

医療における情報提供と質の評価

大 道 久

現下の医療改革において、医療に関する情報提供は改革の重要な柱となる課題であると位置づけられ、診療録・カルテの開示、医療機関に関する情報の公開、医療機関の広告規制の緩和または撤廃などについて具体的対応が求められている。現在、医療における改革課題の主要な部分は、政府に設置された総合規制改革会議の答申に基づいて策定された平成14年度を初年度とする規制改革推進3ヵ年計画によって進行している。掲げられた改革課題のすべてが計画通り進捗しているとは見受けられないが、医療における情報提供に関するものは、一定の成果を見ていると見てよいだろう。ここでは、広告の規制改革、診療録・カルテの開示、社会保険診療における診療情報、医療の質評価に関する情報提供など、医療における情報提供に関する今日的課題について論述する。

I 医療における情報提供と広告規制の改革

医療における情報提供を考える上で、まず医療機関の広告に関するこれまでの経緯と新たな局面について見ておく必要がある。一般に広告は、広告したい主体が、自己または社会全体の利益を得るために、不特定多数の公衆または選択された多人数の者に対して、最も効果的と思われる媒体を通じて情報を提供し、自らの製品やサービスへの誘引、あるいは思想を周知させるための伝達手段であると考えられる。ここで、虚偽の広告や誇大な広告については、反社会的なものとして規制されるのが通例である。

医療における広告は、ごく最近まで基本的には

禁止されてきた。医療における広告を規制しているのは医療法であり、1948年の制定以来、長きにわたって医療機関の広告は、医療機関名と所在地、診療科名と医師名、診療日時、入院設備の有無などの範囲に限られてきた。診療科名も標榜できるものは内科や外科など、医療を受けようとするものが容易に理解できる30数科の範囲に留められ、1990年代に入ってからようやく標榜可能な診療科も追加されるようになったのである。

医療における広告の原則禁止の考え方の基本は患者・利用者の保護である。具体的には、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いと考えられることによる。また、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であるとされる。虚偽や誇大な広告は当然禁止されているが、他の医療機関よりも優れている旨を内容とする比較広告も禁止されている。これらの広告規制の違反には懲役または罰金の罰則が設けられている。

長きにわたったこのような規制も、1990年代に入ってようやく見直しの兆しが見えるようになり、以後3度の医療法の改正の度に規制の緩和が図られ、広告可能事項の拡大が図られてきた。1992年のいわゆる第2次医療法改正では、予約診療・休日診療の実施や他の医療機関への紹介、訪問看護の実施、開放型病院や紹介外来型病院であること、緩和ケア病棟や導入されたばかりの療養型病床群の有無が広告可能となった。次いで、

1997年の第3次医療法改正では、医師・看護要員などの員数と病床数・病室数、在宅医療の実施、併設施設の名称などが追加されている。また、これらと並行して、院内には案内図を掲示することや、室料差額や診断書文書料などの表示も義務付けられるようになった。

2000年の医療法改正では一層の規制緩和が行われるところとなり、検証可能な事実や客観的な情報として個別に定められた事項については原則として広告可能という考え方がとられた。これを受けた医業または医療機関の広告に関する告示²によって、2001年3月からは従来から広告可能であった医療法上の諸基準に加えて、診療報酬上の多岐にわたる入院基本料や管理料などの施設基準について、それを取得していれば全面的に広告できることになった。また、診療録・カルテの情報を患者に開示・提供している場合はその旨広告できるものとし、医療を受ける立場から診療情報を知りたいという要望に対応した。

さらに、病院認定を開始している財団法人日本医療機能評価機構の評価の結果、すなわち認定病院である旨を広告できるものとするとともに、医師・歯科医師の出身校や学位の有無、勤務した医療機関などの略歴を広告可能として、医療の質に関連した情報を広告として提供できるようにしたことは画期的であったといえることができる。ただし、この時点では病院の個別の評価結果や、医師の専門医・認定医資格の取得については広告できないとされた。

検証可能な事実と医療の質に関する情報を広告可能にしたことでよほど前進したかに見えた医療における情報提供も、ちょうどこの時期に発足した新たな総合規制改革会議においては、なお不十分と受け止められた。事実、この段階でも、医療機関または医業における広告は原則として禁止という当初の方針はそのまま残されていたのであり、ここまでの対応はあくまでも客観的な事実の範囲で広告可能という考え方に基づいていた。総合規制改革会議は、広告可能なものを示すポジティブリスト方式から、原則として広告可能の中から広告できない事項を示すネガティブリスト方式に転

換するとともに、医療そのものの内容と医療機関の運営に関する情報を広告として提供することを強く求めた³。

これを受けて早々に前年度の告示が見直され、2002年4月から新たな考え方で医療における今後の広告のあり方が示された⁴。患者保護のために原則として広告禁止という従来の方針を改め、今後は医療に関する情報開示を進め、患者の選択を通じてわが国の医療を一層質の高い効率的なものとしていく必要があるという観点から、医療分野において広告できる事項をさらに拡大しようとするものである。患者保護の観点から、患者の選択を通じた医療の質の向上と効率化に向けた転換は、パターンリズムから利用者主権へという医療のパラダイムシフトそのものであり、現下の医療改革の背景的な基調をなすものであるといえる。

新たな告示で追加された具体的な広告可能な事項は、医療の内容に関するものとして、専門医資格のあること、治療方法と手術件数、平均在院日数・病床利用率と疾患別患者数などがあり、医療機関の体制に関するものとして、セカンドオピニオンの実施や患者相談窓口の設置、症例検討会の開催やクリティカルパスなどの入院診療計画の導入、医療安全管理体制や電子カルテの導入などがある。医療機関の運営と評価に関する情報として、理事長の略歴、外部監査やISOの認証があり、日本医療機能評価機構の評価の結果については、個別の評価結果である評点や所見の広告も認められた。

懸案であった専門医資格について広告できるようになったが、これは常時診療に従事する医師について適用され、資格認定をしている学会などの団体に要件が求められる。専門医資格を認定することのできる団体の基準は、学術団体として法人格を有し、会員が千人以上でその8割以上が医師であること。また、5年以上の活動実績を持ち、専門医の資格取得の条件を公表していること。資格取得の条件として5年以上の研修受講を必要とし、適正な試験の実施と定期的な資格更新制度を設け、会員と認定した医師の名簿を公表していることなどが求められている。新告示の施行後1年

経た2003年4月末現在、内科専門医など15の専門医資格がこの要件を充たして広告可能となっている。

医療における情報提供の基本ともなる広告に関する制度的運用が、最近の数年で大きく転換したことを見てきたが、医療の現場で急に大きな変化が表れてきたとは感じられない。医療について知りたいとする医療を受ける立場からの要望があるにせよ、医療機関自らが提供する広告としての情報には、まさに広告としての限界がある。患者・国民は、中立的で信頼性の高い情報を求めており、医療においてはなおさらその傾向が強い。長年培われた医療の風土においては、ひけらかす情報が逆効果を生むことを医療機関側も十分に承知しており、突然に新たな広告情報を発信することには慎重であるとみることもできる。

そのような中で、認定病院であることと専門医資格についての広告は、医療の質に関する要点となる情報であることから、医療を受ける側も提供する側も高い関心を示しつつある。病院紹介のパンフレットには無論のこと、市中の広告看板や新聞にも病院名の冒頭に認定病院の表示とそのロゴが散見されるようになってきている。また、このような広告情報の出現は、医療の質を評価する立場から評価内容の公表を迫る要因となっており、実際に日本医療機能評価機構は審査の終了した認定病院の承諾を前提に、2002年9月から全評価項目の評点と総括所見の公表に踏み切っている。認定病院の多くも、多少の問題点は指摘されていても、第三者の立場からの情報公開によって患者の信頼を得ることができると考えており、その85%が同機構のウェブサイト上での公表に同意している。専門医資格の広告については、実施直後であり今後を見通すことのできる状況にはなっていないが、医師または医療機関の選択に大きな影響を与えることは明らかで、今後の成り行きが注目される。

現在、医療環境が急速に厳しくなる中で、多くの病院・診療所が患者の減少や病床利用率の低下に苦しんでいる。患者確保の方策は、住民の信頼を得て患者として直接来院を期待するか、他の医

療機関からの紹介によるしかない。いずれも、広告を含む情報提供が極めて大きな意味を持つことはいまでもない。広告規制を排し、患者の選択を通じて質の高い効率的な医療を実現するとする今回の転換は、医療の需給状況と国民の意識状況からみて時代的な必然であるといえる。転換の速度が急であるために、医療を受ける側にも提供する側にも足並みが揃わない過渡的状況が続くと思われるが、医療における情報提供が新たな局面に入ったことは明らかである。

II 診療情報の提供と診療録の開示

医療における情報提供において対応が迫られているもう一つの論点は、患者が受けた医療そのものについて、患者または家族がそれを知りたいとする場合に提供される情報に関連した問題である。近年、医療事故の報道が繰り返されている背景もあって、医療への不信、あるいは医療過誤等の責任の明確化などの観点から、診療録・カルテの開示の法制化を求める声も高まっている。医療を受ける立場と提供する立場の相互の関係が変化する中で、改めて診療に関する情報提供のあり方が問われているといえる。

1 診療に関する説明とインフォームド・コンセント

わが国の医療の現状について医療を受ける立場からの問題点を問うと、長く待たされることとともに、十分な説明がないとの指摘が繰り返されてきた。わが国の医療風土においては、医師の地位はよほど高く、患者が医療の内容について説明を求める余地がほとんどなかったという時代が長く続いて今日に至った。脱パターナリズムが叫ばれ、「お任せ医療」を排するといっても、医師と患者の双方のビヘイビアを変えることは、制度改革の対象というよりは文化に属する問題であり、医療の現場の変化は遅々として進まないようにみえる。

それでも、この問題は10年余にわたる取り組みがあり、いわゆるインフォームド・コンセントの概念とその実践は、現在に至って医療の現場に

それなりに定着したといつてよい。インフォームド・コンセントは、医師または医療提供者が、患者または医療を受けようとする者に、傷病とその診療の手順、診断や治療の方法や選択肢、それぞれの効果や危険度などについて理解できるように説明し、医療を受けようとする者はそれを理解し、それに同意した上で医療が実施される必要があるというものである。

インフォームド・コンセントの用語は、1964年に医学・生物学的研究のあり方に関する世界医師会の宣言文である「ヘルシンキ宣言」⁶において引用され、治験などの臨床研究の倫理的要件として強調されているものである。その後、一般的な医療においてもあるべき手順として普及し、米国のような契約的社会での医療においては、医療過誤への防衛的手続きとしての側面を見せながら、文書で同意書をとる形がすっかり定着している。

わが国でも20年ぐらい前より医学教育において取り上げられ、1990年に日本医師会生命倫理懇談会が「説明と同意」に関する報告書⁷を出してから医療界のみならず一般の社会にもその概念が広まったといえる。1997年の第3次医療法改正では、「医療の担い手は医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受けるものの理解を得るように努める」とする努力規程を設けるまでに至っている。インフォームド・コンセントの用語は、当初から「説明と同意」という直訳が当てられてきたが、わが国の医療で「同意」の実体があり得るのかという視点から論議が絶えず、医療法では「理解」という用語で条文に書き込まれた。ごく最近、国立国語研究所は、この用語を「納得診療」と言い換えることを提唱しており⁸、医療における患者の情報の提供のあり方については、文化的側面があることを見せつけている。

最近の医療の現場では、入院時に入院診療計画を作成して患者に手渡さなければ診療報酬が減額される。侵襲のある検査や手術において、十分に説明をして適切な「同意書」を作成しておかなければ認定証は取得できない。また、説明不十分なまま医療が行われ、その結果に患者が満足せずに訴訟になれば医療側が敗訴になる場合が少なくな

い状況になっており、このような制度的・社会的環境からもインフォームド・コンセントの実践が求められ、一定の普及を見ているのである。

近年、主治医とは別の医師の説明を求めて、より納得のゆく医療を受けたいとする「セカンドオピニオン」のあり方が論議となっている。セカンドオピニオンは、米国で保険給付の妥当性について別の専門医の意見を求めることを指したことに始まるとされるが、わが国では、現在の医師の診療に関する妥当性や信頼性についての確認や保証のための情報として受け止められており、医療における患者情報の提供の新たな論点となっているといえる。東京のような都市部の住民のセカンドオピニオンへの関心は高く、その具体的な実施に向けた検討が進んでいる。これまでの論議では、これを医療としてではなく相談事業として捉え、自由料金による相談料の徴収で対応する方向を示している⁹。実運用までには曲折も予想されるが、医療における診療情報の提供の新しい流れとして注目される。

2. 診療情報の開示と個人情報保護

医療における患者情報の提供のもう一つの重要な論点は、診療録・カルテの閲覧またはコピーなどによる診療情報の開示に関連したものである。診療録に記載された診療情報は、一義的には患者のものであると言えるが、法制上は記載するのは医師であり、その保管・管理は診療所の医師または病院の責務となっている⁹。患者がカルテの内容を知りたいという要望は以前からあったが、診療録の開示が公式的な論議の対象になったのは、1997年になってインフォームド・コンセントへの関心が高まり、当時の与党医療保険制度改革協議会が「21世紀の国民医療」などでカルテ情報の提供と開示の必要性に言及して、「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」が設置されてからである。

翌年、同検討会の報告書¹⁰は、診療情報の提供による医療従事者と患者の信頼関係の強化と、情報の共有による医療の質の向上の利点をあげ、個人情報の自己コントロールも可能となるところか

ら、患者の求めがなくとも積極的に十分な説明など診療情報の提供に努め、診療録開示の求めがあった場合はその要請に応じるべきことを明示した。ただし、これらの要請に応えるには診療記録の作成や管理体制が十分に整備されておらず、記載内容の標準化や医療従事者の教育などの環境整備が必要であることを指摘した。そして、診療情報の提供と開示を推進するため、環境整備に配慮しつつ、その法制化を検討することを提言した。

結局、カルテ開示は本来、医師の自発的履行が望ましいことであり、環境整備も不十分ということで、3カ年は医療関係者の診療録の開示に向けた自主的努力、および診療録管理等の整備と関係者の教育・研修を行うこととなった。この間、日本医師会などの医療関係団体は診療情報の提供に関する指針などを作成し、患者からの意見や苦情に対応する取り組みを行って診療録・カルテの開示の徹底に努めた。そして、3年を経過した2002年になって、改めて「診療に関する情報等のあり方に関する検討会」が設置され、法制化を含めた今後のあり方が検討された。

翌年、同検討会は報告書¹¹でこの3年間における医療関係者、患者支援団体、および国の取り組みを総括し、診療情報の提供は着実に進展しているが、その環境整備はなお不十分とした。そして、診療録の開示の法制化については、折しも成立した個人情報保護法等によって、ほとんどの医療機関が患者本人の請求に応じて診療記録を開示する義務を負うことになり、その法的基盤は整ったとした。しかし、同法が遺族からの開示請求に適用されず、記録の改竄にも対応できない点などについては、別に国が定める「診療情報の提供等に関する指針」¹²の普及を図り、環境整備の今後の進捗状況を評価した上で必要な措置について検証してゆくべきであるとしている。

同指針では、本人からの求めがあっても不開示とする理由は、診療情報の提供が第三者の利益を害する場合と、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れのある場合があると考えられるが、その運用は医療機関に任せるものとし、不開示事由を院内に掲示することを求めるとともに、訴訟を前

提としていることのみで不開示とすることは適切でないとしている。患者と医療機関との間で問題が残る場合は、医師会や国の設置する相談窓口を活用することを指摘し、患者自身にも医療の当事者としての主体的な姿勢を求めている。

医療における患者に対する診療情報の提供に関連した問題をみてきたが、医療を提供する立場とそれを受ける立場の者が、情報を媒介とした乾いた関係を築くことには、現段階ではなお風土的な違和感が残る。患者には自己決定権があるとして、求めに応じて全ての診療情報の提供に耐え得る患者の「個」が成立しているか、問題はなお残されている。

III 医療における情報の非対称と社会保険診療

1 情報非対称の是正の意味するもの

医療における情報提供の推進が、とりあえず医療における情報の非対称の軽減に寄与することは明らかであろう。情報の対象性は、市場原理が成り立つ上での条件の一つとして位置づけられるが、問題は医療における情報提供の徹底が医療の提供に市場原理を適用することの妥当性につながるかどうかである。現下の医療改革の基調となっている考え方は、情報の徹底した開示・公開によって医療サービスの選択を患者・利用者に委ね、市場原理によって資源の最適配分を行うことが必要であるとの明確な方向性を見ることができ、これまで見てきた医療における情報提供の特質を踏まえて、この方向性のリアリティを検証しておく必要がある。

市場原理が成り立つために完璧な情報の対称性が求められているわけではないにせよ、医学・医療には膨大な知識体系と多岐にわたる選択肢が存在し、それが日々精力的に展開される医学・医療の研究開発で常に動的に変化する状況を知る者からすると、医療における情報の非対称の程度は、やはり尋常ではないものと受け止められる。現役の医師ですら、専門外の領域の医療を受けるとなれば、説明を受けた範囲の情報が非対称を補完するに過ぎないことが実感される。いわんや、突然

の健康の不調で医療が必要となった一般の患者における情報の非対称はどれ程であろうか。強いて挙げれば、わが国では稀な本来の家庭医、またはプライマリケア医は、患者の性向や家庭の事情も踏まえた妥当な判断について患者に助言ができるかもしれない。

実際にインフォームド・コンセントが徹底され、示された選択肢を患者が選択する場合の判断の過程は、一般市場で商品やサービスを選択する場合とはよほど異なる。頻度の高い初期の高血圧症の治療方針を決定するのに、まず食餌療法か薬物療法かの選択肢があり得るが、薬物の副作用が心配で食餌療法を選択するか、薬を服用しないリスクを考えて長期服用に踏み切るかの選択は、決して経済的判断ではない。手術して当たり前と思っていた急性虫垂炎が、最近では保存的療法も見直されているとか、腹腔鏡手術ならば侵襲はずっと少ないなどと選択肢が示された場合、予後や合併症を心配しても、費用負担や入院期間が選択に影響を及ぼす程度はよほど少ない。そして、悪性疾患が疑われている場合や、リスクの高い高度の手術を行う必要がある場合は、選択の論理は救命あるいは生存の可能性の最大化の一点に集約され、そこで求められる情報は、市場原理を成り立たせるために非対称を補完するためのものではなく、信頼性の高い技術や質の高いサービスの所在や機会に関するものである。信頼性の高い技術や優れたサービスが、価格または費用負担にほとんど影響されることなく選択される仕組みは一般的な競争原理であり、市場原理や情報の対称性を引き合いに出すことは必ずしも必要はないものと思われる。

市場の優れた機能は、最も効率的に資源の最適配分が行われる点にあるとされ、資源の制約が大きい今後の医療において、この市場原理が適用できれば社会的利点は大きい。しかしながら、先にみたように医療における情報の非対称の特質や選択肢の決定の過程を検証してみると、安易に市場原理の利点を期待することには無理があると考えざるを得ない。医療における資源配分は、社会保障の理念を踏まえ、医療の必要性に応じて配分されることが適当である。この医療の必要性の範囲

は、従来は医師の医学的判断に基づく裁量によって行われてきたが、それが不明確であるというのであれば、病名や重症度、あるいは手術の必要性など、傷病や病態の要点を表す情報の把握によって定量化することによって社会的運用は可能である。また、標準的な診療ガイドラインの作成とその普及によって、病態に応じた公平な資源配分に寄与することが期待できる。

2 社会保険診療における情報提供

さて、わが国の医療の基盤となっている社会保険診療では、ほぼ完璧な公定価格である診療報酬体系と薬価基準により運用されてきた。地域格差や原価との乖離を指摘されながらも概ねそのままの状況で今日まで至ったのは、税や保険料を財源とする給付に求められる公平性を確保するために、敢えて医療の質やサービスの利便に価格による差をつけることなく、1物1価の原則を強固に守り通してきたためであると思われる。いずれの医療機関を受診しても概ね同じ質的水準の医療を受けることができるというのが、皆保険体制を運用する上での基本前提となっているからである。このことは、医療の質を評価してそれを情報化することを阻害し、経験のある優れた医療に報いることができず、一方で大病院志向などを助長する要因にもなったのである。

公定価格で運用される社会保険診療に一般的な市場メカニズムが機能する余地はなく、より質の高い医療が提供されても診療報酬支払額には反映されない。しかし、質の高い医療が提供されていることの情報が流布されれば、患者に選択される機会が増えるという競争原理は当然働く。最近、高度な手術の年間の取り扱い件数の多い医療機関は、件数の少ない医療機関より技術水準が高いことが期待できるので、より高い診療報酬を設定した。しかし、人口の少ない地域では件数が少ないので支払額が低額となり、採算が取れずにその手術を行わないようになれば、その地域の住民の医療を受ける機会を失わせることになる大問題となり、大幅な運用の修正を迫られる結果となった。医療における市場の失敗とみることもできる事態

で、改めて地域における医療計画の必要性を認識させる事例となった。

社会保険診療における情報の位置づけと役割を考える上で、保険者と医療機関、および被保険者たる患者との関係を改めて検討しておかなければならない。わが国の健康保険の給付は現物給付が原則である。患者は保険医療機関において必要な医療そのものを給付され、その費用は保険医療機関から診療報酬支払基金などを介して保険者に請求される。請求に必要な情報は、診療報酬請求明細書として提出され、審査・支払いの過程で返戻・査定などの調整がなされる。すなわち、医療の提供に伴う経済行為は保険医療機関と保険者の間で行われ、患者は受療時に請求額の一部負担分だけ医療機関に支払うものの、費用の清算には直接関わっていないという特質がある。

このことは、患者が医療をサービスとして選択して購入するという消費者としてのビヘイビアが育たなかった大きな要因であったといえる。現物で給付される必要な医療の範囲はもっぱら医師の医学的な判断と裁量に委ねられ、費用負担も一部負担分だけに軽減化された結果、患者自身が提供された個々の医療の内容やその価格に関する情報を知る機会が少なく、またそれを知りたいとする要望も決して多くはなかったといえる。医師は、患者に代わって必要とする医療を選択し、それを保険の仕組みの中で購入するという特異な代行経済の担い手として医療を提供してきたのである。わが国の患者のビヘイビアを「お任せ医療」と称する所以である。このように、社会保険医療においては、患者にとって情報の非対称性があるというよりは、情報の疎外者ともいべき状況に置かれてきたと見ることもできるのである。

このような状況に対して、患者が「知らされていない」という問題意識を持ち始め、医療を提供する側の反省もあってインフォームド・コンセントの唱道と実践があり、ようやく新たな局面が開かれつつあることはすでに見てきたところである。また、どこまで知らされているかについては措くとしても、当初から患者には医療機関そのものを自由に選択することができるという重要な権利を

持ち合わせて今日に至っており、このフリーアクセス権は、わが国の医療体制の基本的な特質であり利点とされてきたものである。医療機関の選択は、当初は患者が適切と信じたところへ出向き、それが期待に沿わなければ別の医療機関に移るなどしてきたのであるが、冒頭に掲げた医療機関の広告規制の改革は、まさにこの部分の情報化の促進ということである。

社会保険診療においては、患者が情報過疎的な状況にある一方で、医療機関と保険者との間には、診療報酬の請求と支払のために、微細にわたる診療項目について全国共通の公定価格である点数を付した膨大な情報が行き交っている。患者は受診時の一部負担金の領収証や事後の医療費通知でかかった医療費の概要を知ることができるようになったが、それらは必ずしも医療機関を選択するうえで有効な情報とはいえない。しかし、保険者の下には、被保険者として医療を受けた医療機関が実施した診療に関する詳細な情報が集積されており、多くの医療機関で行われた診療内容に関する情報を、病名やその重症度などに応じて分類し、各医療機関が行った診療内容を分析することにより、提供された医療の適切性や医療費の多寡、さらには医療提供の経済効率に関する情報を得ることができるのである。

従来、わが国の保険者は審査・支払の業務を診療報酬支払基金に委ねてきた経緯もあって、このような分析を行ってこなかった。近年、保険者機能の強化が叫ばれ、現下の医療改革においても保険者機能の発揮を改革の柱に位置付けて、保険者が自ら審査を行うことの道を開いた。改革課題としては、保険者と保険医療機関との診療報酬等に関する個別契約を可能とすることも謳っているが³、当面注目されるのが、保険者の被保険者に対する保険医療機関に関する情報の提供である。集積された診療報酬請求データの分析から、より少ない医療費で的確な医療を実施している医療機関は、保険者および保険料の負担者としての被保険者にとって、延いては患者にとっても望ましいのであり、保険者が被保険者の利益の代理人として、そのような医療機関の選択の便宜に供する情

報を提供することが必要であるとするのが改革の趣旨である。

保険者の立場からこのような情報を提供することは、わが国の医療の利点とされるフリーアクセスを阻害するとして警戒を強めているのが、医療を提供する側の現在のスタンスである。たしかに、診療報酬請求情報の安易な分析で被保険者を誘導することによる弊害は想定される。現段階では病名や診療行為の情報が標準化されておらず、月毎に分断された医療費請求情報から医療の継続的な推移を把握することは必ずしも容易ではない。情報技術的な問題が解決されたとしても、医療費の支払が少なくてすむ医療機関が望ましいとされる恐れは大いにあり得る。様々な価値観を持つ患者が望む医療は決して画一的なものではなく、医療機関を選択する場合も、保険者が勧めるものが最適とは限らないからである。しかし、ひとたび病を得て医療機関を選ばなくてはならなくなったとき、情報飢餓に近い状況に置かれる患者は少なくない現在、信頼のおける質の高い医療がどこで提供されているかを知りたいとする要望は大きく、保険者の提供する情報に期待する被保険者は少なくないであろう。

IV 医療の質評価と情報提供

これまで医療と情報の関係をいくつかの視点からみてきたが、医療を受ける立場から求められている情報は、結局は医療の質に関するものが中心であることがわかる。医療の質については様々な捉え方があるが、それを情報化して示すということは、質を評価することに他ならない。ここでは、医療の質とその評価に関する基本的事項について、情報提供の観点から検討しておく。

医療の質を構成する要素は、①手技の熟練度や知識・経験に基づいた的確な判断などの技術的要素、②医療を提供する側と受ける側との相互のコミュニケーションとそれに基づいた信頼関係、③医療を提供する環境の快適性や安全性の3要素とされる³⁾。一般的には①の要素が医療の質の大部分と受け止められている場合が多いが、②の要素

も医療の質の本質的部分を構成している。この部分は、まさに情報提供によって実現されるのであり、医療における情報提供という本論の課題は、医療の質の主要な要素としての位置付けにあることを確認しておきたい。③の要素は、療養環境における空間の確保や施設・設備の利便性のみならず、それらの清潔管理や安全管理を含むものである。

医療を評価する上での具体的対象としては、個々の医師が行う医療活動、主として病院が提供している組織医療、複数の組織が役割を分担して連携する体制とその機能、地域または国のシステムや法制度などについての評価が試みられている。このうち、医師の評価については人間的要素を情報として扱うのが容易ではないという側面があるが、医師の技術的部分の評価として専門医として認定することが行われ、わが国でもようやく緒についたことはすでに見たとおりである。病院の評価は、組織を評価する手法が成熟しており、わが国でも病院機能評価として定着しつつある¹²⁾。連携の評価については、企業の提携などの効果や利点を評価することに相当するが、価値軸が多様な医療に適用することは容易でない。病診連携や介護保険の評価などが適用対象となるが、今後の課題といわざるを得ない。

医療を評価する方法としては、医師または管理者の自己評価、評価専門職による第三者評価、専門職相互の同僚評価、患者・利用者による満足度評価、地域住民などによる風評などがある。このうち、情報提供などにより社会的に有効に活用できる手法は、訓練を受けた評価者(サーベイヤー)による第三者評価とその評価結果に基づいた認定である。すでに事業化されている病院機能評価においては、あるべき姿を規範(Standards)として規定し、設定された評価の対象領域に必要な評価項目として明示して体系化する手法がとられる。患者満足度評価は、企業における顧客満足の最大化と概ね同様の概念を医療に適用したものと考えてよく、近年は重視されつつある。なお、医療の質に関する情報提供として触れておかなければならないものに、優れた事例を顕彰する方法

がある。特定の領域や対象について、専門家が書類や現地訪問によって優秀事例を選考し公表する。わが国でも病院建築を対象とする顕彰事業があり、米国の専門医による各専門領域の優秀病院ランキングの公表は有名である。

医療評価に向けたアプローチとして、①医療提供の人員配置や構造設備をみる構造の評価、②医療提供の一連のプロセスの適切性をみる過程の評価、③医療提供の成果・アウトカムをみる結果の評価があるとされ、医療を評価する一般性のある考え方として定着している¹³。①の構造評価は、要員数や組織の設置、あるいは病室面積や設備の有無を明示できるところから、制度運用の基準として活用され、情報提供の観点からも有用である。わが国でも、検証可能な事実として広告できるようになったことは前述した。②の過程評価の現実的な手法として、実施されたサービス行為の記録を点検することや、手順を定めたマニュアルの整備と遵守が評価の対象となる。病院機能評価でも最近の評価項目の改定で、患者の医療を受ける過程であるケアプロセスを重視した運用が行われている。③のアウトカム評価は、最終評価としていづれの分野でも重視されるもので、医療では入院死亡率やがんの5年生存率などが以前から指標化されてきた。患者満足度もアウトカム評価の一つとされる。手術の合併症の発生率などで、病院機能の評価しようと試みられているが、信頼できるデータの把握が必ずしも容易でなく、患者の重症度などの要因を調整することなどが困難で活用するには至っていない。アウトカム評価の結果を広告などの情報提供に活用することも強く求められているにもかかわらず、手術の実績件数などを示すに止まっているのは、このような背景があるからである。

医療における情報を、対外的に、また患者に向けて提供することに伴う今日的な論点について言及した。医療について十分に知らされていないという受け止められ方は、医療改革の基本課題として位置付けられるまでになり、改革途上ではあるものの一定の進捗を見ているとあってよいだろう。

医療の実情を社会が十分に知らされていないことは、医療を提供する立場からみても決して得策でなく、今日の抑制的な環境を招来した一半の要因はそこにあるとあってよい。一方、医師または医療機関の選択のために必要な情報にアクセスできる環境が整備され、そして傷病や診断・治療について必要な情報が十分に提供される状況が実現したとしても、医療の利用者である患者は自らの価値観と責任で自己決定できるかといえ、それも必ずしも容易でないところがあるのが医療の特質であろう。医療における多岐にわたる情報を、真に有効に活用し得る相談機能や調整機能が社会に具備されることが、次の課題であることが予感される。

注

- 1) 清水公一、『広告の理論と戦略』第12版(創成社, 2003)によれば、「広告とは、企業や非営利組織、または個人としての広告主が、自己の利益、及び社会的利益の増大化を目的とし、管理可能な非人的媒体を使って、選択された生活者や使用者に、商品・サービスまたはアイデアを、広告主を明確にして告知し、説得するためのコミュニケーション手段である。」としている。ここでは、医療サービスの特異性とこれまでの経緯を踏まえて捉えなおして定義した。
- 2) 総合規制改革会議の答申に基づいて策定された平成14年度を初年度とする規制改革推進3カ年計画のなかに、「診療情報等の開示に関する指針」を14年度中に措置することが明記されている。
- 3) Donabedian, A. が1980年ごろから提唱した質の要素に関する概念定義で、医療評価論では広く受け入れられている。

引用文献

- 1 医療法(昭和23年法律第205号)69条、及び73条。
- 2 平成13年1月31日付け厚生労働省告示第19号「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し得る事項(旧告示)」。
- 3 総合規制改革会議「規制改革の推進に関する第1次答申」, 平成13年12月。
- 4 平成14年3月29日付け厚生労働省告示第158号「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し得る事項(新告示)」。
- 5 ヘルシンキにおける世界医師会総会(1964)「ヒトを対象とした医学研究のための倫理規定」。

- 6 日本医師会生命倫理懇談会報告書(1990)「説明と同意についての報告」。
- 7 国立国語研究所「外来語」委員会(2003)「分かりにくい外来語を分かりやすくするための言葉遣いの工夫についての提案」。
- 8 東京都特定機能病院医療連携推進協議会(2003)「セカンドオピニオンの共通認識」。
- 9 医師法(昭和23年法律201号)第24条。
- 10 厚生労働省(1998)「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書」。
- 11 厚生労働省(2003)「診療に関する情報等のあり方に関する検討会報告書」。
- 12 大道久(1999)『開かれた医療と病院機能評価』, 日本医療機能評価機構。
- 13 Donabedian, A. (1980) *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Vol. 1, Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

(おおみち・ひさし 日本大学教授)