

令和 6 年（ネ）第 5023 号

国家賠償法 1 条 1 項に基づく国家賠償請求控訴事件

控訴人（一審原告） 伊藤 時男

被控訴人（一審被告） 国

控訴理由書

2024 年 11 月 29 日

東京高等裁判所第 1 民事部 御中

控訴人訴訟代理人弁護士 長谷川 敬祐

同弁護士 佐藤 晓子

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 はじめに	… 5 頁
第2 原判決の誤り	… 5 頁
1 精神衛生法等の制度を無視して控訴人の入院形態を強制入院（同意入院等）と認定しなかった誤り	… 5 頁
（1）原判決が認定した事実	… 6 頁
（2）原判決の事実認定を前提とした精神衛生法等の制度に基づく帰結	… 6 頁
（3）上記結論の前提となる精神衛生法等の入院制度の構造	… 7 頁
ア 自由入院にはあたらないこと	… 7 頁
イ 任意入院にもあたらないこと	… 8 頁
ウ 法解釈上任意入院でなければ強制入院しか入院形態の選択肢がないこと	… 8 頁
（4）原判決が同意入院等を否定する理由は決定的なものではないこと	… 9 頁
（5）同意入院等は少なくとも平成15年4月30日まで継続したこと	… 9 頁
（6）小括	… 10 頁
2 控訴人の入院形態に関する審理不尽	… 10 頁
3 長期入院の原因は控訴人症状の可能性があると認定した不当性	… 11 頁
（1）証拠として採用された医師による意見を無視していること	… 11 頁
（2）公知の「事実」ではないこと	… 13 頁
ア 「精神疾患を有する患者については、他の疾患と異なり、その症状・病状による影響で判断能力自体に不調を来すことがあり、患者本人が適切な判断をすることができ」ないという言説は原判決の見解であって「事実」ではないこと	… 13 頁

イ 「自己の利益を守ることができないと医学的な見地から認められる場合には、本人の利益を守るために、本人の同意がなくても入院が必要になる場合があり得る」と言説は原判決の見解であって「事実」ではないこと …17 頁

(3) 一時的な入院の必要性と長期入院の必要性が区別されていないこと …19 頁

(4) 原判決のような公知の事実の誤りを生じさせたのは、まさに国の精神医療政策の産物であること …20 頁

(5) 小括 …21 頁

4 長期入院の原因が控訴人の家族のための可能性があると認定した不當性 …22 頁

5 控訴人が救済措置を求めなかつたことをもつて長期入院の強制の事実を否定したことの不當性 …23 頁

(1) 法令解釈の誤り …23 頁

(2) 事実誤認 …23 頁

(3) 実態として退院請求が容易でないこと …24 頁

(4) 弁護士に救済を求めることが等ができないこと …25 頁

(5) 小括 …26 頁

第3 控訴人が入院を強いられた事実 …26 頁

1 長期入院によって退院意欲は奪われる …26 頁

(1) 意欲の減退（学習性無力感）について …26 頁

(2) 精神科病院において長期入院者に意欲の減退が生じること、これを改善する必要があることは、クラーク勧告で指摘されていたこと

…27 頁

(3) 意欲の減退が日本の精神医療の問題であることを国際法律家委員会から勧告がなされていたこと …28 頁

(4) 日本の精神医療政策は上記勧告等を無視してきたこと …28 頁

(5) 意欲減退を含めた施設症は国の政策に起因すること …29 頁

2 控訴人自身がまさに上記のような意欲の減退が生じており、国際法律家委員会が指摘するような入院経過を辿っていること …29 頁

(1) 診療録の記載 …29 頁

(2) 控訴人における「退院の訴え」「あきらめ」「適応」の過程

…35 頁

(3) 長期入院による権利利益の侵害性 …37 頁

第4 控訴人の主張 …38 頁

1 同意入院等の問題 …38 頁

(1) 同意入院等は緩やかな強制入院を許容してきた …38 頁

(2) 同意入院等によって偏見等が浸透した …40 頁

2 任意入院の場合の問題点 …40 頁

3 厚生大臣の義務違反について …41 頁

4 追加の主張—入院形態不明者を作り出した国の責任について

…41 頁

(1) 厚生大臣等の権限 …42 頁

(2) 報告徴収等権限の趣旨と意義 …43 頁

(3) 報告徴収等権限を発動すべき場合 …44 頁

(4) 本件における国の違法性 …44 頁

ア 予見可能性 …44 頁

イ 結果回避可能性 …45 頁

ウ 期待可能性 …45 頁

エ 適時適切性 …46 頁

オ 条理上の作為義務 …46 頁

(5) 小括 …47 頁

第5 結論 …47 頁

第1 はじめに

本訴訟は、精神科病院に約40年間入院させられ、東日本大震災を契機に転院したことにより退院でき、地域で暮らせるようになった控訴人が、40年という長期の人生を奪われたことについての損害の賠償を求める訴訟である。本訴訟の控訴人は一人であるが、後述のとおり日本にはいまだに多くの患者が入院医療が必要でないにもかかわらず精神科病院における入院を強いられており、本訴訟で賠償を求める控訴人の損害は控訴人と控訴人が入院していた一病院の間の問題ではない。

原判決は「（病状の重症度を問うことなく）統合失調症の患者の入院はやむを得ない」という漠然とした感覚で原告に生じた人権侵害を是認しているが、国際的にみればこのような感覚で多数の長期入院精神障害者を放置することが許容されているのは日本だけである。原判決は、精神衛生法等の制度上ありえない理由を述べ、さらに、原告が提出した証拠を無視した判断をしており、それだけで破棄されるべきものであるが、それだけでなく、まさにこれまでの国の精神医療政策によって作出された精神障害者に対する偏見に基づいて判断をしており、「精神障害者の人権」を蔑ろにするものにほかならず、決して是認されてはならない。

本書面では、第一に、上記のような精神障害者に対する偏見に基づき事実認定すら適切にせずに控訴人の入院を是認した原判決の誤りを指摘し、第二に、控訴人本人が入院を強いられた事実を主張し、第三に、あらためて控訴人が国の責任を問う根拠について主張する。

第2 原判決の誤り

1 精神衛生法等の制度を無視して控訴人の入院形態を強制入院（同意入院等）と認定しなかった誤り

原判決は、昭和48年9月2日から少なくとも平成15年4月30日までの入院形態が同意入院ないし医療保護入院（以下、まとめて「同意

入院等」という。)であるとする控訴人の主張は、これを認めるに足りる証拠がないと判断したが、仮に原判決の事実認定を前提にしたとしても、精神衛生法等の制度上、少なくとも平成11年7月までの入院は同意入院等であると認定するほかなく、原判決の判断は、精神衛生法等の制度上、ありえない認定であって不当である。以下、詳述する。

(1) 原判決が認定した事実

原判決は、控訴人が昭和48年(1973年)から平成23年(2011年)まで入院を継続した事実を認定したが、他方で、「原告(控訴人)の入院形態が任意入院等であったか否かも不明である」(判決書7頁2(1))とも判断しており、この長期入院が控訴人の意思に基づく任意入院であったとは認定していない。控訴人が入院していた████病院の記録の中には、任意入院の場合に精神保健法や精神保健福祉法上で求められる任意入院同意書も継続同意書(甲B75等)も存在しておらず、控訴人が任意入院であったとは認められないが、原判決もそのような認定はしなかった。

また、原判決は、控訴人が「当初は退院したいという意向を明確にしていた」事実(判決書9頁15行目)を認めたうえで、それでも任意の退院が実現しなかったものとし、さらに、「原告(控訴人)の入院が長期化した原因として、原告(控訴人)の症状のためであった可能性や、家族が消極的な意向を示しており、このため、████病院において退院先の調整ができず、退院の手続をとることができなかつた可能性が考えられる他、平成11年7月頃以降の入院は、原告(控訴人)自らの意思で選択したものであるものと認められる」などと認定した。

(2) 原判決の事実認定を前提とした精神衛生法等の制度に基づく帰結

原判決の事実認定を前提にすれば、平成11年7月までの入院は、控訴人自身が退院の意向を明確にしたにもかかわらず、控訴人の症状、家族の消極的な意向によって退院手続きがとられず、かつ、入院そのものは

控訴人の自らの意思で選択したものではないというのであるから、精神衛生法等の制度上、その入院は強制入院以外のなものでもない。

そして、控訴人の診療録上、強制入院のうち、措置入院、緊急措置入院、応急入院の手続きがとられた形跡はまったく見当たらないのであるから、端的に、平成11年7月までの入院形態は強制入院である同意入院等であったと認定されなければならない。

（3）上記結論の前提となる精神衛生法等の入院制度の構造

上記認定がなされなければならない理由は、以下の精神衛生法、その後の法改正による精神保健法及び「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、すべてまとめて「精神衛生法等」という。）の制度から明らかである。

ア　自由入院にはあたらないこと

原判決は、あたかも「自由入院」が「任意入院」と同列かのように記載しているが（判決書2頁16行目）、「自由入院」は、精神衛生法外の入院であって極めて例外的なものであり、要件も効果も「任意入院」と異なり、単なる名称変更ではなく、昭和62年の法改正以後はなくなったものである。

すなわち、「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」（精神衛生法詳解・甲B175）と解されており、「任意入院」で解釈される任意性のような消極的な同意では足りず、必ず自己の真正な意思によって入院がなされなければならない。通常の疾病のための入院と同様の入院制度で、精神衛生法外の入院であるから、「保護義務者」の同意も不要であれば、退院時には「本人の退院の申出のみ」で足りる（甲B175）。精神衛生法に基づく行動の制限も許されない。

平成11年7月までは、控訴人が自分の申出によって退院ができるいないこと等は、原判決も認めるとおりであり、そうであれば、昭和48

年から精神衛生法が改正される昭和63年までは控訴人が自由入院であったとの認定はありえず、控訴人は「同意入院」にほかならない。

しかも、仮に自由入院から任意入院に切り替わったのであれば、入院についての継続同意書（甲B75等）が得られなければならないが、控訴人についてはこれも存在しない。

イ　任意入院にもあたらないこと

精神保健法によって任意入院が創設された後、任意入院患者が退院を申し出があった場合には精神病院管理者は任意入院者を退院させなければならず（精神保健法22条の3第2項）、この場合の退院の申出の相手方は、精神病院の管理者のほか、主治医、看護婦、事務職員等の病院の職員であればよく、申出の方法も口頭でもよく、特別な制限はないと解されている（精神保健法詳解・甲B176）。それゆえ、入院患者が退院を訴えているにもかかわらず、病院において退院または退院制限の判断がなされていない場合には、それはもはや任意入院ではなく、強制入院の状態であると評価されなければならない。

原判決は、平成11年7月までは控訴人が退院を [] 病院の職員に訴えていたことは認めているのであり、控訴人の診療録上、それに対する退院または退院制限に関する判断がなされている形跡は一切ないのであるから、少なくとも平成11年7月までは控訴人の入院形態は強制入院であったと判断されなければならない（措置入院、緊急措置入院、応急入院と認められないことは前述のとおりである。）。

ウ　法解釈上任意入院でなければ強制入院しか入院形態の選択肢がないこと

昭和62年に改正された精神保健法以降は、「すべからく精神保健法に規定する任意入院をはじめとする各入院形態により入院すべきであり」と解されており、任意入院でなければ法律上いずれかの強制入院形態をとる必要があると解されていた（甲B176）。

それゆえ、原判決のように、任意入院であると判断できないのであれば、法解釈上は、強制入院と解するほかない、どちらでもないと判断することは許されない。

(4) 原判決が同意入院等を否定する理由は決定的なものではないこと

原判決は、診療録等に同意入院等であったことを示す記載がないこと、定期病状報告の記載もないこと、入院形態変更をうかがわせる記載がないことを理由として同意入院等の形態で入院していたとは認められないとするが、前記のとおり、法が求める任意入院であることを示す記載もないのであり、原判決の挙げる事情が同意入院等を否定する理由にはならない。

結局のところ、このような杜撰な診療録が自治体から指導や監督を受けることなく放置されていたという実態や、このような曖昧な強制入院を生み出す原因となっている同意入院等の実体及び手続要件の著しい不十分さが問題なのであるが、上記のとおり、控訴人が、本来、法解釈によって認められる自由入院や任意入院手続きによって入院させられていない以上、その入院形態は強制入院と解することしかできないし、そうであれば、同意入院等によって入院を強制されたと推認するのが極めて合理的というべきである。

(5) 同意入院等は少なくとも平成15年4月30日まで継続したこと

上記のとおり、原判決の事実認定をもとにすれば、少なくとも平成11年7月までは同意入院等であることは明らかであるところ、控訴人が原審で提出した原告準備書面2及び原告準備書面3で述べたとおり、診療録上、

・病院は、平成13年（2001年）2月や3月の時点で実父や義母と連絡がとれない状態に対して「保護義務者が父親であることから、病院側からも働きかける必要があるか」「当院P.S.Wより母親にTELするも連絡とれず。保護者の件も含めて、一度、面接する必要がある」と判断

しており、平成13年（2001年）の時点でも保護義務者ないしは保護者の存在を重視していること、

・入院診療録（甲A1）通し番号7頁には、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、
からすれば、同意入院等は、控訴人が主張するとおり、少なくとも平成15年4月30日まで継続したとみるのが自然である。

（6）小括

したがって、控訴人の入院形態は、昭和48年から平成15年4月30日までは同意入院等であるというべきである。仮に、原判決のように平成11年7月頃に入院を受け入れる発言をしていた点（これが施設症によるものであって正常な判断に基づく本意ではないことについては後述する。）を重視したとしても、少なくとも平成11年7月までは同意入院等であるといわなければならない。そのため、同意入院等の違憲性や国（国会議員や厚生大臣）の違法性について判断をしなかった原判決は、破棄されなければならない。

2 控訴人の入院形態に関する審理不尽

そもそも、控訴人は、原審において、

①昭和48年の[]病院入院時から平成15年4月30日までは同意入院等であること

②平成15年4月30日から退院までは任意入院であること

を前提に、同意入院等及び任意入院の違憲性について主張を行った。

ところが、原判決は、入院形態不明を理由に、上記①、②の判断についていずれも判断をすることはなかった。

しかし、上記1で述べたとおり、精神保健法以降は、措置入院、緊急措置入院、応急入院でなければ、医療保護入院か任意入院しか選択肢がないのであり、いずれの判断もしないことは審理不尽にほかならない。

そればかりか、控訴人の上記②の入院形態に関する判断も、「原告の入院形態が任意入院等であったか否かも不明であるものの」とのみ判断するのみで、それ以外に何ら理由もなく、控訴人らの主張を排斥しており、審理不尽であることは明らかである。

3 長期入院の原因は控訴人症状の可能性があると認定した不当性

(1) 証拠として採用された医師による意見を無視していること

原判決は、控訴人が平成2年9月3日や平成3年10月30日に自ら妄想があることを述べている事実、平成5年5月5日に「一年に一回なぜか悪化する」と控訴人が述べている事実、平成5年12月1日には「今年は去年のように急性増悪期がなくてすみそうである。」との医師の記述、平成元年3月に保護室に入った事実、平成16年1月末から2月末までにかけて計5回の隔離措置をとられた事実等をもって、「原告には、統合失調症によるものと考えられる妄想等の症状があり、周期的に病状の悪化と軽快を繰り返し、時に症状の急激な悪化があった事実が認められ、入院の長期化は、こうした原告の症状のためであった可能性がある。」とする。

しかしながら、これらは医学的な意見を全く無視した認定にほかならず、明らかに不当な認定である。

控訴人が提出した精神科医■の意見書（甲A8）によれば、「伊藤氏は自らの病状に関して…『あと伊達政宗は俺と親戚じゃないのかなあ、とか』『誇大妄想なんだこれは。』と述べている」ことをもって、「これは自らの病状である妄想を客観視できる状態であり、いわゆる『病識のある状態』と言える。」とし、むしろ入院の必要性がない要素として評価をしている。

■医師だけでなく、控訴人の当時の主治医もそのように考えていた。たとえば、原判決が引用する平成5年5月5日の記述も、「就職退院の希望は、その線を考えていると（院長から）云われたとそうであ

る。一年に一回なぜか悪化するが去年10月の例から見ると自分で覚えているのは病についての意識があるといつていいだろうとつけ加えて云われた」との文脈で記載されたものであり、「病識のある状態」として退院が可能であったことを前提に診療録に記載されたものである。平成5年12月1日の「今年は去年のように急性増悪期がなくてすみそうである。」との記述も、急性増悪期がなければ退院が望ましいことの証左にはかならない。

そればかりか、平成2年2月10日や平成3年4月1日の診療録記載のとおり、当時の主治医も控訴人の異常体験を否定しており、診療録全体をみても、陽性症状として幻聴が随時見られていたという記載はなく、陰性症状である自閉傾向、意欲低下、感情鈍麻が目立つような記載もない（甲A8・5頁参照）。

控訴人の退院後の主治医である精神科医██████氏も、「どうしてこの人は精神病院に40年も入ってなきやならかったんだろう。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、大変しつかりした人」と評価している（甲A7・2頁）。

このような当時の主治医の意見、退院後の主治医の意見、事後的に診療録を確認した精神科医の意見のいずれも無視した原判決の認定は、医学的な知見を悉く無視したものであり、明らかに不当である。

また、原判決は「平成16年1月末から2月末までにかけて計5回の隔離措置をとられた」などと認定するが、明らかな事実誤認でもある。甲A6号証の診療録173頁以下を見れば明らかなどおり、控訴人は、平成16年1月31日に隔離措置となるが、わずか数日後の2月4日には日中開放となり、前記████医師が指摘するとおり、約7日後には「言動も比較的おちついている」と記載されており、短期間で改善をしている。念のため慎重に様子を見るために、日中開放で夜間の隔離の状態であることを指定医が定期的にチェックして診療録に5回記録したことをもって、原判決はあたかも「計5回の隔離措置がとられた」などと認定

したが、明らかな事実誤認というほかない。そもそも、平成16年に控訴人が体調を崩したのは、病状というよりは、大切な父親の死亡そのもののや葬儀に立ち会うこともができないかった精神的負荷による影響とも見られ、平成16年の出来事をもって入院の必要性を肯定することは許されない。

さらにいえば、仮に原判決が指摘するような点を入院の必要性を肯定する事実として考えるにしても、約40年間の入院生活のなかで、たったの1ヶ月間しか隔離措置がとられていないのであれば、あるいは、1年に1回しか症状の悪化が見られないのであれば、それ以外の期間は、退院が認められてしまるべきであることは、後述のとおりである。それを「周期的に病状の悪化と軽快を繰り返し、時に症状の急激な悪化があった事実が認められ、入院の長期化は、こうした原告の症状のためにあった可能性がある。」と評価するのは、明らかな論理の飛躍がある。

（2）公知の「事実」ではないこと

原判決は「統合失調症などの精神疾患を有する患者については、他の疾患と異なり、その症状・病状による影響で判断能力自体に不調を来すことがあり、患者本人が適切な判断をすることができず、自己の利益を守ることができないと医学的な見地から認められる場合には、本人の利益を守るために、本人の同意がなくても入院が必要になる場合があり得ることは公知の事実といるべき事柄である」と述べる。

しかしながら、以下述べるとおり、これらは一つの見解にすぎず、「事実」ではない。公知事実の解釈を誤っている原判決はそのような観点からも破棄されなければならない。

ア 「精神疾患を有する患者については、他の疾患と異なり、その症状・病状による影響で判断能力自体に不調を来すことがあり、患者本人が適切な判断をすることができない」という言説は原判決の見解であつて「事実」ではないこと

「公知の事実」とは、民事訴訟法179条が定める「裁判所において顕著な事実」の一つであり、「裁判所が、訴訟において格別の調査をするまでもなく、すでに明確に知得し、少しも疑惑の念を挟む余地のない程度に認識している事実であり、かつ、単に裁判所が確信を有するだけでは足りず、その裁判所の認識が公正かつ確実である事実に限られる」と解されている（『コンメンタール民事訴訟法IV[第2版]』（2019年、日本評論社）67頁）。

他方、原判決が述べる「精神疾患を有する患者については、他の疾患と異なり、その症状・病状による影響で判断能力自体に不調を来すことがあり、患者本人が適切な判断をすることができ」ないということは、一つの言説、見解であって、「事実」ではない。

「精神疾患」といっても、その種類や重症度は人それぞれであり、「他の疾患」と画然と区別し、あらゆる「精神疾患」を一括りにして「判断能力」の有無や程度について論じようとしていること自体、医学的にも科学的にも根拠を欠くものであり、事実認定の基礎を欠く。

障害者権利条約12条に係る国連障害者権利委員会一般的意見第1号（条文解釈の指針となるもの）においても、意思決定能力（この一般的意見にある「意思決定能力」とは、民法における意思能力と異なり、原判決の述べる「判断能力」と同様の概念を想定している。）という概念は、それ自体、議論の余地があるものであり、客観的、科学的及び自然発生的な現象ではないということ、意思決定能力は社会的及び政治的文脈に左右されるということが注意喚起されている。そして、意思決定能力は属人的なものであり、同じ人であっても環境要因や社会的要因などの多くの要因によって変化する可能性があることが指摘されている。

つまり、精神疾患があるからといって判断能力や意思決定能力が低下／欠如するということは「客観的、科学的及び自然発生的な現象」ではないし、逆に、精神疾患がないからといって判断能力や意思決定能力が低下／欠如していないということにはならないのである。

原審原告準備書面2（23頁）において、糖尿病患者の例を挙げたが、糖尿病患者については、自覚症状がないこと等を理由とする受診中断及びその対策が問題視されており（甲B44）、このような事象に鑑みれば、受診中断をする糖尿病患者には、治療を継続するという適切な判断をするに足りる判断能力や意思決定能力が低下／欠如しているといい得るはずである。しかし現代日本ではこのような見解は一般的ではない。それは、判断能力や意思決定能力を図る客観的指標や科学的指標がないからであって、判断能力や意思決定能力の有無や程度は、まさしく、「社会的及び政治的文脈に左右される」ものだからである。

【国連障害者権利委員会一般的意見第1号（抜粋）】

（下線は控訴人代理人弁護士による。）

12. 第12条第2項は、障害のある人が、生活のあらゆる側面において、他の者との平等を基礎として法的能力を享有することを認めている。（中略）
13. 法的能力と意思決定能力とは、異なる概念である。法的能力は、権利と義務を所有し（法的地位）、これらの権利と義務を行使する（法的主体性）能力である。それは社会への有意義な参加のための重要な鍵となる。意思決定能力とは、個人の意思決定スキルを言い、当然、人によって異なり、同じ人でも、環境要因及び社会的要因など、多くの要因によって変化する可能性がある。（中略）
14. 法的能力は、障害のある人を含むすべての人に与えられる固有の権利である。指摘されたように、これは二つの要素から成る。第一の要素は、権利を有し、法律の前に法的人格として認められる法的地位である。これには、たとえば、出生証明書を得ること、医療扶助を求めることが含まれる。第二の要素は、これらの権利に基づいて行動し、それらの行動を法律で認めてもらう法的主体性である。障害のある人が、しばしば否定され、あるいは制限されるのは、この要素である。たとえば、障害のある人の財産の所有は法律で認められていくが、その売買に関する行動は必ずしも尊重されていない。法的能力とは、

障害のある人を含むすべての人が、単に人間であるという理由に基づき、法的地位と法的主体性を有することを意味する。それゆえ、法的能力に関するこれらの要素はともに、障害のある人が実現すべき法的能力の権利として認められなければならない。これらは分けることはできないのである。

意思決定能力という概念は、それ自体、極めて議論の余地がある。それは、一般的に示されるような客観的、科学的及び自然発生的な現象ではない。意思決定能力は、意思決定能力の評価において支配的な役割を果たす領域、専門職、慣行がそうであるように、社会的及び政治的文脈に左右される。

15.これまで委員会が審査してきた締約国の報告の大半において、意思決定能力と法的能力の概念は同一視され、多くの場合、認知障害又は心理社会的障害により意思決定スキルが低下していると見なされた者は、結果的に、特定の決定を下す法的能力を排除されている。これは単純に、機能障害という診断に基づいて（状況に基づくアプローチ）、あるいは、否定的な結果をもたらすと考えられる決定を本人が行っている場合（結果に基づくアプローチ）、もしくは、本人の意思決定スキルが不足していると見なされる場合（機能に基づくアプローチ）に決定される。機能に基づくアプローチでは、意思決定能力の評価と、その結果としての法的能力の否定が試みられる。ある決定の性質と結果を理解できるかどうか、及び／又は関連情報を利用したり、比較検討したりできるかどうかによって決まることが多い。機能に基づくこのアプローチは、二つの重要な理由から誤っている。（a）それは障害のある人に対して差別的な方法で適用されている。（b）それは人間の内なる心の動きを正確に評価できるということと、その評価に合格しない場合、法の前における平等な承認の権利という、中核となる人権を否定できるということを前提としている。

このように、原判決が述べる「精神疾患を有する患者については、他の疾患と異なり、その症状・病状による影響で判断能力自体に不調を来すことがあり、患者本人が適切な判断をすることができ」ないという言

説は、能力主義（甲B45・6枚目を参照）を前提とした社会の規範構造によって構築された、一つの考え方であって、「事実」ではない。

イ 「自己の利益を守ることができないと医学的な見地から認められる場合には、本人の利益を守るために、本人の同意がなくても入院が必要になる場合があり得る」という言説は原判決の見解であって「事実」ではないこと

原判決は、精神疾患を有する者について、「自己の利益を守ることができないと医学的な見地から認められる場合には、本人の利益を守るために、本人の同意がなくても入院が必要になる場合があり得る」と述べるが、これも、前記ア同様、一つの見解に過ぎず「事実」ではない。

この見解は、①精神疾患を有する者について、本人の利益を守るために入院が必要になる場合があり得るという部分と、②精神疾患を有する者について、本人の同意なしに他者が身体の自由を制限する必要が生じる場合があるという部分に分けられるため、以下、この2つの点について述べる。

(ア) 本人の利益を守るために入院が必要になる場合があり得るという部分について

精神疾患を有する患者に外来患者が多数いることは、それこそ公知の事実であり、そして、現在、入院中の患者の中には、いわゆる「社会的入院」を余儀なくされている者が多数存在することも併せ鑑みれば、「本人の利益を守るために入院が必要になる場合があり得る」という言説が、一つの考え方には過ぎず、「事実」ではなく、ましてや「公知」でもないことは明らかである。

(イ) 精神疾患を有する者について、本人の同意なしに他者が身体の自由を制限する必要が生じる場合があるという部分について

強制入院によりトラウマ、人生被害ともいるべき甚大な精神的苦痛を受けた人々はたくさんいることからしても（甲B48）、本人の利益を守るために、本人の同意なしに入院が必要になる場合があり得

るという言説も、一つの考え方には過ぎず、「事実」ではなく、「公知」でもないことは明らかである。

そもそも、日本が同意入院制度や医療保護入院制度などの強制入院制度をとってきたことから、「本人の同意がなくても入院が必要になる場合があり得る」との考え方方が定着してしまったのであり、このような考え方自体、まさに、国の制度が生み出した問題である。

「本人の同意がなくても入院が必要になる場合があり得る」のは、精神疾患に限ったものではなく、身体疾患であっても、「本人の利益」のために「本人の同意がなくても入院が必要になる場合があり得る」はずであるが、身体疾患についてそれが「公知の事実」と捉えられていないのは、身体疾患について強制入院制度がないからである。

原判決の考え方を敷衍すれば、例えば、らい予防法が廃止されるまでの間、ハンセン病の人を強制隔離すべき場合があり得ることは公知の事実であったということになろうし、優生保護法の優生条項が廃止されるまでの間、障害のある人に対し、本人の意思に反して不妊手術を実施すべき場合があり得ることは公知の事実であったということになろう。

しかし、らい予防法について、平成13年5月11日熊本地裁判決が「制定当時から既に、ハンセン病予防上の必要を超えて過度な人権の制限を課すものであり、公共の福祉による合理的な制限を逸脱していたというべきであり、遅くとも昭和三五年には、その違憲性が明白になっていた」と判断したことに照らせば、「ハンセン病の人を強制隔離すべき場合があり得る」ことは科学的根拠のない、偏見に基づく固定観念であって、「公知」と言い得ないことは明らかであるし、また、優生保護法についても、最高裁令和6年7月3日判決が、「立法目的は、特定の障害等を有する者が不良であり、そのような者の出生を防止する必要があるとする点において、立法当時の社会状況をいかに勘案したとしても、正当とはいえないものであることが明らかであ

り、本件規定は、そのような立法目的の下で特定の個人に対して生殖能力の喪失という重大な犠牲を求める点において、個人の尊厳と人格の尊重の精神に著しく反するものといわざるを得ない。」として立法当初から優生条項が違憲であったと判断したことに照らせば、障害のある人に対し、本人の意思に反して不妊手術を実施すべき場合があり得るということもまた、根拠のない固定観念に過ぎないことは明らかである。

精神保健福祉法についても同様のことがいえるのであって、精神衛生法時代から長年にわたり、違憲な法制度により形成された誤った固定観念をもとに、当該法制度によって作出された事実をもって「公知の事実」などと評価することは断じて許されない。

(3) 一時的な入院の必要性と長期入院の必要性が区別されていないこと

原判決の論理は全く不明であるが、控訴人「には、統合失調症によるものと考えられる妄想等の症状があり、周期的に病状の悪化と軽快を繰り返し、時に症状の急激な悪化があった事実が認められ、入院の長期化は、こうした原告の症状のためであった可能性がある」と述べるところからすると、「病状の悪化と軽快を繰り返す」患者は長期入院の必要があるということをも「公知の事実」と考えたと思われる。

しかし、原判決が述べるように控訴人の病状が「軽快」したのであれば、その時点で、入院の必要性はなくなり、病院としては退院させなければならぬのであって、「病状の悪化と軽快を繰り返す」患者に長期入院の必要があるということは全く自明ではない。

むしろ、日本の精神科病床の平均在院日数はO E C D 加盟国平均のそれに比べて突出して高いことからすれば（甲B7）、精神科病床の患者の入院は短期であることこそが「公知の事実」なのであって、原判決の判断は、この観点からも明らかに誤りである。

精神医療の世界において、入院中心医療から地域中心医療に転換されるべきことに関する国際的な議論や日本国内の議論については、クラーク勧告（甲B6）をはじめ、甲24号証のケネディ教書や甲30号証の公衆衛生審議会による「精神障害者の社会復帰に関する意見」など、控訴人がこれまで指摘してきたとおりであるが、法律家としても、甲169号証の憲法学者である松本哲司教授の「そもそも、入院して治療するのでなければ治療できない疾患が、他国と異なり日本にだけこんなにあるものなのか。海外でここまで圧倒的に必要ないとされているものが、わが国においてだけ必要だという証明は本当に科学的に可能なのであるか。」という素朴な指摘こそが極めて重要である。

（4）原判決のような公知の事実の誤りを生じさせたのは、まさに国の精神医療政策の産物であること

原判決のこのような考え方自体、日本が長年にわたり精神障害のある者に対してとってきた医療保護入院制度等を含む隔離収容政策の産物であり、精神障害のある者に対する根深い偏見・先入観の表れであって、このような考え方に基づき司法判断を下すことは許されない。

このような偏見・先入観に関し、令和2年3月11日高松高等裁判所判決（平成30年（行コ）第11号、平成30年（行コ）第16号）の指摘する内容は非常に重要である。

同判決は、県が職業訓練の受講申込みをした者に対し広汎性発達障害を理由に不合格処分とした事案において、「憲法その他の法令における差別の禁止規定は、一定の属性（人種、信条、性別等）を有する者について、歴史的な経緯等から、社会生活上、そのことから合理的に導かれる評価を超えて、更に悪い評価をする偏見、先入観が生じていること、あるいはそのおそれを前提として、これらの影響を除去することを重要な目的の一つとして設けられてきたものであり、このことは、障害による差別禁止についても同様と解され、特に、精神障害者については、その行動が危険である旨の偏見が社会に存在しかねないことを考慮すれ

ば、裁量権逸脱の有無の判断に当たっても、その偏見を肯定するような判断をすることは許されないといふべきである」との規範を示した上、「公務員である学校長は、前記法令等の定めに基づき、不合理な差別に基づく判断をして受講希望者の権利を侵害する結果を招来しないように判断すべき注意義務、なかんずく、障害による差別禁止の規範においては、障害において、社会一般に生じている偏見、先入観を自己も有していないかについては十分留意し、これにより、障害者に殊更低い評価をしないよう注意するべき義務を負っていたところ、前記認定の各事実によれば、これを怠った」と判断した。

マイノリティなど歴史的に差別を受けてきた者の人権擁護の最後の砦である裁判所（裁判官）においても、この理は当然に当てはまるのであり、本件において、裁判所は、「精神障害者はその意思に反して入院させなければならないことがある」との偏見や先入観を、自己も有していないかということに十分留意した上で判断をせねばならないのであり、そのような偏見や先入観を肯定するような判断は断じて許されない。

にもかかわらず、原判決がこのような判決を下したのは、日本の精神医療政策が、病院への収容中心主義を採用し、統合失調症による妄想等の症状がある者で、周期的に病状の悪化と軽快を繰り返し、時に症状の急激な悪化があった者は入院の長期化はやむを得ない、という偏見や先入観を生み出してしまっているからにほかならない。この偏見や先入観は、個々の精神科病院ではなく、国が作出了したものであることは、原審にて詳述したとおりであり、それを解消するのは国会議員や厚生大臣等の責任である。

（5）小括

以上のとおり、原判決が、控訴人の長期入院の原因を控訴人の症状の可能性と認定したことは、精神科医の意見を無視したものであり、控訴人の診療録等を曲解したもので、証拠に基づくものでなく、公知の事実の解釈を誤り、国が作出了精神障害者に対する偏見や先入観をそのまま

ま判決の理由としたものであり、それはまさに国の精神医療政策によつて長期入院を強いた発想に基づくものと評価されるべきものであることから、これを判決として維持することは許されるものではなく、破棄されなければならない。

4 長期入院の原因が控訴人の家族のための可能性があると認定した不當性

さらに、原判決は、控訴人の長期入院の原因について、「原告の退院について家族は消極的な意向を示しており、このため、退院先の調整ができず、退院の手続がとられなかつた可能性がある」などと認定した。

しかしながら、このような認定は、精神障害者の人権が家族の意向や都合によって左右されるという家族主義的な考え方を採用したものであり、不当極まりない。

控訴人を含めた患者にとって家族の存在が大切であるということと、家族が様々な事情のもとで家族のもとへの退院に消極的であることをもって患者本人が退院できないと考えることは、全く次元が異なることは言うまでもない。医療の本質は、患者が退院できるようになれば退院させるのが当然であり、家族のもとに退院できないのであれば、それ以外の方法による退院の選択肢を模索するのがるべき姿であり、実際に、控訴人は、退院後にグループホームでの生活や一人暮らしの生活を難なく行うことができている。そのような社会復帰施設や地域医療の必要性について、クラーク勧告以降、国内外から常に指摘されてきたのに、これを国会等で問題として認識しておきながら、これを改善してこなかつたのは国の政策の問題にほかならない。

患者の入院の長期化の原因を家族に求めるることは、患者側からすれば「本人」の症状以外の原因で入院を強制させることにほかならず、人権侵害以外の何ものでもないし、家族側からしても、本来、成人となつた別人格である患者本人を、精神障害があることを理由に自分たち家族が

保護しなければならない責任を負わされることとなり、それも平等原則等の人権侵害と評価せざるを得ない。

また、そもそも、控訴人の家族は、「家の事情も考えてみろ、母さんにお前のことで出でていくなんて言われたら父さん困る」と述べたり、

「退院については、病院の方で任せるとの由。但し、病院後も████への来ない様にして欲しい」と述べたりしているのであり、退院に消極的なわけではなく、家族のもとに退院すること反対しているに過ぎない。むしろ、家の事情がなければ退院ができると考えていたとも読め、そうでなくとも、端的に退院の有無については病院側に委ねていたのであり、家族が退院に消極的であったことと、病院側が退院手続きをとらなかつたことは、直接の関係性がない。控訴人の家族が述べることは、病院側が社会復帰施設等への退院を試みれば、控訴人は十分に退院が可能であったことを裏付けるものである。原判決の論理は、ここでも国の政策によって産出された偏見や先入観に基づく明らかな飛躍が存在する。病院側が退院手続きをとれなかつた原因は国が地域医療の充実や社会復帰施設の確保を怠ったからにはかならず、原判決はこの点からも破棄されなければならない。

5 控訴人が救済措置を求めなかつたことをもつて長期入院の強制の事実を否定したことの不当性

(1) 法令解釈の誤り

原判決は、「原告は、精神衛生法等の関係法令で認められた救済措置等をとることがなかつた」と判示し、控訴人が必要もないのにその意に反して長期入院を強いられたと認めることができないとした。

しかし、精神衛生法には知事の退院命令制度しかなく、退院請求手続きもなく、控訴人のとることのできる救済措置など設けられていなかつたのであるから、この点で原判決には法令の解釈を誤っている。

(2) 事実誤認

また、原判決は、同意入院等をしている者について「弁護士に救済を求めるなども何ら妨げられるものではない」と判示する。

しかし、同意入院等は強制入院であって、自由に外出できず、弁護士に救済を求めるのも妨げられる。また、任意入院であっても閉鎖処遇を受けることは認められており、病棟から出られなければやはり救済を求めることはできない。さらに、入院形態問わず、通信の制限も可能とされていたのであり、この点でも弁護士に救済を求めることが妨げられないとはいえない。

そして、控訴人の入院において、診療録上、病院側から控訴人に対して弁護士に救済を求められることや退院請求等ができることが告知された様子は全く見当たらない。控訴人が供述するとおり、権利の告知がなされていなければ、救済措置を求めようがない。原判決は、精神障害者の処遇に関し事実を誤認している。

(3) 実態として退院請求が容易でないこと

そもそも、入院患者が退院請求を行うことは容易ではなく、控訴人が退院請求をしなかったとしても、控訴人が入院を強いられていたことを認定する妨げにはならない。

病院職員にも退院請求等の仕組みが周知されていない例もあるほど退院請求は周知されておらず、入院患者には、なおさら退院請求ができることが告知されていないことが多い（甲B157・7～9頁、甲B168・2(8)）。

患者が退院請求をできることを認識していたとしても、公衆電話の不設置、患者がテレフォンカードを自由に入手できること、病院職員による妨害等により、患者が審査会に連絡すらできないことが相当数ある（甲B157・7～9頁、甲B168・2(8)）。病院職員による退院請求等の妨害としては、退院請求等をするための書式を渡さないこともある（甲B157・7～9頁）。また、病院職員に審査会への通話・手紙の内容を知られてしまう、あるいは、退院請求等により不利益を被るお

それがある環境にいることから、患者が審査会に連絡することが心理的に困難でもある（甲B157・7～9頁、甲B168・2(8)）。

以上のとおり、入院患者が退院請求をすることは困難であり、控訴人が退院請求しなかったことをもって、控訴人が入院を強いられていたと認定する妨げとなるわけではない。

（4）弁護士に救済を求めることができないこと

次に、入院患者は弁護士に救済を求めるにも実際には期待できず、控訴人が弁護士に救済を求めなかつたとしても、控訴人が自らの意思で入院を継続したことにはならない。

まず、上記（2）のとおり、外出制限や通信制限から、弁護士に救済を求めるることは困難である。

また、そもそも退院請求手続きは本来の裁判手続きではないため、弁護士の標準的な業務ではなく、原告が入院していた時期にこれを扱う弁護士は極めて少なく、とくに東日本にはほとんどいなかつた。さらに、現時点においても国が弁護士費用を負担ないし立て替える制度は存在せず、弁護士会が費用を援助する制度は2007年まで全国的には存在しなかつた。したがつて、資力のない控訴人が弁護士に救済を求めるることはおよそ不可能であった。

人身保護法による救済は、入院患者にとって、弁護士への依頼以上に、周知されておらず、また、仮にこれを認識している患者がいたとしても、上記のとおり外出制限や通信制限などから、実際に申立をすることは困難であった。また、申立をすることができたとしても、救済が認められるためには、入院患者（被拘束者）が精神障害者であり、かつ、その医療および保護のためには入院が必要である旨の診断に医学的常識を逸脱した一見明白な誤りがあることを疎明する必要があり（最判昭和46年5月25日民集第25巻4号435頁）、入院中に他の医師の診断（セカンドオピニオン）を受けることが現実的ではない以上、入院患者側が医学的常識を逸脱した一見明白な誤りを疎明することは困難である。

したがって、控訴人が弁護士への救済や人身保護法による救済を求めなかつたとしても、控訴人がその意に反して入院を継続していたことの妨げとなるものではない。

(5) 小括

以上のとおり、原判決は、救済措置に関する法令解釈、事実誤認、経験則違反等もあり、この点からも破棄されるべきものである。

第3 控訴人が入院を強いられた事実

1 長期入院によって退院意欲は奪われる

(1) 意欲の減退（学習性無力感）について

控訴人は、病院での生活を長期間強いられ続けたことによって、病院での生活に順応させられ、退院の意欲を喪失していたが、原判決は、この控訴人の順応をもって、「原告（控訴人）の（入院の）選択は、消極的なものであったとしても、原告（控訴人）自身の意思による選択であったと見るのが相当である。」などと評価した。

このような意欲の減退は、心理学的にみて「学習性無力感」と評される。たとえば、監禁された者は、最初は逃げようとするが、逃げられないことわかると、「あきらめ」が生じ、その結果、逃げられる状態になってしまふ逃げないようなり、さらに、監禁された環境に「適応」していくようになる現象である。監禁行為の先行行為を無視して、監禁に適応したことを持って、監禁は本人の同意に基づくなどと評価することは、（心理学的には当然であるが）法的にも決して許されないはずである。

精神医療においても、同様の学習性無力感が生じることは、その構造による非対等性から明白である。医療という高度の専門性ある医師と患者という関係性、強制入院の決定権限者と強制される者という関係性等から、精神科病院の入院者は、院長や医師の考えに従わざるを得ない。その院長や医師に退院を認められなければ、「あきらめ」が生じ、法的

に退院を訴える方法があってもそれに訴えることなく、限定された病院という空間で「適応」していかざるを得ない。

この「適応」をもって、入院が患者の任意の選択であると評価することなど、断固として許されてはならない。このような適応を強いられたことは、入院を強制されたことにはかならない。

(2) 精神科病院において長期入院者に意欲の減退が生じること、これを改善する必要があることは、クラーク勧告で指摘されていたこと

日本の精神医療政策との関係においても、そのような意欲の減退は、控訴人（一審原告）を含めた患者側の個別性の問題ではなく、日本の精神医療政策によってなされたものであることは、既に昭和43年（1968年）のクラーク勧告のときに指摘されていた。

具体的には、次のとおりである（甲B6の2）

5. 考察

5. 1 精神病院在院患者の動向

精神病床にはある種の動向がみとめられた。すなわちここ15年間新しく作られた多くの日本の精神病院は分裂病患者に利用され満床になっている。訪問した病院ではすでに慢性患者が増加していく傾向があった。5年以上在院している患者数は増加し、しかも、これらの患者の大多数は25才から35才の若い人々であった。ふつうに寿命を全うすとなれば、この患者はあと30年間も病院に在院する可能性がある。

日本はヨーロッパと同じような悩みに直面している。精神分裂病者が病院に集められ身体的医療を受け無為なままに閉じ込められている。患者達はここで長い生涯をおくり、入院患者数は増加し、病院は無為で希望もなく施設病化した患者で満員になる。最近になってやっと、社会精神医学や積極的な治療、社会復帰の適確な活用によってこうした動きが逆転されつつある。

この点に関し調査を行う必要がある。どのぐらい慢性患者がでてくるかを明らかにし、将来の動向を予測するために在院患者の年齢と入

院の日付を注意深くチェックすべきである。このことは規則的なチェックによって監視されるべきである。

クラーク医師が述べるとおり、昭和43年（1968年）の段階で、既にヨーロッパにおいては、社会精神医学や積極的な治療、社会復帰の適確な活用によってこの動きを阻止したのであるが、日本ではこれを漫然と放置し、病院収容主義・入院中心主義のまま、原告のような長期入院者を生み出し続けていたのである。

（3）意欲の減退が日本の精神医療の問題であることを国際法律家委員会から勧告がなされていたこと

昭和60年（1985年）の国際法律家委員会の第一次調査団報告においては、次のとおり、日本の精神科病院は、地域の中でどう機能するかではなく、どのように病院患者になるかを教えていていること、病院という限られた生活によって患者は病院への依存を強めること、それゆえそこから脱却する必要があることを明確に指摘している（甲B8・75頁）。

患者は入院中には経済的にみて非生産的であり、職業技術は実践不足から衰えていく。患者の社会生活は他の患者や病院との関係に限られる。…（略）…。この限られた生活は、病院外での生活能力について、患者の自信を限定化する。患者の在院が長期化すればする程、患者は病院への依存を強めるし、またそれだけ患者の“経歴”は精神障害者の経歴になりがちである。

入院は社会的退行を助長し、施設的諸行動を誘発する付随的損失も強まる。かつて入院したということは、その後の入院を最も強力に予言するものとなる。病院は人々に、地域のなかでどう機能するかというよりは、どのように病院患者になるかを教えている。

（4）日本の精神医療政策は上記勧告等を無視してきたこと

このように、入院の長期化が社会的退行を助長すること、それを防ぐために社会精神医学や積極的な治療、社会復帰の適確な活用が世界的な

精神医療の常識であったにもかかわらず、日本の精神医療は、統合失調症を中心とする精神疾患は慢性疾患であるなどとして、入院継続を前提とする収容政策を維持し続けた。

前述のとおり、病床数や平均在院日数が日本だけ突出しているのは、そのことを示すものである。

（5）意欲減退を含めた施設症は国の政策に起因すること

また、これらの意欲減退を含めた施設症が発生する原因については、全国精神障害者家族会連合会が調査研究を行っており（甲B82）、施設症を生み出す構造が全国に普遍的に存在すること、施設症に深く関連した施設環境の背景には、少ないスタッフ基準や低い開放病棟率、長い平均在院日数、社会復帰活動への取り組みへの乏しさ、地域の社会資源の乏しさ等があることを明確に指摘している。

2 控訴人自身がまさに上記のような意欲の減退が生じており、国際法律家委員会が指摘するような入院経過を辿っていること

控訴人は、まさに、「退院の訴え」から「あきらめ」が生じ、長期入院生活への「適応」という経過をたどっていること、あるいは、社会生活が病院内に限定され、病院外での生活能力について自身を限定化し、病院への依存を強めたこと、病院から地域のなかでどう機能するかというよりは、どのように病院患者になるかを教えられたこと等によって、入院を強いられたことについて、述べる。

（1）診療録の記載について

控訴人の診療録上、当初、控訴人が退院を訴えていたことは、原審原告準備書面2のとおりであり、原判決も認めるとおりであるが、改めて一部を抜粋する。

<診療録の記載>

西暦年	元号年	月	日	残存する昭和 63 年 3 月 3 日以降の診療録等の記載	年齢	入院期間
1988	昭和 63	3	27	(父への電話) の後、「前は、就職退院できたから単独外泊したかったのに」と不満そう。	37	15 年目
1988	昭和 63	4	11	「どこか就職でも決まれば本当に退院させてもらえないかな、前はそれで退院させてもらえたんだよな」	37	15 年目
1988	昭和 63	5	24	「父の話では、退院して両親の所に帰ると、弟が家を出なくてはならないから、退院したら働きに行きたいんだけど」「行き先が決まってないから、退院できない」	37	15 年目
1988	昭和 63	6	8	実家では会社を持っているけど、弟がやっているんだ。弟もまだ嫁さんはもらってないと思うけどもな、俺はずっと会ってないからわかんねんだ。一度、外出でいいから行ってみたいとは思うけどもな。	37	15 年目
1991	平成 3	7	16	「外泊退院等積極的要求は一切なく 異常体験も否定。食思常、睡眠良 便通常」	40	18 年目
1991	平成 3	8	6	「外泊するのか！ 外泊出来ない。外出しようかなと思って。仲々外泊出来なくて」	40	18 年目

1991	平成 3	8	28	「院内作業等（厨房）まじめにやっていると一云 参加しているが飽きて来た印象強い」	40	18 年目
1991	平成 3	9	18	「炊事作業を飽きて来たのか何やかやと訴え 時に不機嫌な折には、女子患者の言動を気にして N.S に訴えに来る。異常体験否定」	40	19 年目
1991	平成 3	9	27	「22 日に久し振りに父親から Tel あり。"面会に行きたいが脚を悪くして病院まで行けない"との事 ガッカリしている。" [REDACTED] ではお祭りがあるんだって・・"と」	40	19 年目
1991	平成 3	10	30	(面会について) 「此の前、電話来て脚が痛くて行けないって。前に交通事故起したの。だけど手紙出した。11月3日に来て呉れるようになって」 (両親と弟との面会で話したい) 「話とは? 院長先生と話して、今後を相談しようと思って。お父さんは誰が見ても快くなったら退院させてやると云ってるの。だから院長先生と相談して外泊でも良いから。墓詣り全然行ってないの。全然爺さんも婆ちゃんも、おじさんも死んだの。それで墓詣り全然行ってないの。だから行きたいの。[REDACTED] に墓あるんだけれど」 「院長は、その日居るのか? 若し居たら相談しようと思ってる」 「居なか	40	19 年目

				たら？ しょうがない。自分でも此の頃大分快くなったと思ってるんです」「病識があって自分でも全部覚えてるんです」		
1992	平成 4	1	18	「外に出たい かごの鳥 毎日えさをついばむ 可哀想だ しかし 私もかごの鳥 私も同じ運命 毎日食事をし いつものスケジュールをこなす 早く この病棟から出たい（略）」 という内容の詩「夢」を作成（甲 A 9）	40	19 年目
1992	平成 4	1	22	（面会について）「院長先生居なかつたから、3人で話しあうと思ったんだけど」「お父さんは院長に会う気はあるのか？ あります。お父さんの考えはみんなが見て時々快くなつたなど云つたら退院させてやると云つてます。お父さんは、此の前面会に来た時 仕事は快くやってますし、快くなつてますよと婦長さんがお父さんに行つたんです」「お父さん自身は快くなつたと云つてますか？ たまにしか会わないので困っちゃうんだよね 若い時放浪癖があるから退院してもすぐ入つて来る様じや困るから。又飛び出して行くんじゃないかなと思ってるんです」（文化の日に両親と弟と来て貰つて院長に会う予定だったが）「来なか	40	19 年目

				ったんです。だから振り出しに戻っちゃったの。今度5月に来るって」		
1992	平成4	4	7	「面会は院長先生の居る日。もう少し経ったらケースワーカーに教えて貰って来て貰おうと思ってる」「院長は退院して良いと云ってるのか？退院の準備の為に段取り決めて退院の方に持つて行こうと思って」	41	19年目
1992	平成4	5	14	(父が面会に来たが)「残念なことに院長に会えずにおわったので、自分の退院のことは先送りになったと告げる。実績を告げ、指示的に説得」	41	19年目
1992	平成4	8	21	「父が面会に来たこと、肝要の院長との面談が叶わなかったことを落胆気味に語る。たしか5月にも同様だった。」	41	19年目
1993	平成5	1	7	(4日父が来た)「ワーカーとも会い、その後本人父子で喫茶店に行ってすごしたが退院については父からは何もなしと」	41	20年目
1993	平成5	1	12	「本人は退院・就職(当院給食作業)を望んでいると告げる。住まいは■なら当てがないこともない(職員の一人が貸室を世話すると云った由)という」	41	20年目
1993	平成5	2	9	「父の来院予定を告げ、院長先生に退院の可否をきいてもらうと期待する。よく日時を確かめ、面談の人直接相談するよう勧めた」	41	20年目

1993	平成 5	3	3	「絵も好きだが歌も好きらしく今日の午後は ひな祭パーティーでカラオケ一曲歌ったという。大もとの性格、話好き陽気なので うまくリードし、支えてくれる人がいれば退院してもうまくゆくだろう」	42	20 年目
1993	平成 5	5	5	(本人、父、院長と面談した件について) 「就職退院の希望は、その線を考えていると云われたそうである。一年に一回 なぜか悪化するが去年 10 月の例からみると自分で覚えているのは病についての意識があるといつていいだろうとつけ加えて云われた等語る。支持的に応対」		20 年目
1996	平成 8	2	9	給食作業を止めたいたと言っている由。面接。同じ特食配付・区分をしている Y 氏に自分のど忘れを累々貶される、他の事でもきかれたくない事(退院できるのか等)をズケズケきかれるのが嫌になったからという。	44	23 年目
1998	平成 10	6	2	近頃、以前ほどの活気がみられない。性格的にやさしい傾向があるので、フリータイムは女子 PT らにかこまれ、音楽をきいたり、おしゃべりしたりしてすごしていたが、そのようなことも徐々に減ってきてている。独りでぼんやりとすごして	47	25 年目

				いるのが目につく。週日の人が離れてい てしまっているよう。		
1998	平成 10	8	28	何だか親父の顔をみれなかつたんで。今 年のお盆はつまらなかつたです。早く退 院してくれるといいです。もう年だか ら、これからは無理かな・・・。	47	25 年目
1998	平成 10	12	29	毎年、正月は親父が来てくれるのを楽し みにしていたんですけど、今年は残念で す。体の調子が悪くて入院したので、多 分無理だと思います。がっかりです。体 が心配です。早く元気になってもらいた いと思います。	47	26 年目
1999	平成 11	7	17	1週間前ぐらいから栄養作業を休んでま す。最近忘れっぽいし、体も痛くなる し。しばらく休もうかとおもっています。 毎日、皆とレクに参加しています。絵 を描いたり、音楽を聴いたりして過ごし ています。	48	26 年目
1999	平成 11	10	23	父は 75 歳です。ぼけているので施設に 入っているとのことで、もう私は退院で きないとと思うと寂しいです。弟は [REDACTED] をやっている。この病院で一生を送ると 思うと切ない。	48	27 年目

(2) 控訴人における「退院の訴え」「あきらめ」「適応」の過程

上記(1)（及び原告準備書面2）のとおり、控訴人は、平成11年頃まで、退院を訴え、退院の希望を病院職員に示していた。家族のもとに退院することはできないという父親の意向も理解し、就職退院を目指

し、院外作業や院内作業を続けてきた。病院からは入院の同意者である父親が了解すれば退院ができると言われ、他方で、父親からは院長が良いといえば退院ができると言われて、父親の面会や院長への面会を何度も楽しみにしたが、父親の面会はたびたび延期になり、院長との面会もなかなか実現せず、院長と父親との面会が実現しても就職退院の話がでるもの、実際に具体的に退院のために病院が具体的に行動を起こしてくれることもなく、時に作業に虚しさを感じることもあった。主治医によつては、「大もとの性格、話好き、陽気なのでうまくリードし、支えてくれる人がいれば退院してもうまくゆくだろう」と評価をしてくれることもあれば、他方で、外泊退院等積極的な要求をすれば、それが精神症状と捉えられ（平成3年7月16日参照）、病院内で大人しくすることが患者にとって正しいことだと刷り込まれることもあった。それでも、控訴人は、退院を過度に訴えることをせず、父親と病院（院長）を信じて、作業等を頑張つていれば、いつかは周りから自分が快くなったと評価してもらい、退院させてくれると考えていたが、高齢化した父親が面会に来ることができないとわかると退院することは難しいと考えるようになり、同時に、病院側から控訴人の退院を支援するようなこともなかつたため、控訴人はもう退院ができないと諦めるようになった。

また、控訴人は外出等をするものの、基本的な人間関係は、家族のほかは病院内に限定され、退院することそれ自体も難しいと自信を喪失するようになり、病院からも、病棟内でどのように穏やかに過ごせるかを中心に支援がなされており、徐々に退院の意欲や自信を失うこととなつた。原告の本人尋問において「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。」（原審原告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いないし、社会でやっていく自信がないと思った。」（原審原告22頁）などと述べていたのは、まさにこのような状態にほかならない。

平成12年以降は、診療録上、控訴人による退院の訴えの記載がなくなり、平成15年に任意入院に入院形態が変更されても退院を訴えることはせず、控訴人も院内作業等をやめて、病棟内でレクリエーションや川柳の応募等を行うことが多くなっているが、これらは病院内で一生過ごしていくかもしれないと学習性無力感の生じた控訴人が、病院内での生活にどう適応するかという、長期入院という異常事態をしのぎ生き続けるための防衛的な言動をしたに過ぎない。控訴人がこの頃に退院に消極的になっていたのは、これまで我慢強く退院を希望し続けてきたにもかかわらず、これが実現しなかったことによって生じた学習性無力感の状態となったからにほかならず、原判決のように、あたかも入院が控訴人の意思による入院継続であるなどと評価されてはならない。

（3）長期入院による権利利益の侵害性

上記のように、長期入院によって学習性無力感の状態を強いられたことそれ自体、自由な意思選択を剥奪されることにほかならず、控訴人の個人の尊厳を奪われたものである。

それだけでなく、控訴人は、外出ができます、それは病院側で決められた回数や時期でしかなく、外出しても買いたいものを自由に買うこともできず、食事のメニューや年中行事も病院内で決められたものを従うしかなく、散髪も決められた人に決められたタイミングでしか依頼することができず、病院内で作業をしてもわずかな工賃しか支給されず、しかもその工賃さえもすべて受けることができず、自分の親族のお墓参りも自由に行くことができず、人間関係も病院内に限定され、自由に恋愛をすることもできないなど、地域に生きていれば当たり前に得られる権利が侵害されていたことは、これまで繰り返し述べてきたとおりである。

これらの控訴人に対する権利利益の侵害は、長期入院の前提となつた強制入院である同意入院等制度や、退院意欲を喪失した者に対しても容易に任意性を評価してしまう真の任意性のない任意入院制度の問題に起

因するものであるし、家族会の調査結果のとおり、少ないスタッフ基準という精神科特例の問題、及び、長い平均在院日数、社会復帰活動への取り組みへの乏しさ、地域の社会資源の乏しさ等、入院収容中心から地域医療中心への政策転換の問題、個々の精神科病院への監督の問題、控訴人のような長期入院者に対する救済措置の問題といった日本の精神医療政策の問題に起因するものである。

第4 控訴人の主張

上記の事実を前提にした控訴人の主張の詳細については、原審における各原告準備書面記載のとおりであるが、ここではその主張の骨子を繰り返したうえで、原判決が控訴人の入院形態が不明であると認定したため、これに応じて入院形態が不明なことに関する国の責任を追加して主張を行う。

1 同意入院等の問題

(1) 同意入院等は緩やかな強制入院を許容してきた

同意入院及び医療保護入院は、精神衛生法の時代から「医療及び保護のための入院の必要」という中核的な要件に変化はなく、広く保護的な入院も運用上認められてきた。そのため、真に入院治療が必要な人に限定して強制入院が認められるようなものではない。

その目的は収容目的であると解さざるを得ず、また、仮に本人の治療目的であると解するとしても、そうであれば入院治療によって本人の利益等が回復することが前提となるが、そのような限定的な解釈運用ができるだけの厳格な手段性は認められない（韓国の憲法裁判所も、同様の入院制度を、人権侵害を最小化する原則に違反しているとして憲法に適合しないと判断している（甲B162）。）。

このような緩やかな強制入院を許容している同意入院等の制度は、本来、人身の自由等を制約する制度として、厳格な基準で審査がなされな

ければならないが、その場合には憲法適合性を欠き違憲であることはこれまで述べてきたとおりである。

念のため、主張の骨子を繰り返しておくと、以下のとおりである。

- ① 同意入院等の目的は、精神衛生法の議員の発議理由として「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」とされたこと、「国も「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」などと述べていることから、隔離収容目的といえ、正当化しえない。
- ② パターナリストイックによる入院目的であるとしても、極めて例外的な場面で正当化されるものであるから、同意入院等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、その要件が欠如している。
- ③ 実体要件として、法文上「医療及び保護のために入院の必要がある」という曖昧な文言による人身の自由の制約は明確性の原則に違反する。
- ④ また、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なければ、その手段は最小限のものといえないが、そのようになっていない。現在の日本の精神医療の実態からすれば、合憲限定解釈の余地もない。
- ⑤ 入院期間の定めがなく、審査制度も不存在ないしは憲法上求められる水準を満たしておらず、私人による強制入院制度として審査が不十分であり、かつ、一種の利害相反の状態にある家族を患者の権利擁護機能としての同意者として位置づけており、適正手続の要件を欠く。

（2）同意入院等によって偏見等が浸透した

上記の医療保護入院の緩やかな運用が精神衛生法の時代から続いているため、世界では統合失調症の治療薬の普及が始まった1950年代から入院者数が減っているにもかかわらず、精神科病院の9割が民間病院という特異な状況にあった日本では精神病床の減少が進まず、多数の精神障害者は入院し続けることになった。そのため、日本社会では「精神障害者は病状の重症度に関係なく入院しているもの」という偏見が浸透し、原判決もこのような偏見から逃れられていない。この点の原判決の判断が不当であることは前述のとおりである。

2 任意入院の場合の問題点

原判決の事実認定によると平成11年7月頃以降、控訴人の主張によれば、平成15年4月30日以降は、控訴人の入院形態は任意入院となるが、その場合であっても任意入院制度は違憲であって国賠法上の違法性があったことにつき主張する（詳細は第一審原告準備書面（2））。

すなわち、任意入院においては、任意性を判定する基準もなく、真の任意性を担保する仕組みもないことが挙げられる。例えば、現在においても取引における真意や意思の内容が裁判で争われることがあるが、精神医療分野の任意入院における「同意」とは、一般の医療における入院契約のような民法上の法律行為としての同意と必ずしも一致するものではなく、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ものとされており（甲B71）、極めて緩く解されている。それにもかかわらず、これを判定する基準はまったくなく、医師個人の判断に委ねられており、かつ、その意思の判断の正当性を事後的に審査する仕組みもまったくない。とくに、任意入院には退院制限があり（精神保健法22条の3第3項）、完全に自分の意思で入院したいときに入院し、退院したくなったら退院できるという保証がない。このため、退院したくても退院制限されることをおそれて入院に

同意している可能性も高く、その意味でも任意性が確保されているとは言えないものである。また、任意入院者についても閉鎖処遇が可能とされており、実際に終日閉鎖病棟（鍵がかけられており、自由に外出できない病棟）に閉じ込められている患者は、8万人以上いる（甲B72参考）。このような不自由な状態に置かれても任意で入院していると言えるのか、定期的に確認すべきであるが、制度上、定期審査をする仕組みもなく、そのために、病状が悪化しても、本人が退院したいと思うようになっても、適切に判断される機会がないのが任意入院制度である。

このような任意入院制度は、精神障害者が安心して希望する期間だけ入院するということを不可能にするものであり、その実質は強制入院である。したがって、自己の意思に基づく適切な医療を受ける権利（憲法13条、25条）を侵害する。

3 厚生大臣の義務違反について

厚生大臣が精神科特例を改廃しなかったこと、そのことによって控訴人の退院等の意欲が奪われ長期入院を強いられたことは、これまでの原告準備書面及び本書面で述べたとおりである。

また、厚生大臣が、日本の精神医療政策について、入院収容政策から地域医療政策に転換しなかったこと、私人による強制入院制度を認めておきながら民間病院に対して厳格に監督してこなかったこと、長期入院を強いられた者に対して救済措置を講じてこなかったこと、それらの原因は国の先行行為によって作出されたものであること、これらの義務違反によって控訴人が長期入院を強いられたことも、これまでの原告準備書面及び本書面で述べたとおりである。

4 追加の主張ー入院形態不明者を作り出した国の責任について

前述のとおり、そもそも法律上は、精神障害者が入院する場合は、入院形態が限られており、「不明」ということはありえないはずである

が、現実には控訴人のように医療保護入院届も任意入院の同意書も診療録上記録がないまま漫然と入院を強いられている患者があり、国の統計上も「不明」な者がいることを前提としている。控訴人は前記の理由から医療保護入院だったものであるが、仮にこの点が医療保護入院届がないことを理由として認められないであれば、任意入院の同意書も存在しないのであるから、控訴人はこのような入院形態が不明なまま放置されていたという実態の被害者であるといえる。

控訴人は、原審において、上記のとおり、被控訴人の精神病院に対する指導監督義務違反及び入院治療の必要のない人に対する救済義務違反について論じているところ、入院形態が不明なことによる被害もこれらの義務違反の結果であるといえるが、ここではあらためて、入院形態不明に関する問題に焦点を当ててこれに対する国の責任について論じる。

（1）厚生大臣等の権限

厚生大臣等は、必要があると認めるときは、精神科病院の管理者に対し、当該精神科病院に入院中の者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくは診療録等の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する指定医に、診療録等を検査させ、若しくは関係者に質問させ、又はその指定する指定医に、当該精神科病院に入院中の者を診察させることができ（精神保健法及び現行法38条の6第1項）、この法律による入院に必要な手続に関し報告を求める 것도できる（同法38条の6第2項）（以下、これらをまとめて「報告徴収等権限」という。）。

さらに、厚生労働大臣は、必要があると認めるときは、任意入院している者や医療保護入院者について、その指定する二人以上の指定医に診察させ、各指定医の診察の結果がその入院を継続する必要があることに一致しない場合又はこれらの者の入院がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反して行われた場合には、これらの者が入院している精神科病院の管理者に対し、その者を退院させることを命ずることができるとされている（精神保健法及び現行法38条の7第2項）。

（2）報告徴収等権限の趣旨と意義

厚生労働大臣の報告徴収等権限は、昭和62年改正によって設けられたものであり、現在まで変わっておらず、その趣旨は、本法の制度の適正な運用を確保し、患者の人権擁護に資するという観点から行うことにある（甲176）。

昭和62年改正の前は、都道府県知事には同意入院者について入院の必要がないと認められれば病院管理者に対して患者の退院を命ずることができることになっていたところ（精神衛生法37条1項）、これは昭和62年改正後は精神医療審査会の審査結果に基づいてなされることとなり、新たに昭和62年改正法は報告徴収等の権限を与えた（精神保健法38条の6）。さらに、同改正法は、国（厚生大臣）に対しても報告徴収等権限を課した（精神保健法38条の6）。この厚生大臣の監督権については、（一つの都道府県にとどまらない）広域にわたる問題が生じた場合等に発動することが期待されていた（甲B176・昭和63年4月6日健医発第433号厚生省保健医療局長通知「精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について」）。

すなわち、本来、入院は通院では困難な治療をするために行われるべきところ、精神障害者については「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」と都病院の理事長が述べたが、「全国の精神病院の多くは似たような状態にある」（甲B96、昭和57年3月18日梅野泰二議員）、「前日本医師会会长の武見太郎氏がいみじくも言っているんですが、精神病院経営者は牧畜管理業者だと、こう批判をせざるを得ないような状態にある」（甲B97、昭和58年4月13日岡昭次議員）と言われるほど、日本の精神医療は一つの病院や一地域の問題ではなく、全国的に課題を抱えた状況であった。また「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…（中略）…、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、いかがでござりますか。」（甲B105、昭和61年3月7日近江巳記夫議員）との質問に対し、「おっしゃいますように、…いろいろ精神障害者の処遇に関する障害があるというのは私どもも事実だと考えております…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。」（同日、仲村英一政府委員）と国も述べるなどして昭和62年改正法が行われたのであり、国が報告徴収等権限を活用して全国的に入院治療の必要がないにもかかわらず入院している状態を解消することは当然に期待されていた（甲B106、甲B109、甲B110、甲B112等）。

（3）報告徴収等権限を発動すべき場合

以上の厚生労働大臣に報告徴収等権限が課せられた趣旨に鑑みれば、法改正がなされてもなお精神障害者が社会的入院を強いられており、これが一部の地域にとどまらない可能性が高い場合には、国は報告徴収等権限を発動して全国的な実態を調査し、社会的入院を解消すべき責務があったというべきである。

（4）本件における国の違法性

ア 予見可能性

昭和62年改正が行われた後も、改正によって精神医療の実態が改善されていないことは国会で認識され指摘されていた（甲B113、平成5年）。また、任意入院が「人権侵害の温床になっている」ことが指摘されたり（甲B126）、大和川病院事件では、任意入院患者が85%を占めていたにもかかわらず、全員が門の外に出ることができていなかつたことも指摘され（甲B126）、「任意入院率の高い病院もあって、そこがいわゆる悪名高い病院であったりする…任意入院だけしか扱わないと言っている病院でも、実際には中で入院形態が変わることもあり得る」（甲B117）との指摘があるなど、任意入院も含めて入院形態に

についてしっかり調査する必要性も認識されていた。その後も、任意入院でも不当な入院や長期入院があり、監督体制が不十分であると指摘されていた(甲B149)。

他方、年間審査件数が全くゼロというところもあるほど精神医療審査会がほとんど機能していないことも繰り返し指摘されており(甲B114、甲B122、甲B123、甲B124)、とくに、入院時の告知が不十分で、精神医療審査会があることすら知らない患者が入院していたことを指摘されるなどして、精神医療審査会が機能しておらず、国も実効性ある指導監督をする必要があることを認めていた(甲B126)。

したがって、国が自ら報告徴収権限を行使する必要があったことは予見可能であった。

イ 結果回避可能性

他方、不必要に医療保護入院が多用されていれば、要件を厳格にするなどして任意入院に切り替えさせることは可能になり、任意入院の処遇について適切に指導監督すれば、本来任意入院者は外出できたり退院を希望すれば退院できたりしたのであるから、人権侵害の程度は最小限にとどめることができた。

したがって、報告徴収等権限を行使して調査していれば状況を把握し、対策を検討し、人権侵害を回避できたといえる。

ウ 期待可能性

そして、国も報告徴収等権限を発動することの必要性を認識しており、これら権限の発動は期待可能であった。すなわち、「私どもといいましては、…今回の大和川病院事件の反省を踏まえまして、指導監督通知の内容の見直しですか、あるいは厚生省による問題病院への直接立入調査の実施、あるいは精神病院に対する指導監督体制の強化などを図りまして、各制度に基づく監視の連携強化を図って、再発防止に全力を挙げていきたいと考えております。」(甲B120、平成9年篠崎英夫政府委員答弁)と述べたり、平成11年には、「入院者総数三十三万

人の約半数以上は、病気はおさまっているけれども帰る場所がないために退院ができないといいういわゆる社会的入院であるとも言われております。」と社会的入院者がかなりの数に上ることを指摘され、「御指摘のように、特に長期の入院をされていらっしゃる患者さんの割合というのが余り変化をしていない。…したがって、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、そういうものも含めて、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。」と答弁し(甲B126)、「全国的あるいは総合的な見地からの制度の企画立案等、これは当然国が先導的にやらなくてはいけません」(甲B124、平成11年宮下創平国務大臣答弁)と述べるなど、国も、都道府県に委ねるのではなく、自ら責任を果たす必要性を認識していた。

エ 適時適切性

国は、2004年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を公表し、「受入条件が整えば退院可能な者約7万人について・・・10年後の解消を図る」と宣言した。この時に、この基本方針に則り、適切に報告徴収等権限を行使し、「受入条件が整えば退院可能な者」について調査していくれば、いかなる入院形態でいかなる事情により退院できていないかを把握することができたはずであった。

オ 条理上の作為義務

以上に加えて、国は精神衛生法の時代から民間精神病院を乱立させてきたのであるから(原審原告準備書面(1)参照)、不当に患者を長期に入院させないよう、入院者の内訳等を調査し、患者の退院や治療状況について確認すべき条理上の作為義務があった。とくに、前記のとおり「精神病院経営者は牧畜管理業者だ」と公然と揶揄される状況にあったのであるから、患者の状況について報告徴収等権限を行使して調査すべきであった。

（5）小括

以上より、厚生大臣等は報告徴収権限を行使して実態を調査し、患者の入院形態やそれに応じた治療状況を把握して適切に退院に向けて指導監督すべきであったにもかかわらず、厚生大臣等はこれを怠った。控訴人も国の調査を受けず放置されたことにより、長期入院を強いられたのであり、仮に控訴人の入院形態が不明であるとしても、被控訴人の責任は認められてしかるべきである。

第5 結論

よって、原判決は、事実誤認、法令解釈の誤り、医学的知見の無視、審理不尽等の理由により破棄されるべきものであり、改めて、控訴人が日本の精神医療政策によって長期入院を強いられたことを前提に、同意入院等及び任意入院の制度の違憲性及び国家賠償法上の違法性、並びに、精神科特例の違憲性、日本の精神医療政策の厚生大臣等の義務違反等の判断がなされるべきである。

以上