

原著

医療情報のコントロール権に関する意識調査

谷本佐理名

日本医科大学医療管理学教室

Do Patient and/or Physician have Right to Control Medical Information

Sarina Tanimoto

Department of Health Services Administration, Nippon Medical School

Abstract

An ongoing debate is underway on whether the right to control medical information required for objective evaluations and uncertain information should belong to the physician. In this study, the opinions of practicing physicians were examined.

Information appearing on medical records was divided into 10 items, and physicians were asked whether the right to control each item belonged to the patient and/or the physician. More than 60% the physicians answered that both patients and physician have the right to control information such as the diagnosis, examination findings, informed consent, and treatment. All of these items can be categorized as personal data. On the other hand, more than 70% of the physicians believed that only physicians have the right to control information such as the process to reach a diagnosis, subjective patient information, uncertain information and discussion with other physicians. Those physicians who answered that that both patients and physicians have the right to control information such as subjective patient information were more in favor of the disclosure of medical records than the physicians who were against the patient's right to control such information ($p < 0.05$)

The results of this study suggest that the right to control medical information on medical records should be considered separately for each chart item. As the network of medical information advances, the right to control medical information will become a topic of increasing importance (J Nippon Med Sch 2000; 67: 440-454)

Key words: medical record, right to control medical information, medical information

緒言

平成10年6月18日、厚生省の「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」により、法律に開示請求権と開示義務を定めるべきだとして、診療録開示の法制化を求める報告書¹がまとめられ、診療録は開示される方向で議論が進められている。法制化については、診療録の所有権が医療提供者側にあるとの考え方や、環境

の未整備、情報を管理する専門家養成の必要性などを論拠に、開示はあくまで医師の自発性により推進すべきという意見も根強い²。とはいうものの、平成11年2月に「国立大学における診療情報の提供に関する指針(ガイドライン)」³がだされるなど、診療録開示は確実に進んでいるといえよう。

診療録の開示は、昭和63年のいわゆる個人情報保護法の制定、各地の地方公共団体における個人情報保護条例等の制定の動きなどを受けた個人情報の自己コン

Correspondence to Sarina Tanimoto, Department of Health Services Administration, Nippon Medical School, 1-1-5 Sendagi, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8602, Japan.

e-mail: tanimoto@nms.ac.jp

Journal Website (<http://www.nms.ac.jp/jnms/>)

トロール, 医療従事者, 患者の信頼関係の強化, 情報の共有化による医療の質の向上といったことから強く求められるようになってきた¹.

一方で, 医療情報は個々のプライバシーに属し, 個々の価値観によっても秘匿性に違いがあることから, 情報の質によって階層化をはかり流通を管理すべきであり⁴, 階層化した情報のうち価値判断情報に関しては, 医師に情報の行方, 使い方を支配する権利(コントロール権)を認めてもよいのではないかと⁵といった意見がある. 海外では, すべてのプロフェッショナルは主観的, 暫定的, もしくは仮定的な情報を保持する自由が認められてもよいのではないかと⁶といった議論⁶, 医師の主観的評価といった情報については, 患者の閲覧請求権が否定されている⁷といったことがある. また, 情報によっては, 患者への診療録開示が前提となると記載できないものがあると答えた医師が, 同僚医師への批判, 医師の患者に関する主観的情報, 自己批判, といった記載に消極的になるという報告⁸もあり, 医師は, どの医療情報を誰に伝えるか, いずれの医療情報を診療録に記載するかといったことを自ずとコントロールしていると考えることができよう. 今後, 医療情報の開示, 情報のネットワーク化が進むなか, 情報一つとしてとらえるのではなく, 情報をいくつかに分け, 情報そのものおよびその流通に関する検討が必要となる.

そこで, 本調査では, 診療録に記載される医療情報をいくつかに分け, 実際に現状において医療情報をコントロールしていると考えられる医師に対し, 医療情報のコントロール権に関する意識調査を行った.

対象および方法

(1) 対象

対象は医療の質研究会⁹ 発足当初, サーベイのシミュレーション病院として選ばれた4病院に勤務する医師377人とした. なお, 各々の病院は, 千葉県にあるA病院(病床数784, 勤務医178人), 東京都にあるB病院(病床数477, 勤務医65人), 北海道にあるC病院(病床数536, 勤務医79人), および東京都にあるD病院(病床数377, 勤務医55人)である.

(2) 方法

診療録開示や医療情報に関する質問を含んだ自己記入式質問票を作成し, 平成11年3月20日に発送した. 質問票は, 各病院の施設長(院長もしくは理事長)に勤務医の人数分送付し, 各施設長から勤務する医師に対して配付された. 回答は, 無記名で行い, 質問票と

一緒に配付した封筒により, 個々に日本医科大学医療管理学教室宛に返送された. 平成11年4月1日の時点で, 返送数が153(40.6%)と少なかったため, 4月2日各病院の施設長に対し, 再度返送に関する依頼をファックスで行った.

質問票では, 年齢, 性別, 臨床経験年数, 診療科, 診療録開示の賛否および診療録に記載される10の医療情報のコントロール権に関する質問をした. 診療録開示の賛否は「賛成」「どちらかといえば賛成」「どちらとも言えない」「どちらかといえば反対」「反対」の5段階で回答を求めた. 医療情報については, 具体的な情報を設定するために, 調査に先立ち, 内科系(認定内科医3名), 外科系(日本外科学会認定医1名, リハビリテーション専門医1名)の計5名の医師からなるフォーカスグループを設け, 医師法の施行規則第23条やProblem oriented medical record(POMR)に関連する診療録の記載内容¹⁰を踏まえ, どういった医療情報が診療録に記載されるかを話し合った. その結果, 「診断名」「診察・検査結果」「診察・検査結果の評価」「診断に至る思考過程」「医師の患者に対する主観的情報」「未確定な情報」「医療過誤を示す記載」「他の医師とのディスカッション等の内容」「インフォームドコンセントの内容」, および「治療内容」の10の医療情報があがった. そして, そのすべての情報に関して患者または医師もしくは両者にコントロール権(質問票では, 石川ほか⁵の定義にしたがい「情報の行方, 使い方を支配する権利」と明記した)があるかを尋ね, コントロール権がある場合に「つけてもらった. 解析では, 「がついている場合コントロール権がある」とし, 「がついていない場合はコントロール権がない」とした. 診療録開示の賛否に回答があったもの, および10の情報のコントロール権に関して, 患者, 医師のいずれかもしくは両者に回答があるものを有効回答とした.

(3) 解析方法

年齢, 臨床経験年数といった計数値の解析にはt検定を, 年齢, 臨床経験年数と診療録開示の賛否の関連にはSpearmanの相関係数を, 有効回答, 無効回答の比較, 男女間の比較など2群間の検定には, χ^2 検定, Mann-Whitney 検定を, 病院間の検定など多群間の検定にはANOVA, Kruskal Wallis 検定を用いた. 統計学的有意水準は $p=0.05$ とした. これらの解析にはSPSS Release 7.5.1 J for Windowsを使用した.

結果

1. 返送者の属性

質問票の回収数は197で回収率は52.3%であった。返送者の平均年齢は 39.3 ± 10.7 歳、臨床経験年数は 13.4 ± 10.2 年、男性165人(83.8%)、女性32人(16.2%)であった。回答者と厚生省の医師・歯科医師・薬剤師調査による病院(医育機関の附属病院を除く)の勤務者¹⁾との年齢分布に違いは認められなかった(Fig. 1)。また、各病院別の回収率は、それぞれA病院37.1%、B病院66.2%、C病院59.5%、およびD病院74.5%であった(Table 1)。回答者の診療科の内訳は、「内科」が77人(39.1%)、「外科」が17人(8.6%)、「脳神経外科」が8人(4.1%)、「小児科」が14人(7.1%)、「皮膚科」が7人(3.6%)、「麻酔科」が5人(2.5%)、「放射線科」が7人(3.6%)、「耳鼻咽喉科」が6人(3.0%)、「産婦人科」が11人(5.6%)、「泌尿器科」が5人(2.5%)、「整形外科」が9人(4.6%)、「形成外科」が3人(1.5%)、「精神科」が3人(1.5%)、「眼科」が7人(3.6%)

、「その他」が17人(8.6%)、「記載なし」が1人(0.5%)であった。診療録開示の賛否に回答があったのは返送者のうち195名(返送者の99.0%)で「賛成」が40人(20.5%)、「どちらかといえば賛成」が59人(30.3%)、「どちらとも言えない」が54人(27.7%)、「どちらかといえば反対」が21人(10.8%)、「反対」が21人(10.8%)であった。

2. 有効回答と無効回答の比較 (Table 2)

有効回答数は162(82.2%)で、無効回答35(17.8%)のうち、7つがコントロール権の意味が分からないという理由で、無回答であった。有効回答と無効回答の間に、年齢、臨床経験年数、性別、診療科の差は認められなかった。診療科を内科系(内科、小児科、放射線科、精神科)と外科系(外科、脳神経外科、皮膚科、麻酔科、耳鼻咽喉科、産婦人科、泌尿器科、整形外科、形成外科、眼科)の2群に分けて、有効回答と無効回答を比較しても差は認められず、病院の回答数の比較でも4病院に差は認められなかった。また、診療録開示の賛否に関しても有効回答、無効回答間に違いは認

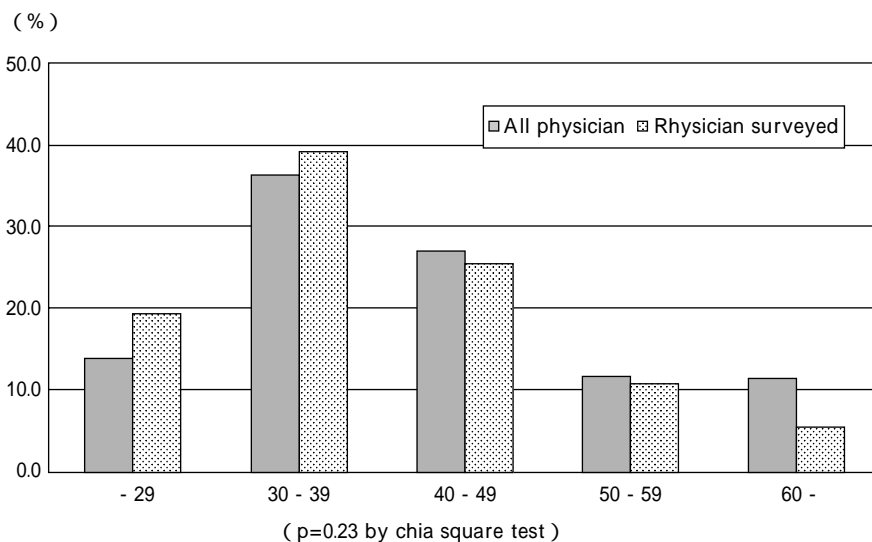


Fig. 1 Comparison of age distribution between all physician and physicians surveyed

Table 1 Collection of questionnaire

	Prefecture	No. of questionnaire sent	No. of collection on Apr. 1	No. of final collection	%	²	p
A Hospital	Chiba	178	52	66	31.1	34.08	0.00**
B Hospital	Tokyo	65	29	43	66.2		
C Hospital	Hokkaido	79	33	47	59.5		
D Hospital	Tokyo	55	39	41	74.5		
Total		377	153	197			

Statistical method: ² test

**p < 0.01

Table 2-1 Comparison between valid answers and invalid answers: Age and years of practical experience

	Valid (N = 162)	SD	Invalid (N = 25)	SD	t value	p
Age	38.8	10.2	41.5	12.3	- 1.37	0.17
Years of practical experience	12.8	9.6	15.8	12.5	- 1.31	0.20

Statistical method : t test

Table 2-2 Comparison between valid answers and invalid answers: Sex

	Valid	%	Invalid	%	²	p
Male	136	84.0	29	82.9	0.03	0.87
Female	26	16.0	6	17.1		

Statistical method : ² test

Table 2-3 Comparison between valid answers and invalid answers: Specialty

	Valid	%	Invalid	%	²	p
Internal Medicine	65	40.4	12	34.3	19.63	0.14
Surgery	17	10.6	0	0.0		
Neurosurgery	5	3.1	3	8.6		
Pediatrics	12	7.5	2	5.7		
Dermatology	6	3.7	1	2.9		
Anesthesiology	3	1.9	2	5.7		
Radiology	5	3.1	2	5.7		
Otorhinolaryngology	6	3.7	0	0.0		
Obstetrics and Gynecology	11	6.8	0	0.0		
Urology	3	1.9	2	5.7		
Orthopedic Surgery	7	4.3	2	5.7		
Plastic surgery	2	1.2	1	2.9		
Neuropsychiatry	3	1.9	0	0.0		
Ophthalmology	4	2.5	3	8.6		
Others	12	7.5	5	14.3		
Total	161	100.0	35	100.0		

Statistical method : ² test

Table 2-4 Comparison between valid answers and invalid answers: Specialty

	Valid	%	Invalid	%	²	p
Internal medicine, Pediatrics, Radiology, Neuropsychiatry	85	57.0	16	53.3	0.14	0.71
Surgical specialty	64	43.0	14	46.7		
Total	149	100.0	30	100.0		

Statistical method : ² test

Table 2-5 Comparison between valid answers and invalid answers: Hospitals

	Valid	%	Invalid	%	²	p
A Hospital	54	33.3	12	34.3	1.97	0.58
B Hospital	36	22.2	7	20.0		
C Hospital	36	22.2	11	31.4		
D Hospital	36	22.2	5	14.3		
Total	162	100.0	35	100.0		

Statistical method : ² test

Table 2-6 Comparison between valid answers and invalid answers: Answers whether they agree the disclosure of medical record or not

	Valid	%	Invalid	%	²	p
Totally agree	33	20.4	7	21.2	- 0.34	0.73
Agree	49	30.2	10	30.3		
Neither agree nor disagree	47	29.0	7	21.2		
Disagree	18	11.1	3	9.1		
Totally disagree	15	9.3	6	18.2		

Statistical method : ² test

められなかった。

3. 診療録開示の賛否とその関連事項

診療録開示の賛否と年齢および臨床経験年数の相関を見たところ、年齢や臨床経験年数が高いほど開示に賛成であるという関係が認められた(p<0.05)。性別で検討したところ、男性の方が女性より開示に賛成と答えた(Table 3 p<0.05)。診療科別にみると、全診療科間および内科系、外科系診療科で差はなく(Tables 4, 5), 4 病院間でも差はなかった(Table 6)。なお、男女で年齢、臨床経験年数を比較したところ、いずれも男性の方が高かった(Table 7 p<0.01)。

4. 患者、医師の医療情報におけるコントロール権の所在

患者に「診断名」のコントロール権があると答えた

のが 102 人(63.0%)、同医師が 156 人(96.3%)、患者に「診察・検査結果」のコントロール権があると答えたのが 119 人(73.5%)、同医師が 155 人(95.7%)、患者に「診察・検査結果の評価」のコントロール権があると答えたのが 78 人(48.1%)、同医師が 158 人(97.5%)、患者に「診断に至る思考過程」のコントロール権があると答えたのが 46 人(28.4%)、同医師が 158 人(97.5%)、患者に「医師の患者に対する主観的情報」のコントロール権があると答えたのが 35 人(21.6%)、同医師が 147 人(90.7%)、患者に「未確定な情報」のコントロール権があると答えたのが 42 人(25.9%)、同医師が 151 人(93.2%)、患者に「医療過誤を示す記載」のコントロール権があると答えたのが 78 人(48.1%)、同医師が 143 人(88.3%)、患者に「他の医師とのディスカッション等の内容」のコントロール権があると答えたのが 59 人(36.4%)、同医師が 154 人(95.1%)、患者

Table 3 Comparison of answers with regard to sex and whether respondents agree with the disclosure of medical record or not

	Male		Female		z	p
	No.	%	No.	%		
Totally agree	31	22.8	2	7.7	- 2.42	0.02*
Agree	43	31.6	6	23.1		
Neither agree nor disagree	37	27.2	10	38.5		
Disagree	15	11.0	3	11.5		
Totally disagree	10	7.4	5	19.2		

Statistical method: ² test

*p < 0.05

Table 4 Comparison of answers with regard to specialty and whether they agree with the disclosure of medical record or not

Whether respondents agree with the disclosure of medical record or not	Internal Medicine		Surgery		Neurosurgery		Pediatrics		Dermatology		Anesthesiology		Radiology		Otorhinolaryngology	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Totally agree	11	16.9	4	23.5	2	40.0	4	33.3	0	0.0	0	0.0	2	40.0	1	16.7
Agree	17	26.2	8	47.1	1	20.0	2	16.7	2	33.3	1	33.3	1	20.0	2	33.3
Neither agree nor disagree	22	33.8	3	17.6	2	40.0	3	25.0	0	0.0	2	66.7	2	40.0	2	33.3
Disagree	8	12.3	2	11.8	0	0.0	0	0.0	3	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Totally disagree	7	10.8	0	0.0	0	0.0	3	25.0	1	16.7	0	0.0	0	0.0	1	16.7

Obstetrics & Gynecology		Urology		Orthopedic Surgery		Plastic Surgery		Neuropsychiatry		Ophthalmology		Others		²	p
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
2	18.2	1	33.3	1	14.3	1	50.0	1	33.3	1	25.0	2	16.7	11.03	0.68
4	36.4	1	33.3	3	42.9	1	50.0	0	0.0	0	0.0	5	41.7		
2	18.2	0	0.0	2	28.6	0	0.0	2	66.7	2	50.0	3	25.0		
2	18.2	1	33.3	1	14.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	8.3		
1	9.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	25.0	1	8.3		

Statistical method: ² test

Table 5 Comparison of answers with regard to specialty and whether they agree with the disclosure of medical record or not

Whether respondents agree with the disclosure of medical record or not	Internal medicine, Pediatrics, Radiology, Neuropsychiatry		Surgical specialty*		z	p
	No.	%	No.	%		
Totally agree	18	21.2	13	20.3	- 0.84	0.40
Agree	20	23.5	23	35.9		
Neither agree nor disagree	29	34.1	15	23.4		
Disagree	8	9.4	9	14.1		
Totally disagree	10	11.8	4	6.3		

Statistical method: Mann-Whitney test . *Surgery, Neurosurgery, Dermatology, Anesthesiology, Otorhinolaryngology, Obstetrics and Gynecology, Urology, Orthopedic Surgery, Plastic Surgery, Ophthalmology

Table 6 Comparison of answers with regard to hospital and whether they agree with the disclosure of medical record or not

Whether respondents agree with the disclosure of medical record or not	A Hospital		B Hospital		C Hospital		D Hospital		z	p
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Totally agree	15	27.8	7	19.4	7	19.4	4	11.1	12.97	0.37
Agree	16	29.6	11	30.6	14	38.9	8	22.2		
Neither agree nor disagree	15	27.8	11	30.6	9	25.0	12	33.3		
Disagree	5	9.3	2	5.6	5	13.9	6	16.7		
Totally disagree	3	5.6	5	13.9	1	2.8	6	16.7		

Statistical method: χ^2 test

Table 7 Comparison of answers with regard to sex and age and years of practical experiences

		No.	Average years	SD	t value	p
Age	Male	136	39.9	10.5	4.492	0.00**
	Female	26	33.1	6.2		
Years of practical experience	Male	136	13.8	10.0	4.335	0.00**
	Female	26	7.8	5.6		

Statistical method: t test

**p < 0.01

に「インフォームドコンセントの内容」のコントロール権があると答えたのが134人(82.7%),同医師が151人(93.2%),患者に「治療内容」のコントロール権があると答えたのが135人(83.3%),同医師が154人(95.1%)であった。これらをおのおの情報のコントロール権の所在の回答により、「患者と医師」、「医師のみ」、「患者のみ」、「患者と医師のどちらでもない」の4群に分けたところ、「患者と医師」の両方にコントロール権があると答えたのが、「診断名」で99人(61.1%),「診察・検査結果」で113人(69.8%),「インフォームド

コンセントの内容」で125人(77.2%),「治療内容」で129人(79.6%)といずれも60%を超えた。一方で、「医師のみ」にコントロール権があると答えられたのは、「診察・検査結果の評価」83人(51.2%),「診断に至る思考過程」113人(69.8%),「医師の患者に対する主観的情報」114人(70.4%),「未確定な情報」112人(69.1%),「他の医師とのディスカッション等の内容」98人(60.5%)といった情報に多く見られた。いずれの情報でも、「患者のみ」にコントロール権があると答えられたのは「診断名」で3人(1.9%),「診察・検査結果」で6人

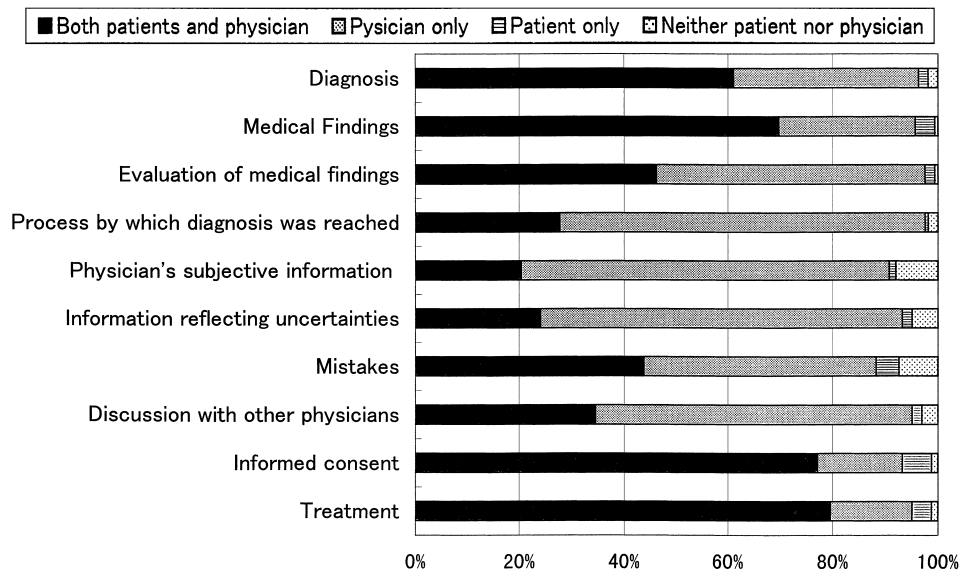


Fig. 2 Comparison of answers with regard to patient's and physician's right to control individual medical information

(3.7%)、「診察・検査結果の評価」で3人(1.9%)、「診断に至る思考過程」で1人(0.6%)、「医師の患者に対する主観的情報」で2人(1.2%)、「未確定な情報」で3人(1.9%)、「医療過誤を示す記載」で7人(4.3%)、「他の医師とのディスカッション等の内容」で3人(1.9%)、「インフォームドコンセントの内容」で9人(5.6%)、「治療内容」で6人(3.7%)と少なかった(Fig. 2)。

5. コントロール権の所在とその他の事項との関連

各々の情報のコントロール権の所在の回答(「患者と医師」「医師のみ」「患者のみ」「患者と医師のどちらでもない」と性別、年齢、臨床経験年数、および診療録開示の賛否の回答との間の関連をみた。コントロール権の所在と性差には関連が認められなかった(Table 8)。年齢に関しては、「インフォームドコンセントの内容」と「治療内容」で差が認められたが、その後の多重比較からいずれも、回答者が2人のみであった「患者と医師のどちらでもない」とその他の群との差であった(Table 9)。また、臨床経験年数に関しては、「診断名」「診察・検査結果」「インフォームドコンセントの内容」と「治療内容」で差が認められたが、これも回答者がわずかであった「患者と医師のどちらでもない」とその他の群との差であった(Table 10)。

診療録開示の賛否の回答との比較では、「診察・検査結果の評価」および「診断に至る思考過程」では、「患者と医師」にコントロール権があると答えた群のほうが「医師のみ」にコントロール権があると答えた群より、診療録開示に賛成と答える傾向があり(いずれも

$p=0.066$)、「医師の患者に対する主観的情報」($p<0.05$)、「未確定な情報」($p<0.05$)、「医療過誤を示す記載」($p<0.05$)、および「他の医師とのディスカッション等の内容」($p<0.01$)で「患者のみ」「医師のみ」にコントロール権があると答えた群より「患者と医師」にコントロール権があると答えた群のほうが診療録開示に賛成と答えていた(Table 11)。

考 察

1. 対象者について

本調査の対象者は、対象は医療の質研究会⁹発足当初、サーベイのシミュレーション病院であった4病院に勤務する医師であった。これらの病院はいわゆる一般病院ではあるものの、経営者の医療の質に関する意識の高い病院であり、そこに勤務する医師は、そうでない医師よりも医療の質に関する意識の高い医師群といえるかもしれない。

本調査の質問票の回収率は52.3%であった。科学技術振興事業団の提供する文献検索ソフト Enjoy Joisで、医師を対象とした調査(「医師」*「回収率」*「調査」で検索した結果検出された82件中の調査中、医師を対象とした調査)を検索した結果、25調査¹²⁻³⁶があり、それらの平均回収率は $62.5 \pm 21.6\%$ であった。この値と比較すると本調査の回収率は低い。本調査のような複数施設に所属する医師を対象とした調査^{12-13, 15-18, 20-22, 24-29, 31, 33, 35}における回収率は $56.3 \pm 20.6\%$ であった。この値と比較すると本調査の回収率は平均

Table 8 Comparison of answers with regard to sex and a right to control individual information or not

		Male		Female		²	p
		No.	%	No.	%		
Diagnosis	Both patients and physician	85	62.5	14	53.8	19.53	0.582
	Physician only	46	33.8	11	42.3		
	Patient only	2	1.5	1	3.8		
	Neither patient nor physician	3	2.2	0	0.0		
	Total	136	100.0	26	100.0		
Medical findings	Both patients and physician	97	71.3	16	61.5	1.394	0.707
	Physician only	33	24.3	9	34.6		
	Patient only	5	3.7	1	3.8		
	Neither patient nor physician	1	0.7	0	0.0		
	Total	136	100.0	26	100.0		
Evaluation of medical findings	Both patients and physician	61	44.9	14	53.8	1.302	0.729
	Physician only	71	52.2	12	46.2		
	Patient only	3	2.2	0	0.0		
	Neither patient nor physician	1	0.7	0	0.0		
	Total	136	100.0	26	100.0		
Process by which diagnosis was reached	Both patients and physician	38	27.9	7	26.9	0.866	0.834
	Physician only	95	69.9	18	69.2		
	Patient only	1	0.7	0	0.0		
	Neither patient nor physician	2	1.5	1	3.8		
	Total	136	100.0	26	100.0		
Physician's subjective information	Both patients and physician	28	20.6	5	19.2	0.884	0.829
	Physician only	96	70.6	18	69.2		
	Patient only	2	1.5	0	0.0		
	Neither patient nor physician	10	7.4	3	11.5		
	Total	136	100.0	26	100.0		
Information reflecting uncertainties	Both patients and physician	35	25.7	4	15.4	1.983	0.576
	Physician only	92	67.6	20	76.9		
	Patient only	2	1.5	1	3.8		
	Neither patient nor physician	7	5.1	1	3.8		
	Total	136	100.0	26	100.0		
Mistakes	Both patients and physician	61	44.9	10	38.5	2.161	0.540
	Physician only	58	42.6	14	53.8		
	Patient only	7	5.1	0	0.0		
	Neither patient nor physician	10	7.4	2	7.7		
	Total	136	100.0	26	100.0		
Discussion with other physicians	Both patients and physician	49	36.0	7	26.9	1.546	0.672
	Physician only	80	58.8	18	69.2		
	Patient only	3	2.2	0	0.0		
	Neither patient nor physician	4	2.9	1	3.8		
	Total	136	100.0	26	100.0		
Informed consent	Both patients and physician	108	79.4	17	65.4	3.475	0.324
	Physician only	19	14.0	7	26.9		
	Patient only	7	5.1	2	7.7		
	Neither patient nor physician	2	1.5	0	0.0		
	Total	136	100.0	26	100.0		
Treatment	Both patients and physician	109	80.1	20	76.9	0.702	0.873
	Physician only	20	14.7	5	19.2		
	Patient only	5	3.7	1	3.8		
	Neither patient nor physician	2	1.5	0	0.0		
	Total	136	100.0	26	100.0		

Statistical method: ² test

的といえる。本調査では、回収率を上げるべく、各施設の施設長に再度返信依頼をしたわけだが、47.7% に関しては回収することはできなかった。こういった未

回答者に関しては、いくつか報告がある。例えば、授乳に関する調査³⁷の未回答者は回答者より、喫煙習慣があること、授乳に関心がないといった報告や、呼吸

Table 9 Comparison of answers with regard to age and a right to control individual information or not

		No	Average	SD	F value	p
Diagnosis	Both patients and physician	99	37.9	9.5	2.637	0.052
	Physician only	57	39.3	10.8		
	Patient only	3	41.7	10.3		
	Neither patient nor physician	3	54.0	14.8		
	Total	162	38.8	10.2		
Medical findings	Both patients and physician	113	38.0	9.8	2.575	0.056
	Physician only	42	40.0	11.0		
	Patient only	6	40.8	9.2		
	Neither patient nor physician	1	64.0	0		
	Total	162	38.8	10.2		
Evaluation of medical findings	Both patients and physician	75	38.0	10.7	2.382	0.072
	Physician only	83	39.1	9.4		
	Patient only	3	42.3	13.7		
	Neither patient nor physician	1	64.0	0		
	Total	162	38.8	10.2		
Process by which diagnosis was reached	Both patients and physician	45	36.9	9.2	2.305	0.079
	Physician only	113	39.2	10.2		
	Patient only	1	33.0	0		
	Neither patient nor physician	3	51.7	18.8		
	Total	162	38.8	10.2		
Physician's subjective	Both patients and physician	33	38.2	9.6	0.922	0.432
	Physician only	114	38.6	9.9		
	Patient only	2	33.0	5.7		
	Neither patient nor physician	13	42.8	14.3		
	Total	162	38.8	10.2		
Information reflecting uncertainties	Both patients and physician	39	39.8	10.3	0.873	0.457
	Physician only	112	38.1	9.9		
	Patient only	3	37.7	4.0		
	Neither patient nor physician	8	43.5	14.9		
	Total	162	38.8	10.2		
Mistakes	Both patients and physician	71	38.5	9.0	0.358	0.784
	Physician only	72	38.5	10.5		
	Patient only	7	42.1	11.3		
	Neither patient nor physician	12	40.2	15.3		
	Total	162	38.8	10.2		
Discussion with other	Both patients and physician	56	37.9	9.1	1.082	0.359
	Physician only	98	38.9	10.5		
	Patient only	3	39.7	11.5		
	Neither patient nor physician	5	46.4	10.2		
	Total	162	38.8	10.2		
Informed consent	Both patients and physician	125	38.7	9.6	2.918	0.036*
	Physician only	26	37.8	12.6		
	Patient only	9	38.6	8.8		
	Neither patient nor physician	2	59.5	6.4		
	Total	162	38.8	10.2		
Treatment	Both patients and physician	129	38.3	10.1	3.098	0.029*
	Physician only	25	39.0	9.9		
	Patient only	6	41.5	8.9		
	Neither patient nor physician	2	59.5	6.4		
	Total	162	38.8	10.2		

Statistical method: ANOVA

*p < 0.05

器症状に関する調査³⁸では質問票を郵送することを忘れていたこと、無関心、時間がないことが未回答の主な理由であった。これらの調査の対象は医師ではないが、こういった調査の結果から推察すると、本調査の

未回答者は主題である診療録、またはそのコントロール権に興味がない、もしくは回答する時間がないといったことも考えられる。そして未回答者に関する報告^{37, 38}からすれば、本調査の回答者は、診療録開示に関

Table 10 Comparison of answers with regard to years of practical experience and a right to control individual information or not

		No	Average	SD	F value	p
Diagnosis	Both patients and physician	99	12.0	8.6	2.964	0.034*
	Physician only	57	13.4	10.7		
	Patient only	3	153.0	5.0		
	Neither patient nor physician	3	28.0	13.9		
	Total	162	12.8	9.6		
Medical findings	Both patients and physician	113	12.1	9.1	2.684	0.049*
	Physician only	42	14.1	10.8		
	Patient only	6	14.0	7.1		
	Neither patient nor physician	1	37.0	0		
	Total	162	12.8	9.6		
Evaluation of medical findings	Both patients and physician	75	12.2	9.9	2.599	0.054
	Physician only	83	12.9	9.0		
	Patient only	3	18.3	13.6		
	Neither patient nor physician	1	37.0	0		
	Total	162	12.8	9.6		
Process by which diagnosis was reached	Both patients and physician	45	11.2	8.3	2.460	0.065
	Physician only	113	13.2	9.8		
	Patient only	1	10.0	0		
	Neither patient nor physician	3	26.0	17.3		
	Total	162	12.8	9.6		
Physician's subjective information	Both patients and physician	33	12.0	9.0	0.636	0.593
	Physician only	114	12.8	9.5		
	Patient only	2	8.5	6.4		
	Neither patient nor physician	13	15.8	12.5		
	Total	162	12.8	9.6		
Information reflecting uncertainties	Both patients and physician	39	13.1	9.8	0.748	0.525
	Physician only	112	12.4	9.4		
	Patient only	3	13.0	2.6		
	Neither patient nor physician	8	17.6	14.2		
	Total	162	12.8	9.6		
Mistakes	Both patients and physician	71	12.6	8.6	0.303	0.823
	Physician only	72	12.6	9.9		
	Patient only	7	15.6	9.2		
	Neither patient nor physician	12	14.3	13.9		
	Total	162	12.8	9.6		
Discussion with other	Both patients and physician	56	11.8	8.6	1.508	0.215
	Physician only	98	13.0	10.0		
	Patient only	3	13.0	6.1		
	Neither patient nor physician	5	21.2	14.0		
	Total	162	12.8	9.6		
Informed consent	Both patients and physician	125	12.7	9.1	3.265	0.023*
	Physician only	26	12.0	11.6		
	Patient only	9	12.8	6.6		
	Neither patient nor physician	2	33.5	4.9		
	Total	162	12.8	9.6		
Treatment	Both patients and physician	129	12.3	9.5	3.522	0.016*
	Physician only	25	13.4	9.7		
	Patient only	6	15.3	6.0		
	Neither patient nor physician	2	33.5	4.9		
	Total	162	12.8	9.6		

Statistical method: ANOVA

*p < 0.05

する意識が高い集団であるということが出来る。

2. 診療録開示に関する意識

21.5%の医師が「反対」もしくは「どちらかといえば反対」と答えている。開示に対する医師の抵抗感とし

Table 11 Comparison of answers with regard to a right to control individual information and whether respondents agree with the disclosure of medical record

	Whether respondents agree with the disclosure of medical record or not	Both patients and		Physician only		Patient only		Neither patient nor		z	p
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Diagnosis	Totally agree	21	21.2	10	17.5	2	66.7	0	0.0	3.481	0.323
	Agree	33	33.3	15	26.3	0	0.0	1	33.3		
	Neither agree nor disagree	26	26.3	18	31.6	1	33.3	2	66.7		
	Disagree	12	12.1	6	10.5	0	0.0	0	0.0		
	Totally disagree	7	7.1	8	14.0	0	0.0	0	0.0		
Medical findings	Totally agree	22	19.5	9	21.4	2	33.3	0	0.0	1.216	0.749
	Agree	36	31.9	10	23.8	2	33.3	1	100.0		
	Neither agree nor disagree	32	28.3	14	33.3	1	16.7	0	0.0		
	Disagree	14	12.4	3	7.1	1	16.7	0	0.0		
	Totally disagree	9	8.0	6	14.3	0	0.0	0	0.0		
Evaluation of medical findings	Totally agree	17	22.7	15	18.1	1	33.3	0	0.0	7.203	0.066
	Agree	26	34.7	20	24.1	2	66.7	1	100.0		
	Neither agree nor disagree	23	30.7	24	28.9	0	0.0	0	0.0		
	Disagree	5	6.7	13	15.7	0	0.0	0	0.0		
	Totally disagree	4	5.3	11	13.3	0	0.0	0	0.0		
Process by which diagnosis was reached	Totally agree	12	26.7	20	17.7	1	100.0	0	0.0	7.205	0.066
	Agree	17	37.8	31	27.4	0	0.0	1	33.3		
	Neither agree nor disagree	11	24.4	34	30.1	0	0.0	2	66.7		
	Disagree	2	4.4	16	14.2	0	0.0	0	0.0		
	Totally disagree	3	6.7	12	10.6	0	0.0	0	0.0		
Physician's subjective information	Totally agree	11	33.3	20	17.5	0	0.0	2	15.4	8.271	0.041*
	Agree	12	36.4	34	29.8	1	50.0	2	15.4		
	Neither agree nor disagree	8	24.2	32	28.1	1	50.0	6	46.2		
	Disagree	0	0.0	17	14.9	0	0.0	1	7.7		
	Totally disagree	2	6.1	11	9.6	0	0.0	2	15.4		
Information reflecting uncertainties	Totally agree	10	25.6	21	18.8	2	66.7	0	0.0	8.450	0.038*
	Agree	13	33.3	35	31.3	0	0.0	1	12.5		
	Neither agree nor disagree	9	23.1	35	31.3	0	0.0	3	37.5		
	Disagree	5	12.8	11	9.8	1	33.3	1	12.5		
	Totally disagree	2	5.1	10	8.9	0	0.0	3	37.5		
Mistakes	Totally agree	20	28.2	11	15.3	2	28.6	0	0.0	10.177	0.017*
	Agree	24	33.8	19	26.4	2	28.6	4	33.3		
	Neither agree nor disagree	18	25.4	21	29.2	3	42.9	5	41.7		
	Disagree	3	4.2	13	18.1	0	0.0	2	16.7		
	Totally disagree	6	8.5	8	11.1	0	0.0	1	8.3		
Discussion with other physicians	Totally agree	17	30.4	13	13.3	3	100.0	0	0.0	21.213	0.000*
	Agree	23	41.1	25	25.5	0	0.0	1	20.0		
	Neither agree nor disagree	10	17.9	34	34.7	0	0.0	3	60.0		
	Disagree	2	3.6	15	15.3	0	0.0	1	20.0		
	Totally disagree	4	7.1	11	11.2	0	0.0	0	0.0		
Informed consent	Totally agree	25	20.0	6	23.1	2	22.2	0	0.0	2.803	0.423
	Agree	42	33.6	3	11.5	2	22.2	2	100.0		
	Neither agree nor disagree	36	28.8	8	30.8	3	33.3	0	0.0		
	Disagree	12	9.6	5	19.2	1	11.1	0	0.0		
	Totally disagree	10	8.0	4	15.4	1	11.1	0	0.0		
Treatment	Totally agree	26	20.2	5	20.0	2	33.3	0	0.0	0.876	0.831
	Agree	39	30.2	7	28.0	1	16.7	2	100.0		
	Neither agree nor disagree	38	29.5	7	28.0	2	33.3	0	0.0		
	Disagree	15	11.6	2	8.0	1	16.7	0	0.0		
	Totally disagree	11	8.5	4	16.0	0	0.0	0	0.0		

Statistical method: Kruskal Wallis test

*p < 0.05, **p < 0.01

では、日常の多忙さから診療録の記載の不十分なケースが多いこと³⁹、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恐れがあること、見

られたくない記載があること、何に使うのかと目的に対する警戒感があげられるという⁴⁰。1988年にイスラエルで行われた調査⁴¹によると94%の医師が患者は

診療記録を見るべきではないと答えた。理由は、記録は医師のものである、信頼関係をなくす、記録が不完全、患者の性格、推測、ジレンマ、疑いなどの記載があるから、などで前述の日本で上げられている理由と同様のものではなかった。

3. 医療情報のコントロール権に関する意識

(1) 一般的な個人情報のコントロール権について

1980年以降、OECDやECといった諸外国などが個人情報保護強化を行っていることや、近年の急速な技術進歩などによる国内の個人情報侵害事例の増加とともに、個人情報保護をめぐる内外の状況の変化してきている。そして、日本でも、個人情報保護の充実を図るべく検討がなされてきている^{42,43}。この個人情報の流れをコントロールする権利が、1970年代以降、自己情報コントロール権説として提唱展開されてきた⁴⁴。自己情報コントロール権とは、日本国憲法で明記されていない新しい人権の一つである「プライバシーの権利」を、憲法13条によって根拠づけたものである。社会・行政国家の状況に対処するための個人の権利であり、「自己の個人情報の流れをコントロールする権利」として位置づけられている。

(2) 医療情報のコントロール権について

このような情報に対する今後の流れは、遠隔医療や地域連携、病診連携を推進する際のネットワークが発達していくこと⁴⁵を考慮すれば、医療の分野でも避けては通れないことであろう。そこで情報の質によって階層化をはかり、情報の流通(アクセスと発信)を管理すべきで、その際、価値判断情報(診療、看・介護、保健指導の過程での専門職の診断評価、未確定な情報などが含まれる)といった考えもあるのだ^{4,5}。

本調査では、こういった考えを踏まえ、診療録に記載される情報をいくつかに分けて検討することとした。情報を分けるに当たり、現在の診療録の記載状況を確認した。記載に関する法律に関しては、医師法の施行規則第23条があり、「1. 診療録の記載事項は診療を受けた者の住所、氏名、性別および年齢、2. 病名および主要症状、3. 治療法(処方および処置)、4. 診療の年月日」のみが記載事項として上げられている。こういったことから診療録は、医療者が患者を診察した結果(検査を含む)と自己の医療行為(投薬・検査・手術)の正当性を証明する記録であり、また患者と第三者との間の紛争に関する間接的証明資料として、法律家により位置づけられている⁴⁶にもかかわらず、医師の備忘録として書かれ、その内容は病院あるいは医師によって差がある⁴⁷。一方で、教育の現場では、1973

年 problem oriented system (POS) がわが国に本格的に紹介⁴⁸されて以降、POSによる診療録である POMR が教えられ、患者の症状などの主観的な情報、検査結果などの客観的な情報、それらの解釈、分析、統合、そして計画といったことの記載が期待されている¹⁰。

本調査ではこれらの現在の診療録の記載の状況をふまえて、医師からなるフォーカスグループにより診療録に記載されると考えられる情報を10あげた。そして、あげられた10の医療情報のコントロール権の所在を、「患者と医師」「医師のみ」「患者のみ」「患者と医師のどちらでもない」に分けて分析したところ「診断名」、「診察・検査結果」、「インフォームド Consent の内容」、および「治療内容」に関しては、60~80%以上の医師が「患者と医師」にコントロール権があると答えた。しかし、「診断に至る思考過程」、「医師の患者に対する主観的な情報」、「未確定な情報」、「他の医師とのディスカッションの内容」といった、比較的客観的ではない情報に関しては、「患者と医師」にコントロール権があると答えたのは40%未満で、「医師のみ」にコントロール権があるという回答が70%近くをしめた。そして、いずれの情報においても患者のみにコントロール権があるという回答はわずかであった。

この中で、「医師の患者に対する主観的な情報」、「医療過誤を示す記載」、および「他の医師とのディスカッション等の内容」のコントロール権が「患者および医師」にあると答えた医師に診療録開示に対する賛成者が多かった。「診察・検査結果の評価」、「診断に至る思考過程」のコントロール権に関しては、患者および医師にあると答えた医師に診療録開示に賛成者が多い傾向が認められた。これは、情報のコントロール権が医師によっては異なって受け止められ、その受け止め方と開示の賛否が関連しているということであり、開示に対する医師の姿勢とコントロール権に関連があることを示している。

一方で、「診断名」、「診察・検査結果」、「インフォームド Consent の内容」、および「治療内容」の患者のコントロール権と開示の賛否に関連は認められなかった。通商産業省は、その改正個人情報保護ガイドライン⁴²のなかで、個人情報を個人に関する情報であって、当該情報に含まれる氏名、生年月日、その他の記述または個人別に付された番号、記号、その他の符号、画像若しくは音声により当該個人を識別できるもの(当該情報のみでは識別できないが、他の情報と容易に照合することができ、それにより当該個人を識別できるものを含む。)と定義しており、この定義に照らし合わせれば、「診断名」、「診察・検査結果」、「インフォームド

「コンセンツの内容」, および「治療内容」は個人情報に当てはまり, コントロール権が患者に存在するという点に関して議論の余地はないように思われる。

(3) 個々の医療情報について

こういった個人情報以外の情報(本調査における「診察・検査結果の評価」「診断に至る思考過程」「医師の患者に対する主観的情報」「医療過誤を示す記載」, および「他の医師とのディスカッション等の内容」等)のコントロール権に関しては, 本調査の結果で, 開示への姿勢と関連するなど, 個人情報とは異なった役割を果たしていると思われる。

1) 診察・検査結果の評価, 診断に至る思考過程: 例えば, すべてのプロフェッショナルは主観的, 暫定的, もしくは仮定的な情報を保持する自由が認められてもよいのではないかという議論がある⁶。「診察・検査結果の評価」「診断に至る思考過程」といった情報は医学知識やそれまでの経験などから生まれてきた情報だとすると, こういったプロフェッショナルとして保持する自由のある情報であるととらえることもできる。診療情報はすべて患者から発生するので, 患者個人のものであってよいとする患者からの意見と, 情報の発生源は患者であっても, それを判断し, 治療していく過程とその記録は, 医師の長い年月によって培われた専門的知識や経験によってなされるものであり, 医療者のものであるとする考えもある⁴⁹。この後者の議論は, 「診察・検査結果の評価」「診断に至る思考過程」といった情報の所有者もしくはコントロール者は作成者であるといった考えといえる。

2) 医師の患者に対する主観的情報: 例えば, ドイツでは, 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⁷。これは, 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ためである⁷。わが国では, 診療録の位置づけの一つとして, 他の医療従事者との間の確実な情報交換の媒体が上げられている⁴。現在の医療は, 医師, 看護婦, 専門技師など複数の医療スタッフからなる医療チームで行われている。診療の支援や基盤になるといったことが, 診療録の価値としてあげられるが, チーム医療の環境では, 各々のスタッフによる記録なしに十分な価値を生み出すことはできない⁵⁰。そこで記載される情報に「患者の性格(例えば「神経質」, 「誇りに症状を訴える」など)⁹が含まれれば, 医療者にとっては開示したくない情報であろう。また, これらは, 医療者から発した情報ということとなり, コントロール権は患者にあるとは考えにくいかもしれない。

3) 医療過誤を示す記載: 日本では, リスク・マネジメントの普及が, 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⁵²という。所見ミスや手術ミスなどが明らかになる記載がある場合, 将来, 患者や遺族との間で訴訟などの問題に進展しかなない恐れがある場合は開示することが医師側にとって不都合な場合としてあげられる⁵³。こういったことからこの情報のコントロール権が医師のみにあると考える医師は, 「医療過誤を示す記載」をも含めた開示には消極的であるだろう。

4) 他の医師とのディスカッションなどの内容: 医師の主観的情報や互いの診療の評価, 指導などが含まれると考えられるため「医師の患者に対する主観的情報」や「診断に至る思考過程」などに準じてとらえられていると考えられる。

5) 未確定な情報: 診療録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が海外でも認められる⁶。診療の中に多くの推測が含まれていることを知ったら患者からの信頼が失われるのではないか, 治療のプラシーボ効果も減少してしまうのではないかとといった危惧⁵⁴もある。こういったことから, 「未確定な情報」のコントロール権が「医師のみ」と答えた群に「患者と医師」と答えた群より開示賛成者の割合が少なかったと考えられる。一方でこういった未確定な情報を伝えることで患者の信頼や協力をより得ることのできるという良い面もあることも指摘されている⁵⁵。いずれにせよ開示を進めるには, こういったさまざまな意味をもつ情報は, 患者の価値観を考慮しつつ伝達を行う必要があり, 医師の情報伝達能力⁵⁶が大きな役割をはたす情報である。

このように今回上げられた情報は, 一つの診療録の中に記載されている情報ではあるものの, さまざまに意見が分かれるところのようであり, 本調査のように診療録の開示の賛否と関連してみた時, コントロール権の所在が異なるととらえられているということは, 理解に難くない。

4. 年齢, 臨床経験年数による意識の違いについて

本調査では, 年齢や臨床経験年数により意識が異なることも考えられた。これは, 年齢や臨床経験年数が高い医師のほうが診療録開示に賛成が多かったことである。経験をつめば診療内容そのものに加えて, 診療録に記載に関しても充実していたり, 患者とのコミュニケーションなども上達することを推測すれば, 開示そのものに関しても消極的になる要素が経験の少ない

医師より少ないのかもしれない。

結 論

以上は主に作成者の医師の側からの考察になるが、実際に医療行為を受ける側から見るとどうであろうか。医療行為の法的性格は（治癒するか否かよりも）、専門的知識技術をもった医師が医療行為をすることを、約束することが重要であると見る時、準委任契約（法律学者の多数説）になる⁵³。そして、このとき医師が患者の状態、症状などに対して、専門家としての適切な措置、治療などを行い、転医、予後などについても最善を尽くすという善管注意義務（民法 644 条）と医師が患者などに対して医療を行うことについて報告しなければならない報告義務（民法 645 条）を負う⁵³。また、厚生省の発表資料など⁵⁷では、インフォームドコンセントという言葉は、医療従事者による適切な説明と患者の理解に基づく医療として使用されている。こういったことから、医療を受ける側は、診療におけるすべての情報のコントロール権は自分自身にあると考えているのかもしれない。しかし、現状では、診療録の開示は法制化しているわけではなく、開示の義務はない。本調査の結果のように、個々の医師により情報のとらえ方は異なるので、記載内容のガイドラインが作成されない限り、例え開示がなされたとしても、担当医が開示対象者、すなわち患者にコントロール権があるとは考えない情報に関しては、記載されなくなっていく可能性もある。

今後患者の権利意識の向上、診療録開示の推進と同時に、情報のネットワーク化により情報の流通が進めば、こういった情報を誰がコントロールするかということの検討は自ずと必要となってくる。一方で、欧米諸国では、書かれている情報は誰の情報かといった定義はなされておらず、むしろ、欧米諸国では四半世紀以上の議論の末、真正性（情報の正しさに対する責任と、それに伴う情報の帰属性を含む概念）と責任制（情報の発生源、流通利用過程を通じた情報への関わりの適切さの保証の意味も含む）を明確にした「情報の共有化」という用語が使われ、情報システム化の根本理念になっているという⁵⁸。情報の共有化は診療の質を上げることも期待され、こういった視点を持ちながら、医療情報の取扱いを開示しながら考えていくという姿勢が求められる。コントロール権などの検討とともにいかに情報を共有していくかといった姿勢を忘れてはならないであろう。

本論文の作成に当たり、ご指導賜りました日本医科大学医療管理学教室木村哲彦主任教授に心より感謝いたします。

文 献

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 石川 澄：ネットワーク環境におけるカルテ開示。新医療 1998; 1: 30-33.
5. 石川 澄, 清谷哲朗, 佐々木哲朗：ネットワーク環境下における医療情報管理要件。医療情報 1997; 17: 167-175.
6. Gevers JKM: Issues in the accessibility and confidentiality of patient records. Soc Sci & Med 1983; 17: 1181-1190.
7. 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, 1999; pp 33-43, 日本評論社, 東京。
8. 谷本佐理名, 太田久彦, 大井田隆, 高柳和江, 木村哲彦：カルテ開示の影響についての医師の意識調査。日公衛誌 2000; 47: 364-374.
9. Ito H, Iwasaki S, Nakano Y, Kawakita H, Gunji A: Direction of quality improvement activities of healthcare organizations in Japan. Int J Qual Health Care 1989; 10: 361-363.
10. 日本医学教育学会：臨床教育マニュアル：これからの教え方, 学び方。1994; pp 45-50 篠原出版, 東京。
11. 厚生省大臣官房統計情報部保険社会統計課保健統計室：平成 8 年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況。厚生省の指標 1989; 45: 32-42.
12. 松田 信：エイズ治療拠点病院と地域医療機関・保健所・行政機関との連携に関する研究 HIV 感染症の医療体制に関する研究, 平成 10 年度研究報告書, 1999; pp 53-80。厚生省エイズ対策研究事業。
13. 徳安宏和, 富田桂公, 渡部仁成, 迫 隆紀, 山本司生, 米谷 康, 矢島浩樹, 佐々木孝夫：鳥取県, 島根県におけるぜん息管理ガイドラインの周知度と利用の検討。鳥取医誌 1989; 26: 211-216.
14. 大泉京子, 渡辺祐子, 手塚 薫, 柏熊留里子, 山崎由美, 井草千鶴, 小林輝明, 川合真一, 小林真一：治験コーディネーター導入による被験者および医師のメリットについての検討。臨床薬理 1999; 30: 55-56.
15. 大浜紘三, 三春範夫, 水之江知哉, 本田 裕, 中田奈央, 大橋容子, 後藤豊子, 早川式彦：出生前診断に対する医師, 妊婦および羊水検査経験婦人の意識に関する調査。広島医学 1998; 51: 1419-1445.
16. 渡辺洋一郎：精神科医療における心理士との連携 大精診会員へのアンケート調査を通して。日本医事新報 1998; 3882: 28-32.
17. 西村由美子, 満武巨裕：子宮全摘手術の適応についての医師の診断特性に関する国際比較研究 中華民国・日本・英国・米国における調査の比較分析。医療と社会 1989; 2: 121-129.
18. 酒井有子, 折井孝男, 青山隆夫, 中村幸一, 小瀧 一, 桜井恒太郎, 開原成允, 伊賀立二：大学病院における処

- 方(外来)オーダエントリシステムの現状およびシステム利用医師側からの評価. 病院薬学 1998; 24: 409-415.
19. 杉山早苗, 和田浩子, 細野玲子, 馬場玲子, 市村方子, 松本修二, 小池和彦, 幸田久平: 癌告知に関する外来患者と医療者の意識調査. Pharma Med 1998; 16: 107-114.
 20. 飯塚舜介, 井上 仁: 保健医療カードシステムについての診療所医師の意識調査. 医療情報学 1997; 17: 563-571.
 21. 相沢 昭, 佐藤作男, 伊藤和男, 宇野慶三, 川村周光, 城田夙男, 竹本桂一, 内藤昭三, 田宮貞和: いわゆる「病(後)児保育に関する, 東京小児科医会会員 保育関係者及び保護者の意識調査について」. 東京小児医会報 1997; 16: 51-56.
 22. Cho S, Kang D, Ko K: 韓国における職業がんの推計. J Occupat Health 1997; 39: 192-196.
 23. 橋本信也, 菊池 博, 青木 誠, 畑尾正彦, 河野友信, 前沢政次, 中谷比呂樹, 大村敏郎, 斉藤晴比古: 勤務医の生涯教育に関するアンケート調査報告. 医学教育 1997; 28: 67-76.
 24. 岡田美登里, 赤木節子, 金田美佐緒, 秋山浩子, 戸田政子, 柳川朋子, 堀井和栄, 久保智永子, 河野基樹: 小児癌の病名告知に関する実態調査 第1報. 岡山済生会病誌 1993; 25: 167-172.
 25. 中川英刀, 安田直史, 鷗飼 卓: 阪神大震災における現地在住医師と近郊医療機関の行動と役割: アンケート調査を通じて. 日救急医学会誌 1996; 7: 749-754.
 26. 横山彰仁, 平沢 泰, 河野修興, 日和田邦男, 上田暢男: 気管支ぜん息治療における短期経口ステロイド薬使用の現状: 四国地区のアンケート結果より. 呼吸 1996; 15: 1450-1457.
 27. 萱場 治, 川名林治: 予防接種の効果判定及び対象疾患の発生状況に関する研究: ムンプスワクチンに関するアンケート調査結果. 予防接種の効果と副反応の追跡調査及び予防接種の社会・経済効果に関する研究報告書 平成6年度 1994; 156-158.
 28. 野見山一生: 「認定産業医制度」発足による産業医活動活性化. 産業医ジャーナル 1995; 18: 58-64.
 29. 岡田 定, 西崎 統: ターミナルケア: がん告知の現状: アンケートより 一般病院の現状. 日内会誌 1996; 85: 2053-2057.
 30. 太田かおり, 戸高チカ子, 峯本正夫, 野田浩司: 産業医科大学病院における臨床医の治験に関する意識. 九州薬会報 1994; 48: 111-117.
 31. 永野 恵, 二塚 信, 笹月桃子, 白石裕子, 檜崎陽子, 古池明子, 白男川史朗, 岡本誠哉, 伊津野良治: 熊本県における産業医活動の実態調査. 熊本医会誌 1993; 67: 59-69.
 32. 小林真一, 安原 一, 川村芳江, 甲斐祥生: 治験担当医師の意識調査とその問題点: プラセボ対照試験の倫理性. 臨床薬理 1993; 24: 271-272.
 33. 忠井俊明, 金井秀子, 片桐 剛, 中嶋照夫: 女性医師の抑うつとその要因に関する研究. 社精医 1992; 15: 296-302.
 34. 富岡邦昭, 鈴木英樹, 井上登美夫, 松本満臣, 長谷川昭: アンケート方式による群馬大学の画像診断. 生理機能検査報告書システムの検討. Kitakannto Med J 1992; 42: 623-634.
 35. 上野憲司, 大久保衛, 吉田 玄, 辻 貴史, 島津 晃: スポーツ外傷・障害に対する整形外科医の意識調査. 日整外スポーツ医学会誌 1990; 9: 67-70.
 36. 大崎往夫: 当院における癌告知の現状 アンケートの集計結果から. 日赤医学 1991; 43: 187-191.
 37. Shepherd CK, Power KG, Carter H: Characteristics of responders and non-responders in an infant feeding study. J Public Health Med 1998; 20: 275-280.
 38. Ronmark E, Lundqvist A, Lundback B, Nystrom L: Non-responders to a postal questionnaire on respiratory symptoms and diseases. Eur J Epidemiol 1999; 25: 293-299.
 39. 成田 清: 医療情報に公開の時代きたる. 日歯医師会誌 1998; 50: 33-38.
 40. 奥平哲彦: カルテの開示について. 日医雑誌 1998; 120: 260-264.
 41. Weiss M: For doctors' eyes only: Medical records in two Israeli hospitals. Cult Med Psychiatry 1997; 21: 283-302.
 42. 通商産業省情報処理システム開発課: 通産産業省の個人情報保護施策について: 改正個人情報保護ガイドラインの発表. 1997.
 43. 通商産業省機会情報産業局: 個人情報ハンドブック, 通商産業省企画情報産業局情報処理システム開発課 1998.
 44. 竹中 勲: 診療記録の本人開示義務の法制化に対する憲法的規律 日本医事法学会編. 年報医事法学, 1999; pp 24-31, 日本評論社, 東京.
 45. 秋山昌範: 遠隔医療の新たな試み. 新医療 1998; 1: 102-105.
 46. 浅井登美彦: 自己の医療行為の正当性を証明する記録として, 判読しやすく, 看護記録・診断記録・診断書類と整合性ある診療録作成を. 医療経営情報 1998; 105: 28-31.
 47. 木村 明: 今後のカルテ開示にむけて. 日病院会誌 1998; 7: 29-39.
 48. 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. 1973 頁, 医学書院, 東京.
 49. 山内一信: カルテの情報と開示. 教育と医学 1998; 46: 463-470.
 50. 日本病院共済会: 診療録管理室運用, 岩崎 榮, 木村明監修, 1994; pp 3-4, 日本病院共済会, 東京.
 51. 消費者 WG 消費者情報 SWG: 医療行為に見られる個人情報, EC で取り扱われる個人情報に関する調査報告書 (ver. 1.0), 1999.
 52. 日本医師会: 医療安全推進合同会議開催医療安全対策の取り組みを協議, 日医ニュース, 1999; 5(5) 00-00.
 53. 津谷裕貴: 検査成績や診療録の開示について. 診療録管理 1996; 3: 26-35.
 54. Brewin T: Truth, trust and paternalism, Lancetii, 1985; 490-493.
 55. Katz J: The silent world of doctor and patient, 1984; pp 193, Free Press, New York.
 56. Coulter A: The pros and cons of shared clinical decision-making. J Health Services Research Policy 1997; 2: 112.
 57. 厚生省健康政策局: 全国厚生関係部局長会議資料, 1998; 1(20).
 58. 石川 澄: 医療における情報か医事医療情報管理者の立場から. 医療とコンピュータ 1999; 10: 12-18.

(受付: 2000年5月19日)
(受理: 2000年8月7日)