

# 日本の医療におけるアカウンタビリティの現状と課題

## アカウンタビリティの前提となる評価システムを中心として

孔 泰寛

### あらまし

最近、医療過誤や医療事故が数多く報道されているが、これらは一過性の現象ではなく、看護婦等のスタッフ不足、医療の高度化・複雑化、医療教育等の問題を背景とする、医療システムの構造上の問題であると考えられている。医療全体への不信感を払拭するためには、医療の質の向上への取り組みを行う必要があるのはもちろんであるが、同時に、アカウンタビリティの確保が重要である。今回の研究目的として、我国の医療分野における高次のアカウンタビリティが、いかにすれば確保できるのかを主眼に置いた。しかし、我国の医療におけるアカウンタビリティの議論はほとんどなされていないのが現状である。そこで、医療のアカウンタビリティ論が主張されて久しい米国の現状を調査することが、我国の医療のアカウンタビリティ確保に結びつく手がかりであると推察した。そこで今回、まずアカウンタビリティの概念の歴史と現状を整理し、医療におけるアカウンタビリティを米国を参考に、その背景・視点から3つのモデルを提示した。そしてそれらを日本の現状と照らし合わせるにより今後の日本の医療におけるアカウンタビリティの課題として、評価のシステムの構築が必要であると考えた。いいかえれば、アカウンタビリティの確保には、評価のシステムがなければ困難となるといえよう。その評価システムにも、また種々の立場からのものが必要となると考えた。

### 1. はじめに

最近、日本において医療過誤や医療事故が社会問題視され、医療全体への不信感が高まっている。その背景には医療の高度化、複雑化に加え、医療システムの構造上の問題がある。これらの不信感の払拭のためには医療の質の向上への取り組みはもちろんの事、同時にアカウンタビリティの確保が重要である。

また医療の分野において、アカウンタビリティの問題は行政レベルでも、HIV訴訟や特別養護老人ホームをめぐる汚職など医療行政自体に対する不信感が高まり、行政のアカウンタビリティも問われ、情報公開が求められはじめた。これら医療におけるアカウンタビリティの確保は今後益々、必要性を帯びてくると考えられる。

アカウンタビリティという概念が米国の医療サービスにおいて、最初に注目されたのは1970年代であったが、その後、現実社会にそれほど大きな影響力をもつことはなかった<sup>1</sup>。それが、1990年代以降、アカウンタビリティの確保は医療システムにおける最も重要な課題の一つとなってきた<sup>2</sup>。しかし日本においては医療のアカウンタビリティの議論はほとんどなされていないのが現状である。唯一、堀、印南らの論文<sup>3</sup>において、記述がある。これも、米国医療のアカウンタビリティについて、しかもEmanuelらの論文<sup>4</sup>を参考になされている。医療のアカウンタビリティ論が主張されて久しい米国の経験は、日本の医療のアカウンタビリティを確保

<sup>1</sup> Mertin&Kettner (1977) 参照。

<sup>2</sup> Emanuel&Emanuel (1997) 参照。

<sup>3</sup> 堀、印南 (2001) 参照。

<sup>4</sup> Emanuel&Emanuel (1996)、Emanuel Emanuel (1997) 参照。

する上で、最も参考になるであろうと考え、上記の2つの論文を中心に調査、研究を一つの結果を導くことができた。

今回、まずアカウンタビリティの概念の歴史と現状を整理し、医療におけるアカウンタビリティを米国を参考にし、それらを日本の現状と照らし合わせた。その結果、今後の日本の医療におけるアカウンタビリティの課題として、評価のシステムの構築が必要であると考えた。いいかえれば、アカウンタビリティの確保には、評価のシステムがなければ困難となるといえよう。その評価システムにも、また種々の立場からのものが必要となると考えた。

## 2. アカウンタビリティの概念

### 2.1 アカウンタビリティ概念の歴史的背景

アカウンタビリティという言葉が持つ意味の起源はかなり古く、一説によれば古代アテネの時代から存在するといわれる。ポリスにおける直接民主制をとっていた古代アテネでは、行政の運営を委ねられた官吏がその職務上の行為について、全市民の総会で最高意思決定機関である「民会」に報告するよう義務づけられていた。アカウンタビリティの原型はこのように、公務を委ねられた者の主人たる「民会」に対する責任として発生したのである<sup>5</sup>。

その後政治的アカウンタビリティから分かれて独立、成長した概念が「会計上のアカウンタビリティ」である。公的な金銭の出し入れが適正に行われたことを確認するために、財務会計上の記録（account）を提示させることで明らかにする責任がこの会計上のアカウンタビリティである。「accounting」の「responsibility」が「accountability」と考えられるようになった理由はここにある<sup>6</sup>。このアカウンタビリティの特色は、中立的技術的な責任を意味するという点で、政治的アカウンタビリティと区別されることにある。会計上のアカウンタビリティは封建時代から絶対主義を経て、現在においても

生き延び、予算制度が整備されるにつれて、いわゆる予算上のアカウンタビリティ、すなわち予算に指定された金の使い方や予算に示された目標の達成についてのアカウンタビリティの概念が浮上するようになるにともない、この会計上のアカウンタビリティとあわせ、「財務上のアカウンタビリティ」とよぶこともある。

十九世紀になって、J・S・ミルは新たな意味での「政治的アカウンタビリティ」の概念、すなわち代議制デモクラシーにおける政治的アカウンタビリティの概念を構築した<sup>7</sup>。これは簡単に言えば、国民全体の適正な代表である議会に対する行政のアカウンタビリティである。そしてこれが今日のアカウンタビリティ概念の基調になっているのである。

### 2.2 アカウンタビリティ概念の現状

1960年代末から70年代はじめにかけて、いわゆる「プログラム・アカウンタビリティ」が提唱される。プログラムや政策が生み出す成果の有効性（＝目標達成度）を基準として、行政機関にその責任を積極的に確保させる手段として考えられたものである。その代表的な手段には「プログラム評価」(program evaluation)がある。アメリカの会計検査院(GAO)は1960年代中ごろから、社会サービス、すなわち社会福祉、保健、医療、教育などにおいて実施される各種プログラムを評価し、行政の責任をその実施している活動の効果を基準に追求するためこのプログラム評価を導入してきた<sup>8</sup>。

またイギリスでは、1983年にThe Exchequer and Audit Departmentから再編成され機能を拡大して再発足した会計検査院(The National Audit Office)が、政策目標の達成すなわち有効性および「支出にみあう価値」(value for money)を基準としてアカウンタビリティを追求する方向を強めている。この試みが具現化したきっかけは、民営化・民間委託が不可能な事業を行っている組織にサッチャー政権が適用している「エージェンシー(agency)構想」にある。この政府の

<sup>5</sup> 山谷(1990)参照。

<sup>6</sup> 西尾(1989)参照。

<sup>7</sup> 山谷(1990)参照。

<sup>8</sup> 山谷(1990)参照。

省庁の外部に作られるエージェンシー組織の活動の成果、業績を評価する手段としてサッチャー政権は「業績評価」(performance evaluation)の導入を図っているのである。仕事の成果や業績、事業の有効性について組織のアカウンタビリティを問うものとして考えるなら、これもプログラム評価と同じように「プログラム・アカウンタビリティ」の確保のメカニズムの一種であると考えられる<sup>9</sup>。

日本では最近、会計検査院が中心になって、「業績検査」(performance auditing)をめぐる研究活動、あるいは導入の試みが検討されているが、これも能率や節約と共に有効性が大きな関心を集めているためであり、プログラム・アカウンタビリティが注目されているといえるかも知れない<sup>10</sup>。

さて、それではアカウンタビリティは現在、国際的にどのように認識されているのであろうか。実務家の間では、アカウンタビリティは現在次のように定義される。「公的アカウンタビリティとは、公的資源を付託された個人または機関が、当該資源の管理について報告し、並びに財務上、管理上及び事業上の与えられた責任について結果を説明する義務を意味する」(第3回最高会計検査機関アジア地域機構総会「東京宣言」1985年)。ここに見られる特徴は第一に、財務(会計)上のアカウンタビリティだけでなく管理上のアカウンタビリティ、そして事業(プログラム)上のアカウンタビリティについて言及されている点、第2にこれら(特に事業上のアカウンタビリティ)について報告や説明が義務化されている点である。まさしく、国際的にみても、プログラムについてのアカウンタビリティが重視されてきているのである<sup>11</sup>。

アカウンタビリティの概念とこれを確保するための手段や方法は著しく洗練され、発展し、複雑化してきたが、その基本的な性格は一貫して変わっていない。すなわちアカウンタビリティとは、「外部から」行政責任を問題にする際に取り上げられる価値である。外部・内部の区別は必ずしも絶対的ではないが、組織内外に少な

くとも問責者(監視監督者)と答責者(行為者)が必ず存在し、後者が前者に自らの活動の合规性、合法性、正確性、節約、能率性、あるいはそのプログラム活動が生み出した成果の有効性などを「報告」「説明」「弁明」という形をとる。

「手続き的な側面」を重視する価値である。行為の正当性を判断する権限を持つものは常に、行為者の外部にある。したがってアカウンタビリティとはその根本において、チェック・アンド・バランスを採用する統治制度を前提とする価値であり、その実現にはフォーマルな「手続き」によるコントロールを第一の基本前提とする。暗黙的な影響力の行使をはじめとしたインフォーマルなコントロールが行使される場合もあるが、それもフォーマルな関係が前提となっている。また判断の基準と手続きは「客観化」され、法や規則に定められているという意味で「公式化」「形式化」されている。プログラムにおいてはプログラム目標として公式に確認され、その達成が一つの「客観的」基準になっている。

最後に、アカウンタビリティが確保されていないと判断されれば、当該機関は何らかの制裁を受けることもある<sup>12</sup>。

### 2.3 アカウンタビリティの問題点

このようにアカウンタビリティの概念や検証方法、そのためのメカニズムなどについては学問研究において著しい進展があり、研究業績の多大な蓄積が見られた。またそれのみならず、アカウンタビリティ確保の実務においても、多くの改善が加えられてきたことも事実である。しかしそれにも関わらず、アカウンタビリティの低下や問題点が指摘されるケースが増えてきている。

たとえば社会サービスの領域(社会保障、児童福祉、老人福祉、保健医療、教育、住宅)では、アカウンタビリティは弱体化しているといわれる<sup>13</sup>。というのも、ここではサービスを受け取る側はもちろん、提供する者も医師、看護婦、ケー

<sup>9</sup> 山谷(1990)参照。

<sup>10</sup> 川滝(1989)参照。

<sup>11</sup> 山谷(1990)参照。

<sup>12</sup> 山谷(1990)参照。

<sup>13</sup> 加藤(1989)参照。

スワーカー、ボランティア、教師、民生委員など画一的、均等的でない。また提供の手段や提供場所も多種多様である。したがってサービスの目的、受け取る側の範囲、サービスの程度や内容、事業の効果についてはさまざまな判断や評価が生じる。結果として、サービスの需要者側からは慢性的に不満が生じる傾向が強いため、アカウントビリティが満たされると判断されることは少ないのである。

### 3. 米国の医療におけるアカウントビリティ

#### 3.1 医療においてアカウントビリティが求められた背景

米国においても、医療においてアカウントビリティが重要視されたのは、そんなに遠い過去ではない。Martin & Kettnerによると<sup>14</sup>、アカウントビリティという概念が、米国の医療サービスにおいて、最初に注目されたのは1970年代であった。その後、学問レベルでは幾つかの論争があったが、現実社会にそれほど大きな影響力をもつことはなかった。それが、1990年代以降、アカウントビリティの確保は、医療システムにおける最も重要な課題の一つとなってきた<sup>15</sup>。

なぜ1990年代以降、米国の医療システムにおいて、アカウントビリティが重要な問題となったのだろうか。その理由として堀、印南らは以下の4つに分けて述べている<sup>16</sup>。すなわち(1)社会全体としてのアカウントビリティに対する関心の高まり、(2)医療におけるTQMの普及<sup>17</sup>、(3)マネジドケア(Managed Care)の台頭・進展、(4)消費者運動の発展、の4つの関係が米国の医療におけるアカウントビリティを求められた背景としている。

#### 3.1.1 社会全体としてのアカウントビリティに対する関心の高まり

1990年代以来、米国では行財政改革を契機に社会全体として、アカウントビリティに対する関心が高まったといえる。これら一連の行政改革は、「業績指向」と「顧客指向」の2つを重要視している。行政サービスを実施する主体は、営利活動を行う民間企業が顧客や株主に対して負う責任と同じように、「顧客」である国民に対して個々の政策と予算がどのような意味をもつのかを明確にし、さらにそれが実際にどのような「業績」を生んだのかを、誰もが分かるように客観的な数値を用いて説明することが求められるようになった。

#### 3.1.2 医療におけるTQMの普及

1990年に入り、米国では医療の世界にもTQMの考え方が急速に普及した。その背景としては、医療機関を取り巻く環境が激変したことがあげられる。これは1980年代後半以降、医療費の高騰と経済不況を背景として、医療費の支払者側によるコスト抑制の圧力が強まっていたためである。また、医療の標準化やEBM<sup>18</sup>の実現に関心のあった医師達がTQMに興味を示した。1980年代半ばまでには、同一疾病の患者に対する治療方法や手術率などが医師によって大きく異なることが指摘されるなど、「医療の適切性」を疑問視する声が大きくなっていったが、医師や医療全体に対する不信感を払拭するために、医療における品質管理は重要課題となっていた。しかし、医療はその特性上、対象となる患者の年齢や病態、また治療や結果に影響を及ぼすリスク要因に最初からばらつきがあり、それが、医療サービスにおける品質の評価と標準の設定を困難にしている。近年では、医療の標準化やリスク調整の技術も少しずつではあるが進み、クリニカルパス<sup>19</sup>など医療独自の管理技法も生み出されるようになってきた。

<sup>14</sup> Martin&Kettner (1997) 参照。

<sup>15</sup> Emanuel&Emanuel (1997) 参照。

<sup>16</sup> 堀、印南 (2001) 参照。

<sup>17</sup> Total Quality Management の略。品質管理の意味。

<sup>18</sup> 根拠に基づく医療。過去のデータを基に行う進め方。

<sup>19</sup> 病、医院において入退院管理や看護計画など効率を重視して行くやり方。

### 3.1.3 マネジドケアの台頭・進展

マネジドケアについて確立した定義はないが、「医療の効率化と質の維持・向上の実現のために、医師等の医療従事者及び保険者(支払者)が医療サービス(予防～治療、在宅ケア含め)の内容・コスト・アクセスを総合的に管理するシステム」であるといえよう<sup>20</sup>。

このマネジドケアの台頭・普及がアカウンタビリティ論を促進させた理由を堀、印南らは3つに分けて述べている<sup>21</sup>。

第1は、社会的事実としてのマネジドケアに対する批判への対応である。アカデミックには実証されなくても、現実問題として、マネジドケア・プランにおけるサービスの出し渋りの問題がマスコミ報道などで頻りに報告されるなど、「社会的なバックラッシュ(backlash)」が強まったのは事実である。このような動きに伴い、マネジドケアに対する政府の規制強化とならんで、マネジドケア業界全体としてのアカウンタビリティの確保が求められるようになった。

第2は、第三者によるマネジドケアの評価の動きである。マネジドケアの主たる購買者は企業であるが、企業から見ると玉石混交のマネジドケア・プランを購入するには、保険料金の安さだけではなく、プラン全体の業績に対する客観的かつ繊細な情報が必要である。実際、このような情報をマネジドケアが提示しなければ、契約をしないという企業も現れた。こうした社会的ニーズに対応すべく、マネジドケア・プランの第三者認定評価機関は、評価結果の公開を前提とした業績思考の評価・認定活動を本格的に開始するようになった。結果的に、医療保険分野でのアカウンタビリティが高まったことになる。

第3は、医療保険改革との関連である。マネジドケアの台頭は、医療費抑制と国民皆保険構想の実現に関心を抱いていたクリントン大統領の医療保険改革案にも影響を与えた。クリントン大統領は1993年、マネジドケアとアカウンタビリティに着目した案を議会に提出した。結局、新たに保険料を負担する中小企業事業主などの反発により実現しなかったが、これをきっかけに、

マネジドケア・プランにおけるアカウンタビリティへの関心が一層高まった。

### 3.1.4 消費者運動の発展

医療における消費者運動全体は、1970年代～1980年代にかけて「インフォームド・コンセント」の普及や「医療における情報開示」の進展、「患者満足度調査」の実施など一定の成果を収め、その後、沈静化していった。しかし、1990年代以降のマネジドケアの台頭という医療の環境変化やインターネット社会の到来に応じて、再び新たな形で消費者運動が活発化してきている。

以上が米国におけるアカウンタビリティが求められた背景であるがさらに堀、印南らは<sup>22</sup>、これら4つの要素は、完全に独立しているというわけではなく、それぞれ部分的に重なるところもあり、また相互に影響を少なからず与えていると述べている。

例えば、マネジドケアの台頭・進展は、医療における環境変化そのものの重大な要因であり、その意味で先にあげたTMQの普及の促進剤になったと考えることもできる。逆に、TQMの手法として発展したクリニカルパスなどは、マネジドケア・プランに採用されるなど、影響は双方向的である。

また、(1)社会全体のアカウンタビリティへの関心の高まりと、(2)医療におけるTQMの普及と(3)マネジドケアの台頭・進展には、経済停滞という共通の社会背景が関係している。見方を変えると、(1)、(2)、(3)はそれぞれ、経済停滞を背景にして迫られた、行政の改革、医療機関の改革、医療保険システムの改革と捉えることも可能である。これらの改革に共通することは、サービスの効率化と同時に、医療の質の確保が求められるようになったということである。

一方、(4)消費者運動の発展で見たように、消費者側が全般的に力をつけてくると、つまり「消費者のエンパワーメント」が進むと、サービス全般に関する情報公開や「知る権利」が主張されるようになってくる。先にあげた(1)社会全体のアカウンタビリティへの関心の高まりと、(2)医療にお

<sup>20</sup> 西田(1999)参照。

<sup>21</sup> 堀、印南(2001)参照。

<sup>22</sup> 堀、印南(2001)参照。

けるTQMの普及、(3) マネジドケアの進展との関係でみると、(4)の影響力が強くなればなるほど、行政の情報公開、医療機関の情報公開、マネジドケア・プランの情報公開が求められるようになることを意味する。

このように考えると、1990年代になってアカウンタビリティが求められるようになった流れは、「1980年代の経済停滞を背景とした医療の効率化の促進と質の確保」及び「消費者のエンパワーメントを背景とした情報公開(透明性)」が求められるようになった流れと重複するものであると言っても過言ではないだろう。

### 3.2 医療におけるアカウンタビリティの視点

医療におけるアカウンタビリティで問題となる、3つの視点、すなわち利害関係者、領域、手続きについて Emanuel<sup>23</sup> ならびに堀、印南<sup>24</sup>の論文を元に検討する。

#### 3.2.1 アカウンタビリティを保有する利害関係者

米国の医療における利害関係者には、1) 医師、2) 看護婦など医療専門職(専門スタッフ)、3) 病院、4) マネジドケア・プラン、5) 第三者独立機関、6) 保険の支払者、7) 保険の購買者、8) 投資家、9) 個人の患者、10) 弁護士・法廷、11) 政府(連邦・州)があげられる<sup>25</sup>。

#### 3.2.2 アカウンタビリティの領域

以上にあげた各利害関係者は、少なくとも以下に述べる6つの領域の何れかにおいて、アカウンタビリティをもつと考えられている。6つの領域とは、1) 専門能力(professional

competence)、2) 合法的・論理的な行為(legal and ethical conduct)、3) 財務業績(financial performance)、4) アクセスの公正さ(equity of access)、5) 公衆衛生・健康増進(public health promotion)、6) コミュニティーの利益(community benefit)があげられる<sup>26</sup>。これらのアカウンタビリティの各領域には、医師や病院など利害関係者ごとに責任を持つべき特定のエリアがあると考えられている。以下に医師の場合を例にして各領域についての説明を加える。医師がどの利害関係者に対して、どの領域におけるアカウンタビリティをもつかは図1に示した<sup>27</sup>。

まず、医師は、の専門能力という領域において、患者の死亡率(リスク調整済)患者の機能回復、手術後の合併症、患者満足度などに対して「アカウンタブル」でなければならないとされる。また、の合法的・倫理的な行為という領域の場合、医師は、「インフォームド・コンセント」の実施、患者の個人情報に対する守秘義務、利害衝突の回避、患者との良好な関係、生命維持停止に関わる適切な判断などに対して「アカウンタブル」である必要性が主張されている。の財政業績に対しても、医師はサービスの価格、サービス提供方法の効率性、専門医への紹介率などに対して「アカウンタブル」でなければならないという見方が強くなっている<sup>28</sup>。のアクセスの公正さに関しては、「貧困者に対するケア」を医師のアカウンタビリティに含めるかどうかで議論がなされている<sup>29</sup>。「貧困者に対するケア」は現状の医療システムでは構造的にサポートされておらず、医師資格や認定において要求されているわけでもないため、医師の責任とすべきかどうかを疑問視するものもある。また、の公衆衛生に関しても、医師は公衆衛生の向上に尽くすべきだという一般通念はあっても、日常的に公衆衛生に医師が携わることは稀であるし、また医師資格や認定の要件になったこともないため、アカウンタビリティとして問えるか否かに関しても意見の統一はない<sup>30</sup>。のコミュニティの利

<sup>23</sup> Emanuel&Emanuel (1997) 参照。

<sup>24</sup> 堀、印南(2001) 参照。

<sup>25</sup> Emanuel&Emanuel (1996) 参照。

<sup>26</sup> Emanuel&Emanuel (1997) 参照。

<sup>27</sup> 堀、印南(2001) 参照。

<sup>28</sup> Gray (1991) 参照。

<sup>29</sup> Begley&Loe (1987) 参照。

<sup>30</sup> Bero,Kicking&Butts (1987) 参照。

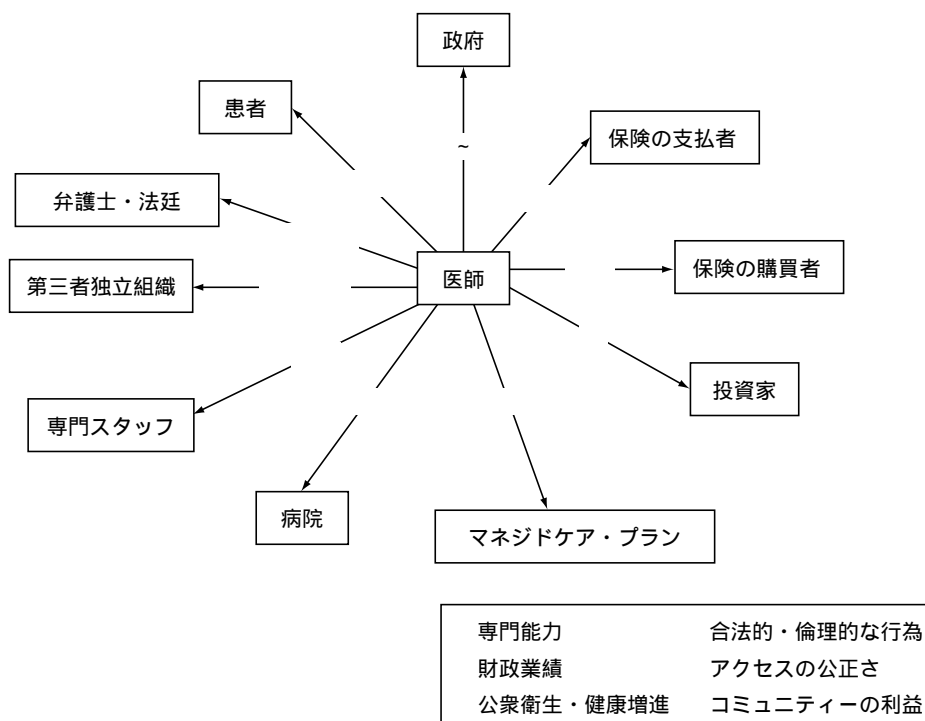


図1 医師のアカウンタビリティ（概念図）

益については、意見が一致しない。しかし、最近では、病院の業績評価の基準に、コミュニティの利益への貢献度を含めようという動きも見られる。また、カリフォルニア州が、病院に対し地域のニーズ・アセスメントやコミュニティの利益を考慮した医療サービスを提供することを法制化するなど、コミュニティの利益はアカウンタビリティの領域に含まれる傾向にあると考えられる<sup>31</sup>。

### 3.2.3 アカウンタビリティの手続き

一般的にアカウンタビリティの手続き（procedures）言い換えれば手順としては、2つの構成要素があると考えられている<sup>32</sup>。第一は、各領域の基準に対する遵守度（Compliance/

Adherence）の評価である。第2は、評価結果の公開及び評価結果に対する利害関係者の説明（正当性を証明すること）である。

遵守度評価と結果公開の手続きは、公式のものと非公式のものがある。公式な評価の手続きには外部組織による認定・評価（現地視察及び書類審査含む）及び、病院と外科医の手術に関連する死亡率と罹患率データの分析などがあげられる。しかし、このような評価及び分析手法の多くが現在も開発・更新中であり、完全といえるものは存在しない。

また、評価結果の公開と説明に関する公式の手続きとしては、パブリック・ヒアリング、資格認定、レポートカードなどの活用があげられる。一方、非公式な手続きには、専門能力に対する医師同士のコンサルテーションや財務業績を踏まえた上での医療サービス提供機関（プロバイ

<sup>31</sup> Shortell（1996）参照。

<sup>32</sup> Emanuel&Emanuel（1997）参照。

ダー)に対する市場評価、US News や World Report などの一般新聞・雑誌における病院ランキングなどの評価が含まれる<sup>33</sup>。

### 3.3 医療におけるアカウンタビリティ・モデル

医療におけるアカウンタビリティ確保において具体的に何を手続きとするか、基準をどうするかなどについて、米国においても定義がないのが現状である。そこで、医療におけるアカウンタビリティに関する3つのモデル、すなわち1)プロフェッショナル・モデル、2)経済モデル、3)政治モデルをEmanuelの論文を元に比較検討し、堀、印南らの論文<sup>34</sup>からも引用することとする。

まず、プロフェッショナル・モデルが強調するポイントは、「医師は、同僚医師等と患者に対してアカウンタブルでなければならない」というものであるのに対し、経済モデルは、「市場において、消費者が自分のニーズに見合った医療サービス提供機関(プロバイダー)を選択できる

ようにしなければならない」ということを強調し、政治モデルは、「コミュニティの意思決定プロセスに市民としての患者及び医師を参加させることでアカウンタビリティは確保される」ということを強調する。

さらにそれぞれのモデルを整理したものが、表1ようになる。これはEmanuel(1996)の論文に掲載していたものを、堀、印南(2001)が翻訳し、一部修正を加えたものである。以下、それぞれのモデルについて説明する。

#### 3.3.1 プロフェッショナル・モデル

医療において伝統的なアカウンタビリティ・モデルは、プロフェッショナル・モデルであった。プロフェッショナル・モデルは、「医療の黄金時代」といわれた1920年から70年代に既に存在していたが、当初は患者に対するアカウンタビリティはそれほど重要視されておらず、同僚医師や医師会などの専門組織に対するアカウンタビリティが確保されていれば良いとされていた。例えば、病院内では、医師は自分の治療方針

表1 3つのモデルの視点

	プロフェッショナル・モデル	経済モデル	政治モデル
患者	専門サービスをいける受益者(関係者・参加者)	医療という商品(コモディティー)の消費者	公共財(public good)に対して意思決定を行う市民
医師	患者の幸福(well-being)に貢献する専門家	サービス提供者(プロバイダー)、経済の構成単位	市民
医療	患者と医師の間で意思決定を共有することによって患者の幸福を増進させることを目的とする専門サービス	消費者が自分の主観的な嗜好を満足するために選択する客観的な定義づけられた業績などの特徴が固定された商品	政治的なコミュニティによって明確にされた患者の幸福を増進することを目的とした公共財
主要な領域	専門能力、合法的、倫理的な行為	財政業績、専門能力	コミュニティによって選択された何れかの領域
主要な利害関係者	医師(医療機関)と患者、及び第三者専門組織	市場におけるサービス提供者と消費者(患者+保険購買者)、規制・監督を行う政府	医師と統治代表、市民
主要な手続き	資格、認定、医療過誤訴訟	脱退、サービス提供者の変更	苦情申告と改革に対する意思決定
制度的な構造	認定、資格、法手続	消費者保護政策、価格と質に対する標準、情報(レポートカード)、多くの選択肢と加入・脱退の機会	意見を発表するオープン・フォーラム、執行部の意思決定を管理する手続き

<sup>33</sup> Emanuel&Emanuel(1997)参照。

<sup>34</sup> 堀、印南(2001)参照。



や診察内容について同僚医師に対し、その正当性を説明できることが重要とされており、同僚審査や症例審査が行われることがある。

一方、患者に対しては、情報の非対称性があるために、治療方針や治療内容に関する説明をしても理解ができないので、高度な専門知識をもった医師に任せればよいという「パターンリズム」的な考え方が支配的であった。

しかし、1980年代に入るところには、消費者運動や疾病構造の変化などを背景に、プロフェSSIONAL・モデルは、患者と治療方針に関する「意思決定の共有」や患者志向の「インフォームド・コンセント」や「QOL」<sup>35</sup>や「患者満足度」といった概念を組み入れるようになる。また、1980年代前半までは、保険の購買者である企業や支払者からのコスト抑制の圧力はそれほど強くなかったため、アカウンタビリティで問題となる利害関係は、医療という専門サービスを提供する側(医師/医療機関等)と受ける側(患者)の基本軸で考えることができた。

### 3.3.2 経済モデル

1980年代半ば以降の医療を取り巻く環境変化に伴い、医師及び医療機関のサービスに対するコスト意識が高まる中で、経済モデルの影響力が少しづつ大きくなってきた。

経済モデルでは、「患者」と「保険の購買者」を市場における「消費者」と捉える一方で、医療機関や医師などの「プロバイダー」によって提供される医療サービスを「商品」と置き換えている。マネジドケア・プランの場合、支払者とサービス提供機関が同一組織またはネットワーク化しているので、プランと「プロバイダー」はセットになっている。

一般に、医療において、「消費者」が「プロバイダー」の業績や「商品」の質を評価することは困難であり、評価に必要な情報が不足しているため、評価に不可欠な客観的な測定基準や指標の開発及び情報の収集・提供は第三者組織が担うことになる場合が多い。ここで重視されるアカウンタビリティの領域は、「専門能力」と「財

政業績」である。「レポートカード」のような形で消費者が異なるプラン間の比較が可能のように、これらの領域に関する情報を提供することが重要になる。

また「消費者」が「プロバイダー」に不満がある場合は、より良い「プロバイダー」に変更できることが、市場によってアカウンタビリティが確保されるための手続きであるとする。さらに、経済モデルでは、市場競争が適切に機能するために、プロバイダーやプランの活動を監督・規制する政府の必要性が認められている。

### 3.3.3 政治モデル

以上のような経済モデルの限界を踏まえて、まったく視点が違う政治モデルも提示されるようになってきている<sup>36</sup>。すなわち政治モデルでは、患者の福利厚生を「専門サービス」や「商品」ではなく「公共財」と捉えている。そして、医療の最大目的である福利厚生は、「コミュニティ」における医師や患者を含む「市民」の相互作用によって達成すると考える。

政治モデルでは、医師も患者も「コミュニティ」の「市民」とみなしており、アカウンタビリティにおいて重要な利害関係者関係は、「市民」と「統治機構(governing body)」としている。政治モデルでは、「統治機構」は、「コミュニティ」の「市民」に対して、「アカウンタブル」でなければならない。その際、重要なのは「コミュニティ」の「市民」の「意見」であり、「市民」は、定期的な選挙や管理政策や決定事項の承認などを通して、「プロバイダー」や「コミュニティ」の行動に影響を与える、ないしは何らかの改革を要求することができなければならないとされる。

他のモデルと異なり、政治モデルでは、主要なアカウンタビリティの領域が定められていない。「コミュニティ」の「市民」としての医師及び病院、患者などの意見を聞いた上で、アカウンタビリティの領域とその特定のエリアなどを「市民」のニーズに合わせて定義することが可能であるが、いずれにしても最終的に市民の承認を

<sup>35</sup> Quality of Life の略。生活の豊かさを求めた質。

<sup>36</sup> Emanuel&Emanuel (1996) 参照。

得ることを原則的とする。

以上の3つのモデルは、それぞれ独立・完全なものではなく、相互に補完しあうべきだという指摘もある。Emanuel & Emanuel<sup>37</sup> は、プロフェッショナル・モデルが医師・患者の間におけるアカウントビリティを導き、経済モデルが、マネジドケア・プランと購買者(消費者)間におけるアカウントビリティを導き、政治モデルが、組織内の多様な利害関係者間のアカウントビリティを導くものとし、それぞれのモデルを部門ごとに統合することを提案している。

#### 4. 日本の医療におけるアカウントビリティ

米国の医療におけるアカウントビリティの概念を整理し、3つのモデルとその歴史の変遷を検討してきた。以上で得られた知見を踏まえて、今後の日本の医療におけるアカウントビリティについて述べる。

米国においてアカウントビリティが求められるようになった背景の多くは、現在の日本にも該当する。特に、「経済不況を背景としたサービスの効率化と質の確保」や「消費者運動の発展を背景とした情報公開」が求められるというのは、そのまま日本にも当てはまるだろう。社会全体としてのアカウントビリティに対する関心の高まり、医療にTQMの普及、マネジドケア(Managed Care)の台頭・進展、消費者運動の発展という前述の4つの枠組みで考えてみる。

まず、社会全体としてのアカウントビリティに対する関心が高まる傾向は、昨今の日本における行政改革の動きからうかがうことができる。1999年には情報公開法が成立し、また中央省庁等改革基本法によって政策評価及び説明責任が制度化された<sup>38</sup>。

の医療にTQMについては、財団法人医療機能評価機構が1995年に設立され<sup>39</sup>、第三者評価認定を開始したことや、クリニカルパスなどTQMの手法も、先進的な病院では取り入れられ

ようになっていくことがあげられる。最近では、品質保証の国際規格であるISOを取得する病院も出てきている。

のマネジドケアの普及・台頭に関しては、日本は社会保険による国民皆保険制度を長期間実施しているため、マネジドケアの普及・台頭が著しいわけではない。しかし、医療費高騰や保険財政の悪化を背景に、現行の支払い制度である出来高払いが問題となり、効率化のインセンティブを持つ定額払いを導入しようという動きや、「日本型管理競争」<sup>40</sup>を求める声などを踏まえると、医療保険システムの改革という観点において、日本と米国の事情にまったく関連性がないとはいえないだろう。事実、日本でもマネジドケアに関する関心は非常に高い。

さらに、レセプト開示の実現は、「医療情報の公開・開示を求める市民の会」など市民運動・消費者運動の一定の成果であるとも考えられる。の消費者運動の高まりという状況も存在する。

最近の医療及び医療行政に対する不信の高まりを考えると、10年前の米国のように、日本でも医療におけるアカウントビリティが強く求められる時代になることは十分予測可能である。

それでは次に、日本において求められているアカウントビリティは、どのようなものであるかを考える。現在の医療システムを前提として考える限り、プロフェッショナル・モデルのフレームワークの範囲内で医療のアカウントビリティを考えることになる。医療のアカウントビリティにおける利害関係者としては保険者が重要であるが、健康保険組合など日本の保険支払者は、米国のマネジドケア・プランのような機能は発揮しておらず、事実上、保険料徴収及び支払関連事務に特化した組織である。したがって、医療機関と選択契約をすることができないため、購買者としての機能を持っていない。

米国においては、医療において支払者機能と購買者機能が分離し、その間で市場競争が働くようになると、経済モデルのアカウントビリティが重要になってくる。この方式は、米国のように民間保険が主流の国だけではなく、国営医療である英

<sup>37</sup> Emanuel (1996) 参照。

<sup>38</sup> 「政策評価に関する情報の公開を進めるとともに、政策の企画立案を行う部門が評価結果の政策への反映について国民に説明する責任を明確にすること」を明記している。

<sup>39</sup> 実際に認定を受けている病院は全国で269(1991)である。

<sup>40</sup> 広井(1999)参照。

国やスウェーデンや、社会保険のドイツにおいても「管理競争」ないしは「内部市場の形成」という形で、部分的に採用されるようになってきている。日本の医療保険改革においても「日本型管理競争」の導入を求める声もあがっており、将来的には、経済モデルのアカウンタビリティも求められることもあるかもしれない。ただし、日本において「管理競争」が機能するには、1) 保険者機能強化(それに必要な規制緩和を含む)、2) 医療サービスの質ないしは業績評価の方法と客観的な基準の確立が前提として必要になる<sup>41</sup>。

また興味深いことに、経済モデルの限界を補填するという意味での政治モデルにおけるアカウンタビリティは、日本においては確保しやすい。そもそも日本の保険者は職域集団によって形成されていた歴史的背景をもつことから、国民健康保険や政府管掌保険を除くと、ほとんど被保険者の中から保険者の理事代表を選出する仕組みが備わっているからである。

## 5. これからの課題 - 医療における評価システム

日本の医療にどのようなアカウンタビリティが求められるかは、日本の医療システムが今後向かう方向に大きく左右されるだろう。何れの方向に向かうにせよ、サービスの質や業績を評価する科学的な方法と基準の確立が重要である。いいかえれば、日本において医療のアカウンタビリティが発展していくための課題として、医療における評価システムの構築が最も必要となるといえるであろう。そこで日本の医療における評価システムの現状と課題について考察する。

### 5.1 医療評価が進まない背景

一般に消費者がモノあるいはサービスを購入しようとするとき、いくつかの類似する商品・サービスを比較・評価し、その中から最も自分のニーズに合ったものを選択する。例えば自動車を購入しようとする場合、まず大枠での自己のニーズを考え、セダンなのかワゴンなのかといった形状や、1500 cc、2000cc といった排気量

などを決め、そのニーズに該当する車を各メーカーからリストアップし、それぞれを詳細に比較検討し評価するという作業を行う。ところが、医療サービスの場合、こういった一般的な購入とは異なる状況が存在する。すなわち、体のどこかの具合が悪くなった場合、それを治すのに最適な医療機関を提供されるサービスの質の観点から評価し選択するという作業はあまり行われないのである。

その第一の理由は、医療の場合、自動車の購入などの場合のように自己のニーズが的確に把握できないということがある。たとえば、単に頭が痛いという場合でも、それが風邪による症状なのか、頭部の疾患によるものなのか、それとも精神的な原因によるものなのか、などにより受けるべき診療科目は本来変わってくるのであるが、とりあえずどこかの科目の診察を受けてみないことには本当にどの診療科目を受診すべきなのか自分では判断することができない。したがってこのような場合、単科のクリニックのようなどころへは行かず、安心のため沢山の診療科目をもつ総合病院などで受診をすることになる。また同様に、自分の現在の症状が軽いものなのか、重いものなのかという客観的な判断も難しい場合があり、このような場合にも、本来診療所に行くべき患者がいきなり大学病院の外来を受診するという事態につながりうる。このように、医療の場合、事前に自分に最適な医療機関を評価し選択するという行動に結びつきにくい面があると考えられる。

第2の理由は、医療機関の品質の同一性の前提という制度的な理由である。つまり患者は、同じ内科の診療所であれば、A診療所もBクリニックもそれほど大きな違いはないであろうと考える。それは日本の医療が資格規制や監視などにより一定の質が確保されていると考えているからであり、そうであるならば、より自宅に近いなどの便宜上の理由のみで医療機関を選択することになり、医療の内容についての評価はしなくても済むことになる。

第3の理由は、医療の地域独占性である。日本の医療制度は医療圏と病床規制の設定により、日本中どこに住んでいても、プライマリーケアを担う診療所から高度医療を行う大病院までの

<sup>41</sup> 堀、印南(2001)参照。

一揃いが自己の医療圏に存在しており、フリーアクセスを担保している。これは、国民にとって身近に各種の医療機関が存在するという意味で、基本的には非常に優れた制度である。しかし同時に、医療が地域独占的な性格をもつことにつながるという側面ももっている。患者が大病院に行こうとした場合、一部大都会などの例を除いては同じ地域内ではほとんど選択の余地はなく、他の地域の大病院に行くには相当の移動距離を覚悟しなければならない。このように医療の地域密着性あるいは地域独占性により、事実上選択することが困難な状況にある。

さらに第4の理由としては、患者が自分のニーズに合う医療機関を評価・選択しようとしても、自分のニーズと照らし合わせることができるような医療機関の情報が開示されていないということである。患者の側からの情報開示の要求はしにくい面があり、また医師の側から積極的に情報開示するインセンティブがなかったことから、情報開示はほとんどされてこなかった。また、医療法で定められた広告規制の存在により、医療機関が積極的に独自に広告することは禁止されており、画一的な情報しか患者には知らされない。このような医療の情報不足から、評価・選択が行われにくい状況になっている。

以上のように、医療サービスの質の評価が進んでこなかった原因は、患者側、医療提供側、医療制度の面など多岐にわたっており、これらが複合的に絡んでいるものと考えられる。

## 5.2 現状の評価システムと課題

### 5.2.1 評価システムの現状

これまで日本では、医療の質についての社会的な評価の仕組みが整いにくい状況にあったが、近年になってようやく医療の質の評価システムと呼べるものが出てきている。

医療の質の評価は一般的に、施設や機材、医療従事者の資格といった医療サービスが提供される環境や条件についての評価である「構造評価」(ストラクチャー評価)、技術水準や治療方法等の医療活動に関する評価を行う「過程評価」(プ

ロセス評価)、提供された医療サービスの結果である院内死亡率や患者満足度などを評価する「結果・満足度評価」(アウトカム・サティスファクション評価)に分けられる。

日本においては、構造評価に関しては、従来より病院の設備基準などの医療法上の基準とそれを行政が確認・監視することにより確保されてきている。また過程評価については、「病院機能評価マニュアル」などによる自己評価に加え、第三者的な専門家によって中立的・客観的な評価を行うため、1995年に(財)日本医療機能評価機構が設立され活動を行っている。

#### 医療機関による自己評価の取組み

各医療機関が自己の提供するサービスの質について客観的に評価するためのツール開発の取組みがなされている。1985年には厚生省と(社)日本病院会は同年「病院機能標準化マニュアル」を発行した。また、「病院医療の質に関する研究会」<sup>42</sup>は「病院機能評価スタンダード」をまとめている。さらに、十数の民間病院による研究会であるVHJ(Voluntary Hospitals of Japan)研究会では、医療の質の向上や診察の標準化を目指す中で、独自の客観的な評価方法の研究に取り組んでいる。VHJ内の評価プロジェクトであるQI(Quality Indicator)プロジェクトでは、患者属性情報、診療過程データ、臨床結果データ等をデータベース化し、疾病分類と術式分類のコードを統一することで、病院間で必要に応じてデータ比較ができるようになっており、診療の質の向上を図っている。

しかし、自己評価という評価形態の特徴として、必ずしも十分に厳しい評価がなされているとは限らず、評価が甘くなる傾向があるという指摘もある。また、評価結果を一般に公開するかどうかについても基本的にその医療機関の任意であり、都合の悪い評価結果は公開しないこともできる。このため、利用者から見て信頼性が高くかつ利便性の高い評価システムにはなりにくい面がある。

#### 第三者による評価システム

日本における医療機関の評価は、上のように自己評価方式によるものが中心で、第三者機関が医療評価を行うという実績はほとんどなかった。そこで、医療の質の一層の向上を図る観点か

<sup>42</sup> 日本医科大学医療管理学教授・岩崎栄氏が立ち上げた研究会。

ら、中立な第三者による医療機関の評価を行うことを目的として、1995年に(財)日本医療機能評価機構が準公的な評価機関として設立され、2年間の研究・準備の後、1997年度から本格的に評価活動を開始した。

その病院評価方法は、評価対象領域として六領域(精神病院の場合は七領域)を設け、さらに病院の規模に応じて詳細な評価項目を設定して評価を行っている。調査は書面審査による自己評価と訪問審査による第三者評価から成り立っている。評価委員会が全評価項目について5段階評価を行い、各評価項目の評点が概ね標準以上であれば認定書が発行される。同機構では、95年度と96年度に自主的に評価を希望した病院の機能評価を試験的な運用調査(パイロットスタディ)として実施し、1997年4月からは、評価希望病院から調査費を徴収して機能評価を行っている。97年度には131件の病院から評価の申し込みがあった。

この他にも第三者評価としては、病院ランキングなどの出版関係や保険者による病院紹介<sup>43</sup>、また医師がボランティアで電子メールによる医療相談を行ったり、健康相談サービス会社が電話を活用して相談に応じるサービスを提供するなどの様々な取組みが行われてきている。このように医療機関に行く前に自分で健康や医療に関する情報を入手したり、診断結果や治療方針についてのセカンドオピニオンを得る機会は少しずつではあるが増えはきている。しかし、医療機関の質を本格的に評価しているものは未だ見当たらない。

## 5.2.2 評価システムの課題

利用者の視点に立った多様な評価者がいない

現在行われている医療監視による評価や診療報酬による高度・専門医療に対する評価は行政の視点からの構造評価であり、また、病院機能評価マニュアル等はどちらかというと医療の提供側からの過程評価である。(財)日本医療機能評価機構は中立的・客観的な評価を行う第三者と

しての位置付けにあるが、十分に利用者の視点を反映した評価を行っているとは言い難い。アメリカの場合、医療の質の評価には専門家だけでなく、患者や市民、行政、経営者など多様な参加者によって取り組まれているが、これに比べて日本の場合、患者や市民あるいは保険者といった利用者の観点が大きく欠落しているといえる。

また医療の質の評価は極めて複雑であることからしても、単一の団体が単一の評価を下すことが必ずしも適切であるとは限らない。公的な評価機関には中立的・客観的な評価が期待できる反面、消費者のニーズに細かく対応するのは困難である。また同じ情報であっても見方により様々な評価が可能な場合もあり、あえて主観的な評価を行うことで、結果として分かりやすい評価を行うことができることもある。しかし現状では、多様な視点から多様な主体が医療の評価に参画できるような環境が整っていない。

利用者ニーズに合った評価内容になっていない

(財)日本医療機能評価機構は第三者の専門家によって中立的・客観的な評価を行う我が国で初めての機関であり、その設立の意義は大きいといえる。しかしながら、評価には、構造の評価、過程の評価、結果・満足度の評価という3つの観点がある中で、同機構による評価のほとんどは病院の構造の評価であり、提供されている医療サービスの過程や結果・満足度の評価は基本的に含まれていない。

しかしながら、国民が最も知りたがっているのは各医療機関がどんな構造(スタッフや医療機器など)を有しているかではなく、むしろ各医療機関が行っている医療の結果や満足度である。すなわち、疾病を治してくれる確立の最も高い医療機関はどこか、利用者の満足度が最も高い病院はどこか、ということであるにもかかわらず、利用者にごうした情報がほとんど提供されていない。

また、評価の方法・基準の確立についても消費者ニーズを反映した形での取組みは行われていない。構造評価については(財)日本医療機能評価機構が取り組んでいるように一定の評価方法

<sup>43</sup> 健康保険組合大阪連合会が病院の概要や介護体制、専門治療の実施状況などのデータをインターネットを使って検索できるサービスを開始している。

が存在しているが、過程評価、結果・満足度評価となるとどのような項目をどのような基準で評価するかが未だ十分に確立されているとはいえない。例えば、医療行為の成果を評価するための指標として、死亡率や在院日数が利用されることが多いが、疾病により発症率、死亡率、在院日数などの値は異なるため、適切な評価の指標を定めるには、診療科目ごとに指標が設定される必要がある。満足度評価については、患者だけでなく、医療提供者、支払者それぞれの満足度の評価を多面的に行い、医療の質の評価に関する項目に加えなくてはならない。また、評価の対象についても、医療機関としての評価の場合と、医師本人の評価の場合とで評価の方法は当然異なってくる。今後、こういった過程評価や結果・満足度評価等を行うための標準的な指標を消費者ニーズを反映させながら開発していくことが大きな課題である。

評価の結果などの情報が開示されていない

病院の評価結果は、サービスの質の向上のために評価を受けた病院に知られるのは当然であるが、消費者のニーズに応えるためには、この結果が消費者に対して開かれたものにならない。病院機能評価マニュアルによる評価は国民には開示されておらず、(財)日本医療機能評価機構による評価も認定証を施設内に呈示することはできても外部に広告することはできず、またその評価内容のも原則非公開となっている。確かに、医療に関する情報は専門性が高いものもあり、ただやみくもに情報を開示するだけではかえって混乱を招くことも予想され、何でもとにかく開示すればよいというものではないという面もある。また、評価結果の開示においては、個人のプライバシーに対する配慮が求められる場合もあり、慎重に対応する必要もある。

しかし、評価結果の開示の難しい面や慎重な配慮が必要な面があるからといって、開示そのものができないということにはならない。他の産業の例として、株式会社の情報開示の仕組みをみるとそれが可能であることが明らかになる。上場企業は有価証券報告書など非常に詳細な基本情報の開示を求められ、開示された基本的な情報に基づいて様々な評価者が様々な観点から会社評価、株式評価を行っている。ROE(株主資

本利益率)や流動比率といった会社の経営状態に関する様々な評価指標が考案され、また格付機関がそれらの評価情報を総合して評価結果をシンプルな格付けレートとして消費者に提供するというように、消費者は適宜、自分の判断によって評価主体や評価物を選択して、それらを最終的に自分なりにまとめることで自己の企業評価に役立てることができるようになっている。こういった既存の評価システムの成熟度と比較すると、医療における評価の仕組みはまだまだ不十分な段階にあると言わざるを得ない。

## 6. 提言 評価システムの構築

医療のアカウンタビリティを確保する上で、評価システムが必要不可欠であると考え、その現状と問題を述べてきた。医療の質の評価はきわめて困難な課題であり、信頼性や妥当性のある基準においては米国でさえ、完全といえるものはない。それでは具体的に、また切り口としてどんな立場から、評価システムをどう構築して良いのかを提言したい。

### 6.1 保険者による評価

健康保険の保険者は、健康保険法により、被保険者の健康の保持増進のための役割を果たすことが求められている。質の高い医療を提供するために医療の質を評価することは保険者の基本的役割に含まれると言うべきである。

現在、保険者が手に入れることのできる医療情報は技術的に、また法的に制限されている。個々人のカルテはもちろんのこと、審査支払機関で把握している医療機関の情報や、(財)日本医療機能評価機構による評価を受けた医療機関の情報などは、保険者側には伝えられていない。またレセプトが保険者に送付される際に、未だ紙媒体が用いられる場合が多く、レセプトに記載されている各種の有用な情報を統計的に処理することが非常に困難となっている。

このような、現在保険者に知らされていない情報が開示され、またレセプト情報が電子媒体により利便性の高い形で提供されることにより、保険者に多種多様な情報が集積され、保険者が

独自に医療機関を評価することができるようになれば、その評価を被保険者に提供することが可能となる。そうすると、被保険者は安い費用で良質の医療を提供する医療機関を選ぶことができるようになり、結果として医療機関の質の向上を目的とした競争が促されることになる。

こうした評価システムを実現していくためには、まず、レセプト情報がデジタルで保険者にわたるような仕組みを構築する必要がある。そうすることにより、時系列的分析、被保険者別分析、疾病別分析、医療機関別分析等様々な分析が可能となり、例えば同一疾病群で医療機関によりどのように治療内容が違うか、といった分析を保険者サイドから行うこともできるようになる。その結果に基づいて、医療機関に対する評価を行い、被保険者に還元することはむしろ保険者の本来の使命であると考えられる。

さらに、長期的にはプライバシーの保護を十分に念頭におきつつ、保険者が被保険者のカルテに関わるデータを収集し、実際に行われた医療行為をベースに医療の質の評価を行うことも視野に入れて検討していくべきである。

なお、保険者が評価を行うためには、評価指標の設定が必要不可欠であり、そのためには医療の標準化、DRG<sup>44</sup>の導入等を行う必要がある。また、こういった評価を保険者が行うためには、評価の結果を被保険者の健康の維持増進または保険者の財政の健全化に資するというインセンティブが必要であり、そのためには保険者機能の強化が必要である。

## 6.2 患者による評価

医療サービスは、サービスの提供者とそれを受ける患者との信頼関係に基づき提供されることが基本であり、診療方針や治療内容を患者に十分に説明し、また患者や地域住民への医療に関する情報提供を進めることは重要な課題である。このため、1997年には、保険者は被保険者に対して原則としてレセプトを開示すべきという厚生省通知が出されている。また、カルテ情報の患者への提供については厚生省健康政策局長

の私的諮問機関として設置された「カルテ等の診察情報の活用に関する検討会」において見当が行われ、開示の法制化を提言する報告書が出されている。

このような情報開示の方向は医療の提供サイドと利用サイドでの信頼関係の構築に役立つだけではなく、医療の利用者が医療の質を評価するためにも基本的に望ましい方向に進んでいるといえる。今後は、患者サイドが情報を自ら積極的に収集し、自己の責任において医療の質を評価していくことが重要である。

患者による評価のための情報源としては、まず医療機関から発信する情報である広告が挙げられる。他の産業の例を見るまでもなく、広告は消費者にとって大きな情報源である。しかし、現在は情報の非対称性のもとでは誇大広告につながる恐れがあることなどから医療機関の広告は極めて限られた項目しか認められていない。こうした規制は本来消費者保護のためのものであるはずが、過去においては保護されるべき存在であった患者が、自己責任原則の元で自己の権利として情報開示を主張するようになってきており、規制が消費者の利益を損ねている状況もある。医療サービスの利用者である患者が、医療の情報開示を患者の権利として認識し、適切な評価活動を行うことにより、利用者の満足度を向上させる方向で医療サービスの向上を図っていかなくてはならない。

## 6.3 セカンドオピオンによる評価

利用者個人が医療の質を評価することは非常に重要であり、そのための環境設備は積極的に行われるべきであるが、専門的に高度な評価、判断が必要な場合など、個人の情報収集や分析などの評価能力では限界があり、専門家による何らかの支援が必要な場合もある。これを保管するため、患者個人々人に対してなされた、あるいはこれからなされる個々の診療行為を評価する場合、患者が自分の受けた診断の妥当性に対して、専門的知識を有する別の医師の第三者的判断（セカンドオピニオン）を仰ぐことができるよう

<sup>44</sup> Diagnostic Related Groupsの略。1万以上ある病院をマンパワー、医薬品、材料などの医療資源の必要度から、統計上で500程度の病名グループに整理し、分類する方法。

な社会システムを構築することも新たな評価システムの一つとして期待される。

現在、患者(及びその親族や友人)は自らが利用している医療機関や担当医が果たして自己の疾病を担当するのに最も適切なのか、実際に処方された個々の診療行為や薬は本当に自分にあっているのか等について、しばしば不安を抱いているにもかかわらず、相談にのってくれるような専門家がいないことから、不安を抱えたまま医療行為を甘んじて受けるしかない。あるいは、全く別の医療機関で受信して診断結果を比較するなどの対応をする患者もいるが、これは医療費の最も非効率的な使い方であり、そうしなくてもすむような仕組みが必要である。

このような現状を考えれば、専門の医師が個別のケースの相談にのり、医療の内容を評価するセカンドオピニオンの制度が確立されれば、患者の不安の解消に大きく役立つものと考えられる。また、先に述べたような別の医療機関を「はしご」するような患者がいなくなれば、医療全体のコストが低下することにも役立つと考えられる。

特に、患者へのカルテやレセプトの開示がなされるようになれば、セカンドオピニオンを述べる医師はこういった情報を活用しつつ判断を下すことも可能となる。

ただしセカンドオピニオンについては、医師が医師を評価するという側面から、日本において根付くには非常に大きな問題があると考えられる。こうした制度の導入においては、医師の養成過程でのあり方を含めて中・長期的な視点で捉えなければ、制度先行では実際に機能しないシステムになる可能性がある。

また、セカンドオピニオンを求める対象としては、診断結果そのものについて第2の医師に意見を求める場合と、与えられた診断に対する治療方法についての見解を求める場合の大きく2つが考えられるが、現実的なセカンドオピニオンの導入としては、後者の治療方法に対する見解に限定するなどの方法も考えられる。診断そのものを再判断するとなると、個体の健康状況を正確にチェックする必要があり、結果的に二重診察になる可能性がある。また、診断結果についてのセカンドオピニオンが当初の主治医の診断結果と大きく異なる場合には、患者がどちらかを選択する必要が生じることになり、さら

に第3のオピニオンが必要になるという事態も予想される。

このようにセカンドオピニオン制度の確立のためには、クリアすべき大きな課題があり決して容易ではないと考えられるが、現実的なレベルから徐々に取り組んでいくことが重要である。利用者一人一人が、自分が受ける医療サービスの内容を理解することを、医師との信頼という名の下に放棄するのではなく、質の高いサービスを受ける権利に不可欠であるとの意識を醸成していくことが重要であろう。

## 7. おわりに

アカウンタビリティの概念の歴史は古く、現代までに変遷はあるものの、その基本的な性格は一貫して変わってはいない。しかし社会サービスの領域においては、画一性が低く、完全なものとはいえないのが現状である。とりわけ医療においてはその確保が困難である。しかしアカウンタビリティの確保は医療システムにおける最も重要な課題の一つである。

今回、米国における医療のアカウンタビリティをその歴史的・社会的な背景から整理し、アカウンタビリティを保有する利害関係者、アカウンタビリティの領域、またその手続きという視点からプロフェッショナルモデル、経済モデル、政治モデルと3つのモデルから整理、考察した。それらを日本の医療における状況背景から検討し、現在の日本にも該当することが数多くあり、米国のアカウンタビリティの経験が充分に参考になることが分かった。

聖域といわれる医療分野においても、市場競争の原理が働くことは、政治改革の流れをみても明らかである。そうなると、経済モデルのアカウンタビリティが重要になり、医療保険においても例外ではなくなる。その経済モデルの補填するという意味での政治モデルにおけるアカウンタビリティは、むしろ米国より日本の方が確保しやすいことはたいへん明るい材料であるとも考えられる。

いずれにせよ日本において医療にどのようなアカウンタビリティが求められるかは、日本の医療システムが今後向かう方向に大きく左右されるであろう。しかし何れの方向にせよ、アカウ



ンタビリティの確保のためには医療サービスの質や業績を評価するシステムを構築することは必要不可欠である。そこで最後に、医療の評価の背景を整理し、その現状と課題を考察した。そして日本の医療の評価において、最も欠落している点は、利用者のためのものとは程遠いということが明らかとなった。つまり市民の評価システムに対しての参加が問題点となっている。以上より、今回、日本の医療におけるアカウンタビリティの確立に必要な評価システムの構築として、保険者によるもの、患者によるもの、セカンドオピニオンによるもの、の3点より提言した。この医療における評価システムの是正と新たな構築がアカウンタビリティの確立に寄与し、国民の医療全体への不信感を払拭する重要な課題となるであろう。

## 参考文献

### 1) 日本文献

(著書)

- [西田 99] 西田 在賢『マネジドケア革命』日本経済新聞社、1999年  
 [広井 99] 広井 良典『医療改革とマネジドケア』東洋経済新聞社、1999年

(論文)

- [上原 00] 上原 鳴夫「アメリカ医療における医療消費者運動」『病院』第59巻、第7号、2000年  
 [加藤 89] 加藤 芝太郎「状況と反省」『会計検査研究』創刊号、1989年、49ページ  
 [川滝 89] 川滝 豊「会計検査問題研究会と業績検査手法の開発」『会計検査研究』創刊号、1989年、89ページ  
 [西尾 89] 西尾 勝「アカウンタビリティの概念」『会計検査研究』創刊号、1989年、29ページ  
 [堀 01] 堀 真奈美、印南一路『米国医療におけるアカウンタビリティの概念と動向』『会計検査研究』第23号、2001年、33 - 51ページ  
 [山谷 90] 山谷 清志「行政責任論における統制と倫理

学説史的考察として」『修道法学』第13巻1号、1990年、141 - 198ページ

### 2) 外国文献

(著書)

- [Shortell96] Shortell, Remaking Health Care in America, Jossey Bass Publishers.1996.

(論文)

- [Arrow84] Arrow, Government decision making and the precariousness of life, Ethics and Medical Care, 1984.  
 [Begley93] Begley and Loe, The Texas Indigent Health Care Initiative, Texas Medicine, No.83, 1987.  
 [Bero93] Bero, Kicking Butts, Journal of American Medical Association, No.270, 1993.  
 [Emanuel96] Emanuel and Emanuel, What is Accountability in Health care, Annual report of Intern Medicine, No.124, 1996.  
 [Emanuel96] Emanuel, Working Group on Accountability, Annual report of Intern Medicine, No.124, 1996.  
 [Emanuel97] Emanuel & Emanuel, Preserving Community in health care, Journal of Health Politics, Policy and Law, vol.22, No.11, 1997, pp.15.  
 [Enthoven89] Enthoven and Kroicu, A Consumer Choice Health Plan for the 1990s, The New England Journal of Medicine, vol.1.No.320, 1989.  
 [Gray91] Gray, The Profit Motive and Patient Care, Harvard University Press, 1991.  
 [Judith97] Judith Graham, A large measure of Quality, Journal of AHIMA, vol.68, No.6, 1997.  
 [Martin97] Martin & Kettner, Performance Measurement : the new accountability Administration in Social Work, vol.21, No.1, 1997, pp.22.  
 [Mary98] Mary.D., Health care quality : From Date to countability, Academic Medicine, vol.73, NO.8, 1998.  
 [Morone92] Morone, The Democratic Wish, Popular Participation and the limits of America Government, 1992.  
 [Murry92] Murry, Ambulatory testing for Capitation and Fee for service Patients : Relationships to Outcomes, Medical Care Resevch and Review, No.30, 1992.  
 [Ware96] Ware, Differences in 4 year Health Outcomes for Elderly and Poor: chronically Patieuts Preated in HMO and Fee for service Systems, Journal of American Medical Associattion, No.13, 1996, pp.276 286.