

日本の非常識というのは、1995年の厚生白書に医療はサービス業であるということが初めて載ったということが新聞にも出た。もともと医療というのはサービス業で、医師という者がそういった業というものを、あるいは営業とか経営というものを嫌ってきた、医師の職業意識は表面的に変わっているだけで、基本的な意識というのは変わっていないように思うが根本的に一番難しい。

②国民・患者の意識改革と医療・医学情報の獲得

どのように自分の健康を守るか「健康情報ライブラリー」を設置した。地域の人々が、医学とか医療とか、表面的には難しくて、深いものであるが、国民が理解しなければ本来だめなものである。

<国民、患者の立場から>

1) 西村秀俊（札幌 朝日カルチャーセンター社長）

国民の側の意識と、特に医療関係者の中でも医師の方々との意識にはギャップがあるが、インフォームド・コンセントというふうなことが盛んに言われるようになって、それが世論になり、流れになってきた中で、病院も医師もずいぶん変わってきた。両方で努力し合いながら、いい医療環境というものができ上がっていくということが一番いい。

(1) 開示をめぐる課題

①医師と患者との関係

セカンドオピニオン、ほかの専門家に見ていただいて、たちまち情報が伝わってしまって、いま診ていただいている先生に不愉快な気持ちを与えるのではないかと、もらった情報もなかなか使いにくいということもある。医師と患者の関係とはパターナリズム、やはりドクターの方が強い立場で、患者の方が弱い立場に置かれているという意識が患者の側には少なくとも依然として根強くある。かつては情報、特に専門的な情報を握ることが言うなれば権力だった。権力で上から大衆を支配する、そしてその支配に伴って利益も得るといふような構造がずっとあったが、それがだんだん成り立たなくなり、一人ひとりの個人、人間を大事にしていかなければだめだ、それぞれの人が自分には自分の生きる権利があるんだというふうなことを感じて、それが情報を得ることによってだんだん実現可能性が出てきたという大きな流れがあるのだろうと思う。医療の世界も国際的な流れの中でそうならざるを得ない。

②情報へのアクセスと管理体制

インフォームド・コンセントの一環として、自分のデータ検査の記録とか、それまで積み上げてきたものをそのまま次の病院に持っていければよい。その意味でも開示、あるいは自分の診療情報については気軽に自分自身が利用できるようなになればよい。

情報への、記録へのアクセスをどうするかということは、必要に応じて出せるという体制づくりを進めていくようなになればよい。もう一つは、病院の中で管理と、それを患者がほしいときに、それをわかる形で提供するという機能のようなものがもっとあればいいなというふうにも思う。

③医療情報の読み方への課題

医師の側からの反対論、消極的なご意見の理由として一番重要なのはカルテであるが、カルテを見ても理解できないだろうということが挙げられる。そのまま見せられても、患者である我々はわからない。実際にどれぐらい自分で意味のある使い方ができるかということになると、ただもらうだけということになるのかもしれない。全部記録されていますよと言われても、意味がわからない。日本の医学教育というのは圧倒的に職業教育、完全職業教育の形をとってしまっていて、ほかの学問の分野であればだ

れでも勉強できるわけですがけれども、医学についての勉強というのはそういう専門の学校にいかなければできないという、完全にクローズドな教育のシステムになっている。

④患者自身で自己決定をすることへの困難さ

自己決定、患者が自分の責任で決めろという方向がこの情報開示、インフォームド・コンセントの中に含まれています。しかし自己決定というものもなかなか難しいのでして、自分の経験から、自己決定、自己決定と言われることについても、必ずしもそれが本当の意味で患者の側にとってよいことなのか、納得できることなのかという疑問もある。

発表者と会場との意見交換により以下の課題があがった。

課題

1. 医の倫理や医師の教育に関する問題

- ・法制化のデメリットは、別なところに問題があるのでは。医の倫理や医師の教育に問題があり。
- ・情報公開をどういう風に共有していくかが重要。これができる医者を作るよう国の施策として取り上げられるべき。パートナーシップをつくっていくべき。
- ・患者と医師との間の信頼関係は絶対に必要。いい医師を作っていく教育改革をすることが根本。

2. 開示以前のインフォームドコンセントの必要性

- ・日本医師会は法制化に反対。指針は作ったが、消極的。インフォームドコンセントと開示は区別したほうがいい。インフォームドコンセントをしっかりとやればよい。

3. 情報提供の範囲（本人、家族、遺族、特定の疾患「精神病」の患者への情報提供）

- ・本人だけ。本人が承諾した人。20才前は、親に承諾を得る。
- ・本人および本人同席の家族。
- ・原則として本人。精神病患者に見せると悪くなるという場合がある。
- ・形式的な条件で決められない。
- ・遺族に開示するべきではない。原則として。
- ・より良い医療のために秘密にしないということを考えるべき。
- ・遺族が求める場合、法的な処置で求めたほうがいい。

4. 情報の自己コントロールの問題

- ・職場の健康診断で主治医をたずねたら、検査を一通りまたされた。2ヶ月しかたっていないので変わりはないはず。
- ・カルテ開示を要求したいのは、あくまでも事実を知りたいから。

5. 開示された情報の読みとりについて

- ・医師は敷居が高い。
- ・言葉を噛み砕いてくれる人がいれば、やりやすい。
- ・医師の記録は何を書いているかわからない。公開をいっぺんにやるというのではなく、検査データなどから。
- ・開示、インフォームドコンセントをどう使いこなしていくか不安。

6. 診療録への信頼性

- ・診療報酬を得るために記録するなど、カルテが二重帳簿のようなことはないのか。

7. 診療情報の管理

- ・きちんとしたデータの管理と情報の提供をしてゆく必要性。

8. 法制化によるメリット

- ・法制化によって診療情報提供に向かわせるという形になる。
- ・医療過誤があった場合に検証するための方法となる。
- ・見せなければならぬので信頼関係を作る方にもっていける可能性があるのが法制化によって整備される速度が早まる。
- ・法制化によって十分なインフォームドコンセントが実施される。

9. その他

- ・医療過誤は、診療情報開示しても解決しない。法制化と医療過誤がなくなるという問題は、別個に考えるべき。
- ・看護記録の意味：患者の事をよく理解しているのは看護婦であるが、看護記録が他の記録よりレベルが低く見られている。
- ・情報を独占したりコントロールして支配的な地位を占め続けようと言うのは許されなくなっている。
- ・インフォームド・コンセントに出来る環境にするには関心を国民の方に拡げていかなければならない。

VII. 東京都における有識者の意見

東京では、主に看護職者を対象として、看護記録に焦点を当て、意見交換を行った。

7名の研究メンバーと1名のゲストスピーカーからの情報提供および意見が提示された。

1. 研究メンバー、ゲストスピーカーによる情報提供

1) 診療情報提供について

(1) 基本的人権としての診療情報自己コントロールとカルテ開示法制化の意義

①法律の2種類の議論型

法律論における「how and what」、つまり法律で決められている、そしてそれはどう決まっているのか法律を論じる型と「why」、つまりなぜ法律でこうなっているのか、そしてどう決めるべきなのかを論じる型の2種類の考え方が提示され、後者の「なぜ」と問いかける議論の重要性が指摘された。

②医療記録開示に関連した疑問

「なぜ、患者の中で、自らの医療記録を見たいと思う人がいるのか」「なぜ、患者の中で、患者に記録を見せたくないと思う人がいるのか」という2点の疑問が提示され、それぞれ本研究のアンケート結果をあげて現状報告が成された。その中で、患者への情報開示の理由として「基本的人権として診療情報自己コントロール権がある」と、基本的人権という憲法上の権利をだすことで、「how and what」型の論議となってしまう可能性を示唆した。「なぜ必要なのか」という議論型の問いかけの重要性を述べた。カルテ開示の影響に関しては、医療者と非医療者の見解の相違を例示して、コストをあまりかけず、それで医療の質も劣化させないような開示というものをどうすればできるかが、環境整備のポイントとしてあげた。

③医療従事者－患者関係における情報開示の意義、看護記録開示の意義

情報提供を求められているのは、医師だけでなくすべての医療従事者、つまり信認（信頼）を受けて素人から大きな権限・財産など委託される者（fiduciary）は、信託にこたえる義務があり、その義務の中核は情報提供義務、説明義務である。この情報提供義務の根拠は、「自己決定権の保証」そして「信頼関係の構築」の2点にあることが説明された。また開示する情報内容や方法については、開示の目的

に資する形で、その効果とマイナス面をふまえて検討していく必要性を述べた。看護職は、プロフェッションとしての位置づけが把握されれば、看護記録も含めて情報提供義務が課せられるとした。

(2) 諸外国におけるカルテ開示の現状

諸外国のカルテ開示の現状として、次の3点があげられた。

- ①カルテ開示の問題は、日本のみならず他の諸国でも普遍的な問題であること。
- ②アメリカなどでは、患者へのカルテ開示が論じられた時は過ぎて、今は医療情報の保護、プライバシーの保護、漏洩防止が問題となっていること。現在、アメリカ合衆国連邦政府が医療情報保護のための規則を検討中である。
- ③患者へのカルテ開示と秘密保護には関連があること。

(3) なぜ、いま、診療情報提供（カルテ開示）なのか

日本における診療情報提供および診療記録の開示の背景として、日本の医療における密室性、そしてインフォームド・コンセント、パターナリズム、医療への信頼性の向上をkey wordsとして、カルテなどの診療情報の活用に関する検討会の報告（1998年6月）、医療審議会からの医療体制の改革についての中間報告（1999年7月）にいたる変遷が説明された。情報提供の根拠として、国民、患者のニーズの高まりへの対応、治療に積極的にかかわっていくことを促すこと、医療従事者と患者との信頼関係を確立すること、そして国民、患者の適切な選択によって良質な医療が提供されることをあげた。

診療記録開示における看護記録開示については、看護職が専門家であること、医療法にもとづく医療の担い手であること、インフォームド・コンセント、という3点をあげて、看護記録の診療記録の中の位置づけとそれに伴う開示の必要性を述べた。

(4) カルテ開示の現状（文献レビューから）

①医療情報と患者の権利—医療における患者の権利の変遷—情報に対する権利を中心に

法的概念としてのインフォームド・コンセントの変遷から、自律性の尊重という倫理的原則の不可欠な要素としての位置づけが述べられた。医療の中でのインフォームド・コンセントとして、1947年のニュールンベルク綱領から1995年第47回世界医師会総会「リスボン宣言全面改訂」までの骨子をあげ、情報に関する権利がより明確になっていた推移を提示した。現在さらに、インフォームド・コンセントの権利を再確認するとともに、患者の医療情報に対する権利の中心的内容として、医療記録に対する患者のアクセス権を位置づけ、患者の単なる同意ではなくて、治療法について医師や医療機関から情報開示を受け、次に他の情報源からセカンドオピニオンを得て、最終的に患者が自分の人生観、価値観を反映させて意思決定を行うインフォームド・ディシジョンの考え方を指摘した。

②医療情報開示における課題

医療情報開示にともなう課題として、医療におけるインフォームド・コンセントに対する医師側の受身的対応、医師と患者の関係における医師の主導性の認識、情報開示の対象、内容、方法などそのプロセスにおける課題をあげた。

③日本における医療情報提供の現状

日本における診療記録の開示に関して、1993年の患者の権利法をつくる準備会による、「患者の諸権利を定める法律要綱案」を初めとして、「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」（1998年）、日本医師会診療情報提供に関するガイドライン検討委員会による「診療情報の適切な提供を実践する

ための指針（中間報告）」（1999年）、国立病院医学部附属病院長会議の「国立大学附属病院における診療情報の提供に関する指針」（1999年）が提出され、医療者による自主的な診療情報提供にむけての体制整備が進められている。日本医師会は、先の指針の中で、2000年の1月1日から情報の開示を行うということの方針を出した。また、厚生省医療審議会は、1999年7月に今後の医療提供体制の改革について、入院医療に関する体制、医療における情報提供の推進、医療の質の向上を柱とする中間報告提出し、情報の開示に関連して記載の適正化、用語の標準化、記載に関する教育の充実を、向こう3年間をめどに推進するということと、保存期間の検討、電子化の普及推進など、カルテ開示の円滑な普及定着を図るための環境整備に各医療機関が積極的に取り組むように提言した。

さらに、東京都は都立病院における診療情報の提供に関する指針を策定し、1999年11月1日から患者の申し出に応じ診療情報の提供を行うようになったことが報告された。

看護記録について

（1）看護記録の役割

チャートニング（記録を作成する）、レコーディング（再生を見込んで保存する）、レポートニング（報告する）だけでなく、コミュニケーティング（伝達する）、インテグレートイング（統合する）を含めた記録の役割が提言された。コミュニケーティングにより他職種および非専門家（患者を含め）との情報伝達での記録の役割が、インテグレートイングにより包括的ケアのための記録の役割が考えられるとした。

診療記録は、ケアの継続性と均質性を促進するとともに、医療の過程における思考の証拠を提供するものだとし、患者データ→データの解釈、分析、統合→診断→診断が解決された、到達可能な具体的な目標設定→計画立案→計画実行→結果までのあらゆる現象や思考を記載する。（看護の場合、看護過程のすべてを記録）包括的ケアのための記録のインテグレーションで、患者ケアにおける医師－ナー間のコミュニケーションのための正式な方法としての統合患者記録を紹介し、イングレイテッド・ペーシェントレコードとして、記録が診療の経過を書くだけのもの診療側のものだけでなく、患者のための記録である点を強調した。この統合患者記録は職種相互間の情報の流れがよくなること目的としている。このよう記録の統合には、読みやすい記録が重要になる。読みやすい記録の条件として、①記録はだれもが利用できるよう整備されていること、②記録の書き方として情報は理解可能である、つまり、読める字、読める外国語、正確なスペルである。また正しく文脈の通ったもの、ルールを守って適切であること。③情報を早く見つけて、理解して自分のものにするために、統一した様式である、キーポイントを強調する、コンパクトに表現する、があげられた。

看護の場合の診療情報の提供について、看護過程のどこに診療情報の提供というものを組み込むか、日常的にシステムの中に組み込んでおく必要性を提言した。計画立案後その計画を患者に説明して同意を得る、看護のインフォームド・コンセントが提示された。

（2）診療情報の管理

診療情報の管理について、「診療情報の収集および提供のための準備」、「診療記録および情報の管理」「診療情報の提供」など概略が説明された。

診療記録の5原則には、真正性、客観性、迅速性、読みやすさ、完全性があり、診療記録の情報活用としての2側面、つまり診療記録は公的な文書である、患者の個人的な情報の凝縮したものである

ということが提示さ、これらを守るための役割として診療上法管理士の次のような役割が紹介された。①診療記録完成度チェックと診療情報の収集、②「国際疾病分類」に基づくコーディング、③医療行為報告書の処理、④診療記録の製本、⑤未完成の記録の督促。

診療記録及び情報の管理としては、①記録の保管と情報管理、②患者情報の漏洩を防ぐための記録の行き先のアライ管理が説明された。診療情報の提供としては、①診療記録および診療情報検索、提供、②医療統計の資料・診療情報分析の資料作成、③各種医学カンファレンスのための資料作成や医学会議のアレンジあるいは準備、④院内・院外死亡ケースの診療統計作成が説明された。その他の機能として、公文書の作成、他の医療機関あるいは患者さん個人への情報提供などが説明された。

また、診療記録の検討にかんしては、診療情報の管理の専門家としての立場から、さまざまな診療記録や情報に関わる検討会に参加している現状が説明された。

(3) 診療情報管理士から見た看護記録

診療情報管理士の立場から、記録の不備、病院内における看護記録の位置づけ、利用のされ方について意見が提示された。

①診療情報管理士からみた不備な記録

不適切な記載として、内容の誤り、不適切な訂正、内容の食い違い（不整合）。不的確・不確実な表現として、誤解をまねきやすい言葉、あいまいな描写、医療に直接関係のない事柄の記載、他の医療従事者を揶揄、攻撃するような表現、文字や用語あるいは表現の誤り。記載及びサイン漏れ、記録の抜け落ち。記憶忘につながるような記載の遅滞。判読困難な文字、あるいは防備録的な記載やなぐり。主観的、感情的な記述、あるいは診断・ケア計画で・行為・評価が不透明な記述。未完成記録。

②看護記録が抱える問題

情報活用度からみた看護記録の問題点として、a. 標準的な検索機能がないこと、b. 看護記録のオーデイトシステムが構築されていない、c. 利用者のニーズと意識の希薄さ、つまり作成した看護記録をほかの同種、類似テーマのケアの参考や研究に用いるための積極的な姿勢や認識の薄さ。そのため、記録の形式や構成は情報の再利用を視点に入れたものになっておらず情報活用には十分な機能を果たさない。d. 看護行為の記録及び保存について明確な法律上の規定がないこと、e. 看護記録の管理の基盤整備の問題、f. 2次的な情報として診療情報管理士が看護記録をとらえていること、という6点があげられた。

②記録・情報のあり方

患者にとって安全で、安心なケアにつながる情報を伝えるもの、そして明確で簡潔、正確、十分な情報の記載、結果的に看護の質の向上につながる内容であること、そしてそれが最終的に真実、事実を伝える手だてとなるという認識を持った記録の検討の必要性が提言された。また、診療記録やサマリーの共有記載、すべての医療従事者が同次元で問題をとらえていくというシステムの検討、患者の個人を部分ではなく全人的にとらえるための、治療、あるいは予防、福祉を含めた一つの流れの中でとらえる情報システムの構築の検討が提言された。

(5) 看護記録に関する教育—看護記録の教育に何が求められているのか—

①看護記録に関する問題意識

読んでわかる記録とは何か、何が記録されればよいのか、実践と記録がなぜ分離してしてしまうのか、つまり正確な情報および正しい用語の選択、そして記録で不可欠となる情報の選択と情報の質の

あり方が問われていると指摘。

②看護記録に関する基礎教育の現状における問題

基礎教育課程で使用されるテキストからみた看護記録に関する内容から、次の点に問題点を指摘した。a. 記録の意義・目的；医療職者にとっての意義・目的であり、患者にとっての記録の意味について全く触れていない。b. 記録内容；思考過程との関係で記録のあり方が説明されていない。看護過程と記録は分離している。c. 注意事項；具体的にルールが明記されていない。こうすべきのみが書かれ、記載してはいけないことについて触れていない。

③看護記録の教育に関する課題

a. 記録における倫理的教育；インフォームド・コンセントの概念に基づく情報提供の記録のあり方を理解するためにも、看護専門職者として倫理観の育成の必要性があげられた。倫理観を基盤におき、人権を尊重した記録、専門家としての事実の記載、患者擁護の立場からそして専門家としての看護実践の記録としての内容選択、アクセスを前提とした理解できる記録へ発展していけるのではないかと述べた。

b. 思考能力の向上；正確で実践が読んでわかる記録であるための前提である、思考能力の向上の必要性があげられた。c. 公的記録のルールの教育；実際の記録を通してルールを理解していくことの必要性とそのためのガイドラインの整備の必要性があげられた。

(5) 診療情報（看護情報を含む）提供の実際

診療情報の提供を積極的に実施している小倉第一病院の例が提示された。

情報の提供による情報の共有化、そしてそれが開示であるという、患者とのインフォームド・コンセントをいかに成立させるかを目標にした取り組みのプロセスや現状が述べられた。

医療のリーダーは患者の状態により変わっていく、ナースはコーディネーターとしては重要な役割を果たすべきという考え方を前提にし、1つの記録用紙に多くの医療職種が経時的に記録を書いていくことによる客観性の向上と、それに伴う質の向上、そして患者の目の前で記事を書くことによる信頼関係の構築・発展のメリットが述べられた。

具体的な提供のあり方、工夫として、コンピューターを利用した患者によりわかりやすい医療情報にかえての情報提供、POSを中心とした医師の診療録と看護婦の看護記録とその他コ・メディカルの記録の合同記録、つまり一つの記録からの情報の共有化、患者が情報を理解できるようなデータの図表化、レーダーチャートなど記録の工夫、ケア選択時の患者の参加、コンピューター化によるシステムカルテなどが説明された。また、このような病院のあり方での患者自立の支援、情報の高度利用化による生存率の良さが提示された。

2) 討論

(1) 諸外国のカルテ開示の状況について

- ・国または市条例により状況はさまざまで、開示権やコストなど問題はあることが説明された。
- ・アメリカ合衆国バージニア州の1病院での記録提示の例が説明された。

(2) 日常的な臨床の中での診療情報の提供、特に看護の情報の提供

- ・小倉第一病院での看護計画の提供、共有の追加説明がなされた。1患者1カルテの合同のカルテで、医療従事者が同じ記録用紙に情報を共有しながら書いていくというスタイルなので、初期計画等も共有されている。共有できるもの、移譲できるものを判別した記録の形になっている。専

門病院（腎臓疾患）であることのメリットが生かされていることが指摘された。また、共同した記録により透明医療、お互いの学びが可能となっている点があげられた。医療秘書によるコンピュータへの入力および整理という管理システムの説明がされた。

- ・カルテ開示はインフォームド・コンセントを成立させるための一つの手段であり、その記録を見せながら、口頭でほんとうにわかりやすく説明していく必要性、また記録開示の前提としての信頼関係が重要である点が強調された。

(3) カルテの貸し出し返却の管理システムについて

- ・医療情報管理室によるカルテの回収への積極的介入について説明があった。

(4) 看護記録の新人への指導について

- ・小倉第一病院では、コ・メディカルスタッフを含めて新人教育時の講義および各部署でのプリセプターによる指導が行われる。記録が難しいという評価は聞かれない。また、POSの講義は事務職員も対象となる。カルテ方式を読めることが事務職にとって大切である。

(5) 国立大学附属病院の診療情報開示に向けて、東京都立病院の開示開始に向けての取り組みについて

- ・都立病院では1999年11月から情報開示を行い、35例の方からの申し出があり、カルテ全部をコピーを渡した方が25件あった。それから10件は説明ということであった。
- ・都立大塚病院での情報開示に向けての取り組みとして、患者が理解できる記録としてPONRで看護過程を記録できるように講習会など活用し再学習を開始した。また、正確な用語の記載、会話内容の記載など不適切な記載が目立ち、研修の組み直しを検討中である。

(6) 看護、記録における開示に向けての課題

- ・看護記録の氾濫、記録様式の複雑性が指摘された。また、記録内容のわかりにくさ。
- ・患者の精神面に関する記録は開示できるのか。
- ・検査などの記録を提供した後の患者に対する検査結果の意味の説明は看護職が可能なのか。
- ・記録のスリム化—必要な、意味ある情報は何か、ケア・医療の実践につながる情報とは何か。ケア・医療において必要な情報の精選。
- ・インフォームド・コンセントにおいて医療の担い手としての看護職としてのあり方以上のような内容について、討議がなされた。

第5章 考察

本年度の研究は、平成10年度に行った実態調査の継続研究として医学生を対象に調査を行った。さらに、これらの結果にもとづき、基盤整備の課題および課題解決の方向性を明らかにする目的で、国民・患者および医療従事者が調査書に記載した自由意見および、新たに32名の研究協力が得られた有識者に直接的な意見を求めた。

これらの分析結果から基盤整備の課題とその背景を明らかにし、課題解決についての方向性をまとめ、考察とする。

I. カルテ等の情報活用を推進する上で医学教育・倫理的な課題

－医学部5、6年生の実態調査結果から－

1. 情報提供に関する認識と課題

90%の学生が情報提供に関心を示し、その度合いは52%が「やや関心」をもち、情報提供のあり方は、88%が「口頭による説明と何らかのかたちでの診療記録の提示」と答えている。

関心の度合いと併せて考えると、情報提供に対し、前向きに取り組もうとする傾向あるいは、当然という認識が普及していると推測される。調査時期が第4次医療改革の方向性が明らかに示された後であり、これらの政策も影響していると考えられる。

情報提供の範囲に関する問いは、その判断基準が「患者基準」によるか「専門家基準」によるものかを推察する問いである。57%が、患者によって選択して提供すると専門家にその裁量権があると考えている。全ての情報を提供と答えた医学生は14%であった。

患者が必要としない場合は提供しなくとも良い(29%)と合わせると43%の学生が患者基準、あるいは患者の意志に基づいた判断基準のもとに情報を提供と考えている。

このような基準によって、その情報内容は病気を中心に、検査、治療について80%以上が情報を提供すべきであると答えている。その中で、国民・患者が求める情報内容と10%以上乖離している項目は、合併症、検査の危険性、薬物使用目的、薬物以外の治療、薬物未使用時のリスク、手術の危険性・成功率・手術以外の方法・手術をしない場合のリスクなどの危険要因であった。

情報提供の目的は、インフォームド・コンセントすなわち医療に患者を参加させること・治療の自己決定を重視することでもある。この事から考えると治療目的とともにリスクに関する情報提供が条件ともなる。

診療記録開示への認識は98%の医学生が知っており、その理由も「インフォームド・コンセント」の概念を第1に挙げ(98%)、納得上の治療(91%)、患者の権利(88%)であった。情報提供の目的とそのためにはどうあるべきか、すなわち提供すべき情報の範囲とにズレがあると言える。これらの結果から、自己決定に必要な条件に関するレベルまでインフォームド・コンセントに関する教育の必要性が示唆された。

2. 医学生の診療記録開示に関する認識と課題

記録開示賛成は67%で、その度合いは、「とても」15%「まあ」52%であり、積極的に

取り組む傾向とは解釈できない。

この背景には何があるのかを開示によって生じると予測されることと関連して解釈してみる。開示によって起こると考えているのは「記録が理解出来ない」82%、「自己決定」65%「訴訟の増加」61%と、開示効果を肯定的にみる傾向はやや少ない。すなわち、現状の診療録記載および患者側の要因に関連する課題が伺える。

開示に際して医療従事者に求められることの第1が、記録に関することが91%であり、現状の記録あるいは医学生自身の記録に関する課題が大きいことが明らかである。一方倫理教育の必要性を指摘した医学生は54%であった。

開示の対象は、「患者本人」12%で、医学生の場合も他の調査結果と同様、情報提供の目的と情報漏洩の課題が示唆された。

患者に期待することは、「説明を求める」「自己決定と責任」「知識をもつ」と患者のあり方・行動変容への期待が大きい。

これらの前提となる医師と患者関係について、望ましい関係は、71%が「一般パートナーモデル」を選択し、現状は「特別パートナーモデル」50%、「パートナーモデル」「恩恵モデル」それぞれ20%代であった。この傾向は「恩恵モデル」ではないとする医師の傾向と一致している。「医師は患者に頼まれて医療を行っている」という委任契約に基づいた関係が現状という考え方をしている。この点は患者との乖離が大きい。

3. 診療記録開示の法制化に関する医学生の認識と課題

1) 法制化への賛否

特徴的なのは、「法制化賛成」「反対」「わからない」とそれぞれ30%代で3分された。賛成派はその理由に、「患者の権利」を挙げ、反対派は「混乱」「倫理基準」を挙げていることである。

4. 医学生を対象とした実態調査結果のまとめ

教養、基礎、専門教育の多くを修得した後の医学部5年生・6年生は、記録開示を含め、情報提供の必要性に関する認識とその目的も理解をしているが、倫理的面を含め、インフォームド・コンセントの具体的な実践レベルにおける教育と記録記載に関する教育の必要性が示唆されたと考える

法制化賛否に関する結果も含めた課題として、医療審議会が提言する記録記載に関する卒前・卒後の教育の必要性は裏づけられた。しかし、「わからない」「混乱」「記録が理解できない」「訴訟が増える」などへの回答が多い傾向から、記録記載に関する教育とともに、この政策の背景にあるインフォームド・コンセントとは何か、その理念、倫理基準・患者の権利とは何か、など患者との関係のあり方を含め、根元的な視点から現状の医学教育の実態と関連させ基盤整備としての教育内容とその方法に関する検討の必要性が示唆された。

II. 実態調査自由記載内容・有識者からの直接的意見の分析結果

これらの分析は、量的にみた実態調査結果の背景および明らかになった課題解決への糸口を見いだす目的で行った。平成 10 年度実態調査結果から得られた基盤整備の課題と関連させて、考察する。

1. 調査結果全体からの課題

1) コストをめぐる課題

このコストをめぐる課題の殆どが医療従事者側の意見であった。

その多くの理由は、のゆとりのない現状業務の中で、負担感・記録の労力と時間の問題、説明に要する時間とコスト、診療録管理に要するコスト、診療情報管理士の養成や雇用・マンパワー確保・人件費の保証である。アメリカで行っていることを、日本の現状の中で同じようにすることに無理があり、患者側の不利益につながる可能性があるという指摘もある。これらへの提言は、必要なコストは個人が負担することを前提とする提言と診療報酬での保証である。

さらに、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）も課題で、特に、外来診療診療の現状改革が急務であると指摘している。誰でも、どこでも、何回でも受診できる現状の国民皆保険制度とインフォームド コンセントの理念に基づく医療とのギャップも大きな課題となる。

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

(1) 開示以前に、インフォームドコンセントの必要性

インフォームドコンセントと開示は区別すべきであるという意見が多い。開示以前にインフォームド・コンセントが十分に行われ、リアルタイムに正確な情報を患者に伝えることが課題である。このためには、医師と十分に話し合う時間確保の保証が課題である。

(2) 情報へのアクセスと管理体制

開示、あるいは自分の診療情報については気軽に自分自身が利用できるシステムが必要である。病院の中での管理と、患者が求めた時に、すぐに提供出来ることが条件である。

(3) 患者の心理的負担を軽減するアクセス方法の開発

カルテの開示、診療情報提供してほしいと言い出せない現状や申し出た場合に主治医との信頼関係が崩れることへの危惧を感じている。医師への直接の請求ではなく代理人を使ったり、記録管理などの場所で、医師とは異なる専門家などの対応など、患者の心理的負担を軽減するルール作成への提言である。患者の立場で知りたいことをどう求めていくか、患者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。

(4) 告知をめぐる問題

がん患者の告知の問題は、情報提供の前提としてさまざまな意見が出されている。

患者に応じた慎重な対応求める意見は、国民・患者および医療従事者双方から出され、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、相手に応じた慎重な提供、また、未成年者への一層の配慮が必要であるとしている。この事に関しては、がんになる依然の国民・患者の教育でもあるが、ある病院ではあらかじめ「知る権利」「知らな

いでいる権利」を確認している。

患者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とし、特に末期癌患者、告知していない人の場合、家族の意向と本人の意向が不一致の場合、家族が知らせたくない場合への対応に苦慮している現状をどのように解決するかである。事前に患者にがん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も強調された。

3) 情報提供の範囲と情報の漏洩およびプライバシー保護の問題

既に開示をしている欧米諸国では第三者のアクセスに関する問題が議論されている。諸外国のカルテ開示の現状として、次の3点があげられた。

- ① カルテ開示の問題は、日本のみならず他の諸国でも普遍的な問題であること。
- ② アメリカなどでは、患者へのカルテ開示が論じられた時は過ぎて、今は医療情報の保護、プライバシーの保護、漏洩防止が問題となっていること。

現在、アメリカ合衆国連邦政府が医療情報保護のための規則を検討中である。

患者へのカルテ開示と守秘義務・秘密保護とは、相反する関連がある。自由記載には現に「生命保険会社に本人に無断で情報をとられた。」という事実の指摘があった。このためには、下記の提言があった。

(1) 情報提供の範囲を厳密に規定をする。

本人を重視し、家族の範囲も厳密にし、遺族には開示するべきではないという意見は、医療従事者に多い。遺族が求める場合、法的措置で求めるべきであるという意見とより良い医療のために秘密にしないということを考えるべきであるという国民・患者側の意見と分かれている傾向がある。

(2) 守秘義務の強化

情報漏洩のための対策は、基盤整備上欠くことができない課題である。

2. 診療情報の提供ならびに診療記録開示に関する課題

1) 提供すべき診療情報の内容とその方法に関する課題

(1) 提供すべき診療情報内容を具体的に設定したガイドラインの必要性

医師、医学生、および薬剤師、看護婦・士など医療従事者からの指摘は、情報提供の範囲・内容は「専門家規準」によって判断すべきであるという考えである。ネガティブな情報の提供は難しいという現実から考慮しているが、このことは、患者の権利との関連で、患者にとって何が重要なのかを慎重に考慮し、基盤整備を考える必要がある。一方では、情報を独占したりコントロールして支配的な地位を占め続けようと言うのは許されなくなっているという意見もある。

(2) 診療情報の提供方法における医師と国民/患者との乖離の要因

医療従事者側は、医療の現状および記録の現状から、情報提供および開示は、そう簡単に行えることでは受け止めていない。さらに情報提供・開示に伴って生じる「患者側の理解」「時間確保」「専門家としての情報提供」「二次的な問題、特に訴訟問題」など多岐におよぶ課題を感じ、これらの課題を解決することが情報提供の前提であると考えている現状がある。

一方国民・患者は、医療従事者よりも「情報提供は当然のことである」と考えている傾向がある。これらに関する認識の差が医療従事者と国民・患者との情報提供のあり方に関する乖離の背景にある。

主な意見を列挙すると下記のようなになる。

- ①情報提供の前提：医療者自身の情報共有
- ②提供する情報の質：・専門家としての情報、・提供情報は量より質
- ③情報提供者：情報の出所が混乱しないよう説明する職種を限定
- ④情報提供のあり方：・情報提供後のフォローが重要 ・スタッフやコーディネーターを増やして対応すべき ・患者の理解度に応じた説明が必要 ・説明の方法を工夫 ・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 ・共に考える姿勢が重要 ・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 ・医療者はできるだけ早く体制を整えるべき。

(3) 自己決定の原理に基づく医療を実行するうえでの課題

数多くの意見が出されたのは、自己決定・医療への積極的参加に関する基盤整備の必要性であった。

基本的に、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を明らかにする必要がある。医療従事者には患者が意志決定できるように情報提供する義務がある。科学的根拠に基づいて、利益と危険の比率を考え、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、その時点で標準的な治療は何か、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となる。質問するのは患者の責任でもあり、説明するのは医師の義務である。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ければならない。

自己決定を支援するシステムとして下記の事柄が挙げられた。

- ① セカンド・オピニオン、あるいは相談受診制度の必要性
- ②患者用図書館・学習支援センターの設置
セカンド オピニオンを広くとらえる。
- ③患者側の意識改革・教育・学習の必要性
自己決定や自己責任についての意識変革が必要であり、義務教育からの国民教育として「医療」を教えるべきである。
- ④ガイドブックあるいは第3者機関の検討
知識の量や理解の能力に応じて情報を説明・理解するためのガイドブックなり、第3者機関の様なものを検討する。
- ⑤全国統一の情報システムを構築

⑥ I C後のサポート体制づくり

(4) 情報提供・診療記録の開示に関する広報活動・

開示は目的ではなく手段であり、医療側、患者側の考え方、理解に差がある。インフォームド・コンセントに基づく医療を推進するためには、医療側、国民・患者側の共通認識を促す必要がある。参加型医療に対する認識を促すための意識改革、教育は欠くことができない。

(5) 記録管理のシステムの構築

記録管理システムに関する課題は大きい。このためには次のような提言があった。

- ①専任職員、設備、作業内容、機能、運用、保管体制などに関する規定の必要性
- ②適正で質の高い診療記録管理：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ための検討
- 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診療録整備管理料の設定、診療録管理士の強制的配置
- ⑥診療情報管理士の教育のあり方の検討
- ⑦記録の保存年限の延長

保存年限が現行医療法では5年であるが、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、20年間保存ということも検討課題である。

⑧院内での診療記録管理とプライバシー保護の徹底

(6) 診療記録の標準化・記録のガイドライン作成および監査システムの導入

現状の診療記録記載内容は、記載が不十分であったり、ドイツ語、英語、日本語が混在している。また、推察による患者の自尊心や、プライバシー問題に係わる記載など課題が多い。診療記録の標準化と整備・記載内容の適正化とその基盤となる医療従事者の教育および監査システムの導入が必要である

(7) 医療従事者の基礎教育および生涯教育

- ①倫理および法的側面を含めた患者の権利、インフォームド コンセント、患者との関係・コミュニケーションなどに関する教育内容の再検討
- ②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
- ③卒後研修のあり方の検討と卒後の質の管理

現状の知識と技能を重視した医学教育の見直しへお提言である。医師のインフォームドコンセントの実践が課題であり、専門性、倫理観・モラルの向上のための教育のあり方に対する意見は国民・患者群からも指摘されている。

④診療記録に関する教育

医療情報の質を保つために、それぞれが学術・客観的な記載を行うための教育を検討する。

(8) コラボレーション・チーム医療の推進

医師を中心とした医療から、患者を中心とした医療への転換であり、医療従事者は目的を共有し、相互の補完的役割にもとづき、尊敬と信頼関係によって共同の意思決定に基づく医療を提供する必要がある。

3. 診療記録開示の法制化に関する課題

法制化に関する意見は数多い。実態調査では、医師群の48%が法制化反対であったが、自由記載では、法制化賛成者が多く記載していた。

1) 法制化賛成

法制化によるメリットは、法制化によって診療情報提供に向かわせる、整備される速度が早まる、患者の権利・基本的人権を保証できる、意識改革が可能、特に医師を対象とした場合には法制化が必要・日本は法制化をしないと変わらないという医師の意見である。その他として、法制化見送は医療不信感を招く、責任の所在を明確化、経済的裏付けのためには法制化が必要、医療側に拒否権を与えるべきではない、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という理由が挙げられた。

さらに法制化をする場合の提言として下記の事が指摘されている。

①法律の規定は簡単に、②大きなルールであるべき、③例外をなくするなどである。

3) 法制化慎重

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。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が予測されるという理由である。

4) 法制化反対

反対意見は、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。罰則を伴わない法は、効果が期待できない。説明は当然のことで法制化は必要がないなどであった。

法制化に関する議論および基盤整備の提言上の課題は、これらの意見をも踏まえながら下記の観点から検討することが課題である。

(1) 基本的人権としての診療情報自己コントロールとカルテ開示法制化の意義

①法律論における「how and what」の議論型

法律で決められている、そしてそれはどう決まっているのか法律を論じる型と「why」、つまりなぜ法律でこうなっているのか、そしてどう決めるべきなのかを論じる型の2種類の考え方があり、後者の「なぜ」と問いかける議論が重要性となる。

②医療記録開示に関連した疑問

「なぜ、患者の中で、自らの医療記録を見たいと思う人がいるのか」「なぜ、患者の中で、患者に記録を見せたくないと思う人がいるのか」という2点の疑問がある。

その中で、患者への情報開示の理由として「基本的人権として診療情報自己コントロ

ール権がある」とする基本的人権という憲法上の権利をだすことで、「how and what」型の論議となってしまう可能性がある。「なぜ必要なのか」という議論型の問いかけが重要である。カルテ開示の影響に関しては、医療者と非医療者の見解の相違を例示して、コストをあまりかけず、それで医療の質も劣化させないような開示というものをどうすればできるかが、基盤整備のポイントでもある。

③医療従事者－患者関係における情報開示の意義、看護記録開示の意義

情報提供を求められているのは、医師だけでなくすべての医療従事者、つまり信認(信頼)を受けて素人から大きな権限・財産など委託される者(fiduciary)は、信託にこたえる義務があり、その義務の中核は情報提供義務、説明義務である。この情報提供義務の根拠は、「自己決定権の保証」そして「信頼関係の構築」の2点にある。

また、開示する情報内容や方法については、開示の目的に資する形で、その効果とマイナス面をふまえて検討していく必要がある。看護職は、プロフェッションとしての位置づけが把握されれば、看護記録も含めて情報提供義務が課せられる。

4. 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

この項に関しては、現実の医療・医療従事者のあり方に関する国民・患者側からの意見が多い。説明してほしい・納得のいく説明がほしい、前向きに治療をしてほしい、告知をしてほしい、患者も家族も納得できる最善の治療と情報提供を望む意見であり、パターンリズムの現状を反映している。

第6章 まとめ

平成 11 年度の研究から、診療情報提供とその一環としての診療記録開示に関する国民・患者および医療従事者の認識とその背景にある要因、ならびに基盤整備への提言の基礎資料が得られた。

これらをまとめると

- ①国民・患者および医療従事者が取り組むべき共通課題と基盤整備への提言
 - ②国民・患者が取り組むべき課題と基盤整備への提言
 - ③医療従事者が取り組むべき共通課題と基盤整備への提言
 - ④医師、薬剤師、看護婦・士、診療情報管理士それぞれが取り組むべき課題と基盤整備への提言
 - ⑤医学教育ならびに看護教育の課題と基盤整備への提言
- とに整理できる。

これらの資料をもとに、上記に関する具体的な基盤整備への提言が可能である。

平成 11 年度 厚生省政策科学推進研究事業
研究報告書

医療への患者参加を促進する情報公開と
従事者教育の基盤整備に関する研究

主任研究者：岩井郁子 聖路加看護大学 教授

〒104-0044

東京都中央区明石町 10-1 聖路加看護大学