

カルテ開示元年

個人情報保護法

診療に関する情報提供等の在り方に関する検討会報告書

診療情報の提供に関する指針

日本精神科病院協会

日精協・診療情報提供に関する指針改訂版

(以下、検討会報告書)」が発表されて法制化が提言され、1999(平成11)年には日本医師会の指針(以下、日医指針)やその他の医療関係団体の指針が発表されたため、この年は「カルテ開示元年」となった。そして、2003(平成15)年には、「個人情報保護法」が制定された。同年「診療に関する情報提供等の在り方に関する検討会報告書」が発表され、厚生労働省医政局長通知として「診療情報の提供に関する指針」が出された。一方、日本医師会は「日医指針第2版」を施行し、日本精神科病院協会も「日精協・診療情報提供に関する指針改訂版」を策定して対応している。こうして、「カルテ開示」は「原則開示、例外非開示」に大きく転換し、新たな段階に入った。

精神医療も「精神疾患の特殊性」を理由として非開示とすることができるとはならないが、「検討会報告書」で指摘されたように「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を持つ」という固有の特性があるために、一般の身体診療科よりも緻密な方法論と配慮が求められる。ここでは、ふまえるべき要点を紹介することとしたい。

なお、「カルテ開示」も、すでに述べた「IC」の原理、原則に準拠していることはいままでもない。

2. カルテ開示の意義と目的

医療の質の向上、医療提供者と患者の信頼関係の形成、医療の透明性の確保、患者の自己決定権あるいは患者の知る権利などの観点があげられるが、後2者、すなわち個人情報の自己コントロール権あるいはプライバシーへのアクセス権という観点については議論がある。とくに精神医療では訂正要求の取扱いが問題となる。

3. 開示請求権者の範囲

開示請求権者

各医療関係団体の指針によって、開示を求めうる者または申出者などと呼ばれているが、患者本人、法定代理人、任意後見人、保護者、親族、遺族等が示され、「日医指針第2版」では遺族も可能とされた。

患者本人からの請求の場合は、「IC」と同様に判断能力とその評価方法とが問題となる。実務的には非自発的入院患者を非開示の基準とする考え方もあるが、すべての医療保護入院患者の判断能力が欠けているとはいえず、また、法学の立場からは措置入院患者のようなボリスパワーによるものは「カルテ開示」をすべきであるという意見もあるので一律に基準とはならない。判断能力があっても開示の困難な事例もあり、これは医療提供者-患者関係や治療の進捗状況によっても異なる。

また、患者本人以外の請求の場合は、遺族や親であっても患者本人の同意が必要な場合があり、さらに、患者や家族の利益に反することが明らかな記載についての開示は慎重な検討を要する。

4. 開示の方法

これまで、口頭説明、要約書、閲覧、謄写などの方法が示されてきたが、「日医指針第2版」が要約書を削除したことにより、閲覧または謄写に限られる方向が明らかとなった。

一般の身体診療科も同様であるが、とくに精神医療においては医療提供者の誠意ある口頭説明とともに行うことが大切である。謄写については、後日謄写物が一人歩きをすると予想外の問題が生じることが懸念されるので、一定の歯止めや運用面の検討が必要である。また、心理テストは要約書のほうが適切な場合も少なくない。段階開示や部分開示にとどめたり、あるいはプロセスノート作成や二重作成制度を併用することも1つの方法である。現在は、こうした実践を積み重ねることにより、日本の医療社会のなかに「カルテ開示」を文化として根づかせていく段階である。

5. 非開示要件

非開示要件

これは、「開示を拒みうる場合」「お断りする場合」などと呼ばれ、非開示とすることができる開示内容の例外が規定されており、「カルテ開示」にあたって検討を必要とする事項である。以下に示したのは代表的な指針の例であるが、いずれも概念的な規定にとどまっており、精神医療の現場で日常的に開示の判断を行うためには、より具体的で緻密な要件や基準が必要である。

1) 「日医指針」「日医指針第2版」の場合

- ①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
- ②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
- ③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

2) 「日精協・診療情報提供に関する指針改訂版」の場合

- ①診療情報の提供が、患者さん本人の心身の状況を著しく損なう恐れがあるとき
- ②対象となる診療情報が、第三者の利益を害する恐れがあるとき
- ③医療従事者の主観的評価・感想・思考過程などの評価観察情報が、

表 2-24 精神医療の固有の課題

- | |
|-------------------------------|
| ①治療者の主観的印象の記述 |
| ②第三者の情報 |
| ③家族や家族関係の描写と評価 |
| ④精神療法, 心理テストその他内面の描写 |
| ⑤病名の告知 |
| ⑥患者の判断能力の評価 |
| ⑦非自発的入院の取扱い |
| ⑧不適切な精神医学用語, 症状の表現, 疾患の呼称 |
| ⑨精神医学的評価 |
| ⑩精神保健福祉法関連の書類の取扱い |
| ⑪患者と請求者の関係の評価と患者本人の同意の必要性 |
| ⑫患者—医療提供者関係の吟味 |
| ⑬診療録およびコメディカルの診療記録の記載内容の検討と整備 |
| ⑭第三者からの開示請求 |

資料：佐藤忠彦「精神科カルテ開示の新たな段階と課題」日精協誌, 23(9): 197, 2003(一部改変)。

患者さんとの信頼関係を著しく損なう恐れがあるとき

- ④上記①②③のほか, 診療情報の提供が不適当とするに相当な事由があるとき
- ⑤訴訟等を前提とするとき
- 3) 「個人情報保護法」の場合
 - ①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
 - ②当該個人情報取扱事業者の業務の適正な実施に著しい支障を及ぼすおそれがある場合
 - ③他の法令に違反することとなる場合
- 4) 厚生労働省の「診療情報の提供等に関する指針」の場合
 - ①診療情報の提供が, 第三者の利益を害するおそれがあるとき
 - ②診療情報の提供が, 患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあるとき

6. 臨床判断の要件

臨床判断の要件

「カルテ開示」の臨床判断では, 精神医療はそもそも, ①医療提供者と患者・家族とが情報を共有する過程が治療行為となる, ②開示は治療過程の進捗状況や治療関係を吟味しながら行う必要がある, という固有の特徴があるため, 機械的形式的な開示は行えない。そのため, 医療提供者の臨床判断や裁量により, 段階開示あるいは部分開示を慎重かつ適切に行うことを考えておきたい。その際の臨床判断の要件は, 公開性, 透明性, 説明責任という情報公開の原則をふまえて簡潔な指針として明

表 2-25 ⑧条件と環境の整備

- | |
|---|
| ①診療録・診療記録に対する医師や医療提供者の意識改革
②診療録・診療記録の内容と作成の整備
a. 真正性, 客観性, 迅速性, 見読性, 完全性の遵守
b. 記載の再検討と最小限基準・標準的指針の作成
c. 書式, 構成の整理と標準化モデルの作成
d. POMR方式(問題志向型診療記録)など記録方法の検討
e. 用語の標準化
③診療録・診療記録の管理体制の整備
a. 管理部門の設置
b. 集中的な保管, 管理と規定の明文化
c. 診療情報管理士などの専門職の配置
d. 検索, 抽出, 統計の整備
e. 患者への広報
④関連法規の整備
a. 各法律相互の整合性の改善
b. 療養担当規則の検討
c. 医師以外の職種が作成する診療記録に関する法制度の整備
⑤財政的措置・診療報酬上の位置づけ
⑥診療録・診療記録に関する教育・研修の実施
⑦苦情処理機関の設置と活性化
⑧診療情報の電子化 |
|---|

資料：表 2-24に同じ。 p. 199(一部改変)。

示されることが求められるが、これまでに、精神医療の固有の課題はおおむね明らかとなっている(表 2-24)。

7. カルテ記載について

カルテ記載

カルテに記載する内容については、医師法施行規則では①診療を受けた者の住所、氏名、性別および年齢、②病名および主要症状、③治療方法(処方および処置)、④診療の年月日、が定められている。そのほか、精神保健福祉法でも規定されるようになった。しかし、コメディカルの診療記録については、明確な規定がない。

コメディカル

精神医療では、①人格や心理に深くかかわる、②精神医学が仮説的で標準化が困難なため、客観的な症状評価がむずかしい、③患者の人格を否定するような表現もみられる、④第三者やコメディカルの情報の意義が大きい、⑤非自発的医療が少なくない、などの固有の特性に留意して記載をする必要がある。

8. 条件と環境の整備について

「カルテ開示」を実施する際、すべての診療各科に共通して必要とされる条件と環境の整備は、「検討会報告書」をはじめとして、日本医師

会委員会答申やその他の先行研究で指摘されてきた。これらの要点は次のとおりである(表2-25)。

重要な点は、第1に、診療録は医師の備忘録ではなく元来は法律や法令により公的な性格をもっているために、他者に理解が可能な記録であるべきであり、診療記録全般が対象となるので、医師だけではなくすべての医療提供者の意識改革が求められる。第2は、管理体制の整備やそのための財政的措置である。第3に、苦情処理のための第三者機関の活動である。日本医師会では、「診療に関する相談窓口」や「診療情報提供推進委員会」を設置しているが、活発な役割が求められる。

診療に関する相談窓口
診療情報提供推進委員会

なお、最近では個人情報保護法との関連で、医療提供者の個人情報という側面を指摘する考え方もある。

9. 今後の課題

「カルテ開示」は当面、医療提供者が行った経験を集積し、臨床判断についての一定の要件や基準を提示する段階にある。今後の課題として、①病名告知に関する検討の推進、②インフォームドコンセントの推進、③環境整備の推進、④個別症例の蓄積、⑤除外規定の検討、⑥ガイドラインの作成、⑦個人情報保護法に対する対応、があげられており、医療関係団体や厚生労働科学研究による研究が進められている。

すでに「カルテ開示」の進展とともにさまざまな変化が始まっている。すなわち、「IC」の発展はいうまでもなく、第1に、患者-治療者関係に「信託・信認関係モデル」*1ないし「討議モデル」*2という新たな概念が提示されている。第2に、患者・家族との接遇やコミュニケーションが重視され、ヘルスコミュニケーション、コーチングや医療面接などの新しい技法が取り入れられている。第3に、診療・相談記録の書き方が検討され始めており、患者・家族と共同してカルテを作成するという意見さえ示されている。第4に、医療社会は、医療の質と標準化、EBMや診断群別定額払い制度(diagnosis-related groups/prospective payment system ; DRG/PPS)の導入、医療機関の評価、地域の医療・保健・福祉施設との連携などに直面しており、「カルテ」と「カルテ開示」はその中心に位置する。そのために守秘義務概念も改めて検討されている。一方、「カルテ開示」はアメリカでは医療費抑制の方法として登場したという指摘もあり、そのアメリカ医療は「医療倫理」先進国で

EBM
診断群別定額払い制度
(DRG/PPS)

*1 樋口範雄：フィデユシャリー〔信認〕の時代。有斐閣、1999、pp. 28-39.

*2 中江孝行：精神科医の立場からみた診療録開示。臨床精神医学、32(1)：33-34、2003.

ありながら「市場原理」の支配に揺れているという*。日本では、「カルテ開示」を精神医療の再構築に向けた方法として活用しなければならない。

D 医療安全

1. 医療事故対策から医療安全原理への転換

ヒポクラテスの誓いと、先の「医療倫理」の4原理中の「無危害」の原理から、「まず、害を与えるなかれ」という認識は自明のこととして医療の基本原則であると信じられていた。

しかし、先にふれたように、1970年代に「患者の権利」運動が急速に高まり、1990年代半ばに、アメリカで医療過誤事件が次々と報道された。そして調査研究によって医療過誤による死亡者数は自動車事故や乳癌による死亡者数を上回ることが示され、「人は誰でも間違える」ことが明らかにされた。これに対して、産業界で用いられたリスクマネジメントという経営管理手法が、1970年代にアメリカで医療分野へ導入され、その後ヨーロッパへも広がった。そして、補償や損害賠償の対策という視点から、近年では医療に内在する不可避的なリスクを医療システムプロセスとして管理し、患者の安全をいかに確保するかという視点に重点が移ってきた。

患者誤認事故

日本では、1999(平成11)年に「患者誤認事故」が発生したことを契機として、一躍医療社会の中心的課題となり、医療倫理としても考察されるようになった。そして、従来の医療事故対策にとどまらず、予防ひいては医療安全全般を対象とするようになったが、精神医療もまた身体診療科と同様の水準が求められるようになってきた。

2. 日本の動向

患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書
医療安全推進総合対策

日本では厚生労働省が、「患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書」(1999〔平成11〕年)の取りまとめに始まり、「医療安全推進総合対策」(2002〔平成14〕年)などを策定してきた。医療提供者側は、日本医師会の医療安全対策委員会が1998(平成10)年に「医療におけるリスク・マネジメントについて」という答申を発表し、看護関係では、日本看護協会が「リスクマネジメントガイドライン」(1999年)を定めている。

医療におけるリスク・マネジメントについて

リスクマネジメントガイドライン

こうして、理論的基礎、要点と実務的課題とが明らかとなり、診療報酬でも評価されるようになってきたため、この分野は急速に進み、国や

* 李 啓充：市場原理に揺れるアメリカの医療。医学書院，1998。

地方自治体では事例の収集と分析とが始まっている。

インシデントケース
ハインリッヒの法則

医療現場ではインシデントケースの発掘と収集に力が注がれている。これは、ハインリッヒの法則により、重大事故を防ぐためにインシデントの分析からシステム上の問題を発見し、予防的な対応を組織的に行うリスクマネジメントの手法が重視されたことによる。

リスクマネジメント

日本の精神医療は歴史的な負の遺産にもかかわらず、ほかの身体診療科と同等の施設、設備や体制を整えることが迫られている。しかし、それだけではなく、ほかにはみられない固有の特性や事故に対応する必要があり、課題は多岐にわたる。

ここでは、厚生労働省、日本医師会やその他の報告と答申、加えて筆者の現場の経験から、今までに得られた要点を整理することとする。

3. 概念と用語の整理

医療事故

1) 医療事故

医療にかかわる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含する。「アクシデント」と同義。

医療過誤

2) 医療過誤

医療事故の発生の原因に、医療機関・医療提供者の過失があるもの。

インシデント

3) インシデント

誤った医療行為などが患者に実施される前に発見されたもの、あるいは、誤った医療行為などが実施されたが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかったもの。「ヒヤリ・ハット」と同義。

リスクマネジメント

4) リスクマネジメント

「医療機関の有形および無形の資産の保護」「患者、訪問者、従業員の傷害からの保護」「事故の原因や紛争の火だねの検出、分析、対策」および「医療の質をモニター・改善することによる事故や紛争の予防」を目的とする。事故を未然に防止することや、発生した事故を速やかに処理することにより、組織の損害を最小の費用で最小限に食い止めることを目的とすることであり、かつ医療に内在する不可避的なリスクを管理し、患者の安全を確保する。「医療安全管理」と同義。

4. 基本的な視点

- ①医療現場の意識改革を通じて、部門・部署や専門職種の壁を越えた倫理意識を共有し安全文化を醸成する。
- ②医療チームや職種間あるいは患者とのコミュニケーションを図り、オープンに議論できる風土を形成する。
- ③他産業のシステムに学び、「人は誰でも間違える」ことを前提とし

て個人の「責任追及型」ではなく、「原因追求型」のアプローチにより、全国的・地域的または医療内部における情報収集体制や事故報告体制を確立する。そして、リスクの把握、分析、対処、対応の評価というプロセスが機能するシステムを構築し、事故の発生予防・再発防止を可能にする。

- ④「医療を受ける主体は患者本人であり、患者が求める医療を提供していく」という患者の視点に立ち、必要な情報を十分提供することや、患者が自ら相談できる体制を整える。
- ⑤医療提供者だけではなく、国をはじめとした関係機関が教育および研修、啓発および普及活動を行い、また全国的な発生の把握や指標の開発などの調査研究を進める。

5. 具体的な対応策

医療安全管理体制

1) 施設内の医療安全管理体制の構築

職種横断的・全員参加型の組織づくりが求められる。そのうえで、管理者の指導力、委員会や部門の設置、安全対策マニュアルの作成、業務手順や指針の遵守、分析や報告の共有、医療安全管理者の配置と活用、院内検討会による内部評価や第三者機関による外部評価の仕組みなどが必要とされる。

2) 技術的対処

他産業で発展した、標準化や工程管理などの品質管理のシステムや手法を取り入れ、業務の標準化を行うことが求められる。そのために、作業手順の統一化、物品の保管や配置等の統一化、業務の規則化、1患者1番号、様式の統一化、クリティカルパスの活用、ITの活用などを検討する。

3) 労働条件・作業環境と療養環境の整備

業務の質と量、勤務条件、リスクや安全対策に配慮した人員の適正配置を検討する。職員の健康管理、作業環境および患者の療養環境や構造設備の改善を一体と考えて工夫する。

4) 医薬品・医療用具等の安全管理

医薬品採用、病棟の保管、医薬品情報のあり方、注射薬剤の取扱い、輸血の安全管理、医療用具の保守管理・採用の統一化・操作手順書の常備などが必要とされる。これには、各企業が積極的に取り組み、医療機関に対して適切な保守管理と研修の支援などを行うことが求められる。

5) 信頼確立のための取組み

病院情報や診療情報の提供や開示、患者の相談窓口や意見箱の設置と、苦情や事故への迅速かつ適切な対応、接遇の改善などが必要とされ

る。

6) 教育・研修，啓発普及活動・研究の推進

国や地方自治体，医療機関・団体や教育研究機関，関連企業から医療提供者まで，卒前・卒後の教育や研修，啓発普及活動や調査研究を行うことが重要である。

7) 環境整備のための施策

国や地方自治体，医療関係団体や医療機関，地域医師会，学会などは，事故情報を医療現場だけではなく，患者・家族などからも幅広く収集し，その情報や改善案を社会に還元したり，患者・家族からの苦情や相談に迅速に対応するためのシステムを構築する。実際，都道府県や2次医療圏には「医療安全支援センター」が設置され，「医療安全推進協議会」や「窓口相談」なども活動し始めている。

医療安全支援センター
医療安全推進協議会

また，報告者が不利益を被ることのないような中立的な第三者機関の設置や，裁判外での紛争解決手段なども検討されるべきである。

6. 精神医療の現状と課題

医療事故は一般に，医療行為に起因するものか，本来の疾病によるものか判断の困難なものが混在している。

そのなかでも，精神医療には固有の特性や課題があり，医療行為全般にかかわる「医療事故」と精神症状それ自体による問題行動から生じる「(医療)事故」とがあり，その問題行動の範囲は広く，しばしば予測困難である。

また，判断能力，非自発的医療，精神保健福祉法による諸手続，医療と保護などにかかわる問題があり，ほかの身体診療科に比べて注意義務の範囲が広い。さらに，これまでは精神医療現場の認識や検証が十分であったとはいえないことや，精神医療の困難な実情に対して社会の理解が不十分であることも負の要因にあげられる。

日本精神科病院協会

日本精神科病院協会は，機関誌で日本の精神医療が直面してきた医療事故，安全対策などの現状や課題を分析し報告している。

精神科ナースのための
医療事故防止・対策マ
ニュアル
厚生労働科学研究

また，日本精神科看護技術協会は「精神科ナースのための医療事故防止・対策マニュアル」(2002〔平成14〕年)を作成して取り組んでいる。

一方，筆者も参加している厚生労働科学研究が研究と調査を行っているが，これまでのところ明らかとなったりリスク項目は表2-26のとおりである。

医療関係団体や医療機関の個別の取組みには限界があり，国，地方自治体，関連企業・業界，研究調査機関・学会などをあげて取り組まなければならない事項が少なくない。

表 2-26 精神医療のリスク項目

- | |
|--|
| <p>①医療事故原因</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 与薬ミス
処方の誤り, 患者の誤認, 薬の間違い, 与薬方法のミス(注射を含む), ほか b. 不慮の事故
転倒・転落, 誤嚥・窒息, 交通事故, 溺死, ほか c. 院内感染 d. その他
突然死, 向精神薬副作用, 身体管理・合併症, ほか <p>②接遇</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 守秘義務 b. 医療行為のインフォームドコンセント c. 医療情報に関するアカウンタビリティ d. その他 <p>③精神医療に特有のもの</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 判断能力・意思能力の低下にかかわるトラブル b. 非自発的医療にかかわるトラブル c. 医療・保護・人権のはざまの諸問題
自殺の予見, 人権と事故の際の批判(所持品検査など) d. 精神保健福祉法に定められた遵守事項の不備 e. 閉鎖病棟の事故 f. 隔離室, 身体拘束その他の行動制限にかかわるトラブルと事故 g. 無断離院 h. 外出・外泊・レクリエーション時の事故 i. その他 <p>④精神症状に関連した問題行動</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 自分自身への危害
自殺(既遂, 未遂), 自傷行為 b. 患者間あるいは他者への危害
殺人, 暴行・傷害, 威嚇・暴言 c. その他
器物破損, 拒薬, 拒食, 異食, 乱費, 近隣への迷惑行為, 盗難, ほか |
|--|

資料：佐藤光源・佐藤忠彦・松岡洋夫，他「精神科領域における医療安全対策に関する研究」厚生労働科学研究総括・分担研究報告書(平成15年度)，2004，pp. 3-4(一部改変)。

参考文献

- 1) 中澤三郎：内科学の100年。日本内科学会雑誌，81巻臨時増刊号：9-17，2002。
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課：平成14年患者調査の概況(2002)，2003。
- 3) 猿田享男：高血圧。日本内科学会雑誌，91：937-941，2002。
- 4) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室：平成14年糖尿病実態調査，2002。
- 5) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室：平成14年国民栄養調査結果の概要について，2003。
- 6) 清原 裕・宇高不可思・朝田 隆，他：老年期痴呆医療と介護の現況と発症機構研究の到達点。日本内科学会雑誌，臨時増刊号，91：132-157，2002。
- 7) 文部科学省研究振興局ライフサイエンス課生命倫理・安全対策室：ヒトES

- 細胞の樹立及び使用に関する指針. 参考資料, 2001.
- 8) 上田 実編: 再生医学と組織工学—現状と今後の課題. 別冊医学のあゆみ, 医歯薬出版, 2002.
 - 9) 日裏彰人・吉崎崇仁, 他: 神経疾患の再生医療—その現状と将来. CLINICAL NEUROSCIENCE 21, (10), 2003.
 - 10) 白井泰子: 遺伝子解析研究・再生医療等の先端医療分野における研究の審査及び監視機構の機能と役割に関する研究. 平成13年度～15年度 総合研究報告書. 厚生労働科学研究費補助金ヒトゲノム・再生医療等研究事業, 2004.
 - 11) 館田一博・石井良和: I. 多剤耐性菌—どのようにして生まれ, 拡がり, そして病原性を発揮するのか. 特集 多剤耐性菌時代の抗菌薬化学療法—現状と将来への展望, 日本内科学会雑誌, 92: 2097-2103, 2003.
 - 12) 伊藤 誠: 1. Helicobacter pylori 時代の消化性潰瘍の治療. 日本内科学会雑誌, 90: 442-446, 2001.
 - 13) 金田安史: 遺伝子治療の現状と展望. 心療内科, 8: 221-223, 2004.
 - 14) 谷 憲三郎・浅野茂隆編: 遺伝子治療の新展開. 新臨床医のための分子医学シリーズ, 羊土社, 2001.
 - 15) 厚生省編: 医療は病気の内容や人口の構造, 社会や経済の状況とともに変化する. 平成7年版 厚生白書. ぎょうせい, 1995, pp. 15-22.
 - 16) 酒井 紀: わが国の専門医制度—専門医広告緩和と学会の責任. 日本内科学会誌・91: 3432-6, 2002.
 - 17) 厚生省編: 厚生科学と技術評価. 平成9年版 厚生白書. ぎょうせい, 1997, pp. 125-153.
 - 18) 厚生労働省監修: 現代生活に伴う健康問題の解決に向けて. 平成16年版 厚生労働白書. ぎょうせい, 2004, pp. 42-103.
 - 19) 文部科学省: 不登校問題に関する調査研究協力者会議資料, 2003.
 - 20) 吉川武彦: こころの健康に関する疫学調査の実施方法に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業平成15年度総括・分担研究報告書, 2004.
 - 21) 福井次矢・浅井 篤・大西其喜編: 臨床倫理学入門. 医学書院, 2003.
 - 22) 菱山 豊: 生命倫理ハンドブッカー—生命科学の倫理的, 法的, 社会的問題. 築地書館, 2003.
 - 23) 厚生労働省監修: 平成14年版 厚生労働白書. ぎょうせい, 2002.
 - 24) 宗像恒次: 問われる医師—患者関係. からだの科学, 146: 106-111, 1989.
 - 25) サラ・T. フライ著, 片田範子・山本あい子訳: 看護実践の倫理—倫理的意思決定のためのガイド. 第2刷. 日本看護出版協会, 1998.
 - 26) I. グッゲンムース・ホルツマン・P. H. K. ブルームフィールド・M. H. プレナー, U. フリック編: QOL—その概念から応用まで. シュプリンガー・フェアラーク東京, 1996.
 - 27) 池上直己・下妻晃二郎・福原俊一・池田俊也: 臨床のための QOL 評価ハンドブック. 医学書院, 2001.
 - 28) 劔物 修・花岡一雄編: NEW 麻酔科学 Nankodo's essential well-advanced series. 改訂第3版. 南江堂, 2001.
 - 29) 日本救急医学会 ACLS 企画運営特別委員会編: 日本救急医学会 ICLS (ACLS 基礎) コースガイドブック. 羊土社, 2004.
 - 30) 消防庁編: 平成14年版 消防白書. ぎょうせい, 2002.
 - 31) 芳賀敏彦: 終末期看護マニュアル. 医学書院, 1990.
 - 32) 町野 朔, 他編: 安楽死 尊厳死 末期医療. 信山社出版, 1997.
 - 33) 青木幸昌・中川恵一編: 緩和医療のすすめ—がんと共に生きる. 最新医学社, 1998.

- 34) 東原正明・近藤まゆみ編：緩和ケア 看護 QOL BOOKS. 医学書院, 2000.
- 35) 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編：改訂精神保健福祉士養成セミナー 第13巻 医学一般. へるす出版, 2002.
- 36) G. ガイアット・D. レニー編集, 古川壽亮, 山崎 力翻訳：臨床のための EBM 入門—決定版 JAMA ユーザーズガイド. 医学書院, 2003.
- 37) 厚生省健康政策局研究開発振興課医療技術情報推進室編集：わかりやすい EBM 講座. 厚生科学研究所, 2000.
- 38) 福井次矢：EBM 実践ガイド. 医学書院, 1999.
- 39) 厚生科研 EBM 福井班 ホームページ：<http://plaza.umin.ac.jp/~ebmedu/>
- 40) オックスフォード大学 EBM センター：http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp
- 41) 厚生統計協会：厚生指標. 国民衛生の動向, 臨時増刊, 50(9)：162-235, 2003.
- 42) 日本医師会編：医療の基本 ABC. 診断と治療社, 2000.
- 43) T. L. ビーチャム・J. F. チルドレス著, 永安幸正・立木教夫監訳：生命医学倫理. 成文堂, 1997.
- 44) Bloch, S., Chodoff, P., Green, S. A. : Psychiatric Ethics Third Edition, Oxford Univ. Press, New York, 1999.
- 45) 池永 満：患者の権利. 改訂増補版. 九州大学出版会, 1997.
- 46) 医療記録の開示をすすめる医師の会編：医師のための医療情報開示入門. 金原出版, 1999.
- 47) 医療倫理 Q & A 刊行委員会編：医療倫理 Q & A. 太陽出版, 1998.
- 48) 「看護管理」編集室編：リスクマネジメント読本. 医学書院, 2001.
- 49) L. コーン・J. コリガン・M. ドナルドソン著, 医学ジャーナリスト協会訳：人は誰でも間違える. 日本評論社, 2000.
- 50) 厚生労働省：医療の安全確保のための対策事例, 2001.
- 51) 松下正明・高柳 功・中根允文, 他監修：インフォームドコンセントガイド. 先端医学社, 1999.
- 52) 松下正明・斎藤正彦編：精神医学と法, 臨床精神医学講座 22. 中山書店, 1997.
- 53) 中根允文・松下正明編：精神医学・医療における倫理とインフォームドコンセント. 臨床精神医学講座 S12. 中山書店, 2000.
- 54) 日本医学ジャーナリスト協会編：患者の権利宣言と医療職の倫理綱領集. 興仁舎, 2003.
- 55) 佐藤忠彦・荒田 寛・伊藤弘人, 他：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. 厚生労働科学研究分担研究報告書(平成12~14年度)(竹島 正：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, 収載), 2000~2002.
- 56) 高橋清久：精神医学・医療における倫理的問題(第98回日本精神神経学会総会特別講演). 精神経誌, 104：725-734, 2002.
- 57) 毛呂裕臣・花岡直木, 他：これだけは知っておきたい—診療・相談記録の書き方(I)(II). 精神科臨床サービス 2(1, 2), 2002.
- 58) アークメディア編：診療開示と精神科. 臨床精神医学, 32(1), 2003.
- 59) 日本精神科病院協会編：精神科医療における情報開示のあり方. 日本精神科病院協会雑誌, 23(3), 2003.
- 60) 厚生労働省医療安全対策検討会議：医療安全推進総合対策. 2002.
- 61) 日本医師会医事法関係検討委員会答申：診療録のあり方について. 2000.

精神科領域の

個人情報について

どう考えるか

個人情報保護法の全面施行にあたって

佐藤忠彦 (社会福祉法人桜ヶ丘記念病院長)

萱間真美 (聖路加看護大学精神看護学教授)

大塚淳子 (日本精神保健福祉士協会常任理事)

司会：川副泰成 (国保旭中央病院神経精神科部長)

精神科領域の個人情報についてどう考えるか

— 個人情報保護法の全面施行にあたって —

(司会)

川副泰成
大塚淳子
萱間真美
佐藤忠彦

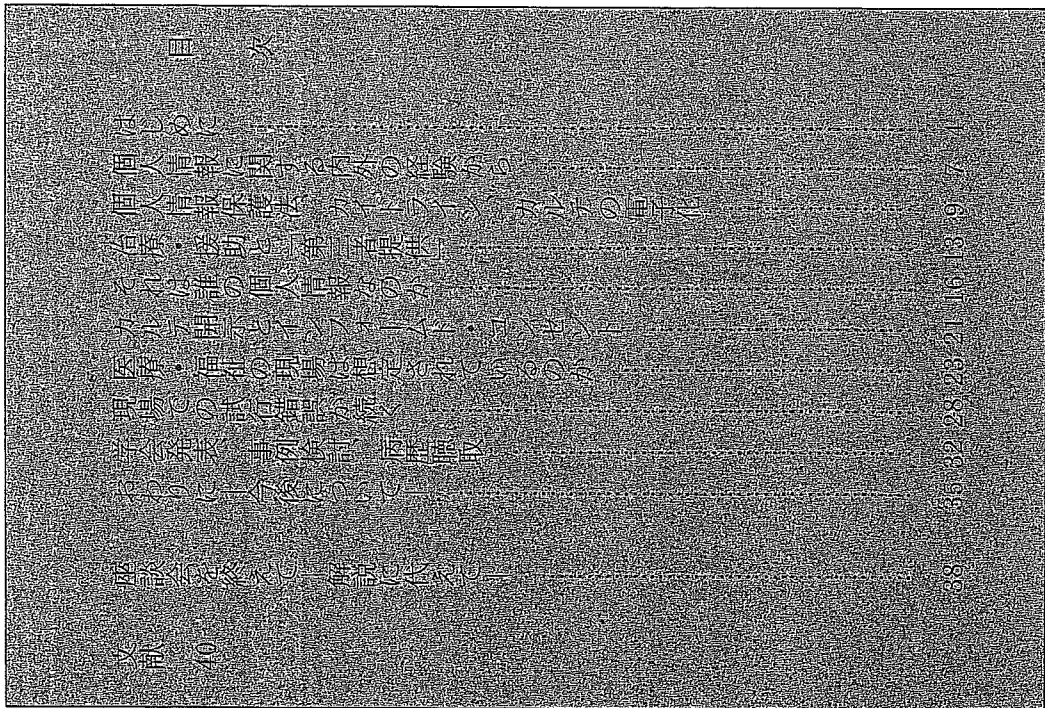
(社会福祉法人桜ヶ丘記念病院長)

(聖路加看護大学精神看護学教授)

(日本精神保健福祉士協会常任理事)

(国保旭中央病院神経精神科部長)

二〇〇五年四月二十四日(日)
アルカディア市ヶ谷



はじめに

川副 精神科領域における個人情報の取り扱いということ、個人情報保護法¹⁾が全面施行されたのをきっかけにお集まりいただきました。簡単な自己紹介とこれまでのお仕事で経験されたこと、考えていらつしやることがもしありましたら、個人情報の取り扱いと法律に対する簡単な印象などを交えてお話いただければと思います。

佐藤 私は東京の多摩市にある民間単科精神病院に勤務しております。精神科病院としては古い方で、昭和十五年に創立されて、私は三年前から院長をしております。

このテーマに関係しましたのは、『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)²⁾が一九九八年に発表された時に、精神科領域

と思ひまして、プロジェクトを作ることになりました。

その作業を進めていたら、『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン』³⁾が二〇〇四年二月に出る予定で、そのころパブリックコメントを募集していました。このガイドラインの中に精神科医療の特性等を反映するという作業ができないうかかと考え、パブリックコメントをそのプロジェクトとして出しました。結果は、いくつかの点が反映されました。

年末にガイドラインが発表され、二〇〇五年四月から適用ということになりました。膨大で、臨床領域の方たちがこれを全部読むのは難しいであろうということがありまして、解説書をつくらうということになりました。三カ月間かけて『精神科医療における個人情報取り扱いのガイドラインについて』⁴⁾を精神科看護の臨床家向けに法律家と一緒に作りました。

で対応するために日本精神神経学会に担当委員会が設けられ、その委員長として活動してからです。個人情報保護法が大綱⁵⁾として出されたのが約五年前になると思うんですが、それまではいわゆるカルテ開示については原則非開示で、例外的に開示という流れだわけです。ところが、いずれ個人情報保護法が制定された時点ではむしろ原則開示で例外的に非開示になるだろうということがありました。その時点で精神病院の六月三〇日調査の分析を中心に、厚生科学研究の研究班が組織されて、その一部として診療情報の提供ないし開示ということについても取り組むようにというお話がありまして⁶⁾、これまで担当してきております。

現状としては、いよいよこの四月に個人情報保護法が全面施行されるという時点と相前後して精神科領域で実用的な臨床役立つガイドラインができないだろうかという段階になり、作業をしており

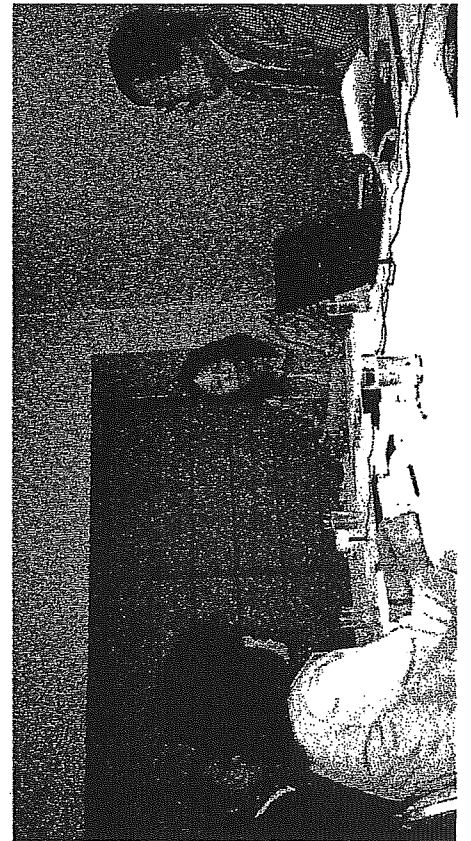
大学でも、学生実習の時の患者さんの情報の扱いか、学内の研究倫理委員会でも取り組みが必要になってきております。どの仕事をしていてもこれに関わってしまう、というような印象を持っています。

大塚 少し身体障害者の領域に動いていました。精神科につきましては一三年前から陽和病院で精神科ソーシャルワーカー(PWS)として動いていました。一年半前からサテライトクリニックの立ち上げに関わって、今は大学の非常勤講師と(社)日本精神保健福祉士協会の常任理事を務めています。

でも四、五年前からカルテ開示について取り組みを始めてきていましたので、現場の実践の中での関わりはお話しできることがあると思うのと、今伺って、協会もちよつと勉強しなければと思ったところです。やはり精神保健福祉士の実習とか実践で生活に近いところで寄り添うことが非常に多いもので、知り得る情報

ます。この個人情報保護法は多くの法令や関連分野の沢山の指針を含んでおり、膨大なものです。それだけに、懸念される課題も少なくなく、精神医療現場に根差したガイドラインが求められていると思います。

萱間 私は聖路加看護大学で精神看護学を担当しています。日本精神科看護技術協会(以下、日精看)では教育・認定委員をしております。日精看の二〇〇四年度の総会は「カルテ開示とインフォームド・コンセント」がテーマでした。当事者の方、法律家の方、現場の方ということでカルテ開示が患者さんの病気への取り組みにどうふうに影響するのかという内容の座長をしました。資料をいろいろ調べていて、看護の領域ではカルテ開示に関してガイドライン⁷⁾を日本看護協会が出しているんですけども、精神科領域に特化したものはどこも出していないということを知りました。精神科看護でもそういう取り組みをした方が良い



が大変多くて、その取り扱いについては
 重々慎重にしなければならないと日々み
 んな意識しているところです。まだ協会
 としての取り組みにはいたらず、各病院
 各現場に任されているのが実態と思っ
 ています。協会の広報・出版担当もやっ
 ていまして、雑誌の中で取り扱う論文と
 か事例については査読体制をしっかり作
 りつつありますが、法律についてまだ不
 勉強だと思っています。

同時に、従前から守秘義務があり、原
 点にはこのことがきちんと取り組みま
 されたと思います。改めて法律で規定さ
 れることによってもう少し再確認と意識を
 深くすること、実際行われていないこ
 とでの点検をきちんとしていく等の問題
 を考えられればと思っています。

川副 遅れましたが、私は総合病院で精
 神病床が二五〇あるところに医師として
 勤めていまして、単科病院の機能と総
 合病院の機能と両方持っていると思っ
 ています。

個人情報に関する 内外の経緯から

川副 ガイドラインを見ますと、医療や
 福祉の利用者、患者さん・障害者本人自
 身と、ある一つの医療機関なり福祉施設
 なりに属している援助者との間の情報の
 やり取りに関しては、ひとまずいいん
 ですね。ところが、本人の周りには家族が
 いるわけで、従来は一体として精神科領
 域ではむしろ家族に同意を求める、本人
 だけじゃいけないという、そういうよう
 なことすらあったわけです。もう一つ、
 医療の領域では精神科に特徴的ですが、
 関係機関との連携が問題になってくるだ
 ろうと思います。もちろん共同作業所と
 かグループホームもありますけれども、
 保健所とか福祉事務所とかの関係機関と
 の連携も出てきます。個人情報保護法で
 一番の問題は、明らかに個人データの
 「第三者提供」¹⁾になります。振り返っ

てみれば個人情報保護法は医療のために
 できたものではなくて、ダイレクトメ
 ルであるとかクレジットカードで大量に
 目的外使用があつて、むしろそちらの方
 が大きい問題だったわけです。

関連文献の中では、たまたまある県の
 ソーシャルワーカー団体の報告集におい
 て、事例報告がかなり詳細に出てしまつ
 て、結局その機関誌を回収したというこ
 とがあつたそうです。これは対外的な
 ものです。

ところで、外来の時にカルテが診察机
 の上に積まれますね。位置によっては別
 の患者さんの名前が見えてしまうかもし
 れなくて、あるいは脳波や他の科の入院
 患者さんのカルテに書いてある名前が結
 構大きく見えるんです。そういうのが気
 になって、全部引っくり返したり、向こ
 うに向けたりとかやっていた時期があり
 ました。今回、呼び出しであるとか病
 棟・病室における掲示をどうするかとい
 う話になって、神経質になってやっ

ればそんなにあわてなくも済むというの
 が、外来について感じたところでした。
 日常的に皆さんそういう経験をお持ちか
 と思いますけれども。

佐藤 今言われたお話にはいくつかがイ
 ントがあると思いますが、一点目は大変
 大きな問題で、何年か前の精神神経学会
 総会でも、前に精神病院から離院し
 患者さんが殺人事件を起こしたことに
 ついて詳細な調査報告を出したところ、当
 事者の方からプライバシーが守られてい
 ないという指摘がありました。それから、
 いわゆるバスジャック事件でも報告書が
 ほぼ完成しているようですが、当事者の
 同意が得られないということで公にでき
 ないということです。

御承知のようにいろいろな事件があつ
 ても、はっきりとした事実関係を押さえ
 ないままでいろいろな方々がメディアで
 コメントしており、それは大変まずい現
 象だと思っています。ところが一方で、
 そうしたある程度事実関係をきちんと調

個人情報保護法整備の背景

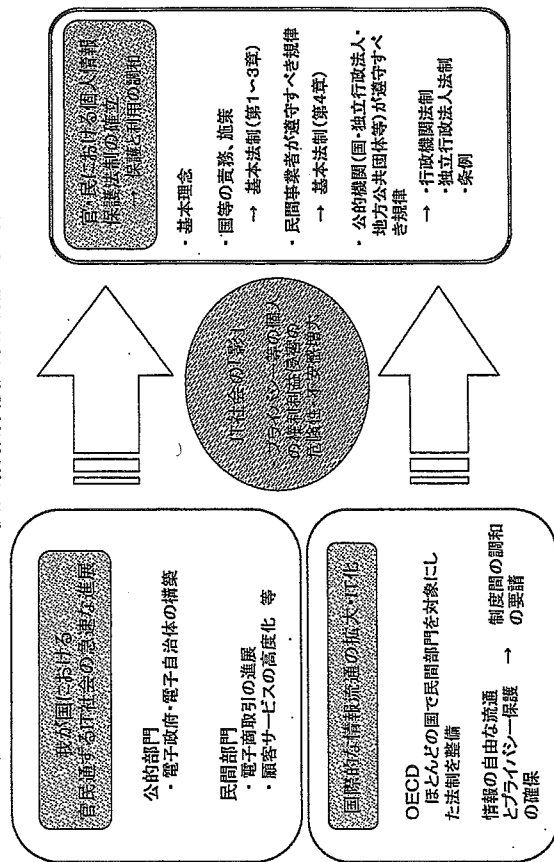


図1 個人情報保護法整備の背景 (出典) 内閣府ウェブサイトの解説資料

べた報告がなかなか公にできないわけで、これをどう考えるかというのは大きな問題だと思っんですね。それが一つ。

他方で、私なんか自分が患者として他の医療機関に行った時、診療室の机にほかの人のカルテが積んであっても興味ないし、早く帰ろうと思うのが関の山ですけども、世の中には興味を持つ方がいないとも限らないので、患者さんを診察室に残してどこかに呼ばれたりする時は、注意しないとまずいんだなと考えさせられました。そういった身近な問題もありますね。

また、お話の中には家族の問題もありましたけれども、特に青少年の場合⁸にお父さん・お母さんに言っただけでいということがあつて、それで両親には、カルテを見ながら患者さんが了承できるところがその際、カルテを向こう側からご覧になって、そんなことをうちの子供が言っているんですかというこ

とで困ることがありました。

それから、ガイドラインをつくらうとしているわけですが、実際問題としては、見たいという患者さんがいらしたときにその場でお見せして解決した方が、後に尾を引かないということがしばしばあつて、主治医の即座の判断が有効だ。う現実的な対応も一方であります。いずれにしても、全般的に問題となるのはやはり第三者情報となると思います。職場の人の意見であれ、あるいは家族の人の情報であれ、それをいつも区別しておけばいいのかもしれませんが、その場で患者さんと本人の言われことや、あるいはそれに対する医療従事者の見方だけであればお見せできるというカルテのつくり方をして、書式や構成の問題を整理しておくことではないかと。今お話を聞いていて、そんなふうに思いました。

そのほか、診療情報提供あるいはカルテ開示という問題と個人情報保護法とい

個人情報取扱事業者の義務について

OECD8原則と個人情報取扱事業者の義務規定の対応

OECD8 原則	個人情報取扱事業者の義務
○ 目的明確化の原則 事業目的を明確にし、データ利用は事業目的に合致するべき	○ 利用目的を定めて記載しおけるべき(第15条)
○ 利用制限の原則 データ主体の同意がある場合、法律の規定による場合以外には目的以外に利用してはならない	○ 利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱ってはならない(第16条)
○ 収集制限の原則 適法・公正な手段により、かつ情報主体に通知又は同意を得て収集されるべき	○ 本人の同意を得ずに第三者に提供してはならない(第20条)
○ データ侵害の原則 利用目的に沿ったもので、かつ、正確、完全、最新であるべき	○ 偽りその他不正の手段により取得してはならない(第17条)
○ 安全管理の原則 合理的な安全管理措置により、紛失・破壊・使用・修正・開示等から保護するべき	○ 正確かつ最新の内容に保つべき(第19条)
○ 公開の原則 データ収集の実態方針等を公開し、データの存在、利用目的、管理者等を明示するべき	○ 安全管理のために必要な措置を講じなければならない(第20条)
○ 個人参加の原則 自己に関するデータの存在及び内容を確認させ、又は異議申し立てを保護するべき	○ 従業者・委託先に対する必要な監督を行わなければならない(第21・22条)
○ 責任の原則 管理者は諸原則実施の責任を有する	○ 取得したときは利用目的を通知又は公表しなければならない(第18条)
	○ 利用目的等を本人の知り得る状態に置かなければならない(第24条)
	○ 本人の求めに応じて保有個人データを開示しなければならぬ(第25条)
	○ 本人の求めに応じて訂正等を行わなければならない(第26条)
	○ 本人の求めに応じて利用停止等を行わなければならない(第27条)
	○ 苦情の適切かつ迅速な処理に努めなければならない(第31条)

*各義務規定には適宜例外あり。

図2 個人情報取扱事業者の義務規定について (出典) 内閣府ウェブサイトの解説資料

うのをメダルの表と裏というような言い方をすることがありましたけれども、実のところ両者の関係はもうひとつ腑に落ちないところがあります。川副先生も指摘されたように、医療倫理として患者情報を開示することとIT社会で個人情報が大量流出することを防止することとは違ふことのように思われます。ですから、個人情報保護法の社会的役割を十分には納得しかねるところがありますね。その辺のお考えを教えてください。

個人情報保護法 ガイド ライン、カルテの電子化

菅間 今回の個人情報保護法が画期的だと思ったのは、今までは原則非開示で希望時のみ開示という扱いで、情報は医療者が活用するためのものであるという発想だったので、開示するかしないかという議論があつたのだと思います。個人情

報保護法に関しては医療情報は患者の情報であると明確に言っているわけで、これだと開示が非開示かとか、法制化するかしないかとか、そういう議論が無効になつてしまつたらいい発想が大きく変わったなと思います。患者の情報であるのだから原則開示であつて、非開示の時は例外であるという扱いなので、そのところが私はびっくりしたというが、カルテ開示が法制化されそうだとということで私たちはこれに取り組み始めて、ぜひ法制化した方がいいんじゃないかということで始めたのですけれども、でも全く発想を交えることによつて、そこをすり抜けられてしまったのかなというような感じもしました。

ただ、患者さんの個人情報だと言われしまうと本当にその通りなわけで、例えば、そこに書かれているものの修正を要求するとか、そういうことも可能になります。開示の問題とまた全然発想を異にする問題も生まれているような気がし

ます。

川副先生がカルテの置き場所の問題をおっしゃったんですけれども、今電子カルテになってきていますので、電子カルテになるとそういう問題はある意味クリアされる反面、別の問題が出てきて、病院の別の場所や別の部署の人などもアクセスできる。そのときの不正アクセスをどうするか。知るべきでない人がカルテを見てしまう可能性が出てくるということいろいろな問題も起こっています。

『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン』^⑤という一〇四ページにわたるガイドラインがこの間出されましたけれども、そのことについての取り組みも別進んでいるようです。

家族がカルテを見るというお話で思ったんですけれども、カルテの中に書かれている家族からの情報提供のほかに、ナースの判断、医師の判断、P S Wの判断、これらは誰の情報かというのがこのガイドラインの中にありまして、それら

できる度量のある方や判断できる状況の場合はいとして、判断に迷うときやその判断をしたために治療関係がすごく悪化するというような場合、一人で判断す



(川副泰成先生)

は医師の個人情報^⑥、看護師の個人情報、P S Wの個人情報である。だから、カルテの中には患者さんの個人情報だけではなくて、それぞれのケアをする人の個人情報もあるので、一人の人のものではない。それを開示するに当たって、患者さんの個人情報だから全部患者さんに見せていいかという、利害が対立する場合、それは考えなければいけないというのが書かれているので、その辺も複雑な問題の一つではないかと思いました。

最後に佐藤先生が主治医と患者さんのやりとりで、見せてもいいと思えば主治医と患者さんの情報だけである場合には見せた方がいいんじゃないかと。私もそうお考えになるドクターがたくさんいらっしゃると思います。しかし、いろいろな調査を見てみますと、例えば国立病院・療養所のドクターの意識調査、大学病院のドクターの意識調査・実態調査などを見てみますと、大体六割から九

ることが適切なかどうかということも考えなければいけないんじゃないかと思っています。

川副 確かに一般論として情報は本人のものとして出ているんですよ。二〇〇一年にある所に書いた時は、「人民の人民による人民のための」と語呂合わせで、カルテが医療従事者によって書かれたのは間違いないで、患者さんのためのものであるのも間違いないのですが、患者さんのものかどうかというのは、あるべき論じゃなくて、少なくとも法令上は難しいというのがありました。カルテの保存義務があるので、当時思ったのは母子手帳方式というか患者さんが常に持っていて、受診するときに持ってくる制度であれば、実際的にはなるかと。今ではICカード時代ですから、そういうことも可能は可能なんだろうけれども、紙でやっている間は膨大な量を持ち運ぶのは現実的ではないということがあるんですが、菅間先生がおっしゃったように、

割ぐらいが患者さんに見ないようにその場で説得してしまうようですよ。

このガイドラインで私たちが一番申し入れをしたことのひとつは、本人からの求めによる保有個人情報^⑦の開示^⑧というところで、それが原則開示なんだけれども、患者本人に重大な心理的影響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼす場合には開示を拒み得る^⑨というふうに書いてあります。ただ、精神科の患者さんの場合は拡大解釈すれば全員がこれに当るのではないかというふうにも思われるので、個人で判断するのではなく、要求があった場合委員会を設けて、もちろん開示請求は文書で出してくださいにするわけですけども、それを委員会にかけて、本人の現在の精神状態希望している開示内容や方法や影響のレベルとその予測について審議をして、開示の場合、それらの理由を明確にして文書で回答することをしようということがあるんですが、やはり個人で判断

本当に外からやってきてしまったという気がして聞いていました。

精神科領域で多少特殊かなと思うのは、もちろん援助する専門職の判断ということもありますけれども、また専門職との間のやりとりが記録されたり、どうかすると患者さん同士のやりとりが記録されたりすることがあるんじゃないですか。専門職が患者さんの間に仲裁に入ったりが、一般的にトラブルということでもいいですが、果たしてそれは誰の情報なんだろうかと、みんなの情報であるといえれば簡単なんだろうけれども、細かいところは非常にいろいろだと思います。

そういう意味では電子カルテというのは本当に象徴的で、菅間先生がおっしゃったように、それによって見えなくなるというのは言うものの、でもある意味では全面的に見えているとも言えるんですよ。ただ、以前の記録はすぐには見えなけれども、判断とかそういうものは生

の記録とは別に、ということもやろうと思えば簡単にできる。そういうふうに切り分けてしまうということも。でも、それではカルテ全体は一体どこにあるのか分りにくくなるとか、あるいはその一部に書き込んだ人自身のIDとパスワードがなければアクセスできないようにするとか、そういうことも技術的には可能だと思えます。果たして本当にそれがいいのかどうかということもありますし、電子カルテは今後いろいろ議論が出てくるかなど。特に精神科領域では、と思えますね。

佐藤 私どもの病院は、電子カルテではなくオーダリングなので、処方、検査や処置行動制限を打ち込む程度なんです。これでもとりあえず画面を患者さんの方に向けて、限られたものであっても見て確か、いただいたり、処方をご相談しながら入力しますと、印象では、カルテというものに対して患者さんの認識も深まるし、ご自分も参加してカルテを作っ

た」というふうにおっしゃっていました。ナースの場合、誰が行動制限をしたのか、あつたとき抑制をしたのは誰だったかとか、あつたとき注射したのは誰だったかとか署名をしますので、その署名をどのように扱うかというのが問題になると思います。本当に患者さんが開示してほしいことといふのはもつとシンプルなことなのかもしれない、処方の内容とかそういうものなのかもしれないと、その方の話を聞いて思いました。

治療・援助と「第三者提供」

大塚 今のお話を聞いて、私は今回のこととは個人情報やどう取り扱うか、診療情報とかカルテをどういうふうに取り扱うかということをお話し合っているようで、実際にはやはり診療の中身とか患者さんとスタッフの関係みたいなことがどうなのかということがずっと問われていると

ているという意識をお持ちになるように思っています。ですから、電子カルテの場合には一層そうなるのではないかと期待しています。多分画面も双方が見られるように向けて。

川副 完全に電子カルテ化すれば、それまでの紙のカルテはしばらくは参照するでしょうけれども、そのうち消えるわけで、そうしたら全く画面に向うわけですよ。

佐藤 そうなりますね。だから、完全な電子カルテをなさっている病院であれば患者さんたちがまさに参加している感じになるのではないかなど想像しています。私どものオーダリングでさえ、そういう使い方がありますので。

萱間 処方の内容がわかるということになれば、開示請求の大部分がそれで満たされるんじゃないかと思えます。ある当事者の方はカルテ開示請求の全文開示を求めて、入院している間のこんな(厚い)カルテを全文コピーでもらったそうで

思っていますね。

ついでこの間の私の知る例でも、本人が福祉事務所に御自分の情報開示を求めた。医療保護入院させられたんですが、なぜそういうことになったのか、病院と福祉事務所のやりとりであるとか、その辺をめぐって情報を求めたんですね。御本人の開示請求ですから拒否はできなくて、病院とも確認の上で出すことになったのですけれども、福祉事務所にしてみれば初めての経験で、大変だったようです。結局出されたんですけれども、ほとんど黒塗りで、本人が確認したい内容はやはりつぎざされているんです。その黒の理由はやはり一面性があつて、本人情報もさることながら、福祉事務所のワーカーの情報であるとか、病院のワーカーや医者の判断であるとかということが書かれているということの判断で塗られているんですね。結局それではわからなくて、御本人は不服請求されているようです。その辺やはりどこまで内容的に、

す。彼が知りたかったのはただ一つだけで、飲むととても恐怖を感じる薬があつたそうです。主治医がその薬品名を教えてくださいなかつたので、それが知りたくて開示を求めたんだそうです。そうしたら、部分開示というのは基本的にできないので、開示するんだつたら全部コピーをもらつてくださいと言われて、全部もらつたそうです。

川副 高かつたでしょう(笑)。多分一ページくらいで、有料(費用)でしょうからね。

萱間 その中ですごく傷ついた記述があつた。それは看護師が書いたものだったんですけれども、その方がまだ具合が悪いときに病棟でホールに置いてあるやかんのお茶をがぶ飲みしていた。その記述が一番傷ついた。「自分はそれを見ていないし、とてもどろろと副作用で飲んでいただんだと思うんだけど、すごく自分が非人間的なことをしているかのように書かれていたのがつらかつ

これが本人の情報なんだとか、これは医療従事者の情報なんだということを判断する基準があるかということ、非常に難し



(萱間真美先生)

いなと思ったのが一つですね。

陽和病院などでも御本人の目の前でカルテを見せてくれる医師が結構いるようになって、それはやはりポジティブな面としてよかったと思うのは、「前回合図面接して決まったことがあったよね、カルテに書いておこうね」と、その場面でちゃんと宣言をするわけです。そうすると何カ月後に振り返り面接等をするときに、「そのカルテをもう一回一緒に見よう」とか、そのときのカルテのコピーを御本人にお渡ししてしまうとか、関係者にもお渡しするとかということも確認した上でやっていることがあります。それはそこで関係が悪化しないで、「なんだ、私そういうこと言っていたんだね」と患者さん自らが確認できることにもなるので、やはり記録って大切だと改めて思います。よく一般科ではレントゲン写真とか見せてくれますが、見せて説明をしてきているという姿勢に安心したりするので、診療関係の入り口の部分

誓約書を既に書かされました。誓約書の相手先は病院なんです、病院長に対して病院内で知り得た個人情報についての取り扱いということで誓約書を書いたんだけれども、その中の一項目に「雑談でもしません」というのが入っていたらしいんですね。患者さんの前では「さん」づけだったり「様」づけだったりするの、場面が変わると、例えば飲み会になると突然変わってしまうとか、その意識の落差というのはやはり非常に大きいし、実習生やボランティアを受け入れるところでも見せてしまうというのは大きいと思っているので、今回のことをきっかけにインフォームド・コンセントのあり方とか患者さんどう話し合っていくかということが、いい形で進んでいくともいいなと思いました。

私は聴覚障害者の精神保健分野に取り組みをしていまして、手話通訳の方にお入りいただくようにしているんですね。これはちょっと難しいケースの紹介なん

ではとても大事なことなのかなと思いましたが。

新人のところにたくさん失敗をしたんですが、紹介状とか年金のための診断書とかというのを御家族が取りにいらつしやるのがとても多いですよ。そのときに封をしているかいないとか、御本人に書いてあることは見せないで御家族に先に渡してしまうとかというのが多くて、それで関係が悪化してしまったり、違う状況が展開してしまったりということが多くありました。今は、よく紹介状は封をしないで下さいとおっしゃる方がいるんですが、そうすると書き方が当然問われます。私たち精神保健福祉士は、関係機関への電話連絡やファックスでの連絡とか情報提供が業務として多いのですが、御本人に関係機関の皆さんに連絡していいですかということも向つてももちろんするわけですけども、いいですと大体皆さんおっしゃるんですよ。けれども、よく転院先探しとか、最初のところの受

ですが、手話通訳がつかないと大変診察が厳しい。医師はそれまで筆談でなさっていたり、絵を描いたり、ご苦労されていることが多かったのですが、なかなか患者さんときちんと面接ができないし、診断も間違ってしまう、時には誤診になってしまうようなことすらあるのです。通訳が入ると専門家であるとは言え、大変プライベートに関わるお話をしなければいけないということ、聞こえない人が患者さんで複数いて、同じ日に重なっていたりすると、同じ通訳を利用してしまおうことがどうしてもあるんですね。そのことに激しく抵抗される方がいて、私の内容を次の患者さんに通訳者が話してしまうのではないかと、その患者さんがあの人とこんな話をしたというのを聞いてしまうのではないかとというような抵抗もあつたりして、そういうあたりでは実際に援助しなければいけないことなんだけれども、とても難しい問題をはらんでいると思つたりしました。

受け入れが難しく、その場で次を探すということをする際に、なぜか別室に行つて電話をするとか、周りがそういうことをしているのを見習つてしてしまつたりしていたんです。帰つてくると患者さんや家族は何を言われたんだらうと不安になつて急に顔が曇つていたりとか不信感が高まっていたりということがあつて、合意を得たのなら御本人の前でしょうというふうに思つて、私はこのころ保健所とか福祉事務所への電話は御本人の前で、「今、電話一緒にしましょうね」という形ですることが多くなりました。そうすると当然話し方の質が求められるという、きちんと本人の前で使える言葉で本人のことを説明するということをすごく突きつけられるので、こちらやはり勉強になると思います。それをやっていないと使い分けが激しくなつてしまつて、率直な話、やはり裏と表が大きくあるし、仲間のワーカーから聞いたんですが、今回ある病院では、四月一日に全員職員が

あと、もう少し細かいことですがけれども、昔病棟で大部屋を訪問してよくお話をすると、今でもベッドサイドでということはあるんですが、そういう時などにわざわざ面会室、診察室を使つてということではなくて、看護師の方とか私たちはどうしてもお部屋でということもありがちなのですが、どこまで許されるのかとか、そういうことも多少気になつたりします。

同時に、情報提供があつた時にワーカーがその役割を取らせていただくことも多いのですが、医師の記録がドイツ語で書かれていたりするととても難しいなと思つて、今回のことで記録のあり方というもののガイドラインが出ないものではないか。ワーカー仲間は苦労しているんですが、病院によってはカルテが職種によつて分かれているところと同じカルテでやっているというところもありますね。これによつても本人の情報開示請求があつた時にどれをメインに出すのか、