

日本における医療サービスの質

— 広告規制の議論を中心に —

新田 秀樹

■ 要約

我が国においても活発化しつつある医療サービスの質を巡る議論については、

- その背景として、疾病構造の変化、医療供給量の増加、医学・医術の高度化・専門分化、患者の知識の増大及び権利意識の強化が、

- その基本的方向性として、医師—患者関係の変化、情報の重視、医師から患者への視点の転換が

挙げられ、具体的には、インフォームド・コンセント、診療記録の開示、医療サービスの質の評価、保険者機能の強化等が問題となっている。このうち、医療情報についての古典的な規制とも言える医業・医療機関の広告規制については、歴史的には、情報の非対称性の存在と医師の品位の保持を前提とした規制が行われてきた。しかし、現在では、前者については診療内容の中立的な評価を踏まえた広告システムの構築が求められており、後者については広告規制を医師の品位ではなく医療提供体制の在り方の問題として捉える視点が必要になっている。

■ キーワード

患者の選択（自己決定）、パートナーシップ、情報の非対称性、医師の品位、医療の非営利性の要請

I はじめに

本特集に日本を対象とした本稿が加えられた趣旨は、他の各論稿が取り上げるテーマの対応物についての我が国の議論状況を提示することにより、彼我の異同を明らかにし各国の特徴を際立たせるためのいわば鏡の役割を果たすことを期待されることと思われる。しかし、各論稿で取り上げられるテーマは極めて多岐にわたり、その一つ一つが多くの論点を含んでいるため、それらを網羅的に取り上げて我が国における問題状況を詳細に論じることは筆者の能力的にも紙数的にも難しい。そこで、本稿では、我が国における医療サービスの質を巡る議論の状況をごく簡単に紹介した後、その一例として医業・医療機関の広告規制を巡る

議論について若干の検討を行うことで責任の一端を果たすこととしたい。

II 医療サービスの質を巡る議論

1. 議論の背景

我が国においても、近年、医療制度全般についての改革の議論が進められる中で「医療の質」についての関心も高まりつつあるが、その背景には次のような事情があると考えられる。

第1に、疾病構造が急性疾患（感染症等）中心から慢性疾患（生活習慣病等）中心へと変化した。このことは医療の比重が短期的な治療から長期的な生活コントロールへと移行することを促した。

第2に、地域的な偏在はなお残るものの総体と

して見れば、病床や医師・歯科医師等の医療従事者の供給絶対量が増加し過剰となりつつある。これは患者の立場からすれば、医療機関や医師を選択できる余地が増大したことになる。

第3に、医学・医術の高度化・専門分化が進みすぎ、一人の医師がすべての病気・医療についての専門家たり得ないことが素人である患者の目にも明白になった。また、このことは、医師単独ではなく、種々の医療関係職種が協力しチーム(組織)として医療サービスを提供しなければならない必要性も強めている。

第4に、様々な出版物や報道等による医療関係情報を通じて、医療技術・医師・医療機関・医薬品等についての国民(患者)の知識が、その正確性はともかく、量的には従来と比べものにならないほど増加してきている。

第5に、医療分野に限ったことではないが、所得・生活水準の向上等とも相俟って、主権者としての、また消費者としての国民の権利意識が強まった結果、医療提供サイドに対する要求(ニーズ)も増大・多様化してきている。

2. 議論の基本的方向

1で述べたような事情が複雑に絡み合って、我が国における医療の質を巡る議論の活発化を招いているが、各議論に共通する基本的方向性として以下のことが指摘できよう。

(1) 医師-患者関係の変化の認識

(パターナリズムからパートナーシップへ)

従来の医師-患者関係をやや図式的に述べれば、基本的には専門的権威としての医師と受け身の患者(医師の診察対象としての存在)とのパターナリスティックな垂直的関係であったということが出来る。そうした関係を支えていたのは、人間の生命・健康に深く関わるものでありながら極めて高度の知識・技術を有する専門家でないといえないサー

ビスであるという医療のもつ特性¹⁾であった²⁾。

しかし、1で述べた要素はいずれも伝統的な医師-患者関係を垂直的なものから水平的なものへと変容させる方向で作用した。長期的な生活コントロールを中心とする医療は患者の理解・協力がなければ成り立たない。また、患者の選択幅の拡大・個々の医師の限界の明白化・患者の知識の増加・患者の権利意識の強化は、専門的権威としての医師像のフィクション性を薄め等身大の医師像に近付けることで相対的に患者の立場を強化した。こうした変化を受けて、医師-患者関係も、医師が一方向的に診療方針を決定するパターナリスティックなものから、医師と患者が対等のパートナーとして共に協力して病気と闘う関係へと変わりつつあるというのが現在の状況と言えよう。後述するインフォームド・コンセントの重視、医療情報開示の必要性の増大、医療サービスの質への要求の高まり等はこうした医師-患者関係の変化の反映にほかならない。

(2) 「情報」の重視(ハードからソフトへ)

医療の質を巡る議論においては、医療に関わる種々の情報のもつ意義・役割が重視される。インフォームド・コンセントの議論は前述の医師-患者関係の変化を医師-患者間の情報交換の在り方にどのように反映させるべきかという問題として捉えることができるし、カルテ等の開示や広告規制の緩和はまさに情報自体の取扱い方についてなされている議論である。また、医療サービスの質の評価の問題は、これまで設備・人員といった目に見えるハードな構造についての情報によりコントロールしていた医療を、よりソフトなサービス内容やその提供プロセスについての情報によってもコントロールしようとする試みと理解できる。さらに、保険者機能を巡る議論も、保険者は種々の医療情報をどこまでコントロール(収集・分析・提供等)できるかという観点からの議論が焦点の一つとなっている。

(3) 議論のスタンスの転換

(医師の視点から患者の視点へ)

医療の質を巡る議論は(1)で述べた医師－患者関係の変化を反映しており、医療の在り方を論じる場合の視点を、今後は医療を提供する医師等の視点から医療を受ける患者の視点へと転換するよう促している。あるいは、供給サイドではなく消費サイドから医療を論じることが可能な時代状況にようやくなったと言ってもよいであろう。こうした議論が通常「患者本位の良質な医療の在り方」、「患者が適切な選択を行うための情報開示」といったスローガンの下で語られるようになってきたことも、そのことを物語っている。

(4) 1992年の医療法改正

— 医療提供の理念 —

以上のような議論の動向は立法にも反映され、1992年のいわゆる第2次医療法改正(平成4年法律第89号)において医療法(昭和23年法律第205号)1条の2として医療提供の理念が規定された。同条1項では、

- (a) 医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨として、医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、医療を受ける者の心身の状況に応じて行われること
- (b) 医療の内容は、単に治療のみならず、疾病予防措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものであること

との趣旨が述べられ、医師－患者関係の変化に配慮するとともに、今後は医療内容の質的充実に重点を置いて取り組むべきとの姿勢が打ち出されている。また、同時に追加された1条の4においても以上のような医療提供の理念を踏まえ、医師等の医療の担い手はその責務として良質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない旨が規定された。これらは理念規定あるいは努力義務規定であり、運用においてこれを実効あるものとするた

めの医療提供者側・患者側双方の努力が求められている。

3. 分野別の議論の動向

(1) インフォームド・コンセント

医師－患者関係がパートナーシップ的なものからパートナーシップの理念を基本とするものへと変化する中で、診療の現場において医師をはじめとする医療提供者から患者への十分な情報提供が行われ、両者が情報と信頼とを共有しつつ、患者自身が積極的に自らの治療方法を選択しそれに取り組んでいくことの重要性が広く認識されるようになってきた。こうした変化を受けて、1997年のいわゆる第3次医療法改正(平成9年法律第125号)において医療法1条の4・2項として、医師等の医療の担い手は、医療の提供に当たり適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めなければならない旨の規定が設けられた。この条項は、努力義務規定であること、医療提供者側の視点からの規定ぶりとなっていること等の限界はあるものの、いわゆるインフォームド・コンセント(十分な情報を得た上での患者の選択・拒否・同意)の考え方を明示したものとして意義があるものと考えられ、医療提供者側はその趣旨を尊重して適切な情報提供を行っていくことが望まれる。また、その診療報酬上の評価等についてもさらに検討していく必要があるだろう。

(2) 診療記録の開示

医療情報の開示を巡る問題としては、診療録(カルテ)・看護記録等に記載された個別の患者の診療情報(診療記録)の開示の問題と、より一般的な医療情報に関わる広告規制の問題とがあるが、後者はIIIに譲り、ここでは前者について簡単に述べる。

我が国においては、インフォームド・コンセントにおける診療情報提供の一環として、また、個人情報上の自己コントロールという観点からも、診療記録

の開示を進めるべきとの声が高まりつつある。これに関しては、厚生省の「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」が1998年6月に詳細な報告書をまとめ³⁾、診療情報の提供と診療記録の開示を法律上義務付けることには大きな意義があり、今後法制化の方向に進むべきとする見解を打ち出したが⁴⁾、その後発表された厚生省の医療審議会の「医療提供体制の改革について(中間報告)」(1999年7月)では、法制化を進めるべきとする意見と医療従事者側の自主的取組みに委ねるべきとする意見との両論併記に変わり、当面は開示に向けての環境整備に努めるとするやや後退した内容となった。しかし、このことで医療提供者側に対する情報開示への社会的圧力は却って強まることも予想される。

なお、医療保険における診療報酬明細書等(レセプト)については、1997年6月以降、被保険者から保険者に対し請求があった場合には開示が行われるようになりつつある⁵⁾。

(3) 医療サービスの質の直接的担保

医療サービスの質の向上に、より直接的に関わるものとしては、医療サービスの質の評価と医療従事者の資質の向上とがある。

このうち前者については、1997年から財団法人日本医療機能評価機構による病院機能の第三者的な評価が本格的に実施されている。また、医療行為自体の評価についても、医療技術評価(医療技術を適用した場合の効果・影響を、健康結果を中心とした医学的側面・経済的側面・社会的側面から総合的かつ包括的に評価すること)を推進しその成果を活用することで、医師がより科学的な根拠に基づいて診療方針等を選択・決定すること(Evidence Based Medicine)を支援し普及させるための検討が厚生省等において行われている。今後は、病院機能評価については評価を受ける病院数の拡大、評価内容の公表等が、また、医療技術評

価については評価の効率的実施、評価に基づく診療ガイドラインの作成・活用等が課題となつてこよう。これらはアセスメントに基づく医療の標準化を指向する動きと言えるが、その場合、法学的観点からはこれらに対する法令の関与の範囲と程度をどのようなものとすべきかの検討が重要になるものと思われる。基本的には、法は評価の内容面ではなく、手続面に重点を置いた関与とすべきであろう。

また、医療従事者の資質の向上に関しては、前述の医療審議会報告において、現在努力規定(医師法(昭和23年法律第201号)16条の2等)となっている医師・歯科医師の卒後臨床研修の早急な必修化をめざすべきとの方向性が示された。

(4) 保険者機能の強化

近年アメリカのマネジドケアを巡る議論等を受ける形で、我が国においても、医療保険の保険者が被保険者(患者)のいわば代理人として良質な医療サービスを効率的に提供するための方策を講じることができるよう、保険者に期待される機能の強化を図るべきとの議論がなされており、具体的には診療報酬審査機能の強化、医療情報等の蓄積・分析機能の強化を前提とした被保険者への情報提供・指導の充実、医療機関との直接契約制の導入等の提案が行われている。こうした提案は、これまでいわば保険料徴収機関の地位に甘んじてきた保険者が、保険医療機関(医療提供者側)と並ぶ保険医療の場における自律的な当事者としての地位を復権しようとする動きとしても理解できようが、

- (a) 保険者は常に被保険者の利益を代弁する代理人の地位に立ち得るのか
- (b) 医療の効率と医療の質は常に両立し得るのか
- (c) 仮に保険者機能を強化する方向で制度を改正したとしても、保険者の実態がそれに追いつくことができるのか

といった基本的問題に加え、法技術論も含めた個別の検討をしなければならない論点も多い⁶⁾。

4. 課題

以上のような医療サービスの質を巡る議論全体を通じての課題としては、まず、2の(1)から(3)で述べたような変化は緒に就いたばかりであり、変化を推進していくための具体的方策の多くはこれから検討・実施されなければならないということが挙げられる⁷⁾。医師と患者の対等なパートナーシップの実現と言っても、従来の医師－患者関係に慣れてきた現場の医療関係者には戸惑いもあるうし、患者の側にも、自己決定が必然的にもたらす決定結果への責任の増大を嫌い従来のパートナーリスティックな関係に安住しようとする者は多い。また、医療の担い手と受け手との信頼関係に基づいた良質な医療の提供という総論には誰も異存はないであろうが、医療の質の評価や医療情報の開示の具体的手段やスケジュールについてまで関係者の意見が必ずしも一致しているわけではない。

さらにより本質的な問題として、

- (a) 医療における情報の非対称性を完全になくすことは医療の性質上不可能に近く、したがって、医師－患者関係は垂直的關係を強めようとする潜在的傾向を常に有する
- (b) 医療の質の評価は最終的には診療成果(アウトカム)の精密な評価にまで行き着かなければ完結しないはずであるが、現実にはそれは極めて困難である
- (c) 上記(a)、(b)とも関連するが、医療は個々の患者の特質や傷病の状況による個別性が大きく、またその効果も不確実性を免れないため、法令やガイドラインに記載された文言によりその内容をコントロールできる範囲は相対的に狭いといったことがある。

これらの問題を乗り越えて患者自身がより良質な医療を選択(自己決定)することを可能にするために、情報の非対称性の縮小をめざした具体的方策をどれだけ提示し実行できるかが、理論と実務の、また医療提供者側と患者側の、双方に課され

た課題と言えよう。

III 広告規制を巡る議論

本節では、医療の質の確保を考える上で不可欠な医療情報についての、古典的な規制とも言える広告規制を例にとり、規制の論理を探るとともに、広告規制についてはIIで述べたような議論を今後どのような形で展開し得るのかを、もう少し具体的に考えてみることにしたい。なお、広告規制に関する規定は医療法だけでなく、医療関係業務に関わる各法に散見されるが、ここでは最も古くかつ典型的な規制である医師の医業及び医療機関(病院・診療所)に関する広告規制について検討を行う。

1. 広告規制の沿革——医療法制定前——

明治初期には医師の広告について法的な規制は存在しなかったが、1906年に医師法(明治39年法律第47号、以下「旧医師法」という)が制定されて「医師ハ其ノ技能ヲ誇称シテ虚偽ノ広告ヲ為シ又ハ秘密療法ヲ有スル旨ヲ広告スルコトヲ得ス」(7条)という規定が置かれた。これは医師数の増加に伴い相互の競争が激化し、患者誘引のための医業広告の弊害が無視できなくなったためといわれる⁸⁾。

しかし、広告規制の効果が十分でなかったため、さらに1909年には同条が「医師ハ何等ノ方法ヲ以テスルヲ問ハス業務上学位、称号及専門科名ヲ除クノ外其ノ技能、療法又ハ経歴ニ関スル広告ヲ為スコトヲ得ス」と改正されて、医師が行う医業広告は、技能・療法・経歴に関しては学位、称号、専門科名以外は広汎に禁止されることとなった。また、同時に、主として医師以外の者が開設する医療機関の広告規制を狙いとして「病院医院其ノ他診察所治療所ノ広告ニ関スル件」(明治42年内務省令第19号)が制定され、医療機関(の開設者)が行う広告についても旧医師法におけるものと同様の規制が行われた。

その後、1933年の旧医師法改正において、7条はさらに、

- (a) 「医師ハ」を「医業ニ関シテハ何人ト雖モ」に改める
- (b) 「専門科名」を「命令ヲ以テ定ムル専門科名」に改める⁹⁾

(c) 内務大臣は医業広告を制限するため必要な命令¹⁰⁾を発することができる(追加)

というように改正され、広告規制はより強化された¹¹⁾。また、改正後の旧医師法4条ノ2に基づき診療所取締規則(昭和8年内務省令第30号)が制定され、医療機関(診療所)の広告に関し、

- (a) 診療所には医業に関し広告できない事項を表示する名称を付してはならない
- (b) 広告に非常勤の医師の氏名を表示する場合にはその医師の診療日も併せて表示する
- (c) 広告にその診療所で診療に従事しない医師の氏名を表示してはならない

といった規定が設けられた。

さらに、1942年には戦時医療体制樹立の一環として国民医療法(昭和17年法律第70号)が制定され、学位の広告が禁止されるとともに、医師が標榜しようとする科名を、自由に標榜できる「診療科名」14科名と、専門を標榜するときは厚生大臣の(審査→)許可を要する科名(専門科名)18科名に区分した(13~14条)。これは実際には審査終了前に国民医療法が廃止されたため実現を見ることはなかったが、我が国初の専門医国家認定制度導入の試みであったとすることができる。

やがて我が国は敗戦を迎え、1948年に医療法が制定されることになる。

2. 制定時の医療法における広告規制

制定当初の医療法における広告規制(医業に関するもの)の概要は次のようなものであった(39~40条)。

(a) 医業又は医療機関(病院・診療所)に関しては、

何人も、如何なる方法によるを問わず、(ア) 医師である旨、(イ) 法40条1項に規定する診療科名(内科、精神科、小児科等15科名¹²⁾)、(ウ) 医療機関の名称、電話番号、所在地、(エ) 診療に従事する医師の氏名、(オ) 診療日又は診療時間、(カ) 入院設備の有無、(キ) その他都道府県知事の許可を受けた事項以外の事項を広告してはならない。

(b) 非常勤の医師の氏名を広告する場合には、その医師の診療日及び診療時間も併せて広告しなければならない。

(c) (a)に掲げた事項を広告する場合も、医師の技能・治療方法・経歴・学位に関する事項にわたってはならない。

そして、翌年の法改正において概ね以下のような事項が追加された後は、広告規制に関しては1992年のいわゆる第2次医療法改正まで大きな改正は行われなかった¹³⁾。

(d) (a)及び(c)の規定にかかわらず、厚生大臣が特に必要と認めて定める事項は広告することができる。その場合、厚生大臣は広告方法についても定めることができる¹⁴⁾。

(e) 厚生大臣は、(d)の事項・方法を定めるに当たっては、予め医道審議会(医師法25条を参照)の意見を聴かなければならない。

(f) 広告内容は虚偽にわたってはならない。

以上のような医療法の規定は、基本的に1で述べた戦前における広告規制を集大成したものであることがわかる。さらに、(d)という例外規定はあるものの、それまで明示的な規制のなかった技能・治療方法・経歴・学位以外の事項をも含めて医業・医療機関に関し広告できる事項の範囲を明定した点((a)を参照)で、より厳格なものになったとも言える。

このように医療法における広告規制の内容は戦前のものを踏襲したが、その立法趣旨もまた戦前におけるもの¹⁵⁾と同様、

- (a) 広告規制を行わなければ、患者を誘引しようとして広告が虚偽誇大に流れ、一般大衆を惑わすおそれがある
- (b) また、たとえ事実と合致する事項であっても、医師の品位を害するような事項は広告させるべきではない

というものであった¹⁶⁾。そして、当時こうした考え方が採られた背景には、

- (a) 患者は医学的な専門知識が乏しく(=極端な情報の非対称性の存在)、医師に比べて弱い立場にある
- (b) 医師もまた人間であり生活しなければならない以上、多くの患者を集め医業で利潤を上げること(営利性)への強い誘因をもつ
- (c) しかし、医業において営利目的を前面に出すことは、医師の品位に馴染まない

との強い社会的認識乃至意識があったと考えるべきであろう。しかし、医療機関の名称・所在地等も含め一切の事項の広告を禁止すれば、国民(患者)は医療サービスには強い必需性があるにもかかわらずこれにアクセスすることが極めて困難になるので、パターンリスティックな観点から、広告は原則禁止としつつも、国民にもその内容の理解・判断が可能な最小限の客観的事実(医療機関の所在地、診療日時等)についてのみ広告を認めることとしたというのが当時の医療法の論理だったのではないか。

3. 第2次医療法改正から現在まで

1992年の第2次医療法改正においては、広告規制についておおよそ次のような見直しが行われた。

- (a) 厚生大臣は、診療に関する学識経験者の団体及び医療審議会の意見を聴いて、医業・医療機関について広告できる事項とその広告の方法・内容に関する基準を定めることができることとされた¹⁷⁾。改正前と比べると「特に必要がある(と認めて定める事項)」という限定が

外れるとともに、広告内容についての基準も定められるようになった点が注目される。他方で、手続的には、医道審議会ではなく医療審議会の意見を聴くこととされる一方で、診療に関する学識経験者の団体の意見を聴くことが明定された。

- (b) 従前は既述のとおり広告できる診療科名は法律で規定されていたが、改正後は医学医術に関する学術団体及び医道審議会の意見を聴いて政令で定めることができるようになった。これにより診療科名の追加・改廃の手続的ハードルは低くなったと言える。
- (c) 新たに、医療法14条の2として、医療機関の管理者は、管理者の氏名、診療に従事する医師の氏名・診療日及び診療時間、その他厚生省令で定める事項を、利用者に見やすいよう施設内に掲示しなければならないことが規定された。これは院外広告ではなく院内掲示についての規定であり、また掲示事項も現在のところ患者に知らせるべき必要最小限の事項に限定されてはいるが、利用者の便宜という観点から必要な医療情報の提供を法的に義務付けた点で大きな意義が認められよう¹⁸⁾。

こうした改正が行われた背景としては様々な要素が絡み合っているものと思われるが、主要要素の一つとして、IIの1でも触れたような国民の医療知識の増加、医療提供サイドに対するニーズの増大・多様化等を受けて、国民(患者)が自らの判断で適切に医療機関を選択できるよう必要な情報提供がなされるべきであるとの認識が、行政・立法当局においても強まってきたことがあるのは否定できまい。

医療法69条については、その後第3次医療法改正において広告できる事項が若干追加されて現在に至っているが、前述の医療審議会の中間報告(1999年7月)においては、次期医療法改正に向けて「検証可能な情報については、広告の可否を

個々の医療機関の自主的判断に委ねることで患者の要望に添えていくべき」との基本的考え方の下、

- (a) 検証可能な事項(医療機関・医療従事者についての事実や客観的情報、中立的な医療機能評価機関が行う医療機能評価の結果等)は幅広く広告できるようにする
- (b) 検証困難な事項(診療内容に関する事項等)の広告の可否については慎重な検討を加えた上で、個別に広告しうる事項としていく
- (c) 患者を不当に誘導するおそれのある広告への対応や、広告媒体に関する規制の在り方等についても今後検討していく

との方向性が示された。

4. 考察

以上我が国における医業・医療機関の広告規制に関する規定とその背後にある考え方の変化を見てきた。最後に、以上の検討を踏まえ、現在の広告規制の2つの論拠について今後どのように考えていくべきかにつき考察する。

(1) 情報の非対称性(医療の専門性)

広告規制の立法趣旨の一つは「広告規制を行わなければ、患者を誘引しようとして広告が虚偽誇大に流れ、一般大衆を惑わすおそれがある」というもので、その前提には、医療という極めて専門的な知識技術体系については医師-患者間に極端な情報の非対称性が存在するとの認識があることは既に述べた。このため、医業・医療機関につき広告できる事項は、その範囲は徐々に拡大されつつあるものの、これまでは、(a)客観的な事実(医療機関の所在地、診療日時等)、(b)何らかの公的認定に基づく資格(保険医療機関、生活保護指定病院等)、(c)医療のコアとはいえない周辺的サービス(特別の病室の提供、予約診察の実施等)に基本的に限定されている。

しかし、今後は、医療機関にアクセスするのに

必要な(最小限の)情報ではなく、国民(患者)が適切な医療機関を選択するのに十分な情報が要求されるようになる」とすると、求められる広告も、(a)~(c)の範囲の事項数の増大のみにとどまらず、最終的には各医療機関(さらに言えば各医師)が行っている医療のコアに関する事項(診療内容・診療技術・診療結果等)の広告¹⁹⁾にまで至る可能性が高い。しかし、その場合、医療の本質上コア部分についての医師-患者間の情報の非対称性が大幅に縮小することは考えにくいことから、広告の妥当性の判断は専門家である同じ医師に基本的には委ねざるを得まい。そうだとすると、患者が最も知りたいであろう医療のコアに関する事項の広告が可能になるかどうかは、そうした事項について、信頼できる専門家(医師)が中立的な評価(少なくともそう見える評価)を行うシステムを構築できるかどうかにかかるとなる。その意味では、広告規制の緩和は、前述(II-3-(3))の医療の質の評価の進捗状況と連動することになる。前述の医療審議会報告はその困難性を指摘しているが、診療内容を「検証」できるようなシステムを作る努力が求められる。

(2) 医師の品位と医療の非営利性の要請

広告規制のもう一つの立法趣旨は「たとえ事実合致する事項であっても、医師の品位を害するような事項は広告させるべきではない」というものであった。この「品位(を保つこと)」が「営利目的で医業を行わないこと」をその中核としているのは疑いない。行政解釈では「医師としての品位を損するような行為」の例として不当に高額な報酬の要求、患者の貧富による極端な診療差別等が挙げられていること²⁰⁾や、戦前広告規制が創設・改正された時期は医師等の医療機関経営者による営利追求傾向の弊害が目立つ時期であったこと²¹⁾も、そのことを裏付ける。

しかし、現在においては広告規制の在り方を医

師の品位保持や医療の非営利性の要請と常にセットで考える必要はないであろう。広告規制の在り方は、医療機関の開設者が誰であるかに関わりなく、患者への適切な情報提供等の観点から検討されるべき問題であるし、従来医師の品位と関連づけて捉えられてきた虚偽広告や誇大広告の問題は、患者(消費者)利益の保護乃至医療機関相互の公正競争の確保という観点から論ずれば足りると思われるからである。したがって、少なくとも広告規制の問題に関しては、解釈論を行うにせよ立法論を行うにせよ、「医師の品位」という曖昧な概念を根拠とする議論はできる限り避けた方が建設的な議論が期待できるのではないか。

第2次医療法改正において診療科名以外の広告規制に関わる事項について意見を聴く審議会が医道審議会から医療審議会に変更されたことも、広告(規制)の問題が医師の品位乃至モラルの問題というよりは、国民に対する広い意味での医療提供体制の在り方の問題の一環として捉えられるようになったことを示しているように思われる。

IV おわりに

本稿では、我が国における医療サービスの質を巡る議論の概況を一瞥するとともに、医業・医療機関の広告規制の在り方を例にそうした議論のやや具体的な展開を試みた。医療サービスの質の担保・向上を巡る議論は我が国においても既に実行の段階に入りつつあるが、総論(患者の自己決定の尊重等)と個別制度・施策とを整合的に関連づける論理はまだ十分整理されていないように思われる。この点につき、医療の質の向上に関連する諸外国の様々な取組みに学びつつ、我が国においても法学的観点からの議論を早急に深めることが望まれる。

注

- 1) 医療の特性については新田(1998a)36~38頁を参照。
- 2) もちろんそうした一般的理由に加えて、明治以来の我が国医学・医療の歴史的特殊性も考慮する必要がある。
- 3) 同報告書の全文は『ジュリスト』第1142号(1998年10月1日)64~74頁を参照。
- 4) 同報告書の評価及び診療記録の開示を巡る論点につき、法律家サイドのものとして光石(1998)及び森田(1999)を、医療提供者サイドのものとして開原(1998)を参照。
- 5) 詳しくは込山(1998)を参照。
- 6) 個別の論点については加藤(1998)、新田(1998b)等を参照。
- 7) 上原(1999)17頁では、日本における医療の質の取組みの現状について、医療の質を支えるストラクチャーの整備や標準化が不十分、患者代弁者の声が小さく患者中心の医療に向けての推進力が弱い、技術標準が未確立、医療の質を確保する努力が評価される仕組みがない等の指摘を行っている。
- 8) 土井(1934)102~103頁を参照。
- 9) これは、医師等がめいめい勝手に専門科名を創称し混乱を生じていたのを是正するためとされる〔野田(1984)179頁を参照〕。具体的には旧医師法施行規則(明治39年内務省令第27号)が改正され、10条1号として内科、外科、小児科等38専門科名が、また同条2号としてそれ以外の診療科名でそれを標榜しようとする医師が内務大臣の許可を受けたものが規定された。
- 10) 具体的には旧医師法施行規則10条ノ2として、医業報酬の低廉なことを示す事項、避妊・墮胎を暗示する事項及び虚偽誇大にわたる事項の広告禁止が規定された。
- 11) なお、他方で「何等ノ方法ヲ以テスルヲ問ハス」との文言は7条の規定から除かれたが、その趣旨は改正前と変わってはいないようである(1933年2月24日の貴族院医師法中改正法律案特別委員会における東園基光議員の質問に対する大島辰次郎内務省衛生局長の答弁を参照)。
- 12) それ以外にその標榜を希望する医師が個別に厚生大臣の許可を受けた診療科名が認められた。
- 13) この間の改正は1950年の法改正による条名の形式的移動(39条→69条, 40条→70条)及び数回にわたる議員立法による診療科名の追加のみである。
- 14) この規定を受けて昭和25年厚生省告示第72号が定められた。
- 15) 大判大正14年3月11日(刑集4巻4号229頁以下)、大判昭和16年7月31日(法律新聞4721号7頁以下)等を参照。

- 16) 鈴木・松下(1948)23頁を参照.
- 17) これを受けて、昭和25年厚生省告示第72号を承継・拡充する形で平成5年厚生省告示第23号が定められるとともに、医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)が改正され42条の3として比較広告の禁止、誇大広告の禁止が規定された.
- 18) このほかの改正内容としては、(a)非常勤医師の氏名の広告ができなくなったこと、(b)「技能・治療方法・経歴・学位に関する事項(の広告禁止)」の文言が条文からは落ちたこと等が挙げられる.
- 19) こうした事項の開示方法として個々の医療機関による広告という方法が適切なのかという問題もあるが、現実には有力な開示手段の一つとなる可能性が高い.
- 20) 厚生省健康政策局総務課編(1994)421頁を参照.
- 21) 例えば新田(1998a)23~26頁を参照.

参考文献

- 植木哲 1998『医療の法律学』有斐閣
上原鳴夫 1999「患者本位の医療の質を求めて」『社会保険旬報』第2009号
開原成允 1998「診療記録の開示と医療者側の課題」『ジュリスト』第1142号
片岡佳和 1992「医療法の一部改正について」『ジュリスト』第1007号
加藤智章 1998「医療保障制度における法主体論—保険者機能を中心に—」『医療保障制度における法主体

- 論』に関する研究報告書』医療経済研究機構
河原格 1998『医師の説明と患者の同意』成文堂
厚生省医務局 1955『医制八十年史』印刷局朝陽会
厚生省健康政策局総務課編 1994『医療法・医師法(歯科医師法)解〔第16版〕』医学通信社
込山愛郎 1998「診療報酬明細書等の被保険者への開示について」『ジュリスト』第1142号
鈴木信吾・松下廉蔵 1948『簡明医療法・医師法解』医学通信社
土井十二 1934『医事法制学の理論と其実際』凡進社
西田和弘 1998「医療保障における医療情報へのアクセス権保障」日本社会保障法学会編『社会保障法』第13号
新田秀樹 1998a「医療の非営利性の要請の根拠」『名古屋大学法政論集』第175号
新田秀樹 1998b「医療保険における保険者と医療機関の直接契約制の導入の可能性」『名古屋大学法政論集』第176号
野田寛 1984『医事法上巻』青林書院
平林勝政 1993「シンポジウム:インフォームド・コンセント《再論》/1各国の法状況/日本」日本医事法学会編『年報医事法学』第8号
光石忠敬 1998「医療記録の閲覧・謄写請求の現状および問題点」『ジュリスト』第1142号
森田明 1999「医療記録の開示の現状と課題」日本医事法学会編『年報医事法学』第14号
(にった・ひでき 名古屋大学助教授)