

Ⅲ. 対象群毎の自由記載の質的分析結果

国民・患者、医師、薬剤師、看護婦・士、診療情報管理士、医学生および看護学生の各群毎に結果を述べる。

1. 患者群の結果

213 件の自由記載を分析した結果は下記の通り、大きく 5 内容に分類された。

- 1) 情報提供および診療記録開示に向けての基盤整備の必要性
 - (1) 慎重な配慮、(2) システムづくり、(3) 患者の準備
- 2) 情報開示による医療の質向上への影響：継続医療、医療の充実・向上が可能
- 3) 開示の実際的な方法への提言
- 4) 法制化に関する提言
- 5) 医学教育の改善・充実

各項目に含まれたそれぞれの記載内容を以下にまとめる。

1) 情報提供および診療記録開示に向けての基盤整備の必要性

(1) 患者に応じた慎重な対応

患者に不安を抱かせる事がないように、知る権利、知らないでいる権利など選択の自由を幅広くし、相手にあわせた慎重な提供をしてほしい。また、未成年者へは一層の配慮が必要である。

提供希望する人には提供し、個人情報漏れる事がないように期待する。

本人の気持ちと家族の気持ちとの葛藤は難しく、マニュアルどおりではない柔軟な対応が必要である。末期癌患者・精神疾患患者への対応は考えてほしい。

(2) システムづくり

患者の訴えを聞いても医療費につながらない日本の医療制度に問題がある。現状では医師と十分に話し合う時間はないし医師不足である。時間の保証は必要である。

医療者側の負担増や治療に影響を及ぼさないような方法を考えてほしい。

開示に際しては、開示の原則を決めるべきで、患者、医療従事者、国、地方自治体のそれぞれの責任を明確にしておくべきである。また、開示の仕方と報道機関の報道の仕方を検討すべきであり、開示する対象者を明確にしておくべきである。

そして、すべての医療経過を記述することを義務づけるべきで、2重の記録が作られないようにする。また、相談できる、客観的に評価できる機関の設立を期待する。医療サイドと患者サイドの間を取り持ち、提供方法を考えるカウンセラー・コーディネーターがほしい。

提供されて混乱しないような、理解困難や誤解を防ぐ方法システムが必要であり、考えるべきである。

(3) 患者側の準備：患者の意識改革、

患者の意識改革が必要で、患者側も知る事の重みを考える。

開示自体は明るいものではなく、患者も責任を認識すべきであり、患者も医師依存症にならないようにする。患者も専門用語をわかるようにする努力が義務である。

2) 情報開示による医療の質向上への影響：継続医療、医療の充実・向上が可能

開示によって、継続医療および医療の質的向上が可能である。

医療サイドは見られているということをもっと真剣に受け止めるべきで、医療の質そのものが高まっ

てほしい。

開示されていないこと自体を知らず驚いたし、情報公開は世の流れと考える。今のままでは、納得の
いかない記述のまま長期保存されてしまうと思う。

説明がないと今でも納得できない。もっと診て説明してほしいし、もっと前向きに治療をしてほしい。
告知してほしい。患者も家族も納得できる最善の治療と情報提供を望む。

説明では聞き取れなかったことも書類があれば聞き返すこともできる。

まず自分の病気を知ることから始まる。開示されることでショックを受けてもがんばれたし、患者も
納得できれば努力できる。

納得のいく説明がほしいし、そのために生じる問題は仕方がないと思う。

患者のモチベーションが高まり自己回復力を高め、信頼関係があればチームとして病気を克服できる。
お互いにとっての責任ある医療につながる。

医療従事者との信頼関係を深めるし、説明することが信頼関係の近道になり、医療の不透明化も防ぐ。
医療の高度化の中で、1人の医師だけの判断や治療では無理だし、医療ミスの反省の資料になる。
医療者側も開示することで勉強になるのではないかと。セカンドオピニオンも受けられるようになる。
転居などでも今までの情報が必要になる。専門家同士で引き継げるようにするべきである。

3) 開示の実際的な方法への提言

結果のコピーくらいただでほしいし、何に使うのかも聞かないでほしい。ただ、無駄をなくすために
貸し出すという方法もあるのではないかと考える。

説明がなければ書類をもらっても仕方がないし、専門的知識を求められるようでは普及しないと思う。

4) 法制化に関する提言

(1) 法制化賛成

- ・ 医師と患者は天と地ほどの差があり、患者からは開示をもとめにくい。そのため、法制化だけでなく患者の権利を積極的に伝えることも必要である。
- ・ 日本は法制化をしないと変わらない。法制化をきっかけに変わってほしいと思う。医師に差がありすぎるし、すべての医師を対象とするためには法制化が必要で、責任逃れできないようにすべきだ。法制化は意識改革のためにすべきだ。
- ・ 法制化は今までの信頼のなさの結果だと思う。

(2) 法制化慎重

- ・ 説明はしっかりしてほしいが法制化で必ずしも規定すべきではない。法制化は束縛になるので、妥協点を見いだすべきと考える。また、法制化で現状を打破できるだろうか。

5) 医師の教育：専門性、倫理観・モラルの向上

医師の教育が重要である。(患者を相手にもしない医師がいる)倫理観、モラルの向上を望むし、患者の質問に的確に対応できるような準備が必要である。

6) その他

- ・ 生命保険会社に本人に無断で情報をとられた。
- ・ 解剖後の結果を知らせてくれない。
- ・ 今ある程度情報をもらっているのに必要ないが、歯科は不明瞭なのでほしい。
- ・ 医師会の圧力で骨抜きにならないように。
- ・ 製薬会社とのやりとりでなく、患者とを願う。

- ・大学病院では医師がすぐ変わり、説明も違う。患者がしっかり把握する必要がある。
- ・責任の持てる担当医を決めてほしい。
- ・余命を延ばすのではなく苦痛をとる治療をしてほしい。

2. 医師群の結果

医師群は、情報提供・診療記録開示の前提として解決すべき課題に関する意見が多く、これらの課題解決が前提であるとしていることが特徴的であった。

1) 患者側の意識改革・教育・学習の必要性

- ・初等教育から「医療」を教えるべき。
- ・患者側の教育も必要。
- ・現実問題として医療の生データを提示されても患者が理解し総合的に解釈することは定型的な疾病以外は困難。
- ・診療録を開示しても患者本人には分かりにくく、誤解を招いて混乱することも起こりうる。
- ・患者としては全てのデータを知り、自分の治療方法を決める決定権があるが、あくまで理想で、疾患について自分の病状を100%理解することは困難である。
- ・患者の持っている知識が問われる時代になると思う。正しい患者教育を行なうことの大切さ・マスコミの危険性が問題になると思う。
- ・患者の権利意識の高まりは意味深いと考えるが、現在の日本社会においては自己決定・自己責任のシステムはまだまだ不十分である。
- ・未成熟な社会である。その中で権利だけを行行使する風潮が無いとは言えず、それはもっとも悲惨な結果を最終的には招くと考えられる。
- ・権利にはそれに見合う重い責任があることも強調すべきである。
- ・自己の人生を引き受けるのは決して簡単なことでは無いことを思慮すべきである。
- ・患者に求められるモラル等の問題を解決すべきである。
- ・権利を乱用されると医療現場に混乱をもたらし、医師、医療従事者と患者の信頼関係が逆に損なわれる可能性が大きい。
- ・権利を主張し過ぎる患者やトラブルの多い患者が敬遠されることになる。

2) 診療情報の提供・診療記録開示に伴うコストの保証

- ・大変な作業であるにもかかわらず診療報酬には反映されていない。
- ・患者に十分に説明する時間、経済的バックアップはない。
- ・情報提供に手間暇がかかるので医療コストがかかる。
- ・アメリカでは、10～20倍の医療費(例えば1つの手術、1日の入院費)を使い、人員をそろえてやっていることと同じことを1/10～1/20の単位当りのコストで行えということに無理がある。

3) 現状の医療システムの検討(国民医療保険制度・外来医療システムの改革)

- ・病状の説明、投薬の説明を患者が理解できるまでやっていたら外来患者の待ち時間はどれくらいになるのか。
- ・また一日に診察できる患者数は何人くらいで、収支はどうなるのか。
- ・本来あるべき医療の姿はトータルに検討されるべき。そのためにはまず十分時間を患者さんひとりひとりに取れることを保証すべき。

- ・絶えず公立の機関が大きな赤字を生みながら、十分にはできていないことを私立の病院がより高い給料を払い、それでもやってゆかなければならないことを考慮に入れ、情報開示にかかるコストを計算した上で、行って欲しいと考える。
 - ・診療報酬・レセプトの関係は、慎重であるべき。レセプト病名と検査・治療の真の病名の不一致は日常茶飯事であることから、医療現場の混乱が予想される。
 - ・日本の国民医療保険制度そのものの見直しが必要。
- 4) 情報提供に伴う医療従事者の負担軽減
- ・説明に応じるためには膨大な労力と時間の消耗が予想される
 - ・医療従事者側への一方的な負担が直接・間接に患者側の不利益につながる可能性がある。
 - ・相当のマンパワーの確保が必要となる。
- 5) 診療記録の整備・ガイドラインの作成
- ・まったく何も記載のないカルテが相当多い。
 - ・書く上の言語として一般的に日本語は不利
 - ・今の日本では診療記録がまったく不備・不十分ですべての情報を開示できる様な状況にない。
 - ・将来情報を開示できるような、診療体制づくりを行う事と、それらを保管・整理するシステム、そして必要な予算の計上) が必要であろう。
 - ・診療録の書き方、診療録の内容をどこまで開示するかのコセンサスが必要である。
 - ・診療録に自由な発想を書けなくなる。(医療が守りになり、保守的になる。)
 - ・現在の記載方法では患者側の人権が保護されていないように思う。
- 6) 医療側、患者側の共通認識の促進
- ・医療側、患者側の考え方、理解にそれぞれの内ですら大きな差がある。
- 7) 政策の長所・短所の十分な検討、
- ・開示した場合の長所・短所等十分に検討し、法制化の程度を決めていく必要がある。もう一度振り返り何のための開示なのかを慎重に検討する。
- 8) 患者の人権保護・患者の権利の確立
- ・診療情報は基本的に患者に属するものであり、知る権利がある。
 - ・診療情報を開示するのは時代の流れであるし、避けられない。
 - ・情報は患者さんのものであり、医療人のものではない。
 - ・「今更開示の法制化・・・？」という感じである。
- 9) 第三者機関の必要性
- 10) 基礎教育の改善
- ・適切な診療録を書くための教育
 - ・学生時代から、医療のあり方についての教育・学生との討論が必要である。
- などの課題の指摘であった。

政策実現のメリットとしては

- 1) 職業倫理意識の向上に貢献
 - ・職業倫理意識の向上が求められていることに気づいていない医療関係者にとってとても良い機会。
- 2) 医師の質レベル向上に貢献
 - ・診療情報の提供は医師のレベルを上昇させるものと考えられる。

3) 継続医療が可能

- ・過去の手術歴がカルテ破棄のため医師はもちろん、本人・家族もわからないことがあり、継続医療のためには、全面開示・患者保持を強く支持する。
- ・覚悟の上で医療を行っていくべきだ。これは医療レベルの向上にも役すると考えられる。

4) 納得した上での医療が可能

- ・患者側の自分の疾病に対する十分な情報が得られ、納得した治療が可能
- ・開示のメリットのほうが大きい。

当然の政策であり、納得した上での医療のメリットを重視などの意見があった。

また、法制化に関する医師群の意見は

- 1) 法律の規定は簡単にすべき
- 2) 診療記録記載と同じ罰則のない義務化は意味がない
- 3) 経済的裏付けのためには法制化が必要
- 4) 責任の所在を明確化
- 5) 法制化に関する共通理解を促す
- 6) 医療側に拒否権を与えるべきではない
- 7) 法はあくまでも大きなルールであるべき
- 8) 法制化見送りは医療不信感を招く
- 9) 法制化は例外をなくすべき

など自由記載には、法制化への前向きな意見があった。

- ・ 経済的裏付けも考える必要がある。そのためにも法制化していくことが必要と思う。
- ・ 情報提供を求める権利は尊重すべきだが、それに伴う自らの責任・義務も一緒に負うべきもの。
- ・ 責任の所在を明らかにする必要がある。それをしなければ今の日本では無駄な訴訟が増えたとと思われる。
- ・ 法制化の関係者相互に開示される情報に対する認識が個々により差があり、その差が少なくなるような配慮が同時進行されないと、混乱ばかりが予想される。
- ・ 医療側に拒否権を与えるべきではないと思う。ただ、法制化する必要というよりも、社会のコンセンサスとしてあるいはコモンセンスとして確立されるべきと思う。法はあくまでも大きなルールであった方がよい。
- ・ 法制化を見送れば医療不信感がさらに高まり「平成の大罪」と評価される。
- ・ 法制化は絶対必要。
- ・ 法制化するのであれば例外をなくすべきである。

その他

- ・ 癌は癌と告知しなければ何のための開示なのか。
- ・ これらの政策は、自主的取り組みによって患者の選択による医療の推進、質改善、努力しない施設の淘汰によって患者に有益な結果をもたらす、医療費抑制になる。
- ・ 担当医とともに見ることが絶対条件となる。
- ・ 現在は頻回の説明が経過中に行われていることが多く、大抵の場合はそれですんでいるのではないだろうか。
- ・ 常にアメリカの医療と比べられることに憤りを感じる。

- ・ 理想論あるいは米国での方針をまねしているだけではないのか？日本の風土にあっているか。よく考えてもらいたい。
- ・ 多様性をもっと重視すべき。
- ・ 本来、患者と医師モデルは相互の求めに応じ、また、時とともに変化もし得るものでなければならぬ。
- ・ 本人に思考障害があり（痴呆症や精神病などの人で禁治産、準禁治産宣告を受けているような場合）正当な理解、判断力を有さない様な場合、例外を設けるべき。
- ・ 知識の量や理解の能力に応じて生の情報をかみくだいて説明・理解するためのガイドブックなり、第三者機関の様なものがあれば良いと思う。
- ・ 記録記載と同じ罰則のない義務化であればあまり意味がないし、罰則がつくのであれば、医師定員増、診療報酬増などが必要になる。
- ・ 病院毎に決めれば良い。一律でなくて良い。よりオープンな病院に患者が行くようになるだろう。
- ・ 医療の質の改善に努力しない施設は淘汰され、これが患者に有益な結果をもたらす。
- ・ 医療費抑制（不必要な医療の排除）になる。

3. 薬剤師群の結果

122 件の自由記載は下記の通りであった。

1) 患者の権利

- ・ 患者は治療に関することはすべて知る権利がある。
- ・ 開示は患者が医療に参加するために必要なことである
- ・ 医療は患者のためであり医師の経験や医学の進歩のためでない

2) 患者側の意識改革・教育の必要性

- ・ 患者側が自分が受ける医療に対し理解をするべき
- ・ セカンドオピニオンを求めることが重要である
- ・ 義務教育からの国民教育が必要である

3) コストの保証

- ・ 診療報酬による金銭的な担保が必要である
- ・ 開示を進めることでコストや手間が増す

4) 診療記録の整備

- ・ 記録のやり方をもっと工夫しなければならない
- ・ カルテよりクリティカルパスの手法のほうがわかりやすい
- ・ 訴訟に備えて恣意的に記載されないよう記載に制限を設ける必要がある
- ・ 診療記録類の整備をすることが前提である
- ・ 都合のわるい情報が記載されなくなる恐れがある
- ・ 記載する内容や方法を統一する必要がある

5) 医療の質向上に貢献

- ・ 医療の質を高めるために診療情報の開示が必要

6) 情報提供のあり方を考慮

- ・ 情報の出所が混乱しないよう説明する職種を限定するべきである。

- ・情報提供後のフォローが重要である。
- ・医療者自身の情報共有を進めることが必要である。
- ・共に考える姿勢が重要である。
- ・内容を正しく理解するためには第3者のサポートが必要である。
- ・患者が求める情報に限定して情報提供すべきである。
- ・情報提供は各専門スタッフがそれぞれの立場から行うべきである。
- ・専門家としての情報提供を考えなければならない。
- ・医療者はできるだけ早く体制を整えるべき。
- ・情報は量より質である。
- ・見せるだけでなく患者の理解度に応じた説明が必要である。
- ・説明の方法を工夫すべきである。
- ・カルテを開示しなくても状況が伝わればよい。
- ・スタッフやコーディネーターを増やして対応すべきである。
- ・すべての診療情報の開示が可能かどうか検討すべきである。
- ・開示する記録の内容を限定し、その基準を明確にすべきである。
- ・医療者と患者の信頼関係が開示のために重要である。
- ・はじめは混乱するが時間が解決する。
- ・開示してほしくない患者に配慮すべき

7) 共通認識の促進

- ・開示は目的ではなく手段であることを理解すべきである。
- ・医療者はすべてに責任を取れるわけではない。
- ・医師会の反対が予測される。
- ・医師によって考え方が異なっている現状がある。
- ・医療者の意識改革が必要である。
- ・知る権利を主張しすぎる

8) システムの構築

- ・ICカード等を用い全国統一の情報システムを構築する。
- ・医療者間の関係を上下でなくチームにかえていく必要がある。
- ・医療全体の改革を伴わなければならない。
- ・診療時間が短いため説明が不十分になり不完全な開示になる。

9) 医療従事者の倫理教育

- ・医療従事者の倫理面の教育を徹底すべきである。

10) その他

- ・情報開示は医療費の抑制になる。
- ・もっとゆっくりと煮詰めて議論すべき問題である。
- ・罰則のある強制化された制度では似合わない。
- ・カルテ開示より病名告知のほうが先である。
- ・看護は独立して医療行為を行うわけではないので開示の必要はない。

4. 看護婦・土群の結果

177件の記載内容は下記の通りであった。

- 1) 患者の権利を保証
 - ・開示は患者の知る権利として認めるべきである。
- 2) 患者の意識改革
 - ・自己決定や自己責任についての意識変革が必要。
 - ・「医師にお任せ」という態度は変えていく必要がある。
- 3) 医療者側、患者側の共通認識の促進
 - ・参加型医療に対する認識が不足しているため、意識改革、教育が必要。
 - ・医師のパターナリズムがまかり通っている現状で、医療者・患者双方の意識変革が必要。
 - ・医療従事者の共通理解が必要
- 4) サポートシステム・環境の確立
 - ・各病院に診療記録管理士が必要である。
 - ・求められたときにすぐに開示できるシステム作りが必要。
 - ・IC後のサポート体制づくりが必要。
 - ・チーム医療の促進。
- 5) 情報提供に伴う医療従事者の負担軽減
 - ・医師の時間の確保も必要。
 - ・記録時間の確保（人員増）の検討が必要。
 - ・仕事量増加への懸念。
 - ・セカンドオピニオンが得やすくなるだろう。
- 6) 看護記録の検討・標準化の必要性
 - ・略語、造語の使い方や、文法の誤り（看護界独特の言い回し）の是正が必要
 - ・開示に値する看護記録を書くこと。
 - ・根拠のある看護記録
 - ・開示する価値のある看護記録（客観性）を書く。
 - ・記録の基準化が必要。
- 7) 専門的技術の向上
 - ・面接技術等、看護婦としてのスキルの向上が必要。
 - ・精神面や家族背景に関する問題の取り扱い（小児の看護婦）対応。
- 8) 医療制度の検討
 - ・3分診療をどうするのが大きな問題。
- 9) 医師の教育、医師のあり方・行動変容の必要性
 - ・基礎教育を含めた医師の教育（人間の尊厳、患者の権利）が必要。
 - ・医師のインフォームドコンセントの実践が課題（従来のムンテラと変わらない）。
 - ・納得するまで説明が必要。
 - ・チーム医療の概念を理解し、チームメンバーへの情報提供に努めるべきである。
- 10) 対象に応じた情報提供のあり方・知りたくない患者の権利をどうするか
 - ・告知していない人にはどうするか
 - ・家族の意向と本人の意向が不一致の時どうするか

- ・ 家族が知らせたくない場合はどうするか

11) その他

- ・ 職種を越えた議論をし、合意を得て役割を果たすことの必要性。
- ・ 開示は必要だが、情報過多は混乱を招くかも知れない。
- ・ 法制化という言葉が先走りせずに、現場での環境づくりが必要。
- ・ 医師の記録が英語で記載されているが、どのように考えていくのか。日本語での記載がよいのだろうか。

5. 診療情報管理士自由記載

42 件の診療情報管理士自由記載をまとめた結果以下のように分類された。

課題として

- 1) 診療報酬（診療情報開示の手数料、カルテ管理料）の設定
- 2) 医師の診療記録に関する教育の必要性
- 3) カルテの記載の指導マニュアルの整備（記載方法）
- 4) 診療記録管理体制の整備
- 5) 医療従事者の開示に対する意識改革
- 6) 国民も自分の病気に対して責任をもつため、医学的知識の情報開示の必要性（患者のための図書館整備）
- 7) 開示以前にインフォームド・コンセントが十分に行われるように
- 8) 法制化以前に告知の問題
- 9) 開示対象者の制限を設けるべき
- 10) 開示に伴う責任の明確化
- 11) 倫理面の教育
- 12) 診療録開示までの準備期間の設定

法制化によるメリットとして

- ・ 法制化によって開示できるカルテになる（医師のメモがわりの記録の是正）

法制化によるデメリット

- ・ 権利の主張をしすぎたり、信頼関係が逆に希薄になる事が予測される
- ・ 法制化によって権利と義務の対立の可能性

第4章 基盤整備に関する有識者の直接的意見

国民・患者および医療従事者からの直接意見を聞き、課題整備の提言のための情報を得、これらの情報をまとめた。

I. 研究方法と対象

1. 研究方法

新潟市、大阪市、福岡市、札幌市、東京都で有識者を招き、直接意見を聴取した。

発言した32名の意見をテープに起こし、その意見をまとめ、さらに分析し、カテゴリー化をし、分類・整理をした。

2. 研究期間

平成11年10月～平成12年2月

3. 研究協力者

患者 星野悟、竹田照、波多江伸子（患者・倫理学研究者）西村秀俊

医療従事者

医師：木村明（新潟市民病院名誉院長）西村昭男（日鋼記念病院）

安藤伸朗（済生会新潟第2病院）宮本恒彦（聖隷三方原病院）

福島雅典（愛知県がんセンター）松田芳郎（金沢医科大学）

信友浩一（九州大学）

鮫島博人（千鳥橋病院）

小池忠康（小池胃腸科外科）大西勝憲（札幌社会保険総合病院）

看護婦・士：隈本博幸（小倉第一病院）今成洋子（県立加茂病院）

小林勝子（滝川市立病院）田中美穂、

薬剤師：竹野敏彦（済生会新潟第2病院）大澤友二（城浜診療所）

診療情報管理士：五十嵐よしえ（福井県立病院）倉部直子（江別市立病院）

阿南誠（国立病院九州医療センター）

本研究メンバー：樋口範雄、岩井郁子、佐藤紀子、豊増佳子、中木高夫、鳥羽克子、

香春知永

II. 研究結果の概要

国民・患者の立場からは①情報提供の積極的推進への期待、②早期法制化への期待、③政策は当然であり法制化は必要ない、④自律した存在としての患者の意識改革の必要性、⑤患者の政策を動かす行動の必要性、⑥医師会のあり方をモニターすべきなどの意見であった。

診療記録管理の立場からは①記録管理の課題：専任職員、設備、作業内容、機能、運用、保管体制など、②適正で質の高い診療記録管理の絶対条件：記録の完成、記録記載を促す作業と社会的な価値を持つ診療記録を生み出す必要性、③プロジェクトによる医療の質、管理など、医療倫理の検討、診療記録および情報開示のための検討、電子カルテの促進および診療記録の保存に関する検討など、④地域あるいはネットワークによる共同作業など新しい医療システムの構築の検討、⑤診療記録の基準化と整備、記録管理促進、⑥診療録整備管理料の設定、診療録管理士の強制的配置案などの意見であった。

医療従事者（医師、看護婦・士、薬剤師）は①IC実現の条件：パターンリズムの解決と情報の提供（病名、病状、診療方針、その他の選択肢を説明）とその方法およびセカンドオピニオン制度の普及の必要性、患者用図書室の普及と学習支援、患者の権利保証と社会的規範としての共通認識の一般化②患者の権利法

の確立と市民運動の促進、③患者自身の成熟：問題把握、解決への取り組み、治療や医療機関を評価できるレベル迄の成長への自己努力と行動変容へ教育、④不確実な臨床的情報の特性の理解、⑤医師・医療機関の治療水準、アウトカムリサーチの公開、⑥リスクマネジメントを含めた医療の質管理法の設定：診断の精度と治療成績のモニタリングによる病院のレベル評価、有用性やコスト分析、⑦患者のためのメディカルガイド作成、⑧知識、技術偏重の医学教育改革、⑨専門職として真のチーム医療の確立、⑩守秘義務の強化、⑩中国・ハ材の記録管理モデルの導入などの意見であった。

Ⅲ. 福岡における有識者の意見

有識者の意見は下記のようにまとめられた。

1. 法制化を巡る課題：

1) 反対の立場の発言は、

- (1) 既に民法や医事法で意思の説明の義務は明示されており、新たな法は必要ない。
- (2) 医師は説明を求められたら応えることが基本で、そのためには医師や医療従事者の教育を見直すことでしか対応できない。
- (3) 罰則を伴わない法は、効果が期待できない。
- (4) 医師と患者の信頼関係こそが基本であり、説明は当然のことで法制化は必要がない。

2) 賛成の立場の発言は、

- (1) 法制化することで普遍的妥当性が得られ、そのことは医師と患者の信頼関係を促進することになる。
- (2) 知りたいのに知ることができないのは、基本的人権の侵害である。

：賛成派、反対派ともに現状における患者の満足度は低いと考えている。その解決策として、医師に変化を求め医師－患者関係が促進するように求めている人と、倫理的問題は基準や妥当性の評価が難しいのでむしろ法制化で普遍性を確保したいという立場に分かれていた。

2. 告知を巡る課題

がんや精神疾患などの場合の告知の問題について、ICの視点からの意見が多く出された。事前に患者に頑になった場合の意思を確認してICが促進された病院の実践報告、がんや精神疾患であっても、あるいはそういう困難な問題を抱えている疾患だからこそICは当然行・無難なことで、開示の対象から除外することは望ましくないという意見が多く出された。

しかし、告知の際の専門家としての話し方や伝え方、段階を踏んだ説明、告知後の心理的反応に対する知識を持つこと、医療者全員の総力でサポートする必要性が強調された。

自己決定を巡る課題：患者の側も自分の意志を家族間で話し合ったり、確認することが重要であるという意見があった。しかし、ICがなされたからすべて「自己決定しなさい」というやり方は望ましいことではなく、専門家としての指示やサポートが必要であることが強調された。

3. 開示を巡る課題

- 1) 現在の診療録は医師あるいは管理している病院のものという認識が多くあり、医師のメモ、備忘録として考えられているのではないかと。しかし、本来カルテは患者のものである。

- 2) 診療録は医療チーム全体のものであり、患者とも共有すべきものである。また、医学研究・治療効果の評価などの貴重な資料ともなりうるので、公共的な側面もある。
- 3) 診療記録を開示することそのものが、いい加減な記録ができなくなり、責任を持って判断をすることにつながり、少ないコストで医療の質を上げることになるのではないか。

4. コストに関する課題：

- 1) 開示に向けた診療録管理には、診療情報管理士の養成や雇用、コピーに費やす消耗品や時間、さらにはICに費やす時間などコストがかかることは重要な問題である。
- 2) 必要なコストは個人が負担することが前提である。
- 3) 不必要な投薬、検査、治療をしないことが医療費削減に繋がるので、それらの努力をて賭っていくことも大切である。
- 4) EBM、クリティカルパスなどの活用で合理的医療をすることができる。

IV. 新潟市における有識者の意見

新潟では、第一回目の検討会として、テーマを「どうあってほしいですか？診療情報」として実施した。患者・医療側双方のさまざまな立場の発言者から問題提起をした後、診療情報提供のあり方について参加者と共に話し合った。

1) 患者の立場：星野

患者の立場から望まれる診療情報提供のあり方を考えていった場合、インフォームドコンセントがこれからの医療の基盤になっていかなければならない。患者が選択する場合には情報が必要になり、医療者側に説明を求めるだけでなく、患者自身も必要な情報を引き出したり、自分で入手していく努力が大切になる。しかし、医療審議会の中間報告のなかでは法制化については先送りになり、この大きな理由が日本医師会の反対にあったこと、そしてその後医師会のガイドラインや医師会の論理のもとに進められていくことにいくつか問題があると考えます。

- ①医師側が情報を開示してやるというようなパターンリズムや医師の倫理規範ではなく、患者の医療情報は基本的には患者のものや患者の権利としての捉え方が必要である。
- ②医師の倫理規範というかたちで位置づけて大丈夫なのか。医師の教育研修、指導の実効性が、どの程度期待できるのだろうかという危惧がある。西欧の医師会のように、除名等懲罰処遇を受ければ医師の身分を失うという裏付けがあつての倫理規定ではない。
- ③日本医師会のガイドラインやそれに基づく診療情報の提供というのは、国民・患者が求めるものなのであろうか。まず患者に対して診療情報を提供することを法律で義務づけて、その後ろ盾のなかで基盤整備を図り、見守っていく必要がある。また患者側も勇気をもって記録を開示してほしいということで行動していくことが大事である。

2) 医療者・医師の立場：安藤

病院の医者立場で、カルテ開示ですぐ頭に浮かぶのは医療訴訟であり、まず医療訴訟対策を考えなくてはならない。しかし、より良い医者と患者、患者と医者の関係を作っていくために、現場の医者としてどう考えているか、あるいは何が困っているか、どうしてほしいか、そして医療情報をどう考えるかを4つの項目を挙げて考える。

① 医療の現場の実際

患者に情報や会話が通じないようにすることを現場でまず学んだ。現実的にはまだまだ患者が主役は体制として整わないというところも数多くある。

② カルテ開示の実際

基本的には患者さん本人へのプライバシーを重んじた情報の公開、開示、提示であり、基本的には全ての情報がその本人のものである。読みやすい、理解できる、また本人のアフターケアを考えた病名告知を行う必要がある。しかし、他の病院から送られてきた紹介状の開示にあたっては、少しデリケートな問題があるし、非常に脅迫的な攻撃的な態度があからさまな場合の患者さんに対してカルテ開示はほんとうに行うべきかも、まだわからない。また現実問題は、カルテ記載の方法の講義は医学教育にはなかったこと、記載のチェック体制もないこと、医者には非常に診療時間が限られていること、医療訴訟に対する保険代と秘書を雇うことにお金をかけていない、医者あるいは患者共に意識の改革が必要：患者のほうが医師にお任せの実状が多いこと、保険病名があること、などがある。

③ 医療機関の宣伝、広告

病院の広告の規制緩和が必要である。

④ 将来の方向性

生まれたときから死ぬまでの診療情報を全てインプットし、どの病院に行っても今までの経歴がわかるようにしていくような、個人個人が自分の情報を一生持って歩くというシステムが必要である。まず開示し、開示して何か不都合なことが起こる場合には改善するのが、一番手っ取り早い、お互いに情報を共有する良い道ではないかと思う。

3) 医療者・看護婦・士の立場：今成

看護記録は、看護実践の記録であり、多職種との連絡調整、コミュニケーションを取り、教育や今後の研究の資料になる。看護記録の問題は、だれでもわかる記録できないこと、記録と実践が結びつかずに記載されないこともある。しかし、1つのペーパーでみんなが共有できるもの、看護過程が反映された記録、事実に基づいた客観性のある記録、教育の充実、誰が読んでも理解できる、看護実践の記録にするなど、自分の病院に合ったものの整備を進めていく必要がある。

4) 医療者・薬剤師：武野

薬剤師が直接にカルテに記録を記載したり、自分たちのやってきた業務内容を記録として残すということとはなかった。しかし、数年前より薬剤師も診療記録へ記録を残すようになり、10年ほど前から病棟に出て、直接患者さんに薬の説明をするようになった。薬剤師がカルテ記載あるいは記録を残しているものは、服薬指導記録が主になる。

薬剤師の患者に伝えたいことは、薬の名前、効能・効果、どんな薬であるのか、副作用、使用の目的、何のために飲むのか、どのくらい飲むのかで、患者さんが開示をしてほしいと要求された部分を開示すればいいのではないかと考える。この開示によって薬物療法に患者がより深い理解をし、より良い薬物療法が実施できるのではないかと考える。患者さんに自己管理をしてもらうための重要な資料になる。

課題：

- ・ 副作用の内容をどこまで開示するかなど、ネガティブな情報の提供は難しい。患者にとってほんとうに何が重要なのかということを見極めて提供しなければいけない。

- ・ 情報を作るというのは非常に難しく、法制化されたからといってすぐに実施できるようなものではなく、法制化されても内容がスムーズに実施されるとは限らない。
- ・ 1人の患者にはコメディカルが多く参加しているし、そのチームで患者に最善となる開示の方法をケースバイケースで考える必要がある。
- ・ 内容、開示の方法、提供の仕方については今後もっと検討すべきである。
- ・ リアルタイムに正確な情報を患者さんに伝えるようにこれから取り組んでいかなければならない。

5) 医療者・病歴管理室：五十嵐

課題：診療録の中には記載不十分なケースもある。ドイツ語あるいはドイツ語と英語の混在した内容がある。悪性腫瘍等の告知問題と予後問題、患者さんが知らないことを前提に記載されていることもある。治療等での予想外の問題が発生したときの記録あるいは医師と看護婦との類似記録の相違や推量記録による患者の自尊心や、プライバシー問題。診療録の管理。専門用語の理解。

2. 討議

1) 最終的に誰が情報を集めて管理をするのか。

- ・ 医療情報は、本人の健康の記録だから本人が管理すべき問題である。
- ・ 中国では記録を全部患者に渡し、患者が記録をなくしても、なくしたことによる不利益は患者が負うべきことで病院の責任にはならない。
- ・ 他人の管理で永久保存が可能か。費用がかかる。電子化や要約の保存も必要になる。
- ・ 管理に費用がかかり、どうせ捨てるなら患者に渡してほしい。大事だと思う記録を自分の診療録として健康の記録として持っていけばいい。
- ・ 本人が管理をしていけば取捨選択をして保存ができるし、そんな膨大な量にはならない。紛失した場合でも本人の健康についての管理、自分が覚えていられれば、それは生きてくるし、医師が管理するよりももっとずっと生きてくる。本人が最終的には管理し、病院側にはある期限を区切ることで、情報開示とプライバシーの保護になる。

2) 病院内で診療記録というものはどの程度プライバシーが守られているのか。自由に医療関係者は診療記録を診ているのか。記録や情報が全部に行きわたってしまって、偏見が浸透するらしい。

研究に関する情報交換の場合のプライバシーの保護や、科学的な研究の対象として取り上げるべきであり、個人を同定できるかたちでは情報を使ってはならないということは研究者の鉄則であり、徹底やそのための教育が必要である。

3) カルテの開示、診療情報提供してほしいと言いつけられないというのが現状である。自分の記録をみるのに悪いことをしているような気がしたり、自分がそれを見てしまったという行為が恐ろしくなった経験があり、これが現状である。そのため、法律で義務づけられていけば患者は言い出せる。医師への直接の請求ではなく代理人を使ったり、記録の管理場所へ直接いく。気持ちの負担が軽くなるルールを作る。

4) カルテの要約は信頼できない。分かりやすい言葉で患者と同じものを医療者ももてば理想的。

患者の立場で知りたいことをどう求めていくか、患者さんの知りたいことにどう対応するかが基本的なテーマである。

V. 大阪市における有識者の意見

大阪市における意見の概要は、下記の通りであった。

1. 国民・患者および医療従事者が取り組むべき共通課題

- 1) 情報化の時代になり、溢れている情報のなかから、何が重要かを整理すること。
- 2) 医学や統計に基づいて医療を進める医療側と、確実な結果を要求する患者側の認識の相違の解決。
- 3) 個々の疾患における標準治療を定め、患者は説明を求め、医療側はそれに応えるという関係性を打ち立てる。

2. 国民・患者の課題

- 1) 情報に関心を持ち、渡された書類にはきちんと目を通して、内容を理解するように努めること。
- 2) 自分の要求や希望を言語化する。
- 3) 自分自身に起こっている問題を把握する努力をする。
- 4) 医療情報作成に患者も参加していく。

3. 医療従事者が取り組むべき課題

- 1) 医療情報の質を保つために、作成するスタッフがそれぞれに学術・客観的な記載を心がける。
- 2) 医療側から患者側への一方的な情報提供にならないように気をつけ、患者の自己決定を尊重できるような情報提供のあり方を模索する。
- 3) 情報開示のマニュアルの作成と、そのマニュアル自体の開示。
- 4) 医療スタッフのみならず、患者にも理解できる共通の言語で医療情報を記載する。
- 5) 医療情報を介して、チーム医療の確立をはかる。

4. 政策的な、医療システム・制度上の課題

- 1) 患者の自己決定を推進するため、セカンド・オピニオンをシステム化する。
- 3) 医療の質管理法を設け、各医療機関における治療成績の公開、医療記録の基準化と開示をはかる。
- 4) 従来の紙による記録保存には限界がきている現実に即し、電子カルテの導入を進める。
- 5) 医療情報の開示をネットワーク化し、その情報を国民に提供する。

5. 教育上の課題

- 1) 医学部の入学試験、卒業試験、医師国家試験において、知識偏重型と技能重視の見直し。
- 2) 卒後研修のあり方を検討し、卒後の質の管理をおこなう。

各立場の意見

1) 鳥羽：医療情報に関して

診療情報管理士の基本的な役割は、患者情報の収集と、診療記録の回収。まず、診療記録の点検作業で不備や不足をチェックし、つぎに内容の解析作業として、診療科と在院日数、医療行為の内容などをデータ化していく。術後 10 日以内の患者の死亡や入院後 48 時間以内の死亡、院内感染なども調べる。患者が安心できる医療を目指すために、不幸にして問題が生じた場合には、原因を探って、その後の予防に役立てるのも診療情報管理士の役割。

また、いつ貸し出しの要請があってもスムーズに記録を出すのも仕事で、診療記録をWHOの国際疾病分類に沿ってコード化している。もちろん、誰が、どのような目的でどのような内容を求めているのかを理解したうえで、効率的に記録を提出する。

それ以外には、未完成なままになっている記録には督促をしたり、医療スタッフの勉強会や会議の準

備、記録の保管・移管作業も担う。

診療記録は、さまざまな医療スタッフの医療内容が集約されている。それだけに、学術・客観的に書かれていないといけないうし、精度の高いものが価値を持つ。

診療記録は多くの種類で構成されているが、なかでも医療者の姿勢や医療計画の立て方、進め方、医療行為及びその結果を知る手段として診療情報管理士が特に注目しているのは、つぎのような項目。退院時要約（サマリー）・問題リスト・初期計画・手術及び処置の記録・対診用紙・経過記録・各種検査記録・病理組織検査報告書・看護記録・解剖所見報告書など。

2) 「セカンド・オピニオンと医療情報」 宮本恒彦

インフォームド・コンセントの実践を目指そうと、7年前院内に「患者の権利宣言」を掲げた。どうすれば患者の自己決定権を尊重できるのかを考え、情報提供を中心に活動を進めてきた。その結果、ドクターが患者さんに時間をかけて説明することは定着した。しかし、いくら情報提供しても患者さんの自己決定にはなかなかつながらない。

その理由として、説明が不適切だという問題もあるが、情報が多すぎて何が重要な情報なのかがわからなくなっている場合がある。そこで、一方的に情報提供するだけでは自己決定は進まないという考えから、セカンド・オピニオンを奨励するというアイデアが出てきた。重大な場面で自己決定を迫られると、誰かに相談して結論を出したいというのは当然の気持ち。それだけに、セカンド・オピニオンは、自己決定に大きな役割を果たすのではないかと思う。

セカンド・オピニオンを奨励する雰囲気づくりとして、患者に説明する書類に「ほかのドクターの意見を聞きたいので、資料を用意してください」という選択肢をつけたり、パンフレットを作ったり、院内にポスターを貼る、相談窓口をつくるなどの工夫をした。また、セカンド・オピニオンを広くとらえて、患者用図書室を今年6月から設置している。そして、カルテ開示のマニュアルを作り、開示することを院内掲示している。

しかし、現状として、セカンド・オピニオンを求める患者が次々に現れてきているわけではない。もっと自分の情報に関心を持ってほしいと思ってさまざまな書類を渡すが、きちんと目を通さず形式的にサインする人が多い。まずは、患者自身が何を求めているのか声を出していくことが、セカンド・オピニオンを広めるためには大切だと思う。

3) 「臨床的意志決定に必要な情報とは何か？ 情報開示と医師・患者それぞれの責任」 福島雅典

セカンド・オピニオンは、臨床的に得ている情報や知識、それに基づく判断を検証して、自分の問題解決を意識的におこなうためのもの。自分の問題が何かを患者自身が把握していないと、セカンド・オピニオンを受けても正しい答えが得られない。“相談受診”という方法があり、「別の医者の意見を聞きたい」と言えば、たいいていの医師は拒否しないし、情報も貸してくれるはず。

ただ、医療には不確実性が伴う。どんな病気でも完全にわかっているわけではないし、まだまだわからないことも多い。また、診断と治療は人間の知識と技能に頼っているし、患者個人の症状には違いがあり、また時間とともに変化する。医療側は確率的に物事を進めていくが、患者は決定打をほしがる。そこで、妥協が必要になるが、それは患者の責任においてなされなければならない。

医師は、患者さんが意志決定できるように情報提供する義務がある。医師は科学的根拠に基づいて、利益と危険の比率を考える。そして、いかにQOL（生活の質）を維持し、どれくらいのコストがかか

るかを考えながら患者と話し合い、最も患者が納得する方法を提案する。

患者は、診断が決まれば、その時点で標準治療は何か、またその利益と危険、見通しと治療期間について聞くことが大切。聞くのは患者の責任、話すのは医師の義務。変化があるごとに患者は速やかに伝え、医師はそれに対応しないとイケない。

医療の質管理法を設けて、各施設における治療成績の公開、診療記録の基準化と開示、それらがいま必要とされていること。

4) 「電子カルテで何が変わるか」 松田芳郎

これまでのように紙に記録をしていると、経過の長い患者の場合、大量の記録になってしまう。それが、電子カルテを考えるきっかけになった。

電子カルテには、予約や検査結果を入力できることはもちろん、絵も描けるし、病歴もすべて書いてあって、必要に応じて心電図やレントゲン写真も画面に表れる。最近では、コンピューターの画質もよくなったので、微妙な判定が必要でなければ、画面上での胸部レントゲン写真の診断も可能になってきた。

セカンド・オピニオンにも電子カルテは有効で、すべての情報を別の医療機関に容易に送ることができる。ただ、そのときに情報が外部にもれるのではないかというプライバシーの問題があったが、パスワードを使って暗号をかけることによって、プライバシーの保護はかなりの確率でできるようになった。そのため、安心して遠隔地とのやりとりもできる。

電子カルテは、従来の「何が書いてあるかわからない」カルテから脱却できるという長所がある。活字で記載されるので読みやすいし、海外への情報開示分は別として、できるだけ日本語による記載をしている。すべての医療スタッフに理解できる共通の言語で、看護・栄養・服薬記録などを同時に記載し、開示することが可能。同じ画面を見ながら患者に説明して、すぐに印刷できるので、インフォームド・コンセントの成立に有効な手段だし、何よりも患者が医療者と対等に向き合える。

これまでカルテは医者が記載するために「医者のも」という意識があった。しかし、電子カルテになって医療チームで記載すると、医療チームのものになる。そしてもう一步進めて、可能なら現病歴ぐらひは患者自身に入力（できない人には音声での入力を検討中）してもらいたいと思っている。医療は患者が主役。患者の自己決定、自己責任のお手伝いをするという姿勢で医療に臨みたい。

5) 「上手な生き方 安心・納得・一体感」 信友浩一

医療の原点は、「放っておくとどうなるんだろう」「もし急に入院と言われたら……」という症状に伴う不安を患者が持っているということ。医療提供者は、その不安を察して、患者に安心・ゆとりを持ってもらったあと、なぜそうなったかを医学的な検査で鑑別していきながら、病気を確定する。つまり、不安を察知するという“診察”から始まるのであって、決して“診療”から始まるのではない。

全国の国公立病院の新任院長や看護部長の研修で、「あなたの病院に、できれば患者さんの前に出したくない医者は何割ぐらいいますか」と質問したことがある。答えは、「4人に1人は出したくない。トラブルを起こす」というものだった。それは、医学教育に2つの欠点があるから。1つは、医学部の入学試験、卒業試験、医師国家試験のすべてが知識と技能にかかわる点だけをチェックしていて、患者さんを察する感性がチェックされていないこと。そしてもう1つは、医師免許をもらえば、一生医者としてやっていけて、品質を誰も保障していないという点。

福岡市東区では、医師会員が自分は何ができて何ができないかを医者の中で情報開示し、ネットワー

クで流している。そして、ネットワークを組んでいることを区民に知らせている。これが日本的なうまい情報開示ではないかと私は思っている。

医療者は技術者と思っているので、情報に正確さを求め、いい結果を出そうとする。しかし、医療は不確実なので、技術をどう使うかの感性とスピリット（感性）が大事。だから、医療は技術職ではなく、専門職。患者が求めているのも、“結果”ではなく“説明”。

医療がこの100年でもたらしてきたのは、死の先延ばしだけ。死の恐怖感に対して、近代医学はまったく克服できていない。健康が大事と言われるのも、死にたくないことの裏返し。「いのちあっての人生」ではなく「人生あってのいのち、健康」ということを考え、それを実現してくれる病院や医者を探すことが患者に求められていると思う。

VI. 札幌市における有識者の意見

札幌における6人の有識者の意見

<医療者の立場から>

1) 小池忠康（小池胃腸科外科）

内視鏡での検査の実況テープ、情報を患者の希望者に提供している。実際8月17日までで約5%、大腸でも10%未満の人がそのテープを持っていく。ほかの先生の反応は、評価してくれている。テレビ化、ビデオ化というのは内視鏡というよりもほかの科がもう進んでいるので、かえって了解していただいている。私が一番やられたのは、そんなテープを見ている暇もなければ機械もないから、もう一回検査をやり直し、3週間後にまた出直してこいと、セカンドオピニオンを聞きにいった人が言われたことが一番腹立たしかったことである。

健康診断に関してはどうも情報の開示が行われたい。公開しているけれども、危なくないのかということと言われなくてもいい。検査全体が入っているため、検者の腕はあつという間にわかるわけです。テープを管理していかないと情報が漏れ出すということで、注意がいつも必要である。

2) 大西（札幌社会保険総合病院、内科医）

医療情報開示は、それ自体が目標ではなくて、目的ではなくて、あくまでもインフォームド・コンセントの一つの方法論であり、インフォームド・コンセントをいかに充実させるかが真の目的。

インフォームド・コンセントがあつて、初めて患者さんは自己決定ができる。その上で診療記録には基本的な情報がまず記載され、希望者に診療記録を開示するという事はインフォームド・コンセントを行う上で当然の医療行為と考える。

1. 法制化をめぐる課題

1) 法制化のメリット

法制化によって獲得されること、いわゆる法制化の参政権に相当すると思うが、診療内容を知るといふ患者さんの権利が守られる、それから診療記録開示を求めやすいといった点が挙げられる。

2) 法制化による問題

①患者と医師との関係

患者、医師関係が、限りなく代理モデルに近づく、それから病気をもった患者さんを見る目が培われにくいと、こういった2点が挙げられる。病気をもった患者さんを見る目をしっかりもてば、一人ひとりの患者さんに最良の患者さんと医師関係は四つのモデルを提供できる。こういった病気をもった患者さ

んを見る目というのは、人間愛に満ちた医者 of 自発的な行動によって起きるもので、ここに法律が介在することにいささかの違和感を感じる。医師などの医療従事者は情報公開を含めたインフォームド・コンセントを積極的に進めることにより、患者さんとの信頼関係を築くことが大切。

診療情報に関する関心が全国的に高まるためには、いま関心をもっていない方も含めて、医療者と患者さんの意見が醸成されることが必要である。あわせて診療情報提供がスムーズに行われるような医療整備の改善が必要である。

3) 倉辺直子 (江別市立病院 診療情報管理士)

診療録管理業務の概要、診療録の内容と診療の提供の過程、診療情報の適正化と管理、診療情報管理の現状 (診療情報管理士の数、江別市立病院の診療録管理室のカルテを管理している状況、アメリカにおける診療録管理室の状況) の説明があり、診療情報の開示に際しての課題として以下のことが列挙された。

(1) 診療情報の開示に際しての課題

①記載方法の標準化や、その基盤となる医師の教育課程の見直し

診療録の質を高めるために、記載方法の標準化や、その基盤となる医師の教育課程の見直しが必要である。ディクテーションの導入を考慮することも検討すべき。

②記録の保存年限について

環境整備については保存年限が現行医療法では5年だが、報告書では10年に延長すべきであるとされている。民法では不法行為のときから20年で損害賠償請求権は消滅することになっているために、日本の病院では20年間保存という病院も多くある。一方、米国では法律で5年とされているが、実際にはマイクロ化をして永久保存をしている病院が非常に多いのが現状である。日本ではこの保存年限というのが今回の医療審議会の中で一つの項目になっているが、これは財源的な支援がなければ難しい。

③診療情報管理士の教育

診療報酬点数化によって、診療録管理部門を設置し、専任者を配置する病院が増加することが予想される。実務担当者の教育については卒業教育も含め教育システム全体の見直しや対策が目前の検討課題。

4) 小林勝子 (滝川市立病院 看護婦)

(1) 滝川市立病院の看護記録の方法

当院では当初看護記録の方法は、平成元年に看護部に看護記録検討委員会が設置され、看護記録検討委員会は四つの目的をもって活動を始めた。それは、統一された書類を用いることで業務の煩雑化を防ぐこと、ほかの医療従事者が見ても理解できるように記録を見やすく工夫すること、略語とか記号、特殊薬剤の識別表示の統一、POSを用いた記録の統一などである。そして記録が正確に、簡潔明瞭に書けるようにと、具体的な記載例を載せた看護記録の手引きを完成し、略語集もつくられた。それを用いた監査も現在実施されている。手引きや略語集は常に見直され、5年前からはフォーカスチャータリングを取り入れている。

(2) 看護の診療報酬支払いの背景と承認基準、監査

健康保険から看護に診療報酬が払われるようになってきたのは、昭和33年に基準看護料として最高で1日90円が支払われていた。その後看護料金が大幅に引き上げられるようになってきた。現在当院では7400

円ぐらいになっている。この料金をいただくためには承認基準を満たしていることが必要である。

承認基準は、患者数に対して一定の看護要員がいること、記録に関することである。監査で結果的には看護記録の統一が図られ、看護の実施記録の質も向上してきている。保健婦・助産婦・看護婦法では看護記録を書かなければならないという規制はされていないが、業務としているからには責任としてその記録を残さなければならぬと考える。看護記録は健康保険料が適正に使われているか否かを監査する資料として用いられているのであり、看護婦業務の実践の記録としても必要な要件が含まれているものである。

(3) 開示に当たっての問題

①患者さんのプライバシーに関すること

個人情報保護条例に該当する項目が了解も得られずに記載してあったり、性格について個人的な見解で触れていたり、使用されている言葉が看護の世界にしか通じない言葉や略語であったり等が挙げられる。患者さんも一緒に見、一緒に参加して記録を書くということになれば、これらの問題も解決されていく。患者さんから求められて開示するのではなく、今が看護者の方から積極的に看護記録への参加を働きかけ、共同で健康問題を解決していくときである。

②共同で問題を解決することの意味と診療情報開示

共同で問題を解決することの方が、看護職も肩に力を入れず、自然体で看護をすることができ、患者さんも自分で参加し、その決定をしたという充実感が得られると思われる。当院では10年ほど前から訪問看護を始めているが、訪問看護の場合はこの共同で問題を解決しなければならないことが多く、看護者はあくまでもその決定をするまでの支えとして機能し、主体は患者さんであるということがはっきりしている。一つの事例を通し、看護婦が共同で問題を解決する中で、しっかりとインフォームド・コンセントがとられることで、家族の思いもかけなかった大きな力を引き出すことができた。

いま看護の現場では、私たちの業務である生活、家庭を整えるということが、人間が本来もっている力、つまり自然治癒力を引き出すためにあるのだということを忘れているように思う。看護とは何かを私たち看護職は再度確認し、その看護を具体的な言葉と行為であらわしながら、市民の皆さんにとって実感として看護は必要なんだということを知ってもらえる場として、この診療情報開示はよい機会になると考える。

5) 西村昭男 (ニッコウ記念病院理事長)

自己の健康とか生命というのは積極的に自分自身が守ると、毎日の心がけの中で守っていくと、少しずつ努力していくという、そのほかにないというふうに思っている。

診療録というのは臨床における一つの重要な原点。日本のこれまでの医療はドイツ医学の伝統でやってきたが、敗戦後は、1950年代はアメリカの医学に学ぶことが多く、その中で学んできたことはやはり技術と知識であって、実際にアメリカの国民が受けている病院の医療サービスとか、そういうところのものには目もくれなかった。そういう点で、日本の国の医療行政、あるいはその相手になっていた日本医師会、そういったものの体質というのが、あるいはそれと政治とのかかわりというのが、そういったものをきわめて阻害していった大きな原因だというふうに思わざるを得ない。情報を開示するとか、情報に自分で責任をもつとか、そういう段階で障害になっている部分が少なくないというふうに思われる。

(1) 開示をめぐる課題

①医師の意識改革の必要性