

- ⑦大事なことはメモをとって確認
- ⑧納得できないときは何度でも質問を
- ⑨医療にも不確実なことや限界がある
- ⑩治療方法を決めるのはあなたです

2) 意識化、言語化、コミュニケーション能力を身につけた「賢い患者」を目指す

いま患者に求められていることは、まずは「自分がどうしたいのか？」という意思を明確にする“意識化”。これまでのような「医者が何とかしてくれるはず」という受け身の姿勢から抜け出して、自分の気持ちや考えを明確化することが主体的医療参加の第一歩。そして、つぎは“意識化”した自分の気持ちを言葉に置き換えて医療者に伝えるための“言語化”の作業。ここには「誰かに相談する」という自立のための“心の杖”を探すことも必要。さらに希望を実現させるためには、医療者とともに信頼関係を構築するという“コミュニケーション能力”が患者にも求められる。

『医者にかかる 10 箇条』小冊子の大きさは、保険証にはさめる B6 版で、子どもでも読めるようにすべての漢字にルビがふられている。さらには各項目ごとがイラストで、わかりやすく描かれている。誰もが受診時に携え、待ち時間に目を通しながら、主体的医療参加の「患者の心構え」が学習・確認できるように作られている。こうした手がかりになるものが、つねに意識改革を促すような小冊子や手帳の活用も必要である。

あいまいを美德とし、明確な言語化を避ける文化のなかで育った日本人にとって、医療者とのコミュニケーションは簡単に解決できる問題ではない。また、権威に弱く、横並び精神を求められがちな社会にあって、医療を受けるときだけ意識化、言語化、コミュニケーション能力を身につけた「賢い患者」になることはなかなか至難の業でもある。それだけに患者として「自分らしく生きる」うえで、何が自立を阻害しているかを冷静に確認する作業が必要になる。その作業に『医者にかかる 10 箇条』の利用価値を見出したい。

3) 学習センターの講座など、教育・啓発

最近、地域単位の行政サービスの一貫として、いわゆる生涯学習センターなどの取り組みが盛んに行われるようになってきている。なかでもリストラののち再就職が叶わなかった中高年男性の社会参加意欲が顕著となっている。環境や消費者問題、さらには高齢者問題に対する学習参加意欲が高まっているなかで、「賢い患者になりましょう」「患者が医療に何を求めるのか?」「医療者とコミュニケーションするために」といった講座のテーマで、いわゆる患者教育・啓発の取り組みが盛んに行われるようになってきている。主体的な医療参加を促進する、こうした講座をさらに展開するために、まずは公民館主事などの教育・啓発の取り組みが必要になっている。

4) 都立 14 病院の試み「患者の権利章典・責務」

平成 13 年度、東京都衛生局管轄の「都立病院患者権利章典検討委員会」が発足し、上半期末までに報告書をまとめる作業が進められている。そのなかで患者の権利と横並びの形で患者が引き受けるべき責務（責任、あるいは義務）を謳う方向性が決まった。また大阪府でも府立 6 病院の患者権利章典のたたき台をホームページに公開し、広く府民の意見を募る作業が行われ、大阪市に拠点を置く COML のボランティアメンバーが府職員らとの検討作業に参加。そのなかでも、いわゆる患者の責務について提言をしている。1973 年に全米病院協会が採択した「患者権利章典」から 30 年を経た 2000 年には、全米医師会が以下のような「患者の責任」の 10 項目を掲げるに至っていることも参考にしたい。

①患者側からの症状についての情報提供 ②既往歴を伝える ③分からないことを聞く
④治療プランの遵守 ⑤支払い責任（医療は限られた資源） ⑥終末期医療について話し合
っておく ⑦予防に務める ⑧他者へのリスクになってはいけない ⑨臓器移植について話
し合う ⑩医療費の詐欺をしてはならない

3 患者の自己決定を支援する医療システム

1) チーム医療の確立

そもそも医師が、いかに誠心誠意、誠実に患者や家族に対応しても、患者側のニーズを充たせるのはせいぜい 30~40%でしかない。残りは看護婦をはじめとするパラメディカルによるチーム医療が、いかにそれぞれの専門性を誇り高く発揮するかにかかっている。

不信感を高め始めている患者たちの不安に寄り添い、疑問にしっかりと向き合うためにも、治療については医師が、看護の問題は看護婦が、くすりの不安や疑問には薬剤師が。さらにはリハビリのことならOTやPT、STが、そして、毎日の食事の管理については栄養士が——と、それぞれの専門家が「患者の満足」を充たすために専門性を発揮する体制、すなわちチーム医療が確立していることで、患者や家族の日常レベルのセカンド・オピニオンは院内で十分に充たすことができる。

2) セカンド・オピニオン

いま、患者たちが「安心と納得」を得るために必要としているのが、第二の意見といわれるセカンド・オピニオンである。とくにがん治療についていえば、インターネット上だけでも溢れるほどの情報が入手できる時代。そうした情報化の時代の波に溺れそうになっている患者は、決して少なくない。今後、患者がより一層、インフォームド・コンセントを強く望むようになって、たとえば二つ以上、複数の選択肢が示され、さらにはリスクについても十分すぎるほどの説明が行われるようになれば、患者の不安や疑問はさらに増幅することにもなるだろう。そうした皮肉な現象を生むことにもなるだけに、セカンド・オピニオンの周辺の基盤整備もカルテ開示問題とともに緊急の課題である。

検査結果やカルテに記載された医療情報、さらにはレントゲンやCT、MRIなどの画像が“当たり前”に貸し出せることが、無駄な医療費を削減することにもつながる。それだけに、もう誰もセカンド・オピニオンを求めたいと思う患者の気持ちを押さえることはできない。一日も早く、セカンド・オピニオンが当たり前の患者の権利としてシステム化することと、周辺の基盤整備が急がれる。

3) リソースセンター（情報・図書コーナーの院内設置）

先にも触れたように、患者の世代交代による医療情報開示のニーズの格差が広がり、とくに30~40歳代のアクセス能力の台頭によって、「知りたい!」という患者の要求の高まりは目を見張るものがある。つまり患者の旺盛な学習意欲は、日増しに高まるばかりなのだ。今後は、さらにアクセス能力の高い世代の医療参画が始まるだけに、医療サービスの一貫としても、病院内に患者向けの医療情報・図書コーナーの設置が必要になってくる。米国の病院内図書室で、多くのボランティアが患者の「知りたい!」をサポートしていることも学ぶべき一つであろう。

日本でも聖路加病院、室蘭の日鋼記念病院、浜松の聖霊三方原病院など、すでにいくつかの病院が取り組みを始めている。近い将来、院内にどのレベルの「情報・図書コーナー」を設

置しているかが、患者が医療機関を選ぶ際の指標の一つになるかもしれない。

4) 第三者機関の機能

時代の急激な変化で、患者の自助努力、自己責任、自己決定が厳しく求められるようになったわけだが、人の意識や自己決定能力はそれほど簡単に変わるものではない。しかし、いまや患者の自立および主体的な医療参加は、どう抗っても避けて通れる問題ではない。「いのち」や「からだ」の重大な問題について、突然、「自分で決めろ！」と迫られても、自己決定の学習も経験もないばかりか、情報の非対称というジレンマを抱えたままの現状で、すぐに自己決定できるはずはない。当面、自立を支える「心の杖」が必要になる。

辻本ら COML が 11 年つづけている電話相談で、多くの相談者が匿名・匿名のまま胸につかえた愚痴を吐き出して、混乱から立ち上がって本来の自分を取り戻す作業をする。聴き手の胸を借りながら問題点を整理し、自らが問題解決の主人公になることの必要性に気づき、必要な情報を入手し、ささやかな勇気を得ることで、自信を持って自分の意思を主張するという「主体性」に目覚める。11 年間、そうした作業に寄り添ってきた多少の経験から、当面、患者の自立の支援として、なんでも相談できる第三者機関の設置が重要と考える。ただし、アドボカシーの第三者支援のスタンスとして、もっとも重要なことは「判断しない」「方向づけけない」姿勢であることの必要性を、あえて強調したい。

5) 電子カルテおよび医療情報の書式統一化

時代の流れの避けがたい現実の一つに、医療情報の電子化があげられる。

ただ、現状の患者の認識として、決して「大歓迎」という意識には程遠い。

たとえば病院が建替えられて、新たにオーダリングシステムが導入された病院の患者の素朴な感想として、「診察のあいだ、一度も主治医と目を合わすことができなかった」という声も届く。つまり主治医がコンピューターのみスタッチをしてはいけないと緊張するあまり、キーボードばかり凝視して、診察中、ついに一度も患者とのアイコンタクトがなかったというブラックユーモアのような話もある。もちろん、今後、遺伝子診断などが推進されるなかで、個人情報のプライバシー問題は避けて通れない。就職や結婚、保険契約などにも多大な影響が予測されるだけに、患者の自助努力の範囲を越えた問題として、ただ危惧するしかない。

また、情報開示が進めば、患者向けガイドラインや参考書のたぐいなどの書籍の出版も当然に予測される。その際、医療情報の書式が統一されていることが、患者の理解を早める前提の一つにもなろう。さらには統一された書式になれば、患者がどの医療機関に持参してもよいだけに、電子カルテ、IC カード化には、ぜひとも患者が参加した議論の展開を望みたい。

4 コスト議論の社会化

先に紹介した名古屋の協立病院で実施されている配付型カルテ開示において、果たして、たった 1.5 人の診療情報管理士の体制で、十分なカルテ管理の整備がおこなえるはずもなく、開示に値する十分な人的配置が行われているとは決していえない。しかし、「走りながら考える」と病棟、つまり医療現場が見切り発車したことで、いまのところは「何の問題も起きていない」とはいえ、薄氷を踏むような危険を感じた。医療生協病院は、組合員が支えているという背景の「善意」に支えられているのかもしれないが、せめて医療現場としてもう少し真摯に受け止め、緊急に解決すべき問題であることに間違いはない。

十分な診療情報管理士の人的配置、そして、診療情報管理士の国家資格や地位の向上。さ

らには不十分なカルテ記載の医師に、書き直しを要求できるだけのプロとしての「質」の確保など。願わくば診療情報管理士の役割は、病院内に向けられるだけのものではなく、第三者機関として患者側に向けた役割、たとえば開示されたカルテの中身を解説したりするサービス提供部門として開かれた窓口業務をこなせる人であって欲しい。

10年程前、米国のドクターが胸に小さな録音機を入れて、患者に説明した内容のすべてがセクレタリーによって数時間後にタイプアウトされるというシステムを羨望の思いで見た。おそらく、そうした環境整備には、莫大なコストがかかっているはず。今後、さらに患者の権利意識が向上して、医療情報の開示を強く望むようになれば、当然に患者側にもコストを引き受ける覚悟が必要になってくる。それだけに、今後、情報開示にかかる費用など、患者がコスト議論に積極的に参加することが必要にもなる。

5 さまざまな仕組み、試みから学ぶ

「医療への患者参加を促進する情報公開」の基盤整備にあたり、さまざまな既存の活動や取り組みを参考にしてみたい。

1) 死に際の“わがまま”の支援（本人の意思、家族と医療現場の意思統一）

患者の自己決定、とくに「死に際の“わがまま”」をどのように支えるかが、究極の問題でもある。いうまでもなく、まずは本人の明確な意思ならびに意思表示があること。そして、その本人の意思を尊重する家族ら、死の支援者の理解と納得。さらには、両者の思いを支えきる医療者の協力が必要となる。患者本人の意識が鮮明なうちに三者が意思統一する「信頼関係」の構築が不可欠となる。

2) 意思表示の書式化（事前指定書 リビングウイル レットミーディサイド）

まずは、自らの意思をどう表示すればいいのか。

いままCOMLの電話相談には、がん告知や終末医療の問題について「意識がなくなった場合でも、きちんと私の意思を尊重してもらうためにどうすればいいのか？」という問い合わせがある。公正証書である遺言以外、法的な裏づけはないが、「リビングウイル」やカナダのDr. モーロイが提唱する「レットミーディサイド」運動などが挙げられる。

3) 成人後見人制度（2000年4月、介護保険と同時に施行）

財産管理や処分、生活費について本人の判断力が低下する前に後見人と契約を交わす「任意後見」と、すでに痴呆状態の人を保護するために家族や市町村長の申し立てを受け て家裁が後見人を選ぶ「法廷後見」がある。

4) 高齢者の意思決定サポート「長野NPOセンターの試み」

2000年10月に活動を開始した「ライフサポートセンター」のプロジェクト推進メンバーは、公証人、弁護士、社会保険労務士、税理士、公認会計士、医師、宗教者（仏教およびキリスト教）、生命保険関係者、大学研究者など多彩な構成となっている。人々の生前の意思と没後決済の実現、つまり「自己決定」や「意思」という基本理念を尊重しながら、土の周辺の支援者として関わる人材としてのネットワーク。情報提供、啓発セミナーや講演会の開催、生前契約・没後決済についてのアドバイザーの養成、専門家による相談・助言・各種手続きおよび決済状況の評価に関するサポートを事業の中心とするNPO組織。

5) IC のテープ録音 音声入力・録音技術の開発

故・遠藤周作氏夫人が手術の説明を受けたときの感想で、「動転した状況で説明されたことを、いくらあとから振り返ってみても思い出せないことがたくさんあった。できれば重大なことの説明を受けるときに録音テープを持ち込みたかった」と語っておられる。

COML への電話相談のなかにも、インフォームド・コンセントを受ける際に「テープを持って行ってもいいか？」という患者や家族からの問い合わせは、いまもあとを絶たない。

また、音声録音から直接プリントアウトできるよう、早急な技術開発を望みたい。

6) 保険証への刷り込み、パンフレット、小冊子の発行

先に紹介した『医者にかかる 10 箇条』小冊子のような、患者の意識改革を呼びかけるパンフレットや小冊子、あるいは保険証に刷り込むなど、医療への患者参加を呼びかける具体的な啓発活動を展開すること。

7) 医師会の協力 (普及・広報活動)

患者の情報開示に対する要求は、すでに逆行する余地はない。

しかし、情報開示の促進において患者と医療者が対立関係になることは、誰も望むことではない。両者が半歩ずつ歩み寄ることで一歩分近づいた新たな協力関係を構築することが、なにより必要である。すでに国公立の病院などでは積極的なカルテ開示姿勢を示し、個々の基盤整備が始まっている。“最後の砦”である日本医師会のさらなる理解と協力を求め、患者を交えた本音の議論を心から望みたい。

E. 結論

実際に患者がどんな医療情報の開示を求めているのか。ニーズの多様性と個々の認識や意識のギャップには、さまざまな問題が潜んでいる。しかし、開示を要求する時代の流れは押し留めようのない勢いで進んでいる。医療への患者参加を促進する基盤整備として、いくつかの提案・提言をまとめてみたが、なにより必要な問題は「患者の意識改革」である。

ここに挙げたいいくつかの提言を実践することで、一日も早く患者の自立を支援する医療および社会のシステム構築を望みたい。

第4章-C

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

-医学・看護学基礎教育における課題と提言-

聖路加看護大学 香春 知永

I. 研究要旨

医療法第1条の4、第2項およびカルテ等診療情報の提供と診療記録の開示、ならびにその法制化の目的が適切に運用・活用されるための基盤を整備するため、平成10年度および平成11年度の「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」を行った。本研究の目的は、これらの研究結果に基づいて、医療従事者として医師および看護婦・看護師の基礎教育の課題を提示し、さらに課題解決の方向性を探究して提言することである。

医学・看護学の基礎教育における課題として、①医療従事者の倫理教育の再検討-法的側面を含めた人間の尊厳・患者の権利・インフォームド・コンセントの理念と実践、患者-医療従事者の関係、情報のコントロール権としての医療情報、知識・技術重視の教育の見直し-と②診療記録に関する教育-診療記録の意義の理解、記録のシステム、標準化、ガイドラインに基づいた記録の理解と実践、記録の書き方の教育-があげられた。これらの課題に対する提言としては、①倫理教育として-基礎と臨床の有機的連携を通しての一貫した教育を含めた医の倫理、看護倫理の教育の体系化(法的側面の教育を含む)、多種の医療従事者およびクライアントを組み込んだ教育方法の検討、臨床講義などでの倫理的ジレンマを検討する機会を組み入れた教育の拡充-、②医療記録教育の充実-医学ではPOSを活用した事例展開や臨床実習での診療録作成、看護学ではガイドラインを活用して看護実践と記録の強化、模擬患者などを活用した情報収集能力・情報の分析能力・記録記述能力育成のための教育、臨床実習での看護記録作成および記録を用いたプレゼンテーション-、③指導者/教育者の育成-倫理的側面および実践記録の側面における医療の実際場面での教育の充実-があげられた。

II. 研究目的

医療法第1条の4、第2項およびカルテ等診療情報の提供と診療記録の開示、ならびにその法制化の目的が適切に運用・活用されるための基盤を整備するため、平成10年度および平成11年度の「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」を行った。本研究の目的は、これらの研究結果に基づいて、医療従事者として医師および看護婦・看護師の基礎教育の課題を提示し、さらに課題解決の方向性を探究して提言することである。

Ⅲ. 研究方法

「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」の研究結果を再分析し、医学および看護学の基礎教育への提言を行う。

1. 平成10年度および11年度の「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調査結果」から医学生、看護学生への調査結果を中心に「医学・看護学の基礎教育に関連した結果」を抽出

2. 平成11年度に実施した「基盤整備に関する有識者の直接的意見の聴取」における分析結果から「医学・看護学の基礎教育への意見」を抽出

3. 1. 2. の結果からの課題のまとめとその背景の分析を行う。

4. 3. の結果に基づいて課題解決に向けての考察を行う。

Ⅳ. 研究結果

1. 平成10年度、11年度「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調査結果」から得られた医学・看護学の基礎教育に関連した結果

1) 医学生の実態調査結果

平成11年10月～平成12年1月に実施した医学生5.6年生を対象に実態調査を行い181名の医学生から回答が得られた。対象が5.6年生であり実習などを通して現状の体験をもとに開示に対して慎重な意見が多い傾向が認められた。

(1) 診療情報の提供に関して

診療情報の提供に関する関心は、とても関心があるの37%で、非医療者の国民/患者の58%、医療者の医師、薬剤師、看護婦・看護師、診療情報管理士、看護学生の平均である54%と比べ低い傾向にあった。また、診療情報の提供方法については、「口頭による説明と何らかの形での診療記録そのものを提示」する方法を選択した回答は50%、「口頭による説明のみ」という回答は9%で、医師の回答結果と類似した傾向であった。また、看護学生が診療記録の提示を望ましいと捉えた回答が70%を占めるのに対し、医学生は50%という結果であった。診療情報の提供の範囲については、「患者によって、診療情報の内容を選択して提供すべき」57%、「患者が必要としない場合は診療情報は提供しなくてよい」29%とこの2者の回答で86%を占めた。

(2) 診療記録の開示に関して

診療記録の開示に対する賛否については、賛成派は67%で医師の63.5%に次いで低い結果であった。ただし、「とてもそう思う」は15%で医師の19.9%に比べ低かった。診療記録を開示することで起こると予測されることの回答では、「診療記録が理解できない」82%、「訴訟の増加」61%、「情報漏洩」60%、「情報があふれる」50%、「記録が多くなる」46%など、否定的な内容の回答が多かった。一方、「自分で選択

し決定できる」65%、「セカンドオピニオンが得やすい」59%、「信頼関係が深まる」50%など肯定的回答もあった。ただし、情報提供による「対等な関係」26%、「情報コントロール」18%についての回答は少なかった。

診療記録を開示する場合に、医療従事者に求められる心構えや準備としては、「記録の書き方の検討」91%、「記録内容の説明」86%、「記録の管理やシステムの検討」78%、「読める方法の検討」64%、そして「記録に関する教育の強化」60%、「倫理面の教育」54%と記録の検討と記録の教育についての回答があげられた。この結果は、医療者群でも回答が多く得られた結果であった。

(3) 患者と医師の関係のあり方に関して

医学生は、「医師は、患者に頼まれて医療を決定して行い、必要な情報は患者にも提供すべき」という「特別パートナーモデル」と回答したものが50%であり、この関係が現状の日本の医療では最も多いととらえていた。一方、「医師は医療の決定を行い、患者はその指示に従うべき」とする「恩恵モデル」を選択したものは22%であった。この結果は、医師と類似した傾向を示していた。(医師の「恩恵モデル」選択は28%)日本の医療の現状での医師と患者の関係は「恩恵モデル」と回答した国民/患者65%、薬剤師55%、看護婦・看護師46%、看護学生56%であり、特に国民/患者と医師あるいは医学生との認識の違いが著明なことを示した。

2) 看護学生の実態調査結果

平成11年2月～3月に実施した看護学生を対象に実態調査を行い259名から回答が得られた。

(1) 診療情報の提供に関して

診療情報の提供に関して87%が関心を持っていた。診療情報の提供方法については、「口頭による説明と何らかの形での診療記録そのものを提示」する方法を選択したものが70%で、「口頭による説明」は3%と低かった。診療情報の提供の範囲は、「患者によって情報を選択すべき」53%、「患者が必要としない情報は提供しなくてよい」34%とこの2つの回答で87%を占め、「すべての情報を提供すべき」13%を大きく上回っていた。国民/患者は、「すべての情報を提供すべき」と32.4%が回答したのに比べ、情報の選択権に関しては専門職者優位の考えが示された。また、これらの結果は、看護婦・看護師の調査結果と類似した傾向を示していた。

提供すべき診療情報の具体的内容について、「看護」に関して、「看護の方針」77%、「看護で解決すべき患者の健康上の問題」73%、「看護の計画」66%、「実施した看護とその経過」59%と全体的に低く、また、これらは看護婦・看護師の回答(順番に、91%、85%、85%、75%)と比べ著明に低い回答件数であった。

(2) 診療記録の開示に関して

診療記録の開示の賛成派は74%で調査対象全体の結果である77%と近い傾向であった。診療記録開示の理由としては、「患者の権利」94%、「拒否の権利」86%、「ともに病気の克服」55%、「対等な関係」51%、「信頼関係」51%、「治療に対する責任」43%であった。これらの回答については、医学生は「患者の権利」88%、「拒否の権利」94%、「ともに病気の克服」47%、「対等な関係」60%、「信頼関係」63%、「治療に対する責任」62%と回答しており、両者のとらえ方に差があった。

診療記録を開示することで起こると予測されることの回答は、「診療記録が理解できない」が73%と他の対象者より高い結果であった。「情報漏洩」57%、「訴訟の増加」46%、「記録が書かれなくなる」39%、「治療効果に悪影響を与える」15%を含めた5つの回答は、対象群別に比較すると最も高い回答となっていた。記録の理解困難、情報漏洩、訴訟の増加は、看護婦・看護師の回答に比べると高い傾向を示しており、肯定的な回答である信頼関係の深まり、透明な医療に関しては10%以上の差で看護婦・看護師の回答より低い傾向であった。診療記録を開示する場合に、医療従事者に求められる心構えや準備としては、「記録方法の検討」と「記録内容の説明」80%、「記録解読の方法の検討」68%が高い回答であった。看護婦・看護師が60%と高い回答をしていた「倫理教育」については39%と低く、さらに、これは医学生の54%よりも低かった。

(3) 患者と医師の関係のあり方に関して

日本の医療の現状における患者－医師の関係に関しては、「恩恵モデル」が55.7%と最も多かった。これは、看護婦・看護師46%、国民/患者65%の中間程度の回答比率であった。望ましい関係性については、「一般パートナーモデル」が67.7%であった。

3) 医学生および看護学生の自由記載の質的分析結果

基礎教育を受けている立場の学生の自由記載について、看護学生33件、医学生35件の自由記載を質的分析した結果、①カルテなど情報開示にむけての準備に関わる内容、②医療職者と患者の関係に関わる内容、③カルテなど情報開示のあり方に関する内容、④カルテなど情報開示に関連した危惧に関わる内容、⑤カルテ開示の法制化に関わる内容に分類できた。

(1) カルテなど情報開示に向けての準備

①システムづくり

情報開示後の患者の理解度を確認するシステム、患者への精神的サポートシステムなど、患者が円滑に情報を理解していけるようなシステムを看護学生はあげていた。

②患者の準備

患者に情報開示するに際して、患者自身が提供された情報を受け止められる、あるいは理解していこうと努力するように患者側の心構えや姿勢、患者自身が自ら勉強し、ま

た患者自身が自分の情報を知ろうとする自覚や知りたいと医師に積極的に問うていく姿勢などを育成していくことの必要性をあげていた。その一方で、情報提供に関連する医療における自己決定に伴う自己責任が日本人に受け入れられるか疑問視している意見もあった。

③医療職者への教育

看護学生から、「人」「生命」をどう考えるのかという倫理観の教育の必要性と、医療職者が癌告知など真実を知った人への精神的サポートができるように教育をさらに充実していくことの必要性があげられていた。

④ 記録の準備

a. 記録の書き方の教育

記録については、現在の記録の読みづらさ、これはメモ書きや読みにくい字などが開示に向けての問題点としてあがっていた。また、看護学生からは看護記録の内容に関して、意味のある記録、表現の適正さ（記録を読んで患者が気分を害するのではないか、第三者が読んでも誤解を受けないような表現）への改善の必要性があげられていた。医療者の不利益と絡めて記録の書き方の改善をあげている人もあった。

b. 記録の整理システム

医学生は、医師の仕事の多忙さを指摘し、患者が読んでわかる記録とするため、診療記録を書き直すあるいは診療記録をタイプすると専門家による記録整理の必要性をあげている人が多かった。診療記録をわかるように医師自身が記録すること自体を負擔ととらえており、その点での準備の必要性をあげていた。

(2) 医療職者と患者の関係

情報開示の前提として、医療職者が患者に納得するまで説明、話し合いを行い、信頼関係を気づくことがより重要であると指摘している意見があった。看護学生は、情報開示に伴い医療職者と患者の関係は対等になれる、患者の立場が強くなると指摘し、現在の医療職者と患者の関係が強者－弱者となっているととらえていた。また、看護学生からは、情報が提供されることで、自分の状態を知ることができ、治療に医療職者と共に取り組むという姿勢がもてる、安心感が得られるという意見があった。しかし、医学生は基本的に医師が治療の責任を持って医療を提供するという立場にたっており、共に取り組むという視点での意見はなかった。

(3) カルテなど情報開示のあり方

情報の提供の仕方について、患者のニーズにあわせた内容の選択的提供、患者の身体的、精神的状態にあわせた提供の仕方、患者の気持ちの変化に応じた提供内容の選択のように、一律に情報提供するのではなく、患者の個別的な状況に応じた内容選択ができることの必要性をあげていた。これらの記述については、開示＝無条件にすべての人に情

報を提示することという前提にたつての回答が多く、開示が情報へのアクセス権であるという視点がやや薄いように思われる。

患者が不必要な情報に振り回されないように別文書で開示をしてはという意見、あるいは口頭での説明を増やすといった意見もあった。いずれも、情報開示自体には賛成であるが、どのように開示するのか（方法）、何を開示するのか（内容）、誰に開示するのか（対象）という点に関しては検討課題としてとらえていると思われる。

（４）カルテなど情報開示に関連した危惧

患者自身が病気を受けとめていない、あるいは精神疾患での情報開示に伴う治療への悪影響、開示に伴う治療方針の決定の遅れ、など治療への影響の危惧があがっていた。また、医療裁判が増えるのではないかとという意見もあった。

（５）法制化に関して

法制化により患者の知る権利が保証される、あるいは法制化されることで医師－患者関係がよりよいものになるのならば必要ではという意見があった。しかし、法制化にすることで嘘の記録の生まれる可能性や、患者の状況や個別性（病名告知など含めて）を考慮した場合の画一的に開示することの疑問があがっていた。

４）実態調査他対象群の自由記載の結果

実態調査で、他の対象群から基礎教育に関連して述べられた内容を抽出した。

（１）国民/患者群

次の２点が基礎教育の改善として出された。

- ・ 適切な診療録を書くための教育
- ・ 医療のあり方についての教育

（２）薬剤師群

医療従事者の倫理教育の徹底が挙げられた。

（３）看護婦・看護師群

医師の教育、医師の意識・行動変容にむけて下記の課題が挙げられた。

- ・ 医療職者の医師のパターナリズムに対する意識改革
- ・ 医師の倫理教育（人の尊厳、患者の権利）
- ・ インフォームド・コンセントのあり方の教育・実践
- ・ チーム医療の理解と実践（他のチームメンバーへの情報提供）

また、看護記録の検討および標準化に関して、略語や造語、文法の誤りの是正という基本的な点から開示に値する記録、根拠のある記録といった内容の充実の必要性が挙げられた。

（４）診療情報管理士

倫理面での教育について挙げられた。

2. 平成 11 年度に実施した「基盤整備に関する有識者の直接的意見の聴取」の結果

国民／患者および医療従事者から直接意見を聞き得た情報から、医学・看護学の基礎教育および生涯教育に関連する課題として下記の内容が示された。

- (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検討
- (2) 医学部の入学・卒業試験、医師国家試験における知識偏重型と技能重視の見直し
- (3) 卒後研修のあり方と卒後の質の管理
- (4) 医療情報の質を維持するための、診療記録に関する教育のあり方の検討

V. 考察

1. 医学・看護学基礎教育への課題

以上、平成 10 年、11 年度の実態調査および平成 12 年度に行った有識者からの意見聴取の結果をもとに、医学・看護学の基礎教育において、医療参加を促進する情報公開にむけての教育の基盤整備に関して下記のような課題があると考えられた。

(1) 医療従事者の倫理教育

診療記録の開示に向けて医療者従事者に求められる心構えおよび準備に関して、「倫理教育」については、医療者群全体で 47%と最も低く回答された内容である。医学生ならびに看護学生では、それぞれ 54%、39%であった。一方、医師群は 42%、看護婦・看護師群は 60%の回答であり、教育を受けている学生自身が実際に実務を果たしている職者とは逆転した認識をもっていた。看護学生に関しては、「看護倫理」が基礎教育の中でも重要視されているという背景から、開示ということであえて必要性を認識しなかったのかもしれない。看護学生はさらに「人」「生命」をどう考えるかという倫理観の教育の必要性をあげており、また患者と医療従事者との関係のあり方への関心も高く、医療情報の開示は患者の権利であり、患者自身の自己決定の前提条件であるという意識が高いと思われる。

一方、医学生は、教育の必要性は認識しているが、患者－医師関係のとらえ方においては、現状のあり方が「特別パートナーモデル」ととらえた回答が多く、これは医師の結果と類似しており、他の職種および国民／患者群と乖離した結果となっている。医学生の時から、医療従事者は患者とともに治療に取り組むという姿勢ではなく、基本的に医師が治療の責任を持つというパートナーリズム的な考え方が現れていると考えられる。また、医学生ならびに看護学生の両者に共通したことで、診療情報のコントロール権が医療従事者にあるという考え方である。黒川¹⁾は、高学歴社会、人々が外国の実情を体験していること、情報への自由なアクセスが可能になったことでの、人々の医師への

要求の変化と権利の主張を挙げ、医学教育の変化の必要性について述べている。医師の倫理観や行動が社会的に注目されており、医学生に対する患者の接し方、心構えについての教育がよりいっそう求められてきていると指摘している。

本来インフォームド・コンセントの概念は、人権にかかわる「法的概念」である。インフォームド・コンセントの法理とは、医療行為について説明を受けた上で患者が同意しなければ、当該医療行為は違法な侵襲となる、とするものである²⁾。さらに日本の医療制度は憲法第25条の生存権を根拠に、健康は国民の基本権として患者の権利を保障している³⁾。このように患者の権利、インフォームド・コンセントという医療への患者参加を促進する情報公開の基盤となる考え方においては法的なものの考え方を理解しておくということも、正しい用語の理解に基づいた実践には必要不可欠であると思われる。医学・看護学の基礎教育の中にも、専門職者としてこれら医療に関連する法の考え方を取り入れた倫理の教育が重要と考える。

以上のような観点から、医学・看護学の基礎教育における倫理的教育の課題として以下の6点の具体的な内容が検討課題であると考えられた。

- ①法的側面を含めた人間の尊厳、患者の権利
- ②法的側面を含めたインフォームド・コンセントの考え方とその実践
- ③患者-医師/医療従事者の信頼関係
- ④情報コントロール権としての医療情報の理解
- ⑤サービスとしての医療の意識改革
- ⑥知識偏重型、技能重視の教育の見直し

(2) 医療記録（診療記録、看護記録）に関する教育

医療記録に関する課題は、すべての医療従事者および学生群から多くあがっていた。記録方法の検討、記録管理の検討については、学生を除く医療従事者の多くが課題として回答していた。実際、カルテ開示に向けて社会からの要請が高まり、医師および看護婦・看護師は適切な記録を書くことが問われている。医師は、POSシステムをその基礎教育の中にも導入し、一定の記録のシステムを有している。また、医師法によって診療記を記載することが法律上義務付けられている。しかし、医師の記録を読み機会のある医学生および看護学生から、記録の読み方の検討については、国民/患者と類似した傾向で課題意識化されている。学生はまだ専門家といえず、この回答においては国民に近い反応が示されたとも考えられる。このことから、記録が適切、わかりやすく記載されているかどうかについては、現状がどのようになっているのか不明である。

一方、看護記録については従来記録そのものが法律で規定されておらず、また医師のように一定の記録の様式が存在してもいない。さらに、看護記録では、患者の心理面についても看護ケアの対象となるため、対象の感情面や性格に関して言及していることも多く、その内容の妥当性も問題ではないかと危惧されているような結果が看護婦・看護

士自身から出されていた。

1999年「国立大学付属病院における診療情報提供に関する指針」が出され、診療情報の提供に向けて、診療記録の記載方法および使用用語等の標準化での質の向上をと謳われている。また、2000年には日本看護協会が「看護記録開示に関するガイドライン」を公表し指標を示した。このように実践の場でおこなわれる診療記録について、開示に向けての記録の整備が行われていることをふまえ、基礎教育においてもこれらの動向を考慮した診療記録の教育が重要であると考えられる。この教育には、単に記録方法を学ぶだけでなく、実践に活かすためには、医療従事者にとってだけでなく、患者にとっての診療記録の意義をも含めての記録に対する教育を考慮することが必要であろう。

以上、診療記録の教育に関して次の3点が課題であると考えられた。

①診療記録の意義に関する教育

患者の権利の尊重、インフォーム・ドコンセントの実践としての記録、医療の質向上のための記録という視点から医療記録の意義について理解がふかまるように、さらに診療記録開示の正しい知識をふくめての教育

②診療記録のシステム、標準化、ガイドラインに基づいた記録の理解

③診療記録の書き方の教育方法および記録方法・内容の確認体制の検討

医療の実践に結びついた記録、事実に基づく、客観性のある記録、適切な表現の記録、第三者が読んでわかる記録などの教育

2. 課題解決に向けての提言

基礎教育においては、教育内容とともにその内容を効果的に学習するための教育方法が学生の学びに重要な影響をおよぼす。そのため、指導者の教育、育成も重要な課題である。

1) 倫理教育

(1) 医の倫理、看護倫理の教育の体系化-基礎と臨床との有機的な連携を通しての一貫教育

患者との関係性、また情報提供に関しては倫理がその基盤となる考え方である。医学および看護学において、倫理教育のあり方については従来から課題とされてきたと思われる。医の倫理教育については、「21世紀医学。医療懇談会第一次報告」でも全般にわたってのテーマの1つとなっている。宮坂ら⁴⁾は、欧米諸国の体系的な医の倫理教育の発展を提示して、わが国の医学教育の現状と今後の課題について述べている。その中で、医の倫理教育のカリキュラムのあり方について、縦の統合(vertical integration)と横の統合(horizontal integration)の概念の必要性を強調した。つまり、縦の統合である、医学部での教育課程の時系列的な教育と、横の統合である、医学各領域に存在する倫理的問題のついての各専門領域内での教育の有機的結合である。また、小島⁵⁾は、看護教育カリキュラムにおいて看護倫理教育が系統的に行われなかったと指摘し、それによる昨今の医療現場での看護教育・実践での問題への影響を述べている。つまり、看護

倫理教育が個々の看護教員の考え方にまかされていること、断片的な表面的な教育内容による言動とそれによる理解不足による行動の不一致、臨床現場での先輩看護婦たちからの学びの困難さを挙げている。

このように教養教育および実践的臨床教育の中で倫理教育をどのように組み立てて教育するか、医学のみならず看護学でそれぞれが構築していく必要がある。医の倫理・看護倫理・生命倫理の歴史的変遷、基本的な倫理哲学的概念・原則・理論、法的な概念としての倫理の考え方、これらの内容を系統的に組み立てると同時に、事例などを用い、学際的立場でのディスカッションを通して教育していくことが重要だと思われる。特に、法的側面の教育は、倫理教育とは異なる内容ととらえられやすいが、本来インフォームド・コンセントは法理である。また、人権、患者の権利、情報権など現代の医療においては法的な基盤に基づいた考え方は、倫理教育には不可欠であると思われる^{2), 6)}。特に、診療情報の開示に関しては、社会のルールとしてのあり方、他の欧米諸国の考え方など判例、制定法など法的な視点で論じられる事柄でもあるので、その基盤である法律に関しては医療従事者の基礎教育の中で十分な教育が求められると思われる。

医学教育では医学教育モデル・コア・カリキュラムの試案が発表され、教育内容の精選が行われている。この中で、基本的事項として、医の原則、安全性への配慮と危機管理、コミュニケーションとチーム医療、課題探求・解決と論理的思考があげられ、医学・医療と社会といった医療をとりまく状況に関しても取り入れ、さらに診療の基本として基本的な医師としての態度を位置づけている。また臨床実習形態は従来の「見学型」や「模擬診療型」ではなく、「指導医と研修医などによって構成される診療チームの一員として学生が実習する診療参加型実習(クリニカル・クラークシップ)」によって行われることを求めている。倫理は実践の中で考えて行動していくことと密接に関係しているので、倫理教育の体系化においては、実習までを含めて考えていくことが重要であろう。

(2) 患者の権利、患者-医療従事者関係、医療情報、医療の社会的役割などについて多種の医療従事者およびクライアントを組み込んだ教育方法の検討

患者と医療従事者の関係、患者への医療の情報提供の実際に関連しては、倫理の概念や原則、理論といった知識だけでは不十分である。倫理は行動のための規範でもあり、行為が基礎教育の中で、その実際を学んでいくことが重要であろう。患者との関係に関しては、医療面接のロールプレイや模擬患者を活用した面接の実際、医療体験なども検討されており^{7) 8)}、これら学生自身が経験する教育方法を積極的に取り入れ、患者の権利を尊重するとはどのような対応なのか、相手を尊重して話しをする・話を聴くとは具体的にどのように実践することなのか、学生自身が実体験を通して学ぶような方法を考える必要がある。特に、模擬患者の場合は、患者からのフィードバックが得られ自分の対応がどうだったのか評価できるので有用であろう。また、他の医療従事者や患者あるいは一般の人々とともに1つの事例を討議していくような教

育方法もある。この活動を通し、互いの社会的役割について理解を深めると同時に、自分自身の職業的な役割について他職種、人々から期待されている内容について認識する機会になり、患者参加を含めたチーム医療の基盤を作り上げる上で効果的な方法と思われる。さらに、医学・看護教育でも参加型の実習形態を行うことで、学生自身が関与する事例を通し、患者との対応、チーム医療のあり方の学習が有効となっていくと思われる。

(3) 臨床実習での倫理的ジレンマを組み入れた教育の拡充

医療倫理教育の方法としては、医学生を対象に事例およびVTRの自己学習、小グループでのグループ討議、実習を有機的に組み合わせた能動的学習法の試みがなされ、小グループ討議による医療倫理の臨床実習の有効性が報告されている⁹⁾。また、看護学生を対象とした倫理教育についても臨床実習を活用する方法が報告されており¹⁰⁾、教育方法として臨床実習を活用した教育の拡充が求められる。

臨床の実践の中で、倫理的感性を養っていくためには、基礎教育中での実習場面の活用が大切であろう。学生は、知識で倫理の概念や原則を学んでも、それが現実の臨床場面でのどのように活用されるのかを経験しないと理解したというレベルではないと思われる。人工妊娠中絶や臓器移植、病名告知などではなく、学生自身が臨床実習の中で経験する患者と医療従事者との関係性や患者の治療やケアに対するインフォームド・コンセントに関してなど患者の日常性の中での倫理的問題状況を取り上げていくことで、実践での倫理的感性は高められていくと思う。また、学生が、臨床実習の中で気づいた倫理的問題状況を、指導者が意図的に取り上げ、それらを小グループで討議していくことで、知識レベルの学習が生きた実践の学習へとつながると考えられる。このような経験によって、倫理的感性が育まれると同時に他者の立場での考え方、自分の考え方などさまざまな視点からの物事の捉え方も学習できると思われる。さらに、医療の倫理については、日本医師会・世界医師会、日本看護協会・国際看護婦協会からそれぞれの倫理綱領が示されている。これら職能集団が提示する倫理的指針を活用した事例の分析は、倫理課題解決のプロセスを実際に体験することにもつながるので学生の倫理的意思決定の意識化に役立つと思われる。

2) 医療記録教育の充実

医療記録の教育については、第一に医療の実践の場での記録のルールの明確化が求められる。1999年から2000年にかけて診療記録情報の提供に関して、日本医師会や日本看護協会といった職能団体から、あるいは国立大学付属病院、都立病院、国立病院を対象に各関連委員会や会議などから診療情報提供・開示あるいは記録に関するガイドラインが発表されている。これらの指針、ガイドラインの是非はあると思うが、その意図することを含めて診療記録のもつ意味や目的を明確にしつつ記録教育を考え

ていく必要もあるだろう。また、記録は専門職の実践の経過を記述することである。そのためには、講義だけでなく臨床実習を効果的に活用して医療記録の充実を図る必要がある。

具体的には、医学教育では従来導入されているPOSの講義をはじめとし、POSを活用した事例展開、臨床実習での診療録作成などが考えられる。看護教育では、課題探究・解決能力の向上が看護実践を通して学習されることが看護記録の教育の前提になるだろう。従来のペーパーペイシエントではなく、模擬患者を活用し、情報収集能力・情報分析能力・課題探求能力を向上させ、さらにその過程を実際の記録システムに沿って記述していくことで、実践がどのように記録に反映されていくかが有機的に学べると思われる。また、看護実践と記録との連動については、看護過程、記録・報告とばらばらに教育するのではなく、日本看護協会が提示した看護記録のガイドラインを積極的に活用して、思考過程・実践過程と看護記録について一貫した教育をしていくことが大切だと思われる。

看護婦・看護師の養成過程においては研修医制度をもつ医師とは異なり、基礎教育課程を終了すると責任ある専門職として実施した記録を自立して記載していくことが求められる。つまり、看護記録の記述については、基礎教育において記録内容の基盤となる思考過程だけでなく、それらを表現する正しい書き方そのものも学習しておく必要がある。看護の臨床実習では、従来実習記録として実習目標を達成するための記録用紙を学校独自に作成していることが多いが、看護実践の記録そのものは公的な看護記録のシステムを参考に作成し、さらにこの記録を用いたプレゼンテーション・カンファレンスを行うなど記録のシステムに基づく実習の工夫も考えていくことが重要だろう。

このように医療記録の学習が臨床実習を通して行われていくことが期待されると、学習の場となる臨床現場の医療記録のあり方、そして指導者となりうる医師や看護婦・看護師たちの記録に関する理解や実践能力が教育においては不可欠な要件となると思われる。

3) 指導者/教育者の育成－医療の実際場面での教育の充実

学生は、医療場面での患者の権利やインフォームド・コンセント・情報提供の実際、そして患者と医療従事者との関係のあり方の実際については、臨床実習で最も多くのことを学ぶこととなる。また診療記録の書き方についても、それらを読むということから無意識に記録のあり方を学習している。つまり、教育において学内の講義や演習で指導する教員と、医療現場で実際に学生を指導する医師、看護婦・看護師の両者によって教育指導されている。このことは、医学生、看護学生の教育を考えるにあたっては、その基礎教育課程の教育者/指導者および実習施設の教育者/指導者の育成を考えていかなければならないということである。前述したように、これまでの医学・

看護学の基礎教育において倫理教育は十分体系化されていたといえず、現在の指導者は不十分な倫理教育を基盤にしている。また、看護では看護記録そのものについても教育が体系化されていたとはいえない。つまり、基礎教育の倫理教育や記録の教育内容を検討するだけでなく、検討した教育内容を適切な教育方法で展開できる能力をもつ指導者／教育者を育成するプログラムも考えていく必要があると思われる。

現状においては、患者-医療従事者関係における人間の尊厳、患者の権利、インフォームド・コンセントの実践、患者との信頼形成での学生のロールモデルとしての役割が果たせるような指導者／教育者、そして実践記録である医療記録作成における指導者・教育者としての役割が果たせるよう記録のルール（記述法）に基づいた、適切な思考過程を反映した記録の実際が展開できる実践能力をもつ指導者／教育者となるための再教育の機会を検討していくことも教育の質を向上するためには不可欠と思われる。

VI. 結論

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して、医療従事者として医師および看護婦・看護師の基礎教育の課題と課題解決の方向性を探究ために、平成10年・11年の研究成果を分析し、課題解決にむけての提言をおこなった。

医学・看護学の基礎教育における課題として、①医療従事者の倫理教育の再検討、②診療記録に関する教育があげられた。これらの課題に対する提言としては、①倫理教育として、医の倫理、看護倫理の教育の体系化（法的側面の教育を含む）、多種の医療従事者およびクライアントを組み込んだ教育方法の検討、臨床実習などでの倫理的ジレンマを検討する機会を組み入れた教育の拡充、②医療記録教育の充実として、診療記録を活用した事例展開や臨床実習での診療録作成を取り入れた教育の検討、③指導者／教育者の育成として倫理的側面および実践記録の側面における医療の実際場面での教育の充実があげられた。

引用・参考文献

- 1) 黒川清：21世紀の医師養成と大学病院像，病院，58(12)，1107，1999.
- 2) 児玉安司：カルテ開示の法的側面，病院，58(10)，927，1999.
- 3) 平野亙：患者の権利保障のための医療制度改革，医学のあゆみ，195(2)，158，2000.
- 4) 宮坂道夫，山内春夫：医の倫理教育の体系化に向けて，医学教育，29(3)，185-186，1998.
- 5) 小島操子：看護倫理 看護教員としてこう考える，Quality Nursing，4(1)，4-5，1998.
- 6) 樋口範雄：アメリカにおける診療情報の開示，病院，58(10)，920-923，1999.
- 7) 日本医学教育学会卒前教育委員会：医学教育における態度教育の実態について—調査報告一，医学教育，28(4)，213-220，1997.
- 8) 神津忠彦：臨床医の養成と卒前教育の新しい取り組み，病院，58(12)，1111-1114，1999.
- 9) 福本陽平他：医療倫理の教育における能動的学習法の試みと医学生への教育効果，医学教育，31(2)，77-81，2000.
- 10) 荻野雅，中西陸子：看護学生が臨床で遭遇する道徳的葛藤の同定，日本赤十字看護大学紀要，7，21-33，1993.

第4章-D

医療への患者参加を促進する情報公開と従事者教育への基盤整備に関する研究

—医師・歯科医師に焦点をあてて—

名古屋大学 中木 高夫

■■医師・歯科医師■■

●はじめに

1998年(平成10年)度厚生科学研究費補助金(政策科学推進研究事業)「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」の一環として、国民/患者、医師/歯科医師、看護婦・看護師、薬剤師、診療情報管理士、看護学生、医学生等を対象に行なった、患者の医療への主体的な参加を促進するための診療情報提供に関する意見調査の報告の考察を以下に行なった1)。

「診療情報を患者と共有することについては、医療の究極の姿として反対する医師はいないように回答からは感じられる。それは、このような面倒なアンケート調査に回答するというだけで、この問題を肯定的にとらえている人を選択的にすくいあげるというバイアスがかかっているかもしれない。しかし、国民/患者からあがってくる数字との差はまだ大きく、個別の項目に対する考察は「結果」の項で簡単に触れているが、表面に現れた数字の裏に、回答していただいた医師/歯科医師の真摯な思いを読みとる必要がある。すなわち、診療記録の開示に反対する医師/歯科医師は、診療記録の現状がとても開示に耐えうるようなものではないので、まず、内容的にもシステムの開示に耐えられるものにし、そのうえで開示するという意志が働いていると思える。逆に、開示に賛成する医師/歯科医師は、診療記録の現状がとても開示に耐えられるものでないけれども、この時代の趨勢を利用して、診療記録のシステムを改善し、内容を充実しようとしているように思えてならない」

つまり、医師/歯科医師は、国民/患者に比べると低調であったとはいえ、患者の医療への主体的参加の潮流を否定するものではなく、現状認識とその対策に対する方法論的な意見の相違からくるものであったと考えられ、診療記録を質的にもシステムの開示にも改善することは焦眉の急である。

そこで、診療記録システムの確立とその教育、および診療記録の質的向上をサポートするシステムについて、以下に提言を述べる。また、併せて、医学生/歯学生に対する診療記録に関連した教育についても提言する。

提言にあたっては、医療をシステムの集合としてとらえ、各システムの上下構造を明らかにして、噛み合っていないところや欠けているところなどの問題点を見つけて手当をするというシステム論的な病院管理学や看護管理学などの医療管理学の最新の成果を盛り込みたい。伝統的な病院は、病院の運営の仕方も伝統的で、最新の医療管理学を反映した方法を率先して採用することが少ないといえる。病院で働く医師をはじめとするすべての保健医療福祉専門職は、自らの実践に最新の学問の成果を常にとり入れる責任を医療消費者である患者に対して負っているが、そう考えるのであれば、これも学問の1つである医療管理学の最新の成果を反映すべきであるというのが、この立場の論拠である。

●診療記録システムの確立

1. 診療記録(患者記録)記載ルールを確立する

診療記録の作成が業務法の中で義務づけられているにもかかわらず、医師/歯科医師が患者記録を

作成することについての基準や標準的な方法は定められていない。しかしながら、1968年に発表されたLawrence L. WeedのProblem Oriented System(略称POS)は、1973年(昭和48年)に日野原重明によって体系的に紹介され²⁾、その直後に創設された多くの国立新設医科大学で採用され、教育ならびに診療の両面で着実に成果をあげてきた。

POS以前の診療記録は、特別な様式やルールを持たない叙述的記録法であり、書き手が努力すれば詳細で精緻な記録を作成することは可能であるが、易きに流れるという人間の性分の前には、そうした特徴が生かされることは少なく、勢い、単語のメモ的記載の域を出ることはなかった。

WeedのPOSによる医療の記録は、以前は「診療記録 Problem Oriented Medical Records, 略してPOMR」と呼ばれることが多かったが、本研究およびその背後にある政策を考慮すると、「患者記録 Problem Oriented Patient Records, 略称はとくにない」と呼ぶ方がその精神に合っている。この患者記録は、それぞれの専門職を構成する学問をもとにして同定した患者プロブレムごとに、それぞれの職種に適した問題解決のプロセスをSOAPの記号のもとに整理して記述作成するものである。

例えば医師の場合は、それまでに確立してきた問診→診察→検査→診断→治療→モニタリングという問題解決過程のサイクルを、同定したプロブレム(すなわち医学診断)ごとに整理して実行し、その通りに記録を作成する。医師にとってこの作業は、習慣化されれば極めてスムーズに実施できるだけの学問的基盤ができています。すなわち、体系化の行き届いた生物医学面である。心理医学面や社会医学面は、残念ながらほとんど体系化されていないことから、このシステムにはのりにくい。もっとも、近代合理主義的に体系化されていないこうした分野を得意とする医師にとっては、POSはかえって足かせになる可能性がある。真にそうであるかどうかは、今後の体系化の努力を注視していくことで、判断可能となるであろう。

従って、提言の第1は「患者記録としてPOSを採用する」ことである。

2. 1患者1外来患者記録システムを採用する

旧来の伝統的なシステムをとる病院においては、医療の記録である診療録は各診療科ごとに作成されていることが多い。従って、その結果、受診した診療科の数だけの診療録が存在することになる。

各診療科の診療録は診療科固有の番号の下に、診療科受付の一角に設置されたカルテ棚に保管されることが多く、診療に伴って発生する検査報告書等の書類は、依頼した診療科の診療録に貼付されている。このことは、1人の患者が複数の診療科に受診した場合、それぞれの診療科の医師が必要と考えた検査や処方等が依頼されることになり、その結果、重複検査や重複投薬といった事態を招来する大きな原因となっている。

また、外来における業務は各診療科だけで行なっているわけではなく、検査部、放射線部、薬剤部、栄養管理部、リハビリテーション部等々の業務も含まれ、法律上の規定の有無に関わらず、そこで働く専門職たちは記録を作成している。例をあげると、検査部からは各種検査報告書、放射線部からは照射録や各種読影報告書、薬剤部からは服薬指導記録、栄養管理部からは栄養指導記録、リハビリテーション部からは理学療法記録や作業療法記録、等々が存在する。こうしたことから、種々の保健医療専門職が関わればその数だけの、個別に作成されるということになるとともに、そこで扱われる情報はその職種の中でだけ伝達され、他の職種がその情報を生かすことができないという傾向を生むことになる。

この傾向を打開するための唯一の対策は、患者に関わるすべての保健医療専門職が取り扱う情報を単一のデータベースに集約し(シングル・データベース)、そのデータベースを用いて個々の職種がそ