

令和2年（ワ）第24587号 国家賠償法1条1項に基づく国家賠償請求事件  
原告 伊藤時男  
被告 国

## 原告準備書面6

令和5年7月25日

東京地方裁判所民事第12部合議B係 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

同弁護士 採澤 友 香

同弁護士 姜 文 江

同弁護士 小河 洋 介

同弁護士 深谷 太 一

同弁護士 鐘ヶ江 聖 一

本書面では、従前の原告の主張について、精神科医その他の専門職や関連する諸団体の意見、入院経験のある精神障害当事者の体験、国連の勧告や韓国の判例等（甲B153～甲B167）において明らかにされた医療保護入院制度の実態や問題点を踏まえて論じる。なお、本書面では、特に断りのない限り、同意入院及び医療保護入院をまとめて「医療保護入院」と称する。

## 第1 医療保護入院制度の違憲性①—本人の利益保護でない隔離收容目的である以上、目的において違憲であること

### 1 原告の主張の概要

原告は、医療保護入院制度の目的が、精神障害者を隔離・收容する目的であり、同制度の合憲性の審査上、正当化されないことを主張・立証してきたところであるが（令和4年7月28日付原告準備書面5・1～2頁、令和3年6月22日付原告準備書面1・34～37頁等）、以下のとおり、精神科医その他の専門家の意見等に照らし、同制度の運用実態をみても、医療保護入院制度の目的は、適正な医療を提供するなどの本人の生命等の利益を保護する目的ではなく、社会防衛等の本人の利益保護以外の目的のために隔離・收容をする目的（以下、単に「隔離收容目的」という。）であるといえる。そもそも（精神科）病院は、適正な医療を提供し、患者の疾患を治療するための施設であって、隔離收容目的で医療保護入院を運用することは、いかなる意味においても正当化される余地はなく、かかる制度は目的において違憲である。

### 2 医療保護入院制度の運用実態に照らし隔離收容目的であること

#### (1) 医療保護入院の歴史的経緯

日本の精神障害者の入院は、もともと、私宅監置に代わるものとして開始された経緯があり、精神科病院には、治療よりも社会防衛の機能が重視されてきた（甲B154・7～8頁，甲B156・16～17頁，甲B158・7頁，甲B163・1～2頁，甲B166・2頁，6頁）。

たとえば、精神科医療は1900年から1949年までは警察庁が所管しており、1950年以降、厚生省が所管するようになったが、結核、ハンセン氏病とともに、社会防衛政策医療と位置付けられ、担当部署も医療基準（病床基準の医療圏）も一般医療とは異なっていた（甲B156・16頁）。実際に、精神保健福祉法に至るまでその目的や医療保護入院の要件に「保護」との文言が規定されており、医療保護入院が、「保護」という名のもとに、治療よりも社会防衛（治安維持）という社会的機能を担ってきた（甲B156・16～17頁，甲B163・7頁，甲B167・1～2頁，3頁）。

以上の結果、病院の現場で、精神障害者を治療して社会復帰させることが意識されず、年単位での入院につながった（甲B154・7～8頁，甲B158・7頁，甲B163・1～2頁）。

国は、以上のように精神障害者の入院が治療など本人の利益保護よりも隔離収

容目的で行われていた実態を是正するのではなく、むしろ、これを強化する政策を実施した。まず、精神衛生法の制定により私宅監置から病院での監護に切り替えられた当時、国が示した必要病床数は、全国調査に基づくものであったものの、入院医療が必要な患者ではなく、精神疾患の患者の数によって決定されたと考えられ、病床数の目標が過剰であった（甲B163・2頁）。

また、国が精神科特例を設けたことにより、スタッフの数を最低限に抑えて、劣悪な環境下であっても精神障害者を病院に閉じ込めておけば良いという発想が維持・強化されるとともに、病院は精神障害者を治療するというよりも隔離収容目的で収容することで経営的に安定するという構造が作り出された（甲B154・8頁、甲B163・2～4頁、甲B166・3頁、甲B167・1～2頁）。たとえば、北海道では、実際の医師の数が精神科特例で認められた一般医療と比較して3分の1にすら達していなかったが、実際の医師の数が黙認されていた（甲B156・18頁）。

さらに、隔離収容目的のもと、精神障害者を収容するための精神科病床を増やす施策が行われた（甲B156・17～20頁）。たとえば、国は、1960年に医療金融公庫を設立し、低利の貸付けで精神科病院の増床を促進するとともに、1968年の医療局長通知で人口1万対25床を目標として示すなど、増床のための具体的な数値目標を掲げた（同）。このような政策により、精神病床は増加し、1994年にピークを迎えるとともに（人口1万対29床）、国はその後も病床削減の目標を立てることすら怠り、現在に至っている（同）。

加えて、上記のように精神障害者の入院が治療よりも隔離収容目的で行われていた実態は、精神病に対する偏見を持つ国民が精神障害者を入院させることで誤った安心感を抱くという状況にも支えられていたが、国の政策は、このような偏見や誤った認識を定着させることにもなった（甲B163・2～3頁、甲B158・47～48頁、甲B166・3～4頁）。

以上のように、医療保護入院を含む日本の精神科入院制度の実態やそれを巡る国の政策の歴史に鑑みると、医療保護入院制度は、精神障害者の隔離収容目的の制度として機能してきたといえる。

## (2) 入退院が医療の提供とは無関係の事情により決定されていること

医療保護入院における入院あるいは退院の判断が、患者の症状や医療の提供という観点ではなく、病院経営などの要因により決定されている実態がある。

第1に、医療保護入院の入退院の判断について、医療保護入院の要件を満たさ

ない場合であっても、あるいはその要件を満たさず吟味せずに、医療保護入院となったり、退院させるべき患者を漫然と入院させていたりする実態がある（甲B 168・2(1)）。たとえば、

- ア 任意入院の要件を満たす場合（すなわち、医療保護入院の要件を満たさない場合）であっても、過去の入院歴や患者が退院を希望するおそれがある場合には、医療保護入院とされる（甲B 168・2(1)）。
- イ 診察時間が短いことや医師の確認不足など、診察が医療保護入院の要件を慎重に吟味する場となっていない（甲B 168・2(1)）。
- ウ 医療保護入院の判断をする精神保健指定医（以下「指定医」という。）は、ほとんどの場合、入院先病院の勤務医であり、入院させることにより経営上のメリットがあるため、医療保護入院の要件を満たさなくても医療保護入院とするインセンティブがあり、入院の判断が患者の権利や利益を犠牲にして恣意的になるおそれが高い（甲B 157・9頁，甲B 163・6頁，甲B 168・2(1)）。実際に、精神疾患があるか、あるいは、入院医療の必要性があるか疑わしい患者も入院している（甲B 157・7頁，甲B 168・2(1)）。
- エ 退院請求をした患者について、病院が請求直後に退院を認める例も少なからず存在し、退院できる患者を漫然と入院させている実態がある（甲B 157・7～9頁）
- オ 入院治療による症状の軽減が期待できない場合であっても、何かあったら入院不要と判断した精神科医個人が責任を追及されかねないという状況から、医療保護入院などの強制入院が決定されている実態がある（甲B 167・1頁）

第2に、退院判断について、病状の観点では退院できる患者が、病状以外の要因により入院したままとなっている実態がある（甲B 154・9頁，甲B 168・2(2)）。退院を妨げている要因としては、

- ① 病院経営上の理由
- ② 病院職員の地域資源に関する知識不足や退院できないという思い込み
- ③ 入院継続を前提として退院に向けた働きかけを放棄する病院職員の対応
- ④ 診察の頻度・時間が不十分であるなど主治医の対応
- ⑤ 病院の経営者に従わざるを得ない病院職員が患者の立場に立った支援ができないこと

- ⑥ 退院調整をするソーシャルワーカーの不足等
  - ⑦ 地域資源がないことなどを背景に、医療従事者が、本人、家族及び地域社会にとって入院が好ましいと考えていたこと
- などが挙げられる（甲B154・9頁，甲B156・31～32頁，甲B168・2(2)）。

(3) 入院の長期化による施設症・退院意欲の喪失

一旦精神科病院に入院となった精神障害者について、その症状が落ち着いても医療保護入院が継続される実態があり、特に、1年以上長期入院をした場合、周囲への関心を失い、無気力となり、ADL（日常生活動作）や社会的な能力が低下する結果、退院の意欲を失う「施設症」を呈する問題が遅くとも1980年代から指摘されてきた（甲B153・3頁，甲B154・8頁，甲B158・10頁，甲B167・2頁，甲B168・2(5)）。

施設症となると、患者の退院へのモチベーションを上げることは容易でなく、支援者が働きかけても患者が退院を決意するまでに2～3年もかかることもある（甲B154・8頁，甲B163・4頁）。他の患者も退院できていないという病院の環境が、集団効果などにより、退院意欲を減退させることもある（甲B168・2(5)）。

同時に、料理、買い物などはもちろん、ドアを閉めてトイレを使用するなど、社会生活上必要な知識や技能がなくなり、退院後の生活や地域でのリハビリに悪影響が生じる（甲B154・8頁，甲B155・6頁）

このように、医療保護入院の継続により施設症や退院意欲の喪失が生じ、退院して地域で生活・治療することが困難となる実態がある。

(4) 精神科病院が適正な医療を提供する場となっていないこと

精神科病院は、治療環境が劣悪であり、社会復帰を目指した適正な医療を提供できていないばかりか、むしろ治療を阻害する側面が強く、その側面から見ても、収容施設として、すなわち、隔離収容目的のもと、運用されている実態がある。

ア 物理的環境が治療に悪影響を与えていること

まず、精神科病院の物理的な環境が劣悪であることにより、入院患者の治療に悪影響を与えている。

第1に、病棟内にたばこの煙が充満している、トイレが汚れていても放置されている、保護室のトイレを自分で流せず、長時間汚物が放置されている、入浴の頻度が週に2回などの制限があり、浴槽に垢や汚物が浮いている、使い古

しの布団を使用しているなど、基本的な衛生状態が治療の場からは程遠いものである実態がある（甲B168・2(7)）。

第2に、大部屋に多数の患者が雑魚寝をするなどの状態で入院することにより、入院患者のストレスが増大し、治療にも悪影響が生じている。たとえば、畳の部屋に30～40人くらい詰め込まれ、1人1畳分のスペースしかなかった例や、12畳の部屋に6人が入院していた例もある（甲B168・2(7)）。このように狭い空間に多数の患者がいるため、他人との距離を十分に取れず、患者同士や患者と職員の距離が近くなり過ぎ、これが患者のストレス源となり葛藤も起こりやすい（甲B156・13頁）。

第3に、入院患者のプライバシーや財産の保護が図られていないだけでなく、個人の尊厳が損なわれる実態もあり、入院患者の精神面に悪影響を与えている。たとえば、ベッドが設置されていても、ベッド間にカーテンがなく、個々の患者のプライバシーが確保されていないことや、鍵のない衣装ケースに私物を保管させられることがある（甲B168・2(7)）。さらに、以前は、トイレにドアがなかったり、鍵がなかったりしたこともあり、患者の個人の尊厳までもが損なわれていた（甲B156・12頁，甲B168・2(7)）。このような患者のプライバシーや個人の尊厳などを損なう物理的環境については、トイレで自殺してしまうことを防ぐなど本人の安全を図るという目的があるとしても、患者の心を傷つけたり、患者に心理的な負担を与えたりするものとなっており、結果として、治療にも悪影響を及ぼしている（甲B156・12頁）。

第4に、閉鎖処遇や面会制限など物理的にも社会的にも閉鎖的な環境にあることで、症状の回復を阻害し、再度地域で生活する能力を奪うことにつながっている（甲B154・8頁，甲B157・12頁，甲B158・13頁）。

以上のように、精神科病院の物理的な環境は、地域社会に復帰するために必要な医療を提供することを阻害するものとなっている。

#### イ 医療従事者の対応が患者の管理となっていること

次に、医療従事者の患者に対する対応が、治療というよりも、管理を目的としたもの、あるいは管理が優先したものとなっている実態がある。その背景としては、精神疾患に対する差別が根にある精神科医や医療従事者の基本的態度が、患者中心になっておらず、医療従事者側の都合を優先した管理を行うものとなっていることが挙げられる（甲B156・15頁）。

たとえば、医療は本来、患者それぞれニーズが異なるため、個別対応が原則

であるが、精神科病棟における入院生活はほとんどが集団対応となっており（食堂で一緒に食事し、患者が列を作って服薬を確認される、並んで水やおやつを配られる等）、個別対応は認められず、管理のしやすさが優先されている（甲B156・12頁）。また、患者のいわゆる問題行動は、多くは刺激に対する反応による行動や状態であり、本人なりの理由や特定の刺激に対する反応であるため、治療的対応としては原因を解決・改善すべきであるにもかかわらず、医療従事者は、多くの場合、注意、叱責、身体拘束、薬物抑制等などの管理的な対応をしている（甲B156・13頁）。

また、患者が「精神科の病院や精神科医は、世間の人たちと違って苦しみを聴いてくれると思っていたのに、閉じ込める、無理やり注射や点滴をする、薬の説明もなくたくさん処方される」と言うことはよく聞かれる（甲B157・11頁）。患者の希望や意思は聞き入れられず、病棟のルールによって裁断され、患者は主治医にも心を開けない実態もある（甲B157・11～12頁）。

さらに、法律に定めのある身体拘束などの行動制限に留まらず、患者の金銭管理が一律に行われることもある（甲B158・13頁）。医療従事者・患者の間に上下関係があることや、医療従事者が患者に対して暴力、暴言、虐待等を行うことが常態化していることもあり、このような問題があったとしても、患者が改善を求めると不利な取扱いを受けたり、医療従事者が虚偽の記録を作成したりして、問題が外部に知られないまま放置されている例もある（甲B156・13頁，甲B168・2(7)）。

以上のような医療従事者の管理的対応は、上記アで述べた精神科病院の閉鎖的環境も相まって、患者の心を閉ざさせ、長期入院による生活の能力の衰えを固定化し、地域生活のための能力や意欲を高める治療にはなっていない（甲B158・13頁，甲B167・3頁）。

#### ウ 患者同士の関係が治療に悪影響を与えていること

医療従事者と患者の間だけではなく、患者同士にも上下関係があり、暗黙のルールがあるなど収容施設と類似の環境が形成されていることもある（甲B156・13頁，甲B168・2(7)）。これは、上記イと同様、患者に対する適正な医療の提供を阻害するものである。

#### エ 入院治療の必要がないのに入院が継続していること

精神科病院は、症状が落ち着いて入院治療の必要はないものの、地域に行き場のない精神障害者を収容する場として機能している（甲B155・3頁）。

たとえば、地域に精神障害者を受け入れる住まいや医療・福祉サービス等の支援（社会資源）が不足していること、行政や地域の支援者が精神障害者の社会復帰が無理であると思いついで退院が実現しないことなどから、入院治療の必要がない精神障害者が退院できずに病院に入院し続ける例がある（甲B157・11頁，甲B168・2(4)）。

#### オ 小 括

以上のとおり、精神科病院は、社会復帰を目指した適正な医療を提供するものとなっておらず、収容施設として運用されている実態がある。適切な医療の提供などの本人の利益保護を真に目的としているならば、以上で述べたような本人の利益保護という制度目的に反する実態を是正すべく必要な施策が当然に速やかに取られるはずであるが、それがなされていないことは、医療保護入院の目的が隔離収容目的であることを客観的に裏付けるものといえる。

#### (5) 家族を同意者とする仕組みが隔離収容を増長させていること

医療保護入院において保護者（家族）が同意者となる仕組みが、精神障害者の療養の責任を家族に依存する保護者制度と相まって、精神障害者を精神科病院に隔離・収容する機能を強化してきた（甲B168・2(3)，甲B167・4頁）。たとえば、家族が入院の継続を希望することにより入院治療の必要のない精神障害者が退院できなくなる実態や、精神障害者の看護に疲弊した家族の負担を減らしたり、家族に頼らない生活を探ったりすることなく、漫然と家族を言い訳に入院を行う実態がある（甲B156・31頁，甲B168・2(3)）。

### 3 被告の主張に対する反論

被告は、医療保護入院制度の目的は、入院の必要性について自身で適切な判断をすることができない精神障害者に対して適正な医療を提供し、もって、本人の利益を図ることを目的としていると主張している（被告の令和3年9月27日付準備書面(3)）。

しかし、上記2のとおり、医療保護入院は、適正な医療を提供する場からは程遠く、精神障害者が地域で生活するための社会資源の不足や病院経営など本人の症状とは無関係の要因により、私的監置に代わるものとして、本人を地域から隔離し、収容するために運用されてきた実態があり、原告の従前の主張（同年11月29日付原告準備書面2・23～24頁等）に加え、このことからしても、医療保護入院制度の目的は、精神障害者に適切な医療を提供するのではなく、精神障害者を隔離・収容する目的であるといえる。



## 第2 医療保護入院制度の違憲性②—手段が許容されないものであること

### 1 原告の主張の概要

医療保護入院は精神障害者の隔離収容をその目的とするものであり、正当化される余地はないが、仮に、本人の利益保護のための制度であるとしても、制約される権利の内容及び性質が憲法上重要なものであり、その制約の態様も憲法上の人権を強度、直接的かつ全面的に制約するものであるため、当該目的達成のために当該手段が許容されるか否かという点は厳格に審査されなければならない。

具体的には、本人の利益保護を目的とする強制入院は、実体的・手続的な観点から、少なくとも、以下の全ての要件を充足しない場合には違憲である（令和3年6月22日付原告準備書面1・37～38頁等）。

- (1) 強制入院が本人の利益保護のために必要不可欠であること
- (2) 強制入院より制約が少ない他の手段をとりえないこと
- (3) 支援を尽くしてもなお本人が入院の是非を判断できないこと
- (4) 強制入院の要件が明確であること
- (5) 事前または速やかな事後の司法審査に服すべきこと
- (6) 定期かつ頻回な司法審査が行われるべきこと
- (7) 入院期間が制限されていること

日本の医療保護入院と同様の入院形態である「保護入院」を定める韓国においては、憲法裁判所が保護入院を憲法不合致と判断したが、憲法裁判所も、強制入院は身体の自由（身体の安全性が侵害を受けず、身体活動を任意的で自律的に行うことができる自由）を制限または剥奪する人身拘束の性質を有することに鑑み、実体面では、身体の自由への侵害を最小化する仕組みが設けられていること（過剰禁止原則）、手続面では、不当な強制入院から患者の権利を保護することができる手続保障が必要であり、たとえば、強制入院についての不服申立て、不当な強制入院に対する司法審査、国などが選任する手続補助人の支援のような手続が保障される必要があると指摘している（甲B162の2・5～6，9～11頁）。

韓国の保護入院の法的規律は、本件の争点との関係では、日本の医療保護入院の法的規律と実質的に同一である。すなわち、韓国の精神保健法上、保護入院の要件は、要するに、

- (ア) 精神疾患者の保護義務者（原則として2名）の同意、及び
- (イ) 精神健康医学科専門医が、

- ① 当該患者が精神医療機関等に入院等の治療または療養を受けるに足る程度、または器質の精神疾患にかかっているか、または、
- ② 本人の健康・安全もしくは他者の安全のために入院が必要であると判断することであり（甲B162の2・2頁）、日本の医療保護入院の要件に類似している。そして、上記(ア)の保護義務者については、日本の平成25年改正以前の精神保健福祉法20条及び21条に定める保護義務者と酷似している（甲B162の2・3頁）。

したがって、韓国の保護入院と同様の強制入院制度である日本の医療保護入院についても、身体の自由との関係で合憲といえるためには、少なくとも、上記(1)～(7)が必要である。

- 2 より制約が少ない他の手段をとりえないこと等を要件とすべきこと（上記1(1)～(3)関連）

- (1) より制約が少ない他の手段をとりえないこと等が規定されていないこと（上記1(1), (2)関連）

#### ア 概要

本人の利益保護を目的とした強制入院は、その目的に照らして必要性・比例性があることを前提として、いわば最終手段としてのみ発動するものでなければならない（令和3年6月22日付原告準備書面1・38～40頁等）。したがって、強制入院の要件として、本人の利益保護のために必要不可欠であることや、より制約が少ない他の手段をとりえないこと（上記1(1), (2)）を設ける必要があり、これらの規定を欠く医療保護入院は違憲である。

- イ 韓国の憲法裁判所も身体の自由に対する制約を最小化する仕組みが定められていないことを理由に医療保護入院類似の制度を憲法に合致しないと判断していること

韓国の憲法裁判所は、日本の医療保護入院と類似の保護入院が憲法に合致しないと結論を導く理由として、保護入院が、身体の自由への侵害を最小化する方法を十分に備えておらず、精神疾患患者を社会から隔離させる手段として利用される可能性を残しており、過剰禁止原則に違反していることを挙げている（甲B162の2・5～6頁，10～11頁）。

この指摘は、韓国の保護入院と同様の日本の医療保護入院にも妥当し、より制約が少ない他の手段をとりえないことなど身体の自由への侵害を最小化するメカニズムが規定されていない日本の医療保護入院も違憲である。

ウ 日本精神神経学会も入院治療が最終手段であることを明記すべきことを提案していること

19,000人以上の会員を有し、精神科医などで組織される日本精神神経学会も、あるべき医療保護入院の要件として、①国際疾病分類による医学診断を有すること及び②精神疾患により、治療の必要性に関する判断能力が阻害されていることのほか、③入院治療による以外に病状の改善あるいは悪化防止が期待できないことを定めることを提案しており（甲B160・3～4頁）、入院治療がいわば最終手段として発動するものであることを定めていない現行法の問題は、精神科医などの専門家の間でも問題視されている。

エ 国連においても繰り返し勧告を受けていること

日本は、2022年11月30日、自由権規約委員会第7回総括所見において、「強制的な入院は、最後の手段として、必要最小限の期間だけ、また、当該者を危害から保護し、又は他者への危害を防止する目的で、必要かつ比例性を有する場合にのみ課されることを確保すること。」という勧告を受けたが（パラグラフ25（b））、2014年8月20日にも、自由権規約委員会第6回総括所見において、「強制入院は、最後の手段としてのみ課せられ、必要最小限の期間に限って、かつ、本人を危害から守り又は他者を害することを防止する目的のために必要かつ相当な時にのみ行われることを確保すること。」との勧告を受けている（パラグラフ27（b））。このように、国際的にも強制入院は最後の手段であることが強く求められているにもかかわらず、日本政府は国連からの指摘も無視し続けている。

オ 小 括

以上から、強制入院が本人の利益保護のために必要不可欠であること（上記1(1)）や、より制約が少ない他の手段をとりえないこと（上記1(2)）を定めていない医療保護入院は違憲である。

(3) 支援を尽くしてもなお本人が入院の是非を判断できないことが規定されていないこと（上記1(3)関連）

加えて、本人の判断能力についても、入院ありきの姿勢で安易に判断力が損なわれていると判断することは許されず、強制入院に先立って、まずは、丁寧に本人の意思や状態を確認し、意思決定を支援することが必要である（令和3年6月22日付原告準備書面1・38～40頁）。

実際に、入院の必要性をすぐに理解できない、あるいは入院をすぐに決断でき

ない患者に対しては、丁寧に時間をかけて説明して入院の同意を得るなど、やり取りによって信頼関係を築く努力をしなければならない患者もいるのに、このような努力もせず安易に医療保護入院としてしまう指定医もいる（甲B156・8～9頁）。このような入院ありきの姿勢で安易に強制入院とされる事態を防ぐためにも、強制入院の要件として支援を尽くしてもなお本人が入院の是非を判断できないこと（上記1(3)）を規定する必要がある。

韓国の憲法裁判所も、精神患者の判断能力は、すべて異なりうるにもかかわらず、韓国の精神保健法が、入院を決定するにあたり、精神患者には判断能力ないし入院に対する同意能力がまったくないものとみなし、これらの意思を考慮していないことを問題視している（甲B162の2・9頁）。日本では、医療保護入院の要件として、任意「入院が行われる状態にない」と規定されているが、入院ありきの姿勢で安易に本人の判断能力が損なわれていると判断されることを実効的に防止するものではなく、上記の韓国の憲法裁判所の指摘はなお妥当する。医療保護入院の要件として、任意「入院が行われる状態にない」との規定が設けられた1999年改正以前については、より一層韓国の憲法裁判所の指摘がそのまま妥当することは言うまでもない。

以上から、入院ありきの姿勢で安易に判断能力がないと判断されることを防ぐために、強制入院の要件として支援を尽くしてもなお本人が入院の是非を判断できないことが明記される必要があるが、このような要件を設けていない医療保護入院は違憲である。

### 3 要件の曖昧性（上記1(4)関連）

#### (1) 概要

医療保護入院の一「要件」である「医療及び保護のために入院の必要がある」とは、いかなる内容を指すのか不明であり、基準や具体例も確立されておらず、医療保護入院の要件は明確性に欠け、違憲である（令和3年11月29日付原告準備書面2・25頁等）。

#### (2) 被告の主張

被告は、医療保護入院制度が国民に憲法上保障された権利を違法に侵害することが明白とはいえないことの理由の1つとして、単に精神障害者であると診断等されることだけではなく、「医師が・・・医療及び保護のために入院の必要があると認め」ることが医療保護入院の「要件」とされ、患者の人権を過度に制約することがないようにされていることを挙げているようである（被告の令和3年9

月27日付準備書面(3)9, 11~12頁)。

(3) 「精神障害者」の範囲が広範・不明確であること

しかし、まず、精神保健福祉法上、医療保護入院の対象となる「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」と、広範に定義されており（なお、精神病質については、昨年の法改正によって削除された。）、一般に医療の対象とされていない知的障害を有する者であっても、医療保護入院の対象となり得る。そのため、被告が指摘する精神障害者であると診断されるとの要件は、患者の人権を過度に制限することを防止するものとはなり得ていない。

日本精神神経学会も、精神保健福祉法上の「精神障害者」の定義が非常に曖昧であることを指摘し、非自発的入院の対象となる者の範囲を明確に限定すべきことを提案している（甲B160・2頁）。

また、上記1のとおり、日本の医療保護入院と類似の保護入院制度を設けている韓国では、憲法裁判所が保護入院が憲法に合致しないと判断しているが、憲法裁判所は、その理由の一つとして、韓国の精神保健法が精神疾患患者を「精神病（器質的精神病を含む）・人格障害・アルコール及び薬物中毒その他非精神病的精神障害を持つ者」と広範囲に定義しているだけであり、入院治療を受ける必要性がある程度の精神疾患（上記1(イ)①)がどのようなものを指すのか基準がないことを指摘している（甲B162の2・7頁）。この指摘は、知的障害まで含めて広範に「精神障害者」を定義している日本ではなおさら妥当し、日本でも、入院治療を受ける必要性がある程度の精神疾患がどのようなものを指すのか基準はない。

したがって、精神障害者であると診断されるとの要件は、患者の人権を過度に制限することを防止するものとはなり得ていないばかりか、下記(4)で述べる「医療及び保護のために入院の必要がある」との「要件」の曖昧性・広範性と相まって、医療保護入院が濫用されるおそれを増長するものとなっている。

(4) 「医療及び保護のために入院の必要がある」が曖昧・広範であること

精神科医その他の専門家は、医療保護入院の要件はある程度抽象的に規定せざるを得ないものの、現状の要件は曖昧に過ぎ、判断基準も不明確であるため、指定医や精神医療審査会（以下「審査会」という。）の拠って立つ基準がなく、濫用のおそれがあると意見している（甲B157・9頁，甲B163・6頁）。実際に、任意入院をしている患者が退院請求をすると、一律に医療保護入院に切り

替えられるケースなど、指定医が入院決定権限を適切に行使しないケースがあり（甲B156・8～9頁，甲B157・7～8頁）、「医療及び保護のために入院の必要がある」との基準が不明確であるため、医療保護入院が恣意的に決定されることにつながっていると見える。したがって、医療保護入院はその要件の明確性に欠ける。

加えて、韓国の憲法裁判所は、韓国の保護入院が憲法に合致しないと判断している、その理由の一つとして、入院治療を受ける必要性がある程度の精神疾患（上記1(イ)①）がどのようなものを指すのか基準がないことや、「自身の健康または安全や他人の安全」という要件（上記1(イ)②）も非常に抽象的であり、具体的な判断基準も用意されておらず、韓国の精神保健法上の行政入院や応急入院が「自身または他人を害する危険性」を要件にしていることと比較しても、その対象が広範で、濫用のおそれ大きいことを指摘している（甲B162の2・7頁）。このような指摘は、日本の医療保護入院の「医療及び保護のために入院の必要がある」との「要件」についても妥当し、「医療及び保護のために入院の必要がある」が非常に抽象的であり、判断基準も明らかにされておらず、日本の措置入院の要件（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）と比較しても、対象が広範で、濫用のおそれがある。

日本精神神経学会も、医療保護入院の要件を、①国際疾病分類による医学診断を有すること、②精神疾患により、治療の必要性に関する判断能力が阻害されていること、③入院治療による以外に病状の改善あるいは悪化防止が期待できないこととし、現状よりも限定すべきことを提案している（甲B160・2頁，3～4頁）。これは、現状の「要件」が曖昧であり、過度に広範であることを示している。

#### (5) 小 括

以上から、医療保護入院は、その要件の明確性に欠け、濫用のおそれが高く、違憲である。

#### 4 司法審査の欠如（上記1(5), (6)関連）

医療保護入院は、国家が容認する身体拘束という点で逮捕及び勾留と同様であり、決定権者による権限濫用を抑止するため、事前の（例外的に速やかな事後の）司法審査に服するとともに、治療により通常は病状が回復し、入院治療の必要がなくなることから、定期的かつ頻回な司法審査も必要である（令和3年6月22日付原告

準備書面 1・40～41頁)。

精神科病院が治療目的のための入院の場であるとしても、精神科病院における過去の不祥事件は治療という名目で身体的自由や安全を不当に奪ってきたため、医療保護入院も治療という名目で悪用されることがないか、その適正性は第三者が厳格に審査する必要がある(甲B157・2頁)。

特に、医療保護入院の判断をする指定医は、ほとんどの場合、入院先病院の勤務医であり、入院させることにより経営上のメリットがあるため、医療保護入院の要件を満たさなくても医療保護入院とするインセンティブがあり、入院の判断が患者の権利や利益を犠牲にして恣意的になるおそれが高い(甲B157・9頁, 甲B163・6頁, 甲B168・2(1))。このように、医療保護入院の判断をする医師が患者の権利や利益と自らの所属する病院の利益が対立する立場に置かれており、診断権限を濫用するおそれがあることは、日本の医療保護入院と類似の保護入院を設ける韓国においても指摘されてきた(甲B162の2・8頁)。実際に、日本でも、精神疾患があるか、あるいは、入院医療の必要性があるか疑わしい患者が入院している事例がある(甲B168・2(1))。

また、経営上の利害が入院の判断に直結しないとしても、上記3のように判断基準も不明確であるにもかかわらず、セカンドオピニオンが要請されておらず、1名の指定医のみによって入院の要否が判断されるため、判断の客観性が担保されていない(甲B157・6, 9～10頁)。韓国の憲法裁判所も、この点に関して、1名の専門医の判断は信頼性が担保されていないことを指摘している(甲B162の2・7頁)。

現に医療保護入院については、2007年の国連拷問禁止委員会による拷問禁止条約第1回政府報告書審査において、同委員会から「委員会は、私立病院における民間の精神保健指定医が、精神障害者に対する拘束指示<sup>1</sup>を出すに当たっての役割を担っていること」(甲165の2・10頁・パラグラフ26)に懸念を表明され、すなわち、国は国連から民間病院の医師が入院判断を担っていることの問題性を指摘されている。加えてこの勧告においては、「拘束指示、民間精神医療施設の運営、

---

<sup>1</sup> 拘束指示の原文は”detention orders”であるため、「拘束」は抑留等人身を制約する強制入院を指していると解される。なお、拷問禁止委員会は拷問禁止条約の第2回報告審査において、独居拘禁(精神保健福祉法による隔離の意)として”solitary confinement”、拘束(同様に身体的拘束の意)として”restraints”を用いている。

及び拷問又は不当な取扱いに当たる行為に関する患者からの不服申立てについて司法による監督が不十分であること」に懸念を表明され、「公立及び私立の精神医療施設における拘束手続に対する司法による効果的かつ徹底した監督を確保するためのすべての必要な措置をとるべきである」と勧告された（同）。このように国は国連から司法審査の不十分性も指摘されているのである。

以上からすると、決定権者による権限濫用を抑止する必要性が高く、事前の（例外的に速やかな事後の）司法審査（上記1(5), (6)）は不可欠といえる。それにもかかわらず、医療保護入院は、事前の（あるいは事後の）司法審査及び定期かつ頻回の司法審査を要しない仕組みとされており、違憲である。

#### 5 入院期間を制限すべきこと（上記1(7)関連）

韓国の憲法裁判所は、日本の医療保護入院と類似の保護入院が憲法に合致しないとの結論を導くに当たり、韓国の保護入院について、入院期間が6か月と定められていることについて、2週間の診断入院を経て、最大3か月の入院が可能であると定められている行政入院と比較しても、過剰に長く、治療の目的よりは隔離の目的に利用されるおそれが高いことを指摘している（甲B162の2・8頁）。

日本の医療保護入院では、これまで、入院期間すら定められてこなかったため、治療の目的よりは、隔離収容目的で濫用されるおそれが一層高い。したがって、医療保護入院は、入院期間に何らの制限のない点でも、違憲である。

なお、令和4年の精神保健福祉法の改正により、入院期間に6か月以内の制限が加えられることとなったが、更新が可能であり、現状の医療保護入院の運用からすると、漫然と更新されることが予想され、入院期間の制限が設けられても、容易に更新が可能である以上、なお違憲であることには変わりがない。韓国の憲法裁判所も、上記の指摘に加えて、精神医療機関長は、6か月を経過した後も、入院継続が必要であるとの専門医の診断及び保護義務者2名の同意があるときには、6か月ごとに、基礎精神保健審議委員会の継続入院審査を通じて、いくらでも入院を延長することができることされており、保護義務者と医療機関の間の利害さえ合えば、いくらでも精神疾患者の意思や利益に反する長期入院が可能であること、実際に2013年を基準にした平均入院期間は、精神医療機関の場合173日、精神療養施設の場合3,655日に及んでいることを指摘している（甲B162の2・9頁）。日本の令和4年改正後の入院期間の制限は、更新が可能である以上、このような韓国の憲法裁判所の指摘が妥当し、なお違憲である。

#### 6 被告の主張に対する反論



(1) 審査会による審査等が機能していないこと

ア 被告の主張

被告は、審査会による入院届及び定期病状報告の審査並びに退院請求などの仕組みが設けられており、身体的自由等を過度に制約することがないように手当てされていることから、原告が主張するような司法審査が設けられていなくても、医療保護入院制度は合憲であると主張しているようである（被告の令和3年9月27日付準備書面(3)10～11頁）。

しかし、以下のとおり、被告が主張する仕組みは、入院患者の憲法上保障された自由を保護するものとして機能していない。

イ 審査会の中立性・独立性に疑義があること

まず、審査会は、医療機関に入院患者を引き受けてもらう立場にある自治体（精神保健福祉センターなど）の中に組み込まれており、法律上も、その構成員の過半数は医療委員が占めることとされているため、医療機関に対する厳格な審査を行うことができない機関である。そのため、入院患者の人権保障の観点から犠牲にされるおそれがあり、審査会の中立性・独立性は、法律上も事実上も、確保されていない（令和3年6月22日原告準備書面1・28頁等）。

実際に、医療委員の同族（伯父・甥、いとこ同士等）が同一県内で精神科病院を運営していたり、医療委員と審査対象の病院の管理者・医師の間に大学医局の先輩後輩の関係があったりすることがあり、医療委員が、患者の人権を守るべき立場から離れ、対象となる病院に配慮していたケースがある（甲B157・7～9頁）。また、困難事例を引き受けてくれる病院に対しても同様に病院に配慮した態度がみられたことがあった（同）。

日本精神神経学会も、現行の制度は、患者の権利擁護について極めて不十分であり、根本的な改革が必要であるとした上、審査会を都道府県から独立した第三者機関とし、併せて精神保健福祉センターの業務から審査会の事務局業務を除外するとともに、合議体の委員構成のうち医療委員を2名以内に制限し、医療委員等の資格要件として「医療機関から独立して地域で精神障害者の支援に携わる」ことを加えることで、審査会の中立性・独立性を担保することを提案している（甲B159・2～3頁、甲B160・2～3頁）。

以上のように審査会の中立性・独立性には疑義があり、被告が主張する審査会による入院届及び定期病状報告の審査並びに退院請求などの仕組みは、入院患者の憲法上保障された自由を保護するものとして機能していない。

ウ 入院届及び定期病状報告の審査が機能していないこと

審査会による入院届及び定期病状報告の審査は、膨大な数の書類を短時間で審査するため、書類の形式が整っているかの審査しかできず、入院の必要性の有無を把握して判断するものとはなっていない（甲B153・2頁，甲B157・7～9頁，甲B163・5頁）。入院届及び定期病状報告には、入院患者の主張や言い分は書かれておらず、診療録等も添付されない。定期病状報告等の審査においても、入院患者との面談や診療録等の確認などにより入院患者の主張や実態が確認されることはない（甲B157・7～9頁，甲B167・4頁）。

また、審査会に提出された書類が実態を反映しているかにも疑義がある。たとえば、書類上で記録がコピー&ペーストされている例、文言が更新されないままの定期病状報告が提出される例、個々の患者に応じた治療や対応が多様でなく、紋切り型の記載の多い例などがあり（甲B157・7～9頁）、入院届や定期病状報告によって入院患者の実際の状況が審査会に伝わっていないと考えられる。

実際に、定期病状報告の審査結果は、ほぼ100%病院の判断を是認するものであり（令和3年6月22日付原告準備書面1・27頁，29頁，47頁，62頁）、入院患者の実際の状況を踏まえて、書面の形式以上の実質が審査されているわけではないという。

現行の審査会制度が患者の権利擁護の観点から根本的な改革が必要であるとする日本精神神経学会も、定期病状報告の審査が患者の権利擁護の観点から機能していないことを問題視しており、医療保護入院については3か月程度の継続があった時点で、本人への面接での入院継続の妥当性審査を行うことや、立ち入り調査では、書面の確認のみならず、日頃の処遇等について患者や職員から広範に聞き取るようにすることを提案している（甲B159・2～3頁，甲B160・3頁）。

以上からすると、審査会による入院届及び定期病状報告の審査は、入院患者の憲法上保障された自由を保護するものとなっていない。

エ 退院請求等に至らないことが多いこと

まず、医療保護入院時に退院請求等ができることを患者に告知されていないケースがある他、患者だけでなく病院職員にも退院請求等の仕組みが周知されていない例もある（甲B157・7～9頁，甲B168・2(8)）。

次に、患者が退院請求等ができることを認識していたとしても、公衆電話の不設置、患者がテレホンカードを自由に入手できないこと、病院職員による妨害等により、患者が審査会に連絡すらできないことが相当数ある（甲B157・7～9頁，甲B168・2(8)）。病院職員による退院請求等の妨害としては、退院請求等をするための書式を渡さないこともある（甲B157・7～9頁）。また、病院職員に審査会への通話・手紙の内容を知られてしまう、あるいは、退院請求等により不利益を被るおそれがある環境にいることから、患者が審査会に連絡することが心理的に困難でもある（甲B157・7～9頁，甲B168・2(8)）。

退院請求等が全くない病院もあり（甲B157・7～9頁。なお、令和3年度地域精神保健医療福祉体制の機能強化を推進する政策研究・分担研究「精神医療審査会のあり方に関する研究」によると、2020年度に退院および処遇改善の請求が1件もなかった精神科有床医療施設は、合計747施設（46.7%）あった。）、以上のような要因などにより、実際に退院請求等に至ることがない場合も多いと思われる。

加えて、審査会が、患者からの退院請求等を受理しないケースや審査会事務局担当者が事務職の場合、電話対応において入院患者の訴えを正確に理解できず、適切に退院請求等を受け付けられていない例もあり（甲B157・7～9頁，甲B168・2(8)）、審査会側の要因により退院請求等に至らないこともある。

実際に、以下の表のとおり、入院患者に占める退院請求件数は、平成8年時点でわずか0.2%程度であり、平成23年に至っても、0.7%にも達しておらず、以上で述べたとおり、退院請求が周知されていないことや、退院請求が受け付けられるまでに様々な障壁があることが裏付けられている。

年	①入院者数	②退院請求件数	③入院が不適當	④退院請求の割合 (②÷①)	⑤入院が不適當の割合 (③÷①)
平成8年 (甲B85)	約36万人	862件	43件	0.24%	4.99%
平成23年 (甲B87)	約34万人	2,312件	72件	0.68%	3.11%

以上のとおり、患者が退院請求等の制度の存在を認識していなかったり、退院請求等を利用するためにハードルがあったりするため、退院請求等は入院患

者の憲法上保障された自由を保護するものとして十分に機能していない。

オ 退院請求等が行われても、審査に至らない例があること等

審査会の審査速度が遅く、患者が請求を諦めてしまうなど（甲B168・2(8)）、上記エのようにただでさえハードルの高い退院請求等が受理されたとしても、審査に至らない例がある。現行の審査会制度が患者の権利擁護の観点から根本的な改革が必要であるとする日本精神神経学会も、審査会の審査速度を問題視しており、請求から2週間以内に審査会を開催できるようにすべきことを提案している（甲B159・2～3頁，甲B160・3頁）。

加えて、日程調整の都合で病院を訪問して患者と面接するまでに日時を要することもあり（甲B157・7～9頁）、仮に退院が命じられることとなったとしても、入院が不要な患者の入院を不当に長期間継続することとなり、退院請求が患者の自由を実効的に確保するものとはなっていない。

カ 退院請求等の審査が適正に行われていないこと

退院請求の審査結果のうち、入院が不相当とされた例は稀であり、具体的には上記エの表のとおり、請求件数のうち3～4%程度であり、退院できる患者についても、退院が相当との審査結果とはなることはほとんどないと考えられる。実際に、身体的、心理的虐待等が疑われる事例が放置されていることもある（甲B157・7～9頁，甲B168・2(8)）。

このような審査結果の背景には、上記イで述べた審査会の中立性への疑義のほか、審査の基準が不明確であることも挙げられる（甲B168・2(8)）。医療保護入院の判断基準は医学的にもばらつきがあり、基準がないため審査も困難である他、国はマニュアルを定めているものの、手続的なものに過ぎず、審査のあり方や目的等を何ら定めていない結果、審査がなおさら困難となっている（甲B157・7～9頁）。その結果、現地意見聴取後、退院させるべきとの結論がまとまりそうな時に、医療委員から「もし当該患者が何か問題や事故を起こしたら審査会が責任を問われるのではないか」との意見が出され、振出しに戻る例などもあり、入院患者の自由を保障する観点とは異なる不相当な理由を考慮して審査会本来の役割が果たされていない（同）。

加えて、入院患者に代理人がないことや、審査会（都道府県知事）の決定に対する不服申立てができる上級の判断機関がないことから、適正な審査が保証されているとはいえない（甲B157・7～9頁，甲B168・2(8)）。現行の審査会制度が患者の権利擁護の観点から根本的な改革が必要であるとす

る日本精神神経学会も、審査会の決定に対する不服申立てができないことを問題視しており、審査会の決定に対する不服申立ての審査や審査会の審査状況の調査・研究を行う上級機関を設けることを提案している（甲B159・2～3頁，甲B160・3頁）。

韓国の憲法裁判所は、保護入院及び入院期間の延長の違法・不当性を審査する退院請求と同様の制度について、とりわけ、既に保護入院している状態で、事後的に入院の必要性等を審査することとなり、結局は最初に入院の必要性があると認定した専門医の判断に相当依存する他ない点を挙げ、入院の違法・不当性を十分に審査できず、実効的な救済が図れていないことを指摘している（甲B162の2・9～10頁）。日本の退院請求は、入院自体の違法性を審査するものではなく、入院以降の病状の変化による入院継続の可否を審査するものとして運用されているが、退院請求をしても、仮に退院となることはなく、入院自体は継続されること、上記のとおり入院が不相当とされた例は稀であり、入院継続が妥当と考える主治医の判断が実際には相当程度尊重されていることからすると、韓国の憲法裁判所の指摘は、日本の退院請求にも妥当し、退院請求は、入院継続の違法性や不当性を実効的に審査するものとはなっていないといえる。

さらに、処遇改善請求については、隔離・身体拘束中は審査会に電話できないことから、隔離や身体拘束が審査会の審査対象として現れることは少ない（甲B157・8～11頁）。また、処遇改善請求の「処遇」は、本来、閉鎖処遇、隔離、身体拘束、外出・外泊制限、プライバシー侵害、その他患者の人権を制約する病院独自のルールなど広く及ぶはずであるが、審査会によっては、「処遇」の範囲外として扱わない場合もある（甲B157・7～9頁）。

したがって、退院請求等の審査が適正に行われているか疑義があり、少なくとも、退院請求等の審査は入院患者の憲法上保障された自由を実現するものとなっていない。

#### キ 小 括

以上のとおり、被告が主張する審査会による入院届及び定期病状報告の審査並びに退院請求などの仕組みは、入院患者の憲法上保障された自由を保護するものとして機能しておらず、被告の主張には理由がない。

#### (2) 家族の同意が患者の人権擁護とならないこと

被告は、医療保護入院制度が国民に憲法上保障された権利を違法に侵害するこ

とが明白とはいえないことの他の理由として、家族等の同意が必要とされていることを挙げているようである（被告の令和3年9月27日付準備書面(3)9, 11～12頁）。

しかし、家族の都合で入院させられる例は少なくなく、夫婦間の関係が悪化した際に夫が同意者となって妻を入院させたり、本人を入院させて、本人を相続に関与させないようにしたりするなど（甲B167・3頁, 甲B168・2(3)）、家族等の同意を要件とすることは本人に対する権利擁護にならないばかりか、かえって本人に対する重大な人権侵害となる場合がある（令和3年11月29日付原告準備書面2・25～26頁等）。精神科医等の専門家も、患者の権利擁護やセーフガードの観点からは、患者と利害が対立し得る家族では不相当と意見している（甲B157・10頁, 甲B163・6頁）。

加えて、日本の医療保護入院と同様の入院形態（保護入院）を定める韓国においては、憲法裁判所が保護入院を憲法に合致しないとの結論を導く理由の一つとして、保護義務者の同意という要件が、保護義務者が本人の入院を決定するにあたり、本人のために利益となる方向で判断するであろうという善意に基礎を置くものに過ぎず、保護義務者の中には、本人の財産を奪取するなどの不当な目的で保護入院制度を悪用する人も現れ得るにもかかわらず、法律上、このような本人の利益を阻害する保護入院を防止することができる制度となっていないことを挙げている（甲B162の2・7頁）。また、憲法裁判所は、韓国の法律上、日本法と同様、本人を相手方とした訴訟をしている者（あるいは訴訟をしたことのある者）は保護義務者となることができないという欠格事由はあるものの、本人と保護義務者の利害対立は常に訴訟に発展するとは限らないため、この欠格事由は本人の利益を損なう保護入院を防止するものではないとも指摘している（同・7～8頁）。これらの指摘は日本の医療保護入院にも等しく妥当するものである。

以上のとおり、家族等の同意を要件とすることは本人に対する権利擁護にならないばかりか、かえって本人に対する重大な人権侵害となる場合がある。したがって、家族等の同意が必要とされていることは、医療保護入院が違憲であることを基礎付けることにはなっても、被告の主張するように、国民に憲法上保障された権利を違法に侵害することが明白とはいえないことの理由とはならない。

### (3) 精神保健指定医による判断

被告は、入院の必要性の判断を指定医が行うことなど、身体的自由等を過度に制約することがないように手当てされていることから、医療保護入院制度は合憲

であると主張しているようである（被告の令和3年9月27日付準備書面(3)9, 11～12頁）。

しかし、指定医に対する教育・訓練などは、患者の人権を守るための必要条件に過ぎず、十分条件ではないことは、精神科病棟における人権侵害事件からも示されている（甲B153・1～2頁）。指定医は、勤務している病院の空床状況や家族の訴えだけに耳を傾けている例が多く、安易に医療保護入院の決定がなされている（甲B157・9～10頁）。

韓国の憲法裁判所も、日本の医療保護入院と類似の保護入院が憲法に合致しないと判示するに当たり、専門医（日本では指定医）が診断をする必要性は認めつつも、①精神疾患の原因は多様でありよく分からない上に、遺伝的・環境的要因が重なっていることもあり、身体疾患と異なり、症状が明確に出ず、これを判断することは容易ではないことや、②精神疾患者はその専門医（日本では指定医）が所属する医療機関に保護入院させられる実態があり、専門医が自身の経済的利益のために診断権限を濫用することを防止する仕組みが現行法に存在しないことを指摘している（甲B162の2・8頁）。日本でも、指定医が所属する医療機関への医療保護入院を判断することがほとんどである（上記）、これらの指摘は、日本の医療保護入院にも妥当する。

さらに、韓国の憲法裁判所は、このように専門医（指定医）が診断権限を濫用するおそれがあることが、保護義務者が本人の利益を犠牲にして同意をするおそれ（上記(2)）と相まって、保護入院制度が濫用される危険性はさらに大きくなり、たとえば、保護義務者が精神疾患者の利益ではない自身の利益のために保護入院に同意し、自らの経済的利益のためにこれを容認した専門医が入院の必要性等があると診断することになれば、本来、入院の必要性のない精神疾患患者、さらには精神疾患者ではない者も、入院させることができってしまうこと、このような現象は実際にもしばしば発生しており、社会問題になったことも指摘している（甲B162の2・8頁）。このような指摘は、日本の医療保護入院にも当てはまる。

したがって、指定医による入院の必要性の判断は、身体的自由等に対する過度な制約を抑止するものとなっていない。

#### (4) 行動制限に関する基準

被告は、入院中の行動制限や処遇について基準が定められており、身体的自由等を過度に制約することがないように手当てされていることから、医療保護入院制度は合憲であると主張しているようである（被告の令和3年9月27日付準備

書面(3)9～10, 11頁)。

しかし、強制入院中の更なる身体の自由に対する制約(行動制限)がいかにかに正当化されようと、強制入院による人権侵害性の問題がなくなるものではない。強制入院自体が身体を侵害する行為であり、被告の主張は論点をすり替えるものである。

仮に行動制限を問題とするとしても、入院中の行動制限や処遇についての基準は、患者の権利侵害を抑止するものとはなっていない(甲B153・1～2頁)。たとえば、行動制限や処遇についての基準があっても、隔離や身体的拘束の最小化への取組は不十分であり、行動制限の要件を満たしていない場合でも行動制限が行われている例や、本来、例外的であり、かつ個別に判断される行動制限を一律に行っている病院もある(甲B157・10頁, 甲B163・5頁, 甲B168・2(6))。また、行動制限の要件があいまいであり、長期の行動制限となりやすい(甲B168・2(6))。

以上のとおり、行動制限を問題とするとしても、入院中の行動制限や処遇についての基準は、患者の権利侵害を抑止するものとはなっておらず、いずれにしても被告の主張は理由を欠く。

### 第3 精神科特例の違憲性

#### 1 原告の主張の概要

精神疾患の発症や症状の悪化をもたらすストレス等心理的要因に対処し、治療するとともに、社会復帰を図るため、精神科の入院治療のためには十分な数の医療従事者が必要であるのに、医師及び看護師の数を一般病院のそれぞれ3分の1及び3分の2で良いとする精神科特例は、精神障害者が安全かつ適切な治療を受ける権利や平等権等を侵害するもので、違憲である(令和3年6月22日付原告準備書面1・44頁等)。

#### 2 精神科において一般医療以上に医療従事者が必要であること

まず、精神疾患の特性として病状の変化が少ないというわけではなく、精神療法的関わりのために患者と個別面談を行い、一般医療以上に患者の話を十分に聞くことが必要であるなど心理社会的なケアのため一般医療以上にスタッフが必要である(甲B154・8頁, 甲B156・11頁, 32～33頁, 甲B168・3(1))。このように精神科において一般医療以上にスタッフが必要であることは、慢性期の患者についても同様である(甲B168・3(1))。実際に、大学病院や総合病院等



で一般医療並みの職員が配置されている場合、治療効果も高く、平均在院日数も短い（甲B156・11～12頁）。

加えて、作業療法士、ソーシャルワーカー、臨床心理士など、医師、看護師及び薬剤師以外の職種の関与が治療環境の改善や精神科医療の質の向上につながるにもかかわらず、法的にこれらの職種の位置づけが不十分であり、このような状況のもとでは、医師や看護師の数は治療にとって重要である（甲B158・15頁）。

### 3 精神科特例が患者の治療に悪影響を及ぼしていること

以上のように本来一般医療以上に医療従事者が必要であるにもかかわらず、医師や看護師の数を一般医療よりも大幅に少なくても良いとする精神科特例の存在は、人手不足から患者に対する不要な行動制限や放置など人権侵害を誘発するとともに、患者と接する時間を失わせて本人の思いを大切にする治療を困難としている（甲B153・2～3頁，甲B168・3(1)）。

また、精神科特例は、退院へのアプローチに影響し、適切な働きかけがあれば在宅生活に移行できるはずの患者を漫然と長期間入院させることにつながる（甲B156・11～12頁，32～33頁，甲B163・3頁，甲B167・2頁，甲B168・3(1)）。たとえば、職員不足は、集団管理の強化と閉鎖管理の必要性を高めるとともに、精神療法や精神科リハビリテーション等の社会生活を目指すプログラムの貧弱化をもたらし、その結果として、患者の施設症を促進するなど患者の地域生活能力を奪い、早期の退院を困難としている（甲B156・32～33頁，甲B157・12頁）。

さらに、医療従事者の不足は、退院後の予後にも悪影響を及ぼす（甲B168・3(1)）。

以上のように、精神科特例は、精神障害者が安全かつ適切な治療を受ける権利や平等権等を侵害し、その結果、原告のように退院できる患者に対して不要な入院を継続させる結果となる。

### 4 被告の主張に対する反論

被告は、精神科特例が、精神疾患の多くが慢性、あるいは、病状の急変が少ないという特質を踏まえ、暫定的な運用として特例を示したものであり、個々の患者の入退院の時期を左右するものではないと主張しているようである（被告の令和4年11月14日付準備書面(5)13頁）。

しかし、本来、入院が必要な患者の精神疾患の特質として慢性または病状の急変が少ないとはいえず、被告の主張する精神科特例の立法事実は根拠に欠ける（甲B

154・8頁，甲B166・3頁，甲B168・3(1))。むしろ、被告が主張するような急変が少なく慢性化して落ち着いている患者は本来退院して地域で暮らせるにもかかわらず、そのような者まで過剰に入院させていたからこそ、多くの患者が社会的入院を強いられていたのであり、このように本来退院できる精神障害者が不要な入院を強いられていたのは、精神科特例による看護師等の不足が一因となっている（上記3，甲B167・1～2頁）。

したがって、被告の主張には理由がなく、精神科特例は、精神障害者が安全かつ適切な治療を受ける権利や平等権等を侵害するもので、違憲である。

#### 第4 地域医療中心の政策への転換義務違反

##### 1 原告の主張の概要

国が推進してきた精神障害者の精神科病院への隔離収容は、精神障害者の身体的自由や地域で生きる権利という人間としての尊厳を剥奪するものであり、国は、入院医療の必要のない精神障害者が入院を強いられることのないよう、入院（隔離収容）を中心とした政策から地域医療を中心とした政策に転換する義務があった。具体的には、国には、

- (1) 社会復帰施設整備義務：社会復帰を目指した医学的指導や生活訓練・職能訓練の場ないし制度を整備する義務
- (2) 地域医療充実義務：精神障害者が地域で暮らしながら医療を受けるために、精神科診療所や総合病院内の精神科設置に向けた医療機関への誘導策を設け、外来診療を受けやすくするために診療報酬も他科と同等又はそれ以上のものにする、通院補助を行う、アフターケアをするソーシャルワーカーや保健師に対する精神医学の訓練を行うなどの義務

があったが、国はこれらの義務を怠った（令和3年6月22日付原告準備書面1・51～56頁等）。

##### 2 国が社会復帰施設整備義務を怠ったこと（上記1(1)関連）

###### (1) 社会復帰施設整備義務があること

1968年のクラーク勧告や2000年のアメリカ合衆国ウィスコンシン州マディソンのデイビッド・ルコント教授のレポートにて、入院医療を中心とした精神医療の問題と、地域精神保健医療へ移行すべきことが指摘されており、入院させやすくする法制度を作った国には、条理上、地域精神保健医療を中心とした社会復帰施設の整備を進めるべき義務が発生していた（甲B154・5頁）。

たとえば、1969年の日本精神神経学会金沢総会では、精神科の人体実験やロボトミーに対する批判、精神科病院の開放化運動が取り上げられ、メディアでも報道されて、人権問題への関心は高まっていたため、国は、入院している精神障害者の人権を考えるならば、病院ではなく地域で社会生活を送るための地域精神保健医療を中心とした施策に転換するべきであった（甲B154・9頁）。同様に、施設症の問題（上記第1の2(4)）が1950～60年代に論文となって指摘されており、欧米の研究では、施設の中でリハビリテーション（以下「リハビリ」という。）する群よりも、地域で支援を受けてリハビリをする群の方が、予後が良好であることが、1980年代ころから多くの論文で報告されていたため、国も、施設症の問題を認識し、地域精神保健医療を中心とした施策に関する知見を得ていたはずである（甲B154・8～9頁）。

さらに、2006年に精神保健福祉対策本部から「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が公表され、「入院医療中心から地域精神医療中心」への転換が明らかにされるとともに（甲B156・26～27頁）、2009年には、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の報告書（「精神保健医療福祉の更なる改革にむけて」）において、精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分であることや、依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在しており、これは入院医療中心の施策の結果であることを行政を含め関係者が反省すべきことが指摘され、入院医療中心から地域生活中心へという基本理念の推進が提案された（甲B156・27～28頁）。以上のような状況のもと、国は、入院医療の必要のない精神障害者が速やかに退院できるようにするため、クラーク勧告で示されたとおり、地域での日常生活・社会生活の実現を目指した医学的指導及び生活訓練・職能訓練のための施設や仕組みを整備する義務があった（上記1(1)）。このような仕組みとしては、たとえば、精神障害者に対する医療・福祉による日常生活及び社会生活の支援（甲B153・3～4頁、甲B154・2頁、甲B158・17～18頁）、作業所などの就労の支援（甲B155・5～6、8～9頁、甲B158・17～18頁）、地域生活の基盤をなすグループホーム、公営住宅などの住居の確保（甲B153・3～4頁、甲B158・17～18頁、24～26頁、42頁、44頁）などが挙げられる。

## (2) 社会復帰施設整備義務を怠ったこと

### ア 概要

それにもかかわらず、国は、特にクラーク勧告で示された社会復帰を目指し

た施設や仕組みについて、根本的な点で現在に至るまで未対応のままである（甲B156・20頁）。

実際に、国は、入院医療に多くの財源を割き、地域福祉や外来デイケアなどにはわずかな財源しか配分していない（甲B154・4頁，甲B158・14頁）。たとえば、2005年度の資料（「国民医療費」と「国庫補助額からの推計値」）によると、精神医療（1兆8863億円）と精神保健福祉（501億）の財源の比率は97：3であり、精神医療のうち、入院（1兆4039億円）と外来（4824億円）の比率は14：5である（甲B154・6頁）。このことから、精神障害者が、地域での日常生活・社会生活の実現のために必要な医学的指導や外来治療等を受ける機会が極めて限定的であったといえる。

また、国が、今もなお厚生労働省内において精神医療を一般医療同様の局に担当させず、社会・援護局障害福祉部に担当させているのは、精神疾患対策の基本が疾患対策ではなく治安・保護対策を基本としてきたためと考えざるを得ず、国は、クラーク勧告にて勧告された独立した担当部局の設置、財源確保及び専門職配置も未だに行っていない（甲B156・26頁）。

このように、国は、特にクラーク勧告で示された社会復帰を目指した施設や仕組みを整備することを怠ってきた。

#### イ 国が精神障害者の住居や作業所の整備を怠ってきたこと

国は、精神障害者の地域生活の基盤をなす住居の整備や、職能訓練の場の整備も怠ってきた。

まず、たとえば、共同作業所や福祉ホームについては、国は率先して整備を進めておらず、民間団体や自治体の自主的な取り組みにより国の無策が補完されていたにすぎない（甲B155・7，10頁）。国が精神障害者小規模作業所運営助成事業（共同作業所への補助金）の交付を開始したのは1987年になってからであり、交付金額（1箇所当たり年間80万円）及び交付対象（全小規模作業所の5分の1）はいずれも不十分・限定的であり、精神障害者を対象とした共同住宅についても、1985年の調査で、全国に95か所しかなく、行政から補助金を受けているのは、18か所に過ぎなかった（同）。

大阪府の精神保健福祉審議会が平成11年の答申書で公表した精神障害者のニーズ調査によると、入院者や家族からの独立を希望する者は、グループホームの利用を希望する者が多く、地域で暮らしている者の8割が賃貸住宅を利用しており、そのほとんどが生活保護受給者である（甲B158・24～26

頁)。これを受け、同答申書では、賃貸住宅の契約時の保証金や保証人を確保しにくい問題や住みたい場所に住まいが見つけれない問題が指摘されており、公営住宅の活用も検討すべきと指摘されている（甲B158・24～26頁、42頁）。これらの調査結果等から、グループホームや公営住宅が、入居を希望する精神障害者の数と比較して十分に整備されておらず、賃貸住宅を活用するための障害を解消するための施策も不十分であるといえる。

また、国が策定したグループホームの制度は、制度設計が不十分だったために、かえって、通過型施設に長期間滞留したり、生活訓練が必要な人が長期入院者として病院に残存したりする結果となった（甲B168・2(4)）。

#### ウ 国が精神障害者への生活支援の整備を怠ったこと

さらに、国は、精神障害者の日常生活や社会生活に対する各種の支援体制の構築も怠ってきた。

まず、精神障害者が地域で安心して暮らすためには、夜間・休日を含め精神医療や各種相談先が身近なところで気軽に利用できる必要があるが、国は、気軽に通える範囲での医療機関が十分に存在せず、往診や相談に即時に対応できるきめ細かい支援の仕組みが整備されていないなどの状況を放置し、地域での日常生活や社会生活に対する支援体制の整備を不十分に行ってこなかった（甲B158・27～28頁）。加えて、国は、自分の生活圏にどのような医療施設があるか、医療スタッフの配置状況、医療サービスの内容等、地域の医療機関に関する情報を提供するための施策も十分に行ってこなかった（甲B158・27頁）。

また、精神障害者が社会生活を送るために服薬などの治療を継続しながらリハビリを行う必要があるという精神障害の特質から、地域で精神障害者が社会生活を送れるように支援を行うに当たっては、医療と福祉が有機的に連携する必要がある、そのため、各機関の緊密なネットワークの構築や、サービスの利用調整と継続的支援を行うケアマネジメント機能の確立を図る必要がある（甲B154・2頁、甲B158・44～45頁）。しかし、国は、このような医療と福祉の有機的な連携を図るなどの施策を行っておらず、結果として、精神障害者が地域でリハビリをし、社会生活を送るための有効な支援が不足してきた（同）。たとえば、精神障害者の社会生活を支援し得る訪問看護は、現状の制度上、診療報酬の対象となる訪問形態が限定的であり、実態としても、精神

障害者の生活を支援するものとはなっていないにもかかわらず、国はこれを放置し、制度の改変を怠ってきた（甲B154・5～6頁）。

#### エ 小 括

以上のとおり、国は、精神障害者の社会復帰を目指した医学的指導や生活訓練・職能訓練の場ないし制度を整備する義務を怠った。

### 3 国が地域医療充実義務を怠ったこと（上記1(2)関連）

#### (1) 地域医療充実義務があること

精神障害者の退院後のアフターケアを行うためには、国は、入院精神医療を多くの民間の病院に委ねてきたという先行行為があることから、条理上、入院中心の医療を地域医療重視に転換させるためには、民間病院に対し、地域での医療やリハビリに対するインセンティブを付与する必要がある（甲B154・4～5頁）。

また、精神障害者へのアフターケアを行い、地域での社会生活を支えるためには、上記2(2)ウで述べたとおり、夜間・休日を含め精神医療や各種相談先が身近なところで気軽に利用できる必要があり（甲B158・27～28頁）、実際に、夜中でも不安を聞くなどいつでもつながっている安心感を与える支援が有益である（甲B155・5～6，8～9頁）。そして、専門性の高い精神科ソーシャルワーカーが必要であり、精神科デイケアなどにも配置することで日常生活上の援助や相談を行うことが可能となる（甲B153・3～4頁，甲B158・35頁）。

以上から、精神障害者が地域で暮らしながら医療を受けるために、国は、精神科診療所や総合病院内の精神科設置に向けた医療機関への誘導策を設け、外来診療を受けやすくするために診療報酬も他科と同等又はそれ以上のものにする、通院補助を行う、アフターケアをするソーシャルワーカーや保健師に対する精神医学の訓練を行うなどの義務があった（上記1(2)）。

#### (2) 地域医療充実義務を怠ったこと

##### ア 国が地域医療の促進を怠ったこと

国は、上記(1)のとおり、医療機関への誘導策を設け、外来診療を受けやすくする施策を行うどころか、精神科医療を一般医療と同様に市町村単位の第一次医療圏での医療と位置付けず、都道府県単位の第三次医療圏での医療と位置付けてきたため、都道府県内で病院設置の地域格差が生じ、病院が住民の生活圏

から遠い地域に存在するなど、精神科医療は住民にとって身近な医療とはならなかった（甲B156・16頁）。

また、精神科診療所は、医療計画に基づくものではなく限界があり、量だけでなく質にも問題がある（甲B156・17頁，甲B167・3～4頁）。

さらに、上記(1)のとおり、精神障害者のアフターケアを行う観点から、国は民間病院に対し地域でのリハビリ等に対するインセンティブを付与する必要があるが、国は、これを怠り、地域医療の充実による精神障害者のアフターケアのための施策を進めてこなかった（甲B154・4～5頁）。

このように、国は精神科病院入院中心の政策や制度を維持し続けており、地域医療の充実のために必要な施策を行うことを怠ってきた（甲B156・5～6頁）。

イ 国がソーシャルワーカー等を配置して身近な精神保健福祉体制を整備するための施策を怠ったこと

上記(1)のとおり、精神障害者に安心感を与え、その地域生活を支える夜間・休日を含めた身近な相談先や、専門性の高い精神科ソーシャルワーカーの精神科デイケア等への配置が必要であるが、国は、これらの支援体制の整備を十分に行ってきていない（甲B153・3～4頁，甲B155・5～6，8～9頁，甲B158・27～28頁，35頁）。

ウ 小 括

以上のとおり、国は、精神障害者が地域で暮らしながら医療を受けるために必要な地域医療や支援体制等を整備する義務を怠った。

#### 4 被告の主張に対する反論

##### (1) 被告の主張

被告は、以下のとおり、地域医療や社会復帰施策を推進したと主張している（被告の令和3年9月27日付準備書面(3)23～24頁）。

ア 保健所を地域における精神保健行政の第一線機関として位置付けた

イ 各都道府県の精神保健に関する技術的中核として、精神衛生センターを設けた

ウ 通院医療費の2分の1を公費負担する制度を新設した

エ 1975年（昭和50年）に「精神障害回復者社会復帰施設」及び「デイ・ケア施設」の運営要領を、1980年（昭和55年）に「精神衛生社会生活適

応施設」の運営要領をそれぞれ示し、社会復帰施設の整備を進めた

- オ 1974年（昭和49年）に作業療法、デイ・ケアを点数化し、1982年（昭和57年）より「通院患者リハビリテーション事業」を実施し、1975年度（昭和50年度）には、保健所において「精神障害者社会復帰相談指導事業」を開始した
  - カ 1986年（昭和61年）には、集団精神療法、ナイト・ケア、訪問看護・指導料等の点数化を実現させ、1987年度（昭和62年度）からは社会復帰施設及び小規模作業所に対する補助を予算化した
  - キ 1977年（昭和52年）制定の精神保健法に、精神障害者社会復帰施設に関する規定を設け、社会復帰対策の予算額を1987年度（昭和62年度）の約6億円から1994年度（平成6年度）の約35億円に増額した
  - ク 1995年（平成7年）に精神保健法を精神保健福祉法に改正し、精神障害者福祉手帳制度や、社会復帰施設（生活訓練施設、授産施設、福祉ホーム、福祉工場）などに関する規定を設け、併せて、「精神保健センター運営要領」及び「保健所における精神保健業務運営要領」を全面改正し、社会復帰施設に関する技術的援助や利用調整などを精神保健福祉センター及び保健所の業務として位置付けた
  - ケ 同年に「障害者プラン～ノーマライゼーション七か年戦略～」の策定を受け、厚生省の精神保健福祉関係予算を同年度の87億円から翌年度の127億円に増額した
- (2) 上記(1)の施策が精神障害者の社会復帰に効果的でなかったこと

ア 概要

しかし、被告は、国の政策が精神障害者の社会復帰にどの程度効果があったかについては何ら主張立証しておらず、また、国の政策は実際に精神障害者の社会復帰に有効なものではなかった（甲B153・4頁，甲B155・11頁）。特に、2005年度においても、精神医療と精神保健福祉の財源の比率は97：3、入院医療と外来医療の比率は14：5であり、財源の面だけからしても、外来医療・地域保健福祉への転換がなされていなかったといえる（上記2(2)ア）。

したがって、被告が主張する上記(1)の社会復帰政策は、精神障害者の社会復帰に有効なものではなく、成果も乏しかった。

イ 被告が主張する精神保健福祉センターや保健所が精神障害者の社会復帰のた



めに有効に機能しなかったこと

まず、被告が主張する精神保健福祉センターや保健所は、精神障害者の社会復帰に向けたリハビリ中の治療継続や医療と福祉の連携を図る点で不十分であり、ひいては、精神障害者が社会生活を送るための有効な機関として機能してこなかった（甲B154・4頁）。

保健所については、精神障害者への支援は保健所の他の業務に付け足された程度であり、自主的な取り組みに委ねられ、17時以降はほとんど機能していなかった（甲B155・8頁）。上記3(1)のとおり、夜間や休日を含めて気軽に相談できる体制を整えることが精神障害者の社会生活のために重要であるため、このような保健所の実態からすると、保健所が、精神障害者の社会復帰が実効的に支援することは困難である。

また、保健所は、入院のあっせんも担当することから、強制入院対応業務という精神障害者にとっては二律背反な立場を持ち続けており、必ずしも精神障害者が気軽に相談や支援を求められる機関とはいえ、むしろ地域の患者を管理しているとの批判を受けることがあり、精神障害者の社会生活を実効的に支えられるものではなかった（甲B156・21頁）。

さらに、1990年代以降、保健所が全国的に再編され、保健所の数と人員が削減され、精神保健サービス機関として、精神障害者やその家族が相談できる体制は大幅に縮小した（甲B156・21頁，甲B163・3～4頁）。その結果、保健所は、訪問支援や受診勧奨など本人との信頼関係づくり等もできなくなり、再編前はできていた退院促進事業もほとんど実施できなくなり、結局は強制入院の窓口としての役割だけが存続しており、地域精神保健医療を支えるのではなく、入院中心医療を支える機関となった（甲B156・21頁）。

ウ 被告が主張する社会復帰施設やデイケアが精神障害者の社会復帰のために有効な施策ではなかったこと

第1に、被告が主張する精神障害回復者社会復帰施設、デイケア施設及び、精神衛生社会生活適用施設は、当時、全国に数えるほどしかなく、また、通所できる者が対象者であったため、通所できない精神障害者は利用できず、その結果、精神障害者の社会復帰の観点で実効性がなかった（甲B154・6～7頁，甲B155・8頁，甲B158・49～50頁）。

被告が主張する社会復帰施設の整備・補助（上記(1)エ、カ）、デイ・ケアなどの点数化（上記(1)オ、カ）などの施策のいずれも、福祉と医療との有機

的な連携を図り、精神障害者の社会生活を実効的に支援するのには不十分であった（甲B154・6～7頁）。第2に、被告が主張するデイケアについては、週に1回または月に2回程度、安否の確認をする程度であり、生活リズムを整えたり、仲間との交流を図ったりするなど、精神障害者の社会参加の観点からは有効性はなかった（甲B155・7～8頁）。また、医療機関や保健所のデイケアは精神障害者に病院に通っている感覚を与えるもので、社会とつながっている感覚を与えないなど、デイケアを含めた国が指摘する施設は、数量や通所日の不十分さのほかに、医療を中心とした政策を補完するものにすぎず、精神障害者の社会生活や地域とのつながりを支えるものではなく、その社会復帰に有効なものとはいえなかった（甲B155・8～9頁）。

第3に、被告が主張する精神保健法施行時に設けられた社会復帰施設（援護寮・授産施設・福祉ホーム）は、当初、施設整備費の一部設置者負担がある制度で、負担能力のある精神科病院が整備することが多くあり、「精神科病院の奥座敷化」、「抱え込み強化」と揶揄されていた（甲B156・24～25頁）。そのような施設には、病院職員が異動して職員となっており、精神科病院のルールが持ち込まれ、白衣を着て勤務していた職員がいたり、職員と入所者の関係性が対等ではなく、病院同様に規則によって生活が管理されたり、上げ膳据え膳の生活となってしまう、本人の依存を強化して自立が阻害されることすらあった（甲B156・24～25頁，甲B167・3頁）。結局は病院の入院処遇と同様な状況になっていたところもあり、援護寮に退院した精神障害者が（援護寮から）「退院」したいと言ったとのエピソードが全国各地にあったほどである（甲B156・24～25頁）。

また、社会復帰施設などによって退院が促進され病床利用率低下を目指せると期待されていたが、その後5年間に5千床以上の増床が見られ、入院者の減少にはつながらず、社会的入院者・長期入院者は精神科病院や病院と同一の経営主体の社会復帰施設の安定経営のために入院・入所させられ続ける結果ともなった（甲B156・24～25頁）。実際に、北海道帯広・十勝にも、20名定員の援護寮があったが、利用は低調であった（甲B156・24～25頁）。

授産施設についても、地域住民の反対運動などもあり、平成11年時点でも、整備はあまり進んでいなかった（甲B158・34～35頁）。

エ 小 括

以上のとおり、被告が主張する上記(1)の社会復帰政策は、精神障害者の社会復帰に有効なものではなく、成果も乏しかった。したがって、被告の主張を踏まえても、上記2及び3のとおり、国は、入院（隔離収容）を中心とした政策から地域医療を中心とした政策に転換する義務を怠ったといえる。

## 5 小 括

国は、遅くとも1987年の法改正時には、精神病床の削減や地域生活のための施策の充実の必要性を認識していたにもかかわらず、その後も遅々として進まず、むしろ精神病床は1993年まで増え続け(原告準備書面4別紙参照)、今もなお課題は山積みな状態である(甲B157・13頁)。精神科病院の病床数を削減し、同時に、地域精神保健医療へ移行するための具体的な案やタイムテーブルを策定し、検討することを行わない限り、地域保健医療中心の制度は実現できないにもかかわらず、国は、現在まで、部分ごとの施策を出すことによりかなりの労力を費やしているだけであり、これではクラーク勧告などを踏まえた政策転換を行うことはできない(甲B156・30頁)。

## 第5 精神科病院に対する指導監督義務違反

### 1 原告の主張の概要

国は、経営を重視せざるを得ない民間精神科病院を乱立させ、強制入院権限を与え、少ない医療従事者で良しとする政策を実施した(先行行為)のであるから、原告のように不必要な入院が長期化せず、適正な医療が提供されるよう指導監督する義務があった。具体的には、被告には、

#### (1) 適正な医療の実施指導義務

ア 入院患者が適切な時期に退院して不要な入院が継続しないよう、入院医療が適切に行われているか指導・監督する義務

イ 定員（許可病床数）を超えた患者の過剰収容や人員配置基準を下回る医療従事者の不足がないよう監督し、これらがある場合には是正する義務

#### (2) 適正な医療水準を確保するための制度構築義務

ア 民間病院が適正な医療従事者の数を確保できるよう、精神科特例を廃止し、診療報酬を改定するなどの義務

イ 厚生省による指導監督にとどまらない、より厳格な監査制度を設ける義務があったにもかかわらず、これらを怠った(令和3年6月22日付原告準備書面1・51～56頁等)。

## 2 国に適正な医療が提供されるよう指導監督する義務があったこと

国が、上記第1の2で述べたとおり、精神障害者を隔離収容目的で多くの民間病院に入院させ、精神科特例のもと治療よりも隔離や収容を継続させる政策を推進した結果、精神障害者は、精神科病院の中にしか生活の場を確保できず、本来不要な入院が強いられる社会的入院の問題が生じることとなった（甲B158・13頁）。そして、国が隔離収容目的での入院を多くの民間病院に委ね、患者を多く退院させると病院経営が悪化するような診療報酬体系を設けたため、国が隔離収容目的の入院を解消させるためには、診療報酬体系を変えるなど民間病院にインセンティブを付与しなければならなかった（甲B154・4～5頁，甲B166・5頁，6頁）。

このような国の先行行為とその結果にも鑑みると、国は、上記1で述べたように適正な医療を実施するよう指導するとともに、適正な医療水準を確保するような制度を構築する義務があったといえる。

現に、専門家（精神科医）も、非自発的入院が一定期間を超える入院患者について、少なくとも1年に1度、第三者が実態を評価し、必要な改善措置を提案する監査制度が必要であると指摘している（甲B153・4頁）。また、日本精神神経学会も、現状の定期病状報告の審査が機能していないことから、医療保護入院については3か月程度の継続があった時点で、本人へ面接して入院継続の妥当性審査を行うことや、立ち入り調査では、書面の確認のみならず、日頃の処遇等について患者や職員から広範に聞き取るようにすることを提案している（甲B159・2～3頁，甲B160・3頁）。このような専門家等の指摘・提案からしても、国は、入院患者が適切な時期に退院して不要な入院が継続しないよう、入院医療が適切に行われているか指導・監督したり、厚生省による指導監督にとどまらない、より厳格な監査制度を設けたりするなどの義務があったといえる。

## 3 国が適正な医療が提供されるよう指導監督する義務を怠ってきたこと

しかし、国は、上記2の義務を怠ってきた。

まず、これまで行われてきた行政の精神科病院に対する指導監督は、形だけの監査しか行っておらず、実質的に不要な入院が継続されていることや、患者の過剰収容や医療従事者の不足などを発見し是正するものとはなっていなかった。

たとえば、行政による監査・指導は、事前に日時と重点項目が通知され、病院が準備を整えた後に行われるものであり、監査の対象も形式が整っているかであり、患者の意見を聞いたり状況を観察したりすることはない（甲B153・2頁，甲B168・2(8)）。病院が書類の改ざんをして不適切な事例を隠すこともある（甲B

168・2(8))。

また、都道府県は、病院に対し、精神障害者を入院させてもらっているという感覚があったり、病院との間になれ合いがあったりすることにより、監査において、例外的な事例を除き、指摘をすることはない(甲B154・8頁, 甲B168・2(8))。実際に、死亡退院率が高い病院や施設的な病院であっても、それだけでは自治体の指導の対象となっていない(甲B163・5頁)。

以上のように自治体による監査が実質的に機能していないにもかかわらず、国は、より厳格な監査制度を設けることなく放置しており、国が自ら入院医療が適切に行われているか指導・監督したり、患者の過剰収容や医療従事者の不足などがなくよう監督し、これらがある場合には是正したりすることもなかった。

また、国は、精神科特例をなお維持しており、診療報酬を改定するなどして、適正な医療水準を確保するための制度構築をすることもなかった。

以上から、国は、上記1で述べた適正な医療の実施指導義務や適正な医療水準を確保するための制度構築義務を果たしたとは到底いえない。

## 第6 入院治療の必要のない人に対する救済義務違反

### 1 原告の主張の概要

強制入院は患者の身体的自由や移動の自由を制限するものであるから、仮に強制入院制度が憲法に適合して設けられたとしても、目的達成のために必要な期間を経過したら、直ちに患者を退院させて自由な生活を送れるようにしなければならない。

しかし、国は強制入院制度を作って、経営を重視する民間精神病院に強制入院権限を委ねた結果、多数の精神障害者が、入院医療の必要がないにもかかわらず入院を強いられ、受入先を失い、あるいは地域の生活を支える制度が整備されていないために、不要な入院を強いられることとなった。

国は、このような先行行為に基づく条理上の義務として、入院が不要になった精神障害者に対して、その人生を救済すべく退院させる義務がある。具体的には、国は、

- (1) 法的規制を厳格に運用して、要件を充たさない強制入院を防ぐとともに、入院が不要な期間に亘り、あるいは、退院に向けた適正な医療が行われていない病院に対し指導・監督する義務
- (2) 入院の必要がないにもかかわらず入院している患者について、個別に積極的に調査し、退院に向けて介入する義務

(3) 入院の必要がないにもかかわらず入院している患者の社会復帰に向けた救済制度を設立する義務

を負っているにもかかわらず、これを怠った（令和3年6月22日付原告準備書面1・60～64頁等）。

2 国に入院が不要になった精神障害者の人生を救済し退院させる義務があること

まず、国は、上記第1の2(1)のとおり、経営を重視する民間病院に強制入院権限を委ね、治療目的ではなく、隔離収容目的での入院を推進したことで、入院治療が不要な精神障害者が入院を強いられることとなった（甲B156・5～6頁，甲B156・32～33頁，甲B157・12頁，甲B166・6頁）。

他方で、国が、上記第4のとおり、精神障害者の社会生活を支える地域精神医療を中心とする政策に転換することを怠った結果、適切な支援があれば地域での社会生活や治療が可能であり、むしろ、地域での他者との交流が病状の安定にもつながるにもかかわらず、精神障害者の地域での日常生活や社会生活を支える住まいや地域医療・福祉サービス等の支援が不足していたために、入院治療が不要な多くの精神障害者が入院を強いられ続けることとなった（甲B163・2～4，甲B166・5頁，甲B168・2(4)）。たとえば、1974年ころ、国立武蔵療養所（現国立精神・神経医療研究センター）では、症状が寛解し、退院可能であるにもかかわらず、地域生活を支える社会資源がないため、退院できない精神障害者が多数いた（甲B155・3頁）。

国連の障害者権利委員会も、令和4年の対日審査の結果、精神科病院に期限の定めなく精神障害者の入院を推進していることや、精神科病院に入院等している障害者の脱施設化や障害者の地域社会での自立した生活のための国家戦略及び法的枠組みがないことに懸念を表明し（甲B161・11頁・パラグラフ41(b), (d)）、国に対して、「地域社会における精神保健支援とともにあらゆる期限の定めのない入院を終わらせるため、精神科病院に入院している精神障害者の全ての事例を見直し、・・・自立した生活を促進すること」や、「・・・都道府県がその実施を確保する義務を含め、障害者の施設から他の者との平等を基礎とした地域社会での自立した生活への効果的な移行を目的として、・・・期限のある基準、人的・技術的資源及び財源を伴う法的枠組み及び国家戦略に着手すること」を「要請」した（甲B161・11～12頁・パラグラフ42(b), (d)）。同委員会は、このような「要請」について、他の多くの勧告とは異なり、特に早急な措置を講じるよう国に注意を喚起している（甲B161・18頁・パラグラフ71）。このように、上記のとおり、

精神障害者が不要な入院を強いられており、地域生活を支える支援が不足していることについて、国連も強い懸念を示し、国に対して早急な改善を強く求めている。

以上から、国は、精神障害者を隔離収容目的で入院させ、地域精神医療を中心とする政策に転換しなかった先行行為に基づく条理上の義務として、入院が不要になったにもかかわらず入院を強いられている精神障害者に対して、その人生を救済し退院させるため、上記1(1)～(3)のと通りの義務を負う。

### 3 国が入院が不要になった精神障害者を救済し退院させる義務を怠ったこと

しかし、国は、上記2で述べた国連からの指摘からも明らかなおおりに、入院が不要になった精神障害者を救済し、退院させる義務を未だに怠っている。たとえば、国は、法的規制を厳格に運用して、要件を充たさない強制入院を防ぐ仕組みや、入院が不要な期間に亘り、あるいは、適正な医療が行われていない病院に対し指導・監督する枠組みを何ら設けていない。また、国は、入院の必要がないにもかかわらず入院している患者の社会復帰に向けた救済制度を設立していないどころか、国連からも要請された個別の入院患者の調査にも着手していない。

国は、2003年度より都道府県で実施する退院促進支援事業を開始したが、退院促進支援事業の利用者は、最も多い2019年10月で647人、2022年4月は447人であり、実際に退院につながったかは不明である上、事業としては低調で、不要な入院を強いられている精神障害者を救済する制度になっているとはいえない（甲B156・28頁、甲B168・2(4)）。

不要な入院を強いられている精神障害者を救済し、地域生活を実現するためには、単に退院促進支援事業を設けるだけでなく、①地域移行者の目標値を決めること、②その人たちの地域生活基盤計画を立てること、③人材（看護師・精神保健福祉士・作業療法士・精神科医）の地域移行計画を立てること、具体的には、アウトリーチ診療チーム、訪問看護ステーション、地域精神保健センター等への人材再配置、既存の外来クリニックとの協働システムの構築等、④財源の地域移行を行うこと、具体的には医療報酬の地域診療体制への移行、市町村の保健福祉財源の活用等、入院後に地域で生活できるための基盤を整えることが必要であるが、国はこのような基盤を整える施策を十分に行ってこなかった（甲B156・29～30頁）。この点からも、退院促進支援事業は不要な入院を強いられる精神障害者を救済するものとして機能してこなかったといえる。

以上のとおり、国は、入院が不要になった精神障害者に対して、その人生を救済し退院させる上記1(1)～(3)の義務を怠ってきた。

## 第7 任意入院の違憲性

### 1 原告の主張の概要

任意入院は、実質的には強制入院を許容する制度であり、また、任意性を担保するための仕組みがなく、違憲である（令和3年11月29日付原告準備書面2・42～44頁等）。

### 2 任意入院が実質的には強制入院として用いられている実態があること

#### (1) 任意性が担保されていないこと

まず、診察時に任意入院に対する意思確認が行われたか、すなわち、任意入院が真に患者の任意の意思によるものであるか、検証が困難である実態がある（甲B157・7～8頁）。また、患者から任意入院の同意を取得するに当たって、患者に対する説明がなされていない例もある（甲B168・4）。このような実態からすると、任意性を担保するための仕組みが法律上、存在しないことも併せると、実質的には強制入院を許容する制度であり、違憲である。

実際に、任意入院の患者から退院請求がされると、自動的に医療保護入院に移行している例が多く（甲B157・7～8頁）、任意入院が実質的には強制入院として機能している実態がある。

#### (2) 任意入院と強制入院の区別が不適切であること

さらに、以下のような事実から、任意入院と医療保護入院などの強制入院の区別が適切になされているとは言えず、形式的に任意入院とされても実質的には強制入院として扱われている実態があるといえる。

ア 症状の重い患者が増えたわけではないにもかかわらず、任意入院の割合が1999年には約70%であったのに、2018年には約53%に減少していること（患者数としては10万人近く減少していること）（甲B156・21～24頁）

イ 2019年時点で、任意入院者の割合は、新潟県の29.9%から香川県の78.8%まで都道府県によって大きな格差があり、精神科医によって、あるいは地域によって判断にばらつきがある（甲B156・22頁）

ウ 医療保護入院の患者を対象に、退院後生活環境相談員の制度が作られ、ケア会議を開くことが義務化された頃、こんな面倒なことをやらなくて済むように任意入院に切り替えたとの話があった（甲B156・21～24頁）

エ 任意入院の患者から退院請求がされると、自動的に医療保護入院に移行して



いる例が多い（上記(1)）

(3) 任意入院の患者が強制入院と同様の処遇を受けていること

2018年の任意入院者147,436人のうち終日閉鎖病棟に入院していたのは86,452人（59%）であり、任意入院の患者の過半数が、強制入院と同様の処遇を受けている実態がある（甲B156・23～24頁）。現に、任意入院の患者をとりあえず閉鎖病棟に入院させるシステムをとっている病院も少なくない（甲B157・11頁）。

また、任意入院の患者であっても、外出が制限されることがある（甲B1683）。

以上のような実態からすると、任意入院の患者の多くが強制入院と同様の処遇を受けており、多くの任意入院が実際には強制入院として機能しているといえる。

(4) 退院制限の仕組みが強制入院と類似の圧迫感を患者に与えていること

任意入院の患者であっても退院が制限される仕組みが設けられていることにより、指定医の判断により退院が制限されることとなり、患者からの異議申出も制度上不可能であるため、患者は強制入院と同様の圧迫感を感じている実態がある（甲B167・5頁）

(5) 小 括

以上から、任意入院は、容易に強制入院として用いられる実態があり、任意性を担保するための仕組みがない以上、違憲である。

## 第8 被告国の違法行為により原告が退院できなかったこと（因果関係）

### 1 原告の主張の概要

国の違法行為（上記第1～第7）により、原告は症状が落ち着いて退院ができるようになってからも退院ができず、入院生活を余儀なくされたのであり、国の違法行為と原告が退院できなかったことの間因果関係がある。

### 2 原告のような社会的入院患者が日本では広く見られたこと

原告は、40年近くも入院を強いられてきたが、当時の入院期間の平均が500～600日ほどであり、これと比較すると原告の入院期間は長すぎるものの、原告と同じような患者はどの病院にも数人はいた（甲B154・9頁）。原告のように症状が落ち着いて退院ができるようになっても、不要な入院を強いられてきた例は、これまでの日本によくある事例である（甲B163・5頁，甲B167・3頁）。

また、原告が入院していた■■■■病院は、特別な「悪徳病院」というわけではなく、

社会資源の乏しさから必要悪として、原告のように帰るところがない患者を引き受けていた多くの精神科病院の1つであったという意見もある（同）。

このように、原告のような症状が落ち着いて退院可能な状態になっても、不要な入院を強いられた社会的入院患者は日本では広くみられていた。

### 3 原告のような社会的入院患者が広く見られた事態（上記2）が医療保護入院制度や国の政策に起因すること

原告のように不要な入院を強いられる精神障害者が多く見られたのは、医療保護入院制度や国の政策が原因である（甲B155・2頁，甲B157・12頁，甲B168・2(2)，同・2(4)）。

たとえば、病床削減の数値目標を示さず、病床削減のインセンティブも付与せず、地域精神医療を中心とする政策に転換しなかった国の怠慢から、原告のように入院治療が不要な者が入院を強いられていた問題が日本各地に起きている（甲B154・9～10頁）。また、それにもかかわらず、国はこのような社会的入院患者を積極的に救う政策をとらず、たとえば公立病院の独立行政法人化を進めて公立病院にまで経営を意識させ、患者本位の医療を行うことをより一層困難にさせている。また、精神障害者に対する差別や偏見の解消はすべての政策の根底において重要であるが、これらの差別偏見も放置されている。

原告も、このような国の無策・放置によって病院に入院を強いられ続けたのであり、原告に生じた40年の入院による人生の喪失という損害は、■■■■病院だけでなく、国の医療保護入院制度をはじめとする入院中心主義の政策によって引き起こされたものである。その後、国が地域医療へ転換する政策をとらず、社会的入院患者も放置してきたために、原告も取り残されたままとなったのであり、原告は国の生み出した多くの社会的入院患者の一人にすぎない（甲B154・3～4頁）。

### 4 小 括

以上のとおり、原告のように入院治療が不要であっても入院を強いられた社会的入院患者が日本では広く見られ、原告や■■■■病院は日本で特異な例ではなかった。このような社会的入院患者を作り出したのは、医療保護入院制度や国の政策に原因があり、国の違法行為と原告が退院できなかったことの間には因果関係がある。

## 第9 その他—甲B第164号証及び甲B第167号証の意見書の誤記

なお、甲B第164号証の憲法学者の意見書34頁3段落目の「入院のハードルが下がって」は「入院のハードルが上がって」の誤記である。また、甲B第167号証の精

神科医の意見書3頁「5. 社会復帰施策」は「4. 社会復帰施策」の誤記である。

以上