

# 日本社会における人身の自由 ～精神障害者を中心に

姜<sup>きょう</sup> 文 江

## I はじめに

弁護士として社会の中で相談を受けていると、人身の自由に対する制約が安易に、ときには当然のように行われていることに愕然とする。精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」又は単に「法」という）及び心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、「医療観察法」という）に基づく強制入院や隔離・身体拘束、出入国管理及び難民認定法に基づく外国人に対する収容、老人福祉法に基づく高齢者に対する入所措置、知的障害者福祉法に基づく知的障害者に対する入所措置、児童福祉法に基づく児童に対する一時保護や入所措置。これらの法制度の陰で、管理者や職員等から虐待を受けたり<sup>(1)</sup>、適切な医療を受けられないまま亡くなるなど<sup>(2)</sup>、人としての尊厳が守られたと思えない事例は後を絶たない。深刻な被害が生じる要因の一つに、物理的に本人が逃れられない状況に置かれていることが挙げられる。

精神障害者を巡る実際の状況を見ると、精神衛生法の時代から何度も改正

- 
- (1) たとえば精神障害者については近年では、2020年3月に兵庫県神出病院において虐待が発覚し、元看護師らが有罪判決を受けるに至ったが、その後も患者に対する暴行が行われている。2021年6月16日兵庫県弁護士会「神出病院での暴行事案発生を受け、徹底的な原因究明と再発防止策を講じるよう求める会長声明」参照。
- (2) 2021年3月30日日本弁護士連合会「名古屋出入国在留管理局における被収容者の死亡事件に関する会長声明」参照。

が行われ、特に1987年以降は人権が意識されているにもかかわらず<sup>(3)</sup>、強制入院者数は一度減った後に1999年から2013年まで増加の一途を辿ったまま高止まりし、身体拘束も2003年から10年間で倍増し、隔離も激増したままいずれも2017年以降高止まりをし続けている<sup>(4)</sup>。数だけ見ても実感が湧かないかもしれないが、私たちの視界に入らないだけで、毎日500人以上の人が新たに強制入院させられ<sup>(5)</sup>、毎年2,000人前後の人が精神科病院内で死亡している<sup>(6)</sup>。竹中勲先生は、「精神障害者の強制入院における基本的人権の制約の正当化原理・正当化事由論の精密化に向けての憲法学と刑事法学等との対話の必要性」を説かれたが<sup>(7)</sup>、まさにそのような対話がなされないまま、精神医療政策が憲法学からかけ離れて突き進んでしまったのではないかとの印象すら受ける。

これらの背景には、人身の自由の重要性に対する日本社会の認識が乏しい

---

(3) 1984年にいわゆる宇都宮病院事件が発覚し、国際的にも注目される中で、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進を図る観点から、1987年に精神衛生法が改正された。その後も1993年、1995年、1999年、2005年、2010年、2013年に改正があった。直近では本稿を執筆している2022年12月16日第210回国会において、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律が公布され、これに基づいて精神保健福祉法も改正されることになったので、本稿では原則として2022年12月1日現在施行されている法律に基づいて条文等を摘示するが、改正に関わる箇所については、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律第7条関係部分を「7条関係改正法」とし、同法律8条関係部分を「8条関係改正法」として、それぞれ改正後の精神保健福祉法の条文を指摘することとする。

(4) 令和3年度精神保健福祉資料によると、措置入院及び緊急措置入院1,541人、医療保護入院130,940人、任意入院129,139人、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院（すべて強制入院）は901人、不明486人の入院合計263,007人。うち、隔離指示あり12,699人、拘束指示あり11,136人である。

(5) 衛生行政報告例に基づく新規医療保護入院届出審査件数より。

(6) 精神保健福祉資料より。

(7) 竹中勲『憲法上の自己決定権』（成文堂、2010年）163頁。

ため、これを制約することについての慎重さも乏しく、その結果、あるいは相まって、個人の尊厳が軽視されている実情があると考ええる。

そこで、とくに対象となる人数の多い精神障害者<sup>(8)</sup>を中心に、現代の日本社会における人身の自由に対する制約について検討する。

## II 強制入院制度において憲法上問題とすべき人権

### 1 人身の自由とその制約の結果

強制入院とは、本人の意思に反して病院内に閉じ込め、自由に外出させないものであるから、人身の自由に対する制約に他ならない。そしてその結果、人生における大事な時間や経験の機会を奪われ、あるいは人との関係を妨げられ、入院期間が長引くほど、本人が自分らしく生きるという人生そのものに対して深刻な影響が生じる。まずは、そのような被害実態が現実に生じており、その数は少なくなく<sup>(9)</sup>、当事者に最も近い立場にいる医療福祉関係者も問題視しているという現実を直視すべきである<sup>(10)</sup>。

### 2 生存権ないし幸福追求権から強制医療を正当化する考え方の危険性

これに対し、憲法 25 条を根拠に、意思能力ないし社会的適応能力を十分に有していない精神障害者に対しては、その生存権を保障し福祉を図る見地から、本人の利益のために一定の強制権限を加えることが必要であると

(8) 「精神障害者」については、厳密には精神保健福祉法 5 条や障害者基本法 2 条 1 号に定義規定はあるが、本稿では、とくに断りのない限り、何らかの精神医療は必要であるという前提で（但し通院で足りる場合を含む）、入院を強いられた者をいう。

(9) 令和 3 年度精神保健福祉資料によると、5 年以上の入院者は 80,786 人であり、うち任意入院は 44,439 人にすぎない。20 年以上も 20,051 人いる。姜文江「精神科病院における入院と処遇」法学セミナー 781 号（日本評論社、2020 年）も参照。

(10) 2020 年 9 月 30 日、約 40 年間入院を強いられた伊藤時男さんは、入院先の病院ではなく、制度を作った国を被告として提訴した。「特集 精神医療国家賠償請求訴訟 その背景と現段階」第 5 次 精神医療第 3 号（エム・シー・ミュージズ、2021 年）は、この訴訟を巡る医療福祉関係者の問題意識が特集されている。

して、また、自己決定を含む幸福追求権を保障している憲法 13 条との関係では、精神障害のために病識を欠き適切な自己決定ができないと認められ、しかも医療保護が必要な者に対しては、国がその自己決定を補い後見的な立場から医療保護を加えることは、むしろ幸福追求権を保障することになる、などとして、医療保護の必要性を基準とした強制医療を実施することが日本国憲法の要請でもあるとする見解<sup>(11)</sup>がある。

しかし、精神障害者自身は強制医療を求めてはいない。精神障害者の権利の実現として構成するのであれば、「強制入院手段を伴わないことを原則とした医療体系の確立・条件整備を要求する権利」ととらえるべきである<sup>(12)</sup>。『『本人の』社会権を実現するために『本人の』憲法上の自由（身体  
の自由・精神活動の自由・経済活動の自由）・自己決定権を制約することが  
正当化されうるとの原理が、憲法 25 条などから導かれると明言する憲法学  
説は、現在、みあたらない」との指摘<sup>(13)</sup>は、今なお通用するのではないか。

このように、憲法 25 条等を根拠とする見解は、医療を受ける側からの視点ではなく、医療を強制しようとする側からの見方であって、精神障害者の人権享有主体性を否定することにさえつながりかねないと筆者は危惧するが、近時の法改正を見ると、国は、「医療へのアクセス」を確保するという観点から医療保護入院の同意権者の範囲を拡大し<sup>(14)</sup>、医療保護入院制度について「患者の精神科医療へのアクセスを保障する制度」などと説明しており<sup>(15)</sup>、国の強制入院推進の理由としてすでに用いられている。国の検

---

(11) 大谷 實『新版 精神保健福祉法講義 第3版』（成文堂、2010年）45-46頁。

(12) 竹中勲「入院患者の基本的人権といわゆる『行動制限』規定」法と精神医療第4号（1990年）75頁。なお、憲法 25 条から治療を受ける権利が導かれるとしても、アメリカにおいては、治療を受ける権利は強制治療を根拠づけるものではなく、非自発入院の運用を規制し治療環境の改善を公権力に強いる役割を果たしてきた、との指摘もある（横藤田誠『精神障害と人権 社会のレジリエンスが試される』（法律文化社、2020年）41頁）。

(13) 竹中・前掲書（注7）164頁。

討会においても、身体拘束の要件に〈治療の困難性〉を入れることが提案されており<sup>(16)</sup>、治療目的による身体拘束が認められようとしている。精神医療の現場においても、「患者の医療のために（やむを得ずに）強制入院を使っている」という感覚が良心的な医師の間にもあり<sup>(17)</sup>、強制入院は患者の医療目的であるから許されるという考え方が一般的になりつつあると思われ、前記の憲法 25 条等から強制医療を正当化しようとする見解による影響は無視できない。

しかしながら、精神障害者本人の生存権や幸福追求権を保障するためにまず国がすべきことは、心理的な障壁を低くして早期に受診できる体制や救急時の往診制度を構築するなど、適時に適切に自発的に医療や保護を受けられる環境を整えることである。それにもかかわらず、このような権利保障をせずに、地域医療を未整備のまま放置して<sup>(18)</sup>、強制入院を患者の医療アクセスなどという権利保障として正当化しようとするのは本末転倒であると言わざるを得ない。

精神障害者に関する法制度を憲法学的に検討するにあたって重要なのは、制度の目的が正当か否かということと、当該制度によって精神障害者

(14) 第 183 回国会平成 25 年 5 月 28 日参議院厚生労働委員会国務大臣答弁、同年 6 月 12 日衆議院議員国政労働委員会岡田太造政府参考人発言等。平成 26 年 1 月 24 日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知第 1 号「医療保護入院における家族等の同意に関する運用について」においても、「適切な入院医療へのアクセスを確保」とされている。

(15) 第 210 回国会令和 4 年 11 月 1 日参議院厚生労働委員会迎見聡政府参考人発言。

(16) 令和 4 年 6 月 9 日地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会「報告書」。

(17) 八尋光秀、竹端寛、太田順一郎、古屋龍太「【座談会】医療保護入院をめぐる一矛盾の巢窟の強制入院制度」精神医療 97 号（批評社、2020 年）。

(18) 大谷・前掲書（注 11）は、精神保健福祉法にとどまらず精神医療保健福祉分野に関連する諸課題についても広範に言及しているにもかかわらず、地域医療に関する項目がない点は興味深い。

のどのような人権が制約され、その制約（制度手段）が制度目的に照らして憲法に適合しているか否かということとは識別されなければならないことである<sup>(19)</sup>。憲法学者にとっては自明のことであっても、社会においては必ずしも区別されておらず、耳障りの良い言葉で安易に人権が制約されることのないよう注意が必要である。精神障害者に対する強制入院制度は、隔離収容<sup>(20)</sup>から精神障害者の医療アクセスなどと、目的についての条文や趣旨説明は変遷しているが、措置入院や医療保護入院（精神衛生法においては同意入院と呼ばれていた）の制度概要はほとんど変わっていないことにも留意すべきである。

### 3 強制入院と強制医療の区別の必要性

なお、前記憲法 25 条等から強制医療を導く見解は、強制医療について述べられたものであって、強制入院がこれと区別されていないが、強制入院と強制医療は区別されなければならない。

すなわち、精神科医療において仮に強制入院が認められたとしても、それは医療や看護の専門家が常駐する施設の中で 24 時間対応できるということを意味し、そのような環境の中で、専門的アプローチや支援がなされることにより、患者が安定を取り戻したり医療を受け入れていくことが期待される。言わば、医療についての自己決定権を尊重し、その権利行使を引き出すための場：環境設定としての役割が（強制）入院に与えられているといえる。これに対し、強制医療とは、本人の医療についての自己決定権に対する直接的な侵害であって<sup>(21)</sup>、強制入院とは別の局面になる。強制医療については、強制入院と区別して、別途合憲性審査が行われなければな

---

(19) 竹中・前掲書（注7）164頁。

(20) 昭和 25 年 4 月 5 日第 7 回国会参議院厚生委員会において、精神衛生法案については「第一に、この法案は、苟しくも正常な社会生活を破壊する危険のある精神障害者全般をその対象としてつかむことといたしました。」（中山壽彦議員）との説明がなされている。

(21) 本人の意思に反して薬物を体内に注入したり、電気けいれん療法を行う等。

らず、精神保健福祉法においては強制医療が認められていない点も看過してはならない<sup>(22)</sup>。

それにもかかわらず、強制医療が憲法 25 条や 13 条から導かれるという見解は、精神障害者を無能力視して強制入院や強制医療を推進することにつながるものであり<sup>(23)</sup>、医療現場に対しても、強制入院と強制医療を混同させて、強制入院が認められた以上強制医療も許されるとの誤った観念を与えるおそれがある、この意味においても注意が必要である。

#### 4 人身の自由の意義及び憲法上の根拠

人身の自由（身体の自由）の憲法上の根拠については、憲法はその保障を当然の前提としている、具体的には憲法 18 条・31 条・33 条～39 条により、そして補充的に 13 条によって保障されていると解されている<sup>(24)</sup>。

裁判例においては、強制入院と憲法の関係について論じたものは多くないが<sup>(25)</sup>、医療観察法による処遇制度について、憲法 14 条、22 条 1 項に違反するものではなく、憲法 31 条の法意に反するものということもできないとした平成 29 年 12 月 18 日最高裁判所決定がある<sup>(26)</sup>。

他方、市民的及び政治的権利に関する国際規約（自由権規約）9 条 1 項は、身体の自由及び安全についての権利を保障し、「何人も、法律で定める理由及び手続によらない限り、その自由を奪われない。」と明記し、自由剥奪の

(22) なお、筆者はこれを根拠に強制医療が許されると解するものではないが、医療観察法においては 43 条 1 項に医療受忍義務とも読める規定が設けられている。精神保健福祉法にはこれに相当する規定はない。

(23) 竹中・前掲書（注 7）162 頁において指摘されているとおり、精神障害者も基本的人権の享有主体であること、精神障害者はすべて判断能力が欠如した者であるとはいえないことは、繰り返し確認すべきことである。

(24) 横藤田・前掲書（注 12）51 頁。

(25) 平成 2 年 11 月 19 日東京地方裁判所判決（判例タイムズ 742 号、227 頁）、平成 5 年 6 月 11 日東京地方裁判所判決（判例タイムズ 822 号、76 頁）等。

(26) 刑集 71 卷 10 号 570 頁。なお、裁判所は当事者（代理人弁護士）の主張の範囲で判断を示すものであるという点に留意する必要がある。

例として強制入院も含まれるとした<sup>(27)</sup>。障害者権利条約 14 条 1 項（b）はさらに進んで、「いかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないこと」を定めている<sup>(28)</sup>。

おもうに、人身の自由は、子どもが生まれたときから手足を使って自由に動き回ることが本能であるように（障害により実際に動くことができなくても、肩や体全体を揺り動かしながら前へ進もうとしたり、行きたい場所へ行った時の喜びは誰しもが感じる。）、人が生まれたことによって本能的に求める自由であり、生きていくために欠かせない自由であると言える。人身の自由が保障されてはじめて、人は自分が過ごしたい場所で物事を考え（思想の自由）、学び（学問の自由）、信仰を求めて行って安らぎを得（信教の自由）、他者と交流して自らの意思を表現し（集会の自由、表現の自由）、働き、婚姻することもできる。

ところが、自らの意思に基づかない一定の場所や地点に拘束されると、人としての本能ゆえに、まずは拘束を逃れることを考え、勾留中に虚偽自白が誘発された例を挙げるまでもなく、絶対的自由であるはずの思想の自由すら脅かされることになる。拘束の結果当然に、表現することなど他の

---

(27) 2014 年 12 月 16 日自由権規約委員会一般的意見 35 号（以下、単に「一般的意見 35 号」という）パラグラフ 5、パラグラフ 19。

(28) 自由権規約も精神障害者の保護及びメンタルヘルスケア改善のための原則（91 年国連原則）も、一定の厳格な条件の下に精神障害者に対する強制入院を認めていたと言えるが、国連障害者の権利委員会は、障害者権利条約 14 条に関するガイドラインにおいて、実際に障害があること、あるいは障害があると認められることを根拠として身体的な拘束を行うことについて、いかなる例外も許容されないことを確立したものとしている。歴史的な時間の経過に鑑みれば、人権の考え方は発展してきており、自由権規約が採択されるより前に制定された日本国憲法の解釈において、自由権規約の解釈は参照されるべきであり、自由権規約においても解釈意見は発展しており、さらにはそれを上回る考え方であるといえる障害者権利条約が採択され、日本もこれを批准したのであるから、最新の知見もふまえて憲法をあらためて読み直してもよいのではなからうか。



自由も行為態様を制約され、あるいは人権を行使することができなくなる。まさに人格的自律に直結する。

精神障害者について言えば、自らトイレに行けるにもかかわらず、ベッドに拘束されて他人にオムツを取り替えられるときの屈辱は、まさに個人の尊厳に関わる。他方、強制入院により、長期間入院させられ、帰れる家も家族もなくなり、何十年も病院で過ごすことになった精神障害者にとって、強制入院によって奪われたのは人生そのものではなからうか<sup>(29)</sup>。

このように考えると、人身の自由は人格的自律や個人の尊厳と表裏一体の関係にあるといっても過言ではなく、筆者は憲法 13 条によって保障されると考える。

また、憲法 18 条は奴隸的拘束を絶対的に禁止している。「奴隸的拘束」が『『自由な人格』主体であることと両立し難いような身体の拘束』を言うならば<sup>(30)</sup>、精神科医療で用いられている身体拘束は、まさに本条との関係で厳格に審査されるべきである<sup>(31)</sup>。

さらに、人身の自由に対する制約については、適正手続きが保障されなければならない、強制入院についても、明らかに刑事手続きのみを対象とした条文でない限り、憲法は直接適用されるべきである（とくに 31 条、32 条、34 条）。すなわち、そもそも、刑事手続きにおいてとくに厚く適正手続きが保障されている趣旨は、刑事罰が死刑という生命を奪う処罰だけでなく、拘禁刑という人身の自由を制約する処罰であるからにはかならない（刑務所内で受刑する場合に、表現の自由等の他の自由の制限も伴う場合はある

(29) 平成 13 年 5 月 11 日熊本地裁判決は、ハンセン病患者の隔離が人としての社会生活全般にわたり、そのような人権制限の実態が「憲法 13 条に根拠を有する人格権そのもの」に対するものととらえている（判例タイムズ 1070 号 151 頁）。

(30) 佐藤幸治『日本国憲法論〔第 2 版〕』（成文堂、2020 年）364 頁。

(31) ここでも限定されたパターンリスチックな制約は問題になりうるが、Ⅲ 2 で述べると同様の慎重な検討がなされるべきであり、精神障害者だからといって直ちに自由な人格主体を否定すべきではない。

が、基本的には保障された上で一定の制約を受けているにすぎず、完全に奪われるのは人身の自由である）。医療観察法が六罪種のみを対象としているように、死刑が法定刑に掲げられている犯罪のみについて慎重な手続きを課す法制度も考えられるところ、刑事訴訟法は、適正手続き保障を基本的にすべての犯罪に及ぼし、例外的に財産権に対する制約である罰金又は過料を課す場合に略式手続を採用している。つまり、＜刑事手続だから適正手続きを保障する＞のではなく、＜人身の自由に対する制約になるから適正手続きを保障する＞のである。憲法 31 条の文言も、「何人も、法律の定める手続きによらなければ、その…自由を奪はれ…ない」としている。最高裁<sup>(32)</sup>は、「憲法三一条の定める法定手続の保障は、直接には刑事手続に関するものであるが、行政手続については、それが刑事手続ではないとの理由のみで、そのすべてが当然に同条による保障の枠外にあると判断することは相当ではない。」としつつ、「行政処分により制限を受ける権利利益の内容、性質」を考慮すべき一要素として挙げているが、前記のとおり人身の自由が個人の尊厳に関わる重要な人権であることに鑑みると、同判決によっても憲法 31 条による保障の枠内にあると解すべきである。

### Ⅲ 医療保護入院の合憲性

以上の強制入院制度に対する考え方を前提に、医療保護入院について検討する。

#### 1 医療保護入院の制度概要

医療保護入院とは、「指定医」による診察の結果、「精神障害者」であり、かつ、「医療及び保護のため入院の必要」があり、「当該精神障害のために法 20 条の規定による入院が行われる状態にない」と判定された者について、その「家族等のうちいずれかの者の同意」がある場合に、本人の同意がな

---

(32) 平成 4 年 7 月 1 日最高裁判所大法廷判決（最高裁判所民事判例集 46 巻 5 号 437 頁）。  
いわゆる成田新法事件判決。

くても精神科病院の管理者が入院させることのできる入院形態である（法 33 条 1 項 1 号<sup>(33)</sup>）。なお、指定医がない場合に特定医師がなしうる応急入院もある（法 33 条 4 項）。2022 年法改正により、理由の告知が義務付けられたが（7 条関係改正法 33 条の 3 第 1 項）、入院後 4 週間は本人に対し告知しなくてもよいことになっている。また、入院期間に 6 月という上限が設けられたが（8 条関係改正法 33 条 1 項）、更新は可能であり、家族等のいずれの者からも不同意の意思表示を受けなかったときは、同意を得たものとみなされている（8 条関係改正法 33 条 8 項）。

入院時及び更新時の届出があったとき、入院中の精神障害者が退院や処遇改善を請求したときは、精神医療審査会が審査する（法 38 条の 3 第 2 項、法 38 条の 5 第 2 項）。

## 2 医療保護入院の合憲性審査基準

医療保護入院が人身の自由を制約するものであり、人身の自由の重要性に鑑みれば、厳格な審査基準が妥当する。医療保護入院は弱い自己加害阻止原理によってのみ正当化しうるものであるとして、(ア) 強制的な入院以外に代替的な医療・保護の手段が存在しない、(イ) 患者が適切な医療を受ける機会を提供しなければならぬ、(ウ) 病院は患者が実体要件に引き続き合致しているか定期的に審査すべき義務を負う、(エ) 患者の判断能力が不十分であることが認定されること、が求められている<sup>(34)</sup>が、筆者もこれに賛同する。

もっとも、人権制約の基本は他者加害を理由とすべきであって、パターンリスチックな制約は原則として許されず、人格的自律そのものを回復不可能なほど永続的に害する場合に限り、例外的に介入する可能性が認められるにすぎないと解するべきである<sup>(35)</sup>。そうであれば、医療保護入院につ

(33) 法 33 条 1 項 2 号に基づく医療保護入院もある。

(34) 横藤田・前掲書（注 12）74 頁、竹中・前掲書（注 7）166 頁。

(35) 佐藤・前掲書（注 30）154 頁

いても、そのまま放置していたのでは、病状が悪化し、人格的自律そのものを回復不可能なほど永続的に害する場合のみについて許されると解すべきであり、前記（ア）の要件は、このような場合に入院させるほかにその回復をはかる方法がないと認められる場合を意味すると理解すべきである<sup>(36)</sup>。

### 3 医療保護入院の現状

これを現在の日本の精神障害者の置かれている状況についてあてはめてみる。

#### （ア）代替的な医療・保護手段の不存在

2011年のOECDのHealth Dataによると、人口10万人当たりの精神病床数<sup>(37)</sup>のOECD平均は68床であるのに対し、日本の医療保護入院者数は人口10万人当たり104人であり<sup>(38)</sup>、OECD平均を上回るだけでなく、医療保護入院者だけでOECD加盟国中第4位になっている。医療保護入院は国際的にも珍しい強制入院形態であり<sup>(39)</sup>、他国では任意入院が圧倒的に多いことが推測されるが、日本だけ医療保護入院に頼らざるを得ないほど重篤な精神疾患患者が多く、かつ、病院以外に代替的な保護手段がないのであろうか。退院を求める患者の相談に応じるため、弁護士が病院に行くだけで退院が認められる事例が相当数あることからすると<sup>(40)</sup>、通院で足りるにも関わらず入院させられている患者は少なくない。

---

(36) 池原毅和『精神障害法』（三省堂、2011年）159頁。

(37) 実際の入院者数よりは多いはずであり、かつ、強制入院だけでなく、任意入院のための病床も含まれる。

(38) 令和3年10月1日現在の総人口125,502,000人と注4より。

(39) 横藤田・前掲書（注12）71頁。なお、日本の医療保護入院に類似する強制入院制度を作った韓国では、2016年9月29日に憲法裁判所が、強制入院を定めた現行の法律条項は「憲法に合致しない」と判断した。

(40) 鐘ヶ江聖一「福岡県弁護士会当番弁護士制度とその活動例」第5次 精神医療第8号（エム・シー・ミュージズ、2023年）105頁。

(イ) 適切な医療を受ける機会の提供

「医療」のための入院であることから、この要件は治療可能性あるいは入院治療適応性のある疾患があることを前提にしていると解すべきである<sup>(41)</sup>。しかるに、医療観察法実務においては通常治療可能性なしと言われている知的障害、発達障害、認知症、物質依存症などの患者も相当数含まれており<sup>(42)</sup>、適切な医療を受ける機会が提供されていると言えるのか疑問がある。

(ウ) 定期的審査

これは、2022 年改正によって新設されたため、今後の活用が期待される場所である（8 条関係改正法 33 条 6 項）が、後記のとおりそもそも精神医療審査会による審査制度が極めて不十分な現状に鑑みると、抜本的な改革がなければ審査としての要件を充足しない。

(エ) 不十分な判断能力

この要件については、「任意入院が行われる状態にない」という要件とはほぼ同視されている<sup>(43)</sup>が、具体的な基準は公的には定められておらず、実務では、任意入院を拒否すれば判断能力が不十分であるとみなされることが多い。他国と比べて日本がとくに入院者数が多い実態に鑑みれば、本人の判断を尊重すべき場合はもっと多いのではないか。

4 「精神障害者」という要件の意義

医療保護入院は精神障害者のみを対象とした強制入院制度であり、法文上も「精神障害者」であることが要件とされている。しかし、実質的に医

(41) 池原・前掲書（注 36）151 頁。

(42) とくに近年はアルツハイマー型認知症が統合失調症に次いで医療保護入院者に多い疾患となっており、医療的対応が必要な者が一部含まれているとしても、20 年前は 4,384 人だったのが 26,873 人にまで増えているのが自然増とは考えにくい（平成 13 年と令和 3 年の精神保健福祉資料より）。

(43) 横藤田・前掲書（注 12）74 頁、竹中・前掲書（注 7）167 頁。

療保護入院を正当化するための要件・基準としては、上記の（ア）～（エ）で足り、とくに（エ）の要件がある以上、いかなる疾患・障害により判断能力が不十分な状態となっているかは関係がないはずである<sup>(44)</sup>。障害者権利条約は端的にこの点の不平等性を指摘し、いかなる場合においても自由の剥奪が障害の存在によって正当化されないことを定めている（14条1項（b））。つまり、「精神障害者」という要件は不要であり、むしろ平等原則違反なのである。

それにもかかわらず、日本では精神障害者のみを対象とした強制入院制度が確固として存在している。その根底には、精神障害者は無能力者である、精神障害者の判断を尊重する必要はない、という感覚がないだろうか。とくに、医療保護入院においては、「医療及び保護の必要」という要件が曖昧かつ不明確で、前記（ア）の要件を意味すると限定的に解釈しても、実際には形骸化しているために、任意入院を拒否しているか否かがほとんど唯一の医療保護入院の適否の判断基準になっていると言っても過言ではない。その背後には、医師が入院した方がよいと考える利益と、患者が入院せず自由に過ごしたいと考える利益が対立した場合に、医師と同じ判断をしない（できない）のであれば判断能力がない、という暗黙の基準があることが考えられる<sup>(45)</sup>。

しかし、本来、「どのように生きるか」ということは最終的には本人にしか決められない。その判断が誤っていると言うことは誰にもできないはずである。他人（医師を含む）にできることは、本人の意思決定（希望する生き方）に最終的に到達できるよう、その過程を支援することであり、医療もこれに資する限りにおいてのみ意義を有する。そのような観点から、「精神障害者」であることは要件から削除すべきであり、純粹に、本人がど

---

(44) たとえば交通事故や内科疾患により意識障害が生じ判断できない場合もある。

(45) 横藤田・前掲書（注12）43頁における〈自由とは何か〉という問いにも関わる。

のような生き方を望んでいるのか、入院ではない生活を希望するのであれば、そのために今一時的な入院が必要か否か、その点に関する判断をできているか否かを、個別具体的に慎重に検討すれば足りるというべきである。

## 5 精神医療審査会の現状

医療保護入院の要件については問題が多々あるが<sup>(46)</sup>、ここではその要件を審査する精神医療審査会の問題点を取り上げたい。

### (1) 精神医療審査会に求められる役割と実態

人身の自由について憲法 31 条以下の適正手続き保障が及ぶとする考え方からすると、自由制約の要件は法定され適正なものでなければならず、裁判所（独立した公正な審査機関を意味する）において審査され、告知聴聞の機会や証拠確認の機会が付与され、弁護士依頼権が保障されるべきである。この点、自由権規約においても、9 条 1 項は恣意的な拘禁を禁止し<sup>(47)</sup>、その内実として、裁判所と同様の独立性及び公平性の特性を備える裁定機関によって審査され、独立した法的助言を受け、最低でも決定の根拠となる証拠の最重要部分が被拘留者に開示されることも必要な保障であるとされ<sup>(48)</sup>、とくに精神障害者については、抑留の適法性に関する初回及び定期的な司法審査を受け、そのための援助も受けること<sup>(49)</sup>とされている。9 条 4 項においても裁判所において手続をとる権利が認められている<sup>(50)</sup>。

---

(46) 横藤田・前掲書（注 12）72 頁、姜文江「精神保健福祉法になぜ『権利擁護』が必要なのか」精神医療 80 号（批評社、2015 年）。前記平成 2 年東京地裁判決（注 25）は保護者の同意を合憲性を担保する要素とらえているが、その実態については、姜文江「医療保護入院制度を廃止しなければならない理由」高岡健編『隔離・収容政策と優生思想の現在』（批評社、2020 年）178 頁を参照されたい。

(47) 一般的意見 35 号パラグラフ 5。

(48) 一般的意見 35 号パラグラフ 15。阿部浩己「恣意的拘禁作業部会 一身体の自由を守る国連の砦」法学セミナー 781 号（日本評論社、2020 年）18 頁における第 3 類型参照。

(49) 一般的意見 35 号パラグラフ 19。

(50) 一般的意見 35 号パラグラフ 40、強制入院も含まれる。

他方、精神医療審査会は、入院措置時及び定期の入院の必要性に関する審査と退院等の請求による入院の必要性等に関する審査等を行うこととされており<sup>(51)</sup>、国も自由権規約9条4項の「court（裁判所）」に相当すると意識しているようである<sup>(52)</sup>。しかしながら、精神医療審査会は都道府県の中に置かれており（法12条）、措置入院は都道府県知事がなしうる（法29条1項）ことに鑑みれば、独立性があるとはいえない。また、精神医療審査会のほとんどは構成する委員の過半数が医療委員であり<sup>(53)</sup>、医師同士の馴れ合いによる影響も無視できず、公平性も認められない。また、精神障害者に対する国費による弁護士代理人制度はなく、法的助言が保障されているとも言い難い。証拠の開示も認められていない。したがって、精神医療審査会は、自由権規約が求めている司法機関の実質がない<sup>(54)</sup>。

実際の機能としても、たとえば令和2年度の医療保護入院時の届出について入院継続不要又は他の入院形態への移行が適当とされたのは188,063件中わずか6件であり、医療保護入院の定期報告は100%是認されていた<sup>(55)</sup>。退院請求における審査件数（2,691件）に対する認容率はわずか5%弱であり、しかも、常時13万人強制入院させられ、年間の新規措置入院者7,288人、新規医療保護入院者188,063人であることも鑑みると、利用率は

---

(51) 法38条の3第1項、法38条の5等。なお、8条関係改正法38条の3により、措置入院の入院措置時にも審査を行うようになり、また、医療保護入院の入院期間に上限が設けられたことから、更新時の審査も行なうようになった。

(52) 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会・前掲報告書（注16）31頁参照。

(53) 222の合議体中医療委員が2名にとどまる合議体は10しかない（令和3年度地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究「精神医療審査会のあり方に関する研究」）。

(54) 国際法律家委員会から精神医療審査会の手続きは、「実質のない適法手続」とであると批判されている（国際法律家委員会編『精神障害患者の人権 国際法律家委員会レポート』（明石書店、1996年）149頁）。

(55) 令和2年度衛生行政報告例。次に適示する新規入院者数も同じ。



極めて低く<sup>(56)</sup>、審査機関として適切に機能しているとは到底いえない。

(2) 適正手続きの本来の意義

おもうに、適正手続きの保障は、人身の自由に対する制約について、厳格な審査基準によって認められた要件に基づいていることを担保するものである。すなわち、厳しい基準をクリアした要件が明確に定められており、その要件適合性が適正に（告知聴聞の機会の付与や弁護人依頼権もこれを支える）審査されなければ意味がない。

しかるに、医療保護入院においては、「医療及び保護の必要」という中核的な要件が極めて曖昧であり、前記のとおり合憲的に限定して解釈してかろうじて文言上合憲性がクリアされうるとしても、実際には機能していないことはすでに述べたとおりである。

そして、医療保護入院においては、入院時の届と定期病状報告が書面によって審査の対象とされているが、書面は入院させている病院管理者が作成するものであり、精神障害者自ら意見を記入する欄はなく、告知聴聞のきっかけにもならない。このため、法律上は現地意見聴取等も可能であるが（法 38 条の 3 第 3 項）、実際には活用されていない。他方、精神医療審査会の扱う書面審査の量は膨大であり、実質的な審査がなされているか疑わしい<sup>(57)</sup>。前記のとおり審査結果から形骸化されていると批判されるのも当然である。

したがって、現行の運用を前提とする限り、精神医療審査会による手続きがあるからといって、憲法の定める適正手続きが保障されていると言えな

(56) 注 53 の研究によると、2020 年度に退院及び処遇改善の請求が 1 件もなかった病院は 46.7% に及んでおり、そもそも適切に患者に権利の告知がなされていない可能性が高いといえる。

(57) 注 53 の研究によると、1 合議体開催日あたりの書類審査平均件数は 150.4 件であり、合議体の 4 割は 2 時間以内、8 割以上が 3 時間以内とされており、書類審査の他に退院等請求の審査も行なわれていることからすると、書面 1 枚当たり 1 分もかかっていない可能性が高い。

いばかりか、厳格な審査基準を満たしていることを担保するものでもない。

#### IV 精神障害者の置かれている状況

##### 1 他の精神障害者の人権を制約する制度

###### (1) 他の強制入院制度

精神保健福祉法には、医療保護入院のほか、精神障害者（法5条）であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めることについて、二人以上の指定医の診察の結果が一致した場合に、精神障害者の意思に反してでも都道府県知事が入院させることのできる措置入院（法29条1項）と、指定医一名でもなしうる緊急措置入院が定められている（法29条の2）。

本稿では、医療保護入院をメインテーマとしたため、通常他者加害阻止原理によって説明される他害のおそれを理由とする措置入院については詳しくは述べないが、他害の「おそれ」しかないにもかかわらず、精神障害者のみを対象として人身の自由を制約する点については慎重な検討を要する。

精神障害がなければ、他害のおそれがあっても人身の自由は制約されない。精神障害者のみが対象として許されるとすれば、それは、判断能力が不十分であるから、という理由が考えられる。しかし、判断能力不十分を理由とするのであれば、それは精神疾患に限らず、他の疾患や事故による意識障害がある者についても等しくあてはまるはずであり、他害のおそれの有無にかかわらず、弱い自己加害阻止原理のみによって措置入院は正当化できるのではないか。「他害のおそれがある」ことは強制入院発動のきっかけにはなりえても、強制入院を正当化することはできないのではなかろうか<sup>(58)</sup>。

---

(58) 佐藤・前掲書（注30）154頁が、「『他者加害』との関係における制約の中にパターンリスティックな考慮が不当に混入」されることのないよう注意喚起しているのは、興味深い。

この他、医療観察法に基づく入院（42 条 1 項 1 号等）がある。

(2) 行動制限（法 36 条 1 項<sup>(59)</sup>）

強制入院のほか、精神障害者には<sup>(60)</sup>行動制限も認められている<sup>(61)</sup>。

行動制限としては、通信や面会の制限も認められており、無視できない影響があるが、人身の自由との関係では隔離と身体拘束がある。

隔離とは、内側から患者本人の意思によっては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限であり、身体拘束とは、衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限、死亡のリスクもある最強度の身体に対する制約であり、いずれも指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない<sup>(62)</sup>。行動制限に関する処遇の基準は設けられており<sup>(63)</sup>、ここで隔離については、自傷他害のおそれが措置入院以上に限定されて定められているといえる。

他方、身体拘束については、隔離以上に強度な制約であるから、隔離によっても確保できない生命保護及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であるとされている。最高裁判決においても、「入院患者の身体を抑制することは、その患者の受傷を防止するなどのために必要やむ

(59) 医療観察法にも同様の規定が設けられている（92 条 1 項参照）

(60) 任意入院者も含まれる。

(61) 行動制限ではないが、法律に規定されていないものの重要な人権に対する制限として、精神科病院では財産権に対する制限も無視できない。多くの病院では、精神障害者は自ら財産を管理することができず、病院によっては取り上げた上で管理料と称して一方的に決められた費用を毎月患者から徴収している。

(62) 法 36 条 3 項、昭和 63 年 4 月 8 日厚生省告示第 129 号「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 36 条第 3 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限」。なお、同告示によれば、12 時間を超えないものは隔離に該当せず、また、身体拘束は「身体的拘束」と記載されている。

(63) 昭和 63 年 4 月 8 日厚生省告示第 130 号「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 37 条第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準」。

を得ないと認められる事情がある場合にのみ許容されるべきもの」<sup>(64)</sup>とされている。つまり、身体拘束については、自己加害阻止原理に基づいてると解される。もっとも、国の検討会が公表した「報告書」（前記注16）によれば、治療の困難性を理由とする身体拘束が認められようとしている。これは、実質的に、生命及び重大な身体損傷の防止のためにのみ限定し、切迫性を要求してきた現行の基準を緩和するものであり、また、治療目的の身体拘束を容認するものであって強制医療の是認につながるおそれのあるものである。本稿では紙幅の関係で詳述できないが、人身の自由や医療についての自己決定権の重要性に鑑みると、看過できない<sup>(65)</sup>。

### (3) 他の人身の自由を制約する制度

このほかにも、任意入院における退院制限（法21条3項、同条4項）、移送（法29条の2の2、法34条）、閉鎖病棟（医療法施行規則16条1項6号）など人身の自由が制約される場面が精神障害者には多い。

任意入院における退院制限は、実際に制限された時点における人身の自由に対する制約だけでなく、任意入院しても退院が制限されるかもしれない、という不安から、任意入院を避け、無理して自宅で療養しようとする者もあり、精神障害者の適切な医療を受ける権利に対する支障にもなっている。

また、移送については、法律上は、指定医による診察がなされた後のみ認められているが（法29条の2の2第1項、法34条1項）、実務の運用では、精神障害者が現に所在する場所から、指定医の診察場所までの移送

---

(64) 平成22年1月26日最高裁判所第3小法廷判決（最高裁判所民事判例集64巻1号219頁）。

(65) 2022年6月9日神奈川県弁護士会「精神科病院において治療が困難であることを理由とする身体拘束を認めることについて反対する意見書」、2022年10月19日日本弁護士連合会「厚生労働省『地域で安心して暮らせる精神保障医療福祉体制の実現に向けた検討会』報告書の身体的拘束要件の見直しに対する意見書」参照。

も行っており<sup>(66)</sup>、移送も人身の自由を制限して移動させる措置であることに鑑みると、法律の根拠なく行うことは問題である。さらに深刻なのは、自治体職員や医療従事者ではない、一般の民間事業者が、事実上家族等から依頼を受けて精神障害者を病院まで移送していることである<sup>(67)</sup>。精神障害者本人とトラブルになることも多く、移送の過程で暴行を受けることもある<sup>(68)</sup>。本人の意思に反する移送は監禁罪になりうることを確認したい。

また、日本の精神科病院の 7 割以上の病棟が終日閉鎖になっており、任意入院者も過半数は病棟内に事実上閉じ込められているという実態がある。

## 2 なぜここまで人権が制約されるのか

このように、日本では毎年 18 万人以上が新たに、そして常時約 13 万人が強制的に入院させられているだけでなく、1 万人以上がベッドに拘束され、約 20 万人が終日鍵のかかった病棟にいて、多様な制約を受けている。これは「仕方がない」と言える程度を超えていると言うべきであるが、なぜ今なお放置されているのだろうか。

日本の精神障害者政策は、前述のとおり隔離収容目的で始まった。そのために、多くの精神障害者の人身の自由が制限され、一般の市民の目に見えないところに収容されていった。収容されてしまうと、精神障害者と接する機会はなくなり、理解する機会もないままとなる。理解できないと、「わからない」「怖い」という思いや偏見が強まり、人身の自由が制約されてもやむを得ないと思ってしまう。そのため、精神障害者に対する人身の自由の制限はより進行し、ますます目に見えない存在となっていく、社会は関心を持たなくなり、精神障害者の人権はより軽視されていく。その結果が、病院内における虐待であり<sup>(69)</sup>、患者の放置、すなわち社会的入院の発生<sup>(70)</sup>

(66) 精神保健福祉研究会監修『四訂精神保健福祉法詳解』（中央法規、2016 年）275 頁。

(67) 民間救急と呼ばれている。

(68) <https://toyokeizai.net/articles/-/376169>

であった。

このように、人身の自由が制約されると悪循環が生じ、より深刻な人権侵害をもたらす。人身の自由の特質でもあるといえよう。この悪循環を打破し、被害をなくすためには、人身の自由に対する制約の実態を可視化すること<sup>(71)</sup>、精神障害者を知ること、審査を適切に行うことである。

## Ⅶ おわりに

人身の自由は、他の基本的人権の基礎になる重要な人権であり、個人の尊厳や人格的自律に直結するものであるにもかかわらず、一度制限されてしまうと、他者からその存在が見えなくなるために、人権侵害の被害まで見えなくなってしまう。また、対象とされている人に対する偏見や差別を助長することにもなり、人権享有主体性すら否定されかねない事態になる。これはすべての人身の自由に対する制限について言えることであり、厳格にその制度の合憲性については審査されなければならない<sup>(72)</sup>。

---

(69) 遅くとも1960年代後半から報道されるようになり、1969年12月20日には日本精神神経学会が「精神病院に多発する不祥事件に関連し、全会員に訴える」と題する見解を公表したが、1970年代以降も続き、1984年にはいわゆる宇都宮病院事件が発覚した。そして今なおなくなることはないことは注1において指摘したとおりである。

(70) 社会的入院の定義や数には諸説あるが、たとえば「受け入れ条件が整えば退院可能」とされる人は今なお43,200人おり（令和2年患者調査）、入院の必要はなく本来社会で生活できるにもかかわらず、病院内で生活しており、生き方が深刻に歪められていると言える。

(71) 現在でも入院形態が不明の者（任意入院でもない）が一定数いること（精神保健福祉資料）は、日本における強制入院の極めて緩い運用がうかがえるところであり、まずは人権を制約している可能性が高いという推測の下に調査する必要がある。隔離と身体拘束については、過去に客観的な事実のみを問う最低限聞くべき調査項目（案）や調査票（案）の作成もなされたが、いまだ実施されておらず、実態さえ把握されていない（平成30年度精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究「精神病床における行動制限に関する検討」において調査の中止が報告されているが、その後実施されていない）。

精神障害者に関しては、精神医療という専門性もあるため、非医療者である法律家が審査することについては躊躇があるかもしれない。しかし、今の日本の精神医療の現状は、医療の質や程度を問う段階ではなく、人生被害を受けているか、個人の尊厳が損なわれていないか、が問われる段階に至っている。自分と同じ「人」として見たときに、許容できるかどうかが問われているのである。多くの法律家が関心を持ち、現実の医療現場や精神障害者を知って、考えて頂くことを願っている。

本稿を執筆するにあたっては、関西憲法判例研究会の先生方のご意見・ご示唆からも影響を受けており、感謝する。そして何より、横藤田誠先生からは精神障害者の人権に対する憲法学の観点からの研究に学び、その真摯な姿勢に励まされ、強制入院によって人生を奪われた原告の訴訟においても助力していただいているところであり、今後もそのご活躍を願うばかりである。筆者は憲法学についての知見は乏しいが、弁護士として社会で起きていることを研究者の方に伝えることを一番の目的として本稿を執筆した。研究者との対話によって、表面的・感情的な風潮に流されることなく、精神障害者の人権を制約することに対する理論的検討を深め、そこで得られた憲法の保障する人権についての考え方を社会や精神医療現場に伝え、対話することによって、精神障害者の人権が保障されていくことを願っている。

---

(72) 国連人権理事会の恣意的拘禁作業部会は、日本で法律に基づいて行われている拘禁について、恣意的拘禁であると意見した（「特集 身体拘束を考える ―恣意的拘禁と国際人権」法学セミナー 781 号（日本評論社、2020 年）参照）。