

8 精神障害者による危害行為の規制と予防

趙 国玲 常 磊¹⁾

要旨：精神障害者が実施する危害行為は、既に社会の安定に影響を与える大きな要素となっている。本稿は、精神障害者の危害行為という概念を位置づけした上で、その予防体系の分析を行う。精神障害者の危害行為の予防には、事前予防と事後予防という二つの部分がある。事前予防とは、まだ危害行為を実施していない精神障害者に対する管理、医療等の措置をいう。他方、事後予防とは、主に危害行為を実施した精神障害者に対する法的な規制措置を意味する。これには、行政上の規制措置と刑事上の規制措置が含まれ、それによって危害行為の再発を防止する。

キーワード：精神障害者 危害行為 予防

現代の社会生活の圧力によって、精神衛生は、グローバルな重要問題となり、精神障害者が実施する危害行為も、通常为社会秩序に影響を与える重要な要因の一つとなっている。精神障害者が実施する危害行為、特に他人の身体の安全を脅かす危害行為は、常に予測不能性、結果の重大性といった特徴を備え、これがいったん発生すると、回復不能な結果をもたらす。それゆえ、精神障害者の危害行為の防止に関しては、その予防に重点を置くべきである。社会防衛に対する需要から、19世紀の刑事の実証学派は、既に精神科病院の設立等の予防措置につき多くの研究を行った。精神障害者の危害行為の予防は、事前予防と事後予防に分けられる。そのうち、事前予防は、主に

まだ危害行為を実施していない精神障害者に対する治療、管理等の措置によって、そのような者による社会的危害行為の実施を予防する。事前予防の実施は、主に病院、コミュニティ等の社会の力に依拠する。もう一方の事後予防とは、危害行為を実施した精神障害者に対応する行政・刑事等による法律的な規制と拘束のことであり、それによって危害行為の再犯を防止する。事後予防は、特定の者が特定の手続を経てこれを行い、精神障害者の危害行為に関する予防体系において、重要な地位を占める。

❖ 1 精神障害者危害行為の確定

精神障害という概念の限定は、精神障害者の危害行為の予防と同じく難問の一つである。なぜなら、これは、中国刑法18条の用いる「精神病」の概念により大きな影響を受けるからである。中国の刑法学界では、伝統的な見方によって、精神医学における精神病の概念が広義と狭義の2つに分けられている。広義の精神病とは、精神病又は精神障害と同義で、あらゆる精神障害をすべて精神病と呼ぶ。さらに、その程度に基づいて、精神分裂症や偏執狂といった重大な精神障害を「重度の精神病」、精神症や人格障害といった軽症な精神障害を「軽度の精神病」と呼び分けているにすぎない。他方、狭義の精神病とは、重大な精神障害のことをいい、それは特定の病理的基礎を持ち、精神活動の異常が非常に著しい程度に達し、また長時間継続する精神障害のことである²⁾。このように、広義と狭義に精神病を区分するのは、第18条を解釈する必要があるからである。しかし、実は、このような理解は、精神病学における精神疾病の分類に対する一種の誤解である。中華医学会が公布した4つの精神疾病分類基準（CCMD-1、CCMD-2、CCMD-2-R、とCCMD-3³⁾）において、そこで使用されるすべての概念は、精神疾病の分類であって、精神病の分類ではない。CCMD-2-RとCCMD-3の2等級に分けられた体系において、第1級リストで用いられるすべての概念は「障害」となり、例えば「心境障害」や「人格障害」等がある。一方、「精神病」という概念

は、ある類型の精神障害の子類型に属し、単に第2級リストで表されるにすぎない。例えば、CCMD-3における(2)精神分裂病(分裂病)と他の精神病性障害の下に、(23)感応精神病、(24)分裂性・感情性精神病などの子類型が含まれる。以上のことからすれば、精神医学では、精神障害と精神病は、同じ段階の概念ではないことが分かる。前述の広義の精神病の概念は、既にあまり用いられなくなっているが、「精神病」は「重度精神障害」を意味するにすぎず、このことは、精神医学界では既に共通認識となっている⁴⁾。

「精神障害」と「精神病」との関係进行分析することによって、「精神障害」という概念の外延が大まかに位置づけすることができる。すなわち、伝統的な広義の精神病とは、精神障害のことである。「精神障害」と比べると、「危害行為」の意味は少し易しい。行為者によって実施される社会関係又は法益を侵害する行為であれば、いずれも危害行為と称することができる。注意する必要があるのは、危害行為は、刑法的評価を行う前の危害行為と、刑法的評価を行った後の危害行為に分けられることである。刑法による評価の前において、危害行為は、単に自然的意義を持つにすぎない「裸」の行為であるが、刑法的評価を受けた後の危害行為は、法的意義を備え、行為者が刑事責任を負う根拠となる。本稿にいう精神障害者による危害行為とは、刑法的評価前の行為であり、犯罪学の意味での危害行為であって、精神障害者がそれを実施することにより刑事責任を負うべき危害行為だけではなく、精神障害者が鑑定手続によって刑事責任を負わないことを確認された危害行為も含まれる。

❖ 2 精神障害者による危害行為の行政的規制と予防

中国における障害者の危害行為に対する行政的規制・予防措置とは、強制的医療制度のことを意味する。この制度は、事後的予防措置の一つとしてその役割を果たす。強制的医療措置制度は、中国刑法に定められているにもか

かわらず⁵⁾、実務では常に政府の公安部門の決定に基づいて、その具体的な実施が安康病院でなされている。一方、その安康病院とは、公安部門が設立・管理する専門病院である。したがって、筆者は、強制的医療制度を精神障害者による危害行為の規制と予防に関する主な行政的措置として議論する。強制的医療制度の実施以来、これは、精神障害患者を取締り、精神障害患者の社会危害行為の再犯予防の面でたいへん役立った。しかし、中国刑法が強制的医療制度について原則的な規定しか定められていない。その具体的な実施において問題が生じることは避けられず、そのために、この制度の実施効果に影響が及ぼされている。

まず、強制医療制度の性格が不明確である。その性格が不明確ゆえに、公安機関による強制的医療制度の決定権が疑問視される。強制的医療措置制度の規定は、形式的に刑事制裁の1種であって、中国刑法に定められている。しかし、前述のように、実務では、強制医療は、公安機関に決定され、公安機関に所属する専門病院に移送されてから、行われるものである。このため、強制医療の性格及び決定権、執行権の帰属は争点になる。強制的医療の性格に関しては、2つの理論的観点がある。第1の観点は、それを保安処分⁶⁾の範疇に含め、第2の観点は、それを行政的措置の一種類と考える⁶⁾。筆者は、この第2の見解に賛成する。中国の強制的医療制度を保安処分の観点として考える立場は、主に外国の関連規定の影響を受けたものである。いくつかの国の刑法には保安処分措置が明文で規定され、例えば「ドイツ刑法典」は、6種類の保安処分とその適用対象を定め、その中の一種類は精神病院送致である。それと比べると、中国の強制的医療制度は、適用対象、具体的な措置において共通点がある。しかし、中国の刑法においては、保安処分措置は明文化されず、決定の主体は必ずしも裁判所ではない。訴訟法の理論によって犯罪と非犯罪を判断するのは、裁判所のみが行うが、強制的医療の適用可否の判断は、犯罪と非犯罪の区別とは関係しない。これらの裁判手続に入る必要のない刑事責任無能力者である精神障害者を、単に強制的医療の可否

を判断するために裁判所に引き渡すとすれば、裁判所の負担が無意味に増加する。したがって、私見として、現在の中国における強制医療制度は、行政措置の一種と該当するものであり、公安機関が強制的医療の決定権を持つが、法律の明文による権限が必要となり、法律によって強制的医療の適用条件と手続に関し厳しい規定と制限を定める必要がある。

次に、強制的医療は、依然として「必要である場合」におけるやむを得ない選択であるが、家族又は監護人による管理と治療が最善の措置である。刑法におけるこのような規定は、特定の精神障害者に対する管理責任はどのように国と国民の間で配分することと見られる。どのような場合に政府による強制的医療を行うか、どのような場合に家族・監護人による管理・医療を行うかに関して重要となるのは、「必要である場合」に対する理解である。「必要である場合」については、2つの解釈が可能である。第1は、精神障害者による危害行為の再犯を防止する必要性、第2は、家族・保護者に保護能力がなく、精神障害者が適切な治療を得られないために、政府が医療を与える必要を意味するというものである。筆者は、第2の見解に賛成する。第1の見解は、非常に合理的に見えるが実効性がない。なぜなら、これは、精神障害者が社会危害行為を再び実施するか否かの判断、また精神障害者に対する危険性は一種の人格判断であるので、強い主観性を持っている。しかも、精神障害者の人格を正しく判断することは極めて難しい。一般に、ほとんどの精神障害者には社会危害の潜在的危険性があり、危害行為歴がある精神障害者は、その危険性がより大きい。他方、第2の見解によれば、危害行為を実施したことがあるすべての精神障害者が管理の下に置かれ、家族・保護者による監護医療、あるいは政府による強制医療がなされるため、社会安全に有益である。現実の生活において、一部の精神障害者の家族・保護者は、保護責任を十分に果たすことができないことにより、精神障害者、特に重度の精神障害者が社会に放置されると、常に社会に再度の危害を与える可能性がある。このような状況の下では、政府による強制医療の必要性がさらに明確

化にされた。

最後に、安康病院の運営のための保障が不足している。安康病院は、公安部門によって設立され、強制医療制度を行う専門病院である。1987年12月、公安部によって全国公安機関第一回精神病管理工作会議が開催され、そこにおいて、強制医療の役割を果たすすべての精神病院を安康病院と呼ぶことが明確化された。統計データによると、中国には25ヶ所の安康病院があり、総ベッド数は9000床近である⁷⁾。長年にわたり、社会安定を維持するため、安康病院には他害行為を行った精神障害者が多く収容されている。しかし、安康病院の性質とその役割の特徴によると、その運営においてはいくつかの問題も発生してきた。地方政府からの援助がない病院がある。このような安康病院は運営困難に直面し、場合によって、通常運営を維持するために、他の医療プロジェクトを開設しなければならない。こうして、強制的医療制度の実施効果も減退するようになる。この問題に関し、ある学者は、安康病院は公安機関の一部門として、人事編成が公安行政機関に組み込み、安康病院の運営費用も地方政府が負担する。それと同時に、安康病院の建設も推進されるべき、各省には、少なくとも17所の安康病院を設立するべきである、との提案をしている⁸⁾。筆者もこの提案に賛同する。これにより初めて、強制的医療の制度が真に効果的なものになると考える。

❖ 3 精神障害者による危害行為の刑事的措置と予防

強制的医療制度と同じく、危害行為を実施した精神障害者に対する刑事的措置も、一種の事後的な予防措置である。これには主に2つの内容がある。第1は、捜査・起訴・裁判において精神障害者の刑事責任能力を認定することである。第2に、精神疾病であるにもかかわらず刑事責任のある犯罪者、また、刑罰の執行において、精神疾病にかかった受刑者に対する特別な治療と予防措置を行うことである。第1は、司法精神医学に属し、第2は、監獄

精神病学が重視するものである。

刑法の理論研究と司法実務において、精神障害者の刑事責任能力の認定は、争いのある問題の1つである。このような状況となっている原因は、主に2つある。刑法条文の文言の意味について論争があることと、刑事責任能力の認定が精神鑑定に依拠することが挙げられる。「精神病」、「精神障害」などの用語に関する理解と使用は、長きわたり混乱がある。中国刑法18条における刑事責任能力に関する規定に対しても、異なる理解・解釈がある。私見では、理論的に刑法の文言に対する異なった理解があっても良いが、現行刑法の規定が変わらないかぎり、精神障害者が自分の行為に対する弁識・制御能力を認定することにより、この欠陥を補うことができる。刑事責任がないと認定されるのは2つの要件が必要となる。第1は、精神病患者であること、第2は、自己の行為を弁識・制御することができないことである。したがって、「精神病」をどのように理解するかにかかわらず、行為者が行為時に、精神問題で自己の行為を弁識・制御する能力を有してさえいなければ、法定の鑑定手続により、刑事責任がないと確認されうるわけである。

精神障害者の刑事責任能力の認定においては、認定の基準と主体の問題もある。精神障害者の刑事責任能力の認定基準は、近代の世界各国の刑法において、3種類の基準を相次いで提出・実施された。すなわち、医学・生物学的基準、法学・心理学的基準、医学・法学的基準の3つである。その中に、医学・法学的基準は、前2者の基準を統合し、現在の刑法理論で採用された一般的な基準である⁹⁾。中国刑法18条の規定と対照すれば、この3種類の基準のうち、医学・生物学的基準は、実際には行為者が精神病患者であるか否かの判断基準である。また、法学・心理学的基準は、行為者が自己の行為を弁識・制御する能力を有するか否かの基準である。さらに、医学・法学的基準は、精神病患者であるか否か、そして、自己の行為を弁識・制御する能力を有するか否かを判断する総合的基準である。この3種類の基準は、刑事責任能

力を判断する主体にも関連する。刑事責任能力を判断する主体に関する論争について、「司法の精神病専門家が、行為者が精神疾病であるか否かについて鑑定すべきかという問題に対し、理論界では疑問を持っていないが、そのような専門家が行為者の精神疾病について判断すると同時に、行為者の刑事責任能力を評価すべきかという問題に関しても、異なった考えがある」¹⁰⁾。私見として、司法精神専門家の鑑定は、行為者の精神障害及び精神障害の程度に関する鑑定である。この鑑定は一種の医学的基準が採用されるが、一般的な医学的結論とは異なり、やはり「司法鑑定」である。精神障害者が刑事責任能力の有無に関する傾向性のある意見が出されるのは不可避免なことであろう。司法精神専門家による傾向性のある意見は、精神障害者の弁識・制御する能力を有していたか否かという要素は当然当然含まれている。法学・心理学的基準もある程度使われている。裁判官は、専門家の鑑定結果を審査し、精神障害者が刑事責任能力を有するか否かの最終結論を出す際に、医学・法学的総合基準を使う。このように、精神障害者の刑事責任能力の判断においては、複数の主体と多種の基準があることが分かる。刑事責任能力の判断は、一種の人格判断であり、主観的な色彩を持つことが不可避であり、不変的な方式は存在しないであろう。しかし、異なる主体が異なる基準で判断を行う際、鑑定方法、技術に向上・改善の余地があることは、認めなければならない。例えば、2005年に司法部司法鑑定科学技術研究所が完成したプロジェクト「精神障害犯罪被疑者の弁識制御能力に影響を与える因子に関する研究及び限定刑事責任能力の評定表の開発」(プロジェクト番号:2002 DEB 20076)は、刑事責任能力の判断基準を改善する試みである¹¹⁾。我が国は、この分野での研究を推進し、精神障害者の刑事責任能力判断の正確性をさらに高めていくべきである。

刑の執行において精神障害患者に特別な治療措置を行うことも、危害行為の再犯を予防する重要な手段である。司法実務では、専門刑務所の専門区域において、比較的重度の疾患を持ちながら、刑務所外執行の要件を満たさな

い精神障害の受刑者を集中の管理・治療をしている。刑務所独自の医療条件と社会的援助の下で、このような精神障害受刑者は比較的により良い管理と治療を受け再犯を予防する。しかし、各刑務所に分散される軽度の精神問題を持つ精神障害受刑者にとって、心理矯正は精神症状の悪化・予防の重要な措置となる。心理矯正は、精神障害を克服し、気持ちを落ち着かせ、生活の適応性を強め、さらに改造の目標を順調に実現することができる。中国の刑務所における心理矯正の業務は、発展の途上であり、現在、多数の刑務所において心理カウンセリングで心理矯正機構が既に設立された¹²⁾。2004年に司法部が公布した「刑務所受刑者行為規範」の第20条も、受刑者が「心理健康教育を受け、心理検査に協力し、健康心理を養う」ことと規定した。現段階において、中国の受刑者に対する心理矯正に関しては、矯正担当者の質がその効果にとって最も重要な問題となっている。中国の刑務所システムにおける心理矯正スタッフの中に、「現在まで博士号取得者が存在せず、修士号取得者も数少なく、大学の専門課程を卒業して学士号を取得した者すら僅少で、多くの人員は大学卒の学歴を有しない者である」¹³⁾とされている。心理矯正は、技術性が極めて高い仕事であり、それに従事する者には高い質が求められている。比較的良好な矯正環境と矯正手段が整われていても、人員の個人的能力がそれに応じた要求を満たさなければ、その効果をなかなか発揮することができない。したがって、中国の刑務所組織における心理矯正人員の業務水準の向上は、心理矯正の効果を高めるための重点である。

❖ 4 精神障害者による危害行為の社会的予防

精神障害者による危害行為の社会的予防には、事前予防だけでなく、事後予防の内容も含む。社会的予防とは、家庭、コミュニティ、精神疾病の医療、リハビリテーション・センターなどの機構は精神障害者に対して管理、治療、リハビリテーション措置を行う。これらのことによって、精神障害者による危害行為の実施又は再犯を防止しようとするものである。ここにいう

精神障害者は、特に危害行為をまだ実施していない精神障害患者を意味する。その同時に、危害行為を実施したが刑事責任を負わず、しかも強制的医療を受ける必要のない精神障害者の一部も指している。

精神障害者による危害行為の社会的予防において、社会の基本単位である家庭は、一つの大切な力である。しかし、実際には、家庭力は有限的なものである。特に、経済的状況、精神障害者自身の危険性等の原因で、精神障害者、特に重度の精神障害者の保護者が保護の責任を負いたくないことがよくある。このため、保護者に対する教育に最善を尽くし、保護の責任を自覚させ、十分に履行させる必要がある。精神障害者に有効な保護ができない者に対しては、民政、公安、コミュニティ等の機関が援助・支持を与えるべきである。

精神病院は、中国の精神障害者管理・治療の事業において、長きにわたり重要な力を発揮してきた。伝統的な精神病院での治療モデルは、精神障害者の病状を抑制し、危険性の減少に有利である。しかし、「精神障害者でも「人間」であるため、開放される社会の中に置かなければならない」¹⁴⁾、長期の入院をさせると患者が正常な社会生活から隔絶される、さらに精神状態が衰弱していく。ほとんどの重症の精神障害者は、急性期症状が抑えられた後に、コミュニティにおいてそれに対応するリハビリテーションサービスを受けることによって治療効果が上げられ社会生活に適応し、社会復帰の目的を達成する。このようなリハビリテーション・サービスは、軽度ないし入院の必要がない精神障害者に対して、回復するために、より重要な意義を有する。したがって、コミュニティによる治療は、重視されつつ精神障害者に対する精神衛生治療の発展の国際的な傾向を反映されている。社会の力で精神障害者の危害行為を防止する効果をさらに発揮するため、現在の中国が直面する主な問題は、コミュニティの資源を十分に井爰し、病院とコミュニティの資源を有効的に整合することがある。

現在、世界各国において、特に先進国ではコミュニティのリハビリテーションサービスが既に発展され、しかも多種多様なモデルが形成されている。例えば、フランスには、病院を主として、コミュニティを区分し精神障害者管理するという「精神衛生区分化サービス・モデル」をとっている。1953年、Georges Daumezon 医師が地理上の位置に従って、パリを区分した。各区域の患者は各精神科病院に配分され治療されるモデルである。その後、この方法はフランスのある地域でモデル化にされた。「精神衛生区分サービス・モデル」は、1960年に政府の認可を得て、各コミュニティを地理的に区分し、各コミュニティ内の精神病院の各部署に管理させ、それに対応する衛生経費の援助も行われた。これによって、精神病院は、コミュニティ内部の精神患者に全面的なサービスを提供するようになり、外来患者の診察、患者マンション、患者の娯楽施設、職業リハビリセンター、精神科病室などが整備された。また、コミュニティの昼間病院、患者クラブ、患者マンションでは、多くの文芸、体育、教育、旅行活動が行われ、患者自身がその活動の組織者となり、看護師は、それを補佐する役割を果たす¹⁵⁾。オーストラリアでは、すべての大型精神専門病院が閉鎖され、従来の「入院中心」から「コミュニティ中心」の医療形態に代えられ、医療資源も精神医療コミュニティに移転した。オーストラリアは、1999年までにはほぼすべての精神科の急性入院サービスは総合病院と連携させ、急性患者用のベッド数を抑制された。平均入院期間は15日前後になり、大量な後続サービスをコミュニティ内で行われる。こうして、精神衛生のコミュニティ・サービスがサービスの主体となった¹⁶⁾。アメリカ、イギリス、イタリア、日本等の国々においても、1960～1970年代からコミュニティの精神衛生サービスの発展に力を入れ始めるようになった。例えば、アメリカでは、1963年に「コミュニティの精神サービス・センター」の設立が開始され、全国的な「非入院化活動」が推進された¹⁷⁾。各国の精神衛生サービスは、いずれも独自のモデルを創設・発展させたが、共通な特徴もある。すなわち、コミュニティが精神障害者の治療・回復の責務にもたらす効力を重視し、さらにコミュニティを主導的なものと

位置づけたことである。

中国でも、コミュニティによる精神衛生サービスが実践されている。早くも1958年、第一回全国精神病予防治療業務会議において、精神病院が病院を正規に運営する考え方を排除し、大衆路線を歩むべきだと提言された。精神病に関するコミュニティの役割も相応に要求され、北京市は、1974年から海淀区の11ヶ所の人民公社（その後11の郷となる）、全19万の人口の中にコミュニティモデルを建設した¹⁸⁾。しかし、中国におけるこれらのコミュニティの精神衛生サービスにかかる早期実践は、いずれも家庭治療を中心とし、発展の程度もまだ低く、西洋諸国で行われる各種のコミュニティのサービス・モデルと同列に論じることはできない。

精神科病院の「入院型」モデルから「コミュニティの精神衛生サービスモデル」への転換は、社会の力を有効に利用して、精神障害者による危害行為の実施を予防するための重要な手段である。しかし、実際の運営は、理論的に述べられるような簡単なものではなく、多くの抵抗と困難に遭遇することになるであろう。現段階の中国において、コミュニティの建設現状を考えずに、多くの機能を一度にコミュニティに押しつけるならば、コミュニティが「耐えられない重さ」に苦しむこととなる。これも、中国の精神衛生が発展途上の克服すべき障害である。一方、専門家、学者の著作では、コミュニティはより多くの機能を備え、より多くのサービスを提供すべきだと主張している。例えば、コミュニティでの矯正、青少年の教育、釈放された受刑者の社会復帰のための援助などである。それに対して、中国ではコミュニティの健全は始まったばかりであるため、低いレベルであり、すべての機能を実現するにはほど遠い。現在、中国におけるほとんどのコミュニティの機能は、単純な物質的扶助・救助の段階に留まっている。コミュニティが提供している衛生サービスの点を見れば、多くのコミュニティには、衛生サービスセンターの基礎施設がまだ整っておらず、設備も古い。医師・看護師の業務

水準も低く、基本的には、簡単な病気に対処する単一の医療機能しか有していないなど、精神障害者に衛生サービスを提供する条件を備えていない。私見として中国における精神障害者の危害行為に対する社会的な予防措置を改善するためには、コミュニティの精神衛生サービスのモデル転換をとらえるべきである。しかし、西洋諸国のモデルをそのまま取り込むことはできなく、中国のコミュニティの現実を出発点として、すこしずつコミュニティ資源と病院の資源を適切に統合させる必要がある。条件が許せば、フランスの区分サービスの経験を参考とし、地域内のコミュニティと病院との間の協力・提携・交流体制を構築し、精神障害者のためにより良いサービスを提供することができる。

注

- 1) 著者所属：北京大学法学院。
- 2) 陳霆宇「わが国の刑法における「精神病」の概念の分析」山東警察学校学報2001年第2期。
- 3) CCMD-1とは、1981年に中華医学会が公布・出版した「中華医学会による精神疾病の分類」となる。CCMD-2とは、1989年に中華医学会の神経精神科学会が採択した「中国における精神疾病の分類と診断基準」（第2版）となる。CCMD-2-Rとは、第2版の改訂版であり、1994年に採択・公布されたものである。CCMD-3とは、2001年に中華医学会の精神科小委員会が公布した精神疾病分類の最新版と意味する。
- 4) 同注1。
- 5) 中国刑法18条は、「精神病患者が自分の行為を弁識することができず、又は制御することができない時に危害結果をもたらし、法定手続鑑定を経て確認された場合には、刑事責任を負わない。ただし、当該精神病患者の家族又は保護者に対し、厳格な保護管理と医療を命じなければならない。必要のある場合には、政府が医療を強制する」を定める。
- 6) 周彦斌「中外保安処分問題の研究」法制と社会2007年第7期、易軍「精神病患者に対する強制医療の問題点」臨床精神医学雑誌2007年第3期。
- 7) 「人民公安」編集部「特別の安健事業」「人民公安」“特別企画”記事2004年第14号。
- 8) 陳剛・代敏「中国の精神病患者管理業務における問題点と対策」天津市政法管理幹部学院学報2006年第3期。
- 9) 劉白駒「精神障害と犯罪」（社会科学文献出版社、2000年）750～755頁。
- 10) 趙秉志・劉志偉「精神障害者による犯罪の刑事責任に関する若干の問題の研究」山東警察学院学報2001年第1期。

- 11) 朱淳良「彼らが空白を埋める研究をしている——精神病者の限定責任能力の評定表 課題チームの専門取材」中国司法鑑定2006年第2期。
- 12) 吳宗憲編「中国受刑者矯正心理」(法律出版社, 2004年) 52頁。
- 13) 前注 吳宗憲 62頁。
- 14) 薄紹晔; 「中国における精神病予防と治療業務の現状, 問題と対策」中国における回復理論と実践2004年第10巻第4期。
- 15) 鄒義壯「フランスにおける精神衛生区分サービスモデル」臨床精神医学雑誌2000年第10巻第4号。
- 16) 劉鉄橋・馬弘「オーストラリアにおける精神衛生の主流サービス・モデルの紹介」国際精神病学雑誌2000年第1期。
- 17) 「内部資料 中華人民共和國精神衛生法・立法參考資料(三)」142頁, 王静「管理の観点からみた精神病者による犯罪の予防」からの引用 北京大学大学院生学位論文(2007年)。
- 18) 賈西津「心と秩序——社会的コントロールから人文的配慮へ」社会学・人類学シリーズ第39巻(貴州人民出版社, 2004年) 84頁, 120頁。