

# 医療提供体制の現状と改革 (1)

近 藤 功  
中 浜 隆

## 目 次

はじめに

第1章 医療提供体制の現状と課題

第2章 医療従事者の資質の向上

- (1) 医療の量から質への転換
- (2) 医師のインターン制度の復活
- (3) 医療従事者の免許更新制度の新設
- (4) 正看護婦の教育年限の引き上げ
- (5) 准看護婦制度の廃止

第3章 診療情報の提供

- (1) インフォームド・コンセント
- (2) 医療情報の開示 (以上本号)

第4章 医療過誤 (以下次号)

- (1) 医療過誤の事例
- (2) 医療事故の調査
- (3) 医療過誤訴訟の増加
- (4) 医療事故防止の取り組み

第5章 診療報酬の不正請求

- (1) 診療報酬の請求と審査
- (2) 不正請求の事例
- (3) 不正請求に対する取り組み
- (4) 不正請求の防止

第6章 医療制度改革のアンケート調査

- (1) 調査の方法と結果
- (2) 調査結果の分析

おわりに

## はじめに

昭和36年の国民健康保険法の改正によって、国民皆保険が実現した。その後、社会保障制度を整備・拡充するために、おもに国庫負担の引き上げによって保険給付の拡大や自己負担の軽減が行われた。それによってすべての国民が比較的安い自己負担で、いつでも、どこでも平等に受診することができ、医療の恩恵を受けられるようになったのである。

しかし、1980年代に入り、医療政策は総じて医療費抑制政策に転換した。昭和57（1982）年に老人保健制度が創設され、高齢者医療において自己負担が導入された。昭和59年には、被用者保険において被保険者本人に自己負担が導入された。また、1980年代以降、診療報酬の引き上げ抑制と薬価基準の引き下げが定期的に行われ、高齢者医療における自己負担の引き上げや医療費の定額払い制の導入・拡大も行われた。

1990年代に入ると、それまでの「部分的」改革に対して、医療保険制度と医療提供体制の両面にわたる「抜本的」改革の必要性が指摘され、改革内容が検討された。厚生省は平成9年8月に、①新しい診療報酬体系の構築、②薬価基準制度の改革、③医療提供体制の改革、④新しい医療保険制度・高齢者医療制度の創設を柱とする「21世紀の医療保険制度改革（厚生省案）—医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向—」をまとめた。続いて、与党医療保険制度改革協議会は「21世紀の国民医療—良質な医療と皆保険制度確保への指針—」をまとめた。与党協案は厚生省案を受けてまとめられており、厚生省案と大差ないものであった。また、日本医師会や日本経営者団体連盟、日本労働組合総連合会なども、独自の改革案をほぼ同じ時期に発表した。

そして、医療保険制度の抜本的改革の第一歩として、平成9年9月に健康保険法等の改正が施行され、①被用者保険における被用者本人の自己負担の引き上げ、②高齢者医療における自己負担の引き上げ、③外来薬剤における新たな自己負担の導入、④政府管掌健康保険の保険料率の引き上げ、が行われた。こうした改革内容は大幅な負担増を国民に求めるものであった。

医療保険制度の抜本的改革は平成12年度に介護保険と同時に実施する予定であった。しかし、同年度に実施された改革内容は高齢者医療における定率負担の導入を中心とする「改革なき負担増」に終り、抜本的改革は平成14年度に先送りされたのである。

厚生労働省は、当面する保険財政の破局を防止するとともに、中長期的に持続可能な制度を確立するために、平成14年度の医療制度改革案を平成13年9月下旬にまとめた。医療保険制度の改革は給付率の一元化（被用者保険における自己負担の引き上げ）や保険料の見直し（総報酬制の導入と政府管掌健康保険の保険料率の引き上げ）など、高齢者医療制度の改革は対象年齢の段階的引き上げや自己負担の引き上げであり、医療費の負担を国民にいっそう求めるものとなっている。

わが国は急速な少子高齢社会を迎え、年々増加する老人医療費は医療保険財政に大きな影響を及ぼし、今後ますます医療保険財政の悪化が懸念されている。「医療保険制度（医療保険財政）」を安定化させ、国民の期待する「良質な医療」を確保するために、医療保険制度と医療提供体制の両面にわたる抜本的改革は実施されなければならない重要な国民的課題である。

本稿では、医療保険制度と医療提供体制のうち、医療提供体制を取り上げる。著者（近藤）は約40年間、自治体病院に医療技術職員（臨床検査技師）として勤務し、定年退職後も今日まで同一職種に従事してきた。本稿は、著者の医療現場における経験をふまえて現在の医療提供体制の問題点を指摘し、改革案を提示することを目的とする。

## 第1章 医療提供体制の現状と課題

医療（医療提供体制）の現状（問題点）として、「3時間待ち3分間診療」、「社会的入院」、「不十分なインフォームド・コンセント（医師の説明と患者の同意）」、「医療過誤の多発」、「過剰診療」、「診療報酬の不正請求」などが指摘されている。

先進国のなかで、わが国の「平均寿命の長さ」、「乳幼児死亡率の低さ」、「医療へのアクセスの良さ」は高く評価されているが、「医療の質」は比較的低いといわれている。とくに、近年多発している医療過誤（医療事故）によって、医療に対する国民の信頼は揺らいでいる。

医療制度改革案のなかで取り上げられている「医療の質の向上」を図るさいの基底となるのは「医師の意識改革」である。近年、「医師のモラル」の低下が目立つようになってきている。したがって、良質な医療を提供する体制を確立するさいにもっとも重要なことは、医療従事者のなかで中心的役割を果たしている医師の倫理を早急に確立することである。つまり、医師一人一人が「医（医師）の倫理」に立脚し、医師と患者の信頼関係を構築し、患者本位の医療サービスを提供することである。また、医科大学や日本医師会、厚生労働省もこうした課題に積極的に取り組んでいかなければならない<sup>1)</sup>。

これからの医療に必要なことは、①医療情報の提供、②医師・医療機関の評価、③患者の医師・医療機関の選択、④医師・医療機関の競争であり、これらを通じた⑤良質な医療の提供である<sup>2)</sup>。これまでの医療では、患者は治療方針

1) 日本医師会の「会員の倫理向上に関する検討委員会」は、『医の倫理綱領・医の倫理綱領注釈』を平成12年2月に作成した。課題は、本文で指摘したように、それを医療現場で早急に確立することである。

また川渕孝一教授は、わが国の医学教育と若い医師について次のように述べられている。『若い医師の人事権を一手に握っている「医科大学改革」を同時平行で進める必要がある。「一県一医科大学」の余波を受けて急増した47歳未満の医師のほとんどは大学病院かその関連病院に勤務しているからである。問題はこうした医師がどんな教育をうけているかである。一般に、医学部は偏差値の高い学生が入学すると言われるが、どの大学も臓器別の講座制を敷いているため、6年間の教育を受けて、医師免許を得た段階になると、社会性が欠如した人格ができ上がっていることが多い。そして、医師の多くは国家試験に受かると自動的に保険医登録するが「療養担当規則」という言葉すら知らずに保健医療を行っている。つまり、末期医療のあり方やインフォームドコンセントの仕方を知らない半人前の医師が、一人前の医師と同一の診療報酬・同じ点数で保険請求をしているのである。』川渕孝一『医療保険改革と日本の選択』薬事日報社、平成10年、224ページ。

2) 広井良典教授は、「途上国型医療構造から成熟型医療構造へ」の転換を図るには、そのインセンティブを伴う具体的な「制度」の改革を行っていくことが重要であり、そのためのキーコンセプトとなる要素として、「医療の質」、「選択」、「情報（開

や治療内容を医師に任せ、医師もそれらを患者に明示していなかった。これからの医療においては、医師は診療情報や医師・医療機関の医療情報を患者にできるかぎり提供し、患者はこうした情報に基づいて質の高い医師・医療機関を選択できるようにしなければならない。

厚生省案と与党協案では、医療提供体制の改革として、①医療機関の機能分担、②入院医療の適正化、③医療従事者の資質の向上、④診療情報の積極的提供、などがあげられている。それに対して、筆者は本稿で、①医療従事者の資質の向上、②診療情報の積極的提供、③医療過誤の防止、④診療報酬の不正請求の防止、を取り上げたい。以下で、これらの現状（問題点）を指摘し、改革案を提示する。

## 第2章 医療従事者の資質の向上

### (1) 医療の量から質への転換

わが国の医療における大きな問題は「医療の質」である。国民皆保険が実現し、すべての国民が医療を平等に受けられるようになって以後も、わが国の医療政策は「質」よりも「量」を重視してきた。「3時間待ち3分間診療」という言葉に端的に示されるように、医師は患者一人一人を十分に診断し治療する時間的余裕がなかった。

しかし、このようなわが国の医療の状況は変わりつつある。このことは、医療に対する国民の関心が高まり、国民が医療の「質」を選択する新しい時代に入ってきたことを意味している。それは、筆者が実施したアンケート調査における「医療の質」についての質問に対して、約75%が「医療費が高くなっても「量」から「質」への医療政策の転換が必要である」と回答していることにも示されている<sup>3)</sup>。患者を中心とした医療、「質」を重視する医療を期待すると

---

示)、「競争」をあげられている。広井良典『医療保険改革の構想』日本経済新聞社、平成9年、33ページ、39～41ページ。

3) アンケート調査の内容と回答については別稿で取り上げる。

いう医療に対する意識の変化が国民に生じているのである。

医療従事者には、医師・歯科医師、看護婦・士、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師などがある。そのなかで、医療サービスを提供する役割をおもに担っているのは「医師・歯科医師」と「看護婦・士」であり、とくに「医師・歯科医師」が中心的役割を果たしている。

そこで、医療の質を高め、質の高い医療を安定的に提供するためには、医師・歯科医師を中心とする医療従事者の資質の向上を図ることが重要である。医師・歯科医師をはじめすべての医療従事者は資質の向上に努めなければならない。また、医療従事者の資質の向上を図るための制度改革を行わなければならない。本稿では、医療従事者の資質の向上を図るための制度改革として、①現行の医師の臨床研修制度の廃止・インターン制度の復活、②医療従事者の免許更新制度の新設、③正看護婦に対する教育年限の引き上げ、④准看護婦制度の廃止、を提言する。

## (2) 医師のインターン制度の復活

わが国のインターン制度（実地修練制度）は、欧米諸国を模範にし、水準の高い医師を養成するという観点から戦後の昭和21年に新設された。しかし、学生でも医師でもないインターンの行う医療行為の法的位置づけの問題やインターンの経済的問題、実地修練病院の指導体制の不備などの理由によって昭和43年に廃止された<sup>4)</sup>。現在の臨床研修制度は、同年にインターン制度に代わって導入されたものである。

インターン制度では、医学部卒業後、診療と公衆衛生に関する実地修練（臨床実習）を1年以上行うことが義務づけられ、医師国家試験の受験資格の要件とされた。そしてインターン終了後、医師国家試験に合格して初めて正規の医師として医療行為を行うことができた。つまり、インターン期間中は医師免許

---

4) 医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会（第1回）資料「臨床研修の概要について」厚生労働省ホームページ・審議会議事録。

を有しないために、患者を診療することはできなかったのである。

それに対して、現在の臨床研修制度では、医学部卒業後すぐに医師国家試験を受験でき、それに合格すると医師免許を与えられる。そして、免許取得後2年以上、大学付属病院または厚生労働大臣の指定する病院で臨床研修する。しかし、それは「努力規定」であり、「義務規定」ではない。ただ現在では、医師の大部分は免許取得後に臨床研修を受けている<sup>5)</sup>。しかし、臨床研修中でも（または臨床研修を受けなくても）、医師免許を有する正規の医師として患者を診療することができるのである。

患者には外見上、医師が臨床研修中（研修医）であるかどうかわからない。そこで、当面解決しなければならない課題は、①研修する医療機関の掲示板などに「研修医」の氏名を公表すること、②白衣に付けるネーム・プレートに「研修医」と表示することなどによって、医師が臨床研修中（研修医）であるかどうかを患者が識別できるようにすることである。

良質な医療を効率的に提供する体制を確立するために、医療法等の一部が平成12年11月に改正された（第4次医療法改正）。そのなかで、医療従事者の資質の向上を図るために、医師は免許取得後2年以上、一定の研修体制を有する大学付属病院または臨床研修病院で臨床研修を行うことが必修化された。つまり、現行の臨床研修の「努力規定」が「義務規定」に改正された。

しかし、臨床研修制度の改革には問題点もある。第1に、臨床研修中でも研修医は医療行為の内容・種類を制限されないことである。つまり、臨床研修中でも正規の医師として患者を診察することができる点は現行制度と変わらないことである。第2に、医師に対する臨床研修の必修化は平成16年4月から実施されることである。つまり、臨床研修の必修化が法改正から4年も後に施行されることである。第3に、臨床研修の必修化は、それが実施された後に免許を取得した医師に適用されることである。つまり、臨床研修の必修化が実施され

---

5) 平成11年度における研修実施率（研修実施者数÷研修対象者数）は87.0%である。医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会（第1回）資料「臨床研修の概要について」厚生労働省ホームページ・審議会議事録。

る以前に免許を取得した医師には適用されないことである<sup>6)</sup>。こうした改革内容では、現在生じている研修医による医療過誤を早急に防止することはできないであろう。

研修医は、正規の医師としてのプライドはもちながら、経験が不十分なまま医療行為を行っている。研修医による「医療過誤」の事例については別稿で叙述するが、それが生じるのはむしろ当然であろう。尊い生命を扱う医師には、豊富な経験と技術が必要である。

したがって、医学部卒業後すぐに医師免許を取得して医療行為を行うことができる現行の「臨床研修制度」を廃止し、医学部卒業後に臨床研修を受け、その後に医師免許を取得して初めて医療行為を行うことができる「インターン制度」に戻すべきである。それによって、研修医による医療過誤はかなり防止できるのではないかと思われる。

なお、上記のように戦後のインターン制度にはいくつかの問題があった。したがってインターン制度に戻したときに、ふたたびこうした問題が生じないように、インターン生に対する経済的保障や受入医療機関の人的・物的整備（とくにインターン生に対する医師の指導体制の確立）によって、インターン生が臨床研修に十分専念できる環境を整備する必要がある<sup>7)</sup>。

---

6) 歯科医師の場合は1年以上の臨床研修が必修化され、平成18年4月から実施されることになった。

7) 社団法人全国自治体病院協議会会長は、当協議会総会において、先に本文で述べた医師の臨床研修制度の必須化について次のように表明されている。

「現在、研修指定病院は全国に400病院あり、自治体病院はそのうちの152病院34.5%を占めている。ただ、全体からみると卒業生の80%が出身大学で研修し、ほとんどがストレート方式で行われている。安い給料で、研修どころか労働力として働かされ、救急外来で指導医なしの当直を続けて過労死した事例や、大学での医療ミスが研修医に多いという報道がされているが、これも十分にうなずけるものである。彼らがこうした悪条件の下でもそれに耐えているのは、その背後に明治以来の医局講座制度があって、大学の医局に入ればその後の人生が保障される、地方病院勤務医の人事権がすべて教授に託されているからである。医局員はもっぱら細分化した専門医の道を歩むが、今や大学は研究者を育てる場としてはよいとしても、地域医療や全人的医療を教える場ではなくなっている。卒後、大多数の医師は将来地域での医療を担うので、それに適した人材を育てるのは地域



### (3) 医療従事者の免許更新制度の新設

アメリカでは、医師の大学卒業後の持続医学教育が確立され、医師は国家試験に合格しても3年ごとに医師更新を更新しなければならないことになっている。かつて医学生時代に勉強した以上に勉強しなければ、免許の更新はできない。

たとえば、大都会にいる医師に対しては、大学病院やアメリカ医師会が承認した総合病院での研修が行われる。それは各専門科目の臨床例を学ぶだけでなく、薬剤、放射線治療、臨床病理、生命倫理に至るまで、びっしりと最新の医学を学び直さなければならない。僻地にいる医師に対しては、大学の客員教授がわざわざ僻地に出向き、各専門科目をはじめとした大都市と同じようなカリキュラムの研修が行われる。また、医学教育テレビによるカンフェランスが放送大学のスクーリングのように行われ、レポートの提出をはじめとした数々の試験が待っている。さらに、医師専門のテレビチャンネル(タイトルはライフ)では、週1回、専門医によるテレビ討論などが積極的に行われている。

その他、全国全州にわたって専門科目の学会が開催されるので当然それにも出席しなければならず、討論会も頻繁に行われる。さらに、通信教育講座や通信医学テストが準備されている。もちろん医学雑誌やメディカル・ニュースも送られてくる。

---

の病院でなければできない。地域の自治体病院にその責務があるとする。そうすれば、病院は大学への依存体質から脱却でき、自治体病院にとって必要な人材を確保することになり、へき地医療に生き甲斐をもつ医師も育つこととなる。日本の医療改革は、ここから始まると言っても過言ではないと考えている。新しい研修制度の発足にあたってまず大切なことは、第1は研修生を出身大学に関係なく全国規模で各地の指定病院に配置すること、第2は完全ローテーション方式にして2年間のうちある期間は救急医療はもちろん、へき地医療、介護も体験させて地域医療を行う医師として最低限度必要な医学知識と技術の標準化とそれに対する客観的評価を行うこと、第3は研修医の待遇について、医療費から出していたこれまでのやり方を全廃して研修医並びに指導医の給料を診療報酬とは別途に国から直接支給すべきである。この3点が厳守されなければ、かつて我々が経験し廃止に追い込まれたインターン制とまったく同じことになりかねない。」「21世紀型自治体病院の構築」社団法人全国自治体病院協議会ホームページ・会長所信表明。

アメリカでは、アメリカ医師会が中心になってアメリカ全土にいる医師に対して最先端の医学を学ぶチャンスを与えているために、こうしたチャンスを生かしたいと思っている医師が圧倒的に多く、開業医の医学水準は非常に高くなっている<sup>8)</sup>。

わが国でも、医師・歯科医師、看護婦、薬剤師、放射線技師、臨床検査技師など、医療行為に関わるすべての免許資格者、とくに患者の生命を直接的に扱う医師に対して、一定期間ごとに免許の更新を行い、そのさいに更新講習を実施して、新しい医学知識や医療技術の修得を義務づける「免許更新制度」を導入すべきである。それは、日進月歩発展する医学知識や医療技術に追従し、良質な医療を提供するためにも必要である。

#### (4) 正看護婦の教育年限の引き上げ

「医療過誤」の多くは看護婦・士によるものであり、加重的看護業務による不注意や不十分な看護教育が原因で発生する事例が比較的多いように思われる。現行の看護婦養成教育と看護婦制度を改革し、看護婦による医療過誤を防止する必要がある。

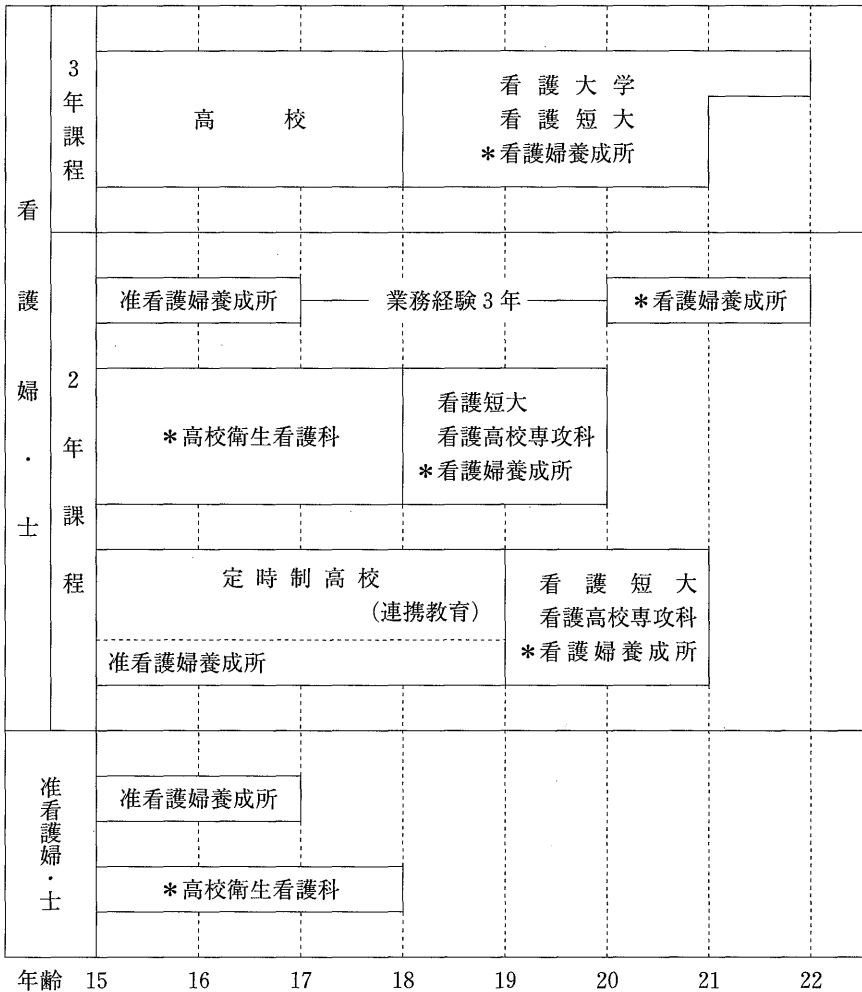
厚生省はこれまで、看護婦不足を解消するために、たんに看護婦の数合わせに重点を置いた医療政策を実施してきた。これからの新しい医療政策は、看護婦の「数」よりも「質」に重点を置かなければならない。

現在、「保健婦助産婦看護婦法（保助看法）」によって、看護婦国家試験の受験資格を取得するための看護教育課程として「3年課程」と「2年課程」が設置されている（図1を参照）。「3年課程」では、高校（普通科・商業科等、衛生看護科以外の高校）卒業後、看護婦養成所または看護短期大学または看護大学（看護大学は4年）を卒業し、看護婦国家試験を受験して看護婦免許（厚生労働大臣）を取得する（図2を参照）。

「2年課程」は、准看護婦の資格を有している場合の看護教育課程である。

---

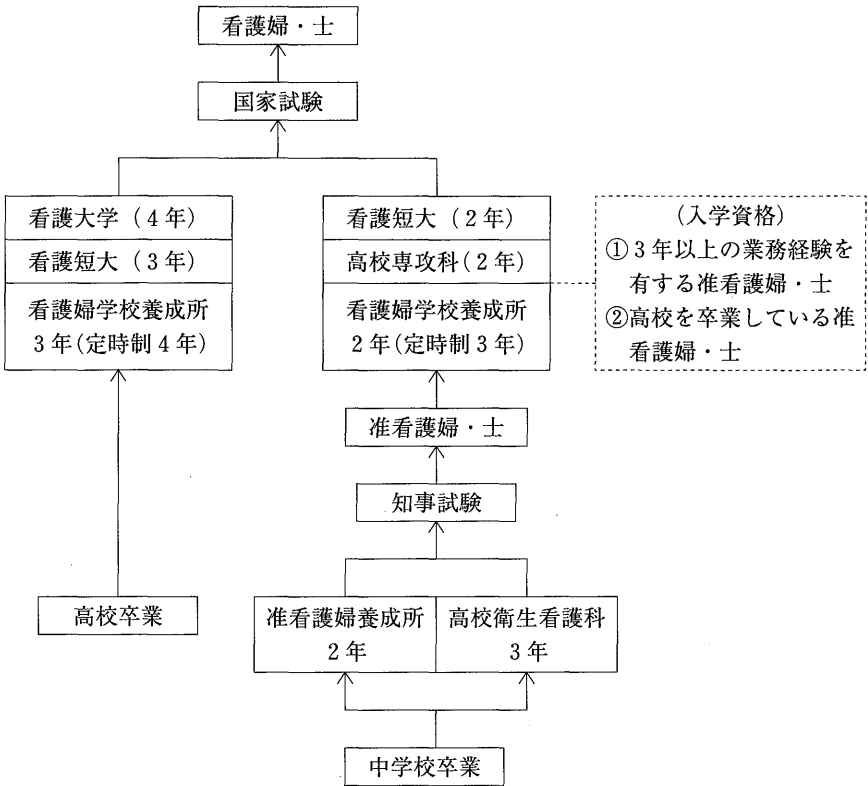
8) 中野次郎『誤診列島』集英社、平成13年、98～99ページ。



〔注〕 \*印は定時制課程あり，修業年限1年延長。

〔出典〕 佐々木栄子「看護婦(士)の要件と国家試験」『保健の科学』第42巻，第9号，平成12年，708ページ。

図1 看護教育系統



〔注〕下記の文献には「助産婦」と「保健婦・士」についても記述されているが、ここでは省略している。

〔出典〕北海道看護教育施設協議会『平成13年度北海道内高等看護学校（学院）案内』平成13年，3ページ。

図2 看護教育制度

この課程には以下の2つがある。①准看護婦免許の取得後，3年以上の業務経験を有した後，看護婦養成所を卒業し，看護婦国家試験を受験して看護婦免許（厚生労働大臣）を取得する。②准看護婦免許の取得後，看護婦養成所または看護高校専攻科または看護短期大学を卒業し，看護婦国家試験を受験して看護婦免許（厚生労働大臣）を取得する<sup>9)</sup>。

現在の看護婦養成教育・看護婦制度には問題点が2つある。第1に、上記のように看護教育課程が多岐にわたっていることである。とくに、中学校卒業でも看護婦国家試験の受験資格を取得できる看護教育課程(上記の「2年課程」の①)が現存していることである。したがって同じ正看護婦でも、最終学歴は大学院、大学、短期大学、専門学校、高校、中学校とまちまちである<sup>10)</sup>。

第2に、医療提供体制において、一般に看護婦は他の医療従事者よりも低くみられる傾向があったことである。つまり、看護婦は医師の従属的・補助的立場とみなされる傾向があったことである。

医療が高度化し多様化している今日、質の高い看護を提供し、医療に積極的に参加できるようにするためには、現行の看護婦養成教育と看護婦制度を改革する必要がある。具体的には、第1に、看護婦養成教育において、高校卒業後の正看護婦の最低限の教育年限を現行の3年から4年に引き上げることである。つまり、看護教育課程の「3年課程」を「4年課程」にし、看護大学と同等にすることによって高度な看護学を習得し、現在は時間数が不足している実習教育(臨地実習)を充実させることである。

第2に、現行の准看護婦制度を廃止し、准看護婦を正看護婦に移行する措置を早急に講じることである。この点については次節で詳しく述べる。

##### (5) 准看護婦制度の廃止

現在、准看護婦・士の教育機関には、准看護婦養成所(2年)と高校衛生看

9) 看護教育機関は、「学校教育法」と「保健婦助産婦看護婦法(保助看法)」の2つの法律によって運営されている。看護教育機関は、「学校教育法」上、第一条校である看護大学、看護短大、看護高校専攻科(厳密には第一条校ではない)、看護専門学校・各種学校に分類される。「保助看法」上は、本文で述べた「3年課程」と「2年課程」に分類される。「保助看法」は、看護専門学校・各種学校を看護婦養成所と呼称している。看護教育機関と看護教育課程については、佐々木栄子「看護婦(士)の要件と国家試験」『保健の科学』第42巻第9号、平成12年、707～716ページを参照。

10) 図1には示されていないが、近年では数はきわめて少ないが看護大学大学院を修了している看護婦もいる。

護科（3年）がある（図1を参照）。准看護婦養成所または高校衛生看護科を卒業し、准看護婦都道府県知事試験を受験して准看護婦免許を取得する（図2を参照）。

准看護婦養成所の入学者のほとんどは高校以上の卒業生である。しかし、入学資格（学歴）は制度上、中学校卒業以上である（図1と図2はそれに基づいて作成している）ために、准看護婦養成所の教育内容は中学校卒業程度の学力に合わせている。また、正看護婦と准看護婦との地位や待遇の相違などによって、准看護婦養成所の志願者数は減少してきている。北海道内では、准看護婦養成所と高校衛生看護科は平成元年に34校あったが、平成12年4月時点で26校まで減少している<sup>11)</sup>。

准看護婦制度は、戦後の看護婦不足を補うために昭和26年に新設されたものであり、正看護婦の助手的存在である。准看護婦教育で行われる看護学や一般教養の水準は、正看護婦教育と比べるとかなり低くなっている。「保健婦助産婦看護婦法」上は、看護婦（正看護婦）も准看護婦も行うことのできる看護業務の内容は同じである（看護婦は医師・歯科医師の指示を受けて療養上の世話または診療の補助を行い、准看護婦は医師・歯科医師または看護婦の指示を受けて療養上の世話または診療の補助を行う）。しかし、正看護婦と准看護婦の看護業務の役割分担を明確にすべきである。それによって、准看護婦による医療過誤を少しでも減少させることができるのではないかと思われる。「准看護婦は医療の質を低下させる要因の一つになっている」ことを指摘する正看護婦もあり、准看護婦制度の廃止運動が正看護婦などによって行われている<sup>12)</sup>。

厚生省の「准看護婦問題調査検討会」は、准看護婦問題についての報告書を平成8年12月にまとめた。報告書は、「関係者の努力により現行の准看護婦養成課程の内容を正看護婦養成課程の内容に達するまでに改善し、21世紀初頭の

11) 『北海道新聞』平成13年10月5日付け朝刊。

12) 日本看護協会は、准看護婦の養成停止と看護婦養成制度の一本化を求める運動を展開している。日本看護協会「准看護婦養成停止・看護婦養成制度の一本化を求める運動」日本看護協会ホームページ・プレス資料、平成12年4月。

早い段階を目途に、准看護婦養成制度の統合に努めることを提言」し、「今後、国において関係者と十分な協議を重ねながら、看護職員の養成及び准看護婦養成所の改革等に当たっての財政支援、医療機関に看護職員を提供できる体制の整備等具体的な検討を行うべき」であるとしている。

日本医師会は、准看護婦養成問題に対する基本姿勢として、准看護婦養成と准看護婦制度の維持を表明している。この点について日本医師会は、准看護婦制度が創設された昭和26年以来、准看護婦は日本の医療を支えてきた（大きな役割を果たしてきた）こと、また地域医療の分野においては現在も准看護婦に大きく依存していることを指摘している<sup>13)</sup>。しかし、開業医のなかには人件費を抑制するために准看護婦を雇用しているところもあった。

看護婦の資質を向上させ、医療サービスを改善するためには、准看護婦を正看護婦に移行する措置を早急に講じ、准看護婦制度を廃止する必要がある。具体的には、現在の准看護婦に対して、①一定時間数の指定講習の受講を義務づけ、②指定講習の所要単位数を取得した場合、正看護婦の特例国家試験の受験資格を与え、③特例国家試験に合格した場合、正看護婦免許を与える、という救済措置を現在の准看護婦に対して講じることを筆者は提案したい。

### 第3章 診療情報の提供

#### (1) インフォームド・コンセント

大病院に行った外来患者の多くは、「長い待ち時間」と「医師の説明不足」を経験している。3時間待って3分間の受診を終え、ただちに別室で採血やX線検査などを受け、効能に対する説明がない薬を処方されることがしばしばある。

患者は体調の主訴を医師に伝える時間を十分には与えられず、医師も治療方針を患者にきちんと説明し、同意を求めようとする姿勢があまりみられない。

---

13) 日本医師会「准看護婦養成問題について」日本医師会ホームページ。

筆者が行ったアンケート調査でも、医療の世界は閉鎖的であると約9割が回答している。

欧米諸国では、数十年前から患者の権利について医療側から明確な形で示されている。すなわち、1947年「ニュールンベルク綱領」、1964年「ヘルシンキ宣言」（第18回世界医師会総会）、1972年「患者の権利章典に関する宣言」（アメリカ病院会）は、医師が診療にあたって患者に何をどのように説明し、また検査や治療の前にどのような説明をして、どのように同意を得なければならないかなどの、いわゆる医療行為を行うさいに患者が選択できる人権をどのように尊重すべきかを定めている<sup>14)</sup>。

患者から要望があれば、医師は診断内容や治療方針について患者にきちんと説明し、同意を得ることは当然である。わが国でも、こうした「インフォームド・コンセント」に対する患者の関心が高まり、患者はそれを求めるようになってきている。筆者が行ったアンケート調査のなかで、回答者の9割以上は十分なインフォームド・コンセントが必要であると回答している。

日本看護協会は、平成12年5月に作成した『看護記録の開示に関するガイドライン』の内容について改めて同会会員の関心呼び起こすとともに、患者への診療情報提供に関する実態と今後の方向を把握するために、「2000年 患者への診療情報提供に関する調査」を平成12年9月に行っている<sup>15)</sup>。

調査結果によると、「患者への診療記録開示について」では、診療記録の開示規定が「ある」と回答した病院は1115病院（36.4%）であった。これを設置主体別でみると、「社会保険関係団体」（73病院，82.0%）と「公的」（123病院，65.1%）が他の設置団体に比較して「ある」と回答した割合が高く、「医療法人・個人」と「国」は「ない」と回答した割合が高くなっている（表1を参照）。

---

14) 日本病院会「日本病院会が提言するインフォームド・コンセント」日本病院会ホームページ。

15) 調査対象は同会会員が勤務する全国の6219病院（記入者は看護部長）、回答病院数は3066（有効発送数6215に対する有効回収率は49.3%）である。調査概要と調査結果について詳しくは次の文献を参照。「患者への診療情報提供に関する調査」（病院対象調査）『日本看護協会調査研究報告』No.60，平成13年3月。



表1 診療記録開示規定の有無・設置主体

設置主体	あ る	な い	無回答・不明	合 計
国	97 (40.4%)	141 (58.8%)	2 (0.8%)	240 (100.0%)
自治体	262 (43.8%)	330 (55.2%)	6 (1.0%)	598 (100.0%)
公 的	123 (65.1%)	65 (34.4%)	1 (0.5%)	189 (100.0%)
社会保険 関係団体	73 (82.0%)	16 (18.0%)	0 (0.0%)	89 (100.0%)
医療法人・ 個 人	385 (25.2%)	1110 (72.7%)	31 (2.0%)	1526 (100.0%)
学校法人・ そ の 他	169 (42.4%)	224 (56.1%)	6 (1.5%)	399 (100.0%)
合 計	1115 (36.4%)	1905 (62.1%)	46 (1.5%)	3066 (100.0%)

〔出典〕「患者への診療情報提供に関する調査」(病院対象調査)『日本看護協会調査研究報告』No.60 (平成13年3月), 72ページ。

病床規模別でみると、病床規模が大きくなるほど「ある」と回答した割合が高くなっている(表2を参照)。

「インフォームド・コンセントに関する取り組み」では、インフォームド・コンセントに関する看護部門の取り組みへの評価について「患者の知る権利の

表2 診療記録開示規定の有無・病床規模

床	あ る	な い	無回答・不明	合計
99 以下	137 (18.7%)	576 (78.8%)	18 (2.5%)	731 (100.0%)
100 ~ 199	279 (29.8%)	642 (68.5%)	16 (1.7%)	937 (100.0%)
200 ~ 299	179 (35.8%)	317 (63.4%)	4 (0.8%)	500 (100.0%)
300 ~ 399	191 (50.9%)	180 (48.0%)	4 (1.1%)	375 (100.0%)
400 以上	328 (63.7%)	183 (35.5%)	4 (0.8%)	515 (100.0%)
合 計	1115 (36.4%)	1905 (62.1%)	46 (1.5%)	3066 (100.0%)

〔出典〕表1に同じ。

表3 インフォームド・コンセントに関する看護部門の取り組みへの評価

(単数回答, n=3066)

	十分	どちらとも いえない	不十分 ・不明	無回答	合計
患者の知る権利の尊重	447 (14.6%)	1630 (53.2%)	902 (29.4%)	87 (2.8%)	3066 (100.0%)
患者の情報へのアクセス権の尊重	348 (11.4%)	1273 (41.5%)	1351 (44.1%)	94 (3.1%)	3066 (100.0%)
自己コントロール権の尊重	114 (3.7%)	879 (28.7%)	1973 (64.4%)	100 (3.3%)	3066 (100.0%)
患者の自己決定権の尊重	549 (17.9%)	1414 (46.1%)	996 (32.5%)	107 (3.5%)	3066 (100.0%)

※患者の知る権利の尊重=患者が望む情報を充分提供していること

※患者の情報へのアクセス権の尊重=患者が必要な時に必要な情報を入手できる環境を整えていること

※自己コントロール権の尊重=患者が自分に関わる記録を把握・管理できるよう支援していること

※患者の自己決定権の尊重=患者に、治療法等自己決定に必要な情報を充分提供していること

[出典] 表1に同じ(23ページ)。

尊重」と「患者の自己決定権の尊重」は「どちらともいえない」という回答がもっとも多く、続いて「不十分」という評価がなされている(表3を参照)。「患者の情報へのアクセス権の尊重」と「自己コントロール権の尊重」は「不十分」という回答がもっとも多く、インフォームド・コンセントに関する看護部門の取り組みはまだ不十分と認識されており、現場においては課題も多いとみられる。

インフォームド・コンセントを促進するための看護部門としての取り組みと今後の計画については、「看護婦の計画的な研修」は726病院(23.7%)が現在「実施している」としており、「今後実施予定」は1312病院(42.8%)となっ

表4 インフォームド・コンセントを促進するための取り組みと  
今後の計画 (看護部門)

(単数回答, n=3066)

	実施している	今後実施予定	特に実施予定はない	無回答	合計
看護婦の計画的な研修	726 (23.7%)	1312 (42.8%)	901 (29.4%)	127 (4.1%)	3066 (100.0%)
看護部門ガイドラインの整備	235 (7.7%)	1646 (53.7%)	1018 (33.2%)	167 (5.4%)	3066 (100.0%)
その他	45 (1.5%)	56 (1.8%)	198 (6.5%)	2767 (90.2%)	3066 (100.0%)

〔出典〕表1に同じ (24ページ)。

ている。「看護部門ガイドラインの整備」は「実施している」が235病院 (7.7%) と少なく、「今後実施予定」が1646病院 (53.7%) となっている (表4を参照)。

インフォームド・コンセントを促進するための病院全体としての取り組みと今後の計画については、「医療従事者の計画的な研修」は348病院 (11.4%) が現在「実施している」としており、「今後実施予定」は1243病院 (40.5%) となっている。「患者向けガイドラインの整備」は「実施している」が150病院 (4.9%) と少なく、「今後実施予定」が1282病院 (41.8%) となっており、「職員向けガイドラインの整備」も同様の傾向がみられる。「インフォームド・コンセントに関する患者への情報発信」は「実施している」が314病院 (10.2%) であり、「患者向けガイドラインの整備」と比較すると実施されている割合は高くなっている (表5を参照)。

日本病院会は、インフォームド・コンセントを医療の基本と考え、病院側として初めてのインフォームド・コンセントについての統一的理解を発表してい

16) 日本病院会「日本病院会が提言するインフォームド・コンセント」日本病院会ホームページ。

表5 インフォームド・コンセントを促進するための取り組みと  
今後の計画（病院全体）

（単数回答，n=3066）

	実施している	今後実施予定	特に実施予定はない	無回答	合計
医療従事者の計画的な研修	348 (11.4%)	1243 (40.5%)	1163 (37.9%)	312 (10.2%)	3066 (100.0%)
患者向けガイドラインの整備	150 (4.9%)	1282 (41.8%)	1237 (40.3%)	397 (12.9%)	3066 (100.0%)
職員向けガイドラインの整備	183 (6.0%)	1431 (46.7%)	1049 (35.7%)	358 (11.7%)	3066 (100.0%)
インフォームド・コンセントに関する患者への情報発信	314 (10.2%)	1088 (35.5%)	1185 (38.6%)	479 (15.6%)	3066 (100.0%)
その他	15 (0.5%)	44 (1.4%)	202 (6.6%)	2805 (91.5%)	3066 (100.0%)

〔出典〕表1に同じ（24ページ）。

る<sup>16)</sup>。また、インフォームド・コンセントを積極的に実施する医療機関も増加している。ただ、上記の日本看護協会の調査結果によると、インフォームド・コンセントに関する取り組みの評価について「どちらともいえない」と「不十分」とする回答が多いこと、またインフォームド・コンセント促進のための取り組みと今後の計画について「今後実施予定」と「特に実施予定はない」とする回答が多いことから、インフォームド・コンセントが十分に行われるまでにはいましばらく時間を要するかも知れない。

## (2) 医療情報の開示

「カルテ(Karte)」とは「医師法」第24条に定められた医師の診療録であり、患者の診療情報が記載された文書である<sup>17)</sup>。カルテは診療情報のなかでもっ

とも重要なものである。カルテなど患者に関する診療情報を患者自身が知るの  
は当然の権利である。

欧米諸国では、「カルテ開示」を含め「診療情報の提供」が早くから行われて  
いる。アメリカでは、1974年に連邦法の「プライバシー法 (Privacy Act)」  
が制定され、連邦政府が運営する医療機関が管理する診療記録に対する開示請  
求権が認められた。州レベルの法律では、各州の指針となる統一州法において  
同様の権利が定められているほか、1970年代以降、診療記録の開示請求などを  
認める法律が約半数の州で制定されている。イギリスでは、診療記録のうち電  
子的記録については1984年に制定された「個人データ保護法 (Data Protec  
tion Act)」により、診療記録全般については1990年に制定された「保健記録  
アクセス法 (Access to Health Records Act)」により、一部制限を加えなが  
ら開示請求権が認められている<sup>18)</sup>。

それに対してわが国では、患者は治療方針や治療内容を医師に任せ、医師も  
それらを患者にあまり明示しようとしなかったために、「カルテ開示」が遅れ  
ていた。しかし、医療に対する国民の意識が変化し、患者は「カルテ開示」な  
どの「診療情報の提供」を求めるようになってきた。

こうした状況を受けて、厚生省の「カルテ等の診療情報の活用に関する検討  
会」は平成10年6月に報告書をまとめ、カルテ開示など診療情報の提供の法制

---

17) 日本医師会が平成11年4月に制定した『診療情報の提供に関する指針』のなかで  
使用する「診療情報」、「診療録」、「診療記録等」、「要約書」、「診療記録等の開示」  
をそれぞれ以下のように定義している。

- ・診療情報＝診療の過程で、患者の身体状況、病状、治療等について、医師または  
その指揮・監督下にある医療従事者が知り得た主観的、客観的情報
- ・診療録＝医師法第24条所定の文書
- ・診療記録等＝診療録、手術記録、麻酔記録、各種検査記録、検査成績表、エック  
ス線写真・助産録、看護記録、その他、診療の課程で患者の身体状況、病状等  
について作成、記録された書面、画像等の一切
- ・要約書＝診療記録等の主要な内容を簡略にまとめたもの
- ・診療記録等の開示＝患者など特定の者に対して、診療記録等を見せ(閲覧)、写  
しを交付し(謄写)、閲覧および謄写させ、またはこれらに代えて要約書を交付  
すること

18) 『「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」報告書』平成10年6月。

化を提言した。

他方、日本医師会も『診療情報の提供に関する指針』を平成11年4月に制定し、『指針』を実際に運用するさいに必要となる内容として、『「診療情報の提供に関する指針」の実施に向けて』を平成11年11月にまとめ、平成12年1月1日から実施した。

日本医師会は診療情報の自主的提供の方針を示し、法制化には一環して反対している。それは、「診療情報は診療をするうえで当然提供すべきことであって、法制化になじまないからである<sup>19)</sup>。」また、上記の『指針』では、「この指針は単なる宣誓的指針ではなく、日本医師会あるいは都道府県医師会などの倫理規範の一翼を構成することになる。したがって、日本医師会および都道府県医師会は、診療情報の提供に関する教育、研修を通じて、会員に対し、この指針の徹底を図るとともに、指針を守らない場合には、会員の倫理規範に反するものとして、医師会の行う強力な指導、教育、研修などを受けさせる<sup>20)</sup>」ことになっている。

医療機関のなかには、日本医師会が決定した診療情報の提供の開始（平成12年1月1日）に先立って、平成11年11月1日に開始した札幌社会保険総合病院もある<sup>21)</sup>。しかし、平成12年5月に日本医師会が7700人の会員医師を対象にアンケートを行ったところ、回答した2364人のうち、カルテ開示をしている会員は855人（36.2%）であった<sup>22)</sup>。アンケートの対象者数と回答者数から、回答しなかった会員医師は5336人（未回答率は69.3%）になるが、その多くもカルテ開示をしていないのではないと思われる。もしそうであるならば、診療情報の提供に対する日本医師会の積極的な取り組みにもかかわらず、対象者数の多くはカルテを開示していないことになる。

19) 「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・宮坂常任理事『法制化の必要なし』、『日医ニュース』平成10年7月5日付け、1ページ。

20) 日本医師会『診療情報の提供に関する指針』平成11年4月、13～14ページ。

21) 札幌社会保険総合病院「診療情報の提供－経過と実施状況」、『日医ニュース』平成12年6月20日付け、8ページ。

22) 『北海道新聞』平成12年8月10日付け朝刊。

カルテ開示をはじめ診療情報の提供が積極的に行われていない理由として、①医師・医療機関がもっとも懸念している医療過誤訴訟が増加すること、②カルテの記載内容から自分の医学的力量が明らかになること、③カルテの一部を医師個人の日記帳代わりのように用いる医師もいること、などがあるように思われる<sup>23)</sup>。

日本看護協会は、患者側からみた病院の情報提供に関する意識や要望の把握を目的として、「2000年 患者への情報提供に関する調査」を平成12年11月に行っている<sup>24)</sup>。調査のなかで、「自分の病状や治療の過程を知るために、カルテ等の診療記録をみたいと思うか」という質問に対して、年齢が若いほど「自分に関する記録は全て見たいと思う」と「自分が見たいと思うものだけ見られればよいと思う」と回答した割合が高く、診療記録等の閲覧の希望は年齢が若い層に多くなっている（図3を参照）。このことから、診療記録等の閲覧を希望する患者の割合は将来、増加していくことが予想される。

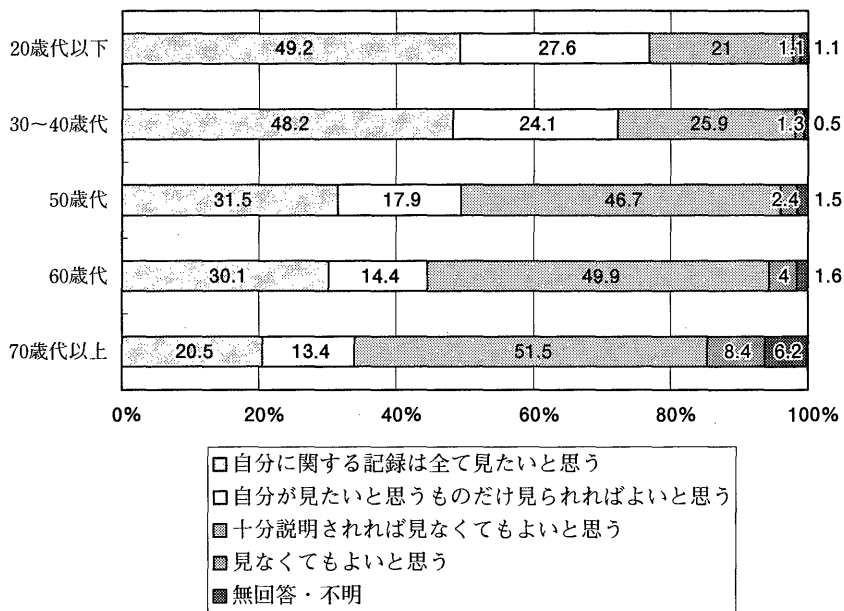
繰り返すが、カルテなどの診療情報は患者個人に関するものである。したがって、患者または家族がカルテなどの開示を請求した場合には、医師は速やかに開示する必要がある。また、患者が転院する場合には、転院先の医師は患者の同意を得て前の病院の医師に診療情報の提供を求め、その求めを受けた医師も積極的に応じる必要がある<sup>25)</sup>。それによって、同じ検査を重複して行う必

---

23) ③は筆者が複数の看護婦から得た証言である。また、③に関連して、「ささえあい医療人権センター COML スタッフ」の山口育子氏は次のように述べられている。『弁護士からの依頼でカルテを「解説」することがあるが、まともに読めることは少ない。ある大学病院で使っていた「UB」は「うるさいばあさん」のことだった。カルテが単に医師の防備録になっている。』『北海道新聞』平成11年12月22日付け朝刊。

24) 同会会員が勤務する全国の6219病院のうち、協力が得られた41病院の退院患者を対象としている。調査票の配布数は4993通、回収数は2341通（有効配布数4993に対する有効回収率46.9%）である。調査概要と調査結果について詳しくは次の文献を参照。「患者への情報提供に関する調査」『日本看護協会調査研究報告』No.60, 平成13年3月。

25) 日本医師会の『診療情報の提供に関する指針』も、医師相互間の（医師の求めによる）診療情報の提供について定めている。



〔出典〕「患者への情報提供に関する調査」（患者対象調査）『日本看護協会調査研究報告』No.60（平成13年3月），44ページ

図3 診療記録等の閲覧希望・年齢別

要はなくなり，自己負担の軽減・医療費の削減にもつながるのである。

さらに，カルテなどの診療情報の提供だけでなく，医療機関や医療従事者に関する医療情報の提供も国民は求めるようになってきている。こうした状況を受けて，医療法等の一部が平成12年11月に改正され，医療情報の提供を推進し，患者の選択を通じた医療の質の向上を図るために，医療の広告規制が緩和された（平成13年3月1日施行）。

改正医療法と厚生労働省告示によって，医業等に関して広告できる事項として，①診療録その他診療に関する諸記録に係る情報を提供することができる旨，②財団法人日本医療機能評価機構が行う医療評価機能の結果，③医師または歯科医師の略歴，年齢及び性別，などが新たに追加されている。



①は、カルテ等の診療情報の提供について、関係者の自主的な取り組みが進められていることから、新たに広告できることになった。②は、財団法人日本医療機能評価機構が行う審査を受けた結果、認定を受けた旨を広告できる<sup>26)</sup>。③は、常時診療に従事する医師または歯科医師のみ広告でき、当該医師または歯科医師としての経歴を簡潔に示す事項を総合的に記載したものを広告できる。経歴を簡潔に示す事項は、生年月日、出身校、学位、医籍登録年月日、勤務した医療機関（診療科、期間を含む）などであり、社会的な評価を受けている客観的な事実であってその正否について容易に確認できるものである<sup>27)</sup>。

医療機関の競争によって医療の質を高めていくためには、医師の出身校や医師としての経験年数、行った手術の件数、医療機関に勤務している医療従事者（准・正看護婦、検査技師、薬剤師など）の人数などの医療情報を患者にできるかぎり提供し、患者はこうした医療情報に基づいて質の高い医師・医療機関を選択できるようにしなければならない。

---

26) 日本医療機能評価機構は、医療に対する国民の信頼を確立し、医療の質の向上をいっそう図るために、医療機関の機能を学術的観点から中立的立場で評価し、その結果明らかとなった問題点の改善を支援する第三者機関として平成7年に設立されている。同機構から認定を取得している病院は、平成13年9月17日現在で531病院である。

27) 厚生労働省「医療法、医師法、歯科医師法改正のポイント」厚生労働省ホームページ、平成13年3月、同「医療広告規制緩和のポイント」厚生労働省ホームページ、平成13年4月。