

アメリカにおける精神病患者と憲法（二）

——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12巻3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」
 - 一 憲法の登場
 - 二 実体要件（以上本号）
 - 三 入院後手続
 - 四 入院後の権利
 - 六 強制入院と憲法
おわりに

四 法規制の緩和「一九三〇年代〜一九六〇年代前半」

一 精神医療への信頼

一九四六年、当時の指導的な精神医学者は、法手続に従って拘束された拘置所で首をつった精神病患者の事例を紹介して次のように述べた。「私は彼の法的権利は十分に守られたと指摘しよう。彼は保安官により逮捕状に基づいて逮

捕された。彼は法の適正手続と裁判官の面前に出る機会を与えられたうえで病院に送られた。彼がすぐに病院に連れて行かれていたら今日も生きていたかも知れない。私の言いたいのは、人々には法的観点や法手続の無謬性が取り付いているため、彼らは患者の医学的権利とでもいうものを考えることなく、法的権利なるものの保護を主張している、ということである⁽¹⁾。この発言に代表されるように、第三期に強制入院手続に導入された刑事手続類似の法手続に対する反発は極めて強いものがあつた。もともと精神科医の側は、患者への悪影響等を理由に厳格な手続を批判していたが、一九三〇年代以降、法手続に対する批判的傾向を助長する事情が発生し、それが法にも影響を与えたのである。

一九二〇年代の繁栄期に増大された精神病院入院患者への予算支出が、大恐慌により削減を余儀なくされたのはいうまでもないが、それでも他の公的施設に比べると影響は少なかったといわれる⁽²⁾。当時の精神病院は長期入院の患者に後見的保護を与えているにすぎなかったにもかかわらず、ある精神医学者が「奇妙なアイロニー⁽³⁾」というほど、この頃の精神医学や精神病院の評判が良かったことを反映しているものといえよう。社会（特に立法者）の精神病院への奇妙な信頼感は、やがて強制入院手続の見直しにつながるものである。その信頼感をさらに高めた要因として、一九三〇年代にはじまる新しい治療法の導入を指摘しなければならぬ。分裂病に対するインシュリン・ショック療法⁽⁴⁾やカルジアゾルけいれん療法⁽⁵⁾、うつ病に対する電気ショック療法⁽⁶⁾、そしてロボトミーなどがそれである。一九三〇年代後半から四〇年代にかけて相次いで用いられるようになったこれらの療法は、従来の道徳療法と比べより一般医療に近い身体的療法として熱烈に歓迎された。これにより回復率が上がり、史上はじめて精神病院の増加率が低下したといわれている⁽⁸⁾。もっとも精神医療の質を劇的に高めたのは一九五〇年代に導入された向精神薬⁽⁹⁾であつて、「この発見とともに精神病者の治療の新時代が開幕した⁽¹⁰⁾」と評されるほどである。向精神薬の普及により病院外での治療が可能と

なり、公立精神病院の患者数は一九五五年の約五六万人をピークにその後減少傾向を示している⁽¹¹⁾。こうした新療法により、精神医療、ひいては精神病院への信頼が大いに高まったのである。

精神医療に対する広範な関心の呼び水となったものに第二次大戦がある。検査された一、五〇〇万人のうち四八〇万人が兵役を免除されたが、そのうち約一一〇万人は精神医学的な疾患を理由とするものであった。この事実は国中に衝撃を与え、精神病対策に連邦政府が取り組む契機となり、一九四六年に全国精神保健法 (National Mental Health Act) を生んだ⁽¹²⁾。この法律は予防的な精神病対策を主たる内容とするもので、病院医療や強制入院と直接の関係はない。しかし同法は、精神病患者への関心を全国的に高め、また従来ある種のアウトサイダー (危険な者または社会的逸脱者) とみられる傾向の強かった精神病患者を純粹に医学的に把握したものととして、間接的に強制入院制度にも影響を与えたとみることが出来る。

こうして精神病の治療と精神病患者の福祉に社会的関心が集まるようになり、しかも精神病院に対する信頼が非常に強いという状況においては、精神病患者の入院への障害となる厳格な法手続に対して反発が強まるのも当然のことであつた。

二 法規制の緩和

(1) 州法の非刑事手続化

このような背景のもとで、一九四〇年代、五〇年代に多くの州で強制入院法の見直しが行われた⁽¹³⁾。それは、強制入院を刑事手続から峻別しようとする傾向として把握することができよう。その一つの表れが用語の変化である。“insanity” “lunacy” かゝる “mental illness” へ “inmate” から “patient” へ “commitment” かゝる “involuntary hospitalization” または “certification” へとどう言い替へは、いずれも刑事手続を連想させる言葉の使用をやめたもの

この時期の強制入院法批判の最大の焦点であった入院手続については、各州法は何らかの非司法的な手続へ向かっていたとすることができる。まず入院を最終的に決定する権限を有する者は、依然として裁判所とされる場合が多いものの、一九四七年の時点では医師の証明書 (certification) のみで入院させようとするのは六州であったのに対して、一九五九年には一四州に達している。⁽¹⁵⁾ 司法的入院手続を規定している州においても、実際にはほとんど非司法的入院手続によっていたという。⁽¹⁶⁾ このような傾向は、精神科医の側の長年の主張に沿うところであったが、法律家の側には賛否両論がみられた。非司法的な強制入院が憲法上許されるか否かに関し、判例・学説は、入院後に司法審査や人身保護請求手続で決定を争うことができれば合憲であるとするものと、⁽¹⁷⁾ 事前に司法聴聞をうける機会がないかぎりデュール・プロセス違反であるとするもの⁽¹⁸⁾とに二分されていた。前者の立場に与するある論者が、「デュール・プロセスの概念は特別の必要性に合致するための特別の手続を許さないほど柔軟性を欠くものではない」⁽¹⁹⁾と述べているように、精神科医の主張する「特別の必要性」に理解を示し、デュール・プロセスの要求を柔軟に解する法律家の方がむしろ多かったことは、この時期の大きな特徴であろう。

同様の傾向は他の局面でも見られる。例えば、告知の要件について、「手続的公正にとって基本的なもの」との認識を示す一方で、患者本人に対する告知が有害な影響を与えるときには、近親者、後見人または友人に対する告知でもかまわないと結論する論者が大部分であった。⁽²⁰⁾ しかし、なかには、「有害な影響」云々の論拠は手続の対象者が精神病患者であるとの前提に立っており、デュール・プロセスは拘束されようとしている本人に何らかの形で告知することを要求しているとする論者⁽²¹⁾もいたが、これは少数派にすぎなかった。聴聞への本人の出席についても、告知の場合と同様に、患者の悪影響を考慮して制限できるとする論者が多かった。⁽²²⁾ 陪審審理については、すでに第三期にその不当性が

知られていたが、この時期にも一致して否定された。州法上も、一九五三年のテキサス州を最後に、陪審審理を必要とする州はなくなったのである。⁽²³⁾

手続的デュー・プロセスの要求が固定的なものでなく、問題の性質によってその内容は変わらうと解する以上、手続の憲法的評価をする際には何らかの利益衡量をせざるをえない。とりわけ強制入院手続の場合には、通常の法律問題には存在しない特有の考慮事項がある。⁽²⁴⁾ 入院手続に関して考慮すべき要素として、(1) 誤った収容 (trafficking) をされない権利、(2) 患者の医学的利益、(3) 社会的利益、といったものがあげられようが、このうち(1)と(2)とは二律背反の関係にある。つまり、誤った収容を避けようとして厳格な手続を採用すれば(主として法律家の立場)、真の精神病患者に悪影響がありうるのに対し、患者の医学的利益を第一に考えて手続を簡略化すれば(主として精神科医の立場)、精神病でない者を誤って収容する危険を生ずる。そこに(3)の社会の利益(例えば公共の秩序と安全の保持)が絡んでくるため、問題は一層複雑になる。この時期の論者の多くは、(2)の要素を重視しながら(1)の要素にも配慮して、妥協の道を探ろうとしたが、結局、手続の対象が精神病患者(実はまだ判明していない)との前提に引きずられていたように思われる。また、この時期の手続論には、強制入院の根拠としての州権限の考察が欠けていたと思われる。あるコメントが明らかにしているように、ポリス・パワーの下では、州は個人の権利と社会の権利とを衡量しなければならぬのに対し、パレンス・パトリエの下では、聴聞を受ける個人の権利と聴聞による精神的悪影響を避ける個人の利益との衡量をすることになる。⁽²⁵⁾ 前者の場合、社会的利益が強力であるときには(例えば精神病患者の突発的な暴力を避けるために短期の身柄拘束をするときには)、事前聴聞を省略しようと解されるが、これは前述の要素のうち主として(1)と(3)との衡量の結果である。これに対して後者の場合、(1)と(2)との衡量ということになる。もちろん実際にはこのように截然と分けることは困難であろうが、強制入院の根拠が手続のあり方に微妙な影響を与えることは否定できないにもかかわら

ず、この時期の議論にはそれが欠けていたと評することができよう。

(2) 実体要件緻密化の試み

誰が強制入院の対象となるかという点について、この時期にはまだ十分な掘り下げがなされたとは言い難いものの、注目すべき理論的展開も見られた。もともと強制入院の発端は危険な精神病者の拘束であったから、圧倒的多数の州法が実体基準として「自他への危険」を掲げるのは当然であるとはいえ、第二章で論じた *Oates* 判決以来、「治療の必要性」を基準として掲げる州法が次第に増加していった。例えば、カルフォルニア州は一九四七年に、「治療の必要性」に加えて「治療の必要性」を規定している⁽²⁷⁾。また公衆衛生局 (Public Health Service) の精神病患者強制入院法案 (A Draft Act Governing Hospitalization of the Mentally Ill)⁽²⁸⁾ (一九五二年) においても「自他への危険」のみならず、選択的な要件として「精神病院における監護 (custody)、保護 (care) 又は治療の必要性が認められ、かつ、疾患のため入院につき責任ある決定をなすに十分な識見 (insight) 又は能力を欠く」者という基準を設けている。一九五九年の時点で、両要件を規定しているのが二八州、「危険」のみが四州、「治療の必要性」のみが五州、という状況であった⁽²⁹⁾。

このような傾向に対して、法律家も概ね支持を表明したが、前の時期と比べて、実体要件を憲法の観点から検討しようとする態度が目立ったことは注目される。「自他への危険」要件については、その合憲性は当然視されていた。例えば、ある論者は「このような法律の目的は応報ではなく社会防衛であるから、刑事訴追の際に与えられる憲法的保護は要求されない。……自由を奪う唯一の根拠は社会に対する危険であるから、その危険が存在するかぎりで拘束を続けることができる⁽³⁰⁾」と述べている。この論者によれば、危険性が認められるかぎり収容を継続すべきであるから、無期限の強制入院は合憲である。逆に期限のある収容は違憲とされるのである。このように「危険」要件は州のポリ

ス・パワーの行使として当然合憲とされていた。しかし、刑事手続の場合には犯罪が行われた後に拘禁がなされるのに対し、強制入院の場合は「危険」のみでよいとされているため、ポリス・パワーの行使としてであってもそれが許されるのか、という疑問は当然起こる。そこで、「コモン・ローの下ですら、現実に精神病であり、かつその疾患の結果自他に對して危険である者を何人であれ拘束する権利が承認されてきた」という事実からのアナロジーが持ち出されるわけであるが、このような予防拘禁が認められるのは拘束が一時的である場合のみであるから、無期限の強制入院を正当化する根拠とはならない。結局、この時期には、何故「危険」のみで收容されるのか、という点について考察を加える試みはほとんどなされていないのである。

この時期に問題とされたのは、多くの州法に規定された「治療の必要性」要件の合憲性である。この要件は通常、州のパレンス・パトリエ権限の行使として正当化されているが、先例とされる *Oaks* 判決が明示的にこの権限に言及していないことは、第二章で述べた通りである。⁽³²⁾ さて、ある論者は、「たとえ他人には無謀に見えるやり方であっても、自分のやり方で人生を生きる権利は、自由の重要な側面であり、たぶん自由の真髄そのものである」と認める一方で、「人が極めて精神的に不安定で入院を受け入れるか否かにつき合理的な決定をなしえないとき、真の選択の自由はありえず、州がパレンス・パトリエとして彼に代わって決定をなすのが適当である」と論じた。⁽³³⁾ ここで注目されるのは、精神病者であっても「合理的な決定」をなしうる者については強制入院の対象外とする意図が見えることである。前述の Draft Act でも、「治療の必要性」のみならず「責任ある決定をなす能力を欠く者」との要件が加えられており、これも同様の問題意識に拠っていると思われる。同じく多くの論者も、精神病イコール無能力という前提を退け、「治療の必要性」要件に「無能力」の認定を要求している。⁽³⁴⁾ この点は、パレンス・パトリエ権限の歴史的起源が、知力を欠く児童・精神障害者の保護にあり、後見人制度と趣旨を同じくすることからして、当然の限

定ではあるが、実要件の緻密化努力の端緒を提供したものと評することができる。

(3) 入院後の権利

一九五九年の時点で、強制入院の決定が自動的に無能力 (incompetency) の決定となるとする州が一八州あり、そうでない州でも無能力であるとの反証可能な推定を受けるとする州が少なくとも二州あった。⁽³⁶⁾ 強制入院によって契約、遺言、結婚等の法律上の行為をなす機会を奪われることは稀ではなかったのである。この点については、判例も極めて少なく、学説でも取り上げられることはほとんどなかった。ただ、Draft Act が次のように規定しているのは注目される。

「患者は……無能力と裁定され、法的能力を回復しない場合を除いて、財産を処理し、証書を執行し、財産取得をなし、契約関係にはいり、および投票する権利を含む、すべての市民的権利の行使を認められなければならない⁽³⁶⁾」と。これは明らかに入院決定と無能力決定とを区別したもので、正しい方向性を持つものである。もっとも、これに続いて「患者によるこれらの権利の行使に対して病院長が加えた制限はすべて患者の臨床記録の一部分とされなければならない⁽³⁷⁾」と規定しているから、病院による権利行使の裁量的な制限を予定していると解される。この時期にはまだ病院側の裁量を問題にする機運は生じていないのである。

入院後の権利のうち、通信の自由は、「権利として承認された最初のものであり、またほとんどの州法で保障された唯一の権利⁽³⁸⁾」である。この権利は、第三章で触れたように、パッカード夫人の運動をきっかけに各州で次第に保障されるようになったもので、railroading を防ぐ手段として重視された。州法のなかには、病院外の文通相手を患者に指名させ、その者との通信については検閲を行わないとするものや、裁判所、担当行政機関等一定の機関または弁護士との通信を自由とするものがある。⁽³⁹⁾ これらに該当しない一般の通信については病院側が制限できるとされている。あらゆる通信を自由とする州は、一九五九年時点では、わずか二州にすぎなかった。なお面会についても、通信の自由

と同様な保障方法をとっていた。

三 地域精神医療と強制入院

この時期の強制入院法は、実体、手続ともに規制緩和の方向をうち出したが、それは精神医学および精神病院への信頼感に支えられ、長年の精神科医の主張を認めたとはいえる。しかし、法律家の多くは、結論としては医学との妥協を図ったものの、強制入院制度の様々な局面につき相当深い法理論的な検討を行っている。こうした傾向が次の時代に引き継がれ、憲法的統制の道を開いたともいえる。その意味で、表面的にはメディカル・モデルの絶頂期といってもよいこの時期に、第五期以後の変革の種子を読み取ることも不可能ではないように思われる。

さて、一九六〇年代にはいると一気に地域精神医療への動きが強まる。この流れの源は今世紀初めにまでさかのぼることができるが、遅々として進まなかった運動が一気に加速される契機となったのは、連邦政府の登場である。一九六三年、連邦議会は、州による地域精神保健サービスの提供の誘引となる補助金プログラムを内容とする地域精神保健センター法 (Community Mental Health Centers Act) を制定した。⁽⁴⁰⁾

この法律は、地域医療を強化しようとする意図を持つもので、強制入院と直接の関連はないが、二つの点で影響を与えた。第一に、法制定の引き金となったのは州立精神病院の悲惨な実態であり、それを白日の下にさらしたことは、強制入院法改正の追い風となったのである。当時の精神病院の状況は、議会への教書におけるケネディ大統領の「恥ずかしいほどにスタッフの不足した、混雑した不快な施設で、死だけが解放の唯一の確かな希望を与えてくれる所である」との描写に、端的に表明されている。この頃、州立精神病院に入院している患者の半分は全く治療を受けておらず、また患者と医師との接触は月に約一五分にすぎなかったともいわれている。⁽⁴²⁾ このような実態は、精神病院を信頼し、精神医学のバラ色の未来を信じていた多くの市民にとって青天の霹靂であり、治療のない病院に強制的に

説
入院させることの意味を社会に問いかけるものとなった。第二に、この法律に従って連邦政府の援助を受けた州でもかくも地域医療の拠点ができたことは、いわば受け皿の誕生を意味し、それは強制入院のポリシーに影響を与えないわけにはいかなかったのである。

- (1) Bowman, *Presidential Address*, 103 *Am. J. Psychiatry* 1, 12 (1946).
- (2) 一九二二年から一九二九年の間に、患者一人当りの予算支出は六〇パーセント増加したが、一九二九年から一九三四年の間には、二〇パーセント以上減少した。しかし各州の歳出削減が四分の一または三分の一であったことからすれば、患まれづつたといえる。G. GROB, *MENTAL ILLNESS AND AMERICAN SOCIETY, 1875-1940* 289 (1983).
- (3) Lebensohn, *Defensive Psychiatry or How to Treat the Mentally Ill without Being a Lawyer*, in *LAW AND MENTAL HEALTH PROFESSIONS* 21 (W. BARTON & C. SANBORN eds. 1978).
- (4) インシュリンの注射による低血糖昏睡やけいれん発作を利用する分裂病の治療法（一九三三年に確立）。加藤正明他編『増補版精神医学事典』三九頁（一九八五）。
- (5) カルジアゾルの急速な注射による全身けいれんを利用する分裂病の治療法（一九三七年に確立）。同前八六頁。
- (6) 患者（特にうつ病）の頭部に通電することだけいれん発作を起させ臨床的効果をあげるといふ治療法（一九三九年に確立）。前二者と異なり現在でもなお使われている。同前四七一頁。
- (7) GROB, *supra* note 2, at 307.
- (8) W. TRATTNER, *FROM POOR LAW TO WELFARE STATE* 194 (3d ed. 1984).
- (9) 精神に作用する薬物で、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬等を含む。加藤他編（前掲注（4））一八六頁。
- (10) D. MARTINDALE & E. MARTINDALE, *MENTAL DISABILITY IN AMERICA SINCE WORLD WAR II* 113 (1985).
- (11) GROB, *supra* note 2, at 317. 一九六〇年には五三万六千人、一九七五年には一九万三千人となっている。
- (12) MARTINDALE, *supra* note 10, at 61.
- (13) 一九三九年から一九四六年の間に二一州が法改正または追加をしている。Note, *Analysis of Legal and Medical Considerations in Commitment of the Mentally Ill*, 56 *YALE L. J.* 1178, 1197 (1947).

- (14) ROSS, *Commitment of the Mentally Ill: Problems of Law and Policy*, 57 MICH. L. REV. 945, 949-53 (1959).
- (15) *Id.* at 1014-15; Note, *supra* note 13, at 1209.
- (16) Curran, *Hospitalization of the Mentally Ill*, 31 N. C. L. REV. 274, 288 (1953). 例えは、モンタネー州では裁判所による強制入院手続が制度的になかったが、三〇年以上使われていかなかった。
- (17) See, e. g., ROSS, *supra* note 14, at 978; Wehofer, *Hospitalizing the Mentally Ill*, 50 MICH. L. REV. 837, 853 (1952); Wehofer & Overholser, *Commitment of the Mentally Ill*, 24 TEX. L. REV. 307, 346-47 (1946); Note, *supra* note 13, at 1195; *In re Coates*, 173 N. E. 2d 797 (1961).
- (18) See, e. g., Kutner, *The Illusion of Due Process in Commitment Proceedings*, 57 NW. U. L. REV. 383, 397 (1962); Comment, 75 HARV. L. REV. 847, 848 (1962); Curran, *supra* note 16, at 284; State *ex rel.* Fuller v. Mullinax, 269 S. W. 2d 72 (1954).
- (19) Wehofer & Overholser, *supra* note 17, at 339.
- (20) Wehofer, *supra* note 17, at 843. See also Ross, *supra* note 14, at 968-69; Note, *supra* note 13, at 1195; Wehofer & Overholser, *supra* note 17, at 341; Curran, *supra* note 16, at 280.
- (21) Kutner, *supra* note 18, at 395.
- (22) Ross, *supra* note 14, at 971; Note, *supra* note 13, at 1195; Wehofer & Overholser, *supra* note 17, at 343-44.
- (23) Kutner, *supra* note 18, at 391. 陪審審理反対論の根拠として、(1)精神的外傷を与える、(2)患者の家族が私的な事柄を陪審に話すのを恥と考へ早期治療を妨げる、(3)回復後の社会復帰の障害となる、(4)高度に専門的な医学的判断に素人の陪審は不適格である、との諸点があげられていよう。
- (24) See Wehofer, *supra* note 17, at 838.
- (25) See Note, *supra* note 13, at 1180.
- (26) Comment, *supra* note 18, at 850.
- (27) Project, *Civil Commitment of the Mentally Ill*, 14 U. C. L. A. L. REV. 822, 827 (1967).
- (28) 各州法の改正の際の指針を提供する目的で作成された。例えは、Wehofer, *supra* note 17,

- at 859 註「この草案はテーマに関する最も現代的な思考を代表している」と評している。一九五七年までに一〇州がこれを採用している。Ross, *supra* note 14, at 948. 又 THE MENTALLY DISABLED AND THE LAW 454-73 (S. BRAKEL & R. ROCK eds. 1971) に全文と注釈が掲載されている。
- (28) Ross, *supra* note 14, at 1008-11.
- (29) *Id.* at 956.
- (30) Comment, *Comments on a Draft Act for the Hospitalization of the Mentally Ill*, 19 GEO. WASH. L. REV. 512, 521 (1951).
- (31) See also Kittie, *Compulsory Mental Treatment and the Requirements of "Due Process"*, 21 OHIO ST. L. J. 28, 34-35 (1960).
- (32) Wehofer, *supra* note 17, at 860-61.
- (33) Ross, *supra* note 14, at 958; Curran, *supra* note 16, at 291; Comment, *supra* note 31, at 517.
- (34) Ross, *supra* note 14, at 988, 1012-14.
- (35) §21 (a) (3). BRAKEL & ROCK, *supra* note 28, at 461.
- (36) §21 (c). *Id.* at 462.
- (37) Ross, *supra* note 14, at 995.
- (38) *Id.* at 996-97. 後者の例として「患者はすべて〔中央行政機関〕または彼の入院を命じた裁判所との封書による通信を認めらるべきではない」と規定している。§21 (b). BRAKEL & ROCK, *supra* note 28, at 462.
- (39) *Id.* at 9.
- (40) 仙波恒雄監訳『アメリカの精神医療』四二頁（一九八〇）。
- (41) Note, *Civil Commitment of the Mentally Ill: Theories and Procedures*, 79 HARV. L. REV. 1288, 1289 (1966). 「全国的に見て、二一の州立病院がスタンとして一人の精神科医も持たず、九一の州立病院がわずか一人から四人の精神科医を持つていると推定する。」R. ROCK, HOSPITALIZATION AND DISCHARGE OF THE MENTALLY ILL 216 (1968).

五 強制入院制度の憲法的抑制〔一九六〇年代後半以降〕

一 憲法の登場

植民地時代から試行錯誤の道を経てきた強制入院制度が、裁判所を舞台に憲法の観点から本格的な検討を受け始めたのは、やっと一九六〇年代後半になってからのことである。この時期以降の立法・判例の変化は目覚ましいものがあり、強制入院制度の批判者をして、「司法の姿勢のこの変化のスピードと程度は驚くべきであり、また私の知るころでは先例に基づいていない。このように大幅にそして急速に変化した法分野の例を私は知らない」と言わしめるほどであった。急激な変化を示す一つの例として、州・連邦裁判所に係属中の精神病者の処遇に関する訴訟は一九七三年には約三〇〇件であったのが、五年後には三〇〇件近くになったという事実⁽²⁾をあげることができる。

従来入院手続のみが議論の対象とされるにすぎなかったのに対し、この時期には、強制入院制度の様々な局面がそれぞれ重大な憲法問題を提起するものと認識されるに至った。そのような変化をもたらした背景として、以下の諸点を指摘することができる。まず、一九六〇年代にアメリカ社会が社会的弱者に対して広範な関心を持ち始めたことにより、精神病者はその一グループとして認識されるに至った点である。公民権運動がマイノリティの権利を高らかに主張したことは、精神病者およびその周辺に勇気を与えたばかりでなく、精神病院の奥深くに眠っていた問題の重大性に社会の眼を向けさせることにもなった。またジョンソン政権による「貧困との戦い」(War on Poverty)の一環としての法律扶助制度の拡充は、強制入院制度を裁判所で争う基礎を提供した。さらにアメリカ市民自由連合(American Civil Liberties Union)が一九六〇年代後半から七〇年代前半にかけて精神病者に関する法律問題に大いに関心を抱くようになったことも、この問題が裁判所に数多く持ち込まれる契機となった。⁽⁴⁾

一方、司法の側にもこの問題を受けて立つ機運が次第に醸成されつつあったことを指摘しなければならない。心神喪失の抗弁 (insanity defence) に関して、精神医学の専門性の尊重を躊躇する傾向がこの時期の諸判決に顕著に見られるが、⁽⁵⁾ こうした傾向が、強制入院の様々な局面について精神科医の善意と専門性にすべてを委ねることなく、司法が憲法の観点から独自に検討を加えていく地ならしとなったと見る向きもある。⁽⁶⁾ また前章の最後に触れた病院医療の欠陥が誰の目にも明らかになったことも、精神医学への信頼を失わせる契機となった。このような精神医学へのある種の不信と患者の権利の認識とが相まって、強制入院の司法的統制の道が開かれたものといえよう。

またこの時期には、裁判所のみならず州議会も様々な変革を行った。一九七三年から一九七八年の五年間に三三州が強制入院法を改正しており、⁽⁷⁾ それ以前に改正した州を加えれば、ほとんどすべての州が法の見直しを行ったことになる。社会一般の動向に敏感な議会のこのような反応もまた、精神病者に関する問題が大きな関心事となったことと表れである。本章では一九六〇年代後半以降、特に七〇年代における立法・判例の大変革を、実体要件、入院手続、入院患者の権利といった領域毎に概括的にみていくにとどめ、本格的な検討は他日を期したい。

二 実体要件

(1) 危険要件の主流化——州法の動向

この時期まで強制入院制度が問題とされるのは専ら手続の側面であって、実体要件を厳密に検討する試みはほとんどなされていない。⁽⁸⁾ 法律家の関心は、正常な者が誤ってあるいは悪意によって強制的に入院させられる (railroading) ことのないようにすることであり、また精神科医はなるべくインフォーマルな手続によって患者を受け入れることに注意を払っていた。いずれもいわずに入口の段階で激論を交わしていたわけで、そもそも精神病者のうちどのような者が強制入院の対象となるのか、あるいはそれは憲法上許されるのか、といったより重要な問題は看過されていたので

ある。その背景として、「精神病イコール他者への危険という前提」⁽⁹⁾があり、殊更実体基準を云々する必要が認められなかったことを指摘することができよう。ところが、一九六〇年代後半になると、「たとえ患者を収容根拠別に分類することが容易にはできないとしても、理論上根拠を区別することは、基準および手続の選択のために、また病院管理者が患者のケアにおける治療の自由を制限する際の指針を得るためにも必要である」という認識が表明されるようになった。⁽¹⁰⁾ 実体要件の緻密化なくして手続や入院後の処遇の評価はできないことがはじめて明確に意識されたといえる。

一九六九年の時点で各州法の実体要件は次のようになっていた。⁽¹¹⁾ 何らかの形の司法的入院手続を持つ四三州のうち「自他への危険」を唯一の要件とするのはわずか九州にすぎず、一八の法域では「治療の必要性」が選択的な入院根拠とされていた。「治療の必要性」を唯一の要件とするのは六州であった。「自他の福祉の要求」というやや広範な基準を規定しているのは六州、「精神病」以外に基準を持たない州が二州あった。この他、マサチューセッツ州では「確立した法律、条例、慣習または地域のモラルに明らかに反するふるまいをする可能性のある者」という定義を「精神病患者」に与えて強制入院の対象としていた。「危険」を唯一の要件とする州が、一九五九年にはわずか四州であったことからすれば、この時点では増加しているとはいえても、「自他の福祉」、「治療の必要性」といった漠然とした基準を持つ州が少なくないことが注目される。

このような州法の傾向に対しては、すでに一部の学説からも批判の声があがっていたが、⁽¹²⁾ 法改革の機運を高めたのはカリフォルニア州の Lanterman-Petris-Short Act (一九六七年)であった。この法律は、一九四七年に加えられた「治療の必要性」要件を再び削除し、「切迫した危険 (imminently dangerous)」と「重障害 (gravely disabled)」という二つの要件に限定した。⁽¹³⁾ 後者は「食物、衣服、または住居に対する彼の基本的ニーズを提供できない状態」と定義され

ている。これは単なる「治療の必要性」を超えるもので、ある意味では「自身への危険」を提示するものといえよう。これ以後の法改正は、概ねカルフォルニア州法と軌を一にするものであった。⁽¹⁴⁾判例の中にも同じ道を歩むものが登場している。すでに一九六〇年代に要件を厳密化しようとする方向を示す判決が出ていたが、一九七二年の *Lessard v. Schmidt* ⁽¹⁶⁾ はそれをさらに推し進めている。まず判決は「危険」について限定解釈を行い、「もしその者が拘束されなければ自身または他人に直ちに危害を及ぼす極端な可能性」⁽¹⁷⁾の立証を要するとした後、「将来の行為を予測する試みは常に難しく、そのような予測に基づく收容は常に疑いをもって見られねばならないが、もし適正な立証責任が果たされ、危険性が自他に対して重大な危害を及ぼす最近の明白な行為、未遂、または威嚇の認定に基づいていれば、民事收容が正当化される場合もありうる」と述べた。後者の要件(明白危険行動の要件)は、その後多くの州法につけ加えられている。

実体要件を「危険」しかも「切迫した危険」の場合に限り、その立証に「最近の明白危険行動」の認定を要するという州法の傾向は、実体要件と憲法とを調和させるための必要最小限の条件であった。

第四期に前面に出てきた「治療の必要性」要件を合憲とすることにはかなりの困難が伴う。パレンス・パトリエを根拠とするこの要件が合憲とされるためには、当人が無能力であることが要求されるが、この認定は「重障害」に至らない患者の場合、特に難しい。彼が治療を拒否するとき、その拒否が、関連情報を認識したうえで彼の価値体系に基づいて行われたものか(この場合能力があるとみなされる)、それとも疾患が生み出した認識の歪曲の産物であるか(無能力とされる)、を区別することは不可能に近い。⁽¹⁹⁾またこの要件の判定は医師のほとんど全面的な裁量に委ねられ、決定の主観性は免れない。⁽²⁰⁾精神科医は患者の「自由」よりも「ニーズ」に着目し、入院を肯定する決定に傾きがちである。

「治療の必要性」要件に伴う以上のような難点を回避するために、実要件を「自他への危険」に限る傾向が出てきたのである。これはまた、J・S・ミルの自由原理——「文明社会の成員に対し、彼の意志に反して、正当に権力を行使しうる唯一の目的は、他人に対する危害の防止である。彼自身の幸福は、物質的なものであれ道徳的なものであれ、十分な正当化となるものではない」⁽²¹⁾——にも合致するものとして広範に受け入れられたのである。

確かに「危険」要件が主流となったのには、以上のような十分な理由があった。しかし、問題はそこに留まらなかった。この要件自体がさらに大きな議論を巻き起こすことになるのである。ある指導的な精神医学者は「危険」要件の問題点を次のようにまとめている。⁽²²⁾ (1) 重度精神病を持ち短期の強制的な入院治療から利益を受ける者の大部分は危険ではないから、真に入院に適する者が対象から除外される。(2) 犯罪を犯した者は刑事司法で裁かれる(結果的に心神喪失で無罪になるにしても)から、「危険」要件の下で強制入院の対象となるような者は、刑事司法にとっては重要だとみなされていない。つまりこの要件は真の社会防衛の機能を果たしていない。(3) 稀な例外を除いて、暴力的傾向を治癒することはできない。(4) 治癒不能の暴力的患者が多数入院することにより、公立精神病院の治療環境は破壊される。このうち(1)については、多くの精神科医が指摘するところである。⁽²³⁾ 患者のニーズを重視する彼らにとって、危険でない精神病者が無視されることは到底合理的とは思えない。確かに「危険」要件に合致しない精神病患者の中には、入院しなくても生命、健康に重大な危機が訪れるわけではないものの、周囲の人々が受診を勧めても拒否し、家族に多大な経済的・精神的負担をかけるとともに、自らも社会的に著しく傷つく者が存在するであろう。「重障害」にも「危険」にも該当しないこのような者こそが病院治療に最も適する、と医学者は主張する。一方「治療の必要性」要件には前述のような難点が存在する。ここには法と精神医学の基本哲学の相違が横たわっている。こうした事態の憲法的評価を法の論理の貫徹によつてなすことは一応可能であり、一九七〇年代にはそのような傾向が極めて強かった

ということが出来るが、「治療の必要性」要件がなければ現実に治療を受けられない人々の存在を法も無視することはできない。結局、このような人々によって提起される問題をその時代の社会がどう評価するかが大きなポイントとなるであろう。⁽²⁴⁾

(2)にいう社会防衛については、医学者の言い分はもつともである。何故精神病者にかぎっていわば予防拘禁が許されるのかという点は、「危険」要件の本質的な難点であるといえる。その難点にもかかわらずなおこの要件が維持されるべきだとするならば、社会防衛の目的に真に適する者に強制入院の対象を厳しく限定する方策（要件の緻密化と危険予測の正確性増進）がとられねばならない。要件の緻密化という点については、まず予測される危害が重大でなければならぬとの絞り⁽²⁵⁾が考えられる。これを受けて最近の州法は、「人の身体への重大な危害」に限る傾向が強い。次に危害発生⁽²⁶⁾の確率が極めて高いことという要件も考えられる。州法上は「重大なリスク (substantial risk)」等と規定されることが多い。このように精密化された要件の例としては、「自己または他人に対する身体的傷害の蓋然性を示す最近の明白な行為または暴力の威嚇に表明された、自己または他人に対する切迫した危害の重大なリスクを提示する」者と規定するジョージア州法をあげることができる。以上のように要件を絞るとしても、そもそも精神科医による正確な危険予測は可能なのかとの疑問は残る。多くの研究が、現在の予測技術は過大予測を生みがちであることを指摘している。⁽²⁷⁾そこで、危険予測の正確性を高めることが求められるが、その努力のひとつが前述の「明白危険行動」の要件である。Lessard 判決はこれを憲法上の要件としている。⁽²⁸⁾予測の正確性を高めるもうひとつの努力は、危険行動の子兆となる行動や特性を突きとめるという、精神医学の側でなされているアプローチである。⁽²⁹⁾暴力行動に関するあらゆるデータを収集し、予測変数 (variables) を特定化しようとするものである。このような努力が社会的信頼を得ることが出来るか否かは、「危険」要件の今後を占うものとなるろう。

さて(3)にいう危険の治療可能性という点は、要件の精密化に関して重要である。人格障害 (personality disorders) を持つ者は危険であるかも知れないが、治療は困難または不可能であるといわれている⁽³⁰⁾。このような人々の強制入院は、精神病患者以外の危険な者を予防拘禁していない現在の制度の下で許されないのではないかという指摘がある⁽³¹⁾。そこで、「危険」要件の前提として、危険性が精神病の結果であり、かつその精神病に治療可能性があることを求めるといふ主張が生ずるのである⁽³²⁾。(4)の精神病院の治療環境の悪化という点については、病院内の暴力発生率の増加という形で実際にあらわれている⁽³³⁾。実体要件の中心に「危険」を置く法の建前からすれば、このことは予期されていたといえる。ただ、「病院を刑務所に、医療スタッフを看守に変えてしまふ⁽³⁴⁾」という事態を容認すべきか否かは、「危険」要件の合憲性の問題を別にしても、重要な問題である。

以上のように、「危険」要件は根本的な問題をはらみながらも精密化されていった。ここで一九八一年時点の各州の実体要件をみておこう⁽³⁵⁾。「自他への危険」がニュー・ジャージー州を除く全州(うち「明白危険行動要件」を持つもの一七州)、「重障害」が三〇州、そして「治療の必要性」のみで強制入院させようという州が二州あった。この数字から、「治療の必要性」のみに基づく強制入院が極めて困難になっている状況が明確にうかがえる。

(2) O'Connor 判決

連邦最高裁は現在のところ、実体基準の合憲性をまだ判断していない。ただ、一九七五年の O'Connor v. Donaldson⁽³⁶⁾ に若干の示唆を読み取ることができ、この事件では精神病患者が危険でないことに争いがなく、また治療も受けていなかった。判決は「州は、一人でまたは援助の意志と責任を持つ家族や友人の助けを得て、自由のうちに安全に生きていける危険でない者を、他に何の理由もなく収容することは憲法上できない⁽³⁷⁾」とだけ述べて、治療の目的のみで強制的に入院させられるか否かという争点を扱うことを明確に拒絶した⁽³⁸⁾。しかし、「強制入院を正当化するために一

般的に提出されている「理由として、(i)公共への危害を防止すること、(ii)彼自身の生存もしくは安全を保証すること、または(iii)彼の疾患を軽減しもしくは治癒すること」⁽³⁹⁾の三つをあげている。これはそれぞれ(1)他人への危険、(2)重障害および自身への危険、(3)治療の必要性、を意味すると思われるが、最高裁がいかなる根拠を憲法上許されるものと考えているかはまだ明確ではない。

ただ判決が、州は「地域で享受しているものより高度の生活水準を精神病者に保証するため」、または単に「市民を風変わりなふるまいをする人々に触れさせないようにするため」に彼らを入院させることはできない⁽⁴⁰⁾、と述べている部分や、『精神病』の認定だけでは、州が人を意に反して閉じ込め、無期限に単なる後見的な監禁状態にとどめることを正当化できない⁽⁴¹⁾、としているところをみれば、最高裁は、かつてのマサチューセッツ州法のような社会的逸脱者の強制入院や、一九五〇年代以前の常態であった後見的保護のための入院を認めない立場をとっているように考えられる。

(3) 治療の必要性の再浮上

ある精神医学者は、一九八〇年代のアメリカにおける精神病のイメージとして、暴力、ホームレス、本人・家族の苦しみ、の三つをあげた⁽⁴²⁾。これらのイメージは七〇年代の法改革の一つの結果とみることができる。実体要件の精密化、手続の厳格化により強制入院患者数は激減したが⁽⁴³⁾、再入院率は急上昇しており、短期間の入院を繰り返す「回転下ア」現象を生んでいる。実体要件に該当しない患者の多くが大都市でホームレスとなっているという⁽⁴⁴⁾。このような姿を目的の当たりにした社会は、法改革の正しさに自信を失い、新たな道を模索しはじめる。実体要件については、「治療の必要性」要件への回帰現象がみられる。それを代表するのが、アメリカ精神医学会(APA)の「成人の精神病院入院に関する立法の指針」(The Guidelines for Legislation on the Psychiatric Hospitalization of Adults)⁽⁴⁵⁾である。

そこでは、パレンス・パトリエに基づく入院根拠として、(1)近い将来に自己に対し重大な身体的傷害を加える虞れがある場合、(2)食物、衣服、住居、健康または安全等の自己の基本的ニーズのあるものをまかなうことが実質的にできない場合、(3)重篤な精神障害によって重大な精神的・身体的荒廃 (Deterioration) を蒙る虞れがある場合、の三つがあげられた。(1)は「自己への危険」、(2)は「重障害」を意味する。(3)は「治療の必要性」ほど広くはないが、現行の強制入院法から排除されていると精神科医が従来指摘していた一群の精神病者に、治療を受けさせる根拠となるといわれている。⁽⁴⁶⁾この立法指針には、もちろん「他人への危険」要件も含まれているが、その危険は重篤な精神障害から生じたもので治療の見込みがあることを要し、また最近の明白な危険行為に表れていなければならない。この指針にはかなり周到な手続保護も規定されており、「メディカル・モデル」への復帰を狙ったものではない。憲法要求を視野に入れたうえで、「強制入院が満たさなければならない競合利益に折り合いをつける真摯な努力」⁽⁴⁷⁾の成果として注目に値する。

「治療の必要性」要件を復活した州法も登場している。最近改正されたノース・カロライナ州法、ワシントン州法、テキサス州法⁽⁴⁸⁾がその例である。現在でも、州法上は圧倒的に「危険」要件が優勢であるようにみえるが、危険を唯一の基準とし、定義を明確にしている「真の危険性基準」を用いているのは七州にすぎないとする見方もある。⁽⁴⁹⁾実体要件の今後の行く末は不透明である。ただ、前述の立法指針のように、法と精神医療とを専ら対立的にみるのではなく、実態を認識したうえで両者の相互理解に基づいて新たな方向性を探るといふ道こそ、今後歩むべき道であるように思われる。

(1) Ennis, *Judicial Involvement in the Public Practice of Psychiatry*, in *LAW AND THE MENTAL HEALTH PROFESSIONS* 6 (W. BARTON & C. SANBORN eds. 1978).

- (2) *Id.* ほどの問題を専門とする弁護士の数は一九七一年と一〇人くらいだったが、一九七八年には千人を越えたという。
- (3) D. MARTINDALE & E. MARTINDALE, *MENTAL DISABILITY IN AMERICA SINCE WORLD WAR II* 175 (1985).
- (4) *Id.* at 176.
- (5) *See, e. g.*, *Washington v. United States*, 390 F. 2d 444, 455 (D. C. Cir. 1967) (「最終的な争点として精神科医の証言を中央証拠を存じなす」)。
- (6) *Ennis, supra* note 1, at 9-10.
- (7) W. BARTON & G. BARTON, *ETHICS AND LAW IN MENTAL HEALTH ADMINISTRATION* 193 (1984).
- (8) 前章(2)で触れたように、若田やクお理論の展開なめいた。
- (9) Elliott, *Procedures for Involuntary Commitment on the Basis of Alleged Mental Illness*, 42 U. COLORADO L. REV. 231, 234 (1970).
- (10) Note, *Civil Commitment of the Mentally Ill: Theories and Procedures*, 79 HARV. L. REV. 1288, n. 11 (1966). 従って同く時期と同様な問題意識を持つていたのは「米究」の「Livermore, Malmquist & Meehl, *On the Justifications for Civil Commitment*, 117 U. PA. L. REV. 75 (1968) ; Project, *Civil Commitment of the Mentally Ill*, 14 U. C. L. A. L. REV. 822 (1967).
- (11) THE MENTALLY DISABLED AND THE LAW 36-37, 72-76 (S. BRAKER & R. ROCK eds. 1971).
- (12) *See, e. g.*, Kitzire, *Compulsory Mental Treatment and the Requirements of "Due Process"*, 21 OHIO ST. L. J. 28, 35 (1960) (「オハチオ州法のよきな基準は「メンタル・ヘルスの法理に依拠する」とはなめなす」。また州の公衆衛生をたはホリス・スローに依拠する」となめなす)。
- (13) CAL. WELF. & INSTNS CODE §5008 (h).
- (14) 一九七八年まで、四入州が「面他のく切迫した危険」などの要件を採用した。Hiday & Markell, *Components of Dangerousness: Legal Standards in civil commitment*, 3 INTL. J. L. & PSYCHIATRY 405 (1980).
- (15) *Millard v. Cameron*, 373 F. 2d 468, 471 (1966); *Cross v. Harris*, 406 F. 2d 964, 978 (1968).
- (16) 349 F. Supp. 1078 (E. D. Wis. 1972).

- (17) *Id.* at 1093.
- (18) *Id.*
- (19) *Developments in the law—Civil Commitment of the Mentally Ill*, 87 HARV. L. REV. 1190, 1219 n. 97. 精神科医は治療拒否を無能力の証拠と見なさなくてはならぬ。Beigel, Hegland & Wexler, *Implementing a New Commitment Law in the Community: Practical Problems for Professionals*, in LAW AND THE MENTAL HEALTH PROFESSIONS 293 (W. BARTON & C. SANBORN eds. 1978).
- (20) *Id.* at 287; Note, *supra* note 10, at 1296. ある研究によれば、入院治療を要すると医師が判断した人々を無作為に二集團(外来、入院)に分けたところ、外来患者の方が入院患者よりも回復が早かったという。Ennis & Litwach, *Psychiatry and the Presumption of Expertise: Flipping Coins in the Courtroom*, 62 CALIF. L. REV. 693, 717-18 (1974).
- (21) 早坂忠訳「自由論」『世界の名著』88 ヴィンヤム・J・ウィット「二三五頁(一九六七)」。
- (22) 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 18 (M. ROTH & R. BLUGLASS eds. 1985).
- (23) See, e. g., Campbell, *Lessons for the Futures Drawn from United States Legislation and Experience*, in ROTH & BLUGLASS, *supra* note 22, at 55; Levensohn, *Defensive Psychiatry or How to Treat the Mentally Ill without Being a Lawyer*, in BARTON & SANBORN, *supra* note 1, at 29; BARTON & BARTON, *supra* note 7, at 128-30.
- (24) この問題は結局、それらの人々が入院から受けるであろう利益と不利益との衡量によって決することになるが、問題を複雑にしてゐるのは、この「利益」のとらえ方につき、法と精神医学との間に真に向からの対立があることである(後述第六章)。
- (25) *Developments in the Law*, *supra* note 19, at 1236. かつてはほとんどの州で財産への危害の危険を基づく強制入院が認められていたのに対し、現在では、立法・判例とも財産への危険を除外する傾向にある。See, e. g., Suzuki v. Alba, 438 F. Supp. 1106 (D. Hawaii 1977).
- (26) GEO. CODE ANN. §37-3-1.

- (25) See, e. g., Diamond, *The Psychiatric Prediction of Dangerousness*, 123, U. PA. L. REV. 439 (1974); Cocozza & Steadman, *The Failure of Psychiatric Prediction of Dangerousness: Clear and Convincing Evidence*, 29 RUTGERS L. REV. 1084 (1976); Ennis & Liwach, *supra* note 20, at 712-15.
- (26) See also Suzuki v. Alba, 438 F. Supp. 1106, 1110 (D. Hawaii 1979); Lynch v. Baxley, 386 F. Supp. 378, 391 (M. D. Ala. 1974).
- (27) Greenland, *Dangerousness, Mental Disorder, and Politics*, in DANGEROUSNESS 32 (C. WEBSTER, M. BEN-ARON & S. HUCKER eds. 1985); J. MONAHAN, THE CLINICAL PREDICTION OF VIOLENT BEHAVIOR 91 (1981).
- (28) Martin, *The Reliability of Psychiatric Diagnosis*, in DANGEROUSNESS, *supra* note 29, at 170.
- (29) Sadoff, *Indications for Involuntary Hospitalization: Dangerousness or Mental Illness?* in BARTON & SANBORN, *supra* note 1, at 301.
- (30) Stone, *A Comment*, 132 AM. J. PSYCHIATRY 829, 830 (1975).
- (31) Stone, *supra* note 22, at 18. ちだ一九六八年から一九七八年の間、州立精神病院入院患者のうち過去に逮捕歴のある者は、*Clientele of the Criminal Justice and Mental Health Systems*, in DANGEROUSNESS, *supra* note 29, at 151-55.
- (32) Stone, *supra* note 22, at 18.
- (33) Comment, *Involuntary Civil Commitment: The Inadequacy of Existing Procedural and Substantive Protections*, 28 U. C. L. A. L. REV. 906, 944-47 (1981).
- (34) 422 U. S. 563 (1975). この判決は、最高裁が強制入院された精神病患者の権利を扱った最初のケースである。
- (35) *Id.* at 576.
- (36) *Id.* at 573.
- (37) *Id.* at 573-74.
- (38) *Id.* at 575.
- (39) *Id.*

- (42) Stone, *supra* note 22, at 9-10.
- (43) 公立精神病院在院患者は、一九五五年の五六万人をピークに、一九七二年に二七万六千人、一九八一年には一三万八千人にまで減少した。Stromberg & Stone, *A Model Law on Civil Commitment of the Mentally Ill*, 20 HARV. J. LEGIS. 275, 277 (1983).
- (44) ニュー・ヨーク市だけで四万の精神病者がホームレスとなって住んでいないという。 *Id.* at 278.
- (45) Stromberg & Stone, *supra* note 43, はこの立法指針の注釈である。なお同論文には邦訳書がある。中山宏太郎監修『民事的收容のモデル州法』(一九八七)。
- (46) *Id.* at 305. (邦訳書三二頁)。
- (47) *Id.* at 279. (邦訳書五頁。訳文は変えてある)。
- (48) R. REISNER, LAW AND THE MENTAL HEALTH SYSTEM 332 (1985).
- (49) Mestrovic & Cook, *The Dangerousness Standard : What Is It and How Is It Used ?* 8 INT'L J. L. & PSYCHIATRY 443, 468 (1986).