

カルテ開示の影響についての医師の意識調査

タニモト サリナ オオタ ヒサヒコ オオイタ 隆
 谷本佐理名 太田 久彦 大井田 隆
 タカヤギ カズモ キムラ テツヒコ
 高柳 和江 木村 哲彦

目的 カルテ等診療記録の開示（以下カルテ開示）について議論が進められている。今後、開示の現場で混乱やトラブルをできる限り防ぐには、カルテ開示が診療にどのような影響を及ぼすのかを知っておくことは不可欠である。そこで、本調査では、(1)カルテ開示は診療内容に影響を及ぼすと考える医師とそうは考えない医師がいる、(2)開示が診療内容に影響をあたえるかどうかという考えの違いは医師の「カルテの位置づけ」または「記載内容の変化」により異なるという仮説を立てた。そして、仮説に関する項目を含んだ質問票を作成、送付し、カルテ開示が診療に与える影響を中心に検討した。

方法 N医科大学付属病院およびK医科大学付属病院に勤務している医師計881人に対し郵送自計方式で調査を行った。

結果 回答があったのは483人で（回収率54.8%）、平均臨床経験年数は11.9±8.6年であった。

1) カルテ開示は診療内容に影響を与えると「思う」と答えた医師は、49.1%、「思わない」と答えたのは50.9%であった。具体的な影響を自由記載で求めたところ、記載は慎重な書き方になり、自己弁護的、形式的、保守的なものが多くなる。このことから保身的な治療が中心となり、治療の制限がおこるのではないかとといったこと、患者に関する主観的な情報の医療者間での共有ができなくなること、記載に時間がかかることによる、効率の低下などがあげられた。一方で、患者に理解できるような丁寧な記載が必要になるため、内容の記載が正確になる、情報伝達について相互の理解に誤りが無いようにする努力が期待できるということもあがっていた。

2) 「診断の根拠」、「医師の知識と思考過程を示すもの」、「医療スタッフの意思伝達の場合」といったカルテの位置づけと、カルテ開示による診療内容への影響の有無に関連は認められなかった。カルテ開示が前提となると記載できない内容が「ある」と答えた医師は、72.7%であった。カルテ開示が前提となると記載できないものが「ある」と答えた群は「ない」と答えた群より、カルテ開示は診療内容に影響が「ある」と答えた（Odds比3.6, $P < 0.01$ ）。開示を前提とするとカルテに記載できないものが「ある」と答えた群の中で、「病名」、「保険病名」、「自己批判」、「医療過誤を示す記載」、「医師の患者に関する主観的情報」を記載できないと答えた医師の方が、開示は診療内容に影響があると有意に答えた（ $P < 0.05$ ）。

結論 現場の医師の約半数が、開示は診療内容に影響を与えると答えた。具体的には、医療者間の情報伝達の制限などの影響があると考えていた。そして、診療へ影響の有無は、開示により記載できない情報の有無と関連していた。今後、医師が記載できないと考える情報の取扱い、情報の共有化など、今後いっそう医療情報の検討が必要と思われた。

Key words : カルテ開示, 医療行為を行う上でのカルテの位置づけ, 診療, カルテ記載, 医療情報

ルテ開示の法制化を求める報告書がまとまった¹⁾。日本医師会は、開示の法制化には反対する意を表明しているが、医師会会員に対して指針に沿った診療情報開示の周知を徹底する方針を示した²⁾。国立大学附属病院では、「国立大学病院における診療情報の提供に関する指針³⁾」を作成した。このように、法制化についての議論は残るものの、カルテ等の診療記録は開示される方向で準備がなされている。

これまで神奈川県保険医協会⁴⁻⁵⁾や健康保険組合連合会⁶⁾などにより開示に関する調査がなされ、カルテ開示に賛成の医師の割合は95年から97年の間に増加し、反対の医師の割合は減少したこと、患者の4割がカルテを見たいと答えていることなどが調べられている。しかし、開示によって肝心の診療がどのような影響を受けるかはあまり調べられていない。今後、日本においてもカルテ開示が進めば、現在のメモ的な要素が強い⁷⁾といわれるカルテとは記載内容の異なったカルテが作成されるだろう。患者の問題解決作業の一連の記録⁸⁾であるところのカルテの内容が変化すれば診療内容にも影響を与える可能性がある。そこで、本調査では、医師がカルテ開示は診療内容に影響を与えているか、またそういった考えはどのような事柄に関連があるかを調べることを目的とした。そして、この目的を達成すべく、(1)カルテ開示は診療内容に影響を及ぼすと考える医師とそうは考えない医師がいる、(2)開示が診療内容に影響を与えるかどうかという考えの違いは医師の医行為を行う上での「カルテの位置づけ」または開示による「記載内容の変化」により異なる、といった仮説を立て、実際に臨床に携わる医師を対象に調査を行った。

II 対象と方法

1. 対象

N医科大学附属病院およびK医科大学付属病院に勤務している医師計881人を対象とした。

2. 方法

平成10年12月25日、カルテ開示に関する自記式質問票を対象病院の事務部門に発送し、質問票はそこから各科の医師に配付された。質問票は、性別、臨床経験年数、カルテ開示は診療内容に影響を与えているかと思わないか、影響を与えるとす

れば具体的にどのようなことか(自由記載)、医療行為を行う上でのカルテの位置づけ、およびカルテ開示を前提としたカルテ記載の変化に関する質問から構成されたものを用いた(表1)。

カルテの位置づけに関しては、石川⁹⁾による「診療録」の位置づけを用い、「大変そう思う」、「そう思う」、「どちらとも言えない」、「そう思わない」、「まったくそう思わない」の5段階で回答を求めた。

また、カルテの開示が前提となると記載できないものの有無を問い、「ある」と答えた医師を対象に、開示を前提とすると記載できなくなる可能性のある医療情報に対して「記載できない」、「記載できないこともある」、「どちらとも言えない」、「ほとんど記載できる」、「記載できる」の5段階で聞いた。具体的な情報を設定するために、調査に先立ち、内科系、外科系の5人の医師からなるフォーカスグループを設け話し合った。その結果、「病名」、「保険病名」、「同僚医師への批判」、「自己批判」、「医療過誤をしめす記載」、「不確実な情報」、「医師の患者に関する主観的な情報」が開示を前提とすると記載できなくなる可能性のある医療情報としてあげられた。

他に、全医師を対象に開示によるカルテの記載量の増減を「非常に増える」、「増える」、「どちらとも言えない」、「減る」、「非常に減る」の5段階で問うた。

質問票は、N医科大学の場合は各々質問票と同時に配付した封筒により返送された。K医科大学の場合は、直接事務部門へ返送された。いずれも、プライバシーに配慮するため無記名で回答を得た。

3. 統計学的解析方法

2群間の検定には χ^2 検定およびMann-WhitneyのU検定を用いた。統計学的有意差の判定は $P < 0.05$ とした。これらの解析にはSPSS Release 7.5.1 J for Windowsを用いた。

III 結果

回答があったのは男性410人(84.9%)、女性73人(15.1%)の計483人であった。回収率は54.8%で、平均臨床経験年数は 11.9 ± 8.6 年であった。

表1 質問形式

問1	あなたの性別をお答えください。		1. 男	2. 女	
問2	臨床医師としての経験年数をお書きください。()年				
問3	あなたにとっての現在のカルテの位置づけに関してお答えください。				
	大変 そう 思う	そう 思う	どちらとも 言えない	あまり 思わない	まったく 思わない
1)	1	2	3	4	5
2)	1	2	3	4	5
3)	1	2	3	4	5
4)	1	2	3	4	5
5)	1	2	3	4	5
6)	1	2	3	4	5
7)	1	2	3	4	5
8)	1	2	3	4	5
問4	カルテの開示が前提となると記載できないものはありますか。		1. ある	2. ない	
問4で「ある」と答えた方は問5にお進みください。「ない」と答えた方は問6にお進みください。					
問5	カルテに記載できなくなると考えられるものに関してお答えください。				
	記載で きない	記載でき ない こともある	どちらとも 言えない	ほとんど 記載できる	記載 できる
1)	1	2	3	4	5
2)	1	2	3	4	5
3)	1	2	3	4	5
4)	1	2	3	4	5
5)	1	2	3	4	5
6)	1	2	3	4	5
7)	1	2	3	4	5
問6	カルテ開示によりカルテの記載内容の量は変わると感じますか。				
	1. 非常に増える	2. 増える	3. どちらとも言えない	4. 減る	5. 非常に減る
問7	カルテの開示は診療内容に影響を与えますか。		1. 思う	2. 思わない	
問8	問7で「思う」と答えた方におききます。どのような影響があると考えられますか。考えられることをお書きください。				

1. 診療内容への影響

カルテ開示は診療内容に影響を与えると「思う」と答えたのは、237人(49.1%)、「思わない」と答えたのは246人(50.9%)であった。具体的な影響として、大きく分けて3つの内容が認められた。一つは、診療の姿勢や過程に関するもので、保身的な治療が中心となったり、患者に関する精神的な評価などを含めた主観的な情報を医療者間で共有することができなくなることにより、治療の制限がおこるということであった。これに関しては、他にも記載が慎重となり、自己弁護的、形式的、消極的な記載が多くなること、記載のマニ

ュアル等の必要性が生じることによるなどの記載が認められた。

二つ目が、診療のやり方に関わることであった。患者への説明やカルテ記載に時間がかかり、患者の待ち時間が増える、効率が低下するということであった。一方で、この効率の低下に関する記載には、患者に理解できるように丁寧な記載が必要となるため、記載が正確になる、情報伝達について相互(患者と医師)の理解に誤りがないようにする努力が期待できる; インフォームドコンセントが充実するといったこともあがった。

三つ目は、直接診療内容に影響を与えるという

表2 カルテの位置づけ

	大変そう思う		思う		どちらとも言えない		あまり思わない		まったく思わない	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
診断の根拠 (医療行為の証明) である	158	32.7	296	61.3	26	5.4	3	0.6	0	0
医師の知識と思考過程を示すものである	108	22.4	278	57.6	65	13.5	27	5.6	3	0.6
医療スタッフの医師伝達の場合である	78	16.1	286	59.2	72	14.9	45	9.3	2	0.4
訴訟の場合の根拠である	35	7.2	173	35.8	149	30.8	110	22.8	15	3.1
医療スタッフの議論の場合である	94	19.5	260	53.8	93	19.3	30	6.2	6	1.2
患者と医療者の意志伝達を行うものである	14	2.9	100	20.7	126	26.1	190	39.3	51	10.6
学術研究のためのものである	15	3.1	152	31.5	151	31.3	128	26.5	36	7.5
教育の源のためのものである	22	4.6	148	30.6	150	31.1	128	26.5	34	7.0

より、「開示」の過程および事後フォローを必要とするものかもしれないが、未告知の悪性疾患、末期状態、難治疾患、遺伝性疾患、精神疾患、精神面から来る症状などをもつ患者の対応についてであった。精神的ケアを含めてどうしたらよいのかといった懸念が示された。

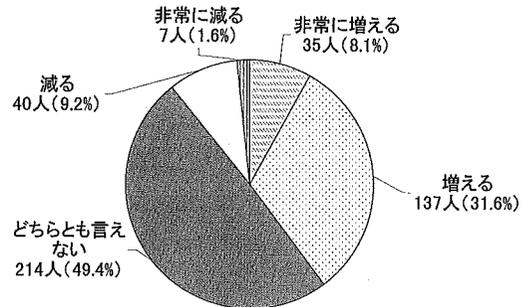
2. 医療行為を行う上でのカルテの位置づけ (表2)

カルテの位置づけについては、454人 (94.0%) が「診断の根拠 (医療行為の証明)」に、386人 (80.0%) が「医師の知識と思考過程を示すもの」に、364人 (75.3%) が「医療スタッフの意思伝達の場合」に、208人 (43.0%) 「訴訟の場合の根拠」に「大変そう思う・思う」と答えた。「患者と医療者の意志伝達を行うものである」に「大変そう思う・思う」と答えたのは114人 (23.6%) であった。これらの位置づけとカルテ開示の診療内容への影響の有無の間に関連は認められなかった (表3)。

3. カルテ開示による記載内容の変化

カルテ開示が前提となると記載できない内容が「ある」と答えた医師は、351人 (72.7%) であった。この「ある」と答えた群は「ない」と答えた群よりカルテ開示は診療内容に影響が「ある」と答えた (Odds比3.6, 信頼区間2.31-5.60, $P < 0.01$, 表4)。これらの医師に、開示による記載内容の変化を聞いたところ、約6-7割の医師が「病名」、「保険病名」、「同僚医師への批判」、「自己批判」、「医療過誤を示す記載」、「不確実な情報」、および「医師の患者に関する主観的情報」

図1 カルテ開示によるカルテ記載量の変化



が「記載できない」もしくは「記載できないこともある」と答えた (表5)。このうち、「病名」、「保険病名」、「自己批判」、「医療過誤を示す記載」、「医師の患者に関する主観的情報」と診療内容への影響の有無の間に関連が認められた ($P < 0.05$, 表6)。記載量の増減に関しては、回答者の約4割の172人が記載量はカルテ開示により「非常に増える」もしくは「増える」と答え、「減る」もしくは「非常に減る」と答えたのは47人 (10.8%) であった (図1)。このうち25%以上の医師が、「同僚医師への批判」、「自己批判」、「医療過誤を示す記載」、「医師の患者に関する主観的情報」を「記載できない」と答えていた (図2)。

IV 考 察

本調査の対象者は大学病院に勤務する医師である。平成8年の医師・歯科医師・薬剤師調査の概要¹⁰⁾によると、医育機関附属の病院勤務者は全体

表3 診療への影響とカルテの位置づけ

		診療への影響				Mann-Whitney のU検定	
		ある (n=237)		ない (n=246)		z 値	P 値
診断の根拠 (医療行為の証明) である	大変そう思う	76	32.1%	82	33.3%	-0.49	0.63
	思う	145	61.2%	151	61.4%		
	どちらとも言えない	14	5.9%	12	4.9%		
	あまり思わない	2	0.8%	1	0.4%		
	まったく思わない	0	0.0%	0	0.0%		
医師の知識と思考過程を示すものである	大変そう思う	55	23.2%	53	21.7%	-1.25	0.21
	思う	142	59.9%	136	55.7%		
	どちらとも言えない	29	12.2%	36	14.8%		
	あまり思わない	10	4.2%	17	7.0%		
	まったく思わない	1	0.4%	2	0.8%		
医療スタッフの医師伝達の場である	大変そう思う	37	15.6%	41	16.7%	0.00	1.00
	思う	143	60.3%	143	58.1%		
	どちらとも言えない	34	14.3%	38	15.4%		
	あまり思わない	21	8.9%	24	9.8%		
	まったく思わない	2	0.8%		%		
医療スタッフの議論の場である	大変そう思う	18	7.6%	17	6.9%	-0.01	1.00
	思う	82	34.6%	91	37.1%		
	どちらとも言えない	77	32.5%	72	29.4%		
	あまり思わない	54	22.8%	56	22.9%		
	まったく思わない	6	2.5%	9	3.7%		
訴訟の場合の根拠である	大変そう思う	52	21.9%	42	17.1%	-0.90	0.37
	思う	121	51.1%	139	56.5%		
	どちらとも言えない	52	21.9%	41	16.7%		
	あまり思わない	9	3.8%	21	8.5%		
	まったく思わない	3	1.3%	3	1.2%		
患者と医療者の意志伝達を行うものである	大変そう思う	4	1.7%	10	4.1%	-1.04	0.30
	思う	46	19.5%	54	22.0%		
	どちらとも言えない	65	27.5%	61	24.9%		
	あまり思わない	94	39.8%	96	39.2%		
	まったく思わない	27	11.4%	24	9.8%		
学術研究のためのものである	大変そう思う	7	3.0%	8	3.3%	-1.43	0.15
	思う	81	34.2%	71	29.0%		
	どちらとも言えない	78	32.9%	73	29.8%		
	あまり思わない	52	21.9%	76	31.0%		
	まったく思わない	19	8.0%	17	6.9%		
教育の源のためのものである	大変そう思う	13	5.5%	9	3.7%	-1.35	0.18
	思う	76	32.1%	72	29.4%		
	どちらとも言えない	75	31.6%	75	30.6%		
	あまり思わない	57	24.1%	71	29.0%		
	まったく思わない	16	6.8%	18	7.3%		

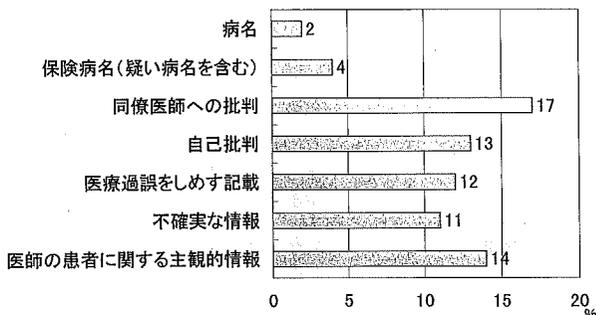
表4 記載可能の有無と診療影響

	診療への影響		$\chi^2=34.27$ $P<0.01$
	ある	ない	
記載でき ないもの	あり 201(57.3%)	150(42.7%)	
	なし 35(27.1%)	94(72.9%)	

の17.1%であること、および大学病院は特定機能病院として機能し、臨床体系において医師はいつでも専門性を追求するように性格づけられ、その結果大学の診療体制の下では臨床医としての価値観に無意識のうちに一般病院の医師とは相違が生ずる¹¹⁾ことから、本調査の対象者の代表性はあるというのは難しいかもしれない。しかし、すべての医師が大学で教育を受けていること、卒後研修を受けている医師の約75%が大学の附属病院で研修を受けている¹²⁾ことから、大学の附属病院に勤務する医師のみを対象とした本調査の結果が、全体の医師像から大きくかけ離れていないと思われる。

仮説(1)を立証するために、カルテ開示が診療内容に影響を与えるかを問うたところ、約半数が影響を与えると思う、と答えた。どのような影響があるかに関する自由記載は、大きく分けて3つあった。一つ目の診療の姿勢や過程に関するものに、患者に関する主観的な情報を医療者間で共有できなくなるといった懸念が表明されていた。これは、診療への影響があると答えた医師の中に記載できないものがあると多く答えていたことから裏付けられる。こういったカルテ記載に関することは、厚生省の「検討会」による報告書¹⁾でも触れられている。そこでは、現状の診療記録は適

図2 カルテ記載量が減ると答えた医師がカルテに記載できない内容 (n=47)



性な作成・管理の普及が遅れており、制度は不十分なものが少なくなく、内容についても施設、個人による差が大きいとされている。そういったことから引き起こされる問題に対し、(1)診療記録の作成・管理体制の整備、(2)診療記録の作成・管理に関する教育の充実、(3)記載内容、方法の標準化といった検討の必要性があげられている。本調査において、記載量が減ると答えた医師の25%が「同僚への批判」、「自己批判」、「主観的な情報」などが減ると答えたことから、今後カルテの標準化が進めば、こういった情報が減る可能性が考えられる。これらの情報が、どの程度診療に影響を与えていたかといった検討は必要であろう。なぜなら、今まで医師が自由に記載していた批判や不確実な情報、主観的な情報の中に、診療をよりよく進める役割を担っていたものもあるかもしれないからである。

二つ目は、診療のやり方に関わる内容であった。カルテの作成や説明に時間がかかることによる効率の低下などを懸念した意見である。同じ医

表5 カルテ開示による記載内容の変化

	記載できない		記載できないこともある		どちらとも言えない		ほとんど記載できる		記載できる	
	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%	人数	%
病名	19	5.4	241	68.7	28	8.0	26	7.4	37	10.5
保険病名 (疑い病名を含む)	30	8.5	207	59.0	57	16.2	29	8.3	28	8.0
同僚医師への批判	113	32.2	117	33.3	97	27.6	11	3.1	13	3.7
自己批判	71	20.2	142	40.5	98	27.9	19	5.4	21	6.0
医療過誤をしめす記載	74	21.1	137	39.0	115	32.8	12	3.4	13	3.7
不確実な情報	81	23.1	171	48.7	76	21.7	16	4.6	7	2.0
医師の患者に関する 主観的情報	62	17.7	171	48.7	73	20.8	23	6.6	22	6.3

表6 診療への影響と記載可否の程度

		診療への影響				Mann-WhitneyのU検定	
		ある (n=201)		ない (n=150)		z 値	P 値
病名	記載できない	15	7.5%	4	2.7%	-2.32	0.02
	記載できないこともある	141	70.1%	100	66.7%		
	どちらとも言えない	15	7.5%	13	8.7%		
	ほとんど記載できる	13	6.5%	13	8.7%		
	記載できる	17	8.5%	20	13.3%		
保険病名 (疑い病名を含む)	記載できない	22	10.9%	8	5.3%	-2.77	0.01
	記載できないこともある	123	61.2%	84	56.0%		
	どちらとも言えない	32	15.9%	25	16.7%		
	ほとんど記載できる	13	6.5%	16	10.7%		
	記載できる	11	5.5%	17	11.3%		
同僚医師への批判	記載できない	57	28.4%	56	37.3%	-0.56	0.57
	記載できないこともある	77	38.3%	40	26.7%		
	どちらとも言えない	55	27.4%	42	28.0%		
	ほとんど記載できる	8	4.0%	3	2.0%		
	記載できる	4	2.0%	9	6.0%		
自己批判	記載できない	45	22.4%	26	17.3%	-2.67	0.01
	記載できないこともある	88	43.8%	54	36.0%		
	どちらとも言えない	53	26.4%	45	30.0%		
	ほとんど記載できる	10	5.0%	9	6.0%		
	記載できる	5	2.5%	16	10.7%		
医療過誤をしめす記載	記載できない	49	24.4%	25	16.7%	-2.38	0.02
	記載できないこともある	79	39.3%	58	38.7%		
	どちらとも言えない	66	32.8%	49	32.7%		
	ほとんど記載できる	4	2.0%	8	5.3%		
	記載できる	3	1.5%	10	6.7%		
不確実な情報	記載できない	43	21.4%	38	25.3%	-0.06	0.95
	記載できないこともある	104	51.7%	67	44.7%		
	どちらとも言えない	42	20.9%	34	22.7%		
	ほとんど記載できる	7	3.5%	9	6.0%		
	記載できる	5	2.5%	2	1.3%		
医師の患者に関する主観的情報	記載できない	40	19.9%	22	14.7%	-2.20	0.03
	記載できないこともある	103	51.2%	68	45.3%		
	どちらとも言えない	36	17.9%	37	24.7%		
	ほとんど記載できる	12	6.0%	11	7.3%		
	記載できる	10	5.0%	12	8.0%		

師の間でさえ、時に解釈の異なることのある医療において、情報を提供して患者が理解するという事は、大変難しいことであり時間のかかることである¹³⁾。患者への説明となると、より時間がかかることが予想される。また、患者が意思決定できるような情報を十分伝えることは時に、患者の

要求が時に多くなり、アクセスの不公平が起りうるという¹³⁾。一方で、本調査の結果の中で時間がかかることに関して、情報の理解が深まるといった肯定的な意見が見受けられたことから、診療に時間がかかることは必ずしも悪い結果ばかりを引き起こすわけではないようである。アメリカで

は、専門家のインタビューなどを含めたビデオ等を用い、疾患やその周辺知識を伝達し、患者の意思決定を助けるという試みもなされているという¹³⁾。おそらく、こういった、主治医のみというより組織的に対応することで、開示をよりよく進めることができよう。

三つ目は、悪性疾患等の病名の伝達に関することであった。これは、開示が前提となると記載できない内容があると答えた医師のなかで「病名」、「保険病名」と診療への有無に関連が認められたことと関連があろう。これまで、開示にあたっての懸念の一つとして、がんなどの病名を伝えないのは、患者に対する温情的専断であるという主張があったという¹⁴⁾。実際に、病名を伝える場合はその後のケア体制が十分整っている必要がある。岡島¹⁴⁾は、診療録へのアクセスは入り口であり、行き着くところの一つに、死の方法の自己選択があるという。そして、こういった議論なく、入口のアクセスだけに話しを集中させることに対する懸念を示している。検討会の報告書では、がんおよび精神病については、診療情報の提供の例外と述べられているが、本調査で上がった、難治疾患、遺伝性疾患などの伝達に関しても今後の課題であろう。情報開示の後、どのように自己決定していくのかといった議論も必要だ。なお、本調査では指摘がなかったが、海外では痴呆の診断の伝達はどうかといった課題も指摘されている¹⁵⁾。

「検討会」報告書概要¹⁾によると一般的に診療情報とは、医療の提供の必要性を判断し、または医療の提供を行うために、診療等を通じてえられた患者の健康状態やそれらに対する評価および医療の提供の経過に関する情報であり、これらが紙等の媒体に患者ごとに記録されたものが診療記録であるという。本調査のカルテの位置づけに関する結果では、「医師の知識と思考過程を示すもの」に80%の医師が「大変そう思う」、「思う」と答え、検討会の報告書と同様の認識があると考えられる。一方、先の開示が診療内容に与える影響では、診療の姿勢や過程、医療者間の情報伝達、患者との情報伝達に関することがあがった。こういったことに関連するカルテの位置づけとして「医師の知識と過程を示すものである」、「医療スタッフの意思伝達の場合である」、「患者と医療者の意思

伝達を行うものである」などが考えられ、診療への影響の有無と関連があることも予想できたが、本調査の結果では、関連は認められなかった。

開示が前提となると記載できない内容があると答えた医師の方がないと答えた医師より、開示が診療に影響があると答えていた。そして、具体的な記載内容に関しては、「病名」、「保険病名」、「自己批判」、「医療過誤をしめず記載」、「医師の患者に関する主観的情報」と診療への有無に関連が認められた。開示に対する抵抗感として、開示を前提としていないカルテのなかには、感想、評価、注意事項など、患者にそのまま見せると信頼関係を損なう可能性があることや、何に使うのかという目的に対する警戒感が強い¹⁵⁾ことから、こういった情報の開示に消極的な意見が認められたのだろう。イスラエルで行われた調査¹⁷⁾によると、患者へのカルテの開示に反対する理由として、カルテは医師や施設のものであること、患者がカルテを紛失してしまうのではないかということ、および患者は理解できないといったことがあがった。また、アメリカで行われた調査¹⁸⁾では、対象の医師のおよそ1/4が開示に対して反対としており、その理由として患者との関係が損なわれるといったことが上げられている。ドイツにおいて、閲覧請求の対象を自然科学的に客観化する所見と投薬に関する記載や手術報告書のような治療処置に関する記録に限定した¹⁹⁾。そして、医師の主観的評価などについては、閲覧請求権が否定されている¹⁹⁾。「自己批判」、「同僚医師への批判」、「医師の患者に関する主観的情報」といった比較的主観的と考えられるが、こういった主観的情報は、時に医療者同士の情報伝達として活用され、診療を円滑に行う一つの手段としてとらえることもできる。それゆえ、診療への影響の有無と関連があつたとも考えられる。ドイツでは、「診断」は、自然科学上・医学上の教育を受けた医師による判断を伴う、精神的な、それ故主観的な営みであり、あらかじめ客観的に選ばれた所見ないし認識についての個人的・主観的評価であるといった理由で“主観的事項”として分類されている¹⁹⁾。本調査の回答者がこういった見解と同様に、「病名」や「保険病名」を主観的情報ととらえたため、診療への有無と関連があつた可能性もあろう。

現在の日本でどの程度の過誤が起っているかは、あまり調べられていないが、リスク・マネジメントの普及が、日本ではまだまだといわれても仕方がないような事故が多発しているという²⁰⁾。本調査の結果では、「医療過誤を示す記載」の記載の程度と診療への影響の有無に関連が認められたが、実際に、カルテ記載量が減ると答えた医師の6割以上が「記載できない」もしくは「記載できないこともある」と答えていた。例えばミステイクが起ったとしても患者の健康上の結果を最大限よくするという視点で考えるならば、開示をすることによって、タイミングよく適切な治療の提供、症状の原因が明らかになることによる患者の不安の緩和、医師・患者関係の強化などにつながることも考えられるという²¹⁾。このことから、今後ミステイクを引き起こさないような環境整備に加えて、どのようにミステイクの情報を伝達するかといった検討も一層必要となるだろう。

本調査の結果では、「不確実な情報」の記載の程度と診療への影響の有無の間に関連は認められなかったが、「記載できない」もしくは「記載できないこともある」という回答が、開示により記載できないものがあると答えた医師の7割と、多く認められた。カルテは不確実なデータを含むことがあるという理由で、患者への開示が制限されたり部分的なものになることもあるという議論は海外でもなされている²²⁾。また、医師の間で治療に関する不確実な情報が患者に及ぼす影響への懸念もある¹³⁾。実際の診療過程に推量的な要素があるということを知らせることが、信頼関係に害を与えるのではないかと²³⁾、また、プラシーボ効果が起らなくなることによる治療の有効性に対する疑問の声もあるようだ¹³⁾。こういったことから、医師が不確実な情報の開示に消極的であるのかもしれない。一方で、例えば記載されている内容を好ましいと思わなくても、記録を見ることは治療に効果があること²⁴⁾、情報を伝えることで、誠実さが伝わり、より有効なコミュニケーションが取られるということも報告されている²⁵⁾。いずれにせよ、医療の中に不確実な要素があるのだということは、情報開示の際に理解を得る必要があるだろう¹³⁾。同時に、医師もこういった情報をうまく伝える手段を身につけなくてはならない。

開示に関しては、「あらゆる可能性を想定して

開示により起こり得る問題点を細大漏らさずリストアップ、検討を重ねた上で、ガイドラインを早急につくる必要がある」、「早い時期での開示スタートに執着するあまり、肝心なステップが省かれれば、開示の現場で混乱やトラブルが多発することは目に見えている」といった危惧がある²⁶⁾。本調査からは、現場の医師の約半数がカルテ開示により記載内容が変化し、診療内容に影響を与えていると考えていることが示唆された。今後開示が進むとすれば、こういった医師が記載できないと考える情報をどう扱うかという問題が出てくるだろう。石川らが²⁷⁾述べているように、医療情報を質的階層構造化する必要があるかもしれない。その時に、こういった情報をどのように階層化するのか、また階層化された情報のうち共有すべきもの、そうでないものがあるのだろうか。患者の主観的情報、検査データなどの客観的情報は、患者個人に属するものだ。一方で、作成者の主観も加わった思考過程に関しては、作成者にコントロール権限（職務として作成した情報の行方、使い方を支配する権限）を認めるべきではないかという指摘や²⁷⁾各々のプロフェッショナルは、主観的、仮説などの情報を個人的に保持する権利があるのではないかといった議論もある²²⁾。

一方で、情報の共有化が診療の質を上げることも期待されるが、共有化ということになると、どうであろうか。入院患者を2つのグループに分け、一つのグループの患者は、自由にカルテを見られるような状況を設定し、もう一つのコントロールグループと比較したところ、カルテの内容を理解するのが困難な場合が少なくなると、医療上の問題点などの列挙に両者の差はなかったが、患者と医師のコミュニケーションをはかれるようになったという²⁸⁾。これは、開示が患者と医療者の関係を変える可能性を示しているといえよう。医療者は、医学知識や一人ひとりの患者で得られた情報を伝える場合、患者に対する思いやりや人間的なもの、患者やその家族にとっての医療者側に共感性が感じられるかどうか、コミュニケーションの技量があるレベル以上に達しているかどうかによって、情報の伝達のされ方が大きく異なると考えられている²¹⁾。こういったことから、コミュニケーションの技術も含めた開示のための環境整備が整った時、カルテ開示では、真の情報の共有化

をもたらすと思われる。

最後に、最も忘れてはならない視点は、医療を受ける側の希望にそった開示かどうかということである。健康保険組合連合会⁶⁾の患者を対象とした調査によると、見たいカルテの内容(入院)では「医師の記載コメント」が69%で最も多かったという。果たして、今後開示される情報はこういった医療を受ける側の希望を満たすものなのだろうか。また、情報開示の際に忘れてはならないのが「自己責任の原則」である。開示された情報をもとに自己管理判断するうえでの責任については、患者自身が追わざるを得ない²⁶⁾。一方で、米国の現場でインフォームドコンセントの実践が困難な理由の一つに「患者の意思決定の限界」があがっている²⁹⁾。情報の非対称性がある中で、すべてを自己責任の原則に当てはめようとする、返って判断を誤り、医療の質の低下を招きかねない。

カルテ開示は、ただ単に現状のカルテを開示するというのではない。カルテの記載内容は変化し、情報の共有の方法も変わっていく。そして、診療内容にも影響を及ぼすことが本調査で示唆された。今後よりよいカルテ開示を進めるには、こういったさまざまな出来事への検討を医療を受ける側の理解を得ながら進めていく必要があるだろう。

(受付 1999. 2.26)
(採用 2000. 2.21)

文 献

- 厚生省。「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」報告書, 1998. 6. 18.
- 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。中間報告 診療情報の適切な提供を实践するための指針について 1999. 1. 12.
- 国立大学医学部附属病院長会議常置委員会。国立大学病院における診療情報の提供に関する指針。1999. 2. 17.
- 神奈川県保険医新聞。1996年9月21日: 1337; 6.
- 保険医の臨床。1997年11月1日: 376; 14.
- 健康保険組合連合会。平成9年度特別保険福祉事業患者の医療に対する現状認識と意識。平成10年3月; 25.
- 中林 梓。レセプトは誰のものか。医事業務事情 1998; 104: 36-38.
- 岩崎 榮, 木村 明。新版診療記録管理学通論。東京: 日本病院共済会, 1994; 35.
- 石川 澄。ネットワーク環境におけるカルテ開示。新医療 1998; 8: 30-33.
- 厚生省大臣官房統計情報部 保険社会統計課保険統計室。平成8年 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況。構成の指標 1998; 45: 32-42.
- 伊賀六一。これからの医師の確保と大学病院 大学人と病院人との認識の差を問う。病院 1996; 55: 123-127.
- 畑尾正彦。卒後臨床研修の現状と改革の動向。日本医学教育学会編。医学教育白書。東京: 篠原出版株式会社, 1998; 63-72.
- Coulter A. The pros and cons of shared clinical decision-making. Journal of Health Services Research and Policy 1997; 2: 112-121.
- 岡島光治。診療情報の帰属と開示の諸条件—診療録は誰がためのものか—診療管理 1996. 8. 8-25.
- Vassilas CA., Donaldson J. Telling the truth: what do general practitioners say to patients with dementia or terminal cancer? British Journal of General Practice 1998; 48; 1081-2.
- 奥平哲彦。カルテの開示について。日本医師会雑誌 1998; 120: 260-264.
- Weiss M. (1997) For doctors' eyes only: medical records in two Israeli hospitals. Culture, Medicine & Psychiatry 21: 283-302.
- Samuels A., Barrister BA. Access to health records. Med. Sci. Law 36 4 1996 317-319.
- 山下 登。診療録の開示をめぐる若干の論点についての検討。日本医事法学会編。年報医事法学。東京: 日本評論社, 1999; 33-43.
- 日本医師会。医療安全対策の取り組みを協議 http://www.med.or.jp/japanese/ippan/nic_hinews/n110505g.html
- 福井次矢。臨床における情報伝達の質と価値。日本医師会雑誌 1998; 120; 231-241.
- Gevers JKM. (1983) Issues in the accessibility and confidentiality of patient records. Social Science & medicine 17: 1181-1190.
- Brewin T. (1985) Truth, trust and paternalism. Lancet ii: 490-493.
- Bloch S, Riddell C, Sleep T., can patients safely read their psychiatric records? med J Aust 1994. 161 665.
- Katz J. (1984) The silent world of doctor and patient. New York: Free Press: 193.
- 情報開示 加速する情報化維持拡大の流れ 賛否の議論より現場の環境整備を。Phase 3 1999; 1: 38-39.
- 石川 澄, 清谷哲朗, 佐々木哲朗, 他。ネットワーク環境下における医療情報管理用件。医療情報学 1997; 17: 167-175.

- 28) Stevens DP., Stagg R., Mackay IR. What happens when hospitalized patients see their own records. *Annals of Internal Medicine* 86 474-77 1977.
- 29) 中島和江. 情報公開時代にいかにも備えるべきか. *日本医師会雑誌* 1998; 120: 272-278.

DOES DISCLOSURE OF MEDICAL RECORDS TO PATIENTS INFLUENCE MEDICAL CARE?

Sarina TANIMOTO*, Hisahiko OHTA*, Takashi OHIDA^{2*},
Kazue TAKAYANAGI*, Tetsuhiko KIMURA*

Key words: Disclosure, Influence, Medical care, Subjective information, Objective information

Disclosure of medical records to patients has been assessed, but the influence of disclosure on medical care has not been well researched. To address this situation, this study was conducted to test three hypotheses: 1) doctors think that the disclosure can influence medical care, 2) whether doctors think disclosure can influence medical care depends on how they rank medical records (for example, as evidence for diagnosis and treatment, a process to reach a diagnosis, a tool to communicate with other medical staff, etc), and on whether they think medical record disclosure could change the content of the record. Questionnaires were sent to 881 doctors who work at two hospitals affiliated with N Medical School and K Medical University.

Results. Four hundred eighty-eight doctors responded. The findings related to the hypotheses were as follows:

1) Those who answered that the disclosure could have an influence on medical care were 49.1% of the total.

2) There was no relation between how doctors ranked medical records and whether they thought disclosure could influence medical care.

3) Doctors who answered that there were things that they would not be able to write if medical records were disclosed accounted for 73.5% of the total. These doctors answered "yes" significantly higher to the question that the disclosure could influence medical care than others (Odds 3.6, $P < 0.01$). Doctors who thought they would not be able to enter the diagnosis, the name of the disease for insurance, self-evaluation, information that could be judged and subjective information answered that disclosure could influence on medical care ($P < 0.05$).

It was assumed that disclosure of medical records to patients could change the content of the medical records and that could influence medical care. How to deal with information will become an important issue if records are disclosed.

* Department of Health Services Administration, Nippon Medical School

^{2*} Department of Epidemiology, National Institute of Public Health