

すべての職種のものを出すのか、そこを
 どういうふうに統合して出すのかという
 ことも、具体的に問題になっているのか
 と思います。

一番私が個人的に悩むのは、今回情報
 取得の流れのところで第三者からもらう
 ことがあっていいとなってますけれど
 も、そのことの同意を掲示等で得ておか
 なければいけないということになってい
 ますよね。精神科の領域では最初に家
 族とか第三者が相談にお見えになること
 が多いです。私たちはインタビュー面
 接とか家族相談とかを最初にするわけ
 です。御本人はまだ一回も病院にお見えに
 なっていないのに、その病院に家族が
 行ったことすら知らない段階で、御家族
 から先に実はこういう状況で困っていて
 という相談を受けてしまうわけですね。
 これについては今回書かれていないです
 ね。そこでも先に本人の同意を得るとい
 うことになる、受療相談ができなくな
 ってしまう。保健所の方たちはどうす

るんだろうと。率直に言つて事前情報が
 あつて初めてアクセスできることとい
 うかアプローチできることがあるので、こ
 のあたりをどういうふうに考えたらいい
 のかなということがあります。

川副 保健所での相談は、むしろ家族の
 みでの相談の方がはるかに多いです。家
 族が家族の判断で本人のことを話すの
 を我々が聞いてしまうこと自体はそれは
 それでいいんでしょうけれども、むしろ
 問題はその後になるんでしょうか。その
 うちに本人が来て、話をしたとします。
 また今度は、家族だけが聞きに来たりす
 る。家族が普段の様子をただ話して、こ
 ちらがふんふんと聞いている分にはとり
 あえずいいにしても、最近の診察のとき
 の本人の様子はこうですよと家族に話す
 としたら、そこがまさに問題に
 なるんですね。「第三者提供」という場面
 になるわけで、今までは何となく浑然一
 体となつていましたが、そこを非常に意
 識して分けなければいけない。その時に

記録をするとすると、そこはどうしよ
 うかと。僕は多少神経質だから、意識して
 その記載の見開きのところを開かないで
 話すことが正直なところありましたね。
 家族からの情報ですから、それで問題が
 起こり得るということであれば、少なく
 ともこれまでは開示を拒んでも構わない
 ということになっていたわけで、だから
 慎重に、実際開かないようにしていまし
 たけれども。

それは誰の個人情報なのか

大家 例えば最初の相談にいらしたとき
 に、私もはどうしても受療相談のため
 の記録を作つて残しますよね。カルテを
 作る場合もあるかもしれないし、一步手
 前の相談記録というような形でかなり詳
 細な記録を作る場合もあるんです。そこ
 から御家族に保健所等々を紹介したり、
 どうやって診察に結びつけようかという

表1 「医療・介護関係事業者における個人情報取扱いのためのガイドライン」別表2
 (患者・利用者にとつて必ずしも明らかな利用目的とは言えないので、医療・介護関係事業者が
 自らの業務に照らして通常必要とされるものを公表(院内掲示)しなければならぬものの例
 示である。)

| | |
|---|---|
| <p>(医療機関等の場合)</p> <p>【患者への医療の提供に必要な利用目的】 (医療機関等の内部での利用に係る事例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該医療機関等が患者等に提供する医療サービス ・医療保険事務 ・患者に係る医療機関等の管理運営業務のうち、 一入退院等の病棟管理 一会計・経理 一医療事故等の報告 一当該患者の医療サービスの向上 <p>(他の事業者等への情報提供を伴う事例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当該医療機関等が患者等に提供する医療サービスのうち、 一他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等 との連携 一他の医療機関等からの照会への回答 一患者の診察等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求めめる場合 一検体検査業務の委託その他の業務委託 一家族等への病状説明 ・医療保険事務のうち、 一保険事務の委託 一審査支払機関へのレセプトの提出 一審査支払機関又は保険者からの照会への回答 ・事業者等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業者等へのその結 果の通知 ・医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保険会社等への相談又は届 出等 | <p>【上記以外の利用目的】 (医療機関等の内部での利用に係る事例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関等の管理運営業務のうち、 一医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料 一医療機関等の内部において行われる学生の実習への協力 一医療機関等の内部において行われる症例研究 <p>(他の事業者等への情報提供を伴う事例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関等の管理運営業務のうち、 一外部監査機関への情報提供 |
|---|---|

表2 『医療・介護関係事業者における個人情報取扱いのためのガイドライン』別表4

| 資格名 | 根拠法 |
|-------------|----------------------------------|
| 医師 | 刑法第134条第1項 |
| 歯科医師 | 刑法第134条第1項 |
| 薬剤師 | 刑法第134条第1項 |
| 保健師 | 保健師助産師看護師法第42条の2 |
| 助産師 | 刑法第134条第1項 |
| 看護師 | 保健師助産師看護師法第42条の2 |
| 准看護師 | 保健師助産師看護師法第42条の2 |
| 診療放射線技師 | 診療放射線技師法第29条 |
| 臨床検査技師 | 臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律第19条 |
| 衛生検査技師 | 臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律第19条 |
| 理学療法士 | 理学療法士及び作業療法士法第16条 |
| 作業療法士 | 理学療法士及び作業療法士法第16条 |
| 視能訓練士 | 視能訓練士法第19条 |
| 臨床工学士 | 臨床工学士法第40条 |
| 義肢装具士 | 義肢装具士法第40条 |
| 救急救命士 | 救急救命士法第47条 |
| 言語聴覚士 | 言語聴覚士法第44条 |
| 歯科衛生士 | 歯科衛生士法第13条の5 |
| 歯科技工士 | 歯科技工士法第20条の2 |
| あん摩マッサージ指圧師 | あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第7条の2 |
| はり師 | あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第7条の2 |
| きゆう師 | あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律第7条の2 |
| 柔道整復師 | 柔道整復師法第17条の2 |
| 精神保健福祉士 | 精神保健福祉士法第40条 |

【守秘義務に係る法令の規定例】

○刑法第134条

医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあつた者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱つたことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する。

○保健師助産師看護師法第42条の2

保健師、看護師又は准看護師は、正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。保健師、看護師又は准看護師でなくなつた後においても、同様とする。

ような相談をするわけですが、今回の中にも病状によって御本人がそういうことの判断が大変難しい場合などは第三者とやりとりをしてもいいとかということも書かれていますけれども、医師の判断が入る前なんです。家族が病気を判断しているわけですよ。すると、まだ医療行為としては始まっていない段階で、御本人も病院に来ていろいろな掲示があることも見ていない段階で、実際にやはり動くんだと私のところでは思っているところがあつて、そのことは結構識別できる特定できる情報ぐらいまでも載つたと。実際に日ごろ現場などを動いているとそうなんです、それについてはこの事前の段階なのでこの法律ではなくて、先ほどいつばい出ていた違つたものによって何か規定させていただろうかと思つて、その辺の整合性がすごく取れなくなっている(大塚淳子先生)。

示による同意(大塚淳子先生) (表1)は、初回入院のとき、初回診療のときに患者本人に「患者の医療提供に必要な利用目的について説明するようになっています。事前相談のときはそれに当たらないので説明義務はないし、「黙示による同意」も取れてないということですよ。それで、各資格によって守秘義務はそれぞれの法律に分かれて規定されていて、医師・助産師が刑法で、看護師は保助看法、PSWは。大塚 精神保健福祉士法があります(表2)。

菅間 その範囲で情報を守るといふことだと思ふんですけども、本人への説明というのは御本人が来た時点でしか始まらない。

それから、保健所の場合は、保健所が相談の対象とするのは本人だけではなくて、家族も住民であるという考え方からすれば、家族への相談というのは問題にならないと思ふます。その情報は誰のものかということ、やはり患者さんが個別できれば患者さんのものでもあり、家



(大塚淳子先生)

族のものでもある。一番難しいと思ったのは、家族の範囲の規定がこれまでは一親等とか二親等とかそういうふうに法律で明らかに分ったんですけれども、このガイドラインでは患者さんの同意を得た場合はそういった肉親以外でも説明をしてもよい場合があるということ。それと、肉親の場合でも患者さんがあらかじめ拒否した場合には開示してはならないというふうに書いてあるので、今までのように自動的にこの人はお母さんだからとか奥さんだからとかいう理由で説明ができない場合があるという点だと思います。

大塚 そういうことを考えると、この法の対象になりにくい例えば小規模作業所とか社会復帰施設を含めても、そもそもごく当たり前のことだと思わんですが、情報を勝手に漏らさないということはあるわ。ですから、やはり改めて連携のあり方とかその辺を再確認するしかないのかなと思いますね。

川副 病院と作業所や社会復帰施設との

間の情報の交換というのは、必要なケースではやってきたと思うんですけども、作業所側は大体対象にならないわけですね。識別される特定の個人の数は一日として六カ月間五千人を超していないでしょうから、まず間違いないんですけれども。病院側はやはり「個人情報取扱事業者」になってしまうので対処が必要だし、施設側は努力目標としてまた五千件以下のところでも守ることが望ましいとなれば、その問題は非常に大きいですよね。そういう意味でまさにこの座談会が行われているわけなんですけれども、精神科領域あるいは精神障害者福祉の領域ではどうかということが、やはり想定されていないということですね。事前相談もそうだし、集団場面なんていうのは検討会のメンバーを見ますととても想定外だと思うんですよね。外来での患者さんの呼び出し騒ぎをある病院でPHSを渡したり番号札だけでとやっていたけれども、あれも病棟のことを考えてみたら、

大部屋にいる患者さんと話そうとして、その部屋にほかの患者さんがいることが多いでしょうから、その時一体何て呼びかければいいのかという、本当に(笑)。IDが何かで呼ぶのかなど。ましてケアや作業療法の場面では一体どうするんだらうか。ガイドラインではもちろん、人間連いの防止が優先だということを書いてあります。私のところの外来では今のところその日の受け付け番号と苗字で呼んでいるんですけども、それも一概にいいかどうか。近辺のある町では例えば伊藤さんとかが非常に多いんですね。番号札も一つずつ出るようになっていまして、お年寄りなんか余り見ないですからね。あの呼び出しとか病室の番号の問題というのはちよつと「あつものに懲りてなますを吹く」の類かなと個人的には思いますけれども。それはともかく、明らかに精神障害あるいは精神科の患者さんを援助するという想定はしていませんよね。だから、そういうガイド

ラインをまた別につくる必要があるものなのかどうか。でも、本当を言うと精神科だけの問題でもないでしょうね。聴覚障害の方もあってでしょうし。そこが結局必要になるのかという気はしますけれどもね。

カルテ開示と
インフォームド・コンセント

佐藤 先ほど御指摘もあつたけれども、従来の診療情報の提供ないし開示というのは突き詰めていけば医療に対するなにかしらの不信感が前提となつていることが多いわけでしょうから、そうであればインフォームド・コンセントなり、そもそもどういふ治療関係なのかということがいづも検証されていればカルテ開示までいかな、とも考えられます。お互いに面倒くさいといえは面倒くさいし、請求する側も何百ページもカルテのコピーを渡されてもお困りになることもあると

思います。

ですから、やはりインフォームド・コンセントと治療関係について考え方の組み立て直しが必要だろうと思つています。一時インフォームド・コンセントがいろいろ研究されて、今は少し下火のようですが、改めてどういふものであるべきかということが、細かなガイドライン的なものも含めて議論されなければならぬと思わんです。

また話題からそれるかもしれませんが、個人情報の保護ということと情報公開というのは医療の分野だけではないわけで、金融とか社会のあらゆる分野でありますよね。

情報公開は自己決定や自己責任とセットになると言われていますから、あらゆる情報が公開されても、誰でも生業がありますので、公開されたから全部知つていべきだし、知つたからにはあとは自己責任だと言われても困つてしまうことがあるのではないかと。だから、情報公

開社会というのが果たしてどうなるんだらうかという疑問はあるわけです。

それから、先ほど萱間先生がおつしゃつたように、個人情報保護というのはかつて日本医師会とかいろいろな医療関係団体がカルテ開示の法制化について議論して、法制化はなくなり、そのかわり各職能団体が努力して進めようといったところ、急に全く視点の違う別の概念が出現したということで、いろいろな職能団体が個人情報保護法についてよく反対しなかつたなど、びつくりしている面も個人的にはあります。先ほどカルテ開示のためにはむしろインフォームド・コンセントが重要だと申し上げましたが、個人情報保護法の理念は別の次元で、憲法や人権宣言ではないけれども、天賦の人権という考え方のように見えます。ですから、一九九八年の「検討会報告書」に対して、日本医師会や日本看護協会が翌年にかけて対応して指針を作成したので、私はこの年を「カルテ開示元年

年」と称しているわけですがけれども、今年度の個人情報保護法が全面施行された二〇〇五年というのは「革命元年」と言ってもいいくらい今までと質的に違うと思います。ところが、精神医療の治療現場から見ると、法の二五条、二六条の開示と訂正やその例外規定は様々な心の問題を考慮していないと思います。私は以前、各団体の指針の対照表を作ったことがあります¹⁾。その時日本医師会の「開示などを拒むる場合」というのを日本医師会の「非開示三条件」と称したんです。それよりも個人情報保護法の二五条、二六条の例外規定は非常に狭いので、あえて言えば、これに沿って開示を行うのは問題が多いと思います。それに、こうした専門家の職能団体による指針が無効化されていくのも禍根を残さないでしょうか。今は全国的にいろいろな事例をきめ細かく集めて、有用かつ運用可能な指針を精神科領域で作ることが迫られていると思います。精神科の場合には心の問題

佐藤 電子カルテをやつていらっしゃる企業や医療機関はまさに必要でしょうが、今度の個人情報保護法のガイドラインやQ & Aというのは、私なんか選んだなと思うほど新鮮な例示がたくさんあるので、医療現場がこれまで個人情報の保護に注意を払ってこなかったことを思い知らされて、大変勉強にはなるんでしょう。一方ではIT社会の大きな流れに医療がきめの細かさまで引きずられても困るなと思います。それから、この間いろいろな行政機関から出されるガイドラインとか通知をちよつとためていると相当な厚さになりますか。そうすると、まずそれを読まないといけないし、逆に、それで終わってしまうことが心配ですね。

川副 なまじ情報がありませんからね。だから僕もあつという間に資料の山ができて、結局実際どうしようもない。本当に幸いかどうか、どこでもウェブからダウンロードできるじゃないですか。パソコンに集めて、バックアップも取っておけ

が非常に大きいので、実際はなかなか難しいのではないかと思っています。

これはブラックユーモア的なんですが、個人情報保護法が施行された以降、そういう事例を集めることが大変になるでしょうね。簡単には医療機関が出してくれないのではないのでしょうか。

川副 「個人情報の匿名化」²⁾をしないといけない、ということになるでしょうね。あるいは同意を得られたもので、一般的にはそういう事例は同意を得にくいでしょう。

佐藤 そうであれば、匿名化して事例をなんとか集めて、現実に臨床的に有効かつ実用可能なものを、医療従事者の側から提示していかないといけないのではないかと思いますね。結局、そもそも個人情報保護法は高度情報通信社会のためということで、敵しいかもしれませんが、本来医療改革を目的としたものでも医療現場の必要性に基づいたものでもないと思われしますので、専門家集団が自律して

ばなくなると。だから、皮肉なことに今、個人情報保護法もそうだし障害者自立支援法案もそうですけれども、実際には本当に読み手が必要になっているんですよ。患者さんや家族に対して解説する人だけじゃなくて、紛れもない専門職に紹介する人が必要になってしまっている。もしかしたらこの座談会もそのように読まれてしまうんじゃないかという、空恐ろしい話なんですけれども。

佐藤 今おっしゃったように基準とかガイドラインの方がどんどん先行して、それを消化するのに追われてしまうのが、医療現場の現実としてあると思います。

それから、情報過多というか、団体であれ、国であれ、とにかくホームページに出してあるんだから当然見ているべきであるという風潮がありますから、そのようなIT社会の情報の洪水みたいなものを整理して、臨床、研究、教育といった、本業を進めるのが大変難しい時代ではないかと思えますね。



(佐藤忠彦先生)

対処すべきだと考えています。
菅間 高度情報化社会の。
川副 ITだとかそういう。

医療・福祉の現場は 想定されているのか

菅間 このガイドラインは私たち文字を読むのを仕事としている者にとっても、法律用語を間違いなく解釈して分るのは至難の業です。法律家の方と一緒に仕事をしています、私たちが解釈しているのを申し上げると、そうじゃない、そこまで砕いてはいけないというご注意を受けることも多くありました。この作業を臨床家一人ひとりがやらなくては行けないと言われたら、それは無理だと思えます。ではそういう部署を各団体が置いてそれをかみ砕いて流せばいいんだというのはそうなんでしょうけれども、そのスピードすらもなかなか追いつかないという感じがしますね。

個人情報保護法というのはもともと旧総務庁(総務省)ですよね。厚生労働省でも文部科学省でもなかった。医療の視

表3 『医療・介護関係事業者における個人情報情報の適切な取扱いのためのガイドライン』別表3 (利用目的の達成に必要な範囲を超えて個人情報を取り扱う場合に、法令に基づく場合であるため、本人の同意を得る必要のないもののうち、医療・介護関係事業者の通常の業務で想定される主な事例である。)

(医療機関等の場合)

- 法令上、医療機関等(医療従事者を含む)が行うべき義務として明記されているもの
 - ・医師が感染症の患者等を診断した場合における都道府県知事等への届出(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条)
 - ・特定生物由来製品の製造承認取得者等からの要請に基づき病院等の管理者が行う、当該製品を使用する患者の記録の提供(薬事法第68条の9)
 - ・医師、薬剤師等の医薬関係者による、医薬品製造業者等が行う医薬品等の適正使用のために必要な情報収集への協力(薬事法第77条の3)
 - ・医師、薬剤師等の医薬関係者が行う厚生労働大臣への医薬品等の副作用・感染症等報告(薬事法第77条の4の2)
 - ・医師等による特定医療用具の製造承認取得者等への当該医療用具利用者に係る情報の提供(薬事法第77条の5)
 - ・自ら治療を行う者が行う厚生労働大臣への治療対象薬物の副作用・感染症報告(薬事法第80条の2)
 - ・処方せんに記載のない点があった場合における、薬剤師による医師への疑義照会(薬剤師法第24条)
 - ・調剤時における、患者又は現に看護に当たっている者に対する薬剤師による情報提供(薬剤師法第25条の2)
 - ・医師が麻薬中毒者と診断した場合における都道府県知事への届出(麻薬及び向精神薬取締法第58条の2)
 - ・保険医療機関及び保険薬局が療養の給付等に関して費用を請求しようとする場合における審査支払機関への診療報酬請求書・明細書等の提出等(健康保険法第76条等)
 - ・家庭事情等のため退院が困難であると認められる場合等患者が一定の要件に該当する場合における、保険医療機関による健康保険組合等への通知(保険医療機関及び保険医療負担当規則第10条等)
 - ・診療した患者の疾病等に関して他の医療機関等から保険医に照会があった場合における対応(保険医療機関及び保険医療負担当規則第16条の2等)
 - ・施設入所者の診療に関して、保険医と介護老人保健施設の医師との間の情報提供(老人保健法の規定による医療並びに入院時食事療養費及び特定療養費に係る療養の取扱い及び担当に関する基準第19条の4)
 - ・患者から訪問看護指示書の交付を求められた場合における、当該患者の選定する訪問看護ステーションへの交付及び訪問看護ステーション等からの相談に応じた指導等(保険医療機関及び保険医療負担当規則第19条の4等)
 - ・患者が不正行為により療養の給付を受けた場合等における、保険薬局が行う健康保険組合等への通知(保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則第7条)
 - ・医師等による都道府県知事への不妊手術又は人工妊娠中絶の手術結果に係る届出(母体保護法第25条)

- ・児童虐待を受けたと思われる児童を発見した者による児童相談所等への通告(児童虐待防止等に関する法律第6条)
- ・要保護児童を発見した者による児童相談所等への通告(児童福祉法第25条)
- ・指定入院医療機関の管理者が申立てを行った際の裁判所への資料提供等(心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(医療観察法)第25条)
- ・裁判所より鑑定を命じられた精神保健判定医等による鑑定結果等の情報提供(医療観察法第37条等)
- ・指定入院医療機関の管理者による無断退去者に関する情報の警察署長への提供(医療観察法第99条)
- ・指定通院医療機関の管理者による保護観察所の長に対する通知等(医療観察法第110条・第111条)
- ・精神病院の管理者による都道府県知事等への措置入院者等に係る定期的病状報告(精神保健福祉法第38条の2)
- 法令上、医療機関等(医療従事者を含む)が任意に行うことができる事項として明記されているもの
 - ・配偶者からの暴力により負傷又は疾病した者を発見した者による配偶者暴力相談支援センター又は警察への通報(配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律第6条)
 - 行政機関等の報告徴収・立入検査等に応じることが間接的に義務づけられているもの
 - ・医療監視員、薬事監視員、都道府県職員等による立入検査等への対応(医療法第25条及び第63条、薬事法第69条、臨床検査技師、衛生検査技師等に関する法律第20条の5等)
 - ・厚生労働大臣、都道府県知事等が行う報告命令等への対応(医療法第25条及び第63条、薬事法第69条、健康保険法第60条、第78条及び第94条等)
 - ・指定医療機関の管理者からの情報提供要求への対応(医療観察法第90条)
 - ・保護観察所の長からの協力要請への対応(医療観察法第101条)
 - ・保護観察所の長との情報交換等による関係機関相互間の連携(医療観察法第108条)
 - ・政府等が実施する指針統計調査の申告(統計法第5条)
 - ・社会保険診療報酬支払基金の審査委員会が行う報告徴収への対応(社会保険診療報酬支払基金法第18条)
 - ・モニター、監査担当者及び治療審査委員会等が行う原医療記録の閲覧への協力(医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令第37条)

点とか「インフォームド・コンセント」の部分について各領域でどんな特色があるのか、どういう困難があるのかということに関する配慮は望むべくもないでしょう。情報は誰のものだということだけで、情報があって誰かが介してそれを伝えるとか、それに同意をいただくとか、そういうソフトの部分に関しては考えていません。前提でポイントと投げられていると思います。それを実際にどう運用するかというこの検討は必須です。先ほどおっ

しゃったようなカルテの機能の変化、患者さんの前で話せるような言葉で公開できるような情報しか書いてはいけないのだったらいわゆる二重カルテをつくらなければいけないのかとか、今までカルテというのは自分の感情を整理していくという面も含んでいたんだけど、そういうことはあつてはいけないとされるならば、私たちはどうしたらいいのかという質問をされる方もいらっしゃる。それはそうなんです、カルテはそういうものじゃありませんというのが前提です。感情的なものを書くべきではないし、カルテはそのためのものではない。しかし、実際にスタッフの人たちがどうやって自分の感情を整理して、その上で患者さんに話せるような言葉で説明をするかというのは私たちににとってはとてもリアルな問題だと思えます。このガイドラインは旧通産省から来たものなんだなと思つてつき合わない。医療現場の現状が当然勘案された上で出ているでしょうという

萱間 やはり言っていない。例えば苦情窓口(苦情)の設定というので外来にそういう部署を設けることとなっているんですけど、私たちが思ったのは、苦情を言いたくとも閉鎖病棟にいる人でそんなところには行けないのはどうするのかということと言ったんですね。そうしたら、苦情受付の機能を持った人を病棟に配置するなどしなければならぬと変わったのです。だから分つた上で黙殺されているのではなくて、事情が分かつておらず、反映していないということでしょう。

川副 今ふうに言えば想定範囲外なんですよ(笑)。さっきのカルテと同じで、卑近な話になってしまうんですが、院内掲示(掲示)をすればいいといつてもどこに貼るかという非常に大きな問題で、うっかりすると外来の掲示板に貼つてそれでおしまいとか、まさか管理棟ということもないでしょうけれども、恐らく各病院でそのあたりはばらばらなんじゃ

ことは言えないということですね。

佐藤 そうですよ。確かにきょうの座談会というのは個人情報保護法に精神科領域ではどう対応すればいいかということだとは思いますが、そもそも、個人情報保護法というものに多少懸念という何かクエスチョンマークがあるなという気はしますね。

大塚 すごく大事なところだと思うんです。追われて、整理をしてくれる人がいなくて、自分たちで整理しきれないままに解釈をきちんとできないままに、でも四月一日に一齐に配つたり掲示したりしているところを見ていると、やはりどこかで間違えて、今言われた旧通産省から出ているにもかかわらず、その法に医療そのものを合わせてしまい、自分たちの実践を忘れていつてしまつて、間違つてしまつたらうなと危惧しますね。

佐藤 個人情報保護法のガイドラインが去年の暮れに発表されましたが、その秋から都内で個人情報保護の夜間セミナー

ないですかね。当院では一応各病棟にというので、大体どこも入り口に近いところに面会室があるからそこに貼ると、ナースステーションの前の方に置くことになっているんですけど、閉鎖病棟だとやたらに紙にものを書く方を持って行かれてしまうのではないかと、一応一部だけ貼つて、同じものがありますからどうぞ差し上げますと付記して、それは勤務室の中に置いておくように言つたんです。けれども、開放病棟はもちろんすぐ近くにいくらでも取れるようにしてあるんですが、法律の話だけで言えば、日常的にそれをしなければいけないということはあるんだけど、考えてみたらそれだけじゃなくて、いろいろなことをどういふふうにしていくのか。学会発表の話はともかくとして、いろいろな届出とか申請とか、これもばらばらだと思うんですよ。定期病状報告の方が法令で定められたものとして例示されていますが、当然入院届も

がひらかれていたのに参加してみました。そのなかでガイドラインが出るという話がすでにありまして、期待していました。ところが、これは法律の解釈みたいなことが多くて、実用の役に立たないという指摘がありましたね。そうしましたら、講師の方からQ&A(質問)が出る情報がありました。それにはいろいろと細かい規定が含まれているということで、実はこの一月からQ&Aを楽しみにしてたんなんです(笑)。結局ご承知のように遅れてつい先日公表されたわけです。それで、厚生労働省自体が結構大変だったのではないのでしょうか。ですから、私は医療福祉領域ではまだとりあえずのアウトラインが提示された段階と考えたいと思えます。どういふふう実践するかといえば、これから何年かかけて消化しながら、修正すべきことは修正していくものだろうと思えます。そして、これは医療構造と医療文化の全面的な変更として進むべきであるし、そうあるべきだと思います。

そうでしょうし、あるいは通院医療費公費負担も言われていますけれども(表3)、あの申請にしてもどれくらい説明されてやっているのか。かなりバターンリスティックにやっていることも医療機関によってはあるみたいですし、当院でも全員が全員自分で申請しているわけではありませんから、結局はそういうところ、どれくらい患者さんと情報を共有しているかという、そこにならないと。やらされているばかりでつまらないし疲れてしまつと、そういう話になつてしまつてちつとも面白くない、そんな感じがしますけれどもね。

家族との関係で言えば、例えば患者さんが一緒にいる場で行われている説明(説明)というのは、基本的には掲示してあるうがなかつたが構わないとわざわざ書いてあるんですね。もちろん嫌そうな顔をしていたら「いい？」と聞くのは大事だけれども。何度も言うけど、内閣府あるいは厚生労働省の検討会(検討)も、

多分精神病院の中で行われることというのは想定外なんだろうと思うんです。だから、そこを言っていないといけないし、どういうふうにしたら言っているかなという感じでしょうか。

そのほかこのガイドラインとか個人情報保護法その他でこの点が気になったとか、これはおかしいとか、そういうようなことがありましたら。

現場での 試行錯誤が続く

佐藤 一九九八年に「検討会報告書」が発表されてから個人情報保護法の成立にかけて、医療従事者はいつでもカルテ開示があり得るんだという意識を段々持つようになって、その結果カルテの内容や形が、少しずつ改善されてきているのは、残念ながらこういうある種の外圧があつてそうなってきたと思うんです。精神科医のなかには、カルテ開示があるかもし

で、こういう形で淘汰する、淘汰されていくというのが時代の流れなのか、国が意図しているのかは別にして、大きな問題でしょうね。

菅間 私がコンサルテーションで向っている中規模の病院で、まさにその問題が出ていました。管理業務で例えば行動制限や薬化もそうですし、機能評価もそうですし、委員会がたくさんありますよね。そういう管理業務の縦割りの機能的なものたくさんあるんだけど、それがどこにしわ寄せが来ているかという、やはりケアの部分に来るんじゃないかと。だからとても大変だと思いますね。ただ、質を保つためにそういう外からの枠をつくっていくのだと言いながら、そのところが矛盾しているんですよ。

佐藤 そうですね。医療と管理運営のどちらに偏つてもいろいろな面で破綻してしまうから、その辺のバランスが大変難しいし、一方、精神医療の場合、先ほども御指摘あつたように、看護の占める部

れないということを念頭に置いて書くとかルテがつまらなくなると、なかなか問題点というか、本当の課題を書けなくなるということをおっしゃる方がいますが、そういう外圧的なものがあつて内容が整理されてきているのは事実であつて、これはポジティブかつ重要な変化だと思えます。

そのなかで一つの問題としては、判断能力を今後どういうふうに評価し、記載するのかということが大変重要になるだろうと思います。

川副 「重度の痴呆性の高齢者」^⑧が例示されていますけれども、これを広げてしまうと、言われたように、特に入院ではかなりのケースがそうされてしまう可能性もあるわけです。カルテ開示の可否だけでなく第三者提供になると、本人の知らないところで伝わるということで、これはまた別の問題にもなるので、果たしてそれでいいのかと。余り広げてしまつてもどうかというのがあります。

分が大きいし、こういう委員会も看護が中心になるわけですよ。病棟から一つの委員会に一人出て、ほかの委員会にも一人また一人と出るとしたら、医療の維持は大変だと思いますよ。

川副 ただ、この委員会に関して言えば全部の部署から出るということでもないという気はしますけれども。

佐藤 この個人情報保護法の委員会であれば確かにそうですが、感染、褥瘡などなど、それぞれあります。それぞれあることによつて精神病院にもいい影響があつたことは事実ですけども、それをどう集約していくかということは大きな難しい課題です。その上、管理職の方々あるいはその上の部長の方々による縦系列の会議はまだ別にありますから。

菅間 カルテにも書いてはいけないというし、会議の席もインフォーマルな会議はだんだん消えていつて、そういう制度上の会議が増えてきていて、本当にどこでそういう感情レベルの話をしていいの

佐藤 そのほか、個人情報保護法だけではいんですけれども、この中で単科精神病院所属は私だけなので、あえて申し上げますと、この個人情報保護法も委員会^⑨をつくつたり窓口相談を行うという示唆をしています。あれやこれやで今私どもの病院では三〇近くの委員会があります。精神病院でこれらを機能させていくというのは大変です。私どもの病院は定床七〇三床で、職員総数が四六〇人くらいですが、それでもこれらの委員会を組織し続けるのは相当な負担なんです。この個人情報保護法もそうですが、いい面の一つは、単科精神病院というのは従来は多少第二種的な病院だったのが、総合病院と同じ基準がどんどん入ってくることで、例の病院機能評価もそうですね。一方で、精神病院は過去の負の遺産が今なお重荷となつている上に、近年の一連の構造改革で疲弊しているんですね。ですから、多くの精神病院でこれだけの委員会を運営していくことによつ

か、するところが本当になくて、そのうちにスタッフが一人欠け二人欠け、そういうのが問題になっていきますね。

川副 個人情報保護法の問題だけにとどまらない話になってしまいましたけれども。現場での取り組みというところで、佐藤先生のところは特に委員会を作つてと。

佐藤 そうですね。とにかく四月一日に間に合わせるように規定、委員会、院内のお知らせを作つて、さらに大塚先生が言われたように、職員の方にも守秘義務を改めて再確認する誓約書を取るところまで行いました。ただ、個人情報保護法が意図している職員の方々の個人情報についてよりも、とりあえず患者さんに関連することだけは細かく対処したというのが現状です。

川副 結構細かいことで試行錯誤が続いていて、例えば点滴バッグだと結構名前が書かれたりしますが、その廃棄などはどうするかとか、やはり現場だと一つ一

認定個人情報保護団体の仕組み

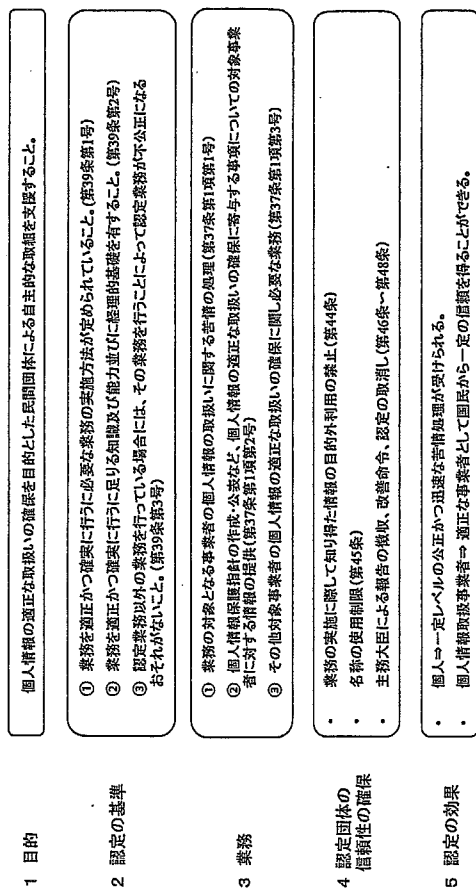


図3 認定個人情報保護団体の仕組み (出典) 内閣府ウェブサイトの解説資料

つ。もちろん廃業者者にはそれぞれ誓約書を書かせるということで、そのあたり業者が「きちんとしてくれないと困るとか、細かいことが結構あるんですよ。佐藤 先ほど看護協会のお話もありましたけれども、去年の一月に日本精神神経学会もパブリックコメントに参加しました。厚労省のホームページで意見が紹介されました。ただその時も私が思ったのは、例えば出入り業者の問題なども個別の医療機関にすべての責任があるわけですね。あらゆることが病院の経営管理にすべて責任があ

り、国は、ガイドラインやQ&Aを作つて終了というのであれば、その辺どうなっているのかという気はします。菅間 確かに業者に何かあった場合には、委託元の責任と書いてありますよね。佐藤 その業者がさらにまた別のところに下請けに出しても、それも病院側の責任ということですので、その他の条項を含めて厳密に運用されると本当に大変だと思いますね。各病院の負担を少しでも軽減できるような仕組みがもう少し工夫されているのかなと思います。それに、これに限らず、法を遵守したことによつて起きるトラブルについて、免責や第三者機関の調停が定められるべきでしょうね。ほかの分野はどうなんでしょうか。川副 今のところ何も無いのかもしれないけれども、団体を作るといふのもありましたよね。大塚 認定個人情報保護団体(図3)。川副 まだ整備しきれていないということなのかもしれませんけれども。

大塚 恐らく医療関係のところについては、やはり想定外という感じの書き方だなと思いますね。

菅間 電子カルテの業者もありますからね。電子カルテでいろいろ業者が絡んでいて、システムをいじるときにかなり情報が出てしまうと。そこにプライバシーポリシーがありますかと確認して、あればいいんですけども、ないところもありますから、大変だと思います。

川副 それから、精神科領域で特徴的な途中で出された事前相談であるとか、家族が多いんでしょうけれども近親者や知り合いの相談だとか想定外の問題かと思えますけれども、難しいですね。

大塚 私が思うのは、単科精神病院だったので地域との関係で少しでも外との風通しをよくしようと、ボランティアを受け入れたり、学生さんたちに学んでいたながら改善しようと考えたら、見学とか学生の受け入れをするわけですね。受け入れる時、患者さんが見世物になつ

て嫌だという思いを持ちながらも協力してくれているんだということはもちろん常々お話をしています。さつきの話からしますと、病棟の中で準備をしている患者さんたちはある程度了解して、お互いの部屋で話すことについてもそういう意味での同意を取ることを病棟ミーティングでしているわけです。外部の方たちを招き入れることについてはかなりきつくなってくるという感じが率直に言っています。同時にそれを避けていくことはしたくないので、こういうところも気を付けていかなければいけないという感じがしますね。

菅間 実習の受け入れに関しては、その実習する学生と大学との間でまず実習先の患者さんの知り得た情報を漏らさずんという誓約書(図3)を今年から取ることになりました。それから、実習先の管理者の方と学生の間でも誓約書を書いています。研究のデータ収集に向うときにも、こちらの方がプライバシーポリシー遵守

事項を書いて、学長名の文書をつけて、このようなことに関して誓約をいたしません、ということをつけることが決まりました。でも、そういうフォーマルなものはやるんですけども、見学は断られる方向に動くのではないかと懸念しています。今おっしゃったようなことで、施設をオープンにということからはちょっと遠ざかる可能性もありますね。

大塚 同じ町の地域の方に出入りしていただくとか、いろいろな取り組みをしているわけですからね。

佐藤 病棟もそうですね。密室的な病棟はどうかという議論がこれまであって、見学者が来て、どんどん見ていただいた方がいいと、最近までそういう流れだったと思うんですけども、今度のこの法律を盾にしてどなたかから異論が出ると難しくなってしまうでしょうね。

川副 まだ都市部ではいいんでしょうけれども、田舎ともなるとごく近隣の人には余り入っていないだけないという部分も

出てきてしまいますよね。病棟に上がって、あの人がいたじゃないということになるわけですから。大いにあり得るわけですが、それはこの法律の前の問題なんです。だから、遠いところからの見学は問題ないと言えるかもしれませんが、近隣の地域との交流という意味で、もともと問題点はあったわけだけども、それが非常にクローズアップされてしまうということでしょうね。

佐藤 さつきちよつと思いついたのは、それは精神科だからという面もあるのではないですか。

川副 そうですね。

佐藤 例えば肺炎で入院していたら、それもプライバシーかもしれないけれども、やはり精神科病棟に入院していたということ。問題になるので、まだまだ精神科はその辺の偏見があつて、苦しい状況ですよ。なかなかほかの身体の病気のようにはいかない。

川副 さつきから精神科特有という問題

で挙がつたのは、第一にまず家族が相談に来る場合のこと、次には集団場面でI.D.で呼び合つたりするのかもしれない、それは笑い話としても、もう一つがまさに、偏見の問題。患者さんの名前の呼び出しなども、お互い精神科の外来の中でありながら、やはり気にされる方というのはいらつしやいますよね。

大塚 本人を中心に置いていくことの難しさというのは、どうしてもやはりこの領域ですよ。実務的にも、通院医療費公費負担の患者票のことにしても申請手続きにしても、御本人が行けない方がやはり多くいらつしやつて、御家族もいらつしやらない方、そういう実務的な能力が敵しいという方もいて、病院が代行しているというのもなくありません。

例えば医事業務で言うと、患者票のやりとりでは、直接持参ではなくてフアックス^{（註）}のやりとりなんていうのもよくありますよね。我々がやりとりする診療情報だとマスキングができるんですけど

も、マスキングすると意味がない情報をフアックスなどで、送信する。本当にお恥ずかしい話ですが、誤送信があるんです。どこかの企業から、「今フアックスがおたくらしまところから届きました」と。「破棄して下さい」と言いつつ、本当に冷や汗をかきます。

川副 それはこの法律と直接関係ないんですけど、今回のことで本当に神経質になつてしまつて、フアックスやメールでは間違ふから送るな、郵便も患者さんなり家族なりにあて先を書いてもらえど。代行のこと、偏見ということですよ。初期の事例相談というの、どうしても代行が必要になつてしまう側面も一部分あるのじゃないでしょうか。

学会発表、事例検討、病歴聴取

川副 あと、ちよつと話は離れるでしょうが、『精神科治療学』にせよ『こころの

臨床』にせよ、学会発表をするような人がお読みになる雑誌かと思うんですけど、学会発表というのは基本的には「目的外利用」ということで、当然「第三者提供」でもあるわけで、だから「匿名化」をするか、または本人の同意を得るということ、事例報告の場合に非常に問題になると思うんですよ。従来は余りにも詳細な、発表で言いたいことと直接関係ないことでも出して、確かにそのことが後で何か役に立つということも当然あつたんでしょうけれども、それは基本的には同意なしには許されないと。逆に、非常に細かく取つていて院内でも、例えば精神科とほかの科との間のカンファレンス^{（註）}みたいなところでも匿名化をしてとありますが、配布物はともかく口頭でもか、お互いに知っているような事例でもかと言いたくなる気がします。学会発表については相当、今後各職能団体や学会で気をつけないと、えらいことになるんじゃないかと思つてますね。

高岡 施設名の、ケアを行うためのカンファレンスでは、話す時はオフレコで実名を出すこともあるということなんですけれども、紙に残るものについては、どこで落とすかもしれないので完全に匿名化しているところが多いようですね。多施設の場合^{（註）}は、基本的には本人の同意を得ます。逆に書かれるケースレポートの中身は厳選されて、テーマとの関係において吟味されるようになれば質が上がるというのはあるかもしれません。

川副 そういう意味で情報はそもそもまづ取得するときどうするか。目的に関係のない情報は取らない。そこから始まるんですよ。よく言われることなんですけれども、素朴なケースカンファレンスをしていると、「こういう(大事な)こと聞いた？」とかそういう話になるじゃないですか。そうすると、結局あれもこれも聞かなきゃということで、精神科は大体外来で初診のときに医師がアナムネーゼ、予診、家族歴とか生育歴とか取

りますけれども、ほかの科では普通入院時ですよ。その情報が膨大なものになつていつ、それが多床室で聞いて、しかもその内容が食事の好き嫌いならいいのかもしれないけれども、宗教とかそういうようなことになつて。それは宗教のことで何か微妙な問題になつた事例がきつとあつたんでしょうね。だから、そういう欄ができちゃつたんでしょうけれども、ほとんど大多数の方は何もなければ、それを慣れていない人が聞こうとすると、何でもかんでも全部聞いてしまうことになるでしょう。今後はそういう病歴、アナムネーゼの聴取^{（註）}というようなことでもかなり厳選して、少なくとも答えにくそうなことはそれ以上追及しないというぐらいの配慮は、今まで以上に意識しなければいけないということでしょうか。これまでもそうだったけれども、非常に意識されるようになったということなんじゃないでしょうか。

そのほかいかがですか。若干違和感が

あったのは、民間保険会社¹⁵⁸からの照会で、これはQ&Aの方だと同意書があつても本人の意思確認が必要だと。実際的には事前に聞いておくか、聞いていなければこちらで電話して確認しなければいけないんだろうかと。

佐藤 私はむしろ、この点はわりときちんとしている例だと思いました。というのは、患者さんも保険に入った時に約款をきちんと読むところまでなかなか行かないので、カルテ開示の同意が契約の条件となつていても、注意を払わないと思います。ですから、保険会社からカルテ開示がなければ保険金を支払わないと言われれば、患者さんとしては知られたいと思ひながらも同意書を出すことがあるだろうし、だから、同意書があれば必ず保険会社に開示しなければいけないというのは、問題が残ると思います。そういう点ではどういふ関係の中で患者さんが同意しているのかということころは、特に精神科の場合は考えなければならな

いのコピーをもらえませんかと言つてきたこともかつてあつたようでした。僕個人の経験ではないんですけど、出せません、どうしても欲しいなら今状を出して下さいと言つていました。それは正しかつたということですよ。問い合わせは結構ありますよね。

佐藤 ありますね。

菅岡 電話での問い合わせ¹⁵⁹が病棟にあつた時にどうしたらいいですか、という質問はありますね。家族とか親戚とか学校とか職場とかいろいろな人を語るんですけど、本人確認はどういうふうにしたらいいの。警察ですと言われても、警察かどうかわからないというのがよくあるので、その場合はその依頼を文書でいただくというのも一つの方法ですし、必ず代表番号に折り返し電話をして、その担当者がいることが分つてからするべきですと言つてはくれますけど、それをこちらの病院の名前を名乗つてすることで何か逆に知られてしまうことになるん

じやないかとかという懸念もあります。今、先生がおっしゃつたのとは逆の意味になるかもしれません。

川副 僕も、入院証明書には少なくとも医療保護入院の入院届のように詳細なことは書きませんし、非常に細かな事情であるとか詳細な幻覚妄想だとかは書きませんけれども、それはともかく、ああいふ文書での同意書というのは、僕が医師になつた二十何年前から既にありましたものね。文書で必ず同意を得てなんて、民間保険会社以外になつたような気がしますが、そうでもないですか、先生。

佐藤 そうですね。

川副 さらにそれの上が必要だということとで、そういう意味ですごいものだなという感じだつたんですけども。

佐藤 一方では、これも新ガイドラインがありますけれども、最近警察からの問い合わせ¹⁶⁰に対しても本人の同意を得てからと、ちゃんと書いてありますね。

川副 これについては多分その地域とい

じやないかとかという懸念もあります。

川副 そのとおりなんですよね。家族が電話で連絡して来た時に、まだ病棟に配属されたばかりで声でその家族だというのが分らない人が一般的なケースだと、断ることになるわけです。はっきり言つて大病院はどこもそういうポリシーでやつてはいるんですけども、長い間聞いていると電話の声で分る相手つていないですか。僕もそれについては、違和感がある。やはり想定外なんです。長い治療関係で、でもそれは家族との関係であつて、本人の同意を得ているのかという問題はもちろんあるし、大事なことなんだけれども、そういう長い治療なり援助なりの関係にあるという場合は完璧に想定外ですよ。恐らく法律はもちろんだら、ガイドラインですら想定外じゃないかという気がします。

大塚 笑い話ですけども、私も必ず文書で警察とかとはやりとりをしてはいたんですけど、もしくは電話をし直すとい

いますか病院の文化とか、いろいろあると思うんです。若い医師の直接の指導者がそのあたりのことを意識する人かどうかということが非常にあつて、私の所では職場や学校からの照会¹⁶¹については同意を得ていますかと必ず聞いていました。それを誰が確認するのかという問題はあつて、でも、大体その前に職場の方が本人・家族に打診して、それでその末にアポイントを取るのが一番いいんですけども、これは私の病院ではよく言つていましたね。ただ、実際には職場なり学校が困惑する理由も分るといふ事例ももちろんあるわけですけども。

それから、警察の捜査に関して、圧倒的に多いのは任意協力の照会の方なんです。ただ最近僕ら医師がうるさく言わなくても、事務の方で照会状をアックスで送つてくれと、確かにそういうことがあつたことを文書で残しておかないとえらいことになるかなという気はしますよね。極端ですが、任意協力なのにカル

うのは当然のようにしてはいたんですけども、この間「警察です」と電話をいただいた方が携帯だつたんです。で、「刑事なので、外に出ているために携帯です」と言われて、それでも代表番号に「そういう方がいますか」と確かめたんですが、こちらの身元が割れることについて私はちよつと今まで意識が低かつた¹⁶²というのと、今当事者のアドボケーターと言われる方が少し増えてきているんですね。その方が代りに情報を下さいという時にも、必ず本人にそのアドボケーターとして認めてもらつているかということを確認する手続きはしながらも、でもやはり受け入れていきたいなと思ひながら、大変難しいなと思つています。

おわりに—今後について

川副 個人情報保護法ということで、ほかの領域どころか所管する官庁も全く別

で、ただグローバルスタンダードとまで
 言うのかどうか分かりませんが、
 確かに精神障害、精神科のこともほかと
 同じ基準で見ているということ自体の意
 味はやはりあるんだろうな。それは多
 分先生方皆さん一定の意味は認めつつも、
 余りにも医療と福祉関係、まして精神科
 領域のことは想定外だったという、そん
 な印象がぬぐえないということ。それに
 ついては患者さんの同意が得にくい場合
 があるということとか偏見・差別の問題
 とか、特に事前相談のことが特徴的だっ
 たんですけども、触れていただいたか
 と。あるいは集団治療の場面ということ
 があつた気がします。

一方で、これまでやっていたかどうか、
 あるいは気をつけていたかどうかという、
 この法律ができる以前の問題もかなり
 あつた。今回浮き彫りになつたという面
 があつた印象を持ちました。そんな中で
 本来個人情報はどう取り扱われるべきか
 という点にも、何点も触れていただい

た気がします。

最後に今後の展望というようなことで、
 先生方から手短で結構ですので、印象と
 か今後の取り組みとか、ぜひこの領域で
 必要なこととかありましたら、お願いし
 たいと思います。

佐藤 私は先ほど申しあげたように、
 個人情報保護法自体は大変新鮮なイン
 パクトが多々あつて、特に精神科医療では、
 患者・家族と医療従事者の新たな関係性
 をつくるいい機会だと思います。いかん
 せん、ガイドラインもQ&Aもその表現
 はさまざまに使い分けされており、また、
 関連する法規や指針は膨大であるため分
 かりにくく、それだけに専門家集団とし
 て自立した学会や職能団体の取組みが求
 められていると思います。国には、規制
 や取締りに偏ることなく、人的財政的支
 援となるような施策がほしいですね。

菅間 日本精神科看護技術協会のプロ
 ジェクトは、今後は臨床から出てきたこ
 とに関するトラブルとか疑問をボトム

アップで上げていって、実質的なQ&A
 をつくるという作業をすることになって
 います。秋々らいまでにそれをやらない
 といけないと思つていますので、これか
 らですね。まだ一カ月もたっていない現
 状では何とも言えないのですが、これか
 らいろいろな問題が拳がってくるのでは
 ないと思います。各職種ごとにそういうのを
 作ることも大事だと思うのですが、職種
 間でそういうのが共有できれば、ガイド
 ラインができた意義があると思います。
 大塚 皆さんと同じなんです、この法
 律が精神科領域をよくするためにこそあ
 れ、そのことで人事交流含めてもっと開
 放的ということとか、これから市町村で
 という動きの中では、大変運用の中では
 厳しいなということもあるので、やは
 り改善のためにこれが使われて、後退し
 ないようにということを目指したい
 などと思います。

私ども精神保健福祉士としては、やは
 り一番最初にお会いしてインタビュー面接

をするところで随分この間関わらせてい
 ただくようにと運動してきたわけですが
 けれども、医師でない者によくぞここまで
 話して下さるというようなことも含めて
 今までありました。でも話したくないと
 実際思つていらつしやる方もたくさんい
 るわけですから、これを盾に取られて、
 「なぜそこまで精神科では、普通の診療
 科より生活歴、生管歴までは取らない
 のが普通なのに」と思われてしまうこと
 は実際あるわけです。ここら辺の関係づ
 くりがあつて初めて情報集約だと思ひ
 ますし、診療情報提供のネットワークの
 あり方など、本当に本人中心にしっかり
 やらないといけないと改めて思ひました。
 川副 菅間先生、大塚先生がおつしゃ
 ったように、職種間で記録もそうですし、
 さまざまなことがあるんですよ。情報
 という意味でも、先ほど言ひましたよう
 に、精神科では割と外来で医師がやるこ
 とも多いし、ちょっと話はずれますけれ
 ども、精神科の臨床研修は大抵一カ月な

いし、せいぜい二カ月で、外来の予診取
 りを研修医がやる場所は非常に多いん
 じゃないかと思うんですね。そのこと自
 体はもちろん非常にいいことだと思つて
 いて、その時も予診の取り方、技術的な
 こととは別に、例えば婚姻歴とか職歴と
 か学歴は言いにくそうだったら余り深追
 いしないようにと事前に研修医に言つて
 いるわけなんです。そのあたりは一般科
 の病棟で詳しく聞き過ぎてしまつてい
 るということもあると思いますし、必ずし
 も精神科が遅れていたかということば
 かりではなくて、逆に意識的にやつて
 いた部分ではほかの科より進んでいた面
 もあつたんじゃないかと思うんです。パ
 ターナリステイックに抱えていたところ
 は今大変になつていようでしょうけれど、
 意識的に個人的にでもやつていらつ
 しゃつた方は、もちろんその方々も今苦
 勞していると思うけれども、漫然とやつ
 ていた方よりは幾分肯定的に受けとめて
 いらつしやるんじゃないかという気がし

ています。ガイドラインのまたガイドラ
 イン、さらにというようなことになつて
 しまうかもしれませんが、結局は
 情報を持つということ、共有するとい
 うことが基本的には同意を得て行う作業で
 ある、と。インフォームド・コンセント
 というのは、こちらが診療に関する情報
 を提供して、それで患者さんから同意を
 得るのですが、逆に同意を得ながら患者
 さんから情報をいただくという、そん
 な情報の流れもあることを改めて知らさ
 れたわけで、結局は治療関係をどれぐ
 らい丁寧にやつていけているかという、当
 たり前のことになる気がしました。

まとまらないんですけども、これま
 でにしたいと思ひます。どうもありが
 とうございました。

座談会を終えて

―解説に代えて―

個人情報保護法（以下、法）が全面施行され、医療分野だけでなく各方面で降って湧いたように模索が続いたようです。どういう経緯で知られたのか分からない所からダイレクトメールが届く、といった背景はあるにしても、医療や福祉の実情に十分配慮してできた法律とは言えないように思います。この法が公布される前の時点で、医療分野でいち早く取り組んでいたのは日本医師会くらいだったのではないのでしょうか。

さて、私はこの座談会に出て下さった萱間先生からこの法のことを二〇〇四年中に御教示頂き、ただならぬことと知り、先生とは学会誌の編集委員会で御一緒していましたが、投稿論文の査読の際に事例報告のあり方で考えさせられることが多々あり、どう取り扱うか悩む

場面もありました。その年末に出た『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』では査読の参考になる記述は多くありませんでしたが、当面はこれが事実上の標準になっていくのかと感じたのでした。

二〇〇五年に入って各方面での取り組みが交錯する中、星和書店の近藤達哉さんから座談会の企画が持ち込まれました。萱間先生、そしてカルテ開示の問題に息長く取り組まれている佐藤先生のお名前がすぐに思い浮かびました。個人情報ではありませんが、精神病院の情報公開に関する研究班に加わっていたこともあり、私としても実現させたいと思ってお引き受けした次第です。看護師と医師のお二人に御快諾を頂き、精神保健福祉士にも参加して頂きたいと思いました。「第三者提供」の問題では保健福祉機関との連携が問題になり得ますから、行政の精神保健福祉相談員の方の参加を模索しましたが、立場上難しいのも事実で、断念せ

ざるを得ませんでした。大塚先生には窮状をお話し、やはり御快諾を頂きました。

* * *

改めて『ガイドライン』とその『Q&A（事例集）』を読み返してみると、座談会の中では分りませんでした。医療や福祉の現場の職員にとって重要な部分の多くに触れて頂いていたことに気づきました。皆さんの視野の広さに、改めて敬意を表します。

脚注の中で法、『ガイドライン』、『Q&A』の関連の部分を示しました。『Q&A』は随時改訂されるようで、現に法が全面施行された二〇〇五年四月中に起つたJR西日本・福知山線での脱線事故に際し、医療機関に殺到した問い合わせで混乱が起つたことを受け、大規模災害や事故等における対応に関する問が追加されています。このため、『ガイドライン』と法の中に該当する記述があれば、そちらを付記することを優先しました。随分読

み直したつもりですが、遺漏がありましたら版元まで御一報下さい。

これまでに法、『ガイドライン』、『Q&A』のどれをも通読した経験のない方が勉強する際には、まず『Q&A』を通読することをお勧めします。この座談会をお読み頂けますなら、脚注にある『ガイドライン』の部分の色鉛筆などでチェックしながら参照しては如何でしょう。インターネットにアクセスできる方ならば、法や政令は以下の内閣府の、『ガイドライン』と『Q&A』は厚生労働省のウェブページで容易に入手できます。

個人情報の保護に関する法律ホームページ（内閣府）

<http://www5.cao.go.jp/seikatsu/kojin/index.html>

厚生労働分野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等

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/seisaku/kojin/index.html>

* * *

稿を終えるに当り、改めてお二人の先生方、近藤さんを始め星和書店の皆さんに感謝します。しばらくの間は試行錯誤が続くでしょうが、これを機会に、インフォームド・コンセントで診療に関する情報を提供されて患者さんが同意するという方向だけでなく、逆に患者さんから同意を得ながら情報が提供され、取り扱わせて頂くという方向もあることを意識していきたいと思えます。

二〇〇五年六月ワールドカップドイツ大会への日本代表の出場決定を受けて

川 副 泰 成

文献

- (1) カルテ等の診療情報の提供に関する検討会「カルテ等の診療情報の提供に関する検討会報告書」、一九九八
- (2) 川副泰成「精神障害者ハビリテーションにおける主体とインフォームド・コンセント」精神ハ誌 五：六一一、二〇〇一
- (3) 君島潔「当事者の立場から考えるインフォームドコンセントと情報公開」精神看護、三二(二)：一三三、二〇〇四
- (4) 厚生労働省「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」二〇〇四
- (5) 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」二〇〇五
- (6) 厚生労働省「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)二〇〇五
- (7) 日本医師会「診療情報の提供に関する指針」第三版、二〇〇二
- (8) 日本看護協会「看護記録の開示に関するガイドライン」二〇〇二
- (9) 日本精神科看護技術協会政策業務委員会情報開示プロジェクト「精神科医療における個人情報取扱いのガイドラインについて」日本精神科看護技術協会、東京、二〇〇五
- (10) 大塚淳子「聴覚障害をもつ精神障害者に「聞こえの保障」を試みて」精神看護、七(五)：六八七、二〇〇四
- (11) 佐藤忠彦、岩下寛、前田典子「精神科医療における情報提供とカ

ルテ開示、『臨床精神医学講座』S二巻、中山書店、東京、一七
一三八、二〇〇〇

- (12) 佐藤忠彦「精神科カルテ開示の新たな段階」臨床精神医学、三二：
三七四八、二〇〇三
- (13) 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、三三：一九五二〇〇、二〇〇四
- (14) 富島寛揮「対象者のプライバシー保護について」病・地域精医、
四二四四一八、一九九八

参考文献

- ・川副泰成「精神病院の機能評価と利用者の生活の質」病・地域精医、
四一：四一九四三三、一九九八
- ・萱間真美「カルテ開示と個人情報の保護—厚生労働省の新しいガ
イドラインを読む」精神科看護、三二(二)：二二一七、二〇
〇五
- ・萱間真美「個人情報保護法とガイドライン」精神看護、八(二)：
八一八四、二〇〇五
- ・大塚淳子「現場の力—生活の場において気づく援助のあり方とその
気づきを得て変化する関係」、尾崎新編『現場』のちから—社会福
祉実践における現場とは何か、誠心書房、東京—三二—三五二
二〇〇二

・聴覚障害者情報文化センター「聴覚障害者の精神保健サポートハンド
ブック」二〇〇五

脚注

- (脚注1) 個人情報の保護に関する法律(以下、特に断りがなければ
「法」平成一五年法律第五七号)、二〇〇三年五月三〇日に公布並
一部施行され、二〇〇五年四月一日に全面施行された。
- (脚注2) 二〇〇〇年一〇月に個人情報保護法制化専門委員会が「個人
情報保護基本法制に関する大綱」を定め、翌二〇〇一年三月に「個
人情報の保護に関する法律案」が国会に提出され、審議未了で廃案
になるなどの曲折の末、二〇〇三年五月に成立、公布された。
- (脚注3) 特に断らない限り、以下の『ガイドライン』は文献4を指す。
- (脚注4) 法三条(第三者提供の制限)、『ガイドライン』二〇。
- (脚注5) 『Q&A』(文献6)では個々の事例に応じて、親に問われても
告げない選択も、逆に説明しないよう本人に求められても生命・身
体・財産の保護に必要なら説明することも、ともに医師の判断で可
能としている(『Q&A』各論五十三)。
- (脚注6) 『ガイドライン』では、「医師の側からみると、自分が行った判
断や評価を書いているものであるので、医師個人に関する情報とも
言うことができる」、「患者と医師等双方の個人情報という二面性を
持っている部分もある」としている(六)。ただし、「その二面性が

あること(のみ)を理由に(保有個人データの)全部又は一部を開
示しないことはできない」三〇。

(脚注7) 法三条(定義)五項、『ガイドライン』七。

(脚注8) 法二五条(開示)、『ガイドライン』二九—三〇。

(脚注9) 『ガイドライン』では、開示しないことができる場合として
「患者・利用者と家族や患者・利用者の関係者との人間関係が悪化
する」、「患者本人に重大な心理的影響を与え、その後の治療効果等
に悪影響を及ぼす」が例示されている。(二九—三〇)

(脚注10) 法二〇条(手数料)、『ガイドライン』三三以下。

(脚注11) 『ガイドライン』には、「診療等のために必要な過去の受診歴等
については、真に必要な範囲について、本人から直接取得するほか、
第三者提供について本人の同意を得た者から取得することを原則と
する。ただし、本人以外の家族等から取得することが診療上又は適
切な介護サービスの提供上やむを得ない場合はこの限りではない」
とある(一四)。

(脚注12) 法三条(第三者提供の制限)二項、『ガイドライン』二一。

(脚注13) 「個人情報によって識別される特定の個人の数の合計が過去六
月以内のいずれの日においても五万を超えない者」(個人情報保護法
施行令二条)は、「個人情報取扱事業者」から除かれる(法二条(定
義)三項五号)。また、法二条三項では国、地方公共団体、独立行政
法人、地方独立行政法人も除外されているが、これは他の法律や条
令が適用されるためである。ただし、『ガイドライン』では国などに

「十分配慮すること」を、小規模事業者に「遵守する努力」を求め
ている(一一二)。

(脚注14) 「受付での呼び出しや、病室における患者の名札の掲示などに
ついては、患者の取り違え防止など業務を適切に実施する上で必要
と考えられるが、医療におけるプライバシー保護の重要性にかんが
み、患者の希望に応じて一定の配慮することが望ましい」(『ガイ
ドライン』一八)。

(脚注15) 『ガイドライン』六十七、法三条(定義)一項参照。

(脚注16) 特に断らない限り、脚注を含めて『Q&A』は文献を指す。

(脚注17) 法三二条(個人情報取扱事業者による苦情の処理、『ガイドラ
イン』三六)。

(脚注18) 法三三條二項。「医療機関において、通常必要と考えられる
個人情報の利用範囲を施設内への掲示(院内掲示)により明らかに
しておき、患者側から特段明確な反対・留保の意思表示がない場合
には、これらの範囲内での個人情報の利用について同意が得られて
いるものと考えられる」(『ガイドライン』七、一二も参照)。

(脚注19) 『ガイドライン』二四。

(脚注20) 「医療機関等における個人情報保護のあり方に関する検討会」
の委員には、精神保健・医療・福祉関係者として知られている人物
は含まれていない。

(脚注21) 第三者提供の制限の例外として本人の同意を得る必要のない、
「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であつて、

本人の同意を得ることが困難であるとき」(法三三條二項)として、
『ガイドライン』では「意識不明の患者の病状や重度の痴呆性の高
齢者の状況を家族等に説明する場合」を例示している(二二)。

(脚注22) 法二〇条(安全管理措置)および二二条(従業員の監督)の
例として、『ガイドライン』は「個人情報保護の推進を図るための委
員会等を設置する」を挙げている(一六)。

(脚注23) 法三二条(委託先の監督)、『ガイドライン』一七一一八。

(脚注24) 法三七条(認定)以下、『ガイドライン』五。

(脚注25) 『Q&A』各論一一。

(脚注26) 『Q&A』各論四一九。

(脚注27) 『ガイドライン』二五。

(脚注28) 『Q&A』各論五一九。

(脚注29) 法二五條(利用目的の特定)・二六條(利用目的による制限)、
『ガイドライン』九一一。

(脚注30) 『ガイドライン』二二。

(脚注31) 『ガイドライン』一〇。

(脚注32) 『ガイドライン』二二。

(脚注33) 「入院患者・入所者から特段の申し出がない場合で、その人が
入院・入所していることを前提に見えていることが確認できるとき
に、院内の案内として教えることは問題とならないと思われませんが、
入院・入所の有無を含めた問い合わせに答えることについては問題
となる可能性があります」(『Q&A』各論四一一)。

精神科領域の個人情報について

どう考えるか

こころの臨床 à la carte
第24巻増刊号
(2005年7月23日発行)
定価 [本体800円+税]

発行者 石澤雄司
発行所 星和書店
〒168-0074 東京都杉並区上高井戸
1-2-5
PHONE 営業・販売部 03(3329)0031
出版・編集部 03(3329)0033
FAX 03(5374)7186
URL <http://www.seiwa-pb.co.jp>

最新医学・別冊 新しい診断と治療のABC 32 (別刷)

精神 2 統合失調症

マネージメント

佐藤 忠彦 岩下 覚

最新医学社

第4章

統合失調症の管理・治療

マネージメント

要旨

1960年代から今日まで、統合失調症の管理・治療は転換期の過程にある。この特徴は、ノーマライゼーションに代表される新たな原理により精神障害の理解と治療戦略が変わり、地域ケアへの転回、患者の権利の主張、デュープロセスの遵守による行動制限の規制とチーム医療の重視などが図られてきた。その結果、統合失調症の管理と治療では、自己決定権とパートナーシップが理念とされるようになり、他方、医療安全も重視されてきた。

精神科医療全体と同じように、1960年代から今日まで、統合失調症の管理・治療はかつてない転換期の過程にある。これは言うまでもなく、精神医学自体の発展を基礎としていることであるが、それだけでなく、次のような新しい考え方によって導かれている。

第1に、ノーマライゼーション、エンパワーメント、QOL、障害分類（WHO）のような新たな原理が展開した。第2に、脱施設化と地域ケアへの転換があり、地域ではさまざまな施設と支援のシステムが構築されてきた。第3に、インフォームドコンセントと情報開示とを軸とする新たな医療倫理と自己決定権が主張され、当事者や市民・ボランティアが台頭した。その結果、伝統的な治療関係は「パートナーリズム」として批判され、「パートナーシップ」が求められるようになった。第4に、多職種の保健医療福祉への参加が進み、チーム医療による医療提供体制が整備されてきた。第5に、国際機関や日本では法制度や施策の改革が行われ、国際連合（以下、国連）では「精神疾患を有する者の保護およびメンタルヘルスケアの改善のための諸原則（1991）」やその他が相次いだ。日本でも1993年の「障害者対策に関する新長期計画」、「障害者基本法」以降、「障害者プラン（1995）」を経て、2004年には「精神保健福祉の改革ビジョン」、「今後の障害福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」が発表され、2005年

● キーワード

ノーマライゼーション
 パートナーシップ
 情報開示
 行動制限
 医療安全管理

には「障害者自立支援法案」が提案された。

こうして、日本の精神科医療は、それまでの隔離収容，社会防衛，強制的治療から，開放処遇，短期入院，外来通院，任意入院，インフォームドコンセント，情報公開と地域ケアの促進へとパラダイムの転換が進行しており，単科精神病院でも総合病院と同等の医療の質とアメニティとが整備されてきた。

統合失調症の管理・治療もこのような動向を集約しながら発展しており，ここでは，これらの新しい流れを概括することとしたい。

管理・治療の新たな原理

1. ノーマライゼーション (normalization)

この思想は，患者・障害者をめぐる法制度の理念や地域社会の価値観として，またリハビリテーションの原理として広まったが，そもそもは，デンマークの「1959年法」において，精神遅滞を処遇する際の基本理念を表す言葉として使用されたことに始まる。そこでは，「正常」からの「逸脱」としての「異常」という線引きについて疑義を示し，「精神遅滞者の住居，教育，仕事，そして余暇の条件を通常にすること。そして，それは，すべてのほかの人びとが持っている法的権利や人権を，彼らにもたらすことを意味する」と定義し，生活条件や文化をノーマライズすることが重要であり障害をノーマルにすることではないとされた¹⁾。この原理はごく普通の生活様式や平等の権利を謳い，スウェーデン，イギリス，北アメリカで発展し，身体障害者や精神障害者のための地域ケアと脱施設化の原理となり，国連や日本において障害者施策の理念となった。

2. Quality of Life (QOL)

通常，生活の質，人生の質などと訳され，その質を高めることが医療福祉全般の目標とされるようになった²⁾。精神科領域では，QOLの考え方が，「障害の克服」という精神主義で画一的な目標設定，あるいは日常生活動作 (activities of daily living : ADL) や職業と経済の自立に偏った古い「自立」の考え方に反省を促した。今では「自立」の多様性が認められ，多元的で包括的なサービスが考えられている。

3. エンパワーメント (empowerment)

この原義は「公的な権威や法律的な権限を与えること」という意味

であったと言われるが、現代的な意義は、1950年代の北アメリカに出現したさまざまな社会運動からであった。この中で、この言葉は社会的に差別や搾取を受けたり、自らコントロールしていく力を奪われた人々が、そのコントロールを取り戻すプロセスを意味するようになった。そして、社会福祉、発展途上国の開発、医療と看護、教育などの分野でも使われるようになり、近年日本の医療と福祉の領域でも、重要な原理であるとの認識が広まった³⁾。

4. 障害分類

「精神障害」は障害者基本法（1993）で初めて障害者として法の対象とされたが、この言葉は、日本では、精神疾患の総称や訳語を意味する一方、精神病という呼称を避けるためであったり、「不治・固定・永続」という意味やスティグマとして理解されがちであった²⁾。

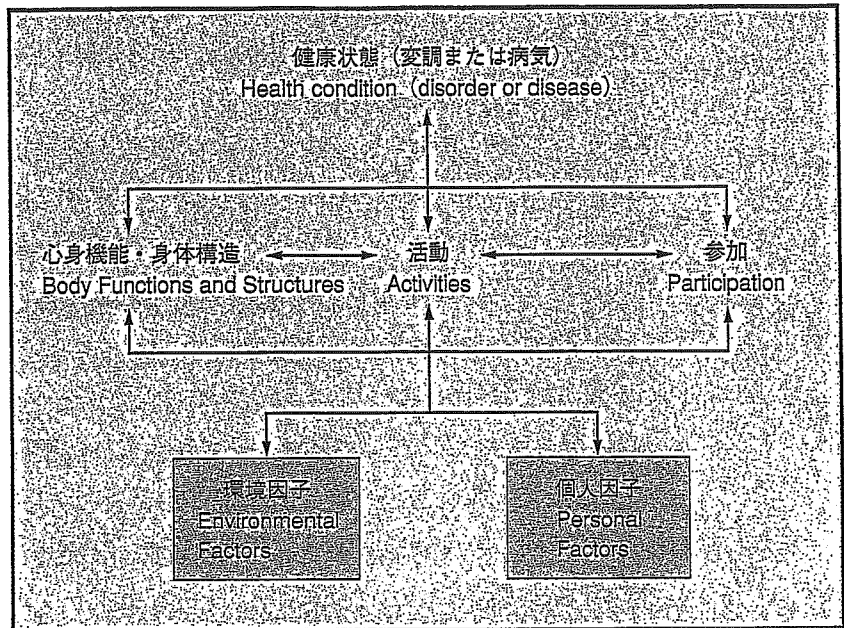
他方、欧米では1950年代から1960年代にかけて、「障害」概念の構造的、階層的認識が発展した。世界保健機関（WHO）は1980年に国際障害分類（International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: ICIDH）を提案し、障害の定義を「疾病の諸帰結（consequences of disease）」とし、「機能障害（impairment）」、「能力障害（disability）」、「社会的不利（handicap）」という3つの構造に分類した。精神疾患では「疾患と障害の共存」が提唱されており⁴⁾、この障害概念の導入により、成因にこだわる従来の疾患理解や患者個人に行動特性を還元する見方にかえて、統合失調症者の困難さを社会生活の場における機能として認識し、就労、余暇、地域生活への参加を可能とする視点を準備した。2001年に国際障害分類は改訂され、国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF）が公表されたが、ここでは、能力障害が「活動（activity）」に、社会的不利が「参加（participation）」に変更され、個人の生活機能は健康状態と環境因子や個人因子との間のダイナミックで双方向性の相互作用とみなされたため、考え方は一層明確となった（図1）⁵⁾。

管理・治療の要点

1. インフォームド・コンセント

インフォームド・コンセント Informed Consent（以下、「IC」）は、

図1 ICFの構成要素間の相互作用

Interactions between the components of ICF (文献⁹⁾より作成)

今ではインフォームド・チョイス、インフォームド・ディジジョンとも言われるが、そもそも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」に始まり「ヘルシンキ宣言」を経て、アメリカの裁判判例や患者の権利に関する運動により医療倫理の国際的な基準となった。「IC」のために提供すべき情報については、国連の「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則 (1991)」や日本医師会の「診療情報の提供に関する指針 (1999)」ですでに示されている⁹⁾。

精神科医療においては、「IC」は次のような要点が求められる。すなわち、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) を行うこと、③ 患者が理解すること、④ 患者が自発的な意思決定により、同意 (ないし権限委任) を行うこと、⑤ 治療の危険性を暗誦する儀式ではなく、意思決定を患者とともに行うプロセスであること、⑥ 意思決定能力を欠く場合は、それに代わる方式が取り決められること、⑦ 意思決定能力を欠く場合は、可能な範囲で意見を聞かれること、などである。したがって、自己決定権を基礎づける判断能力の評価が大きな課題となるが、① ある事柄に判断能力を欠く場合でも、自動

的に他の事柄について判断能力がないと見なさないこと、② 治療者が無能力を証明すること、に注意しなければならない。また、病名告知も中心的課題の1つであり、精神分裂病から統合失調症への呼称変更はこれを容易にしつつある。

2. カルテ開示と個人情報保護法制

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中で、1998年に「カルテ等診療情報の活用に関する検討会報告書」（以下、「検討会報告書」）が発表され、引き続いて日本医師会や医療関係団体の指針が発表された。2003年に、厚生労働省が「診療情報の提供に関する指針」を定め、日本医師会などが「指針」の改訂を行っている。2005年に「個人情報保護法」が全面施行され、同法では第25条で「開示」が、第26条で「訂正」が規定されているため、「カルテ開示」は「原則開示、例外非開示」に大きく転換し、新たな段階に入った。

精神科医療も「精神疾患の特殊性」を理由として非開示とする時代ではなく、医療の質の向上、医療者と患者の信頼関係の形成、医療の透明性の確保、患者の自己決定権あるいは患者の知る権利などのために、求めに応じて「開示」し、あるいは「開示」の方向で対応することが必要である。しかし、「検討会報告書」で指摘されたように「人間の人格、意思に最も深く関わる疾病であり、また、患者に対する心理的影響が直ちに病状の悪化につながるという特性」があるために、他の診療科よりも緻密な方法論と配慮が求められ、その際、日本医師会などの「指針」で「開示などを拒みうる場合」などとして示されている条件と対照することが便利である。開示の方法については、「日医指針第2版」が要約書を削除したことにより、閲覧または謄写に限られ、個人情報保護法では書面によることが定められている。

なお、患者本人からの請求の場合は、「IC」の場合と同様に判断能力とその評価方法とが問題となる。いずれにしても、カルテ記載の整備、記載の際の用語や表現に留意すると同時に、常日頃から医療機関情報やその他の医療情報を公開し、コミュニケーションを図らなければならない⁶⁷⁾。

3. 精神保健福祉法と行動制限

精神科医療は、外来、入院そして地域ケアを問わず、精神保健福祉