

「国民生活研究」第 59 卷第 2 号 (2019 年 12 月)

【特集】医療と消費者～コミュニケーションの重要性～

【論文】

## 医療に求められる変化～患者満足を高めるために～

真野 俊 樹\*

### 要旨

超高齢社会において医療費の負担が増えている。ただし、ここで言う医療費には二種類あることが重要である。一つは国民全体が支払っている国民医療費であり、もう一つは医療が必要な時に患者になった国民が支払う自己負担の金額である。

また、疾病構造の変化に伴い、客観性のみを追求する医療から徐々に患者の主観的な満足を考慮しなければならない時代になってきている。しかしながら医療においては、情報の非対称性など患者が誤った期待を持つ可能性がまだまだ残っている。

ICT の進歩や医療機関側の情報公開やインフォームドコンセントによって、このような間違った期待は今後は減っていくであろう。しかしながら最も重要なことは、患者が自ら病気に対峙する気持ちを持つことである。患者参加の医療と言い換えても良い。ここでは、いくつかの国での取り組みに触れる。

ICT の発展に伴い、医療が身近なものになってきている。そして、医療にも消費という概念が入ってきている。企業の経営において、ユーザーエクスペリエンス (UX) という考え方がひろがってきているのに伴い、近年では患者経験 (PX) という考え方が生まれてきている。PX は、「患者が医療サービスを受ける中で経験するすべての事象」と定義される。国側も、患者経験を計測する方法論の開発や、そのデータを用いて保険システムを改善しようとする国が増えている。これは、患者の視点や経験を考慮することの重要性を証明するものである。

本論文では、医療が現在抱える問題を概観し、患者側の医療を選択する意識の変遷、医療の現況について触れる。また、そういった背景を踏まえて患者満足度をいかに高めるかについても論じてみたい。

- 
- |             |           |
|-------------|-----------|
| 1 はじめに      | 5 患者参加の意味 |
| 2 医療の抱える問題  | 6 海外の例    |
| 3 医療サービスの変化 | 7 終わりに    |
| 4 患者満足とは    |           |
- 

\*まの としき (中央大学大学院戦略経営研究科 教授)

## 1 はじめに

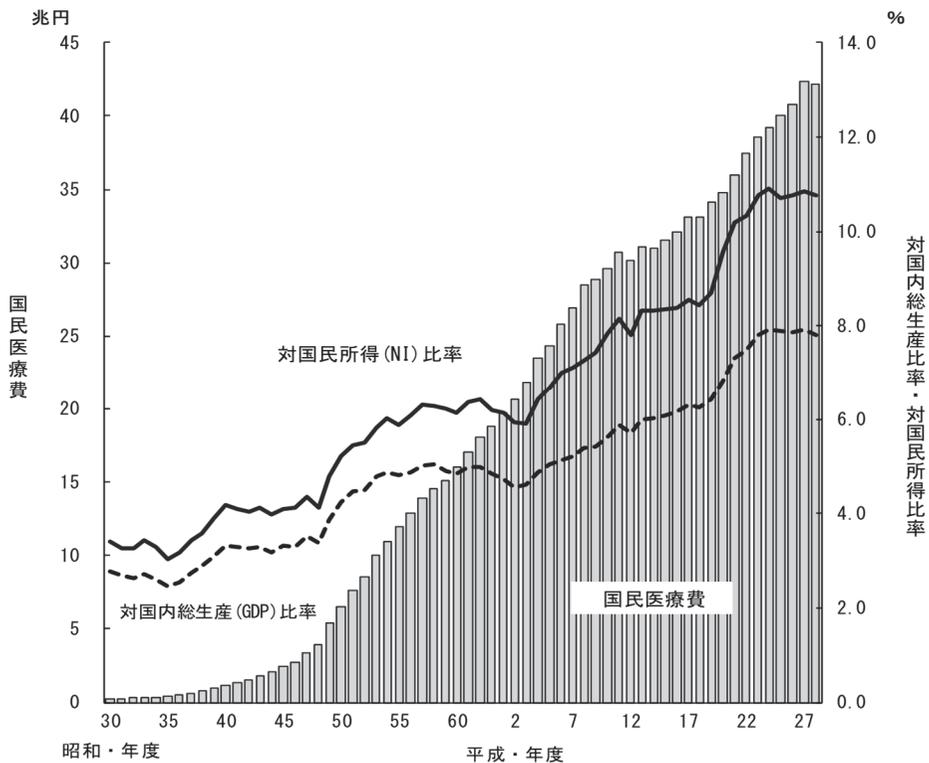
本論文では、医療が現在抱える問題を概観し、患者側の医療を選択する意識の変遷、医療の現況について触れる。また、そういった背景を踏まえて患者満足度をいかに高めるかについても論じてみたい。

## 2 医療の抱える問題

### (1) 医療費の負担

超高齢社会において医療費の負担が増えている(図 1)。ただし、ここで言う医療費には二種類あることが重要である。一つは国民全体が支払っている国民医療費であり、もう一つは医療が必要な時に患者になった国民が支払う自己負担の金額である。その中で近年の医療の進歩により非常に高額な薬剤が増えているために、高額療養費の制度の適用が増えている。

図 1 国民医療費・対国民総生産・対国民所得比率の年次推移  
(出典：厚生労働省 平成 28 年度 国民医療費の概況)



高額療養費制度とは、医療機関（薬局も医療機関とされる）でかかった医療費の自己負担額が、ひと月（ある月の初めから終わりまで）で一定金額を超えた場合に、その超えた金額が支給される制度である。年収によって区分されており、いくつかの例を示す(表 1)。

表 1 高額療養費制度の自己負担額〈69 歳以下の方の上限〉(出典：厚生労働省 WEB サイト「高額療養費制度を利用される皆さまへ(平成 29 年 7 月診療分まで)」より作成)

適用区分 (年収)	ひと月の上限金額 (世帯ごと)
健保：標準報酬月額 83 万円以上	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1%
国保：年間所得 901 万円超	
健保：標準報酬月額 53 万円～79 万円	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1%
国保：年間所得 600 万円～901 万円	
健保：標準報酬月額 28 万円～50 万円	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1%
国保：年間所得 210 万円～600 万円	
健保：標準報酬月額 26 万円以下	57,600 円
国保：年間所得 210 万円以下	

近年保険収載されている抗がん剤は非常に高額である。抗がん剤で 1 回の投与で 3,000 万円の薬剤であったとしても、標準的な給与所得（標準報酬月額 28 万円～50 万円）の方は、80,100 円 + (30,000,000 円 - 267,000 円) × 1% = 377,430 円となる。もちろん高額であるが、かなりの金額が公的な費用でまかなわれていることに気がつく。

そのため患者の自己負担額は減っており、国民から見ると自己負担が増えている気はしないであろう。しかし一方保険料は年々増加をしているので可処分所得が減っている。

ただ多くの日本人にとっては、こういった保険料は天引きという形で給料から引かれていたので、こういった保険料が高くなったという実感が少ない人が多い。

一方、米国においてはこういった公的な保険の仕組みがないので、医療費の支払いで破産したり、医療を受けるためには非常に高額な保険料を払わなければならないといったことが日常茶飯事になっている。

そのために医療に対する国民の関心は非常に高く、選挙の争点に医療問題、例えばかつてのオバマ大統領が、提案したように米国でも国民皆保険制度があるべきだといったことが大統領候補の政策論争の焦点になったりする。

しかしながら、日本でも、医療とお金の問題が話題になるにつれ、医療費に対する関心は増えている。言い換えれば、医療を受ける患者が、消費者としての意識を持つようになってきているといえよう。

## (2) 医療が抱える問題

本論文の読者は医療関係者ではないと思われるので、簡単に現在の医療が置かれている

問題点を紹介しておこう。

現在の日本は超高齢社会になっている。簡単に言うと、平均寿命が非常に長くなり、また少子化が進み子供の数が少なくなったために、将来的には働き手である国民が多くの高齢者を養わなければならないような環境になる。ここで養うというのは年金保険や医療保険、介護保険制度によって、若年層が高齢者の保険料を負担しなければならないということの意味している。

もう一つの大きな問題点は、医療提供の側である。今回のテーマの主題に近い問題点であるが、簡単に言えば日本の医療制度においては、診療報酬という形で医療機関が行った診断や治療に対して支払いが行われるというスタイルで医療機関へのファイナンスが行われてきた。そのため、医療機関の行動パターンが必ずしも顧客である患者を向いたものになっていないということである。

筆者が著書「日本の医療、くらべてみたら 10 勝 5 敗 3 分けで世界一」(講談社+α 新書)で述べたように、日本の医療レベルは客観的に見れば非常に高い。これは国民皆保険制度によるところも大きいですが、医療の提供体制という視点で言えば、厚生労働省が診療報酬という形で客観的に正しい方向を追求し、また、診療報酬によるインセンティブに対して医療機関が忠実に従ってきたという点が大きいだろう。

しかし、近年の生活者の傾向は必ずしも客観的にレベルが高いことに対して満足するわけではなくなっている。

### 3 医療サービスの変化

#### (1) 消費の対象になった可能性がある医療サービス

一つ重要な視点がある。それは、患者が消費者なのかどうかという点である。消費者とは、経済学的には、ものやサービスを消費することで満足を得る存在とされる。ここで二つ疑問がある。患者は医療サービスを「購入」しているのだろうか。また、消費することで満足を得ているのだろうか。

経済学の考え方では、人は費用の自己負担がなければ利益をとことん追求するとされる。つまり、日本では医療保険に加入しているために自己負担率が低いので、患者がコスト意識を持たないという考え方になる。しかし、上述したように確かに自己負担額は低いが、最先端の医療の導入に伴い、コスト意識を持たない、といえる金額ではなくなっている。

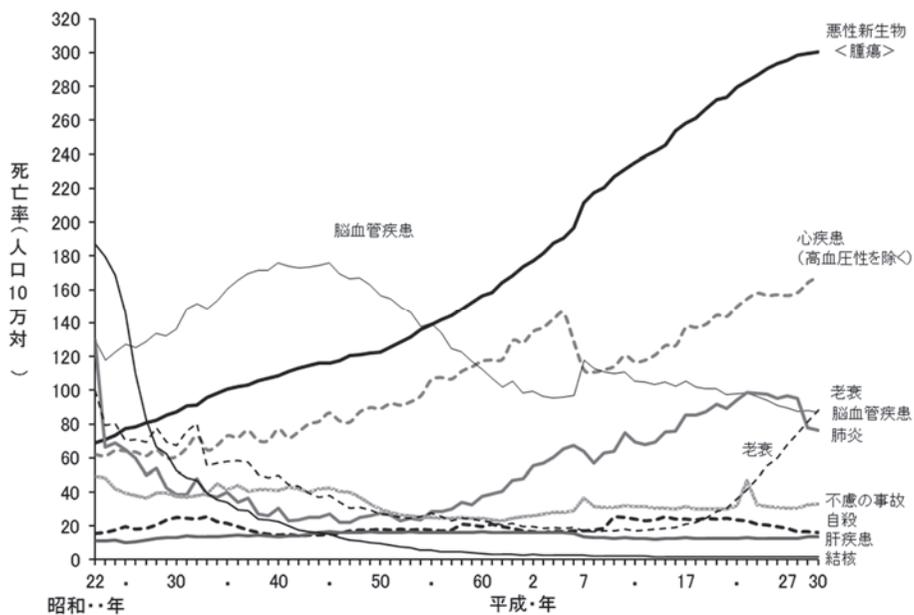
一般の商品のように単純に考えれば、自ら支払う価格が高ければ、購入を手控えることは多いし、当然の考え方のようにもみえる。しかし、医療においてこの考え方が正しいのかどうかは、なかなか証明することが難しい。

所得が 1% 増えたときに、ある財の消費が何% 伸びるかという値をその財の「所得弾力性」という。経済学では所得弾力性が 1 より大きい財をぜいたく品、1 以下の財を必需品といい、すなわち、所得が 1% 伸びれば消費量がそれ以上伸びる財がぜいたく品で、1 以下の財が必需品となる。言い換えれば、所得の高低にかかわらずある程度の消費をせざるを

得ないので、所得が上下したからといってそれほど消費は変化しないのが必需品になる。米国では、日本のような国民皆保険制度がないので、医療がぜいたく品になっているという説明がなされる。日本でも上述したような、高額な医療に対して、ぜいたく品なのか必需品なのかという調査がのぞまれる。

感染症や外傷中心の医療から、慢性疾患対象への疾病構造の変化(図 2)や、後述するように医療が生活の一部になってきたことから、本節最初の疑問でいえば、筆者は、患者は医療サービスを「購入」し、消費することで満足を得ているようになってきているのではないと思われる。

図 2 主な死因別にみた死亡率(人口 10 万対)の年次推移  
(出典：厚生労働省 2018 年人口動態統計月報年計 [概数])



(2) 医療が身近なものに

医療が身近なものになりつつある。一つ目の理由には高齢社会を迎え、病気や介護というものが極めて身近になってきたということがある。これは、テレビでの健康医療番組の増加からも裏付けられるし、若い人もその影響を受け健康に関する関心が増えている。皇居の周りなどは、老若男女を問わずランナーが群れを成している。

その結果、10 年前に比べれば、国民に医療や健康知識が増加した。そのうちの多くが、食事や運動など日々の生活に関連があるために、医療が身近なものになってきている。

二つ目の理由は、医療従事者の増加である(表 2)。すでに医療従事者数は 823 万人で全

就業者の 12.5% になっている。医師国家試験合格者も年間 9,000 人を超え、少子化に伴い就労者における医師の割合が増加している。読者の皆さんの身近に医師などの医療従事者と知りあいになっている割合も増えているに違いない。

また、「週刊ダイヤモンド」、「東洋経済」といったビジネスパーソン向けの週刊誌にも、医師自体の特集が組まれていることがよくある。医師自体とは医師の生活、医学部についてなどで、これらは、ビジネスパーソン向けの雑誌であるにもかかわらず、医療や健康についての特集ではないことが特徴である。逆に言えばこういった記事に関心を持つ人が増えているということになる。

一方、医療側も様子が変わってきた。以前であれば、聖職という立場で、自らの腕を磨くことに専心し、時間外労働に代表される労働者的な概念はなかった世界である。たとえば、筆者が勤務医であった、20 年程前には、「医師は管理職扱いなので労働者ではない」と言う都市伝説のようなもので説得された覚えがある。その時には時間外手当は 20 時間分しかもっていないが、実際の労働時間は 100 時間を優に超えていたと思われる。

しかしながら、近年働き方改革の動きに伴い、医師も労働者であるという認識を持つ人が増えてきた。これはある意味時代の流れとして当然とも言えるが、それに伴い、言葉を選ばずに言えば、医師自身が俗世間化している様子も見られる。また一方では、国民も医師も自分たちと同じ労働者であったのか、と身近に感じる場合も多いであろう。

表 2 医療・介護の患者数・利用者数および就業者数  
(出典：厚生労働省 2040 年を見据えた社会保障の将来見通し (議論の素材))

		現状投影			計画ベース			
		2018年度	2025年度	2040年度	2018年度	2025年度	2040年度	
患者数・利用者数等 (万人)	医療	入院	132	144	155	132	132	140
		外来	783	790	748	783	794	753
	介護	施設	104	129	171	104	121	162
		居住系	46	56	75	46	57	76
		在宅	353	417	497	353	427	509
就業者数 (万人)	医療福祉分野における就業者数		823 [12.5%]	933 [14.7%]	1,068 [18.9%]	823 [12.5%]	931 [14.7%]	1,065 [18.8%]
	医療		309	327	334	309	322	328
	介護		334 (200)	402 (241)	501 (301)	334 (200)	406 (245)	505 (305)
人口 (万人)	総人口		12,618	12,254	11,092	12,618	12,254	11,092
	15～64歳		7,516(59.6%)	7,170(58.5%)	5,978(53.9%)	7,516(59.6%)	7,170(58.5%)	5,978(53.9%)
	20～39歳		2,696(21.4%)	2,471(20.2%)	2,155(19.4%)	2,696(21.4%)	2,471(20.2%)	2,155(19.4%)
	40～64歳		4,232(33.5%)	4,163(34.0%)	3,387(30.5%)	4,232(33.5%)	4,163(34.0%)	3,387(30.5%)
	65歳～		3,561(28.2%)	3,677(30.0%)	3,921(35.3%)	3,561(28.2%)	3,677(30.0%)	3,921(35.3%)
	75歳～		1,800(14.3%)	2,180(17.8%)	2,239(20.2%)	1,800(14.3%)	2,180(17.8%)	2,239(20.2%)
就業者数		6,580	6,353	5,654	6,580	6,353	5,654	

※ 患者数はある日に医療機関に入院中又は外来受診した患者数。利用者数は、ある月における介護サービスの利用者数であり、総合事業等における利用者数を含まない。  
 ※ 就業者数欄の「医療福祉分野における就業者数」は、医療・介護分に、その他の福祉分野の就業者数等を含めた推計値。医療分、介護分ともに、直接に医療に従事する者や介護に従事する者以外に、間接業務に従事する者も含めた数値である。〔 〕内は、就業者数全体に対する割合。( )内は、介護職員の数。なお、介護職員数は、総合事業(従前相当及び基準緩和型)における就業者数を含む。

### (3) 進む医療の遠隔診療や AI 化など

ここで近年の大きなトレンドとして、ICT の普及による生活の変化と、さらに将来の AI による社会の変化を考えてみたい。まず ICT の普及であるが、これは日本の医療機関においては必ずしもペースが速いとはいえない。

電子カルテの導入においては、諸外国の先陣を切っていた日本であるが、近年の ICT の変化である情報の共有については遅れを取っている。生活者の視点で見ても、スマートフォンの普及に伴い、様々な情報をスマートフォンで共有したり管理するようになっている。

本稿の最後にいくつかの他国の例を示すが、諸外国ではこのような変化が随所に見られる。しかしながら日本においてはなかなかこのような動きについて行っていない。最も大きな理由は、政府あるいは厚生労働省が医療提供者側から情報の共有化を試みていることが挙げられる。医療提供者側から見れば、患者個人の情報は非常にセンシティブな個人情報であるので、管理を厳重にせざるを得ない。また、自分の行っている医療内容を他の医師や医療機関に公開するのに躊躇する場合もあろう。

下記に述べるように、海外の場合には、政府や地方自治体はかなり強いリーダーシップを取って情報の共有化を進めた。あるいは医療機関がリーダーシップをとって患者情報の共有を進めているが、前者のようなリーダーシップは日本にはなく、後者を行うには日本の医療機関は規模があまりにも小さい。

もう一つの変化である AI についても述べておこう。AI については日本でもかなり進展がみられる。例えば大腸がんの画像診断において AI で行うといったことが診療報酬で償還されるようになった。

ただ、AI について国が判断するということになる、難しいのは AI というものが自ら変化するものである点がある。つまり AI は日々学習する可能性がある、学習することによって AI は成長していくのだが、得られた情報が質の良くない情報の場合には、AI 自体が悪い方向に影響を受ける可能性もある。

認可した時とは状況が変わった時に誰が責任をとるのかというのが、大きな問題である。逆に言えば、AI 自体がその判断の根拠がブラックボックスになる場合があるので、その点においても国が責任を取れないということである。

では、このような場合に誰が責任を取れば良いのか。筆者は最終的には自己責任ではないかと考える。実際、我々がスマートフォンを利用し、例えば交通のナビゲーションを使った時を考えてみよう。この時に目的地に行く方法がいくつか AI によって指示されたとして、そしてその場合に個人が最善の選択肢を選ぶことができなかつたとしても、これは最終的には選んだ個人の責任であり、言い換えれば個人の選択であるということになる。

もちろん、選択肢そのものが間違っていれば大問題であるが、通常の AI では選択肢そのものに大きな間違いを犯すことはないであろうし、先ほどの例ではないが、悪い方向にその AI が変化したのか、変な選択肢ばかりを提示してくるようになれば、その AI を使用することをやめることが個人においては簡単である。

このように ICT が進歩し、さらにそこに AI が加わると、個人の自己選択の重要性が非

常に増す。もっと言えば、個人は必ずしも客観的に判断するわけではなく、主観的に判断するケースも多い、その部分をどのように考えるかが今後の大きな課題になる。

#### 4 患者満足とは

##### (1) 患者満足に対する見方

患者満足を考える場合に、本論文では、「医療が社会に埋め込まれたもの」と考える視点をとりたい。これは、上述したように医療が身近になってきていることとほぼ同義である。

すなわち、患者満足の研究をそれだけで行うのではなく、社会のほかの因子に患者満足が影響されると考える。

わかりやすく言えば、こういうことである。社会科学の中でも、客観性が強い経済学では、分析をするときに、ある前提を置くことが多い。すなわち、個人は合理的にその最大の利得を得るように行動する、という仮定である。他人に影響されたりすることなく、冷静客観的に考え、最大の利得を追求するのが個人であるとする。もちろん、人の行動はそこまで単純ではない。特に日本人は、他人に影響されやすいのではないだろうか。

実は、最近の経済学でも、このように単純な仮定を置かなくなっている。ゲーム理論やマッチング理論といったように、相手の状況を読んで行動したりする個人を考えて、確率理論を駆使して、現実に近いようにモデル化し分析している。

少し話がそれだが、満足度も個人の気持ちである以上、周囲の影響を大きく受けることになる。たとえば、世の中で消費者としての権利意識が向上してくれば、患者としての権利意識も向上するだろうし、同じように聖職とされる教育に対して、モンスターペアレンツが出現すれば、医療機関にモンスターペイシェントも出現する。

その意味で、患者の満足というものも少しおかしな表現で、病院などの医療機関に対する顧客満足というのが正しい表現であろう。ただ、本論文では、慣例に従い、医療機関を受診する顧客の満足度という意味で、患者満足度という言い方を使用する。

##### (2) 顧客満足度に対する考え方

あまり、この議論に深入りするのは本論文の趣旨ではないので、顧客満足度に戻ろう。一般に顧客満足は次のように定義される。

「企業、製品、もしくはサービスに対する顧客の期待と、  
それらの達成度に対する顧客の知覚の差によって生じる感情」

知覚した達成度が期待に合致する、もしくは期待を上回るものであれば顧客は満足するが、そうでなければ不満を覚える。知覚なので認識したもの、すなわち主観的なものになる。だからこそ、企業は顧客の期待を正しくコントロールし、企業が何を提供しようとし

ているかを顧客に正しく理解させなければならないのである。この後半部分も実は医療機関にとっては重要で、いいものを提供できない場合もあることを患者に認識してもらう努力も必要ということになる。

顧客満足は、以下の式で定義される。

$$\text{顧客満足} = \frac{\text{知覚されたサービス}}{\text{期待されたサービス}}$$

医療がサービスかどうかは、筆者のほかの書籍に譲るが、当然、サービスが顧客の期待に合致する（あるいはそれを上回る）ことが望ましい。もし、顧客が実際に提供されたサービスを期待以上と知覚すれば、顧客は満足するうれしい気持ちになる。もし、期待を下回れば、不満を持ち、腹立たしく思うだろう。顧客は、当該サービスに対する満足に従って、サービスの質を判断する。

もう一つのポイントは、分子にある期待である。「希望サービス」とはサービスについて切望されるレベルのサービスで、顧客は本来このレベルのサービスを受けることが可能であるし、また受けるべきとも考えている。「限界サービス」は、顧客が不満足をかるうじて感じないで受け入れられるぎりぎりの最低限度のサービスをいい、「予測サービス」はサービス組織が実際に提供すると顧客が考えるサービスの質を指す。したがって、この場合の顧客満足はきわめて主観的なものである。

このような期待の違いから容認範囲という考え方が生まれる。容認範囲とは、サービス提供における変動を顧客がそのまま受け入れる範囲のことだ。「希望サービス」と「限界サービス」との幅が「許容できる範囲」であり、言い換えれば、この範囲を下回ると顧客に不満が出る。さらに、顧客の期待は、サービスの購買プロセスの全ステージ（購買前ステージ、サービス購入時、購入後ステージの三つのステージ）で重要な役割を果たす。

### （3）患者経験の重視

企業の経営において、ユーザーエクスペリエンス（UX）という考え方がひろがってきている。この考え方は、製品やサービスとユーザーとの間のあらゆる側面での相互作用をユーザーエクスペリエンスとしてとらえるというものである。つまり使用前、使用中、使用後すべての側面でのユーザーの経験にフォーカスするというので、それが累積されていくと顧客の経験価値になると考える。また、使用前、使用中、使用後のどこでの経験が累積された最終的な経験価値に最も影響を与えるのかが、非常に重要である。

医療が特殊な領域でなくなるにつれ、あるいは米国のように最初から消費の対象であった国では、患者経験（PX）という考え方が生まれてきている。PX は、「患者が医療サービスを受ける中で経験するすべての事象」と定義される。

サーベイの仕方も工夫がなされており、患者がいつどこでどういった経験をしたのかを

問う。たとえば「ナースコールを押してから看護師が来るまでどのくらい待ちましたか？」といった客観的な「経験」を問うスタイルである。

諸外国では日本と異なりこういった患者視点の指標を、政府も評価している。患者の経験指標に対する取り組みを行っている国はデンマーク・ノルウェー・英国・オランダ・カナダ・米国である。英国では 2002 年から PX の調査が行われ、ブレア政権が 2002 年患者経験のサーベイを実施し、2010 年に BMJ に PX の重要性を示した論文が発表された。

その結果、日本と診療報酬の仕組みは違うが、通常診療の領域であるプライマリケア領域においては、パフォーマンスによって評価するという Pay for Performance (P4P) の仕組みの中に PX が組み込まれている。

米国も高齢者対象に政府が行っている保険制度であるメディケアの費用償還制度の中でのポイントに、PX が組み込まれている。そもそも高額な医療サービスを提供している米国では、患者中心思考が日本より強く、全米でも有数の病院であるクリーブランドクリニック（オハイオ州）が中心になり PX のサミットを行って普及に努めている。

#### (4) 患者にとっての理想

患者にとっての理想は、安く、いいものを、いつでも（すぐに）得られることになろう。

わかりやすい例として、ファーストフードを考えてみよう。「うまい、安い、早い」といった表現が思い出される。しかしここで言う、「安い」と「早い」は客観的に証明される点であるが、「うまい」においては、値段の割に「うまい」ことであり、値段の割にという枕詞がなくなってしまうのが、誤解のもとである。

2 万円のフランス料理と、300 円のファーストフードが同じものであるはずがないし、おなじ「うまさ」であるわけがない。

しかし、国民皆保険下で公定価格で平等を旨としておこなわれている日本の医療では、うまさは値段と切り離されている。これが、すでに述べてきたように、お任せ医療になった原因の一つである。

しかし、ポイントは、日本の医療が、客観的には世界一であるのに、主観的な満足度では必ずしも高くないことである。

この理由は、「うまい」が主観的なものであることだろう。人間の主観は便利なもので、このくらいの値段であれば味はこんなものだろう、ということで満足してしまうのである。そもそも日本の医療の値段は安いのであるから、患者さんが費用対効果を考えれば医療の成果を考えた場合には、いいものになるはずである。

しかし、これは難しい。というのは、値ごろ感というのは何か比較の物差しを持って初めてわかることだからである。通常、医療は個別性が強く、自分の病気の値ごろ感を比較することは難しい。だからこそ、公定価格が設定されているのである。

つまり、医療においては値段との比較では満足度は上がりにくい。翻って日本の医療の場合に満足を感じてもらうには、客観性を目標にしていたものを、主観性を目標に変えればいいことになる。すでに取り上げたように、急性期の医療は数が少なくなり、糖尿病やがんといった、長期にわたり闘病しなければならない病気が増えてきた。その場合には、

患者は客観的に正しいことだけではなく、自分の人生という主観的な中で満足を求めるのである。

#### (5) 情報の非対称と患者満足

患者が医療サービスに対して、満足しない理由には、既に述べたような価格がシグナルとして働かないという要素もあるが、もう一つはやはり提供されている医療サービス自体の内容がわからないという点があるだろう。

患者と医師の関係では、疾患やその治療に関する情報量に違いがある、経済学で言う「情報の非対称性」が存在するため、過剰な期待を持ってしまう可能性がある。「情報の非対称性」とは、ある財の需要側と供給側との間に、保有する情報の質や量に差異がある状態のことである。多かれ少なかれ、どんな財でも需要側と供給側との間に情報の差はある。どんな商品でもサービスでも 100%、その製品やサービスを理解してから、購入することはできない。

しかし、医療分野では「情報の非対称」が大きい。

情報が得られない、あるいは得られても理解が難しいことは、上述した患者満足度の公式に規定する、満足度の大きな要因である期待に影響を及ぼす可能性がある。言い換えれば、医師に対して、あるいは医療機関に対して過剰な期待を持つので、その結果の満足度が下がるという理由である。繰り返しになるが、ここで、価格という判断の要素があったりすれば、値段との見合いで期待が下がることもあろう。また、価格を考えるとところで自らが選択している、という気持ちが生まれる。

しかしながら、日本の医療サービスにはそれがない。

## 5 患者参加の意味

### (1) 患者参加の重要性

このように、患者が主体的に医療サービスあるいは医療について考えることが重要だと思われる。

後述する PHR (Personal Health Record) の導入の動きは日本にも出てきている。また、述べてきたように世界的には、患者が診断や特に治療行為に参加するという機運が生まれてきている。

これにはいくつかの理由がある。一つは、疾病構造の変化により生活習慣病が医療の中心になってきているために(表 3)、生活習慣を改善する、あるいは継続的に薬剤を服用する、といった患者の意識が治療の結果を決めることが増えてきているということがある。

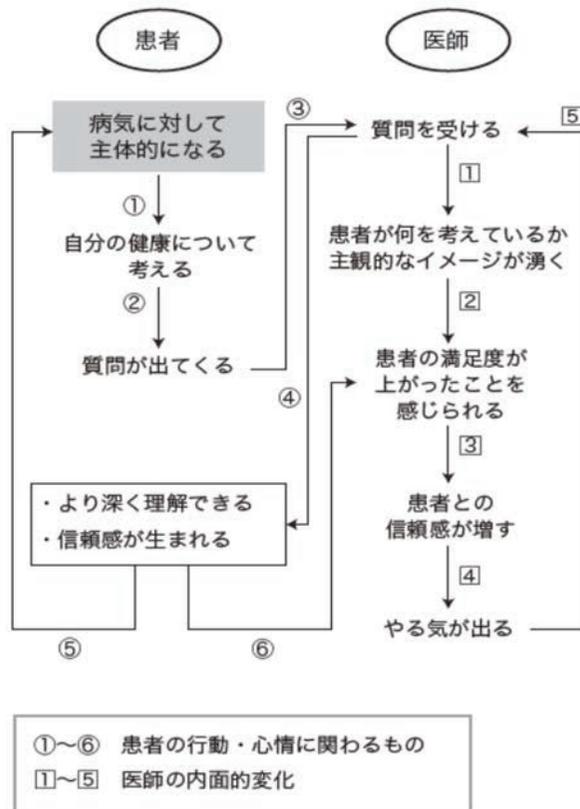
もう一つの理由は、まさに医療に限らない ICT の発達により、患者が自らの選択なり、自らの価値判断を重視する社会風土が徐々に醸成されてきているということがある。また患者の満足度も、自らが選択した結果については、批判なしに受け取り、その結果満足度が向上するということになるし、患者経験という視点においても、選択という経験から参加しているわけだからプラスになるといっていいであろう。

たとえば、筆者は、図 3 のような形の患者参加を提唱している。

表 3 生活習慣病の患者数(推定値)(出典:厚生労働省 2017 年患者調査の概況より作成)

主な傷病	総数	男性	女性
糖尿病	328 万 9,000 人	184 万 8,000 人	144 万 2,000 人
高血圧性疾患	993 万 7,000 人	431 万 3,000 人	564 万 3,000 人
脂質異常症	220 万 5,000 人	63 万 9,000 人	156 万 5,000 人
心疾患(高血圧性のものを除く)	173 万 2,000 人	96 万 3,000 人	77 万 5,000 人
悪性新生物(がん)	178 万 2,000 人	97 万人	81 万 2,000 人
脳血管疾患	111 万 5,000 人	55 万 6,000 人	55 万 8,000 人
慢性腎臓病	39 万 3,000 人	24 万 2,000 人	15 万 1,000 人

図 3 患者と医師の好循環



著者作成

## (2) 患者満足と医療倫理

次に、医療倫理の視点から考察したい。すでに述べてきたように社会保障の一部でもある医療の場合は、単に患者の選択や自己責任とすればいいというものでもない。そのため倫理の視点で患者の選択や患者の参加といったものをどのように考えているかを見てみたい。

医療倫理は、医療の中で倫理的問題の解決への指針となる原則である。「自律的な患者の意思決定を尊重せよ」という自律尊重原則、「患者に危害を及ぼすのを避けよ」という無危害原則、「患者に利益をもたらせ」という善行原則、「利益と負担を公平に配分せよ」という正義原則からなる。

患者の権利に関する世界医師会 (WMA) のリスボン宣言というものもある。これは、1981 年 9 月/10 月、ポルトガル、リスボンにおける第 34 回 WMA 総会で採択  
1995 年 9 月、インドネシア、バリ島における第 47 回 WMA 総会で修正  
2005 年 10 月、チリ、サンティアゴにおける第 171 回 WMA 理事会で編集上修正されたものである。

ここには、以下が定められている<sup>1)</sup>。

### 2. 選択の自由

患者は、民間であると公的であるとを問わず医師や病院あるいは保健サービス施設を自由に選択し変更する権利を有する。

患者は医療のどの段階においても別の医師の意見を求める権利を有する。

### 3. 自己決定権

患者は、自己決定権、すなわち、自分自身について自由に決定を下す権利を有する。医師は、患者が下そうとする決定によりどんな結果がもたらされるかについて患者に情報を提供すべきである。

判断能力のある成人患者は、いかなる診断手続あるいは治療であれ、それを受ける事を承諾あるいは拒否する権利を有する。患者は自己決定を行う上で必要な情報を得る権利を有する。いずれの検査や治療についても、その目的、もたらされる結果、拒否した場合に予測される事態を患者が明確に理解できるよう配慮されるべきである。

### 6. 患者の意思に反する処置・治療

患者の意思に反する診断上の処置あるいは治療は、法が特に許容し、かつ医の倫理の諸原則に合致する場合にのみ、例外的に行うことができる。

### 7. 情報に関する権利

患者は、自分の診療録 (カルテ) に記載された自分自身に関する情報を開示され、自己の健康状態 (自己の病状についての医学所見を含む) について十分な情報を得る権利を有する。しかし、カルテに記載されている第三者に関する個人的情報はその第三者の承諾なしには患者に開示すべきではない。

情報開示により患者の生命あるいは健康に重大な害を与えると信ずるに足る理由がある場合には、例外的に患者への情報開示を差し控えることができる。

情報開示は患者の属する文化的背景に従い、患者に理解可能な形でなされるべきである。

患者がはっきり望む場合、第三者の生命の危機に関与しない限り、自己の情報を知らされずにおく権利を患者は有する。

患者は、自分に代わって自己の情報の開示を受ける人物を選択する権利を有する。

次いで先行している海外の例をみてみよう。

## 6 海外の例

### (1) エストニアの例

1991 年にソ連から独立したエストニアは、ドイツに学んで医療保険制度の導入を図る。疾病金庫という形で健康保険組合ができるが、国で統一されており一つである。把握されている失業者（日本でいう傷病手当金は給与の 8 割で 6 か月間）や障がい者、18 歳までの子供や大学生や主婦（数が少ない）、約半数の成人で給与の 13% になる保険料を支払っている人（個人負担なし）、高齢年金受給者が対象で 94-95% の国民がこの保険に加入しているが、日本のような国民健康保険はない。

エストニアは、英国や北欧のように登録式のかかりつけ医制度をとっていて、1 名の医師に対して 1,200-2,400 名（平均 1,700 名）の登録だという。かかりつけ医への支払いは人頭払い部分と出来高部分のミックスで、病院など専門医への受診には紹介が必要になるが、後述するように患者の基本的なデータは即時共有される。

英国や北欧の国でみられるように、受診には時間がかかるので、早く見てほしい人あるいはいきなり専門医を受診したい人は自費（その後の医療も全額自費）を選ぶ場合もあるという。

医療関連の ICT 化は 2008 年から始まり、ほかの分野と同様にデータ交換基盤のレイヤー、データベースのレイヤー、アプリケーションとサービスの三つのレイヤーからなる。ICT による変化は EHR (Electronic Health Record)、電子画像、と電子処方箋と電子予約（レジストリ）である。電子予約は、診察を受けることができるまでの待ち時間が長いので、せめて医師の予約を取りやすくするために導入されたが、まだあまりうまく機能していないという。その意味では、医療分野の目玉は二つである。一つは EHR や電子画像によるデータの共有化、もう一つは後述する電子処方箋である。

EHR は日本でも、徐々に進みつつあるが、エストニアの場合には、2009 年から、かかりつけ医を含むすべての医師はカルテすべてではなく、その要約を電子化し共通サーバー上で保管する義務がある（ただし罰則規定はないようである）。これによって、当該患者の診察に関係する医師は、家族歴や既往歴、過去の経緯、画像、薬剤アレルギーの有無、薬の服用歴といった医療の基本情報にアクセスできる。

この、サマリーの共有情報は、患者も医師もアクセスが可能である。ここで、EHR と PHR という用語の定義を行っておく。EHR とは医師などの医療従事者が 1 か所以上の医療機関

からのデータをもとに管理することで、病院ではなく、個人が管理する場合を PHR という。その意味では、エストニアは PHR といってもいいであろう。看護師もこの情報にアクセスできる。

どの医師がいつ自分の情報にアクセスしたのかは、患者ポータルを通して患者が知ることができるため、必要以上に医師が自分の情報にアクセスしていれば、おかしいということで確認することができる。さらに患者は、健康保険組合から医師にどのようなお金が支払われたかの詳細をネット上で確認することもできる。

個人情報保護についてはオプトアウトが原則で、患者の方でどの情報を医師に伝える(あるいは専門医に伝える)といったことをコントロールすることが可能である。

「21 世紀のおばあちゃん」という医療サービスも利用可能である。これは、かかりつけ医が 24 時間 365 日電話でアドバイスを受け付けるというサービスである。年に 2 万件のアクセスがある。海外からもアクセスが可能で、一部の国のみであるがその医師が情報を送ったりして、救命できたケースもあるようだ。

エストニアの薬局は 2010 年から薬の処方箋をオンラインで発行することになっているので、患者は処方箋を入手しなくても処方された薬剤を手に入れることができる。継続処方の場合には医師を受診せずに処方してもらうことも可能である。2016 年現在で 99% の患者が電子処方箋を利用している。

これにより、通院回数を最小限に抑えられるので、医療費の削減や患者の時間節約に貢献しているほか、手書きの処方箋によって起きる間違っただけの薬の処方を未然に防ぐことも可能となった。EHR と同じで、医師による処方内容も監視できるため、薬の横流しなど不法行為を抑制する効果も生んでいるという。

## (2) 米国の例

10 万人以上の患者が PHR を利用しているクリーブランドクリニック (オハイオ州) は、PHR のメリットを下記のように評価している。

1. 家族など親しい人に情報を共有することができる。
2. 二重になりがちな、診断や治療を避けることができる。そのために、医療費の節減になったり無駄な時間を減らすことができる。もちろん医療機関のムダも減らすことができるであろう。
3. 患者参加という気持ちになることが容易である。
4. 状況によっては介護者に医療情報を提供することも可能である。
5. 旅行中などの急な疾病や怪我についても情報の提供が可能になる。
6. 他の医者に受診する時も情報の提供が可能になる(米国はかかりつけ医を持っている場合が多い)。
7. 予約やワクチン接種といった予定を忘れにくくなる。

ここでは、筆者が 2019 年 2 月に視察した米国の子供病院の例を紹介しよう。

IT 化には非常に注力しており、2010 年には HIMSS Davies 賞（医療情報管理システム協会 電子カルテ優秀賞）を受賞し、HIMSS Stage 7 レベルであるということで、HIMSS から紹介されての視察になった。

スマートフォンを通しての遠隔医療も積極的に行っている。診療科目は循環器、神経内科、栄養科、内分泌科など 16 科目である。

ただ、日本で言う遠隔医療というよりは、7 日間 24 時間いつでも care connect という形で患者や家族と医師がつながっているというシステムでもある。具体的には、音声、アラーム、テキストデータでつながった遠隔医療でスマートフォンを活用している。コミュニケーション回数は年間に音声で 369,169 回、アラームが 3,398,727 回、テキストが 4,821,006 回であったという。

ちなみに、医師との遠隔診療を行わなかった場合には、10%の患者は何もアクションを起こさず、26%が ER、34%がアージェントケア、28%が医師のオフィス（いわゆる外来）を受診するという。そして分析によればこのシステムの導入のおかげでフロリダ州政府は 134 億円の医療費を削減できたと試算される。

データや生体モニターも共有化されている。自宅で生体モニターたとえば酸素飽和度をモニターしていればそのデータは毎分毎分病院に送られるし、そのデータ自体を患者側も見ることが出来る。

米国の ICT への包括的な取り組みは病院だけではない。

Healthix は全米で最大規模の公共非営利の医療情報交換組織（Health Information Exchange: HIE）である。組織の起りこりは 2005 年にさかのぼるが、統合を重ね現在の Healthix は 2012 年にできた。その後も統合を重ね、現在ではニューヨーク市全域と近隣のロングアイランドの地域の病院から、病院、長期ケア施設、亜急性医療施設、健康保健会社、小規模地域保健センター、開業医、診療所まで約 4400 施設とつながり、登録患者数は 1,600 万人となっている。従業員は少なく 55 名の組織である。また他の公共／民間 HIE と接続し、データを共有しており、この中でも重要なパートナーは SHIN-NY（Statewide Health Information Network for New York：ニューヨーク州全土の医療情報ネットワーク）である。

他の州、たとえばインディアナ州、ミシガン州、オハイオ州、カリフォルニア州、ネバダ州などでも同様の試みはなされているが、ここでの取り組みが規模において全米最大である。ただし、インディアナ州などのようにほかの州でのデータとの共有は行われていない。

なお、データ共有について、医療者は特に新しく入力するといった手間はかからない。患者が直接アクセスすることができない点が、エストニアの取り組みとは異なっている。

これによってより容易にセキュアに（高セキュリティー環境で）患者ケアが医療従事者間で連携できる。個人情報オプトインで許可を取っている。情報共有、連携体制により、患者ケアの品質やスピードの向上ばかりでなく、不必要な検査の重複を避けることもでき、コスト削減にもつながる。実際に、2017 年の 10 月には、48,125 件の患者サマリー、3,470 件の電子カルテが会員によって閲覧された。もちろん、ケアを提供する会員の間での直接のメールなどでやり取りも行われる。

その中のデータには、患者の名前、性別、人種、対応言語、アレルギー、投薬、投薬に対するアレルギー、喫煙の有無、予防接種歴、通院歴、身長・体重・血圧・BMI といった簡単なバイタルサイン、さらには薬局からのデータ、薬剤データ、患者の問題リスト、検査結果、放射線科のレポート並びに画像、病気の診断名、行われた手技、認知力、もし入院したことがあれば退院の時の指示及びサマリーなどがある。

収集管理されたデータをもとに行動をおこすこともこの組織の特徴である、たとえば、かかりつけ医には当該患者がどこかの病院の ER を受診したら、あるいはナーシングホームに入所したらといった情報がリアルタイムに連絡される。患者が万が一死亡した場合にも情報がメールで送信される。2017 年 10 月において、こういった情報が 904,646 件配信されている。

また、収集したデータの予測分析により Population Health Management(PHM)という観点から、地域の人口の慢性疾患の予防から予後までのリスクの低減化に活用もできる。

現在は、ニューヨーク州政府の補助金事業として行っており、無料であるが、どこかで持続可能な事業化を求められる可能性があるかもしれないということであった。

### (3) ドイツの保険制度の展開

述べてきたような動き、つまり情報が個人のモノとなり選択を重視する、という流れと逆の動きも見られる。1833 年の医療保険制度の創設がドイツのビスマルクによることはよく知られている。それ以降ドイツは、1885 年の事故に対する保険の創設、1891 年の年金保険の創設、1927 年の雇用保険の創設、1995 年の介護保険の創設といったように保険制度を充実させてきた。

ドイツの医療保険制度には極めて面白い特徴がある。すなわち、年収が 54,450 ユーロ以上の高額所得者や自営業者、公務員は、必ずしも公的な保険制度に加入しなくてもいいということである。少し説明しよう。ドイツは国民皆保険の国である。したがって何らかの医療保険制度に全国民が加入しなければならない。しかし先ほど述べたように高収入者や公務員は国の公的な保険制度に加入しなくてもいいのである。公務員の場合は各自が民間保険に加入し、その費用を国が各自に償還する仕組みになっている。言い換えれば、これらの人は民間保険に加入してもいいということになる。

民間保険に加入すると提供される医療レベルは公的な保険と同じであるが、診察してくれる医師を選択できる、プライマリケアの医者(家庭医)を通さずいきなり専門の診察ができる、入院の時に個室を選べる、診察の折の待ち時間が短くなるといった、医療周辺のメリットがある。

医療費の支出において民間保険は全体の 8.4%と少額である。しかしながら近年の民間保険を選択できるということに対して批判が起きてきている。つまり公的保険は連帯という原則であるが、民間保険は連帯ではなくあくまで多くの金額を支払ったものが多くのメリットを受けるといった仕組みだからである。

このように社会保障においては、選択がいいものなのか、許されざることなのかという哲学的な課題があることを付記しておきたい。

## 7 終わりに

疾病構造の変化に伴い、客観性のみを追求する医療から徐々に患者の主観的な満足を考慮しなければならない時代になってきている。しかしながら医療においては、情報の非対称性など患者が誤った期待を持つ可能性がまだまだ残っている。ICT の進歩や医療機関側の情報公開やインフォームドコンセントによって、このような間違った期待は今後は減っていくであろう。しかしながら最も重要なことは、患者が自ら病気に対峙する気持ちを持つことである。患者参加の医療と言い換えても良い。

海外の事例を見ても、公的な仕組みの中で、医療情報の共有化が日本以上に進んできている。国民皆保険制度を持たず私的な医療の側面が強い米国においても州が音頭を取って医療情報の共有化に取り組んでいることは興味深い。さらに、患者経験を計測する方法論の開発や、そのデータを用いて保険システムを改善しようとする国も増えている。これは、患者の視点や経験を考慮することの重要性を証明するものである。日本においても、こういった世界の動きに敏感であることが、優れた日本の医療を維持するために必須ではないかと考える。

### [注]

- 1) 世界医師会「患者の権利に関するWMAリスボン宣言 (2005年10月)」

<http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/lisbon2005j.pdf>

### [参考文献]

真野俊樹 医療マーケティング 第3版 日本評論社 2019年

真野俊樹 医療危機 高齢社会とイノベーション 中公新書 2017年

真野俊樹 治療格差社会 ドラッカーに学ぶ、後悔しない患者学 講談社+α 新書 2018年

真野俊樹 米国におきている ICT を含む医療技術の変化とその影響 共済総合研究 Vol.79 (2019.9) 80-97

加藤浩晃 医療 4.0 (第4次産業革命時代の医療) 日経BP 2018年健康保険組合連合会『医療に関する国民意識調査』(2013) <http://www.kenporen.com/include/press/2011/20111117.pdf>

Healthix ホームページ. <http://healthix.org/>

The Nemours ホームページ. <https://www.nemours.org>

Chris Salisbury, Marc Wallace, Alan A Montgomery, Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling

BMJ 2010; 341 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c5004> (Published 12 October 2010) Cite this as: BMJ 2010;341:c5004