

医療機関のアカウンタビリティ：ガバナンスの要素として

真野俊樹

多摩大学 客員教授

## 1. アカウンタビリティとは

アカウンタビリティ(accountability)とは「説明する責任」あるいは「説明責任」と訳される。アカウンタビリティ論には1)会計および監査、2)情報公開、があると考えられる。

1)では会計学や監査論の中心概念としてアカウンタビリティが考えられる。この場合には、アカウンタビリティとは、財産管理者の受託者責任の存在を前提として、その受託者責任の成立から解除に至るプロセスを会計的に説明することを意味する。すなわち、経済活動を行っている企業(営利組織)と自治体および非営利組織では、ある期間の活動とか、ある時点の状態に関する報告書を外部に開示している。その目的は、企業の場合、資金を提供する経済主体(株主、銀行)等に対して、自治体等では、税金を払う経済主体、さらに銀行および債券の購入者等に対して、行った活動等について説明する責任を果たすため、この説明責任のことをアカウンタビリティと言う。

有限責任制度に基づく株式会社制度における経営の委託と受託の関係からは、経営者の株主への受託責任とアカウンタビリティがある。会計とは財産運用の「受託者」から「委託者」へのアカウンタビリティを果たす主要な手段で、業務遂行に対する評価のもとになる。

一方2)では、近代市民社会における自由と平等の概念と密接にむすびつく。この場合には、会計にとらわれず、政策形成、財・サービスの供給等、受託者責任の遂行、公的説明責任をアカウンタビリティととらえるので、1)も含み、より広い概念になる。

この報告書では、2)の立場をとる。

2)の立場では「患者の権利」の考え方も重要になるので、ここで確認しておきたい。すなわち、医療の場合には、「患者」という弱者を扱う性質上、弱者である患者の権利が明確化されている。

例えば、1973年にはアメリカ病院協会は「患者の権利章典」を発表し、そこでは患者は、思いやりのある、人格を尊重したケアを受ける権利があるとされている。

そして、1991年に入院時に病院側から患者自身に自己決定権があることを告げることが義務づけられている。わが国でも、患者の自己決定権という欧米の考え方が導入され、1997年の医療法改正では、医療担当者は適切な説明を行い、患者の理解を得るよう努めるべきことが明記されている。

日本でもこういった動きは出てきている。患者の権利章典に関しては、2001年に、東京都衛生局が「都立病院の患者権利章典」を公表している。その要旨は「患者は、患者中心の医療の理念のもとに、人間としての尊厳を有しながら医療を受ける権利を持っている。また、医療は患者と医療提供者が互いの信頼関係に基づき、協同して作り上げていくものであり、患者が主体的に参加するのが重要になる」とある。

患者の権利として、具体的には①良質な医療を公平に受ける権利がある、②人格を尊重され、医療提供者との相互の協力関係の下で医療を受ける権利がある、③診療に関して十分な説明、情報を受ける権利がある、④治療方法などを自分で選択する権利がある、⑤自己の診療記録の開示を求める権利がある、⑥診療過程で得られた個人情報の秘密が守られ、私的な生活を乱されない権利がある、⑦研究途上にある医療に関して、十分な情報提供を受けその諾否を決定する権利および何らかの不利益を受けることなしにいつでも拒否する権利がある。

さらに、この章典は、次のような患者の責務をも強調している。①医療提供者に対し、患者自身の健康に関する情報を提供すること、②医療上、理解できないことについて質問すること、③他の患者の治療や病院職員の医療提供に支障をきたさないように留意すること。つまり、患者としての権利は認めます。しかし、患者自身もそれだけの責任は持つてくださいといているのである。

このなかで、情報提供といった部分が強調されていることに留意されたい。

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に、プログラム評価を導入してきた。そして、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、注目されたのは1970年代であったが、その後は、あまり影響力をもつことはなかった。それが、1990年代以降、アカウンタビリティの確保は医療システムにおけるもっとも重要な課題の1つとなってきている。

1990年代以降、米国の医療システムにおいて、アカウンタビリティが重要な問題となった理由を、堀・印南(2001)は以下の4つに分けて述べている。すなわち(1)社会全体としてのアカウンタ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(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つである。

次にアカウントビリティの手続き (procedures) について考えたい。手続きには、2つの構成要素があると考えられている。第1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。

医療におけるアカウント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トビリティに関する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)政治モデルを考えたい。

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ト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、「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、保険のみならず、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。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トビリティは確保される」ということを強調する。

他のモデルと異なり、政治モデルでは、主要なアカウント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、アカウント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目標にする(Emanuel & Emanuel, 1996)

## 2. 内部組織の問題

さて、そのような環境下で、日本においても情報提供あるいはアカウントビリティが重要な意味を持つはずの医療機関であるが、この部分については、「不足している」という多くの批判がなされている。正木(2003)は病院組織の持つ問題点について、アカウントビリティの弱さを指摘しているが、現状認識にとどまっている。

その原因について、内部要因と外部要因に分けて考察してみたい。まず内部要因であるが、医療機関の内部構造上アカウントビリティが徹底しにくい構造になっている。もっとも重要なことは、医療機関内で職務責任と権限が不明確であることである。

医療機関組織では医師に権限が集中していて、医師の指示がないと看護師をはじめ医療従事者が動くことができない場合が多い。しかしながら医師がすべての医療プロセスを管理しているわけではない。逆に言えば、医師も業務のモニタリングができない範囲まで権限がある一方で、責任を持たされているし、医療従事者は責任の範囲が少ないとも言える(ただし、最近の医療事故では医師のみならず看護師が訴訟の対象になる場合が出てきている)。また、モニタリングが十分されていない範囲では、権限を行使し、あとで医師の確認を求める場合もある。

医療機関には後述する ISO にみられるような内部監査の機能は見られない。また医療行為についても、日本の病院においては厳密な Peer Review は行われていない。カンファレンスの場で様々な討論は行われるが、データベース化しているわけでもなく、必ずしも知識の蓄積につながるとは言えない。

こういった環境下では、アカウントビリティを積極的に果たそうとはしないし、また求められても誰がどのような情報を説明あるいは公開すべきかが不明確であり、効果的なアカウントビリティを果たせない。

さて、外部の問題はどうであろうか。

## 3. 外部への発信の問題

同じように、外部からのアカウントビリティへの圧力が少なく、いかにすれば医療機関組織のガバナンス(統治)構造がしっかりしていなかったといえよう。資金調達に間接金融、すなわち銀行借入が主体でありかつ銀行の担保主義によって、必ずしも情報開示によるリ

スク評価が厳密にできていたとはいいがたい。したがって銀行への財務公開はアカウントビリティの視点からは貧弱なものにとどまった。しかしながら、これは医療機関のみの特徴ではない。むしろ日本的な経営財務の特質ともいえる。以下、医療機関について考える前に日本の企業の特徴と背景について考えてみたい。

戦後の日本企業の資金需要は旧財閥系の金融機関を中心とした系列融資(間接金融)主体であり、自己資金比率が低かった。そして、借入金依存体質が銀行(メインバンク)による融資の系列化をもたらした。

さらにいえば、ここからは必ずしも医療機関にあてはまる議論ではないことを再度確認しておきたいが、日本的な経営財務の特質としては、配当性向が低く、内部留保性向が強いこともあげられよう。したがって、今日の大企業の資本金構成は資本金(株主資本)が少なく、資本準備金・利益準備金やその他の剰余金が多額になっている。これは株主配当分の留保として考えるよりも、企業が獲得した価値を企業そのものの取り分と考えているのが一般的であることの裏返しで、経営者や従業員は創意工夫の提供を通じてこの部分の増大に大きく寄与しているという考え方である。これは、日本の個人投資家が未成熟であったためであるといわれ、近年では外国人あるいは機関投資家の圧力あるいは敵対的 TOB といったものでゆらぎつつある。

要するに、戦後の日本企業の配当政策は株式相互持ち合いによる株主利害の圧力がないので、より多くの利益を株式配当に向けるのではなく、社内留保に回したといえよう。間接金融中心であったので、大株主でもある金融機関の利害を優先して、企業の借入金返済能力の維持・強化に向かったのである。

最近のアカウントビリティ強化論には、このような企業そのものに対する考え方の変化が背景にある。さらに、粉飾決算問題もこれに輪をかけている。いいかえれば、会計理論と会計実務との乖離、粉飾・利益操作・情報の隠匿がある。例えば、1998年秋に日本長期信用銀行が破綻、粉飾決算をしていたことがあきらかになった。このときには、元頭取が粉飾決算に関して証券取引法違反と商法違反に問われた。

もちろん、こういった文脈はアメリカ型のガバナンスを肯定するものとはかぎらない。日本型雇用慣行(終身雇用、年功序列、企業別組合)は高度成長を支えた日本独自の制度として国際的に有名になったが、1990年代以降の時代環境の激変とともにその内容も変わり

つつある。しかし根底にある日本の社会や価値観のすべてが変わったわけではない。歴史、文化、伝統を異にする社会基盤に米国型の企業統治の仕組みを直そのままにとりいれると日本経済の強さがすべて損なわれることになりかねないとの危惧もあろう。一部の日本の米国流経営学者や投資ジャーナリズムは、経営の目的は株式価格(企業価値)の向上にあり、取締役は、株主の信託を受け、経営陣や従業員から独立し株主を代表して経営の執行を監督管理しなければならないとしている。

しかしながら、一方では、共同体である企業の目的は経営の長期的存続と発展にあるという考え方もできる。この場合には、社会との調和と雇用、および広い意味では雇用者も含むステークホルダーへの満足追求が最重要課題である。この意味で、取締役会は、この目的の下に資本の受託者として経営の執行、管理状況を監督し、利害関係者に一定の責任を果たさせることが使命であると考えられる。外国のものまねでなく、社会基盤に合致した独自の企業文化の創造こそが会社発展の鍵であることを認識すべきかもしれない。このように、企業についても議論は1枚岩ではないことを確認した。ただし、統治構造に様々な議論はあるにせよ、2)の視点も加えれば、アカウンタビリティの重要性は減じられることはない。

以上は、むしろ最初に述べたアカウンタビリティの1)の視点であるが、2)の視点からは、消費者との情報の非対称性、したがって外部への発信の意味が少ない点が指摘される。さて、ここで最近よく指摘される企業の社会的責任についても確認しておこう。ここで、企業と表現したが、広く組織の意味にあてはまるので、以下、組織と表現する。

組織は、社会とのつながりをいろいろな表現であきらかにしているが、そのなかで最近特に多いものが「社会貢献」である。この「社会貢献」の意味を探るために、まず、企業が「社会貢献」という言葉で示す様々な表現とその内容を調べることにしたい。

(1)「社会に貢献する」――まず、「社会に貢献する」は多くの会社が用いている。例えば凸版印刷などは、経営信条の第1で「われわれは、社業の発展を通じて社会に貢献する」と述べている。

(2)「貢献する社会の形状」――次に、どのような形状の社会に貢献するのか。この社会についての形容詞を拾うと、「豊かな、生き生きとした、クリーンで・クオリティの高い、豊かで・ゆとりのある」などという言葉が「社会」についている。

(3)「創造・建設をする対象としての社会」——また、各社の経営理念は、社会を動かしていく総体とみるのではなく、創造・建設をする対象とみている。すなわち、「社会づくり、人間社会の実現、地球社会の建設、生活基盤づくり、人間環境づくり」、こういったものへの貢献である。

(4)「社会の向上・発展への貢献」——そして、社会についてとくにその発展や繁栄を志向し、これへの貢献を考えている会社もある。「社会の向上・発展、社会の繁栄、人類社会の幸福」への貢献といったものである。

(5)「文化への貢献」——社会貢献というよりも文化貢献をめざしている会社もある。「生活文化への貢献、快適なヒューマン・ライフづくり、豊かな未来、心豊かな暮らし」への貢献である。

この中の多くに、医療機関の目的にほぼ重なる部分が多いことに注目したい。すなわち、医療機関はあえて社会貢献を強調しなくてもそのものが社会貢献をしているといえよう。

さて、組織の社会貢献の方法・手段であるが、その方法には、次のように各種のものがある。

(1)「業や事業領域を通じて」——「業や事業領域」を通じて社会貢献するという場合。

(2)「製品・サービスを提供することによって」——「製品・サービス」を提供することによって社会貢献する場合。

(3)「技術の革新によって」——「技術の革新」によって社会貢献するというものであり、「技術立脚の精神、技術に挑戦、経営と技術の絶えざる革新、創意と工夫をこらす、能率を高めること」など、各種のものがある。

(4)「新しい価値の創造によって」——また、「新しい価値の創造」によって社会貢献をするという場合がある。「新しい価値の創造」に類似したものとして「確かな価値の創造、新しいライフスタイルの提案、快適な時間・空間の創造」などがある。

(5)「『お客さまの満足』を第一義として」——顧客に目を向け、「お客さまの満足」を第1にして社会貢献をしようという場合。

また、「社会の公器性」に関わる5つの社会貢献事業とは次のものである。①情報公開、②環境問題への対応、③社会への貢献、④文化・スポーツ活動への支援、および、⑤社員への還元(長銀総合研究所『尊厳なき企業の崩壊——「人間本位」の企業理念の研究』PHP



研究所、1993年、201～3ページ)。

以上、概観してきたように医療機関には、本来行っている業務が社会貢献の度合いが強く、それがゆえに情報公開、情報提供といった手段によって、社会貢献の内容を示す必要性が乏しく、日本的な環境の下で外部からの情報公開への圧力は少なかった。かつ情報の非対称性があり、医療サービス提供の需給バランスも供給サイドが少なかった時期が長かったために、医療機関側からの情報発信のインセンティブが少なかったといえよう。

#### 4. 外部からの評価

上記の議論のうち、外部からの評価の部分についてももう少し詳しく見ていこう。日本では2004年時点でも、医療機関は外部からの評価を受けているものが少ない。ランキングや評価は、レストランや教育機関に多く見られるように、サービス業になじむものである。モノの評価は規格に合うかどうか、有形であるためにじっくり評価ができる。その意味では、無形でやりとりするサービスこそ、外部からの評価が必要である。ただし、手術などは「信頼財」(消費者が経験しても真価を評価できない財)、過程が重視される生活習慣病などの治療は「経験財」(経験しないと評価できない財)なので、购买前に商品の属性を把握しやすい「探索財」よりも複雑であり、医療は評価しづらい面がある(図)。

そこで、様々な観点からの評価が登場しつつある。これらの評価が何を目標にしているのかを明確にすることが重要である。外部からの評価については大きく分けて2種類ある。これらは、1)医療機関自体の評価、2)提供されている医療機関情報、健康情報の評価であり、これは両輪になるべきものであるが、日本においては過去には両者とも存在しなかったともいえる。

さらに、評価の視点別に、①患者側に立って「過程」を重視するもの(『オリコン』の本など)、②専門家の視点で「結果」を重視するもの(『宝島』の本など)、③第三者の視点から「仕組み・構造」を重視するもの(日本医療機能評価機構の審査など)——の3種類に分類される。

ただし、現状の評価が内容的に十分満足できるものではない。ランキングは、病気にかかっていない人には不要で、かかってこそ必要になるもので、能動的に行くことができるレストランのランキングとは異なる。さらに、今のランキングは、受診する場合において

もやっと手がかりになるかどうか、という程度のものである。評価の基準がブラックボックス化しているものや、示されていても医療機関の一部の機能に着目しただけのものも多く、ランキング会社の認定などが必要かもしれない。

ここでは、ランキングに対する論評は避け、評価機関について考察を進める。

#### 4.1. 米国の評価機関の例：

##### 4.1.1. 医療機関自体の評価

###### 4.1.1.1. JCAHO

JCAHO は、現在までに 18,000 近いヘルスケア関連施設やプログラムの評価・認証を行っている非営利組織である。「ヘルスケア関連サービスの認証と、その質の向上を支援するための関連事業の提供を通じて、人々に提供されるサービスの質を向上させる」事を組織の使命としている。そもそも、1951 年に JCAH(Joint Commission on Accreditation Hospitals) として発足した。医療機関をその事業対象として発足した同組織は、その後、1966 年には長期介護施設(Long Term Care)をはじめ、ホスピスやホームケアの認証を開始している。JCAHO は審査だけでなく、事故情報の収集と分析を行い、再発防止策の勧告も行っている

この機関は、後に述べる日本医療機能評価機構が範としている部分もあり、日本でも著名である。

###### 4.1.1.2. NCQA

NCQA は 1990 年に設立された民間の非営利団体で、人々に提供する医療の質の向上を任務および目標としまつてもっとも広く信用されている情報源となることを目指している。NCQA は医療組織の品質の評価と報告を行うことでよく知られている。消費者は NCQA が提供した評価や情報を参考にして、自分の医療を選択する。NCQA は自社が評価している組織、医療を受ける人及び、医療保険や医療提供者を選ぶ人の意見と支援によりその品質評価プログラム開発をしている。

米国において、マネジドケア組織 (MCO) のアカウントビリティあるいは評価については、米国独特の文脈があることの注意しなければならない。

すなわち、1980 年代半ばから急激に台頭してきた MCO は、医療の管理とコスト (医療

費)の管理をバランスをとって運用する保険のシステムであるが、実態はそうではなくコストつまり医療費を削減することに傾注するあまり医療の質を犠牲にしている、との批判が、取り分け新興の営利 HMO に浴びせられた。批判をかわすために各 MCO は自己評価やピアレビュー(同僚評価)の方法を試みたが、第三者機関による評価でなければ信用しないのが、米国社会の一般的風潮であり、さほど効果はあがらなかった。マネジドケアのアカウントビリティ(説明責任)を高める必要から、民間の第三者機関として NCQA が誕生したわけである。

NCQA による品質評価の方法は 3 つあり、保険の機能を評価する「認定制度」(Accreditation)、保険のパフォーマンスを測定する HEDIS(Health Plan Employer Data Information Set)、加入者の経験・満足度を評価する消費者調査の CAHPS(Consumer Assessment of Health Plans Study)からなる。

評価認定のための調査は、契約した医師やマネジドケアの専門家ら 4~5 人で構成するチームが保険会社や医療機関に直接出向いて行う。総勢 300 人ほどが調査活動に従事している。

評価認定は従来、HMO の機能に照らして次のような区分・枠組みの中で行われてきた(数字は配点)。

- ・ Quality Management and Improvement(QI)=信頼性の確保と維持(35%)
- ・ Utilization Management(UM)=医療資源適正使用管理(10%)
- ・ Members Rights and Responsibilities(RR)=加入者の権利と義務(25%)
- ・ Credentialing and Recredentialing (CR)=医療提供者の資格審査と再審査(10%)
- ・ Medical Records(MR)=診療録(10%)
- ・ Preventive Health Services(PH)=予防医療(10%)

これら 6 項目は評価のカテゴリーであって、実際には 50 項目(大項目)以上に及ぶ基準(Standards)に照らして審査される。認定結果は現地調査の評価に基づき次の 5 段階に分けて行われる。HMO のうち約半数が認定を受けているという。段階は下記のとおりである。

- ・ Excellent (卓越)
- ・ Commendable (優等)
- ・ Accredited (認定・1年以内に別途審査)

- ・ Provisional (暫定)
- ・ Denied (非認定)

NCQA の年間予算は約 2500 万ドル(1999 年時点)で、認定審査手数料が3分の1を占め、その他は財団からの助成金、教育事業収入、教科書・CD-ROM などの販売収入、大企業(製薬会社)の協賛金、州政府との契約による収益などによって賄っている。

#### 4.1.2. 提供されている医療機関情報、健康情報の評価

これは、インターネット関連の情報が中心になる。

##### 4.1.2.1. URAC

もともと URAC は “Utilization Review Accreditation Commission” の名前であったが、American Accreditation Health Care Commission Inc. を使用している。業務内容は医療組織における医療の質と責任を向上させる為、認定プログラム、教育研修プログラム等の事業を行っている。プログラムは主要な医療組織が作成し同意に至った 50 の基準を基盤とし、医療ウェブサイト認定プログラムである URAC には 2001 年の 12 月に導入以来、17 組織が参加している。これらの基準は諮問委員会が管理し監視しており、このプログラムはオンライン上に医療サイトを持つ、消費者志向の会社のためのものである。基準は以下の項目に適用される。

- ・ 開示
- ・ 医療コンテンツおよびサービスの提供
- ・ リンキング
- ・ プライバシー
- ・ セキュリティ
- ・ 責任
- ・ ポリシーと手順
- ・ 品質監視委員会

##### 4.1.2.2 Hi-Ethics

インターネットでヘルスケア情報のウェブサイトを運営する 16 大手営利企業が中心になって 1999 年 11 月に発足したものである。2000 年 5 月に 14 項目からなる倫理綱領を作

成している。

#### 4.1.2.3 IHC(The Internet Healthcare Coalition)

インターネット上での質の高いヘルスケア情報の確保のためにコンシューマからの医療機関、ヘルスケアビジネス企業に至る幅広い領域からのメンバー参加を得て、2000年5月にeヘルス倫理コード(eHealth Code of Ethics)と呼ばれる8項目の倫理コードをまとめている。「eヘルス国際倫理コード(eHealth Code of Ethics)」は、消費者がインターネット上の医療・健康関連の情報、製品、サービスを安全で信頼できる環境で利用できるよう、プロバイダーである企業、組織、個人が自主的に遵守すべき事項をまとめた国際的な倫理綱領であり、以下の項目からなる。

- ・ Candor(公正さ)、
- ・ Honesty(誠実性)、
- ・ Quality(質)、
- ・ Informed Consent(リスクの開示と決定権の確保)、
- ・ Privacy(プライバシー保護)、
- ・ Professionalism(プロフェッショナリズム)、
- ・ Responsible Partnering(責任あるパートナーリズム)、
- ・ Accountability(説明責任)

ここに Accountability という言葉も含まれている。

これらを受けて、日本でも第三者評価機関がいくつかわれつつある。

## 4.2. 日本での例：

### 4.2.1. 医療機関自体の評価

#### 4.2.1.1. 医療機能評価機構

ホームページなども充実しており省略

#### 4.2.1.2. ISO

ISO 自体は国際規格として有名であるが、医療機関でもこの認証を受けるところが増えてきて

いる。医療機関における ISO 取得の価値は、下記のようにいえる。ISO 自体は Accountability にフォーカスしていないが、認証の取得を示している医療機関は多い。

1)標準化：ISO では、一定品質のサービスを提供するための、または環境に配慮した経営活動のための、病院としてあるべき仕事の仕方を明確化(明文化)することが求められ、さらに病院が定めた方法通りに実行されているかどうかをチェックしあう仕組みを作ることが求められる。

2)継続的な医療の質向上：ISO には、「内部監査」「マネジメントレビュー」といった、自らの組織の力によって、継続的に業務の見直しを図っていく仕組みを作ることが求められる。いいかえれば、トップの定めた目標の実現に向けて継続的に自らの業務を向上し続けることが求められ、目標自体もより高い目標へと高め続けていくことができるシステムである。

3)部門間連携の強化：ISO はトップの方針に基づく病院全体のマネジメントシステムである。ISO のシステムには医師を含めて病院の全部署が参画しなければならないので、ISO のマネジメントシステムの構築を通じて、組織間の連携強化が実現できる。また職務権限、責任が明確になるために、Accountability を見直しやすくなる。

4)医療事故防止：ISO9000 の品質マネジメントシステムにより、医療事故や医療ミスを防止することができる。

#### 4.2.2. されている医療機関情報、健康情報の 提供評価

##### 4.2.2.1. 医療健康情報認証機構 (Japan Accreditation Council for eHealth Information ? JACHI)

Physician(ドクター)、Payer(保険者・患者)そして Healthcare Provider(医療情報提供者)に関する医療情報を総合評価し、より有効で供給可能な eHealthcare システムの成果を享受出来る様にするとともに良質な eHealth Information を活かして eConsumer(医療消費者)がエンパワーしていくものという考え方で、URAC にならって、

- ①開示事項 (Disclosure)
- ②医療コンテンツ (Health Content)
- ③リンクング (Linking)
- ④プライバシー (Privacy)
- ⑤セキュリティ (Security)

⑥マネジメントポリシー (Management Policies)

⑦品質 (Quality)

⑧責任 (Accountability)

について基準を設けている。

#### 4.2.2.2. 特定非営利活動法人日本インターネット医療協議会

この法人は、上記の目的を達成するため、特定非営利活動にかかる事業として次の事業を行うものである。

- (1) インターネット医療(eヘルス)の提供・利用に関する調査研究
- (2) インターネット医療(eヘルス)に関するガイドラインの策定及び運用
- (3) Web サイトの評価認定プログラムの開発及び運用
- (4) プライバシー保護、セキュリティに関する研究及び教育研修
- (5) インターネット医療(eヘルス) に関する研究会の開催
- (6) 医療・保健・福祉にかかる情報システム及び新規技術の開発提供
- (7) 内外の関係機関、諸団体との交流活動等
- (8) その他、第3条の目的を達成するのに必要な事業

## 5. まとめ

医療機関には、本来行っている業務が社会貢献の度合いが強く、それがゆえに情報公開、情報提供といった手段によって、社会貢献の内容を示す必要性が乏しく、日本的な環境の下で外部からの情報公開への圧力は少なかった。かつ情報の非対称性があり、医療サービス提供の需給バランスも供給サイドが少なかった時期が長かったために、医療機関側からの情報発信のインセンティブが少なかった。さらに医療機関の内部構造も情報公開への積極性についてマイナスに働いた。

しかしながら、日本でも米国で見られたように医療をめぐる環境が変わりつつある。その中で、「説明する責任」あるいは「説明責任」であるアカウンタビリティが重視されてきている。さらに、1)医療機関自体の評価、2)提供されている医療機関情報、健康情報の評価という両輪においてもいくつかの評価機関が動き出しており、逆に医療機関側もこうい

った評価活動に積極的に参加することが、公益性につながる政治モデルのアカウンタビリティ確保に重要になろう。



## 参考文献

1. 上島鳴夫、飯塚悦功、小柳津正彦、黒田幸清、棟近雅彦(2003)『医療の質マネジメントシステム—医療機関における ISO 9001 の活用』日本規格協会
2. 孔泰寛(2002)「日本の医療におけるアカウントビリティの現状と課題? アカウントビリティの前提となる評価システムを中心として」同志社政策科学研究第4巻
3. 堀真奈美・印南一路(2001)「米国医療におけるアカウントビリティの概念と動向」会計検査研究 23号
4. 正木義博(2003)「これからの病院経営をどう考えるか」『病院経営の再生と実務』銀行法務 21 別冊 経済法令協会
5. 真野俊樹(2004)『医療マネジメント』日本評論社
6. 真野俊樹(2003)『医療マーケティング』日本評論社
7. 山崎泰彦・尾形裕也(2003)『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社
8. Emanuel & Emanuel (1996)「What is accountability in health care」 Ann Intern Med 124

消費者の評価による商品の分類

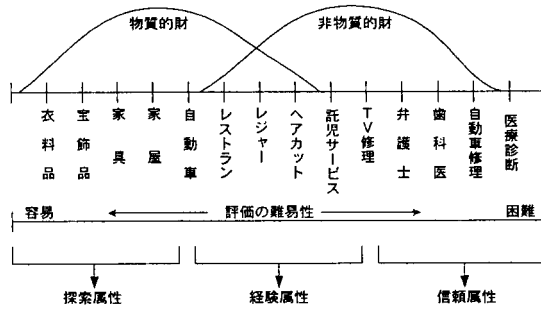


図 1