

アメリカにおける精神病者と憲法（三・完）

——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13巻2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（以上本号）

五 強制入院制度の憲法的抑制（一九六〇年代後半以降）

三 入院手続

(1) 入院手続の刑事手続化

強制入院制度のあらゆる局面に憲法をめスがはいった一九六〇年代後半以降、入院手続の領域においても変革の

機運が急速に高まったことはいうまでもない。前の時期に手続はかなり緩和されたが、公立精神病院の信用が地に落ちたといても過言ではないこの時期、入院手続を厳格にして誤った強制入院をできる限り防止しようと社会が試みたのは理の当然であろう。変革の火ぶたを切ったのはここでもカリフォルニア州の Lanterman-Petris-Short Act (LPS法)であった。この法律の下では、まず「自他への危険」または「重障害」という要件に該当すると思われる者を、診察・治療のため七十二時間拘束することが許される⁽⁵⁰⁾。次にその者が前記の実体基準に合致する場合、一四日間の集中治療が認められる⁽⁵¹⁾。さらにその後、一八〇日を限度とする入院を強制するためには、患者に弁護士選任権や陪審理を受ける権利等を与えたいうえで裁判所で聴聞を開かなければならない⁽⁵²⁾。このような内容を持つLPS法は進歩的立法の模範とされ、他州の法改革のモデルとなったのである。その後、一九五〇年代に増えた非司法的入院手続を持つ州は確実に減少し、刑事手続類似の手続を規定する州が大部分となった⁽⁵⁴⁾。さて、州法のこのような傾向は憲法の要求するところであったのだろうか。

手続的デュー・プロセスの要求は問題の性質によって非常に異なる。一方の極に、司法聴聞、陪審審理を受ける権利、弁護士依頼権、自己負罪拒否特権等の様々な権利を保障される刑事手続の場合があり、他方の極に、インフォーマルな行政聴聞だけでデュー・プロセスの要求を充たす福祉受給者等の事例がある。強制入院が重大な自由剝奪を伴う以上、デュー・プロセスの適用があることは当然視されていたものの、この両極のうちのどこに位置づけられるか、連邦最高裁の解答はまだ出ていなかった。強制入院の根拠がポリス・パワーであるかパレンス・パトリエであるかによって、手続の考察が変わってくることは第四章で論じたが、州法は根拠の違いによる手続の区別をしていない。このことが問題を複雑にしている。本来、ポリス・パワーによる強制入院は、危険な精神病患者を隔離するという社会防衛的見地に立つものであるうえ、危険の「予測」に基づくという誤りを避け難い性質を帯びている。これに十

分な手続的保護を与えない理由を見出し出すのは困難であるにもかかわらず、通常刑事領域で憲法上要求されている手続的保護は与えられていなかった。そこには、「民事收容の主たる目的は、治療と保護的隔離である。政府は人を民事的に收容する際にポリス・パワーを行使するが、そのみならずパレンス・パトリエ権限の要素もまた強力に存在する⁽⁵⁵⁾」という認識が横たわっていた。現在の州法は治療に適応しない者を強制入院の対象から排除していない⁽⁵⁶⁾から、ポリス・パワーによる強制入院を治療提供によって正当化することはできないにもかかわらず、一般には強制入院手続における手続的保護の不足は治療提供という州の良性目的から説明されている⁽⁵⁷⁾。そこで、いずれの権限によるとしても、パレンス・パトリエの要素による手続的緩和が憲法上許されるか否かが問題となる。

パレンス・パトリエの場合に手続緩和が当然視された理由は、州の動機が懲罰的でなく慈善的であること、対審手続は患者に精神的外傷を与えること、などであつた⁽⁵⁸⁾。ところが、連邦最高裁は一九六七年、同様にパレンス・パトリエの行使である少年審判手続の事件で、手続的保護の緩和の正当化理由としてパレンス・パトリエを用いることを拒絶した⁽⁵⁹⁾。この判決は、刑事か民事かに関わりなく少年の收容は自由の剝奪を構成するとしうえて、州の良性意図は手続的代用物とならないと述べている。一九七〇年にも同趣旨の判決が出た⁽⁶⁰⁾。両判決が基礎に置いた身体的自由、スティグマからの自由という個人利益は少年審判手続に固有なものではなく、強制入院の場合にもそのまま当てはまる。そこでこの後の下級裁判所判例のなかには、両判決の法理を強制入院に適用して厳格な手続的保護を要求するものが相次いだ。例えば、Lessard v. Schmidt⁽⁶¹⁾は、強制入院に伴う多大な権利喪失（契約・免許・結婚等）、スティグマ等を考えれば刑事手続と同様な手続的保護が憲法上要求されるとして、告知、迅速な司法聴聞、合理的疑いの余地のない証明、弁護人の効果的援助、自己負罪拒否特権、伝聞証拠の排除、陪審審理を受ける権利等をデュー・プロセスの要求とした⁽⁶²⁾。これに対して、少年手続と強制入院を区別して後者における手続緩和を支持する判例もあつた⁽⁶³⁾。その理

由とするところは、州は患者の最善の利益のために行動していること、実体基準は医学的構成要素から成るから手続的保護が必ずしも正確性増進につながるなどであった。この二つの流れの違いは、結局、強制入院対象者の「自由」を重くみるか、それとも患者の「福祉」に重点を置くかという、すでに百年来続いている議論の再現であるといつてもよかつた。この時期には、全体的にみて「聴聞の種々の結果、施設における収容、および個人的自由の喪失は、民事収容においても刑事手続においてもしばしば同一である」という認識の方が優勢であつたといえよう。一九六〇年代後半以降の各州法における刑事手続類似の入院手続の採用と判例のこのような傾向は、実体基準における「危険」要件の主流化と相まって、強制入院手続の刑事手続化 (criminalization) と呼ばれ、精神科医の強力な反発を受けるのであつた。⁽⁶⁵⁾

(2) Addington 判決とその後

こうした傾向に水を差すかのように、連邦最高裁は一九七九年 Addington v. Texas⁽⁶⁶⁾ において、パレンス・パトリエによる手続緩和を認める判決を下した。同判決によれば、少年手続は犯罪行為を行ったか否かという争点に関するものであつて、強制入院とは区別される。また判決は、強制入院手続で要求される証明の程度が「合理的疑いの余地のない証明」でなく、「明白かつ説得力のある証拠」でよいとする理由として、専門家の審査および友人・家族の関心が緩衝装置となることをあげている。そして「重篤な精神病に罹患している者は完全には自由ではないし、ステイグマから免れてもいない。したがつて、精神病者が『自由になる (Go Free)』方が、精神的に正常な者が収容されるよりもはるかによいこととはできない」と述べて、入院によって州のパレンス・パトリエの利益と個人の自由利益の双方が充足されるとした。この部分からは最高裁が精神病患者の自由をどう見ているかが明確にうかがわれる。同判決は「証拠の優越」テストを否定する部分で、「いかなる目的であれ民事収容は重大な自由剝奪であり、デュー・プロセス

スの保護を要求する⁽⁶⁸⁾と述べていたが、ここでは、精神病者は真に自由ではないのだから、強制治療を受けさせて真の自由を回復させるためには入院させ損なうことがあってはならないと言っているのである。その反面、入院要件に該当しない者を誤って入院させる際の自由損失の重大性は、相対的に軽視されている。これは、一九世紀から争われてきた「自由」か「福祉」かという論議に対して、後者に肩入れする決定を最高裁が下したものと見ることもできよう⁽⁶⁹⁾。

最高裁のこうした傾向は、親の同意による未成年精神病者の入院の場面でもみられる。同じ年の *Parham v. J. R.*⁽⁷⁰⁾ は、成人の精神病者の強制入院や少年審判手続の場合よりも簡略化した手続を合憲としたが、その理由は、医学専門家に頼らずに実体要件に合致しているか否かを決定する能力を裁判官は欠いていること、親は子の最善の利益のために行動するとの前提があることなどであった。これら二判決によって、パレンス・パトリエを根拠とする手続的保護の縮減が正当化され、専門的意見に対する尊重が強調されるようになったのである⁽⁷¹⁾。州の良性意図の承認、専門的判断の尊重という要素は、いかなる手続が適正であるかを決定する州の幅広い裁量⁽⁷²⁾と相まって、入院手続に対する憲法的統制を弱める結果を招くのである。

しかし、これらの判決によって七〇年代になされた手続に関する法改革のすべてが否定されたわけではない。そもそも *Addington* 以前においても、多くの州法や下級裁判所判例は刑事領域と完全に同じ手続を強制入院過程に導入すべきだと主張してはいなかった。また同判決の分析枠組は、一定のデュー・プロセス保護を否定するものではなかった。したがって、同判決以後判例の流れが劇的に変わったわけではない⁽⁷³⁾。ただ、振り子は明らかに手続的保護緩和の方向に傾いたとはいえず⁽⁷⁴⁾。例えばある判決は、刑事手続との異質性や争点となる事実の医学的専門性を強調して非司法的な入院手続を合憲とした⁽⁷⁵⁾。このような傾向は今後も続くものと思われるが、手続規制に関して注目すべき

は、実体基準の場合ほど七〇年代からの後退が目立たないことである。⁽⁷⁶⁾ 実体要件については、八〇年代にはいって、各州法における「治療の必要性」要件の増加、「危険」「重障害」の定義拡張という形で変化が見られるが、手続については明確な形での変化は見い出せない。「刑事手続化」批判の焦点が影響力の大きい実体基準の面に向けられたということもあろうが、アメリカ法における手続的権利の重要性が精神医学の側にも認識された結果ともいえるかも知れない。例えば、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」は、最初の三〇日間の入院の前に告知、迅速な司法聴聞、本人の聴聞出席権、公選弁護士選任権等を保障している。「立法指針」によれば、伝聞証拠の排除、黙秘権、陪審審理を受ける権利は認められないが、これらは多くの判例の傾向を踏襲したものといえる。⁽⁷⁸⁾ こうした内容には批判もあるが、⁽⁷⁹⁾ 同指針の注釈者が「モデル法は、精神科医に完全な自由裁量を再び与えようとするのでもなければ、精神科医に対抗する法的防御を省略しようとするものでもない」と述べているように、この指針には、法の理念への歩み寄りが確かに見てとれる。

一方、法律家の側でも刑事手続化に対する手放しの礼賛はほとんど聞くことができない。入院手続の実証的研究によれば、患者の弁護士は、州法の規定する対審的手続（証人喚問、反対尋問等）を利用することはほとんどなく、以前と同じく患者の「最善の利益」に沿って行動しているという。⁽⁸¹⁾ これは、七〇年代の法改革の最も重要な点が実際には機能していないことを意味する。また、これに関連して、強制入院のケースのほとんどが正式聴聞の前に処理されるといふ、⁽⁸²⁾ 答弁取引（plea bargaining）の強制入院過程への導入が指摘されている。こうした傾向が必ずしも悪いとはいえないが、⁽⁸³⁾ 法の予期するところではなかったであろう。こうして、法の側でも厳格な手続は必ずしも問題解決に直結しないとの認識が次第に強まっているように思われる。

連邦最高裁は、強制入院手続について、刑事被告人に与えられる保護すべてを与える必要はないとする一方で、一

定程度の手続的保護は要求される⁽⁸⁴⁾としている。その幅のなかでどの程度の手続的保護が妥当であるかの判断を最高裁は意図的に避けている。したがって、法と精神医学がそれぞれ歩み寄り試行錯誤を繰り返すなかで、憲法がどこまで要求しているかを追求するという困難な段階にあるというのが現状であろう。

(3) 各手続の現状

ここでは、各手続領域において憲法がどこまで要求しているかを、判例を中心に概観する。

(a) 告知 デュー・プロセスが事前の告知を要求することに異論はなく、州法上も一般に承認されているが、知らされるべき情報の内容については、明確な解決はなされていない。聴聞の日時・場所が含まれるのはいうまでもないが、医師その他の証人の氏名、証言内容の要約等が本人に知らされるべきかについては争いがある⁽⁸⁵⁾。これを否定する側は、これらの事項は患者に不必要な外傷を与えると主張し、肯定する側は、否定説は対象者が精神病者であることを前提としていると非難する。百年來続いている議論にまだ明確な解答は出ていないのである。この他、本人への告知を医学上の理由で省くことができるか否かが争われているが、この問題は聴聞への出席権の問題と重なり合う部分⁽⁸⁶⁾が大きい⁽⁸⁷⁾ため、後に考察する。

(b) 聴聞の性質 事前の聴聞が憲法上要求されることに争いはないが、その聴聞が裁判官の面前で行われるべきかは議論がある。現在ほとんどの州は司法聴聞を規定しているが、行政聴聞のみでよしとする州も少数ながら存在する。事後の司法審査を規定していれば、必ずしも司法聴聞でなくとも許されると解されている⁽⁸⁸⁾。最高裁は、刑務所から精神病院への移送の際の手続に関する *Vitek v. Jones* において、「独立の決定者」の面前での対審的な聴聞を必要としたが、その決定者は必ずしも裁判官でなくともよいと判示した⁽⁸⁷⁾。

(c) 聴聞の時期 聴聞が「事前」であるべきことに異論はないが、緊急状態の場合、聴聞なしの拘束がどのくら

いの期間許されるかが問題となる。相当の理由 (probable cause) を判定する予備聴聞と正式聴聞の二段階のシステムを求める判例のなかでも、予備聴聞までの期間は四八時間⁽⁸⁸⁾、五日間⁽⁸⁹⁾等様々である。四五日以内に正式聴聞が開かれればよいとするものもある⁽⁹⁰⁾。憲法が期間を一義的に指示しているとは考えられず、現実の入院過程を分析していくなかで妥当な期間を見つけるほかならう。

(d) 聴聞への出席権 強制入院の端緒となる申請は家族による場合が少なくないが、一般市民、警察官、医師等によることも多い。特に後者の場合、被申請者が申請者や診察した医師と対面し、反対尋問する機会を持つことは重要であろう。多くの州で出席権は認められているが、出席が本人に精神的外傷 (トラウマ) を与えると弁護士が判断したとき、権利放棄を許すとする州が少なくない。連邦最高裁はこの問題につきまだ判断を下していないが、下級審判例の多くはこれを違憲としている⁽⁹¹⁾。この問題も本人への告知の要否の問題とともに、百年来争われてきた。最近の傾向としては明らかに、本人への精神的外傷の考慮よりも自由を優先させた判断がなされているといえよう。しかし、*Addington* に見られる「自由」観をもってすれば、逆の結論が導かれることも十分に考えられる。

(e) 弁護人の有効な代理 連邦憲法修正六条はこの権利を刑事被告人に明示的に与えている。強制入院手続においても、憲法上の要件であるか否かはともかく、弁護士選任権はすべての法域で承認されている⁽⁹²⁾。問題は、弁護士が依頼人の意思とは離れてその最善の利益を追求するという立場で代理するのか (guardian ad litem)、それとも依頼人の意思を代理するのか、である⁽⁹³⁾。かつては前者の立場をとる判例も多かったが⁽⁹⁴⁾、近年では弁護人の役割を後者のようにとらえる判例が主流である⁽⁹⁵⁾。州法の大部分は弁護人の役割を明確にしていなが、ウィスコンシン州は、後者の立場に立つ *Lessard* 判決⁽⁹⁶⁾を受けて強制入院法を改正し、それまでの guardian ad litem の任命に代えて患者の意思を代理する弁護人の任命を規定した⁽⁹⁷⁾。このような弁護人の役割を認めるとしても、刑事裁判の場合と全く同一の行動をとる

ことが妥当であるかは疑問である。結局、この問題を事態の分析を抜きに考察することはできないであろう。

(f) 陪審審理を受ける権利 強制入院過程にこの権利を導入することにはかなり以前から否定的な空気が強かった。⁽⁹⁸⁾ 現在でもなおこの権利を規定している州は少なくないが、憲法上の要件とする判例はほとんど存在しない。⁽⁹⁹⁾ しかし、憲法の要求としてではなく、地域の価値を決定過程に持ち込むという陪審の機能に着目してこの権利を承認することが望ましいとする判例・学説は多い。⁽¹⁰⁰⁾

(g) 自己負罪拒否特権（黙秘権） 刑事手続の場合と同様に、診察をする者が患者に対し、診察中に無理に話をしなくてもよいこと、および話した内容は後の聴聞に証拠として持ち出されることを告げなければならぬかどうか、については争いがある。⁽¹⁰¹⁾ 最近では、否定的な傾向が強い。実際問題として、この権利が認められれば、患者は診察を受けるのを拒否することで容易に強制入院を回避することができ、制度が骨抜きにされる、⁽¹⁰²⁾ というのが否定説の趣旨である。

(h) 証明の程度 強制入院手続において、州は「精神障害」「自他への危険」といった実体基準に該当することをどの程度の確実性で証明すべきかという点については、*Addington* により、「明白かつ説得力のある証拠」テストという中間的な立証責任基準が採用されることが明確になった。

四 入院後の権利

(1) 治療を受ける権利の形成

連邦最高裁はかつて、憲法と施設の間に「鉄のカーテンは引かれていない」と述べた。⁽¹⁰³⁾ しかし、実際には強制入院させられた患者の権利は病院側の完全な統制下にあり、憲法の保護が及んでいたとはいえない。入院後の権利としては、種々の市民的権利の他に、入院患者特有の権利として治療を受ける権利と治療拒否権がある。本節では後者の二

つの権利に絞ってその展開を跡づけていくこととする。

さて市民的権利の行使さえ、前章でみたように、病院による制限に服していたのであるから、治療の内容について異議を唱えることなどおよそ考えられなかった。ところが、一九六〇年代になり強制入院制度を憲法の観点から検討したとき、その論理的派生物として「治療を受ける権利」が浮かび上がってきた。その意味では、この権利の登場は実体基準の見直しや手続の厳格化と軌を一にするものであった。強制入院がもし許されるとすれば、それは治療を提供するからであるにもかかわらず、州立精神病院においては有効な治療はほとんど行われていなかった。そこで、一方で実体基準の見直しや手続の厳格化により入口を狭くするとともに、他方でいったん強制入院させられた患者については、その自由剝奪と引きかえに治療を受ける権利を保障しようとする動向が顕在化してきたのである。

この権利は、前章で触れた Draft Act (一九五二年)でもすでに「人間的な保護と治療を受ける権利」として規定されていた⁽⁹⁾。しかしそこには、「施設、設備および人員の許すかぎり」との限定が付されていたことでもわかるように、病院の現状を前提としたもので、裁量を統制しようという意図を必ずしももっていなかった。これを裁判で執行しうる権利としてはじめて構成したのは、一九六〇年の Birnbaum の論文⁽¹⁰⁾であった。ここでは、精神病は犯罪ではなく、ニーズに対応する治療が与えられなければ精神病院は事実上刑務所になってしまうこと、患者は実体的デュー・プロセスの要求として治療を受ける権利を保障されるべきことが提唱された。しかし、裁判所は従来、人身保護令状による釈放の訴えに対して、治療を受けているか否か、または治療が適切であるか否かの判断能力を裁判所は欠くとして、審査することもなく入院継続を支持するのが通例であった⁽¹¹⁾。

裁判所がこの問題をはじめて正面から扱ったのは、一九六六年、心神喪失を理由に無罪となった後収容されていた者の人身保護請求に関する Rouse v. Cameron ⁽¹²⁾ においてであった。事件は結局法律解釈のレベルで処理されたが、判

決は傍論で憲法問題に触れ、(1)手続的保護の不足は治療のための収容という人間的な収容目的によってのみ許される。もし治療が実際に与えられなければ、完全な手続的保護が憲法上要求される(デュー・プロセス)、(2)本来彼の刑は禁固一年であるのに現在無期限に収容されている。この不均衡は現実の治療によって正当化されなければ平等問題を提起する、(3)治療のない無期限収容は「残酷で異常な刑罰」となるかもしれない、として、治療を受ける権利の考うる憲法的基礎を三つあげている。同判決はまた、法律上の治療を受ける権利について、「本件で主張される権利は現に存在する権利であり……したがって真にやむを得ざる理由がないかぎり、これらの権利は速やかに充足されるべきである」と述べて、この権利が施設の不備や職員の不足に関係なく存在することを明言した。「治療を受ける権利の夜明け」と位置づけられる所以である。

この判決に対しては、早速アメリカ精神医学会から、治療の適切性を判定する裁判所の能力について疑問を提示する公式の声明が出された。「治療の定義およびその適切性の評価は医学的決定になじむ問題である」との趣旨であった。⁽¹¹⁾ 法律家も同様に、権利執行の困難性を指摘している。⁽¹²⁾ これが当時のほぼ一般的なとらえ方であったといえよう。そもそも合衆国憲法には州に対して一定のサービス提供を要求する権利はそれ自体としては認められていない⁽¹³⁾ のだから、これは当然の反応であった。

しかし裁判所は一九七二年の *Wyatt v. Stickney* ⁽¹⁴⁾ において、大方の予想を裏切る積極的な対応を見せたのである。クラス・アクションを受け入れた連邦地裁(アラバマ)は、現行の治療プログラムは医学的に不適切であるとして、州精神衛生局長他に対し、適切かつ十分な治療を患者に与える明確なプランを準備するように命じた。その際、裁判所は「収容が人間的な治療を目的とする利他的な理論に基づいて人から自由を奪っておきながら、適切な治療を与えないのは、デュー・プロセスの原理に反する」と述べた。⁽¹⁵⁾ その後裁判所は、両当事者とアメリカ市民自由連合等の法廷

助言者が提示した基準を審査した後、医学的・憲法的ミニマムと考えられる基準を打ち出し、その履行を命ずる判決を出した。これには、精神病患者の治療に関する三五基準（人間らしい心理的・物理的環境、適切な治療を与えるのに十分な数の資格あるスタッフ、治療プランの個別化）、精神遅滞者のハビリテーションに関する四九基準が含まれ、極めて詳細なものであった⁽¹⁰⁾。また判決は「予算の不足もスタッフや施設の不備も、被告による精神病患者のための適切な治療提供の怠慢を正当化しない⁽¹¹⁾」とも述べた。そして、裁判所命令の履行を監督する補助裁判官（master）の任命を求める申請、財源獲得のため州有地の売却を求める申請、および州の不要不急事業の予算支出差止めを求める申請については、これを将来に留保した。

Rouse 事件は人身保護令状による釈放を求める事件だったため、原告が釈放されればそれで一件落着であった。ところが、Wyatt はクラス・アクションを受け入れしかも詳細な改善命令を出したので、その影響は極めて大きかった⁽¹²⁾。適切かつ十分な治療を保障する基準の設定は、州の財政との摩擦を引き起こさずにはおかない。この点は、基準の設定をする裁判所の能力の問題とともに、治療を受ける権利をめぐる最も困難な争点を提起するものであった。その後、第五巡回控訴裁判所は、一九七四年の Donaldson v. O'Connor⁽¹³⁾ において、入院根拠の如何を問わず、意思に反して州立精神病院に収容されている者は、「治療または精神状態改善のための合理的機会を得るような個別的な治療を受ける憲法的権利」をもつとの見解を表明している⁽¹⁴⁾。まさに治療を受ける権利はいよいよ全盛期を迎えるという観が強まったのである。

(2) Donaldson 判決

ところが、連邦最高裁は治療を受ける権利に必ずしも好意的ではなかった。一九七五年、前述の控訴裁判決を破棄した O'Connor v. Donaldson⁽¹⁵⁾ において、最高裁は、患者が自他に対して危険でなく、また治療を受けていないという

陪審の認定を支持して、患者の「自由に対する憲法的権利」が侵害されたと判示した。しかしこの判決は、治療を受ける権利の問題には触れず、脚注で「控訴裁判所の判決を破棄する判決は、必然的に原審の意見から先例的効果を奪う」とわざわざ付け加えた。⁽¹²⁾ この判決が、日の出の勢いであった治療を受ける権利確立の流れを弱める効果をもったのは否定しがたい。

Donaldson 判決は、このように治療を受ける権利を正面から扱ったものではないが、いくつかの重要な示唆を読み取ることができる。まず、治療の適切性については司法判断適合性がないとする上告人の主張に対して、最高裁は「『治療』が人から自由を奪うことの唯一の主張された理由である場合、その主張された理由が存在するか否かを判定する力を裁判所が持たないとはのめかすことは、明らかに受け入れられない」と明確に述べた。⁽¹³⁾ この点は、少なくとも治療の「有無」については裁判所に判断能力があることを示したもので、それが治療の内容に及ぶか、またはどこまで及ぶかにつき最高裁のその後の判断が注目された。次に、判決は、たとえ当初收容の理由があっても、本来の收容理由がもはや存在しないとすればその後の收容は許されないとする。これは、目的と手段との合理的関連性テストを意味すると思われる。この分析方法を用いながら控訴裁判決のように治療を受ける権利を承認しなかったのは、本件の場合その必要がなかったからであって、⁽¹⁴⁾ 将来同権利を認める萌芽を残していた。ただ、バーガー長官が同意見の中でしきりに専門的判断の尊重を主張しており、この点が、最高裁が同権利を認める際の最大の壁であることをうかがわせていた。

(3) Youngberg 判決とその後

その後、精神遅滞者の訓練 (training) を受ける権利が争われた一九八二年の *Youngberg v. Romeo* ⁽¹⁵⁾ において、最高裁はじめて治療を受ける権利の問題に正面から取り組んだ。⁽¹⁶⁾ *Rouse* 以後この時期まで、同権利に関して数多くの連

邦下級審判例が出ていたが、その中で同権利を承認しなかったのはわずか二例にとどまる⁽¹²⁸⁾。このような判例の展開に最高裁がいかなる対応を示すか極めて注目されていた。ところが、最高裁は、「憲法上要求される最小限適切な訓練とは、安全に対する権利および不当な拘束からの自由という自由利益に照らして合理的な訓練である」と述べて、独立の憲法的権利としての治療を受ける権利を承認しなかった⁽¹²⁹⁾。ただ、訓練が憲法上要求されるのが身体的自由に関わる場合のみなのは明らかではなかった。パーガー長官の同意意見が、「訓練または『ハビリテーション』それ自体を受ける憲法的権利なるものはない⁽¹³⁰⁾」と明確に述べているのとは対照的に、法廷意見はその判断を将来に留保したといえる。

Youngberg でもうひとつ注目すべき点は、治療内容を決定する専門家の裁量を相当広範に認めたことである。同判決によれば、「合理的な訓練」であるか否かを判定する裁判所は、資格ある専門家の下す判断を尊重すべきであり、「決定は、もし専門家によってなされたならば正当であると推定される⁽¹³¹⁾」。この推定が覆されるのは例外に属する⁽¹³²⁾。専門的判断に対する尊重を極めて重視するこの判示によれば、治療の適切性を評価する際に、各裁判所は明確な治療指針の画定を避ける道が残されることになる。精神病院内の専門家の裁量を統制する意図をもって登場した治療を受ける権利は、ここに重大な変質を遂げたといえよう。

この後の下級審判例は、Youngberg の枠組に従いながらも憲法上要求される治療の内容をかなり拡張的にとらえるもの⁽¹³³⁾、Youngberg の趣旨に忠実に従うもの⁽¹³⁴⁾に分かれる。前者の立場に立つある判例は、「最小限適切な訓練を受ける権利とは、入所者が食事、入浴、洋服の着方、自己抑制およびトイレの訓練といった最小限の生活技術を獲得または維持することを可能ならしめる合理的な訓練を受ける権利を与えるものと解するのが相当⁽¹³⁵⁾」と述べて、治療を受ける権利一般と同程度のもを自由利益の中に読み込んでいる⁽¹³⁶⁾。自由利益のこのような解釈は、すでに Youngberg の

ブラックマン同意意見にみられた。同裁判官は、憲法上要求される最小限適切な訓練の中に、「人が従前持っていた生活技術を強制入院の故の荒廃 (deteriorating) から守るために合理的に必要な訓練」⁽¹³⁸⁾を含めていたのである。確かに、Youngberg で最高裁は治療の内容を定義しなかったため、このような広い解釈も不可能ではない。しかしそれにしても、Youngberg が治療を受ける権利の発展に堅い柱をはめたことは間違いない。

憲法上の権利としての治療を受ける権利には以上のような限界があるが、現在マサチューセッツ州を除く全州がこの権利を州制定法で規定している。⁽¹³⁹⁾ なかにはニューヨーク州のように、州憲法に精神障害者に対する介護と治療を規定している州もある。⁽¹⁴⁰⁾ 今後は、連邦憲法のみを目を向けるのではなく、州の憲法・法律をも含めて考察する必要がある。⁽¹⁴¹⁾

(4) 治療拒否権

治療拒否権は、強制入院制度に関連する権利のうちで最も遅れて登場したものである。精神病院以外の病院においては、緊急の場合を除いて医療侵襲を加える前に、医師は患者の同意を得なければならぬというのが当然のことであった。⁽¹⁴²⁾ところが、精神病院の場合はやや事情が異なる。一九五〇年代まで、多くの州では強制入院の決定が法的無能力の宣告と等しかったため、患者は治療に同意することもできなかった。⁽¹⁴³⁾ところが、一九六〇年代以降、とりわけ七〇年代になって、州法によりまたは判決によって治療拒否権が次第に認められるようになった。その背景として、治療を受ける権利に対する関心の広がりがある反面である治療拒否権を意識させたこと、パターンリズムに対する批判が自己決定権としての拒否権の重要性を浮かび上がらせたことなどが指摘されている。⁽¹⁴⁴⁾同じ入院後の権利でも、治療を受ける権利が自由を失う代償として治療を要求するものであるのに対し、治療拒否権はどこまでも自由の延長線上にある。そのような性質を持つ権利であるからこそ、自由とは縁遠いと見なされていた精神病者へ

の適用が遅れたということができよう。

七〇年代前半から治療拒否権を認める判例は出ていたが、純粹の民事收容の文脈でこの権利をはじめて承認したのは、*Rennie v. Klein*⁽¹⁴⁶⁾である。同判決は、プライバシー権を根拠に向精神薬投与を拒否する憲法上の権利を認めた。その拒否が覆されるのは、自他への重大な危険を提示する緊急状態の場合を除けば、担当医によって同意能力を欠くと診断された場合、または、独立・中立な精神科医の前でのインフォーマルな聴聞を経た場合のみである。*Rogens v. Okin*⁽¹⁴⁷⁾もまた、向精神薬を拒否する憲法的権利を承認した。その上、強制投薬が許されるのは、緊急の場合のほかは、司法聴聞によって無能力と判定されたときのみという、より徹底した立場をとった。

これらの判決に対する精神科医の反発が激しかったことはいうまでもない。*APA*の「立法指針」は強制入院患者の治療拒否権を全く否定している⁽¹⁴⁸⁾。その理由は、(1)向精神薬投与は患者の早期退院に役立つ、(2)強制投薬は稀にしか必要とされないし、患者は受容するようになる、(3)ほとんどの強制入院患者は理性的な治療決定能力を欠いている、(4)短期間の投薬ではほとんど副作用がない、(5)治療を拒否する患者は病状を悪化させることが多い、というものであった⁽¹⁴⁹⁾。治療拒否権が患者に及ぼす影響を何よりも重視する精神科医の立場が、ここには鮮明に表れている。「自由」の貫徹を主張する治療拒否権が精神科医の思考と真正面から衝突するのも当然であろう。

さて、治療拒否権の本質が自由の貫徹にあるとはいっても、この権利は絶対的なものではなく、強力な州利益によって覆されることがありうる。したがって治療拒否権をめぐる最も重要な問題は、いかなる場合に、いかなる手続で、患者の拒否を覆しうるかということである。この点において、前述の *Youngberg*⁽¹⁵⁰⁾で最高裁が打ち出した専門的判断の尊重という原則は、治療拒否権の事例にも影響を及ぼさずにはおかない。この後の下級審判例には、強制治療が専門的判断に基づいているかぎり是認されるとしたり、州法の規定する能力審査手続が専門家による判断の機会を保

障しているとして合憲としたりするものが多くなるのである。⁽¹⁵⁵⁾

もっとも、なかには注目すべき判決もある。ニューヨーク州最高裁は、*Rivers v. Katz* ⁽¹⁵⁶⁾において、州憲法のデュー・プロセス条項に基づいて治療拒否権を承認したうえで、州法の定める行政的な能力審査手続を違憲とした。これは、*Mills v. Rogers* ⁽¹⁵⁷⁾における連邦最高裁の判示に呼応したものであった。最高裁はこの中で、「わが連邦制において連邦憲法が提供する実体的権利は最小限度のみである。州法は、連邦憲法が保障するよりもっと広く自由利益を承認しうる」⁽¹⁵⁸⁾と述べて、治療拒否権につき自ら判断することなく、州法上の自由利益を考慮させるため原審に差し戻した。強制入院制度をめぐる他の領域と同様に、治療拒否権の文脈でも連邦最高裁は憲法上のミニマムを打ち出さなかったのである。治療拒否権の問題を考察するうえで、今後はこれまで以上に州裁判所を舞台にした州憲法・州制定法の解釈から目を離せないことになろう。⁽¹⁵⁹⁾

(50) CAL. WELF. & INST. CODE §§5150-5157 (West Supp. 1987).

(51) *Id.* §§5250-5259. なお当初は受入病院の医師の決定のみによって一四日間の拘束がなされていたが、これを違憲とする連邦地裁判決 (*Doe v. Gallinot*, 486 F. Supp. 983 (C. D. Cal. 1979)) の結果、一九八三年に、入院基準に合致する相当の理由を審査する予備聴聞が行われることになった。

(52) *Id.* §§5300-5309. なお入院期間は当初九〇日間であったのを、一九八二年の改正で一八〇日に延長した。

(53) 例えばワシントン州では、LPS法とほとんど同じ手続を採用した。WASH. REV. CODE §71.05. ただ同州法は、一四日間の拘束の前にフォーマルな司法聴聞を要求しており、その点ではLPS法よりも厳格である。

(54) 一九八五年の時点で、少なくとも四州は非司法的な入院手続を持っていた。R. REISNER, LAW AND THE MENTAL HEALTH SYSTEM 399 (1985).

(55) *Id.* at 398.

(56) 治療可能性を強制入院法に入院基準として規定しているのは、ニュー・メキシコ州、オハイオ州等ごく少数にとどまる。

Schmidt, *Critique of the American Psychiatric Association's Guidelines for State Legislation on Civil Commitment of the Mentally Ill*, 11 *NEW ENG. J. CRIM. & CIVIL CONFINEMENT* 1, 20 (1985).

(75) Note, *The Nascent Right to Treatment*, 53 *VA. L. REV.* 1134, 1138-40 (1967).

(85) Weitofen, *Hospitalization of the Mentally Ill*, 50 *MICH. L. REV.* 837, 844-49 (1952); Cohen, *The Function of the Attorney and the Commitment of the Mentally Ill*, 44 *TEX. L. REV.* 443 (1966).

(86) *In re Gault*, 387 U. S. 1 (1967).

(89) *In re Winship*, 397 U. S. 358 (1970).

(91) 349 F. Supp. 1078 (E. D. Wis. 1972). この判決は、TPS法とともた、合衆国中の強制入院法に多大な影響を与えたといわれる。

(92) この点で「裁判所が要求した最も明確かつ厳格なものの」ようである。Note, *Constitutionalizing Civil Commitment: Another Attempt*, 59 *WASH. L. REV.* 375, 379 (1984). 同趣旨の判例として、*In re Ballay*, 482 F. 2d 648 (D. C. Cir. 1973); *Suzuki v. Yuen*, 617 F. 2d 173 (9th Cir. 1980) などがある。

(93) See, e. g., *Lynch v. Baxley*, 386 F. Supp. 378 (M. D. Ala. 1974).

(94) *Stannus v. Leonhardt*, 414 F. Supp. 439, 447 (S. D. Iowa 1976).

(95) A P A の会長を務めたブラン・ストーンは、「刑事手続化」の弊害を次の諸点にまとめている。(1)危険な精神病患者による暴力の危険が増大した。(2)精神病患者のケアの継続を阻害した。(3)精神科医の責任の不履行を合理化した。(4)精神科医が最も重篤な精神病患者のケアを避ける傾向を助長した。(5)公立精神病院から多くの資格ある精神科医が去った。(6)患者の家族を孤立させた。(7)精神科医の役割を警察官のそれに変えた。(8)不適切な薬物療法を助長した。A. STONE, *LAW, PSYCHIATRY AND MORALITY* 135-36 (1984).

(96) 441 U. S. 418 (1979).

(97) *Id.* at 428. 「自由になる精神病患者」が「訴追を免れた真犯人」に、「正常な者の収容」が「無実の者の有罪判決」に対応してくる。すなわち、「刑事裁判の格言はここには通用しない」というのである。

(98) *Id.* at 425. したがって、「誤って収容される個人の数を増大する危険を生ずる」こととなる「証拠の優越」テストは適切で

ないとした。*Id.* at 426. もっとも、この時点で「証拠の優越」テストを採用していたのはわずかに二州にとどまるから、この判決の主眼が「合理的疑いの余地のない証明」テストの排除にあったことは間違いない。

- (69) Addington 判決に対しては様々な批判が可能である。判決があげている緩衝装置としての専門家の審査と家族・友人の関心は、実態なら見れば有効とはうえない。Moise, *A Preference for Liberty: The Case Against Involuntary Commitment of the Mentally Disordered*, 70 CALIF. L. REV. 54, 77 (1982). また、この事件では「危険」の認定が争われたのに（すなわちポリス・パワーを根拠とする事例であるのに）、判決がバレンス・パトリエに関する州利益を前面に押し出して論じているのは、両権限の混同である。

- (70) 442 U. S. 584 (1979).

- (71) これら二判決の法廷意見はマーガー長官の執筆になるものであるが、このことは判例の流れを象徴している。一九七五年の O'Connor v. Donaldson, 422 U. S. 563 (1975) は、強制入院の実体基準、手続要件の審査を将来行おうとしていると見る余地を残していたが、マーガー同意意見は、裁判所は精神病の存在、特定の事例での適切な治療についての精神科医の判定に干渉すべきではない」と述べていた。*Id.* at 578. いまや後者の主張が主流の地位を占めたのである。

- (72) Addington v. Texas, 441 U. S. at 431.

- (73) 例えは、*Id. re Harris*, 654 P. 2d 109 (Wash. 1982) が、ワシントン州法における精神保健専門家の召喚状による七十二時間以内の拘束に関する規定を違憲とし、召喚状を発布する前に司法審査を要求した。その際同判決は、専門家ではなく裁判官こそが適切な決定者であるとした。*Id.* at 115.

- (74) See Note, *Balancing the Interests: The Move Towards Less Restrictive Commitment of New York's Mentally Ill*, 14 NEW ENG. J. CRIM. & CIVIL CONFINEMENT 1 (1988).

- (75) Project Release v. Prevost, 722 F. 2d 960, 973 (2d Cir. 1983). また、同判決の原審判決は、「チェー・プロセスは、あらゆる場合に、法的な訓練を受けた事実認定者の前での完全に対審的な聴聞を要求しない。精神病者の権利を判定するには、独立の医学専門家による審査で十分である」と述べている。551 F. Supp. 1298, 1309 (E. D. N. Y. 1982).

- (76) 一九八〇年代に手続要件も緩和されるようになった例として、一九八三年のテキサス州法改正が、陪審審理を必要なものから選択的なものに替えたことがあげられる。Durham & La Fond, *The Empirical Consequences and Policy Implications*

- of *Broadening the Statutory Criteria for Civil Commitment*, 3 YALE L. & POLICY REV. 395, 437 n. 191 (1985). したがってこれは陪審というやや特殊な事項に関するもので、全体的傾向を浮かび上がらせるものではないと認められる。むしろ、手続をかえることなく実体基準を拡張した一九七九年のワシントン州の例の方が普遍的である。 *Id.* at 400.
- (77) 実体・手続のいずれが強制入院患者の質と量に大きな影響を及ぼすかは、定かではない。 *Id.* n. 27.
- (78) Stromberg & Stone, *A Model State Law on Civil Commitment of the Mentally Ill*, 20 HARV. J. LEGIS. 275, 329-45 (1983). (中山宏太郎監修『民事的收容のモデル州法』六七—七八頁(一九八七))。なお、注釈者である Stromberg & Stone 45、憲法上の要求とはなく機能の問題として、陪審審理が適当であると信じている。 *Id.* at 380-81. (邦訳書 131頁)。
- (79) See Schmidt, *supra* note 56, at 32-35; Durham & La Fond, "Thank You, Dr. Stone": A Response to Dr. Alan Stone and Some Further Thoughts on the Wisdom of Broadening the Criteria for Involuntary Therapeutic Commitment of the Mentally Ill, 40 RUTGERS L. REV. 865, 873-83 (1988).
- (80) Stromberg & Stone, *supra* note 78, at 279. (邦訳書五頁)。
- (81) Steir & Stoebe, *Involuntary Hospitalization of the Mentally Ill in Iowa: The Failure of the 1975 Legislation*, 64 IOWA L. REV. 1284 (1979); Warren, *Involuntary Commitment for Mental Disorder: The Application of California's Lanterman-Petris-Short Act*, 11 L. & SOC. REV. 629, 633-42 (1979).
- (82) Miller, Maher & Fiddleman, *The Use of Plea Bargaining in Civil Commitment*, 7 INT. J. L. & PSYCHIATRY 395 (1984). See also Lewis, Goetz, Schoenfeld, Gordon & Griffin, *The Negotiation of Involuntary Civil Commitment*, 18 L. & SOC. REV. 629 (1984).
- (83) 答弁取引は、弁護士と医師が協力して、より制限の少ない臨牀的にも望ましい治療形態を見つける機会を提供しているところである。 Miller *et. al.*, *supra* note 82, at 404.
- (84) Hermann, *Barriers to Providing Effective Treatment: A Critique of Revisions in Procedural, Substantive, and Dispositional Criteria in Involuntary Civil Commitment*, 38 VAND. L. REV. 83, 88 (1986).
- (85) Suzuki v. Quisenberry, 411 F. Supp. 1113 (D. Hawaii 1976) がこれらの情報の告知は憲法上要求されることに対して、Coll v. Hyland, 411 F. Supp. 905 (D. N. J. 1976) は、弁護士がそれらの事柄を知ることができるから本人に知らせる必要はない

つと判示した。

- (86) *Doremus v. Farrell*, 407 F. Supp. 509 (D. Neb. 1975). この判決では、仮釈放や刑の執行猶予の取消や外国人の国外退去が行政手続で行われるのを連邦最高裁が承認すべきことが指摘されている。しかし、*In re Harris*, 654 P. 2d 109 (Wash. 1982) では、第一段階の七十二時間の拘束の際でも司法の介入が要求されている。
- (87) *Vitek v. Jones*, 445 U. S. 480, 495-96 (1981).
- (88) *Lessard v. Schmidt*, 349 F. Supp. at 1091.
- (89) *Stamus v. Leonhardt*, 414 F. Supp. at 446.
- (90) *Logan v. Arafeh*, 346 F. Supp. 1265, 1269 (D. Conn. 1972).
- (91) *Suzuki v. Quisenberry*, 414 F. Supp. at 1129; *Stamus v. Leonhardt*, 414 F. Supp. at 447.
- (92) E. BEIS, *MENTAL HEALTH AND THE LAW* 126 (1984).
- (93) *See Cohen, supra* note 58, at 445-46 (前者の立場); Note, *The Role of Counsel in the Civil Commitment Process: A Theoretical Framework*, 84 *YALE L. J.* 1540, 1561 (1975) (後者の立場)。
- (94) *See, e. g.*, *Prochaska v. Binegar*, 102 N. W. 2d 870 (Iowa 1960). たとえ弁護士が依頼人に面接せず依頼人が聴聞に出席せず入院が決まってしまう、有効な代理を委ねた、とされた。
- (95) *See, e. g.*, *Suzuki v. Quisenberry*, 414 F. Supp. at 1129.
- (96) *Lessard v. Schmidt*, 349 F. Supp. at 1099.
- (97) *WIS. STAT. ANN.* §51.20 (3) (West 1984-85).
- (98) 本稿第三章 (広島法学一二巻三号九一一九二頁) 参照。
- (99) *Lessard v. Schmidt*, 349 F. Supp. 1078 はこれを憲法上要求されると解したが、周到な手続を保障した *Suzuki v. Quisenberry*, 414 F. Supp. 1113, はこの権利を要求していない。
- (100) *Lynch v. Baxley*, 386 F. Supp. at 394; *Stromberg & Stone, supra* note 78, at 380 (邦訳書一三二頁)。
- (101) 直訳は *Stamus v. Schmidt*, 349 F. Supp. at 1101; *Suzuki v. Alba*, 438 F. Supp. 1106, 1111-12 (D. Hawaii 1976). 直訳は *Suzuki v. Yuen*, 617 F. 2d 173, 178 (9th Cir. 1980); *Ughetto v. Acrish*, 494 N. Y. S.

- 2d 943, 947 (1985).
- (102) Suzuki v. Yuen, 617 F. 2d 173.
- (103) Wolf v. McDonnell, 418 U. S. 539, 555-56 (1973).
- (104) THE MENTALLY DISABLED AND THE LAW 461 (S. BRAKEL & R. ROCK eds. 1971).
- (105) Birnbaum, *The Right to Treatment*, 46 A. B. A. J. 499 (1960). なおこの論文は「松平光史「アメリカにおける精神障害者の入権保障の展開」藤倉皓一郎編『英米法論集』二〇三頁以下(一九八七)」で詳しく紹介されている。
- (106) See, e. g., *People v. Levy*, 311 P. 2d 897 (Cal. App. 1957).
- (107) 373 F. 2d 451 (D. C. Cir. 1966).
- (108) ロン・マンロウの精神病患者入院法が保障する適切な治療を原告が受けていたかどうか争われた。
- (109) 373 F. 2d at 458.
- (110) Fremouw, *A New Right to Treatment*, in THE RIGHT TO TREATMENT 10 (S. GOLANN & W. FREMOW eds. 1976).
- (111) Morris, *Institutionalizing the Rights of Mental Patients: Committing the Legislature*, 62 CALIF. L. REV. 957, 980 (1974).
- (112) See, e. g., Note, *Civil Restraint, Mental Illness, and the Right to Treatment*, 77 YALE L. J. 87, 91 (1967).
- (113) 466 論者曰く「ルイス・ケネディ受入る憲法的権利を唱導しようとする」(Michelman, *In Pursuit of Constitutional Welfare Rights: One View of Rawls' Theory of Justice*, 121 U. PA. L. REV. 926 (1973))。一般には受入入れられよう。See Blackstone, *On Health Care as a Legal Right: An Exploration of Legal & Moral Grounds*, 10 GA. L. REV. 391 (1976).
- (114) 344 F. Supp. 373 (M. D. Ala. 1972), enforcing 325 F. Supp. 781 (1971) (精神病患者)；344 F. Supp. 387 (M. D. Ala. 1972), enforcing 325 F. Supp. 781 (精神遅滞者)。
- (115) 325 F. Supp. at 785.
- (116) 精神病者に関する三五基準について、大谷実・中山宏太郎編『精神医療と法』二八八頁以下(一九八〇)に全訳がある。治療 (treatment) は精神病者に、habilitation (または training) は精神遅滞者に対応する用語であるが、法的分析の文脈では互

換的に用いられる。

(117) 344 F. Supp. at 377.

(118) アラバマ州の入院患者数は、一九七六年には提訴前の約三分の一に減り、予算は逆に三倍近くになった。患者—職員比は、一九七〇年の約三対二から一九七五年には裁判所の基準通り一対一になっている。寺嶋正吾『精神障害者に十分な治療を与えるための最低限の合憲的基準』について（解説）大谷・中山編（前掲注（116））二九九頁。

(119) 493 F. 2d 507 (5th Cir. 1974).

(120) *Id.* at 520. この判決は、治療目的で患者を入院させながら治療を与えないのは、目的と手段の間に合理的関連性を欠き、許されないとした。また危険を理由に入院させた者については、いわゆる代償（quid pro quo）理論によって治療を受ける権利を認めた。

(121) 422 U. S. 563 (1975).

(122) *Id.* at 577 n. 12.

(123) 同意意見を書いたバーカー長官は、そのほとんどの部分を費やして、原審判決の治療を受ける権利に関する分析は最高裁判例に基礎を持たないと主張した。422 U. S. at 578ff. その中で同長官が、パレンス・パトリエによる収容は伝統的に後見の性質を持つものであって、治療目的は二次的なものであったと述べているのは興味深い。本稿で見えてきたように、歴史的にはまさに的を射た指摘である。ただ、憲法解釈においてそのような現実の歴史にいかなるウエイトを与えるべきかはまた別問題である。

(124) *Id.* at 574 n. 10.

(125) *Id.* at 575.

(126) 原告は、収容されていた一五年間に一八回も釈放のための人身保護請求を行った後、公民権法（42 U. S. C. §1983）の下で提訴し、数ヵ月後に施設管理者の退任とともにやっと釈放された。本件の事実関係の下では、ことさら治療を受ける権利を承認しなくても連邦憲法上の権利侵害を構成することができた。

(127) 457 U. S. 307 (1982). 基本的な生活能力すら欠く原告（被上告人）は、施設の中で自らを傷つけ、または他人への暴力に対する反撃によって負傷すること、六〇数回に及んだ。そこで施設職員に対し、損害賠償を求めて提訴した。

- (121) 最高裁は、Donaldson においてこの争点を回避したほかにも、一九七五年 Burnham v. Department of Public Health of Ga., 349 F. Supp. 1335 (N. D. Ga. 1972), *rev'd*, 503 F. 2d 1319 (5th Cir. 1974) のサシーオレイライを拒絶してゐる。422 U. S. 1057 (1975)。また一九八一年には、制定法を根拠に、「最も制限の少ない環境で治療を受ける権利」を認めた下級審判決を破棄してゐる。Pennhurst State School & Hospital v. Halderman, 451 U. S. 1 (1981)。
- (120) Burnham v. Department of Public Health of Ga., 349 F. Supp. 1335 (N. D. Ga. 1972) (治療を受ける憲法上の権利なるものは存在しない)；New York State Ass'n for Retarded Children Inc. v. Rockefeller, 357 F. Supp. 752 (E. D. N. Y. 1973) (原告の憲法上の権利は治療を受ける権利ではなく危害からの保護に依拠しなければならぬ)。
- (130) 457 U. S. at 318-19. 「本件は、州立施設に強制的に収容された精神遅滞者が……治療を受ける何らかの一般的な憲法的権利を有するか否かという困難な争点を提起するものではない」(Id. at 318)と判決が述べていることができたのは、「この訴訟がクラン・マッシュョンでなく争点を限定しえたこと、および被告側が身体的自由に関係な形での権利を主張していなかったからである」。
- (131) 457 U. S. at 329.
- (132) Id. at 323. 専門家とは、「判決によれば「教育、訓練によるか経験によるかはともかく、問題となっている特定の決定をなす能力を有する者」(Id. at 323 n. 30) のことである。これによれば、特に専門教育を受けていない施設の一般職員をも含む余地があり、相当広い定義となっている」。
- (133) 施設側の責任が問われるのは、「専門家によってなされた決定が、容認されている専門的な判断、慣行または基準を大きく逸脱してゐる」場合のみである。Id. at 323.
- (134) Scott v. Plante, 691 F. 2d 634 (3d Cir. 1982)；Association for Retarded Citizens of North Dakota v. Olson, 561 F. Supp. 473 (D. N. D. 1982)。
- (135) Society for Good Will to Retarded Children v. Cuomo, 737 F. 2d 1239 (2d Cir. 1984)；Phillips v. Thompson, 715 F. 2d 365 (7th Cir. 1983)。
- (136) Association for Retarded Citizens of North Dakota v. Olson, 561 F. Supp. 473, 487.
- (137) Note, *The Constitutional Right to Treatment in Light of Youngberg v. Romeo*, 72 Geo. L. J. 1785, 1812 (1984)。

- (131) Youngberg v. Romeo, 457 U. S. at 327.
- (132) Durham & La Fond, *A Search for the Missing Premise of Involuntary Therapeutic Commitment: Effective Treatment of the Mentally Ill*, 40 ROTGERS L. REV. 303, 317 n. 57 (1988).
- (140) 「精神的障害または欠陥を持つ者の介護および治療並びに州民の精神保健の保護は、議会が随時決定する方法に従い、州及び地方当局がこれを行うことができる」N. Y. CONST. art. XVII, §4.
- (141) 本文では触れられなかったが、近年、治療を受ける権利をLRAの法理と結びつけて、「最も制限の少ない環境で（あるいは地域で）治療を受ける権利」が主張されている。この点については、山田敏雄「合衆国における精神障害者の治療を受ける憲法的権利」明大大学院紀要第二五集(1)三五五頁以下（一九八八）参照。なお、一九八五年の時点で三七法域が「地域での強制治療 (outpatient commitment)」に関する規定を持つところから、Miller, *Commitment to Outpatient Treatment: A National Survey*, 36 HOSP. & COMMUNITY PSYCHIATRY 265 (1985).
- (142) See, e. g., Schloendorff v. Society of New York Hospital, 105 N. E. 92, 93 (1914)（成人年齢に達した健全な精神を持つすべての者は、自分自身の身体に何がなされるべきかを決定する権利を有している。本人の同意なくして手術を行う外科医は暴行を犯すものであり、それにつき損害賠償責任を負う）。
- (143) 本稿第四章二(3)（広島法学一三巻二号五二頁）参照。
- (144) 斎藤豊治「アメリカにおける犯罪性精神障害者の收容処分と治療を受ける権利(三)」甲南法学一九巻一号二七—二九頁（一九七八）参照。
- (145) See, e. g., Knecht v. Gillman, 488 F. 2d 1136 (8th Cir. 1973)（受刑者に対する同意なしの行動変容療法）； Price v. Sheppard, 239 N. W. 2d 905 (Minn. 1976)（未成年者に対する母親の同意のない電気ショック療法）。
- (146) 462 F. Supp. 1131 (D. N. J. 1978)； 476 F. Supp. 1294 (D. N. J. 1979).
- (147) ただし七二時間を越えてはならない。Id. at 1313.
- (148) 478 F. Supp. 1342 (D. Mass. 1979).
- (149) 無能力と判定されれば、裁判所任命の後見人が患者本人に代わって同意または拒否をする。
- (150) 当時のAPA会長アラン・ストーンは、「精神衛生法の領域で下された最も信じ難い、最も不適切な、最も無分別な判決」

(97) Stromberg & Stone, *supra* note 78, at 349 (邦訳書九三頁)。

(98) *Id.* at 353 (邦訳書九五—九六頁)。

(99) 457 U. S. 307.

(100) See, e. g., *Dautremont v. Broudlawns Hosp.*, 827 F. 2d 291 (8th Cir. 1987); *Johnson v. Silvers*, 742 F. 2d 823 (4th Cir. 1984).

(101) See, e. g., *Project Release v. Prevost*, 722 F. 2d 960 (2d Cir. 1983).

(102) 67 N. Y. 2d 485, 495 N. E. 2d 337 (1986).

(103) 457 U. S. 291 (1982).

(104) *Id.* at 300.

(105) ただし、同判決は傍論で「強制入院させられた精神病患者は、憲法によって直接保障される自由利益を享受していること……および抗精神病薬の強制投与にはこの利益も係わっている」ことを認めている。 *Id.* at 299 n. 16. 治療拒否権が実体的デュー・プロセスに含まれること、最高裁は必ずしも否定的ではないうことがうかがわれる。

(106) See Clayton, *From Rogers to Rivers: The Rights of the Mentally Ill to Refuse Medication*, 13 AM. J. L. & MED. 7 (1987); Comment, *The Nightmare of Forcible Medication: The New York Court of Appeals Protects the Rights of the Mentally Ill under the State Constitution*, 53 BROOKLYN L. REV. 885 (1987).

六 強制入院と憲法

一 歴史的展開を顧みて

本稿のはじめに「精神病患者の強制入院制度はかつて憲法問題と考えられていなかった」と書いた。入院手続につい

ては比較的早くから憲法のデュー・プロセス条項との関係が問われていたから、厳密に言えばこの表現は正確ではないかもしれない。しかし、手続に対する関心は、正気の者が誤って收容されることのないようにという問題意識から生じたもので、「精神病者の」強制入院自体を問題にするものではなかった。精神病者であれば何故意に反して收容されるのか（身体的疾患の場合には、伝染病など明白に正当化理由のあるときを除いては「強制」入院はありえないのに）。まだ犯罪を犯してもいないのに、何故危険の予測のみで收容されるのか（どれほど凶暴な者であっても、精神病者でなければたとえ近い将来に犯罪を犯す蓋然性があっても予防的に拘禁されることはないのに）。ごく最近までこれらの根本的な疑問が提起されることはなかった。その意味で「憲法問題」ではなかったのである。

それでは精神病者の提起する問題に社会はいかなる対応をしてきたのであろうか。

(一) 歴史的には、精神病者の財産がまず注目された。⁽¹⁾ いわば私法的な対応といえる。後見人による財産の保護手続が詳細に形成された。この段階では、精神病者の福祉は関心の対象とならず、いわんや財産を持たない者は無視された。

(二) 次に、精神病者の危険性に着目した対応がなされた。⁽²⁾ いわば刑法的対応である。強制入院制度が誕生したのはこの段階である。責任能力を欠くとして無罪になった精神病者や、訴訟遂行能力を欠く (incompetent to stand trial) とされた精神病者の收容といった刑事手続関連の收容を別にして、本稿の対象である「民事收容」についていえば、暴力行為の予測のみに基づいて、すなわちまだ犯罪を犯していないのに收容の対象となる点で、一般犯罪者と根本的に異なる処遇を受けた。一八世紀後半以降、特に一九世紀に入って精神病院が増加すると、收容場所は当然病院となったが、実はこのことが問題を複雑にしたのである。社会が精神病者の問題に純粹に刑法的な対応を貫いていれば、精神病者のみを対象とする予防拘禁の是非が遅かれ早かれ問題となり、強制入院制度が憲法問題と意識される時期が早

まったかも知れない。ところが、病院に收容するということは「治療」という要素が強制入院制度に混入することを意味する。ポリス・パワーとパレンス・パトリエとの混合は強制入院制度確立の当初からみられ、同制度が憲法的抑制を長い間免れる一因となるのである。

(三) 次の段階では危険でない精神病者も強制入院の対象とされる。⁽³⁾ 理論的には必ずしも明確な形では確立していないにしても、実質的にはパレンス・パトリエに基づく強制入院が認められたのである。ただこれをはじめて承認したといわれる *Oakes* 判決は、ポリス・パワーに基づく收容とのアナロジーによって結論づけている。このようなポリス・パワーとパレンス・パトリエとの無自覚な混合は、「治療の必要性」という精神科医にしか判定しえない基準が前面に出てきたことと合わせて、ますます憲法的抑制の可能性を弱めたといえよう。この段階は一九世紀の中頃に登場したものであるが、これ以後百年以上にわたって同じ構図が継続することとなる。この間特に入院手続をめぐって議論が沸騰するが、⁽⁴⁾ これは前述のように誤った收容を防ぐ方法に関するもので（これ自体は興味深いけれども）、本格的な憲法論議とはならなかった。また治療を提供するはずの病院は実際には後見的保護のみを提供する施設になったのであるが、表紙と中身の違いを問題とする動きは顕在化しなかった。

(四) として一九六〇年代後半になって、漸く強制入院制度は憲法問題となるのである。⁽⁵⁾ 憲法制定当時にすでにこの制度は存在していたにもかかわらず、二百年近くにわたって憲法の統制を受けなかったというのは、現在から見れば極めて異常なことのように思える。しかしそれは、精神病（者）に対する社会の関心の低さを劇的に表しているともいえるのである。長きにわたる無関心の時代を経て、この時期に憲法の光が当たった要因としては、(i) 強制入院は重大な自由損失を伴うとの認識の増大、(ii) 患者の病状を悪化させる州立精神病院の悲惨な状況に関する知識の増加、(iii) 精神科医に広い裁量を与えることの危険の認識、(iv) 少年審判や刑事手続に比し有意義な法的保護が不足しているとの認

識、などがあげられる⁽⁶⁾。端的にいえば、この時期に至って漸く精神病者の「人権」が発見されたことが、強制入院制度の憲法的統制への道を開いたのである。こうして、制度が合憲であるために不可欠の条件として、「危険」要件の主流化、入退院手続の厳格化、治療を受ける権利の承認といった傾向が強まるのである。

二 強制入院制度と憲法

(1) 憲法の果たす役割

憲法の登場は、しかし、問題の根本的解決にはつながらなかった。リーガル・モデルが全盛期を迎えたのも東の間、「今日大衆の態度と州のポリシーの振り子は、再びメディカル・モデルに向かっている⁽⁷⁾」ようである。その背景には、(a)大衆のホームレスへの関心とそのほとんどが精神病者だという誤った信念⁽⁸⁾、(b)治療せずに放置された精神病者の危険性についての関心⁽⁹⁾、(c)以前は病院にいた精神病者が刑務所に移動したとの批判、(d)精神病者の家族からの入院を容易にする方向への圧力、といった要因が指摘されている⁽¹⁰⁾。こうして、一時は放逐されたかに見えた「治療」要素が再び制度の重要な位置を占めつつあるのが現状である。この二〇年間、連邦下級裁判所を主な舞台に華々しく展開されてきた憲法論議は、果たして強制入院制度にとっていかなる意味を持ったのか。一時期咲いただけの徒花に過ぎなかったのだろうか。

本稿のテーマは、社会において憲法が果たす役割についてのひとつの事例を提供しているように思われる。合衆国は日本と比較して、憲法の役割が大きい社会であろう。にもかかわらず、施設というカーテンに隔てられ、専門性という敷居に遮られている、政治的に発言するためのグループを形成することの少ない精神病者に対しては、憲法の光はなかなか及ばなかった。この事実を、憲法の役割の限界を示しているとはいえないだろうか。憲法の保護を受けることができるのは、自ら声をあげて保護を要求する積極的な人（グループ）か、または社会の関心を引き付けることの

できた人（グループ）であるといえる。自ら発言することのなかった精神病患者は、社会が注意を向けたときにのみ憲法の光を浴びることができたのである。今後もこの構図には変化がないように思える。

憲法の光を受ける場合でも、その光は万能ではない。例えば、聴聞なしの拘束が許されるのは四八時間が限度でそれ以上は違憲とする判例があるが、憲法の要求をここまで読み取ることには賛否両論があらう。連邦最高裁の立場は明らかにこれとは異なり、州の決定や専門的判断を尊重して、自ら基準を打ち出すことには極めて慎重である。「治療」という専門的判断抜きには語れない要素を中核に持つ強制入院制度について、最高裁の判断が明確に示された領域がごくわずかであることは、そのことの表れであらう。憲法が要求する最低限のうえにいかなるシステムを作るかは、連邦議会・州議会、連邦下級裁判所・州裁判所等の試行錯誤によるほかない。そしてその基本的構造を決定するのは、社会の態度である。

さて、最後に、残した課題に取り組もう。強制入院制度はそもそも憲法上許容されるのか、という問題である。

(2) 強制入院制度の合憲性

一九六〇年代後半以降、強制入院制度が違憲性を免れるためには、「危険」要件を前面に押し立てるほかないとの認識が一般的になった。この要件に対しては、精神科医を中心に強力な反対があったが、その反対論は憲法を根拠にしたものではなかった。それでは「危険」要件を規定すれば、強制入院制度は合憲といえるのだろうか。この点、一九六八年にある論者が、「非自発的な収容は社会がもたらす最も重大な個人的自由の剝奪である。刑事手続という手段によるそのような剝奪の哲学的な正当化根拠は、徹底的に探求されてきた。同じような知的な努力は、民事収容手続を社会が用いることの根拠を提供することには向けられてこなかった」と述べているのが注目される。確かにその頃までのほとんどの文献は、「地域の秩序と安全に危険となった精神障害者を施設に収容する州権限を問題とする者は

誰もいない⁽¹⁴⁾」というトーンで貫かれていた。精神病者のみが何故、という疑問を提起する者は不思議なほど少なかったのである。

ポリス・パワーに基づく強制入院の目的である公共の安全確保という観点からすれば、精神病者であると否とに関わりなくすべての危険な者を收容することが最も適切ということになる⁽¹⁵⁾。しかし、「自由と自律の価値を重く見る社会において、予防拘禁はたとえ人間らしいなど価値ある目的のためでさえ一般的には正当化されない⁽¹⁶⁾」。それでは精神病者のみの予防拘禁はどう説明されているのだろうか。まず精神病者は一般人より危険性が高いという社会通念がある。しかしこれを支える証拠はなく、むしろ全体としては犯罪を起こす確率は低いともいわれている⁽¹⁷⁾。次に精神病者は行動の制御ができず、したがって刑罰による犯罪抑止効果が働かないという議論がある⁽¹⁸⁾。これは、精神病者には有意義な自由や自律がないとの主張につながり、強制入院制度を背後から支えてきた最も普遍的な理論であるといえる。しかし、このような精神病者観には科学的な証拠がない⁽¹⁹⁾。科学者は行為者の選択の自由に影響を与える種々の圧力についての情報を提供しうるのみであって、ある者がどの程度制御能力を欠いているかを判定することはできない。結局この理論は、精神病者のなかには他人には理解できない行動をとる者がいるという経験的事実から類推したある種の「信念」にすぎないとの見方もできる。

第三に、強制入院後に提供される治療は精神病者に利益となるといふ点があげられている⁽²⁰⁾。これに対しては、精神病院の実態に基づく批判論もあるが、より根本的な難点が指摘されている。つまり、「治療」の利益はパレンス・パトリエに基づく強制入院については唯一の正当化根拠となっているが、精神病者のみの予防拘禁を正当化する根拠としても重要な位置を占めている。すなわち、強制入院制度を合憲としているのは、「危険」よりもむしろ「治療」なのである。問題はそれが許されるか否かである。ある論者は次のように言う。「それは罰するのでなく治療し予防しようとする

する。社会防衛のみならず個人の利益も主要な目的であり、それらの目的が、刑事手続ではなく民事手続であること(22)を示している」と。もし「治療」の利益を与えることで危険な精神病者の強制入院を正当化しようとするれば、その精神病者に治療の可能性がなければならない。そしてこの場合、非精神病者であつてしかも治療(矯正)に適應する者もまた強制入院の対象としなければならない。また、彼が治療を拒否すれば利益は存在しないのだから、治療拒否ができないほど能力を欠くことが要求される。このように要件を絞り込んでいけばあるいは合憲と考えることができるかも知れないが、そのような極めて限定的な強制入院制度に社会は満足するであろうか。現在、強制入院制度それ自体を違憲とする判例はなく、学説でも極めて少数にとどまる。(23)しかし、強制入院制度の合憲性は以上のように極めて疑わしいということは理解しておくべきであらう。

- (1) 本稿第一章一(広島法学二二卷三号七〇—七一頁)参照。
- (2) 本稿第一章二(広島法学二二卷三号七二—七五頁)参照。
- (3) 本稿第二章二、三(広島法学二二卷三号七八—八四頁)参照。
- (4) 本稿第三章二(1)(広島法学二二卷三号八八—九三頁)参照。
- (5) 本稿第五章(広島法学二三卷二号五七頁以下および本号)参照。
- (6) Durham & La Fond, *The Empirical Consequences and Policy Implications of Broadening the Statutory Criteria for Civil Commitment*, 3 YALE L. & POL. REV. 395, 397 (1985); D. WEXLER, MENTAL HEALTH LAW: MAJOR ISSUES 14-20 (1981).
- (7) Durham & La Fond, *supra* note 6, at 398.
- (8) ホームレスの全体数については、二五万—三〇万人とするものから、二百万—三百万人に及ぶとするものまで調査によつて非常に異なる。またホームレスのうち精神病者の占める割合についても、三三%から五〇%とするもの、五〇%から七〇%とするものなど様々である。Note, *The Duty of California Counties to Provide Mental Health Care for the Indigent*

- and Homeless*, 25 SAN DIEGO L. REV. 197, 198 (1988); Rhoden, *The Limits of Liberty : Deinstitutionalization, Homelessness, and Libertarian Theory*, 31 EMORY L. J. 375, 391 (1982). 正確な実態はわからないのが現状であるが、ホームレスの相当数が精神病患者であること、およびこの現実は一九七〇年代の法改革が加速させた「脱入院化」政策によるところが大きいことは否定し難い。
- (9) 精神病患者が必ずしも危険でなかつたは多くの調査が示されてゐるが、メディアによって大衆の誤解が増幅されてゐる。Teplin, *The Criminality of the Mentally Ill : A Dangerous Misconception*, 142 AM. J. PSYCH. 593 (1985).
- (10) Durham & La Fond, *A Search for the Missing Premise of Involuntary Therapeutic Commitment : Effective Treatment of the Mentally Ill*, 40 RUTGERS L. REV. 303, 306-309 (1988).
- (11) Lessard v. Schmidt, 349 F. Supp. 1078, 1091 (1972). 同判決は「当裁判所はこの聴聞が開かれなければならない正確な時期を決定するものではない。……ただジャー・プロキスなように要求されてゐると信する最低限の基準を設定する」と述べて、四八時間という基準を打ち出してゐる。
- (12) 本稿第五章二(1) (広島法学一三卷二頁六一頁) 参照。
- (13) Livermore, Malinquist & Meehl, *On the Justifications for Civil Commitment*, 117 U. PA. L. REV. 75 (1968).
- (14) Milim, *A Re-examination of the Validity of Our Sex Psychopath Statutes in the Light of Recent Appeal Cases and Experience*, 44 J. CRIM. L. & CRIMINOLOGY 716, 718 (1954).
- (15) Morse, *Crazy Behavior*, 51 S. CAL. L. REV. 527, n. 227 (1978); Note, *Mental Illness : A Suspect Classification*, 83 YALE L. J. 1237, 1263 (1974). したが「その様な制度は歴史的、憲法的および社会的諸価値と調和しない。」 Morse, *A Preference for Liberty : The Case Against Involuntary Commitment of the Mentally Disordered*, 70 CALIF. L. REV. 54 (1982).
- (16) Morse, *Crazy Behavior*, supra note 15, at 630.
- (17) See, e. g., Ennis & Litwack, *Psychiatry and the Presumption of Expertise : Flipping Coins in the Courtroom*, 62 CALIF. L. REV. 693, 712-16; Diamond, *The Psychiatric Prediction of Dangerousness*, 123 U. PA. L. REV. 439, 444 (1974); Chambers, *Alternatives to Civil Commitment of the Mentally Ill : Practical Guides and Constitutional*

- Imperatives*, 70 MICH. L. REV. 1108, 1124 & nn. 66, 67 (1972). しかし、精神病者は一般人より暴力犯罪で逮捕されることが多いため指摘せらる。 Zitrin, *Crime and Violence Among Mental Patients*, 133 Am. J. PSYCHIATRY 142 (1976). しかし、これも精神病者の予防拘禁を正当化するほど確実な証拠とは見えなす。
- (8) Note, *Civil Commitment of the Mentally Ill* : *Theories and Procedure*, 79 HARV. L. REV. 1288, 1290 (1966) ; Project, *Civil Commitment of the Mentally Ill*, 14 U. C. L. A. L. REV. 822, 827 (1967) ; Livermore *et. al.*, *supra* note 13, at 86. See also N. KITTRIE, *THE RIGHT TO BE DIFFERENT* 373-74 (1971).
- (9) Morse, *A Preference for Liberty*, *supra* note 15, at 59-61.
- (10) Case Comment, *Wyatt v. Stichey and the Right of Civilly Committed Mental Patients to Adequate Treatment*, 86 HARV. L. REV. 1282, 1295 (1973) ; Bazelon, *Implementing the Right to Treatment*, 35 U. CHI. L. REV. 742, 749 (1969).
- (11) 「この仮定は現在の病院施設からみて非現実的である。」 Note, *supra* note 18, at 1290.
- (12) Mihm, *supra* note 14, at 719.
- (13) See K. MILLER, *MANAGING MADNESS* : THE CASE AGAINST CIVIL COMMITMENT (1976) ; Morse, *Crazy Behavior*, *supra* note 15 ; Morse, *A preference for Liberty*, *supra* note 15 ; ブルース・ヒニス(寺嶋正吾・石井毅訳)『精神医学の囚われ人』二八八—九七頁(一八七四)。

おわりに

強制入院制度が憲法的統制から完全に自由である時代は確かに終わった。しかし、制度が抱える問題がすべて解決したとは到底いえない。一九七〇年代には、憲法的抑制が進めば解決するというある種の楽観論が支配していたように思われる。しかし事はそう単純ではなかった。問題を解決するはずの法改革が更に困難な問題を生ぜしめた。本稿が辿ってきた歴史的展開をみれば、法規制の強化の時代と緩和の時代が交互に現れている。そこには、憲法と社会、法律家と医学者、理想と現実、自由と福祉等の様々なせめぎ合いを読み取ることが出来る。憲法を社会的現実適用

する際のダイナミズムがそこにはある。「はじめに」で引用したように、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」に直面しているといえようが、第二世代の問題解決がまた次の世代の問題を産まないともかぎらない。

わが国において、精神医療に対する法的統制（憲法的統制とはいえないまでも）の端緒が切られたのはここ数年のことである。アメリカの経験は、そのままではわが国に参考になりにくい面が多いが、行き過ぎを繰り返しながら妥当な解決策を探るその歩みから学ぶことも少なくない。違いを認識したうえで、わが国における憲法的ミニマムを追求する際の他山の石とすべきであらう。

〔付記〕 本稿は文部省科学研究費補助金による研究成果の一部である。