

公開フォーラム報告書

どこまで公開できる 精神病院情報

2002.2/2 (Sat)

14:00-16:30

全共連ビル（東京都千代田区平河町2丁目7番9号2-7）

主催

平成13年度障害保健福祉総合研究事業「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究」
分担研究「精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究」研究班

公開フォーラム

どこまで公開できる、 精神病院情報

21世紀はこころの世紀ともいわれます。多くの人々がこころの問題を抱え、精神科を利用する時代になります。そのような時代にあって、密室的な医療におちいりがちな精神科医療を地域に開き、住民に親しまれ信頼されるものにすることが大変重要です。

平成13年度から厚生科学研究「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究」が開始されましたが、その分担研究として、「精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究」が3年間行われることになりました。その研究事業の一つとして、公開フォーラム「どこまで公開できる、精神病院情報」を開催しました。この小冊子はそのフォーラムの全記録です。多数の方がこの記録を読まれ、精神科医療機関の情報をどのように公開し、精神科医療を利用しやすいものにしていくのか、一緒に考えていただければ幸いです。

厚生科学研究「精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究」

分担研究者 伊藤哲寛

目次

司 会：大熊 由紀子（精神医療をよくする市民ネットワーク 代表）

- 1 いまなぜ精神病院の情報公開か (3)
伊藤 哲寛（北海道立緑ヶ丘病院 院長）
- 2 精神科医療の情報公開に関するアンケート調査から (6)
白石 弘巳（東京都精神医学所 副参事研究員）
- 3 先進諸外国における医療情報公開の現状 (12)
伊藤 弘人（国立医療・病院管理研究所 主任研究官）
ありのまま
- 4 「東京精神病院事情」ができるまで (15)
飯田 文子（東京都地域精神医療業務研究会 ボランティア）
- 5 人権擁護活動と精神病院情報の公開 (17)
～大阪府下での精神科病院訪問活動の中から～
山本 深雪（(NPO)大阪精神医療人権センター 事務局長）

公開フォーラム

「どこまで公開できる、精神病院情報」

2002. 02. 02 14:00-16:30 全共連ビル別館

◆ はじまりの言葉 ◆

小林信子：本日はお集まりいただきましてありがとうございます。

今日のフォーラムは、厚生科学研究「精神科医療における情報公開と人権擁護」の研究事業として開かせていただくものです。この研究は、平成13年度から3年間の予定で行っている厚生科学研究「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究」の分担研究のひとつとして位置づけられているもので、このフォーラムはその一連の研究事業に含まれるものです。皆様と一緒に有意義なフォーラムにできればと思います。

最初に浅井邦彦に挨拶をお願いします。

◆ 主任研究者挨拶 精神保健福祉法の改正に向けて ◆

浅井邦彦：単なる主任研究者というだけで、呼んでいただいてありがとうございます。

私は民間病院の病院長であり、今日のテーマである情報公開をもっとも迫られ、実行しなければいけない立場にあります。公開フォーラム「どこまで公開できる、精神病院情報」を企画していただいております。

平成13年度から3年間、厚生労働省が研究費を出してくれまして、「入院中の精神障害者の人権擁護に関する研究」をすることになりました。3年間というと、ちょうど次の精神保健福祉法の改正にあたる年でもあるので、それに向けて各研究班から提言を出せればと考えています。この一連の研究は、次のような五つのテーマに沿った分担研究からなっております。

- 1) 人権擁護のために精神医療審査会をどのように活性化するか。
- 2) 人権擁護という観点から精神病院の危機管理をどのように進めるか。
- 3) 精神障害者の隔離・拘束・移送はどうあるべきか。
- 4) 臨床薬理学的にみた行動制限のあり方。
- 5) 人権擁護という観点から精神科医療機関の情報をどのように公開していくか。

最後にあげた、最も重要なテーマである「精神病院における情報公開と人権擁護」を中心に据えて、入院患者の人権擁護への道筋を立てることができればと思います。

今日、このシンポジウムでは、大阪や東京の人権センターの方々のお話しを含めて、大熊由紀子先生の司会で3時間、十分な討論を進めていただいて、その中から、今後、2年間の研究の方向を示唆していただければと思います。

◆ 話題提供 1 今なぜ精神病院の情報公開か ◆

大熊由紀子（司会）：ほんの少し自己紹介させていただきます。いま、大阪大学人間科学部でソーシャルサービス論を受け持っています。昨年の今頃までは朝日新聞の医療と福祉の社説を書いておりました。今回のテーマと関係があることといえば、30年ほど前、家じゅうにあるお酒を飲んでグデングデンに酔っぱらった大熊一夫という相棒が、東京の比較的由緒ある精神病院に入院して平均的な精神病院の情報を体当たりで公開するのを手伝ったという経験がございます。

プログラムには、精神医療を良くする市民ネットワーク代表とございますが、この市民ネットワーク<http://www.psy-net.org>は、去年の6月に誕生したばかりです。専門職、ユーザー、家族、自治体の職員や議員、研究者、ジャーナリストなど、実に多彩なメンバー300人ほどが、主にインターネットメールで意見や情報を交換し、改革のための提言をしていこうとしています。

最初にお話いただく伊藤哲寛さんはこの市民ネットの事務局長でもあります。上下関係がないのが特徴で、「先生」ではなく「さん」で呼び合うようにしています。きょうも、その流儀で司会させていただきます。

それではまず、哲寛さん、この研究の主旨説明も含めて、お話しください。

◇何のための情報公開か？◇

伊藤哲寛：精神病院の院長です。

常々、精神病院の中には余り皆さんに知られたい部分があることは承知しています。そのことも含めて、できたら病院のそのままの姿を地域の方に、病院を利用する方に知っていただきたい、それが大切なことだと考えて病院運営にも活かしてきたつもりです。もう少し精神病院の良い面、良くない面を含めて、その実態を知っていただくことが、病院の信頼を増し、安心して利用してもらえる質の高い医療を提供できる条件だと考えています。人権擁護という観点からも、どう情報公開を進めるか、それが今回の研究テーマです。私は、今なぜ情報公開が求められるのか、すこし広い視野からお話しさせていただきます。個々の問題については、この後、話題提供者から説明があると思いますが、ここでは全体としてこの研究がどういう位置づけにあるのかを紹介します。

情報化の時代といわれています。誰でも何処でもインターネットなどを利用して医療情報に簡単にアクセスできる時代です。そういう時代ですから当然、医療を提供する私どもも、情報をどう皆さんに提供して、それをどう利用していただくかを考えなければならないわけです。それには、4つのキーワード、「情報の共有」「選択と契約」「自由化」「市場化」が重要です。

まず、一つ目は、「情報の共有」が当たり前になりました。しかし、精神科ではこの「情報の共有」がなかなか実現できない。患者さんは説明しても理解できない状態にあることがある。あるいは、家族の方も精神科の医療はどういうものかなかなかわかりにくい。そして、強制医療をしなければならない状況の中で患者さんや家族との間で本当に情報の共有が成り立つものか。情報を提供する我々の側にこのような問題意識が常にあります。しかし、それがあまり強すぎますと、パターンリズムということで、患者さん、あるいは家族の方に説明しても「分からないから仕方ないよ、我々の持っている情報を伝えなくとも、我々の良心で医療の内容を決めさせていただけばいいじゃないか」ということになっていくわけです。それじゃまずい。やはり、患者さんも家族もちゃんと情報を消化できるはずだと、そういう前提に立たなければ良い医療は提供できないだろうというこ

とです。

二つ目のキーワードは、情報の共有を前提にした「選択と契約」です。精神科医療の利用者も例外的な一時期を除いては自分達で医療を選択して契約できるはずだと、今の時代では「情報の共有」と「選択と契約」、この二つのキーワードは当然のことと考えるべきです。

ところが、それが進みますと、医療も自由な契約の中で、医療を提供する側とそれを利用する側との間で、自由な商取引と同じように成り立てばいいじゃないかとなってきます。市場化原理が働いて良い医療が進むのではないかということですね。つまり、3つ目のキーワードが「自由化」、4つ目のキーワードが医療の「市場化」というわけです。

私は、この4つのキーワードの、最初の二つは当然として、あとの二つ、「自由化」と「市場化」については、精神医療に関して果たしてそこに行ってしまうと良いのかどうか疑問です。「自由化、市場化」を前提として情報公開を進めようとする立場とは少し距離を置いた方がよい。人権擁護という立場からの情報公開が大切だと思うからです。

もうひとつ大事なのは、これほど「選択」とか「契約」とかいわれるのは、医療への信頼が薄らいでいるからです。1998年に医師信頼度調査というのを北海道保険医会でやりました。病院の玄関で外来患者さんにアンケート調査をしているわけです。その同じ病院の医師にもアンケート調査をしたわけですが、医者への回答では、「患者さんとの信頼関係が保たれていると思います」と答えたとのが85%でした。ところが、患者さんに聞きますと、「医師を信頼している」というのが34%しかないわけですよ。このずれを医者のほうが理解していない。パターンリスティックな、「まあ俺に任せておけ」という医療で、患者から信頼されていると思っている。このずれをどうやって調整するのか。そのために情報公開が大事だと思います。

一般医療でも情報公開はしきりに言われ、政府も規制緩和という観点から情報公開を進めようとしています。社会保障審議会でも情報公開が課題とされています。それでは、精神科医療は一般科医療と同じレベルで進めればよいのか、一般医療よりも先行して進めるのか、そこが明確な方針として出されていない。この研究はそこにも焦点を当てます。

◇三種類の医療情報・3つの公開度◇

そこで、具体的に情報公開を進めるにあたってどこに問題があるのかを整理してみました。

医療の現場には大きく分けて3種類の情報があります。

- 1) 医療施設や医療提供者の情報：病院の規模、職員数、医療の内容、治療成績、医療事故の対策とその状況、人権上の配慮など、病院を訪れる前から知っておきたい病院情報です。
- 2) 自分が受けた診療情報あるいはこれから受けようとする診療情報：患者としていちばん知りたい個人情報で、インフォームド・コンセントとかカルテ開示につながる情報です。
- 3) 医学・医療情報：一般的な医学知識あるいは治療法や新薬の情報、さらには遺伝子治療情報などの最新情報など医療一般に関する情報。多くはインターネット等を介して得られることが多くなるとは思います。問題は情報が信頼できるかどうか、誰がそれを保障するか。

今日の公開フォーラムのテーマは、この3種類の医療情報のうち1番目の「病院情報をどのように公開していくか」ということになります。

情報公開を進めるにしても、いったいどういう公開方法がよいのだろうかということが問題になります。日本医療機能評価機構という病院の医療機能を評価する組織がありますが、そこでは情報

公開の仕方を以下のように公開度の高さととの関係で次のように3段階に整理しています。

- 1) 情報開示 (開示請求→公開という形で、公開度は低い)
- 2) 情報公開 (情報を持ち、管理する側が自主的に公開)
- 3) 情報提供 (第三者機関や行政が持つ情報を社会全体に公表、公開度がもっとも高い)

ひとつは「情報開示」です。求めに応じて要求された情報を提供すること、カルテ開示の場合のように要求してはじめて開示されるので、求める側に積極的な動機がなければ開示されないという限界があります。地方自治体の情報開示条例が各地で作られ、最近、国の情報公開法ができました。しかし、この後、飯田文子さんから報告されると思いますが、カルテにしろ、病院情報にしろ、なかなか開示が進まないというのが現実です。病院の質を良くする為にも情報開示がもっと活用されることが大切です。市民運動やNPOが今後重要な役割を果たすのではないかと期待されます。

二つ目は「情報公開」といわれるものです。これは、病院など情報を持っている側が、積極的に「うちの病院こうなっていますよ」とホームページとかで公開して行くやり方です。ただ、これについては情報の信頼度や過剰広告、虚偽広告などに課題があり、さらに、公開を避ける闇の存在としての病院をどうするかという問題も残ります。

最後の3つ目の公開方法は公開レベルのもっとも高い「情報提供」です。行政機関や第三者機関などが自分が持つ病院情報、たとえば精神病院の实地指導、あるいは医療監視の結果などを洗いざらい誰でもいつでも見られるように全部公開するようにする。わざわざ情報開示請求などはいらない。「全部どうぞいつでも自由にお使いください」とばっと公開し、誰でもいつでも情報にアクセスできるようにすることです。どの情報を、三つのうち、どの方法で公開するかが今後の課題です。

次に検討しなければならないのは、精神科医療機関の情報は一般の病院以上に公開を急がねばならないかどうかです。私はある程度特別な方法を取るべきだと思います。

◇なぜ、とりわけ、精神医療の公開なのか？◇

その理由の一つは、精神科医療については、どうしても密室医療になりやすく、住民が精神病院情報に近づきにくい、精神病院には行きたくない、その情報には耳をふさぎたいという気持ちがあります。そこで、積極的に情報公開を進めて、地域住民の信頼を勝ち取ることが必要となります。もう一つの理由は人権侵害が精神病院では起こりやすいことです。精神科医療では一般医療よりも情報公開が推進されなければなりません。

そこには、病院選択権と治療選択権という問題もある。一般医療では、例えば乳がんの治療を受ける場合にいろいろ方法が提示され、自分で病院を選び、治療方法を選ぶことが当たり前になってきました。しかし、精神科の医療ではそういう形になっていません。精神科ではどの病院に強制入院させられるかは分からないです。選択権はほとんどないといって良いのです。入院してからインフォームドコンセントが十分なされるという保障もありません。

最後に、これは決して精神医療だけの問題ではないのですが、ある病院とある病院がその機能にどのような違いがあるかをお互いに知り、不十分なところをお互いに補い合う。このように精神科医療機関の機能分担のためにも情報公開は有用です。

以上、精神病院の情報公開をなぜ急がなければならないかについて、全般的なお話をしました。私の話はいったんここで終わらせていただきます。

◆ 話題提供 2 精神科医療の情報公開に関するアンケート調査から ◆

大熊由紀子：ありがとうございました。哲寛さんは理想を、現実にも実践していらっしゃる方です。この厚生科学研究の研究協力者で冒頭に発言された東京医療人権センターの小林信子さんは、批判精神旺盛な厳しい方なのですが、その小林さんにご自分の精神病院に一週間体験入院した上で病院点検してくれるよう依頼するなど、病院の情報公開の日本のトップを走っていらっしゃいます。皆様からのコメントは、次の話題提供が終わってからをいただきたいと思います。

白石弘巳さんは、精神科のお医者さんでもあります。皆様のお手元にお配りした膨大なアンケート結果を徹夜でまとめて駆けつけてくださいました。報告をお願いします。

白石弘巳：皆さん今日は。白石弘巳と申します。

今年度から3年間の予定で、精神病院の情報公開についての厚生科学研究の予算が認められ、その第1年目にあたって、どのように精神病院の情報公開を進めたらよいのか、今回の調査でその大枠を明らかにしようと試みしましたので、その結果をご報告したいと思います。かなり膨大な資料でまだ十分な解析が終わっていませんが、経過報告ということでご了承いただきたいと思います。

◇調査の概要◇

どういう調査を行なったら、現段階での日本の情報公開について概況がわかるだろうか、研究班で工夫をいたしました。いきなりあらゆる方に声をかけて情報を取るということは事実上難しかったので、今回はアンケートを先ず「患者さん」「家族の方」「保健所」「病院」という、精神科に直接関係している方を対象に、神奈川、千葉、大阪のある限りの保健所・病院、わかる限りの患者会や家族会にアンケート用紙を配布しました。それから、全国の傾向についても知りたいということで、47都道府県と政令市で精神病院の情報を管理している担当者、それから全国の主に地域生活支援センターで働いている精神保健福祉士の方にも答えて頂きました。この両方を合わせた結果について概略を説明します。

◇自治体の情報公開条例における精神病院情報規定◇

先ず、自治体のほうに、いま情報公開をどのくらいやっているのか、その準備がどのくらいあるのかということを開きました。

各自治体には情報公開条例ができていますので、その条例に医療機関の情報公開に関する規定があるのかどうかを調べましたら、53の自治体から回答のうち規定があるのが5自治体だけでした。そのうち特に精神病院に触れた規定があると答えたのは静岡県でした。条例を通じての精神科医療の情報公開についてはまだきちんと制度が立ち上がっていないといえます。

◇情報開示の状況◇

最近3年間に情報開示の請求があったかどうか、もしあればどんな内容でどんな回答をしたかを調査しました。その結果、回答があった全国の52自治体で3年間に合計35件の開示請求があり、その内訳は患者と関係者からが12件、人権擁護団体からが5件、報道機関などからが2件、その他が4件でした。ここには、精神病院情報だけでなく、個人の診療情報開示請求も4件ほど含まれていますが、それでも病院情報の開示請求がぼつぼつあるようです。

そして、開示請求者に対してどの程度の情報を開示したかを、各自治体の最近の事例2例を限度に詳しく答えてもらいました。全部で26事例について記載がありまして、開示目的はわからない

ことも多いのですが、「開示の状況を知るため」「自分の裁判ため」、「病院の実態把握のため」が多かったようです。開示請求の対応については、少なくとも全面的に拒否されたということはなく、開示はされていたという印象があります。

しかし、開示内容をみると、医療監視の結果や精神病院の実地指導の結果についてはあまり公開・開示されていない。実地指導の結果については、請求9件に対して開示が3件になっていますが、一部分については個別の情報として開示された可能性はあるが、実地指導の内容そのものを開示するのはまだ少数にとどまっている印象です。

◇どのような情報を開示すべきか◇

次に、精神医療に関する情報のあり方について、公開して欲しい項目とその公開方法について、さまざまな側面から回答を求めました。少し複雑で少し分かりにくいところがあるかもしれませんが、大まかな傾向だけを示します。一覧表をご覧ください。

表1 精神病院情報とその公開に関する調査

回答数	神奈川県、千葉、大阪				神奈川県、千葉、大阪		全国	
	患者		家族		保健所	病院	PSW	自治体
	40	40	62	62	50	93	78	52
	是非公開すべき(%)	あえて公開不要(%)	是非公開すべき(%)	あえて公開不要(%)	いつでも公開すべき(%)			
精神病床数	22.5	12.5	29.0	11.3	100	94	94.7	96.2
閉鎖病床数	22.5	10	29.0	16.1	98	89.3	85.1	78.4
隔離室数	12.5	12.5	14.5	25.8	91.8	86.9	78.7	76.9
医師数	27.5	7.5	56.5	9.7	95.9	90.5	90.7	82.7
精神保健指定医数	22.5	12.5	48.4	11.3	91.8	88.1	90.7	80.8
看護者数	22.5	7.5	54.8	9.7	95.7	89.3	90.7	82.7
精神保健福祉士数	25	5	45.2	6.5	93.9	86.9	92	80.8
医師の当直体制	35	0	40.3	0.0	85.7	71.4	73.3	61.5
時間外外来診療の体制	22.5	5	45.2	0.0	85.7	78.6	88	76.9
時間外の受診・患者数	20	15	29.0	8.1	61.2	56.1	65.3	48.1
平均在院日数	32.5	7.5	29.0	14.5	73.5	56	84	51.9
死亡退院数	12.5	20	16.1	21.0	46.9	39.3	52	26.9
訪問看護件数	22.5	7.5	30.6	6.5	79.6	64.3	76	59.6
作業療法等	15	10	30.6	9.7	69.4	59.5	73.3	51.9
隔離・身体拘束の件数	27.5	7.5	16.1	14.5	31.3	27.4	45.3	13.5
電気けいれん療法数	17.5	15	9.7	19.4	29.8	36.1	44	11.5
ベッド周りカーテンの有無	20	10	22.6	12.9	79.6	63.9	80	69.2
分煙の有無	25	5	16.1	14.5	87.8	78.6	88	76.3
保護室の冷房の有無	12.5	7.5	25.8	11.3	87.8	75	86.7	69.2
面会の制限件数	25	5	40.3	11.3	79.6	67.9	89.2	46.2
電話の制限件数	50	5	30.6	16.1	46.9	47	66.7	26.9
年間退院、処遇改善請求件数及び審査結果集計	17.5	5	19.4	8.1	30.6	32.9	59.5	38.5
権利告知文書の内容	32.5	5	27.4	12.9	69.4	54.9	60	75
医療事故防止委員会	47.5	10	35.5	9.7	77.6	65.1	74.7	61.5
事故件数	60	7.5	33.9	11.3	30.6	16.9	53.4	23.1
保健所への協力	25	7.5	21.0	12.9	59.2	70.4	73.3	50
自助活動などへの協力	32.5	10	22.6	8.1	77.6	60	80.8	62
措置入院指定の有無	15	7.5	25.8	4.8	95.9	77.1	84	90.4
精神科救急医療事業参加	30	7.5	50.0	1.6	85.1	76.8	86.5	80.8
科目別医療収支	30	12.5	8.1	32.3	18.4	12	34.7	13.5
職員別給与費	10	20	3.2	50.0	14.3	8.5	22.7	13.5
職員研修の実施状況	27.5	7.5	27.4	9.7	55.1	45.8	66.7	47.1
学会参加や発表	15	10	8.1	24.2	55.1	50.6	66.7	42.3
看護マニュアルなどの有無	17.5	10	29.0	4.8	46.9	36.1	63.5	34.6
医療監視の結果	50	5	30.6	8.1	26.5	21.7	42.7	23.1
精神病院実地指導の結果	45	7.5	22.6	8.1	27.1	21.7	46.7	19.2

患者と家族に対する設問が、自治体精神保健担当者、医療機関・保健所と異なっているので単純には比較できませんが、以下のような3点にまとめることができそうです。

1) 患者さんと家族の開示希望項目にはずれがある。

患者さんは、「電話の制限件数」、「面会制限件数」「医療事故防止委員会があるかないか」、「事故件数がどうか」、「医療監視の結果と実地指導の結果」を是非知りたい項目に入れた人が多かったのですが、家族ではそれらを開示必須項目にあげた人は多くありませんでした。これはどういうことなのか、やはり患者の視点と家族の視点では重要視する情報が違うということが言えるようです。この点についてはさらに検討する必要があるようです。

2) PSW、保健所、精神病院、自治体精神保健担当者の順に開示に積極的である

保健所・病院、精神保健福祉士（PSW）・自治体が共通して公開してもよいという項目がいくつかあり、たとえば病床数などはどこに属する回答者も公開必須項目として一致しています。一方で、たとえば「電話の制限」などは病院がそれほど消極的でないのに対して自治体担当者が相当消極的であるのが注目されます。これは電話の利用について、病院の現場では相当改善が見られて、開示に自信を持っているのに、行政が及び腰であるという興味ある結果です。病院・自治体担当者、保健所が開示を避けようとしている項目、たとえば「死亡退院数」「事故の件数」「医療監視の結果」などについて PSW は開示すべきだとしています。なお、患者・家族含めて全回答の中で、公開要請が低いのは「職員給与」でした。

全体として関係者の間の傾向を見ると、開示に積極的な順に、PSW、保健所、精神病院、自治体精神保健担当者ということになります。保健所は地域支援センターの PSW までは行かないにしろ、地域で直接患者さんと接してサービスをしているという意味で情報開示に比較的積極的なようです。結局、医療監視や実地審査の情報を管理しているところが、病院よりも開示に消極的であるといえます。自治体の情報開示条例の意味がまだ浸透していないというべきでしょうか。それから、病院の回答を見ると、「開示すべき項目かどうか」ではなく、「現時点で開示しても支障ない」というきわめて実務的な観点から回答しているといつてよいようです。

3) 行政の役割が重要である。

以上の結果から、最も重要なことは患者側と医療提供側の間に「知りたい情報」と「知らせても構わない情報」に大きなずれがあり、それを調整する機能を持つはずの行政が情報公開に尻込みしていると推定されることです。情報公開にブレーキをかけているようにもみえます。

今後の大きな課題かも知れません。

◇今後の情報公開のあり方についてどう考えるか◇

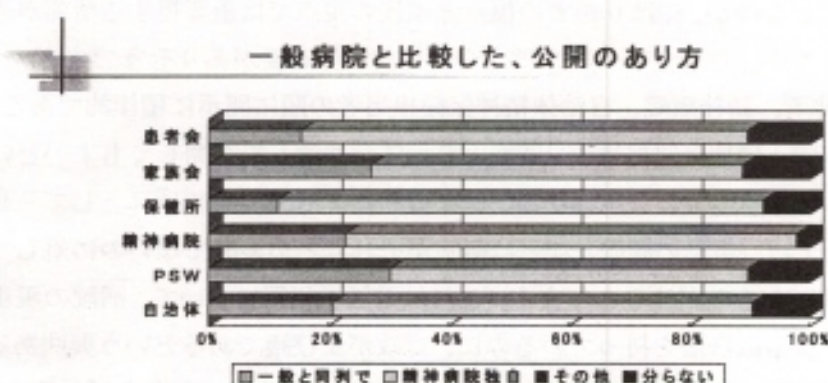
次に、今後の情報公開のあり方についてどう考えるかを聞いてみました。複数回答をしてもらったのですが、要約しますと「情報公開を進める必要はない」、「医療監視等があるので不要」、「私立等病院は行政処分があるので公開しなくても良い」を選択したものは、いずれも 10%未満だった。

患者・家族では「指導等の結果は一般公開すべき」、「行政の病院関連情報を全て公開」、「第三者機関の介入で推進」の順に多かったです。ここでは、個別の項目の公開について質問したときに見られたような患者と家族の間の差は明らかではありませんでした。一方、PSW、自治体、病院、保健所の回答についてみ増すと、この3項目の中では共通して「第三者機関の介入で推進」が最多でした。なお、「オンブズマン等人権擁護団体等の活動で公開は当然になる」というのは今後の見通

しについてのものですが、実務者では全ての群で過半数を越えましたが、患者・家族は両者とも50%以下と比較的低い回答に留まっていました。

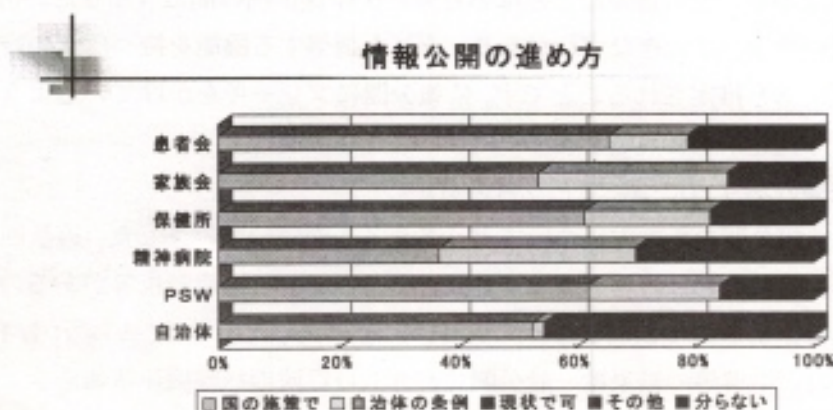
◇一般病院と精神病院とおなじ情報公開の進め方でよいかどうか◇

この設問に対しては、「一般病院と精神病院と同じ程度の情報公開でよい」とする意見は少なく、どのグループも「精神病院独自の規定があったほうがよい」と考えているようです。



◇精神病院の情報公開の進め方についてどう考えるか◇

図のように、「精神病院情報公開法を制定して国の施策として進めるべき」という回答が、すべてのグループ一番高くなっています。それに対して「自治体が主体となって進めるべき」というの随分低い値でした。自治体レベルでは十分できないので、国が法律を定めるなどして情報公開のルールを決めて欲しいというのは、当事者サイドだけではなく、病院や自治体の声でした。ただし、「病院」とひと括りになっていますが、3府県のそれも回収率30%という結果を考えますと、これが全体の総意を反映しているかどうか即断できません。病院全体の中ではもう少し違う値が出てくるかもしれません。その辺も考慮して情報公開のあり方を探っていきたいと思っています。



◆討論 医療監視・実地指導・塗りつぶされる公開資料◆

大熊由紀子：ありがとうございました。静岡県だけに自治体の条例に規定があるということですが、どういう規定でしょうか？

白石弘巳：県立病院の診療録開示指針があるという意味で「規定がある」と回答したとのことで、今回の調査の範囲では病院情報の公開についてとくに触れた規定は全国的にもないことが判明しました。

大熊由紀子：数字を見て思い当たることがおありでしたら、どうぞ。

伊藤哲寛：「医療監視等があるので情報公開しなくてもよい」という設問に対して自治体側で否定的だったと言うことは、監視自体が機能していないということを感じてのことか。解釈が難しい。

白石弘巳：しなくても良いと答えたところは、これは想像だが、自分達がやっていることも含めて、きちんとやれてないと責任負わされる可能性も考えたのかなと想像できます。これ以上は何もいえません。

大熊由紀子：保健所も自治体もきわめて消極的な数字が出ています。開示請求をたびたび拒否されて苦労された飯田さん、どう想像なさいますか？

飯田文子：開示請求の設問は全自治体に対して行ったわけですね。たとえば、去年私は、東京の上妻病院の実地指導について開示請求をしています。そうすると、請求件数9件、開示3件のどこかに入っていると思います。でも、上妻病院をどう評価しているかについては、全部黒く塗り潰されているんです。私から見ると、開示されていないのにこのアンケートでは開示に入っていると思うんです。行政は個別病院については、開示によって起こる精神病院の反応を非常に恐れています。

山本深雪：表1で、PSWが公開すべきものとした項目は、患者の立場に立ったときに大事な項目です。そう意味でPSWが、病棟があぶないことになってないかという意識で、患者の立場に近い位置にいたことが、このデータで見えてきました。それに比較すると自治体の医療監視、実地指導の公開に関する数字の低さは、仕事に自信がないこと物語っていると思います。情けないです。

大熊由紀子：医療監視 実地指導の意味を皆さんに分かり易く説明してください。

飯田文子：医療監視は医療法で定められたもので、病院に対して拘束力の強いもののはず。ただし、医療監視は病院医療全体を見るもので、強制力は強いが内容も大雑把という感じがします。実地指導の方は強制力はあまりないのですが、精神保健福祉法で決められた内容を人権という観点も含めて細かくチェックしているようです。

山本深雪：設問の33項目の中の1から10項目までは医療監視の項目です。こんなことは出して当たり前です。実地指導は17番目から、「公衆電話が置いてあるか」とか、もう少しソフトな部分、「保護室を扉を開けて使用しているか」「トイレが何個あるか」そういうのが実地指導。ここに全部は書かれていないのですが、どちらかというと、サービスとして必須の部分をチェックするのが実地指導かなと思っています。

伊藤哲寛：医療法に照らして保健所が行なうのが医療監視です。実地指導は精神保健福祉法に基づいた指導です。実地指導による罰則については、今回の改正で少しくなっていて、改善の勧告を出したり、改善されない場合には一時業務停止できることには一応はなりました。ただ、まだ実際に有効に機能したことはないはずです。これまで、診療報酬制度上の不正請求で潰された病院はある

が、患者の人権尊重という観点から廃院にされたことはない。経営上の違反問題が優先されているのが現状です。

◆話題提供3 先進諸外国における医療情報公開の現状◆

大熊由紀子：次に移ります。伊藤弘人さんは、各国の医療機能評価について研究をしていらっしゃいます。今日は特に精神医療にポイントを置いて話していただきたいと思います。

伊藤弘人：精神科医療に関する政策や管理に関しての研究をしている研究者で、このたび諸外国における医療情報公開の現状をお話しさせていただきます。

日本のモデルとなる国はどこか。この疑問を持たれる方も多いとは思いますが、国は文化によってかなり多様であります。また、制度も大きく異なりますので、簡単にこれというモデルはないと思います。日本には日本の歴史と現状があり、それを踏まえてどの方向に進むべきかを考えるのが大事。私は、精神病院の情報は開示の必要があると思っています。ここでは、諸外国ではどのような議論がされてきたのか。つまり、日本が情報公開を進めていくうえでは、どのような論点があるのかを中心にお話しできればと思います。

アメリカの例を紹介します。この国1980年代の前半、病院ごとに死亡率を政府が公表しました。病院全てであります。どの病院が死亡率が低いか、ということで国民が高い関心を持っていました。この公表自体は、あまりよいとは考えられていません。重症の患者が入る病院は、死亡率が高くなってしまいます。死亡率が高いということと、病院の医療の質ということとが、適切に表されていないということです。重症度を調整して公表することが必要になるわけです。一つの指標で医療の質を図るのは危険だということです。

精神病院の中で考えると、患者の症状が改善する程度、満足度を公開したとします。高齢者の多い病院では、改善というよりも逆に、機能レベルが低くならないように努力するというのが病院の目標となり、改善度だけではないということです。アメリカでも重症度を調整するという方法論の開発を進めているところです。

一つの指標が適切な情報ではないという点に加えて、病院が都合のいい情報だけを公開するという点も情報公開が簡単ではないということがいえる一つだと思います。海外を見ても、医療機関の広告の規制が法的にいろんな国で存在しています。アメリカにおいても法律によって、一般的には医師や医療機関の名称、診療科目、住所、電話というのは認められています。治療費、治療の成績、医師の出身校やほかの医療機関との比較などは、禁止されています。ただ、第三者が、この情報をきわめて活発に公表している、というのがアメリカの状況です。

イギリスについては、虚偽の表示についての規制があります。

フランスでは、一般法ではなく医師の倫理法で医師の広告活動が規制されています。実は、日本と比べるとフランスのほうが厳しいというのが状況です。ドイツも同じです。面白いのが、医師会が職業規則という自主的に法的な拘束力を持っていて、医師会の上乗せが必要になっているのが特徴です。

インターネットには様々な病院がのっています。ただこれも、国によって違います。全く規制がないのが、日本とイギリスくらいです。アメリカもある程度の取締りがされていますし、フランス

は事前に国の委員会に許可を得るという手続きが必要になっています。また、ドイツでも医師会の何らかの関与が求められているという状況です。

このような背景によって、国民や患者さんの持つ情報が限られている。また、適切に評価できるのかという課題が多くて、政府の立場では、病院の情報公開を積極的に進めるよりは不適切な病院情報を最低限規制するという役割が強いのではないかと思います。

それでは、病院情報公開というのは諸外国では進んでいないのか。そんなことは全くなくて、活発に進んでいます。イギリスとアメリカを比較すると、イギリスは家庭医というところで診療を受け、そこから専門医を紹介するというシステムです。つまり、病気になったときにかかる医師が決まっている。それで、病院の情報についての関心はあまり高くはないです。かかる医療のアクセスが制限されているからです。

一方アメリカでは、どの医療機関にも基本的にかかることができます。ただし、これには条件があって、お金持ちでないと難しい。支払能力があればどの医療機関でもいけるという自由度はある。

いろんな立場の団体が評価を行なってその結果を公表するのがアメリカ。簡単に3つくらい紹介したいと思います。ひとつは、利用者による第三者評価。説明責任財団。Foundation for Accountability [FACCT] と略しますが、1995年に設立された当事者団体や利用者で構成されている非営利団体です。この目的は、国民がよりよい保健医療を選択できるための資料を提示すると言うもので、主な活動としては、消費者が医療の質に関する情報を理解するのを助けたり、消費者に焦点を当てた医療の質の測定方法の開発、啓発活動です。

もうひとつ、アメリカの場合は、支払方法が細分化されていてわかりづらい。きわめて分かりやすく言うと、保険会社が病院を持っているというマネジドケアという仕組みであります。支払い者がかなり医療を制限しているので、医療の質を評価するのが大事になります。そういう保険会社と契約するのは企業が多いので、企業はどの保険会社が一番効率的かを評価しなくてははいけない。それに関連する病院を評価して公表するという団体があります。これが、1991年に設立されたNational Committee for Quality Assurance 全国質保証委員会 [NCQA] という団体です。マネジドケアの組織を評価する団体です。有名なのはHEDISという方法で各マネジドケアの組織を評価して公表するという団体があります。企業はそれをみて、どれと契約するかを決めるというものです。

もうひとつ、病院を評価する団体があります。1902年に設立された、Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 医療施設合同認定団体、略して [JCAHO] といいます。いろんな団体が参加をして、第三者的に病院を評価する団体です。80年代くらいから、病院の施設、公的な保険を受ける施設基準を認定する団体ともなり、その関係で大きく有名になっている団体。最近では、そこで行なわれた病院の医療はどういうものかと多施設で比較しながら評価するというものになっています。

以上のように、例えばアメリカで病院の情報開示は医療提供者側または消費者団体が進めているという状況があります。

同時に、病院の情報開示を考えるうえで大事な点がいくつかあります。ひとつは、情報開示することは、それを評価するのは利用者、国民の側に移るわけです。利用者国民の側の自己責任が高くなるというのが、情報開示と切り離せないものであります。もう1点、どこの医療機関でもかかれるという場合とイギリスのように病院へのアクセスが家庭医を通さなければできない仕組みにな

っている場合では、情報の開示先が異なることです。つまり、イギリスのようにフリー・アクセスがある程度制限されているところでは、開示先は患者直接ではなく、家庭医への情報開示というのが大事になってくる。つまり、フリー・アクセスの程度によって開示先というのが変わってくるのではないかとこの点です。

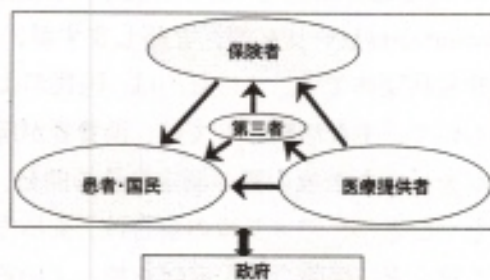
今後必要になる活動は、医療関係者の持つ病院の情報は分かりにくいということから考えると、第三者的な立場の団体が測定評価をし、整理され、分かりやすく客観的で信頼のできる情報を国民に提供する仕組みが重要。情報公開の流れとしては、医療提供者から直接患者・国民にも行きますが、第三者機関の団体を通じて流れていくのではないかと。政府はそういう仕組みを支援する役割を担うのではないかとというのが私の考えです。

今後必要な活動は、適切な病院情報を患者・国民が得られる仕組みを作ることが第1点。第2点は、病院情報を適切に評価できる方法論を開発することです。

参考1



参考2: 情報公開の流れ



◆討論 公立病院・私立病院・情報公開条例・広告規制・第三者評価◆

大熊由紀子：ありがとうございます。どなたか質問などありましたらどうぞ。

平田豊明：欧米の医療はパブリックセクタが中心と聞いている。ヨーロッパではほとんど精神病院は公立、アメリカでも80%は公立と聞いている。情報の公開というテーマに関しても、欧米では行政情報の公開に近くなる。ところが、日本は民間が主体なので同じ情報公開でも意味合いが違ってくるのではないかと考えます。日本の場合はそこが情報公開の隘路になっているのではないのでしょうか。

伊藤弘人：ご指摘の通り、ヨーロッパと比較すると日本の病院の状況は大きく違っています。ヨーロッパは公的病院が担っているの、日本の自治体病院とかなり近いように考えていいわけです。医療全般と精神科とどう違うかという点では、アメリカでは、違いというのは強調しない方向で進められています。例えば、JCAHOの評価では、隔離と身体拘束のみの評価は加わっているけれども、病院組織の評価は同じです。他のいくつかの団体での評価も、精神科に関連するところでは、うつ病の治療の対応についての評価があります。

ただし、公的病院の病床数は、アメリカでは大きく削減され、現在では、州立の精神病院、民間の単科の精神病院と総合病院の精神科が三つ巴のようになっていて、精神科入院医療については民間の役割が大きくなってきています。これは保険の影響があります。アメリカは特殊かもしれませんが、国による事情を検討しながら考えていく必要があると思います。

大熊由紀子：日本の場合も公立の病院の場合は全部公開する方向に向いているのですか？

伊藤哲寛：地方自治体の情報公開条例ができてから、開示請求があればほとんどの情報は公開しなくてはなりません。医療事故があれば我々は知事に報告しなければなりません。患者さんが自殺したら、なぜ起きたか、なぜ防止できなかったか報告する。いろんな事故が病院の中で起こりうる。2ヶ月くらい前にある新聞社から、この3年間に起きた医療事故について道に報告したものを開示するようにという請求がありました。全部開示しました。公的な病院については、知事に報告しているものについては住民がどの病院でどのような事故が起きたかを知ることができます。事故情報に関してさえ、そこまでの時代になっている。意図的に隠せば別だが、隠してもあそこの病院にこういう事故があったのになににもなっていないと非難され、結局はばれます。それくらいになっていけば病院の質も随分上がると思います。しかし、医療法人情報は企業保護・企業のプライバシーの問題とからみ、公的病院と同じレベルで公開できるかどうか論争点になるのは確かです。

伊藤弘人：民間病院と病院情報公開についても大事な論点。印象としては、契約で医療を提供しているという点と、精神病院だけでなく、医療全般が厳しい時代を迎えているので、病院が積極的に情報公開に取り組んで、それを提示していくという方法のひとつにもなるのではないかと。ネガティブな側面だけでなく、積極的な面もあるのではないのでしょうか。

白石弘巳：自己責任という話があったが、情報公開も病院にとって意味があるという話の中で、情報公開を進めるのを嫌がるのにさせようというのと、広告したいのに規制しようというのと、二つの側面があります。アメリカで広告と情報公開の関係について、特に精神病院について何かありますか。

伊藤弘人：法的立場からすると規制があるのが一般的な状況。一方、第三者が評価して公表することには大変積極的です。団体も病院も積極的です。なぜかという、そういったかたちで病院の情報が公開されて、こんなに一生懸命にやっているのだということが公開されるので、患者獲得にプラスになるからです。法的な規制はある。しかし第三者が行なうことに対しては自由。それを積極的に病院が利用するのがアメリカです。

白石弘巳：病院自体は、広告というかたちで自分のもっている情報を出すよりは、第三者に出してもらって評価してもらおうということをアメリカの病院では主に考えているということですね。

◆話題提供4 「東京精神病院事^{ありのまま}情」ができるまで◆

大熊由紀子：精神医療の分野で第三者機関として情報公開活動をしている団体が日本には二つあります。先ず、老舗の飯田文子さんにお話いただきます。保健所の精神保健相談員から出発されて、ユーザーの身になった第三者評価「東京精神病院事^{ありのまま}情」を14年も前に公にされました「事情」という文字に「ありのまま」というルビがふってあります。昔の苦労話を含めて、どうぞよろしくおねがいします。

飯田文子：東京都地域精神医療業務研究会（地業研）という任意の団体で活動してきました。30年もやっていて日本の精神医療は変わらないという感じを抱いています。『東京精神病院事情』に関係する歴史をまず話します。

そもそも地業研は、10年に1回行われてきた精神衛生実態調査が1970年に行われようとした第3回目の調査に対する反対運動を契機にできた団体です。そこで私達が考えたことは、その当時、ひどい精神病院のことを調べないで、地域で生活している病者の方のあぶり出しをするのはおかしいじゃないかということでした。そこでまず、東京都内の全部の精神病院に訪問調査をやりました。

一方で、東京都の精神保健課との間で行政が持っている資料を公開してくれという団体交渉をやりました。何度も交渉しましたが、情報公開は実現しませんでした。そのうちに都に情報公開条例ができたので、その条例に沿って開示請求をしました。これも2度やっていますが、非開示という決定でした。仕方がないので不服申し立てを裁判所に持ち込んだのが1987年ころです。東京都側の非開示の理由としては「事業の運営に不利益を生じる恐れがあり、行政と病院の間の信頼関係が損なわれ、調査の協力が得られなくなる恐れがある」という程度のことしか言っていない。民間精神病院は私企業であるからその運営を邪魔してはいけない。東京都が集めている統計資料は、法に基づいて集めているのではなく、病院の好意で出してもらっているのだから、行政と病院の信頼関係が損なわれると調査ができなくなるので非開示としたというのです。裁判では、精神病院とは非常に閉鎖性が強く、その中で多くの人権侵害があること、精神病院には公的な役割があること、情報を開示しないことは公共の福祉に反するのではないかということで争いましたが、途中で裁判官から和解勧告があり、「一番出たくない部分は出さなくていい」ということで和解しました。一番出たくないとは「閉鎖ベッド数」「看護者数」です。

せっかく手に入れた資料を皆さんに返していこうということで、初版の『精神病院事情』を1988年に出しました。病院から被害を受けたと言われるかと覚悟しましたが、その割には何事もなく過ぎたわけです。

その次には和解のときに非開示でいいといった看護者数について裁判を起こしました。これは裁判を起こしたとたんに公判が開かれる前に開示されました。しかし、閉鎖ベッド数は統計資料からは消えていました。

情報が開示されてもどうやって使うのかは難しい問題だと思います。何とか行政の資料を用いて病院を評価できないかということで、4冊目の本の中で指標を作り点数配分をして病院のランク付けをやってみました。これは、8つの指標についてそれぞれ5点満点で最高点をとると40点になる仕組みです。それを2回やりましたが、「これが本当に精神病院のランク付けになるのだろうか」という疑問が生じてきました。確かに、8指標が全部低い病院は明らかに肌で感じてだめだと分かる病院です。しかし、例えば、38点の病院はいいのかというと、私達が感じているのとはちょっと違うのではと思い始めました。私たちは、死亡退院率も指標の一つにしました。でも、老人の専門病院が増えていくとか、重症度の問題を考慮しないと、死亡退院率だけでは評価できないという問題が生じてきました。

私達が実際に感じとっていることと指標とをどう調整したらいいのか。一昨年から各病院を実際に訪問して病院の中を見せてもらってチェックし、同時に病院にアンケート調査もやって、これを合わせてまとめたものが今回の『精神病院事情』です。

厚生労働省では毎年6月末に精神病院調査を行い、精神病院統計を作成しています。13, 4ページにわたる非常に詳しいものです。例えば、閉鎖ベッド数、開放ベッド数ばかりでなく、任意入院の患者がどのくらい閉鎖病棟に入院させられているのかも調査され、都道府県担当部局を介して回収し報告書を作成しています。その基礎資料として個別病院ごとデータが都道府県にあるわけですから、それと私達のやっているチェックを照合すれば、かなりのことが見えてくるのではないかと考えています。

私たちは、精神情報公開法までは考えていなかったのですが、少なくとも、毎年毎年、開示請求という手続きを経て、お金をかけて、開示してもらっているのです。そういうアホなことさせるのはやめて欲しいと思います。誰でも何処でも、例えば東京都の資料室に行けば見られるとか、そういう形の公開をしてもらいたいです。

上妻病院に関しては、東京精神医療人権センターに上妻病院の入院患者から訴えがあり、それを通じて上妻病院のことがどれくらいのこと分かるかと思ひまして、実地指導、監査内容の開示請求をしたわけです。実地指導も医療監視も黒く塗りつぶされたものが出ました。それと社会保険庁でやっている保険指導というのがあります。都が一緒にやっていますが、都のほうは国のかばん持ちみたいな感じで、社会保険庁が握っているものだから自分達は一切資料を出せないという。結局、情報公開法に沿って開示請求を社会保険庁に出しましたが、これが一番ひどかったです。すでに上妻病院に社会保険庁の調査が入ったという新聞報道がなされているのに、調査をやった事実も病院が不利になるから明らかにできないといわれました。現時点では未だこんなところで終わっているのです。

◆話題提供5 人権擁護活動と精神病院情報の公開

～大阪府下での精神科病院訪問活動の中から～◆

大熊由紀子：大阪では、ほとんどの病院が精神医療人権センターの「ぶらり訪問」を受け入れるようになったわけですが、山本深雪さん、その顛末についてお話しください。深雪さんはセンターの事務局長なので、精神医療ユーザーでもいらっしゃいます。

山本深雪：大阪精神医療人権センターの山本です。

人権センターは週に1回木曜日の電話相談とそれに基づく面会活動から始まりました。入院中の患者から大変な問題と思われるような電話相談があった場合に、その病院と交渉するという活動を始めました。

大阪市内には単科精神病院のベッドがありませんので、府の約半分弱の患者さんを抱える大阪市の患者さんは市外の病院に入っています。本来病院を指導すべき行政ですが、大阪市の市長同意という形で市内の患者を医療保護入院で病院に患者をお願いしてしまえば、あとはそ知らぬ顔で長期入院をさせているという傾向がありました。そこで、家族の代わりに市の方から「今どんな風に思っています」「あなたの希望は何かありますか」など行政が、福祉事務所や保健所の業務として、面会に出向くべきだろうと人権センターが申し入れたりもしました。

1980年代後半は大阪市や行政との交渉が中心だったと思います。その当時は面会に行っても面会室までしか入れない状況でした。面会室が病棟の離れのようなところにある病院が多く、病棟の

現状はこちらに全く分からないという状況でした。

精神科の場合、医療者は隔離・拘束の権限を持っています。今日の5人の発言者の中で私だけが、精神医療を利用する側の人間だということです。そういう立場からすると、精神医療の怖さ、かかり難さというのは、入院したら何時出られるか分からない不安と、自分が飲んでいる薬について質問してもなかなか説明してもらえない悔しさ情けなさ、心地よい医療から遠ざかっていくという感覚と関係しています。

大阪府下で、安田系3病院の中のひとつ、大和川病院の患者死亡事件が新聞で報道されたのは1993年2月でした。それ以降、週に1回か10日に1回、病院へなるべく面会に行き病棟の中を把握するようにしたのですが、その中で病院側が面会活動そのものを認めないと云いだし出しました。それをめぐって裁判になりました。病院の1階には会計、事務所、受付、診療室、検査室などがあるのですが、そこは公的な性格を持っているので、そこに面会申し入れに行く行為は公益性を有するので、面会活動を認めないという病院側の主張を認めることは出来ないという判決が下りました。当時、大和川病院では私達の知り得る範囲の中でも、およそ5年間で27人の不審死の報告がありました。医療がきちんとしていけば亡くならず済んだはずの方々がなぜ命を落とさなくてはならなかったのか、ということが非常に悔しく、どうしたら変えられるのかと考えました。

何よりも問題なのは、病棟が外部から知ることができない閉鎖空間であることです。内部告発をしたスタッフや退院してきた患者さんたちは、ぜひ病棟中を私たちの目で見てもらいたいと訴えていました。暴力などが幾度も幾度も繰り返されているうちに何をしてもいい病棟なんだと職員自体の感覚が麻痺していつてしまうことを見て欲しいという注文もありました。しかし、廃院にいたるまで病棟への立ち入りを実現できたのは1回だけでした。国会議員に「国政調査権の発動」ということで病棟へ入っていただいたのが1回でした。面会後たまたま病棟に取り残されてしまった私が、ドアを叩いたのに出してもらえず、病棟の中に半日いることが出来たということがありました。

1997年10月に廃院になりますが、これで終わらせてはいけないと思い、東京精神医療人権センターの『精神病院事情』を参考に、大阪では何が出来るだろうということで、情報公開請求をしました。出てきたデータは飯田さんが報告したものと同じで、黒で塗りつぶしたものです。しかし、大阪府バージョンは、非常に貧相で、東京都のように病名ごとの詳しい入退院とか、死亡者数とかは載っていませんでした。院内の事故件数もなく、とりあえずあったのは、退院した患者さんの退院先の内訳のデータで、それほどどうということないものです。

飯田さんたちに開示されたデータでは入院形態別患者状況数もありましたが、1997年大阪で出してもらったものでは合計欄のところだけで、8時間以上の開放者数、個別開放処遇者数、終日閉鎖者数もその合計だけ出ていました。その後、厚生省の調査様式も改善されたので、府のものもそれに合わせて、少しは役に立つようになっています。

ただし、このデータも病院の自己申告ですので、例えば100人分の閉鎖病棟がひとつあった場合、終日閉鎖の病床数100と書き込むのか、個別開放処遇病床数100と書き込むのか、病院任せなわけです。それで、行政の担当者に判断をどうしているのかと聞いてみたところ、その病棟の100人の入院患者のうち50人以上が自由に外出することが出来る状況にある場合は、個別開放処遇のところに100と書き込むと行政が指導しているそうです。誠実な病院では、100人のうち自由に外に出られる方が50人満たない場合は、その病棟は終日閉鎖100と報告すると云っていました。実際、

自己宣伝だけという病院は、個別開放処遇のところは 100 と書いていました。どういうことかといえますと、ある病院では、私たちが持っている情報では 100 人の患者のうち実質 1 人 2 人しか外出できていないにもかかわらず、個別開放処遇 100 と報告しているのです。これはやっぱり変だなとなるわけです。始めはとっつきにくく不親切な報告書だと思いましたが、逆に病院の誠実度を評価するのに使えるかなという見方もするようになりました。

それから、スタッフ数が書いてあるのは役立ちました。ベッドの多い順番に病院を並び替えて、医師、指定医、作業療法士、PSW、心理の常勤・非常勤、看護、正看、准看と並べてみると、その病院のスタッフの雇用状況がくっきりと出てきます。患者の退院後の暮らしをサポートしよう意識する医療機関はどこかということも、その数字から見えてきます。アルバイトの看護スタッフの比率が高い病院も非常に目立ちます。看護基準についても一覧表にしてみました。こうしてみると、看護基準が 6:1 もしくはその他となっている医療機関は大いに問題があります。問題のあるところが分かりますし、努力しようとしている医療機関も分かるデータになっています。

治療の評判はそれほどよくないのに、デイケアの利用者数だけ多い、儲けに長けた病院というのがくっきり浮かび上がってくる。評判よりも報告でよい数字が出ている医療機関はちょっと変だなあと感じています。

このように、毎年請求すれば役に立つデータが出てきますが、コピー代は 1 万円以上かかります。以前は 1 ページに 5、6 病院分載っていたのが、どんどん減ってきて、1 ページに 1 病院の情報しか載っていない、せこいことになっていて大変です。枚数の少ないものをくれといっても拒否されています。こんなしょうもないせめぎ合いもあります。

ところで、1998 年 9 月に、大阪府病院協会に、閉鎖病棟の奥のほうも含めて、第三者機関である私達のようなグループに病院を訪問させていただき、失墜してしまっている精神病院の信頼を回復していく努力が必要だという申し入れをしました。それを拒絶できる病院はなく、当時拒絶した病院は昨日でもって医療保険の取り消しで実質廃院になりました。訪問を断ることに病院は後ろめたいと自覚するようになったのだなあをつくづく思っています。

病棟訪問を受け入れていただいた病院には情報開示請求では出てこない資料も出していただくように協力してもらっています。例えば、大阪市の生活保護の患者さんや大阪府以外の患者さんをどのくらい受け入れているのかも出すようにお願いしています。病棟ごと、入院形態別の患者数、病棟単位での看護配置とかも尋ねています。もうひとつ分かりやすいのは、平均在院日数です。少ない病院で 30 何日から多い所では 1400 何日まで、これも自己申告ですが、中には 2700 日を超えていた病院もあります。退院の可能性が高い病院と、限りなく退院できそうにない病院というのが分かります。

お金を自由に持てるかどうか、電話をかけるのに手元にいくら位持てるかは、切実な問題です。小遣いの自主管理を許されている患者が何人位いるか、詰め所管理か、事務所管理かを知るために病院にアンケート調査をしました。その結果、大学病院だけが返事なしでしたが、民間病院に関しては 100% 返ってきています。その回答が正しいのかどうか、アンケートに誠実に回答してもらえたかどうかは、次に病院に訪問したときに患者さんから話を聞けば分かります。

病棟訪問で見えてきたことで重要なのは、プライバシーの侵害に関係するような状況、たとえばトイレの設置状況などです。さらに、言葉遣いの乱暴さから始まり、職員とコミュニケーションが

全然取れないなどという細かいところまで結構分かって来ます。

最後に、訪問活動に取り組んできた中で変わってきたこととして、私達も病院協会もそうだと思いますが、それまでは病院どうしが本当にばらばらで他の病院の情報を互いに知らないという感じでしたが、3、4年前からスタッフ研修が多くなっている気がします。また、大阪府の精神保健福祉審議会では知事に答申したのですが、病院の中に権利擁護委員会を設置するように呼びかけをしています。最近、47病院の中の30病院が院内に設置しているという回答がありました。中身については今後の課題ですが…。

現在、権利擁護のリーフレットを個人に配布していますが、そうすると相談電話がたくさんかってくる、人権センターで対応しきれなくなっているというのが現在の悩みです。

◆討論 質評価の学問を・何が情報公開を阻んでいるのかの徹底調査を◆

大熊由紀子：充実した報告をありがとうございました。この厚生科学研究の協力研究者で私立の花園病院の院長さん、山角 駿さんがいらっしゃいましたらどうぞ。

山角 駿：私立の病院と強調されると…。皆さんと一緒にいい医療をやっていききたいというのが本音です。末梢なことですが、「精神病院」といっていますが、ぜひ「精神科病院」といっていただきたい。病院の情報公開を考えるときのキーポイントのひとつは、病院の質をどう評価するか、どういう客観的な評価ができるかどうか、それをどう公表していくかどうか、利用者がどう見てくれるか。それらが全部の流れの中で出来てこなくてはいけないと思います。

それと、人権に関わる問題というのは、お互いのコミュニケーションの中で、お互いに改善していく。私どもが改善するべきところを指摘していただく中で、細かいことも含めて、問題を解消していく。こういうものを含め全体の質をどう評価していくかが大事なのかなと思います。

印象に残ったのは、結果の数字を調整するという話で、こういう話を学問として高めていく、伊藤弘人先生はじめ若い先生方が、病院管理学含めて、質の管理を学問として進めていくことがありがたいと。

広告については、「私ども自分の病院を選んでください」「たくさん来て下さい」としたい一面、これがあまり行き過ぎると、医療の質を変えてしまう結果になることにもなりますので、どうやって公平性を保つかということが大事になってくると思います。それと、日本医療機能評価機構、とりあえずいま日本にある第三者評価のひとつだと思いますが、これと最近出てきているのが、ISO2000 あるいは 2002 という評価もあります。ソフトの部分を評価するのがなかなかうまく行っていないのです。この辺も学問として確立していただけるとありがたいなと。

大熊由紀子：ご到着の前に、公立の病院は自治体の情報公開条例があるので情報を開示しなければならないようになってきたというお話があり、私立の病院の事情をということで伺いました。私立の病院には、すばらしいのから恐ろしいのまであって、公立の病院は真ん中よりちょっと上に固まっている傾向があります。私立にも立派なところがあるのはよく承知しておりますので誤解なされないようにおねがいします。

では、やはり、研究協力者である里見和夫さん、弁護士さんの立場からお願いします。

里見和夫：大阪精神医療人権センターの里見です。

弁護士という立場から人権センターに関わってきました。大阪の大和川病院。平成9年に病院の開設許可そのものが取り消されて廃院になった、多分はじめてのケースではないかと思われます。この病院からは、人権センターが出したピラが名誉毀損にあたるということで、裁判を起こされたことがありました。裁判では、人権センター代表の里見が被告となり、刑事事件で告訴され被疑者となり、弁護士会には懲戒申し立てをされて被懲戒申し立て人になったと、フルコースの経験をさせられました。一方で、弁護士として患者さんに面会を申し入れたのに、病院側に妨害されたということで自分が原告となり損害賠償請求をしました。

その中の名誉毀損の裁判ですが、大和川病院に医者を派遣している大学の医局に対して、大和川病院の実態を知って医師を派遣しているのか、改善の展望をどのように持っているのかというピラを人権センターの名前で書いて送った、その中に、常勤は2、3名しかいないと書いたそれが名誉毀損にあたると訴えられたのです。そこで、常勤の医師は何人いるのかと大阪府に情報開示を求めた。ところが大阪府は明らかに回答しない。情報公開条例に沿って開示請求しても、真っ黒なものがでくる。裁判所から資料を出しなさいという請求があっても、大阪府が厚生労働省から手に入るという始末でした。このことから言えるのは、行政も当時問題のあった病院の情報公開に対してきわめて後ろ向きだったということです。

先ほどのアンケート結果報告の中で、「医療監視などがあるので情報公開しなくてもよい」と30%の保健所がこたえている、これをどう解釈するかという議論がありました。これは、要するに、お上がチェックするから任しておけばよい、私は単純にそう読むべきだと思うわけです。保健所の意識はそういうところにある。お上が医療監視でちゃんとチェックしているからそれに任せておけばよろしいという基本姿勢の表れではないだろうか。ところが、その医療監視の結果とは何のためにあるのだろうか。各病院が良質な医療を提供できる体制にあるかどうか、このことを管理するための医療監視であり、実地調査ではないのか。その情報は本来は国民に向けて明らかにされる性質の情報です。にもかかわらず、医療監視をしているから情報開示の必要ないという回答を30%近くの保健所がする、こういう保健所の基本姿勢が改められないと、医療情報の開示、特に精神科病院についての情報の開示はきわめてお寒い実情になってしまうのではないかと。

精神病院についての情報公開法という提言があるが、何が公開を阻んでいるのか、きっちりとした分析なしに情報公開法の要否を議論してもあまり効率的な議論にはならないと思います。

そういう意味で、この研究班は、先ず、情報開示の実態、何が情報公開を阻んでいるのか、これの徹底した実情調査を行なっていく必要があるのではないかと。先ほど、医療監視の結果について開示1件という話ありましたが、これは実質的な開示には値しない。大阪では実地指導の結果についての個別病院の情報は一切開示しない。どんな項目について改善指導し、どんな改善結果が得られたか、こちらがしりたことは出さない。これらのことを大阪での活動を通じて感じました。

久保 修：監査されていた病院で管理職でした。監査は馴れ合いです。一人の担当しかいないのが、ある時期集中して回って必ずその日に終わらなくてはいけないわけです。問題を見つけて指摘したら、また来なくてはならないから、元々出ないようになっている。病院の側も何もないと問題なので、お土産を作っておくわけです。本当に監査をやる体制もマンパワーがない。極端な話、ある例を言えば、うちの院長よりも後輩が来ていれば「お茶も出さんでいいわ」という感じだし、えらい人がくれば一番いいお茶を出すということを真面目にやっている世界。

例えば、この前京都府の担当官と飲んでいたらこういう話が出ました。病院は預かった患者の小遣いを一つの通帳にまとめて管理しているというのが最近わかって、個々に管理するように指導しているというんです。そんな馬鹿な話があるかと。そんなのは、患者の預かり金を病院が一括管理した場合の金利は誰のものになるのかという問題が出て、日本精神病院協会と厚生労働省との間で調整し、金利は病院側がもらってレクリエーションなどに使っていいですよという通達がちゃんと出ている。それをいまさら何をえらそうに言っているのか、と言ったらさすがに顔色変わっていた。何でもかんでも役人がやるのは立場上不利で、例えば、本当に指摘して改善を言ったら、保健所経由してきた入院の依頼を受け入れないということにもなるわけで、非常に弱い部分もあるわけです。病院が公開してもいいといっているのに、保健所・自治体は回答低いというのは、明らかに立場が弱いんです。「お上」といっても下なんです。そんな感想を持ちます。(次項の注を参照してください)

藤間：精神科ユーザーです。白石弘巳先生のデータを見た限り、情報開示したくないところ。自治体・保健所・病院のところがほぼ一致している。これを見た限り日本的馴れ合いが、銀行やゼネコンだけでなく精神病院についても長年にわたって流れていたということが何となく見えてきた気がします。

伊藤哲寛：実はこの研究は、調査結果もう一度分析し直し、今日の皆さんの意見をいれて、3月末までに報告書をまとめて公表することになっています。病院が積極的に情報公開を進めるのは当然のことだと思いますが、それでは不十分だというユーザーや市民の声もあります。どうすれば良質な医療を提供できるように病院情報の公開を進めることができるのか、それも実現可能なものでなければなりません。理念論だけ言っても実際には広がらないと思いますので、そのへんを3年間かけてやるわけです。今日はいろんな立場の方が情報公開のための実際の活動を報告されたので、それらをどう取り入れるのかが我々の宿題だろうと思います。また、次の機会に皆さんの意見を聞きながら研究報告ができればと思います。

大熊由紀子：自治体が情報公開に消極的なのは精神医療分野に限りません。私はある県の高齢者福祉審議会の会長をしているのですが、お引き受けする条件として、市町村ごとの介護保険データを全部公開してほしいと申しました。県の担当者はとても困っていました。その理由というのが、「成績の悪い市町村に恥をかかせることになる」というのです。「レベルが低くて行政や首長が恥をかく市町村に住んでいるお年寄りにその事実を知らせることこそ県の仕事でしょう」と詰め寄り、結局、すべてのデータが審議会に開示されました。こちら側の意気込み次第ということも結構あります。やってみると風穴はだんだん開いてくるのではないかと思います。

いま、精神医療分野で情報開示が一番進んでいるのは全国見渡して大阪ではないかと思います。大阪は、『ルボ精神病棟』が朝日新聞に連載されたころには日本で最低レベルでした。「鬼の安田か、蛇の水間、情け知らずの栗岡か」と呼ばれる問題病院御三家があったくらいです。その大阪の精神病院協会が深雪さんたちにぶらり訪問や助言を受けるようになったなんて、私にとってはまるで天地がひっくり返ったかのような感じです。糾弾するだけではなく、さまざまな手段を使いながら、ユーザーの視点をきちっと保ちながらの長年の歩みが実を結びつつあるのではないのでしょうか。日本医療能評価機構の精神病院機能評価より、東京・大阪の精神医療人権センターが出しておられる『精神病院事情』のほうが信頼に値するものだと思います。

社会の側もかわりつつあります。昨年11月の出た与党プロジェクトの報告書のなかには、「精

神病院の情報公開と外部評価を促進する」という文章が載っています。事態は少しずつですが、動いているようです。一方で、与党案に厚生労働省の筆が加わって提案された文書の中には、「情報公開」の前に「自主的」という文字が加えられています。きょうの白石さんの報告ではっきりした病院や自治体の情報公開への消極的な回答とあわせて考えると、壁はまだ厚いように思われます。

岡本：情報公開も大切だが、それ以前の問題として、精神科では医師も患者も少なくともよいとする医療法上の問題、いわゆる精神科特例の問題を解決せずに、この問題だけをとりあげても問題の本質に迫れないのではないかと、その点を確認しておく必要があります。

大熊由紀子：はい、それは、ここにお集まりの皆さん全員認識した上での議論と考えてよろしいのではないのでしょうか。

最後に、哲寛さん、今後の情報公開に向けての研究の展望などお話していただいて、今日のフォーラムを締めくくりたいと思いますのでよろしく。

伊藤哲寛：今日は本当に熱心に情報公開の問題について、さまざまな角度からお話ししていただきありがとうございます。まだ、精神病院情報の公開については、もう古くから一部熱心な市民の方の手で始まっていたのに、国の課題として取り組みがなされていませんでした。おそらく、このような場で精神病院情報の公開について研究課題として正面切って取り上げるのは、これが初めてです。そういう意味で私たち研究班の責任は重大だと考えています。

先ほどから出ていますように、行政の取り組みが遅れている中で、どのように精神病院の透明化を図っていくのか、来年度の研究ではもう少し具体的な方策を出さなければなりません。

できたら、今年の秋頃、もう一度、このようなフォーラムを開催したいと考えています。その時にもう一度皆さんとお話しできればと思います。

(拍手)

注：現在では、かつてのように患者小遣い金等を一括して預かって、その利息をレクリエーション費用等に充てることは許されない。入院患者さんから預かった金銭の管理については、平成10年の厚生省部局長連名通知「精神病院に対する指導監督等の徹底について」（平成12年に一部改正）に基づいて、以下の2点が精神病院実地指導で厳しく監視されている。

○入院患者全員に対して、病院が一括して金銭管理を行っていないか。

○預り金は、原則として個人毎に口座を設けて管理し、収支状況についても個人毎に整理、把握され、患者本人、保護者等から要請があった場合には、速やかに提示できるようにしてあるか。

公開フォーラム 「どこまで公開できる、精神病院情報」

(発行責任者)

厚生科学分担研究

「精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究」研究班

分担研究者：伊藤哲寛（北海道立緑ヶ丘病院）

研究協力員：川副泰成（国保旭中央病院）

小林信子（東京精神医療人権センター）

里見和夫（里見和夫弁護士事務所）

白石弘巳（東京都精神医学総合研究所）

平田豊明（千葉県精神科医療センター）

山角 駿（財団法人 花園病院）

(発行部数)

2002. 3. 31 1,000 部印刷

(問い合わせ先)

伊藤哲寛

北海道立精神保健福祉センター

〒003-0027 北海道札幌市白石区本通 16 丁目北 6-34

TEL 011-864-7121 FAX 011-864-9546

メールアドレス：itohtee@mint.ocn.ne.jp

