

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7

2023年10月24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

被告は、原告の主張に対し真摯に向き合わず、従前と変わらない主張しかしないため、これ以上は裁判所において争点を整理して双方の主張がかみ合うよう指揮していただくほかないと考えるが、新たな憲法学者の意見も出されたため、これまでの被告の主張を整理した上で、その主張の問題点を指摘する。

第1 被告準備書面（6）の内容

被告は、令和5年10月2日付準備書面（6）において、あたかも原告の主張に一つ一つ反論を述べているような体裁をとっているが、その実態は、以下の通り表面的な主張に終始している。以下、カッコ内の項目は、前記被告の準備書面

における項目である。

第1類型：法律の規定や制度があるから問題ないという主張

医療保護入院制度には種々の要件や適正手続保障等の規定があることから、入院制度を定めた法律の規定が違憲であるとはいえない（第1の1（1）、（2）ア、同イ、同ウ）、あるいは、当該制度それ自体、あるいは他の制度ないし要件があることを理由に、法律の規定がしっかりできているから原告の主張に理由がない（第1の1（2）エ、同オ、同カ、同キ）、とするものである。

第2類型：憲法上の権利侵害が明白であるとはいえないという主張

（個々の事案の実情や実務上の運用における問題点等といった事柄は）憲法上保障されている権利を違法に侵害するものであり、かつ、これが明白であることを根拠づけるものではない、とするものである（第1の1（2）ア、同ウ、同エ、同キ、第1の2）。

第3類型：個別の事象と制度の違憲性や国の責任とは別であるという主張

個々の措置が当該医療機関と当該患者との関係において違法行為を構成することはあり得るとしても、それらの事情をもって、制度それ自体が違憲となるものではなく、原告の主張には論理の飛躍がある、とするもの（第1の1（1））。

被告準備書面の第2における、厚生大臣ないし厚生労働大臣の不作为に関する、①精神科特例を設けたこと、②隔離収容政策から地域医療中心の政策への転換義務違反、③精神科病院に対する指導監督義務違反、④社会的入院者に対する救済義務違反、の原告の主張すべてについて、「原告の指摘の可否をおくとしても」、原告との関係において大臣が当該義務を負うことが基礎づけられるものではない、という主張もこのパターンであるといえる。

被告準備書面の第3における、国の違法行為と原告が退院できなかったこととの間の因果関係に関する主張も同じである。

以下、各類型について、その主張の問題点を指摘し、従前の主張と重複しない程度に反論する。

なお、以上の他、被告の準備書面には、医療保護入院において「退院の要件」が定められているかのような主張が繰り返しなされているが（5頁、8頁、17頁等）、法律上、このような要件は定められておらず、明らかな誤記であるから、これに関わる主張の撤回を求める。

第2 法律の規定や制度があるから問題ないという主張（第1類型）

1 被告の主張はトートロジーである

被告は、原告が医療保護入院の各要件や適正手続保障規定について、一つ一つその問題点や現実に人権保障のために機能していない実態について指摘しているにもかかわらず、これらの要件や規定があるから制度は合憲であるとの主張を繰り返しているだけで、的を得た反論をしていない。

2 医師の裁量や指定医制度について

とくに、医療保護入院の中核的要件である「医療及び保護のために入院の必要がある」という要件については、被告は、「基本的には医師の裁量」であるとし、指定医制度があることをもって、「判断が適切になされるような仕組みが設けられている」と主張する。

しかし、原告が問うているのは、そのような医師（指定医）個人に任せていて良いというレベルではない、という日本の実態である。すでに繰り返し主張しているとおり、医療保護入院制度は日本独特の制度であり、他国にはこのような緩い強制入院制度はそもそも存在せず、日本を真似て導入した韓国においては憲法不合致という憲法裁判所の決定が出たこともすでに述べたとおりである。そのために、日本はOECD加盟国中飛び抜けて精神病床数が多いが（これはあくまでも病床数であり、任意入院患者数も含まれることになる）、医療保護入院者の数だけを抜き出しても、世界第4位になるという、強制入院者数が異常な多さである（甲B170・OECD表1）。このような実態について、憲法学者は、「わが国においてだけ（医療保護入院が）必要だという証明は本当に科学的に可能なのであろうか。」と指摘している（甲B169）。

また、「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」との■■■■教授の指摘も、冷静に現状を分析すれば、当然に導かれるところである。もはや、医師の裁量を尊重していればよい、指定医制度があるからよい、という状況ではなく、指定医制度が機能していないこと、医師の裁量に委ねていては問題であるという、原告の主張やこれを裏付ける専門家等の意見（甲B153～168）についての判断が求められている。

3 精神医療審査会制度について

精神医療審査会制度についても、同様に、被告は、ただ「審査会が審査している」からよしと主張するだけであるが、原告はその審査結果の実態、審査会制度の効果を問題としている。

すでに審査会の実態についても準備書面で述べているところではあるが、たとえば平成10年の医療保護入院者数は92,367人であるが、退院請求をした医療保護入院者はわずか821人であり（そのうち140人は大阪）、1%にも満たない（同年精神保健福祉資料）。全入院者数（平成10年は335,883人）を前提としても、退院請求件数が10件に満たない県が3分の1を占めている

(別紙1)。請求しても認められない実態があるが、そもそも請求できる権利があることすら知らされていなかったと推測せざるを得ない統計結果である。

4 昭和62年改正前は明白な違憲状態であること

さらに、医療保護入院制度の合憲性については、時代を分けて検討する必要があるが、昭和62年法改正前は、精神保健指定医制度も精神医療審査会制度も存在しなかった。

原告が入院した昭和48年当時は、そもそも精神科医でなくても医療保護入院(当時は「同意入院」という名称)をさせることができていたのであり(精神衛生法33条。昭和40年改正により精神衛生鑑定医制度ができたが、同意入院の判断は精神衛生鑑定医でなくてもなし得ることとされていた。)、入院の必要性判断に関する適切な担保は何もなかった。

この点に関して、被告はこれまでまったく反論していない。

第3 憲法上の権利侵害が明白であるとはいえないという主張(第2類型)

被告は、原告の主張する問題点や実態について、「個々の事案の実情や実務上の運用における問題点等といった事柄」があるとしても、憲法上保障されている権利を違法に侵害するものであり、かつ、これが明白であることを根拠づけるものではない、と切り離れた態度をとり続けている。

しかし、ここがまさに現在の精神障害者の置かれている状況についての日本社会の問題なのであり、全体として精神障害者の権利が侵害されている状況があるという現実を無視してはならない。原告は、この日本社会のこれまでの無関心の結果生じた被害者の一人である。

1983(昭和58)年の精神衛生実態調査において、社会的入院患者が72,600人存在することが指摘され、その後の患者調査によっても大きく減少することはなかった。2004(平成16)年の精神保健医療福祉の改革ビジョンにおいて、ようやく国は当時約7万人いる社会的入院者を10年で解消するとの目標を掲げたが、その後も大きく減ることはなく、原告が転院したときも5万人以上が社会的入院を強いられていた。他方で、精神疾患は、本来、死に至る病ではないにもかかわらず、毎年数百人も精神科病院内で亡くなって生涯を閉じている。

たとえば平成10年の時点において、5年以上入院している者は15万人以上おり、医療保護入院者だけでも45,921人いる(別紙1-2)。他方、この年の死亡退院は758名であり(同年精神保健福祉資料)、平成11年の社会的入院者(受け入れ条件を整えば退院可能な者。患者調査は3年に一度しか行われぬ。)は71,600人である(同年患者調査)。

このような統計上の甚大な人数を前にして、個々の事案の問題や運用における問題というだけで無視することはできず、もはや制度を改正するなど国を挙

げて解消すべき問題となっていたのである。自由に自分らしく人生を生きることが奪われ、病院内でしか生きることができないままに亡くなっていく患者の多さについて、被告はまだ国が取り組むには数が足りなかったと主張するのであろうか。このような多数の被害者を生み出している制度は、憲法上保障されている権利を違法に侵害するものであり、かつ、明白な事態となっていた。

第4 個別の事象と制度の違憲性や国の責任とは別であるという主張(第3類型)

被告は、原告の事案、あるいは、専門家らが自らの体験に基づいて指摘した現実の事案について、個別の事象と国の責任は別であり、国の不作為と因果関係があるとはいえないと主張する。

1 個別の病院や都道府県だけに任せておけない状況があった(別紙2)

前記のとおり、日本全体の問題として、長期入院者数、社会的入院者数、死亡退院者数など、もはや無視できない患者の数であったが、医療保護入院者に限っても、都道府県ごとのばらつきは大きく、人口1万人当たりの医療保護入院者数は、平成10年当時で3.58人の県から16.96人の県と格差が生じており、同じ「医療及び保護のために入院の必要がある」という要件に基づいて判断されているとは到底言えない状況であった(これを是認するならば、鹿児島県人は精神科病院に強制入院が必要な人が多く、岐阜県人はそうでない、ということをお認めることになる。)

また、5年以上の長期入院者も、5.21人の県から28.45人の県と幅があり、これは社会復帰施設等の整備の大小を示しているといえるが、ここまでの格差が生じているにもかかわらず、社会復帰施設等の整備を各都道府県任せにすることは国としての責任を放棄しているに等しく、国として各県を支援して社会復帰の整備をすべきであった。

このような、現に生じていた地域差について、そのバラツキを均霑化し、全体的な水準を向上させるのが国の役割である。医療保護入院が、医師の判断を元に個別の病院管理者が行なうものであるというだけで、見過ごすことはできないレベルに至っていたのである。

2 10年以上実態に変化がみられていない

前記の地域差が12年間大きな変化がなかったことは、別紙2と別紙4の比較において明らかである。地域ごとの医療レベルないし社会復帰施設の不足等の格差が解消されないため、たとえば平成10年と平成22年を比べても、大きな変化は見られない。

3 むしろ医療保護入院者は増加している

他方、同じ12年間に、人口はわずかに増加しているのに対し、医療保護入院者数の増加は著しい。この12年間の間に、日本に暮らす人の精神状態が著

しく悪化したと被告は説明するのであろうか。

4 因果関係の命題設定が誤っている

被告は、国の不作為により「原告が平成24年10月22日まで退院できなかったという結果発生を招来したという関係を是認しうる高度の蓋然性が立証されなければならない」と主張する。

しかし、医師の不作為と患者の死亡との間の因果関係の存否が問題となった事案の最高裁判決（平成11年2月25日民集53巻2号235頁、いわゆる肝がん見落とし事件・甲B172）に鑑みれば、そのような命題の設定は誤っている。

すなわち、同判決は、「医師が注意義務を尽くして診療行為を行っていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していたであろうことを是認し得る高度の蓋然性が証明されれば、医師の右不作為と患者の死亡との間の因果関係は肯定される」「患者が右時点の後いかほどの期間生存し得たかは、・・・前記因果関係の存否に関する判断を直ちに左右するものではない」と判示し、仮に適切な診療行為が行われていたとしてもどの程度の延命が期待できたかは確認できないとして、医師の検査に関する注意義務違反と患者の死亡との間の因果関係を否定した原審の判断には、違法がある、ともしたものである。

これを本件に即して解釈するならば、＜国が原告の指摘する義務を尽くして制度や法の改正を行っていたならば、原告が平成24年10月22日より早い時点で退院できていたであろうことを是認し得る高度の蓋然性が証明されれば、国の不作為と原告の損害との間の因果関係は肯定される＞、ということになる。

本訴訟において、すでに原告は、国家組織内の部署から、あるいは外部団体から多くの政策転換等の意見が出されていたことを指摘しているし、また、これらに沿った早期の政策転換等がなされていれば、日本の精神医療が大きく変わり、長期入院を強いられていた多数の患者らが退院できていたことを専門家等の意見らが証明している。さらに、今回追加提出する■■■■論文（甲B171）は、平成10年の時点のものであるが、入院時に地域較差があること、しかし、デイケアの実施や社会復帰施設の充実、地域ケアシステムの整備等の環境が整備されれば、在院期間の短縮が進むと考えられていたこと、患者の高齢化が進んでいることから、さらに検討が促進されるべきであること、患者の社会復帰率を高めるために最も効果的でありうるのは、精神科医師の配置を増やすこと、等が指摘されていた。

原告は、平成10年から14年経て平成24年には61歳になっていたのであり、■■■■論文によれば退院がより一層困難な年齢になっていたにもかかわらず、退院できた。このことだけからしても、これまで原告が指摘した研究結果等を国が真摯に受け止め、地域差をなくすべく医療保護入院の判断の適切さがきち

んとなされているか、全患者について実質的に審査をやり直し、他方で、社会復帰施設等の環境整備を進めていれば、原告は2012年より早期に退院できていたはずである。

したがって、国の不作為と原告の損害との間に因果関係はある。

第5 憲法上の人権を精神障害者にも保障せよ

原告がすでに提出した[redacted]教授の意見書において、同教授は、丁寧に一つ一つの要件について検討した上で、現在の精神保健福祉法上の医療保護入院制度が憲法の要求する身体の自由等を制約する正当化根拠を欠くものであることを明確に述べている(甲B164)。その中で、同教授は、なぜ、今まで日本の中で精神障害者の人権に憲法の光が当たらなかったのかということについても述べている(53頁)。この指摘は、まさに本件訴訟における被告の態度にも通じるものである。原告が一人であっても、その背後にいる多数の精神障害者が、被告国の作った制度によって、そして、それを改めてこなかった不作為によって、人生を奪われるという甚大な被害を受けている。精神疾患は本来死に至る病でないにもかかわらず、退院できないために、病院の中で毎年数百名もの患者が亡くなっている。この悲惨な実態について、被告は反論することすら放棄している。

[redacted]教授も、現在の日本の実態をふまえて、医療保護入院の必要性について科学的証明が可能なのかという疑問を呈し、チェックシステムの機能不全が示唆されていることの重大性を指摘した上で、「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」などと述べ、システム全体として、医療保護入院の正当性が欠けていると推認せざるを得ないと結論付けている。さらに、同教授は違憲である場合の救済方法についても指摘しており、裁判所が違憲の判断を下すことについて何ら支障がないことも示している。

裁判所においては、これら二人の憲法学者の意見もふまえて、真摯に本件訴訟の審理を進められたい。

以上