

【鼎談】

病院アウトカム情報の開示・提供の新たな局面

(出席者・50音順)

伊藤 隼也

写真家・医療ジャーナリスト/
医療情報研究所法人代表

小山 信彌

東邦大学医療センター大森病院院長

坂本 憲枝

消費生活アドバイザー

今回の座談会では、医療制度改革において患者の視点を重視した医療機関の情報提供の意義が強調された。それぞれの機能や診療実績の情報を行政が把握し、広報することを医療法に定める方向性なども踏まえて、今後の病院の患者や地域に情報提供してゆく上での課題についてご議論いただいた。

—本日は、お忙しい中をありがとうございます。最初に、みなさまの自己紹介と、本日のテーマに関するお考えをお聞かせいただければと思います。

伊藤 私はもともと写真家を本業としていましたが、父を医療事故で亡くしたことがきっかけで、医療に興味をもち、医療ジャーナリストとしても活動し始めました。その目的は、真に患者のための医療確立を目指すには、正しい情報発信が欠かせないという理由からです。

医療は特に専門性が高いので、医療ジャーナリストには、新聞社の科学部出身のような方が多く、私のように、臨床現場で現実に行われている医療に患者として純粋に興味をもって、医療ジャーナリズムに入った人間は珍しいと思っています。ですから、私はスタンスとして、まさに“生きた”医療をどうやって国民に、メディアを通じて発信していくかを考えて活動していて、その中の一つに、テレビ番組なども含まれます。

また私は、日本医療機能評価機構

の広報委員もしていますが、病院の機能評価が、必ずしも医療における質の評価にはつながらないなど、今、様々な問題が出てきています。日本の医療はいろいろな意味で過渡期にあると思いますが、その過渡期にあって患者がいちばん求めているのは、やはり安心して、納得できる医療だということは間違いないと確信しています。

さて、今回の「病院アウトカム情報の開示」というテーマは、私の関心事の中でも特に大きな事象です。日本の医療は、よくも悪くも客観的な評価というものをほとんど受けてきませんでした。そして今でも十分な客観的な評価はなされていないと思います。したがって私は、自分が受ける医療がどのようなスタンスや理念をもち、そしてその質はどうかということに非常に興味をもっていると同時に、患者側と医療側がともに創り出す医療の中で、何を情報開示していったらいいかということが、最優先課題だと考えています。

小山 私は、東邦大学医療センター

大森病院に心臓血管外科医として勤めており、6年前から病院長をしております。9年前に、副院長の立場にあったときに病院のIT化を手がけ、そのIT化をきっかけに、患者さんのカルテの記録を、どうやって保存していくかという課題を検討していくうちに、医療情報を一元化していく必要があるだろうと気づきました。病院長になってからは院内の電子カルテ化に取り組んでおります。

本日のテーマに関しては、私も関わりを持っております。実は私も出席している東京都の特定機能病院医療連携推進協議会で、患者中心のための医療連携において、どういう情報を開示したらよいかということ、2年ぐらい検討しながら現在に至っております。基本的な姿勢は、「すべて出すべきだ」と考えており、それを見るか見ないかの選択は、患者さんに一任するのが適当だと思っています。

また、いろいろなアウトカムの表示についてですが、特に心臓血管系では非常に話題になっておりまして、「なぜ出さないのか」「なぜ出せないのか」と意見が分かれております。例えばアメリカの事例を見ると、開示したことによる良い点、悪い点の両方が現象として出てきていますので、本当に客観的なデータが出せる

のかということを課題として取り組んでいます。

坂本 私が消費生活アドバイザーという立場で医療に関わり始めて10年になりますが、現在は、日本医療機能評価機構の評価委員や人間ドック機能評価委員などもやらせていただいております。評価委員では、「患者側の代表」とされていますが、私自身は患者ではありませんので、患者代表としての立場を求められると多少違和感を持ってしまいます。本日は「医療の受け手として」の立場で発言させていただきたいと思っております。

私は、医療知識をあまり持ち合わせていませんので、このような人間が、こうした場所で発言の機会が与えられるという状況に関しては、医療が大きく動いているということを感じています。ただ医療の壁は非常に厚く私自身が七転八倒することも多くて、どうしていいかわらないと感じることもあります。私はいろいろな場面で発言を求められるのですが、私のような一般市民の声を、どうしたら医療サイドに届けられるのかを疑問に感じるようになってきました。私たちが判断をするには、情報がきちんとなければいけないということを伝えるにしても、医療についてわからないと伝えるにしてもなかなかうまく伝えることができません。そうした情報の非対称性という課題に悩まされるが多かったのです。そこで昨年、東京大学の医療政策人材養成講座を受講し、1年間、医療のさまざまなことを学びました。受講中に、現在、病院を選ぶために患者が欲しいという情報がどこに、どのようにあるのかという実態調査をしました(資料)。

その調査からわかってきたのは、私たちの求めている情報が、明らかに少ないということです。平成14年3月29日付け厚生労働省告示第

資料 都内300床以上の病院における医療情報提供の実態調査の概要

この調査は、本県談出席者の坂本憲枝氏を中心とした東京大学医療人材養成講座1期生のメンバー5人で行われた。

目的：医療の受け手に必要とされる情報や病院はどのような情報を提供しているかの実態を明らかにし、医療情報の非対称性解消への提言をすること

対象：一般病床300以上の都内89病院

期間：2005(平成17)年4月末～6月中旬

調査方法：情報提供の実態は、①病院待合室訪問、②病院ホームページ閲覧、③病院パンフレットの収集および内容、④電子メールによるアンケート調査、⑤病院管理者インタビュー(継続中)で調査した。

結果と考察

①病院待合室訪問調査について

チェック項目は先行調査(注1～5)を参考に86項目を設定した。結果として診療科、案内、個人情報の扱いなど基本的情報はある程度、入手できるものの、文書料金(74%)、その他の保険外負担など(46%)、医師の略歴・得意分野(10%)、カルテ開示(17.9%)、セカンドオピニオン(13.5%)、医療法で掲示義務のある差額ベッドに関する情報(74%)などは少なかった。また、また掲示方法についても、文字が小さい、掲示場所がわかりにくい、専門用語の多用など、患者に対する配慮が欠けているものも散見された。

②ホームページ閲覧調査

チェック項目は①に同じ。医師の略歴・得意分野(43.8%)や特別な治療方法・外来(68.5%)などは、待合室掲示より入手できたが、差額ベッド料金や文書料金、保険外負担などの情報は待合室掲示よりも少なかった。またホームページで提供されている情報や作り方は病院間の差が大きく患者にとってわかりやすいものは少なかった。医師や治療に関する情報は診療科ごとに作成されており、各診療科の取り組みの差も大きい傾向が見受けられ、統一感がなかった。さらに、視覚障害者や聴覚障害者に配慮した情報発信は少なかった。

③パンフレット調査

病院案内は72施設(81%)、パンフレット類は75施設(84%)で入手できた。入手できなかった病院では、病院案内やパンフレット類を置いてないのか、品切れだったのかからなかった。全く置いてない施設も14施設あった。病院案内は、外来・入院の手順、診療科の位置など基本的情報が多かった。パンフレット類は、各病院で内容や種類が異なり、設置の取り組みにも温度差があるが、患者に情報を伝えようとしている努力が窺えた。

④電子メールによるアンケート調査

電子メールにて病院の情報提供に関するアンケート調査を行い、354人の回答を得た。その結果、病院の掲示は9割を超える人が見ており、そのうち貴重な情報を得たと答えた人が7割近くに達した。知りたい情報としては、医師の専門・経歴、セカンドオピニオン相談の有無、初診時の受診方法などが上位を占めた。ホームページの利用は40～50代を中心に約半数の人間であり、特に80歳を超えると見ない傾向が強いことがわかった。

- 1) 保険者機能を推進する会：被保険者二重の把握に関する研究(平成14年2月)
- 2) 日本医師会総合研究所：医療に関する国民意識調査(平成14年)
- 3) 厚生労働省：平成14年度受療行動調査
- 4) 東京都：医療機関選択のために必要な医療情報e-モニター調査
- 5) 東京都：医療情報ガイドライン(医療情報提供検討会)

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」)によって医療に関する広告の規制緩和がなされました。この規制緩和は私たちが病院を選びやすくするためになされたのですが、患者が欲しいという情報の提供は、まだ進んでいないという実態がわかりました。

21世紀は、自己責任の時代といわれていますが、そのためには、判断するための情報が必要です。それらの情報が提供されることと、あわせてその情報が何か、どんな意味があるのかを噛み砕く力が、私たちに必要だと感じています。

平成16年に各県に医療安全センターができましたが、医療に関して



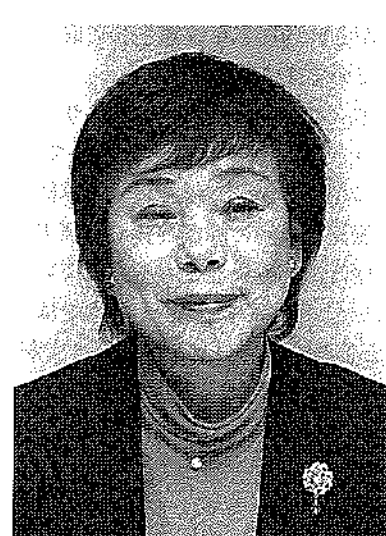
小山 信彌 氏

1972年東邦大学医学部卒。現在、東邦大学医療センター大森病院病院長、東邦大学医学部外科学講座(大森)心臓血管外科教授、東邦大学理事、日本私立医科大学協会理事、全国医学部長病院長会議DPCに関する専門委員会委員長、東京都特定機能病院医療連携推進協議会委員、他。電子カルテ、セカンドオピニオン、ジェネリック薬の導入などに積極的に取り組む。院長である東邦大学医療センター大森病院は今年、日本医療機能評価Ver.5.0に認定された。



伊藤 隼也 氏

主婦の友社を経て1982年よりフリーランスカメラマン。1994年に父親を医療事故で亡くしたことを契機に、1997年に医療事故市民オンブズマン・メディアを、2000年に医療情報研究所を設立。その後、医療ジャーナリストへ。日本医学ジャーナリスト協会、日本医療機能評価機構・広報委員、他。医療改善のために医療情報の研究・交流・発信が重要と考え、様々な活動を行う。2003年からはフジテレビ「とくダネ!」において、メディカルアドバイザーを務めている。



坂本 憲枝 氏

日本女子大学を卒業後、特許や利用者サービスに関わる仕事をを経て、1991年から消費生活アドバイザーとして活動。患者の視点から「病院の待合室調査」や「かかりつけ医についての調査」をまとめ、よりよい医療に出会うための活動を行う。医療グループあすか代表、厚生労働省・医療事故の全国的発生頻度に関する研究運営検討委員会委員、看護看護教育の充実に関する検討会委員、日本医療機能評価機構評価委員、人間ドック機能評価委員、他。

患者の声を聞く窓口や、それに的確に対応するという手段が今まではほとんどありませんでした。私たちにあって医療は生活の一部ですが、医療は特殊で、専門特化したサービスであり、「何か特別なもの」と思うことがあります。

医療のアウトカム情報の開示については、具体的に平成16年の診療報酬改定にて加えられた手術に関する施設基準の項目があります。この項目は今回の平成18年診療報酬改定では削除されましたが、私たちにしてみれば、よく理解できなかったというのが本音です。つまりその施設基準の数字を示されても、それが良いのか悪いのか、この数字が何を意味しているのかが理解できないわけです。医療の専門性はその本質的な特性であることはわかりますが、

アウトカム情報が提供されることで、情報の非対称性についてどこまで解消できるのかと思います。

情報開示のあり方

—ありがとうございます。情報を開示するという流れは、まだ緒に付いたばかりで、これからお互いにコミュニケーションを取りながら探っていくかなければいけないところだと思います。

広告の規制緩和の流れの中で、何をどのように開示していったらいいのか、どう広告していったらいいのかを少し考えてみたいと思います。小山 坂本さんのお話をお聞きしていると、患者さんが知りたいと思っ

ました。「そんなこと当たり前ではないか」とわれわれが思うようなことも、ちゃんと文章にして説明したほうがよいという話を聞くにつけ、基本的に立っている場所が違っているのだと思います。ですから、医療側と患者側のスタンスの違いの理解からスタートしなければならないだろうということは、かなり感じています。

当院ではまず、セカンドオピニオンの推進や治療成績についてはできるだけ出していこうという方向で動いています。ただ治療成績を出すときに、同じモノサシですべてを測れるかということが問題になってきます。中央社会保険医療協議会(中医協)でも議論になっているだろうと思いますけれども、共通のモノサシが決まっています。例えば癌治療

の生存・成功率についても risk adjustment(リスク調整)していないけれども、とりあえずは公開しなければならぬのかなと思います。

伊藤 私は、正しくても、正しくなくても、情報はあらゆる形で“あればいい”と思っています。正しくない情報を出せば、一応、メディアを含めて、私のような医療情報に敏感な人たちが、その情報をきちんと批判していくという仕組みがあります。やはり、情報を何も出さないというのがいちばん困るわけで、何もないところでは議論のしようがない。

ただ、広告緩和というかたちで医療情報が無制限に流れることについては消極的に考えています。むしろ医療こそ広告の規制強化をしなければいけない分野で、ビジネスの世界での規制緩和と医療の規制緩和とは、大きく違うと思っています。医療界では、情報を提供しようとする場合には、新たな臨床指標の作成や、その情報に対して評価・批判する環境の構築などの規制が必要です。例えば、手術する場合に、医師は「あなたの死亡率は1%です」ということを患者に説明するという話をよく聞きますが、その施設でその手術を100例やっていたら、1%という数字はありえません。そういう数字のマジックを見抜けない患者さんがいる状況では、“正しい”医療情報とは何かという議論をする段階ではないと私は思います。やや極論ですが、とにかく情報はできるだけ発信して、その情報に対してチェックしていく。医療界も競争の時代に入っていますから、しっかりと正しい情報を出している病院には適正なインセンティブが発生していくような仕組みづくりが、私は必要だと思っています。

—情報の開示という場合には、自分自身の診療情報の問題と、その施設、その医師なりを選ぶ時の、施設や医師の質に関する情報開示の問題の二つあると思います。いまの話は、どちらかという施設や医師を選ぶ際の選択肢に関する情報ですね。

施設や医師を選ぶ際に必要な情報開示の方法の一つに広告という方法があります。広告には、ネガティブリストとポジティブリストという種類があるのですが、もう一つ、強制開示というものもあります。例えば保険診療の要件にしてしまう場合です。

規制緩和では、どちらかというネガティブリスト方式、すなわち全面開示で、やってはいけないことだけ(規制を)やるという方針が考えられがちですが、このネガティブリスト方式で、良くない事例をご存知でしょうか。

伊藤 例えば、東京医科大学病院(東京医大病院)における心臓病手術で4名の患者が死亡したという事件ですが、その患者さんの中には、手術を受ける前に東京医科大学のホームページ(以下、HP)を見ている方もいて、東京医大病院では同手術で死亡例がないなど、いくつかの情報を得て、手術をすることを決めています。ご存知のように死亡例がないというのは嘘で、現実には死亡例もあったわけですが、その情報は一切載せていませんでした。結果的に患者とその家族は、正確でない情報を頼りに手術を決断したわけです。広告や医療の質の担保としての第三者評価が存在しないために、こうした悲劇が起きてしまったともいえます。先ほど私が、情報開示において規制が必要だといったのは、こうした例が実際にあるためです。ネガティブリストでも、患者さんに被害の生じない広告の仕方というのがあるかもしれませんが、私としては広告の仕方よりも、情報開示においては、広告よりも広報という視点が必要で、英語でいうと、パブリックリ

レーション(public relation)という姿勢が前提にあるべきだと思っています。しかし、本音はHPなどは患者さんを集める道具の一つという考えが、医療界にはあるように思います。現実には、病院のHPはパブリックリレーションや利用者の視点という観点からは見るべきものは少ない。

私は、強制開示しなければいけない部分と、それぞれの医療機関の姿勢に任せる部分との混合型でよいと思っています。最大の問題は、客観的な指標による評価を、国がしていないことです。

これは「病院のアウトカム評価」にかかわらず、医学生や研修医の質も含めて、あらゆる医療の質の問題に關していえることです。アメリカでは、医学生を育てる大学病院、医学部は、教育の中身から、医師の質まで測るシステムがつくられています。ヨーロッパにもそういうものがあります。

情報開示に関する議論は、医療の質の評価がまったくできていないことをふまえたうえでしないと、つかみどころのないものになってしまいます。

患者が求めている情報とは

坂本 私たちグループは先ほど申し上げた実態調査の中で、都内の300床以上の一般病床を持つ89病院全部の待合室を見て歩き、患者が欲しいという情報が提供されているかどうかを調べました。また、その病院のHPも同様に同じ項目で提供されているかを見ました。調査した実感からしますと、病院から提供されている情報は格差があること、あっても理解できない情報が多いのではないかと思います。また、きれいにお化粧されたホームページは数多くありますが、医療の受け手が病院を選ぶために本当に必要な情報は少な

い

い

い

いと思いましたが、私たちに必要であると思われる情報があるところは、その病院の院長や管理者のマインドがしっかりしているところのように感じました。

小山 病院を選ぶための情報というのは、どのような情報ですか。

坂本 病院の施設がどんな施設であるのか、病院が目指しているものは何か、特徴は何かなどの基本的な情報です。例えば、病床数や基本理念、提供できる医療サービスの内容などの情報に加え、治療方法、医師の経歴や得意分野、セカンドオピニオンについて、カルテ開示等の情報を真摯に出しているかどうかという姿勢でしょうか。患者が求めるものは多様ですから、一言では言えないのですが、例えば「うちの病院はカルテを開示していますよ」「セカンドオピニオンにも応じます」などについて患者に伝え、患者の行動を促すような情報が、もっと必要な気がしています。

伊藤 私は少し意見が違いますが、そもそもそのような情報を出していない医療機関を、良くない医療機関だと判断する基準としてよいのではないのでしょうか。

坂本 それはそうですが、患者は、どういう病院がよいのか、何を見て選んだらいいのかの判断基準も持っていないと思いますし、ある病院のホームページを見た際に、他の病院と比較する基準も持ち合わせていないのが実態です。

伊藤 患者さんが求めているものは本当に多様です。そのすべてに病院が応えるというのは、現実的に言って不可能です。ですから医師や医療側は、プロフェッショナルとして技術の担保を自らしていくというのがあるべきスタイルとは思っています。

小山 坂本さんのご意見は患者の実態をつかんでいるとは思いますが、患者さんからは、「この病院はセカン

ドオピニオンを推進しているというけど、ホームページにそれが無い」「なんでも聞けるというけど、「何でも聞ける」とホームページに書いてないじゃないか」と指摘されることも多いのは事実です。

伊藤 私は日本の病院で受ける医療は「金太郎飴」型が良いとは思っていません。それぞれの特長がありますから、質的な担保さえ確保されれば、多様性はあっていいと思います。つまり個人の価値観を含めた多様性という意味で、日本中どこでも心臓病の手術が立派にできて、死亡率が1%以下なんてあり得ないということをお患者側も理解しないといけない。

小山 われわれがいちばんつらいのは、患者さんは、病院にすれば全部治ると思われていることです。それともう一つ、患者さんは医療をタダだと思われていることです。いま、地方自治体で政策的に小児医療を無料にしていますが、逆にそうした施策が、救急医療を逼迫させているという事実もあります。

伊藤 正しい情報をしつこく発信していくことが必要です。テレビ番組では、「神の手」が存在するような番組がありますが、ああいっただものが市民の期待を過度に大きくしてしまっている。

小山 あれば、マスコミが作り上げたエンターテインメントの部分もありますね。

伊藤 社会が求めているものをマスコミが作っているという図式でしょうか。ですから、医療システムだけを変えるのではなく、ある意味では、日本人のあり方を変えないと、日本の医療は変わりません。

坂本 医療は専門的な事柄が多いですから、医療側あるいはマスコミなどから発信される情報をわかりやすく噛み砕いてくれるシステムも必要だと思っています。医療は、私たち

には生活の一部でありながら改革も多く、複雑でわかりにくいことが多いのに、啓発体制がほとんどありません。医療の受け手の啓発を考えるのは、厚生労働省の役割の一つなのではないでしょうか。

伊藤 それは文部科学省の仕事とも言えます。つまり患者教育を学校教育のなかで位置づけるべきです。わが家では、子どもに小さい頃から医師と病院の関係を含めて、難しい言葉を使わずに医療のことを教えます。例えば、子どもを小児科に連れていくと、点滴など侵襲的治療の際に「外でお待ちいただけますか」と、親を診察室に入れないケースがありますが、これは日本独特の慣習です。子どもはその時に「親に見放された」と思ってしまうでしょう。ですから、わが家では「わが家の方針なので、子どものそばにいらしてください」と医師に言っています。こういう対応をしていると「親がいていいんだ、医師と対等に話している」と子どもが感じるようになり、主体的な医療者との関係づくりを学ぶことができます。このように病院のかかり方や医療の限界などを学校教育で行うべきと考えています。

情報を測る指標と チェック機能

——小山先生は先ほど情報開示はすべてすべきだとおっしゃいましたが、現場の医師たちは、病院の方向性にどの程度理解があるものでしょうか。

小山 病院医師の構成年齢が、60歳を超える人がだんだん少なくなってきていて、中心が40代後半から50代前半になってきています。50代前半より若い世代の医師は、世の中の動きも敏感に察知していますので、情報公開は大事だという認識はもっていると思います。

当院が電子カルテにしようと思

したときには、60代以降の年代から大変な反対がありました。「IT化したら、俺のカルテが全部見られちゃうじゃないか」というわけです。確かに端末があれば、どこでも、誰のカルテでも見ることができるわけですから、その種の抵抗感は理解できないわけではありません。しかし、電子カルテ化するためには、情報の共有化が大前提ですから、そのルールを理解してもらうように努めました。電子カルテ化を推進する経過の中では、若い世代にはそれほどの抵抗感がないことはわかってきました。

病院長の立場としては、世の中のニーズなのだと言い続けるしかありません。ただ、心臓外科医としては、ジレンマがあります。アウトカム分析やrisk adjustment(リスク調整)をしない情報をそのまま出すことが本当によいことなのか悩ましいところですが、情報のひとり歩きが怖いということです。

アメリカの例ですが、州によって情報開示の基準が違いますが、そのことによって重症患者と軽症患者のかかる病院に色分けがなされ始めています。つまり情報の質を患者側が判断して、州をまたいで病院や医師を選択しているわけです。日本がそのような状況になるには、まだ先の話かもしれませんが、情報開示の際にはやはり客観性のあるモノサシが必要です。

——そのモノサシというのは、どういうものにすればいいでしょうか。

小山 とても難しいです。例えば癌はその進行ステージによって手術成績は当然異なりますから、一概に「胃癌の手術の成功率は〇%です」とは言えません。たとえ進行ステージごとに手術成績を出したとしても、その癌病巣や病態はそれぞれ違うはずですので、はたしてそれが客観的に質を表現している正確な情報かと

いうと疑問です。では、やりきれないなら大雑把な生のデータでよいということになると、「じゃあ、うちは軽症だけやろう」という病院が出てくるかもしれません。それをやると、当然手術成功率は上がります。また成績を良くするために、手術した直後にどこかに転院させてしまうということが起こりかねません。「生きたまま帰りましたから、生存率100%です」という話になってしまう。

そうした情報の出し方や尺度のない状況と、情報開示の流れとのジレンマはあるのですが、少なくとも、診療報酬上の規定に則り「この手術を何例やっているか」という開示だけはしようという方向性で動いています。特定機能病院医療連携推進協議会の中では、「この成績を出していこう」というものの一覧表が、だいたいできあがって、もうすぐ開示されるころまで来ています。

坂本 どの程度の病院で出してもらえるのでしょうか。

小山 とりあえず、特定機能病院だけです。これは東京都ですから、都内の11の特定機能病院がこれに協力していて、あとは都立の病院が加わるというかたちです。それによって、病院間の手術数の比較はできるようになると思います。

伊藤 ただ、症例数至上主義には問題があります。

小山 そうですね。

伊藤 2004年に報道された佐世保市立病院の例ですが、2004年4月に新設された心臓血管外科の手術について、前年度実績を173例と社会保険庁に報告し、診療報酬を不正請求したという事件が報道されました。これは社会保険庁がチェック機能を働かせていれば未然に防げる事件でしたが、それが機能しなかった。これは社会保険庁に限らず、現在わが国のシステムに欠けている部分です。

つまり、この国の医療には社会正義が存在しないといわざるを得ないということです。まずは社会正義の実現の第一歩として、ネガティブリストも、ポジティブリストも含めて、情報開示を進めなければなりません。小山 あの事件は、病院が施設基準と医師の経験数でもよいと拡大解釈したのですよね。

伊藤 正確には、その医師が実際に173例執刀していたわけではなくて、単に、173の手術に参加していただけです。このように検証されない医療や情報が、日本中にあります。これは国が、検証する仕組みをつくってこなかったからです。

ドイツでは、施設基準として心臓手術を1施設約600例などという最低基準を設けて規制し、手術症例の集中化を図っています。その結果、日本より心臓手術件数は多いのですが、実施施設は少ない。またイギリスでは、治療成績について、手術死亡計算期間を入院中のみでなく、2週間後、2か月後というようにフォローしています。そうした規制をして、かつ厳しい罰則規定も設けるといっていいと思います。

坂本 国民も甘いところがあるのではないかと思います。私たちに届く医療情報は分断された情報がたくさんあり、どれを信じていいのかわからないし、私たち自身もおまかせ医療からなかなか抜け出せないでいます。医療事故のセンセーショナルな報道を見聞きしても、その原因や事後対策を知ることもできません。こうした状況を打破するためには、外部委員がバランスよく入った公正取引委員会のような強い立場にある第三者機関が必要だと思います。

病院が非常に努力されていることはいろんな場面で見聞きしますので、理解しています。先ほどの調査の一

環で、「病院長インタビュー」を行っているのですが、そこで聞かせていただくお話からは、院長先生をはじめ病院スタッフが努力されていることが伝わってきます。ただ残念なのは、患者が何を欲しがっているのが、医療側がわかっていないことです。今、医療を受けている患者が、どの程度の理解力で、どの程度の内容を知っているのかがわかっていないため、情報があっても届かない、理解されないという現状があるのだと感じています。

小山 われわれのほうから、もっと患者さんに声をかけてあげるのがよいのではと思うようになりました。今まではそれが足りなかったのではという反省はあります。つまり情報は開示しているのだから、患者さんはそれを見て自ら判断したり、質問があれば聞いてくれたりしてくれるだろうと思っていたわけです。患者さんがわれわれの説明に対して「うん、うん」とうなずくと、わかったんだなと思うのですが、しかし、実際にはそうではなくて、「セカンドオピニオンが必要であれば、遠慮なく言ってください」や「多少のリスクはあるけれども、こちらの治療がよいと思いますよ」などと、患者さんが考える方向性を多少でも示してあげることが必要であることがわかってきました。

坂本 そのようにしていただいたら、患者はすごく聞きやすいですね。私達には、必ず聞きたいことがあるわけですが、診察時間が短いとか、聞き難い、誰に聞いたらよいのかわからないとかで現状では聞く機会が少ないから、それが溜まってしまっただけで不信感になっていくことが多いと思います。

——少し話を戻してもよろしいでしょうか。質の評価というのは国がやるべきものなのでしょうか。あるいは、民間の第三者機関をつくったほうが

いいとお考えですか。

伊藤 国や行政よりも、それから独立した第三者機関をつくるべきだと思います。

小山 心臓関係では質を測る指標を学会単位で議論しています。それから、専門医に関しては、第三者機関である専門医認定機構が議論をしています。やはり専門家によって議論されないと、しっかりした医療のモノサシはできないと思います。

心臓外科学会では、会員にある指標に基づいてデータを提出させています。これは毎年行っていることですが、まだ公表はしていません。なぜなら、risk adjustment(リスク調整)していませんから、そのデータをそのまま公開して、ひとり歩きすると非常に危険なことになると思うからです。つまりそのデータは質を表現していないわけです。現状で「出さないのは出せないからだろう」と言われているのが、とてもつらいところですね。

伊藤 私自身は学会や専門医認定機構にはあまり期待していません。経験症例数はまだ国際比較すると先進国には追いついていない状況ですし、日本では、学会独自に制度改革しようとするのと保身へのベクトルが働き、思い切った改革がやりきれない状況もあるようです。つまり専門医のハードルを高くすると、自分の関連施設から専門医がいなくなることをどうしても懸念してしまう。ですから、患者側の人間が医療側とパワーバランスを保った形で存在する第三者機関があるとよいと思います。現状では、相当なリーダーシップをもった学会長などが大英断をするということがなければ改革は期待できない。

小山 なかなか難しいですね。専門医要件のハードルを高くしたとして専門医を減らせば質が担保できるという考え方だとは思いますが、例えば

600人の専門医を育てるのに、何人の医師が必要かという、手術にはサポートが3、4人必要ですから、専門医以外の1,800人以上の外科医のことも考えなければなりません。アメリカのように、専門医になれば、年収が1億円にもなるというのだったら打開策も考えられるのですが、現状では、収入におけるインセンティブはありません。限りある財源のなかで専門医だけを優遇しても、手術をサポートするそれ以外の外科医の待遇は低下することは必至です。そうすれば、その道に進む外科医の数が減ってしまいます。

伊藤 施設の数が少なくなれば、理想の形にはある程度できますよね。

小山 施設は確かに多いと思います。心臓手術についていえば、PCI(経皮的冠動脈インターベンション)の規制を緩和して、心臓外科がなくても行えるようにすれば、施設数は減少できると思います。

坂本 そういう話になると、私達には、どうやって病院や医師を選べばよいかがぜんぜんわからないですね。

伊藤 少なくとも医師個人の手術経験数は、重要な指標の一つであることは間違いないと思いますので、それを頼りにするしかないと思います。

情報開示の経済保障をどうするか

——情報開示をどこまでするか、医療の質を測る尺度をどうするか、それに対する経済的インセンティブをどうするかに議論していくと、医療全体にも話が及んでしまいますね。小山 経済的インセンティブを与えるには、情報開示に関してもう少し診療報酬で認めることが必要だと思います。しかし、一方で現在の国民皆保険制度が、国民の医療に対する期待を過剰にしている側面もあるかと思っています。国民はどの病院で医療

を受けても同じであるべきだという期待感がある。

伊藤 誰がやっても同じというのではなく、どこでもできてしまうというのが問題だと思います。

小山 そこをなくしてしまえば、国民にとってみれば、フリーアクセスの権利を奪われる形になるでしょう。伊藤 しかし実際には、ある医師の手術を受けたくて全国から患者が集中するという現象も起きています。これはフリーアクセスがなせるわざといえます。

また一般的な病気に関しては、やはり本物のGP(general practice)の整備が必要だと思っています。GPが地域の予防医療から地域生存率までを視野に入れて診療していれば、医療費も抑えられるし、なおかつ予後もいい。

小山 長野県がモデルとして注目されていますね。

伊藤 長野県などをモデルとして、プライマリケアにおいても客観的な指標をつくることで、医療の機能分化と集中が達成できて、引いてはしっかりとした尺度をもった情報開示にもつながり、それを今までは違った意識をもって患者側が情報を見ることにつながると思います。

坂本 とにかく、医療については中途半端な情報が多いですね。ある部分は詳しく、ある部分からは全然わからなくて不透明だから、情報があっても一般の人を不安にさせてしまいます。情報開示の基準も義務揭示以外はそれぞれが行っていて、情報自体があっても理解できないとか、あることさえわからないなど、不透明だから皆が不信感をもってしまうのではないのでしょうか。

——インターネットで情報が氾濫しているから、その情報を整理してくれる人が求められているのでしょうか。

坂本 やはり信頼できる、中立で、

透明性を担保できるような第三者機関というのがあって、そこがきちんとした情報を提供し、トラブルなどの裁定をしてくれることを望みます。小山 現役を引退した医師などがコンサルティングとしての役割を果たすことも考えられなくはないですね。ただ、それも経済的保障があつてのことです。自由診療でしたらできるかもしれませんがね。

——おそらく現状では、医療機関は情報を出すところまでで手一杯なのだと思います。また大きな病院では、情報担当者を置くことができますが、中小の病院では経営的に難しい。

小山 いや、大きな病院でも経済性の点でいえば楽ではありません。情報管理に人をあてられるかという無理です。安全管理と感染対策だけで精一杯です。

情報をうまく活用してもらうために

——最後に、本日の議論を踏まえて、最後に一言ずついただければと思います。

坂本 患者中心の医療という言葉がメディアなどでよく目にしますが、患者自身は、何が中心で、何が本位なのかということが、わからないのが実態です。医療側が考える患者中心の医療と、私たちが考える患者中心の医療には、すごくギャップがありますし、そのコンセンサスもありません。私はずっと考えてきた患者中心の医療というのは、患者が病院を選ぶための情報や治療技術を求めた時に、それなりに判断したり、期待される結果に道がつながっていく、つまり方向性や道筋が見えることではないかと思っています。

そのために情報は不可欠なのですが、医療情報には様々なものがあり、治療方法や治療技術、病院施設、医療システムのことなど、どれも患者はわかっていませんし、きちんと情

報が届いていません。医療機関が機能分化されているということを理解している患者は少ないと思いますし、診療報酬の改定についても、よくわからなく言われたとおりにお金を支払っているのが実態だと思います。

医療側が開示していると思っただけの情報、一つひとつが、もっと患者側に身近に感じられ、理解できるように提供されることや、医療についての議論にもっと受け手側が参加していくことが望まれます。

小山 現在、病院は情報を一生懸命に出している最中ですが、情報を出さなければならないので、とにかく発信しているという状況です。そして、患者さんが求めるものに対しては、誠心誠意出すということで動いていますが、逆に、あまりにもいろいろな情報が氾濫しているということもあるかもしれません。先ほど、信頼できるか、できないかの検証がされていないという話もありましたけれども、情報が多すぎて混乱しているところが、なきにしもあらずの感があります。

いま、カルテは普通にどこでも見れるはずですし、セカンドオピニオンについても同様なのですが、先ほどお話ししたように、当施設では、「なんでも聞いてください」というどちらかというと受身の姿勢でしたが、これからは、医療側から「何かありますか」と、「御用聞き」をしなければならぬ時代なのかと感じています。

情報、情報というけれども、最終的には人と人との関わりですから、その人とのどのくらい信頼関係ができるかということが最も大事なところなので、そこがいちばん欠如しているということが、今われわれがいちばん反省しなければならないことかなと思います。

情報は全面開示の方向に変わりありませんが、われわれの認識と患者

さんの認識にギャップがあることは事実だと思うので、これを埋めるためには、話をすることがいちばん大事だと思います。話をするためには、座っているのではなく、こちらから話しかけていかなければならない時代なのだと思います。

ただ、1時間話をしても、3分で終わっても、医療費が同じことがそれを難しくしています。

伊藤 今の話には、二つ論点があると思います。一つは、メンタリティの問題です。坂本さんがおっしゃっているのは、どちらかというところだと思います。そしてもう一つは、客観性のある情報ということです。

いま、企業であっても営利だけを

追求するのではなくて、社会性のある企業というのが時代のニーズになってきました。本来医療もそうあるべきなのにそうになっていない。客観性のある情報を病院が自ら発信することは、社会性のある事業体としては当然のことなのです。

——現在、情報を発信するという流れの中で、各医療施設では努力しているけれども、まだまだ患者側に伝わっていない実態も明らかになりました。これからの情報開示については、しっかりした尺度を提示すること、第三者機関によるチェック機能の整備、また情報をふまえたうえで患者と医療者とのコミュニケーションが三位一体となって進んでい

かなければならない。そういった方向性で認識が一致したのではないかと思います。本日はありがとうございます。

(収録日：2006年2月7日)

いとう しゅんや

写真家・医療ジャーナリスト、医療情報研究所代表：☎ 164-0013 東京都中野区弥生町 2-15-17 ニューライフアサヒ 402

こやま のぶや

東邦大学医療センター大森病院病院長：☎ 143-8541 東京都大田区大森西 6-11-1 東邦大学医療センター大森病院

さかもと のりえ

消費生活アドバイザー：連絡は「病院」編集室へ

転載・二次使用禁止