

意識障害	<p>周囲に対して適切な注意を払い、外界の刺激を的確にうけとって対象を認知し、必要な思考及び判断を行って行動に移し、それらのことの要点に記憶に留めておくという一連の能力の全般的な傷害がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、見当識の障害を伴う結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。</p>	<p>精神分裂病圏            症状性又は器質性            精神障害等            心因性精神障害</p>
知能障害	<p>先天性若しくは幼少時発症の脳障害により知能の発達に障害された状態又は成人後に生ずる器質的脳障害により知能が低下している状態にあり、周囲との意志の疎通や外界に対する感情の表出等の障害がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、突発的な衝動行動等を伴う結果、自傷行為又は他害行為を行うことがある。</p>	<p>精神薄弱            症状性又は器質性            精神障害等</p>
人格の病的状態	<p>知能にほとんど欠陥はないが、人格構成要素の不均衡又は人格全体の異常等のために、本人が悩み又は他人が悩まされ、そのために個人あるいは社会に対し対立するに至るような人格の病的状態がみられ、このような病状又は状態像にある精神障害者は、周囲との意志の疎通や外界に対する感情の表出又は内的葛藤の処理が障害されやすいことに起因する適応障害が顕著な場合、自傷行為又は他害行為を行うことがある。</p>	<p>精神薄弱            精神分裂病圏            症状性又は器質性            精神障害に伴う人格変化            中毒性精神障害            けいれん発作後の人格変容等</p>

## 措置入院決定のお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

年 月 日

○ ○ 都道府県知事

- 1 あなたは、精神保健指定医の診察の結果、入院措置が必要であると認めたので通知します。
- 2 あなたの入院は、〔①精神法第29条の規定による措置入院 ②精神保健法第29条の2の規定による緊急措置入院〕です。
- 3 あなたの入院中は、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の立会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院にあずかることがあります。
- 4 あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又は保護者の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの症状に応じて医師の指示で一時的に制限することがあります。
- 5 あなたは、治療の必要性から、行動制限を受けることがあります。
- 6 もしもあなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院の職員に申し出てください。それでもなお、あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなた又は保護者は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか又は下記にお問い合わせください。

都道府県の連絡先(電話番号を含む)
-------------------

- 7 病院の治療方針に従って療養に専念してください。

## 入院に際してのお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

年 月 日

- 1 あなたは、精神保健指定医の診察の結果、入院が必要であると認められ、年 月 日、入院されました。
- 2 あなたの入院は、精神保健法第33条〔①第1項 ②第2項〕の規定による医療保護入院です。
- 3 あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院にあずかることがあります。
- 4 あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又は保護者の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの症状に応じて医師の指示で一時的に制限することがあります。
- 5 あなたの入院中、治療上必要な場合には、あなたの行動を制限することがあります。
- 6 もしもあなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院の職員に申し出てください。それでもなお、あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなた又は保護者は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか又は下記にお問い合わせください。

都道府県の連絡先(電話番号を含む)
-------------------

- 7 病院の治療方針に従って療養に専念してください。

病 院 名

管理者氏名

㊟

指定医氏名

㊟

主治医氏名

㊟

## 退院・処遇改善請求書

平成 年 月 日

福岡県知事 殿

請求者 氏名  
 住所  
 生年月日  
 代理人 氏名  
 事務所

〒000-0000 電話 (000)000-0000番  
 FAX (000)000-0000番

精神保健福祉法第38条の4の規定に基づき、下記患者について、

- 1 退院させる。
- 2 退院させることを命じる。
- 3 処遇の改善  
 [隔離・身体拘束・通信・面会( )の制限を解除すること, \_\_\_\_\_]  
 を命じる。

の退院・処遇改善請求をいたします。

記

患者 (精神病院に入院中の者)	氏名 (年月日生) 住所
請求者と患者の関係	1 本人 2 保護者(続柄: ) 3 代理人
入院先病院の名称	
入院年月日	年 月 日
入院形態	1 措置入院 2 医療保護入院 3 任意入院 2 その他( )
請求の理由	別紙記載のとおり。

## 精神保健法に係る運用上の留意事項について

平成6年3月14日  
健医発第283号

精神保健法(昭和25年法律第123号。以下「法」という。)については、平成5年3月における公衆衛生審議会の意見等を踏まえ、今般、精神保健法等の一部を改正する法律(平成5年法律第74号。以下「改正法」という。)により、所要の改正が行われ、本年4月1日から施行されることとされたところであるが、改正法に係る事項以外の下記事項に関しても、同審議会の意見等を踏まえ、本年4月1日から運用上の取扱いを下記のとおりとすることとしたので、通知する。

なお、下記事項については、貴管理下市町村を含め、関係者、関係団体に対する周知方につき配慮されたい。

## 記

## 第1 精神医療審査会に関する事項

精神医療審査会の運営に当たっては、以下の事項に配慮すること。

- (1) 同一人から提出された2回目以降の退院の請求又は処遇改善の請求については、既に審査を行った合議体とは別の合議体において順次審査を行うこととすること。
- (2) 1回の合議体における事務処理が増大している精神医療審査会においては、合議体の開催回数調整を行うこと等により事務処理の効率化を推進し、適切な審査を行うことのできる体制を確保すること。
- (3) 精神医療審査会における審査においては、今後とも、患者の代理人である弁護士についても意見聴取の対象となることができること並びに患者本人及びその代理人である弁護士についても意見陳述に参加することができることを周知徹底すること。
- (4)・(5) 略
- (6) 概ね1年半以上の長期にわたって入院している患者に関しては、精神医療審査会における審査を入念に実施するとともに、実地審査においても、一層入念に入院の必要性等を審査すること。

以下(略)

## 精神保健法第36条第2項の規定に基づき 厚生大臣が定める行動の制限

昭和63年4月8日  
厚生省告示第128号  
平成6年3月14日  
厚生省告示第52号

精神保健法(昭和25年法律第123号)第36条第2項の規定に基づき、厚生大臣が定める行動の制限を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

- 1 信書の発受の制限(刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書については、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上患者に当該受信信書を渡すことは、含まれない。)
- 2 都道府県及び地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話の制限
- 3 都道府県及び地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士及び患者又は保護者の依頼により患者の代理人となろうとする弁護士との面会の制限

## 精神保健法第37条第1項の規定に基づき 厚生大臣が定める行動の制限

昭和63年4月8日  
厚生省告示第130号  
平成6年3月14日  
厚生省告示第53号

精神保健法(昭和25年法律第123号)第36条第2項の規定に基づき、厚生大臣が定める行動の制限を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

### 第1 基本理念

入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たって、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨を患者にできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする。

### 第2 通信・面会について

#### 1 基本的な考え方

- (1) 精神病院入院患者の院外にある者との通信及び来院者との面会(以下「通信・面会」という。)は、患者と家族、地域社会等との接触を保ち、医療上も重要な意義を有するとともに、患者の人権の観点からも重要な意義を有するものであり、原則として自由に行われることが必要である。
- (2) 通信・面会は基本的に自由であることを、文書又は口頭により、患者及び保護者に伝えることが必要である。
- (3) (略)

#### 2 信書に関する事項 (略)

#### 3 電話に関する事項

- (1) 制限を行った場合は、その理由を診療録に記載し、かつ、適切な時点において制限をした旨及びその理由を患者及び保護者に知らせるものとする。
- (2) 電話機は、患者が自由に利用できるような場所に設置される必要があり、閉鎖病棟内にも公衆電話等を設置するものとする。また、都道府県精神保健主管部局、地方法務局人権擁護主管部局の電話番号を、見やすいところに掲げる等の措置を講ずるものとする。

## 精神保健法第36条第3項の規定に基づき 厚生大臣が定める行動の制限

昭和63年4月8日

厚生省告示第129号

精神保健法(昭和25年法律第123号)第36条第3項の規定に基づき、厚生大臣が定める行動の制限を次のように定め、昭和63年7月1日から適用する。

- 1 患者の隔離(内側から患者本人の意志によっては出ることのできない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る。)
- 2 身体的拘束(衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。)



## 入院継続に際してのお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

年 月 日

- 1 あなたの入院は、あなたの同意に基づく、精神保健法第22条の4の規定による任意入院です。
- 2 あなたの入院中、手紙やはがきなどの発信や受信は制限されません。ただし、封書に異物が同封されていると判断される場合、病院の職員の立会いのもとで、あなたに開封してもらい、その異物は病院にあずかることがあります。
- 3 あなたの入院中、人権を擁護する行政機関の職員、あなたの代理人である弁護士との電話・面会や、あなた又は保護者の依頼によりあなたの代理人となろうとする弁護士との面会は、制限されませんが、それら以外の人との電話・面接については、あなたの症状に応じて医師の指示で一時的に制限することがあります。
- 4 あなたの入院中、あなたの処遇は、開放的に行うよう努めます、しかし、治療上どうしても必要な場合には、あなたの行動を制限するがあります。
- 5 あなたの入院は任意入院でありますので、あなたの退院の申出により、退院できます。ただし、精神保健指定医があなたを診察し、必要があると認めたときには、入院を継続していただくことがあります。その際には、入院継続の措置をとることについて、あなたに説明いたします。
- 6 もしもあなたに不明な点、納得のいかない点がありましたら、遠慮なく病院の職員に申し出てください。それでもなお、あなたの入院や処遇に納得のいかない場合には、あなた又は保護者は、退院や病院の処遇の改善を指示するよう、都道府県知事に請求することができます。この点について、詳しくお知りになりたいときは、病院の職員にお尋ねになるか又は下記にお問い合わせください。

都道府県の連絡先(電話番号を含む)
-------------------

- 7 病院の治療方針に従って療養に専念してください。

病 院 名

管 理 者 氏 名

㊟

主 治 医 氏 名

㊟

# 任意入院同意書

年 月 日

○ ○ ○ ○ 病 院 長 殿

入院者本人 氏 名 ⑩  
生年月日  
住 所

私は、「入院に際してのお知らせ」(入院時告知事項)を了承の上、精神保健法第22条の4第1項の規定により、貴院に入院することに同意いたします。

## デイ・ケア及び精神保健相談実施状況一覧表

(略)

各都道府県の保健所等

名称, 電話番, 精神保健相談日, デイ・ケア患者クラブ等実施日と時間,  
老人精神保健相談日と時間, アルコール関連問題など

# 精神科医療におけるインフォームド・コンセントと情報開示に関する研究

北村俊則，北村總子，塚田和美，加藤元一郎

## 研究要旨

実際の精神科医療と（対照群として）内科医療において何がどれほど開示されているのかと，そのような開示内容を規定する要因について検討するため，精神科入院患者 80 名と内科入院患者 23 名に対して，主治医が入院直後に開示した内容を告知内容調査表 Disclosure Content Check List (DCCL) にて確認した。DCCL の 12 項目は因子分析から治療の危険，恩恵的示唆，診断と治療の正式名称，法的決定権と命名できる 4 因子に分かれることが示された。各因子に 0.5 以上の因子負荷量を有する DCCL 項目の得点とを DCCL の下位尺度得点とした。治療の危険得点は他の 3 群の患者に比べ自由入院（一般病院精神科病棟）患者に有意に高かった。診断と治療の正式名称得点は精神病性障害群に比べ身体疾患群と気分障害群に有意に高かった。法的決定権得点は自由入院（一般病院精神科病棟），医療法入院（内科病棟），任意入院（精神科解放病棟），医療保護入院（精神科閉鎖病棟）の順であった。医療・法律情報の開示はインフォームド・コンセントの前提であるが，それは医療の現場では必ずしも実行されてはいなく，その要因として入院形態や診断分類があることが示唆された。

## 見出し語

インフォームド・コンセント，情報開示，精神科医療

### A. 目的

一般医療に比べ，精神科医療におけるインフォームド・コンセント (informed consent: IC) の必要性の認識は遅れている。我々はこれまで，こうした背景には (1) 精神科患者には判断能力がない（あるいは減弱している）(2) 患者の自己決定権よりパターナリスティックな介入が是である (3)

ナリスティックな介入が是である (3) 医療に関する情報開示が患者の治療に不利益を与える，といった考え方が存在すると考えてきた。そして，一般の人々が精神科医療を受診する際には，診断，治療法，予後などほとんどすべての領域における医学・医療情報を知りたいと思っていることを昨

年度の報告書で述べた。今後、精神科医療における適正な医療を考える場合、情報開示と自己決定権のありかたは重要な課題である。

そこで今回は、実際の精神科医療と（対照群として）内科医療において、主治医から入院後の患者に何がどれほど開示されているのかと、そのような開示内容を規定する要因について調査を行った。

## B. 研究方法

### 対象

本研究の実施病院は国立精神・神経センター国府台病院精神科および内科ならびに東京歯科大学市川総合病院精神科である。前者の病院は精神科を主体とし、比較的重症の患者が入院する施設であり、後者は比較的軽症の患者を自由入院で収容する施設である。調査の対象は新規に内科病棟または精神科病棟に入院してきた患者とした。対象から除外したものは20歳未満の者、面接が施行できないほど重症の精神状態の患者である。患者の診断上の内訳は、器質性精神障害8名、精神病性障害32名、気分障害23名、非精神病性非気分性障害（神経症）17名、身体疾患23名であった。また、精神科患者の精神保健福祉法上の分類は自由入院28名（全員東京歯科大学市川総合病院）、任意入院25名（国立精神・神経センター国府台病院開放病棟）、医療保護入院27名（国立精神・神経センター国府台病院閉鎖病棟）であった。

### 方法

対象患者それぞれの入院に際し担当医師が説明した事柄について、当該主治医

が告知内容調査表 Disclosure Content Check List (DCCL) (全文は付録参照)の項目を埋めることで調査した。DCCLは精神科患者の判断能力評価用構造化面接の項目に対応するよう編集した、告知内容の種類と量を確認する自己記入式調査票である。精神科患者については、その精神症状を Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) を用いて評価した。BPRSについてはその下位尺度得点 — 陽性症状, 陰性症状, 抑うつ症状, 躁症状 — を求めた。

## C. 結果

### DCCL 項目の因子構造

DCCLの12項目について OBLIMIN 回転（斜交回転）による因子分析を行った。患者に何を告知するか項目は当然に関連しあうと想定できたため斜交回転を実施した。固有値1.0以上にて因子数を決定した。表1に見られるよう4つの因子が得られた。因子負荷量の高い項目の内容を検討し、第1因子を「治療の危険 Risks expected from treatment」、第2因子を「恩恵的示唆 Benevolent suggestions」、第3因子を「診断と治療の正式名称 Diagnosis and formal terms of treatment」、第4因子を「法的決定権 Legal right to decide」と命名した。なお因子数の決定を scree test にて行っても4因子であった。

そこで、各因子に0.5以上の因子負荷量を示した項目の得点（0点か1点）の総和を項目数で除したものを DCCL の下位尺度得点とした。従って、各下位尺度得点は0.0～1.0点を取る。高得点ほど多くの開示がなされたことを示す。

表 1. DCCL の因子構造

DCCL 項目	Factor			
	1 治療の危険 Risks expected from treatment	2 恩恵的示唆 Benevolent sug- gestions	3 診断と治療の 正式名称 Diag- nosis and formal terms of treat- ment	4 法的決定権 Legal right to decide
無治療の場合に期待 できる利益の説明	.77	-.03	-.25	.29
代替手段の説明	.76	.03	-.14	.13
治療から予想できる 危険の説明	.74	.05	.05	-.01
Medical/formal terms of drug	.45	.23	.17	.06
治療の推薦	-.05	.94	-.11	.03
治療から期待できる 利益の説明	-.01	.89	.07	.00
無治療から予測でき る危険の説明	.40	.48	.14	-.12
医学上正式の診断名	-.09	-.04	.88	.11
医学上正式の治療名	-.10	.13	.76	.12
病名告知	.50	.14	.55	-.17
決定の依頼	-.01	-.04	.14	.93
決定権の保有	.20	.05	.05	.84

告知内容に関連する要因

次に告知内容の各下位尺度を規定すると考えられる要因 — 診断分類, 法律上の入院形態, 性差, 精神症状 — をそれぞれ検討した。

まず、告知内容下位尺度得点を診断分類に分けて比較した (表 2)。その結果、治療の危険得点, 診断と治療の正式名称得点, 法的決定権得点について診断群の間で有意

の差を認めた。すなわち、治療の危険得点は精神病性障害群と身体疾患群に比べ神経症群と気分障害群に有意に高く、診断と治療の正式名称得点は精神病性障害群に比べ身体疾患群と気分障害群に有意に高く、法的決定権得点は精神病性障害群に比べ身体疾患群, 神経症群, 気分障害群に有意に高かった。恩恵的示唆得点はいずれの群でも高得点を示し、群間に差を認めなかった。

表 2. 診断分類ごとの告知内容下位尺度得点

診断分類 (人数)	告知内容下位尺度			
	治療の危険 Risks expected from treatment	恩惠的示唆 Benevolent suggestions	診断と治療 の正式名称 Diagnosis and formal terms of treatment	法的決定権 Legal right to decide
器質性精神障害 (n=8)	0.50 (0.40)	1.00 (0.00)	0.63 (0.33)	0.63 (0.52)
精神病性障害 (n=32)	0.25 (0.33)	0.89 (0.28)	0.42 (0.33)	0.36 (0.44)
気分障害 (n=23)	0.71 (0.35)	1.00 (0.00)	0.78 (0.28)	0.72 (0.45)
神経症 (n=17)	0.75 (0.40)	0.94 (0.24)	0.63 (0.29)	0.79 (0.40)
身体疾患 (n=23)	0.29 (0.25)	0.96 (0.21)	0.84 (0.26)	0.85 (0.24)
全体 (N=103)	0.46 (0.40)	0.95 (0.21)	0.64 (0.34)	0.64 (0.45)
群間比較	NEU, MOO > SOM, PSY	-	SOM, MOO > PSY	SOM, NEU, MOO > PSY

ORG, 器質性精神障害; PSY, 精神病性障害; MOO, 気分障害; NEU, 神経症; SOM, 身体疾患  
( ) 標準偏差; 群間比較は Scheffé *post hoc* comparison

次に、告知内容下位尺度得点を法律上の入院形態に分けて比較した(表 3)。なお、医療保護入院の患者はすべて精神科閉鎖病棟、任意入院の患者はすべて精神科解放病棟に入院していた。また、精神保健福祉法によらず自由入院している患者は通常の内科入院患者と同様の解放式の病棟に入院していた。

診断分類と同様ここでも、治療の危険得点、診断と治療の正式名称得点、法的決定権得点について診断群の間で有意の差を認

めた。治療の危険得点は他の3群の患者に比べ自由入院(一般病院精神科病棟)患者に有意に高く、診断と治療の正式名称得点は医療保護入院(精神科閉鎖病棟)患者に比べ医療法入院(内科病棟)患者に有意に高く、法的決定権得点は自由入院(一般病院精神科病棟)、医療法入院(内科病棟)、任意入院(精神科解放病棟)、医療保護入院(精神科閉鎖病棟)の順であった。恩惠的示唆得点はいずれの群でも高得点を示したため、群間に差を認めなかった。

表 3. 入院形態ごとの告知内容下位尺度得点

入院形態 (人数)	告知内容下位尺度			
	治療の危険 Risks expected from treatment	恩惠的示唆 Benevolent suggestions	診断と治療の正式名称 Diagnosis and formal terms of treatment	法的決定権 Legal right to decide
医療保護入院（精神科閉鎖病棟） (n = 27)	0.27 (0.31)	0.94 (0.21)	0.49 (0.33)	0.17 (0.34)
任意入院（精神科解放病棟） (n = 25)	0.23 (0.21)	0.88 (0.30)	0.67 (0.40)	0.56 (0.46)
自由入院（一般病院精神科病棟） (n = 28)	1.00 (0.00)	1.00 (0.00)	0.61 (0.27)	1.00 (0.00)
医療法入院（内科病棟） (n = 23)	0.29 (0.25)	0.96 (0.21)	0.84 (0.26)	0.85 (0.24)
全体 (N = 103)	0.46 (0.40)	0.95 (0.21)	0.64 (0.34)	0.64 (0.45)
群間比較	GEN > MED, LOCK, OPEN	-	MED > LOCK	GEN, MED > OPEN > LOCK

LOCK, 医療保護入院（精神科閉鎖病棟）；OPEN, 任意入院（精神科解放病棟）；GEN, 自由入院（一般病院精神科病棟）；MED, 医療法入院（内科病棟）；( ) 標準偏差；群間比較は Scheffé *post hoc* comparison

性別による差も認められた（表 4）。すなわち治療の危険得点は女性に有意に高く、診断と治療の正式名称得点は男性に有意に高かった。残る 2 下位尺度について男女間に有意の差は認めなかった。

表 4. 性ごとの告知内容下位尺度得点

性別 (人数)	告知内容下位尺度			
	治療の危険 Risks expected from treatment	恩惠的示唆 Benevolent suggestions	診断と治療の正式名称 Diagnosis and formal terms of treatment	法的決定権 Legal right to decide
男性 (n = 34)	0.30 (0.33)	0.94 (0.20)	0.78 (0.33)	0.65 (0.44)
女性 (n = 69)	0.54 (0.40)	0.95 (0.21)	0.57 (0.32)	0.64 (0.45)
全体 (N = 103)	0.46 (0.40)	0.95 (0.21)	0.64 (0.34)	0.64 (0.45)
群間比較	F > M	-	M > F	-

F, 女性；M, 男性；( ) 標準偏差；群間比較は Scheffé *post hoc* comparison



情報の開示内容と程度は精神症状にも影響されうる。そこで精神科患者に限定して BPRS の 4 つの下位尺度得点と DCCL の下位尺度得点の積率相関係数を求めた (表 5)。

その結果、陽性症状が高いほど診断と治療の正式名称得点と法的決定権得点が低くなること、陰性症状と抑うつ症状が高いほど治療の危険得点と法的決定権得点が高くなることが明らかとなった。

表 5. BPRS による精神症状評価と告知内容下位尺度得点

BPRS 下位尺度	告知内容下位尺度			
	治療の危険 Risks expected from treatment	恩恵的示唆 Benevolent suggestions	診断と治療の正式名称 Diagnosis and formal terms of treatment	法的決定権 Legal right to decide
陽性症状	- 0.20	- 0.18	- 0.25 *	- 0.23 *
陰性症状	0.49 **	0.16	-0.15	0.36 **
抑うつ症状	0.58 **	0.20	0.16	0.43 **
躁症状	- 0.16	- 0.15	- 0.02	- 0.16

\*  $P < 0.05$ ; \*\*  $P < 0.01$  値は積率相関係数

これまで見たように、告知内容調査票の各下位尺度得点はいくつかの要因に関連していた。しかし、これらの関連要因は相互に影響しあっている。例えば精神病性障害の患者は高い確率で閉鎖病棟に入院されるし、精神病性障害の患者の陽性症状得点が高く出ることが予測できる。そこで、こうした交絡 confounding の可能性を統計学的に統制するため、精神科患者に限定し、各告知内容調査票下位尺度得点を基準変数、診断分類、入院形態、性別を説明変数、4 つの BPRS 下位尺度得点を共変量 covariate とした共分散分析 analysis of covariance (ANCOVA) を施行した (表 6)。ANCOVA

で主効果が認められた説明変数のみが基準変数と真の関連を持つものと認められる。また複数の説明変数の組み合わせが基準変数に関連しているかは interaction として確認できる。なお、内科患者は BPRS による精神症状測定を行わなかったことと、内科入院患者の診断分類が全員身体疾患であるため、ANCOVA の対象から除外した。

ANCOVA の結果、治療の危険得点と法的決定権について入院形態が、診断と治療の正式名称について診断分類が主効果を示した。2-way interactions は診断と治療の正式名称得点に関して診断分類 x 入院形態のみが有意の所見を呈した。

表 6. 各告知内容調査票下位尺度得点の ANCOVA

	告知内容調査票下位尺度			
	治療の危険 Risks expected from treatment	恩恵的示唆 Benevolent sug- gestions	診断と治療の 正式名称 Di- agnosis and formal terms of treatment	法的決定権 Legal right to decide
covariates	F (4) = 36.1 ***	F (4) = 1.6	F (4) = 3.5 *	F (4) = 12.2 ***
陽性症状	F (1) = 14.9 ***	F (1) = 2.1	F (1) = 4.9 *	F (1) = 9.8 **
陰性症状	F (1) = 31.5 ***	F (1) = 0.9	F (1) = 4.1 *	F (1) = 10.3 **
抑うつ症状	F (1) = 46.3 ***	F (1) = 0.2	F (1) = 5.4 *	F (1) = 12.4 **
躁症状	F (1) = 0.8	F (1) = 0.2	F (1) = 0.3	F (1) = 0.0
主効果	F (6) = 16.8 ***	F (6) = 0.7	F (6) = 3.3 **	F (6) = 7.7 ***
診断分類	F (3) = 2.2	F (3) = 0.6	F (3) = 4.3 **	F (3) = 1.3
入院形態	F (2) = 32.3 ***	F (2) = 1.1	F (2) = 0.3	F (2) = 20.1 ***
性別	F (1) = 3.7	F (1) = 0.0	F (1) = 2.8	F (1) = 0.1
2-way interactions	F (11) = 0.8	F (11) = 0.6	F (11) = 2.1 *	F (11) = 1.3
診断分類 x 入院形 態	F (6) = 1.0	F (6) = 0.5	F (6) = 3.2 **	F (6) = 0.9
診断分類 x 性別	F (3) = 0.6	F (3) = 0.5	F (3) = 1.5	F (3) = 2.5
入院形態 x 性別	F (2) = 0.1	F (2) = 0.5	F (2) = 3.2	F (2) = 0.8
3-way interactions	F (2) = 0.9	F (2) = 0.4	F (2) = 0.9	F (2) = 1.8
診断分類 x 入院形 態 s 性別	F (2) = 0.9	F (2) = 0.4	F (2) = 0.4	F (2) = 0.4

\* P < 0.5; \*\* P < 0.01; \*\*\* P < 0.001

## D. 考察と結論

インフォームド・コンセントが正当とされるには、医師が十分量の情報を患者に開示したことが前提となる。もし自分が精神科患者になったとの前提でどのような医療情報を知りたい（医師から開示してもらいたい）かとの調査においては、一般人がほとんどすべての医療情報を知りたいと答えていたし (Hasui ら, 1999), 医療における他者の自己決定についても尊重する傾向が強くなっている (Hayashi ら, 1999)。今回開発した DCCL は患者がインフォームド・コンセントを与えるに際して知っていなければならないとされた情報の一致した項目立てとなっている。従って、患者の同意がインフォームド・コンセントと呼ばれるためには、DCCL の項目のすべてについて情報が開示されなければならない。精神科病棟に限らず内科病棟においても DCCL 得点が常に最高点でないという今回の所見は、今回対象の患者についてインフォームド・コンセントの前提である情報開示が必ずしも十分ではないことを示唆している。

また、DCCL の項目が因子分析で 4 因子に分かれたということは、精神科医や内科医が担当の入院患者にインフォームド・コンセントの前提となる情報を開示する際に、その情報をいくつかのグループに分けて提示していることを意味している。

第 1 の因子は治療の危険尺度と解釈できた。提示した治療を実行すればどのような副作用が発生し、実行しなければそうした望ましくない現象は避けることができることを教えるのがこの因子である。この種類

情報開示は自由入院の精神科患者に最も頻回に伝えられており、それは内科患者より多いものであった。これは、内科において医師が治療の効果を伝えることで情報開示が十分であると感じ、副作用などのについては伝えない傾向にあることが理由であるかもしれない。

第 2 の因子は治療を薦め、その治療からどのような良いことが期待できるかを説明するもので、恩恵的示唆と解釈した。そしてこの因子得点は患者の属性にかかわらず非常に高いものであった。

第 3 の因子は病名の告知、その場合に医学上の正式名を使用する、治療法についても「気持ちを落ち着かせる薬」といった漠然とした表現でなく正式名称を伝えるといった項目である。これは内科患者と気分障害（主としてうつ病）の患者には十分伝えられていたが、精神病性障害（主として精神分裂病）の患者への教示が低いものであった。

最後は、患者に自己決定権があることを伝え、さらにこの権利を利用するよう促すというものである。予想されたように、この情報は医療保護入院患者へはほとんど伝えられていない。しかし、医療保護入院は本人の同意なく入院させることが許された制度であり、必ずしも患者の治療に当たって同意を求めることを不要とするものではない。治療法に関するインフォームド・コンセントの原則は複数の治療法を提示し、その中から患者に選択を求めるものである。そうであれば、なんらかの理由（例えば病識の欠如）で医療保護入院が必要な患者に対しても、DCCL の各項目に属する情報を開示することは可能であり、また必要で

あると考えられる。

しかし、医療現場で情報開示が不適切と考えられる状況があることも多くの臨床医が主張する点である。そのような状況があるのであれば、明確な理由を述べ、可及的に具体的なガイドラインを作成する必要がある。この際、患者の判断能力が著しく減弱した場合が想定できる。しかし精神科患者であることが即判断無能力を意味するものではない(友田ら, 1998)。従って、日常の精神科医療において標準的判断能力審査方法を導入すべきである(Tomodaら, 1997; Kitamuraら, 1998)。

さらに患者の判断能力は当該病状に関連した十分量の医療・医学情報が与えられることで「改善」されるものである(Kitamuraら, 1999)。今後精神科医療にインフォームド・コンセントを定着させるには、医師が患者に行う説明の内容、説明の方法などについて、患者理解を導けるような工夫が必要になろう。加えて患者の知る権利を補佐する役割を担うものの存在も必要であろう(北村ら, 1998)。

#### 文献

- Hasui, C., Hayashi, M., Tomoda, A., Kohro, M., Tanaka, K., Ageo, F. & Kitamura, T. (1999). Patients' desire to participate in decision-making in psychiatry: A questionnaire survey in Japan. Manuscript submitted for publication
- Hayashi, M., Hasui, C., Kitamura, F., Murakami, M., Takeuchi, M., Katoh, H. & Kitamura, T. (1999). Respecting autonomy in difficult medical settings: A questionnaire study in Japan. *Ethics and Behavior (in the press)*
- 北村總子, 北村俊則 (1998). 精神疾患を有する者のための権利擁護者制度—その歴史と役割—. *精神保健研究*, 11, 45-60.
- Kitamura, F., Tomoda, A., Tsukada, K., Tanaka, M., Kawakami, I., Mishima, S. & Kitamura, T. (1998). Method for assessment of competency to consent in the mentally ill: Rationale, development, and comparison with the medically ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21, 223-244.
- Kitamura, T., Kitamura, F., Saito, R., Tomoda, A., Kijima, N., Kato, M., Mimura, M., Matsubara, K., Hayakawa, T., Koishikawa, H. & Tsukada, K. (1999). Patients' competency to give informed consent. Reliability and factor structure of a new assessment interview and clustering of patients. Manuscript submitted for publication
- Tomoda, A., Yasumiya, R., Sumiyama, T., Kitamura, F. & Kitamura, T. (1997). Validity and reliability of Structured Interview for Competency Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 443-450.
- 友田貴子, 木島伸彦, 斎藤令衣, 北村總子, 住山孝寛, 安宮理恵, 塚田和美, 田中眞, 三島修一, 川上郁子, 北村俊則 (1998). 精神疾患と判断能力—内科患者との比較を通して—. *精神保健研究*, 11, 37-43.