

II 問い合わせに対する回答例

1. 第1点—カルテ等の開示を実際に行うこと自体に関わる問題

(イギリスから)「カルテが見たい場合には、自分の家庭医(GP, general practitioner = 一般開業医)のもとへ行く。すると病院の記録が手に入るよう計らってくれる。コピー代は現在は無料。時間は量にもよるが、2週間かかる場合もある。今では医師はこのような求めに応じることに慣れており、単純な場合には何ら問題がない。しかし、精神病の病歴がある場合や患者が未成年の場合には問題がありうる。また、訴訟目的ということになると、証拠開示の手續に訴えねばならない場合もある。以上が一般的な現状の記述であるが、なお伝統的な医師患者関係、あるいはそういう観念が生きている場合があり、質問や記録の請求が喜ばれないことはある。特に、年齢の高い医師は、うるさい患者だと考え、患者の方も、年齢の高い層では、記録を見たいと言い出しがたいケースもある」*2。

(カナダから)「現在、診療を受けている場合には、直接、医師に請求する。そうでない場合は、診療記録部へ行って請求をする。そうすると、記録部の方から担当医師に問い合わせをするか、あるいは直接、医師の方へ行きなさいと示唆される。医師との関係がよくない場合には、記録の請求は心理的には難しい。多くの医師は、それが自分への不信か、他の医師のもとへ行きたいのか、あるいは医療過誤で訴えたいのかと思うからだ。しかし、若い世代の医師たちは、こういったことに抵抗感を覚えなくなっている。それは、患者と一緒に治療に当たるという教育を受けてきているからである。その結果、進んで記録を提供する医師が増えてきている。医師や病院の認識を変え始める契機となった1つの事情は、患者が記録を求めて拒否されると弁護士のもとへ行き、開示を求めて医師を訴えるケースがあったからである。オンタリオ州では、実際にそのような事例が起き、記録を見せるといって訴訟は取り下げられた」*3。

(アメリカから)「大病院の場合、診療記録部へ行き、請求をすると、小さなブースで記録を見ることになる。医師はまた別の記録をもっているので、そちらは医師に対して請求する。コピーがほしい場合は、忙しい病院なら少なくとも1週間は待たされる。自分で手続きせずに、それを代行してくれる会社がある。コピーの費用は、量にもよるし、代行サービスを利用するか否かにもよるが、1頁あたり30セントから5ドルまでの範囲である」*4。「私たちの大学病院の場合、医師にいうと秘書か職員にその場でコピーさせてくれる。記録が集中管理されているために手元にない場合、患者に診療記録部へ行ってもらう。われわれの診療記録部は処理がきわめて迅速であるが、場合によっては翌日来てくれといわれる場合がある。ここではコピー代を請求しないことにしている。たとえば、X線写真のようにコピー代が高くつくような場合もとっていない。ただし、弁護士が請求してきたときは費用を取る。それから医師が記録を請求してきた場合にも、患者の同意を得た上で、費用を取ってコピーを渡していると思う」*5。

2. 第2点—法律に書かれた例外事項に関わる問題

(イギリスから)「私の知る限り、治療上の悪影響という例外は、実際にはあまり使われていない。医師は、記録を見る必要がないことを患者に説いて受け入れてもらう(請求が出ないようにする)のが普通であろう。記録へのアクセスを認めた1990年法の規定には、精神病者を特に明示する条文はない。しかし、治療上の悪影響が問題となる大半のケースはそのような場合である。ただし、たとえば、データ保護法(Data Protection Act 1984)では、請求の書式を理解することが可能で費用を払えば、

精神病の病歴がある人でもまったく問題なく請求することができる」*6。

(オーストラリアから)「患者への治療上の悪影響という例外事由は決して利用されない。なぜなら、そのためには、記録開示を担当する職員にその趣旨がわかるように、予め記録作成の際に、この部分は不可というような印を医師が付ける必要がある。あるいは、必ず弁護士が開示の可否をチェックすることも考えるが、いずれも実際上できないことである」*7。

(カナダから)「オンタリオ州では、むしろ精神病患者の方に、早くから記録へのアクセスが保障されてきた。これは、強制入院に対する異議申立て制度が早くからできて、その際には、必ず記録を見る必要があったからだと思われる。1970年代にすでに精神病患者の記録へのアクセス権を認める判決が出ている。それが制定法に取り込まれた」*8。

3. 第3点—診療記録に関わる問題

(イギリスから)「データ保護法と医療記録アクセス法とで差異がある。前者が自らに関わる「情報」としているのに対し、後者は、コメントであれ走り書きであれ、すべての記録が開示対象とされる。記録の量が減少するという議論は、イギリスでも行われたが、あたっていないことが証明されている。医師がやめたのは、個人的な感想やコメント、悪口を書くことで、これはむしろいいことである。問題があるのは、たとえば、医師が児童虐待を疑いながらそれを書き留めることができないようなケースである。しかし、医師は、そのような場合に専門用語を使って、実際には患者にはわからないように問題点を指摘しておくこともできる。同じ患者を何度も診ている開業医は、ミーティングの際に口頭でそのような情報を伝えることもできる。略語や専門用語の使用は増えたかもしれない。それに医師の手書き文字の読みにくさは解消していない。

医師の時間のなさはイギリスの医師も同様である。略語の使用もそれに関連する。記録をきちんとする経済的インセンティブはない。最大のインセンティブは、患者に万一訴えられた場合、過失がなかったことを立証するのに必要であり、適切な記録がなければ過失が推認されることになる。同様に、病院内での規律維持の手続で問題となることもある。

なお重要な展開として、現在、医療記録をカード化して患者がもつという方向に動きつつある。これなら、病院は記録の管理や保管に莫大なコストをかける必要がなくなり、記録の所有者ももはや文字通り患者となる。フランスで普通のことになりつつあり、イギリスでも導入され始めた」*9。

4. 第4点—開示を求める主体の問題

(イギリスから)「家族であっても開示に応ずれば、守秘義務違反となる。例外は3つ。患者が16歳未満の場合、患者が無能力者の場合、そして患者が許可している場合である。しかし、情報を口頭で家族に伝えることは普通に行われている。」*10。

(カナダから)「患者以外の人の請求については、ルールは明確であり、患者の同意が必要ということである。患者が死んでいる場合には、請求権は遺産に帰属し、遺言執行者または遺産管理人ということになる。患者が同意する能力がない場合には、代行判断者が法律によって決まっている。難しいのは、患者の同意なく行われる医療従事者間での記録のやりとり、雇用者や保険者のアクセスの問題である。これらについては立法の予定となっている」*11。

(アメリカから)「患者本人が請求者である。配偶者であるといっても請求を拒むことになる。未成年者の場合は親であるが、避妊や性病など未成年者の秘密として保護される場合は、親に開示されない。

患者が死亡した場合には、遺言執行者などの人格代表者の請求に応えることになる」*12。

5. その他

アメリカにおいて、特に注目すべき点を3つ付加する。

①ウィスコンシン州ばかりでなく、アメリカ全体を見て、今、重大問題とされているのは患者によるアクセスではなく、患者以外のアクセス、患者から見れば患者のプライバシー保護の問題である。保険者、雇用者、研究のための利用、その他医療情報を求めてさまざまな要請がある場合に、いかに対処するかが議論されており、連邦議会でも法案がいくつか出されている。

②開示の費用は、ウィスコンシン大学病院の場合、最初の10頁までは7ドルと定額であり、それ以降は頁あたり40セント。ファクシミリで送る場合には、20頁まで25ドルと定額で、その後は頁あたり75セントを徴収する。開示請求の頻度は、たとえば、ウィスコンシン大学病院の診療記録部への開示請求につき、1998年6月1ヶ月間の統計を見ると、総数1734件中（最も多いのは保険会社からの請求である）、患者からの人は87件。全体の5%になる。大学病院を利用する患者のうちの割合を推計すると、年間40万人の患者のうち1000件程度記録開示請求がなされることになる。

③開示請求権の主体は患者本人であるが、大学病院で今問題となっているのは、未成年者の患者の場合である。親が開示を求めてきた場合にすぐ見せてよいか。患者の妊娠や性病に関わるような場合に拒否するほか、親の児童虐待が疑われる場合にその旨のカルテ記載があると問題なので、どのように対処するかが問題となる。

III 回答からうかがわれること

いずれの国においても、私のなした質問項目について、どうして日本ではそんなことが問題となるのかという反応はなかった。このことは、わが国で現に問題とされている事柄が、一定の普遍性をもつものであることを示す。紙幅の関係から、得られた回答の一部しか示すことができないのは残念である。たとえば、先に紹介した以外でも、アメリカの州において、カルテ開示を定める法律の制定されていないところが相当数あることについて、このような法律が制定された州では、以前にカルテ開示を認めても法外なコピー代や手数料を取っていたところがあり、それを抑制するために、患者の権利としてカルテ開示請求権があることを明記したという回答があった。これなどは、なるほどそうかと感じた点である。そのような細かな点は別として、この調査からうかがわれる重要な点を4点列挙して、本稿の結びとしたい。

第1. アメリカやカナダでは、特に、もはや患者によるアクセスではなく、第三者のアクセスの問題が現在盛んに議論されている。これは、日本でも早晩もっと深刻に議論すべき課題となると思われる。同時に、第三者のアクセスをチェックするために必要という意味で、患者によるアクセスの問題との関連性も深い。

第2. カルテ開示の請求主体につき、家族ではなく本人という原則が、相当程度、厳密に守られているという印象を受けた。ただし、未成年者の性や妊娠にかかわる事項や児童虐待を疑わせる場合に、親に子のファイルを見せていいかが問題とされている。

第3. カルテ開示法制化論に対する消極姿勢の原因の1つは、それによって、医療過誤訴訟が増えるようでは困るとのおそれにあると思われる。だが、アメリカをはじめとして、医療過誤訴訟に訴えるケースであれば、ただちにわが国の証拠保全のような手続に入るのであり、ゆっくりとカルテの開示請求

などしていないという回答があり、カルテ開示と医療過誤訴訟とは一応別個の意義をもつ人であるという感触を得た。

第4. これらの国々でも、医療情報の電子化、カード化が進みつつある。もしも、医療情報を光カードに収録し、患者本人が携えるという時代が近いのであれば、カルテ開示をめぐる議論の相当部分がいづれ不要となる可能性がある。

このささやかな調査報告が、わが国における今後の議論の参考になるところがあればと祈念しつつ、本稿を閉じることにする。

注 この内容は1998年12月の日本医事法学会で報告し、年報医事法学14号(1999年)にも掲載される。データの分析には、まだ時間を要するので、これ以上の詳細は、次年度の報告書で引き続き報告する予定である。

- *1 参照、資料「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書」ジュリスト1142号64頁(1998年)。
- *2 イギリスのある大学で医事法を専門とする法学部教授Aさんからの回答である。
- *3 カナダのオンタリオ州で設置された診療記録開示諮問委員会のメンバーであるBさんからの回答である。
- *4 ミズーリ州のC弁護士からの回答。
- *5 フロリダ州のD弁護士からの回答。
- *6 イギリスの法学部A教授の回答。
- *7 キャンベラの病院の医師で、しかも法律家の資格も持つEさんからの回答である。
- *8 Bさんによる。
- *9 A教授の回答。
- *10 A教授の回答。
- *11 Bさんによる。
- *12 フロリダ州のD弁護士からの回答。

第5章 イギリス看護協会記録ガイドライン

診療記録開示で開示すべき記録内容に関する回答で、診療録（カルテ）83.4%に対し、看護記録に関しては、国民/患者の48.8%、医師45.9%、薬剤師43.3%、診療情報管理士は64.3%、看護婦・看護師71.2%、精神科看護婦・看護師51.5%、学生62.2%であった。

この背景には、ヒヤリングで国民/患者は看護記録に何が書かれているのか分からない答えたこと、また、日常看護記録に目をとおしている医療従事者、特に医師、薬剤師は50%以下であったこと、さらに看護婦・看護師自身も最も高く71.2%が開示するべきであると答えてはいるが診療録に比較すると低い。これらは現状の看護記録に多くの課題を抱えていることを示し、また、看護婦・看護師群もガイドラインの必要性を指摘している。

今年度は、このガイドラインの資料としてイギリス看護協会が1993年4月に提示した記録のガイドラインを入手し、翻訳したので添付し、研究3年度に向けて作成する診療記録のガイドラインの参考としたい。

看護記録およびその管理の基準

UKCC、1993年4月

目次

はじめに

記録の目的

記録の重要性

記録の基準－重要な特徴

記録の基準－その倫理的側面

記録の基準－延命措置の決定に関する記録

記録の基準－その基本的要素

看護・助産ケアにおける‘プロセスアプローチ’または‘計画的な個別ケア’アプローチ

記録の法的位置づけとその意義

助産記録の保持

患者/クライアント所持の記録

患者/クライアントの記録へのアクセス

記録の共有

コンピュータ保存の記録

第三者の記載に対するプロフェッショナルの責務

記録およびその管理の基本となる原則の要約

はじめに

1. 記録を作成し、それを管理するということは、ケアの本質的でしかも欠くことができないケアの一部あるが、それに時間がとられて、実際のケアがおろそかになってはならない。しかしながら、患者お

よびクライアントのケアに関する記録管理が不十分で不適切なために、以下の点において彼らが受けるべき利益を無視してしまっていることを示す証拠が現実には多くある。

- 1.1 ケアの継続性を損なう
- 1.2 スタッフ間のコミュニケーションの断絶を招く
- 1.3 与薬や他の治療の重複および省略の危険性が生じる
- 1.4 正常からの逸脱を示す初期徴候を見過ごす
- 1.5 重大な意味を持つ観察結果を記録しない

2. このような理由から、本協会では、看護職者（プラクティショナー）が私たちの期待に十分に答えて、患者やクライアントの利益のためにより効果的に働くことができるようにこの基準に関する文書を作成した。

3. この文書に説明されている基準を満たすことは、これを実践するという面において、本協会の期待（‘看護婦、助産婦、保健婦の専門職業務規定’（1）に以下のように述べられている）を尊重する人である。

“登録看護婦、助産婦、保健婦として、各自はその職務に責任があり、専門職としての責務を遂行するに当たって、次のことを守らなければならない。

- 1) 常に、患者およびクライアントの利益ならびに安寧（well-being）を促進し、保護するように行動する
- 2) 職業上行う、あるいは職業上の責任範囲におけるどのような行為／不行為も患者およびクライアントの利益、状態あるいは安全を損なう人であってはならない”

記録の目的

4. 登録看護婦、助産婦、保健婦によって作成され、管理される記録の目的は以下の通りである。

- 4.1 患者あるいはクライアントの状態とそれに対するケア、ならびに関連する観察結果に関する、正確で新しい、広範囲にわたる簡潔な情報を提供する
- 4.2 生じたすべての問題および、それに対する行為の記録を提供する
- 4.3 必要とされたケアの証拠、専門看護職者による介入と患者あるいはクライアントの反応を提供する
- 4.4 患者あるいはクライアントに影響を与えと思われるすべての（身体的、心理的あるいは社会的）要因の記録を含める
- 4.5 出来事を起こった日時順に、そして全ての決定の理由を記録する
- 4.6 標準的な状況、質の査定および監査を維持する
- 4.7 健康状態がどのように改善したか、あるいは悪化したかを判断する基礎記録を提供する

記録の重要性

5. 看護婦、助産婦、保健婦による効果的な記録管理の方法には、次のような人がある。
 - 5.1 他の人々とコミュニケーションを図り、何が観察され、あるいはなされたかを記述する
 - 5.2 ケアにおける看護婦、助産婦、保健婦の個別的な役割を明確にする
 - 5.3 患者あるいはクライアントにケアを提供するチームメンバー間のコミュニケーションおよび情報の伝達を組織化する
 - 5.4 出来事の発生順、観察された要因ならびにケアと処置に対する反応を明確に示す
 - 5.5 患者ケアに関して、適切な熟慮の上でなされた臨床上の判断を明確に示す

記録の基準 - 重要な特色

6. 4 に述べられている目的の実行に加えて、適切に作成され、保持される記録は、以下のようでないといけない。
 - 6.1 関連する出来事が発生したら、できるだけ早く作成する
 - 6.2 基準を危うくしたり、患者あるいはクライアントに危険およぼす要因を明確にする
 - 6.3 特異的な症例において、専門知識と技術を持った看護職者を必要とする証拠を提供する
 - 6.4 患者あるいはクライアントを巻き込んで、自分自身のケアができるように支援する
 - 6.5 将来おこるかもしれない訴訟に対して、スタッフを保護する
 - 6.6 可能なかぎり、患者あるいはクライアントが理解できる用語で記述する

記録の基準 - その倫理的側面

- 7 正しく作成された記録は、優れた看護の基礎であり、専門的臨床的決定 (clinical decisions) がなされる根拠となる倫理的概念を尊重する人である。
- 8 記録および記録管理の基本的見解は、記録を作成し、それにアクセスし、利用する者は、関連する専門業務の倫理的概念を理解しているということである。このことは、特に、秘密を守り、真の同意を得て、患者あるいはクライアントが十分な説明を受けた上で決定をすることができるようにする義務を含む
- 9 記録者は、作成する記録への記載が完全に正確で、真実と完全性を配慮した人であることを保証する

記録の基準 - 延命措置に関する決定の記録

- 10 延命措置患者に関する記録は、法的かつ精神的に能力があると認められる状況で示される患者自身の、あるいは患者自身にその能力が認められない場合は患者の最近親者およびそれに近い重要他者の、あらゆる要望を正確かつ率直に表わすことが必要不可欠である。このことは、患者が延命措置を希望し

ていなかった場合に特に重要である。すなわち、法的かつ精神的に能力があると認められる状況で示された患者の希望は、尊重されなければならないということである。

11 患者ならびに／あるいは、患者との関係において‘重要他者’の見解が記録されず、延命措置を行わないという決断が当該医療スタッフによる臨床的証拠にもとづいてなされた場合、そのことも医療記録に記載されるべきであり、記載事項には医療責任者による署名と日付がなければならない。このことが医療スタッフによる決断であっても、可能なかぎり、看護スタッフ（ならびに状況によっては助産スタッフ）の十分な説明にもとづく見解を取り入れたチームによる決断であるべきである。

12 10 あるいは 11 に述べられた状況が得られない場合は、医療記録のどこにあるかが容易かつ迅速にわかるような形で記載し、再検討の前に適用されるタイムリミットを含んでいなければならない。看護ならびに助産スタッフは、11 に記述された方法で最初に医療記録に記載されない場合、その決断を看護ならびに助産記録に記載してはならない

記録の基準 - その本質的要素

13. 4 に述べられている目的を実行し、有効で、上記に設定された基準を満たすためには、記録は以下の通りでなければならない。

13.1 読みやすく、消すことができない方法で記載する

13.2 わかりやすく、あいまいでない

13.3 日時に関する記載はどれも正確である

13.4 変更は1本の線を引いて消した後、署名と日時とともに正しく記載する

13.5 既存の記載に書き加える際は、一つ一つ日時と署名を記入する

13.6 略語、意味のない語句ならびに、患者のケアおよび関連する観察に関係のない攻撃的主観的な表現をしない

13.7 主要な記載にはイニシャルを使用してはならない。他の記載に関し、イニシャルの使用が許可されている場合でも、そのイニシャルや署名が誰の人であるかわかるように、各施設で決めておく

13.8 鉛筆や青インクでの記載はしない。鉛筆は消されるおそれがあり、青インクはコピーするとあまりよく写らないからである

14 つまり、記録とは

14.1 第一に、その記録の対象者である患者あるいはクライアントの利益およびケアに役立つよう、また、ケアの提供、疾病の予防、健康の増進を容易にするためにあるのである

14.2 また、出来事の発生順序、あらゆる重要なコンサルテーション、アセスメント、観察、決定、介入と結果を明らかに示す人である

15 病院あるいはケアを提供する他の施設において、各施設で署名の記録索引を保存するべきである。イニシャルの使用が目的を問わず認められている施設では、索引に活字体のフルネームに加えてイニシャルも載せるべきである。

看護・助産ケアに対する

‘プロセスアプローチ’または‘計画的な個別的ケア’アプローチ

16 ケア計画や記録が計画的な個別的ケアアプローチと関連しているという本質を考えるなら、この記録という重要な面は、上記4から15に明記された規準を満たさなければならない。‘プロセス’アプローチは、実行すべき系統的アプローチを支援する。またその実行を文書化する際の枠組みを提供する。それゆえ、‘プロセス’アプローチは、別々であることははっきりとしているが相互関係のある業務である、一連のケアのアセスメント、計画立案、実施、評価を説明する。

17 細部まで正確でタイムリーな記録の提供は、プラクティションの治療、その治療に対する患者あるいはクライアントの反応、患者あるいはクライアントのケアを方向づける計画や目標に根拠を与える。

18 ケア計画を準備し、達成することは、上記4から15に明記された規準を満たすことに加えて、継続中のプロセスの各段階が続いて起こってくることを明らかにし、さらなる目標設定や治療の根拠を与える。

19 記入は次のように、系統だてて行うべきである。

19.1 患者あるいはクライアントの状態を予測できる最新の情報を含んだ記載と、提供されたケアが容易に関連づけられる

19.2 計画と他の記録がお互いに補完しあう

20 プラクティションは、プロセスを適用し、計画を用いる中で、事前に記録されなければならない事柄（計画立案や目標）と、（観察や評価のような）現在形であるいは少し後から記録してもよい事柄を見分けるようになる。同じように紙（たとえば、計画様式）—それは、各施設で保持される人ではないかもしれないが—や、臨床看護あるいは助産記録の不可欠な部分である他のフォームへの記載にも区別が必要である。後者は変化や出来事を記録しており、保持されなければならないからである。

記録の法的位置づけとその意義

21 患者あるいはクライアントのケアの側面を記録している書類はどのような人であれ、証拠として法廷あるいは以下の委員会から請求され得る。

訴訟手続準備委員会、当協会（UKCC）の専門職業務委員会、総合医療審議会を含む保健医療職者のための同等の正規団体、医師のためのUKCCに準ずる団体

22 上記の理由から、患者あるいはクライアントの利益のために働くという医療者の第一の目的に加えて、記録は以下のことを提供しなければならない。

22.1 提供されたケア、その結果、および他の関連情報との包括的な説明

22.2 あらゆる時点における患者あるいはクライアントの状態についての関連情報、ならびに確認されたニーズに対してとられた方法

22.3 プラクティスのケア上の法的任務が理解され、尊重されているという証拠

22.4 退院に際して患者のケアのためになされた一連の対応の記録

23 特別のケアが行われると、患者あるいはクライアントに複雑な問題や正常からの逸脱が生じたり、通常よりもっと集中的なケアを必要としたりするようになるであろう。そうすると記録の回数が頻繁になり、混乱を生じたり、あるいは仕事が増えてあらたな配慮が必要となったりする。

24 患者あるいはクライアントの状態に明らかに変化がないような状況では、患者あるいはクライアントの記録への記載とそのような記載の本質の間で、経過をみてもよい最大限の時間に関して各施設において合意が必要となる。しかしながら、例外的な出来事はすべて記録しなければならない。当協会では看護婦、助産婦および保健婦が、記録への記載において適切な判断をすることを期待する人である。

25 記録内容の所有権は、いかに特別な記載であっても、その記載者に属するとするのが一般的であろう。しかしながら、実際には、プラクティスはその施設から給与を受け取っている場合は、所有権の問題は、その記録が記載されている文書の所有権のことになる。患者あるいはクライアントについては、ある一定の状況において記録にアクセスできるという法律があり、所有権はあきらかに患者あるいはクライアントにはない。

26 助産婦は当協会の‘助産婦に関する規定’が定める記録に関する条件を熟知し、それに従わなければならない。

27 専門職メンバーは勤務する地域あるいは施設において、本人または同僚が作成する記録のすべてあるいは一部分の保存および廃棄に関する方針決定の審議に参加しなければならない。そのような方針は保存期間について定めている法律に照らし合わせて決定し、特別なカテゴリーに属する記録の保存期間についてははっきりと示さなければならない。発生順の臨床ケア記録を記載した文書は何であれ、保存しなければならない。

産科記録の保持

28 あらゆる重要な産科記録（妊娠期間中の母親およびその胎児、分娩ならびに産褥期のケアについての記録、あらゆる検査結果、処方箋、投与された薬の記録など）は保存されなければならない。絶対に必要と考えられる記録に関する決定は地域あるいは施設レベルで行ってはならない。必ず、妊婦および新生児のケアに携わった経験が十分ある開業医ならびに開業助産婦の参加による決定を行う。

29 地域あるいは施設レベルでの方針決定に関与する者は、必ず以下のことを確認しておかなければならない。保存される記録は（病院や地域助産婦の記録と妊娠、産褥期間中の母親が持つ記録の両方を含むという点で）広範囲にわたっており、1976年の先天性身体障害（Civil Liabilities）に関する法

律にもとづいて提起される訴訟および他のいかなる訴訟の結果、調査が必要となる際にその調査を容易にする人であること。

患者／クライアントが記録を所持すること

30 当協会は、患者あるいはクライアントの利益のために、自分自身のヘルスケア記録を管理する権利を与えられていることは適切であると考えている。患者あるいはクライアントが所持する記録は、その情報もしくはアセスメントを共有することでプラクティスの彼らに対する責任を強調し、明確にし、患者あるいはクライアントが自分たちのケアに関与していることを証明する人である。

31 上記が実践されるようになっている地域や施設では、明らかに、実際の不都合はなく、患者あるいはクライアントが自身の記録を管理することから、倫理的特典が生じるということもない。このことによって、記録のアクセスに関する問題は直ちに解決し、同じ方法を記録への記載に適用するべきであるという意見は説得力のある人となる。

32 次のようなケースがわずかではあるが、起こってくるのはやむを得ない。患者あるいはクライアントが記録を所持するというシステムが実施されている所で、関係医療スタッフが（たとえば児童虐待があるかも知れないというような）特別な心配や不安をもっている場合に、医療スタッフ自身が別に記録を作成し、保存する必要があると感じるケースである。それがどうしても必要とされる状況においては、そうすべきである。しかしながら、そのようなケースは、標準というよりもむしろ例外で、もっとも特異な状況でないかぎり、記録を完全に二重にしてもつという事は避けるべきである。

患者／クライアントの記録へのアクセス

33 1991年11月1日に‘ヘルスケア記録へのアクセスに関する法律 1990’が施行されたが、患者およびクライアントは、それ以降に作成された手書きの記録にアクセスする権利を持つようになった。これにより、手書きの記録は、‘データ保護に関する法律 1984’の施行以来、患者が必要に応じてアクセスできるコンピュータ保存の記録と同等の人となった。

34 上記の法律はアクセス権を与えてはいるが、最も直接にその患者やクライアントに関わっている保健医療従事者（看護婦、助産婦、保健婦である場合もある）が、患者、クライアントおよびその関係者に肉体的、精神的に重大な害を与えると判断した場合は記録の提示を差し控えることが認められている。アクセスの申し込みに関する方法は‘保健医療記録へのアクセスガイドに関する法律 1990’に説明されている。

35 本協会は、上記法律に定められている記録へのオープンアクセスの原則、およびその実施に関する指導の手引きを完全に支持し、アクセスが不当に拒否されたり制限されたりしないことを信じる人である。

36 記録を作成し、あらゆる記録に記載を行う医療関係者は全員、上記の点における患者あるいはクライアントの権利を熟知し、使用する用語ならびに言葉遣いに注意深く配慮しなければならない。またそうすることによって、患者あるいはクライアントからより大きな信頼を得ることができるという絶対的な利点を認めるべきである。

記録の共有

37 本協会は、ある1人の患者のケアおよび治療にあたるすべての医療従事者が、各施設で決められている手続きに従って、ただ一つの記録に記載を行うという、記録の‘共有’の利点を認めている。これは助産婦業務において特に有効なようである。本協会は、事情が許し、関連の準備作業が整えられている場合に、この方法を支持する。一人一人の医療スタッフの記録に対する貢献も同様に重要である。これには本協会が‘看護婦、助産婦、保健婦の職業規定’の中で強調している、ヘルスケアチーム内での協働作業が必要になる。記録の共有システムが実施される場合には、患者あるいはクライアントも同様に記録にアクセスする権利を持つ。それゆえ、患者ならびにクライアントが特別な状況において記録にアクセスしたいと望んだ場合、主任医療スタッフをその検討責任者とする合意を地域および各施設でしておくことが絶対に必要となる。

コンピュータ保存の記録

38 コンピュータ技術の適用によって、記録の機密性という重要な原則を破ることがあってはならない。これは、記録がある医療従事者に特有か、複数の医療従事者の間で共有される人であるかを問わず、コンピュータを利用した記録の保存に反対する人ではない。医療従事者は、使用されるシステムのセキュリティについて熟知し、どの部門のスタッフが記録にアクセスするのかを確定しておかなければならない。というのは、スタッフは重要で個人的な秘密情報に寄与することを期待されているからである。

39 コンピュータを利用している場所では、それは患者あるいはクライアントへのサービスを維持、または向上させる手段として用い、記録の機密性を不注意にも侵すような危険は避けなければならない。また、医療従事者が入力するテキストの量が多くて、その結果、かなり広範囲な記録の編集を遅らせるとしても、入力できる量に制限を設けてはならない。その場合は、アクセス、患者あるいはクライアントが所持する記録、共有記録、監査の各問題点に照らし合わせて検討しなければならない。地域あるいは各施設における規約には、実際の署名がない場合の入力者を鑑定する手段を決めておき、その入力をした人物が誰であるかをはっきりとつきとめることができるようにしておかなければならない。

第三者による記載に対するプラクティショナーの責務

40 記録のタイプ、あるいは記録を作成しアクセスするために使用されている様式や手段に関係なく、登録看護婦、助産婦、保健婦は、学生あるいは自身の監督下にある第三者による記録への記入に対して、個人的責任を認識していなければならない。

記録およびその管理を支える原則の要約

41 以下の原則が適用されなければならない。

41.1 記録は、第一にその記録の対象者である患者あるいはクライアントの利益およびケアに役立つよう、また、ケアの提供、疾病の予防、健康の増進を容易にするためにある

41.2 記録は、出来事の正確な発生順序、あらゆる重要なコンサルテーション、アセスメント、観察、決定、介入とその結果を明らかにする人である

41.3 記録および記録管理の活動は、ケアの本質的で欠くことのできない活動であるが、それに時間がとられて、実際のケアがおろそかになってはならない。

41.4 記録は、わかりやすく、あいまいでないこと

41.5 記録は出来事が発生したその際、あるいはそのすぐ後に記載される事実と観察を含む

41.6 記録はヘルスケアチームのメンバーに安全で効果的なコミュニケーション手段およびケアの継続性を提供する

41.7 記録はプラクティショナーのケアの任務が果たされていることを示す

41.8 記録管理のシステムは未許可のアクセスおよび機密性を侵す人を排除する

41.9 記録は、標準、監査、質の保証のモニタリング、および訴えに対する調査が容易にできるような方法で作成する

42 この協会の文書に関する問い合わせは、下記あてにお願いします。

Registrar and Chief Executive
United Kingdom Central Council
for Nursing, Midwifery and
Health Visiting
23 Portland Place
London
WIN 3AF

文献

1. Code of Professional for the Nurse, Midwife, and Health Visitor; UKCC, London, 1992
2. Access to Health Records Act 1990 : a Guide for the NHS' ; Government Health Departments, 1990

第6章 考察

本章では、研究目的であるカルテ等診療情報の提供、および診療記録の開示とその法制化が適切に運用・活用されるための基盤整備に関連する調査結果を中心に述べる。

I. 調査対象者の特徴

この調査に協力した対象者は 30 歳以上の人々が 69%を占め、自律的で自分の明確な意見・主張をもっている人々であるといえる。また、性別では、看護婦の回答者数によって女性やや多いが、男性 41%、女性 59%で大きな差はなかった。

また、回答者の 91%が家族の入院を経験し、非医療者群と医療者群との立場を越え、実際に入院という共通の仮体験をもっている人々の回答でもあった。

II. 国民/患者が求める診療情報内容とその提供方法

1. 診療情報の提供、診療記録の開示

国民/患者は、診療情報の提供（92%）および診療記録の開示（94%）に高い関心をもち、診療情報の提供方法として 79%が「口頭による説明と診療記録の提示」を求め、81%が診療記録開示に賛成をしていた。

この中には、平成 11 年 2 月 26 日朝日新聞社主催の平成患者学シンポジウム「カルテ開示をめぐる」に参加した人々 75 名が含まれ、これらの人々はこのテーマに関心を持つ人々であると推測されるが国民/患者全体の 0.1%に過ぎない。もちろんこの調査に協力をした人々に関心があるから協力したとも考えられるが、無作為で配布した結果である。

診療情報の提供に関心がある医師 89%、薬剤師 96%、診療情報管理士 94%、看護婦・看護士 95%、看護学生 87%で、これらと比較しても国民/患者の 93%は高い関心を示していると考えられる。

診療情報の提供方法においても、「口頭による説明と診療記録の提示」について、医師は 50%、薬剤師は 63%、診療情報管理士 69%、看護婦・看護士 62%、学生 70%で、また、国民/患者(非医療従事者群)78%と医療従事者群 61%で認識には差があった。特に医師と国民/患者との乖離が大きい。

情報提供の方法として診療記録の提示を求めている国民/患者の半数以上が診療記録開示を知っており、90.3%の人々が診療記録の開示に賛成していた。この理由として「納得して医療を受けるため」、「治療方法を選択したり拒否する権利がある」と、インフォームド・コンセントを挙げ、さらに「知る権利、医療従事者との信頼関係を深める、患者も治療に責任をもつため、共に病気の克服に取り組むため」とし、これらは 50%～80%と高かった。この結果は、厚生省の診療情報提供および診療記録の開示の目的・理由と一致した結果であった。国民/患者は適切にその目的・理由を根拠に情報記録の開示を求めている。

提供すべき診療情報の範囲は、患者によってはその内容を選択して提供するとしていた。ヒヤリングでも同様の結果であった。

次に、国民/患者が求めている診療情報内容は、病気、検査、治療、手術に関してが最も多く、ついで薬物治療、看護であった。医療費については 91%と特に情報提供を求めている。

この点に関し、医師の 60%が「患者によっては情報内容を選択して提供」と答え、本調査でその理由は明らかにはしていないが、医師の裁量権によって情報提供の内容が左右される可能性が考えられる。

以上から、診療情報の提供に関する国民/患者のニーズに応えるためには、提供する情報として「診療情報」という抽象的な表現ではなく、調査項目に挙げたように各カテゴリー別に提供すべき情報内容を設定したガイドラインを設ける必要が示唆された。

2. 診療記録開示

開示すべき診療記録の内容は、「診療録・カルテ」、「検査記録」が圧倒的に多く、これらの約半数が「看護記録」「リハビリテーション記録」の開示を、さらに「栄養指導記録」「介護記録」と続いた。

看護記録に関してこのように低い理由は、一次調査での国民/患者へのヒヤリングで、「看護婦・看護師は何をしているのか、何を書いているのか分からない」と答えた人々が多いことが要因とも言える。看護職に従事する人々は「看護および看護婦・看護師の役割と実際の仕事」を理解出来るように、国民/患者に積極的に働きかける必要性が示唆された。

これらの結果を 1992 年に日弁連が行ったインフォームド・コンセントに関するアンケート調査結果（1996 年 3 月 2 日毎日新聞）と比較をすると、患者 1557 人のうち、「カルテを見せてほしい」485 人（26.0%）、「病気や病状によっては見せてほしい」618 人（33.2%）、「見せてほしいと思わない」（24.3%）であり、今回の調査結果と比較をすると、時代とともに国民/患者のニーズや認識が変化していることを示し、時代の変化に対応する必要性を指摘している。

Ⅲ. 医療従事者がカルテ等の情報活用を運用する上で直面している問題ならびに、医療従事者の教育、倫理的な課題

ここでは、医療従事者として医師、薬剤師、看護婦・看護師、情報管理士および看護学生を対象に述べる。

1. 医療従事者の情報提供に関する認識と課題

医療従事者を職種別にみても約 90%以上の人々が情報提供に関して関心を示していた。診療記録の開示を知っている医療従事者は精神科の看護婦・看護師は 89%であったが、その他は 95%以上の人々が知っていた。

この背景には、厚生省の検討会が公開で行われ、厚生省のホームページにも情報が公開されたこと、検討会での討議が新聞やテレビなどのマスコミで取り上げたこと、この調査当時、日本医師会が「診療情報の適切な提供を実践するための指針について」中間報告書を出したこと、さらにこれらは医療従事者にとって直接日々の仕事に関係することなど、医療従事者への影響は大きく医療の現場では現実的な課題として取り上げられつつあることがなどが理由として考えられる。

実際に情報提供の方法についてどのように考えているかに関しては、医師は「口頭だけによる説明」12%、「口頭説明と別文書」32%（合計 44%）、「口頭説明と記録の提示」は 34%で、国民/患者が求める情報提供の方法と医師の考えとは乖離が認められた。

一方、他の医療従事者は、国民/患者よりは低い、「口頭による説明と記録の提示、あるいは記録の写し」と答えており国民/患者と同様の傾向を示していた。

記録開示に賛成する医師は、「口頭による説明と記録の提示」が最も多いことから、記録開示に対する考え方が影響している。さらに実際の診療の現場において口頭説明、あるいは別文書にする理由が存在することをも意味しているがその具体的な理由は詳細な調査をしなければ分からない。

また、どの範囲の診療情報を提供すべきかについても医師の 60%は「患者によってその内容を選択して提供すべき」と答えていた。さらに患者が必要としない場合は提供しなくとも良いとし、この回答は看護婦・看護師も同じ傾向を示し、患者の情報提供に対する意思決定によると考えている。厚生省の報告書では、「診療情報の提供は医療従事者の職業上の積極的な責務であることを明らかにする」とし、この点においては患者の状況判断のあり方および患者が情報を必要としているかどうかの医師表示を行わない場合など、情報提供者の判断如何・判断基準によって、情報提供の実際が左右されることをも意味している。

提供すべき情報内容としては国民/患者および医療従事者の 70%以上の人々が質問項目に

挙げた全ての項目を提供するべきであるとしていた。医師は情報の提供方法に患者の期待との違いはあるが、患者が情報を求めるかどうか、あるいは情報を提供するべきであると判断した場合には、多くの情報を提供するべきであると考えている。

特に、医師、看護婦・看護師は病気や治療、検査に関しては国民/患者よりもかなりの高率で情報を提供するべきであるという意識は高い。この点では患者との関係のあり方、特に患者の情報を得ようとする姿勢によって情報提供とその内容は異なることが示唆されている。受け身の姿勢ではなく、積極的・能動的な国民/患者側の医療に取り組む態度が鍵となる。

情報項目間の中での違い、特に、「看護の実施内容と経過」に関しては看護婦・看護師を除き他の医療従事者の回答は低く特に医師は 50%で、何故このように他の情報と比較しと低い結果を示したのかその背景と理由は不明であり、その理由を明らかにすることが今後の課題でもある。

また、医療費については国民/患者の約 92%が情報を求めているのに対し、医療従事者の中で、医師のみが 60%と低い傾向にあった。この理由も明らかではない。

2. 診療記録の開示に関する認識と課題

診療記録の開示に関する動向に関しては国民/患者の 68%、医療従事者の 90%以上が知っている。この理由は先に述べた情報提供に関する認識と同様である。厚生省の検討会が開始したのは 1997 年 7 月であり、報告書が出されて、この調査実施迄の期間は約半年間である。厚生省でインフォームド コンセントのあり方が検討され報告書が出され、出版もされたが、法で義務規定は見送られた経緯がある。医療法の第 1 条の 4、第 2 項が制定されたのは 1997 年であるがこの法律を知っている医療従事者は少ない。このように診療記録開示が多くの医療従事者に認識されているのは、法制化の提言が大きく影響している。言い換えればこの提言の影響力の大きさが証明されている。一方、国民/患者も 10 人のうち 3 人は知ってはいるが医療従事者よりは低い。

開示に賛成か反対かに関する質問に関して、開示した方が良いとしたのは、国民/患者の 90%、最も低いのは医師であるが、消極的賛成を含めると 64%が開示に賛成をしている。「とてもそう思う」と強く希望しているのは国民/患者の半数以上であった。

さらに、開示の理由については厚生省の報告書で指摘されている内容およびヒヤリングの結果から作成しているが、国民/患者および医療従事者は「患者の権利」「納得上の治療」「拒否の権利」などを挙げている。

この結果に関して興味深いのは、看護学生の 80%以上が「患者の権利」「納得上の治療」をその理由としてあげていることである。これは基礎教育の影響と考えることができ、教育のあり方によって異なること、すなわち教育の意義を示していると考えられる。特に、看護教育カリキュラムが変わったことやこの調査は、看護短期大学および看護大学の学生になされたことから、教育課程の影響も考えられる。比較するデータがなく、あくまでも予測に過ぎない。医学生はすでに休暇の時期で調査対象に出来なかった事情がある。将来の医療の担い手である医学生を対象とした調査は次年度に行う。

開示の理由の中で、「共に病気の克服に取り組むため」(医師、薬剤師が低い)「情報を共有して医療の質を高めるため」(全体的に低い)「患者も治療に責任を持つため」(看護婦・看護師が高く 67%)は低い傾向にある。「信頼関係を深める・納得した医療」をと答えたのは国民/患者に多く、現在はそうでないという意味にも解釈できる。医療従事者は「患者の権利」と答える傾向があった。この結果から、診療記録開示の目的・意義に関して一部分の理解だけではなくその背景と理由、目的に関する広報活動が必要である。今回分析を行っていない自由記載の中には誤解もあり、開示の目的を適切に理解する事が開示に対する抵抗を少なくする手段でもある。

開示をする診療記録の範囲については情報提供をする対象の範囲と同様の傾向で、このことをめぐる課題も同様である。

厚生省の報告書では、開示の対象を「診療録、看護記録、処方箋、検査結果、エックス線写真」としている。調査結果から、開示するべきだと思う記録で 80%以上の回答があったのは、「診療録・カルテ」と「検査記録」であった。これは国民/患者、医師、薬剤師、看護婦・看護師、診療情報管理士、学生も同様である。他に医師だけはレントゲン写真（80%以上）をあげている。この結果は先に述べた 1992 年に行われた日弁連の調査結果で、医師（150 名）は「家族からカルテの閲覧を求められたら見せる」と答えたのは、80 人（53.6%）であったのと比較すると医師自身の考えは大きく変化している。看護記録に関しては、一般病棟の看護婦・看護師の 77.6%が開示するべきであるとしているが、精神科の看護婦・看護師は 51.5%と低い。また、国民/患者、医師をはじめとする医療従事者も低く回答していた。この理由は明らかでないが、先に述べた看護に関する情報内容と同様の理由が考えられるが、この考察は記録開示をめぐる課題との関係の中で論じる。いずれにしても看護記録の課題は大きいことが明らかになった。

開示によって起こると予測されることは診療記録開示の理由と一致する回答で、開示のプラス面を指摘し、それらは「信頼関係が深まる、セカンドオピニオンが得られやすい、自分で治療方法を選択して決められる、医療従事者と共に病気の克服ができる、透明な医療が可能になる」であった。一方低い回答は「関係の悪化、対等な関係、記録増加、治療への悪影響」である。訴訟の増加は 31%、情報の漏洩は 35%である。報告書で指摘された開示によって起こると予測されたマイナス面は低く回答されている。しかし、この結果はあくまでも予測としての回答であり、実際に開示をすることによって起こることと一致するとは限らない。現在積極的に開示をしている協立総合病院の結果は、透明な医療が可能になったこと、患者が医療チームの中心になった、相互の信頼感が生まれている」とプラスの効果を指摘している。また、医師、看護婦・看護師、看護学生（73%）の 50%以上が「記録を読んでも理解できない」ことを指摘しており、読んで理解できる診療記録のあり方が問われる。

記録を開示する場合に患者に求められることとして、「病気の知識、質問し説明を求める、治療方法の選択・決定・責任」が 60%以上を占めていた。国民/患者は「治療を自分で選び、そのことに責任をもつ（50%）」「自分で治療法を選び決める 27%」であった。自己決定・自己責任に関しては医療従事者がいかに患者を支えるか、その役割と方法が課題となることが示唆された。また、国民/患者は「病気の知識、説明を求める、記録の読解を努力する」と回答した人が多く患者として取り組むべき事を自覚し、その上で積極的に診療記録の開示を強く希望している。このことは今までの医療のあり方を変える鍵となる可能性がある。

記録開示をする場合、医療従事者に求められることとして「記録方法の検討、患者への記録内容の説明、専門的知識」と記録をめぐる課題が指摘された。特に診療情報管理士は、記録開示の課題を明確に指摘し、70%以上が「書き方の検討」「記録管理システムの検討」であった。客観的な立場で開示をめぐる現状の課題を指摘している。また、この指摘は記録管理をしている診療管理士の存在意義と役割の重要性を示唆している。

記録に関する教育、倫理面での教育と回答した医療従事者で 60%以上を占めたのは看護婦・看護師で、他の医療従事者は 50%以下であった。このアンケート調査全体に言えることではあるが、指摘していないのは問題ではないということなのか、当然という意味なのかは不明である。

IV. 診療記録開示の法制化に関する医療従事者の認識と課題

1. 法制化への賛否

全体的に見て、法制化に賛成は 64%、反対は 16%、分からない 19%であった。

この結果は、大きく分類すると医師の 48%が反対し、薬剤師・看護婦・看護師・診療情報管理士は 10%代で反対している。国民/患者の反対は 1%弱であった。賛成している医師は 35%、薬剤師・看護婦・看護師・診療情報管理士は 60%であった。医師も含め分からないと答えた人

は約 20%近くいる。

記録開示賛成派は医師も含め、診療記録の法制化にも賛成する傾向が見られた。

賛成する理由は、全体的にみると「患者の権利を保証できる」68%、「開示を求めやすい」35%である。その他の記載は4%であった。この記載の分析は今回行っていない。

反対の理由は圧倒的に「法の力によらず医療従事者が自ら決める」74%と多く、「医療現場の混乱」19%、その他の理由記載は10%であった。今回は10%、47人（医師20人）の人々の反対する理由の分析は行っていない。この理由の選択肢は2項目と少なく、その他の考えの分析は意義深い。

法制化に反対している医師は、「自らの決定によるべきである」と「法の力による開示」に反対している。日本医師会の報告書でも「法的な強制に馴染むものではない（p2）」としているのと一致している。

森島は、かつてのインフォームド・コンセントの検討会で、法制化が否定された結果、日本医師会の報告書で指摘している「全ての医療関係者がインフォームド・コンセントを理解し、実践する状況に至っていない」という記述を挙げ、法で義務づけていたならもっと実践がすすんだらと指摘している。（朝日新聞1999年3月12日）1997年医療法に追加された第1条の4第2項の患者への説明義務が日常の診療において実現されるかどうかは、この法制化が大きな鍵となると予測できる。その理由は、先に述べたように診療情報内容を患者によって選択するという医療従事者の裁量権によって情報提供が左右されるという結果から指摘する。法制化反対の背景にあるのは何か、さらに調査が必要である。

V. 患者と医療従事者との関係のあり方をめぐる現状と課題

診療情報の提供は患者と医療従事者との関係のあり方が基盤にある。このことは一次調査のヒヤリング、記述調査でも多く指摘された。

調査対象者全体が望む医療従事者・医師と患者関係のあり方は「一般的パートナーモデル」であった。「恩恵モデル」を選択したのは4人であった。その理由の選択もそれぞれの関係の特徴を理解した上での選択であった。

現在、日本で実際に多い関係モデルは、半数以上が恩恵モデルを選択し、以下「特別パートナーモデル」「一般的パートナーモデル」「代理モデル」であった。

この医師－患者関係の選択において医師を除く調査対象者は全体結果と同様の傾向を示した。特徴的なのは医師の回答で、望ましいモデルは全体と同じく「一般的パートナーモデル」とし、日本で、実際に多いのは「特別パートナーモデル」と答え、国民/患者、他の医療従事者とは異なった評価をしていた。

医師と医師以外の人々の見方・感じ方は明らかに異なっているが、この理由の詳細は今回の調査では明らかにされず、詳しい調査が必要である。

今回のアンケート調査に協力した2915人の内869人（30%）の人が自由記載の欄に意見を述べていた。この意見の中には、選択肢調査では明らかに出来なかった課題・提言がなされている。この内容分析は次年度の課題とする。

第7章 提言

平成7年度版厚生白書に指摘されているように、医療が国民/患者へのサービスであるとするならば、医療に国民/患者のニーズを反映しなければならない。今回の調査結果から明らかになった課題はこの厚生行政を実現する一部でもある。

今回の調査結果から明らかになった課題を指摘し、課題解決の必要性を提言とする。

I. 医療への患者参加を促進する情報提供のあり方および課題

調査結果から、国民/患者は、より具体的な診療情報内容を口頭による説明と診療記録とによっての情報提供を求めていた。診療記録開示にも賛成し、特に診療録と検査記録の開示を求めていた。先に述べたように国民/患者側に立ち、望んでいる情報項目・内容のガイドラインを作成し、それらが記載されている記録を提示しながら口頭で説明することによって、この国民/患者のニーズに応えることが医療への患者参加を促進する情報提供のあり方と言える。

診療記録開示で開示の求めが低かった看護記録などもむしろ積極的に開示をすすめることによってその役割の理解を促し、共に患者と問題に取り組む医療を推進するであろう。

さらに、課題としてはこのように多くの国民/患者が、より多くの診療情報提供および診療記録開示を求めているが、今回の調査結果は抽象的であることは否めない。実際に情報を得るためには具体的に下記の点が課題となり、きめ細かな調査が必要である。

1. コストをめぐる課題

情報を得るためのコストをどのように考えているか、どの位のコストなら自己負担をしても良いと考えているのかなどを調べる必要がある。

2. 診療情報および診療記録へのアクセスの方法をめぐる課題

情報を得るためには、どのような方法で、また、どういう形での情報提供が望ましいのか、例えば、請求をしなくとも医療従事者側から積極的に提示をしてほしいのか、自分の意思表示によって情報を得たいのかなどの調査が必要である。

3. 情報提供の対象者と情報の漏洩およびプライバシー保護の問題

原則患者本人への情報提供であるのに対し、多くの国民/患者は、「本人と本人が許可した人」としている。患者が許可すれば誰にでも診療情報を提供して良いとするのか、情報提供に伴う情報漏洩をあまり意識化していない実態から、情報の漏洩とプライバシー保護に関する認識について詳細な調査が必要である。

4. 自己決定をめぐる課題

診療情報提供ならびに診療記録開示をする理由は、厚生省がめざす目的と一致していた。一方で情報提供の対象範囲を「本人と本人が許した人」と考えていることは、自己決定というより誰か自分が信頼出来る人とともに決定をするとも解釈出来る。患者が自律できるようなかわりのあり方の探究と自己決定に基づく医療を推進する上での日本の文化に応じたあり方などについての研究が必要である。

II. 国民が求める診療情報の提供ならびに診療記録開示に関する課題

医療従事者は診療情報の提供および診療記録の開示に対する認識は高く、これらに関する政策の第1歩である「認識を高める・関心を喚起する」という広報の目的はほぼ達成出来ていると考える。検討会の報告書ならびにその結果の衆知に対する厚生省の努力を高く評価したい。

これらを実行する上での課題を、医療従事者側に焦点をあてて述べ、それを提言とし、次年度の研究課題としたい。

1. 提供するべき診療情報の内容とその方法に関する課題

1) 提供するべき診療情報内容を具体的に設定したガイドラインが必要である。

2) 診療情報の提供方法に、医師と国民/患者との乖離がある。この要因を明らかにする必要がある。

3) 医療従事者は、提供するべき診療情報内容は患者によって選択し、情報を提供するという結果は、その判断基準が適切でない場合にはインフォームド・コンセントの理念に基づいた医療の推進には限界が生じる可能性がある。この点に関する医療従事者の判断基準の実際を明らかにする必要がある。

4) 自己決定の原理に基づく医療を実行するためには、患者の自律が欠かせない。そのためにはどうあれば良いかに関する研究が必要である。

5) 診療記録の開示に関しては、全ての人々に、さらにその目的と理由についての広報活動が必要である。

6) 看護に関する情報提供ならびに開示に関する国民/患者、看護婦・看護師を除く医療従事者はその必要性をあまり高く認めてはいない。この背景にある理由を明らかにする必要がある。また、看護職従事者は看護記録のみならず、看護婦・看護師の役割とその実践を知ってもらうように日常の看護業務の中でも努力する必要がある。

7) 診療記録の開示の基盤整備としての課題は「記録の書き方の検討」と「記録管理のシステムの構築」で、特に記録のガイドライン作成が急務である。電子カルテのガイドラインも求められる。

8) 将来の医療の担い手である医学生への調査も実施することが望ましい。この結果によって、倫理教育、記録に関する教育のあり方を明らかにすることができる。

9) 記録開示の基盤整備の一環として、国民/患者が実際に記録を読んだ場合、現状の診療記録にはどのような課題が存在するのか明らかにする必要がある。この結果を記録のガイドライン作成に生かすべきである。

2. 診療記録の開示を法制化する上での課題

1) 法制化に対しては賛成が反対を大きく上回っている。しかし、医師の48%が反対している事実は課題である。この背景を詳細に明らかにする必要がある。

さらに、法制化をしないで、医師個々の倫理的判断に基づいて情報提供と診療記録を開示するという方針を示した日本医師会の今後の実践を参考にすることもできる。時間的余裕があれば、この方針の実現による情報提供の実際的な結果と国民/患者側の反応、特にインフォームド・コンセントの理念に基づく医療が実行されているかに関する実態調査結果によって新たな政策案の提言も可能かもしれない。

3. 診療情報の提供の基盤となる医療従事者と患者との関係のあり方に関する課題

特に、医師を患者のあり方が問われる。医師と国民/患者およびその他の医療従事者とのこの関係の認知は異なっていた。認知のズレは、改善には結びつかない。医師が認知しているとする関係の実態とその理由を明らかにする必要がある。

謝辞：この調査にご協力いただきましたすべての皆様に深く感謝いたします。そして、データの入力から報告書作成までご協力くださいました聖路加看護大学学生の梶本妙子さん、漆間英実さんにも心から感謝いたします。