

精神医療国家賠償請求訴訟の裁判経過と争点

古屋 龍太

Trial Course and Issues in the Lawsuit for State Compensation for Psychiatric Care

Ryuta Furuya

Abstract: In September 2020, a lawsuit for state compensation for psychiatric treatment was filed. The plaintiff is patient with mental illnesses who have been hospitalized for a cumulative total of 44 years, and this is the first lawsuit in Japan to challenge the history and state of mental healthcare policy with the government as the defendant. The complaint alleges that the current Mental Health and Welfare Law is unconstitutional as well as the long-standing mental healthcare policy, and holds the Ministry of Health, Labor, and Welfare and the Diet responsible for their inaction. The defendant national government denies the plaintiffs' allegations and has responded with a full-fledged fight, asking the court to dismiss the lawsuit. This article will summarize the problems with psychiatric care in this country by introducing the Study Group for Litigation of State Claims for Psychiatric Compensation, which has been preparing for the lawsuit, and the plaintiff patient, and by describing the progress report of the ongoing lawsuit.

Key Words: Psychiatric care, lawsuits for state compensation, mental health welfare law, hospitalization for medical care, Long-term social admissions

要旨：2020年9月、精神医療国家賠償請求訴訟が提訴された。累計入院期間約44年に及ぶ精神疾患をもつ患者が原告となり、国を被告として精神医療政策の歴史とあり方を問う本邦初の裁判となる。訴状では、長年にわたる精神医療政策と現行の精神保健福祉法が違憲状態にあることを訴えるとともに、厚生労働省と国会の不作為責任を問っている。被告国側は原告の主張を否認し、訴えを退けるよう裁判所に求めて全面的に争う姿勢で反論をしている。本稿では、訴訟を準備してきた精神医療国家賠償請求訴訟研究会の概要と原告患者を紹介するとともに、現在進行中の裁判の途中経過報告を記すことで、この国の精神医療の問題点を整理する。

キーワード：精神医療、国家賠償請求訴訟、精神保健福祉法、医療保護入院、長期社会的入院

I. はじめに

日本国は、世界一の精神科病院大国である。対人口比精神科病床数、平均在院期間、強制入院者数などが諸外国に比べて突出して高ただけでなく、死亡転帰率、隔離・身体拘束率などが近年急激に増加している。もちろん日本だけが重篤な精神障害を持つ人が多いわけではない。日本の制度施策が、長期社会的入院患者を多数生み、特異で歪な精神医療状況を招いている（松本 2022）。背景には、これまでに多くの国際機関等から繰り返して是正の勧告を受けながら、欧米先進諸国のような脱施設化に舵を切らず、現行法による強制入院制度を放置してきた厚生労働省（以下「厚労省」と記す）の精神医療政策と、経営的観点から精神科病床の温存を図ってきた日本精神科病院協会（以下「日精協」と記す）の存在がある。

精神保健福祉士は、協会の再建時の「札幌宣言」で「精神障害者の社会的復権」を自らの任務とすることを宣言し、「社会的入院の解消は喫緊の課題」として精神保健福祉士法（1997年 成立）により国家資格化された経緯がある（日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会 1998）。資格化から既に四半世紀を経ているが、未だ長期社会的入院者が精神科病院に多数在院している状況は変わっていない。精神保健福祉士を名乗る者にとっては、精神科病院の脱施設化は主要なミッションであり、今もなお喫緊の課題として目の前にある。

本稿では、精神保健福祉士の立場から、精神医療国家賠償請求訴訟（以下「精神国賠」と略す）の裁判経過と争点を整理する。筆者は精神国賠を準備してきた運動母体の精神医療国家賠償請求訴訟研究会（以下「精神国賠研」と略す）の副代表兼事務局長であり、以下の記述に相応のバイアスがかかっていることは否めない。

なお、本稿における原告の実名表記及び裁判経過の記述については、弁護士に確認し、本人及び弁護士の了解を得た上で、既に公開済みの裁判要約報告等の二次資料を活用していることを付記しておく。紙幅の都合もあり、裁判経過の記述については主要な争点に絞っての記述となっている。筆者は法学の門外漢であり、法律解釈に係る記述については不正確な記し方もあろうがご容赦願いたい。

II. 精神医療国家賠償請求訴訟の概要

1. 精神医療国家賠償請求訴訟研究会

精神国賠研は、何ら組織的基盤も無い中で、東谷の提起（東谷 2012）に呼応した 7 人により 2013 年 1 月に発足した。賛同者を得るために、学会で自主シンポジウム等を設けて精神国賠の可能性を議論したが、当初は司法の場に政策の是非を問うことへの懐疑や、勝訴可能性への疑問、原告の受ける心理的社会的侵襲性への支援担保の課題など批判が集中した（古屋ほか 2020、古屋 2021）。冷静な対話が求められたが、同時期に厚労省から打出された精神科病棟転換型居住系施設構想をめぐって関係者は厳しい葛藤状況にあり、精神国賠研も離合集散を繰り返していた。精神国賠は、関係者からの疑念と批判の中で船出することとなった。

2017年からは筆者が事務局長となり、日本社会事業大学に事務局を置き運営体制を一新した。同年から「精神国賠通信」を発行するとともに、ホームページを開設し情報の発信を重ねた。当初は全国各地での一斉集団提訴を追求し、十数人の患者が一旦は原告に立つ意思表示をしていたが、周囲の反対等により断念している。単独で原告に立つことを決意した渡辺秀憲さん（宮城県）のように、提訴を控えながら志を果たせぬまま亡くなった方もいる（渡辺 2019、古屋 2020）。

2020年からはコロナ危機に対応したオンライン会議の体制を整えたことで、全国各地からの参加者が増え、専門部会・相談部会・広報部会等を設置しての組織化が進んだ。当事者と専門職の対等性を大事にした対話を重ねながら、原告患者らとともに裁判を準備し、2020年9月に東京地方裁判所への提訴に踏み切った（古屋 2021a・2021b）。

提訴後、メディアを通して精神国賠は多くの市民の目にも触れるようになり、会員・支援者は増えていった。訴訟クラウドファンディングの「CALL 4」では、精神国賠も汎用性・公共性の高い提起を含む「公共訴訟」として取り上げられた。既成の運動体とは無縁であった人たちが、この国の精神医療は「おかしい」という一点で立場を超えて合流し、当たり前の人権感覚と共感に基づき、静かに戦う運動体を形成してきている。

精神国賠研の現在（2022年10月末日現在、以下同様）の会員・支援者は、患者・家族・専門職など570名超の任意団体になっている。社会的侵襲を危惧しての匿名参加者も多いが、専門職としては精神保健福祉士が圧倒的に多く、団体会員も増えてきている。

2. 原告患者

本訴訟の原告となった患者は、伊藤時男さん（本名）である。17歳時に東京で発病し、3か所の都内精神病院に5回、計5年弱の同意入院（現在の医療保護入院）をしている（表1参照）。最終的な診断は精神分裂病（現在の統合失調症）で、22歳時に郷里の福島県のD病院（現在は廃院）に転院し、以降同院で38年間の長期入院となっている。入院中には、養鶏場・プラスチック成型工場・コイル巻き工場などに院外作業に出かけるほか、病院の給食作業に院内作業として従事していた。入手したカルテ・看護記録を通覧しても精神症状の悪化を示す記述は乏しく、むしろ1991年（当時40歳）のカルテには「相変わらず平穏。一生懸命炊事場作業で頑張っている。病棟内でも他患と争うこともなく、穏やか。親切に対応している。勿論、異常体験もない。」と記載されている。強制入院の必要性は見受けられず、実効性のある退院促進政策を国が推進していれば、伊藤さんは早期に退院可能な状態にあったと考えられる。

2011年の東日本大震災による福島第一原子力発電所の事故を契機に、原発から半径3.5キロに所在した精神科病院を離れ、福島県・茨城県内の避難先5か所への移動を余儀なくされた。約1年半後に転院先の主治医から「入院している必要はない」とグループホーム入居を勧められ、2012年に60歳で約40年ぶりの退院を果たしている。

伊藤さんは「前から『あなたは大地震でもあれば退院できるかもね』なんて医者が言った。その通りになるなんて思ってもなかった」と振り返っている（古屋 2021c）。実際に、被災地の福島県には「大地震でもあれば退院できる」長期社会的入院患者が多数いたことが、避難後に徐々

に明らかになった。福島県は避難先から呼び戻した患者の地域移行支援に取り組み、多数が退院していった。その多くは、この国でさえなければ、精神科病棟で大切な人生の時間を過ごすことなく当たり前地域で自由に暮らせる人たちであった。

伊藤さんの入院期間は累計約 44 年に及び、現在は 72 歳、群馬県太田市でひとり暮らしをして地域住民と交流する傍ら、精神科病院からのサバイバー経験をもとにピアサポーターとして活動している。伊藤さんは長期社会的入院により、地域で自由に暮らす時間と、人間としての尊厳を奪われ続ける「人生被害」を被ったが、裁判で自身の損害賠償を求めているわけではない。伊藤さんは、自分が退院できても、ずっと入院している人たちがいることを忘れられなかった。「これ以上自分のような人が生み出されてはいけない」「社会的入院となった人々を出してあげたい」と、国の政策の違憲性を問う原告に立つことを決意した。退院できない無念を抱えたまま自死した患者たちを数多く見てきた伊藤さんは「長期入院がもたらした罪」を問いたいという（古屋 2021c、伊藤ほか 2023）。

3. 精神医療国家賠償請求訴訟の歴史的位置

今回の裁判は、ハンセン病訴訟や旧優生保護法訴訟と同様に、長年にわたる日本の精神医療施策と国の不作為責任を問う初の歴史的な裁判である。これまでの裁判は、当事者や家族が理不尽な体験を強いられた個別の精神科病院を相手取り、精神保健福祉法上のコンプライアンス（適法性）と損害賠償を争うものであった。今回の精神国賠は、国による長年の精神医療政策を俎上に載せ、現行法自体の違憲性を問う裁判である。問われているのは、個々の精神科病院の医療・処遇内容ではなく、戦後一貫して繰り広げられてきた日本の精神医療のあり方であり、諸外国では類を見ない入院構造を作り出し固定したまま放置してきた国家の不作為責任である。

歴史的背景の理解に資するため、ここで原告の伊藤さんの入院期間に合わせ、日本の精神医療政策の概要を表 1 とともに以下に示す。

精神障害を有する人に対する日本の施策は、一貫して隔離収容主義を基調とした入院医療を中心に組立てられてきた。1950 年に、精神衛生法が社会防衛思想にもとづく強制入院手続き法として施行されて以降、国は精神障害を有する人を社会から隔離し入院収容を推進する政策を重ねてきた。1960 年代には、国は高度経済成長政策による産業構造の転換と労働力の確保・移転を図るため、精神病院の増設と精神障害を有する人の隔離収容を進めた。医療金融公庫法（1960 年）により精神科病床を増設し、厚生事務次官通知により措置入院費用の国庫負担引き上げと同意入院患者の措置入院切り替えを行い、精神科特例による人員配置等（1958 年）を行い、治療的かわりの乏しい長期隔離収容性の高い精神科医療構造を作り上げた（古屋 2015）。1960 年代に「精神病院ブーム」を引き起こして以降も精神科病床は増加の一途をたどり、1993 年には国内精神科病床数は 363,010 床でピークを迎えた。強制的に入院させられた患者は、閉鎖病棟における無為な集団生活の中で長期間を過ごし、慢性化・施設症化した大量の社会的入院患者を産んだ。Old long-stay と呼ばれる数十年の超長期にわたり入院を継続している患者群は、この時期の国の政策的誘導により入院となった人々である。

1984 年に発覚した宇都宮病院事件を契機として、日本政府は国連の場で批判にさらされ、

精神衛生法は精神保健法に改められた。初めて本人の意思に基づく任意入院制度とともに人権に配慮した入院規定が設けられ、精神障害者社会復帰施設が規定された。1993年の障害者基本法の制定により、1995年に精神保健福祉法に改正されたが、変わらず精神科は診療報酬も人員配置も他科に比べて低く抑えられ続け、社会復帰は進まなかった。「入院医療中心から地域生活中心へ」という国の精神保健福祉施策の転換が掲げられたが、精神科病床が大幅に減るということはなく、精神科病院には社会的入院者があふれている状況がなおも続いた。政策的な介入も無いまま、長期収容型精神科病院が数多く存在し、多くの入院患者が長期入院を強いられている状況は変わらなかった。

2002年、厚労省障害者施策推進本部は「受け入れ条件が整えば退院可能な入院患者（いわゆる「社会的入院者」）」7万2千人を「10年間で退院・社会復帰をめざす」と打ち出し、2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、約7万人を今後10年間で地域移行させると宣言した。しかし、精神障害者地域移行支援特別対策事業等は実効性ある成果を示せないまま、2011年度末をもって終結した（古屋2015）。2012年度から障害者自立支援法の下で個別給付化された「地域移行支援」「地域定着支援」も、顕著な実績数を挙げるには至っていない。入院患者の高齢化の進行とともに、全入院患者に占める65歳以上高齢者は2018年に60%を超え、退院し地域で在宅生活を送ることも可能であったかも知れない長期在院患者が、2011年以降は推計で2万人超も精神科病棟内で死亡転帰を迎えている状況にある。

表1 日本の精神保健医療福祉の動向と原告の生活史（抜粋）

西暦年	元号年	精神保健医療をめぐる動向	原告・伊藤時男さんの生活	年齢
1950	昭和25	精神衛生法制定		
1951	昭和26		誕生	0歳
1954	昭和29	日精協陳情書、第1回精神衛生実態調査 精神病院開設国庫補助制度		3歳
1955	昭和30	抗精神病薬クロルプロマジン開発		4歳
1956	昭和31		実母が結核で死去	5歳
1958	昭和33	精神科特例		7歳
1960	昭和35	医療金融公庫法による超低金利融資開始		9歳
1961	昭和36	措置入院費用国庫負担引き上げ 生保患者の措置入院切替への厚生事務次官通知		10歳
1964	昭和39	ライシャワー事件、日本PSW協会設立		13歳
1965	昭和40	精神衛生法改正		14歳
1967	昭和42		高1中退、家出上京、叔父経営の食堂で働く（2年間）	16歳
1968	昭和43	クラーク勧告：精神医療の抜本的改革を提言	都内A病院入院2回（同意入院）	17歳
1970	昭和45		都内B病院入院（2年半）	19歳
1972	昭和47		都内B病院入院（1年半）	21歳
1973	昭和48	朝日新聞「ルポ精神病棟」連載 日本PSW協会横浜大会で「Y問題」提起	都内C病院入院（4か月） 福島D病院に転院	22歳
1975	昭和50	精神障害回復者社会復帰施設運営要領	（以降、D病院に38年間入院）	24歳

1978	昭和53	中央衛生審議会 精神障害者の社会復帰施設に関する中間報告	院外作業で養鶏場に1年半 プラスチック成型工場に1年半	27歳
1983	昭和58	第4回精神衛生実態調査：社会的入院10万人	コイル巻き工場で1年半	32歳
1984	昭和59	報徳会宇都宮病院事件		33歳
1985	昭和60	国際法律家委員会（ICJ）第1次調査団	再び養鶏場の院外作業に10年ほど	34歳
1987	昭和62	精神保健法制定		36歳
1991	平成3	国連精神保健ケアに関する原則	院内の給食作業にも13年ほど	40歳
1993	平成5	精神保健法改正、障害者基本法成立 国内精神科病床363,010床でピーク		42歳
1994	平成6	地域保健法成立		43歳
1995	平成7	障害者プラン 精神保健福祉法制定		44歳
1997	平成9	大和川病院事件、精神保健福祉土法成立		46歳
2000	平成12	大阪府：社会的入院解消研究事業	保護者であった父死去（75歳）	49歳
2003	平成15	心神喪失者等医療観察法成立 精神障害者退院促進モデル事業		52歳
2004	平成16	精神保健医療福祉の改革ビジョン		53歳
2005	平成17	障害者自立支援法成立 精神保健福祉法改正		54歳
2008	平成20	精神障害者地域移行支援特別対策事業	作業療法等に参加	57歳
2009	平成21	障がい者制度改革推進本部		58歳
2011	平成23	障害者基本法改正 東日本大震災（福島第一原発事故）	D病院より避難、E・F・G病院への 転院を繰返し茨城県内H病院へ	60歳
2012	平成24	障害者総合支援法成立	避難先のH病院より退院 群馬県のグループホームに入居	61歳
2014	平成26	障害者権利条約批准	NHK「60歳からの青春」放映 ひとり暮らしを始める	63歳
2018	平成30		NHK「長すぎた入院」放送	67歳
2020	令和2		東京地裁に精神国賠を提訴	69歳

文献（伊藤ほか 2023, 古屋 2015）より筆者作成。原告の生活状況は本人からの聴取に基づくが、時期はやや正確さを欠く。

4. 訴状による原告側の主張

原告側の訴状（長谷川ほか 2020）では、多数の長期入院者を生じせしめた構造的背景として、①強制入院を基本とする精神衛生法を踏襲する現行の精神保健福祉法による入院形態の固定、②精神科特例による差別的処遇と民間精神科病院の精神病床の温存、③クラーク勧告（1968年）、ICJ（International Commission of Jurists:国際法律家委員会）勧告（1985年）、国際連合の「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」採択（1991年）等、海外からの指摘を受けての実効ある政策転換の不在、④適正な手続き保障のない同意入院／医療保護入院の要件・期間の不明確さと適用対象の曖昧さの放置、⑤入院時に保護者／家族等に同意を強いて入退院の負担を委ねる構造の固定、の5点を指摘している（古屋 2021a）。これらにより、長期入院患者を多数生じせしめる構造が、歴史的に形成されたと結論づけている。

欧米諸国が脱施設化を進めコミュニティ・メンタルヘルスへの転換を図る中、被告国は入院の長期化を抑止することなく、精神病院を拡充した。その後も、多数の精神病床を温存し、長期入院者で固定占床率が高い病院が生き残れる構造を漫然と放置してきた。精神衛生法以来、法律は改正を重ねながらも、長期社会的入院者と高齢化した死亡退院者を容易に生む構造は、実効ある政策措置を取らなかった国の不作為により強固になった。その結果、原告を含む長期入院患者は、全国に何十万人と放置され、今も数万人が長期入院生活を強いられていると主張する。

また、訴状では「被告国は、精神障害者を危険な存在として隔離収容政策を実施し、日本社会における偏見を作出し、入院の長期化を現実的に抑止せず、長期入院者に対して十分な救済措置を講じることもなく、これを漫然と放置し、地域で自由に生きる権利、社会で人生を選択する権利を奪った」としている。地域で自由に生きる権利を剥奪された原告は、憲法 13 条の幸福追求権、憲法 22 条 1 項の居住移転及び職業選択自由の権利、憲法 25 条の文化的な最低限度の生活を営む権利が侵害されたと主張している。

そして「厚労大臣は、人権侵害が甚だしい長期入院者を生み出すことのないよう、現状を積極的に解消すべき作為義務を負っていた」にもかかわらず、「実効性のある退院措置を講じないまま、原告に代表されるような、基本的人権侵害行為を、故意ないし過失によって放置した不作為は、国家賠償法 1 条 1 項の違法なもの」と国の不作為責任を問うている（長谷川ほか 2020）。

Ⅲ. 精神医療国家賠償請求訴訟の裁判経過

裁判は 2021 年 3 月 1 日に第 1 回口頭弁論が開かれ、現在までに 8 回の裁判が行われている。民事裁判では、原告・被告双方からの準備書面のやり取りが主になる。以下では、各裁判期日で示された双方の主張の概要を要約して記す（以下、提出された「準備書面」の内容等は要約して「」で示す）。

1. 第 1 回口頭弁論（2021 年 3 月 1 日）

原告側より提出された訴状及び訴状訂正申立書に対して、被告国側から答弁書が示された。その内容は「追って明らかにする」という文言にとどまり、国の反論の詳細は示されなかった。法廷では原告及び弁護団代表が口頭で意見陳述を行った（古屋 2021d）。

原告の伊藤さんは自作の詩「かごの鳥」を朗読した上で、長期入院は自分だけの問題ではないこと、社会的な長期入院者が多数いること、中には退院できないことの絶望から自殺した患者もいること、まだ「かご」の中から出られない人たちのために裁判を起こすことを決心したこと、等を法廷で訴えた（伊藤 2021）。

なお、訴状訂正申立書では、①医療保護入院の違法性（入院要件が広範で不明確であり、適正な手続き保障もなく、家族等に負担を委ねる運用とされていること）と、②国の精神医療政策の違法性（国が地域医療等への転換や実効性のある退院促進政策を実施しなかったこと）の 2 つによって、原告が長期間の入院をせざるを得なかった旨の主張が補足された。

2. 第2回口頭弁論（2021年4月20日）

被告国側の準備書面が示され、原告側の訴状に記載された事実に対して、「否認」「不知」「認める」の三択で被告側の認否の表明が為された（古屋 2021e）。

原告側の「十分な退院支援を受けることもなく、自らの意思に反して精神科病院で過ごした」という主張については、国は「不知」「否認」を示した。訴状で解説された「日本の精神科医療の入院形態」については、国も概ね「認める」としつつ、原告側の「長期入院による無欲状態になっている人は、自らの意思に基づいて入院しているわけではなく、消去的選択として入院を余儀なくされている」との主張については、国は「不知」を表明した。原告側の「精神衛生法は社会からの隔離収容を目的として作られたもの」との主張については、法制定時の国会議員の発言は「認める」ものの、法律の目的は精神衛生法第1条に記されたものであるとして「否認」した。ライシャワー事件や宇都宮病院事件、クラーク勧告やICJ勧告、法改正等に関する原告の主張については、国は、事件発生や勧告の存在の事実は「認める」が、その評価やそれに付随する訴状記載の事実については、いずれも「不知」ないし「否認」を表明している。憲法違反や作為義務違反に関する原告の主張についても、国はいずれも「否認」している。さらに原告側に対して、不作為の具体的な内容及び作為義務を導く法的根拠を明らかにするよう釈明を求めた。

3. 第3回口頭弁論（2021年6月29日）

第3回期日では、「原告準備書面1」が提出された。原告側弁護団が示した被告国の不法行為は、次の3点にまとめることができる。

(1) 医療保護入院

医療保護入院は、精神衛生法の同意入院時代から本質的には70年間変わっていない。隔離収容を目的として、精神障害のある人に限って私人による強制入院を可能としており、法の下での平等にも反する。「医療及び保護の必要性」という要件自体が曖昧で不明確であるため、病院による恣意的な運用を容認し地域差も生じている。憲法上の重要な人権を侵害する制度でありながら、その後も改廃しなかった立法不作為は違法である。

(2) 精神科特例

精神科特例を、国は1958年以来放置し、精神科の患者のみが、他科と比較して劣悪な水準の医療しか受けられない状況を継続させた。これを廃止しなかった厚生大臣の不作為は、憲法13条後段及び憲法25条に反し、正当な理由のない差別であり憲法14条に反する。

(3) 精神医療政策

精神医療政策に関する厚生大臣の不作為としては、日本の精神医療政策に関する歴史的事実に基づいて、三つの不作為を追及している（古屋 2021f）。一つは「隔離収容政策の転換義務違反」である。多くの精神障害を有する人に入院継続を余儀なくさせ、被告は自ら作出した重大な人権侵害状態の解消のために、隔離収容政策から地域医療政策へと政策転換すべき義務があり、作為義務の内容が具体的に示された1968年のクラーク勧告を受けた後には、社会復帰施設整備及び地域医療の充実を進めることができたはずであるが、逆に1980年頃まで隔離収容政策を増長し続けた。二つ目は「精神病院に対する指導監督義務違反」である。被告国には、

病院内で必要以上に入院が長期化したり不要な入院が強いられることのないよう、入院医療が適切に行われているか指導・監督する義務があり、1960年代から行政管理庁の改善勧告やクレーク勧告によって、不適切な医療や長期収容による患者の施設症化が指摘されており、直ちにこれを是正すべきであったにもかかわらず1980年代に入っても放置し続けた。三つ目は、「入院治療の必要のない人に対する救済義務違反」である。被告の政策により、精神病院には、本来なら入院医療の必要はなく、退院できるにもかかわらず入院を余儀なくされている人が1980年代から何万人も確認されており、国が積極的に調査・介入の上で政策支援、法令改廃、法令運用改善などの救済手段によって積極的に不要な入院状態を解消すべき義務があったにもかかわらず、1987年以降も漫然と放置し続けた。よって、原告は、これらの被告国の不法行為の責任を問うとしている。

4. 第4回口頭弁論（2021年9月27日）

(1) 被告国側の反論要旨

被告国側から「準備書面(3)」が示され、原告の主張に対する反論が示された（古屋2021g）。反論では、「国会議員の立法不作為」と「厚生大臣の不作為」に関する原告の主張を取り上げ、冒頭で国家賠償請求訴訟法の「違法」とは何を指すかと、前提となる法律論を記している。

ここでは、「国賠法1条1項の違法は、結果として権利侵害が生じたかどうかではなく、職務上の法的義務に違反した場合に限られる」と記している。立法不作為については「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「国会が正当な理由なく長期にわたって怠った場合など例外的な場面に限られる」として、原告の主張はこれに当たらないとしている。また、行政不作為についても「情勢に応じた対応が求められるのが行政施策であり、その内容が一義的に定まるものではない」とした上で「法的義務違反は、被害を受けた個人に対して負担する法的義務の違背があることが必要」と述べている（古屋2021g・2022a）。

(2) 立法不作為に関する各論

国会議員の立法不作為については、「違法な権利侵害が明白ではあるとはいえない」と反論している。同意入院／医療保護入院は、「精神障害において本人に病気であることの認識がないなどのため、入院の必要性について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場合があることを考慮したもの」であり、「指定医が医療及び保護のための入院の必要があると認め、保護義務者の同意がある場合に限っており、入院中の行動制限は合理的と認められる必要最低限とされ、隔離及び身体拘束は指定医でなければならず、処遇の基準も定められている」と主張し、憲法で保障されている権利が侵害されているとは言えないと反論している。

(3) 行政の不作為に関する各論

精神科特例の評価については、「精神疾患の多くが慢性疾患であり、病状が急変することが少ない特質を踏まえて、『最低限の人員』を示したもので、一義的に決まるものではなく、国賠法上の違法とはいえない」と反論している。また、「精神科特例が存在したために原告が十分な医

療を受けることができなかつたことについて、原告から何ら具体的に主張・立証されていない」と反論し、精神科特例と長期入院の因果関係を原告側が立証することを求めている。

原告が法律上の不作為を主張する点については、「条理上の作為義務は、具体的な法令の規定もないことから、前提で記した職務上の法的義務となる余地はない」、したがって違法はなく、「厚生大臣は、原告との関係において法的義務を負っていたとは認められない」と反論している。

さらに、行政としては、①精神衛生法の改正（精神衛生相談員配置、精神衛生センター設置等）、②社会復帰施設の整備（精神障害者回復者社会復帰施設、デイケア施設等）、③診療報酬の改定（作業療法、デイケア、訪問看護・指導料等の点数化等）、④地域精神保健対策の推進（通院患者リハビリテーション事業、小規模作業所への補助等）、⑤精神保健法の制定（精神障害者社会復帰施設、社会復帰対策予算等）、⑥精神保健福祉法の改正（手帳制度の創設、社会復帰施設の充実、地域精神保健福祉施策、障害者プラン策定等）、⑦精神科病院への指導（各種通知等を発出、厚生大臣は実地指導や精神医療審査会から要請があれば前記監督権を行使することで指導監督は可能であった等）などを行ってきたと施策を列挙している。

5. 第5回口頭弁論（2021年12月6日）

被告国側の反論に対して、原告側が「準備書面2」を提出し反論を展開した（古屋2021h）。当日の法廷で弁護団より読み上げられた要旨の概略は、以下の通りである。

(1) 入院を強制され続けた事実

入院治療の必要のない原告が、繰り返し退院を求めたにもかかわらず、入院を強制され続けたという事実への着目を求める。原告は、現行法の入院制度によって入院を強制されたことはカルテから明らかであり、個別の病院の問題ではなく、日本の精神医療の実態そのものである。精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法といった法律の欠陥であり、最低限の医療者で構わないとする精神科特例の問題でもあり、厚生大臣が地域医療政策への転換、適切な医療水準を確保するための病院に対する指導監督、長期入院者の救済を怠ってきたからにほかならない。

(2) 原告の入院の実態

原告の病状は落ち着いており、入院医療の必要性は認められず、原告は退院したいという希望を何度も訴えていたが、ことごとく否定された。主治医ではなく院長の了解が優先され、社会資源不足のため家族が受け入れない限り退院が進まないとされた。退院に積極的だった主治医が変われば退院の話は全く進まなくなるなど、入院による治療の一貫性もないばかりか、自分の病名や病状等も説明を受けることもなく、「入院していればいつか治る」などと誤信させられ、退院に向けた支援もほとんどなかった。

本来、原告の病状等に照らせば、地域社会で生活しながら治療を継続することが十分に可能であり、入院の必要性がないにもかかわらず、原告は入院を強制され続けてきた。その結果、原告は退院意欲を失い、形式上は任意入院となったことにより、原告に対する権利侵害はチェックされることなく入院を強いられていた。

(3) 日本の精神医療の仕組み－国の不作為

これらは原告あるいはD病院固有の問題ではなく、日本の精神医療制度の問題である。入院は容易でも退院は困難な日本の精神医療は、隔離収容政策そのものであり、その人権侵害性も明白である。被告が主張する最高裁の判断基準に従ってもその立法不作為は違法であり、入院と退院を表裏一体で考えていない法制度の欠缺は、条理によって救済されなければならない。被告は施設整備や地域ケア体制などを構築してきたと主張するが、日本の精神医療は「入れやすく出にくい」ままであり、原告に生じた権利侵害は、国が責任を負わなければならない。

(4) 任意入院制度

任意入院は「積極的に拒んでいない状態を含む」本人同意と解釈されているが、閉鎖処遇も多く、任意性や入院継続の必要性を審査する制度もない。「任意入院」という名の強制入院が成立しているといっても過言ではなく、原告もその被害者のひとりである。違憲な法律を改廃しなかった国会の不作為、および任意入院を監督する仕組みを構築しなかった厚生大臣の不作為は、違法なものである。

6. 第6回口頭弁論（2022年2月24日）

第6回期日から裁判長が交代した。被告国側から「準備書面（4）」が提出され、原告の主張に対する反論がなされた（古屋2022b）。概要は以下のとおり。

(1) 立法不作為について

原告側の主張に対して、被告国側は「統合失調症の患者が、症状による影響で自発的に治療を受けられない状況はあり得る。本人の利益を守るために強制入院が必要となる場合がある」と反論している。原告側の「医療保護入院の法文上、判断能力が低下している場合に限定されておらず、正当な目的があるとは解されない」という主張に対して、被告国側は『精神障害者措置入院及び同意入院取扱要領について』を引用し、「厳格な審査や定期的な研修等によって質が確保され、正当性が担保された精神保健指定医による判定を必須としており、無限定に入院が許容されているわけではない」と反論している。

原告側の「医療保護入院の『医療及び保護』の要件が曖昧である」という主張に対して、被告国側は、「精神疾患の特殊性として、個々の患者で対応が異なることから、医療保護入院の判断は画一的な基準で規制すべきではなく、基本的には医師の裁量が尊重されるべき」として、「1999年法改正時においても同様の議論がなされ、法律に基づく基準として一律に規定することはふさわしくないとされた」と当時の検討会の議論を示している。他方で、前述の通知は「疾患ごとに状態等に応じた入院必要性の基準を示しており、指定医の判定が必須であって、全て医師の裁量に委ねられているわけではない」としている。

原告側の「保護者等の同意要件は強制入院の正当化事由たりえず、強制入院の責任者を曖昧にさせ長期入院の原因となっている」との主張に対して、被告国側は、「精神保健指定医の判断があり、保護者等の同意の要件は長期入院の原因とは関係がない」と反論している。

原告側の「精神医療審査会が機能していない」という主張に対して、被告国側は「個々の事案の実情や実務上の運用における問題点等は、国賠法の違法性の要件である『権利侵害の明白

性』の要件を満たさない」としたうえで、「カルテに外泊や外出等の記載があり、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言い難い」と反論している。

(2) 精神医療政策の違法性

精神科特例について、被告国側は「その内容が一義的に定まるものではなく、その性質上から定めるべきともいえず、厚生大臣に作為義務は発生しない」とし、「精神科特例の存在と、原告が退院できなかったこととの因果関係について、原告の主張は具体的ではない」と反論している。また、隔離収容政策から地域医療政策に転換すべき義務については、「原告の主張から、条理に基づく厚生大臣の作為義務は認められない」とし、「勧告等を踏まえて、国は一定の施策を講じてきている」と反論している。

(3) 任意入院の違法性について

任意入院改廃の立法不作為について、被告国側は、「任意入院制度の目的、入退院の要件・手続等に鑑みて、任意入院の制度を定めた法の規定に『権利侵害の明白性』はない」として「書面によって本人の意思を確認し、退院制限も限定されており、退院請求も可能なこと等から、任意入院の制度により無制限な長期入院が可能とはいえない」と反論している。

厚生大臣の不作為について、「原告の主張から、条理に基づく厚生大臣の作為義務は認められない」としている。また、「原告が任意入院から退院できなかったことと具体的な主張・立証がなく、カルテからもそのような記載はない」と反論している。

7. 第7回口頭弁論（2022年5月16日）

原告側より「原告準備書面3及び4」が提出され、被告国側への反論が展開された。

(1) 入院治療の必要性のない強制入院

原告に入院治療の必要性がなかったことは、原告の入院時の様子、退院後の状態から明らかであり、国の不作為により原告が退院できず権利侵害が生じたのは、日本の精神医療に関する法や政策の問題であることを医師らが証言している。この状態が生じたのは、法が、医師に極めて広範な裁量を与える医療保護入院制度や、任意性を何ら担保せず事実上の強制入院を認める任意入院制度が、そのまま放置されてきたためである。また、精神医療の質を低下させ、低医療費・低人件費の原因である精神科特例の存在が改善されてこなかったからにほかならない。さらに、国が地域医療政策への転換や精神病院への指導監督を怠ったからであり、社会的入院者に対する積極的な調査介入救済をせずに放置してきたからにほかならない。国が作出した法や政策によって、原告の不要な長期入院という権利侵害が生じているのであり、国がその権利侵害を解消する義務を負うのは当然である。

(2) 国による積極的救済の必要性

国が、社会的入院者に対して積極的に救済しなければならない根拠の一つとして、被収容者の心理性があげられる。閉鎖的な施設生活の継続により人が無力化されることは、E・ゴッフマンの「施設症」研究から明らかにされている。全国精神障害者家族連合会も、施設症と社会的入院について全国的な調査を行ったうえで、「施設症」を生み出す構造は全国的に普遍的に存在すること、その背景には少ないスタッフ基準や低い開放病床率、長い平均在院日数、社会復帰活動ハ

の取り組みの乏しさ、そして地域の社会資源の乏しさ等が関与することを明らかにしている。この背景を解消できるのは国しかなく、国は原告に対して権利侵害を解消すべき義務がある。

(3) 医療保護入院の違憲性

医療保護入院の違憲性については、強制入院が人身の自由の制約そのものであるという観点から追加して主張する。患者の判断能力の欠如が要件でなかった同意入院制度は明らかに違憲であり、同要件が付加された医療保護入院も、曖昧な要件が放置され、手続きも不十分なままであり、憲法 31 条に違反する。社会的入院は 1983 年以降、5 万人以上も存在し続けるなど、医療保護入院が厳格に運用されていないことは明らかであり、合憲限定解釈のような運用もなされておらず、医療保護入院は違憲である。

8. 第 8 回口頭弁論（2022 年 8 月 22 日）

原告側から「原告準備書面 5」が提出された。立法府（国会）における精神医療政策の不作為事実を列挙するために、1965 年～ 2005 年の 40 年間にわたる国会議事録を精査し、国会議員の質問と厚生（労働）大臣及び政府委員の答弁、参考人の意見陳述等を抽出したものである。

国会での主要な論点としては、①社会的入院（社会復帰対策）、②精神科特例、③精神医療審査会、④地域精神医療への転換、⑤医療保護入院、⑥任意入院、⑦ハンセン病同様の隔離收容政策の問題、等が挙げられる。精神医療をめぐる問題は国会でも繰り返し議論されてきており、国会議員も政府も数多の課題を認識していたこと、作為義務を負いながら抜本的改革に着手せず先延ばしにしてきたことを示し、立法府の不作為責任を追及している。日精協会長も「いわゆる社会的入院と呼ばれるものは国の無策の産物」「国は精神障害者・精神医療関係者・国民に詫げるべき」と批判していること（山崎 2017）を付言している。

被告国側は「反論に時間を要する」と 3 か月後の裁判を求め、第 9 回期日は 11 月 29 日と定められた。

IV. 精神医療改革をめぐる動向

1. 日弁連「精神障害者のある人の尊厳の確立を求める決議」

ここまで、精神国賠の裁判の経過と争点を記してきたが、2020 年 9 月に精神国賠が提訴されて以降、2021～ 2022 年にかけて精神医療法制をめぐる議論が起きている。

日本弁護士連合会は、第 63 回人権擁護大会で「精神障害のある人の尊厳の確立を求める決議」を採択した（2021 年 11 月 30 日）。決議では「精神障害のある人に対する人権侵害を根絶するために、現行法制度の抜本的な改革を行い、強制入院制度を廃止して、これまでの被害回復を図り尊厳を保障すべく、国に対して法制度の創設及び改正を求める」ことが宣言され、具体的な改革のロードマップを詳細に示している（日本弁護士連合会 2021）。

2. 厚生労働省「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」

厚労省では、2021年10月より、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」（以下「安心検討会」と記す）が開催されている。第7回会合（2022年3月16日）では、精神科入院時の身体的拘束やアドボケイト、退院後支援とともに、「医療保護入院の廃止・縮小」が議題に上がり、障害者権利条約に係る国連の対日審査が迫っている背景もあり、急ピッチで議論が進められた。精神国賠で提起された医療保護入院制度廃止の行方について、厚労省は3月に「基本的には将来的な廃止も視野に、縮小に向け検討」との文言を記し注目されたが、4月には「将来的な継続を前提とせず、縮減に向け検討」に変わり、5月には「将来的な見直しについて検討」にトーンダウンした。検討会終盤に至って、検討会の構成員ではない日精協会長が参考人として出席し、冒頭1時間15分にわたる意見を述べる異例の展開があった（木原ほか2022）。国連からは「医療保護入院の廃止・縮小に向けた具体策とスケジュールの提示」が求められていたが、厚労省は医療保護入院の厳格運用等を精神保健福祉法改正に盛り込むことで乗り切ろうとしている。

3. 国連「障害者権利条約対日審査総括所見（勧告）」

2022年8月22～23日に行われた国連の障害者権利条約に係る対日審査（建設的対話）においても、厚労省は上記の姿勢を崩さず、日本からジュネーブの議場に駆け付けた120名の障害当事者たちは怒りと失望を語った（木原2022）。

2022年9月9日、国連の障害者権利委員会は対日審査の総括所見（勧告）を公表した（ボルケ2022）。精神国賠に係る事柄を抄出すると、日本国政府に対して国連は以下の「要請」と「勧告」を示している。

【日本国に対する要請】

- ①障害者の強制入院を、障害を理由とする差別であり、自由の剥奪に相当するものと認識し、実際の障害または危険であると認識されることに基づく障害者の強制入院による自由の剥奪を認めるすべての法的規定を廃止すること。
- ②認識された、または実際の障害を理由とする非合意的な精神科治療を正当化するすべての法的条項を廃止し、障害者が強制的な治療を受けず、他の人と平等に同じ範囲、質、水準の医療を受けられることを保証するための監視機構を設置すること。
- ③精神科病院に入院している障害者のすべてのケースを見直し、無期限の入院をやめ、インフォームド・コンセントを確保し、地域社会で必要な精神保健支援とともに自立した生活を育むこと。

【日本国に対する勧告】

- ①精神障害者の強制的な扱いを正当化し、不当な扱いにつながるすべての法的規定を廃止し、精神障害者に関するあらゆる介入が、条約の下での人権と義務に基づくことを保証すること。
- ②障害者の代表組織と協力して、精神医学的環境における障害者のあらゆる形態の強制的かつ不当な扱いの防止と報告のための効果的な独立した監視機構を確立すること。
- ③精神科病院における残虐、非人道的または品位を傷つける扱いを報告するための利用しやすいメカニズムを設置し、被害者のための効果的な救済措置を確立し、加害者の起訴と処罰を確保すること。

V. 小括

1. 被告国側の反論の評価

ここまで裁判の経過を記してきたが、最後に筆者なりのまとめを記しておく。

第2回期日では、被告国側は提訴内容に対して「不知」もしくは「否認」の姿勢で全面的に争う姿勢を示した。しかし、この時点での国の準備書面は簡潔なもので、いかなる理由で「不知」「否認」なのかの詳細は記されなかった。積極的に精神医療政策等の正当性を主張することはせず、原告側に主張立証をするよう求めている。

第3回期日では、被告国側の反論の「前提」として、原告の訴えは国賠法上の違法には該当しないと、退けることを裁判所に求めた。国会と厚労省の不作为(為すべきことを何もしなかった)責任を原告は訴えているが、国は応じる「職務上の法的義務」責任は無いと主張する。これらの「前提」は、旧優生保護法訴訟における裁判経過でも示されており、国が国賠を退けようとするときの常套手段である。

医療保護入院や精神科特例等については、同時並行で開催中であった厚労省の「安心検討会」で論点となっていることもあり、歯切れの悪い反論となっている。また、厚労行政としては時代状況に即した職務を遂行してきており、不作为のまま放置していた訳ではないと主張している(古屋2021g・2022a)が、反論書に記された法改正の内容や社会復帰対策・地域精神保健対策等の項目列挙の中に、精神科病院に対する介入施策は出てこない。わずかに最後に「精神科病院への指導監督権」に触れているが、「都道府県から要請が無かったために厚生大臣は発動しなかった」と責任を転嫁している。国が、これまでの施策の成果をポジティブに示すほどに、手を付けてこなかったネガティブな問題が浮かび上がり、入院精神医療に関わる行政の不作为が顕在化してきている。

2. 強制入院の是非と基本的人権

第5回期日では、原告弁護団より、原告が全く入院を要する状態ではないまま、不当に長期入院を強いられたことが示された。それは個別の病院の問題に限らず、全国のどこの病院でもあり得た。隔離収容政策による「入れやすく出にくい」日本の精神医療法制度によって生じた権利侵害であり、抜本的な政策転換を行わず長期入院者の救済を怠ってきた国に責任があることを、弁護団は様々な論拠を示し訴えた。さらには、医療保護入院だけでなく、決して患者の自由意思による入院になっていない任意入院も強制性を伴う違憲状態にあることを主張した。

原告側は、現行法に規定される医療保護入院・任意入院制度の欠陥と矛盾を指摘しているが、被告国は、精神障害を持つ人が病識不足のため適切な判断ができず治療拒否する問題を挙げ、現行法の合理性を主張している。しかし、諸外国にも強制入院制度はあるものの、個人の基本的人権に関わるため必ず司法(裁判所)が関与し、厳密な入退院手続きが法制化されている。日本の医療保護入院のような、家族等の同意に基づき退院期限の定めもない安易な強制入院制度は、世界で日本国にしかない。

障害者権利条約の対日総括所見では、強制入院制度は障害を理由とする差別であり、自由の

剝奪を正当化するすべての法的規定を廃止することを求めている。グローバルスタンダードの人権感覚に比して、日本国の社会防衛主義的な常識がいかに世界の非常識となっているかを示すものである。これらの要請・勧告等の内容は、現場の精神保健福祉士等の専門職の常識をも問うているのである。

3. 精神医療国家賠償請求訴訟の行方

精神国賠は、現在までに8回の裁判が行われている。毎回の裁判終了後には弁護士による報告会が行われ、当事者・家族・専門職等が30～70名参加している。原告・被告双方の提出した書面の内容について、専門職からは現行法の問題や現場の実態が語られ、当事者や家族からは自身の体験に基づくやり場のない怒りと哀しみが語られる。

精神国賠に至る政治的背景として、厚労省が入院制度と精神病床削減には踏み込まず、精神医療現場の実情に目をつぶって来た経緯がある。安心検討会の終盤の議論でも、長年にわたって日本の精神医療を体現してきた日精協の発言力と政治力が議論の方向を転換させ、精神医療に関わる政策決定プロセスを不可視なものにしている。被告国側の反論書を見ても、国連障害者権利委員会での答弁を見ても、この国の強制入院制度の現状を維持し、精神科病院の抜本的改革を回避する忖度が働いている。日本はなおも精神科病床数シェア世界一の「精神科病院大国」であり続けるのであろうか。

現行精神医療法制の根幹を問う、この裁判の隘路はどこにあるのか。長期社会的入院者と高齢化した死亡退院者を容易に生む構造を長年にわたって放置し、実効ある政策転換・法改正・予算措置を取らなかった、国の長年にわたる不作為責任が裁判では問われているが、先行きは不明である。

長期社会的入院は、原告の伊藤さんひとりの体験ではない。諸外国に類を見ない特異な日本の精神医療法制度によって生じている基本的人権侵害である。精神国賠研および原告弁護団としては、法律論に終始するのではなく、今後は法廷で精神医療ユーザーや現場職員の体験した具体的事実を証言陳述として示し、不作為のまま放置してきた国の責任を司法の場に訴えていく予定である。

VI. おわりに

これまで記述してきた精神国賠の背景となる日本の精神医療政策の歴史については、紙幅の限りもあり本稿では十分に触れることができなかつた。戦後の精神医療政策史と精神国賠の論理については改めてまとめたいと考えている。

精神国賠は今なお係争中の事件であり、現時点で全体を総括的に述べることはできないが、筆者自身が本学で定年退職を迎えるにあたり伝えておきたいことを記した。筆者としては、精神国賠の行方が、日本の精神医療における脱施設化に大きな影響を与え得ると考えている。社会的入院の解消を使命とする精神保健福祉士の国家資格化に取り組んだ者のひとりとして、精神国

賠のムーブメント形成に最後まで力を尽くしたいと考えている。精神科医療に従事する者や精神保健福祉士のみならず、多くの社会福祉関係者がこの裁判の行方に注目し、日本の精神科医療体制の抜本的改革に向けた運動に参画することを期待している。

謝辞

本稿をまとめるにあたり、精神国賠原告の伊藤時男さんはじめ、原告弁護団の方々、精神国賠研に集う会員・支援者の皆さまに感謝申し上げます。本稿は、日本社会事業大学の長期研究専念研修を得て取り組んだ筆者の実践研究の一部です。得がたいサバティカルの機会をいただいた学校法人日本社会事業大学に、こころより感謝申し上げます。

引用文献

- 古屋龍太（2015）精神科病院脱施設化論—長期在院患者の歴史と現況、地域移行支援の理念と課題。批評社
- 古屋龍太（2020）訃報：原告候補・渡辺秀憲さん国賠の思いを託し亡くなる。精神国賠通信 6, 1-2
- 古屋龍太（2021a）精神医療国家賠償請求訴訟が問う国家の不作为—問われる精神医療政策の歴史、この国のかたちと私たち。精神医療（第5次）3, 2-7
- 古屋龍太（2021b）日本初の精神医療国家賠償請求訴訟の行方—第1次提訴に至る経過と訴えの概要。精神医療（第5次）1, 79-84
- 古屋龍太（2021c）長期社会的入院から生還する契機となった東日本大震災—約40年に及ぶ精神科病院入院から精神医療国家賠償請求訴訟へ。精神保健福祉 52（2）, 92-94
- 古屋龍太（2021d）精神国賠訴訟（第一次提訴）第1回口頭弁論の詳細。精神国賠通信 14, 1-3
- 古屋龍太（2021e）被告国側は不知 / 否認で全面的に争う姿勢—第2回口頭弁論の報告。精神国賠通信 15, 1-3
- 古屋龍太（2021f）精神国賠第3回口頭弁論の報告—原告側準備書面の概要。精神国賠通信 16, 1-3
- 古屋龍太（2021g）不都合な真実を回避する厚労省—第4回口頭弁論で示された被告国側の反論書の概要。精神国賠通信 18, 1-3
- 古屋龍太（2021h）第5回口頭弁論の原告準備書面 2—任意入院の違憲性を追加主張。精神国賠通信 20, 4-5
- 古屋龍太（2022a）精神医療国家賠償請求訴訟の裁判の争点。おりふれ通信 410, 4-6
- 古屋龍太（2022b）被告国側は「作為義務」を否認—第6回裁判期日の報告。精神国賠通信 22, 1-3
- 古屋龍太, 東谷幸政, 葦沢明ほか（2020）精神医療国家賠償請求訴訟の法理論構成を考える—現行精神医療法制の瑕疵と長年に亘る国の不作为を問う—。病院・地域精神医学 62（3）, 242-245

一般社団法人精神障害当事者会ポルケ（2022）速報：障害者権利条約総括所見公表されました（速報）。ポルケホームページ <https://porque.tokyo/2022/09/09/crpd-2/>
長谷川敬祐，佐藤暁子ほか（2020）精神医療国家賠償請求訴訟（第1次）訴訟提起記者会見資料。4-20，精神医療国家賠償請求訴訟研究会
東谷幸政（2012）精神病院はいらない—精神医療国家賠償請求訴訟の意義。精神医療（第4次）68，78-86
伊藤時男（2021）原告意見陳述。精神医療国家賠償請求訴訟研究会パンフレット（第5版）。2
伊藤時男，古屋龍太（2023）かごの鳥—精神医療国家賠償請求訴訟の原告として。やどかり出版（印刷中）
日本弁護士連合会（2021）精神障害のある人の尊厳の確立をめざして～地域生活の実現と弁護士の役割。日本弁護士連合会
日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会（1998）わが国の精神保健福祉の展望—精神保健福祉士の誕生をめぐる。へるす出版
木原育子，中沢佳子（2022）精神疾患420万人進まぬ改革なぜ。東京新聞2022年6月10日朝刊「こちら特報部」
木原育子（2022）障害者権利条約初の対日審査。東京新聞2022年8月7日朝刊「こちら特報部」
松本真由美（2022）精神科医療の特異性。古屋龍太・大塚淳子編；精神保健福祉の原理。弘文堂，pp104-121，
渡辺秀憲（2019）胃全摘から国賠訴訟の原告になるまで（第1回～第3回）。精神国賠通信2，1-2，3，1-2，4，1-2
山崎學（2017）誰も教えてくれなかった。文藝春秋企画出版部，pp27-30，pp196-198，