

日本国憲法と強制入院・身体拘束

植 木 淳

目次

はじめに

第1章 精神科病院における憲法問題

第1節 精神医療法制の沿革

第2節 精神保健福祉法と強制入院・身体拘束

第3節 精神科病院における人権問題

第4節 強制入院・身体拘束と憲法

第2章 強制入院の合憲性・合法性

第1節 強制入院の合憲性・合法性

第2節 強制入院に関する裁判例の検討

第3章 身体拘束の合憲性・合法性

第1節 身体拘束の合憲性・合法性

第2節 身体拘束に関する裁判例の検討

おわりに

※ 本稿のテーマに関しては、長谷川利夫杏林大学教授と佐々木信夫弁護士から数多くの御教示を頂いてきた。また、長谷川教授を中心に刊行されている『身体拘束と人権』（一般社団法人日本身体拘束研究所）からも多くの知見を得ている。もちろん、筆者の見解は両氏の見解とは同じものではないし、本稿における誤りなどは全て筆者の責任である。

「大衆は、自分たちに不安を呼び起こす者を、社会から切り離し、隔離し、忘れ去ることで安心を取りもどそうとする。あの塀の向こう側でケアしてあげれば、当人だってその方が幸せでしょう、と思っていれば心に波風が立つことはない。そうして塀の向こう側に閉じ込められた人たちの実情を見ようとする人は誰もいない」¹。

はじめに

2001年のハンセン病訴訟熊本地裁判決の後には、ハンセン病患者の隔離政策を等閑視してきた法律学の姿勢に関して「法律家全体が道義的責任を自覚せざるを得ない」との指摘があった²。また、2018年に旧優生保護法違憲訴訟が提起された後には、同法の違憲性を問うことがなかった憲法学の在り方に対する「自問」がなされてきた³。しかし、その昔は「ハンセン病は感染するから隔離しないと危険だ」あるいは「障害者が子どもを作ると大変だから不妊手術が必要だ」という「常識」が法律を支えていたことを銘記すべきであり、そのことを含めて「自問」するのであれば、現在でも「精神障害者は危ないから入院や拘束が必要だ」という「常識」の下で、時として「奴隸的拘束」としかいえないような実態を含む強制入院及び身体拘束が行われていることを問題にしなければならない。

この点、日本の憲法学（法律学）は、最高裁判例を中心とする「重要判例」に関心を集中させ、「裁判事件以外の国内の社会事象や、諸外国で起きている人権侵害的な諸事例に対する関心がうすくなりがち」であった⁴。そのため、長らく精神科病院という閉鎖的空間における人権問題も等閑視され

1 齋藤正彦『都立松沢病院の挑戦』（岩波書店・2020年）64頁。

2 宇賀克也「ハンセン病熊本地裁判決」判評516号2頁以下（2002年）6頁。

3 棟居快行「優生保護法と憲法学者の自問」法時90巻9号1頁以下（2018年）など。

4 内野正幸『人権の精神と差別・貧困』（明石書店・2012年）59頁。

がちであったが、近年では当事者や支援者の努力により強制入院・身体拘束の違法性を問う裁判例が蓄積され—それらが法学者の注目をあびる「重要判例」と見なされていないとしても—そこで争われている法の人権侵害的な運用は、憲法学が注目しなければならないものとなっている。

そこで、本稿では、精神保健福祉法の憲法適合性—あるいは憲法適合的解釈の必要性—を論じた上で、裁判例の検討・分析を通じて、強制入院及び身体拘束に関する法的統制の在り方を検討する。第1章では、精神医療法制の沿革及び現行の精神保健福祉法を概観した上で、戦後から現在までの精神科病院における人権状況を検討し、強制入院・身体拘束に関する憲法論を総論的に論じる。次に、第2章では、精神保健福祉法上の任意入院(法20条)・措置入院(法29条)・医療保護入院(法33条)をめぐる問題を検討する。そこでは、現行法の合憲性を検討するとともに、仮に合憲限定解釈が可能であるとした場合に現実の入院過程を統制する法的基準を検討する。その上で、強制入院の実体的要件及び手続的要件を厳格に解釈している現実の裁判例を紹介して、憲法適合的な基準が形成される可能性を論じる。最後に、第3章では、精神保健福祉法36条における「必要な制限」としての身体拘束に関して憲法的考察を加え、実務上の指針である告示130号の憲法適合的解釈を通じて、身体拘束を統制する法的基準を検討する。その上で、現実の裁判例を概観して、「多動・不穏」を理由とした身体拘束を追認する判例が存在する一方で、告示130号の適正な解釈により身体拘束の適法性を厳格に審査する判例も存在することを紹介する。

第1章 精神科病院における憲法問題

第1節 精神医療法制の沿革

1900年制定の精神病者監護法は、精神病者の治療に関して定めたものではなく、後見人・配偶者・親権者・戸主などを監護義務者とした上で、私宅監置につき行政官庁から許可を得ることを求め、行政官庁に監督権限を与えるものであった。本法に関しては、「ほとんど精神病院がない状況」で「外部の目のまったく届かないところで行われていた私宅監置に対して、

公権力が一定の関与をするようになった」⁵、との評価も可能である⁶。それでも、本法制定時の議論は「病者を治療上のレベルで取り扱うのではなく、危険な者として警察の取締りの対象として捉え」るものであり、現実の運用状況に関しても「私宅監置は非常にひどい状態であった」と指摘されている⁷。そのような状況でありながら、1917年の全国調査によれば、精神病者総数約65,000人に対して、精神病院等に入院中の者は約5000人に過ぎず、「私宅監置を含めて約6万人の患者が医療の枠外にあるという実情」があったとされる⁸。

その後、1919年制定の精神病院法により公立精神病院の設立と強制入院手続が規定された。それ以前の精神病者監護法は「社会秩序維持」と「他者に対する危険の防止」に力点が置かれたのに対して、精神病院法は「憐れむべき同胞の保護・治療」という「パレンス・パトリエ」の思想に立脚していたとの指摘もある⁹。しかし、従来からの私宅監置が継続されただけではなく、予算不足などもあって、戦前期を通じて公立精神病院の設立は進まなかった。そのため、精神医療における治療と保護の大部分は民間病院に委ねられることとなり¹⁰、そのことが「病院の性格をより閉鎖的、監視的なものにしていき、また一方では一部悪徳病院による営利本位の病院経営」を生み出したとの指摘もなされている¹¹。

第二次世界大戦後、1950年制定の精神衛生法は、私宅監置制度を廃止して精神病院の設置を都道府県の義務とするとともに、自傷他害のおそれ

5 齋藤前掲(1) 20-21頁。

6 例えば、法7条では「行政庁ハ精神病者ノ監護ニ関シ必要ト認ムルトキハ監置ノ廃止ヲ命シ又ハ監置ノ方法若ハ場所ノ変更ヲ命スルコトヲ得」などと規定されていた。

7 加藤久雄「わが国における精神障害者法制の歴史的考察」大谷実・中山宏太郎編『精神医療と法』181頁以下(弘文堂・1980年)190頁。

8 精神保健福祉研究会『精神保健福祉法詳解(5訂)』(中央法規・2024年)5頁。

9 広田伊蘇夫『立法百年史』(批評社・2004年)35頁。

10 北杜夫『楡家の人びと(上)(下)』(新潮文庫・1971年)は、フィクションであるが、戦前・戦中・戦後の民間の大規模精神病院の様相を描くものとして興味深い。

11 加藤前掲(7) 192頁。

のある者に対する措置入院と保護義務者の同意による同意入院を制度化した。同法は、精神障害者の後見人、配偶者、親権者等を保護義務者に選任して、治療を受けさせる義務と自傷他害防止の監督義務を負わせるものであった。また、強制入院の要否を判定するための精神衛生鑑定医の制度がもうけられた。それでも、同法に関しては、法制定時に「人権上の問題、とくに入退院手続についてはほとんど論議され」なかったことが「その後問題を残す大きな理由であった」との指摘がある¹²。現実には、1964年にはライシャワー大使刺傷事件が発生して精神病患者を治安取締の対象とする思潮が高まり、1965年の法改正により警察官等による通報制度の拡大や緊急措置入院制度の導入などが行われた。その一方で、同改正法は、様々な方向からの議論があった結果として、通院医療費の公費負担制度や精神衛生センターの設置など通院医療・地域医療の方向性を示すものでもあり、「入院医療中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」の変革の契機になるものとなったと指摘される¹³。

1984年に宇都宮病院事件が発覚したことにより精神医療における人権侵害の問題が強く意識され、1987年に精神衛生法は精神保健法に改正され、精神障害者の人権擁護と社会復帰の促進が謳われた。具体的には、1) 精神保健指定医制度の創設（旧精神衛生鑑定医）、2) 任意入院制度の明文化、3) 医療保護入院（旧同意入院）における指定医による診察の義務化、4) 応急入院制度の創設、5) 入院時の書面による権利告知の義務（退院請求等）、6) 精神医療審査会の設置、などの改革が行われた。その後、1993年の法改正により「保護義務者」が「保護者」と改められた。さらに、1993年の障害者基本法制定を受けて、1995年には精神保健法が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（精神保健福祉法）に改称され、1) 法律の目的に「自立と社会参加の促進のための援助」が追加されるとともに、2) 精神障害者福祉手帳制度の創設、3) 社会復帰施設の充実・社会

12 藤岡一郎「精神衛生法制をめぐる歴史的展開」大谷・中山編前掲（7）204頁以下211頁。

13 精神保健福祉研究会前掲（8）13頁。

適応訓練事業の法定化、など「福祉法」としての位置づけが明確化された。その後、2013 年法改正では保護者制度が廃止され、医療保護入院の同意権者が「家族等」（配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人）のうち「いずれかの者」となり、「家族等がない場合又はその家族等の全員がその意思を表示することができない場合」には市町村長が同意権を有するものとされた。さらに、2022 年法改正により、「家族等」が「同意若しくは不同意の意思表示を行わない場合」にも市町村長に同意権があるものとされた。

なお、戦前から現在に至るまで、日本の精神医療においては、民間病院が主要な役割をしめている。先述の通り、戦前は国公立病院の設立が進まずに民間病院が中心であったが、戦後の精神衛生法により私宅監置が廃止されると「患者の新たな収容先」として「私立精神病院が雨後のタケノコのように建てられ」た¹⁴。特に 1954 年の精神衛生法改正により精神病院の設置・運営に対する国庫補助が拡大したことから「第一次精神病院増設ブーム」が到来し、1960 年以降は公費負担入院者の増加とともに「第二次精神病院増設ブーム」が起こった¹⁵。また、1958 年の厚生事務次官通達により、職員配置基準に関して精神科病院は一般病院に比して医師は 3 分の 1、看護師は 3 分の 2 でよいとする「精神科特例」が認められたことが民間病院の経営に有利になった¹⁶。そのような背景もあり、2024 年度調査においても、国公立病院の病床数 17,675 床に対して、民間病院（指定病院）の病床数は 216,631 床、民間病院（未指定病院）の病床数は 70,076 床となっている¹⁷。この点、精神科病院の大部分が民間病院であり、日本精神科病院協会（日精協）の権限が大きすぎて病床数を減らせないことが強制入院

14 小俣和一郎『精神医学の近現代史』（誠信書房・2020 年）184 頁。

15 桑原治雄「日本における地域精神医療の歴史」松下正明ほか編『精神医療の歴史』367 頁以下（中山書店・1999 年）369 頁。

16 昭和 33 年 12 月 2 日発医第 132 号。

17 精神保健福祉資料 630 調査「1. 精神科病院の状況（1）病院数・病床数・病棟数・休床中病棟数」（<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>）（2026 年 5 月 31 日確認）参照。

の減らない原因であり、近年では「認知症患者をどんどん入院させて、何とか経営を回していこうとしている状況」にあるとの指摘もある¹⁸。

第2節 精神保健福祉法と強制入院・身体拘束

精神保健福祉法には、「精神医療の適正化を目的とする保健・医療関連法としての側面」と、精神障害のある人々の「ノーマライゼーションや社会参加の促進を目的とする福祉法としての側面」があり、さらに前者には「入院患者の権利擁護に関する部分」と「社会防衛のための公権力による強制処遇（措置入院）を規定した部分」という「極めて異質の要素」が含まれている¹⁹。

精神保健福祉法上、精神科病院の入院には「任意入院」「措置入院」「医療保護入院」の3類型がある。第一に、法は、「精神科病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない」として「任意入院」を原則形態としている（法20条）。ただし、任意入院の場合には「退院の申出があつた場合においては、その者を退院させなければならない」としながら（法21条2項）、精神保健指定医の診察により「医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めたとき」は「72時間を限り、その者を退院させないことができる」とされている（法21条3項）。第二に、精神保健指定医により「精神障害者であり、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」と判断された者に対して、都道府県知事が「精神科病院又は指定病院に入院させることができる」とする「措置入院」の制度がある（法29条）。第三に、精神保健指定医の診察により、「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る者」であり、「その家族等のうちいずれかの者の同意がある」ときは、精神科病院の管理者は6月以内の期間を

18 斎藤環「身体拘束の最小化をめざして」身体拘束と人権1号29頁以下（2024年）30頁。

19 岡崎伸郎『精神保健医療のゆくえ』（日本評論社・2020年）9頁。

定めて「入院させることができる」とする「医療保護入院」の制度がある（法 33 条）²⁰。

その上で、精神科病院の管理者は「入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる」とされている（法 36 条）。「行動制限」は、「主治医が診察の上、医療上の必要性から行う」ものであり「医師でないものの判断で行うことは許されない」と解され²¹、実施に際しては診療録への記載義務がある。具体的な態様としては、通信・信書発受制限、電話・面会制限などがあるが、最も重大な制限となるのは患者の隔離と身体拘束である。この点、厚生労働大臣は「精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる」とされ（法 37 条 1 項）、厚生労働大臣による告示 129 条及び告示 130 号が隔離及び身体拘束の基準を定めるものとなっている（第 3 章 1 節で検討する）。

入院患者の人権保護のための手続として、都道府県に設置される精神医療審査会が、定期報告制度に基づく報告の審査、措置入院及び医療保護入院が行われた場合の入院の必要性の審査、入院患者及び家族から退院請求・処遇改善請求があった場合の入院継続・処遇改善の必要性の審査、などを行うことになっている（法 12 条）。精神医療審査会では、「精神障害者の医療に関し学識経験を有する者」（医療委員＝精神保健指定医）が 2 名以上、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」（保健福祉委員）が 1 名以上²²、「法律に関し学識経験を有する者」（法律家委員）が 1 名以上、を含む 5 人の合議体により審査が行なわれることとなり（法 13 条 1 項・

20 それ以外に、指定医により「直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障がある者」と診察され「急速を要し、その家族等の同意を得ることができない場合」には「本人の同意がなくても、72 時間を限り、その者を入院させることができる」とする「応急入院」の制度がある（法 36 条の 3）。

21 精神保健福祉研究会前掲（8）441 頁。

22 保健福祉委員の人选は都道府県知事の裁量に委ねられているが、精神保健福祉士や保健師等が任命されることが想定されている（精神保健福祉研究会前掲（8）107 頁）。

法 14 条)、多くの場合には合議体の過半を医師が占めている²³。

第 3 節 精神科病院における人権問題

「精神医療に対する偏見は、精神障害者に対する偏見と紙一重で隔てられている」と指摘されるように²⁴、精神科病院の異常性を誇張して語るとは精神障害に対する偏見を強化する恐れがあるため、そこでの人権問題を論じることには相当の慎重さが必要である。それでも、以下に紹介する人権侵害事例の数々は一全ての精神医療に人権上の問題があるわけではないことを前提とした上で一個々の病院・医師の問題に還元できない精神医療をめぐる法と政策の問題を浮き彫りにするものである²⁵。

戦後の精神衛生法制定直後から、恙虫病原体接種事件など精神科病院における数多くの人権問題が報じられてきた²⁶。1970 年代に大熊一夫が執筆したルポルタージュは、大熊自身が入院した精神病院を『『病院』の名をかたる『人間の捨て場所』』と表現し、「医師との接触はほとんどなく、入院したが最後、症状も退院時期もわからない、いわば不定期刑」であり、「もし逃げてでも失敗すれば恐るべきリンチが待っている」などと記した²⁷。1984 年には宇都宮病院で入院患者が看護職員により殴打され死亡した事件を契機に、同病院内で、患者に対する暴行・虐待、無資格診療、超過収容、不必要な強制入院などの数々の不正が行われていることが明らかにさ

23 精神保健福祉資料 630 調査「令和 6 年度精神医療審査会機能」(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>) (2026 年 5 月 31 日確認) によれば、全国精神医療審査会の合議体の委員の内訳は、医療委員 925 名、法律家委員 404 名、保健福祉委員 472 名となっている。

24 齋藤前掲 (1) 57 頁。

25 近時の問題を取り上げたものとして、風間直樹ほか『ルポ・収容所列島』(東洋経済新報社・2022 年)がある。

26 同事件は、1952 年に医療法人青山信愛会新潟精神病院が新潟大学医学部桂内科と話し合いの上で、同病院の入院患者の説明・了解を得ることなく、同医学部内科の技術提供を受けて患者らに対する恙虫病原体による発熱療法を実施して、病態観察を行ったものである(毎日新聞 1957 年 7 月 11 日東京夕刊 5 面、毎日新聞 1957 年 7 月 12 日東京朝刊 9 面など)。

27 大熊一夫『ルポ精神病棟』(朝日新聞社・1973 年) 9 頁。

れた²⁸。

宇都宮病院事件の衝撃は 1987 年法改正の契機となり、患者の人権擁護のための措置が講じられた。しかし、その後も、精神科病院における不必要な入院、不適切な医療、虐待などの事例は跡を絶たずに生じている。1997 年には、大和川病院で、患者が暴行を受けて死亡した事件を契機に、同病院には適正な数の医師が配置されず入院時を除いて殆ど診察が行われていなかったことなどが明らかになった²⁹。また、1998 年には、犀潟病院で、医師の診察を受けずに看護師の判断で拘束されている患者が嘔吐物を喉に詰まらせて死亡する事件が発生したのを契機に、同病院では法所定の手続に反する身体拘束が行われていたことが発覚した³⁰。また、2001 年には、箕面ヶ丘病院で、長期間にわたり紐で縛られて窓に繋がれた状態で拘束されるなどの違法な身体拘束が行われていたことが発覚した³¹。2020 年には、神出病院で、看護師らが患者を椅子に座らせ放水をする、男性患者同士でキスをさせる、患者を寝かせ柵付きベッドを逆さまに覆いかぶせる、などの虐待行為が行われていたことが明らかとなった³²。2023 年には滝山病院における患者暴行事件が発覚し、指定医の指示によらない違法な身体拘束が日常的に行われていたことが明らかになった³³。

同じ 2023 年には、みちのく記念病院で、入院中の患者が同室の患者を殺害したにもかかわらず、病院は警察に通報せず、死因を肺炎とする虚偽の死亡診断書を作成していたとする衝撃的な事件が報道されたが、同事件の背景には身体拘束の問題があった。殺人罪に問われた患者は、看護師から両手を左右のベッド柵に紐で拘束されることが繰り返されたことに耐え

28 毎日新聞 1984 年 3 月 14 日東京朝刊 23 面など。

29 毎日新聞 1997 年 3 月 20 日大阪朝刊 29 面、毎日新聞 1997 年 4 月 5 日大阪朝刊 26 面など。

30 毎日新聞 1998 年 9 月 25 日東京朝刊 1 面など。

31 読売新聞 2002 年 2 月 1 日大阪夕刊 18 面、読売新聞 2002 年 2 月 2 日大阪夕刊 9 面、読売新聞 2002 年 2 月 4 日大阪夕刊 13 面など。

32 毎日新聞 2020 年 3 月 4 日大阪夕刊 9 面など。

33 毎日新聞 2023 年 12 月 19 日東京朝刊 22 面など。

られず、人を殺害すれば警察に通報されて逮捕され退院できると考えて、本件犯行に及んだと供述している³⁴。同病院では、医師の勤務実態に関する虚偽の報告が行われ、看護師による医療行為が常態化していたとされ、十分な治療が行われないまま身体拘束が実施されていたことが事件の要因となったと思われる³⁵。

違法・不当な隔離・身体拘束の問題は、患者の被害を通じて明らかになるだけではなく、それを実施する医療従事者の負担の問題を通じて明らかになることもある。2018年から八王子敬愛病院で勤務していた看護師がうつ病に罹患したことを理由に労災法上の療養補償給付を請求した事案に関して、2024年の東京地裁判決は、本件病院では「看護師が医師の指示に基づかずに患者に対し身体的拘束・隔離を行い、これを診療録に記載しないという運用が常態化していた」として、「医師による指示を欠いた患者に対する身体的拘束・隔離は、違法な行為」であり「当該患者の身体の一部を侵害するばかりではなく、当該患者に対し循環障害（エコノミークラス症候群）などの生命身体の一部を侵害する可能性がある行為」であるとした上で、原告の疾病は当該行為を強要されたことに起因するものとして請求を認める判断を行っている³⁶。

また、精神科病院入院に関連して重大な問題となっているのが、民間移送業者による患者の移送である。1999年法改正により都道府県知事が指定医の診察を経て医療保護入院の要件を充足する者を精神科病院に移送できる旨の規定が設けられたが（法34条1項）、同法改正以前から見られたように、法所定の要件を充足しないまま「一般の民間事業者が、事実上家族等からの依頼を受けて精神障害者を病院まで移送している」という実態がある³⁷。現実の裁判例として、離婚協議中の夫の依頼を受けた移送業者が、数人で妻（原告）を抱え上げるなどして車両に乗せて病院に搬送し

34 青森地判 2024 年 7 月 1 日判例集未掲載 LEX/DB25620651。

35 読売新聞 2025 年 7 月 19 日東京朝刊 25 面、31 面など。

36 東京地判 2024 年 4 月 11 日判例集未掲載 LEX/DB25620857。

37 姜文江「日本社会における人身の自由」広島 46 巻 4 号 33 頁以下(2023 年)53 頁。

て医療保護入院させた事例に関して一当日中に弁護士が病院を訪れ、離婚協議中の夫には同意権がないことを説明して入院が取り消された一大阪地裁は「自傷他害の恐れ」のない原告を「意に反して精神科病院に搬送する行為」は違法であるとして、夫及び移送業者の不法行為責任を認めている³⁸。特に近年は「引き出し屋」といわれる移送業者が引きこもり状態にある人を強制的に精神科病院に移送して入院させるなどの事象が数多く報告されている³⁹。

2000年代には「ノーマライゼーション」の理念の下に精神障害のある人の地域移行・地域生活支援が重視され、2004年の厚生労働省の報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」でも「入院医療中心から地域生活中心」という方向性が示され⁴⁰、近年では入院患者数は減少に転じている⁴¹。また、診療報酬改定に際して行動制限最小化の取組が算定されるようになったため、精神科病院には「行動制限最小化委員会」が設置されるのが通例となっている⁴²。それでも、現実に長期入院患者数は依然として高水準にあり、2024年6月30日時点での入院者数は、措置入院1,426人（入院期間1年以上は195人）、医療保護入院121,468人（入院期間1年以上は69,609人）、任意入院126,326人（入院期間1年以上は78,787人）となり、特に入院期間が20年を越えるのが、措置入院で17人、医療保護入院で6,329人、任意入院で10,061人にもものぼるなど⁴³、国際的比較の上

38 大阪地判 2013 年 7 月 5 日判例集未登載 LEX/DB25501586。

39 斎藤環「自立支援ビジネスにおける暴力の構造的背景」下里誠二・木下愛未編『精神科医療における暴力とケア』197 頁以下（金剛出版・2024 年）参照。

40 厚生労働省 HP「精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）」（<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>）（2026 年 5 月 31 日確認）。

41 厚生労働省 HP「精神保健医療福祉の現状等について」（<https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/001374464.pdf>）（2026 年 5 月 31 日確認）。

42 厚生労働省 HP「令和 6 年度診療報酬改定の概要【重点分野Ⅱ（認知症、精神医療、難病患者に対する医療）】」（<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001238907.pdf>）（2026 年 5 月 31 日確認）など参照。

43 精神保健福祉資料 630 調査「2. 精神科病院在院患者の状況」「(3) 令和 6 年 6 月 30 日午前 0 時時点の在院患者数（入院形態×年齢階級×在院期間）」（<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>）（2026 年 5 月 31 日確認）参照。

からも「精神科病院大国」と評される状況となっている⁴⁴。入院件数が高止まりする要因としては、先述した民間病院中心の医療体制があるほか、精神障害・知的障害・高齢者介護などを「病院や施設で収容するか家庭で抱えるしかないという構造」があり、包括型地域生活支援（ACT）なども「ごく限られた地域」でしか成り立たないことがある⁴⁵。もちろん、「重度慢性群を含む治療、処遇困難な患者の長期的なケア」が必要な場合も相当数存在することはたしかであるにせよ⁴⁶、「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、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」との指摘もある⁴⁷。「入院して治療するのでなければ治療できない疾患が、他国とは異なり日本にだけこんなにあるものなのか」という疑念が拭い切れない以上は⁴⁸、憲法学の立場から強制入院・身体拘束という強度の人権制約を許容する精神保健福祉法の法令及び運用に関して再検討することが不可欠であるように思われる。

第4節 強制入院・身体拘束と憲法

（1）法律学（憲法学）と強制入院・身体拘束

長きにわたり法律学は精神保健福祉法（旧精神衛生法・旧精神保健法）の合憲性に関して十分な関心を払ってきたとはいいがたく⁴⁹、強制入院・身体拘束に関して「長らくその正当性について疑いをもたれることすらなかった」ところ、「ようやく1970年代に至って、精神医学者や刑事法学

44 長谷川利夫『身体拘束』からみる失われる民主主義』世界969号217頁以下（2023年）218頁参照。

45 斎藤前掲（18）30頁。

46 斎藤前掲（1）133-140頁参照。

47 姜前掲（37）44頁。

48 松本哲治「医療保護入院制度の合憲性に関する覚書」野坂泰司先生古稀記念『現代憲法学の理論と課題』279頁以下（信山社・2023年）295頁。

49 戦前・戦後から現在に至る強制入院の合憲性に関する憲法学説の動向を論じたものとして、横藤田誠「精神障害者の強制入院制度と憲法学」同法72巻4号1019頁以下（2020年）がある。

者によって非自発的入院の根拠・要件について批判的な検討がなされるようになった」と指摘される⁵⁰。従来は刑事法学でも「措置入院制度はおおむね肯定的に捉えられてきた」が⁵¹、1980年の論稿で、町野朔は、「精神障害者一般の犯罪率が、通常人のそれを大きく上回るものでないこと」などから、措置入院制度は「治安目的の要請のみによって正当化しうるには、精神障害者の人権をあまりにも広範かつ深刻に制約している」として、「防止されるべき害悪の限定」「害悪発生の蓋然性の高度化」「入院期間の限定」が必要であると論じた⁵²。また、同意入院に関しても、「保護義務者の同意だけで、それを欲しない本人に入院・治療が許されうるのか」が問題であり、当時の精神医療の状況からも「医療行為が患者の身体利益を増進することが高度の蓋然性をもって期待」できないと論じていた⁵³。

また、憲法学においては「強制入院制度は感染症予防のための隔離と同列に扱われて合憲と解されるのが常」であり⁵⁴、比較的最近の教科書でも、措置入院制度に関して「放置した場合に生ずる害悪発生の蓋然性が高く、規制の緊急性と必要性を認めるに足る最小限度の措置として、合憲であると解されている」などとされてきた⁵⁵。その一方で、1990年代以降の憲法学説では、竹中勲、横藤田誠、高井裕之、石埼学、松本哲治などにより精神科医療における人権問題が論じられるようになってきた。

例えば、石埼学は、「我が国の精神医療は、患者の隔離による『人の資格』の剥奪＝人生被害をもたらして」おり、閉鎖病棟の被収容者は『個人の尊厳』をトータルに否定されている」と批判した⁵⁶。さらに、石埼は、

50 横藤田誠『精神障害と人権』（法律文化社・2020年）25頁。

51 内山真由美「刑事法学と精神保健医療福祉」法民453号60頁以下（2010年）60頁。

52 町野朔「精神医療における自由と強制」大谷・中山編前掲（7）26頁以下36頁、38-39頁。

53 同上42頁。

54 横藤田前掲（50）25頁。

55 野中俊彦ほか『憲法I（第5版）』（有斐閣・2012年）462頁（高見勝利）。

56 石埼学「精神科閉鎖病棟の憲法学」亜細亜42巻2号15頁以下（2008年）24頁、31頁。

旧らい予防法による強制隔離の問題に関連して、憲法 25 条 2 項が国に「公衆衛生」の向上を義務付けたことが、「われわれ」と『『公衆衛生』の対象たる病者』との「分断のイデオロギー」となってきたことを指摘した⁵⁷。この点、現在でも精神保健福祉法の代表的解説書は同法を「衛生法規」と規定しているが⁵⁸、「衛生」の名による自由制限を是認することは、多数派の「衛生」感覚が少数派の排除・隔離に結びついた強制隔離政策と同じ誤りを犯すものではないかが問われる必要がある。

ただし、精神医学の専門的知見を待たずに強制入院・身体拘束の全てが不必要で不合理なものと断じることにも慎重であるべきである。この点、都立松沢病院の院長を務めた齋藤正彦は、在院日数と拘束率の大幅な引下げを実現した一方で、「触法行為の社会的影響が深刻で、触法行為前の警察官介入、入院後の暴力沙汰が多く、反社会的行動特性が強く、重篤な精神症状を有し、より多くの支援を必要としている」ような「重度慢性群の患者」の存在を指摘して、「重度慢性群を含む治療、処遇困難な患者の長期的なケアは公立病院の重要な機能」とであると論じている⁵⁹。その意味では、精神医学の知見も意識しながら、その専門的知見を無批判に受容して人権制限を是認することにも警戒した上で、憲法上の人権規定を根拠に強制入院及び身体拘束に関する法的限界を見極めることが当面の課題となる。

(2) 精神保健福祉法における憲法問題

精神保健福祉法の合憲性に関しては、憲法 13 条、憲法 14 条 1 項、憲法 18 条、憲法 22 条 1 項、憲法 31 条、憲法 34 条など複数の条項との関係が論じられうるものの⁶⁰、大きく整理すれば、同法による強制入院・身

57 石埼学『人権の変遷』（日本評論社・2007 年）73 頁。

58 大谷實『新版精神保健福祉法講義（第 3 版）』11 頁（成文堂・2017 年）。

59 齋藤前掲（1）137 頁、140 頁。

60 例えば、「一時的な移動の自由」や「住居・居所を定め移転する自由」とは区別された、「狭義の人身の自由」は憲法 31 条により保障されるとした上で、精神科病棟における強制入院は「人身の自由」の問題であると捉える見解がある

体拘束は、①憲法 13 条などにより保障される身体的自由の侵害ではないか、②憲法 14 条 1 項の規定する平等原則に反するのではないかが問題になる。

憲法 13 条は「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利」を保障しており、憲法 18 条及び憲法 31 条以下の規定と併せて、日本国憲法は「生命・身体の自由」を「個人の自由の出発点」として保障していると解されている⁶¹。この点、ハンセン病訴訟熊本地裁判決は隔離政策を「人生のありとあらゆる発展可能性を大きく損なう」「人格権」自体に対する制限であると論じ⁶²、旧優生保護法違憲訴訟最高裁判決は優生手術により制限される「自己の意思に反して身体への侵襲を受けない自由」は「人格的生存に関わる重要な権利」であるとするものであった⁶³。それと同じように、本人の意に反して入院させられ、身体を拘束され、治療を強制されることは、身体的自由の制限であり、人格権自体に対する侵害となりうる。

次に、憲法 14 条 1 項に関して、憲法学説は後段列举事由（人種、信条、性別、社会的身分又は門地）による区別は原則として「不合理な差別」であると解しており⁶⁴、近年では「障害」を理由とした不利益取扱にも厳格な審査基準が適用されるとする見解が有力になっている⁶⁵。この点、最高裁も、「子にとっては自らの意思や努力によっては変えることのできない父母の身分行為に係る事柄」（国籍法違憲判決）⁶⁶、あるいは、「子にとっては自ら選択ないし修正する余地のない事柄」（婚外子相続分差別違憲決定）⁶⁷、による不利益取扱には厳格度の高い審査を行っており⁶⁸、2024 年の

（曾我部真裕「日本国憲法における移動の自由」法セミ 798 号 6 頁以下（2021 年）9 頁、11 頁）。

61 佐藤幸治『日本国憲法論（第 2 版）』（成文堂・2020 年）200 頁。

62 熊本地判 2001 年 5 月 11 日判時 1748 号 30 頁。

63 最大判 2024 年 7 月 3 日民集 78 卷 3 号 382 頁。

64 芦部信喜『憲法学Ⅲ人権各論（1）（増補版）』（有斐閣・2000 年）23 頁。

65 高橋和之『立憲主義と日本国憲法（第 6 版）』（有斐閣・2024 年）170 頁など。

66 最大判 2008 年 6 月 4 日民集 62 卷 6 号 1367 頁。

67 最大決 2013 年 9 月 4 日民集 67 卷 6 号 1320 頁。

68 安西文雄「憲法 14 条 1 項後段の意義」論ジュリ 13 号 71 頁以下（2015 年）75 頁参照。

旧優生保護法違憲判決は不妊手術に係る規定が「特定の障害等を有する者」に対する「差別的取扱い」であるとして違憲判断を行っている。その意味で、精神障害のある人だけを対象に「自傷他害防止」のための制約を行うことは、障害を理由とした差別として憲法 14 条に違反する可能性がある⁶⁹。

なお、憲法 25 条を根拠に強制入院を正当化するものとして、「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は、日本国憲法の要請でもある」などと論じる見解もある⁷⁰。しかし、権利としての生存権を根拠に本人に対する自由制約を正当化する議論に対して、それは「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」との批判があるのは当然である⁷¹。むしろ、近年の憲法学説では、「憲法 25 条とは、各人が、現実の社会状況下において、自己の生を自律的・主体的に構想し、かつ達成しようとする営みを支援することを目途としたもの」であると解されていることからすれば⁷²、本人の意に反する入院・拘束・治療は「生存権保障の要請」ではなく、「生存権の制約」でもあるとして、その正当性が問われるべきである。

上記のように、強制入院・身体拘束が、身体的自由の制約であることからすれば、精神保健福祉法の規定の合憲性審査には厳格審査基準が適用されるべきこととなり⁷³、当該規定が必要不可欠な目的によるものであり、当該制限が目的達成のために必要最小限でなければ、法律の規定自体が違憲になる、あるいは、当該規定が上記の目的・手段の範囲内で限定解釈された上で、その範囲を逸脱する措置は違憲あるいは違法になると解される。

69 竹中勲『憲法上の自己決定権』（成文堂・2010 年）170-171 頁参照。

70 大谷前掲（58）45-46 頁。

71 姜前掲（37）36 頁。

72 尾形健『福祉国家と憲法構造』（有斐閣・2011 年）127 頁。

73 高井裕之「自己決定能力と人権主体」公法 61 巻 70 頁以下（1999 年）76 頁。

そのため、強制入院・身体拘束の正当性を検討するには当該制度あるいは個別の措置の目的が特定の定義される必要があり、それらを正当化する「必要不可欠な目的」としては「他者の生命・身体の保護」（他者加害阻止原理・内在的制約原理）と「本人利益の保護」（自己加害阻止原理）が考えられる⁷⁴。

第一に、「他者の生命・身体の保護」（他者加害の防止）という目的は「最も強力な正当化根拠と見られている」が、「そもそも精神疾患をもつ患者が一般に危険なのだろうか」、「どの程度危険であれば非自発的入院の対象になるのだろうか」が問題となる⁷⁵。この点、国連の障害者権利委員会による総括所見が強制入院の完全廃止を求めていることに関連して、「自傷他害の危険を防止するという目的に照らして合理的必要最小限度の制限であるかどうかを正しく判定することは不可能だという歴史認識」があると指摘する見解がある⁷⁶。しかし、危害発生の蓋然性あるいは予防措置の必要最小限性が完全には予測・判定できないからといって、他害防止のための自由制限が全て許されないとはいえない。その一方で、自由制限を正当化しうる危険性の程度に関して、「将来の危険性」と「現在の切迫した危険」を対比させた上で、「医療保護を加えなければ自傷他害の行動に出るおそれがあるという将来の危険を意味すると解すべき」とする見解がある⁷⁷。しかし、医療側による「将来の危険性」があるとの判断—それこそ「正しく判定することは不可能」である—により自由制限が許されるとすれば、強制入院・身体拘束の実体要件に関する法的統制は全く機能しないものとなる。その意味で、強制入院・身体拘束が許されるのは、他者の生命・身体に対する危険が切迫していることが具体的事実にも照らして客観的に明らかであり⁷⁸、当該手段が危険回避のために合理的で必要最小限度のもの

74 竹中前掲（69）163-164 頁。横藤田前掲（50）51-52 頁参照。

75 横藤田前掲（50）25 頁。

76 池原毅和「精神科病院の強制入院・長期入院」賃社 1817-1818 号 28 頁以下（2023 年）31 頁。

77 大谷前掲（58）88 頁。

78 強制入院は「精神に著しい障害があつて合理的な意思決定をすることが不可能

認められる場合に限られると解すべきである⁷⁹。

第二に、「本人利益の保護」という目的に関しては、「自殺・自傷の防止」の場合と「治療の必要性」の場合がありうるが、いずれにしても「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」にのみ自由の制約が認められる⁸⁰。この点、「自殺・自傷の防止」という目的に関しては、「自殺に至らない自傷行為すべてが非自発的入院の理由となる『自傷』に含まれるのだろうか」が問題になり⁸¹、「他害行為の防止」と同様に本人の生命・身体に対する危険が切迫していることが具体的事実を照らして客観的に明らかである場合にのみ制限が許されると解される。また、「治療の必要性」という目的は、「患者の利益となるだけに正当化根拠として受け入れやすい」が、「本人の他の権利利益と衝突することも少なくない」のであり⁸²、治療的不作為が本人の生命・健康などに不可逆的な不利益となることが明らかである場合に、それを回避するために必要最小限度の制限だけが許されると解される。

上記のような前提を踏まえて、第2章では強制入院の合憲性・合法性に関して、第3章では身体拘束の合憲性・合法性に関して、検討を進めることとする。

第2章 強制入院の合憲性・合法性

第1節 強制入院の合憲性・合法性

本章では、精神保健福祉法における入院に係る各規定の合憲性を検討するとともに、仮に各規定が法令違憲ではないとしても憲法適合的解釈によ

であり、自己加害・他者加害のおそれが明らかな場合を除いては認められるべきではない」（松井茂記『日本国憲法（第4版）』（有斐閣・2022年）351頁）。
 79 「強制入院以外の代替的『医療及び保護』手段が存在しないことが収容決定機関により論証されなければならない」（竹中前掲（69）166頁）。

80 佐藤前掲（61）154頁。

81 横藤前掲（50）25頁。

82 同上 25-26頁。

り⁸³、行政側・病院側の行為を法的に統制するための基準を検討する⁸⁴。

(1) 任意入院

精神保健福祉法 20 条では任意入院が原則的な入院形態とされている。任意入院は、原則的には本人の意思に反する制限ではないため、それ自体の合憲性が問題になる余地は少ないものの、事実上「強制」として機能していないかが問題になる。第一に、入院時の「同意」に関して、註解書では「患者が自らの入院について拒むことができるにもかかわらず、積極的に拒んでいない状態を含む」と説明されており⁸⁵、代表的解説書でも「説明を聞いて精神障害者が納得すれば足りるから、積極的に入院の意思を表明する必要はない」と説明されるなど⁸⁶、「性質、効果及び実態において、『任意』とは説明しがたいものが含まれている」⁸⁷。第二に、入院後の処遇に関して、実務の基準となっている告示 130 号（第 3 章で詳述する）では任意入院者は「原則として、開放的な環境での処遇を受けるものとする」と規定されているにもかかわらず、2024 年の調査によれば任意入院患者 126,326 人のうちの 84,687 人が終日閉鎖病棟にいたことが明らかになっている⁸⁸。第三に、退院に関しても、指定医が「医療及び保護のため入院を継続する必要がある」と判断した場合には 72 時間は退院が制限される旨が規定されている（法 21 条 2・3 項）。この点、病院側には「精神障害者の退院および社会復帰を図る観点」から「保護者や関係機関等との連絡調整」が義務付けられており⁸⁹、円滑な社会復帰のために退院の時期・方

83 「すべての条件を満たす形で合憲限定解釈するなり『憲法適合的に解釈』すれば、法令違憲自体は回避できる可能性がある」（松本前掲（48）288 頁）。

84 措置入院に関して「正当な目的に照らし合理的な制約であると解されているが、必要以上の制約を課せば、もちろん違憲となる」（渡辺康行ほか『憲法 I 基本権（第 2 版）』（日本評論社・2023 年）339 頁（松本和彦））。

85 精神保健福祉研究会前掲（8）230 頁。

86 大谷前掲（58）73 頁。

87 東奈央「『任意』と『強制』」同法 72 巻 4 号 53 頁以下（2020 年）55 頁。

88 精神保健福祉資料 630 調査（<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>）（2026 年 5 月 31 日確認）参照。

89 大谷前掲（58）148 頁。

法に関する調整が必要とされる場合があるかもしれない。その一方で、退院制限は「継続して入院を治療する必要性の説明、説得、医療保護入院へ移行するための家族等の同意などの準備に必要な時間として定められたもの」とも説明されており⁹⁰、退院制限が本人の意に反する入院継続の手段としてもちいられている実態がうかがわれる⁹¹。

(2) 措置入院

精神保健福祉法 29 条の規定する措置入院は、2 人以上の指定医が「精神障害者」であり「医療及び保護」のために入院させなければ「自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれ」があると判断した場合に、都道府県知事の措置として行われる。措置入院制度の目的・性格に関して、自傷他害の防止という目的は精神障害を理由とした別異取扱を正当化する根拠にならないとして、治療の必要性からのみ正当化可能であると論じる見解もある⁹²。しかし、法 29 条は措置入院の要否判定基準として自傷他害の危険性に焦点をあてており、「措置入院から自己および他者に対する危険防御の性格を完全に拭い去ることも困難である」と考えられる⁹³。

その上で、自傷他害の防止を目的とした措置入院は、生命・身体に対する危険が切迫していることが具体的事実を照らして客観的に明らかである場合に、当該危険性を回避するために必要最小限の措置である場合にのみ合憲であると考えられ、そこでは「防止されるべき害悪の限定」「害悪発生の蓋然性の高度化」（目的審査）、「入院期間の限定」「危険性認定の手続

90 同上 77 頁。

91 任意入院者に関して、退院希望表明後に退院させなかったことの合法性が争われた事例として、大分地判 2016 年 12 月 22 日判タ 1442 号 128 頁があり（第 2 章 2 節参照）、退院希望を述べて面会室を出たところで制圧され死亡した事例として、東京地判 2024 年 2 月 8 日判例集未登載 LEX/DB25612903 がある（第 3 章 2 節参照）。

92 池原毅和『精神障害法』（三省堂・2011 年）150 頁。

93 太田匡彦「日本法における強制入院制度に関する一考察」高木光先生退職記念論文集『法執行システムと行政訴訟』135 頁以下（弘文堂・2020 年）148-149 頁。

の充実」(手段審査)などの要件が充足されているかが問われる⁹⁴。この点、法 29 条等の規定する措置入院の要件・手続が上記要件を充足しているかは疑問があり⁹⁵、「精神障害者」「害を及ぼすおそれ」など要件規定の明確化と入院から退院に至る処遇に関する手続規定の実質化がなければ違憲の疑いがある。少なくとも現行法の合憲限定的な解釈・運用として、個別の入院措置に関して害悪発生の切迫性と入院期間の必要最小限性の証明が求められており、それらの要件を欠く措置入院は違憲・違法と解されるべきである。

(3) 医療保護入院(旧同意入院)

精神保健福祉法 33 条の規定する医療保護入院は、1 人の指定医が「精神障害者」であり「医療及び保護」のために入院の必要があると判断した場合に「家族等」の同意により精神科病院の管理者が入院させるものである。

法 33 条の規定する医療保護入院の要件に関しては数多くの問題がある。第一に、「医療及び保護のための必要性」という実質的要件の問題である。この点、措置入院とは異なり、医療保護入院には自傷他害の危険性の要件は存在しないため一現実の運用実態はともかく一法律上は「患者を治療し保護する必要性」のみが正当化根拠となる⁹⁶。しかし、自己の受ける医療に関する決定は自己決定権の核心部分といえるものであるため、それを制約する医療保護入院は「被收容者の判断能力の欠如・不十分性の個別的認定」を不可欠な条件とするものでなければならない⁹⁷。それでも、現実

94 横藤田前掲(50) 61 頁。

95 措置入院の必要性に関する判定基準は、法 28 条の 2 の委任に基づき昭和 63 年 4 月 8 日厚生省告示 125 号で定められており、「病状又は状態像」ごとの「自傷行為又は他害行為のおそれの認定に関する事項」が規定されているものの、自傷他害行為発生の危険性・蓋然性評価の具体的基準を明らかにするものではなく、指定医が「当該者の既往歴、現病歴及びこれらに関連する事実行為等を考慮」して判断するものとなっている。

96 太田前掲(93) 145 頁。自傷他害の危険がある場合には「措置入院又は緊急措置入院の手続により入院させることが原則である」(精神保健福祉研究会前掲(8) 341 頁)。

97 竹中前掲(69) 167 頁。

は「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」になっており、「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」により「必要性」が判定されていると指摘されている⁹⁸。この点、医療保護入院が可能となるのは「本人に病識がない等、入院の必要性について本人が適切な判断をすることができない状態である」と考えられるが⁹⁹、「病識の欠如」は「精神疾患への罹患それ自体とも異なるし、医師の見解を疑い、提案された治療に拒否的な態度を示すこと自体とも異なる」のであり、「入院治療の拒否から当該患者の自己決定能力の欠如を短絡するリスク」が避けられる必要があるが、法律の文言には短絡的推論を防ぐための措置は施されていない¹⁰⁰。

そこで、第二に、1人の指定医に「医療及び保護のための必要性」を判断させていることに対して、「指定医とはいえ私人一名による診断にここまで効果を認めていいのか」が問題になる¹⁰¹。この点、従来、医療保護入院（同意入院）は「強制的にでも入院させて治療あるいは保護をする必要がある」という「医師の判断」により正当化可能であると論じられ¹⁰²、複数の指定医の診察を要しないことに関しても「家族等の同意が要件となるから、そこまで厳格にする必要はない」と説かれてきた¹⁰³。しかし、精神科医からも「精神科指定医という資格が、権限が大き過ぎ」、「事実上、密室の中でやりたい放題になってしまっているという状況は、今でも続いている」と指摘されている¹⁰⁴。その意味で、医師の判断による不必要な入院を抑制するためには「法ないし法律家が、判断のポイントをより具体化

98 姜前掲（37）46頁。入院する自己決定をした場合には任意入院として尊重しつつ、入院しない自己決定をした場合には自己決定能力が欠如していると見做して医療保護入院の対象とするような運用があるのであれば、「それは自己決定の偏頗かつ恣意的な利用であり、公正ではない」（太田前掲（93）146頁）。

99 精神保健福祉研究会前掲（8）341頁。

100 太田前掲（93）147頁。

101 松本前掲（48）289頁。

102 平野龍一『精神医療と法』（有斐閣・1988年）56頁。

103 大谷前掲（58）94頁。

104 斎藤前掲（18）29頁。

しておく、手続に関与するといった形で医師と患者に助力すべき」であり¹⁰⁵、実体要件の明確化及び手続の適正化が必要となる。

第三に、「家族等」の1人の同意により医療保護入院が可能となっていることに関して、「精神科病院は患者よりも家族のニーズに応えるべきという奇妙な『常識』がある」と指摘されており¹⁰⁶、「一体法定の『家族等』になぜそんな権限があるのか、そもそも利益相反状況にあることが多い…家族の同意を徴収することで指定医一人による判断のいかなる意味で安全装置になるのか」が問題になる¹⁰⁷。この点、代表的解説書は家族等の同意を求める趣旨を「医療保護入院の濫用を防止し、精神障害者の権利擁護を図ることにある」と説いているが¹⁰⁸、「法が家族に期待する役割が果たされる保障はない」のであり「本人—家族関係に利益相反・信頼性欠如が認められる場合、本人の利益保護が果たされない危険はさらに高まる」¹⁰⁹。たしかに、「精神障害者の医療やその後の社会復帰にとって家族等の理解と協力が極めて重要」な場合もありうるものの¹¹⁰、家族の同意要件が適切な入院医療へのアクセスや地域社会での受入れを保障するものとなるか否かは明らかではない。家族に対する期待は「他の適任者を社会が用意でき」ないという「消極的な理由」によるものでしかないことからすれば¹¹¹、地域医療に関わる第三者の関与を求めるなどの方途が検討される必要がある¹¹²。

第四に、家族等の意思表示がない場合に市町村長の同意により医療保護入院が可能とされているが、後述する判例にもあるように、現実には「市町村長同意が形骸化しており」、「病院から市町村に依頼があれば、ほぼ

105 太田前掲(93) 147頁。

106 斎藤前掲(18) 29頁。

107 松本前掲(48) 289頁。

108 大谷前掲(58) 95頁。

109 太田匡彦「精神保健福祉法に基づく非自発的入院における本人と家族」法時90巻11号45頁以下(2018年)48頁。

110 大谷前掲(58) 98頁。

111 太田前掲(109) 50頁。

112 「退院後の社会復帰を考えると、入院の要件として、指定医のほかに、例えば精神保健福祉士といった地域医療にかかわる者を判断者に加えることが重要である」などと論じられている(大谷前掲(58) 98頁)。

自動的に同意がなされてしまう実情」があることが指摘される¹¹³。現実には、厚生労働省により市町村長の同意に関する事務処理要領が示されているが、市町村側に求められている対応は病院側からの依頼に係る聴取票の作成及び住民票等による確認等を中心とするものにとどまり、患者自身に対する聴取もないまま「速やかに同意の手続きを進めること」が求められている¹¹⁴。この点、「同意」には本人の意に反する入院を可能とする重大な効果があることを考えれば、「本人の生活状況や病状の変化、通院や任意入院が不可能な事情などを綿密に調査し、本人とも面接を繰り返して対話を続けていなければ…実のある判断をすることはできない」が、現実には「市町村長同意が求められる状況は、むしろ、入院直前で同意が必要になっている場合が多いことが想定される」ため、「そのような場合に市町村長同意が適切になされるとは考えにくい」¹¹⁵。

上記のように、法 33 条の規定する医療保護入院制度は、「本人利益の保護」（治療の必要性）という目的によるものであるとしても、「医療又は保護の必要」という抽象的要件を掲げるのみで、その判断を病院側の指定医 1 名の診断と家族等の 1 名あるいは市町村長の同意に委ねており、法律の文言上、医療保護入院の実施が本人の生命・健康に対する不可逆的な不利益を回避するための必要最小限度のものに限定されていないものであって、違憲の疑いがある。ただし、治療の不作為が本人の生命・健康に不可逆的な不利益となることが明らかな場合もあるとすれば一現行制度の諸問題を立法的・制度的に解決する方途も検討しながら一少なくとも当面は法 33 条を憲法適合的に解釈して、入院に係る病院側及び行政側の行為を法的に統制する基準を確立することが求められる¹¹⁶。具体的には、裁判

113 池原前掲 (76) 32 頁。

114 昭和 63 年 6 月 22 日健医発 743 号、令和 5 年 11 月 27 日障発 1127 第 4 号。ただし、「市町村の担当者は、入院の同意後、速やかに本人に面会し、その状態を把握するとともに市町村長が同意者であること及び市町村の担当者の連絡先、連絡方法を本人に伝えること」とされている。

115 池原前掲 (76) 32 頁。

116 「どれだけ実体要件を絞り込んでも、措置入院にはならないものの、本人の同

所が、指定医の診断及び家族等の同意を実質的に審査することを通じて、当該入院が客観的に「医療及び保護の必要性」（本人の生命・健康に対する重大な不利益の回避）に基づいたものといえるか否かを判断することが必要であり、そのような姿勢は次節で紹介する裁判例においても見出すことができる。

（４）手続的統制

憲法 33 条等の趣旨に鑑みれば、措置入院のような強制入院手続につき、裁判所ではなく行政機関（知事）が決定することは「西洋的な感覚からすれば、異様なことであるかもしれない」が、精神医学者には「司法の介入」に消極的意見が多かったと指摘されている¹¹⁷。実際に、代表的解説書は「入院ないし行動制限の適法・違法はそれらの措置が医療保護にとって必要か否かという医療的観点に立って決すべき」であり「いたずらに司法手続を強調するのは妥当でない」と説いている¹¹⁸。しかし、治療の可否に関する医師の判断だけを根拠にして制約を認めることは過剰な権利制限を容認するものともなりうる。その意味で、旧精神衛生法による強制入院に関して「仮に裁判所ではないとしても、公正な第三者的機関による適正な手続によることが憲法上要請」されると論じる見解は¹¹⁹、現在でも説得的なものといえる。

現行法において精神科病院における権利制限の適否を審査する機関として期待されているのは精神医療審査会である。しかし、精神医療審査会の合議体の多くは過半数の委員を医師が占めており¹²⁰、退院請求・処遇改善

意を得ることは不可能で、かつ、入院治療が必要だというケースは存在しうるであろう」（松本前掲（48）298 頁）。

117 平野前掲（102）41 頁。

118 大谷前掲（58）132 頁。

119 樋口陽一ほか『注釈日本国憲法（上）』（青林書院・1984 年）736 頁（佐藤幸治）。

120 2005 年法改正以前の精神医療審査会が医師 3 名・法律家 1 名・その他の学識経験者 1 名で構成されていたことに関して「いざとなれば多数決で医師の意見が通るようにしようとしている」との指摘があった（平野前掲（102）60 頁）。

請求の認容率の低さからみても¹²¹、「公平性も認められない」し「審査機関として適切に機能しているとは到底いえない」と指摘されている¹²²。この点、医療側の判断に対して中立的な審査が機能しにくい現行制度は手続保障の観点からも違憲の疑いがあるというべきであり、制度改革の方向性としては「行政および病院関係者以外の第三者機関が病院に訪問または常駐し、患者から直接権利侵害について事情を聴き、相談に乗り、患者の立場に即して問題を処理する制度が必要である」と考えられる¹²³。

(5) 治療強制

措置入院の場合でも医療保護入院の場合でも「治療なき拘禁」は許されないものであり、「被収容者が適正（適切）な医療（治療）を受ける機会を公権力は提供しなければならない」¹²⁴。その一方で、精神保健福祉法では「強制入院と区別される、強制治療のための独立の規定」は存在しておらず¹²⁵、治療強制は「強制入院とは別の局面」のものとして¹²⁶、それ自体が自己決定権及び身体的自由の制約として許容されるか否かが検討される必要がある¹²⁷。

この点、代表的解説書では、精神科医療において「適切な医療を実施するためには、患者の同意すなわちインフォームド・コンセントがない場合でも、強制的に診療を加え、あるいは行動の自由を制限する必要がある」り、特に「当該の精神障害者に意思ないし同意能力がない場合」には「十分な説明を要件として、同意が得られなくても治療効果が認められる診療であ

121 2024 年度に審査完了となった退院請求 2867 件の中で「引き続き現在の形態での入院が適当である」となったものが 2617 件であり、処遇改善請求 614 件の中で「処遇は適当である」となったものが 561 件であった（精神保健福祉資料 630 調査「令和 6 年度精神医療審査会機能」「②退院請求」「③処遇改善請求」（<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>）（2026 年 5 月 31 日））。

122 姜前掲（37）48-49 頁。

123 大谷前掲（58）136 頁。

124 竹中前掲（69）166 頁。

125 太田前掲（93）150 頁。

126 姜前掲（37）38 頁。

127 松本前掲（48）283 頁参照。

れば実施してよいとする見解」が妥当であるとした上で、同意能力の有無に関する「判断者は主治医というほかにない」と説かれている¹²⁸。しかし、本人に同意能力がないと判定し治療が必要と判断する権限が担当医師1人に委ねられるとすれば、本人にとり不必要で過剰な治療行為を抑止することはできず、患者の自己決定権及び身体的自由を危険にさらすことになる。もちろん、医療保護入院に関しては、入院自体が「入院治療の必要性の存在を前提としている」のであるから、それが正当化されるのであれば「強制治療も正当化されるかもしれない」が、それにより正当化される範囲は「医療保護入院の目的として指定されていた治療が医療保護入院開始と近接した時点において行われるなど、限定されて理解されなければならない」のであり、そのような限界事例を除けば「強制入院のための法律の根拠」は「強制治療のための法律の根拠と理解すべきではない」¹²⁹。その意味で、強制入院は「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」にとどめられるべきであり¹³⁰、「治療なき拘禁」が許されないのと同時に原則的には「同意なき治療」も許されないと解すべきである。

(6) 小括

本節で論じたように、精神保健福祉法における入院に関する規定（措置入院・医療保護入院）には実体要件にも手続規定にも身体的自由権を不当に侵害する可能性があり違憲の疑いがあるが、仮に法律自体が違憲・無効ではないとしても、措置入院に関しては生命・身体の危険切迫が明白な場合に、医療保護入院に関しては治療不作為が生命・健康に不可逆的な不利益となることが明白な場合に、それぞれ必要最小限度の範囲でのみ認められるものと解される。特に医療保護入院の合法性が争われた場合には、指定医の診察及び家族等の同意の適否に関する実質的審査が行われるべきで

128 大谷前掲(58) 35頁、67-68頁。

129 太田前掲(93) 151-153頁。

130 姜前掲(37) 38頁。

あるとともに、手続的要件が遵守されているかが判断されなければならない。それを踏まえて、次節においては、現実の裁判例でも上記のような観点からの審査が行われている事例があることを紹介する。

第2節 強制入院に関する裁判例の検討

(1) 強制入院に関する裁判例

現実に行われた入院・退院手続の合法性が争われた裁判例として、①東京地判1990年11月19日判時1396号95頁、②東京地判1993年6月11日判時1472号26頁、③大分地判2016年12月22日判タ1442号128頁、④東京地判2022年11月16日賃社1823号34頁及び東京高判2023年9月21日賃社1843号32頁、などがあり、近時のものとして、長期間の入院を余儀なくされた原告が精神保健福祉法自体の違憲性を主張した、⑤東京地判2024年10月1日判例集未登載LEXDB25621038及び東京高判2025年7月10日判例集未登載LEXDB25622999がある。

①東京地判1990年11月19日判時1396号95頁

本件は、八王子市在住の原告が、精神病院入院の経歴を理由に解雇された後、治癒したとの診断書を得るため本件病院を受診したところ、他人に害を加えることはないが迷惑をかける可能性のある躁状態にあると診断されて拘束されて入院させられたものである。その後、病院側が八王子市長に同意を求めたところ、同市長は原告の住所が八王子市内にあると確認したほか格別の調査をすることなく、慣例に従い、日付を入院日に遡らせた入院同意書面を本件病院に送付した。

東京地裁は、病院側が治療・入院を求めたものではない原告を意思に反して拘束したことは逮捕及び監禁に外ならず不法行為になると判断した。さらに、法33条は保護義務者に「入院の必要性に関する医師の判断について疑義を抱くべき事情のないことを確認する義務を負わせて」おり、当該確認を行わないままの「同意により違法な拘束がされるに至ったときは、保護義務者も…違法な拘束について責任を免れない」とした。その上で、

本件原告の状態は「多弁で浪費が激しい」というものであり、本件同意を求める書面における「躁鬱病の疑い」との記載からも「法 33 条の入院の要件を満たしているかどうか疑義があり、そのような「疑義の確認もされず、原告の住所地のみを確認してされた原告の入院に対する八王子市長の同意は、原告に対する関係においても違法」であると判断した。

②東京地判 1993 年 6 月 11 日判時 1472 号 26 頁

本件は 1984 年に発覚した宇都宮病院事件に関連する複数の事例が争われたものであった。

1) 原告 A に対する同意入院の違法性

養護老人ホームに入寮していた原告 A は、飲酒した際に大声を出し他の入寮者を叩くなどの行動がみられたため、1982 年 12 月に宇都宮病院に移送され、医師に「肝臓が少し腫れている」などと告げられ、同意入院として入院させられた。なお、入院手続に関して、入院時に養護老人ホーム担当者が宇都宮市の担当者に入院が必要な旨を告げたが、病名・症状等に関しては全く伝えず、同市担当者が調査・照会をすることもなかったところ、1984 年 7 月に病院からの要請により宇都宮市長が 1982 年 12 月に遡った同意書を作成したとの事実があった。

東京地裁は、入院時の原告 A には精神運動の興奮状態等の異常を示す兆候はみられず、診察医の記録にも精神症状に関する記載がないことからすれば、本件入院は法 33 条の要件に適合せず違法であるとした。また、手続に関して、法が保護義務者の同意を要するとした趣旨は、「同意の手続の過程で精神障害ないし入院の必要性の有無について十分な調査・検討が加えられることにより、病院における診察・判断をより慎重ならしめるとともに、患者の意に反して理由のない入院が強制されるような事態を保護義務者の判断で回避させることにある」として、保護義務者は同意に際して「当該患者の精神障害の存否及び入院の必要性の有無に関し、診察にあたった医師又は病院管理者から病名・症状・判断根拠等について説明を受け、精神障害者であって入院の必要があることについて、保護義務者の

立場において独立に判断すべき義務を負っている」とした。その上で、本件に関して、宇都宮市長は、原告 A の「精神障害の存否及び入院の必要性の有無について何ら調査・確認することなく漫然と市長同意を与えたもの」であり、本件同意及び本件入院は違法であると判断した。

その一方で、東京地裁は、法 33 条所定の同意入院を廃止しない立法不作為の違法性の主張に関して、「同意入院の制度それ自体」は「憲法上の諸権利を制限するものではなく」、「違法な運用によって社会的に問題が生じたというのみ」では「同意入院の制度が憲法の一義的な文言に違反しているということとはでき」ないとして、立法不作為の違法性を否定している。

2) 原告 B に対する同意入院の違法性

原告 B は、原告 A と同じ養護老人ホームに入寮していたが、飲酒酩酊して大声を出し放尿・漏便等をして飲酒癖は改められなかったところ、1983 年 2 月に看護職員らに取り押さえられて宇都宮病院に移送され、アルコール中毒症との診断により同意入院の形式で入院させられた。

東京地裁は、医師の診察もなく同行の意思もない原告 B を拘束して宇都宮病院まで連行した行為は不法行為を構成すると判断した。また、入院当時の原告 B は精神障害者に該当し「医療及び保護のため入院が必要であった」と推認されるが、本件で同意書を作成した原告 B の長男は家庭裁判所から選任された保護義務者ではなく同意権限を有しない者であったため、本件同意入院は「手続的に違法なものであった」と判断した。

3) 原告 C に対する入院継続の違法性

原告 C は、黄疸症状があらわれ歩行が困難で大小便を失禁するようになったため、1971 年 8 月に内縁の妻が横浜市の福祉事務所を訪れて原告 C の入院依頼をしたところ、同福祉事務所の依頼により宇都宮病院に移送され、肝硬変を合併症とするアルコール中毒症と診断され内科病棟に入院することとなった。その後、肝機能検査では正常との診断を受けた後に精神科病棟に移され、1971 年 12 月頃から退院の希望を表明していたにもかかわらず、退院の手続きはとられず、宇都宮病院に関する諸問題が発覚した後の 1984 年 8 月に知事の実地審査により医療不要と判定されるまで入

院が継続した。

東京地裁は、本件入院は自由意思によるものであり違法性は認められないとしながら、原告 C が退院希望を表明した後の入院継続は「同意入院としての要件を充足しないかぎり違法である」ところ、1972 年末には原告 C は「入院治療を必要とするような精神障害者に該当しなかった」と推認できるとして、1973 年以降の入院を違法と判断した。

③大分地判 2016 年 12 月 22 日判タ 1442 号 128 頁

本件原告は、妄想・拒食などの症状が認められたため、2014 年 4 月に精神科のある保養院に任意入院した。その後、同年 11 月から退院支援会議が開かれ、同年 12 月末に本件原告の意を受けた母親が退院希望を述べたものの、医師との見解の相違から即時の退院とならなかったため、原告は 2015 年 1 月中旬に許可を受けて外泊したまま帰院しなかった。

大分地裁は、精神保健福祉法は、精神科病院の管理者は入院に際して患者に対して退院請求に関する事項を書面で告知することが義務付けられており、「精神科の医師は、任意入院者から退院の申出があった場合には、退院をさせなければならず、そのために病院職員らに対して適切な指示を行うべき注意義務を負っている」とした。その上で、本件医師は、本件原告による退院の意思表示を認識した後に「退院に必要な手続について教示することもなく、退院させなかったもの」であるとして、その後の原告が「意に反する入院生活を余儀なくされた」ことは違法であると判断した。

④東京地判 2022 年 11 月 16 日賃社 1823 号 34 頁

本件は、原告の父親の依頼を受けた事業者の職員数名が引きこもり状態にあった原告を部屋から連れ出して同事業者の運営する施設に入所させたところ、原告が食事を拒否するなどしたために、精神科病院（被告）に移送されて医療保護入院となったものである。

東京地裁は、被告病院における入院手続に関する事実関係につき、精神保健指定医が診察した後に指定医の資格を有しない別の医師が入院決定の

登録を行った、という病院側の主張には「信用性が認められない」として、本件入院は「指定医による診察という要件を欠き、違法である」と判断した。

次に、原告が精神保健福祉法上の精神障害者であったか否かに関して、東京地裁は「医療保護入院が本人の同意なく入院させ、身体を自由を奪う制度であることに鑑みれば、その運用は格別に慎重になされるべきであり、診察時に患者に奇異な言動等の精神症状が認められるとしても、患者の当該言動の真偽、その動機、態様、理由等について、患者本人や関係者に聴取するなどして検証することにより、当該精神症状が精神状態の異常（精神障害）に起因するものであるかについて検討すべきである」とした。その上で、①医師が診察した際に「一定の不穏や興奮が見られた」としても、「自らの意思に反して…自宅から連れ出されて、当日は…特段の説明もないまま車に乗せられて被告病院に連れて来られた」ことからすれば、「原告が予想外の事態に驚愕したことは想像に難しく…一定の不穏や興奮状態を示したとしても、その理由は了解可能」であること、②「原告が眼光鋭く険しい表情で語気も鋭かった」との主張は「多分に抽象的かつ主観的」であり、「原告の置かれた状況に鑑みれば、仮に原告が多少の表情の陰しさや語気の鋭さを示したとしても、その理由は十分了解可能」であること、③在宅時の「俺を病人にするのか」「俺を間違いに仕立て上げるのか」などの発言は「被害意識が強いこととはうかがわれるものの…直ちに妄想とまでは断言できない」こと、などを指摘して、原告が本件入院決定時点のなされた時点において「精神障害を有していたとは認められない」と判断した。

なお、東京高裁も被告病院による控訴を棄却して、原審の判断を支持している（東京高判 2023 年 9 月 21 日賃社 1843 号 32 頁）。

⑤東京地判 2024 年 10 月 1 日判例集未登載 LEXDB25621038：東京高判 2025 年 7 月 10 日判例集未登載 LEXDB25622999

本件は、統合失調症と診断された原告が、1973 年 9 月から 2011 年 3 月まで A 病院に入院し、その後複数の病院への転院を経て 2012 年 10 月

に退院したという事実関係の下で、国が精神医療に関する法令及び政策を改廃しなかったことの国家賠償法上の違法性が争われたものであった。

東京地裁は、原告の主張する、入院当時の精神衛生法には措置入院と同意入院しか存在していなかったこと、医師からは保護義務者の了解がないと退院できないと説明されていたこと、入院診療録にも父親を保護義務者とする旨の記載があること、などの事情は、「入院形態が同意入院等であったことを裏付けるものということとはできない」とした。逆に、入院診療録にも入院形態を同意入院とする記載は存しないこと、医療保護入院に義務づけられている定期病状報告の記載もないことからすれば、原告の入院は同意入院・医療保護入院ではなかった可能性が高いと判断して、「原告の意に反して強制入院させられた」との主張には証拠がないと判断した。

次に、東京地裁は、必要性のない長期入院を強いられたとの主張に関して、原告には入院中も「統合失調症によるものと考えられる妄想等の症状」があったとして、「患者本人が適切な判断をすることができず、自己の利益を守ることができないと医学的な見地から認められる場合には、本人の利益を守るために、本人の同意がなくても入院が必要になる場合があり得ることは公知の事実というべき事柄であって…入院が長期化したのだとすれば、それは、同意入院等や任意入院等といった制度の問題であるとも、精神医療政策の問題であるともいうことはできない」とした。また、原告は入院当初は退院の意向を明確にしていたものの、精神保健福祉法に基づく「退院等の請求をしたり、弁護士に救済を求めたりすることはなかった」ことなどからも、1999年頃以降の入院は「原告自らの意思で選択されたものである」と考えられ、「国会議員又は厚生大臣等の不作為によって、原告が必要もないのにその意に反して長期入院を強いられたと認めることはできない」と判断した。

東京高裁は、東京地裁判決と同じく、第一審原告が意に反して強制的に入院させられたことを認めるにたりる証拠はないと判断した。その一方で、仮に同意入院・医療保護入院であった場合の、同意入院制度・医療保護入院制度を改廃しなかった立法不作為の国賠法上の違法性に関して判断

した。この点、東京高裁は、同意入院・医療保護入院は「医療及び保護のために入院の必要がある」場合に「適切な医療を提供し」「本人の利益を図ることを目的とするもの」であり、「仮に、個別の事案において、隔離収容の目的による同意入院ないし医療保護入院がされたことがあったとしても、それは当該事案において、精神科医療に従事する者により精神衛生法、精神保健法及び精神保健福祉法の目的趣旨に反する違法又は不当な同意入院ないし医療保護入院が行われたということを意味するのであって、これを超えて同意入院ないし医療保護入院の制度自体が隔離収容を目的とした制度であるということとはできない」とした。具体的に、(1) 入院要件に関して、「入院の必要性の判断においては、専門的知見や臨床経験を有する医師の個々の事例に即した裁量、判断を尊重することが適切」であり、当該判断を行う指定医には「一定の質が担保されている」とともに、本人の利益保護のために「保護義務者ないし保護者に同意を求めることが不合理であるとはいえない」こと、(2) 入院中の処遇に関して、隔離及び身体的拘束の基準は厚生労働大臣による告示に規定されており、診療録への記録義務など、患者の「利益を保護する一定の仕組みが設けられている」こと、(3) 退院に関して、精神医療審査会が入院の必要性及び患者・保護者からの退院請求・処遇改善請求を審査していること、などを指摘して、同意入院・医療保護入院は、「本人の利益を図る」という正当な目的によるものであり、「患者の憲法上の権利を過度に制約することがないように様々な規定が定められている」として、当該規定を改廃しなかった国会の行為は国賠法上違法ではないと判断した。

(2) 入院に関する裁判例の検討

上記各判例の中でも、事案⑤は「精神国賠訴訟」として社会的注目を集めた事案であり¹³¹、東京高裁判決は傍論ながら精神保健福祉法の合憲性に

131 精神医療国家賠償請求訴訟研究会 HP (<https://seishinkokubai.net/>) (2026年5月31日) 参照。

関する判断を行ったという意味で検討に値するものである。それでも、同判決は、医療保護入院制度の目的を「本人の利益保護」とした上で、現実の運用状況を検証することなく、指定医の診察、家族の同意、診療録への記録、精神医療審査会による審査、など制度の形式だけを捉えて合理性を認めるものであり、前節で指摘した諸問題に対する回答としては全く不十分なものであった。同判決は「違法又は不当な同意入院ないし医療保護入院」が行われる「個別の事案」が存在することを認めているが、そのような「違法な入院」が行われた「個別の事案」があまりにも多いことにより制度自体の不合理が露呈している状況に向き合うべきだったといえる。

これに対して、事案①②③④は、比較的古い時期の判例を含めて、法所定の要件に関する実質的判断を行い、病院側あるいは行政側の行為を違法と判断することにより、結果的に現行制度に内在する問題を明るみにしている。

第一に、「精神病患者」という入院要件に関して、「多弁で浪費が激しい」「躁鬱病の疑い」などは入院要件として「疑義」があるとした事例（事案①）、入院時に「精神運動の興奮状態等の異常を示す兆候」はなかったと判断した事例（事案② 1）、退院の意思を表明した時点で「入院治療を必要とするような精神障害者に該当しなかった」と判断した事例（事案② 3）、医師の診察時に「一定の不穏や興奮」があり「眼光鋭く険しい表情で語気も鋭かった」としても「精神障害を有していたとは認められない」と判断した事例（事案④）など、医師の判断を全面的に是認することなく、法的見地から評価・判断を加えている裁判例があることが重要である。特に、事案④東京地裁判決が、精神病院に連行されて診察を受けるという状況の中で狼狽・焦燥するのは当然のことであるとした上で、「診察時に患者に奇異な言動等の精神症状が認められる」としても本人の置かれた状況を踏まえて「当該精神症状が精神状態の異常（精神障害）に起因するものであるかについて検討すべきである」としたことには重要な意義がある。

第二に、家族（保護義務者・保護者）及び市町村長の同意という入院要件に関して、保護義務者制度の下で保護義務者でない者の同意による入院が違法とされたのは当然としても（事案② 2）、保護義務者あるいは市町

村長には、「医師の判断について疑義を抱くべき事情のないことを確認する義務」がある（事案①）、あるいは、「診察にあたった医師又は病院管理者から病名・症状・判断根拠等について説明を受け、精神障害者であって入院の必要があることについて、保護義務者の立場において独立に判断すべき義務」がある（事案② 1）、などと指摘されていることが重要である。実際に、「同意」には本人の意に反する入院を可能にする強い法的効果があることを考えれば、そこに重い責任が負わされることになるのは当然である。この点、2013 年改正前法が保護者（1993 年改正前法は保護義務者）に当該義務を負わせていたことは、保護者にとり「負担が大きい」ばかりか「必ずしも本人の利益保護を行えるとは限らない」ものであったため¹³²、保護者制度の廃止は必要であったと考えられる。これに対して、現行法では「家族等」の 1 人の同意が要件とされているが、そこでは上記諸判例が論じるような「義務」を引き受ける意思を有する「家族等」が登場し「確認する義務」「独立して判断する義務」を履行した場合—市町村長が当該義務を履行する場合には「とくに慎重な判断が求められる」¹³³—にのみ医療保護入院が可能であると解される。

第三に、入院手続に関して、診断書を得るため病院を受診した患者を拘束・入院させたことを違法と判断した事例（事案①）、あるいは、医師の診察がない段階で拘束して病院まで連行した行為を違法と判断した事例（事案② 2）などは、医療保護入院も「民法上の契約を締結する行為」であり「入院契約の申し込みもないのに、これを入院させる権限を有するなどということはない」ことからすれば当然である¹³⁴。また、指定医による診察を経ずに医療保護入院が行われたとの事実認定により違法と判断した事例（事案④）、なども、手続的統制を通じて医療保護入院の適正を確保するものといえる。特に、事案①東京地裁判決が、法 33 条は入院契約が

132 精神保健福祉研究会前掲（8）335 頁。

133 永野仁美「精神科病院への同意（医療保護）入院」別ジュリ 227 号 228 頁以下（2016 年）229 頁。

134 精神保健福祉研究会前掲（8）336 頁。

ないにもかかわらず「本人を意思に反して拘束し、入院させる権限を医師に与えるものではな」く、そのことは「人身の自由の剥奪には法定の手続を要求し、身柄の拘束には司法官憲の発する令状を要求する憲法 31 条及び 33 条の法意に照らしても、明らかである」と論じていることには重要な意義がある。

第四に、退院に関して、同意入院としての要件がないのに退院希望表明後も入院を継続したことを違法と判断した事例（事案② 3））、あるいは、任意入院者から退院の意思表示があった後に「退院に必要な手続について教示することもなく、退院させなかった」ことを違法と判断した事例（事案③）が注目される。これらの判断は、「退院の申出があった場合、一律に退院制限を行うことは許され」ず、「退院を申し出る相手方」は「主治医、看護師、事務職員等の病院の職員であればよく」「書面によると口頭によるとを問わない」との理解と整合するものであり¹³⁵、任意入院した患者が事実上入院継続を強いられることを抑止するものとして重要な意義がある。

上記のように、現実の裁判例では、指定医の診察及び家族・市町村長の同意の適否に関して、裁判所が一定程度実質的審査を行っている事例が存在している。とはいえ、入院を違法とした裁判例は「氷山の一角」に過ぎないようにも思われ、現行制度自体が不必要な長期入院を生じさせがちなものとなっていることがうかがわれる。その意味では、憲法上の人権規定の趣旨を踏まえ、現行の精神保健福祉法の問題性につき再検討することが必要である。

第 3 章 身体拘束の合憲性・合法性

第 1 節 身体拘束の合憲性・合法性

（1）精神保健法 36 条 1 項の憲法問題

本章では、精神保健福祉法における隔離・身体拘束に関する規定につき

135 同上 237 頁。

憲法学の立場から考察を行うとともに、現実には身体拘束の合法性が争われた裁判例を紹介・検討する。

精神保健福祉法は、「精神病院の管理者」は「入院中の者」に対して「必要な制限を行うことができる」とするとともに（36条1項）、当該行動制限は「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」と規定している（36条3項）。さらに、厚生労働大臣は「精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる」とされており（37条1項）、同条項に基づく告示129号では、「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1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をいい、12時間を超えるものに限る」と定め、「身体的拘束」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をいう」と定めており¹³⁶、それらの実施基準は告示130号に規定されている（後述する）。また、近年では、精神科病院以外の高齢者施設などにおける身体拘束が深刻な問題となっているところ¹³⁷、厚生労働省は「身体拘束ゼロへの手引き」（2013年）により、高齢者施設等における身体拘束の最小化に向けた取組を求めている¹³⁸。

この点、身体拘束は、それ自体は治療行為ではないばかりか、患者に対して重大な悪影響を及ぼしうる行為である。具体的には、「関節拘縮、筋力低下、四肢の廃用症候群といった身体機能の低下や圧迫部位の褥瘡の発生等」を含めた「身体的弊害」、「人間としての尊厳の侵害」や「不安、怒り、屈辱、あきらめ等の精神的苦痛、認知症の進行やせん妄の頻発」などの「精神的弊害」があり、それに加えて「看護・介護職員自身の士気の低下」「社

136 昭和63年4月8日厚生省告示第129号。

137 2025年には特別養護老人ホームの職員が入所者に対してシーツを巻き付けるなどの身体拘束を行っていたことが発覚し、市から新規利用者の受入停止の行政処分を受けた事例があった（毎日新聞2025年5月31日北海道朝刊19面）。

138 厚生労働省身体拘束ゼロ推進会議「身体拘束ゼロへの手引き」（https://www.fukushil.metro.tokyo.lg.jp/zaishien/gyakutai/torikumi/doc/zero_tebiki.pdf）（2026年5月31日確認）。

会的な不信、偏見」などの「社会的弊害」がある¹³⁹。身体拘束に関する先駆的研究を行ってきた長谷川利夫は、実際に自身が身体拘束を体験した上で「同意していないうえに、いつ解除されるかもわからないとしたら、耐えられないだろう」という実感を述べている¹⁴⁰。長谷川が2008-2009年に精神科病院に勤務する医師・看護師等に行ったアンケートによれば、身体拘束を実施した側が感じる患者の不利益として、「患者の不安や恐れ、狼狽が増す」(79.0%)、「患者は恥ずかしさ、屈辱を感じる」(69.1%)、「相手に罪・罰の印象を与える」(63.6%)があるとされる¹⁴¹。それでも、精神科医からも「隔離だけで十分な人は相当数いるはず」なのに「必ず隔離＋拘束とセットでなされることが非常に多く」、「ルーティン化した違法行為」となっているとの指摘があり¹⁴²、それは少ない人員(看護体制)で患者を管理するために身体拘束が「効率的」な手段となっていることによるものであると推測されている¹⁴³。

その一方で、精神医学の側からは、「患者の身体管理と急性期からの速やかな回復のためには、スタッフが接近して濃厚なケアを提供することが不可欠」であり「身体拘束は、そうした医療行為を支援する補助手段となる」との主張もある¹⁴⁴。実際に、長谷川のアンケートに対して、医師・看護師等は、隔離・身体拘束の「適切な使用により問題の重篤化を防ぐことがで

139 厚生労働省 HP「身体拘束廃止・防止の手引き」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001248430.pdf>) (2026年5月31日確認) 参照。

140 長谷川利夫『精神科医療の隔離・身体拘束』(日本評論社・2013年)24頁。なお、同書21-27頁では身体拘束の態様が写真付で紹介されている。

141 同上76頁。

142 斎藤前掲(18)31頁。

143 先述した長谷川によるアンケートでも「看護者の日勤帯に、隔離・身体拘束の解除者が出ると、その日の看護夜勤者に迷惑がかかることがあると思う」(54.9%)などの回答がある(長谷川前掲(140)79頁)。

144 平田豊明「精神科病棟における行動制限の容認条件と最小化」精神科治療学28巻10号3頁以下(2013年)8頁。その上で、平田は、「身体拘束が治療的意味をもつための条件」として、①「身体拘束に伴う有害事象の防止策」、②「告知のあり方」(拘束の必要性の説明)、③「治療的対価」(隔離の場合を上回る頻回の診察や観察、速やかな病状改善のための最善の医学的治療)などをあげる(同上)。

きる」(91.7%)、「患者の保護のために行うもの」(89.5%)、「自殺企図防止に効果的」(81.8%)と回答するなど、隔離・身体拘束が必要であると認識していることがうかがわれる¹⁴⁵。また、「実に医療スタッフの4人に3人が患者から暴力をふるわれたことがあると回答している」なかで、「患者の暴力に脅威を感じたり、隔離・身体拘束をしない不安を感じれば感じるほど、隔離・身体拘束に意義を感じている」と指摘される¹⁴⁶。

それでも、憲法論の立場から意識されるべきことは、現行の精神保健福祉法が、本来的には私人である「病院の管理者」に「必要な制限」としての身体拘束の権限を与えていることである。この点、日本国憲法は身体的自由権を保障するとともに(憲法13条、憲法18条等)、刑罰権行使に関して適正手続を保障しているが(憲法31条以下)、これらの規定は国家が「正当な物理的暴力行使の独占」を行うものであること―「国家以外のすべての団体や個人に対しては、国家の側で許容した範囲内でしか、物理的暴力行使の権利が認められないということ」―を前提とした上で¹⁴⁷、憲法により国家の暴力行使を統制するものであり¹⁴⁸、私人による暴力行使は極めて例外的な場合にのみ法により許容されるに過ぎないことを前提とするものである。その意味で、法が「病院の管理者」に「必要な制限」を授權していること自体が極めて例外的なものというべきであり、それに対して厳格な法的統制が行われるべきことは、憲法上の身体的自由権保障及び適正手続保障から必然的に要請されるものである¹⁴⁹。

その上で、精神保健福祉法36条1項の合憲性を検討するに、隔離・身

145 長谷川前掲(140)68頁。

146 同上78頁、90頁。

147 マックス・ヴェーバー(脇圭平訳)『職業としての政治』(岩波文庫・1980年)9頁。

148 「近代立憲主義は、法による国家権力の拘束の原理にほかならないが、そこで前提とされている国家は、ひとつの領域社会における権力を原理的に独占し、介在物なしに諸個人と対立するようになった国家である」(樋口陽一『比較憲法(全訂第3版)』(青林書院・1992年)430頁)。

149 なお、法19条の4第2項では、精神保健指定医による措置入院に関する判断などは「職務の性格にかんがみ」「公務員」として職務を行うものとされている(精神保健福祉研究会前掲(8)173頁参照)。

体拘束は「直接強制による強度の制約」であり「ほぼ全的な制約」であるため、合憲性審査は「厳格な審査基準によらなければならない」¹⁵⁰。この点、告示 130 号によれば、「隔離」は、「本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合」に行われるものであり、基本的には「他害行為の防止」を目的とするものであるとされる。これに対して、「身体拘束」は「当該患者の生命を保護すること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」であり「自傷行為の防止」を目的とするものであるとされる。いずれにせよ、隔離及び身体拘束は「自傷他害という法益侵害が目前に迫っており、ほかにその危険を避ける方法がなく、隔離・拘束によって失われる身体の自由の利益が避けようとした害の程度を超えない」という範囲内で実施される必要がある¹⁵¹。

(2) 告示 130 号

精神保健福祉法 36 条 1 項は精神科病院の管理者は「必要な制限」を行うことができると定めるのみであり、1988 年の厚生大臣告示 130 号が判例・実務の指針となっている¹⁵²。この点、法 36 条 1 項所定の「制限」に隔離・身体拘束などの有形力行使が含まれるか否かも明文上は自明ではないにもかかわらず、大臣告示により隔離・身体拘束の実施要件が規定されていること自体が形式的法治主義から見て疑問がないわけではない。それでも、告示 130 号が法 36 条 1 項の憲法適合的な解釈基準として理解できるのであれば、それを前提に隔離・身体拘束の法的統制を検討することが有益である。その上で、現実に行われた隔離・身体拘束が告示 130 条による基準を逸脱した場合には、民法上の不法行為（民法 709 条）となるとともに、刑法上は暴行罪（刑法 208 条）あるいは監禁罪（刑法 220 条）になるも

150 石埼学「隔離および身体的拘束」同法 72 巻 4 号 425 頁以下（2020 年）438 頁。

151 池原前掲（92）186 頁。

152 昭和 63 年 4 月 8 日厚生省告示第 130 号。

のと解される¹⁵³。

告示 130 号は、「身体的拘束」の「基本的な考え方」として、(1)「身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする」、(2)「身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること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り、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする」、(3)「身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする」、と定める。

その上で、「身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外によい代替方法がない場合において行われるものとする」として、(ア)「自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合」、(イ)「多動又は不穏が顕著である場合」、(ウ)「ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合」などを規定している。

上記告示は、「基本的な考え方」の中で、身体拘束の「目的」を「当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐこと」に限定した上で、その「手段」としての身体拘束は「代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置」であり「できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならない」と規定するものであり、「生命保護」「重大な身体損傷の防止」という必要不可欠な目的のために必要最小限度の制約を認めたものとして、法 36 条の合憲・合法的適用条件を定めた解釈基準と解されうる¹⁵⁴。その一方で、告示 130 号は「対象となる患者」を上記 (ア) (イ)

153 甲斐克則「精神科医療における身体的拘束の問題性」『早稲田大学法学会百周年記念論文集第 3 巻刑事法編』173 頁以下（成文堂・2022 年）174 頁参照。

154 なお、近年、告示 130 号の改正が議論されており、厚生労働省の委託を受け

(ウ)と類型化しているが、当該3類型は「生命保護」及び「重大な身体損傷の防止」という目的の範囲内で理解される必要がある。特に(イ)「多動又は不穏」は「解釈の幅が相当広」く「現場において基準が拡大解釈される危惧が大きい」ものであるが¹⁵⁵、告示130号の全体構造からみれば「対象となる患者」は「基本的な考え方」の範囲内で類型化されたものであるため、「生命保護」「重大な身体損傷の防止」の必要性がないのに、単純な「多動又は不穏」を理由とに身体拘束を行うことはできないと解される。現実には、後述する名古屋高裁金沢支部判決は、「仮に、多動又は不穏な状態であったとしても、みだりに身体拘束されない権利」があり、「不穏の再発のおそれ」などを理由とした運用は「保安処分的運用に他ならず、許されない」と論じている¹⁵⁶。

なお、2000年代以降、精神科病院だけではなく、一般病院あるいは介護保健施設における高齢者に対する身体拘束が問題になる中で、先述した

た研究報告書「精神科医療における行動制限最小化に関する調査研究」は、「処遇基準告示の見直し等」として、「①現在「基本的な考え方」で示されている切迫性・非代替性・一時性の考え方について、処遇基準告示上で要件として明確に規定するべきである」、「②単に『多動又は不穏が顕著である場合』に身体拘束が容易に行われることのないよう、『多動又は不穏が顕著である場合』という身体拘束の要件は、多動又は不穏が顕著であって、かつ、患者に対する治療が困難であり、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合や常時の臨床的観察を行っても患者の生命にまで危険が及ぶおそれが切迫している場合」に改めることを提案している。この点、「切迫性」「非代替性」「一時性」を要件として明記すること自体は望ましいとしても、各要件の具体的内容が明らかにされなければ単に現状の追認に終始する可能性もあり、本稿で論じているように現行の告示130号の適正な解釈によっても「切迫性」「非代替性」「一時性」の要件を導き出すことは十分に可能である。その一方で、逆に、「多動又は不穏」+「治療困難性」を要件とすることは無限定に「治療強制」のための「身体拘束」が容認されているとの理解を生じさせかねない問題がある。

- 155 岡崎前掲(19)111頁。この点、(イ)(ウ)は「対象者当人の生命・身体の重大な損傷という危険が切迫している場面ではないように思われ、それらを理由とした身体的拘束が『やむにやまれぬ不可欠な公共的利益』を保護するためのものであるかどうか疑わしい」ため、告示130号は文面上は「憲法22条1項の保障する移動の自由を不当に侵害しているのではないかとの疑いがある」との見解もある(石埼前掲(150)440頁)。

- 156 名古屋高金沢支判2020年12月16日判時2504号95頁。

「身体拘束ゼロへの手引き」は例外的に身体拘束が認められるための「切迫性」「非代替性」「一時性」の3要件を提示しているが、同要件は上記のような憲法的統制を踏まえた告示130号による法的基準と整合的に理解することが可能である¹⁵⁷。第一に、「切迫性」の要件は「利用者本人又は他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと」とされているが、同要件は身体拘束の「目的」が「生命保護」あるいは「重大な身体損傷の防止」など害悪発生回避のための緊急の必要性を回避する必要に限られるとする趣旨であると解される。第二に、「非代替性」の要件は「身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと」とされているが、同要件は身体拘束という「手段」に関してより制限的でない他の回避手段が存在しない場合のみ許されるとする趣旨であると解される。第三に、「一時性」の要件として「身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること」が求められているのは、同じく身体拘束という「手段」に関して、切迫状態の間に限定されたものでなければならぬとする趣旨であると解されるべきである。

第2節 身体拘束に関する裁判例の検討

(1) 身体拘束に関する裁判例

近年では、身体拘束の違法性を問う裁判は全国で提起されるようになっており¹⁵⁸、①岐阜地判2004年7月28日判例集未登載2004WLJPCA07289009、②東京地判2006年8月31日判例集未登載LEX/DB28112163、③名古屋地一宮支判2006年9月13日民集64巻1号266頁、名古屋高判2008年9月5日判時2031号23頁、最判2010年1月26日民集64巻1号219頁、④東京地判2007年5月17日判例

157 刑法上の逮捕罪との関係でも、身体拘束が正当化されるには「切迫性」「非代替性」「一時性」の「3要件の充足が不可欠である」と説かれる（甲斐前掲（153）185頁）。

158 最近では、明石土山病院で入院患者が2年近くの隔離の後に急性窒息死で死亡した事件に関して、遺族が隔離の違法性を主張して訴訟提起をしたと報じられている（毎日新聞2024年8月27日兵庫朝刊19面）。

集未登載 2007WLJPCA05178009、⑤京都地判 2007 年 11 月 13 日判例集未登載 LEX/DB28140192、⑥金沢地判 2020 年 1 月 31 日判時 2455 号 41 頁、名古屋高裁金沢支判 2020 年 12 月 16 日判時 2504 号 95 頁、⑦東京地判 2020 年 8 月 31 日判例集未登載 LEX/DB25585858、⑧東京地判 2021 年 9 月 9 日判例集未登載 2021WLJPCA09098026、⑨東京地判 2021 年 6 月 24 日判時 2535 号 66 頁、東京高判 2022 年 10 月 31 日判例集未登載 LEX/DB25572510、⑩名古屋地判 2023 年 1 月 20 日賃社 1826 号 22 頁、⑪長野地上田支判 2024 年 1 月 25 日判例集未登載 2024WLJPCA01256013、⑫東京地判 2024 年 2 月 8 日判例集未登載 LEX/DB25612903 などがある。

①岐阜地判 2004 年 7 月 28 日判例集未登載 2004WLJPCA07289009

本件は、てんかん性精神病と診断された原告が、1981 年 6 月から被告病院に入院していたところ、1995 年 11 月頃から他の患者の副食を取る、物を投げるなどしたことを理由に複数回にわたり身体拘束を受けたことに對して、損害賠償請求をしたものであった。

岐阜地裁は、告示 130 号により身体拘束の対象となる「多動又は不穩が顕著な場合」とは「患者の生命・身体に危険が生ずる可能性が著しく高いと認められる『多動又は不穩』と解すべき」であり「他患者への暴力行為等だけでは原則として拘束の理由にならない」とした。その上で、1995 年 11 月 7 日からの身体拘束は、物を投げるなどの行為があったことに加えて、原告が「興奮状態になると、壁を叩いたり、壁に体を打ち付けたりすることがあった」ため、「自ら負傷する可能性が著しく高い『多動又は不穩が顕著になる場合』」に該当し、「身体拘束以外によりよい代替方法がな」く、拘束期間も長いものとはいえないとして、違法ではないと判断した（その他、複数回にわたる身体拘束を合法と判断している）。その一方で、1996 年 2 月 22 日からの身体拘束は、「大便を周囲にぬりたくる不潔行為」を理由とするものであるが、「器物損壊行為等は、隔離の理由とはなり得ても、原則として拘束の理由とはならない」し、それが「自

己の負傷につながる可能性が著しく高いといえる程度のものであったと推認するに足りる証拠はなく、「身体的拘束の要件もいずれも認められない」として、違法であると判断した。

②東京地判 2006 年 8 月 31 日判例集未登載 LEX/DB28112163

本件は、精神疾患のために外来を受診した際に、急に暴れ出して錯乱状態に陥ったため医療保護入院となった A が、12 日間にわたり身体拘束を受けた後に下肢静脈血栓症による肺動脈血栓塞栓症により死亡したため、遺族が損害賠償請求をしたものである。

東京地裁は、身体拘束期間中の A には妄想、幻覚、興奮、不穏、怒声など精神疾患の急性期の症状がみられたところ、精神症状の改善のために「持続点滴の必要が高かったと考えられ」、「拘束をしない場合、医療従事者が安全に接近することが困難になる可能性が高く、そのために迅速かつ十分な治療ができなくなるおそれがあること」から、医師が「身体拘束の必要があると判断し」、「身体的拘束以外によい代替方法がない場合に該当すると判断したとしても、不合理ということはできない」として、身体拘束は適法であると判断した。

③名古屋地一宮支判 2006 年 9 月 13 日民集 64 巻 1 号 266 頁：名古屋高判 2008 年 9 月 5 日判時 2031 号 23 頁：最判 2010 年 1 月 26 日民集 64 巻 1 号 219 頁

本件は、精神科病棟ではなく一般病棟における身体拘束の合法性が問題になったものであり、せん妄症状のためナースコールを繰り返してオムツの交換を要求したため夜間にミトンをもちいて両上肢を拘束された高齢の患者（原告）が、診療契約上の義務違反を理由に損害賠償請求をしたものである。

第 1 審・名古屋地裁一宮支部は、当該行為は緊急避難行為として正当性があるとして請求を棄却した。しかし、第 2 審・名古屋高裁は、身体拘束が許されるためには「切迫性」「非代替性」「一時性」の要件を備えて

いることが必要であるとした上で、本件では転倒等による重大な障害を負う「切迫性」があったとは認めることはできず、看護師が付き添う対応も可能であったため「非代替性」もなかったと判断して、本件抑制行為を違法であるとした。

これに対して、最高裁は、第2審判決を覆して、①せん妄状態にあった原告が「歩行中に転倒したりベッドから転落したりして骨折等の重大な傷害を負う危険性は極めて高かった」こと、②「付きっきりで対応することは困難」であり「薬効の強い向精神薬を服用させることは危険であると判断された」のであって「適切な代替方法はなかった」こと、③「拘束時間は約2時間にすぎなかった」ため「必要最小限度のものであった」こと、を指摘して、本件抑制行為は「緊急やむを得ず行った行為」であり違法ではないと判断した。

④東京地判 2007 年 5 月 17 日判例集未搭載 2007WLJPCA05178009

本件は、無理心中をはかるなど希死念慮が強いと診断され医療保護入院していた原告が、約1カ月にわたって体幹抑制ベルト及び両上肢抑制ベルトによる身体拘束を受けたことに対して、損害賠償請求をしたものである。

東京地裁は、告示130号における身体拘束が許容される要件に照らして、原告の動静からすれば「自殺企図又は自傷行為が著しく切迫していたことは明らか」であり「身体的拘束の必要性があった」と判断した。また、本件病院では「常時の臨床的観察が行われ、精神保健指定医等医師により頻回の診察が実施されていた」こと、「危険性が幾分緩和されてきたと判断したときには、両上肢抑制を解除するなどしていた」こと、などから、「漫然と身体的拘束を継続していたものではなく…代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行っていたものであり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努められていた」として、「身体的拘束の継続が違法なものであったとはいえない」と判断した。

⑤京都地判 2007 年 11 月 13 日判例集未登載 LEX/DB28140192

本件は、うつ病の診断を受けて医療保護入院した A が夜間点滴中の身体拘束を受け肺血栓塞栓症により死亡したため、遺族が損害賠償請求をしたものである。

京都地裁は、本件入院時の知見の下では医師及び看護師が「身体拘束なども踏まえた治療により肺血栓塞栓症が発症するとの認識」を「持ち得る可能性があったとまで認めることはできない」とした。その上で、A は点滴を自己抜去したことがあり、「点滴の自己抜去は太い血管に貫通した針を無造作に引き抜くものであって、非常に危険な行為である」ことからすれば、本件における「身体拘束は不必要であったと認めることはできず、かえって、必要であったことが推認される」と判断した（ただし、看護師による他の不適切な対応の違法性が認められている）。

⑥金沢地判 2020 年 1 月 31 日判時 2455 号 41 頁：名古屋高裁金沢支判 2020 年 12 月 16 日判時 2504 号 95 頁

本件は、統合失調症と診断され医療保護入院していた A が、暴行・妄想の言動を理由に身体拘束（四肢・体幹・肩抑制）を受けたところ、6 日後に肺動脈血栓塞栓症により死亡したことに關して、遺族が損害賠償請求をしたものである。

第 1 審・金沢地裁は、「身体的拘束も医療行為又は保護行為の 1 つとして行われるものであり、『多動』『不穩』等も評価を含む概念である以上、同要件の判断において、専門的知見を有する指定医に裁量がないということとはでき」ないとした上で、身体拘束時までに A の暴行・暴言が継続するなど「統合失調症の症状が表出していたことが認められ」、「『多動又は不穩が顕著である場合』」と評価し得る事情があった」と認められるとして、身体拘束の開始は違法ではないとした。

これに対して、第 2 審・名古屋高裁金沢支部は、「精神科病院の入院患者に対する行動の制限」に關しては「精神医学上の専門的な知識や経験を有する精神保健指定医の裁量に委ねられているとしても、行動制限の中で

も身体的拘束は、身体の隔離よりも更に人権制限の度合いが著しいものであり、当該患者の生命の保護や重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いたものであるから、これを選択するに当たっては特に慎重な配慮を要する」とした。その上で、本件身体的拘束の開始時点ではAの動静は平穩化しており「多動又は不穩が顕著である場合」に該当するとは認めがたく、又、必要な医療行為や看護行為を施すことができなくなるなどの「そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合」に該当していたとは考えがたいとした。さらに、本件Aに関して「大人数で対応すると入院患者が不穩にならず力づくで制止しないでよいことが経験的にある」との証言からすれば、「一時的に人員を割くことによって必要な医療行為等を実施することができる」ため、「身体的拘束以外によい代替方法がない場合」にも該当しないとして、身体拘束の開始は違法であると判断した。なお、最高裁も病院側の上告を棄却して東京高裁判決を支持している。

⑦東京地判 2020 年 8 月 31 日判例集未登載 LEX/DB25585858

本件は、急性一過性精神病と診断されて応急入院した原告が、内的な不穩状態にあり突然の混乱から著しい興奮状態に陥るリスクが高いと判断され、両上肢、両下肢、胴の身体的拘束を受けたことの違法性を主張して損害賠償請求をしたものであった。

東京地裁は、原告が、本件入院以前にも措置入院等をしており、直近の病院でも医療者に対する罵詈雑言・暴力が見られていたこと、本件入院時には被害妄想など内的な不穩状態にあり突然の混乱から著しい興奮状態に陥るというリスクが高い状態にあったことが認められるため、「多動又は不穩が顕著」に該当するとして身体的拘束を開始した判断は妥当であったと判断した。また、本件入院後も、点滴抜去などの行為がみられたこと、保護室に隔離され経過観察とされた際もドアを乱打して叫ぶといった言動がみられたことから「身体的拘束、隔離の継続といった行動制限は必要な制限であった」と判断した。

⑧東京地判 2021 年 9 月 9 日判例集未登載 2021WLJPCA09098026

本件は、双極性障害との診断を受けて医療保護入院した A が、隔離室から出ようとしたところを制止され、それを卑猥な言葉を叫びながら振り切ろうとするなどしたため 8 日間身体的拘束の措置を受け、拘束解除直後に意識を消失して肺血栓塞栓症により死亡したため、遺族が損害賠償請求をしたものであった。

東京地裁は、身体的拘束に関する判断は「精神医学上の専門的知見を要すること」や、告示 130 号も「『多動』『不穏』といった評価を含む概念を用いていること」からすれば、精神保健指定医の「専門家としての裁量が排されているものと解すべきではない」とした。その上で、A が隔離室への入室指示に従わず、4 人の看護師らに押さえつけられる形で制止されていることや、卑猥な言葉を一方的に叫び会話が成立しなかったことなど精神運動興奮状態にあったことなどからすれば、医師が「多動又は不穏が顕著な場合」に該当すると判断したこと、及び、「身体的拘束以外により代替方法がない」と判断したことは合理的であるとした。また、身体拘束を継続したことに関しても、A は、入院初日～3 日目までは精神運動興奮状態を呈していたこと、4 日～5 日目にも些細な刺激に反応し症状が悪化する状態があったこと、6 日目にも躁状態で多弁・多動が認められ些細な刺激で精神運動興奮を呈していたこと、7 日～8 日目も躁状態で安静が保てない状態があったこと、などを指摘して、身体的拘束を継続した判断は合理性・妥当性を有すると判断した。

⑨東京地判 2021 年 6 月 24 日判時 2535 号 66 頁：東京高判 2022 年 10 月 31 日判例集未登載 LEX/DB25572510

本件は、摂食障害の治療のため任意入院した原告（当時 14 歳）が、点滴を自己抜去するなどしたため医療保護入院とされ、点滴抜去防止のために 77 日間にわたり身体拘束を受けたことに対して損害賠償請求をしたものである。

東京地裁は、身体拘束開始の時点で原告には真の病識が乏しく点滴を拒

否する態度をとっていたことなどからすれば、医師が「その状態を放置すれば、生命にまで危険が及ぶおそれがあるとともに、身体的拘束以外にの確に対応する方法がないものと判断したことが不合理であったと認めることはできない」とし、又、同要件は「生命の危険が著しく切迫している場合に限定したものとまで解することはできない」と論じた。その一方で、その後、原告は治療を受容するようになり「栄養状態に関しては危機的な状況ではなくなった」ため、身体拘束期間最後の 17 日間に関しては「そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合」には該当せず同時期の身体拘束は違法であると判断した。

これに対して、東京高裁は、身体拘束期間最後の 17 日間に関しても、本件医師は、栄養状態に関する危機的な状況を脱しつつあった後も摂食障害の治療の継続を要する状態にあった原告が拘束解除により「見捨てられたと思い込むこと等」により「治療に対する拒否感が高ま」ることを危惧して、原告の生命に危険が及ぶことを回避するために拘束の程度を徐々に緩和しながら心理状態の見極めを行っていたものであり、身体拘束を継続したことは違法ではないと判断した。

⑩名古屋地判 2023 年 1 月 20 日賃社 1826 号 22 頁

本件は、一般病棟における身体拘束が問題になった事例であり、発熱により緊急搬送され肺炎球菌肺炎と診断された高齢の女性 A に対して、転倒・転落の可能性が高いとの理由からその後 A が死亡するまでの 6 日間にわたり両上肢及び体幹をベッドに拘束した行為の合法性が争われた（本件身体拘束と A の死亡との間には因果関係がなかったと判断されている）。

名古屋地裁は、本件身体拘束開始時には「転倒・転落により骨折等の重大な傷害を負う危険性（切迫性）があった」としながら、尿意があるときには看護師を呼ぶようにと説明を繰り返せば事故を防止できる可能性があったこと、離床センサーの利用やベッドを詰所に近い病室に移動させるなどして状況観察をすることも特に困難ではなかったこと、拘束開始前に転倒・転落アセスメントの実施や医師への相談もなかったこと、などが

ら、体幹抑制以外に「適切な代替方法がなかった」とはいえないと判断した。また、本件身体拘束は、入院初日から死亡するまでの約 1 週間にわたって一度も解除されることなく継続され、転院前には可能であったトイレでの排泄も不可能な状態に置かれたことなどからも、「転倒・転落の防止のため必要最小限度のものであったということとはできない」として、本件拘束を違法と判断した。

①長野地上田支判 2024 年 1 月 25 日判例集未登載 2024WLJPCA01256013

本件は、2010 年頃から統合失調症の診断により入院あるいは通院をしていた A が、2017 年 3 月 9 日に不穏状態となり被告病院に医療保護入院して保護室に隔離された後、ドアを蹴る、陰部に指を入れ経血の付いた手で壁を触る、などしたため、同月 10 日から腹部・両上下肢体の身体拘束を受け、それが同月 13 日に解除された直後に急性肺動脈血栓塞栓症により死亡したというものであった。

長野地裁上田支部は、精神保健指定医は「入院患者の隔離及び身体的拘束に関して一定の裁量を有している」としながら、当該裁量の範囲も告示 130 号の趣旨に基づき判断されるべきであるとして、「身体的拘束は、行動制限の中でも制限の程度が強く、当該患者の生命の保護や重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いたものであるから、これを選択するにあたっては特に慎重な配慮を要する」とした。その上で、本件 A は、本件身体的拘束の直前にも「幻覚や妄想の影響下にあることを強くうかがわせる言動」をし「興奮している様子」が見られたことからすれば「多動又は不穏が顕著である場合」に該当する事情があったとした。しかし、「不穏や攻撃等により自傷・他害の切迫した患者に対しても、まずは環境調整や心理的介入、薬物療法による方法を行うべきであり、身体的拘束の実施は最小化すべき」であり、本件 A は「本件身体的拘束開始前まで、治療者との意思疎通はおおむね成立し、治療者の指示にも従い、経口的薬剤の投与も可能な状況」にあり、仮に「治療に対し非協力的な態度があり、統合失調症の精神症状が表出する場面や、本件身体的拘束時、一時的に不穏や興奮が高

まった状況があった」としても「直ちに身体的拘束に及ぶのではなく、経口的及び非経口的な薬物投与を実施し、環境調整や心理的介入を行いつつ隔離等の措置をとり、薬物治療の効果を踏まえ経過観察を行うことなどの方法が実施可能であった」として、告示 130 号所定の「身体的拘束以外により代替方法がない場合」には該当しないとして、本件身体拘束の開始自体が「裁量の範囲を逸脱した違法なもの」であったと判断した。

⑫東京地判 2024 年 2 月 8 日判例集未登載 LEX/DB25612903

本件は、統合失調症に罹患していた A が、任意入院した翌日に病院内で医師・看護師及び両親らと面会した際に、退院の希望を述べ、壁やテーブルを叩く行為の後に面会室を出たところで、医師・看護師らに腹臥位の状態で制圧された状態で注射を受け、心肺停止状態となり、病院に搬送された後に死亡したというものであった。

東京地裁は、「身体的拘束」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」と定義されているため、本件のように患者が突発的に暴れだした状況下において、緊急避難的に短時間にわたり制圧した行為は「身体的拘束に当たるとは認められない」とした。また、それが「一般法理に基づく緊急行為であるならば、緊急性、補充性、法益権衡等…は身体拘束以上に厳格な要件が要求されるといった原告らの主張を認めるに足りる根拠はない」と論じた。その上で、「本件患者の言動は不穏になっていき、自傷行為にも及ぶようになり、医師及び看護師の制止行為も奏功せずに面会室を出てしまったのであり、自傷行為に及んでいる本件患者を放置することもできないことからすれば、四肢を押さえる形での制圧行為に及ぶ必要があった」として、被告病院の賠償責任を否定した。

(2) 身体拘束に係る裁判例の検討

身体拘束の法的評価に関しては、「尊厳と行動自由を尊重する」との要請と「生命・身体・健康を保護する」との要請が「衝突」と論じる見

解もある¹⁵⁹。しかし、身体拘束は患者に重大な身体的・精神的弊害を生ぜしめるものであり、現実に死亡事故も発生していることからすれば、身体拘束をすることが「生命・身体・健康を保護する」ものと単純に捉えることには疑問がある。何よりも、身体的自由を保障する憲法の下では「尊厳と行動自由」の制限は厳格な条件の下においてのみ許容されるものであることが前提とされなければならない。

この点、事案③の最高裁判決は身体拘束を原則的に違法であるとした上で、「切迫性」「非代替性」「一時性」の3要件を充足した場合にのみ違法性が阻却されるとの判断枠組を確立していることが重要であり¹⁶⁰、当該3要件を厳格に解することを基礎に実務・判例が蓄積されることが期待される¹⁶¹。実際に、事案⑥の名古屋高裁金沢支部判決は、本件患者が「そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合」に該当していたとは考えられず（切迫性の否定）、「一時的に人員を割くことによって必要な医療行為等を実施することができる」ため「身体的拘束以外によい代替方法がない場合」にも該当しない（非代替性の否定）、として身体拘束の違法性を認め、最高裁も同判断を維持したものであった。

本節で紹介した各判決で判断を分けた論点として、第一に、医師の裁量権の範囲に関して、事案⑥の金沢地裁判決は、身体拘束を「医療行為又は保護行為」として「専門的知見を有する指定医」の広い裁量を認めて合法判断を行っているのに対して、名古屋高裁金沢支部判決は、身体拘束は「人権制限の度合いが著しいもの」であるため「特に慎重な配慮を要する」として違法判断を行ったものであった。この点、医師の判断に対する司法統

159 小池泰「当直の看護師らが抑制具であるミトンを用いて入院中の患者の両上肢をベッドに拘束した行為が、診療契約上の義務に違反せず、不法行為上違法ともいえないとされた事例」民商143巻3号33頁以下（2010年）37頁。

160 中谷雄二「わが国における医療機関の身体拘束に対する法規制の現状と今後の課題」質社1512号4頁以下（2010年）7頁。

161 ただし、同判決が、拘束行為を看護師の判断で行いうる「療養上の世話」としたことには疑問がある（寺沢知子「せん妄状態患者に対する抑制行為の義務違反性」別ジュリ219号166頁以下（2014年）167頁参照）。

制に関して、甲斐克則は、医学的判断に係る裁量を「行為裁量」（作為・不作為の内容・程度に関する規範的判断の基準定立）と「判断裁量」（特定事実が法的基準あるいは医学準則に該当するか否かの判断）に区別した上で、医師の裁量は「判断裁量」の局面に限定されると論じる¹⁶²。たしかに、現前の患者の基準該当性判断に係る「判断裁量」は医師に委ねられるとしても、身体拘束が許容されるか否かの規範的判断を含む「行為裁量」に関しては裁判所による審査に委ねられることが法治国家の要請である。

第二に、身体拘束の目的の必要不可欠性（切迫性）に関して、回避されるべき「害悪」に関する判断が問題になる。この点、事案④のように「自殺企図又は自傷行為」が切迫している状況が認定されれば、「生命保護」という目的達成のための非代替的で一時的な手段である限り、身体拘束が許されうる。また、事案②⑤⑨のように「治療継続の必要性」（特に点滴の自己抜去の防止の必要性）も「重大な身体損傷の防止」という目的により正当化される余地がありうるが、そのための手段としての身体拘束は非代替的で一時的なものでなければならない。これに対して、事案⑨の東京地裁判決及び東京高裁判決は、告示 130 号の「患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合」との文言は「生命の危険が著しく切迫している場合に限定したもの」とまで解することはできない」とした上で、同要件に該当するか判断は「将来予測を前提とするものであり、万一予測が外れた場合には重大な結果が生じ得るものであること」からすれば、危険発生に関して「明証性の要素が必要であると解することはできない」として、長期間にわたる身体拘束を是認している。しかし、医師の将来予測による抽象的な危険性判断を根拠に身体拘束を行えるのであれば、当該判断に対する法的統制が機能する余地は極めて小さいものとなり、身体拘束が可能な条件を「生命保護」「重大な身体損傷の防止」に限定した告示 130 号の趣旨は損なわれる¹⁶³。さらに、上記両判決は身体拘束をしないことにより「重

162 甲斐前掲（153）189 頁。

163 事案⑨東京地裁判決及び東京高裁判決の問題性を論じるものとして、甲斐克則「摂食障害治療に伴って行われた 14 歳の少女に対する 77 日間の身体的拘

大な結果が生じ得る」と論じているが、事案②⑤⑥⑧⑪⑫のように身体拘束をした結果として死亡という「重大な結果」が生じる危険性があることも留意されなければならない。次に、事案③で問題になった「転倒・転落の危険性」が「生命保護」「重大な身体損傷の防止」などの目的により正当化されるか否かに関しても一名古屋高裁判決と最高裁判決の相違に見られるように一事実の評価により判断が分かれうるが¹⁶⁴、一事案⑩名古屋地裁判決にみられるように一看護体制次第では身体拘束なく危険を回避できたのではないかという「非代替性」の要件としても検討されるべき問題となる。その一方で、事案①⑥⑦⑧⑪⑫のように「不潔行為」「妄想的言動」「著しい興奮状態に陥るというリスク」「入室指示の不遵守」「卑猥な言葉」など単純な「多動・不穏」を理由とする身体拘束に関しては、それを容認する裁判例（事案⑥金沢地裁判決、事案⑦東京地裁判決、事案⑧東京地裁判決）と違法とする裁判例（事案①岐阜地裁判決、事案⑥名古屋高裁金沢支部判決、事案⑪長野地裁上田支部判決）が分かれている。しかし、先述の通り、生命の危険あるいは重大な身体損傷の危険が切迫しているとはいえない「多動・不穏」を理由にした身体拘束は告示 130 号の実施要件を充足しないものとして端的に違法と考えるべきである。その意味でも、事案①岐阜地裁判決が、告示 130 号所定の「多動又は不穏」は「患者の生命・身体に危険が生ずる可能性が著しく高いと認められる『多動又は不穏』」を意味するものと限定的に解釈したことには重要な意義がある。何よりも、強制入院・身体拘束という状況自体が患者の「多動・不穏」の原因となる場合もあることからすれば一第 2 章 2 節事案④東京地裁判決は「不穏や興奮状態」は患者の直面した状況により「了解可能」とであると判断するものであった一事案⑧⑫のような事例では身体拘束・制圧に先行する入院・

束の違法性が争われた事例」医事法研究 7 号 117 頁以下（2023 年）がある。

164 最高裁判決に関して「当時の看護の現場の状況と拘束時間が約 2 時間にすぎなかったという緊急状況を勘案すると、ボーダーライン上のケースではあるが、その結論自体は、首肯せざるをえない」と論じられている（甲斐前掲（153）179 頁）。

隔離の必要性・妥当性に関する検討が必要であったと思われる。

第三に、身体拘束の必要最小限性（非代替性・一時性）に関しては、事案②東京地裁判決のように「持続点滴の必要」を根拠として12日間にわたる身体拘束を合法とした裁判例がある一方で、事案⑪長野地裁上田支部判決のように「不穏や攻撃等により自傷・他害の切迫した患者に対しても、まずは環境調整や心理的介入、薬物療法による方法を行うべきであり、身体的拘束の実施は最小化すべき」として違法判断をした裁判例もある。この点、「非代替性」の判断に関する分岐点となるのが、人的な制約を「非代替性」の根拠とすることの是非であり、それは事案③の名古屋高裁判決と最高裁判決との対比、あるいは、事案⑥の金沢地裁判決と名古屋高裁金沢支部判決との対比で鮮明になっている。すなわち、「人員を割けば危険を回避できた」と評価すれば「身体拘束は必要なかった」と判断され、「人員を割くことはできなかった」と評価すれば「身体拘束は必要であった」と判断されるという構図になっているのである。この点、人的制約の問題は、第1章1節で紹介した精神科特例にも係る問題であり、究極的には精神医療制度全体の問題といえるため¹⁶⁵、個別の医療機関の責任として追究することには議論がありうる。それでも、人的制約を根拠にして安易に身体拘束の「非代替性」を認めることは、過去の人権侵害事例と同じ轍を繰り返すものとなりかねず、精神医療の水準劣化につながるものとして慎重でなければならない。

おわりに

精神科医療の側からは、「重症患者に対応する精神科の医療現場には、直ぐにスタッフを増員できないという条件下で、できるだけ行動制限をせずに、患者とスタッフの安全を守り、病状の速やかな回復を図る、という困難なミッションが課せられている」のであり、「行動制限を自ら実行し

165 「精神科医療の現場のマンパワー不足の現状変更は、別途検討すべきである」（同上183頁）。

なくてもよい立場にいて、行動制限を批判することは易しい」とも説かれる¹⁶⁶。しかし、医療側と患者という非対称的な関係を背景に時として明白な人権侵害も行われうることからすれば、医療側の主張だけでなく、患者側の声も聴く必要がある。

閉鎖病棟での生活を経験した当事者は、「居室と廊下、デイルームという限られた空間」での「生活を続けていくと、自分で考えたり感じたり決めたり、実際に行動するという力が奪われていくよう」であり、「精神科病院への入院は、そうやって患者が自分で考えたり決めたりすることをさせず、また患者に薬をたくさん飲ませ、ぼんやりした状態を作り、医療従事者側にとって扱いやすい患者にしてい」くのだと思う、と振り返っている¹⁶⁷。「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」であり、特に身体拘束に関しては「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」問題であることが強く意識される必要がある¹⁶⁸。

これに対して、日本精神科病院協会（日精協）が、身体拘束の違法判断を支持した最高裁判決を批判した下記の声明は極めて興味深い。

「非専門家による判断によって精神科医療に対して法的強制力を伴う制限を加えることは、患者に対する行動制限としての身体拘束の要否についての専門的判断は、精神保健指定医という格別の専門資格者しか行い得ないとされた精神保健福祉法の立法趣旨に正面から抵触するものである」。

上記声明は、裁判官という「非専門家」が「精神保健指定医という格別

166 平田前掲（144）3-4 頁。

167 渡邊洋次郎「閉鎖病棟における自由と暴力」下里・木下編前掲（39）137 頁以下 139 頁。

168 姜前掲（37）41 頁。

の専門資格者」を「制限」することは許されないという、法治国家原理をも否定しかねない衝撃的なものであり—声明の意図とは逆に—医師の裁量を過剰に尊重することの危険性を明らかにしているように思われる。

この点、本稿で紹介したように、近年では、精神科医療における医療側の判断を安易に追認することなく、実質的審査を加えている裁判例が散見されるようになってきている。第一に、強制入院の要件である「精神病者」との判定に関して、あるいは、家族等・市町村長による「同意」に関して、さらには、入院・退院手続に関して、医療側の判断・行為の適否を法的見地から検証して違法判断を行う事例がある（第2章2節）。第二に、入院中の行動制限に関して、単純な「多動・不穏」を理由にした身体拘束を認めるのではなく、告示130号の適正な解釈を通じて、身体拘束の目的の必要不可欠性（切迫性）及び手段としての必要最小限性（非代替性・一時性）を厳格に審査し、違法判断を行う事例がある（第3章2節）。

憲法学としては、上記のような精神科医療で問われている諸問題を「憲法問題」として受けとめた上で、憲法適合的な制度と運用のための理論を構築・提供する必要があると思われる。