

の専門性を生かした活動（ローカル・プロセッシング）を持ち寄って、包括的なケアを構成するということである。具体的には「1患者1カルテ」と呼ばれるシステムを指す。

提言の第2は「患者の唯一のID番号を付与し、それに対応する1つの患者記録を作成する」ことである。

3. 年度が変わっても継続して同じ患者記録を使用する

多くの病院では年度が改まるごとに外来診療録をつくり変えている。つまり、毎年、新しい診療録に更新されているわけである。そのため、年度始めには、前年度までの診療のサマリーを診療録の最初に作成することになるが、この作業は診療を担当する医師にとっては大きな負担になることから、往々にして内容が極端に省略され、継続的な診療を妨害する要因となることがある。また、永年に渡って複数の診療科を受診し続けている患者の場合、その結果として作成される診療録の冊数はおびただしいものとなり、その管理は困難を極める。

これに対する対策は年度が変わっても新しい診療録に更新しないことであるが、その場合、診療録が厚くなって、例えば搬送装置で扱いきれなくなるなど、取り扱いが不便になるような事態が生じてくることがある。しかしながら、こうした例は、記録用紙を上質で極めて薄い用紙を使用するなどすれば、その数はさほど多くはなく、よほどの場合には分冊などの工夫により対応できる。

提言の第3は「外来患者記録は年度ごとに更新せず継続して使用する」ことである。

4. 保管を中央的に行なう

1患者1記録のシステムを採用すると、旧来のように外来診療科の受付にカルテ棚を設置して保管するということは不可能になる。中央診療部門として「患者記録管理部」もしくは「患者情報管理部」を設置することが必須になる。患者記録の中央管理に伴って、外来患者記録を実際に診療が行なわれる各診療科や部門に搬送する必要がある。約30年前以降に新設された病院で、中央管理を実施しているところでは、そのための搬送装置を設置しているところが少なくないが、そうでない場合には新たに搬送装置を取り付けたり、あるいは搬送を担当する職員を雇用するなど工夫が必要になる。この点を、カルテ開示の風潮を先取りして、患者自身に搬送してもらい、診療の待ち時間に閲覧できるようにしている病院もあるが、安価でかつ有効な方法である。

提言の第4は「中央診療部門として患者記録管理部もしくは患者情報管理部を設置すること」である。

5. 患者記録の共通部分と診療科固有部分との切り分けを工夫する

1患者1記録のシステムを採用した場合、すべてを一元的に共用するのではなく、各診療科が共通して使用する部分と診療科固有で使用する部分を切り分けたほうが便利である。

例えば、筆者が経験した滋賀医科大学医学部附属病院の場合、患者記録の前半部分を構成する患者ID用紙（表紙）や診断記録、対診記録、各種証明書発行記録等は共通で、その後に各診療科のデータベース用紙と経過記録が診療科固有部分として挿入され、後半は共用することによってメリットが出る各種検査フローシート台紙（検査報告書の数値部分だけを貼付していくとフローシートが自然と作成できるように設計された用紙）、放射線部報告書（1依頼につき1報告書が作成され、バインダーに挿入できるように綴じ穴が設けられている）、および処方記録用紙の部分が存在している。実際に運用する際には、細部の編集規定が必要となる。

提言の第5は「患者記録の共通部分と診療科固有部分との切り分けを工夫すること」である。

6. 患者記録の様式を統一する

旧来の病院では、外来診療録および入院診療録の如何に関わらず、各診療科固有の様式で診療録を構成していた。各診療科が単独で医療を進めている場合には、それでもさしたる問題は生じなかったが、多様な診療科や専門職が連携しないと患者に適切な医療が提供できなくなった昨今では、こうした方法では慣れない様式から必要とする患者情報を検索することを他の診療科や専門職に強いることになり、患者情報が適切に伝達されにくくなるという大きな問題が生じる。

診療科固有の様式を用いる利点は、もちろんその診療科でよく取り扱う種類の情報を記載しやすいように特化されていることであるが、その利点が決定的に生きてくるのは、その診療科が焦点とする身体部分の診察所見を記録する用紙だけである。その他の部分については、特化すべき強力な理由が見つからない。

従って、患者情報を他の診療科や専門職に伝達することを容易にするためには、統一した様式の患者記録を用いることを基本にして、その中に診療科固有の診察所見用紙を挿入することで診療科の特殊性を吸収することが合理的である。

ただし、すでに提言5で述べたように、外来診療における少ない時間で大勢の患者に対処しなければならぬという悪条件を考慮すれば、外来患者記録については、よく似た様式の中に診療科固有の情報項目を印刷したデータベース用紙と経過記録からなる診療科固有部分を、共通部分に混在させるという方法が理に適っているかもしれない。

いずれにしても、統一を進めれば進めるほど、しっかりとした編集規定とその遵守が必要となる。提言の第6は「患者記録の様式を統一すること」である。

7. 経過記録に統合患者記録を採用する

厚生省の「診療情報等の提供に関する検討会」の報告3)以降の日本医師会4)や日本看護協会5)の指針やガイドラインを見ると、診療情報の提供とその形態であるカルテの開示は現実化への流れをたどっているといえる。患者の医療への参加を促進するための情報提供のあり方を明らかにし、そのための基盤整備を積極的に推進する立場のわたしたちとしては、この傾向はまことに喜ばしいことといえる。

しかしながら、医師と患者との間での情報の共有が推進されているにもかかわらず、その患者の医療に関わる保健医療専門職間の情報共有がとりあげられないのは不可思議な現象である。

1977年から1981年の間に米国医師会と米国看護婦協会が共同スポンサーになって設置された全米ジョイント・プラクティス審議会(National Joint Practice Commission)は、病院において医師とナースが連携して仕事を行なうための5つの提言を行なった6)。その1つが「統合診療記録 Integrated Medical Records」である。これは、医師とナースが同一の紙面に経過記録を記載することで、このことによって診療記録が専門職間の公式のコミュニケーション・ツールとなる。その後、診療記録が患者記録と呼称されるようになったのに伴い、「統合患者記録 Integrated Patient Records」と呼ばれている。

この審議会の勧告は医師とナースとの間のジョイント・プラクティスに関するものであったが、チーム・アプローチが行なわれる現在では、全保健医療専門職種が同じ紙面に経過記録を記録することであると、この提言を拡大するほうが適切であろう。

この方法を採用することにより、各職種ごとに作成されていたときのように、患者記録がその職種のものであるかのような性格はなくなり、独占物ではないことを考慮した運用が必要になる。

例えば、利便性等の理由から処置固有や職種固有の用紙を作成したい場合、全職種の承認を受けるために、全職種から構成される記録委員会の審議を経て、認可を受けるといった手続きが必要になる。

さらに、患者記録は患者とともに移動するようにし、例えば、午後に検査が予定されているような場合に、朝から放射線部に確保されていて、患者ケアに必要とする職種が利用できないというようなことが起こらないようにするような細かな運用規定が必要となる。それとともに、なぜ放射線部が確保しようとするのかということにも目を向け、放射線検査が円滑に行なわれ、読影を促進するのに十分なデータが記載されるような検査依頼書が必ず作成されるような工夫が必要になる。

提言の第7は「統合患者記録方式を採用して、全職種が同じ紙面に経過記録を記載するようにすること」である。

●診療記録作成方法の教育

1. 医師に対する生命倫理学教育

生命倫理学が取り扱う領域は多岐に渡っている。今回のテーマである「診療情報の提供」に関しては、「患者の権利」ということに集約することができよう。

「患者の権利」に関して頻出する生命倫理学用語は「真実告知」「インフォームド・コンセント」「セカンド・オピニオン」「パターナリズム」「自己決定権」「自己コントロール権」「生命の量/質」「パーソン論」「生命の神聖さ」「キュア/ケア」などである。

こうしたテーマは、知識として伝達され、態度として定着される必要があり、そのために講義や小グループ討議などの教授/学習方法が工夫されるべきであろう。

一方で、こうしたテーマはまた日常的なものでもあり、「エブリデイ・エシックス」として、臨床の場での具体的な姿であらねばならない。つまり、知識として知っていても、実行されないのでは何の意味もない。

従って、臨床の場で働く医師に対しては、研修会のような場を設けることも必要であるが、加えてOJT (On the Job Training) として、業務の中で倫理的な誤りを具体的に指摘を受あひ、改めさせるシステム（例えば、多専門職によって構成される臨床倫理委員会）を構築する必要がある。

2. 若手医師に対する教育

現行の医師国家試験のガイドラインにはPOSが入っている。従って、このガイドラインを意識してカリキュラムを構築している医学校の卒業生は、これに加えて特別な教育は不要のはずである。また、医学校において教育を受けてこなかった者も、医師国家試験にそなえて成書にあたるなど、なんらかの自己学習を行なっているはずである。

千葉大学医学部附属病院医療情報部の高林克日己が1997年に内科専門医を目指す医師に行なった調査は、このことを裏づけている⁷⁾。高林によると、有回答者が128名（経験4年から7年目ぐらいまでが3分の2）のうち、POSについて知っているから知りたい知っている者が92%、あまり知らない者が6%であった。病院のカルテがPOSに準拠しているのが59%であり、内科専門医を目指す者が研修しているような病院の6割はPOSを採用していた。入院診療の中で自分で実施している者が71%、外来診療では少し減って43%であった。POSの記載方法に問題があると感じている者は22%に過ぎず、66%の者が問題がないと回答していた。すなわち、内科専門医を目指すような志の高

い医師が研修を選択するような病院は、かなりの程度でPOS化されており、そこで研修する医師たちも高頻度でPOSによる患者記録を作成しているといえる。

POSに関する提言以外の部分については、多分にマナーの問題であったり、取り扱いシステムであったりするので、初期研修中にそうした環境に曝露されることで、態度領域の教育は容易に身に付くことが予想できる。

こうした事実から、わが国の病院の多くが抱える問題は、全病院的な規模でPOSに対する取り組みがないということであり、その方向に誘導してこなかった病院長の責任は大きい。しかしながら、多くの病院がそうであるように（ことに伝統を誇る大学病院）、何事においても病院長が実質上管理責任を全うしていない体質から脱却するという根本的な対策がない限り、患者記録のことだけをとりあげるのには、もしかしたらあまり意味のないことかもしれない。

若手医師に対する患者記録作成に関する提言は「すでに準備は整っているので、前述した診療記録システムの確立を急ぐこと」であるとともに、「病院長の病院の管理運営を全うする権限を持って行使すること」である。

2. ベテラン医師に対する教育

ベテラン医師は、すでに独自の方法論を自分の中に確立している医師といえるが、このような医師がPOSのようなこれまで自分が手を染めたことのないシステムに適応するのは、若干の痛みを感じると思われる。

しかしながら、POSの根幹は診断と治療というかたちで医師に染み込んでいる問題解決過程であり、それをプロブレムごとに整理することについては、仕立て直した洋服にしばらくは馴染めないような違和感を感じる程度のものである。

患者記録の管理に関する変更は、それまで自分が天下人であるかのように振舞ってきたのであれば、相当の反発を感じ、システムの円滑の運営に障害となるかもしれない。しかしながら、冷静に自分を観察すると、そうした役割を演じている自らの愚かさに気づかぬ者はなからう。

ベテラン医師は、患者記録の改革を静観し、若手医師たちが行なっていることを批判的に観察するうちに、ある日、「これがPOSであったのか!」「これが近代的な病院のあるべき患者記録の姿であるのか!」と、ハッと気づくときが来るはずである。そのとき以降は、蓄えた経験が若手医師とは雲泥の差があるので、新しいシステムの上でその能力が十分に発揮されるはずである。

ベテラン医師への提言は「ハッと気づくまで、患者記録の改革を静観し、若手医師を批判的に観察すること」である。

3. 歯科医師に対する教育

歯科医師の記録は、診療報酬請求のための忘備録として、歯科処置のメモの域を出ていないものが多い。筆者の理解するところでは、歯科の場合のPOSはいまだに確立されていない。しかしながら、滋賀医科大学歯科口腔外科講座の吉武一貞教授が取り組まれているような、歯科診療のためのPOSを開発する動きもある。

歯科医師に対する患者記録作成に関する提言は「まず、歯科診療のためのPOSを研究・開発すること」である。

●患者記録をサポートするシステム

この提言では、多くの保健医療専門職種が参加する患者記録の作成を勧めているが、ただ記録を作成することだけを勧めるだけでは、実行を推進する力は弱いかもしれない。そこで、記録の作成に付加価値が生じるようなサポートシステムも合わせて提言することにする。

1. 多専門職が参加するケア評価カンファレンス

ケアのためのカンファレンスは、医師とナースの学問（興味）の方向が異なるために、細部にわたる討論を積み重ねるのは困難である。しかしながら、視点が拡散しないようにテーマを限定すると、そのテーマに対する貢献という一点に関する討論が可能となる。

例えば、患者の退院時には退院時要約（サマリー）を作成するが、これをたたき台として退院指導のためのケア評価カンファレンスを行なうことが可能である。当然のことながら、行なってきた診療に関する議論であるので、診療記録をもとに話し合わざるを得ず、相互評価が可能になる。

2. 患者が随時閲覧できるような保管運用方法をとる

本来なら弱点となることも、見方を変えると利点につながることもある。例えば、外来患者記録を中央管理してはいるが、搬送機システムが設置されていない場合、専任のポーターを雇用する必要があるが、その費用が捻出できない場合には、患者自身に自分の記録を搬送してもらう方法が考えられる。その際、外来診療には待ち時間がつきものであるため、その時間を利用して自分の記録を閲覧することが可能である。場合によっては、必要な箇所を（コンビニに設置されているような課金可能なコピー機が待合いにあれば）コピーすることも可能である。

搬送機システムやポーターが存在している場合でも、患者記録が診療科受付に到着した段階で患者に手渡せば、同じく待ち時間を利用して閲覧・コピーしてもらうことが可能である。

入院患者記録については、旧来はナースステーションの中の保管棚に収納されていることが多いが、これをもっと患者に近い場所に移すことで、閲覧性を高めることができる。患者記録へのアクセスは、記載や各種報告書の挿入・貼付のためなど、ヒューマンサービスと関係のない場合も多いので、患者のプライベートな空間に他者が侵入するのをなるべく少なくすることを配慮するなら、各病室の入口の廊下側の壁面に収納用のスペースをとることが最も適していると考えられる。この場合、患者に閲覧の希望があれば、そのスペースから記録を取り出してくるだけですむ。

上記は、医療への患者の参加を推進することの手段として、まず患者を患者記録にアクセスさせることを実現させるための工夫の例であるが、こうしたことは個々の医療機関の状況に応じていろいろと工夫できるはずである。

■ ■ 医学生 ■ ■

1. 生命倫理学教育

前述の通り、生命倫理学が取り扱う領域は、「患者の権利」に関して頻出する生命倫理学用語は「真実告知」「インフォームド・コンセント」「セカンド・オピニオン」「パターナリズム」「自己決定権」「自己コントロール権」「生命の量/質」「パーソン論」「生命の神聖さ」「キュア/ケア」など、多岐に渡っている。

こうしたテーマは、講義や小グループ討議などの教授/学習方法を通して、知識として伝達され、

態度として定着される必要がある。

また、「日常的な倫理 (エブリデイ・エシックス)」として、医師の業務を倫理的にチェックする委員会の活動の一環として、学生をまじえた臨床倫理検討会を開催することなども、教育のよい機会となるだろう。

2. 患者記録に関する講義

患者記録に関しては、POSのように思想やルールがあるので、講義でもって教授するのに適した部分がある。そうした内容については、基礎医学から臨床医学への移行時期に行なわれる、例えば「臨床医学入門 Introduction to Clinical Medicine」のような科目で教授するのが相応しいと考える。

3. 患者記録の作成演習

知識だけでは患者記録は作成できないので、実際に患者記録を作成する演習も必要である。これは臨床実習が始まる直前のオリエンテーション期間が適切であろう。

4. 医療プロセスの演習

医学校では伝統的に臨床講義という科目が存在している。一般的には、プラクティカントと呼ばれる学生グループが、実際の症例をもとにペーパー・ペーシエントを作成し、他の学生の前でそのケースをプレゼンテーションし、診断を絞り込み、相応しい治療を選択するプロセスを相互の討議の中で進めていく授業形態である。ここでは、主として医師としての思考プロセスの訓練が行なわれることになるわけであるが、これをPOSによる患者記録の形式を用いてプレゼンテーションし、POSの医療行動プロセスで進めて行くことで、思考訓練だけでなく患者記録に関する演習の要素も加わる。

5. クリニカル・クラークシップ (臨床実習)

クリニカル・クラークシップ (臨床実習) では、医療技術がテーマにあげられることが多いが、患者記録をPOSで作成することも行動目標の1つであるべきである。具体的な実習の進め方については、日本医学教育学会の臨床能力評価ワーキンググループが作成した実習モデルが参考になる⁸⁾。

【文献】

1. 中木高夫ほか：医療への患者参加を促進する情報提供に関する実態調査，医師・歯科医師を対象として．日本POS医療学会雑誌，6：95-99，2001．
2. 日野原重明：POS，医療と医学教育の革新のための新しいシステム．医学書院，1973．
3. 文部省「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」（1998）：カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書．文部省
4. 日本医師会（1999）：診療情報の提供に関する指針．日本医師会
5. 日本看護協会（2000）：看護記録の開示に関するガイドライン．日本看護協会
6. Notional Joint Practice Commission (1981): Guidelines for establishing joint or collaborative practice in hospitals. Auther.
7. 高林克日己他（1998）：電子カルテにおけるPOSの導入に関する検討．第18回医療情報学連合大会論文集，314-315
8. 日本医学教育学会教育技法委員会編（1994）：臨床能力の評価．臨床教育マニュアル，これからの教え方，学び方．pp. 319-365．篠原出版新社

第4章-E

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

—看護婦・士に焦点をあてて—

分担研究者：佐藤紀子

研究要旨

はじめに診療情報開示に関する看護婦・士（以下、看護婦）の意識調査を行った。その結果、看護記録に関する看護婦の認識は、看護の実践を書くことよりも看護の方針や計画書くことを重視していること、チーム医療を行う中で患者と医師の関係がパターンリズムであるにとらえていることなどが示唆された。次いで日本各地での意見交換や討論会を行った。その結果、看護職は医療チームの一員としてチーム医療の推進に寄与し、患者の意思決定を支え、疾病や治療がもたらす生活への影響等について患者の基本的人権を擁護する立場から適切に説明する役割があることが考察できた。また、患者に分かりやすい記録を書くこと、患者と共に看護計画を立案し実践するという今後の方向性が示された。

A. 研究目的

1. 診療情報開示に関する看護婦の意識調査を行い、看護婦の認識について明らかにする。
2. 看護記録に対する国民／患者の意識調査の結果とから、国民／患者が求めている看護記録のありようを明らかにする。
3. 診療情報開示にあたり、看護婦が直面する現実的問題、倫理的課題を明らかにする。
4. 1, 2, 3から国民が医療に参加するための情報公開に際する看護婦の課題を明らかにし、今後の方向性を提言する。

B. 研究方法

1. 看護婦・士が考える「診療情報提供のあり方、その目的、提供方法、法制化を巡る課題」について、意識調査を行う。その際、国民／患者、医師、歯科医師、診療情報管理士などの意識調査も同時に行い、結果を比較・分析する。
2. 1の実態調査における自由記載分の分析を行い、看護婦・士が現実的に直面している課題を明らかにする。
3. 有識者からの意見をもとに、日本における診療情報開示について、特に看護婦・士に求められている基盤整備への課題を明らかにし、今後の方向性を検討する。

C. 研究結果

1. 平成10年度の結果から

平成10年度のアンケート調査から得られた結果の中から、看護婦・士の部分について抽出し、その概要を述べる。

1) 回答者の人数・性別・平均年齢・入院経験の有無（表3、図4、図5）

本調査の調査対象者総数は4835人で、そのうち看護婦・士は691人（24％）であった。女性が多く平均年齢は43歳であった（21歳から73歳までに分布しており、標準偏差は10）。

本人が入院経験を持つ看護婦・士は26％、家族が入院した経験を持つ看護婦・士は94％であった。

2) 診療情報の提供にへの関心・情報提供の方法 (図6-1, 図7-1)

診療情報の提供に関する関心は、「とても関心がある」58%、「やや関心がある」37%、「どちらとも言えない」4%であり、「あまり関心がない」「関心がない」と答えたものはいなかった。

診療情報の提供の方法に関しては、「口頭による説明」3%、「口頭による説明」と「診療記録内容を証明する別文書の交付」が32%、「口頭による説明」と「診療記録の提示」が39%、「口頭による説明」と「診療記録の提示」と「診療記録の写しの交付」が23%、「その他」が2%であった。

3) 診療情報の提供すべき範囲 (図8-1)

診療情報の提供すべき範囲については、「すべての診療情報を提供すべき」14%、「患者によっては診療情報の内容を選択して提供すべき」62%、「患者が必要としない場合は診療情報を提供しなくてもよい」24%であった。

4) 提供すべき診療情報(看護)の具体的内容 (図9-7)

アンケート調査において、「診療情報の内容をどの範囲まで提供すべきですか」という質問の中で、「看護」に関する記録については以下のような設問であった。看護に関する項目なので、詳細に記述する。

4) (1) ~ (7) に関する診療情報の内容は、どの範囲まで提供すべきと思いますか。

(6) 看護について

- | | | |
|----------------|----------------------|----------|
| 1. 看護の方針 | 2. 看護で解決すべき患者の健康上の問題 | 3. 看護の計画 |
| 4. 実施した看護とその経過 | 5. その他 | |

上記の質問に対する回答をまとめると、(図9-3参照)

(1) 1. の「看護の方針」については、国民/患者が79%、医師・歯科医師が73%、薬剤師が76%、診療情報管理士が83%、看護学生77%、医療従事者のその他81%、看護婦・士が91%であった。

(2) 2. の「看護で解決すべき問題」では、国民/患者が75%、医師・歯科医師が60%、薬剤師が58%、診療情報管理士が65%、看護学生73%、医療従事者のその他74%、看護婦・士が85%であった。

(3) 3. の「看護の計画」では、国民/患者が60%、医師・歯科医師が60%、薬剤師が56%、診療情報管理士が65%、看護学生69%、医療従事者のその他69%、看護婦・士が85%であった。

(4) 4. の「実施した看護とその経過」では、国民/患者が66%、医師・歯科医師が50%、薬剤師が50%、診療情報管理士が68%、看護学生60%、医療従事者のその他69%、看護婦・士が75%であった。

5) 診療記録開示に関して (図10-1, 図11-2~11-11, 図12-1, 13-1, 図14-2, 図15-2, 図16-2, 図17-2)

(1) 診療記録を開示する方向が進んでいるのを知っている看護婦は96%であった。「診療記録開示の理由」については複数回答で回答しているが、「患者と医療従事者は対等な関係である」を選んだものが54%、「患者と医療従事者の信頼関係を深めるため」を選んだものが61%、「患者の情報であり患者に知

る権利があるから」を選んだものが87%、「開示するのは医療者の義務だから」を選んだもの16%、「患者が納得して治療を受けるため」を選んだものが89%、「患者は医療方針を決め、拒否する権利があるから」を選んだものが84%、「共に病気の克服に取り組むため」を選んだものが56%、「情報を共有し、医療の質を高めるため」を選んだものが48%、「医療費を少なくするため」を選んだものが10%、「患者も治療に責任を持つため」を選んだのは67%であった。

(2) 診療記録の開示の賛否については、「診療記録を開示した方がいいか」という問いに対し、「とてもそう思う」22%、「まあそう思う」46%、「どちらとも言えない」29%、「あまりそう思わない」3%で、「まったくそう思わない」と答えたものはいなかった。と開示する対象者の範囲については、「患者本人だけに開示する」6%、「患者本人及び親子の間柄や配偶者などの家族だけに開示する」27%、「患者本人及び親子兄弟の間柄や配偶者などの家族にだけ開示する」6%、「患者本人および患者が許可した人（親子兄弟や配偶者を含む）にだけ開示する」58%、「その他」が3%であった。

(3) 開示すべき診療記録に関しては、「医師・歯科医師が記載する診療録」84%、「処方箋」65%、「検査記録」87%、「レントゲン写真」71%、「看護記録」71%、「服薬指導記録」54%、「栄養指導記録」51%、「リハビリテーション記録」49%、「介護記録」40%、「診療報酬明細書」64%であった。

(5) 診療記録を開示することによって起こると予測されることでは、「関係が悪化する」17%、「治療方法選択・決定できる」73%、「信頼関係が深まる」57%、「記録を理解できない」46%、「医療者と対等な関係になれる」29%、「情報があふれる」23%、「透明な医療が可能になる」45%、「情報が漏れる」39%、「力を合わせて病気の克服ができる」54%、「記録が多くなる」21%、「記録が書かれなくなる」37%、「自分の情報をコントロールできる」23%、「治療効果に悪影響を与える」9%、「セカンドオピニオンがもらいやすい」51%、「訴訟が増える」33%であった。

(6) 診療記録を開示する場合に患者に求められる心構えや準備としては、「知識を持つ」70%、「説明を求める」71%、「記録読解の努力や手段を持つ」29%、「自分で選び自分で決める」42%、「自分で選び決め責任を持つ」67%であった。

(7) 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では、「専門的知識」66%、「記録方法の検討」78%、「記録管理の検討」73%、「記録内容の説明」62%、「記録読解方法の検討」55%、「倫理教育」60%、「記録教育の強化」66%であった。

6) 患者と医師の関係のあり方 (図18-2、図19-2)

医師と患者の関係のあり方について、4つの会話を例に望ましい関係のあり方を質問した。「恩恵モデル：医師は医療の決定を行い、患者はその指示に従うべき」「代理モデル：医師は患者に情報を提供し、患者の指示を待ち、その指示に従うべき」「一般的パートナーモデル：医師は患者と情報を共有し、患者と一緒に医療を決めるべき」「特別パートナーモデル：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4つである。

(1) 望ましい患者と医師の関係については、「恩恵モデル」0%、「代理モデル」29%、「一般的パートナーモデル」64%、「特別なパートナーモデル」7%であった。また、そのモデルを選択した理由としては、「患者の指示を待つ」3.5%、「患者に頼まれて医療を行う」4.4%、「医師が決定し患者がしたがう」0.6%、「患者と一緒に決める」90%であった。

(2) 日本で多いと考えるモデルに関しては、「恩恵モデル」46%、「代理モデル」4%、「一般的パートナーモデル」17%、「特別なパートナーモデル」3.3%であった。

7) 診療記録の開示を法制化することに関して(図21-2, 図22-2, 図23-2)

(1) 診療記録開示の法制化に対する賛否については、「賛成」63%、「反対」14%、「分からない」24%であった。法制化賛成の理由としては、「患者の権利を保証できる」79%、「記録開示を求めやすい」25%であった。また、法制化反対の理由としては「医療現場の混乱を招く」0%、「法の力によらず自ら決定すべき」57%であった。

2. 平成11年度の結果から

平成11年度は、10年度のアンケート調査の際に自由記載部分に記載された意見の集約と、全国5カ所所有識者からの意見を聞く会を催しその結果をまとめた。

1) 平成10年度のアンケートに記載された自由記載のまとめ(看護婦・士)

自由記載の内容をまとめた結果は、(1) 診療情報の開示に関する考え (2) 国民/患者への要望と開示のもたらすもの (3) 医療従事者/病院への要望 (4) 看護記録の改善点と課題 (5) 医師への要望 の5点に集約された。以下にその要約を述べる。

(1) 診療情報の開示に関する考え

- ・開示は患者の知る権利として認めるべきである。
- ・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、現場での環境づくりが必要。

(2) 国民/患者への要望と開示のもたらすもの

- ・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。
- ・セカンドオピニオンが得やすくなるだろう。

(3) 医療従事者/病院に関するもの

- ・参加型医療に対する認識が不足しているので、意識改革、教育が必要。
- ・医師のパターン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。
- ・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。
- ・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。
- ・3分診療をどうするのかが大きな問題。医師の時間の確保も必要。
- ・IC後のサポート体制づくり。
- ・チーム医療が促進され、医療従事者が共通の理解に立ってそれぞれの立場で情報提供できるように。
- ・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、について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。

(4) 看護記録の改善点や課題

- ・略語、造語の使い方や、文法の誤り(看護界独特の言い回し)の是正が必要で、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)を書かなければならない。そのためにも記録の基準化が必要。
- ・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）をどうするのか。

（5）医師への要望

・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が十分に実践されていない（従来のムンテラと変わらない）。納得するまで説明が必要。

・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。

・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。

2) 有識者の直接的意見からの抜粋

有識者の直接的意見の中から、看護婦・士に関するものを抜粋して述べる。

（1）ICの観点から：

多くの意見が出されたが、主に医師に対する要望や期待であった。また、国民／患者の意識変革や医療への積極的参加への要望も出された。ICについて看護婦・士に対する意見は出されなかった。

（2）看護婦・士から：

①看護記録は看護実践の記録であり、他職種との連絡調整、コミュニケーション、教育、研究に役立っている。問題は他者には分かりにくい記録であること、実践が反映していないこと。課題としては、情報の共有を図ること、看護過程が反映していること、実践の記録になるようにすることである。

②POSとフォーカスチャータリングを併用した記録を行っている。統一された記録を用いることで業務の煩雑化を防止し、他の医療者にも分かるようになる。そのために手引き・略語集を作成した。

③診療報酬上の看護料金の承認基準は、看護要員と看護記録の監査によっている。監査があることで記録の統一・看護の質の向上が図れている。保助看法では看護記録に関する規定はないが、業務を行っている責任上記録は不可欠である。

④開示にあたっては、患者のプライバシー保護が重要であり、個人情報保護条例に該当する項目が了解も得ずに記載されていたり、性格などについて個人的な見解で書かれていることなどが問題であろう。また、使用されている言葉が看護職だけに通じる言葉や略語であることも解決する必要がある。患者さんから求められて開示するのではなく、看護者の側から積極的に看護記録（看護）への参加を働きかけ、共同で問題を解決していくことが求められている。

⑤看護婦・士と患者が共同で問題を解決していくことは、看護婦・士も自然体で患者に接することができ、患者も自ら積極的に参加することで主体的な療養生活を送ることができると考える。

⑥看護記録の役割は、チャータリング（記録の作成）・レコーディング（再生を見込んで保存する）・レポート（伝達する）・インテグレーション（統合する）ことである。コミュニケーションにより他職種および非専門家（患者も含む）との情報伝達の役割が、インテグレーションより包括的ケアのための記録の役割が考えられる。

⑦読みやすい記録の条件として、記録は誰でも利用できるように整備されていること、記録の書き方として情報は理解可能であること（読める字、読める外国語、正確なスペル）、正しく分脈の通ったもの、ルールを守って適切であること、統一した様式であること、キーポイントを強調する、コンパクトに表現することが必要である。

⑧看護過程のどこに診療情報の提供があるのかを考えること、日常のシステムの中に組み込んでおくことが重要である。計画立案後その計画を患者に説明し同意を得ること、看護のインフォームドコンセントが

必要である。

(3) 医療者全体への提言：

- ①記録を書く医療従事者は学術的・客観的な記録となるよう努力して欲しい。
- ②医療側から患者側への一方的な情報開示ではなく、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検討すべきである。
- ③記録を介してチーム医療の確立を図ること。

(4) 診療情報管理士からの意見：

- ①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から構成されているが、中でも医療者の姿勢や医療計画の立て方、進め方、医療行為およびその結果を知る手段として特に注目しているのは、退院時要約・問題リスト・初期計画・手術および処置の記録、対診用紙・経過記録・各種検査記録・看護記録・解剖所見報告など。
- ②看護記録が抱える問題として、標準的な検索機能がないこと、看護記録のオーデットシステムが構築されていないこと、利用者のニーズと意識の希薄さ（作成した看護記録を研究に使うなどの積極的な姿勢や認識が薄い）、看護行為の記録および保存について明確な法律上の規定がないこと、看護記録の管理の基盤整備の問題、診療情報管理士が二次的な情報として看護記録をとらえていることなどがある。

(5) 電子カルテの効果について：電子カルテは、従来の「何が書いてあるか分からない」カルテから脱却できるという長所がある。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である。

3. 1. 2から抽出された課題

平成10年度・平成11年度の研究成果から、看護婦・士教育の基盤整備に向けて、以下のような課題が示された。

1) 看護婦・士の役割や機能をアピールすることへの課題：

国民／患者、他の医療従事者、医学生・看護学生にとって、看護の情報が「提供すべき範囲」の中で低く認知されている傾向があった。また、看護婦・士自身も看護に関する記録の開示には積極的とは言えない傾向があった。医療チームの中で看護職の担う責任や義務の範囲が明確ではないこともその要因として挙げられる。

2) 医療チームの中でコミュニケーションを図り、患者参加を促進するための課題：

看護婦・士への直接的な意見としては少なかったが、患者が医療に参加し自己決定していく際に、看護婦・士の役割を考えることが必要である。たとえば情報やセカンドオピニオンを求める場合などに、揺れ動いたり迷ったりする患者の気持ちを支えていくことも看護職の役割であろう。その役割を果たしながら医療チームの中で情報提供をしていくことが必要であろう。

3) 記録の書き方や記録の内容を巡る課題：

特に、平成11年度の有識者からの意見の中に、看護記録についての意見が多く出されていた。患者にとって必要な情報が書かれているのか、実践した看護がもれなく簡潔に記載されているのか、誰にでも分かるような記録になっているかなど、自己点検し改善する事が必要である。

4) 告知に関する看護婦としての課題：

「知る権利」と同時に「知らない権利」についても指摘されている。特にわが国におけるがん患者への説明は、本人ではなく家族に行われてきた歴史があり、多くの課題が提示された。告知するしないの問題

を越えて、専門家として話し方や伝え方、段階を踏んだ説明など医療者全員の総力でサポートする必要性も強調されている。

5) プライバシー保護に関する課題：

情報漏洩に関する対策は、基盤整備上欠くことができない。現状では看護婦・士には法的な意味での守秘義務はないが、職業上の倫理的課題として取り組まなければならない。

D. 考察：基盤整備に向けての提言

1. 現在の看護記録の実状

(1) 現在用いられている記録の種類：

現在わが国の多くの病院で用いられている看護記録は、経時的叙述的記録・問題志向型システム(POS)・フォーカスチャーティングなどであり、これに体温表やフローシートを併用している施設が多い。また、近年ではクリニカルパスを用いた記録や電子カルテなども使われている。

(2) 現在用いられている記録の利点と欠点：

これらの記録で問題になっていることは、

- ①経時的叙述的記録：患者の状態と行った看護を経時的に追って記録しているため、看護実践の内容が分かりやすいという利点がある。しかし患者の抱えている問題や看護婦のアセスメントが書かれていないことが多く、看護の成果がわかりにくいという欠点がある。また看護に関する記述以外の、例えば医師の行った行為等についても書かれることが多いため、記録量が多くなるという欠点もある。
- ②問題志向型システム(POS)：解決すべき問題点が明確に記されているという利点がある。しかしSOAPノートには実施した看護が記載されないため計画の実行についての記載が曖昧になりやすい。また現状ではアセスメントが妥当でない場合も多く、記録者の主観的な判断や見方が書かれることがある。
- ③フォーカスチャーティング：患者の状況や実施したケアが把握し安いという利点がある。反面、アセスメントを書く項目がないので、看護行為の根拠が不明確である。
- ④クリニカルパス：行われるケアや期待される結果が明示されているという利点がある。しかし患者の個別性や主観的情報が見えにくいという欠点がある。

このように、現状の記録にはそれぞれ利点と欠点がある。また、最近まで記録は看護婦・士の思考過程を確認するために、教育の材料として用いられてきた傾向がある。

2. 基盤整備のための提言

(1) 看護記録から患者記録へ

看護記録のみならず、診療記録は最終的には患者に役立つものでなければならない。そのことから看護記録は患者記録という概念へと変化させていくことが求められている。この立場から以下に若干の提言を述べる。

- ① 専門用語を使うことは良いが、日本全国共通の用語を用いること、専門用語や略語については略語集やマニュアルを作るなど、国民/患者が理解できるような書き方にする。
- ② 看護婦が実施したことが記録されること。→診療報酬(看護必要度など)に結びつく記録になることが望ましい。
- ③ 問題探しのプロセスを書いているような記録になっているという指摘がある。このことから、看護記録を看護婦の思考プロセス開発のために使うことは避け、標準看護計画・クリティカルパスなどを用いて看

護婦の行った作業の記録として使う。入院期間の短縮化などを考えると、急性期では標準化された記録を用いてチェックするなど、発想の転換が必要だろう。

④ 新人がケアしても一定の仕事はできるようにすることで質の保障に繋がる。「From Novice to Expert」から分かるように、経験を積むことで見えてくることもあり、2-3年経験を積んだナースに対し思考過程を明確にできるようなOJTが必要となる。

(2) 看護婦の仕事を患者/国民が理解できるように、IC・看護計画の共有に努めること

① 記録はできるだけ患者のベッドサイドで書くようにする。→電子カルテ、パソコン、行ったことがチェックできるような記録を開発する。このことで、患者と看護方針の共有(IC)ができ、ナースがベッドサイドにいる時間が確保できる。→看護婦と患者のコミュニケーションの場になり、患者と共に看護の評価ができ、患者満足度が上がる。

② クリティカルパスの導入などに伴い、パタン化して記述できるものはチェックリストにするなどの工夫。→コンピューターソフトの開発。写真や図を用いるなどの工夫。その際、患者の主観的情報は重要なので患者に確認しながら記録に残すことが重要である。

③ 2年間の研究結果から、国民/患者が求めているのは、医師の診断・自分に行われる検査や治療・予後(端的に言うと「私はどうなるのか」ということを知りたい)などである。これらはナースの記録(SOAPであろうと無かろうと)から分かるのだろうか。→医師・その他のコメディカルと共同の記録システムを作ること。そしてチーム医療としてキュア・ケアを考え提供することが基盤となる。

④ オーストラリアの小児病棟では、面会に来た家族が子供の様態や状況が分かるように、記録はすべてベッドサイドにおいてあった。→日本においても患者が知りたい情報を識別し、記載することが必要であると考えられる。

(3) プライバシー保護の問題

個人情報の漏洩の防止が必要である。開示とプライバシー保護の問題は同時に考えなければならない課題で、そのためにも看護のデータベースとして必要なもの、そうではないものの識別をすることが必要である。例えば、NTT病院では診療情報にアクセスする人を指紋で識別できるシステムを導入している。今後は情報漏洩に備えた対策が求められるであろう。

(4) ケア提供システムの変化と記録の問題

ケア提供システムと記録の関連について考える必要がある。現状のように受け持ち看護制度(プライマリーナーシング)が推進されれば、必要なことを簡略して書けるようになるのか、あるいは受け持ち以外のナースへの情報提供のため事細かな記録が必要になるのか検討を要するところである。いずれにしてもナースの考えや実施したことをコンパクトに書くことが求められる。

第4章－F

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 薬剤師に焦点をあてた基盤整備への提言

日本看護協会 石田 昌宏

研究要旨

薬剤師の情報提供に関する現状を、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」の再分析と各種統計情報や法改正の動向等について資料の検討を通じ把握した。

現在薬剤師は、医薬分業の普及や人員配置基準の変更による就業場所の変化をきっかけに、業務内容や他の職種との役割分担の見直しが迫られている。その中で、薬剤師の情報開示への取組みに関しては調剤報酬、診療報酬により多くが保証されているし、職能団体や患者からによって情報提供への取組の盛んである。

しかし、薬剤師自身の意識をみると、薬剤に関する情報以外の医療情報に関し開示に積極的とは言えず、医療に関する広い理解が求められる。

研究目的と方法

岩井郁子教授を主任研究者とする研究班は、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に平成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。

本研究は、これらの研究結果に基づきながら、薬剤師に関する統計情報や法改正の動向等について文献検索と資料の検討という方法を用い、国民が医療に参加するための情報公開に際する薬剤師の課題を明らかにし、今後の方向性を提言することを目的に行われた。

研究結果・考察

1. 薬剤師の任務
2. 薬剤師の職務と情報提供
3. 医薬分業の推進
4. 薬剤師従事者数の動向
5. 薬剤師による情報提供や指導管理に関する報酬
 - A 調剤報酬
 - B 診療報酬
6. 医療機関、薬局以外での情報提供に関する取組み
 - A 書籍やホームページによる情報提供
 - B ゲット・ジ・アンサーズ
7. 薬剤師の情報開示に関する意識
 - A 薬剤師は診療情報提供への関心が特に高いわけではない
 - B 薬に関する情報提供も必ずしも積極的といえない
 - C 記録開示の範囲についても比較的せまい
 - D 法制化への賛否は特に他のグループとかわらない

1. 薬剤師の任務

薬剤師の任務は、薬剤師法第1条により「薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」と規定されている。この中で調剤業務が代表的な業務である。

「調剤」については、医師の処方せんとおりに薬を正確かつ迅速に調製することを中心に置かれていた。しかし最近では、処方された薬の副作用や飲み合わせなどに配慮したり、患者の薬歴と照合したり、患者からの疑問点を処方医に照会したりしながら調剤することが求められるようになってきている。そのため、薬に関する情報を知識として蓄えるだけでなく、個々の患者に合わせた服薬指導や情報提供も重要な業務である。業務場所も、病院内の薬剤部門だけでなく、病棟での服薬指導、在宅への訪問薬材管理指導など多様になりつつある。

2. 薬剤師の職務と情報提供

1999年10月に世界医師会が「薬物療法を遂行する際の医師と薬剤師の職分に関する世界医師会宣言」(以下「宣言」という。)を発表した(参考*)。

薬物療法が成功するためには、患者も治療の目標、薬物の有効性、医薬品の管理方法、副作用の可能性や発見方法などを理解することが重要である。これらに関する医師と薬剤師の役割分担は、国や医療機関、さらに個々の専門家の慣習などにより差が大きく、時として混乱が生じることがある。

宣言では、「医師と薬剤師は、最適な薬物療法を提供するという目標の達成に向けて、相互補完的かつ協力関係にある。」とし、指示を行い受ける関係でなく、協力しあう関係であると定義している。役割分担については「患者と相対するに際して、医師の側では、治療の目標、危険性と便益、それに副作用の方により重きをおくことになる。一方、薬剤師の側では、医薬品の正しい使い方やコンプライアンス、用量、使用上の注意や保管に関する情報の方を重視することとなる」としている。

この宣言の目的は、医師と薬剤師の職分を整理することにあるが、その結果得られるものは「医薬品が安全かつ適切に用いられ、最善の保健成果を上げるようにすることによって、患者は最大の恩恵を受けることができる」と患者の恩恵を上げている。

日本の薬剤師法では、「薬剤師は、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」と薬剤師を定義しており、これは世界医師会の宣言と方向を同じくすると考えられるが、実際の職分も宣言の方向を目指すことが求められている。

このようにみると、特に病院・診療所および薬局に従事する薬剤師にとっては、医師の処方に基づき、最大の治療効果を発揮できるように、患者に医薬品の正しい使い方やコンプライアンス、用量、使用上の注意や保管に関する情報提供を行うことが重要な任務となる。

(参考) 「薬物療法を遂行する際の医師と薬剤師の職分に関する世界医師会声明」
第 51 回世界医師会大会において採択
1999 年 10 月、イスラエル、テルアビブ

A. はじめに

薬物療法の目標は、患者の保健並びにQOLを向上させることである。最適な薬物療法とは、安全で、効果があり、慎重に選択されたもので、さらに費用対効果の高いものでなくてはならない。医療サービスは誰しもが享受できるものでなくてはならず、患者及び医療提供者のニーズに見合った正確で最新の情報を提供する基盤が整備される必要がある。

医師と薬剤師は、最適な薬物療法を提供するという目標の達成に向けて、相互補完的かつ協力関係にある。このことを実現させるためには、対話や尊重、信頼そしてお互いの職能の能力に対する相互理解が必要となる。患者と相対するに際して、医師の側では、治療の目標、危険性と便益、それに副作用の方により重きをおくことになる。一方、薬剤師の側では、医薬品の正しい使い方やコンプライアンス、用量、使用上の注意や保管に関する情報の方を重視することとなる。

B. 医師の責務

(ここでは薬物療法に関する責務に限ることとし、医師の責務全般を論じるものではない)

医師になるための教育並びに専門技能を基礎に、また、診断を行い得る唯一の責任者であることを自覚し、疾病の診断を行うこと。

薬物療法のニーズを把握し(適宜、患者や薬剤師及びその他の保健医療従事者と相談しながら)的確な医薬品を処方すること。

診断や指示、治療の目標はもとより、薬物療法の実施、便益、危険性それに副作用の可能性に関する情報を患者に伝えること。

薬物療法による患者の反応や治療目標に向けた進展の度合いをモニターし、評価し、さらに(適宜、薬剤師及びその他の医療提供者と協力し合いながら)治療計画を変更すること。

薬物療法に関する情報を他の保健医療従事者に提供、ないしそれらの者と共有すること。

治療上のニーズに沿って、また法律上(医師法)の規定に従って個々の患者の適切な記録を残しておくこと。

生涯教育を通じて薬物療法に関する高い知識水準を維持すること。

医師による供給が求められる医薬品に関して、その安全な調達、保管を保障すること。

相互作用やアレルギー反応、禁忌、治療の重複などがないかどうか、処方内容を検討すること。

医薬品の副作用について、適宜保健当局に通報すること。

C. 薬剤師の責務

(ここでは薬物療法に関する責務に限ることとし、薬剤師の責務全般を論じるものではない)

(関連法規に従って)医薬品の安全な調達、適切な保管、調剤を確かなものとする。

患者に情報を提供すること。当該情報には、医薬品の名称、その目的、考えられる相互作用及び副作用、並びに正しい使用法や保管方法に関する事項を含めることができる。

相互作用やアレルギー反応、禁忌、治療の重複などがないかどうか、処方内容を検討すること。疑問があれば、処方者(医師)と協議すること。

患者の求めに応じて、医薬品に関係した問題や処方された医薬品に関する疑問に答えること。

(そのようなことが薬剤師の責務であることを自覚し)非処方せん薬の選定や使用、さらに軽い症状や疾病に対してどのように対処すればよいのか、患者にアドバイスすること。セルフメディケーションを行うことが適切でない場合には、医師のもとを訪れ、診断、治療を受けるよう勧めること。

医薬品の副作用について、適宜保健当局に通報すること。

医薬品に関する全般的でないし、特別な情報を一般市民及び保健医療従事者に対して提供及び共有すること。

生涯教育を通じて、薬物療法に関する高い知識水準を維持すること。

D. 結論

薬剤師と医師とがお互いの役割を尊重しつつ、協力し合い、医薬品が安全かつ適切に用いられ、最善の保健成果を上げるようにすることによって、患者は最大の恩恵を受けることができる。

3. 医薬分業の推進

医薬分業とは、「医療において医師が患者の診断治療を行い、保険薬局の薬剤師が意志の処方箋に基づく調剤・薬暦管理・服薬指導を行うこと*1」である。

日本薬剤師会では、医薬分業のメリットは以下のように表現しており、患者が薬のことを理解するのにも有効であることがわかる。

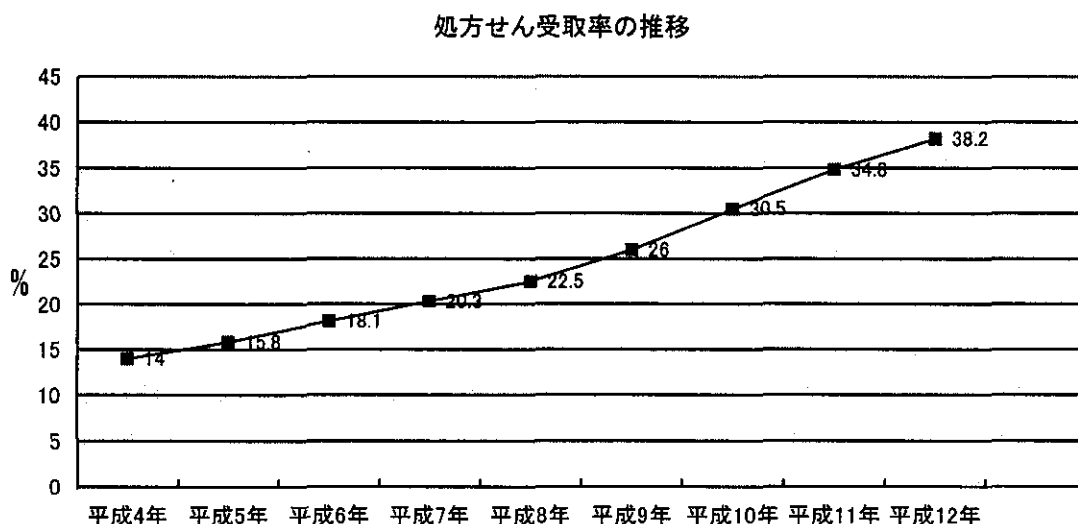
- ① 医師が診療に専念し、薬剤師が調剤することにより、お薬の使用がより安全になります。
- ② 処方せんにより、あなたのお薬の処方内容が明らかになります。
- ③ かかりつけ薬局ではあなたのお薬に関する記録を保管しています。お薬に対するアレルギー、副作用等を記録しておくことで、あなたの服用するお薬の安全性を高めることができます。
- ④ 他の病院や診療所の処方と同じ薬が重複していたり、危険な飲み合わせがある場合など処方内容に疑問がある場合、薬剤師が医師に問い合わせ、その結果、処方内容の変更や、処方中止等の処置がとられることもあります。
- ⑤ 飲み忘れ・飲み間違いを防ぐため、1回に飲むお薬を一包にまとめたり、お薬の名前や飲み方、効能・効果や副作用などの情報を書いたメモをお渡しして説明をしたり、お薬手帳や健康手帳にお薬の情報などの記録もします。

医薬分業については明治時代から、当時の日本薬剤師会を中心に進められていた。大正5年に大日本医師会が医師による初の全国統一組織として成立したが、この大きなきっかけが、日本薬剤師会による医薬分業の実施へ向けた法整備に対する反対政治運動であった*2。このことから、医薬分業が医師と薬剤師の職能のあり方に大きな関わりをもっていることがうかがえる。

このような特に医薬分業が普及し始めたのは、病院経営の効率化や患者の権利、患者への情報提供開示などに関する議論が活発になり始めた1990年頃以降である。日本薬剤師会がまとめた、社会保険、国民健康保険、老人保健による「処方せん受取状況の推計」によると、平成4年の保険薬局の処方箋受取が推計値、約1億7900万枚(14.0%)であったのが平成12年には推計値、約5億80万枚(38.2%)まで大きく伸びてきている(図1)。

以上を踏まえると、医薬分業の普及は、①「患者がより薬の理解する」ことができる方向で患者と薬剤師の関係のあり方を変えていき、②保険医療機関の薬剤師と保険薬局の薬剤師との間での業務や役割の分担のあり方を問い、③医師と薬剤師の役割の再構築を迫っていると考えられる。

図1



4. 薬剤師従事者数の動向

「平成10年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」によると、平成10年12月31日現在の届け出薬剤師数は205,953人である(表1)。

これを、主に従事している業種ごとにみると、「薬局の従事者」が81,220人(総数の39.4%)で前回に比べ11,350人(16.2%)増加し、「病院・診療所の従事者」は49,039人(総数の23.8%)で、同55人(0.1%)増加している。「大学の従事者」は6,038人で、前回に比べ330人(5.8%)増加し、「医薬品関係企業の従事者」は45,821人、同705人(1.6%)増加している。「薬局の従事者」は大きく伸びている一方、「病院・診療所の従事者」の伸びがほとんどないことがわかる。

また、「病院・診療所の従事者」49,039人のうち、96.0%に相当する47,069人が「調剤業務」に従事している。

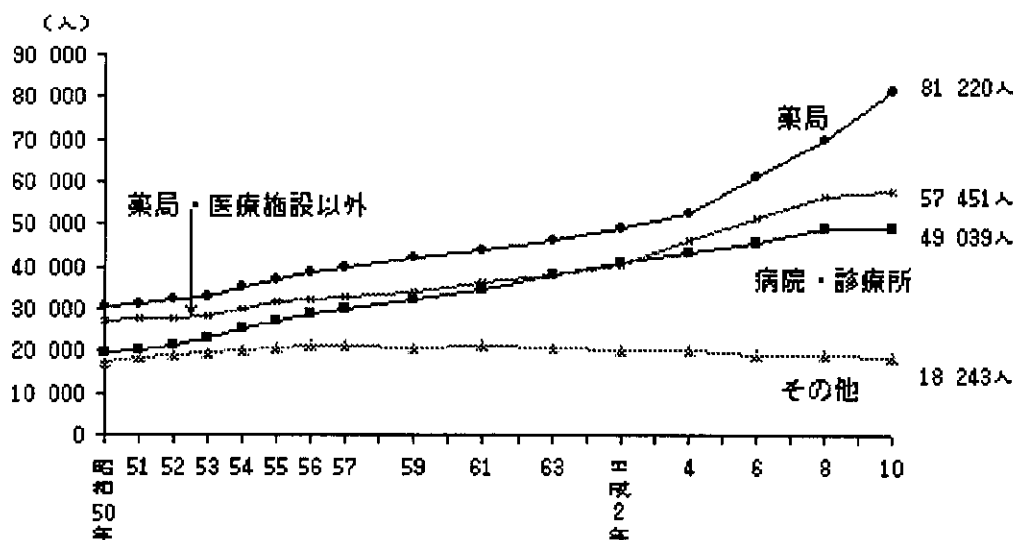
(表1)業務の種別にみた薬剤師数及び構成割合

年齢別にみると、29歳以下では、「病院・診療所の従事者」が「薬局の従事者」より多いが、それ以上では「薬局の従事者」の方が多くなっている(P. 80 表1)。

(表2 P.81)薬剤師の年齢別従事場所

また、薬剤師の従事数の年次推移を(図2)に示した。

(図2)薬剤師の従事場所別の従事者数の推移



「病院・診療所の従事者」は平成8年までは一貫して2年で5~10%程度の伸びを示していた。しかし、平成8年から平成10年にかけては0.1%と伸び率を大きく下げている。

この原因として考えられるのが、医療法における薬剤師の人員配置基準が変更されたことである。医療法における薬剤師の人員配置基準は、平成10年4月の医療法改正において、現行の「調剤数80につき薬剤師1人」から、「外来については処方せん75枚に1人、一般病床に入院する患者70人に1人、療養医療機関の薬剤師、保険薬局の薬剤師病床群・特例許可老人病棟に入院する患者150人に1人、精神病院・結核病院に入院する患者150人に1人」に変更された(ただし、施行後3年間は100床以下の一般病院は入院患者100人に1人。平成13年3月からは療養型病床群を療養病床と読みかえる)。この基準変更によって実質的に薬剤師の人員配置基準が下がり、病院によっては薬剤師の採用を控えたり、減らしたりするところもでた。

一方、薬局に従事する薬剤師は平成4年以降高い伸びを示している。これは医薬分業が進み、保険薬局において処方せん受取数が増加し始めた頃とほぼ一致する。

以上のように、薬剤師はその働き場を、病院から薬局へとシフトさせている。その理由は、人員基準変更による病院での受入の減少と、医薬分業の普及による薬局での役割拡大であると考えられる。

5. 薬剤師による情報提供や指導管理に関する報酬

さて、薬剤師が行う業務に関しては、保険医療機関は診療報酬、保険薬局は調剤報酬に評価がなされている。特徴的なのは、狭義の調剤に関する報酬だけでなく、薬剤に関する情報提供や服薬指導・管理についても点数が設定されていると同時に、細かい内容まで算定要件に記載されていることである。つまり、薬に関する情報提供は診療報酬によってかなりの部分保証されている。

A 調剤報酬

調剤報酬は、保険薬局で行われた調剤に対して調剤報酬算定表に基づき医療保険から支払われる。算定は、

請求点数＝調剤技術料＋指導管理料＋薬剤料＋特定保険医療材料料
とされ、特に指導管理料の算定要件が患者への情報提供に関係深い。

調剤報酬の中で、薬剤師による患者への情報提供に深く関連するのは指導管理料である。指導管理料は、以下のような構成となっている。

薬剤服用歴管理・指導料	22点	
特別指導加算		+20点
重複投薬・相互作用		+10点
服薬情報提供加算		+15点(月1回限り)
薬剤情報提供料1*	15点	
薬剤情報提供料2*	10点	
長期投薬特別指導料		30点
在宅患者訪問薬剤管理指導料	550点	
麻薬管理指導加算		+100点

この中の薬剤情報提供料1、薬剤情報提供料2は、患者に対し、患者の求めに応じて、以下の情報に関し、保険薬剤師が文書で情報提供を行った場合に算定できる。さらに具体的には、文書は複数の薬袋があるときは薬袋ごとに一覧できる文書にすること、患者によっては点字やボイスレコーダーなどをつかうこと、効果効果や副作用などに関する記載は患者が理解しやすい表現にすることなど、細かな文書の作り方までを含め算定の要件としている。

最近では、薬剤のカラー写真がはいった説明文書を薬剤と一緒に患者がもらうことも増えてきた(図3)。