

平成 13 年度

厚生科学研究研究費補助金総括研究報告書

障害保健福祉総合研究事業

精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究

(H12-障害-007)

主任研究者

鈴木 二郎 (国際医療福祉大学臨床医学研究センター)

分担研究者

中谷 陽二 (筑波大学社会医学系精神衛生学)

斎藤 正彦 (慶成会老年学研究所)

山崎 敏雄 (医療法人社団雄心会山崎病院)

白石 弘巳 ((財)東京都精神医学総合研究所)

江畑 敬介 (江畑クリニック)

# 目 次

## I. 総括研究報告

- 精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究報告書・・・・・・・・・・1  
主任研究者 国際医療福祉大学臨床医学研究センター 鈴木 二郎

## II. 分担研究報告

- 精神医学における倫理的問題の国際標準化に関する研究・・・・・・・・・・7  
鈴木 二郎 国際医療福祉大学臨床医学研究センター
- 精神医学における司法と医療の関与のあり方についての国際比較研究・・・・・・・・26  
中谷 陽二 筑波大学社会医学系精神衛生学
- 痴呆患者の在宅と施設療養における倫理的問題・・・・・・・・・・30  
斎藤 正彦 慶成会老年学研究所
- 人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究・・・・・・・・・・32  
山崎 敏雄 医療法人社団雄心会山崎病院
- 各国の精神保健法の比較研究・・・・・・・・・・71  
白石 弘巳 東京都精神医学総合研究所社会病理研究部門
- 地域ネットワークの形成と守秘義務の関係に関する研究・・・・・・・・・・89  
江畑 敬介 江畑クリニック

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合）研究事業  
総括研究報告書

精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究（H12-障害-011）

主任研究者 国際医療福祉大学臨床医学研究センター 鈴木二郎

**研究要旨**

現代では人々のメンタルヘルスはきわめて重要で、それに関する精神医療保健福祉の役割は増大しつつある。しかし、その倫理的側面の研究は国際的にも少なく、国内にはほとんどなく、倫理の確立は急務である。そのため現在緊急に要請されている下記6項目をあげて研究することとした。

- 1.) 精神医学における倫理的問題の国際標準化に関する研究（鈴木二郎）
- 2.) 精神医学における司法と医療の関与のあり方についての国際比較研究（中谷陽二）
- 3.) 老年痴呆者の在宅と施設療養における倫理的問題（斎藤正彦）
- 4.) 人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究（山崎敏雄）
- 5.) 各国の精神保健法の比較研究（白石弘巳）
- 6.) 地域ネットワークの形成と関係に関する研究（江畑敬介）

**分担研究者**

鈴木二郎（国際医療福祉大学臨床医学研究センター）

中谷陽二（筑波大学社会医学系精神衛生学）

斎藤正彦（慶成会老年学研究所）

山崎敏雄（医療法人社団雄心会山崎病院）

白石弘巳（（財）東京都医学研究機構 東京都精神医学総合研究所）

江畑敬介（江畑クリニック）

**A.研究目的**

（1）【精神医学における倫理的問題の国際標準化に関する研究】鈴木分担班

本分担研究は、精神医療、保健、福祉における社会的倫理的問題を特に国際的に比較検討し、ガイドラインの策定を目的としている。平成11年から国際共同研究を開始し、平成12年度から本障害福祉研究の補助を受け、日本で国際シンポジウムを行って、「倫理」に関する基本的認識の一致をみた。平成13年度は、具体的に深め、パ

ラダウムを検討する為、国際的ワークショップを開催し、平成14年度はこれらの成果の上に立ち第12回世界精神医学会のシンポジウムで国際的な合意を得て、世界に共通すガイドラインを出版する予定である。

（2）【精神医学における司法と医療の関与のあり方についての国際比較研究】中谷陽二分担班  
精神科医療と司法の関係、とりわけ触法行為を行った精神障害者を治療に導入する過程での医療と刑事司法の連携のあり方について、国際的視野のもとで、下記3点の研究を行う。

- 1) 医療関係者を対象とするアンケート等によって、精神鑑定の実施状況、措置入院の運用状況に関する調査
- 2) 海外主要国の制度と実態を文献等による分析

3) 日本と海外のシステムの比較検討  
結果をもとに触法精神障害者に対して効果的かつ人権に配慮した医療を行うための我が国独自の改革に関する指針を呈示する。

(3)【老年痴呆者における在宅と施設療養における倫理的問題】斎藤正彦分担班  
精神保健福祉法によって規制されている病床を除外すると、痴呆症患者を処遇する施設、病院における入院・入所手続き、その後の行動制限に関しては、何のデュープロセスも規定されていない。この研究では、痴呆等の精神疾患により、精神機能に欠陥を有する高齢者の施設処遇、在宅処遇における意思決定について、現状を把握し、改善のための方策を明らかにする。

(4)【人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究】山崎敏雄分担班

我が国の精神医療審査会活動を活性化し、地域格差を是正して、文明国の名に恥じない患者人権の擁護システムとするために、精神医療審査会の機能評価機構を企画・構想する。この機構は、全国の審査会活動を客観的に評価し、必要な改善策を勧告する非政府組織である。また、求めがあれば、精神科病院における人権擁護状況の個別評価も行い、一定の基準に満たした病院には認定証を交付することなども提案したい。

この評価機構の実現に向けて、審査会活動に関する最新データを収集・分析し、評価尺度を試作する事、この尺度を用いて全国の審査会を評価し、必要ならば改善策を示す事、この機構が存立するための法的・経済的条件を検討する事、などを本研究の作業課題とする。

(5)【各国の精神保健法の比較研究】

白石 弘巳分担班

この 10 余年間の度重なる精神保健法改正で、名称の変更をはじめとして内容にも変更が加えられつつある一方で、1999 年

の法改正でも先送りされている課題があり、さらに精神病院における新たな人権侵害事件が明るみに出されるなど精神医療の改革はいまだ道半ばという状況である。今後の精神保健福祉法や精神保健福祉医療施策の指針を探るために、世界各国の精神保健法制度や施策を比較研究することは有効な手段の一つである。比較研究を通じて相違点が文化的に規定され、尊重されるべき日本の個別的事情と、そうとはいえない部分とに整理できれば、日本の精神保健法制の今後のあり方を俯瞰し、諸外国から正しい理解を得る上で大きな契機となることが期待される。

(6)【地域ネットワークの形成と守秘義務の関係に関する研究】江畑敬介分担班

社会的入院者をなくすためには、病院精神医療から地域精神医療へと移行しなければならない。その移行を円滑に推進するためには地域ネットワークの形成が重要となる。その地域ネットワークの形成には、患者情報の伝達が必要である。しかし、それは専門職の守秘義務といかに両立し得るのかという問題がある。さらに、ボランティアに守秘義務が規定されていないが、彼等への情報伝達をいかにするべきかという問題もある。

平成 12 年度には、専門職を対象にこれらの問題の実態と意識調査を行った。

平成 13 年度には、患者と家族を対象に、これらの問題について意向調査を行った。

平成 14 年度には地域ネットワーク形成における患者情報の伝達の際に留意すべきガイドライン試案を作成する。

## B.研究方法

(1)【精神医学における倫理的問題の国際標準化に関する研究】鈴木分担班

本年度は、国内の検討会を 3 回開催し、倫理に関する国際的な見方の比較をおこなった。また昨年度のワークショップに続く

て、本格的なワークショップを、これまでの国際共同研究メンバーに加えて、WPAの倫理委員会メンバーと、アジア 13 カ国の各国精神医学会理事長も加わって貰い、京都で開催した。この成果の上に立って、平成 14 年度には、WPA横浜大会において、3-4 件のシンポジウムを開催する方向になった。

(2)【精神医学における司法と医療の関与のあり方についての国際比較研究】中谷陽二分担班  
「精神鑑定のあるり方に関するアンケート」を作成した。日本精神神経学会会員名簿(平成 11 年)から所属地区に均等な割合で無作為に抽出した 2000 名に配布し、郵送による回答を求めた。「精神鑑定」は刑事精神鑑定に限った。すなわち、刑事事件の被疑者・被告人について精神状態、責任能力などについて診断を行うもので、捜査段階で検察官の囑託によって行われる精神鑑定(いわゆる起訴前鑑定)、検察官の依頼により短時日で診断を行う簡易鑑定、公判で裁判官の委託によって行われる精神鑑定を指すものとした。

(3)【老年痴呆者における在宅と施設療養における倫理的問題】斎藤正彦分担班

全国の在宅介護支援センターの中から、無作為に抽出した 500 箇所のセンターに、意思能力に欠陥のある痴呆性高齢者の介護サービス契約に関するアンケート調査及び意思能力が十分でない痴呆性高齢者の介護サービス利用契約のあり方について、主婦、老人病院看護師、介護職員、それぞれ別々のディスカッショングループグループディスカッション行った。

(4)【人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究】山崎敏雄分担班

全国の審査会事務局を対象として、審査会の委員構成、全体会および合議体の開催頻度、書類審査状況、退院請求等の審査状況、年次報告書作成状況、事務局体制に

ついてアンケート調査を実施した。その集計結果に基づいて、各審査会の活動性を評価するレーダーチャートを考案した。平成 12 年度作成した審査会事務局運営マニュアル案を関係者間で検討し、最終案を作成した。

(5)【各国の精神保健法の比較研究】

白石 弘巳分担班

平成 12 年度は、精神保健福祉法(平成 12 年改正版)の英文翻訳(仮)、カナダ・ブリティッシュコロンビア州の精神保険制度の調査などを行った。平成 13 年度は、英文翻訳について製本し、精神医療、法律、行政、英語に堪能な専門家などに意見照会を行った。また、韓国などの精神保健法について比較検討し、日本の実情に応じた精神保健法制のあり方について考察した。

(6)【地域ネットワークの形成と守秘義務の関係に関する研究】江畑敬介分担班

地域ネットワークの形成と守秘義務の関係に関して当事者と家族がどのように考えているかについての質問紙を作成し、当事者と家族にそれぞれ約 3,400 通ずつを郵送した。

## C.研究結果・考察

(1)【精神医学における倫理的問題の国際標準化に関する研究】鈴木分担班

本主題に関して具体的課題として患者の「自己決定権」と「精神医療の国際比較」を取り上げ、ワークショップを開催し高度の内容を得て、平成 14 年度にさらに深め、公刊して世界の精神医療に貢献し、日本の精神医療の向上に資することの可能性を予想出来るに至った。ワークショップから 3 つの基本問題が導き出された。1. 医学の倫理は、単なるエンテレキーではなく、世界内存在としてのあり方である。2. 医学の倫理は、個人の倫理である、一礼節と正直さにもとずいた価値の仕組みのなかで暮らす欲望をもち、決定することである。3.

問題が複雑で、困難であればあるほど、倫理の構成と命題はよりバランスをとる必要がある。

(2)【精神医学における司法と医療の関与のあり方についての国際比較研究】中谷陽二分担班  
アンケートに対して 38 % の回答が得られた。回答者の大多数が鑑定に関心を示し、44 % があり方を改善すべきであると答えた。鑑定を行うべき人については 45 % が司法精神医学の専門家と答えた。鑑定依頼への対応として 45 % が引き受けると答えたのに対し、43 % は引き受けないと答えた。引き受けない理由としては「手間がかかる」など技術的な理由が多くあげられた。60 % が鑑定の未経験者である一方、少数の頻回経験者が存在した。鑑定助手経験をもたない人が 58 %、卒後研修でまったく学習する機会がなかった人が 42 % を占めた。鑑定助手経験をもつ群はもたない群に比べ、その後の鑑定経験数が有意に多かった。鑑定依頼を引き受けると答えた人は、大学>国公立病院>民間病院>その他>診療所、の順に多かった。簡易鑑定経験は、関東>近畿>中部>九州>中国・四国>北海道・東北の順に多かった。以上から、鑑定への関心は高く、何らかの改善の必要性が認識されているが、みずから携わることについては消極的な傾向が見出された。これは卒後研修での学習機会の乏しさと関連し、研修に系統的に組み入れる必要性を示す。地域差の要因について検討の必要があると考えられた。

(3)【老年痴呆者における在宅と施設療養における倫理的問題】斎藤正彦分担班  
アンケートを実施し 157 施設 (31.4%) から有効回答を得た。現実には、痴呆症によって意思能力を失った痴呆性高齢者に対する介護サービス利用契約の大部分は、同居、別居を問わず、家族が代行している。今回の調査では、介護契約の実務に携わる

在宅介護心センターの中には、現状を是とする意見が 30 ~ 40 % みられたが、一方で、同居家族があっても、法的な手続きを踏むべきだという意見も少なくなかった。特に、居所指定につながる長期の施設入居については、同居家族があっても成年後見等の法的手続きが必要であると回答が、42 % に上った。法的手続きの必要性は、単身の高齢者の場合特に高くなる。

一方で、看護師、介護職員、主婦のグループでは、こうした法的手続きの必要性についてはほとんど意識されていなかった。

アンケートやグループディスカッションで指摘された痴呆性高齢者と家族の利益が相反する可能性以外にも、契約不履行があった場合に自ら抗議したり訴訟を起こしたりする能力のない痴呆性高齢者の名前で結ばれる契約が、双方にとって平等な契約であるといえるかどうかなど、法的手続きを経ない、家族による契約代行には検討すべき多くの問題がある。介護契約の現場では、こうした問題が徐々に認識されつつあること、しかしながら、介護や医療サービスを担うスタッフや、一般市民の間では、こうした問題に関する認識は、いまだ不十分であるという現状が明らかになった。

(4)【人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究】山崎敏雄分担班

アンケート調査の対象は全国の精神医療審査会事務局 59。回答率は 100 % であった。調査結果から、①書類審査件数に対する合議体開催頻度、②書類審査案件のうちの保留・報告徴収・審問件数の比率、③書類審査件数に対する退院請求等の審査頻度、④請求受理から審査結果通知までの日数、⑤年次報告書の有無、という 5 項目を抽出し、各審査会の活動度を 3 ないし 5 段階評価して、その得点配分状況を各審査会ごとにレーダーチャートに示した。書類審査件数の少ない政令市を中心に活動性が高

い傾向が見られた。

平成12年度に作成した事務局運営マニュアル案を再検討し、専門性、迅速性、透明性、公平性を高める方向で最終案を提示した。

#### (5) 各国の精神保健法の比較研究

(分担研究者：白石弘巳)

I. 精神保健福祉法(1999 改正)の英訳版作成に関して意見が寄せられ、検討に値するものが多かった。意見募集期間が短かったために今後もなお新たな意見が期待される状況であるので、全体を集約した上で結果を報告することにしたい。

II. 韓国の精神医療と精神保健法制度についての調査を通して韓国は、日本からもっとも近い外国であり、家族主義など文化的背景が似ているところがある。そのためか、韓国の精神保健法も日本の法律と似ているところがあるが、韓国においては精神疾患に対する医学治療化やその裏付けとなっている精神保健法制度の制定などの過程が日本とはかなり異なっている。法律自体は、日本と韓国の間で、似た構造、条文を持ち、明らかに文化に由来する共通性が見て取れるとしても、日本と韓国では、今後とも自らの精神医療の実態を踏まえ、それを改革しつつ、必要に応じて精神保健法を改正していくことになると考えられる。しかし、北米やヨーロッパ諸国に対比して、日本や韓国、あるいは中国や台湾などの法律のあり方を一つのモデルとして提示することは、いわれない誤解を招かないようにするためにも、必要ではないかと考えられる。

今後は、こうした視点から、改めて北米やヨーロッパ諸国の法律とその「東アジアモデル」を比較し、普遍的な規定と文化に関連するいわば地域的な規定のあり方について整理していくことが課題となると考える。

#### (6) 【地域ネットワークの形成と守秘義務の関係に関する研究】江畑敬介分担班

精神障害者を地域で支える場合、地域ネットワークを形成していかなければならない。その場合に患者の個人情報や伝達しなければならないが、どのような手続きで、どの範囲の情報を、どの範囲の人たちに伝達できるかについての明確な指針はない。昨年度の調査では、守秘義務についての考え方も職種によって異なっていた。今年度の当事者と家族に対する調査では、個人情報の伝達の際には事前に説明を受けて自分で判断したいとする者が約3分の1を占め、また事前説明を求める意見が約4分1を占めていた。地域ネットワークの形成を円滑にするためには、各職種間で共有でき、かつ当事者と家族が許容できるガイドラインを作成する必要がある。

#### D. 結論

本研究班は極めて重要、かつ広範囲の問題を対象にしているが、昨年度の報告にもあるように具体的には現在喫緊の6課題を取り上げている。各個別の課題間には一見直接の関係がないように見えるが、実は共通する基本的な軸があることがあらためて浮き彫りになった。すなわち、1は精神障害者の人権とその擁護であり、分担研究(2中谷班)の司法鑑定や、(4山崎班)の精神医療審査会の活性化、さらに(6江畑班)の地域医療における守秘義務などの問題がそれである。その2は、精神障害者のうち、見過ごされがちな個別の問題、分担研究(3齊藤班)の老年痴呆や、(2中谷班)犯罪に関わった場合の判断などにおける精神医療従事者の職業的態度の問題である。その3、最後の軸は、こうした各個の問題の基盤になる精神医療における倫理観とその実践であり、我が国のみでの認識だけでなく、国際的な倫理の基準がもとめられる時代であることで、分担研究(1鈴木班)の倫理

の国際共同研究と、その基礎になる（5白石班）の精神保健法の国際比較研究である。

また各分担研究はそれぞれ、成果を様々な形で公表しつつある。すなわち、1.鈴木班は大規模な国際ワークショップで患者の自己決定権や文化の違いによる精神医学のあり方の違いが明らかになった、また、5.白石班では我が国の精神保健福祉法の英訳が暫定的に完成して、国際的な論議の参考になり得る。その他の4研究は其々必要なアンケート調査を施行し、次年度に集計・検討する。本研究の最終年にはそれを総合的に検討する国際シンポジウムや班会議を開催して、より高次の有機的な成果を得ることを目指している。

#### F. 危険管理情報

なし

#### G. 研究発表

（3）【老年痴呆者における在宅と施設療養における倫理的問題】斎藤正彦分担班  
Saito,M:Decision Making in Social and Medical Services for Patients with Dementia in Japan. Weisturb,DC, Thomasma,S and Tomossy (eds), Aging:Caring for Our Elders,191-202 (2001)

（6）【地域ネットワークの形成と守秘義務の関係に関する研究】江畑敬介分担班  
中谷真樹, 江畑敬介, 他:地域ネットワークの形成と守秘義務との関係に関する研究一第3報 家族・当事者本人の現況一. 第22回日本社会精神医学会、2002年年3月8日、千葉

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### I. 参考文献

（5）各国の精神保健法の比較研究  
（分担研究者：白石弘巳）

本文中にあげたものの他、以下の報告を参考とした。

韓国保健社会研究院保健福祉部(2001) 全国精神保健施設の精神健康及び在院患者の精神健康実態調査.

日本精神保健福祉士協会(2002) 韓国精神保健法概説.



厚生科学研究 精神医学における倫理・社会的問題に関する研究班  
分担研究「精神医学における倫理的問題の国際標準化に関する研究」  
分担研究員 国際医療福祉大学臨床医学研究センター 鈴木二郎

概要

本分担研究は、精神医療、保健、福祉における社会的倫理的問題を特に国際的に比較検討し、ガイドラインの策定を目的としている。平成 11 年から国際共同研究を開始し、平成 12 年度から本障害福祉研究の補助を受け始めた。それによってヨーロッパで意見交換、調査を行い、9 月には日本で国際シンポジウムを行って、「倫理」に関する基本的認識の一致をみた。平成 13 年度は、具体的に深め、パラダイムを検討する為、国際的ワークショップを京都で開催し、多大の成果を得て、近日中に報告の予定である。平成 14 年度はこれらの成果の上に立ち第 12 回世界精神医学会のシンポジウムで国際的な合意を得て、世界に共通するガイドラインを出版する予定である。

A. 研究目的

本分担研究は、精神医療、保健、福祉における社会的倫理的問題を特に国際的に比較検討し、ガイドラインの策定を目的としている。

B. 方法

本研究はすでに平成 11 年から発足している。平成 12 年度はブリュッセルやシエナにおいて各国の研究者と調査検討の機会を持った。それに基づいて、9 月 26,27 日両日、本主題に関するシンポジウムを開催した。それまでの討論で「倫理」の概念が日本とヨーロッパでかなり異なるのではないかと懸念があったが、表現の差はあるにせよ、十分共通の認識が持てることが判明した。平成 13 年度は、10 月 21 日、本主題に関して具体的課題として患者の「自己決定権」と「精神医療の国際比較」を取り上げ、ワークショップを開催した。第 1 部の「患者の自己決定権； 自立性か他者の関与」は WPA 会長・スペイン マドリッド大学の Juan J.Lopez-Ibor 教授は、「精神科医の新しい倫理への挑戦」について、筑波大学中谷教授は「精神科医の新しい倫理への挑戦」、老年学研究所斎藤代表は我が国における「老年者の自己決定権」について、京

都精神医学総合研究所白石研究員は「精神保健福祉における保護者システム：時代遅れ、過去から学ぶこと」についてを討議した。

ワークショップ第 2 部は「倫理、文化、精神医学」を取り上げ、WPA 前会長、スイス ジュネーブ大学 Norman Sartorius 教授を座長に Sartorius 教授の「精神保健における倫理と文化的背景」に続き、カナダ クイーンズ大学 Julio E.Arboled-Florez 教授の「精神医学研究の倫理」、長谷川病院・遊佐安一郎臨床心理士による「日本の精神病院における入院医療」、長谷川病院・長谷川美紀子理事長の「日本の精神病院チーム医療の社会的倫理的考察」について、江畑クリニック江畑敬介院長（「日本における入院への家族同意の文化的背景」が討議され、長崎大学中根允文教授がまとめられた。

いずれのワークショップは高度の内容を得て、平成 14 年度にさらに深め、公刊して世界の精神医療に貢献し、日本の精神医療の向上に資することの可能性を予想出来るに至った。

C. 結果及び考察

ワークショップを通して、研究の価値、

モデルの考え方も吟味が必要であり、個人と社会との契約も重要である（Weisstub）ことや、倫理学者の役割、治療的研究と非治療的研究の問題なども言及された。

精神医学における研究倫理は、強い反発から始まり、さまざまな歴史を経て現在に至っている。現在は、倫理の新しい規則と新しい理論の研究が求められている。現在の原則としてヘルシンキ宣言とマドリッド宣言がだされており、基本原理は、以下の4つである。1. 研究—被験者関係は、医師—患者関係と同様である。2. 被験者の権利は尊重されなければならない。3. 被験者は、十分に分析された危険と利益にもとずいて、守られなければならない。4. 普遍的な公平性に注意を払わなければならない。

カナダの Tri-Council による倫理の原則は、人格の尊厳、自由とインフォームドコンセントの尊重、弱者の尊重、プライバシーと秘密の尊重、公正と包容性の尊重、損害と利益の均衡性、最小限の損害、最大限の利益である。文化による倫理観の違いをあげる。自律性と権利についてラテンアメリカでは、二元性と信頼、日本では、調和と共通合意にもとづく結果、個人主義と集団の決定、カント的規律と戒律的倫理、状況による倫理、倫理的相対主義などがある。

そして新しい倫理の理論は、科学の質、個人と学問の自由、文化の質にもとづく倫理的相違を追及しなければならない。

#### D. 結論

精神医学における倫理は、さまざまな歴史を経て、現在の考え方に至っている。研究の倫理、精神疾患を有する人の治療における倫理、老年者介護における倫理、それらの人びとの自己決定権と基本原理を踏まえて、個々の局面に向かわなければならない。現代は、倫理について文化的差異を乗り越えて国際的スタンダードを考慮しなければならない。

なかでも3つの基本問題は、1. 医学の倫理は、単なるエンテレキーではなく、世界内存在としてのあり方である。2. 医学の倫理は、個人の倫理である、—礼節と正直さにもとずいた価値の仕組みのなかで暮らす欲望をもち、決定することである。3. 問題が複雑で、困難であればあるほど、倫理の構成と命題はよりバランスをとる必要がある。

#### E. 研究発表

なし

#### F. 分析の対象とした資料（この分担報告書では触れられていない文献を含む）

1) Okasha, A., Arboleda-Florez, J., Sartorius, N (Eds): Ethics Culture and Psychiatry -International Perspectives-, American Psychiatric Press, Inc. 2000

# 「精神医学における倫理的問題の国際標準化 に関する研究」ワークショップ

(略称：精神医学と倫理に関する国際ワークショップ)

平成13年10月21日(日)9:00～15:30

都ホテル 西館 3F コスモスホール

## 9:00～12:00 1. Ethics Workshop I—Patient's Decision-making; Autonomy vs. Other

司会：鈴木 二郎 先生 (国際医療福祉大学)

演者：Prof. Juan J. Lopez-Ibor (President of WPA, Spain)

“New Ethical Challenges for Psychiatrists”

中谷 陽二 先生 (筑波大学社会医学系精神衛生学)

“Reforming the Protection of Incompetent Persons in Japan”.

斎藤 正彦 先生 (老年学研究所)

“The Right of Decision-making among the Elderly”

白石 弘巳 先生 (東京都精神医学総合研究所)

“Hogosha System in Mental Health and Welfare Law:

Outdated or something to be learned from the past”

Discussant :

Prof. Julio E. Arboleda-Florez (Queen's University, Canada)

## 12:00～13:00 昼食

## 13:00～15:30 2. Ethics Workshop II—Ethics, Culture & Psychiatry

司会：Prof. Norman Sartorius (University of Geneva, Switzerland)

演者：Prof. Norman Sartorius (University of Geneva, Switzerland)

“Immediate Past President World Psychiatric Association  
and Association of European Psychiatrists”

Prof. Julio E. Arboleda-Florez (Queen's University, Canada)

“Psychiatric Research Ethics”.

遊佐 安一郎 先生、長谷川 美紀子 先生 (長谷川病院)、

Prof. David N. Weisstub (University of Montreal)

“The Admission System of Japanese Mental Hospitals”

江畑 敬介 先生 (江畑クリニック)

“Cultural Perspective of Family's Consent to Admission in Japan”

Discussant :

中根允文 先生 (長崎大学)

## 意思無能力者をいかに保護するか—成年後見制度をめぐって—

筑波大学社会医学系精神衛生学 中谷陽二

わが国の民法は「心神喪失の常況にある者」を禁治産者、「心神耗弱者および浪費者」を準禁治産者と定めた。この場合の心神喪失は意思能力すなわち自分の行為の結果についての合理的判断能力が失われていることであり、「常況」はだいたいにおいて持続的であることを意味する。家庭裁判所は、本人、配偶者などの請求によって禁治産を宣告できる。そして家事審判規則は「家庭裁判所は、禁治産を宣告するには、本人の心神の状態について、医師その他適当な者に鑑定をさせなければならない」と定めている。申立人の請求により家庭裁判所が精神鑑定を適当な専門家に命令する。

従来、禁治産について問題が指摘される機会は非常に少なく、実証的研究もわずかであった。ところが1980年代から、地価の高騰や高齢化にともない、痴呆性老人などの禁治産宣告件数が急増し、その中で民法に定められた禁治産者、準禁治産者の制度や、宣告のために行われる精神鑑定にさまざまな問題点のあることが認識された。

禁治産は本人の利益を保護する反面で、いったん宣告されると取り消されない限り法律行為を全般的に無効にする。しかし審判は非公開で、本人に告知されず、鑑定結果はほとんどそのまま採用され、再鑑定もまず行われないので、濫用される恐れがある。家事審判規則に違背する診断書による禁治産等の宣告や、診断書に類した簡便な鑑定書も出されている。入院中の患者に対して主治医が鑑定人に選任されることが広く行われているが、適正な方式であるのか検討の余地がある。施行に先だって、家庭裁判所調査官が作成した調査書を検討して申し立ての背景を知っておくべきであるが、調査がされていない事例もある。申し立てには家庭内の事情など何らかの理由があり、紛争性の強い事例では鑑定を行うこと自体が紛争の理由になる。関係者の利害対立、紛争に不用意に巻き込まれることを恐れて医師が鑑定を断ることも多い。禁治産宣告の鑑定に関しては基本的な点で不明確が多く、各種の精神障害についての具体的な能力判定基準や類型化について討論の積み重ねがなかった。

そこで禁治産、準禁治産に代わるものとして2000年4月から成年後見制度が施行された。本制度の理念は精神上の障害により法律行為の利害得失に関する判断能力が損なわれた人を保護することにある。ノーマライゼーションの理念にそい、本人の自己決定権の尊重、残存能力の活用、軽度の障害にも適用し得る弾力性、時間や費用の負担の軽減、利用しやすさなどを意図している。

制度は法的後見と任意後見からなり、法的後見はさらに判断能力の程度に応じて3類型に分けられ、それぞれについて保護にあたる者が家庭裁判所により選任される。

### Ⅰ. 法的後見

(1)後見：精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く常況にある者を対象とする。成年後見人は行為全般についての代理、本人がした行為の取消ができる。

(2)保佐：上記の能力が著しく不十分な者(浪費者は除外)を対象とする。重要な財産行為は保

佐人の同意を要し、保佐人は同意なしに行われた重要な行為を取り消すことができる。(3)  
補助:上記の能力が不十分であるが後見または保佐の要件に当たらない者を対象とする。補助人は個々の事案に応じて家庭裁判所が決定した範囲で代理権、決定権を与えられる。

## II. 任意後見

判断能力が低下した場合に備えて本人があらかじめ任意後見人とその権限の内容に関する契約を締結しておくものである。任意後見人は家庭裁判所の監督を受ける。

本制度での「精神上の障害」は痴呆、知的障害、精神障害等を、「事理を弁識する能力」は知的能力、事理弁識能力、社会適応能力を総合した判断能力を、「事理」は法律行為の利害得失を意味する。鑑定は原則として後見と保佐では必要であり、補助と任意後見では必要ではない。

本制度の施行後、申立件数は明らかに増加傾向にある。敷居が低くなり、利用しやすくなったことがそのおもな理由と推定される。対象者の平均年齢は高くなっており、高齢化社会での必要性が反映されている。

以下のような課題について今後討論し、解決すべきであろう。

1. 鑑定における能力判定の基準・評価方法を標準化する。
2. 「精神上の障害」の範囲を明確にする
3. 鑑定人の適格性(とくに主治医は適格か)。
4. 紛争に対する中立性をいかに保持するか。
5. 簡便性をいかに高めるか(時間、費用など)。
6. 審判が鑑定の結論に全面的に依存しやすいこと。

## 日本の介護保健サービスにおける意思決定のあり方

慶成会老年学研究所主任研究員 斎藤正彦

2001年8月11日、日経新聞は、介護保健下のサービス契約のあり方について、警鐘を鳴らす記事を掲載した。記事によると、大阪在住の痴呆性高齢者が、ショートステイ中に転倒、骨折する事故があった。事故の後、介護者が、ショートステイを引きうけた施設に対して、入院費用等を請求する裁判を起こそうとしたところ、本人には訴訟能力がなく、介護者には訴訟代理権がないので訴える前に、公的後見の手続きをするように言われた。介護者の主張は、ショートステイ利用の際には、本人の名前での契約を認めておきながら、訴訟を起こすことになる、訴訟能力を認めないと言うのはおかしいではないかというものである。介護保険下のサービス利用契約に必要な意思能力が、訴訟を起こすために必要な意思能力より低く設定されることは、さほど不合理なことではないとしても、現在、介護保険におけるサービス利用契約に関する意思能力の問題は、ほとんど議論されることさえなく、自分の名前も書けない痴呆性高齢者が、家族の代署により、本人名で契約がなされているという実態は、介護保険が、民間企業のサービス参入を是としていること等を考え合わせれば、決して看過できない問題である。

介護保険導入以前、我が国の高齢者福祉サービスは、自治体による行政措置として位置づけられ、本人の申請に基づき、地方自治体が決定し、実際のサービスも、自治体自身や社会福祉法人等の公的機関によって提供されるというものであった。本人の申請と入っても、痴呆性高齢者に対する介護サービスの申請は、特別な手続きなしに、ほとんどが家族によって代行され、しかも、申請書には本人の名前と印鑑が押されるというものであった。こうした行為が自治体という公的な機関の中で黙認されてきたのは、痴呆性高齢者に対するサービスの申請には常に、福祉事務所の職員が関与し、提供されるサービスは公的な機関から提供され、サービスの質は行政措置として担保されてきたからであるといつてよい。これに対して、介護保険は、地方自治体が保険者となり、40歳以上の全ての日本国民がこれに加入して、介護サービスを利用する際に保険者からの支払いを受けるというシステムであるが、サービスは、利用者と提供者の契約に基づき、サービス提供者には、民間の営利企業も含まれている。すなわち、措置サービス時代に、明らかに意思能力のない高齢者の名前で行われる申請を黙認してきた前提となるサービスの質の保証、トラブルが起こったときの補償の担保はなくなったと言ってよい。したがって、介護保険下におけるサービス利用契約は、従来の措置制度の下での家族による代理行為と同等には論じることができない。

地域福祉権利擁護事業は、こうした問題を念頭に置いて介護保険導入直前の1999年10月にスタートした。この制度は、厚生労働省が管轄し、全国社会福祉協議会が中心となって推進している。意思能力が不十分なために介護保健サービス利用契約を結ぶことが困難な高齢者等が、基幹的社協等と契約して、介護保険契約援助、日常的な金銭管理等のサー

ビスを受けるといふものである。この制度は、発足後、2000年6月に改正された社会福祉法によって法的根拠を得て、年を追って発展しているが、介護保険契約を単独で行うには不安のある高齢者等が、社会福祉協議会との『契約』によって助言援助を求めるといふものであるから、社協との契約も結べない痴呆性高齢者は対象とならない。家族が法的手続きなしに、介護保険契約を代行している実態の解決にはならず、冒頭の新聞記事のような事件は、今後も繰り返される可能性が大きい。

新しい成年後見制度は、2000年4月、介護保険制度と同時に発足した。法務省が管轄するこの制度は、意思能力に欠陥のある人を保護するための制度であり、理論的には、意思能力が不十分な痴呆性高齢者の介護保険サービス利用契約等にとっても有効に機能する可能性が期待できる。従来の禁治産、準禁治産が、個人の保護より家産の保護を念頭に置いていたのと異なり、新しい成年後見制度は、個人が残された能力を維持、活用しながら、安全に社会生活を送ることを援助することを主眼としている。新しい成年後見制度は、後見、保佐、補助の3類型からなる公的後見制度に加え、持続的委任を制度化した任意後見制度を導入した。これらによって、高齢者が、能力のあるうちに、自分の将来を託す人と介護、看護方針を決め、能力を喪失した後も、自分の意思を実現していくことを可能にしている。新しい成年後見制度では、財産の保護のみならず、身上監護義務が強調され、活用法如何では、介護保険サービス契約等にも応用が可能であるが、財産のない高齢者の場合、後見制度利用のための費用をどうするか、身上監護のみを主眼とする後見を引き受ける後見人をどう育成するか等の現実的な問題は山積している。

以上、介護保険制度下のサービス利用における意思決定の問題について、我が国の制度とその利用の現状を概観した。介護保険は、行政にお世話をされるという発想を転換し、障害があっても、自らの意思で生き方を選択し、サービスを能動的に利用することによってそれを実現することを可能にする制度である。したがって、介護保険下のサービスは、サービス提供者と利用者の対等の契約に基づく。契約という概念は、もともと、我が国の一般的家庭生活にはなじみの薄いものであり、まして、今日の高齢世代にとっては縁遠いものである。一方、契約に基づくサービスに慣れていないのは、従来、措置制度の下でサービスを提供してきた社会福祉法人も同様である。先に述べたとおり、両者の、曖昧な関係が許されてきた前提は、介護保険下には存在しない。契約の不履行に関する裁判には家族の代理が認められないのに、サービス利用契約には、法的根拠のない家族の代行を黙認するのは、明らかに不公平な契約であろう。介護保険契約と意思能力の関係を明確にし、家族等による代行のシステムを確立する必要がある。成年後見制度は、意思能力に欠陥のある高齢者が安全に社会生活を送るために有力な支援となる可能性を持っているが、後見、保佐、補助人の受け皿などの整備が遅れており、財産のない高齢者の身上監護のみを目的とした利用はきわめて限られている。両制度が保管し合って、単身高齢者、高齢者のみ世帯でも安心して可能な限り社会生活が送れるようなシステムが生まれてくることを期待する。

## 精神障害者の自己決定と保護者制度

東京都精神医学総合研究所 白石弘巳

### 1. 精神障害者の医療における自己決定

一般に、自傷他害のおそれがあることによる強制入院の他、入院治療が必要であるにもかかわらず、本人が同意しない場合、本人の自己決定を抑制し、医療のための強制入院が行われる規定がある。医療のための入院が必要な場合があることについては、世界の国々の中に定着しつつあるといえる。この場合、異なる二つの考え方がある。

第一は、本人のインフォームド・コンセントを与える能力がない場合にこの入院が正当化されるという考え、第二は、強制的治療の必要性に対する専門的判断を根拠とする考えである。第二の場合、患者の判断能力がないと判定される場合が多いであろうが、可能性として能力があるにも関わらず医療の必要性があるために強制的な入院の対象とされる余地を残している。

この違いは、その後の権利擁護のあり方に関係する。第一の場合には、適切な手続きを踏んで代理人が選ばれ、この代理人との間で医療契約が結ばれる。これは、インフォームド・コンセントの原理に基づき、原則として精神医療に限定されるものではない。第二の場合には、代理人との間の医療契約ではなく、家族ないし第三者機関が権利擁護という立場から精神医療の乱用が生じないように治療を監視する立場となる。前者は弱いパターナリズム (Weak paternalism)、後者は強いパターナリズム (Strong paternalism) と呼ばれる。前者は、容認される傾向にあるが、後者については異論があるのが現状である。

### 2. 日本の医療保護入院制度

日本の精神保健福祉法でも、医療の必要性に基づく入院規定がある。主なものは医療保護入院である。医療保護入院の要件は、1) 精神保健指定医が入院の必要性を認めるが、本人が入院に同意しないこと、2) 家族の一人がこれに同意すること、である。

これは、代理人との間で医療契約が結ばれるという考えに近いが、インフォームド・コンセントの原理に則り、本人が無能力であることを明示的要件としたものとはいえない。そもそも日本では、一般的に、精神医療においてインフォームド・コンセントの原理が導入されているとはいえない。また、精神障害者が精神科以外の身体科、たとえば外科に受診する場合には、本人の判断能力の有無に関わらず、家族の同意が要求され、家族がいない場合など手術を拒否されることが起こっている。

また、現行の制度では代理人となるのがほとんどの場合家族に限られる点に特徴がある。現行の制度では、同意することができるのは、配偶者、親権者、成年後見人などの法定代理人と、特に精神障害者が成人の場合には、家庭裁判所で選任を受けた保護者、保護者が選任されていない場合には民法上の扶養義務を負う者、となっている。家族が全く存在しないときには、市町村長が同意をすることができる。日本では、約9割近くの場合に家庭裁判所で選任を受けた家族が保護者として入院に同意している。この制度のもとで、以下



のような問題が生じている。

(1) 家族への負担 日本では、家族は利害を一つにする集団であるという家族主義的考え方が生きている。たとえば、重い病気の場合、本人には説明しなくとも、家族には説明することが慣行となってきたことなど、家族を第三者と捉える英米の考え方と隔たりがある。また、通常、家族も病気の家族員の世話をする意欲は旺盛である。問題は、高齢化などにより家族による保護がもはや得にくい場合である。保護者が引き取り、同居することを拒むために入院が長期化するという弊害がまれならず生じる。この原因は、家族以外に同意を代替できる機関が用意されていないことによる。

(2) 家族がない人への介入困難 他方、家族がない単身生活者の場合、本人が同意しない限り、原則的に他害や生命の危険が生じるまで介入できない。たとえば、自傷他害のおそれがなくとも近隣への迷惑行為が続いている場合や、身体合併症があり治療を拒む場合など、手遅れになる前に治療を開始すべきと思われる場合、家族がいれば強制的な入院が行われる可能性があっても、単身者では本人が同意しない限り介入が困難である。

### 3. 保護者制度とその改革

#### 1) 保護者制度とは

このような強制医療の背景にあるのが、保護者制度である。保護者制度は、精神保健福祉法第5章「医療及び保護」(20条～44条)の主として第20～第22条の2の保護者の権限や義務規定に基づいて運用される制度である。この制度について、改革の必要性が叫ばれてきた結果、1999年の法改正において、保護者制度や医療保護入院の廃止を含むさまざまな改革案が検討され、1)任意入院中及び通院医療継続中の患者の保護義務対象からの除外、2)保護者の自傷他害防止義務の削除、3)新たな成年後見制度における後見人及び保佐人が保護者となる規定の新設、4)移送制度における保護者の同意に関する規定の新設などの変更が行われた。しかし、今回の法改正が、いわば道半ばのものであることは誰の目にも明らかである。例えば、任意入院中及び通院医療継続中の患者は保護義務の対象外となるというが、保護者が必要なのは強制的な受療の際であることを考えれば、これは言わずもがなのことである。そして、ひとたび精神障害者が医療を中断したり、医療保護入院の対象となるや保護者が保護義務を負わねばならない事態が直ちに復活するのであり、保護者の実務面には何ら変更が加えられたわけではない。このような中で、万が一他害事件が生じるならば、自傷他害防止監督義務が削除されたからといっても、受療義務を果たさなかった責任を問う訴訟が保護者に対して起こされることにもなる。昨年報道された保護者に対する1億円賠償請求判決は、決して過去のものではない。

#### 2) 保護者制度の改革

保護者制度を改革する二つの方向性について言及する。まず、精神障害者の入院におけるインフォームド・コンセントを励行し、判断能力のない場合に限って強制入院の対象とし、これに国連原則に謳われている個人的代理人の機能を持つ代行決定者が関与することとする。この代行決定者を家族に限らず広く募ることができるような制度にすることが望

ましい。第二は、現在の精神医療審査会のような人権擁護機関の権限をより強化し、精神科指定医の責任において医療保護入院した者の審査請求に対して、迅速且つ権威をもって対応できるようにすることである。両者は、相互に排除するものではないので、現実には個人的代理人の制度と人権擁護機関が並立するシステムも考えられる。

いずれにせよ、同じパターンリズムの制度でも、運用対象の判断能力如何により、大きな評価の差が生じるので、まずこの点を明確にする必要がある。特に医療保護入院において強いパターンリズムを認めるのであれば、相当の人権擁護の体制を取ることが国際的に求められる。ちなみに、こうした議論の前提となる精神障害者の判断能力については、これを評価するシステムを確立することが急務である。

## JAPAN INTERNATIONAL ETHICS RESEARCH PROJECT

Ministry of Health, Labour and Welfare - Kyoto Meeting, October 21, 2001  
Morning Panel on Patient Decision Making Autonomy versus Other Decisions

Chair: Professor Jiro Suzuki  
Commentator: Professor J. Arboleda-Flórez

### Presenters:

Professor Juan José López-Ibor – New Ethical Challenges for Psychiatrists  
Professor Yoji Nakatani – Reforming the Protection of Incompetent Persons in Japan  
Dr. Masahiko Saito – The Right Decision Making Among the Elderly  
Dr. Hiromi Shiraishi – Hogosha System in Mental Health and Welfare Law: Outdated or Something To Be Learned from the Past.

### COMMENTARY<sup>1</sup>

Professor López-Ibor spoke about the importance of placing psychiatric ethics along the general parameters medical ethics. He referred to the principles of the Madrid Declaration in regard to respect of the patient as a partner in the therapeutic relationship and made the point that, within certain framework to allow for cultural differences, ethical principles in the psychiatrist-patient relationship are universal and cannot be compromised. These principles pertain to the professionalism expected of the psychiatrist and the fact that good behaviour as well as knowledge and expertise to do good clinical practice and evidence-based medicine are universal. Professor López-Ibor made a special reference to three issues. 1. Management Ethics in particular matters of Equity, the integration of psychiatric care and the importance of changing discriminatory laws and practices. 2. Education in core curriculum and the importance of the teaching of ethics to future psychiatrists and 3. General issues of forensic ethics. In particular, he contrasted issues of equality versus difference, homogeneity versus diversity and individual beliefs versus social norms and expanded on concepts of moralism, individualism and meliorism.

Professor Nakatani spoke about the old Japanese laws on incompetence that legislated the complete loss of autonomous decision making for those found totally incompetent or required permission to make decisions from substitute persons for those found partially incompetent. He provided figures demonstrating the rise of the number of persons found incompetent in Japan over the past 15 years. The number of elderly persons found incompetent has tripled since 1983 and is related to the demographic increase among the elderly and the subsequent increase in cases of dementia. Of interest, however, is the fact that the increase among the ranks of the incompetent elderly has also being related to the change of land prices in Tokyo. This economic indicator could be used as a proxy measure of economic strength, but also as a measure of financial distress and family burden posed by the elderly and need for social assistance via a finding of incompetence. Professor Nakatani compared features of the old law on incompetence such as rigidity, neglect of personal autonomy, and problems of application in cases of minor impairment, to the new law just passed in April 2000. The new law is more flexible, makes better use of remaining intact abilities, is respectful of personal autonomy and includes assistance and voluntary guardianship as a means to encourage normalization. The new law has, apparently, also spurred an increase on incompetent cases largely among females through the use of private health contractors, but it is still too early to come to any conclusions about its impacts.

Dr. Saito spoke about the long-term care insurance law that, in the past, was in the hands of local governments on application from the family. The new Social Welfare Law approved in 2000 is based on

---

<sup>1</sup> J. Arboleda-Flórez MD, FRCPC, FAPA, DABFP, PhD  
Professor and Head, Department of Psychiatry  
Queen's University, Canada.  
Member Ethics Committee, WPA

“contracts” that apply to family members who would, then, become decision makers in case of incompetence or need for long term care. Dr. Saito referred to initial difficulties in the application of the law on account of the unfamiliarity among the Japanese, especially among the elderly, to the concept of health contracts.

Dr. Shiraishi presented the concept of Hogasha for substitute decision-making based on an old Japanese tradition of appointing a “personal representative” and he extended the possible utilization of such a concept to contemporary agendas in mental health policies and legislation. In particular he referred to the dichotomy found on cases of involuntary hospitalization whether based on dangerousness (“weak paternalism”) or on a need for care and protection (“strong paternalism”).

Comments from the audience cover a wide number of items. Among the most important of these should be mentioned the one on legal parameters of mental health legislation and the need for the involvement of legal counsel to protect the rights of the mentally ill and to advance advocacy on their behalf; comments on the use of ambulatory commitment, better known as community treatment orders, with particular reference to the law in New York; the plight of the mentally ill in prisons; and issues on the funding of mental health services specially in regard to parity and equity in medical management.

In line with the themes explored by the presenters and the audience, Professor Arboleda-Flórez divided his comments in three parts: ethics, mental health law, and mental health economics. As an introduction to the themes he excused himself if he failed to represent properly and to integrate his own personal views on the issues plus three different constituencies: Professor David N. Weisstub of the International Academy of Law and Mental Health whom he represented in his capacity of President of the Academy, Professor Ahmed Okasha, Chairman of the Ethics Committee of the World Psychiatric Association whom he represented in his capacity of being a member of the Committee, and finally the views of the International Council for Prison Medical Services of which he is the Secretary-General.

On Ethics, Professor Arboleda-Flórez referred to the need to differentiate a patient-centred ethics from systems ethics and social ethics and expanded on matters of “procedural justice” that include the six elements of fairness, voice, validation, respect, motivation and information. At the base of procedural justice, he indicated, there is a genuine acceptance of the patient as an autonomous individual inherently deserving of the respect and deference owed to any other persons. Application of the six elements of procedural justice would create a framework to safeguard the ethical principles of autonomy and respect of the patient as a person.

Professor Arboleda-Flórez proceeded to refer to Tarasoff decisions that imply threats to confidentiality and to privileged communications. He indicated that psychiatrists are not covered by regulations protecting privilege communications and, as such, they are bound to disclose confidential information when so demanded by law. Tarasoff decisions have been made in line with the need to protect third parties when there is clearly an identified threat to their personal security so that common law now enjoins the therapist or physician to disclose under threat of legal penalties or civil action on grounds of malpractice. Furthermore, in many countries confidentiality has to be breached, by law, when the need arises to protect children from abuse. Again, failure to report is an indictable offense in many of these countries. At the base of these decisions is the fact of double agency whereby the therapist, and psychiatrists most especially, cannot extricate themselves from their duties as citizens and the need to be upfront with patients when these matters are being explored in the therapeutic relationship.

On mental health law, Professor Arboleda-Flórez mentioned that most countries are in the process of reforming their mental health system in line with new realities in the post-deinstitutionalization era. He emphasized that the closure of mental hospitals and subsequent relocation in the community has been partially unsuccessful because of poor planning and a lack of adequate funds for community care and treatment. Deinstitutionalization has created discriminatory conditions against mental patients many of whom are being condemned to subhuman living conditions in rundown tenements, or sent to prison. Kendrad Law in New York and similar legislation in more than 35 states in USA, Britain, two Provinces in Canada (Saskatchewan and Ontario) and in other countries are an attempt to help patients when they experience relapses of their psychotic illness and when they are unable to make proper decisions about their