

8- (3) 性・年齢別 精神障害者保健福祉手帳交付者数(個票25)

都道府県・市コード

平成15年6月1カ月分(30日間)の状況を記入。
 【1級～3級のいずれかの交付者の交付者について記入。】

	総数	年齢階級別入院患者数																	
		20歳未満		20歳以上 40歳未満		40歳以上 65歳未満		65歳以上											
		男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性										
F0 症状性を含む器質性精神障害																			
F00 アルツハイマー病の痴呆																			
F01 血管性痴呆																			
F02-09 上記以外の症状性を含む器質性精神障害																			
F1 精神作用物質による精神及び行動の障害																			
F10 アルコール使用による精神及び行動の障害																			
覚せい剤による精神及び行動の障害																			
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害																			
F2 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害																			
F3 気分(感情)障害																			
F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害																			
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群																			
F6 成人の人格及び行動の障害																			
F7 精神遅滞																			
F8 心理的発達の障害																			
F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 及び特定不能の精神障害																			
てんかん(F0)に属さないものを計上する)																			
その他																			
	合 計																		

※F0 症状性を含む器質性精神障害の入院患者数は記入する必要はありません。

6月1ヶ月分の、交付者および実績がない場合は、「総数・合計」欄に“0”を記入する。

「疾患名」欄は、F1を除いて第10回修正国際疾病、障害及び死因統計分類(ICD-10)によるものとする。

別添2 14年度調査との対照表

年度	14年度	15年度	15年度の変更箇所
総括表	提出書類件数報告(新設)	提出書類件数報告	個票増加に応じた変更
個票	<p>1- (1) 精神病院の施設・病床の状況(個票1)</p> <p>1- (2) 精神病院の従事者数・入院料等の届出状況(個票2)</p> <p>1- (3) 知見性疾患専門病棟の状況(個票3)</p> <p>1- (4) 応急入院患者の状況(個票4)</p> <p>1- (5) 精神病院の精神科デイケア等の状況(個票5)</p> <p>2- (1) 精神病院在院患者の処遇(個票6)</p> <p>2- (2) 精神病院在院患者の状況(個票7)</p> <p>2- (3) 在院期間・年齢別の在院患者数(個票8)</p> <p>3- (1) 精神病院の入・退院状況(個票9)</p> <p>3- (2) 精神病院平成13年6月入院患者の状況(個票10)</p> <p>3- (3) 平成14年6月1日残留患者の状況(個票11)</p> <p>3- (4) 平成14年6月退院患者の状況(個票12)</p> <p>4 精神病院以外の精神科デイケア等の状況(個票13)</p> <p>5 精神障害者社会復帰施設等の状況(個票14)</p> <p>6- (1) 精神医療審査会の状況(個票15)</p> <p>6- (2) 精神医療審査会委員名簿(個票16)</p> <p>7- (1) 措置入院等の状況(個票17)</p> <p>7- (2) 通院公費等の状況(個票18)</p>	<p>1- (1) 精神病院の施設・病床の状況(個票1)</p> <p>1- (2) 精神病院の従事者数・入院料等の届出状況(個票2)</p> <p>1- (3) 知見性疾患専門病棟の状況(個票3)</p> <p>1- (4) 応急入院患者の状況(個票4)</p> <p>1- (5) 精神病院の精神科デイケア等の状況(個票5)</p> <p>1- (6) 精神病院の精神科デイケア等の性・年齢別実人員(個票6)</p> <p>2- (1) 精神病院在院患者の処遇(個票7)</p> <p>2- (2) 精神病院在院患者の状況(個票8)</p> <p>2- (3) 在院期間・年齢別の在院患者数(個票9)</p> <p>3- (1) 精神病院の入・退院状況(個票10)</p> <p>3- (2) 精神病院平成14年6月入院患者の状況(個票11)</p> <p>3- (3) 平成15年6月1日残留患者の状況(個票12)</p> <p>3- (4) 平成15年6月退院患者の状況(個票13)</p> <p>4- (1) 精神科診療所等の状況(個票14)</p> <p>4- (2) 精神科診療所等の精神科デイケア等の状況(個票15)</p> <p>4- (3) 精神科診療所等の精神科デイケア等の性・年齢別実人員(個票16)</p> <p>5- (1) 精神病院・精神科診療所等以外の精神科デイケア等の状況(個票17)</p> <p>5- (2) 精神病院・精神科診療所等以外の精神科デイケア等の性・年齢別実人員(個票18)</p> <p>6- (1) 精神障害者社会復帰施設等の状況【入所施設用】(個票19)</p> <p>6- (2) 精神障害者社会復帰施設等の状況【通所施設用】(個票20)</p> <p>6- (3) 地域生活支援センターの状況(個票21)</p> <p>7 精神医療審査会(個票22)</p> <p>8- (1) 措置入院等の状況(個票23)</p> <p>8- (2) 通院公費等の状況(個票24)</p> <p>8- (3) 性・年齢別 精神障害者保健福祉手帳交付者数(個票25)</p>	<p>病院区分の記載変更、全病床数の追加、電話設置の定義変更等</p> <p>なし</p> <p>集計事項の変更</p> <p>なし</p> <p>集計事項の変更</p> <p>新設</p> <p>隔離患者数の定義、身体的拘束を行っている患者数の追加</p> <p>なし</p> <p>なし</p> <p>住診件数の追加</p> <p>なし</p> <p>なし</p> <p>なし</p> <p>新設</p> <p>集計事項の変更(個票5に同じ)</p> <p>新設(個票6に同じ)</p> <p>集計事項の変更(個票5、17に同じ)</p> <p>新設(個票6、18に同じ)</p> <p>集計事項の変更</p> <p>集計事項の変更</p> <p>集計事項の変更</p> <p>集計事項の変更</p> <p>集計事項の変更</p> <p>なし</p> <p>新設</p>

都道府県・指定都市コード

北海道	青森	岩手	宮城	秋田	山形	福島	茨城	栃木	群馬
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
埼玉	千葉	東京	神奈川	新潟	富山	石川	福井	山梨	長野
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
岐阜	静岡	愛知	三重	滋賀	京都	大阪	兵庫	奈良	和歌山
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
鳥取	島根	岡山	広島	山口	徳島	香川	愛媛	高知	福岡
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
佐賀	長崎	熊本	大分	宮崎	鹿児島	沖縄			
41	42	43	44	45	46	47			
札幌市	仙台市	さいたま市	千葉市	横浜市	川崎市	名古屋市	京都市	大阪市	神戸市
48	49	50	51	52	53	54	55	56	57
広島市	北九州市	福岡市							
58	59	60							

F A X 送 付 票

厚生労働省社会援護局障害保健福祉部精神保健福祉課

TEL : 03-5253-1111 (内3057)

FAX : 03-3593-2008

平成15年9月2日

各都道府県市等
精神保健福祉担当係 殿

厚生労働省社会援護局障害保健福祉部
精神保健福祉課 医療第1係

件名：平成15年度精神保健福祉関係資料の記入について（その2）

いつもお世話になっております。

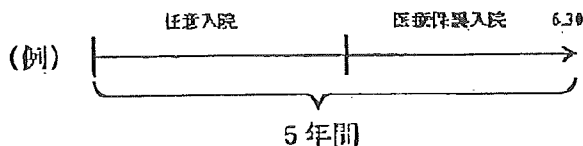
標記について、先日送付致しました様式のうち、問い合わせの多かった部分につきまして、統一的な考え方をご連絡致しますので、再度ご確認のほどよろしくお願い致します。

○提出書類件数報告

・個票19 福祉工場 → 個票20 福祉工場

○個票9（記載要領）

・過去に入院形態の変更があったとしても、1回の在院期間とし、入院形態の欄は、平成15年6月30日現在の入院形態を記入してください。



医療保護入院の5年以上10年未満の欄に記入。

○個票14

・別添のとおり調査票を修正致します。

また、個票14の診療所等の対象は「①精神科デイケア、精神科ナイトケア、精神科デイナイトケア又は、老人性痴呆疾患デイケアを実施している診療所、精神病床を有しない病院の精神科外来 ②上記以外で精神保健福祉行政の主管課で把握している主たる診療科目を「精神科」「神経科」としている診療所及び精神病床を有しない病院。ただし、特別養護老人ホーム、家裁医務室、企業診療所等一般住民を対象としない施設は除く。」としてください。

○個票6, 16, 18

・年齢階級別入院患者数 → 年齢階級別患者数

4-1(1) 精神科診療所等の状況(個票14)

※主たる診療科目が精神科である診療所、精神病床を有しない病院の精神科外来について記入。

都道府県・市コード
二次医療圏コード
病院・施設コード

診療所名・病院外来名

1) 従業者

「常勤」は、精神科の業務に日8時間以上、週1日以上を目安とする。
 「非常勤」は、「常勤」以外で精神科の業務に週1回程度以上勤務している者。

医師	指定医		作業療法士		PSW		精神保健福祉士		臨床心理技術者		看護師		准看護師		その他の 常勤従業 者
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	

〔PSWは、精神保健福祉法38条に基づき業務に準拠するもの、そのうち精神保健福祉士の資格を有するものを内数で記入。〕

〔看護師等は常勤者のみに計上する。〕

2) 患者数

平成15年6月30日あるいは直前の診療日(1日)の状況を記入。
 【平成15年6月30日が休診の場合、直前の診療日(1日)の状況を記入。】

年々条

6月30日の初診患者数

精神科 (A)	精神科以外 (B)

6月30日の再来患者数

精神科 (B)	精神科以外 (C)

6月30日の精神科外来患者の病名内訳

主たる病名が「精神障害」である者 (C)	それ以外の者

3) 外来・往診・訪問看護

平成15年6月1ヶ月間(30日間)の状況を記入。
 【すべて精神科の述べ人数を記載】

平成15年6月1カ月の外来患者数	平成15年6月1カ月の訪問看護実施回数	平成15年6月1カ月の訪問看護実施回数
そのうち ダイヤケア等 利用者数	往診件数	実施回数

精神保健福祉資料

平成 15 年度 6 月 30 日調査の概要

発 行 者 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課
国立精神・神経センター精神保健研究所
発 行 所 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部
〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1
TEL : 042-342-2711 (代) FAX : 042-346-1950

Ⅱ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

1. 書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
佐藤忠彦	医療倫理	精神保健福祉士養成セミナー編集委員会	改訂3版、精神保健福祉士養成セミナー「医学一般」	へるす出版	東京	2005	140-161
佐藤忠彦, 萱間真美, 大塚淳子, 川副泰成			精神科領域の個人情報についてどう考えるか	星和書店	東京	2005	4-37
佐藤忠彦, 岩下覚	統合失調症の管理・治療—マネージメント	上島国利	最新医学別冊「新しい診断と治療のABC、統合失調症」	最新医学社	大阪	2005	104-112

2. 雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
竹島正	精神科医療と福祉—現状と展望	日精協誌	22	329-334	2003
竹島正	精神保健計画部とモニタリング研究	精神保健研究	49	5-9	2003
立森久照, 竹島正, 須藤浩一郎, 三宅由子, 木沢由紀子	精神科病院の機能に関する研究	日精協誌	22	754-766	2003
佐藤忠彦	精神科カルテ開示の新たな段階	臨床精神医学	32	37-48	2003
佐藤忠彦	精神科カルテ開示の新たな段階と課題—厚生科学研究の報告から	日精協誌	23	195-200	2004
竹島正, 立森久照, 長沼洋一	精神保健研究の立場からみた精神保健福祉施策のグランドデザイン—グランドデザインにエビデンスはあるか—	臨床精神医学	34	1043-1051	2005
佐藤忠彦	個人情報保護法制下の精神科情報開示	日精協誌	24	684-689	2005

Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷

改訂第3版

精神保健福祉士養成セミナー

医学一般

13

●編集●

精神保健福祉士養成セミナー編集委員会

へるす出版

介護老人保健施設 介護老人保健施設は病状が安定し、リハビリに重点をおいたケアが必要な要介護者の入所施設である。

介護療養型医療施設 介護療養型医療施設は急性期の治療が終わり、長期の療養を必要とする要介護者が入院する施設である。

介護保険における医師の役割としては患者の身近に存在し、患者背景を理解し全人的医療を行いうるかかりつけ医の存在が重要である。

かかりつけ医がかかわる主な業務としては主治医意見書の記載のほか、実際の医療・介護サービス、各種関連職種に対する適切な指導、介護認定審査会や介護保険審査会への協力、ケアプラン作成に対する助言等がある。

介護保険制度における当面の課題は利用者の急増による財政的な行き詰まりが懸念され、この傾向が続くならば給付抑制と財政安定のための見直しが必要になるであろう。

IV 医療倫理

朝永振一郎

今、近代科学技術総体が「転回てんかいの秋」を迎えている*1。朝永振一郎が「科学にとっては19世紀から20世紀の初めにかけて、確かに良き古き時代であったと思います。ところが、(略)科学者が単に自分の仕事をやっていけば、それがおのずから人間の幸福になるんだというオプティミズムが非常にはっきりした形で破られた」と発言したのは、自己の学問が原子爆弾のような大量殺戮兵器の開発に直接結びついたという認識からであったが*2、いうまでもなく専門家の科学技術に対する倫理的課題は原子物理学の分野に限られることではない。私たち、精神医学・医療・福祉・保健(以下、精神医療とする)の専門家集団が生活の場としている医療社会もまた同じ課題に直面しており、今日、世界的に「医療倫理」の再構築に向けて歴史的な転換期の過程にある。

ヒポクラテスの誓い

紀元前から20世紀にかけては、「ヒポクラテスの誓い」が医療倫理の中心原理であったが、これは医師のような医療提供者側からの一方向によるパターンリズムであるとして批判されるようになった。1960年代になると患者の自律と自己決定権の立場から、当事者が患者の権利を主張して台頭し、精神医療の分野でも当事者は「精神医療ユーザーのめざす

*1 佐々木 力：二〇世紀における科学思想の転回、新田義弘・丸山圭三郎、他編、思想としての20世紀、岩波書店、1993、p. 230.

*2 佐々木 力：前掲書、pp. 189-197.

患者の権利

パートナーシップ

インフォームドコンセント(IC)
情報開示
医療安全

もの」*1を掲げている。こうして「患者の権利」が新たな原理として定着し、医療提供者と当事者とは歴史上はじめてパートナーシップと呼ばれる新しい関係を築こうとしている。その核心となる基本原則が、インフォームドコンセント(以下、「IC」と「情報開示」と「医療安全」である。「医療倫理」は、ギリシャ哲学以来の「倫理学」の伝統を引き継ぐとはいえ、このような日常の実践課題が具体的に措定されたところに現代の「医療倫理」の特徴があり、基本原則を一新して再登場したと考えられる。そして、これは倫理学の自己革新運動としての「応用倫理学」とその「応用倫理学の転換」の現れ*2とみることでもできる。同様にまた、学問と実践の乖離が議論されてきた精神医療の問題意識とも通底する。

日本では1990年代に、「IC」、情報開示とくに診療情報の開示、医療安全が相次いで医療社会の主要な課題となった。

本節では、まず「医療倫理」の動向にふれたうえで、「IC」「情報開示」「医療安全」について、最近の日本の現状と課題とを、精神医療を中心に述べていくこととしたい。

A 「医療倫理」の再構築と「患者の権利」の台頭

1. 「医療倫理」の再構築

ロスマン

なぜ、「ヒポクラテスの誓い」が批判され、「医療倫理」の再構築が迫られているのか？ ロスマン(Rothman, D. J.)はこの分野の先進国アメリカの状況について述べ、「第二次世界大戦後もなお、臨床上の決定、基礎的な倫理的社会的問題は、ほとんど個々の医師の専権事項であった。しかし、1960年代半ば以降、医師と患者の関係、医療と社会の関係はあらゆる側面に変化し、医療専門家の自由に任されていた医療上の裁量権が次第に制限され、臨床上の意思決定は、手続きと実質的内容ともに変わり、人体実験、臓器移植、死の基準等の次々に具体的な課題に直面した」と、その時代の雰囲気を描いている*3。

バイオエシックス

すなわち、アメリカのバイオエシックス(生命倫理)は、1960年代から70年代にかけての公民権運動やその他の価値観の変動を背景として患者・障害者(以下、患者とする)の権利が台頭したことや、現代医学の進

*1 メアリー・オーヘイガン著、中田智恵海監訳、長野英子訳：精神医療ユーザーのめざすもの。解放出版社、1999。

*2 川本隆史：応用倫理学への／からの転換。川本隆史・高橋久一郎編、応用倫理学の転換。ナンカニシヤ出版、2000、pp. 3-19。

*3 ロスマン著、酒井忠昭監訳：医療倫理の夜明け。晶文社、2000。pp. 11-15。

歩がもたらした先端医療^{*1}の登場などによって形成された^{*2}。今では、臨床上の意思決定は、医学・医療の枠組みを越え、社会科学、人文科学の多くの分野を含む学際的なものとなっただけではなく、一般の人びとが参加する場となった。日本でもそのあとをたどりながら同じように進んできている。

2. 医療倫理の4原理

医療倫理の4原理

ここで、本節が取り上げる「IC」「情報開示」「医療安全」を基礎づけている「医療倫理の4原理」にふれておきたい。

ビーチャム
アッペルボーム
カント
ベンサム
ミル

ビーチャム (Beauchamp, T. L.) らとアッペルボーム (Appelbaum, P. S.) らは、カント (Kant, I.), ベンサム (Bentham, J.), ミル (Mill, J. S.) らによる歴史的な倫理学論議に近年の生命医学倫理の知見を取り入れて、現代の「医療倫理」を新たに次のような4つの原理に定式化した^{*3}。

- ①自律尊重 (respect for autonomy) : 自律的な個人の意思決定能力を尊重することを要求する原理
- ②無危害 (nonmaleficence) : 他人に危害を与えないことを要求する原理
- ③仁恵 (beneficence) : 危害を避け、便益を供与し、リスクと費用に対して、便益をバランスさせることを要求する原理
- ④正義 (justice) : 便益、リスク、費用の人びとの間への適切な配分を要求する原理

なお、「医療倫理」という名称であるが、英語圏では「医療倫理」は古い言葉であるとして、バイオメディカルエシックス (biomedical ethics), バイオエシックス (bioethics), クリニカルエシックス (clinical ethics) などを新しい言葉として使う傾向がある。しかし、日本では「医療倫理」は今なお一般的であるので、ここではそのまま用いることとする。

3. 国内外の医療倫理と患者の権利に関する展開

1) 国外の展開

患者の権利

「患者の権利」という概念は、「IC」「情報開示」の歴史とともに展開

*1 米本昌平：先端医療革命。中央公論社，1988，p. 80.

*2 森山公夫：現代医学の思想。新田義弘・丸山圭三郎，他編，生命とシステムの思想，岩波書店，1994，pp. 31-32.

*3 T. M. ビーチャム著，立木教夫・永安幸正監訳：生命医学倫理のフロンティア。行人社，1999，pp. 42-47.

表 2-21 ④ 国外—患者の権利と「IC」「情報開示」「医療安全」の流れ

1914年：シュレンドルフ判決(自己決定権)
1947年：「ニュールンベルク綱領」(医学実験に関する倫理綱領)
1957年：サルゴ判決(「IC」の用語の使用開始)
1960年：ナタンソン判決(合理的医師基準)
1964年：世界医師会「ヘルシンキ宣言」(医学研究に関する倫理綱領)
1972年：カンタベリー判決(合理的患者基準)
1973年：アメリカ病院協会「患者の権利章典」
1974年：アメリカ「連邦プライバシー法」
1975年：世界医師会「ヘルシンキ宣言」改正(東京宣言)(「IC」の宣言)
// : 国際連合「障害者の権利宣言」
1977年：世界精神医学会倫理綱領「ハワイ宣言」
1980年：経済協力開発機構理事会「プライバシー保護と個人データの国際流通についてのガイドラインに関する理事会勧告」(OECD8原則)
1981年：世界医師会「患者の権利に関するリスボン宣言」(すべての疾病に「IC」)
: 障害者インターナショナル(DPI)設立
1982年：アメリカ「医学及び生物医学・行動科学研究における倫理問題検討のための大統領委員会報告」
// : 国際連合「障害者に関する世界行動計画」
1983年：「国連・障害者の十年」開始年
1990年：「障害をもつアメリカ市民法(ADA)」
1991年：国際連合「精神病者の保護および精神保健ケア改善のための諸原則」
1993年：国際連合「障害者の機会均等化に関する標準規則」
// : 「改訂世界人権宣言」
1994年：世界保健機関「ヨーロッパにおける患者の権利の促進に関する宣言」
1995年：世界医師会「患者の権利に関するリスボン宣言」修正(バリ島宣言)(患者の「情報を得る権利」)
1996年：世界保健機関「精神保健ケアに関する法—基本10原則」
// : 世界精神医学会「マドリッド宣言」
1999年：アメリカ科学アカデミー—医学部会報告書「人は誰でも間違える」
2000年：国際看護協会「改訂 ICN 看護師の倫理綱領」
2001年：国際連合「障害者の権利及び尊厳の促進及び保護に関する包括的かつ総合的な国際条約」
// : 世界保健機関「国際生活機能分類(ICF)」
2002年：世界医師会「患者の安全に関するワシントン宣言」
2004年：国際連合作業部会草案「障害者の権利条約」

資料：佐藤忠彦・岩下 覚・前田典子「精神科医療における情報提供とカルテ開示」中根允文・松下正明編『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』中山書店、2000、p. 20(一部改変)。

し、医療倫理関連の宣言や綱領として実を結んできた(表 2-21)。

障害者に関する世界行動計画
国際障害分類(ICIDH)

近年は、国連の「障害者に関する世界行動計画」(1982年)の検討や WHO の国際障害分類(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps ; ICIDH)の改定(2001年)の際のように、患者が社会的政治的な活動を行い、考え方がこれらの決定に反映されるようになった。

2) 国内の展開

日本でも近年、相次いでさまざまな進展があり、医療関係団体もまた倫理綱領を見直したり、新たに定めて対応している(表2-22)。

さらに最近では、市民団体などから「患者の権利法」や「障害者差別禁止法」の制定が提唱されている。

B インフォームドコンセントの発展

1. インフォームドコンセントの歴史的経過

インフォームドチョイス
インフォームドディシジョン

「IC」は、かつて「説明と同意」または「知らされたうえでの同意」などと訳された時期があったがいずれも定訳になることはなく、旧厚生省の検討会では「インフォームドコンセント」をそのまま用いることとなった(1993〔平成5〕年)。今ではさらに、インフォームドチョイス、インフォームドディシジョンなどといわれるようになっている。

ニュールンベルク綱領
ヘルシンキ宣言
リスボン宣言
バリ島宣言

「IC」は、欧米では大きな4つの流れにより発展してきた(表2-21参照)。第1の流れは、ナチスドイツの人体実験の反省から定められた「ニュールンベルク綱領」(1947年)に始まる。これは、「ヘルシンキ宣言」(1964年)などを経て、「リスボン宣言」(1981年)と「バリ島宣言」(1995年)とでおおむね完成した。

シュレンドルフ判決
サルゴ判決
ナタンソン判決
カンタベリー判決

第2は、アメリカで20世紀初頭からの裁判判例によって形成された。「シュレンドルフ判決」(1914年)、「サルゴ判決」(1957年)、「ナタンソン判決」(1960年)、「カンタベリー判決」(1972年)という一連の経過がそれである。

精神病者の保護および
精神保健ケア改善の
ための諸原則

第3には、1960年代以降のアメリカから始まる市民運動や患者の権利に関する運動の展開であり、これらは法制度を生んできた。

精神保健ケアに関する
法—基本10原則

第4に、精神医療の分野では、1991年の国連総会で決議された「精神病者の保護および精神保健ケア改善のための諸原則(以下、国連原則)」が、「原則11：治療への同意」と「原則12：権利の告知」において規定し「IC」を不可欠の条件と定めている。WHOが1996年にまとめた「精神保健ケアに関する法—基本10原則」でも、「5 自己決定」と「6 自己決定の過程を援助される権利」において規定しており、ふまえるべき基準となった。

第3次医療法改正

日本でもさまざまな取組みが行われてきたが、1997(平成9)年の第3次医療法改正が「説明と理解」を掲げたことにより、医療現場の実践は急速に進んだ(表2-22参照)。

プライバシー保護と個人データの国際流通についての勧告
OECD 8原則

さらに、経済協力開発機構(OECD)理事会の「プライバシー保護と個人データの国際流通についての勧告」に示された8つの原則(OECD 8

表 2-22 国内—患者の権利と「IC」「情報開示」「医療安全」の流れ

1983(昭和58)年	「神奈川県機関の公文書の公開に関する条例」
1987(昭和62)年	「精神保健法」(入院時等の書面による告知)
1991(平成3)年	患者の権利法をつくる会「患者の諸権利を定める法律要綱案」
1992(平成4)年	第2次医療法の改正(院内掲示の義務と院外広告の拡大、「IC」の附帯決議)
1993(平成5)年	「今後における精神保健対策について」(公衆衛生審議会)、「IC」の提言
//	「精神保健法」の改正(「IC」の参議院附帯決議)
1994(平成6)年	入院治療計画・診療情報提供料の加算(1997, 入院診療計画に名称変更)
1995(平成7)年	厚生省「インフォームド・コンセントのあり方に関する検討会報告書」
1996(平成8)年	与薬情報の文書提供の加算
//	「薬剤師法」の改正(調剤薬の情報提供)
//	「精神医療におけるインフォームド・コンセント」(中間意見)
1997(平成9)年	厚生省「診療報酬明細書等の被保険者への開示について」
//	第3次医療法改正(「IC」理念の導入)
//	「医薬品の臨床試験の実施に関する省令」(新GCP)
//	日本精神神経学会「臨床研究における倫理綱領」
//	日本精神神経学会作業部会「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)」
1998(平成10)年	精神科退院療養計画書の加算
//	日本医師会医療安全対策委員会「医療におけるリスク・マネジメントについて」
//	「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書」
1999(平成11)年	「情報公開法」
//	日本医師会「診療情報の提供に関する指針」
//	日本精神科病院協会「倫理綱領」
//	厚生労働省「患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書」
//	日本看護協会「リスクマネジメントガイドライン」
2000(平成12)年	診療録管理体制の加算
//	日本医師会「改訂医師の倫理綱領」
//	日本精神科病院協会「日精協・診療情報提供に関する指針」
2001(平成13)年	東京都立病院倫理委員会「患者権利章典」
2002(平成14)年	厚生労働省「医療安全推進総合対策」
//	日本精神科看護技術協会「精神科ナースのための医療事故防止・対策マニュアル」
//	厚生労働省「今後の精神保健医療福祉施策について」
//	障害者基本計画
2003(平成15)年	日本医師会「診療情報の提供に関する指針第2版」
//	日本看護協会「改訂看護者の倫理綱領」
//	「個人情報保護法」
//	「診療に関する情報提供等の在り方に関する検討会報告書」
//	厚生労働省「診療情報の提供に関する指針」
//	日本精神科病院協会「日精協・診療情報提供に関する指針改訂版」
//	厚生労働省「医療提供体制の改革のビジョン案」

資料：表2-21に同じ。p. 22, 27.

表2-23◎インフォームドコンセントをするための質問

- ①どこが悪いんですか。病名は何ですか。
- ②どのくらい深刻な状態ですか。
- ③どんな検査をする予定ですか。
- ④なぜその検査をするのですか。あらかじめそれを知ると検査結果に影響がありますか。
- ⑤その処置や検査にはどのような危険を伴いますか。検査の正確性はどれほどですか。
- ⑥どんな治療法を勧めますか。手術ですか、放射線療法ですか、薬物療法ですか。
- ⑦この治療法の目的は何ですか。治癒ですか、痛みの軽減ですか、リハビリですか。
- ⑧この治療法にはどんな危険が伴いますか。
- ⑨その治療法が私にとって有効なのはどんな場合ですか。
- ⑩これは長期間効果が続きますか、それとも短期間ですか。
- ⑪その治療を断ったばあいどんなことが起こる可能性がありますか。
- ⑫ほかにどんな治療法が可能ですか。
- ⑬推薦されている治療法とほかの治療法にはどんな違いがありますか。
- ⑭ほかの治療法の中ではどれが私にいちばんよいと思われませんか。
- ⑮あなたが私の立場にあるとしたら、ご自身や家族のためにはどの治療法を選択しますか。
- ⑯この検査や治療法に関して、家に持ち帰って読める資料をいただけますか。ここにはフィルム等ほかの資料をみるための患者情報センターがありますか。

注) 本表はアメリカのスカリーら(Scully, T. & Scully, C.)が「Making Medical Decisions」のなかで示している。

資料：池永 満『患者の権利』九州大学出版会，1994，p. 85.

行政機関の保有する情報の公開に関する法律(行政機関情報公開法)
独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律(独立行政法人等情報公開法)
個人情報の保護に関する法律(個人情報保護法)

原則) (1980年)をはじめ、日本の1999(平成11)年に制定された「行政機関の保有する情報の公開に関する法律(通称、行政機関情報公開法)」や2001(平成13)年の「独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律(通称、独立行政法人等情報公開法)」，2003(平成15)年の「個人情報の保護に関する法律(通称、個人情報保護法)」，あるいは地方自治体の条例にみられるような、社会全体の情報公開と個人情報保護の考え方が大きな影響を与えた。

ICの構成要素

2. 「IC」の構成要素と方法

「IC」は、「説明」と「同意」とを意味すると理解されることが少なくないが、この2点に限られるものではない。ここでは精神医療の現場で必要とされる要点を整理しておきたい。

1) 「IC」を実行するための構成要素

「IC」を実行するための構成要素は次のような5点とされる。

- ①患者に判断能力(ないし意思決定能力)があること
- ②患者に理解できる方法と言語とで適切な説明(ないし情報提供)を行ったこと
- ③患者が理解をしたこと
- ④患者が自発的な意思決定を行ったこと

⑤患者が同意(ないし権限委任)を行ったこと

2) 「IC」のために提供すべき情報

「IC」のために提供すべき情報として、次のような事項が提示されてきた。また、欧米の市民向けの解説書では患者の権利がわかりやすく示されている(表2-23)。

- ①現在の症状、診断病名および予後等の評価
- ②提案した治療の目的、方法、予測される期間および期待される効果
- ③提案した治療において考えられる苦痛、不快、危険および副作用
- ④処方薬剤については、薬剤名、服用方法、効能、とくに注意を要する副作用
- ⑤手術や侵襲的な検査については、その概要、危険性、実施しない場合の危険性、合併症の有無
- ⑥代替的治療法がある場合には、その方法および利害得失

3) 方法の原則

方法の原則として、次のような事項が提案されてきた*1。

- ①インフォームドコンセントという理論は、倫理的な性格を有する
- ②治療の危険性を詳細に書いた書式の内容を暗誦するに等しい儀式ではない
- ③意志決定を患者とともに行うというプロセスである
- ④意志決定能力を欠く場合は、それに代わる意志決定の取決めが作成されなければならない
- ⑤意志決定能力を欠く場合であっても、可能な範囲で意見が聞かれるべきである

ICの役割

4) 「IC」の役割

「IC」の役割として、次のようなことがあげられている*2。

- ①自己の病気の性質について認知の成立→疾病の受容
- ②治療の意味と効果についての認知の成立→治療過程への主体的参加
- ③治療の中断や医薬品の不適切な使用による悪影響の自覚→予後の向上
- ④医師をはじめとする医療従事者との信頼関係の形成・促進
- ⑤自発的で積極的な治療への姿勢・自己管理能力の形成
- ⑥医療事故の防止

*1 アメリカ大統領委員会編、厚生省医務局医事課監訳：アメリカ大統領生命倫理総括レポート。篠原出版、1984、pp.24-26.

*2 日本精神科病院協会編：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雑誌、23(3)、2008.

5) 例外ないし制限を必要とする場合

一般の身体診療科においても精神医療においても、例外ないし制限を必要とする事例があり、短期間の緊急事態や未成年の場合を除き、法的な権限を与えられた審査機関や代諾権者などの制度によって代替することを検討することが必要である。

3. 判断能力の評価

精神医療における「IC」あるいは情報開示にあたって、自己決定権を基礎づける判断能力の評価は中心的課題の1つである。人間が求められる判断能力は日常生活や法的場面など多岐にわたるが、場面によって異なる。医療に関連した判断能力でも、治療や検査あるいは入院治療の理解や同意など、判断を求められる場面はさまざまであり、必要とされる能力は必ずしも一様ではない。したがって、第1に、判断能力とは厳密には法的概念であるが、実務的には法的能力と心理学的能力の両面から評価する、第2に、ある事柄に判断能力がないことで、自動的に他の事柄について判断能力がないとみなしてはならない、第3に、提供者側が無能力の証明を行わなければならない、ことに注意しなければならない。

そこで、判断能力の評価を一定の方法により行うことが求められる。そのために、グリッソ(Grisso, T.)、アッペルボーム、北村俊則、西山詮らによって、判断能力を構成する要素が次のように提示されてきた。

- ① 決定を明らかにする能力
- ② 説明についての理解能力
- ③ 決定結果の合理性
- ④ 決定の理由ないし過程の合理性

4. 病名告知と「統合失調症」の呼称

精神医療の「IC」においては、「病名告知」も中心的課題の1つである。病名告知は最重要の事項であるにもかかわらずむずかしいとされ、精神分裂病がその代表的な例として取り上げられてきた。実際、精神分裂病を告知しなかったり、異なる病名で説明する場合も少なくなかった。

そこで、日本精神神経学会は病名告知が進まないことや家族会が変更を要望したこともあって検討を重ね、2002(平成14)年に呼称を「統合失調症」に変更することを決定し、今では公的な書類でも認められている。呼称変更の理由としては、①精神分裂病という呼称が患者の人格の否定につながり、患者・家族に苦痛を与えている、②ノーマライゼーシ

グリッソ
アッペルボーム
北村俊則
西山 詮

病名告知

日本精神神経学会
統合失調症

オンを阻害し、病名それ自体がスティグマを助長している、③「精神分裂病」という翻訳は疾病理解の進歩にそぐわず、原語の“Schizophrenien”における連想分裂の概念は、今日の精神医学では疾患の中心病理とは考えられていない、などがあげられた。

国際生活機能分類
(ICF)
学習活動制限のある人
知的障害

さらに、精神遅滞については、2001年5月にWHO総会で採択された国際生活機能分類(International Classification of Functioning, Disability and Health ; ICF)では「学習活動制限のある人」という呼称が採用され、日本ではすでに「知的障害」が広く用いられている。

精神医療における病名告知のむずかしさは病名だけがその理由ではない。しかし、精神医療で「IC」の理念を実践するためには、医療提供の側が「適切で理解しうる情報」を患者に「どのように」伝えてゆくかについて、努力や工夫を怠るべきではなく、それと並行して、精神医学の用語や症状の表現を問い直すことも必要とされる。

C 情報開示

1. 最近の経過

診療情報開示
カルテ開示

まず、2つの点を明確にしておきたい。第1に、本項では診療情報開示(以下、「カルテ開示」)を取り上げるが、開示の対象とされる医療情報の範囲は実はきわめて広い。すなわち、①政策や医療福祉制度、医療保険や介護保険の制度、②地域の実情、③個々の医療機関情報(設備や職員配置などの構造的情報、システム・治療プログラムやアメニティなどの治療システム情報、治療成績・経営統計などの実績的情報)、④個人の診療情報、⑤医学知識、などがあり、「カルテ開示」はその一部にすぎない。したがって、それぞれの医療内容を理解するためには「カルテ開示」だけでは十分とはいえない。

診療情報の提供に関する指針第2版(日医指針第2版)

第2に、「開示」をめぐっては、「公開」や「提供」も似たような意味で使われ、英語圏でも“access”“disclosure”“release”などの用語をみかける。本項では「開示」を用い、日本医師会「診療情報の提供に関する指針第2版(以下、日医指針第2版)」に沿い、「患者などの求めに応じ、診療記録等の閲覧、謄写を行うこと」と定義して進める。

連邦プライバシー法

欧米では、アメリカの「連邦プライバシー法」(1974年)が連邦政府の設営する医療機関において医療記録の開示請求権と訂正請求権とを認めたことを嚆矢として広がり、「国連原則」においても、「原則19:情報へのアクセス」として定められた。

カルテ等診療情報の活用に関する検討会報告書

日本では社会全体の情報公開と消費者保護という大きな流れのなかで、1998(平成10)年に「カルテ等診療情報の活用に関する検討会報告書