

Title	精神疾患患者にとって権利とは何か?
Author(s)	戸田, 由美子
Citation	医療・生命と倫理・社会. 2010, 9, p. 44-60
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/6449
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

精神疾患患者にとって権利とは何か？

戸田由美子

(高知大学教育研究部医療学系医学部門准教授、精神看護学)

はじめに

今日、患者の権利に対する意識は高まりつつある。日本医師会、日本看護協会等において、患者の権利を守ることが明文化され、多くの病院で患者の権利が保障され記されるようになった。しかし、精神科医療について振り返ってみると、医療従事者は病状悪化により入院治療の必要な状況であっても入院拒否・治療拒否をする患者の医療・看護に携わり、措置入院・医療保護入院といったある種の強制力を働かせた法律に基づいて治療・看護を行なっている。ともすると人権侵害に陥りかねない現状の中で、医療従事者は常に患者の権利と医療・看護の必要性との狭間でジレンマを感じながら患者と関わっているのが実情である。

精神科医療は、1900年に制定された精神病患者監護法に始まり、今日の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法と略す。）に至るまで精神障害者¹の処遇をめぐる歴史であった。第二次世界大戦後、日本国憲法（1946年）、世界人権宣言（1948年）等により人権保障に向けた動きが進展した。また、1960年代に米国で始まった公民権運動や消費者運動が、患者の権利運動へと拡大発展し、その中で意思決定における患者の自律性の尊重が主張されるようになったこと²が、今日の患者の権利へと発展してきたと言われている。そのような中で、患者の権利を擁護するアドボカシー概念が注目を集めている。筆者は、先行研究として「看護におけるアドボカシーの概念分析」³を行なった。しかし、アドボカシー（患者の権利擁護）を行うに当たって、実際「患者の権利とは何か」を明確にしないまま闇雲にアドボカイトしようとしても、本当に患者の権利を擁護しているのかわからなくなる。ましてや、精神科領域においては、法律や患者の病状等が絡んで患者の権利をどのように考えたらよいのかかなり難しい問題である。

そこで、今回、患者の権利とは何かを歴史の変遷をたどりつつ、そして、現在の精神保健福祉法等精神科医療を取り巻く法律との兼ね合いなども踏まえて、精神疾患患者にとっての権利とは何か、精神科看護師はどのように患者の権利を考え守ったらよいのかについて考察したい。

1 憲法・基本法規における人権概念

ここでは、第二次世界大戦以降に制定された基本法規、具体的には日本国憲法、国連の世界人権宣言等における人権に関する主な条項を確認しておく。

1) 1946年「日本国憲法」⁴

日本国憲法（1946年11月3日公布、1947年5月3日施行）の「第3章国民の権利及び義務」に、人権概念の基本的な枠組みが記されている。第11条では、「国民は、すべての基本的人権の享有は妨げられない。侵すことのできない永久の権利として現在及び将来の国民に与えられる」と記され、第12条では自由・権利の保持の責任とその濫用の禁止が規定され、第13条では、「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」と謳われている。第14条では法の下での平等が、第18条では奴隷的拘束及び苦役からの自由が、第25条では「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と明記されている。

2) 1948年「人権に関する世界宣言」（通称「世界人権宣言」）⁵

1948年12月10日第3回国際連合総会で採択。前文では、「人類社会のすべての構成員の固有の尊厳と、平等で譲ることのできない権利とを承認することは、世界における自由、正義及び平和の基礎である…」と述べられており、30条に渡り人権保障が明記されている。日本国憲法では言及されていない重要な権利として、第3条「すべて人は、生命、自由及び身体の安全に対する権利を有する」という条項を挙げる事ができる。

3) 1950年「欧州人権条約」⁶

世界人権宣言を受けて、1950年11月4日に欧州評議会⁷加盟国によって調印され、1953年9月3日発効した。欧州人権条約は、自由権（生命、自由、財産など）の個別法益の完全性を保護するものである。第11議定書に則り、1998年11月1日から新欧州人権裁判所が機能している。

これらの基本法規における人権保障が医療における患者の権利へとつながっていく。

2 患者の権利の変遷

ここでは、患者の権利を中心に医療を取り巻く法規の流れを振り返る。第二次世界大戦後、ナチス人体実験の反省からニュルンベルク綱領（1947年）⁸において、医学研究においては、その被験者の自発的同意が本質的に絶対に必要であることなど、被験者の保護が明記された。

1) 1953年 国際看護師協会（ICN）「看護師の倫理国際規律」⁹

規律の根底にあるものは、看護師は人間本来の自由と人命を守ることの重要性を信じているという理念である。特記すべきは、「7. 看護師は、医師の指図を知的かつ忠実に実行し、非倫理的処置に参加することを拒否する義務がある。8. 看護師は、医師やヘルスチームの他の成員を信頼する。僚友の無能力あるいは非倫理的行為は然るべき筋にのみ暴露されるべきである。」という項目である。

2) 1964年(2008年修正)世界医師会「ヘルシンキ宣言」(人体実験法に関する世界医師会倫理綱領)¹⁰

「ジュネーブ宣言」(1948年)、「国際医療倫理綱領」(1949年)を踏まえ、特に臨床研究を行う際の医師への勧告として採択された。Ⅰ基本原則5項目、Ⅱ専門的処置を組み合わせた臨床研究2項目、Ⅲ非治療的臨床研究4項目を掲げた。Ⅲ2では、「臨床研究の性質、目的、および危険については被験者に医師から説明が行われなければならない。」とされ、またⅢ3a「人間に対する臨床研究は、本人に熟知させた後に、その自由意思による同意がなければ着手することはできない。もし本人が法的に無能力ならば法制上の保護者の同意を得なければならない。」、Ⅲ3b「臨床研究の被験者は自己の選択能力を十分に行使し得るような精神的、身体的、法的状態にななければならない。」、Ⅲ3c「同意は原則として文書によらなければならない。しかし、臨床研究の責任は常にその研究従事者の側にある。いかなる場合にも、たとえ同意が得られた後においても、その責任は被験者が負うことはない。」と明記されている。さらに2008年修正版¹¹では、「15. 研究計画書を作成し倫理審査委員会に提出し承認を得る。」、「20. 医師は、内在する危険が十分に評価され、かつそのリスクを適切に管理できることを確信できない限り、人間を対象とする研究に関与することはできない。」、「24. 人間を対象とする医学研究において、それぞれの被験者候補は、目的、方法、資金源、起こりうる利益相反、研究者の関連組織との関わり、研究によって期待される利益と起こりうるリスク、ならびに研究に伴いうる不快な状態、その他研究に関するすべての側面について、十分に説明されなければならない。被験者候補はいつでも不利益を受けることなしに、研究参加を拒否するか、または参加の同意を撤回する権利のあることを知らされなければならない。(中略)被験者候補がその情報を理解したことを確認したうえで、医師または他の適切な有資格者は、被験者候補の自由意志によるインフォームド・コンセントを、望ましくは文書で求めなければならない。」など、インフォームド・コンセントについて詳細な記載がなされている。

3) 1972年 ベス・イスラエル病院「患者としての貴方の権利」¹²

ボストンにあるベス・イスラエル病院が独自に「患者には権利がある」と患者に知らせた画期的なことを明記した文書であり、その後大きな影響を与えた。

患者の権利の具体的内容は以下の10項目から成る。①最善の医療を受ける権利、②尊重された処遇、③プライバシー保護、④情報の提供とインフォームド・コンセント、⑤知る権利(学生実習教育プログラムの参加と拒否)、⑥研究前のインフォームド・コンセントと参加拒否の権利、⑦退院の権利と患者の義務、⑧診療簿をみる権利と担当医に対する質問の薦め、⑨支払いに関する情報の守秘義務と援助確保のための情報提供、⑩当病院における商業主義の排除。患者の責任についても、医療者との約束、他の患者に対する思いやり(騒音、喫煙などの禁止、同様に見舞客の他の患者への思いやり)、請求書に対する支払いの義務などが記載されている。

4) 1981年(1995年9月修正)世界医師会「患者の権利に関するリスボン宣言」¹³

これは今日、患者の権利のリストとして広く受け入れられているものであり、以下の6項目から成る。1. 患者は自分の医師を自由に選ぶ権利を有する。2. 患者は何ら外部からの干渉を受けずに自由に臨床的および倫理的判断を下す医師の治療看護を受ける権利を有する。3. 患者は十分な説明をうけた後に治療を受け入れるか、または拒否する権利を有

する。4. 患者は自分の医師が患者に関するあらゆる医学的および個人的な詳細な事柄の機密的な性質を尊重することを期待する権利を有する。5. 患者は尊厳をもって死を迎える権利を有する。6. 患者は適当な宗教の聖職者の助けを含む精神的および道徳的慰めを受けるか、またはそれを断る権利を有する。1995年修正¹⁴では最初に、1. 良質の医療を受ける権利、が謳われ、4. 意識のない患者、5. 法的無能力の患者、それぞれの代理人による同意の必要性、9. 健康教育を受ける権利、などが追加された。

5) 1983年 日本病院協会「勤務医マニュアル」¹⁵

ここには患者の権利と責任が明記されている。1. 医療上最適のケアを受ける権利、2. 適切な治療を受ける権利、3. 人格を尊重される権利、4. 個人情報と保障される権利、5. 医療上の情報、説明を受ける権利、6. 医療行為（法による許可範囲外）を拒否する権利、7. 関係法規と病院の諸規則などを知る権利。

6) 1984年「患者の権利宣言（案）」¹⁶

市民グループ「患者の権利宣言（案）全国起草委員会」によるもので、日本の人権宣言の先駆けとなる。項目は以下の6項目である。①個人の尊厳、②平等な医療を受ける権利、③最善の医療を受ける権利、④知る権利（主治医ならびに診療に関与する医療従事者の氏名・資格・役割を知る権利）、⑤自己決定権、⑥プライバシーの権利（患者の情報は患者本人の承諾なくその診療に直接関与する医療従事者以外の第三者に開示されない）。

これは、1991年の「患者の諸権利を定める法律要綱案」に発展していく。

7) 1992年 日本弁護士連合会「患者の権利の確立に関する宣言」¹⁷

患者が自己の病状、医療行為の目的、方法、危険性、代替的治療法などにつき正しい説明を受け理解した上で自主的に選択・同意・拒否できるというのがインフォームド・コンセントの原則であり、これは、患者が適切な医療を受ける権利と並んで、医療において必要不可欠なものである。ところが、わが国の医療現場においては、患者は、正しい説明を受け、理解した上で自主的に選択しているとはいえないのが実情であるとし、真に患者のための医療が実現されるように、医療の現場でインフォームド・コンセントを中心とする患者の諸権利が保障されることが必要であると考え、患者が自ら連帯することを支援するとともに、国、自治体、医療機関などが患者の権利の確立のために立法化を含めたあらゆる努力を尽くすことを求め、上記内容を7項目にまとめて提案している。

8) 1994年「ヨーロッパにおける患者の権利に関する宣言」（以下、ヨーロッパ患者の権利宣言と略す。）¹⁸

これは、世界保健機関（WHO）ヨーロッパ地域事務所開催の「患者の権利に関するヨーロッパ会議」で提示されたもので、患者の権利を6項目にまとめている。①保健医療における人権と価値、②情報、③コンセント、④秘密保持とプライバシー、⑤ケアとトリートメント（「患者は高度な技術水準のみならず患者と保健医療提供者の間の人間的な関係に裏づけられる質のケアを受ける権利」「自己に対する診断、治療及びケアにおいて、尊厳をもって扱われる権利」「ケア及び治療の過程において、家族、親戚、友人からの援助を受け、いつでも精神的な支援と指導を受ける権利」「現在の知見に応じて、苦痛を軽減される権利」「人間的なターミナルケアを受け、尊厳ある死を迎える権利」など）、⑥適用（「権利の行使のため適当な手段の確立」「権利の享受は、差別なく保障されるべき」「苦情申立の権利」「自分の苦情について、徹底的に、公正に、効果的に、そして迅速に

調査され、処理され、その結果について情報を提供される権利」など）。

9) 日本の医療専門職団体による綱領・指針

日本看護協会¹⁹は、2003年に「看護者の倫理綱領」を提示した。条文は15項目から成り、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する、守秘義務を遵守し、個人情報の保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は適切な判断のもとに行う、などの内容が記載されている。

日本精神科看護技術協会（以下、日精看と略す。）²⁰は、2004年5月に公表した「精神科看護の定義」の中で、個人の尊厳と権利擁護を説き、それを踏まえて「倫理綱領」を提示した。その中では、個人の尊厳と権利を擁護すること、インフォームド・コンセントと患者の治療への参画への努力をすること、隔離等の行動制限を最小限度に努力すること、秘密保持とプライバシーの保護の内容が記載されている。

日本医師会²¹は、2008年6月改定の「医師の職業倫理指針」で、①患者の自立性の尊重、②善行、③公正の3原則を基本とした。患者に対する責務として、病名・病状について患者・家族への説明（患者に病名・病状を知らせない場合の対応についても明記）と患者・家族等の同意（輸血拒否への対応が詳しく述べられている）、守秘義務、患者の個人情報、診療情報の保護と開示、セカンドオピニオンなどが記載されている。

日本精神科病院協会²²が1999年9月に公表した倫理綱領の「3.人権尊重と守秘義務」の中では、「精神科病院の職員は、とくに患者の基本的な人権を尊重するとともに、守秘義務についても厳重に守る。」と記載されている。

3 精神科医療の歴史と人権

ここでは日本における精神科医療の歴史及び精神疾患患者の権利に関する国際的なルールについて述べる。

日本における最初の精神科医療に関する法律は、1900年の精神病患者監護法²³である。「私宅監置を認めて家族に患者の監護の責任を義務づけたもの」である。1950年、精神衛生法²³の成立をもって「私宅監置」は廃止された。そして、1987年の精神保健法²³により、初めて人権への配慮が明記された。人権擁護に関する規定として、本人の意思に基づく任意入院、指定医制度、退院請求、処遇改善請求を申し立てる患者の権利、入院時にそれらを告知する義務、退院請求や病状報告を審査する精神医療審査会の設置、通信面会の保証、身体拘束についての条件が記載されている。

1) 1991年 国際連合「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」（通称、国連原則）²⁴

本文は25の原則から成る。1. 基本的自由と権利、2. 未成年者の保護、3. 地域社会における生活（可能な限り地域社会に住み、及びそこで働く権利）、4. 精神疾患を有することの判定、5. 医学的診察、6. 秘密保持、7. 地域社会と文化の役割、8. ケアの基準、9. 治療（治療・ケアは①個別的、②患者の参加、③専門職による立案された治療計画）、10. 薬物投与（薬物投与は患者の健康上の最善の必要性を満たすために行われ、治療又は診察上の目的でのみ行われるものであって、懲罰や他の人の便宜のためになされてはなら

ない。)、11. 治療への同意(患者はインフォームド・コンセントの権利を放棄するよう勧められたり誘導されたりしてはならない。条件付きでインフォームド・コンセントなしでの治療計画の実施。身体的拘束又は非自発的な隔離における手続きや治療について。不妊手術は精神疾患の治療としては禁止。臨床治験への参加について。)、12. 権利の告知、13. 精神保健施設における権利の条件(法の下的人格として承認される。精神保健施設内の環境及び生活状況は同年齢の人の通常の生活にできる限り近いもの。)、14. 精神保健福祉の資源(精神保健施設では他の保健施設と同じ水準の資源を備える。)、15. 入院の原則(非自発的入院を避けるようあらゆる努力を払う。)、16. 非自発的入院(非自発的入院の判断について。)、17. 審査機関、18. 手続き的保障、19. 情報へのアクセス、20. 刑事犯罪者、21. 不服、22. 監督と救済、23. 実施、24. 精神保健施設に関する諸原則の範囲、25. 既得権の留保。

2) 1995年 「精神保健福祉法」(2005年改正)²⁵

1993年の障害者基本法²⁵と1994年の地域保健法の改正を受けて、精神保健福祉法が成立した。精神障害者の人権擁護と地域生活支援活動の充実、精神科病院の改革を進めることが目指されている。入院形態は、任意入院、医療保護入院、応急入院、緊急措置入院、措置入院である。入院形態と隔離(12時間超)・身体拘束時の精神保健指定医による診療録記載義務。第5節は精神科病院における処遇として、一定の条件の下に、入院患者に行動の制限を加えることができる旨の規定や、厚生労働大臣が定めた規定を精神科病院管理者は遵守しなければならないことが記されている。しかし、信書の発受・電話・面会の制限については、判断する者の規定がない。隔離(12時間超)・身体的拘束の判断は精神保健指定医が行う。任意入院者の解放処遇の制限は、医師の判断によって始められるが、概ね72時間以内に精神保健指定医が診察を行うとされている。

3) 2003年 「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」(以下、「医療観察法」と略す。)²⁶ 2005年施行

本法の目的は、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行い、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」とされる。

4) 2006年 国際連合「障害者の権利に関する条約」²⁷

本条約は、2006年12月13日の第61回国連総会において選択議定書とともに採択された。日本政府は2007年9月28日に条約を批准した。

条文は、前文から第五十条までであるが、その第三条一般原則には次のように記されている。1. 固有の尊厳、個人の自律(自ら選択する自由を含む。)及び個人の自立を尊重すること、2. 差別されないこと、3. 社会に完全かつ効果的に参加し、及び社会に受け入れられること、4. 人間の多様性及び人間性の一部として、障害者の差異を尊重し、及び障害者を受け入れること、5. 機会の均等、6. 施設及びサービスの利用を可能にすること、7. 男女の平等、8. 障害のある児童の発達しつつある能力を尊重し、及び障害のある児童がその同一性を保持する権利を尊重すること。

4 患者の権利に関する文献検討

医学中央雑誌（1983-2009）にて看護領域で「患者の権利」で検索を行っても「患者の権利」そのものを扱ったものはなく、「患者の権利擁護」＋「看護」で検索すると312文献が見当たり、分類すると主に、自己決定（86件）、行動制限（24件）、インフォームド・コンセント（24件）、人権・患者尊重（22件）、情報開示（9件）を扱ったものが多かった。ここでは、「患者の権利」について論じた主な文献について述べる。

井上ら²⁸（精神保健福祉士、以下、PSWと略す。）は、精神障害者が実際の生活のどのような場面で、自分の権利が守られていないと感じた経験をしているかを明らかにしている。結果は、（1）精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の運用上に起こりうる権利侵害の体験として、「非自発的入院の体験」、「入院時の告知」。（2）基本的人権の保障に関わる人権侵害として、「病院内での患者の「使役」」、「病棟生活の管理」。（3）一般医療と共通する「患者の権利」に関連する事柄として、i）「インフォームド・コンセント」（「病名告知の必要性和困難さ」、「服薬をめぐるインフォームド・コンセントとその困難」、「判断能力が一時的に制約される状態の時の強制治療をめぐる」）、ii）「社会的役割の回復と再発のリスクの管理」、iii）「生活を支える社会資源・制度についての情報の保証」を抽出している。判断能力が一時的に制限される状態に陥った時に受ける治療について、患者はどのような治療を受けたいか希望を持っており、可能な限り苦痛の少ない治療を望んでいることを明らかにしている。

Vickie²⁹（看護師）は、看護における患者の権利として16項目を提示した。「患者にとって最も重要な権利は、尊敬された治療と思いやりのあるケアを受け取ることである。質の高いケアは最も重要で常時利用されるべきである。不幸にも多くの看護リーダーたちは、患者の権利はいつも守られているわけではない」と報告している。

Scottら³⁰（看護師）は、自主性（autonomy）、プライバシー、インフォームド・コンセントについて、長期間高齢者施設に入所している高齢者とケアを行っている看護師に調査した。「情報を与えること、ケアと情報提供について意思決定に参画する機会、老人のプライバシーを守ることにに関してスタッフと老人の反応の間に近い一致があった。調査結果は、現在まで、尊厳と患者の権利の倫理認識と感受性に関してスタッフを教育する有意な必要がまだあることを示唆する」という内容であった。「文献検討に基づいて、我々は自主性、プライバシーとインフォームド・コンセントが日々の看護介入で、患者を尊敬する上での重要な要素であると結論することができた」と述べている。

McDanielら³¹（看護師）は、マネージドケアにおける精神保健領域の患者へのケアを考えるために、利害対立、守秘性、患者の権利、十分なサービスを受けていない患者と配分、そして倫理分析のレベル、の5つの問題に取り組み、問題への取り組みの戦略を提案した。戦略として「マネージドケアに関連した倫理問題について情報提供することが看護師には必要である。患者に治療理解を促したり、インフォームド・コンセントを与えたりすることが必要。過度の圧力で患者が判断できないとき看護師はアドボケートできる」と述べている。

Usher³²（看護師）は、精神科看護においてインフォームド・コンセントを強化するためのモデル構築の研究を行った。向精神薬を使用の場合、インフォームド・コンセントを

求めることが精神科の臨床で看護師の役割に加えられなければならないようそのプロセスのモデルを提案している。

小笠原ら³³（看護師）は、患者の権利は尊重されているかについて、患者・家族へアンケート調査を行った。質問紙内容は、1. あなたの話をよく聞いてくれますか、2. あなたの考えや気持ちを尊重してくれますか、3. 親切ですか、4. 親しみやすいですか、5. 言葉遣いは丁寧ですか、6. 何でも相談できる雰囲気ですか、7. 看護師の説明は十分ですか、8. プライバシーは守られていますか、10. 呼んだ時すぐに来てくれますか、11. どの看護師も問題なく同じように対応してくれますか、である。1～5、7、8は「満足」、「やや満足」の合計が90%以上、6、9、10は87～88%、11は84%であった。

5 精神科医療における人権に関わる問題

ここでは、精神保健福祉法（1995年）以降の主な精神疾患患者の人権に関わる問題をみていく。

1) 精神科医療における不祥事

以下に掲げる事件は、主に読売新聞「シリーズ精神医療（4）変わる精神病院」（2001.12.25）³⁴による。

- 1996年 栗田病院事件（長野県）：院長が死亡患者の預金着服、脱税、患者虐待
- 1997年 大和川病院事件（大阪府）：暴行死、違法入院・拘束、電話・面会妨害、使役労働、職員水増し、24億円不正受給
 - 山本病院事件（高知県）：看護助手ら2名が医療保護入院で入院中の患者の頭を壁に打ちつけ死亡させる
- 1998年 国立犀潟病院事件（新潟県）：違法拘束中の女性がノドに物を詰めて窒息死。その他違法な行動制限、①医師の診察・指示がないまま看護師の判断で拘束されていた、②拘束理由が看護師の手が回らないという理由だった、③規則で定める諸手続や記載を行っていなかった
 - 奄美病院事件（鹿児島県）：看護師3名が、女性患者を庭木に縛る
 - 平松記念病院事件（北海道）：保護室に男性患者2人を入れ、1人が暴行死
- 1999年 松口病院事件（福岡県）：患者の退院・処遇改善請求を取り下げさせる
- 2000年 上妻病院事件（東京都）：死亡患者の改印届を銀行に提出、職員水増し
- 2001年 朝倉病院事件（埼玉県）：不要な中心静脈栄養、違法拘束、病室で手術
 - 箕面ヶ丘病院事件（大阪府）：職員水増し、違法拘束、外出制限、電話妨害

2) 精神疾患患者の人権に関わる訴訟

磯野³⁵によると2000年から2004年までの5年間の医事関係死傷事件における精神科の件数は166件である。「患者の自殺事例に関する紛争例が増加している」と述べている。

1996年9月最高裁判所は、措置入院中の患者が院外散歩中に無断離院し、通行人を刺殺した事件に対し、国家賠償法にもとづく損害賠償と病院の過失責任を認め、被害者の遺族に損害賠償の支払いを命じた。³⁶

1997年9月福岡高裁宮崎支部は、入院治療を受けていた患者が、糖尿病腎症の治療の

ため A 県立病院に人工透析法を求めたところ「人工透析法のための日常の自己管理能力がない」との理由で断られ、まもなく死亡した事例に対し、家族が A 県立病院を相手取り損害賠償請求を求め、勝訴した。³⁷

桑原らの報告によると、被告 A 病院精神科入院中の原告 B が無断外出し飛び降り自殺を図った事例で、2004 年大阪地裁は、被告 A 病院の医師らは自殺企図を有した B の自殺を防止するための十分な監護・監視を怠った過失があったとして、患者側が医療側に対し損害賠償の支払いを求めた事案に対し、自殺を予見できなかったことはやむを得なかったとの判断で本件損害賠償請求は棄却された。³⁸

6 考察

ここまで、主に第二次世界大戦後の世界及び日本の人権や患者の権利をめぐる状況を見てきた。そして、日本の精神科医療における人権の捉え方、今なおなくならない精神科医療における不祥事や訴訟について人権と関連付けながら見てきた。それを踏まえて、1) 患者の権利とは人権である、2) 精神科における患者の権利の難しさと重要性、3) 精神科看護師として患者の権利をどう守るか、の 3 点に即して考察する。

1) 患者の権利とは人権である

松井³⁹によると、「「基本的人権」と「人権」は区別されることなく、人が人たることに基づいて当然に有する権利と理解される」。この社会に人として生を受けた瞬間から人は「人権」を獲得するものであると言える。

J.S.Mill⁴⁰ は、「あるものをだれかの権利というのは、その人がその所有についての保護を、法律の力なり、教育や世論の力なりによって、社会に求める正当な請求権をもっていることを意味する」と言明した。Jenny⁴¹によると、「古典的権利には、声明、自由、幸福の追求などがあり、新しいところでは健康、表現の自由、自己決断などが含まれる」。日本国憲法において重要な箇所は、13 条（個人の尊厳、幸福追求権）、第 14 条（法の下の平等）、第 25 条（生存権）であろう。日本国憲法の幸福追求権は、アメリカの独立宣言に由来し、「名誉、プライバシーなどの人格権、自己決定権、あるいは適正な手続きをうける権利などが、幸福追求権の内容として問題にされる」⁴² と言われている。なかでも重要なのは自己決定権ではないかと考える。

大谷⁴³ は、「人生をいかに生きるか、どのような人生を選ぶかという自己決定権は、幸福追求のまさに原点ですから、新しい人権のなかでは特に重要であると思う」と述べており、Hobbes⁴⁴ は、権利とは自由であるとし、「自然権とは、（中略）したがって、それは自分自身の判断と理性とにおいて、そのためにもっとも適当な手段であると考えられるあらゆることを行なう自由である」と述べている。しかしながら、初めて病院を受診する患者は不安感を相当抱いている。そして、重い病気に罹患している場合、自己決定をするように言われても医学的知識もなく、多くは主治医の意向に従ってしまいがちではないかと思われる。また、日本では長い間お任せ医療とかパターナリズムといえる医師中心の医療がなされてきた。病院を受診するということがすでに人を脆弱にさせる。Annas⁴⁵ は、「病気になると私たちは、病気でないときなら精力的に主張する権利を、この妥協が回復に役立つのではないかという期待から、しばしば自ら放棄する」と述べている。したがっ

て、患者には権利があるということを医療者が患者に知らせ安心感を抱かせることが必要である。1972年にベス・イスラエル病院が世界に先駆けて「患者としての貴方の権利」を提示したが、それから30年以上遅れて、日本でも現在、多くの病院で患者の権利が提示され保障されてきはじめた。

しかしながら日本の現状を鑑みると患者の権利保障は十分とは言えない。患者オンブズマン組織⁴⁶が、1999年7月から2007年6月までの8年間に患者や家族からの申立による苦情調査を行い、その際一番多かった事案はインフォームド・コンセントの原則に関わるケースだった。他に、患者のプライバシーや尊厳に関わるもの、情報提供を問うもの、カルテ開示に関するもの、医薬品や副作用や安全性など患者の安全に関わるもの、苦情対応システムに関するものなどであった。世界人権宣言では身体の安全に対する権利が掲げられている。医療の現場で患者の心身の安全を守るということは原則である。患者-医療者の信頼関係を築くことがこれらの苦情を軽減することにつながり、その基盤はやはり正確な情報を患者に伝えることではないかと考える。また、医療・看護は、患者の身体に直接触れる機会が多く、患者のプライバシーが容易に侵されやすい領域である。だからこそ安全確保やプライバシーへの配慮は常に意識しておかなければならないと言えよう。

隈本⁴⁷は、患者の権利として、インフォームド・コンセント、カルテ開示、病名告知、医療事故防止をあげている。カルテ開示については、2005年4月の個人情報保護法の完全施行によって、事実上法制化された。これらの患者の権利が実行されるなら、よりよい医療を患者・家族と共に実現していけると思われる。患者の権利を当たり前とするのは、医療者と患者が対立することではなく、患者-医療者関係を円滑にし、対等な立場で一緒に考え治療・看護を行っていくことである。それは、医療者一人ひとりの職業倫理が問われていることだと言える。ことに人の心身への侵襲の大きい治療・看護の領域であるからこそ、患者の安全を守り尊厳を尊重して関わっていくことが求められている。池永⁴⁸は「相手によって、また場合によって、知らせ方、判断の求め方は工夫しなければなりません。「知る権利」「自己決定権」を、患者と医療担当者双方の主体性を殺さないで生かしていく方向については、（患者の権利宣言（案）全国）起草委員会と医療団体とがもっと話し合い、お互いの理解を深め合って、その表現方法を検討する必要があります」と述べているように、医療者と患者の双方が歩み寄っていくことが望まれる。

2) 精神科における患者の権利の難しさと重要さ

Annas⁴⁵は、「権利とは、人間の尊厳を基礎とし、私たちを守ってくれるものである」、「患者の権利は、人道的で必要に応じるあらゆる医療制度の中心に位置する」と述べている。しかし、精神科医療の歴史を振り返ってみると、患者は長期間に渡って人としての尊厳を守られてこなかったことが伺える。1950年まで治療らしい治療はなされず「私宅監置」が認められていた。大谷⁴³は「精神科医療の原点は、精神障害者の幸福追求権をどのように保障するかに着目し、この観点から精神科医療の改善を目指すべきである」と述べている。「国連原則」「障害者の権利に関する条約」には、固有の尊厳、個人の自律、差別されないこと、精神保健施設は他の保健施設と同じ水準の資源を備え、施設内の環境及び生活状況は同年齢の人の通常の生活にできるだけ近いものにすることが明記されている。これらの実現が精神障害者の尊厳を守り幸福追求権獲得につながると考える。誰が入院しても暖かみを感じ気持ちが落ち着く空間であれば、精神的に癒される。また食生活が豊か

であることもこころを豊かな気分にするし、大事にされていることを実感することができる。日々の当たり前の生活を大事にしながらケアを提供することが患者を尊重することにつながるとされる。小笠原ら³³の研究は、患者を尊重した態度や関わり、相談しやすさや看護師の説明の仕方、プライバシーの保護ということの実践であり、日々丁寧な関わりをしていくことが、患者自身が尊重され受け入れられていると安心して療養できることにつながる。人的治療環境として重要なことだと考える。

精神科医療では、治療のために非自主的入院や隔離・拘束が行われる。また、病棟の構造上閉鎖病棟での治療も行われる。法律の中で、人の自由を拘束できるのは、刑法と、医療では感染症予防法と精神保健福祉法である。まずはそのことの意味を医療者が念頭に置き、閉鎖病棟や隔離・拘束していることの意味を真摯に受け止めることが求められる。精神科病院の不祥事を振り返っても、不当な隔離・拘束が行われていた。患者は病状が悪化し、幻聴に振り回されたり、感情のコントロールを失ったり、退行することで、暴力や暴言などの行動化に至ることがある。度重なると医療者にその患者への陰性感情が生じることもある。だからと言って不当な隔離・拘束をしていいというものではない。医療者自身が自戒する必要がある。高齢者の虐待の9割が同居者という厚労省の最近の調査⁴⁹があるが、心理的距離が近く閉鎖的で孤立しやすい状況のなかで虐待は起こりやすいといえよう。精神科病院も入院期間が長く（2006年現在で平均在院日数320.3日⁵⁰）、閉鎖病棟は全体の病床数の63.7%を占める⁵¹。密室の中で、患者と治療者の心理的距離が近くにつきもさっさもいかなくなっている状況もある。また、患者の病状レベルによっては、患者の安全を最優先に守るために治療構造上閉鎖病棟や保護室の使用は否めない。

まず専門家による第三者のスーパーバイズが受けられるような開かれた治療環境を作ることが望まれ、必要最小限の隔離・拘束にすべきである。2004年に新設された医療保護入院等診療料を算定するには、行動制限最小化委員会を設置し病院として毎月検討することが必要となった⁵²。また、2006年10月からは行動制限に関する一覧性台帳の作成も求められるようになり、安易な行動制限が長期に渡って行われぬよう精神科医療関係者の自覚が促されるようになった⁵²。やはり、隔離・拘束を行うことは医療のあるべき姿ではないので、患者の人権を最大限配慮するためにも早期に隔離・拘束を解くための方策をしておくことが求められている。さらに、大阪では2003年4月から精神医療オンブズマン制度が発足した⁵³。精神科病院の入院患者の擁護が目的で、このような訓練された第三者が入ることによって病院の風通しを良くし、不当な入院や閉鎖病棟での治療を減少させていく必要があると考える。

井上ら²⁸（PSW）の研究で、患者自身は判断能力が一時的に制限される状態に陥った時に受ける治療について可能な限り苦痛の少ない治療を望んでいることがわかった。そのためには、患者の病状に沿ってわかりやすく説明を行い、患者が納得して治療・看護を行うことが重要になってくる。さらに、病状が非常に悪くなると病識に乏しくなるが、病状が落ち着けば自分の病気に対する理解も出てくるし、病状悪化の徴候の病感はあるので、病状が落ち着いてからの疾患理解の教育をしていくことも必要である。そのことが非自発的入院を減少させることにも貢献すると考えられる。さらに、大場ら⁵⁴（医師）は、大学病院において2003年6月以降原則として統合失調症で受診した新患者への病名告知を行い、ほぼ90%～100%の患者・家族が病名を知っており、病名告知をされた患者の方

が満足度が高いという結果を得ている。このように病名告知を行い、病気であるという自覚を持って患者・家族・治療者が協同して病気と向き合うことがより非自発的入院を減少させることになる。

井上ら⁵⁵（医師）の研究で、患者や家族は、医療の理念に関する文書とその内容、プライバシー遵守のマニュアル、患者の権利宣言の提示を情報公開して欲しいと望んでいた。人として尊重され、いい医療を受けたいと誰もが望んでいる。上記文書を提示することは患者・家族との信頼関係を築く基盤であり、安心して医療を受けることにもつながる。さらに医療の理念や患者の権利宣言を公開することで医療者自身の意識向上にもつながると考えられる。

3) 精神科看護師として患者の権利をどう守るか

精神科病床の平均在院日数⁵¹は、1989年は496日であったが、2006年には320.3日とこの17年間で170日強減少した。しかし、一般急性期病棟の入院日数が15日前後⁵⁶となっていることから比べるとまだまだ長期入院だと言える。2008年度診療報酬改正は、社会的入院者の地域生活移行への条件整備と言われ、精神科救急入院料の引き上げがなされ在宅へ移行する患者の割合が増加された⁵⁷。それは入院と同時に退院後の生活を射程に入れてケアすることを示唆している。精神科看護師は、患者がどのような生活を望んでいるのか、患者の意向を聞き、患者と共に看護計画を策定し生活能力の向上を目指すことが求められていると言えよう。いわゆる「国連原則」には、ケアにおける患者の参加が明記されていた。また、日精看の「倫理綱領」にも患者の治療への参画への努力が明記された。誰のための看護計画なのかと考えれば当然のことである。また、「患者の権利宣言（案）」では医療者の役割を知る権利が明記されているが、看護専門職が患者に対し何を提供できるのか、さらにどのようなことを考え患者と共に何をを目指しているのかを伝えることは、患者の権利を守る上でも重要なことだと考えられる。

看護職の研究²⁹⁻³³では、精神科看護師に必要な患者の権利として、患者の自主性、インフォームド・コンセント、プライバシーの保護があげられていた。なかでも倫理問題の情報提供や治療理解への促し、向精神薬の情報提供や患者の理解が求められていた。病棟の中で患者にとって一番身近で接する時間の多い看護職が、このような役割を担うことは看護の専門性と合わせても大事であると考えられる。中でも看護のケア方針を伝え患者が自主的に自身の今後について意思表示しケアを選択することが望まれる。

井上ら²⁸（PSW）の研究結果で、精神疾患患者が権利を守られていないと感じる場面として、「病院内での患者の「使役」」「病棟生活の管理」があった。2003年～2004年の調査であり、精神障害者の語りは、精神保健福祉法以前の体験も含まれていると思われるが、「雑役」をさせられた人、病棟内であれこれと当番をさせられた人、喫煙許可のランクにより本数に制限や一律本数の決まった体験の人、病棟にライターを持ち込んで煙草を吸い保護室へ入室させられた人、などであった。精神科では他科以上に病棟ルールが細かく決められており患者の自由度は低い。例えば、お金やおやつに関しても病棟管理であったりする。これらの状況には大きく看護職が関与している。現在このような病院は少なくなっていると思うが、もしあるとすると問題だ。病状悪化時の一時的なものはケア上必要かもしれないが、必要以上の管理は患者の自己決定権を奪うことになる。日々の生活の中で看護職が当たり前前に管理している現状は改められるべきだと思う。自分のお金を自分

自身で管理し何をかうか、おやつを何にするか。こういった一つひとつの選択を自由に患者ができることも自己決定の積み重ねにつながる。そのためには、看護職への基本的な倫理観の育成が必要であろう。入職してからの新人看護師教育で患者の権利の大切さを徹底的に教育すること、看護基礎教育で医療に携わる専門職として当然知っておくべき知識として、人権や法制度の歴史の変遷など、患者の権利を侵さないための倫理教育を徹底する必要があると考えられる。

また、精神科病院に就職すると、まず驚くことは病棟構造として閉鎖病棟と保護室があることである。そして、鍵を持ち、ドアの開閉をすることである。鍵を持つことで私たち医療者には自由があるが、入院している患者には自由がなく、私たちがそれを奪っていることになる。このような治療上精神科特有の構造は、私たちが患者の人権侵害を犯すかもしれないと常に頭に入れて患者と向き合う必要があることを教えてくれる。つまり、精神科で働く看護職には、歴史的背景も踏まえ、人権問題と日々向き合う現場で働いているという自覚と高い倫理観が求められていると言えよう。さらに、患者の病状変化をいち早く察知するには看護師に鋭い観察力が求められる。精神科は他科と違い回復のバロメーターとなる検査データが少ない。治療者一人ひとりの観察力と判断力が患者の病状把握に大きく影響する。看護師が専門知識と判断能力を向上させることが、隔離・拘束から患者を解放し、その自由を守ることにつながる。

精神疾患患者の人権に関わる訴訟で不幸な事件が起こっていた³⁵⁻³⁸。病状把握は重症な患者の場合一筋縄ではいかないことも臨床で働いているとあるが、患者 - 看護者の信頼関係をじっくり築いていく中で患者理解を深めていくことが大切である。また、精神疾患を抱えながら身体疾患に罹患し、手術や透析になる場合、受け入れ病院を探すことは結構難しい現状がある。総合病院で精神科のない病院ではより難しい。そういった時に、看護職が付き添って受け入れ病院との橋渡しをするコーディネーター役をすることも看護の専門性に属することであり、患者を守ることにつながると考える。

おわりに

「精神疾患患者にとって権利とは何か？」について、主に第二次世界大戦以後の日本内外の動きを見てきた。人権とは、日本国憲法に定めてある個人の尊厳、幸福追求権、法の下での平等、生存権を守ることがその核心をなす。この人権は、健康不健康、障害あるなしに関わらず、すべての人に平等に与えられた権利である。このことをまずしっかりと理解しておく必要がある。しかし、日本政府の人権に対する意識は決して高いとは言えない⁵⁸⁻⁵⁹。まずは、人権先進国のヨーロッパに学び日本の実情に合わせて実践していく必要があるだろう。

医療従事者に求められることは、「リスボン宣言」や「ヨーロッパ患者の権利宣言」にある、良質の医療・看護を提供する、精神疾患患者をホリスティック（全人的）に捉え尊重して関わる、患者・家族が自己決定できるようにわかりやすく情報提供を行う、プライバシーを守り患者・家族 - 医療者の信頼関係を築くことである。

そのために精神科看護師は、1) 入院時より退院後の生活を射程に入れて看護計画を患者と共に作成し実践する、2) 看護師が何を提供できるか役割を伝える、3) 日々の病棟の

中で患者自身が私物を管理し自己選択できるよう日常の細かなことから自己決定を支える、4) 隔離・拘束を早期に脱するよう病状把握等看護技術を向上させる、5) 人権問題と日々向き合う職場で働いているという自覚と高い倫理観を身に付けるため新人看護師教育や看護基礎教育で倫理教育を徹底する、以上の実践に基づいて精神疾患患者の権利を守ることが求められる。

また、精神科病院は、医療の理念に関する文書、プライバシー遵守のマニュアル、患者の権利を明記した文書を公開し、患者の権利を保障するとともに、患者には権利があり自分の病気の治療・看護について主体的に決めることができるという情報を伝えることが必要である。そして、病棟構造を過ごしやすく暖かみのある建築にし、食生活を豊かにするなど療養の主体は患者であることを忘れてはいけない。

さらに、精神科医療では閉鎖病棟、保護室、隔離・拘束という精神科特有の治療がなされている。ともすると治療者と患者が閉鎖的な関係に陥りやすいため、より開かれた治療環境を作る必要がある。専門家による第三者のスーパーバイズを受けることや、隔離・拘束をしないでもよい治療環境作り、医療従事者の発想の転換も求められているのではないかと思われる。

〈参考文献〉（下記 URL については 2009 年 1 月 5 日時点で確認）

刑法：法庫ホームページ <http://www.houko.com/00/01/M40/045.HTM#s1.1>

感染予防法：厚生労働省ホームページ

http://www.acc.go.jp/mlhw/mhw_kansen_law/114.htm

黒田研二、朝田隆、中谷真樹他 2006：精神科病院と当事者はそれぞれ公開すべき情報をどう捉えているか—アンケート調査結果の分析—。日本精神神経学雑誌。108(4)：381-387

高沢彰、井上新平、黒田研二他 2007：精神科病院における情報公開に対する姿勢について—アンケート調査結果の分析から—(第3報)。日本精神神経学雑誌。109(10)：927-934
滋賀県周行会湖南病院「患者さんの権利」：滋賀県周行会湖南病院ホームページ

<http://www.konan-psy.or.jp/konan/right/index.html>

関東弁護士会連合会編 2002：『精神障害のある人の人権』。明石書店

林かおり 2006：ヨーロッパにおける患者の権利法。外国の立法。227：1-24

石本傳江 2003：看護アドボカシーに関する海外研究の動向。インターナショナルナーシングレビュー。26(5)：62-69

小林信子 2009：医療観察法と患者の権利保障—その困難な道のり—。臨床精神医学。38(5)：721-725

池永満 1997：『患者の権利』改訂増補版。九州大学出版会

藤崎敦子、濱田由紀 2007：わが国の精神科病院建築に関する文献検討。東京女子医科大学看護学会誌。2(1)：61-69

近藤廉治 1998：精神科病院の食生活について。日本精神病院協会雑誌。17(9)：6-9

〈注〉

- 1 「精神障害者」の表示については、日本精神科看護技術協会において「精神障がい者」と記すことが提起されているが、本論文では法律用語と一致させるため「精神障害者」と記した。
- 2 澤田愛子 2001：ナーシング・アドボカシー—新しい看護倫理を考える—。富山医科歯科大学看護学会誌。4：p7
- 3 戸田由美子 2009：看護におけるアドボカシー概念分析。高知大学看護学会誌。3(1)：p23-36
- 4 山口岳志、黛弘道、上原行雄他 1996：日本国憲法。『日本の社会と世界』。清水書院。p220-232
- 5 世界人権宣言：外務省ホームページ
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/udhr/1b_001.html
- 6 欧州人権条約：有斐閣「国際条約集 2000年版」
<http://tsnews.at.infoseek.co.jp/echr-j.htm>
ミネソタ大学人権図書館
<http://www1.umn.edu/humanrts/japanese/Jz17euroco.html>
- 7 欧州評議会：外務省ホームページ
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/ce/>
- 8 ニュルンベルク綱領：福岡臨床研究倫理審査委員会ネットワークホームページ
http://med.kyushu-u.ac.jp/recnet_fukuoka/houki-rinri/nuremberg.html
- 9 石井トク、野口恭子編著 2007：『看護の倫理資料集』第2版。丸善株式会社。p13-25
- 10 前掲9。p76-79
- 11 ヘルシンキ宣言 2008：日本医師会ホームページ
http://www.med.or.jp/wma/helsinki08_j.html
- 12 星野和正 1997：『インフォームド・コンセント 日本に馴染む六つの提言』。丸善ライブラリー。p188-192
- 13 リスボン宣言 1981年：社団法人日本医師会国際課内山氏より資料提供を受ける、日本語訳は日本医師会によるものである。
- 14 リスボン宣言 1995年：日本医師会ホームページ
<http://www.med.or.jp/wma/lisbon.html>
- 15 「勤務医マニュアル」：社団法人全日本病院協会ホームページ
<http://www.ajha.or.jp/guide/12.html>
- 16 前掲9。p146-148
- 17 前掲9。p151-154
- 18 ヨーロッパ患者の権利宣言：NPO 法人患者の権利オンブズマン・ホームページ、患者の権利法をつくる会訳 <http://www.patient-rights.or.jp/shiryou1.htm>
- 19 日本看護協会「看護者の倫理綱領」：日本看護協会ホームページ
<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>
- 20 精神科看護技術協会「精神科看護の定義」「倫理綱領」：精神科看護技術協会ホームページ http://www.jpna.or.jp/info/j_rinri.html

- 21 日本医師会医師の職業倫理指針：日本医師会ホームページ
http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080910_1.pdf
- 22 日本精神科病院協会倫理綱領：日本精神科病院協会ホームページ
http://www.nisseikyo.or.jp/home/about/04_2rinri.html
- 23 野嶋佐由美監修 2002：日本の精神医療の動向．『実践看護技術学習支援テキスト 精神看護学』．日本看護協会出版会． p14-35
- 24 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 1992：斉藤正彦訳、日本精神病院協会雑誌、11：p611-620
- 25 精神保健福祉研究会監修 2007：精神保健福祉法．『三訂 精神保健福祉法詳解』．初版．中央法規．
- 26 医療観察法：医療観察法．NET
http://www.kansatuhou.net/01_nyumon/04_01houbun.html
- 27 国連障害者の権利に関する条約：(財)日本障害者リハビリテーション協会ホームページ、
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/rights/adhoc8/convention.html>
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/glossary/Convention.html>
- 28 井上牧子、大滝敦子、原久美子 2007：精神障害を有する当事者の視点から見た生活レベルでの権利擁護～精神科医療現場における「権利侵害」の体験～．目白大学総合科学研究． 3：p59-71
- 29 Vickie A. 2004：Rights of Patients, *Dimensions of Critical Care Nursing*,23(3), p129-130
- 30 PA Scott, M Valimaki, H Leino-Kilpi 2003:Autonomy, privacy and informed consent 3: elderly care perspective, *British Journal of Nursing*,12(3), p158-168
- 31 Charlotte McDaniel and Judith Erlen 1996：Ethics and Mental Health Service Delivery Under Managed Care, *Issues in Mental Health Nursing*, 17, p11-20
- 32 Kim J. Usher and David Arthur 1998：Process consent: a model for enhancing informed consent in mental health nursing, *Journal of Advanced Nursing*,27, p692-697
- 33 小笠原桂、望月理子、木嶋文子 2007：患者の権利は尊重されているか ～患者・家族へのアンケート調査から～．山梨中央病院年報． 34：p54-56
- 34 精神病院で発覚した主な問題事件 2001：読売新聞 [シリーズ精神医療] (4) 変わる精神病院 (2001.12.25)
- 35 磯野敏和 2005：5. 医療関係訴訟の動向、臨床精神医学．増刊号：p36-42
- 36 藤野邦夫、藤野ヤヨイ 2003：最高裁判決から見た病院の過失責任 無断離院中の事故と看護師の専門性．精神科看護． 30(3)：p58-63
- 37 藤野邦夫、藤野ヤヨイ 2003：身体合併症患者の受領の権利 透析治療受け入れ拒否事件．精神科看護． 30(12)：p70-73
- 38 桑原博道、小林弘幸、松本茂他 2008：医療師匠事例に学ぶ(47)—精神科 (開放病棟) 入院患者の自殺未遂事例一．日本外科学科雑誌． 110(2)：p94-95
- 39 松井茂記 2002：国民の権利の保障．『日本国憲法』第2版．有斐閣：p293
- 40 J. S. Mill 1967：功利主義論．『世界の名著 38 ベンサム J.S.ミル』．中央公論社．p516. [原著 1861年]

- 41 Jean Jenny 1995 : 患者の代弁—もう一つの看護の役割?. 小玉香津子監修. インターナショナル ナーシング レビュー. 18(5):p65[原著 1979]
- 42 幸福追求権 : Microsoft (R) Encarta (R) Reference Library 2005. (C) 1993-2004 Microsoft Corporation.
- 43 大谷實 1995 : 人権の意義. 『精神科医療の法と人権』. 弘文堂. p34
- 44 Thomas Hobbes 1979 : リヴァイアサン. 『世界の名著 28 ホッブズ』. 中央公論社. p159 [原著 1651]
- 45 George J. Annas 2007 : 患者の権利. The Rights of Patients(3d,et). 谷田憲俊監訳. 『患者の権利 患者本位で安全な医療の実現のために』. 明石書店. 原著 2004 年. p25-55
- 46 患者の権利オンブズマン全国連絡委員会 2007 : 『患者の権利オンブズマン勧告集』. 明石書店. p4
- 47 隈本邦彦 2006 : 『ナースが学ぶ「患者の権利」講座』. 日本看護協会出版会.
- 48 池永満 1994 : 『患者の権利』. 九州大学出版会. p23
- 49 高齢者虐待 1 万 5000 件 : 日本経済新聞 2009 年 11 月 21 日版
- 50 日本精神科看護技術協会監修 2009 : 総論. 精神科医療・看護の現状. 『精神科看護白書 2006→2009』. 精神看護出版. p13-20
- 51 前掲⁵⁰. p125-155
- 52 精神保健福祉白書編集委員会 2007 : 精神科医療. 『精神保健福祉白書 2008 年版』. 中央法規. p163
- 53 日本精神科看護技術協会監修 2004 : 総論. 精神科医療・看護の現状. 『精神科看護白書 2004→2005』. 精神看護出版. p13-40
- 54 大場真理子、丹羽真一 2004 : 病名告知と情報公開—統合失調症を中心に— 大学病院の場合. 日本精神科病院協会雑誌. 23(3) : p186-194
- 55 井上新平、朝田隆、中谷真樹他 2007 : 精神科病院と当事者はそれぞれ公開すべき情報をどう捉えているか—アンケート調査結果の分析 (第 2 報) —. 日本精神神経学雑誌. 109(5) : p471-475
- 56 在院日数 : 厚生労働省のホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/s0509-3.html>
- 57 吉浜文洋 2008 : 2008 年度診療報酬改定で精神科医療はどうかわるか. 精神科看護. 35(5) : p43-49
- 58 徳川信治、山下潔、徐勝他 1999 : 『人権は国境を超える—世界の人権・日本の人権—』. 立命館土曜講座シリーズ 4 世界人権宣言 50 周年. 立命館大学人文科学研究所. p1-31
- 59 田畑茂二郎他編集 1994 : 『資料集. 国際人権条約・宣言集』第二版. 東信堂. p442-453