

(1) 開示の指針と国立病院療養所の現況について

阿 南 誠

GUIDELINE OF MEDICAL INFORMATION DISCLOSURE IN NATIONAL MEDICAL INSTITUTIONS AND CURRENT STATE

Makoto ANAN

はじめに：診療録の価値、法的な位置づけ

診療録の価値については、日常診療、医学研究教育、公衆衛生、病院管理、法律等があるとされているが、最近では、法律上の価値ということが、患者の立場からも非常に重要なことととらえられるようになってきた。

これらの価値や目的は、最終的には患者の利益に反映されるというものの、実態として、医療機関側にイニシアティブがあるということが当然とされてきた。

その理由は、法的な問題に加えて、権利を争っても最終的には、医療機関側に優先権があるという現状があるからである。

※昭和61年東京高裁診療録閲覧請求事件判決、「説明する義務を負うものの、そのものを見せる必要は認めない」

ただし、民法645条が示すように、「受任者はいつでも報告する義務があり委任終了後はその顛末を速やかに報告する義務がある」という義務があることも事実である。

また、医師法第24条に定める診療記録に関する医師の義務と責任は非常に重く、そのために、医師法33条の2として、違反に対する罰則（罰金50万）の規定があることは、国立医療機関の医療者だけではなく、ほとんど知られていないという現実がある。

このような状況のなかで、旧厚生労働省が、いわゆる「カルテの開示」を認める指針を策定し、全国立医療機関対象として実施に踏み切ったことは非常に重く受け止

める必要がある。筆者は、国立病院部内に組織された「国立病院等診療情報提供推進検討委員会」に参画し指針策定に関わる機会を得、さらには実際に実務者として、当初から診療情報開示についての患者対応窓口等を経験しているので、指針策定の議論、情報開示の考え方等、患者側からの視点もふまえて論じてみたい。

医療行為が違法とされないためにはあまり意識されていないのではないと思われるが、法的には医療行為は傷害行為等とされてしまう可能性があることをまず理解しておく必要がある。

つまり、医療行為と傷害行為は紙一重という面もあり、行った行為を医療行為として正当化する必要がある。必要な条件について、私見を提示する。

- 1) 患者の意思確認と同意
- 2) 医療行為の目的の必要性と正当性
- 3) 医学的見地からの妥当性（evidence）と効能
- 4) 法定的環境の整備（設備等も含む）→行うべき環境、順法

1) はいわゆるインフォームドコンセント、説明義務にかかることであり、患者の意思確認の必要性である。2) については、その医療を選択する必要性があったかということである。3) については、効能が十分に期待できるだけの妥当性が必要である。4) については、きちんと法的なルールのもとで医療が行われているのかということである。

国立病院九州医療センター（現：独立行政法人国立病院機構九州医療センター）National Kyushu Medical Center 医事課

Address for reprints: Makoto Anan, Medical Affair Division, National Hospital Organization Kyushu Medical Center, 1-8-1 Jigyohama, Chuo-ku, Fukuoka 810-8563 JAPAN

Received May 15, 2003

Accepted September 19, 2003

さらに重要なことは、医療行為であること、だったこと、を証明するのが「記録」であり、適切な手段を講じ、いつでも正当性を証明できることが必要である。

医師法第24条においては、「医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならない」とされ、さらに5年間の保存義務がある。

「遅滞なく」というのは正当な理由がなければ直ちにということであり、一般的にはその日のうちに、24時間以内に、とされている。正当な理由なく書き忘れてしまったは通用しないことを意味する。ここに医師法第24条の精神があると考えらるべきである。

国立医療機関の診療情報提供（指針）を考える

従来公開されていた日本医師会、国立大学病院院長会議等の指針との相違、特に特徴となるべき点は、概ね以下の点である。

(1) 死亡例について、遺族をも対象としたこと→「患者」だけではなく「国民」に向いていること。

(2) 指針の対象とする国立医療機関は、規模もその機能も大きな違いがあること。

(3) 2001年4月までの期限付きで、情報提供を行うことが明確にされ、努力目標ではなく義務であること。

(4) 提供すべき診療情報の定義がかなり踏み込んだものであり、医師法等で定める「診療録」だけではなく、事実上「患者情報」は看護記録等その他の記録すべてを含むこと。

これらのことは、従来公開されていた各種指針よりかなり踏み込んだものであり、特に、死亡例を含めたことは、後に、他の指針の改訂や解釈等に大きな影響を与えている。

さらには、医師の権限と責任の重さを明確にした、診療情報提供の定義を明確に示したことも非常に重要である。とくに、日常診療の説明、いわゆるインフォームドコンセントと開示という概念が明確に異なること、インフォームドコンセントを十分に行っていても患者の権利としての開示は別のものとして必要であることを示した点は、患者側にしても十分に受け入れられる考え方である。このことは、当該指針が公表された時に、死亡症例の扱いと並んでそれなりに評価されたことから明らかである。

当院の開示に向けての改善方策

まず、記録内容そのものの抱えた問題、それは、「不十分な記録」、「不適当な記録方法」、「記録そのものに誤りがある」、「記録相互に不整合がある」等である。これ

らは、開示可否以前の問題であり、改善を強力に進めた。

1) 不整合の防止→職種関係なく時系列記載する方法に変更を行った。

2) 不適当な記録→開示委員会にて議論の後、伝達（看護記録の記載を巡り弁護士から人権侵害の指摘あり）とともに様式の再検討の実施。

※記録する際の配慮→「あるがまま」を記載し主観を交えない。

3) 不十分、誤りのある記載→診療情報管理士のチェックの後、医長や会議に通告や報告するようにした（日付誤り、記載漏れ、著しく誠意の感じない記録、不適当な修正等の存在）。

※誤りは後に影響を残す→後の診療への悪影響の他、診断書の記載誤り等に繋がるので厳密にチェックする必要がある。

4) 以上の問題点をチェック、議論するシステムが必須であると考え、診療録委員会に「監査機能」を追加し、同時に規程の見直しを図った。

平成12年10月以来の当院の診療情報開示状況

平成14年10月10日現在の状況を以下に列挙する。

1) 開示申請20件（閲覧2件、謄写17件、要約書の希望が1件、キャンセル1件）。

その他、電話問い合わせ数件、実際に対面したこと数件。医師の説明を求めたものは事実上皆無であり、開示後の診療内容への疑問、不備の指摘はない。

2) 医療機関からの問い合わせ多数あり、関心が高いことを伺わせる。

3) 対応窓口は、医事専門官に統一している。

4) 問い合わせの際には、「医師の説明は十分であったか」、「開示申請に思い立った理由」等を確認しているが、説明不足という訴えはない。

5) 必ずしも悪意の申請ではなく、安心で安全を担保したいというニーズが主かと推察される。「もめごと」はあるが開示そのものが原因で争議に発展した例はない。

今後考えていくべきこと

最後に、今後考えていくべきことをいくつか提示しておわりとしたい。

1) 情報開示の実践とプライバシー保護は表裏一体であり非常に重要な課題である。対応部署を明確にかつ厳格にすべきである。

※専任担当者および診療記録の管理担当者（診療情報管理士）の配置とトレーニングが必須。

2) 診療のために記録はあるのであって争議のためで

はない。過剰な対応は本末転倒である。

3) 記録そのものは医師個人のものではなく、病院全体で責任を負って改善していくべきものであるとの認識を持って、病院全体で改善を継続していく必要がある。すでに医師個人で責任を負えるものではないということ

を認識すべきである。また、開示件数が少ないからとかをくくってはならない。

(平成15年 5 月15日受付)

(平成15年 9 月19日受理)