

看護情報学の構築に向けての新たな情報提供の提案 ～患者の視点で必要な生活支援情報の在り方とエージェントの必要性～

群馬大学大学院社会情報学研究科

99901014 吉田幸枝

臨床の場において、疾患や障害を抱え生活する患者の欲しい情報がなぜ、提供されて来なかったのか。本研究はこの問いに応えていく。まず、患者への情報提供について歴史的経緯から現状を整理した。その中で明らかになったことは、従来からの日本の医療は歴史的にも、構造的にも医師—患者関係を中心にパターンリズムを背景とした医師の一方的な関わりが大きな要因であった。また、生活に関する情報提供は看護者が引き受けるべきであったがその役割が十分に果たせていないことも要因の一つであった。そこで、本研究は患者が欲しい情報を得るために、患者への情報内容及び情報提供の方法について提案する。

患者への情報提供内容としては、家政学の分野での生活の捉え方と看護過程の情報収集の考えから情報提供の枠組みを提案する。この内容は人間の生活行動を基に11項目からなり、医療情報の中でも医師が提供する診療情報とは独立させ、生活の援助者としての看護婦が提供する生活支援情報として位置づけた。しかし、情報内容が明らかになっても、患者が欲しい情報は病気の経過や生活の自立度により、多岐に渡るため、患者の主体的な参加が必要になる。その為には、従来からの医療者の一方的な情報提供ではなく、患者との双方向性の情報提供が必要となるが、医師と患者の専門的な知識量の違いや従来からの関係性を変える事は難しく、患者が欲しい情報を手に入れるためには、エージェントの存在が必要である。本研究では患者の立場で、情報を解釈、患者のニーズに応じて意思決定を支援するエージェント、Informed Decision Support(IDS)の必要性を提案する。

1 背景と目的

抗生剤や抗結核剤などの新薬をもたらした医療技術の進歩は1950年を境に日本人の疾病構造を感性症から成人病へと大きく変化させた。この成人病は後に生活習慣病と呼ばれ、脳卒中やがん、心疾患など生活習慣の改善を必要とする疾患である。一回治療すれば完全に治るというものではなく、薬の効果は補助的であり、患者の主体的なセルフケアを必須とする¹。また、1988年以降の医療費抑制をねらった政府の在院日数の短縮策は病気が完治しないまま病院側の意向で自宅療養に切り替えなくてはならない事態を引き起こした。従来であれば、入院をして治療を受けていた疾病や障害を自宅で自己管理しなくてはならず、患者の生活は大きく影響を受けている。そのため、疾患や障害を抱え生活をしなくてはならない患者にとって、医療者からの説明は重要な意味を持つ。しかし、現実には短い診療時間の中で、医師の情報提供は十分ではなく、生活の質を考えた情報提供はされていない。そのため患者は疾病や障害を抱え不安を持ちながら生活をしている状況がある。

医療の主体は患者であると言われて久しいが、なぜ、このような現状が起こっているのか。患者が医療の場で、或いは生活の場で意思決定をしなくてはならない時、患者の視点で必要とする情報は、だれがどのような方法・内容で提供することなのか。この問いに対し従来研究では具体的な答えは見つ

からなかった。

医療の世界においても情報技術の進歩に伴い、この「情報」を扱う分野は発展しつつあるが、まだ混沌としており、その本質や問題を見極める段階に至っていない。その中で、医療情報学は固有の学問領域を開発してきているが、看護情報学は独立した学問領域として日本ではまだ社会的に認知されていない²。そこで、本研究はその前段階として、看護情報学への貢献をねらい、情報提供に関する医療の現状を整理し、医療者—患者関係の中での情報提供の在り方について論じていくことを目的とする。

2 患者にとって必要な情報とは何か

患者が求めている情報について、医療ソーシャルワーカーの立場から石井(1995)は、「病名と症状、治療法とその利益、随伴する危険など、極めて医療の基本とも言える診療情報と同時に、病気や障害に直面した患者や家族の社会生活上の困難や不安に対して、生活を支援する情報が求められている」³としている。そこで、石井の考えを現実場面に置き換え、患者の欲しい情報を図1の病気の経過と生活という軸で考えてみる。

患者または家族は「病気の経過」が急性で重いほど病名や症状、治療の利益や危険などの診療情報を多く必要とする。この段階では患者は重症で動けず、自分の病気や障害、身の回りのことは医

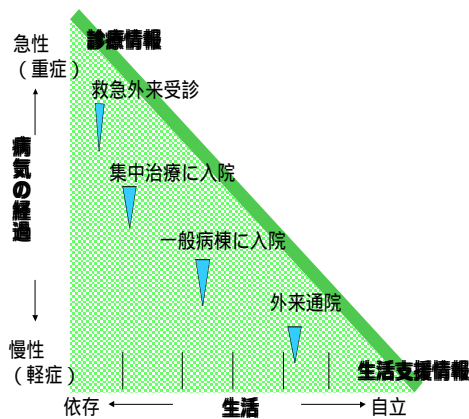


図1 患者の欲しい情報

療者に依存しなければならぬため、生活に関する情報は診療情報よりも少ない。しかし、病気が回復して、症状が軽くなったり、慢性的に経過すると患者の「生活」は身体的・社会的な自立の方向に向かうため、診療情報よりも疾患や障害を持ちながら生活するための情報（生活支援情報）を多く必要とする。この場合の患者は、疾病や外傷などのために医療機関を訪れ、何らかの形で診断・治療を受ける人を対象とする。

このように患者の求める情報とは「診療情報」と「生活支援情報」を意味し、その情報量、内容は病気の経過と生活の自立度によりその割合が変化するのではないかと考える。以上のことから、本研究で扱う情報は図1の「診療情報」と「生活支援情報」の範囲で論じていきたい。

3 情報提供に関する現状整理と評価

3-1 情報提供の現状整理

医療の分野では医師や看護、薬剤師や栄養士など、たくさんのコメディカルスタッフが患者と関わりを持ち、情報を提供している。本研究は其中でも日常的に患者に多く接している医師、看護婦と患者のそれぞれの関係性からそこにおける問題点をとらえ、なぜ患者の生活を考えた情報内容になっていないのか。また、なぜ患者が欲しい情報が提供されてこなかったのか。この点について現状を整理し、評価していきたい。

3-1-1 医師と看護婦の関係性とそこにおける問題点

医師と看護婦の関係性については患者の生活に関する情報提供は、本来看護婦の役割であるが、なぜ、その役割が果たせなかったのか。この問いについて考えてみる。

日本の医療の中で、看護婦は医師の補助とし

て誕生し、医師によって育てられたという歴史をもつ。そのため、教育段階から医師に従属することを教えられてきた。また、医師と看護婦の知識量の違いは従属性を高め、この事が長い間、医師への依存を許し、専門職としての看護職の自律を遅らせてきた。この従属性は患者への情報提供に関しても影響し、診療情報や生活に関する情報も医師が中心に提供し、看護婦は主体的ではなく、澤田(1994)⁴・飯塚(1996)⁵の研究結果からも分かるように、補助的役割を担ってきた。この医師—看護婦の従属関係は、この二者関係だけではなく、日本の医療構造の中には医師をトップとする階層性があり、看護婦をはじめとするコメディカルスタッフはその下に位置づけられており、構造的にも従属関係にあることを Eliot Freidson(1970)⁶・田中(1999)⁷は指摘している。この歴史的、構造的な従属関係により、看護婦は医師の補助的な役割を中心とし、自分たちの専門性を明らかにしてこなかった。そのため、本来の役割である生活に関する情報提供についても専門性が生かされてこなかったと考える。

3-1-2 医師と患者の関係性とそこにおける問題点

医師と患者の関係性については、なぜ従来の関係性での情報提供ではいけないのか、この問いについて考えてみる。

従来からの医師—患者関係はヒポクラテスの時代から「医の倫理」としての医師のパターンリズムが支配し、医師に「お任せ型」の関係であり、情報提供も医師からの一方向であった⁸。しかし、現代社会は質が求められる時代になり、医療の分野においても、個々のニーズに応じた対応が求められるようになってきた。先端医療技術の適応においても、個々の状況の違いにアプローチしなければ、診断・予防・治療がはかれない現状がある。

また社会の情報化の進展に伴い、患者が医学・医療情報を入手する機会が増え、健康や疾病、治療に関する知識や関心が向上し、Informed Consentを背景に患者の権利意識も高まってきた⁹。この様な社会状況の変化に伴い医療の流れは「お任せ型」から「患者自らの参加型」に転換しつつある。そのため、従来からの医師の一方向の関わりも転換しなくてはならない状況にある。

3-1-3 看護婦と患者の関係性とそこにおける問題点

看護婦と患者の関係性については、なぜ看護婦が必要な生活に関する情報提供をしてこなかったのか。また、患者はなぜ、看護婦に生活に関する情報を求めないのか。この問いについて考えてみる。

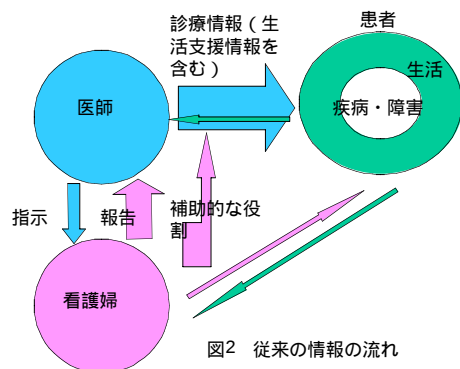
星 (1998)らの調査によれば、日本において Informed Consent に関する考え方が看護者に普及してきたのは 1990 年代に入ってからである¹⁰。それ以前は医師と従属関係にある看護婦は、医師と同様に患者に対してはパターンリズムを担う一員であったと考える。そのため、看護者はお任せされる立場であり、情報は患者へ提供はしているが、医師の補助としての情報提供であり、また看護者の必要性が優先され、生活者としての患者が必要とする情報内容は不明確なままであった。患者のために日々忙しくお世話をしている看護者ではあるが、自分達がどの位置に立っているのか認識がされてなかった。そのため、患者が必要とする生活に関する情報提供はしてこなかったと考える。その様な看護婦は患者にとってみれば医師の代行者にすぎず、専門性が見えにくく、生活に関する情報についても、期待されない存在であったと考える。

3-1-4 情報提供の現状整理のまとめ

以上、医師、看護婦、患者のそれぞれの関係性から、モデルを提示し従来の情報提供がどのようにされてきたか整理してみたい。

図 2 のように従来からの日本の医療は、医師—患者関係を中心にパターンリズムによる医師からの一方向的なかかわりであった。医療に関する情報も医師—患者関係を中心に医師から患者へ診療情報が提供され、また同時に生活に関する情報も医師から患者へ提供されていた。しかし、その方向性は一方向であり、患者側は説明を受けても意思決定については専門である医師にお任せの状況であった。

生活に関する情報内容については看護者が専門的な視点から提供すべきではあるが、その認識が浅く、医師と従属関係にあることから、医師—患者関係の中では補助的な役割を担い、患者の求める情報内容までは明らかにしてこなかった。



3-2 従来の診療情報提供の評価

従来の方法はなぜ適切ではないのか。という点について以下の2つの問いに答えていきたい。まずは、なぜ患者の生活を考えた情報内容になっていないのか、と言う点について述べてみる。

従来、医師が提供してきた情報は専門の診療情報の他に、本来看護者の役割である生活上の諸注意についてまでも担ってきた。しかし、医師は忙しい診療時間の中で、専門とする診療情報も十分に患者に提供できないでいる。しかも医師の専門は疾病の診断治療や症状の緩和といった医学的な分野であり、生活を支援するための情報提供は専門ではない。そのため、生活に関する情報が十分に提供されてこなかった。生活に関する情報提供の役割は看護者にあるが、その役割が十分発揮できていないことにも起因する。看護者—患者関係のなかでもパターンリズムは存在し、看護者は患者の問題を解決するための情報収集は積極的に行うが、患者が主体になって問題に対処しようとするときに必要とする情報については何を提供したら良いのか認識が浅い。そのため、患者にとってみれば生活上の必要な情報を十分に提供されてこなかった。

以上のことから看護者も医療の主体は患者であることを再認識し、主体の求めている情報内容について明らかにしていかななくてはならない。そのためには、患者が疾病や障害をもちながら自立した生活を送るために必要な情報について新たな枠組みの構築が必要となってくる。

次に、なぜ患者が欲しい情報が提供されてこなかったのか、と言う点について述べてみる。

従来の医師—患者の関係はパターンリズムを背景とした医師からの一方向の関わりであり、患者も医師の専門性に依存してきた。そのため、医療の主体は患者とされながらも、現実には医師中心の医療構造にあり、医師が必要とする情報が提供されてきた。医師からの情報は病気に関する診療情報が中心であるが、専門的な知識の少ない患者は、提供される情報が十分ではないとしながらも、双方向性のある関係性が築けず、疾病や障害を持ちながら生活をしていく上で欲しい情報が手に入らない状況であった。

以上のことから、患者が欲しい情報を手に入れるためには、医師—患者関係の見直しが必要である。医師は Informed Consent の理念に基づき患者が自ら意思決定できるよう、病気の経過に応じて診療情報を提供していくことが必要であり、患者は医師に「お任せ」ではなく、主体的に自分の

病気や障害に対処するために医師から情報を得ていかななくてはならない。

4 生活支援情報の提案

4-1 家政学における生活の考え方と看護過程の情報収集の枠組みとの比較

生活者としての患者が求めている情報内容を知るために、人間の食・住・衣・保育などの生活現象に深く関わって研究を進めてきている家政学の分野から生活を捉え、看護の分野に応用することで患者への情報提供内容を明らかにしたいと考えた。

家政学における生活について清野(1993)は家族と生活資料の関係から生活を構造化し、基本的な枠組みから、家庭生活における人間の生活行動を目的別に10項目に分類している¹¹⁾。そこで障害や疾病を持った患者が日常的生活を送るのに欲しい情報はこれらの生活行動に起因しているのではないかと考え、看護者が看護の方法論として使用している看護過程の情報収集の枠組みと比較を行うことにした。

看護の情報収集の枠組みはあくまでも看護者の視点で欲しい情報内容の枠組みであり、しかも入院する患者の生活を中心に、援助するために必要な内容になっている。そのため、生活者としての患者が欲しい情報内容とは一致しないと考える。しかし、看護婦が集めている情報も患者の生活に関する情報内容であるため、情報収集の枠組みであっても、生活者としての視点を補うことで、情報提供の枠組みに変換できるのではないかと考えた。

清野(1995)は家庭生活における人間の生活行動を目的別に10項目に分類している¹²⁾(表1)。

表1 生活目的別分類 (清野 1995)

1.	生理的に必要な行動
2.	収入を得るための行動
3.	家事のための行動
4.	育児・教育のための行動
5.	家族団らんのための行動
6.	家族の健康を維持・増進の為
7.	家庭を管理するための行動
8.	地域社会との交わりのための行動
9.	学習のための行動
10.	余暇利用のための行動

看護の情報収集の枠組みについては欧米の看護理論家により、いくつかの枠組みが提唱されてい

るが、本研究では、患者の日常性を重視したヘンダーソン(Virginia Henderson)¹³⁾の考え、及び1973年に発足した全米看護診断分類会議(後に北米看護診断協会)の理論家集団の一人であるゴードン(Marjor Gordon)¹⁴⁾の2人の考えを比較検討したが、本研究では人間の行動パターンを標準化し情報収集の枠組みを作成したゴードンの考えを情報提供の枠組みの中で採用した(表2)。

表2 ゴードンの11の機能面からみた健康パターン

1.	健康認識—健康管理
2.	栄養・代謝
3.	排泄
4.	活動—運動
5.	睡眠—休息
6.	認知—知覚
7.	自己知覚—自己概念パターン
8.	役割—関係
9.	性—生殖
10.	コーピング—ストレス耐性
11.	価値—信念

渡邊(1998),実践看護アセスメント,廣川書店,p68より引用。内容を省略し項目のみ表示。

ゴードンの「11の機能的健康パターンによる情報収集項目」について、清野(1995)の生活目的別分類と比較・検討した。その結果、表3に示す11項目からなる患者への情報提供の基本的な枠組みを提案することができた。

表の作成にあたっては、生活者の視点を重要視し、清野の生活目的分類の項目をそのままからまで情報提供項目とした。項目内容は生活目的分類のそれぞれ項目に該当・類似するものをゴードンの情報収集項目から選びその内容とした。但し、ゴードンの項目内容で不足しているものは、そのまま清野の考えを採用した。また、生活目的分類にはないがゴードンの項目にある内容については、「その他」の項目をおこした。その情報提供の枠組みを表3に示す。項目内容の数字はゴードンの枠組みのNoを示し、「・」は清野の内容を示す。

この枠組みは生活者としての患者が障害や疾病を持ちながらも、自立した生活を送るために、医師の提供する診療情報とは独立させ、医療情報の中でも、より患者の生活に必要で生活を支援するための「生活支援情報」として位づけた。しかし、情報提供内容が明らかになっても、患者の欲しい情報は患者の病気の経過や生活の自立度など

により影響され、その内容は多岐に渡るため、患者の欲しい情報にするためには、患者の主体性が不可欠となる。従来からの医療者の一方向の情報提供ではなく、患者と双方向性のある情報の流れが必要となる。

表3．生活支援のための情報提供の基本的枠組み

情報提供項目	
生理的に必要な行動 2. 栄養・代謝 3. 排泄 4. 活動—運動 5. 睡眠—休息	家庭を管理するための行動 4. 活動—運動
収入を得るための行動 ・ 通勤 ・ 勤務（自宅外・自宅内） ・ 職業（時間外勤務） ・ 内職，補助的労働	地域社会との交わりのための行動 8. 役割—関係 11. 価値—信念
家事のための行動 ・ 炊飯 ・ 食器洗いと後片づけ ・ 屋内掃除 ・ 屋外の掃除 ・ 洗濯・アイロンがけ ・ 整理・整頓・管理 ・ 衣類・靴等の修理，手入れ	学習のための行動 ・ けいこ事 ・ 講習会へ行く ・ 勉強のために雑誌を読む，調べる ・ 通信教育を受ける
育児・教育のための行動 2. 栄養・代謝 8. 役割—関係	余暇利用のための行動 4. 活動—運動
家族団らんの為の行動 8. 役割—関係 10. コーピング—ストレス耐性	その他 6. 認知—知覚 7. 自己知覚 9. 性—生殖 10. コーピング—ストレス耐性
家族の健康維持・増進のため 1. 健康認識—健康管理 4. 活動—運動	

4.2 患者への生活支援情報の提供方法

患者が自立した生活を送るために必要な情報には、医師の提供する診療情報と看護婦が提供する生活支援情報がある。それぞれの情報が患者の求める内容になるためには、情報内容の他に、情報提供の在り方が問われる。患者の病気や障害は様々で、一人一人の患者は個別的であり、どのような生活、生き方を望んでいるのかにより欲しい情報は変わるからである。そのため、患者が主体的に医療に参加し、自らの健康問題解決のために情報を求めることが期待される。医師・看護者側も従来の関係性を見直し、医療の主体である患者

が欲しい情報を自分のものとして手に入れられる、双方向性の関係を築いていかななくてはならない。

図3 は医師、看護婦、患者の関係性の中で双方向性のある情報提供を表したものである。

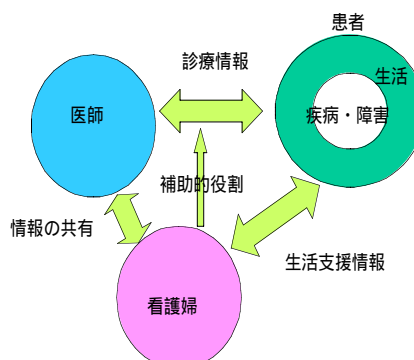


図3 双方向性のある情報提供

看護婦は自分たちの専門領域を認識し、医師との関係においては、お互いの専門範囲の情報を共有・補完しあい、共働関係を築くことで患者への情報提供に役立てていくことが必要となる。医師—患者の関係の中では、従来のパターンリズムを背景とした情報提供を見直し、患者が主体的に意思決定するために双方向性の情報提供が求められる。

看護婦—患者の関係については、看護婦からの生活支援情報の提供は医師と同様、双方向性でなくてはならない。それと同時に、看護婦は日常的に患者に接しているため患者にとってみれば医師よりも身近な存在である。患者は医師に対しては緊張や遠慮があり、その上、専門用語の難しさが伴い情報の解釈・理解を助ける補助的な役割を看護婦に期待することになる。

以上のことから、情報の流れは双方向性が求められるが、現実的には専門知識の少ない患者にとって、医師や看護婦の提供する情報を理解・解釈して自分が必要とする情報を求めることは難しい。また、パターンリズムが支配していた医療の中で、その関係性を患者主体に変えるには、歴史的な経緯から考えても時間がかかる。この問題に応えるために、医療に対して専門的な知識をもち、患者の意思を尊重し患者の利益のために活動する「エージェント」の必要性を提案したい(図4)。

情報は同じ問題意識の上に立って初めて意味を持つ。様々な医療情報に対して患者と同じ視点で情報を受け止め、解釈し、患者のニーズに応じて情報を提供し、患者の意思決定を支援するエージェントをここでは Informed Decision Support(IDS)としたい。このIDS の存在により、

患者は自分の欲しい診療情報や生活支援情報をIDS から得ることができる。また IDS であれば医師・看護婦との関係性も従来のパターンリズムを引き継ぐこともなく、新たな関係として、対等の立場で双方向性の情報交換ができると考える。IDS の機能については今後検討が必要であるが、人間がその役割を引き受けるのか、機械に任せるのか、NPO 等の組織が良いのか、現実的には様々な可能性がある。

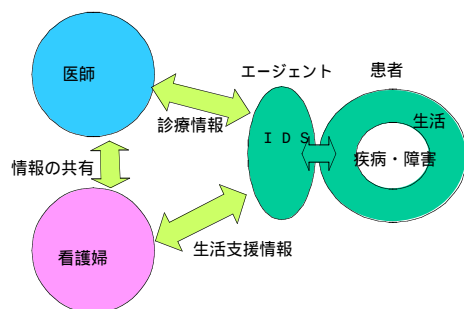


図4 患者の意思決定のための情報提供

不確実性の高い医療現場で、医療技術は今後ますます進歩し、生命倫理を問う状況になる。だからこそ、患者の意思が大切であり主体性が求められる。しかし、患者が専門的な医療に直接、対応するには無理があり、患者に代わって医療情報・看護情報を扱うエージェントの存在意義は大きい。

このようなエージェントが活躍し、より機能を発揮するためには、診療情報・生活支援情報などの医療情報のシステム開発を早急に進めることが必要と考える。

5 結論と今後の課題

本研究では生活者としての患者が欲しい医療情報がなぜ提供されて来なかったのか。この問いに答えるために従来からの情報提供の在り方を整理し、その背景にあるパターンリズムの影響を追求することができた。そこで、患者が主体的に自立した生活を送るために必要な情報内容として生活支援情報の枠組みを提案し、情報提供方法についてはエージェントの必要性を述べた。

課題としては、本研究で提案している生活支援情報はまだ枠組みの段階であり、患者が必要とする情報内容にするためには実証的な研究を重ねていかなければならない。また IDS の機能についても同様の研究が必要と考える。

看護の中でも情報を扱う分野は IT の進歩に伴い早急に整備が必要となってきたが、現状は

看護業務をコンピュータ化することによって、管理の合理化や業務の効率化を目指したシステムの開発段階にある。この効率性を追求することは、看護者の時間や労力の無駄を少なくし、患者への直接ケア時間を増やすことになるため大切な要素ではある。しかし、医療の主体は患者にあるとすれば、情報化社会の医療現場で患者が求めているものは何かを、まずは見極めていかなければならない。

今後もハード面の開発は更に進み、患者が欲しい情報をネット上でいつでも引き出せる仕組みなど、情報提供の可能性は広がり、多量の情報の中で患者が困惑する事が予想できる。このような社会状況に対応して、患者への情報提供のシステム開発が早急に必要になり、エージェントの機能を発揮させる為にも、看護情報学のおお一層の展開が必要と考える。

引用・参考文献

1. 厚生白書（1996）厚生省大臣官房企画室編，15-17.
2. 栗原幸男（2000）看護情報学の基本的課題は十分認識されているか，日本医療情報学会第1回看護情報研究会論文集，77-78.
3. 石井朝子（1995）患者に必要な情報—ソーシャルワーカーの立場から，医学図書館，42（1）50-54
4. 澤田愛子（1994）インフォームド・コンセントにおける看護者の役割，看護管理，4（1）22-25.
5. 飯塚京子他（1996）インフォームド・コンセントにおける看護の役割，臨床看護，22（13）2056-2061.
6. Eliot Freidson・新藤雄三訳（1970）医療と専門家支配，恒星社厚生閣.
7. 田中マキ子（1999）看護婦の Burnout 現象からみる医療の問題，九州大学大学院比較社会文化研究科，日本社会文化専攻博士課程卒業論文．
8. 星野一正（1999）医療・社会・倫理，放送大学教育振興会，34-44.
9. 厚生白書（1995）厚生省大臣官房企画室編，13.
10. 星和美（1998）看護とインフォームド・コンセントに関する文献検討，看護技術，44（5）81-86
11. 清野きみ（1993）家庭経営学，学術図書出版社，11-34.
12. 清野きみ（1995）生活構造の理論，放送大学教育出版会，40-52.
13. Ruby L. Wesley・小田正恵訳（1995）看護理論とモデル，HBJ 出版局，25-29.
14. 渡邊トシ子（1998）実践看護アセスメント，廣川書店，65-94

