

令和2年（ワ）第24587号 国家賠償請求事件
原告 伊藤時男
被告 国

原告準備書面 8

2024年6月6日

東京地方裁判所民事第12部合議B係 御中

原告訴訟代理人弁護士 長谷川 敬 祐

同弁護士 佐藤 暁 子

同弁護士 小島 啓

同弁護士 採澤 友 香

同弁護士 姜 文 江

同弁護士 小河 洋 介

同弁護士 深谷 太 一

同弁護士 鐘ヶ江 聖 一

目次

- 第1 本件訴訟の意義—精神障害のある人の人権享有主体性 … 3頁
- 第2 尋問結果を踏まえた原告の入院被害について
 - 1 はじめに … 3頁
 - 2 前提—原告の入院形態 … 4頁
 - 3 原告にとって長年にわたる入院治療は不要であったこと … 7頁
 - 4 原告本人の尋問により明らかとなった法律・施策の問題 … 9頁
 - 5 原告が受けた人生被害 … 11頁

6	原告の長期入院の責任は国の法制度・政策の不備・怠慢にあること	… 12頁
第3	憲法上の問題点	
1	法令の違憲性－医療保護入院の違憲性	… 13頁
2	法令の違憲性－任意入院の違憲性	… 23頁
3	精神科特例の違憲性	… 24頁
4	長期入院者等に対する憲法上の権利侵害状態について	… 25頁
第4	国賠法上の違法性	
1	国会議員の立法不作為－医療保護入院の改廃	… 26頁
2	国会議員の立法不作為－任意入院	… 29頁
3	精神科特例の違法性－厚生大臣の裁量権逸脱	… 30頁
4	厚生大臣の作為義務違反	… 30頁
第5	原告の損害	
1	原告の状態	… 38頁
2	違法行為と原告の損害と因果関係について	… 38頁
3	原告の損害	… 42頁
第6	結論	… 42頁

第1 本件訴訟の意義－精神障害のある人の人権享有主体性

本件は、憲法上、すべての自由の歴史的・物理的前提としての権利である人身の自由（身体の自由）の問題を中心とする裁判である。障害者の中でも人権の光が当たることが最も遅れたと評されている精神障害のある人の人権享有主体性を問う裁判といっても過言ではない。

日本の精神医療においては、国が作出した隔離収容を前提とする日本の精神医療制度及び法令によって、人身の自由に関する権利侵害が現実的に発生してきたのであり、原告もその被害者の一人である。この権利侵害の状態について、当事者、家族、国会、行政、精神医療従事者、福祉関係者のいずれもが問題であると指摘してきたにもかかわらず、人間の人生を奪うに十分なほど（人によっては死亡退院という事態が現に生じている）長い期間、これが解消されるに至っていない。

にもかかわらず、日本の訴訟の仕組上、精神保健福祉法等の違憲性・違法性を抽象的に争う術がなく、また、強制入院を主に私人に委ねるという日本の精神医療制度の特殊性から行政訴訟によっても争うことができないために、同じように隔離収容政策を受けてきたハンセン病の問題と同様に、国家賠償請求訴訟という形で国に責任を求めるものである。

原告の主張の詳細は、これまでの原告準備書面で記載したとおりであり、本書面ではその内容を逐一繰り返すことはしないが、原告の本人尋問の結果を踏まえ、改めて重要な点に絞って原告の主張をまとめる。

なお、別紙に時系列が明らかになるよう年表をつける。

第2 尋問結果を踏まえた原告の入院被害について

1 はじめに

原告本人尋問により、原告には入院の必要性がないにもかかわらず、強制的な入院が数十年にわたり継続されてしまうという重大な人権侵害が生じていたことが、より鮮明になった。

なお、被告は、原告が入院していた■■■■病院にて、外出や外泊、レクリエーションに参加する機会があったことをとらまえて、「憲法上の権利を侵害するような入院処遇の実態があったとはいえない」などと主張し（被告準備書面（4）13頁）、原告本人尋問においても、家族との面会、外出や外泊、レクリエーションへの参加を強調するような質問をした（原告本人27～30頁）。しかし、このような被告の考え方は全く見当外れの不合理なものであって、到底許容されない。

入院中、日常生活上の行動は、すべて、病院のルールに従わねばならず、自由に外出や外泊その他の活動をできるわけではない。そもそも、外出や外泊をして

も病院に戻らねばならないのだから、一時的に院外へ出られるとしても強制収容されていることに変わりはない。閉じ込められていること自体が人身の自由を中心とする人権侵害に当たるのであり、その状況下で、限定的な外出、外泊、レクリエーションが許されているとしても人権侵害に当たらないという論理は成り立ちえないことは当然である。また、そのような外出等が認められているからといって人権侵害の態様が軽微であるということもできない。病院に閉じ込められ行動の自由を他者に抑圧される（あるいはコントロールされる）こと自体により、入院者は、勤労、恋愛、結婚その他の人生におけるありとあらゆる可能性を閉ざされ、自尊心を傷つけられ、一人の自律的な人間として社会で生活していくための自信や希望を喪失する。被告は、病院に閉じ込められ続けた入院者の置かれた深刻な人権侵害状態をあまりにも軽視している。

被告がこのような詭弁を弄して長期の強制入院を正当化してきたがゆえに、原告を含め多くの入院者が被害に遭い、救済されずにきたのであって、被告のこのような訴訟活動自体、被告の作為・不作為による過失を基礎づける事実である。

以下、原告の本人尋問を踏まえて、前提事実となる原告の入院形態及びその実態が強制入院であること、他方で原告には長期入院治療が不要であったこと、原告本人尋問からみる法令及び精神医療政策の問題、原告の損害等について、詳述する。

2 前提－原告の入院形態

(1) ■■■■病院入院時の入院形態

ア 前提となる法制度－精神衛生法時代の入院形態

原告が■■■■病院に入院したのは、昭和48（1973）年9月2日である。当時は、精神衛生法の時代であり、同法に基づく入院は、措置入院と同意入院しか存在しなかった。

なお、精神衛生法時代には、自由入院という入院形態も事実上存在していたが、自由入院とは、精神障害者が自己の精神障害の存在、その症状等をよく理解しており、健常者が通常の疾病について行動するように、自己の意思によって精神病院に入院することを言うとしており（中央法規出版・精神衛生法詳解61頁参照）、精神衛生法が適用されない入院であって、病院側が精神衛生法に基づく行動の制限等を行うことはできないとされていた。

イ カルテの記載

甲A第6号証のカルテには、原告が■■■■病院に入院したときの医師の診察記録と思われるものが残っている。

このカルテによれば、医師は、原告から「私はアルコール中毒で酒のむと、

幻視幻覚妄想が出て困るんです」「幻覚が出たときは、枕が大きなハエに見えるんです。それから私は水のまないんです。それから何かが見える事があるんです。水を飲むとそうなんです。」などと幻視、幻覚、妄想状態を聴取し、前記の自由入院の状態にあると評価しているとは考え難い。

また、上記アのとおり、自由入院を前提にしていれば、精神衛生法とは関係がないことから、保護義務者を求める必要がないが、このカルテでは、保護義務者である Vater（父親）と一緒に診断を受けていることも明らかである。

加えて、このカルテでは、「 病院（同意）、48.5月より3ヶ月入院。その後、当院に紹介され入院」との記載があり、 病院時代には同意入院であることも明らかであり、 病院入院時に特に入院形態を変更する必要性も記載されていない。

ウ 原告の認識

これらのことは原告の認識からも明らかである。

すなわち、原告は昭和43（1968）年1月に東京都 市の精神科病院に入院することとなったが、それは、レストランで「酒に酔っぱらって浮かれてはしゃいでいたら」父親に電話連絡され、駆けつけてきた父親に病院に連れられて問診を受けたところ、薬を注射されて眠らされ、気が付いたら入院していた、という経緯であった。この入院は、父親の同意による「同意入院」（現在の医療保護入院に相当するもの）であり、原告が自らの意思により入院治療を選択して入院したものではなかった（原告2～3頁）。

その後、その病院を脱走、再入院となり、昭和48（1973）年5月には 市の精神科病院に転院することとなった。この際も父親の同意による「同意入院」であった（原告3頁）。

同年9月からは福島県 病院に転院したが、原告は、その際も父親の同意による「同意入院」との認識であり（原告4頁）、入院中、「自由入院」という言葉を知らず、また、自由入院という形態で入院しているという説明を受けたことはなかった（原告4～5頁）。

エ 小括

よって、原告が 病院に入院したときの入院形態は、「同意入院」以外にありえない。

そして、精神衛生法のもとでは、法的に自由入院に切り替えるような規定は存在せず、また、実態として原告本人の申出によって退院が認められた形跡もないことから、どんなに少なくとも精神衛生法が適用されていた期間の原告の入院形態は「同意入院」でしかありえない。

(2) ■■■病院入院中の入院形態

ア カルテの記載

原告のカルテについては、昭和 63 (1988) 年 3 月 3 日以降のものしか存在しない。しかしながら、カルテの表紙等には、原告の入院形態が上記同意入院から任意入院に切り替えられた旨の記載は全くなく、任意入院を前提とする書面も一切存在しない。また、昭和 63 年以降も、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なされていること、平成 13 (2001) 年 2 月や 3 月の時点で病院側が保護者の存在を明確に意識していること、原告の実父死亡後に保護者欄に原告の義母が記載されていること、カルテ上、統合失調症の傷病名が 2 つ記載されており、1 つは転帰年月日が空白のままであるが、もう 1 つの転帰年月日が平成 15 年 4 月 30 日とされていること等から、精神衛生法から精神保健法に改正された後も、少なくとも平成 15 年 4 月 30 日までは、原告の入院形態は医療保護入院であると言うべきである。

このことは原告準備書面 2 及び原告準備書面 3 で述べたとおりである。

イ ■■■病院入院中の原告の認識

これらのことは原告の認識からも明らかである。

原告は、■■■病院での入院中、同意入院（または医療保護入院）から任意入院に切り替わった時期について明確な記憶はない（原告 18 頁）。

原告は、■■■病院での入院中、同意入院（または医療保護入院）から任意入院に切り替わったかどうかに関わりなく、「自分の意思で入院してると思いませんでした。父親に入れられた。」という認識を一貫して有していたのであり、それが変わることはなかった。

また、「もうそのころ（※代理人注：任意入院となっていたころ）は、もうあきらめてたからね。もう退院なんかできないのって。」と述べるように、原告は、長年の入院生活により、退院に対する希望を失い、諦めてしまうようになっていた（原告 18 頁）。

原告がこのような心理状態に陥ったのは、たとえ主治医が退院相当だと認めても院長の許可が下りない限りは退院できないという■■■病院での実情（原告 6 頁、12 頁）、長年にわたり社会と断絶されて病院の中で過ごしてきたことによる、以下の供述に表れる無力感に起因する。

- ・「手仕事も何もないし、社会に出ても役に立たないし、（中略）もう何もできない、もう駄目だなと思って、そうあきらめちゃって、もう病院に一生いるという、そういう頭。」（原告 19 頁）
- ・「施設症になって、もう俺なんか車の免許も何も持ってないし、社会でや

っていく自信がないと思った。」(原告 22 頁)

(3) 原告の入院形態に関する結論

このように、原告が■■■■病院に入院した際の入院形態は「同意入院」という名の強制入院だったのであり、その後に精神保健法に改正された後も、少なくとも平成 15 (2003) 年 4 月 30 日までは、医療保護入院という名称に変わってもその入院形態に変化はなかった。

万が一、仮に、原告の入院形態が医療保護入院(同意入院を含む)であったと認められない場合であっても、上記(1)及び(2)の原告の認識に照らせば、原告の真の自由な意思に基づく入院でなかったことは明らかであり、実態としては強制入院であったというほかない。

また、原告の父親が死去した後、平成 15 (2003 年) 4 月 30 日に任意入院に切り替わった可能性は否定しないが、その頃には、原告は退院に向けた意欲を喪失させられた状態にあり、事実上、入院を強いられる状況が続いていたことには変わりがない。

そもそも、カルテ上、原告の入院形態が明確でないとしても、それは強制入院制度を設けながら、患者の入院形態に関する記録保存を徹底させなかった国の制度設計の不備に由来するものであって、これによる不利益を原告に負わせるべきではない。原告の入院の実態が強制入院であったという点において、医療保護入院であった場合でも任意入院であった場合でも本質的な差異はなく、入院形態如何により基本的人権の侵害があったこと(違憲性・違法性)を否定することは許されない。

3 原告にとって長年にわたる入院治療は不要であったこと

ところが、原告は、数十年にわたって入院治療が必要となるような激しい精神症状を有していたわけではなく、むしろ、入院期間の大部分において、特段の精神症状なく穏やかに生活していた。このことは、以下の原告の供述からも明らかである。

<自らの症状や置かれた状況を客観視できていたこと>

- ・(■■■■市の病院に)「入院した当初は、皇室妄想というのが湧いちゃって、自分は天皇の親戚だなんて、ばかげた妄想が起きたです。」(原告 3 頁)。
- ・(■■■■病院に転院した直後は)「最初のころは、やっぱり場所が変わると状態が悪くて、東京から来たもんだから、俺は東京から来た医者だなんて言って吹聴して、ある患者に、俺は東京から来た医者だなんて、そんなこと言ったけど、それ 2 週間から 3 週間ぐらいでそういう妄想は消えて、それからし

ばらくして、院外作業とか、院外作業に出されました。」(原告 5 頁)

<問題なく作業に従事できていたこと>

・(院外作業として)「養鶏場っていうところで働きました。病院の隣が養鶏場なので、そこに歩いて、毎日通勤してました。五、六人で行きました。」(原告 6 頁)

(養鶏場では)「鶏のフンですとかゲージ作りとか、あと鶏引越しとか、鶏ワクチンとか、いろいろやりました。」(原告 7 頁)

(養鶏場では)「11 年働きました、全部合わせて。」(原告 9 頁)

・「プラスチック工場で仕事をやらないかっていうわけで、そこに仕事行きました。それは1年半ぐらい、行きました。」(原告 7 頁)

・「それで1年半やって、やっぱり赤字の、資金繰りが悪くて、やめさせられて、それで1年半、ホイール巻きをやりました。」(原告 7 頁)

・「給食の作業が一番長かったです。十四、五年やりました。」(原告 7 頁)

「特(殊)食の配膳とかおかずの並べ方だとか、そういうお膳に並べたりなんかしたり、あとそのほかごみ捨てとか、あと雑用なんかやりました。」(原告 9 頁)

<病院が変わるとすぐに退院できたこと>

・平成 25 (2013) 年に転院した先の茨城県の■■■■病院の主治医から退院を勧められ「2週間ぐらい」で退院することになった。(原告 23 頁)

<退院後、問題なく生活していること>

・退院後、2年間、グループホームで生活した。(原告 24 頁)

・グループホームを卒業した後「一人暮らしして、8年か、10年近いです。」(原告 24 頁)

・グループホームやアパートで生活する中で、精神科病院に入院したことは「1回もないです。」(原告 24 頁)

・一人暮らしの生活で「困ったことというのは、風邪で熱出したとき」くらいである。(原告 24 頁)

この点、原告のカルテ等の記録を精査したうえで、精神科医である■■■■医師も、原告は、病識のある状態であること、陽性症状が随時見られた記載がないこと、陰性症状が目立つような記載もなく、むしろ相手の立場や仕事の状況を憶測して配慮することができていること、隔離室を使用した時期が2度ほど見られるものの、約7日という短期間で改善していること、一貫して会話が

成立し、食事、排せつなどの介助は必要がなかったこと等の理由から、カルテが残っている「平成元年頃には既に寛解状態となり、社会性が保たれている病状」であったと評価している。また、カルテが残っていない昭和63年以前の原告についても、大きな病状変化が半年もないようであれば、入院治療の必要があったとは言えないと評価している（甲A8）。なお、カルテが残っていない原告の状態については、院外作業を行っていたり、当時の主治医である[REDACTED]医師が退院を勧めたりしており、カルテが残っていないとしても、カルテ残存期間と同様に大きな病状変化は半年もないことは容易に推測可能である。

また、実際に、原告が精神科病院からの退院後に、原告の診療を担当してきた[REDACTED]医師は、生前、次のように述べている（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。」

4 原告本人の尋問により明らかとなった法律・施策の問題

(1) 精神保健福祉法上の制度に問題があること

ア 医療保護入院制度の問題

前記2のとおり、原告には長年にわたる入院治療の必要性がなかったにもかかわらず原告の入院が継続してしまったのは、精神保健福祉法の定める医療保護入院制度（精神衛生法の定める同意入院制度）が、「医療及び保護」という極めて曖昧な要件と、家族等（同意入院については保護者）の意向のもとに、強制入院を許容してきたからである。

この点は、原告の以下の供述によく表れている。

・（[REDACTED]病院で、原告が退院したいと病院側に言ったとき）「病院から、うちの人がいいって言えば、退院させてやるって。ところがうちでは、父親は、病院でいいって言えば、退院させてやるって、かみ合わないんだよね。」（原告11頁）

・「状態のいい人で、やっぱりうち（代理人注：「家族」を意味する。以下同じ。）で引っぱる人は退院できるんだよね。うちでどうしても退院させてやりたいっていうわけ。」「うちで、よっぽどじゃないと、退院できないんだよね」「（他の患者について）どうしても退院させてやりたいってお母さんが言ったら、やっと退院できた。だからよっぽど言わないと、退院できないんだよね。」（原告11頁）

イ 実効性のある審査制度の不存在

原告の入院が継続してしまった他の要因として、精神衛生法の時代にあつては第三者による審査制度自体が存在しなかったこと、精神保健法及び精神保健福祉法に改正された後も精神医療審査会が実効性のある審査機関として機能していなかったことも挙げられる。この点は、原告の以下の供述に表れている。

- ・病院の外部者で、退院の意思があるかどうかをチェックする人は「いなかった」（原告 14 頁）
- ・自治体の病院監査の際、当該自治体の職員が原告に面会することはなかった。（原告 15 頁）
- ・原告は、退院請求制度や精神医療審査会について聞いたことはなく、そのような制度の説明を受けたこともなかった。退院請求について弁護士に委任できるということも聞いたことはなかった。（原告 20 頁）

(2) 「精神科特例」に問題があったこと

原告の以下の供述によれば、■■■■病院での原告の入院について、精神科的な治療に関する一貫性のある計画があるわけでもなく、社会復帰に向けた支援がされることもなく、医師及び看護師が本来の役割を果たしていなかったことが分かる。これは、「精神科特例」により、精神科病院における医師及び看護師の配置が極めて不十分であつても許容されてしまつていたことに起因する。

- ・「主治医は病気のほうばかり気にかける。例えば糖尿病の血圧が高くなつたねとか、そういうのばかり気にしてた。退院の方向には持っていかせなかった。」「精神科も見てくれるんだけど、とにかく糖尿病のことばかり聞いて。」（原告 12 頁、13 頁）
- ・（主治医の診察について）「俺の場合も、あんまり診てこなかった。ひと月 1 回、診てもらえれば、いいほうだった。」（原告 13 頁）
- ・（主治医の 1 回当たりの診察時間は）「3 分か 2 分ぐらいだね。」（原告 13 頁）
- ・（看護師について）「話し相手とか、そういうのはやってくれたけど。あと風邪ひいた時、熱出した時、見てくれたり。そういう感じだね。」（原告 13、14 頁）

(3) 国の精神医療政策に関する義務違反

ア 隔離収容政策から地域医療政策への転換義務違反

国が、精神医療に関し、隔離収容政策から地域医療政策へと転換し、精神科病院入院者が地域で生きるための政策を怠つていたことは、原告の以下の供述に表れている。

・「周りにグループホームがないんだよね。福島の■■■■病院の近くには、全然。だから茨城に来てグループホームに行けって言われた時は、びっくりしちゃって。グループホームの存在すら、分からなかったのに」(原告12頁)

・「ケースワーカーは、いろいろ病院の企画、例えば■■■■病院でいうと、浜通りって海に近かったもんだから、海水浴なんか企画して、海水浴ですいか割りとか相撲大会とかやって、賞品出したりなんかして」「そういう企画は練ってくれるんだけど、退院となると退院の話はしないんですね。」(原告14頁)

・病院の外部で退院のために働いてくれる福祉関係者や自治体職員というのは「いなかった」(原告14頁)

イ 精神科病院に対する指導監督等義務違反

民間の精神科病院においては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。それにもかかわらず、国は、民間精神科病院に対して、適切な医療がなされ、あるいは不要な入院がなされていないか、指導・監督する義務に違反した。このことは、原告の以下の供述に表れている。

・■■■■病院において、■■■■院長(当時)は原告の退院を進めていたが、その後の院長の時代になると、「退院できません。私のほかにも、退院できない人がいっぱいいました。」(原告6頁)

・「(退院したいと) 何度か、言ったことあるけど、やっぱりうえて駄目だって言ったら、駄目なんじゃない。やっぱり主治医にも行ったんだけど、主治医が退院させようと思って、院長に掛け合ったら、駄目だって言われて。」(原告10頁)

・「■■■■先生っていうのが、退院させようとしてました。だけど主治医がいくら言っても、上の院長が、何というのかな、経営者で、理事長で院長だから、院長がいいって言わないと、退院できないんだよね。いくら下の者が言っても、院長が駄目だって言ったら、退院できない。」(原告12頁)

・■■■■病院には「最初は150人ぐらいしかいなかったんだけど(中略)最後の、震災が起きるちょこっと、数年前まで、400人近く、増えました。」
「何ともないような人が、結構いたね。状態のいい人ばかりいた。なんでこの人が入院してきたのかな、よく聞いてみたら、母親とけんかして、入れられたんだという人もいたし、ちょっと親子げんかで入れられたなんて、そういう話も聞きました。」(原告15、16頁)

5 原告が受けた人生被害

原告が約40年にわたって入院を余儀なくされたことにより原告が受けた被

害は人生そのものを喪失したようなものであり、計り知れない。この点は、原告の以下の供述によく表れている。

<「かごの中の鳥」>

・「やっぱり外に出たいっていう気持ちがいっぱい湧いてきて、いつかは退院できるんじゃないかと思って、それ、望みを頭に浮かべて、いっぱい浮かべて、詩にしたためて書きました。」(原告 10 頁)

・(病棟から)「自由には、なかなか出られなかったです。付添い付きの散歩とか、そういうのばかりです。一人で行く時は、よっぽどじゃないと、主治医の許可か院長の許可ないと、行けませんでした。」(許可が出るのは)「年に 1 回。1 回か、まれだね」(原告 16 頁)

・(病棟内の売店に行くのは)「付添い付きです」(原告 17 頁)

・(平成 13 年 10 月 28 日、父親が前年 2 月に死去したことを知って)「(父親は) かけがえのない、たった一人の血筋だったからね。俺は父親だけだったから。生みの親は死んだし。(中略) だから自分一人で生きてきたというような感じだった。だから絶望的だった。」(父親の葬儀に出席できなかったことについて)「本当、腹が立ったね。ずいぶんね。どうしようもなかったかなと思って、悲しかったです、本当。」(原告 21 頁)

・(一人暮らしの生活について)「まるで別世界だ。病院とは違ってね、別世界で、本当うれしく、楽しく生活してます」(原告 25 頁)

・「家庭を持てなかったのが、一番、残念に思ってます。入院してなかったら、家庭を持ってただろうと思うんですね。誰かと恋愛して、結婚して、子どもなんかいたと思うんですね。入院して拘束されてたから、そういうのが全然できなかったし、夢が全然、そういうのがなかったし、恋愛もなかったし。」(原告 26 頁)

・(入院に)「戻りたいと思いません。」(原告 35 頁)

<偏見・差別>

・「弁当持って、養鶏場の支店みたいなところに行って、分所っていうんだけど、そこに歩いていったら、家の前通ったら、うちの前、通らないでくださいって言われました」「やっぱり人から見て、見なり(※代理人注：身なり)で、■■■■病院の患者じゃないかって、すぐ分かった。偏見持ってたんだよね、やっぱりね。」「嫌な思いをしました。がっかりしました。」

6 原告の長期入院の責任は国の法制度・政策の不備・怠慢にあること

原告が長期入院を余儀なくされて重大な人権侵害を受けたことは、■■■■病院やその病院職員、あるいは原告の家族等の個々の責任にのみ帰すべきもので

はない。

原告の長期入院は、国が憲法に違反する医療保護入院制度を作り、これを維持してきたこと、精神科特例を設けたこと、さらに、社会復帰支援のための制度や病院を適切に監督する制度をつくらず放置してきた怠慢によって作出されたものであり、国がその責任をとらねばならない。

この問題の本質は、国が原告の長期入院という違憲状態を存続させてきたことにあるのであって、この点が正しく認定、評価されなければ、原告の真の救済とはならない。

以下、第3にて、改めて憲法上の問題点の主張をまとめ、第4にて、国賠法上の違法性（作為義務）の主張をまとめる。

第3 憲法上の問題点

1 法令の違憲性－医療保護入院の違憲性

(1) 強制入院によって制約される憲法上の権利について

原告は、精神衛生法の同意入院、精神保健法及び精神保健福祉法上の医療保護入院によって、自己の意思に反して、精神病院ないしは精神科病院という限定的な空間に身体をとどめられたものである。

このような制約は、人身の自由（身体の自由）の制約にほかならない（憲法18条、憲法31条、同33条ないしは同39条。なお、同31条以下の規定が強制入院手続きにも保障されるべきことについては、原告準備書面1、原告準備書面4及び██████教授の意見書等のおりである。）。前述のとおり、人身の自由は、すべての自由の歴史的・物理的前提としての権利であり、人権保障の中核的な地位を占める非常に重要な権利である。強制入院であっても外出等が時々認められれば身体の自由の制約ではない、あるいはその身体の自由の制約の程度は弱いなどと解することなどあってはならないことは前述のとおりである（██████教授意見書も同旨。甲B164・36頁）。

また、強制入院は、自己が移動したいところに移動することもできず、自由に居を定めることもできないのであるから、居住・移転の自由も制約するものである（憲法22条1項）。

さらに、ハンセン病による強制隔離収容政策と同様に、原告のように長期間にわたる入院生活の強制は、人として当然に持っているはずの人生のありとあらゆる発展可能性を大きく損なうものであり、根幹的な人格権そのものを侵害するものである（憲法13条）。

加えて、身体の自由等に関して、精神障害のある者とそうでない者に異なる扱いをするものであり、合理的な理由のない差別として、法の下での平等ないしは平等原則（憲法14条）にも反する。

(2) 上記(1)の憲法上の権利から要請される憲法適合性の審査基準

ア 前提として、憲法学上、身体の自由の制約を正当化しうるのは、「内在的制約原理」(他者の自由権確保との調整のための必要最小限度の規制。他者加害阻止原理ともいう。)と、「自己加害阻止原理」(人格的自律そのものを回復不可能なほど害する場合における、限定されたパターンリスティックな制約)のみであると解されている。

もともと、基本的あるいは歴史的には「内在的制約原理」のみが正当化しうるものであると解されてきたのであり、「自己加害阻止原理」に基づく制約については、「人格的自律そのものを回復不可能なほど害する場合」、「限定されたパターンリスティックな制約」と考えられており、極めて例外的な場合に限られなければならない。パターンリスティックな制約原理は、もともと未成熟な子どもを想定されて構想されたものであり、精神障害者など他の類型に適用することには極めて慎重にならなければならない。

これらのことは、 教授意見書(甲B164)に記載されているとおりであるが、改めて、精神障害者においても、当然に要請される憲法上の原理であることは言うまでもない。

イ これらを踏まえ、原告は、原告準備書面1において、同意入院及び医療保護入院の目的について、立法事実として、極めて限定的な自己加害阻止原理に基づくものでなければならないこと、仮に医療保護入院に自己加害阻止原理の目的があるとしても、その憲法適合性は厳格な審査基準によって、審査されなければならないこと、実体的及び手続的な観点から、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、の全ての要件を充足する必要があると述べた。

また、原告準備書面4において、原告は、原告準備書面1の主張を言い換える形で、合憲性の審査基準について、

- ・ 目的が正当かつ必要不可欠であること、手段が目的達成のために必要最小限であり、より制限的でない他の手段を取り得ないことが必要であること、
- ・ 目的が他者加害阻止原理でなく、自己加害阻止原理(ないし限定されたパターンリスティックな制約原理)である場合には、患者の判断能力が欠如していることも求められること、
- ・ また、適正手続保障として、実体要件の適正、特に明確性の原則(入院の要

件が明確であること) (憲法 31 条、自由権規約 9 条 1 項、自由権規約一般的意見パラグラフ 22) に従うべきこと、

・入院期間は限定され (自由権規約 9 条 1 項、自由権規約一般的意見パラグラフ 19)、入院を継続する場合には、正当化事由についての定期的な再審査も保障されなければならないこと (自由権規約 9 条 1 項、自由権規約一般的意見パラグラフ 12)、

・さらに、手続の適正、とくに告知聴聞の機会の保障など司法機関の審査を受ける機会を有すること (憲法 32 条、自由権規約 9 条 4 項)、が必要であると述べた。

ウ この点に関し、憲法学者であり、精神障害と人権の問題を研究分野としてきた¹教授は、前提となる医療保護入院制度の合憲性を判断する際に参照されるべき憲法上の要求は、次のとおりであるとする (甲 B 164)。

○身体の自由は、内在的制約原理と自己加害阻止原理のみに服することから、立法目的が非常に重要な公共的利益を守るためであることを要し、規制手段は立法目的の達成に必要な不可欠な最小限度のものでなければならない。

○身体の自由等の基本的な権利に関する不平等取扱いが平等原則の下で許容されるためには、強制的な入院以外の適切な医療・保護手段が存在しないこと、及び、患者が適切な医療を受ける機会を提供しなければならない。

○弱い自己加害阻止原理及び平等原則の観点から、患者の判断能力の欠如が必要である。

○医療を目的とする強制隔離・強制収容であっても、居住・移転の自由の制約であり、また、「人として当然に持っているはずの人生のありとあらゆる発展可能性が大きく損なわれるのであり、その人権の制限は、人としての社会生活全般にわたる」 場合があり、憲法 13 条の人格権そのものの制約となりうる。

○居住・移転の自由は、奴隷的拘束等の禁止を認めた憲法 18 条よりも広い意味で人身の自由としての側面を持つ。その制約が正当化されるためには、放置した場合に害悪発生の高蓋然性が高く、規制の緊急性と必要性を認めるに足る最小限度の措置であることを要する。

○憲法 31 条について、刑事手続が法律という形式で定められることのみならず、手続及び実体が適正であるべきことも要求される。実体の適正として刑罰規定や自由制約の要件を定める規定の明確性が求められる。刑事手続のみならず、非刑事手続の適正も憲法上要求される。その手続保障のあり方については、刑事手続との差異を考慮し、当該手続の性質等に応じて個別に考えるべきであるが、刑事手続と同視しうるものについては、刑事手続と同等の適正が求められる。

○憲法 31 条以外でも、令状逮捕の原則を定める 33 条、抑留・拘禁の理由告知及び弁護人依頼権について定める 34 条は、刑事手続ではないが身体の拘束という重大な利益に関わる強制入院についても準用ないしは類推適用される。

○適正手続の観点から、少なくとも裁判所と同視しうるような中立性を備えた判断機関が必要であり、緊急を要するためにその判断機関による事前の判断を待てない場合には、身体の拘束後速やかに判断機関に判断をあおぐ手続きが必要である。

○拘束中に被拘束者が自己の利益を守ることが困難となることが予想される場合には、弁護人依頼権も保障されるべきである。

○強制入院の場合に、拘束期間（入院期間）の上限が定められなければ、適正さを欠くと言わざるを得ない。

そのうえで、憲法適合性の審査基準について、以下の要件が必要であるとする。

①強制的な入院以外に代替的な医療・保護の手段が存在しない。

②患者が適切な医療を受ける機会を提供しなければならない。

③患者の判断能力が欠如していることが認定されなければならない。

④入院の継続は実体要件が存続する限りで許容されることから、病院は患者が実体要件に引き続き合致しているか定期的に審査すべき義務を負う。

⑤強制入院については刑事手続と同等の適正手続保障が及ぶのであるから、入院の要否の判断にあたっては、少なくとも裁判所と同視しうるような中立性を備えた判断機関が必要であり、緊急を要するためにその判断機関による事前の判断を待てない場合には、身体拘束後速やかに判断機関の判断をあおぐ手続きが必要となる。

⑥拘束中に被拘束者が自己の利益を守ることが困難となることが予想される場合には、弁護人依頼権も保障されるべきである。

⑦入院期間の上限が定められていなければならない。

⑧以上の要件は法文上明確でなければならない。

エ このような考え方が、自由権規約及び自由権規約委員会一般的意見 35 号に合致するものであること（甲 B 37）、1991（平成 3）年 12 月に国連で採択された精神病者の保護および精神保健ケアの改善のための国連原則に合致するものであること（甲 B 10）は、原告準備書面 1 及び原告準備書面 4 で述べたとおりである。

オ 以上のとおり、憲法上、人身の自由を中心とする権利の制約の場面においては、憲法適合性の審査は厳格になされるべきものであり、目的が正当かつ必要

不可欠であること、手段が目的達成のために必要最小限であり、より制限的でない他の手段を取り得ないこと、制約の目的が自己加害阻止原理（ないし限定されたパターンリスティックな制約原理）である場合には、患者の判断能力が欠如していることの認定がなされるべきであること（判断能力要件が不可欠であること）、適正な手続きの観点から、入院要件等の明確性、司法機関による審査（告知聴聞機会の付与を含む）・入院期間の限定・入院継続期間中の定期的な審査が求められる。

そして、次に述べるとおり、医療保護入院がこれらの要件を充足しないことは明らかであり、違憲にほかならない。

（３）医療保護入院の目的は正当化しえないものであること

ア 精神衛生法は、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ことは、訴状や原告準備書面１で述べたとおりである。

たとえば、甲Ｂ２号証のとおり、国会にて、精神衛生法の提案理由として、「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」とし、「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」とする旨が述べられていることから、精神障害のある人を「社会生活を破壊する危険のある精神障害者」として位置づけ、社会から隔離して長期間「収容」することを主目的とする法律であったことは明らかである。

ライシャワー事件後の精神衛生法の改正時の議論下においても、国会にて、政府委員が「精神障害者が野放しになっている状況につきまして、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。」と明確に述べている（甲Ｂ９０）。

その後も、国が、精神衛生法下において精神病院への収容主義が行われてきたことは、はっきりと認めていた。たとえば、平成１８年６月には「精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部改正する法律」が制定されたが、平成１８年６月１６日の法案の提案理由として、厚生労働委員会の議員は、「我が国の精神障害者施策は、明治三十三年の精神病者監護法に始まり、昭和二十五年の精神衛生法制定後も精神病院への収容主義の下で行われてきました」と述べている。

厚生労働大臣も、精神病院政策が、隔離収容政策が行われていたハンセン病と同じであるとして、「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ぬということを経験したことを当時の局長とも話したところでございます。」と発言していた（甲B137）。精神科特例も、そのような隔離収容政策に基づいて選択されてきた制度にほかならない。

このように、当事者や家族だけでなく、国会も、行政も、医療従事者も、地域の福祉関係者も、日本の精神医療が隔離収容政策を採ってきたことを認めていたのである。

そして、そのような隔離収容の目的を達成するために、日本独自の制度として設けられたのが、精神衛生法の同意入院であり、その後の法改正を経て医療保護入院という名称に変更した後も、その同意入院の形態をそのまま引き継いできたのであるから、医療保護入院は人身の自由その他の権利の制約目的として正当化することはできず、違憲であることは明らかである。

イ 仮に、同意入院が、隔離収容自体を目的としたものではないと解する余地があるとしても、前述のとおり、自己加害阻止目的による制約は極めて例外的にのみ認められるべきものであるから、措置入院の「自傷のおそれ」を超えて、別途、同意入院を規定する理由は存在せず、その点からも同意入院に正当な目的がないことは、原告準備書面1で述べたとおりである。

（４）医療保護入院に判断能力要件が欠如していること

ア 1999（平成11）年改正前の医療保護入院制度について

1999（平成11年）の精神保健福祉法への改正において、「当該精神障害のために第20条の規定による入院が行われる状態にないと判定されたもの」という要件が追加されたが、その改正前においては、その違憲性が明らかであることは、原告準備書面4において述べたとおりである（ 教授意見書 甲B第164号証・36頁も同旨。）。

すなわち、医療保護入院が自己加害阻止原理（ないしは限定されたパターンリスティックな制約原理）に基づいて許容されうるとしても、自己加害阻止原理によって正当化されるのは極めて例外的な場面であり、それには必ず「患者の判断能力が欠如していること」の認定が不可欠であるところ、上記の改正まではそのような実体要件は法文上全くなかったのであるから、不当に人身の自由を制約するものとして明らかに違憲である。

イ 1999（平成11）年改正後の医療保護入院制度について

1999（平成11年）の改正後においても、上記の任意入院の行われる状態にないと判定されたものという要件は定められたものの、それをどのように判定す

るかの基準は存在せず、実態としても任意入院を拒否したことをもって判断能力が不十分であるとみなされることも多く、憲法が要請する判断能力欠如を認定するまでの運用もなされていないのであって、人身の自由を制約する自己加害阻止原理として正当化されるだけのものにはなっていない。

このことは、原告準備書面 2 で例示した糖尿病患者との比較で述べたとおり、平等原則という観点からも問題となる。患者の判断に委ねていたのでは患者の身体健康等の利益を守ることができないという事例は、どの診療科においても相当数存在することが明らかであるにもかかわらず、なぜ精神科だけ強制的に入院が許容されるのか、それが正当化されるだけの根拠や明確性が必要なはずであるのに、そのような根拠や明確な基準は存在しない。

それゆえ、上記要件が追加された後も、1999（平成 11）年の違憲の状態が解消されたわけではない。

ウ なお、この判断能力欠如の要件については、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なければならないことについては、原告準備書面 1・39 頁のとおりである。

（5）医療保護入院の実体要件は、目的を達成する手段として最小限なものではなく、より制限的でない他の手段を取り得る患者を広く捕捉するものであること及び明確性の原則に反すること

ア 医療保護入院の実体要件は、医療及び保護のために入院の必要性があること、である。法文上、「医療及び保護のために入院の必要がある」とするのみで、何ら判断基準を設けておらず、その必要性を判断する医師にきわめて広範な裁量を与えている。

精神衛生法の同意入院時代には、同意入院取扱要領（乙 22・昭和 36 年 8 月 16 日衛発第 659 号）が定められていたが、その記載内容は入院対象者を特定するのに十分な記述ではなく、それどころか、精神保健法に改正された段階において、そのような基準ないしは指針も存在しなくなったのであり、およそ人身の自由の制約に対する明確性の原則を無視したものであり、違憲の認定を免れない。

被告が主張するような医療へのアクセスを保障すべきという議論によって、人身の自由を不当に侵害することが許容されるはずがない。そもそも、医療者側の立場である精神神経学会においても、医療保護入院の要件について、「入院治療による以外に病状の改善あるいは悪化防止が期待できないこと」という要件にすべきとの意見が述べられていた（甲 B 164、甲 B 160 等）。

イ 仮に明確性の原則の問題をおくとしても、医療保護入院が、強制入院という入院治療によってのみ治療が可能である人を対象としていなければ、その手段は最小限のものとはいえない。医療保護入院は、人身の自由その他人格権の根幹に関わる権利の制約である以上、入院治療の必要性がない者が対象となるような仕組みであってはならない。

ところが、医療（治療）目的ではない、「受入条件を整えば退院可能な者」が、1983（昭和58）年から原告が■■■■病院を退院する2011（平成23年）までの間、常に5万人以上も入院していたことは、原告準備書面4及び同別紙「入院者数一覧」のとおりである。原告もまさにこのなかの一人であるが、このような入院治療の必要性がない者が対象となる医療保護入院の仕組みは、必要最小限の手段等の憲法上の要請を満たさず、違憲にほかならない。

それ以外にも、「統計」という観点から検討しても、医療保護入院の入院患者数は、たとえば令和2年6月30日の時点で13万人強も存在し、そのうち10年以上の入院者数は19,856人も存在する（甲B76）。合理的な期間を超えて入院が継続されている場合には、そもそも入院によっても治療可能性がないか、入院治療の必要性がない場合と考えられるが、そのような場合も医療保護入院の対象となっている。加えて、諸外国と比較して、日本の精神科医療の平均在院日数が極めて長い（甲B7参照）、このような状況は、■■■■教授が「日本人が極端に入院治療を必要とする精神疾患にかかりやすいのでなければ、あるいは日本人のかかる精神疾患だけが極端に、入院によってのみ処方しうる薬剤、治療法によってのみ回復できるというような容易に想定しがたい条件が満たされているのでなければ、個々の実務的取扱いや裁判例の分析を待つまでもなく、医療保護入院に際して必要な限定解釈を踏まえた適切な認定がなされていないと推認せざるを得ない」と指摘するとおりである（甲B169）。

医療保護入院の「実態」という観点からみても、甲B168号証の報告書や多くの専門家の意見書等に記載されているとおり、入院や退院の判断が、患者の症状や医療の提供という観点ではなく、病院経営などの要因により決定される実態があることは、原告準備書面6で述べたとおりである。具体的には、①病院経営上の理由、②病院職員の地域資源に関する知識不足や退院できないという思い込み、③入院継続を前提として退院に向けた働きかけを放棄する病院職員の対応、④診察の頻度・時間が不十分であるなど主治医の対応、⑤病院の経営者に従わざるを得ない病院職員が患者の立場に立った支援ができないこと、⑥退院調整をするソーシャルワーカーの不足等、⑦地域資源がないことなどを背景に、医療従事者が、本人、家族及び地域社会にとって入院が好ましいと考えていたこと等である。このような入院は「自己加害阻止原理」によっても許容されるものではないことは言うまでもない。しかるに、これまでの医療保護

入院制度の仕組みは、広範囲にわたって、上記のような実態も対象となってしまうような強制入院制度であり、必要最小限の手段等の憲法上の要請に明らかに反するものである。

ウ なお、理論上、医療保護入院の合憲限定解釈の余地があり得たことは、■■■■
■■■■教授も指摘するところであり、同教授が指摘するとおり、その前提としては、厳密なエビデンスに基づいた「この病気はこのように入院を強制すれば改善できますし、そうでなければ改善できません」という証明がなされなければならない。しかしながら、上記の日本の精神医療の統計や実態の实情からすれば、そのような厳格な証明はなされておらず、むしろ、入院治療の必要性のない入院が多数存在しているという統計や実態からすれば、そのような証明はなし得ず、合憲限定解釈の余地はない。

(6) 医療保護入院その他の適正手続の要件も満たさないこと

ア 入院期間の定め不存在

それ以外にも、医療保護入院制度には、入院期間の定めが存在していなかったものであり、憲法上の要請を満たさない。

イ 審査制度の不存在（1987年改正前）

また、強制入院に対する審査も、1987（昭和62）年改正までは、審査制度もなく、不服申立て手段も存在しないのであって、この点でも憲法上の要請を何ら満たすものではないことは明らかである（なお、平成2年11月19日東京地裁判決は、都道府県知事の審査による退院や人身保護法による救済が存在することを合憲の理由として挙げるが、それらの救済制度が活用される状況になかったことは、原告がこれまで述べてきたとおりであるし、■■■■教授等が指摘するとおりである。）。

ウ 精神医療審査会制度が憲法上求められる審査機関とはいえないこと

その後、精神医療審査会が設けられ、同審査会による医療保護入院に対する入院届に対する審査と定期病状報告の審査制度が設けられたが、いずれも簡易な書面審査にとどまるものであり、入院の必要性について厳格な検討がなされるものとはおよそいえず、患者に対する告知聴聞の機会が提供されているとも言い難いものである。実際にも、その審査によって入院が不相当と判断されることはほとんどなく、精神医療審査会の委員であった専門家も、入院の必要性について納得できるだけの情報が不十分であったことを認めている（たとえば甲B157）。このような実態からすれば、単に入院届や定期病状報告の審査制

度が存在するからといって、人身の自由に対する制約として憲法上の要請を満たすとは到底いえない。

患者の請求によって行われる退院請求制度についても、本件原告もその存在を知らず、その権利の告知も不十分な制度であり、その審査件数も極めて少なく、患者のための権利擁護手続きとして機能しているとはいえない。

また、精神医療審査会そのものが、司法機関ではなく、都道府県から独立した判断機関ともいえず、憲法上の要請を満たすものではないことも、これまで原告が述べてきたとおりである。

エ 私人による強制入院制度

そもそも、医療保護入院においては、私人である指定医一名（かつては病院管理者）の判定に基づき、病院管理者の決定でなされるものである。詳細は原告準備書面4で述べたとおりであるが、医療保護入院は、措置入院のように医師が公務員として行うものではなく、一私人として人身の自由の制約の判定を行わせるという、世界的にみても極めて異例な制度である。しかも、この指定医は、利害を有する当該病院の勤務医で足りることとなっている。前述した実体要件の曖昧さを前提にすれば、指定医制度によって適正手続が担保されるとは到底言えない。

加えて、私人による強制入院制度を採用したため、医療保護入院等の強制入院には行政不服審査法が適用されず、精神医療審査会の判断に対する不服申立て制度が全く存在しない（他方で、病院側は精神医療審査会の判断に対して審査請求が可能とされている。）。

人身の自由に対する制約の可否を私人に委ねておきながら、救済手段を制限するというのは、制度として重大な欠陥にほかならない。

なお、私人による拘束及びそれに対する救済手段の欠如の問題について、国連の拷問禁止委員会からも明確な勧告を受けていることは、原告準備書面6で述べたとおりである（甲B165）。

オ 家族等の同意要件を患者の権利擁護機能として位置づけることの不当性

また、保護義務者、保護者ないしは家族等の同意要件について、平成2年11月19日東京地裁判決は、「法は、保護義務者の同意の手続が、措置入院において理由のない入院から精神障害者を保護するために定められた厳格な手続と同等かあるいはそれ以上の機能を果すことを予定している」として、精神障害者の権利擁護のための手続要件として重要な位置づけとしているが、患者と家族との間には葛藤関係が生じやすく、一種の利害相反の状態となるのであり（特に、隔離収容政策を採用した日本の精神医療制度においてはなおさらであ

る。)、家族等に入院の責任を委ねることは、患者の権利擁護という観点から不適切である。実態としても、保護義務者等の同意が権利擁護として十分ではなかったことは、原告準備書面4で述べたとおりであり、だからこそ、厚労省内においても、保護者の同意を要件としない入院制度の提案がなされていた(甲B89参照)。

むしろ、医療保護入院において家族等が同意者となる仕組みが、精神障害者の療養の責任を家族に依存する保護者制度と相まって、精神障害者を精神科病院に隔離・収容する機能を強化してきた(甲B168・2(3), 甲B167・4頁等)。たとえば、家族が入院の継続を希望することにより入院治療の必要のない精神障害者が退院できなくなる実態や、精神障害者の看護に疲弊した家族の負担を減らしたり、家族に頼らない生活を探ったりすることなく、漫然と家族が受け入れないからということを行い入院を継続する実態があり(甲B156・31頁、甲B168・2(3))、原告もそのような状況に置かれた者の一人である。

教授も指摘するとおり、家族等の同意要件を、患者の人身の自由の擁護目的の適正手続保障の主要な手段として位置づけることは相当の無理があるものであり、このような家族等に適正手続を担保させる医療保護入院は違憲の評価を免れない。

(7) 小括

本準備書面及びこれまでの準備書面で原告が主張してきたとおり、医療保護入院制度は、人身の自由を中心とする人権保障の中核的な地位を占める非常に重要な権利の制約の場面であるにもかかわらず、その目的、手段としての実体要件及び適正手続のいずれの観点からも憲法上の要請を充たすものとは到底いえず、違憲にほかならない。

2 法令の違憲性—任意入院の違憲性

医療保護入院制度のみならず、精神保健福祉法上の任意入院制度については、真の任意性が担保する仕組みがないものであり、その任意性を判定する基準も存在せず、退院制限が存在し、加えて任意入院でも閉鎖処遇も多用され、人身の自由の制約を強く制限するものであるにもかかわらず、定期審査もなされないものであり、人身の自由を制約する制度として違憲であることは、原告準備書面2及び原告準備書面3を中心としてこれまで原告が述べてきたとおりである。

また、任意入院制度の創設によって、精神科の患者は普通に入院(精神衛生法時代には、精神衛生法の適用を受けない自由入院が存在していた)をする権利を制約、侵害されたのであり、平等原則に反することも原告準備書面2及び原告準備書面3で述べたとおりである。

本書面では原告準備書面 2 及び原告準備書面 3 の主張を繰り返すことはしないが、任意入院制度は、普通入院（あるいは精神衛生法時代の自由入院）とは異なり、患者が自発的に入院を希望するものではなく、退院制限規定を背景にして「積極的に拒んでない状態を含む」入院制度であり、人身の自由を制限する制度にほかならないことを改めて強調しておく。

特に、原告のように同意入院及び医療保護入院によって長期入院を強制され、退院に対する積極的な意欲を失うなど、いわゆる施設症に陥った患者が、その状態下で、単に入院継続を積極的に拒んでいないからといって任意入院制度に切り替えられるというのは、事実上の強制入院の継続にほかならない。

そうであれば、任意入院制度も、厳格な審査基準によってその憲法適合性が審査されるべきであるが、その規定は事実上の強制入院を排斥できるだけの制度になっておらず、また、医療保護入院制度同様に合憲的に解釈できるだけの運用もなされていないのであるから、任意入院制度によって事実上の強制入院を強いられた原告のような者との関係において、違憲と言わざるを得ない。

3 精神科特例の違憲性

(1) 精神科特例の存在

医療法等の特例として、厚生省（国）は、精神病院は特殊病院として、他の診療科と比較して、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 でよいとするいわゆる精神科特例を通達によって認めた。

(2) 精神科特例によって侵害される権利

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。

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。

社会的規約の一般的意見パラグラフ 15・34 においても、「国家は、障害者、特に乳幼児や児童が、他の社会の構成員と同じ制度の中で、同じレベルの医療を受けられるようにすべきである」と明記されており、これらの権利は社会権規約によっても明確化されている。

精神科特例は、これらの憲法 13 条、憲法 25 条、憲法 14 条を制約するものである。加えて、精神科特例は、精神障害者に対する隔離収容政策によって設けられた制度の一つであり、その憲法適合性を検討するにあたっては人身の自由の

制約という観点からも検討がなされなければならない。

(3) 精神科特例の違憲性

そして、その制約の目的や手段に正当性及び相当性がないことは、これまでの原告準備書面で主張したとおりである。

すなわち、精神科特例が設けられた理由として、国会では、当時、医療従事者の確保が困難であったことと精神疾患が慢性的に経過することが挙げられているが（甲B41）、前者の医療従事者の確保が困難であったことは、一時的・臨時的に暫定な措置を講じる理由にはなっても、精神科特例を継続する理由にはならず、むしろ本来は解消すべきものであることを前提とするものであるから、精神科特例を廃止すべき理由となるものである。

また、そもそも、後者の理由である精神医療が慢性的に経過するから治療上医療従事者数が少なくてよい、というのが医学的あるいは科学的な根拠がない。むしろ、精神医療は、ストレス等の心理的要因が関係している場合が多く、本人の思いを大切にす治療を実施するためには、人手も、時間もかかると考えられていた（たとえば甲B153、甲B154、甲B168）。また、入院患者に対する退院へのアプローチにも影響し、適切な働きかけがあれば在宅生活に移行できるはずの患者を漫然と長期間入院させることにつながると評価されていた（甲B156・11頁、32頁、甲B163・3頁、甲B168・2頁ほか）。そして、精神神経学会を含む多くの医療関係者から、精神科特例は長期入院の温床となっており、廃止すべきであるとの意見が出されていたのであり（上記のほか、甲B159、160、166、167などその他多数）、あるいは、慢性疾患であり病状の変化が少なければ通常入院の必要がないのであり、隔離収容政策のための制度にほかならないと考えられていた（たとえば甲B167など）。

国会でも、精神科特例が廃止されるべきであることが議論され続けてきたことについては、原告準備書面5で述べたとおりである。

人身の自由や平等原則の憲法適合性の審査にあたって、隔離収容目的は許容されず、また、その手段について医学的・科学的な根拠に基づく正当な理由がなければならぬことは、医療保護入院の憲法適合性の審査の部分で述べたとおりであるが、精神科特例は、その目的及び手段のいずれに正当な理由は存在せず、不合理な差別にほかならず、憲法13条、25条、14条に違反し、違憲であることは明らかである。

4 長期入院者等に対する憲法上の権利侵害状態について

日本の精神医療の問題を検討するにあたり、法令の違憲性、精神科特例制度の違憲性のほかにも、入院治療の必要性がないにもかかわらず、入院生活を強いら

れた長期入院者に生じた憲法上の権利侵害状態にも着目しなければならない。

入院治療を継続する必要がないにもかかわらず、強制入院を強いられることは人身の自由の制約にほかならないことは、前述のとおりであるが、精神科病院という地域社会と交流する自由を閉ざされた閉鎖的な空間で生活を強いられることは、それが法令上の強制であろうが、事実上の強制であろうが、人として当然に持っているはずの、地域での自分の人生を選択し生きる自由、すなわち、人生のありとあらゆる発展可能性を大きく損なうものであり、個人の尊厳を支える根幹的な人権が侵害された状態である。

このような状態が、憲法13条、14条、18条、22条1項、25条を侵害する状態であることは明らかであるところ、国会等では精神科病院における「社会的入院」、長期入院者の問題としてその救済の必要性が議論され続けてきた。

このような憲法上の根幹的な人権が侵害されている場合、国は、その権利侵害の状態を認識したのであれば、直ちにその侵害状態を解消ないしは救済するための作為義務が発生すると考えられなければならない。特に、日本の精神医療においては、隔離収容ないしは強制入院という人身の自由の制約にほかならないものを、前述のとおり、その強制入院権限を私人に委ねるという特殊な制度を国が構築し、運用してきたのである（国の先行行為）から、個別の入院の違法性やその損害は個々の病院の問題であり、国のやるべきことは一義的ではないから作為義務が発生しないなどと国が主張することは許されないというべきである。そのように考えなければ、憲法上の根幹的な人権の重大な侵害に対する救済手段が絶たれてしまう。

この点は国賠法上の違法性の問題であるため、以下、その点についてこれまでの書面の要点をまとめて論じる。

第4 国賠法上の違法性

1 国会議員の立法不作為一医療保護入院の改廃

(1) 国賠法が憲法上の権利の救済手段として不可欠であること

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など」と解される（最高裁平成17年9月14日判決等）。

同最高裁判決は、違法な立法不作為等について、確認の訴えなどの他の救済手段に様々な訴訟上の制約がある中で、これまで国家賠償請求制度が活用され、實際上、国家賠償請求訴訟制度によって救済がなされてきたことから、あえて救済

手段を閉ざすべきではないとの考えのもとでなされた判決である。

たとえば、学説上も、「国賠法1条の1項の解釈論として、立法行為や立法不作為にかかる国賠請求を肯定する説も否定する説もともに論理的に成立しうるとしたら、肯定説の方が選ばれるべきである」（内野正幸・法学セミナー374号21頁）としたり、在宅投票制事件最高裁判決について、「仮に純粋な国家賠償法の解釈上で疑問が多少あるとしても、少なくともその入口だけは開放すべきだったではあるまいか。それが権利救済手段の不備な現状において、わが最高裁の選択すべき最も賢明な道だったのではないか。」と評されている（同判決調査官解説参照）。

いずれにせよ、最高裁も憲法上の権利の救済手段として国賠法による救済が必要であることを認めていることは間違いない。仮に本件で裁判所が事の本質と向き合おうとせず形式的な違法性論のみを根拠に本件の実体判断を避ける判決を下すようなことがあれば、我が国の精神医療にまた一つ不名誉な歴史を残すこととなる。

（2）憲法上の権利侵害の明白性

前述のとおり、医療保護入院は、憲法上の根幹的な人権である人身の自由を侵害するものである。本来、人身の自由の重要性からすれば、医療保護入院の一部においてでもその侵害の事実が確認できたであれば、法の改廃が検討されてしかるべきものである。

そして、

- ・精神衛生法下の同意入院について、1960年代からその運用について問題視されていたこと（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、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B25））、
- ・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こと（甲B26ほか）、
- ・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こと（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B40・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」と表明したこと（甲B40・8頁）。

・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こと（甲B27）、

・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こと（甲B8・52頁）。

・1986（昭和61）年の「精神衛生法改正に関する意見」照会に対し、国立精神療養所院長協議会（甲B31・22頁以下）、全国自治体病院協議会（甲B31・25頁以下）、精神神経学会（甲B31・42頁以下）、自由人権協会（甲B31・100頁以下）、日本臨床心理学会（甲B31・130頁以下）、てんかん協会（甲B31・106頁以下）、精神医療人権基金運営委員会（甲B31・146頁以下）及び██████ブリテ ィッシュコロンビア大学教授（甲B31・170頁以下）等の各団体等から、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こと、等からすれば、遅くとも1987（昭和62）年の精神衛生法の改正の議論がなされていた時点において、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。

詳細はこれまで原告が主張してきたとおりであるが、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。隔離収容政策を目的とした同意入院と医療保護入院の実体要件は変わらず、明確化、司法審査、期間制限については見直されなかった。被告が主張するような精神保健指定医や精神医療審査会制度が憲法違反を是正するに足りるものではないことは前述のとおりである。

1995（平成7）年、精神保健福祉法が成立した後も、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、収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。患者を収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されている（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、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）。

その後も、医療保護入院が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ものであるから、どんなに遅くとも、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。

2 国会議員の立法不作為一任意入院

（1）普通入院を認めなかったことの違法性

任意入院についても、人身の自由に対する制約であり、事実上の強制入院として機能しているのであるから、国賠法によって積極的に救済がなされるべきことは、医療保護入院と同様である。

そして、これまで述べてきたとおり、人はみな、自由に病院と医療契約を締結して、開放された状況下で入院して治療を受け、退院したいときに退院する普通入院をする権利を有しているにもかかわらず、精神科患者についてのみ、医師の一方的な判断で退院制限や閉鎖処遇が可能となる任意入院しか選ぶことはできず、それ以外の自由な入院が否定されることとなったことは、憲法13条、14条、25条に反するものである。

これらの問題については、任意入院制度成立時から国会において指摘されていたことであり、政府委員は「今後の検討課題とさせていただきたい」と答弁しながら（甲B74）、放置されていることから、任意入院制度成立時ないしはその一定期間経過後から、違法な立法不作為が続いてきたと言わざるを得ない。

（2）任意入院制度の改廃の不作為の違法性

上記のとおり、任意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、上記のとおり任意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明白であつたにもかかわらず、国会は、正当な理由なく、入院制度を長期にわたり、任意入院の患者の同意の任意性を担保するための制度を何ら創設することなく形式的な「同意」のみを根拠に無制限な長期入院を可能とする制度を改廃しなかったものであり、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。

3 精神科特例の違法性－厚生大臣の裁量権逸脱

精神科特例が憲法13条、14条、25条を侵害し、違憲であることは、前述のとおりである。

そして、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、憲法上の権利を侵害する判断は、裁量権を逸脱するものであるところ、前述のとおり、精神科特例はあくまで暫定的な措置であることを厚生大臣も認識していたこと、精神科特例の根拠である精神疾患が慢性的に経過するという事実について、科学的ないしは医学的根拠がないものであることは、精神衛生法の改正時（1987（昭和62）年）の諸団体の意見から明らかであつたことから、この時点で精神科特例を撤廃しなかったことは裁量権を逸脱したものとして違法の評価を免れない。

4 厚生大臣の作為義務違反

（1）原告が主張する作為義務（要旨）について

原告は、厚生大臣の作為義務として、①地域医療への政策転換義務、②精神病院に対する指導監督義務、③入院治療の必要性がないのに入院を強いられている人に対する救済義務が発生するとして、それぞれ、要旨、次のように主張してきた。

<①地域医療への政策転換義務違反>

- ・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性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及び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、必ずしも入院治療が必要ではないこと等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り、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

<②精神病院に対する指導監督義務違反>

・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

<③入院治療の必要性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>

・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

その詳細は、原告が提出した各準備書面のとおりであり、本書面では繰り返さないが、入院治療が必要ないにもかかわらず入院を強いられている者に対して、厚生大臣がその権限において採りうる手段を講じるべきであると主張した。

(2) 条理上の作為義務の発生根拠

これに対して、被告は、厚生大臣には条理上の作為義務が発生しない旨述べている。

しかしながら、前述のとおり、人身の自由や人格権そのものといった憲法上の根幹的な人権が侵害されている状態を国が作出し、かつ、国が認識したのであれば、その侵害状態を解消ないしは救済するための作為義務が発生すると考えられなければならない。

本人の意思に基づかない強制入院を強いる隔離収容政策は、患者に対して、継続的で極めて重大な人権の制限を強いるものであることから、全ての個人に対し犯すことのできない永久の権利として基本的人権を保障し、これを公共の福祉に反しない限り、国政の上で最大限に尊重することが要求されているはずである。それは憲法 13 条や 25 条による要請でもある。特に、医療保護入院（同意入院）のように、多くの民間病院に強制入院の権限を与える一方で、低医療費・低人件費で病院経営をさせ、その結果、隔離収容政策となることを国が是認しておきながら、その後は国がどのような政策をとろうが条理上の責任を負わないとするのであれば、およそ法律で私人に幸福追求権、人身の自由、移動の自由などを制限する権限を与えれば国は一切責任を負わないこととなり、明らかに不当である。それはもはや法治国家ではなく、精神衛生法以下の法が破綻していることにほかならないが、そのような破綻をきたさないためにも、すなわち、まさに法の欠缺を補う場面として、厚生大臣は条理上の作為義務を負う。

そして、厚生省は、当時の厚生省設置法により、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の行政事務、事業を司る省庁である以上、厚生大臣は、入院制度と表裏一体の関係にある退院政策が機能するよう、あるいは機能が不全の場合にはこれを救済するよう、職務上の義務を当然に負っていたというべきである。

(3) 入院者に対する権利侵害について国の認識

また、入院治療が必要のない状態にあるにもかかわらず入院生活を強いられている者、すなわち、人身の自由や人格権そのものといった憲法上の根幹的な人

権が侵害されている者がいることを国が認識していたことは、原告準備書面5で記載した国会の議論のとおりであるが、同書面別紙の一部を抜粋すると、以下のとおりである。

会議年月日	発言者	発言内容
S45. 7. 7	説明員	精神病院の中に、一体ほんとうに入院を必要とする患者がいるのか、あるいは自宅その他の方法によって治療ができるけれども適当な施設がないために精神病院に収容されているのか、という実態の問題が一つあるかと思えます。この点につきましては、従来の、なんと申しますか精神病院中心な精神衛生対策のあり方についての問題がたくさんあると私は考えております。
S59. 7. 31	議員	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、どこから手を付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。
S61. 3. 7	政府委員	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。
S62. 9. 18	政府委員	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すと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う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。
H5. 6. 2	議員	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

		<p>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。</p> <p>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、条件が整えば退院の可能性があると思込まれる方々が七万七千人いらっしゃるということになると、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ありまして、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。</p>
H9. 11. 21	厚生大臣	<p>今お話しのように、環境整備というのは大変大事なんですが、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。</p>
同上	政府委員	<p>また、精神病床数、ベッド数は約三十六万床ございます。精神障害者の入院期間でございますが、全国平均で約四百五十日ということで、先進国で最も長い平均日数でございます。これは平均でございますので、在院しておられる患者さんの在院期間を見ますと、五年以上の方が約半分の五〇%に上っております。</p> <p>精神障害者につきましては、今申し上げましたような長期入院とかあるいは社会的入院の問題がかねてから指摘をされておりまして、その改善を図って、精神障害者の社会復帰を促進することが我が国の精神保健福祉行政の最大の課題であると思っております。</p>
H14. 6. 7	議員	<p>精神医療の質的な向上の問題でありまして、やはり日本は圧倒的に病床が多いということと、それから入院が長期だということが最大の問題だと言われております。</p> <p>もう時間がないので全部言っちゃいますと、私は、やはり病床は削減をしないといかぬと。七万人と呼ばれている社会的</p>

		<p>入院、これは認めていただけるかどうか認識を聞きたいということと、精神科のお医者さんは十万人に対して八人ということで、アメリカは十・五人でフランスは二十人。若干やはり少ない上に、こういうふうにベッドが多ければ手薄な医療しかできない。お医者さんも一生懸命やるけれども、そうなっちゃう、こういうことでありますから、ここもどうかという問題があります。</p> <p>これは当然病床を削減して、あと、きちっと配置基準も改善させて、そして恐らく今まで手薄だった、精神科特例と広い意味で呼ばれてきたこういう制度的な、言ってみればウエートのかけ方の少なさというものを、例えば診療報酬の問題を含めて直していかなければいけないんだらうと思います。</p>
同上	政府参考人	<p>まず、委員御指摘のとおり、現在精神病床に入院中の方々の中には、受け入れ条件が整えば退院可能になるとされている方々が約七万人程度いらっしゃいます。こうした方々は、社会復帰対策を充実させることによりまして退院が可能になるものと考えられます。</p>
H14. 7. 9	参考人	<p>かつて、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ないかもしれません。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。</p>
H14. 7. 12	厚生労働大臣	<p>七万人と言われます社会的入院があるわけですが、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得ませんが、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ければいけないというふうに考えているところでございます。</p>

H14. 11. 29	厚生労働大臣	十一年の患者調査におきまして、条件を整えば退院可能な方がどれだけあるかということ进行调查しましたところ、今御指摘になりましたように、約七万二千人という数字が出たわけでございます。
H14. 11. 29	厚生労働大臣	確かに、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ぬ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。
H15. 5. 8	議員	<p>私どもは実は、医療の関係でいえば、つい昨日まで大変な過ちを繰り返した経験があるわけで、言うまでもなくハンセン病問題ですよ、らい予防法というものが本当にもうつこの間まで残ってしまった。これによって必要がない人に対して強制的に入院をさせて社会から隔離をするということをやってしまったわけで、本法案の成立、施行でまた同じ過ちを繰り返すことになるのではないかという指摘もある。</p> <p>これは現実に、今、精神医療の世界で大変な長期入院というものがあります。昨日も私は説明を受けたんですが、若干減ってはきているとはいうものの、平成十一年で見ると十年以上の入院が二八・九%、五年から十年が一四・一%という、精神障害による入院患者の入院期間別分布というものを見ますと。そして、世界の動向の中で日本が一体どういう位置にあるか、こういうものをずっと見ますと、やっぱり日本ではまだまだ精神病棟に入れられたらもうずっと出られないという、そういう、そこまで言うと言い過ぎだとしても、それに近い現実がある。そんな中で、この今回の法案を成立、施行ということになりますと、やはり必要もないのに長期隔離をする、そういう事態が出現をするのではないかという、そういう疑念をぬぐうことができない。(略)</p> <p>しかし、共通認識も十分あると思っております、我が国の精神医療の現状が、長期入院が異常に多い、スタッフが非常に不足している、地域のケアが弱体である、あるいは社会的偏見がなお根強い、こういう重大な問題を抱えている、これ</p>

		を早急に抜本的に改革が必要だと、こういう共通認識はこれは共有しているんじゃないかと思います（略）
同上	副大臣	我が国の精神医療は、御指摘のように、まず精神病床数が非常に多いわけでございまして、三十五万床弱でございます。中には、ベッド一個一個じゃありませんで、畳の上にくらを並べているというような現実もございます。それから、長期入院が多いということ。二十年以上の入院患者さんが一五%ございます。五年以上ということになりますと約四五%ぐらいがおいでになるわけでございまして、非常に長期入院が多い。御指摘ごもっともでございまして、入院中心であり、相談支援や地域での受皿の不足など、地域の精神保健医療の福祉体制が非常に不十分でございます。
H15. 5. 26	厚生労働大臣	かつての統計を取りましたときに約七万二千人、これは社会的入院と言われる人たちの数として数字が挙がってきております。実際にもう一度、スタートいたしますときにはもう一度しっかりと統計を取り直す必要もあるというふうに思っておりますが、しかし、多くの皆さんがおみえであることだけは間違いがないわけでございまして、医療全体の中でこの精神医療の面がいわゆる制度として今までは大変後れていたというふうに思わざるを得ません。日本の場合に入院のベッド数は非常に多いというようなことを、諸外国に比べて多いというようなことが言われたりいたしておりますが、それならば地域で受け入れるようになっていたかといえ、それはそういうふうになっていなかったわけでございます。

当然のことながら、このような議論は、国会のみならず、精神医療関係者の中でもなされてきたことは、各専門家の意見書のとおりである（甲B153以下）が、民間病院が中心として設立された日本精神科病院協会の会長である山崎氏でさえも、次のように述べていることは、既に主張したとおりである。

「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。」

つまり、国も含めたいずれの関係者においても、入院者に対する権利侵害の状態を解消するために国が政策転換を行う必要があることは共通の認識であったのである。

第5 原告の損害

1 原告の状態

原告は、これまで述べたとおり、少なくとも■■■■病院に転院して間もなく、入院治療が必要のない状態であるにもかかわらず入院生活を強いられていたことは、明らかである。

客観的状況として、原告は、■■■■病院に入院してから間もなく院内・院外作業に従事するなど、入院治療を要するような状態にあるとはうかがわれず、東日本大震災を理由に病院に転院した後は、きわめて円滑にグループホームに退院している。グループホームも2年間で退所し、その後は、アパートでの一人暮らしで問題なく過ごせており、その後、再入院等の症状悪化も見られない。

にもかかわらず、39年以上という人生の大半にわたり入院生活を強いられ、地域社会で当然のように享有できる自由を制約され、社会や家庭等の生活基盤から切り離された生活を余儀なくされた。

2 違法行為と原告の損害と因果関係について

(1) 因果関係の命題

訴訟上の因果関係の立証は、一点の疑義も許されない自然科学的な証明ではなく、経験則に照らして全証拠を総合検討し、特定の事実が特定の結果を招来した関係を是認しうる高度の蓋然性を証明することであり、その判定は、通常人が疑いを挟まない程度に真実性の確信を持ちうるものであることを必要とし、かつ、それで足りるものであるとされる。

本件では、前記の大臣及び国家議員の作為義務を尽くしていたならば、原告が退院できたであろうことが通常感覚で是認されれば、その因果関係は肯定されるべきである（詳細は原告準備書面7のとおり）。

(2) 個別の作為義務との関係

ア 同意入院ないしは医療保護入院の改廃の作為義務

原告は、精神衛生法が適用されていた昭和63年6月30日までは同意入院であることは明らかであり、その後もカルテ等の状況から平成15年4月30日までは医療保護入院であったと認められるのであり、かつ、その頃までは原告が退院の意思を積極的に表明していたことはカルテ上も明らかなのであるから、同時期に同意入院ないしは医療保護入院が廃止されれば、原告が退院できたであろうことは明白である。

また、同様に、同意入院や医療保護入院制度の入院継続要件や手続的要件、退院要件等が厳格なものに改正されたとしても、原告は、入院治療の必

要性がないことは明らかであったのであるから、その改定によって原告が退院できたであろう高度の蓋然性は認められる。

したがって、国会議員による同意入院ないしは医療保護入院の改廃の作為義務違反と原告に対する権利侵害との因果関係は当然に認められる。

イ 任意入院の改廃の作為義務

任意入院についても同様である。任意入院の要件や審査等が厳格なものに改訂されていれば、その改定によって原告が退院できたであろうことは十分に認められる。

ここで、「入院形態が任意入院であるから権利侵害の強制性がない」という議論が成り立たないことは、改めて主張を繰り返しておきたい。

入院当初から自発的に希望して任意に入院をした者ではなく、強制入院によって退院の意欲を喪失させられ、退院に反対することがなくなったがために、形式的に任意入院に入院形態が変更された者については、実質的に入院の強制性が失われるわけではない。入院形態が任意入院であっても、入院治療の必要性がないにもかかわらず入院生活を強いられた精神科の入院患者が数多くいるのは、精神医療の実態である。

精神科病院という閉鎖的な施設での生活が継続すれば、その個人の自己が無力化されて、自ら積極的に退院の意向を示さなくなることは、原告準備書面3で述べたとおりである。原告も、自らの入院生活を振り返ったときに、自らが施設症に陥っていたと述べており、その例外ではない（甲A9、原告尋問）。そのような状態の入院者については、同意入院ないしは医療保護入院であっても、任意入院であっても、積極的な退院支援や入院治療の必要性に関する審査がなされなければ、実質的な強制は継続していると評価されなければならない。

たとえば、平成13年5月11日熊本地裁の「らい予防法」違憲国家賠償請求事件において、国側は、入所者が退所の申し出があれば退所が可能であったことや入所者からの具体的な退所の申し出がなかったこと等から権利侵害がない旨の主張を展開したのに対し、裁判所は、退所の可否は入所者自身で判断するものではないこと、退所の基準が定められていないこと、厚生省が退所の機会について公式に表明することがなかったこと等から、隔離政策は継続しており権利侵害の状態は続いていたと判断したが、精神科病院からの退院についても同様のことがいえる。

それゆえ、強制入院によって退院の意欲を喪失させられ、退院に反対することがなくなったがために、形式的に任意入院に入院形態が変更された者につい

て、任意入院であるから権利侵害性がないなど評価・認定することは許されない。

なお、原告の場合、入院形態がカルテ上に明記されていないが、精神衛生法時代に同意入院という強制入院が選択されていたこと、原告が退院希望の意思を積極的に表明しているのに医師の権限で退院が不可となっていること等から、原告が入院を強制されていたことは明らかであり、また、同意入院ないしは医療保護入院や任意入院制度が厳格に運用されていれば、そのような入院形態が曖昧な入院など許容されないはずであり、カルテに入院形態が明記されていないことを原告に不利益に取り扱うべきではない。

ウ 精神科特例廃止の作為義務

精神科特例が廃止されれば、低医療費・収容を前提とする精神科病院は病床を縮小ないしは廃院せざるを得ず、その結果、原告が退院となっていたことは容易に想像できるのであり、その因果関係は肯定される。

仮に、精神科特例によって、■■■■病院が病床を縮小ないしは廃院しないことがありうるとしても、十分な数の医師や看護師が原告を診察していれば、原告の状態からして、原告の退院が早期に実現したことも明らかである。

そのような議論は国会でも繰り返し議論がなされているし、各専門家の意見書からも明らかである。たとえば、精神科病院の設立・運用やソーシャルワーカーとして長年実践を積んできた■■■■氏は、「精神科特例により、治療が不十分になっているということも原因の一つです。それによって病状回復が遅れ入院が長期化するのです。精神科は話を十分聞くことが治療です。一般医療以上に人手がかかる医療であるはずが、その部分に力をいれることができなくなっているのです。そのため、早期退院ができず、結果的に入院が長期化してきたのです。職員不足は、集団管理の強化と閉鎖管理の必要性を高め、その管理生活は施設症を促進する結果を招きます。長期入院者は、入院前に持っていた生活技術は廃用性もあって低下し、社会の動きについていく新しい生活技術も身につかず、ますます地域生活的効力を低下させるために、退院ができなくなることを繰り返し、悪循環に陥ります。」と述べている（甲 B 156）。

エ 地域医療への政策転換義務

地域医療への政策転換義務についても、同様に因果関係は容易に肯定できる。原告が実際に長期入院後にグループホームに退院ができたように、もっと以前から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極めて高い。

精神医療政策が、入院医療中心ではなく、地域医療中心に転換されていれば、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ようなことはなかったであろうから、この点からも、原告が早期に退院できた蓋然性は極めて高いといえる。

オ 精神病院への指導監督義務

また、国が精神病院に対する指導監督義務、あるいは、クラーク勧告で指摘されたような指導監督のための監督体制を構築していれば、また、精神科特例の改廃や任意入院の任意の担保性などを含めて、精神科病院が治療施設において適切な医療水準を確保できる制度を構築していれば、入院治療の必要性がないことが明白な原告が早期に退院できた蓋然性は高い。

カ 入院治療の必要のない入院者に対する救済義務

さらに、同意入院ないしは医療保護入院あるいは任意入院について、その入院を厳格に運用すべきよう厚生省や厚生労働省から通知等の働きかけが現実的になされていれば、あるいは、入院治療の必要のない入院者に対して国が積極的な調査介入を行っていたら、原告は前記のとおり入院治療の必要のない入院者であったことは明白であり、原告がより早期に退院できた蓋然性は高い。

キ 予備的な主張として作為義務の一体性

なお、上記の各作為義務と原告が退院できたであろう蓋然性との関係については、個々の作為義務に対する不作為が一つの独立した違法行為であることを前提としていること、ただし、それぞれの不作為が相互に関連し、重複する部分があり、それゆえ、仮に一つ一つの不作為のみでは因果関係が肯定することが難しいと判断される場合には、予備的に、各不作為を一体として捉えて違法行為や因果関係を判断すべきと主張することは、原告準備書面3の第3の3(8)で述べたとおりである。

(3) 〇〇病院固有の問題ではないことについて

なお、日本の精神科医療の問題については、直接的には個々の病院が患者に入院を強いる構造となっているが、本質的には個々の民間病院の固有の事象ではない。原告が長期の入院を強いられたことは〇〇病院の問題に帰すべきではなく、国の作為義務の問題として評価すべきことは、これまで繰り返し述べてきたとおりであるし、国会の議論や各専門家の意見書あるいは前述の日本精神科病院協会会長の発言からも明らかである。

たとえば、病床削減の数値目標を示さず、病床削減のインセンティブも付与せ

ず、地域精神医療を中心とする政策に転換しなかった国の怠慢から、原告のように入院治療が不要な者が入院を強いられていた問題が日本各地に起きていること（甲B154・9、10頁）、それにもかかわらず、国はこのような入院者を積極的に救う政策をとらず、たとえば公立病院の独立行政法人化を進めて公立病院にまで経営を意識させ、患者本位の医療を行うことをより一層困難にさせていること、精神障害者に対する差別や偏見の解消はすべての政策の根底において重要であるが、これらの差別偏見も放置されていること等は、これまでも主張してきたとおりである。

3 原告の損害

原告は、国が作為義務を怠ったことにより、入院治療が必要でないにもかかわらず、■■■■病院に入院してから39年と51日間の入院を強いられることとなった。

人生の大半である39年以上もの入院は、当然のように社会で享有できる自由を謳歌できず、家庭等の生活基盤から切り離された生活を余儀なくさせることであり、原告は、個人としての尊厳そのものを奪われ続けたものである。

原告は、原告本人が述べるように、大切な家族である父親の死亡をすぐに知らされることもなく、葬儀にも出席することが許されず、また、恋愛や結婚をして新しい家庭を築く機会も失ってしまった。父親に対する思いについては、原告は、2006年（平成18年）に新聞社にこのように投稿している（甲4）。「父は私にとって“神さま”のような気がしてならない。」「父は愚痴をこぼしはしたが、一度も私に手をあげることはなかった。私のためにはいずり回り、アリの一生だったような気がする。いま思うと、思いっきり、死んでしまうほどひっぱたいてほしかった。父が亡くなって、初めて親のありがたみが分かるようになった。天国の父よ。ありがとう。」そのような大切な肉親との別れの機会も与えられなかった原告の損害は決して軽視してはならない。甲B164号証の憲法学者■■■■教授が述べるように「他者の苦哀に鈍感」であってはならない。苦しみを強いられ人生を諦めさせられた原告の損害は甚大である。

その人生として地域社会で生活する機会を剥奪されたことは、もはや取り戻すことのできない損害、人生被害を被ったものであり、原告の慰謝料その他それらの損害は、どんなに少なくとも3000万円を下るようなことはない。

第6 結論

よって、上記国会議員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支払うという責任を果たすべきである。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ことは、原告準備書面 1 記載のとおりである。
以上