

## 精神医療と法——革命は成就したのか？

PAUL S. APPELBAUM, *ALMOST A REVOLUTION:  
MENTAL HEALTH LAW AND THE LIMITS OF CHANGE*,  
Oxford University Press, 1994, pp. x + 233

## I. はじめに

1970年前後から80年代にかけて、精神医療に関する法領域は前例のない変革を経験した。本書は、この時代に立会った精神医学者が、データがほぼ出揃った時点で、法改革を総括したものである。著者 Paul S. Appelbaum は、マサチューセッツ大学医学部の精神医学教授である。現在アメリカ精神医学会 (American Psychiatric Association = APA) の副会長を務めている。一貫して精神医学と法学が交錯する分野で顕著な業績をあげている。

本書で扱われているテーマは、①強制入院の要件、②患者の暴力から潜在的被害者を守る義務、③薬物治療拒否権、④責任無能力の抗弁、の4つである。それぞれについて、改革の原因の解明、改革自体の分析、改革の達成度の評価、今後の展望を明らかにした後、最終章で全体的な総括がなされている。われわれにとって最も興味深いのは、改革の結果に関する実証的研究の分析であり、本稿でも主としてこの部分を紹介する。法改革の理論面については、従来から日本に紹介されているが、その結果についてはあまり知らされていない。本書は、それを余すところなく分析している。

本書の刊行は数年前になるが、法律に精通している医師である著者だからこそ、わかりやすい分析が随所に見られ、現在においても紹介に値する。なお、本書で引用・言及されている文献は、アメリカ法におけるこの領域の議論を鳥瞰する際のかなり網羅的な文献リストの役割を果たし得るものと思われる。以下、各章毎の要約を試みたい。

## II. 改革のステージはいかにして準備されたか(第1章)

法律家からも精神科医からも注目を集めることがなかった精神医療に関する法が、1960年代後半になって大変革を遂げるに至るには、3つの条件があった。①精神医療に対する疑問が公然と提起されるようになった。②公民権運動がもたらした平等保護条項とデュープロセス条項の新しい意味内容が、同じく自由を奪われた存在である精神障害者にも影響を及ぼした。③多くの法律家や精神科医の目が精神医療法に向けられるよう

---

1) 著書に、*INFORMED CONSENT: LEGAL THEORY AND CLINICAL PRACTICE* (1987) (C. Lidz, A. Meisel との共著)、*TRAUMA AND MEMORY: CLINICAL AND LEGAL CONTROVERSIES* (1997)、*ASSESSING COMPETENCE TO CONSENT TO TREATMENT* (1998) (T. Grisso との共著)がある。

になった。

### III. 強制入院: 権利と常識の狭間(第2章)

1. ある女性がウイスコンシン州の自宅前で2人の警官に拘束されて精神医療センターに連れて行かれたことから始まった *Lessard v. Schmidt* (1972)<sup>2)</sup> は、強制入院法の大改革の起爆剤となった。Lessard 判決によれば、精神障害者を強制入院の対象とする州法が合憲となるためには、「自他に直ちに危害を及ぼす顕著な可能性」という非常に限定された危険性要件を規定したものと解釈しなければならず、また、その危険性は「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・威嚇の認定」に基づく必要がある。そして、手続については、予備的な聴聞を48時間以内に、弁護士依頼権をはじめ、合理的な疑いの余地のない証明、自己負罪拒否特権、伝聞証拠の排除等が保障される正式の聴聞を14日以内に行うように求めていた。この判決は、かつて強制入院法を支配していた治療優先の志向を権利重視に変える象徴の役割を演じ、1970年代の終わり頃には危険要件が全米を席捲することになったのである。

2. 法改革に対して、医療側からは、入院させられないばかりに患者の自殺を阻止できなかった事例を指して「権利を抱いて死す」<sup>3)</sup> と呼ぶなど、改革が患者や精神医療システムに悪影響を及ぼしたとする次のような批判の声が強まっていった。①実体要件を自他への危険のみに限ることで、要件に該当しないけれども重大な疾患を抱える多くの患者に対する医療実践を不可能ならしめる。②これまでであれば病院に運ばれていた患者が、治療を受けることなく刑事司法制度の中で処理される。③精神科医にとって専門とはいえ危険性の判定を強いられる。④治療に対する適応の有無を問わず危険な患者ばかりを入院させることになるから、病院が刑務所類似の施設に変質する。しかし、このような予測を立てる改革の批判者が根拠とするのは、主としてエピソードであり、実証的なデータが提示されることは稀であった。

3. 改革法の影響に関する研究によれば、強制入院件数にはほとんど影響がなかったようである。また、以前に比べてより危険な患者、またはより症状の重い慢性の患者が増えているかといえば、答えは否である。さらに、一定の患者群を診断して、治療の必要性があるにもかかわらず、入院要件に該当しない者がどれだけいるかを抽出しようとした研究においても、そのような「権利を抱いて死ぬ」患者はほとんど見出されなかったのである。

批判者が示した予測と実際の結果がこのように乖離しているのを、どう説明すればいいだろうか。これを解く鍵は、関係者の法に対する態度にある。人々が自ら変えようと

2) *Lessard v. Schmidt*, 349 F. Supp. 1078 (E.D. Wis. 1972). 本件の事実および判旨については、横藤田誠「法廷のなかの精神疾患(2)」季刊精神科診断学9巻2号280頁、283-85頁(1998)参照。

3) ウイスコンシンの精神科医 Darryl Treffert の言葉。D. Treffert, *Dying with Their Rights On*, 130 Am. J. PSYCHIATRY 1041 (1973).

しない限り、法をもってしても行動を変えることはできないのである。まず、裁判官や弁護士は、目の前の患者が明らかに治療を必要としていると見ており、本人の意思に反してでも入院させるべきと考えている。新法もこれを変えるには至らなかった。また、「危険」要件は以前の「治療の必要性」要件に比べ、はるかに精密と見られていたが、実はかなり漠然としており、精神科医の裁量に委ねられる部分はかなり残った。結局、入院へのハードルは改革後もさほど高くならなかったのである。これら強制入院システムの登場人物が抱く「常識」を無視したのが、法改革が目的を達成しえなかった主因である。

以上のように、法改革が強制入院のシステムにさほどの影響を与えていないにもかかわらず、多くの患者がホームレスとして街頭にいるのは、法律が入院を妨げたからではなく、「脱施設化 (deinstitutionalization)」政策の結果、空きベッドがないからである。このように見てくると、ホームレス問題の解決のために、あるいは精神障害者による犯罪防止のために、法の再改正を求めるのは見当違いであることがわかる。Lessard 判決がもたらした現行のシステムは、いくつかの小規模な修正が求められるとしても、概ねうまくいっていると評することができよう。もっとも、法規定に违背することで保たれているそのような正当性が果たして望ましいのかという難問は残る。しかし、自由の価値は治療よりも重視されるべきであるとする、法改革の主唱者の抱いた信念が、大多数のアメリカ人によって否定されたということは言えるであろう。

#### IV. 患者の暴力から潜在的被害者を守る義務: 安全保持義務 vs 不開示特権 (第3章)

1. 1970年代半ばまで、精神科医や精神療法医が、自らの患者によって傷つけられた第三者から訴えられるのを心配することなどほとんどなかった。患者が他人に損害を与えたとき外出・退院を許可したり開放病棟に移したりした医師の責任が認められるのは、厳格な条件をクリアした場合のみであった。

こうした状況を劇的に変えたのが、Tarasoff v. Regents of the University of California (1976)<sup>4)</sup>であった。精神療法を受けていた大学院生が女性を殺害した事件につき、治療者は患者の殺意に気づいていながら何もしなかったとして、女性の両親から訴えられたこの訴訟は、患者が一度も入院したことがないことから、従来の法理では医療側の責任が認められる可能性はなかった。ところが、カリフォルニア州最高裁は、医師-患者間は特別な関係であり、「患者が第三者に対して暴力をふるう重大な危険があると、治療者が実際に判断するか、または専門家としての水準からみてそのように判断すべきであったとすれば、治療者にはその危険を予見しうる被害者を保護するために、合理的な措置を取る義務が課せられる」と述べて、潜在的被害者が特定されうる限り被害者を保護す

4) Tarasoff v. Regents of the University of California, 551 P. 2d 334 (Cal. 1976). 本件については、岩井宣子『精神障害者福祉と司法』281-84頁(尚学社, 1997); 飯塚和之『精神障害者の加害行為と精神科医の責任——タラソフ判決の検討』商学討究(小樽商科大学) 35巻 107頁以下(1984)参照。

る広範な義務が治療者には課されていると判示したのである。

2. この判決に対して医療側の反発が激しかったのはいうまでもない。暴力の予測という不可能な仕事の失敗について損害賠償を課されたこともさることながら、それ以上に精神科医を憤激させたのは、精神療法にとって不可欠な患者情報不開示の原則 (confidentiality) を Tarasoff 判決が台無しにして、医師-患者関係が破壊されると考えられたためである。

Tarasoff 判決に続く判例のなかには、これを拡張する趣旨のものと限定するものが見られるが、いずれも第三者を保護する義務を肯定している。

3. それでは、この義務をめぐって治療者が抱いた懸念は現実のものになったのであろうか。医師-患者関係が破壊されるという懸念は、治療者が情報不開示原則を破らざるを得なくなること、および、それを恐れる患者の受診拒否を招く、という前提に基づいていた。しかし、実際にはそうならなかったのである。まず、Tarasoff 判決以前にすでに多くの治療者が患者の暴力に関する警告を発していたという。治療者の多くはそれ以前から倫理的義務としてこれを受け入れていたのである。また、ほとんどの患者は、法的な保護の有無にかかわらず、治療者が秘密を保持することを信じていたのである。総じてデータによれば、第三者保護義務の悪影響はほとんどなかった、ということができよう。

ただ、Tarasoff 判決の問題点は、そのあいまいさである。①いつ義務が発生するのか、②どうすれば義務を果たしたことになるのかという点について、判決の示す基準は不確定というほかない。結局この基準は、治療者が従うべき要件を打ち出したというよりも、被害者に対する補償を確実にするものにほかならない。

しかし、法はこうした状況を矯正する機構も備えている。保護義務の適用範囲を限定する判例の一方の潮流はその例である。また、立法府が矯正の役割を担うこともある。多くの州で、Tarasoff 判決に潜む2つのあいまいな点を解決しようとする立法を採用している。①義務発生契機については、「特定の者に対して実際に脅迫がなされたとき」とする州法が多い。②義務の履行方法に関しては、被害者に警告する、警察に通報する、患者を入院させる等があげられている。

治療者もまた、第三者を保護する義務と共存する道を見つけつつある。暴力的な空想を語る患者は、一方でそれを止めて欲しいというアンビヴァレントな感情を抱いているのではないか。そうであるならば、患者が暴力を仄めかしたとき、治療者は臨床的な判断として、警告、入院、投薬、家族による監視等を検討することが、被害者にとってのみならず患者にとっても利益になるであろう。

#### V. 投薬治療拒否権: 同意、強制、そして裁判所(第4章)

1. 遅発性ディスキネジア (tardive dyskinesia) に代表される副作用をもつ薬物療法の強制に反発したボストンの州立病院入院患者が提起した訴訟こそ、強制入院患者に憲法

上の薬物治療拒否権が認められると判示して、精神医療界を騒然とさせた *Rogers v. Okin* (1979)<sup>5)</sup> の始まりであった。*Rogers* 判決は、連邦憲法上のプライバシー権および第1修正が保障する「思想形成の自由」に基づいて治療拒否権を承認した。患者の拒否を覆すためには、患者が裁判所によって無能力と認定され、治療に関する決定をなす後見人が選任されなければならない、とされたのである。

2. 治療拒否権の承認に対する精神科医の反発は極めて激しいものであった。病識を欠き、自ら受診しないことの多い精神疾患の患者だからこそ強制入院制度が必要とされるのに、治療拒否権が認められれば、ある精神科医が「権利の上に朽ち果てる」<sup>6)</sup> と述べたように、精神病院は1950年代以前のように、治療されない患者が慢性化して長期入院を強いられたり、暴力的な患者を力で押さえつけたりする、非治療的な施設に逆戻りすることになる、というのである。

*Rogers* 判決後の判例の傾向は、裁判所等の審査機関によって無能力と判定されない限り、患者こそが治療を受けるか否かを決定する権利を有するとする〈権利志向アプローチ〉と、治療を受けるか否かの決定権よりも治療の利益を重視する〈治療志向アプローチ〉に分かれる。合衆国最高裁は、*Rennie v. Klein* (1982)<sup>7)</sup> において、「専門的判断尊重テスト」(専門家によってなされた決定は正当であると推定される)のこの分野への適用を示唆した。これは治療志向アプローチに類似するものであり、専門家の判断によって治療の適切性が認められれば、患者が拒否していても治療を強制しうることを意味する。ここに、治療の最終決定権は医師の手に委ねられることになり、最高裁が治療拒否権というよりも「治療に異議を唱える権利 (right to object to treatment)」を支持していることが示されたのである。

3. 治療拒否権の主唱者はこの権利による患者の自律的決定権の増進を強調し、批判者はこれによって治療環境が破壊されると予測した。果たして現実はどうだったろうか。①薬物治療拒否はそれほど増えていない。拒否権を認めれば患者間に伝染するとの予測は誇大に過ぎたといえよう。②治療拒否患者の暴力の頻度は上昇している。ただ、拒否患者の比率自体さほど高くないことを考えれば、院内生活がより危険になったのは事実だとしても、当初危惧されたように、精神病院が刑務所に変質するといった事態には至っていない。③病状の深刻な悪化を防ぐために緊急に薬物投与が必要であると診断された患者が、継続して拒否した例は1件もなかった。「権利の上に朽ち果てた」患者はいなかったわけである。④拒否権を擁護するためにつくられた審査機構(特に裁判所)に関

5) *Rogers v. Okin*, 478 F. Supp. 1342 (D. Mass. 1979). 本件については、横藤田「法廷のなかの精神疾患(4)」季刊精神科診断学10巻1号105頁(1999)、および同「法廷のなかの精神疾患(5)」季刊精神科診断学10巻2号245-46頁(1999)参照。

6) T. Gutheil, *In Search of True Freedom: Drug Refusal, Involuntary Medication, and "Rotting with Your Rights On"*, 137 AM. J. PSYCHIATRY 327 (1980).

7) *Rennie v. Klein*, 457 U.S. 1119 (1982).

わるコストは相当高まった。

以上の結果から、治療拒否権の承認は治療拒否の頻度をやや高め、病院生活の安全性をやや低下させ、コストを上昇させるという影響を及ぼしたのは確かであるものの、治療を必要とする患者が治療されないまま放置されるという事態にはなっておらず、予測された病院精神医療の終焉という現象は起こっていない。特に①と③について精神科医の予言がはずれたことが、治療拒否権の否定的効果を相当程度和らげたといえる。

①治療拒否の頻度について精神科医が過大に予測したのは、強制なしでは精神医療は成立しないと彼らが考えていたことがひとつの原因であった。しかし、ほとんどの患者は、自分が病気だと認めたくない者も含めて、基本的なレベルで治療の必要性和効用を認めているように思われる。それでは、③「権利の上に朽ち果てる」現象が起こらなかったのはなぜだろうか。第1に、精神科医は治療拒否の主な原因を病識の欠如、被害妄想に求めているが、実際には副作用の存在や治療に効果がないことなど、不合理とはいえない要素による拒否も相当の率にのぼる。そうだとすれば、薬物の量や種類について患者と話し合うことにより、多くの拒否をなくすことは可能であろう。第2に、州当局や保険会社等の圧力により平均在院期間が顕著に短縮されたことによる。これまでであれば病院内で衰弱していたような患者が、今では治療を受けないまま通りを歩き回っているのである。第3に、精神科医は、裁判官が一般に治療拒否を支持するであろうと思込んでいたが、実際にはそうではなかった。治療拒否のケースのごくわずしかし審査機関によって支持されていないのである。ただ、こうした現象は、能力のある患者の自己決定権を否定するという犠牲の上に成り立っていることは否定できない。

さて、そもそも強制入院が正当化されるのは、それによって精神障害者の問題行動が改善され、本人にも社会に対しても有益であると考えられるからである。わが憲法体系の下では、社会防衛の目的のみで有罪宣告を受けていない者から自由を剥奪することはできないが、これにパターナリスティックな根拠が加われば結論は異なる。それでは、治療拒否権をどう考えるべきであろうか。実証研究によれば、患者に治療に異議を唱えることを許し、主治医や外部の審査機構に治療計画の再検討を強いた結果として、治療が変わったり中止されたりすることがよくある。審査システムが一定の効用をもつことを示唆している。しかし、ケアの質を向上させるために、患者の自由回復に必要な治療を拒否する権利を与えるというのも、妙なやり方である。あくまでも焦点が治療の適切性にあるのなら、全患者について治療の適切性を評価するシステムを構築する方がはるかによい。治療拒否権のコストは、批判者が恐れたほどではないものの、より魅力的な代案がある以上、負担するに値しない。能力のある患者の権利を擁護するためには、強制入院法の対象から除外するのがより効果的である。

## VI. 責任無能力の抗弁 (insanity defense): 道徳的非難可能性と刑罰(第5章)

1. 1981年3月、公衆の面前でレーガン大統領暗殺を企て4人を殺傷した John

Hinckley の事件では、彼が責任無能力により無罪になるかどうかが唯一の争点であった。責任無能力に関する法的基準として、これまで「野獣テスト」、「善悪テスト」、「マクノートン・ルール」、「抵抗不能の衝動テスト」、「グラム・ルール」、「模範刑法典ルール」が用いられてきた<sup>8)</sup>。ヒンクリーが裁かれたワシントン DC は「模範刑法典ルール」を採用していた。これは、「犯罪行為の時点で、精神の疾患または欠陥の結果として、自己の行為の犯罪性 (criminality) [不法性 (wrongfulness)] を弁別し (appreciate)、または自己の行為を法の要求に従わせる実質的能力を欠く」者の刑事責任を否定するものである。この能力の挙証責任は検察側にあり、合理的な疑いの余地のない証明をしなければならない。陪審の判断は、責任無能力により無罪であった。

2. 大多数の公衆・政治家・知識人がこの評決に憤激し、責任無能力の抗弁には基本的な欠陥があると確信し、改革を要求した。ヒンクリー後の改革の動きには6つの形態がある。① 責任無能力の抗弁を廃止した州がある。妄想に基づく犯罪行為であっても、意図してそれを行った限り、犯意 (mens rea) が存在するとみなされる。② 基準を狭めようとする立場がある。「自己の行為を法に従わせる実質的能力」という意思基準は、これを測定する科学的基礎を欠き、抗弁制度そのものを危殆に陥れるとして、削除が主張された。その結果、連邦法や少なからぬ州法が、意思基準をはずした新たな基準を打ち出した。③ 従来挙証責任を検察側に負担させていた法域のうち、半分が被告人側に転換した。④ APA は、法概念としての責任無能力の問題は精神科医が専門性を発揮する事柄ではなく、精神科医の証言は被告人の精神状態や動機の解明に限られるべきであると主張し、連邦証拠規則もこの趣旨に改正されている。⑤ 責任無能力により無罪となった者に対する強制権を強化する動きが強まった。その方法は、釈放に条件を付けること、危険性や精神疾患という通常の強制入院の要件が備わっていない場合であっても、一定期間の収容を義務づけること、収容・釈放手続を事実審裁判所で行うこと、挙証責任を無罪者側に転換することなどである。⑥ 最後に、陪審が「有罪ただし精神障害 (guilty but mentally ill)」という評決をなしうるとする立法をもつ州がかなりある。責任無能力による無罪を主張する被告人が、精神障害ではあるものの責任無能力の要件に合致しないと判断したとき、陪審はこの評決をなすことができ、被告人は収容される。

3. 改革のほとんどが、責任無能力により無罪とされる被告人が減少することを目的とした。これは実現したであろうか。① 責任無能力の抗弁を廃止したモンタナ州では、予測通り犯意を欠くという抗弁の容認率は激減したが、ほぼ同じ比率の被告人が訴訟無能力であると認定されて病院に移された。被告人が通常の犯罪者として裁かれ刑罰に服する、という廃止の主張者の目的は達せられなかったのである。② 責任無能力基準を厳

8) これらの基準については、墨谷葵『責任能力基準の研究』(慶応通信、1980); 岩井宣子『精神障害者福祉と司法』第四章(尚学社、1997)参照。

格にした州でも、容認率や無罪後の収容期間には目立った変化が見られない。これは、責任能力を判定するさいに作用するのが法的な基準ではなく、むしろ被告人が処罰に値するか否かに関する本能的な直観であることを示唆している。これに対して、③ 挙証責任を被告人に転換したことの効果は、申立率と無罪率の減少という形で現れている。

④ 専門家証人が被告人の精神疾患に関する証言を超えて、責任無能力に該当するか否かを断定することを禁止する改正の効果について、模擬陪審による調査では、専門家が結論に言及してもしなくても結果には無関係であることが明らかになっている。⑤ 実証研究によれば、無罪後の処遇の変革は再犯率をかなり減少させているが、反面で入院期間は相当延びている。新制度は、無罪者を地域で安全に過ごさせることにはあまり成功していないようである。⑥ 「有罪ただし精神障害」の評決の採用後、責任無能力による無罪率および有罪率の減少という形の変化があった。つまり、これら双方から「有罪ただし精神障害」に移行したものと見られるのである。しかし、この新たな評決形態の目的が、陪審員に別の選択肢を与えることだったのを思えば、実際の陪審審理において、この評決がなされる比率がさほど高くないという結果は、予測とは相当異なっている。

責任無能力抗弁の改革は、挙証責任の転換を除いて目標を達しなかったということになる。最大の理由は、刑事司法制度において、責任無能力の抗弁が主要な役割を演じており、無数の被告人が不当に処罰を免れているという前提に誤りがあったからではないか。もともとこの抗弁の数は限られており、変化する余地がさほどなかったのである。また、精神疾患を装う犯罪者がずいぶん弁護士や金で買われる精神科医と共に、騙されやすい陪審を手玉に取って刑罰を免れているという図式も、的はずしている。責任無能力の抗弁が容れられたケースの大多数は、検察官と被告側弁護士との交渉あるいは陪審の関与しない公判の結果なのである。

・ ヒンクリー事件後の経験は、道徳的に非難できない者を処罰することはできないという観念をどう捉えるかについて、法規範が影響を与えることは難しいという事実を示している。それが、近年の改革の経験がもたらした洞察である。

## VII. 精神医療法改革の結末(第6章)

大改革の渦に巻き込まれた者は、改革の主唱者も反対者も、変革がもたらす結果について極端な予言を行ったが、ほとんどが誤りであった。改革は何故予測通りの結果をもたらさなかったのだろうか。① 専ら個人的権利の擁護にウェイトを置いた改革は、精神障害者が治療を受ける利益をあえて軽視した。もちろん権利は重要である。しかし、精神医療制度の目的は治療であり、法規制はこの制度目的にかなわない、それを増進するものでなければならない。患者の治療を受ける利益を妨げる法は、精神障害者にとって正義ではない。② 治療の提供を不当に妨害するような過度の権利尊重を許すべきではない、という「常識」の上に立っている法の運用者(裁判官、弁護士、陪審員、精神保健専門職等)の改革に対する抵抗を過小評価した。③ 外部の力も作用している。当局の財政削減

の要求や地域医療体制の充実は入院率を下げ、反対に、人々の非施設化政策に対する反感、大都市に見る多数の精神障害者のホームレス、精神障害者による犯罪などは、強制入院を増加させる誘因となる。

精神医療法は今後も進化を続けるであろう。近年の改革の経験が最も明瞭に教えているのは、精神疾患の存在や治療の利益を一切否定したり、逆に強制権限の行使を実体的・手続的に規制することに全面的に反対したりする、イデオロギー過剰な立論は安定的な改革をリードしえないということである。治療提供という利益であれ、患者の権利擁護という利益であれ、社会防衛であれ、単独で精神医療法を基礎づけるものではない。各利益の合理的な妥協によるというほかない。そうだとすれば、現状の把握と改革案の利害得失についての共通理解が前提とならねばならないが、近年の改革ではこの点が極めて不十分であった。将来の精神医療法改革は、相当集積しているこの種のデータに基づき、法の運用者を含む関係者間の合意を形成しつつなされるべきである。

### VIII. 若干のコメント

法のあり方を決定する要因として、①上位の法規範の拘束、②法制定の根拠としての事実の認識、③価値判断、をあげることができよう。本書は、精神医療法改革について②を強調することで、①③に片寄りが必要なこの分野の議論に別角度からの光を当てている。著者は医師として当然のことながら、③価値判断の局面では治療優先の立場をとる。しかし、精神医療法をめぐる議論のなかで、価値判断によるしかない局面が最後には残るにしても、できるかぎり法と医の対話を可能にするためには、共通理解としての事実認識が重要であるというのが、著者の考えであろう。

1970年代を中心とする精神障害者をめぐる法の大改革に対して、多くの精神科医は「こんなことをすれば大変なことになるぞ」と警告した。これに対して著者は「それほど影響はなかった」と総括している。数多くの実証研究に基づく著者の分析は鮮やかである。その根底には法に対する醒めた目がある。「法は人々によって執行されるものであって、自ら執行するものではない。ある法が尊重に値するものとして一般に受容されない限り、その法は遍く無視されるであろう」(41頁)、「法は時代の空気によって陶冶される」(218頁)と考える著者にとって、法改革が予期されたほどの効果をあげなかったのは、それが「常識」に反していたからである。この見解の是非はともかく、社会改革と法との関係性を深く考えさせる1書である。

日本の精神医療法はアメリカとは相当異なる道を歩んでいるが、問題意識を共通にする側面は存在する。アメリカのここ数十年の経験は、日本法の今後の方向性を考える際にも貴重な情報源であり、他山の石とすべきである。その際、事実認識や評価に関する本書の分析が、アメリカ精神医療法改革の一層の理解を助けるであろう。

(横藤田 誠)