

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5

令和4年7月28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

第1 はじめに

本書面では、精神医療に関する国会での議論の経過について述べ、原告の主張と同様の内容について、国会でも何度も議論がなされてきたこと、にもかかわらず原告を含む社会的入院者に対する権利侵害を被告国が放置してきたことを明らかにする。

本書面においては国会での議論を引用する形で主張を行うが、引用しきれなかったものについては、別紙「国会議事録発言一覧表」という形式で、その内容を補足する。ただし、同一覧表についても、精神医療に関する国会の議論の一部を抜粋に過ぎず、精神衛生ないしは精神病院に関する議論の全てではないことに留意されたい。

第2 精神衛生法時代の国会での議論経過

1 国会では精神衛生法は隔離収容を主たる目的とした法律であると認識されていたこと

精神衛生法は、昭和25年（1950年）に議員立法にて制定されたものであるが、その発議した議員は、同法の目的について「第一に、この法案は、苟しくも正常な社会生活を破壊する危険のある精神障害者全般をその対象としてつかむことといたしました。従来の狭義の精神病患者だけでなく、精神薄弱者及び精神病質者をも加えたのであります」「第二に、従来の座敷牢による私宅監置の制度を廃止して、長期に亘って自由を拘束する必要のある精神障害者は、精神病院又は精神病室に収容することを原則といたしました」と述べており（甲B2）、隔離収容を主たる目的とするものであったことは、訴状第4にて述べたとおりである。

そして、昭和40年（1965年）の精神衛生法改正時においても、その改正の要点について、政府委員から

精神障害者が野放しになっておるといふ状況につきまして、できるだけこれを野放しといわれる状態から管理された状態に置きたい。そのための方法といたしまして、一つは精神障害者ができるだけたくさん収容されるように、病床の増設をはかる

と述べられ（甲B90）、改正時に社会防衛のために隔離収容政策を推し進められた。

すなわち、国会の議論経過からも、精神衛生法は社会防衛のための隔離収容を主たる目的としたものであること（措置入院や同意入院は隔離収容政策のために設けられた強制入院であること）は明らかであった。たとえば、昭和48年（1973年）6月25日の国会議員の発言も「『社会防衛優先』ということばが使われているのですけれども、その精神衛生法そのものが、やはりそういう骨子でできておる」と明言しており（甲B93）、その後の国会でも、精神医療について隔離収容政策を選択したことを反省する発言が次々となされている（たとえば、甲B109、甲B118、甲B123、甲B126、甲B136、甲B138、甲B139、甲B141など）。

2 精神病院の不祥事件（人権侵害）に関する認識

そのような隔離収容政策によって、精神病院は低医療費・低人件費によって運営がなされ、結果、精神病院において多くの人権侵害が生じていた。

これらの問題に関しては、国会においてもとても多くの議論がなされており、これを引用しきれないため、別紙国会議事録発言一覧表もその一部を抜粋するにとどまっているが、たとえば、医療法人社団浩徳会の都病院の理事長のことについては、

牧山理事長という人は、かねがね職員に向かって、君たちの仕事は患者を治療するというのではなくて患者を管理することにあるんだ、こういうことを言っていたようです。ですから、彼にとっては精神病患者というのは治療の対象じゃないのです。金もうけの手段としか考えていないわけでございます。

などと紹介され、そういった病院は、

実はいま全国の精神病院の多くは似たような状態にある。

と指摘されていた（昭和 57 年(1982 年)、甲 B 9 6）。

また、参考人として精神神経学会の理事からも聴取がなされ、多くの精神病院で不祥事件が生じていることが指摘されていた（昭和 50 年(1975 年)、甲 B 9 4）。

不当な長期入院の実態についても、

第一番目に吉田病院における不当入院の問題がありますね。これはどうも私のほうから一方的な説明に終わるようになりますけれども、ひとつこれはぜひ明らかにしておかなければならぬと思いますから申し上げますが、これは奈良県の吉田病院に十四年来入院しておりましたある一人の患者の退院要求に端を発して明るみに出た問題です。

これで指摘されるのは、長期にわたり不当に入院させておった、それから院外の作業の名のもとに不当な低賃金労働をさせた病院のあり方に疑念が持たれるという、こういう問題の内容なんですね。委員会はそれについて調査、分析の結果、五つの項目にわたって問題点を指摘しておるわけなんです。

その中で一番にあげられているのは、その患者の入院は明らかに不当である、こういうことですね。これは精神衛生法の第三十三条の同意入院のそういうところから見いきますと、当然批判されねばならない問題に発展してくるわけなんです。

と指摘され（甲 B 9 3）、原告が■■■■病院に入院した昭和 48 年（1973 年）の時点で、原告と同様の不当な長期入院が同意入院によってもたらされていることが問題視されていた。あるいは、入院の必要性がないにもかかわらず入院を強いられている社会的入院の存在についても、昭和 45 年（1970 年）の時点で、政府委員から指摘がなされていた（甲 B 9 2）。

さらに、原告準備書面 1 で触れた日本医師会会長の「精神病院経営者は牧畜管理業者だ」との発言についても、国会で指摘されて、精神医療の改善の必要性が訴えられており（甲 B 9 7）、原告の主張する事実の多くは国会でも議論されていた。

3 精神病院における人権侵害の原因に関する国の認識

これらのことについて、当時の厚生大臣は、「嚴重にこれを指導監督いたすようにいたさなければならない」「人道主義に基づいて精神病者を扱うことが大切なのでございまして、かようなことを中心にいたしましてやっぺいこうと思ひますが、いやしくも精神病院が営利に走って、患者の人権を損なうようなことが絶対にないようになしたい」と述べ、民間病院に対する指導監督の必要性を認識するとともに（甲B94）、その根本には、隔離収容政策のもと、低医療費政策として、医師・看護師不足のまま、精神病床を民間病院に委ねて、病床数を増床し続けていること（甲B91、甲B92、甲B93など）、それらの日本の精神医療政策は二十年前から入院治療に深い反省をして病床数を削減してきた諸外国と相反するものであること（甲B95）、諸外国では不当な入院に対して救済するような判決がなされていること、日本の強制入院制度が国際人権規約に違反していること（甲B98）、等が指摘され、認識されていた。

4 小括

以上のとおり、精神衛生法制定時からライシャワー事件後の精神衛生法の改正後にかけて、国会では、精神衛生法が主として隔離収容目的であり、低医療費、低人件費のまま民間病院の病床数が諸外国の流れに反して、増床を続けた結果、原告と同様の不当な長期入院を含めて、数々の人権侵害が生じ、これを改善する必要性があることを認識していた。

ところが、国はこれに対して積極的な改善を図ることがなく、クラーク勧告も無視するなかで、後記のとおり、宇都宮病院事件が発覚し、精神衛生法から精神保健法に改正がなされることとなった。

第3 宇都宮病院事件発覚（昭和59年）から精神保健法制定（昭和62年）までの国会の議論経過

1 宇都宮病院事件発覚後の認識

昭和59年（1984年）に宇都宮病院意見が発覚した後、国会では、宇都宮病院の実態追及のほか、精神医療政策及び精神衛生法の様々な問題が指摘された。そのほとんどはこれまでも指摘されてきたものであるが、一部を引用すると、次のとおりである。

たとえば、強制入院者に対する手続保障に関しては、

特に精神障害者の場合には、病院側からすれば、いつまでも入れておけば点数が上がり、病院の経営上有利である。また近親者につきましても、いわば出てきてもらっては

迷惑であるということから、とにかく入れておきたいという側に傾きがちである。そういったことから、いわば障害者を不当に拘禁しておくことによってだれも損をしない。障害者だけが人権の侵害をいつまでも受ける、こういう状況が容易に想像されるものですから、ある意味では、刑事訴訟におけるよりもより積極的な人権保障の姿勢が必要であるし、また手続的な保障が必要であるのじゃないか

として、その利害関係を理由に、刑事訴訟手続きよりも、人権保障の必要があるにもかかわらず、それが不十分であることが指摘された（甲B99）。

また、病床数を削減する必要性も議員から訴えられ、

現行三十二万床もあるこの病床を、やはり年次計画でもってこれを二十万床程度にまで下げていく、そのためにそれでは社会復帰施設をどうするのか、地域医療をどうするのかというさまざまな問題を周辺に提起をし、そして病院における拘禁状態、収容状態、こうしたものをなくしていくということを図っていかなければならぬと思うんですが、どこから手をつければいいのかという問題を一言えと言われれば、私はやはり病床をふやさずに減らしていくというところに軸を置いて、そしてそれに必要なことをやっていく、このこと以外にないのではないかと思うんですね。

その他の精神医療政策と並行して、病床数を計画的に削減する必要があることが指摘された（甲B27）。

精神科特例の廃止についても、宇都宮病院事件等の不祥事件が発生した原因が、医療従事者不足であるとの認識のもと、

今の時代に、精神病の治療に要する医師の数や看護婦の数が一般の病院よりも少なくてもいいというふうな、こんな差別的な通達は、これはもう私は、なくすることを早急に検討をしてもらわなければならぬと思うんです。ここにその根幹があるんです。だから、直ちに医者数を、あるいは看護婦の数を充足するということはいろんな障害があるでしょうけれども、まず私は厚生大臣にやってもらいたいのは、この通達をとにかく改廃する、なくするというところから、私は精神病院を差別的な状況から解放していく。一般病院並みにそうした問題の基準を上げてやる。それがこれは一つは人権上の問題として当然なすべきことではないか、こう思うんですが、早急にその問題の検討をしていただけませんか。

と指摘され（甲B27）、あるいは、

医療法の上で同じ病院でありながら、今言いましたように医師、看護者は低くてもいい、こうなっている。これが差別でなくて何であるのかと私は言いたいのであります。

精神障害者は国によって十分な医療を受けなくてもいいということを明らかに言っている。同じ病気になっても、精神病という病にかかった者は国によって十分な医療を受ける権利をここで拒否されているということになります。

などと強く指摘されたうえで（甲B107）、医療法上、精神疾患が差別を受け、十分な医療を受ける権利が拒否されていることが明確にされていた。

さらに、不当な入院の温床となっている同意入院に関する民間病院に対しての監督の必要についても、

同意入院患者が圧倒的に多いわけでありまして、同意入院患者が二十九万人とも言われておるわけでありますから、同意入院患者についてもやはり実地審査というものを本気になってやるということによって、これも人権の問題と医療費の問題の両方の解決を図れると思います。今も、宇都宮病院で百五十名の同意入院患者の審査をしたところが三十四名が通院でよろしい、一名が退院でよろしいという結果が出ているわけで、これも入院と通院による医療費の問題はこれは十分厚生省としてもわかってもらえることであろう、このように思うし、人権上の問題であります。

と指摘されていた（甲B27）。

これらのことについて、厚生大臣ないしは政府委員は、「精神衛生対策の充実については、これ確かに私どもの国の精神衛生対策が立ちおくれ、出発点が西欧の諸国よりおくれおることは事実であります」（甲B102）「精神病院におきまして、ほかの病院と比べまして医療従事者の充足が十分ではない、残念ながら御指摘のとおりでございます。」（甲B27）などと述べ、その改善の必要性を認めたとうえで、精神医療政策全体について、

近年の精神科の医療の領域におきまして、従来の閉鎖的な治療中心、入院中心の医療から、広く地域社会の中で精神障害者の治療を行っていくとする趨勢は御指摘のとおりだと思います。私どもこの線にのっとりまして、先ほどいろいろ申し上げたような点も含めまして、そういう方向へ切りかえてまいりたいと考えておるところでございます。

と述べ、入院中心医療から地域医療政策への転換を図ることを明言していた（甲B105）。

同様に、精神科特例についても、

精神病院を含めまして病院の職員配置の標準でございますが、医療法制定時以来、基本的な変更はこれまでなかったわけでございます。しかしながら、お話しのような最近の精神医療をめぐる状況の変化でございますとか、現場におきます業務量あるいは人員

配置の実態等を踏まえまして、今後検討してまいる必要があるかと考えております。
と述べ、既に当時の精神科特例の制定背景が変化し、改善をする必要があることを明確にした（甲B109）。

加えて、他の障害と比較して、精神障害に関しては福祉法が存在しないこと、そのこと
によって福祉事業が進んでいないことも指摘されていた（甲B107）。

2 社会的入院の存在に関する明確な議論

上記だけにとどまらず、この時期には社会的入院者の存在について明確な議論がなされ
ており、社会復帰施設の不足が強く指摘されていた。

たとえば、昭和61年の国会において、議員からの「先般政府が行いました国の精神衛
生実態調査の結果を見ますと、約五七%が受け皿があれば退院可能である、このように主
治医が答弁をしておるといふこととでございます。（略）家族に高い要求をするといふこと
ではなく、国、地方公共団体の責務として積極的なそういう受け皿としての住宅施策、福
祉的就労、次いで雇用対策、アフターケア体制を整備し、単に医療の消費者、税金を使う
人から働いて税金を支払える人に変えていく努力をすべきではないかと思うのです。こ
の点、いかがでございますか。」との発言に対して、政府委員は、「単に家庭だけで受け入
れるといふのは非常に難しい面もございますので、地域という面も考えながら、あるいは
そこに至るまでの中間的な施設と申しますか社会復帰施設も活用するなどいたしまして、
おっしゃいましたような方向へ変えていきたいと考えております。」と答弁している（甲
B105）。また、同時期の他の国会においても、議員から「昭和五十八年の調査によ
りますと、精神障害者の平均在院日数が五百三十六日、一般は三十九日、結核でも二百二十
一日。厚生省の昭和五十八年の実態調査では、条件さえ整えば退院の可能性があるとい
うのが二二%。この条件の中心となるのが社会復帰対策なんですけれども、今回の公衆衛生
審議会の意見はその意味でも時宜を得たものと思います。そして、社会復帰対策がないた
めに回復しても退院できずにアパート化している人たちがたくさんおります。」と甲B2
3号証の精神衛生事態調査報告が指摘された（甲B106）。

また、社会的入院者の数についても、政府委員から、

私どもの推計では、三十四万人のうち条件が整えば退院できるであろうという患者さ
んは二〇%と踏んでおりまして、六万八千人でございます。そのうち三〇%は援護寮で
ございましてか福祉ホームとかにお入りになるであろう、それから一〇%は授産施設
等にお通いになるだろうといふことで推計をしておるわけでございますけれども、そ

れを何年間でどのような形で整備をするということでは、計画としてはまだできておらないというのが実情でございます。

と明確に述べられ、それらの社会的入院の解消のために社会復帰施設の設立が必要であるところ、それらの整備の計画が不十分であることの認識が明らかにされている（甲B110）。

3 同意入院の法的性質について

同時に、同意入院の法的性質についても、この時期の国会で議論がなされたが、政府委員は、以下のように述べて、同意入院が日本固有の特殊な強制入院形態であることを認めていた（甲B102）。

欧米諸国におきまして確かに御指摘のように、行政的な処分、強制力を伴った強制入院と、それ以外はもう自由入院というような二分法で制度が組み立てられているというところが多々あることも承知しているわけですが、我が国の精神医療の発達の歴史の中で我が国独自の制度を編み出したわけでございまして、今先生の御指摘の自由入院と、それから私どもの申し上げておる行政権限を伴う強制入院と、その中間帯に同意入院という制度を設けまして、（略）

この「行政権限を伴う強制入院と自由入院の中間帯」という法的性格は必ずしも明らかではないが、国連人権小委員会において日本政府が同意入院をあたかも強制入院ではないが如きに発言した点に関して、議員から追及を受けるなか、「同意入院患者というものはそれでは強制入院の状態であるのかないのか、この点はどうなんですか。」との質問に対し、政府委員は、同意入院が強制入院であることを素直に認めずに、「強制的な要素、側面はある」などと答弁をはぐらかし、議員からは「強制的な側面じゃなくて、患者にとっては強制的な入院、これ以外の何物もないんでしょう。」と叱責を受けることもあった（甲B102）。そのような曖昧な性格の同意入院が、現在に至るまで同じ仕組みのなかで存在し続けていることは、これまで原告が主張してきたとおりである。

4 小括

以上のとおり、宇都宮病院事件が発覚されたあとには、国際法律家委員会からの第一次勧告もあり、国は、日本の精神医療制度の欠陥や遅れを認めたくえて、隔離収容政策や精神科特例などによって社会的入院者が7万人近く存在することを認識し、その解消のために、精神衛生法から精神保健法への改正のみならず、地域医療への政策転換、精神科特例の見直し、社会復帰施設の増設などの推進することを約束していたのである。

なお、それまでの日本の精神医療の統括として、議員から、以下のとおり、指摘されており（甲109）、原告が主張する事実について国会でも同様の指摘がなされていたことがわかる。

今日の日本における精神衛生行政の問題点として、例えば措置入院、同意入院など強制入院を主体に収容と隔離を中心とした制度であること。この結果、地域医療、社会復帰などがまともに問題にされてこなかったこと。精神障害者に対する差別と偏見が強く平等な人格としての扱いがなかった。したがって、医療法上も特例などにより差別をされ、例外規定によって処理されてきたこと。また入院に当たっても、本人の意思が無視され、入院中の生活についても医師の裁量権に基づく無制限の行動制限が許されることになったこと。病院の経営についても、国と地方自治体によらぬ圧倒的多数を民間の精神病院にゆだねられてきたこと。予算の措置についても、入院費が大半を占めることになり、この面からも社会復帰の可能性がはばまれてきたこと。地域医療についても同様であります。

ところが、精神保健法に改正された後も、国は、上記問題に対して、これまでの精神医療政策を転換することをせず、社会的入院の解消を是正しないまま、これを放置した。その結果、後記のとおり、その後も国会では同じような議論が続けられることとなった。そればかりか、精神保健法によって設けられた任意入院制度、指定医制度、精神医療審査会の問題も指摘され、法改正によって十分な改善を図ることができていないことが指摘された（なお、改正法が施行される前から、指定医や精神医療審査会の不十分さや普通入院を設けなかったことの問題も指摘されていた（甲B110））。

第4 精神保健福祉法制定（平成7年）までの国会での議論経過

1 精神医療政策の転換がなされていないことの認識

平成4年（1992年）6月2日第123回参議院厚生委員会において、都内にある精神病院に患者として潜入して「ルポ精神病棟」と題する記事を公表した元記者を参考人として招致した。そこでは日本の精神医療の問題点について、以下のように述べられた（甲B112）。

日本の慢性患者を対象といたします医療の現実を一言で表現すれば、安かろう悪かろうとでも申しましょうか、とにかく看護や介護の人手を十分にかけていないことに特色があるように私には思えます。その結果、現実には惨たんたるものであります。

（略）

ここで問題点ははっきりしております。厚生省が決めました職員配置の基準が余りに低過ぎるわけであります。低過ぎて、病院がその基準をもし守ったとしても、十分な精神科医療はできないというわけです。一部の良心的な精神病院なんです、その低い水準の職員さんで歯を食いしばって頑張っているという現実は確かでございます。しかし、そうした頑張りは労多くして報われるものが少ないわけでありますから、決して普遍化はいたしません。日本の精神病院が国際的に見て開放率が大変低いとか、まだまだ収容所臭さを大いに残しているとかいうのも、もとはといえばここに最大の原因があると私は思っております。また志の低い経営者が安心して怠慢経営に励めるというのも、こうした医療環境全体のレベルの低さが何となく容認されているからではないか、そういうふうにも私は思っております。

日本の精神病院というのは、過去二、三十年の間にしばしば暴力事件を起こしております。ここでいう暴力というのは、何年か前に国際的にも問題になりました宇都宮病院事件に象徴されるような、つまり病院職員が入院者を殴るとか殺すとかいった暴力のことでございます。これも職員の少なさと無関係ではないと私は思います。不十分な人手で入院者を管理しようというのであれば、どうしてもかぎや鉄格子が必要になるわけでありまして、幽閉される立場からいたしますと、不安感とか不快感は行動であらわすということになりまして、それを抑えるには職員の側も強い姿勢をとらざるを得ない、つまりどうしても暴力が必要になるという、そういう必然性がそこにあるわけであります。

このような事件が起きたとき、いつも一部のふらちな病院が例外的な問題を起こしたんだと片づけられる傾向にございますけれども、本当は日本の医療体制が構造的に病んでいるのだ、そういうふうには考えないと解決の光明は見出せないのではないか、私はそういうふうに思うわけでございます。

また、議員からも、国連原則との関係について、

一九九一年十二月十二日に、国連において国連総会第四十六回総会決議として上げられた「精神病患者の保護および精神保健ケアの改善」及びそれに付された二十五カ条の原則に照らしてかなりかけ離れている、日本は低い水準にあるというふうに言わねばならぬと思います。

と、日本は国連原則の水準を満たさないことの指摘がされたり（甲B 1 1 5）、

精神を病むことが即社会からの隔離につながり、必要以上に長期間にわたって閉鎖的な環境にとどめ置かれるといった従来の精神医療のあり方を、私たちは一刻も早く変

えていかなければなりません。日本における精神障害者の人権擁護の圧倒的な立ちおくれは国際的にも大きな批判を浴び、今、私たちの社会の責任がここに象徴的に問われております。

五年前、精神衛生法から精神保健法へと法改正が行われましたが、依然として精神障害者の医療及び保護を行うという古典的な精神病対策をめぐえず、精神障害者及びその家族に大きな犠牲を強いている現実に対し、私もまた責任と憤りとを覚えているものでございます。今回の精神保健法改正案においてもまた、精神障害者の医療、保護が中心的な課題となったままにあるのは極めて遺憾に思います。

と、精神保健法への法改正後も依然として精神医療政策の転換がなされていないことが指摘されていた（甲B 1 1 4）。公衆衛生審議会の意見や、WHOや国際法律家委員会からの勧告にも触れられ、精神障害者の人権や治療という観点から極めて不十分であるとの指摘もなされた（甲B 1 1 5）。

その他、診療報酬の改定の必要性の指摘（甲B 1 1 1、甲B 1 1 5）、精神科特例の廃止の必要性の指摘（甲B 1 1 5、甲B 1 1 6）など、精神科医療が他の医療と比較して依然として差別的に劣悪な状態に置かれていることがなされていることも指摘され続けていた。

2 社会復帰施設等の整備が不十分であるとの認識

また、社会復帰施設等の整備が不十分であることについても、従前と同様に指摘がなされていた。たとえば、社会的入院者の数と社会復帰施設との数の比較について、議員からは、

精神保健法の施行から見ますと、今年で丸五年を迎えるわけでありましてけれども、これまでにおける精神障害者の社会復帰施設、精神障害者援護寮、精神障害者福祉ホーム、精神障害者の授産施設等の整備状況というものを見ますと、援護寮は、昭和六十三年には施設五カ所、定員百名というのが、四年後には施設が四十六カ所、定員九百というぐあいになっております。それから福祉ホームの方は、六十三年には三十一カ所の施設、総定員が三百十名であったものが、四年後には施設数で六十四カ所、定員数で六百四十というぐあいになっております。それから授産施設の方は、六十三年には十二カ所、二百四十人、それが四年後には五十一カ所、一千名となっております。

そうすると、これで全体措置できる方々というのは二千五百四十名というぐあいになるわけでありまして、条件を整えば退院の可能性があると見込まれる方々が七万七千

人いらっしゃるといふことになると、このギャップは余りにもひどいわけでありまして、五年間たった今も、昨年を見ましてもこういう状況でありまして、ことしも大分この施策というのは進もうとしているところではありますが、飛躍的にふえているというような状況ではないわけでありまして。

と、7万7000人の対象者と施設定員の2540人とのあまりにも大きな差を指摘されている。これに対して、政府委員も、他の障害施策に比して、社会復帰施設の整備が非常に遅れていることを認めている（甲B113）。

さらに、その予算についても、措置入院の軽減によって措置費の削減ができたのに、その削減費を社会復帰のための予算に回していないことについて、以下のとおり、議員から強く指摘されている（甲B115）。

一九八〇年の精神保健の予算は八百四十八億円。一九九〇年の精神保健が四百六十二億円になったんです。十年近くで、なぜ減ったのか、なぜ半分近くになったのか。これはなぜかという、措置入院費に非常に多くのお金がかかっていた。精神保健法の問題とか、あるいは措置入院する必要のない人まで、年間二十二万円のお金をつけて措置入院させることが不当ではないかということ。あるいは、実地検査等々が進んで、また医療現場の従事者の大変な努力によってその措置費がだんだんと少なくなってきて、その結果私は四百億近いお金が軽減をしたと、こう見ているんです。これは、現場の精神医療従事者の大変な努力の結果そういうことだと思う。

そして当時、私たちは、この減っていく分を社会復帰の面にお金を回せ、現場の努力した結果を、やはり厚生省の予算がただその分が減ってほかへ回らずに、精神保健、精神医療のところをそれを充当せよということ随分言ってきました。だけれども、結果は先ほど言ったようになかなかそのようにならないんです。

どうでしょうか、五年計画というものをしっかり立てて、長期計画でもって精神保健、精神医療の抜本的な充実をやっていくということについて、厚生省は来年度予算の中でそうした企画をおやりになりませんか、どうですか。

これらの社会復帰施設の整備、増設の必要性及びその遅れについては、厚生大臣や政府委員も認めただうえで、その原因を施設の運営費に係る設置者負担（甲B114）や精神医療に対する偏見（甲B115）であるとし、それを解消させる必要性があると述べていた。そればかりではなく、

精神障害者に対しましては人権というものを厳しく尊重する姿勢に立って必要な医療を施すとともに、またこれから社会復帰という面で私どもは今重点を置いて考えてお

りますが、そういう面での対策を強化していくことということが非常に重要な課題になってきていると思います。

と述べ、精神障害者の社会復帰政策に重点を置いているとまでもしていた（甲B116）。

3 精神保健法によって設けられた制度の問題点に関する認識

加えて、精神保健法によって作られた任意入院制度、指定医制度、精神医療審査会についても、それぞれ問題点の指摘がなされていた。

任意入院制度については、本来開放処遇が適切であるにもかかわらず、任意入院の55%の患者が閉鎖処遇のままであること（甲B113）が指摘された。

指定医については、常勤の指定医が確保されておらず、指定医制度が機能していないこと、任意入院の場合に指定医制度が必置になっていないこと（甲B116、甲B117）が、精神医療審査会についても、人権擁護のためにほとんど機能していないこと（甲B114）が指摘された。

4 小括

以上のとおり、平成7年（1995年）に精神保健福祉法が制定されるに至っても、まだ、国は、日本の精神医療政策は依然として変わらず、未だ社会復帰施設の整備等が著しく不足していることを具体的な数字を前提として認識し、これを進めることができていないこと、精神障害に対する偏見の除去も含めて、精神障害者の社会復帰が今後の重点課題であると認識していた。併せて、任意入院制度、指定医制度、精神医療審査会についても十分に機能していないことが指摘されており、国は、それらの制度によって原告を含めた不当な入院が解消できるわけではないことを十分に認識していた。

しかし、精神障害者の社会復帰が重点課題であると明言までしていたにもかかわらず、国はその後実効性のある対策をとることもせず、社会的入院の状況を放置し、原告も含め、精神障害者の社会復帰はほとんど進むことはなかった。後記のとおり、平成11年（1999年）の精神保健福祉法の改正時においても、国会での議論状況はほぼ同じような議論の繰り返しであった。

第5 精神保健福祉法改正（平成11年）までの国会での議論経過

1 平成9年（1997年）時の議論

平成9年（1997年）にも、当時の厚生大臣は、「精神障害者のうち三十三万人が精神病院に入院しておりますが、このうち約五〇%が五年以上の入院患者と、長期入院が問題に

なっておりまして、その社会復帰の促進が今後重要な課題だと思っております。」(甲B 1 2 0)、「反省点として、諸外国に比べて精神病院での長期入院が多く見られる、依然として精神病院における医療及び保護には問題点が少なくないと考えております。」(甲B 1 2 1)と述べ、長期入院の問題を指摘し、これまでと同様に改善の必要性を答弁するものの、依然として社会的入院を解消させるだけの具体的な政策を打ち出されることはなかった。

2 平成11年(1999年)時の議論

平成11年(1999年)の精神保健福祉法の改正時においても、その議論はほとんどこれまでと同様であり、国からは改善の必要性は議論され、その一部の法律改正の提案はなされるものの、地域医療への転換、社会復帰施設の整備、民間病院に対する実効性のある監督、社会的入院の解消など、具体的に改善のための政策が打ち出されることはなかった。

具体的には、以下のとおりである。

(1) 精神医療制度が依然として変わっていないという政府の認識

政府側の説明員も、次に述べるとおり、平成11年の時点においても、日本は依然として入院医療中心であり、社会復帰施設も不十分であることを明確に述べていた(甲B 1 2 6)。精神医療政策が改善されていると評価されるようなものではないことは、政府自身も自覚していたのである。

精神衛生法が精神保健福祉法へと今日に至る過程の中での歴史といいますと、他の福祉施策と比べれば明らかにおくれてスタートしてきているという点は十分認識しなければならないと思います。そういうことで、アメリカに比べますと依然として入院医療が中心となっておるといふこと。それから、社会の受け入れ態勢といふことで、社会復帰施設がなお一万人程度のボリュームしかないという点で必ずしも十分ではないこと。また、地域におけるケアシステムという点についても十分に整備されているわけではない、あるいは、それらに対して国民の理解が十分であるかどうかという点についてもなお解決しなければならない課題がある。

(2) 精神科特例及び診療報酬等について

精神科特例についても「精神医療の中心は人」であることを前提として、一般科より人員が少なくても良いとする精神科特例が不合理であり、そのことが原因で長期入院や民間病院における不祥事が生じていること、精神科特例と併せて診療報酬制度も一般科と同

様にすべきであることの議論が、これまでと同様になされ、精神科医療に対する人的観点からも費用的観点からもその差別が解消されるべきとの強い指摘がなされた（甲B122、甲B123、甲B124、甲B126）。

政府側の説明員も、精神科特例について、何度も廃止の必要性が指摘されてきたにもかかわらず、早急に見直すことができていなかったことは十分に承知していると述べているところである（甲B41）。

（3）社会復帰施設について

社会復帰施設についても、この時期においても、依然として著しく不足していることの議論が繰り返されている。

特に、全国の市町村のうち大体一割の市町村にしか設置されておらず、総体として十分な量が整備されていないことについて、政府委員が答弁され（甲B122）、また、参考人の精神科医からも、社会復帰施設の設置が任意規定に過ぎず、義務的な規定となっていないことの指摘もされていた（甲B126）。

あるいは、政府側の説明員から、「私たち、基本的には、現在の施設体系の中で病院から出ていくための社会復帰のための受け皿づくり、これがやはり必ずしも十分でなかったという点について意を配さなければならない」と述べられ、そのうえで、「現在、今の精神病床における施設類型というものをもう少しきちっと見直して、適切なサービスと適切な人員、そういったものも含めて、ある程度その類型を見直した形で長期入院の問題を解決する必要がある。つまり、今二つ申し上げました、一つは受け皿の問題、一つは今の精神病院をどう考えていくかという問題、この二点について今後検討を進める必要があるというふうに認識をいたしております。」と述べられている（甲B126）。

（4）医療保護入院について

医療保護入院の要件についても、議員から、以下述べるとおりに、国連原則に比して、要件が曖昧であり、決して安易に行われることがないよう明確性が担保されるべきであると指摘された（甲B124）。

医療保護入院については、決して安易に行われることがないようその要件をできる限り条文にも明確に書いてほしいし、条文で書きづらいところがあれば、それ以外の方法でもってきちんと要件を明確にしていくという作業がぜひとも必要だというふうに私は考えています。

それは、改めて申し上げるまでもないかもしれませんが、国連がもうかれこれ十年ほど前に、一九九一年でしたか、精神障害者のための原則を決議しておりまして、その原則の中に一項目、精神障害者の非自発的入院についてこんなふうを書いてあるんです。要するに、どうしても非自発的に入院させなければいけない状態がある、しかしそれは非常に本人にとってもそれから他人にとっても差し迫ってこのまま放置していたのではぐあいが悪いという状態があって、しかもその人を入院させなければさらにその状態が悪くなるだろうということが見込まれて、しかもほかにとるべき手段がないという場合に限って非自発的入院をとというふうに、かなりくどくどとというか、きっちりとその要件を書いているわけです。そういう国連の原則と照らし合わせてみると、今回の精神障害により本人の同意に基づいた入院が行われる状態にないと判定されたものという規定ぶりだけでは、どうも範囲が拡大されていく、あるいは安易に広げられていく危惧なしとしない。

また、参考人である弁護士からも、医療保護入院において家族が保護者（同意者）となることに関して、

入院を拒否し家族と葛藤関係にある本人に対して、家族が保護者として強制権限の発動にいわばゴーサインを出すということが、家族関係に深い心の傷を残すことは容易に想像できるところです。また、入院について利害が対立する関係もあり、葛藤関係にもある一方の者に強制権限発動のイニシアチブを持たせるということは、精神障害者の人権を守る上で適切な方法とは言えません。さらに、医療保護入院については、入院を強制できる根拠がどこにあるのかも実ははっきりしておりません。

と指摘され、保護者の同意によって入院者の権利擁護を担保しようとする医療保護入院が制度として不合理であることの指摘もなされた（甲B123）。

（５）任意入院について

任意入院についても、議員からは医療保護入院と同様に基準を明確にすべきと指摘されたが（甲B124）、それだけでなく参考人らからも、任意入院が人権侵害の温床となっていることの指摘が強くなされた。たとえば、参考人の医師（全国自治体病院協議会の精神病院特別部会の部会長）からは、

任意入院の要件は、昭和六十三年の通知で、患者がみずからの入院について積極的に拒んでいない状態をいうものであることと解釈されております。しかし、痴呆患者さんなど自分の意思の表明が困難な患者さんについては、渋々という形で同意する可能性が

強いわけですから、任意入院という形で多くの場合閉鎖病棟に入院させられる可能性が出てきます。これは、患者さんの権利擁護という観点から好ましいことではありません。

と問題点を指摘され、また、別の参考人である東京精神医療人権センターのコーディネーターからも、

実は任意入院というのは、精神保健福祉法の中で全くあいまいな法律の一つの典型だと思っております。みずからの意思を持って入院をするということだけで、ほかに何の規定もございません。これは非常にある面では人権侵害の温床になっているというのは事実です。その方たちの半数以上、六〇%近くが閉鎖で処遇されているというのも当然わかるような気がいたします。

と指摘され（甲B 1 2 6）、さらに、別の参考人である大阪精神医療人権センター事務局長からは、

任意入院という入院形態で入っているにしろ、自分の意思で入ったという、その部分がきちんと担保されるような現在の法制度ではありません。

と問題点を指摘された（甲B 1 2 3）。

（6）精神医療審査会や指定医が機能していないことについて

精神医療審査会や指定医の問題については、平成11年（1999年）の時点でも、議員や参考人から、いずれも機能していないことの指摘が相次いだ。

たとえば、議員からは、精神医療審査会について、

平成九年度で見ますと全国ベースで退院請求の審査件数が九百六十八件、それから処遇改善請求の審査件数は五十件なんです。しかも、全国的に非常にばらつきもありまして、これはどういう原因なのかというのもちょっとお聞きしたいんですけども、年間審査件数が全くゼロというところもあるんですね。

先ほどからも出ていますように、全国で三十万人以上、三十四万人ほどの方が入院されているという状況の中で審査件数、本当にこんなものなのか。もしこれが本当であれば、不祥事なんかが出るはずがないし、適切な医療が行われていてもう私たちが心配することはないということになるんだろうけれども、どうもその審査会の機能が十分に発揮されていないのではないかと。

と、その件数が入院者数と比較して明らかに少なく、年間審査件数が0件のところもあり、機能していないと指摘されていた（甲B 1 2 2）。

参考人からも、精神医療審査会の窓口が措置入院の窓口と同じであり、権利擁護機関として独立性を欠くこと、医療委員が過半数となっており地域生活サポートの視点が欠けていること（甲B 1 2 2）が指摘され、別の参考人からは、精神医療審査会の機能についての告知が不十分であるとの指摘とともに、

精神病の患者さんたちというのは人質だと思っています。もし自分が退院請求をするというようなことは、病院に対して盾を突くことです。盾を突いたらいじめられるのではないか、スタッフに虐待されるのじゃないか、薬がふやされるのじゃないか、保護室に入れられるのじゃないか、果ては電気ショックをやられるのじゃないかと、本当に考えている人が多いのです。ですから、権利があってもそれを行使できない環境をどうにか変える方策をしなければ、精神医療審査会への申し立て件数が決してふえるわけではないのです。

（略）

いわゆる精神病院の外部から第三者を常駐させるなり定期的に訪問させて、大丈夫なんですよ、あなたが申し立てをしてください、そういうふうに申し立てをしても決してあなたに不利な状況をつくらないようにしますからというような、安全な環境をつくるような制度を創設しなければ、精神医療審査会自体は絵にかいたもちになったままだと思います。

と、患者との関係性から制度として不十分であるとの指摘がなされていた（甲B 1 2 6）。

指定医についても、不祥事の起きた病院はいずれも指定医がいるにもかかわらず、雇われ医師に過ぎず、結局のところ、院長ないしは理事長の指示によって入退院が決定されていることが指摘されている（甲B 1 2 6）

なお、議員からは、医師の判断がすべてであるという制度は人権侵害につながっていく危険性があることも指摘され、「メディカルモデルが強過ぎる。やっぱりそこにもう少しリーガルモデルと申しますか、そういった領域が担保されませんと、なかなか人権問題は進歩しない。」と指摘されており（甲B 1 2 4）、そもそも医師だけで判断することの危険性も問われていた。

これらの指摘に対し、厚生大臣も、精神保健指定医が十分に機能を果たせていないこと、精神医療審査会も人権を擁護する立場の機能が十分に果たせていないことを認めたくえで、国として「単なる法文上の修文ではなくして、実効性の上がるような指導監督なりをしていきたい、このように思っております。」と述べ（甲B 1 2 6）、精神医療政策や法の厳格な運用の必要性を肯定していた。

3 小括

以上のとおり、平成 11 年に精神保健福祉法が改正される時点においても、日本の精神医療制度は依然として変わりがなく、社会復帰施設も不足したまま、社会的入院は解消されずに、加えて、医療保護入院も、任意入院も、精神障害者の人権という観点から極めて問題であって、法律も、政策も、その運用も厳格に運用し、病院に対する指導監督の必要性があることについて、国会でも指摘が続き、政府も改善の必要性を認めていた。

実際に、それぞれ衆議院厚生委員会、参議院国民福祉委員会にて、精神保健福祉法改正時の附帯決議が、以下のとおりになされている。

・第 145 回衆議院厚生委員会（甲 B 4 1）

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（案）

政府は、次の事項について、適切な措置を講ずるべきである。

一 精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図る観点から、精神障害者やその家族その他の関係者の意見も尊重しつつ、他の障害者施策との均衡や雇用施策との連携に留意し、障害者プランの着実な推進を図るなど、精神保健福祉施策の充実に努めること。

（略）

三 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。

（略）

五 精神病床に係る人員配置基準、医療計画その他の精神医療提供体制及び長期入院患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。

（略）

七 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。

八 精神医療審査会がより適正な機能を発揮し、独立性と実効性を確保できるよう努めるとともに、合議体の構成についても検討すること。また、当事者の意見の反映が図られるように努めること。

（略）

十二 精神障害者に関する各種資格制限の緩和と撤廃について検討し、その結果に基

づいて、速やかに必要な措置を講ずること。

・第145回参議院国民福祉委員会（甲B125）。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律案に対する附帯決議（案）

政府は、次の事項について、適切な措置を講ずるべきである。

一、今後の精神保健福祉施策を進めるに当たっては、他の障害者施策との均衡や雇用施策との連携に留意しつつ、障害者プランの着実な推進を図ること。

二、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。

（略）

五、精神病床に係る人員配置基準、医療計画その他の精神医療提供体制及び長期入院患者の療養の在り方について、早急に検討を行うこと。

（略）

八、精神医療審査会がより適正な機能を発揮し、独立性と実効性を確保できるよう努めるとともに、合議体の構成についても検討すること。

（略）

十一、精神病院における不祥事件の多発にかんがみ、適切な医療を確保するとともに、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。

（略）

しかし、その附帯決議を踏まえても、日本の精神医療制度は大きな変化をとげることなく、社会的入院が解消されることはなかった。

第6 その後の国会議論の状況—主としてハンセン病との比較

1 平成12年（2000年）の医療法改正時の議論—精神科特例の問題

平成12年（2000年）には、医療法改正にあたって、精神科特例の問題が取り上げられた。これまで同様、精神科特例は、日本の精神医療が隔離収容政策の現れであり、劣悪な病院を生み出し、また、精神医療の差別を助長し、拡大したものとして、強く批難された（甲B127、甲B128）。

当事者の言葉としても、以下の言葉が国会で取り上げられている（甲B127）。

現在の精神病院は治療の場ではなく、収容の場になっています。私たちは病人なのだからちゃんとした医療を行ってください、普通の病気と同様に扱ってください、精神科特

例など早くなくしてください。私たちは精神病院の劣悪な環境の中で、一日も早く退院したいというのが心の底からの願いです。

2 らい予防法（ハンセン病）の違憲判決を受けて

（1）らい予防法の違憲判決を受けた厚生労働大臣の認識

精神医療に関する実態がほとんど変わらないなかで、平成13年（2001年）5月11日熊本地裁にて、らい予防法を違憲とする判決がなされた。厚生労働省内では、らい予防法の隔離収容政策が違憲とされた構造は、精神医療における社会的入院の存在と同じであると認識し、社会的入院を一刻も早く解消する必要があると認識することになった。このことを明らかにするために、当時の厚労大臣の国会での答弁を引用すると、以下のとおりである（甲B135。なお、甲B136においても同旨の発言あり）。

ハンセン病の問題が起きましたときに、この問題は必ず精神病の皆さん方の問題として議論をされるであろう、内部ではそういう話もしたわけでありまして、早くこの精神科の問題に厚生労働省としても手をつけると申しますか、早くこの問題を解決するように努力をしなければならないねということを当時の局長とも話したところでございます。

国は、これまでも同様に、精神医療政策の転換や社会的入院の解消等の必要性を唱えていたが、実際には社会的入院は解消されず、これを放置していたところ、この段になって、早期にこれらの問題を解決しない限り、国家賠償法上の違法と評価されかねないと考えていたのである。

議員からも、

まさにハンセン病の問題で問題になったように、世界ではもう精神障害者に対して入院というやり方は必要ないということがわかった時期から、この冒頭の資料にありますように、日本という国は世界の趨勢に反して精神病院のベッドがふえてきました。そして、その次の平均入院日数のグラフにもありますように、世界の中でも飛び抜けて精神科の平均入院日数は長い。全国で約三十四万人の方が入院しておられます。

と指摘されたり（甲B129）、参考人からも、

明治時代には、らい狂院が設立され、ハンセン病と精神障害が同列に扱われてきました。それが歴史の中でそれぞれの病院に分離されました。ハンセン病については既に国家的謝罪がなされましたが、精神障害についてはいまだに十分な治療が行われず、社会的に放置されています。歴史の中で、私たちは五十年後に精神障害者の人たちに謝罪し

なければならぬかもしれません。その謝罪を五十年待つ必要があるのでしょうか。今すぐにでも一緒に謝ろうではありませんか。

と、精神障害の問題について、ハンセン病よりも遅れていることが指摘された（甲B133）。

精神障害者が差別を受けていることについても、ハンセン病と同様に、次のとおりに差別が助長されたとして、国に不作為の責任があると指摘された（甲B136）。

政府は、六〇年代に精神病院をやみくもに増床しました。それまで、ある意味では放置されていたと言ってもいいかもしれませんが、辛うじて町の中で精神障害者は生きていたわけですね。ところが、町にいたその精神障害者が皆精神病院に駆り集められて監禁されていきました。したがって、人々は、日常的に精神障害者とおつき合する機会というのを奪われてしまいました。精神障害者というのは鉄格子の中に入れて、どこかずっと遠い精神病院に閉じ込められているものだという状況が作り出されたんですね。これはまさに作り出された、政府の政策によって作り出されたんです。いわば、精神障害者は見えない存在、具体的な存在じゃなくて、非常に言葉だけの観念的な存在になってしまいました。それゆえに人々は、精神障害者は怖い、だから鉄格子の中に閉じ込められているんだと思い込むようになりました。この国の政策が人々の精神障害者差別をつくり、助長したのです。この過ちを二度と繰り返してはならないと思います。

（２）ハンセン病を受けての国会での議論（医療観察法に関する議論のなかで）

そのうえで、この時点においても社会的入院が未だ約7万人いることを前提に、医療観察法の議論なかで、改めて、国会にて、精神科特例の廃止や診療報酬基準の改定の必要性が議論されたり（甲B130、甲B131、甲B136、甲B138、甲B139、甲B140など）、主に民間病院の病床削減の必要性が訴えられたり（甲B129、甲B130、甲B131、甲B136、甲B138、甲B140、甲B141、甲B142など）、ハンセン病と同様に、日本の精神医療政策によって生じた差別偏見の除去、解消の必要性が訴えられた（甲B132、甲B135、甲B138、甲B139など）。

精神科特例については、精神科医である参考人からも、端的に次のとおりに指摘されている（甲B136）。

強制的に入院させておきながら、医療の制度は一般医療水準以下であるということ、このことをよくお考えいただきたい。いいですか。強制的に医療のために入院させておき

ながら、医療は医療ではないということが五十年も続いているということでもあります。

さらに、クラーク勧告を国が無視した責任についても、次のように指摘された（甲B132、甲B139）。

四十年間もおくれてきた責任があるんですよ。ある意味では、単なる次をやりますというだけでは済まされない。それこそ、この加藤正明元国立精神衛生研究所の所長は、このクラーク勧告書を契機に変わっていたら、今日これほど日本が国際的な批判を浴びるようなことがないと思われて残念でたまらないと言っているんじゃないですかね。こういうところにまで日本の精神医療を追い込んできたわけですよ。

精神医療の地域ケア、住居を含めた社会復帰施設、病床数、入院期間などについても、国際比較の観点からも、大きな遅れがあることも指摘された（甲B139）。

厚生労働大臣も「地域における受け皿づくりというものを進めていかなければならないというふうに行っているところがございます。今までのこの日本の精神医療におきましては、その点が非常に弱かったということは御指摘のとおりだ」と（甲B132）述べたうえで、既に遅きに失していることを承知しながら、平成14年（2002年）の時点で

七万人と言われます社会的入院があるわけがございますが、この人たちを少なくしていくということも大事なことでございまして、この七万人の社会的入院を、大体どのぐらいの年限でその人たちに地域で生活をしていただけるようにするかというスケジュールもつくらなければいけないというふうに思っております。それに何年を要するかということにつきまして、今ここで明確に言うことはできませんが、少なくとも五年なり十年以内には、その七万人の皆さん方が地域にお帰りになれるような体制をつくらないといけないというふうに考えているところでございます。

と社会的入院を解消することの明言がされた（甲B134。なお、平成11年の患者調査では、社会的入院者は約7万2000人であるとされている（甲B135））。

副大臣も同様に、日本の精神保健福祉は、従来より、精神病床数が多くて長期入院が大変多く、入院中心であって、地域医療、地域福祉の体制がまだ不十分であること等の認識が示されていた（甲B144ほか）

（3）社会的入院者に対する積極的な救済措置の必要性について

そのなかには、いわゆる施設症と呼ばれるような長期入院者に対する社会的入院の解消については、精神科病院に勤務している参考人から、少ないマンパワーで行うことは困難であり、単に退院可能とする制度だけでは足りず、あるいは、慢性疾患であるから人手が少なくてもいいということにならず、むしろ積極的な救済措置が必要であるとの指摘も

なされていた（甲B136）。

社会生活をするための力というのが長期の入院によって著しく損なわれております。私は、現在の精神障害者の、特に長期入院の患者さんたちの生活障害というのは病院がつくったと言っても過言ではないというふうに思っております。なぜならば、人間が変化する、成長する、社会の中で暮らすということは、体験する機会が与えられなければこれはどうにもできないことでもあります。皆さん、浦島太郎の状態になっているんですね。私どもでも日々目まぐるしく変わる今の社会になかなかついていけません。何十年も病院という限られた空間の中で暮らしていて、とてもとても不安が強い方たちを外に連れ出し、一緒に同行し、一つ一つの体験をともにする中でその不安を解消していく、彼らに安心感を持ってもらう、こういうことにどれだけの労力がかかるか、御存じでしょうか。これをする人員が配置されていないのが今の精神医療の状況なんです。

また、社会的入院者に対する救済が遅れることについては、議員より、

今日の時点で、もう社会的入院で条件が整えば退院できるわけですよ、その方を一年待たせるだけでも人権上大きな問題があると私は思いますよ。それを十年ですよ。例えば、六十歳の方が十年待ってくれといたら七十歳で、もう社会復帰、本当に難しくなるかもしれないわけですよ。逆に、十年いたら社会復帰は難しくなるわけですよ、今だったらできるかもしれないのが。

との指摘がなされている（甲B145）。

（４）平成16年（2004年）以降の議論

これだけ明確に日本の精神医療政策の転換の必要性や社会的入院の解消の必要性に関して議論がなされたにもかかわらず、平成17年10月の時点においても、政府参考人においては、未だ

我が国の精神保健福祉施策におきましては、平均在院日数の長さなどの精神医療の現状、退院後の地域生活を支える資源の乏しさなど、取り組むべき課題が多いと考えております。そうした中で、精神障害者の社会復帰の促進は重要な課題でありまして、精神障害につきましては、現在は支援費制度の対象となっておらずサービス提供基盤の整備もおこなっているなど、その対策が急務であると認識をしております。

とか（甲B151）、

我が国の方では、精神医療につきましても、まだまだ地域医療といいますか、入院から地域在宅医療にお戻りいただくという点について力が足りないということで、かねて、

いわゆる治療が、在宅の基盤が整備されれば復帰される方の数も七万人おられるという事で、在宅復帰を目指すということが課題になっているところでございます。

など（甲B150）、これまでの答弁と何ら変わることがなかった。

厚生労働大臣からも、入院医療中心から地域生活中心に転換する、できるだけ早期に退院を実現するなど、これまで指摘された事項を改善することができていないことが述べられるだけであった（甲B147）。

医療保護入院の廃止や精神医療審査会の独立の必要性（甲B148）や、任意入院における不当入院に対する指導監督の必要性（甲B149）が指摘され、障害者自立支援法案に対する附帯決議にも、次のとおり、これまでと同じ問題提起がなされるだけであった（甲B150）。

十九、医療法に基づく医療計画とあいまって、精神病院におけるいわゆる七・二万人の社会的入院の解消を図るとともに、それらの者の地域における生活が円滑に行われるよう必要な措置を講ずること。また、精神保健福祉法に基づく医療保護入院の適切な運用について、精神医療審査会の機能の在り方、保護者の制度の在り方等、同法に係る課題について引き続き検討を行い、その結果に基づいて所要の措置を速やかに講ずること。

ところが、それらは現在に至っても改善されていない。わずか保護者制度が廃止され、同意者に置き換わっただけである。

3 小括

以上のとおり、平成12年（2000年）以降も、これまでと同様の議論が同じように繰り返され、そのようななか、ハンセン病の国家賠償法判決がなされたことをきっかけに、厚生労働大臣は、平成14年から5年、10年以内に社会的入院を解消すると明言したものの、結果として社会的入院者のほとんどが解消されなかった。このことは原告準備書面4の別紙でも示したとおりである。

第7 まとめ

これまで述べてきたとおり、原告がこれまで主張してきたことは、おおむね国会でも同様の議論がなされてきていた。国会議員も、厚生大臣や厚生労働大臣も、日本の精神医療制度が隔離収容政策によって運用されてきたこと、具体的には精神科特例や精神科の診療報酬制度など低医療費・低人件費による運用がなされてきたこと、病床数や入院期間も諸外国と比較して明らかに過剰で長過ぎること、これらの改善の必要性があるにもかかわらず

ならず、それがほとんど改善されていないこと、同意入院・医療保護入院も隔離収容政策を前提に設けられた特殊な強制入院制度であり、制度の改善や運用の厳格化・適正化が訴えられてきたこと、それにもかかわらず指定医制度や精神医療審査会制度が設けられたこと以外には変化がなく、入院制度の改善や運用の厳格化は図れていないこと、また、指定医制度や精神医療審査会制度自体も人権的な見地からはほとんど機能していないこと、任意入院についても不当な長期入院の温床となっていること、それにもかかわらず任意入院の基準の適正化や監督等がなされていないこと、退院が可能な社会的入院者が約7万人前後いること、それにもかかわらず社会復帰施設についても絶対量が足りず、また地域による偏在が存在していること、入院中心から地域医療への転換も実現していないこと、これまでの日本の医療政策によって精神障害者に対する差別偏見が助長されたこと、それに対する解消、除去は国によってなされているわけではないこと、それらの構図はらい予防法（ハンセン病）の問題と同様であること等を国会で明らかにされており、これらを認識していたのであるから、国会議員や、厚生大臣ないしは厚生労働大臣には、原告が主張する各作為義務が生じることは明らかである。

国の責任については、入院医療の中心である民間精神科病院の代表ともいえ、精神医療改革に抵抗してきた公益社団法人日本精神科病院協会の会長でさえも、「三六万床の精神科病床の建築を許可したのは国である。社会的入院を民間精神科病院に責任転嫁する前に、国は精神障害者・精神医療関係者・国民に対して、低医療費・収容政策によって引き起こされた混乱について詫びなければならないと思う。」と指摘したり、あるいは「国は新たな精神病床を造らせるよりも、クラーク勧告に沿って、長期入院予防の施策として地域の受け皿づくりを整備しなければいけなかったのではないかと思う。その後の急速な精神病床の増加は、結果として精神科特例と呼ばれる人員配置を生み出すことになったのではないか。そして、クラーク博士の予言どおり、精神科病床の五〇％は六五歳以上の高齢者によって占められ、高齢者施策の不備によって、新たな高齢精神障害者の長期入院問題が浮上している。いわゆる、受け皿不足の社会的入院と呼ばれるものは、国の無策の産物である。」と指摘し、原告のような被害者が生じたのは国の責任であると述べている（甲B152）。

このように、国が収容政策をとり、地域医療への転換をしてこなかったために社会的入院者が生じたことは誰の目にも明白であった。国が国会で指摘された事項について誠実に対応し、これを放置することなく実効性のある改善を行っていれば、入院の必要性のないことが明確な原告については、早期に退院ができたことは明らかであることから、被告国は原告に対する賠償責任を負うべきである。 以上