

# 医療紛争 裁判せず解決

## ADR 病院と患者 対話の仕組み作り

患者と家族と、病院、医師、看護師との間のトラブルを裁判外で処理する「医療ADR」の仕組み作りが各地で進んでいる。裁判では、患者や家族に立証責任があり、時間や費用もかかる。出来れば和解が出た後も両者の対立が解けないことも多く、患者や家族が苦む心は大きい。ADRはどうか、と悩んでいるのか、各地の取り組みを調査する。

(執筆 岩崎賢一)

### 研修会や委員会発足 東京 茨城

東京都葛飾区の新設病院では4月20日、職員約17人が参加して、院内ADRについての初めての研修会が開かれた。医療訴訟で患者側の鑑定費を多く背負ってきた東京の医師は「裁判は勝ち負け。医療側が心から謝り、患者側が納得するケースは少ない」と感じてきた。04年10月、別の病院で医療事故にあった豊田厚幸さんを医療安全対策委員のメンバーに迎え入れた。豊田さんが中立的立場から対話を進める「ダイアラー」の役割を担い、医療ADRに詳しい元大阪地裁判事の榊本一さんが委嘱する。医療事故にあった患者

や家族は、全く俯こうして、その難点を考えたい。医療側が説明した点についても、医師の専門知識以外に聞いたことがないことも多い。研修会では、医療事故を体験した看護師や救急車を外部から招いて、第1回、今後、20人程度のグループで具体的な事例を取り上げながらロールプレイングなどを重ね、院内の理事と協力を進めていきたいと、二十数人の医療従事者から、初回の研修会に参加したのは4人。医師ら約20人

研修会開きで、「おぼろげながらも医療側を作りだして、水も陰謀は話す。中立的な第三者が双方から話を聞き、調停をするADR。医療分野でも、医療

### 言葉重ね、行き違いはぐす 榊井

榊井市の榊井総合病院は04年から「ダイアラー」を採り入れている。医療安全対策部長で助産師の林重幸さんが、「ダイアラー」として解決に導いたのは、これまでに約20例

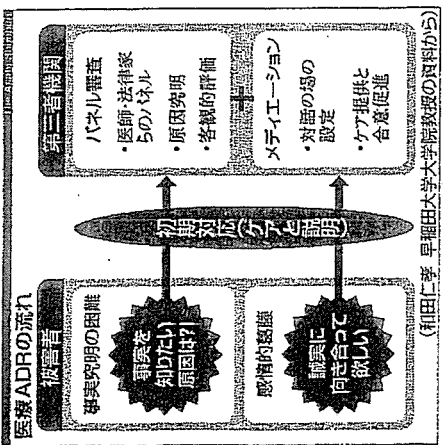
一つはこんなケースだ。内視鏡検査で大腸がんが見つかった患者の家族が「8年前から通院していた。十分な検査が行われず、診察に遅れがあったのでは」と訴えてきた。林さんはまず、それぞれに聞き取りをして、家族と医師の両方が向かい合う「面談」を促した。患者側は家族4人、病院側は安全対策委員である副院長（リクマメシメ）と委員会の内科医、病棟看護長、主治医の4人が出席。家族が主治医に「事発後、診断の根拠を丁寧に説明して、話し合いは進められた。

患者側は心を通じることができた理由だ。通院の林さんが見守る中、主治医が「事業終了をいつごろに答えていた。おどりの中で、主治医が根拠を不安を持たせたとを懸念する場面もあった。1回も時間がかかることもあった面談を4回繰り返した結果、家族の激しい理髪はなくなった。主治医側が「これからもう十分診せてください」と言葉をかけて、家族側は十分に診てほしいと感じ、和解に至った。林さんは「面談は事実と心を共有する時。双方の認識の行き違いをなくし、思いを言葉に吐き出すことで、それまで見えなかったことに気づき、歩み寄れるようになる」と語る。



医師の院内ADRの構築を指導する林重幸さん(左)と榊井市の榊井総合病院(右)の榊井

ADR 裁判外紛争解決手続法(Alternative Dispute Resolution)の略。誤解、紛争、事故などを当事者同士の話し合いによって解決する仕組み。国内では06年の製造物責任法(P.L.)法施行を契機に、家電や自動車など製品分野別に相談センターなどADR機関が多数設立された。司法制度改革でも、ADRの拡充・活性化が盛り込まれた。



「医療第三者リポート・マネジメント」の理論と技法(共著)を著した和田仁孝・早稲田大学大学院教授(紛争処理論)の話。医療事故紛争の特徴は、事実究明が難しく、患者や家族に激しい感情的葛藤が生じる点だ。事実究明では、米国の約半数の州で採用されているパネル・スクリーニングが有効。医師、弁護士など

からなる中立の第三者パネルが簡易な事実究明を行うもので、パネルの判断に拘束はないが、一定の目安ができることで、合意が促進される効果がある。感情的葛藤は、中立の第三者が間に入って分けし、対話を進める「ダイアラー」が効果的だ。被害者側と医療側が話す機会を設けることで、被害者にとってより心に響く解決をもたらそうとするものだ。私はこの二つの組み合わせが機能したと思う。訴訟は賠償などの判断は下せても、再発防止のための事故の背景分析や、被害者の感情的葛藤への手当てという面で限界がある。より患者の立場に立った対応が可能で医療ADRの整備を急ぐべきだ。

からなる中立の第三者パネルが簡易な事実究明を行うもので、パネルの判断に拘束はないが、一定の目安ができることで、合意が促進される効果がある。感情的葛藤は、中立の第三者が間に入って分けし、対話を進める「ダイアラー」が効果的だ。被害者側と医療側が話す機会を設けることで、被害者にとってより心に響く解決をもたらそうとするものだ。私はこの二つの組み合わせが機能したと思う。訴訟は賠償などの判断は下せても、再発防止のための事故の背景分析や、被害者の感情的葛藤への手当てという面で限界がある。より患者の立場に立った対応が可能で医療ADRの整備を急ぐべきだ。

## 健康情報記事の評価手法と評価結果に関する研究Ⅲ …オーストラリアの『メディア・ドクター』から

分担研究者 三木健二（大阪国際大学非常勤講師）

**研究要旨:**メディアが取り上げた健康医療記事を評価し公表する、オーストラリアのウェブサイト「メディア・ドクター」(Media☆Doctor <http://www.mediadoctor.org.au/>)の活動は、一昨年カナダに、昨年アメリカに広がり、今年は香港でスタートする予定になっている。スウェーデンが実施に向け準備を始め、パキスタンが関心を寄せており、メディア・ドクター方式による健康医療情報の評価法は世界標準になりそうな勢いである。本研究のⅠ、Ⅱで、①メディア・ドクターの評価項目が「患者向けの診療ガイドライン」の編集方針の決定、執筆などの指針となり得ること、②評価結果を分析することで、健康情報はどうかあるべきか、どのような要素が必要かなどを検討する際の情報が得られること、③評価結果を公表していくことで健康医療情報記事に改善の傾向がみられることなどを示した。本研究Ⅲでは、メディア・ドクターを管理運営しているオーストラリアの研究者を訪ね、評価10項目の考え方、具体的な適応、メディア・ドクターの運営と課題などについて調査した。こうした情報と日本のマスコミ事情を踏まえ、メディア・ドクターの日本版を立ち上げる際に、考慮・検討すべき課題を考察した。

### A. 研究目的

メディア・ドクター方式のかなめとなるのは、10項目のCriteria(評価項目)である。① Novelty of Treatment ② Availability of Treatment ③ Treatment Options ④ Disease Mongering ⑤ Evidence ⑥ Quantification of benefits of Treatment ⑦ Harms of Treatment ⑧ Cost of Treatment ⑨ Sources of information ⑩ Relies on Press Release の10項目で、それぞれの項目について“Satisfactory(可)”、“Not Satisfactory(不可、もしくは不十分)”、“Not Applicable(評価不能、不明)のいずれかで、Rating(評価)する。対象としているのは、治療関係の記事である。

各項目に、どのような場合が“Satisfactory”か、もしくは“Not Satisfactory”かについて簡単な説明がつけられている。しかし、これだけでは不十分で、実際に評価する際、判断に困る場合がある。

そこで、わが国で、日本語で書かれた健康医療記事を、メディア・ドクターの10項目で評価するという前提で、各項目について、この方式の開発者から詳しい情報を入手し、日本の健康医療記事がオーストラリア、カナダ、アメリカとできる限り同じ条件で評価できる態勢を整え、健康医療記事が国際比較できるようにする。

具体的には、日本の健康医療記事約 100 本について筆者が rating した結果、判断に迷った点を整理し、メディア・ドクターの責任者 David Henry Newcastle 大学教授（臨床薬理学）らのグループと討議し、疑問点を解消する一方、各項目の基本的な考え方を修得する。また、Henry 教授の指導で、オーストラリアの健康医療記事について実際に評価し、評価のポイントについても修得する。

## B. 研究方法

2007 年 2 月 28 日、3 月 1 日、内藤真理子名古屋大学講師、赤松利恵お茶の水女子大学講師とともに、事務局のある Newcastle Institute of Public Health を訪ね、Henry 教授らの説明を受けて討議したほか、評価の指導を受けた。

（倫理面への配慮）

人が対象ではなく、新聞、テレビ、オンラインメディアで報道された健康医療記事についての評価・論評が対象であり、倫理面での配慮はとくにしていない。

## C. 研究結果

### 1. 評価法

各評価項目についてどんな場合が Not Satisfactory か、もしくは Satisfactory かについて、評価項目につけられた説明をかみくだいて翻訳する一方、筆者からの質問に対する Henry 教授の回答も含め、日本で使う場合を踏まえて解説したい。

#### 1. Novelty of Treatment(治療の新しさ)

**Not Satisfactory**

その治療が本当に斬新なものかどうか、

または、すでにある治療法の単なる焼き直し（手直し）にすぎないかどうか、もしくは、すでに治療法が確立されている薬剤の仲間にすぎないかどうかについて触れられていないか、もしくは不正確に書かれている場合

**Satisfactory**

正確な情報に基づいて新しい治療であると書かれている場合。もし、その治療が新しくないとき、記事中に新しくない治療だと正確に書かれている場合

#### 2. Availability of Treatment（その治療は国内で受けられるか）

**Not Satisfactory**

その治療が国内で受けられるかどうか触れられていない場合

**Satisfactory**

その治療が国内で受けられるかどうかについて、できれば健康保険の適応になっているかも含め正確に書かれている場合

（注1）たとえば、ある手術が開発され、開発した病院だけで実施されている場合、そのことがはっきり書かれておれば Satisfactory

（注2）記事中に、国内でその治療が受けられること、もしくは、受けられないこと、もしくは近く受けられるようになることがはっきり記述されておれば Satisfactory となる。ある治療が開発した病院だけで行われ、普及はこれからである場合、そのことがはっきり書かれておれば Satisfactory である。

#### 3. Treatment Options（代替治療はあるか）

#### **Not Satisfactory**

代替治療や、それらを比較した記述がない場合

#### **Satisfactory**

適切な代替治療について記述があり、それらと新しい治療法を比較した情報も盛り込まれている場合

### 4. Disease Mongering (病気ではないのに、病気だとおおること)

#### **Not Satisfactory(あおっている場合)**

◇risk factor を病気扱いしている。もしくは

◇病気の自然経過であることを書いているか、誤って記述。もしくは

◇有病率、または発生数を誇張している。もしくは

◇ヒトの正常な変化(例えば加齢、月経、閉経、骨量の減少)を医療の対象としている場合

#### **Satisfactory**

記事中に Disease Mongering の要素がまったくない場合

(注)Disease Mongering には絶えず営利的な面がつきまとう

### 5. Evidence

#### **Not Satisfactory**

◇治療上の evidence (とくに ランダム化比較試験)の質については触れられていない場合

◇evidence の質には触れているが、解釈や議論(検討)が不適切である場合

#### **Satisfactory**

(できれば) evidence の強さや正しい解釈についての記述がある場合

(注)弱い evidence でも、そのこと(弱い evidence であること)が書かれておれば Satisfactory である

### 6 .Quantification of Benefits of Treatment (治療効果の定量化)

#### **Not Satisfactory**

◇治療効果の定量的評価の記述がない

◇相対的な評価だけの場合

#### **Satisfactory**

絶対的評価、相対的評価ともに書かれているか、絶対的評価だけ書かれている、もしくは、その治療をした場合としない場合の比率が書かれている場合

### 7. Harms of Treatment (治療に伴う害)

#### **Not Satisfactory**

治療に伴う害について記述がないか、もしくは潜在的な害を軽視している

#### **Satisfactory**

治療に伴う害(頻度や重症度)についてバランスの取れた記述になっている

### 8. Costs of Treatment (治療費)

#### **Not Satisfactory**

◇治療費の記述がないか、もしくは、治療費の一部についてしか書かれていない

◇治療費だけ書かれ、他の治療と比較した情報には触れていない

#### **Satisfactory**

コストについて他の治療と比べた記述があり、費用対効果(cost-effectiveness)について触れている場合

### 9. Sources of Information (情報源・取材ソース)

### Not Satisfactory

◇情報源や、潜在的な利害対立（conflict of interest）について記述なし

◇他の専門家にもコメントを求め事実を確かめる努力をしていない場合

### Satisfactory

情報源や、潜在的な利害対立について記述し、記事内容と利害関係のない第三者の専門家の見解を紹介している。もしくは、他の専門家に事実を裏付けるコメントを求めようと努力したがうまくいかなかったことを記述している場合

(注) conflict of interest の一つの例として、Henry 教授は、ある薬品メーカーの株を持っている人が、そのことは隠して、そのメーカーの薬品について語る場合をあげている。

## 10. Relies on Press Release(プレス・リリース、報道資料)

### Not Satisfactory

プレス・リリースの文章を引き写して書いていることが明らかな場合、もしくは、他のジャーナリストがプレス・リリースを唯一の情報源として引き写して書いた記事を、下敷きにして書いていることが明らかな場合

### Satisfactory

プレス・リリースの文章に頼っていない場合

(注) この項目を評価するには、プレス・リリースの原文の入手が必要になる。入手できない場合は、Not Applicable と記入する。

### Not Applicable の扱い

評価項目 10 項目中、Not Applicable が 4 項目以上に達した記事は、評価の対象外となる。

## 2. 評価結果の点数と☆(星)数との関係

例えば

		評価%
評価項目 10 項目が、すべて Satisfactory の場合、	10/10	100%
評価項目が 9 項目で、8 項目が Satisfactory の場合	8/9	88.9%
評価項目が 8 項目で、5 項目が Satisfactory の場合	5/8	62.5%
評価項目が 7 項目で、3 項目が Satisfactory の場合	3/7	42.9%

と計算し、☆の数は表1にもとづき記入する。

表1

評価パーセント	☆の数
0	0
1—10	0.5
11—20	1
21—30	1.5

31—40	2
41—50	2.5
51—60	3
61—70	3.5
71—80	4
81—90	4.5
91—100%	5

### 3. 運営方式と評価の実際

メディア・ドクターは、評価指標を開発した Henry 教授が責任者、Amanda Wilson さん(元医療ジャーナリストで現在大学院生)が実務を担当、このほか8人が評価委員を務めている。

実務担当が毎日、インターネットの新聞、テレビ、オンラインメディアのウェブサイトで紹介されている健康医療情報記事のうち、メディア・ドクターチームで決めている選択基準をクリアした記事を選び、それを Henry 教授がチェック、二人一組の評価チーム（うち一人は臨床家）の専門に応じ、記事を割り当てる。

記事の選択基準は、適当な記事の長さか、人を対象とした新しい治療法・手順・診断テストに関する内容か、などである。評価チームの専門は薬理学、内科学、公衆衛生学など。

評価チーム二人の間で、ある項目について評価が一致しない場合は、まず二人で話し合って結論を出す。話し合っても結論が出ない場合、Henry 教授が第三者委員として加わり、Satisfactory か、Not Satisfactory か、それとも Not Applicable かを決定する。一つの記事で

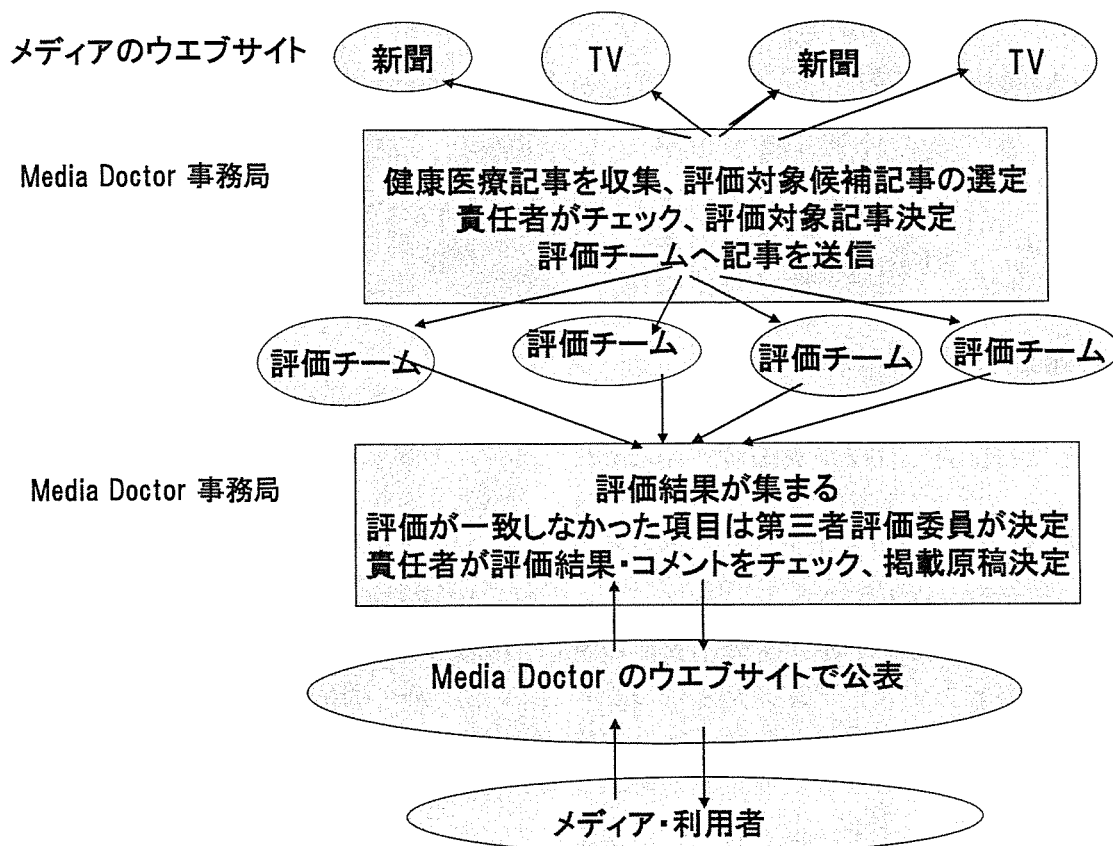
平均 2 項目程度の不一致が生じるが、今挙げた方法で結論を出している。むしろ、二人の評価委員の間で、一つの記事について 8～9 項目まで一致することは注目すべきことである。

10 項目の評価をもとに星がいくつかが決まる。しかし、これではカバーできない点、例えば見出しは適切か、治療効率、安全性などについての踏み込んだ見解、などは「コメント」の形で記入する。

この「コメント」では、人名、ジャーナリストの名前には触れない、ジャーナリストに対し何を書くべきか、どのように書くべきかは言及しない、誤解を生じると言える言葉で批判しないことが決められている。

メディア・ドクターの活動を図にまとめると、**図1**のようになる。

図1 メディアのドクターの活動



#### 4. メディア・ドクター活動の広がり

「メディア・ドクター」と同じ方法で評価する活動は、一昨年カナダに Media Doctor Canada が、昨年はアメリカで Health News Review が発足して3か国に広がり、今年香港でスタートする予定になっている。スウェーデンが実施に向け準備を始め、パキスタンが関心を寄せており、メディア・ドクター方式による健康医療情報の評価法は世界標準になりそうな勢いになっている。

メディア・ドクターが2004年8月にサイトを立ち上げて以来、2007年3月1日までのヒット数は、259,000 ヒット、訪問者は63,235人。何と144か国から利用があり、うち50%がオーストラリア、23%

がアメリカ、8%が日本、3%がイギリス、同じく3%がカナダの順になっており、わが国でもメディア・ドクターの評価に関心を寄せる人が少なくないことを示している。

#### D. 考察

この評価方式に対し、記事を評価された側のジャーナリストの反応はどうか？ Henry 教授によると、「いくらかのジャーナリストは否定的、多くは肯定的で、否定と肯定がミックスした反応になっている。この評価方式に批判的なジャーナリストは評価のプロセスに関心があり、この人たちから最も反応があった。評価に無関心なジャーナリストもおり、ジャー

ナリストのメディア・ドクターに対する関心をいかに持続させるかが課題」という。

反応はウェブサイトに乗せてもらっているが、今後は記事を執筆した記者にアンケートするなど確実なフィードバックシステムを採用することを検討している。

評価した記事の評価平均点(%)は、2006年をはじめ60%になったが、その後、下降気味、今年2月になって再び60%になった。この平均点は、売らんかなの興味本位の記事が多いタブロイド紙の健康記事や、民放の低俗な健康番組を多く取り上げると下がり、逆にこれらの比率が減ると平均点が上がることがわかっている。ただし、メディア・ドクターの活動が健康医療記事を改善し、質を高めたという結果はまだ出ていない。

これまでに950本以上の記事の評価した体験から、メディア・ドクターでは週3、4日勤務する非常勤の研究者一人と、6～8人の評価者がおれば運営できるとしている。

Henry教授は「評価者が多いのはいいことだが、われわれの体験からすると、比較的少ない人数でほとんどの業務をこなせる」と指摘している。ウェブサイトの設計・立ち上げ費用、運営と問い合わせにあたる非常勤研究者(1人)の人件費、ウェブサイト掲載原稿のアンカーであり利用者からの声にこたえる責任者(医師、もしくは疫学者がのぞましい)、6～8人の評価者(半数は臨床家。責任者と評価者はボランティアとして参加)がそろえば、日本版のメディア・ドクターを稼働させることができる。

## E. 結論

メディア・ドクターは、医療側、患者側から、メディアの健康医療情報を評価する意欲的な活動である。医療・一般市民・メディア側の3者がコミュニケーションをはかる広場にもなっている。健康医療情報の役割は、医学の進歩や少子高齢化に比例してより重いものになっており、メディア・ドクター方式による評価活動が広まりだしたのは当然だろう。

千差万別の健康医療記事をわずか10項目で評価するには、ある程度の訓練が欠かせないし、二人の評価者で判定が食い違ったとき、第三者委員を務める責任者の役割も重い。

日本でこの活動をスタートさせるための課題もはっきりしてきたので、次は実現へ一歩踏み出す段階にきているのではないか。ただし、だれが、どこで、どのファンドを得て実施するかとなると、まだ見通しはない。

「医療をよくするために、医療者と報道者ができること」をテーマに、この2月3日に開かれた東京大学医療政策人材養成講座公開フォーラムで、医療者と報道者23人の合同チームが、乳がん治療の新聞記事12本を、メディア・ドクターの10項目に基づいて評価した結果が報告された。結論は日本の健康医療記事もこれらの10項目で評価できることだった。

わが国の新聞社には記事審査委員会、記事監査委員会があり、日々、記事の評価が行われている。しかし、新聞の作り手の側からの社内向きの評価であり、結果は公表されていない。この点からも、



記事を客観的に評価、公表し、記事の質を高めていく評価制度は必要である。

日本新聞協会の協力を得て、健康医療記者、もしくは記事審査委員を対象に、メディア・ドクター方式による評価法のセミナーを何度か開催すればメディア側の理解も一気に進むはずである。

こうした動きが広がり、メディア・ドクター日本版実現への動きが高まることを期待したい。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表 (参考)

・三木健二. メディア・ドクター：健康情報の「診断サイト」. 特集: IT時代のヘルスリテラシー. からだの科学.2006;(250): 43-7.

### 2. 学会発表

なし

## H. 知的財産の出願・登録状況

なし

## 参考文献

・ Moynihan R, Bero L, Ross Degnan D, Henry D, Lee K, Watkins J, Mah C, Soumerai SB. Coverage by the News Media of the benefits and Harms of Medications. N Eng J Med. 2000; 342: 1645-50.

## 患者・消費者の適切な医療参加に向けたテキストマイニングを用いた 患者・消費者のニーズ分析の検討

分担研究者 杉森 裕樹 (聖マリアンナ医科大学)  
研究協力者 保田 明夫 (平和情報センター)  
研究協力者 大渡 肇 (保健同人社)  
研究協力者 高橋 敏子 (保健同人社)  
主任研究者 中山 健夫 (京都大学大学院)

**研究要旨:**「診療ガイドライン」への患者・消費者参加を促進させるためには、患者・消費者の医療へのニーズ分析が不可欠である。本研究では、近年、情報科学分野で発達してきたデータマイニング手法の一環であるテキストマイニングの応用を、患者・消費者の思いを客観的に傾聴する手法開発目的で試行的に検討した。対象は、都内患者電話相談事業(2004年)の65,596相談レコードで、性年齢情報が把握できたものは28,050件(女性23,770(84.7%)、男性4,280(15.3%))であった。さらに、医療相談者の相談内容を有効回答データを対象に分析し、高頻度語や特徴語をマイニングした。女性相談者は育児世代が多く母子保健関係の相談が多い(配偶者の相談も比較的多い)、一方男性相談者は中高年層が多く、自分の疾病管理や治療等の対応を求めている。最も利用の多い(半数占める)関東では、他地域と比較して『医療機関』や『病院』が特徴語として抽出され、受診行動の指南を求める傾向があった。利用者要求には、『相談相手がほしい』(癒やし・依存)と緊急時対応や医療情報を必要としている二群に分かれた。医療関係者が、マイニング技術等を利用して、より良いパートナーシップを患者・消費者と構築していく努力を怠らないことが肝要である。

### A. 研究目的

「診療ガイドライン」への患者・消費者参加を進めるためには、対話的コミュニケーションの継続が必要である。医療消費者・患者団体とパートナーシップを構築し、医療関係者側が患者・消費者の思いを傾聴すると共に、医療情報を判断するためのEBMの知識や医療システムに関する知識獲得が重要である。

以上の視点より、本研究では、近年、情報科学分野で発達してきたデータマイニング手法の一環であるテキストマイニングの応用を、患者・消費者の思いを客観的に傾聴する手法開発目的で試行的に検討した。

### B. 研究方法

対象は、都内の電話医療相談会社の2004年のデータベースで、既に会社によって匿名化された情報である。2004年の65,596相談レコードのうち、年齢、性別の情報がとれた28,050相談レコードについて粗集計の検討を行った。一般統計パッケージ(SAS ver 8.02)を利用して、データベース上で、業務上あらかじめ決められた各コードと年齢・性とのクロス集計を行った。

また、自由記載欄等のテキスト化を行い、日本語テキストマイニングツール(WordMiner ver.1.1)を利用して、医療相談者の相談内容を分析した。ここではそれぞれの有効回答データを対象に、高頻度語や特徴語をマイニングした。なお、このツールの分かち書き/キーワード抽出機能は、

Happiness/AiBASE を利用している。

### C. 研究結果およびD. 考察(資料参照)

1. 65,596相談レコードのうち、年齢、性別の情報がとれた28,050相談者頻度は、女性23,770(84.7%)、男性4,280(15.3%)であった。相談者の8割強が女性で20~30代が多く、男性は40~50代が多かった。男性では60歳以上も2割占めた。

2. 相談する対象者は、男性相談者がほとんど自分の相談である場合が多いが、女性相談者は夫の相談が多かった。女性相談者は育児世代が多く母子保健関係の相談が多かった(配偶者の相談も比較的多い)。一方男性相談者は中高年層が多く、自分の疾病管理や治療等の対応を求めている。

3. 電話相談の動機分類では「不安へのアドバイス」>「保健・医療情報提供」>「問合せ」>「話を聞いてほしい」>「依存」であった。女性に不安についてのアドバイスが多いのが目立った。

4. 内容は、「健康維持・増進」6.9%、「健康不安」18.2%、「病気懸念」37.5%で約6割を占めた。

5. 最も利用の多い(半数占める)関東では、他地域と比較して『医療機関』や『病院』が特徴語として抽出され、受診行動の指南を求めている。また『うつ』も抽出された。

6. 利用者要求には、『相談相手がほしい』(癒やし・依存)と緊急時対応や医療情報を必要としている二群に分かれた。

医療相談の満足度・信頼度の向上には、電話相

談の受け手（保健医療職）がファーストコンタクトでの相談者の振り分けが重要と思われた。

#### E. 結論

「診療ガイドライン」への患者・消費者参加を促進させるためには、患者・消費者の医療へのニーズ分析が不可欠である。今回、データベースの偏りも十分検討する必要がある。しかし、電話医療相談データのテキストマイニング等の試行的な分析により、相談者（患者・消費者）のニーズをくみ取ることが可能であり一定の成果をあげることができた。今後さらにマイニング技術等を利用して、医療関係者が、より良いパートナーシップを患者・消費者と構築していく努力を怠らないことが肝要である。

#### F. 健康危害情報

なし

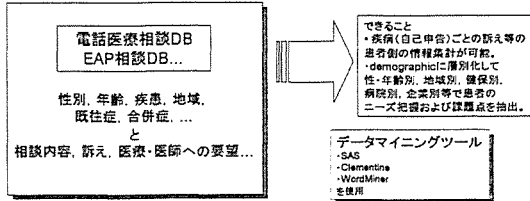
#### G. 研究業績

1. 杉森裕樹、中山健夫. 特別企画 IT 時代のヘルスリテラシー、杉森裕樹・中山健夫(編)、ヘルスリテラシーの重要性、からだの科学 250号、pp25-30. 2006.
2. 杉森裕樹. ヘルスリテラシー –くすりの適正使用に向けて-. RAD-AR News 2006; 16(6): 4-5.
3. 星川英輝、中山健夫、杉森裕樹、前田健次(編). 家庭の医学用語辞典. 保健同人社(東京)、2006.
4. 杉森裕樹、他. 社会的格差と健康. 川上憲人・小林廉毅・橋本英樹(編). 第Ⅱ部 文化・教育・社会関係と健康, 第6章 教育の不平等と健康. 東京大学出版会(東京). pp 105-126. 2006.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし.

## 電話医療相談を利用したテキストマイニング

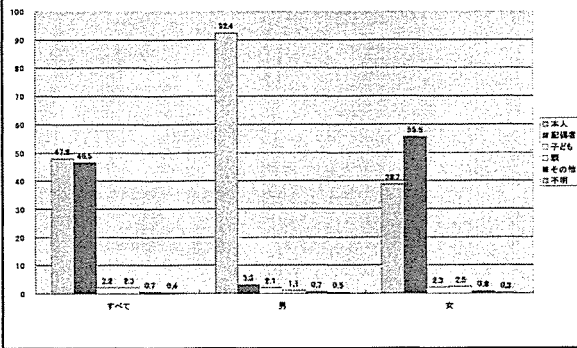


## 年齢別・性別相談者数(2004年)

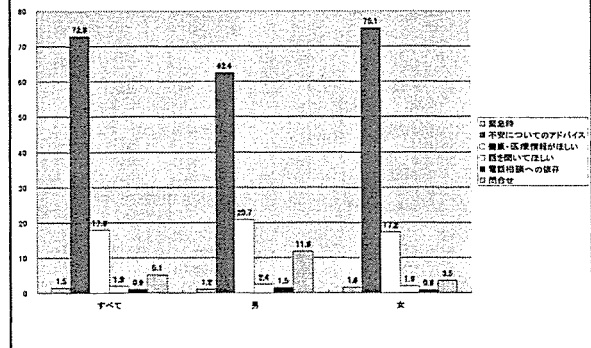
表: sex \* age

度数 パーセント 行のパーセント 列のパーセント	sex(性別)	age(年齢)				合計
		0-<20	20-<40	40-<60	60-	
国内一般	女	49	17286	5073	1362	23770
		0.17	61.63	18.09	4.86	
	男	67.12	92.83	71.34	60.67	4280
		24	1335	2038	883	
合計	0.09	4.76	7.27	3.15	28050	
	0.56	31.19	47.62	20.63		
		32.88	7.17	28.66	39.33	
		73	18621	7111	2245	28050
		0.26	66.39	25.35	8	100

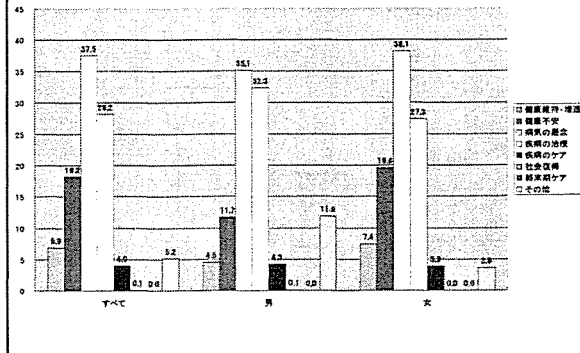
## 相談する対象者(2004年)



## 動機分類(2004年)



## 内容(2004年)



カテゴリ	検定値	有意確率	カテゴリ 内構成要 素数構成	カテゴリ 内構成要 素数構成	構成要素 数	構成要素 数
不安	-4.25	0	19.63	19.86	35535	54530
アドバイス	-4.2	0	19.63	19.86	35532	54518
一般	-16.13	0	3.88	4.34	7032	11920
子供	24.87	0	3.47	2.91	6277	8001
欲しい	-10.17	0	2.2	2.42	3991	6649
健康	-9.43	0	2.12	2.22	3991	6363
医療情報	-6.64	0	2	2	2	5866
症状	-4.46	0	1.86	1.96	3534	5334
薬	46.3	0	1.97	1.97	3698	3698
病気	-18.22	0	1.01	1.01	3572	3572
薬	-12.94	0	0.98	0.98	3221	3221
乳児	32.8	0	1.51	1.51	2997	2997
乳幼児	32.6	0	1.3	1.3	2540	2540
離乳食	39.51	0	1.34	0.91	2421	2486
相談内容	12.59	0	1.06	0.9	1923	2482
予防接種	5.38	0	0.77	0.71	1401	1956
知識	-13.81	0	0.54	0.7	971	1918
受け方	4.6	0	0.73	0.68	1323	1865
家庭看護	19.54	0	0.85	0.65	1544	1791
発熱	7.34	0	0.59	0.52	1065	1421
風邪	-2.7	0	0.47	0.49	847	1357
感冒	-2.7	0	0.47	0.49	847	1357
心	-13.8	0	0.33	0.46	598	1271
検査項目	-3.41	0	0.43	0.46	770	1256

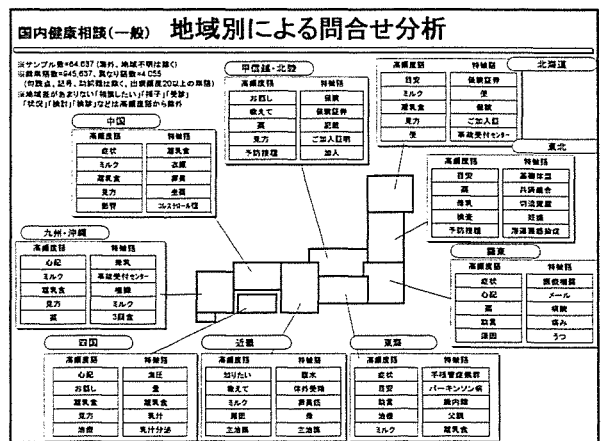
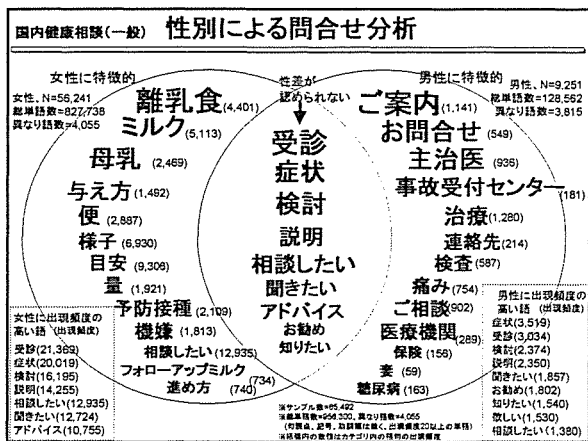
相談者本人  
相談内容の  
高頻度語

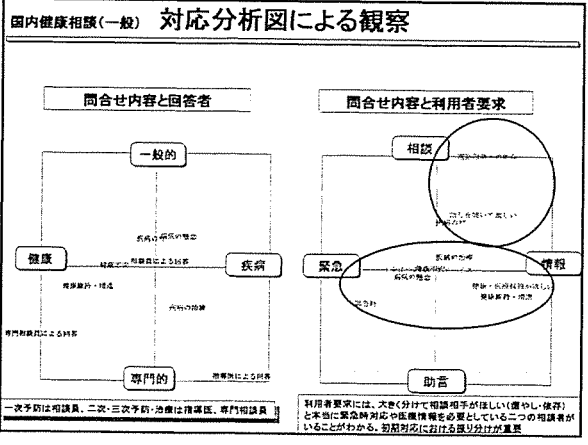
相談者本人の特徴語	アドバイス内容から書き	検定値	有意確率	カテゴリ内構成要素数構成比	カテゴリ内構成要素数	カテゴリ内構成要素数	構成要素数
	与え方	46.3	0	1.97	1.35	3568	3698
	離乳食	39.51	0	1.34	0.91	2421	2486
	乳児	32.8	0	1.51	1.09	2736	2897
	乳幼児	32.6	0	1.3	0.93	2361	2540
	子供	24.87	0	3.47	2.91	6277	8001
	粉ミルク	22.43	0	0.44	0.3	799	822
	後期	19.99	0	0.37	0.25	671	695
	中期	19.92	0	0.34	0.23	611	626
	家庭看護	19.54	0	0.85	0.65	1544	1791
	母乳	18.77	0	0.5	0.36	899	984
	フォローアップ	16.84	0	0.24	0.16	440	451
	前期	16.82	0	0.22	0.15	396	401
	排泄	16.61	0	0.41	0.3	740	815
	対処	16.1	0	0.52	0.4	948	1086
	進め方	15.41	0	0.2	0.13	354	361
	健康管理	15.4	0	0.45	0.34	821	934
	下痢	14.29	0	0.52	0.4	933	1097
	ミルク嫌	14.08	0	0.2	0.14	364	381
	便秘	12.71	0	0.19	0.14	348	372
	運動機能	12.68	0	0.2	0.14	361	388
	相談内容	12.59	0	1.06	0.9	1923	2482
	授乳	12.1	0	0.3	0.23	544	624
	完了期	11.48	0	0.13	0.09	236	246
	発達	11.1	0	0.47	0.38	851	1045

相談者の配偶者の特徴語	アドバイス内容から書き	検定値	有意確率	カテゴリ内構成要素数構成比	カテゴリ内構成要素数	カテゴリ内構成要素数	構成要素数
	病気	13.6	0	1.77	1.3	1441	3572
	一般	12.54	0	5.1	4.34		
	気管支喘	11.45	0	0.16	0.07		
	知識	11.27	0	0.98	0.7		
	業	10.82	0	1.52	1.17		
	体	10.02	0	0.12	0.05		
	女性特有	10	0	0.2	0.1	164	279
	流行性耳	9.91	0	0.21	0.11	168	290
	乳癌	9.38	0	0.11	0.04	86	120
	不正出血	9.04	0	0.14	0.07	114	183
	欲しい	8.85	0	2.83	2.42	2306	6649
	機能検査	8.77	0	0.25	0.2		
	生体	8.77	0	0.25	0.2		
	健康	8.74	0	2.71	2.1		
	手足	8.7	0	0.42	0.3		
	月経	8.69	0	0.16	0.08		
	妊娠	8.64	0	0.2	0.14		
	頭痛	8.55	0	0.24	0.14	197	390
	心	8.54	0	0.64	0.46	521	1271
	インフル	8.46	0	0.3	0.18	241	505
	腰痛	8.35	0	0.23	0.13	186	367

相談者の親の特徴	アドバイス内容から書き	検定値	有意確率	カテゴリ内構成要素数構成比	カテゴリ内構成要素数	カテゴリ内構成要素数	構成要素数
	心労絶	99.99	0	0.12	0.01	8	26
	病気	7.22	0	2.43	1.3	156	3572
	相談内容	7.02	0	1.84	0.9		
	運動器	6.5	0	0.58	0.15		
	知識	6.49	0	1.47	0.7		
	一般	5.84	0	5.84	4.34		
	業	5.82	0	2	1.17		
	骨粗鬆症	4.82	0	0.12	0.01		
	診断未確定	4.71	0	0.31	0.09	20	240
	循環器	4.41	0	0.2	0.04	13	120
	痛い	4.39	0	0.48	0.2	31	538
	脊椎圧迫骨折	3.86	0	0.06	0	4	10
	老年期	3.83	0	0.14	0.03	9	75
	脳神経	3.68	0	0.17	0.04	11	119
	不安神経症	3.64	0	0.19	0.05	12	142
	高齢者	3.61	0			8	86
	精神保健センター	3.56	0			8	68
	認知	3.44	0			7	55
	足	3.33	0			8	310
	対象者	3.26	0			4	17
	手	3.25	0			8	318
	MRI	3.2	0			4	18
	メニエール病	3.15	0			5	32
	認知症	3.07	0	0.09	0.02	6	50
	消化器疾患	3	0	0.12	0.03	6	91
	下肢静脈瘤	2.98	0	0.08	0.01	5	36

相談者の子の特徴	アドバイス内容から書き	検定値	有意確率	カテゴリ内構成要素数構成比	カテゴリ内構成要素数	カテゴリ内構成要素数	構成要素数
	過激性障害	5.18	0	0.2	0.01	3	41
	心	4.79	0	1.07	0.46	42	1271
	聞いて	4.43	0	0.7	0.2		
	話	4.43	0	0.71	0.2		
	接触皮膚炎	4.28	0	0.11	0.01	4	52
	統合失調症	4.16	0	0.31	0.1		
	一般	3.92	0	5.81	4.34		
	維持増進	3.42	0	0.11	0.02	10	11920
	梅毒	3.41	0	0.08	0.01	4	90
	月経	3.38	0	0.28	0.08	11	220
	思春期	3.27	0	0.2	0.05	8	128
	性	3.26	0	0.08	0.01	3	184
	摂食障害	3.27	0	0.1	0.01	4	35
	青年期	3.28	0	0.13	0.02	5	67
	仕組み	3.28	0	0.08	0.01	3	20
	性	3.26	0	0.1	0.02	4	45
	成長ホルモン	3.24	0	0.08	0.01	3	23
	不正咬合	3.23	0	0.1	0.02	4	50
	子宮内腺症	3.21	0	0.07	0.01	3	27
	肩凝り	3.21	0	0.08	0.01	3	53
	うつ	3.21	0	0.08	0.01	3	29
	集団	3.22	0	0.08	0.01	3	11
	遊べない	3.21	0	0.08	0.01	3	32
	ちらちらする	3.21	0	0.08	0.01	3	32
	ような	3.21	0	0.08	0.01	3	32
	数	3.21	0	0.08	0.01	3	32
	目の前	3.21	0	0.08	0.01	3	32
	急性胃炎	2.27	0.01	0.08	0.01	3	33
	見える	2.27	0.01	0.08	0.01	3	33
	顔	2.27	0.01	0.08	0.01	3	298





## 診療ガイドライン普及のための制度要件に関する研究

分担研究者 河原 和夫(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野)

### 研究要旨

EBMの手法による「診療ガイドライン」の作成の動きが加速している。当初、医師を中心とした医療関係者で作成が進められていたが、医師と患者との協働の医療の推進の観点から、診療ガイドラインは非常に有益であることから、最近では患者あるいは市民が参加した形で策定が行われるケースが増加している。いわば、医師と患者・国民との共通言語として診療ガイドラインは位置づけられるようになった。

このように診療ガイドラインは医療側と患者・国民側に普及する橋頭堡を確保したわけであるが、診療ガイドラインがカバーする対象は医療提供者と医療享受者のみであろうか。診療ガイドラインは医療行為の標準化および質の向上を図るためのものであり、その目的は医師と患者双方の意思決定の支援というのが第一義的なものである。しかし、診療ガイドラインを臨床場面で普及させるためにもうひとつ重要な関係者が存在する。それは、医療内容を審査する社会保険診療報酬支払基金などの審査機関である。

診療ガイドラインの普及は、医師や患者が日常診療の中で普通に用い、問題点を改善しながら普及していくことが重要である。一方で行われた医療内容の妥当性を経済的に評価するのが診療報酬審査である。本来ならこの審査を通じて事後的に行われる医療内容の評価により、既に行われた医療内容について、次回同様の医療を提供する際に修正が加えられることになる。この審査が診療ガイドラインを主とする根拠に基づき行われることは、次回以降の医師の治療行動に関して診療ガイドラインを遵守する形で修正が加えられる。加えて診療ガイドラインに基づき徹底した審査が行われることになれば、今まで診療ガイドラインに関心を示さなかった医師が存在するとしたら、診療ガイドラインに関心を向け、それを意識した診療行動へと変更が期待される。

しかし、現実には審査段階で審査格差が存在し、診療ガイドラインが全国一律に診療内容を規定するものとはなっていない。

本研究では、米国の事例も参考にしながら、診療ガイドラインが支払基金の審査に活用され、審査の標準化を通じて広く診療ガイドラインを世の中に普及させるために必要な要件を検証した。

### A. 目的

近年、医師と患者・国民との共通言語として診療ガイドラインは位置づけられるようになった。診療ガイドラインは医療側と患者・国民側に普及する橋頭堡を確保したわけであるが、診療ガイドラインがカバーする対象は

医療提供者と医療享受者のみでなく、その普及のためには医療内容を審査する社会保険診療報酬支払基金などの審査機関で十分に活用され、それに基づいて審査が行われる体制の整備が必要である。

行われた医療内容の妥当性を経済的に

評価するのが診療報酬審査であるが、本来ならこの審査を通じて事後的に行われる医療内容の評価により、既に行われた医療内容について、次回同様の医療を提供する際に修正が加えられることになる。つまり医療行為を査定して逸脱した診療内容を是正するプロセスが支払基金によるレセプト審査である。この審査が診療ガイドラインを主とする根拠に基づき行われることは、次回以降の医師の治療行動に関して診療ガイドラインを遵守する形で修正が加えられる。加えて診療ガイドラインに基づき徹底した審査が行われることになれば、今まで診療ガイドラインに関心を示さなかった医師が存在するとしたら、診療ガイドラインに関心を向け、それを意識した診療行動へと変更が期待されるが、現実には審査段階で審査格差が存在し、診療ガイドラインが全国一律に診療内容を規定するものとはなっていない。

本研究では、米国の事例も参考にしながら、診療ガイドラインが支払基金の審査に活用され、審査の標準化を通じて広く診療ガイドラインを世の中に普及させるために必要な要件を検証したものである。

## B. 方法

米国などの諸外国の診療報酬審査の現状を分析することにより、審査に診療ガイドラインが果たすべき役割についての分析を行った。

## C. 結果

### C-1. わが国の診療報酬体系と審査における問題点

わが国の診療報酬体系は、世界でもトップレベルの精緻さを有するシステムで

あるといえる。患者の容態は千差万別であり、また、医師の診療行為も医師個人に特有な部分も少なくないことから、こうした場合には最適の体系である。しかしながら、最近では、医療の効率化、標準化を求められることが多くなってきており、診療報酬の定額化、包括化も進展してきている。

わが国の診療報酬体系には、医師側の経済的要因による「悪しき」診療傾向を排除する仕組みが導入されている。それは、検査や各種治療方法の算定制限と呼ばれるもので、この検査は月 1 回のみ、であるとか、この治療は週 3 回までとかである。これらは、資源の乱用(abuse)の生じる可能性のある診療行為について一定の取り決めがなされている。

一方、わが国の診療報酬体系は、医師が患者を診察治療し、その内容を診療報酬明細書(レセプト)に記入し、社会保険診療報酬支払基金もしくは国民健康保険組合に請求し、それぞれ事務による事務審査(事務共助)および専門家による審査を実施し、査定等の処理を行い保険者(健康保険組合、政管健康保険、国保)に請求する仕組みとなっている。さらに、それぞれの保険者においては、再度レセプト審査を行い、必要であれば再度査定し、その結果を支払基金等と通じて医師(保険医療機関)に支払われる。

### C-2. 米国でのレセプト審査の内容

米国メディケアでは、「支払前審査(Prepayment Review)」と「支払後審査(Post-payment Review)」がある。HIPAA の中の Medicare Integrity



Program (MIP) の一環として、近年、支払前の医学的審査の強化が進められている。支払前審査には、機械的に行う審査と手作業で行うマニュアル審査があるが、機械的に審査できるプログラムをどこまで開発しているかは Carrier や Intermediary によって異なっている。機械審査 (Automated Prepayment Review) は、給付範囲ではない、あるいはサービスのコードが不適切である請求書に対する支払等を防いだり、支払前審査の対象とする請求書を抽出するために prepayment edits が設けられている。可能な限り支払拒否となる可能性が最も高い請求書のみが抽出されるようにプログラム化されることが求められている。これは、非効率なマニュアル審査を削減し、医療機関等との口論を最少化することができるからである。機械審査におけるキーワードは請求書番号 (HICN ; Health Insurance Claim Number)、医療機関等の ID 番号 (例 : PIN, UPIN) と専門、診療日付、医療コード (例 : HCPCS や ICD-9-CM) 等である。コードとコードの関係を比較検討することによって審査すべき請求書を抽出する。

次にマニュアル審査では、専門的な訓練を受けた審査員、看護婦、医師、他の医療専門スタッフが必要である。医学的に複雑な請求書の審査は、すべて、医療専門スタッフが行わなければならない。この審査のスタッフは請求書を審査し、方針 (審査ガイドライン) を適用し、必要に応じてより高度なレベルの判断を行うために、訓練を受けなければならない。

マニュアル審査には、一次マニュアル

審査 (First Level Manual Review、一次審査員は、方針を適用し、判断をする、追加情報の要求、より高レベルの審査の判断のために内部の審査ガイドラインを利用できるよう訓練を受けていることが必要である。一次審査員は、審査ガイドラインに基づかずに、請求を拒否することはできない)。二次マニュアル審査 (Second Level Manual Review) は一次審査員よりも経験豊富な審査員である。二次審査員は、適切な判断、審査ガイドラインや方針の適用を行う実績、能力があることが必要である。さらに臨床審査 (Clinician Review) は、熟練した看護婦の審査員や、医師の審査員によって行われる。両者は、助言を臨床の専門医師に求めることができる。臨床医によるいかなる判断も、判断の理論的根拠 (rationale) を含んで文書化しなければならない。臨床医も NCP (全米給付方針)、LMRP (地域医学的審査方針) に従わなければならないが、地域や国の方針に書かれていない、あいまいな又はグレーな部分を解釈すること、必要な場合はそのサービスの適切性を評価することが求められている。

メディケアの請求処理システムを終了すると、請求の終了について記述した送金通知 (MRN ; Medicare Remittance Notice) を医療機関等に送付する (電子的に送信する場合 (ERN ; Electronic Remittance Notice) もあれば、郵送の場合もある)。メディケアの受給者に対してもメディケア要約通知 (MSN ; Medicare Summary Notice) やメディケア給付の説明 (EOMB ; Explanation of Medicare

Benefits)あるいは利用通知( NOU ; Notice of Utilization)を送付する。医療機関等への支払は、送金小切手を郵送する場合もあれば、電子送金( EFT ; Electronic Funds Transfer)による場合もある。

Intermediary、Carrierは支払後審査を行うことが必要である。支払後に過払いが判明した場合は、一定の遡及期間以内であれば払い戻し請求を行うことができる。支払後審査は、請求書のデータ解析を行い標準から外れた医療提供者の請求書や過去の傾向から外れた請求書等を抽出する場合もあれば、過剰支払が起こりそうな診療行為等に着目した請求書抽出、無作為抽出等さまざまな抽出方法を用いて請求書を抽出し、マニュアル審査を行っている。

メディケアにおける審査は、基本的には明文化された指針をもとに行われる。この指針には、全米共通の給付指針であるNCD(National Coverage Decision、全米給付決定)とその地域でのみ有効な給付方針であるLMRP(Local Medical Review Policy、地域医療審査指針)がある。NCDでは明記されていない事項、あるいは文章があいまいで解釈が分かれる事項については、IntermediaryやCarrierといった契約者が一定の手續に基づき、その地域で有効な審査指針LMRPを策定することができる。LMRPは科学的データ、または調査研究が医療の学会誌で刊行されている、その分野の権威や専門家による見解の一致がある、医師会または他の医療専門家との協議による医学的見解がある、といったように信頼できる医学的

根拠に基づき、医学会に広く受け入れられていることが必要である。また、全ての契約者に対してWeb上でLMRPを公開することを求めている。また、決定したLMRPだけではなく、決定前のLMRPについても公開することを求めている。すなわち、LMRPを策定した場合には、それを公開し、パブリックコメントを求めることが必要となる。2001年1月1日より、契約者は自らのWeb上でLMRPを一覧化し、LMRPに関して電子的に医療関係者からコメントを求めるようになった。ある地域で適用となったLMRPを他地域でも適用するように要求することはない。2001年10月からは、全てのLMRPの正確性と最新性を維持するために、少なくとも年に1度、契約者はCMSのNCD、解釈マニュアルの給付条件、国の支払方針やコード化指針をもとにLMRPを再検討し、適切に改定しなければならなくなった。

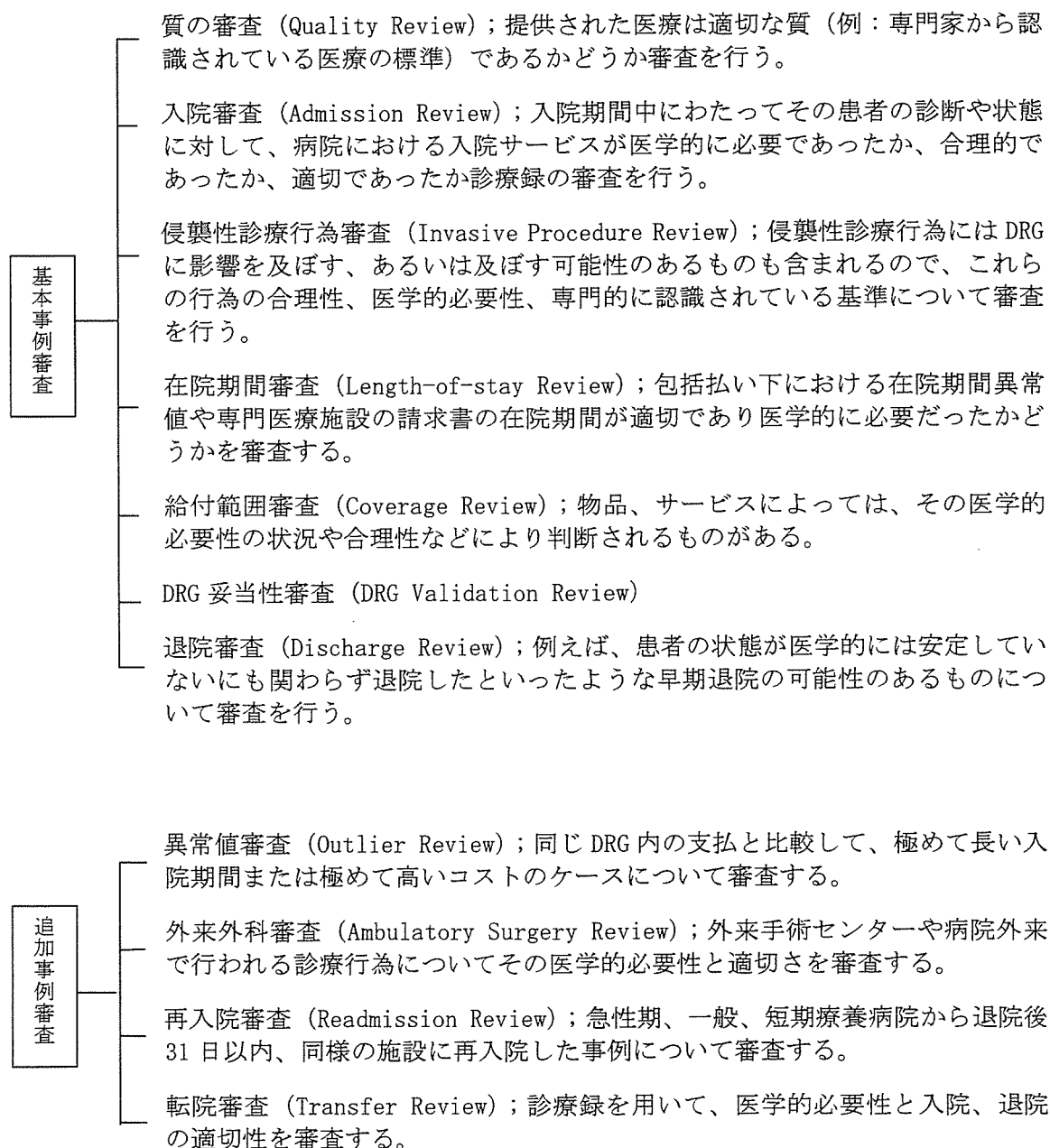
PRO(Peer Review Organization、同僚評価機構)は、メディケア受給者のために、医療の実施内容やその質を監視したり改善することを目的とした組織で、QIO(Quality Improvement Organizations)とも呼ばれる。CMSとの契約に基づき、PROではメディケアにおける医療サービスの適切性、医学的必要性、利用施設の妥当性、医療の質と効率性・経済性等を審査している。州ごとにあり、全米では53のPROネットワークがある。PROとして医学的審査を行う組織は、Physician-Sponsorshipタイプ(地域の医師の後援で作られた組織)とPhysician-Accessタイプ(地域の医師に協力を得ることができる組織)の2とおりがある。PROは非常に質の高い、

医学、薬学、質改善、公衆衛生情報管理、統計分析、コンピュータプログラムやオペレーション、広報等様々な専門性を有する人材を揃えていることが必要である。

PRO は、審査によって次のような内容について判断を下している。

なお、PRO の事例審査の例を表 1 に示している。

表 1 PRO の行っている主な事例審査



#### D. 考察

このように日米両国で診療行為に対する審査システムが異なることは明らかである。

わが国では事務審査(事務共助)を経て専門家による審査が実施され保険者に要した医療費が請求されるシステムを採っている。膨大なレセプトを少ない事務職および専門家がチェックしており、審査は審査員個人の医学知識や経験に依存する属人的なものとなっている。それらの事情がレセプト審査の診療報酬支払基金の支部間格差等になって現れているのである。

一方、米国の公的保険制度は、高齢者を対象とした Medicare と低所得者を対象とした Medicaid が主たるものである。その点では皆保険制度のわが国と比べて審査件数は少ない。このような状況であるが、米国のレセプト審査の概要は、表1に示したようにさまざまな観点からの審査の中で、一番上に記載している“質の審査(Quality Review)”は文字通り「提供された医療は適切な質(例: 専門家から認識されている医療の標準)であるか否かについて」の審査を行うもので、診療ガイドライン等の EBM に基づいたデータや資料を用いて実施される。また、これら審査を行う者は専門知識を有し、一次、二次審査スタッフとして各々の能力、専門性、経験、判断力に応じて重層的に配置されている。

このようにわが国と米国のレセプト審査制度や体制の違い、さらにわが国の診療ガイドラインを系統的に用いる状況の脆弱性が明らかとなった。

#### E. まとめ

診療ガイドラインに基づいた審査の質の改善方策であるが、レセプト審査は医師の

行った医療行為や医療機関の人的配置等が、現在の保険給付基準に照らして妥当か否かを決定することにある。しかしながら、患者の病態は多様で、しかも診療報酬や薬価、材料に関する大臣告示(保険給付基準)にも曖昧な部分や、臨床の医師の判断にまかせている部分が少なくない。このため、支払基金における審査が重要となってくる。現行制度の下では、医学的審査で着眼する項目は、保険給付基準や診療ガイドラインに照らして下記の事項のチェックを徹底する必要がある。

- ① 名称やコードが正しいかどうか
- ② 価格表と価格があっているかどうか
- ③ 対象疾患が妥当であるかどうか
- ④ 診療回数や投与量が妥当であるかどうか

などについて検討することが基本である。従って、審査の質については、これら項目について、まず「見落とし」がないかが重要である。次に審査の幅についての意見を集約することにより各基金間における差異は無くしていかなければならない。おびただしい数の審査対象レセプトを、一定期間内に効率良く審査するには米国のようにIT化によることも重要である。IT化については、政府の戦略目標にも組み込まれているが、IT化を促進して生じた時間的余裕を診療ガイドラインなどEBMに立脚した審査に振り分ける必要がある。

最後に、審査の幅については、支部間や委員間で異なっている診療行為のリストを作成し、それぞれ診療科別の専門委員に検討を依頼し、各診療ガイドラインと対比して一