St. Luke's International University Repository

3. 医療の不確実性と質をどう評価するか？

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2012-06-19 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 中山, 和弘 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/9146

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.

賢い患者・市民になるための

「ヘルスリテラシー」講座

Health Literacy



医療の不確実性と質をどう評価するか？

情報としての確率から意思決定する時代に

みなさんは、降水確率が何％なら傘を持って出かけますか？ １９８０年代から降水確率が出るようになりました。当時は困惑したものでしたが、今ではすっかり慣れてしまい、野球などのスポーツでも、「○○率」という確率が当然のように表示されています。

ここに、時代による変化を見ることができます。「天気予報」の名称は90年代から「気象情報」に呼び変えられました。気象のような自然や、その一部である人間に起こることは不確実です。以前は専門家だけがその予想をしていて、はずれた場合には批判の的になっていました。それが今や情報としての確率が提供され、受け手が自分で意思決定する時代になってきたのです。

健康や医療でも同じことが起こっています。タバコを1日1箱以上吸うと10倍肺がんで死亡しやすいとか、手術をしたほうが他の治療法より5年後の生存率が1・5倍高いなどといった情報です。この場合の「しやすい」、「なりやすい」とは、過去のデータからの予測であって、一人ひとりの将来は不確実なものです。

人間は複雑で自分とまったく同じ人はいないので、１００％予測できることはあり得ません。遺伝的には同一の一卵性双生児でも行動は異なるので、かかる病気も違ってきます。現代では死亡原因の半分は不健康な行動によるものですが、タバコを吸っていても元気な高齢者がいるように、個人差はどうしても残るものです。

しかし、一人ひとり違うから一概には言えないというのでは、科学は不要です。現在では過去の多くの人たちのデータから、良いことや悪いことが起こる確率を見出すことができます。それが情報として公開されて、活用することができれば、意思決定の材料になるわけです。

医療におけるリスクとベネフィット

もし、自分が病気になったとき、例えば、初期の胃がんが見つかったと言われたらどうでしょうか？ 誰もが、良い病院で良い治療を受けたいと思うでしょう。その場合の「良い」とは、リスク（危険）が少なく、ベネフィット（利益）が多いことです。リスクは次の式で表すことができます。

リスク＝損失の発生確率×損失の大きさ

原発は事故が起これば損失は計り知れませんが、その確率が低いという前



聖路加看護大学
保健医療社会学・
看護情報学教授
中山和弘
なかやま かずひろ

1985年東京大学医学部保健学科（現健康総合科学科）卒業、92年同大学院修了。保健学博士。東京都立大学、愛知県立看護大学等を経て、2001年聖路加看護大学助教授、04年より現職。ヘルスリテラシーの向上、意思決定と行動変容等を研究テーマに、精力的に活動を展開。
『健康を決める力』http://www.healthliteracy.jp/
Twitter　http://twitter.com/nakayamkazhiro

提で受け入れられてきました。リスクがゼロでないのは医療も同じです。医療の場合のリスクには、死亡や後遺症、有害な副作用、診断・治療ミスなどが挙げられます。手術や放射線治療を受けるにしても、まずはそれによるリスクの程度が関心事です。

Ⅰ期の早期胃がんでは、適切な治療を受ければ5年間の相対生存率（同じ年齢・性別の集団と比較した生存率）は99％以上ですが、がんの進行に伴い生存率は低下していきます（**図**）。これは生存という点ではリスクと捉えることができます。

情報の公開と共有が医療の質を高める

このような数値は、全国の医療施設でまったく同じとは限りません。治療の方法が同じだとしても、その前後のケアや療養生活の送り方が関係します。また、医療者や患者・家族がその意思決定に同じように満足していれば、納得してスムーズに進みやすいでしょう。そのためには、情報の共有が不可欠です。

1995年に設立された日本医療機能評価機構では、各病院の審査・評価を行うとともに、その結果を情報として公開しています。加えて最近では、各病院でも治療成績などの情報を公開するようになりました。こうした取り組みは、単に患者を集めるためのものではなく、病院が自院の長所と欠点を知り、質を改善するために行われています。「医療の質」と呼ばれるもので、その評価には次の3段階があります。

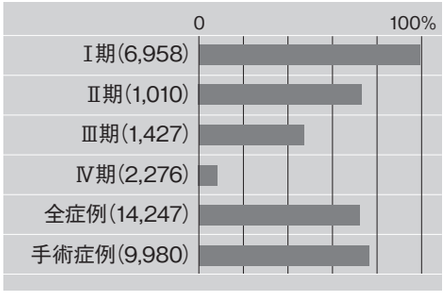
■構造（ストラクチャー）：医療をどのような人やモノで行うのか。施設や設備（患者の安全、権利やプライバシーを含む）、医療スタッフの数や専門的知識や技術（各種の認定や資格）、医師や看護師の人員配置基準（患者数に対する医師や看護師数）などです。それらにどれだけのお金を使うのかも含まれます。

■過程（プロセス）：医療がどのように行われたか。医療者の態度や行動などで実際に行われた治療や看護、リハビリ、栄養管理、在宅復帰や在宅療養の支援、心理的支援や社会復帰の支援、患者・家族の相談や苦情の受け入れや意見の尊重などが該当します。エビデンス（科学的根拠）に基づいた「患者中心の医療」が求められ、意思決定やヘルスリテラシーの支援も重要になってきています。

■結果（アウトカム）：医療が行われた結果、治療や看護の結果としての患者の生命や健康、QOL（生活の質）がどうなったか。再入院率、感染症率、合併症率、死亡率、褥創（じょくそう）発生率、転倒・転落率などの問題に加えて、患者の満足度も重要です。患者（または消費者）満足度調査を行い、分析・評価後に公開して、また意見を募集するという改善の仕組みができている必要があります。

詳しくは、『健康を決める力』（http://www.healthliteracy.jp）の「エビデンスとナラティブを生かす健康資源」をご覧ください。

図　胃がんのステージ別5年相対生存率



全国がんセンター協議会「生存率協同調査」より
※1997-2000年：初回入院治療症例、（ ）内の数字は症例数

次号テーマ（予定）／「EBMとNBM」