

伊藤・葛西論文に対するコメント

印南 一路*¹

本論文は、日本における地域の急性期医療機関の診療の質を評価するに際しての情報上の問題点を指摘した論文である。問題点は二つある。まずは、診療の質に基づく個別医療機関を評価し、その評価に基づく支払い制度の設計を行い、患者による医療機関の選択を合理的なものにするためには、治療開始時の重症度評価や転帰に関するアウトカム情報が不可欠であるが、それが欠けているために、評価自体の精度が落ちていることである。第二の問題点は、少数事例のマスクングが行われているために、分析評価上の問題も生じていることである。本特集にに掲載されている筆者らの別論文とも合わせ、具体的な分析を行った上での議論であり、その意味で説得力が高い。結論としては、重症度情報などの入力義務化および少数事例のマスクング（秘匿化）の廃止が政策的課題であるとしている。この2つの政策的課題を中心にコメントしたい。

まず、治療開始時の重症度情報の入力、死亡等の転帰情報、再入院率等のアウトカム情報は、個別医療機関の評価に不可欠であるが、最も詳しいDPCデータでも、重症度情報は欠損値が多いという問題点を本論文は指摘している。これらの情報が欠如したまま、個別医療機関ごとの治療成績を公表することは、重篤な患者の受け入れ回避という副作用があることは米国の研究でも明らかになっており、本論文が主張する通り、これらの情報の入力の義務化が必要であろう。

特に、日本では患者の医療機関へのフリーアクセスがほぼ完全に保証される一方、患者が質

の高い医療を提供する医療機関を選択しようにも適切な情報がないという現実がある。その意味で、患者に分かりやすい形で、個別医療機関の診療の質を評価し公開することの重要性は特に高い。ただし、全疾病について、この情報を入力し、重症度別の治療成績を計算することは、その費用対効果を含めて検討することが必要ではないかと思われる。

少数事例のマスクング（秘匿化）については、DPCデータ、病床機能報告、院内がん登録も含め、0～9件（10件）が「—」でマスクングされているという問題点を指摘している。日本の医療機関は小規模なものが多いため、特にこの問題は深刻であると言えるかもしれない。

マスクングの問題は、2段階に分かれる。一つは、0件を含めて「—」とすることの不合理性である。個人情報保護の観点からみても、0件まで「—」に含めることには評者も首をかしげざるを得ない。むしろ、一定の地域や個別医療機関での0件は、「0」と表示することに臨床研究や疫学研究上も意味がある場合も少なくないと思われる。

もう一段階は、マスクング自体の廃止の問題である。米国のメディケア・データでも、マスクング自体は廃止していない。論文が書いているように、「少数事例は、個人特定の可能性がある情報とされ、特定可能性回避の名目で、個人情報保護委員会のガイドラインをふまえて秘匿化されている」ので、秘匿化自体には一定の合理性があることが推察される。したがって、マスクング自体の廃止まで訴えるには、もう少し丁寧な議論が必要であろう。

* 1 慶應義塾大学総合政策学部教授

ちなみに、研究者にとって重要な情報源であるレセプト情報（NDB）の第三者利用については、2次医療圏単位で10件未満の集計値あるいは該当する医療機関が3未満の場合には公表で

きない。さらに、医療機関名自体が個人情報とされている。強制的に徴収された保険料・税で運営されている保険医療の世界で、医療機関名自体を個人情報と見なすことの問題は大きい。