

表4 常勤職員・看護体制の状況

区分	医師		指定医		作業療法士		PSW				臨床心理士 技術者		正看護師	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤 有資格者	非常勤 有資格者	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
大学病院	1,234	441	619	161	52	11	40	19	8	3	59	50	1,707	13
国立病院	332	150	197	12	73	2	35	23	3	0	39	23	2,022	27
都道府県立病院	611	167	430	52	180	19	154	88	9	2	124	16	5,339	95
指定病院	5,698	6,321	3,730	1,683	2,298	154	2,873	1,363	54	29	980	367	34,454	2,355
非指定病院	1,543	2,255	935	626	415	50	641	271	47	21	200	172	7,727	837
合計	9,418	9,334	5,911	2,534	3,018	236	3,743	1,764	121	55	1,402	628	51,249	3,327

(平成12年度厚生科学研究

表5 入院形態別在院患者数

区分	平成12年6月30日現在 在院患者数								
	措置			医療保険			任意		
	夜間外	個別	閉鎖	夜間外	個別	閉鎖	夜間外	個別	閉鎖
大学病院	0	1	29	196	295	1,002	1,164	686	573
国立病院	12	9	77	347	245	1,724	1,931	583	857
都道府県立病院	1	48	250	1,415	911	3,954	4,364	732	1,895
指定病院	99	333	2,388	11,402	13,179	55,421	67,471	38,478	54,191
非指定病院	0	0	0	2,165	2,793	10,310	21,061	12,679	14,175
合計	112	391	2,744	15,525	17,423	72,411	95,991	53,158	71,691
	3,247			105,359			220,840		

(平成12年度厚生科学研究補助金(障害保健福祉総合事業)「精神病院・社

表6 疾患別在院患者数

疾患名	患者数(人)	%
F0 症状性を含む器質性精神障害	50,783	15.3
F00 アルツハイマー病の痴呆	12,262	3.7
F01 血管性痴呆	22,890	6.9
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	15,631	4.7
F1 精神作用物質による精神および行動の障害	20,024	6.0
F10 アルコール使用による精神および行動の障害	17,572	5.3
覚せい剤による精神および行動の障害	878	0.3
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神および行動の障害	1,574	0.5
F2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害	205,352	61.7
F3 気分(感情)障害	21,331	6.4
F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	8,477	2.5
F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	705	0.2
F6 成人の人格および行動の障害	2,474	0.7
F7 精神遅滞	10,504	3.2
F8 心理的発達の障害	354	0.1
F9 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および特定不能の精神障害	614	0.2
てんかん (F0に属さないものを計上する)	7,105	2.1
その他	5,280	1.6
合計	333,003	100.0

(平成12年度厚生科学研究

(人)

在宅医師		補助者		看護・医療・介護・リハビリ等の取組状況																			
専任	非常勤	専任	非常勤	入院基本1	入院基本2	入院基本3	入院基本4	入院基本5	入院基本6	入院基本7	特別入院1	特別入院2	在宅治療	在宅治療之2	精神療養1	精神療養2	老人ケア	重要迎受	老人ケア	老人ケア	介護	非該当	
170	3	126	26	7	6	59	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	5
513	9	284	18	0	0	35	1	3	0	0	0	0	1	0	2	0	3	1	0	0	0	0	7
1,108	60	316	60	6	0	64	2	0	0	1	0	0	5	0	8	0	0	3	1	0	0	1	1
38,446	2,263	24,492	2,064	5	0	359	158	163	162	76	20	15	53	7	297	102	74	18	27	0	93	0	
9,825	932	8,178	783	6	4	104	36	74	75	65	14	22	3	0	52	41	26	1	12	0	41	8	
50,062	3,267	33,396	2,951	24	10	621	198	240	237	142	34	37	63	7	359	144	103	24	40	0	135	21	

補助金（障害保健福祉総合事業）「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」報告書より引用

(人)

その他			合計			保健室の利用者数
夜間外	個別	閉鎖	夜間外	個別	閉鎖	
8	3	1	1,368	985	1,605	95
18	3	106	2,308	840	2,764	210
239	8	14	6,019	1,699	6,113	581
905	132	181	79,877	52,122	112,181	5,383
1,200	215	524	24,426	15,687	25,009	892
2,370	361	826	113,998	71,333	147,672	7,161
3,557			333,003			

会復帰施設の評価及び情報提供のあり方に関する研究」報告書より引用

大学病院		国公病院		都道府県立病院		指定病院		非指定病院	
患者数(人)	%	患者数(人)	%	患者数(人)	%	患者数(人)	%	患者数(人)	%
317	8.0	662	11.2	876	6.3	31,435	12.9	17,493	26.9
71	1.8	246	4.2	359	2.6	7,236	3.0	4,350	6.7
44	1.1	129	2.2	209	1.5	14,055	5.8	8,453	13.0
202	5.1	287	4.9	308	2.2	10,144	4.2	4,690	7.2
102	2.6	419	7.1	745	5.4	14,508	5.9	4,250	6.5
76	1.9	314	5.3	613	4.4	12,607	5.2	3,962	6.1
11	0.3	59	1.0	77	0.6	635	0.3	96	0.1
15	0.4	46	0.8	55	0.4	1,266	0.5	192	0.3
1,595	40.3	3,562	60.3	9,166	66.3	159,007	65.1	32,022	49.2
1,157	29.2	566	9.6	1,102	8.0	14,350	5.9	4,156	6.4
416	10.5	243	4.1	421	3.0	5,832	2.4	1,565	2.4
100	2.5	30	0.5	75	0.5	383	0.2	117	0.2
59	1.5	84	1.4	144	1.0	1,666	0.7	521	0.8
40	1.0	106	1.8	471	3.4	7,733	3.2	2,154	3.3
7	0.2	15	0.3	87	0.6	212	0.1	33	0.1
25	0.6	24	0.4	161	1.2	305	0.1	99	0.2
88	2.2	101	1.7	258	1.9	5,169	2.1	1,489	2.3
52	1.3	100	1.7	325	2.3	3,580	1.5	1,223	1.9
3,958	100.0	5,912	100.0	13,831	100.0	244,180	100.0	65,122	100.0

究補助金（障害保健福祉総合事業）「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」報告書より引用

表7 在院期間別在院患者数

区分	1カ月未満	1カ月以上 3カ月未満	3カ月以上 6カ月未満	6カ月以上 1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満
20歳未満	645	672	443	298	299	52
20歳以上40歳未満	5,605	6,752	4,440	4,183	10,536	4,796
40歳以上65歳未満	8,855	12,356	9,268	11,512	42,526	28,000
65歳以上	6,047	9,105	8,378	10,343	34,417	14,872
合計	21,152	28,885	22,529	26,336	87,778	47,720

(平成12年度厚生科学研究補助金(障害保健福祉総合事業)「精神病院・社会復帰施設の評価及び
告書より一部改変, 引用(不明1例あり))

表8 入院形態別在院期間

区分	1カ月未満	1カ月以上 3カ月未満	3カ月以上 6カ月未満	6カ月以上 1年未満	1年以上 3年未満	3年以上 10年未満
措置入院	405	453	228	212	550	255
医療保護入院	7,235	10,735	8,173	8,855	25,363	13,076
任意入院	13,229	17,372	13,883	16,988	61,092	33,910
その他入院	283	325	245	281	773	479
合計	21,152	28,885	22,529	26,336	87,778	47,720

(平成12年度厚生科学研究補助金(障害保健福祉総合事業)「精神病院・社会復帰施設の評価及び
告書より一部改変, 引用(不明1例あり))

等が72.0%, 社会復帰施設等が7.5%, 転院が15.3%, 死亡が5.2%であった。これを在院期間別に見てみると, 1年未満では85.2%が家庭復帰等または社会復帰施設であった一方で, 20年以上では56.1%が転院を理由として退院しており, 在院期間が長くなるほど家庭復帰等または社会復帰施設の割合が減り, 転院の割合が増える傾向が明らかとなった(表11)。

疾患別では, 器質性精神障害等(F0)15.4%, 精神作用物質による精神および行動の障害(F1)13.0%, 精神分裂病, 分裂病型障害および妄想性障害(F2)39.4%, 気分(感情)障害(F3)16.2%, 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)7.2%, 成人の人格および行動の障害(F6)1.5%などであった(表12)。

年齢別では, 20歳未満が2.5%, 20歳以上40歳未満が27.5%, 40歳以上65歳未満が41.0%, 65歳以上が29.0%であった(表13)。

また, 在院期間別では, 在院期間が1年未満は2万1,895(83.4%)人, 1年以上5年未満は2,857(10.9%)人, 5年以上10年未満は659(2.5%)人, 10年以上20年未満は443(1.7%)人, 20年以上は397(1.5%)人であった(表11)。

(3)患者の動態について(図1)

平成11年6月1カ月間に新たに入院した患者2万6,889人の1年後(平成12年6月1日現在)の転院については, 2万2,991(85.5%)人がすでに退院し, 3,898(14.5%)人が1年後も入院したままであった。図1に, 平成11年6月1カ月間に新たに入院した患者2万6,889人の1年間の動態(毎月1日現在の残留率)を示した。設立主体別に多少の違いはあるものの, 全体としては, 平成11年8月1日から9月1日の間で半数が退院していることが明らかとなった。

平成11年6月1カ月間に新たに入院した患者のうち1年後も入院したままであった者の疾患別内訳は, 器質性精神障害等(F0)25.1%, 精神作用物質による精神および行動の障害(F1)7.7%, 精神分裂病, 分裂病型障害および妄想性障害(F2)50.3%, 気分(感情)障害(F3)7.7%, 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)2.6%, 成人の人格および行動の障害(F6)0.8%などであった(表14)。

③任意入院患者の処遇の状況(表15)

任意入院患者22万840人のうち, 夜間外開放病棟に入院しているものは9万6,544人(43.7%),

(人)

10年以上 20年未満	20年以上	合計
35	—	2,444
3,126	802	40,241
32,549	33,113	178,176
12,292	16,685	112,141
48,002	50,601	333,002

情報提供のあり方に関する研究」報

(人)

10年以上 20年未満	20年以上	合計
305	839	3,247
14,954	16,968	105,359
32,315	32,051	220,840
428	743	3,557
48,002	50,601	333,003

情報提供のあり方に関する研究」報

個別開放病棟に入院しているものは5万2,525人(23.8%)、終日閉鎖病棟に入院しているものは7万1,771人(32.5%)であった。また、任意入院患者22万840人中3万8,756(17.5%)人が自らの意思ではなく、開放処遇を制限されていた。

(3) 考察

6月30日調査は、わが国の精神保健福祉の概況を把握できる貴重な資料である。

精神科病院の施設数および病床数については、近年は減少傾向が続いていたが、本年度は前年度と比較して共にわずかに増加していた。しかし、年度ごとの回収率が若干異なるため、この程度の違いは実質的にはほぼ変化なしと考えることが妥当である。専門病床では、精神療養病床、老人性痴呆疾患病床、老人精神病床、急性期治療病床は増加しており、ある程度の機能分化が進んでいることがうかがえる。とくに、老人性痴呆疾患病床、老人精神病床は今後更なる増加が見込まれ、今後の動向を観察する必要がある。しかし、アルコール専門病床、薬物専門病床、アルコール・薬物混合病床、児童思春期病床、合併症病床は前年度比でほぼ同じまたは減少していた。そのため薬物専門病床、児童思春期病床、合併症病床は依然設置

率が低いままであり、国立病院においても整備が行き届いていない現状が明らかとなり、今後の整備が強く望まれる。閉鎖・開放別の病床数は、終日閉鎖が減少し個別開放が増加するといった、これまでと同様の傾向が見られた。個別開放の増加は入院患者の処遇の個別化を反映したものと考えられ、今後は個別開放病棟における保護室および施設できる個室の利用状況とともに観察していく必要がある。

また人員の面では看護師と准看護師を合わせると100床あたり29.0人の配置となり、看護体制は全体としては4:1を超えていることが示された。

入院形態別の在院患者数について、平成元年以来、一貫して減少傾向にあった医療保護入院による在院患者数が1万3,660人の増加に転じたことが特徴として挙げられる。これについては、その要因を明らかにするために、医療保護入院による在院患者数の性別、診断別、年齢別等の詳細な経年分析をする必要がある。

在院患者の高齢化はさらに進み、33.7%が65歳以上の高齢者であった。長期在院の高齢者に対する処遇を考えることが重要であり、対応を急ぐ必要がある。また、同じく在院患者について指定病院と非指定病院を比較すると、指定病院は非指定病院よりも器質性精神障害の占める割合が低く、精神分裂病圏の障害の占める割合が高かった。この傾向は、入院患者および退院患者についても同様であった。これらのことは、両者の役割が分担されていることを示唆しているかもしれない。

在院患者と入院患者の疾患別構成を比較すると、在院患者では精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害が61.7%を占めており、入院患者に同障害が占める割合より23.3ポイント高かった一方で、入院患者では精神作用物質による精神および行動の障害、気分(感情)障害、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害、成人の人格および行動の障害の占める割合が、それぞれの障害が在院患者に占める割合よりも2~3倍高かった。

平成11年6月中の入院がいずれの日にも均等に起こると仮定すれば、6月中の入院日数は約15日と仮定できる。このことと、平成11年9月1

表9 疾患別入院患者数

疾患名	患者数	
	人数	%
F0 症状性を含む器質性精神障害	4,220	15.7
F00 アルツハイマー病の痴呆	997	3.7
F01 血管性痴呆	1,871	7.0
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	1,352	5.0
F1 精神作用物質による精神および行動の障害	3,541	13.2
F10 アルコール使用による精神および行動の障害	2,994	11.1
覚せい剤による精神および行動の障害	219	0.8
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神および行動の障害	328	1.2
F2 精神分裂病、分裂病型障害および妄想性障害	10,337	38.4
F3 気分(感情)障害	4,363	16.2
F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	2,059	7.7
F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	188	0.7
F6 成人の人格および行動の障害	426	1.6
F7 精神遅滞	425	1.6
F8 心理的発達の障害	51	0.2
F9 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および特定不能の精神障害	93	0.3
てんかん (F0に属さないものを計上する)	375	1.4
その他	811	3.0
合計	26,889	100.0

(平成12年度厚生科学研究

表10 年齢別入院患者数

	人数(人)					%	
	20歳未満	20歳以上 40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上	合計	20歳未満	20歳以上 40歳未満
大学病院	109	573	466	229	1,377	7.9	41.6
国立病院	47	327	409	190	973	4.8	33.6
都道府県立病院	139	787	939	452	2,317	6.0	34.0
指定病院	415	4,636	7,345	4,786	17,182	2.4	27.0
非指定病院	111	1,190	1,900	1,839	5,040	2.2	23.6
合計	821	7,513	11,059	7,496	26,889	3.1	27.9

(平成12年度厚生科学研究補助金(障害保健福祉総合事業)「精神病院・社会復帰施設の評価及び報告書より引用)

表11 退院の内訳

退院時の状況	在院期間別					合計	
	1年未満	1年以上 5年未満	5年以上 10年未満	10年以上 20年未満	20年以上	人数	%
家庭復帰等	17,246人	1,339人	171人	93人	41人	18,890人	72.0
社会復帰施設等	1,413人	357人	91人	50人	56人	1,967人	7.5
転院	2,541人	763人	268人	221人	223人	4,016人	15.3
死亡	695人	398人	129人	79人	77人	1,378人	5.2
計	21,895人	2,857人	659人	443人	397人	26,251人	100.0

(平成12年度厚生科学研究補助金(障害保健福祉総合事業)「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」報告書より引用)

大学病院		国立病院		都道府県立病院		指定病院		非指定病院	
患者数(人)	%	患者数(人)	%	患者数(人)	%	患者数(人)	%	患者数(人)	%
115	8.4	115	11.8	201	8.7	2,610	15.2	1,179	23.4
33	2.4	38	3.9	55	2.4	572	3.3	299	5.9
19	1.4	23	2.4	53	2.3	1,180	6.9	596	11.8
63	4.6	54	5.5	93	4.0	858	5.0	284	5.6
79	5.7	125	12.8	342	14.8	2,270	13.2	725	14.4
53	3.8	83	8.5	273	11.8	1,924	11.2	661	13.1
13	0.9	11	1.1	43	1.9	130	0.8	22	0.4
13	0.9	31	3.2	26	1.1	216	1.3	42	0.8
426	30.9	360	37.0	987	42.6	7,052	41.0	1,512	30.0
374	27.2	179	18.4	345	14.9	2,650	15.4	815	16.2
218	15.8	84	8.6	154	6.6	1,205	7.0	398	7.9
49	3.6	11	1.1	26	1.1	71	0.4	31	0.6
21	1.5	20	2.1	39	1.7	253	1.5	93	1.8
8	0.6	20	2.1	43	1.9	278	1.6	76	1.5
0	0.0	1	0.1	22	0.9	16	0.1	12	0.2
11	0.8	5	0.5	17	0.7	47	0.3	13	0.3
26	1.9	18	1.8	20	0.9	238	1.4	73	1.4
50	3.6	35	3.6	121	5.2	492	2.9	113	2.2
1,377	100.0	973	100.0	2,317	100.0	17,182	100.0	5,040	100.0

究補助金（障害保健福祉総合事業）「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」報告書より引用）

%		
40歳以上	65歳未満	65歳以上
33.8	16.6	100.0
42.0	19.5	100.0
40.5	19.5	100.0
42.7	27.9	100.0
37.7	36.5	100.0
41.1	27.9	100.0

報提供のあり方に関する研究」報

日の時点で半数以上が退院していることから、入院患者の動態については、入院から15日（6月中の入院日数）+31日（7月中の入院日数）+31日（8月中の入院日数）=77日経過した時点で半数以上が退院していたことになる。また、入院患者における1年後の残留者の割合は、竹島ら（2002）が平成11年6月30日付で行われた調査に基づいて報告している18.3%から14.5%と3.8ポイント減少しており、早期退院の傾向がうかがえた。また、平成11年6月1カ月間に新たに入院した者とその中の1年後の残留者の疾患別構成比を比較して見ると、残留者において器質性精神障害等（F0）と精神分裂病、分裂病型障害および

妄想性障害（F2）の占める割合が高くなっていた。これらは、精神作用物質による精神および行動の障害、気分（感情）障害、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害などと比べて、入院期間が長いと考えられる疾患であった。

任意入院患者の処遇については、22万840人中3万8,756（17.5%）人が自らの意思ではなく開放処遇を制限されており、この点についてはその理由等を調べる必要があると思われる。

おわりに

平成12年度の6月30日調査の精神科病院に係る部分をまとめた。この調査はわが国の精神科医療の現況を把握できる貴重な資料であり、継続して実施されていることから、縦断的な概況をも把握可能であり、非常に有用度が高い。今回のデータから、一部の専門病床の整備の遅れや、長期在院の高齢者の処遇への対応の必要性などいくつかの課題が明らかになった。これらの課題に対して対策を講じた際に、精神科医療の状況がどう変化したかをモニタリングするためにもこのデータは必要であり、継続して実施することに大きな

表 12 疾患別退院患者数

疾患名	総 数	
	患者数(人)	%
F0 症状性を含む器質性精神障害	4,042	15.4
F00 アルツハイマー病の痴呆	995	3.8
F01 血管性痴呆	1,845	7.0
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	1,202	4.6
F1 精神作用物質による精神および行動の障害	3,413	13.0
F10 アルコール使用による精神および行動の障害	2,912	11.1
覚せい剤による精神および行動の障害	197	0.8
アルコール, 覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神および行動の障害	304	1.2
F2 精神分裂病, 分裂病型障害および妄想性障害	10,339	39.4
F3 気分(感情)障害	4,253	16.2
F4 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害	1,899	7.2
F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	166	0.6
F6 成人の人格および行動の障害	388	1.5
F7 精神遅滞	428	1.6
F8 心理的発達の障害	45	0.2
F9 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および特定不能の精神障害	103	0.4
てんかん (F0 に属さないものを計上する)	429	1.6
その他	746	2.8
合 計	26,251	100.0

(平成 12 年度厚生科学研

表 13 年齢別退院患者数

	人数(人)					%		
	20歳未満	20歳以上 40歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上	計	20歳未満	40歳以上 65歳未満	65歳以上
大学病院	108	591	455	200	1,354	8.0	43.6	33.6
国立病院	36	351	359	188	934	3.9	37.6	38.4
都道府県立病院	113	717	864	455	2,149	5.3	33.4	40.2
指定病院	316	4,415	7,242	4,909	16,882	1.9	26.2	42.9
非指定病院	77	1,155	1,845	1,855	4,932	1.6	23.4	37.4
合 計	650	7,229	10,765	7,607	26,251	2.5	27.5	41.0

(平成 12 年度厚生科学研究補助金(障害保健福祉総合事業)「精神病院・社会復帰施設の評価及び情報提供のあ
告書より引用)

表 14 平成 11 年 6 月 1 カ月間に新たに入院した患者のうち 1 年後も在院していた患者の疾患の内訳

疾患名	総 数	
	患者数(人)	%
F0 症状性を含む器質性精神障害	977	25.1
F00 アルツハイマー病の痴呆	243	6.2
F01 血管性痴呆	448	11.5
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害	286	7.3
F1 精神作用物質による精神および行動の障害	301	7.7
F10 アルコール使用による精神および行動の障害	267	6.8
覚せい剤による精神および行動の障害	7	0.2
アルコール, 覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神および行動の障害	27	0.7
F2 精神分裂病, 分裂病型障害および妄想性障害	1,961	50.3
F3 気分(感情)障害	301	7.7
F4 神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害	100	2.6
F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	8	0.2
F6 成人の人格および行動の障害	31	0.8
F7 精神遅滞	69	1.8
F8 心理的発達の障害	5	0.1
F9 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および特定不能の精神障害	3	0.1
てんかん (F0 に属さないものを計上する)	54	1.4
その他	88	2.3
合 計	3,898	100.0

(平成 12 年度厚生科学研

大学病院		国立病院		都道府県立病院		指定病院		非指定病院	
患者数(人)	%	患者数(人)	%	患者数(人)	%	患者数(人)	%	患者数(人)	%
86	6.4	96	10.3	189	8.8	2,523	14.9	1,148	23.3
26	1.9	31	3.3	65	3.0	594	3.5	279	5.7
10	0.7	25	2.7	42	2.0	1,171	6.9	597	12.1
50	3.7	40	4.3	82	3.8	758	4.5	272	5.5
74	5.5	148	15.8	319	14.8	2,132	12.6	740	15.0
46	3.4	104	11.1	253	11.8	1,824	10.8	685	13.9
6	0.4	18	1.9	46	2.1	112	0.7	15	0.3
22	1.6	26	2.8	20	0.9	196	1.2	40	0.8
412	30.4	306	32.8	924	43.0	7,188	42.6	1,509	30.6
403	29.8	182	19.5	311	14.5	2,568	15.2	789	16.0
205	15.1	83	8.9	145	6.7	1,107	6.6	359	7.3
43	3.2	18	1.9	20	0.9	60	0.4	25	0.5
32	2.4	18	1.9	37	1.7	220	1.3	81	1.6
12	0.9	17	1.8	42	2.0	273	1.6	84	1.7
3	0.2	5	0.5	16	0.7	14	0.1	7	0.1
9	0.7	6	0.6	25	1.2	50	0.3	13	0.3
37	2.7	24	2.6	24	1.1	270	1.6	74	1.5
38	2.8	31	3.3	97	4.5	477	2.8	103	2.1
1,354	100.0	934	100.0	2,149	100.0	16,882	100.0	4,932	100.0

究補助金（障害保健福祉総合事業）「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」報告書より引用

65歳以上	計
14.8	100.0
20.1	100.0
21.2	100.0
29.1	100.0
37.6	100.0
29.0	100.0

り方に関する研究」報

大学病院		国立病院		都道府県立病院		指定病院		非指定病院	
患者数(人)	%	患者数(人)	%	患者数(人)	%	患者数(人)	%	患者数(人)	%
2	6.9	10	11.5	14	9.4	579	21.2	372	41.0
1	3.4	5	5.7	1	0.7	130	4.8	106	11.7
1	3.4	4	4.6	6	4.0	276	10.1	161	17.7
0	0.0	1	1.1	7	4.7	173	6.3	105	11.6
1	3.4	6	6.9	8	5.4	212	7.8	74	8.1
1	3.4	5	5.7	6	4.0	190	7.0	65	7.2
0	0.0	0	0.0	1	0.7	4	0.1	2	0.2
0	0.0	1	1.1	1	0.7	18	0.7	7	0.8
17	58.6	53	60.9	88	59.1	1,470	53.9	333	36.7
6	20.7	4	4.6	25	16.8	210	7.7	56	6.2
1	3.4	3	3.4	3	2.0	75	2.8	18	2.0
2	6.9	0	0.0	0	0.0	4	0.1	2	0.2
0	0.0	0	0.0	0	0.0	22	0.8	9	1.0
0	0.0	3	3.4	5	3.4	44	1.6	17	1.9
0	0.0	1	1.1	1	0.7	3	0.1	0	0.0
0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.1	0	0.0
0	0.0	5	5.7	2	1.3	39	1.4	8	0.9
0	0.0	2	2.3	3	2.0	64	2.3	19	2.1
29	100.0	87	100.0	149	100.0	2,725	100.0	908	100.0

究補助金（障害保健福祉総合事業）「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」報告書より引用

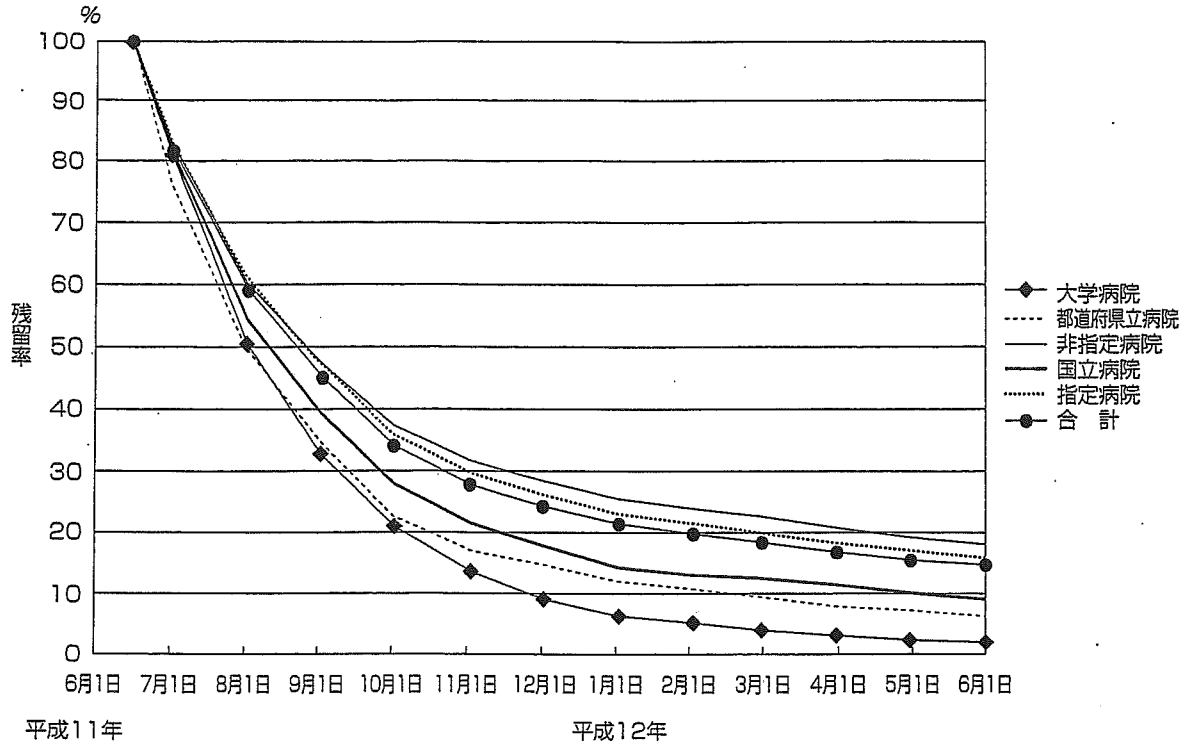


図1 設立主体別残留数の変化
 (平成12年度厚生科学研究補助金(障害保健福祉総合事業)「精神病院・社会復帰施設の評価及び情報提供のあり方に関する研究」報告書より引用)

表15 任意入院患者の処遇 (人)

	開放処遇	開放処遇を制限	患者の意思による開放以外の処遇	合計
夜間外開放	93,441	2,017	1,086	96,544
個別開放	33,511	12,549	6,465	52,525
終日閉鎖	24,756	24,190	22,825	71,771
合計	151,708	38,756	30,376	220,840

「夜間外開放の病棟」にあつて「開放処遇を制限」「患者の意思による開放以外の処遇」に該当する患者とは、施設できる病室等に入室している患者をいう。
 (平成12年度厚生科学研究補助金(障害保健福祉総合事業)「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」報告書より引用)

意義があるといえる。

本研究は、平成12年度厚生科学研究補助金(障害保健福祉総合事業)「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」の一部として実施されたものであり、本稿の内容はすでに報告書として公表されたものを含んでいる。

参考文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課, 国立精神・神経センター精神保健研究所: 精神保健福祉資料平成12年度6月30日調査の概要. pp. 1-62, 2000.
- 2) 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会 編: 精神保健福祉行政のあゆみ. p.696, 中央法規出版, 東京, 2000.
- 3) 竹島 正, 中村健二, 重藤和弘, 他: 精神科医療機能に関するマクロ指標の検討—入院患者残留率を中心に. 精神経誌 104: 394-416, 2002.



精神科カルテ開示の新たな段階

佐藤 忠彦

Key Words

医療倫理 (medical ethics), インフォームド・コンセント (informed consent), カルテ開示 (disclosure of medical records), 診療情報の提供 (release of medical information), 精神科医療 (psychiatric care)

1 はじめに

医療社会も医療文化も、世界的に、「医療倫理」と「患者の権利」とを基本理念として歴史的な転換期の過程にある。「医療倫理」の原理は長い間、「ヒポクラテスの誓い」に代表されてきたが、1960年代半ばから、欧米では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「医療情報の提供・開示」、すなわち「インフォームド・コンセント」(以下、「IC」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た²⁷⁾。

2003年の今日、今にして思えば、1998年は「カルテ等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」)¹⁸⁾が発表され、1999年は引き続いて日本医師会の「診療情報の提供に関する指針」(以下、「日医指針」)¹⁹⁾をはじめ、各医療関係団体の指針や日本医師会と病院5団体との確認書が発表されたことにより、日本の医療社会にとって「カルテ開示元年」となった。そして、

「情報公開法」の施行や「個人情報保護法案」の国会上程により、「カルテ開示」は例外的に行われるのではなく、非開示こそ例外とする段階を迎えた。精神科医療の領域には、「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」と固有の特質があるが、「精神疾患の特殊性」を理由として非開示とすることはもはやできない。

かつて、筆者らは、近代科学技術総体が迎えた「転回の秋」²⁹⁾にあつて、「医療倫理」の新たな再登場から「カルテ開示」に至る歴史と近年の動向を概観した³⁰⁾。そこで、本稿では、「カルテ開示元年」以降の経過と研究調査とを概括し、基本的な概念と論点、精神科医療の固有の課題および条件と環境の整備を検討し、「カルテ開示」の新たな段階に備えることとしたい。

2 「カルテ開示」をめぐる 2003年の状況

「カルテ開示」をめぐる2003年の状況は、次のようである。第1に、市民の医療情報へのニーズと患者の権利の主張は、「慢性疾患の時代」⁷⁾と先端医療とにシフトする疾病構造の変化と、これに加えて医療過誤の批判と医療安全の要求とを反映して一層高まり、医療機関の「患者の権利章典」の制定が始まっている。第2に、医療システムの

The progress on disclosure of medical records in psychiatric care

SATO Tadahiko 社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会桜ヶ丘記念病院 [〒206-0021 多摩市連光寺1-1-1]

内部では、チーム医療の視点が定着し、地域の医療機関や社会復帰施設との連携が図られネットワークが構築されるようになった。そのため、診療情報の共有化や情報と記載の標準化が求められるようになった。第3に、患者個人の診療情報開示だけでなく、医学知識、医療機関や医療行政の情報公開が求められている。2000年の第4次医療法改正、2002年4月の厚生労働省局長通知「医療に関する広告規制の緩和について」や「日本医療機能評価機構」の新評価体系もそれを意図したものとなった。第4に、世の中の「IT化」と医療情報のシステム化に伴い、レセプトやカルテの電子化が進められている。さらに、インターネットによる医療情報や医療機関の情報が飛び交い、患者や医療NPOが自由に利用するために、e-患者、e-ヘルスと呼ばれる社会現象を生み出している⁹⁾。これらは、IT産業とツールの側から進められており、厚生労働省自体が後押ししている（「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」、2001年12月）。第5に、医療機関はそれぞれ院内の規定類を整備し²⁴⁾、医療者は、診療記録や相談記録の書き方に関心を寄せるようになり^{16,20,35,36,38)}、これは記載の方法にとどまらず医療内容の標準化や治療ガイドラインの作成に向かおうとしている。第6に、社会全般の情報公開は引き続き、2001年は「情報公開法」が施行され、2002年は「個人情報保護法案」が国会に上程された。最近の特徴は「経済の停滞」を打開し、「経済社会の活性化」のプログラムのための提案となっていることである。医療情報の公開・開示もそもそも、医療費抑制のための方策としての意義が示されていたが、実際、政府の「構造改革」の一環である「経済財政諮問会議」や「総合規制改革会議」でも、特に医療の情報開示があげられている。これは、「医療提供体制の改革の基本的方向(中間まとめ)」(2002年8月)や「社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書案」(2002年11月)と軌を一にしている。第7に、これらの動向の背後には、「自己決定権」と「自己責任」の思想とに支えられて、医療社会を現代的な「契約」やあるいは「信認」によって再編しようとする新たな思潮がある^{3,4)}。2001年に実施された「消費

者契約法」にその一端が法制化されている²¹⁾。

こうした状況に囲まれて、一般の診療各科でも精神科でも全国的に経験の集積が進み、一部はすでに報告されている^{7,10,22,32)}。加えて、2000年以降診療報酬改訂でも情報提供に一定の評価がされてきたほか、2002年7月には厚生労働省は「診療に関する情報提供等の在り方に関する検討会」を設置し「カルテ開示」法制化の検討を始めた。また、2002年10月には日本医師会が「第2版診療情報の提供に関する指針」(以下、「日医指針第2版」)を制定したため、「カルテ開示」は新たな段階に進もうとしている。

3 「医療倫理」の新たな展開

1. 「医療倫理」の4原理

以上みてきたように、「カルテ開示」の動因のすべてが、「医療倫理」の新たな展開として称揚できることばかりではないが、筆者らのような専門家集団としては、改めて新しい「医療倫理」の視点に戻り、「カルテ開示」に際してさしあたり必要な原則を整理しておきたい。

その第1が「医療倫理」の4原理¹⁾、すなわち、①自律尊重原理、②無危害原理、③仁恵原理、④正義原理、である。「カルテ開示」は「IC」とともに、①より導かれ、この新たな「医療倫理」の中核的な概念として位置づけられる。

2. 「IC」と「カルテ開示」のための原則

その第2が「IC」であり、日本でも「IC」が「医療法」(1997)に掲げられ、「診療情報の提供」が推進されてきた¹⁸⁾。「カルテ開示」は「IC」の発展とともにあり、「IC」の有効性と信頼性とを担保するものでもあることから、ここでは「カルテ開示」のために最小限の要点を整理しておきたい。

「IC」の理念、意味として、次の3点が指摘される^{1,15)}。①自己決定権・自律権の尊重あるいは自律的権限委任、②制度的な規則としての同意、③患者の生命・健康(ひいては幸福)の維持・回復、である。

「IC」の成立要素は次の4点から構成される¹⁵⁾。

①患者に同意能力があること、②医師が適切な説

明を行ったこと、③患者が説明を理解したこと、④医師の説明を受けた患者が任意の意識的な意思決定により同意したこと、である。

方法上の原則としては、「アメリカ大統領委員会報告」などで示されている²⁶⁾。すなわち、①治療の危険性を詳細に書いた書式の内容を暗誦するに等しい儀式ではない、②意志決定を患者とともに行うというプロセスである、などである。

日々の臨床では、最新のコミュニケーション学の知見に基づいた、ヘルスコミュニケーションの観点が重要であり、その基礎となるヒューマン・コミュニケーションの基本的な前提は、プロセスであり、相互交流的であり、多面的であるとされている²⁵⁾。

伝達されるべき情報としては、国際連合の「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」(1991)で提示されている¹²⁾。すなわち、①診断上の評価、②提案されている治療の目的、方法、予測される期間及び期待される効果、③より侵襲性の少ない方法を含む他に考えられる治療法、④提案されている治療において考えられる苦痛、不快、危険及び副作用、である。欧米では、市民のために「インフォームド・コンセントをするための質問」のような手引き書が出版されていて分かりやすい⁵⁾。

精神科医療の領域における「IC」の展開については、すでに諸家の論文があり^{14,17)}、日本精神神経学会インフォームド・コンセント検討作業部会も「精神科治療者のガイドライン」として、精神科医療においては多くの未解決点を残しているとしながら、詳細な提言をまとめている²³⁾。

「カルテ開示」も、以上の「IC」の原理、原則に準拠すべきものであり、同時に、適切な「IC」を實踐すれば「カルテ開示」を求められることもまた少ないという関係にある。しかし、病名告知、薬物療法、精神療法や医療機関の「精神科」という標示といった基本的な事項さえ定かではないところがあるのも現実である。

4 「検討会報告書」ならびに医療関係団体の指針における「論点整理」

岩下が、「検討会報告書」、「日医指針」やその

他の医療関係団体の「指針」の主な項目について比較検討を行っているが、精神科医療にとっても主要な論点が抽出される(表1)³²⁾。

1. 意義と目的

おおむね、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などとされているが、「検討会報告書」では、さらに個人情報 の自己コントロール(権)もあげられている。

2. 開示請求権者の範囲

それぞれの指針によって、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、保護者、親族、遺族等が示され、「日医指針第2版」では改めて遺族が対象とされた。

3. 開示の方法

すでに、多くの指針において、口頭説明、要約書、閲覧、謄写などの方法が提示されてきたが、このたび、「日医指針第2版」が要約書を削除したことにより閲覧ないし謄写に限定されていくことが明らかとなった。

4. 非開示要件

それぞれの指針によって、開示を拒みうる場合などと呼ばれ、非開示の範囲あるいは開示内容の例外が規定されている。「日医指針」も「日医指針第2版」も、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適当とする相当な事由が存するとき、と示している(以下、「日医非開示3条件」)。

5 研究調査の現況

「カルテ開示」に関しては、日本診療録管理学会、健康保険組合連合会や各種の団体が研究調査を行っているが、精神科医療における最近の主な研究調査を年代順に総括すると、次のようになる。

1) 国立精神療養所研究班が1998年に行った調査では³⁷⁾、開示に対しては、原則的賛成が約67%、積極的な反対は10%弱であった。開示可

表1 主な医療関係団体の「指針」における論点比較①

日本医師会〔第1版〕(平成11年4月)	日本医師会〔第2版〕(平成14年10月)
<p>目的 医師が診療情報を積極的に提供することにより、患者が疾病と診療の内容を十分に理解し、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</p>	<p>目的 医師が診療情報を積極的に提供することにより、患者が疾病と診療の内容を十分に理解し、医療の担い手である医師と医療を受ける患者とが、共同して疾病を克服し、医師、患者間のより良い信頼関係を築く</p>
<p>診療記録等の開示を求め得る者 (1) 患者が成人で判断能力ある場合は、患者本人 (2) 患者に法定代理人がある場合は、法定代理人。ただし、満15歳以上の未成年者については、疾病の内容によっては本人のみの請求を認めることができる (3) 患者本人から代理権を与えられた親族 (4) 患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実には患者の世話をしている親族およびこれに準ずる縁故者</p> <p>医師の求めによる診療情報の提供 (1) 医師は、患者の診察のため必要があるときは、患者の同意を得て、その患者を診察した若しくは現に診察している他の医師に対して直接に、検査記録等の診療情報の提供を求めることができる (2) 前項の求めを受けた医師は、患者の同意を確認したうえで、検査記録等の診療情報を提供するものとする</p>	<p>診療記録等の開示を求めうる者 (1) 患者が成人で判断能力ある場合は、患者本人 (2) 患者に法定代理人がある場合は、法定代理人。ただし、満15歳以上の未成年者については、疾病の内容によっては本人のみの請求を認めることができる (3) 診療契約に関する代理権が付与されている任意後见人 (4) 患者本人から代理権を与えられた親族 (5) 患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実には患者の世話をしている親族およびこれに準ずる縁故者</p> <p>医師の求めによる診療情報の提供 (1) 医師は、患者の診察のため必要があるときは、患者の同意を得て、その患者を診察した若しくは現に診察している他の医師に対して直接に、診療情報の提供を求めることができる (2) 前項の求めを受けた医師は、患者の同意を確認したうえで、診療情報を提供するものとする</p> <p>遺族に対する診療情報の提供 (1) 医師および医療施設の管理者は、患者が死亡した際には遅滞なく、遺族に対して死亡に至るまでの診療経過、死亡原因などについての診療情報を提供する (2) (略) ただし、診療記録等の開示を求めることができる者は、患者の法定相続人とする</p>
<p>診療情報提供の一般原則 (1) 医師は、患者に対して懇切に診療情報を説明・提供しよう努める (2) 診療情報は、口頭による説明、説明文書の交付、診療記録等の開示等、具体的状況に即した適切な方法により提供する</p> <p>診療記録等の開示による情報提供 (1) 医師および医療施設の管理者は、患者が自己の診療録、その他の診療記録等の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応ずるものとする (2) 医師および医療施設の管理者は、診療記録等の閲覧、謄写に代えて、要約書を交付することができる</p>	<p>診療情報提供の一般原則 (1) 医師は、患者に対して懇切に診療情報を説明・提供しよう努める (2) 診療情報は、口頭による説明、説明文書の交付、診療記録等の開示等、具体的状況に即した適切な方法により提供する</p> <p>診療記録等の開示による情報提供 (1) 医師および医療施設の管理者は、患者が自己の診療録、その他の診療記録等の閲覧、謄写を求めた場合には、原則としてこれに応ずるものとする</p>
<p>診療記録等の開示などを拒みうる場合 (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適当とする相当な事由が存するとき</p>	<p>診療記録等の開示などを拒みうる場合 (1) 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適当とする相当な事由が存するとき (2) 医師および医療施設の管理者が前項により申立の全部または一部を拒むときは、申立人に対して〔6-2〕に定める苦情処理機関があることを教示するものとする</p>

表1 主な医療関係団体の「指針」における論点比較②

国立大学附属病院 (平成11年2月)	都立病院 (平成11年10月)
<p>目的 診療情報を積極的に患者に提供し、医療従事者と患者とが診療情報を共有することによって、両者の良好な関係を築き、より質の高い開かれた医療を目指す</p>	<p>目的 インフォームド・コンセントの理念に基づき、患者等の求めに応じて、原則として診療情報を提供することにより、医療従事者と患者とが診療情報を共有し、もって相互の信頼関係を深めることにより、質の高い医療を実践する</p>
<p>診療情報を提供する対象者</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 診療情報の提供は、患者本人からの申請に基づいて、患者本人への提供を原則とする (2) 患者が成人で、合理的判断ができない状態にある場合は、法定代理人、又はプライマリー・ケアギバー(実質的に患者のケアを行っている親族又はそれに準ずる者)が申請するものとする (3) 患者が未成年で、合理的判断ができない状態にある場合は、法定代理人が申請する (4) 患者が未成年で合理的判断ができる場合には、患者本人と法定代理人が連名で申請することを原則とするが、連名で申請できない場合には、いずれか一方がその理由を記載して申請するものとする 	<p>診療情報提供の申出者</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 患者本人 診療情報の提供は、原則として患者本人に対して行うものとする (2) 患者本人以外の者 <ol style="list-style-type: none"> a 禁治産者の法定代理人 b 未成年者の法定代理人 c 実質的に患者のケアを行っている親族又はそれに準ずる者 ただし、上記b・cの場合は、患者が満15歳以上で、合理的判断ができない状態にある場合を除き、当該患者の同意を必要とするものとする
<p>診療情報の提供の方法等</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 閲覧の又は閲覧及び謄写によることを原則とする (2) 別途診療諸記録に代わる客観的な文書(サマリー)を作成して交付する等、各病院の実状に合った方法による提供も差し支えないものとする (3) 提供する診療諸記録の閲覧、又は閲覧及び謄写は、病院が指定する場所において行い、患者からの求めがあれば、医師はその記載内容について説明するものとする 	<p>診療情報の提供の手続</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 閲覧及び口頭による説明によることを原則とする (2) ただし、申出者の求めがあれば、診療情報に代わる要約書を作成して交付することも差し支えないものとする (3) 申出者が写しの交付を求めた場合は、東京都個人情報保護に関する条例(平成2年2月21日東京都条例第113号)による開示請求となること及びその手続きを説明する (4) 診療情報の提供は、病院が指定する場所において、職員の立会いのもとに行い、その際、申出者の求めがあれば、主治医(又は責任部医長)はその記載内容について説明するものとする
<p>診療情報の提供をしないことがある場合</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 患者が、合理的判断ができない状態にある場合 (2) 患者への診療情報の提供が、当該医療機関の医療従事者を除く第三者の不利益になると考えられる場合 (3) 医学的見地から診療情報を提供することが患者の不利益になると考えられる場合 	<p>診療情報を提供をしないことができる場合</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 治療効果等への悪影響が懸念されるとき (2) 第三者から得た情報で、当該第三者の了解を得られないとき (3) 関係者の権利利益を損なうおそれがあるとき (4) 未成年者の法定代理人による提供の申出がなされた場合であって、提供することが当該未成年者の利益に反すると認められるとき

表1 主な医療関係団体の「指針」における論点比較③

日本精神病院協会（平成12年2月）	日本看護協会（平成12年3月）
<p>目的 患者が病気と診療の内容を十分に理解し、医療従事者と相互に信頼関係を保ちながら、協同して疾病を克服する</p>	<p>目的 インフォームド・コンセントの理念に基づく医療を推進し、医療従事者と患者が共同で患者の健康問題に取り組むことができるようにするため、①患者と医療従事者の信頼関係を築き、②患者が自分の健康問題や治療を理解しセルフコントロールができるようにすることである</p>
<p>診療情報提供の申出者 (1) 患者本人 (2) 患者が判断能力に疑義がある場合は、保護者 (3) 患者本人から代理権を与えられた3親等内の親族</p>	<p>診療記録等の開示を求め得る者 (日本医師会の「指針」に準拠) (1) 患者が成人で判断能力ある場合は、患者本人 (2) 患者に法定代理人がある場合は、法定代理人 ただし、満15歳以上の未成年者については、疾病の内容によっては本人のみの請求を認めることができる (3) 患者本人から代理権を与えられた親族 (4) 患者が成人で判断能力に疑義がある場合は、現実に患者の世話をしている親族およびこれに準ずる縁故者</p>
<p>情報提供の方法 (1) 口頭説明等（要約書、検査資料の提供を含む）により行う (2) 診療録は多くの第三者情報や医療従事者側の主観的情報が含まれているので複写はしない</p>	<p>開示の方法 (1) 基本的には、日常的に、看護の場において患者とのコミュニケーションをよくし、十分な情報を提供しておくことが重要である (2) 開示の手続きを定め、関係者には周知しておく必要がある 看護記録の開示の方法としては、以下の3つが考えられる a 看護記録の閲覧 b 看護記録の写しの交付 c 看護記録を要約した書類の交付</p>
<p>診療情報提供をお断りする場合 (1) 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恐れがあるとき (2) 対象となる診療情報の提供が、第三者の利益を害する恐れがあるとき (3) 上記(1)(2)のほか、診療情報の提供や開示を不相当とする相当な事由があるとき (4) 訴訟等を前提とするとき</p>	<p>診療記録等の開示などを拒み得る場合 (日本医師会の「指針」に準拠) (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</p>

表1 主な医療関係団体の「指針」における論点比較④

検討会報告書(平成10年6月)

必要性とその考え方

- 第1に、医療従事者、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が挙げられる。(一中略一)
 第2に、個人情報の自己コントロールが挙げられる

診療情報の提供の対象者

- (1) 患者本人
 a 未成年者、痴呆症の人など、判断能力が不十分な者(略)本人が情報提供を求めた場合、対象とするべき
- (2) 本人以外の者
 a 本人の同意がある場合および本人に自己の治療について理解、判断する能力が欠けていると認められる場合に
 限るべき
 b その対象範囲は、単に本人の健康状態に密接な利害関係を持つのみならず、治療について本人に代わって判断、
 同意をなし得る者に限定するべき
 c 親権者、配偶者および後見人は、基本的にその対象として差し支えない。また、同居の親族等これらに準じる
 者についても対象となる場合がある
 d 未成年者を一律に判断能力が不十分な者として扱うことの適否は問題となり得る

診療情報の提供の方法

診療情報提供の方法としては、

- (1) 口頭による説明
 (2) 口頭による説明+診療記録に基づき、その内容を証明する別文書を作成して交付
 (3) 口頭による説明+診療記録の提示
 (4) 口頭による説明+診療記録の提示+診療記録の写しの交付

情報提供を実効あらしめるためには、最終的には(4)が確保されることが必要であるが、患者の求める内容に応じ、(1)から(4)までの方法が考えられる

診療情報の提供の例外

- (1) 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
 a がん
 b 精神病
 ・ 精神病患者に対する診療情報の提供は基本的には例外扱いするべきではない
 ・ 判断能力を欠く場合、情報提供により信頼関係に著しい悪影響を及ぼすおそれがある場合、医療従事者、家族、
 その他の第三者が患者の攻撃対象となる可能性が高い場合など情報提供を拒否する正当な理由がある場合
 ② 本人及び家族等の社会的不利益
- (2) 第三者から得た情報
 紹介状に含まれる情報等(略)、原則として、当該第三者の同意がない場合

注) 文献32において岩下が作成した表を筆者が一部改変した。

能な項目は客観的症状の説明などの項目で、特に配慮すべき患者側の事情に関しては、「病名」、「病状の程度」、「信頼関係の程度」、「患者の性格」、「同意能力の程度」をあげる回答が多かった。さらに、強制入院、深層心理、第三者情報、加えられた損害に対する法的な救済などが課題とされ、条件整備の必要性も明らかにされている。

2) 伊藤らが1999年に精神科診療所の外来患者を対象とした調査では⁶⁾、精神科医は、61.8%の患者に対し無条件で開示できると回答している。開示については、「とても見たい」と回答した者と「どちらかというで見たい」と回答した者の合計は76%に上り、「治療計画」の開示の希望がもっとも高かった、と報告している。

3) 酒井らが1999年に精神科病院外来の患者に対して行った調査では²⁸⁾、対象患者の41.5%に診療録を無条件で開示でき、48.4%は条件付きで開示できると判断された。この精神科医の判断には、①精神分裂病圏の診断、②気分障害の診断、③GAFによる機能の全般的評定、④現在の主治医による治療期間、⑤主治医によって評定された治療に対する患者の満足度、が影響力を持っていると示された。

4) 日本精神神経学会の「カルテ等診療情報の開示問題検討特別委員会」は、2000年に同学会評議員に対して調査を行った³¹⁾。それによると、開示については、賛成は17%で、条件付き賛成は74%であった。開示方法については、「ケースバイケース」が多く、開示の例外とすべき診療情報としては「治療者の主観的印象の記述」をあげた者が多く、次いで「家族の描写」、「病名」などであった。また、多くの条件整備の項目があげられている。

5) 山内は、2000年に講座担当者会議メンバーの調査を行った⁴⁰⁾。それによると、開示に賛成する者は25%で、部分的賛成が63%であった。そして、「診療録の開示が抱える問題点として」、①診療録が医療者のための記録であること、②記述した書類による伝達の危うさ、③情報提供者の保護のしにくさ、などをあげている。

6) 筆者らは厚生科学研究の分担研究として「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」を2000年から行っている。2000年度は、精神科医療も開示は可能であるが同時に「IC」が重要であるとしたうえで、「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11例の事例を報告した。そのため、開示を行う際に一定の臨床判断が必要であるとした³²⁾。2001年度は、精神科医療機関19施設の調査を行い、それによると開示を行っているのは17施設、開示総件数37件のうち全面開示は12件、部分開示は11件であった。開示方法としては複写が16件であった³³⁾。同時に精神科医療の固有の課題を検討し条件と環境を整備する必要性が示された^{32,33)}。

7) 高橋は、2002年に大学病院精神科と国立病院・療養所精神科の開示の状況を調査した。開示請求はこの1年で国立病院精神科では16件、1施設当たり0.5件であり、大学病院精神科では44施設中37件、1施設当たり0.8件となっている。開示率は国立病院精神科では69%、大学病院精神科では約90%であり、開示の仕方はコピーがもっとも多くなっている。そして、主治医のレベルで行われている開示も多い、と報告している³⁴⁾。

8) 高橋は、2001年に行われた国立病院・療養所の研究による、精神科看護領域における開示を前提とした看護記録の作成に関する研究を紹介している。そこでは、不適切な表現を実際の看護記録から抽出し、その評価と適切な表現への変更例を示している³⁴⁾。

6 精神科医療の固有の課題

これまでの諸指針や研究調査を総括すると、精神科医療の固有の課題は次のようである(表2)。

1. 意義と目的

医療の質の向上あるいは医療者と患者の信頼関係を形成するという観点は異論がないが、個人情報へ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関しては議論がある。丸山は、「個人情報保護法案」では、開示(30条)、訂正等(31条)は、医療に関して民間業者に限らず広く適用されると指摘している³²⁾。訂正要求の取り扱いもこれから避けられない課題である。

表2 精神科医療の固有の課題

①患者の判断能力の評価
②非自発的入院の取り扱い
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不適切な精神医学用語、症状の表現、疾患の呼称
⑧病名の告知
⑨精神医学的評価
⑩精神保健福祉法関連の書類
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・治療者関係の吟味

2. 開示請求権者の範囲

患者本人からの請求の場合はその判断能力が問題となる。実務的には非自発的入院者を非開示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、措置入院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法学者の指摘もあるので基準とするのは難しい。いずれにしても、患者の判断能力について、判断能力が十分であっても可能だとはいえない事例もあり、反対に判断能力が不十分だとしても可能な事例もある。これは治療者患者関係や治療の進捗状況によって異なるが、評価のための方法論が必要とされる²⁾。

また、患者本人以外からの請求の場合、患者本人の同意が必要である場合も少なくなく、未成年者であっても同意を必要とすることがある。さらに、患者の同意があったとしても患者や家族の利益に反することが明らかな場合は一定の歯止めが必要である。

3. 開示の方法

医療者の誠意ある口頭説明とともに行うことが必要である。謄写については後日一人歩きしたり本来の目的と異なって使用される可能性があるので一定の歯止めや運用面の検討が必要である。また、心理テストなどはまだまだ要約の方が適切な場合もある。

4. 非開示要件

「日医非開示3条件」は整ったものであるが解釈の幅が広く、精神科医療においては相当な非開

示を可能とする根拠となりうるので、規定をできる限り具体化することが求められる。第1項については、精神科医療にとって、第三者情報の臨床的な価値が高いが患者にとっては気になることもまた自然であることから、工夫と配慮が必要とされる。第2項については、現状では病名告知や病状説明をはじめ、薬物療法、精神療法についても該当することがありうる。第3項の規定は一層曖昧である。例えば、精神科に特有の深層心理や家族力動の記録はこの第1項から第3項のいずれにも当てはまるので、適切な判断が必要である。一部でプロセスノートを区別するなどの二重作成制度(Dual System)が唱えられる所以である。

5. 精神科医療が抱える臨床上の課題

精神科医療において開示の課題が複雑であるのは、①人格や心理に深くかかわる、②客観的な症状評価が難しい、③第三者情報の意義が大きい、④非自発的医療が少なくない、⑤医療者と患者・家族とが情報を共有する過程が治療行為そのものであり、治療過程の進捗状況や時期あるいは患者・治療者関係を吟味しながら開示を行う必要がある、という固有の特質による。そのため、医療者の臨床判断や裁量という領域が残らざるをえない。必要なことは、その臨床判断の要件が、公開性、透明性、説明責任という情報公開の原則を踏まえて明示されることであり、「開示」の臨床的な適用のためには簡素な運用規定が求められる。しかし、より本質的には、精神医学の体系が流動的で仮説的で標準化が困難であり²³⁾、かつ、歴史的に精神科医療の環境や資源が貧困であるうえ、精神科医療が今なお差別と偏見にとらわれていることが影響している。精神分裂病の呼称は統合失調症に変わったが、さらに精神医学用語、症状の記載表現まで、過去の精神病観の産物は抜本的に再検討されなければならない。

7 条件と環境の整備

医療現場が「カルテ開示」を実施する際、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」、日本医師会委員会答申¹⁹⁾やその他の先行研究で指摘されてきた。これらの要点

表3 条件と環境の整備

①診療録に対する医師や医療者の意識改革
②診療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 診療録の記載の再検討と最小限基準・標準的指針の作成
c 診療録の書式, 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)の採用
e 用語の標準化
③診療録の管理体制の整備
a 診療管理部門の設置
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 診療録の検索・抽出・統計の整備
e 患者への広報
④関連法規の整備
a 各法律相互間での整合性の改善
b 現在の療養担当規則の規定の改善
c 医師以外の職種が作成する記録に関する法制度の整備
⑤財政的措置・診療報酬上の位置付け
⑥診療記録に関する教育・研修の実施
⑦診療情報の電子化
⑧苦情処理機関の設置

は次のとおりである(表3)。

第1に, 診療録の内容と作成の整備があげられる。診療録は長年にわたり医師の備忘録と理解されていたが, 元来は法律や法令により公的な性格を持っており, 開示あるいは情報の共有のために他者の理解が可能な記録であることが求められるようになった^{8,19)}。診療録の必要条件としては, ①診療の事実在即したものであること, ②科学的(医学的)論理に基づいた記述であること, ③第三者の理解が可能な客観的記載(他者が読解可能)であること。十分条件としては, ①収集主観情報と客観情報の分析・評価に関する記載, ②診断・病名決定経過など, 経過に関する記載, ③治療・指導の効果判定とその評価に関する記載, が必要とされる¹¹⁾。第2は, 診療録の管理体制の整備があげられる。日本でも診療情報管理士の育成と活用とが進み³⁹⁾, この分野も急速に整備されつつある。第3に, これらを実現するために必要とされるのは, 医師をはじめとした医療者の意識改革と研修および人的財政的措置である。ほかに, 医師以外の医療者の記録については課題として取り上げられるようになったところである。

8 今後の課題

「カルテ開示」は当面, 各医療者が全面開示あるいは部分開示を行った事例と同時に非開示ないし慎重な開示を行った事例を集積し, 臨床判断についての一定の要件や基準を整理し提示する段階であり, そのためには実践を厭わず, 段階的開示を実践し経験を積むことが重要となる。カルテを共同して作成するという姿勢も必要となろう。今後の課題として高橋は, 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, をあげている³⁴⁾。

「カルテ開示」は「個人情報保護法」制定という新しい段階を迎えようとしており, これから, 医療の質と標準化, EBMや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, 守秘義務概念の変化, 電子カルテ化などに多大な影響を与えていくことが予想される。一方, 米国では「カルテ開示」は医療費抑制の方法として登場した側面があり, その米国医療は「医療倫理」先進国でありながら「市場原理」の支配に揺れている¹³⁾。日本は今, 欧米の「医療倫理」と「カルテ開示」の影に潜む陥穽を見据えながら, 精神科医療の再構築に向けた方法として「カルテ開示」を位置付け直すことが求められる。

謝辞: 本稿は, 厚生科学研究(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(主任研究者; 竹島正先生)」の分担研究『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』の研究活動に多くを負っております。研究協力者の荒田寛, 伊藤弘人, 岩下覚, 浦田重治郎, 斉藤慶子, 白石弘巳, 羽藤邦利, 丸山英二, 山角駿の諸先生に深謝いたします。

文献

- 1) Beauchamp TL, Childress JF: PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS, 3rd Edition. Oxford Univ Press, New York, 1989 (永安幸正, 立木教夫監訳: 生命医学倫理. 成文堂, 東京, pp79-367, 1997)

- 2) Grisso T, Appelbaum PS : ASSESSING COMPETENCE TO CONSENT TO TREATMENT. Oxford Univ Press, New York, 1998 (北村 総子, 北村 俊則訳: 治療に同意する能力を測定する. 日本評論社, 東京, 2000)
- 3) 花崎 卓平, 川本 隆史, 鷲田 清一ほか: 自己決定権, 私とは何か. 現代思想26:44-269, 1998
- 4) 樋口 範雄: フィアユシャリー [信認] の時代. 有斐閣, 東京, 1999
- 5) 池永 満: 患者の権利 (改訂増補版). 九州大学出版会, 福岡, 1997
- 6) 伊藤 弘人, 山角 駿, 澤 温ほか: 精神科診療所における外来患者の診療録開示に関する調査. 社会保険旬報2026:16-21, 1999
- 7) 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, 東京, 1999
- 8) カルテ等の診療情報の活用に関する検討会: 「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」報告書. 1998
- 9) 河北 博文, 瀬川 至朗, 滝沢 良明ほか: 病院の医療情報発信. 病院 60:581-608, 2001
- 10) 患者の権利法をつくる会編: カルテ開示. 明石書店, 東京, 1997
- 11) 木村 明: 診療録の記載とその管理. 日本医師会雑誌 123:324-327, 2000
- 12) 国際連合総会 (斎藤 正彦, 小池 清康, 広田 伊蘇夫ほか訳: 精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則. 日精協誌 11:611-620, 1992)
- 13) 李 啓充: 市場原理に揺れるアメリカの医療. 医学書院, 東京, 1998
- 14) 松下 正明, 高柳 功, 中根 允文ほか監修: インフォームド・コンセントガイドダンス. 先端医学社, 東京, 1999
- 15) 丸山 英二: インフォームド・コンセントの法理の法的諸問題. 松下 正明編: 臨床精神医学講座 22. 中山書店, 東京, pp225-239, 1997
- 16) 毛呂 裕臣, 西島 英利, 中安 信夫ほか: これだけは知っておきたい, 診療・相談記録の書き方 (I). 精神科臨床サービス 2:6-108, 2002
- 17) 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, 東京, 2000
- 18) 日本医師会: 診療情報の提供に関する指針. 1999
- 19) 日本医師会医事法関係検討委員会: 診療録のあり方について. 2000
- 20) 日本医師会: 診療情報・医療情報, 医療の基本 ABC 別刷 (日本医師会雑誌特別号). 2000
- 21) 日本医師会: 医療と「消費者契約法」解説. 2000
- 22) 日本医師会: 都道府県医師会, 市区医師会「診療に関する相談窓口」における受付事例, Vol 1. 2002
- 23) 日本精神神経学会インフォームド・コンセント検討作業部会: 精神科医療におけるインフォームド・コンセント—治療者のガイドライン(提言) 一. 精神経誌 101:465-469, 1999
- 24) 日本診療録管理学会 診療情報提供の事例調査委員会編著: (平成12年度厚生省カルテ等診療情報提供のための支援事業) 「調査報告書」, 「診療情報の提供および開示に関する規約・ガイドライン集」. 日本診療録管理学会, 2001
- 25) Northouse PG, Northouse LL : HEALTH COMMUNICATION, 2nd Edition. 1992 (信友 浩一, 萩原 明人共訳: ヘルスコミュニケーション. 九州大学出版会, 福岡, pp1-22, 1998)
- 26) President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research : Final Report on Studies of the Ethical and Legal Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. 1983 (厚生省医務局医事課監訳: アメリカ大統領委員会生命倫理総括レポート. 篠原出版, 東京, 1984)
- 27) Rothman DJ : Strangers at the bedside. Basic Books, 1991 (酒井 忠昭監訳: 医療倫理の夜明け. 晶文社, 東京, 2000)
- 28) 酒井 佳永, 伊藤 弘人, 山角 駿ほか: 精神病院外来における診療録開示に関連する要因. 臨床精神医学 29:1137-1145, 2000
- 29) 佐々木 力: 二十世紀における科学思想の転回, 講座現代思想 1. 岩波書店, 東京, pp187-236, 1993
- 30) 佐藤 忠彦, 岩下 覚, 前田 典子: 精神科医療における情報提供とカルテ開示. 中根 允文, 松下 正明編: 臨床精神医学講座 S12. 中山書店, 東京, pp17-38, 2000
- 31) 佐藤 忠彦: 精神神経学会の取組みの現状と課題 (第96回日本精神神経学会総会パネルディスカッション). 精神経誌 103:2-8, 2001
- 32) 佐藤 忠彦, 岩下 覚, 丸山 英二ほか: 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, 厚生科学研究分担研究報告書 (平成12年度). 2001
- 33) 佐藤 忠彦: 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, 厚生科学研究分担研究・研究成果抄録 (平成13年度). 2002