

医療における医療評価システムについて

質の評価の観点から

一戸 真子

はじめに

- 1 医療の「質」の評価ということ
- 2 医療評価システムの沿革
- 3 日本における病院機能評価制度
- 4 診療の質評価の方法と問題点
- 5 医療の「質」評価における患者の視点の重要性

むすび

はじめに

近年、「医療の不確実性」、「医療不信」という言葉をよく耳にするようになった。その背景には一般に欧米とくにアメリカの影響もあって、患者の意識の変化があると言われているが、決してそればかりではないように思われる。医療サービス供給側である医師が自らのがんの受療体験をして感じた現代医療、病院のあり方批判、西洋医学に対する限界論、病院組織批判などの著書が多く出版されたことも影響している。看護婦が自らの勤務する病院や医師側を告発したケースもある。医療体制そのものに変化が求められているといえよう。

時代とともに社会も変化し、そこで暮らす人間生活にも変化が生ずるが、その変化はときには人体の諸機能そのものにも影響を及ぼすこともある。実際、人々のライフスタイルの変化に伴い多くの慢性疾患が増加している。「生活習慣病」といわれる日常の生活習慣に起因する疾病が多く見られるようになった。社会生活が生み出したストレスが多くの疾病と関与している。現代の医療供給の下では、これらの社会環境の変化に対応した医療が果たして提供されているのであろうか。戦後に確立した医療体制のままに対応できるのであろうか。「イエス」と答えるには躊躇せざるを得ない。社会の諸変化に対応できる医療のあり方を求めるために、現在の医療体制そのものを見直さなければならない時期にきているのである。そこではまさに「医療の質」の再評価が求められているように思われる。

本稿では、医療の質の評価をめぐる歴史や体制を考察することにより、今後の医療評価システム

の役割について検討することとする。

1 医療の「質」の評価ということ

医療の「質」の評価は、なかなか難しい。とくに「質」を測定するとなると、その「基準」が必要となる。どのような方法でどのような基準を用いて評価するかによって、評価結果に差異が生ずる。評価方法や基準には客観性が保たなければならない。そのような意味において、医療の「質」を評価することは、さし当たり「医療（医療機関、医療従事者）が医療の提供という本来の目的に沿って適正に運用され、その結果実際に患者の治療に寄与しているかどうかを第三者の立場から客観的に評価し、欠陥や問題点の改善を図ること」と定義づけよう。

医療の質についての論議は、近年、活発化してきている。医療の質の評価の重要性を説いたアメリカの医療経済学者であるDonabedianによると、医療の質は、1.構造（ストラクチャー）、2.過程（プロセス）、3.結果（アウトカム）の3要素で評価されるとしている⁽¹⁾。1.構造（ストラクチャー）は、医療が提供される条件を構成する因子で、(1)施設や設備などの物的資源、(2)専門家の数、多様性、資格などの人材資源、(3)医師・看護婦スタッフの組織、教育研究機能、監視および医療であるとしている。2.過程（プロセス）は、診断、治療、リハビリ、患者教育など、通常、専門家によって行われる医療活動および特に患者や家族などの医療への参加であるとしている。3.結果（アウトカム）は、提供された医療に起因する個人や集団における変化（望ましいもの、望ましくないものを含む）であり、具体的には(1)健康状態の変化、(2)患者または家族が得た将来の健康に影響を及ぼしうる知識の変化、(3)将来の健康に影響を及ぼしうる患者または家族の行動の変化、(4)医療およびその結果に対する患者や家族の満足度であるとしている。このモデルは広く医療の質評価の3要素として適用されている。後述する日本で行われている病院機能評価は、主に1の構造（ストラクチャー）についての第三者による評価を行っている。現在、日本医療機能評価機構において、2の過程（プロセス）を含めた評価方法に関するさまざまな検討や研究が行われているところである。

伊賀は「医療の質の評価、あるいは評価システムはわが国の医療社会に定着しているとは言えない」とした上で、「高度に専門分化する医療を人のクオリティ・オブ・ライフの観点に立って具現化する臨床の価値観、すなわち臨床の質の問題が問われている」と分析し、さらに「評価システムを進めるには、まず基準となる価値観の認識から始めなければならず、それを怠ると医療が社会から孤立していく危険がある」ことを示唆している⁽²⁾。郡司は、「医療の質の評価について、最低基準を定めることは不可能であり、よって質の評価は、良い医療からどのくらい離れているかを判断することになる」と指摘している。また、評価のもつ性質について、「評価は客観的でなければならないが、量的なものを測定する場合は比較的明確であるが、質的なものを測定することは困難が多く、質的なものはそのまま人の判断に頼らなければならない場合が多い。」と、質の評価の難し

(1) Avedis Donabedian講演集、Quality Improvement through Monitoring Health Care-医療の質の評価と向上、日本医療機能評価機構「病院が評価を受ける時代を迎えて」1996。

(2) 伊賀六一「医療の質の評価をめぐる」『病院』（医学書院）第50巻第6号、1991、458-462。

さを指摘している⁽³⁾。

2 医療評価システムの沿革

医療の質の評価システムの開発は、アメリカから始まった。今日JCAHOとして活動している民間団体が医療の質評価の母体であり、日本もこのJCAHOの活動を参考に検討を重ねてきた。JCAHOの活動内容などについてはインターネットで公開されており、JCAHO の実践と理念が一般にも公表されている。

(1) アメリカJCAHO（The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization）の歴史
JCAHOの使命は、認定証の享受を通して公共に提供されている医療の質を改善することとしており、そしてそのことがヘルスケアの各機関において提供されているサービス改善につながるとしている。

現在ではアメリカにおける18000以上の医療機関がJCAHOの評価と認定を受けている。アメリカにおいて JCAHOの認定を受けることは、国家的なレベルでの質の保証を意味し、医療機関は少なくとも3年ごとにはJCAHOのサーベイを受けることが求められている。500人以上の医師、看護婦、病院管理者、精神分析医、薬剤師、ソーシャルワーカーなどの各医療従事者が JCAHO に雇用され、サーベイにあたっている。国際的な活動も展開されており、フランス、スペイン、スイス、ハンガリー、アフリカや南米の諸国など25カ国以上の国々に対して認定活動の援助を実施している。

JCAHOは以下のような歴史を辿って発展してきた⁽⁴⁾。

1910年：医学教育の質の低下に対し改善を勧告したFlexner Reportsが出された。Ernest Codmanが外科医療の質を予後によって評価すること（end result system of hospital standardization）を提案した。

1913年：Franklin Martin やCodmanらが中心となってアメリカ外科学会（American College Surgeons -ACS）が設立された。

1917年：アメリカ外科学会が1頁からなる“Minimum Standard for Hospital”を作成した。

1926年：18頁からなる最初のスタンダードマニュアルが作成された。

1951年：アメリカ外科学会、病院協会、アメリカ医師会、カナダ医師会が合同でJCAHO の前身であるJCAH（The Joint Commission on Accreditation of Hospital）をボランティアな認定活動を提供することを第一目標とし、非営利団体として組織した。

1953年：病院認定のためのスタンダードを出版した。

1959年：カナダ医師会がJCAHから撤退し、自国で独自の認定組織を体系化させた。

1964年：JCAHが有料のサーベイを開始した。

1965年：メディケア法案が議会で通過し、それに伴いJCAHの認定を受けた病院はメディケア適用にふさわ

(3) 郡司篤晃「医療の質とは何か」岩崎榮編『医を測る』厚生科学研究所，1998。

(4) The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization <http://www.jcaho.org>

しい医療機関とみなされるようになった（メディケイドについても適用となった）。

1966年：長期ケアのための認定が開始された。

1979年：アメリカ歯科医師会がJCAHに加わった。

1987年：拡大する活動範囲を反映して、JCAHからJCAHO（The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization）へと名称を改めた。

1988年：臨床指標を基本とする臨床行為モニターシステムであるIndicator Measurement System（IMSystem）が開発された。

1989年：マネージドケアのための認定が開始された。

1993年：「患者のケアの尊重」、「組織的な機能から実際の診療行為を遂行できる組織的能力の重視」、という2つの視点に重きをおいた新しい認定のためのカテゴリーの必要性が認識され始め、検討された。

1995年：病院、在宅、精神医療などの各領域ごとに患者のケアの視点から重視されるべき諸機能に関連する実際の行為に焦点をおいた評価体系であるマニュアルが完成した。

1997年：認定プロセスの中に結果（outcome）の採用と他の行為測定を統合させた新たな認定活動変革プロジェクトである“ORXY”の開発に着手した。

(2) 何のための医療評価システムか

上記の歴史的展開の中で着目すべきことは、1987年のJCAHからJCAHOへの名称の変更、1993年の評価の視点、内容の改訂とそれに伴う新しい視点からの1995年版のAMH（Accreditation Manual for Hospital）である。そこには、アメリカJCAHOの病院評価の意図がこれまで医療機関の「効率化」にあったことに対する対応が伺える。それが今アメリカで問題となっている「管理医療の行き過ぎによる医療の質低下」、「医療費の批判」にあるとすれば、それはHMOの政策とも共通して、改めて医療「効率か質か」の問題に直面しているといえる。岩崎も、JCAHからJCAHOへの変革が病院評価における構造的アプローチによる評価の行き詰まりを意味していると評している⁽⁵⁾。

高齢化社会に対応すべく保健・医療・福祉の連携がより重要視されなければならない現在の日本においても、病院のみの評価ではなく、診療所、訪問看護ステーション等や各保健施設、あるいは在宅サービス制度全体に及ぶ評価がなければ、十分に医療の「質」の保障に寄与するとは言えないと思われる。日本でも現在高騰する医療費問題など、新たな社会保障のあり方が問われ始めてきた。医療サービス提供システムについても多くの矛盾点があり、21世紀に向けて医療ビッグバンが必要と言われている。新たな医療保障制度、供給体制整備のためにも、医療の質向上のための医療機能評価が重要視される必要がある。

アメリカにおける医療の質改善は約100年近くに亘って行われてきており、JCAHOの活動の歴史はわが国にとっても学ぶところが大きいと思われる。その他の国々においても、イギリスKFOA（Kings Fund Organization Audit）、HAP（Hospital Accreditation Programs）、オーストラリア

(5) 岩崎榮「医療の質評価をめぐる現状-JCAHOの活動を中心に」国際ナースングレビュー Vol.18 No.3, 58-65.

ACHSA (Australian Council on Health Services Accreditation) など、病院の認定活動等が行われているが、「認定」は、医療機関にとってのものなのか、それとも患者のためのものなのかといった問題を初め、医療の「質」についての検討が展開されていることに注目すべきである^{(6),(7)}。

3 日本における病院機能評価制度

(1) 日本医療機能評価機構の設立

上記のように、アメリカを中心に病院機能評価が先進各国において発展を遂げる中、日本でも評価についての検討が始まった。まず、1976年、日本医師会内に病院委員会が設置されたのを契機に、病院機能評価の手法の議論が本格的に行われ始めた。1985年、日本医師会と厚生省が合同で病院機能評価研究会を設置し、1987年には同研究会が「病院機能評価マニュアル」を作成公表した。このマニュアルが病院評価発展のベースとなったのである。同年、東京都私立病院会青年部会により「JCAHO研究会」が組織され、さらに1990年、「病院医療の質に関する研究会（質研）」が発足、第三者による医療評価の発展に大きく寄与し、現在に至っている。

1991年には日本病院会が「病院機能標準化マニュアル」を発刊、1993年には日本医師会病院機能評価委員会が具体的な第三者評価基準を盛り込んだ報告書をまとめた。これらの諸経過を経て、1995年7月、日本で初めての第三者評価機関である「財団法人日本医療機能評価機構」が発足した。2年間の運用調査期間を経て、本審査が1997年4月から開始された。

(2) 病院機能評価の方法と対象領域

日本医療機能評価機構は、病院を対象に第三者評価を実施し、一定の水準に達している病院に対

表1 病院種別

一般病院 A	地域に密着し、住民に身近な医療機関として、おおむね二次機能までの医療に対応している比較的規模の小さな病院
一般病院 B	地域が必要とする各領域の医療において基幹的・中心的な役割を担い、高次の医療にも対応しうる一定の規模を有する病院
精神病院 A	精神医療を担うことを主たる役割としている病院のうち、施設・組織の規模が中規模または小規模の病院
精神病院 B	精神医療を担うことを主たる役割としている病院のうち、施設・組織が一定規模以上で、多様な機能を有する病院
病院複合 A	一般病院 A および精神病院 A の機能を併せ持つ病院で、病院総体を評価の対象とする場合の種別
病院複合 B	一般病院 B および精神病院 B のいずれか、または双方の機能を併せ持つ病院で、病院総体を評価の対象とする場合の種別

『病院経営新事情』産労総合研究所 1997. 12. 20号から引用

(6) Ellie Scrivens, *Accreditation: Protecting the Professional or the Consumer?*, Open University Press, 1995

(7) Charlotte Williamson, *Whose Standards?: Consumer and professional standards in Health Care*, Open University Press, 1992.

して「認定証」を発行するという方法をとっている。

評価の対象病院の種別は、病院の規模や特徴、地域性を考慮し、一般病院の種別A、B、精神病院の種別A、B、複合型の種別A、Bの6種類に分類され、それぞれの種別ごとの調査票の開発がなされている(表1)。これらの種別の他に長期療養機能の種別が近く加えられる予定である。

評価の方法は、「書面審査」と「訪問審査」で構成されており、「書面審査」が行われた後、結果を踏まえ、「訪問審査」が実施される。書面審査は「病院機能現況調査」と「自己評価調査」からなる。「病院機能現況調査」は施設基本票、部門別調査票、診療機能調査票、経営調査票で構成され、さらに希望病院にのみ症例調査票が実施される。「自己評価調査」は訪問審査時に使用される評価内容と同一の内容となっており、病院の経営者が事前に評価しその結果は評価調査者の参考にされる。各調査票の内容と主旨は表2に示す通りである。

表2 書面審査調査票

調査票名	主 旨	調査内容の例示
施設基本票	病院全体の基本的概要の把握	病床数・職員数・施設基準 / 資格認定の状況・看護形態・患者数
部門別調査票	病院の各部門の状況の把握	人員配置・設備配置・運営状況・実績
医療機能調査票	実績から各診療領域の機能を把握	主要な検査・手術の実施(対応)状況
経営調査票	経営状況の概要の把握	収益委と費用の状況
症例調査票; 希望病院の み	診療実績の分析	退院患者の診断名・在院日数(医療費情報による)検査 / 治療内容

『病院経営新事情』産労総合研究所 1997.12.20号から引用

訪問審査は、病院機能を客観的に評価・判定する手法の研修を受け、評価機構から委嘱されたサーベイヤーが、病院を訪問して「訪問審査調査票」に基づき複数のサーベイヤーがチームとなって審査を行うものである。医療経験が抱負な専門家の目で病院の基本的事項や全般問題、そして各専門領域についての面接と部署訪問により調査を行う。訪問調査後にサーベイヤーが合議を行い、検討結果報告書案を評価機構に提出する。各報告書案は、評価機構内に組織される種々の検討会を経て、評価委員会において審査承認され、結果が受審病院にもどされる仕組みとなっている。

病院機能評価の対象領域は、表3ようになっており、一般病院では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の6領域、精神病院はさらに7.保護と隔離の機能を加えた7領域となっている⁽⁸⁾。

(8) 清水稯「病院機能評価の受け方、その手順とチェックポイント」『病院経営新事情』1997, 4-19。

表3 病院評価の対象領域

病院機能の評価と対象領域	評価内容
1. 病院の理念と組織的基盤	病院の中長期計画や病院全体の管理体制，職員への教育・研修等について評価します。
2. 地域ニーズの反映	病院の地域における役割についての認識や他施設との連携体制，救急医療活動について評価します。
3. 診療の質の確保	診療の質を確保するための基本的な活動や診療を支える各部門の機能，診療にかかわる安全管理等について評価します。
4. 看護の適切な提供	看護提供における理念と組織的基盤の整備，職員の能力開発や看護ケアのための環境整備，看護ケアの提供状況等について評価します。
5. 患者の満足と安心	患者を尊重すること，プライバシーや利便性への配慮，サービスの改善の努力や患者の安全性への配慮等について評価します。
6. 病院運営管理の合理性	人事管理，財務管理，業務管理等の合理性と適切性や医療事故への対応等について評価します。
7. 保護と隔離の機能 (精神病院のみ)	精神病院における保護，行動制限等の管理体制について評価します。

『病院経営新事情』産労総合研究所 1997. 12. 20号から引用

(3) 今後の課題

こうして日本で初めての第三者評価による病院機能評価が実施されるようになり、医療の質についての改善が本格的に始まったと言える。しかしながらその歴史が浅いこともあって、多くの課題を残している。橋本が言うように、最大の課題は、病院機能評価事業を普及・促進させることであり、より多くの病院が受審することにより評価事業が医療の質の向上とサービスの改善に寄与するであろう⁽⁹⁾。具体的課題としては、「評価方法の継続的な検討」、「評価調査者の確保とその資質の向上」、「病院機能改善支援事業の拡大・充実」があるとしている。今後の評価方法の継続的な検討内容としては、クリニカル・インディケータの開発とその導入、患者満足度の評価と患者側の病院に対する評価の反映、病院と医師との関係の視点にたった評価、病院の開設者の特性に応じた評価のあり方などがあげられている。評価調査者の確保とその資質の向上については、新任研修の実施による新たな評価者の確保、再任研修等継続的な研修の実施による質の確保が必要とされている。

さらなる今後の日本における医療の質の向上をめざす場合、以下の諸点が今後の検討課題としてあげられよう。

医師評価を含む診療の質評価の検討

医療サービスの受け手である患者による評価、視点の導入

(9) 橋本迪生「医療における事業としての病院機能評価」岩崎榮編『医を測る』厚生科学研究所，1998。

診療所の評価方法の開発

評価内容を含む情報公開の徹底

高齢化に対応した病院の役割の明確化と評価

このうち、医師評価を含む診療の質評価の検討、医療サービスの受け手である患者による評価、視点の導入、に関しては、評価方法の継続的な検討の中でも取り上げられ、すでに評価機構においても論議が始められているが、著者なりの問題意識を次章で論じてみることにする。

4 診療の質評価の方法と問題点

医療の質を改善する場合、もっとも重要と思われるのは、患者の診断を直接下す医師の診療の質と思われる。これには死亡率などの治療実績の公開に対する医師側の抵抗などもあり、医師の技術評価はなかなか進んでいないのが現状である。医療機能評価においても、構造的な評価が中心であり、診療技術そのものについての評価には今のところ及んでいない。ただし、現在、同僚医師間で問題を指摘するいわゆるピア・レビューの視点が重視され、診療を含む医療提供がきちんとした道筋に沿って行われたかについて評価し、その結果患者の状態に対する効果を評価するという臨床指標（Clinical Indicator）の開発が進み、診療技術の評価も行われつつある。

ピア・レビューと診療技術評価について、牧野は、具体的な内容として診療録のレビュー、死亡統計、死亡例検討会、病院内研修、Clinical Indicator などがあるが、重要なのは病院組織が潤滑に機能するよう「内部管理」を行うことであるとしている⁽¹⁰⁾。Clinical Indicatorについての事例検討を実施してきた中野は、術後感染発現率は患者の属性以上に医療提供により大きく影響されることを示唆しているが、感染の発現状況をモニタリングするシステムの整備の必要性、感染の有無についての判断に際しての専門的知識の必要性など、医療現場への適用にはまだ困難な点を含んでいるとしている⁽¹¹⁾。

医療機能評価が始まったばかりである日本では、これからの課題と言えるが、以下に診療の質評価にとって必要と思われる視点について若干の考察をしてみたい。

(1) 決断科学（Decision Science）とEvidence-Based Medicine

医師をはじめとする医療従事者によって提供される診療が患者にどれだけ健康上の利益を与えたかを図ること、すなわち臨床行為の不確実性と有効性を立証することは容易なことではない。しかしながら、診断を下す医師により提供される診療の質に“ばらつき”があることは、患者にとって決して好ましくない状況である。そこで、決断科学（Decision Science）やEvidence-Based Medicineといった臨床の質を確保するための科学的診断アプローチが開発されつつある。Sackettらによって開発されたEvidence-Based Medicineは、個々の患者のケアについて臨床決断をする際に、現代の最良の証拠を良心的、明示的、そして妥当性をもって行うことである。つまり最近まで

(10) 牧野永城「ピアレビューと診療技術評価」岩崎榮編『医を測る』厚生科学研究所、1998。

(11) 中野夕香里「医療評価の方法論について」岩崎榮編『医を測る』厚生科学研究所、1998。

の信頼できるデータに基づいて合理的診療を行うことである。また、決断科学は、不確実な状況のもとでの合理的な判断や決断を追求する学問であり、認知心理学と決断分析という2つのアプローチにより行われる。認知心理学は、人の下す判断や決定のプロセスでの特徴を記述的に捉えようとする方法であり、決断分析は、特定の状況下における複数の選択肢のうち、どれが最も理にかなっているかについて、数理定量的な手法を用いて臨床判断のガイドラインを提供しようとするアプローチである。

福井は、これらの医療の不確実性を最小とし、その時点その時点で最も理由にかなった診療を行うための方法論であるEvidence-Based MedicineとClinical Decision Scienceは今後すべての臨床医にとって不可欠な知識になるとしている⁽¹²⁾。

これまでの医療体制の下では、診断の仕方、治療方針の決定は、「医師の裁量（medical freedom）」に委ねられてきた。「診断の質」が保証されるためにはこれらのアプローチを参考にし、より合理的で科学的な診断方法にもとづき診療が提供されているかについての評価をすることが今後重要であると思われる。

(2) 診療技術としてのコミュニケーションスキル

医療技術や知識を提供する医師は人間であり、また医療サービスを受ける患者も人間である。病気やけがをきっかけにして病院や診療所あるいは往診や在宅ケアを通して患者としての人間と医療者としての人間の出会いが生じるのである。この医療をめぐる形成される人間関係が一度崩壊すると、医療訴訟（medical malpractice）や防衛医療（defensive medicine）の形成となってしまう恐れがある。めまぐるしく変化する医療環境に対応して、これまでの現代医学は臓器中心の医療にあり、医療者は病気をみて病人を顧みないと批判されてきた。医療の主体である人間は、構造的にも機能的にも統一された身体的存在であり、遺伝、生活体験、知識、感情、信条、思想等、他と異なる精神的存在であり、自立独立の人格的存在であり、共同生活を営む社会的な存在であるとの視点から、近年、ホリスティック医療の確立が提唱され、それに向けてのさまざまなアプローチがなされてきている。「人間」であるという視点を改めて考えてみると、医師-患者関係の形成のあり方が治療に大きく影響を及ぼすことが容易に想像できる。また、医療者自身が人間であることを考えると、たとえ同一の専門性と属性を兼ね備えている2人の医師がいたとしても、提供される医療サービスは医療者一人一人により異なる。これまでの医学教育においては、こういった人間的な要素についての視点が大きく欠けており、むしろ排除する方向にさえあったと思われる。

また、医療行為の実行にあたっては、実にさまざまな決定場面が生じているのである。その中でも人間の最後「死」に関わる決定はとりわけ重要である。生死にかかわる手術など重大な治療の実施については、患者に十分な説明が必要となる。その際、アメリカの病院のように患者の「意思」にかかわる専門家である精神科医に説明を委ねる、あるいは同伴させるのであればよいが、日本の現状では担当する外科医など精神の専門家以外の医師により説明が実施されている。そういった現状では精神科を専門としない医師にも説明技術、コミュニケーションスキルを身につける必要がある。

(12) 福井次矢「Evidence-Based Medicineと決断科学」岩崎榮編『医を測る』厚生科学研究所、1998。

る。

アメリカの医学部国家試験科目となっている「行動科学」の教科書には、医師-患者コミュニケーションの章が設けられており、具体的なコミュニケーションスキルの修得を目標としている。インフォームド・コンセントの重視、慢性疾患増加による患者の治療参加の必要性の重視、患者の自己決定意識の向上などにより、日本においても今後医学教育に次第に取り入れられていくと思われる。診療インタビューの際、医師にはコミュニケーションスキルとインタビューテクニックが求められる、具体的には、医師はまず促すこと（Facilitation）、そして開かれた質問を得ること（Open-ended question）、直接的な質問をすること（Direct questions）、援助（Support）、共感（Empathy）、沈黙（Silence）、対面（Confrontation）、実証（Validation）、要約・復讐（Recapitulation）の要素が必要であるとしている⁽¹³⁾。

飯島は医師-患者間コミュニケーションが診療へ及ぼす影響は大きく、患者から医師への情報の入力がなければ医師の知識・経験・技術を生かすことはできないとし、患者からの入力がなければ医師からの出力もあり得ないことを示唆している⁽¹⁴⁾。

(3) 日本医師会の「病院機能評価検討委員会報告」と「質」の評価

日本医師会では、医療機能の質を評価するための本質にかかわる問題として、病院医療の質を支える最も重要な因子である「医師団」あるいは「医師」が病院組織にかかわる基本姿勢のあり方を検討する必要があることを提案し、検討してきた。そして「診療における医師の基本姿勢」と題する報告書に、今後の診療の質についての提言がなされている⁽¹⁵⁾。そこでは、日本の病院における診療体制の特徴は、まず診療領域を専門とする医師が頂点にあり、その指示の下に各医療従事者が組織されており、各科の部長または医長を中心とした組織が並列している縦形の診療体制であると特徴づけている。そして現代医療ではチームアプローチにより提供されることが求められているが、医師の診療の基本姿勢としては、基本的な診療能力といわれる医学知識、情報収集能力、総合的判断力、診療技術、コミュニケーション能力を含む態度を身につけることが必要であることを指摘している。とりわけ、近年の臨床行為には、前述した「実証的な根拠に基づく医療：EBM（evidence-based medicine）」が要求されており、医師の基本姿勢としてチーム医療が展開でき、自己の診療行為をみずから点検できるだけでなく、第三者からも評価されることを受容する態度を持っていなければならないとの指摘は重要である。

多くの医療情報、複雑化する疾病要因に対処できる医師、協調性を持った医師の育成が求められているといえよう。

(4) 診療の質にかかわる医療行政の動き

(13) Barbara Fadern, *Behavioral Science 2nd edition*, Williams & Wilkins 1994.

(14) 飯島克巳「外来でのコミュニケーション技法」日本医事新報社、1995。

(15) 日本医師会病院機能評価検討委員会「病院機能評価検討委員会報告 - 病院機能評価と医師の基本姿勢 - 」日本医師会、1998。

アメリカにおいて各医療保障制度と病院の質評価との間に関連づけがなされていることは前章で触れた。ここでは、日本で現在医療を巡るさまざまな医療制度の改革の兆しや、診療行為の変化について特に診療の質にかかわる動きをみてみたい。

医療法改正

最近行われた平成9年（1997年）12月の第三次医療法改正では、要介護者の増大に対応し、地域に必要な医療を確保するなど、国民に良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を図るため、療養型病床群制度の診療所への拡大、地域医療支援病院の創設及び医療計画制度の充実を行うとともに、医療法人の業務範囲の拡大等に関する規定の整備を行うこととした。

具体的な事項としては、患者への説明、療養型病床群の診療所設置、地域医療支援病院の制度、医療計画、医療法人の付帯業務の拡大、広告事項の追加があげられている。「患者への説明」では、第1条に医療提供にあたっての患者への説明についての努力規定が追加されている。いわゆるインフォームド・コンセントが推進されることを目的としている。「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、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない。」とされ、医療者にインフォームド・コンセントの実施を求めている。「地域医療支援病院の制度」では、第4条の総合病院制度を廃止し、地域医療支援病院の制度化が図られることになり、これによってかかりつけ医やかかりつけ歯科医等を支援し、地域に必要な医療の確保がなされることを目的としている。高齢化、疾病の長期化、慢性化による在宅化の推進に伴い、保健・医療・福祉の連携は必須のものとなってきたが、医療法の改正により医療と他職種との連携が図られ、おのおの患者にかかりつけ医が存在することが求められてきている。

与党医療保険制度改革協議会の「21世紀の国民医療」

戦後50年以上経過した現在までに、人々のニーズやライフスタイルは大きく変容してきた。これらに対応するために、医療諸制度の改革が必要とされてきていることははじめにも述べたが、97年8月、「21世紀の国民医療」と題する与党医療保険制度改革協議会による「良質な医療と皆保険制度確保へ」の指針が抜本的な医療制度の改革が必要という見地に立って出された⁽¹⁶⁾。具体的な内容は以下の通りである。

1.国民に開かれた医療提供の実現

- ・患者の立場に立った医療の展開・保険者機能の強化・医療における情報公開の推進
- ・医療情報システムの整備・医療機関の機能分担と連携の推進・病床及び入院医療の適正化
- ・医療従事者の資質の向上と適正な確保・総合的な保健医療システムの構築

2.薬価制度の改革

- ・給付基準額の設定・情報の公開・承認審査体制の整備・医薬分業推進

3.新しい診療報酬体系の構築

- ・技術、もの、ホスピタルフィーの評価・医療機関の機能に応じた評価
- ・急性期、慢性期医療に応じた評価・歯科医療の評価・診療報酬点数表の簡素化

(16) 与党医療保険制度改革協議会「21世紀の国民医療 良質な医療と皆保険制度確保への指針」『社会保険旬報』No.1959, 1997, 33-37。

4.高齢者医療保険制度の創設

5.医療費適正化の推進

・老人医療費の適正化・審査の充実，指導監査の強化・地域間格差の是正・現金給付の見直し
新しい診療報酬体系の構築の具体的な内容として技術などの評価，医療機関の機能に応じた評価，
歯科医療の評価が必要であるとしている。

カルテ開示法制化の流れ

1997年厚生省は医師が患者の病名，治療法などを記入するカルテ（診療録）について，開示を認めることを決め，具体的な開示方法などを協議する「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」を設置，この度カルテを開示すべき内容を含んだ提言が発表された。早ければ来年にも法律に基づくカルテ開示が行われる見通しとなっている。

提言の根拠としては，法律上患者側には開示請求権が，そして医師に対して開示義務を定めることには大きな意義があるとしており，情報公開の流れの中で「患者の知る権利」に基づいてカルテを開示すべきであるとの見解をまとめている。今後残されている問題点としては，がんなどの告知への対応，患者以外への開示をあげている。

診療報酬制度改革の動き

98年3月に出された医療保険制度の抜本的改革を検討している医療保険福祉審議会の答申原案によると，今後の診療報酬制度改革により1.医師の経験や技術に応じて患者から新たに治療費を徴収できる仕組みの導入，2.病院施設利用料などの形で質の高い環境を求める患者から費用を徴収できる仕組みの導入，3.病気ごとの代金の定額化をはかるとしている。これにより医師の経験や技術に対する評価の導入がはかれるようになるが，その際，客観的な医師能力評価がなされなければならないとしている。

初の患者向け指針「医者にかかる10箇条」

98年4月，厚生省は初めて患者が医師にどのようなことを聞いたらよいかを示した患者向けの指針を出した。患者主体の医療の実現をめざして，以下の10箇条を掲げている。この指針によりこれまでの「お任せ医療」から主体性を持った患者の医療への参加が可能となり，医療における患者の自己決定を促進する契機となることが推察される。しかし，内容を検討してみると若干の問題点，不十分な点が考えられる。まず，1，4，6，は「患者としての役割」を明示したものと考えられる。これらの「患者としての役割」を人々＝患者が果たさなければ，医療は完結しないであろう。これらの項目にさらにもう一点加えるべき内容としては，10.で治療方法の決定を求めているが，一度納得して決定したのであれば，「治療に必要な服薬や，通院を順守する」といったいわゆる「コンプライアンス（compliance）」も重要な患者としての役割ではないだろうか。

さらに，2，3はより「人間関係」を重視した内容であるが，9で医療の不確実性について明言しているのであれば，一言で「医師も人間であることを理解する必要がある」とした方がより多くの医師 患者関係に関するコミュニケーションマナーを患者に求めることが可能になると思われる。

- 1.伝えたいことはメモして準備
- 2.対話の始まりはあいさつから
- 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. 納得できないときには何度でも質問を
 - 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
- 「専門医」認定の基準統一の動き

46の学会で構成する学会認定医制協議会は、日本医師会、日本医学会と協力して、消化器外科、循環器内科など診療科ごとの専門医制度を創設し、患者が診療を受ける際の大きな目安とするため、認定医制度改革を開始し、統一ガイドラインを作成した。これは個々の学会が設けている従来の専門医制に比べ、診療科の窓口でどの医師がどの分野の専門医かを知ることができるため、患者が医師を選択する客観的手がかりとなり、医療の質を高めることになるであろう。

5 医療の「質」評価における患者の視点の重要性

今日、医師-患者間の関係は変換の時を迎えていると言われている。ヒポクラテスの時代からの医師の患者へのアプローチの仕方によろしく変化のきざしが見られようとしている。「めんどろをみてあげるから黙って私に従いなさい」といった言葉に象徴されるように、これまでの医師のパターナリスティックな対応を改め、患者と対等な関係に立った医療行為、あるいは患者がむしろ主体となり、医師は専門性をもったよき助言者、援助者であるとする「患者主体の医療」が主張されつつある。まさに180度の医師-患者関係の転換、パラダイムシフトが展開されてきている。このことから今後の医療のあり方を検討するに際しては医療の「質」の評価が必要であり、そして、医療の「質」を評価するには患者の視点からの評価の導入ということが重要なことは確かである。以下には医療における患者の視点と医療の「質」評価ということの関係について考えてみたい。

(1) 患者の権利保障の根拠と患者の権利確立の動き

患者の権利保障の最も基本となっている法概念は憲法13条「個人の尊重」である。憲法13条のもとにおいて、すべての国民は、個人として尊重され、生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重が必要であるとされており、生命権が保障されている。また第25条では「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」である「生存権」が保障されており、人々の健康的な生活が原則として保障されている。

アメリカでは患者の権利運動の展開も医療評価活動とほとんど時を同じくして展開され、日本を含めた多くの国々に対して影響を及ぼしてきた。

インフォームド・コンセントを含む患者の権利運動の展開について、アメリカを中心とする国際的な視点からみると、ほぼ以下のような流れを辿ってきている。

1947年：ニュールンベルク綱領

1964年：第18回世界医師会「ヘルシンキ宣言」採択

1973年：アメリカ病院協会「患者の権利章典に関する宣言」

1981年：第34回世界医師会「患者の権利に関するリスボン宣言」

1982年：アメリカ大統領委員会生命倫理総括レポート

1991年：アメリカ「患者の自己決定法」制定

1994年：WHOヨーロッパ会議「ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言」

これに対し日本では約40年近く遅れ、1980年代から活発化してきている。まず1983年に日本病院協会が「患者の権利と責任」を勤務医マニュアルに規定し、1984年には患者の権利宣言全国起草委員会が「患者の権利宣言」を行い、一部の医療従事者と弁護士を中心として展開されてきた。それらの影響を受けて、1990年日本医師会生命倫理懇談会は「『説明と同意』についての報告」をまとめ、インフォームド・コンセントについての医療者のあるべきスタンスを提示した。1991年には患者の権利法をつくる会が「患者の諸権利を定める法律要綱案」を作成し、1993年に改正した。1995年には患者の権利法をつくる会が「医療記録開示法要綱（案）」を作成、同年、厚生省「インフォームド・コンセントのあり方に関する検討会報告書」がまとめられた。翌1996年には日本医師会第 次生命倫理懇談会により「『医師に求められる社会的責任』についての報告」が作成されている⁽¹⁷⁾。

患者の権利運動は、ここ数年活発化し、1997年11月、患者の権利法擁護法案が社会党より提出され、法律化の方向に向けて動き出した。素案には、自己決定権、説明と報告を受ける権利、医療機関を選択する権利、検証権（セカンド・オピニオンに接する権利）、カルテ等の閲覧・謄写請求権、医療費明細等の交付請求権、個人情報保護される権利、良好な療養環境を保障される権利、不当な拘束及び虐待を受けない権利、医学上の研究及び臨床試験における患者の権利、不利益取扱いの禁止の11の権利が列記されている。また、患者の権利擁護委員制度の創設をはじめとした苦情処理制度の整備や、医療被害を受けた患者の救済措置を国が講じることなど、保険者機能の抜本的な強化も求めている。

(2) 患者の視点を重視するJCAHOの取組

患者が何を望み、何を必要としているかを患者に聞かずしてこの問いに答えることは困難であることより、患者の視点（Patient's Perspective）を病院、医療者は理解する必要があるとして、JCAHOでは医療行為を改善するツールとして患者の視点を取り入れることを検討してきた⁽¹⁸⁾。この医療の質評価に患者の視点が重要であるということについての検討は、上記でも述べたように1993年のJCAHOの理念の変革に伴って行われ、1995年の新しい病院評価マニュアルにも盛り込まれた。「Patient-Focused Functions」を新たに設定し、具体的にはpatient Rights and Organizational Ethics, Assessment of Patients, Care of Patients, Education, Continuum of Careについての評価を行っている。医療機関はまず、患者からの多くの入力（input）を得なければならない、その患者からの入力（input）を理解するために医療機関は患者のニーズ（needs）と期待（expectations）

(17) 日本医師会第 次生命倫理懇談会「医師に求められる社会的責任についての報告 - 良きプロフェッショナルリズムを目指して - 」日本医師会、1996。

(18) Joint Commission, *Understanding The Patient's Perspective : A Tool for Improving Performance*, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1995.

を学ばなければならないことを強調している。

患者からの入力（input）を得る方法論としては、Focus Groupsを実施して患者の声を聞く、電話調査や記入式の調査を実施する、直接観察する、日本でいう投書箱などによる患者からの手紙や意見を聞く、インタビューをするなどとしている。また、すべてのヘルスケアサービス提供者は「患者の価値を尊重する」、「継続的なケアへの転換」、「情報と教育」、「家族や友人を考慮する」、「身体的な快適性の保持」、「感情的なサポート」、「ケアの調整」を共有しなければならないことを指摘している。例えば、特定疾患について患者がどのような情報に対するニーズを持っているかを調査することによってケアに役立てることができるとしている。

（3）患者満足度という指標

近年、病院の競争化などの影響を受け、病院運営においては患者の視点がより重視されなければならないとの認識にたった病院が増えてきている。これまでは医療がもつ特殊性から、医療サービスは他のサービスとは異なっており、医療サービス提供者側が患者のニーズを十分に把握せず、一方的に必要と思われる医療を患者に与えてきたとも言える。このことは医療のもつ特殊性からは当然のことかもしれないが、やはり受け手側である患者のニーズを十分に汲んで医療サービスが提供されることがより好ましい病院経営と言える。

患者満足度研究は、欧米とくにアメリカを中心に成されてきたが、現在、日本の病院においても自院で「患者満足度」を調査し、その結果を病院の活性化や職員の人事考課に採用しようとする傾向が見受けられる。しかしながら、患者の満足度はあくまで患者という専門性を有しない者の医療体験に基づく評価であり、主観的なものであるため、その結果がどの程度客観性をもって評価されなければならないかについては、まだまだ検討の余地がある。医療の質評価に患者の視点を取り入れる必要性については、多くの研究が進められつつあり、患者満足度の指標作りが検討され始めている^{(19),(20)}。

（4）医療機能評価項目と患者の視点

日本医療機能評価機構による病院機能評価の訪問審査において使用されている調査項目の大項目は表4の通りである。これらの調査票に基づき、医療経験抱負なサーベイヤーが評価をする仕組みとなっている。その内容を見てみると、一般病院A,B,精神病院ともに「5.0患者の満足と安心」で、5.1患者が尊重されているか、5.2患者のプライバシーへの配慮がなされているか、5.3患者の食事への配慮がなされているか、5.4患者サービスの改善に努めているか、5.5患者の利便性に配慮がなされているか、5.6院内の環境整備が適切に行われているか、5.7施設の配慮がなされているか、5.8患者の安全が考えられているか、について評価されている。もちろん患者の立場を十分に尊重した第

(19) 今中雄一「顧客満足からトータル・クオリティ・マネジメントへ」岩崎榮編『医を測る』厚生科学研究所，1998。

(20) 高柳和江「患者は何を知りたいか」岩崎榮，広井良典編『医療改革』からだの科学臨時増刊 日本評論社，1997，56-60。

三者によって評価されることによりその内容についてのチェックも十分に行われるとは思われるが、5.1患者が尊重されているか、5.2患者のプライバシーへの配慮がなされているか、5.3患者の食事への配慮がなされているかといった項目については実際に入院した、あるいは通院した患者による直接的な評価も何らかの形で参考にするべきではないかと思われる。各病院の直接提供される医療サービスを受けた経験に基づく評価の視点は考慮されるべきではないかと思われる。

医療の質に関する研究会が最新の病院機能評価スタンダードを公表しているが⁽²¹⁾、その中には3.2「患者サービスの改善」の項目があり、3.2.1として「患者・家族に対して病院サービスに関する情報が提供されている」ことについて評価している。具体的な小項目としては3.2.1.1「患者・家族に自己の希望や意見を述べる機会があることを、入院案内書の中で、または入院オリエンテーションにおいて説明しているか」3.2.1.2「患者・家族は希望や意見を述べることを承知しているか」を評価することとしているが、3.2.1.1については「評価は患者に聞くことが前提」とガイドラインにあり、3.2.1.2については「複数の患者にきくことが前提」としており、患者参加による評価を前提としている。

この他、患者の視点に立った評価が必要と思われるものとして3.4「患者・家族への診療についての説明と同意」項目がある。ここでは3.4.2「入院・外来患者に対する服薬指導が、医師または薬剤師によって適切に行われているか」、3.4.3「手術や大きな検査についてのインフォームド・コンセントが主治医または担当医により直接患者、家族に取られているか」について聞いている。これらの項目については患者による評価が必要な項目ではないかと考えられる。どのような内容で、どの程度の服薬指導が実際に行われたか、インフォームド・コンセントの内容について、患者や家族は理解できたか、といったことを確認できなければ本来の医療の質の評価はできていないと思われる。特にインフォームド・コンセントをするのはあくまでも「コンセントする」側の患者であり、医療者はあくまで「インフォーム」するのみであり、患者に理解されて初めてインフォームド・コンセントの実施と考えられるからである。

また、3.6「患者の死亡時の対応」などについては、医療スタッフの対応、死亡時の手順の明示、死亡後、院内での不必要な滞留への対処、霊安室の整備などが具体的な評価項目となっているが、患者の視点から見た場合、人間の「死」についてどれだけ各病院が患者を尊重した対応をとっているかについても評価してほしいと思うのではないだろうか。患者の視点を取り入れた評価項目が形成され、医療の受け手側にとって大いに参考になる評価内容と改善されていくことを期待したい。

(5) 患者の視点に立った情報開示の必要性

インフォームド・コンセントの推進、患者に対する医療情報の開示のための施策の検討が本格的に行われつつあるが、患者の視点に立った情報とは一体どのような内容を含むのであろうか。インフォームド・コンセントの徹底、情報の開示と言っても、医師がすでに臨床決断をしてしまった治療法についての情報の開示のみを患者は求めているのであろうか。情報開示の徹底がなされるとい

(21) 医療の質に関する研究会「病院機能評価スタンダード Ver.5.5」岩崎榮編『医を測る』厚生科学研究所、1998。

うことは、医師の臨床決断の過程をも含めるのではないのだろうか。患者の治療への参加というのは、徹底したコンプライアンスや初診時の症状の伝達のみだけではないのではなかろうか。カルテの開示のもつ意味は、患者が自らに行われている治療の内容の把握と誤診の防止のためだけであろうか。真の意味での自己決定を患者が行うためには情報の開示は必要条件である。

では、患者が知りたい医療情報とは一体何であろうか。松島は患者が利用したい病院の医療情報を1.患者が医師や病院を選択するために必要な情報、2.患者が診断や治療を受けた場合の医療情報に分類している。さらに1.には 病院の診療機能とその水準、診療レベルの客観的指標（Clinical indicator）、行政機関が保有する診療情報（医療監視による）が含まれ、2.には 病名および検査結果、治療内容と治療経過、医療費など 日常生活上の注意事項としている⁽²²⁾。患者が医師や病院を選択するために必要な情報については十分と思われるが、2.患者が診断や治療を受けた場合の医療情報についてはやや不十分であると思われる。

この点について私は、次の2点を含めるべきであると考え。その一つは、積極的な医療における意思決定を望んでいる患者にとっては、担当する医師がどのようにして自らの身体状況に対し診断決定をしたか、あるいはどのようにして治療方法を選択したか、すなわち「臨床診断情報」についても知ることができなければ適切な自己決定は成立しないのではないだろうか、ということである。二点めは、転移の確率、手術や薬物の危険性（死亡率や後遺症の確率、副作用など）といった「リスク情報」をも開示されなければ患者が自己決定することは不可能ではないか、ということである。

私が行った20歳以上の成人についての調査によると、自分自身ががんであり2つの治療方法が存在する場合、どのようにするかといった設問に対し、手術と内視鏡との治療方法が存在する場合では44.8%が「どちらの治療方法にするかを自分自身で決定する」としており、手術と放射線治療が可能な場合には42.6%が「どちらにするかは自分自身で決定する」と回答している。また、がん治療におけるリスク情報については、手術による死亡率の開示を望む者は71.1%、抗癌剤の使用による死亡率の開示を望む者は78.4%、余命の開示を望むものは72.3%となっており、約7割が開示を望んでいることがわかる⁽²³⁾。

情報の操作によって得られた医療情報が開示されるのではなく、あくまで患者が真に求めている医療情報、患者が自己決定を望む場合にはそれを援助できる医療情報が提供されなければならない点からすると、今後さらなる検討が必要であると思われる。

(22) 松島松翠「厚生連佐久総合病院」『病院』56巻11号、1997、998-999。

(23) 一戸真子「検査後から治療法の選択までの一連の診療過程における患者の意思決定に関する研究 がん診療における住民の意思決定に関する調査を中心に」東京大学医学部博士論文、1223号、1997。

表4 「訪問審査調査票」評価項目大項目

一般病院〔A〕の評価における大項目	
1.0 病院の理念と組織的基盤	4.0 看護の適切な提供
1.1 病院の理念・基本方針	4.1 看護体制
1.2 病院組織と管理体制	4.2 看護基準
1.3 各種法令の遵守	4.3 看護計画と看護の質の向上
1.4 病院職員の教育・研修と活動意欲	4.4 看護業務の効率化と改善
1.5 病院の将来像	4.5 看護要員の研修・教育
2.0 地域ニーズの反映	5.0 患者の満足と安心
2.1 地域における病院の役割と連携体制	5.1 患者の立場と権利の尊重
2.2 在宅支援と福祉との連携	5.2 給食サービス
2.3 救急医療活動	5.3 診療時間と待ち時間
2.4 保健活動	5.4 情報の提供と接遇
2.5 広報活動	5.5 院内環境の清潔管理と快適性
3.0 診療の質の確保	5.6 施設的な配慮
3.1 診療の責任体制	5.7 病院の安全の確保
3.2 診療内容の評価・検討	5.8 患者サービスの改善
3.3 医師の教育・研修	6.0 病院運営管理の合理性
3.4 診療録の管理	6.1 人事管理
3.5 臨床検査部門	6.2 財務管理
3.6 放射線部門	6.3 施設・設備管理
3.7 薬剤部門	6.4 物品管理
3.8 輸血用血液製剤	6.5 医事業務
3.9 手術部門	6.6 業務委託
3.10 感染防止対策	6.7 医療事故
3.11 リハビリテーション部門	
一般病院〔B〕の評価における大項目	
1.0 病院の理念と組織的基盤	3.6 臨床検査が組織的に機能している
1.1 病院の基本方針がある	3.7 画像診断機能が適切に運営されている
1.2 病院の長期計画が策定されている	3.8 放射線治療の機能が適切に運営されている
1.3 病院の管理体制が確立している	3.9 薬剤の使用・管理が適切に行われている
1.4 教育・研修が充実している	3.10 輸血血液などの管理が適切に行われている
1.5 医療の質の評価、改善活動が行われている	3.11 手術・麻酔部門の管理が行われている
2.0 地域ニーズの反映	3.12 患者と医療従事者の感染防止のための十分な体制がとられている
2.1 自院の地域における役割・機能を正しく認識している	3.13 病理学的検討が積極的になされている
2.2 地域の医療機関との連携が行われている	3.14 心肺蘇生や生命にかかわる緊急事態に対応できる体制が整っている
2.3 病院が地域に対して開かれている	3.15 リハビリテーション部門が適切に運営されている
2.4 病院の機能にふさわしい救急医療活動が行われている	4.0 看護の適切な提供
2.5 医療の継続性に配慮している	4.1 看護部門の理念と目標が明示されている
3.0 診療の質の確保	4.2 ケア提供のための組織体制が整備され、適切な運営体制がある
3.1 診療業務と責任体制が明確になっている	4.3 看護職員の能力開発が行われている
3.2 組織的な診療評価の体制が確保されている	4.4 効果的・効率的な看護ケア提供のための環境が整備されている
3.3 診療録の管理がなされている	4.5 看護基準、看護手順が整備されている
3.4 医師の教育・研修活動が行われている	
3.5 病院の機能に応じた図書室機能が整備され、活用されている	

「病院経営新事情」産労総合研究所 1997.12.20号から引用

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 4.6 看護ケアが適切に提供されている | 5.8 患者の安全が考えられている |
| 4.7 看護ケアに関する研究が行われている | 6.0 病院運営管理の合理性 |
| 5.0 患者の満足と安心 | 6.1 人事管理が合理的に行われている |
| 5.1 患者が尊重されている | 6.2 財務会計・財務管理が適切に行われている |
| 5.2 患者のプライバシーへの配慮がなされている | 6.3 効率的な病床の管理体制がある |
| 5.3 患者の食事への配慮がなされている | 6.4 施設・設備の管理が適切に行われている |
| 5.4 患者サービスの改善に努めている | 6.5 物品管理が適切に行われている |
| 5.5 患者の利便性に配慮がなされている | 6.6 医事業務が適切に行われている |
| 5.6 院内の環境整備が適切に行われている | 6.7 業務委託が適切に行われている |
| 5.7 施設の配慮がなされている | 6.8 医療事故への対応が適切に行われている |

精神病院の評価における大項目

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1.0 病院の理念と組織的基盤 | 4.2 ケア提供のための組織体制が整備され、適切な運営体制がある |
| 1.1 病院の基本方針がある | 4.3 看護職員の能力開発が行われている |
| 1.2 病院の長期計画が策定されている | 4.4 効果的・効率的な看護ケア提供のための環境が整備されている |
| 1.3 病院の管理体制が確立している | 4.5 看護基準、看護手順が整備されている |
| 1.4 教育・研修が充実している | 4.6 看護ケアが適切に提供されている |
| 1.5 医療の質の評価、改善活動が行われている | 4.7 看護ケアに関する研究が行われている |
| 2.0 地域ニーズの反映 | 5.0 患者の満足と安心 |
| 2.1 自院の地域における役割・機能を正しく認識している | 5.1 患者が尊重されている |
| 2.2 地域の医療機関との連携が行われている | 5.2 患者のプライバシーへの配慮がなされている |
| 2.3 病院が地域に対して開かれている | 5.3 患者の食事への配慮がなされている |
| 2.4 病院の機能にふさわしい救急医療活動が行われている | 5.4 患者サービスの改善に努めている |
| 2.5 医療の継続性に配慮している | 5.5 患者の利便性に配慮がなされている |
| 3.0 診療の質の確保 | 5.6 院内の環境整備が適切に行われている |
| 3.1 診療業務と責任体制が明確になっている | 5.7 施設の配慮がなされている |
| 3.2 組織的な診療評価の体制が確保されている | 5.8 患者の安全が考えられている |
| 3.3 診療録の管理がなされている | 6.0 病院運営管理の合理性 |
| 3.4 医師の教育・研修活動が行われている | 6.1 人事管理が合理的に行われている |
| 3.5 病院の機能に応じた図書室機能が整備され、活用されている | 6.2 財務会計・財務管理が適切に行われている |
| 3.6 臨床検査が組織的に機能している | 6.3 効率的な病床の管理体制がある |
| 3.7 画像診断機能が適切に運営されている | 6.4 施設・設備の管理が適切に行われている |
| 3.8 放射線治療の機能が適切に運営されている | 6.5 物品管理が適切に行われている |
| 3.9 薬剤の使用・管理が適切に行われている | 6.6 医事業務が適切に行われている |
| 3.10 輸血血液等の管理が適切に行われている | 6.7 業務委託が適切に行われている |
| 3.11 手術・麻酔部門の管理が行われている | 6.8 医療事故への対応が適切に行われている |
| 3.12 患者と医療従事者の感染防止のための十分な体制がとられている | 7.0 保護と隔離に関する機能 |
| 3.13 病理学的検討が積極的になされている | 7.1 患者に対する適切な保護の管理体制が確立している |
| 3.14 心肺蘇生や生命にかかわる緊急事態に対応できる体制が整っている | 7.2 患者に関する適切な行動制限の管理体制が確立している |
| 3.15 リハビリテーション部門が適切に運営されている | 7.3 患者の預り金の管理体制は適切に行われている |
| 4.0 看護の適切な提供 | |
| 4.1 看護部門の理念と目標が明示されている | |

むすび

以上、本論では医療の「質」を評価するシステムの中に、医師評価を含む診療の質の評価、患者の視点を取り入れた評価システムを取り入れる必要性があることについて、これまでの医療評価システムの経緯を分析しながら考察してきた。今後研究が進み、より客観的で社会に対応できる医療の「質」の基準が定まり、それにともなったシステム化がなされることが必要である。この医療の「質」を検討していく上で何が重要な視点として必要かということのを要約して結びとしたい。

(1) 医療の「社会化」ということ

医療は高度な科学技術と知識の集積により提供されるものであるが、その専門技術と知識を行使する医師はまぎれもなく人間であり、一方、医療技術の恩恵を受け、ときには被害を受けることがある患者もまた人間なのである。ある意味では医療はその高度な専門性と科学性ゆえ、最も「社会化」が遅れた分野といえるかもしれない。

日本における医療供給システムも、日本独自の「社会ルール」に沿って運営されている。河北は、医療を「社会科学」と位置づけ⁽²⁴⁾、中川は日本の病院の特徴を「西欧の病院の設立と異なり、社会の中から社会によって設けられたのではなく、医者がみずからの働き場所として設けたという性格が強い」と分析している⁽²⁵⁾。また、「日本の病院は直接行政の責任において設けられたのではなく、医者がその技術の腕をふるうための施設として、医者がみずから設けたものであるため、当然経営は診療費をもって充てなければならない」ことに問題があるとしている。日本の医療機関の「社会化」には大きな壁のあることは明らかである。

しかし、世界に類を見ないスピードでの高齢者の増加、医療費の増加、慢性疾患中心の疾病構造、国民の権利意識の高揚などの医療に関連する社会的変化に対応するためには、病院・診療所の開設主体による特色の違い、病院のもつ機能による違いなどによる医療機能の役割を明確にしつつ、社会に合理的に適応する医療機関の「社会化」のための改革が必要であると思われる。

(2) 患者の意識の改革と情報公開

これまで病院機能の評価、医療供給側、医療従事者に対する評価システムについての検討を行ってきたが、医療サービスの受け手側である患者にも変化が求められることを忘れてはならない。

患者が「権利」を主張するのであれば当然の事ながら「責任」も生じることについての自覚が必要である。医療従事者も人間であるので、権利だけ主張する患者には「最善を尽くしてあげよう」という気持ちが生じないのは当然のことである。現在の医療制度上、医師には事実上、患者を選択出来ず、患者の方は初診時には病院や診療所を選択できるのであるから、その意味で患者が主体となっているとも言える。この点から患者自身が「質の高い」患者となることにより、病院や医師が

(24) 河北博文「医療改革と病院」岩崎榮，広井良典編『医療改革』からだの科学臨時増刊，日本評論社，1997 92-97。

(25) 中川米造『素顔の医者』講談社，1993。

自然に淘汰され、結果として医療の「質」の向上が可能となる。このことからいえば患者は最終的な医療の「質」の評価者なのである。

もう一つ患者自身が認識する必要のあることは、患者自身も医療を取り巻く社会環境の変化に目を向けることである。社会保障の対象は基本的には「弱者」である。患者、そして高齢者は社会的には「弱者」である。しかしながら、今後ますます少子化が進み、高齢化社会となれば、ある程度の保険料の自己負担増加はやむを得ないことであろう。しかし、負担増を強いられる医療消費者にはこれまで以上に「情報公開」が必要である。不透明な医療供給体制、病院組織構造、医療保険制度、診療報酬制度、薬価の仕組みの下では患者は的確な選択をすることができない。医療消費者には、正しい情報が適切に伝えられることが必要不可欠なのである。この意味において病院機能評価結果も完全に公開される必要があるだろう。ただし正しい判断を下せる能力を患者自身が身につけることが前提なので、今少しの時間が必要であるかもしれない。

（3）医療の効率性と質の確保

現在、アメリカでは管理医療の行き過ぎによる「医療の質」の低下が大きな問題となっている。歴史的に見ても医療の質改善への取り組みが早くから行われてきている国にもかかわらず、このような問題が起きるのはなぜであろうか。医療制度そのものに問題があることは確かであるが、過度の効率性を重視することは、医療の質の確保を困難にすることになりかねない。日本は主にアメリカを参考に医療の標準化を進めているが、決して忘れてはならないことは、医療評価システムの確立には、日本文化や風土も考慮した、国民に受け入れられる、そしてバランスのとれた効率性ある「医療の質」の基準が必要であることである。このことは決して容易なことではないが、本テーマに関するより多くの研究が積み重ねられ結実することを期待する。

【参考文献】

- ・ Albert R. Jonsen, Mark Siegler, William J. Winslade 赤林朗, 大井玄監訳 『臨床倫理学-臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ』 新興医学出版社, 1997.
- ・ Cavin P. Leeman, John C. Fletcher, Edward M. Spencer and Sigrid Fry-Revere, *Quality Control for Hospitals 'Clinical Ethics Services' Proposed standards*, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics Volume 6, Number 3, Winter 1997, 257-268.
- ・ David C. Thomasma, *Models of the Doctor-Patient Relationship and the Ethics Committee*, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics Volume3, Number 1, Winter 1994, 10-26.
- ・ Jay Katz, *The Silent World of Doctor and Patient*, The Free Press, 1984, 916-917.
- ・ Kaplan and Sadock's *Synopsis of Psychiatry - Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*, Williams & Wilkins 1994.
- ・ Krakauer Henry, Evaluating the Effectiveness of Hospital Care, *American Journal of Public Health*, 1997 Volume 87 (6).
- ・ 池上直己「抜本的医療改革とは何か」岩崎榮, 広井良典編 『医療改革』 からだの科学臨時増刊 日本評論社,

1997, 18-23。

- ・伊藤弘人「JCAHOと医療の質に関する研究会」岩崎榮編『医を測る』厚生科学研究所, 1998。
- ・医療関連サービス振興会「老人病院等における医療サービスの質の向上に関する研究」報告書, 日本厚生協会, 1995。
- ・河合隼雄「病と癒し」岩崎榮, 広井良典編『医療改革』からだの科学臨時増刊, 日本評論社, 1997, 141-144。
- ・川上武『21世紀への社会保障改革』勁草書房, 1997。
- ・川淵孝一, 江口成美「米国における医療の質の評価, その現状と課題」『社会保険旬報』No.1888, 1995, 10-14。
- ・白水倫生, 福井次矢「予防医学はどうして重要か」岩崎榮, 広井良典編『医療改革』からだの科学臨時増刊, 日本評論社, 1997, 129-132。
- ・永田勝太郎『新しい医療とは何か』NHKブックス, 1997。
- ・福島雅典『医療不信』同文書院, 1993。

(いちのへ・しんこ 日本学術振興会特別研究員, 東京大学)

〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1 東京大学医学部健康社会学研究室

Tel 03-5689-7256 Fax 03-5684-6083

E-mail ishinko@m.u-tokyo.ac.jp



女性労働研究
女性労働問題研究会 編

研究と運動を ジェンダー視点でつなぐ 女性労働についての研究誌

『女性労働研究』34号 (1998年7月発行)

〈巻頭〉 女性労働問題研究における資本制と家長長制 今井 けい
…山川菊江のイギリス研究に寄せて…

特集1 規制緩和下のパート労働問題

家族単位社会が生みだすパート労働問題 伊田 広行
パートタイマー労働法の欠陥—国際労働基準に比較して 今野 久子
パート労働差別の今日的状況 澤田 幸子
パートタイマーの仕事と賃金—3職場の事例 塚野光子/佐伯芳子/上田育子

特集2 環境・開発・ジェンダー

持続可能な開発と市民社会の自律性—女性労働者の視点から 有泉はるひ
WID・GADからジェンダー・環境・開発へ—WED・GEDへの道程— 松葉口玲子
開発途上国の女性とウェル・ビーイング—アマルティア・センの示唆— 中野 恭子
フィリピン農村開発とジェンダー 大下富佐江

< 研 究 論 文 >

性別職務分離の形式 大概 奈巳
…総合職システムエンジニアの事例から…
自治体非正規労働者のジェンダー問題 大谷葛代/本間重子

本体価格 1,500円
年間定期購読料 3,600円(年2回・送料込)

〈申込み先〉
郵便: 〒113 東京都文京区本駒込5-16-9
学会センターC21
日本学会事務センター気付
女性労働問題研究会
FAX: 045-962-6031

編集・発行: **女性労働問題研究会**
発 売: **ドメス出版** 〒170 東京都豊島区駒込1-3-15