

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3

令和4年4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

本書面では、国の違法な不作為によって原告がより早期に退院できず長期入院を余儀なくされたことについて、改めて主張する。

第1 前提—長期入院による権利侵害性

前提として、長期入院による権利侵害について、改めて述べる。

入院は、その性質上、自由の制約を受けるものである。入院中には病院から自分の意思で自由に外出することはできず、食事も、買い物も、仕事も、恋愛も、様々なライフイベントへの参加も、旅行も、趣味も、地域社会で生きる人間が当たり前のよう選択している「自分の生活」を選択できるわけではない。

通常は、治療を受けて今後の自分の人生や生活をよりよく過ごすため、自身で入院を希望し、この自由の制約を甘受するわけであるが、入院を強制されるものにとっては、この自由の制約を強いられることになる。

このような強度の自由の制約を伴う入院の強制が許されるか否か、どのような場面で許されるかは、原告準備書面4で詳述するが、少なくとも入院治療の必要性がないにもかかわらず、強制入院が許容されることは憲法上認められない。精神科病院だからといって特別に強度の自由の制約が認められるわけではない。

ましてや、その入院を長期化させることは、社会生活を営むための力を低下させるものであるから、単に入院に伴う自由の制約が許されるかどうかという問題だけでなく、より継続的に、社会内で人間として生きる権利を奪う行為であるともいえる。そのような状態にある長期入院者が多数存在することを認識しておきながら、これを救済することもせずに放置することは、違憲にほかならない。

原告は、■■■■病院に転院してからは、入院させてまでの治療の必要性は認められない。どんなに遅くともカルテが現存している1988年（昭和63年）の時点で入院治療を受ける必要性は皆無であった。加えて、その入院が長期となり、退院して地域社会に復帰する意欲を奪われ、かえって退院による不安を助長され、自らが地域で生きる自由を選択する意思さえも奪われていたことは、原告準備書面2（8頁以下）で述べたとおりである。

本件は、そのような原告が、■■■■病院に転院した後だけでも39年51日間にも及び、地域で生きるという自分の人生・生活そのものを奪われたという、憲法上の権利侵害が極めて明白な事案なのである。原告は、懲役40年に相当する犯罪をしていないことは明らかであるし、40年間の入院が必要な重症患者だったわけでもないこともまた明らかである。

以下、原告が入院を強制されてきたこと、原告には入院治療の必要がないことが明らかであること、にもかかわらず退院ができなかったのは国の各不作為が原因であること等について、詳述する。

第2 原告の入院形態について

1 原告準備書面2における原告の主張の概要

原告の入院形態について、原告は、これまで、以下の理由により、1973年（昭和48年）9月2日から2003年（平成15年）4月30日までは、同意入院ないしは医療保護入院としか考えられないと主張した。

①精神衛生法に基づき入院をしていた1973年（昭和48年）9月2日当時から1987（昭和62年）6月30日までは、精神衛生法上、任意入院が認められていなかったこと等から、強制入院である同意入院しか考えられないこと

②入院診療録上も、原告が退院を希望しても保護者である父親が了解しないと退院できない旨の説明が繰り返さされており、実質的にも自発的意思による入院ではない

ことは明らかであること

③入院診療録上、2001年（平成13年）に保護者の変更を病院側が求めていること

④保護者欄にも原告の義母が記載されており、病院が実父の死亡を知った2001年（平成13年）3月16日以降も医療保護入院が継続したと考えられること

⑤入院診療録上の統合失調症の転帰年月日に「平成15年4月30日」と記載されていること

⑥任意入院であれば任意入院の同意書が診療録に添付されるにもかかわらず、これも存在していないこと等

2 被告の反論とそれに対する原告の主張

これに対して、被告は、入院診療録の記載からは「同意入院又は医療保護入院の有無ないし始期及び終期」を確認できないと述べ、また、定期病状報告書の記載が入院診療録にないこと、上記③、④に対しては、保護者は入院形態にかかわらず存在していたこと、上記⑤に対しては、転帰日は必ずしも入院形態の変更に伴うものではないことから、原告が、昭和48年9月2日から平成15年4月30日までの間、同意入院または医療保護入院をしていたとはいえないと反論する（被告準備書面（4）4～5頁）。

しかしながら、保護者が入院形態にかかわらず存在しうるとしても、実態としては、任意入院の患者に対して、わざわざ病院側から保護者の変更を求めることは、およそ考えられない。すなわち、入院診療録の平成13年（2001年）3月16日の部分には「母親には、病院側からTelして連絡した。母親曰く、実は実父は昨年2月に死亡しているとのこと。本人にはショックだと思ってかくしていたという。とにかく保護者の件もあるため来院なるべく早くにしてもらおうように説明。母親は義母のこともあるのか、今ひとつP tに熱心ではない。本人には実父のことは言わないでおく」と記載されており（甲A6通し番号145頁）、明らかに病院側が保護者の変更を強く求めている様子が見られるが、これは原告の入院形態が医療保護入院であったからにはほかならない。

また、入院診療録の転帰日の記載について、被告は必ずしも入院形態の変更に伴うものとはいえないと主張するが、逆をいえば、被告も転帰日の記載が入院形態の変更に伴うことがありうることは認めているところ、上記のとおり、実父の死亡に伴う保護者の変更の求めが2001年（平成13年）であり、その後、義母が保護者となったものの、原告に対する関与に消極的であったことから、2003年（平成15年）に任意入院に切り替えた（医療保護入院の終期が「15年4月30日」である）と考えるのは、原告の入院経過からして極めて自然である。被告は、2つ記載された病名を統一したという可能性を主張するようで

あるが、甲A1では、「精神分裂病 パーキンソン症候群」の転帰日が「14年03月31日」と記載されており、仮に病名を統一しようとしたのであれば、このときに統一すれば足りるのであり、2003年（平成15年）4月30日の時点で病名を統一する必要はない。

なお、被告は、医療保護入院の定期病状報告書の記載が入院診療録にないことをもって原告の医療保護入院を否定するが、任意入院を継続する場合にも、入院1年経過後に2年ごとに任意入院の継続同意書が作成されなければならないところ（平成12年3月30日障精第22号厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長通知、甲B75）、原告のカルテにはそれが含まれていない。任意入院の同意書ないしは継続同意書がカルテの中に含まれていないことは通常考え難く、医療保護入院の定期病状報告書が入院診療録に記載されていないことだけをもって、入院形態を認定することはできない。実態として、原告は退院を訴えていたにもかかわらず、その退院が制限されていた以上、仮に入院診療録に本来記載されるべき事項が記載されていないとしても、その入院は医療保護入院であるというべきである。

以上のとおり、原告の入院形態については、1973年（昭和48年）9月2日から2003年（平成15年）4月30日までの間は、同意入院ないしは医療保護入院であることは明らかである。

3 入院形態にかかわらず原告は入院を強制されていたこと

仮に、医療保護入院の終期が2003年（平成15年）4月30日かどうかを確定することができないと考える余地があるとしても、原告は、当初、精神衛生法に基づく同意入院によって入院を強制されていたこと、精神保健法に変わり任意入院制度が創設された以後も、実態として、自ら退院を訴えてもそれを制限され、入院を強制され続けてきたこと（少なくとも原告は1998年（平成10年）までは入院診療録上も退院を訴えていることが明記されており、また、2003年（平成15年）にも退院を希望したことを前提とした記載がなされている。）、そのことによって退院意欲を奪われて、任意入院に変更された後も、事実上入院を強制され続けてきたことは、入院診療録の経過等から明らかである。

このような原告の入院形態が、仮に精神保健法改正後から任意入院であったのであれば、任意入院は実質的な強制入院を認める制度にほかならず、それは任意入院制度の欠陥としか言いようがない。原告は、通院医療を受けることが十分可能な状態であったのであって、任意入院においても、入院治療の必要性がないにもかかわらず入院を強制することが許されないことは、医療保護入院と何ら変わりがない。

そもそも、原告のように、入院形態さえも明確に記載がされないような杜撰な運用を行

う精神科病院が平然と放置され続けてきたのは、日本の精神医療の実態をまさに表すものである。原告が自分自身の入院形態を明確に知ることができないということは、原告が明確に入院治療を希望していないにもかかわらず、入院する根拠や理由もわからぬまま入院させられていたということであり、それ自体、原告に対する入院が強制的な性質も持つものであったことを示す。なお、日本では令和2年の時点でも、入院形態が不明な患者（つまり正式に任意入院にも切り替えられていない）は396名おり、このうち20年以上の入院者は218名もいる（令和2年精神保健福祉資料。甲B76）。

このような原告の入院形態が、医療保護入院であるにせよ、任意入院であるにせよ、原告は、法で定められた入院形態を前提として、あるいは精神医療を所管する厚生省ないしは厚生労働省の政策等によって入院を強制されたのであるから、仮に医療保護入院の終期が2003年（平成15年）4月30日であると確定できないと考えるにしても、そのことによって被告国の責任が否定されるようなことはあってはならない。

なお、被告は、任意入院の期間を明らかにする証拠がなく原告の主張は前提を欠くと主張するが（被告準備書面（4）19頁）、この点についても上記と同様に、仮に原告の任意入院の期間が明らかでないとしても、全体として被告が入院を強いられてきた期間は明確である以上、被告国の責任が否定されるべきではない。

第3 原告に入院治療の必要性がなかったこと

1 入院治療の必要性について

次に、原告に入院治療の必要性がなかったことについて述べる。

繰り返しになるが、入院治療の必要性がない強制入院は、憲法上の権利を不当に侵害するものである。それが長期入院となれば、その権利侵害はより深刻となり、かつ権利侵害の態様の不当性がより明白になることは言うまでもない。

なお、入院治療の必要性が求められるのは、入院の形態によって変わるものではない。任意入院だから入院治療の必要性がなくとも入院が許されるわけではない。ましてや任意入院でも、事実上入院が強いられているのであれば、それは当然である。

2 原告の入院時の状態

原告の入院時の状態として、原告自身に入院時から自分の精神症状を客観視できており、自身の精神疾患の治療の必要性も理解しており、入院期間全般において概ね落ち着いていたのであり、入院治療の必要性がないことは、原告準備書面2で述べたとおりである。

入院診療録上も、原告に対する明確な治療計画は見当たらない。原告は院内、院外作業

をいくら行っても退院できなかったわけであるが、治療という観点から、入院期間に何を治療して、どうなったら退院ができる状態となるのかという点に関する計画は全く存在しない。これは、そもそも入院治療によってどのような状態になったら退院して通院治療に切り替えられるかという視点が最初からなく、ただ入院させておけばよいという意識が病院側にあったからにはほかならず、原告は、治療目的ではなく、単に隔離収容されていたに過ぎない。

原告に入院の必要性がなかったことは、原告が■■■■病院に入院した直後のエピソードからも明らかである。1974年（昭和49年）から5年間、原告の主治医は■■■■医師であったが、同医師のもとで原告は具体的に退院をする予定であった。ところが、身体的不調が原因で、そのときに退院が実現しなかった。このときに退院見込みであったということは、精神疾患という観点から原告に入院治療の必要性はないはずである。ところが、主治医の交替に伴い、退院の話が消えてしまい、その後原告は30年以上も入院を強いられてしまったのである（甲A7）。

3 原告の退院後の状態

原告に入院治療の必要性がなかったことは、原告の退院後の生活からも明らかである。原告は、現在、単身アパート生活であり、食事は自炊で、炊事洗濯もすべて自分で行っている。日常生活に支援を受けることはほとんどなく、1週間に2回程度のデイケア、月1回程度の通院、月1回程度の訪問看護による体調管理だけで、地域での生活を満喫している。退院後に、再入院が必要となるような不安定な症状もなく、通院のみだけで極めて落ち着いた生活を送っている。本裁判の期日にも、遠方にある自宅から一人で東京に来て、毎回出席している。自傷や他害的な行動はまったくない。

また、原告の退院後の状態について、原告が退院した後の主治医である亡■■■■医師は、NHKの「長すぎた入院 精神医療・知られざる実態」の取材に対して、以下のとおり、答えている（甲A7）。

どうしてこの人は精神病院に40年も入ってなきゃならなかったんだろう。人格の崩壊とか崩れとかそういうような類いの状況も見られないし、大変しっかりした人で、それでしかもその人が40年いたっていう、その事に私の方がむしろ衝撃を覚えたというか、彼もまた精神病院の犠牲者であったかと。あるいはまた、日本という国の犠牲者の一人でもあるなど。

退院後の主治医が述べるとおり、原告には入院治療の必要性は存在しないし、入院時に存在しなかったことも、また明らかである（平成24年10月の退院の際に、突如として精

神症状が緩解し、入院治療の必要がなくなったとは考えられない。)

4 原告に入院治療の必要がなかったこと

以上のとおり、原告が入院治療の必要がなかったことは、入院診療録、原告の主治医の証言、原告の現在の状況等からして明らかであり、どんなに少なくとも長期入院の必要性が皆無であることは極めて明白である。

第4 国の不作為により原告が退院できなかったこと

1 原告が退院できなかった原因は法の欠缺ないしは国の政策にあること

(1) この原告に対する明白な権利侵害に関して、本件で争点となるのはその原因であるが、これを■■■■病院だけの問題と捉えることは誤りである。■■■■病院だけが入院治療の必要性のない者を長期的に入院させるという特別に酷い病院だったわけではなく、これまで述べてきた国の精神医療政策によってもたらされた典型的な精神科病院の一つの例に過ぎない。訴状で述べたとおり、日本では他国と比較して在院日数が長く、病床数が多いという世界に類を見ない特徴があり(甲B7)、それは今なお改善されていない。これは原告が特異な存在ではなく、他国より安易に入院させられ、しかも長期化しているのが日本ではよくあることであることを示している。つまり、原告が退院できなかったのは、国が作出した日本の精神医療制度そのものが原因なのである。

たとえば、前記NHKの番組において、原告の主治医である亡■■■■医師は、前述のとおり「彼(原告)もまた精神病院の犠牲者であったかと。あるいはまた、日本という国の犠牲者の一人でもあるな。」と述べ、加えて、

精神病患者の社会の、いわば邪魔者として、あるいは厄介者として、精神病院を作れ作れと、そこへ収容せよ、という国の政策がありまして。

精神病院が治療病院としてよりは、収容所、社会防衛の一翼を担って収容所化していた、それをまた国がそれで良しとした、いうところに、基本的な原因があると思います。

と、原告のような入院が生じた基本的な原因は国の政策によることを明言している。

さらに、福島県内の原子力発電所近くの5つの精神科病院から県外に転院した患者を福島県に受け入れている■■■■医師は、■■■■病院に転院してきた長期入院患者について、

適切な治療をやっているにもかかわらずなかなか改善しないのでさらに入院治療の努力が必要とされる人達っていうのは、40名中の2名ぐらい。つまり残りの38名は、入院を必要とし

てない。それだけ入院を必要としている人達はいないってこと。

と断言し、加えて、

基本的には、社会で地域で、それからご家族内で、はみ出してしまった人たちを、どういう病気があるかっていうのは、あまり細かくは選別せずに、収容したらば、そのまんまっていうような構造っていうのは、ま、永らく続いてたってことですよね。日本においては。普通に、素直に言ったらば、今入院しているかなりの数の人達ってのは、受け皿があったらば、出るだけなんですよ。

と述べている（甲A7）。

前記■■■■医師も、■■■■病院の印象を記者から聞かれた際に、

それはもうすごいよくないです。よくないですよ。第一、（200床の病院で）医者がね、一人しかいなくて平気だっただけで続けていること自体は、その当時はそれで通用したんですよ、けどね、常識的でない常識ですよ、それは。入院している患者さんの人権っていうのは、ほとんど認められてなかったですね。そういう時代だったです。

と述べ、「常識的でない常識」が存在していたこと、つまり、■■■■病院が決して特別な存在でなかったことを認めている。

（2）このような状態が横行していたことは、国（厚生大臣）は十分に認識していた。1983年（昭和58年）の精神衛生実態調査において、入院中の患者のうち、「退院して社会生活ができる」者は8.4%（甲B23）、「条件を整えば退院の可能性はある」者は22.0%であり、入院治療の必要性のない患者がおおよそ3割も入院していることが明らかとなっていた（当時の精神科病床が約33万床であり、そこから推計すると約10万人であることは原告準備書面1記載のとおりである。）。つまり、どんなに遅くとも1983年（昭和58年）の時点において、原告のような、入院治療の必要性がないにもかかわらず入院を強いられている入院者が多数存在すること、それが入院者の3割という大きな割合であって、単なる精神科病院固有の問題ではなく、日本の精神医療制度全体の問題であることを、国は明確に認識していたのである。

ところが、その後も上記の入院者に対して退院は促進されず、入院者総数に大きな変化はなかった。これは、これは、2004年（平成16年）に国が精神保健医療福祉の改革ビジョンを掲げ、当時約7万人いた「受入条件を整えば退院可能な者」について10年後に解消を図ると宣言した（甲B77）後も変わることはなかった。

被告は、1987年（平成9年）の法改正により精神医療審査会制度が設けられて入院の

適正化が企図され、1999年（平成11年）の法改正では医療保護入院の要件について任意入院できる状態にないことという要件が明確化されたなどと主張しているが、これらの法改正が入院の要否の判断について実質的には何の効果もなかったことは入院者数が示していると言える（原告準備書面4別紙「入院者数一覧」参照）。むしろ、医療保護入院は、1999年（平成11年）まで一時減少したものの、2000年（平成12年）以降は増え続けている。

（3）原告は、上記約10万人のうちの1人であると考えられるが、約10万人にも生じた事象の原因は、病院固有の事象であるとはおよそ考えられず、その責任は法制度を含めた日本の精神医療政策によってもたらされたとしか言いようがない。

以下、国には原告との関係で作為義務が生じていたこと、換言すれば、仮に国が作為義務を果たしていたとすれば、原告が長期入院をすることがなかった（より早期に退院することができた）こと（因果関係）について、改めて述べる。

2 国の不作為（違法性）に関する原告の主張（整理）

（1）前提として、原告がこれまで国賠法上の違法な国の不作為を主張した内容は、以下のとおりである。なお、医療保護入院（同意入院を含む。以下同じ）と任意入院の違憲性の主張において、その前提となる国の精神医療政策に関する不作為については、重複するため、本書面ではまとめて記載する。

①医療保護入院制度を改廃しなかった不作為（国会議員の違法）

②事実上の強制入院として運用される任意入院制度について、その任意性を担保するための制度を立法上構築しなかった不作為（国会議員の違法）

③精神医療において医師や看護師の割合が一般医療と比較して少なくとも構わないとした精神科特例を改廃しなかった不作為（厚生大臣・厚労大臣の違法）

④隔離収容政策を地域医療政策に転換しなかった不作為（厚生大臣・厚労大臣の違法）

具体的には、社会復帰施設の整備、地域医療機関の充実、政策転換に向けた診療報酬の誘導等をすべき義務違反など

⑤精神病院に対する指導監督義務を適切に行わなかった不作為（厚生大臣・厚労大臣の違法）

具体的には、適切な医療の実施指導義務違反、適正な医療水準を確保するための制度構築義務違反、任意入院の任意性を監督するための制度構築義務違反など

⑥入院治療の必要がないにもかかわらず入院を強制されている人に対する救済義務違

反（厚生大臣・厚労大臣の違法）

具体的には、法的規制の厳格運用義務違反（同意入院、医療保護入院、任意入院のすべてについて）、積極的調査及び介入義務違反（任意入院についても同様）、救済制度設立義務違反など

（2）このうち、

ア ①の医療保護入院制度の違憲性については、

- ・医療保護入院制度が隔離収容目的のものであり、目的自体に正当性がなく違憲であること

- ・仮に治療という本人の利益保護のための制度であると解釈しうるとしても、（i）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、（ii）強制入院より制約が少ない他の手段をとりえないこと、（iii）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、（iv）強制入院の要件が明確であること、（v）事前または速やかな事後の司法審査に服すべきこと、（vi）定期かつ頻回な司法審査が行われるべきこと、（vii）入院期間が制限されていることの全ての要件を充足しないと強制入院は認められないのに、これらの要件を定めない医療保護入院制度は、それ自体が違憲であること、

- ・上記の全ての要件を充足しない医療保護入院が横行し、原告を含めた多くの入院者が隔離収容されていたことは違憲な状態であり、遅くとも1987年（昭和62年）の精神衛生法改正の議論の時点で違憲な状態にあることは明白であったこと、

- ・1987年法改正によっても憲法に違反する医療保護入院制度の運用は変わらず、その後の1999年（平成11年）の精神保健福祉法改正時までには、改廃をするための議論をするための期間は十分あったにもかかわらず、違憲状態は解消されなかったこと、を理由に、遅くとも、1999年（平成11年）の精神保健福祉法改正時において、国会議員の不作為は国賠法上の違法であると主張した。

なお、医療保護入院の違憲性については、原告準備書面4にて改めて詳述する。

イ また、②の任意入院制度については、

- ・精神保健法ないしは精神保健福祉法における現行の任意入院制度における「同意」は、「患者が自らの入院について拒むことができるにもかかわらず、積極的に拒んでいない状態を含む」とされており（乙20参照）、真意は退院したいにもかかわらず病院からの説得等で黙っているような場合も含んでいるのであって、すなわち実質的には強制入院を許容する制度であり、違憲であること（なお、インフォームド・コンセントから

も問題があることは当然である。)、

・現行の任意入院制度における任意入院に、自ら入院治療を受けたいといった真の同意に基づく入院が含まれるとしても、精神保健法ないしは精神保健福祉法において、その任意性を担保するための制度は構築されておらず、また、定期審査制度も存在せず（平成 17 年改正によっても条例による任意設置が規定されたにとどまる）、この点からも実質的には強制入院を許容する制度であり、違憲であること、

・現行の任意入院制度には退院制限の規定があり、この退院制限規定が医療保護入院の違憲性同様に人身の自由を制約するものとして違憲であるとして、この退院制限を背後に、医師の指示に従わなければ強制入院させられる、あるいは事実上の退院制限がなされるという事実上の強制入院がなされており、それは違憲な状態であること（なお、退院制限規定の違憲性については、後記第 5 で詳述する。）、

・このような任意入院制度の実態が違憲な状態であることは、任意入院制度を創設した精神保健福祉法制定当初から明白であったこと、

を理由に、国会議員が速やかに改廃しなかった不作為は違法である（どんなに遅くとも、医療保護入院同様の時期、すなわち 1999 年（平成 11 年）の精神保健福祉法改正時に改廃すべきであったという趣旨を含む）と主張した。

これに対し、被告は、任意入院の「同意」の要件が、「患者が自らの入院について拒むことができるにもかかわらず、積極的に拒んでいない状態」を含むのは、「任意入院の中心的意義が非強制という状態での入院を促進することにあるとする考え方に立っていることによる」から、任意入院は違憲ではないなどと主張するようである（被告準備書面（4）20 頁）。かかる被告の主張は、被告自身、「非強制という状態での入院」という建前や形式を隠れ蓑にして、実質的な強制入院が横行するような制度を構築したと認めるようなものである。

また、被告は、任意入院を行う場合の手続きとして「退院等の請求に関する事項等を書面で伝えるとともに、患者本人が入院に同意した旨の書面を徴することとされている」こと、「原則として、患者本人から退院の申出があった場合には、その者を退院させなければならないとしつつ」「一定の場合に 72 時間に限り退院を制限することができる」こと、「入院中の者等が、都道府県知事に対し、退院等の請求を行うこともできる」ことをもって、「任意入院の制度を定めた精神保健法及び精神保健福祉法の規定が、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であるとはいえない」と述べる（被告準備書面（4）21 頁）。そもそも、被告が述べる仕組みがあることにより、いかなる理由で、憲法上の権利を違法に侵害するものであることが明白で

あるとはいえないと断言できるのか、被告はその論拠を示さないので、被告の主張はとるに足りない。

この点を措くとしても、任意入院制度は、入退院届や定期病状報告書等の提出が求められず精神医療審査会の審査を受けないなど、手続きが簡素であり、また外部からの監督がほとんどなされない制度となっている。被告が述べる「患者本人が入院に同意した旨の書面」について、それがいかなる経緯で作成されたものかを審査する制度もなければ（患者本人が、入院の意向はないにもかかわらず病院に言われるがまま書面を作成したとしても、それを審査する制度はない。）、そもそも精神医療審査会における退院請求の審査が機能していないことは、原告準備書面1等で述べたとおりである。他方で、本人が「積極的に拒まない」入院が含まれるとなれば、事実上の強制入院の手段として用いられる危険性があることは上記のとおりである。つまり、現行の任意入院制度は、病院にとって簡便な手続きで済み、かつ、事実上入院を強制できる制度であるから、入院者にとっては、かえって入院を長期化させられる危険性のある入院であるといえる（このことを指摘するものとして、甲B78）。特に、原告のように、既に隔離収容政策によって入院が長期化していた入院者にとっては、精神保健法の任意入院制度の創設は、単に形式的な入院形態が変わる可能性を生じさせるとしても、退院可能性という観点から事態を改善させるものではなかった。むしろ、任意入院に切り替えられることによって、より一層、外部の目から遠ざかり、単に入院継続がなされやすくなってしまったのである。

ウ ③の精神科特例の違憲性については、

- ・医師の数を一般病院の3分の1、看護師の数を3分の2でよいとした精神科特例は、本来、心理的要因等を治療するために必要な時間や人員の確保が困難となり、安全かつ適切な治療を受ける権利、平等権等を侵害するもので、違憲であること

- ・この精神科特例は、スタッフ確保不足と疾病が慢性的に経過することを理由に設けられているが、そそれは医療法の目的に明らかに反していること、

- ・精神科特例の廃止については多くの団体が撤廃、改正の意見を述べていたこと等を理由に、1987年（昭和62年）の精神衛生法改正時においてこれを改廃しなかったのであるから、その不作為は厚生大臣の裁量権を逸脱し、違法であると主張した。

なお、被告は、精神科病院の人員配置基準は、医療法の趣旨・目的等に照らして、その内容が一義的に定まるものではなく、「厚生大臣において、通常なすべきとして認識できる程度に、作為の発生要件及び作為すべき内容が明確なものとして当然に導き出

されるものとはいえない」と主張する（被告準備書面（4）15頁）。しかし、そもそも、「厚生大臣において、通常なすべきとして認識できる程度に、作為の発生要件及び作為すべき内容が明確なものとして当然に導き出される」場合でなければ厚生大臣の不作为が国賠法上違法にならないという被告の主張自体に疑義があるが、仮に被告の主張を前提としても、精神科特例は、医療法の趣旨・目的とは異なる目的で暫定的に特例として作られたものであるから、医療法の趣旨・目的に照らし、これを改廃すべきことは一義的に明らかである。スタッフ確保が困難であるから人員配置基準は緩やかでよい、あるいは疾病が慢性的に経過するから人員配置基準は緩やかでよい、という被告が挙げる精神科特例の理由は、入院によって多くの人手により集中的な治療やケアを施す必要がない者を入院させるのが精神科病院であるという発想に依って立つものであって、精神科病院への入院が治療目的ではなく隔離収容目的であることを自認することにほかならない。そのような権利侵害の状態を許容することを医療法（医療を受ける者による医療に関する適切な選択を支援するために必要な事項等を定め、医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図り、もつて国民の健康の保持に寄与することを趣旨・目的とする法律）が容認しているとは到底考えられない。

エ ④の厚生大臣の地域医療への政策転換の義務違反については、

- ・厚生大臣が精神科病院への隔離収容政策を推し進めてきたという先行行為により、それにより、原告のように入院治療の必要がないにもかかわらず入院を強いられているという権利侵害が多数発生していることを国は認識していたこと

- ・そうであれば、国は、十分な社会復帰施設を整備する必要がある、その必要性については1964年（昭和39年）の中間答申書等において指摘されていたにもかかわらず、これを怠ったこと（なお、社会復帰施設が絶対的に足りていないことについては、国会の場で、何度も国も認めている。たとえば甲B34）

- ・また、国は、精神科病院について入院医療中心から地域医療中心へ転換する必要がある、その必要性についても1968年（昭和43年）のクラーク勧告等において指摘されていたにもかかわらず、予算、外来医療機関の充実、医療報酬による誘導、入院病床数の削減、アフターケア機関の充実などを政策として実施すべきであったにもかかわらず、これを怠ったこと

など、厚生大臣の不作为は違法であると主張した。

オ ⑤の精神病院に対する指導監督義務違反については、

- ・必要以上の多数の民間精神科病院を設立させ、低医療費、低人件費で病院経営をさせて隔離収容目的の入院を是とする政策を国が先行行為として実施したのであり、それにより、原告のように入院治療の必要がないにもかかわらず入院を強いられているという権利侵害が多数発生していることを国は認識していたこと

- ・そうであれば、国は、民間病院による隔離収容目的の入院がなされないよう、指導監督をすべきであったし、精神科特例を廃止して適切な医療がなされるようにすべきであったし、適切な医療環境が提供されるよう監督し、そうでなければ直ちに是正させるべきであった、また、適正な医療水準を確保するための制度を構築すべきだったにもかかわらず、これを怠ったこと

- ・任意入院制度においても、任意性が担保できているかどうかを監督するための制度を構築すべきだったにもかかわらず、これを怠ったこと

など、厚生大臣の不作為は違法であると主張した。

カ ⑥の入院治療がないのに入院を強いられている人に対する救済義務違反については、

- ・国の隔離収容政策を先行行為として、あるいはそもそも法に基づく医療保護入院や任意入院が違憲であることを前提として、そのことによって、原告のように、入院治療の必要がないのに入院を強いられ、それが長期入院化していることを国は認識していたこと

- ・上記認識をもとに、厚生大臣は、医療保護入院の運用が厳格になされるよう、医療保護入院の判断基準、任意入院の任意性の判断基準、精神医療審査会の運用のあり方など、通知を発するなどの義務を履行すべきだったのに、これを怠ったこと、あるいは、医療保護入院や任意入院の改廃について法案を提出すべきだったのに、これを怠ったこと

- ・また、厚生大臣は、本来入院治療が不要なのに長期入院となっている入院者に対しては、その権利侵害の甚大性から、個別事例にまでも積極的に調査・介入すべきだったこと、あるいは、その長期入院者に対して、金銭・住宅・福祉制度などありとあらゆる政策を用いて救済すべきであったのに、これを怠ったこと

など、厚生大臣の不作為は違法であると主張した。

なお、積極的に国が救済する必要があることについては、後記第4にて付け加える。

3 国が原告との関係において各作為義務を負うこと

(1) 国が上記の各作為義務を負い、当該作為義務違反（不作為）によって原告が退院で

きなかったことについては、原告準備書面2において一通り主張した。

これに対し、被告は、国会議員の作為義務については、「個々の事案の実情や実務上の運用における問題点等をもって、精神衛生法及び精神保健法の規定が、国民に憲法上保障されている権利を違法に侵害することが明白であると直ちにいえるものではない」と述べることからすると（被告準備書面（4）13頁）、原告との関係で作為義務を負っていたとはいえないと主張するようであり、また、厚生大臣の作為義務については、「原告の主張する各不作為を原因として、原告が任意入院から退院できなかったことなどについては、何ら具体的に主張・立証されておらず」原告との関係において作為義務を負っていたとは認められないと主張するようである。

そのため、本書面において、改めて、国会議員及び厚生大臣が原告との関係において作為義務を負っていたこと、換言すれば、当該各作為があれば原告がより早期に退院できた蓋然性が高いことを主張する。

（2）①医療保護入院制度改廃の立法不作為

医療保護入院制度が廃止されれば原告が当該廃止時点で退院できた蓋然性が高いことは、1999年（平成11年）当時も原告の入院形態は医療保護入院であったことから、明らかである。

また、医療保護入院制度が改正され、「医療及び保護」といった曖昧な要件ではなく、厳格な要件に変更されていれば、前述のとおり原告は入院治療の必要性は全くなかったのであるから、強制入院の要件を満たさないことが明らかとなり、退院できた蓋然性が高いことは明らかである。手続的要件の改定についても同様であり、単なる書面審査ではなく、原告の入院に対する実質的な審査が、定期的になされれば、原告のように状態が安定している入院者を入院させておく必要がないと判断されたであろうことは、前記原告の主治医あるいは佐藤医師の証言からも明らかである。また、退院請求など手続的な権利が告知されることが実質的に担保されている制度になれば、原告は弁護士に依頼して退院請求をするなどの措置が取れたのであるから、退院できた蓋然性が高いことは原告準備書面2で述べたとおりである（仮に退院請求をして退院ができないというのであれば、それは精神医療審査会が機能していないからにほかならない）。

なお、被告は、医療保護入院の是非は医師に裁量を与えられるべきであるし、指定医制度によってその合憲性が担保されているかのように主張するが、そもそも指定医制度ができたとしても、指定医がよってたつ医療保護入院に関する判断基準がなければ、結局、その医師の自由裁量となってしまう、いくら形式的に指定医制度を設けたとしても、個々

の医師の判断の内容を実質的に審査しようがなく無意味である。実際、指定医制度によっても、原告のように入院の必要がないにもかかわらず長期入院させられるという権利侵害を防ぐことはできなかつたのである。また、被告が主張する同意入院における「精神障害者措置入院及び同意入院取扱要領」は、その内容からして極めて広範な強制入院を許容しており、基準として十分ではないが、その要領さえも「医療保護入院」へと改称された時点で廃止されており、被告の主張を前提にしても、医療保護入院が医師の全くの裁量と同等であることに変わりがない。

(3) ②任意入院制度の任意性が担保される制度構築の立法不作為

任意入院における「同意」について、積極的に拒んでいないという状態を含むものではなく、自ら積極的に入院治療を希望している状態に限るものと改正されれば、原告は、入院診療録上、退院したいと訴えていた以上、より早期に退院できた蓋然性が高いことは明らかである。外部の人間が、原告の同意書など、その任意性を確認する制度が構築できていればなおさらである。また、任意入院制度に退院制限の規定がなく、原告が退院したいと希望すれば退院させるしか選択肢がないという制度であれば、病院が原告に退院制限をかけることはできず、退院できた蓋然性が高いことは明らかである。

(4) ③精神科特例の改廃の不作為

被告は、人員配置基準における精神科特例が存在したために、原告が早期に退院できなかったことについては何ら具体的に主張・立証がなされていないと反論する（被告準備書面（4）15頁）。

しかし、そもそも原告の状態は入院治療の必要性がないことは、これまで繰り返し述べてきたとおりであり、原告は病院職員のケアや働きかけにより早期に退院することが可能であった。実際に、■■■■病院から転院した後には、病院関係者による働きかけで退院が実現し、何ら問題がなく生活を送っている。そのことだけでも十分に立証は具体的である。

前記■■■■医師の退院計画時のように一時的な身体的不調が生じたことに対して病院側が何らケアができなかったことも精神科特例の影響であることが推測されるし、退院に向けた正確な情報提供や不安の払拭、その他退院環境に向けた準備などがなされていないことも原告の入院診療録から明らかである。それらは医師や看護師が一人の患者に費やす時間が長くなればなるほど可能になることは当然であって、精神科特例が廃止され、医師や看護師が増員されて原告のために集中的なケアや働きかけがされていれば、原告は容易に退院ができたことも明らかである。また、主治医が退院を決定するのであるから、

主治医がその患者を十分に診る時間がなければ退院が阻害されることも、いわば当然である。前記■■■■医師の時代には 200 人を 1 人の医師が診ていたとのことであり、精神科特例によって原告の退院は阻害されたといえる（なお、医師の数を一般病院の 3 分の 1、看護師の数を 3 分の 2 とする精神科特例の基準に対しても「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」と通知されていた（医発第 809 号）ことは、原告準備書面 1・7 頁ほかで述べたとおりである。）。

また、以上とは異なる観点からも、精神科特例を改廃すれば退院が可能であったといえる。すなわち、精神科特例を改廃するよう厚生省ないしは厚労省が動けば、精神科特例にそった低医療費・低人件費の病院経営は困難となることから、民間病院の精神科病床数は減らさざるを得なくなる。精神科病床数を減らすということは、入院治療の必要性のない入院者は最優先で退院することになるが、そうなっていれば入院の必要がないことが明らかかな原告の退院が早まっていた蓋然性は極めて高い。

(5) ④地域医療政策への転換義務の不作为

原告が退院先を確保できなかったことについては、原告準備書面 2 で述べたとおりである。それゆえ、退院時の居住先が確保できるよう、社会復帰施設の整備が進んでいれば、原告が早期に退院できた蓋然性は高い。

同様に、入院医療中心ではなく地域医療中心にその政策が転換されていったのであれば、原告は通院等によっても治療が可能であり、かつ、原告の家族を含めて、原告の周囲も原告が地域生活を送ることに不安が生じることはなかったであろうから、入院後、あまり間を置かず、早期に退院が実現していた蓋然性は高い。

(6) ⑤精神病院への指導監督義務の不作为

原告が退院を希望したにもかかわらず、それが病院管理者のコントロールによって、その退院が制限されてきたことについても、原告準備書面 2 で述べたとおりである。このような病院による、入院の必要性のない者に対する安易な隔離収容が横行していた状況に対して、実地にて指導、監督、是正をしていけば、入院治療の必要性のない原告がより早期に退院できた蓋然性は高い（クラーク勧告等において厳格な監督ができるだけの監査制度を設けるべきと勧告されていたことは、原告準備書面 1・59 頁で述べたとおりである。）。

また、精神科特例の改廃を含め、それぞれの精神科病院が治療施設としての適切な医療水準を確保できるような制度を構築できていれば、前記（４）のとおり、原告が退院に向けた身体的、精神的ケアや環境調整が行われていたのであるから、早期に退院が実現していた蓋然性は高い。

さらに、原告の入院形態が任意入院の期間において、その任意性を担保するために、病院を監督する制度が構築されていれば、原告が退院希望を明確に示している時期においてはその入院継続が不当であるとして是正され、原告が退院希望を明確に示していない時期においても、原告が真に入院に同意しているのかがチェックされ、いずれにせよ、より早期の退院が実現できた蓋然性が高い。

（７）⑥救済義務の不作为

原告には、強制入院はもちろんのこと、任意であっても入院治療の必要性はなく、医療保護入院あるいは任意入院が厳格に運用されるべきであることが厚生省ないしは厚労省の通知等で周知されていれば、原告は入院要件に該当しないものとして、より早期の退院が実現していた蓋然性が高い。

また、積極的な調査介入義務についても、原告は、入院治療の必要性がないにもかかわらず（そしてそのことは明らかであったにもかかわらず）、入院が相当長期となっていたものであり、仮に厚生大臣が個別の調査をすることになれば、当然その調査を受ける立場にあったし、積極的な介入がなされていれば、東日本大震災による転院後にスムーズに退院ができていたように、退院が実現していた蓋然性が高い。また、同様に、長期入院者の社会復帰に向けて救済支援する制度があれば、原告はより早期に退院できた蓋然性も高い。

（８）なお、上記の各不作为と原告が退院できなかったことの関係（あるいは作為義務が履行されていれば退院ができたであろう高度の蓋然性との関係）については、個々の不作为が独立した違法行為である、ということを前提としている。ただし、それぞれの不作为は、相互に強く関連し、重複する部分もあり、それゆえ、仮に一つ一つの不作为だけでは、原告が退院できなかったことと関連付けることが難しいとしても、各不作为を一体として違法行為であるといえる。

第４ 国による積極的救済の必要性－被收容者の心理性

原告と被告の各作為義務との関係については以上のとおりであるが、ここでは、なぜ長

期入院者を積極的に救済する必要があるかについて、補足する。

そもそも治療の必要性のない入院は、医療ではない目的による入院であるから、それ自体、本来、憲法上許されない入院である。しかし、日本ではこれまでこの点が看過され、現実にこのような者が常時5万人以上存在しながら、ほとんど減っていない。強制入院を長期間強いられることによって退院意欲が奪われ、退院することをあきらめてしまう入院者は少なくない。

精神科病院という閉鎖的な施設での生活が継続することにより、その人の持つ様々な権利がはく奪されていくことに関する研究としては、E・ゴッフマンによる研究が代表的なものである（甲B79／『アサイラム』）。

ゴッフマンは、精神科病院のように「多数の類似の境遇にある個々人が、一緒に、相当期間にわたって包括社会から遮断されて、閉鎖的で形式的に管理された日常生活を送る居住と仕事の場所」を「全制的施設」と呼び、その中心的特徴を、次のように整理する。

- ・生活の全局面が同一場所で同一権威に従い構成員の日常活動が送られる
- ・構成員の日常活動の各局面が同じ扱いを受け、同じ事を一緒にするように要求されている多くの他人の面前で進行する
- ・毎日の活動の全局面が整然と計画され、一つの活動はあらかじめ決められた時間に次の活動に移る

そして、ゴッフマンは、「被収容者」（精神科病院においては入院患者）が外部社会と隔離された施設に入所することにより、「施設に入所するまで自明とされていた生活様式ならびに習慣的な活動」によって構築していた自己に関する「観念像」を剥奪される、「組織的に屈辱を経験」し、「個人の自己が無力化される」と分析する。

日本においても、ゴッフマンのかかる分析に通じる研究成果が多数発表されており、例えば、入院患者に対する看護師のケアに関する研究において、「長期入院している患者はすでに施設症となっており、一旦この状態に陥った統合失調症の患者は、自我機能の低下もあって、社会復帰を目指した環境の変化に適応することが困難であるという現状がある。加えて、施設症の患者は退院への意欲も希望ももたない状況に陥っており、患者の内的世界では時間の感覚が停止し、患者はただ、毎日のルールにしたがって病院内の生活を営んでいるという特徴がある」という点は所与の前提とされている（甲B80）。

また、長期入院統合失調症患者のうち20～50パーセントは自ら積極的に退院意向を示さないとの調査結果があり、退院意向を示さない患者は、心理的要因たる Defeatist Beliefs（敗北者的信念と訳される。将来への否定的自己評価を指す。）が重度である場合が多く、そのため、退院意向を示さない患者に対しては自己の否定的評価に対する介入が

必要であるとする研究もある（甲B81／「長期入院統合失調症患者の退院意向と個人因子」）。

そして、全国精神障害者家族連合会も、施設症と社会的入院について、全国的な調査を行ったうえ、『施設症』とは、長期間の刺激に乏しい施設環境が、社会的引きこもりや感情の平板化、受け見的依存症などのClinical Poverty（臨床的貧困）を生み出す過程であり、本研究では、この「施設症」を生み出す構造が、全国的に普遍的に存在することを明らかにできた」と述べ、その背景には「少ないスタッフ基準や低い開放病床率、長い平均在院日数、社会復帰活動への取り組みの乏しさ、そして地域の社会資源の乏しさ等が関与することも明らかになった」としている（甲B82／長期入院患者の施設ケアのあり方に関する調査研究）。

つまり、精神科病院という閉鎖的かつ独自のルールで統制される環境に置かれた長期入院患者は、「個人の自己が無力化され」、「退院への意欲も希望ももたない状況に陥」りやすいことから、「自己の否定的評価に対する介入」を含め、積極的な退院支援が必要とされるのである。

そして、そのような積極的な救済を受ける権利は、憲法13条による地域で生きる権利や、健康で文化的な最低限度の生活を営むための生存権（憲法25条）、あるいは憲法14条の平等権を保障するための要請でもある。

そのため、原告のような長期入院者に対しては、国による積極的な救済が必要不可欠であるし、そのような救済を怠ることは権利侵害にほかならない。

第5 任意入院の退院制限規定の違憲性

このほか、任意入院に関して、退院制限規定の存在も大きな問題であることから、ここでは端的に任意入院の退院制限規定の違憲性について、追加して主張を行う。

1 退院制限が人身の自由を侵害するものであること

(1) 審査基準

任意入院は、本来、患者の同意に基づく入院であるから、患者の同意が得られず、退院を希望した場合には、成り立たなくなる入院制度である。しかし、精神保健福祉法は、72時間に限り退院させないことができるとし（21条3項）、実務では、この72時間以内に保護者の同意をとりつけ、医療保護入院に切り替えるという運用が一般的に行われてきた。

この退院制限は、法的には任意入院患者に対する人身の自由の制限であるから、医療保護入院の違憲性について述べたと同様の目的の正当性及び必要不可欠性、手段の最終手

段性、文言の明確性、適正手続き保障が求められる。

(2) 目的の正当性

この点、退院制限する場合における「医療及び保護のため入院を継続する必要があると認められた」場合とは、一般的には医療保護入院の要件である「医療及び保護のため入院の必要がある」(33条1項)と認められた場合に相当するものとして取り扱われるべきであるとされている(四訂精神保健福祉法詳解)から、その目的が人身の自由を制約する正当化根拠を有するかどうかという点については医療保護入院と同様に検討することが相当である。

しかるに、そもそも、被告が「任意入院の中心的意義が非強制という状態での入院を促進することにあるとする考え方に立っている」と奇しくも主張するように(被告準備書面(4)20頁。下線部は原告代理人による。)、現行の任意入院制度は、その制度趣旨からして精神障害者の入院治療を偏重する考え方に依拠しているものであり、つまるところ、精神障害者の隔離収容を目的とする制度と軌を一にするものである。そして、退院制限は、かかる現行の任意入院制度の目的をまさに具現化・具体化する仕組みにほかならず、その目的に正当性は一切ない。

仮に、退院制限においては、目的を患者に対する医療を行うためと解したとしても、自己加害阻止原理としての正当性は認められない。すなわち、自己加害阻止原理としての人身の自由の制約が認められるためには、大前提として、患者の判断能力が欠如していることが必要であるが、退院制限においては患者の判断能力の欠如は要件とされておらず、自己加害阻止原理としての正当性が認められる余地はないのである(この点は原告準備書面4で改めて述べる)。

(3) 最終手段性

また、手段としても、仮に任意入院中に病状が悪化したとしても、いきなりそのまま入院を強制するのではなく、本人の希望に沿って一度退院させて様子を見てから、それでも悪化した場合に限って改めて入院を試みることも可能である。すなわち、精神障害者に対する治療機関が入院設備を有する病院しかなかった時代であればともかく(もっとも、このような時代にはそもそも任意入院制度はなく、退院制限もなかった。また、そもそもこの時代には、地域医療を推進して入院しないで済む施策をとるべきであったとの主張は、原告準備書面1で述べたとおりである。)、診療所など外来受診を受け付ける医療機関は増え、さらに精神科医が自宅を訪問して診療する往診という手段も可能な社会において、患者の希望の実現を試みることなく退院を医師の判断のみで一方向的に制限できるという

扱いについては、必要最小限度性（最終手段性）を欠いている。とくに、精神疾患は環境や人間関係にも左右されるものであり、閉鎖病棟（任意入院者の6割は鍵のかかっている閉鎖病棟に入院させられている。）と自宅では病状が大きく異なることも十分考えられるにもかかわらず、そのような環境条件の変化を試みることもなされない。

また、法律上、任意入院中に退院制限をしなければならない切迫性や緊急の必要性も要件とされていない。

このように、法20条3項の退院制限は、必要最小限の手段（最終手段）になっていない。

（4）明確性の原則

また、医療保護入院と同様に医療及び保護のための入院の必要性という要件は曖昧であり、解釈指針もない。なお、そもそもの任意入院を成り立たせる「同意」についても、一般的な法的解釈と異なり積極的に拒んでいない状態をも含むと実務では解されながら（被告も同様の主張をしている。）、公式の解釈指針はなく、さらには同意の判定方法も存在しない。そのため、いつの時点から同意がなくなり、退院制限がなされているのかすら不明な場合は多い。

（5）適正手続保障の欠如

さらに、退院制限期間中に退院請求をしても、精神医療審査会の審査が72時間以内に行われることはまずない。そして、時間の経過により医療保護入院に切り替えられた場合には、実務上、任意入院としては退院したという扱いがなされ、再度医療保護入院についての退院請求を行わなければならない運用となっている審査会も多く、患者にとっては、退院制限は迅速な適正手続保障を受ける障害にもなっている。

被告は、「任意入院においては（中略）入院中の者等が、都道府県知事に対し、退院等の請求を行うこともできる」と述べ、この点をもって手続の適正が担保されているとでも主張するのかもしれないが（被告準備書面(4)21頁。ただし、被告は任意入院中の者が退院等の請求を行うこともできるということをもって、具体的にいかなる理由で権利を違法に侵害するものであることが明白であるとはいえないという主張をするのか論旨は不明である。）。しかし、退院等請求の手続は裁判所における司法審査ではなく、実態としても、退院等請求の審議を行う精神医療審査会が全く機能していないことは原告準備書面1（29頁等）において述べたとおりであって、退院等請求の手続があるからといって手続の適正が担保されていると被告が主張するのであれば、その主張には全く理由がない。

したがって、任意入院における退院制限は憲法 31 条に反する。

2 平等原則違反

また、原告は、本書面において、任意入院における退院制限そのものも平等原則違反であると主張する。

すなわち、精神科以外の診療科に入院した患者は、同意に基づいて入院しており、退院を申し出れば、当然にその希望はとおり退院が認められる。しかし、精神科に入院した患者のみ、退院して自宅に帰る自由が制限されるのであり、これは、社会的身分による差別である。

前述のとおり、退院制限の目的を医療保護入院と同様に患者に対する医療を行うためであると解したとしても、その手段たる退院制限は、右立法目的との関連において必要最小限度のものになっていないし、適正手続きも保障されていない。患者の希望どおりに退院して変化を鑑みることなく退院を制限することについては、合理的理由も認められない。また、精神障害者の多くは、任意入院に退院制限があることを知っているため、安心して入院することができず、そのため、調子が悪いという自覚があっても任意入院を拒む患者も多く、精神障害者にとっての真の医療や福祉に反することにもなっている。このような実態からすれば、退院制限は、任意入院患者の人身の自由を制約するという差別にとどまらず、自分の意思で入院したいすべての精神障害者にとっても安心して医療を受けることができないという意味で差別的な制度になっている。安心して医療を受けて幸福追求する憲法 13 条の趣旨に鑑みても、退院制限は患者の医療のためという目的に反する結果になっており、合理性を欠いた過剰な制約を課すものとなっているというべきである。

したがって、退院制限は任意入院患者のみならず医療を希望する精神障害者を対象とした社会的身分に基づく差別である。

3 小括

本件において、原告は何度も退院を希望したにもかかわらず、これが否定されている。病院側の記録が杜撰なために正式な退院制限がなされたという資料もないが、診療録を見れば原告が退院を希望していたことは明らかであり（甲 A 6）、原告に対し、最初から医療保護入院（同意入院）がなされていたのでない限り、退院制限がなされていたことは事実であり、このような憲法 14 条、31 条等に反する退院制限によって、原告は退院できなかった。

第6 結語

これまで述べてきたとおり、原告は、国が作為義務を履行していれば退院できた蓋然性は高く、どんなに少なくとも約40年近くの入院を強いられることにはなっていない。被告は、国は原告のような個別の事象について作為義務が発生することはないかのように主張するが、このような事態は、国の先行行為によってもたらされ、日本の精神医療全体の問題として生じたものであることは明らかであり、原告を含めて人生そのものを奪われるといった甚大な人権侵害が生じていることは国も認識していたのであるから、国は、原告との関係において作為義務がある。

原告が日本の精神医療による被害者であることが明らかであるにもかかわらず、仮に国が何らの作為義務を負わないということになれば、原告あるいは原告と同様の被害者の人権侵害を放置することを国が是認することにほかならない。何十年も異常な人権侵害が続いていたのであるから、それは司法によって救済されなければならない。

以上