

電子カルテの医療現場への普及がもたらす医療観の変化 ー パターナリズムから、医療情報共有を伴ったチーム医療へ ー

代表研究者 石 井 淳 蔵 神戸大学経営学部教授
共同研究者 入 江 信一郎 京都工芸繊維大学繊維学部助手
共同研究者 加 藤 淳 一 神戸大学大学院経営学研究科博士課程

1 概要

技術と社会の関係について、相矛盾する2つの命題がある。「技術は社会を変える」という命題と「技術は社会的に構成される」という命題である。

技術が社会を変えるという見方は、今日の医療にける事例でいえば、「電子カルテが医療を変える」とする見方がある（例えば里村（1997））。たしかに、電子カルテが全国の病院で機能するときには、医療のあり方は今日のものとは異なっていると考えられる。しかし、文字通りに、物理的技術に社会を変える力があるわけではない。なぜならば、たとえば、医療においては、病院経営者が経済的効率と医療サービスの質の両方を向上させるために電子カルテを導入しようとしたとき、現場の医師は、告知問題を理由にカルテの開示ができないとして電子カルテの利用を拒否したからである。

「技術が社会を変える」という見方の他方で、「技術は社会的に構成される」と見る視点がある（例えばBijker & Law (1994), Grint & Woolgar (1997), MacKenzie et.al.(1999)など）。この見方では、技術は社会の内部に位置づけられるというより、そもそも、技術と社会は分離されない。これに対して、「技術が社会を変える」とする見方では、技術は社会から分離されて社会の外部にあり、それゆえ社会に「インパクト」を与えるものとして語られるのである。

本研究の目的は、技術と社会についての相矛盾する命題が併存することを整合的に理解するための視点を提示することである。そのために、医療社会を変えられている電子カルテを分析対象としてとりあげ、1) 電子カルテは医療をどのように変えうると言われているのか、2) そのように言われるように至る経緯はどのようなものだったのか、という2点について検討を行う。

2 「電子カルテは医療を変える」という主張の内容

電子カルテは、物理的技術としては、ある患者の医療行為についての情報を一元的に集約した情報システムである。電子カルテによって医療がどのように変化すると考えられているのかについて、主要な医療関係者それぞれにとっての問題がどのように解決されたのか、という視点から整理すると2.2のようになる。それに先立ち、電子カルテによって解決されると考えられている問題がどのように生成したのかを2.1で確認しておく。

2.1 医療施設の量的充足を目標とした戦後医療政策とその成功

戦後の医療政策の目標は、全ての国民に適正な医療を受ける機会を均等に与えるというもので、これは、日本国憲法に則ったものである。戦後直後の時点での医療保障における問題は、医療費をどのようにまかない、どのように医療施設を計画的に整備するかという2点が焦点だった（江川、2000）。太平洋戦争後の荒廃の中で、日本政府は戦時の統制的な体制から一転して福祉国家を目指し、GHQの指導のもと、感染症などの急性疾患に対応することを主目的とした医療機関の量的整備を急務とした医療供給体制が策定された。

より具体的には、1) 患者の受診権の無制限、2) 自由開業制、3) 一物一価のほぼ完全な出来高払い制度を伴う国民皆保険制、の3点を特徴とする医療政策が実施され、日本の経済成長を背景に、医師と医療設備（病院、医療機器、医薬品など）の量的充足を極めて効果的に達成し、日本を戦後の廃墟から世界屈指の長寿国に導いた（土井、2000）。

受診権が制限されないことは、患者が自由に病院を選択し、何度でも受診できるということである。イギリスやアメリカでは、公的に、あるいは保険機構によって指定された病院にしか行けないことは対照的である。

自由開業制とは、医療法による基準や手続きを満たしていれば、非営利の原則はあるものの、医師は自由に開業できることをいう。地元ですでにある病院と医師会との話し合いは必要だが、公的な制度としては、どこにどの診療科目の

病院を作ろうと自由である。

国民皆保険制度は、1961年以降、全国民に公的医療保険制度が適用されたことをいう。国民皆保険制度が実行されていないと、保険に加入して保険料を支払っていない患者は、受診の際にかかった費用を全額負担することになり、低所得者層にとっては事実上受診が不可能となる。国民皆保険制度においては、患者が受診して生じた費用は、一部を患者が自己負担するものの、基本的に保険でまかなわれ、医療機関から請求された診療報酬にたいして保険機構が支払う。診療報酬は、基本的に診療に用いられた財に対して支払われる。したがって、診療を行ったのが新米医師であってもベテラン医師であっても、用いた機材が同じであれば同じ診療報酬が病院に対して支払われる。財に対する診療報酬は、各検査や処置ごとに点数が細かに決められており（一物一価）病院が請求した診療報酬は基本的に全額が支払われる（出来高払い制度）。このことは、病院経営者から見れば、国民皆保険制度は医療機関の収入を保証する。

以上を整理すれば、戦後の医療政策は、まず、患者にとっては、受診権の無制限と国民皆保険制度によっていつでもどの病院にでも受診することができ、医療サービス需要は増大する。自由診療制度と出来高払い制度によって医療機関の収入が保証され、このことが、大学医学部を卒業した若い医師が病院を開業する動機付けとなり、病院数は急速に充足され、急増する医療サービス需要に応えることが可能になる。医療サービスの需要と供給の増加は、高度成長と技術革新とあいまって、より高度な診断技術と治療技術の導入を可能にした。こうして量的充足はより高度な医療技術という一種の質の向上をも可能にした。

2.2 戦後医療政策の成功と結果的に生じた医療問題

日本政府が選択した医療政策は、医療機関の量的充足という目標を極めて効果的に達成するものだったといえる。しかし、量的充足を目的とした整合的な政策は、目的に近づくことで、必然的に次のような問題を生じて自ら破綻する。

- 1) 患者がコストを気にせずに病院を利用でき（国民皆保険）病院が実施した検査や治療に用いた機材の料金は基本的に全て支払われる（出来高払い制度）ことは、医療費の高騰を招いた。このことに、1970年代の2度にわたるオイルショックの後、日本は低成長下での国家運営を余儀なくされることが加わる。これは、主に行政にとっての問題となり、医療費削減を意図することになる。1984年の健康保険法改正（被用者保険本人の一割負担実施）を最初として、翌1985年には戦後初めての大掛かりな医療法改正が行われ、第二次（1992年）第三次（1997年）の改正と続いた。
- 2) 医師であれば自由に病院を開業でき（自由開業制）患者が自由に病院を選べる（受診権の無制限）ことは、病院数が増加してからは、医療費削減政策による収入の低迷の中で、病院間の競争を招いた。病院数は1990年の10096軒をピークに毎年100-150件のペースで減り続けており、1997年には約9400軒にまで減っている（西田、2000）。これは、主に病院経営者の問題となった。
- 3) 医療技術の発達、診療において行うべき項目を爆発的に増大させ、しかも、往診範囲ひとつで診療の全てが完結した時代同様に、医師が一人で全てを取り仕切る行動パターンが維持されていることで、医師は非常に多忙となる。結果的に外来では3分間診療といわれるように、短時間で多数の患者を診療することになる。このような診療環境では、十分なカルテ作成時間は取りづらい。結果的にカルテは医師の取り急ぎのメモとして用いられることになり、病名等が標準化されないまま乱雑にカルテが記入され、記入した本人以外には判読が困難な状況となる。患者の情報が記載されているカルテがそれを書いた医師にしか読めないため、患者の全ての指示管理が事実上医師に一局集中する。このことからカルテを医師が「自分のもの」という認識が構成されることにもなる。
- 4) 使用した技術に対して基本的に料金支払いが基本的に拒否されることがない（出来高払い制度）ことは、医療機器や医薬品の開発を促進し、小さな病院や診療所であっても多種にわたる医療機器や医薬品が用いられるようになった。このことは、日本の医療水準を急速に向上させる一方で、医療スタッフの多忙さとあいまって医療事故を招くこととなった。これは、特に患者にとっての問題となる。
- 5) 医療事故において遺族がカルテの開示を求めると、敗訴を懸念した医師がカルテ開示を拒否する。その際、病院や医師のかたくな態度が秘密主義として問題視されるようになる。これは、典型的には患者の家族にとっての問題である。
- 6) 抗生物質の使用を含む医療技術の発達は、生活水準の向上などとあいまって、疾病構造を変化させてきた。戦後直後においては死因の上位を占めていた結核、肺炎・気管支炎・胃腸炎などの感染症は激減し、今日では悪性新生物（いわゆる癌）心疾患、脳血管疾患など慢性疾患ないし生活習慣病が死因の上位を占めるようになった。さらなる医療技術の進歩によって、より高度な検査技術（CTやMRIなど）や高度な治療技術（ICUや臓器移植など）が可能になるが、これらの技術をもってしても治療できない状況がなくならないことを顕在化させた。告知や安楽死やインフォームドコンセントなどは、主に末期医療に関わる者にとっての問題である。

- 7) 医師が病院を設立できる場所は自由に選べるため、多くの患者が見込める都市部に病院が集中する。これは病院の収益の問題だけでなく、開業医も、現場での診療結果を学会で発表し、医学的知識の進歩に参加する側面を持つためである。したがって、利益志向の医師でなくとも、研究志向の開業医であれば、都市部に開業しようとすることになる。その結果、都市部には病院間競争が生じるくらい病院数の充足が達成されるが、その一方で、過疎地域などには今日でも医師数・病院数ともに不足している。

また、自由開業医制度によって、とくに都市部に多数の診療所が開設された。診療所と病院の違いは基本的には規模を表すベッド数であり、20床以上を病院と呼ぶ。診療所というカテゴリーは、将来的には規模を拡大して病院となることが期待されたが、現実にはそうはならず、結果的に多数の診療所と、多数の小規模病院が日本の医療施設の中心となった。このことは量的に充足に近づくにつれ、診療所と小規模病院の機能が競合するようになり、医療費の削減と医療の質の向上の視点から、診療所と病院の役割分担がなされることが主張されるようになる。これは地域医療の問題である。

医療費高騰、病院間競争、現場の医師・看護婦らの多忙さ、医療事故の多発、カルテを開示しない秘密主義、末期医療、地域医療など、これらそれぞれの関係者の立場からみた多岐に渡る問題は、全体としては医療問題としてこの20年あまり議論の対象となってきた。1997年までに三次にわたる医療法改正とその施行令がだされるなど、さまざまな模索が行われてきたが、思わしい結果を導くには至っていない。それは、これらの問題が相互に依存しあっているために、ひとつの問題だけを個別に解決することができず、ひとつが解決されるときは全ての問題が解決されるときだという状態にあるからだと理解できる。

2.3 「電子カルテは医療を変える」

このような錯綜し身動きが取れないかに思われた医療問題が、電子カルテの登場によって一気に改善されるのではないかという期待が持たれている。典型的には、日本医療情報学会が1998年に出版した『電子カルテが医療を変える』（里村、1998）にその主張が見られる。以下に、上に述べた各関係者ごとの問題がどのように解決されと考えられているのかを整理する。

- 1) ネットワーク型情報共有機能によって、地域医療が手薄になる原因である物理的距離が克服される。また、掛かり付け医としての診療所とより高度な診療を行う病院という役割分担を明確にし、診療所と病院間の情報共有が行われることで地域医療の効率と質的向上が可能になる（病診連携）。
- 2) 情報共有される状況では、チーム医療が行われ、カルテも開示され、医者は患者や看護婦と同じ目線に立ってコーディネートを行うことになる。このことによって、治療不能である場合の末期医療において、ケアという新たな医療のあり方が促進される。
- 3) カルテは開示されているので、秘密主義は解消され、医療過誤訴訟は減少する。
- 4) チーム医療を行うことで、医師も看護婦も、ゆとりを持って本来の職務に専念でき、電子カルテが誤った投薬や操作を指摘するので、医療事故は減る。チーム医療を行うためには、カルテを書いた医師以外の関係者が理解できるかたちで記載されていることになる。大学医学部での教育においても、カルテの記載方法の教育と、それに先立つ用語と医療行為の標準化がなされる。
- 5) 紹介状を書いたり、患者に説明するための資料を造ったり、カルテを運んだりするといった、医師や看護婦の本来の職務ではないと考えられてきた業務を効率化できるので、医師も看護婦も、本来の職務に専念できる。医療の現場での効率化と質的向上との両方が両立する。
- 6) 医師が電子カルテに直接入力することで、窓口会計やレセプト作成のために医療事務員が転記する手間が省ける。このことで、事務の人件費が削減できるだけでなく、患者の待ち時間が大幅に減らすことができ、病院間競争に勝つことができる。
- 7) 医師間だけでなく病院間での治療成果を一元的に共有することで、より効果的な治療手順を特定することができ、治療成果をあげる一方で、無駄な診断と治療を省くことができ、結果的に、医療の質を高めながらも、医療費を削減できる。

電子カルテを活用した医療のありかたは、カルテを開示し、医療情報を共有することで、その結果、医療費の削減と医療の質の向上を目指すものだといえる。このことから、電子カルテが日本全国の病院に普及すれば、日本の医療は現状のパターナリスティックな医療とは異なるものになると考えられる。それゆえ、「電子カルテは医療を変える」と言われていると理解できる。

3 電子カルテの開発過程

電子カルテが日本全国の病院で用いられる状況になれば、そのときには医療は変わっているだろう。しかしこのことをもって「電子カルテは医療を変える」という命題を文字通り、電子カルテという技術が医療という社会を変える力を持つと解釈すべきではない。なぜなら、電子カルテという技術に医療社会を変える力が備わっているならば、病院長が電子カルテを物理的に導入するだけで病院内の医師の行動パターンや価値観が自動的に変わることになるはずだが、実際にはそのようなことは起こらず、医師が「カルテは開示できない」という価値観をもつために、現場の医師は電子カルテの導入を拒否したからである。もちろん今日では、現場医師の価値観は、カルテは開示するものだというものに変化している。しかし、価値観変化の過程で決定的な役割を果たしたのは、電子カルテの技術的な特性ではなく、価値観に関わる概念の論争を通じた再構成だった。本節では、この過程を電子カルテの開発過程と関連させる形でたどることにする。

3.1 電子カルテ前夜：病院経営の効率化としての「レセコン」と「オーダーリングシステム」

病院が全国に行き渡り、医療費が増大することで、医療費が削減され、診療報酬の伸び率が鈍化する。病院数の増加は同時に病院間の競争をもたらし、病院も、コストを考慮せざるを得なくなり、まず医療事務が合理化の対象になった。日本の医療保険制度では、患者が医療機関を利用した際の支払いは、患者自身は一部の自己負担分だけを医療機関に支払う。残りは、医療機関がカルテに記載された内容を元に診療報酬請求書（レセプト）を毎月作成して保険機構に請求する。毎月作成されるレセプトは、小さな病院で約1000枚、大きな病院では1万枚を超える。この毎月のレセプト作成は医療機関にとって重荷となる作業であり、1980年代半ばころからは、コンピューターを用いて作成されるようになる。レセプトの作成をコンピューターで行っている医療機関の件数割合は、1999年の時点で病院の94%、一般診療所の64%（西田、2000）であり、極めて高い。このレセプト作成システムは通称「レセコン」と呼ばれ、10数社のメーカーが供給している。

レセコンの普及で窓口会計とカルテから診療報酬請求書（レセプト）を作成する作業は効率化され、事務職員を削減できるようになった。しかし、薬の処方や処置などの医療行為は紙カルテに記載される状態が続いた。この結果、患者が処置を済ませ、あとは薬を受け取って自己負担分の代金を会計窓口で支払えば帰れるという状態になっても、病院側が伝票をまとめて処置を行った部屋から事務に届け、事務で伝票に記載されている内容から代金を計算するのを待たねばならない。このため患者の待ち時間が長くなる。少数の事務職員でカルテや伝票から代金を計算する作業を行うことは、必然的に転記ミスや計算ミスを引き起こす。これは、月一度の診療報酬請求書（レセプト）作成の際の修正作業を増大させる。

この問題は、レセコンにデータを入力する作業が事務に集中しているために生じると理解された。そこで、病院の各部署に端末を配置し、それまで伝票に記入していた処方・注射・処置などの医療行為のデータ入力を、各部署ごとに行う「発生源入力」が用いられるようになった。システムとしては、各部署において生じたオーダーを入力することから「オーダーエントリーシステム」と呼ばれる。オーダーは注射、処置、手術、麻酔などから給食、各種予約まで多岐にわたる。オーダーリングシステムによって受付会計とレセプト作成が自動化され、患者の待ち時間と伝票の読み間違いや転記ミスによって生じる作業や事故が削減された。

オーダーエントリーはうまく機能すれば効率化に貢献するが、現場の医師は端末から入力することを拒否した。キーボード入力をしながらの診断や治療は、患者との対話を阻害するから、というのがその理由であった。オーダーリングシステムは、聖域として残された医師によるカルテ入力を対象として取り込もうとするが、病院の効率を上げるはずのオーダーリングシステムが、医師の事務作業をいわずらに増やすだけだという批判の前に行き詰まる。

3.2 電子カルテの基本構造の開発と「カルテ非開示」という価値観による普及阻害

電子カルテはまず、オーダーリングの発生源入力を、医療事務やオーダーからさらに拡張して、医師にまで取り込むものとして始まった。そのさい、病院全体の効率のために、医師がカルテに記入することを、キーボードから入力することが求められた。しかし、医師は、キーボードでの入力作業によって、事実上患者との対話ができなくなると、利用を拒否した。そこで、プルダウンメニューの活用や、タブレットによる手書き入力との併用など、インターフェースの改善が行われる。それと並行して、電子カルテの意味付けも、診療内容がデータベース化されればそれに付随して会計事務やレセプトができるといった経営効率向上の道具としてではなく、むしろ、現場の医師の医療活動の支援を行うものであるという意味付けがなされる。

入力インターフェースの問題がある程度解決されると、今度は、プルダウンメニューに設定する病名や用語についての問題が顕在化する。同じ症状に対する名称が、医師の出身大学や教室によってまちまちなので、コンピューターに載

せることはできないというのである。この問題は、制度的には用語の標準化として解決が進められ、電子カルテの技術的側面では、フォーマットの異なるOS間のデータ互換を可能にすることからインターネットでも用いられているマークアップ・ランゲージを利用することでひとまずの解決が進められる。

電子カルテが現場医師に提供する支援の内容には、1) 特定の患者に対してその医師がこれまでに行った医療行為とその結果という、過去の病歴を直ちに把握するという形のものと、2) 同じ疾病について他の医師が行った結果とまとめた情報を提供するもの、の2つがある。後者は、カルテを記入した者以外がカルテを閲覧することを伴う。すなわち、カルテの開示が前提となる。

カルテを開示すべきだという、患者側からの要請は、医療事故で死亡したり重大な障害が残った患者や患者の遺族から、当初は、どのような経緯で不幸な結果になったのかを知りたい、という動機でなされた。しかし、このような状況でカルテを開示した場合、ずさんな診療が行われた場合だけでなく、医師が最大限の努力を尽くした場合であっても、法的にとがめられる可能性が考えられる。まず、多忙な状況でカルテに整合的な記述を行うのは非常に煩雑な作業である、多忙な医師としては、患者のことを考えるほど、カルテ記載よりも診療に時間を割こうとする。結果的に、カルテは医師が診療を行ううえでのメモとして用いられ、必ずしも論理的に整合的な記述がなされているわけではない。このことは、カルテだけを法的に検討されればずさんな医療行為だったと誤解される可能性がある。また、診療の際に必要な処置や薬だが、それ単独では処方できない場合、手続き上やむを得ず実際に発病していない「保険病名」を記入して薬を処方することもある。これも、法的な場面で検討されれば、架空の病名をつけて診療報酬を請求したと解釈されかねない。

誠実にベストを尽くしている医師までもが被告人として有罪となる可能性がある以上、現場の医師としてはカルテの開示は許容できない。カルテ開示の圧力は、不正な医療行為を行って摘発される医療機関の増加、医療過誤の続発、薬害エイズ事件以降の情報公開の流れのなかで強くなる一方だったが、現場の医師は、癌や精神病などの告知問題を理由にカルテの開示を拒否した。しかし、これほど根強い現場医師のカルテ非開示の価値観は、患者の権利意識の強まりや情報開示傾向の圧力の中で、開示へと変わっていく。

3.3 論争のなかでの価値観の変化：「カルテは開示できない」から「カルテの共有」へ

カルテ開示の動向は、まず診療報酬請求書（レセプト）の開示から始まった（1997年6月）。その後、与党医療保険制度改革協議会「21世紀の国民医療」において、患者と医師との信頼関係を深めるために、カルテやレセプトの情報を開示することが明記される（1997年8月）。厚生省も「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」報告書で、「診療情報を患者に提供すべきであるという具体的な社会的規範を設定することが必要」と開示の法制化に前向きの姿勢を示した（1998年6月）。国立大学医学部附属病院長会議「国立大学附属病院における診療情報の提供に関する指針」でも、診療録や看護記録などの開示が明記される（1999年2月）。ここで、現場の医師の意向を反映すると考えられる日本医師会は「診療情報の適切な提供をするための指針について」の最終報告で、診療情報の提供を会員の倫理規範としていちづけ、法制化には断固反対の姿勢を主張し（1999年2月）その2ヶ月後には指針を発表した。さらにその2ヶ月後の医療審議会小委員会中間報告（1999年6月）では、医師会の独自ガイドラインを考慮し、法制化を急ぐことは現実的ではないという発言がなされる。

2000年1月には日本医師会が「診療情報の提供に関する指針」を施行し、従わない場合には、医師会としてのペナルティーを課すことを宣言した。そこでは、「診療情報の提供は、治療などと同じように医療の本質そのものだ。それを法律で決めるのはおかしいと言っている。（中略）より根本的には、患者さんが診療記録の開示を求めなくてもよいように、日常からの診療情報の提供が大切（日本医師会常任理事 宮坂雄平氏）」（北澤・豊川、1999）だとしている。この指針の目的が「医療の担い手である医師と医療を受ける患者とが相互に信頼関係を保ちながら、共同して疾病を克服すること」であることから遺族からの開示請求に応じることは想定していない。さらに、開示を拒みうる場合を、事実上医師会側が決定できる内容となっている。医療事故で家族を失った原告側にとっては不十分な内容だが、現場医師の側としては、基本的にカルテは開示するものだという価値観が持たれるようになったと言える。その論理は、基本的には末期医療で鍛えられてきたインフォームドコンセント概念を末期医療から輸入し、病院経営の視点から、事前から情報を提供しておけば万が一、患者が死亡しても責任を回避できるという免罪符として再構成したものとなっている。

このカルテ開示の流れのなかで、厚生省は「診療録等の電子媒体による保存について」の通知において、従来まで紙媒体での保存が義務づけられてきたカルテを、電子媒体での保存を認めた（1999年4月）。こうして、電子カルテの本格的導入を前提にした議論がなされるようになる。例えば2000年7月に行われ58000人余りの来場者を集めた「国際モダンホスピタルショウ2000」では「開かれた医療と電子カルテ」と題したシンポジウムが行われ、実用的な電子カルテとは何かが議論されている¹。電子カルテを病院に導入するか否かにまつわる議論は、ひとまず、カルテの開示に現場の医師が同意することで収束し、電子カルテは基本的にコスト的に見合えば導入可能な状況になったといえる。

以上をまとめると、電子カルテの開発過程で、病院経営者が電子カルテを病院に導入しようとしたことで、現場医師

は、告知問題によってカルテの開示ができないことを理由に電子カルテの利用を拒否する。しかし、現場の医師がカルテを開示しようとしなのは、告知問題があるからというよりも、患者が死亡したときの責任をカルテの記述によって裏付けられる可能性にあったと考えられる。これに対して、病院経営者はそれまでマイナーだった末期医療でのインフォームドコンセント概念を、医療過誤訴訟の予防という病院経営上の文脈で再構成して現場医師のメジャーな話題として持ち込み、これによって、現場医師はカルテの開示に同意し、カルテの開示はあくまでも医師の責任が追及されない形で医師会によって制度化された。

4 結論

電子カルテにまつわる議論の検討から、以下の2つが導かれる。

- 1) 「電子カルテは医療を変える」という見方、すなわち「技術は社会を変える」という見方は、新たな価値観のなかで機能する新技術が地理的に普及したときに、社会全体としての価値観が変わり、ひいては行動パターンが変わることを指している。しかし、物理的技術が、直接的に価値観を変える力を持つわけではない。
- 2) 電子カルテは物理的には、病院経営効率を高めたい病院経営者と現場医師の間の論争のなかで、次第に改善されていった。その意味で、「技術は社会的に構成される」。この論争の中で、現場医師の価値観は「カルテは開示できない」というものから「カルテは開示するものだ」と変化。この変化においては、電子カルテは直接関与しない。議論の話題が電子カルテである、というだけである。価値観の変化において重要なのは、解決策として利用できるにもかかわらず、それまでマイナーな話題だったインフォームドコンセントを、病院経営者が電子カルテ導入のために大多数の現場医師の主要な話題として持ち込んだ点にある。

以上をまとめると、新技術の開発過程では、異なる立場の関係者間で論争がなされ、その過程で価値観の再構成を伴い、結果的に関係者の大多数が同意できる論理をともなった技術として構成される。すなわち、開発過程においては「技術は社会的に構成される」。こうして、整合的な論理をともなうに至った新技術は普及し、新技術が地理的に広い範囲で利用されるとき、そのときには、以前と異なる価値観のもとでの行動が取られることになる。この意味で、普及段階において「技術は社会を変える」ように見える。しかし、社会変化の実体は、物的技術そのものの普及ではなく、新たな価値観の普及である。この意味で、厳密には普及段階においても物理的技術が社会を変えるわけではない。

新技術と社会の関わりについて、技術の開発過程と普及過程を区別することで、「技術が社会を変える」と「技術は社会的に構成される」という、直接的には対立する2つの見方を、整合的に捉えることができる。

参考文献

- Bijker, W.E. and J. Law, *Shaping Technology/Building Society*, The MIT Press, 1994.
Grint, K. and S. Woolgar, *The Machine at Work : Technology, Work, and Organization*, Polity Press, 1997.
MacKenzie, D. A. et al., *The Social Shaping of Technology*, Open University Press, 1999.
江川寛「医療概論」『医療科学 第2版』江川寛他、pp.1-8, 2000.
北澤京子、豊川琢「特集 カルテ開示がはじまる」『日経メディカル』1999年12月号、p.63.
里村洋一監修『電子カルテが医療を変える』日経BP社、1998.
土井弘幸「医療制度とその体系」『医療科学 第2版』江川寛他、pp.82-89, 2000.
西田在賢「我が国における医療情報化投資の問題点」『経営情報学会誌』Vol.9 No.2、2000、pp.81-86.

¹本報告が書かれている時点では電子カルテの普及が本格化していることは確認できていない。たとえば、2001年に社団法人日本病院会がおこなった病院内情報システム導入状況調査（回収率27.4%、有効回答数761）によると、電子カルテが稼働している病院は1.1%でしかない。開発中と答えた3.3%、計画中の25.9%を加えても、電子カルテを近い将来利用すると見られるのは3割ほどである。ただし、カルテ開示ができないから電子カルテは導入できないという反対はすでに極めて少数派となっている。

＜ 発 表 資 料 ＞

題 名	掲載誌・学会名等	発表年月
「インベーション普及学の今後の発展可能性について—電子電子カルテの普及を景気としたパターンリズムからケアへの移行—」	日本マーケティングサイエンス学会マーケティング競争研究部会（口頭発表）	2001年 6 月
“ Diffusion of electronic patient record as innovation in Japan ”	Telework Foundation (ITF) Workshop & Conference	2001年 8 月
「イノベーション研究の新たな可能性」	『現代経営学講座11巻 マーケティング』 八千代出版	2001年11月（予定）