

- 34) 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
- 35) 武田牧子，中川敦夫，五味淵隆志ほか：これだけは知っておきたい，診療・相談記録の書き方（Ⅱ）。精神科臨床サービス2：126-219, 2002
- 36) 為金義博，松岡 浩，松尾真規子：看護が見える記録。精神科看護27：12-53, 2000
- 37) 殿村忠彦，井原 裕，小田豊美ほか：精神科医療におけるインフォームド・コンセント—カルテ開示について—，平成10年度国立精神療養所研究報告書。1999
- 38) 内川清雄企画・責任編集：診療情報の開示と管理。ぎょうせい，東京，1999
- 39) 山本展夫，土井生資，飯田修平ほか：診療情報管理士の育成・配置・活用，医療経営最前線。経営実践編266：3-23, 2002
- 40) 山内俊雄：精神科における診療録開示の条件整備について（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103：21-26, 2001

*

*

*

精神科カルテ開示の新たな段階と課題

厚生科学研究の報告から

佐藤 忠彦

東京 桜ヶ丘記念病院 院長



医療倫理の再登場

1963年、朝永振一郎が「科学にとっては19世紀から20世紀の初めにかけて、確かに良き古き時代であったと思います。ところが、(中略)科学者が単に自分の仕事をやっていけば、それがおのずから人間の幸福になるんだというオプティミズムが非常にはっきりとした形で破られた」と発言したのは、自己の学問が原爆のような大量殺戮兵器の開発に直接結びつくという認識からであったが¹⁾、これは言うまでもなく原子物理学の分野に限られることではない。近代科学技術の総体が「転回の秋¹⁾」を迎えた同時代にあって、私たち精神医学・医療(以下、精神科医療という)の専門家集団が日々糧を得ている医療社会もまた同様の課題に直面しており、「医療倫理」は「患者の権利」を基本的な原理として歴史的な転換期の過程にある。筆者らはかつて、こうした時代精神を背景とした「医療倫理」の新たな原理から「カルテ開示」に至る現代の動向を概観した^{2,3)}。「医療倫理」の原理は長い間、「ヒポクラティスの誓い」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「診療情報の提供・開示」、すなわち「インフォームドコンセント」(以下、「IC」という)と「カルテ開示」とが重視されるようになった。さらに個人情報の自己コントロール権という考え方が加わり、「医療倫理」は原理を一新して再登場している⁴⁾。

「カルテ開示」をめぐる状況と厚生科学研究の立ち上げ

日本でも、近年さまざまな要因により「IC」と「カルテ開示」とが要請されてきたが⁵⁾、1998年から1999年にかけての年月は、「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」という)が発表され、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」という)を策定したことにより、日本の医療社会にとって「カルテ開示元年」となった。2000年に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」を会員に周知している。その後、2001年に「行政機関の保有する情報の公開に関する法律(情報公開法)」が施行され、2003年には「個人情報保護に関する法律(以下、「個人情報保護法」という)」の制定、「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」の発表等が進み、さらに厚生労働省が「診療情報の提供等に関する指針」を各医療機関に通知した。日本医師会(2002年)も日本精神科病院協会(2003年)も指針を改訂して対応している。これらにより、「カルテ開示」は「原則開示、例外的非開示」に大きく転換する段階を迎えた。表題を「新たな段階と課題」とした所以である。

去る平成12年に、3カ年計画の厚生科学研究として、「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」が竹島正先生(国立精神・神経センター精神保健研究所部長)を主任研究者として発足した。この分担研究の1つとして、筆者らが担当した「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」が企画された。当時は、「個人情報保護基本法制に関する大綱案(素案)」が作成されていた頃であったため、厚生省(当時)は「カルテ開示」がいずれ「原則

開示, 例外的非開示」に大きく転換することを予測しており, そのための準備を構想したことが本研究の立ち上げの契機であった。本稿ではこの厚生科学研究(以下, 本研究という)の調査と結果とを報告することとしたい。

本研究の目的

日本での実践は欧米とは異なり, 実効性のある「カルテ開示」のためには多くの課題を検討し, 条件や環境を整備することが必要とされている。とりわけ, 精神科医療の領域では, 「検討会報告書」で指摘されたように, 「人間の人格, 意思にもっと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」という固有の特性があるうえ, 非自発的治療をはじめとした複雑な課題がある。加えて, 日本の精神科医療はいまなお過去の負の遺産を引きずっているだけに重い課題ではあるが, 「精神疾患の特殊性」を理由として非開示とすることはできないし, またそうするべきでもない。これらの課題の検討については, これまで各種の調査研究が行われており⁵⁻⁹⁾, 日本精神科病院協会も1998年にいち早く本誌で特集を行っているが(Vol.17, No.11), いまだ十分とは言えない。

そこで, 本研究では, 先行研究を総括しながら研究を進め, 精神科医療における「カルテ開示」のあり方と方法を構築するために, 開示, 非開示ないし慎重な開示等を行う際の臨床判断について, 具体的な要件や基準を整理し提示することとした。

研究方法

1. 平成12年度¹⁰⁾

初年度は, 第1に研究協力者のそれぞれの専門と立場から視点の検討を行い, 主として精神科医療に固有の検討課題の論点整理を行った。第2に, 「日医指針」やその他の医療関係団体の指針, 関連文献資料やその他の情報, 事例を収集し, 分析と検討を行った。第3に, 診療情報管理の実務的課題については, 専門家(鳥羽克子先生: 聖路加国際病院ヘルスイノベーション科医療情報管理科長〔当時〕)を講師として, 勉強会を開いた。

2. 平成13年度¹¹⁾

2年度は, 精神科医療機関の現状と意見とを把握し分析することを目的として, 「全体調査」と「事例調査」とで構成されたアンケート調査を実施した。対象期間は, 「日医指針」が施行された平成12年1月1日~平成13年12月31日の2年間とした。対象は, 本研究の研究協力者が勤務しているかまたは協力の承諾を得られ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, 単科精神科病院11, 診療所3)の回答を得た。

3. 平成14年度¹²⁾

3年度は, 国内精神科医の現状と意見とを把握し分析することを目的として, 日本精神神経学会会員から精神科医500名を無作為抽出により選びアンケート調査を実施した。その結果, 209名から回答を得た(回収率41.8%)。

そのほか, 日本医師会の2年間の受付事例¹³⁾と研究協力者が経験し慎重な検討を要した複雑な自験例, ならびにHIPAA法(米国, 1996年), その他の欧米の知見を収集し, 参考とした。

主な結果

1. 平成12年度¹⁰⁾

論点を次のように整理した。①「カルテ開示」の可否, ②意義と目的, ③開示請求権者の範囲, ④開示の方法, ⑤非開示の範囲, ⑥臨床判断の要件, ⑦条件と環境の整備, 等である。本研究として一定の見解に達したが, これは後述とする。

2. 平成13年度¹¹⁾

- ①カルテ開示を行っている医療機関は17であり, 70%の医療機関が院内掲示のほか, 検討委員会や内規を設けている。
- ②カルテ開示請求の総件数は37件で, 1医療機関あたり2件弱であり, 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。そのうち, 約半数に謄写が行われた。
- ③カルテ開示請求者は, 統合失調症圏の患者本人が多く, 入院患者の入院形式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。

請求理由としては、治療の内容、病気の経過、診療に納得できない、が多く挙げられた。請求時期としては、治療中が多かったが、治療中断後も少なくなかった。

- ④非開示理由としては、「日医指針」に盛り込まれた「3項目」(以下、「日医3条件」という)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、または、第三者情報が挙げられた。また、開示の結果、種々の問題を生じた事例もあった。
- ⑤医療機関内の条件や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、約半数では特記すべき整備は行われていなかった。
- ⑥今後必要とされる環境整備は、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・工夫が多く挙げられた。
- ⑦カルテ開示の法制化は賛成、第三者機関は必要、診療報酬化は必要、との回答がそれぞれ多かった。

3. 平成14年度¹²⁾

- ①カルテ開示を行っている医療機関は72カ所、34%であった。院内掲示は16%、委員会設置は25%、内規明文化は24%の医療機関でそれぞれ行われた。
- ②カルテ開示実施に際して行われた環境整備項目は、カルテ管理、保管形式の変更・工夫とカルテ記載ガイドラインの作成、支援のスタッフの配置等であったが、44%では特別な整備は行われなかった。
- ③最近1年間にカルテ開示を請求された精神科医は43名、21%にあたり、請求された方々の中では一人平均1.7件の請求があった。
- ④開示請求者の種別では、患者本人は26件、36%にとどまり、一方、30%は司法関係と保険会社であった。また、その開示請求時期としては、治療中は35件であり、治療中断後ないし患者死亡後が半数以上となった。
- ⑤対応としては、全面開示が41件で、56%を占めた。請求理由としては、病気や治療の内容について知りたい、病名について知りたい、

表1 精神科医療の固有の課題

- | |
|---------------------------|
| 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非自発的入院の取り扱い |
| ⑧不適切な精神科用語、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 |
| 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 |
| ⑬第三者からの開示請求 |

診療に納得できない点がある等であったが、行政、裁判所、刑事、民事、保険等のためとされた事例も少なくなかった。

- ⑥開示困難な項目としては、治療者の主観的印象の記述、第三者情報、家族関係の描写と評価等が多かった。
- ⑦カルテ開示の法制化や個人情報保護法については、半数以上が賛否を保留したが、自由記載欄では、否定的な傾向が認められた。

精神科医療の固有の課題

これまでの結果を考察すると、「カルテ開示」は2つの側面から検討されなければならない。すなわち第1は、精神科医療の固有の課題であり、これは日々の精神科臨床において問われることになる、非開示、部分開示あるいは慎重な開示の際の臨床判断の具体的要件や基準を検討することを意味する。第2は条件や環境の整備と改革である。後者は第1の課題を実践するために必須の条件であり対応が急がなければならないが、本研究では主に第1について検討を重ねてきた。その結果、以下のように、主要な課題がほぼすべて抽出された(表1)。

1. 「カルテ開示」の可否

本研究では「カルテ開示」に意義を認め、精神科医療を例外とすべきではないという考えが多くを占めたが、「否」とする立場もある。しかし、

非開示という考え方であっても「IC」をより徹底すべきという立場であり、診療情報の提供の促進という点では共通している。

2. 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では異論がないが、個人情報保護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理解が一致しないため、さらに論議を深める段階である。また、医療の質の向上の観点からは「カルテ開示」は必ずしも必要とされないという見解や、個人情報保護法案（当時）では、開示、訂正等は、医療に関しても広く適用されることが指摘されている¹⁰⁾。

3. 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。実務的には非自発入院者を非開示とする考え方もあるが、全ての医療保護入院患者の判断能力が欠けているとは言えず、措置入院者のようなポリスパワーによるものについてはむしろ開示すべきであるという見解もある。患者の判断能力が十分であっても可能だとは言えない事例があり、反対に判断能力が不十分だとしても可能な事例もあるので、これのみを基準とすることは難しいと考えられる。また、治療者-患者関係や治療の進捗状況によっても異なるため、この点の評価が必要である¹⁴⁾。

医療関係団体の指針は、患者以外からの請求も「可」としているが、精神科医療では患者の同意を必要とすると考えられる。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る場合は一定の歯止めが必要であり、また未成年者であっても本人の同意を必要とすることがある。

さらに、診療情報の利用は、医療行政、司法、保険会社等多岐にわたる。これら第三者からの開示請求は原則として患者本人の同意を要すると考えられるが、実務的な課題や法制度の整備あるいは患者本人の同意さえあれば可能かどうか等は今後も議論を続ける必要がある¹⁵⁾。

4. 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望ましい。心理テストのような分野では要約書が妥当であり、謄写については開示の目的と異なって使用される可能性があるので慎重な対応が必要である。また、段階的、あるいは部分開示がありうる。あるいはプロセスノートや二重作成制度（Dual System）の方法もありうる。

5. 非開示の範囲

これについてはまず、「日医3条件」を検討した。

- 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

また、「検討会報告書」で挙げられた、以下の事由も検討した。

- ①本人又は第三者の利益を損なう場合
 - ・治療効果等への悪影響
 - a. がん
 - b. 精神病
 - ・本人及び家族等の社会的不利

②第三者から得た情報

また、「個人情報保護法律案（当時）」で開示しないことができるとされている、以下の条項も参照した。

- 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

これらは概ね妥当と考えられるが、いずれも総括的な概念の規定にとどまっており、これだけでは日々の精神科臨床において開示を判断するためには抽象的である。有用な、より具体的な要件や基準が必要である。

6. 臨床判断の要件

精神科医療の特徴には、①医療者と患者・家族とが情報を共有することは治療過程および治療行為そのものである、②診療情報の提供や開示は治療過程の進捗状況や時期あるいは治療関係を吟味しながら行う必要がある、等がある。そのため、機械的形式的な開示ではなく、医療者の臨床判断や裁量により「適切に行う義務」があるという意見が多い。しかしその際同時に、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、基準を明示することが求められ、またいずれの場合でも、「IC」が最優先されなければならない。

条件と環境の整備について

条件と環境の整備については、本特集では他の論稿で述べられると思われるので、ここでは詳述は避けることとしたいが、収集した関連文献資料と鳥羽克子先生の報告を検討した結果は、表2のとおりである。

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具体的な要件や基準を整理し提示することが重要であり、その意味では現在は段階的開示の時代である。また、すでに述べたように、「IC」により解決可能なことも少なくないので、あらためて、精神科医療における「IC」の指針と方法論とが整理され確立されることも重要である。本研究も平成15年度以降も継続してこれらの課題に取り組むことを予定している。

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、を挙げている¹⁶⁾。そのほかにも、判断能力、非自発的入院、いわゆる「自傷・他害」の事例、治療法の選択、守秘義務、行政機関の書類、看護記録および作業療法士・精神保健福祉士・臨床心理士の記録等について、きめ細かく検討されて、医療現場の理解、啓発、普及を進めることが必要であ

表2 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診療記録に関する教育・研修の実施
⑦苦情処理機関の設置と機能
⑧診療情報の電子化 |
|---|

る。また、苦情解決のためには第三者機関の円滑な機能も求められる。一方、ともすれば「カルテ開示」に過大な期待が寄せられている傾向があり、本研究が属している全体研究のように、総合的な医療情報の公開や提供とともに進められなければならない。そしてなによりも、日々の精神科臨床の「底上げ」が図られなければならない。

「カルテ開示」は「個人情報保護法」の制定という新しい段階を迎え、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と個人情報の利用や保護、電子カルテ化などと繋がるのが予想される。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るという指摘があり^{15,17)}、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という¹⁸⁾。日本はいま、欧米の「医療倫理」と「カルテ開示」の光と影を見据えながら、「カルテ開示」を精神科医療の再構築のために役立てなければならない。

謝辞:

- 1) 本研究に発表の場を与えていただき、渡辺真俊先生(厚生省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課課長補佐)ならびに本誌編集委員会に感謝いたします。
- 2) 本研究の調査研究にご協力いただいた、医療機関と各位に感謝いたします。
- 3) 本研究は、研究協力者として参加していただいている、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(現:国立保健医療科学院)), 岩下覚(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(現:武蔵病院)), 齊藤慶子(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), 藤澤大介(社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会桜ヶ丘記念病院), 丸山英二(神戸大学法学部), 山角駿(財団法人・花園病院)の諸先生に多大のご協力をいただきました。あらためて感謝いたします。

文献

- 1) 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, pp.187-236, 岩波書店, 東京, 1993.
- 2) 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。臨床精神医学講座, S12, pp.17-38, 中根允文, 松下正明, 他編, 中山書店, 東京, 2000.
- 3) 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):37-48, 2003.
- 4) 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).
- 5) 殿村忠彦, 他: 精神科医療におけるインフォームド・コンセント・カルテ開示について。平成10年度国立精神療養所研究報告書。
- 6) 伊藤弘人, 山角 駿, 他: 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) 酒井佳永, 伊藤弘人, 他: 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(9):1137-1145, 2000.
- 8) 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.
- 9) 山内俊雄: 精神科における診療録開示の条件整備について。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 103:21-26, 2001.
- 10) 佐藤忠彦, 丸山英二, 他: 厚生科学研究分担研究報告書(平成12年度)「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」。竹島正, 他: 平成12年度「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」所収, 2001.
- 11) 佐藤忠彦, 他: 厚生科学研究分担研究報告書(平成13年度)「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」。竹島正, 他: 平成13年度「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」所収, 2002.
- 12) 佐藤忠彦, 他: 厚生科学研究分担研究報告書(平成14年度)「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」。竹島正, 他: 平成14年度「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」所収, 2002(印刷中).
- 13) 日本医師会: 相談の記録報告書。2002.
- 14) Grisso T, Appelbaum PS: Assessing Competence to Consent to Treatment, Oxford Univ. Press, 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.
- 15) 開原成允, 樋口範雄, 他: 医療の個人情報保護とセキュリティ。有斐閣, 東京, 2003.
- 16) 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.
- 17) 樋口範雄: アメリカにおける診療情報の開示。病院 58:920-924, 1999.
- 18) 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.



特集

精神保健福祉施策のグランドデザイン—障害者自立支援法案をめぐって—

精神保健研究の立場からみた精神保健福祉施策のグランドデザイン

—グランドデザインにエビデンスはあるか—

竹島 正 立森 久照 長沼 洋一

Key Words

グランドデザイン, 基準病床数, 算定式, 平均残存率, 退院率

1 はじめに

平成16年10月12日に厚生労働省障害保健福祉部から示された「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」(以下, グランドデザイン案という)には, 「良質な精神医療の効率的な提供」の章が設けられ, その「精神病床の機能分化の促進と地域医療体制の整備」の中に, 精神保健医療福祉体系の再編の達成目標として, 各都道府県の10年後の平均残存率(1年未満群), 退院率(1年以上群)をそれぞれ24%, 29%とすることによって, 今後10年間で約7万床の病床数の減少を促すことがあげられている¹⁾。この達成目標は, 「精神病床等に関する検討会」²⁾において検討され, 同本部報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」³⁾に示された「新たな精神病床の基準病床数の算定式」によるものである。

本稿では, 現行の精神病床の基準病床数の算定式(以下, 現行の算定式という)の問題点を

示すとともに, 「新たな精神病床の基準病床数の算定式」(以下, 新たな算定式という)が, その問題点をどのように解消しているかを明らかにする。また, 都道府県別の平均残存率(1年未満群), 退院率(1年以上群)を示すとともに, 新たな算定式に基づいた基準病床数の参考値を示す。そのうえで, 平均残存率(1年未満群), 退院率(1年以上群)をもとに達成目標を提示することと, その計算に精神保健福祉資料を用いることの妥当性について考察する。

2 方法

本稿では, グランドデザイン案に示された, 平均残存率(1年未満群), 退院率(1年以上群)をそれぞれ24%, 29%とするという達成目標の設定の妥当性について報告する。

はじめに, 現行の算定式の構造を示し, その問題点と現行の算定式に基づく必要病床数の推計を示すことから, 現行の算定式の見直しを行わなければならない理由を明らかにする。

次に, 新たな算定式の構造を示し, 現行の算定式の問題点がどのように解消されているかを明らかにする。また, 精神保健福祉資料⁴⁻⁶⁾をもとに都道府県別の平均残存率(1年未満群),

Evidence and mental health policy

TAKESHIMA Tadashi, TACHIMORI Hisateru and NAGANUMA Yoichi

国立精神・神経センター精神保健研究所 [〒187-8502 小平市小川東町4-1-1]

表1 現行の精神病床算定式

基準病床数 = (基本部分) + (加算部分)
基本部分 = $(\Sigma AB + C - D) / E$
※A: 当該区域の性別・年齢階級別人口 (5歳ごと)
B: 当該区域の属する地方ブロックの性別・年齢階級別入院率 (5歳ごと)
C: 他区域からの流入入院患者数
D: 他区域への流出入院患者数
E: 病床利用率 (0.95)
加算部分 $\leq (D / E) / 3$
※居住入院患者数 (当該区域に所在する病院の入院患者のうち当該区域に住 所を有する者の数) が ΣAB より少ない場合、都道府県知事は上記の計算 式で得た数を上限として適当と認める数を加えることができる。

退院率(1年以上群)を示す。そして、新たな算定式に基づく2015年度の基準病床数の参考値を示す。さらに、今後の都道府県における基準病床の算定において、用いられたデータの信頼性について考察する。

以上の結果をもとに、グランドデザイン案に示された達成目標の妥当性を検証し、本稿に求められている「グランドデザインにエビデンスはあるか」という問いかけへの答えとする。

3 結果

1. 現行の算定式の構造と問題点

現行の算定式を表1に示した。現行の算定式の問題点は、単位人口あたりの性・年齢別の入院患者の割合と人口構成をもとに入院患者の総数を推計し、それに流入・流出の実態をふまえて調整しているため、①現状追認的な算定式であり、現時点で在院率が高い中高年の増加に伴い、計算上、基準病床数が増加する、②精神疾患患者群の固有の問題として、短期で退院する群と歴史的に長期に入院している群の存在や、その地域差を反映した計算式となっていない、③各地域における病床利用の実態変化や将来の目標を反映できる計算式となっていない、④あくまで各地域の病床総量を計算するものであり、各医療機関の病床利用の目標設定など、他の目的に活用できる普遍的なものでない、とい

う問題が指摘されている²⁾。実際、現行の算定式をもとに精神病床の将来推計を行うと、国民総人口が減少すると予想されているにもかかわらず、最も入院率の高い中高年の入院率に影響され、病床数は増加するという結果を生じる(図1)。以上の理由から、現行算定式をもとに、将来の精神病床の基準病床数を算定することは不適切と考えられる。

2. 新たな算定式の構造と特徴

新たな算定式においては、現行の算定式の問題点にあげた4点を解消して、良質な医療を効率的に提供し退院を促進する体制づくりに向け、①精神病床入院患者には比較的短期で退院する群と、歴史的に長期に入院している群等が存在することを前提とした計算式へと見直す、②現状追認的なものから、退院率等の将来目標を設定し、段階的に地域差の解消を促す算定式へと見直す、③都道府県の実態に応じて、各都道府県が目標設定などについて、一定の自由度を確保する算定式へと見直す、④各医療機関の病床利用の目標設定など、他の目的に活用できる普遍的なものへと見直すという観点から、基準病床数 = (1年未満群の病床数) + (1年以上群の病床数) + (加算部分) という構造に改め、精神病床の在院患者は、入院期間が1年以上になると、その動態や退院状況が異なるという研究結果を反映した計算式としている(表2)²⁾。新たな病床算定式による(1年未満群)の病床算定

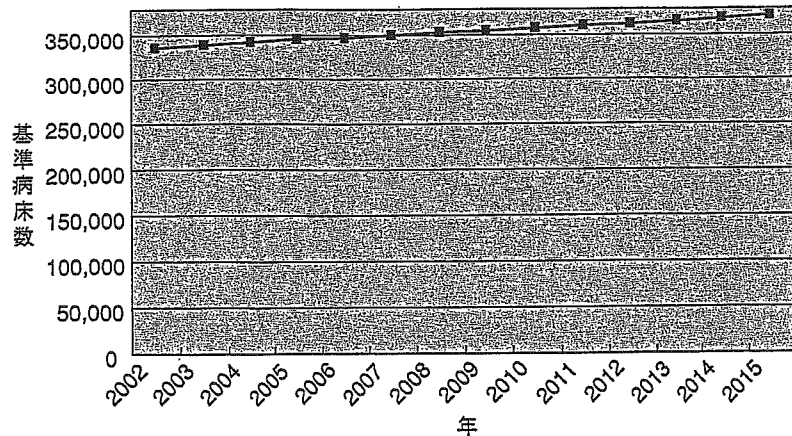


図1 現行算定式による推計基準病床数

表2 新たな精神病床算定式

(計算式)

$$\text{基準病床数} = (\text{一年未満群}) + (\text{一年以上群}) + (\text{加算部分})$$

$$\cdot \text{一年未満群} = (\Sigma AB + C - D) \times F / E1$$

※A : 各歳別人口 (4区分)

B : 各歳別新規入院率 (4区分)

C : 流入患者数

D : 流出患者数

E1 : 病床利用率

F : 平均残存率 (n月目の残存率について1~12カ月の相加平均)

$$\cdot \text{一年以上群} = [\Sigma G (1 - H) + I - J] / E2$$

※G : 各歳別一年以上在院者数 (4区分)

H : 一年以上在院者各歳別年間退院率 (4区分)

I : 新規一年以上在院者数

J : 長期入院者退院促進目標数

(病床数が多く(対人口), かつ退院率(一年以上群)が低い地域が設定)

E2 : 病床利用率

$$\cdot \text{加算部分} \leq (D / E) / 3$$

※現行どおり。居住入院患者数(当該区域に所在する病院の入院患者のうち当該区域住所を有する者の数)が Σ 人口 \times 入院率より少ない場合、都道府県知事は上記の計算式で得た数を上限として適当と認める数を加えることができる。

は、1年以内の退院(残存)曲線が囲む面積と同じとなるよう、各月の残存率を平均したものと記載されているが、これは新たな入院患者の入院後1年までの残存率の実態をふまえたものである。新たな病床算定式の(一年以上群)の病床算定は、1年以上の在院患者から退院する者の数を1年以上の在院患者数で割ったものとして記載されており、1年以上の在院患者の実際

の退院状況を反映したものである。以上のことから、新たな算定式は、わが国の精神病床入院患者の実際の動態を反映し、良質な医療を効率的に提供し退院を促進するという達成目標に利用できる構造を備えており、現行算定式の問題点を大きく解消していると考えられる。

3. 平均残存率(1年未満群)と退院率(1年以上群)の現状

1) 平均残存率(1年未満群)

平成16年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)「新たな病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究」(以下、特別研究報告書という)⁹⁾においては、平成12～14年度の3年間の精神保健福祉資料にあるデータをもとに、現状における平均残存率(1年未満群)と退院率(1年以上群)、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に示された、各都道府県の平均残存率(1年未満群)と退院率(1年以上群)の達成目標が実現された場合の2015年度における基準病床数の参考値を報告している。

平成12～14年度の精神保健福祉資料には、それぞれ前年6月1カ月間の入院患者の翌年5月末までの各月末の退院患者数がある。前年6月1カ月間の入院患者から退院患者数の合計を引いていくことで、各月末の残存患者数がわかる。6月末日における入院日数を0.5カ月と考えることで、前年6月末(入院後0.5カ月)から調査年度の5月末(入院後11.5カ月)までの各月の残存患者数を前年6月の入院患者数で割ったものは、入院後0.5～11.5カ月までの1カ月間隔で12時点の残存率を表すことになる。このため平均残存率(1年未満群)は、この12時点の平均値として表すことができる。特別研究報告書においては、平成12～14年度の3年間の入院患者数の合計に対する各月の残留患者数の合計を用いて、平均残存率(1年未満群)を算出している。その結果を表3に示す。3年間の合計による平均残存率(1年未満群)は全国値、平均残存率の低い3県または5県の平均で31.2%、25.1%、25.8%であった。

2) 退院率(1年以上群)

平成12～14年度の3年間の精神保健福祉資料に1年以上在院の退院患者数と1年以上在院患者数が含まれる。ここでいう退院患者数とは、家庭復帰等、社会復帰施設等、転院、死亡の合

表3 都道府県別の平均残存率(1年未満群)

都道府県	H12年度	H13年度	H14年度	合計
北海道	31.4%	30.6%	30.7%	30.9%
青森	30.3%	28.2%	26.9%	28.5%
岩手	38.7%	38.1%	36.8%	37.9%
宮城	28.0%	33.2%	31.2%	30.8%
秋田	30.6%	32.8%	31.8%	31.7%
山形	27.7%	28.2%	26.2%	27.4%
福島	32.8%	34.2%	31.0%	32.6%
茨城	36.8%	31.9%	39.7%	36.2%
栃木	31.3%	28.3%	31.6%	30.5%
群馬	27.2%	28.7%	28.7%	28.2%
埼玉	34.3%	35.8%	34.9%	35.0%
千葉	32.5%	31.9%	32.9%	32.4%
東京	28.8%	26.5%	26.7%	27.3%
神奈川	33.1%	31.8%	33.1%	32.7%
新潟	31.0%	30.1%	31.4%	30.9%
富山	32.8%	37.3%	34.1%	34.9%
石川	37.7%	29.6%	30.7%	32.6%
福井	26.4%	24.3%	25.5%	25.4%
山梨	32.0%	27.1%	32.5%	30.6%
長野	24.8%	21.4%	25.2%	23.7%
岐阜	25.7%	27.7%	26.2%	26.5%
静岡	28.8%	30.0%	29.7%	29.5%
愛知	32.4%	32.1%	30.9%	31.8%
三重	30.2%	28.8%	31.1%	30.1%
滋賀	25.6%	26.0%	29.9%	27.1%
京都	32.5%	32.7%	30.0%	31.8%
大阪	31.6%	27.8%	29.2%	29.5%
兵庫	34.8%	35.1%	33.0%	34.3%
奈良	37.3%	32.4%	38.1%	36.0%
和歌山	26.1%	32.4%	25.7%	27.9%
鳥取	26.2%	30.1%	33.4%	29.4%
島根	30.1%	34.3%	28.1%	28.6%
岡山	26.1%	31.2%	27.1%	28.2%
広島	33.0%	28.1%	31.4%	30.8%
山口	35.1%	36.4%	36.9%	36.1%
徳島	32.4%	31.9%	38.6%	34.2%
香川	33.1%	30.3%	31.9%	31.9%
愛媛	33.9%	27.2%	35.0%	32.0%
高知	22.7%	25.6%	29.9%	26.2%
福岡	34.8%	35.2%	32.9%	34.3%
佐賀	31.8%	34.6%	36.7%	34.4%
長崎	36.4%	37.3%	34.2%	35.9%
熊本	28.9%	28.3%	30.0%	29.1%
大分	34.6%	36.3%	38.4%	36.4%
宮崎	29.0%	31.1%	31.3%	30.5%
鹿児島	40.6%	39.6%	40.8%	40.4%
沖縄	32.0%	34.3%	30.1%	32.0%
全国	31.6%	30.9%	31.2%	31.2%

計である。特別研究報告書においては平成12～14年度調査の3年分の調査について、1年以上の退院患者数の12倍の合計を1年以上在院患者数の3年分の調査の合計で割ることによって、3年間の合計による退院率(1年以上)を算出している。その結果を表4に示す。3年間の合計による退院率(1年以上群)は全国値、退院率の低い3県または5県の平均で21.3%、29.2%、28.1%であった。

各都道府県におけるこれら平均残存率と退院率の対応関係を散布図に示したのが図2である。平均残存率(1年未満群)24%と退院率(1年以上群)29%を、両方とも満たしている都道府県はない。

4. 新たな算定式に基づく2015年度の基準病床数の参考値

グランドデザイン案には、2015年度平均残存率(1年未満群)、退院率(1年以上群)をそれぞれ24%、29%とすることによって、今後10年間で約7万床の病床数の減少を促すことがあげられた。精神保健福祉資料、2015年までの推計人口率を用いて、新たな算定式に基づく2015年度の基準病床数の参考値を示す。平均残存率(1年未満群)には、2005年度までは現在の平均残存率(1年未満群)を使用し、2006年度から2015年度までは各都道府県の平均残存率(1年未満群)が線形に推移すると仮定した数値を使用した。(ただし、すでに各都道府県の目標である平均残存率(1年未満群)24%を達成している都道府県は現在の平均残存率を使用)。

退院率(1年以上群)には、2005年度までは現在の退院率(1年以上群)を使用し、2006年度から2015年度までは、各都道府県の退院率(1年以上群)が線形に推移すると仮定した数値を使用した。(ただし、すでに各都道府県の目標である退院率(1年以上群)29%を達成している都道府県は現在の退院率(1年以上群)を使用)。

1年未満群の基準病床数の推計においては、2015年までの推計人口(国立社会保障・人口問題研究所編 都道府県別将来推計人口 平成14

表4 都道府県別の退院率(1年以上群)

都道府県	12年度	13年度	14年度	合計
北海道	26.1%	24.6%	23.6%	24.7%
青森	25.9%	21.7%	15.1%	20.9%
岩手	28.3%	20.0%	20.8%	23.0%
宮城	23.9%	19.7%	22.4%	22.0%
秋田	25.3%	21.3%	23.9%	23.5%
山形	18.3%	23.3%	26.5%	22.8%
福島	22.0%	17.1%	13.4%	17.6%
茨城	20.4%	16.6%	12.3%	16.4%
栃木	16.9%	17.9%	24.8%	19.7%
群馬	15.4%	16.6%	19.4%	17.0%
埼玉	38.1%	20.4%	39.3%	32.5%
千葉	19.0%	14.8%	18.2%	17.3%
東京	29.0%	29.3%	24.1%	27.4%
神奈川	25.6%	27.4%	20.8%	24.6%
新潟	18.5%	21.0%	18.7%	19.4%
富山	23.4%	15.9%	14.5%	17.9%
石川	29.0%	17.5%	20.2%	22.3%
福井	13.9%	18.7%	22.3%	18.3%
山梨	39.3%	15.2%	20.6%	25.0%
長野	20.4%	17.0%	18.6%	18.7%
岐阜	25.0%	15.5%	17.1%	19.2%
静岡	17.7%	24.6%	14.4%	18.8%
愛知	16.8%	18.1%	22.2%	19.0%
三重	26.1%	20.2%	30.9%	25.7%
滋賀	11.1%	17.5%	21.8%	16.8%
京都	18.6%	27.5%	18.8%	21.7%
大阪	21.0%	21.1%	18.0%	20.1%
兵庫	16.0%	16.0%	21.0%	17.6%
奈良	18.2%	27.5%	17.6%	21.1%
和歌山	17.9%	13.0%	18.0%	16.3%
鳥取	13.6%	14.8%	18.2%	15.6%
鳥根	20.7%	36.2%	26.7%	27.8%
岡山	24.6%	23.3%	22.0%	23.3%
広島	21.7%	22.0%	20.2%	21.3%
山口	22.6%	22.9%	16.9%	20.8%
徳島	13.0%	15.9%	19.2%	16.0%
香川	23.5%	22.0%	19.8%	21.8%
愛媛	16.4%	19.8%	22.0%	19.4%
高知	23.2%	23.1%	19.8%	22.0%
福岡	20.4%	24.3%	20.5%	21.7%
佐賀	25.3%	27.2%	24.8%	25.8%
長崎	19.7%	17.6%	15.0%	17.5%
熊本	21.3%	21.5%	13.6%	18.8%
大分	19.9%	21.2%	29.3%	23.4%
宮崎	17.1%	11.5%	11.1%	13.2%
鹿児島	21.6%	17.6%	15.7%	18.3%
沖縄	34.2%	22.2%	24.4%	26.9%
全国	22.3%	21.0%	20.6%	21.3%

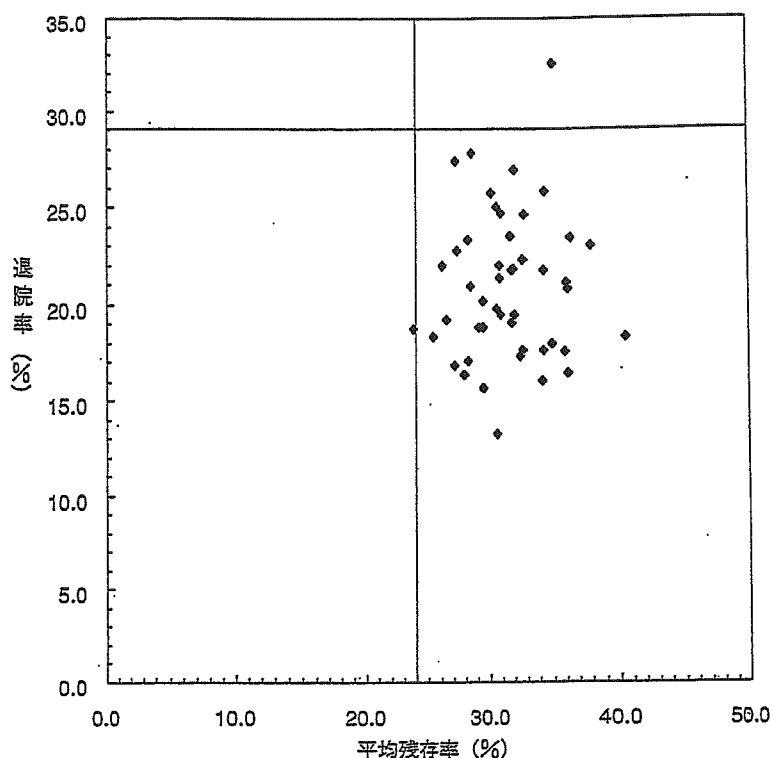


図2 各都道府県における平均残存率と退院率の対応関係

年3月推計)を用いて、年齢層別(20歳未満, 20歳以上40歳未満, 40歳以上65歳未満, 65歳以上)の推計人口を線形回帰により推計し、年齢層別人口×新規入院率×平均残存率(1年未満)の合計で、まず1年未満入院患者数を計算した。そのうえで、1年未満入院患者数を病床利用率0.95で割り、さらに精神保健福祉資料に協力のあった病院全体の病床数の割合から補正して、基準病床数を計算した。

1年以上群の基準病床数の推計においては、各年度の1年以上在院患者数は、その前年度までの1年以上在院患者で入院が継続した患者と、新たに1年以上入院が継続となる患者の合計で計算できることから、2002年度の1年以上在院患者数をP、現在の退院率を D_p 、2006年度以降の各年度の退院率を $D_{2006-2015}$ とすると、2015年度まで入院している患者数は、 $D(1-D_p)^4(1-D_{2006})(1-D_{2007})(1-D_{2008})(1-D_{2009})(1-D_{2010})(1-D_{2011})(1-D_{2012})(1-D_{2013})(1-D_{2014})(1-D_{2015})$ 、

で表すことができる。これに、2003年度から2015年度までの新規1年以上入院患者分が加算されていくとして、2015年度の1年以上在院患者数を計算する。ただし本計算においては6月1日に全員が一度に入院すると仮定しているため、補正值として2016年度の新規1年以上在院患者数の半数を加算する。

このようにして算出された数値を病床利用率0.95で割り、さらに精神保健福祉資料に協力のあった病院の病床数の割合から補正して、1年以上群の基準病床数を計算した。新規入院率の増加を見込まずに、2015年度の基準病床数を計算したところ、9.2万床減の26.4万床であった。

しかし、全国の新規入院者数は、1994年の26.7万人から、2003年の34.3万人まで増加しており、人口で徐した全国の新規入院率の年あたり増加率は2.6%であることから、現在の増加率が継続するとするならば、2015年の基準病床数は5.8万床減の29.9万床となる。

表5 基準病床数の参考値(新規入院率が2.0%で伸びた場合)

都道府県	2002.6実数	2016.6基準病床	減少数	減少比
北海道	21678.0	19625.2	2052.8	90.5%
青森	4695.0	3661.8	1033.2	78.0%
岩手	4890.0	3883.7	1006.3	79.4%
宮城	5571.0	4718.6	852.4	84.7%
秋田	4507.0	3457.9	1049.1	76.7%
山形	3415.0	3146.1	268.9	92.1%
福島	8195.0	6355.2	1839.8	77.5%
茨城	7825.0	5725.8	2099.2	73.2%
栃木	5501.0	3665.8	1835.2	66.6%
群馬	5429.0	4281.3	1147.7	78.9%
埼玉	12744.0	9943.7	2800.3	78.0%
千葉	13364.0	12403.6	960.4	92.8%
東京	25775.0	24782.1	992.9	96.1%
神奈川	14279.0	14136.0	143.0	99.0%
新潟	7292.0	6083.3	1208.7	83.4%
富山	3649.0	3450.0	199.0	94.5%
石川	3952.0	3086.1	865.9	78.1%
福井	2409.0	1797.9	611.1	74.6%
山梨	2607.0	1978.9	628.1	75.9%
長野	5555.0	4238.3	1316.7	76.3%
岐阜	4391.0	2811.4	1579.6	64.0%
静岡	7207.0	5103.9	2103.1	70.8%
愛知	13994.0	10402.3	3591.7	74.3%
三重	5148.0	3665.2	1482.8	71.2%
滋賀	2402.0	1955.1	446.9	81.4%
京都	6787.0	5980.3	806.7	88.1%
大阪	20310.0	17237.1	3072.9	84.9%
兵庫	11980.0	9503.4	2476.6	79.3%
奈良	2979.0	2388.5	590.5	80.2%
和歌山	2625.0	1484.6	1140.4	56.6%
鳥取	1827.0	1364.0	463.0	74.7%
島根	2659.0	2493.8	165.2	93.8%
岡山	6109.0	5446.2	662.8	89.2%
広島	9682.0	8285.1	1396.9	85.6%
山口	6299.0	4529.9	1769.1	71.9%
徳島	4340.0	2389.7	1950.3	55.1%
香川	4102.0	3040.3	1061.7	74.1%
愛媛	5088.0	3510.7	1577.3	69.0%
高知	4057.0	2924.6	1132.4	72.1%
福岡	21998.0	19245.8	2752.2	87.5%
佐賀	4495.0	3020.8	1474.2	67.2%
長崎	8356.0	5458.1	2897.9	65.3%
熊本	9037.0	6188.2	2848.8	68.5%
大分	5419.0	4100.9	1318.1	75.7%
宮崎	6257.0	4751.8	1505.2	75.9%
鹿児島	10111.0	6928.0	3183.0	68.5%
沖縄	5630.0	5473.3	156.7	97.2%
全国	356621.0	290094.5	66526.5	81.3%

ゆえに、新規入院率の増加傾向が今後とも続くと考えられるならば、精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である、各都道府県の平均残存率(1年未満群)24%以下、各都道府県の退院率(1年以上群)29%以上という設定は、一定の妥当性を有するものと考えられた。

以上のことから、基準病床数の算定において入院率の増加傾向が今後とも続くと見込み、また推計による計算の限界を考慮すれば、年率2%の新規入院率の増加を見込んだ計算結果を、本稿における2015年の基準病床数の参考値として例示することには一定の意義があると考えられるが、その場合の基準病床数は全国で6.7万床の減の29万床であった(表5)。

ところで、今回の精神保健福祉資料のデータを用いた基準病床数の計算においては、新規入院率の算出、退院率の算出において、それぞれ1カ月の入院または退院患者数を12倍して1年間の患者数とするという方法を用いている。入院患者数や退院患者数には月ごとの変動があると予想されることから、その影響を見積もっておく必要がある。各都道府県別の新規入院率、平均残存率および退院率の各数値の年度ごとのばらつきを明らかにしたところ、新規入院率(20歳未満)では、年度ごとのばらつきが大きい都道府県が存在した。新規入院率を算出する際に使用する6月1カ月間の新規入院患者数において20歳未満が他の年齢層と比べてかなり少ないという理由による影響が示唆された。それ以外では、ほとんどの都道府県で、年度ごとの各率のばらつきはあまり大きいものではなく、平成12～14年度の精神保健福祉資料を用いて算出した各年の各率の最大値と最小値の比は、ほとんどの都道府県で1.70以下であった。また、退院率に関しては、平成12～14年の病院報告によると月別退院患者数は各年の平均値に近い値であることが確認されている。以上の結果から、精神保健福祉資料をもとに、各都道府県で平均残存率(1年未満群)、退院率(1年以上群)、基準病床数の算定を行うことに大きな

問題はないものと考えられたが、新規入院率、平均残存率および退院率にばらつきの大きかった都道府県については、その背景について調査を実施することが望ましいと考えられた⁸⁾。

4 考察

本稿においては、グランドデザイン案に示された達成目標(各都道府県の10年後の平均残存率(1年未満群)、退院率(1年以上群)をそれぞれ24%、29%とすることによって、今後10年間で約7万床の病床数の減少を促すこと)が示されたことをふまえて、現行の算定式の問題点を示すとともに、新たな算定式が、その問題点をどのように解消しているかを明らかにした。そのうえで、精神保健福祉資料に新たな病床算定式による各都道府県別の基準病床数の算定の可能な情報が含まれていることから、平成12~14年度データをもとに平均残存率(1年未満群)、退院率(1年以上群)の数値と、政策目標が実現された場合の2015年の基準病床数を試算した結果を示した。その結果、平均残存率(1年未満群)24%、退院率(1年以上群)29%をもとに実現している都道府県はなく、精神保健医療福祉体系の再編には、現在の精神科入院治療の動態を変えていく措置が必要と考えられた。また、退院し、社会復帰した精神障害者の地域ケアに関しても、組織的対応が必要になる。特に、退院率(1年以上群)29%の実現には、必要な生活支援、住まいの場、日中活動の場のニーズを推定し、その確保を進めることが求められる。さらに、高齢となって家庭復帰や社会復帰施設などへの退院が困難な場合の介護保険施設の利用や、介護保険施設以外の、精神障害者に適した長期的な療養施設の確保も必要と考えられる。特に、精神病床の多い都道府県は、人口減少と地域社会の弱体化と崩壊など、歴史的課題を抱えている可能性があり、単に精神病床を減少させるという考え方だけでなく、精神障害者の高齢化をふまえた具体的な施策展開が必要

とされる¹⁰⁾。このため、平均残存率(1年未満群)24%、退院率(1年以上群)29%の実現には、それを達成している、またはそれに近い値を実現している都道府県、逆にその値から遠い都道府県の実態を分析することで、都道府県単位の取組みの推進に役立てていく必要がある⁷⁾。

本稿に示したとおり、グランドデザイン案に示された精神保健医療福祉の再編の達成目標は、新規入院率の増加が今後も続くならば、一定の妥当性を有するものと考えられた。

精神保健医療福祉の改革は平坦な道ではなく、さまざまな課題に直面しつつ、一步一步進めていくものと考えられる。また、新たな算定式に示された平均残存率(1年未満群)を下げ、退院率(1年以上群)を上げるという方向は、改革が進むにしたがって、1年以上の長期在院患者で退院可能な患者は退院していくため、退院率(1年以上群)を上げることが困難になることも予想される。また平均残存率(1年未満群)が低くなるにつれて地域ケアへの負担が増大していくおそれもある。障害者自立支援法案の成立によって、地域生活の支援等の安定した供給に道を拓くことが待たれるが、精神保健医療福祉体系の再編においては、その目標達成を図るためのフォローアップ調査が必要と考えられた。

5 おわりに

本稿は平成16年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)「新たな精神病床算定式に基づく、早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究(主任研究者:竹島正)」総括・分担研究報告書をもとに、特集の趣旨にをふまえて作成した。

文献

- 1) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部:今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案). 2004
- 2) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課:精神病床等に関する検討会 最終ま

- とめ, 2004
- 3) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課: 精神保健医療福祉の改革ビジョン(概要), 2004
- 4) 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—, 2002
- 5) 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13年度6月30日調査の概要—, 2003
- 6) 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14年度6月30日調査の概要—, 2004
- 7) 竹島 正, 小泉典章, 小山智典ほか: 都道府県において平均残存率の差を生じる要因の聞き取り調査. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)「新たな精神病床算定式に基づく, 早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究(主任研究者: 竹島正)」総括・分担研究報告書, 2005
- 8) 立森久照, 小山智典, 竹島 正: 新たな精神病床算定式に基づいた都道府県別の入院率, 残存率, 退院率の算出と算定式の信頼性の検証. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)「新たな精神病床算定式に基づく, 早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究(主任研究者: 竹島正)」総括・分担研究報告書2005
- 9) 竹島 正, 立森久照, 長沼洋一ほか: 新たな病床算定式による各都道府県別の基準病床数に関する研究. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)「新たな精神病床算定式に基づく, 早期退院と社会復帰促進のための精神保健福祉システムに関する研究(主任研究者: 竹島正)」総括・分担研究報告書, 2005
- 10) 竹島 正: 精神病床の機能にもとづく基準病床数の算定式のあり方について. 保健医療科学53: 45-53, 2004

* * *

 学会告知板

千里ライフサイエンス技術講習会 第42回

—SNP, DNAチップの最新技術と応用—

日 時: 平成17年11月4日(金) 午後1時~5時

会 場: 千里ライフサイエンスセンタービル6階(展示場)(地下鉄御堂筋線千里中央駅北口すぐ)

定 員: 30名

参加費: 5,000円

申込方法: 氏名, 勤務先, 所属, 役職名, 〒, 所在地, 電話およびFAX番号を明記の上, 郵便, FAXまたはE-mailで下記宛お申し込み下さい。事務局より受付の通知を返送いたしますので, そこに記載した振込先口座に参加費をお振込みください。入金を確認後, 通常1週間以内に領収書兼参加証をお届けいたします。

申込締切: 平成17年9月30日(財団必着)ただし, 定員を超過した場合は参加者の調整を行う場合があります。

申込先: 財団法人千里ライフサイエンス振興財団 技術講習会G42係

〒560-0082 豊中市新千里東町1-4-2 千里ライフサイエンスセンタービル8階

TEL 06-6873-2001 / FAX 06-6873-2002 / E-mail tnb-lsf@senri-lc.co.jp

(注lsf; エルエスエフ, lc; エルシー)

特集 動き出した「個人情報保護法」

個人情報保護法制下の精神科情報開示
—課題と展望—

佐藤 忠彦

東京 桜ヶ丘記念病院 院長

日本精神科病院協会雑誌別刷
2005 Vol.24 No.7

創造出版

個人情報保護法制下の精神科情報開示—課題と展望

佐藤 忠彦

東京 桜ヶ丘記念病院 院長

Key Words 個人情報保護法、精神科医療、精神医療、情報開示、カルテ開示指針

精神科情報開示が直面している状況

精神科の医療現場をとりまく今日の状況は、マルクスではないが、「個人情報保護法」という名の「妖怪」が徘徊しているという不謹慎だろうか。「この度成立した日本の個人情報保護法は、基本的には名簿業者の規制を目的にしたものであり、国際的水準で見ると1980年代の考え方に相当する。(略)日本は、生命倫理の対応においても、過去10年は『失われた90年代』だったと言わざるをえない¹⁾」という生命倫理研究者の指摘があり、「もし国が権力で悪用した場合にはどうなるだろうという不安があります²⁾」という疫学研究者の杞憂がある。一方では、「多くの医療関係者は最近まで、本法律制定の医療への影響や重要性に気づいていなかった。その理由は、法律の名称が実態を表していないことにある³⁾」という指摘や、「プライバシーを保護するための法律とはいえ、個人情報取扱事業者を取り締まるためのものとの見方もあり、行政権の及ぶ範囲に濫用の危険性がある⁴⁾」など、医療機関の管理者側からの発言もある。

今日、本年4月から「個人情報の保護に関する法律」(以下、法という)が全面施行を迎え、私たちの現状は「法」の名称に宿る大義名分とこれらの議論の狭間にあり、医療現場はこれまでのさまざまな法的規制がさらに加重されるためおおわらわらと言って差し支えない。そもそも、守秘義務の伝統で教育された専門家集団が中心となり、かつ法的規制と指導監督の蓄積がある医療と、介護関係や医療外の分野をひとまとめにした「法制

に無理があると思われるが、それはさておき、2000年に「個人情報保護基本法制に関する大綱」(以下、大綱という)が発表された当時から、すでに「診療情報の開示」、すなわち「カルテ開示」はいずれ原則開示、例外的非開示に転換されると指摘されていた。今回の個人情報保護に伴う「法制化」によりカルテ開示の具体的な目安を得ることができたが、その反面、「法制化」が「医療従事者、患者の信頼関係の強化、医療の質の向上」(1998、「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書」、以下、検討会報告書という)というより、まさに「個人情報保護」の視点から決まったことを見ると、なにかしらの懸念を払拭しきれない。実際これまでの論議とは次元が異なることが明らかとなり、新聞の見出しでは「医療カルテ開示義務化」とあり「むやみに非開示とすれば、患者の苦情を受けて厚生労働省が開示を勧告・命令し、従わない場合は刑事罰が科せられる」と解説されている⁵⁾。

筆者は、1999年以来日本精神神経学会や厚生科学研究(現厚生労働科学研究)の分担研究として、精神医療における診療情報開示のあり方に関する調査研究に参加し^{6,7)}、その結果の一部は本誌⁸⁾にも発表の機会を与えていただいた。いま、あらためて、「大綱」「法」「個人情報の保護に関する法律施行令」(以下、施行令という)「個人情報の保護に関する基本方針」(以下、基本方針という)「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」(以下、ガイドラインという)「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に関するQ&A(事例集)」(以下、Q&Aという)を通読し、これら一連の個人情報保護法制の問題点を検証し、筆者のこれまでの調査研究と

対照しながら、個人情報保護法制下の精神科情報開示について若干の検討と考察を行うこととした。

なお、本稿では、情報開示とは「診療記録開示」すなわち「カルテ開示」に限定することとし、医療福祉情報一般、医療機関情報や職員情報を含まないこととする。

個人情報保護法制（以下、法制という）の光と影

1. 「法制」の「光」

「法」は単独ではなく、「施行令」「基本方針」「ガイドライン」「Q&A」に加え、厚生労働省が定めた従来の「診療情報の提供等に関する指針」や「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」のほかに、医学研究分野における関連指針、UNESCO 国際宣言等、さらには「関係団体等が定める指針」や「他の法令等」に「従う、参考とする、遵守する」ことが求められており、これらが一体となって機能するところに特徴がある。したがって、全体はきわめて膨大であり全貌を理解することは容易ではない。「法制」と総称する所以である。

言うまでもなくすべてが重要であるが、日常の医療現場にとって必要な要点は第4章の第15条から第36条に限られる。すなわち、①利用目的関連、②第三者提供関連、③開示と訂正関連、④事業者の安全管理に関わる措置、⑤手続きや苦情対応、⑥主務大臣の監督、⑦個々の医療従事者ではなく事業者の責任と義務、などである。

「法制」の「光」とは、この①～③各条項によって示された「個人情報保護」の「基本理念」であり、日本の医療文化が培ってきた「パートナーリズム」に対して、市民としての患者の権利を対置したものとなっている。とくに「訂正と利用停止」の条項は刺激的である。私たち医療の専門家集団にとって、これまで以上に、情報公開とインフォームド・コンセントによる「患者の権利」を中心的な原理として医療倫理とパートナーシップを確立していく新たな契機となることは明らかである。

2. 「法制」の「影」

一方、「法制」の「影」もまた見過ごすことが

できない。飯田が危惧したように「医療関係者の関心はほとんどなかった」が³⁾、「ガイドライン」「Q&A」が公表されその全体が見渡せるようになると、前述の識者らの危惧が現実味を帯びてきた。

第1には、「法」制定の背景や目的と精神科の医療現場との「ずれ」である。「検討会報告書」以来論議されてきた「自己情報コントロール権」は「ガイドライン」の一隅(p.22)で触れられるにとどまり、「基本方針」では「コンピュータやネットワークを利用して、(略)事業者からの顧客情報等の大規模な流出や、個人情報の売買事件が多発し、社会問題化している」ことが挙げられた。日本医師会も、「消費者金融、人材派遣に関連する業者から数十万件単位で個人情報が(略)流出する事故が続発した」⁴⁾ことを指摘している。これでは、コンピュータ情報が大量に流出している他の分野のとばっちりとも、IT産業のためとも見え、精神科の医療現場の問題意識とは言えない。

第2は、「法制」全体を構成する関連指針や法令の膨大さと、「ガイドライン」「Q&A」の微妙な言い回しによる「分かりにくさ」である。「ガイドライン」では、「しなければならない」「努める」「努めなければならない」という表現のほか、「望ましい」「必要がある」「ものとする」「期待される」等の異なる表現が散在している。また、「Q&A」は位置づけが分かりにくい上に更新される性格を持ち、もっとも論議を呼んでいる「訂正と利用停止」については触れていない。刑事罰を含む「法制」としては曖昧である。

第3は、個人情報「保護」の反面、個人情報の「利用」を承認または追認していることで、かえって理念が不透明となった。そもそも、報道、著述、学術研究、宗教活動、政治活動が適用除外とし、一方では「適正な取扱いの厳格な実施を確保する必要がある分野」(「基本方針」)として、金融・信用、情報通信と並んで医療を挙げる論理は必ずしも明らかではない。それはともかく、「施行令」では、個人情報データの「存否」が明らかにできないものが列挙され、「法令に基づく場合」や「ガイドライン」(別表2と別表3)では、患者のさまざまな個人情報が外部で「利用」される可能性が示され、あたかも「個人情報利用法」と

いった印象さえあり、患者の不安を呼びかねない。

第4は、厚生労働省の「診療情報の提供等に関する指針」(2003)との関係であり、「ガイドライン」では、「同指針に従う」(pp.4~5)場合や、「配慮する必要がある」(p.30)場合を挙げ、両者の関係は必ずしも明瞭ではない。すでに公表されている、日本医師会や日本精神科病院協会の診療情報の提供に関する「指針」は、「関係団体等が定める指針」に相当すると思われるが、こうした専門科集団の指針が相応の位置を与えられていない。

第5に、精神科の医療現場にとっては、先の「検討会報告書」において、精神医学・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」がすでに指摘されてきた。しかしながら、「法」「ガイドライン」と「Q&A」は押し並べて、こうした精神科医療の固有の課題についての示唆に欠ける。精神医療現場にとっては、「法第25条」(開示)が核心であるが、その開示の例外規定は、厚生労働省の「診療情報の提供等に関する指針」をはじめ日本医師会や日本精神科病院協会の「指針」と比較してより狭く規定され、ダブルスタンダード以上のものとなっている(表1)。

第6に、「個人情報取扱事業者の義務」が前面に掲げられ、行政の権限が強くなった一方、「法制」遵守による「仕事量の増加は必至であり」⁴⁾、近年の病院業務の複雑化、高度化や院内委員会の諸活動に加わり、病院の管理運営への過大な負担は避け難い。さらにまた、「カルテ開示」のための環境整備については国の有効な支援施策が提示されてきたとはいえないため、中小規模である民間の精神科病院では、十分な財政的体制を用意するためには障壁が少なくない。

精神科情報開示の課題と指針作成の試み

1. 精神科情報開示の課題

以上のように「法制」の全貌を眺めてみると、あらためてその膨大さとともに不備と限界が目につく。それだけに、精神医療の専門家集団の立場からは、精神医療現場の日常臨床に実効性のある

「実務的指針」を、①利用目的関連、②第三者提供関連、③開示と訂正関連、という要点に沿って作成する必要性が痛感される。

そのためには、筆者のこれまでの調査研究の経験から、次のような課題が導かれた。

- (1) 公開、提供、インフォームド・コンセント、開示の概念を整理し、日ごろから開示の前に前三者に努めること
- (2) 医療情報、診療情報、診療録および診療記録の概念を区分整理し、対応すること
- (3) 医療情報の範囲は広く、医療福祉制度情報、医療機関情報、医学情報を含み、診療情報や診療記録はその一部であるので、「カルテ開示」の意義には限界があることを認識すること
- (4) 日ごろ、医療情報全般を広く公開し啓発に努めること
- (5) 「カルテ開示」の実務では次の点が重要であること
 - ① 多くの場合、インフォームド・コンセントによって対応可能であること、
 - ② 日常臨床での信頼関係やコミュニケーションが大切となること
 - ③ 「開示」の可否については臨床家の「臨床判断」、とくに治療過程の進捗状況や患者・治療者関係の吟味が重要であること
 - ④ 「カルテ開示」は、インフォームド・コンセントに関する「アメリカ大統領委員会報告」を援用すると、「機械的形式的な儀式となつてはならず、患者とともに行うプロセスの一環」であること
 - ⑤ したがって、「開示」の理由が必要となること
 - ⑥ いつでも「開示」の請求はあり得ること
- (6) 精神医療の領域では、「カルテ開示」の決定に際しては、身体診療各科にはない人の心との関わりが主であり、病名告知、強制医療の是非、判断能力の評価や第三者情報の取り扱いといった、固有の特性を考慮すること
- (7) 「施行令」では、「書面の交付」が第一とされているが、従来どおり閲覧も方法としてあり得ることを明記すること