

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1

令和3年6月22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

本書面の目次

第1 原告の主張の構成について … 4頁

1 はじめに

2 原告の主張の構成(概要)

3 表記についての留意点

第2 事実経過(作為義務の前提となる事実関係)

1 精神障害者に対する隔離収容政策

(1) 精神衛生法前の法制度 … 5頁

(2) 同意入院制度創設～私人による強制入院を可能とした … 5頁

(3) 民間病院乱立 … 6頁

(4) 強制入院の推進 … 8頁

(5) ライシャワー事件 … 8頁

(6) 小括 … 9頁

2 治療の発展を無視した収容政策とその結果としての社会的入院の発生

- (1) 従前から社会復帰施設の必要が意識されていたこと … 10 頁
 - (2) 医学の進展 … 10 頁
 - (3) 具体的な社会復帰や地域医療充実に向けた意見 … 11 頁
 - (4) 現実の動き … 14 頁
 - (5) 社会的入院の発生と認識 … 16 頁
 - (6) 国際的には既に地域医療への転換がなされていたこと … 16 頁
 - (7) 小括 … 18 頁
- 3 民間病院の運営管理に対する指導監督の放棄
- (1) 1961 年：行政管理庁による改善勧告 … 18 頁
 - (2) 1968 年：クラーク勧告 … 20 頁
 - (3) 虐待事件の多発 … 21 頁
 - (4) 1973 年：再度の行政管理庁による勧告 … 22 頁
 - (5) 宇都宮病院事件 … 22 頁
 - (6) 小括 … 23 頁
- 4 精神保健法改正までの経緯と法改正の結果
- (1) 厚生省の態度 … 23 頁
 - (2) 国連における国際的非難 … 24 頁
 - (3) 公衆衛生審議会による答申 … 25 頁
 - (4) 日本精神神経学会等の見解 … 26 頁
 - (5) 法改正の内容とその後の変化の有無 … 27 頁
 - (6) 小括 … 27 頁
- 5 放置された医療保護入院と杜撰な運用と長期入院者
- (1) 1991 年と 1993 年の公衆衛生審議会の意見 … 28 頁
 - (2) 精神医療審査会の実態 … 29 頁
 - (3) 1993 年の法改正 … 29 頁
 - (4) 1994 年の公衆衛生審議会意見書 … 29 頁
 - (5) 1995 年の法改正 … 30 頁
 - (6) 1999 年の法改正 … 30 頁
 - (7) 1990 年代の実態 … 31 頁
 - (8) 小括 … 31 頁
- 6 見捨てられた長期入院者 … 32 頁
- (1) 新障害者基本計画、新障害者プラン
 - (2) 精神保健医療福祉の改革ビジョン
 - (3) WHO サラチーノ精神保健・薬物依存部長による勧告
 - (4) 変わらない入院中心主義
- 第3 医療保護入院の違憲性に関する立法不作為について

1	医療保護入院制度が違憲であること	
(1)	医療保護入院により侵害される人権	… 33頁
(2)	違憲性その1－目的は正当化しえないものであること	… 34頁
(3)	違憲性その2－厳格な審査基準に服すべきこと	… 37頁
2	医療保護入院を改廃しなかった不作為の違法性	
(1)	立法不作為の違法性	… 42頁
(2)	作為義務の発生	… 43頁
(3)	立法不作為	… 47頁
第4	精神科特例の違憲性に関する厚生大臣の不作為について	
1	精神科特例とは	… 48頁
2	精神科特例が違憲であること	
(1)	精神科特例により侵害される人権	… 49頁
(2)	精神科特例の違憲性	… 49頁
3	精神科特例の違法性	
(1)	作為義務－医療法によって認められた厚生大臣の権限	… 50頁
(2)	厚生大臣の裁量権の逸脱	… 51頁
第5	精神医療政策に関する厚生大臣の不作為について	
1	隔離収容政策を地域医療政策に転換すべき義務違反	
(1)	政策転換の必要性	… 51頁
(2)	社会復帰施設整備義務違反	… 52頁
(3)	地域医療充実義務違反	… 54頁
(4)	小括	… 55頁
2	精神病院に対する指導監督義務違反	
(1)	指導監督の必要性とその認識	… 56頁
(2)	適正な医療の実施指導義務違反	… 57頁
(3)	適正な医療水準を確保するための制度構築義務違反	… 59頁
(4)	小括	… 59頁
3	入院治療の必要のない人に対する救済義務違反	
(1)	救済の必要性とその認識	… 60頁
(2)	法的規制の厳格運用義務違反	… 61頁
(3)	積極的調査・介入義務違反	… 63頁
(4)	救済制度設立義務違反	… 63頁
第6	結論	… 64頁

第1 原告の主張の構成について

1 はじめに

本書面では、訴状で記載した原告の主張を詳述するものであるが、本項「第1の2」にて、その構成の概要を明らかにし、「第2」にて作為義務の前提となる事実経過を記載したうえで、第3以下において、本件訴訟における被告の違法行為、とくに作為義務の発生根拠と不作為の具体的な内容（被告の求釈明に対する回答を含む）を明らかにする。

なお、医療保護入院を改廃しなかった立法不作為の違法性については憲法を根拠とし、厚生大臣の不法行為のうち、精神科特例を廃止しなかった不作為の違法性については医療法を作為義務の根拠とし、厚生大臣のその他の不作為の違法性については、被告が行った施策（先行行為）を前提とした条理を作為義務の根拠とするものである。

2 原告の主張の構成（概要）

原告の主張の構成について、その概要は、以下のとおりである。

- ① 違憲な医療保護入院（同意入院）を改廃しなかった立法不作為の違法性
- ② 違憲な精神科特例を廃止しなかった厚生大臣の不作為の違法性
- ③ 精神医療政策に関する厚生大臣の不作為の違法性

このうち、③については、原告の損害との関係では、更に作為義務及び不作為は次の3つに分けられ、いずれも独立した違法性として主張を行うものである。

- ③-1 隔離収容政策からの転換義務違反
- ③-2 精神病院に対する指導監督義務違反
- ③-3 入院治療の必要のない人に対する救済義務違反

原告は、上記①ないし③の不法行為の一部または全部により長期間の退院を強いられ、堪えがたい精神的苦痛を被ったのであるから、被告は原告に対し、国家賠償法1条1項に基づき、損害賠償義務を負う。原告は、上記いずれの不法行為の一つでも作為義務が果たされれば、退院が可能であった。ただし、複数の作為義務が相互に関連しあって原告の退院を阻害していたことを否定するものではなく、その意味ではそれぞれの作為義務及び不作為においてその内容が重複することはありうる。

3 表記についての留意点

なお、本書の表記で留意すべき点は、次のとおりである。

- ・単に「法」と記載したときは、精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法をまとめたものを指す。
- ・法33条の強制入院を総称するときには「医療保護入院（同意入院）」あるいは

は便宜「医療保護入院」と省略して記載することがあるが、法改正前後の名称としてそれぞれ「医療保護入院」「同意入院」と区別して記載することがある。

・「統合失調症」という用語は、従前、「精神分裂病」と呼称されていたが、本書面では、便宜、統合失調症で統一する。ただし、文献からそのまま引用する場合は「精神分裂病」と表記することがある。

第2 事実経過（作為義務の前提となる事実関係）

1 精神障害者に対する隔離収容政策

（1）精神衛生法前の法制度

日本では、1875（明治8）年に最初の公立精神病院が設立されているが、長く精神障害者に関する規制を設けてこなかった。1899（明治32）年に路頭にさまよう救護者のない精神病患者の保護規制として「行路病人および行路死亡人取扱法」が公布され、翌1900（明治33）年に精神病患者の保護に関する最初の一般的法律である「精神病患者監護法」が制定された。もともと、同法は私宅監置を認めていたため、医療保健の面では不十分であると言われていた。

1919（大正8）年、精神病院法が制定され、これによって、精神病に対する公共の責任として公的精神病院を設置する考え方がはじめて明らかにされ、「地方長官」が精神病患者を強制的に入院させることができることも認められた（同法2条）。もともと、公立精神病院の建設は予算不足等のため遅々として進まなかった。

（2）同意入院制度創設～私人による強制入院を可能とした

1950（昭和25）年5月1日、保護義務者の同意による入院（精神衛生法33条）として、患者本人の同意がなくても精神病院の長が強制的に入院させることができることを内容とする精神衛生法が成立した。

同意入院は、「医療及び保護のため入院の必要がある」ことを要件とするものであり、現在の医療保護入院の原型となるもので、初めて私人に強制入院権限を与えたものであった。

この「医療及び保護のため入院の必要がある」とは、当時の条文解説である「精神衛生法詳解」（甲B14）をみても「自傷他害のおそれのある場合は勿論であるが、自傷他害の症状を呈していなくても、医療及び保護のための入院の必要がある場合である。」と記載されており、医療及び保護の必要性が具体的にどのような場合にその要件を充足するのかについては何ら明らかにされていない。また、同文献には「同意入院は一般の疾病の場合の入院と同様に民法上の契約を締結する行為であり、精神病院の管理者は、入院契約の申込みもないのに、これを収容する権限を有することができないという点に意味があるのである」と記載

されており、その法的性質も判然としない。

また、この精神衛生法において法案作成時には、治療のみでなく、更に進んで社会生活能力を与える施設を設けるべきであるとの意見が強力に主張されたが、これは今後の措置に委ねられ、本法案には織り込まれなかった。

つまり、法成立当初から、保護のために私人による強制入院をさせながら、保護解消（自立）のための方策は予定されていなかった。このことは、法案発議者の代表である中山議員が「私宅監置の制度を廃止して、長期にわたって自由を拘束する必要のある精神障害者は、精神病院または精神病室に収容することにした」との説明からも明らかである。

なお、当時の国会における法案説明では、「本法が対象とする精神障害者のうち、病院に収容して療養を必要とする者の推定数は 10 万ないし 20 万と考えられる。」と説明し、質疑でも「監護・保護を必要とするものは 12 万近いと考えている。」（人口万に対して 15 人）と答弁されていた。

（3）民間病院乱立

医療制度審議会は、1948（昭和 23）年に「精神病院については将来国営を主とすること」と答申したが（甲 B 1 5）、被告は隔離収容政策を進めるため、以下のとおり、民間病院を乱立させた。

ア 精神科特例（主に甲 B 4）

1950（昭和 25）年当時の医療法施行規則によれば、病院に置くべき医師の数は「入院患者の数と外来患者の数を 2.5 をもって除した和人の和が 52 まで 3 人とし、それ以上はこの端数が 16 又はその端数を増すごとに 1 人を加えるものとする。」（同規則 19 条 2 項 1 号）、「看護婦、入院患者 4 人又はその端数ごとに 1 人」（同条項 3 号）とされていた。

それにもかかわらず、1950（昭和 25）年 5 月の精神衛生法成立後に発せられた厚生事務次官通知（精神衛生法施行通知；発衛第 118 号）には、「障害者収容定員 50 人又は精神医学専門医 2 人、50 人又はその端数を越える毎に 1 人を加えた専門医の定員を有すること」、「収容定員 5 人毎に 1 人の看護婦を有すること。但し、やむを得ない事情あるときは、それらの二分の一以内は看護婦に準ずる補助者であってもよいこと」が記され、他の診療科よりも少ない医師・看護婦（師）の数でよいとされた。

さらに、1958（昭和 33）年 10 月 2 日には、右通知条項は廃止され、精神病院を「特殊病院」と規定し、配置人員に関する医療法施行規則には準則せずとするとの厚生省事務次官通知（発医第 132 号）が発せられ、一般病院では入院患者 16 名につき医師 1 名であるが、精神科病床では入院患者 48 名につき医師 1 名でよく、看護者については、一般病院では入院患者 4 名につき看護者 1

名のところ、精神科病床では入院患者6名に看護師1名とした（甲B3）。

加えて、その4日後の10月6日には、厚生省医務局長名で「主として精神病患者を収容する病室を有する病院について、精神科の診療に主として従事する医師の確保が困難な特別な事由があると認められるときは、暫定的にこれを考慮し運用することも止むを得ないこと」と通知された（医発第809号）。

このように、精神衛生法施行直後から、医学的には合理的な理由がないにもかかわらず、精神科のみ医師及び看護師等の医療従事者が他の診療科よりも少ない配置でよいとされた。本訴訟では、この通知による医療法に基づく人員配置基準の潜脱を「**精神科特例**」という。これにより、精神科は他の診療科に比べて人件費がかからないため病院を設立・維持しやすくなり、他方で、患者にとっては精神科のみ十分な医療を受けられないこととなった。また、本来、医療従事者の配置基準違反は病院の開設取消ないし廃止命令の根拠となり、病床数のコントロールにも影響を及ぼすものであったにもかかわらず、「特別な事由」などという曖昧な例外も認めたため、民間病院の病床数の激増をゆるすところとなった。

イ 医療法人への財政優遇

また、精神衛生法成立と同時に医療法が改正され、医療法人が認められ（同法第4章新設）、医療法人は剰余金の配当をしてはならない（同法54条）とされた。これにより病院経営の安定化が図られ、他方で法人としての税制上の優遇措置が認められるようになった。

さらに、1954（昭和29）年、非営利法人の設置する民間精神病院の設置及び運営に要する経費に対して国庫補助を行うこととなった。これが重要な契機となって、精神病床は急速に増加した。

ウ 政府による融資

1960（昭和35）年、「私立の病院、診療所等の設置及びその機能の向上に必要な長期かつ低利の資金であつて一般の金融機関が融通することを困難とするものを融通することを目的とする」医療金融公庫法が施行された。これにより一層民間病院が設立・維持しやすくなった。

エ 精神病床数の増加

以上の施策により、民間精神病院は設立・維持しやすくなったため、日本国内の民間病院の精神病床は、1960（昭和35）年には70,940床だったのが、1970（昭和45）年には204,977床と急増した（甲B16）。国公立も含めた全体の精神病床数も、1960（昭和35）年には約95,000床だったものが1970（昭和

45) 年には 247,265 床、1980 (昭和 55) 年には 304,469 床と増え、その後も 1993 (平成 5) 年の 362,962 床まで増え続けた (甲 B 5・693 頁)。

前記のとおり、精神衛生法制定時の質疑では監護・保護が必要な人は人口万対 15 人とされ、その後、1968 (昭和 43) 年の医療審議会では地域ごとの必要な精神病床数を人口万対 25 床と答申されたが、1976 (昭和 51) 年には、医療審議会において答申された必要病床数人口万対 25 を上回るほどに精神病床は十分増えていき、さらにその後も、増床は止められなかった。

(4) 強制入院の推進

併せて、1957 (昭和 32) 年 3 月には、「精神障害者の取扱について (衛発第 208 号)」が知事宛に通知され、「精神病の長は、入院に当たり本人が入院を希望する場合であつても精神障害者という特殊性に鑑み本人の同意書のほかに念のため保護義務者の同意をとつておくことが望ましい」(甲 B 1 4 参照) とされ、患者が任意で入院しようとしても、強制入院の形をとらされ、結果として強制入院が推奨された。

また、1961 (昭和 36) 年には、「措置要件該当者は、できるだけ措置入院をさせることによって、社会不安を積極的に除去することを意図した」厚生省事務次官通知 (衛発第 311 号;1961 年 9 月 11 日) によって措置入院が推奨され、措置入院費用に対する国庫負担割合も 2 分の 1 から 10 分の 8 へ引き上げられた。これにより、措置入院者は 11,688 名 (1960 (昭和 35) 年 12 月末) だったのが 30,012 名 (1961 (昭和 36) 年 12 月末)、47,063 名 (1962 (昭和 37) 年 12 月末)、58,662 名 (1964 (昭和 39) 年) と急増し、精神病院全入院者に対する措置入院者の比率も、1955 (昭和 30) 年に約 15% だったのが、1964 (昭和 39) 年には約 37% となり急激に増加した (なお、資料によってその数字は若干異なるが、上記は甲 B 5・695 頁より)。その結果、1965 (昭和 40) 年には、国の精神保健関連予算の 93% が措置入院負担金に充てられるほどになった。その後も 1970 (昭和 45) 年まで措置入院者は増え続け、措置入院補助費も 1975 (昭和 50 年) 年頃まで増え続け、当時の国の精神保健関連予算に対する割合は 96% で、1980 (昭和 55) 年まで 90% 以上を占め続けた (甲 B 1 7)。

なお、同意入院ないしは医療保護入院者の統計は 1970 (昭和 45) 年より前が見当たらないが、1970 (昭和 45) 年の時点で 176,475 名、1975 (昭和 50) 年 214,906 名、1980 (昭和 55) 年 263,684 名と増加し続け、1987 (昭和 62) 年には 286,734 名もいた (甲 B 1 7)。

(5) ライシャワー事件

1964 (昭和 39) 年には米国のライシャワー駐日大使が 19 歳の少年に刺される

という事件が発生し、同少年に精神病院での治療歴が判明したことから、自民党治安対策特別委員会は「異常者施設増強の方針」を決議し、当時の厚生大臣が「精神衛生法を改正し、家族・学校・医療機関などに精神異常者の報告義務を課すようにしたい」との見解を表明し、首相も「精神病対策」を行うことを約束した。

これにより、施設増強と通報制度が積極的に打ち出され、1965年、措置入院制度の手続きの改正や緊急措置入院制度の新設を中心として精神衛生法は改正された。

(6) 小括

このように、1950年代から1960年代にかけて、被告は、身体・移動の自由といった基本的人権を著しく制限する強制入院であるにもかかわらず、公的機関としての責任を放棄して民間病院を設置しやすくすることを優先し、私立精神病院の乱立を招いた。同時に、医療の質を問わず、また経営という治療外の判断要素によって左右されうる民間病院の長に強制入院権限を付与し、あるいは国庫負担で措置入院患者の大量・長期収容を奨励し、もって患者の意思に反した強制入院が増える方向に国の施策を進めた。その結果、民間病院における入院者は増え続け、精神障害者に対する隔離収容政策は進み、医療従事者に関する精神科特例により安価な人件費で大量の精神障害者を収容させ続けることにより民間精神病院経営は安泰するというシステムが出来上がった。これについて、1960（昭和35）年に日本医師会会長が「精神病院は牧畜業者だ」と発言したほどであった（甲B18参照）。

後述のとおり、当時すでに薬物療法等の進展から入院医療は必要ではなく、在宅して通院で足りる精神障害者は増えると医学的には考えられていたが、たとえば1961（昭和36）年時点で、精神保健費の政府予算額は395億円、この内措置入院費が375億円（約95%）と大半を占めており、社会復帰関係費はゼロで、入院患者の退院に向けた施策は皆無に等しく、隔離収容が最優先であった。さらにライシャワー事件も隔離収容政策を推し進める口実となり、被告はその後も措置入院制度を中心として精神障害者を強制的に収容させるという方針を固く維持した。そのため、入院者は増加の一途を辿った。

1976（昭和51）年には、医療審議会において答申された必要病床数人口1万人あたり25床という目安を上回るほどに精神病床は十分増えていたが、それにもかかわらず、これ以降も精神病床の増加を止める方策は取られなかった。遅くとも1978（昭和53）年には、例えば東京都多摩地域の西部では、人口万対55という過剰な精神病床の集中現象が認められていたが、このような地域偏在も放置され、精神障害者に対する隔離収容の方針は継続された。

2 治療の発展を無視した収容政策とその結果としての社会的入院の発生

(1) 従前から社会復帰施設の必要が意識されていたこと

ア 1950（昭和25）年：精神衛生法制定時

1950（昭和25）年の精神衛生法制定時、法律自体に社会復帰施設の整備については直接織り込まれなかったが、参議院厚生委員会で「法案作成時、治療のみでなく、更にすすんで社会生活能力を与える施設を設けるべきであるとの意見が強力に主張されたが、今後の措置に委ね、本法案には織込まなかった。」との答弁がなされていた。すなわち、当時から、社会復帰のための施設の必要性は認識され、強く主張されていた。それにもかかわらず、被告は法制定後も何らの措置を取ることなく、放置し続けた。

イ 1959（昭和34）年：医療保障委員最終答申（甲B19）

厚生大臣の諮問機関である医療保障委員から1959（昭和34）年3月27日に出された最終答申では、「今後の精神衛生対策」として、以下のように指摘された。

諸外国では病気の初期における比較的短期の入院及び治療は別として、精神障害者は病院よりも社会において保護されるのがよいともいわれている。従って、病院と社会とを通じた一貫する組織が必要とされるが、わが国では精神障害者に対する入院治療並びにホーム・ケア組織は現在のところ存在しない。精神障害者に対する対策の現状は以上の通りで、甚だ欠くところが多いといわなければならない。…（中略）…いずれにしても精神障害者の医療費は多額に達することでもあり、また先述のように社会における精神障害者の治療が推進されることも考慮すれば、今後の医療保障を円滑に行うためには精神障害者対策として家庭医を含めたホーム・ケア組織の確立が必要であり、この組織は地域組織と密接な関係をもつことによりさらに効果が確実となるであろう。

しかし、被告はこの答申にも応えることなく、積極的施策をとることはなかった。1961年時点で社会復帰関係費の予算がまったくなかったことは前記のとおりである。

(2) 医学の進展

ア 薬物療法

1955（昭和30）年、クロルプロマジンとレセルピンが製薬会社から発売された。1956（昭和31）年には、佐賀の国立肥前療養所において、クロルプロマジン療養中の末期分裂患者に対し、開放的管理を施行し、2年後には80%の患者を開放にした。続いて、1959（昭和34）年にも、開放的管理の前後1～2

年を比較し、いわゆる末期分裂病患者の強硬、衝動、独語、空笑、拒絶、衝動行為などが開放後に消失または減弱することが報告された（甲B20）。

イ 他の医学療法

薬物療法の他、生活指導、レクリエーション療法、作業療法等の生活療法など、様々な治療法を試みる病院もあった。前記の肥前療養所における開放療法なども、社会復帰を強く意識した試みであった（甲B20）。

ウ 精神衛生実態調査（甲B21参照）

このような状況下で、1963（昭和38）年、精神衛生実態調査が行われ、全国の精神分裂病（統合失調症）、躁うつ病、てんかん、脳器質性の精神病患者は約57万人、有病率は0.59%（人口千対5.9）と推定された。

このとき、精神分裂病（統合失調症）患者に対する治療効果の見通しについても調査がなされた。具体的には、精神病院に入院していないすべての精神障害者について、将来十分な医療と指導を加えたならば、はたしてどのくらいよくなりうるかについて専門調査委員の判定がなされたが、身の回りのことについて、現在は、1)要介助が10.0%、2)何とか自立が57.1%、3)完全に自立が32.9%であるところ、もしこれらの患者に十分な医療と指導を加えた場合の見通しとしては、1)が0%、2)が44.3%、3)が57.7%に改善しうるとの判定がされた。これは、しっかり医療機関で治療やリハビリ等を行えば、他人の介助を要していた患者はいなくなり、過半数の者は完全に自立し、それ以外の者も支援があれば自立できることが見込まれていたと言える。また、社会人としての能力（就労能力）についても、精神分裂病（統合失調症）患者の44.3%は働けないでいるという現状にあったが、同じく十分な医療と指導を加えた場合の改善の見込みは、これが8.6%にまで減少し、その他、普通に仕事に従事できる者は12.9%から31.4%へ、他人の管理のもとに簡単な仕事をしている者は42.8%から60.0%に増えると見込まれていた。これらの治療の見込みは、当時の薬物療法の進展をふまえてのものであった。

また、1954（昭和29）年の第1回調査では、「収容を要するもの」が46万人とされていたのが、第2回調査では35万人と減少し、他方で「外来治療または指導」が必要とされる者が第1回調査では38万人いたが、第2回ではこれが48万人に増えた。これは、当時の精神医学の進歩によって、入院や施設収容をせずとも相当数の外来治療が可能になってきたことを示すものと評価され、今後ますます外来治療に比重がかかっていくことが期待されていた。

（3）具体的な社会復帰や地域医療充実に向けた意見

ア 精神衛生審議会答申と精神衛生法改正

また、精神衛生法の改正の議論のなか、厚生大臣が諮問した精神衛生審議会は、向精神薬の開発等により、条件を満たせば社会復帰の可能性は極めて高いこと、社会復帰のための施策が不十分であることから、政府に適切な施策を実行するように求めた。

具体的には、1964（昭和39）年4月21日の「精神衛生施策の拡充についての意見書」では、その前文で

向精神薬の開発、施策の発展とあいまって、(1)早期発見、(2)専門医による的確な医療、(3)十分な後保護等の条件を満たされれば、精神障害は決して危険な疾病ではなく、社会復帰の可能性は極めてたかくなった。…なお政府施策が充分ではないと考えられるので、精神障害者対策の重要性を思いいたされ、これらの者への医療保護施策を速やかに実行されるよう要望する。

と意見した。

また、同年7月25日には、「精神衛生法改正に関する（中間）答申書」（甲B14）として、前文にて「昭和二十五年に同法が制定されてから、現在に至るまでの社会情勢の著しい変化、精神医学の画期的な進歩等の事情、特に最近における精神障害者対策の重要性にかんがみ、同法の改正は根本的に行うべきものと思料する。」と述べたうえで、「精神障害者の社会復帰の促進」の項において、

精神障害者は、その症状が軽快した場合、適切な療法、訓練等を行なえば、その社会復帰が促進され、その結果再発率が低くなり、医療費の効果的な使用が招来されるので、早急に社会復帰のための施策が講ぜられるべきである。

と意見を述べた。具体的には、「精神障害者の社会復帰を目的とする医療機関の設置」であったり、現実の社会生活の場で適切な生活訓練・技術修得訓練を受けられるべく「職親制度」の制度化を意見した。

しかし、この答申は精神衛生法の改正(1965年)において条文化されず、「精神障害者の社会復帰促進のための施設」の設置が附帯決議されるにとどまった。

イ 1968（昭和43）年：クラーク勧告（甲B6）

1968（昭和43）年には、以下のクラーク勧告も出された（必要な範囲で訴状を繰り返す部分はあるが、6.6、6.7については抜粋で追記するものである）。

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(抜粋)

精神欠陥者のケア、扶助およびリハビリテーションのための新しい法律を起草するために、厚生省は労働省と協議すべきである。現在明瞭になっている必要性は次の通りである。

- (1) リハビリテーションの専門家としての、特別な労働省職員の任命と訓練。
- (2) 精神分裂病患者、てんかん患者、精神薄弱者のために、地域社会内の保護工場の設立。
- (3) 保護工場を設立し、供給をとりきめ、その生産物を市場に出すために、レムブロイ(英国)と比較されるような、政府のスポンサーによる組織を發展させること。

6.7 専門家の訓練(抜粋)

6.7.1 精神科医

(日本の精神科医)は、元来研究に関する資格であって、必ずしも、精神科患者の治療を行ったり、社会精神医学の実践を行う医師の能力の尺度ではない。厚生省と日本精神神経学会は、この問題を検討すべきである。

6.7.2 精神療法

精神療法に関して、医師と精神科医により良い訓練を与えることが必要である。

6.7.3 看護

日本に精神科看護婦の資格をつくる必要がある。

6.7.4 作業療法

近年作業療法の学校が開校され卒業生を出しているが充分ではない。厚生省はもっと多くの学校を開くよう奨励し、経験はあるが資格のない多くの作業療法士のために、研修コースを設備すべきである。

ウ 中央精神衛生審議会意見

1968（昭和43）年4月、中央精神衛生審議会は、「精神医療体系の現状に対する意見」を公表した。

ここでは、治療に関しては、

地域対策の面から精神科医療施設を確保し、早期発見、早期治療を促進する意味から精神科有床診療所もしくは外来に重点をおいた小規模精神病院が必要である。また、総合病院などの大病院には精神科外来施設及び30ないし50床程度の収容施設を設けることが望ましい

と記されていた。

これは、早期治療・早期発見のためには、身近にあって気軽に受診できる医療機関として精神科診療所等があるべきであり、また、他の診療科から精神疾患が疑われる場合に速やかに診察が受けられるよう、総合病院などの大病院内に精神科を併設すべきであるとするものであるが、当然退院した精神障害者にとってもその後の通院が継続されるために求められるものであった。

このようなことが求められた背景には、当時増え続けていた大規模な単科精神科病院は地価の低い交通不便な地に設けられることが多く、精神障害者を集中的に収容し、入院させることに重点が置かれているため、気軽に受診して治療を受けられるような施設ではなかったため、早期発見・早期治療につながらなかったことが挙げられる。また、精神科は一般科医療に比し医療給付体系が低基準であったため、精神科に特化した大規模な入院施設であれば病院経営が成り立つものの、他の診療科とともにきめ細やかな医療を提供して入院施設と外来施設を設けて対応することは、病院経営的に困難とされていた。

しかし、この意見についても国は放置し、9年後の1997（平成9）年の時点においても全総合病院のうち、有床精神科施設を有する病院は21.7%、外来機能のみを有する病院は35%にすぎなかった。

なお、この中央精神衛生審議会意見でも、社会復帰の章において、1964（昭和39）年の精神衛生審議会の精神衛生法改正の答申書において強調された社会復帰のための訓練、療法等を施す施設がまだ「実現をみていない」と指摘されている。

(4) 現実の動き

ア 予算

以上のような意見、勧告等を経て、1970（昭和 45）年によく社会復帰施設整備費が予算化されたが、これは精神障害者にかかる当年の予算全体（36,172,354 千円）のわずか 0.1%にすぎなかった（43,012 千円。当時 97%が措置入院補助費であった）。それから 10 年経た 1980（昭和 55）年の時点でも 0.35%の予算しかあてられず（措置入院補助費は 90%）、1985（昭和 60）年の 5 年間で 0.6%になったにとどまる。措置入院補助費が精神障害者の予算の半数以下の割合に至ったのは、1992（平成 4）年以降である。

1960 年代の精神障害者にかかる予算（精神衛生費）（甲 B 2 2）は、1961（昭和 36）年 3,955,214 千円（内措置入院費補助金は 95%の 3,752,244 千円）、1962（昭和 37）年 8,551,795 千円（内同補助金は 97%の 8,332,753 千円）、1963（昭和 38）年 10,922,788 千円（内同補助金は 97%の 10,635,204 千円）、1964（昭和 39）年 13,329,081 千円（内同補助金は 97%の 12,981,630 千円）、1965（昭和 40）年 16,359,121 千円（内同補助金は 96%の 15,694,323 千円）、1966（昭和 41）年 21,112,552 千円（内同補助金は 95%の 20,004,472 千円）と、圧倒的に措置入院者の増大に重点を置き、精神障害者に対する隔離収容政策を推し進めていたことは明らかであった。また、通院医療費の補助は 1964（昭和 39）年まで 0 円であり、1965（昭和 40）年にわずか 215,307 千円が予算化され始めたにすぎない。

その後も、1970（昭和 45）年 36,172,354 千円（内措置入院補助費は 35,061,639 千円、通院医療費補助費は 665,559 千円）、1975（昭和 50）年 85,452,156 千円（内措置入院補助費は 82,404,411 千円、通院医療補助費は 2,298,160 千円）と隔離収容政策が進められ、その後は高止まりした予算が維持され、1980（昭和 55）年も 84,758,274 千円（内措置入院補助費は 76,679,553 千円、通院医療補助費は 5,218,481 千円）であった。通院医療費補助費が措置入院補助費を上回るようになったのは、1993（平成 5）年以降である（甲 B 1 7）。

また、措置入院者は、（1970（昭和 45）年頃をピークに）1980 年代以降減少し、これに伴い措置入院補助費も減少していったが、それは精神障害者にかかる予算全体の減少も招いた。すなわち、1980（昭和 55）年には約 848 億円あったにもかかわらず、その内訳が措置入院補助費から社会復帰施設整備費用等にまわされることなく、1985（昭和 60）年約 647 億円、1990（平成 2）年約 526 億円、1995（平成 7）年約 355 億円と減少の一途を辿った。

イ 全精神病床の平均在院日数

1961（昭和 36）年、1962（昭和 37）年頃までは入・退院数が在院患者 1 日平均数を上回るかほぼ等しい数であったが、1963（昭和 38）年頃からそれを下回るようになった。これは、入・退院の動きが少なくなり、病院内に固定し

ている層が相対的に増えていることを示している。実際、全精神病床の平均在院日数も、1954（昭和29）年に269日だったものが、1960（昭和35）年には333日、1965（昭和40）年には434日、1976（昭和51）年には493日までに増えている。つまり、前述の医学の進展にもかかわらず、入院した患者の入院期間は長期化していた（甲B5）。

ウ 措置入院者の平均在院日数

さらに、措置入院者は11,688名（1960（昭和35）年12月末）だったのが30,012名（1961（昭和36）年12月末）、47,063名（1962（昭和37）年12月末）、58,662名（1964（昭和39）年12月末）と急増し（甲B5）、1965（昭和40）年の措置入院者（約65千名）の平均在院日数は1,385日と報告されている。これは約4年間であるから、単純化すれば、1961（昭和36）年以降措置入院となった約3万人は退院のあてなく入院が継続しているともいえる状況であった。

なお、1965（昭和40）年の全体の平均在院日数も434日であり、1年を超えている。

（5）社会的入院の発生と認識

そのような状況下で、1983（昭和58）年、第4回目の精神衛生実態調査が行われた（甲B23。特に43頁）。本調査では、入院患者の80%が同意入院（現在の医療保護入院）であり、その他措置入院が14%、自由入院（現在の任意入院）は5%であった。

右調査の中で、「近い将来の退院の見込み（入院）」について、近い将来退院の可能性のある者は合計57%いるとされたが（「退院して社会生活ができる」8.4%、「条件を整えば退院の可能性はある」22.0%、「相当の困難はあるが退院の可能性はある」26.5%）、そのうち75.5%は「家族の受入れ」が退院促進条件とされており、家族頼みの実態があった。なお、概算ではあるが、前記のとおり、80%は同意入院で、自由入院は5%にすぎないのであるから、少なくとも52%（57%-5%）、つまり過半数の患者は、退院の可能性のあるにもかかわらず、強制入院させられていたといえる。しかも、当時入院していた患者の32.1%は入院期間が10年以上であり、当時から長期入院患者は原告以外にも相当数いたことがうかがえる。また、近い将来退院の可能性があるとされた患者の半数以上は入院期間が10年以上であった。

（6）国際的には既に地域医療への転換がなされていたこと

ア 欧米諸国の流れ

他方で、欧米諸国は、早期に隔離収容政策を反省し、地域医療への転換を図っていった。1964（昭和 39）年に、日本精神神経学会精神衛生法改正対策委員会会長が、故ケネディ大統領の精神病及び精神薄弱に関する教書を紹介するなかで、各国の流れを紹介している（甲 B 2 4）。

たとえば、アメリカの上記教書について、「特に強調している点は、従来の入院治療を主とした医療対策の考え方を改めて『総合的地域社会精神衛生センター』の整備、強化によって『地域内ケア』に重点を置こうとするものであり、社会復帰リハビリテーションの活動を強化し、他方そのために社会一般の理解を深めること、専門技術者を急速に増員すること、又関係諸問題についての研究活動を奨励することが重要であると指摘している。」と紹介している。

また、イギリスについても、1946（昭和 21）年に、いわゆる社会的治療に関する研究と実践とが開拓されており、1959（昭和 34）年に精神衛生法が制定され、地域内ケアが強調され、社会復帰のための諸施設の設置が義務付けられていると紹介している。

さらに、フランスも、1960（昭和 35）年に国策として、入院は初期の一段会をなすに止め、その後は再発予防及び後治療のための施設で継続担当すること等と紹介している。

イ 1977（昭和 52）年：ヨーロッパ評議会総会・勧告 818

このような動きのなか、ヨーロッパ評議会は、1977（昭和 52）年 10 月、精神障害者の地位に関する勧告を採択した。その要請・勧告は、①不定期にわたる強制的拘束行為を最少期間に短縮し、通信の検閲行為を中止し、また拘束に対する異議につき聴聞手続きを確立すべく、その法制と行政規則を再検討すること、②特別の独立した精神保健審査会を設置すること、③長期的施策として、大規模施設への依存を減少化し、各個人に対して一般的環境に近い条件を備えた、広範囲な地域サービスを発展させるように諸手段を講じること、④地方当局と地域社会は、職業紹介プログラム、保護作業所、援護寮を設け、院外患者の社会的・職業的リハビリテーションにより多く関与するように援助することなどを中身とするものであった。

ウ 1977（昭和 52）年：ハワイ宣言（1983 年ウィーン総会で修正採択）

また、世界精神医学会では、1977 年の総会において、全世界の精神科医のための倫理指針として「ハワイ宣言」を決定した。その内容として、

第 5 項；患者の意思に反し、またはその意思とは無関係にいかなる処遇や治療を行ってはならない。ただし、精神病のために患者本人が自己の最大利益を判断できず、かつその治療を行わなければ本人または他者が重大な傷害が及ぶ
--

おそれのある場合においてはこの限りでない。
第6項；強制的治療の諸要件が該当しなくなった時、精神科医はできるだけ速やかに強制的な治療を打ち切らなければならない。さらに引き続き治療を必要とする場合、患者の自発的同意を得なければならない。拘束および患者本人に福利に関する何らかの苦情につき、これを訴願する機関があることを、精神科医は患者・その家族、あるいはその他の特定の関係者に知らせておかねばならない。

などが含まれるものであった。

エ 1985（昭和60）年：WHOヨーロッパ地域事務所の統括

その後も欧米諸国で、入院中心医療から地域医療への転換がなされていき、1985（昭和60）年には、WHOヨーロッパ地域事務所が、ヨーロッパ29カ国の精神保健の動向につき「施設精神医療は地域精神医療に道を譲った」と統括した。

（7）小括

このように、精神衛生法制定時から精神障害者の社会復帰を求める声はあり、医学の発展もこれを後押しして実現は可能であって、実際に欧米諸国は地域医療に転換していったにもかかわらず、被告は関係者からの意見や勧告を15年以上無視し放置し続けた。

その結果、1960年代から入院した精神障害者が退院できずに病院内に滞留し、入院が長期化するようになった。1983（昭和58）年の精神衛生実態調査において、退院可能又は条件を整えば退院可能な患者が30.4%いることが明らかになり、これは当時の精神病床数が約33万床（1984（昭和59）年6月30日時点で329,806床）であることから推計すると約10万人が入院医療の必要がないにもかかわらず退院できずに入院していたことを示す。

被告は、精神障害者が地域で生活することができ、かつ、そのようにするために必要な施策を取るよう具体的に何度も意見・勧告を受けてきたにもかかわらず、15年以上放置し、1983年（昭和58年）当時で約10万人もの、入院が本来不必要であるにもかかわらず収容させられている患者を生み出したのである。

3 民間病院の運営管理に対する指導監督の放棄

（1）1961（昭和36）年：行政管理庁による改善勧告

以上のとおり、1960年代には民間病院が増え強制的に入院させられる患者も増える一方であったが、同時に、患者を退院に向けて治療・訓練等しているのか疑わしい状況が出てきていた。

たとえば、一例であるが、石川信義医師は、最初の精神病院体験（1963（昭和38）年）として、以下のように記している（甲B20）。

N病院の閉鎖病棟…。鍵のなかへ入ったとたん、顔をしかめて私は棒立ちになった。

異臭がブーンと鼻をついた。吐き気が胸にムカーッとこみあげる。ひどい悪臭と、重く淀んだ空気のなかに、百名近い患者がうようよとひしめいていた。

内部は「人間倉庫」だった。

百数十畳もあろうかと思われる仕切りもなにもない大部屋。ささくれてどす黒くなった畳。板張りの廊下が走り、すべての窓にがっしりと赤錆びた鉄格子…。

人の住むところではなかった。（中略）

保護室へ行ってみた。

小さな窓が天井近くにあるだけなので、内部がひどく暗い。目を凝らしてみると、床が一面にドロドロだ。すごい悪臭がする。床のドロドロはどうやら糞尿らしかった。（中略）

彼は目が見えないらしく、食器をチーンと叩いては首をかしげ、じっとその音に聴き入っている。今度は手にしたものを投げ捨て、手さぐりで床に落ちている御飯をつかみとって、口に入れはじめた。御飯が糞便にまみれている。

私の体に戦慄が走り、胃がキリキリと絞りあげられて吐きそうになった。これ以上見ていられなかった。

「看護の人に知らせなくては…」

すぐ大部屋にとって返したが、部屋の中央に10人くらいの患者が輪を作って、ぼやーッと突っ立っていた。輪のなかで、ジャラジャラと麻雀牌をかきまわす音がする。患者が麻雀？ 不審に思って覗きこんでみたら、麻雀をしているのは患者ではなくて、看護者たちなのであった。

「あのオ…。保護室の患者が床に落ちた不潔な御飯を拾って食べているんですけど…」おずおず言ってみたが

「いいんですよ、先生、あいつはいつもですから。ア、それ、ポンだ」

上の空でとり合ってくれなかった。（中略）

翌日、まわりの先輩たちに聞いてみた。もしかすると、私は、一番タチの悪い病院を見てしまったのではないか？ 「それと大同小異の病院なんかゴマンとあるよ」、そう言って、みんな笑った。

そのような中、1961（昭和36）年2月24日、行政管理庁行政管理局は、精神衛生行政監察に基づき、改善勧告を厚生事務次官に提出した（甲B25）。その内容の一つには、

- ①許可病床を超えて患者を収容しているものが多く、中には 150%以上にものぼる超過収容が常態化しているものがあつたこと、
- ②医師の配置状況については、厚生次官通知「特殊病院に置くべき医師その他の従業員の定数について」（発医 132 号）の配置基準と比較して、これを下回るものが多く（調査対象 41 病院中 13 病院）、また、一応この基準に達しているものの中にも、非常勤医師で補足しているものが相当あつたこと（28 病院中 15 病院）、
- ③病院のうちには、建物・設備の不十分なもの、患者の保護室への収容、作業療法の実施等に適切を欠くと認められるものがあり、厚生省が府県に対して指示した通知による実地指導が十分に行われていない状況にあるので、精神病院に対する特別の指導監督を強化する必要があること、
- ④厚生省は、明確な指定基準を制定し、指定病院の内容の整備充実を推進すること、とされていた。

（2）1968（昭和 43）年：クラーク勧告（甲 B 6）

さらに、前記クラーク勧告においても、社会復帰施策を強く求めるとともに、それと同時に当時の精神病院のコントロールが適切になされておらず、不祥事件の発生を予告していたとも言えるものである。すなわち、

「自分の投資回収に不安をもつ所有者が施設を超満員にさせて収入をあげようと医療スタッフに圧力をかけている」（甲 B 6、180 頁）、（一般病院であればスキャンダルがあつても患者は見たことを家族に話し、家族は病院に不当を訴えるが）「精神科患者は妄想を抱いているとみなされてしまい、患者の不幸や不安はしばしば割り引きされてしまうし、家族も精神病院と縁が切れるのをのぞまないことが多い。かれらは問題をおこす家族の一人が閉じこめられているのを幸いと思っているし、あまり質問してくることがない。だから精神病院は普通の病院よりも悪弊がよりたやすく発展し増加しやすい。それ故日本では精神病院の基準の管理を改善する必要があるし、とくに社会精神医学におけるより好ましい基準を奨励する必要がある。ひとつの解決の可能性は高度の力量のある国家監査制度を設けることだろう。…（英国の例を挙げて）彼ら（監査官）は病院の許可を取消したり、患者の退院命令をだしたり、職員（院長も含む）の更迭をさせることができる。」と述べ、そのうえで、以下のような勧告を行った。

6.2 精神病院の改善

日本では非常に多数の精神分裂病患者が入院患者としてたまっており、患者は長期収容による無欲状態におち入り、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行うことが、こういう患者の治療に有効であることが、英国、ヨーロッパおよびソ連で経験されている。厚生省は精神病院の職員に、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に推進すべきである。

6.3 精神病院の統制

精神障害者の医療の規準を改善するため、厚生省は精神病院に対する国家的監査官をつくる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。この監査官は常勤で高給の精神科医及びその他の専門家から構成されるべきである。少なくとも年1回、彼等は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。この新しい法律は、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。

クラーク勧告はこのように民間病院の暴走を止める仕組みを設けるべきことを早期に警告していたが、被告はこれを顧みることはなかった。

(3) 虐待事件の多発

上記クラーク勧告が危惧したとおり、精神病院内では虐待事件や不祥事件が多発した。1968（昭和43）年には、近藤病院（高知）では、かつて患者であった暴力団員が病院の経営権を握り、女性患者へ暴行したり、健康保険の水増し請求をしたことが明らかとなり、また、栗岡病院（大阪）では、院長主導で患者がバットで殴打され、死亡にまで至り、翌1969（昭和44）年にも、安田病院（大阪）で看護師が患者をバッドで殴り死なせる事件が発覚した。そのため、日本精神神経学会は、同年12月20日に「精神病院に多発する不祥事件に関連し、全会員に訴える」と題する見解を公表し、そこでこれら不祥事件の内容を吟味・分析し、

- 1 医療不在、経済最優先のいわゆる儲け主義の経営、
- 2 私立病院経営者の持つ封建制と病院の私物化、
- 3 経営管理を独占する精神科医の基本的専門知識の欠如などを挙げた上で、国の精神医療政策の貧困を追及するとともに、多くの障害者が医療不在の状況下におかれていたことなども指摘し、全会員がこの問

題に積極的に取り組むことを要望した（甲B19）。

しかしその後も、京都・十全会病院（1970（昭和45）年）、福岡・中村病院（1971（昭和46）年）、大阪・大和川病院（1980（昭和55）年）等、精神病院における不祥事件は続発した。

（4）1973（昭和48）年：再度の行政管理庁による勧告（甲B26）

1961（昭和36）年以降も改善が見られないため、1973（昭和48）年10月8日、再度、行政管理庁は「精神衛生に関する行政監察結果に基づく勧告」を行い、要旨、以下の内容を記した。

①指定病院（精神衛生法5条により都道府県立精神病院の設置に代わる民間病院）の中には、医師・看護婦（士）の員数が医療法の基準に適合しないものがある、許可病床数を超える患者の超過収容等について改善するよう指摘されているにもかかわらず、いまだ是正措置をとっていないものがある。

②また、都道府県の医療監視・指導について、同意入院の届出に遅れが認められるがその励行について指導がみとめられないなどの事例が見受けられた、医療監視・指導の結果につき、管理者に口頭で注意するにとどめているなど不適切事項の改善を期しがたいものがみられた、したがって、厚生省は、都道府県に対し、医療観察・指導の適切な運用および徹底について一層指導するとともに、その結果の措置の改善についてさらなる指導を強化する必要がある。

③措置入院者に対する都道府県の病状審査の実施状況を見ると、病状報告書の机上審査にとどまっているもの、鑑定医の精神病院への派遣が計画的でないもの、さらに、鑑定医が精神病院に赴いても患者の病状審査を実施していないものがみられた、一方、精神病院について調査した結果では、自傷他害のおそれが消失していると病院側が認めている者や、単独で院外の事業所に従事していて措置解除が相当と認められる者が措置入院を継続している事例が見られた、したがって、厚生省は鑑定医の派遣による病状の審査と、これに基づく措置解除などの積極的、計画的な実施につき指導すべきである。

（5）宇都宮病院事件

上記の行政管理庁の勧告に対し、厚生省は、指導する等の回答をしたが、それにもかかわらず、1984（昭和59）年3月14日、入院患者が看護職員により金属パイプで殴打され、死亡するという宇都宮病院事件が発覚した（一審判決で主犯看護者に懲役4年の実刑）。これは「宇都宮病院事件」として国際的にも広く知られ、「人権後進、経済大国ニッポン」として、国連において日本の精神障害者施策が問われる事態となった。宇都宮病院では看護職員による暴行だけでなく、無資格者による診察やレントゲン撮影が行われたり、患者が院長一族の企業で

働かせられるなどしていた。

宇都宮病院事件に関する国会における質疑で、宇都宮病院に対する実地検査の状況につき、厚生省医療局長は、要旨、

- ・161名の措置入院患者のうち、要措置入院者は47名。
 - ・同意入院者については、中間的状況把握であるが、鑑定審査を受けた150名のうち、要継続入院は115名、その余は入院不要。
 - ・医師数は3月24日時点で14名不足、看護者数は85名不足。
- などと答弁した（甲B27）。

（6）小括

1960年代から精神病院が治療機関として機能できる体制になっていないことが行政管理庁からも指摘され、その劣悪な環境から虐待等不祥事件が生じることがクラーク勧告によっても警告されていたにもかかわらず、被告はこれらの勧告を無視し続け、その結果1960年代から複数の精神病院の中で患者が死に至らしめられるという虐待事件や不祥事件が連続し、それでも15年以上国が放置し続けた結果、ついに宇都宮病院事件が発生するところとなった。

このような虐待事件が発生しやすい土壌が日本の精神病院にあったという事実は、前記の入院医療の必要がないにもかかわらず、退院できずに病院に収容されている患者が放置されていることと無縁ではない。宇都宮病院において明らかとなったように、元々低水準とされている医療従事者数すら満たしていない精神病院が放置され、しかも、鑑定審査をすれば入院不要な患者が強制入院させられていた。つまり、精神病院とは、患者を治療する場ではなく、単に収容して放置する施設であったのであり、少なくともそのような施設でも病院として許容されていたのである。このような収容施設に入院させられた精神障害者は、その貴重な時間・人生を乱暴に奪われ続けた。

4 精神保健法改正までの経緯と法改正の結果

（1）厚生省の態度

前記宇都宮病院事件を受けて、1984（昭和59）年6月22日、厚生省は公衆衛生局、医務局、社会局の三局長連名で、「精神病院に対する指導監督等の強化徹底について」と題する通知を発した（衛発第425号、医発第583号、社保第62号。以下、これを「**三局長通知**」という。甲B28）。この中で、同意入院制度の運用につき、同意者の確認等適正な運用を求めるとともに、「実地審査は、医療監視や実地指導の結果等も踏まえ必要度が高いと考えられる病院から順次行くとともに、入院患者についてもその入院期間、病名等に十分配慮して計画的、重点的に実施するよう努めること。」「同意入院の場合における患者等からの入

院継続の要否に関する調査の請求については、前記 2. (4) (措置入院制度における調査請求) に準じた取扱いを行うこと。」とされた。他にも、医療従事者の充足、超過収容の解消、無資格者の医療行為の防止等の医療監視の強化徹底や、実地指導の強化徹底、生活保護指定医療機関に対する指導の強化徹底、入院患者預り金の適正管理、精神医療に関する苦情等の適正な処理も通知された。これは、そのような通知がなされなければならないほどの不適切な状況があったことを示すものである。

もともと、1987 (昭和 62) 年に精神衛生法が精神保健法に改正され、任意入院が法律上明記されるまで、同意入院の数は依然として増加し続けたのであり (1980 (昭和 55) 年 263, 684 名、1985 (昭和 60) 年 284, 458 名、1987 (昭和 62) 年 286, 734 名)、実地審査が効果的になされた形跡は認められない。また、医療従事者の水増し、過剰収容、無資格者による注射、レントゲン撮影、電気ショック、患者の金員の横領、患者に対する職員による暴行、違法拘束・入院等もなくなることはなかった。

(2) 国連における国際的非難

その後も厚生省は積極的な制度改正の姿勢を示さなかったが、国際的な非難を浴びるに至って、ようやく法改正に向けて動き出した。

すなわち、1984 (昭和 59) 年 8 月、国際人権連盟代表は、人権小委員会において日本の精神病患者の実情について、不必要な収容、入院決定の適正手続の否定と司法的再審査の否定、多数の入院患者への身体的虐待をもたらす厳しい収容条件と病院管理者に許容された広範な自由裁量、かかる不正からの救済手段の完全な欠如および精神病施設における疑問死に関する政府の調査懈怠などを批判した。

これに対し、日本政府代表は、「日本の精神病院での 2, 3 の虐待事件について報告されたが、これらはかなり極端な例外的なケースであり、日本の精神病院がすべて同様な状態にあるとは考えられない。」「日本の精神病院入院患者数は、1982 (昭和 57) 年時点で 32 万 6000 人とされている。このなかで強制入院患者数は 4 万人 (入院患者総数の約 12.3%) で、残りは同意による入院患者である。」と反論した。

しかし、前記のとおり、宇都宮病院事件が発覚する 15 年前から日本精神神経学会が会員に対し不祥事件について積極的に取り組むよう要望を求める見解を発するほどに患者虐待・不祥事件は多発していたのであり、決して宇都宮病院事件は極端な例外的ケースではなかった。また、当時の強制入院者 12.3% というのは措置入院者のみであって、同意入院 (当時、名称に「同意」が含まれているが、あくまでも患者の同意は無い強制入院である) は、1982 (昭和 58) 年の時点で

約 83%であった。したがって、強制入院は約 95%もいたのである。

さらにその後、1985（昭和 60）年に国際法律家委員会調査団による調査がなされ、勧告が出されたことは訴状において述べたとおりである（甲 B 8）。

このような国際的非難を浴びて、ようやく 1985（昭和 60）年 5 月、厚生行政当局者は、国連人権小委員会で精神衛生法の改正を表明した。

（3）公衆衛生審議会による答申（甲 B 2 9）

1986（昭和 61）年 10 月 17 日から公衆衛生審議会精神衛生部会が開催され、同部会は「精神衛生法改正の基本的な方向について（中間メモ）」を同年 12 月 23 日に公表した。そこでは、基本的な考え方として、以下のとおりに記された。

精神衛生法の改正に当たっては、国民の精神的健康の保持及び向上を図るとともに、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権を擁護しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の推進を図ることを基本的な方向とすべきである。（中略）

精神医療については、できる限り一般医療と同様、生活の場に密着したところで適切な医療が受けられる体制を整備する必要がある。医療形態については通院医療を推進し、入院を必要とする場合には、できるだけ本人の意思に基づく入院医療を進め、本人の意思によらない入院医療については、必要限度を超えることのないよう患者の人権が尊重される制度とすることが必要である。

また、精神障害者の社会復帰・社会参加については、（中略）その推進のための対策を更に強力に進めていくことが必要である。

その後、翌 1987（昭和 62）年 2 月 24 日に改正要綱が公衆衛生審議会に諮問され、同審議会は、同月 27 日、改正案を評価し、諮問の線に沿って精神衛生法を改正することを了承するとともに、右答申書に配慮すべき点として、以下の事項が記載された。

- ①精神保健の問題は国及び地方公共団体のみならず、国民全体で取り組むべき問題であり、国民自らが精神的健康の保持増進に努めるとともに、精神障害者の社会復帰の援助・協力を勤めるものとする旨の規定を設けることを検討すべきこと。
- ②医療保護入院については、その入院が本人の意思によらないだけに、運用上、基準をできる限り明確にするよう努めるべきこと。
- ③精神障害者の医療の向上及び社会復帰の促進のため、必要なマンパワーの充実に努めるべきこと。

その他、公衆衛生審議会では、上記中間メモのほぼ2ヶ月前である1986（昭和60）年7月25日に「精神障害者の社会復帰に関する意見」として、以下の内容を記した意見書を提出している（甲B30）。

第二次世界大戦後、先進諸国が一貫してきた精神保健の理念は、精神障害者がその人権を十分に保障され、地域社会で生活を続けながら必要な援助を得ることができるようにすることであり、そのために精神障害者の治療のあり方を、閉鎖性の強い施設内医療から社会に解放された地域精神保健医療に転換することであった。（中略）

しかしながら、これらに係る我が国の制度、事業面の立ち遅れについては否定できない現状であり、今や早急に是正を図るべき重要な社会的課題となっている。

したがって、精神衛生法の改正並びに関連諸制度の整備に当たっては、以上の国際的動向に鑑み、精神障害者の社会復帰、社会促進のための体制の充実を強力かつ早急に実施する必要がある。

（4）日本精神神経学会等の見解

厚生省は精神保健課長名で、各団体に対して「精神衛生法改正に関する意見」を照会し、1986（昭和61）年3月、日本精神神経学会理事会は以下の見解を提出した（甲B31・42頁）。

戦後日本の精神衛生行政は、精神障害者に対し、社会防衛的視点に立った強制収容政策として展開されてきたのであります。そして、ライシャワー事件に触発された1965年の精神衛生法全面改正は、地域医療の名のもとに、地域に強制医療の網の目を拡大し、社会防衛主義を強化する結果をもたらしました。こうして展開されてきた精神衛生行政は、同時に低医療費をもってまかなわれ、粗製濫造の精神病院が急増していったのです。（中略）

いまや戦後日本精神衛生行政の破綻は明白であります。現在必要なことは、このことを真に認識し、従来の方針からの抜本的転換をはかり、精神医療の歴史に新たな頁をきりひらくべき、新たな法を創出することにあります。

なお、同学会は、国会に上程された精神衛生法改正案についても、1987（昭和62）年5月に「精神衛生法等の一部を改正する法律案についての見解」を示した。そこでは、改正案には、(1)法改正の目的・諸権利の不明確性、(2)入院をめぐる人権保障規定の欠陥、(3)「社会復帰」問題に関する欠陥、(4)「指定医」制度の問題点、の欠陥を有しているとの意見がなされている。

また、上記の意見照会に対しては、様々な団体から回答がなされたが、たとえ

ば、社団法人全国自治体病院協議会でも、現行法の評価として、以下の見解が提出された（甲B 3 1・25 頁）。

現状をみると精神医療が一般医療とは異なって近づき難いものになっている。また、精神科患者が何も分からない者として危険視され、差別されている。行動制限があたり前のこととされ、ひいては精神病院の不祥事件を引き起こしている。これらの現象は、この法の性格並びにその運用と無関係ではないだろう。（中略）

このような情勢下にあつて、最近の精神医療は入院中心から地域ケア中心への転換を求められている。

（5）法改正の内容とその後の変化の有無

以上の意見等が出された上で、1987（昭和 62）年、精神衛生法は改正され、名称も精神保健法として成立した。附則 9 条では、「政府は、この法律の施行後五年を目途として、新法の規定の施行の状況を勘案し、必要があると認めるときは、新法の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。」とされた。

これにより、精神障害者本人の同意に基づく任意入院制度が設けられ、同意入院は医療保護入院へと名称が変わったが、医療保護入院の実質的な要件・内容は変わらなかった。また、精神医療審査会制度も設けられ、医療保護入院届を審査し、定期病状報告も審査することとされたが、これらの審査はほぼ 100%病院の判断を是認するものであつて、実質的な審査とはならなかった。

入院者数も、任意入院制度の創設に伴い、任意入院者が新たにでき、その分、医療保護入院者は減少したが、全体の入院者総数に大きな変化は見られず、1992（平成 4）年頃まで増加し続けた。入院医療の必要がなく受入条件が整えば退院可能な患者も、依然として精神病院内に収容され続けた。

このことは、たとえば上記法改正から 9 年後の 1996（平成 8）年においても、受入条件が整えば退院可能な患者が依然として 54,600 人もいた（平成 8 年患者調査）ことから明らかである。また、その後の 2002（平成 14）年の患者調査でも、1982（昭和 57）年 10 月以前に入院した者（つまり精神保健法成立時には 5 年の入院期間を経過していた者）のうち、約 9,000 人が受入条件が整えば退院可能な患者のままであつて、依然、社会復帰政策は不十分なままであつた。前記の公衆衛生審議会において、精神障害者の社会復帰、社会促進のための体制の充実を強力かつ早急に実施する必要があると指摘されたにもかかわらずである。

（6）小括

以上のとおり、宇都宮病院事件を契機として精神衛生法は改正されることとなり、医療保護入院（同意入院）についても基準を明確にして厳密な運用がなされることが期待されたが、法律上の要件は「医療及び保護のため入院の必要がある」という抽象的な文言のまま変わらなかった。また、当初から精神病院に対し本気で指導監督を行う姿勢の見られなかった厚生省は、患者の人権を重視してなされた法改正後も、これを厳正かつ効果的に運用することはなかった。精神医療審査会も、後述のとおり、自治体の中に組み込まれて独立した機関とはならず、また法律上も、その構成員の過半数は医療委員が占めることとされたため、医療機関に対する厳格な審査を行うことはできず、旧来の杜撰な医療保護入院の運用も是正されることはなかった。社会復帰の推進や地域医療への転換も、入院医療の改善と並行しなければならぬにもかかわらず、不十分なものであった。

したがって、入院者総数は減少することなく、病床稼働率95%以上を維持する患者が常時収容され続け、社会復帰することなく、長期入院者も放置され続けた。

5 放置された医療保護入院の杜撰な運用と長期入院者

(1) 1991（平成3）年と1993（平成5）年の公衆衛生審議会の意見

1991（平成3）年7月15日、公衆衛生審議会は、地域精神保健対策に関する中間意見をまとめ、その中で、精神医療の充実を図るとともに、地域内の支援システムを整備し、その社会復帰、社会参加を促進する必要があるとして、社会復帰施設の整備や生活支援の充実、地域医療の推進、マンパワー等の充実等が必要であるとした。

その後、1991（平成3）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」を採択したことは訴状記載のとおりであるが、それを踏まえ、公衆衛生審議会は、1993（平成5）年3月17日には、「今後における精神保健対策について」を公表した（甲B32）。ここでは、「今後における精神保健対策の基本的な方向」として、「入院医療及び通院医療を通じた精神医療全体の水準の向上を図ると共に、通院医療が適切な者については、入院医療から通院医療への転換を推進することが重要である。」と記された。これはいわば当然のことであるが、あえて明記しなければならないほどに、当時の精神病院には、通院医療が適切であるにもかかわらず、入院させられている者が相当数いたといえる。

また、「当面講ずべき改善措置」として、「長期にわたり入院している患者に対しては、精神保健指定医による実地審査を一層入念に実施すること」「精神保健指定医につき、精神障害者の社会復帰に関する研修を実施すること等、その資質の向上を図ること」も挙げられている。これは、審査不十分なまま長期入院している患者が相当数いたことを示すとともに、医療保護入院の適性を審査するは

ずの精神保健指定医が、社会復帰に関する十分な知識なくその業務を行っていたこと、すなわち社会復帰に関する不十分な理解のまま、患者の社会復帰が困難であると入院を是認していたことをうかがわせるものであった。

(2) 精神医療審査会の実態

1987（昭和 62）年の法改正により、医療保護入院届及び医療保護入院者の定期病状報告書に対して精神医療審査会が審査することとなったが、病院作成の入院届や報告書がほぼ 100%是認されており、入院不要や入院形態が不相当とされたものはほとんどなかった。また、患者に対しても、その手続きは十分に告知されておらず、患者の権利擁護制度として実質的に機能するものではなかった（実際に原告にも告知されていない）。

たとえば、原告の入院所在地である福島県の平成 18 年度精神保健福祉センター所報では、医療保護入院者の入院届が 2,375 件、定期病状報告が 1,810 件であるのに対し、このすべてが適当と判断され、また、退院等請求も医療保護入院の請求件数がわずか 53 件に過ぎず（うち入院は適当が 42 件、他の入院形態へ移行が 0 件、入院は不相当が 0 件、請求取下げ・終了が 11 件である）、処遇改善請求に至っては 0 件であった（甲 B 3 3）。

(3) 1993（平成 5）年の法改正

前回の 1987（昭和 62）年の法改正時に 5 年後に見直す旨の附則が設けられたことから、1993（平成 5）年に精神保健法の改正が行われたが、医療保護入院の要件の厳密化に向けた再検討や、精神医療審査会の審査の実態が問われることはなかった。

なお、その審議の中では、1983（昭和 58）年に行われた精神衛生実態調査によると、条件を整えば退院の可能性があるとされた者が 22%（約 77,000 人）いると試算されていたところ、1992（平成 4）年度の社会復帰施設の整備状況によれば、援護寮、福祉ホーム、授産施設の定員合計は約 2,560 名であり、あまりにギャップが大きく不要な入院の解消に至らないことが指摘された。政府答弁でも施設整備が非常に遅れているとの認識が示され、その原因の一つに、施設の運営費が設置者負担だったこと、精神障害者に対する国民の理解が十分ではなく、施設を作りにくいことも関係していることも答弁された。また、二次医療圏の単位で見ると、社会復帰施設が置かれているのは 4 分の 1 の医療圏のみであり、自治体単位では社会復帰施設が設置されていない県が 7 県あることなど地域的不均衡があることも指摘された（甲 B 3 4）。

(4) 1994（平成 6）年の公衆衛生審議会意見書（甲 B 3 5）

その後、1994（平成6）年8月10日、公衆衛生審議会は「当面の精神保健対策について」と題する意見を厚生大臣に提出した。そこでは、早急に取り組むべき課題も多く残されているとして、当面の施策の方向として、

(イ) 社会復帰施設等の精神障害者の社会復帰対策は、その歴史が浅いこと等により、十分な水準に達していない。今後、社会復帰施設やグループホーム事業等の計画的かつ積極的な推進を図る必要がある。

(ロ) 精神医療においては、通院医療の普及はみられるものの、基本的には病院に収容して医療と保護を行うことが中心となっている。今後の精神医療は、精神障害者の社会復帰・社会参加促進する観点から、地域において社会復帰施設等との連携を図りつつ、より良い医療を目指す必要がある。

(中略)

などが示された。つまり、当時においてもまだ医療面では収容主義が基本とされているという事実認識、しかし精神障害者の社会復帰のためには社会復帰施設等の計画的かつ積極的な推進を図り、医療もこれと連携すべきであるという問題意識が示されたのである。

(5) 1995（平成7）年の法改正

1995（平成7）年、精神障害者の保健福祉策の充実を内容とし、精神保健法から精神保健福祉法へと名称変更する改正法案が国会に提出された。

その審議の中で、社会復帰施設の絶対量が不足していること、身体障害者や知的障害者と比べて福祉にかかる財政規模が精神保健費の推移からみても非常に小さいこと等が指摘されたが、将来の十分な予算の確保は約束されなかった。

なお、1996（平成8）年患者調査によれば5年以上の長期入院者は入院全体の約46.5%を占めているにもかかわらず、その長期入院者に対する適正な医療のあり方や、長期間の収容によって生じたいわば「施設症」障害に対する救済については議論がなされず、全くの置き去りにされていた。

(6) 1999（平成11）年の法改正

1998（平成11）年3月、公衆衛生審議会精神保健福祉部会内に精神保健福祉法に関する専門委員会が設けられ、10回の審議が重ねられ、同年9月7日に「精神保健福祉法に関する専門委員会報告書」が提出された（甲B35）。そこでは、医療保護入院については、その運用は限定的になされるべきであるが、そのようなされていないこと、そのような不適切な運用が近年の精神病院における不祥事につながっていること等が指摘された。

なお、1998（平成10）年に、関係諸団体に対して、精神保健福祉法改正に関する意見が求められたが、医療保護入院については、廃止ないし見直しを求める

もの（全自協、看護協会、病院・地域学会、ソーシャルワーカー協会等）、医療保護入院と措置入院とをともに強制入院として一本化することを求めるもの（日弁連、精神保健政策研）などの意見も出されていた。

しかし、1999（平成 11）年の法改正では、医療保護入院は維持され続けた。その際、「当該精神障害のために第 22 条の 3 の規定による入院が行われる状態にないと判定された者」という要件が加わり、「医療保護入院については、国連原則等の国際的な規定に照らし、その適切な運用に努めること」という附帯決議もなされたが（衆議院厚生委員会。参議院国民福祉委員会も同旨。）、実態としては変わることはなかった。

また、上記報告書においては、従前と同様に、長期入院の傾向に変化なし、地域医療政策への転換の不十分さ、社会復帰施設の整備の必要性、精神病院における人権侵害性（指導監督の不十分さ）が指摘され、国会でも「精神病院における不祥事件の多発にかんがみ、人権を尊重しつつ適切な医療を確保できるよう、医療従事者の更なる啓発に努めるとともに、医療機関等の情報公開の推進と精神病院の指導監督の徹底を図ること」「長期入院者の療養の在り方について、その充実に向けて早急に検討を行うこと。」も附帯決議されたが（衆議院厚生委員会。参議院国民福祉委員会も同旨。）、5 年以上長期入院患者は 2000（平成 12）年に 44%だったものが 2010（平成 22）年に 37%に減少したにとどまった。

（7）1990 年代の実態

1990 年代に入っても精神病床は増え続け、ようやく 1993（平成 5）年の 363,010 床をピークとして高止まりすることになった。他国が 1980 年代から病床数を減らし続けていることと比較すれば、日本の精神障害者に対する隔離収容政策が依然として維持されていることは明らかである。

入院患者数も、1991（平成 3）年の 349,190 人をピークとして、高止まり傾向となったが、受入条件を整えば可能な患者は、1996 年の患者調査では 54,600 人、1999 年は 71,600 人であり、1983 年の精神衛生実態調査で約 72,600 人と試算されていたことからすると、大きな変化はなかった。5 年以上の長期入院患者も、1993 年に 45.7%、1996 年 46.5%、1999 年 44.4%と大きな変化は認められない。

平均在院日数も、他国は 100 日未満、多くても 150 日以下で推移しているにもかかわらず、日本は 1990 年代に 500 日から 400 日に減少したにとどまり、2000 年代も 300 日までしか減少していない。

社会復帰対策費は 1994（平成 6）年に約 35 億円にまで増加したものの、社会復帰施設整備は容易に進まなかった。

（8）小括

このように、1990年代に入り、ようやく日本の隔離収容政策の増大は止まったが、精神病床数は高止まりしたまま他国のような減少傾向は見られず、その入院中心主義は現在まで続いている。また、社会復帰の必要性が求められながらも、具体的な解消策はなく、精神病院に収容され長期入院を強いられている患者の社会復帰も進まなかった。

6 見捨てられた長期入院者

(1) 新障害者基本計画、新障害者プラン

2002（平成14）年、厚労省は、新障害者基本計画において「精神保健・医療施策の推進」を施策の基本的方向として掲げ、重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）の中で「精神障害者の退院・社会復帰に向けた総合的な取組」について、具体的な達成目標を定め、その推進を図ることとした。

(2) 精神保健医療福祉の改革ビジョン

2004（平成16）年9月、精神保健福祉対策本部は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を公表し、基本方針として、①「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進めること、②全体的に見れば入院患者全体の動態と同様の動きをしている「受入条件が整えば退院可能な者（約7万人）」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、併せて10年後の解消を図ることが示された。また、達成目標が実現されれば、2003（平成15）年時点で約35.4万床あった精神病床は、2015年には約7万床減少すると試算された。

(3) WHOサラチーノ精神保健・薬物依存部長による勧告

また、2002（平成14）年3月8日、世界保健機関（WHO）から日本の精神医療に対する勧告がなされ、そのなかでサラチーノ部長は、日本の精神病床（約34万床）が人口比でも絶対数でも世界最大であることを指摘し、「人材や資金などの社会資源はあるのに、有効に使われていない」と批判し、精神病院のベッドを減らし、退院後の受け皿を準備しながら外来や訪問などの地域医療へシフトするよう求め、「これは緊急の課題だ。十年かかるかも知れないが、すぐ始める必要がある」と強調した。

(4) 変わらない入院中心主義

しかし、2015（平成27）年の精神病床数は326,564床、2020（令和2）年でも

315,068 床にとどまっている。5 年以上の長期入院者は今なお全体の約 30%、83,381 人いる。10 年で解消するとされた「受入条件が整えば退院可能な者約 7 万人も、11 年後の 2014（平成 26）年で依然として 53,200 人おり、2017（平成 29）年の時点でも 49,900 人と若干の減少にとどまる。また、精神科にかかる医療費も、入院医療費は全体の 77%（2000 年）から 70%（2018 年）に減少したにとどまり、入院医療費と入院外医療費の比率がほぼ同数の他科総数と比べて明らかに入院中心のままである。

このように、現在に至るまで長期入院者に対する救済はなされておらず、見捨てられ続けている。原告はたまたま東日本大震災の発生によって退院へと結びついたのであるが、そうでなければ未だに退院が果たせなかった蓋然性も極めて高い。

7 以上の日本の精神科医療の事実経過あるいは前提事実をもとに、以下、違法性に関する主張を行う。なお、作為義務ないし違法性を基礎づける事実として上記に限定するという趣旨ではなく、必要な事実は別途追加して主張する。

第 3 医療保護入院の違憲性に関する立法不作為について

1 医療保護入院制度が違憲であること

(1) 医療保護入院により侵害される人権

ア 憲法上の人権

医療保護入院（同意入院）は、本人の意思に反して、病院という限定的な空間に身体をとどめるものであり、身体を自由を侵害することは言うまでもない。身体を自由は、奴隷的拘束を禁止する憲法 18 条、法定された適正な手続によらなければ生命または自由を奪われないことを保障する憲法 31 条、公権力による恣意的な人権制限が行われやすい刑事手続を主に想定して一連の手続等を規定する憲法 33 条ないし 39 条、自己決定権を保障する憲法 13 条等により保障される極めて重要な人権である。なお、憲法 18 条が想定する「奴隷的拘束」とは、自由な人格者と両立しがたいような身体を拘束をいうのであり、医療保護入院も「奴隷的拘束」に該当する。

また、医療保護入院は、憲法 22 条 1 項の保障する居住・移転の自由をも侵害する。

さらに、医療保護入院は、精神障害のある者についてのみ、意思に反する、最長期間に制限のない入院を強制するという点において、法の下での平等（憲法 14 条）に反する。

イ 人権侵害性は条約により明確化されていること

医療保護入院は、市民的及び政治的権利に関する国際規約（以下「自由権規約」という。1979（昭和54）年、日本は批准した。）7条が禁止する「非人道的な取扱い」、同8条が禁止する「奴隷の状態」、同9条が禁止する恣意的な抑留に当たる（甲B10・31頁以下）。殊に、同9条は、刑事訴追に関してのみ適用される条項（第2甲の一部及び第3項の全部）を除いて基本的には自由を奪われたすべての者に適用され（一般的意見35号パラグラフ4）、自由の剥奪には強制入院も含まれる（同パラグラフ5）ところ、国際連合自由権規約委員会の一般的意見35号（自由権規約9条に関するもの）は以下のように述べ、強制入院が身体的自由を剥奪する人権侵害であることを明確に述べる（甲B37・8頁）。

委員会は、いかなる自由の剥奪にも本来備わっている害及び強制入院の状況下で生じる可能性がある特別な害を強調する。締約国は、監禁と比べてより制限的でない代替措置を提供するために、精神障がい者のための適当な地域社会を基盤とする又は代替的なソーシャルケアサービスの利用を可能にすべきである。

また、障害者権利条約19条は、「障害者が、他の者との平等を基礎として、居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること並びに特定の生活施設で生活する義務を負わない」権利の保障を確認するが（甲B10・6頁）、医療保護入院がかかる権利を侵害するものであることも言うまでもない。

（2）違憲性その1－目的は正当化しえないものであること

ア 隔離収容目的であること

医療保護入院が前記のとおり憲法上の重要な人権を侵害するものである以上、その合憲性は、厳格な目的手段審査により判断されなければならない。

精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法の幾度の改正を経たものの、医療保護入院は精神衛生法時代の同意入院の制度趣旨をそのまま引き継ぐものである。そして、精神衛生法上、同意入院は、精神障害者を、社会防衛上の観点から、根拠なく危険な存在であると取扱い、精神障害者を隔離収容することに主眼があった。

すなわち、医療保護入院の目的も、同様に、精神障害者を根拠なく危険な存在であるとみなして隔離収容する点にあるというほかなく、その目的に正当性がないことは明らかである。

(ア) 精神衛生法の立法者意思

精神衛生法の立法者意思は、社会防衛的な観点からの精神障害者の監視及び隔離収容という精神にあったことは、1950年4月7日の第7国会衆議院厚生委員会（23号）における、当時の参議院参事（法制局）による答弁からも明らかである（甲B2）。

（下線部分は原告代理人による。）

「第三條におきましてはこの法案が対象といたします精神障害者の範囲を規定してあります。従来は精神病患者、しかもその精神病患者のうち社会生活に極度に弊害を及ぼすものだけを取上げておりましたが、この法案におきましてはいやしくも正常な社会生活の発展の上に少しでも障害になるような精神上の障害を持つものは全部対象といたしまして、精神病患者のほかに精神薄弱者、精神病質者も加えたのであります。これによりまして精神障害者は三百三十万から四百万と推定されております。そういう三百三十万ないし四百万人の精神障害者のうちで、病院に収容して療養を必要としなければならない者の推定は、各国が整備しております精神病院におけるベット数の基準から推測いたしますと、十万ないし二十万かと考えられます。それに対しまして現在の精神病院のベット数は二万床くらいしかございません。ことに都道府県立の精神病院は十箇所しかない状態であります。そういう状態を改善して、少くとも入院加療を要するものは精神病院なり、精神病室へ収容して行くためには、もう少し本気で精神病院の設置を考えなければならぬという立場から、第二章の四條及び五條、六條におきましては収容施設のうち、精神病院に関する規定を置いてあります。」

「第五章は、医療及び保護に関する條項でございますが、この第五章は大きくわけまして次のような項目にわかれます。第一は、精神障害者と決定された春の保護義務者はだれであるかということ。それから第二は、医療及び保護を必要としている精神障害者を、いかに国民全体が漏れなくつかむような体制をつくるかということ。それから第三には、精神障害者のうち非常に悪い者は、これは本人の意思に反しても、また保護義務者の意思に反しても、知事の決定によつて、ある程度意に反する入院処置を講ずる必要があるというために、知事による入院処置に関する條項がございます。それほどひどくないけれども、ただ自宅に置きっぱなしにしておくとおぶないという精神障害者につきましては、指定した医師が巡回指導をするということにいたしております。」

「二十三條から二十六條までは、先ほど申し上げました国民全体が協力して、

精神障害者に対する医療及び保護が欠けることのないようにするための綱を張る規定でございます。」

「三十三條、三十四條は、これは知事が介入するのではなくて、保護義務者が精神病院の長に対して、本人は反対であるけれども、何とか入れてもらいたいというような場合の規定を特に置いたのでございます。」

このように、精神衛生法は、その対象となる精神障害のある者について、「正常な社会生活の上で少しでも障害となる」と位置づけ、あたかも「国民全体」の敵であるかのように取り扱い、およそ権利主体としての位置づけを与えなかった。そして、「正常な社会生活の上で少しでも障害となる」精神障害者を精神病院ないし精神病室に「収容」することが政策とされた。

同意入院の規定についても、精神障害のある者に「医療及び保護」を受けさせることは、本人の利益のためという観点は微塵もなく、「国民全体」あるいは「保護義務者」の利益を守るためという観点からの議論しかなかったことが明確に示されている。

(イ) 精神衛生法改正

1965（昭和 40）年、精神衛生法が改正されるも、同意入院に対する見直しは行われず、むしろ、ライシャワー事件を契機とし、精神障害のある者に対する監視、収容の政策強化のため、警察官や検察官等の精神障害者に関する申請・通報制度の整備、緊急措置入院制度の導入等が主な改正点であった。

(ウ) 精神保健法

1987（昭和 62）年、精神衛生法が廃止され、代わって精神保健法が制定された。

精神保健法において、同意入院は「医療保護入院」と名称を変えたが、実質的な要件に変更はなかった。

(エ) 精神保健福祉法

1995（平成 7）年、精神保健法に代わり、精神保健福祉法が制定されたが、精神保健法上の医療保護入院制度はそのまま引き継がれた。なお、2014 年の保護者制度の廃止に伴い「保護者の同意」は医療保護入院の要件ではなくなったものの、代わりに「家族等の同意」が医療保護入院の要件とされ、やはり実質的な要件の変更はなかった。

医療保護入院について「退院を事実上保護者の意思に依存させる結果となり、

入院から地域精神医療への円滑な移行を妨げている」との指摘がありながらも（一例として甲B38）、国は、今日まで医療保護入院を存続させ続けたのである。

かかる同意入院から医療保護入院に至る系譜を見ても、現行法上の医療保護入院が、精神衛生法上の同意入院制度の根底にある精神を引き継いでいることは明らかである。すなわち、医療保護入院の実質的な目的は、「国民全体」の利益を図るため、あるいは、（家族等に責任や負担を押し付けておきながら）

「家族等」の負担を軽減するためというほかなく、身体的自由、居住移転の自由等の憲法上の重要な人権を制約するための、あるいは、精神障害者に対する差別的取り扱いを正当化するだけの合理的な目的があるものとはいえない。

したがって、医療保護入院は、その目的において違憲であるから、正当化される余地はない。

イ 措置入院と別途に設けるべき正当な目的はないこと

仮に、医療保護入院が、隔離収容自体を目的としたものではなく、たとえば、自ら適切な医療を受けないことにより病状を悪化させ、自死ないしは自傷に匹敵する状況に陥ることを防止する目的であるとしても、それは「自傷のおそれ」がある場合に認められる措置入院によってすでに規定されているのであるから、別途、医療保護入院を規定する理由はない。

つまり、医療保護入院を設ける正当な理由は一切見いだせないのである。

(3) 違憲性その2－厳格な審査基準に服すべきこと

前記のとおり、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、または、少なくとも正当な目的を到底見いだせないものであるから、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解釈し得るとしても、制約される権利の内容及び性質が憲法上きわめて重要なものであること並びにその制約の態様は憲法上の人権を極めて強度に直接的かつ全面的に制約する重大なものであることからすれば、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。

殊に、他者加害阻止原理は、憲法上の人権に内在する制約であるのに対し、本人の利益保護という自己加害阻止原理は人権に内在する制約ではなく、そのような自己加害阻止原理が人権制約できる原理として許容されるとしても、いっそう厳格な審査基準により合憲性が判定されなければならない。措置入院で定めるところの「自傷のおそれ」を超えて、さらにそれ以上の本人の利益保護という観点を含むのであれば、なおさらである。

具体的には、本人の利益保護を目的とする強制入院は、少なくとも実体的な観

点及び手続的な観点から、以下の全ての要件を充足しない場合には違憲となると解すべきである。

- 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

以下、詳述する。

ア ①ないし③の要件について

自由権規約委員会一般的意見35号(甲B37)は、強制入院について、次の解釈指針を示し、本人を重大な害から保護する目的に照らして必要性、比例性があることを前提として、「最後の解決手段」でなければならないとする。

障がいの存在それ自体をもって自由の剥奪が正当化されてはならず、むしろ、いかなる自由の剥奪も、本人を重大な害から保護し又は他人に対する傷害を防止する目的に照らして必要性及び比例性がなければならない。自由の剥奪は、最後の解決手段として最も短い適当な期間のみ適用されなければならない。また、法律で定めた適当な手続的及び実体的保護手段を伴わなければならない。

また、1991(平成3)年12月に国連で採択された精神病患者の保護および精神保健ケアの改善のための国連原則(甲B10)は、強制入院の要件について、次のとおり、より詳細に述べる。

原則9-1

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。

原則15-1

精神保健施設で治療を受ける必要がある場合、非自発的入院を避けるよう、あらゆる努力が払われる。

原則16

1. 患者として非自発的に精神保健施設に入院し、又は既に患者として自発

的に精神保健施設に入院した後、非自発的入院患者として退院制限されるのは、この目的のために法律によって権限を与えられた資格を有する精神保健従事者が、原則4に従って、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、又は

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ってのみ得られる適切な治療が妨げられること。b)の場合、可能な場合には、第一の精神保健従事者とは独立した第二の精神保健従事者の診察を求めるべきである。こうした診察が行われた場合、第二の精神保健従事者が同意しなければ、非自発的入院、又は退院制限を行うことはできない。

すなわち、強制入院が許されるのは、①入院しなければ深刻な状態の悪化が起こる見込みがあり、入院しなければ適切な治療が妨げられる状況があること（必要不可欠性）を大前提とし、②より制約の少ない他の手段が存在せず（比例性、最小規制の代替原則）、かつ、③本人の判断力（医師の説明を理解し、治療を受けるか否かの判断能力、あるいは、患者本人において自己の状態、当該医療行為の意義、内容及びそれに伴う危険性につき認識し得る程度の能力）が阻害されている場合のみである。

このうち、判断力が阻害されているかどうかという点は、憲法13条が保障する自己決定権、障害者権利条約12条により確認された原則のもとで解釈されねばならない。すなわち、2014（平成26）年に日本が批准した同条約12条は、障害者について法律の前に等しく認められる権利を確認する。同条に係る障害者権利委員会の一般的意見において、障害を理由に法的能力が制限されてはならないこと、殊に、歴史的に、精神障害者に対する強制治療を許容する制度において障害者の法的能力が制限されてきたことに鑑み、このような制度は廃止されねばならないことが確認された。

かかる原則に鑑みれば、判断力が阻害されているかどうかは、精神障害があることのみをもって安易に判断されてはならず、判断のための支援を尽くしてもなお、本人が自ら判断することができない状態にあるかどうかを検討されねばならない。

この点は、自由権規約一般的意見35号でも、次のとおり確認されている。

手続は、本人の見解を尊重することを確保し、またいかなる代理人も本人の希

望及び利益を真に代理及び弁護することを確保すべきである。

なお、本人の判断力が阻害されている場合に本人の生活を支援するための他者による働きかけに関しては、認知症の人の意思決定支援の指針を示した「認知症の人の日常生活・社会生活における 意思決定支援ガイドライン」（甲B39）が参考となる。同ガイドラインは、「普段から、我々一人一人が自分で意思を形成し、それを表明でき、その意思が尊重され、日常生活・社会生活を決めていくことが重要であることは誰もが認識するところであるが、このことは、認知症の人についても同様である。」ことを前提に、認知症の人の意思決定を可能な限り尊重するための丁寧なプロセスを示す。

医療保護入院は、特に重大な人権侵害を伴うものであることに鑑みれば、同ガイドラインの示すプロセスと同様、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から始めなければならないのであり、入院ありきの姿勢で、安易に判断力が阻害されていると判断することは到底許されない。

イ ④ないし⑦の要件について

憲法31条の定める法定手続の保障は、直接には刑事手続に関するものであるが、それが刑事手続ではないという理由のみで、同条による保障の枠外にあると判断されないことは、最高裁平成4年7月1日判決（成田新法事件）のとおりである。同事件では、「一般に、行政手続は、刑事手続とその性質においておのずから差異がある」として、一律に同条による保障が及ぶわけではないと判断されたが、強制入院手続は身体を直接奪う手続にほかならず、その点では刑事手続と何ら変わりがない。したがって、同判決の規範によっても、強制入院手続に憲法31条による保障が及び、手続及び実体要件の双方について法定されていなければならないと、かつ、刑罰法規は不明確なものであってはならないとの原則は保障されるべきである。

また、憲法は、身体を自由を侵害する刑事手続について、原則として事前の司法審査を経ねばならないことを定める（憲法33条、34条等）。医療保護入院も、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るから、決定権者による権限濫用を抑止するため、原則として事前の（例外的に速やかな事後の）司法審査を経る必要がある。加えて、精神症状は治療の進行とともに減退するものであるから、当初は入院治療が必要であったとしても、時間の経過とともに入院治療が必要ではなくなることから、定期的かつ頻回な司法審査により入院継続の必要不可欠性がチェックされなければならない。

さらに、刑事手続について、刑事訴訟法において、逮捕は最大72時間、勾留は最大20日間と、厳格な期間制限が明記されているが、この趣旨は、逮捕

及び勾留がいずれも国民の身体を自由を奪うものであることから、これもまた国家による権限濫用を抑止するという点にある。医療保護入院も、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るから、決定権者による権限濫用を抑止するため、入院期間が法定されなければならない。

これらの点は、前記の国連原則においても、次の自由権規約一般的意見35号においても確認されている。

自由の剥奪は、適当な周期ごとに、その継続の必要性について再評価されなければならない。個人は、抑留の適法性に関する初回及び定期的な司法審査を含む、自らの権利を回復するための効果的な救済措置を利用するにあたり、また、規約と相容れない抑留状態を防止するために、援助を受けなければならない。」

また、自由権規約一般的意見35号は、恣意的な抑留一般に関し、次のように述べ、恣意的な抑留であるか否かの判断の際には、「予測可能性及び法に基づく適正手続が欠如していないか」という点が重要な要素となることを確認する。

12. 逮捕又は抑留が、国内法により許容されているにもかかわらず、恣意的な場合もある。「恣意性」の概念は、「法律違反」と同等に扱うべきではなく、不適切かどうか、不正義かどうか、予測可能性及び法に基づく適正手続（デュー・プロセス）が欠如していないかという要素並びに合理性、必要性及び比例性（proportionality）の要素も含めてより広く解釈されなければならない。

ウ 医療保護入院は①ないし⑦のいずれの要件も満たしていないこと

医療保護入院（同意入院）の法的性質については、全くもって判然としておらず、公法上の権限を病院管理者が代行するものであるか、民法上の契約であるかは明らかではない。しかし、公法上の権限と解するとしても、「医療及び保護」が隔離収容のためであることは前記のとおりであって本人の利益保護のために必要不可欠であるなどとは言えないし（要件①）、任意入院や通院医療あるいは地域社会資源によっても達成しうるものであることは欧米諸国によって明らかにされており、制約が少ない他の手段も取りうる（要件②）。また、本人の判断能力を検討するプロセスも明らかにしていない（要件③）。

また、裁判例などでは病院管理者と同意権者（保護義務者ないし保護者）との間の民法上の診療契約であると解されることがあるが、この解釈を前提しても、法が容認する強制入院である一方で、私的自治の原則が働くことにより、

その契約内容については病院管理者と同意権者（保護義務者ないし保護者）との間の合意により決せられることとなっており、ますますそのプロセス及び要件を不明確とさせることになる。

つまり、医療保護入院（同意入院）は、要件①～③のいずれも充足しない。

また、そもそも、「医療のため入院が必要となる」という文言自体が不明確であり、それゆえ、病院管理者ないし同意権者により恣意的に濫用されるおそれが高くて高く（後記のとおり、実際、恣意的な運用が横行してきた。）、明確な入院要件は皆無である（要件④）。医療保護入院の法的性質を私的契約と解するのであれば、契約という性質上、契約の前提条件の有無すら、病院管理者と同意権者との間で決することが可能となり、なおさらである。なお、医療保護入院率（精神科病院の全入院形態に占める医療保護入院の割合）については、都道府県によって偏りが生じているが（たとえば2012年6月30日時点で、埼玉県は67.2%で、香川県が16.4%）、このような運用の差が生じるのは、要件が曖昧であるからにはほかならない。

司法審査に関しては、医療保護入院に際し、事前はおろか、事後の司法審査を受ける機会（要件⑤⑥）さえ予定されていない。なお、病院管理者の公法上の権限と解するとなれば、措置入院同様に取消訴訟等が認められるはずであるが、医療保護入院には認められていない。

さらに、医療保護入院の期間の上限は法定されておらず、期間制限（要件⑦）の要件も充足しない。

このように、医療保護入院は、本人の利益保護のための強制入院の要件たる①ないし⑦をいずれも充足しないのであるから、違憲である。

なお、被告においては、医療保護入院の法的性質について、令和3年4月27日付求釈明書のとおり、これを明らかにされたい。

2 医療保護入院を改廃しなかった不作為の違法性

（1）立法不作為の違法性

前記1のとおり、医療保護入院制度は成立当初から法令違憲であるのだから、これを改廃しなかった被告の不作為は、国賠法上、違法である。

すなわち、国会議員の立法行為（立法不作為を含む）が国家賠償法1条1項の適用上違法となるのは、「立法の内容又は立法不作為が国民に憲法上保障されている権利を違法に侵害するものであることが明白な場合や、国民に憲法上保障されている権利行使の機会を確保するために所要の立法措置を執ることが必要不可欠であり、それが明白であるにもかかわらず、国会が正当な理由なく長期にわたってこれを怠る場合」と解されているが（最高裁平成17年9月14日判決等）、前記1のとおり医療保護入院に係る立法内容が憲法上保障されている権利

を違法に侵害するものであることは、遅くとも 1987（昭和 62）年の精神保健福祉法制定時において明白であった。それにもかかわらず、国会は、正当な理由なく、医療保護入院制度を長期にわたり改廃しなかったものであり、遅くとも 1999（平成 7）年の時点で、国会の立法不作為は国家賠償法 1 条 1 項の適用上、違法の評価を受ける。

以下、詳述する。

（2）作為義務の発生

ア 1960 年代の同意入院に係る議論

同意入院については、1960 年代からその運用について問題視されていた。

たとえば、前述した行政管理庁による 1961（昭和 36）年 2 月 24 日付け厚生事務次官宛ての勧告においては、以下のとおり述べられ、同意入院制度が病院により違法に濫用されていること、都道府県知事による監督体制も機能していないことが指摘されていた（甲 B 2 5）。

7. 同意入院、仮入院について

保護義務者などの同意のみによって行なわれる同意入院・仮入院については、病院長の行なう保護義務者の確認が十分に行なわれていないもの、病院長から知事への届出が励行されていないものが多く、また、届出に対する知事の調査・鑑定等の処理もほとんど行なわれていない実情にあるので、改善方を指導する必要がある。

イ 1970 年代の同意入院に関する議論

1970 年代も、違法な同意入院、本人の利益保護とは程遠い、「同意入院」という名目での強制入院が横行していた。

たとえば、1974（昭和 49）年の日本精神病院協会による実態調査において、家庭裁判所による保護義務者の選任申請の段階（保護義務者未選任）の段階で入院させていると回答した病院は 65 パーセントに及んだほか、病院管理者において、入院に同意した者が同意する権限を持っているかを調査しないまま家族や関係者の陳述をそのまま信用していると回答した病院は約 8 割に達する等、保護義務者の同意という法定された手続きさえ遵守されない強制入院が横行していた。

また、病院が保護義務者の同意をとる際、精神衛生法上の保護の義務履行を確約させることなく入院について同意をとる、あるいは、単に入院について同意をとると回答した病院は過半数であり、市町村長が保護義務者である場合に至っては、単に入院に同意するだけ（財産上の利益保護も退院時の社会復帰に

協力することもしない) と回答したのは 66 パーセントにも及んだ。この結果から、同意入院の権限を有する保護義務者は本人の利益保護という観点でなく、多くの場合、単に入院に同意すればよいと認識していたということは明らかであり、本人の利益保護が図られている状況とは到底いえなかった。

ウ 1980 年代の同意入院に関する議論

1980 年代に入っても、同意入院に問題があることは何度も指摘された。

たとえば、1982 (昭和 57) 年、日本精神神経学会と World Psychiatric Association (WPA) との共催、文部省、厚生省及び日本学術会議後援のもとで WPA 世界精神医学会京都シンポジウムが開催され、「同意入院制度は、家族から見放されたものにとって退院は極めて困難になる。特に市町村長同意の場合は、実質的には精神病院側の判断のみで強制入院が継続されることとなってしまう」との現状が報告されたうえ、強制入院が許容される要件として、それに代わる方法がない場合に限定されること、強制入院の対象者は限定されるべきであり、かつ、十分な医療が保障されねばならないこと、あいまいな要件は許されないこと、期限の明示のない拘束は許されないこと等が提言された。

1984 (昭和 59) 年 6 月 25 日の第 101 回国会参議院決算委員会において、群馬県の田中病院の同意入院患者うち 3 分の 2 以上は保護義務者未選任という違法状態があり、病院も群馬県もかかる違法状態を容認していたこと等が述べられ (甲 B 40・7 頁)、当時の厚生大臣は「重点的に配慮して対策を講じてまいりたい」と表明した (甲 B 40・8 頁)。

また、前記第 2 の 3 (5) で述べたとおり、1984 (昭和 59) 年 7 月 31 日参議院社会労働委員会では、政府委員から宇都宮病院同意入院者については、中間的状况把握であるが、鑑定審査を受けた 150 名のうち、要継続入院は 115 名、その余は入院不要であると答弁がなされ、極めて杜撰な運用がなされていることが国会でも明らかになっていた。

さらに、1985 (昭和 60) 年、国際法律家委員会は、強制入院の審査に関し裁判所へのアクセスを基本的要件とすべきこと、強制入院の期間制限を設けるべきこと等について勧告を行った (甲 B 8・52 頁)。

加えて、前述した 1986 (昭和 61) 年の「精神衛生法改正に関する意見」照会に対し、各団体から、以下のとおり、厚生省に対し、同意入院の撤廃や改正が必要であることが提言された。

- ・ 国立精神療養所院長協議会 (甲 B 31・22 頁以下)

自由を拘束する強制入院に際しては、その要件を厳密に規定する。
同意入院制度のより厳密な審査を明記すべきである。
入院継続の要否を定期的に審査する。
自由入院規定を設け、自由意志による入院の促進化と、意志に反する強制入院の短期化を図る。

・全国自治体病院協議会（甲B31・25頁以下）

強制入院は、医療のためとはいえ、患者の人権及び基本的自由への重大な侵害である。したがって、以下の要件が存在する場合にのみ強制入院を可能とし、また、その入院期間を必要最小限にとどめなくてはならない。

ア) 対象要件

強制入院の対象者は、その要件をすべて満たしていなければならない。

- a 精神疾患のため精神病状態を呈した者並びに人格障害又は精神遅滞のある者で入院治療を要する精神症状を呈している者であること。
- b 判断能力が損なわれており、説明を受けても入院治療の必要性を理解できないこと。
- c 患者本人の健康又は安全のため、若しくは他者の保護のために入院が必要であること。

・精神神経学会（甲B31・42頁以下）

本法は、措置入院（29条）・同意入院（33条う）という社会防衛的強制入院形式を中心に構成され（略）ています。しかもこれに対するチェック機構ないし救済規定は欠如ないし空文化しています。（中略）

このような構造をもつ本法に対して、部分的手直しによっては、なんらの抜本的対策にもなりません。したがって、このような法は撤廃し、まったく新たな理念に基づく法（※外来診療・自由入院を基本とする法）が立てられるべきであります。

・自由人権協会（甲B31・100頁以下）

強制入院は「最後の手段」であることを前提とし、同意入院を廃止して、入院での治療看護が必要であること、判断力が著しく損なわれたため入院の必要性を理解し得ないこと、本人または他人に重大な身体的傷害を引き起こすような行為・不作為にでるおそれがあること等の要件のもと、期間が限定された強制入院のみを認めるべきこと等を提言した。

・てんかん協会（甲B31・106頁以下）

(7) 措置入院、同意入院なる現行の強制入院制度を撤廃する。

(中略)

(8) 例外的に、文字どりの強制入院制度を新たに設ける。

(説明) 強制入院に代わるより制限の少ない入院形式なり方策が無い場合に限り、強制入院が例外的に認められようが、その医学的診断基準、法的入院審査手続き、その期間、強制入院期間中の定期的実地審査、強制入院下の患者の諸権利の保障と監視、そのための法的具体策及び罰則規定などを詳細にかつ具体的に明示すること。

・日本臨床心理学会（甲B31・130頁以下）

同意入院を含め、精神衛生法は精神障害者に対する「強制入院法としてのみ強力に作用してきた」と批判し、精神衛生法を撤廃すべきことを前提とし、本人または周囲の人の生命に危機があると判断されるような場合について強制入院が行われるとしてもその条件は慎重に吟味すべきであると提言した。

・精神医療人権基金運営委員会（甲B31・146頁以下）

同意入院を廃止し、期間限定の「治療入院」のみを認めるべきであり、その要件は、重篤な精神障害によって治療および看護のための入院が必要であること、患者の判断能力が損なわれており、治療・看護の必要性を理解することができないこと、入院をさせなければ自己または他人の生命・身体に対する重大な損傷を加える等の高度の可能性があること、強制入院以外の他のより制限的でない手段がないこととし、手続も適正にすべきことを提言した（153～158頁）。

・林宗義ブリティッシュコロンビア大学教授（甲B31・170頁以下）

林教授は、同意入院は、日本にしかない「実にユニークな制度」と評してその異常性を強調し（172頁）、同意入院を現行のまま存続させるのであれば廃止すべきと述べ、存続させるのであれば、本人が治療の対象となる疾病をもっていること、入院させなくては十分に治療ができないか、または入院した方が適切な治療が効果的にできること、本人の病識がない期間のみに限定されること等の要件を提言した（173～174頁）。

エ 作為義務の発生時期

以上のとおり、遅くとも、1987（昭和62）年の精神衛生法改正の議論がされていた時点までに、違法な同意入院が横行し、あるいは、同意入院が濫用され

ることによって、入院者の憲法上の人権が侵害されていることは明白であった。かかる違法状態を打破するため、同意入院制度を廃止するか、仮に同意入院制度を継続するとしても、同意入院の要件の厳格化、明確化、期間制限、司法審査を導入した制度に改正すべきこともまた明白であった。

したがって、遅くとも、1987（昭和 62）年までに、国会議員は、同意入院制度を改廃する立法作為義務を負っていた。

（3）立法不作為

それにもかかわらず、被告は、同意入院・医療保護入院制度を温存させ続けた。

すなわち、1987（昭和 62）年、精神衛生法に代わり精神保健法が成立し、同意入院は医療保護入院へと改名されたが、医療保護入院の要件の厳格化、明確化、司法審査、期間制限については見直されなかった。精神保健指定医の診察を要することが規定されたほか、精神医療審査会制度も設けられたが、従前同様、精神保健指定医の診察は杜撰であり、また、精神医療審査会の審査もほぼ 100 パーセント、病院の判断を是認するものであって、実質的には機能していなかったことは前述のとおりである。

1995（平成 7）年、精神保健法に代わり、精神保健福祉法が成立したが、医療保護入院制度に関する改正は行われず、相変わらず杜撰な運用は続いた。それゆえ、精神保健法や精神保健福祉法の成立以後も、医療保護入院が患者の利益保護に相反するものであることは指摘され続けた。

たとえば、1992（平成 4）年、国際法律家委員会第三次調査団は、医療保護入院について「本人の同意がなくとも、29条に基づく措置入院で要求されるよりも緩和された要件で、收容させることができる。混乱の発生、ならびに、より厳格な29条の要件の回避に加えて、強制入院に2つの別な方式が存在していることによって、入院させられる本人とその家族との間に痛ましい利益衝突が生まれている。患者を收容させるという家族の役割は、患者の治療を著しく阻害している。」と指摘し、医療保護入院の廃止を推奨した（甲B17・174頁）。

また、1998（平成 10）年、第2にも記載した厚生省の諮問機関である公衆衛生審議会の精神保健福祉法に関する専門委員会は、精神保健福祉法改正に関する報告書の中で、医療保護入院について次のように述べ、改めて、医療保護入院の運用は限定的になされるべきであるにもかかわらず実際には限定的な運用はされていないこと、医療保護入院の対象者について入院者の判定基準を作成すべきことを指摘した（甲B36）。

○ 医療保護入院は、本人の同意に基づかない強制入院の一種であることにかんがみれば、その運用は限定的になされるべきである。しかしながら、現行の

制度においては、本人に判断能力が十分あるにもかかわらず、医療保護入院になるような運用がなされている事例が生じている。

○ 従って、医療保護入院の対象を精神障害により入院の要否を判断できない者に限定し、医療保護入院と任意入院の対象を明確に区分する必要がある。また、医療保護入院の対象者について、入院の判定基準を作成することについて検討すべきである。

しかし、1999（平成 11 年）、精神保健福祉法改正の機会があったにもかかわらず、医療保護入院の違憲性が払拭されるようなことはなかった。同改正では、形式的には、法 33 条に「当該精神障害者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」との要件が追加されたものの、との文言が追加されたが、「精神障害のために」任意入院が「行われる状態にない」とは、どのような状態像を指すのか、判断能力が阻害されているから任意入院が「行われる状態にない」との趣旨であるのか、そうであるとすればどの程度判断能力が阻害されている場合を指すのか等、全く不明確であり、要件としての意味をなさないものであった。また、医療及び保護の要件が厳格あるいは明確になることもなく、かつ、医療保護入院が抑制的に運用されることもなかった。

1987 年の精神保健法成立から 10 年以上が経過しており、医療保護入院制度を改廃するための期間は十分あったにもかかわらず、国会は、わずかに法律の文言を修正するのみで、憲法違反を是正するだけの改廃をせず、立法義務を懈怠したのである。

したがって、遅くとも、1999（平成 11）年の精神保健福祉法改正時において、国会の立法不作為は、国家賠償法 1 条 1 項の適用上、違法となったものと評価すべきである。

第 4 精神科特例の違憲性に関する厚生大臣の不作為について

1 精神科特例とは

国民に対する医療提供の基本的な基準については医療法で規定されており、同法は 1948（昭和 23）年に制定されている。そのうち、病院の人員・施設設備については医療法施行規則 19 条に定めがあるが、当時の医療法施行令 4 条の 6 において、主として精神病又は結核の患者を収容する病室を有する病院については、上記施行規則によらないことができると定め、前記第 2 のとおり、1958（昭和 33）年 10 月 2 日付け厚生事務次官通達（発医第 132 号）において、精神病院を特殊病院として、医師の数を一般病院の 3 分の 1、看護師については 3 分の 2 でよいとする通達をした（「精神科特例」）。なお、その 4 日後の 10 月 6 日には、厚生省医務局長名で「主として精神病患者を収容する病室を有する病院につい

て、精神病の診療に主として従事する医師の確保が困難な特別な事由があると認められるときは、暫定的にこれを考慮し運用することも止むを得ないこと」と通知し、上記3分の1（患者48名に対して医師1名）の運用の緩和さえも認めていたことは前記第2のとおりである。

2 精神科特例が違憲であること

(1) 精神科特例によって侵害される人権

医療は、身体及び精神の健康を守り、人が尊厳をもって生きるために奉仕するものであり、かつ、人が健康で文化的な最低限度の生活を営む上でも必要不可欠であることは言うまでもない。そのため、安全かつ適切な医療を受ける権利は、憲法13条後段及び憲法25条によって保障される。なお、社会権規約では「到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利として認められている。

また、この身体及び精神の健康の享受を現実に保障するためには、あらゆる社会的関係における差別を禁じる憲法14条のもと、すべての人に等しく医療を受けることが権利として保障されなければならない。

安全かつ適正な医療を受けるためには、医療現場において適正な人員配置がなされることが必要不可欠であるが、精神疾患を理由に、他の医療と比較して、精神医療として必要な水準の医療を受けられないというのは、安全かつ適切な権利を受ける権利を受けられないものとして憲法13条後段及び憲法25条に反し、かつ、その区別に合理性がなければ憲法14条に反する。

(2) 精神科特例の違憲性

精神科特例は、一般医療よりも医師や看護師などの人員が少なくてもよい、というものであり、明らかに医療水準を下げるものである。前述の精神科病院の多数の不祥事に共通する点として、看護師の数が少なかったことが挙げられているが（甲B4ほか）、不祥事だけでなく患者の退院や社会復帰という観点からもその質が下がることは言うまでもない。

このような精神科特例が認められた理由としては、1999年（平成11）年5月21日の145回国会衆議院厚生委員会によると、「当時はスタッフの確保が困難であったこと、それから疾病が慢性的に経過するということが挙げられている（甲B41・23頁）。

しかし、この理由付けは明らかに不合理である。スタッフの確保が困難であるという理由と疾病が慢性的に経過するという理由は、理論的に両立しない。療養病床同様に、精神疾病が慢性的に経過するというのであれば、スタッフの確保の可否は理由となりえない。そもそも、前記第2で述べたとおり、1955（昭和30）年に薬物療法等が認められて以降、適切な医療やリハビリ等が行われれば、精神

疾患患者は退院に向けて改善が認められるのであり、慢性的に経過するという事実は認められない（適正な医療やリハビリ等を行わなければ、漫然と放置され、慢性的に経過するということはありうるが）。

また、スタッフの確保が困難であるという点も、適切な医療を受ける権利を侵害する理由として正当性を有するものではない。他の医療同様に、戦後など混乱した状況下などにおいて、環境が整備されるまで一時的な理由としては許容される余地があるとしても、強制入院という人身・移動の自由の著しい制約を伴う精神科医療において、その暫定的な措置が漫然と放置されることが許容されるはずがない。

そもそも、精神疾患の発症や症状の悪化については、ストレス等心理的要因が関係している場合が多く、このような心理的要因に適切に対処し治療するためには、医療従事者が十分に対応できる時間や人員の確保が求められるのであって、他の診療科に比べてこれが少なくても足りるという合理的理由はない。

結局のところ、精神科特例は隔離収容のために設けられたものであるが、隔離収容目的が憲法13条後段、憲法25条、憲法14条の制約原理として許容されるはずがない。

すなわち、精神科特例を設けた医学的な目的（理由）については、適正な医療という観点からはその必要性ないしは正当性が認められず、災害時等の緊急時を除いて特例を認めることは、安全かつ適正な医療を受ける権利を侵害するものであり、憲法13条、憲法25条に反して違憲であり、一般医療と比較して精神疾患であることを理由に不合理に差別を受けることにほかならず、憲法14条に反し違憲である。

3 精神科特例の違法性－厚生大臣の裁量権逸脱

(1) 作為義務－医療法によって認められた厚生大臣の権限

医療法は、医療を受ける者の利益保護や良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を確保し、もって国民の健康の保持に寄与することを目的とする。すなわち、同法は、上記の安全かつ適正な医療を受ける権利を保障するための法律であり、厚生省令や施行規則等への委任についても、そのような安全かつ適正な医療を受ける権利を侵害することを許容するものとは考えられない。

厚生大臣は、その裁量に基づき、医療法施行規則で病院の人員配置を設定し、あるいは、医療法施行令にてその例外を認めることが許される場合があるとしても、安全かつ適正な医療を受ける権利を保障する観点から検討がなされなければならない、体制の効率性もその限度において考慮することが許されるにとどまり、それを越えた判断は裁量権を逸脱するものとして違法である。

(2) 厚生大臣の裁量権の逸脱

ところで、精神科特例はスタッフ確保のための暫定的な措置であったことは、上記のとおりあり、国もそのことを明確に認識していた。そうであれば、少なくとも、前述の1968（昭和43）年の医療審議会答申で示された人口万対25床を超えた1976年（昭和51）年の時点では、適正な医療を受ける権利の確保という観点からは、精神科特例を廃止する方向で検討しなければならなかった。スタッフの確保が困難であるという状態は暫定的なものであるべきであり、これを許容し続ければ、医療として安全とも適正とも言えない隔離収容が漫然と継続してしまうからである。

その後も、精神衛生法改正時における諸団体の意見（1986（昭和61）年）として、日本精神科看護技術協会、国立精神療養所院長協議会、全国自治体病院協議会、日本精神神経学会など多くの団体が、診療報酬の充実とともに、精神科特例の撤廃、改正を述べていた。

ところが、厚生大臣は、本来考慮すべき適正な医療を受ける権利を無視し、強制入院の権限を民間病院に委ねておきながら、民間病院の経営には携われないなどといった医療とは別の理由によって、精神科特例の撤廃に向けて現実的に検討することさえもしなかった（なお、2000（平成12）年の改正医療法によって、大学病院や総合病院などの精神科では一般病院と同等の医療水準が確保されたが、その他の精神科病院では医師数は従前と変わらず、看護師数は6対1から4対1（当分の間は5対1でも可）に変更となっただけである。）。

したがって、少なくとも1976（昭和51）年には暫定的な措置である精神科特例の廃止の検討がなされなければならなかったにもかかわらず、厚生大臣は、これを漫然と放置し、その約10年後である1987（昭和62）年の精神衛生法改正時においてもこれを撤廃しなかったのであるから、裁量権を逸脱したものとして違法であるとの評価を免れない。

第5 精神医療政策に関する厚生大臣の不作为について

1 隔離収容政策を地域医療政策に転換すべき義務違反

(1) 政策転換の必要性

前記第2のとおり、被告は、精神障害者に対し、精神病院への隔離収容を押し進めてきた。特に同意入院制度によって私人に強制入院権限を与え、また、民間病院を乱立させ、措置入院制度の積極的活用とともに強制入院を推進して強制収容を奨励してきた。

しかし、このような隔離収容は精神障害者の身体的自由や移動の自由を制限し、地域で生きる権利という人間としての尊厳そのものを剥奪するものであるから、入院せずに地域で医療を受けながら生活すること、あるいは、入院しても

早期に退院することが可能であれば、それは早急に実現すべきであったし、少なくとも実現のための具体的な計画を早急にたてるべきであった。そのなかで、厚生省は、国民生活の保障・向上を目的として、保健医療にかかる政策を立案すべき立場にあったのであるから、その本来的役割から、精神障害者に対する施策としては、入院治療のみでなく、地域で（病院の外で）健康で文化的な生活を送ることを保障するために、外来治療の場を充実させ、退院後の生活に必要な社会復帰施設を整備すべき義務も当然負っていた。

そして、実際に、薬物療法等の進展により、1950年代後半から治療法が発展し、1963（昭和38）年には医療または指導によって、統合失調症患者の半数以上が自立し、介助を要する者は0となるまで改善が見込まれるとの調査結果も出ていた。また、リハビリや指導をしても働けないものは1割に満たず、9割以上が医療や指導・リハビリによって自立または他者の支援を受けながら仕事に従事できると見込まれていた。さらに、国際的にも地域医療への転換は進められており、隔離収容政策から地域医療へと転換すべきことは世界的なスタンダードであった。

したがって、厚生大臣は、隔離収容政策を廃止し、以下の地域医療を重視した政策に転換すべきであった。具体的には、①入院した患者が早期に退院できるよう、社会復帰施設を整備するとともに、②患者が入院せずに通院治療で足りるよう、外来診療機関を増やすとともに、患者の早期発見・早期治療につなげるためにも、地域医療機関を充実させる義務であり、その内容は以下のとおりである。

（2）社会復帰施設整備義務違反

ア 義務の内容

精神疾患が、薬物等により徹底的に治療して短期間で完治するならば、入院治療した後に退院するだけで自宅で生活することができ、仕事にも従事できることになる。しかし、精神疾患は、病状が完全になくなる「完治」という状態に至ることはほとんどなく、通常は症状が落ち着いて穏やかな状態になる「寛解」を目指すこととなる。したがって、今後病状とどのように付き合うか、自分の病気を管理しながら生活するための指導や訓練が必要になる。

また、病気自体により、あるいは、入院が長期間に及んだことにより、低下した生活能力を向上させたり、現存する能力を前提として生活することができるようにするための指導や訓練、さらには、仕事に従事するための技術を身に付けていくことが重要となる。そのためには、社会復帰を目指した医学的指導や生活訓練・職能訓練の場が整備される必要があり、前記の国民生活の保障・向上を目的として保健医療にかかる政策を立案すべき立場にある厚生省には、このような社会復帰を目的とする医療機関や生活能力・職業技術の訓練施設な

いし制度を設ける義務があった。

なお、入院している医療機関における治療の内容に関する指導義務については、後述する。

イ 義務の認識

1950（昭和 25）年の精神衛生法制定時に、参議院厚生委員会において、法案作成時に社会生活能力を与える施設を設けるべきであるとの意見が強力に主張されたが、今後の措置に委ねることとされた旨の答弁がなされていたのであるから、当時からこのような社会生活能力訓練施設を設ける必要性について認識していたと言える。

また、1959（昭和 34）年の医療保障委員最終答申においても、精神障害者について病院から社会へつなぐ組織、社会復帰に向けた入院治療（医学的指導）やホーム・ケア組織が存在せず、精神障害者に対する対策の現状が甚だ不十分であると指摘されていた。

さらに、1964（昭和 39）年には、精神衛生審議会「精神衛生法改正に関する（中間）答申書」において、「精神障害者は、その症状が軽快した場合、適切な療法、訓練等を行なえば、その社会復帰が促進され、その結果再発率が低くなり、医療費の効果的な使用が招来されるので、早急に社会復帰のための施策が講ぜられるべきである。」として、①精神障害者の社会復帰を目的とする医療機関の設置、②現実の社会生活の場で生活・技術訓練を受け得る職親の制度化が具体的に指摘されていたのであるから、厚生省はこのような社会復帰施設を設置・制度化すべき義務があり、それを認識していたと言える。

また、翌 1965（昭和 40）年には、平均在院日数が 1 年を超え、とくに措置入院者については平均在院日数が 1,385 日と長期に及んでいたのであり、同年の法改正時附帯決議においても、「精神障害者の社会復帰促進のための施設」の設置が求められたのであるから、早急にその設置について検討・着手すべきであった。

そして、1968（昭和 43）年にはクラーク勧告において、より詳細に日本の社会復帰に関する施策（精神医学的中央管理部局の充実、健康保険制度の改善、地域社会の特殊施設やリハビリテーションの設立、専門家の訓練等）が述べられていたのであるから、これらを具体的に進めることは十分に可能であったと言える。

ウ 不作為

しかし、1968（昭和 38）年に中央精神衛生審議会の「精神医療体系の現状に対する意見」で指摘されている通り、1964（昭和 39）年の精神衛生審議会が強

く求めた社会復帰のための訓練、療法等を施す施設はまだ実現をみていなかった。

1970（昭和 45）年にようやく社会復帰施設整備費が予算化されたが、金額はわずか 4000 万円であり、十分な施設整備には程遠い金額であった。その後も精神障害者にかかる予算の 9 割以上は措置入院補助費に充てられ、隔離収容政策が推し進められたと言える。

クラーク勧告に沿った施策も、実現されないどころか、クラーク勧告を検討して実現を試みることも行わなかった。

その後も 1985（昭和 60）年に国際法律家委員会調査団による勧告、1987（昭和 62）年以降の数度にわたる公衆衛生審議会答申、とくに 1991（平成 3）年の公衆衛生審議会「地域精神保健対策に関する中間意見」、1986（昭和 61）年の日本精神神経学会意見、1995（平成 7）年の社会保障制度審議会答申等によっても社会復帰施設の整備不足は絶えず指摘されている。1993（平成 5）年には国会において、社会的入院者約 77,000 人に対し、社会復帰施設が約 2,560 名分と、具体的な数を挙げて不足していることも指摘されたが、1995（平成 7）年の国会審議においてもなお社会復帰施設の絶対量が不足していることが指摘される状態であった。

予算についても、措置入院費等で予算を獲得していたにもかかわらず、その後は措置入院者を減らしたものの、その分の精神障害者にかかる予算を地域医療充実策に十分に充てることがなかった。

（3）地域医療充実義務違反

ア 義務の内容

精神障害者が地域で暮らしながら医療を受けるためには、身近な場所に気軽に通院できる医療機関が存在し、患者にとって通院しやすくすることが必要である。そのためには、精神科診療所や総合病院の中に精神科が設けられ、他の診療科と同等に受診しやすい環境が作られるべきである。このような環境を作るため、厚生省には、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義務があった。また、通院補助を行うことも必要であった。

さらに、精神障害者に対しては、ソーシャルワーカーや保健師によるアフターケアも重要であるから、これらの職種に対する精神医学の訓練を行うことも有効であり、また、保護工場や治療的社交クラブ等の地域社会の特殊施設を設置しやすくすることも効果的であった（これらはいずれもクラーク勧告で指摘されている。）。

イ 義務の認識

1959（昭和 34）年には医療保障委員最終答申において、諸外国では精神障害者は病院よりも社会において保護されるのがよいとされていることが報告されており、日本でも地域医療を充実させるべきであることが認識されていたと言える。

1968（昭和 43）年のクラーク勧告でも、外来設備や地域社会の特殊施設等が推奨されているほか、健康保険制度を入院治療よりも外来治療を行おうとする刺激になるよう改編することが求められており、とくに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ことから、診療報酬を他科と同等できればそれ以上のものが望ましいと勧告されていた。

また、同年の中央精神衛生審議会意見においても、精神科有床診療所もしくは外来に重点をおいた小規模精神病院や総合病院などの大病院における精神科外来施設の必要性が指摘されていた。

ウ 不作為

1965（昭和 40）年に通院医療費公費負担制度が設けられ、通院医療費の補助の必要性は認識されたものの、これにかかる予算は措置入院補助費のわずか 1%であった。その後 1970（昭和 45）年になっても措置入院補助費の 2%、1980（昭和 55）年同 7%と圧倒的に隔離収容政策に重点が置かれ、通院医療補助費が措置入院補助費と同等になったのは、公衆衛生審議会が「今後における精神保健対策について」を公表した 1993（平成 5）年以降であった。

また、1985（昭和 60）年においても国際法律家委員会調査団から、地域医療及びリハビリテーションが欠如しており、これらに対する必要な財源の確保や医療費の保険システムの修正等が勧告された。1986（昭和 61）年の公衆衛生審議会精神衛生部会による「精神衛生法改正の基本的な方向について（中間メモ）」においても地域精神保健対策の充実、通院医療の推進は求められていた。

しかし、1997（平成 9）年の時点においても全総合病院のうち、有床精神科施設を有する病院は 21.7%、外来機能のみを有する病院は 35%にすぎなかった。1994（平成 6）年の公衆衛生審議会「当面の精神保健対策について」においても、今なお入院医療が中心であること、地域において社会復帰施設等との連携をはかりつつより良い医療を目指す必要があることが指摘された。

(4) 小括

以上のとおり、厚生省は、先行行為として重大な人権制約である隔離収容政策を推進してきたのであるから、その解消のために政策転換すべき義務があるこ

とは条理上認められるところ、作為義務の内容が具体的に示された 1968（昭和 43）年のクラーク勧告を受けた後には、社会復帰施設整備及び地域医療の充実を進めることができたはずであるにもかかわらず、具体的な検討すらせず、逆に 1980 年頃まで隔離収容政策を増長し続け、社会復帰施設や地域医療に対して十分な予算措置や診療報酬の変更も講じることはなかった。

したがって、厚生大臣は、1968（昭和 43）年以降、隔離収容政策を地域医療政策に転換させることを遅らせ、また地域医療政策を十分に進めなかったのであり、違法である。

2 精神病院に対する指導監督義務違反

(1) 指導監督の必要性とその認識

日本の精神病院の約 9 割は私立病院であるところ、国営の場合と異なり、一般的には私立病院の運営に国が介入することは困難とも思える。しかし、以下のとおり、厚生省の先行行為に鑑みれば、条理上放置することは許されず、積極的に指導監督する必要がある、かつ、それは可能であった。

ア 先行行為

1950（昭和 25）年、厚生省は、医療法に基づく人員配置基準を潜脱し、精神科のみ十分な人材が揃わなくても経営を可能とする精神科特例を設けた。さらに、医療法を改正し医療法人の設立を認めて経営しやすくし、医療金融公庫法の制定により一層民間病院の設立・維持をしやすくした。これらの厚生省の先行行為によって、私立精神病院は適正な医療を担えるだけの人材がなくとも容易に経営できるようになった。

さらに、被告は、私立精神病院の長にも強制的に患者を入院させる権限をもたせる同意入院制度を含む精神衛生法を成立させたので、病院経営のために濫用されるおそれを招いた。また、措置入院患者については国庫補助がなされるため、病院にとっては長期間入院させておくほど経営が安定する仕組みが設けられた。このように、強制入院は私立病院の経営のために恣意的に用いられるおそれがあったにもかかわらず、厚生省はこれら強制入院制度を推奨した。

イ 指導監督の必要性

このような厚生省の施策の結果、精神病院は少ない人員で低水準の医療を提供しても許され、他方で同意入院制度により自ら患者を強制的に入院させたり、また措置入院により国庫による補助を受けて患者を強制的に入院させ続けることが可能だったので、民間病院は定員を超えて患者を過剰収容し、急いで退院させることなく入院させ続けることで利益を上げることができていた。本来

であれば、劣悪な治療環境であれば、患者や家族が不満を述べて早期に退院したり改善がなされる場所であるが、強制入院制度によって入院させられたため、患者自身は退院できず、不満を述べても改善されることはなかった。また、家族も、地域の医療資源が乏しいために（前記の地域医療充実義務違反の結果である）、それまで精神障害者を長期間看護して疲弊していたため、劣悪な病院であっても入院させてくれるならと病院に対し不満を述べることはなかった。そのため、医療の質が低下し、医療従事者の行動に問題があっても、それらが是正される機会はなかった。

このように、民間精神病院においては、経営が重視されて医療や医療従事者の質が低下することは容易に予測でき、遅くとも1960年代前半には、全精神病床の平均在院期間が1年を超えるようになったのであるから、少なくとも、被告は、強制入院権限が適切に行使され、不必要な入院が防止され、必要以上の入院を回避し、適正な医療が維持されるよう、精神病院を指導監督すべきであった。

(2) 適正な医療の実施指導義務違反

ア 義務の内容

入院患者に対し、適時に適切な治療がなされず、精神科病院などの刺激の少ない過度に保護的な環境で長期生活すると、施設症が生じて自立した地域生活が困難になる。それゆえ、民間病院を乱立させ、強制入院を推奨した厚生省としては、前記のとおり、病院経営のために長期入院が放置されるリスクを抱えていた民間精神病院に対して、適切な医療がなされ、不要な入院がなされていないか、指導・監督する義務があった。

具体的には、①1950年代後半にはクロルプロマジン等の薬物療法によって開放、退院に向けた医療が可能であることが実証されており、精神衛生実態調査においても多くの医師がこのような治療による患者の自立・退院の見込みを見越していたのであるから、これらの積極的な普及を進め、適切な時期に退院して不要な入院にならないよう、入院医療が適切に行われているか指導・監督すべき義務があった。また、②精神疾患の多くは、周囲の刺激・環境により病状が影響を受けやすいのであるから、適正な医療を行うための最低限の環境整備として、定員（許可病床数）を超えた過剰収容のないよう監督し、定員を超えた場合には直ちに是正すべき義務があった。また、精神障害者の社会復帰のためには、医療従事者との丁寧な人的関わりや指導・訓練が必要であるから、退院に向けた適正な医療を行うためには、精神科特例を廃止して充実した医療従事者を確保すべきであったし、少なくとも人員配置基準を下回ることもないよう監督すべき義務があった。

イ 義務の認識

1960年代前半から入院の長期化傾向は現れ、全精神病床の平均在院期間が1年を超えるようになっていた。とくに措置入院者は1965年の時点で平均在院日数は1,385日にまで達していた。薬物療法の発展に反してこのような入院の長期化が生じていることは異常な事態であったと言えるから、遅くとも1965（昭和40）年頃には、厚生省は精神病院において退院に向けた適正な医療がなされているか調査し、指導・監督すべき必要があったことを認識できたと言える。

また、行政管理庁による1961（昭和36）年の改善勧告では、「病院のうちには、建物・設備の不十分なもの、患者の保護室への収容、作業療法の実施等に適切を欠くと認められるものがあり、厚生省が府県に対して指示した通知による実地指導が十分に行われていない状況にあるので、精神病院に対する特別の指導監督を強化すること」「厚生省は、明確な指定基準を制定し、指定病院の内容の整備充実を推進すること」が求められていたのであるから、これによっても、病院内の処遇や作業療法が不適切に行われていたことは認識できていたといえる。

さらに、1968（昭和43）年のクラーク勧告では、「患者は長期収容による無欲状態におち入り」と指摘されていたのであるから、遅くともこのときには施設症を回避すべく適正な医療を指導すべき義務は生じていた。

また、1961（昭和36）年の行政管理庁の改善勧告によれば、超過収容が常態化していたり、精神科特例により低く設けられていた配置基準すら満たしていない精神病院が多数あったことまで指摘されていたのであり、このような状況にあっては適正な医療が行えないことは明らかであるから、直ちに定員及び医療従事者の配置基準については順守させる必要性があったことは明らかであった。

ウ 不作為

1961（昭和36）年の行政管理庁の勧告にもかかわらず、1973（昭和48）年、再度行政管理庁が「精神衛生に関する行政監察結果に基づく勧告」を行い、人員配置基準と許可病床数に違反していることが指摘されたのであるから、遅くともこの時点で厚生省に②についての是正監督義務違反があった。

また、1983（昭和58）年の精神衛生実態調査では、「退院して社会生活ができる」者8.4%、「条件を整えば退院の可能性はある」者22.0%という結果にまで至った。入院医療の必要のない患者が3割も入院していることが明らかになったのであるから、さらに遅くともこの時点で精神病院内で退院に向けた適

正な医療がなされていないことは明らかであるから、是正監督義務違反があった。

加えて、①については、1986（昭和 61）年公衆衛生審議会精神衛生部会「精神衛生法改正の基本的な方向について（中間メモ）」においても、「患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権を擁護しつつ、適切な精神医療の確保及び社会復帰の推進を図ることを基本的な方向とすべきこと」、「本人の意思によらない入院医療については、必要限度を超えることのないよう患者の人権が尊重される制度とすること」等が求められたほどであり、さらに、1993（平成 5）年公衆衛生審議会「今後における精神保健対策について」においても、「入院医療及び通院医療を通じた精神医療全体の水準の向上を図ると共に、通院医療が適切な者については、入院医療から通院医療への転換を推進することが重要である。」と記されたほどであったから、いまだ適正な医療がなされていたとはいえない。実際、後記のとおり、積極的な救済策が必要になるほど退院できない患者は増えていた。

（3）適正な医療水準を確保するための制度構築義務違反

その他、実地指導を監督する義務のみならず、厚生省は、適正な医療を受けるための前提として、当該医療機関の人員配置を充実させる必要があるにもかかわらず、これを厚生大臣が放置したことは前記第 4 の精神科特例の部分で述べたとおりである。

さらに、上記人員配置を充実させる前提として、精神科特例を廃止して民間病院が適正な医療従事者を確保するに足る診療報酬等の改定も必要であったが、これも厚生大臣は漫然と放置した。

加えて、行政管理庁や 1968（昭和 43）年のクラーク勧告によって、厚生省による指導監督にとどまらない、より厳格な監査官制度まで提案されるなどしていたが、厚生大臣は、そのような監査制度を設けることもなかった。

（4）小括

以上のとおり、厚生省は先行行為として精神科特例等を設けることによって民間病院の乱立を自ら招き、経営を重視した民間病院が低水準の医療を行うおそれのある状況を作り出したのであるから、厚生大臣は、その解消のために、単に民間病院の経営に委ねるのではなく、民間精神病院で起きる問題やその医療水準について指導監督すべき義務があることは条理上認められるところ、1960年代には適正な医療を実施させるための監督義務や監査制度などの構築義務を果たせる機会があったにもかかわらず、これを漫然と放置したのであり、違法である。遅くとも医療審議会答申で示された人口万対 25 床を超えた 1976 年（昭

和 51) 年の時点においては、民間病院の設置を優先させる理由が失われたのであるから、他の診療科と同等の医療水準を要求し、前記の精神科特例の廃止など適正な医療水準を確保するための制度構築義務が果たせたにもかかわらず、これも漫然と放置したことから、遅くともこの時点において違法であることは明らかである。

3 入院治療の必要のない人に対する救済義務違反

(1) 救済の必要性とその認識

ア 先行行為

前記のとおり、厚生省は、同意入院によって民間精神病院の長に強制入院権限を与え、精神科特例、財政優遇措置等によって民間病院を設置・経営しやすくさせて乱立させ、措置入院とあわせて強制入院を推奨した結果、民間精神病院は、患者を強制的に集めて入院させておけば経営が成り立つ環境が出来上がっていた。そのため、積極的に患者を退院させたり、退院に向けた指導やリハビリを行うということをし、患者を放置して長期入院させるリスクが発生していた。

他方、患者側の事情としても、長期間入院を継続させられると、家族と疎遠になっていたり、家族や家が失われて帰る場所がなくなるなどして、退院できる条件が狭まってしまう可能性があった。また、社会から隔絶されて長期間入院していることにより、社会内における生活能力が低下してしまったり、生活していく自信が失われた状態に陥ることもあった。

また、そもそも精神障害者に対する施策としては、被告は 1980 年代まで精神障害者にかかる予算の 9 割以上を措置入院補助費に充て、隔離収容政策を強力に進めていたため、通院して地域医療を受けるための診療所や総合病院内の精神科外来設備を増やしたり、通所施設を設けることをしてこなかった。また入院した精神障害者がリハビリや訓練を受けられる社会復帰施設もほとんどなく、一度入院すると退院後の生活が見えない、出口のない強制入院システムだけが強固に作られていた。

イ 救済の必要性

このように経営を重視する民間精神病院に強制入院を委ねたシステムが作られたことにより、多数の精神障害者が本意ではない長期入院を強いられることになり、そのために、入院医療の必要がなく、受入条件を整えば退院が可能であるにもかかわらず、受入先を失い、あるいは受入条件が整備されていないために、入院し続けさせられる患者が増え続けた。

1983 (昭和 58) 年の精神衛生実態調査において、退院可能又は条件を整えば

退院可能な患者が少なくとも 30.4%いることが明らかになり、これは当時の精神病床数が約 33 万床であることから推計すると約 10 万人が入院医療の必要がないにもかかわらず退院できずに入院していたことを示す。

強制入院は患者の身体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いるとしても、目的達成のために必要な期間を経過したら、直ちに患者は退院して自由な生活を送れるようにならなければならない。しかし、前記のとおり、必要な期間を越えて長期間入院を強いられた者は、その間に帰住先が失われたり、生活能力が低下したり、そもそも退院することへ強い不安を覚えるなどして退院できない状態が生じていた。これは、患者が身体や移動の自由を長期間制約され続けたことによる副作用ともいえるべき結果であるから、強制入院制度を作り、民間精神病院を乱立させて放置した厚生省は、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、その人生を救済し退院させる必要があった。

具体的には、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、入院が過剰に長期化したり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・監督し、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、退院に向けて介入し、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必要があった。

(2) 法的規制の厳格運用義務違反

ア 義務の内容

1987（昭和 62）年の法改正により、精神障害者本人の同意に基づく任意入院制度が設けられ、また、精神医療審査会制度も設けられ、医療保護入院届及び定期病状報告書も審査することとされたが、その際、「政府は、この法律の施行後五年を目途として、新法の規定の施行の状況を勘案し、必要があると認めるときは、新法の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。」と附則 9 条で定められた。

それゆえ、厚生省には、任意入院や精神医療審査会制度が適切に運用されているか調査・検討し、不十分であれば、法改正を求めるなどして厳格に新法を適用して患者の人権が不当に侵害されていないか注意すべき義務があった。

また、1987（昭和 62）年公衆衛生審議会答申書においては「医療保護入院については、その入院が本人の意思によらないだけに、運用上、基準をできる限り明確にするよう努めるべきこと」が指摘され、同年の法改正によって、同意入院は医療保護入院として名称が変わったものの、医療保護入院の実質的な要件は変わらなかったのであるから、厚生省は速やかに通知を発するなどして、

不要な入院を回避すべく基準を明確化させる義務があった。

さらにいえば、厚生省は、前記第3の医療保護入院の違憲性に関して、それを是正すべき改廃の提案を国会にすべき義務もあった。

イ 義務の認識

前記のとおり、法改正の内容については1987（昭和62）年に5年を目途に所要の措置を講ずるよう附則で定められ、また、運用基準の明確化は1987（昭和62）年から求められていたのであるから、この時点で厚生省は上記義務について認識していたと言える。

ウ 不作為

1987（昭和62）年法改正により精神医療審査会制度ができたが、同審査会が審査しても医療保護入院届及び定期病状報告に対する審査はほぼ100%病院の判断を是認するものであって、審査機関として効果的に機能しているとは言えない状態にあることは明らかであった。したがって、審査会委員構成をより厳密に見直したり、実地審査に重点を置くなど、審査会制度を見直し、運用の在り方について変更するか、法改正を立案すべきであった。しかし、そのような見直しはなされなかった。

また、入院者数も、任意入院制度が新たに設けられたことにより、その分医療保護入院者は減少したが、全体の入院者総数に大きな変化は見られず、1992年まで増加し続けた。他方、入院医療の必要がなく受入条件が整えば退院可能な患者も、依然として精神病院内に収容され続けた。これは、たとえば右法改正から9年後の1996（平成8）年においても、受入条件が整えば退院可能な患者が依然として54,600人もいたことから明らかである。また、その後の2002（平成14）年の患者調査でも、1982（昭和57）年10月以前に入院した者（つまり精神保健法成立時には5年の入院期間を経過していた者）のうち、約9,000人が受入条件が整えば退院可能な患者のままであって、依然、社会復帰政策は不十分なままであった。したがって、任意入院制度も適正に運用されておらず、自ら退院を言い出せない患者が長期入院を強いられている状態にあったにもかかわらず、これが放置された。

さらに、1998年には、精神医療関係団体から医療保護入院の廃止ないし見直しが求められたほどであり、公衆衛生審議会精神保健福祉部会に設けられた精神保健福祉法に関する専門委員会も「精神病院での不祥事件には、医療保護入院と任意入院に関し、恣意的運用が絡んで」と指摘したのであるから、医療保護入院制度は廃止されるべきであった。しかし、1999年の法改正では、医療保護入院は維持され続けた。その際、「当該精神障害のために第22条の3

の規定による入院が行われる状態にないと判定された者」という要件が加わり、「医療保護入院については、国連原則等の国際的な規定に照らし、その適切な運用に努めること」という付帯決議もなされたが（衆議院厚生委員会。参議院国民福祉委員会も同旨。）、1998年の92,367人に対し、2000年105,359人、2010年131,096人と医療保護入院者は増加を続けた。

（3）積極的調査・介入義務違反

厚生省は、1984（昭和59）年の三局長通知において、実地審査を必要度が高い病院から順次行い、「入院患者についてもその入院期間、病名等に十分配慮して計画的、重点的に実施するよう努める」と個別の入院患者に対する指導についても積極的に行うことを自ら都道府県に対して求めていた。また、1993（平成5）年公衆衛生審議会においても、「当面講ずべき改善措置」として、「長期にわたり入院している患者に対しては、精神保健指定医による実地審査を一層入念に実施すること」「精神保健指定医につき、精神障害者の社会復帰に関する研修を実施すること等、その資質の向上を図ること」が求められていた。

したがって、厚生省は個別事例についても積極的に調査・介入して、入院の必要のない患者については退院させるよう指導監督すべき義務があったといえる。

しかしながら、個別の患者についての調査はなされておらず、病院任せになっている。そのため、前記のとおり、今なお入院の必要がなく受入条件を整えば退院可能な患者は解消されておらず、約5万人が入院し続けている。5年以上の長期入院患者も2000年に44%だったものが2010年に37%に減少したにとどまり、今も8万人以上（全体の30%以上）いる。

（4）救済制度設立義務違反

被告は、同意入院制度という私人（民間病院の長）に強制入院権限を与える制度を作り、この権限の濫用により過度に長期間、患者が入院させられ続ける危険性を作出した。また、被告は、多額の措置入院補助費を予算計上し、1980年代後半年まで増額し続けることにより、精神病院が患者を強制的に収容させ続けることを容易にさせた。これらの先行行為により、厚生省は、条理上、長期入院を強いられて退院できなくなった患者に対し、金銭支援、住宅支援、福祉制度等ありとあらゆる政策を用いて救済すべき義務を負っていた。

1983（昭和58）年に行われた精神衛生実態調査において、条件を整えば退院の可能性があるとされた者が22%（約77,000人）いると試算されていたが、その後も社会復帰に向けた環境を整備しなかったため、1993年法改正時審議の中で、1992年度の社会復帰施設の整備状況として当時の施設定員合計が約2,560名とあまりに少ないことが指摘された。

その後も 1995（平成 7）年法改正時審議の中で、社会復帰施設の絶対量が不足していることは指摘されており、厚生省の上記義務違反は明らかであった。

社会復帰施設以外の退院に向けた人材の手当等もなされておらず、今なお入院の必要がなく受入条件が整えば退院可能な患者は解消されておらず、約 5 万人が入院し続けている。

（5）小括

以上のとおり、厚生省は先行行為として長期入院者を作成するシステムを作り出し、本来は入院継続が不要であるにもかかわらず入院を余儀なくされている者がいることが判明したのであるから、それを積極的に調査、介入し、政策支援、法令改廃、法令運用改善などの救済手段によって積極的に解消すべき義務があることは条理上認められるところ、厚生大臣は、1987（昭和 62）年以降も、これを漫然と放置したのであるから、違法である。

第 6 結論

よって、上記国会及び厚生大臣の違法行為によって、原告は訴状記載の損害を被ったことから、被告国は原告に生じた損害を果たすべきである。また、それと同時に、原告としては、原告と同様の被害者を救済するための具体的な政策の履行を望むものである。

以上