

図3 医科診療点数表を見ますか

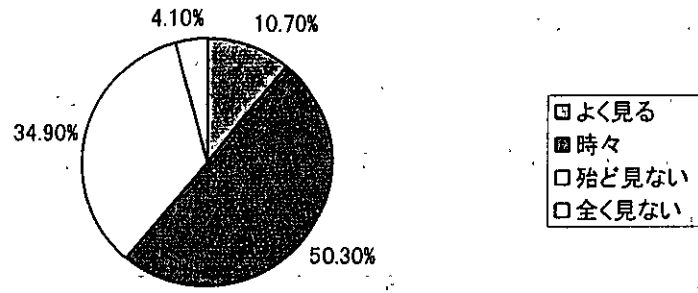


図4 入院点数の逓減制を知っている

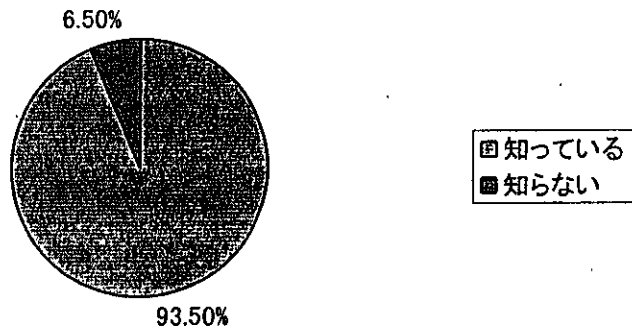


図5 輸血料の算定に説明と同意が必要であることを知っている

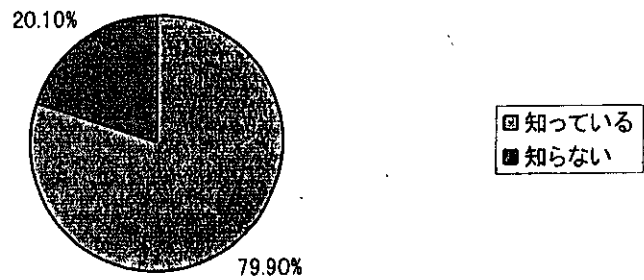
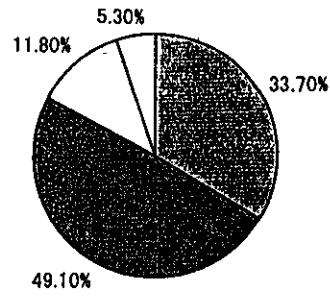
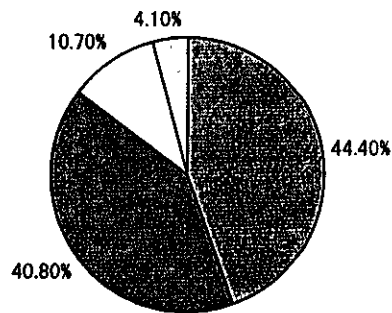


図6 診療報酬請求で査定された内容や点数を把握していますか



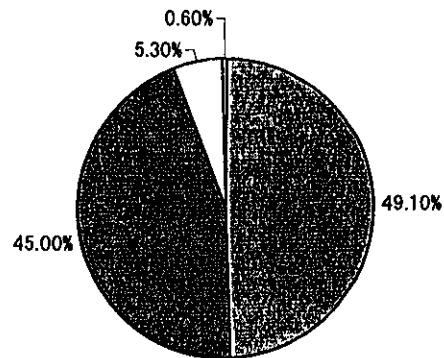
よく把握している ■ まあまあ □ あまり把握していない □ 殆ど把握していない

図7 査定されないように医事課等から指導がありますか



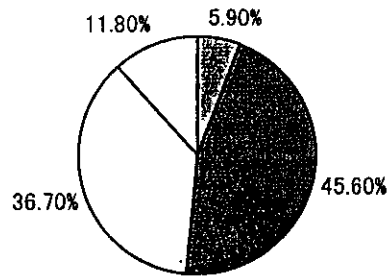
よくある ■ 時々ある □ 殆どない □ 全くない

図8 査定の基準が明確でないと感じることがありますか



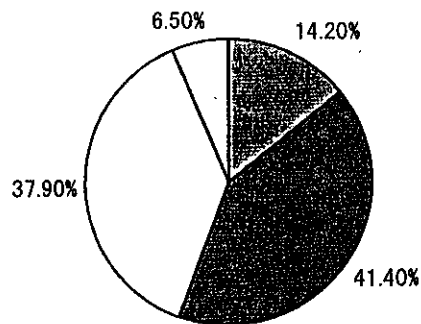
よくある ■ 時々ある □ 殆どない □ 全くない

図9 患者の自己負担の上昇により、診療内容を変えたことがありますか



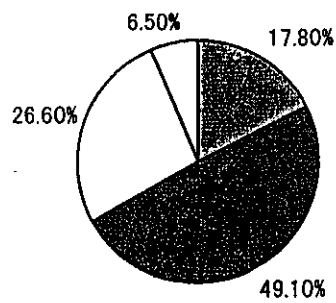
□よくある ■時々ある □殆どない □全くない

図10 疾患ごとに点数が包括化されると、投薬・注射を少なくしたいと思いますか



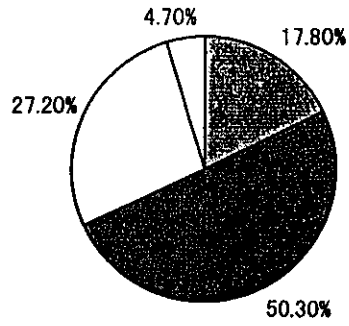
□大変そう思う ■そう思う □あまり思わない □全く思わない

図11 疾患毎に点数が包括化されると、検査を少なくしたいと思いますか



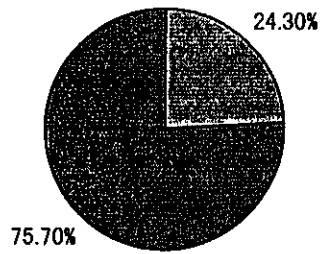
□大変そう思う ■そう思う □あまり思わない □全く思わない

図12 疾患毎に点数が包括化されると、入院日数を短くすると思いますか



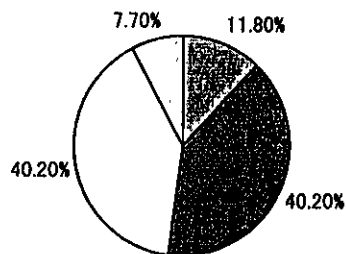
大変そう思う ■ そう思う □ あまり思わない □ 全く思わない

図13 医師の自己裁量権が縮小することをどう思いますか



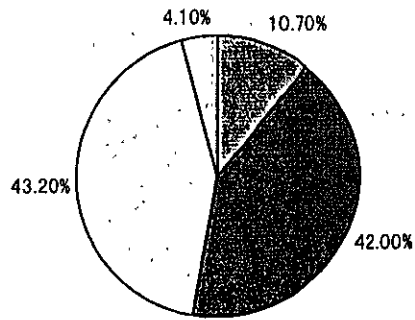
賛成
反対

図14 レセプトの開示に伴って、制限・配慮をしたいと思いますか



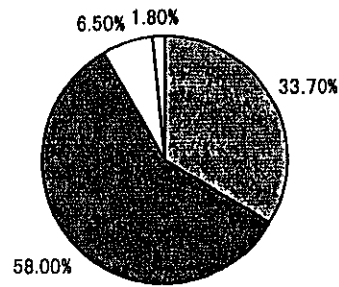
大変そう思う ■ そう思う □ あまり思わない □ 全く思わない

図15 レセプトの開示に伴って、点数を意識した医療をしたいと思いますか



□ 大変そう思う ■ そう思う □ あまり思わない □ 全く思わない

図16 レセプトの開示に伴って、患者への説明が必要になると感じますか



□ 大変そう思う ■ そう思う □ あまり思わない □ 全く思わない

カルテの開示に関する意識調査

日本医科大学医療管理学教室

谷本佐理名

I 背景

平成 10 年 6 月 18 日、厚生省の「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」(以下「検討会」)より「法律に開示請求権と開示義務を定めるべきだ」として、カルテ開示の法制化を求める報告書がまとまった。日本医師会は、カルテをはじめとする診療情報の提供、開示の法制化には反対する意を表明しているが、「診療情報提供の一般原則」として「医師は、患者に対して懇切に説明・提供するよう努める。診療情報の提供は、口頭による説明、診療記録等の開示、説明文書の交付等、適切な方法で行う」として、医師会会員に対して今後指針に沿った診療情報開示の周知を徹底する方針を示した¹⁾。このように、法制化に関しての議論は残るもの、カルテは開される方向で議論が進められている。

一方で、情報提供の推進事態には前向きな姿勢を示しながらも、診療記録の所有権が診療側にあるとの考え方や、インフラの未整備、資料情報を管理する専門家養成の必要性などを論拠に、開示はあくまで医師の自発性により推進すべきという法制化反対・慎重論も根強いという¹⁾。

現在このようにカルテ開示に関する見解も様々なようである。しかしながら、開示に賛成の人々の開示に関する考え、または開示に反対の人々の考える開示まつわる問題点等を整理しておくことは、今後カルテ開示をより良く進めていく上で鍵となるであろう。そこで、本調査では、カルテ開示に賛成か反対かという立場の違いは、1)開示の意味付けの違い、2)カルテ開示が患者に与える影響のとらえ方の違い、3)日頃の患者との情報伝達のしかたの違い、4)カルテの記載の仕方の違い等に関連しているという仮説を立て、立証すべくアンケート調査を行った。

II 対象と方法

1. 対象

亀田総合病院、青梅市立病院、日鋼記念病院、河北総合病院に勤務する医師 377 人を対象とした。

2. 方法

カルテ開示や医療情報に関する質問を含んだ質問票を作成し 3 月 20 日発送した。質問票では、開示の位置づけ、カルテ開示が患者に与える影響、日頃の患者との情報伝達のしかた、カルテの記載の仕方についてたずねた。

3. 解析方法

多群間の検定に Kruskal-Wallis 検定を行った。統計学的有意差の判定には $p < 0.05$ とした。これらの解析には SPSS Release 7.5.1 J for Windows を用いた。

Ⅲ 結果

回答があったのは男性 165 人(83.8%)、女性 32 人(16.2%)の計 196 人であった。回収率は 52.0%で、平均年齢が 39.2±10.7 歳、平均臨床経験年数が 13.4±10.2 歳であった。

1. カルテ開示の賛否(図 1)

カルテ開示に「賛成」が 20.6%、「どちらかといえば賛成」が 30.4%、「どちらとも言えない」が 27.3%、「どちらかといえば反対」が 10.8%、「反対」が 10.8%であった。

2. カルテ開示の位置づけ(図 2)

「社会の情報公開の流れの一貫である」に「大変そう思う」と答えたのは 20.4%、「そう思う」と答えたのは 57.1%、「どちらとも言えない」と答えたのは 12.8%、「そう思わない」と答えたのは 6.6%、「全くそう思わない」と答えたのが 3.1%であった。「患者の権利である」に「大変そう思う」と答えたのが 18.5%、「そう思う」と答えたのが 54.9%、「どちらとも言えない」と答えたのは 20.0%、「そう思わない」と答えたのが 6.2%、「全くそう思わない」と答えたのが 0.5%、「インフォームドコンセントの強化である」に「大変そう思う」答えたのが 11.9%、「そう思う」答えたのが 49.2%、「どちらとも言えない」答えたのが 23.3%、「そう思わない」答えたのが 11.9%、「全くそう思わない」答えたのが 3.6%であった。「法制化せず進められるべきものである」には、14.9%が「大変そう思う」と答え、34.4%が「そう思う」と答え、33.3%が「どちらとも言えない」と答え、「そう思わない」と答えたのが 11.3%、「全くそう思わない」と答えたのが 6.2%であった。「訴訟対策である」には、「大変そう思う」と答えたのが 8.2%、「そう思う」と答えたのが 29.7%、「どちらとも言えない」と答えたのが 38.5%、「そう思わない」と答えたのが 20.5%、「全くそう思わない」と答えたのが 3.1%であった。

一方、「社会の情報公開の流れの一貫である」、「患者の権利である」、および「インフォームドコンセントの強化である」といった位置づけにとカルテ開示の賛否に間連が認められた(いずれも $P<0.01$ 、表 1)。

3. カルテ開示が患者に与える影響(図 3)

「カルテ開示は患者に混乱を与えますか(n=196)」に「与える」と答えたのが 28.1%、「どちらかといえば与える」と答えたのが 36.7%、「どちらとも言えない」と答えたのが 24.5%、「どちらかといえば与えない」と答えたのが 6.6%、「与えない」と答えたのが 4.1%、「患者に医療情報が理解できないと思いますか(n=196)」に「理解できない」と答えたのが 14.3%、「どちらかといえば理解できない」と答えたのが 41.3%、「どちらとも言えない」と答えたのが 34.7%、「どちらかといえば理解できる」と答えたのが 8.7%、「理解できる」と答えたのが 1.0%であった。

また、「カルテ開示は患者に混乱を与えますか」という問の回答とカルテ開示の賛否、および「患者に医療情報が理解できないと思いますか」という問の回答とカルテ開示の賛否には間連が認められた(おのおの $p<0.01$ 、 $p<0.05$ 、表 2)。

4. 日頃の患者との情報伝達のしかた(図 4)

「不確実な情報を患者に伝えていますか」に「伝えている」と答えたのが 7.1%、「どちらかといえば伝えている」と答えたのが 24.5%、「どちらとも言えない」と答えたのが 31.6%、「どちらかといえば伝えていない」と答えたのが 21.4%、「伝えていない」と答えたのが 15.3%であった。「診療上問題点を患者に告げていますか」に「告げている」と答えたのが 29.9%、「どちらかといえば告げている」と答えたのが 55.2%、「どちらとも言えない」と答えたのが 11.3%、「どちらかといえば告げていない」と答えたのが 3.6%、「告げていない」と答えた医師はいなかった。

また、「診療上問題点を患者に告げていますか」という問とカルテ開示に賛成か反対かの回答の間に有意な関連が認められた($p < 0.01$ 、表 2)。

5. カルテの記載の仕方の違い等(図 5)

「カルテを SOAP にしたがって記載していますか」に、「記載している」と答えたのが 26.4%、「どちらかといえば記載している」と答えたのが 28.4%、「どちらとも言えない」と答えたのが 20.8%、「どちらかといえば記載していない」と答えたのが 12.7%、「記載していない」と答えたのが 11.7%であった。「開示によりカルテに記載する量は増える」に「増える」と答えたのが 36.1%、「どちらかといえば増える」と答えたのが 32.0%、「どちらとも言えない」と答えたのが 18.6%、「どちらかといえば増えない」と答えたのが 3.1%、「増えない」と答えたのが 10.3%であった。「開示によりカルテに記載する量は減る」に「減る」と答えたのが 2.4%、「どちらかといえば減る」と答えたのが 4.1%、「どちらとも言えない」と答えたのが 23.7%、「どちらかといえば減る」と答えたのが 18.9%、「減らない」と答えたのが 50.9%であった。また、これらの質問とカルテ開示に賛成か反対かの回答には関連は認められなかった。

IV 考察

カルテ開示は法制化されるかどうかは今後議論されるところであるが、開示の方向ですでに進んでいる。本調査にてカルテ開示に「賛成・どちらかといえば賛成」と答えたのは 50.1%で、半数であった。一方、開示の方向で進んでいるにも関わらず、実際に臨床に携わっているの医師の間には、「どちらとも言えない」や「反対・どちらかといえば反対」といった意見が半数あった。反対という中には恐らく日常の多忙さからカルテの記載の不十分なケースが多いこと²、感想、評価、注意事項など、患者にそのまま見せると信頼関係を損なう恐れがあり、見られたくない記載もあり、また、何に使うのかと目的に対する警戒感も強いと言う³ことからなのかもしれない。

カルテ開示の位置づけに関しては、半数以上の医師がカルテ開示を「社会の情報公開の流れの一環である」、「患者の権利である」、「インフォームドコンセントの強化である」といった位置づけをしていることがわかった。また、日本医師会はカルテ開示の法制化には難色を示しているわけだが、本調査にてもカルテ開示が「法制化せずに進められるべきものである」と考えている医師が約

半数で、そうは考えていない医師の 17.5%を大きく上回っていた。また、カルテ開示の賛否と「社会の情報公開の流れの一環である」、「患者の権利である」、「インフォームドコンセントの強化である」といった位置づけとが関連していたが、これは、こういった開示の受け止めかたが異なるために、カルテ開示に対する考え方も異なっていると考えるだろう。

「カルテ開示が患者に混乱を与えますか」の間には、約 65%の医師が「与える・どちらかといえば与える」と答え、この回答はカルテ開示の賛否と関連があった。すなわち、カルテ開示に反対する医師の多くは、有意に開示が混乱を与えていると考えているようだ。一方、「患者に医療情報が理解できないと思いますか」の間では、半数以上が医療情報は患者に「理解できない・どちらかといえば理解できない」と考えており、カルテ開示に反対の群の方が「理解できない」と考えている医師が多かった。

診療上の問題点を患者に告げている医師は 85%に上る。また、カルテ開示に賛成している医師の多くが診療上の問題点を患者に告げている。これは、問題点を患者に告げていけるような環境整備が整えば、より一層カルテ開示に賛成する医師が増えるということを示唆しているとも言えよう。

現在カルテを SOAP に従って記載していると答えた医師は、約 55%であった。奥平⁷によるとこれまで多くの医師は、カルテが開示されることを前提としないで自分の備忘録、メモという感覚で作成してきているという。このことから、SOAP のような標準的な書き方をしている医師はカルテ開示に賛成する医師が多いことを予想したわけだが、本調査の結果では関連がなかった。

一方、開示によりカルテの記載量が増えると考えている医師は、6 割以上で、反対に減ると考えているのはわずか 6.5%であった。これは開示を前提にカルテを記載するようになると、より患者にわかりやすく記載していく必要がでてくるからかもしれない。

V 結論

今回カルテ開示に賛成であるか反対であるかということがどのような考え方と関連があるかを調べた。カルテ開示の位置づけでは、「社会の情報公開の流れの一環である」、「患者の権利である」、「インフォームドコンセントの強化である」と開示に関する見解が関連していた。またカルテ開示に反対の意を示している医師は開示が患者に混乱を与える、医療情報が理解されにくいと考えていることや、開示に賛成の見解を示している医師の多くは患者に診療上の問題点を告げていることなどが明らかになった。開示の受け止め方の違いのみならず、患者が開示に対してどういった反応を示すかといった考え方の違いが開示に対する見解を変えていることも考えられた。一方で、診療上の問題点を患者に告げていけるような環境が整えばより開示が受け止められやすくなることも示唆された。

この研究は、医療技術評価総合研究事業「医療法改正に伴う医療提供体制に関する研究」(主任研究者＝長谷川敏彦)の一環として行われた。

¹ 情報開示. 加速する情報化維持拡大の流れ 賛否の議論より現場の環境整備を.
Phase3 ;1:38-39. 1999.

² 成田清. 医療情報に公開の時代きたる. 日本歯科医師会雑誌. 50.11.33-38.1998.

³ 奥平哲彦. カルテの開示について. 日医雑誌 120.2.260-264.1998.

図1 カルテ開示の賛否

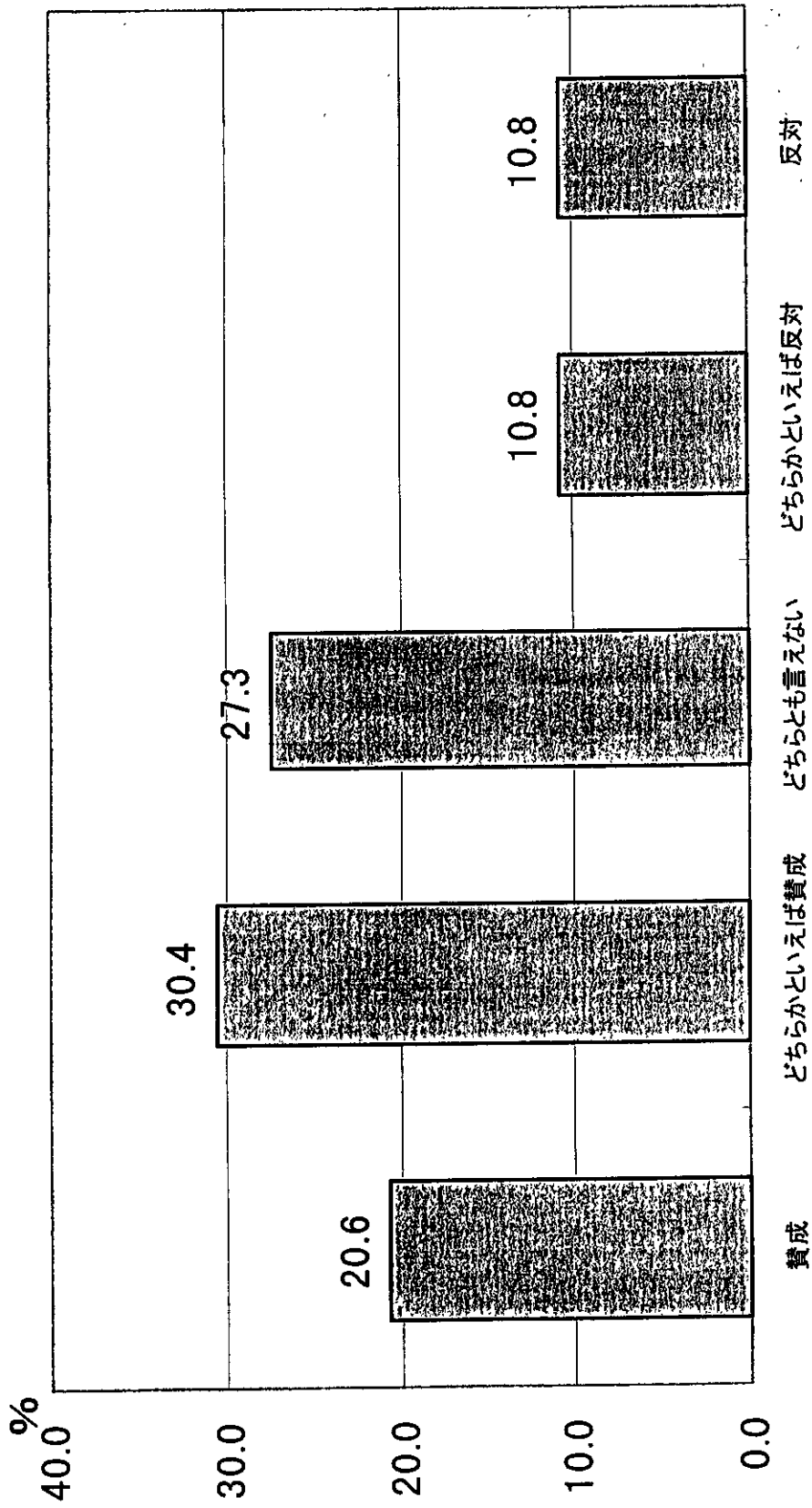


図2 カルテ開示の位置づけ

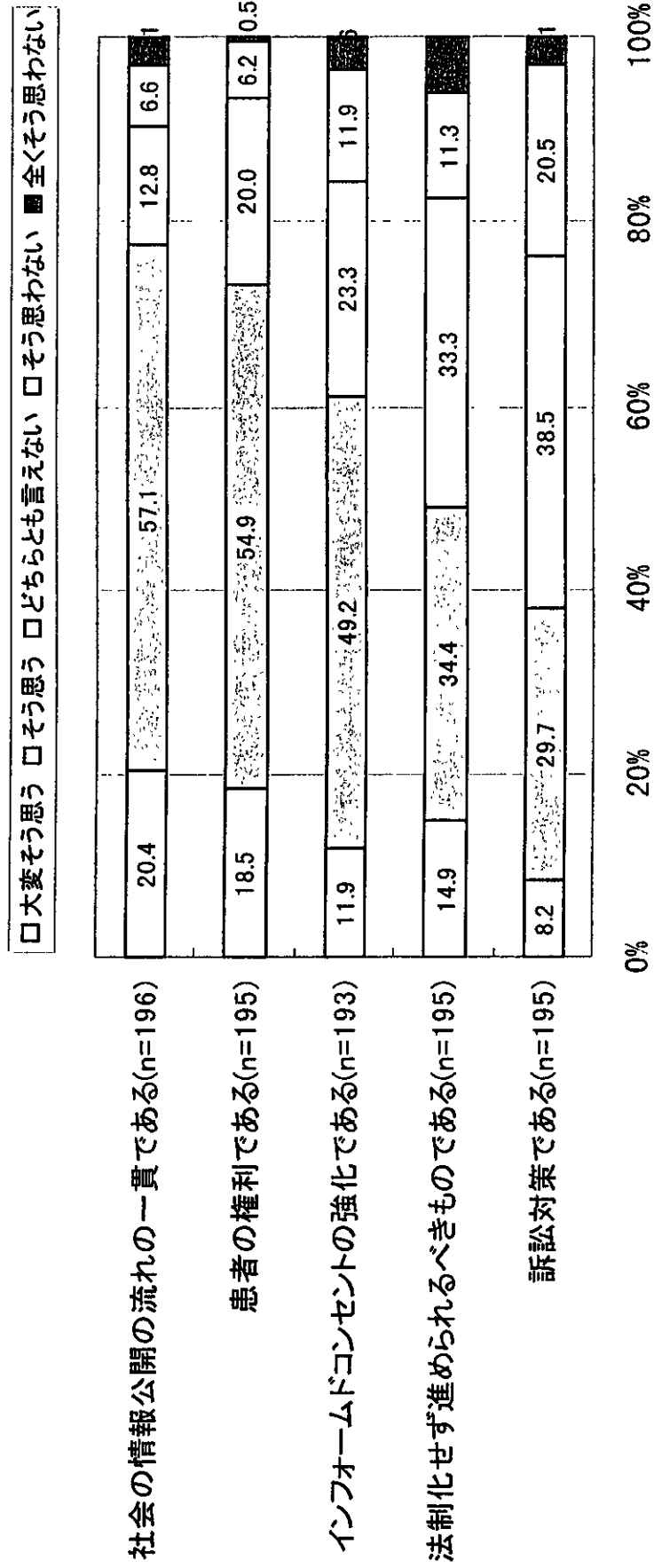
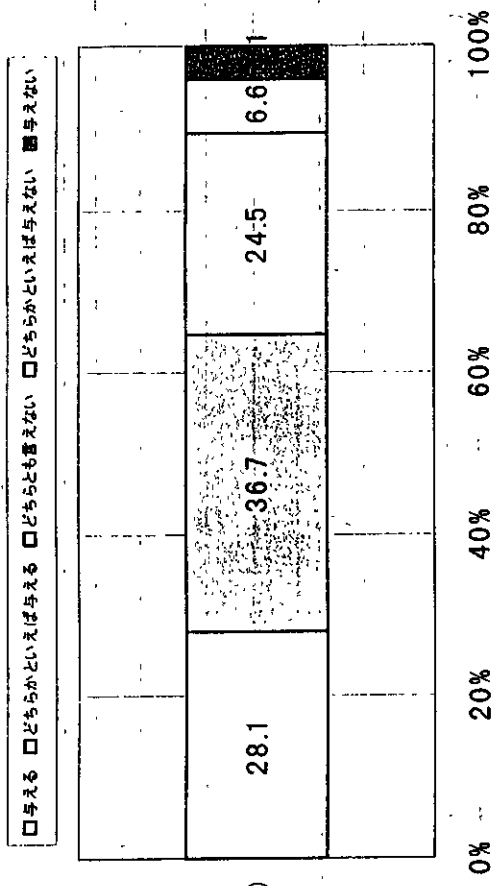
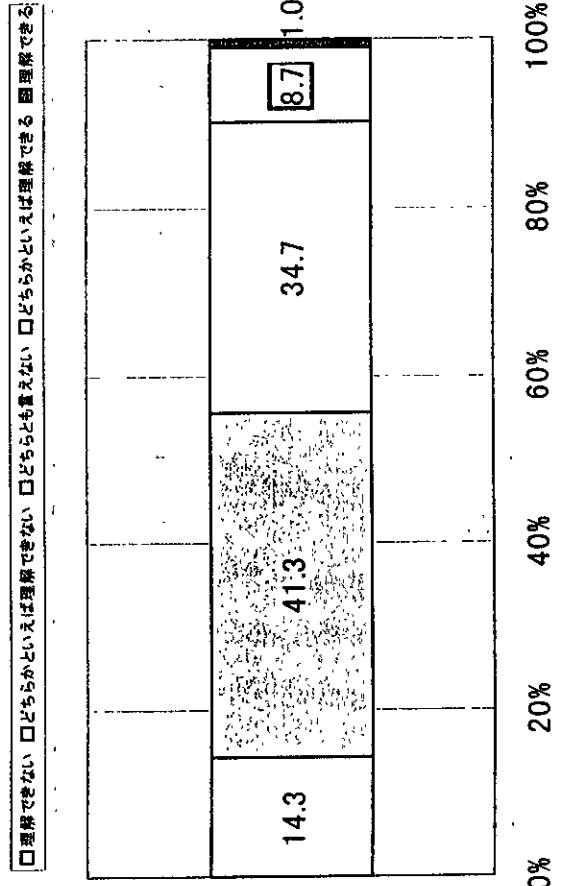


図3 カルテ開示が患者に与える影響のとらえ方



カルテ開示は患者に混乱を与えたいと思いますか(n=196)



患者に医療情報が理解できないと思いますか(n=196)

図4 患者との情報伝達のしかた

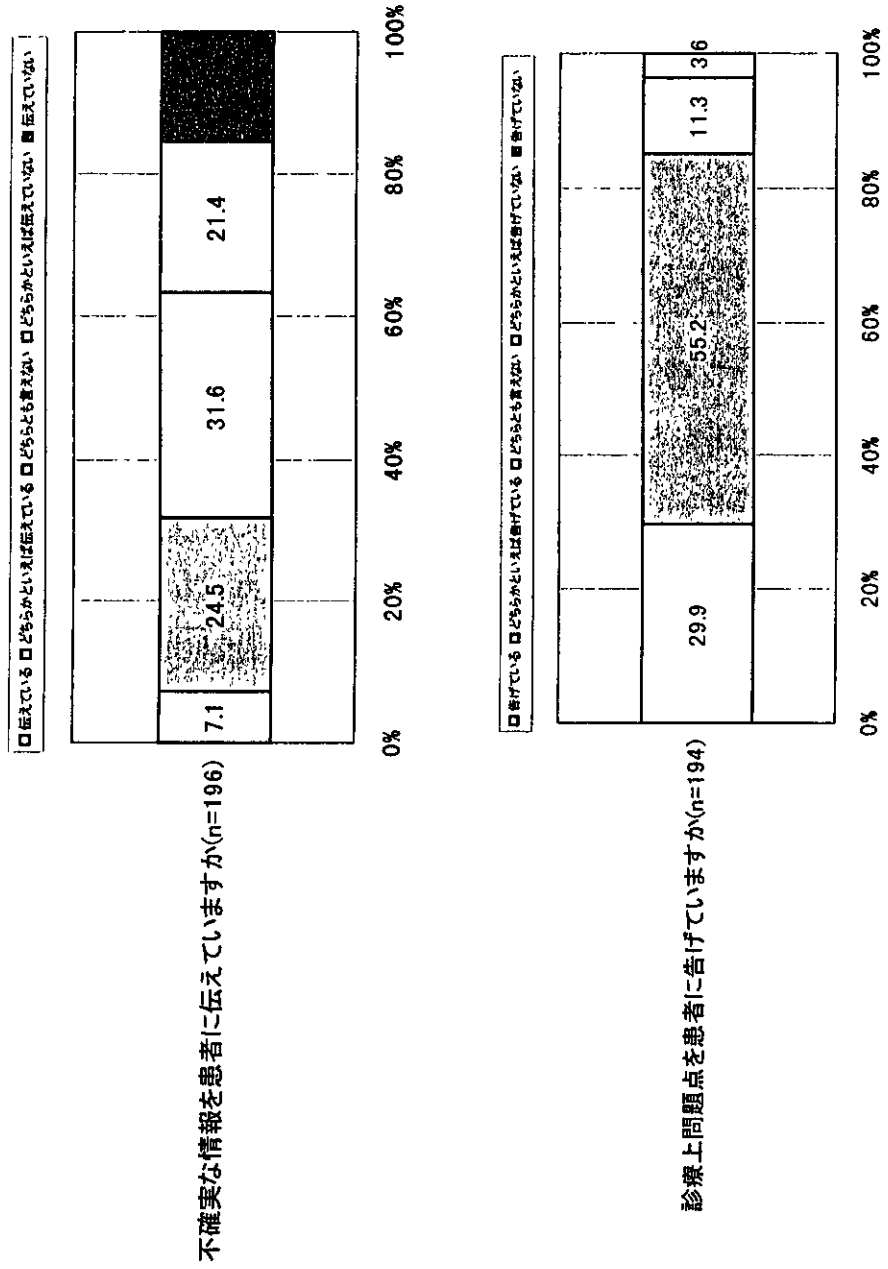
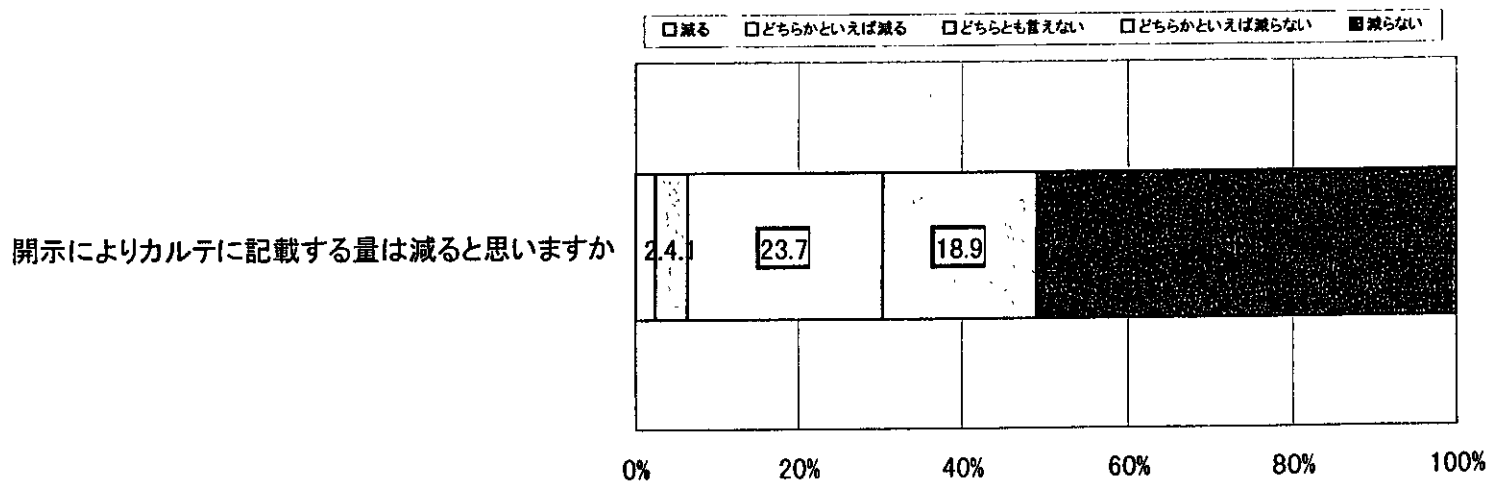
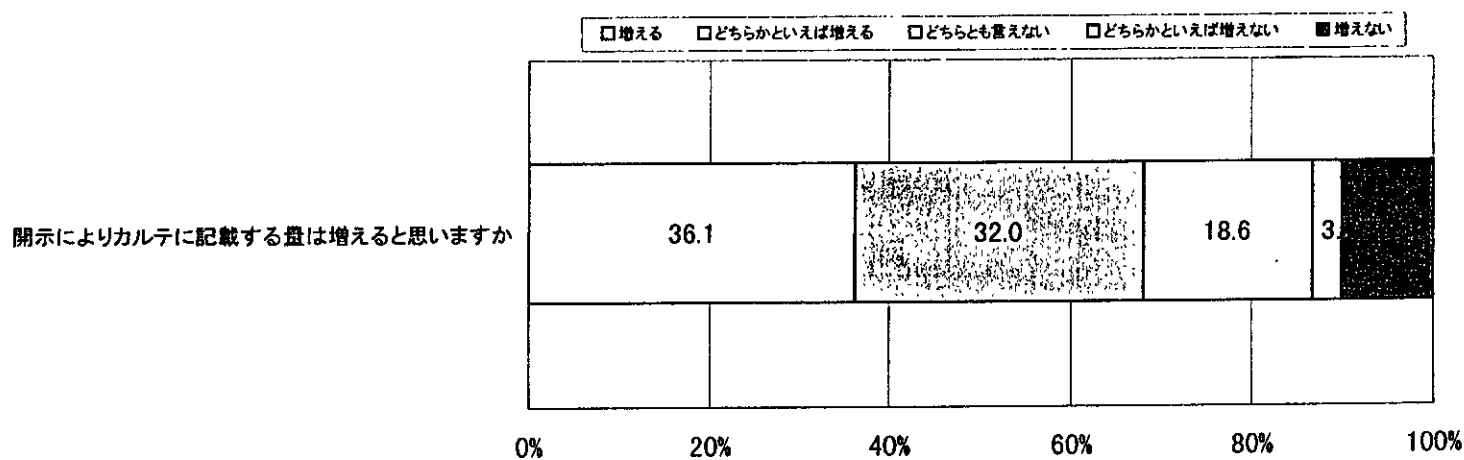
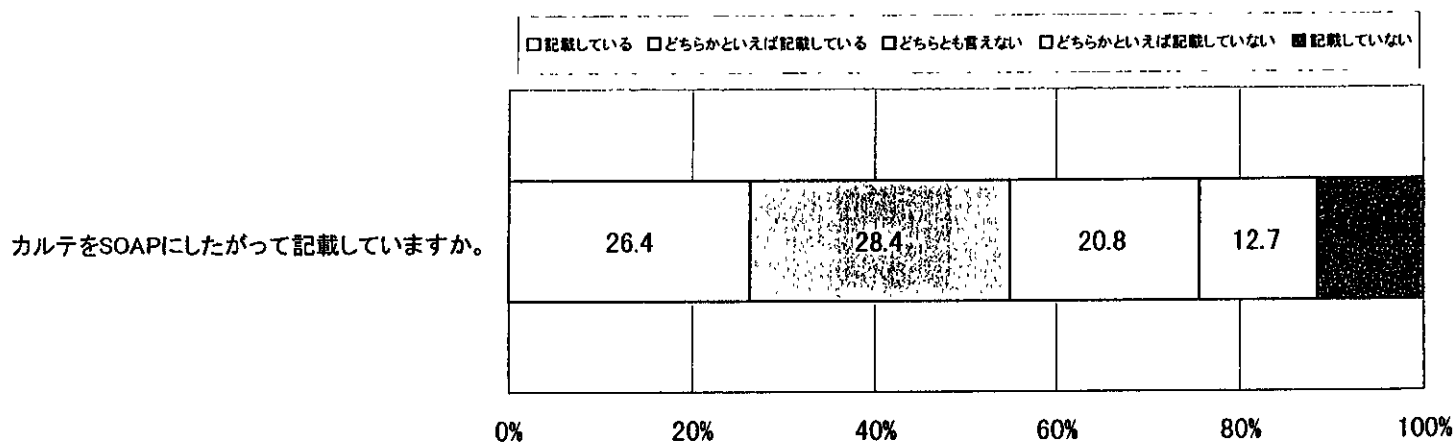


図 5 カルテの記載



原著 カルテ開示の日米の意識の比較と医療連携

→ 日本医科大学医療管理学教室

→ 高柳和江、谷本佐理名、太田久彦、木村哲彦

→

→目的：カルテ開示に関して、日米の差について考察し、日本での医療連携における開示について考察する。

→

→方法：

→1. 日本のカルテに関する認識調査を2つの私立医科大学の全医師876人におこなった。私立医科大学のA私立医科大学は地方都市の新設医大で、1患者1カルテ方式で3分の1の医師が電子カルテを使用している。B私立医科大学は都下の人口密集地帯にある歴史の古い私立医科大学で1科1カルテ方式である。カルテに関する認識についての質問項目は内科医師、外科医師、医療管理学研究者など6人のフォーカスグループのフリートーキングおよび米国の診療情報の定義から問題を設定した。病院長を通して全医師にアンケート用紙と返信用封筒を配布し、2週間後に病院企画室を通して、または当教室に直接返送してもらった。

→2. 米国のカルテ事情について、医療施設合同評価機関(Joint Commission on Association of Healthcare Organization, JCAHO)のスタンダードに記載されている診療録の評価法、米国医療情報管理学会(American Health Information Management Association, AHIMA)の内容を考察した(1、2)。実際の運用について、アイオワ州立アイオワ大学医学部小児外科教授木村健先生、ステイシーサイファー副院長補佐、ニューヨーク州ニューヨーク市ベス イスラエル病院ダニエルホスキンス副院長からのヒアリングを行った。州立アイオワ大学付属病院は中西部にある農業地帯のアイオワ州州立860床の病院で、ベス イスラエル病院はニューヨークの下町部ブルックリンにある1000床の私立総合病院である。

→3. 以上からカルテ開示と医療連携についての考察を行った。

→結果：

→1. 日本のカルテに関する認識調査

→ 臨床経験11.9+8.6年の医師488人から回答があった。回収率は55.8%であった。結果を表1に示す。

→ カルテの定義は患者の診療に対する一般的な記録であるとするものが、「大変そう思う」と「そう思う」を加え(以下、同様)96.3%、診断根拠93.9%とほとんどの医師が考えていた。一方、カルテの性格を問う設問では医師の思考過程79.9%、スタッフの間の意志伝達75.1%、スタッフの議論の場43.1%などと医療提供者のみに帰属すると考えられていることがわかった。患者に関しては医師と患者の意志伝達と思うのは23.4%と低く、患者に対してのものでないと考えている医師が多かった。カルテは一般に適切に作成されていると思うものが30.1%で、患者に理解できると思うのが8.0%、にとどまっている。カルテが適切に作成されていても患者に理解させるためのものでないと認識されていることがわかる。カルテ開示が患者の利益になると思うのは27.6%であった。

→2. 米国の診療録

→ カルテに関し米国ではHIFAは診療録は病院に属し、医療情報は患者に属すとして、いる。JCAHOは診療録は患者を確認し、診断を支持し、治療を正当化し、経過と結果を正確に実証するための十分な情報であるとしている。であるから患者情報管理の目的を表2のように患者のケアを容易にする、財政的法的記録、診療的研究の助け、診断分析を助ける、専門的組織的行為の改善のためのガイドと規定している。患者の医療情報の目的は患者の識別、診断の支持、治療の正当化、経過と結果の記録、および継続ケアの促進としている(表3)。JCAHOでおこなう病院の評価での診療録の評価項目も表4のように詳細にわたっている(表4)。

→3. プライバシーと患者の権利

→ 1, 1970年代から米国では患者の権利についての法的規制が始った3)。1974年に米国の連邦プライバシー法が制定され、連邦政府運営医療機関で診療記録の開示請求権と訂正請求権を認めたのを皮切りに各州で患者の権利についての規定が行われた。患者の情報を知るのは患者の権利であるとする認識は医療提供者患者の双方に一般的である。ベスイスラエル病院ではニューヨーク州病院法第405.7節にもとづいて患者としての権利宣言をまとめている。このなかで診療録に関しては、診断、治療、予後に付いて完全に知る権利があると明記し、提案された治療や処置を十分に理解した上で同意できるよう、全ての情報を受ける権利があるとする。この入院中のプライバシーを守り、治療に関する情報や記録の機密を守ってもらう権利がある。自分の診療の記録については無料で見て、必要ならばかかるべき料金をはらってコピーをもらう権利がある。病院側では料金の払えない患者にもコピーを与えなければならないとする。

→ 4. アイオワ大学

→ 診療録はレジデントは直接記入をするが、担当医はテープレコーダーをもって回診し、後で診療録管理室でこのディクテーションに基づいてタイプ記入する。担当医は夕方にこの内容をチェックしてサインするしくみである。毎日回診し、診療録に記載することが義務づけられており、記載が無いものはカルテ用紙とともに、記入を求める用紙が回ってくる。診療情報は患者のもので診療録の紙、レントゲンのフィルム、病理標本のプレパラートのガラスなど医療情報を記録した材料は病院のものと厳密に取られている。保管責任は病院にあるが、患者はいつでも見ることが可能である。患者が求めるとこの診療録はコピー代を払って、患者にコピーが渡される。飛行機のパイロットやスチュワーデスなど遠隔地で事故や病気になる可能性のある職業の人はこの診療録を自宅のファックスの近くにおいて、何かあった場合に家人に送ってもらうという。患者自身の同意書がないと遠隔地で病気になっても、病院から病院に患者情報を転送してもらうことはできない仕組みだからである。患者のプライバシー権が確立されているのである。

→ アイオワ大学では教育のツールとして診療録を用いており、記載について内容がチェックされ質保障の印が押されることになっている。診療録管理部では、感染委員会、Utilization Review委員会、Risk management委員会、バイオプシー委員会などが適切に機能しているかをさらにチェックするしくみになっている。Outcome ResearchとしてProtocol Check、患者満足度調査、針刺し事故のような色々のFocusを決めたものを行っている。問題が起きると8—10人の医師による診療録のRisk Management委員会が開かれる。Incident委員会、事故調査委員会に報告される。こうした事故は患者もしくは家族に逐次十分説明することが求められる。記載の仕方は患者に見せることが前提として客観情報を書くようになっている。書き方は常識をもってかくことが医師、看護婦双方に求められている。

→

→ 5. ベスイスラエル病院：

→ ベスイスラエル病院の副院長は診療録の記載事項をすべて法的記録ととらえるという。かかれたことはすべて弁護士が見ると考える。逆に言うと法廷で申し開きができる書き方が求められる。このためには言葉に気をつけて客観的な事実を記載することが求められる。

→ 記載内容：

→ 現病歴、既往歴、家族歴、現症、考えられる診断、治療計画、経過、処方などである。学生が記載するときは必ずライセンスのある医師が、counter signを行う。間違ったときは一本線で消して変更日時をかく。詠歌記録をかくときは外交的に常識を使ってかく必要がある。すべてが法廷に行く可能性があるからである。だから患者の行状は客観的にかいても医師や看護婦の主観は書かないようにする。標準的なケアをし十分具体的に起こったことを手短かくが、書き過ぎは防衛姿勢ととられかねないので、書きすぎる必要はない。医師の過重労働になる。ノートには記載日時と署名が必須である。

→ 看護婦記録：

→ 看護婦記録や看護婦のプログレスも必ず医師がcheckしてその記載内容に医師が反対か賛成か

を書いて署名しておくのがよい。いったん記録されると誰が書いたものであり病院の法的な記録として認定されるからである。無視するのがいけない

→検査：

→ 検査目的とその結果をどう解釈し、どう対処したかを書くX線、レントゲンなどの検査に関しては米国式との明らかな差がある。X線に関しては放射線科医の記録がないとX線を正しく診断したことにはならない。その他の検査はオーダーした医師が結果を見てその判断を書く必要がある。正常、変わりなしも記載して医師がオーダーしたものはみたことは確認することが求められる。異常値が出たとき何らかの処置を行ったらその旨を記載し、何もおこなわなかったのなら行わなかった理由を書く。「患者の全身状態が安定しているので、これは検査値が正しくない可能性がある。であるから再検査をオーダーした」などである。

→医療の不透明性

→ 医療は複雑な構造があり白黒と割り切れない灰色な部分がある。医師間でいろいろな意見がわかる。手術の決定であれ、もっと些細なことであれ、定義づけができないことも多い。米国の病院にはすべてにポリシーできており、いろいろな治療方法にもガイドラインがあり処置にはマニュアルがあり、さらにセカンドオピニオンが盛んである。保険者が医療の質を高め、強力で医療費の軽減を求める問題から医療の透明性をもとめていることも原因であろう。

→問題が起こったとき

→ 患者と話すこのコミュニケーションが大切である。医師としての判断。経過をレビューしこれからの計画を説明する。患者は消費者（コンシューマー）であると考え、問題を患者および家族と分かち合い十分なインフォームドコンセントをすることである。リスク、長所および他の代替方法などを説明する。看護婦や他の医師の記録に自分と異なる意見が書いてあった場合これこれの問題点でここに記載されたことに賛成できない、署名とする。

→他の医師との連携

→ 患者情報を他の医師にしらせる場合は患者の同意書が必要となる。この同意を得ると、通常は全ての医療情報が紹介先の病院に転送される。

→

→診療録へのアクセス

→患者のカルテをみるためには、どうしてそのカルテにアクセスするかの理由が必要である。ベスイスラエル病院の場合では、法的規制はないが、医療情報はその患者の医療に関わっている医療提供者が知ることは構わないが、関係のない医師が知ることは倫理上に問題があるとされる。病棟にあるカルテは病棟にいる医師や看護婦は見ることはできるが、他の病棟の医師がきて見ることは紹介がない限り、ない。他の診療録は診療録管理士の管理下にあるので、興味本位にみることはない。カンファレンスも患者のカルテはみせず担当医が性、年齢などを読み上げるに過ぎない。

→手術をするときも、そこに行けるのは執刀など関係する医師と看護婦に限られ、ビデオや写真を撮るときも患者に同意書をとらないといけなくなっている。

→保険者は病名コード、治療処置、検査データ、薬情報などを知ることができる。それが条件で保険に入っているからである。

→患者同士のプライバシー

→ 患者がみることができると手術室の壁に患者の名前と病名手術名などを書くのもプライバシーの面から心血管系の病棟のボード入口には患者メイト医師名のリストがあった。これは、患者の回転が早く、患者名、医師名がわからないと不便であることから、なされているという。

→

→考察：

→ 米国では9割以上の病院がJCAHOの評価を受け、8割以上が認定を受けている。この認定がないと病院の25%の収入源であるメディケア、メディケイドなどの保険診療ができない。このス

タンダードに診療録の定義づけがなされ、評価項目から内容が一定となり患者のためと規定されたものであることが要求される。訴訟社会の米国で診療録の開示がオープンに行われることについてリスクマネジメントの観点から明らかにしたいというのが本研究の目的のひとつであったが、患者の知る権利とプライバシーの権利を明確にして、客観的な記載と完全な公開を前提にして始めから対処する姿勢が貫かれていることを示した。

→ ひるがえって、日本の状況では本研究の調査では診療録が適切に作成されていると答えたものは3割で、患者が理解できると考えているものは8.2%にとどまった。日本の法制では、診療録に関して法律上の適正な診療録の具体的な規定がなく、裁判所や紛争の実務で問題となった事例から考えると、適正な診療録とはできる限り詳細な診療録であると法律家の浅井はいう4)。佐賀医大では開院以来診療録の管理を精力的におこなっているが、医療の質は診療録に現れるのである5)。診療録の開示の前に診療録の定義づけを行い、その作成方法を決め、その管理を行うことが急務である。

→

→ 神奈川県保険医協会が1995年と19987年に会員に診療録開示にアンケート調査を行った。賛成と答えたものは1995年の18.4%から19987年には30.9%に増加した6)。神奈川県の一般人を対象にした医療の現状に関するアンケートでは患者の権利としてカルテ開示を求めるよりは、医師から受ける説明の不十分さを診療録をみることによっておぎなおうとしている6)。診療録そのものを手に入れたいというこだわりよりも、治療内容を患者に伝わるように情報提供をすることが大切であることを示している。

→ 医療連携をグループ診療で行うメリットは、情報の共有化である。医師のネットワーク化でいろいろの情報が共有できることが知られている7)。インターネットで米国の社会は飛躍的に変化した。e-mailで大統領が国民に問題提起を喚起する。医療情報もインターネットで患者が知ることは可能で、医療機関がそれをサポートするシステムもあり、患者と医師の双方が共有している。医師はインターネットでさらに連携をすすめている8)。マネージドケア等の台頭は多くの医療情報をその保険機構内で共有することを示している。

→ 日本の病院は大学又は中心となる付属病院を中心としてグループ化している所が多い。このグループ化は医師の人事交流がおもで、システムが連携していることは少ない。患者を紹介するときは同じ病院であれば、診療録が添付される。他の病院に紹介連携をするときは診療録そのものでなく、紹介状とデータなどが別用紙に記載され、病院から病院に厳封の上、送られる。患者はこの内容を見ることができないシステムである。今後はこうした医療連携のときに患者が希望すれば内容を見る権利があると考えられる。病院から病院への医療情報の伝達については日本は患者に同意を取らずになされることが多い。

→ 反対に患者が医療情報を求めても、拒否する医師や病院もある。医療の透明性が求められる今後では、医療情報の帰属性を明確にしておく必要がある。カルテの開示は患者にとってはいろいろなメリットがある。重複検査、重複投薬がさけられるだけでなく、継続医療が可能になる。患者が医療の受け手として責任を持って医療に参加する意識が育つ。さらにカルテを統一することでより詳細な情報が手にいれられることにより患者の医療入退院の情報が細部に渡って明確化して、同じ方針で治療し、患者の了解を得ることが可能である。

→ ここで患者にどの程度の情報提示を行っておくかというコンセンサスが必要である。日本では癌や精神病のときには患者のカルテを開示しなくてもよいという注釈がカルテ等の診療情報の活用に関する検討会9) でなされている。開示の目的は医療従事者と患者の信頼感関係の強化および個人情報の自己コントロールとしている。しかしながら、病名告知やデータなど患者の心理状態を踏まえて段階的に直している場合や伏せている場合にどこまで患者に明らかにしたかを紹介先の連携病院の医師が知ることは重要である。日本で段階的なインフォームド コンセントを行っている場合など、連携病院に伝える手段が必要である。

→ 米国の場合では患者の情報を知るのは患者の権利であり、患者情報を他の医師にしらせる場合

は患者の同意書が必要となる。この同意を得ると、通常は全ての医療情報が紹介先の病院に行くこととなる。知りたくない権利、知っていても次の病院に教えない権利も保障されるので、医療現場では患者の意志を尊重しているという。

→

→ 医療提供者に関する守秘の問題も考えておかないといけない。一般に日本の病院では診療録は医師の共有のものと考えられており、カルテが同じであれば、すべての患者の医療履歴を見ることができる。患者カルテに電子カルテを使用しているA大学では医師であればすべての患者の医療履歴を見ることができる。診療情報に記入可能なのは個々の専門の医師や看護職により規制するという層化をとり、医療記載内容のコントロール権を規制している。しかし患者情報自体は医療提供者の間の共有情報というわけである。電子カルテの場合にこの守秘義務に関してどのようにコントロールしていくか、問題である。ベスイスラエル病院の場合では、法的規制はないが、医療情報はその患者の医療に関わっている医療提供者が知ることは構わないが、関係のない医師が知ることは倫理上に問題があるとされる。患者家族以外でしることができるのは"who needs to know" "知らねばならない人である。

→

→

→ 今後の提言

→ JCAHOはカルテの定義や記載内容について鮮明にして評価を行っている。日本でもカルテ開示の方向であるがカルテの定義づけ、プライバシーと守秘義務の討議をきっちりとしておくことが重要である。二重投薬、重複検査を防ぐのは患者を直接、間接に診療している複数の医師がみることによって防げるが、だからといって関係のない医師がカルテをみてよいかどうかはプライバシー保護の観点から十分な討議を尽くす必要がある。純粹に医学的、教育的、研究的見地で行うのか、個人的な興味で行うのかである。日本では守秘義務の概念が少なく医師間では患者情報を流すのは当たり前になっている。とくに電子カルテにおいてはアクセスが非常に問題であり、患者の同意なしに、関係のない医師がみることが可能となるシステムである。アクセスに患者の同意を求めるシステムが求められるようになるであろう。そのためには社会、患者がもっとプライバシーと患者の権利と責任について考えるべきで、医療者側もアカウントビリティを示す必要がある。HIVなど現在でも人に知らせたくない病状があり、政治家で守秘義務が守られにくい保険診療を使わずに自費診療を行った人もいる。医療保険を使ってもプライバシーがまもられるシステムが求められている。

→ 患者側の意識の変革

→ 患者にカルテ開示を積極的に行っている病院や診療所があり、患者との医療情報の連携という意味では、患者に「わたしのカルテ」というノートを配布し医療情報を渡している病院もある(10)。これは母子手帳のような一種のノートで患者に客観的データを流して、健康意識を高め、他の疾患で別の医療機関にかかったときの利便性を図ったものである(11)。いままでのおまかせ医療ではなく、患者が自分で健康をまもるというスタンスが求められている。インフォームドコンセントはまず本人になされ、患者が家族の誰に知らせるかを決める。患者自身が、医療情報を医師と家族のものでなく、本人のものであるという認識をもつことが大切である。米国においては、患者は顧客や消費者だけではなく、パートナーとして育ってきているのである。

→

→ 結論

→ 1. 2つの私立医科大学の医師にカルテ開示に関するアンケートを行った。カルテは医師の思考過程を含む一般的記録の性格があり、現在のままでは医療情報は患者にはみせないものという認識があった。一方で診療録は医療スタッフの意志伝達の場合であるという認識が75%の医師にあり、医療連携に役立つことを示した。グループ診療では、病院・診療所間では医療スタッフの意志伝達が必須で診療録を同じ形態にしておけば連携はたやすい。日本の医療施設はグループ化して