

訴 状

令和2年（2020年）9月30日

東京地方裁判所 民事部 御中

原告訴訟代理人弁護士 長 谷 川 敬 祐

同弁護士 佐 藤 暁 子

同弁護士 小 島 啓

当事者の表示 別紙当事者目録記載のとおり

国家賠償法1条1項に基づく国家賠償請求事件

訴訟物の価額 3300万円

貼用印紙額 11万円9000円

請求の趣旨

- 1 被告は、原告に対し、金3300万円及びこれに対する本訴状送達の日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
 - 2 訴訟費用は被告の負担とする。
- との判決並びに仮執行宣言を求める。

請求の原因

第1 はじめに

被告国は、精神障害のある人に対して、危険な存在として隔離収容政策を実施し、日本社会における偏見を作り出した。世界各国が隔離収容政策は人権侵害であって誤りであると認めて、地域生活・地域医療へと転換を図っていくなか、被告国は過去の政策の過ちを認めることをせず、入院の長期化を現実的に抑止しようとせず、かつ、長期入院となった者に対して十分な救済措置を講じることもなく、これを漫然と放置してきた。

原告は、そのような被告国の政策によって、約40年もの間、様々な自由が制限される入院生活を強いられ、我々が当たり前のように享受してきた地域で暮らす機会そのものを奪われたものである。

原告は、これ以上自分のような人が生み出されてはいけない、また、自分と同じように長期入院となり退院できない人たちが退院できるようになって欲しいという思いで、被告国の政策の違法性を改めて問うために、本訴に至るものである。

第2 原告について

原告は、昭和26年2月22日生まれの男性であり、統合失調症と診断された者である。

原告は、昭和43年（1968年）1月に東京都町田市にある病院に医療保護入院で2度入院した後、昭和48年（1973年）5月に東京都小金井市にある病院に転院し、以

降、昭和48年（1973年）9月2日から福島県大熊町にあった双葉病院に平成23年（2011年）3月11日まで（うち平成15年4月30日までは医療保護入院）入院を余儀なくされた（甲A1）。その後、東日本大震災により同病院が閉鎖されたため、茨城県内の複数の病院に緊急的な転院を繰り返した後、茨城県にある豊後荘病院に転院し、平成24年（2012年）10月22日に退院したものであるが（甲A2）、豊後荘病院に転院するまでの間、退院に向けた十分な支援を受けることもなく、結果として40年近くも、自らの意思に反して精神科病院で過ごすことを余儀なくされた。

原告については、平成26年（2014年）6月10日にNHKのハートネットTVで「60歳からの青春—精神科病院40年をへて—」で、その社会的入院の問題（治療上の必要性はないにもかかわらず、長期間、入院を余儀なくされること）が特集されている（甲A3）。社交的で、優しく、川柳や絵画が得意で、入院中から地元の新聞で投稿した川柳が何度も掲載されるなどの才能もあり（甲A4、甲A5）、現在は地域で一人暮らしをする、一人の尊い人間である。

第3 前提—日本の精神医療の入院制度

1 現在の日本の精神医療は「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」という。なお、詳細は第4で述べるが、精神保健福祉法は、従前、精神衛生法と称し、その後に精神保健法と名称を変更したうえで、平成7年（1995年）7月に精神保健福祉法となっている。）に基づき、概要、以下のような制度として運用されている。

（1）精神保健福祉法の対象（精神障害者の定義）

精神保健福祉法の対象とされる「精神障害者」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、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」と定義されている（同法5条）。

（2）精神障害者の入院形態

精神障害者の主要な入院形態として、次のものが規定されている。

- ① 任意入院（同法21条）
- ② 措置入院（同法29条）
- ③ 医療保護入院（同法33条）

このうち、任意入院については、精神保健法で明文化された入院形態であるが、措置入院及び医療保護入院は精神衛生法時代から継続している入院形態である。

なお、その他の入院形態として、緊急措置入院や応急入院が存在するが、本件との関連性は低いため、本書面では省略する。

ア 任意入院について

上記①の任意入院は、自らの意思による入院（自発的入院）であり（同法21条1項）、任意入院者から退院の申出があった場合には、退院させなければならないとされている（同条2項）。但し、「指定医による診察の結果、当該任意入院者の医療及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、退院の申出がある場合でも、72時間に限り、退院させないことが可能とされている（同条3項）。さらに、「緊急その他やむを得ない理由があるときは、指定医に代えて指定医以外の医師（中略）に任意入院者の診察を行わせることができ」、当該「診察の結果、当該任意入院者の医療及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、更に12時間に限り、退院させないことが可能とされている（同条4項）。

なお、現実には、任意入院者が退院を申し出ても事実上退院を封殺されることも多く、特に施設症化した長期入院者（長期収容による無欲状態）などにおいては、真に自らの意思に基づいて入院をしているわけではなく、消極的選択として入院を余儀なくされていることがほとんどであるのが実態である。

イ 措置入院について

上記②の措置入院は、自らの意思によらない強制入院（非自発的入院）の一形態であり、警察官等からの通報、届出等（同法22条ないし26条）により都道府県知事が精神保健指定医2名（同法18条）に診察をさせ、「その診察を受けた者が精神障害者であり、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認めるとき」に、都道府県知事はその者を強制的に入院させる行政処分である（同法29条1項）。

ウ 医療保護入院について

上記③の医療保護入院は、同じく強制入院の一つであり、精神保健指定医1名による診察の結果、「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る者であつて当該精神障害のために第二十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もの」又は同法34条1項の規定により医療保護入院等のために移送されたものについて、その家族等（配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長）のうちいずれかの者の同意があるときに、精神科病院の管理者により行われる入院形態である（同法33条1項ないし3項）。強制入院であるが、措置入院と異なり、医療費（入院費）は公費負担ではなく、契約者である本人ないしは家族負担となる。

なお、精神衛生法時代には「同意入院」という名称であり、精神保健法で「医療保護入院」に名称が変更されている。

（3）医療保護入院の審査等

前述のとおり、医療保護入院は、精神科病院の管理者による強制入院であるものの、指定医による診察による判定のみが要件とされ、事前に司法審査を経ない。精神科病院の管理者は、十日以内に、保健所長を通じて都道府県知事に届け出をし（同法33条7項）、あるいは、定期的に、保健所長を通じて都道府県知事に報告をするのみである（同法38条の2第2項）。ただし、当該届出及び報告については、都道府県（政令指定都市にあっては当該指定都市）が設置する精神医療審査会にて、入院の可否に関して書面審査がなされている（同法38条の3）。

また、精神科病院に入院中の者又はその家族等（その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あつては、その者の居住地を管轄する市町村長）は、都道府県知事に対して、退院等を命じることを求めることができる（同法38条の4。なお、政令指定都市にあっては、当該指定都市市長。以下同じ。）。かかる退院等の請求がなされた場合、都道府県知事は、精神医療審査会に、その審査を求めなけ

ればならず（同法38条の5）、精神医療審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でないと認められた場合には、当該精神科病院の管理者に対しその者を退院させることを命じなければならないとされる（同条5項）。

2 現在の日本の精神医療制度の概要は上記1のとおりであるが、かかる制度が精神障害者を社会から長期的に隔離収容する政策として機能し、日本社会に精神障害に対する根深い偏見を生み出すことになっていることを明らかにすべく、以下、第4にて日本の精神医療政策の経緯等について述べる。

第4 被告国による長期隔離収容政策及び精神障害に対する偏見を生み出した政策の展開、継続及び放置

1 精神衛生法の制定（昭和25年・1950年）

第二次大戦以前、被告国は、私宅での監置をせざるを得ない状況があるなど、精神障害のある人に対する保護及び治療が不十分であるとの認識のもと、公立の精神科病院の設置を目指していたが、これを実現させることはなかった。その後、第二次世界大戦を経て、戦後に社会保障制度が整備されるなかで、昭和25年（1950年）、これまであった精神病患者監護法及び精神病院法を廃止し、議員立法により、精神衛生法（甲B1）が制定された。

このときに発議した議員の発言として、「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。従来 of 狭義の精神病患者だけでなく、精神薄弱者及び精神病質者をも加えたのであります」

「第二に、従来 of 座敷牢による私宅監置の制度を廃止して、長期に亘って自由を拘束する必要のある精神障害者は、精神病院又は精神病室に収容することを原則といたしました」と記されていることから明らかなとおり（甲B2）、同法は、精神障害のある人を「社会生活を破壊する危険のある精神障害者」として位置づけ、社会から隔離して長期間収容することを主たる目的とするものであった。

この精神衛生法において、強制入院の形態として、措置入院と同意入院（現在の医療保護入院）が設けられたが、同意入院は、同法第33条により「精神病院の長は、診察の結果精神障害者であると診断した者につき、医療及び保護のため入院の必要があると認める場合において保護義務者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。」と定められた。これは、現在の精神保健福祉法第33条の「精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、その家族等のうちいずれかの者の同意あるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。一 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る者であつて当該精神障害のために第二十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もの」（以下略）という規定と実体要件はほぼ変わっておらず、日本の強制入院ないしは精神医療政策はこの精神衛生法を基礎として実施されている。

2 薬物療法の普及（昭和30年・1955年）

一方で、昭和30年（1955年）頃、向精神薬であるクロルプロマジンが開発され、主として統合失調症は薬物による治療が可能となった。以後、多くの欧米諸国では、薬物療法の普及を踏まえ、人権尊重の観点から、長期収容を前提した入院治療ではなく、地域医療政策を推し進めていくようになった。

当初は、日本も同様に地域医療政策への方針転換の必要性を認識しており、例えば、「精神衛生法施行五十周年（精神病患者監護法施行百周年）記念 精神保健福祉行政のあゆみ」の154頁以下には、「精神医学の進歩、特に昭和三〇年頃から日本には向精神薬が普及しだして、三〇年代の終わり頃にはいろいろな薬がでまわるようになって効果を上げていたのです。さらに欧米の開放的な地域医療の考え方も、日本の良心的な精神科の先生方、特に松沢病院でありますとか国立精神衛生研究所、そういう方々の努力で知られるようになってきていた」などと記載されている（甲B5）。

3 民間病院の普及及び精神科病床数の増加

ところが、被告国は、欧米諸国が地域医療政策への方針転換を図ろうとするなかで、日本は病床数が少ないという理由で、入院医療の質や病床数のコントロール及び地域医療のあり方等を十分に検討することなく、精神科病床数をとにかく増加させる政策を打ち出した。

具体的には、強制入院という強制力のある入院であるにもかかわらず、公立病院ではなく民間病院にその役割を委ねることとし、民間病院の設立・運営を容易にするため、いわゆる精神科特例（昭和33年・1958年）が設けられた（甲B3）。精神科特例とは、入院患者数に対する必要な医療職の配置の割合につき精神科を特例扱いにするものであり、精神科医は他の診療科と比較して3分の1で足り、看護師は他の診療科と比較して3分の2で足りるというものである（甲B4）。これは、治療ではなく長期療養を前提とする人員配置であり、精神科病院の入院患者には十分な医療を提供しないことを構造的に最初から容認していたものである。

さらに、昭和35年（1960年）には、医療金融公庫法が施行され、民間精神科病院に対して特別に長期低利融資が設定され、その質を問わず、民間の精神科病院が多く設立されることとなった。

精神科病院を公立病院ではなく民間病院として普及させることは、諸外国のなかでも例外的であり、民間の精神科病院が普及することとなれば、入院の可否あるいは入院継続の可否よりも、民間病院がその存続のため、経営の論理を優先させることになりかねず、入院治療が長期入院化することは明らかであった。

4 ライシャワー事件、精神衛生法の改正等

そのような状況下、昭和39年（1964年）3月、ライシャワー駐日アメリカ大使（当時）が19歳の少年に刺されるという、いわゆるライシャワー事件が発生した。同少年が精神科病院での入院治療歴があったことから、当時の首相は、厚生大臣を通じて、公衆衛生局長に対し、全ての精神病患者を入院させるために法改正をするように求め、また、国家公安委員会による精神障害者早期発見のための警察官による家庭訪問徹底などの方

針が決定され、警察庁保安局長から厚生省公衆衛生局長への精神衛生法の改正申し入れなどがなされた。

これに対して、地域医療政策への転換の必要性を感じていた一部の精神科医らが猛反対した結果、政府が求めるような法改正は阻止されたが、翌年の昭和40年(1965年)6月の精神衛生法一部改正は、保健所の機能強化、精神衛生センターの設置など地域医療政策にかかる内容が法制化される一方で、警察官・検察官等について精神障害者に関する通報・届出制度、措置入院の無断退去者についての警察への届出義務制度など、社会防衛的な観点からの改正も大きな要素とされるものであった。

そして、精神衛生法改正によって掲げられた地域医療政策の部分についても、当時の政府はその方針を十分に理解せず、実施に向けた検討を行わず、予算の裏付けも十分に得られないまま、その結果、改正時に議論されていた入院医療から通院治療への転換は実現されなかった(甲B5参照)。

同時に、被告国は、薬物療法によって統合失調症の治療が可能であることが実証されていることを政策判断において考慮することなく、精神衛生法制定時あるいはライシャワー事件などによって生じている国民の「精神障害のある人は危険な人物であり、隔離入院が当然である」旨の偏見・差別を除去することもせず、実質的には長期隔離収容政策を押し進める形となった。

5 クラーク勧告とその勧告の放置

他方で、厚生省は、一部の医師あるいは役人らにおける地域精神医療体制等が不十分であるとの認識に基づき、世界保健機構(WHO)西太平洋事務局に顧問要請を行っており、昭和41年(1966年)12月3日には4度目の顧問要請を行った。同要請を受けて、昭和42年(1967年)11月、イギリスのデビット・クラーク博士が来日し、約3ヶ月間にわたり調査がなされた。

上記調査を踏まえ、昭和43年(1968年)5月30日、日本政府に対し、いわゆるクラーク勧告が出された(甲B6の1、2)。

このクラーク勧告では、観察報告あるいは考察として、次の点が指摘されている。

- ・地域精神衛生サービスについて、外来での精神医療サービス、精神医療の補助的な活動、精神衛生連盟と自殺予防学会のような自発的活動が日本では見当たらない。
- ・欧米と異なり、日本は私立経営が多い。積極的な現代治療法や社会復帰活動が会得されているという証拠はなく、患者の活動水準は非常に低いものであった。
- ・厚生省に上位の位置にいる経験豊かな精神科医（専門家）がいない。
- ・新しい施設を人口の中心部から離れた安い土地に建てるのは一見経済的に見えるが実はそうではない。社会復帰はきわめて困難になり、その結果患者は永久下宿人になってしまいがちである。
- ・日本では精神衛生団体がすくない。こういう団体のないことは大衆一般の精神病や精神病院についての無知や恐れや偏見があるからである。このことは精神病を理解し、それに対する偏見をとりのぞくための公衆教育がかけていることに関係があるのだろう。
- ・地域精神衛生活動の発達がゆっくりしている（同様に精神病院の活動性と自由が欠如している）数多くの理由の一つは、日本の精神科医の間に現代の社会精神医学の原理についての理解が欠けていることによることは疑いの余地がない。

そのうえで、クラーク博士は、要旨、次の内容を勧告し、日本における精神医療の転換の必要性を訴えた。

6. 勧告

6.1 政府

精神医学的中央管理の問題が極めて重要である。1953 年以来ほとんど変化していない。

- (1) 精神衛生は公衆衛生、児童福祉およびその他の部門に匹敵する部局でなければならない。
- (2) 厚生省は有能な訓練を受けた若い精神科医を職員として充当すべきである。
- (3) 国立精神衛生研究所を強化し、その予算の増加がなされることが必要であり、臨

床設備が、研究所に割り当てられて研究や研修のためにもっと活用されることが必要である。

6.2 精神病院の改善

非常に多数の統合失調症の患者が入院患者としてたまっており、長期収容による無欲状態におちいり、国家の経済的負担を増大させている。社会療法、作業療法および治療的コミュニティという方法をおこなうことが、こういう患者の治療に有効であることが英国、ヨーロッパ、ソ連で経験されている。精神病院の職員にこの知識を与え、入院患者の着実な増加を防ぐため、積極的な治療とリハビリテーションを奨励するよう推進すべきである。

6.3 精神病院の統制

厚生省は精神病院に対する国家的監査官をつくるべきことを考慮すべきであり、それには新しい法律が必要となろう。この監査官は、少なくとも年1回、日本のすべての精神病院を訪問し、各病院について十分な報告を書く責任を持ち、勧告を含めて出版する。監査官の勧告に基づいて政府が精神病院の資格を取り消す権力を持つようにすべきである。

6.4 健康保険制度

現在の方法は、入院患者をふやすことだけを奨励し、外来活動を発展させる意欲を失わせている。入院治療より外来治療を行おうとする積極的な刺激にならなくてはならない。精神療法は、時間のかかる専門化された治療形式であり、高度の訓練を要する技術として認められるべきである。診療報酬は少なくとも、外科の外来患者について外科医に与えられるものと同程度、できればそれ以上のものであることが望ましい。

6.5 アフターケア

- (1) 治療、長期間の追跡、地域社会にいる統合失調症患者のための社会扶助を与える精神科医及び地域社会ワーカーによって構成される外来クリニックの必要性が大きい。私立精神病院は、退院患者のために、もっと広汎な外来設備を用意するよう

に援助されなければならない（変更された保険給付によって）。

- (2) 地域社会の働き手であるソーシャルワーカーと保健師に対して、精神医学の訓練が必要である。
- (3) 有効性が証明されている地域社会の特殊施設（夜間病院、ハーフ・ウェイ・ハウス及びホステル、昼間病院、保護工場、治療的社交クラブ）が極めて必要である。

6.6 リハビリテーション（略）

6.7 専門家の訓練（略）

ところが、厚生大臣を含む被告国は、同勧告の内容を認識しておきながら、これを完全に無視し、隔離収容政策から地域医療政策へと転換することもなかった。そればかりか、むしろ精神科病床数のさらなる増加を容認し続けた。

その結果、欧米諸国では精神科病床数が減少するなか、日本では精神科病床数が増加を続け、また、精神科病床数の平均在院日数も、他の諸外国と比較して3倍以上である約300日から約350日となっていった（甲B7。なお甲B5の698頁参照）。

6 その後の法改正の経過—隔離収容政策が継続され長期入院者に対する退院支援の措置を講じられることはなかったこと

(1) その後、昭和58年（1983年）4月に、栃木県宇都宮市にある精神科病院報徳会宇都宮病院にて、看護職員らの暴行により入院患者が死亡するという、いわゆる宇都宮病院事件が起き、翌年である昭和59年（1984年）3月に同事件が明らかになると、日本の精神医療は国際的に批判されることとなった。

(2) 昭和60年（1985年）5月には、国際連合の非政府機関である国際法律家委員会調査団による調査がなされ、同委員会から、同年7月31日に、要旨、次の勧告が出された（甲B8）。

（現状）

- ・日本の精神医療制度の現状は、精神障害者の人権及び治療という点において、極めて

不十分とみなさなければならない。

- ・懸念される問題は、(a)入院手続及び在院中の患者に対する法的保護の欠如、(b)長期にわたる院内治療が大部分を占め、これに比して地域医療及びリハビリテーションが欠如しているという特徴を有する治療システム、である。

- ・特に精神病院への入院が着実に増加している(1984年には33万人以上)ことに着目するが、このような傾向の逆転を求める1965年以来の行政方針にも反する。

- ・1968年のWHO顧問(クラーク博士)による報告は、必要とされる変化をもたらさなかった。クラーク勧告の大部分は、なお実現されていない。

- ・精神科病床の80%以上は私立精神病院のものであり、従って、ここには直接的な行政コントロールは及んでいない。患者は極めて長期間にわたり在院する傾向にある。

- ・病院経営等の経済的要因によって在院は長期化されている。

- ・日本における現在の精神衛生サービスの構造及び機能が、広範囲にわたり、不適切な治療形態及び重大な人権侵害をもたらす諸条件を作り出しているといいうる。

- ・精神障害者に対する治療及び対応という点で、日本の文化的特異性を強調されるが、普遍的な人間の要求と人権の根元的性格は文化的要素を超えると考えている。

- ・精神障害者を排除しつづける傾向はすべての社会でみられるが、多くの国家は、さまざまな手段でこうした問題に対処している。特に重要なこととして、入院期間中の必要とされる看護及び治療だけでなく、リハビリテーション及び地域医療に対する適切な手段の整備がある。

- ・日本国憲法及び国際人権B規約に記されている諸権利は、現在のところ精神障害者に対し、完全には保障されていない。

- ・諸改革を求める人々の努力は、広範な反対、無関心、精神障害者に対する偏見、更には無視し得ない行政的怠慢によって阻害されてきた。彼らの努力は自治体及び国家政府、専門家団体及び国際団体によって助成されなければならない。

(直ちにとるべき手段)

- ・現在の日本の精神衛生システムに存在している重大な諸問題に対する最低限の解答

として以下の手段を直ちにとるべきである。

- ・強制入院のすべてのケースについて独立した審査を行うなど、精神衛生法を改正すること。

- ・厚生省及び自治体当局は精神障害者に対する地域医療及びリハビリテーションプログラムを大規模に発展させるために、これを促進し、必要な財源を提供する、医療費の保険システムは近代的な精神科医療手段及び精神障害者のニーズを考慮して修正されなければならない、また、精神衛生担当機関は、現在の長期在院者のリハビリテーションを促進し、新入院者の不必要な長期在院を防ぐために、精神病院の諸活動を注意深く監督しなければならないなど、精神衛生サービスの改革及び再検討をすること。

- ・精神科医に対してリハビリテーション及び地域精神医療を特に重視することなど、精神衛生分野の教育及びトレーニングの改革をすること。

(3) 被告国は、当初は法制度に不備はないと強弁していたが、国際的な批判が強くなるなかで、患者の人権尊重等の観点から、昭和62年(1987年)9月、精神衛生法が精神保健法として改正され(甲B9)、自発的入院制度である任意入院を創設するなどに至った。

しかしながら、ここでも医療保護入院(同意入院)の実体要件については、何らの変更を伴わず、独立した審査も導入されず、これまでの強制入院制度は肯定したままとされた。また、国際法律家委員会で指摘されるような地域医療やリハビリテーションへの転換も不十分なままであった。特に隔離収容政策によって入院が長期化して施設症となっている者に対しては何ら実効性のある退院促進の措置が講じられることはなかった。加えて、『統合失調症のような精神障害のある人は長期間精神科病院に入院すべきである』という現在も払拭されていない誤った認識を是正するような政策をとることもなく、民間病院の精神科病床数も削減されず、一度強制入院となるとそれが長期化する制度的・社会的・経済的構造は放置されたままであった。

(4) その後、被告国は、平成3年(1991年)12月に、国際連合の「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」を採択した(甲B10)。

そのなかには、

「すべての患者は、可能な限り自己の居住する地域社会において治療及びケアを受ける権利を有する。」（同原則7）

「すべての患者は、最も制限の少ない環境下で、かつ、患者の保健上の必要性と他の人の身体的安全の保護の必要性に照らして適切な、最も制限が少ない、あるいは、最も侵襲的でない治療を受ける権利を有する。」（同原則9）

「（強制入院が許容されるのは）その者が精神疾患を有しており、かつ、以下のように判断する場合に限られる。a その精神疾患のために、即時の又は切迫した自己若しくは他の人への危害が及ぶ可能性が大きいこと、または、b 精神疾患が重篤であり、判断力が阻害されている場合、その者を入院させず、又は入院を継続させなければ、深刻な状態の悪化が起こる見込みがあり、最小規制の代替原則に従って、精神保健施設に入院させることによつてのみ得られる適切な治療が妨げられること」（同原則16）などの原則が掲げられている。

そして、平成7年（1995年）5月に、精神保健法を、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（同年7月施行。以下「精神保健福祉法」という。）に改正するなど（甲B11）、理念的には精神障害のある人に対する人権尊重や地域生活への移行の施策を掲げるようになるものの、依然として存在する日本の長期入院化構造が解消されることなく、原告のような長期入院者が現実に救済されるような措置が講じられることはなかった。

実際に、平成20年度（2008年度）に至っても、国民医療費における精神医療費（推計）1兆7978億円のうち、入院医療費が1兆3277億円となっており、入院外医療費は十分とは到底言えない（甲B12）。また、地域移行・地域定着支援といった精神障害者施策の推進の予算は、令和2年度（2020年）でさえも、216億円（うち190億は医療観察法関連）に過ぎず、入院患者の地域移行への取り組みが不十分であることは明らかである（甲B13）。

原告は、偶然にも東日本大震災によって長期入院から脱することができたが、逆に東日本大震災がなければ退院が実現することはなかった。このような状態に陥っているのは

必ずしも原告に限ったことではない。

7 同意入院ないしは医療保護入院の保護者、保護義務者（同意者）ないしは家族との関係

そもそも、日本では、いわゆる保護者（保護義務者）制度に裏付けられるように、家族に負担を担わせ、家族が退院を受け入れるかどうかを大きな退院の要素としていた。しかし、前記のとおり、地域側に『精神障害のある人は危険な人物であって長期入院すべきである』との偏見が形成され、かつ、地域医療ないしは地域福祉の制度が不十分な状況においては、家族が本人の退院を受け入れることは容易ではない。家族にそのようなジレンマを負わせ、そのジレンマを負った一種の利益相反となった家族が、強制入院及びその入院継続の責任を担わされることは、入院患者に対する人権擁護の観点からは相当とはいえない。にもかかわらず、被告国は現在に至ってもそれを正当であると肯定し続けている。

8 小括

以上の被告国の精神医療に関する長期入院を前提とした政策及びその政策によって作出された偏見により、多くの精神障害のある人が、入院治療の必要がないにもかかわらず、長期入院を余儀なくされることとなった。これは、医療保護入院といった強制入院だけの問題ではなく、施設症という無欲状態となった任意入院でも同様であることは、前記5のクラークが指摘するところである。

第5 人権侵害

第4記載の被告国の政策により、原告を含む長期入院者は、少なくとも次に述べるような甚大な人権侵害を受けた。

1 地域で生きる権利の剥奪

管理された病院での入院生活は、極めて多くの基本的人権の制限を伴うものである。他

科の入院でさえ、起床、食事、外出、日中生活の時間など多くの制約を伴うが、精神科では、自らの意思に反して入院を強制させられ、しかもその後も日々の生活上の自由が制約されることは当然かのように病院内での制約的な生活を強いられるのであって、地域で生活する我々が、当たり前のように享受し意識さえもしていない人としての尊厳を保つ上で重要な基本的な自由が不合理に剥奪されている。

特に、精神科病院は、長期隔離を前提に都市部から離れた場所に設立されていることが多く、また前記の社会での偏見も相まって閉鎖的な世界が作出されており、地域社会とのつながりが断絶されている。精神科病院の入院者は、地域社会で生活する自由だけでなく、地域社会と交流する自由でさえも制限をされてきた。

そのような自由の制約は、可能な限り短期間でなければならないことは言うまでもない。しかし、入院期間が何十年となる異常極まりない状態は、日本においては当然のように存在してきた。

本来、病気であろうが、心身上の障害であろうが、成功だけでなく失敗も含めて自分の人生のあり方を選択する自由が奪われるようなことはあってはならない。病気そのものは服薬によって症状を抑制することができ、かつ、その人に生じている心身上の機能障害及び社会的な障壁については、退院促進及び地域福祉あるいは地域社会の偏見の是正によって解消することが可能であり、入院治療を法的にあるいは事実上長期間継続させる必要などありえない。仮に、その入院期間内に、病院内で自由に行動ができ、またリハビリ等がなされていたとしても、それは決して個人の尊厳を前提とした人生ではない。なぜ精神障害のある人だけがそのような差別を受けるのか。

かかる差別的取扱いは、幸福追求権を保障した憲法13条のみならず、平等権を保障した憲法14条、居住、移転及び職業選択の自由を保障した憲法22条1項、文化的な最低限度の生活を営む権利を保障した憲法25条を侵害するものである。

2006年に採択され、日本も2014年に批准した国連障害者権利条約19条が、自立した生活及び地域社会への包容を独立して保障するのも、このように障害者が自身の生活に関するあらゆる選択やコントロールを否定されてきた歴史に鑑み、生活に関する

選択とコントロールに対する自由とともに、独立して生活すること、そして地域に包摂される権利が障害の有無にかかわらず誰にでも平等にあることを改めて確認する趣旨である。

原告は、成人期の約40年間も入院生活を余儀なくされ、上記のように日常の自由を制限されるばかりか、居住する場所も自分で決められず、仕事をする機会を喪失し、さらに、社会内で人間関係を形成し、ときに異性と交際し、婚姻する機会を奪われ、また、大事な家族の葬儀に立ち会う機会さえも奪われた。すなわち、社会で自分で選択した人生を送るという憲法が掲げる根本的な権利が侵害されてきた。

2 入院治療についての差別的取扱い

また、精神科医療の入院患者は、他の診療科と比較し、前記の精神科特例あるいは医療法に基づく人員配置などによって十分な医療を受けることができていない。精神科医療がそのような特例によって区別を受けることに対する合理的な理由は存在しない。適切な人員配置なくして十分な治療などありえない。むしろ、精神科医療においては、リハビリテーションの促進が重要であることは前記のとおりであり、一般科よりも人手が必要となるはずである。

すなわち、精神科医療は、適正な医療を受ける権利に関して、他の診療科と比較して極めて不合理な差別を受けており憲法14条の平等権を侵害するものである。

3 適正手続きを受ける権利の剥奪—明確性の原則違反及び審査手続きの不十分さ

そもそも、行政手続きも憲法31条が適用ないしは準用されるべきであるところ、強制入院であるにもかかわらず、適正な司法手続きを経ない同意入院ないしは医療保護入院は、適正手続きの原則に違反する。

前述のとおり、その実体要件は、隔離収容政策を前提とした精神衛生法から全く変わっておらず、その「医療及び保護」の必要性の要件が曖昧であるばかりか、そのために『入院が必要である基準』についても極めて曖昧である。要件が極めて曖昧なままに精神衛生

法時代の制度を容認し続けていることは、いくら事後的な審査手続きを設けようとも明確な審査基準は存在しないものと同然であり、したがって精神障害を有する人の強制入院の可否及び入院継続の可否の審査において十分に機能せず、当事者の権利保障手続きとして全く適当ではない。

同意入院ないしは医療保護入院あるいはその継続について、現行法上の実体的要件は入院継続の要件や期間についても何ら明示せず、広範な上に明確性を欠いており、これらは自由を剥奪される要件としての明確性の原則に違反する。強制入院が治療を目的とするとはいえ、本人の意思に反して基本的な自由を制約するものである以上、切迫性や最小規制の代替原則に基づく限定解釈も加え、要件該当性を厳格に判断すべきである。しかしながら、現行法は、当事者の権利を過度に制限するものである。

さらに、現行法はこれらの一連の判断について司法手続きに付すこともなく、適正な審査手続きを保障されておらず、この点も適正手続きの原則に違反する。現在は、強制入院に対する事前の司法審査に代わる事後的な準司法審査として、強制入院の入院届（なお、措置入院には入院届制度がない）及び定期病状報告によって入院ないしその継続の必要性を審査する制度となっている。ところが、その運用状況は、入院者や病院管理者の意見聴取が必要的になっていないこともあいまって（精神保健福祉法38条の3第3項）、書面審査しか実施されず、形骸化が甚だしい。また、現行の精神医療審査会は、現在各都道府県（及び政令指定都市）に設置され、各都道府県内に事務局があり、強制入院手続を施行する行政機関との独立性が確保されていない。5名からなる合議体の構成委員についても、法律上は、精神保健指定医である医療委員2名以上、精神保健福祉士等の保健福祉委員と弁護士等の法律委員が各1名以上とされているが、実際には、医療委員がその過半数を占める合議体が多く、結果として現状の医療の必要性が過度に追認され、入院者の権利保障の役割は果たしていない。このように、当事者の権利保障のための客観的かつ独立した手続も整備されておらず、適正手続原則に違反する。

加えて、同意入院ないしは医療保護入院は、指定医1名の診察で足りる代わりに、保護者ないしは同意者が入院者本人の権利擁護者たる立場にたち、不必要な入院を抑止する

こととなっている。しかしながら、前記のように、家族は地域の偏見を前提として本人を入院させなければならない（あるいは退院させてはならない）というジレンマを負っており、権利擁護者として責任を担わせることは、そもそも利害関係上極めて困難である。このようなジレンマを負った家族等の同意に基づく強制入院を決定させる制度は、適正手続原則違反である。そればかりか、同制度は、本人や家族等との関係を破壊させかねず、また家族等に無理を強いる決断を求めることになり、家族として幸福に生きる権利さえも侵害しているといえる（なお、韓国の憲法裁判所は、2016年9月29日、日本と同様の医療保護入院制度につき、患者の人権を守る仕組みが十分でないことを理由として違憲の判断を下している。）。

このような精神衛生法あるいは精神保健法、精神保健福祉法による同意入院ないしは医療保護入院は憲法31条に違反するものであり、少なくとも上記のような不明確かつ不十分な手続きによって入院ないしは入院継続基準が継続容認されてきた運用は憲法31条に違反するものである。

原告は、その多くの期間を同意入院ないしは医療保護入院によって入院を強制されており、憲法31条で保障される適正手続きを受ける権利を侵害された。

第6 国家賠償法第1条第1項の違法性

1 厚生大臣ないしは厚生労働大臣の政策転換をしなければならないことの認識及び作為義務

厚生省は、当時の厚生省設置法により、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の行政事務、事業を司る省庁であり、精神衛生にかかる行政事務等も司る機関であるところ、厚生大臣はその長である（厚生労働大臣については厚生労働省設置法。）。

前記のとおり、日本の精神医療が社会防衛的な発想に基づき長期隔離収容政策に基づいたものであることは精神衛生法時代の国会の審議経過等からも明らかであったところ、厚生大臣は、クラーク勧告を受けた昭和43年（1968年）5月30日の時点で、精神障害のある人に対する入院医療が不十分であること、長期入院政策によって必ずしも入

院治療の継続が必要でない人も入院が継続されていること、精神医療を入院から地域医療政策に転換する必要性があること、このまま放置すれば入院者が施設症化すること、そのことによって前記の人権侵害がなされていること等を認識していたか、少なくともそのことを認識することが可能であった。

厚生労働大臣は、遅くとも、国際連合の「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」を採択した平成3年（1991年）12月頃には、人権救済の観点から日本の精神医療の転換の必要性を認識し、同時に、既に多くの入院者が医療保護入院あるいは施設症化した任意入院によって長期入院となっており、実効性のある退院促進政策を実施しなければ人権侵害の状態がその後も継続することも認識していた。

それゆえ、厚生大臣ないしは厚生労働大臣は、上記各時点において、人権侵害が甚だしい長期入院者を生み出すことのないよう、あるいは、長期入院者が生じている現状を積極的に解消すべき作為義務を負っていた。

2 厚生大臣ないしは厚生労働大臣の不作为による義務違反

しかしながら、厚生大臣あるいは厚生労働大臣は、クラーク勧告を受けても全く改善の姿勢を見せず、これを完全に放置し、隔離収容政策から地域医療への転換を実施せず長期入院者をさらに生じさせ、その後に長期入院者が数多く存在するようになっても、過去の政策が誤りであることを認めず、既に生じている長期入院者に対する実効性のある退院措置を講じることのないまま、加えて精神障害のある人は強制的であっても入院が必要不可欠との社会における偏見を是正することもなく、原告に代表されるような、基本的人権が著しく損害されている長期入院者に対し救済を行うこともなかった。

そのような人権侵害行為を故意あるいは少なくとも過失によって放置した不作为は、国家賠償法1条1項の違法なものである。

第7 損害

1 原告は、上記の被告国の政策により、人々が当たり前のように送っている地域社会で

の生活の機会ないしはその自由を約40年間失い、人間としての尊厳を奪われたことによって、もはや取り戻すことのできない損害を被ったものであり、慰謝料その他の損害は3000万円を下ることはないが、原告はこのうち金3000万円を請求するものである。

2 本件における弁護士費用は、金300万円が相当である。

第8 結論

よって、原告は、被告国に対し、厚生大臣ないしは厚生労働大臣の違法行為によって損害を受けたことを理由として、国家賠償法1条1項に基づき、請求の趣旨のとおり、損害賠償を求めるものである。

証 拠 方 法

証拠説明書記載のとおり

附 属 書 類

1 訴状副本	1通
2 甲号証写し	各2通
3 証拠説明書	各2通
4 訴訟委任状	1通