

があるとき

3) 前2号のほか、診療情報の提供、診療記録等の開示を不相当とする相当な事由が存するとき

(同意なしに伝達できる場合)

1) サービス提供施設内

2) 患者の世話をしている家族からの要請がある場合には、病名、病状、治療法、予後、療養上留意すべきことなどの医学的基本情報及び家族に期待される役割など患者の療養に必要な情報。その場合には、患者と治療者の間に直接に交わされた会話をそのまま伝達することは避ける。

3) 重篤な疾患ないし外傷から患者を守るために必要な場合

4) 自殺・自傷ないし他人への危険が迫っている場合

5) サービス提供施設によって雇用されているのではない臨床スーパーバイザー

6) 司法機関からの法的根拠をもった文書による問い合わせには、その問い合わせ内容にのみ文書で回答する。

7) 支払い事務ないし苦情処理に関係する場合には、そのサービスに必要な情報のみ

(個人情報の取り扱いについての細則)

1) 他の施設ないし専門職への伝達には患者ないし法的代理人の同意を得る

2) ボランティア、学生、研修生など守秘義務のない者への個人情報の伝達は行っていない。それらの人達へ個人情報を伝達することが必要な場合には、それらの人達に守秘義務を履行する確認書を取り、さらに患者本人ないし法的代理人から個人情報をそれらの人達へ伝達することについての同意を文書で得る。

3) 事例検討会においては事例が特定される表現を避ける。事例検討会に守秘義務のない人が加わっている場合には、事例検討会の後でその人に渡されていた事例記録は回収する。

(注) 法的代理人は精神保健福祉法上の保護者を意味しない。

インフォームド・コンセントの概念以来、患者の同意は絶対化されてきたが、情報の提供や共有化に関しては、患者と間接的な治療関係にあるケア提供者が健康情報をケア提供の目的であれば、いちいち患者の同意なしに利用ないし開示できるという傾向になってきている。すなわち、この領域に関しては患者の同意はより相対化されてきているといえるだろう。

1) American Psychiatric Association: Model Law on Confidentiality of Health and Social Service Records. Am J Psychiatry 136:138-147, 1979

2) Appelbaum PS: Privacy in psychiatric treatment: Threats and responses. Am J Psychiatry 159:1809-1818, 2002

3) Department of Health and Human Services: Standard for privacy of individually identifiable health information. 2001

4) 江畑敬介、前田雅英、樋田精一他: 地域ネットワークの形成と守秘義務との関係に関する研究。精神経誌105:933-958, 2003

5) General Medical Council: Confidentiality: Protecting and Providing Information. 2000

6) Joseph D, Onek J: Confidentiality in psychiatry. Psychiatric Ethics 2nd ed. (Bloch S, Chodoff P, ed, Oxford Univ Press, Oxford, p. 313-340, 1991)

7) Szmukler G, Holloway F: Confidentiality in community care. Confidentiality and Mental Health. (Cordess, C ed., Jessica Kingsley Publishers, London & Philadelphia, p. 53-70, 2001)

4. 個人情報保護法が施行されて以降に何が変わったか～精神科診療所の周りで起きていること～

医療法人邦秀会代々木の森診療所 羽藤 邦利

平成17年4月より個人情報保護が施行された。その前後から精神科診療所の周囲でどのような変化が起きているのかについて報告したい。しかし報告と言っても、調査資料に基づくものではなく、多くは個人的な経験と印象である。

1) 個人情報保護法への取り組みが始まった

新しい法律が施行されて、精神科診療所も新しい法律の対象(個人情報取扱事業者)となることから、精神科診療所でも様々な取り組みが行われてきている。

a) 勉強会と日本医師会作成のポスターの掲示

例えば、東京都精神神経科診療所協会(東精診)では施行前と施行後に会員を集めた勉強会を開いている。この勉強会には、多数の会員が参加した。その後、診療所で具体的な取り組みが始まっている。診療所の待合室に個人情報保護の関するポスターを掲示するようになっている。ポスターには、「個人情報保護に努めます」と唱う一方で、片隅に、行政への報告などに個人情報を伝えることがあるなど、目的外使用について断り書きがある。こうした掲示によって目的外利用が「包括的に承認される」ものと考えている。

ポスターは、日本医師会で作成したものを使っているところが殆どだが、その診療所で多少改訂したものを掲げているところもある。

b) 漏洩防止対策、外部からの照会に非協力、シュレッダーの導入など

診療所では、個人情報の「漏洩事故」を恐れるようになっている。保険会社から個人情報漏洩事故に対する保険商品のパンフレットが複数届いている。それを見て恐怖感が煽られた面もある。個人情報の取り扱いについて非常に過敏になっており、外部からの照会に対して顕著に防衛的になっている。そのために、警察からの捜査に関連した照会を断ったことからトラブルになった例もある。

シュレッダーを購入するところが増え、不要になった書類はシュレッダーにかけることが普及している。また、症例検討会の症例報告は個人を特定出来る情報を出来るだけ伏せて行い、参加者に守秘義務の誓約書を書いてもらうなどといったことも急速に普及している。

そして、とにかく外部に対して情報を開示しなくなった

c) カルテ開示の請求に備える

個人情報保護法では個人情報の保護と同時に、個人の個人情報へのアクセス権を認めている。カルテ開示が法制化されたのである。診療所では、カルテ開示を迫られることを想定して対応策を採り始めている。大型の診療所では、病院と同じようにカルテ開示に関する「委員会」を設置したところもある。診療所として「カルテ開示の手続き」を定めているところも増えている。それと並行して、カルテの記載を読まれても良いように、カルテを無難に書くようになってきている。紹介状についても、カルテと同様に、開示を前提にして無難に書くようになってきている。重要な情報がカルテや紹介状には記載されないので、結果として「表向き」だけで医療が流れて行く危険性も生じているのではないか。

2) 反動；個人情報保護法への反発、見直しの機運、医療パターンリズムの再発見

2年前まで、つまり個人情報保護法の成立を目指していた時期には、あたかも個人情報保護法は「至上の価値」であり、それによって医療の変革も一気に進むかのように考えられていたのではないだろうか。しかし、個人情報保護法が成立してみると、医療、福祉、介護の機関の間の連携が円滑には行えなくなるなど、この法律の弊害も目についてきた。多くの者が気付いたことは、個人情報保護法はひとつの法律に過ぎず、他の法律との整合性、さらに様々な価値（医療の必要、連携の必要、様々な権利）との整合性が図られる必要があるということである。個人情報保護法という新しい制約が加わった中で、どうしたら医療の必要、患者や家族の利益、医師の立場を守ることが出来るか守るかという課題に直面している。これは、表現を変えれば、個人情報保護法を「相対化する、無害化する」動きである。

そうした相対化の動きと並行して、今、色々なことについて根本的な問い直しが始まっているように見える。個人情報保護法の施行が端緒となって起きた見直しである。例えば、「精神療法の記録」は開示するべきではないのではないか、重大な事例についての症例検討会は（個人情報保護法に縛られずに）出来るだけ多くの情報を関係者が共有する必要がある、それにはどうすれば良いのかと言った論議がされている。こうした論議は、精神療法のあり方、クライアントとセラピストの関係、重大事例での治療を、もう一度見直すことにつながる。

医療はInformed Consent（IC）を基本として行われることになっている。即ち、治療については患者に十分に説明し、患者の納得を得た上で治療を進めるべきだとする原則である。このIC原則は、最近までは医療からパターンリズムを排除するものと考えられてきた。しかし、実際の医療場面をみれば、医師は病気や治療の説明を決して機械的には行っていない。カルテ開示も、診療録そのものが、患者に示しても適切なように記載された上での開示である。医師が普段に行っていることは、様々な配慮を行いつつ、患者が最適な治療と考える治療に立ち向かわせるように誘導することである。ICはパターンリズムを内包するものではないのだろうか。その背景にあるのは「医師としての職業倫理」であろう。「ヒポクラテスの誓い」に盛られている精神である。

この間、個人情報保護法と、医療におけるIC推進、パターンリズム否定はワンセットであった。その個人情報保護法が施行された後、個人情報保護法が及ぼす、必ずしも望ましいとは言えない制約から、それとワンセットであったIC推進、パターンリズム否定に

についても見直しが始まっているように見える。ICの推進は決してパターンリズムの完全な否定ではなさそうだ。医療においてパターンリズムが僅かに復権しつつあるのではないか。

資料

首相官邸；個人情報保護法制の整備について

<http://www.kantei.go.jp/jp/it/privacy/houseika/hourituan/>

東京都精神神経科診療所協会のFAXニュース

日本医師会；日本医師会個人情報保護について

<http://www.med.or.jp/jma/kojin/index.html>

個人情報漏洩事例に対する保険の一例

<http://kojinjyohouhoken.com/>

5. 個人情報保護法施行後の日本精神科病院協会における対応

財団法人花園病院 山角 駿

個人情報保護法については、日本精神科病院協会（以下日精協）内での検討の結果、基本的に日本医師会（以下日医）のガイドライン（医療機関における個人情報の保護等）に沿って各病院が対応することとなり、日精協独自の対応はしていない。現在、日精協としては加盟病院からの個人情報保護法あるいは情報提供に関する質問に対して、弁護士の意見等を含めて返答を行っている程度である。なお、診療情報の提供については、「日精協・診療情報提供に関する指針」（平成15年5月改定）に基づいて行うこととしている。

精神科領域における情報管理は、他科に比べ一層慎重さが要求され、従来から情報管理の取り扱いについて各病院とも慎重な対応を行ってきた。個人情報保護法が施行される前後で、診療情報の開示（カルテ開示等）について、とくに大きな変化はなかったが、その中で、最近問題にされたケースとしては、警察からの捜査関係等照会事項への回答を如何にすべきかとの質問があった。また、その際にカルテのコピーの提出を求められることもある。裁判所の提出命令等については提出することに問題は無いと思われるが、警察からの問い合わせに対して、とくに患者にとって不利益を招く恐れがある場合など、どのように対応すべきか検討を要する。

個人的な経験であるが、先刻、当院に通院中の患者が、夫婦喧嘩（妄想による）でご主人を刃物で傷つけたことがある。傷の程度は浅く、簡単な処置を行う程度であった。ご主人が自ら患者を当院へ搬送し、入院となったが、ご主人が帰宅されたすぐ後に、近所からの通報があったらしく、警察官が病院を訪問し、入院したか否かを含め、その患者に関する情報提供を求められた。ご主人からは大騒ぎにしたいくないとの希望があったこともあるが、少なくともご主人の了解が無い状況であり、また個人情報保護の観点からも、文書で問い合わせを行っていただくようその場での情報提供をお断りした。警察官にとっては不満があったらしく、何回か情報の提供を求められた。その後文書での照会は無かった。このように、現場の警察官とのやり取りを含め、患者情報をどの程度提供できるか迷うケー

スに遭遇する。当院においては、判断に迷う場合は院長あるいは事務長を窓口にするよう申し合わせをしているが、緊急時（と思われるときなど）の対応など検討を要するものとする。

6. 「インフォームド・コンセントと情報開示」の現状と課題 -個人情報保護法全面施行の前と後-

龍谷大学社会学部 荒田 寛

1. 学会発表に関する情報の保護と開示について

日本精神保健福祉士協会が、学内学会として日本精神保健福祉学会を開催するようになって今年度で4回になる。その学会発表における内容に関して、本年6月に第5回学会開催に当たり個人の情報の保護と開示に関し査読基準を明確にする必要があるため、討論を行い一定の基準を設定することになった。学会発表において、症例研究や事例検討または精神保健福祉士の援助行為に関して、必ず対象者の個人情報について開示することが多く、その情報があることによってその発表内容のレベルが具体的で実践的なものになるために開示を求められることが多い。

しかし、日本精神保健福祉士協会の学会発表の査読基準検討の議論で明確にしていることは、発表内容について対象者の同意の意思を確認することであり、その「同意書」の添付も義務づけている。また、対象者がその内容について判断できない場合には保護者の同意が必要であり、対象者が死亡している場合などの同意の意志を確認できない場合やどうしても同意がもらえない場合には、本人を特定できないように内容の加工を命じている。この数年の経験では、大多数の発表者は発表の対象者の同意を取り付けることが可能になっているが、大学などの教育関係者の発表において、特に実習指導などの学生を対象とした量的な調査などにおける発表内容が学生の了解もなく公開されることや、明らかに対象者が特定できるような加工しかされていない場合が生じている。個別に連絡指導を行っているが学会開催地の裁量に任されている状況を早急に協会全体で査読委員会などの設置などを行い、査読基準の標準化を図ることが今後の課題である。これらは、他の保健医療分野においても検討が必要な課題である。

2. 精神保健福祉士が行うインフォームド・コンセントについて

精神科医療機関におけるインフォームド・コンセントは基本的には、書面で行う入院告知の際に精神科医によって行われるものであるが、インテーク面接の際に、精神保健福祉士が行うインフォームド・コンセントについてその役割について考慮する必要がある点に言及する。

診断名、入院の必要性、今後の治療方針、などの提供する医療内容や通信面会や退院請求、処遇改善請求などは医師が行う必要があるものの、インテーク面接を行う精神保健福祉士も提供できる医療と福祉のサービス内容の説明だけでなく、患者の権利擁護に関する内容、利用できる福祉サービスや制度の内容、退院後の社会生活における精神科ケアなどの医療的支援、地域の社会復帰施設などの情報提供も重要なインフォームド・コンセントの内容である。

3. 個人情報保護法施行後の通信面会禁止の事例報告

昨年の個人情報保護法施行前後において、精神科病院における面会のあり方が変化しているのではないかという報告が、社会復帰施設からあった。その内容は、社会復帰施設や小規模作業所を利用している利用者が病状の悪化により入院している時に、社会復帰施設の職員が面会を希望した場合に、電話連絡して面会許可を取ろうとした場合に起きたことで、個人情報保護法を理由に本人に電話を取りつがないうばかりか面会を拒否した医療機関があったということである。個人情報に抵触するという理由で、社会復帰施設の職員であることを告げても、家族以外は電話の取り次ぎや面会を禁止するというものである。また、別の精神科医療機関では、本人の生年月日を尋ねられ、その生年月日と身分を告げて電話を取り次がれたということがあったという報告。

以上のことは、形式的な対応で対処していると考えられるが、本人の意思を確認する作業があれば個人情報は保護できると思われる。このようなことは、法施行以前には、あまりなかったことであるが、地域生活支援者の通信面会については、本人が再び社会生活を送っていく上で重要になるし、治療的に問題がないのであれば、基本的な人権侵害にも繋がる事案である。

7. 精神科医療施設におけるインフォームド・コンセントと情報開示の推進に関する研究 ＜臨床心理技術者からの問題提起＞

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 齋藤 慶子

1. チーム医療と情報の共有

人権に配慮した医療の提供を深化させる時の課題に、診療情報の扱いと並んで多職種によるチーム医療体制の構築がある。しかしその実態はまだ成熟した状態とは言い難く、まして診療録の一元化には程遠い段階の医療機関が少なくない。その一段階として、診療録と看護記録を1ファイルに綴じる方法も普及していない。また、心理検査・心理面接・観察などから得た情報を治療過程のアセスメントに必要なものとして診療録に記入すべきである。しかし県によっては医療監査の際に医師以外のスタッフが診療録に書き込むことを禁じる指導をする場合がまだある点を見ても、まだ行政が医療の本質を支えるにはかなり乖離がある。このような状況ひとつを取っても、どれだけ人権を保障する土壌が準備出来ていると見做すか、慎重な判断を忘れてはならない。

一方では記録の電子化に関心が向き、同時にクリニカルパスの実践など、道具としての共通言語の共有が状態像の把握を簡略化し過ぎて個別の事情を汲み取り難くする懸念がある。診療録の電子化については、IT環境の安全性がどのように保障されたシステムを実現できるか、まだまだ試験的段階にある点にも関心を向けている必要がある。

症状改善に関与する狭義の治療にリハビリテーションケアへの橋渡しを効果的に組み込むのが現代精神科医療の根幹となっている。そのために治療開始の当初から様々な専門職の機能が相互に重なり合いながら機能性を高めていくことが求められているのである。しかし現実にはそれぞれが持つ基本的概念の相互理解が出来ているわけではない。そのために、職能の独自性があたかも侵襲されていくかの錯覚に陥ってしまい、全面的な情報の共

有を妨げている現状もある。職能に違いがあるからこそ、それを活かす体制が求められてのチーム医療志向であるにもかかわらず、診療情報の機能的活用（記録）が成熟するまでにはまだ若干の過程が必要な段階にある。このような実態を踏まえながら、しかし、診療情報開示の原則がもたらすエネルギーが、リスクの回避を課題とする防衛的動きではなく、生産的な資源としてチーム医療の臨床を成熟させる方向の推進力になることを期待したい。

患者（対象者）の中には、人権を守る強い意識を持つものの、それが柔軟ではないために「ここだけの話」として他の職種には伏せて欲しいと望む場合が少なくない。とくに看護師や臨床心理技術者が直面する機会が多いが、治療過程に極めて大切な内容であったりする。面接中に、記録を控えるといろいろと語り出す場合もあり、面接終了後に書き足すことが妥当か否か、後に開示を求められた時にトラブルに発展しないための方法も検討の必要がありそうである。良質の診療情報の確保の観点から見れば、単にプロセスノートとの使い分けだけでは打開出来ないところであろう。対象によっては、「今の話はあなたにとってとても大切であるように、私も大切にしたいので忘れないように記録に残させていただきます」と断ることで返って尊重されたと感じ、「私の責任においてこの内緒話も悪いようにはしないから」に納得してくれる場合もある。いろいろと具体的場面はあるが、要はチーム医療体制への進展を一方の視野に入れた時の診療情報の記録であり、開示であることを原則に、今後、この課題についての検討が深められるよう期待する。

2. 自己コントロール（意思決定）能力をめぐって

精神科医療がまず対象する課題は、行動や症状にかかわる病理性の寛解と、発達または人格の成熟の援助であろう。その間にあって様々な意思決定の場面があるが、成人の場合には一定の規準に従って「判断能力」の判定を行うことができるが、特に判断能力がほぼ発達できる時期といわれている15歳前後のインフォームド・コンセントの実質をどの様に考えるかについては一義的には決めにくい点について慎重でありたい。すなわち発達の個人差を対象者の実態に則して汲み取る際に、人権の扱いや予後を微妙に左右する点を重視したい。

近年、精神科の治療過程において認知行動療法の活用が盛んになっている。日常生活技能の獲得にとどまらず「怒り」などの情緒に関する対処などを学習していく過程で、力動的な精神療法の理論に基づく考え方を加味しながら集団療法の形態を取る場合が少なくなる。集団を形成する際に必要な治療者の判断と、メンバーが互いに安全を守る義務を持ってその場に参加しているという確認したとしても、どれだけその立場を維持できるかいささかの懸念が残る。その結果、思わぬところから個人情報の漏洩が起こる可能性がある。方法の有効性と治療過程における不確かさのフォローをどの様に考え対処するか、手法の進化と共に思わぬところに個人の尊厳を阻害する新たな要因が潜在している事に感でありたい。

3. 研修・研究

本題と少し軸が異なるが、個人情報保護の基本として、研究や研修のために具体的事例を提供するに際して、個人を特定されない資料作成の基本的マナーの遵守が徹底されてい

ない実態がある。例えば対象の生年月日そのまま資料に記載されていたり、病期が実際のままであったりすると、報告者名やその所属が明らかであることと相俟って対象者が特定できる可能性は高い。専門職としての基本的教育にかかわることであるが、教育時期のずれも手伝って配慮を欠く問題が残っている。行刑機関などと違って医療機関においては、極力、自発性を損なわない関わりを尊重する点から、一方では人権の尊重のために配慮していることが、別の問題を残す可能性を念頭に置く必要を考える。

4. 担当者の退職後に開示を求められた場合の扱いについて

慎重な配慮の下に実践された診療録であったとしても、担当者の在職中に開示を求められた場合には、それまでの患者との関係を振り返り、開示の目的を確認しつつ開示の方法を検討することが出来る。しかし、退職後であると、微妙なところで判断を誤る可能性がないとも限らない。治療を終了した時にサマリーをつけたとしても、また他のスタッフが治療を引き継いだとしても、適切な開示の実行には慎重な対処を考えておく必要があるのではなかろうか。

適切な診療録開示に向けて、まず環境整備上に存在する過渡期的問題の一部に焦点を当てて報告した。

8. 精神科医療におけるカルテの開示

神戸大学大学院法学研究科 丸山英二

カルテの開示に関しては、2003年9月の「診療情報の提供等に関する指針」（厚生労働省医政局）において、下記のように定められている。

7 診療記録の開示

(1) 診療記録の開示に関する原則

○ 医療従事者等は、患者等が患者の診療記録の開示を求めた場合には、原則としてこれに応じなければならない。

○ 診療記録の開示の際、患者等が補足的な説明を求めたときは、医療従事者等は、できる限り速やかにこれに応じなければならない。この場合にあつては、担当の医師等が説明を行うことが望ましい。[以下略]

8 診療情報の提供を拒み得る場合

○ 医療従事者等は、診療情報の提供が次に掲げる事由に該当する場合には、診療情報の提供の全部又は一部を提供しないことができる。

① 診療情報の提供が、第三者の利益を害するおそれがあるとき

② 診療情報の提供が、患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあるとき [以下略]

また、2004年12月の「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」も、開示の例外が認められる場合について、個人情報保護法25条1項1号の「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」に含まれるものとしてほぼ同旨を述べている。

筆者はこれまで、インフォームド・コンセントに関して、医療従事者は、患者に対する説明においては、仮定的・暫定的判断を含め、自分の考えていることをありのままに伝えることが望ましいと述べてきたが、同時に、遺伝情報と精神科医療に関しては、このことを実行することに問題があることも認めてきた。とくに精神科医療においては、病気に対する偏見やスティグマなど患者の人格・自尊心を傷つける要素と、患者の判断能力の不十分さから、他科の医療と同様の扱いは難しいと考えられる。

前者の患者の人格・自尊心を傷つける要素に関しては、患者の立場に立った医療を目指すことでその問題性を小さくできる可能性はあるが、後者の患者の判断能力の不十分さについてはその回復を図ること以外に対応方法がなく、患者の開示請求に即応できないため、「診療情報の提供が、患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがある」として、開示の否定を肯定せざるを得ない。

しかし、患者の状態が診療情報の提供を否定せざるを得ないほど不良であるという判断に基づいて医療機関が開示を否定したが、患者側がそのような判断に基づく不開示を訴訟で争い、裁判所がその判断は正しくなかったと認定した場合、開示請求の否定が違法となるおそれがある。

このように開示をめぐる医療機関と患者の意見が対立する場合の対応方法として、専門を異にする複数の者で構成される委員会で判断することが望ましいが、それ以外に、アメリカの立法例で見られる、患者の指定する第三者たる医師の判断に委ねる方法（その医師がカルテを見て不利益なしと判断すれば、その医師から開示がなされる）の採用が検討されて良いと思われる。

9. 英国の精神医療におけるインフォームドコンセントとカルテ開示について

タビストッククリニック 阿比野 宏

この稿のテーマは、英国における精神医療の中でのインフォームドコンセントとカルテの開示についてである。今回私はインフォームドコンセントについては、とくに強制入院のシステムとその仕組みについて記すことにする。またカルテの開示については、まず英国における医療システムについて簡単にまとめ、カルテの開示に対しての一般的な考えを、まず表すことにする。そして、カルテの開示がもっとも敏感な問題となりやすい精神療法の中で、どのように対応されているか、私が現在勤務している国民保健サービスNHS (National Health Service) の精神療法専門の機関である、タビストッククリニックでの状況を通して伝えたいと思う。

患者本人が治療について判断が正しくできると思われる場合には、患者からの同意を取ることが必要となる。タビストッククリニックにおいても、アセスメントを行った後、精神療法が適応であると考えられる患者に対して、これから受ける治療に対する同意の署名がえられない限り治療は行えないことになっている。これは、精神療法の適応になること自体が、自分自身で治療についての判断ができることを最低限意味すると、考えられているためである。

ただし、英国においても日本同様、精神疾患を患い、治療が必要であるものの、本人

が治療を受けることに対しての判断が可能でない場合、強制入院によって治療がされることがある。その基本理念、基準、必要な手続きなどについては、精神保健条例1983 (The Mental Health Act 1983) に銘記されている。強制入院の適応となる患者は、精神病(mental illness)、極度の精神欠陥(severe mental impairment)、精神病質障害(Psychopathic disorder)に限られる。また入院が本人もしくは他者の健康もしくは安全のために不可欠であることが必要である。ただ、この条例においては、強制入院が必要であると考えられる病気の程度については触れられていない。

強制入院はいくつかの形式があり、それぞれセクション2, 3, 4で分けられている。セクション4は救急の強制入院であり、認定されたソーシャルワーカーもしくは患者の最も近い肉親が申請することが可能である。72時間の緊急入院が、セクションに対して認定された一人の医師(今後都合上認定医師と呼ぶ)の判断で可能である。強制的に治療を行うことはできないが、長期の治療に結びつけることが可能である。さらに長期にわたる強制入院は、セクション2のもとで28日間可能である。二人の認定医師による書面での認定が必要となる。ただこれも観察の期間であり、強制的な治療は認められていない。28日を越える場合は、本人の意志の元で入院を継続するか、下記のセクション3に移行するか、退院するかとなる。セクション3は強制入院による治療であり、セクション2同様に認定医師の書面での認定が必要である。当初6ヶ月間継続し、必要であればさらに6ヶ月、もしくは1年継続される。ただ、強制入院で入院後3ヶ月経過した後は、治療について、患者本人からの同意を得ることが必須となる。もし同意が得られない、同意することができないようであれば、独立した医療機関からの認定が必要となる。

続いて、カルテの開示についてまとめてみたい。最初に英国における医療システムについて簡単に述べておく。英国での医療は国民保健サービスとプライベートの治療とに大きく分けられる。ただ、いずれにしてもまず患者は登録している家庭医(GP: General Practitioner)のところに訪れ、そこから必要であれば専門医に紹介されることとなる。精神医療もその例に漏れない。したがって、精神科医の診察を受ける場合、家庭医からの紹介状が必要となる。そのため、患者自身が拒否しない限り、精神科医と家庭医との間で患者に対する手紙のやり取りがされることになる。その際患者が希望すれば、そのコピーを本人に渡さなければいけないことになっている。実際の医療場面では、あらかじめ治療に携わる専門家同士の手紙のコピーを、患者に送るようにしている機関も少なくはない。

英国では、このように手紙に限らず、カルテも本人の希望があれば、それを本人に見せなければならぬ。ただし、精神療法においてはかなり複雑な状況を呈している。それは、カルテに加えて、さらに詳しい面接毎の記録を取ることが多いからである。特に精神療法家になるための訓練を受けている間は、詳しい面接記録は、指導を受ける上で必要不可欠なものとなる。また指導医レベルの治療者でも、自分を振り返り、治療関係を考える上で、有用であることも多い。ただ、精神療法という治療の性質上、そこに残されているものは、実際の言語を通しての患者と治療者のやり取りのみならず、治療者の主観的な感情、理解、また指導医の中にもわき起こった感情、理解なども加わっている。それらが、患者と治療者の関係性を理解する上で、必要不可欠である。そのため、面接記録の開示は患者にとって、有害になり、治療関係に悪影響を及ぼすこともあり得る。ただ、英国の法律では、患者が開示を求めれば、面接記録も提出しなければならない。ここでジレンマが生じる。

そのため、タビストッククリニックでは、本人に見せることが明らかに有害であり、望ましくないと客観的に判断されない限り、患者から求められれば、カルテを開示することには応じる。ただし、もし患者が面接記録も読むことを要求してきた場合、まず、患者にそれが本人にとって逆に害をもたらし、治療関係に悪影響を及ぼすかもしれないことを説明する。そして、そのことを理解したという署名を受け取る。カルテまた面接記録、いずれを読む場合も、指導医レベルの臨床家が立ち会い、患者の中で起こってくる様々な感情、葛藤について、話し合えるようにしている。ただ、こうした悪影響のみならず、面接記録を通して、いかに治療者が真摯に自分を受け止めているのかを実感し、治療に好影響を及ぼす可能性についても、ハンドブックの中で言及している。

参考文献

- 1) Richard M. Jones (1982): The Mental Health Act 1983
London Sweet & Maxwell 1
- 2) Michael G. Gelder, Juan J. Lopez-Ibor and Nancy Andreasen (2000):
New Oxford Text Book of Psychiatry, Oxford University Press
- 3) Clinical Governance Handbook 2005: Tavistock & Portman NHS Trust
(unpublished)
- 4) Revised Protocol for Process Records: Guidance on Their Status, Keeping,
Disposal, Patient Access & Relationship with the Case Record (2005)
(unpublished; internal documents)

10. 米国精神医療におけるカルテ開示について

コロンビア大学医学部 中川敦夫

はじめに

医療情報は医師と患者の間のみで共有される秘匿事項であったヒポクラテスの誓いから続く概念は、近年の医療情報の保存法や意味合い、また診療環境の変化とともに変わってきた。例えば、チーム医療の実践(Siegler, 1982)、子供や老人への虐待の報告の義務化や医療出費に対する納税者や政府による監視強化(Psychiatric News, 1989)、民間保険会社の保険料支払いに際する治療内容の確認請求(Corcoran, and Winslade, 1994)、インターネットの普及による診療情報の電子化(US Congress, 1993)等である。このような変化が、医療情報のプライバシーが守られづらくなってきたとされている(Appelbaum PS, 2002)。こうした背景において、米国の精神科領域でも患者への医療情報の開示の在り方も変化がみられている。

「医療保険の携行と責任に関する法律」の制定

米国では、総ヘルスケアシステムのコストダウンのために、膨大な保険事務処理の標準化しさらに電子的をねらったThe Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) (米国健康福祉省 <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa>) 「医療保険の携行と責

任に関する法律」がクリントン政権の1996年に制定された（発効は2003年4月）。そして、このHIPPAにて「患者は自らの記録を閲覧、複写の入手が可能でなければならない」と明示された。一方、HIPPAの制定で促進された医療情報の電子化は、患者の疾患や治療に関するプライバシー性の高い情報や過去の保険サービス利用データが含まれるため、患者の個人情報を外部から保護する必要性が生じた。こうして、医療機関はプライバシーの権利と医療情報のセキュリティを守るという内容のプライバシーに関する規制がHIPPAに追加された。この規制で定義されている保護すべき情報とは、電子データ以外にもあらゆるフォームのデータ、紙書類から口述録音まですべての個人の特定が可能な情報を含む。また、このプライバシールールでは病院、医師、さらにヘルスケア産業や保険会社等のヘルスケア分野に関わる人や組織を対象としている。この法により、医療機関では1)情報の完全・機密性の確保、2)情報のセキュリティおよび完全性に対する脅威や危険への対策、3)情報の認可されていない使用や開示などに対し、妥当かつ適切な管理上、技術上、および物理的な保護対策の維持が求められた。具体的には病院等でプライバシー保護の方針を定めること、従業員にその方針の教育を行うこと、法遵守の徹底を目指して、全体を監視する担当者を定めるというものだ。このように厳しく明確に規定され、さらに万が一個人の医療情報が漏れ、誤用といった違反が認められた場合には罰則規定（25万ドル以下の罰金、10年以下の禁固刑）も設けられたことにより、医療機関では担当者を新たに雇用したり、社外のサービスを利用したりする必要が生じた。このように、米国では診療情報の電子化とHIPPAという個人情報保護法の制定により、患者の医療情報へのアクセスは容易になったのであった。

患者と第三者による医療情報へのアクセス

HIPPAでは基本的に患者が自らの医療情報に直接アクセスすることは、認められている。しかし、12-50%の精神科患者は自分の診療記録を閲覧すると狼狽（中には精神症状が悪化）すると報告(Stein EJ, et al., 1979; Bernadt et al., 1991)されるように、精神医学的情報に関しては治療者が、明らかに開示により損害が患者に被ると判断した場合にはその請求を棄却できるとされている。その際は、患者は医師、精神保健福祉士、臨床心理士を指名し、その情報を閲覧してもらうことができるなどの措置を設ける医療施設もある。また、未成年の患者の場合に関しても、開示により治療関係を損なうものであると確信される場合には、臨床家は親や保護者による請求を棄却できる。またアルコールや薬物に関する情報も制限を設けている。実際の手続きとしては、患者が自らの医療情報にアクセスの要求をする際には、医療機関で定められた患者医療情報請求書にて書面で申請し、所定の料金を支払うことで検討の結果、約1週間以内に閲覧することが可能になる（複写請求の場合は、複写箇所を予め申請し、約2週間で入手ができる）。このような、医療情報入手具体的な手順やその基になるHIPAAに関して、患者向けにWeb上で公開されている（参考：コロンビア大学<http://www.cumc.columbia.edu/hipaa/index.html>, カリフォルニア大学サンフランシスコ校 http://psych.ucsf.edu/Patients/Medical_Records.asp）。

一方、ある患者の医療情報を学校、雇用者などの第3者が必要とする場合においても、患者本人による医療情報開示の許可書を入手しなければならないとHIPPAで規定されている。医療機関ではそれに伴い運用則として、開示の方法（口頭、コピー、書面作成、FAX）、

開示情報の範囲（身体疾患、精神疾患、薬物・アルコール、HIVに関する診断や治療に関する情報）までの患者本人から書面による許可を得なければならないと決めているところもある。また医療情報の具体的アクセス方法としては、閲覧、指定部分の複写、ケア内容のサマリー（口頭と書面の2形式）と明示しているところもある（参考：カリフォルニア大学サンフランシスコ校 http://psych.ucsf.edu/Patients/Medical_Records.asp）。HIPPAにて注目すべきことは、法制定当初は治療、支払い、ヘルスケアの運用に関わる個人や組織（例えば転院先の医療機関や疾患管理会社、保険会社、サービス評価者、製薬関連会社など）も患者から医療情報開示の許可書を書面で入手しなければならなかったものが、HIPPAの規制修正にて患者からの許可書の入手は不要になったということである。つまり、患者が知らないところで情報が流布去れる危険性をはらんだのである。この背景には各業界団体からの運用面での煩雑さやコストの面で異論が多く、また政権も変わったことがあるといわれている。このように、医療情報の提供を管理する権利が患者から離れたという点が、HIPPAの修正規制によって大きく変わった特徴であるといえよう (Appelbaum, 2002)。尚、精神療法ノートは、HIPPAの規制の対象外となって保護されており、基本的には患者の同意がなければ誰にも開示されないことになっている。このように精神療法ノートは一般診療録とは別次元のもと扱われているが、精神療法ノートとみなされるためには、一般診療録とは別に保管されなければならない。

まとめ

米国の精神医療の現場では、HIPPAの制定により、患者の医療情報へのアクセスは容易になった。しかし、一方HIPPA修正規制により、治療・支払い・ヘルスケア運用者に対して、患者の同意なしで医療情報の開示（精神療法ノートは除く）ができるようになったことが危惧されている。一方、医療現場においてHIPPA遵守から派生していくつかの運用上の問題が指摘されている。例えば、HIPPAに違反することに過剰反応や理解不足から医療機関が、ベッドの空き状況について別の医療機関からの問い合わせを拒否したり、精神科救急にて搬送された患者の治療とアレルギーに関する問い合わせ拒否したりと患者の健康に有害となる事例が報告されている (Touchet et al., 2004)。現在のところ、患者の医療情報アクセスが容易になったことによる影響分析などの実証的研究はまだわずかにしか報告されておらず (Ross and Lin, 2003)、今後も引き続き注意深く米国における医療情報開示の動向の把握が我が国における医療情報開示の検討に際して有用であるといえる。

文献

1. Siegler M. Confidentiality in medicine: a decrepit concept. *N Engl J Med* 1982 ; 307:1518-1521.
2. *Psychiatric News*. Questions raised about Medicaid investigators. Nov 17, 1989, p17.
3. Corcoran K, Winslade WJ. Eavesdropping on the 50-minute hour: managed mental health care and confidentiality. *Behav Sci Law* 1994;12:351-365.
4. US Congress, Office of Technology Assessment: Protecting Privacy in Computerized Medical Information, OTA-TCT-576. Washington DC, US Government Printing Office

e, Sept 1993.

5. Appelbaum PS. Privacy in Psychiatric Treatment: Threats and Responses. Am J Psychiatry 2002; 159:1809-1818.
6. Stein EJ, Fluredy RL, Simonton MJ, Neuffer CH. Patient access to medical records on a psychiatric inpatient unit. Am J Psychiatry 1979;136:327-329.
7. Bernadt M, Gunning L, Quenstedt M. Patient's access to their own psychiatric records. BMJ 1991;303:967.
8. Touchet BK, Drummond SR, Yates WR. The impact of fear of HIPAA violation on patient care. Psychiatric Services 55:575-576, 2004
9. Ross SE, Lin CT. The effects of promoting patient access to medical records: a review. J Am Med Inform Assoc. 2003;10:129-138

11. 当事者の視点からの情報開示、インフォームド・コンセントと医療の質評価

社会福祉法人桜ヶ丘記念病院 岩下 覚

1、医療の質評価と患者満足度

これまでに公表されている、カルテ開示、情報開示の“指針”等の多くで、その“目的”として“医療の質の向上”が謳われている。医療の質評価に関しては、医療の質研究の第一人者であるドナベディアンによって「構造」「プロセス」「アウトカム」の3軸の評価フレームが提唱されているが、従来我が国における医療の質の評価は「構造」と「プロセス」にとどまり、「アウトカム」評価は殆ど行われてこなかった。一方、「患者満足度」は、医療提供者から受けた医療サービスの内容について、患者本人が実際にどう感じたかという主観的な評価、即ち「医療を受ける立場から見た“提供された医療サービスの質”」を表しており、前述のドナベディアンも「患者の健康と満足を達成しているかどうかは医療の質の究極の指標である」と述べている。これらのことから、現在では「患者満足度」は、さまざまな医療サービスに対しての代表的な「アウトカム」として認識されており、近年、医療の質を包括的に測るための指標として重視されるようになってきている。

このような文脈から、今後、情報開示、インフォームド・コンセントに関しても、それが情報提供を受ける当事者（或いは家族）からどのように評価されるか、患者の満足度にどのような影響を与えるか、また患者の満足度を向上させるにはどのような工夫が必要か、等の視点が重要になってくるものと思われる。

2、患者満足度に影響する要因

岩崎は、マスコミ等で行われる我が国の医療についての種々のアンケート調査から、医療への信頼度は一般に低く、国民の医療への不満も多いことを指摘し、国民の不満の第一は医療に対する情報不足であり、医療施設や医師を選ぶための情報が不足していること、総じて診療情報の提供、開示が進んでいないことへの不満等を反映していると述べている。

また川野は、患者の満足度に影響する要因として、「治療環境」「ケアリング」「医療・看護の質」「臨床上の効果」とともに「インフォームド・コンセント」を挙げており、イ

ンフォームド・コンセントを医療・看護の内容をわかりやすい言葉で説明し、患者に説明された内容について考える時間を与え、選択の機会を得た患者がみずから判断して決断する等のプロセスを患者とともに歩んでいく作業であると位置付けている。更に、仮に患者が説明を受けられる状態にない、あるいは思考することが出来ない、または自己決定することが出来ないとしても、その機会を持つことが重要であると述べており、精神医療においてはそれが欠落しがちになる点を指摘している。

3. 患者満足度と情報開示、インフォームド・コンセントに関する文献から

医学中央雑誌刊行会の医中誌パーソナルWEBによって、“インフォームド・コンセント”及び“当事者”を検索語として同WEBに登録されている論文数を検索したところ、1983年～2006年の間に34件の論文が検索され、それらの論文の発表年次は、2000年以前は僅か3件のみであり、残り31件は2001年以降に発表されたもので、特に2005年が10件と最多であった。また、同様に“インフォームド・コンセント”と“患者満足”又は“患者の満足度”を検索語として検索したところ、論文数は、1983年～1990年には0件、1991～1995年には僅か2件であったものが、1996～2000年には28件、2001年～2005年には241件といずれも近年になって急増していた。

以下、患者満足度と情報開示、インフォームド・コンセントに関する幾つかの文献から、その内容を紹介してみたい。

小酒井は、総合病院における入院患者を対象とした満足度調査の結果から、具体的改善目標の一つとして“カルテ開示が患者の闘病の理解を助け、自己選択できるためのわかりやすい情報源となるように内容改善に取り組む”ことを掲げ、カルテのどこに何が書かれているか等を明らかにした「カルテ開示解説書」を全病棟に用意するとともに、医師、看護師の意識を高めるため、「わかりやすいカルテ開示、強化月間」を設定して、監査用紙を用いて相互評価を行うなどしたところ、次年度の満足度調査において目標値をクリアしたと報告している。

恵下らは、市立総合病院で外来患者を対象とした満足度調査を施行したところ、患者が「分かりやすい説明・指導」を期待していることが明らかになったことから、「インフォームド・コンセントのためのガイドラインの作成及び研修による周知徹底」が必要であると結論付けている。

磯田らは、総合病院において、クリティカル・パス、カルテ開示、インフォームド・コンセントの充実等医療体制の変化が、患者満足度にどのような影響を及ぼしているかを入院患者を対象に調査した結果、クリティカル・パス、カルテ開示の認知度がそれぞれ49%、50%に止まり、患者が「説明と同意」について充分理解しているとは言い難いにもかかわらず、「説明と同意」に対する満足度は79.8%と高かった点を取り上げ、これらの結果は患者の受身的態度に基因する可能性があるとして、個々の患者の病状に即した補足説明を更に充分に行っていく必要がある旨考察している。また中野らは、大学病院の入院患者を対象とした患者満足度調査の結果から、「退院後の生活についての説明」「検査についての説明」等の項目が、患者の属性によって不満足度が有意に高かったことから、退院指導、マニュアルに沿った説明以外に、患者の背景や個別性を踏まえた説明方法を検討することが必要であると述べている。

小川らは、自治体病院における入院患者を対象とした満足度調査の結果から、「説明」についての満足度が比較的 low、病棟間の比較では、チェックリスト、クリティカル・パスを用いて説明している病棟の評価が高かったことから、口頭のみでの説明では患者の理解を得ることは困難であるものと結論付けている。

精神科領域では、木村らは、国立総合病院の精神科病棟において、精神分裂病、躁うつ病、うつ病患者で「GAS」31以上の入院患者10名を対象に、看護に関するインフォームド・コンセントマニュアルを作成して患者への介入を行ったところ、「分かりやすい説明」「退院後のアドバイス」「人格の尊重」「権利の説明」のカテゴリー順に満足度が高まったと報告している。

また、大場らは、県立医科大学病院精神科外来受診患者2428人を対象に、満足度を含むアンケート調査を行い、統合失調症を中心に病名告知と満足度の関係等を調査したところ、他の精神疾患に比べて統合失調症では診療満足度が低かったが、家族よりも本人、年齢が高いほど、そして告知されている群の方が満足度が高かった。これらのことから、病名告知により、医療者当事者間の信頼関係が高まり、当事者の治療への積極的な参加が促され、診療満足度を上げる一つの要因になるのではないかと考察している。

その他精神科領域では、鈴木らの報告では精神科入院患者429名を対象に満足度調査を行ったところ、入院時の説明等についての満足度が低かったことから、入院時の説明については、患者の状態を把握し、繰り返し行い、理解を得ようとする必要があると結論付けており、長谷川らは、精神科病棟入院患者40名を対象とした満足度調査で、退院に向けての説明、治療についての説明、質問に対する十分な説明をしたか等の各項目で不満足群の割合が高かったことから、カンファレンスで検討した結果、退院プログラムを作成して、より積極的に治療に関する説明、退院に向けての支援をしていくことを決定した旨報告している。

これらの文献の内容を概観すると、情報開示、カルテ開示、インフォームド・コンセントを行うことは、既に自明のこととなっており、今後は、そのことの可否よりも、それが当事者や家族にどのように受け止められ、どのように評価されるか、また、医療の質評価のフレームのうち「アウトカム」評価としての患者満足度を向上させるためには、情報開示の際にどのような工夫が必要か、等の諸点により関心と注目が集まっていくものと思われる。

文献

- 1) 岩崎榮：患者が求める医療-医師像・看護師像（医療従事者像）-患者第一、患者の安心・安全、患者の満足-。和歌山医学 55(4)：215-219, 2004
- 2) 川野雅資：概説 患者の満足度を評価する意義と理念。精神科診断学 9(3)：317-321, 1998
- 3) 小酒井あい子：患者満足度を意識した医療活動、看護活動の展開 目標達成に向けての具体策：外来看護新時代 8(2)：141-145, 2003
- 4) 恵下妙子、小川栄一：広島市民病院における外来患者満足度調査（2004年）-因子分析を用いた検討-。広島市立広島市民病院医誌 21(1)：82-90, 2005
- 5) 磯田美和、道辺政江他：当院における医療体制の変化が患者満足度に及ぼす要因。徳島

赤十字病院医学雑誌 8(1) : 150-155, 2003

6) 中野峰子、久保ひろみ他 : 患者満足度調査の分析と患者満足度向上への取り組み. 日本看護学会論文集 第34回 看護管理2003年 : 118-120, 2004

7) 小川きみ代、伊藤万里子他 : 入院患者満足度調査による病院評価と改善の取り組み. 旭中央病院医報 25(2) : 15-20, 2003

8) 木村朋子、伊澤裕子他 : 看護におけるインフォームド・コンセントを考える 患者満足度調査から. 医療 55増刊1 : 53, 2001

9) 大場真里子、丹羽真一 : 病名告知—統合失調症の場合. 精神科治療学 19(2) : 185-191, 2004

10) 鈴木利枝、佐藤雅美他 : 精神科病棟入院患者を対象とした患者満足度調査 (第1回) を実施して. 精神医学研究所業績集 39 : 150-155, 2003

11) 長谷川精一、勝部千恵他 : 患者満足度調査の分析による看護者の対応・質の検討. 日本精神科看護学会誌 45(2) : 127-131, 2002

資料4 検討した主な文献資料一覧

I 今年度収集した文献資料

1. 個人情報保護法制関連

- (1) 日本精神科看護技術協会「精神科医療における個人情報保護取り扱いのガイドライン」について、2005年
- (2) 日本看護協会「看護記録および診療情報の取り扱いに関する指針」、2005年
- (3) 個人情報保護法関連諸法規
 - ①「個人情報の保護に関する法律（および概要）」
 - ②「個人情報保護基本法制に関する大綱」
 - ③「個人情報の保護に関する法律施行令」
 - ④「個人情報の保護に関する基本方針」
 - ⑤「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」
 - ⑥「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）」（平成17年3月作成、平成17年11月29日改訂版）
- (4) 日本医師会「医療機関における個人情報の保護」、2005年
- (5) 厚生労働省医政局長「診療録等の外部保存に関するガイドラインについて」、2002年
- (6) 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」、2005年
- (7) 相澤直行「医療分野における個人情報保護とプライバシーマーク制度」、社会保健旬報 No.2260～No.2264、2005年
- (8) 財団法人医療情報システム開発センター「医療・介護・福祉の個人情報保護ガイド」、日本厚生協会出版部、2005年
- (9) 小嶋正ほか「社会福祉・介護事業現場における個人情報保護と情報共有の手引き」、社会福祉法人東京都社会福祉協議会、2005年
- (10) 開原成允・樋口範雄「医療の個人情報保護とセキュリティ」、有斐閣、2003年
- (11) 「特集 動き出した「個人情報保護法」」、日本精神科病院協会誌24（7）、2005年（注：論文9篇が含まれている）

2. 診療情報の提供または開示関連

- (1) 日本医師会医事法関係検討委員会「患者情報のあり方について」、2002年
- (2) 日本医師会「診療情報の提供に関する指針（第2版）」、2002年
- (3) 日本精神科病院協会「改訂版日精協・診療情報提供に関する指針」、2003年
- (4) 日本看護協会「看護記録の開示に関するガイドライン」、2000年
- (5) 厚生労働省「診療情報の提供等に関する指針」、2003年
- (6) 東京都病院事業部長：「都立病院における診療情報の提供に関する指針（ガイドライン）」の策定について、1999年
- (7) 国立大学附属病院長会議等「国立大学附属病院における診療情報の提供に関する指

針(ガイドライン)、1999年

(8) British Medical Association and The Law Society 「Assessment of Mental Capacity」、British Medical Association、2004年

(9) 「特集 精神科医療における情報開示のあり方」、日本精神科病院協会誌23(3)、2004年(註:論文11篇が含まれている)

(10) 「パネルディスカッション 精神科におけるカルテ開示の条件整備について」、精神経誌103(1):1-63、2001年(註:論文6篇が含まれている)

(11) 「特集 診療録開示と精神科」、臨床精神医学32(1):5-60、2003年(註:論文7篇が含まれている)

3. インフォームド・コンセント関連

(1) 日本医師会生命倫理懇談会 「説明と同意」についての報告、1990年

(2) 日本医師会第Ⅷ次生命倫理懇談会 「医療の実践と生命倫理」についての報告、2004年

(3) 高柳 功 「精神医療におけるインフォームド・コンセント(中間意見)」、病院・地域精神医学 39:175-180、1997年

(4) 日本精神神経学会インフォームド・コンセント検討作業部会 「精神科医療におけるインフォームド・コンセント—治療者のガイドライン(提言)」、精神経誌 101:465-469、1999年

(5) 松下正明、高柳功ほか監修 「インフォームド・コンセントガイダンス」、先端医学社、1999年

(6) 丸山英二:インフォームド・コンセントの法理の法的諸問題、臨床精神医学講座 22:225-239、松下正明編、中山書店、1997年

(7) 中根允文、松下正明ほか編 「精神医学・医療における倫理とインフォームド・コンセント」、臨床精神医学講座 S12、中山書店、2000年

(8) President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (厚生省医務局医事課監訳:アメリカ大統領委員会生命倫理総括レポート)、「Final Report on Studies of the Ethical and Legal Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research、」1983篠原出版、1984年

(9) 中谷真樹 「精神科臨床サービスの倫理・法的側面—インフォームド・コンセントを中心に—」、精神科臨床サービス5(3):315-321、2005年

(10) 「特集 精神科臨床サービスにおける上手な説明の進め方」、精神科臨床サービス5(4)6-138、2005年(註:論文32篇が含まれている)

(11) 「特集 説明責任と納得の医療」、精神科看護31(11):9-42、2004年(註:論文6篇が含まれている)

(12) Applebaum, P. S., Lidz, C. W., Meisel, A. (杉山弘行訳) 「Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice (インフォームドコンセント)」、文光堂、1994年

(13) Scully T. & Scully C. 「インフォームドコンセントをするための質問」(池永満「患者の権利」九州大学出版会、1994年に収載)

(14) 横藤田誠「治療同意に関する指針作成の留意点」、エビデンス精神科医療Ⅱ：123-144、日本評論社、1999年

4. 精神科面接・コミュニケーションと接遇関連

(1) Northouse, P. G. and Northouse, L. L. (信友浩一、萩原明人共訳)「HEALTH COMMUNICATION, 2nd. ed (ヘルスコミュニケーション)」、九州大学出版会、1998年

(2) 青木省三ほか「特集 精神療法の基本」、臨床精神医学34(12):1607-1720、2005年(註:論文18篇が含まれている)

(3) 田村康二「医学的面接のしかたー聞き上手、話し上手になる技術」、医歯薬出版、2000年

(4) 高橋啓子「すぐ使える看護・介護職員用接遇テキスト」、日総研出版、2003年

(5) 斉藤清二「医師と患者のコミュニケーション」、日本医師会総合政策研究機構、2005年

(6) 神田橋條治「追補 精神科診断面接のコツ」、岩崎学術出版、1994年

(7) 吉岡泰夫「言葉による医療コミュニケーション」(個人情報セミナー第三弾【対応編】資料:医療コミュニケーションとインフォメーションマネジメント)、医療ネットワーク支援センター、2006年

(8) 土居健郎「新訂 方法としての面接ー臨床家のためにー」、医学書院、1977年

(9) 鈴木二郎「治療としての面接」、金剛出版、2001年

(10) Carlat D.J. (監訳:張賢徳、訳:張賢徳ほか)「The Psychiatric Interview: A Practical Guide 2nd. Edition (精神科面接マニュアル第2版)」、メディカル・サイエンス・インターナショナル、2006年

(11) Wilting J. (小松博子訳)「PEOPLE, PATIENTS, AND NURSES (ナースのためのHOW TO コミュニケーション)」、メディカ出版、1991年

(12) Kaplan H. I. Sadock B.J. Grebb J.A. (井上令一、四宮滋子監訳)「Kaplan H. I. Sadock 's Synopsis of Psychiatry 9th Edition (カプラン臨床精神医学テキスト 第2版)」、メディカル・サイエンス・インターナショナル、2004年

5. 情報の共有、守秘義務と第三者提供関連

(1) 江畑敬介、前田雅英、樋田精一、村上雅昭、中谷真樹、小田潤「地域ネットワークの形成と守秘義務との関係に関する研究」、精神経誌105(7):933-958、2003年

(2) Gutheil T. G. and Applebaum, P. S. 「Clinical Handbook of Psychiatry and the Law, 3rd Edition」、Lippincott, Williams & Wilkins, USA、2000年

(3) 下堂園権洋「患者中心の情報の共有化を目指して」、医療安全3(1):65-69、2006年

(4)「特集 情報共有の極めつけ!患者と立てる看護計画」、かんごきろく11(5):11-52、2001年(註:論文6篇が含まれている)

6. 診療記録、医療記録関連