

資料6

米国の連邦法と州法では個人の自由を確立し、裁判所が各ケースの判決のために憲法と制定法の基本言語の解釈を求められるにつれ、このような原則が徐々に拡大され、適用されてきた。基本的な理念原則として、個人の自律 (individual autonomy) が重要であるという信念が高まり、ほとんどの管轄権で個人の自由により有利な解釈がなされるという傾向によって、司法の憲法の解釈は大きく影響を受けた。

個人の自律の原則は、個人の権利を基盤とするアプローチの根本的理念である。英国人の John Stuart Mill のような思想家は、私たちの社会に自律の考え方に対する理論的基盤を与えた。書き物や法律に関する意見を述べる場で、Mill の「自由論」(1859) というエッセイの中にある文章がよく引用される。下記はその引用文の一部である。

「……人類がその成員のいずれか一人の行動の自由に、個人的にせよ集団的にせよ、干渉することが、むしろ正当な根拠をもつとされる唯一の目的は、自己防衛の場合のみである。また文明社会のどの成員に対してにせよ、彼の意思に反して権力を行使しても正当とされる唯一の目的は、他の成員に及ぶ害の防止にある場合である。」

「自由の名に値する唯一の自由は、われわれが他人の幸福を奪い取ろうとせず、また幸福を得ようとする他人の努力を阻害しようとしなにかぎり、われわれは自分自身の幸福を自分自身の方法において追求する自由である。各人は、肉体の健康であると、精神や靈魂の健康であるとを問わず、各人自身の健康の正当な守護者である。人類は、自分にとって幸福と思われるような生活をたがいに許す方が、他の人々が幸福と感ずるような生活を各人に強いるときよりも、得るところが一層多いのである。」

Mill は個人の自律が絶対的なものだとは考えていなかったが、次のように記した。

「この学説を利己的な無関心の一例であると考え、それは、人間は他人の人生における行動と互いに何のかかわりをももたないと主張し、また自己自身の利益に関連しない限りは他人の善行や幸福にかかわりをもつべきではない、と主張するものであると考えるならば、この学説に対する大きな誤解であろう。人間は、相互の助力によってこそ、より善きものとより悪しきものとを区別することができ、また相互の助力によってこそ、より善きものを選んでより悪しきものとを区別することができ、また相互の激励によってこそ、より善きものを選んでより悪しきものを避けることができるのである。」

(「自由論」 J. S. ミル著、塩尻公明・木村健康訳 岩波文庫より)

資料6

Millの時代の社会通念を考えると、このような権利は白人の男性のみにあり、女性や白人以外の人種や精神障害者にはそのような権利はなかったと考えられる。白人男性という選ばれた集団にこのような権利は限定されていた文化および法的な基盤の中では、他の者にはそのような権利を執行する能力はないとみなされていたと考えられる。成人男性は、法律の中で判断能力があると仮定されていた一方で、女性や高齢者、精神障害者などの他の集団は判断能力がないとみなされていた。その結果、ほとんどすべてに関して、家族、医師、政府が代わりに意思決定をすることが条件となっていたのである。

女性は男性とはまったく異なる扱いを受け、それは多くの州の規則で認められていた。例えば、イリノイ州の E. P. W. Packard 夫人のケースである。1860年に、イリノイ州立病院に対する夫の陳情書に関して、判例では Packard 夫人は次のように述べられていた。

「医療管理者の判断では、既婚の女性と幼児は明らかに精神異常で、混乱している。他のケースで求められた精神異常と混乱の根拠はなく……夫の要求を受け入れ、収容するかもしれない」

Packard 夫人は3年間入院した。退院し、運動を始め、後に個人の自由の規則が認められるようになった。裁判所の命令による非任意措置の審理で陪審に求められるようになった。

しばらくして、連邦および州レベルで憲法や制定法が修正され、米国で女性や少数民族の権利が拡大された。さらに、権利や特権のあらゆる面で他の集団の排除という問題を扱ったケースでは裁判所が意見を提起した。ゆるやかな進展が1960年代から1970年代までの間に米国で公民権の分野で起こった。究極的には、精神障害者も他の市民と同じように権利を全面的に認められた。精神障害者のために新たな権利をつくられたり、保護されたりするのではなかった。むしろ、他の市民や住民に与えられている権利が精神障害者にも広がったにすぎなかった。

精神障害の有無に限らず、個人の権利は同じであり、精神障害者はそのような権利が制限される状況に陥りやすい。精神障害者の個人の権利に関して、裁判所の命令による非任意措置、治療の拒否権、障害差別の3つの分野を挙げる。さらに、精神障害者の権利を守る手段としての医療過誤訴訟を取り上げる。

裁判所の命令による非任意措置 (civil commitment)

1700年代の精神障害者の収容理由は、唯一他者にとって危険だからであった。収容と治療に関する精神障害者の自己防衛が一部の管轄権で認められた。例えば、ニューヨーク州では、1788年に「ひどく逆上した」者および「かなり混乱し、海外に行くのを認めるには危険な可

資料6

能性がある」者を非任意に収容することを制限する法令を制定し、友人や家族によって世話をしてもらうことができる「その他の精神異常者」も収容できないとした (New York Laws of 1788, Ch. 7)。それまでは危険ということで精神障害者を収容していた州政府は、州は市民を守るために行動する権限があるという大義名分のもとに、州の「警察の力」を行使していた。

他者に対して危険とは限らない者であっても、本人のために収容の必要性があると認識されていた。パレンス・パトリエの法的概念のもとでは、州民との関係は子供と親の関係であった。これが後に、援助が必要である市民の代わりに介入する権利と義務が州に与えられるように発展したのである。

1845年に、マサチューセッツ州最高司法裁判所が Matter of Josiah Oakes の判決を下した。おそらくその前の判決には、非任意収容治療の必要性が含まれていた。チャールスタウンの住民である Oakes 氏は、アジアとの貿易に用いられていた快走帆船の施工者として財を築いた。夫人が亡くなってから数日後に、Oakes 氏は病気だといわれていた若い女性とかわるようになり、また躁のエピソードと一致する衝動的な行動をとるようになった。家族の要請により、Oakes 氏はマククリーン精神施設 (Asylum) に収容された。Oakes 氏は弁護士を雇い、*habeas corpus* のコモン・ローの権利を主張し、出してほしいと訴えた。裁判所は、アメリカ合衆国憲法では法的手順を踏まずに非任意収容などによって自由を奪うことを禁止していることに注目し「拘束は必要な限り、継続しうる。これは制限であり、適切な制限である。」と規定した。以前は他者にとって危険であることだけが収容の基本であったのに対し、「必要姓」には、患者および他者の安全性が含まれた。Oakes 氏は結局、自由の身になり、資産を浪費し、弁護士費用不払いで訴えられた。何年後かに任意でマククリーン精神施設に戻り、翌日、施設で亡くなった。

1960年代は、アメリカで市民の自由について大いに注目された時代であり、関心は精神障害者の権利にも広がった。連邦および州の裁判所で非任意入院や治療に関する問題がたびたび取り上げられ、これまでのやり方が見直され、精神障害者の権利が再認識された。意思決定に関する患者の自律を保障する動きが高まった。治療の必要性が明らかな患者であっても入院が認められなかったり、退院されられたりしたケースもあった。このような動きは、多くの精神科医、その他の臨床家、病院の管理職に快く受け止められなかったが、今から振り返ってみれば、このような判決が精神障害者の治療によい影響を与えることになった。

最小限の拘束方法：

州の警察が患者の意思に反して入院させていたが、裁判所は、この権限に制限を加えた。例えば、ワシントン DC の路上に住む痴呆の女性は、治療のために入院させることはできたが、精神病院の閉鎖病棟に入れることはできなかった。裁判所は「自由が奪われるのは、病気の

資料 6

人自身の身が危険にさらされるときであり、それは必要以上であってはならない。」とした。非任意治療は、治療、収容、施設の種類にかかわらず、最小限の拘束方法で行われなければならない。例えば、居住施設で患者が保護されうるならば、精神病院ではなく、むしろその居住施設に収容しなければならない。Lake v. Cameron, 364 F.2d 657 (DC Cir 1966)

裁判所の命令による措置に関する Due Process の権利：

憲法の原則では、法律の due process なしに誰も自由や財産を奪われることはない。もし政府が刑法や民法のもとに誰かを収容しようとするときは、正当な目的においてのみであり、その目的が正当であるということを保証する手順を踏み、その収容の根拠がなければならない。

1960年代と1970年代の間に個人の自律がますます重要視されるようになり、それは判決と同様に医療倫理にも反映された。先に引用した John Stuart Mill の文にもあるように、法的な意見の中にも裁判所の命令による措置問題が現れ始めた。これにより、パレンス・パトリエや治療の必要性のモデルから伝統的な警察の権限や危険性のモデルへと徐々に戻っていった。

警察やパレンス・パトリエの権限で収容される場合に限らず、患者には due process の権利が与えられている。Due process の問題は、裁判所の命令による措置に関する多くの重要な判決で取り上げられた。

アメリカ合衆国最高裁判所としては、珍しく精神保健例を扱い、患者の意思に反する患者の確保については正当化する必要性があったとした。Donaldson 氏は、フロリダ州精神病院に入っていたが、危険とはみなされておらず、友人が責任を持って他の州にある家に連れて行くといっていたにもかかわらず、監督者から退院を拒否されていた。フロリダ州は、Donaldson 氏は妄想型精神分裂病という診断であるため、積極的な治療は基本的に何もされていなくとも、患者の意思に反して入院させることができるとしていた。Donaldson 氏は、監督者である O'Connor 氏を訴え、収容されていたら、治療を受ける権利があり、治療が受けられないのなら、州はそれ以上引き止めることはできないと主張した。最高裁判所は、広い意味で憲法と関係があるという理由から、このケースを取り上げた。治療の問題に対する権利については判決を下さなかったが、裁判所は Donaldson 氏を退院すべきだとした。「精神疾患の所見だけで、州は本人の意思に反して、無期限に収容施設に閉じ込めることはできない。」

裁判所は、憲法による危険性だけが非任意収容の唯一の理由ではないとしながらも、次のように述べた。

「……自分自身で、または家族や友人が責任を持って世話をしながら、自由を享

資料6

受し安全に生きていける危険ではない者を州は憲法上、収容することはできない。O'Connor v. Donaldson, 422 U. S. 564 (U. S. 1974)」

言い換えれば、警察であれ、パレンス・パトリエであれ、州は彼を収容し続ける正当な理由がなければならない。

米国の裁判所では、他者に対して訴訟をおこすよう求める者は（例：犯罪訴訟手続きや民事訴訟）または他者から何かを得ようとする者は（例：原告が損害を求めるような医療過誤訴訟）、「証明責任 (burden of proof)」がある。医療過誤のような民事訴訟では、原告が業務上の過失を立証するには「証拠の優越 (preponderance of evidence)」の点で優らなければならない。これは証明責任の一番低いレベルで、原告は「真実ではない以上」の申し立てが必要となる。犯罪訴訟では、検察は「合理的な疑いの余地がない程度 (beyond a reasonable doubt)」に罪を証明しなければならない。これが一番高いスタンダードである。

精神障害者に対する裁判所の命令による措置については、アメリカ合衆国最高裁判所が、適切なスタンダードはこのふたつの間にあるとしている。病院または州は「明確な説得力のある形」で入院の必要性を示さなければならない (Addington v. Texas, 441 U. S. 418 : U. S. 1979)。裁判所は「裁判所の命令による措置によって、かなり自由が奪われることになるが、刑罰的な目的よりも治療のため」としてこの結論に達している。「合理的な疑いの余地がない程度」のスタンダードを満たすことは州にとっては困難であり、ケアの必要性から一般大衆および個人を保護する正当性を追求すると筋が通らないことになる。一方で、自由については「証拠の優越」よりも高いスタンダードの証明が必要である。

非任意入院の基準は、各州が自由に決めることができる。連邦のスタンダードよりも個人の自由が損なわれない基準である限り、その中には証明責任のスタンダードが含まれる。例えば、マサチューセッツ州では、患者が基準を満たすには、裁判官を「合理的な疑いの余地がない程度」(犯罪スタンダード) に説得しなければならない。

マサチューセッツ州も含め、ほとんどの州は、自傷他害性または地域社会で暮らしていく能力の欠如に焦点を当てた何らかの危険モデルを採用している。マサチューセッツ州の非任意措置基準は、精神疾患による強い傷害傾向という条件となっている。マサチューセッツ州の規則 (104 CMR 27.05) では、非任意措置の目的は：

「……精神疾患は、通常の生活をしていく上で、判断、行為、現実を認識する能力を著しく損なう思考、気分、感覚、見当識、記憶の重い障害と定義されているが、アルコールまたは物質乱用は含まれておらず、それらは M. G. L. c. 123, § 35に定義づけられている。」

資料6

「強い傷害傾向」は次のように定義づけられている：

- (1) 脅威によって身体的自傷他害性が現れる危険性が高い、または自殺を試みたり、自傷傾向が強かったりする。もしくは、
- (2) 殺人やその他の暴力行為の根拠、他者が暴力行為や重い身体的傷害を受けると恐怖を感じる根拠。もしくは、
- (3) 判断力が損なわれることによる身体的障害または損傷の危険性が高い。患者は自分で自分自身を地域社会で守ることができず、他に地域社会で妥当な保護策もない。

この基準の内、ひとつ以上を満たす者は、認定医、臨床心理士、クリニカル・ナース・スペシャリスト、警察いずれかの証明書により本人の意思に反して病院に送られうる。緊急入院期間は4日間とし、この事実を患者または保護者に告げなければならない。

入院に際しては、患者は任意入院の機会を与えられなければならない。これを「条件付任意」といい、「条件付任意」に署名する機会を与えられなければならない。本当の任意入院とは違って、患者は好きなきに退院できるわけではない。患者が退院を求めるときは、管理者に通知しなければならない。通知があった時点から、病院にはさらに入院させるための申し立てをするか、退院させるかを定めるため、3日間の猶予がある。

緊急入院の際には、どの患者も弁護士に相談する権利があり、他の権利や特権のリストも与えられる。入院先の施設は、低所得者や精神障害者に対する法的な相談を行っている州の弁護士団体である Committee for Public Counsel Services に通知しなければならない。この委員会は患者に合う弁護士を選定する。患者が弁護士の代理を拒否したり、他の弁護士を雇ったりしたときにこの弁護士の任務は終了する。

誰でも入院は当局の特権乱用であると感じたり、地方裁判所に緊急審理を求めたりするようになるかもしれない。裁判所は患者または弁護人から延期が要求されない限り、要請が出されたその日、または翌営業日に審理を開かなければならない。

強い傷害傾向にある者の緊急収容について、誰でも地方裁判所または青少年裁判所に訴えることができる。裁判所は問題となっている人物の代弁をする弁護士を選定しなければならない。裁判所が十分に根拠を審理した後、決定を下す場合は、問題となっている精神障害者の捕縛状と出頭書を発行するかもしれない。その際に、施設に入れる権限のある医師または臨

資料6

床心理士が鑑定を行う。その結果、精神疾患による強い傷害傾向がある者を入院させることができなかつたということになると、裁判所はその者を4日間まで施設に収容するよう命じることができる。

その4日間の緊急措置の間に、施設が本格的な裁判所の命令による措置に訴える決定をしたならば、特定の訴状書式に記入し、訴えの対象者に通知しなければならない。通知は due process の基本である。申し立てから4営業日以内に審理が開かれなければならない。特別な延期の許可がない限り、裁判官は審理から10日以内に意見を述べなければならない。申し立てが通ると、最初の措置期間は6ヵ月間となる。裁判所は定期的に見直しを求めることができ、施設側も早期退院の申し立てをできるが、最初の6ヵ月間を過ぎた後の措置期間は1年間となる。

インフォームド・コンセントと治療拒否の権利

1960年代の米国医学界の最も重要な発展のひとつは、インフォームド・コンセントの考え方が導入されたことである。インフォームド・コンセントの歴史は、米国のコモン・ローの基となった英国のコモン・ローに始まる。コモン・ローの中にある「私法」という言葉は、損害を求める法的措置の基となる市民の誤った行為に言及したものである。私法は個人の損害法として知られ、医療過誤も含まれる。

英国のコモン・ロー上では、暴行の不法行為 (battery) とは、正当な同意なしに他者が意図的に接触することと定義されている。コモン・ローでは、暴行の被害者は、損傷の補償を求めて相手を訴えることができる。加害者つまり被告は、被害者つまり原告への接触を正当化するか、同意が得られていたという反論ができる。同意はなかったが、正当化される接触例としては、正当防衛、自傷他害の危険性がある患者の拘束がある。

コモン・ローのもとでは、「単純な同意 (simple consent)」である。接触を受けそうな者は、唯一、一般的な許可を与える必要がある。前もって説明の必要性はない。例えば、腹痛を訴えている患者は、外科医に手術をさせることに同意さえすればよい。その他の詳細な説明や許可は求められる必要はない。手術中の外科医の義務は、最大限に専門的な判断をして、何をするか決定し、手を抜かずに手技を実施することである。

1960年までに米国の医学界では Natanson v. Kline 300 P. 2d 1093 (1960) の判決により、「単純な同意」がとられていた。そのケースでは、カンサス州最高裁判所が同意を得る前に、患者は、疾患の本質、提案されている治療、成功度、副作用・合併症の危険性、他の治療案など特定の情報を与えられなければならないとした。それぞれのカテゴリーの情報量は、医療従事者によって決められる。妥当と考えられる医療従事者が同じような状況下で与える平均的な情報である。

資料6

1972年に、ワシントンDCの裁判所は、適切な情報のスタンダードとは、理論的に理解できる患者が意思決定できるような材料とした (*Canterbury v. Spence*, 464 F.2d 772:1972)。マサチューセッツ州の裁判所はこのモデルからもう一步進んで、各事例で患者が同意の意思決定をできるような材料となる情報を要するとした。

インフォームド・コンセントは現在、全州で求められている。州によっては制定法で求められているところもある。3つの基本要素がある。つまり、情報、同意の自発性、判断能力である。与えられるべき情報のスタンダードは、州によって異なる。少数ではあるが、医療従事者のスタンダードをいまだに用いているところもある。同意は自発的でなければならず、治療を提案している者の強制ではない。家族の強制は法律上のインフォームド・コンセントの侵害にはあたらない。

判断能力も治療の意思決定ができる能力のことであり、インフォームド・コンセントの要である。すべての成人は判断能力があるとみなされ、裁判官のみが判断能力の有無を判断することができる (*Lanev. Candura*, 6 Mass. App. Ct. 377:1978) 臨床家にこの権限はない。しかし、臨床家は治療の意思決定ができるかどうかを評価することはできる。一般的にこのような評価を基に裁判所が決定する。

治療についての意思決定ができる個人の判断能力（決定能力）の評価には、いくつかの要因の評価が必要となる (*Appelbaum PS, Grisso T: Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med 1988; 319: 1635-1638*)。それには次のことが含まれる。

- (a) 実際に選択をし、その決定を通せるのかどうか。
- (b) 決定に関係する基本的な事実を理解できるのかどうか。
- (c) 決定に関係する重要性、その選択結果を認識できるのかどうか。
- (d) よく考えた上でその決定をしたのかどうか。他の多くの意見の方が道理にかなっているとか、患者にとって最善の利益だということではない。重要なことは、患者が自分の知識、経験、個人的な意向を論理的によく考えた上で決定を下したのかどうかということである。例えば、ほとんどの人はエホバの証人が輸血を拒否することは道理にかなっていないと感じる。だが、宗教に忠実に考えると、その決定は道理にかなっているのである。

成人ならば誰でも法律上は判断能力があると考えられているが、長年、これは精神障害者にはあてはめられてこなかった。精神障害者は判断能力がないとみなされてきた。判断能力がないということは、インフォームド・コンセントの例外にあたる。その結果、精神障害者は一般的に判断能力に欠けると考えられてきた。そして、彼らの治療の決定は、治療提供者に

資料6

ゆだねられてきた。精神障害者には「単純な同意」でさえ不必要だったわけである。

マサチューセッツ州では、Superintendent of Belchertown State School vs Saikewicz, 370 N. E. 2d 417 (1977) の判例から変わった。IQ10の67歳の Saikewicz 氏は、精神年齢が2歳半ぐらいであった。5歳のときから州の学校にレジデントとして通っていた。Saikewicz 氏には彼の面倒をみているふたりの姉妹がいた。Saikewicz 氏は、急性骨髄芽単球性白血病と診断された。病院は保護観察裁判所に、今後の治療に関して意思決定を助ける後見人 (guardian ad litem: GAL) の選任手続きを求めた。GAL は、Saikewicz 氏に化学療法を受けないように勧めた。病気は治らないし、治療には重い副作用があり、患者は治療を理解できないので、結果として恐怖と痛みを苦しむことになるというのが理由であった。これらの点は、治療によって若干延命できる可能性があるという制限された利点に優るものであった。

追加根拠を聞いた後、裁判官は化学療法を受けないようにという GAL の勧めを受け入れるよう命じた。この判決を受けて、すぐにマサチューセッツ州最高司法裁判所に控訴された。最高司法裁判所は「判断能力のある者、ない者の本来の権利は延命治療の可能性を拒む権利と同じである」とみなした。つまり、判断能力のない者にも治療について彼らの意向を守る自律の権利があるということである。基本的な問題は「判断能力のない者に延命治療の可能性をあてはめるか否かの法的スタンダードはどんなものか」であり、裁判所はこの問題に注目した。

ふたつの異なる重要な問題がある。第一に、選択肢はあるのか。つまり、同意能力のない者のケアに関しては、いかなる状況下でも州が命じる医学的治療は一貫したものなのか。第二に、ある状況下で選択肢があるならば、意思決定プロセスでどのような点が考慮されるのか。

裁判所は1816年まで遡り、先例を検討し、そのような意思決定をする適切な方法は「代行判断 (substituted judgment)」のスタンダードであると決定を下した。代行判断では、

このようなケースの決定は同意能力のない者として行われるべきである。もし同意能力があるとしたら、同意能力のある者の意思決定プロセスに必要な要因で現在や将来的に欠如する可能性のある点を考慮する。

Saikewicz 氏のケースは、延命医療が関係していたが、同意能力のない者の代行で意思決定をする代行判断の原則が精神疾患の外来患者にも拡大された (Guardianship of Richard Roe, III, 421 N. E. 2d 40 : 1981)。Richard Roe, III は妄想型精神分裂病の若者であった。この疾患の患者の多くがそうであるように、服薬しているときはあまり症状はでなかった。よく服薬を中止していたのだが、中止すると妄想的で暴力的になった。一緒に住んでいた両親の悩み

資料6

の種となっていた。裁判所は、緊急性がなく、精神障害者の保護者は抗精神病薬を入院していない被後見人に強制投与に同意させる権限はないとした。このような状況では、抗精神病薬が強制的に投与されるのは、代行判断の決定後に裁判官に命じられたときのみである。

裁判所は、抗精神病薬によって治療を受けている同意能力のない患者に保護者のみの同意よりも、むしろなぜ代行判断に基づくのかを説明した。この判決にはさまざまな要因が検討された。

- (1) 提案されている治療の侵襲性、(2) 副作用の可能性、(3) 緊急性の欠如、
- (4) 裁判官の関与前の実態と程度、(5) 利害の対立傾向であった。

Roe のケースで抗精神病薬は高い侵襲性のある治療法であると説明された。短期的および長期的な副作用の可能性に基づいたものであった（「高頻度に破壊的で不可逆性」と裁判所は表した）行為を管理し、「マインドコントロール」をするために用いられるものであるからとした。事実、「抗精神病薬の強制投与よりも侵襲性が高い正当な医学的処置はほとんど挙げる事ができない」とコメントした。実際に精神病を治療するために用いられるよりも、このような薬が「マインドコントロール」として用いられる可能性に裁判所は注目した。裁判所は次のように述べている。

実際に医師がこのような薬を投与量よりも投与した場合、化学物質の脳への影響は人格を軽視するのに十分である。

Roe のケースで裁判所は、本人が拒否しているにもかかわらず抗精神病薬による治療を正当化するような緊急性はないとした。入院患者であれば、Roe が薬を拒否したら、裁判所は使用を認めざるを得なかった。

代行判断分析では、保護者は客観的な判断に適切に至ることができなかつたとされ、裁判所は個人的な関与や感情は客観性に影響するとした。よって、裁判官は家族や保護者よりも判断に適していると結論づけられた。

抗精神病薬に関して裁判官のみが代行判断に適切な決定を下すことができるとされた後、裁判所は裁判官が考慮すべき点をリストにした。それは以下の通りである。

- (1) 被後見人が表明した治療に対する意向
- (2) 被後見人の宗教的信念
- (3) 被後見人の家族に対する影響
- (4) 副作用の可能性

資料6

- (5) 治療を拒否した場合の結果
- (6) 治療を受けた場合の予後

州に正当な理由があるならば、意思決定をした裁判官は被後見人の意向を却下できるとしている。それらは(1)生活の保護、(2)罪のない第三者の保護、(3)自殺の予防、(4)医療専門職および他者の倫理基盤の維持である。州の収容理由が本人の意向よりも優先されると正当化できても、精神障害者だからという理由ではできない。

Roe のケースが抗精神病薬の非任意治療に対する精神障害者の権利を確立した。他の者と同じように、精神障害者も治療を拒否することができる。もし患者に同意能力がなく、緊急性がないならば、治療者もしくは後見人が審理の訴えを保護観察裁判所に起こさなければならない。審理は二段階からなる。まず、裁判官が患者の判断能力の欠如について判断する。患者に判断能力があると判断されたならば、審理はそれ以上行われる必要はなく、患者は自分で意思決定を行えばよい。患者に判断能力がないとみなされた場合は、後見人が選定される。それから裁判官は代行判断分析を行って判断する。(a) 被後見人は抗精神病薬の治療を受けるべきかどうか。(b) 提案されている治療計画を認めるかどうか。

Roe 判決で同意能力のない精神障害の外来患者にもこのシステムは適用され、Rogers v. Commissioner of the Department of Mental Health, 458 N. E. 2d 308 (1984) で入院患者にも広がった。Rogers 判決の結果、自傷他害性の危険性から非任意措置の対象となっている者であっても、抗精神病薬による治療を拒否する可能性はある。それならば、薬物療法が始まる前に反対弁論が行われなければならない。Rogers 裁判では、このプロセスは治療を拒否している同意能力のない患者のみならず、抗精神病薬による治療を受け入れている同意能力のない患者にも同様に適用されなければならないとされた。

Rogers 判決はマサチューセッツ州をはじめ他の州でも精神科医や病院管理者の間で大きな反響を呼んだ。事実、裁判官は同意能力のない一般の人々の代わりに情報を与えられた上で意思決定を求められていたのだが、医学的決定を裁判官に求められていたことは明白であった。また、このようなケースですべて反論弁論を求めると州立病院や裁判所が機能しなくなるのではないかという懸念が広がった。実施が遅れ、ケースに優先順位がつけられたので、システムが混乱することはなかった。Rogers 判決から18ヵ月間で見直しが行われ、裁判所は治療に関する多くの訴えを認めた (Schouten R, Gutheil TG: Aftermath of the Rogers decision: Assessing the costs. *American J. Psychiatry* 1990; 147 (10): 1348-1352)。臨床的に、薬物療法を当初拒否した患者は審理の後、応じるようになった。このような患者は「裁判の日」を持つことができ、自分たちの意見を聞いてもらえたことに満足感を示した。

差別廃止制定法：

資料6

精神障害者の基本権利を守る規則と裁判所の決定は、主に治療プロセスの中での権利を守ることを目的としていた。一般社会や職場での精神障害者の支援にはほとんどならなかった。1960年代の公民権運動が徐々に身体障害者や精神障害者にも影響を与えるようになった。1983年には、マサチューセッツ州では公民権の制定法を改正し、障害者の雇用や公的な設備（例：建物やサービス）の利用に対する差別を禁止した。マサチューセッツ州の規則は、1990年に連邦政府によって採択された米国障害者法（ADA）と大変似ている。

ADA や類似制定法の目的は、以前、職場から除外されていた障害者を差別から保護することである。精神疾患や身体障害に対する偏見は、人種差別や性差別のように、職務能力のある人物の仕事の機会を否定することになっていた。ADA は雇用、公共サービス（特に交通）、公的設備や民間によるサービス、電気通信において明確で包括的に差別を禁止した。以前の制定法では連邦雇用者に同じ規則を適用していた。

ADA は1994年6月26日に、15人以上の職員をかかえるすべての雇用者に適用し、4300万人以上の障害者に影響を与えた。1990年の ADA の雇用条項は、執行規則を発府している雇用均等委員会（EEOC）によって執行されている。

ADA によって雇用を保護するためには、本人の職または希望している職に必要な技能、経験、教育、その他の仕事に関連する要件を満たしていなければならない。さらに、整備が適切かどうかにかかわらず、仕事上、大事な点はできなければならない。

身体障害または精神障害があり、それによってひとつ以上の日常生活活動が著しく制限され、そのような障害の記録がある、またはそのような障害があるとみられているならば、その者は障害があると考えられる。制限された日常生活活動は特定の仕事とは関係がないと、最近、手根管症候群のケースで米国最高裁判所が判決を下した。Toyota Motor Manufacturing v. Williams, 122S. Ct. 681 (2002) このケースでは、Williams 氏の手根管症候群は主な日常生活活動に影響がなく、若干の手作業をする際に制限があるのみであり、日常生活の中心となる活動とは関係がないと裁判所は判断した。単なる医学診断書の提出では ADA でいう障害としては十分でないとされた。

ADA の障害には、心理的な障害や精神障害、精神遅滞、器質性脳症候群、「情緒障害や精神疾患」、特定の学習障害が含まれる。ADA はすべての精神障害に対して保護策を提供したのではない。除外されたのは、現在、薬物を不法に使用している者、異性変装症、性転換症、小児愛、露出症、窃視症、身体的な障害によるものではない性同一性障害、その他の性的行為障害、脅迫製賭博、盗癖、放火癖、薬物の不法使用による精神活性物質使用障害、同性愛、両性愛、妊娠、普通の性格特性、経済的不利、身長や体重の正常範囲内の偏りのある者である。薬物のリハビリプログラムでよくなった者やリハビリでよくなった者、もうそのような

資料6

薬物の不法使用はなく、監督下のリハビリプログラムに参加している者などは ADA の障害者とみなされた。

ADA の障害と認められると、仕事に必要であれば、雇用者には「適切な整備」の義務がある。例えば、職場における物理的な変更、職場の場所の変更、診療予約のためのフレキシブルタイム制、服薬できるよう休憩時間の確保などである。どの程度整備するかは、会社の規模や資産、費用、社内における他の仕事の機会などによって決まる。

ADA の効果は議論のあるところである。立法化されたときは、雇用者は仕事ができない者を雇用し、維持しなければいけなくなるのではないかと懸念していた。ADA の提唱者の中には、多くの精神科医が含まれ、障害者が仕事を続けられるよう「適切な整備」の中に幅広い対策を入れるよう主張した。事実、法律上の ADA の本質は保守的であり、職場で活動範囲が与えられれば障害よりも能力で判断されるようにという制定法の意図によるとみられている。いうまでもなく、訴訟の恐怖が雇用者、学校、その他の組織に浸透し、雇用者は訴訟を恐れて、障害者を雇用しなくなるのではないかと懸念された。

医療過誤

医療過誤は私法や、医師、その他の臨床家、医療施設の過失によって患者が損害を受けた個人的な損害法の分野にあたる。この私司法制度にはふたつの目的がある。ひとつは過失により損害を受けた個人への補償である。第二は過失行為の抑止力として働く。

医療過誤は米国の医師ほぼ全員の医師生命で、最も重要な法的な問題である。個々の患者ケアや医療全般を保護するものか、傷つけるものかについては、異なる見解がある。

多くの医師は医療過誤訴訟を常に脅威とみている。いつも診療で医療過誤のことが頭にある。医療過誤訴訟をめぐる大きな論争は、現在、米国で次のようなものがある。

- 医師と病院は、医療過誤の危険性を減らすという目的のためだけに審査および対策を必要とする（防衛的医学）。これは医療費の増加につながる。
- 医療過誤訴訟の可能性は医師と患者の関係を悪くする。
- 医師は意思決定をするときに、最善の判断が妨げられる。
- 成功報酬制度では、勝訴した原告の弁護士は損害賠償額の30-40%を受けることになっているので、弁護士はクライアントに訴訟を勧め、訴訟に対する関心が高まる。また、「迷惑行為」の解決のために引き起こされるような「取るに足らない」訴訟につながる。
- 過失のために損害を受けた患者は、弁護士料や訴訟にかかる費用を払わなければな

資料6

らないので、損害賠償額のほんの少ししか勝訴しても受け取ることができない。

医療過誤システムに好意的な主張には下記のようなものがある。

- 過失によって損害を受けた個人は身体的、精神的、経済的喪失を補償されるに値する。
- 成功報酬制度は、その他の方法では弁護士を雇えない人にとってよい。それがなければ、損害を受けた患者は、ずっと裕福な医師や病院を相手に訴えを起こすことができない。
- 医療過誤訴訟の脅威は医師や病院の行為を良い方向へ変えている。より慎重になり、管理もよくなり、継続教育が行われる。
- リスク・マネージメントに関する費用は、医療費全体に含まれるべき正当な費用である。
- 医療過誤訴訟を起こす能力が患者に与えられ、患者の自律が促される。

米国の医療過誤に関する論争は続く。両者に強い力が働く政治的な論争であるが、システムを変えようと、私法改革に多くの努力がなされてきている。

結論

米国の司法制度により、精神障害者の権利はさまざまな形で保護されている。障害者が職場で公平に扱われ、過失による損害が保障されるように、個人の権利および自律は、保護されるようになってきている。このような進展には、代価もある。どの社会でも、個人的、社会的代価に対して個人と社会的な利益を明らかにしていくことが課題である。

訳参考：アメリカ法入門・総論 木下毅著 有斐閣（訳：伊藤いつ子）

資料7

インフォームド・コンセントと同意能力のない患者

I. インフォームド・コンセント

A. はじめに

1. 医療における根本的な変化：自律の役割
2. 目標
 - a. インフォームド・コンセントの発展
 - b. 同意能力のない患者の意思決定
 - c. 後見人と保護者
 - d. 代替策：リビングウイル（生存中に執行される遺志）、医療の代理権および患者の自己決定権法

B. インフォームド・コンセントの発展

1. インフォームド・コンセントの倫理基盤：善意に基づく行為と自律のバランス
2. 医学の伝統的な倫理基盤としての善意に基づく行為
3. 自律：すべての「判断能力」のある成人は自分の運命に対して決定を下す権利があるという一般的な認識（John Stuart Mill On Liberty 1859）

C. インフォームド・コンセントの法律基盤

1. コモン・ロー（判例法）

- a. 暴行の不法行為（battery）と単純同意（simple consent）の概念
- b. 医療に関する同意：「論理的に考えることのできる成人なら誰でも、自分の身体に対してどうすべきかを決定する権利がある。」（Schloendorff v. Society of New York Hospital 105 NE 92,93：1914）
- c. インフォームド・コンセントのコモン・ロー（In re Storar 420 NE 2 d 64：NY 1981）

2. 制定法：患者の権利章典

3. 憲法：

- a. 「プライバシーの権利とは、生活の基本要素である個人の自由の選択と自己決定の尊厳を表したものである。人生の価値は治療を拒否する決定によって失われるものではないが、判断能力のある人間が選択の権利を許されないときに失われる。」 Lane v. Candura 376 NE 2 d 1232（1978）, citing Superintendent of Belchertown State School v. Saikewicz 370 NE 2 d 417

資料7

(1977)

- b. 「延命治療を拒否する権利は、一般的なプライバシーの権利ではなく、アメリカ合衆国憲法の適正な法手続き (due process) で保護されている自由の権利である。」 Cruzan v. Director, Missouri Dept of Health 110 S.Ct. 2841 (1980)

D. インフォームド・コンセントの定義

1. 同意する判断能力のある者が事実関係について妥当な知識を基に、自発的に同意するとき、他者に身体的な介入やその他の権利を許すことに同意するプロセスである。

2. インフォームド・コンセントの要素

a) 情報

(1) スタンダード

- (a) 専門家のスタンダード：同じような状況で通常、専門家が与える情報量
(b) 物理的なスタンダード：平均的な患者・当該患者が同じ状況で判断するのに必要なもの
(c) 混合スタンダード：分別のある医療従事者と、「インフォームド・コンセントをとるに十分であるかどうか。」

(2) 一般的な必要要件 (Harnish v. Children's Hospital Medical Center 439 NE 2 d 240 : Mass 1982)

- (a) 状態と処置
(b) 物理的な危険性とその可能性
(c) 結果を予測する能力の欠如
(d) 処置の不可逆性
(e) 治療をしなかった場合と代替治療をした結果、危険性、利益

b) 任意性

- (1) 非強制性、微妙なニュアンス、明白さ

- (2) Kaimowitz v. Michigan Department of Mental Health, 1 MPDLR 147, 1976

c) 同意能力

資料7

(1) 同意能力の定義：

Grisso & Appelbaum：Assessing Competence to Consent to Treatment. 1997 New York：Oxford University Press

同意能力がないというのは、考えられる結果と照らし合わせて、特定の意思決定を迫られる状況で現在、要求に応えられないほど大きな機能障害（精神疾患、精神遅滞、その他の精神状態による）があるとされる者の状態。

(2) 求められること

(a) 情報の開示：賛成、反対理由を理解する能力

(b) 遺言：遺産やその性質、贈与目的、行動の本質をわかっていること。Spar JE, Garb AS: Assessing competency to make a will. Am J Psychiatry 1992；149：169-174

(c) 物事の処理：すべきこと、関連のある重要なこと、行動の危険性と利益を理解していること。

(d) 医学的な治療を受け入れたり、拒否したりすること：疾患の病態、提案されている治療の危険性と利益、代替治療案、または代替案はないことを理解していること。

(3) 法的な立場 vs. 臨床的な概念

(4) 査定方法：

Appelbaum PS, Grisso T: Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med 1988；319：1635-1638

患者は選択を表明しているか？

患者は事実を理解できているか？

患者は事態の深刻性や治療を受け入れたり、拒否したりしたらどうなるか、認識できているか？

患者は理性的に提供された情報を扱う能力があるか？

3. インフォームド・コンセントの例外：

a) 緊急性（権利放棄を含意）

資料7

- b) 権利放棄
- c) 治療の特権
- d) 同意能力の欠如

II. 同意能力のない患者のための意思決定

A. 同意能力のない患者へのインフォームド・コンセントの適用

1. 伝統的なアプローチとしてのパターンナリズム

- a) 意思決定者としての家族
- b) 意思決定者としての医師
- d) 特定の人々は同意能力がないという前提：
精神障害者、18歳以下の子供、高齢者

2. 後見人制度のモデル

- a) 裁判官によって同意能力がないと判断された後、裁判所が選任
- b) 最善利益のアプローチ (Best Interest Approach) による意思決定

3. 代行判断

- a) 同意能力がない者に同意能力があったとしたら何を選ぶのか
- b) さまざまなアプローチ：
 - (1) マサチューセッツ州：

(a) Superintendent of Belchertown State School v. Saikewicz 370 NE2d 417 (1977)

(b) Brophy v. New England Sinai Hospital 398 Mass 417 (1985)

(2) New York : In the Matter of John Storar 52 NY 2 d 363 (1981) .

(3) New Jersey : In the Matter of Claire Conroy 98 NJ 321 (1985)

(4) Cruzan v. Harmon 760 SW 2 d 408 (Mo. Sup Ct. 1988) , aff'd, Cruzan v. Director, Missouri Dept. of Health, 110 S.Ct. 2841 (1990)

B. 医療保護のプロセス

- 1. 定義：代わりに特定の意思決定またはすべての意思決定をするために後見人が選任され、被後見人は裁判所の判断でそのような意思決定をする判断能力はないとされた法律上の関係。

資料7

- a) 一時的 vs. 永続的
- b) 広く vs. 制限
2. 保護者の役割
 - a) 被後見人の代理法
 - b) 受託義務
 - c) 代行判断 vs. 最善利益のアプローチ
3. いつ後見人が必要か。一般的に後見人が選任されないと、特別な治療でなければ、家族からインフォームド・コンセントを得ることができる。
4. 後見人制度の問題
 - a) 適用を過度に広げると、本人の自律を奪うことになる。解決策：後見人制度へのクリエイティブなアプローチ
 - b) 受託義務の不履行：財産管理およびその他の乱用。解決策：報告義務、監視、選任方法、説明責任の厳格化

Ⅲ. 治療拒否の権利

- A. 原則：判断能力のある者は誰でも、たとえその決定が医師の決定や同じような状況におかれた大多数の人の決定とはかなり異なるものであったとしても、自分の医学的な治療について意思決定をする権利がある。
 1. コモン・ローの自律に基づくインフォームド・コンセントと憲法上の権利
 2. 大きな問題：誰が同意能力がないと判断するのか。
 3. 緊急性の例外と同意能力のない患者
- B. 外来患者の治療拒否の権利：In re Richard Roe, 421 N.E. 2 d 40 (Mass. 1981)
 1. 同意能力のある患者は治療の一部またはすべてを拒否することができる。
 2. 代わりに別の者によってその権利が行使されなければならないかもしれないとしても、同意能力のない患者にも同じく治療を拒否する権利がある。
 3. 抗精神病薬は効果が強く、長期にわたる副作用があるため、一般的ではない特

資料7

別な治療法である。

4. 代行判断は同意能力のない者に代わって意思決定をするモデルである。
5. 特別な治療に関しては、両親、家族、後見人、治療者は意思決定に必要な客観性に欠ける。十分に主張を聞いた後、唯一裁判官のみがそのような意思決定をするのに適している。

C. 入院患者の治療拒否の権利：Rogers v. Commissioner, 458 N.E. 2 d 308 (Mass 1983)

1. 同意能力のある非任意入院患者には、抗精神病薬による薬物療法を拒否する絶対的な権利がある。
2. 患者に同意能力がないとき、十分に主張を聞いた後、裁判官のみが代行判断分析によって公正で偏りのない意思決定をすることができる。
3. 拒否している者と同様に同意能力のない者にも適用。
4. ECTや精神外科にも適用するのか。

IV. Rogersの代替案：リビングウイル、永続的な代理権、医療の代理権、患者の自己決定権法

A. リビングウイル：特定の事態となったときの患者の意向を記した書面

1. 40州とワシントンD.C.において認められていて執行できる（あらゆる問題で患者の意向の根拠として用いる可能性がある）。
 - a) ほとんどの場合あいまい：「末期になった場合には、生命維持のための特別な医学的なケアを望まない。」
 - b) 州による関与の可能性あり：例 Cruzan.

B. 永続的な代理権：50州すべてにあるが、医療への適用については議論されている。
Peters DA : Advanced medical directives : The case for the durable power of attorney for health care. J Leg Med 1987 ; 8 : 437-464.