

は6カ所(10.2%)であって、首都圏や政令指定都市で人口万対病床数が少ない傾向がみられた。

2 在院期間

治療病棟の在院患者数は8,022人で、在院期間別では、「1年以上5年未満」が2,764名(34.5%)と最も多く、「1ヶ月以上3ヶ月未満」1,250名(15.6%)、「6ヶ月以上1年未満」1,241名(15.5%)、「3ヶ月以上6ヶ月未満」1,112名(13.9%)と続いていた。在院期間が「1年未満」の合計は4,370人(54.7%)、「5年以上」の合計は888人(11.1%)であった。

療養病棟の在院患者数は10,665人で、在院期間別では、「1年以上5年未満」が4,712人(44.2%)と最も多く、「6ヶ月以上1年未満」1,467人(13.7%)、「5年以上10年未満」1,181名(11.1%)と続いていた。在院期間が「1年未満」の合計は3,771人(35.3%)、「5年以上」の合計は2,182人(20.5%)であった。このように治療病棟に比べて療養病棟の方が、在院期間の長い者の割合が高かった(図2)。

また都道府県・政令指定都市別では、治療病棟、療養病棟ともに、「1年未満」「1年以上5年未満」「5年以上」の構成比に差がみられた(図3、4)。

3 入退院状況

治療病棟の入院患者数は9,249人、退院患者数は8,178人であった。退院状況では、「家庭復帰等」が2,565人(31.4%)と最も多く、「一般病院」1,955人(23.9%)、「老人保健施設」1,214人(14.8%)、「特別養護老人ホーム」996人(12.2%)、死亡804人

(9.8%)と続いていた(図5)。退院状況を5つに区分すると、「地域ケア群」31.6%、「福祉ケア群」27.0%、「入院群」27.1%、「死亡」9.8%、「その他」4.4%であった。

療養病棟の入院患者数は5,075人、退院患者数は5,031人であった。退院状況では、「一般病院」が1,542名(30.6%)と最も多く、「家庭復帰等」1,192名(23.7%)、「死亡」990人(19.7%)、「特別養護老人ホーム」603人(12.0%)、「老人保健施設」496人(9.9%)と続いていた。退院状況を5つに区分すると、「地域ケア群」24.1%、「福祉ケア群」21.8%、「入院群」33.4%、「死亡」19.7%、「その他」1.0%であった。

都道府県・政令指定都市別では、治療病棟、療養病棟ともに、「地域ケア群」「福祉ケア群」「入院群」「死亡」「その他」の構成比に差がみられた(図6.7)。

D 考察

1 整備状況

痴呆性疾患専門病棟の設置状況は、平成11年6月30日の段階で、治療病棟は164病院に164病棟、8,293床、療養病棟は172病院に172病棟、9,119床であり、1年間で治療病床が314床、療養病床が2,543床増加し、整備が進んでいる。しかし都道府県・政令指定都市別の整備状況にはばらつきがみられた。現状では、九州、中国の整備が先行しており、政令指定都市などでは整備が少ない。今後、高齢化の進展とともに痴呆性老人の著しい増加が見込まれており、老人性痴呆疾患専門病棟の整備状況をモニタリングしていく必要がある。

2 在院期間

治療病棟と療養病棟では、在院期間が「1年未満」、特に「1ヶ月未満」「1ヶ月以上3ヶ月未満」の構成比が治療病棟に高く、専門病棟としての役割の違いがある程度あらわれていた。しかし治療病棟においても、在院期間が「1年以上5年未満」の構成比は3分の1以上であり、「5年以上」を含めるとすでに半数に近く、長期在院比率がさらに高くなることが懸念された。

都道府県・政令指定都市別の「1年未満」「1年以上5年未満」「5年以上」の構成比率に差がみられたことには、次のような理由が考えられる。

- ① 老人性痴呆疾患専門病棟の設置されている病院の在院患者の高齢化と痴呆の発症によって、在院患者が老人性痴呆疾患専門病棟に転棟する
- ② 老人性痴呆疾患の性格上、在院期間が比較的長くなりがちであり、長期在院患者が蓄積しやすい
- ③ 地域ケアのネットワークが整備されていない場合、精神症状が改善しても退院が困難であるなどの要因が関係することも予測される。

また政令指定都市などでは「1年未満」の在院が多い傾向にあるが、この場合は老人性痴呆疾患専門病棟の不足による早すぎる退院も懸念される。いずれにしても在院期間から考えられる課題について、具体的な事例の検討が必要と考えられる。

3 入退院状況

入退院状況は、老人性痴呆疾患専門病棟の動きをマクロにとらえること

のできる重要な情報である。病床に対する入院患者の比率は治療病棟で1.1、療養病棟で0.4となる。この数値からは治療病棟の方が新たな入院により多く対応しており、治療病棟と療養病棟との違いを表しているものと考えられるが、退院状況においては、治療病棟において一般病院への退院、特別養護老人ホームへの退院の割合が高く、死亡退院が少ないという違いはみられたものの、治療病棟と療養病棟という違いを示すだけの明確な差はみられなかった。治療病棟、療養病棟の果たしている役割について、質的な検討を行い、老人性痴呆疾患専門病棟の実態について調査を行う必要がある。

E 結論

老人性痴呆疾患専門病棟は整備が進んでいるが、都道府県・政令都市別の整備状況にはばらつきがある。また在院期間、入退院状況にも都道府県・政令指定都市で差がみられたが、この背景には多くの要因が考えられ、今後の検討が必要である。治療病棟と療養病棟という比較では、在院期間、病床数に対する入院患者の比率に差がみられた。しかし退院状況においては、治療病棟において一般病院への退院、特別養護老人ホームへの退院の割合が高く、死亡退院が少ないという違いはみられたものの、治療病棟と療養病棟という違いを示すだけの明確な差はみられなかった。専門病棟のあり方について、調査をもとに検討を行う必要がある。

F 健康危険情報 なし

G 研究発表

- 1 論文発表 なし
- 2 学会発表 なし

H 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

- 1 特許取得 なし
- 2 実用新案登録 なし
- 3 その他 なし

参考資料

- 1) 松原三郎：老人性痴呆疾患専門病棟の将来像. 日本精神病院協会雑誌, 20, 11, 15-21, 2001.
- 2) 淵野勝弘：老人性痴呆疾患治療病棟と療養病棟の機能分化. 日本精神病院協会雑誌, 20, 11, 26-32, 2001.
- 3) 五十嵐良雄：老人性痴呆疾患専門病棟に求められる機能とは何か?, 日本精神病院協会雑誌, 20, 11, 38-43, 2001.
- 4) 中垣葵, 北岡憲一：精神科病院における介護保険の影響と問題点 精神科病院における介護保険の問題点 -老人保健施設, 精神科痴呆病棟との比較-, 日本精神病院協会雑誌, 20, 4, 29-33, 2001.
- 5) 宮永和夫：日本の「若年痴呆」の実態と課題 -待たれる処遇面への対処-, Nurse Today, 16, 8, 78-81, 2001.
- 6) 野島精二：老人性痴呆疾患の処遇のあり方について, 日本精神病院協会雑誌, 20, 11, 54-57, 2001.

図1.都道府県別の人口万対専門病床数

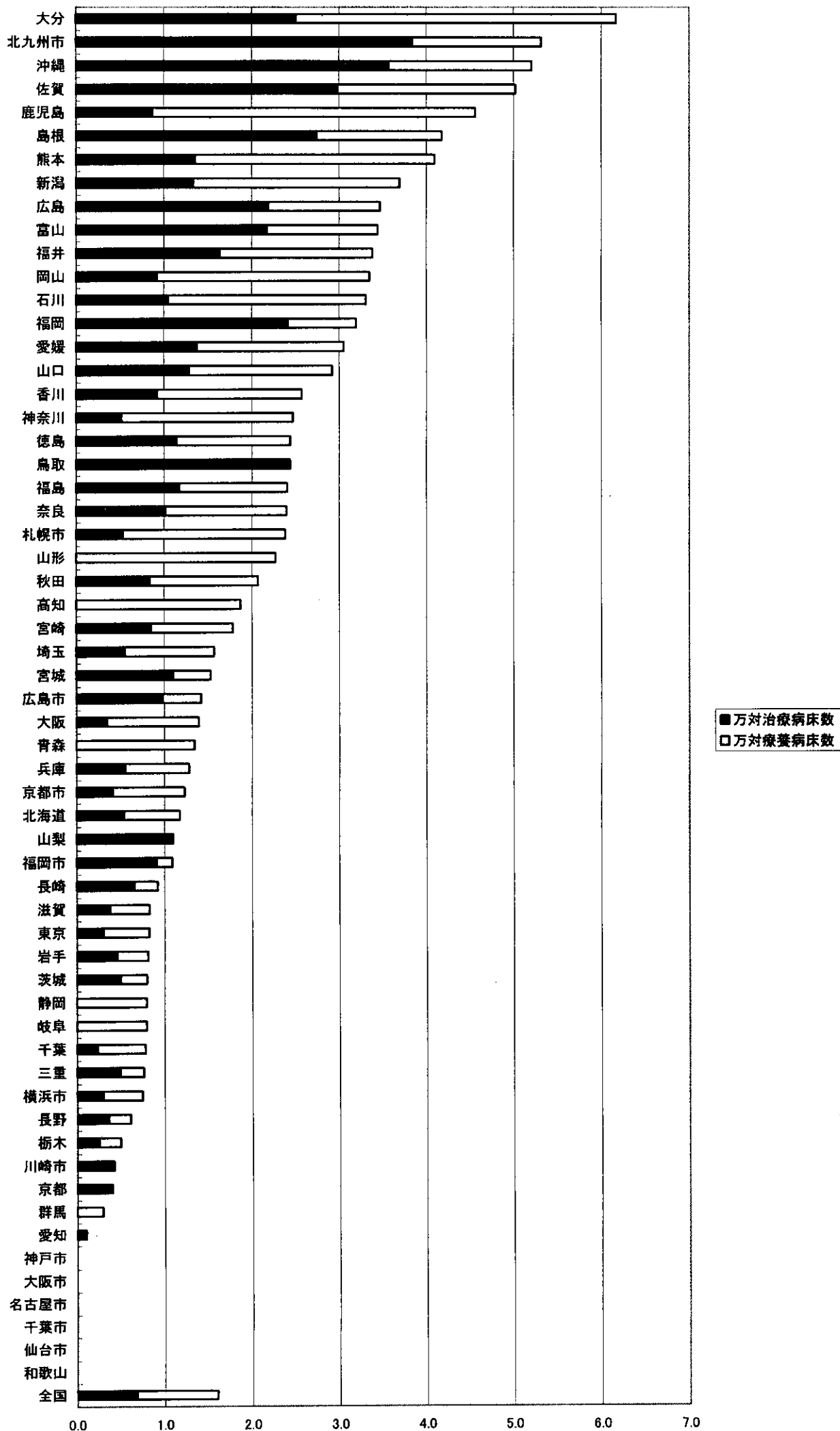


図2.在院期間別の構成比

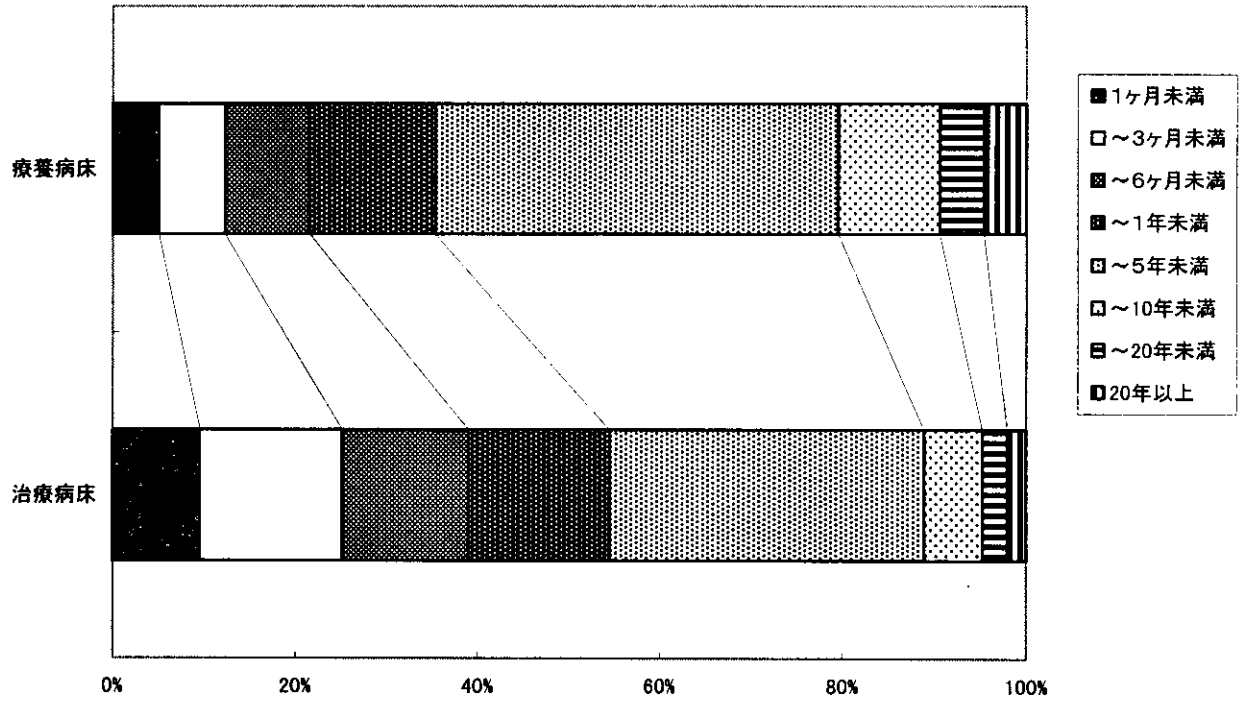


図3.治療病棟における在院期間別構成比
—都道府県・政令指定都市別—

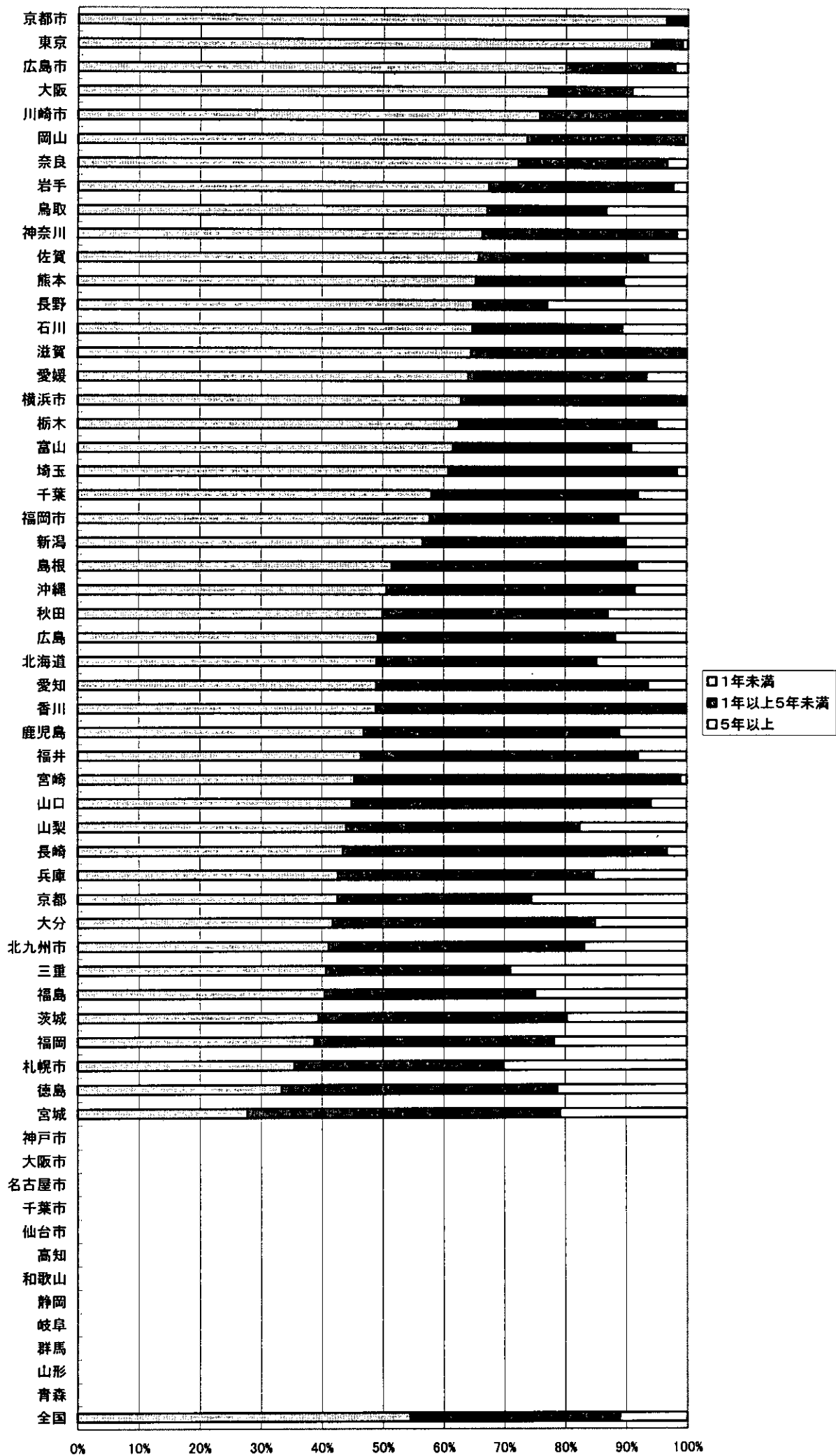


図4.療養病棟における在院期間別構成比
 -都道府県・政令指定都市別-

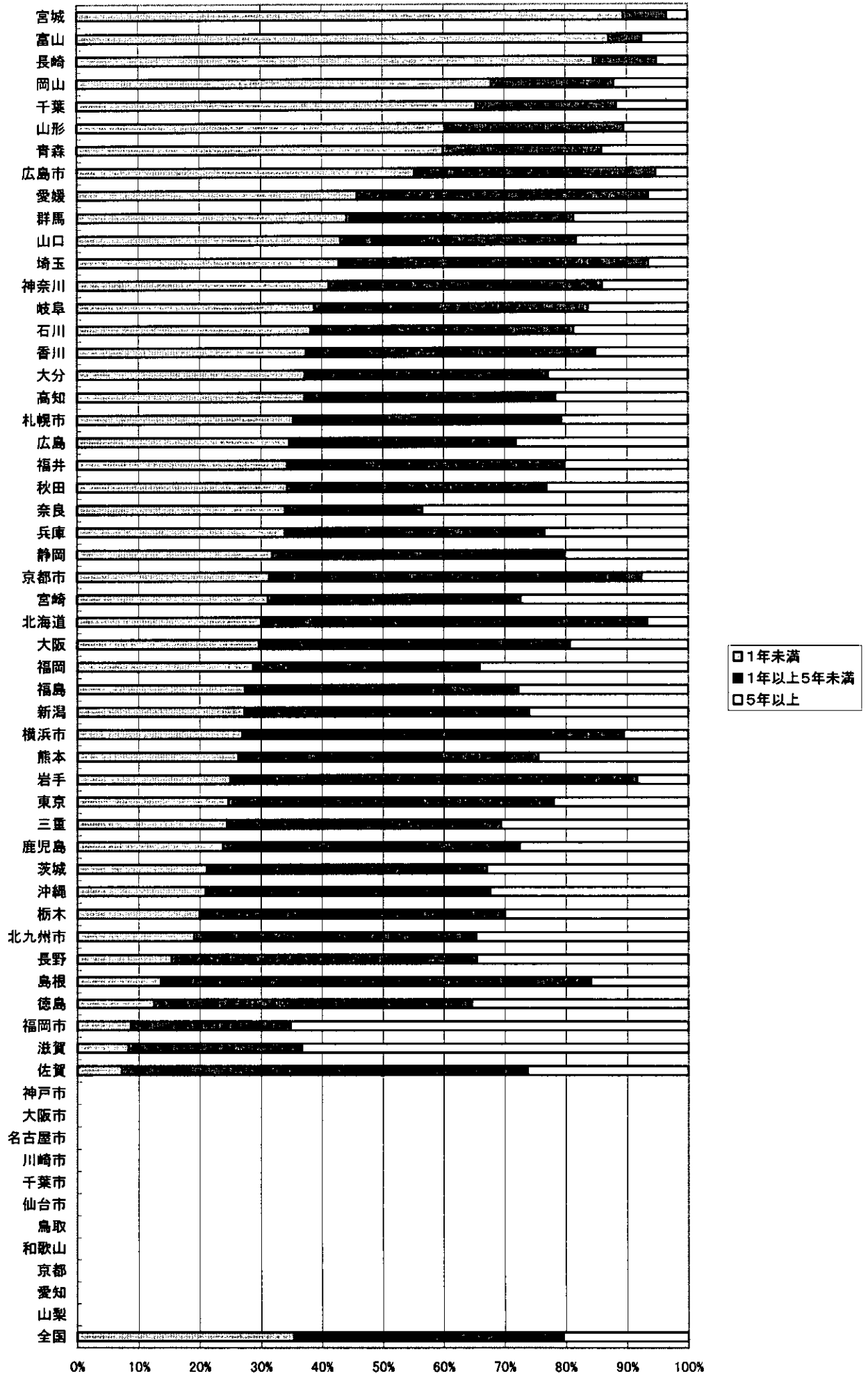


図5.退院時状況の構成比

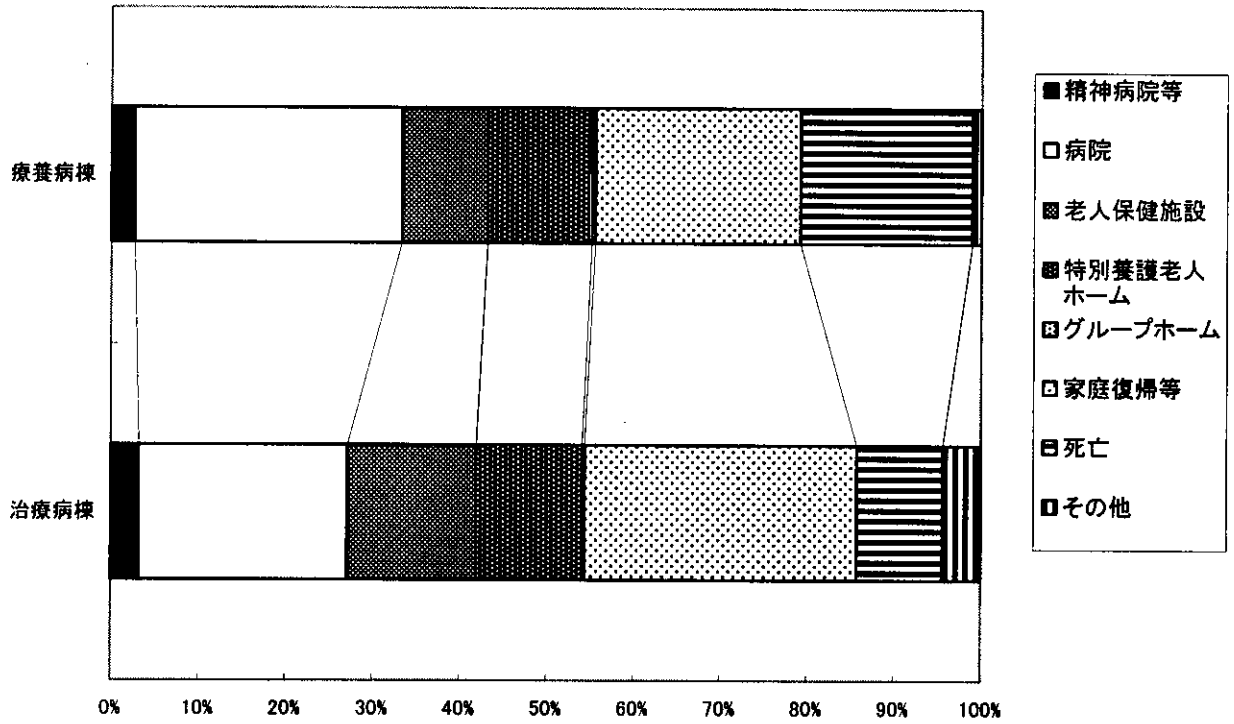


図6.治療病棟の退院状況
—都道府県・政令指定都市別—

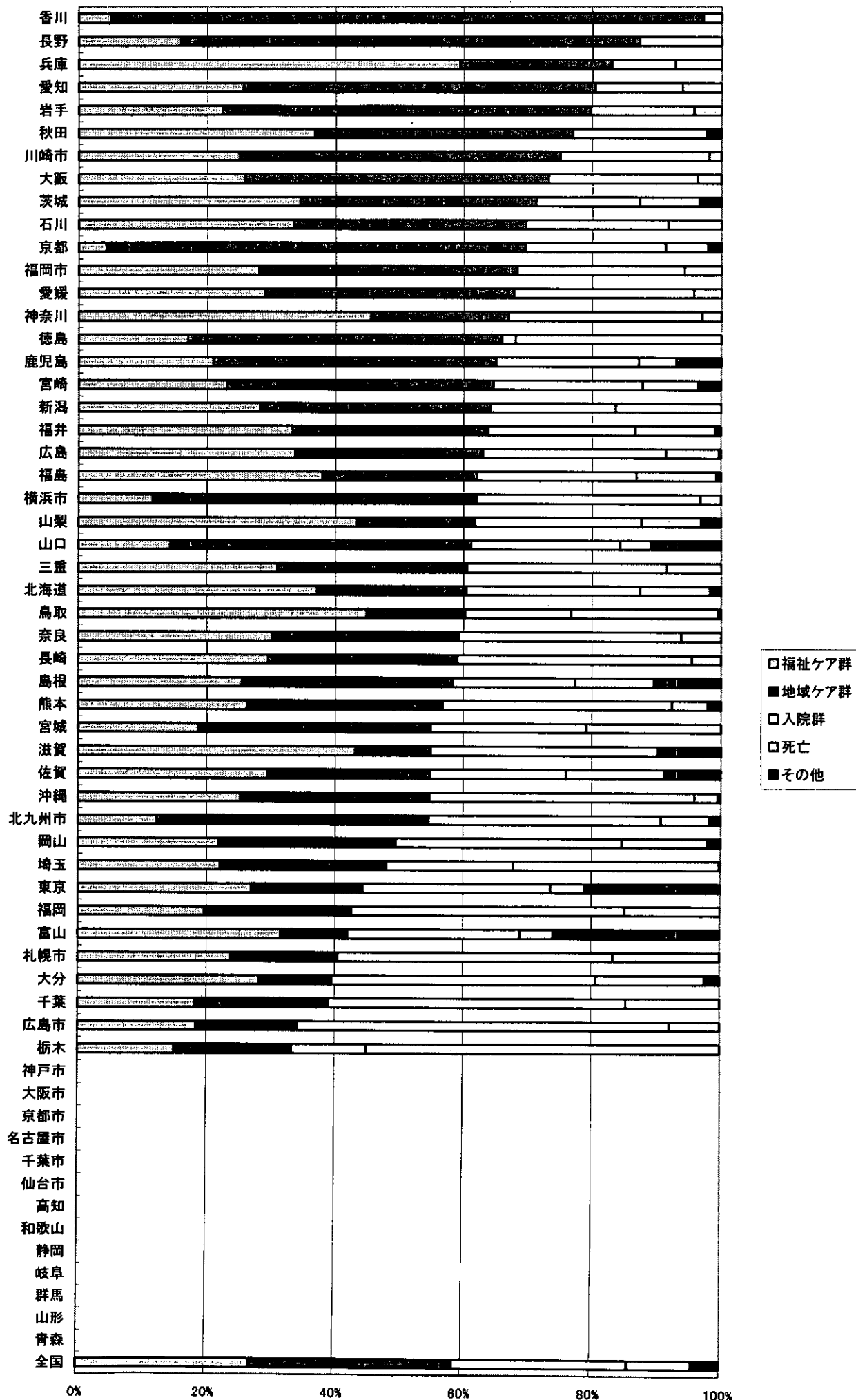
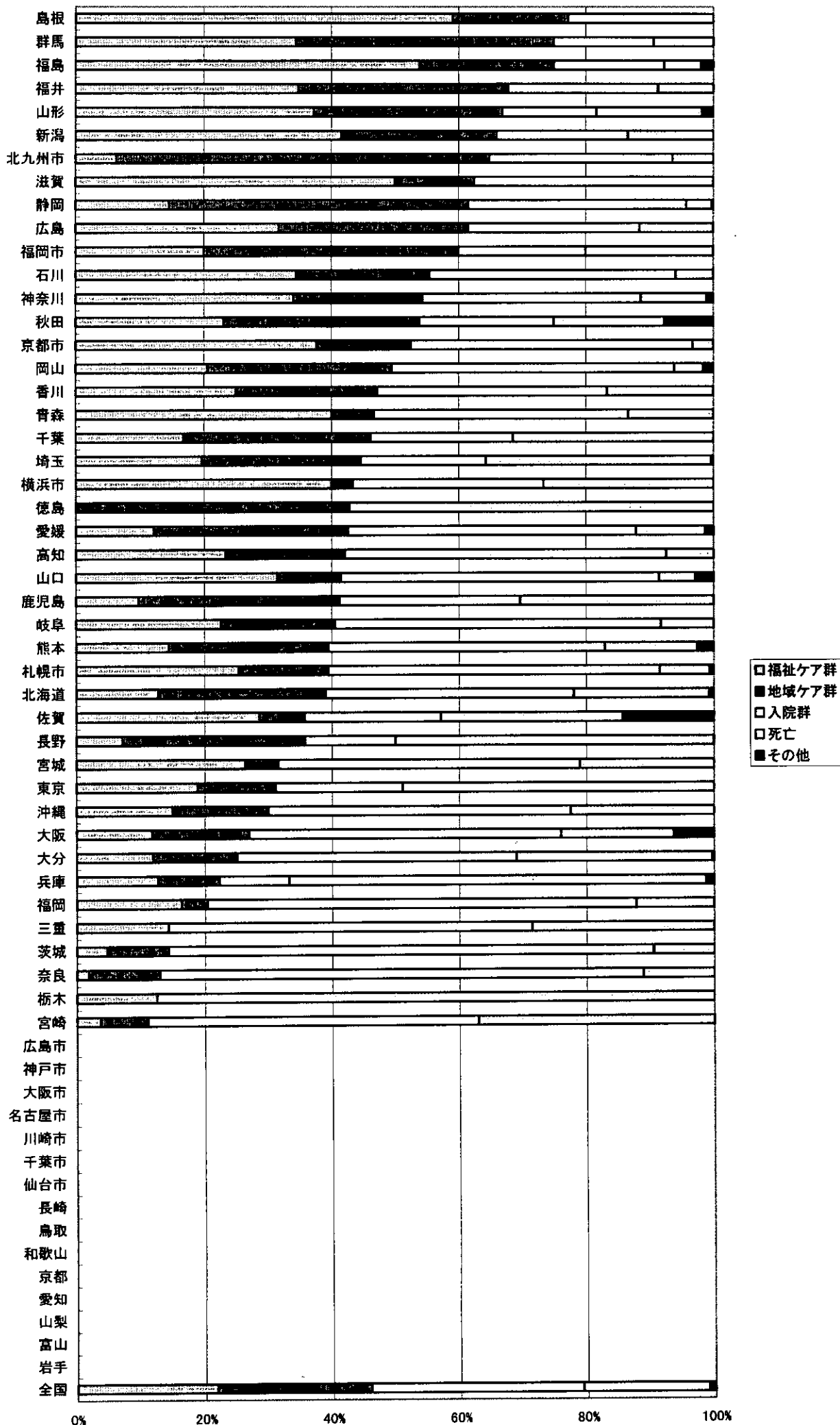


図7.療養病棟の退院状況
—都道府県・政令指定都市別—



平成12年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
精神病院・社会復帰施設の評価及び情報提供のあり方に関する研究
分担研究報告書

『精神科医療施設における診療情報開示のあり方に関する研究』

分担研究者：佐藤 忠彦（社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会・桜ヶ丘記念病院）
研究協力者：荒田 寛（国立精神・神経センター精神保健研究所）
伊藤 弘人（国立医療・病院管理研究所）
岩下 寛（社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会・桜ヶ丘記念病院）
浦田重治郎（国立精神・神経センター国府台病院）
斉藤 慶子（全国保健・医療・福祉心理職能協会、医療法人高仁会・戸田病院）
白石 弘巳（東京都精神医学総合研究所）
羽藤 邦利（医療法人邦秀会・代々木の森診療所）
丸山 英二（神戸大学法学部）
山角 駿（財団法人・花園病院）

研究要旨：医学・医療の倫理は近年、診療情報提供と診療情報開示とを中心的な原理として大きく転回してきた。そのうち、診療情報開示については、日本では「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書」が公表された後、日本医師会が「診療情報の提供に関する指針」を策定し、「個人情報保護法案」が閣議決定されるに至り、事態は急速に進んでいる。しかし、実効性のある実践のためにはさまざまな課題を解決する方法を検討し条件や環境を整備することが必要であり、とりわけ、精神医学・医療の領域は固有の特質があることにより一層困難な状況に直面している。そこで、本研究では、文献資料の検討、各研究協力者の論考、事例検討等により、これらの特質や状況を分析し論点整理を行い、精神医学・医療における診療情報開示のあり方を考察した。その結果、精神医学・医療の領域においても開示は可能であるが、条件や環境の整備が重要であることはもとより、臨床判断により非開示とするか慎重な開示を行うことが必要とされる事例のあることが明らかとなり、その臨床判断の要件の具体例が提示された。今後さらに実証的な研究を継続し、実効性ある精神科医療の診療情報開示のために、公開性、透明性と説明責任という情報公開の原則に沿う具体的な基準や指針を準備することが必要である。

A. 研究目的

「医学・医療」の倫理は今、欧米では「医療情報の提供・開示」と「患

者の権利」を中心的な原理として大きく転回している。

「医療情報」の範囲はきわめて広

く、診療情報や医学知識だけではなく医療機関や福祉施設あるいは医療制度の情報も含まれるが、近年は、患者本人についての診療情報提供と診療情報開示、すなわち「インフォームド・コンセント」と「カルテ開示」とが焦点となってきた。これは患者の自律と自己決定権尊重の理念に基づくものであると同時に、医療の標準化と評価、多職種・他の医療機関や福祉施設との連携、個人情報保護、医療経済などからの要請も動因となっている。

なかでも、診療情報開示（以下、「カルテ開示」）は、日本では1998年に「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書」（以下、「検討会報告書」）が公表され、1999年に日本医師会が「診療情報の提供に関する指針」（以下、「日医指針」）を制定したことにより、事態は急速に進んでいる。さらに、情報公開法制定（1999）、個人情報保護法案の閣議決定（2001）に見られるように、社会全般にわたる情報公開と個人情報保護の動向により加速されている。しかし、歴史と経験のある欧米と違い、日本では実施に際してさまざまな課題を検討し条件や環境の整備を行うことが必要である。とりわけ精神医学・医療（以下、精神科医療）の領域は、「人間の人格、意思に最も深く関わる疾病であり、また、患者に対する心理的影響が直ちに病状の悪化につながるという特性」（「検討会報告書」）を持ち、非自発治療を始めとしたさまざまの

特質により、身体各科と比べ直面している課題は複雑多岐であり、実効性のある実践はより困難である。にも拘わらず、これらの諸点やその他の問題を検討した先行研究は乏しい。

そこで、こうした課題や条件、環境の整備等を実践的に明らかにして、精神科医療におけるあり方と方法を提示することが必要とされており、本研究はその第一段階としてこれらについての論点整理を行うことを目的とした。具体的には、精神科医療における「カルテ開示」を進めるために、非開示ないし慎重な開示を行う際の臨床判断について、一定の要件や基準を整理し提示することが重要である。

そのために以下の諸点について検討することとした。

- 1) 精神科医療における「カルテ開示」の是非と意義について
- 2) 精神科医療における「カルテ開示」に際しての検討課題について
 - (1) 「カルテ開示」に際して、臨床判断を必要とする要件について
 - (2) 「カルテ開示」に関する非開示要件について
 - a 開示請求権者の対象範囲
 - b 非開示ないし慎重な開示と判断する際の要件について
 - c その他注意すべき事項
 - (3) 条件と環境の整備について
- 3) 精神科医療における「カルテ開示」の進め方と基準、指針の検討

なお、「診療情報」、「診療記録」等

の用語や諸概念については、「検討会報告書」、「日医指針」をおおむね踏襲することとし、本研究において、「カルテ開示」とは、診療録と診療記録等の開示とし、「カルテ開示等」とは診療情報提供を含むこととする。

B. 研究方法

本研究では次のような方法を計画し実施した。

- 1) 「検討会報告書」、「日医指針」やその他の医療関連団体の指針を参照し診療各科に共通の論点整理を行う。
- 2) 研究協力者として、所属の異なる精神科医、多職種 of 精神科医療従事者、および病院管理学研究者と法学研究者とに参加を要請しさまざまな観点から検討を行い、精神科医療固有の検討課題の論点整理を行う。また、診療情報管理の実務的課題については、専門家の意見聴取を行う。
- 3) 事例検討を行う。
- 4) 関連文献資料やその他の情報の収集と分析検討を行う。
- 5) 精神科医療における「カルテ開示」のための検討課題、条件と環境の整備の考察を行う。

これらを達成するために、計5回の研究会を開催した。

C. 研究結果

1) 研究会の経過と論点整理

「検討会報告書」、「日医指針」とその他の医療関係団体の指針を参照しながら検討し、以下のように論点

を整理した。

(1) 「カルテ開示」の是非について
本研究会としては、「カルテ開示」の意義を認め、精神科医療を例外とすべきでないとする意見が多数を占めた。「非」とする立場もあったが、この「非開示論」はインフォームド・コンセントをより徹底すべきとの立場に立つものであり、診療情報提供の促進という点では共通していた。

(2) 意義と目的について

医療の質の向上、患者の利益となるように行う、という観点が示される一方、プライバシーへのアクセス権、自己決定権、あるいは消費者の権利という視点が提示された。また、医療事故や医療費を巡る医療不信が時代背景としてあることが指摘された。同時に、医療の質の向上という点からは、「カルテ開示」は必ずしも必要としない、との見解も一部に示された。

(3) 開示請求権者

これまでの医療関係団体の指針では、開示請求権者または開示対象者として、患者本人、法定代理人、保護者、親族、その他が示されているが、本研究会では、患者本人以外からの請求の場合は患者本人の同意が必要であるとの見解が示された。

また、非自発入院の場合、とくにポリスパワーによるものについては、他の場合よりも「カルテ開示」が必要であるという見解が示されたが、慎重な意見も主張された。

(4) 「カルテ開示」の方法

すでに、さまざまな指針において、口頭説明、要約書、閲覧、謄写等の方法が提示されており、本研究会でも、同様の方法が示された。「カルテ開示」の主旨から判断し、口頭説明や要約書ではなく閲覧が要求されていると考えられるが、専門分野によっては要約が妥当であるとの意見も示された。謄写については、本来の目的と異なって使用される可能性があるという理由で慎重な意見が示され、他方閲覧と謄写とは一体であるという意見もあった。

(5) 臨床判断の際の要件

精神科医療においては、診療情報の共有は治療行為あるいは治療過程そのものであり、医療従事者の裁量により患者の治療状況に応じて“適切に行う義務”があるとの意見が多く見られた。したがって、「カルテ開示」の時期の見極めが重要となり、適切な臨床判断が下されることが必要だが、その際の要件には公開性、透明性、説明責任という情報公開の原則が求められる。ただし、いずれの場合でも、インフォームド・コンセントが最優先課題である。

(6) 非開示要件

これまでの医療関係団体の指針で挙げられている非開示が可能とされる各条件について検討を行った。その結果、「日医指針」に盛り込まれている以下の「3項目」についてはおおむね異論は出されなかった。(以下、「日医3条件」)

a) 対象となる診療情報の提供、

診療記録等の開示が、第三者の利益を害する恐れがあるとき

b) 診療情報の提供、診療記録等の開示が、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき

c) 前二号のほか、診療情報の提供、診療記録等の開示を不相当とする相当な事由が存するとき

しかし、次のような意見が示され、より具体的な要件や基準が必要であるとされた。

①この条件に、治療関係を著しく損なう恐れがあるとき、を加えたい

②上記a) b) の2つの規定に、c) あるいはその他の事項は含まれ得るので、非開示要件はコンパクトにした方がよい

③上記c) は漠然とした規定に止まっているので、「非開示」の要件として濫用されるおそれがある

④「カルテ開示」は、患者の状態や治療状況に応じて、段階的になされるべきである

⑤患者の利益に反することが明らかな場合は、歯止めがかかるような規定が必要である

⑥第三者情報、家族力動情報の扱いには慎重を要する

⑦診療録の記載方法、記録のあり方について、精神科医療においてはプロセスノートを区別するか、「二重カルテ」のような形式を取ることも考えられる

⑧非開示要件を誰が何処で判断する

のかを明らかにする必要がある

(7) 条件と環境の整備について

本項目については、「5) 条件と環境の整備について」においてのべることとする。

2) 各研究協力者の論考による視点

各研究協力者は、本研究会の論議、収集した文献資料の分析、さらに、それぞれの所属機関と専門領域を踏まえ論考を作成し視点を提示した。ここでは精神科医療の「カルテ開示」について、各々の基本的見解の要旨を紹介する。

(1) 伊藤は、精神科医療における「カルテ開示」に関する先行研究の分析検討を行った。それらによると、国立療養所では、精神科医の28.4%は患者から開示を求められたことがある。日本精神神経学会評議員の70%は診療情報を積極的に提供すべきであると回答している。精神科診療所では61.8%の患者に、精神科病院の外来患者では41.5%に、現時点で診療録を開示できるとする研究がある。精神障害が多様化している現在、「精神障害」という、ただその理由のみで、「カルテ開示」に条件をつけることは、精神障害に対する偏見を逆に助長することなどから適切とはいえない、としている。今後、情報管理システムを強化しながら、「医療の場」、「患者特性」などによる分類をして条件を具体的に検討することを主張している。

(2) 浦田は、「国立病院等における

診療情報の提供に関する指針について(報告)」に基づいて、国立病院・療養所において診療録開示の実施を検討した際の精神科の問題について報告している。そして、①患者本人の判断能力の欠如の基準と開示の可否を検討する委員会の必要性、②病名の告知、③第三者の権利利益を損なうおそれのある記載あるいは第三者に関する記載等を含めた開示の部分制限、を指摘している。しかし、開示の根底には、嘗てのパターナリズムから水平の患者—治療者関係に転換された理念があり、開示は原則的に肯定されるべきであるという。

(3) 山角は、日本精神病院協会が「日精協・診療情報提供に関する指針」を策定した際の論点と経緯を報告している。診療録の開示を行うことを前提とした上で、対象者は入院形態等での区別は行わず、患者本人の状況により判断する。信頼される治療関係を構築するという本来の目的に沿った開示を進めることとし、第三者情報の扱いや複写は慎重にすべきとされた、という。その結果、この指針では情報提供の方法は原則として口頭説明等とされている。

(4) 荒田は、精神保健福祉士の立場から、今までは「情報の共有化」を考えてきたが、今後はクライアントとともにクライアントが参加する問題解決に向けた情報の提供と開示の方法を考える必要性があり、相談記録、デイケアや社会復帰施設等の記録の開示について、明確な指針を

持たなければならないとする。そのため、日本精神保健福祉士協会では、「倫理綱領」の改訂案が提案されているが、「カルテ開示」に関して組織的な明確な基準を未だ持っていない。しかし、精神科医療における「カルテ開示」には、条件整備として入院時のインフォームド・コンセントの徹底が必要であり、メリットとしては「医療の質」が問われることと、「エンパワメント」の力の強化となることを挙げている。留意点としては、①クライアントの理解能力についての後見人制度の利用、②第三者情報の非開示、③相談記録を診療情報と同等に管理すること、④記録の標準化、⑤開示にあたり主治医の指導を受けること、⑥機械的な開示にならないこととし、また第三者の判断システムを検討すること、⑦苦情や相談に積極的に対応すること、を挙げている。

(5) 齊藤は、臨床心理技術者の立場から、精神科医療は、人間性そのものが直接的な対象となる医療領域であり、「カルテ開示」の困難な要因として、判断能力、スタンダードな表記が困難であること、患者（障害者）にとって病気・障害が辛い体験であることなどを挙げている。そして、当面は診療録の直接的閲覧は避け、要約の開示と話し合いを基本とせざるを得ない、とする。

しかし一方、開示請求は、診療録の質の改善や治療関係の修復、情報の妥当性を高め対象者が主体的に参

加するなどの利点がある、と指摘している。また、心理検査を始めとする心理査定に相当する諸記録も診療情報開示の対象に相当する場合が多く、また同一チーム内での情報の共有のあり方も課題であることから、臨床心理技術者は開示に対してより検討する姿勢が必要であるが、現在は初歩的な段階に止まっている、とのべている。

(6) 白石は、精神科医療で特に課題とされている判断能力欠如と非自発入院が、精神科神経科以外の一般科でも存在することを例示して、これらと共通のルールを得る努力を行い、精神科神経科のための特殊なルールを最小限とするように主張している。

その上で、判断能力欠如との関係について、精神病状態でなくとも判断能力を欠く場合もあるとし、課題として①判断能力の判定方法、②判断能力に問題があることだけを理由に「カルテ開示」を拒めるか、③本人の最善の利益に反する場合開示を拒める、という3点を指摘している。

非自発入院との関係については、①非自発入院の場合であっても可能な限り「カルテ開示」を行う方向で考えるべきであるが、強制入院の場合こそ「カルテ開示」を行う必要があるという主張は現実的ではない、②カルテ不開示の措置により、患者が不利益を受けたと感じる場合は、精神保健福祉法により対処するべきである、という。

また、判断能力欠如や非自発入院時のカルテを遡及的に開示することについて、家族等第三者や医療従事者等への影響が強く懸念される場合は、慎重に行わざるを得ない、と指摘している。他に、苦情処理機関の設置も提案している。

(7) 羽藤は、「カルテ開示」の危惧と懸念とを指摘している。まず、通常、開示の根拠として挙げられる「医療従事者と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「個人情報の自己コントロール（権）」のうち、前者は分かりやすい形の情報提供の方が望ましく、したがって根拠は後者のみとなるとした上で、「全ての診療記録」を患者が自己コントロールすることは、「自己決定至上主義」であると批判し、法律や契約に従って記された記録以外の開示は無理であるという。そして、この自己コントロール（権）は次のような諸点との整合性が求められるとする。

すなわち、①医療上の必要（準委任契約）との整合性、②医師の多重規定性との整合性、③患者の判断能力の障害を認定する範囲、④第三者の権利を守ること、⑤医師の個人情報を守ること、⑥「診療情報開示請求権」の目的と方法に関する制限、である。そして、「権利行使」の目的が、「医療に対する不安や不信の払拭」にある場合は、「妥当な方法」は、「診療情報開示」ではなく、「患者にとって分かりやすい、かつ不安や不信を

解消するのに十分な情報提供」であるとのべている。また、⑦精神科医療の固有の事情として、精神科の治療過程、診療記録の特殊性と訂正権への疑義、を挙げている。

さらに、「診療情報開示の制度化（法制化）」及び「個人情報保護法」の背景として、医療事故の多発と医療保険財政の赤字に触れ、これらを「カルテ開示」によって打開しようとするには問題のすり替えがあるといい、最大のデメリットとして、医療から「患者への配慮」が失われることになると警告している。対処のためには、①日頃から「情報提供」を積極的に行う、②患者からの「カルテ開示請求」には、応じられる範囲で応じる、③弊害が予測される場合には「カルテ開示」を行わないよう努力する、④診療情報開示がもたらす弊害について警告する、⑤「カルテ開示」を巡る争いを調整するシステムを作る、ことを提言している。

(8) 丸山は、日本の個人情報保護法案について、開示（30条）、訂正等（31条）は、医療に関して民間業者に限らずひろく適用される、と指摘している。医療関係団体の指針が開示を拒むことができる場合として挙げている事項は、この法案で事業者の開示義務が適用除外となる「本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれがある場合」（30条1項但書1号）に対応する、という。

日本では、診療情報の訂正を求め

る動きは強くないが、イギリスやアメリカではすでに、診療情報の訂正請求が法制化されていることを紹介し、今後、日本でも訂正要求が起きうることを示唆している。

(9) 岩下は、主な医療関係団体と本研究会における意見・論点の比較表を作成し、整理検討を行った。

3) 事例検討

精神科医療機関における「カルテ開示等」の現況を把握する目的で、各研究協力者より呈示された合計 29 例の事例について、研究協力者の岩下が「カルテ開示等」によって種々の問題が生じたりカルテのあり方の問題点を示唆する困難事例について、分析を行い、一定の分類を試みた。

これらの事例では、診療情報提供と診療情報開示との区別が困難な事例も少なくなく、この2つが密接不可分であることを示しており、開示困難とは、取りも直さずインフォームド・コンセント自体の難しさであることが窺われた。

(1) 「カルテ開示等」により、治療効果等への悪影響が認められるなど、患者本人の心身の状況を著しく損なった事例

- a) 「カルテ開示等」をきっかけに治療関係が中断した事例 (事例1、8)
- b) 「カルテ開示等」により、治療上種々の困難が生じた事例 (事例10, 21)
- c) 「カルテ開示等」により、患者本人の病状や治療関係が不安定と

なった事例 (事例11, 12, 14, 16)

d) 「カルテ開示等」により、患者本人が社会的不利益を被った事例 (事例15)

(2) 「カルテ開示等」により、第三者の利益を害する結果をもたらした事例 (事例13, 27)

(3) 「カルテ開示等」の請求があったが、種々の理由により請求に応じなかった事例

a) 治療上の悪影響、患者本人の不利益に配慮した事例 (事例3, 5)

b) 措置入院患者が他病院に転院してから「カルテ開示」を請求した事例 (事例23)

c) すでに治療関係が終結した元措置入院患者が、拘留されている警察署から「カルテ開示」を請求した事例 (事例25)

(4) 治療的配慮に欠けた一方的な「カルテ開示等」の問題点を示唆した事例 (事例19, 20)

(5) 精神科医療における「カルテ開示等」の留意点を示唆した事例

a) 病名告知・精神医学用語の問題 (事例6)

b) 診療情報提供の時期について慎重な判断を要した事例 (事例7)

c) 患者本人の病状と行動化に対する配慮の必要性を認めた事例 (事例9)

d) カルテ開示請求の背景事情について配慮の必要性を認めた事例 (事例17)

(6) カルテ記載そのものに慎重な配慮を要した事例 (事例28, 29)

(7)その他の問題点を示唆した事例

a)医療機関の側に治療に関する防衛的な“構え”が生じていることを示唆した事例(事例18)

b)患者本人の治療状況だけでなく、家族も含めた周囲の状況全般に配慮する必要性を示唆した事例(事例22)

一方、「カルテ開示等」を行って、治療上好ましい効果が得られた事例(事例26)、あるいは問題なく「カルテ開示等」を行った事例(事例24)、一定の配慮を行った上で「カルテ開示等」を行い著しい問題を生じなかった事例(事例2,4)も報告された。

4) 文献資料の収集と分析

合計68件の文献資料を収集し、それらの分析と検討を行った。その結果は、カルテ開示を「否」とするものはきわめて少数であったが、精神科医療での具体的な要件等についてのべているものは稀であった。また、大部分が条件や環境の整備の必要性に触れているが、その要点は次項のべるとおりである。

5) 条件と環境の整備について

収集した関連文献資料と鳥羽克子氏(聖路加国際病院ヘルスインプォメーション科医療情報管理科長)の報告を検討した結果、つぎのような条件と環境の整備が必要であると考えられた。

(1)診療録その他の診療記録等(以下、診療記録等)の意義、目的、活用に

ついての検討と整備。それにとともなう、情報の共有と守秘義務の関連についての検討

(2)記載の基本条件(①真正性、②客観性、③迅速性、④見読性)の観点から診療記録等の整備を行うこと

(3)診療記録等の様式、記載内容や方法の改革とPOMR方式(問題志向型診療記録)の採用等により、様式や記載の最小限基準あるいは一定の標準化モデルを作ること

(4)診療記録等に関する教育・研修の実施

(5)診療記録等についての医師やその他の医療従事者の意識改革

(6)診療記録等の作成と管理の体制の整備と専門職の配置

(7)診療記録等の作成と管理や作成補助者に要する財政的措置あるいは保険診療上の位置付け

(8)既存の療養担当規則等の法制度の整備と将来個人情報保護法が制定された際の対応

(9)医師以外の職種が作成する記録に関する法制度や指針の整備

(10)苦情処理機関の設置

(11)診療情報の電子化

とくに、各医療機関と各医師には、診療情報提供にあたっての適正・明確な記録および情報管理の方式を確立することが求められている。

D. 考察

日本の医療社会と医療文化にとって、とりわけ精神科医療の現場にと

って、「診療情報開示」すなわち「カルテ開示」の要請は未曾有の厳しい外圧といっても過言ではない。しかしながら、欧米では1960年代半ばから、長い間「医療倫理」を支配していた「ヒポクラティスの誓い」と医師や医療専門家の裁量権が、パターンリズムとして批判され、臨床上の意思決定にあたり患者の自律と自己決定権尊重の立場から、「インフォームド・コンセント」と「カルテ開示」とが重視されるようになり、「医療倫理」は原理を一新して再登場している。日本の精神科医療専門家がこれらの動向を受け止めるべき立場にあることもまた、当然である。事実、「検討会報告書」と「日医指針」の後、限定的ではあるが迅速な対応が行われてきている。

しかし、この分野は緒に就いたばかりであり、精神科の医療現場の条件は不十分である。これは、次のように2つの側面から検討されなければならない。第1点は、医療現場において日々問われることになる、非開示あるいは慎重な開示の際の臨床判断の具体的な要件である。第2点は先に「5) 条件と環境の整備について」の項で触れた条件と環境の整備と改革である。第2点の課題は重要かつ深刻であり、第1点の課題を実践するために必須の条件ではあるが、本研究では主に第1点について検討を重ねてきた。

この臨床判断に際しての条件として、いわゆる「日医3条件」の他に、

「検討会報告書」は、次のように例外が認められる事由を挙げている。

(ア) 本人又は第三者の利益を損なう場合

①治療効果等への悪影響

②本人及び家族等の社会的不利

(イ) 第三者から得た情報

この両者ともに首肯出来るものにはあるが、いずれも概念規定に止まっており、精神科医療の「カルテ開示」に際しての臨床判断にとって、具体的な要件を示したり基準となるものではない。

精神科医療において、その臨床判断の際、留意すべき一般的事項としては、以下のようなことが考えられる。

①判断能力の評価

②非自発入院者、とくに措置入院者の取り扱い

③第三者の情報

④治療者の主観的印象の記述

⑤精神療法、心理テストその他内面の描写

⑥家族や家族関係の描写と評価

⑦症状の表現や表記、疾患の呼称
その他不適切な精神科用語、

⑧病名の告知、その他の精神医学的評価

⑨治療状況の吟味と情報提供ないし開示が患者、家族や治療関係にもたらす影響の評価

精神科医療の「カルテ開示」を促進するためには、これらの一般的事項を念頭におきながら、非開示や慎