

分類の記号について

- ①<人権擁護に関わる内容> ②<サービス向上に関わる内容>  
 ③<①②両群に属する内容> ④<①②両群に属さない内容>

旭川圭泉会病院				
	項目	分類	ケース内容	対策
A-01	食事	②	食事メニューの納豆を週4回希望	
A-02	食事	②	ダイエット食の希望	
A-03	食事	②	夕食にも牛乳を希望	
A-04	療養規則	②	ギター、キーボードの設置希望	
A-05	設備	②	OTプログラムに対する要望	リハビリ部で検討
A-06	療養環境	②	週末のラジオ体操実施希望	ラジオ体操も含めリハビリ部で検討する。
A-07	治療	④	対人関係の改善と医師面談の希望	
A-08	洗濯	②	洗濯全般に対する不満	
A-09	設備	②	換気扇の故障修理に対する要望	
A-10	接遇	②	投稿の返事がないことへの不満	
A-11	療養環境	②	食事時の清掃に対する要望	病棟内にて再検討する。
A-12	接遇	②	意見書の取り扱いに対する不満	
A-13	食事	②	食事の味付けに対する意見	
A-14	療養規則	②	テレビの時間延長の要望	
A-15	療養環境	②	灰皿の処理に対する要望	
A-16	トラブル	④	私物管理方法への要望	
A-17	接遇	②	意見書の取り扱いに対する不満	
A-18	接遇	①	職員の態度に対する不満	
A-19	接遇	①	患者の呼称について	接遇委員会で検討。敬語を基本とする。
A-20	療養環境	②	療養環境への要望	患者さまの要望を再確認する。
A-21	治療	②	治療及び療養環境への要望	業務改善を行う。

さっぽろ香雪病院				
	項目	分類	ケース内容	対策
B-01	買物	②	売店への要望	直接依頼し対応する。
B-02	療養環境	②	棟内散歩の方法についての要望	病棟単位で検討する。
B-03	買物	②	売店への要望	直接依頼し対応する。
B-04	食事	②	おかずを細かく切ってほしい。	個別に対応する。
B-05		④	職員に対する励ましの内容	
B-06	療養規則	①	患者小遣いへの不満	現状の情報収集と継続審議を行う。
B-07	接遇	①	特定職員に対する不満	接遇教育の実施が必要。
B-08	設備	②	信書の取り扱いに対する不満	患者さまへの説明の充実を図る。
B-09	療養規則	②	外出方法への要望	対応方法の改善を行う。

あさかホスピタル				
	項目	分類	ケース内容	対策
C-01	ブラバシー	①	監視カメラに対する患者説明の必要性	同意書については前向きに検討する。
C-02	入浴	①	不潔傾向の患者さまへの介入	患者対応への積極的な取り組みの実施。
C-03	接遇	①	院外業務での職員の服装	利用者の意向への配慮とその都度検討。
C-04	病院規則	①	家族面会票の記載に対する不満	面会票のあり方について再検討する。
C-05	療養規則	①	家族からの差し入れに対する規制	個別の対応を行う。
C-06	ブラバシー	①	患者個人情報の取り扱い	個人情報の慎重な取り扱いの検討。
C-07	嗜好品	①	タバコの看護室預かり	個別対応とタバコに対する情報提供。

秩父中央病院				
	項目	分類	ケース内容	対策
E-01	療養規則	①	通信の規制	病棟にて検討する。
E-02	設備	③	トイレの扉の設置希望	設備改善を行う。
E-03	ブラバシー	③	病室のカーテンの設置	スクリーン等で対応する。
E-04	療養環境	②	食事時間への要望	病棟にて検討する。
E-05	嗜好品	①	煙草の本数への要望	個別対応の実施。
E-06	療養環境	②	自動販売機の設置希望	金銭管理も含め検討する。
E-07	療養環境	①	外出に対する要望	個別対応を検討する。
E-08		④	病的体験による内容	
E-09	治療	①	退院要求	主治医より病状説明
E-10	金銭管理	①	小遣い管理への要望	管理方法に対しての検討を行う。
E-11	トラブル	②	預かり物品でのトラブル	管理方法の検討を行う。
E-12	接遇	③	入浴介助方法への不満	個別対応と患者説明の徹底。
E-13	面会	②	面会に対する要望	患者・家族間の連絡調整
E-14	接遇	③	患者本人の意思に対する意見	患者さまの意見を聞き、尊重する方針
E-15	設備	②	電話帳の設置	貸し出し方法について検討する。
E-16	療養環境	②	ホールのテーブルの設置方法	配置方法の検討
E-17	療養規則	③	おやつ預かり患者さまの対応	自己管理も含め検討する。
E-18	療養環境	①	小遣いの明細の発行、預かり品の管理	個別対応

浅井病院				
	項目	分類	ケース内容	対策
F-01		④		
F-02	設備	②	療養環境に対する要望	扇風機の設置等の検討。
F-03	トラブル	④	患者間のトラブル	情報収集と見回りによる対策の実施。
F-04	危機管理	④	患者からの暴力	ケース毎の対応方法の検討。
F-05	接遇	①	スタッフの患者対応	カンファレンスによる接遇の改善
F-06	トラブル	④	療養態度に対するトラブル	入院時オリエンテーション等の徹底
F-07	入浴	①	入浴方法への不満	個別対応と患者説明の徹底。

F-08	トラブル	④	患者間のトラブル	ケース毎の対応方法の検討
F-09	療養規則	③	入浴回数への不満	患者説明の徹底と今後の改善対策の実施
F-10	プライバシー	①	隔離室への家族の入室について	他患者のプライバシーへの配慮から禁止。
F-11	プライバシー	①	患者個人情報の取り扱い	個人情報の慎重な取り扱いの検討。
F-12	接遇	①	患者情報の取り扱い	申し送り場所の検討。
F-13	接遇	①	患者への言葉遣い	禁止用語の配布と掲示。
F-14	異性問題	①	患者の異性問題について	逸脱行為の禁止を説明。
F-15	設備	②	ベッドに緊急ブザーの設置希望	巡回の徹底と患者説明の実施
F-16	病院規則	①	患者の顔写真の撮影に対する拒否	同意の確認と家族説明の実施
F-17	嗜好品	①	煙草の本数への要望	家族との話し合いの実施、説明と同意
F-18	治療	①	感染症患者の療養上の問題	感染予防対策の確認
F-19	行動制限	①	患者の拘束について	
F-20	治療	②	病棟レクへの要望	現状の説明の実施
F-21	設備	②	車椅子設置の要望	購入を検討
F-22	接遇	②	看護婦の対応がまちまちである	教育・啓発活動の実施。
F-23	設備	②	洗濯機の故障に対する苦情	直ぐに対処する。
F-24	治療	④	治療行為に対する質問	個別対応
F-25	行動制限	①	隔離開放時間の改善要望	投函者が覚えていない為、保留。
F-26	治療	④	病的体験に伴う自傷行為	患者の状態は把握と医師への連絡
F-27	トラブル	④	盗癖患者への苦情	ロッカー使用についての説明の実施。
F-28	設備	②	タバコ販売機の設置希望	現状では不可を説明する。
F-29	療養環境	②	病棟環境への要望	患者本人に説明する。
F-30	治療	④	服薬時間への不満	薬効等服薬についての説明を実施
F-31	食事	②	おかずの増量に対する要望	メニュー等について説明
F-32	食事	②	食事に対する要望	栄養面について説明
F-33	設備	②	娯楽に対する要望	病棟で検討後、人権擁護委員会にて検討。
F-34	トラブル	④	盗難に対する苦情	ロッカーの使用を勧める。

木島病院				
	項目	分類	ケース内容	対策
G-01	嗜好品	①	病棟管理患者の喫煙時間について	画一的ではなく、個別対応を検討する。
G-02	療養規則	③	自動販売機の使用について	個別対応の検討と利用方法の説明の実施。
G-03	プライバシー	①	公衆電話の取り次ぎについて	守秘義務等について委員会で検討。
G-04	療養規則	①	ヌードポスターの掲示について	他の患者さまへの影響を考慮し、説明する。
G-05	信書	④	赤字の患者の信書購入について	主治医より説明で同意を得る。
G-06	プライバシー	②	在宅患者の訪問販売でのトラブル	本人の同意の元、相談所を介して解決する。
G-07	療養環境	①	個室ののぞき窓の閉鎖について	患者の意思を尊重し対応する。
G-08	トラブル	④	口笛による患者間のトラブル	日中は了解頂けるよう説明する。
G-09	プライバシー	④	異性の入浴介助について	患者に不快感がないか確認する。
G-10	接遇	①	職員の言動による苦情	対応の方法等について指導する。
G-11	トラブル	④	痴呆老人のトイレ誘導でのトラブル	痴呆老人の介護について指導する。

G-12	入浴	②	入浴場が混雑し、ゆっくりできない。	ADLにより入浴日を変更する。
G-13	接遇	②	洗濯物の処理方法に対する苦情	食卓の上で洗濯物を置まないようにする。
G-14	プライバシー	①	患者個人情報の取り扱いについて	プライバシーの保護を徹底するよう指導。
G-15	プライバシー	①	外線電話での個人情報の提供について	事務所を通じての対応を説明する。
G-16	治療	④	デイケアでの病状に伴うレクの制限	当事者への説明の迅速な対応と徹底
G-17	接遇	①	患者への言動について	言葉遣いや態度について指導する。
G-18	療養規則	①	不潔傾向の患者の私物管理について	
G-19	接遇	②	失禁患者に対する対応方法について	患者の意思を尊重した介護を提供する。
G-20	治療	④	身体障害者デイケアメンバーのレク	プログラム決定時、配慮する必要あり。
G-21	処遇	①	家族の理解が得られない患者の処遇制限	
G-22	療養環境	③	診察時のプライバシーについて	診察の待機方法を検討する。

### くじら病院

H-01	療養環境	①	患者の移動に関して	インフォームド・コンセントの重要性
H-02	トラブル	①	患者との約束について	規律、ルール、約束事への取り組み
H-03	金銭管理	①	金銭管理について	具体的な方法を検討していく

### 嬉野温泉病院

	項目	分類	ケース内容	対策
J-01	入浴	①	一人で入浴をしたいという要望	個人のニーズを尊重し対応する。
J-02	療養規則	②	食事時のテレビと席の決め方について	患者の意見を尊重し改善していく。
J-03	嗜好品	②	消灯時間後の喫煙希望について	患者個別に対応できるよう検討していく。
J-04	トラブル	④	集団の場で歌を唄う患者のトラブル	権利を守る為、適切な場所へ誘導する。
J-05	プライバシー	①	床上排泄に対するプライバシーについて	スクリーン等の使用により対応する。

資料5-2

平成14年度厚生労働科学研究班会議 資料

平成14年12月19日

■ ケース分類

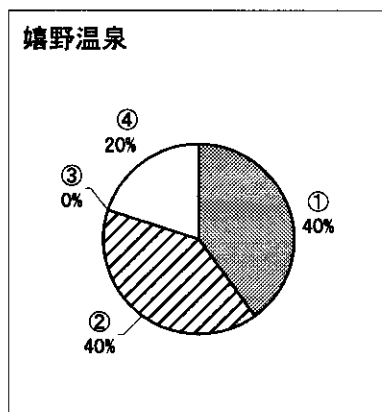
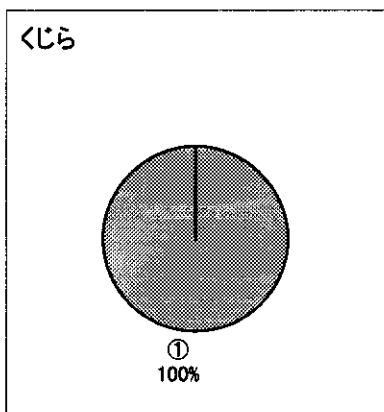
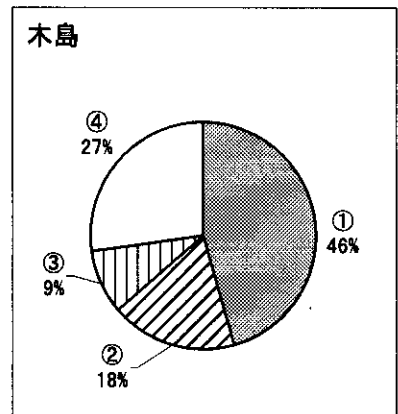
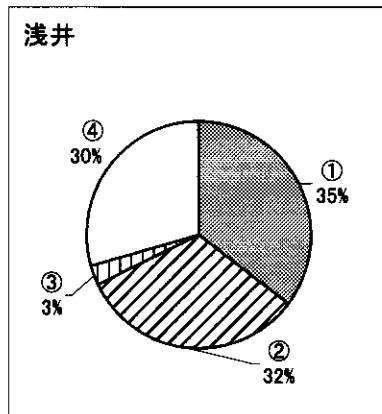
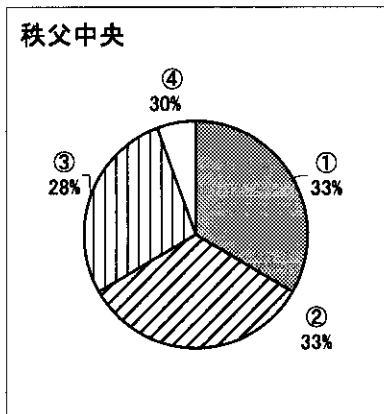
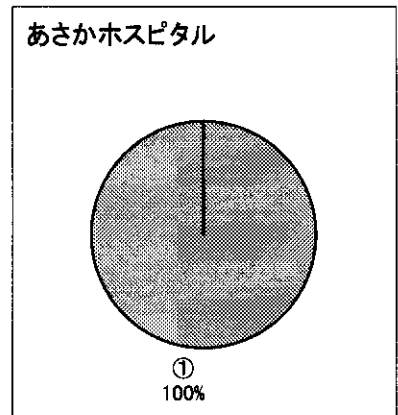
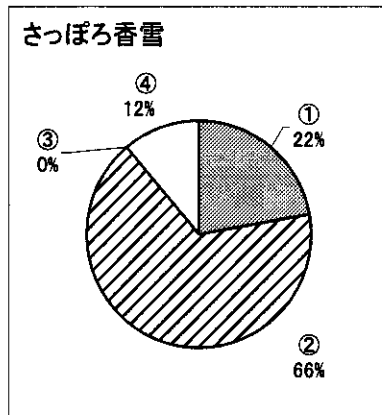
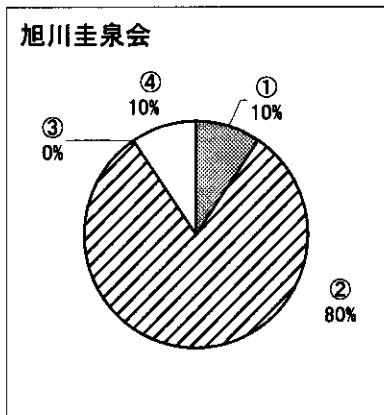
① 人権擁護に関わる内容

② サービス向上に関わる内容

③ ①②両群に属する内容

④ ①②両群に属さない内容

	旭川圭泉会	さっぽろ香雪	あさかホスピタル	桜ヶ丘	秩父中央	浅井	木島	くじら	福間	嬉野温泉
①	2	2	7	0	6	12	10	3	0	2
②	17	6	0	0	6	11	4	0	0	2
③	0	0	0	0	5	1	2	0	0	0
④	2	1	0	0	1	10	6	0	0	1
合計件数(件)	21	9	7	0	18	34	22	3	0	5



## 資料 6 - 1

### 「非任意治療と入院：倫理的、法的、臨床的ガイドライン」

Ronald Schouten, MD, JD

ハーバード大学精神科教授

マサチューセッツ総合病院、司法精神部門部長

キーピープル・リソース社社長

2002年8月29日 於：さっぽろ香雪病院

---

#### 開会のあいさつ：さっぽろ香雪病院長 森一也

今年の8月24日から29日までWPA世界精神医学会が横浜で開催されており、今日が最終日ですが、世界の精神医学者が多数横浜に集まって会議が開かれています。ショウテン先生は世界精神医学会で非常に勢力的にシンポジウムや講演をされました。今回、民間の精神科病院にレクチャーしに来ていただきました。こちらにおられる五十嵐先生が、皆さんご存知だと思いますけど、厚生労働科学研究で「精神科病院における危機管理と権利擁護のあり方に関する研究」を五十嵐先生がされており、その一環としてショウテン先生を日本に招かれました。そういった中で本日札幌に来ていただいたわけですが、今回一番の大きな目的は精神科に勤務されているスタッフの人達との意見交換です。権利擁護とはどのようなことなのかということを通じて考えることが大きな目的であります。本日は時間が限られておりまして、2時50分に終了したいということでレクチャーが60分、ディスカッションが30分という風に時間をみています。ということで早速ですけども、まず今回の分担研究者であります五十嵐先生の方からショウテン先生のご紹介を兼ねて一言よろしくをお願いします。

#### あいさつ：秩父中央病院長 五十嵐良雄

五十嵐と申します。よろしくをお願いします。今、森先生が大体お話されましたので、どういうことを目的に今回の講演を企画したかということをおわかりいただいたと思いますが、昨年度からそのような研究をしております。昨年度は秩父中央病院でこれと同じようなことを一回、大阪の木島病院でも一回行ないました。昨年度は他に東京で講演会をマスコミ関係者を中心に講演会を一度開催し、大阪精神病院協会でも講演会をおこないました。今回はWPAという学会の前に、今日と同じ話を福島県の郡山のあさかホスピタルでもらいました。そのように全国各を回っているわけですけども、本日も我々にとって患者の権利を守るといっても権利とは一体何なのか、どういう風に守るといふことなのかという

ようなことを聞いて勉強していただきたいと思ひまして、一時間ぐらひの講義をお願いしています。あとで質問の時間を取ってありますので、おおいに質問をしてください。

ではロナルド・ショウテン教授をご紹介します。彼はマサチューセツツ総合病院というのがアメリカのボストンにありますけども、その司法と精神科医療の部長、精神医学部長とを兼ねており、精神科のことと法律的なことを一緒に扱うというような部門にいます。実は彼は精神科医であるとともに弁護士という資格を持っていて、法学校を卒業してそれから医学部に行って医者になったという、そこを生かして、最近いろいろ言われます PTSD の領域でも非常に有名です。是非法律的なことを勉強していただきたいと思ひます。

---

## はじめに

今日は皆様の前でお話することができて大変光栄に思っています。そして森先生、五十嵐先生におもてなしを頂きまして、また、厚いご厚情に感謝申し上げます。

本日は患者の権利について皆さんにお話したいと思ひます。次のような目的を持っています (図 1)。まず、権利というものを定義付けする。そしてアメリカにおいて、精神障害者の権利を保護する施策についての概観をお話し申し上げたいと思ひます。そしてインフォームド・コンセントと治療の拒否権について取り上げてみたいと思ひます。

## 「権利」の定義

権利というのを明確に定義することは難しいです。オックスフォード英語辞典によりますと (図 2)、権利というのは、財産所有や権限に関する法的、公正なる道徳的権利や請求権、特権や請求権、特権や免責の享受などということになっています。それでブラックの法律辞典によりますと権利を 4 つに分けています (図 3)。その 1 つ目は自然権で、私達はみんな人間であるという、そこから発生している権利です。そして次は市民権で、市民的権利ということで、市民に対して提供されている権利ということになります。そして 3 つ目は政治的権利で、パワーですとか、行政に参加する権利ということになります。そして 4 つ目が個人的権利で、個人の安全、それから生命、身体、それから名声、個人的自由などの権利です。そして精神障害者に関しての基本的な権利というものを考えますと、次のようなものが出てきます (図 4)。まず人道的な扱い、それから身体の安全さとか健全性、自分自身の医療に関する決定権を持つこと、それから生命の権利、そして個人の自由つまり干渉されない権利です。

ジョン・スチュワート・ミルというのは非常に有名なイギリス人の哲学者でありまして、人権に関して引用が出されている人です。図 5 のような引用によって特に有名です。自由の名に値する唯一の自由は、われわれが他人に幸福を奪い取ろうとせず、また幸福を得ようとする他人が努力を阻害しようとしなひ限り、われわれが自分自身の幸福を自分自身の方法において追求する自由である。各人は肉体の健康であれ、精神や霊的な健康であれ、

各人自身の健康な正当な守護者である。人類は、自分にとって幸福と思われるような生活を互いに許す方が、他の人々が幸福を感じずるような生活を各人に強いる時よりも、得るところが一層多いのである。

アメリカにおいては社会一般の権利よりは個人の権利に重きを置いています（図6）。そして多数派の選択が自動的に少数派の選択に優先するということはありません。そしてアメリカにおいては、精神障害者も他の誰もとと同じ権利を持っています。それには言論の自由、行動の自由、医療に関する個人の意思決定、その中に含まれるのが、治療方法を選ぶ、もしくは治療しないことを選ぶ、そして同意能力がなくてその選択を表現することができなくても自律が守られる、そしてこういった権利を剥奪する前に適正な法手続きを受けなければならないというのが最後になります。

### 精神障害者の権利を保護する施策

権利というのは誰もが持っていますけども、その権利を行使する能力を持っている者のみができることです（図7）。それに加えて、権利はその絶対的かつ古典的なものではありません。その権利が守られるか、どの程度まで守られるかということに関してはバランスを取るプロセスがあります。その権利・特権がいかに重要かというものも含まれますし、そういった権利や特権の行使が社会に与える影響というものもあります。そしてその社会のいろいろな事件に対応して、そのバランスはシフトしていきます。例を挙げますと、囚人は医療の必要性を決めるヒアリングの後に、自分の意志に反して投薬されるかもしれません。これは州が刑務所の秩序ある管理を求める正当な権利を持つからです。もう一つの例ですと、精神障害者で他人に害を与える可能性のある者は非任意の入院をさせられることがあります。こういった権利の保護はいくつかの方法によって行っています（図8）。その保護は憲法でも謳われています。様々な法令や規則によってこれを実施しています。そして最後には訴訟を通じて守られます。そしてその権利の特別な例として、それがどのように適用するかについてご紹介したいと思います。

裁判所の命令による措置というのがあります（図9, 10）。そして最小限の拘束方法というコンセプトがあります。それからインフォームド・コンセントとそれの拒否権というのがあります。そしてその非任意の措置、入院措置というのにはある限定があります。もしですね、その個人の意志に反して入院させねばならない時には、その施設は最小限の拘束方法を使う必要があります。ですから、抑うつとか、自殺をしそうだというのが中程度、軽度から中程度の患者がいるとします。そしてそういった患者は非常にセキュリティのレベルの高い病院に入院させることはできません。先程、適正な法手続きと申しました。どのような権利であれ、それを奪い取る前に適切な法手続きが必要となってきます。その設定された基準に従ってのみ、権利を剥奪することができます。そして個人は異議申し立てをする権利を持ちます。そして、その法的な表明をする権利というのがあります。そして正当な理由がなければ権利を剥奪することはできません。そしてそれは、証拠というか



根拠に基づいてなくてははいけません。まず、基準に合致しているという明確な証拠、そして州の側でその説明責任を果たさなければいけません。精神障害があるというだけでは非任意入院の正当な理由とはなりません。

図 11 はマサチューセッツ州における非任意措置基準のサマリーです。意志に反して誰かを入院させるときは、このような場合にのみです。収容しなければ、精神疾患を持っているので強い傷害傾向がある、というのがあります。脅威や自殺企図や自傷傾向が強いことにより、自傷他害性が現れる危険性が高い。もしくは、殺人やその他の暴力行為を起こしそうな根拠がある。他者が暴力行為や重い身体障害を受けると恐怖を感じる根拠がある。そして、判断力が損なわれることによる身体的障害または損傷の危険性が高い。患者は自分自身を地域社会で守ることができず、他に地域社会で妥当な保護策もないというのがあります。

図 12 は、私自身がトレーニングの間に経験したことの一つの例です。

24歳の男性を両親が救急治療室に連れられてきました。彼は双極性障害という診断を受けていました。そして過去のエピソードとしまして、不穏の増大、父親をののしった、また親に対して肉体的な暴力を加えたというのがありました。そして両親は子どもが代償不全になって、親に傷害を加えるのではないかと恐れていました。そして法令に基づいて措置入院が可能となりました。

そしてその意志に反して入院させるというのは、はじめは4日間だけということになっています(図 13)。その4日目終了しますと病院は退院させるかもしくは措置入院の申立てをしなくてははいけません。そして入院させる際に、この非任意の患者は条件つき任意という紙に同意してサインをする機会を与えられなくてははいけません。そして患者は弁護士と相談する機会を提供されることができます。

この条件付任意ということについて説明します(図 14)。その条件付任意というに署名することによって非任意のステータスから条件付任意に変更することができます。しかしながら完全に任意の患者と違いまして、条件付任意の患者は自由に自分の意志で退院することはできません。もし退院したいという場合には、その患者は3日前に病院に届け出る必要があります。その3日の間に退院を許すかもしくは裁判所に対して申立てをするかを決めます。そして3日が終るまでに病院はその申立てを裁判所にすることができなければ、患者を退院させなくてははいけません。しかしながら、実際には3日が終るまえに患者自身が退院を撤回することがしばしばあります。

## インフォームド・コンセントと治療の拒否

そしてインフォームド・コンセントと治療の拒否権に入りたいと思います。インフォームド・コンセントの定義は図 15 のとおりです。定義としましては、同意する判断能力のある者が事実関係についての妥当な知識の上で自発的に同意する時、他者に身体的な侵襲や治療行為やその他の権利を許すことに同意するプロセスである。ですからインフォーム

ド・コンセントには3つの要素が入っています(図16)。まず、適切な情報が提供されること。それはインフォームド・コンセントに自発的に与えられること。そして患者が決定する能力を持っていること、同意能力を持っていることが3つ目です。

インフォームド・コンセントはアメリカにおいては1960年代から発展したものです。その基本的な基盤は倫理的なものです(図17)。そしてその医療の伝統的な倫理基盤というのは善意に基づく行為というものであります。ところがその倫理的な原則としてより重要なものは自律(オートノミー)であるという考え方が次に出てきました。その自律というのは、私達はみんな自分で自己決定をする権利を持っているということです。しかしながら先程言いましたジョン・スチュアート・ミルですが、幅広い自律の原則は、選択を行使する同意能力がない者には適用されないと書いてあります。そしてその倫理的な基盤とともに、法律的な基盤というのもインフォームド・コンセントには存在します(図18)。そして、憲法からくる原則というのがあります。そして制定法がありまして、患者の権利章典というのがあります。そして最後に判例法というのがあります。そしてその同意なしに他人の体に触れるというのは、その、暴力の不法行為とみなされているわけです。それから医療に対する同意、それからインフォームド・コンセントといったものがあります。

ところがインフォームド・コンセントには例外があります(図19)。緊急の場合にはインフォームド・コンセントを得るまで治療しないということではできません。すぐに治療します。そして患者自身はそのインフォームド・コンセントの権利を放棄して誰か他の人にその医療行為の決定をしてもらうということを承諾する場合があります。もう一つの例外は、治療上の特権というものがあります。アメリカではめったに使いませんけども、もしですねその情報を与えるというプロセスにおいて、状況が悪くなるということであつたら、患者に対して情報を与えないということが例外的に存在します。そして患者に同意能力がないということであれば、インフォームド・コンセントはいらないということになります。

しかし、その代行する意思決定者からのコンセント、同意が必要となります(図20)。しかし、その同意能力のない患者のための意思決定というのは、精神科の患者に接する場合にはよく経験することです。そういった患者に対しては以下のような問題に直面します。もし、全ての個人が自分で治療方法を選ぶ権利を持つということであると、その決定は医者だとか他人からみた場合には意見が合わない、間違っていると思われれます。しかしながら、同意能力のある者のみはその決定を行使できるとしますと、同意能力のない患者のためには誰が決定すべきでしょうか。

この問題に対処するために使ってきた伝統的なモデルが存在します(図21)。まず、最初のコンセプトは、このパターンリズムという形、父権主義とか拡張主義とか呼ばれたものですけども、ここでは家族が代わって決定をする。もしくは医者が、医師が決定する。そしてある部分の人達は同意能力がないと見なされています。含まれる人達は精神障害者と18歳未満の者と、それから高齢者です。このモデルはアメリカでは、拒絶というか却下されました。またもう一つの他のタイプのモデルとしては後見人制度というモデルがあり

ます。その患者というか、その人に同意能力がないと裁判官が判断した後に、裁判官が後見人を指名します。そしてその選ばれた後見人は被後見人の最善利益の為に行動します。

そして意思決定者は、同意能力がないものにも同意能力があったならば、何を選んでいけば良いのかということをもとにして決定します(図 22)。そして裁判所が関わらないような分野も含めて、全ての医療の決定にこれが適用されます。自分のその医療に対して患者本人だったら何を選んだらどうかということを常に考えます。そしてマサチューセッツおよびその他の州においては、裁判所の方で代行判断が必要とする分野というものを考えています。そしてジャッジが使って、意思決定に使ういろいろな要因というのが次のようなものがあります。提案された治療の侵襲性、副作用の可能性、緊急性の欠如、それから司法、それから、通常、患者の為に意思決定をする人たちの間での利害の対立の可能性。

特にマサチューセッツ州においては、この抗精神病薬の治療でこれが問題になりました(図 23)。そして数々のケースで、裁判所の方で、抗精神病薬の投薬というのは特殊でもって侵襲性が高いという判断を下しました。結果としまして、代行判断が必要となっています。裁判所はその抗精神病薬が行動をコントロールするのに使われていると考えられました。そしてそのマインドコントロールと、そして短期的にも長期的にも重篤な副作用があると考えました。新しいその決定的な抗精神病薬を投与する前にこういった判断というものが行なわれます。そして裁判所によれば、配偶者、親、子ども、後見人ですらその利害の対立の可能性があるので、意思決定者としては相応しくないと考えます。こういった決定をするのに必要な客観性を持っているのは裁判官だけだということにしています。

そのプロセスには2つのものが考えられています(図 24)。まず1つは裁判官が患者をヒアリングして同意能力があるかないかを見極めます。もしないということであれば、後見人を選任します。そして、抗精神病薬を処方するかどうかということに関しては、裁判官が代行判断を決定します。それは、あの、対審方式、当事者対抗というか、両方の側が弁護士を立てて討論する形で行なわれます。そして証拠が裁判官に対して提出されます。これが適用されるのは抗精神病薬治療のみでありまして、うつ病の治療ですとか、精神安定剤とか、そういったものには適用しません。

しかし、裁判官はその治療の全体を調査するということになります。そして代行判断をおこなうにあたって、裁判所は以下のような要素を考慮します(図 25)。被後見人が表明した治療の意向、被後見人の宗教的な信念、そして被後見人の家族に与える影響、副作用の可能性、治療が拒否された場合の結果、治療を受けた場合の予後、自分たち自身の営業に関して意思決定をするときにこういった要素を考慮すること、このような要素が考慮されています。

被後見人の主張を、州の場合正当な理由があれば、それを却下することができます(図 26)。まず、その生命の保護という意味で、州が正当な理由を持っています。そして例えば、子どものような罪のない第三者の利害を保護する、それから自殺を予防する為、それから医療専門家の倫理意識の維持というのがあります。医師が非倫理的だと自分が思うような

治療を施す必要はありません。患者は緊急時に安定させる為に治療を受けることがあります。例えば、その興奮してしまった患者に関しては、自分とか他人を害することがないようにという事で抗精神病薬を投与されることがあります。しかしそれだからといって、病院側がその一連の全部の治療行為を始めることができるということではありません。

そして患者の権利を保護するために他のシステムを採用しています。その当事者の間で論争するというモデルは、マサチューセッツ州とその他の州、またはニューヨーク、カルフォルニアで採用されています。しかしながらそれは、最善のもしくは唯一のシステムだという訳ではありません。例えば連邦法によって、病院の中でのヒアリングというのは、その管理的なヒアリングというのは合法だということになっています。そして最高裁判所法でも適正な法手続きが満たされればというようになっています。

## 結論

これまで述べてきましたように、アメリカのアプローチというのは大変複雑で様々な施策を行っています（図 28）。異なった州つまり広域によっては異なった施策を行っています。しかしながら、焦点が当たっているのは個人と州のそのバランスを取ることであって、しかも個人の権利の擁護という方に重きが置かれています。それぞれの方法にコストというのがかかってきます。日本でその患者の権利を保護するというのを考える時に、日本が直面しているいくつかの困難さというか、試みがあると思います。まず、文化的に一貫性のあるシステムを作ること、次が個人の自由を守ること、そういったところとケアを提供する時に、個人と社会の利益のバランスをとることになります。

有難うございました。

## 質問と討論

司会（森一也、さっぽろ香雪病院長）：ショウテン先生どうも有り難うございました。せっかく十分時間がございますので、質疑応答に入りたいと思います。どなたかありますか。

Q：教えていただきたいのですが、先程、強制入院の例の話がありましたけども、単身生活者の場合はどのような手続きがとられるのでしょうか？

A：誰にでも患者を治療の為に病院に連れて来ることができます。もし外来患者として彼らが連れてこられて、医師の側から見れば精神障害をおこして病気が重くなるとみなした場合ですね、緊急入院の書式が有りまして、それに書き込みます。それを警察署もしくは裁判所の方に提出します。そして患者を最も最寄りの緊急救命施設に連れていきます。そしてそれから緊急収容施設でその患者が非任意の入院の基準に合致するかということをチェックします。

Q：大変興味深いお話を有難うございます。身近な質問になってしまうんですけども、今の

ところうちの病院では、スポーツ交流会などの院内行事の時にはプライバシーの保護ということで写真撮影をしていません。最近になりまして、患者さんの方から写真を写したいという希望がでてきています。それで、そのプライバシー保護の点もあるので、その他の患者さんたちの意見も聞いてからそれからどうするかということを検討して行きたいと思っていますが、アメリカではこういう写真撮影など自由にやっているかどうかを教えていただきたいと思います。あともう一つ、入院されている患者さんのベッドサイドには個人名と担当者の職員の名前が入ったペンネームというものが貼ってあるんですけども、面会に来る方とか、いろいろ面会者にもよるんですけど、よその方が入った場合にそういう名前とか情報とかが漏れてしまうので、そういうものをベッドネームに置いておくということは、人権侵害にあたらないのかどうかということをお聞きしたいんですけど、この2つについてお願いいたします。

A: このインフォームド・コンセントというのは、治療・医療だけでなく、プライバシーの問題にも適用しています。一般的に言いまして、患者さんたちが何らかの活動をしている時に写真を撮るといことはしません。ところがそれが社会的なとか、何か集いみたいなもので何人かの患者さんが写真を撮りたいということでありましたら、写真を撮られるのもいいよということで明確に合意した患者さんの写真のみ許すということにしています。写真を撮られるということを知っている患者さんですね。その写真を撮られることに関するリスクとその利点について判断できるという患者さんに限っています。

そして私たちの病院では、病室のドアに患者さんの名前は掲示していません。それはプライバシーを配慮しているということです。病棟内にいる患者さんというのはお互いの名前を知る傾向にあります。ところがその病棟での面会者に見えるような所に患者さんの名前を掲示はしません。患者さんの名前、その担当のドクターの名前、ナースの名前というのはナースルームに掲示しています。

Q: 入院された方が非任意で入院されると、病状によって適切に自分の財産あるいは金銭を管理できないというケースがよくあると思うんですけど、日本では家族に本人の名前で管理していただいたり、あるいは病院が代わりに管理を行うということがありますが、アメリカでは後見人の方が財産・お金を管理することがあるのですか。

A: 対象となっている金額の中によりますが、少額のお金であって患者さんが入院生活で使うというものとします。その場合には、病院のスタッフがそのお金をお預かりして患者さんが使うのを代行します。もし、その後遺症障害の保険金で支払われたような多額なお金だとします。患者さん自身がその資金を管理する能力がない場合、お金を管理する為の後見人が選ばれます。その保険金の支払、振込先の人が代理の人を指定した場合、その人のところにお金を一旦受けてそれからきちんとその納金されたとか、そういうことを見届けるんですね。

Q: もう一つよろしいですか。ちなみに後見人に選任される方というのはどのような方なんですか

A: 家族の一員ということもあります。お友達、友人、時にはその弁護士が後見人として機能するというのに合意して裁判所が弁護士を選ぶということもあります。

Q: まず1点目は、アメリカでは各地でアドボカシー機関の設置が義務づけられていると聞いていたんですが、その構成員はどんな人達で構成されているかということと、2点目としてはその機関の中でも、その委員の60%以上の利用者の方か精神科患者経験を持つ人と聞いているんですけども、精神科患者体験を持つ人又はその家族でなければいけないと聞いているんですけど、その理由というのは、根拠というのはどういうところからきているのでしょうか。その委員会の機能や権限には具体的にどういうものがあるのか教えてください。

A: 全ての病院で患者の権利を守る職員というか、そういう人を選ばなければならないということになっていません。ソーシャルワーカーである場合もありますし、もしくは病棟で働いているナースの場合もあります。それからケースワーカーという場合もあります。または、アドボカシーグループのメンバーということもあります。そのアドボカシーするグループに精神科の治療を受けた経験のある個人を置くという理由ですけども、それは病院の中でどういうことが起こっているかというのを実際に彼らは経験していて、本当に理解しているというところがその理由です。将来的にはそんなサービスを使う可能性が非常に高い人達です。その精神医療のシステムにボランティア、ボランティアとして働くことですね。

Q: アメリカの隔離や拘束についてお聞きします。

A: アメリカにおきましても、隔離、身体拘束には相当な制限があるのです。患者さんを拘束とか隔離してもいいかというのが、それが必要な場合であって、その必要性というものが厳密に規定されています。拘束を受けている患者においては、定期的に拘束を外してあげなければいけません。例えばトイレを使うとか食事をするときには拘束を外してあげなければいけません。隔離・拘束している長さというのは、本当に必要な長さに設定されています。そして隔離・拘束を受けている患者というのは定期的にモニターされてなくてはいけません。

Q: 裁判によって裁判官がいろんなことを聞いてというのは、日本の治療と違うところだと思うんですけども、マサチューセッツ州では特別な裁判所、そういうものがあって、その裁判官もそういったことに慣れているという背景があるのかもしれないと思うんですが、その辺はいかがでしょうか。それでその決定が下るのには時間がかかるということがあるのでしょうか。その間の治療というのは行なわれない、放置しておくしかないということ

になるのでしょうか。

A: 第一審裁判所というところがあるんですね。その裁判官なら誰でも精神障害の事例を扱うことができることになっています。そしてこの裁判所の命令の入院措置の場合ですね、これを判断できるのは、その裁判官だけが行なうことができます。そして後見人選任という判断は保護観察裁判所とか家庭裁判所、そういったものを行うことができます。そして裁判所による措置入院の申立てと同時に抗精神病薬の使用の申立てもなされた場合には第一審裁判所の裁判官が、その抗精神病薬の処方も承認することができます。そして私たちの裁判所の裁判官というのは全てこういったケースに関して精通しています。ところが、裁判官の中でも特別に興味を持って専門的知識を蓄えている人たちがいます。ですからこういった事例ではだいたいそういったより専門知識の深い、興味を持っている人たちが選ばれます。私の話の中にもありましたように、緊急時には治療を施すことができます。それほど緊急ではないけれども患者の状態がどんどん悪くなって行って、ケアが必要な場合というのがあります。裁判所に対して申立てを既に開始していれば、治療を開始してもいいということになっています。その緊急の治療を開始した後で、患者さん自身が治療に同意するということがあります。しかしながら患者さんが拒絶した場合、治療を拒絶したら治療はやめて停止して、裁判所の申立て、裁判所の決定を待つこととなります。

Q: アメリカの精神病院の入院日数はかなり短いのですが、それにはいろんな理由があると思いますが、よく言われるのは非常にその医療費が高いこと、1日10万円近い医療費という経済的な問題が1つあるのですが、もう一つはやっぱりこういう非常に複雑な法律的な手続きをふまなければならないとか、患者さんから訴えられるような訴訟上の問題がよく起こりやすいとか、そういうことによってもですね、入院期間が日本と違うのでしょうか？特に法的な面からのことについて教えていただきたいと思います。

A: 確かにその医療費が高いというのも理由としてあります。それから、精神科のベッド数が少ないというのも理由としてあげられます。患者さんによってはすごく長い期間滞在している人もいますが、すぐに安定するという患者さんも多いのです。短くせよという圧力はマネージド・ケアの保険会社の方からもかかってきます。例えば保険会社としても余分な支払を拒否します。しかし、臨床的に見て必要ではないと認定した場合にはそしてその保険会社が支払わないといった場合に、それに対しての裁判をすることができます。まずマネージド・ケアというものが入ってきたときに私たちがすごく心配したのは、患者さんが早く退院させられすぎてしまって、自殺するんじゃないかとすごく心配しました。ところがそういう事態があったということは証明されていません。デイホスピタルというものが行われるようになったり、居住施設というのがありますし、ケースマネジメントシステムというのがありますし、その他のコミュニティ側からのケアがいろいろあります。ですから入院というのは急性期の治療に限ることができるとしています。ですからほとんど

の非急性期、急性ではない部分の治療は外来患者として施せる様になっていました。アメリカでは患者側が医師を訴えることがよくあると五十嵐先生の指摘するように、医者としては患者を早く退院させすぎたということで訴えられるケースと、長く置きすぎたということで訴えられるケースがあります。しかし、そんなにしばしばあるということではありません。

#### おわりに：五十嵐良雄

ショウテン先生有難うございました。本当に我々にとって有益な話をいろいろ伺ったと思いますが、この研究の中で私がずっと考えてきたのは患者さんの権利を守るというのは当たり前のことであって、少なくとも医療サービスのベースとなるということです。

病院の経営面からのことばかりをいうのではありませんが、本当にきちんとした人権を守るためには費用ということも今後は考えていかないと、日本の精神科医療が根底から壊れていくのではないかということも感じます。権利擁護のことを考えていくプロセスで、やはり今我々が行っている精神科医療がこのままでいいのかというところを当然考えていかなくちゃいけないと思います。

現在日本では長期に在院している人の解消が一つの大きな課題になっていますが、ショウテン先生が言っていましたようにアメリカのマネージド・ケアという世界の中では非常に医療がやり難くなると私は思うのです。日本なりのもっといいシステムを考えて、治療を受けるのはそれが患者さんの権利の一部なのでそれを守りながら、一方で退院を望む患者さんに対しては退院を支援していくということが重要なのでしょう。すなわち、患者さんの権利を擁護するということは、日本の精神科医療をさらに向上させていくことにつながるのだという視点が必要であると考えています。



## 図1:ゴール

- 「権利」の定義
- 精神障害者の権利を保護する施策
- インフォームドコンセントと治療の拒否権にフォーカス

## 図2:権利の定義

- 権利
  - 「個人に内在し、他人に付随する、権利、特権、権限、または要求」 ブラックの法律辞典
  - 財産や権限に対する法的、公正な、もしくは道徳的な権利や請求権、特権や免責の享受 オックスフォード英語辞典

### 図3: Rights

- 権利の分類: (ブラックの法律辞典)
  - 自然権: 人間の本性に由来し, 自然法から発生する。市民的権利と対比される。
  - 市民的権利: すべての市民、州や国の住民が持つ権利、例として財産権、結婚、契約を結ぶ権利、陪審審理などがある。
  - 政治的権利: 政府に参加する権利
  - 個人的権利: 個人の安全、生命、身体が無傷であること、評判、個人的自由などの権利

### 図4: 基本的な権利

- 人道的な扱い
- 身体の安全と健康
- 自分の医療に関する決定権
- 生命
- 個人の自由: 干渉されない権利

## 図5: 自律

ジョン・スチュアート・ミル (1859):

自由の名に値する唯一の自由は、われわれが他人の幸福を奪い取ろうとせず、また幸福を得ようとする他人の努力を阻害しようとしめない限り、われわれが自分自身の幸福を自分自身の方法において追求する自由である。各人は肉体の健康であれ、精神や靈魂の健康であれ、各人自身の健康の正当な守護者である。人類は、自分にとって幸福と思われるような生活を互いに許す方が、他の人々が幸福と感ずるような生活を各人に強いる時よりも、得るところが一層多いのである。

## 図6: アメリカにおける精神障害者の権利

- 社会の選択より個人の権利に重きをおく: 多数派の好みが自動的に少数派の好みに優先することはない。
- 他の人たちと同じ権利を持つ:
  - 言論の自由
  - 行動の自由
  - 医療に関する個人の決定
    - 治療方法を選ぶ、治療しないことを選ぶ
    - 同意能力がなくても自律が守られる
  - 権利を剥奪する前に適正な法手続き

## 図7: 権利の保護

- 誰でも権利を持つが、行使できるのはその能力を持つもののみである。
- 権利は絶対かつ固定的なものではない。
  - バランスをとるプロセス
    - 権利や特権の重要性(「基本的」かどうか)
    - 権利や特権が社会に与えるインパクト
    - イベントに対応してバランスが変動する
  - 例:
    - 囚人は医療の必要性を決めるヒアリングの後、意志に反して投薬されるかもしれない。州は刑務所の秩序ある管理を求める正当な権利がある。
    - 精神障害者で害を与える可能性のある者は非任意の入院をさせられることがある。

## 図8: 権利の保護

- 憲法上の保護
- 法令と規則
- 訴訟
  - 権利の問題
  - 人身侵害・医療過誤訴訟