

薬物療法のインフォームド・コンセントと看護 ～当事者の体験を基にした法的・倫理的側面からの考察～

齋藤 まさ子

はじめに

日本看護協会は、1988年に作成した「看護師の倫理規定」を、2003年に「看護師の倫理綱領」と改定し、新たに「患者の自己決定の尊重」に関する内容を加えた¹⁾。

薬物療法は精神科治療の中心的なものであり、退院後の服薬継続は症状の安定維持のために必要なものであるが、再入院する統合失調症患者の50～70%が、服薬中断に関連した再発であるといわれている²⁾。精神科治療においては、長期にわたる服薬継続が必要な場合が多いが、人間にとって「薬を飲む」という行為は非日常的なことであり、継続していくのは容易ではない。まして、痛みを軽減するような実感できる効果を期待する服薬と違い、慢性期の精神疾患のように症状が落ち着いている場合は実感が乏しいために、それ以上の努力が要求される。この問題を解決するためには、「自ら必要だから飲む」という自己決定が重要な鍵になる。その前提となるものがインフォームド・コンセントであるが、わが国の精神科薬物療法においては、病識や認知能力の有無の問題から、服薬の必要性を認識しにくいこと、副作用を知るにより服薬中断につながる可能性があるのではないかという医療者側の判断などから、インフォームド・コンセントがおろそかにされてきた経緯がある。

ところで、インフォームド・コンセントの不可欠な要素として、「医師の説明」「患者の理解」「患者の自由意思による同意の決定」があげられる

が、インフォームド・コンセントの本来目指すものは、これらを機械的に満たすということではない。これらは最低必要条件であっても十分条件でなく、「説明と同意」という関係性を超えて、医療者と当事者の互いの尊敬と協力に基づいて継続できる治療をつくりあげていく、治療のプロセスそのものであるといわれている^{3) 4)}。

精神科看護師は、薬物療法において投薬やその効果と副作用の観察、それに対する日常生活援助、退院後の自己管理のためのリハビリテーションなどを日々行っている。患者の権利を擁護する立場にある専門職として、患者の自己決定を支え、その判断や選択がその人にとって最良のものとなるよう支援することが求められ、看護の果たす役割と責任は大きい。

精神の病を40年近く煩いながら社会生活をしている、一人の当事者（A氏）の体験を紹介するとともに、わが国のインフォームド・コンセントについて、法的側面と倫理的側面から述べる。その上で、それらを参考にしながら、精神科薬物療法のインフォームド・コンセントのプロセスにおける看護の役割について考察する。

I A氏の体験談

1. A氏紹介

A氏 女性 50歳代後半

高校を卒業後、ある企業に事務職員として就職した。20歳時に、突然精神運動興奮状態となり、近隣の精神科病院に入院した。退院後は帰省し、実家の近くのアパートを借り、家族に経済面の支えを受けながらアルバイトをして生計を立てていた。初回入院から40代半ばまで、5回の入退院を繰り返しているが、その都度服薬中断があった。この十数年間は、主体的に服薬を継続しながら作業所に通う毎日である。

2. データ収集・分析方法

地域の作業所に通う調査対象者に、薬物療法の体験を聴くことにより「薬物療法における看護の役割を考えたい」という研究の目的を説明し、研究への協力を依頼し了承が得られた。作業所において、半構造的インタビューを45分間行い、逐語録を作成した。対象の体験で、主体的に服薬行動を起こせるようになったプロセスに焦点を当てながら、語られた内容をKJ法によりカテゴリー化して下位カテゴリーを抽出し、さらに中位カテゴリー、上位カテゴリーにまとめた。

3. 倫理的配慮

研究の主旨を理解した対象者に、研究目的、方法、倫理的配慮について口頭および紙面にて説明し、語りたくない内容は無理に語らなくていいこと、得られたデータは研究以外には使用しないこと、途中で中断したい場合はいつでも中断できることを説明した。

4. 結果

インタビューで語られた内容から、〈服薬に関する抵抗感〉〈薬に関する知識がない〉〈副作用による苦痛〉〈看護師の対応〉〈医師との関係〉〈服薬継続の必要性の認識〉の6つのカテゴリーが見いだされた。上位カテゴリー、中位カテゴリー、下位カテゴリーの順に表記し、生データは「」で示した。

(1) 服薬に対する抵抗感

1) 服薬を受け入れられない

A氏は発症するまで、服薬体験の記憶がないほど健康に過ごしていた。

「最初の入院のときは、あんまり健康な方で、薬などは飲んだことがなく、飲むこと自体がすごく受け入れられなくてね。飲みたくないですよ、お薬なんて、好きな人いないと思いますよ」と語る。

2) 自己判断しがち

「この病気って体験しないとわからないことがあって、人のことを聞かない特徴があります。自分はそんなお薬いらないから、そんなのいいって感じですよ」と疾病の特徴に関連付けて語る。

(2) 薬に関する知識がない

1) 薬の効果や副作用を知らない

「薬の効能について説明を受けませんでした。お薬の名前さえ知らない時代でしたので、何を飲まされているのかも知らない状態で、説明を受けようとする知識もないですよ。パニックな頭の中にそんなこと説明するわけがありません」「家族が泣いていました。先生にいろいろと説明を受けていたことを思い出します。わたしには説明ありませんでした」と語る。

退院した後の認識は以下の通りである。

「お薬飲むと治ることを知らなかった。どうして拒否したのかと今思うと、その薬の効用を知らないし、それが副作用につながるという体験、この病気は体験しないとわからないことがあるし、時間がかかるんですよ」と語る。

2) 服薬継続の必要性を知らない

「お薬飲まないで再発するという説明を受けることも、されていない時代でした。飲まなくなると、やっぱり再発につながるんですよ。再発すること何回も経験して、やっと飲まないでだめということを認識するのに、ずいぶん時間がかかりましたね。服薬を継続していかなければいけないことを知ったとき、すごいショックでした。例えば寛解っていう形になっても、薬は一生切れないでしょう。それを、医師ではなく患者同士の話しでわかりました」と語る。

(3) 副作用による苦痛

1) 耐えられない程の眠気

「ヒルナミンって安定剤でもあり、眠りを誘うんですよ。ものすごく眠くなる。仕事で事務所の机に向かうと眠くて眠くて…。それを抑えるのが大変な技で、服用の事実を職場に言ってなかったのですごく苦しく記憶に残っています。お手洗いに行って、手洗いの中で眠ったりしましたよ」と淡々と語る。

2) 唾液分泌減少で齲歯

「服薬は習慣になるとつらくないけど、口が渴いたり、もっと悪いのは唾液の分泌が少ないそうで、唾液は殺菌作用があるんですけど、歯医者さんに唾液の量をはかってもらったら、人より半分しかないそうです。歯が丈夫な家系ですが、わたしは虫歯が多くてね。あんまり人に言いませんけど、一つの苦しみですね」と語る。

3) 肥満になる

「障害者だと自分でそう思いました。もう人並みではないということを実感しました。普通の人ではないということをお薬飲んでるし、精神科でしょ。通ってることわかるし、それこそ入院もしましたしね。肥満体になり、ものすごく太った時代があるんですよ。20-30代でした。誰もそれこそなんだと思うほど人が変わったくらいに太りましたよ。閉じこもりがちだわね。自分の身体見せたくないみたいな…。女性として大事にしてきたんですよ。半分あきらめました。外に出れば人よりも太っている。買い物に出れば鏡なんかがあり、見たらブタみたいと思った。そんな風なとき何が恋人ができませんか、それが結婚問題につながるでしょう。苦しみなんかひどいですよ、大きな話ですよ、それこそ自殺してもいいぐらいな苦しみですよ。それが、薬のせいだとわかりショックも大きかったです。だから飲みたくないと思って。」表情を歪めながら淡々と話していた。

(4) 看護師の対応

1) 確実に服用させようとする

「ご飯全部食べました、じゃオーケー、それではお薬というふうにお薬が待機していて、飲まないと終わらないという話しです。いまでも情景思い出します。お薬の箱が、食堂に運ばれてきますよね。わたしの薬どこに入っているかなー、くらいにしか考えていない」「食後に飲むという感覚はどどんつきましたね。食後は必ず飲まなきゃいけないんだと…。」と自嘲ぎみに話す。

「看護婦さんから食後に大丈夫大丈夫飲みなさい、と口開けたところを流し込むみたいに飲まされたことを思い出します。ダメなのよ飲まなきゃと。看護婦さんも大変だったと思います。やっぱり服薬を認めないと、一番そこをチェックされて、それほど飲まなきゃいけないことがわかった感じですね。看護婦さんのことを悪いとは思わなかった。わたしが吐いたり出したりしたから尚更でしょう」と語る。

2) 看護師もつらいと思う

「薬を飲み続けなければならぬと話するのは、お医者さんの仕事じゃないですか。お医者さんが調合するのだから看護婦さんは関係ない。看護婦さんはお医者さんの指示でそれを飲ませなければならぬでしょ。看護婦さんもつらいな、という場面見ましたね。できたらこんな飲ませなくてもいいのに、そんな感じの時を見たことがあります。今はちょっと改善されたけど、薬漬けですよ。みんな太るし、目はうつろ。それでも看護婦さんは飲ませなければならぬんだから、ほんとにつらいと思いますよ」と語る。

(5) 医師との関係

「この薬は飲みたくないとか、もっと違うのありますかって、そういうこと今度言えるようになりました、段々」「やっぱり先生が治したと思ひ

ます。お薬がしょっちゅう変わったんですよ、そうするとまたいろんな症状が出る。わたしに合う薬を求めて、時間がかかったと思います。ほんと間違った薬飲んだことがあります。肥満体になったり何かすごく異常な副作用がでるのがわかるんですよ。今は素晴らしい先生だけど、そのとき闘いましたよ」としみじみ語る。

また、現在の主治医との関係については、「先生とは友達関係ですよ。もう長いから。Aさん何グラムにしようかねなんてね、わたしに質問するぐらい。錠剤をいっぱい飲んだ時代もありました。ものすごくいろいろな体験をしましたが、今は一番楽。いい薬出して下さる。新薬ですよ。先生とは相性もいいみたいで。ずっと同じ先生です。やっぱり出会いたと思います。いい薬に出会うのも先生との出会いも大事。何でも話せますよ」と語る。

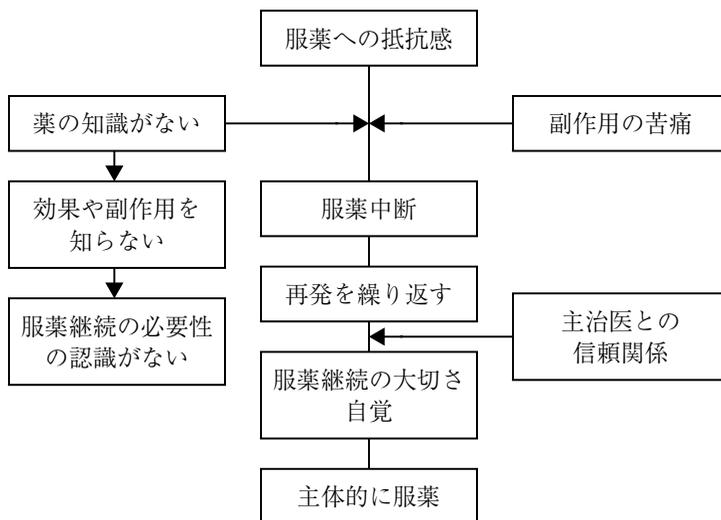
(6) 服薬継続の必要性の認識

「飲まなくなると、やっぱり再発につながる。再発すること何回も経験して、やっと飲まないとだめということがわかったんです。ずいぶん時間がかかりましたね。大分長いこと入院してないけど、例えば入院した場合積極的に飲みますね」と語る。

II A氏の体験とインフォームド・コンセント

ただ一個人の体験談ではあるが、その内容は多くの精神科薬物療法を受けている当事者が抱える共通の問題が含まれている。インフォームド・コンセントやQuality of Life(以降、QOLと記す)の視点から見ても、様々な問題点が見えてくる。薬物療法のあるべき姿は、本人の主体的な服用とQOLの維持、向上であるが、A氏が薬の必要性を認識して主体的に服用するようになるまでのプロセスを表すと、図1のようになる。

図1 Q氏の服薬への認識の変遷



A氏は、健康に過ごしてきて「薬などは飲んだことがなく、飲むこと自体がすごく受け入れられなくて」と語ったが、薬を飲むということに対して抵抗感があった。その感情が前提にあり、服薬の中断に至った大きな原因は、「薬の知識がない」ことと「副作用の苦痛」であると語った。文献でもこの2つは服薬中断の主要な原因に挙げられている⁵⁾が、この2つを中心に看護を考える。

その前に、その前提となるわが国の精神科医療のインフォームド・コンセントの現状について述べる。

1. 精神科医療のインフォームド・コンセント

インフォームド・コンセントには2つの機能があり、1つは医療契約としてのインフォームド・コンセントで法律上の問題としてのものであり、2つ目の機能は患者の価値観や信念を最大限尊重しその自律性を保障する、QOLを前提とする倫理的なものである⁶⁾。

(1) 法的な意味のインフォームド・コンセント

わが国の精神科医療におけるインフォームド・コンセントは、1991年に国連総会において採択された「精神疾患を有する者の保護およびメンタルヘルス・ケア改善のための原則（以降、国連原則と記す）のなかの原則11において明文化されて以来社会的な要請となり、医療関係者は急速な意識改革を求められてきた。

表1 精神疾患を有する者の保護およびメンタルヘルス・ケア改善のための原則

原則11 治療への同意

- | |
|---|
| <p>1. インフォームド・コンセントとは</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 患者の理解しうる方法と言語によって ② 以下の情報を十分に患者に理解できるように伝達した後 ③ 患者の自由意志により ④ 脅迫又は不当な誘導なしに得られた同意をいう <ul style="list-style-type: none"> i 診断上の評価 ii 提案されている治療の目的、方法、予測される期間、期待される効果 iii より侵襲性の少ない方法を含む他に考えられる治療法 iv 提案されている治療において考えられる苦痛、不快、危険及び副作用 <p>2. インフォームド・コンセントなしで治療計画を実施できる場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 以下の条件がすべて満たされるとき <ul style="list-style-type: none"> i 患者がその時点で非自発的患者であり ii 独立した機関が患者に関する十分な情報を得た上で患者がインフォームド・コンセントに関する能力がない、または、患者が不当に治療を拒絶していると判断し iii 独立機関が、提案された治療計画が患者の健康上の必要に照らして最善の利益であると判断する場合 ② 法により患者に代わって治療に同意する権限を与えられた個人的代理人が、医師から十分な情報を与えられた上で同意する場合 ③ 権限を与えられた資格のある精神保健従事者が、患者自身又は他の人に対する即座の又は切迫した危害を防ぐために治療が緊急に必要であると認める場合 <p>患者のインフォームド・コンセントなくして治療が認められる場合においても、患者に対して治療の性質、可能なあらゆる代替治療について情報を与え、及び可能な限り治療計画の進展に患者を関与させるよう、あらゆる努力が払われる</p> |
|---|

インフォームド・コンセントに関する法律は、医療法1条の4第2項で「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」と規定している。しかし、「同意」を得るのではなく「理解」を得るにとどまっています、努力義務にすぎない。1996年の診療報酬改定で「入院診療計画加算」が新設され、診療報酬でインフォームド・コンセントの実施が考慮されるようになったが、これはインフォームド・コンセントに基づいた医療の徹底を図る意図を持つものであるものの⁷⁾、診療情報提供の法制化はなされていない。精神保健福祉法にはインフォームド・コンセントについて定めた条項はない。

一方、過去の判例を見ると医療全体の過去の判例でインフォームド・コンセントに関するものは、1971年の乳腺症事件^{ib1}や1973年の舌ガン事件^{ib2}という二つの判例を契機として、患者の同意ないし承諾のない医療行為は違法であるという同意原則が法律上確立している⁸⁾。精神科医療で薬物療法のインフォームド・コンセントに関するものとして、診療なき非告知投薬事件⁹⁾¹⁰⁾（千葉地裁平12・6・30）がある。これは、ある精神科医が診察なしで叔母の訴えだけで統合失調症妄想型と診断し、当事者に気付かれないように服用させることを前提として、夫を呼んで処方した水薬を渡した。のちに当事者が事実を知り、診察なき診断と告知なき投薬は、医師法20条^{ib3}（無診察診断・非告知投与）に違反する行為であり、人格権を侵害するもので不法行為が成立するとして損害賠償を請求した。

この判決では、医師法20条の立法趣旨からすると、精神科の治療についてもできる限りインフォームド・コンセントは貫かれるべきであり、非告知投薬、特に診察なき非告知投薬は、できる限り避けることが望ましいといえるとしている。その上で、病識のない患者に適切な治療を受けさせるための法的、制度的なシステムが十分に整っていない日本の現状を前提とする限りは、①病識のない患者が治療を拒んでいる場合に、②患者の通院が可能になるまでの一時的な措置として、③相当の臨床経験のある精神科

医が家族等の訴えを十分に聞いて慎重に判断し、④保護者の立場にあつて信用のおける家族に副作用等について十分説明したうえで行われる場合に限っては、特段の事情(たとえば、非告知投薬の結果患者に重大な障害<薬物の副作用による後遺症等>が発生したり、患者に何らかの問題行動等が発生し、家族の当該医師への援助要求に医師が適切な措置を執ることを怠るというような事情)のない限り同条の禁止する行為の範囲に含まれず、不法行為上の違法性を欠くものと解することが相当であると思われ、よつて医師法20条に違反せず、不法行為(人格権)を構成しないとされ、損害賠償請求は棄却されている。

この千葉地裁の判決は、非告知投与でも医師法に違反しない要件が満たされれば、合法的と判断される可能性があることを示している。

当事案は控訴審(東京高裁平12・12・20)、上告審(最高裁第一小法廷平13・6・14)いずれも棄却されている。控訴審でインフォームド・コンセントの原則違反について、精神病の治療においても、患者に対して治療の内容について説明し、その同意を得るべきであるというインフォームド・コンセントの原則が適用されるべきことはいうまでもないが、インフォームド・コンセントが精神病治療の分野で意識されるようになったのは最近のことであり、本件で問題とされる昭和58年当時には未だ問題とされていなかったことが認められる。処方された水薬は、一般的に服用されているものであり、重篤な副作用を引き起こすようなものではないと推認されること、控訴人は統合失調症妄想型に罹患していたが、その病識はなく治療の意思もなかったことなどの事情に加え、当時の精神病治療の分野におけるインフォームド・コンセントの原則に対する意識の状況を考慮すると、ただちに違法行為にあたるということとはできないと判示している。

控訴審では、非告知投薬が行われた昭和58年当時のわが国のインフォームド・コンセントの原則についての意識の状況について言及しているが、以下に述べる札幌ロボットミー事件と名古屋ロボットミー事件は同意原則の妥当性を指摘したもので、それ以前の事案である。

札幌ロボットミー事件¹¹⁾ ¹²⁾（札幌地裁昭53・9・29、控訴；昭53・11・30却下）は、妻のみの承諾で本人の同意なしに精神病質と診断された患者に対してロボットミー（前頭葉白質切截術）を施行した結果、人格低下という後遺症を被らせたことについて、患者本人の自己の状態、その医療行為の意義・内容、及びそれに伴う危険性の程度を認識し得る程度の能力を有する場合は、本人の承諾なき手術は違法であるとした事件である。ここで裁判所は、「患者は自己の身体に関する侵襲を含む治療を受けるか否かを決定する権利を保留しているものというべきである」と明言している。また、ロボットミーについては、その性格上、精神衛生法第33条による入院の同意手続きを経ているものであり、これだけで足りるものではなく、その手術について個別的に患者の承諾を要するものというのが相当であるとしている。

1981年の名古屋ロボットミー事件¹³⁾ ¹⁴⁾（名古屋地裁昭56・3・6）では、父親のみの同意を得てロボットミー手術を実施した医師について、「医療は生体に対する医的侵襲であるから、これが適法となるには、患者の生命又は健康に対する害悪発生の緊急の虞れの存するとき等特別の場合を除いて、患者の承諾が必要というべきで、患者の自己決定権に由来する右の理は、精神衛生法上の強制入院である措置入院させられた精神障害者に対しても、右措置入院が当然には治療受認義務を強いるものではないことから、適用される。同人が医師の説明を理解し、治療を受けるかどうかの判断能力を有する場合には、患者本人の説明が必要であって、近親者の同意では足りないと解すべきであり、特に、精神外科の如き治療法は患者に与える影響の重大さから、より一層患者本人の同意が尊重されなければならない」と判示し、責任を問われている。精神障害者が必ずしも判断無能力ではないこと、強制入院患者であっても、それが治療受認義務を強いるものではないことから、インフォームド・コンセントが適用されることを明確に判示している¹⁵⁾。

一見、非告知投薬の事案と2つのロボットミー事件とでは、生体に対する侵襲の差異があるとはいえ、患者の同意の意義について裁判所の判断が分

かれていると理解できる。これについて、宮下は、非告知投薬に関する裁判所の判断で、インフォームド・コンセントの例外について相当厳格な要件が課せられている点で、インフォームド・コンセントの法理の例外を認めることに慎重な態度をとっているとも解され、インフォームド・コンセントの法理の適用範囲の限界、また適用される場合の要件について、慎重な検討を要すると述べている¹⁶⁾。

以上のように、わが国のインフォームド・コンセントは法律により明文化されたものではなく、判例によって形成されたものである。非告知投薬は例外的な治療行為であり、インフォームド・コンセントとは両立しないが¹⁷⁾、原則として一般医療と同様に精神科医療においても、患者の同意ないし承諾のない医療行為は、違法な診療となると理解できる^{18) 19)}。また、判断能力を欠く場合には同意のない治療を実施できるが、法は、精神医療においても患者に判断能力があるものとの前提で取り扱われることを求めていると考えられる²⁰⁾。

(2) 倫理的な意味のインフォームド・コンセント

1983年のアメリカ大統領委員会の報告書で、インフォームド・コンセントは基盤を法においているが、同時に医療者と患者が協力しあう倫理的な性格をもつ概念であると指摘した。村上は、インフォームド・コンセントの倫理的な面の機能について、QOLを前提としてのインフォームド・コンセントであり、個人の価値観の問題であることから患者の自己決定によって決まる。この自己決定は正しい情報、つまりインフォームド・コンセントがなくて決定することはありえないこと」と述べる²¹⁾。このように、QOLは個々の価値観によって決まることから、患者が方針を決定する際に十分な情報が与えられない場合には、自己決定は困難であり、本当の意味のQOLの向上は図れないことになる。

インフォームド・コンセントの原則について熊倉は、同意は治療者と患者の両者の関係における同意であり、患者の自己決定権だけを意味するも

のではなく、治療者と患者が「共同」で行う治療上の意思決定であり、治療関係での情報交換と話し合いのプロセスであり、両者間に信頼関係を形成し、治療方針を決定するプロセスであると述べ、「共同の意思決定」「治療のプロセス」「信頼関係」という3つの重要なキーワードが含まれているという²²⁾。精神科薬物療法の研究報告で、医師が、患者・家族に対して副作用についての情報を含んだ治療の見通しに関する説明をすることにより、情報の共有化ができ意見交換が可能となり、一緒に考えながら個別的なケアプランを立てる方向に関係性が進むようになるという報告がある²³⁾。また、同様の報告で入院中の統合失調症患者に週1回3ヶ月間にわたり服用薬の正確な情報が提供された場合に、薬効の知識や薬剤名の認知、服薬の必要性の認知が有意に増加し、患者の孤独感の減少と療養への満足度が上昇することが明らかになったという²⁴⁾。この報告は、熊倉がインフォームド・コンセントの原則について述べた、3つの重要なキーワードを満たすことが、患者のQOLの向上につながることを証明している。

また、熊倉は非告知投薬について、『医療が患者の自由意志に基づいてなされるべきことは、インフォームド・コンセントに明示されている原則であり、患者と治療者とのあいだの合意と、患者への説明義務の2つが、治療行為の原則である。この場合、患者に与えるべき情報も定められていて、薬剤投与等の医療行為が存在した場合は、当然本人に告げる必要がある。これは、患者の「知る権利」が満たされて、初めて権利擁護としての「異議申し立て権」が保障されるもので、精神保健福祉法でも強制入院に際して「意義申し立て権」が認められている。非告知投薬に関しては、「知る権利」の剥奪であり、よって「意義申し立て権」の剥奪といえ、インフォームド・コンセントの原則からは対立するとともに、強制入院とは質を異にする』と述べている。さらに、非告知投薬を正当化するには緊急性が考えられるが、本当に切迫している場合は強制入院制度もあり、何故それを選択しなかったかという説明が求められる。また、状態改善後に告知がない限り、患者が薬剤の必要性を認識する機会はなく、自己決定による服

薬行動の可能性が剥奪されると述べている²⁵⁾。このように、非告知投薬の問題は、人権や倫理的な面からさまざまな問題が包含されているものの、1995年の厚生省研究班が医師に行った調査では、非告知投与を「やむを得ずやることもある」が7割以上あり、民間病院と公的病院の医師では8割に達する²⁶⁾という現実もある。

精神科医療における患者－医療者関係について、中谷²⁷⁾は、「精神科治療の理念は、処方や治療方針を本人がそのまま遵守すること（コンプライアンス^{註4)}）ではなく、協力して適正で無理なく継続できる治療を作り上げていくこと（コラボレーション）へと転換されつつある」と述べ、さらに、精神科治療のインフォームド・コンセントのプロセスは、情報提供と障害当事者の判断能力の評価や自発的な同意の確保が問題となり、それに伴う非自発的な治療の可否判断の妥当性が問われてきたが、やがて「説明と同意」の関係性を超えて、ユーザーと治療者のコラボレーションへと進化していると述べている。

2. インフォームド・コンセントと看護

－ A 氏の体験と判例を交えながら－

(1) 薬の知識を得ることと看護

1) 判例と A 氏の体験

診療なき非告知投薬の事案では、当事者と医療者との間に、インフォームド・コンセントの概念が入る余地が全くなかった。一時的な措置として裁判は認めているが一時的な時期がどの程度のもので、それが短時間に終了するという保証はどこにもない。現実には、病状が軽快しても、家族が事実を当事者に告げることができないうで、投薬期間が10年を超す場合も決して稀ではないという²⁸⁾。

人の生き方は、個人の価値観に基づいていて、この価値観は個人の権利と尊厳を守る意味で尊重されなければならない。事実を知らされなければ、薬剤の必要性を認識する機会はなく、自己の価値観で決定するという服薬

行動の可能性が剥奪されることになる。いずれにしても、服薬の自覚がない当事者が、十分な情報を得て主体的な薬物療養をしていく可能性は存在しない。

ところで、判例では外来通院が可能となるまでの一時的な措置としてやむを得ないとした。その論理でいけば、入院医療については、当然インフォームド・コンセントが義務付けられていると考えることができる。

A氏は入院していたため、医師や看護師はA氏とコミュニケーションを取ることができ、インフォームド・コンセントも可能な状況であった。名古屋ロボットミー事件では、「強制入院であっても、それが治療受認義務を強いるものではない」と判示しており、A氏がたとえ強制入院であっても、説明し同意を得なければならない義務があった。しかし、初回入院時から再入院を繰り返している期間、薬の効果や副作用、服薬の継続の必要性などについて医師から説明を受けることなく、当然のように投薬が開始されている。

また、「一生服薬を継続していかなければいけないことを知ったとき、ショックでした」と語るA氏は、症状が安定したら服薬は必要ないと思っていた。「一生継続する」という、あまりにも不確かな事柄を、退院後に医師ではなく患者同士の話しから知った。「治療の予測期間」は、国連原則のインフォームド・コンセントの情報提供の内容の中で明記されているが、それは医師が患者の疾病や病状などから判断することであり、A氏が医師以外の人たちから一生飲み続けなければならないと聞いたときの気持ちを察すると、インフォームド・コンセントの有無がいかに患者のQOLに影響を与えるかがわかる。

薬物療法は、ロボットミーのような精神外科と比べれば医的侵襲の面で違いがあるが、抗精神病薬は特異的な副作用が出現し、不安や苦痛と共にQOLが大きく影響を受ける場合が多いことから、事前の説明の必要性は重く受け止められなければならない。初回入院時が昭和40年代で、名古屋ロボットミー事件以前であったが、その後服薬中断により20年以上の長期に

わたり再入院を繰り返していることから、その機会がなかったとはいえない。また、判断能力がない場合でも、国連原則にあるように薬に関する十分な情報を提供し、可能な限り治療計画の進展に関与できるよう、あらゆる努力が払われなくてはならない。

2) 薬の知識を得るための看護

看護を考えると、看護は対象との間でなされる援助の一形態であり、特に精神科看護は、対人プロセスを通して対象の生活援助を行っていくことに特徴があることから、対象とのコミュニケーションが不可欠である。そこで、看護師は臨床的推論を行いながら、患者が抱える看護問題を患者と協同して取り組んでいく。

A氏は、「薬は医者が調合するのだから看護婦は関係ない。看護師は医師の指示どおりに飲ませるのが仕事」と語った。そのことば通りに、医師の指示どおりに飲ませようとする看護師に「大丈夫、飲みなさい」と言われて、口を開けたところを流し込むように飲まされた。看護師は、コミュニケーションがとれる状況にありながら、薬を飲みたくないと表現しているA氏の思いに正面から向き合えていない状態である。下記²⁹⁾は、ある精神科病院の1980年代の光景であるが、多くの病院で同様の対応が行われていたと思われる。

患者はナースステーションの前に並び、看護師は薬を患者の口に入れ、嚥下を確認する。口腔内に薬を意図的に残していないかを確認するため口を開けてもらい、看護師が調べる。それでも患者の中には、薬を飲み終わると洗面所に向かう人がいた。上手に薬を口の中に挟み込んできて洗面所で捨てる。そんな光景が見られた。1970年代から1980年代初期の精神科病院では、医療者は「服薬させる」ことを大切な医療行為と考えていた。

一般に看護師は拒薬（何らかの理由で、服薬しないこと）に直面すると、

その理由をゆっくり時間をかけて聴く、患者の思いに耳を傾ける、そのとき最も必要な援助は何かを考え実践するという、看護本来の患者を主体とした関わりが十分にできないことに無力感を感じる。この背景には、患者に対して疾患や症状の理解、薬の種類や効果・副作用の現れ方、先の見通し、服用方法に関することなどの説明が十分なされていないために、情報の共有化ができない現実がある。その結果、患者に正面から向き合えず、確実に服薬してもらうための援助という役割に振り回され、患者との関係が「飲ませる」「飲まない」の構図になってしまう。この関係からは患者の主体性は生まれず、むしろ薬を飲まされているという受動的な感覚さえ抱くことになる。

眠れない日々が続いていた患者が、落ち着いて眠れるようになる薬だと説明されていれば、実際にぐっすり眠れた場合に眠れたということを実感でき、さらにそれが薬の効果であることを患者と看護師間で確認し合う事により、主体的な服薬につながる。また、副作用についての説明があれば、説明がない場合に比べて症状が出現した場合の不安が少なく、苦痛が強い場合や日常生活が大きく影響を受けている場合は、互いに率直な意見交換をすることにより、その人に合ったやり方で、苦痛が軽減されるような対処行動をとれる。A氏は、処方された薬の副作用として体重増加があり、放置すれば肥満に発展するという事実を、事前にではなく肥満になってから知った。「肥満が薬のせいだとわかり、ショックを受けました。だから飲みたくないと思って」と語るように、精神的な打撃を受けそれが服薬中断につながっていった。

一般にわれわれは薬を服用する場合、副作用を理解した上で、それに対応する飲み方を考える。たとえば腰痛で鎮痛薬が処方された場合、副作用の胃腸障害が起らないように食後に飲むよう説明され、実行する。それでも胃の調子が悪くなれば、服薬を中止し塗布剤やローション剤、湿布などの外用薬で対応する、あるいは医師に相談し他の薬を処方してもらうなどの対処行動をとる。副作用に体重増加があり、肥満になる可能性がある

ということ説明されれば、カロリーに配慮した食事内容を工夫し、エネルギーを消費するために運動を取り入れた生活を送る。精神科領域においても、雑誌で“太りすぎの予防法”として有酸素運動²⁵⁾が紹介されたり³⁰⁾、“糖尿病・肥満への対応”についての特集を掲げ、音楽を取り入れた運動療法を紹介する³¹⁾などしているが、知識の共有化があれば、退院後を見据えて自分なりの対応策を見つけられるように、きめ細かな関わりができる。

精神看護実践の目標は、「その人が望む生活をその人らしく生き生きと送れるように援助すること」³²⁾である。そのためには、集団療法的な場面でも個人対応の場面でも、患者と正面から向き合い、率直な意見交換が必要であり、その大前提として患者が自ら服用する薬についての知識がなければならない。

精神科薬物療法で看護の役割として大切なことは、医師と連携して患者が服用する薬に関する理解が得られるように働きかけることであり、その上で患者－看護師間の信頼関係のなかで、看護のインフォームド・コンセントのプロセスを発展させていくことである。

(2) 副作用による苦痛と看護

1) 抗精神病薬と副作用

精神状態に作用する薬は向精神病薬と呼ばれていて、向精神病薬には、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠導入薬などがある。抗精神病薬とは、統合失調症や躁病などの精神病症状に対して使用される薬剤の総称であり、メジャートランキライザーとも呼ばれている。精神科薬物療法は、服薬によって患者の不安や苦痛、精神病症状が軽減され、生活行動への意欲を高めるなどの効果を期待して行われる。その反面、患者によっては特異的な副作用が出現することから、服薬を中断する原因になりやすい。

抗精神病薬の主要な副作用を表2に示した。例えば、幻覚・妄想などの精神病症状に効果があるハロペリドールなどの抗精神病薬は、副作用の1つとしてパーキンソン症状があるが、動作は緩慢となるとともに、前傾姿

勢や突進歩行、小刻み歩行などがあり、これは転倒の危険性が強い。特に夜間に排泄に行く場合などは、睡眠剤も服用している患者が多いため、意識も清明でない状態でふらつきながら行くことから、危険性が大きくなる。また、呂律が回らないために、表現していることをうまく相手に伝えられない患者も少なくない。振戦が強まれば、書字は震えのためにできなくなり、食事時に箸がうまく使えず、衣服の着脱も容易でなくなる。同じく中枢神経系の副作用としてアカシジアがあるが、主として下肢のムズムズした異常感のために、座ったり横になっていることができなくなる状態である。これは、焦燥感も加わりかなりの苦痛な症状である。このような症状により、患者の日常生活が大きく阻害される場面が稀ではないのが現状である。

表 2 抗精神病薬の副作用

中枢神経系	眠気、過剰鎮静、けいれん、パーキンソン症状、アカシジア（静座不能）、急性ジストニア（ジスキネジア）、遅発性ジスキネジア
循環器系	血圧低下、頻脈、不整脈
消化器系	口渇、便秘、麻痺性イレウス、肝障害
自律神経系	食欲増進、肥満、乳汁分泌（プロラクチン血症）、月経異常、射精障害
血液系	顆粒球減少症
皮膚科系	発疹、光過敏性皮膚炎
眼科系	細胞色素変性、緑内障悪化
悪性症候群	発熱、発汗、筋強剛、無動、意識障害、血清 CK 値上昇、白血球増加

（清水順三郎；新体系看護学33精神看護学②精神障害をもつ人の看護，p138，メジカルフレンド社，2002）

2) 肥満と精神的苦痛

A氏が「自殺してもいい」と思う程の精神的苦痛を味わった肥満については、「ヒスタミン H1 受容体」への親和性が関連していると考えられ

ていて、定型薬ではフェノチアジン系のクロルプロマジンやレボメプロマジン、非定型薬ではオランザピンやクエチアピンなどが起こしやすい³³⁾。デイケアに通う比較的的症状がコントロールされている患者を対象にした調査結果によると³⁴⁾、患者から見た副作用で主観的有害事象(抗精神病薬を服用することで不快に思うこと)は、「便が出にくい」が約70%で最も多く、「喉が渇く」が約57%、「体重が増えた」が約52%となっている。不快感はQOLの低下や服薬コンプライアンスの悪化につながり、肥満については、特に若い場合は外見を気にして「太るから薬を飲みたくない」「自己調整する」「実際に飲まない」という人が多くいるという³⁵⁾。

また、月刊雑誌「ぜんかれん」に『太りすぎの悩みにこたえる』という特集をしている。当事者や家族から、<娘が太りたくないと診察のたびに言ってもわかってくれないようです。肥満は人の目が気になるし、活動的な生活がしづらくなるので、真剣に考えてほしい><服のサイズが変わったり、人に「太ったね」と言われることがとてもつらい。太っていることで自分が嫌いになったような気がする><肥満が解消されたり、薬を調節するともどるようになり、引きこもっていたのも外へ出られるようになるから、肥満による精神への影響、肉体への影響は多くあると思う>などの投書が寄せられている³⁶⁾。これらの投書から、「人の目が気になる、自分が嫌いになったようだ、引きこもっていた」というように、共通の心理として自己評価の低下がみられるとともに、つらさをわかって欲しい、対処して欲しいという医療者への要望があるということが見えてくる。

A氏が肥満になった20-30代の発達課題は、配偶者を選択し、結婚相手とともに暮らし、子育てをすることなどがある³⁷⁾。「閉じこもりがちだわね、人に身体見せたくないみたいな」や「恋人ができるとか結婚するかという状況ではなく、自殺してもいいくらいな苦しみ」ということばから、肥満により引きこもるほど自己評価を低下させ、発達課題の実現もかなわず、その苦しみがそれまで抱いていた将来の夢や展望を失ってしまうほどの苦痛を伴う大きなものだったことがわかる。

近年、副作用の少ない「非定型薬」が開発され、従来からのさまざまな副作用を伴う多種類の薬を投与する多剤併用大量療法から移行しつつあるが、中には副作用として肥満のリスクが高い薬がある。肥満のリスクとどう付き合っていくかは今後も継続していく課題である。また、前述したように、「つらさを受け止めてもらいたい」「対処法を考えてほしい」「自己評価が低下している」という患者の生の声を受け止めながら、ともに問題解決に当たることが求められている。

3) 個別対応重視の看護

今日の統合失調症の治療は、薬物療法をはじめとした生物学的治療と、インフォームド・コンセントやノーマライゼーションを背景として広がった心理社会的アプローチとしての心理教育^{注6}や Social Skills Training (SST; 社会生活機能訓練) などの集団療法的なもの、服薬教育プログラムを用いて個別に対応する教育方法などを併用することが一般的となっている³⁸⁾。心理教育では、患者が疾患や薬に関する知識を得て、自分なりの工夫やコツを増やし、より自分らしく充実した生活を送ることができるように³⁹⁾、また、抱えていた困り事や心配事をメンバーに話すことにより、相互に理解しあえる雰囲気の中でエンパワメント^{注7}を図ることを狙いとしている。心理社会的アプローチに関しては、医師⁴⁰⁾ ⁴¹⁾や薬剤師⁴²⁾とともに、看護師⁴³⁾ ⁴⁴⁾ ⁴⁵⁾からもその専門性を生かした薬の説明をする病院が見られるようになってきており、実践報告では実際にそれらは、服薬継続に効果があることが明らかになっている⁴⁶⁾ ⁴⁷⁾。

一方、A氏にとって肥満は、女性として大切にしてきたものを諦め、恋愛や結婚問題などの将来の展望まで失うほどの重大な体験であった。A氏の体験談や前項で紹介した調査報告と雑誌の投稿内容などから、肥満などの個人的なプライバシーに関する事項については、個人的な事情や思いが包含されていると考えられるため、集団療法的なアプローチとともに、個人に焦点を当てたきめ細かな対応に配慮しなければならない。情報をと

もに共有したうえで、体重増加という副作用に対する不安や思いを受け止め、肥満にならないためにその人に合った対応策を共に考える。さらに体重増加によって自己評価が低下しがちなその人の自尊心を大切に、気遣いや励ましでその人なりの無理のない実践ができるように支援する、そんなきめ細かい関わりを、患者―看護師関係で発展させていくことが求められる。

また、A氏のように退院後に一人で社会生活を送り、訪問看護やデイケアなどの社会資源を活用していない場合は、副作用に関する疑問や不安などがあっても、誰にも相談できない状態でひとりで思い悩むうちに、服薬中断という選択肢にいきつくことも十分考えられる。肥満など自らのプライバシーに関することを緊張せずにゆっくり相談できる「場」があれば、不安を軽減させ、その後の服薬継続につながるのではないだろうか。実際にこれらのサービスを提供している実践報告があり、外来患者に「困りごと」を表現してもらい、そこに手を差し伸べようと取り組んでいる。ある病院の外来では、通院患者に対して「ちょっと相談」という名称をつけ、キャッチフレーズを「ひとりで考えていませんか?今困っていることはありませんか?」と書いた掲示や声かけをしている⁴⁸⁾。また、病院を利用する患者や家族に安心できる場を提供するために、外来フロアにカウンターを設置し、いつでも支援できるように相談業務担当看護師を配置した病院の報告があり、安心して治療が継続できるという効果を得ている⁴⁹⁾。

このように、地域で生活する当事者にとって、個人的な問題をいつでも困りごとを相談できる場、特に日頃通院している外来でその場があることは、安心感につながり、治療意欲を維持し続けることができる。「いつでも」気軽に相談できるための場、それらの場を確保し機能させることを看護は求められている。

(3) エンパワメントを図る

インフォームド・コンセントの本来目指すものは、型どおりに説明し同

意を得ることではなく、医療者と当事者の互いの尊敬と協力に基づいて継続できる治療をつくりあげていく治療のプロセスそのものである。A氏は、長いつきあいによって主治医との「信頼関係」が成立している。しかし、A氏のようにすべての患者が医師に自分の思うことを言えるかどうかというと、そうではないのが現実である。

川崎市精神障害者家族会連合会では、家族による「心の健康」相談事業を実施しているが、その相談件数の半数近くが、薬や医療に関する質問であり、「患者は主治医に本音を言わない」「うっかり話すと薬が追加されたり増量され、入院につながる危険もある」と相談者は語るそうである。また、医師の前ではよい患者を演技し、怠薬を繰り返すケースも多いという。いかに当事者が質問や相談しやすい環境が整っていないかがわかる⁵⁰⁾

ところで、長い間自らの疾患名や薬の名前を知らないで生きてきた、地域に住む精神障害者が、保健師の熱意で立ち上げた当事者主体の服薬教室に通うなかで、メンバーに支えられ医師に疑問に思うことを聞く勇気を得て実行に移した。その結果、「25年間過ぎて仲間を支えられて『自分は統合失調症だったんだ』という受け止めがごく自然にできた。『病気をどうとらえるか』によって今まで病気にこだわっていたマイナスのエネルギーがこれから病気と付き合いながら『どう生きるか』というプラスのエネルギーに変わっていった」と述べている⁵¹⁾。また、他のメンバーは、「薬の勉強をして初めて『薬を飲むか飲まないか』ということを考えて決めることができた。自己決定できた。もっと若い頃にこのような活動に出会っていれば、私の人生はきっと変わっていたと思う。病気になって人生は終わったと思ったが、人生捨てたもんじゃない」と語っている⁵²⁾。保健師はあくまでも、メンバーが主体的に会を動かしていくことを大切にした。メンバー同士で支えあいながら服薬教室に参加するなかでエンパワメントされることを目指した。その結果、医師に疑問に思うことを言えるようになり、病気のとらえ方自体が変化し、服薬行動のみならず自らの人生を主体的に生きていこうという姿勢に変化した。このように、患者が地域において主

体的に服薬を継続していくには、自らの疾病や薬物療法に関する情報が与えられ、疑問に思うことや薬によって不快な体験をしていること等を自ら相談できる医師との関係が重要である。

藤野ら⁵³⁾は、薬物療法における看護師の立場として、①薬物療法は医師に全責任があり、看護師は履行補助者であること、②看護師は薬物療法の効果・副作用の報告責任があること、③患者の訴えを大切にす視点の3点を掲げている。特に③については、看護師は薬物療法について患者から苦痛を訴えられたとき、その事実を患者自ら主治医に伝えるよう患者に助言することが大切であると述べる。看護師が仲立ちしすぎると、医師の診察時に看護師に話したからと話さない場合があることから、その弊害を避けるために、看護師が代弁するのではなく患者が医師に直接訴え、医師は患者の生の声を聞けることが、適切な処方と両者の信頼関係の構築に役立ち服薬の継続に結びつくという。

本来のインフォームド・コンセントが目指す、処方する医師と信頼関係が構築でき、互いの尊敬と協力に基づいて継続できる治療をつくりあげていく治療のプロセスを発展させていくために、患者自らが医師と率直に話し合えることが必要であり、そのためのエンパワメントを図り、支援していくことが看護の役割である。

おわりに

精神の病を40年近く煩いながら社会生活をしている一人の当事者の体験を紹介するとともに、わが国のインフォームド・コンセントについて、法的側面と倫理的側面から述べた。その上で、それらを参考にしながら、患者の権利を擁護する立場にある専門職として、精神科薬物療法でインフォームド・コンセントにおける看護の役割は何かを考察したところ、次の3点が重要であることがわかった。

第1に、医師と連携して、患者が服用する薬に関する理解が得られるように働きかけることであり、その上で看護としてのインフォームド・コンセントのプロセスを發展させていくことである。第2に、個人的プライバシーに関する事項については、集団療法的なアプローチとともに、看護による個人に焦点を当てたきめ細かな対応が特に求められている。地域に暮らす対象者については、外来などいつでも個人的な問題を相談できる場を、提供する。第3に、患者が治療者である医師と信頼関係が構築でき、互いの尊敬と協力に基づいて継続できる治療をつくりあげていくプロセスを發展させていくために、患者自らが医師と率直に話し合えることが必要であり、そのためのエンパワメントを図り支援していくことである。

ある向精神薬を服用している当事者が、「妄想も一緒に消えてなくなるほど、著しく思考能力が低下するような強い薬を飲むくらいなら、妄想とつきあっていくほうがはるかに幸せであり、精神科医療にかかわる人たちには、もっと患者の生活の質を向上させることに注意を払ってほしい」⁵⁴⁾と雑誌に投稿していた。われわれは、常に医療者の側から精神科の薬物療法について考えてきた。それは、処方された薬をきちんと服薬し続けることが、患者のためになり、病状の回復につながるという信念である。

しかし、人には、一般論では語れないその人だけの人生があり、どのような人生を選ぶか、人生をいかに生きるかは個人が決定することであり、個人の価値観に基づいている。この価値観は、個人の権利と尊厳を守る意味で尊重されなければならない。看護は患者の権利の擁護者として行動する専門職である。その専門職としての責務を全うするために、「ただ確実に飲ませる人」に甘んじることなく、患者自身のことばを真摯に受け止めながら、「その人らしい」生活がどういものであるかを患者の側から問い続けていく必要がある。

注記

1) 乳腺症事件(東京地裁 昭46・5・19)

両方の乳房内部に腫瘍ができたのではないかと心配して来院した女優Xを診察したところ、右の乳房内に乳腺ガンがあることが判明したため、Y医師は、右の乳房全部とリンパ腺摘出手術の必要性を説明し、Xの承諾のもと手術を実施した。その手術の際、左の乳房の組織検査をしたところ、ガンではないものの乳腺症であることが判明し、将来ガンになると判断したY医師は直ちに左乳房の摘出手術を実施した。Xは、左乳房摘出手術には承諾を与えてないとして、Y医師を相手取り慰籍料請求の裁判を起こした。

裁判所は、承諾を得ないでなされた手術は、患者の身体に対する違法な侵害であり、手術の要否についての見解が分かれている場合には、患者の意思が一層尊重されるべきであり、医師は、このような事情を患者に十分説明したうえで、その承諾を得て手術をなすべきであったとし、慰籍料の支払いをY医師に命じた。

2) 舌ガン事件(秋田地裁 昭48・3・27)

60歳の男性Xは、舌に異常を感じるようになったので医師Yの診察を受けたところ、悪性の舌ガンと診断された。Y医師は病名を告げないで舌の切除をすすめたが、Xは積極的に、手術を強く拒否した。Xは何とか舌を切除せずに治療する方法はないかと強引に要望したため、第2の病院を紹介され、そこに入院した。医師Zもガンであるため切除するほかないとXを説得したが応じなかったため、Zの舌を取るのではなく、潰瘍の部分焼き取るとだけと説明したところ、Xは不承不承納得したので舌の3分の1を切除した。Xは、手術後しばらくの間食物を一口食べるにも汗を流すほどの状態が続き、会話が十分にできず、再入院するほど肉体的、精神的に苦痛を被った。XはZ医師を相手取り慰籍料請求の裁判を起こした。

裁判所は、手術の必要性と手術が適切であったことを全面的に認めた上で、患者の許諾いづれとも判断できない場合ならともかく、拒否していることが明らかの場合にまで医学上の立場を強調することは違法な身体に対する侵害だとした。

3) 医師法第20条: 医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方箋を交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、または自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後24時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない。

4) コンプライアンス (compliance)⁵⁵⁾; 「従順」「承諾」「屈従」「追従」などの意味を持ち、服薬コンプライアンスとは、「服薬遵守」「服薬従順性」「服薬率」「指示の実行度」「服薬成績」「服薬指示遵守」などの意味で、患者が服薬を医

師の指示通りの用法・用量で正確に行うこと。

- 5) 有酸素運動：ウォーキングやジョギングなど、酸素を消費し十分な呼吸を確保しながらできる運動のこと。血液中の脂肪が体脂肪になる前に、酸素と結合し燃焼されることによって肥満は回避できる。有酸素運動は、ゆっくりと深く多くの酸素を取り込むことで、より多くの脂肪を燃やすことができる。
- 6) 心理教育⁵⁶⁾：慢性疾患に代表されるような継続した問題を抱える人たちに対する教育的側面を含んだ一連の援助法
- 7) エンパワメント（empowerment）⁵⁷⁾；1970年代のアメリカの公民権運動の流れのなかで登場した。その後黒人の支援に関わっていたソロモンが「黒人のエンパワメント」という本を出版した。このなかで、エンパワメントを次のように定義している。「スティグマの対象となり、否定的な評価を受けてパワーが欠如した状態の人々に対して、そこから脱することができる一連の援助である」。わが国では、障害者のケアマネジメント実践で大きな発展を遂げている。

引用・参考文献

- 1) 看護者の基本的責務－基本法と倫理 日本看護協会編，2003.
- 2) 畑田けい子，中根允文．服薬コンプライアンスと分裂病の長期転帰．臨床精神医学1999；28：609－614.
- 3) 高柳功．精神科治療におけるインフォームド・コンセント．精神科診療の副作用・問題点・注意点 患者・家族・治療者からのメッセージ(八木剛平編著)．大阪：診療新社；1998．p52－61.
- 4) 中谷真樹．精神科領域でのインフォームド・コンセント－説明による同意をこえて－．精神科臨床サービス 2003；3(4)：406－412.
- 5) 上島国利．向精神薬療法の特性．改訂版2001精神治療薬大系上（三浦貞利監修）．東京：星和書店；2001．p302－319.
- 6) 村上國男．Ⅱ 医療技術としてのインフォームド・コンセント．IC自己決定を支える看護．東京：日本看護協会出版会；2002．p53－89.
- 7) 吉浜洋．情報開示と看護記録．精神科看護白書2002→2003．東京：日本精神科看護技術協会編集；2002．p113－115.
- 8) 大谷実．精神科医療の法と人権．東京：弘文堂；1995．p39－40.
- 9) 判例時報1741号 p113.
- 10) 判例タイムズ1034号 p177.
- 11) 判例時報914号 p85.
- 12) 判例タイムズ368号 p132.
- 13) 判例時報1013号 p81.
- 14) 判例タイムズ436号 p88.
- 15) 横藤田誠．精神科薬物療法をめぐるインフォームド・コンセントと法．臨床

- 精神薬理 2000; 3(12):1341-1346.
- 16) 宮下毅. 精神医療と法. 現代医療のスペクトルフォーラム医事法学Ⅰ(宇都木伸, 塚本泰司編). 東京: 尚学社; 2001. p222-223.
- 17) 熊倉伸宏. インフォームド・コンセントと守秘義務. 精神科臨床における倫理 法と精神医学の対話3(石川義博編). 東京: 金剛出版; 1996. p6.
- 18) 前掲15); 1342.
- 19) 前掲7); 116.
- 20) 前掲15); 1342.
- 21) 前掲6); 53-89.
- 22) 熊倉伸宏. 臨床人間学インフォームド・コンセントと精神障害. 東京: 新興医学出版社; 1994. p33-35.
- 23) 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 2005; 5(3):315-321.
- 24) 前掲23); 318.
- 25) 熊倉伸宏. 非告知投薬の病理と倫理. 精神科診療の副作用・問題点・注意点 患者・家族・治療者からのメッセージ(八木剛平編著). 大阪: 診療新社; 1998. p77-89.
- 26) 前掲3); 60.
- 27) 中谷真樹. 精神科領域のインフォームド・コンセント—説明による同意をこえて—. 精神科臨床サービス 2003; 3(4):406-412.
- 28) 前掲25); 77.
- 29) 菅原道哉. セミナー「患者が薬を飲まなくなるホントの理由」の司会者として. 臨床精神医学2006; 35(1):5-7.
- 30) 長嶺敬彦. 太りすぎの悩みに答える—抗精神病薬と肥満—. ぜんかれん. 全国精神障害者家族会連合会2006; 6:18-23.
- 31) 松井八重子. 音楽を取り入れた運動療法 肥満改善の試み. 精神科看護 2004; 31(2):22-27.
- 32) 田中美恵子. 精神看護学 学生—患者のストーリーで綴る実習展開. 東京: 医歯薬出版株式会社; 2003. p2.
- 33) 長嶺敬彦. はじめての抗精神病薬「副作用」マニュアル中編. 精神看護 2005; 8(5):30-33.
- 34) 長嶺敬彦. 静かなる副作用とノンコンプライアンス. 臨床精神医学 2006; 35(1):17-26.
- 35) 前掲33); 31.
- 36) 前掲30); 8-12.
- 37) ハヴィガーストRJ. ハヴィガーストの発達課題と教育—生涯発達と人間形成—. 児玉憲典, 飯塚裕子訳. 東京: 川島書店; 1997. p125-142.

- 38) 内野俊郎, 牧田潔, 前田正治. 心理教育と薬物療法—心理教育を経験することによって抗精神病薬のメリットが本人に実感された例. Presented by Frontier 2005; 6 (4): 289–294.
- 39) 伊藤順一郎, 土屋徹, 小林清香ら. あせらず・のんびり・ゆっくりと～病気・くすり・くらし～. 東京: 全国精神障害者家族会連合会; 2001. p1.
- 40) 前掲38): 289–294.
- 41) 内野俊郎, 牧田潔, 内村直尚. 心理教育のアウトカム—その効果とセルフ・ステイグマに対しての課題および展望. Schizophrenia Frontier 2004; 5 (2): 111–114.
- 42) 吉尾隆, 中谷真樹, 稲田俊也. 自覚的薬剤体験と薬物療法—服薬指導の中に現れる自覚的薬物体験—. 病院・地域精神医学 2001; 44(3): 267–270.
- 43) 粕田孝之, 澤村きよみ. 看護者が行う集団療法—心理教育グループプロジェクト (その1). 精神科看護 2000; 27(11): 56–60.
- 44) 粕田孝之, 澤村きよみ. 看護者が行う集団療法—心理教育グループプロジェクト (その2). 精神科看護 2000; 27(12): 48–55.
- 45) 松田光信. 看護介入としての服薬心理教育導入プロセス—精神科急性期治療病棟での試み. 精神科看護 2004; 31(7): 43–47.
- 46) 原田誠一. 心理社会的治療と非定型抗精神病薬～社会復帰へ向けて—統合失調症の認知療法と薬物療法—精神療法と薬物療法の進歩の好ましい相互作用. Schizophrenia Frontier 2005; 6 (2): 139–142.
- 47) 前掲38): 289–294.
- 48) 白井桂子. 変わりゆく精神科看護—ある精神科病院の取り組み—第2回がんばれ! 外来. 変わりゆく精神科看護, 財団法人井之頭病院; 2001. p11–17.
- 49) 五十里瑞枝, 市川佐栄子. 相談業務担当看護師を常時受付に. 精神科看護 2003; 30(11): 24–28.
- 50) 小松正泰. 新薬開発に向けた当事者の期待と参加—家族・当事者の現実から—. 精神科看護 2002; 29(2): 34–38.
- 51) 吉岡昭子. 病気へのこだわりが「どう生きるかに変わった」—地域で暮らす精神障害者からの提言—『薬に立つ会』—自分の病気を知らなければ薬は飲めない—高知県日高村/当事者主体の服薬教室の軌跡から. 精神看護 2002; 5 (5): 59.
- 52) 田村靖子. 自分の薬を知らずに飲み続けるなんてできません—地域で暮らす精神障害者からの提言—『薬に立つ会』—自分の病気を知らなければ薬は飲めない—高知県日高村/当事者主体の服薬教室の軌跡から. 精神看護 2002; 5 (5): 59–60.
- 53) 藤野邦夫, 藤野ヤヨイ. 精神科薬物療法における副作用情報の説明責任と看護師の立場. 新潟大学医学部保健学科紀要 2002; 7 (4): 437–448.

- 54) 山梨武夫. 病とのつきあい・薬とのつきあい. 精神科看護 2005;32(11):32-34.
- 55) 前掲5):313.
- 56) 後藤雅博. 心理教育の歴史と理論. 臨床精神医学 2001;30(5):445-450.
- 57) 大橋謙策編集代表. 編集日本地域福祉学会. 新版地域福祉辞典. 東京:中央法規;2006. p191.