

福祉ライブラリ

改訂

福祉法学

菅原好秀 編著

岡田行雄・櫻本正樹
吉中季子・山本窓亜 共著

建帛社
KENPAKUSHA

はしがき

本書は、故志田民吉先生編著にて、2018年4月に初版を刊行した。志田先生が鬼籍に入られてから歳月が流れたが、今般、菅原編著として改訂版を刊行することとなった。あらためて、志田先生のご冥福をお祈り申し上げます。

改訂版では第1章を「精神保健福祉制度論」に改めた。厚生労働省によると2024年現在、精神障害者保健福祉手帳の所持者数は154万人超と増加の一途である。民間企業における精神障害者の雇用も約15万人で、前年比15.7%増となり過去最高を更新した。このように精神疾患によって支援が必要な人々への制度施策の体系が、医療福祉保健分野から、司法、教育そして就労支援を含めた産業・労働分野へと広がっている。そこで、精神的に障害があり、日常生活、社会生活に困難を抱える人々が歴史的変遷の中でどのような生活を強いられ現在に至ったのか、当事者を取り巻く時代背景と法制度の成り立ちを分析し、「精神障害者」がよりよく生きるための必要な施策、法制度について考察した。

改訂版では、近年の法改正の動向、用語の変更のほか既存の項目も含め、福祉に関する最新の法制度をわかりやすく説明した。今回の改訂版では触れていないが、今後国は、高齢者を中心に単身世帯等の増加が見込まれる中、主に家族が担ってきた金銭管理や入院・入所の手続き、さらには葬儀に対する支援を第二種社会福祉事業に位置づけ、生活支援から死後事務までを行政が一体的に担い、相談体制も整備するという。また、成年後見制度について本人の判断能力に応じて権限に差を設けた3類型のうち、「後見」と「保佐」を廃止し、「補助」に一本化するとしている。今後の動向にも注意を向けたい。

地域とそこに住む人々の暮らしを守り、人と人が支え合い新たなつながりを生み出すために、本書を通じて初心者から福祉専門職まで、福祉に関する法制度を理解し、判例も含めて、各支援場面に活用していただければ幸いである。

2026年3月

編著者 菅原好秀

初版はしがき

法律の執行が行政であり、その行政として、いわゆる社会福祉の実践（現場）がある。社会福祉の実践は人々の福祉ニーズに対応することであり、またそのニーズは人ごとに異なるものでもある。これらのことは図として描けば一目瞭然のこともある。また本来、人々の福祉ニーズは法律ごとにあるのではなく、たまたま故あって（内閣法や国家行政組織法、その他の社会福祉関係法令などを参照）、それぞれの所管省庁ごとに法律の執行の受け皿が規定されているものであり、社会福祉が福祉ニーズに対応しようとした福祉サービスの法体系（一群）とされる所以でもある。社会福祉の実践において、福祉サービスは本来、生活のニーズに対応して（ニーズごとに包括されて）提供されることが目標とされている。社会福祉相談援助職（ソーシャルワーカー）は、その福祉サービス提供にかかわる最前線のところに位置しているといえよう。これらのことを承知ならば、社会福祉相談援助職の養成に際しての法学教育の必要性は自ずと首肯されるであろう。

本書は、法学（または法の基礎）としての基本的な項目を残しながら、社会福祉専門職のための法学知識を扱い、一般教養と専門教養との双方の教育的機能を意図したものである。本書の旧版にあたる『社会福祉選書 法学』（建帛社）の目次項目、記述内容を引き継ぎながらも、時代に即した項目の追加や内容の修正・改訂など全面的に見直し、新たに『福祉ライブラリ 福祉法学』として刊行することとした。その訳の詳細については、第1章を参照していただきたい。

2018年4月

編著者 志田民吉

目次

第1章 精神保健福祉制度論

第1節 精神保健福祉法	1
1 精神保健福祉法の目的	1
2 制定の経緯	1
3 精神保健福祉法の内容	6
4 精神保健福祉法による入院形態	10
第2節 障害者総合支援法	18
1 趣旨	18
2 障害者総合支援法の内容	18
第3節 医療観察制度	20
1 医療観察制度の成立	20
2 医療観察制度の概要	21
3 医療観察制度の内容	24
4 医療観察制度と精神保健福祉法の関係	33

第2章 憲法

第1節 日本国憲法の基本原理	36
1 平和主義	36
2 国民主権	38
3 基本的人権の尊重	39
第2節 基本的人権	41
1 精神的自由に関する権利	41
2 人身の自由に関する権利	43
3 経済的自由に関する権利	47

4	社会権	48
5	その他の基本的人権	52
6	基本的人権保障と国民の義務	53
7	法の下での平等	54
第3節 統治機構		55
1	国会	55
2	内閣	57
3	裁判所	59
4	財政	63
第4節 地方自治		64
1	地方自治の意義	64
2	地方公共団体の組織および権能	64
3	住民の権利	65
 第3章 行政法		
第1節 行政法総論		67
1	行政とは何か	67
2	法律による行政（行政民主主義、行政法律主義）	68
3	行政上の組織	68
4	地方自治	70
5	行政行為（行政処分、処分）	72
6	行政手続法	74
7	情報公開法	76
8	個人情報保護法	77
9	行政法上の強制手段	79
第2節 行政のその他の活動形式		81
1	行政立法	81
2	行政契約	83
3	行政計画	84
4	行政指導	84

第3節 行政庁の行為に対する救済	85
1 行政不服審査法	85
2 行政事件訴訟法	87
3 国家賠償法	91

第4章 民 法

第1節 民法とは	95
-----------------	----

第2節 民法の基本原則およびその修正	96
---------------------------	----

1 権利能力平等の原則	96
2 所有権絶対の原則	96
3 契約自由の原則（私的自治の原則，法律行為自由の原則）	97
4 過失責任の原則	97

第3節 総則	97
---------------	----

1 権利の主体	97
2 権利の客体	101
3 法律行為	101
4 代理	108
5 時効	111

第4節 物権	114
---------------	-----

1 物権およびその種類	114
2 物権の効力	116
3 物権変動と對抗要件	117
4 担保物件の通用性および効力	119
5 近時における土地・建物等の利用に関する民法改正による見直し	121

第5節 債権	121
---------------	-----

1 債権とは	121
2 債権の効力	123
3 債権譲渡	129
4 債権（債務）の消滅	130
5 契約および不法行為	132

第6節 消費者の保護に関する法律の動向	139
----------------------------	-----

第7節 親族	143
---------------	-----

1 親族	143
2 婚姻	147
3 親子・親権・後見	152

第8節 相続法	157
----------------	-----

1 相続人と法定相続	157
------------	-----

第5章 社会福祉の法と関連領域

第1節 福祉サービス法	162
--------------------	-----

1 社会福祉法制の展開	162
2 社会福祉各分野の法律	172
3 社会福祉の給付方式とサービス利用	198

第2節 事業者と労働法	203
--------------------	-----

1 労働法の基本構造	203
2 労働契約終了に関する法	207
3 女性の保護、障害者の就労支援	211
4 労働契約と法	213

付章 判例研究，資料，民法改正の一考察

第1節 判例研究	220
-----------------	-----

1 「エホバの証人」信者輸血拒否事件	220
2 再婚禁止期間違憲訴訟	222
3 堀木訴訟	225
4 朝日訴訟	228
5 エホバの証人剣道実技履習拒否事件	230
6 「君が代」ピアノ伴奏拒否事件	233
7 サッカーボール事件	237
8 JR 東海事件	239

9 夫婦同氏訴訟	244
第2節 資料	247
1 成年後見制度の概要 (Q&A)	247
2 成年後見制度の概要と鑑定書の作成	251
3 日常生活自立支援事業	255
4 市民後見人	255
5 障害者差別解消法 (合理的配慮の提供等事例集)	256
第3節 民法改正の一考察	259

第 1 章

精神保健福祉制度論

第 1 節 精神保健福祉法

1 精神保健福祉法の目的

「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）は、①精神障害者の医療および保護を行うこと、②障害者総合支援法（p.18参照）とともに、精神障害者の社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行うこと、③精神疾患の発生の予防や、国民の精神的健康の保持および増進に努めることによって、精神障害者の福祉の増進および国民の精神保健の向上を図ることを目的とした法律である（1条；本節で法律名のない条文は「精神保健福祉法」である）。

精神障害者は、社会生活遂行上の困難を抱えた障害者であり、精神障害者に対する施策は、歴史的には病者としての隔離収容から始まり、入院患者の人権の擁護、退院・社会復帰の促進、そして地域生活支援へと変遷していく。

2 制定の経緯

（1）明治初期

明治初期までは、精神病の治療のほとんどが「治療」と呼ぶには程遠く、多くの神社仏閣などにおける加持祈禱かじきとうに頼ったものであり、精神保健の法的規制はなかった。精神疾患あるいは精神障害は、乱心者、狐憑きつねづき等と理解され、家族のもとで保護されるのが一般的な対応ではあったが、治安上の目的として、座敷牢や納屋あるいは寺社などを含む私的な施設に隔離収容する「私宅監置」など、入牢（役所が精神病者を牢獄に監置すること）・入檻（家庭内監置）をされることも少なくなかった。

1875（明治8）年、わが国に現在の精神科病院が初めて設置され、当初は「癲狂院^{てんきやういん}」と呼ばれていた。また、1879（明治12）年になると医育機関で精神病学が教えられるようになり、1886（明治19）年には帝国大学医科大学に精神病学教室が置かれることになるなど、医学校でも精神病学が教えられるようになり、精神医学の基礎が形づくられた。

（2）精神病患者監護法の制定

精神障害者に関する初めての近代法は、1900（明治33）年に制定された「精神病患者監護法」である。警察署長の許可を受け、精神病患者をその配偶者・親権者等の親族などの監護義務者の責任において、精神科病院または私宅に設けられた監置室に監視することなどを定めた法律であった。精神病患者監護法の主な内容は、①精神障害者の監護義務者を定めること、監護義務者がいない場合等は、住所地、所在地の市町村長が監護の義務を負うこと、②精神障害者を私宅、精神科病院等に監置するには、医師の診断書を添えて、警察署を経て地方長官（現在の都道府県知事）に願い出て許可を得ること、③行政官庁に監置を監督する権限を与えること、④監護に要する費用は、被監護者が負担すること、被監護者にその能力がないときは、扶養義務者が負担すること、などを骨子としていた。しかし、同法の実態は、治安的要素という側面が強く、精神科病院の設置等は不十分であり、私宅で様子をみる程度の私宅監置が広く行われていた。

（3）精神病院法の制定

そのため、精神障害者対策は、監護から医療へと前進し、1919（大正8）年には、精神障害者が医療を受けることができるように、公立精神科病院を含む精神障害者入所施設をもつ道府県を増やすために「精神病院法」が制定された。精神病院法の内容は、①内務大臣は道府県に公立精神科病院の設置を命じることができること、②地方長官が精神障害者を入院させることができること、③精神科病院に対して、建築・設備費の2分の1、運営費の6分の1を国庫から補助すること、などを骨子としていた。しかし、公立精神科病院の設置等がうたわれたが財政的事情のため病院の建設は進まず、諸外国と比較しても病床数が少ないままであった。

(4) 精神衛生法の制定

戦後、公衆衛生の向上増進を国の責務とした「日本国憲法」が成立したことを受け、精神障害者に適切な医療・保護の機会を提供するため、精神病患者監護法と精神病院法が廃止され、「精神衛生法」が1950（昭和25）年に制定された。

精神衛生法は、「精神障害者の医療及び保護を行い、且つ、その発生の予防に努めることによって、国民の精神的健康の保持及び向上を図る」ことを目的とし、法の内容としては、①精神科病院設置を都道府県に義務付けたこと、②長期拘束を要する精神障害者の精神科病院等施設外収容の禁止と私宅監置制度の廃止を設けたこと、③精神衛生相談所や訪問指導の規定が置かれたこと、④精神衛生審議会が新設されたこと、⑤精神衛生鑑定医制度が新設されたこと、⑥保護義務者制度が新設されたこと、⑦都道府県知事の命令による入院となる措置入院制度が新設されたこと、⑧保護義務者の同意を得て入院する医療保護入院が新設されたこと、などであった。

1964（昭和39）年、駐日アメリカ大使が統合失調症の少年に刺傷されたいわゆる「ライシャワー事件」が起きたことを受け、1965（昭和40）年には、通院医療費公費負担制度（「障害者自立支援法」とその後継法である「障害者総合支援法」における自立支援医療制度に引き継がれる）が創設され、在宅精神障害者の訪問指導・相談事業を強化、精神衛生相談員の配置、都道府県の精神衛生センター（現在の精神保健福祉センター）設置義務などの改正が行われた。

(5) 精神保健法の制定

1984（昭和59）年に、精神科病院で医療従事者の暴行により入院患者が死亡するいわゆる「宇都宮病院事件」など精神科病院における人権侵害事件を契機に、入院患者をはじめとする精神障害者の人権擁護を求める声が高まり、1987（昭和62）年には、精神障害者の人権に配慮した適正な医療および保護の確保と、精神障害者の社会復帰の促進を図る観点から、任意入院制度の創設や精神医療審査会の創設等を内容とする精神衛生法の改正が行われ、法律の名称も精神衛生法から「精神保健法」へと改められた。

精神保健法は、「精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰を促進し、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めるこ

とによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ること」を目的とし、主な改正点は、①任意入院制度を設けたこと、②入院時等における書面による権利等の告知制度を設けたこと、③精神衛生鑑定医制度を精神保健指定医制度に改めたこと、④精神医療審査会制度を設けたこと、⑤応急入院制度を設けたこと、⑥精神科病院に対する厚生大臣（現在の厚生労働大臣）等による報告徴収・改善命令に関する規定を設けたこと、⑦精神障害者社会復帰施設に関する規定を設けたこと、などである。

（6）精神保健福祉法の成立

1993（平成5）年、「障害者基本法」が成立（「心身障害者対策基本法」の改正・改題）し、精神障害者が障害者基本法の対象として明確に位置付けられたこと等を踏まえ、精神保健法は、1995（平成7）年に「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）に改正され、法の目的においても自立と社会参加の促進のための援助という福祉の要素を盛り込み、従来の保健医療施策に加え、精神障害者の社会復帰等のための福祉施策の充実についても法律上の位置付けが強化された。法律の目的に「精神障害者の自立と社会経済活動への参加の促進」および「正しい知識の普及」が加えられ、精神障害者保健福祉手帳制度が創設された。

精神保健福祉法の概要は、①法体系全体に福祉施策を位置付け、強化したこと、②精神保健法による精神保健センター、地方精神保健審議会、精神保健相談員に福祉の業務を加え、名称を変更したこと、③精神障害者社会復帰施設を類型化したこと、④精神障害者保健福祉手帳を創設したこと、⑤精神保健指定医制度を充実させたこと、⑥医療保護入院の際の告知の義務化を徹底化したこと、⑦公費負担医療の公費優先を見直したこと、などである。

その後、1999（平成11）年に、精神保健福祉法の一部改正が行われた。主な改正精神保健福祉法の概要は、①精神医療審査会の権限を強化したこと、②精神保健指定医の権限・義務を強化したこと、③精神科病院に対する厚生労働大臣（改正当時は厚生大臣）等による入院医療の提供の制限命令等の諸規定が設けられたこと、④入院の必要があるにもかかわらず、本人が入院の必要性を理解できないために、家族等が依頼し民間警備会社等が本人を強制的に精神科病

院に移送するという問題点に対して、医療保護入院・応急入院のための移送制度が設けられたこと、⑤保護者の義務内容が軽減化されたこと、⑥精神障害者地域生活支援センターを法定化したこと、⑦精神障害者社会復帰施設の質の確保のための措置を講じたこと、⑧精神障害者の在宅福祉サービスを充実強化したこと、⑨福祉サービスの利用に関する相談・助言に対して市町村を窓口としたこと、⑩精神保健福祉センターの名称を弾力化したこと、などである。

なお、移送制度は、緊急に入院が必要な精神障害者について都道府県知事（指定都市の市長を含む。以下、本節において同じ）は指定医の診察により応急入院指定病院に移送することができることとした（34条）。

また、2005（平成17）年の改正では、「精神分裂病」から「統合失調症」へ名称変更され、改善命令等に従わない精神科病院の管理者に関する公表制度等の導入、緊急時における入院等に係る診察の特例措置の創設（特定医師による診察）、精神障害者保健福祉手帳への写真添付の義務付け（精神保健福祉法施行規則）などである。

なお、特定医師には①医師免許取得後4年以上であること、②2年以上の精神科臨床の実務経験があること、③精神科医療に従事する医師として著しく不適当な者でないことの3要件が求められる（精神保健福祉法施行規則5条の3）。

さらに、2013（平成25）年にも、精神障害者の地域生活への移行を促進するため等を目的とした精神保健福祉法の一部改正が行われ、2014（平成26）年4月から施行された。その改正内容は、①家族の高齢化に伴い、家族をはじめとする保護者に過大な負担を課していた「保護者制度」が廃止されたこと（保護者による自傷他害防止監督義務の削除）、②医療保護入院制度における入院手続を見直すことになり、医療保護入院制度における保護者の同意要件が除外され、家族等（配偶者、親権者、扶養義務者、後見人または保佐人）のうちのいずれかの者の同意を要件とすること、③精神科病院の管理者に、退院後生活環境相談員（精神保健福祉士等）の設置、地域援助事業者（相談支援事業者等）との連携、退院促進のための体制整備を義務付けること、④精神医療審査会の見直しとして、精神医療審査会に対し、退院等の請求ができる者として、入院者本人とともに家族等を規定すること、などである。

3 精神保健福祉法の内容

(1) 目的 (1条)

この法律は、①精神障害者の権利の擁護を図りつつ、その医療および保護を行うこと、②障害者総合支援法と相まってその社会復帰の促進およびその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行うこと、③精神障害者の発生の予防その他国民の精神的健康の保持および増進に努めること、を目的としている。

(2) 国および地方公共団体の義務 (2条)

国および地方公共団体の義務規定として、①精神障害者の医療および保護ならびに保健および福祉に関する施策を総合的に実施することによって精神障害者が社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加ができるように努力すること、②一般国民に対する精神保健施策に関して、精神保健に関する調査研究の推進および知識の普及を図る等精神障害者の発生の予防その他国民の精神保健の向上のための施策を講じること、の2つを規定している。

(3) 国民の義務 (3条)

国民の義務として、①精神的健康の保持および増進に努めること、②精神障害者に対する理解を深め、および精神障害者がその障害を克服して社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならないこと、の2つを規定している。

(4) 精神障害者の定義 (5条)

「精神障害者」とは、「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害その他の精神疾患を有する者」と定めている。

(5) 精神保健福祉センター

都道府県（指定都市を含む、以下本節において同じ）は、精神保健の向上および精神障害者の福祉の増進を図るための機関（精神保健福祉センター）を置くことを規定している（6条、51条の12）。

精神保健福祉センターは、精神保健および精神障害者の福祉に関する知識の普及、調査研究の実施、相談および指導のうち複雑または困難なものの実施、

精神医療審査会の事務を行う。

(6) 精神医療審査会

精神医療審査会は、都道府県に置く必要がある(12条)。

精神医療審査会は、①精神科病院の管理者から医療保護入院の届出、措置入院および医療保護入院の入院措置および定期の入院の必要性に関する審査(38条の3)、②入院中の者またはその家族等からの退院請求・処遇改善請求に関する審査を行う(38条の5第2項)。なお、退院を命じるのは、都道府県知事である。また、入院中の者の電話での退院請求を審査することができる。

精神医療審査会の委員は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者、精神障害者の保健または福祉に関し学識経験を有する者および法律に関し学識経験を有する者のうちから、都道府県知事が任命する(13条1項)。委員の任期は2年であるが、3年を上限として条例で定めることができる。

(7) 精神保健指定医

1) 精神保健指定医の要件

精神保健指定医は、①5年以上診断または治療に従事し、そのうち、3年以上精神障害の診断または治療に従事した経験を有すること、②厚生労働大臣が定める精神障害について診断または治療に従事し、その症例についてレポートを提出すること、③厚生労働省令で定める研修の課程を修了していること(18条)。また、指定後は、5の年度ごとに研修を受けなければならない(19条)。

2) 精神保健指定医の職務

① 精神科病院の医師としての職務(19条の4第1項)

- ・任意入院者からの退院の申出があった場合、入院を継続する必要があるかどうかの判定
- ・措置入院者が入院を継続する必要があるかどうかの判定
- ・医療保護入院を必要とするかどうかの判定
- ・応急入院を必要とするかどうかの判定
- ・任意入院が行われる状態にないかどうかの判定
- ・行動の制限を必要とするかどうかの判定
- ・措置入院者を一時退院させて経過をみることが適当かどうかの判定

② 公務員としての職務（19条の4第2項）

措置入院および緊急措置入院を必要とするかどうかの判定や、措置入院または緊急措置入院もしくは医療保護入院または応急入院のために移送を行うにあたって行動の制限を必要とするかどうかの判定の場合には、公務員としての職務とみなされる。

（8）医療保護入院の期間の法定化と更新の手続き（33条）

医療保護入院の入院期間は、医療保護入院から6か月を経過するまでは3か月以内とし、6か月を経過した後は6か月以内とする。入院期間については、①指定医診察の結果、医療保護入院が必要であって、任意入院が行われる状態にないと判定されること。②退院支援委員会において対象患者の退院措置について審議されること、③家族等に必要な事項を通知した上で、家族等の同意があること（家族等がない場合等は、市町村長による同意）と判定される場合には、入院の期間を更新できる。

入院期間を更新した場合は、「医療保護入院者の入院期間更新届」を都道府県等に提出しなければならない（医療保護入院の定期病状報告は廃止）。

（9）精神障害者保健福祉手帳

精神障害者保健福祉手帳は、一定の精神障害の状態にあることを証明する手段となることにより、手帳交付者に対する各種福祉サービスを受けやすくし、精神障害者の自立と社会参加の促進を図ることを目的としている。対象者は、統合失調症、うつ病、躁うつ病などの気分障害、てんかん、薬物依存症、高次脳機能障害、発達障害（自閉症、学習障害、注意欠陥多動性障害等）などである。ただし、知的障害があり、上記の精神障害がない者については、療育手帳制度があるため、本手帳の対象とはならないが、発達障害と知的障害を両方有する場合は、両方の手帳を受けることができる。

また、手帳の障害等級の障害の程度は、下記の1級、2級、3級である（精神障害者保健福祉手帳制度実施要領）。

1級：日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの

2級：日常生活が著しい制限を受けるか、または日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの

3級：日常生活もしくは社会生活が制限を受けるか、または日常生活もしくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの

次に、精神障害者保健福祉手帳の交付の申請は、精神障害者の居住地を管轄する市町村長（特別区の長を含む。以下、本節において同じ）を経由して行わなければならない（精神保健福祉法施行令5条）。手帳の申請には、その精神障害による初診日から6か月以上経過していることが必要であり、精神障害者の写真が必要である（精神障害者保健福祉手帳制度実施要領）。

手帳の判定は、都道府県の精神保健福祉センターで行われ、都道府県知事は、申請者が政令で定める精神障害の状態にあると認めるときは、申請者に精神障害者保健福祉手帳を交付しなければならない（45条2項）。

手帳の有効期限は交付日から2年間であり、その延長を希望する者は2年ごとに更新が必要である（精神障害者保健福祉手帳制度実施要領）。

なお、「障害者の雇用の促進等に関する法律」（障害者雇用促進法）では、精神障害者については、精神障害者保健福祉手帳の所持者を障害者実雇用率の算定対象としている。

(10) 相談指導等

都道府県および市町村は、精神障害についての正しい知識の普及のための広報活動等を通じて、精神障害者の社会復帰およびその自立と社会経済活動への参加に対する地域住民の関心と理解を深めるように努めなければならない（46条の2）。

都道府県および市町村は、精神保健福祉センターおよび保健所その他これらに準ずる施設に、精神保健および精神障害者の福祉に関する相談に応じ、ならびに精神障害者およびその家族等その他の関係者を訪問して必要な指導を行うための職員（精神保健福祉相談員）を置くことができる（48条）。

4 精神保健福祉法による入院形態

(1) 任意入院 (20条, 21条)

1) 任意入院の趣旨

任意入院は、精神障害者本人の同意に基づく入院形態であり、1987（昭和62）年の精神保健法の成立時に創設された。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、と規定されている（20条）。

任意入院は、入院について本人の意思を尊重するとともに、入院後の治療においても、自らが理解しながら治療が行われることが必要である。

患者が任意入院にあたって行う「同意」とは、「民法上の法律行為としての同意と必ずしも一致するものではなく、患者が自らの入院について積極的に拒んではない状態をいうものであること」とされている（「精神科病院に入院する時の告知等に係る書面及び入退院の届出等について」平成12年3月30日厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知障精22号）。精神科病院の管理者には、入院に際しては、本人に対して病状ならびに入院治療の必要性について説明し、同意が得られるように説得する努力が求められている。

2) 任意入院の手続き

精神障害者が自ら入院する場合においては、精神科病院の管理者は、その入院に際し、厚生労働省令で定める事項を書面で知らせ（書面告知）、本人から、自ら入院する旨を記載した書面を受けなければならない（21条1項）。

「自ら入院する旨を記載した書面」とは、「任意入院同意書」と呼ばれ、本人が自ら住所、氏名、生年月日を自署することが求められる。

3) 任意入院者の処遇

任意入院者は、原則として、開放的な環境での処遇（本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇をいう。以下、開放処遇という）を受けるものとし、任意入院者は開放処遇を受けることを、文書により、当該任意入院者に伝えるものとする。任意入院者の開放処遇の制限は、当該任意入院者の症状からみて、その開放処遇を制限しなければその医療または保護を図るこ

とが著しく困難であると医師が判断する場合にのみ行われるものであって、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（法第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準、昭和63年4月8日厚生省告示第130号）。

4) 任意入院者の退院申出

精神科病院の管理者は、自ら入院した精神障害者から退院の申出があった場合においては、その者を退院させなければならない（21条2項）。ただし、精神科病院の管理者は、精神保健指定医による診察の結果、当該任意入院者の医療および保護のため入院を継続する必要があると認めるときは、72時間に限り、退院を制限することができる（21条3項）。特定医師の場合には、12時間に限り退院を制限することができる（21条4項）。

(2) 医療保護入院（33条）

1) 医療保護入院の趣旨

医療保護入院は、精神科病院の管理者は、指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療および保護のため入院の必要がある者で、家族等のうちいずれかの者の同意があるときは、本人の同意がなくても6か月以内で厚生労働省令で定める期間の範囲内の期間を定め、その者を入院させることができる（33条1項）としたものである。「家族等」とは、配偶者、親権を行う者、扶養義務者および後見人または保佐人をいう（5条2項）。または、本人が精神疾患に対する病識がなく、入院治療の必要性を理解できない場合である。

また、精神科病院の管理者は、その家族等がない場合、またはその家族等の全員がその意思を表示することができず、もしくは同意もしくは不同意の意思表示を行わない場合において、その者の居住地を管轄する市町村長の同意があるときは、本人の同意がなくても、6か月以内で厚生労働省令で定める期間の範囲内の期間を定め、その者を入院させることができる（33条2項）。

市町村長の同意を行うことができるのは、精神障害者の家族等がない場合、またはその家族等の全員がその意思を表示できない場合とされ、「その意思を表示することができない場合」とは、心神喪失の場合等であり、家族等が存在しているが、反対している場合、反対していないが同意することを拒否してい

る場合等は、市町村長は同意することはできない。

2) 特定医師による医療保護入院

都道府県知事が認めた特定医師は、12時間に限り医療保護入院を行うことができる（33条3項）。

3) 医療保護入院の手続き

精神科病院の管理者は、医療保護入院を行う場合には、本人に対して医療保護入院の措置をとること、退院等の請求に関すること等を書面で知らせなければならぬ。ただし、本人の症状に照らし、その者の医療および保護を図る上で支障があると認められる間においては、4週間に限り、告知を延期することができる（33条の3）。

精神科病院の管理者は、入院措置を採ったとき、または入院の期間の更新をしたときは、10日以内に、その者の症状その他厚生労働省令で定める事項を当該入院または当該入院の期間の更新について同意をした者の同意書を添え、最寄りの保健所長を経て都道府県知事に届け出なければならない（33条9項）。

4) 入院者訪問支援事業の設置（35条の2）

家族等がない場合の市町村長同意による医療保護入院者については、医療機関外の者との面会がなく、本人の孤独感や自尊心低下が顕著となり、人権擁護の観点から望ましくなかった。このため、都道府県等を中心として、市町村長同意による医療保護入院者等を対象に、精神科病院を訪問し、生活に関する相談等に応じて、患者の体験や気持ちを丁寧に聞くとともに必要な情報提供を行う支援体制を構築する必要があった。

都道府県は、精神科病院に入院している者のうち入院した者その他の外部との交流を促進するための支援を要するものとして厚生労働省令で定める者に対し、入院者訪問支援員が、その者の求めに応じ、訪問により、その者の話を誠実かつ熱心に聞くほか、入院中の生活に関する相談、必要な情報の提供その他の支援を行う事業（「入院者訪問支援事業」という）を行うことができる。入院者訪問支援員は、その支援を受ける者が個人の尊厳を保持し、自立した生活を営むことができるよう、常にその者の立場に立って、誠実にその職務を行わなければならない。また、正当な理由がなく、その職務に関して知り得た人の秘

密を漏らしてはならない。

(3) 応急入院 (33条の6)

応急入院は、精神科病院の管理者が、医療および保護の依頼があった者について、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おいて、精神保健指定医の判定により、本人の同意がなくても、72時間に限り、その者を入院させることができる(33条の6第1項)。特定医師の診察による応急入院については、12時間以内とされている(33条の6第2項)。

応急入院は、自傷他害のおそれがないが、できるだけ早期に入院治療が必要な精神障害者で、かつ、単身者や昏迷状態等にあり身元等が判明せず、家族等の同意を得ることができない場合に適用される。すなわち、直ちに入院が必要な状態であるものの、本人の同意が得られず、なおかつ家族等の連絡先が把握できない、連絡する手段がないといった場合に応急入院指定病院で行われる。入院先は、都道府県知事が指定した応急入院指定病院に限られる。

(4) 措置入院 (29条等)

1) 措置入院の趣旨

措置入院は、医療およ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、または他人に害を及ぼすおそれがあると都道府県知事が認めるときには、その者を国等の設置した精神科病院または指定病院に入院させる制度である(29条)。本人の意思によらない入院制度である。

2) 申請・通報・届出の種類

都道府県知事は、下記の①～⑦の7種類の申請、通報または届出のあった者について調査の上必要があると認めるときは、その指定する指定医をして診察をさせなければならない(27条1項)。都道府県知事は、診察をさせる場合には、当該職員(保健所の精神保健福祉相談員等)を立ち合わせなければならない(27条3項)。診察の指定を受けた精神保健指定医は、措置診察にあたって、一時的に「公務員」とみなされる。

- ① 診察および保護の申請(22条)
- ② 警察官の通報(23条)
- ③ 検察官の通報(24条)

- ④ 保護観察所の長の通報（25条）
- ⑤ 矯正施設の長の通報（26条）
- ⑥ 精神科病院の管理者の届出（26条の2）
- ⑦ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に係る通報（26条の3）

3) 措置入院の判定

精神保健指定医は、診察をした者が精神障害者であり、かつ、医療およ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または他人に害を及ぼすおそれがあるかどうかの判定を行わなければならない（28条の2）。

4) 措置入院の手続き

都道府県知事がその者を入院させるためには、精神保健指定医の2人以上の診察の結果、医療およ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また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、各指定医の診察の結果が一致した場合でなければならない（29条2項）。

都道府県知事は、当該精神障害者に対し、当該入院措置をとる旨、退院等の請求に関することなどを書面で知らせなければならない（29条3項）。

（5）緊急措置入院（29条の2）

都道府県知事は、精神障害者またはその疑いのある者について、急速を要し、その指定する指定医をして診察をさせた結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ち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または他人を害するおそれが著しいと認めるときは、その者を1名の精神保健指定医の診察で精神科病院または指定病院に入院させることができる制度である（29条の2）。緊急措置入院制度の期間は72時間を超えることはできない（29条の2第3項）。

（6）措置入院および緊急措置入院の共通事項

都道府県知事は、入院措置をとろうとする精神障害者を、当該入院措置に係る病院に移送しなければならない（29条の2の2第1項）。その際に当該精神障害者に対し、移送を行う旨を書面で知らせなければならない（29条の2の2第2項）。移送を行う場合には、指定医の判断により、身体拘束による行動制限を行うことができる（29条の2の2第3項）。

(7) 入院患者の処遇 (36条, 37条)

1) 入院患者の行動制限

精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療また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(36条1項)。精神科病院の管理者が、入院形態のいかんにかかわらず、入院中の者に対して行動制限をする根拠規定である。

2) 信書の発受制限, 面会制限

精神科病院の管理者は、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であって、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない(36条2項)。また、患者の隔離その他の行動の制限は、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(36条3項)。

行うことができない行動制限は下記の場合である(「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第2項、同第3項、第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限」昭和63年厚生省告示第128号、第129号、第130号。以下、告示とする)。

- ① 信書の発受の制限は原則できないが、刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上患者に当該受信信書を渡す場合は制限される。
- ② 都道府県および地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員ならびに患者の代理人である弁護士との電話の制限は、いかなる場合でも行うことはできない。
- ③ 都道府県および地方法務局その他の人権擁護に関する行政機関の職員ならびに患者の代理人である弁護士および患者またはその家族等、その他の関係者の依頼により患者の代理人になろうとする弁護士との面会の制限はいかなる場合でも行うことはできない。
- ④ 入院患者に対する12時間を超える隔離および身体拘束は、指定医が直接診察し、必要と認めなければ行うことはできない。指定医が行動制限を行う場合には、できる限り患者や家族にその内容、目的、理由等を説明する

ことが必要である。また、行動制限の内容・理由、症状、開始および解除した年月日および時刻、指定医の指名などを診療録に記載しなければならない。

- ⑤ 退院請求について、すべての入院形態の「入院に際してのお知らせ」には都道府県の連絡先を記載しなければならない。

3) 隔離の基準

告示第130号は、「隔離の対象となる患者は、次のような場合に該当すると認められる患者」であって、「隔離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。そして対象となる患者を次のように例示列挙している。

- ① 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
- ② 自殺企図または自傷行為が切迫している場合
- ③ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
- ④ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神科の病室では医療または保護を図ることが著しく困難な場合
- ⑤ 身体的合併症を有する患者について、検査および処置等のため、隔離が必要な場合

4) 隔離の遵守事項

告示第130号では、隔離に際しての遵守事項を次のように列挙している。

- ① 隔離を行っている閉鎖的環境の部屋にさらに患者を入室させることはあってはならないものとする。また、すでに患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあってはならないものとする。
- ② 隔離を行うにあたっては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせるよう努めるとともに、隔離を行った旨およびその理由ならびに隔離を開始した日時および解除した日時を診療録に記載するものとする。
- ③ 隔離を行っている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療および保護が確保されなければならないものとする。
- ④ 隔離を行っている間においては、洗面、入浴、掃除等患者および部屋の

衛生の確保に配慮するものとする。

- ⑤ 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日1回診察を行うものとする。

5) 身体的拘束の基準

告示第130号では、「身体的拘束について」において、「基本的な考え方」として下記の点が示されている。

- 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およ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つくられた衣類または締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。

6) 身体的拘束の対象となる患者

告示第130号では、身体的拘束の「対象となる患者」について、次のような場合に該当すると認められる患者であって、「身体的拘束以外により代替方法がない場合において行われるもの」としている。

- ① 自殺企図または自傷行為が著しく切迫している場合
- ② 多動または不穏が顕著である場合
- ③ ①、②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

7) 身体的拘束の遵守事項

- ① 身体的拘束にあたっては、当該患者に対して身体的拘束を行う理由を知らせよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨およびその理由ならびに身体的拘束を開始した日時および解除した日時を診療録に記載するもの

とする。

- ② 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療および保護を確保しなければならないものとする。
- ③ 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

第2節 障害者総合支援法

1 趣 旨

「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」（以下、障害者総合支援法）は、「地域社会における共生の実現に向けて、障害福祉サービスの充実等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、新たな障害保健福祉施策を講ずる」ことを趣旨として、「障害者自立支援法」を改正・改題し、障害者（児）を権利の主体と位置付けた基本理念を定め、制度の谷間を埋めるために障害児については児童福祉法を根拠法に整理し直すとともに、難病を対象とするなどの改正を行い、2013（平成25）年4月に施行された。本法については、第5章第1節 p.190に詳細を示した。ここでは簡略に述べる。

2 障害者総合支援法の内容

（1）目 的

法の目的を「障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営む」とし、「地域生活支援事業」による支援を含めた総合的な支援を行うことも明記された（1条；本節で法律名のない条文は「障害者総合支援法」である）。

（2）基本理念（1条の2）

- ① すべての国民が、障害の有無にかかわらず、等しく基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されること。
- ② すべての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に

人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現すること。

- ③ すべての障害者および障害児が可能な限りその身近な場所において必要な日常生活または社会生活を営むための支援を受けられること。
- ④ 社会参加の機会が確保されること。
- ⑤ どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと。
- ⑥ 障害者および障害児にとって日常生活または社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものの除去に資すること（社会的障壁の除去）。

（3）対象範囲

法が対象とする障害者の範囲は、身体障害者、知的障害者、精神障害者（発達障害者を含む）に加え、制度の谷間となって支援の充実が求められていた難病等であって18歳以上であるものである。

（4）障害支援区分

障害支援区分とは、障害者等の障害の多様な特性その他の心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを総合的に示すものとして厚生労働省令で定める区分をいう（4条4項）。障害支援区分認定の対応において、認定調査員は、症状に変動があり、状態がよいときが多いため身体障害者手帳の取得ができない場合でも、状態が悪いときに「できない状況」に基づき判断して認定調査項目の記載を行うことが求められる。また、「内部障害や難病等の筋力低下や易疲労感」等によってできない場合も含めて判断することが求められる（厚生労働省「障害者総合支援法における障害支援区分 認定調査員マニュアル」参照）。

1) 障害支援区分の認定手続

市町村（特別区含む）は、障害者等から介護給付費等の支給に係る申請を受理した場合、以下の手続きによる「障害支援区分の認定」を行う。

- ① 市町村への申請
- ② 認定調査員による訪問調査の結果（認定調査の結果）、主治医の意見書（医師意見書）

- ③ 一次判定（コンピュータ判定）
- ④ 認定調査員による特記事項，主治医の意見書（医師意見書）
- ⑤ 二次判定（市町村審査会）
- ⑥ 市町村による認定（申請者への通知）

第3節 医療観察制度

1 医療観察制度の成立

2005（平成17）年7月15日、「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」（平成15年法律第110号。以下、心神喪失者等医療観察法）が施行された。心神喪失者等医療観察法は、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、……継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」（1条1項；本節で法律名のない条文は「心神喪失者等医療観察法」、および「施行令」とあるのは「同法施行令」である）ものである。

心神喪失者等医療観察法による処遇の対象になるのは、殺人、放火、強盗、不同意性交等、不同意わいせつ（以上については未遂を含む）または傷害の罪（軽微なものは対象とならない）にあたる行為を行った者であって、不起訴処分において心神喪失者もしくは心神耗弱者と認められた者、または心神喪失を理由とする無罪の確定裁判もしくは心神耗弱を理由に刑を減輕する確定裁判を受けた者である（2条1項・2項）。これら対象者については、検察官の申立てにより、裁判官一人と精神保健審判員（精神科医）一人からなる地方裁判所の合議体が審判を行い、処遇の要否・内容を決定する（11条1項、14条）。また、退院や処遇の終了についても、同じ構成の合議体が審判を行い、これを決定する。心神喪失とは精神障害により、物事の是非善悪を弁別する能力またはその弁別に従って行動する能力が失われた状態のことである。心神喪失者の行為は罰しない（刑法39条1項）。心神耗弱とは、精神障害により、物事の是非善悪を

弁別する能力またはその弁別に従って行動する能力が著しく低い状態のことである。心神耗弱者の行為はその刑を減輕する（刑法39条2項）。

裁判所は、①入院決定、②通院決定、③不処遇決定、④申立て却下のいずれかを行わなければならない（42条）。不処遇決定（42条1項3号）、または、申立て却下（42条2項）がなされた場合、医療・地域社会における処遇を経ることなく、医療観察制度は終了する。

2 医療観察制度の概要

（1）入院による医療

裁判所の入院決定（医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定）を受けた者は、指定入院医療機関に入院して、国による手厚い専門的な医療を受ける。入院中は、保護観察所による退院後の生活環境の調整も行われる。

（2）地域社会における処遇と社会復帰調整官

通院決定（入院によらない医療を受けさせる旨の決定）を受けた者および退院許可決定（退院を許可するとともに入院によらない医療を受けさせる旨の決定）を受けた者は、原則として3年間（最大で5年間）、指定通院医療機関による入院によらない医療および保護観察所による精神保健観察を受ける（44条）。精神保健観察は、継続的な医療を確保することを目的として、本人との面接や関係機関からの報告等を通じて本人の通院状況や生活状況を見守り、必要な指導等を行う（106条）。

また、本人が地域社会において安定した生活を営んでいくためには、継続的な医療に加えて、必要な精神保健福祉サービス等の援助が行われることが大切であり、地域で生活する精神障害者に対するサービスとして、都道府県・市町村（特別区を含む。以下、本節において同じ）の精神保健福祉センター、保健所等による援助や精神障害者社会復帰施設等の利用も行われる。

このように地域社会における処遇では、医療、精神保健観察、援助という、いわば三本柱が適正かつ円滑に実施されることが必要であり、保護観察所は、そのために指定通院医療機関および都道府県・市町村と協議して処遇の実施計画を定め、処遇方針の統一と役割分担の明確化を図る。保護観察所、指定通院

医療機関，都道府県・市町村等の関係機関は，同計画に基づいて処遇を実施し，保護観察所は，これらの処遇が実施計画に基づいて適正かつ円滑に実施されるよう，関係機関間の協力体制を整備し，関係機関による会議を開催して相互の緊密な連携の確保に努めている。

これらの事務に従事するため，保護観察所に社会復帰調整官が新たに配置されている。

（３）精神保健審判員

審判において裁判官と合議体を形成する医師であり，毎年，厚生労働大臣から最高裁判所に提出される名簿に登載された医師（精神保健判定医）のうち，地方裁判所が毎年あらかじめ選任した者の中から処遇事件ごとに一人が任命される。裁判官との評議では精神障害者の医療に関する学識経験に基づいて意見を述べる（11条1項，14条）。

（４）指定入院医療機関，指定通院医療機関

心神喪失者等医療観察法による処遇において医療を提供する機関で，厚生労働大臣により指定される。指定入院医療機関は，国，都道府県または特定（地方）独立行政法人が開設する病院であって，厚生労働省令で定める基準に適合する病院の中から指定され，指定通院医療機関は，厚生労働省令に定める基準に適合する病院や診療所等の中から指定される（43条1項，61条4項，43条2項，51条3項）。

（５）社会復帰調整官

精神保健観察の事務に従事する社会復帰調整官は，保護観察所に配置され（20条1項），精神保健福祉士のほか，保健師，看護師，作業療法士，社会福祉士，公認心理師，臨床心理士で精神障害者に関する援助業務等に従事した経験を有する者または法務大臣がこれらと同等以上の専門的知識を有すると認める者でなければならないとされている（20条3項，施行令5条）。

社会復帰調整官は，保護観察所の長の指示により，①生活環境の調査（38条），②生活環境の調整（101条），③精神保健観察（106条）を主な業務とする。また，関係機関の連携の確保等の事務も行う（19条4号，20条2項）。また，退院後の社会復帰を図るため，入院している者に，保護観察所の長の指示により

生活環境の調整事務を行う（19条2号，20条2項）。

生活環境の調整には，医師，精神保健福祉士などとの協議を踏まえ，生活環境の調整の経過その他必要な事項については，保護観察所の長の指示により，社会復帰調整官が生活環境調整経過記録に記載する。社会復帰調整官は，審判時の資料となる生活環境の調査のために対象者や家族と面接等を行うほか，裁判所が行う事前協議に参加することができる。

（6）入院による医療

裁判所の入院決定を受けた者は，指定入院医療機関（国，都道府県または特定（地方）独立行政法人が開設する病院の中から厚生労働大臣が指定するものをいう）に入院して，国による専門的な医療を受ける。入院中は，保護観察所による退院後の生活環境の調整も行われる（43条1項，61条4項）。

（7）退院または入院継続にかかわる審判

指定入院医療機関の管理者は，心神喪失者等医療観察法の入院決定を受けて入院している者について，入院を継続させて医療を行う必要があると認めることができなくなった場合は，地方裁判所に対し退院の許可の申立てをしなければならない。また，入院を継続させて医療を行う必要があると認める場合は，6か月ごとに，地方裁判所に対し入院継続の確認の申立てをする（49条2項）。なお，入院決定により入院している者およびその保護者（23条の2に定める「保護者」）は，いつでも退院の許可または医療の終了の申立てをすることができる（50条）。

指定入院医療機関の管理者は，対象者の入院医療が必要でない場合，地方裁判所に保護観察所の長の意見を付して，直ちに退院の許可の申立てをしなければならない（49条1項）。医療観察対象者本人等が退院の許可または処遇終了の申立てをすることもできる（50条）。処遇終了の決定（51条1項3号）がなされた場合，地域社会における処遇を経ることなく，医療観察制度による処遇は終了する。

（8）地方裁判所

地方裁判所は，前述のように，①入院決定，②通院決定，③不処遇決定，④申立て却下のいずれかを行わなければならない（42条）。不処遇決定（42条1項

3号) または申立て却下(42条2項) がなされた場合、医療・地域社会における処遇を経ることなく、医療観察制度による処遇は終了する。

また、処遇終了の決定(51条1項3号) がなされた場合、地域社会における処遇を経ることなく、医療観察制度による処遇は終了する。

(9) CPA 会議

CPA はケア・プログラム・アプローチ(Care Programme Approach) の略である。入院決定を受けた法対象者に対して、入院当初より退院先を含めた地域での支援体制を考えることは重要であり、社会復帰調整官や家族を含め退院後の支援を担う関係機関の支援者と指定入院医療機関が集まり、話し合いをもつことをCPA 会議と呼ぶ。CPA 会議は、入院当初より2～3か月に1回の頻度で開催され、退院先や退院後の支援体制が具体化するにつれ、その参加者も増えていくこととなる。

(10) MDT 会議

MDT はマルチディシプリナリー・チーム(Multidisciplinary Team) の略で、多職種で構成される支援チームを意味する。医療観察制度においては、指定入院医療機関が入院中の法対象者の個別治療計画を作成する。主に各治療期(急性期、回復期、社会復帰期) をクリアするための目標を対象者と共有し、目標を達成するための具体的な計画となるが、この個別治療計画に基づき、法対象者を担当するMDT がそれぞれ具体的なアプローチを行うことになる。MDT 会議では、個別治療計画の振り返り、見直し等を行うほか、院内散歩や院外外出、外泊等の行動制限レベルの評価、見直しを行うが、対象者の病状に応じて週に1回、最低でも月に1回は開催することになる。

3 医療観察制度の内容

(1) 医療観察制度の目的

本制度は、最終的には対象となる人の社会復帰を促進することを目的としている(1条1項)。

前述のように精神の障害のために善悪の区別がつかないなど、通常の刑事責任が問えない状態のうち、まったく責任を問えない場合を心神喪失、限定的な

責任を問える場合を心神耗弱と呼ぶ。このような状態で重大な他害行為が行われることは、被害者に深刻な被害を生ずるだけでなく、その病状のために加害者となるということからもきわめて不幸な事態である。そして、このような者については、必要な医療を確保して病状の改善を図り、再び不幸な事態が繰り返されないよう社会復帰を促進することがきわめて重要である。

(2) 制度創設の背景と経緯

心神喪失者等医療観察法の施行前までは、刑罰法令に触れる行為を行った精神障害者は、刑法39条の規定により刑事司法の手続きから外され、精神保健福祉法の規定に基づく措置入院の手続きがとられていた。この措置入院制度等によって対応することが通例であったが、①一般の精神障害者と同様のスタッフ、施設のもとでは、必要となる専門的な治療が困難であった。また、措置入院制度については、重大な犯罪行為を行った者でも安易に短期間で退院させてしまう場合があるなどの指摘がなされていたため、②退院後の継続的な医療を確保するための制度的仕組みがないなどの問題が指摘されていた。③入退院に関する判断が事実上医師に委ねられており、医師に過剰な責任を負わせていた。

さらに措置入院の患者が院外散歩の途中で無断離院し、強盗殺人を犯したいわゆる「北陽病院事件」に関する判決で、最高裁判所は医療側の過失を認め、被害者の遺族に損害賠償を支払うことを命じた（最判平成8.9.3判事1594.32）。この判決により、精神医療関係者の間では、精神障害者の受入れや外出・退院のあり方に対する不安が生じていた。また、精神科病院への入院・通院歴のある者がいわゆる「大阪教育大学附属池田小学校事件」を引き起こし、法務省と厚生労働省は、対策のための法として心神喪失者等医療観察法を策定した。

この制度では、①裁判所が入院・通院などの適切な処遇を決定するとともに、国の責任において手厚い専門的な医療を統一的に行い、②地域において継続的な医療を確保するための仕組みを設けることなどが盛り込まれている。

(3) 制度の対象者

本制度は、心神喪失または心神耗弱の状態で重大な他害行為を行った者が対象となる。「重大な他害行為」とは、殺人、放火、強盗、不同意性交等、不同

意わいせつ（以上については未遂を含む）、または傷害の罪（軽微なものは対象とならない）にあたる行為をいう。これらの重大な他害行為を行い、

- ① 心神喪失者または心神耗弱者と認められて不起訴処分となった者
- ② 心神喪失を理由として無罪の裁判が確定した者
- ③ 心神耗弱を理由として刑を減輕する旨の裁判が確定した者（実刑になる者は除く）

について、検察官が地方裁判所に対して、この制度による処遇の要否や内容を決定するよう申し立てることによって、この制度による手続きが開始される（2条2項、33条）。

これらの対象となる行為については、個人の生命、身体、財産等に重大な被害を及ぼすものであり、また、このような行為を行った者については、一般に手厚い専門的な医療の必要性が高く、仮に精神障害が改善されないまま、再び同様の行為が行われることとなれば、本人の社会復帰の大きな障害ともなる。そこで、国の責任による手厚い専門的な医療と、退院後の継続的な医療を確保するための仕組み等によって、その円滑な社会復帰を促進することが特に必要であるとして、本制度の対象とされた。

（4）対象となる者の入院や通院の手続き

この制度では、対象となる者の入院や通院を、地方裁判所で行われる審判で決定する。心神喪失等の状態で重大な他害行為を行い、不起訴や無罪になった者については、検察官から地方裁判所に、適切な処遇の決定を求める申立てがなされる（33条1項）。申立てを受けた裁判所では、裁判官と精神科医（「精神保健審判員」という）それぞれ1名からなる合議体を構成し、両者がそれぞれの専門性をいかして審判を行うことになる（11条1項、14条）。

裁判官は、「この法律による医療を受けさせる必要が明らかでない」と認める場合を除き、対象者に鑑定入院命令をしなければならない（34条1項）。また、原則として、裁判所は鑑定医に対して対象者の鑑定を命じなければならない（37条1項）。

入院期間は、原則として、命令が執行された日から2か月以内であるが、必要があれば裁判所の決定で、1か月を超えない範囲で延長することができる

(34条3項)。

その上で、その鑑定結果を基礎とし、生活環境等も考慮して、被申立人について「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため」(37条1項)、入院または通院させて心神喪失者等医療観察法による医療を受けさせる必要があるか否かを、裁判官と精神科医の意見の一致したところにより決定する(14条)。

このように審判の過程では、合議体の精神科医とは別の精神科医による詳しい鑑定が行われるほか、必要に応じ、地方裁判所は、保護観察所の長に対して、保護観察所による生活環境(居住地や家族の状況、利用可能な精神保健福祉サービス等その者を取り巻く環境をいう)の調査を依頼することができる(38条)。

生活環境の調査は、地方裁判所の求めに応じて、本人の社会復帰の促進という心神喪失者等医療観察法の目的に照らし、処遇の要否および内容に関する適切な決定がなされるよう、必要な資料を審判過程に提供する目的で行うものである。社会復帰調整官が調査する事項は、住居の状況、今後の居住の可否、生計の状況、家族の状況、本人の社会復帰に関する家族の協力意思の有無・程度、過去の生活状況および治療の状況、利用可能な精神障害者の保健または福祉に関する援助等の内容、その他裁判所から指示を受けた事項等である。

調査は、鑑定入院先での本人との面接、家族等関係者との面談、官公署や本人が過去に受診した医療施設に対する照会等の方法により行う。裁判所から与えられる調査期間は1か月程度であり、保護観察所の長は、本人に対して通院決定がなされた場合に居住地において継続的な医療が確保できるかどうかなどに関する意見を付して、調査結果を裁判所に報告する。

裁判所では、この鑑定の結果を基礎とし、生活環境を考慮して、さらに、必要に応じ精神保健福祉の専門家(「精神保健参与員」という)の意見も聴いた上で、この制度による医療の必要性について判断することになる(36条)。

また、対象となる者の権利擁護の観点から、当初審判では、必ず弁護士である付添人を付けることとし(35条)、審判においては、本人や付添人からも、資料提出や意見陳述ができることとしている。

(5) 指定医療機関

この制度における医療は、厚生労働大臣が指定する指定入院医療機関または指定通院医療機関で行われる。これらを併せて「指定医療機関」という。

入院決定を受けた者について、入院による医療を提供するのが「指定入院医療機関」である。指定入院医療機関は、国、都道府県または特定（地方）独立行政法人が開設する病院のうちから指定され、対象となる者の症状の段階に応じ、人的・物的資源を集中的に投入し、専門的で手厚い医療を提供することとしている。

厚生労働大臣は、入院決定を受けた者の医療を担当させるため、一定の基準に適合する国公立病院等を指定入院医療機関として指定し、これに委託して専門的な医療を実施する。指定入院医療機関では、入院期間を急性期、回復期、社会復帰期に区分し、対象者の病状に応じた人員配置、医療プログラムによって治療が行われる。

急性期とは、病的体験・精神状態の改善、身体的回復と精神的安定、治療への動機付けの確認、対象者との信頼関係の構築である。

回復期とは、病識・自己コントロール能力の獲得、治療プログラムへの参加による日常生活能力の回復、病状の安定に伴う院内散歩・院外外出である。

社会復帰期とは、治療プログラムへの参加による障害の受容、服薬管理、金銭管理などの社会生活能力の回復と社会参加の準備、病状の安定に伴う院外外出・外泊である。

入院中に、指定入院医療機関または本人等からの申立てにより、入院による医療の必要性がないと認められたときは、裁判所により直ちに退院が許可される（49条1項）。入院を継続する場合にも、少なくとも6か月に1回はその要否について裁判所が判断することとしている（49条2項）。

一方、退院決定または通院決定を受けた者については「指定通院医療機関」において、必要な医療を受けることになる。指定通院医療機関は、地域バランスを考慮しつつ、一定水準の医療が提供できる病院、診療所等から指定される。

これら指定医療機関が提供する医療については、いずれも全額国費により賄

われる。

（6）入院によらない医療

通院決定（42条1項2号、51条1項2号）を受けた者は、厚生労働大臣が指定する指定通院医療機関において医療を受ける（43条2項、51条3項）とともに、保護観察所に置かれる社会復帰調整官による精神保健観察に付される。社会復帰調整官は、対象者と適当な接触を保ち、指定通院医療機関の管理者および対象者の居住地の都道府県知事および市町村長（特別区の長を含む。以下、本節において同じ）から報告を求めるなどして、対象者が必要な医療を受けているか否かおよびその生活状況を見守り、継続的な医療を受けさせるために必要な指導を行う（106条）。

さらに、関係機関相互の連携確保等の事務にもあたる。通院期間は原則3年間であるが、裁判所を通じて2年を超えない範囲で延長することができる（44条）。また、保護観察所の長は指定通院医療機関の管理者と協議の上、通院患者について通院医療の継続の必要があると認めことができなくなった場合には、直ちに地方裁判所に対し、処遇終了の申立てをしなければならない（54条1項）。

他方、通院期間の延長が必要な場合には通院期間延長の申立てを、入院の必要があると認められる場合には入院の申立てを、地方裁判所に対して行わなければならない（54条2項）。

（7）保護観察所の役割

精神障害者の地域ケアには、医療機関のほか、精神保健福祉センター、保健所など精神保健福祉関係の多くの機関がかかわっているが、この制度では、対象となる者をめぐり、これら関係機関の連携が十分に確保されるよう、保護観察所が処遇のコーディネーター役を果たすこととされている。

具体的には、関係機関と協議の上、対象となる一人ひとりについて、地域社会における処遇の具体的内容を定める「処遇の実施計画」を作成し、地域での医療や援助に携わるスタッフによる「ケア会議」を随時開催するなどして、必要な情報の共有や処遇方針の統一を図ることとしている。このほか、本人と面談し、また関係機関から報告を受けるなどして、その生活状況等を見守り（「精

神保健観察」という)、地域において継続的な医療とケアを確保していくこととしている。

これらの業務を適切に実施するため、保護観察所には、精神保健や精神障害者福祉等の専門家である「社会復帰調整官」が配置され、本制度の処遇に従事している。

1) 処遇の実施計画

保護観察所が、指定通院医療機関や、都道府県・市町村の精神保健福祉関係の諸機関と協議して作成する「処遇の実施計画」には、対象となる一人ひとりの病状や生活環境に応じて、必要となる医療、精神保健観察、援助の内容等が記載されている。具体的には、たとえば医療については、治療の方針、必要とされる通院の頻度や訪問看護の予定などが、精神保健観察については、本人との接触方法（訪問予定等）などが、援助については、利用する精神保健福祉サービスの内容や方法などが記載事項とされている。また、病状の変化などにより緊急に医療が必要となった場合の対応方針や、関係機関およびその担当者の連絡先、ケア会議の開催予定等も盛り込むこととされている。実施計画の内容については、本人への十分な説明と理解が求められ、作成した後も処遇の経過に応じ、関係機関相互が定期的に評価し、見直しを行うことが必要である。また、本制度による処遇終了後における一般の精神医療・精神保健福祉への円滑な移行についても視野に入れて、その内容を検討することも大切である。

2) 関係機関によるケア会議

地域社会における処遇を進める過程では、保護観察所と指定通院医療機関、精神保健福祉関係の諸機関の各担当者による「ケア会議」を行うこととしている。ケア会議を通じ、関係機関相互間において、処遇を実施する上で必要となる情報を共有するとともに、処遇方針の統一を図っていくこととしている。具体的には、処遇の実施計画を作成するための協議を行うほか、その後の各関係機関による処遇の実施状況や、本人の生活状況等の必要な情報を共有し、実施計画の評価や見直しについての検討を行う。また、保護観察所が裁判所に対して行う各種申立て（本制度による処遇の終了、通院期間の延長、入院）の必要性についての検討や、病状の変化等に伴う対応等についても検討される。ケア会

議は、保護観察所が、定期的または必要に応じて、あるいは関係機関等からの提案を受けて開催され、関係機関の担当者のほか、場合によっては、本人やその家族等も協議に加わることがある。ケア会議で共有される本人に関する情報の取扱いについては、個人情報保護の観点から特段の配慮が必要となる。

3) 処遇の実施計画とケア会議

保護観察所の長は、指定通院医療機関の管理者ならびに都道府県知事および市町村長と協議の上、処遇の実施計画を定めなければならない(104条1項)。

処遇実施計画書には、処遇の目標、本人の希望、医療、通院医療・精神保健観察および援助の具体的な内容・方法、緊急時の対応方法等が記載される。各関係機関は、この処遇の実施計画に基づいて、それぞれの処遇を行わなければならない(104条2項、施行令11条)。

病状悪化等の緊急時は、あらかじめ処遇の実施計画で定めた方法により対応する。なお、通院期間中は、精神保健福祉法に基づく入院が行われることを妨げないとされているので(115条)、本人の病状に応じ、精神保健福祉法に基づく入院が適切に行われるよう配慮する。

保護観察所の長は、協議を行うためにケア会議を開催する必要があるときは、指定通院医療機関の管理者、都道府県知事および市町村長のほか、対象者に対して援助を行う者等の出席を求められることができる(施行令12条1項・2項)。

処遇の実施計画の作成後も、保護観察所は、定期的または必要に応じてケア会議を開催する。ケア会議では、関係機関間で処遇の実施状況や本人の生活状況に関する必要な情報を共有するほか、処遇の実施計画に基づいて処遇が行われているかどうか、処遇の実施計画の内容が本人のニーズや生活・病状の変化に対応したものになっているかどうかなどを評価し、必要に応じ、内容の見直しについて検討する。

また、保護観察所の長が、裁判所に対して、処遇終了の申立てや(再)入院の申立てを行う場合も、通常は、あらかじめケア会議において申立ての必要性、時期等を検討した上で行う。本人やその保護者も、保護観察所がケア会議の参加機関の意見を聴いた上で適当でないと認めた場合以外は、ケア会議に出席して意見や希望を述べることが可能である。また、保護観察所や地域処遇に

携わる関係機関は、処遇の実施計画の内容、ケア会議での決定事項等について、本人に懇切丁寧に説明し、同意を得るよう努めることが重要である。

なお、社会復帰調整官は、ケア会議に支援対象者の参加を求めることができる。

4) 精神保健観察

精神保健観察とは、地域において継続的な医療を確保することを目的として、社会復帰調整官が、本人の通院状況や生活状況を見守り、必要な助言指導等を行うものである（106条2項）。

精神保健観察の対象者は、心神喪失者等医療観察法に基づく審判において、通院決定または入院後の退院許可決定を受けた者である（106条1項）。

社会復帰調整官は、処遇の実施計画に基づいて、本人宅への訪問、保護観察所での面接、通院同行等のさまざまな方法により、本人との適当な接触を保つほか、家族から本人の様子について話を聞いたり、指定通院医療機関、都道府県・市町村から報告を求めるなどする。そして、見守りを通じて得られた情報から本人に通院や服薬を促し、家族の相談に応じ助言を行うなど、継続的な医療を受けさせるために必要な指導その他の措置を講ずる。

また、継続的な医療を確保するために、心神喪失者等医療観察法には、精神保健観察中の人「守るべき事項」が規定されている（107条）。その内容は、一定の住居への居住、転居または2週間以上の長期の旅行をするときの事前届出などである。転居等の届出を受けた保護観察所においては、転居先の保護観察所を通じて、転居先の生活環境の調査・調整を行うなど、全国的なネットワークを用いて、転居後や旅行中も本人にとって必要な医療および援助が円滑に確保されるよう配慮する。

5) 保護観察所の長による申立て

通院期間は、裁判所で通院決定または退院許可決定がなされた日から起算して3年間とされており（44条、51条4項）、これを経過すると、期間満了により地域処遇は終了する。ただし、2年を超えない範囲で延長することができる（44条但書）。

ただし、病状等によっては、保護観察所の長や本人からの申立てにより、裁

判所で処遇終了決定がなされて期間満了前に処遇が終了することや、指定入院医療機関への（再）入院決定がなされることもある。保護観察所の長が、処遇の経過に応じ、裁判所に対して行う申立ては、次の3種類である。

① 処遇の終了の申立て（54条1項）

心神喪失者等医療観察法による医療を受けさせる必要があると認めことができなくなった場合に行う。

② 通院期間の延長の申立て（54条2項）

通院期間を延長して心神喪失者等医療観察法による医療を受けさせる必要があると認める場合に行う。

③ （再）入院の申立て（59条1項・2項）

心神喪失者等医療観察法による入院医療を受けさせる必要があると認める場合等に行う。

これらの申立ては、緊急を要するときの（再）入院の申立てを除き、指定通院医療機関の管理者と協議の上、指定通院医療機関の管理者の意見を付して行うこととされている。実務では、指定通院医療機関のほか、地域処遇に携わっている都道府県・市町村の関係機関とも協議を行うことが通例である。

保護観察所の長は、医療観察対象者の病状が改善した場合は、期間満了前に、地方裁判所に対して処遇終了の申立てをしなければならない。また、対象者本人等が処遇の終了を申し立てることもできる（54条1項、55条）。

なお、期間満了や裁判所での処遇終了決定により医療観察制度による処遇が終了することが見込まれる場合は、保護観察所を含め関係機関は、本人の希望を踏まえながら、あらかじめケア会議で協議するなどして、処遇終了後も一般の精神科医療や精神保健福祉サービスが必要に応じ確保されるよう十分配慮することが求められる。

4 医療観察制度と精神保健福祉法の関係

医療観察制度による入院決定を受けて、指定入院医療機関に入院している期間中は、精神保健福祉法の入院等に関する規定は適用されない（精神保健福祉法44条2項）。

一方、通院決定または退院決定を受けて、地域社会における処遇を受けている期間中は、原則として、心神喪失者等医療観察法と精神保健福祉法の双方が適用される（115条）。地域社会における処遇の実施体制は、精神保健福祉法に基づく精神保健福祉サービスを基盤として形づくられるものともいえる。

また、任意入院、医療保護入院、措置入院等の精神保健福祉法に基づく入院についても、地域社会における処遇の期間中は妨げられることはないため、これらを適切に行う必要がある。たとえば、本人の病状の変化等により緊急に医療が必要となった場合等は、まず、精神保健福祉法に基づく入院を適切に行い、一定期間、病状の改善状況を確認するといった対応が考えられる。

精神保健福祉法に基づく入院の期間中も、精神保健観察は停止することなく続けられ（通院期間も進行する）、この場合、指定通院医療機関や保護観察所は、本人が入院している医療機関と連携し、必要とされる医療の確保とその一貫性について留意することとしている。

■参考文献

- ・大谷實：『新版 精神保健福祉法講義』（第3版）、成文堂、2017
- ・一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟編：『最新精神保健福祉士養成講座4 精神保健福祉制度論』（第2版）、中央法規出版、2025
- ・金子嗣郎：『松沢病院外史』、日本評論社、1982
- ・谷中輝雄：『生活支援—精神障害者生活支援の理念と方法』、やどかり出版、1996
- ・国立精神・神経医療研究センターホームページ「こころの情報サイト」
<https://kokoro.ncnp.go.jp/disease.php?@uid=819yAWLAzXBx5XZ5>（2026年1月4日閲覧）
- ・厚生労働省ホームページ「精神・発達障害者しごとサポーター養成講座」
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougai-shakoyou/shisaku/jigyounushi/e-learning/hattatsu/scene1.html（2026年1月4日閲覧）
- ・厚生労働省ホームページ「健康日本21アクション支援システム～健康づくりサポートネット～」
<https://kennet.mhlw.go.jp/information/information/heart-summaries/k-04>（2026年1月4日閲覧）

- ・一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟編：『最新社会福祉士養成講座 精神保健福祉士養成講座10 刑事司法と福祉』（第2版），中央法規出版，2025
- ・蛭原正敏・清水義憲・羽間京子編：『刑事司法と福祉』，ミネルヴァ書房，2020
- ・蛭原正敏：「保護観察所の役割について」『精神医療と心神喪失者等医療観察法（ジュリスト増刊）』，有斐閣，2004
- ・厚生労働省ホームページ「指定入院医療機関の整備状況」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisha_hukushi/sinsin/iryokikan_seibi.html（2026年1月3日閲覧）
- ・白木功：「立法の経緯」『精神医療と心神喪失者等医療観察法（ジュリスト増刊）』，有斐閣，2004
- ・藤本哲也・生島浩・辰野文理編著：『よくわかる更生保護』，ミネルヴァ書房，2016
- ・法務省編：『再犯防止推進白書（令和7年版）』，全国官報販売協同組合，2025
- ・法務省法務総合研究所編『犯罪白書（令和7年版）』，昭和情報プロセス，2025