

平成13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・社会復帰施設等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

社会復帰施設の機能に関する研究

分担研究者 寺田一郎（社会福祉法人ワーナーホーム）

研究要旨：わが国の社会復帰施設は、平成8年度から実施された障害者プランの数値目標に沿って整備が進められてきた結果、概ねその目標を達成しつつある。さらに14年度からは、精神障害者居宅生活支援事業が市町村を実施主体として行われるように精神障害者の社会復帰を支援するためには、地域生活支援を前提として社会復帰施設の計画的な整備が図られる必要がある。この点において、社会復帰施設の機能評価の方法を確立し、継続的な機能評価を行っていくことは、今後の社会復帰施設の整備等に貴重な資料を提供するものである。本研究は厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課が行った13年度調査をもとに、社会復帰施設の機能評価を行ったものであり、継続的な調査の有効性を確認することができた。

A. 研究目的

わが国の精神保健福祉施策は、入院医療を主体とする考え方から、地域保健・医療・福祉を中心としたあり方への転換を図っている。その背景には「受け入れ条件が整えば退院が可能」とされる多くの入院患者の存在がある。社会復帰施設は、このような患者の受け皿となり得るのか、極めて重要な鍵を握っている。本研究では、社会復帰施設の運営状況を、継続的に把握・分析し、社会復帰施設の機能を評価する指標を明らかにすることによって、精神障害者の社会復帰支援策を構築するうえでの貴重な資料を提供するものである。

B. 研究方法

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課では、毎年6月30日付で、精神保健福祉課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文書依頼を行い、全国の社会復帰施設の状況についての資料を得ている。この資料収集は精神保健福祉課の業

務の参考とすることを目的としており、全国社会復帰施設の協力によって継続され、わが国の精神保健福祉に関する貴重な資料となっている。本研究は平成13年6月30日付で行われた調査の中で社会復帰施設に関係する部分を厚生科学研究として解析したものである。12年調査との比較や他の調査データとの比較検討も必要に応じて行った。

C. 研究結果

1. 精神障害者社会復帰施設等の状況

1) 社会復帰施設の設置状況とその傾向

調査時点（平成13年6月30日）の全国で設置運営されている精神保健福祉法第50条の2に規定する精神障害者社会復帰施設及び同法50条の3に規定する精神障害者地域生活援助事業を調査対象とした。

社会復帰施設の設置状況は、生活訓練施設232ヶ所、福祉ホーム137ヶ所、通所授産施設186ヶ所、入所授産施設25ヶ所、福祉工場12ヶ所、グループホーム874ヶ所、地域生活支援センター240ヶ所であった。

社会復帰施設等の設置数を前年同時期と比較すると生活訓練施設 13.2%増、福祉ホーム 22.3%増、通所授産施設 10.1%増、入所授産施設 19.0%増、福祉工場 0.0%、グループホーム 11.9%増、地域生活支援センター 27.0%増であった。地域生活支援センターと福祉ホームの増加率が目立つ。

障害者プランとの比較では、生活訓練施設が 77.3%、グループホームが 95.0%と達成率が高いのが特徴である。

都道府県別の設置状況では 7 種類合計で東京都の 129 ケ所、大阪府の 92 ケ所、埼玉県の 69 ケ所、新潟県の 67 ケ所等が多い。

2) 社会復帰施設等の設置者

生活訓練施設 232 ケ所のうち 149 ケ所 (64.2%) が医療法人、54 ケ所 (23.2%) が社会福祉法人、14 ケ所 (6.0%) が地方公共団体によって設置されていた。

福祉ホームでは 137 ケ所中 94 ケ所 (68.6%) が医療法人、32 ケ所 (23.4%) が社会福祉法人であった。

通所授産施設では 186 ケ所中 123 ケ所 (66.1%) が社会福祉法人、医療法人が 27 ケ所 (14.5%)、地方公共団体が 24 ケ所 (12.9%) であった。

入所授産施設 25 ケ所のうち医療法人が 15 ケ所 (60.0%)、社会福祉法人が 9 ケ所 (36.0%) であった。

福祉工場は増減がなく 66.7%が社会福祉法人である。

施設数で最も多いのはグループホームで 874 ケ所であるが、そのうち 352 ケ所 (40.3%) が医療法人、266 ケ所 (30.4%) が任意団体、137 ケ所 (15.7%) が社会福祉法人であった。

地域生活支援センターは、平成 12 年度から社会復帰施設の体系に加えられたが、240 ケ所中 96 ケ所 (40.0%) が医療法人、89 ケ所 (37.1%) が社会福祉法人、36 ケ所 (15.0%) が地方公共団体であった。

2. 利用者の状況

1) 利用者実人員と年代構成

生活訓練施設は 4,726 人の定員に対し利用者実人員が 3,505 人で 74.2%の利用率であり、前年比 3.1 ポイント利用率が向上した。利用者の年代構成は、40 歳～65 歳未満が 61.8%で、20 歳～40 歳未満が 31.0%であった。

福祉ホームは 1,561 人の定員に対し利用者実人員が 1,199 人で利用率 76.8%であった。利用者の年代構成は 40 歳～65 歳未満が 66.6%であったが、65 歳以上が 10.1%と最も高齢者の割合が高かった。

通所授産施設は 4,271 人の定員に対し利用者実人員が 4,410 人で 103.3%の利用率であり社会復帰施設の中で最も高かった。利用者の年代構成は、40 歳～65 歳未満が 49.4%であるが 20 歳～40 歳未満も 47.6%を占めている。

入所授産施設は 684 人の定員に対し利用者実人員が 539 人で 78.8%の利用率であった。利用者の年代構成は、40 歳～65 歳未満が 69.0%、20 歳～40 歳未満が 25.0%であった。

福祉工場は 341 人の定員に対し利用者実人員が 250 人で 73.3%の利用率であった。利用者の年代構成は、40 歳～65 歳未満が 57.2%、20 歳～40 歳未満が 42.0%であった。

グループホームは 4,822 人の定員に対し利用者実人員が 4,184 人で 86.8%の利用率であった。利用者の年代構成は、40 歳～65 歳未満が 71.2%で調査対象施設中最も高率であり、20 歳～40 歳未満は最低の 20.2%であった。65 歳以上は 8.2%であった。

2) 利用前の状況及び退所後の状況

生活訓練施設では平成 12 年度の新規利用者 2,438 人のうち、利用前は 72.8%が精神病院に入院していた人であった。退所者は 2,023 人で 48.5%が家庭復帰しているが、27.5%が再入院し、15.6%が他の社会復帰施設へ入所している。

福祉ホームは、新規利用者 490 人で利用前は 60.6%が精神病院に入院していた。退所者 324

人中 35.2%が家庭復帰、30.2%が再入院している。

通所授産施設では新規利用者は 1,530 人で 57.8%が利用前から在宅であったが、他の社会復帰施設を利用していた人も 19.3%あった。退所者 961 人中 32.5%が家庭復帰であるが、もとも在宅の人が通所を中止したものと推定できる。就労した人は 20.0%であった。

入所授産施設の新規利用者は 201 人で 70.6%が精神病院に入院していた。退所後は 117 人中 36.8%が家庭復帰、33.3%が再入院である。

福祉工場の新規利用者は 81 人で利用前に他の社会復帰施設を利用していた者 56.8%、在宅であった者 43.2%である。退所者 42 人中 50.0%が家庭復帰であるが、これも通所授産施設同様に通所の中断であろう。

グループホームの新規利用者は 1,126 人で 46.6%が精神病院に入院していた者であり、25.7%が他の社会復帰施設を利用していた人である。退所者では再入院した人が 31.7%で施設種別では最も多く、31.4%は家庭復帰となっている。

地域生活支援センターでは 3,772 人が新規に利用を開始したが、66.9%が在宅者である。他の社会復帰施設を利用している人 17.8%、精神病院を退院して利用を開始した人 8.5%である。223 人が利用を止めているが、登録の抹消等基準が明確でないことや利用者の動向についての把握が不十分であり、今後の課題である。

3) 利用者数の変化

社会復帰施設等全体で実利用者は、25,055 人で 6,951 人 (38.4%) の増加である。

このうち、生活訓練施設は 577 人 (19.7%) の増加、福祉ホームは 336 人 (38.9%) の増加、通所授産施設は 645 人 (17.1%) の増加、入所授産施設は 114 人 (26.8%) の増加、福祉工場は 49 人 (24.4%) の増加、グループホームは 447 人 (12.0%) の増加であった。地域生活支援セ

ンターは 4,783 人 (77.3%) の増加であった。

3. 職員の状況

1) 職員配置

回答のあった生活訓練施設 232 施設には合計 1,380 人、1 施設あたり 5.54 人の職員が配置されていた (週 4 日以上、1 日 8 時間以上勤務する者)。前年比 0.41 人の増加である。1 施設あたり施設長はほぼ全施設に配置され、精神保健福祉士 0.93 人 (前年 0.72 人)、指導員 3.50 人 (同 3.31 人)、看護職員 0.18 人 (同 0.15 人)、作業療法士 0.04 人 (同 0.04 人)、事務員 0.47 人 (同 0.35 人)、その他 0.76 人 (同 0.74 人) である。若干の増員傾向が見られる。

福祉ホーム 137 施設には 186 人の職員が配置され 1 施設あたり 1.36 人 (前年 1.0 人) である。

通所授産施設 186 施設には、990 人 (前年 826 人)、1 施設あたり 5.32 人 (前年 4.89 人) が配置されている。1 施設あたり施設長 1 人、精神保健福祉士 0.74 人 (同 0.60 人)、指導員 3.18 人 (同 2.89 人)、作業療法士 0.60 人 (同 0.57 人)、事務員 0.65 人 (同 0.56 人)、その他 0.68 人 (同 0.86 人) などである。

入所授産施設 25 施設には 154 人 (前年 141 人)、1 施設あたり 6.16 人 (同 6.71 人) が配置されている。1 施設あたり施設長 1 人、精神保健福祉士 0.64 人 (同 0.76 人)、指導員 4.04 人 (同 3.81 人)、事務員 0.80 人 (同 1.00 人)、その他 1.40 人 (同 1.00 人) などである。

福祉工場 12 施設には 81 人 (前年 70 人)、1 施設あたり 6.75 人 (同 5.83 人) が配置され、施設長 1.00 人 (同 0.92 人)、精神保健福祉士 0.42 人 (同 0.17 人)、指導員 3.67 人 (同 3.25 人)、看護職 0.58 人 (同 0.58 人)、事務員 1.08 人 (同 1.17 人)、その他 2.17 人 (同 2.58 人) である。

グループホーム 874 施設には 837 人 (前年 688 人)、1 施設あたり 0.96 人 (同 0.88 人) が配置されている。

地域生活支援センター240 施設には 842 人（前年 546 人）、1 施設あたり 3.51 人（同 2.89 人）が配置されている。1 施設あたり施設長 0.97 人（同 0.88 人）、精神保健福祉士 0.83 人（同 0.61 人）、指導員 2.59 人（同 2.30 人）、看護職 0.12 人（同 0.12 人）、事務員 0.11 人（同 0.12 人）、その他 0.41 人（同 0.54 人）などである。

2) 精神保健福祉士の資格取得状況

各職種における精神保健福祉士の資格取得状況は、施設長では全体で 26.7%（前年 24.1%）であるが、生活支援センターの場合は 47.6%（同 43.4%）と取得率が高い。

精神科ソーシャルワーカー（精神保健福祉士）を、必ず配置しなければならない施設（生活訓練施設、授産施設、福祉工場、地域生活支援センター）全体で 63.8%（前年 50.4%）が精神保健福祉士の資格を取得し、全施設では 68.5%（前年 53.7%）の取得率である。全施設の指導員の取得率は 3.7%（前年 3.0%）である。

4. 地域生活支援センター

地域生活支援センターは、通所施設であるが、その利用定員は規定されていない。基本的に利用者は利用登録をすることとされているが、未登録者の利用も可能である。また、地域の実情に合わせた運営もできることとなっており、施設運営状況を把握することは簡単ではない。

1) 業務内容

登録者数は 240 施設で 18,072 人（前年 10,827 人）、1 施設当たり 75.3 人（同 57.3 人）である。利用者が急増しているのがわかる。

相談業務は 1 施設当たり 1,695 人（前年 1,454 人）で、その内電話による相談が 1,129 人（同 942 人）、面接による相談が 454 人（同 405 人）、訪問による相談が 112 人（同 108 人）である。平均運営日数 258 日（同 284 日）から単純計算で 1 日あたり 6.6 人（5.1 人）の相談

を受けていることになる。

地域交流活動では 1 施設あたり 138 人（同 248.2 人）が利用した。

D. 考察

1. 社会復帰施設の設置状況

社会復帰施設の設置数は、福祉ホームが前年比 22.3%の増加、地域生活支援センターが 27.0%の増加であった。福祉ホームでは福祉ホーム B 型が追加されたことが増加率の向上に寄与していることが窺われるが、調査データからは明確に把握することができない。地域生活支援センターは、毎年同様に高い増加率を示しているが、近年の傾向である。

両施設は、障害者プランの上で進捗率が低いのであるが、地域のニーズは高く、数年間は高い増加傾向が続くものと思われる。

2. 社会復帰施設の設置者

社会復帰施設の設置者に関しては、医療法人、社会福祉法人、地方公共団体の動向に注目しておく必要がある。

医療法人は生活訓練施設の 64.2%（前年 63.9%）、福祉ホームの 68.6%（同 64.3%）、入所授産施設の 60.0%（同 52.4%）、グループホームの 40.3%（同 42.0%）、地域生活支援センターの 40.0%（同 37.0%）を設置している。グループホームを除く社会復帰施設のほぼ半数 46.0%（同 43.6%）を医療法人が設置し、その傾向が強まっている。

社会福祉法人は通所授産施設の 66.1%（前年 68.6%）、福祉工場の 66.7%（同 66.7%）、地域生活支援センターの 37.1%（同 42.9%）を設置している。グループホームを除く社会復帰施設の 37.9%（同 42.0%）を社会福祉法人が設置しているが、調査結果からはその割合は低下傾向にあることがわかる。原因を別途、検討する必要がある。

地方公共団体はグループホームを除いた社会復帰施設全体で 9.1%（前年 8.5%）を設置

している。生活訓練施設の 6.0%（同 4.4%）、通所授産施設の 12.9%（13.6%）、地域生活支援センターの 15.0%（同 13.8%）などである。入所授産施設、福祉工場には取り組んでいない。市街地での社会復帰施設建設が、各地で反対運動にあっている状況を考えると、地方公共団体の姿勢は今後の社会復帰施設の設置促進を図るときに、きわめて重要な鍵を握っているものと思われる。

グループホームの設置者は、他の社会復帰施設とは異なる傾向を示している。医療法人が 40.3%（前年 42.0%）、任意団体が 30.4%（同 30.7%）、社会福祉法人 15.7%（同 14.2%）、個人 1.9%（同 2.6%）など、設置者が分散している。地方公共団体は 0.6%に過ぎないが、平成 14 年度から居宅生活支援事業として生活地域生活援助事業（グループホーム）を市町村が実施主体として行うこととなった。この影響がどのようにでるか、今後の動向に注目したい。

3. 利用状況

利用率は、地域生活支援センターを除く社会復帰施設で 85.5%であった。このうち通所授産施設が定員を超過していたが、その他の社会復帰施設はいずれも 70%台の利用率であった。しかし、県別に見ると、生活訓練施設で利用率 50%に達していないところが 4 県 3 政令市、福祉ホーム 1 県、入所授産施設 3 県、福祉工場 2 県であった。地域のニーズや運営姿勢などについて分析する必要がある。

社会復帰施設利用者の年齢構成に大きな変化は見られなかったが、65 歳以上の利用者が、生活訓練施設で 6.6%、福祉ホームで 10.1%、入所授産施設で 5.8%、グループホームで 8.2%であった。グループホームを除いて前年比で増加傾向にある。

退院促進という視点で、社会復帰施設の利用を考えると、社会復帰施設等全体では 34.1%が退院の受け皿として利用している。特に生活訓練施設では新規利用者のうち、72.8%、福祉ホ

ームでは 60.6%、入所授産施設では 70.6%が利用直前には病院が生活の拠点であった。

再入院は、生活訓練施設で 27.5%、福祉ホームで 30.2%、入所授産施設で 33.3%、福祉工場で 28.6%、グループホームで 31.7%であった。

平成 12 年度中に退所して就労した人は通所授産施設で 20.0%、入所授産施設 7.7%、福祉工場 11.9%であった。就労訓練、就労支援、就労のための能力評価など課題が多い。

4. 職員の状況

生活訓練施設、授産施設に事務員 1 名と指導員 1 名を増員配置できるようになったこともあり、各施設とも施設当りの職員が増加している。

精神保健福祉士の有資格者は、確実に増加している。

E. 結論

以上の調査結果と考察から次の結論を得た。

- ①社会復帰施設のうち、地域生活支援センターの業務は今後さらに多様化することが予想されるので、生活支援面での評価指標の追加が必要である。
- ②その場合、業務の分類・定義を明確にしておく必要がある。
- ③今後の施設機能を検討する際に有効な指標として利用者の年齢、利用前の生活状況及び退所者の退所後の状況、サービス内容などが考えられる。
- ④運営面での評価では、利用率や職員の充足状況、有資格者の配置状況などが指標として有効である。
- ⑤指標は、入所・生活型施設と通所型施設、地域生活支援センターとで分けて作られる必要がある。

平成13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（国立保健医療科学院）

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・神経センター武蔵病院）

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： 診療情報開示、すなわち「カルテ開示」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、日本医師会の指針制定、情報公開法施行、個人情報保護法案の国会上程が行われ、急速に進展してきた。しかし、有用な実践のためには、医学・医療全般においてさまざまな課題や環境を整備することが求められており、とりわけ精神医学・医療の領域は、人間の人格、意思、心理に直接深く関わる固有の特性があることにより、臨床的課題と方法および必要な条件と環境を明らかにし対応を検討し整備することが必要である。とくに、個人情報保護法案が成立の暁には、非開示ないし慎重な開示とすべき適切な臨床判断の具体的要件を出来る限り公開とし説明責任に堪えうる透明性が求められる。本分担研究は精神科医療施設におけるカルテ開示のあり方を提示するために計画された。初年度（平成12年度）は論点整理を行い、2年度にあたる平成13年度は、精神科医療施設のカルテ開示において実際に生じている課題を検討するために、精神科医療施設のアンケート調査を行った。その結果、大多数の施設がカルテ開示に取り組み、そのための委員会や内規を設けており、2年間で1医療機関あたり2件弱の請求があり、その内約半数に複写が行われていた。しかし、適切な臨床判断をする際に求められる基準や必要な条件や環境の整備は進んでいないことも明らかとなった。3年度は、さらに事例を集積し臨床的課題を分析することにより、具体的要件や基準を明確化する予定である。

A 研究目的

研究目的は、初年度研究報告書で述べたとおりである。日本では診療情報開示（以下、「カルテ開示」）を実施する際には、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とされる。とくに精神科医療の領域では、開示、非開示ないし慎重な開示を決定する際の臨床判断が重要であり、その際に必要とされる精神科医療におけるカルテ開示の具体的要件や基準を明らかにすることを目的としている。

B 研究方法

2年度は、精神科医療機関のカルテ開示の現状を把握するために、日本医師会の指針が施行された平成12年1月から平成13年12月31日までの2年間の期間を対象として、各医療機関の状況について、「全体調査」と「事例調査」の2部で構成されたアンケート調査を行った。対象は、本分担研究のメンバーが関与しているかまたはメンバーが依頼して協力可能とのご返事を頂いた精神科医療機関とした。その結果、19施設（ナショナルセンター1、大学病院2、総合病院2（注：本稿ではこの名称を準用する）、単科精神病院11、診療所3から回答を得た。

（倫理面への配慮）事例検討に際しては、個人情報保護並びに守秘義務への配慮を要する。

C 研究結果

I 精神科医療施設におけるカルテ開示の現状についての調査結果 I [全体調査] --回答総数（19施設）

<回答者について>

1) 年齢；

40代----4名、50代----10名、60代----3名、70代----2名（平均56.4歳）

2) 精神科医としての経験年数；

10年～20年----2名、20年～30年----6名、30年～40年----9名、40年～50年----2名（平均29.8年）

<所属施設について>

1) 種類；

大学病院----2、総合病院----2、単科精神病院----11、診療所----3、その他（ナショナルセンター）----1、

2) 設立母体；

国立----4、公立----4、私立----11、

3) 所在地（都道府県）；

東京都----8、大阪府----2、兵庫県----2、千葉県----2、山梨県----1、佐賀県----1、富山県----1、北海道----1、不明・未記入----1

4) 精神科病床数；

0	----3
1～100	----3
100～200	----0
201～300	----3
301～400	----1
401～500	----2
501～600	----2
601～700	----3

- 701 ～ 800 ----1
 1001 ～ ----1
 5) 一日あたり外来患者数;
 1 ～ 50 ----2
 51 ～ 100 ----3
 101 ～ 150 ----3
 151 ～ 200 ----4
 201 ～ 250 ----1
 251 ～ 300 ----1
 301 ～ 350 ----0
 351 ～ 400 ----4
 無回答・未記入---1
- 1 カルテ開示に対する具体的対応
 の現状について
- 1) 貴施設ではカルテ開示を行って
 いますか？(図1)
 a はい----17 b いいえ----2
- 2) 患者への広報について
 ①院内掲示等によりカルテ開示に
 ついて患者に知らせていますか？
 (図2)
 a はい----13 b いいえ----6
 ②①で“はい”とお答えになった
 施設では、以下のどれを掲示して
 いますか？
 a 日本医師会ポスター ----3
 b 日本精神科病院協会（以下、
 日精協）ポスター ----2
 c その他、独自に作成したもの
 ----9
- 3) カルテ開示のための検討委員会
 を設置していますか？(図3)
 a はい----13 b いいえ----6
- 4) カルテ開示に関する“内規”を

- 明文化していますか？(図4)
 a はい----14 b いいえ----5
- 5) 準拠している“指針”(複数回答
 可)(図5)
 a 日本医師会「診療情報の提供
 に関する指針」 ----9
 b 国立病院等における診療情報
 の提供に関する指針 ----6
 c 各都道府県が策定した「診療
 情報の提供に関する指針」
 ----4
 d 日精協「診療情報提供に関す
 る指針」 ----6
 e 日本看護協会「看護記録の開
 示に関するガイドライン」
 ----0
 f その他 ----1
 g 特に無い ----1

〔具体例記載〕:

fに関連して

*山梨県個人情報保護条例

6) カルテ開示実施にあたり、具体
 的に行った環境整備項目(複数回答
 可)(図6)

- a 医師の増員 ----0
 b 支援スタッフ(診療情報管理
 士、アシスタント等)の配置
 ----2
 c カルテ書式の変更・工夫----4
 d カルテ記載ガイドラインの作
 成 ----3
 e 電子カルテ化 ----2
 f カルテ管理、保管方式の変更
 ・工夫 ----3
 g その他 ----5

[具体的記載]

gに関連して

- *職員への注意
- *担当者への教育研修
- *非開示とする第三者情報ページを作った
- *カルテ開示を前提としたカルテの書き方を医師に周知
- *電子カルテ化を進めている。
- *委員会の設置及び規定を策定した。

2 実際のカルテ開示請求事例について

1) 平成12年1月、日本医師会の「指針」が施行されて、平成13年12月までの2年間の総開示請求件数(図7)

0件----7、1件----3、2件----2、3件----2、4件----2、5件----2、10件----1(総数----41件)

2) その内訳(図8)

①全面開示した事例

0件----11、1件----3、2件----4、10件----1(総数----21件)

②部分開示(一部開示)した事例

0件----14、1件----3、4件----2(総数----11件)

③開示しなかった(非開示)事例

0件----11、1件----4、2件----3、4件----1(総数----14件)

3) 情報公開法や条例に基づく開示請求件数(図9)

0件----17、5件----2(総数----10

3 現時点におけるカルテ開示についての考え方

1) 精神科と身体各科におけるカルテ開示の相違点(図10)

a 相違点がない ---- 4

b 相違点がある ----12

c どちらとも言えない -- 3

[理由・意見]

aに関連して:

- *日精協指針も検討したが、精神科独自の問題を考慮する必要を感じなかったため、多くは日医指針に従った。

bに関連して:

- *特に病名について偏見が大きい。
- *治療上マイナスとなる面もあり、カルテ開示の時期など考慮すべき点が多い。
- *①幻覚妄想、対人関係等に、説明の困難な部分が少なくない。
- *②第三者情報の開示に慎重な判断を要する。
- *病名や治療者の解釈を、どの時点でどこまで本人に伝えるかは重要な精神療法の技法である。それを一律に規定することは治療を妨げ、本人の不利益につながる。
- *プライバシーに関することあり。第三者の発言などが書かれている。
- *カルテ開示を含む情報提供は精

神科の治療の核心部分をなしている。時宜を得ないカルテ開示は治療過程を阻害する危険性が高い。

*病気の自覚のない患者本人から請求された場合。

*①治療関係や治療への影響を重視すべき。②他者との関係を念頭におかねばならない。

*精神症状の記載内容で、家族内への妄想内容について、攻撃や敵意に関する部分。恋愛内容等、配慮が必要であろう。

*本人の意思に反して治療を行う場合がある。

*①精神療法の過程の開示をどうするか。②人格や行動を記載する時に主観が入ることが多い。

③病名を告知出来ない場合。①

②③が開示された時、患者－治療者関係が悪化する恐れがある。

cに関連して：

*迷っているの。

*今のところ当院では精神科におけるカルテ開示請求がほとんどであり、比較が出来ない。

2) カルテ開示の法制化について(図1 1)

a 賛成 ---- 7

b 条件付き賛成 ---- 3

c 反対 ---- 9

[理由・意見]

aに関連して：

*精神科特有の問題があり、その

解決のためのガイドラインが必要か。

*時代の流れ、医療の信頼回復の必要性から。

*原則賛成。

bに関連して：

*カルテ開示以前に条件が整っているかなど考慮すべき。最終決定は患者・家族にあるべき。

*現状で良いのではないか。

*専門家集団の自主的な判断が望ましい。

*上記1)の理由と、開示をしているか否かでその病院をどう評価するかは利用者の選択に任せるべきと考える。

*法制化になじまないのではない。現行でも裁判により、強制的な開示が出来る筈。

*治療関係の形成を難しくする。

*患者の「物語」と共に治療者の「格闘?の物語」も含んでいる。それが生のカルテである。それを開示するのは信頼関係であり、法的問題ではない。法制化すれば当然、二重帳簿作りに励むだろう。

*本来、治療関係に基づき、個別に検討すべき事項である。

3) 第三者機関の必要性について(図1 2)

a 必要 ----14

b 必要ない ---- 3

c どちらとも言えない---- 2

[理由・意見]

a に関連して：

- *対立をエスカレートさせないために必要。
- *透明性を高める上では必要。
- *その機関に精神医療の実際についての経験を持った人が加わっていることが必要。
- *1) の場合など。
- *当方の一方的判断と思われては困るので、第三者によく判断してもらい、その方で責任を持ってもらうのが良いかと思う。
- *一つの病院の判断だけではおかしい。非開示の際上級機関への訴えが必要。
- *治療を有効にするための開示なので。

b に関連して：

- *自ら（病院、科）対処したい。

c に関連して：

- *開示後の問題について対応する機関があればよい。

4) 診療報酬化について (図 1 3)

- | | |
|-------------|--------|
| a 必要 | ---10 |
| b 必要ない | ---- 6 |
| c どちらともいえない | ---- 2 |
| 無回答・未記入 | ---- 1 |

[理由・意見]

a に関連して：

- *かなりの労力を必要としている。
- *開示には費用がかかる。
- *対応に時間と労力を要する。

- *カルテ管理スタッフの常駐が望ましく、そのための費用保証が必要。

b に関連して：

- *開示を求める方が負担されるのがよい。
- *開示は狭義の医療そのものではない。文書料と同じように考えるべきである。
- *当然の医療行為ゆえ。
- *診療報酬にはなじまない。

c に関連して：

- *カルテ開示そのものが疑問。情報提供は積極的に行われるべきだが、それは、診療行為の中心部分である。ことさらに報酬化されるようなものではない。
- *今後の課題と思われる。

5) 今後必要と思われる環境整備項目について (複数回答可) (図 1 4)

- | | |
|--------------------------------|--------|
| a 医師の増員 | ---- 3 |
| b 支援スタッフ (診療情報管理士、アシスタント等) の配置 | ---- 7 |
| c カルテ書式の変更・工夫 | ---- 9 |
| d カルテ記載ガイドラインの作成 | ---- 7 |
| e 電子カルテ化 | ---- 3 |
| f カルテ管理、保管方式の変更・工夫 | ---- 4 |
| g 精神科用語の再検討 | ---10 |
| h 卒前・卒後教育の改善 | ---10 |
| i その他 | ---- 0 |
| 無回答・未記入 | ---- 2 |

4 その他の意見(自由記載)

*当院では、日精協などの指針に基づいて、診療中に限って開示としてあるが、その形での請求は1件もなかった。一方診療が終了して何年かしてから請求が3件あり、請求の目的に応じて口頭で支障の無い限りの情報は伝え、納得してもらった。むしろこのような事例が増える可能性は考えられるので、それに対する開示の基準をある程度統一することも望まれる。

*病名、症状記載用語など、精神科では患者の人格をおとしめるような用語が多い(鈍麻、無為、空笑)。しかし、それがないと患者の状態像を記述出来ず、全体像が浮きぼりに出来ないことも現実である。開示が通例になると精神科のカルテでは、幻覚+、妄想-、といった書き方にならざるを得ないのでなかろうか。精神科のカルテのボキャブラリーが貧困になってよいのだろうか。

*本人が死去して、家族がカルテ開示を希望したとき、家族に内密の話がある場合、本人の意に反することになる場合がある。開示について living will を考える必要がある。

*①日本の平均的な診療機関で完璧なカルテ記載を望むのはきれい事であり、非現実的である。②カルテ記載について必要最小限の現実的な基準が設けられるべきだろう。③その部分については電子化出来るかもしれない。その部分につい

ては開示することは(多くの場合)問題ないであろう。④「カルテ」と「メモ」の区別をする必要がある。

*開示に賛成であるが、障害者の受けるであろう心の傷を支えられるかどうか考え続けている。

*精神科領域のカルテ開示はむずかしい面を含んでいるが、今後は全面開示の方向にすすんでいくべきであろう。しかし、今すぐに全面開示ではなく、部分開示なども含めて条件や環境整備などを整えていく中で、段階的に進めていくべきであろう。

Ⅱ 精神科医療施設におけるカルテ開示の現状について調査結果Ⅱ〔事例調査〕 -- 回答総数--37事例

1 開示請求時患者年齢

a 10歳未満---- 0、b 10歳代---- 2、c 20歳代----11、d 30歳代----12、e 40歳代---- 5、f 50歳代---- 2、g 60歳代---- 2、h 70歳代---- 1、i 80歳代---- 0、j 81歳以上---- 1、無回答・未記入---- 1

2 患者性別

a 男性----18、b 女性---- 18、無回答・未記入----1

3 患者精神医学的診断 (ICD - 10 2桁コードによる) (図15)

a 症状性を含む器質性精神障害 (F0) ----- 2

- b 精神作用物質による精神・行動障害 (F1) ---- 3
- c 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害 (F2) --14
- d 気分 (感情) 障害 (F3) --6
- e 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4) ---- 4
- f 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 (F5) ---- 3
- g 成人の人格および行動の障害 (F6) ---- 7
- h 精神遅滞 (F7) ---- 1
- i 心理的発達の障害 (F8) --0
- j 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 (F90 - F98) および特定不能の精神障害 (F99) ---- 0
- 無回答・未記入 ---- 1
- 4 患者入院・外来別
a 入院患者----15、 b 外来患者----22、 無回答・未記入---- 1
- 5 入院形式 (入院患者の場合) (図 1 6)
a 任意---- 8、 b 医療保護---- 6
c 応急---- 0、 d 措置---- 1、
e 緊急措置---- 0、 f その他-- 0
- 6 開示請求者 (図 1 7)
a 本人----23、 b 保護者----5、 c 法定代理人---- 0、 d その他の家族、親族---- 2、 e 遺族----4、 f その他---- 0、 無回答・未記入---- 5
- 7 開示請求理由 (複数回答可) (図 1 8)
a 病気の経過を知りたいから-13
b 治療の内容を知りたいから----22
c 検査結果について知りたいから ---- 5
d 薬の処方内容を知りたいから ---- 7
e 自分の診断名、病気について知りたいから ---- 5
f 診療に納得出来ない点があるから ----11
g 他の医療機関に相談したいから ---- 2
h 行政や裁判所などに相談したいから ---- 3
i その他の理由 ---- 7
j 不明 ---- 3
- [具体的記載]
iに関連して：
*裁判所よりカルテの提示を求められた。
*自分を殺そうとする計画がカルテに書かれているはずだから。
*当院より1年余前に転院した他院にて加療中だったが、夜間に興奮状態となり約 20 日当院に入院。その入院中のカルテの開示を求められた。
*当院産婦人科にも通院加療中。子

<p>宮内膜症、卵巣嚢腫にて入院歴あり。産婦人科のカルテ開示が主目的で、ついでに精神科のカルテもみたいという理由。</p> <p>*労災の申請をしたい。</p> <p>*病院の対応が医療事故と考えたから。</p> <p>*上司に勧められたから。</p> <p>*「自分の記録として残しておきたいから」</p> <p>*妄想的理由ではっきりせず。</p> <p>*父の話を知りたい。</p>	<p>あるいは対応した担当者（複数回答可）</p> <p>a 管理者（院長または部長） ---- 4</p> <p>b 主治医 ---- 15</p> <p>c 看護職員 ---- 2</p> <p>d 精神保健福祉士 ---- 2</p> <p>e 事務職員 ----12</p> <p>f その他 ---- 1</p> <p>[具体的記載]</p> <p>efに関連して：</p> <p>*複写をもえられればいいとのこと で説明せず。</p> <p>*無回答・未記入----15</p>
<p>8 開示請求時期（図19）</p> <p>a 治療中----19、b 治療中断後 ----12、c 患者死亡後---- 5、 無回答・未記入---- 1</p>	<p>1 2 部分開示事例の非開示項目（複数回答可）</p> <p>a 治療者の主観的印象の記述---1</p> <p>b 精神現症等の医学的評価---- 2</p>
<p>9 対応結果（図20）</p> <p>a 全面開示----12、b 部分開示（一部開示） ----11、c 非開示（口頭説明を含む） ----14</p>	<p>c 病名 ---- 1</p> <p>d 全般的治療方針 ---- 1</p> <p>e 薬物療法の内容 ---- 1</p> <p>f 精神療法の内容 ---- 1</p>
<p>1 0 開示方法（図21）</p> <p>a 閲覧---- 5、b 複写----16、c 要約書---- 3、d その他---- 0、無回答・未記入----14</p>	<p>g 心理テストの結果 ---- 1</p> <p>h 家族関係の描写と評価 ---- 1</p> <p>i 医師以外が記載する記録（看護記録、作業療法記録、精神保健福祉士の記録等） ----1</p>
<p>[具体的記載]</p> <p>*処方内容のみ。</p> <p>cに関連して：</p> <p>*家族には主治医よりカルテ音読、X線を開示した。</p> <p>*準備したが本人来院せず、渡していない。</p>	<p>j 第三者情報 ---- 7</p> <p>k その他 ---- 0</p> <p>無回答・未記入 ----29</p>
<p>1 1 開示施行時に立ち会って説明</p>	<p>1 3 非開示事例の非開示理由（複数回答可）（図22）</p> <p>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</p>

益を害する恐れがあるため（日本医師会「指針」）	----- 3
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ため（日本医師会「指針」）	----- 5
c 前二号のほか、診療情報の提供、診療記録等の開示を不適当とする相当な事由が存するとき（日本医師会「指針」より）	----- 0
d 治療効果等への悪影響が懸念されたため	----- 2
e 患者本人以外の対象者から診療記録等の開示請求がなされた場合であって、本人が開示を希望しない場合、又は開示することが当該患者の利益に反すると認められるため	---- 1
f 入院形式から考えて開示は不適当と判断したため	---- 0
g 患者に判断能力が無いと思われたため	---- 1
h 訴訟を前提としていたと考えたため	---- 0
i 死亡ケースについての開示請求であったため	---- 0
j 既に治療が中断しているケースについての開示請求であったため	---- 1
k その他	---- 8
無回答・未記入	----21

[具体的記載]

b,d に関連して：

*b,d のため保護者への開示とした。

k に関連して：

- *本人は警察に留置中で、手紙による開示請求であり、実際の開示は困難であった。
- *患者本人以外からの開示請求であり、判断能力のある患者からの承諾がないため。
- *患者は未成年であるが判断能力があり、申請者は患者本人の承諾を受ける必要があると考えるが承諾を得ていないため。
- *本人が開示請求を取り下げたため。
- *看護師に開示請求があったので、開示を予定していたが、その後医師に対し、請求が無かった。
- *自殺の理由が開示請求者である配偶者本人との葛藤であり、この人はこの時まで一度も現れなかった。
- *本人から希望が出されなかった。

1 4 当該事例について対応した結果

a 好ましい結果が得られた	----9
b 種々の問題が生じた。	---- 4
c その他	----21
無回答・未記入	----7

[具体的記載]

a に関連して：

- *医療に対する過剰な期待が裏切られたことで、病院離れの一因になった。
- *本人は自分のカルテを持っていて喜んでおられる。他の医療機

関へ行く時、それを持って行くので紹介状の詳細不要。

- *攻撃的に電話をしてこられていたが、無くなった。
- *最終的には納得いただき、感謝の意を表された。
- *病状経過について口頭で説明し、納得が得られた。「コピーを手に入れば上司に隠せないと思う」「断ってもらったのでほっとした」と述べた。
- *両親の病気への理解や治療への理解が得られた。
- *急死であり、家族としても原因を知りたいという中での請求であり、一応経過としてはご納得いただいた。

bに関連して：

- *初回開示請求時より、現在まで、開示請求が散発している。
- *何故に強迫性障害なのか、確認強迫なのかと確かめることが、しばらくの間繰り返された。
- *再度開示請求がなされた。
- *カルテに本人の見解と異なる記載があり、記載変更を求められた。

cに関連して：

- *上司が単なる「うつ状態」なのか、もっと重い病気ではないかと疑っていた。
- *医療保護入院中の診療録を開示する場合には、閲覧だけではなく必ず説明を必要とする。今回は本人には開示しなかったが、その場合には患者本人の心身の

状況に対応出来るよう相当な準備が必要である。

- *開示希望なら、当院所定の申請用紙で申し込むことと説明したところ、それならばいいですと本人から取り下げ。
- *幻覚・妄想に支配され、思考も滅裂に近い。どうしても開示して欲しいなら、訴訟をおこすように指示したところ、その後何も無し。
- *本人の弁護士に、開示は困難である旨伝えたところ、その後は連絡無し。
- *その後、治療は別の理由により中断した。
- *まだ「結果」はわからない。すでに他院に転院した自殺のケースであり、家族が罪悪感を払拭したい為のようで、治療上の問題を探しているようであった。他院にも開示請求したことを知った。
- *弁護士を通して要求するようにと伝えたが、その後連絡がない。
- *何とも言えない。旧主治医の転勤に際しての病院の対応についての不満をカルテ開示を利用して解決しようとした。(主治医転勤後自殺企図)。現在のところ訴訟という動きは無い。新しい主治医との関係はほぼ良好。
- *コピーを渡した後まもなくして中断になっている。
- *今後の治療に役立てたいとお礼の手紙を頂いた。

*事務フローが確立されていない
時であり、各担当者により、主治医がすべきことが異なって指示された。

*カルテ開示の前後で特に変化はなかった（同様の回答が計3件あり）。

*反応不明（同様の回答が計5件あり）

D 考察

1 カルテ開示を行っている施設は17、院内掲示等によりカルテ開示について周知を図っている施設は13であり、検討委員会を設置している施設は13、“内規”を明文化している施設は14であり、大多数の施設が取り組んでいる。

2 条件あるいは環境の整備については、カルテ書式の変更・工夫等が多く行われたが、人員の配置は少なく、約半数の施設では特記すべき整備は行われていない。

3 カルテ開示請求の総件数は37件であり、それらの対応結果は、全面開示12件、部分開示11件、非開示14件であった。

4 精神科と身体各科では、相違点があるとする意見が大多数を占めた。

5 カルテ開示の法制化については賛成が、第三者機関は必要、診療報酬化は必要との回答が、いずれも多数であった。

6 今後必要とされる環境整備項目としては、精神科用語の再検討、卒前・卒後教育の改善、カルテ書式の

変更・工夫が多くあげられた。

7 カルテ開示を希望した患者の診断は、ICD - 10 の F2、すなわち統合失調症圏が最も多かった。

8 入院患者の場合、入院形式としては、任意入院が多かったが、医療保護入院も少なくなかった。

9 カルテ開示請求者は、本人が最も多かった。

10 カルテ開示請求理由としては、治療の内容、病気の経過、診療に納得出来ないが多く挙げられた。

11 開示請求時期としては、治療中が多かった、治療中断後も少なくなかった。

12 開示方法としては複写が16件で最も多かった。

13 部分開示事例の非開示項目として多かったのは、第三者情報であった。また非開示例の非開示理由としては、日本医師会の指針にある、患者本人の心身の状況を著しく損なう恐れがある、を挙げた事例が最も多かった。

14 当該事例に対応した結果、好ましい結果が得られた事例は9例であり、さまざまな事例が列記された。

E 結論

本分担研究の初年度は、精神科医療施設でも、他の身体各科と同等に「カルテ開示」を行うことが可能であるが、インフォームド・コンセントが一層図られるべきであり、治療過程の進捗状況や患者・治療者関係を吟味しながら行い、機械的形式的

な開示は反治療的となる場合もあることを考慮しなければならないとされた。2年度は、日本医師会の指針が施行された平成12年1月から平成13年12月までの2年間の実態を調査した。その結果、日本においては、未だ定着したとは言えず、条件や環境の整備も不十分な時期であるにも拘わらず、カルテ開示は着実に進展していることが明らかとなった。したがって、適切な臨床判断をする際に求められる基準や必要とされる条件や環境の整備を進めることが急がれる。なかでも、非開示ないし慎重な開示とすべき適切な臨床判断については、その具体的要件を出来る限り公開とし説明責任に堪えうる透明性が求められる。そのためには、さらに事例を集積し課題を抽出し、具体的要件や基準を明確化することが必要である。今後、精神医療従事者はこうした諸点を踏まえた判断と裁量を行わなければならない。

F 健康危険情報

特記すべき事はない。

G 研究発表

1 論文発表

本分担研究の一部は、下記に発表される。

佐藤忠彦：精神科カルテ開示の新たな段階．臨床精神医学 32（1）、2003

2 学会発表

なし

H 知的財産権の出願・登録状況

なし

謝辞：アンケート調査にご協力頂き、貴重なご意見をお寄せ下さった各医療機関の方々に深謝致します。

註：別途、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」（平成13年度）を刊行し、本稿を再録し、また、アンケート用紙全文、収集文献資料一覧、その他の活動記録等も同時に収載した。

調査結果Ⅰ〔全体調査〕結果グラフ

図1. カルテ開示の実施

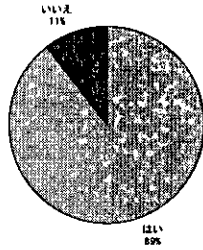


図2. 院内掲示の有無

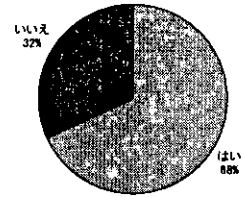


図3. 検討委員会の設置

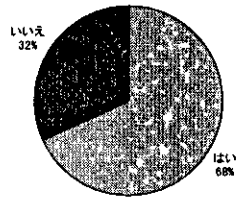


図4. 内規の明文化

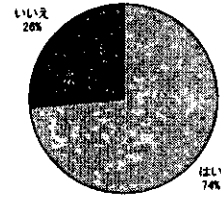


図5. 準拠している“指針”

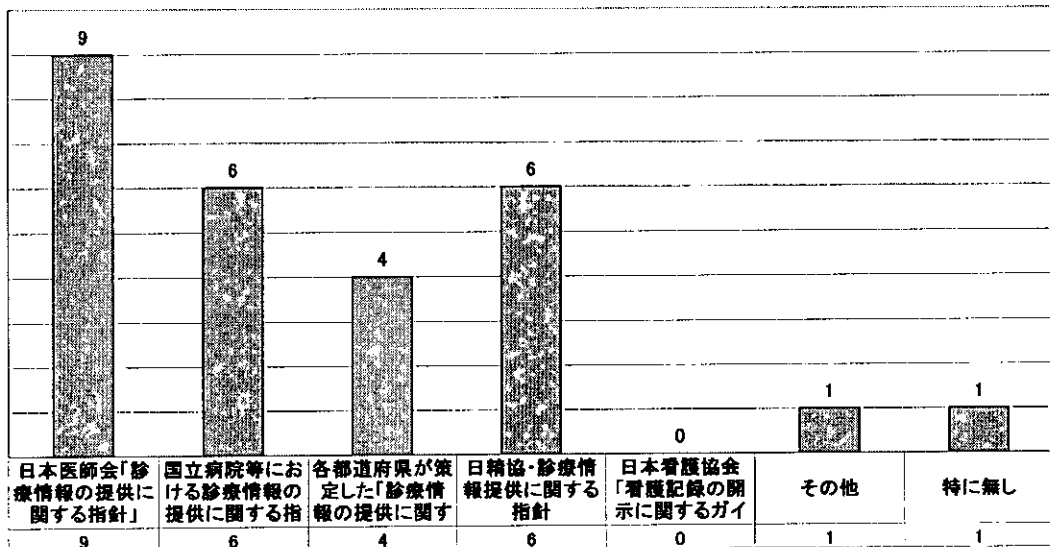


図6, 具体的に行った環境整備項目

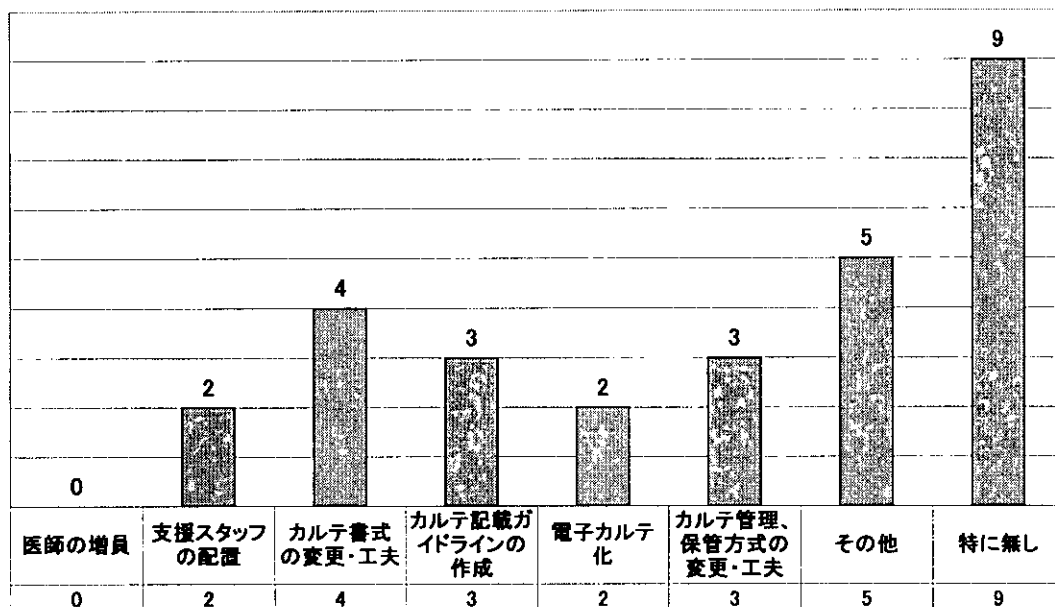


図7, 2年間の総開示請求件数

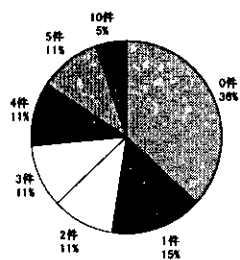


図8, 具体的対応

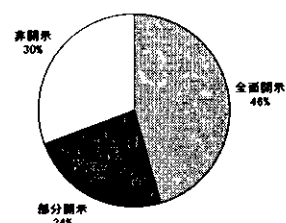


図9, 情報公開法、条例に基づく開示請求

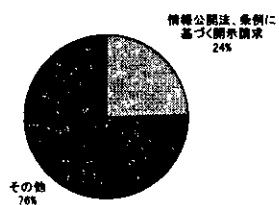


図10, 精神科と身体各科の相違点

