然として得られにくい。患者が強く求めているのは、医師・医療機関の得意とする専門分野や治療成績、そして医療サービスを受けた患者の満足度である。もちろん、医療機関側の情報発信に任せるだけでなく、保険者の積極的な取り組みや能動的な患者団体の動きも、医療システムの透明性を高めて新たな医療のしくみを

19) L. コーン, J. コリガン, M. ドナルドソン編, 米国医療の質委員会, 医学研究所著, 医学ジャーナリスト協会訳「To Err Is Human～人は誰でも間違える～より安全な医療システムを目指して」(日本評論社) 2000年, p. 168-170

20) NHK 総合「病院広告の規制緩和」2001年3月7日

つくり出すには欠かせない。

EBM が示されなければ、統一の基準で医師・医療機関を評価することは難しく、第三者による医療サービスに対する客観的な評価がなければ、情報を供給側だけが持っている現状では、患者にはそのバランスの正当性を判断する手段も、選択の余地もない。医療サービスとは本来、患者一人一人の QOL を尊重し支援すべきものであり、多様な価値観の存在する 21 世紀の医療システムにおいてそれらは、大きく括られた公的な統治ではもはや対応し切れない。患者の生活選択の自由を保証し、その自己決定を促していくためには、保険者と NPO そして第三者評価機関による質とニーズのマッチング、及びコスト・インセンティブが大きな役割を果たすであろう。すなわち、厚生労働省といった公的な統治に加えて、保険者、NPO、第三者評価機関といったすそ野の広いきめ細かな統治が求められている。

医療改革の柱である「医療費の伸びの抑制」と「サービスの質の向上」を、これまで日本が達成してきた「公平性」といかに共存させていくのか。そのためにはまず、透明性の確保から始めなければならない。

## お わ り に

1962 年に国民皆保険制度を導入し、医療供給体制の充実と保険間の公平、診療報酬点数上での量的評価を進めていった日本は、高い保健医療水準と世界最高の平均・健康寿命を実現した。国民は誰もが低い自己負担で、どの医療機関でも自由に受診することが可能である。フリーアクセスの保証は、世界に誇るべき点といえる。患者の医療機関へのアクセスが保証されて初めて、医療の質について問うことができるからである。

世界保健機構 (WHO) の 2000 年版報告書においても、加盟 191ヶ国の保険医療制度の国際的評価で、公平性という観点から日本は総合第 1 位となっている (アメリカ 15 位、イギリス 9 位)<sup>21)</sup> わが国の「平等・公平」の医療理念は素晴らしく、保険制度が最も効果的に機能している国であると評価されたその成果

を、今後とも守り続けていくのはもちろんである。しかし、医療供給体制の整備を一通り実現し終えた今日、「平等・公平」を前提に「質の確保と向上」を目指すべき時期にきているのではないか。

日本において医療の質は、医療提供者の自助努力によってのみ守られてきた。当然ながら、医療の質を医療提供者の倫理観だけに求めるのは弱い。また、質は均一という前提の下での診療報酬は物的評価のみで、医師が十分な診察時間をとって患者に説明を行っても、それが顧みられないというのは明らかに問題である。

「効率化」「標準化」「透明化」「情報化」が時代的潮流である今日、他の業界では当たり前のように行われている品質管理や危機管理が、医療業界においては遅れている。医療はサービスであり、患者の最善の利益を図ることが医療提供者の務めである。患者の安全と満足を追求すること、すなわち医療提供者と患者が情報を共有し、互いの信頼関係を前提に治療のゴールへ向かってそのプランを決定していく、患者参加の医療が今求められている。

- 
- 21) 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局編「医療制度改革の課題と視点～解説・資料編」(ぎょうせい) 2001年, p. 27, 及びNHKインターネットディベート「医療・待ったなしの改革」 <http://www.nhk.or.jp/debate/>

「2000年版世界保健報告(The World Health Report 2000)」によると、加盟191ヶ国の保険制度を比較した結果、日本は総合で第1位となり、保険制度が最も効果的に機能している国と評価された。総合評価は、以下の5項目の指標を数値化しランクづけされたもので、日本は全ての指標で8位以上となり、総合1位を獲得した。「健康の到達度(健康寿命に基づいた評価)」で、健康寿命が男性71.9歳、女性77.2歳と1位を獲得した他、「健康の公平性(5歳未満児死亡率に地域格差がないかどうかに基づいた評価)」で3位、「人権の尊重と配慮(プライバシー情報の適切な管理、受診者の意思の尊重、応急対策、医療環境、医療機関の選択の自由等に基づいた評価)」で6位、「医療受診の公平性(経済的理由、性別、年齢、人種による差別がないかどうかに基づいた評価)」で3位、「医療費負担の公平性(所得に応じた保険料の設定と、公平な分配がなされているかどうかに基づいた評価)」で8位となった。



## 参 考 文 献

- [1] 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>「診療録等の電子媒体による保存について (1999年4月)」「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書 (1999年6月)」「受療行動調査 (1999年)」「医療施設調査・病院報告 (1999年)」「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告することができる事項 (2001年1月)」「医療広告規制緩和のポイント (2001年4月)」
- [2] National Cancer Institute "Cancer Net" <http://cancernet.nci.nih.gov/>
- [3] Cancer Net Japan <http://www.nagumo.or.jp/cancer/>
- [4] 日本製薬工業協会 <http://www.jpma.or.jp/>
- [5] 医療事故市民オンブズマン・メディア <http://www.hypertown.ne.jp/medio/>
- [6] イデアフォー <http://www.ideafour.org/>
- [7] ささえあい医療人権センターCOML <http://www.coml.gr.jp/>
- [8] 日本医療機能評価機構 <http://www.jcqh.or.jp/>
- [9] 医療の質に関する研究会 <http://www.nm6.ac.jp/>
- [10] 医療情報システム開発センター <http://www.medis.or.jp/>
- [11] NHK 教育「患者主役の医療を築くために」2000年8月24日
- [12] NHK 教育「よい医者はどうして探せ ①15人目で名医を見つけた, ②あなたがうつ病になった時, ③賢い患者になるために, ④インターネットで医者選び」2001年3月5, 6, 7, 8日
- [13] NHK 総合「病院広告の規制緩和」2001年3月7日
- [14] NHK 総合「医療・信頼は回復できるのか ①事故は密室で起きた, ②問われる医師の“裁量”」2001年7月1, 7日
- [15] NHK BS1「医療・待たなしの改革 ①増大する医療費をどう抑えるのか, ②医療費は誰がどう負担するのか」2001年9月15, 22日 (NHK インターネットディベート <http://www.nhk.or.jp/debate/>)
- [16] NHK 教育「医療サービスの質の向上と効率化～医療制度改革のゆくえ (医療経済研究機構主催シンポジウムより)」2001年9月28日
- [17] 広井良典「アメリカの医療政策と日本～科学・文化・経済のインターフェイス」(勁草書房) 1992年
- [18] 広井良典「医療の経済学」(日本経済新聞社) 1994年
- [19] 21世紀の医療システムを考える研究会著, 日経メディカル編「医療を変える～提言 患者主役の医療改革」(日経BP社) 1999年
- [20] L. コーン, J. コリガン, M. ドナルドソン編, 米国医療の質委員会, 医学研究所著, 医学ジャーナリスト協会訳「To Err Is Human～人は誰でも間違える～より安全な医療システムを目指して」(日本評論社) 2000年
- [21] 厚生統計協会編「厚生指標～国民衛生の動向 (1999年)」(厚生統計協会) 1999年
- [22] 医療経済研究機構監修「医療白書 2000年度版～問われる『医療の質』と『リスクマネジメント』～医療の安全性確保へ向けて」(日本医療企画) 2000年

- [23] 厚生省監修「厚生白書（平成12年版）～新しい高齢者像を求めて」（ぎょうせい）2000年
- [24] 厚生労働省監修「厚生労働白書（平成13年版）～生涯にわたり個人の自立を支援する厚生労働行政」（ぎょうせい）2001年
- [25] 高齢者医療制度等改革推進本部事務局編「医療制度改革の課題と視点～解説・資料編」（ぎょうせい）2001年