

## アメリカにおける精神病者と憲法（一）

### ——強制入院法の歴史的展開——

横藤田 誠

はじめに

- 一 強制入院制度の萌芽「植民地時代」一八二〇年代
- 二 強制入院制度の確立「一八三〇年代」一八五〇年代
- 三 法規制の強化「一八六〇年代」一九二〇年代（以上本号）
- 四 法規制の緩和「一九三〇年代」一九六〇年代前半
- 五 強制入院制度の憲法的抑制「一九六〇年代後半以降」
- 六 強制入院と憲法  
おわりに

### はじめに

精神病者の強制入院制度<sup>(1)</sup>はかつて憲法問題と考えられていなかった。基本的人権の思想を欠いた明治憲法下で精神病者の「人権」が問題とされなかったのはもちろん、種々の人権規定を有する現憲法の下においても事情はあまり変わら<sup>(2)</sup>ず、やっと最近に至って強制入院制度を憲法の視角から検討しようとする動きが出てきたのである。

諸外国の現行憲法中、最古の成文法典をもつアメリカ合衆国においても、強制入院制度の憲法的評価が常に一定していたわけではない。アメリカの場合、入院手続については古くから憲法問題と意識されていたが、実体要件や入院

後の処遇については最近に至るまで法的な議論はほとんどなされなかったといつてよい。いずれにしても憲法問題として裁判所を舞台に華々しく論議されるのは、一九六〇年代後半に至ってからであり、その後七〇年代に立法・判例によって強制入院制度は重大な変革を経験した。もともと現在は、七〇年代の改革が行き過ぎであるとの指摘がなされ、若干揺り戻し現象がみられるところである。アメリカ社会は「第一世代の諸問題解決の試みによって産み出された第二世代の問題」<sup>(3)</sup>に直面しているといえよう。この点、最近やつと「第一世代の諸問題解決の試み」を始めたわが国にとって参考となることも少なからう。

この「第二世代」に至るまでには、植民地時代以来アメリカ社会が精神病(者)に対処してきた試行錯誤の歴史がある。憲法の現実への適用はいうまでもなく単なる形式論理の作用ではなく、時代社会の影響を免れない。この制度のように憲法制定以前にすでに存在していたものについては、特にそれが顕著であるように思われる。後に詳しくみるように、憲法論が政策的考慮によって左右されることは少なくないのである。その意味で、アメリカにおける強制入院制度の憲法的評価を正確に理解するには、この試行錯誤の歴史を踏まえることが不可欠であらう。憲法典も文化的背景も異なるわが国にとってアメリカの法理が参考になるとすれば、このような社会的・歴史的文脈に即した認識がなされたうえのことであらう。

アメリカにおける強制入院制度の歴史的展開を、法規制の態様・強弱を基準にして時期区分すれば、(1)植民地時代から一八二〇年代「強制入院制度萌芽期」、(2)一八三〇年代から一八五〇年代「強制入院制度確立期」、(3)一八六〇年代から一九二〇年代「法規制強化期」、(4)一九三〇年代から一九六〇年代前半「法規制緩和期」、(5)一九六〇年代後半「リーガル・モデル台頭期」、(6)一九七〇年から一九七八年「リーガル・モデル最盛期」、(7)一九七九年以降「リーガル・モデル動揺期」、の七期に分けることができるように思われる。この制度が憲法問題として激しい議論の対象となるのは(5)の時期以後

のことである。しかし、「現行の強制入院法の基盤は一九世紀に堅固に確立された<sup>(4)</sup>」といえるし、「法規制緩和期」までになされた法的議論の枠組はそのまま現在にも妥当するものが少なくなく、特に医学的思考と法律的思考の対立の源は初期の時代にみられるのである。本稿では、特に(4)の時期までを重点的に考察し、(5)の時期以降の変革及び今後の展開を正しく評価しうる視点を探ることを主たる目的とする。したがって、(5)以降の立法・判例については概括的に触れるにとどめる<sup>(5)</sup>。考察に当たっては、法の背後にあるもの、例えば専門家の精神病認識、政策決定者の態度、一般市民の態度等に目を向けていきたい<sup>(6)</sup>。その上で強制入院制度をめぐって議論される四つの問題——制度自体の正当性、実体要件、入退院手続、入院後の患者の権利——が、各時期にどのように考えられてきたかをみていく。

(1) 刑事手続と関わない強制入院の対象として「精神病患者」との表現を用いるのは、「精神病的でない」抑うつ状態や強迫神経症を含む多くの重篤な精神障害者を除外する「もので妥当でないかもしれない。ハーディング「日本の精神衛生法の諸特徴」[比較研究]」『これからの精神医療』所収二六三頁(一九八七)参照。しかし本稿では神経症等も含む広義の表現としてこれを用いる。アメリカで“the insane”という場合、ニュアンスとしては「精神異常者」に近く、精神病患者のみならず精神薄弱者(英米では精神遅滞者 the mentally retarded)を含める趣旨であることが多い。本稿で「精神障害者」と表現するときは、精神者を含む趣旨である。またアメリカでいう「民事収容」(civil commitment)に対応するものとして、本稿では可能な限り「強制入院」という表現を用いるが、精神病院が整備される以前の治療の要素をもたないものは、「収容」または「拘束」と呼んだ。

(2) 例えば、竹中勲「精神衛生法の強制入院制度をめぐる憲法問題」判例タイムズ四八四号五〇頁以下(一九八三)、阿部照哉「精神衛生法の強制入院制度」同『演習憲法』一一五頁以下(一九八五)参照。

(3) Stone, *The Social and Medical Consequences of Recent Legal Reforms of Mental Health Law in the USA: The Criminalization of Mental Disorder*, in PSYCHIATRY, HUMAN RIGHTS AND THE LAW 9-10 (M. ROTH & R. BUGLIASS ed. 1985).

(4) Dershowitz, *The Origins of Preventive Confinement in Anglo-American Law*, Part II: *The American Experience*, 43 *Cm. L. Rev.* 781, 844 (1974).

(5) 一九六〇年代以降の精神障害者の人権保障の展開について、松平光央「アメリカにおける精神障害者の人権保障の展開」藤倉皓一郎編集代表『英米法論集』一八三頁以下（一九八七）参照。

(6) THE MENTALLY DISABLED AND THE LAW 8 (S. BRAKER & R. ROCK ed. 1971) によれば、精神障害者の権利に関する法の発展は、(1)精神医学の発展段階、(2)精神障害者の保護と医療に対して政治社会がどの程度責任を認めているか、(3)精神障害とそれをめぐる現実<sup>(1)</sup>に法律家がどの程度の認識をもっているか、という三つの要素に規定されてきた。本稿もこれとほぼ同じ角度から法の発展を検討しようとするものである。

### 一 強制入院制度の萌芽「植民地時代」一八二〇年代

#### 一 前 史

アメリカにおける展開をみる前に、前史としてイギリスの状況に触れてみよう。精神障害者と法の関わりは、まず財産処理をめぐって生じた。これについてはローマ法でも詳細に規定されていたが、イギリスにおいても一四世紀にすでにこの種の法律が登場している。一三二四年制定の *De Praerogative Regis* によれば、精神障害者は二つのグループに分けられ、生来知力を欠く者 (*idiot*) の土地は国王の管理下におかれて、その利益は国王に帰するのに対して、後天的に知力を失った者 (*lunatic*) の土地から生ずる利益は障害者とその家族の生活に当てられ、国王は利益を得ることができない、とされた。<sup>(2)</sup> 国王のこの権限は、無能力者となった家臣のもつ財産を没収するバロンの権限行使の乱用に歯止めをかける目的で与えられたものといわれている。<sup>(3)</sup> このように精神障害者の財産保護については古くから配慮がなされ、一七世紀には詳細な保護制度が確立していたことがクックの業績からもうかがえるが、この財産保護<sup>(4)</sup>

制度は、当然のことながら財産を保護するものであって、障害者自体（の福祉）を保護することに主眼があるわけではなく、<sup>(5)</sup> 況んや財産をもたない精神障害者にとっては何の意味もなかったといつてよい。

ところが一七世紀に至ると、法と精神障害者の関わりは別の局面を迎えることになる。すなわち、障害者の危険性に注意が向けられるようになるのである。一七世紀以降、精神障害者の処遇は三つの方法でなされたといわれるが、<sup>(6)</sup> 第一の、屋根裏部屋や地下室、庭の小屋等に錠や鎖つきで留置して家族が世話をするという場合には、法は無関心であった。法規制がなされるのは、世話をする近親者がいない場合である。この場合、当初は救貧法で処理されたが、<sup>(7)</sup> 一七四四年の The Vagrancy Act より、<sup>(7)</sup> 軽罪判事 (magistrate) が危険な精神病患者を安全な場所に監禁せしめる権限を与えられた。この法律は精神病患者と危険性を初めて結びつけたもので、今に続く強制収容制度の端緒となった法律といえる。<sup>(8)</sup> なお第三の処遇方法として、高額の入院費を払える富裕な精神病患者のみを受け入れた私立癲狂院 (Mad House) における収容がある。これについては全く法規制がなかったが、一八世紀になるとその乱用が問題となり、一七七四年には私立癲狂院を規制する法律が制定された。<sup>(9)</sup> 一七四四年の法律とあわせ、精神障害者の処遇に国家が関心をもち始めたことを示しており、注目される。

要するに、精神病患者の財産に対しては古くから配慮がなされる一方、その福祉についてはほとんど顧みられず、一般の貧窮者、犯罪者と同一の扱いがなされた。そして一八世紀に至って社会（法）が関心をもち始めたが、それは主として精神病患者の危険性に着目したものであった。イギリスのこうした経験はそのままアメリカに投影されるのである。

## 二 強制収容の萌芽

### (1) 精神病患者の処遇

人口が集中せず、消防署や公立学校等の公共施設も欠く植民地アメリカにとって、精神病患者に限らず要救護者を保護することは極めて困難なことであった。植民地の救貧法は本国のエリザベス救貧法を選択的に模倣したものであるが、救貧院・労役所といった施設処遇が一八世紀末まで稀であったこと、及び救済対象を限定する意図で居住要件を厳しくしたことは、そのような植民地の事情を反映したものであった。<sup>(10)</sup> こうした状況のなか、精神病患者は保護が必要である点で貧窮者と同視された。つまり「精神疾患は基本的には医学的な問題というよりも、経済的・社会的な問題であるとみなされた」<sup>(11)</sup>のである。

精神病患者は通常居宅で家族によって保護されたが、それが不可能な場合救貧法の適用を受けた。すなわち、居住権のある者は公費によって親類や他人の家に預けられるか、救貧院に収容され、居住権のない者は出身地に送還されたのである。<sup>(12)</sup> 精神病患者が暴力的である場合、強制的な拘束がなされた。コモン・ローの下で精神病患者は刑罰を免れていたが、治安判事の管理下に置かれ、社会防衛の手段として監獄に拘禁されることも少なくなかった。<sup>(13)</sup> 刑法に触れないまでも、近隣に迷惑をかける者は種々の方法で自由を拘束された。精神病患者に対して特別の保護を提供することを固有の内容とする最初の法令とされる一六七六年のマサチューセツツの法律は、タウンの行政委員 (selectman) に対し、精神病患者が第三者を損傷しないよう監護する権限を与えた。<sup>(14)</sup> またヴァージニアでも、夜昼となく徘徊して近隣に迷惑を及ぼす精神病患者を拘束して密室に監禁する権限を委ねられた保安官の例を、一六八九年の記録に見ることができ、<sup>(15)</sup> このように植民地時代初期には、精神病患者は救貧法や刑法（稀に特別な法令）で処遇され、治療という観点は全くと言っていいほどなかったのである。

精神病院の設立はようやく一八世紀の後半になってからである。一七五一年、精神病患者をも受け入れるアメリカ初の総合病院がペンシルヴァニアに設立されたのに続いて、一七七三年には精神病を専門とする公立病院がヴァージニ

アのウィリアムズバーグにできた。この病院は、一八二四年にケンタッキーのレキシントンに二番目ができるまで、この種の病院の唯一のものであった。<sup>(16)</sup>これらの病院は、ウィリアムズバーグの病院の設立者の言によれば、治療にも役立つだろうが主たる役割は地域の平穩を維持し精神病者が徘徊しないようにすることであった。したがって、近親者や友人が精神病者の行動に気を配ることを約束すれば入院させられなかつたのである。<sup>(17)</sup>

植民地時代および独立後数十年間のアメリカでは、以上述べてきたように、精神病者が注目を浴びるのは、犯罪を犯すか、あるいはそれに至らないまでも近隣に迷惑を及ぼして、社会のポリス・パワーの行使と関わる場面のみであった。<sup>(18)</sup>精神病院の設立すら、患者の治療を目的とするというよりも社会の秩序維持に重点が置かれていたのである。<sup>(19)</sup>

(2) 初期の強制収容法

こうした状況は当然法に反映した。狂暴な精神病患者 (Turbidly mad) に対するポリス・パワーの行使を定めた初期の法律の典型といわれる一七八八年のニュー・ヨーク州法は、次のように規定している。「精神異常その他により狂乱した者または判断力の混乱によって外出を許されれば危険であるような者が時に存在することに鑑み、二名もしくはそれ以上の治安判事が……同人を逮捕せしめ逃亡の恐れのない場所に安全に収容せしむること、及び同判事が必要と認めれば鎖で拘束せしむることは、合法であると定められるべし」と。<sup>(20)</sup>この規定には、友人または親類が精神異常者をその保護下に置くことを妨げるように解釈されてはならないという但書がついていた。この但書の立法目的は、明らかに、強制収容の対象を私的に監護され得ない危険な精神病者に限ることにあつたといえよう。

一九世紀にはいっても法はあまり変わららず、一八二七年のニュー・ヨーク州法は、危険な精神病患者を最初の四週間は監獄に、その後は救貧院または病院 (asylum) に拘禁すべしと規定していた。<sup>(21)</sup>結局、強制収容の対象となつたのは、世話をしてくれる家族友人のいない暴力的な精神病患者だけであつた。

また初期の收容手続は極めて簡単なもので、ニュー・ヨーク州法のように、治安判事の命令によって、監獄、救貧院、そして当時ほとんど存在していなかった病院といった利用可能な施設に收容するものが多かった。<sup>(22)</sup> もちろん、刑事手続においては必須と考えられている陪審審理、厳密な証拠法則等はなく、専ら治安判事の自由な裁量に委ねられていた。<sup>(23)</sup> この他、後見人によって收容がなされることもあった。<sup>(24)</sup> この点、精神障害者の財産保持のために用いられた手続がかなり周到であったのと対照的である。<sup>(25)</sup>

### 三 小 結

第一期は、強制入院制度及びそれに対する法規制の萌芽の時期である。精神病者が一つのグループとして認識され、社会が初めて対応を迫られたとき、まず浮かび上がったのは「危険」というイメージであった。「精神病者の收容をめぐる現在の議論の中でしばしば忘れられているのは、その歴史的起源が、イギリスにおいてもこの国においても、治療とほとんど関係がなかったということ」<sup>(26)</sup>、すなわち、精神病者が收容の対象となったのは、その疾患の故ではなく危険性の故であったということである。「他人（社会）に対する危険」及び自殺の恐れという意味の「自己に対する危険」を防止するポリス・パワーの行使としてこの制度が出発したことは、今日までみられる次のような傾向を生んだ。

第一に、精神病を危険と同視する払拭し難き観念を生んだことである。現在においても全く事情は変わらない。一般市民はいうに及ばず、強制入院に関わる裁判官すら、精神病者が一般に危険であると考えているのである。<sup>(27)</sup> 当然、このような見方は、社会防衛のために危険な者を排除しようとして過剰な收容につながる。危険性の中身、すなわち危害の重大性、危害発生蓋然性、予測の正確性等が問われ始め、そしてそもそも精神病者は危険であるのか疑われ始めたのはやっと最近のことである。



第二に、強制入院制度が当初ポリス・パワーの行使として誕生したことは、同制度を刑事手続との関連でみる傾向を生み、純粋な医療制度としてではなく、社会防衛的な機能を営むものとして発想する出発点となった。しかもなお、収容期間を限定しないといった特別扱いに疑問の目が向けられることはほとんどなかったのである。

- (1) A. DEUTSCH, *THE MENTALLY ILL IN AMERICA* 46 (2d ed. 1949).
- (2) *THE MENTALLY DISABLED AND THE LAW* 2, 250 (S. BRAKEL & R. ROCK ed. 1971).
- (3) Dershowitz, *The Origins of Preventive Confinement in Anglo-American Law, Part I: The English Experience*, 43 *CAN. L. REV.* 1, 31 (1974).
- (4) 一六〇三年の Beverly 事件の判決を詳しう。BRAKEL & ROCK, *supra* note 2, at 2-3.
- (5) 一三三四年の法の文言は「土地」の保護とあるが、精神障害者の「身体」をも保護する意図であったというのが一般的解釈である。Dershowitz, *supra* note 3, at 32. しかし、それはあくまでも財産を所有する者の身体であるたすぎなかつた。
- (6) J. LEBY, *A HISTORY OF SOCIAL WELFARE AND SOCIAL WORK IN THE UNITED STATES* 63 (1978).
- (7) *The Vagrancy Act*, 17 GEO. II ch. 5 (1744) (T. BUTLER, *MENTAL HEALTH, SOCIAL POLICY AND THE LAW* 17 (1985) 24-25)。
- (8) *Id.*
- (9) *The Act for Regulating of Madhouses*, 14 GEO. III ch. 49 (1774) (BUTLER, *supra*, 24-25)。
- (10) D. ROTHMAN, *THE DISCOVERY OF THE ASYLUM* 20-31 (1971).
- (11) W. TRATTNER, *FROM POOR LAW TO WELFARE STATE* 25 (3d ed. 1984).
- (12) *Id.* at 25-26.
- (13) N. KITTRIE, *THE RIGHT TO BE DIFFERENT* 62 (1971).
- (14) TRATTNER, *supra* note 11, at 26.
- (15) DEUTSCH, *supra* note 1, at 43.
- (16) *Id.* at 59, 71.

- (17) ROTHMAN, *supra* note 10, at 43.
- (18) 「他人への危険」と加え、犯罪 (crime) とあるのみならず宗教上の罪 (sin) でもあった自殺を防ぐために社会が介入する場合があった。DEUTSCH, *supra* note 1, at 50.
- (19) このような社会の態度は理由のなごことではなご。「植民地時代の生活水準、制約された資源、医学的な知識や施設の欠如を前提とすれば、精神障害者の状態が、植民地社会の他の要救護状態にある集団のそれよりも、顯著に劣悪であったと信するだけの証拠は存在しなご。」G. GROB, MENTAL INSTITUTIONS IN AMERICA: SOCIAL POLICY TO 1875, 121 (1973).
- (20) New York Laws of 1788, ch. 31, quoted in Dershowitz, *The Origins of Preventive Confinement in Anglo-American Law, Part II: The American Experience*, 43 CN. L. REV. 781, 789 (1974).
- (21) *Id.* at 808.
- (22) DEUTSCH, *supra* note 1, at 421-22.
- (23) Dershowitz, *supra* note 20, at 790.
- (24) *Id.* at 793.
- (25) See BRAKEL & ROCK, *supra* note 2, at 6.
- (26) Dershowitz, *supra* note 20, at 790.
- (27) K. MILLER, MANAGING MADNESS 57 (1976).

## 二 強制入院制度の確立「一八三〇年代」—「一八五〇年代」

### 一 州立精神病院の激増

一八二五年の時点で、精神病者のための特別な施設をもっている州はわずか八州にすぎなかつた。<sup>(1)</sup>その後一八五〇年代まで州立精神病院の設立ラッシュが続くが、その要因として次の三点をあげることができる。第一に、誕生したばかりのアメリカ精神医学は、精神病の第一の原因を環境(急激に変動する社会)に求め、治療のために、緊張と混乱<sup>(3)</sup>

を除いた別個の環境(施設)をつくることを構想した。それがすなわち精神病院(当時の用語では insane asylum)である。第二の要因は、「精神病者の養護に関する歴史上もっとも英雄的な、もっとも有能かつ有益な革命の一つ」と評されるドロシア・ディックス(Dorothea Dix)の運動<sup>(5)</sup>である。一八四〇年代の初め、質・量ともに貧弱な公私立の施設の状態で衝撃をうけた彼女は、この状態を改善しようのは州政府において他にないと考えて、各州議会に赴き州立精神病院の設置を訴え、一八五三年までに九つの州における州立精神病院の設立に参画した(ディックスはさらに連邦政府の援助を求めたが、これは成らなかつた)<sup>(6)</sup>。第三に、貧民救済に関して、今までの居宅救済に代えてカウンティ救貧院での院内救済を主要な形態とすることを提案したニュー・ヨーク州の「イエイツ・レポート」<sup>(7)</sup>(一八二四年)を契機に、各州で施設中心主義に基づく施策が行われ、その一環として州立精神病院も設立されたのである。

こうして一八六〇年までに、三三州のうち二八州が公立精神病院をもつまでになった<sup>(8)</sup>。各病院長が競って公表した高い治癒率が病院の有効性の証拠となり、病院建設に拍車がかかったのである<sup>(9)</sup>。病院での治療は専ら道德療法(moral treatment)<sup>(10)</sup>と呼ばれるものでなされ、社会の欠陥を矯正した安定した環境を維持することに注意が払われた。そこで精神科医の役割は、医師というより、いわば建築家・行政官的なものであったといわれる<sup>(11)</sup>。もっとも、州立精神病院が増えたからといって、精神病者のほとんどが入院したというわけではなく、老齢で慢性の貧しい患者の相当数は、依然として救貧院や監獄に収容されていた。とはいえ、精神病者の入院治療は標準的な措置となったのである。

## 二 強制入院法の展開

### (1) 州法——強制入院の対象拡大

それでは法はこれに対してどのような態度をとったのであろうか。最初の包括的な強制入院法であり、他州のモデルとなったといわれる一八四二年のニュー・ヨーク州法<sup>(12)</sup>をみてみよう。

この法律はまず、「これ以後発生する精神病のすべての症例について、精神病者は一〇日以内に州立精神病院に送致されなければならない」と規定して、危険な者のみならず、すべての精神病患者を発病後直ちに入院させるべきことを宣言している。その上、「綿密に調査して全精神病患者の総数と氏名を正確に探知する」ことを、各タウンの吏員の法律上の義務としている。これらの規定によれば、従来のように、逸脱行動の故に世間の注目を浴びる精神病患者のみを入院させるだけでは十分でなく、精神病患者を積極的に見つけ出し入院治療することも、州の責務となったのである。また、退院が許されるのは、最低六ヵ月の入院の後完治したとの院長の診断書がある場合のみであるとのルールにも、拘禁から治療へという発想の転換がうかがえる。もっともこれには二つの例外があり、危険だとして入院させられた者のうち、もはや無害であってしかも回復の見込みがない者は他の施設に移されるし、また親類や友人が患者の平穩な行動、安全な監護を保証すれば退院が許された。これらの例外のうち、前者は、治療不可能な者を排除してより治療に適した者を受け入れようとするものであり、後者は、財政的考慮によるものであろう。ただ、「無害」「平穩な行動」という要件は、危険の予防に対する関心が依然として続いていることを示している。その他、迅速な回復が見込める急性患者を治癒不能の者に優先して入院させる、というルールも規定されている。

すなわち、この法律は、従来の危険な者の收容に加えて、治癒可能なすべての精神病患者を早期に入院させて治療しようという積極的意図をもつもので、「自己防衛の理論に基づくアプローチ（危険ないし迷惑な者の安全な監護）から主として医療に基づくアプローチ（すべての精神病患者のための治療的環境）へという劇的な立法的転換」<sup>(13)</sup>であるといえよう。まさにこの時代の精神病院観を忠実に反映した立法とみることができよう。

入院に価値がある以上、立法府がその法的制約を差し控えざるをえない、と判断するのも当然であろう。各州法は極めて容易に入院を認めてきた。一八五一年のイリノイ州法が、州立病院長によって精神病と診断された既婚婦人と

未成年者の入院を、通常必要とされる裁判所での聴聞なしに夫や親の申請のみによって認めているのは、その一例である。高い治療率を信じた人々はこうした傾向に満足し、反対論はほとんどなかった。精神病者をめぐる法律家の議論が刑事責任能力の問題に集中し、強制入院の手續の問題にまで関心が向けられなかったことも、州法に対する疑問を起させない一因となつたのであろう。

(2) Oakes 判決

さて、強制入院の対象を広げる州法の傾向に対して、司法部はどのような反応を示したのであろうか。危険な者の強制入院は、まさに他人に危害を加えんとする者の拘束や、伝染病患者の隔離のアナロジーとみて正当化することも不可能ではない。<sup>(16)</sup>しかし、危険でない精神病者の強制入院には別種の正当化根拠がなければならぬのである。<sup>(17)</sup>それを試みたのが、「アメリカ法の歴史において精神病者に影響を与えた最も重要な判決の一つ」といわれる一八四五年のマサチューセッツ州最高裁の *In re Oakes* 事件判決である。<sup>(18)</sup>当時の州法によれば、社会に対して明らかに危険な狂暴な精神病者 (*furiously mad lunatic*) は、裁判官がこれを州立病院に收容するよう命ずることができた (陪審審理をうける権利はない)。これに対して、狂暴でない精神病者については (当人が請求すれば) 六人の陪審の審理で精神病者であると認定されれば意に反して收容しうる、とされていた。<sup>(20)</sup>狂暴とはいえない Oakes は、いかなる裁判所手續も経ずに、息子によって病院に連れて行かれて入院せしめられた。<sup>(21)</sup>このような強制入院に法的根拠があるか否かを問う人身保護請求に対して下されたのが、この判決である。

一九世紀アメリカの偉大な裁判官の一人といわれるショウ (U. Shaw) 長官による判決は、先例の引用なしに、「人間の法」を根拠としながら次のように述べた。「精神障害者の自由を制限する権利は、放置すれば自他に危険であるような者の監禁を当然のこととするあの偉大なる人間性の法 (that great law of humanity) の中に見い出される……そして

その法を生んだ必要性が法の限界でもある。そこで、患者自身の安全または他者の安全のために彼が一定期間拘束される必要があるか否か、及び拘束が彼の回復のために必要かまたはそれに役立つか否か、といった点が各事例において問われねばならない。拘束は必要性が継続する限り継続しうる。これがまさに適切な限界である」と。(22) 判示をもって「アメリカの裁判所の下した判決の中で初めて治療的な拘束根拠が明確に述べられたもの」とする見方が一般的である。(24)

しかし、この判決の論理にはかなりの無理があることが指摘されている。(25) 判決は、発熱によって一時的な精神錯乱状態にある場合や発作の場合のように、「必要性」によって短期の収容が認められる事例から説き起こし、それが時間的(数時間から数週間、さらに無期限)、空間的(自宅での拘束から施設での拘束)に拡張されたものとして強制入院を正当化する。しかし、「必要性」という概念は、確かに治安判事が行使する非公式かつ実質的な予防的権限を正当化するためにしばしば用いられるが、それは専ら「社会防衛の必要性」であって、危険でない精神病者の「強制治療の必要性」として用いられたことはなかった。(26) また判決は、自殺とのアナロジーで正当化しようとしたとも考えられるが、自殺は(宗教上の罪であると同時に)犯罪であること、及び比較的明白な危害であることから、このアナロジーは妥当とはいえない。(27) また判決は、患者に意識がない場合の外科手術とのアナロジーを持ち出しているが、精神的な選択能力を欠くわけではないし、本件の場合 *Orders* は積極的に入院に反対しており、その意見が不合理であるとは必ずしもいえないから、これまた妥当性を欠くのである。(28)

ところで、この判決以前、裁判所が精神障害者を保護するために重視したのは、後見人の選任であった。(29) 後見人選任の際には、通常陪審審理を含む周到な手続的保障がなされていた。(30) 選任された後見人が、裁判所の承認なしに精神病患者を入院せしめうるか否かについては、ほとんど議論がなかったが、(31) 実際には、裁判所の承認なしに入院させてい

たし、承認を求めたときには自動的に与えられるのが常であった。<sup>(32)</sup>このように後見人による強制入院が問題視されなかつたのは、選任手続の過程で既に十分な手続的保護が与えられており、選任後の権限行使に条件をつける必要性が認められなかつたからであろう。ところが、強制入院制度が確立したこの時期にあつては、入院手続における後見人の役割は背後に退き、かわつて前面に登場してきた州権限の根拠が問われるに至る。これまで精神病者の自由剝奪が正当化されるのは、ポリス・パワーの行使による場合か、または後見人による場合のみであつたから、本件の裁判所がとりうる道は二つあつたものと思われる。すなわち、危険とは認められない *Oakes* ではあるが、ポリス・パワーに基づく収容とのアナロジーを強調するやり方、及び州自らが後見人となること、つまり *parens patriae*、後見人としての国家<sup>(33)</sup> 権限を持ち出すやり方である。裁判所が前者の方法をとつてるのはいふまでもない。判決が *parens patriae* 権限に拠ることを明確に否定したわけではないが、*parens patriae* という用語は全く出てこず、少なくとも積極的にはこの法理に拠っていないことが明らかである。ところが、これ以後の判例・学説は、判決文中の「患者自身の安全または他者の安全のために彼が一定期間拘束されることが必要であるか否か、及び拘束が彼の回復のために必要かまたはそれに役立つか否か……」<sup>(34)</sup>（傍点筆者）という部分を重視することによって、本判決が *parens patriae* 権限に基づく強制入院を初めて認めたものと位置づけたのである。

*parens patriae* 権限の行使については、この権限が本来君主の権力の一部であり封建制を維持するために用いられたものであつたことからすれば、君主制と封建制の理念を拒絶した連邦・州憲法の下では無限定に用いるべきではないという批判<sup>(35)</sup>や、後見人とのアナロジーを強調する限り、後見人選任手続が周到な手続的保護をもつていたことからすれば、*parens patriae* 権限行使の際に手続が緩和されるのが当然だという考え方は成り立たないという批判<sup>(36)</sup>がありうる。現代において、この種の権限が不可欠であるにしても、その行使には制約があることを忘れてはなら

ないであろう。特に精神病者の強制入院の根拠としてパレンス・パトリエ権限を持ち出す際には、先例とされる本判決がこの権限に言及していないことに留意すべきであろう。

さて、ショウ長官は何故前述のような無理な論理に頼らねばならなかったのだろうか。何よりも、発展しつつある制度自体を擁護する必要があったのであろう。「もし……人を收容せしめうる法が存在しないとすれば、マクリン病院に收容されている在院者をすべて放免しなければならなくなる」ばかりでなく、早期入院が早期治癒に結びつく以上手続的保護は全く不適當である。そこでショウ長官は、従来の先例に頼れないことから、手続的保護に欠ける Oakes の收容の正当性を「偉大なる人間性の法」に求めたのである。<sup>(40)</sup> いずれにしても、この判決によって危険でない精神病者の強制入院が裁判所の支持をうけたことは事実であり、精神病院の有効性が広く承認されていた当時の時代背景に沿った判決といえることができる。これ以降、従来の危険要件に加えて治療目的の收容が公然と行われるのである。

### 三 小 結

第二期は、第一期で萌芽をみた強制入院制度が發展し、アメリカ社会の精神病患者処遇の基本が強制入院にある点から明らかとなった時期である。第一期では、ポリス・パワーの行使として危険な者のみがその対象となっていたのが、この時期には、パレンス・パトリエ権限の行使として危険でない者の收容も治療目的があれば許されるようになったのである。そればかりでなく、精神病は早期入院によって治癒すると広く信じられていたために、入院手続も柔軟であった。

このような法の状況は広く受け入れられていたものと思われる。この問題に触れた当時の代表的な著書を見てみよう。一九世紀中頃の指導的精神科医レイ (Ray) は、一八三八年の著書の中で次のように述べている。<sup>(41)</sup> 精神病者の収



容には三つの目的がある。第一の「彼ら自身の健康の回復」を目的とする收容については、不必要な制限を課すべきでなく、発病が最近であるという事実のみで十分である。第二の「治癒の見込みのほとんどない、単なる安楽」を目的とする收容は、最も乱用の危険の大きいものであるが、アメリカでは行われていない。第三の「社会の安全」のための收容については、治安判事に広範な裁量が与えられているのは驚きである。治安判事の有する権限は、一時的な拘禁(数週間または数ヶ月)についてのみであつて、それを延長する権限は上級裁判所の裁判官または陪審に与えられるべきである。また法で收容期間を決めたいと、期間満了の前に精神状態の審査ができるようにすべきである。

レイの主張には今日からみても注目すべき点がある。收容目的の三分法は現在でも用いられるし、治療目的の場合、手続的保護の緩和が正当化されるという議論は、Oaksの判決の基礎であると同時に、現在の判例にも通じるものがある。<sup>(43)</sup> また社会防衛を目的とする場合には通常の手続的保護が必要とされるという主張は、それまでもすれば見落とされがちなところであつた。精神病患者以外の通常の緊急事態の場合に、被收容者の收容期間が限定されるということは当然視されながら、そのアナロジーとして構成される精神病患者の收容が無期限であることにはあまり注意が払われていなかったのが実情である。レイが後見的收容を問題視していないのは、精神病院の治療能力が信じられていた時代だけに当然であろうが、次の時期にはむしろこの形態が主流となるのである。ともあれ、レイの議論からすれば、社会の安全のための收容に加えて治療目的の收容が正当化されるのも、またその場合に手続が柔軟であるのも、いずれも当然のことということにならう。

強制入院制度が以上のような性質をもつたことはその後の発展に一定の方向性を与えたといえよう。第一に、ポリス・パワー、パレンス・パトリエという異質の権限が一つの制度の中に混在したことは、それぞれの権限の限界を嚴格に追求する姿勢を弱め混乱と曖昧さを招いた。法律では両権限を一つの条項に組み込むことが多いために、限界が

ますます曖昧になる。第二に、患者のためというパターンリスティックな配慮が患者自身の意思や権利に優先するという傾向を生み出した。道徳療法という治療理念から、院長が患者の日常を厳しく管理するとともに、規則的な労働を課したが、これらが次第に目的化していく。また同じ治療理念から、通信・面会は制限された<sup>(45)</sup>。いうまでもなく、病院内のこれらの処遇には何ら法の規制は行われず、専ら院長の裁量に委ねられたのである。

- (1) D. MARTINDALE & E. MARTINDALE, *MENTAL DISABILITY IN AMERICA SINCE WORLD WAR II* 56 (1985).
- (2) アメリカ精神医学の父といわれるラッシュ (B. Rush) がペンシルヴァニア病院のスタッフとなった一七八三年が、アメリカ精神医学誕生の年とされている。阪本健二・笠原嘉「精神病理学の潮流 (二) アメリカ」『異常心理学講座7』一六八頁 (一九六八)。アメリカ精神医学会 (the American Psychiatric Association) の前身として、アメリカ精神病院長協会 (the Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane) が設立された一八四四年が、本格的なスタートの年といえよう。
- (3) 一九世紀の代表的な精神医学者レイ (J. Ray) は、政治、経済、宗教、家庭、教育等あらゆる側面で流動性が大きすぎるものが脳組織の疾患をもたらす、とした。D. ROTHMAN, *THE DISCOVERY OF THE ASYLUM* 20-31 (1971)。
- (4) グレゴリ・シルボグ (神谷美恵子訳) 『医学的心理学史』二七七頁 (一九五八)。
- (5) ディックスの運動については、W. TRATNER, *FROM POOR LAW TO WELFARE STATE* 63-67 (1984)、『一番々瀬康子』『アメリカ社会福祉発達史』五四一六〇頁 (一九六三) 参照。
- (6) 精神病者の施設のために一千万エーカーの国有地を州に与えるという法案が、ディックスの運動の結果、一八五四年に上下両院を通過したが、ピアス (F. Pierce) 大統領は、憲法に規定がないこと、また州権に対する越権になることを主たる理由に、法案に拒否権を行使した。TRATNER, *supra* note 5, at 66。
- (7) イエイツ・レポートについては、一番々瀬 (前掲註 (5)) 四四一四九頁参照。
- (8) ROTHMAN, *supra* note 3, at 130。
- (9) 一八三〇年代、四〇年代に、八〇パーセントから一〇〇パーセントに及ぶ治癒率が公表された。Id. at 131. これには反対意見がなかったため、ディックスらの素人はこれを疑うことなく主張の根拠とし、州議会もこれを信じて建設を承認した。

*Id.* at 132-33.

(10) 道徳療法とは本来「純粹に精神的な治療法」（神谷美恵子「精神医学の歴史」『異常心理学講座7』四五頁（一九六八））を意味したが、一九世紀アメリカでは、「施設が規律正しい日常生活を設定、運営し、そうすることで虐待や不必要な制裁なしに手に負えない衝動を抑制しようとする」（ROTHMAN, *supra* note 3, at 133）治療法を、道徳療法と呼んだ。

(11) *Id.* at 134-36. 当時の代表的な精神医学書では、第一部で建物の規模、部屋の広さ等の物理的詳細、第二部に患者の分類、職員の配置等の運営の細目が説かれていた。*Id.* at 134.

(12) 以下の紹介は、Dershowitz, *The Origins of Preventive Confinement in Anglo-American Law, Part II: The American Experience*, 43 *CN. L. REV.* 781, 808-09, 2047-77.

(13) *Id.* at 809.

(14) *Id.* at 837.

(15) ROTHMAN, *supra* note 3, at 341 n. 23.

(16) もっとも、精神病者の入院には期限のないことが多いことや、伝染病の場合のように危害発生が確実視しうるのかといった点から、マナロジィに対する批判があまりある。

(17) Dershowitz, *supra* note 12, at 810.

(18) A. DEUTSCH, *THE MENTALLY ILL IN AMERICA* 423 (2d ed. 1949).

(19) 8 *LAW REP.* 122 (Mass. 1845).

(20) Dershowitz, *supra* note 12, at 812.

(21) *Id.* at 813. 法がある程度整備されても、実際には、家族や後見人によってインフォーマルに入院させられるケースが多いことがうかがえる。

(22) *In re Oakes*, 8 *LAW REP.* 122, 124-25 (Mass. 1845).

(23) DEUTSCH, *supra* note 18, at 423.

(24) See, e. g., *Developments in the Law—Civil Commitment of the Mentally Ill*, 87 *HARV. L. REV.* 1190, 1209 (1974).

(25) Dershowitz, *supra* note 12, at 813-20.

- (26) *Id.* at 815.
- (27) *Id.*
- (28) *Id.* at 816.
- (29) *Id.* at 794.
- (30) 例えば、一八六一年のジョージア州法では、証人喚問の権限を有し、少なくとも一名の医師を含む二名の委員会による審査が要求され、精神障害者が委員会の認定を争うときは、上級裁判所における陪審審理が保障されていた。*Id.* at 793.
- (31) 一九世紀初めまではほとんど精神病院がなかったため、後見人が精神病者を収容する権限は、自宅などで育ておくこと以上のものではなかった。そして明らかにこの権限を後見人は有していた。*Id.* at 794.
- (32) *Id.* at 793.
- (33) 「*イン・マ・ストリヒト*」は、未成年者、精神障害者のための後見人としてあるまじうイギリス国王の権限に由来するもので、精神障害者に対する「*イン・マ・ストリヒト*」を、その淵源は十三世紀にまで遡る。Custer, *The Origins of the Doctrine of Parens Patriae*, 27 EMORY L. J. 195 (1978). 「アメリカ独立後、同権限は州議会の有するものとなり、議会はしばしば裁判所に権限を委任した。Developments, *supra* note 24, at 1208.
- (34) See, e. g., *Hammon v. Hill*, 228 F. 999, 1000-01 (W. D. Pa. 1915); THE MENTALLY DISABLED AND THE LAW 7 (S. BRAKEL & R. ROCK ed. 1971).
- (35) Rendleman, *Parens Patriae: From Chancery to the Juvenile Court*, 23 S. C. L. REV. 205, 209 (1971).
- (36) *Developments, supra* note 24, at 1221 n. 103.
- (37) See *Mormon Church v. United States*, 136 U. S. 1, 57 (1890) (「*イン・マ・ストリヒト*」の権限は「あらゆる国家の主権に内在し……その行使は人間性のために行使せられることが必要である」)。
- (38) Dershowitz, *supra* note 12, at 817.
- (39) 8 Law Rep. at 127.
- (40) Dershowitz, *supra* note 12, at 820.
- (41) I. RAY, A TREATISE OF THE MEDICAL JURISPRUDENCE OF INSANITY (1838) (以下「*紹介*」*Id.* at 820-22 を参照)。

- (42) See, e. g., Stromberg & Stone, *A Model State Law on Civil Commitment of the Mentally Ill*, 20 HARV. J. LEG. 275, 279-80 (1983).
- (43) See, e. g., Addington v. Texas, 441 U. S. 418 (1979) (強制入院手続で用いられる証明の程度は、刑事手続の場合よりも緩やかな「明白かつ説得力のある証拠」テストで足りる)。
- (44) ROTHMAN, *supra* note 3, at 144-46.
- (45) *Id.* at 142-43.

### 三 法規制の強化「一八六〇年代〜一九二〇年代」

#### 一 病院機能の変化

強制入院法に疑いの目が向けられ始めたのは一八六〇年代にはいつてからである。前章で触れた一八五一年のイリノイ州法により、夫の申請に基づいて州立病院に入院させられたバックカード夫人 (E. P. Packard) は、人身保護請求手続によって三年後に退院した後、誤った収容を防ぐ効果的な法的保護を求めるキャンペーンを始めた。<sup>(1)</sup> 法過程に絶大な信頼を置いて、刑事手続類似の入院手続の採用を各州議会に説いた。その結果、一八六七年にイリノイ州が陪審審理を認める法律を制定したのははじめ、一八七〇年代、八〇年代に多くの州で法規制が強化された。なかには、病院への立入調査権をもつ委員会を設置した州や、検閲なしの発信の自由を認めた州もあった。

このように一八六〇年代以降法規制が強化されたのは、ひとりバックカード夫人の努力によっただけではなく、背景に精神病院内外の変化によって病院内の医療の質が変わり、その結果、入院すれば必ず治癒するという従来の楽観論にかげりがみえてきたことが指摘されねばならない。まず外的要因としては、インフレによる建築・維持費の上昇から議会が病院新築をしづるようになった結果、過剰な患者数を抱えて分類処遇や作業療法が困難になったこと、及び

党派が病院のポストを忠誠の報奨として使ういわゆるスポイルズ・システムによって、職員の質が低下したことがあげられる。<sup>(2)</sup> 内的要因としては、入院患者の構成が慢性患者、<sup>(3)</sup> 暴力的な者、貧窮者、<sup>(4)</sup> 移民中心となったことから、入院がもたらすスティグマを恐れる余り、市民の間に入院はあらゆる手を尽くした上での最後の手段である、という觀念を植え付けたことが指摘される。<sup>(5)</sup> また一八三〇年代、四〇年代に喧伝された高い治癒率は、入院数ではなく退院数に対する治癒の比率であったこと、再入院数は無視されたことが一八七〇年代に至って明らかにされ、<sup>(6)</sup> 病院医療の神話が崩れた点も指摘されている。慢性患者や暴力的な者は治療になじまないから、ますます治癒率は下がることになったのである。

こうして精神病院は治療施設というより後見的な保護 (custodial care) を提供する施設に変質した。そして、一八八六年にある州の福祉当局が「わが病院の有用性は治癒率に照らして判定されてはならない。精神障害者もたらす危害と損失から社会を守ること、様々な種類の苦痛から障害者自身を守ること、障害者の保護のために能力を超える負担を負わされる家族を救済することなど、マサチューセッツの病院が供与するこれらの利益こそ、過去・現在を通じてその有用性の証である」と述べているように、社会は病院の機能変容を受け入れたといつてよい。当初の理想はもはや非現実的になったが、社会は、制度を廃止するのではなく、危険または厄介な者の後見的保護という新たな機能を病院に託したのである。<sup>(7)</sup>

## 二 法規制の強化

### (1) 手続規制強化をめぐる議論

以上のような病院機能の変化は、州慈善委員会の設置に象徴される州立施設運営の指導を強めようとする州の政策とも相まって、強制入院法に影響を与えないわけにはいかなかった。病院が、治療施設でなく社会政策的機能を営む

ものになった以上、パレンス・パトリエ権限的色彩は背後に退き、強制入院はポリス・パワーの行使という色合いが濃くなる。そこで浮上するのが、入院手続をより厳格にし、入院後の処遇も規制しようとする傾向である。<sup>(11)</sup>

一八九二年時点の諸州の入院手続を決定権者別に分類すれば、裁判官一八州、治安判事五州、陪審(全員素人)五州、陪審(一名以上の医師を含む)三州、裁判所任命の委員会三州、病院内の委員会二州、単に診断書でよいもの九州となる。<sup>(12)</sup> 裁判官や陪審が入院を決定する州が多いことが注目される。こうした傾向に対して、当然のことながら、精神科医の側からの反応は否定的であり、専門家としての自律と能力に対する挑戦であるとか、あるいは微妙な医師・患者関係に素人が介入することにより患者の利益が害される、といった批判が相次いだ。<sup>(13)</sup> また裁判所手続が与える有害な影響——すなわち、精神病者が家族・友人・医師に告発されているように感じ、道徳的にとがむべきことをしたかのように思われ、不浄なもの、犯罪者として社会から避けられているように感じる——を重くみて、こうした手続に異議を唱える者が少なくなかった。<sup>(14)</sup> このようなステイグマを恐れて、家族は病状が悪化するまで入院させないという傾向が強まるから、ますます回復が困難になると、批判者はいうのである。

しかしこれらに対しては、やっとこの時期に精神医療の分野に関心をもち始めた法律家の側からの反批判がみられる。その典型として、一八七九年の *Van Dusen v. Newcomer* <sup>(16)</sup> におけるクーリー (T. Cooley) 裁判官の意見をあげることができる。この事件では、裁判所手続を経ない收容が病院長の不法監禁を構成するか否かが争われた。病院側は、精神病者はすべて自他に対して危険であるから、陪審に危険性の有無を決めさせるのは無意味だとし、必要なのは患者が治療に適しているか否かという専門家としての院長の判断のみである、と強調した。<sup>(17)</sup> そして専門家の誤りは善意である限り賠償責任を生じないと主張した。

これに対して、裁判所は法廷意見を構成することができず、各裁判官が意見を述べた。クーリーは、医学専門家が

有能であることは認めながら、その中には無知で信頼できない者もいること、医学的見解は分かれるのが常であり、市民の自由をそのような偶然の事情に委ねることはできないことを指摘して、単なる医師の判断のみによる収容は認められないと強調した<sup>(18)</sup>。また精神病者はすべて危険であるという病院側の意見にも彼は反対して、多くの患者は全く無害であるとした<sup>(19)</sup>。そしてたとえ精神病者が危険行為に関わる可能性が比較的高いとしても、それだけでは、社会防衛とのアナロジーに基づいて人を非司法的に収容することを正当化するのに十分とはいえず、「証拠に基づいて、彼を放置することで生ずる危険が単なる可能性ではなく蓋然性であることを立証しなければならぬ<sup>(20)</sup>」と述べたのである。ただ、司法聴聞がなくてもよい例外として、発熱による一時的精神錯乱や伝染病と同視しうるような緊急の場合と、司法聴聞が患者に対して利益よりも多大な害を与える蓋然性がある場合の二つをあげている<sup>(21)</sup>。後者の例外は各州法に規定されることも多く、その後多くの州で司法聴聞が稀にしか行われぬという結果を招くことになるのである<sup>(22)</sup>。

さて、クリーリーはこのように裁判所手続を擁護したが、病院長の方が裁判官や陪審よりも精神障害を判定する能力があるかもしれないと認めてはいる<sup>(23)</sup>。しかしなお、誤った収容を防ぐためには手続の公開性が必要だとするのである<sup>(24)</sup>。結局、司法手続によって精神病者と認定されたときには、たとえ後にそうでないことが判明したとしても、病院長は免責されるけれども、司法手続によらない場合には、後に精神病者でないことが明らかになれば病院長は責任を負わなければならない、というのがクリーリーの結論であった<sup>(25)</sup>。

クリーリーの議論にはそのまま現在にも通用するものがある。特に精神科医の判断の不安定性や入院決定の密室性を恐れ、それを矯正するものとして裁判所手続を位置づけるやり方は、一九六〇年代以降の判例・学説にも共通する。また、精神病者がすべて危険であるわけではないとの彼の指摘は正当である。前章で論じた Oakes 事件（一八四五年）が精神病院への信頼が揺るぎない時期のものだったのに比べ、本件判決はその信頼がやや失われ始めた時期に下され



たという時代背景が、ショウ長官とクローリー裁判官の意見の違いを生ぜしめたとも考えられる。ただ、以上のようなクローリー裁判官の意見とともに、家族や友人の愛情と用心深い保護によって制度の乱用は十分防げるから司法聴聞は必要ない、というマーストン (Marston) 裁判官の意見もあったことは、この時期の過渡的な性格を反映しているといえるかもしれない。

事前の告知や聴聞がデュー・プロセスの要求するところであるか否かについては、判例は分かれていた。例えば、肯定的な判例は、「告知及び聴聞をうける機会はずべての司法手続の基盤をなしている。それらは無視しえない正義の基本的原則である。……精神障害者に告知するのは無益であるとか、彼はそれを利用する能力を欠くから何の役にも立たないとかいうことはできない。彼が実際に精神障害者であるか否かが審理されているのである」と指摘する<sup>(25)</sup>。それに対して、消極的な判例は、入院後の聴聞や人身保護手続によって司法の場で収容を争う道があれば、事前の告知や聴聞は必ずしも必要ないとしていた<sup>(27)</sup>。両者を分ける要素は、手続が患者に及ぼす精神的悪影響の評価（及び告知の場合はそれが患者にとって意味があるか否か）であった<sup>(28)</sup>。刑事手続が有罪の確定前は被告人を無罪と推定するのと同じように、精神障害者であると認定される前は健康な者であると割り切つて、精神的悪影響を顧慮しないか、あるいは現実を重視して、患者への影響を防ぐために事前手続を不必要とみなすか、両者の選択は極めて実地的な判断に基づいていたといえる。この点は現在でも全く同様な議論が行われており、手続の憲法的評価をする際に、この問題は避けて通れないものといえよう。

陪審審理は医師の側から特に激しい反発をうけた。イリノイ州立病院の院長は次のように述べている。「イリノイ州の精神障害者に関する記録を全部調べても、バックワード夫人によって熱狂的に推進されたこのいわゆる『改革』ほど、精神障害者とその友人に対して残酷なものはない。実際問題として、各施設の毎年の報告に示されるように、以

前の制度の下で誤って收容されたよりも多くの人々が、陪審審理によって精神障害者であると認定されたのである<sup>(29)</sup>と。この報告には根拠がないとする批判もあるが、高度に専門的な医学的証言を評価するには陪審は余りにも無能で、個人の保護に役立たないという意見が根強く、結局多くの州で廃止された<sup>(30)</sup>。判例は、コモン・ロー上強制入院手続において陪審審理をうける権利が存在していれば、州憲法の陪審審理保障が適用されるとするものと、コモン・ロー上の権利の欠如が直ちに問題を決するのではなく、憲法制定以前に法律で右のような権利が認められていれば憲法上の権利となるものに分かれる<sup>(31)</sup>。

以上のように、この時期には入院手続に対する法の介入が相当強化されたが、実際にはこれらの手続は強制入院に對して大きな障害とはならなかったともいわれている<sup>(32)</sup>。「精神病患者の強制入院に関する法の基準には関わりなく、日々の実務は法律の規定よりも社会的現実に対応する度合いが大きい<sup>(33)</sup>」のである<sup>(34)</sup>。

入院手続との関連でこの時期の特筆すべき出来事は、短期の緊急入院と自由入院の規定が州法に登場したことである。一八九三年、イリノイ州法に規定された一〇日間の仮入院は本来、精神状態に関する司法聴聞が終わるまで危険な精神病患者を拘束するという、公判前留置に類する限定的な性質をもつものであった。ところが、これが全国に広がるにつれ、期間も三〇日さらには九〇日へと伸びるとともに、性質も病院への適応を評価する観察入院的なものとなった。なかには、厄介で時間のかかる司法手続を避けるために、緊急入院形式が通常の裁判所命令の入院に取って替わった州もあったという<sup>(35)</sup>。

自由入院に関する規定が、一八八一年によりやく、マサチューセッツ州法で初めて登場したというのは、アメリカの精神医療が強制入院制度を中心にしてきたことの象徴であろう。その背景には、精神病患者は自由意思をもたず、したがって入院を自発的に求める選択能力がないという前提があったこと<sup>(36)</sup>、自由入院患者は法の規定がなくてもインフ

オーマルに受け入れられてきたこと<sup>(39)</sup>及び福祉支出の増大を恐れたことがあげられる。その後、特に二〇世紀にはいつて精神衛生運動が早期治療を強調し始めるにつれ、自由入院規定を採用する州は増え、一九二〇年代までに二八州がこの規定をもつに至った。<sup>(41)</sup>しかし、自由入院患者も退院に関しては全く自由なわけではなく、退院を希望する数日前に病院側にその意思を伝えるべきことが規定されていることが多い。これは、その間に必要なら強制入院形式に移行するためである。自由入院には当然のことながら司法の介入はなく、密室の決定になる恐れもことから、現在に至ってもその「自由」性が議論されている。<sup>(42)</sup>

(2) 入院後の処遇をめぐる議論

入院手続の問題とともに、この時期には入院後の処遇についても議論があった。州法のなかには、州の委員会による立入調査権や発信の自由を規定したものがあつた。なお後者は現在のように修正一条上のコミュニケーションの権利として保障されたものではなく、誤って収容されたものが救済を求める手段として規定されたものである。これらの規定に対して病院長の反応はこれまた否定的であつた。当時の指導的精神医学者レイは一八七五年のアメリカ精神病院長協会の集会で、(1)非常勤の役人に精神病院の監督権を与えるのは病院に多大な害をもたらす、(2)封をした通信を発するのを許すのは、患者に相当な困惑をもたらし、医師から患者の精神状態についての価値ある情報を得る手段を奪う、との決議を行うよう提案している。<sup>(43)</sup>通信の自由をめぐる論争は当初相当熱がはいったが、手紙を書く珍しさがなくなった後、患者がこの権利を利用しなくなったため、一八九〇年代までには論争は終息した。<sup>(44)</sup>

この他入院後の処遇に関して一九世紀に論争されたものとして、拘束衣やマフ(Muff)、革ひも、手錠といった拘束用具の使用の問題がある。一八八〇年の統計によれば、約五パーセントの患者が何らかの方法で拘束されていたという。<sup>(45)</sup>一九世紀前半には、緊張と混乱を排除するという治療理念からなるべく拘束の要素を少なくしようという原則が唱え

られ、一八四〇年代、五〇年代にはほとんどの病院からムチと鎖が消えた<sup>(46)</sup>。ところが、患者数の増大によって暴力的な患者を別個の建物に収容する分類処遇が困難になるとともに、看護職員の不足により拘束を未然に防ぐための嚴重な監督が不可能となつて、その後再び使われ始めたのである<sup>(47)</sup>。一八八〇年代に、患者の権利侵害になるのではないかといった理由から、一部の州で制限の動きがあつたが、必ずしも徹底しなかつた。身体の拘束が権利侵害であるとすれば、強制入院こそがまずその責を負わねばならないことになるが、強制入院制度自体を患者の実体的権利の観点から見直す動きは、もちろんこの時期には出現していない。また自他に対して危険な一定の患者が存在しているという認識が一般的であつたため、反対論者は、そのような患者の行動を抑制する手段が別にある、という主張をせざるを得なかつた。したがつて、ここでも實際的考慮が患者の権利の評価に深く影響を及ぼしているのである。結局、拘束用具の無差別的な使用は擁護し得ないが、全面的廃止は非現実的である、というのが一応のコンセンサスであつた<sup>(48)</sup>。

以上みてきたように、この時期には、入院患者の処遇をめぐつて様々な議論があつたが、発信の自由のような例外を除いて、精神科医の権限に事実上法的拘束はなかつたのである。

### (3) 実体要件について

さてこれまでみてきたように、第三期の法的論議は主として入院手続の問題に集中し、実体要件はほとんど顧みられなかつた。第二期に治療目的の強制入院の正当性が裁判所で認められ、州法に加えられたが、病院の治療機能が疑われ始めたこの時期になつてもその傾向は変わらなかつた。例えば、一八九三年のイリノイ州法には、強制入院の対象として、「彼自身の財産を管理できない」、「自他に対して危険」、「自他の福祉が拘束を要求する」者といった基準が混在している<sup>(49)</sup>。このような状況では、いかなる州権限に基づいていかなる者が収容され、そしてその限界は、といった精査は期待すべくもなかつた。このことはまた、手続の評価にも影響を与えた。いかなる手続が適正であるか

を、行使された州権限の性質と離れて考えることはできないはずであるから、実体基準の漠然性はこの点の緻密な検討をも不可能としたのである。そして、治療の可能性のない者の単なる後見的なケアは強制入院の目的として許されるのか、という根本的な問いが投げかけられることもなかったのである。

### 三 小 結

この時期になると病院長を中心とする施設精神医学に対する攻撃が激しくなり、特に神経学という新たな専門性を有する都市の開業医からは、精神病の治療にとって隔離は不要であるのみならずむしろ有害である、という批判がなされた。<sup>(50)</sup> これは強制入院制度に対する初めての根本的批判といえるものであるが、両者がお互いを十分認識していなかったため、論争は一八八〇年代中頃には、提起された問題を未解決としたまま終息した。<sup>(51)</sup> しかしその後、一八九〇年代から一九二〇年代にかけて、人類の運命は意識的・目的的行動によって改革しうるという革新主義 (Progressivism) の思考の影響<sup>(52)</sup>もあって、精神医学は重大な変革を経験するのである。その主要な特徴としては、(1) 疾患の初期段階で短期の治療を提供する応急病院 (Psychopathic or reception hospital) の設立、(2) 退院患者のアフターケア、(3) ビーアズ (Clifford Beers) の "A Mind That Found Itself"<sup>(53)</sup> の出版を機縁とする精神衛生運動の展開、の三点をあげることができる。<sup>(54)</sup> しかし、これらの変革は被收容患者にはほとんど影響を与えなかった。いずれも地域に目を向けるものであって、逆に精神科医の関心がますます施設医療から離れる端緒となったのである。<sup>(55)</sup> またフロイトの精神分析も、「精神病院内では実際上無用である。医師にはそれを行う時間もないし、患者はそれを使うのに適していない」といわれ<sup>(56)</sup>て、病院医療の質を変えることはなかったのである。このように精神医学の変革は強制入院制度に大して影響を及ぼさなかった。地域医療を重視する傾向も強制入院数を減らすことはなく、本格的な地域精神医療への流れは、一九五〇年代、六〇年代を待たねばならないのである。

第三期は、法規制の強化された時期と特徴づけることができる。しかし、実体要件や入院後の患者の権利については、発信の自由を除いてさしたる進展はなかった。ただ手続の面については、現在と変わらない分析枠組を示しているといつてよい。強制入院手続にもデュー・プロセスが要求されることに異論はないものの、いかなる手続が適切であるかについては見解が分かれた。傾向としては、誤った収容を防ぐために刑事手続類似のものが求められたといえる。しかし、患者への現実的影響や専門職としての自律を重視する精神科医の側から激しい反対があり、陪審の廃止など後退した部分もある。「自由」か「福祉」かという、法律家と精神科医との間の今に続く対立の原型が既にこの時期に確立されているのである。「重篤な精神病は、経験ある精神科医なら誰でも知っているように、鉄柵や錠をかけた扉と同様、完全なる自由への重大な障害となりうる」との言明にみられる自由観と、選択の自由という観点からの法的な自由観との「いずれの見方をとるかは、明らかに、困難な道徳的、社会的、政治的および法的なジレンマを提起する」といえよう。<sup>(58)</sup>

- (1) バッカード夫人のキャンベーンについては、*See G. GROB, MENTAL ILLNESS AND AMERICAN SOCIETY, 1875-1940, 47-48 (1983).*
- (2) *D. ROTHMAN, THE DISCOVERY OF THE ASYLUM 270 (1971).*
- (3) マサチューセッツ州の Worcester 州立病院の記録によると、一八四一年には、新規入院患者のうち病歴五年以上の者が五〇パーセントだったが、一八五七年には六一パーセントに増えている。*Id. at 273.*
- (4) Worcester 病院では設立当初から州の方針で、(1)暴力的な者、(2)貧窮者、(3)その他の者という順番で入院の優先順位が決められていた。*Id. at 271.* また、一八六〇年のニュー・ハンプシャー州立病院の入院患者のうち、六二パーセントが未熟練労働者であった。*Id. at 283.*
- (5) 一八五一年、Worcester 病院の患者のうち四〇パーセント以上が移民だった。移民は法定居住権をもたずどの地方にも属

- ちないから、州が引き受けることになる。 *Id.* at 273.
- (6) *Id.* のような傾向は州立病院に共通し、州から補助金をもらっている私立病院も同じだった。例外は、いかなる形態の州の援助も受けていない病院のみで、これらの病院は慢性患者の入院を制限していた。 *Id.* at 274-81.
- (7) GROB, *supra* note 1, at 39. 多くの患者は二回以上回復したことになるっており、二九年間に四八回治療した婦人の例がみられる。
- (8) *Id.* at 40-41.
- (9) ROTHMAN, *supra* note 2, at 285. 一八七〇—一八九〇年代の高失業率の時代に、餓死を免れるだけの(時には一般国民よりも高)生活水準を多くの要救護者に与えたとして、これを積極的に評価する歴史家もいる。GROB, *supra* note 1, at 28.
- (10) 一八六三年、マサチューセッツ州の Board of State Charities が創設されたのに続いて、各州が相次いでこれに習った。W. TRATTNER, FROM POOR LAW TO WELFARE STATE 86 (3d ed. 1984).
- (11) D. ROTHMAN, CONCIENCE AND CONVENIENCE: THE ASYLUM AND ITS ALTERNATIVES IN PROGRESSIVE AMERICA 326-27 (1980).
- (12) GROB, *supra* note 1, at 10.
- (13) *Id.* at 48.
- (14) Curran, *Hospitalization of the Mentally Ill*, 31 N. C. L. REV. 274, 276 (1953).
- (15) 一九世紀中頃、黒人・女性の公民権について論争があり、この権利への関心が他のグループに拡張したといわれる。GROB *supra* note 1, at 55.
- (16) 40 Mich. 90 (1879).
- (17) *Id.* at 103-04.
- (18) *Id.* at 128.
- (19) *Id.* at 129.
- (20) *Id.* at 129-30.

源 *Id.* at 130.

(22) Dershowitz, *The Origins of Preventive Confinement in Anglo-American Law, Part II : The American Experience*, 43 CN. L. REV. 781, 828 (1974).

(23) 40 Mich. at 131.

(24) *Id.*

(25) *Id.* at 137.

(26) *In re Wellman*, 3 Kan. App. 100, 103, 45 P. 726, 727 (1896).

(27) *See, e. g.*, *Hammon v. Hill*, 228 F. 999 (W. D. Pa. 1915).

(28) THE MENTALLY DISABLED AND THE LAW 51 (S. BRAKEL & R. ROCK ed. 1971).

(29) Dewey, *The Jury Law for Commitment of the Insane in Illinois*, 69 AM. J. INSANITY 571, 581 (1913).

(30) Dershowitz, *supra* note 22, at 839-40.

(31) Curran, *supra* note 14, at 276. | 九五三年の時点では、強姦を公認するものはテキサス州のみであった。

(32) *See, e. g.*, *White v. White*, 108 Tex. 570, 196 S. W. 508 (1917).

(33) *See, e. g.*, *State ex rel. Pepper v. Holtcamp*, 235 Mo. 242, 138 S. W. 521 (1911).

(34) BRAKEL & ROCK, *supra* note 28, at 54.

(35) GROB, *supra* note 1, at 11.

(36) N. KITTRIE, THE RIGHT TO BE DIFFERENT 95 (1971).

(37) Dershowitz, *supra* note 22, at 843.

(38) *Id.* at 844.

(39) *Id.*

(40) KITTRIE, *supra* note 36, at 70.

(41) *Id.*

(42) *See, e. g.*, Ellis, *Volunteering Children : Parental Commitment of Minors to Mental Institutions*, 62 CALIF. L. REV.



- 840, 845-47 (1974).
- (43) GROB, *supra* note 1, at 48.
- (44) *Id.* at 48-49.
- (45) *Id.* at 17.
- (46) ROTHMAN, *supra* note 2, at 149.
- (47) *Id.*
- (48) GROB, *supra* note 1, at 17-18.
- (49) Dershowitz, *supra* note 22, at 842.
- (50) GROB, *supra* note 1, at 53.
- (51) *Id.* at 54. 施設精神科医は理論と実践との乖離を認めようとせず、一方神経学者は被収容患者の実態をよく知らなかった。
- (52) *Id.* at 109. 革新主義運動の解釈については、志邨晃佑「革新主義的統合の形成」関西アメリカ史研究会編著『アメリカの歴史下』一三頁以下(一九八二)参照。
- (53) 初版は一九〇八年。邦訳として、江畑敬介訳『わが魂にあうまで』(一九八〇)がある。
- (54) ROTHMAN, *supra* note 11, at 309-19 (1980).
- (55) GROB, *supra* note 1, at 143.
- (56) 二〇世紀前半の精神分析界の中心人物 Smith Jelliffe の言葉 (*Id.* at 121)。
- (57) Lebensohn, *Defensive Psychiatry or How to Treat the Mentally Ill without Being a Lawyer*, in LAW AND THE MENTAL HEALTH PROFESSIONS 29 (W. BARTON & C. SANBORN ed. 1978).
- (58) Morse, *Crazy Behavior, Morals and Science: An Analysis of Mental Health Law*, 51 S. CAL. L. REV. 527, 533 (1978).