

# 精神科医療における非告知与薬の現状と倫理的課題についての文献検討

木村 聡子

## 要 旨

精神科医療においては、患者の同意を得ずに行われる強制的入院が認められており、患者にとっての最善という観点から強制的治療についても現場の医師に任されているのが現状である、本研究では精神科における強制治療のひとつ、非告知与薬に関する文献を検討し、今後倫理的な問題としての意識づけへの示唆を得ることを目的とし着手した。[研究方法] 文献検討 [結果] 18の文献を対象とし、分析した結果大きく3つ①無診療診断・非告知与薬とインフォームド・コンセントとの関連、②非告知与薬を行う看護師のジレンマと倫理カンファレンス、③判断能力と非告知投与のテーマに分類された。[考察] 非告知与薬は、医療者-患者関係の構築や治療継続への弊害となりうる。また、患者の最善を考えた選択がスタッフの手間や業務を考えた選択にすり替わる危険性がある。そのため、非告知与薬を選択するか否かについては、常に患者の判断能力・同意能力を基に行うべきであり、その手続きについての整備が求められている。結論：医療者側が優位に立ちやすい精神科医療の現状、非告知与薬は過去の出来事ではないことを踏まえ、患者の権利についての意識と議論を絶やさないことが必要であり、それにより精神障がい者の意思決定や権利を守る法的、制度的なシステムが整っていくことを期待したい。

キーワード：精神科医療、非告知与薬、倫理

## I. はじめに

本来、医療は治療契約のもとで実施されるものであり、その契約にはインフォームド・コンセントが必須条件となる。しかし、精神科医療においては、「精神保健及び

精神障害者福祉法に関する法律（以下精神保健福祉法）」に基づき、精神保健指定医の指示のもと患者の同意を得ずに行われる強制的入院が認められており、規定はないものの、同意能力と患者にとっての最善という観点から強制的治療についても現場の医師に任されているのが現状である<sup>1,2)</sup>。

非告知与薬は、ハロペリドールの発売以降（1978年）次第に行われるようになっていき、2003年非定型精神薬の無色透明の水液が発売後、臨床現場では強制的な薬物治療がそうとは意識されず、患者の最善の利益と考え選択されていることも少なくないと報告されている<sup>3)</sup>。また、このような背景には、医療者が、強制入院の対象となる患者の理解力や判断力が乏しいという認識があること、さらに問題なことに医療者が患者に対して抗精神薬の不快な副作用等について説明することは、拒薬につながりかねないと意図的に説明を省略していることが指摘されている<sup>4)</sup>。

この非告知与薬についての議論の発端は1995年に遡り、熊倉<sup>5)</sup>の「地域において非告知投薬<sup>注1)</sup>を受けていた1精神分裂病の報告が発表されたことである。ここでは、非告知与薬を患者病理によって誘発された治療者の病理的反応とし、精神障がいをもつ患者であったとしても原則として禁忌であるとの見解を示した。しかしながら、この問題提起から20年以上経過した今でも、これらの現状は変わらず臨床では未だに病状の改善という名のもとにやむを得ず行うケースは存在している<sup>6)</sup>。先行研究において、非告知与薬についての文献は散見するものの、強制的薬物療法、強制医療といったように共通した言語の使用が行われておらず、実際に与薬する看護師からの文献はわずかであった。そのため、本論では非告知与薬についての文献を概観し、これまでの非告知与薬の変遷と現状を把握し、精神科看護における倫理的な課題への意識づけに示唆を得たのでここに報告する。

## II. 研究目的

本研究の目的は、精神科における非告知与薬に関する文献を検討し、今後倫理的な問題としての意識づけへの示唆を得ることである。

## III. 用語の定義

非告知与薬：非告知与薬とは熊倉<sup>5)</sup>の定義を参考に、「服薬の事実を患者本人に知

---

注1) 「投薬」は投与と同様に薬を投げるという表現であるため、原則「与薬」と表記している。ただし、論文タイトル、引用に関しては原文をそのまま引用している。

らせることなく薬物を食物に混入して投与する『告知なき与薬』であり、強制治療の一種である。他に、「隠し飲ませ」<sup>7)</sup>、「強制投与」<sup>1)</sup>、病棟で使用されているブラインド、ブラインド与薬と同義として扱う。

## IV. 研究方法

### 1. 文献抽出方法

日本の精神科医療の現状は諸外国と比較し、超長期入院や行動制限の多さ<sup>8)</sup>、強制治療についての異議申し立て・インフォームド・コンセントにおける法的手続きについても不備など日本独自の課題がある<sup>9-12)</sup>。そのため、検索対象を現状日本国内の文献とし、日本国内の主要な医療論文を集約する『医学中央雑誌』web版 ver. 5、およびCiNiiを用いた。キーワードについての選定は、病棟で一般的に使用されているブラインド与薬ではヒットなく、非告知与薬が問題となる倫理・薬物療法で論文検索の結果、本研究の主旨に合致した内容の論文から次のキーワードを抽出した。①「強制治療 and 精神科」or ②「非告知投与 or (非告知 and 薬物療法)」での検索を行った(検索実施日2019年11月)。キーワードの選定はヒット件数が少ないため、対象論文の検索年限に制限は設けず、論文種別は会議録を除きその他解説・特集を含め広く収集をおこなった。ヒットした文献のタイトル及び抄録から予め設定した包含基準・除外基準に基づき判断し、判断がつかないものに関しては本論から厳選した。包含基準は①強制治療のうち非告知与薬について論じられている②与薬対象が精神障がい者である論文であり、除外基準は①明らかに理解力・判断力に問題があると考えられる乳幼児等を対象にした論文、②精神障がい者を対象としていないとした。そのほか、ハンドサーチによる文献を追加した。

### 2. 分析方法

入手した文献から、年代ごとの非告知与薬の変遷とその背景を把握すると同時に、非告知与薬が抱える倫理的課題を見出し、端的に記述した。

## V. 結果

文献検索の結果、67件の文献がヒットした。そのうち52件が除外基準に該当し、ハンドリサーチ3件を含めた18の文献を分析対象とした(表1)。対象文献の発表年度(表2)は、2001年～2013年に集中しており(15件83%)、2014年以降は2件であった。また、著者の属性(表3)は医師14件(78%)、看護師4件(22%)であった。内容

表1 「非告知」与薬 レビュー対象文献

No.	Author	Title	journal	year
1	中谷 真樹	【精神科治療でこんなことをしていませんか？ —医療習慣や“ご法度”を再考—】非告知投薬を しませんか？	精神科治療学34巻8号, pp. 875-879	2019
2	岡島 志野	精神科看護の倫理 基本からもう一度(第5 回)倫理と法について学ぶ	精神科看護45巻3号, pp. 42-45	2018
3	北村 俊則, 北村 總子	【拒薬・服薬困難患者への対応】精神科医療に おける強制医療は許されるか？	臨床精神薬理16巻11号, pp. 1617-1623	2013
4	三澤 史斉	【スーパー救急で拘束ゼロ 山梨県立北病院の 実践から強制治療の倫理について考える】「強 制治療」と「医療の質」を考える	精神看護15巻3号, pp. 26-30	2012
5	松田 貴恵	【抗精神病薬強制投与と医療倫理】入院中の抗 精神病薬非告知投薬 倫理原則とカンファレン スからの視点	臨床精神薬理14巻1号, pp. 31-37	2011
6	大下 顕	【抗精神病薬強制投与と医療倫理】抗精神病薬 非告知投与の法的問題	臨床精神薬理14巻1号, pp. 25-30	2011
7	澤 温	【抗精神病薬強制投与と医療倫理】医療現場に おける抗精神病薬強制投与の実情と問題点	臨床精神薬理14巻1号, pp. 17-23	2011
8	鈴木 麻央	精神科看護における倫理カンファレンスの役割 食事に薬物を混入させることの是非について	日本精神科看護学会誌 52巻1号, pp. 70-71	2009
9	羽原 俊明 ほか	【統合失調症薬物治療のエッセンス】非告知投 与の可否	Progress in Medicine 29巻5号, pp. 1305-1308	2009
10	赤田 卓志朗	長期抗精神病薬「非告知」投薬解決における精 神科救急情報センターによる行政型精神科アウ トリーチ活動の可能性	精神科治療学21巻10号, pp. 1121-1127	2006
11	融 道男	薬を拒む妄想症例 非告知与薬で目覚めた	こころの科学126号, pp. 110-111	2006
12	小林 美穂子	【精神科臨床サービスの質を高めるために「し てはいけないこと】 臨床技法別「してはいけ ないこと」薬物療法ではいけないこと	精神科臨床サービ ス5巻3号, Page 334-337	2005
13	藤野 邦夫	裁判事例から学ぶ精神科看護の技術・倫理・専 門性 診察なき治療・非告知投薬と患者の知る 権利	精神科看護31巻4号, pp. 78-81	2004
14	宮地 伸吾, 藤井 康男	【新規抗精神病薬の臨床現場への浸透】 Risperidone 液剤と精神病圏患者への急性期薬 物治療	臨床精神薬理6巻12号, pp. 1567-1574	2003
15	河野 正美	【Risperidone 内用液の可能性】 Risperidone 内用液投与により円滑な治療導入が可能となっ た経験	臨床精神薬理6巻6号, Page 789-798	2003
16	塚崎 直樹	【新規抗精神病薬の導入と抗精神病薬治療の変 化】抗精神病薬非告知投与の現状と問題点	臨床精神薬理6巻4号, Page 441-446	2003
17	塚崎 直樹	非告知投薬について	病院・地域精神医学 44巻1号, pp. 101-106	2001
18	井本 浩之	長期「非告知」投薬例の報告	精神科治療学11巻8号, pp. 867-871	1996

表2 年度別発件数 (N = 18)

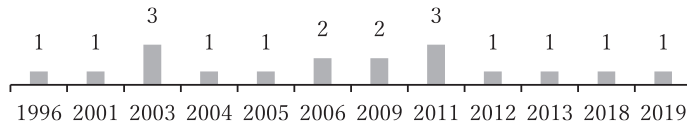


表3 著者属性 (n = 18)

属性	件	(%)
医師	14	78%
看護師	4	22%
計	18	100%

については、時代背景やそれぞれの課題を反映しており、大きく3つ①無診療診断・非告知与薬とインフォームド・コンセントとの関連、②非告知与薬を行う看護師のジレンマと倫理カンファレンス、③判断能力と非告知与薬のテーマに分類された。

### 1. 無診療診断・非告知与薬とインフォームド・コンセントとの関連

1996年～2009年の間に発表された論文<sup>12-18)</sup>では、古くは家族が相談に訪れ、水薬が渡されたといった無診療診断・無診療処方<sup>注2) 14,15,18)</sup>の流れからの非告知与薬とインフォームド・コンセントについて論じられている。その非告知与薬に対しての姿勢は、熊倉の論文<sup>5)</sup>と同様に原則禁忌という立場をとっている。しかし、当時の現場では非告知与薬が実施されており、その是非について公然と議論されるには10年以上の時間を要している。その理由の一つに、患者家族の強い要請によって、実施せざるを得ないという状況があげられている<sup>13,14,17)</sup>。そのため、緊急避難という形において非告知与薬という手法を使用するための手続きをしていくか<sup>14,15)</sup>、あるいは非告知与薬に頼らない急性治療の技法を検討していくかが論文の主題であった<sup>16)</sup>。一方で、精神科医療の現状においてはやむを得ずという立場をとり、非告知与薬によって円滑な治療導入につながった<sup>16)</sup>。1年以上の継続例で「非告知」与薬開始後は再入院することなく自宅での療養生活が可能になった<sup>13)</sup>との報告もある。しかし、「スタッフが食事に何か入れている」という被害妄想への発展や、副作用が発現した場合、「服用していないはずの薬の副作用が出る」ということが家族や治療者への猜疑心につながるこ

注2) 無診療方は当然ながら医師法第20条に、「医誌は、みずから診察しないで治療をし、もしくは診断書もしくは処方箋を交付してはならない」旨をさだめている。ただ、これについては、病識のない患者（入院するほどでもないが家族が困ってしまう）に適切な治療を受けさせるためのシステムの確立なしには、患者家族にとって、どうしようもなくなるといった酷な結果を招くだろうとも述べられている<sup>19)</sup>。

とも懸念されている<sup>16)</sup>。

## 2. 非告知与薬を行う看護師のジレンマと倫理カンファレンス

次に、数は少ないが、実際に病棟において非告知与薬を行う看護師の報告<sup>6,20,21)</sup>を見ていく。これらの報告では、症状が改善せず、拒薬を続ける患者に対して、非告知与薬を行っていた。しかしながら、症状の改善を願う気持ちと患者に真実を伝えないというジレンマに陥り、倫理カンファレンスの結果、看護師間で非告知与薬をやめるという決断につながり、それが患者自身に向き合うことにつながった、という報告である。また、岡島<sup>21)</sup>は、多くの看護師が臨床で経験しているであろう非告知与薬の事例を、法律的な視点及び倫理原則に基づいた視点から読み解いている。法律的な視点では、非告知与薬といった患者を騙すような行為でも、詐欺には該当せず、医療法から考えても、精神障がい者においては、その症状によっては「説明と同意」について、代理で十分に行えば抵触しているとは言えない。また、倫理原則から考えると、治療が利益となるのであれば、倫理的に許容され（善行の原則）るものの、看護師には真実を告げない違和感が残る（誠実の原則）。このような例を挙げながら、看護師は倫理原則を含め、感覚のみに頼らず論理的に現象をとらえること、良かれと思っているケアに潜む倫理的な葛藤への気づきと議論の必要性を説いている。

## 3. 判断能力と非告知投与

最後に、「非告知」与薬として多くの論文で議論されているものに、千葉地裁判決（平成12年6月30日）<sup>22)</sup>がある<sup>15,16,18,23)</sup>。そこでは、非告知与薬が一部合法とされ、その条件として「法的、制度的なシステムが十分整っていない日本の現状を前提とし、①患者の病識欠如、②緊急かつ一時避難的処置、③家族の要請、④相当の臨床経験のある精神科医の専門的判断、⑤副作用の説明<sup>23)</sup>が挙げられている。しかし現在では、患者の人権に対する考え方、および当時よりインフォームド・コンセントが浸透しており、千葉地裁の判決のように、非告知与薬が一部合法とされることが、妥当な判断となるとは言い難い<sup>23)</sup>としている。また北村<sup>24)</sup>はまず拒薬があった場合は治療同意判断能力を客観的に評価し、無能力であれば代行判断を求めた上で、強制治療を行うべきとしている。さらには、医療者を代行判断者とすべき意見については、利益相反であってはならないものであると述べている。しかし、現状でどれだけの医療者が、患者の治療同意判断能力を客観的に評価する視点を持ち、代行者の判定を行っているのか示すものはなく明らかとなっていない<sup>25)</sup>。



## VI. 考察

精神科医療においては、妄想や強い拒否・拒薬に対して、治療の必要性からやむを得ない選択として非告知与薬が実施されてきた。その中で、患者の人権に対する意識の高まりとともに、インフォームド・コンセントに反するという考えから、手続き的問題が残っていること、患者と医師で治療や目標を共有することができない弊害が挙げられていた。さらにそのような倫理的に課題の残る行為については、看護師も倫理的なジレンマを抱えながら働いていることが明らかとなった。そこで結果をふまえ、①告知の現状をふまえた課題、②非告知与薬を行う看護師のジレンマ、さらに③患者の判断能力や非告知与薬に関する社会的諸問題について検討していく。

### 1. 告知の現状をふまえた課題

非告知与薬の最大の問題点として、患者への説明や説得を根気よくする努力をしなくなり、安易に非告知与薬をする習慣ができあがる<sup>26)</sup>。実際に2012年、「スーパー救急で拘束をしない病院」として紹介されている山梨北病院では、非告知与薬について直接は触れられていないものの、どんな強制治療をするときも、「説得」に時間をかけるという。塚原<sup>15)</sup>も同様に、粘り強い説得の必要性を説いており、退院後の治療継続と治療関係確立にも有効であると報告されている<sup>27,28)</sup>。さらに、非告知与薬の便宜的な方法として非告知与薬を行おうとするならば、千葉地裁判決<sup>22)</sup>を引用しながら、制度、特に法制度の整備の必要性を主張している。他にも、強制治療の問題として「スタッフの疲労」や「手間ばかりに目がむいて、施行の妥当性を「考えない」ようになってしまうことだと指摘する<sup>29,30)</sup>。環境や地域特性の影響も否めないが、強制治療すなわち非告知与薬を考えると、根気説得するという選択肢をもち、他にも代替案はないか、我々が向いているのは患者かスタッフかという視点をもち取り組んで行く必要があると考える。なぜなら、非告知与薬は「薬を飲まなくても調子がいい」という錯覚に陥る可能性<sup>19)</sup>が指摘されており、医師と患者間の信頼関係が築けず治療的な進展が得られにくい<sup>16,31)</sup>ことは当然起こり得る問題である。

### 2. 非告知与薬を行う看護師のジレンマ

拒薬行動のうち、最も治療者が困難を感じるのは、入院後、間もない時期、特に隔離室で拒薬行動を行う場面が考えられる。拒薬をする理由には「病気ではない」や「薬を飲むな」「何かが混ぜられている」など病的体験による拒薬もあれば、「太る」「生理が止まる」などの有害反応を気にしての場合もある<sup>32)</sup>。田中ら<sup>33)</sup>は、精神障がい者のケアは自己決定の権利が侵害されやすいとした上で、非告知与薬で精神科看護

師が体験する価値は、症状に対する治療の継続を行う専門職としての価値と患者の知る権利を侵害しているという価値で対立していることを明らかにしている。しかし、現在では医療者主導の服薬順守「コンプライアンス」から、医師の指示に対して患者が積極的に医療行動をとる「アドヒアランス」へと移行し、さらには「コンコダンス」という概念が導入されている。ここで、コンコダンスの概念とは医療者と患者、両者間で意見の一致をみながら、あるいは意見の相違がみられる場合には患者の見解を優先させるという考えを基にしている。つまり、患者に意思決定の主体がありながら、協働で治療にとりくみ、共同意思決定との関連が深いとされている<sup>34)</sup>。しかしながら現場レベルでの浸透はいまだ疑問が残るところがあり、これらの報告でもあるような、症状がありつつ、拒薬が続く患者のことを、「病識がない」「難しい患者」という言葉で一括りにし、対応している現状がある。しかし、これまでもみてきたように「病気の症状がでていいる」＝「病識がない」ではない<sup>35)</sup>。患者の「病識」をどう判断するかということは、患者の「判断能力」や「同意能力」を十分に査定した上での判断であるとい事は認識する必要がある。さらには、岡島が指摘するように、違和感を感じる能力もさることながら、治療の主体は患者にあるということを大前提におきながら、患者にとっての最善は何かを常に考え、倫理的葛藤を捉え、それについて対話する環境づくりや行動する力が看護師には求められていると考える。

### 3. 患者の判断能力や非告知与薬に関する社会的諸問題

精神科医療において、患者の権利については議論の中心にあり、治療を受ける権利から、治療を拒否する権利へと移行してきた中で、アメリカを中心にインフォームド・コンセントのシステムが作られてきた<sup>36)</sup>。インフォームド・コンセントの成立には、必要な情報の開示、判断能力、自発的決定の3つの要件が必要である<sup>37)</sup>。しかし、精神疾患をもつ患者の治療では、認知機能や理解力の低下、集中力、注意力の低下、思考障害や短期記憶の障害といった症状がみられ、判断能力が十分に保てず、意志決定に影響を及ぼす可能性がある<sup>38)</sup>。ただし、当然ながら精神疾患に罹患している、あるいは強制入院中であるということが治療同意能力の減弱や欠如を直ちに意味するものではない<sup>24)</sup>ことを忘れてはならない。その特徴をふまえ、1991年国連人権委員会の「精神病患者の擁護及びメンタルヘルスケア改善のための原則」<sup>39)</sup>では、薬物治療はインフォームド・コンセントを原則としているが、例外的に強制治療が認められるとしており①緊急事態、②本人の判断能力の欠如、③自他の安全への脅威、④法的代理人による同意があることとしている。しかし、2013年精神保健福祉法の改正においても精神医療審査会の機能強化や患者の声の代弁する制度の創設について必要性が説かれていたにもかかわらず見送られ<sup>11)</sup>、今なお「緊急事態」の定義と「判断能力」の査定



について、我が国では一定の見解はない<sup>25)</sup>。

しかしながら先にあげた県立山梨北病院では、判断能力を査定する独自の強制治療審査システムが導入されている<sup>40)</sup>。その審査対象とは、入院72時間以降でも治療拒否が認められ、主治医が強制治療を行う必要があると判断した患者である。審査は研修を受けた心理士が判断能力評価用構造化面接（SICIATRI<sup>41)</sup>）を使用して本人の同意能力の評価を行い、さらには、強制治療内容の適切性やこれを行うべきかどうかに関する審査を行っている。本病院では2012年から検討がはじまり、定期的に各誌で報告されている。しかし県立山梨北病院以外に報告としてまとめられたものはない。このような状況のなか、我々にできることは、非告知与薬をやむを得ない選択と放置せず、非自発的入院が法的に認められている精神科医療の中で、一般医療以上に医療者側が優位に立ちやすく、医療者－患者関係は「支配－被支配」という一種の権力構造を生み出しやすい<sup>42)</sup>ということを常に意識しながら、拒否する権利を含め、患者の権利についての意識と議論を絶やさないことであろう。それと同時に法制度の整備が期待される。

## VII. 結論

非告知与薬は、医療者－患者関係の構築や治療継続への弊害となりうる。また、患者の最善を考えた選択がスタッフの手間や業務を考えた選択にすり替わる危険性がある。一方で、患者の権利と専門職としての職務の間にジレンマを感じる看護師も少なくない。そのため、非告知与薬の選択には患者の権利についての知識を備えたうえで、患者と対話を含め、十分な吟味及び代替案や真に優先されていることの検討を行っていく必要がある。さらに、患者の一番身近な存在である看護師は、医療者側が優位に立ちやすい精神科医療の現状、非告知与薬は過去の出来事ではないことを踏まえ、患者の権利についての意識と議論を絶やさないことが必要であり、それにより精神障がい者の意思決定や権利を守る法的、制度的なシステムが整っていくことを期待したい。

## VIII. 利益相反

本研究における利益相反は存在しません。

参考文献

1. 澤 温, 【抗精神病薬強制投与と医療倫理】 医療現場における抗精神病薬強制投与の実情と問題点. 臨床精神薬理, 2011. 14(1) : p.17-23.
2. 横森いずみ他, 精神科救急入院料病棟における強制治療への適正な対応について MacCAT-Tを用いた審査システムの試行. 病院・地域精神医学, 2013. 56(1) : p.30-33.
3. 西本美和他, 精神科における看護師のプラシーボ使用実態について. 病院・地域精神医学, 2014. 57(1) : p.57-59.
4. 藤野邦夫他, 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) : p.437-449.
- 5) 熊倉伸宏, 地域において抗精神病薬液剤の「非告知」投与を受けていた1精神分裂病例の報告 インフォームド・コンセントにおける「保護」概念の再検討. 精神神経学雑誌, 1995. 97(2) : p.106-116.
- 6) 松田貴恵他, 【抗精神病薬強制投与と医療倫理】 入院中の抗精神病薬非告知投薬 倫理原則とカンファレンスからの視点. 臨床精神薬理, 2011. 14(1) : p.31-37.
- 7) 宮地伸吾, 【新規抗精神病薬の臨床現場への浸透】 Risperidone 液剤と精神病圈患者への急性期薬物治療. 臨床精神薬理, 2003. 6(12) : p.1567-1574.
- 8) 厚生労働省, 精神保健福祉資料 (630調査). 2019.
- 9) 藤井康男, 抗精神病薬治療と医療倫理. 臨床精神薬理, 2011. 14(1) : p.3-16.
- 10) 大下 顕, 【抗精神病薬強制投与と医療倫理】 抗精神病薬非告知投与の法的問題. 臨床精神薬理, 2011. 14(1) : p.25-30.
- 11) 柑本美和, 【精神科入院制度はいかにあるべきか】 精神科入院制度の改革に向けて 法律の立場から. 臨床精神医学, 2015. 44(3) : p.325-331.
- 12) 大下 顕, 【精神科における強制医療介入】 入院治療からみた精神科における強制医療介入. 精神神経学雑誌, 2013. 115(7) : p.745-750.
- 13) 井本浩之, 長期「非告知」投薬例の報告. 精神科治療学, 1996. 11(8) : p.867-871.
- 14) 塚崎直樹, 非告知投薬について. 病院・地域精神医学, 2001. 44(1) : p.101-106.
- 15) 塚崎直樹, 【新規抗精神病薬の導入と抗精神病薬治療の変化】 抗精神病薬非告知投与の現状と問題点. 臨床精神薬理, 2003. 6(4) : p.441-446.
- 16) 河野正美他, 【Risperidone 内用液の可能性】 Risperidone 内用液投与により円滑な治療導入が可能となった経験. 臨床精神薬理, 2003. 6(6) : p.789-798.
- 17) 赤田卓志朗他, 長期抗精神病薬「非告知」投薬解決における精神科救急情報センターによる行政型精神科アウトリーチ活動の可能性. 精神科治療学, 2006. 21(10) : p.1121-1127.
- 18) 羽原俊明, 【統合失調症薬物治療のエッセンス】 非告知投与の可否. Progress in Medicine, 2009. 29(5) : p.1305-1308.
- 19) 深谷 翼, 精神科医療過誤判例解説 診察なき診断及び非告知投薬の適否. 精神科治療学, 2001. 16(5) : p.495-499.
- 20) 鈴木麻央他, 精神科看護における倫理カンファレンスの役割 食事に薬物を混入させることの是非について. 日本精神科看護学会誌, 2009. 52(1) : p.70-71.
- 21) 岡島志野, 精神科看護の倫理 基本からもう一度 (第5回) 倫理と法について学ぶ. 精神科看護, 2018. 45(3) : p.42-45.

- 22) 瀬木比呂志, 千葉地裁平10(ワ)2035号. 判例時報, 2001. 1741 : p.113-118.
- 23) 大下 顕, 抗精神病薬非告知投与の法的問題. 臨床精神薬理, 2011. 14 : p.25-30.
- 24) 北村俊則他, 【拒薬・服薬困難患者への対応】精神科医療における強制医療は許されるか?. 臨床精神薬理, 2013. 16(11) : p.1617-1623.
- 25) 中谷真樹, 【精神科でこんなことをしていませんか?—医療週間や‘ご法度’を再考—】非告知投薬をしていませんか?. 神科治療学, 2019. 34(8) : pp.875-879.
- 26) 小林美穂子他, 【精神科臨床サービスの質を高めるために「してはいけないこと」】臨床技法別「してはいけないこと」薬物療法ではいけないこと. 精神科臨床サービス, 2005. 5(3) : p.334-337.
- 27) 伊藤順一郎他, 精神保健研究所のガイドライン研究 心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン. 2009, 精神保健研究. p.47-50.
- 28) 苦米地賢司他, 心理教育プログラムによる病識への変化. 2009, 精神看護. p.140-142.
- 29) 三澤史斉, 【スーパー救急で拘束ゼロ 山梨県立北病院の実践から強制治療の倫理について考える】救急急性期治療の身体拘束と医療の質. 精神看護, 2012. 15(3) : p.31-36.
- 30) 小森 晃, 「強制治療」と「医療の質」を考える. 2012, 精神看護. p.26-30.
- 31) 小林 薫他, 精神科医療におけるインフォームドコンセントの問題点—非告知投与を継続中に生じた諸問題. 2001, こころの臨床ア・ラ・カルト. p.88-90.
- 32) 澤田法英, 精神疾患における拒薬・服薬困難を引き起こす背景と今後の課題. 臨床精神薬理, 2013. 16(11) : p.1567-1577.
- 33) 田中美恵子他, 精神科病棟で働く看護師が体験する倫理的問題とかちの対立. 2010, 日本看護倫理学会誌. p.6-14.
- 34) 安保寛明, コンコーダンスによる共同意思決定とセルフケア概念への影響. 2017, 日本保健医療行動学会誌. p.20-24.
- 35) 木挽秀夫, 「病識がない」という魔の論理. 精神看護, 2012. 5 (No.4) : p.123-125.
- 36) 北村總子他, 精神科医療における患者の自己決定権と治療同意判断能力. 2000 : 学芸者.
- 37) Robert, L. W., *Informed consent and the capacity for voluntarism*. Am.J.Psychiatry, 2002. 159 : p.705-712.
- 38) 澤田法英他, 【精神科薬物治療と判断能力評価】感情障害治療における *Shared Decision Making* の実際と判断能力. 臨床精神薬理, 2012. 15(11) : p.1777-1784.
- 39) 国連人権委員会 (南野肇訳), 精神病者の擁護およびメンタルヘルスケア改善のための原則について. 日本精神病院協会雑誌, 1991. 10 : p.559-566.
- 40) 横森いづみ他, 山梨県立北病院における強制治療審査システム. 臨床精神薬理, 2018, p.1199-1206.
- 41) 北村俊則他, 改訂版判断能力評価用構造化面接. 2011, 北村メンタルヘルス研究所.
- 42) 池原毅和他, 精神障害のある人の人権. 2002, 明石書店.