

〔論 説〕

精神科医療における医師－患者関係 (3)
——精神科医療の契約法・序説

北 山 修 悟

はじめに

第1章 診断のプロセス

第1節 面接の進め方とその内容

1. 初診から診断まで (以上第92号)
2. 患者への説明から初期治療まで
 - (1) 精神科診断の特徴
 - (2) 患者・家族への説明 (以上第93号)
 - (3) インフォームド・コンセント
 - ① 問題の所在
 - (a) 議論の経緯
 - (b) 問題となる場面
 - (c) 同意能力の問題
 - ② 批判対象としての北村＝北村理論
 - (a) 北村＝北村理論の概要
 - (b) 北村＝北村理論への批判
 - ③ 臨床の場でのインフォームド・コンセント
 - (a) 同意能力の判断要素
 - (b) 同意能力判断の基底にあるもの (以上本号)
 - (c) 医療水準との関係
 - (d) 非告知投薬(隠し飲ませ)の問題
 - ④ 同意無能力とされた場合のその後

精神科医療における医師－患者関係（3）

- (a) 立法論と留意すべき点
- (b) 第三者判断の実体的基準
- (c) 「自己決定・自己責任」から「共同決定・共同責任」へ

(4) 入院をめぐって

第2節 「心の臨床」の深層

第2章 治療のプロセス

第1節 治療の基本

第2節 薬物療法

第3節 精神療法

第3章 基盤としての精神医学

おわりに

第1章 診断のプロセス

第1節 面接の進め方とその内容

2. 患者への説明から初期治療まで（承前）

(3) インフォームド・コンセント

① 問題の所在

(a) 議論の経緯

1990年代初め頃から、身体科医療におけると同様に、精神科医療においても、インフォームド・コンセントが重要な問題であることが意識されるようになった。精神科医療の領域では、1990年代を通して、身体科医療におけるよりも（法律学者ではなく）当の精神科医療関係者による議論が非常に活発だったように見られる⁽¹⁾。精神科臨床医たちのこのような活発な議論の契機となった主たる理由としては、2つが挙げられる。その第1は、1991年12月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及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」（以下では「国連原則」と略称する）の公表であり、その第2は、わが国内での精神衛生

(1) しかし、21世紀に入ってからには精神科医たちによる議論は急速に消滅し、「インフォームド・コンセントの原則は喧伝される割には浸透していない。少なくとも日常臨床実務では明らかに十数年前より後退している。……つまるところ paternalism v.s. autonomy の二項対立はそれほど鮮明な形では問題化していないのである」（高柳 2008:240）と評されるようになっている。

法から精神保健法への改正において行われた「任意入院」に関する規定の新設であった（高木＝吉岡 1993:891；高木 1997:29）。

まず第1についてみると、長い間、精神科医は医師の裁量権に重心を置く診療姿勢を持ち、「ヒポクラテスの誓い」にみじくも表現されているように、医師は患者に対して道徳的な高みにあり、その倫理・使命よりなされる行為こそが最善である、という考え方に慣らされていた。いわゆるパターナリズムである。しかし、このようなパターナリズムは、精神科病院におけるたび重なる不祥事を契機として次第に反省期に入り、人権保障のための適正手続と萌芽的なインフォームド・コンセントの原則が称えられるようになっていた。そこへ、精神病患者の保護に関する国連人権委員会での討議を経て採択された「国連原則」が公表されたのである（高柳 1992a:1274-1275）。

この「国連原則」は、その中で、精神科医療におけるインフォームド・コンセントの要件を、以下のように定義していた（斎藤 1994:1002；池原 2011:65）。

原則 11 の 2：インフォームド・コンセントとは、患者の理解しうる方法と言語によって、以下の情報を、十分に、かつ、患者に理解できるように伝達した後、患者の自由意志により、脅迫又は不当な誘導無しに得られた同意をいう。

- a) 診断上の評価
- b) 提案されている治療の目的、方法、予測される期間及び期待される効果
- c) より侵襲性の少ない方法を含む他に考えられる治療法
- d) 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

一方で、国内での動きとして、1988年に精神保健法が施行され、精神障害者の人権保護と社会復帰策が強調されるようになり、さらに、任意入院制度が導入されたことによって、精神科医療では実際にはその実行が困難なことが多いとして軽視されていた「説明と同意」という理念の必要性が確認されるに至った（山崎 1991:1850）。

すなわち、精神保健法は「任意入院」に関する規定（22条の2）を新設した。同法 22条の2は、「任意入院」という見出しのもとに、「精神病院（精神病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。以下同

じ。)の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない。」と規定していた(詳解 2016:820)⁽²⁾。旧法〔精神保健法〕下においても、精神障害者の自発的な意思に基づく入院は「自由入院」、「医療法上の入院」あるいは「精神衛生法外の入院」として実践されていた。しかし、精神保健法 22 条の 2 は、精神科医療においても自由な医療——すなわち患者の自律性に基づいた医療——が原則であることを公認した、画期的な法文であったということが出来る。だが、同条にいう「本人の同意」は、同意能力者による有効な同意でなければならない。本人の無効な同意に基づいて彼を任意入院させるのは、同意のない任意入院の措置と同様に、違法である⁽³⁾。それでは、どのような精神障害者が有効な同意を与えるのか。この点で、精神障害者の自己決定能力の問題は、まさに医療現場が直面する問題となったのである(町野 1993:884)。

(b) 問題となる場面

具体的にインフォームド・コンセントが問題となる場面としては、入院形態の選択(任意入院か医療保護入院かの選択)、及び、個別治療を実施する際の説明と同意(主として統合失調症患者への抗精神病薬の投薬治療)がある。

精神科臨床における治療法の選択は、まず、外来か・入院か、その治療形態の選択から始まる。そのうえで各種治療法を患者に提示し、適切な方法を選択させるという経過を経る。この一連の過程において医師は、それぞれ、患者に納得のいくように理解しやすい言葉を用いて十分に説明をし、自発的な同意が得られるよう努力しなければならない。このとき、患者の病識や病覚のなさが、インフォームド・コンセントを得ることにしばしば困難をきたすが、しかし、精神障害者であっても原則的には意思能力

(2) 現行の精神保健福祉法でも、任意入院については、その第 20 条で「精神科病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない。」と規定されている(詳解 2016:214)。

(3) 本人の同意がない場合には、精神保健福祉法において別途要件が定められている医療保護入院(精神保健福祉法 33 条)または措置入院(同法 29 条)によらねばならない。詳しくは次項「(4) 入院をめぐる」において扱う。

を有しているものとして、インフォームド・コンセントを得るよう努めなければならない。精神障害者が必ずしも意思能力あるいは同意能力が欠如した状態にあるとは限らないからである（片山 1999:127-128）。

より具体的な例を示すならば、主に統合失調症患者において、医師が必要と考える治療についての同意が得られない場合がある。その際にもっとも多いのが拒薬であり、ついで拒食である。患者から治療拒否が主張された場合は、医師は、なぜ患者が治療を拒否するのかについて、その理由を考える必要がある。患者は自分の病気の重症度を否認しているのかもしれないし、理解がなされていないのかもしれない。幻覚・幻聴や被害妄想に左右されているのかもしれない。また、治療者への反発かもしれない。インフォームド・コンセントが不十分で、患者は治療の利益よりリスクを過大に考えているのかもしれない。さらに、病棟内の人間関係が与える力動や、家族関係が色濃く反映することもある。また、治療拒否の多くは退院要求とつながっていることが多い（仙波 1993:863）。

なお、入院についての治療同意能力と個々の治療行為についての治療同意能力はそれぞれ異なるので、非自発的入院（医療保護入院と措置入院）の対象の患者であるからといって、入院後の個別の治療行為についての治療同意能力も欠けているとは限らない。つまり、入院形態が非自発的入院であることとは関係なく、入院後の個別の治療行為については、個別に当該治療行為についての同意能力の存否を判断する必要がある（高柳 1992b:1319；丸山 1992:1291；池原 2011:83 注 15）。

本稿では、入院の際の同意能力の問題については、次項（「(4) 入院をめぐって」）で検討する。したがって、本項での以下の議論は、もっぱら個別治療の拒否の場合を対象とするものである。

(c) 同意能力の問題

身体各科にはない精神科医療におけるインフォームド・コンセントにおける特徴は、患者が治療に同意・不同意をする場合の「同意能力」の有無が問題になるという点にある。

すなわち、精神科領域でのインフォームド・コンセントの原則の遂行には、いくつかの難しい問題がある。その最も大きな問題は、患者の能力——同意能力——の問題である。インフォームド・コンセントとは、医師が患者に医療に関する十分な説明を行い、患者がそれを理解し、自由意志

をもって同意することである、とするならば、インフォームド・コンセントが有効に成立するためには、患者の側に、医師からの説明を理解し同意するという能力が求められる。この同意能力を欠いた見かけ上の同意は当然、有効とはいえない（高柳 1994:996）。

精神疾患患者の場合、幻覚や妄想等の病的体験や、思考障害、気分の障害など一時的に、または永続的に患者の自律を阻害する要因が、治療の対象となる疾病のプロセス自体の中に含まれている点で、他の医学分野に比較して問題が複雑である（斎藤 1994:1002-1003；高木 1997:29）。他科領域においては、説明を理解し、同意を与える患者の能力について、成人の場合では特殊な例外を除いてあまり問題はない。しかし精神科領域では、患者の能力そのものが問題となる。同意の能力とはそもそも何を指すのか、どのような場合に同意能力なしと判断されるのか等を検討しなければならない（高柳 1992a:1275）。

患者が自己決定を行うという営みは精神医療の対象である「精神」に属するがゆえに、「精神障害」は多少なりともこの営みを障害し、往々にして自己決定を不十分なものとする。まさにこの点で、精神医療における患者中心の医療は純粋な形では実現し得ない可能性が生じ、インフォームド・コンセントの実践は、原則ないし理念の形骸となってしまう危険を孕む。そこでこうした状況を打開するための不可欠の要件となるのが、医療行為についての意思決定に関わる患者の能力、すなわち同意能力の評価である。換言すれば、同意能力評価を経ることなく精神医療におけるインフォームド・コンセントの実践を進めることは、その原則に反することになる。同時に、同意能力の評価を治療文脈のなかに絶えず位置づけておかなければ、患者の自律性の回復を目指すというインフォームド・コンセントの治療的意義が失われることになる（中島 1996a:164-165）。

そして、この同意能力の評価の困難性は、早い段階から指摘されていた。たとえば、精神科医療の場へのインフォームド・コンセントの原則の導入に際しては、その本来の理念に照らし、患者の判断能力についてはこれをできるだけ広く肯定して自己決定権を認め、他方、医師の裁量権の拡大（他科一般に比しての）については、これを必要最小限にとどめて濫用の余地をなくする努力が払われてしかるべきであろう（山上 1992:1312）、ただし、同意能力の水準をあまり低く設定すると、患者による医師の決定の追認を「同意」とみなし、結果的には、医師に対して過大な裁量権を認

めて患者の人権を侵害する危険性を高めることにもなる、と指摘されていた（山上1992:1315）。

また、患者の同意能力の判定に際して、実務上多大な困難をもたらしまうものとして、次のような問題も挙げられていた。すなわち、(i) 同一患者においても、時期および病状の変化に伴い、行使しうる同意能力の水準が変動しうること。(ii) 提案される治療内容の危険性や複雑さによって、患者に要求される同意能力の水準が相違しうること。(i) に関しては、特に統合失調症の急性期の患者の薬物治療に対する同意能力が問題となる。急性期には、患者の判断能力がしばしば著しく障害されるが、そのような時期に患者に治療拒否権を認めれば、患者自身に重大な不利益をもたらすことは明らかである。急性期、特に非自発的入院の初期、少なくとも数か月間は、一般的な薬物治療に関しては、患者の治療拒否権を認めるべきではないであろう。(ii) に関しては、身体的な侵襲や生命の危険を伴う治療法や、後遺症がある程度予測されるような治療法に対する同意能力が問題となる。このような場合には、事柄の複雑さや重大性に応じて、そのような事柄に限って同意能力の水準をより高く設定しなければならないであろう（山上1992:1315-1316）。

なお、この同意能力の評価の問題に併せて、同意能力なしとされた場合の処置についても、課題は指摘されていた。すなわち、インフォームド・コンセントなしで治療ができるとされる例外的な状況についても、明確化されなければならない。そして、その際には、次のような点について慎重な検討がなされる必要がある。(a) 患者の同意能力についての評価法、(b) 患者の自己ないし他者に対する危険性の程度と、その評価法、(c) 本人に同意能力がない場合の、提案される治療内容とその採用の適否についての（第三者機関による）公正な評価法、(d) 患者の同意の代理権者の資格、義務等である（山上1992:1316）。

ちなみに、同意無能力者について、「国連原則」は、次のような厳格かつ詳細な規定を設けていた。すなわち、同意無能力者に対してはインフォームド・コンセントなしに医療をなしうるが、彼が無能力者であること、当該治療が患者の最善の利益であることを「独立機関」(independent authority) が認定しなければならない（原則11第6項）。もし彼に「個人的代理人」(personal representative) が付けられていればそのような条件は付けられないが、そのインフォームド・コンセントが必要となる

（原則 11 第 7 項）。法的能力の欠如、個人的代理人の指名は独立の「裁定機関」（tribunal）の決定によらなければならない（原則 1 第 6 項）。さらに、「重大な内科的治療または外科的治療」（major medical or surgical procedure）は、同意能力のない患者に対しては「独立した審査」（independent review）なしに行うことはできない（原則 11 第 13 項）。無能力者に対する臨床治療・実験的治療は「この目的のために特別に設置された、権限を有する独立した審査機関」が承認した時にだけ行うことができる（原則 11 第 15 項）。判断能力が阻害されている精神障害者は強制入院させることはできるが、それは病状が重篤な場合であり、入院が必要不可欠な場合に限られる。しかも、可能な限り「独立した第二の意見」（independent second opinion）が求められなければならない（原則 16 第 1 項（b））（町野 1993:886-887）。

しかし、この同意無能力の場合の処置については、現在にいたるまで、精神医療関係者からの積極的な提言は少なく、もっぱら法律家による議論に委ねられている観がある。すなわち、患者本人が同意能力（自己の状態、当該医療行為の意義・内容、およびそれに伴う危険性の程度につき認識し得る程度の能力）を有しない場合、医師は誰から承諾を得ればよいのかについては、現在のところ、これを明確に定めた法律は存在せず、医師の裁量や家族の判断によって実施されているのが実情である。そして、患者本人が成年者である場合には、成年後見人が同意能力のない本人に代わって医療に関する意思決定を代行できないかが議論されている。これについては、成年後見人の職務であるところの「身上監護」（民法 858 条）とは一体何か、という形でこれまで議論されてきた。すなわち、成年後見人がその職務として処理する身上監護事務とは、何らかの形で本人の身上に関連する契約等の法律行為（医療契約や施設入所契約）に限られるのか、それとも、医療行為や施設入所に関する意思決定の代行まで含まれるのかということである（神野 2010:241-242）。

本稿では、この患者が同意無能力である場合の対処方法に関しては、後出の項（「④ 同意無能力とされた場合のその後」）において扱う。

② 批判対象としての北村＝北村理論

ここでは、北村俊則と北村總子による同意能力に関する一連の理論及び彼らによって開発された治療同意判断能力審査基準（これらを一括して以

下では「北村＝北村理論」と呼ぶ)について概観する。このコンビは、1990年代当時は共に国立精神・神経センター精神保健研究所に勤務しており、かなり早い時期から治療同意判断能力の「評価基準」の作成に注力していて、他の精神科医療者から——良かれ悪しかれ——注視されていた存在である。その研究成果は、2000年に著書(北村＝北村2000)として公刊されている。しかし、結論を先に述べるならば、北村＝北村理論が他の精神科医療者の共感や賛同を得た形跡は認められない。むしろ、彼らの主張内容は、1990年代を中心に、またその後においても、精神科臨床医にとっての「反面教師」としての役割を果たしたように思われる。すなわち、北村＝北村理論の主張内容への批判・反駁の蓄積を通じて、精神科臨床におけるインフォームド・コンセントと同意能力判断についての議論全般が深まったように思われる。このことは、以下の記述から次第に明らかになっていくであろう。

(a) 北村＝北村理論の概要

北村＝北村理論の最大の特徴は、法律論を自説の補強や正当化根拠として強調し、法律論を可能な限りそのまま臨床手法に映し出そうとする姿勢にあった。このことには、北村總子が法律を学んでいたことも強く影響していたと思われる。

たとえば、北村＝北村理論は、告知同意〔インフォームド・コンセント〕の概念の歴史的基盤は自己決定権の尊重である、とする(北村＝北村1993:343)。そして、精神医療が医療一般のなかの一態様であり、医療が私人間の契約一般のなかの一態様であることからすれば、精神医療というサービスの売り手(治療者)と買い手(患者)の間の契約も、他の一般的契約と同じく両当事者の他から強制されない合意に基づくものでなければならず、その合意に際しては契約の内容について両当事者が理解していなければならない、したがって医療における告知同意とは、自らがこれから受けようとする治療について患者自身が理解した上で行う自発的同意のことである、とする(北村＝北村1993:344)。

そして、患者の同意は、告知内容の「理解」があり、その上で「自発」的に賛成した時にのみ成立する。提示した治療の内容について説明したとしても、患者が告知内容を理解していない、あるいは告知内容を誤解した場合の同意は無効である。したがって、医師はその患者に理解できる方法

で提案する治療（検査）の内容を説明し、さらに患者がその内容を理解したことを確認する義務がある。治療によって期待できる利益と発生しうる危険をその治療を受けなかった場合の利益と危険に比較し、自己の人生にとって最も望ましい選択を医師の協力のもとに行うのが、告知同意の理念である、とする（北村＝北村 1993:345）。以上を読むならば、それなりに法律論としては成り立っているように思われる。ただし問題は、こうした法律論に加えて臨床実施上の留意点が検討されることがない点にある。

北村＝北村理論は、わが国における精神科臨床の現状について、次のような批判を展開する。すなわち、判断能力の有無の評価は現在のところ、当該患者の主治医の独自の判断に任されている。しかし、判断能力に段階があるのであれば、そのいづこに判断能力の有無の区分点を定めるかを個々の医師の裁量権の範囲とすることは問題である。同意判断能力について明文の規定がなければ臨床医の評価が個人によって異なることは、すでに日本国内の精神科医の病名診断の一致度が低いことで示されている。つまり、告知同意に関する判断能力という非常に重要な問題の決定が、医師と医師の間で異なったり、同じ医師についても状況や時期によってその判断が異なることが容易に推測でき、こうした状況は、患者の自己決定権の存否が事実上医師の裁量でいかようにもできることになり、問題である（北村＝北村 1993:348）。

そして、精神科医療において告知同意の重大性は近年広く認識されるようになったが、しかし、告知同意の「告知の内容」と「同意の内容」について（患者を含めた）医療関係者の中に一定の合意が得られているとはいえない。まず、医師が患者に何をどこまでどのように説明するべきなのか。第2に、判断能力の水準をいづこに設定するのか。これまでのような同意能力の抽象的定義ではなく、具体的定義を早急に検討すべきである。第3に、もし同意能力が具体的に決定されたなら、その評価方法（測定方法）を開発しなければならない。なぜなら、病名診断の信頼性の際と同様に、具体的定義は診断一致率の基準分散を低下させることはできるが、情報分散は構造化された評価法の開発によってはじめて低下するからである、と主張する（北村＝北村 1993:348-349）。

判断能力の有無は必ずしも明瞭なものではなく、境界判断能力と言われる状態は精神科医療において頻回に見られるが、このような場合に判断能力評価を間違えると、患者の有する権利の侵害となりうる。したがって、

臨床場面での判断能力の正確な測定は患者の法的権利を護る安全装置であると言える（北村＝北村 2000:21）。そして、憲法 13 条によって保障される精神疾患を有する者の治療に関する自己決定権がむやみにパターンリステックな介入を受けることのないように、判断能力審査が行われるべきであり、また、この判断能力審査は、精神疾患を有する者の自己決定権にとって手続的保障機能を果たすものであり、この手続を受ける権利も憲法 13 条に基礎づけられるべきものである、と主張する（北村＝北村 2000:36）。

また、北村＝北村理論においては、患者が判断無能力と評価された場合の処理は、単純明快である。すなわち、医療現場において何らかの医療行為（診察・検査・投薬・手術など）の提案が医師から患者にあった際に、その時点で患者に判断能力があるか否かを審査し、その結果、患者に判断能力が「あり」と評価されたのであれば、提案された医療行為を患者が受けても拒否しても、患者のその決定に従う。しかしもし患者に判断能力が「なし」と評価されたのであれば、患者のその決定に従うのではなく、代行判断者を選任する。そして代行判断者が行った決定を尊重する、という（北村＝北村 2000:17）。ここでは、患者の決定権が代行判断者へと移行してしまうという事態への配慮ないし躊躇は見られない。

そして、治療同意判断能力審査は、統一的なものでなければならない、日本の何処のどの病院においてなされた審査であっても、同じ結果が出る、というものでなければならない、とする。すなわち、ある地域では緩やかな審査基準が使用され、また別の地方では厳しい審査基準に従って医療保護入院手続がなされる、ということはあってはならない。また、治療同意判断能力審査は、客観的なものでなければならない。審査を担当する者の主観が入らないものでなければならない。別の言葉で言うなら、誰が審査しても同じ結果が生じる、そういう審査でなければならない。さらには、使用される審査基準自体がその信頼性、および妥当性の検定を済ませ、信頼性、妥当性のあることが専門家たちに認められていることが必須である。これらの条件を充たすことができるのは、自分たちが開発した「判断能力評価用構造化面接」をおいてはないと言える、としている（北村＝北村 2000:43-44）。

北村らは、自分たちが開発した評価法を、治療同意判断能力評価法 (Structured Interview for Competency and Incompetency Assessment

Testing and Ranking Inventory: SICIATRI) と名付けている⁽⁴⁾。この評価法では、質問項目が、「告知の存在」「同意権限の理解」「同意不同意の選択の明示」「判断の他者への委譲がない」「期待できる利益に関する理解」「予測できる危険に関する理解」「代替手段に関する理解」「無治療の場合に期待できる利益に関する理解」「無治療から予測できる危険に関する理解」「回復願望」「病的決定要因の欠如」「病識・洞察」にまとめられている (松長＝北村 2020:157)。

その具体的内容につき、彼らは次のような説明をしている。すなわち、SICIATRI には日本の臨床事情を考慮した工夫がなされており、最初の「告知の存在」では、患者がインフォームド・コンセントの前提となる情報を与えられたという事実を認識しているか否かを確認している。実際には、「すでに、[治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項]については、[主治医、担当看護師等、告知同意に必要な医療情報を与えた者を明示]からお聞きですね」と聞き出すものであり、かつては日本でよくあった患者への非告知の有無をここでは確認している。さらに、「同意権限の理解」では、すべての医療行為は患者の同意があってはじめて実行できるという法理念を患者が理解しているかを確認する。実際には、「[治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項]を行うに当たっては、まずそれを受けるかどうかについてあなたの判断が必要なのです。そのことは理解しておられますか」と聞く。そして、「それは先生が決めることでしょうか？」という回答であれば、そもそもの法理念をまず患者に教示する必要がある [傍点は北山による]。これと連動しているのが、「判断の他者への委譲がない」という項目である。「自分では決められない、先生あるいは家族に任せる」という患者が、自己決定の理念を理解しているとはいえない、とする (松長＝北村 2020:158-159)。精神科医は法律の教師でもあらねばならないのである。

以上の他の質問例もいくつか挙げておく (北村＝北村 2000:259-277)。

- ・「[主治医、担当看護師等、告知同意に必要な医療情報を与えた者]からは、[治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項]はどのような効果があると聞いていますか」

(4) ちなみに、この「評価法」では、その名称から個別の質問項目にいたるまで、すべて日本語と英語が併記されている。彼らがしきりに海外の専門誌に投稿を繰り返していたことが、その理由であろう。

- ・「[主治医、担当看護師等、告知同意に必要な医療情報を与えた者]からは、[治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項]で嫌なことや困ったことが起こるかもしれないと聞いていますか」
- ・「[主治医、担当看護師等、告知同意に必要な医療情報を与えた者]からは、この[治療法、入院等、判断能力評価の対象となる事項]でなければ他に方法があると聞いていますか」
- ・「病名は聞いていますか」「担当医はどう考えているかご存じですか。それはどういう病気かご存じですか」

この最後に挙げた質問（病名に関する質問）では、統合失調症患者への病名告知のタイミングの微妙性の問題は考慮に入れられていない。また、以上の問いに対する回答については、おおむね3つの選択肢（「はい」「いいえ」「その中間」）のいずれに該当するかが記録されることになっている。これら質問事項は、確かにインフォームド・コンセント理論の一般的な理解に則したものにはなっているが、しかし、質問全体を実施した場合を想定すると、さながら、医師が説明した内容を患者が「記憶」しているか否かという、記憶力テストになっている感がある。

北村らは、この評価法による面接は十分に構造化されたものであり、事前に必要な練習をしていれば、医師、看護師、ケースワーカー、心理士、法学者等が面接を困難なく施行できる、としている。また所要時間も15分から30分ほどであり、臨床現場で困難なく用いることができる、とのことである（北村＝北村 2000:178）。ここでは、面接者として想定されている者の中に法学者も含まれていることに注目しておきたい。

また、告知同意は法的概念であり、したがって判断能力も基本的には法的概念であるが、しかし、多くの場合、判断能力審査の実際は臨床家の手に委ねられている。そして、臨床家が抱く判断能力概念と法律家のそれは異なることが指摘されているが、両者の意見の相違は望ましいものではないので、今後の研究は、異なる専門家の間での概念規定の相違や、一般国民の抱く概念との相違と、その原因を追及する方向に向かうことが必要である、とされている（北村＝北村 2000:137）。

さらに、精神科医療においても患者の自己決定権に基づく医療は最大限に保障されなければならない、精神科医療における自己決定は、身体各科医療における自己決定と同じものであるべきであり、医療全体における自己決定の原則は、法律行為全体における当事者の自己決定の原則と同一で

あるべきである、とする。法律行為全般について、当事者である成人には意思能力が備わっていると推定する原則がある。例えば売買契約を行う成人は、その契約締結に先立って自らの意思能力（契約締結判断能力）を証明する必要はない。医療においても、成人患者の意思能力——判断能力——は存在するとの原則が堅持されなければならない、という（北村＝北村 2000:213-214）。

また、精神病床への強制入院（医療保護入院）や重大な治療行為の直前に行う判断能力審査は医療者の義務とし、実施要領の細目を定め、罰則も準備すべきである、とまで主張している（北村＝北村 2000:226）。ただしここで、いかなる形式や根拠をもって罰則を定めるべきかは、明らかにされていない。これが北村＝北村理論の法律知識の限界であろう。しかしながら、こうした立論は、一般の精神科臨床医を法的権威の装いをもって威嚇するためには充分であったらう。

なお、この評価基準は何回かの試行テストが行われており、そこにおける参加者の意見・感想も列挙されているが、その中に、次のようなものがある。これは北村＝北村理論の致命的な欠陥を指摘しているように思われるが、著書の中に掲載されている（北村＝北村 2000:165）。

30歳男性、精神科勤務年数4年。「いつごろどのような症状で、どのような治療を受けてきたのか？ いつから入院しているのか？ それとも外来患者なのか？ 今までの薬物療法の内容なども含めて。こうした情報なしに、患者の決定能力を問うのはちょっと危険なのではないでしょうか？ さもないと「言葉だけの遊び」に陥りかねないと危惧します」。

(b) 北村＝北村理論への批判

北村＝北村理論は、（おそらくは意図的に）あまりに法的色彩が強く、また、臨床実践での諸問題を考察の外に置いていた。そのことは、以下に掲げる北村＝北村理論を直接・間接に批判する論考の中に示されている。

まず、次のようなものがある。

「患者の自律の尊重」が法的正義の目的であることは論をまたないとしても、インフォームド・コンセントという具体的行為のあり方は、医療の現実と法との対話を通してさぐってゆくべき課題であろう。いくつもの並立する価値の間の十分な勘案を行うことなく、法の論理をそのまま現実にあてはめることは、医療そのものを歪んだものにする（高木＝吉岡 1993:

891)。インフォームド・コンセントの理念が現実には活かされるためには、海外の判例や法令を直輸入すること、議論を尽くすことなくムードとして言葉のみ広まること、あるいは法概念を短絡的に臨床に結びつけることに對して慎重であり、かつ、日常臨床から遊離していない提言をしてゆくことが必要である（高木＝吉岡 1993:892）。

たしかに、インフォームド・コンセントが成立するためには、患者が同意能力を有することが必要条件であり、同意能力は本来法的な概念であって、それを正式に決定するのは法廷である。しかし、治療者が判定を行う同意能力を「心理学的同意能力」として、「法的同意能力」からはっきりと区別する必要がある。そして、法的同意能力が法廷で白黒をはっきりさせられるものであるのに対して、心理学的同意能力は「種々の臨床的データから推定されるひとつの傾向（a set）であり、それはより基本的な精神機能によって容易に影響され変化する」ものである。そのことをわきまえておかないと、治療者が「法的思考の理路整然さにまどわされて、不確実性という臨床的観点を放棄してしまう危険」に陥る、と警告されている（高木＝吉岡 1993:894；中谷 1999:160）。

現在、この同意能力の判定は、北村＝北村が主張するような、判断基準や操作的な測定方法の必要性を主張する流れと、おおまかなガイドラインを決めておこうとする流れがあるように思われるが、しかし、前者の主張する客観的基準も、結局は総合的な判断をするためのデータの1つとなるにすぎないだろう（高木＝吉岡 1993:895）。

また、患者の同意能力が状況、時間、治療関係などによって連続的に変動するものである限り、治療者の行為はこの変動に合わせてその時々で判断されなくてはならない。すなわち、臨床場面では、患者は常に「病む」という一種の極限状況の中におり、完全に自律的でもなければ、まったく自律を欠くというわけでもないのがほとんどの場合である。たとえ法的には「同意無能力」＝「自律を欠く者」とみなされるとしても、現実的・臨床的には患者はなお多くの自律を有するのであって、その患者の自律した人格の部分と治療関係を結ぶのが臨床の基礎である。治療者は常に、この「保たれている自律の尊重」と「減弱した能力に対する介入」の間のせめぎ合いに悩んでいると言っても過言ではない。われわれ医師が臨床で接するほとんどすべての患者が、その程度はともあれ自律を有しているということが、われわれを整合性を持った法概念の世界から引き離して「医の倫

理」に直面させるのである（高木＝吉岡 1993:895）。

このように、法的概念であるインフォームド・コンセントを短絡的に臨床にもちこむことは、医療に混乱や萎縮をもたらす可能性がある。「患者の自律の尊重」というインフォームド・コンセントの理念を臨床に活かすためには、患者－治療者関係と患者の自律の回復における治療者の責務という「医の倫理」の側からの考察が必要である（高木＝吉岡 1993:896-897）。

また、臨床への法の介入に関しては、次のような見解も示されている。

もとより、専門職として知識と技能を独占する医師が、疾患を有する患者より優位に立っていることは疑いもない事実である。したがって、両者の立場を対等にしようとするれば、強い方の権限を制限し、正当な法手続を要求する必要がある。しかし、医療者の行動の制限は、医療者の権限の濫用を防ぎ、患者の自由を擁護するが、一方で治療行動の自由さ、臨機応変さを奪ってしまう⁽⁵⁾。すなわち、これらの規制は、mal practiceを防ぐことはできるが、しばしば、good practiceの足を引っ張ることになる。したがって、精神科臨床の柔軟さは最大限尊重しながら、mal practiceを防ぎ、不幸にしてそれが起こったときには速やかに救済されるために必要最小限の法制度を完備することが、現実的な対応としては最も望ましい（斎藤 1994:1003）。

精神医療の場に法律的な概念が入り込むことは、臨床現場の医療従事者にとって必ずしも心地よいものではない。しかしながら、10人中8人の精神科医が、誠実に患者のための医療を志したとしても、1人は悪意によって、1人は不十分な訓練と勉強のために、望ましくない臨床をするのであれば、それを防ぐための法制度が必要である。もちろん、こうした目的に、法制度による規制のみが有効なのではなく、継続的な訓練や、優れた臨床研究の積み重ねが重要であることは論を待たない。医療とは異質の法律的概念を無理に医療と摺り合わせるよりも、異なった水準の問題とし

(5) 精神医療における医師と患者の治療的関係は、まさにその場、その場、その人との関係の中で生まれてくるものを大切に取り上げていくことが重要なのであって、今だ！という時に、いちいち法律的な手続等を考えていたら、治療の障害にこそなれ、治療の助けになることなど無い。したがって、法的手続を義務化すれば、それは必ずどこかで優れた臨床家の自由な臨床を縛ることになる（斎藤 1996:100-101）。

て、両立することを図るべきであろう（斎藤 1994:1005）。

患者が自分の病気とその治療の必要性を十分認識し、医師と共同で自分の病気や障害を克服していく過程は、精神医療の真髄ともいうべきところであり、そこで重要なのは、臨機応変な臨床的判断であり、その日、その時、その場で、その患者とその治療者の間に起こった出来事への対処であって、法的手続や能力の判定などとはそもそも次元の違った問題である。インフォームド・コンセントの法理が重視されたからいい臨床なのではなく、優れた臨床だからインフォームド・コンセントの手続が満たされていたというわけでもない。法規制がよい臨床の妨げになるとしても、放置すれば放任しがたい最低線を下回る状況が起こる危険性が少なくないからこそ、精神科診療におけるインフォームド・コンセントには意味があると考えらるべきである。したがって、医療におけるインフォームド・コンセントは、できる限りよい臨床の足を引っ張らず、できる限り不当な臨床を見逃さない制度であればよい。意思決定能力の判断も、こうした観点から考えられなければならない（斎藤 1995: 100-101）。

一方で、同意能力の具体的な判断基準についてももう少し踏み込んだ批判としては、次のようなものがある。

すなわち、本来、インフォームド・コンセント原則は治療関係についての倫理的概念であり、この「治療関係のあり方」が、一方では自己決定権の保障という法的側面を、他方では自律性の回復を通して治療を展開するという臨床的側面を形成し、両者がいわば車の両輪として実効性を有する。しかしこの際において、インフォームド・コンセント原則がその倫理的基盤を見失って形骸化し、医療訴訟に対する医療者側の自己防衛的道具となりはててしまう危惧を忘れてはならない。そのためには、法制化に先立ってその臨床的側面を十分に検討しておく必要がある。自己決定の正当性および妥当性を保証するためには、意思決定能力の評価が不可欠の要件となるが、それと同時に、意思決定能力の評価を治療文脈のなかに絶えず位置づけておかなければ、患者の自律性の回復をめざすというインフォームド・コンセント原則の治療的意義が失われることになるであろう（中島 1994:1010）。

そして、意思決定能力の評価に際して確認しておくべき点が4つある。第1に、評価時期と方法の問題である。能力評価を治療文脈のなかに位置づけるためにも、単なる評価基準に沿った構造化面接だけでは不十分であ

り、通常の治療的関わりの中からも評価が可能な基本的な評価の枠組み、すなわち意思決定能力の構造分析が不可欠となる。第2に、能力評価は個別的な一回性を有する行為である。すなわち、各説明事項ごとにそれに必要とされる能力を評価しなければならず、その都度連続的な能力の程度にある水準で線を引くという作業が必要となる。第3に、ある説明事項に関して「能力不全」と評価され、インフォームド・コンセントの実践が留保される場合においても、すべての説明行為が省略されてよいことにはならない。その際は、インフォームド・コンセント原則の要件を満たす十全な説明ではなく、当該患者が非自発的治療をなるべく抵抗なく受容でき、治療関係を損なわないような治療的配慮を踏まえた言語的接近を行うべきである⁽⁶⁾。第4に、評価者の問題がある。原則としては、心理学的能力は当該患者の担当医が治療経過に沿って評価すべきであり、法的能力は独立した第三者機関が判定する必要がある。しかし実務的な問題はわが国の実情を踏まえて今後十分に議論されなければならない(中島 1994:1010-1011; 中島 1996a:167-168)。

精神科医療という患者の主体を対象とした医療行為は、まさしく自律性の向上あるいは回復をめざすものであり、意思決定能力は、この自律性のいわば医学的尺度である。したがって、治療経過のなかでその都度行われる能力評価は、治療的な関わりに他ならない(中島 1994:1011)。

なお、中島は、以上の主張に加えて、同意能力の有無の判断の評価に際して検討されるべき具体的な要素を提示している。これについては次項(「③ 臨床の場でのインフォームド・コンセント」「(a) 同意能力の判断要素」)で概観する。

さらに、インフォームド・コンセント及び患者の同意無能力という問題をそもそもどのようなものとして扱うべきかについて、次のような批判が提示されている。

すなわち、米国では1982年、大統領委員会がインフォームド・コンセントに関する「レポート」を提出し、これが、その後の理論的枠組みを与

(6) 患者が同意無能力とされた場合でも、治療行為についての可能な限りでの説明はなお必要であるとするものであり、北村=北村理論において同意無能力の場合には患者自身への説明を打ち切って直ちに代行判断者への説明に移行するとしている点と、顕著な差異がある。これが臨床で実際に必要とされる配慮であろう。

えた。そのレポートでは、治療関係を、医師と患者の両者による「共同 (shared) の意志決定のプロセス」と規定し、それを保障するための中心的概念として、「同意 (consent)」をおいた。つまり同意という言葉は、基本的には、医師と患者の関係性を規定しているのであるから、それは自己完結的な概念である自己決定権とは、必ずしも同義ではない。同意という言葉は「共に (con)」、「感じる (sentire)」というラテン語に起源をもち、患者と医師の間関係性、理想的には「信頼」と「共感 (empathy)」であらわされる関係性を表現する。つまり、インフォームド・コンセントの原則は、あくまでも患者の「主体性」をいかに尊重するかという視点から形成され、同意無能力制度も、その目的のなかに位置づけられるものである (熊倉 1994b:48-49)。

インフォームド・コンセントの原則を表面的にたどれば、同意無能力は自己決定権の制限であるから、「主体」としての患者の排除という意味になりうる。しかし、無能力と判定されても、「主体」としての患者を尊重するという目的は、可能な限り保障されるべきであり、同意無能力の判定行為それ自体も、原則的には「同意のプロセス」の中に位置づけられることが前提とされている、と理解すべきである。この意味で、一見すると逆説的であっても、自由の制限を受けた無能力者においてこそ、「主体」の尊重としての自己決定権の原則を排除することはできない。実際に、臨床実践をみれば、単に客観的健康を追求するために、「主体」としての患者を排除してまでも非自発的治療がなされるかは、きわめて疑わしい。むしろ逆に、非自発的治療そのものが「主体」としての患者を尊重する唯一の手段であると信じた時にのみ、医師はそれを行う、と考えるべきであろう。それゆえに、同意能力判定において問われるのは医師の判断の是非であって、単に患者の判断能力だけではないのである (熊倉 1994b:49-50)。

患者の自己決定権そのものが何を意味するかについては、精神障害の領域にかかわるまでは真剣に問われることはなかった。つまり「主体」、「選択」という概念それ自体は自明であるとして、その上で自己決定権の主張だけをすれば、それは患者の利益を保障するものとみなされ、事は済んでいた。しかし、精神障害においては、患者の「自己」はなんらかの意味で病んでおり、その「病んだ意志」を可能な限り尊重することが、現在、求められている。統合失調症患者についても、そのもっとも重篤な時期ですら、たとえ法的に無能力とされようとも、一個の人間存在、「主体」とし

て認めることが、現在、社会的に要請されていることなのである。つまり無能力概念を認めることが、無能力者の「主体」を排除することと同義であってはならないのである (熊倉 1994b:50)。

北村らの主張骨子は、客観的な測定によって同意無能力者を選別する基準を形成することにある。しかし、同意無能力と患者の「主体」の尊重との関係を考慮しなければ、同意能力の判定は、単なる「主体」の排除の装置にすぎなくなる (熊倉 1994b:50)。同意無能力と「主体」の尊重についての考察なしに同意無能力の基準づくりに精を出しても、それは、新しい「欠格」者をつくり出し、それを選別する機能しか果たせず、それはインフォームド・コンセントの原則が要求するものと基本において矛盾することになる (熊倉 1994b:54)。

たとえ患者の自律の能力が障害されていたとしても、それでもなお患者の「主体」を尊重するという臨床医としての姿勢が、熊倉の主張の大前提になっている。そして、熊倉は、精神障害の場合におけるインフォームド・コンセントの根源的な問題につき、別に詳細な議論を展開している。それについては、本稿の後出の「③ 臨床の場でのインフォームド・コンセント」「(b) 同意能力判断の基底にあるもの」の箇所 で検討する。

③ 臨床の場でのインフォームド・コンセント

(a) 同意能力の判断要素

先に予告しておいた、中島による同意能力の判断要素についての検討内容は、以下のとおりである。

はじめにその全体像であるが、同意能力の評価に際しては、基本的構成要素の評価を軸として、まず、(i) 当該医療行為のリスク・ベネフィット分析による閾値の設定、ついで、(ii) 疾患の重症度の検討、及び、(iii) 治療関係の強度の検討、そして、(iv) 教育的プロセスによる能力向上の可能性の検討、といった手順が必要になる。しかも、これらの諸要因が相互に不可分の関係を保ちながら能力の発現をさまざまな状況に応じて流動的に規定するという点も考慮して、個々の医療行為ごとにこれらを包括的に検討しなければならない、とする (中島 1996a:178；中島 1994:1013；中島 1996b:40-41)。

同意能力の基本的構成要素は、概念的な能力そのものであり、多くの先行報告も参考にすると、「ある医療行為に関する自己の状況やリスク・ベ

ネフィットなどの説明内容を正しく理解し、合理的な意思決定過程を経て、それを表示できること」と規定することができる。そして、この基本的構成要素は、患者の病前における生活態様の聴取をはじめ、治療開始後の日常生活態度の観察や治療の関わりおよび面接によって、包括的に評価することになる。さらに、これは操作的な評価基準としても設定することができ、1) 説明事項に関する自己の状況や説明内容の理解、2) 意思決定過程の合理性、3) 意思決定の所在、という3項目として、これらのいずれかが不十分である場合を「能力不全」と評価することになる(中島1996b:37)。

また、ここでは、能力の「閾値」概念が必要となる。インフォームド・コンセントの実践において医師による説明の是非を患者が判断するためには、それぞれの説明事項ごとに同意能力のある一定の水準、つまり「閾値」を設定しなければならない。すなわち、閾値を越えていれば能力十分として説明手続が行われることになり、閾値を越えていなければ能力不全とみなされて、それに応じた治療的関わりと代諾・代理決定の手続が検討されることになる(中島1996b:39)。そして、この「閾値」の設定要件は、当該医療行為に関する利益とリスクの比較考量、すなわちリスク・ベネフィット分析である。リスクが小さいほど、あるいはベネフィットが大きいほど、これの患者に及ぼす好ましい作用は大きく、その点から、この説明事項に関して患者が意思決定を行うために必要な能力は低くても足りる、つまり能力の閾値は比較的 low に設定することができる。反対に、リスクが大きい、あるいはベネフィットが小さいと予測される事項であれば、より慎重に患者の意思決定がなされなければならない、能力の閾値はより高く設定されることになる(中島1996b:39-40)⁽⁷⁾。

(7) ただし、同意能力の水準を治療から予測される利益・不利益の大小によって変化させる際に、その利益・不利益の大小が客観的でないしは医師・医学の観点から判断されることが多いことについては問題がある、という法律家からの指摘がある。すなわち、患者の自己決定権保護の立場からは、利益性の判断は、患者の価値観に照らしてなされなければならない、とされる。また、治療に同意するか、それを拒否するかについては、同意と拒否の双方の場合の結果を理解し、比較衡量する能力が必要なのであるから、同一の治療について同意の場合と拒否の場合とで必要とされる能力が異なるのは、意思決定過程の合理性に基づいて同意能力の存否を判定するという立場からは一貫しないと思われる、ともされる(丸山1992:1288)。しかし、この点について

次いで、基本的構成要素である能力の発現を左右する要因として、以下のようなものがある。まず、疾患の重症度である。疾患の重症度と同意能力の発現とは、負の相関関係にある〔疾患が重ければ同意能力は低くなる〕。ただしここで注意しなければならないのは、精神障害による能力の低下については「当該説明事項に関する現実検討の障害」が問われるのであり、患者の病識の有無との関連性は直接にはみられない。したがって疾患の重症度の評価に際しては、病識や疾患分類とは直接関連しない、現実検討の障害の程度に反映される重症度の系列を用いるべきであろう（中島 1996b:37；中島 1994:1011）。

次に、患者－医療者間の治療関係の強度と同意能力の発現であるが、これは、より複雑な関係にある。(i) 治療関係が弱いと、説明を理解したうえで意思決定に至る過程をたどる構えが減弱する。すなわち同意能力は十分発現できず、結果的に能力低下と評価される。この状況には大別して2つあり、一方は、自己の置かれた状況を把握できず、治療への動機づけが乏しいために治療契約を結べないという事態であり、他方は、治療要求は十分あるが、当該医療者との間で治療契約を円滑に結べない、つまり個別的な患者－医療者間の信頼関係が障害されているという事態である。ところが反対に、(ii) 治療関係が強すぎる、すなわち治療契約が自律的に行われず患者の医療者への依存傾向が過大である場合にも、同意能力は十分発現されず、能力低下と評価される。なぜならば、医療者への依存が強ければ、患者は自らの自己決定権を放棄し、医療者の裁量を無批判に受容してしまうことになるからである。以上の(i)と(ii)の2つの状況を両極に対置したその中間に、同意能力の比較的高い状況が存在する。すなわち、適度な治療関係、十分な治療への動機づけ、治療契約が円滑に結ばれていること、こうした事態においてはじめて説明事項に関する患者と医療者の対話が成立し、自律的に同意がなされ得る（中島 1996a:173-174；中島 1994:1001-1002；中島 1996b:37-38）。

また、医療者による治療的介入という行為の次元で能力の発現を規定す

ては、同じく法律家からの、次のような意見もある。すなわち、治療行為による好結果と悪結果の利益状況は、同意をする場合と拒絶する場合では逆転することになるので、同意についての判断能力（同意能力）と拒絶についての判断能力（拒絶能力）を分けて考える必要がある、というものである（池原 2011:68）。

る要因が、教育的プロセス（psycho-education process）である。医師による説明という行為は、医学的情報の開示を通して患者の意志決定のための素材を提供するというだけでなく、患者の意志決定を包括的に援助する医療行為でもある。すなわち、患者の行う意志決定に対する医療専門家の援助作業という点で、説明行為は「教育」の意味を持っている。そして、このプロセスを通して、同意能力はより高く発現される。また、治療的観点からすれば、このプロセスを通じた患者と医療者の関わり合いが患者の自律性を高めるという治療的意義を有することになる。このような教育的関与は不可欠であるが、その一方で、ここには個別的な患者－医療者間で交わされるという特異性が存在し、それゆえ、説明行為から医療者の裁量性を排除することは不可能となる。この点に最低限度のパターナリズムが保障されなければならない根拠がある。換言すれば、このパターナリズムを無秩序に肥大させないためのいわば均衡関係維持装置として、インフォームド・コンセントが要請されてきたと捉えることもできる（中島 1996a:174-175；中島 1994:1012；中島 1996b:38-39）⁽⁸⁾。

なお、同意能力の評価に関する重要な問題点の1つとして、標準化の限界がある。すなわち、実際に能力評価を行う作業は、個々の説明事項ごとに一回性の妥当性と有効性を持つものであり、そこには、能力の発現を規定する諸要因が相互に不可分の関係をもって存在しているのであって、それらの吟味なくしては、臨床的妥当性のある能力評価は不可能である。そして、これらの要因は標準化の対象とはなりにくく、とりわけ個別的な治療関係あるいは情緒的要因というものは、操作的に処理するわけにはいか

-
- (8) 最低限度のパターナリズムの保障が必要だとする部分には若干の留保が必要であろうが、しかし次のような指摘は妥当なものであろう。すなわち、診療場面では、情報の取得と吟味、熟慮の過程は治療者と患者間のコミュニケーションの過程として行われていく。自己決定あるいはインフォームド・コンセントというと、決定の瞬間をとらえるかのような理解のされ方をされてしまう場合があるが、本来のインフォームド・コンセントは、治療者と患者のコミュニケーションプロセスの中で、患者が自己の病状と必要な治療のあり方に関する情報の理解を深め、治療によって得られる可能的利益と治療がもたらす可能的な不利益や苦痛、さらに中長期的にみて治療によってもたらされ得る健康利益と犠牲にされ得る他の生活や人生の利益とを勘案し、不安と期待などの情緒的な要素も含めながら相互に対話を展開していく過程であり、その過程の最後に決定という段階を迎える手続である（池原 2011:74）。

ない。したがって、包括的な能力評価という手続に関する厳密な標準化は不可能であり、また不当なものであると言わざるを得ない（中島 1996b:41；中島 1994:1014；中島 1996a:179）。

また、法的規制の問題点にも触れられている。すなわち、能力評価の法的規制については、その是非は別として、今後現実的な要請が生じてくる可能性があるが、その際には、原則的には医療現場における心理学的能力の評価を踏まえたいうで、第三者機関における法的判定の手続が要請されることになる。しかし、今後の法的規制に際しては、インフォームド・コンセントそのものの倫理的基盤をあくまで見失うことなく、法的能力と心理学的能力の区別を念頭に置いたうで、その法的実効性と臨床的妥当性とを可能なかぎり両立させるように努めなければならない（中島 1996b:42；中島 1994:1014）。

以上が中島による立論であり、その全体像がいま一つ理解困難な部分もあるが、しかし、北村＝北村理論に欠けている臨床面での要検討事項が、明確にまとめられている。

（b）同意能力判断の基底にあるもの

以上で、同意能力判断のおおよその様相は見えてきたと思われる。しかし、インフォームド・コンセントの実践において、患者が同意無能力とされる場合とは、単に原則に対する例外が認められることに過ぎないのであろうか。例外があるということは、その原則になんらかの問題点が含まれているのではないだろうか。このことを徹底して考究したのが、熊倉の以下のような所論である。インフォームド・コンセントにおける臨床と法の関係をいかに位置づけるかという難問を検討するためにも重要であることから、長くなるが——同時にやや難解な箇所もあるので——丁寧にその議論を追っていくこととする。

インフォームド・コンセントにおいて治療への同意が得られない患者に対しては、医師は、同意能力判定（competency evaluation）を行うことが要請される。すなわち、インフォームド・コンセントは、患者の意志決定能力判定という手続き、つまり「無能力者」の判定行為と表裏一体となって、社会システムに組み込まれている。自己決定権と無能力制度は、車の両輪のように一体なのである。インフォームド・コンセントのパラドックスは、ここにある。インフォームド・コンセントを主張すれば、す

すべての患者の自己決定権を尊重することになるというのは、明らかに幻想である。この原則は、一方では、無能力者を生み出すシステムでもある(熊倉 1994:38)。

そして、精神障害の場合には、そこに何ものかを産出し続ける主体は存在するし、ある種の意志表示も存在する。そこには「病んだ意志」が存在し、それは病んでいても、やはり意志として存在することには変わりはない。そしてインフォームド・コンセントが、すべての人間に差別なく自己決定権という市民権を保障すると唱うかぎり、病んだ意志をもつ者の意志決定も、可能なかぎり尊重されねばならないことになる。そこで、自己決定権の尊重と無能力概念は、パラドックスとして存在し続けることになる(熊倉 1994:52-53)。

精神医学が「治療のための強制」を正当化する論理は、患者の「真意」は治療を望んでいるという推定である。しかし、精神障害者は全面的に同意無能力かと問えば、そうは言えない。現実には、統合失調症患者がたとえ妄想的な意味づけによって治療拒否をする場合にも、同時に治療拒否権の行使と見なされる「合理的」な理由をも示すのである。つまり、宗教的な理由、薬物の副作用、治療環境の不備、医療スタッフによる虐待、医師の選択権、治療拒否権の行使の宣言、あるいは実際に起きた調剤ミスへの批判など、あらゆる「合理的」な理由を示すのである。そこには二重のコミュニケーションが存在する。したがって、患者が治療に疑義を表明した場合に、それが妄想的な色彩で語られようとも、そこから「表出された意志」の真実性を完全に否定し去ることは不可能なのであり、それは、きわめて危険なことなのである。こう考えると結局、患者の治療拒否という行為に、患者の「主体性」と「症状」、「阻害されない意志」と「阻害された意志」、「治療拒否権の行使」と拒絶症の二重の意味をそのまま見るほかないことになる(熊倉 1994:162-163)⁽⁹⁾。

(9) 熊倉のこの記述に関しては、別の臨床医から、ある種の批評が加えられている。すなわち、患者自身は「真意」でこう考えているのだ、とすることは、パターンリズムからの脱却を目指しており、非自発的医療に十分な根拠を与えるが、しかし、この考え方には、実際上の大きな問題がある。それは、我々の临床上、患者の暗示的に治療を求める表現を読み取ることができない例も多い、ということであり(これを治療者の力量の問題だといわれてしまえばそれまでであるが)、したがって、患者の価値観に照らした合理性という

患者の自己決定権の意義は、単に患者の主体性を保障するという積極的な意味をもつだけでなく、誤った医学的判断に基づく医療上の過介入を患者本人の力で防衛するという重要な消極的側面をも有する点にある。つまり患者がある医療行為に疑問を持ち、医学的介入から身を守りたいときには、自己決定が最終的な手段となるのである。統合失調症患者といえども自己決定を容易に否定することができないのは、こうした理由による(熊倉 1994:186-187)。

治療における自己決定とは何かとなれば、これは「同意」の原則の中に最もよく示される。同意は「承諾の内容および承諾そのものの意義を理解する能力を有するものの自由かつまじめな意志(真意)に基づく承諾」行為であればよいとされる。ところが、臨床実践で治療者が「何をもって患者の真意と判定するか」ということは、実は容易な問題ではない(熊倉 1994:187)⁽¹⁰⁾。そして、患者の「真意」をどう理解するかによって、治療的介入が(推定的)同意に基づく行為と見えたり、本人の意志に反した強制と見えたりすることになる。つまり、インフォームド・コンセントか「治療のための強制」かという議論は、何を患者の真意と理解するかという判定者の判断によって決定的に左右されるのである。したがって、結局は問題は「真意とは何か」という問いに還元されてくる(熊倉 1994:188)。

一方で、自己決定が権利の擁護という性格を持つならば、誰でもが均等に権利を享受することができなくてはならないはずである。そして、自己決定の論理は「患者が語った言葉の明示的な意味が真意である」という仮説として定式化することができる(熊倉 1994:194)。

以上のように考えると、自己決定の論理は、言語の明示的側面を重視し、治療に現実的な構造を与える役割を果たしているが、心に固有な問

ものも、簡単に推測できるとは限らない、というのである。ただし、こうした問題はあるにせよ、パターンリズムに回帰することなく、論理を組み立てていくためには、やはり非自発的医療の根柢は患者本人に求められるべきであろう、とされている(中島 1997:47-48)。

- (10) 「同意」と「拒否」は、臨床の中では必ずしもそう簡単に分けられるものではない。例えば、「同意」と「拒否」の間をめまぐるしく動く人がいる。YesともNoともどちらともとれるようなメッセージを出してくる人もいる。また、同意能力を「有無」で2つに分けることも問題を持っている。仮に同意能力を本人が個人として持つ「能力」として単純に考えとしても、それは連続量で量られるものであり、2つに分けられるものではない(中島 1997:46)。

題、たとえば自己矛盾（ここでは解離）、心の不可知性（解釈の多義性）などの問題を捨象しており、心的な内容についての深い説得力を欠くのである。そして、具体的な問題点として、患者が明らかに自己に不利益な主張をしている場合でさえも、自己決定をしているからという理由で放置される危険を含んでいることがある。つまり、自己決定の論理は、自己決定する能力それ自体の欠格者として判断無能力者が存在することを否定できず、精神障害者の権利擁護のための概念装置としては、むしろ有効性に疑問が残されるのである。このように考えると、自己決定は、医学的パターンリズムと同じく、否定し得ない重要な意義とそれ独自の危険性とを有することになる（熊倉 1994:195）。

他方で、「治療のための強制」の論理は、「患者が語った言葉の明示的な意味よりも、暗示的な解釈が真意である」という仮説と定式化される。そして、それは解釈の多義性から自由ではなく、そこで語られる現実判断はあまりにも治療者の主観に頼りすぎるという欠点がある（熊倉 1994:195-196）。

こうして見ると、インフォームド・コンセントも「治療のための強制」の概念も、精神科治療の実際を説明するには、どちらもあまりに一面的である。実際は、統合失調症の治療においては患者の「真意」は解離し、自己決定は矛盾した構造のなかにある。そしてこの場合に重要なことは、矛盾した主張のなかでも、あるいは矛盾があるからこそなし得る主体的な主張もあり得るし、それが重要な人間的な主張であることも稀ではないということである。患者の主体性と責任を回復していくことが治療の目的であるのなら、「病識」欠如といわれる患者であっても、明示的な言語で語られる「説明」と「自己決定」は、治療に現実的構造を与える点で重要であろう。したがって、「自己決定」が治療に現実的な構造を与える規則の1つであり、また治療を通して達成すべき1つの目標であると考えれば、その重要性は否定できないことになる。すなわち、自己決定の論理は、たとえば患者が判断無能力と判定されようと無視することができない治療構造の本質的な要素であると考えられることができる（熊倉 1994:196-197）。

しかし、統合失調症の治療において自己決定を考えると、何らかの矛盾、理論上の不備を感じない臨床家はいないであろう。一方で患者に治療への主体的な参加を要求し、他方で判断無能力者として患者の主体性を留保するとしたら、治療者の論理が大きく矛盾していると思われるのである

(熊倉 1994:197)⁽¹¹⁾。

同意能力がある者には、自己決定権の原則が適用され、同意能力がない場合には、医師は自己決定権を乗り越えることができ、医学的判断に従うのだとされる。つまり、同意能力判定は、非自発的治療の是非を判定するために導入された概念装置である。それは非自発的治療、つまり患者の同意によらない医学的治療を合理化するための装置である (熊倉 1994:206-207)。

たしかに植物状態の同意能力については無能力、つまり精神活動の不在という状態が生ずる。そこでは今、現に生きている主体的判断は存在しないので、精神の自律 (オートノミー) は存在せず、他者の代理判断によるほかに治療上の意志決定は不可能となる。しかし、精神障害一般については、つねに主体は存在し、何ものかを産出し続けている。もし自己決定権が患者の主体的判断を可能な限り尊重するというのが真実であるならば、その主体が産出しているものを尊重する以外のことを、自己決定権は主張してはならないはずである。にもかかわらず、ここで能力判定を持ち込み、患者の自己決定権か医学的パターンリズムかという、終わりのない討論を引き起こすものは何なのか。どこから「他者判断」が登場し、患者の自己決定を排除し、無能力者を産み出すのか。この点については、オートノミーとパターンリズムという二律背反が西欧文明の中にあらかじめ存在しており、それが精神障害の問題に投影されている、と私 [熊倉] は理解する。能力ある者と無能力者とを峻別せずにはいないような「一時代前」の西欧的価値観の遺物を、私 [熊倉] はこのモデルに見出す。それは、かつて合理が非合理を支配し、健常者が障害者を支配していた時代の 19 世紀のヨーロッパを連想させるのに十分である。むしろ現代社会では、健常者と障害者の間に引かれていた明確な一線が崩れ、そこに新たな関係が求められているのである。この点ではインフォームド・コンセントは、あまりに時代に逆行しているのである (熊倉 1994:208-209)。

自己決定権が患者のオートノミーを尊重するならば、無能力においては患者のオートノミーは否定される。つまり、非自発的治療においては患者

(11) この部分の熊倉の記述は、臨床の場で同意能力評価の必要性に直面して「治療」と「同意能力評価」の間で逡巡する精神科医の心境を鮮明に表わしているように思われる。そして、北村 = 北村理論において決定的に欠けているものは、これであろう。

はオートノミーのない客体、単なるオートマトン、生命体として扱われる。そして無能力と判定された主体は、他者判断の前に一切の存在根拠を失う。しかし精神障害者は、そのもっとも混乱した状態であっても、主体としての存在であることを止めない。つまり自己決定権の導入と、実際に患者の主体的判断を尊重することの間に、大きな解離が生じるのである(熊倉 1994:209)。

自己決定権は、実際の運用では、「明確で一義的な」表現が主体的判断であると仮定して、その本来の機能を果たす。つまり自己決定権は、明示的言語に絶対的な意味を与えることによって、初めて不当な介入への自己防衛の道具となり得るのである(熊倉 1994:210; 熊倉 2017:149)。明示的な表現が、本人の生活行動と時間的にも空間的にも一致すれば、その明示的な表現は明確で一義的となり、それは一貫した主体的判断の表現とみなされ、それが「能力あり」ということになる。このように考えると、同意能力判定とは、「患者の明示的な言語表現を、実際に患者の主体的判断の表出とみなしてよいか否かを判定する行為」だということになる。つまり、自己決定権を無前提に適用できるのは、患者の主観的判断が自明な場合に限られる。そして、患者の主体的判断が自明でない状況では、自己決定権そのものが無効となる。この場合、無効になるのは自己決定権という概念装置であり、患者の主体ではない。主体の欠如があるから無能力であるという論理が、そこに主張される根拠は存在しない。このように、「無能力」とは、その判定者と患者の関係において、主体的判断が一義的に同定できない状況を意味する(熊倉 1994:212-213; 熊倉 2017:149-150)。

以上の考察から導き出される結論は、「同意能力の判定行為」と「非自発的治療の是非」の判定とは、別の次元の行為だということである。両者は厳密に分けて考えるべきものなのである。同意無能力という判定は、「患者の主体的判断を同定できないという意味以上の意味をもたない」のである(熊倉 1994:213; 熊倉 2017:150-151)。

したがって、非自発的治療の是非を検討するという行為は、能力判定をも含んだ、もっと大きな作業である。非自発的治療の是非の判断では、(i) そのプロセスが患者の主体的判断を尊重したものであるか、(ii) 患者個人を人間として尊重したものであるか、が直接に問われるのである。非自発的治療の可否の基準は単なる同意能力の有無ではないし、それはオートノミーとパターンリズムの二律背反をこえた、何らかの上位概念を

必要とする。それは「人間の尊厳」、あるいは「人間としての尊重」などの不明確な概念で医倫理学の教科書に語られてきた何ものである。そこには「人間についての問い」が不可欠なのである。この問いを社会において赤裸々に立てたのが、インフォームド・コンセントであった(熊倉 1994:213-214; 熊倉 2017:151)。

そして、「主体」としての患者を論ずるためには、自己決定権という概念の限界設定が必要である。なぜなら、現在、自己決定権という言葉が無前提に、あたかも、その言葉を語ることで自体が絶対的善であるかのごとく用いられる現状があり、また、そこに自己決定権という言葉と人間のオートノミーとが幻想的に同一視される現状があるからである。現行の自己決定権の主張にひそむ幻想性を指摘しなければ、それが「主体」としての患者を否定し去る論理となる現実を指摘することはできない。インフォームド・コンセントを語る際に、単に「オートノミーを尊重する」と語ることと、「いかにすればオートノミーが尊重されるか」と問うことでは、決定的な差異が生じてくる。前者は幻想を語るが、後者は現実を問うからである(熊倉 1994:214; 熊倉 2017:151)。

患者と治療者の「共同の意志決定」として治療関係を規定し、それに統制をくわえたのは社会であり、その代表者としての公権力である。この点で、すでにしてインフォームド・コンセントにおける治療上の意志決定は、患者と治療者と権威の三者のダイナミズムにおける「共同の意志決定」という三者構造を備えている。そしてパターンリズムは三者構造の中に、はじめて成立する。治療関係には社会からきて、治療関係の中核的部分を構成する何ものかがある。それを、ここでは「権威」とよぶ。こうして患者と治療者と権威の三者関係において治療関係は完成する。現に臨床医は公権力によって業務独占の資格を与えられて、はじめて治療者となる。その範囲においては治療者の語りは、かならず権威の語りである。それが好ましい現象か否か、正しいか否かを問うまでもなく、そのような治療構造が現に存在する(熊倉 1994:217)。

患者が無能力であると見なされたとき、患者の「真意」は何かを他者が推定する。見方を変えれば、家族による代諾も、患者自身による「先行指示書」も、それらの基本には、他者による「真意の推定」行為があるといえる。いずれも可能な限り、患者の主体的判断を尊重しようという試みの1つではある。しかし、「真意の推定行為」が他者による推定行為である

以上は、それも基本的には他者判断であって、パターンリズム的性格を帯びることになる。このように整理すると、「自己決定」は「他者決定」と対になった概念であることが明らかである（熊倉 1994:220-221）。

このように、自己決定自体でさえも、「何を患者の自己決定とみなすか」という他者判断の上に成立する。つまり、自己決定でさえも他者決定によって支えられて成立する。他者と権威から隔離されたところに「自己」があり、それが他者から切り離されており、自律的に何かを「決定」という状況は存在しない。存在するのは自己決定への「信仰」にすぎない。それは、他者との関連を欠いた「孤独な自己」を前提としている。それは、社会の中で共に生きる者としての人間存在への洞察を欠いており、存在忘却に陥っている。そこには西欧の近代個人主義の病理がある。むしろ自己決定そのものが、自己と他者と権威とが共同で形成した構成物だと捉えるべきなのである。現在の治療者・患者関係の現象を忠実に記述すれば、そのようになる。そして、この時点でわれわれは、インフォームド・コンセントをめぐる独自の実践へと一歩、歩み出すほかに道はなくなる。それはたぶん、援助を要する者、障害をもつ者への鋭敏な感性を備えたものとして、「無能力者」と名付けられた主体への新しい感性として、西欧型インフォームド・コンセントを超える何かを付加したものでなくてはならない（熊倉 1994:221-222）。

多くの煩雑な議論の背後にあり、それを生み出していた基本的問いは、自己決定か否かという問い以前に、「いかなる選択がより人間的か」という問いである。患者を一個の人間として尊重するということは、実際には、「どの選択がより人間的か」という問いかけを、くりかえし、くりかえし個別臨床で問い続けるということである。患者の主体も、判定基準の作成や手続論も、自己決定権も、パターンリズム論も、無能力制度も、どのキーワードも、この問いが問われて初めて意味があるものとなる。しかし、個別の臨床において「何がより人間的か」と問い続けることが、治療者にとって、何故これほどまでに困難なのであろうか。そこには無限に循環する問いしか存在せず、普遍的な答えにいたる道が与えられていない（熊倉 1994:228-229）。しかしまた、興味深いことは、臨床実践において、治療者はこの問いに、必ず答えを出していることである。どのようにして答えることができたのか分からないが、治療者は個別の結論をつねに出してきた。普遍的な答えをもたず無限に循環する問いと、個別的な答えのみ

が存在する、治療行為が成立するのは、そのような基本的構造においてである。臨床に独自の「知」が存在するならば、それは、この問いを問いつけたところに存在するに違いない。そして、自己決定権とインフォームド・コンセントで学ぶべき点は、この問いを社会のなかで明確にたてた点にある（熊倉 1994:230）。

私〔熊倉〕が以上で論じた治療論は、治療者と患者の二者関係で完結する治療論の終焉を告げるものである。たしかに治療者と患者は、あくまでも対等な「人」として、互いに主体であり他者として出会う。しかし、それを可能にするのは、第三者性をおびたオーソリティ（権威）の存在である。治療関係は基本的に三者関係となる。いまや「あなた」と「わたし」という二者関係の甘い幻想は、この三者関係の中にとらえられる。権威とは、医学における専門的権威であり、それを補佐する家族であり、それを保障し、自己決定権をも保障する公権力である。そこには「権威の喪失」といわれる時代における、パラドックスに満ちた権威の姿がある。自己決定権を他者が保障するというパラドックスがある。インフォームド・コンセントは「人間についての問い」を社会のなかで問うことによって、あらたに権威についての問いを明るみに出し、「現代」そのものを問う。問われるのは治療者の専門性であり、権威性であり、治療者に権威を与える社会的権威である。そこには新しい言葉が必要となる。そのような新たな語り、個々の医療実践でも求められる。その個別的なプロセスにおいて、「臨床における他者理解」が語られ、「不可視な主体」が語られ、「不可視な身体」が語られねばならない（熊倉 1994:233-234）。

以上が、熊倉の精神科医療におけるインフォームド・コンセント論であり、さらには精神科臨床論である。ここで、このような熊倉の所説を補足するであろうものとして、次のような見解が存在することも付け加えておきたい。

すなわち、インフォームド・コンセントの原則は、その基礎に、医療が「合理的人間」同士の契約であることという前提を置いている。しかし、病人は合理的人間かという点については、おそらくノンである。内科や外科で「しっかりしている」と思われている入院患者にすら、いわゆる「軽い意識混濁」をしばしば見出すことができる。こういう状況にある時に、くたくたと病気や治療の説明をするよりは「私にまかせておきなさい」と言ってしまうのは人情であり、「軽い意識混濁」を症状として把握する技

術は持ち合わせていなくとも、まともな治療者ならば患者の微妙な異変を本能的に感じていてそう言うてしまうはずである。それでもインフォームド・コンセント原則を貫こうとするなら、インフォームド・コンセント原則そのものを法律の世界から医療自体の世界に引き出し、法律の世界に馴染まない医療独自の世界があることを示さねばならない。その反対に、インフォームド・コンセント原則の大切さを医療者自身が言うならば、患者－治療者の二者関係の世界に閉じこもることなく、医療全体に対する批判的実践を伴うのでなければ、インフォームド・コンセント原則の抱えもつパラドックスに我々自身が足をとられ続けることになるであろう（高木 1997:32-33）。そもそも、合理的な社会の運営を可能にするものは、宗教的非宗教的とにかかわらず日常の儀礼によって形式化された非合理的感情的連帯感であろう。人がこの社会に自分を所属させ、そこで安全を保証され自由に振る舞い他人と契約を結ぶためには、この非合理的感情的な基盤に生じた信頼関係がなくてはならない。そして、法律がこの信頼関係をつくり出すことはできない。「法の世界から離れた医療自体の独自の世界」とはまた、このような信頼関係のうちに築かれるべき世界でなくてはならない（高木 1997:33）。

さらに、次のような現実的な指摘もある。

すなわち、患者の well-being への奉仕という医療の目的達成に必要な・医師と患者との共同意思決定、それを支えるような相補的協働的道德体の形成については、現状でははなはだ不十分といわざるをえない。医師側からいえば、「説明」「承諾」したイコール自己決定したとなり、その結果責任は「あなたが負うべきものです」となる。しかし、患者の側からは、「説明」はされたが「同意させられた」と受け止める人も多い。かくして、原理主義的自己決定論は無制限に自己決定権の拡大をすることとなり、医療現場は不毛の揚げ足取りを繰り返すことになる（高柳 2008:237-238）。Autonomy がオールマイティとなり、自己決定権が原理主義的になるにつれて、インフォームド・コンセントは形式化、空洞化してきているようにみえる。つきつめていくと自死も路上生活も自己責任で片付けられる。かつての日本の医の倫理にはなかった新しい医の哲学——人権・存在権のための真のインフォームド・コンセントが求められる（高柳 2008:238-239）。アメリカの判例をみていて違和感を覚えるのは、インフォームド・コンセントが医師を責め立てる規範となっていることである。少なくとも

日本ではもう少しアメリカ流でない患者の well-being、QOL の尊重、ひいては人間の尊厳に対する敬意を含んだ医の倫理としてのインフォームド・コンセントの思想に立ち戻るべきであろうと思う（高柳 2008:239-240）。

〔若干の中間的考察〕

本稿は未だ中間途上の段階にあるが、ここで本稿全体の結論を一部先出しするかたちになる若干の考察を行っておきたい。

以上に見てきた熊倉理論（及び高木と高柳の指摘）を、法律の側はどう受け止めるべきか。法と倫理はしょせんは水と油なのか。別言するならば、熊倉が提示した臨床における実践知らないし暗黙知の存在を、法律の世界に取り込むことはできるであろうか。この点につき、北村＝北村理論が依拠していた「近代契約法」による基礎づけは、熊倉が詳述した臨床論によって否定されている。近代契約法理論では、医師と患者の一回的状況の下で生じる、普遍化の不可能な臨床知らないし実践知の存在を、説明し尽くすことはできない。それでは、そのように一定の状況下での患者と医師のまさにその時点での関わりから生じる、必ずしも言語化はされていない医師－患者関係の構成要素を法的に正当化できる理論を、法律家は持ち得ていないのだろうか。

実は持っている。それは、内田貴が提唱している「関係的契約理論」にほかならない（内田 2000）。熊倉は「普遍的な答えをもたず無限に循環する問いと、個別的な答えのみが存在する、治療行為が成立するのは、そのような基本的構造においてであり、「臨床に独自の『知』が存在するならば、それは、この問いを問い続けたところに存在するに違いない」としているが、このような臨床知や実践知の帰結を法的世界で認知し評価するための法理論としては、関係的契約理論において他にはないであろう。関係的契約理論は、それ自体は定型化が困難な臨床知や実践知によってもたらされた帰結を、法的に識別し正当化するという機能を有している。熊倉の言う治療関係における三者構造の中の「権威」も、関係者の間に存在する「内在的規範」と捉えることができよう。そして、高木の言う「非合理的感情的な基盤に生じた信頼関係」も、高柳の言う「医の倫理としてのインフォームド・コンセントの思想」も、関係的契約理論によって、その法的存在を承認され法的根拠を与えられることになるであろう。

[未 完]

〔引用文献一覧〕

- 池原 2011：池原毅和『精神障害法』（三省堂、2011年）
- 内田 2000：内田 貴『契約の時代』（岩波書店、2000年）
- 片山 1999：片山義郎「治療法の選択と治療拒否への対応」松下正明ほか監修『インフォームド・コンセントガイドランス——精神科治療編——』（先端医学社、1999年）127-139頁
- 北村＝北村 1993：北村俊則＝北村總子「精神医療における告知同意と判断能力について」精神神経学雑誌 95 卷 4 号 343-349 頁（1993年）
- 北村＝北村 2000：北村總子＝北村俊則『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』（学芸社、2000年）
- 熊倉 1994：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』（新興医学出版社、1994年）
- 熊倉 1994b：熊倉伸宏「『同意無能力』概念は「主体としての患者」を排除するか？——北村俊則らの論文への返答——」精神神経学雑誌 96 卷 1 号 48-55 頁（1994年）
- 熊倉 2017：熊倉伸宏『統合失調症の臨床病理』（新興医学出版社、2017年）
- 斎藤 1994：斎藤正彦＝片山成仁＝佐野威和雄＝松下正明「痴呆性疾患を中心とする老年期精神疾患におけるインフォームド・コンセント——患者の人権と臨床上の諸問題——」精神神経学雑誌 96 卷 11 号 1001-1006 頁（1994年）
- 斎藤 1995：斎藤正彦「高齢者における意思決定の問題」中島一憲編『現代のエスプリ 339 インフォームド・コンセント』（至文堂、1995年）95-103 頁
- 斎藤 1996：斎藤正彦「指定討論（シンポジウム「インフォームド・コンセントと精神医療」）」法と精神医療第 10 号 98-101 頁（1996年）
- 詳解 2016：精神保健福祉研究会監修『四訂 精神保健福祉法詳解』（中央法規出版、2016年）
- 神野 2010：神野礼齐「精神科医療とインフォームド・コンセント」甲斐克則編『医事法講座第 2 卷 インフォームド・コンセントと医事法』（信山社、2010年）237-257 頁
- 仙波 1993：仙波恒雄「強制治療に対する拒否・同意とその能力」精神医学 35 卷 8 号 861-866 頁（1993年）
- 高木＝吉岡 1993：高木俊介＝吉岡隆一「精神医療におけるインフォームド・コンセントと同意能力について——臨床的観点から」精神神経学雑誌 95 卷 11 号 891-898 頁（1993年）
- 高木 1997：高木俊介「インフォームド・コンセントと情報化社会」精神医療 [第 4 次] 11 号 28-34 頁（1997年）
- 高柳 1992a：高柳 功「精神科医療とインフォームド・コンセント」精神医学 34 卷 12 号 1274-1276 頁（1992年）
- 高柳 1992b：高柳 功「同意能力と治療拒否権」精神医学 34 卷 12 号 1317-1323 頁（1992年）

精神科医療における医師－患者関係（3）

- 高柳 1994：高柳 功「精神科領域におけるインフォームド・コンセントの現状」精神神経学雑誌 96 卷 11 号 996-1001 頁（1994 年）
- 高柳 2008：高柳 功「インフォームド・コンセント雑考——精神科医療における個人的回想とともに」中谷陽二編集代表『精神科医療と法』（弘文堂、2008 年）219-240 頁
- 中島 1994：中島一憲「治療文脈におけるインフォームド・コンセント——意思決定能力の理論的分析と臨床的意義——」精神神経学雑誌 96 卷 11 号 1010-1014 頁（1994 年）
- 中島 1996a：中島一憲「インフォームド・コンセントにおける意思決定能力の臨床的分析」石川義博編『精神科臨床における倫理——法と精神医学の対話 3——』（金剛出版、1996 年）163-182 頁
- 中島 1996b：中島一憲「臨床現場からみた意思決定能力」法と精神医療第 10 号 32-42 頁（1996 年）
- 中島 1997：中島 直「インフォームド・コンセントと同意能力の問題について」精神医療〔第 4 次〕11 号 45-52 頁（1997 年）
- 中谷 1999：中谷真樹「同意能力の判定と判断の基準」松下正明ほか監修『インフォームド・コンセントガイダンス——精神科治療編——』（先端医学社、1999 年）154-171 頁
- 町野 1993：町野 朔「患者の自己決定権とその能力」精神医学 35 卷 8 号 883-889 頁（1993 年）
- 松長＝北村 2020：松長麻美＝北村俊則「精神疾患を有する者の同意能力」甲斐克則編『医事法講座第 10 卷 精神科医療と医事法』（信山社、2020 年）147-165 頁
- 丸山 1992：丸山英二「精神医療におけるインフォームド・コンセントの法的側面」精神医学 34 卷 12 号 1285-1291 頁（1992 年）
- 山上 1992：山上 皓「国連原則と我が国の精神科医の意識」精神医学 34 卷 12 号 1311-1316 頁（1992 年）
- 山崎 1991：山崎俊雄「精神保健法と「説明と同意」」臨床精神医学 20 卷 12 号 1847-1854 頁（1991 年）