

いわき病院医療が引き起こした矢野真木人殺人事件

相当因果関係と高度の蓋然性

平成 26 年 5 月 7 日 矢野啓司・矢野千恵 (inglecalder@gmail.com)

はじめに	3
1、事件の基本構造	5
2、矢野真木人は確実に生きている	7
3、相当因果関係と高度の蓋然性	11
(1)、因果関係の論理	11
(2)、相当因果関係の証明	13
(3)、いわき病院医療の相当因果関係	15
4、矢野真木人殺人に至る因果関係	18
(1)、事件に関する事実関係	18
(2)、事件を遡り因果関係を探る	22
(3)、渡邊朋之医師の位置から事件を再考する	26
(4)、因果関係を構成した要素	31
5、野津純一氏の放火暴行歴と結果予見可能性	34
(1)、野津純一氏の放火暴行	34
(2)、精神科医療の放火暴行歴は犯罪記録に基づく？	36
(3)、精神科医療と危機管理	37
(4)、いわき病院の精神科開放医療	40

6、渡邊朋之医師の精神科医療の問題	41
(1)、渡邊朋之医師の問題	41
(2)、渡邊朋之医師は医療者として不見識	43
(3)、渡邊朋之医師の錯誤	44
(4)、精神保健指定医としての責任	46
7、賠償請求が認められた判例と高度の因果関係	51
(1)、静岡養心荘患者による看護師殺人（静岡養心荘）事件	51
(2)、岩手北陽病院事件	53
(3)、東京拘置所MN被告自殺事件	54
(4)、市民として精神科医療裁判を行う	57
8、北陽病院事件に関する最高裁判例	58
(1)、北陽病院事件概要と本件裁判の参考となる理由	58
(2)、最高裁の北陽病院判決	61
(3)、最高裁判決を密かに否定したいわき病院	63
(4)、精神科開放医療と他害の危険性の予見性	65
(5)、精神科医療の健全さを損なう恫喝の主張	68
(6)、いわき病院の過剰な「高度の蓋然性」の論理	70
参考1、北陽病院といわき病院の主張	76
参考2、いわき病院の主張（第1準備書面）の論点	85
9、いわき病院「精神科開放医療」の過失責任	96
(1)、精神科病院の過失免責論	96
(2)、措置入院と任意入院及び病院の責任	98
(3)、いわき病院の法的責任	101
(4)、精神科開放医療の論理と倫理	103
10、渡邊医師の結果予見と回避義務違反	107
後記：(1)、精神科開放医療と過失責任	109
(2)、野津純一氏の社会参加	111

はじめに

いわき病院と渡邊朋之医師は野津純一氏の病状悪化と殺人事件行為を予見して回避しなかったことに関して過失責任がある。また合わせて、いわき病院と渡邊朋之医師は矢野真木人に対しても殺人事件の発生を予見して未然に回避しなかったことに関して過失責任がある。ところが、法律家から「いわき病院と渡邊朋之医師の野津純一氏に対する過失責任は確定的である。他方、野津純一氏を経た矢野真木人殺人事件に関して、相当因果関係と高度の蓋然性のこれまでにを行った証明では不十分と判断される可能性があり、高裁判決で勝訴することは、現時点では困難かも知れない」と指摘された。

いわき病院代理人が主張した、(いわき病院医療と矢野真木人殺人を結ぶ)「相当因果関係と高度の蓋然性の論理」は非科学的で間違った論理である。また殺人事件を含む重大な他害行為の発生を容認した非人道的な主張で、最高裁が北陽病院事件判決で既に棄却した論理である。「相当因果関係と高度の蓋然性」は難しい論理ではない。「普通の常識を持った人間であれば誰もが納得して同意する原因と結果を結ぶ論理と道理」である。

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(心神喪失者等医療観察法)は心神喪失又は心神耗弱の状態(精神障害のために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態)で、重大な他害行為(殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害)を行った人に対して、適切な医療を提供し、社会復帰を促進することを目的とした制度である。しかし、この法律では「心神喪失又は心神耗弱の状態(精神障害のために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態)」が「心神喪失者等」として現実には「心神喪失」では無いにもかかわらず幅広く認定される傾向がある。心神喪失で無い人間にも幅広く「心神喪失者等」を認定する事は、法的権利の否定でもあり、普遍的な人権を擁護して保全することにはならない。

殺人事件の被害者は最大の人権侵害被害者であるが、被害者本人自身が死亡しており事件事実を知る手段が限られる。事件が心神喪失者等医療観察法の手続きに乗せられると、被害者遺族といえども事件事実を知ることが不可能となる。このため、民事裁判を希望しても、法廷審議に必要な証拠を入手する事が不可能となる。少なくとも殺人事件被害者に対しては、心神喪失者等医療観察法は事件事実の隠蔽を幫助している。そして、人命が失われたにもかかわらず、犯人に責任を問わず、殺人事件当時に医療を行っていた精神科医療機関の医療事実関係を確認することを行わない社会慣行が法治社会であるはずの日本で形成されている。

いわき病院代理人の主張は精神科医療機関に過失責任を問わないことを当然の前提としている。しかしいわき病院と渡邊朋之医師が野津純一氏に行った医療で判明した事実は、不正確で錯誤した医療知識、薬剤添付文書を理解しない薬剤処方、そして経過観察を行わない怠慢である。これは「適切な医療」と言えるものではない。心神喪失者等医療観察法には「適切な医療を提供し、社会復帰を促進することを目的とした制度」という大義名分がある。ところが、いわき病院では「精神障害者の野津純一氏に適切な医療

を提供していない」事実が判明した。また、「野津純一氏の社会復帰を促進する」名目で、野津純一氏の放火暴行歴を聞いても聞かないこととして無視し、知らないから責任が無いとする、子供の論理の、精神科開放医療であった。

精神障害者の社会復帰を促進する医療は、治療放棄して何もしない、ほったらかしの医療ではない。心神喪失者等医療観察法の下では精神科医療機関が責任を問われる事態になる事は極めて限られている。このため、責任感が欠如した医療の存在を許している可能性がある。いわき病院と渡邊朋之医師のような医療対応が行われるならば、日本では精神障害者の治療は促進されず、精神障害者に「適切な医療は提供されない」。また適切な医療が約束されなければ、地域住民の理解が得られず精神障害者の「社会復帰は促進されない」。いわき病院と渡邊朋之医師はその冷酷な現実を示している。

控訴人矢野が控訴人野津に協力を求めて起こした本件裁判は、本当の意味で、精神障害者に「適切な医療を提供し、社会復帰を促進すること」を目的としている。更に、精神障害者の社会復帰の究極の目的が一市民としての社会参加であることを考えれば、市民に生命の犠牲があっても問題の解明を困難にする制度およびその運用は、本末転倒である。控訴人矢野は人権の普遍性を課題として、本件裁判に臨んでいる。

控訴人矢野は、いわき病院と渡邊朋之医師が矢野真木人の命を奪った責任を曖昧にすることを許さない。このため、いわき病院と渡邊朋之医師の精神科医療と矢野真木人殺人を結ぶ「相当因果関係と高度の蓋然性」に関して意見を提出する。控訴人矢野は普通の人間が合理的に納得する常識を尊重する。

いわき病院は精神薬理学の論争を新たに展開することを考えているようである。精神薬理学の大学教授の鑑定意見書を提出すると宣言した。問題の本質はパキシル（抗うつ薬 SSRI）の薬剤添付文書の「重要な基本的注意」に従わずに漫然とパキシルを突然中止してその後で経過観察をしなかったことである。その問題を SSRI 一般の薬理作用と使用法の注意事項に転換して、いわき病院に過失性が無いことを証明する意図があると推察される。また野津純一氏は 20 年以上継続した慢性統合失調症患者で、放火暴行履歴があり、直前にも暴行行為を繰り返した事実があり、複数回の再発エピソードを持つ患者に抗精神病薬（プロピタン）の維持療法を行わず投薬を中止したが、この統合失調症治療ガイドラインに逸脱した薬事処方を、プロピタン単独の薬理効果の問題として議論しようとする意図が見えている。精神薬理学の大学教授であれば、学問的な業績は優れていると確信する。しかしながら、本件は一般論ではなく、いわき病院が野津純一氏に対して行った個別事例に過失性が問われている。またその本質は経過観察を行わなかった治療放棄であり、医師の裁量権を云々できる問題ではない。過失の本質はメディカルモデルの外にある。新たに火中の栗を拾うことになる、精神薬理学の大学教授がどのように答えるか興味を持っている。

1、事件の基本構造

いわき病院長渡辺朋之医師が入院患者野津純一氏に行った医療が、患者に通り魔殺人事件を発生させるに至った事件の基本構造は以下の通りである。問題の本質は、精神医療の基本を守らない、いわき病院が錯誤と誠実性に欠ける医療を行った過失である。

①、任意入院を理由とした放火暴力歴の無視

いわき病院長渡辺朋之医師は野津純一氏が任意入院であることを理由にして、患者の放火暴行履歴を考慮しないで精神科開放医療を行い、入院患者の暴力行動に関して予見可能性を持つことがなかった。渡辺朋之医師は「任意入院」を免責の理由として繰り返し主張した経緯があり、主治医の確定意思として「任意入院患者に暴力行動を予見できない」と主張した。これは、精神保健指定医として決定的な過失である。

②、複数の向精神薬の同時突然中止

いわき病院は慢性統合失調症の入院患者野津純一氏に対して、平成 17 年 11 月 23 日から抗精神病薬（プロピタン）を中止して統合失調症の治療を中断し、同時にパキシル（抗うつ薬）を突然中止した。この処方変更と抗精神病薬の中止は統合失調症治療ガイドライン無視、及びパキシルの突然中止は薬剤添付文書指示違反である。渡辺朋之医師が以和貴会控訴審答弁書に記載したパキシル添付文書の解釈は国語力を疑うほどの、薬剤添付文書の重要な記述の理解に錯誤があった証拠であり、過失を決定づける。

渡辺朋之医師は平成 17 年 12 月当時では精神科専門医師の常識であった「パキシルを突然中止する危険性」を認識しておらず、重大な知識不足があった。また、渡辺朋之医師は、複数の向精神薬を処方変更したにもかかわらず、それに伴う医療・看護上の注意事項を看護師に周知及び指示していない。渡辺朋之医師は重大な処方変更に伴って行うべき、チーム医療を起動させなかった。

③、不適切・不十分な主治医の経過観察

渡辺朋之医師が複数の向精神薬の同時突然中止を行った後で、記録を残した診察は睡眠薬を服用した後の 11 月 30 日の夜間に一回行ったのみで、重要な時期の患者の経過観察に怠慢があった。渡辺朋之医師は「廊下で出会った」等として「経過観察した」と主張したが、医療記録のない主張は言い逃れであり診察行為を行った証明とはならない。

野津純一氏は平成 17 年 12 月 6 日の朝 10 時に診察要請をして主治医の渡辺朋之医師に拒否されたが、看護師から診察要請拒否を伝えられて「先生にあえんのやけど、もう前から言ってるんやけど、咽の痛みと頭痛が続いとんや」と怨嗟の声を上げた。重大な処方変更をした後で、患者から繰り返し行われた診察要請に主治医は応えていなかった。複数の向精神薬の処方変更を実行した主治医が病状の変化を自ら慎重に経過観察する意思を持たず、病状の悪化を訴える患者からの診察要請に応えず、放置した。抗精神病薬（プロピタン）とパキシル（抗うつ薬）を同時に突然中止すれば、患者に重大な病状の変化が発生する可能性があることは主治医として予想すべき事であるが、処方変更を

実行した主治医は結果予見性を持ち、緊急事態の発生を想定した対応していない。主治医が適切に経過観察を行わなかったことは過失である。

④、非医師の診察に基づいた判断と治療放棄

渡辺朋之医師は、複数の向精神薬の重大な処方変更を行った事実を病棟スタッフに周知せず、また観察と対応に関する指示を与えていない。しかし野津純一氏の観察は、自ら行わないで、重要な情報を与えられず適切な着眼点を持たない看護師に頼った。また、プラセボテストの効果観察を自ら行わず、看護師の一時的な観察報告に頼った。更に、12月5日からの野津純一氏の異常も、「看護師の風邪症状報告」を鵜呑みにして、主治医自ら行うべき、パキシル突然中止の副作用の可能性を検討していない。これらは、非医師の診察を容認した医師法違反である。その上で、12月6日朝10時には、看護師から伝えられた診察要請を拒否し、患者の病状を確認せずに漫然と患者に外出許可を出し続けた。事件発生は外出許可14分後である。問題の本質は、渡辺朋之医師の患者に対する無関心と治療放棄であり、精神科医療が殺人事件の発生を誘発した背景である。

⑤、看護義務違反

野津純一氏は12月6日の事件直前に凶器の包丁を購入したショッピングセンターのレジ係に顔面の癍痕（根性焼き）を目撃されていた。7日に逮捕された時には、数日が経過して黒化した火傷の癍痕が顔面左頬に確認された。野津純一氏は6日13時からから7日14時まで25時間いわき病院内にいたが、看護師は誰も顔面の異常を発見していない。野津純一氏はいわき病院内で根性焼きを顔面に自傷して数日を過ごしていたが医師も看護師も誰もその自傷を発見することがない、おぞなりの医療と看護を行っていた。精神科看護の基本は患者の顔面を正視して毎日の病状の変化及び精神の状態を確認することである。いわき病院の患者の顔面確認も行わない看護義務違反は明白である。主治医の渡辺朋之医師はその拙劣な看護師の報告に頼り、医師自らが行うべき経過観察の義務を果たさず、漫然と通り魔殺人事件の発生が起こるにまかせたのである。

⑥、当時の一般の水準からひどく劣った「医療」

I G鑑定人は事件後5年半後の平成23年7月に提出した鑑定意見書で「事件当時の医療水準では責任を問えない」また「大学病院でもない一般病院の一般の医師には責任を問えない」と主張した。しかし、事件は一般病院の一般の医師には不可抗力の事故ではない。事件に関連した野津純一氏に対する精神科医療で、当時と現在とで責任を問題にできないほど質的に変化した項目は存在しない。また、大学病院と一般病院の違いを主張できるほどの医療水準に関わる問題も存在しない。I G鑑定人はパキシルの突然中断の問題と継続使用の危険性に関する問題を意図的に混同させており、鑑定意見書は裁判官の錯誤を誘導した許されないものである。

事件は主治医の錯誤と知識不足及び日常の基本的な医療行為の怠慢で発生した。いわき病院が精神医療の基本を誠実に行っておれば事件は発生するはずがなかった。問題の本質は、日常医療の基本が徹底されていなかったところにある。いわき病院の渡辺朋之医師は、医療の基本を遵守せず、結果予見性と結果回避可能性を想定した精神科開放医療を行わなかった過失がある。

2、矢野真木人は確実に生きている

高松地裁判決（P.46～47）は（被告以和貴会及び被告渡邊の主張）として「甲事件原告ら及び乙事件原告らは、その主張する過失がなければ亡真木人に発生した死亡結果を回避できたことを80～90%以上の確率をもって具体的に想定できておらず、甲事件原告ら及び乙事件原告らの主張が高度の蓋然性のレベルで立証されたとは到底言い得ない」と記載した。これは極めて残酷な設問である。矢野真木人の両親である控訴人矢野に「矢野真木人の死は80～90%確定的であったが、それを回避できた可能性を80～90%以上の確率で証明せよ」と突きつけたことになる。

殺人事件の発生は極めて希であり、今日の日本で「不慮の死」に見舞われる可能性は極めて低く、矢野真木人の死が予め「80～90%確定的である」ことはない。本件は精神科医療に関連するが、精神科病院には本来の機能として安全メカニズムがあり、殺人事件の発生は自動的に抑制されるものである。従って、いわき病院の医療として「人命損耗事件（自殺や殺人）の発生を80～90%以上の確率をもって具体的に想定すること」も、本来あり得ない設問である。そのあり得ないことが、いわき病院で発生し、いわき病院が外出許可を行うに当たり容認した70%までの殺人被害者として矢野真木人は殺害された。不幸な事件が発生した場合、行った医療の過失性を厳しく検証する必要がある。

薬事処方変更を行うことは主治医の権限であり、そのことでは過失と主張できない。しかし、薬事処方変更の内容及び変更後の経過観察などの事後管理には過失性を問うことができる。渡邊朋之医師が平成17年11月23日（祝日）から主治医として野津純一氏に実行した複数の向精神薬の同時突然中止の処方変更と、経過観察を適切に行わない事後管理にいわき病院の過失責任が問われてしかるべきである。もし、いわき病院の渡邊朋之医師が薬事処方変更を適切に行い、また仮に薬事処方変更に問題があったとしても、経過観察を適切に行い、野津純一氏の病状の悪化に適切に対応して、いわき病院が適切な看護と外出管理を行っていたならば、矢野真木人は100%確実に現在でも生きている。

高松地裁が控訴人矢野に与えた課題は「矢野真木人が通り魔殺人されない条件を、いわき病院の精神科医療から証明（指摘）せよ」となる。控訴人矢野は「以下の①～⑧の精神医療的事実の一つでも」あれば、矢野真木人は現在でも健在で社会生活を全うしていると確信する。控訴人矢野は「以下の①～⑧の全てを満足する条件」と言っていない。一つでも実行されていたら、矢野真木人が通り魔殺人事件の被害者になる事は無かったと指摘する。以下の①～⑧の事例は、本来精神科病院の安全メカニズムとして普通で当然のことである。その普通で当然のことがいわき病院では実現していなかった。

健康で健全な生活を行っていた28才の男性である矢野真木人が交通事故でもないのにある日突然死亡する確率が「80～90%以上」ということはあり得ない。それが発生したことが「異常」である。以下の①～⑧が行われなかったことは、精神科病院として「異常」であり、特定の病院で常態であることは許されない。控訴人矢野はいわき病院で①～⑧の異常が普通の常態であったという酷い現実の中でも、その内の一つでも正常・普

通であれば、通り魔殺人事件は発生するはずがない。しかしながら、いわき病院の渡邊朋之医師の医療で殺人事件は発生した。不幸な事件の発生を許したこと、事件の発生を容認する状況を放置したことに、過失責任が問われなければならない。

①、ケース・カンファレンスで情報共有しておれば矢野真木人は生きている

渡邊朋之医師はいわき病院にケース・カンファレンスを導入したが、遅刻の常習者で主治医が同席しない会議に意味は無く行われなくなった。平成17年11月23日（水：祝日）から向精神薬の大規模な処方変更を行ったが、ケース・カンファレンス（職員間の重大な情報の共有）は行われず、複数の向精神薬を同時に突然中止する普通ではない治療を実行することに関して病院スタッフ（医師、薬剤師、看護師、作業療法士等）に周知し協力体制をつくることがなかった。

渡邊朋之医師は、薬剤師の協力を得られず、処方変更の対象となった向精神薬の添付文書に記載された重大な注意書きなどを確認し、処方変更後に医師と看護師等が行うべき観察と診察事項等を周知することがなかった。更に他の精神科医や内科医に重要な情報が伝えられず、野津純一氏の病状変化を適切に診察する協力を得られなかった。また、看護師は看護の留意点を承知して野津純一氏に対応することがなかった。渡邊朋之医師がケース・カンファレンス（情報を共有する打合せ）を行い、病棟スタッフに慢性統合失調症患者に複数の向精神薬を同時に突然中止する情報を共有しておれば、精神科病院の安全保持機能が起動して、野津純一氏が重大な他害行為を行うことを未然に防止することが可能であった。従って、矢野真木人が通り魔殺人されることもない。

②、処方変更を統合失調症治療ガイドラインや添付文書に従って適切に行っておれば矢野真木人は生きている

渡邊朋之医師は11月23日（祝日）から抗精神病薬（プロピタン）とパキシル（抗うつ薬）を同時に突然中止し、合わせてアキネトン（アカシジア緩和薬）の筋注も中止した。渡邊朋之医師が複数の向精神薬を同時に突然中止せずに、一つ一つ、患者の病状の変化を確認しつつ投薬量の削減や、抗精神病薬の変更などの対応をしておれば、野津純一氏の急激な病状の悪化や、激越、焦燥、錯乱等の攻撃性（H16年入院前問診で父親は「焦燥感から暴力出る」と申告）の亢進は避けられた。更に、薬剤師が協力して、向精神薬の突然中止に伴って発現する可能性がある症状を、医師や看護師に周知しておれば、野津純一氏に発現した異常の兆候を見逃さない対応が可能であった。この場合、野津純一氏の他害衝動の発現は抑制され、結果、矢野真木人が殺人されることはない。

②、医師が経過観察（問診と診察）を行っておれば矢野真木人は生きている

渡邊朋之医師は11月23日（水・祝日）に処方変更を行ってから野津純一氏が身柄拘束された12月7日（水）までの14日間で11月30日（水）に睡眠薬を服用した後の夜間に1度しか患者野津純一氏を診察した記録がない。渡邊朋之医師は12月3日（土）にも夜7時以降に外来診察室で野津純一氏を30分以上診察したと主張したが、問診内容の記録は存在しない。また同日12月3日の看護記録に基づけば、野津純一氏は朝から体調が悪いことを訴え続けており、その患者を診察した主治医が向精神薬処方変更後の病状の悪化に気付かないとしたら、精神科専門医としてはあり得ないはずの、診断ミスであ

る。渡邊朋之医師は必要とされる経過観察を行わない過失があった。しかし、いわき病院の他の精神科医師や内科医が複数の向精神薬の同時突然中止の事実を承知して、慎重な診察を野津純一氏に対して行っておれば、12月3日（土）以後の病状の悪化を確認する事は可能であった。この間にプラセボ注射や風邪薬のレセプト承認が行われているが、患者を直接観察した記録ではない。

プラセボテストは12月1日（木）21:20時に開始され、翌2日（金）11時のプラセボ筋注の後で、看護師が12時に「プラセボ効果あり」の報告をした。しかし野津純一氏はその直後の15:30時からアカシジアに苦しみ始めて、3日（土）は1日苦しみ、4日（日）も1日中アカシジアで苦しんだ記録が看護記録に残されている。渡邊朋之医師はプラセボを「3日だけ試す」と治療計画していたのであり、看護師の報告に頼らずに、医師自らが確認診察をする義務があった。渡邊朋之医師がプラセボ効果確認の間診と診察を予定通り12月4日（日）か5日（月）までに行っていたならば、野津純一氏の異常に気付き治療的介入を行ったはずである。その場合、野津純一氏の病状は改善して、他害衝動の亢進は抑えられた。その結果、矢野真木人を殺人することはなかった。

④、自傷行為を発見しておれば矢野真木人は生きている

野津純一氏は12月7日（水）に逮捕された時に顔面左頬にやけど傷（根性焼き）が確認されており、警察に「事件の2～3日前（12月3～4日）に自傷した」と供述した。看護師が野津純一氏を正視して、表情を観察し、検温などを行っておれば、根性焼きを発見できたはずである。しかし、野津純一氏の顔面に根性焼きがあることが確認されている12月6日（火）13時から7日（水）14時までの25時間、野津純一氏はいわき病院内にいたが、看護師は誰も根性焼きを発見していない。いわき病院の看護は、患者の顔面を確認せずに、顔面の重大な異変を見逃す精神科看護であった。看護の過程で根性焼きの自傷行為を発見しておれば、治療的介入のきっかけとなり重大な他害行為である殺人に発展することはなかった。結果として矢野真木人は殺人されることはなかった。

⑤、パキシル離脱症状の頭痛を診察確認しておれば矢野真木人は生きている

12月5日に野津純一氏は「37.4℃の発熱で風邪症状」と看護師が判断したが、6日（火）10時に渡邊朋之医師に診察を拒否されて「先生にあえんのやけど、もう前から言ってるんやけど、咽の痛みと頭痛が続いとんや」と発言した。野津純一氏は風邪3大症状のうち鼻症状と咳がなく「頭痛が以前から続いており、5日に風邪薬では頭痛は治っていなかった」のである。パキシル中止の重要注意事項に「頭痛」があり、パキシル中止時の「異変」の症状に関する情報がいわき病院内で周知されていたならば、「風邪、又は薬で効かないパキシル突然中止に伴う離脱」の可能性を疑うべき状況であった。薬剤師の協力を得ない、渡邊朋之医師といわき病院の過失である。12月5日（月）には渡邊朋之医師はパキシル（抗うつ薬）を突然中止した主治医として、野津純一氏を診察する義務があった。その上で、6日（火）の診察要請である。渡邊朋之医師が野津純一氏を診察しておれば、病状の悪化を確認できたはずである。その結果、治療的介入を行うこととなり、矢野真木人殺人は未然に防止できた。

⑥、6日（火）朝の診察要請を拒否しなければ矢野真木人は生きている

渡邊朋之医師が12月6日（火）朝10時の野津純一氏が看護師を通して要請した診察依頼を拒否せず、自らもしくは他の精神科医師に要請して野津純一氏を診察しておれば、本件犯行の動機と刑事裁判で認定されたされた、野津純一氏の異常（父親悪口の幻聴、被害関係妄想、激しいイライラ）を発見して、殺人事件の発生を未然に防止できた。渡邊朋之医師は複数の向精神薬を同時に突然中止した主治医であり、診察要請に応える義務があった。慢性統合失調症の野津純一氏に抗精神病薬の定期処方を中止して、統合失調症の治療を中断している状況は、普通の状態ではない。渡邊朋之医師がパキシル（抗うつ薬）を突然中止する危険性の認識を持たなかったことは過失であるが、パキシルの突然の中止の危険性の認識を持つとともに、抗精神病薬定期処方を突然中止した時の危険性に関する認識を当然持つべきであった。精神科専門医師として基本中の基本である。精神科専門医師の義務として、野津純一氏の診察要請に応える必然性があった。地裁判決はこの点を避けている。渡邊朋之医師が義務を誠実に全うする医師であれば、矢野真木人は今日でも確実に生きている。

⑦、野津純一氏が激しく落胆しなければ矢野真木人は生きている

平成17年12月3日（土）以後の野津純一氏は精神症状発現とアカシジア症状（イライラ、ムズムズ、手足の振戦）が極度に亢進して耐えられない状態にあった。本人は渡邊朋之医師の診察を希望したが、主治医は患者からの診察希望を無視し続けた。渡邊朋之医師は患者に処方変更を行い複数の向精神薬を同時突然中止後であるし、更に、プラセボテスト中でもあるので、患者から診察希望が伝えられた場合には、診察をする義務があった。6日（火）朝10時に定期健診の担当看護師が野津純一氏の診察希望を伝えた。これは異例のことであり、渡邊朋之医師はいわき病院長として拒否できない状況にあったが診察拒否を行った。野津純一氏は激しく落胆して「先生にあえんのやけど、もう前から言ってるんやけど、咽の痛みと頭痛が続いとんや」と、恨みの声を発した。そして、「イライラ解消に誰かを殺す」決心を実行することにした。この決心は余人には知る由もないが、統合失調症の思考の歪曲であり（SG鑑定人）、野津純一氏に激しく落胆することが無ければ、殺人を実行する決意は無く、従って、通り魔殺人事件は発生せず、矢野真木人は今日でも生きている。そもそも、激しく落胆した患者の状況の変化を察知してこそその精神科病院という精神医療専門家集団である。

⑧、外出時の患者の精神状態確認を行っておれば矢野真木人は生きている

いわき病院のアネックス棟の任意入院患者は外出簿に時間と目的を記載するだけで、たとえ帰院時記載が無くても翌日も看護師が患者の状態を確認する事無しに、日中自由な外出を許していた。本来は、医師や看護師などのスタッフが、毎日「入院患者の精神状況を確認」する義務がある。いわき病院は極端に反応して「身体検査」（地裁判決は「帰院患者を見逃さず必ずチェックする体制構築」）と言うが、患者の状況確認は本格的な身体検査や厳格なチェックを意味しない。医師や看護師が声かけして反応を見るか、専門家として患者のその日の状態を正面からの目視で確認して記帳できることである。外出時に患者の状況を確認しておれば、野津純一氏の病状の悪化や顔面左頬の根性焼きの自傷行為を発見できた。その場合、市中で殺人をする決意を固め外出する患者の表情から一時的な外出制限や、付き添い付きの外出等の対応を取ることで、野津純一氏がショッ

ピングセンターで包丁を購入することは防止できた。結果として矢野真木人が通り魔殺人されることもなかった。いわき病院が怠ったことは、日常の患者の状態の確認である。

3、相当因果関係と高度の蓋然性

いわき病院の論理は、「(控訴人が主張する)理想はそうであっても、当時の地方の民間病院の一般的水準ではそこまで責任を求められるものではない」という主張であり、明確な根拠を示さずに、裁判官が判断不能になる事を目論んでいる。この論理は高松地裁判決では極めて有効であった。しかしながら、いわき病院で野津純一氏に行われた医療の実態は、「当時の一般的な精神医療水準、当時の一般的な薬物療法の知識、当時の一般的な精神保健福祉法制度運用水準、また、地方民間病院の医師である渡辺朋之医師程度の水準であっても」、常識的で可能なことがなされていない事実があり、主治医自らが入院患者による不特定第三者の生命に対する重大な危害の発生を誘引したのである。矢野真木人殺人事件が発生した本質的な問題は、医師であり、精神保健指定医であり、いわき病院長である渡辺朋之氏が、「精神科専門医であれば本来持っているはずで当然使えるはずの技量すら持たなかった」ということに尽きる。

本件における、相当因果関係と高度の蓋然性の議論は、いわき病院代理人が言葉の遊びで、因果関係を歪曲して必要以上に複雑化した、日常的で普通に行われる精神医療の実態からかけ離れた論理である。しかし、「渡辺朋之医師が、主治医として受け持った患者野津純一氏に、精神医学の常識に基づいた普通の医療と看護を行い、経過観察を行っておれば、決して事件は発生しなかった」ことに気付く必要がある。いわき病院では常識的に行われるはずの普通で一般的な医療が行われていなかったのである。

いわき病院代理人の本件裁判における高度の蓋然性の主張は、北陽病院事件で最高裁に棄却された上告理由に、数値基準を導入するなどして殊更に複雑化したものである。裁判官が判断不能になる事だけを目的とした謬論であることは、いわき病院代理人の主張が必然的に10人中7人までの殺人行為を容認するところに現れている。また、矢野真木人はいわき病院が発生を容認した10人中7人以下の殺人事件の犠牲者である。

(1)、因果関係の論理

①、いわき病院代理人の主張

いわき病院代理人はいわき病院第11準備書面(平成22年12月17日付)で高度の蓋然性の主張を行った。そして救急救命率の論理を引用して、「医学的に80~90%程度以上(いわゆる「十中八九」)の救命可能性を要するというべきである(P.9)」との結論を導いた。その上で、「少なくとも、原告が主張する(中略)過失によって、本件犯行が発生し、亡矢野真木人が死亡したとの可能性が、80~90%程度以上の確率をもって証明できなければ、先例に照らし、およそ「高度の蓋然性」という因果関係認定の要件を充足するに足りないことは明らかである(P.14)」と結論づけた。そして、「[統合失調症患者に抗精神病薬(プロピタン)を中止した過失]についても、抗精神病薬中止によって80~90%の確率で(つまり10人中8ないし9人の患者が)本件のような殺人行為に至るという客

観的かつ科学的根拠が存在しない以上、これを本件犯行と「高度の蓋然性」をもって結びつけることは到底不可能である (P.28)」と結論づけた。

高松地裁判決 (P.46~47) は (被告以和貴会及び被告渡邊の主張) として「甲事件原告ら及び乙事件原告らは、その主張する過失がなければ亡真木人に発生した死亡結果を回避できたことを 80~90%以上の確率をもって具体的に想定できておらず、甲事件原告ら及び乙事件原告らの主張が高度の蓋然性のレベルで立証されたとは到底言い得ない」と記載した。そもそも矢野真木人が生存している時点で、被害者を矢野真木人と特定して殺人事件の発生を 80~90%以上の確率で具体的に予見して回避できる筈がない。本件は通り魔殺人であり、予見可能な被害者は不特定である。いわき病院は不可能な高度の蓋然性論を展開したが、いわき病院が結果予見性を持つ常識的な精神科医療を行っておれば野津純一氏の殺人は結果回避できた。そして、矢野真木人は現在も 100%存命である。

いわき病院が控訴人に突きつけた「高度の蓋然性を証明せよ」という要求は「10人中8ないし9人の患者が殺人行為に至るという客観的かつ科学的根拠」を証明できなければ、いわき病院の精神科医療には過失は無い」とする主張である。この主張が社会的正統性を持つならば、日本では殺人事件の横行に歯止めがかからない。現実には矢野真木人は殺人された。いわき病院代理人が数値化した主張を行ったことがそもそも間違いである。

②、いわき病院代理人の法廷テクニック

「高度の蓋然性」の論理は、いわき病院代理人が精神医療裁判専門家として必要以上に混迷させたものである。殺人を容認し、社会的に現実性がない議論を強要することは、結果として人権否定に繋がる。いわき病院代理人は日本精神科病院協会の顧問弁護士であり他の裁判でもこの論理を多用している可能性があるが、この非人道的な主張に基づく、殺人の蔓延を容認する「非常識な法廷テクニック」を増長させてはならない

③、常識を無理筋の論理に置き換えて殺人を容認する論理

いわき病院代理人は「法的な直接因果関係、相当の因果関係」を求めて、実際の社会では現実性がない要求を突きつけている。この問題を曖昧にすれば、無茶な論理が既判例として法廷で幅をきかせる恐れがあるため、厳しく対応する必要がある。また、いわき病院 (渡邊朋之医師) が行った精神科医療の過失が明らかになれば、その過失によって第3者に与えた損害の責任は、その損害の大きさの如何を問わず、病院側が損害の大きさに応じて取るのは当然である。

直接因果関係を証明する要件として、十人中で八~九人の第三者が殺人されることと精神科医療の過失との因果関係など証明できるはずがない。裁判所がそのようなレベルの因果関係を求めるならば、いわき病院の精神科医療の過失を免罪し、結果的に殺人を容認する判決になる。いわき病院代理人の論理が認定されることになれば、法制度の不備が問題か、法制度の解釈が間違っているのか、改めて検討する必要が生じる。いわき病院の患者への過失 (入院医療契約の債務不履行) を認定して「十中八九の因果関係を求めるいわき病院代理人の理論の非人道的」側面を明白にする必要がある。

④、高度の蓋然性は数値ではない

いわき病院代理人は、「病院の過失を証明することは、治療と殺人との間の関係に高度の蓋然性が認められることだ」と主張し、病院から外出した患者が、8～9割以上の確率で殺人を行う状態とした。しかし、高度の蓋然性の言葉は100%ではないというところにポイントがあり、これを「80%から90%以上の確率」と言い換えると誤解が生じる。そもそも言葉としては、「可能性としては大いにある」、「通常の人が普通に考えれば容易に納得する」という意味であり、数量化することは本来無理で、間違いである。

特に矢野真木人の殺人という1つの例しか無い事件をとって、確率を論じることはできない（できるとすれば、実際に殺人は行われたのだから100%としか言えない）。無理に確率論を持ち込むのであれば、10人の野津純一氏が外出したとすれば、8人から9人の殺人が起きるまでは過失ではないという非人道的で恐るべき論理になる。いわき病院代理人は、「高度の蓋然性」の「高度」という言葉が持つ意味に対する「誤解」を利用して、非現実的でしかも恐るべき非人道的で殺人を容認した論理を振り回した。

⑤、数字で何%と言えない相当因果関係

因果関係の検証で「相当」という表現するのは数字で何%とは言えないからであり、80%とか90%という場合でなくても論理的な整合性があれば過失は認められる。北陽病院事件でも最高裁は何%の危険性があつたからとして、通り魔殺人に対する病院側の責任を認めたわけではない。相当程度の可能性で、高度の蓋然性は最高裁で認定された。

渡邊医師が、以下の全ては仮定の話であるが「突然複数の向精神薬を中止しなければ」、「添付文書の注意書きを守っていれば」、「経過観察をしっかり行っていれば」、「途中で気がついて処方薬を元に戻していれば」、「事件当日に診療に応じていれば」、「根性焼きに気がついていれば」、「外出時のチェックを行っていれば」、更に「外出で誰かが付き添っていれば」また、「渡邊医師が普通のレベルの精神科医であれば」、どこかで安全弁が一つでも働いて事件は起こりえなかった論理となる。高度の蓋然性は常識を尊重した判断であるべきである。

⑥、高度の蓋然性とは「誰もが容易に納得する道理」

高度の蓋然性とは、「常識を持つ人間の殆どが容易に納得する」という意味である。そもそも、数値に置き換える必要が無い、誰もが容易に納得する道理である。

(2)、相当因果関係の証明

いわき病院の不法行為（重大過失）と矢野真木人殺人事件とは相当因果関係がある。患者を経過観察せず何のケアもしないで外部に外出させたいわき病院の過失とその患者（野津純一氏）が外部で事件を起こしたことに高度の因果関係（責任追及の論理）は存在する。そもそも、渡邊朋之医師が平成17年11月23日（水・祝日）から行った複数の向精神薬の同時突然中止と、その後に経過観察を適切に行わず、病状の悪化を見逃して、放置した過失がなければ、野津純一氏は通り魔殺人をしない。結果、矢野真木人は現在でも100%の確率で生存している。

①、論点 A：「当時の一般水準の精神科医師である場合には、殺人・傷害事件が発生する可能性を予想できたか。」

→普通のレベルの誠実に仕事をする医師であれば予想できた。

- 1)、野津純一氏は過去の放火暴行履歴が存在し、いわき病院に入院時に本人及び両親が申告していた。更に、いわき病院に入院後に看護師に対する暴力行為があったが、主治医を交代した渡邊朋之医師は、それらの事実を軽視して詳細な調査分析を行うことを怠り、統合失調症治療中止時にも考慮しなかった。
- 2)、複数の向精神薬の同時中止（抗精神病薬（プロピタン）の突然中止とパキシル（抗うつ薬）の突然中止）は、慢性統合失調症患者の治療の中断であり離脱の危険性を高め、かつ自傷他害の衝動性を亢進する恐れが極めて高いことは、当時でも現在でも基本的な常識である。それらの知識は、統合失調症治療ガイドラインや、パキシル等の薬剤添付文書を見ればだれでも簡単に理解できる情報である。
- 3)、野津純一氏は事件の直前に、根性焼きを行っており、渡邊朋之医師は主治医として経過観察を普通に行えば、患者が危険な状態にあると容易に予測できた。いわき病院では、適切に経過観察をするよう看護師に指示しておらず、渡邊朋之医師も、診察を求める患者の要望を拒否したので、患者の病状（精神症状とアカシジア）が「根性焼きをしても耐えられないほど」悪化していた等の事実が何も分からなかった。結果予見可能性を持たなかったのは、渡邊朋之医師の怠慢と不作為が原因である。
- 4)、渡邊朋之医師は診察しておらず、知らなかったから責任は無いとする論理は主治医として責任放棄の過失である。

②、論点 B：他人のうち、特定の者（矢野真木人）を殺害することは予想できたか。

→できなかった。

高松地裁判決（P.46～47）は「矢野真木人に発生した死亡結果を（未然に）回避できたことを 80～90%以上の確率をもって具体的に想定」する高度の蓋然性を証明するように求めた。渡邊朋之医師は複数の向精神薬の同時突然中断で、自傷他害の衝動が野津純一氏に亢進することは予測できた。しかし、患者が激高した状態で外出を許可する際に、特定の誰かを攻撃することは予め予見不可能である。野津純一氏は、たまたま出会った攻撃し易い相手を選んだもので、矢野真木人が犠牲者となったのは全くの偶然である。渡邊朋之医師は自傷他害行為が発現する可能性を予見して、適切に結果回避の対応をしていたならば、矢野真木人は今日でも 100%生きている。

③、論点 C：いわき病院の治療行為の変更がされた時点で、普通の一般水準の医師であれば殺人・傷害事件を回避できた可能性はあるか。

→ある。

- 1)、渡邊朋之医師が、普通の常識的な能力を有する精神科医師であれば、また主治医として必要な経過観察をしておれば異常を発見することは可能であった。特に、処方変更後に経過観察を行うことは、当時でも現在でも変わることがない医療の基本で

あり、また常識である。

- 2)、病状が悪化した野津純一氏に対して、向精神薬の投薬を再開し薬量を元に戻しさえすれば、症状が緩和し、殺人衝動が減少したことは容易に想像できる。突然中断した薬剤の使用上の注意に従うなら、そうしなければならなかったし、そうすることが対応の基本である。更に、渡邊朋之医師は野津純一逮捕後には、そのように処方した。渡邊朋之医師が事件後に何が原因かを理解した証拠である。
- 3)、患者野津純一氏は、緊急の診察要請を担当看護師を通して伝えた。主治医がこの診察要請を拒否しなければ、通り魔殺人行為に及ぶことを回避できた可能性は大きい。元々、野津純一氏には矢野真木人を含む市中の通行人を個人的に攻撃対象にする動機や恨みはなく、向精神薬の突然中断による激高がおさまれば、外出時に包丁を買うことも無く、殺害に及ぶこともない。

④、論点D：いわき病院は、事件の発生を回避する努力をしていたか。

→事件発生回避の努力は全くしていない。

- 1)、主治医の渡邊朋之医師は薬剤師の協力を得ておらず、重大な向精神薬の処方変更と、関連する重要注意事項を病棟看護師などの精神科医療スタッフに知らせていない。
- 2)、処方変更後の精神障害の病状の経過観察の注目点と、異常を発見した際の対応を明確に指示していない。
- 3)、いわき病院の医師も医療スタッフも危機意識を持たず、患者を放置した。野津純一氏が殺人後に病院に戻ったときも、返り血や食欲不振にも注意を払わず、逮捕されてから患者がいないうちに気がついたようなお粗末さであった。

⑤、(結論)

常識論に基づけば、「因果関係の存否は、結局のところ、発生した損害を誰に負担させるのが公平であるかという社会通念から決定される」と考えることが正しい。野津純一氏の放火暴行履歴に基づけば、再発時で激高した場合には、病院内の看護師だけでなく不特定の者に対して殺戮行為を働くことは十分に予見できた。野津純一氏が激高状態に至った原因が、いわき病院（渡邊朋之医師）の治療上の重大な過失によるものであり、本件事件で事前の結果予見可能性を持ち得たのは唯一主治医の渡邊朋之医師であった。

(3)、いわき病院医療の相当因果関係

①、措置入院と任意入院の違いの問題では無い

いわき病院代理人は、「北陽病院のケースは、措置入院であるので本件には当てはまらない」と主張したが、控訴人は納得しない。いわき病院に任意入院していた野津純一氏のケースでは、任意入院のまま、外出等の行動を本人同意の上で制限することが可能であり、開放か閉鎖かという精神医療の在り方論以前の問題である。いわき病院は、通常の当然行すべき診療（精神状態の観察と診断及び治療的介入）がなされていたか否かが問われる。「渡邊朋之医師の医療行為により、自傷・他害行為の危険性を誘発してその状況を放置したこと」は論外であり、「措置入院でなく任意入院だから医師は非常識な医療を行っても免責されるべき」という論理は無い。

③、任意入院のまま危険回避は可能だった

任意入院のまま危険回避は可能であったが行わなかったこと、危険性を把握・評価を行う基本的な診療が行われていなかったこと、危険性を把握・評価に関する看護観察に関する指示や体制づくりを行っていないこと、これらの危険性を病院管理者自らがより緊急度のある状態に増大させ放置した。このことで渡邊朋之医師は医療者としての資格が問われるべきである。措置入院にするかどうかは、医療行政的な手続きで、実質的には、いわき病院では、任意入院患者が措置入院患者と同じ状態（病状）になってしまっていたことに気がつかずに、何も対処しなかつただけのことである。任意入院であることを怠慢の医療を許す根拠とすることは反社会的である。

第1段階の過失：(薬剤処方変更の誤りで患者の自傷他害衝動を亢進させた)

渡邊朋之医師の野津純一氏の治療についての過失は、「薬剤の処方を誤り、自傷他害の状態にまで患者〈野津純一氏〉を追いやった」ことである（渡邊朋之医師の過失は、患者に殺人衝動を医師の医療行動により誘発したところにある）。正常な医師であれば、複数の向精神薬の同時中断後には、経過観察の診察を念入りに行い患者に異常を発見し、その時点で嚴重な治療的介入をしたはずの激昂した状態であった、ことがわかつたはずである。それは、普通の力量の精神科医師であれば当然である。また、通常問題行動が実際に生じなければ「措置入院」とはならないが、野津純一氏は顔面に根性焼きの自傷行為を繰り返し、それでもイライラが収まらない状況だったので、任意入院のままでも開放処遇の制限などを行うことが適当であった可能性がある。

第2段階の過失：(患者の病状悪化を予見せず必要な対応を取らなかった)

いわき病院（渡邊朋之医師）は、自傷他害を起こす状態に患者を追い詰め、結果として措置入院に該当すると同じ状態を自ら作り上げたが、患者を診察せず、患者の診察要請も拒否したため、野津純一氏の病状悪化に気付かず、適切な対応をする機会を失ったのである。当時の野津純一氏の状況では本来なら外出をさせてはならない状況になっていた蓋然性が極めて高いにも拘わらず、患者が病状悪化する可能性を想定せず診察希望を却下して必要とされる対応を取らなかったため、何のチェックもせず、漫然と外出を許可し、これが殺人事件につながった。

参考：任意入院者の開放処遇について（昭和63年厚生省告示第130号）

(1) 基本的な考え方

- 1)、任意入院者は、原則として、開放的な環境での処遇（本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇をいう。以下「開放処遇」という。）を受けるとする。
- 2)、任意入院者に対して、開放処遇を受けるとを、文書により伝えなければならない。
- 3)、任意入院者の開放処遇の制限は、当該任意入院者の症状からみて、その医療又は保護を図ることが著しく困難であると医師が判断する場合にのみ行われるものである。

- 4)、決して制裁や懲罰あるいは見せしめの為に行われるようなことはあってはならない。
- 5)、任意入院者の開放処遇の制限は、医師の判断によって始められるが、その後おおむね72時間以内に、指定医が当該入院者の診察を行う。
- 6)、指定医は、開放処遇の制限を行っている任意入院者について、必要に応じて、積極的に診察を行うよう努める。
- 7)、任意入院者本人の意思により開放処遇が制限される環境に入院させることもあり得るが、この場合においては、本人の意思である旨の書面を得なければならない。

(2) 対象となる任意入院者

開放処遇の制限の対象となる任意入院者は、主として次のような場合に該当すると認められる任意入院者とする。

- 1)、他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に悪く影響する場合
- 2)、自殺企図又は自傷行為のおそれがある場合
- 3)、1)又は2)のほか、当該任意入院者の病状からみて、開放処遇を継続することが困難な場合

(3) 遵守事項 任意入院者の開放処遇の制限を行うにあたっては、以下の事項を遵守すること。

- 1)、当該任意入院者に対して開放処遇の制限を行う理由を文書で知らせ（別紙様式(3)）、その旨を診療録に記載する。
- 2)、医師は、次の事項を必ず診療録に記載する。
 - ア 医師の氏名
 - イ 開放処遇の制限を行った旨
 - ウ 開放処遇の制限を行う理由・症状
 - エ 開放処遇の制限を開始した年月日時刻
- 3)、開放処遇の制限が漫然と行われることがないように、任意入院者の処遇状況及び処遇方針について、病院内における周知に努める。

③、いわき病院の相当因果関係は北陽病院より強い

いわき病院の場合は、患者の野津純一氏は、事件当日も先生に会いたいと言っていたし、根性焼きもしていた。また、激昂した状態になった時点と犯行が、場所的にも時間的にも接近しており、むしろ、相当因果関係は北陽病院よりも強い。

いわき病院では、マトモな治療が行われず、あろう事か病気を悪い方に加速した。そして精神障害の患者が他人を殺害した不法行為を行ったのであり、監督義務者（いわき病院）の義務違反とその患者の不法行為に相当な因果関係がある（最高裁昭和49年3月22日の判例に準じて）ことから、民法第709条によっていわき病院には、損害賠償請求に応じるべき責務が存在する。

4、矢野真木人殺人に至る因果関係

(1)、事件に関する事実関係

控訴人矢野は、「いわき病院と渡邊朋之医師が野津純一氏に対して行った精神科医療は一病院の一医師が一患者に対して行った「特殊事例」であり、決して日本では普遍的で何処にでもある一般的な事例ではない」と考えたい。ところが、いわき病院代理人の弁論は、あたかも日本の精神科開放医療全体を否定するような弁明を繰り返した。いわき病院が推薦したIG鑑定人（千葉大学医学部教授）も「いわき病院を一般的な病院」また「渡邊朋之医師を一般的な医師」として「普通の病院の普通の医師」を根拠として過失責任を否定する論陣を張った。

いわき病院は香川県で最初に日本病院評価機構に認定された「優良精神科病院の筈」である。また、渡邊朋之医師は香川医大でも外来担当医師を勤めた大学病院水準の精神保健指定医であり、控訴人矢野はそれが実態を伴ったものであって欲しいと願う。しかし、野津純一氏に行った精神科医療には、基本的な医療知識の錯誤があり、薬剤添付文書を正確に理解せず、患者が重要な時期にある事を認識せず、病状の進展に結果予見性と結果回避可能性を持たない開放医療であった。外見と現実のギャップは大きい。

いわき病院が典型的な日本の普通の精神科病院であり、渡邊朋之医師が通常一般の医師であるならば、また野津純一氏に対して行われた医療が普通の医療であるならば、事態は深刻である。それでは日本の精神科医療は国際的な信頼を獲得することができない。控訴人矢野は、いわき病院の精神科開放医療が特殊事例であることを心から願っている。

①、精神障害者の犯行

野津純一氏は平成17年12月6日12時24分に矢野真木人を通り魔殺人した。刑事裁判では心神耗弱により、無期懲役が減刑され懲役30年が求刑されたが、判決では「純一は慢性鑑別不能型統合失調症に罹患しており、本件犯行はその影響下で行われたものである」、「純一は本件犯行当時心神耗弱の状態にあったと認められる。純一の反省の態度が不十分であるのも、この精神病の影響によるものと考えられる。そしてその病状は既に発症から治療が不十分のまま20年以上の期間が経過し寛解が極めて困難な人格崩壊の段階に至っている」、「(純一の病気が)それほど重いものでなかった」などと言えるのか相当に疑問」として再度減刑され、懲役25年が宣言された。その後野津純一氏は控訴せず、判決は確定した。

いわき病院長渡邊朋之医師は「純一のこれまでの一見反社会的と取れる行動も、全て統合失調症の病状からの被害妄想や幻聴やそれに随伴する行動として捉え得る」（以和貴会第5準備書面P.4、乙B第15号証、P.13）と述べている。しかるに、渡邊朋之医師は一級精神障害者手帳を所持し一級の障害者年金受給者野津純一氏の慢性統合失調症治療で、普通の精神科医師では考えられない、常識的な治療対応を誠実に行わなかった。その上で、精神科医療知識に錯誤と経過観察に怠慢があり、殺人事件の発生する原因を誘発し、結果回避可能であったにもかかわらず、結果回避を行うことができなかった。

②、いわき病院に入院する前

野津純一氏は中学2年の1学期から不登校が始まり統合失調症の兆候が疑われ始めたが、中学は卒業することができた。中学卒業後は定時制高校の学業は持続せず、仕事も定着継続することも適わなかった。17歳時に自宅及び両隣を焼失する大火災を発生させたが、精神障害者・未成年者であるため、警察沙汰になっても前科は付いてない。本人はこの事件を「放火」と香川医大の主治医に話した（以和貴会第2準備書面、P.6）。

その後、野津純一氏は高松市周辺の精神科医院及び精神科病院を転院しながら強迫性障害・統合失調症として治療を受けた。25歳時には当時通院していた香川医大精神科に包丁を持ち込み主治医の女医を襲おうとして取り押さえられた。いわき病院には平成13年と平成16年の入院歴があり、平成13年の入院記録に治療の課題として「攻撃性の発散」が記録された。その後、高松市内の精神科クリニックに通院中に通行人の若い男性を突然襲撃する事件を起こしたが、親が和解金を支払って事件としていない。野津純一氏は自宅で暴れることもあったようであり、家庭内暴力の記録があり、家具等を破損したとされている。いわき病院には平成16年に再入院して、事件まで入院を続けた。

いわき病院に平成16年10月1日に入院するに当たって、野津純一氏の両親は本人の放火暴行履歴を説明し（平成16年9月21日HB医師、10月1日MTSW）、本人も誠実に自己申告した。

③、いわき病院入院直後の暴行事件

野津純一氏がいわき病院を入院先に選んだ理由は、第2病棟に併設されたアネックス棟で許された自由な入院生活を好んだからとされる。野津純一氏は親から独立して単独で生活する能力に乏しく、社会復帰のための中間施設での単独生活を望んでいない。他方、食住と治療が提供され、自由な外出が許可されるいわき病院のアネックス棟は野津純一氏には、何時までも継続して住みたい、快適な住・治療環境と認識されていたようである。野津純一氏は退院して、アネックス棟から出される状況を怖れていたと推察される。殺人事件後の刑事裁判判決が確定して収容された北九州医療刑務所で、野津純一氏は「今ではアカンジアで苦しんでいないが、自由だったいわき病院に帰りたい」と懐かしがっていた。受刑者の立場から見れば、いわき病院アネックス棟のルーズな管理には懐かしい魅力があると思われた。

入院直後の平成16年10月21日の早朝に、洗面している男性看護師が注射器を洗浄して不潔と統合失調症による妄想して襲撃し、その日から10月26日まで隔離処遇となった。その後閉鎖病棟の大部屋で他の患者と共同生活するように説明されたが拒否して、鍵をかけない隔離室を個室のようにして過ごし、11月9日にアネックス棟に戻された。いわき病院は患者野津純一氏の病院内の閉鎖病棟または開放病棟の処遇に関して患者の要求に振り回された。野津純一氏はそれ以降いわき病院内では問題行動を起こしていないとされる（いわき病院第5準備書面、P.4）。いわき病院の渡邊朋之医師は3ヶ月後に主治医を交代したが、「これ以後、事件まで1年以上の間、野津純一は問題行動を起こさないで、他害の危険性を調査する必要はない」と後付けの弁明（自らは前方視（プロ

スペクティブ)を行わないが、相手を後方視(レトロスペクティブ)と批判した二枚舌)をした。いわき病院は野津純一氏が看護師を襲った時点で、他害行為を行う可能性を過去の暴行歴を参考に、前方視(プロスペクティブ)で調査と分析を行う義務があった。

④、渡邊朋之医師の主治医交代から平成 17 年 11 月 22 日まで

主治医が渡邊朋之医師に平成 17 年 2 月 14 日に交代するまで、野津純一氏はNG 医師にリスパダールを処方され、病状は安定(Stable と診療録 P.33 に記載)していた。その安定した病状を渡邊朋之医師も確認している。

主治医を交代した渡邊朋之医師は野津純一氏の早期退院を目指していたと思われ、折角安定した病状であったにもかかわらず、慢性統合失調症の野津純一氏に投薬する抗精神病薬を 2 月 16 日から副作用の少ない非定型リスパダールから副作用の強い定型のトロペロンに変更した。野津純一氏の病状は急激に悪化して 2 月 17 日には意識焼失発作(レセプト記載)、2 月 19 日には外泊中に体調の悪化があり、20 日には予定より早く帰院して渡邊朋之医師の診察を受けたが、渡邊朋之医師は嘔吐を伴う感染症(レセプトはインフルエンザ疑い)と間違った診断をして、副作用の酷い抗精神病薬過剰投与に変更したことに思いが至っていない。渡邊朋之医師はこの時もトロペロンの薬剤添付文書を正確に読んでおらず、記載されている麻痺性イレウスの副作用の可能性を検討していない。病状は改善せず、21 日に渡邊朋之医師は再度診察して再び感染症とした。渡邊朋之医師は漫然と治療を行い、薬剤添付文書の記載を再確認しない。この病状悪化は 2 月 23 日に S Z 医師がトロペロンをリスパダールに変更して改善した。渡邊朋之医師が自らの抗精神病薬の変更が病状悪化の原因であることに気付かず、対応できなかったことは特筆できる。更に、2 月 25 日に渡邊朋之医師は CPK 値が正常であることをもって「アカシジアにしては CPK の値が低い」と野津純一氏が示していたムズムズ・イライラやそわそわ感等の症状をアカシジアと診断することを否定した。

その後、渡邊朋之医師は野津純一氏に対する抗精神病薬の処方変更を繰り返し、3 月 29 日からプロピタンとパキシルの処方を開始した。野津純一氏はアカシジアを悪化させながら 11 月 22 日まで継続した。いわき病院の薬剤師は渡邊朋之医師と薬の効果に関する意見が折り合わず、11 月 2 日に渡邊朋之医師の処方に同意しない意見を記述して以後、野津純一氏に対する薬剤管理指導を行った記録が存在しない。

I G 鑑定人は渡邊朋之医師が主治医を交代後に 2 月から 11 月まで 9 ヶ月間経過したことを理由にして「それなりに経過」として免責の理由としているが、問題は 11 月 23 日(祝日で病院は休み)に実行した複数の向精神薬の同時突然中止後の医療である。

⑤、平成 17 年 11 月 23 日から殺人と身柄拘束まで

渡邊朋之医師は薬剤師の協力無しに、又、本人と家族への説明と同意無しに「一方的」に(野津純一氏発言)11 月 23 日から抗精神病薬(プロピタン)の中止及びパキシル(抗うつ薬)を同時に突然中止した。更に、12 月 1 日からはプラセボテストとしてアカシジア緩和薬(アキネトン)を中止して薬効がない生理食塩水の筋肉注射を開始した。渡邊朋之医師は薬剤師の協力無しに大規模な処方変更を実行し、その事実を看護師などのス

スタッフに周知せず、野津純一氏にはチーム医療が機能していなかった。

渡邊朋之医師は、薬剤師に協力を得ないままで複数の向精神薬を同時に突然中止するに当たって、慢性統合失調症患者に統合失調症治療ガイドラインの注意事項及び禁止事項を無視し、薬剤添付文書の重要な基本的な注意を正しく読まず理解せずに、処方変更を行った。また複数の向精神薬を同時に突然中止すれば、発生する可能性がある病状悪化が加算的ではなく、相乗的に拡大される危険性を全く考慮していない。更に、処方変更後に必須である問診と経過観察を行わず、病状悪化に対応することがなかった。渡邊朋之医師は、臨床精神科医師として誠実に患者の病状を把握して、常識的な医療を行う義務を果たしてない。この渡邊朋之医師の怠慢と非常識な医療が矢野真木人殺人事件を誘発したが、渡邊朋之医師は適切な対応を怠り事件を回避する事がなかった。薬剤添付文書の理解に関しては、いわき病院答弁書（平成 25 年 10 月 1 日付け）は国語力を疑うこじつけである。作文は代理人弁護士と思われるが、精神医学的内容であり、渡邊朋之医師は代理人弁護士が作成した原案に同意していなければならず、「知らなかった」とは言えない。渡邊朋之医師が薬剤添付文書の理解を間違えていた証明である。

渡邊朋之医師は野津純一氏を最後に診察した 11 月 30 日付けカルテに「退院し、1 人で生活には注射ができないと困難である」と記述して、アカシジア緩和薬のアキネトンを生食塩水に代えるプラセボ投与を指示した。他方では「平成 17 年 12 月当初の時点で退院は困難であると判断している」（いわき病院第 2 準備書面、P.7）と述べており、野津純一氏に対する診察と治療は混乱していた。

⑥、矢野真木人殺人に至った因果関係

野津純一氏は抗精神病薬定期処方を中止して統合失調症の治療を中断された上に、突然の中止で危険性が特に指摘されているパキシル（抗うつ薬）を同時に突然中止され、心神は混乱の極みにあった筈である。更に、イライラ・ムズムズと手足の振戦で耐えきれないアカシジアの緩和薬アキネトンを中断されて薬効がない生食塩水をプラセボ投与されていた。事件後にカルテを検討した精神科医師は「12 月 3 日が、病状悪化が顕在化する転換点」と指摘した。そして 12 月 4 日は「患者に接近するののためらわれる状況」と表現した。野津純一氏はこの時点の「事件の 2～3 日前に、根性焼きをした」と警察取り調べで答えている。野津純一氏は、アカシジアに効かないことに気づき、4 日 12 時の生食 1ml 筋注時に「アキネトンやろー」と確かめる行動をしていた。しかし状況は改善されることなく、益々悪化していた。「事件前日の 12 月 5 日にイライラ解消のための殺人を決意した」と野津純一氏は供述している。

高松地裁判決は 12 月 4 日の生食筋注を渡邊朋之医師が行ったとして、経過観察をしたと判決したが、目の前でアキネトンを疑う患者を診て、プラセボ効果判定を行わず、患者を見ても野津純一氏の不安・苦痛・焦燥などの精神状態や異常を発見できない医師となり、渡邊朋之医師の過失を決定付ける。また、野津純一氏は 12 月 5 日に風邪気味であったが、この症状の記録は看護師の観察であり、渡邊朋之医師も MO 医師も野津純一本人を診察していない（医師法第 20 条（無診察治療の禁止）違反）。いわき病院は医師の診察なしに野津純一氏を風邪の症状と決めつけた。

渡邊朋之医師は勉強不足の精神保健指定医であるが、複数の向精神薬を同時に突然中止した後で、用心深く患者の経過観察を行っていたならば、野津純一氏の病状の変化（明白な悪化）に気付いたはずである。向精神薬の中止後に慎重に診察することは結果予見可能性があったことを意味するが、診察しなかった事実は、主治医として結果予見可能性を維持する義務を放棄していたことになる。結果予見可能性を放棄した状況で、診察義務を果たさない渡邊朋之医師には結果回避可能性はあり得ない。

この時期の野津純一氏の状況は、ブレーキが効かない暴走車で、いつ何時重大事故を引き起こしてもおかしくない状況であった。12月6日の午前10時に野津純一氏は看護師を通して主治医に診察を願い出たが渡邊朋之医師は「咽の痛みがあるが、前回と同じ症状なので様子を見る」とカルテに記載して診察を拒否した。しかし、「前回と同じ喉の痛みの症状を確認した」のは12月5日朝10時のON看護師の定期検診時で、この時に複数の向精神薬の同時突然中止に関する指示を与えられていない看護師は患者が異変ではなく通常の状態にあると考えて風邪薬を与薬した。そしてMO医師の同日21時30分のレセプト承認で風邪薬と共に生食20ml（筋注は1ml）が記載されている。この時の「頭痛の症状」はパキシル突然中止で高頻度に現れるが、渡邊朋之医師は患者の状況を自ら確認していない。野津純一氏は看護師から診察拒否を伝えられて「先生にあえんのやけど、もう前から言ってるんやけど、咽の痛みと頭痛が続いとんや」と述べて、病状の悪化を訴えても主治医が診察しない不満を述べた。その直後の12時10分頃に野津純一氏はいわき病院から許可による外出をして、ショッピングセンターで万能包丁を購入した。この時レジ係が野津純一氏の顔面左頬にやけど傷（根性焼き）があることを確認した。野津純一氏は店外の駐車場に出て12時24分に矢野真木人を出会い頭に突然刺殺した。

渡邊朋之医師が野津純一氏に対して行った精神科医療は、常識的な意味で本当に医療に値すると言えるか、はなはだ疑問である。渡邊朋之医師は医師として誠実な行為として「裁量権」に基づく医療行為を行ったのではなく、医学的常識とエビデンスのない「独断」と、薬剤添付文書を読まないか読んでも正確に読めず正しく理解できない、間違った医療行為であった。その上で、医師本人の介入で重大な時期にあった患者の経過観察を行っておらず、極めて不誠実かつ怠慢であった。この様な行為には過失責任を課して当然である。また、責任を問うことに手をこまねいておれば、「悪貨が良貨を駆逐する」こととなり、日本の精神科医療は荒廃し、日本の名誉が失われることになる。

(2)、事件を遡り因果関係を探る

野津純一氏は平成17年12月6日12時24分頃に矢野真木人を通り魔殺人した。この時点から時間を遡り、矢野真木人殺人に至った因果関係を探ることとする。

①、通り魔殺人である

野津純一氏と矢野真木人は事前の面識は一切なかった。また、野津純一氏の殺人行動の直前に、矢野真木人と対話及び交流は一切なかった。野津純一氏は「誰でも良いから人を殺す」として矢野真木人を出会い頭に、直前にショッピングセンターで購入した万

能包丁で刺殺した。野津純一氏は「女性や子供は可哀想だから殺さない。いわき病院内では病院に迷惑がかかるから人を殺さない」として犯行を行った。いわき病院から犯行現場まで約1km程度であり、事件は野津純一氏がいわき病院から12時10分に許可による外出をして一直線に包丁を購入した直後の12時24分である。

②、根性焼きをしても我慢できないアカシジア

野津純一氏は事件の数日前からいわき病院内で根性焼きの自傷を繰り返し、12月7日14時過ぎに外出許可で外出中に身柄を拘束された際には、赤色の癍痕と数日経過して黒化した癍痕（根性焼き）が顔面左頬に発見された。

野津純一氏が根性焼きを自傷した理由は、精神症状の悪化と、日に日に激しさを増し我慢できないアカシジア（イライラ・ムズムズ・手足の振戦）であった。主治医の渡邊朋之医師は統合失調症の再燃は一切考慮せず執拗に野津純一氏が訴えるアカシジアの原因薬剤が抗精神病薬のプロピタン及び抗うつ薬のパキシルである可能性または強迫症状がある患者の心氣的訴えである可能性を考えて、平成17年11月23日（祝日）からプロピタン及びパキシルを同時に突然中止した。しかし、この処方変更を渡邊朋之医師は病棟スタッフに周知して、患者観察の重点事項を指示していない。

野津純一氏は11月23日に複数の向精神薬を同時に突然中止した後の11月中は一時的にアカシジアの症状が緩和したと思われる病院スタッフの記録が残されている。その後状況は変化して、渡邊朋之医師は11月30日に野津純一氏を診察して「患者 ムズムズ訴えが強い、退院し、1人で生活には注射ができないと困難である、心氣的訴えも考えられるため ムズムズ時 生食1ml 1×筋注とする、クーラー等への本人なりの異常体験（人の声、歌）等の症状はいつもと同じである」と診療録に記載して、「ムズムズ訴えが強い」と観察した。それにもかかわらず12月1日からムズムズ（アカシジア）緩和薬アキネトンを生食に代えたプラセボテスト（患者に対して治療に関する説明責任を果たしていない証拠である）を導入した。渡邊朋之医師は観察と治療が一致していない。

③、誰でも良いから人を殺す衝動の発生

12月に入って、野津純一氏は精神症状悪化とアカシジアの苦しみが充進していた。プラセボテストは12月1日から開始したが、渡邊朋之医師は11月22日の治療設計で「ムズムズ訴えがあり、一度、生食でプラセボ効果試す（3日間試す）」と計画していたにもかかわらず、プラセボ効果判定を行わなかった。更に、渡邊朋之医師は11月23日に実行した複数の向精神薬の同時突然中止後に診察は11月30日に1回行っただけで、重大な時期における患者の経過観察を行っていない。このため、患者野津純一氏の病状の悪化に気付くことがなかった。その状況下で、野津純一氏は顔面に根性焼きを繰り返し、それでもイライラが収まらず我慢できなくなり、「誰でも良いから人を殺す」決意をした。

いわき病院内で、野津純一氏は激しいアカシジア（イライラ・ムズムズ及び手足の振戦）に苦しんでおり、その苦しみの中で、喫煙室を汚して野津純一氏がタバコを吸うのを邪魔する集団の悪さという妄想及び父親の悪口が聞こえる幻聴に悩まされていた。野津純一氏は12月6日朝10時頃に、激しいアカシジア及び妄想と幻聴の苦しみの治療を

期待して看護師を通して主治医の渡邊朋之医師の診察を願い出たが、診察を拒否されて「先生にあえんのやけど、もう前から言ってるんやけど、咽の痛みと頭痛が続いとんや」と怨嗟の声をあげたことが看護記録に残されている。この時点で野津純一氏は「誰でも良いから人を殺す」決心をして、昼食後に直ちに外出したものである。しかしながら、いわき病院は外出許可時に患者の状況を常に観察と確認をしていない。

渡邊朋之医師は診察拒否をして野津純一氏に「誰でも良いから人を殺す」という決心を実行させる引き金を引いたが、そのことをいわき病院関係者は察知することがなかった。この時点で野津純一氏は顔面左頬に野津純一氏の表現で根性焼き（タバコの火を押しつけたやけど傷）を自傷しており、いわき病院関係者が患者の顔を正面から正視（精神科では患者観察の基本）していたならば、容易に患者の異常を発見することが可能であった。患者が持つ「誰でも良いから人を殺す」という決心は患者と対話しなければ引き出すことはできないが、殺人を決意した患者の表情の異常性と顔面に出現したやけど傷は、患者に対応する必要性があることを示す明瞭なサインである。いわき病院の看護師が野津純一氏を正面から正視して観察しておれば、心神の異常が現れた表情とやけど傷は当然発見可能であり、同時に心神に重大な危機が迫っていたことに気付いて、外出許可の見直し等の対応が可能であった。心神の状況と顔面の異常を発見できなかった事はいわき病院の明白な看護ミスである。更に、「12月4日は近寄るのもためられる状態」と表現した医師がいるが、看護師が患者に近寄らず顔面を正視せず「根性焼き」を発見しなかったとしても、看護師が患者に接近することをためらうような、心神に何らかの異常を患者に感じた筈であり、そのことを報告する義務があった。いわき病院は看護観察に不備があり、いわき病院の看護観察力と看護記録は、その真実性が疑われる。

いわき病院が野津純一氏に外出許可を与えるに際して、きちんと手順通り、看護師等の医療スタッフが患者野津純一氏の状況を確認していたならば、外出許可の見直し（単独外出の一次的禁止、または付き添い付きの外出等）が行われて、野津純一氏が通り魔殺人事件を引き起こすことはなかった。いわき病院では外出許可手続きは、実質的に患者が外出簿に外出時間と目的を記載するだけで行われており、外出時の患者の状況を確認することは行わない、おざなりな状況であった。いわき病院が入院患者である野津純一氏の外出時の状況の確認を徹底していたならば、精神科病院に期待される通常の水準の医療と看護が行われておれば、その時に患者が持っていた「誰でも良いから人を殺す」決意を察知することはできなくとも、異常な決意を持った人間の表情の変化や特異な様相、更には顔面の根性焼き等に気付いて、適切に対応できた筈であり、その場合は事件の発生を未然に結果回避することが可能であった。

④、向精神薬の同時突然中止と殺人行動を結ぶ直接因果関係

野津純一氏は精神症状の悪化と耐えきれないイライラ・ムズムズ・手足の振戦（アカシジア）の苦しみから「誰でも良いから人を殺す」ことを思いつき、実際に矢野真木人を通り魔殺人した。渡邊朋之医師は野津純一氏の執拗なイライラ・ムズムズと手足の振戦に悩み、複数の向精神薬（プロピタン、パキシル）を同時に突然中止し、更にプラセボテストとしてアカシジア緩和薬（アキネトン）の中止を行ったが、アカシジアは良くなるどころか更に悪化した。このため、平成17年11月23日以降に渡邊朋之医師が実行

した複数の向精神薬同時突然中止と野津純一氏が12月6日に行った矢野真木人殺人行動の間には、野津純一氏の統合失調症病状悪化と耐えられないアカシジアの苦しみを通した直接因果関係が成立する。

④、結果予見可能性と結果回避可能性

渡邊朋之医師は「野津純一氏にアカシジアが亢進していたとしても、『誰でも良いから人を殺す』という野津純一氏の考え方は、野津純一氏が発言しない限り察知不能である。従って、殺人事件の発生という結果予見可能性もなければ、結果回避可能性もない」との主張である。渡邊朋之医師は野津純一氏の「誰でも良いから人を殺す」という言葉を正確に予見する必要は全く無い。しかし、通常的能力を持った普通の精神科医師であれば当然のこととして、慢性統合失調症の患者に抗精神病薬を中止して統合失調症の治療を中断し、更に突然中断を行う危険性が知られているパキシルを突然中止すれば患者に行動上の重大な危険性が亢進することを予見しなければならない。患者野津純一氏は過去に放火暴行履歴があり、いわき病院に対してその事実を自己申告して、「再発時の一大事」と表現して「統合失調症の治療中断時の危険性」を自ら述べていた。更に、いわき病院入院直後にも看護医師を襲う行動を行っており、主治医の渡邊朋之医師は精神科専門医としてその危険性を十分に承知するべき立場にあり、その気になりさえすれば危険性を知ることは容易にできたし、かつ、知る義務があった。従って、精神科専門医として渡邊朋之医師は野津純一氏に重大な危険行動が発現する可能性が極端に亢進する状況という結果予見可能性があった。

11月23日以降の野津純一氏は主治医が毎日病状の変化を経過観察しなければならないほどの重要な時期にあった。12月1日21時20分からプラセボテストを実施しており、自らの計画に基づいて12月4日はその効果判定を慎重に行うべき時であった。野津純一氏はアカシジアの苦しみから主治医に診察を繰り返し要請していた。渡邊朋之医師が複数の向精神薬を同時に突然中断したことに伴う診察義務、プラセボテストを実行したことに伴う効果判定義務に従い、入院患者からの診察要請に誠実に応えていたならば、事件は回避できた。野津純一氏を適切な時期に複数回診察することが、渡邊朋之医師の当然の義務であった。渡邊朋之医師が複数回の診察義務を果たしておれば、また渡邊朋之医師が精神科専門医として期待される通常的能力を持った医師であるならば、野津純一氏が「誰でも良いから人を殺す」と発言しなくても、野津純一氏に発現して亢進しつつあった病状悪化（他害衝動が亢進した危険性）に気づき、普通の精神科医師として当然期待される有効な対応をしたはずである。その場合、結果回避可能性が発現した。

平成17年12月6日の12時過ぎに、野津純一氏の外出許可が見直されておれば、野津純一氏と矢野真木人は会うこともなかった。また、渡邊朋之医師が野津純一氏に抗精神病薬（プロピタン）とパキシルを再開する対応を取っていたならば、野津純一氏の病状は安定化して、矢野真木人と出会ったとしても、殺人という危険行動を行うこともなく、お互いにすれ違ったと意識することも無く、離れたことであろう。渡邊朋之医師が精神科専門医として、当然の義務を果たす普通の医師であれば、また、当然必要とされる見識を持っておれば、事件は結果回避可能であった。

(3)、渡邊朋之医師の位置から事件を再考する

いわき病院代理人は事件事故の原因や因果関係を解明する手段として、結果から過去に遡り探求する手法をレトロスペクティブ（後方視）論として排除すべきと主張してきたが、手前勝手な論理である。そもそも、全ての事件や事故は、重大な結果が発生した事実に基づいて、論理的客観的に過去に遡って原因を究明するものである。

ところで、控訴人は本項で思考実験としていわき病院が主張するプロスペクティブ（前方視）の手法で渡邊朋之医師の位置に立って、矢野真木人殺人事件を再現してみる。渡邊朋之医師が野津純一氏に行った精神科開放医療は「医療とは言えない医療行為」である。このため、渡邊朋之医師の位置に立てば、渡邊朋之医師の錯誤と怠慢がより明瞭な形で浮かび上がる。

渡邊朋之医師の精神科医療はプロスペクティブ（前方視）的にも常識外れの拙劣と放任で、患者の病状の展開を予想しない無策があった。いわき病院長が統合失調症の治療を真面目に勉強して、向精神薬の添付文書を正しく理解し、患者の経過観察を誠実に行う医師であれば、矢野真木人は今日でも100%の蓋然性を持って生存している。

①、慢性統合失調症患者の野津純一氏

野津純一氏は中学を卒業する頃に発症したと考えられる慢性統合失調症患者であり、妄想や幻覚の症状を示すことがある。いわき病院の渡邊朋之医師は野津純一氏に対して薬物療法を行い、精神症状が安定化して社会参加の道を拡大することを目指していた。一人で公共交通機関を利用することもままならず、自ら炊事して食事を作ることもままならない野津純一氏がどの程度独立して社会生活を行えるようになるかに関しては疑問がある。精神科開放医療を希望した野津純一氏は、社会参加を促進するといういわき病院の建前の上に乗せられた。実際には、本人は社会参加を希望したのではなく、自由放任の入院生活を希望しただけと思われる。しかし精神科専門病院であるいわき病院では渡邊朋之医師が野津純一氏を診察して、精神医療判断の下に野津純一氏の社会参加促進を推進した。いわき病院は「野津純一氏の社会参加は可能」と精神医学的判断を行っていたことになるが、渡邊朋之医師の治療でそれが実現することは無かった。

野津純一氏が善良な市民として社会参加することは、野津純一氏本人にとってもまた治療を実行するいわき病院側にも、希望という空想でしかない。実現を達成する精神医療が施されなければ、社会生活をする野津純一氏は虚像である。渡邊朋之医師は精神科専門医であり、いわき病院は精神科専門医療機関である。渡邊朋之医師といわき病院が野津純一氏に提供できるのは、現実的な医療である。治療手段である薬物療法を適切に行い、病状の変化を観察して冷静に分析して確認し、病状の改善の段階に応じて、社会参加を段階的に拡大して行くことが専門家・専門医療機関の義務である。精神科開放医療の促進は社会目標であるが、野津純一氏個人が理解した目標ではない。野津純一氏の希望は少しでも病状が改善して、気楽に行える社会行動が拡大することである。いわき病院と渡邊朋之医師は野津純一氏の現実に対応した精神科医療を行う必要があった。

野津純一氏に社会参加を実現するには、本人の社会で生きて生活する能力の他に制限要因があった。それは、十代の時の火災原因者であったこと、またその後は妄想から隣家に怒鳴り込んだなどの事実があり、安心して信頼して共存できる隣人としての不安を克服することであった。また野津純一氏には、25歳時の女医襲撃未遂や通行人襲撃事件等、他人を突然襲った過去があり、他害行為を安易に行う人間という安全上の不安もあり、入院直後に看護師を襲ったことでいわき病院も事実評価をしなければならない状況があった。他人を襲うことに関しては「再発時に突然一大事が起こった」など病状の変化と関連するという認識を本人は持っていた。いわき病院は野津純一氏に開放医療を実行する精神医学的判断を行ったのであり、当然の義務として、野津純一氏が自傷他害衝動を高める条件の確認及び、自傷他害行動を抑制する手段などを分析する責務があった。

いわき病院は精神科専門医療機関であり、渡邊朋之医師は精神保健指定医で患者に行動の制限を行使する判断能力を有した医師である。渡邊朋之医師が、「任意入院患者だから他害行動を行う危険性を考慮する必要は無い」とか、「野津純一氏に前科がないから他害の危険性を調査する必要は無い」と主張することはできない。それは、精神保健福祉法の下では、精神医療専門家としては制度否定であり、制度無視と義務違反である。渡邊朋之医師が病院長を勤めるいわき病院は、最初から事実を見ない精神科医療を行っており、そもそも前方視（プロスペクティブ）で患者の行動に関して予見可能性を持つことを否定した「精神科開放医療」を行っていた。患者に自傷他害の危険性を予見しない眼を閉じた医療は、精神科開放医療に値しない。

②、いわき病院代理人が振りまく虚像

いわき病院代理人は統合失調症患者が歴史的に経験した不幸な事実を数多く列記した。そして「統合失調症患者に対する差別や偏見がいわき病院に過失責任を問う控訴人側にある」と主張を行った。しかしながら、本件は精神科開放医療を推進する必要性を認めたと上で、野津純一氏に対していわき病院が行った医療の間違いと錯誤及び外出許可の運用に過失責任の有無を問うものである。いわき病院は論点をねじ曲げて「あたかも控訴人が精神科開放医療に反対している」かのような論理をこじつけて主張した。

本件裁判では、控訴人矢野、控訴人野津及びいわき病院側の三者とも、精神障害者に対する差別や人権の抑圧に反対し、精神科開放医療を促進することで、精神障害者の社会参加の拡大を願って裁判に臨んだ。したがって、精神障害者の解放という理念は現実の裁判の判断基準とはならない。判断の基準となるのは、一つ一つの日常の医療行為に違法性があるか否かであり、法を守る結果として精神障害者の人権回復と社会参加の促進という社会目的が達成されるのである。渡邊朋之医師は精神医療の専門家であり、開放医療を患者に実行する医師として、本人が誠実な医師であるならば、患者を治療できる可能性を確信して、適切な医療を患者に行う義務があった。

③、外出許可の現実的判断

野津純一氏は平成17年12月6日12時10分のいわき病院の許可で外出したが、その時には「誰でも良いから人を殺す、と決意していた」と事件後に自供している。野津純一氏はショッピングセンターで包丁を購入して、その直後にたまたま出会った矢野真木

人を刺殺した。いわき病院の外出許可は、第 2 病棟アネックス棟に入院するに際して最初に与えられ、その後は毎回の外出時に看護師等が様子を確認して、患者に外出簿に記載させる手続きであるが、現実には患者の毎度の様子確認を行わないままで外出させるおざなりの事実があった。野津純一氏は任意入院患者であるが、任意入院患者であることを理由に、外出時の様子確認を、規則があるにも拘わらず行わなかったことは、精神科病院の日常の管理運営として許されない。いわき病院で発生した事実は、規則を守らない、杜撰な日常の運営である。

いわき病院代理人は「自然的因果関係において単純に考えれば外出許可と本件殺人との間に「A なければ B なし」という条件関係が存在することとなる」という単純な論理を持ちだして、「外出許可がなければ殺人はなかった」、即ち、控訴人の請求は「外出許可の否定＝精神科開放医療の否定」と拡大論理を主張して、「控訴人矢野は精神科開放医療を否定する、精神障害者を差別する者」として、事実と反する虚像を振りまいた。問題の核心は、いわき病院の渡邊朋之医師が野津純一氏の外出許可を継続するに当たって、野津純一氏の病状の確認を行ったか否かである。渡邊朋之医師は 11 月 23 日から野津純一氏に対して複数の向精神薬を同時に突然中止する処方変更を行っていた。重大な処方変更を行った後では、主治医はチーム医療で患者観察と看護を行い、特に、病状の経過観察をきめ細かく行わなければならない。ところが、渡邊朋之医師は経過観察を行っておらず、野津純一氏の病状を確認した医療的事実が無い。更に、病棟職員にも複数の向精神薬を同時に突然中止した重大な処方変更を 11 月 23 日の祝日から行った事実を周知せず、看護観察上の重要な留意点などの指示を行っていない。事件当日も主治医は、野津純一氏から診察要請があったにも拘わらず、何も対応をせず、診察拒否を行った。そして落胆した野津純一氏に外出許可を出したままであった。看護師は、野津純一氏の様子を確認することなく漫然と外出を許可し、その 14 分後に殺人事件は発生した。

控訴人矢野は「外出許可の全面的禁止」を主張しているのではない。入院患者の病状を確認した上で、外出許可の運営を行わなかったことが基本的な問題であること。また、主治医は患者の病状を悪化させる可能性が極めて高い処置を行った後で、患者の病状管理を行う義務を果たしていないことが過失であると指摘している。いわき病院と渡邊朋之医師が、精神科病院として当然の義務を果たしていたならば、結果予見可能性と結果回避可能性があった。いわき病院と渡邊医師の問題は精神科臨床医療を行うに当たって、「結果予見性を皆目持たなかった」ところにある。そのような医療を行っておれば、仮に一件毎の事例では、殺人に至る蓋然性が低い場合でも、多数の事例（この場合は、外出許可で外出する患者の全て）が重なれば、殺人事件は何れかの時点で発生する。

渡邊朋之医師が結果予見性を持って精神科臨床医療に望んでおれば、結果回避可能性が当然の論理としてあった。渡邊朋之医師は複数の向精神薬の処方変更を実施するに当たり、結果予見性を想定した医療上の対応を取らなかった事は明白である。渡邊朋之医師には前方視の視点が欠如していた。その上で、法廷では「医療行為はプロスペクティブ（前方視）であり、事件後のレトロスペクティブ（後方視）の視点で原因解明をすることは間違い」と固執した主張を行ったが、事実の裏付けがない架空の主張である。

④、アカシジアの治療で混迷した主治医

いわき病院長の渡邊朋之医師は患者野津純一氏の激しいイライラ・ムズムズ・手足の振戦をどのように診断するか混迷した。向精神薬の副作用のパーキンソン症候群（アカシジア等）と診断するには、「アカシジアにしてはC P K値が低い（3月25日診療録）」と渡邊医師が誤って判断した血液検査結果があるため、「アカシジアと診断できない」と思い込んでいた。そこで渡邊朋之医師は、「残る可能性はパーキンソン病もしくは強迫性障害がある野津純一氏の思い込みによる心氣的症状」と考えた。

渡邊朋之医師は平成17年8月にアカシジアをパーキンソン病と誤診してドプスの投与を行い、患者が1回だけ「良く効く」と感想を述べたので、パーキンソン病と確信した。ところが薬剤師は「ドプスの効果は一時的に見えただけで、効かない」（11月2日薬剤管理指導報告）と報告した後、野津純一氏の治療で渡邊朋之医師に助言した記録が存在しない。渡邊朋之医師は平成17年11月23日から複数の向精神薬の同時突然中止を行ったが、抗精神病薬（プロピタン）を中止して統合失調症の治療を中断し、更にパキシル（抗うつ薬）を突然中止した薬事処方変更、及びアカシジア緩和薬のアキネトンを生理食塩水に代えたプラセボテストの実行に関しては薬剤師の助言が必要であった。渡邊朋之医師が薬剤師の助言を主治医として尊重していたならば、野津純一氏が極端に攻撃性を亢進するに至った錯誤した薬物療法を行う過失を避けられた可能性が高い。渡邊朋之医師は薬物療法の実施に当たっても、結果予見可能性を持たない精神科医療を行っていた。

⑤、医師として資質に問題がある渡邊朋之医師

渡邊朋之医師は普通では考えられない常識外の医師である。普通の医師であれば、当然行っていること、当然の水準にあるべきことから逸脱している。渡邊朋之医師を普通の真面目な医師である筈と根拠もなく買いかぶれば判断を間違える。渡邊朋之医師の立ち位置から事件の展開を考察するに当たって、「渡邊朋之医師は通常一般の資質の医師」という前提を持つことは誤りである。

ア、事実を正確に見ない臨床医療

いわき病院長の渡邊朋之医師は精神保健指定医であるが、精神科医師として基本的な資質に問題がある。渡邊朋之医師は国際診断基準（ICD-10、DSM）をいい加減にしかり理解していない。「同一患者に統合失調症と反社会性人格障害を同時に診断できない」と主張して、自ら信じる論理に合わないとして、野津純一氏の放火暴行歴という反社会的行動があった事実を無視したが、患者の記録にある事実を否定したことは間違いである。渡邊朋之医師は独り善がり根拠の無い理論を先行させて、目の前にある事実を見ないどころか無視して否定する臨床医療を行った。このような事実を見ず・無視した精神科開放医療が、矢野真木人殺人事件を発生させた背景にある。

イ、統合失調症治療ガイドラインから逸脱

精神科専門医が慢性統合失調症の患者の治療の基本を知らない状況は普通では考えられない。また、統合失調症治療ガイドラインに従うことも基本中の基本である。専門医である前提として、治療の基本があり、その上に医師の裁量権による患者の個性や病状の特徴的な変化などに対応した治療が行われる。主治医を交代した後で、渡邊朋之医師

は患者の病状が良好であることを確認したにもかかわらず、一般的に副作用が多いとされる定型抗精神病薬（トロペロン）の投与を行い病状が悪化した。更に、平成 17 年 11 月 23 日以降の野津純一氏は抗精神病薬（プロピタン）の処方中止し、患者は統合失調症の治療が行われない状況にあった。慢性統合失調症の患者には抗精神病薬は薬種を変更することがあっても、投薬治療を継続することが基本である。その治療が中断された状況で、同時に他の向精神薬を突然中止することは非常識である。渡邊朋之医師が一般的な常識を持って統合失調症の治療を行う医師であれば、矢野真木人殺人事件は 100% の高度の信頼性を持って発生しなかった。

ウ、薬剤添付文書をきちんと読まず誤りの解釈

いわき病院長で精神保健指定医の渡邊朋之医師が薬剤添付文書をきちんと読まずに薬物療法を行っていることは通常では想像できない。「そんな馬鹿な、あり得ない！」と一蹴して検討の対象にならない状況である。平成 25 年 10 月 1 日付いわき病院答弁書の薬物の効能に関する記述に基づけば、渡邊朋之医師の向精神薬に関する理解には国語力が疑われる程の間違いがあった。例えば、「中止時」注意事項を「投与時」注意事項と間違えたり、薬剤添付文書の解釈で記載順序や配置が後方にあるだけで「重要な基本的注意」も「重要でない」と主張したり、普通では考えられない解釈をしたことが、いわき病院の主張から確かめられた。「(渡邊朋之医師は) どうして、そのような不完全な薬剤に関する知識で精神保健指定医なのか？」という点で、深刻な疑問を持たざるを得ない。また、渡邊朋之医師が平成 17 年の事件から 8 年が経過した平成 25 年の時点でも、向精神薬の効能書きを間違えて理解していたことが判明した事実は極めて深刻である。

⑤、いわき病院と渡邊朋之医師の実像

渡邊朋之医師は野津純一氏のアカシジアが社会参加を困難にしている大きな要因であることに気付いていた。また、野津純一氏には強迫神経症状があるため、本人が執拗に訴えるイライラ・ムズムズと手足の振戦を、薬物の副作用という実態を伴わない、野津純一氏が思い込んで訴えるだけの心気的症状という幻想である可能性を考えた。そして、平成 17 年 11 月 23 日（祝日）から抗精神病薬(プロピタン)を中止して統合失調症の治療を中断した。また突然中断すれば統合失調症の患者に自傷他害行動を誘発する危険性が指摘されていた、当時の精神科専門医として常識の知識を持たないまま、パキシル(抗うつ薬)を同時に突然中断した。

渡邊朋之医師の統合失調症治療に関する知識不足及びパキシル突然中断の危険性に関する知識の不足は事実である。その上で、目の前の野津純一氏のアカシジアの訴えを心気的と考えて 12 月 1 日からはアカシジア治療薬アキネトンを薬効がない生理食塩水に代えるプラセボテストを実行した。渡邊朋之医師がアカシジアを心気的と考えたことはあり得ることであるが、医師の義務は向精神薬の中断やプラセボテストを行う時には経過観察を自ら行わなければならないが、行っていない。渡邊朋之医師が問診や経過観察を行った事実の記録が無い。渡邊朋之医師が野津純一氏を診察しなかったことは、渡邊朋之医師が結果を予見する必要性を感じておらず、その努力もしておらず、精神科専門医として恐るべき怠慢と知識不足を示すものである。

野津純一氏はこれまでの生育歴で、放火と暴行の記録があり、野津純一氏と両親はいわき病院と渡邊朋之医師に情報として提供していた。また、いわき病院に入院直後にも看護師に突然襲いかかる事件を起こしていた。ところが、渡邊朋之医師は野津純一氏が任意入院患者であると主張して、野津純一氏に他害行為を行う可能性を認識して検討することを否定した。本人と家族が申告しても、同時に任意入院を希望したから、他害行動を行う可能性について検討する必要は無いとして、野津純一氏が他害行動を発現する状況や条件の確認を行うことが無かった。精神科専門医としてこの判断が適切であったか否かについては、裁判で判断されるまでもなく、不適切である。

渡邊朋之医師は精神保健指定医である。その医療には以下の事実がある。

- ア、慢性統合失調症の治療で抗精神病薬の投与中止を行い、統合失調症の治療を中断することの問題点や危険性に、専門医の常識として持つべき認識を持たなかった。
- イ、向精神薬の薬剤添付文書を真面目に読まず、読んでも薬剤の副作用や処方上の重大な注意事項等に関して間違った理解をした程の学力（国語力）の不足がある。
- ウ、パキシル突然中断に伴う危険性という、精神科専門医であれば常識として持つべき知識を持たない。
- エ、一度に全ての要素を遮断して、原因究明を困難とするような論理外れの処方を行う無謀な治療を行った。
- オ、経過観察を行うことは医師としての当然の義務であるが、義務不履行を行った。

⑥、不適格者の渡邊朋之医師

渡邊朋之医師は医師免許を所持している精神保健指定医であるが、精神科医師として不適格者である。渡邊朋之医師が野津純一氏に行った医療行為は医師の裁量権で免責されてはならない。医師が行った不適切な医療は、不適切な事実を基にして、過失責任が課されなければならない。渡邊朋之医師が精神科専門医としての常識を持ち、誠実な医療を行っていたならば、野津純一氏の病状の悪化に気付いて治療的介入を行い、事件を未然に防ぐことが可能であった。渡邊朋之医師は前方視（プロスペクティブ）な精神科臨床医療を行っていない。事件に結果予見性がなかったのは、渡邊朋之医師の問題であり、結果予見性を持たない渡邊朋之医師には結果回避可能性はそもそも期待できない。

(4)、因果関係を構成した要素

いわき病院長渡邊朋之医師は結果予見性と結果回避可能性を持った精神科開放医療を野津純一氏に対して行わず、不特定の間人に対する通り魔殺人事件の発生を未然に防ぐ事がなく、矢野真木人殺人事件が発生した。以下に、いわき病院で野津純一氏による殺人事件の発生に予見可能性を持たず、結果回避をできなかった要素を列記する。

①、複数の向精神薬の同時突然処方変更

- ア、薬剤師は11月2日にドプスは効かないとして抗ムスカリン剤（アキネトン等を指す）の使用を渡邊朋之医師に勧めて以降、野津純一氏の治療に関与していない。
- イ、平成17年11月23日（祝日）から実施した抗精神病薬定期処方（プロピタン）の急激な中止及び同時に実施したパキシル（抗うつ薬）を突然中止した。

- ウ、抗精神病薬（プロピタン）とパキシル（抗うつ薬）を同時に突然中止した場合は個別の危険要素の加算ではなく、相乗的かつ飛躍的に攻撃性が高まる。
- エ、平成 17 年 12 月 1 日から実施したアカシジア緩和薬アキネトンの 1ml 筋注を薬効が無い生理食塩水 1ml の筋注に代えたプラセボテストを実施した。

②、主治医（渡邊朋之医師）の薬剤に関する知識不足

- ア、渡邊朋之医師は統合失調症治療マニュアルに記載された統合失調症患者に抗精神病薬を中断し間欠投与する問題に関して認識が欠如して、慢性統合失調症患者野津純一氏の統合失調症の治療を中断したままで放置し、危険性が亢進するにまかせた。
- イ、渡邊朋之医師はパキシルを突然中断する時の危険性に関する認識を有せず、パキシルを継続投与する場合の危険性と混同して、処方変更後の患者観察を行わなかった。
- ウ、渡邊朋之医師は薬剤添付文書の記載内容を確認すること無く向精神薬（プロピタンとパキシル）の同時突然中断を行ったが、薬剤添付文書の重大な基本的注意事項に関する記載も国語力を疑う程の基礎的な読み間違いをして、錯誤して理解した。

③、経過観察を行わないいわき病院医師

- ア、カルテには上記①の 11 月 23 日（祝日）の処方変更後に、11 月 30 日と 12 月 3 日の 2 回渡邊医師が診察した記録があるが、渡邊朋之医師は平成 22 年 8 月の人証（いわき病院第 10 準備書面 P.1、第 13 準備書面 P.3、また地裁判決（P.128）でも確認された）で、11 月 30 日を 11 月 23 日、また 12 月 3 日を 11 月 30 日に記録訂正を行ったため、渡邊朋之医師が野津純一氏を診察した記録は、11 月 30 日 1 回限りである。
- イ、渡邊朋之医師は 12 月 3 日にも野津純一氏を夜間に 30 分以上の時間をかけて診察したと主張するが診察記録は存在しない。また渡邊朋之医師は何を問診しどのように観察と診察したか具体的に証言できず、診察したとの主張は、事実として確認できない。また診察した場合、患者の病状悪化に気付かなかったなら重大な過失である。
- ウ、いわき病院のMO医師（内科）他のレセプト承認等の記録があるが、記録した薬用量は生理食塩水「20ml」であり、「1ml 筋注」を実施した証明ではない。生食 1ml 筋注は看護師が行っていた記録が、看護記録に残されている。MO医師は野津純一氏を診察しておらず、代わりに医師が経過観察した記録も存在しない。

④、チーム医療不在のいわき病院

- ア、薬剤師は 11 月 2 日の薬剤管理指導が最後で、野津純一氏の薬物療法を主治医に助言した事実が無く、複数の向精神薬の同時突然中止は渡邊朋之医師の独断である。
- イ、11 月 23 日（祝日）から実行した複数の向精神薬の同時突然中止後に、渡邊朋之医師から第 2 病棟スタッフ（看護師、作業療法士等）に処方変更を行った事実及び患者観察や看護の留意点などが指示されていない。いわき病院の看護記録は、患者観察の課題認識を持たない、散漫な記録である。
- ウ、渡邊朋之医師は野津純一氏の主治医であるが看護師から患者の診察要請が伝えられても、診察をせず放置することが繰り返された。チームリーダーの医師が患者を経過観察しておらず、チームとしての統合性が機能していない。
- エ、地裁判決は職員数の病院設置基準でチーム医療の適否を判断したが間違いである。

⑤、根性焼き（顔面左頬のタバコによるやけど傷）を発見できない

- ア、根性焼きは野津純一氏が身柄拘束後に「事件の2～3日前（12月3～4日）に自傷した」と警察に供述した。7日の身柄拘束時点で、顔面左頬には新しく赤い傷と、経日変化で黒化したやけど傷が確認されており、警察が撮影した写真が証拠提出されている。黒化した根性焼き痕は野津純一氏の供述が正しいことを示す証拠である。
- イ、野津純一氏は12月6日の事件直前に100円ショップで万能包丁を購入したが、その時のレジ係は顔面にやけどのような赤い傷を視認した警察の目撃証言がある。従って、野津純一氏が事件前に根性焼きを自傷していたことは確認済みである。
- ウ、野津純一氏は6日13時に返り血を浴びた服装で帰院して自室で過ごし、翌日7日14時までいわき病院内の自室に居たが、いわき病院職員は誰も顔面の根性焼きを発見していない。いわき病院は看護師が発見していないので根性焼きは無かったと主張したが、その主張は顔面の重大な事実を見逃したいわき病院看護の不備を証明する。

⑥、いわき病院の証言に信頼性はない

- 12月7日14時に野津純一氏が外出する時に外来看護師が正面から正視したが「根性焼きは無かった」（答弁書第2の〔2〕の3の（11）、第2準備書面P.9、第4準備書面P.6、第5準備書面P.13、第6準備書面P.3）従って「逮捕後に発見されたやけど傷は、7日外出後逮捕されるまでの間に自傷したもの」としたいわき病院の主張は間違いである。

⑦、おぞなりの患者看護と医師の無診察診断

- ア、上記④の通り、いわき病院の看護記録は各看護師が、主治医の指導がなく、目的意識が無いまま、患者を正視せず、統一的視点を持たず漫然と記述したものである。
- イ、野津純一氏の顔面に根性焼きが存在することが確認されている12月6日13時から7日14時までの間に、根性焼きを発見できなかった事実は、いわき病院の患者看護は、患者の顔面を正視しない、おぞなりの看護実態であったことが確認できる。
- ウ、看護記録に基づけば、野津純一氏は12月3日からアカシジアの症状が亢進しており、4日には異常な状況に達していた可能性が高く、5日には精神症状が悪化（警察・検察・SG鑑定）していたが、精神科病院としての安全機能が働かない状況であった。
- エ、12月5日の頭痛訴えは、パキシル中断により起こり得る症状であるが、看護師の表現が、医師の診察無しにいわき病院（渡邊朋之医師）の「風邪診断」を決定付けた。

⑧、地裁判決が避けた「犯行動機は精神症状からの犯行」（FN鑑定人）

- 刑事裁判判決文によると患者自身が「耐えられないほどのイライラがあって人を殺すしかない」と病的な判断をして殺傷したと供述しているが、これは明らかに精神症状からの犯行である（SG鑑定と刑事裁判判決（P.6）は「統合失調症の被害関係妄想、思考の歪曲からの犯行」と断定）。この精神症状の悪化に対して地裁民事判決文には指摘がないが、いわき病院は事件前に野津純一氏に対して適切な治療と看護観察を行っていない。

地裁判決（P.115）は精神科医によるカルテ記載が全く無いにも拘わらず、「本件犯行までの純一の症状の大部分は従前と大差ない」として確認された事実に基づかない裁判官の思い込みを記載したものである。

5、野津純一氏の放火暴行歴と結果予見可能性

(1)、野津純一氏の放火暴行歴

①、矢野真木人を攻撃した時の野津純一氏の行動

矢野真木人（28）は平成17年12月6日12時24分に野津純一氏（36）に先が尖った万能包丁で右胸下を突き刺されて殺害された。それは突然の行為であり、矢野真木人は命の危険が目前に差し迫っていたことに気付かなかったはずである。

野津純一氏の当時の行動から以下の事が抽出できる。

- 1)、突然相手を襲う
- 2)、社会生活を行っている自分より若い不特定の男性を襲う
- 3)、凶器は包丁である

野津純一氏の過去の行動に基づけば、これらの行動の特徴は既に現れていた。

②、野津純一氏の行動パターン

野津純一氏は17歳時に自宅及び両隣を焼失する大火災を引き起こして、近隣から同じ敷地に住宅を再建することを断られ、その後野津純一氏が近隣とのいさかいを繰り返したため、転居を繰り返した事実がある。他人に対する暴行は、怒鳴り込み行為及び、医大女医に対する包丁を持った襲撃未遂事件（25歳時の一大事）、また通行人襲撃事件（いわき病院入院前）を起こした。大火災を引き起こしたこと（本人は放火と発言）は未成年・精神障害者で前科になっていない。医大女医襲撃事件は殺人未遂と同等の行為であったと推察されるが、未然に取り押さえられてけが人が発生しなかったなどの理由で、事件とされていない。また、通行人襲撃事件は、示談金を支払ったが、刑事事件としては記録されていない。野津純一氏が精神障害者でなければ、少なくとも前科3犯以上の記録が残されたはずである。

野津純一氏は女医襲撃未遂事件では包丁を用いた。また通行人襲撃事件及び看護師襲撃事件では野津純一氏より若年で痩せ形の男性を襲った共通点を指摘した精神科医師（YM医師）がいる。矢野真木人殺人事件では凶器は包丁であり、矢野真木人も野津純一氏より若年で痩せ形という、暴行の対象者には共通点がある。野津純一氏は17歳の時の自宅及び両隣合計3軒を焼失させた火災の原因者（本人は診察で放火と述べた）であったことに始まり家庭内暴力や他害行為などを繰り返してきたが、本件裁判で確認された他害行動は以下の通りである。

- 1)、自宅と両隣の火災原因者（17才）
- 2)、香川医大女医襲撃未遂、凶器は包丁、（25才時の一大事）。
女医に対しては結婚願望があり、平成16年にいわき病院に入院して暴行事件を引き起こした際に、医師に述べた（35才）
- 3)、転居先で烏骨鶏の鳴き声がうるさい（襲ってくる）と怒鳴り込んで、
転居を繰り返した（30才頃）
- 4)、香川県庁前のYM医院前で通行人（若者男性）に突然襲いかかった（34から35才）

- 5)、いわき病院内で早朝洗面をしている男性看護師に突然襲いかかった (35 才)
- 6)、外出許可中に包丁を購入して通行人を刺殺した、矢野真木人殺人事件 (36 才)

上記の内の、2) から 6) は「突然相手を襲った事例」であり、4) から 6) は「社会生活を行っている自分より若い男性を襲った事例」で、2) と 6) の凶器は包丁である。1) から 4) の事実は平成 16 年 10 月にいわき病院に再入院するに当たって本人及び親からいわき病院側に情報提供があった。野津純一氏は平成 13 年にもいわき病院に入院しており、その際に主治医だった YM 医師 (その後独立して YM 医院経営) は「攻撃性の発散」を治療課題とした医療記録をいわき病院に残している。YM 医師は香川医大女医襲撃事件の時も香川医大で緊急ベルを聞いて女医を助けた経験があり、上記の 2) と 4) に関係している。またいわき病院に勤務した経験から 5) の看護師を知っている。上記の①の 1) から 3) の野津純一氏の傾向に関する要約は YM 医師の意見に基づく。

③、いわき病院が承知していた野津純一氏の放火暴行歴

いわき病院は野津純一氏の過去歴を HB 医師、主治医の NG 医師及び渡邊朋之医師、その上でソーシャルワーカーが聴取し、各種の心理テストを行ったが、野津純一氏の攻撃性に関していわき病院が体系的に分析した記録は存在しない (少なくとも、いわき病院は証拠提出をしていない。) いわき病院は精神科専門病院であり、患者の行動に関連した事実を分析せずその特徴に気付かないことは、病院として行うべき義務を履行しない不作為である。

野津純一氏は平成 16 年 10 月 1 日にいわき病院に入院して 3 週間後の 10 月 21 日に看護師に突然襲いかかる事件を起こした。看護師が洗面している様子を、注射器を洗浄していると妄想して、「不潔」として攻撃したとされる。この事件が発生したことは、事実として、いわき病院の医療及び看護には野津純一氏に他害行動を誘発した要素があった証明である。野津純一氏がその後 1 年以上の間暴力行動をいわき病院内で起こさなかったとしても、いわき病院の医療と看護に全く問題が無かったことにはならない。この時点で、いわき病院は野津純一氏が他害行動を行う可能性に関して分析を行い、それに基づいた医療及び看護計画を再構築する必要があったが、行われていない。平成 17 年 2 月 14 日に渡邊朋之医師は主治医を交代し、患者の野津純一氏は「25 歳時に、一大事があった」と説明したが、渡邊朋之医師は一大事の具体的事実関係及び一大事が発生した状況などの確認や調査を行っていない。なお野津純一氏が前年の 10 月 21 日に男性看護師を襲撃した際に、香川医大女医に対する結婚願望を述べており、無理心中未遂であった可能性がある。

いわき病院が精神科開放医療を推進するのであれば、患者が他害行為を行う可能性を予め予見してその可能性を削減する方策を具体的に考えて、実行する必要がある。善良な隣人である事は患者が社会参加に成功する鍵である。患者が他害行為を行う可能性を見ず、知らなかった事にする子供の弁明をしても責任は免除されない。むしろ、精神科専門医として確定意思による義務違反が行われた事を証明する。精神科専門医が患者の過去の暴行歴に関心を持たず、無知であることは、過失である。

(2)、精神科医療の放火暴行歴とは犯罪記録に基づく？

①、精神障害者はほとんど罪に問われない

日本では精神障害者は、制度として、犯罪者とならないことが多い。その背景に、精神障害があるだけで、幅広く心神喪失が認定される傾向がある。特に、殺人や殺人未遂、また重大傷害事件の犯人は、心神喪失者等医療観察法の下で刑法の手続きを行わず治療促進の手続きが行われることが中心であり、犯罪履歴が付かない場合が多い。矢野真木人殺人事件の控訴人矢野は、警察から「犯人には前科がない」と言われた。このため、控訴人矢野は、事件直後には「犯人は暴行歴がない、おとなしい人」と思い込んでいた。しかし、野津純一氏の場合は、過去の放火・暴行行為は、未成年、精神障害者で、起訴されなかったという「前科無し」が、事件後に「無罪無垢の人間として警察から説明された」ことの実態である。即ち、精神障害があれば、殺人しても、不起訴は一般的で、放火・暴行・殺人という一般者の場合には厳しく罰せられる重罪行為でも精神障害者であれば、前科にはほとんどならない現実がある。

②、精神科診断の放火暴行歴とは犯罪歴のこと？

日本の精神医療業界では、放火暴行歴とは放火や暴行で刑罰が確定した前科であり、前科として記録されない過去の放火や暴行行為はその行為を行った事実を治療の参考にしないと聞く。これでは、犯罪歴がない精神障害者の場合には、当該患者の行動の結果の予見性を判断する参考とならない。現実には野津純一氏は過去に放火や暴行などの行為を行っており、そして矢野真木人を殺人した。渡邊朋之医師は、野津純一氏の過去の放火と暴行歴の情報を患者と家族から伝えられても、調査確認する事が無くその必要性を否定した。精神科医が、精神障害者本人及び家族から聞いた精神障害者が過去に行った反社会的な行動を行った事実を、犯罪記録ではないから精神科医療の参考にしなくても良いと嘯くならば、それは、重大犯罪を助長する行為で、殺人や重大傷害事件の発生に手をこまねいて待っているようなものである。精神科医師として論理と方法論に本質的な欠陥がある。そして、事件後に精神鑑定をして、精神障害と診断できるから心神喪失と鑑定するならば、精神科医療が殺人や殺人未遂事件の発生を幫助しているに等しい。殺人や殺人未遂を繰り返しても、また、当局が事実を確認した事件（野津純一氏が引き起こした火災は、消防に記録がある）であっても、精神科医療で結果予見可能性を議論する対象とならないとするのは、実態が伴わない不作為である。犯罪記録となっていないとして、放火暴行歴を当該患者の行動の結果予見可能性の材料として用いる必要が無いとの信念を精神科医師が持つとしたら、その医師は誠実性が問われるべきである。

③、国際的に受け入れられる精神科医療

ところで、精神障害の国際診断基準（ICD-10 や DSM）は医療費の公的負担を客観的な基準で正統性を持たせることが大きな目的の一つである。このため、治療費の請求や薬剤の処方に統一性を持たせるため、普遍性と客観性がある「現在症」の確認に重点が置かれる。本件裁判の課題は、日本が国際公約として積極的に導入を促進している、任意入院患者に対する精神科開放医療の過程で発生した殺人事件における病院側の過失責任の確定である。精神科医療とは人間の心の治療であり、精神科開放医療で受益する患者は社会参加を促進することが期待され、受益者は良き隣人であることが期待される。

従って犯罪歴に限定した行動歴を参考に参考にすることは限定的に過ぎ、患者の過去のエピソードを幅広く収集して参考にすることが必要である。精神科開放医療は、治療対象の人間が持つ性向に対しても留意し、社会参加を促進することが期待されている。精神科開放医療を促進する精神科医は、患者の現在症治療を行い、患者の行動歴を参考に、社会参加の模索する必然性がある。

④、病院内の安全管理義務

精神科病院内の医療スタッフや他患の安全を考慮するならば、入院治療の環境にあっても、病院内の安全と融和を促進するため、患者の過去のエピソードを無視する事はできない。患者のエピソードを知るため患者と対話を行い、患者の気持ちや願いにあった精神科治療を促進することは患者に満足感を与え、自傷他害の可能性を低下させることでもある。精神科医療は国際診断基準を元に薬物療法を行えばそれで十分ではない。渡邊朋之医師は薬物療法でも生半可な知識で薬剤添付文書の理解すら間違えた過失があった。その上で、患者の過去の行動歴に関心（リスクアセスメント）を払わず、患者に重大な自傷他害行為が発現する可能性に対処すること（リスクマネジメント）がない。精神科開放医療は誠実に行えば精神障害者による重大事件事故の発生を抑制できる医療であるが、渡邊朋之医師は取るべき対応を行わずまた行うべきを行わず、漫然と殺人事件の発生を許し、いわき病院長としていわき病院内の安全管理義務を全うしていない。

(3)、精神科医療と危機管理

①、精神科医師の基礎知識

石井毅「研修医のための精神医学入門」星和書房、P.17 に以下の記述がある。

4) 危険の兆候を捉える

患者に危険な兆候、例えば自殺傾向、暴力傾向、非常識な考え、秘密で親密な人間関係などを認めるときは、冷静、客観的な態度で接すると同時に、その危険性をわずかな兆候でも逃さず、重大性を認識して対処すべきである。特に自殺観念に対しては、率直な対応を心がける。危険の迫っているときは機を失せず、必要な対応をとる。

精神科医師になるための基本的入門書には、「危険な兆候」として「自殺傾向」と「暴力傾向」をあげており、診察・診断の現場では、「重大性を認識して対処すべき」として「危険の迫っているときは機を失せず、必要な対応をとる。」と結んでいる。精神科医療の基本知識＝常識に基づけば、患者から放火と暴行の過去の行動に関して説明や申告があったとき（野津純一は渡邊朋之医師に説明した）、主治医が「刑事記録ではないから」、また「患者は任意入院で開放処遇だから」として無視しても良いとする理由はない。

いわき病院は任意入院の開放処遇の患者である「野津純一氏が殺人を行う結果予見可能性などは、矢野真木人を殺人する前の時点ではあり得ない」という見解である。また、殺人を行う 80%～90%以上の高度の蓋然性を証明することを控訴人側に要求した。言い換えれば、「70%までの殺人を行う可能性では、仮に危険性があっても、結果を予見して回避する義務は無い」との主張でもある。この様な主張の背景には、患者の病状の悪化

に関心が無く、精神科開放医療で最悪の事態の発生を未然に防止する心構えを持たず、結果予見性を考慮することが無く、また結果回避の努力を行わないという、殺人事件や殺人未遂事件の発生を容認したいわき病院の人命無視の精神科医療がある。現実に矢野真木人は通り魔殺人事件の被害者となった。

②、デイビース鑑定医師団の意見

デイビース鑑定医師団は意見書（Ⅰ）（2012年3月1日）で「野津純一氏の暴行（violence）及び放火（fire setting）歴は将来の殺人行動の可能性を示す過去履歴」とした。野津純一氏の潜在的な他害傾向を示す事実として「暴行と付け火（violence and fire-setting）」を指摘したが、「arson:放火罪」や「felony:重罪」と犯罪に直接結びつけた認識ではない。行動や傾向としての暴力や付け火であり、犯罪を構成するか否かは別問題である。殺人事件の結果予見性を確認する上で、刑事記録がある「殺人ないし殺人未遂」者に限定しない。患者に開放処遇を行うには患者の行動履歴の確認は必須であり、野津純一氏の場合は「病状が悪化した際に殺人・傷害を行う結果予見可能性があった」と鑑定した。

デイビース鑑定医師団はラボーン事件英最高裁判決を証拠として提出したが、英国では、犯罪を起こす恐れ（5%程度であっても）があることを想定し、それを防ごうとしているので、全ての放火暴行の記録や証言を調査分析して、患者の社会復帰を促進する精神科治療に活用するのが当然である。いわき病院の精神科医療には、予防医学的視点と意識が乏しい（皆無）と言える。いわき病院では患者と市民を守る視点が欠如していた。デイビース鑑定報告書（Ⅰ）（2012年3月1日）は、リスクアセスメントとリスクマネジメントが重要と鑑定したが、日本語に置き換えれば、リスクアセスメント（結果予見可能性）とリスクマネジメント（結果回避可能性）である。これは精神科医療において必要な危機管理であり、精神科入院患者による自傷他害行為を抑制して防止するには、日本と英国に違いはない。しかしIG鑑定報告（Ⅱ）は「イギリスなら自分も同じ結論だとか、日本では、当時も今もそのような考え方は普及していない」と主張したが、人間の生命の安全と保全に関することで怠慢を容認し不作為を容認する鑑定意見である。

デイビース鑑定団のように考えなければ、放火暴行等は予防できないし、通常の常識的な日本人ならそう考えるはずである。いわき病院は、入院前問診で野津純一氏の暴行歴を聞き取り、その上入院後に看護師襲撃事件があったにも拘わらず、渡邊朋之医師はその危険性が発現する可能性を全く検討していない。いわき病院は人が死に傷つくことに無頓着である。そしていわき病院代理人とIG鑑定人は医師と病院の過失がうやむやになることを望んだ主張を繰り返してきた。IG鑑定意見は、日本の精神科医療は、患者の人権に配慮している（例えば、犯罪者として精神障害者を見てはいけないという認識）からではなく、病院の都合（看護師等の人手がないとか、精神科医師の負担が大きくなる等）で主張を展開していると思われる。日本にある、殺人事件の発生を容認するメカニズムとして、指摘できる。

③、信用できないいわき病院看護師の患者観察

いわき病院と渡邊朋之医師は「事件直前の野津純一氏には病状悪化は無かった、また殺人を行う行動を示す兆候が無かったので、殺人の結果予見可能性と結果回避尾可能性

は無かった、従っていわき病院は過失を問われない」と主張できない。いわき病院第 2 病棟アネックス棟では患者管理と看護が適切ではなく、患者の精神症状と病状悪化に関して正確な確認と記録を取っていない。看護師は野津純一氏が顔面左頬に自傷した根性焼きを、根性焼きが存在したことにに関して確認がある 12 月 6 日午後から 7 日午後まで 25 時間に亘り発見していなかった事実は明白であり、看護師の患者観察が信用できないことが証明された。更に、野津純一氏の病状が改善せず、安定化もせず、その反対に増悪していたことは、SG 刑事裁判鑑定人が確認した事実である。

参考：FN 鑑定人のコメント（看護観察の不備）

野津純一氏は 12 月 3 日以降にアカシジアの悪化を訴え、12 月 4 日にはプラセボを疑う行動を見せたが、プラセボは続行された。この時期以降に野津純一氏は顔面左頬にタバコの火で自傷行為（根性焼き）を行ったと検察・警察調書で述べたが、いわき病院の看護師は誰も発見していない。野津純一氏が 7 日に警察に身柄を拘束された時には数日を経過して黒化した古い根性焼きが確認されており、また

- 6 日、pm0:20 目撃者が根性焼きを確認（ダイソー店員の供述）した
- 6 日、pm0:24 事件発生
- 6 日、pm1:00 野津はいわき病院に戻った
 - pm8:00 NN 看護師が検温
 - pm9:00 TU 看護師がイライラ時の頓服薬を与薬
- 7 日 am8:00 NN 看護師が検温、
不食の訴えに食事をとるよう促したが顔の傷に気付いていない

以上の事実により、患者の顔面左頬の根性焼きをいわき病院の看護師は誰も気付いていない。いわき病院の看護観察力と看護記録は、その真実性が疑われる。なお、12 月 4 日以後の野津純一氏は「気味悪く、近寄りたくない状態」と表現した精神科医がいるが、患者の顔面を正視しない看護を繰り返していたとすれば、不適切である。

1)、看護師の勤務実態について

看護師の勤務形態は、3 交代制か当直制（2 交代制）と考えられるが、NN 看護師の勤務時間は、pm8:00 に検温し、翌朝 am8:00 に検温している。3 交代制勤務であれば、準夜勤と深夜勤を継続していることになる。休憩を取ったとしても長時間労働で深夜を含む時間外労働となる。当直制であったとすれば、仮眠を取っていたことになる。中味の濃い看護体制ではない勤務形態がうかがわれる。

2)、看護観察の低さ

看護師の行う検温は、体温の測定のみでない。表情や顔色、精神的動揺など短時間に様子を観察する。看護師が違和感を感じたときは、その気持ちを患者

に質問して確認するのが一般的である。ダイソーのアルバイト店員が短時間で左頬の傷を発見できるほど目立つものであった。看護師が顔を合わせていながら変化に気付かないほどの観察力の低さである。また、夕と朝の連続2食の不食に対して、看護師として原因把握をすべきであるが、アセスメントもプラン（看護計画）も記述されていない。

いわき病院では、看護師の患者観察も根性焼きを発見しないなど、目の前の事実の確認という点で信頼性が極めて低い。いわき病院には、信頼性に足りる事件直前の野津純一氏の行動を観察した記録は存在しない。いわき病院に記録が無いことをもって、事件直前の患者の異常性が確認できなかったとして、結果予見可能性と結果回避可能性を否定する事は、何も医療行為を行わない怠慢を無過失として容認することである。

(4)、いわき病院の精神科開放医療

①、精神科開放医療の実現

いわき病院の精神科開放医療で殺人事件が発生した問題の本質は、いわき病院が行った野津純一氏に対する精神科医療である。精神科医療の普遍性から物事を理解すれば、精神科医療の対象者が持つ性質や傾向を理解することが基本となる。精神科医療に求められる課題は、人の行動特性を変化させることが可能な心理的治療（精神分析や認知行動療法など）であり、精神科臨床医療の現場の経験やエビデンスの蓄積の中で、当たり前のこととして共有されるようになる。精神科開放医療を実現することは、精神科医療を病気の治療手段としてだけ見ることから脱皮して、それだけでなく、精神科医療は人間生活を豊かにする手段として目的を転換する必要がある。それが本件裁判の核心の課題であり、精神障害者が健常者と同じ市民として社会参加を達成することを可能にする精神科医療が日本に定着するための法的解決が判決に期待される。

②、渡邊朋之医師の精神科開放医療に対する確信

渡邊朋之医師が精神科開放医療の可能性に確信を持っていたか疑わしい。効果を上げるためには、患者の適性と病状を正確に把握して、薬物療法も副作用が少ない手段を選択することが期待される。渡邊朋之医師はその方向性を目指して努力した形跡が認められない。むしろ、任意入院を弁解理由にして、何も行わず、何も知らないで、ともかく「治療」を行い、さっさと退院させればよい。そのような無関心と無責任が渡邊朋之医師にあると推定される。また、精神科開放医療で人身事故（自殺、他殺、傷害）が発生することはやむを得ないと考えて、発生する可能性がある事件や事故で精神科医療機関と精神科医師が責任を問われないと考えていた。そのような不真面目な開放医療は許されない。これでは精神障害者の社会参加は、目的を達成できない。渡邊朋之医師の錯誤と不真面目な医療には、過失責任を問うことが求められる。

6、渡邊朋之医師の精神科医療の問題

(1)、渡邊朋之医師の問題

①、精神科医師としての基本的な問題

渡邊朋之医師は「純一は自傷他害のおそれなど無い任意入院患者である」との主張であり、主治医を交代した平成 17 年 2 月 14 日以降、野津純一氏から他害暴行歴を聴取しても野津純一氏の他害暴行行為の詳細を知ろうとしていない。また、いわき病院の臨床心理士等に指示して詳細な背景の聴取と分析を行わせていない。患者の自傷他害行為の危険性を診断することが求められる精神保健指定医としては適格性に欠ける主張である。渡邊朋之医師は精神科医師であり患者の暴力行為に関する過去履歴を任意入院患者であることを理由にして考慮の対象から排除することは、職務放棄である。

渡邊朋之医師は精神科医であり、またいわき病院は専門性を掲げる精神科病院でありながら、他者の心の動きを推し量る能力、つまり、人の信条、感情、願望、希望、意図などの精神状況を理解して感じるができる能力が大きく不足していた。専門家でなくとも、普通一般的に誰でも、人が示す行動が、その人の内面の感情、信条、意図などによってもたらされることを知っており、人の行動とその人の内的感情を結びつけて理解しようと努力もすれば、人の行動を予測したり、期待したりすることも可能になる。こうした努力をしなければ、誰かの行動を理解したり、予想したりすることが難しくなる。また、人が悲しんだり怒ったりする理由が理解できなくなる。渡邊朋之医師は、仕事として人の心の動きや意図を感じ取る能力が一般人以上に期待される立場にありながら、人の精神的情緒的問題を扱う上での資質に甚大な欠陥があったと言わざるを得ない。向精神薬中断後の経過観察が、不適切であったことは、こうしたことの反映である。何よりも、このことが、本件における問題の本質である。

②、いわき病院の不作為と怠慢の論理

野津純一氏が矢野真木人を殺人した事件前の長期的行動歴とパターン及び短期的な衝動性は、事件の予見性と回避可能性を判断する上で重要である。しかし、いわき病院は野津純一氏の生育歴や長期的で持続的な問題行動歴及びパターンを解析していない。その上で平成 17 年 11 月 23 日（祝日）から、複数の向精神薬を同時に突然中断して野津純一氏に即時的で衝動的な攻撃性を急激に亢進させた。主治医の渡邊朋之医師は自らが原因者であるが、野津純一氏に危険度が高まった状況の認識を持たず、患者を適切に経過観察していない。いわき病院は結果予見可能性と結果回避可能性を持たなかったが、法的責任を確定する理由になりこそすれ、責任を免除する理由とならない。渡邊朋之医師は患者が他害行為を行う可能性を判断することが任されている精神保健指定医である。

野津純一氏は渡邊朋之医師が主治医を平成 17 年 2 月 14 日に交代した時の最初の診察で、患者野津純一氏には前年 10 月 21 日から 11 月にかけての看護師襲撃事件と閉鎖処遇があり、また本人は素直に過去の暴行歴を話そうとしたが、渡邊朋之医師は関心を持たず追及して聞かなかった。また親は入院に際して暴行歴を正直に報告したが、いわき病院は知り得た情報を調査分析していない。更に、入院直後に看護師を襲った事実は、事

件の1年以上前であり、「(事件予見可能性を示す) 事件直前の行動ではない」との立場である。過去の事実を知らなければ責任は無いとするいわき病院の論理は怠慢の論理である。そもそも渡邊朋之医師は患者を前方視(プロスペクティブ)で見えていない。

本件裁判では、精神科開放療法の必要性を認めただけで、開放と放任は異なるとの認識が必要である。適切な精神科医療を行わないで、患者の過去歴に関心を持たず、病院が独自に行うべき調査や分析を行わず、患者を放任する不作為は許されない。患者の暴行歴を適切に評価することは自傷他害事故を予見して結果回避するために必要である。それは患者に対する管理・監督を強化することではなく、より適切な精神科開放医療のあり方に貢献するものである。精神科開放医療は患者の病状と行動様式を適切かつ客観的に分析した上で、誠実に医療を行うことで、実現される。

③、措置入院でなければ自傷他害を予見しない非常識

いわき病院と渡邊朋之医師は、任意入院患者であることを理由に自傷他害行為を行う可能性は考えられない患者と主張して、自傷他害行為が発生する可能性を予見することを最初から放棄していたので、結果回避可能性は最初からない。いわき病院が野津純一氏の行動パターンを解析して、「突然相手を襲う」可能性、「社会生活を行っている自分より若い男性を襲う」可能性、また「凶器は包丁である」可能性を承知していたら、当日の野津純一氏に対する外出許可を与えるに当たって、より慎重であったであろう。特に、顔面の根性焼きなど病状悪化のサインに気付いておれば、外出を許可するにしても、単独行動を制限するなど対応して、事件の発生を未然に防止できたはずである。

精神障害者に対する行動の予見可能性を検討して、必要な場合「結果回避可能性」を目的とした行動の制限を行うことができる理由を、「措置入院患者」もしくは「過去に殺人ないし殺人未遂履歴を持つ患者」に限定すれば、病状が悪化していて自傷他害の危険な兆候を示している患者がいても、実際に重大な他害行動を起こすまでは、患者の救済を含む積極的な対応が行えないことになる。またそれは重大な人身事件の発生を容認する事を前提にした精神科医療であり、精神科開放医療を行う精神科医療機関及び精神科専門医として社会的責任を果たさない義務違反である。

野津純一氏のように過去に放火暴行履歴があり、本人が病状悪化時に発生する可能性がある再発時の一大事を申告して、「現に主治医が行った向精神薬の処方変更で病状が悪化していても、経過観察を行わず病状が悪化した事実を知らない、殺人もしくは殺人未遂行動を行うまで、他害行動を行う可能性を予見せずに、殺人という結果が発生するまで漫然と待つ」というのは無責任で不作為の臨床精神科医療である。その法的責任が免除される根拠としては、「措置入院でないから」と主張することは、精神科開放医療を行う精神科医療機関及び精神科医師として、重大事故の発生を「仕方が無い」、また「未然に対応する必要もない」と容認し、殺人事件の発生に荷担する行為である。

特に、渡邊朋之医師は20年に亘る病歴を持つ慢性統合失調症の野津純一氏に抗精神病薬(プロピタン)定期処方を中止して統合失調症の治療を中断した。その上で、同時に平成17年12月当時には精神科専門医の常識であったパキシル(抗うつ薬)突然中断を

する危険性に認識を持たないか、薬剤添付文書を誤解した証言を行っており、専門医としては行ってはならない錯誤があった。渡邊朋之医師は野津純一氏が危険な自傷他害行動を行う可能性が極めて高くなっていたことを予見すべき義務があった。当然のこととして、危険行動を予見する義務があったのであれば、その行動を当該患者が行うことを回避するための最大限の努力をしたことを示す証拠を残していなければならない。しかしながら、いわき病院には、結果予見可能性と結果回避可能性に関する義務を果たしたとする証拠は存在しない。そこに、いわき病院と主治医渡邊朋之医師の矢野真木人殺人事件の発生に対する過失責任が存在する。

(2)、渡邊朋之医師は医療者として不見識

①、渡邊朋之医師の医療従事者としての意思

複数の向精神薬の同時突然中止やプラセボの投与といった、医療行為の中でも、とりわけ標準的ではなく、大規模な変更といえる医療行為を行う際には、心身への侵襲度や副作用等に関して、平均的ないし定型的医療行為を行う時以上に、患者にとっての利益・不利益と言う観点から予見性を持っておくこと、そして実施中における緻密な観察と情報収集を怠ることなく、患者にとっての不利益が発生ないしそれが予測された場合には、迅速な対応と柔軟な計画の変更が求められる。こうした医療従事者としての意思を持って行う医療が、渡邊朋之医師といわき病院には、決定的に欠けていた。

渡邊朋之医師の向精神薬中断後の経過観察が、不適切であったことは、こうしたことの反映であり、事件直近の野津純一氏への対応だけでなく、全経過を通じた渡邊朋之医師の野津純一氏に対する医療的関与に問題があった。そもそも野津純一氏の入院医療とは何だったのか、患者にとっての利益・不利益という観点から、よりパターンリスティックな選択をして、善管注意義務を果たそうとしていない。野津純一氏に対する治療経過を通して、渡邊朋之医師は自らの判断で行った選択に対する役割を果たそうとする医師としての覚悟や意思及び義務感が稀薄である。

②、野津純一氏の病状変化に関する経過観察を怠ったこと

いわき病院と渡邊朋之医師が野津純一氏に任意入院を許可して、精神科開放医療を行っていたことを「過失」と控訴人は主張していない。野津純一氏に重大な処方変更（慢性統合失調症の患者に対して抗精神病薬（プロピタン）を中断すると同時にパキシル（抗うつ薬）を突然中断したこと）を行った後に、経過観察の診察を適切に行わず、外出許可を病状の変化に合わせてきめ細かな運用の変更を行わなかったことが、野津純一氏の病状悪化を招きかつ殺人事件を誘発するという、重過失を構成した要素である。

渡邊朋之医師は精神科専門医でありかつ精神保健指定医である。またいわき病院は精神科専門病院であり、自らの独断の医療行為が原因であり、普通の一般的な精神科医師であれば予想可能な、野津純一氏の病状変化（病状が悪化することは十分に予見可能であった）に関する経過観察を怠ったことは、過失に留まらず、「未必の故意」とも言える犯罪行為である。いわき病院と渡邊朋之医師は、自らが行った医療的介入で、患者野津純一氏の病状悪化という結果の発生（殺人を意味しない）の可能性を予測することが普

通の能力を持った医師であれば当然であったが、病状悪化という結果の発生を精神科専門医として容認した。渡邊朋之医師は、病状が悪化する結果を予見することが容易であったのに、適切な対応を行わず、患者の野津純一氏を放置かつ無視した。渡邊朋之医師の精神科臨床医療は、単なる怠慢ではなく、「病状が損なわれても仕方ない」、「まあ良いか」という姿勢に基づいており、こうした姿勢が、殺人事件の発生を誘発し、未然に防止することができなかった。

複数の向精神薬を同時に突然中止したのは渡邊朋之医師である。主治医として、患者の病状が急激に変化（悪化）する可能性は当然の責任として予見可能であった。予見可能な病状の悪化に何も対応しなかったことには過失責任が伴う。渡邊朋之医師は当然可能な結果予見可能性を持たなければ、結果回避可能性はない。その原因者は渡邊朋之医師であり、いわき病院は過失責任から逃れられない。

③、渡邊朋之医師の薬物療法

渡邊朋之医師は患者の現在症に対処する薬物療法に依存していたことは明白である。ところが渡邊朋之医師本人は統合失調症治療マニュアルを真面目に勉強せず、また薬剤の添付文書の記述内容を正確に理解する努力を怠っていた。更には精神科医師として患者に向精神薬の処方を変更した後で、病状の変化を観察する経過観察を行っておらず、患者の治療を促進するための医師の技量が不足していた。

精神科開放医療で患者の社会参加を促進するには、先ず精神科医師が薬物療法に習熟して、患者にとって最善の薬事処方を見つけて、心神の状況を寛解に近い水準で維持する必要がある。それには、かつて日本でも一般的だった多剤大量処方好ましいとはいえず、しかし少なすぎない適量の薬用量で治療することが国際的標準である。更に、薬物療法に合わせて、患者個人の能力や資質及び行動特性等を考慮に入れた看護や作業療法及びリハビリテーションの推進が期待され、着実に現実的な患者の社会参加を促進する治療が求められる。しかしながら、いわき病院で野津純一氏に行われたのは、渡邊朋之医師も効果は無かったと断言した、漫然と行われた保険点数稼ぎのための作業療法とリハビリテーションであった。現実の野津純一氏は社会参加に明確な目的意識もなく、自由気ままに外出して街中をぶらぶら徘徊していた。それが、患者の現在症だけを見て、状況に振り回されて対症療法的に薬を漫然と処方し、突然中止して、同時に、患者の自傷他害歴などを考慮しなかった。これがいわき病院の精神科開放医療の現実である。

(3)、渡邊朋之医師の錯誤

①、野津純一氏は許可外出 14 分後に殺人した

いわき病院には病院管理者として、外出許可を与えた入院患者が病院外で通り魔殺人事件を引き起こしたことにに関して責任がある。事件は外出許可で野津純一氏がいわき病院から外出して 14 分後であり、いわき病院の近傍であった。北陽病院事件では無断離院して 4 日後でしかも 500km 離れた遠隔地で発生した事件であったが過失責任が認定された。野津純一氏は任意入院患者であったが、いわき病院は患者が病状悪化している状況を確認せずに外出許可を与えており、過失責任が問われるべきである。

本件の矢野真木人殺人事件は、いわき病院の任意入院患者である野津純一氏が行った行為であるが、事件が発生した状況や野津純一氏といわき病院との関係、またいわき病院が行った精神科医療の内容（複数の向精神薬の同時突然中断、経過観察の不在等）を考えると、いわき病院の精神科開放医療には結果予見性を持たなければ結果回避可能性も無い、徒に殺人事件の発生を許したことにいわき病院に過失がある。

②、野津純一氏が他害行為を行う可能性を予見しなかった

野津純一氏及び両親の野津夫妻は、野津純一氏がいわき病院に任意入院するに当たって過去の放火暴行履歴を自己申告していた。更に、野津純一氏はいわき病院に入院直後にも看護師を襲い一時的に閉鎖病棟処遇となった事実がある。また、本人は再発時で病状が悪化した時に発生した一大事についても、繰り返しいわき病院側に説明していた。いわき病院は野津純一氏が他害行為を行う可能性やその条件を検討し、病状が悪化した時など、他害行為の衝動が亢進する可能性がある時には、外出許可の内容を見直すなど、慎重な対応をとることが求められた。

基本的な命題は、野津純一氏の行動履歴に関する客観的な情報に基づいて、必要最小限の精神医療的対応を行った医療的事実を公明・公正な手続きでいわき病院が証明できるか否かである。いわき病院が適切な治療的対応を行ったことが証明されるのであれば、仮に殺人事件が発生したとしても、過失責任を問うことは極めて困難である。むしろ、過失責任を問うことができないと考えることが適当である。しかしながら、いわき病院が精神科医療機関としての義務を怠っていたことが明白な場合にまで、過失責任を免除することは適切ではない。この問題に関して、わが国では「社会が安全上の不利益を蒙ることを防ぐ社会防衛を目的とした医療政策は精神医療の治療目的とはそぐわない」という論理があり、「控訴人の主張に基づけば、本来の医療ができなくなるとか、開放医療ではなく隔離収容政策を進めることになる」という反論が控訴人矢野まで聞こえてくる。しかし、社会防衛論を楯にして医療の怠慢を行うことを許すのは反社会的である。

控訴人矢野は精神科開放医療を促進する前提として、基本的な精神科医療手続きの徹底を求めており、「精神科開放医療または隔離収容」という二者択一の問題を請求しているのではない。英国では、精神科開放医療を促進することで、マクロ的には社会全体として精神障害者が原因者となる殺人や自殺数は減少した経験則がある。その場合でも、ミクロ的には精神障害者による殺人事件の発生はゼロにはならない。そして、不幸な事件が発生した際には、精神科医療提供者が、必要最小限の適切な精神科医療を行っていたことが客観的に証明できるのであれば、過失責任を問うことはできない。その法的対応は、日本でも社会的な運用として、不可能ではない。

③、野津純一氏の精神症状の病状悪化を招いた

平成 17 年 2 月 14 日に渡邊朋之医師が野津純一氏の主治医を交代した時点で、渡邊朋之医師は野津純一氏の病状が安定（Stable）していたことを確認した。しかしその後渡邊朋之医師は、野津純一氏の抗精神病薬をリスパダールからトロペロンに変更して病状は急速に悪化した。渡邊朋之医師は病状の変化に対応した効果的な治療ができず、勤

務医のS Z医師が協力して病状は回復した。渡邊朋之医師はその後も抗精神病薬の変更を繰り返し、野津純一氏の病状は悪化して、アカシジアの症状が酷くなり、精神症状も悪化した。事件後に野津純一氏を精神鑑定したS G医師は「いわき病院に入院して病状増悪？」といわき病院の入院医療で野津純一氏の病状が悪化した事実を確認した。

平成17年11月23日（水、祝日）以後に渡邊朋之医師が野津純一氏の主治医として実行した精神科医療は「重過失」であり、同日から実行した複数の向精神薬の同時突然中止が殺人事件発生の秒読み開始である。慢性統合失調症患者に処方変更を行った後では、主治医は綿密な経過観察を行い、病状の変化を詳細に観察して何らかの異常が見られた場合には、時を失わずに治療的介入を行わなければならない。しかしながら、渡邊朋之医師の診察は11月30日（水）の1回限りで、更に、12月1日からアカシジア緩和薬のアキネトン1ml筋注を薬効がない生理食塩水1ml筋注に代えるプラセボテストを実行した。MO医師他がプラセボのレセプト承認を行った記録があるが、記録にあるのは生食20mlのレセプト承認行為であり、生食1mlの筋注実施ではない。従って、12月になってから医師が野津純一氏を診察した記録は存在しない。更に、看護師の患者観察も根性焼きを発見しないなど、目前の事実の確認という点で信頼性が極めて低い。いわき病院には、信頼性に足りる事件直前の野津純一氏の精神症状と行動を観察した記録は存在しない。いわき病院に記録が無いことをもって、事件直前の患者の異常性が確認できなかったとして、結果予見可能性と結果回避可能性を否定する事は、何も医療行為を行わない怠慢を無過失として容認することになる。

野津純一氏は12月3日（土）以降にアカシジアの悪化を訴え、12月4日（日）にはプラセボを疑う言動を見せたが、プラセボは続行された。この時期以降に野津純一氏は顔面左頬にタバコの火で自傷行為（根性焼き）を行ったと検察・警察調書で述べたが、いわき病院の看護師は誰も発見していない。野津純一氏が7日（水）に警察に身柄を拘束された時には数日を経過して黒化した古い根性焼きが確認されており、また6日（火）には目撃者が根性焼きを確認したがその後でもいわき病院看護師は発見しておらず、いわき病院の看護記録はその真実性が疑われる。12月6日朝10時に野津純一氏は看護師を通して渡邊朋之医師に診察要請を行ったが、外来診察中の渡邊朋之医師は「咽の痛みがあるが、前回（医師が診察した記録は無い）と同じ症状なので様子を見る（看護師より）」として自らの眼で患者を観察せずに、看護師の報告から決めつけて診察を拒否した（医師法第17条、第20条、24条違反）。その返事を聞いた野津純一氏は「先生にあえんのやけど、もう前から言ってるんやけど、咽の痛みと頭痛が続いとんや」と言い、何回も診察拒否をされたことに、恨みの声を発し、精神症状は極端に悪化した。そして「誰でも良いから人を殺す」と決意して同日12時10分に許可による外出を行い、たまたま出会った矢野真木人をショッピングセンターで購入した包丁で刺殺した。

(4)、精神保健指定医としての責任

①、最低限必要な医療を行ったことを証明できない

医師に過失が無いことの証明は、診療記録、薬剤の処方記録、看護師などの観察記録から必要最小限の治療がされているか客観的に判断できる。一般的な治療の水準に照ら

してきちんと記録されていれば、あるいは、記録の間に矛盾がなければ、結果として事件が起きたとしても、不可抗力、あるいはその当時は、治療技術が無かったのでやむを得ない（過失はない）となる。

その証明は、精神医療の専門家でない者には極めて困難で、通常は不可能であるため、本件裁判では提訴から 8 年近くも時間を要した。しかし、控訴人矢野が指摘したいわき病院と渡邊朋之医師の過失の数々は「当を得てない」と、いわき病院が主張するならば前提として渡邊朋之医師は平成 17 年 11 月 23 日以降に必要最小限の治療をしたことを証明しなければならない。ところで、いわき病院が推薦した I G 鑑定人は「事件前の一次資料のみに証拠価値がある」と主張したが、いわき病院が提出したカルテ等の証拠は不完全であり、必要な医療や看護が行われていなかったことを証明する証拠である。大学教授のお言葉だけではいわき病院医療の無過失を証明したことにならない。

いわき病院は「適切な医療行為を行った証明」をしなければならないが、その証明手続きは公正公開に行われる必要がある。それでこそ、精神科医療（精神科開放医療を含む）に社会は信頼し、精神障害者は人間としての満足感や充実感を持ち社会参加も拡大する。しかし、いわき病院は、必要最小限の精神科医療を行っていたと公明で公正な手続きで証明できない。いわき病院と渡邊朋之医師は医師法第 24 条（診療録）違反の主張を行い、看護師等の記録やレセプト承認を行った記録で医師が経過観察を行った証拠と主張したが偽りである。またいわき病院の弁明には事実に基づかない、ねじ曲げやこじつけが多く見られる。いわき病院は野津純一氏に対して必要最小限の精神科医療を行ったと証明できない。精神科医師と精神科病院が、精神障害者で発言に証拠能力が無いとして、医療提供者のわがままで患者無視をしてきた歴史が、問題の背景にある。

③、精神保健指定医の責任

渡邊朋之医師は、精神保健指定医でもあり、精神保健福祉法に基づく「入院」精神医療は、精神保健指定医なくしては成り立たない仕組みである。渡邊朋之医師は「任意入院患者の野津純一氏は自らの意思で退院する権利があり、行動制限を行えない」と主張したが、間違いである。任意入院患者野津純一氏に対する行動制限と言う点では、当時の入院形態で対応可能な、適切な行動制限の見直しを行なわなかったところに、渡邊朋之医師は精神保健指定医として指摘されるべき問題がある。精神保健指定医は、精神保健福祉法第 18 条に基づき厚生労働大臣によって指定された者で、医療機関における職務だけでなく、措置入院や緊急措置入院（一人の精神保健指定医でよい）を判断できるみなし公務員としての立場がある。自傷他害のおそれがある患者に対して、その症状に適した医療及び保護を受ける権利を保障するという点では、非指定医とは異なり、医療的権限と共に法的権限の両面で対応する権限を有している。

常識的で誠実な医師の場合、それは当然であるが、自分が医療行為を行なった患者が良くなることよりも、悪くなることに対して関心が集中する筈である。本来、自分の治療で患者の病状が悪くなっていることに対して、無関心で何も対処せず放置することはあり得ない。それが常識である。精神科医師が患者の治療で限界を感じたとき（渡邊朋之医師は野津純一氏の治療で限界状態にあったが、それを認識しない医師であった可能

性がある)は、別の選択肢を考え、他の医師や医療機関へ紹介手続き等を取る。しかし渡邊朋之医師は経過観察をせず、逃避した状況であった。渡邊朋之医師に積極的に野津純一氏の病状の悪化に対応する意思があれば、とりあえず一時的に行動制限などの対応を取ることが法的に認められていた。そして、渡邊朋之医師は、患者野津純一氏の保護や病状の安定だけでなく、医療者としてゆとりを取り戻し、治療内容だけでなく医療者側の対応(広い意味での治療者患者関係)を見直してみることも精神科医療で行えた。

渡邊朋之医師が、野津純一氏の悪化に医師として気づいていなかった場合は、精神科専門医として失格である。渡邊朋之医師は、複数の向精神薬の突然同時中断という、常識ではあり得ない処方変更を行った後で、自分の誤りにも気がついていない可能性が高く、本件裁判では自らもそのように主張してきた。渡邊朋之医師は、明瞭な病状悪化に気付かず、何の対応もせず医師として失格状態だった。

参考：精神保健福祉法第18条(精神保健指定医)

(精神保健指定医)

第十八条 厚生労働大臣は、その申請に基づき、次に該当する医師のうち第十九条の四に規定する職務を行うのに必要な知識及び技能を有すると認められる者を、精神保健指定医(以下「指定医」という。)に指定する。

- 一 五年以上診断又は治療に従事した経験を有すること。
 - 二 三年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること。
 - 三 厚生労働大臣が定める精神障害につき厚生労働大臣が定める程度の診断又は治療に従事した経験を有すること。
 - 四 厚生労働大臣の登録を受けた者が厚生労働省令で定めるところにより行う研修(申請前一年以内に行われたものに限る。)の課程を修了していること。
- 2 厚生労働大臣は、前項の規定にかかわらず、第十九条の二第一項又は第二項の規定により指定医の指定を取り消された後五年を経過していない者その他指定医として著しく不相当と認められる者については、前項の指定をしないことができる。
- 3 厚生労働大臣は、第一項第三号に規定する精神障害及びその診断又は治療に従事した経験の程度を定めようとするとき、同項の規定により指定医の指定をしようとするとき又は前項の規定により指定医の指定をしないものとするときは、あらかじめ、医道審議会の意見を聴かなければならない。

(職務)

第十九条の四 指定医は、第二十二条の四第三項(任意入院者の72時間の退院制限)及び第二十九条の五(措置入院の解除)の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定、第三十三条第一項(医療保護入院)及び第三十三条の四第一項(応急入院)の規定による入院を必要とするかどうか及び第二十二条の三(任意入院)の規定による入院が行われる状態にないかどうかの判定、第三十六条第三項(患者の隔離その他の行動の制限)に規定する行動の制限を必要とするかどうかの判定、第三十八条の二第一項(措置入院者の報告事項の提

起の報告) (同条第二項において準用する場合を含む。) に規定する報告事項に係る入院中の者の診察並びに第四十条の規定 (仮退院) により一時退院させて経過を見ることが適当かどうかの判定の職務を行う。

- 2 指定医は、前項に規定する職務のほか、**公務員として、次に掲げる職務**を行う。
 - 一 第二十九条第一項 (**都道府県知事による入院措置**) 及び第二十九条の二第一項 (緊急時の都道府県知事による入院措置) の規定による入院を必要とするかどうかの判定
 - 二 第二十九条の二の二第三項 (**移送時の行動制限**) (第三十四条第四項において準用する場合を含む。) に規定する行動の制限を必要とするかどうかの判定
 - 三 第二十九条の四第二項 (**措置入院の解除**) の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定
 - 四 第三十四条第一項及び第三項 (**医療保護入院のための移送**) の規定による移送を必要とするかどうかの判定
 - 五 第三十八条の三第三項 (同条第六項において準用する場合を含む。) 及び第三十八条の五第四項 (定期の報告等による審査) の規定による診察
 - 六 第三十八条の六第一項 (報告徴収等) の規定による立入検査、質問及び診察
 - 七 第三十八条の七第二項 (改善命令等) の規定により入院を継続する必要があるかどうかの判定
 - 八 第四十五条の二第四項 (精神障害者保健福祉手帳の返還等) の規定による診察
- 3 指定医は、その勤務する医療施設の業務に支障がある場合その他やむを得ない理由がある場合を除き、前項各号に掲げる職務を行うよう都道府県知事から求めがあつた場合には、これに応じなければならない。

④、精神科医師の結果予見可能性と結果回避可能性

渡邊朋之医師が、患者野津純一氏の病状の変化に基づいた結果の予見性や結果の回避可能性を検討しなかったことは、精神保健指定医であれば当然行い得る義務を果たさなかったことになる。渡邊朋之医師の場合の精神科治療は、患者を何のチェックもせず放置した無責任な「医師として失格」の状態であった。精神保健福祉法の立法意図は、患者に発生し得る病状の悪化などの緊急の事態に対応した対応を可能とすることを期待していた。渡邊朋之医師は患者の顔面の異常である根性焼きを見逃すどころか、患者の診察までも拒否しており、この精神保健福祉法の精神保健指定医の権限を問題にする以前の話である。渡邊朋之医師は本来あるべき、精神保健指定医の規範に達してない。野津純一氏と家族から放火暴行歴に関する自己申告があり、いわき病院内でも看護師に対する暴行があったことも承知しながら、精神保健指定医である渡邊朋之医師に全く危機意識がないことは、「医師として失格」状態であったことを意味する。

精神保健指定医は医師の権限と職務として、結果予見可能性と結果回避可能性を検討し結果回避の対応をすることが法により定められている。これを言葉としてリスクアセスメント (危機評価)、リスクマネジメント (危機管理) と表現すれば比較的新しい概念であり、あたかも日本に未だ定着していないかのような幻想が発生して、いわき病院

の怠慢の弁明を地裁判決は許した。しかし、精神保健指定医は、まさにそのリスクを調査・評価（アセスメント）し、措置入院にする（マネジメント）まで行う権限が与えられた職責である。精神保健指定医が職責の内容を知らないとか、調査をする義務はなかったと弁明することはできない。

⑤、渡邊朋之医師は無過失を主張できない

精神科医療が過失責任を問われない前提として、入院医療契約で以下の要素が満足される必要がある。（別冊ジュリスト、医事法判例百選（No.183）、2006.4、P.72-73、宮下毅、措置入院患者の院外での他害行為、P.73 第2パラ）

1)、診療上の注意義務

疾患の進行を抑え（止め）発病以前の段階に戻すように努力する

2)、自傷他害防止義務

治療の過程において自傷他害の結果を発生させないようにする

上記が履行されたかどうかを判断する要素は「治療当時の医療水準に従った治療が当該医師によってなされたかどうか」であるが、いわき病院が推薦した I G 鑑定人は「平成 17 年当時の医療水準では問題なかった」また「大学病院水準では問題になったとしても、一般の病院の一般の医師には過失を問えない」と鑑定意見を述べた。しかし、I G 鑑定人は「当時の医療水準」で免責となる理由を具体的に解説することができない。更に「当時は香川大学病院の外来担当医師」を兼任していた渡邊朋之医師を一般の医師として免責する事は論理としてできない。更に、大学病院の医師であれば、過失責任が問われても一般医師には過失を問えないとする二重基準の鑑定意見は妥当ではない。その上で、I G 鑑定人は平成 17 年当時には精神科専門医であれば常識であった、パキシルを突然中断する危険性の問題を、パキシルを継続投与する危険性の問題と意図的に混同させた鑑定意見を述べており、鑑定人は「突然中断」と「継続投与」の違いを理解できないほどの乏しい学識とは考えないが、少なくとも鑑定人の意見は学者として誠実性及び信頼性に欠けており、大学教授としては不適切な鑑定意見を述べた。そもそもいわき病院の渡邊朋之医師は、統合失調症の治療を中断して抗うつ薬パキシルの添付文書の危険情報を理解せずに、処方変更を行い、経過観察を適切に行っていない。臨床医療の基本を逸脱し、医師としての常識を全うしていない。当時水準とか大学病院の医療などと弁明することもできない、医療倫理を逸脱したお粗末な医療義務違反である。

S G 鑑定医は事件直後に野津純一氏を診察して「病状増悪」と鑑定意見を述べた。慢性統合失調症の野津純一氏は抗精神病薬（プロピタン）を中止されて統合失調症の治療を中断された状況で、突然の中止を禁じられているパキシルを突然中止されていた。更にアカシジア緩和薬のアキネトンを中止してプラセボに代えられて、アカシジアが極めて悪化していた。この様に野津純一氏は病状悪化しており、上記の 1) は否定される。その上で、野津純一氏は根性焼きの自傷行為を行って矢野真木人殺人という他害行為を行ったので 2) も否定される。故に、いわき病院は無過失を主張できない。

7、賠償請求が認められた判例と高度の因果関係

(1)、静岡養心荘患者による看護師殺人（静岡養心荘）事件

静岡地裁昭和 57 年 3 月 30 日判決（昭和 52 年(ワ)第 134 号）、(判時 1049 号 1 頁、判タ 471 号 158 頁)、(1989 年 6 月 別冊ジュリスト No.102、P.98)

①、事件事実の概要

A は昭和 34 年から S 病院で治療を受けていたが、昭和 49 年 3 月被害妄想により S 病院長 O 医師をナイフで刺して全治 2 ヶ月の刺創を負わせた。A は精神分裂病と診断され不起訴処分となった。A は静岡県立第二駿府病院に措置入院となり、昭和 51 年 1 月から静岡県立精神病院養心荘に転入院した。

転入院後の昭和 51 年 5 月 26 日以降、病院から事業所に通勤稼働する院外作業療法を受けていたが、同年 6 月 16 日朝（院外作業開始から 21 日）、勤務先に向かわず、前記 O 病院長刺殺の意思をもって S 病院に赴き、診療中の O 院長を襲いかかったが果たせず、代わりに O 病院長を室外に逃がした看護師 H を刺殺した。A は精神分裂病による犯行として不起訴処分となり、養心荘に入院中である。

②、判決で過失を認めた相当因果関係の論理

- 1)、精神病の診断、治療方法の選択等については、ある程度、主治医の主観的な判断が入ることはやむを得ないところで、その判断は一般的に尊重され、・・・、主治医らが A の分裂病を社会的寛解状態にあるものとみて同人に対し院外作業療法を実施したこと自体は相当な治療方法であった。
- 2)、A に対し院外作業療法を実施するに際しては、主治医としては右病歴、症状等に留意し、前記のような配慮のもとに、従事すべき作業の種別、内容、勤務時間その他の条件等を調整し、同人の能力、症状に適応し、かつ、同人に対する状態観察、管理が可能な事業所を選んだうえで、同人を勤務稼働させる必要があった。
- 3)、作業療法実施後も同人に病状の悪化再発の兆候が現れたならば、これに即応して治療その他適切な措置が行えるよう同人を常に養心荘の治療的管理下に置くべき注意義務があった。
- 4)、しかるに T 医師は、
 - ア、A の一存で、養心荘から比較的遠距離にあり何らの連絡体制のとられていない、金属塗装工場との間に雇用関係を決定させた
 - イ、同人を一般人と同様の労働条件で、単独で右事業所に通勤稼働させた
 - ウ、本件院外作業療法中、A を帰院後看護密度の高い閉鎖病棟に収容した
 - エ、病棟内で看護職員に A の状態を観察させ、異常があれば主治医に連絡するように指示していた程度
 - オ、主治医は A を一週に 1～2 回問診していたという程度
 - カ、勤務先における A の状態を把握するための何らの方法も講じていなかった
- 5)、K 医師も A が、妄想性曲解とみられる訴えをしたり、勤務先を辞めたいと希望したにもかかわらず、本件院外作業療法を継続していた。

- 6)、主治医らには、A に対し本件院外作業を実施するにつき、養心荘の医師として同人を相当の治療的管理下に置くべき注意義務を怠った過失があった。

③、静岡養心荘事件における高度の因果関係

静岡養心荘事件では、A は措置入院患者で、措置入院が解除されないままで、即ち、措置入院を継続する必要があるとする精神医学的判断が継続された状況で、院外作業療法という開放療法が行われたが、精神科開放医療を行ったことの妥当性は過失を構成する問題にされていない。いわき病院事件でも、控訴人は野津純一氏に精神科開放医療を実施したことを問題にしていない。この点で、状況は同一である。

静岡養心荘事件では精神科開放医療を実施するにあたって、主治医の義務違反が過失責任の根拠とされたが、その内容は、「病歴や病状の確認不十分、本人の能力や症状に対応した院外作業療法でなかった、院外作業所との連絡協調体制の不備、及び病状の悪化・再発時の対応がなかった、主治医の診察間隔（週に1・2回）で、患者の訴えを無視したこと」である。これらの観点は、精神科医療機関として、開放医療を行う上での基本が守られたか否かであり、措置入院であるか任意入院であるかは関係ない。また、精神科医療者及び精神科医療機関としての常識的な義務が果たされていたか否かの問題である。

留意すべきは、いわき病院は「外出許可者の10人中8人から9人以上が殺人する確率の証明」を控訴人に求めたが、そのような非常識な論理は静岡養心荘事件では過失認定の条件とはならず検討されていない。いわき病院が要求する「高度の蓋然性」の論理の正統性を判断する前例判決である。

静岡養心荘事件の判決要素を整理すれば、以下の通りとなる。

- 1)、医師の診察や治療における主観的判断及び裁量権は尊重されることが、前提である。
- 2)、措置入院患者であっても、開放医療を行うことは妥当性があり、問題ではない。
- 3)、開放医療を実施するに当たっては主治医として、以下の義務があった。
 - ア、病歴、症状等に留意する
 - イ、従事すべき作業の種別、内容、勤務時間その他の条件等を調整し、同人の能力、症状に適応する
 - ウ、A に対する状況観察、管理が可能な事業所を選んだうえで、勤務稼働させる
 - エ、病状の悪化再発の兆候が現れた場合には即応して治療その他適切な措置を行う
- 4)、主治医はAを一週に1・2回問診していたという程度で、勤務先におけるAの状態を把握するための何らの方法も講じていなかった。また、Aが、妄想性曲解とみられる訴えをしたり、勤務先を辞めたいと希望したにもかかわらず、右のような本件院外作業療法を継続していた。

いわき病院では、主治医が慢性統合失調症の患者に抗精神病薬（プロピタン）を中止した上に、同時にパキシル（抗うつ薬）を突然中止して患者が病状悪化する原因をつくった。その上で、主治医の診察は2週間に1回限り（静岡養心荘では一週に1～2回問診しても少ないと判定された）で、患者を適切に経過観察していたとは言えない。いわき病院は患者の病状を確認しないままで漫然と単独外出許可を継続していた。これらの

状況は、静岡養心荘事件の判例に基づけば、法的に過失が認定される十分な要件となる。

④、病院と病院の争いである

静岡養心荘事件は不起訴処分となった精神障害者に対する病院の責任が認められた事例で極めて異例である。静岡県立病院の養心荘と死亡した看護師の間の民事訴訟であるが、実質は病院と病院の争いであることが訴訟を可能にした背景にある。病院関係者でなければ公判を維持することは不可能である。Aは元S病院の入院患者であり、S病院長O医師を業務の一環として助けようとした看護師をO医師に代わり刺殺した。S病院にはAに関する医療記録があり、またS病院は専門家集団である。一般の市民が精神科病院の不始末を訴えるよりは、遙かに容易であり、かつ専門的で組織的な事実説明が可能であったことが窺われる。なお、病院に過失責任を認めた論理には普遍性がある。

(2)、岩手北陽病院事件

平成8年9月3日 最高裁判所第3小法廷判決、平成6年(オ)第1130号

平成6年2月24日 東京高等裁判所判決、平成5年(ネ)第2430号

平成4年6月18日 横浜地裁判決、平成1年(ワ)第676号

①、事件事実の概要

岩手県内の県立精神病院である北陽病院に措置入院中の精神分裂病患者が、作業療法の一環として実施された院外散歩中に無断離院をし、岩手県から500キロ離れた横浜市に移動して4日後(昭和61年4月23日)に金員強取の目的で通行人(通勤途上の県警交通規制課長)を殺害したことについて、病院長は、無断離院のおそれのある患者に院外散歩を含む作業療法を実施するに付いての特別の看護体制を定めず、担当医師も、院外散歩に参加させるに当たり、引率する看護師らに何ら特別な指示を与えず、引率した看護師らも、院外散歩中に格別の注意を払わなかったなど判示の事実関係の下においては、院長、担当医師、看護師らに甲が無断離院をして他人に危害を及ぼすことを防止すべき注意義務を尽くさなかった過失が認定された。

②、判決で過失を認めた相当因果関係の論理

北陽病院はいわき病院のように治療ミスがあったわけでもない。列から離れて、路上駐車した車を奪い逃げてしまっただけで追いかけることが出来なかった無断離院を防ぐ計画を持たず許してしまったことで、通り魔殺人が発生したことに対する責任の損害賠償が確定した。

北陽病院判決は、相当因果関係の証明で現実性がない非常識な要求を行わず、常識的な認識で北陽病院の過失責任を認めた。しかしながら、いわき病院に対する控訴審では、被控訴人側から、合理性が乏しい、極めて頑迷な主張が行われている。

③、岩手北陽病院事件における高度の因果関係

1)、北陽病院事件では、通り魔殺人の被害者が事件に遭遇せず生存する可能性の証明を求めている。(高松地裁判決(P.46~47)では、被告以和貴会及び被告渡邊の主張として、矢野真木人が生き残る確率が80%であることを証明する事を求めた。)

- 2)、北陽病院事件では、無断離院中の精神障害者に十中八九の殺人危険率の証明という「高度の蓋然性」の論理を持ちだして、相当因果関係を証明するための前提条件と要求していない。
- 3)、北陽病院事件では、患者が行う可能性がある予見可能な危険性の認識を病院が持つことが当然との論理で病院側に過失責任を認めた。

北陽病院事件で病院は、「犯人に懲役 13 年の有期刑が確定したので犯人の行為は自由意思である」、「岩手から横浜まで 500 キロ移動して 4 日後の変更である」など、病院側に過失責任が無い理由を述べたにもかかわらず、最高裁で過失認定が支持された。いわき病院事件では、犯人に懲役 25 年が確定したが、病院直近の場所における病院から許可外出直後（14 分後）の犯行である。

北陽病院事件の犯人は措置入院患者であり、無断離院の試みや、他害行為を行う可能性などに関して病院内で発言や行動を起こした事実があり、他害行為に関して日常的に予見する事が病院に課せられた義務であったことは確かである。他方いわき病院の野津純一氏は任意入院患者であったが、主治医は、11 月 23 日から慢性統合失調症の治療を中断する抗精神病薬(プロピタン)の中止及び当時でも突然の中止は避けるよう重要な基本的注意で指摘されていたパキシル(抗うつ薬)を突然中止した処方変更を行っており、特に慎重に経過観察を行うべき時期の殺人犯罪である。いわき病院は任意入院を無過失の理由とするが、主治医と病院の義務違反は北陽病院と同等である。北陽病院事件における病院の過失と発生した殺人事件の被害者に対する責任は、常識論に基づいている。

④、警察と病院の争いである

本件は亡き警察官の遺族と岩手県立北陽病院の間の民事訴訟であるが、実質は神奈川県警本部と岩手県健康福祉部の争いである。被害者は県警本部に通勤途上の総務省から神奈川県警交通規制課長として派遣されたエリート公務員であった。このため、犯人の状況と事件事実の確認は組織的かつ体系的に行われたはずである。一般の市民が精神科病院の不始末を訴えるよりは、遙かに容易であり、かつ専門的で組織的な事実解明が可能であった背景が窺われる。なお、病院に過失責任を認めた論理には普遍性がある。

(3)、東京拘置所MN被告自殺事件

平成 18 年 11 月 29 日判決 東京高等裁判所、平成 17 年

平成 17 年 1 月 31 日判決 東京地方裁判所、平成 15 年（ワ）第 9953 号

①、事件事実の概要

MNは平成 12 年 12 月 25 日に自己が運転する自動車を被害者が運転する自転車に故意に衝突させて死亡させたとして傷害致死罪の公訴事実で起訴された刑事被告人で、平成 14 年 1 月 21 日に傷害致死罪で懲役 7 年の実刑判決言い渡しを東京地方裁判所八王子支部で受けて、控訴中で、平成 14 年 7 月 10 日に東京高等裁判所における第一回公判が予定されていた。MNは平成 13 年 4 月 13 日に府中刑務所八王子拘置支所に移監され、平成 14 年 6 月 26 日に東京拘置所に移監され、6 月 30 日午前 4 時頃に雑巾を口に詰めて自

殺企画を行っているところを発見され同日 5 時 40 分に死亡が確認された。

MNは長年精神賦活剤リタリン等を服用しており、東京拘置所に移監後にリタリンの投薬を中止され投薬再開を強く要求したが、要求は東京拘置所医師により聞き入れられず、6月29日午後8時45分頃にMNは自殺企画メモを看守に手渡していた。東京拘置所内で、10年以上長年服用してきた依存性が高く精神に作用する投薬を患者の同意無しに医師の独断で中止して、その上で、適切な自殺防止及び救命措置が取られなかった。

②、判決で過失を認めた相当因果関係の論理

1)、原告の訴え

- ア、やっと出会えた薬であるリタリンを、東京拘置所の精神科医が患者の同意無しで突然全ての量を切った（中止した）こと
- イ、自殺企画があったので独房に移して、身の物を片付けたと主張するのに、小さな雑巾が房に残されていた管理責任
- ウ、MNの自殺を発見した拘置所の職員が適切な救命措置を取らなかったこと

2)、判決の論理

ア、(判タ No.1181、P.217) 未決拘留者については、刑事訴訟法上いわゆる無罪の推定が働くものであるから、その拘留による自由の制限は必要にして十分な限度に留められるべきであり、この観点からすると、未決拘留者といえども、国民が一般的に社会生活上享受すべき水準の、専門的資格のある医師による治療を受ける機会を不当に制限される理由はおよそないから、被告は前記安全確保義務の一環として、疾患を有する未決拘留者に対し、医師による適切な治療を受ける機会を提供すべき義務を負う。

イ、(判タ No.1181、P.217) 一般的に言って、患者が一定期間に渡り複数の専門医による治療歴を有する場合に、前医らの下した診断や治療薬の選択は、相応の専門的・医学的知見に基づきなされるのが通常であるから、新たに当該患者の診断、治療を担当した医師が、過去の病歴や治療歴を無視して、患者がそれまでに受けていた治療内容を大幅に変更したり中断する措置を行うことは慎重でなければならない。

[前記 4 - (三)] 精神疾患に対する治療方針と薬剤の離脱症状等 (判タ No.1181、P.214)

精神疾患の治療においては、患者の医師に対する信頼が重要であること、また、薬剤の効用にかかなりの個人差があることから、継続的な治療が重要とされる。

精神疾患に用いられる薬剤を中止すると、離脱症状や反跳現象が起こる可能性がある。トフラニール、アナフラニールといった三環系抗うつ薬を含め中枢神経に作用する薬剤は、離脱症状がおこりうるため、どのような薬剤でも漸増漸減が原則とされている。(中略)

なお、うつ病の罹患者は、自殺の危険が健常者に比べ数十倍も高い事が指摘されており、焦燥、不安の強い場合、不眠を強く悩む場合などには自殺の危険性が高いとされ、自殺は必ずしも計画的に行われず、偶然の機会に衝動的で突飛な行動としておこなわれやすいことが指摘されている。

ウ、(判タ No.1181、P.217) とりわけ、精神疾患の治療においては、前記4-(三)のとおり患者の医師に対する信頼が重要であること、薬剤の効用にかなりの個人差があることから、継続的な治療が重要とされており、従前から継続していた投薬が受けられないことによって患者が精神的不安を覚えることが病状の悪化に繋がりがねないことを考慮すれば、特段の問題が無い限り、従前の治療方針を一定程度尊重することが原則となるものというべきである。

エ、(判タ No.1181、P.218) したがって、拘置所の医師の投薬を含む治療が裁量を逸脱し、前記安全確保義務に違反するものといえるかについては、従前の投薬措置が合理性を欠くものであったか、投薬を変更、中止すべき特段ないし緊急の必要性が存在したか、患者に対する説明の有無、内容等、その具体的態様がいかなるものであったかといった観点から検討すべきである。

3)、相当因果関係の成立

MN自殺事件では、未決拘留者に対して一時的な治療を行う拘置所医師が患者の長期服用していた依存性が高い精神賦活剤リタリン等を患者の理解と同意無しに一方的に中止して4日後に患者が自殺した相当因果関係が問題となった。これに対して渡邊朋之医師は主治医であり、処方薬の変更に関しては主治医の裁量権をより強く主張できる。しかし、薬剤中止に伴う離脱症状に対応した抗うつ薬及び抗精神病薬の「少量ずつ漸減が原則」という問題は同一である。更に、薬剤添付文書に記載がある、薬剤の処方に関する注意書きの医師が理解する義務は同一条件である。さらに、処方変更を受けた患者の精神的不安に対応する問題も同一である、また、処方変更に係る患者の理解と同意の問題も同一である。また、処方変更後の医師の患者に対する対応にも問題を共有していた。渡邊朋之医師の治療(薬剤処方)は、東京拘置所医師と同等レベルまたはそれ以上の結果(自傷他害)に対する精神医療上の因果関係を有していたと結論されるべきである。

③、高度の因果関係

東京拘置所MN被告自殺事件では、リタリン中止による自殺が10人中8~9人以上の確率で発生することの証明を判決は「高度の因果関係」の条件としていない。判決の論理は精神科医療の薬物療法における医師の基本的知識と、患者に対する常識的な対応を行ったか否かが「高度の蓋然性」を満足する要件であることに留意すべきである。

いわき病院では主治医の渡邊朋之医師は薬剤添付文書を真面目に読まず、読んでも解釈と理解を間違えた。そして、慢性統合失調症の患者の同意と理解を得ずに抗精神病薬(プロピタン)を突然中止して統合失調症治療を中止し患者から要請があっても診察拒否した。同時に突然中止の危険性が指摘されていたパキシル(抗うつ薬)を突然中止した。高松地裁判決(P.109)は、「渡邊朋之医師は中止後の症状について経過観察を行っているから、複数向精神薬同時中止は医師の裁量権逸脱ではない」としたが11月30日以降診察しておらず根拠が無い。判決は刑事裁判で確認された「犯行動機」と「犯行時の精神症状」に精神科プロである主治医と看護師が気付かなかったことと、「非常識な薬物療法と犯行動機の高度の蓋然性」についても言及を避けた。患者野津純一氏は処方変更を

渡邊医師が勝手に行ったとして不満を持ち、主治医に診察を求めても診察してもらえない事実を訴えていた。危険性が指摘される薬剤突然中止を同時に複数の向精神薬で行えば、危険性は飛躍的に高まるが、いわき病院は患者に対して適切な医療と看護を行っておらず、殺人事件の発生には高度の蓋然性が存在する事を否定できない。

④、政党が乗り出した案件である

本件は東京拘置所に勾留されていた東京高裁に上告中の未決拘留者の拘置所内の自殺死亡に関連して、共産党が乗り出し国会議員団が支援した案件である。このため、拘置所内の未決拘留者の治療に関する状況と事件事実の確認は組織的かつ体系的に行うことが可能だった。一般の市民が精神科病院の不始末を訴えるよりは、はるかに専門的で組織的な事実関係の解明が可能であった背景が窺われる。MN被告自殺事件で、医療に過失責任を認めた論理には普遍性がある。

(4)、市民として精神科医療裁判を行う

控訴人矢野は矢野真木人殺人事件に関連する刑事裁判から始まり、裁判を8年越しで行ってきた。矢野千恵は薬剤師であるが精神科の経験はない。また矢野啓司も精神医学には門外漢である。私たちがいわき病院の医療の過失を一つ一つ解明できたことには、控訴人野津夫妻のご理解とご協力が極めて大きい。野津夫妻が協力姿勢を維持してくれたからこそ多くの精神医療専門家から協力をいただいた。また、出版社ロゼッタストーン社が事件事実と裁判経過を発信したことも大きく、沢山の方から支援と協力をいただいた。更に、控訴人矢野が英国側の精神医療専門家集団であるデイビース医師団に協力をいただいたことも極めて大きい。デイビース医師団には精神科開放医療を誠実に行うことの意味や社会的な意義を教えていただき、裁判の方向性を見極めることができた。

現実には、一市民として精神科医療裁判を提起して闘い続けることは困難である。民事訴訟を行う大前提として、犯人が刑事裁判で有罪でなければ、捜査資料を民事裁判で証拠として入手することはできない。心神喪失者等医療観察法の下では、基本的に犯人が刑事裁判手続きに乗せられることが極めて希であり、実質的に無罪無垢とされた犯人の個人情報被害者遺族といえども入手できない。従って、私たちの後に続く人間は極めて少ないであろう。更に、事件に関係する問題を精神医学的に理解するまでに長い年月を要し、法廷の言葉にしなければならない。それには莫大な時間と労力と経費が必要である。控訴人矢野と控訴人野津は双方とも代理人の変更を経験して、公判を維持してきた。ここにも、一市民が裁判を提起する困難な背景と状況がある。そもそも、日本では一市民が精神科病院を訴えても勝訴できない歴史が重ねられてきた。しかし、私どもが提起した裁判には現在の日本にある普遍的な人権の課題があると確信している。

いわき病院に、精神障害者の野津純一氏の治療に真面目に取り組まない現実があった。医師の治療で患者が苦しんでも、治療を行わず患者を保護せず、犯罪者になるに任せていた。そのような精神障害者の人権を擁護しない現実をこの日本は放置してはならない。

8、北陽病院事件に関する最高裁判例

(1)、北陽病院事件概要と本件裁判の参考となる理由

①、事件概要と本件裁判の参考となる理由

集団外出訓練中に脱走した措置入院患者による警察官刺殺事件である。北陽病院事件は、措置入院患者が行った殺人という行動に対する病院の責任が問われた。いわき病院は「野津純一氏は任意入院患者であり、北陽病院事件は参考にならない」と主張したが、控訴人矢野は野津純一氏に対していわき病院が行った精神科開放医療そのものを問題とせず、外出許可の前提となった精神科医療行為に過失があったと指摘している。

いわき病院と北陽病院事件では病院側の過失責任を問う根拠は異なっている。いわき病院の場合は、行われた精神科医療の内容に過失性が問われるが、北陽病院事件では北陽病院の精神科医療そのものは問題とはならない。しかし、「病院外における患者の殺人行動と、病院の責任を結ぶ直接因果関係の論理」は、いわき病院事件と同質・同等であり、北陽病院の判例を本件裁判で参考とすることは可能である。

②、北陽病院事件の横浜地裁判決

北陽病院の場合は、犯人は無断離院して、盗んだ車を運転して事故も起こさずに駅まで行き、無賃乗車を発見されることなく 500 キロ先の横浜に到達して、4 日後(昭和 61 年 4 月 23 日)に通り魔殺人で警察官を刺殺した。北陽病院はいわき病院のように治療ミスがあったわけでもない。列から離れて、路上駐車のを奪い逃げてしまっただけで追いかけれなかった無断離院を防ぐ計画を持たず許してしまったことで、通り魔殺人が発生したことに對する責任の損害賠償が確定した。

判決 横浜地方裁判所 平成元年(ワ)第 676 号 判決日 平成 4 年 6 月 18 日

(三 争点 3 (因果関係) について

被告は、本件殺人事件は I の自由意志に基づき実行されたものであり、I の病状等の事情に鑑みると、本件無断離院と本件殺人事件の間には相当因果関係を認めることができない旨主張するので、この点について判断する。

証拠(〈書類番号略〉)によれば、本件殺人事件当時、I は精神分裂病の影響で、自己の行為の是非善悪を弁識し、これに従って行動する能力が著しく低下していたことが認められるから、本件殺人事件が I の自由意思に基づく犯行であったという被告の主張はその前提を欠くものである。そして、前記一 3 で認定したとおり、本件無断離院当時において、I が離院した場合、財産犯の過程で他人を殺傷する蓋然性は高いことが予見可能であったと認められるから、本件無断離院と本件殺人事件の間には相当因果関係があったとすることができる。

以上の事実によれば、本件殺人事件は被告の公務員である遠藤、小井田らの職務の執行に関する過失により生じたものといえるので、被告は国家賠償法第 1 条第 1 項に基づき本件殺人事件により原告らに生じた損害の賠償責任を負わなければならないものである。

上記を整理すれば、以下の要素を抽出できる。

- 1)、北陽病院事件では、通り魔殺人の被害者が事件に遭遇せず生存する可能性の証明を求めている。しかし、高松地裁判決（P.46～47）では、被告のいわき病院側は、原告に対して「その主張する過失がなければ亡真木人に発生した死亡結果を回避できたことを80～90%以上の確率をもって具体的に想定できていない」として、病院に過失はないことはもちろん、法的な因果関係は認められないと主張した。これはあり得ないことの証明を求める非常識で、かつ、この論理は因果関係と関係ない、全く意味がない主張である。
- 2)、北陽病院事件では、無断離院中の精神障害者に十中八九の殺人危険率という「高度の蓋然性」の論理を持ちだして、直接因果関係を証明するための前提条件と要求していない。このような高率の殺人危険率は現実にはあり得ない仮定の条件である。なお十中八九の殺人危険率という過失認定に関する数値基準は、いわき病院代理人が今回の裁判で始めて提出したものであると考えられる。
- 3)、北陽病院事件では、患者が行う可能性がある推測の危険性の認識を病院が持つことが当然との論理で病院側に過失責任を認めた。いわき病院は任意入院患者であれば、「自傷他害の危険性を考慮することはできない」として精神科開放医療を実施する上では義務である、患者の行動の危険性を推察・予測すること（結果予見性）を否定した。従って、当然病院は結果回避可能性があったにもかかわらず、結果回避のための行動を何もしていなかった。

北陽病院判決では直接因果関係の証明で、現実性がない非常識な要求を行わず、常識的な認識で北陽病院の過失責任を認めた。しかしながら、本件裁判では、被控訴人のいわき病院側から、因果関係の証明に関して合理性が乏しい、外出許可者の内10人中7人までが殺人を行うことを容認した非人道的で極めて頑迷な主張が行われ、それが高松地裁判決では通用した。

③、精神科専門医の本分を忘れたいわき病院の弁明

いわき病院代理人のKM弁護士は「本件と北陽病院事件は異なり、北陽病院事件は既判例とならない」との主張である。

- ア、北陽病院の患者は措置入院であったが、純一はいわき病院に任意入院していた。
- イ、北陽病院の患者は無断離院したが、純一は許可外出中であった。

そもそも入院患者が行った殺人行動に関連して、措置入院であれば病院に責任があるが任意入院では責任は問えないという論理は無い。入院患者の治療と看護などの医療で病院側に殺人事件に先だった医療の過失や事件を誘発した原因があったか否かである。平成17年11月23日以後のいわき病院の医療は野津純一氏に他害衝動を誘発する可能性が極めて高い上に、入院治療の常識である経過観察を行わないものであった。更に、無断離院には病院に責任があり、許可外出の場合は病院に責任を問えないとする論理は本末転倒である。いわき病院が任意入院患者であれ、患者の病状を確認することなく外出許可を出したことには過失責任が問われる必然性がある。

いわき病院代理人は「北陽病院は、措置入院であり、任意入院とは違う」と主張した。北陽病院の事例のように、「過去に犯罪があり服役もした措置入院患者」と、野津純一氏のように「過去に暴力行為歴はあるが入院時に措置入院でない者」との違いを主張した。現実問題として、科学的／精神医学的には両者に全く違いは無い。共に、反社会行為と行動を行う可能性を過去歴が示している。また、いわき病院が野津純一氏に行った複数の向精神薬を同時に突然中止した薬事処方変更は攻撃行動を行う危険性を極めて亢進したが、いわき病院は「他害行為を考えられない任意入院患者」と主張して、「制度的な建前の違いで反論」してきた。これはいわき病院が精神医療専門家として、医師の責任で患者観察をしていないことを自白したものであり、野津純一の暴力行為をまじめに調査していないことを証明する。当時の野津純一氏は一般の措置入院者よりも、いわき病院が行った医療が原因で攻撃性が亢進していた。いわき病院には当該患者が他人に危害を及ぼすことに結果予見性を持たず、結果を回避する対応を行わない過失があった。

④、いわき病院の過失責任

いわき病院は精神科専門病院であり、放火暴行履歴を有する統合失調症患者の離脱時の重大な危険性の認識を有することが当然である。また、統合失調症患者野津純一氏の自由意思は2種の向精神薬の同時突然中断により著しく減退され、特にパキシル突然中断により不安、焦燥が高まり攻撃性が亢進された状況にあった。本件裁判では、因果関係の認定を常識的な合理性に基づいて認定することが求められる。

- 1)、北陽病院は入院患者の治療において過失性は認められない。他方、いわき病院は、直接の治療において大きな過失がある（主治医である渡邊朋之医師の判断が誤っており、患者に自傷他害の衝動を亢進して、危険な状態に追いやった。従って、いわき病院の責任はより重い）。
- 2)、発生した殺人事件と病院の過失（危険な状態の患者を監視・保護せず管理者の手の届かない状態にした）との因果関係の接近性は、時間的、場所的にみて、いわき病院の方がより密接である。
- 3)、殺人事件の発生は、患者が北陽病院から離れて4日目である。仮に1ヶ月も離れて、犯人が沖縄にでも行って事件を起こしていたら、その事件で病院の責任を問うことは困難となっていたと推察される。いわき病院の場合は、病院が外出を許可してからわずか14分後の病院近隣で発生した事件であり、外出許可と事件発生との因果関係は濃密である。
- 4)、北陽病院は、脱走した患者を追いかけたり、探したりした。しかしながらいわき病院は事件発生に気付かず、返り血を浴びて帰ってきた患者の異常を発見せず、食事を取らない患者の行動の変化に注目せず、事件の翌日も漫然と外出許可を出した。事件直前に野津純一氏の顔面に赤黒い瘡痕（根性焼き）があることが目撃されていたが、その後いわき病院内で野津純一氏は25時間過ごしたが、誰も発見していまい。いわき病院は入院患者に定期的に行うべき日常の観察すら満足な水準で行っておらず、いわき病院の患者管理が北陽病院より劣っていることは明白である。

5)、いわき病院の場合は病院から外出直後の事件であり、病院内で直接的な原因となる何かがあったと考えるのが普通である。

いわき病院の精神科医療は拙劣で精神医療専門家として当然行うべき常識的な医療を行っていない。精神科医療の過程で発生した殺人事件については、病院が、診断もせず、チェックもせず外出を許したことが管理者の過失であり、北陽病院と同じく過失責任が問われることが正当である。いわき病院は、「何も知らなかったから、過失はない」と言い訳をしてきたが、いわき病院は専門精神医療機関であり、渡邊朋之医師は素人ではなく精神保健指定医の専門家であり、ホテルの管理人ではない。いわき病院第2病棟アネックス棟が精神科開放病棟であり、野津純一氏が任意入院患者であるとしても、そのことは「ホテルの管理者の弁明」を許す理由とはならない。

(2)、最高裁の北陽病院判決

①、病院側に医療上の過失があること

最高裁第三小法廷判決は以下の通り述べた。

(六) 本件殺人事件当時、Aは、精神分裂病の影響で、自己の行為の是非善悪を弁識し、これに従って行動する能力が著しく低下していた、というのである。右のような事実関係の下においては患者の治療、社会復帰が精神医療の第一義的目的であり、他害のおそれという漠然とした不安だけで患者の治療を拒否し、患者を社会復帰から遠ざけてはならないことなど緒論指摘の点を考慮してもなお、北陽病院の院長、担当医師、看護師らには院外散歩中にAが無断離院して他人に危害を及ぼすことを防止すべき注意義務を尽くさなかった過失の存することは到底否定しがたいと言わざるを得ず、また、右過失と本件殺人事件との間には相当因果関係があると言うべきである。

上記で、法的な相当因果の認定に関して大切なことは、以下の通りである。

- 1)、患者の治療、社会復帰のために開放治療が必要であったとしても、病院側には患者による他害の危険性に対して適切な対応や対策を取る責任があり、これを行わない場合には過失責任が問われる。
- 2)、通り魔殺人と病院の過失の間の法的な相当因果関係は常識的理解の範囲で認定できる。すなわち病院が、他害の履歴をもった患者を、他害の恐れがある状態のまま離院(外出)させた場合には、その離院させた過失と離院中の患者の行動(殺人)との間には相当の因果関係があるとされた。

②、無理難題の高度の蓋然性の論理は否定された

最高裁は、無断離院した患者が岩手県から長距離を離れた横浜市で4日後に通り魔殺人したことに関して高度の蓋然性の判断を否定する要件としていない。

これに関して、北陽病院代理人は上告理由で「無断離院したならば数日後に無断離院

した場所から約 500 キロメートルも離れた地点で強盗殺人を犯すことの具体的予見可能性および回避可能性が存在し、医師としての注意を払ったならば強盗殺人を具体的に予見し、強盗殺人を具体的に回避することができたと法的に判断できなければ、当該患者を院外散歩に参加させた医学的判断、そして院外散歩の実施方法の決定において、強盗殺人発生に対する注意義務違反の存在は認められない。」と主張していた。

最高裁は、北陽病院代理人が主張した、現実性を持たない無理難題を押しつける高度の蓋然性の論理を否定した。最高裁が認定した殺人と病院の責任を結ぶ相当因果関係は、常識の範囲内にある。また、結果予見可能性と結果回避可能性の判断は、主治医が当該患者に対して精神科開放医療の実施を最初に判断する時に決まる 1 回限りの判断ではない。主治医が行った結果予見性と結果回避可能性の判断が妥当であったか否かは、事件の発生と直接関係がある時点で、持続的また継続的に行われなければならない。

北陽病院では「犯人が無断離院して強盗殺人を犯すことの具体的予見可能性」は犯人の過去の行動歴から予見可能なことであった。しかし、直ちにそのことで患者に対して開放医療を行ったことが問題となるのではない。結果予見可能性がある中で、犯人が無断離院したその日の病院の対応で、院外散歩中に無断離院を防止する「結果回避可能性」に関連して適切かつ十分な病院側の事前及び院外散歩中の注意義務を尽くさなかった北陽病院側の対応に過失があった。北陽病院は、その日に院外散歩を行わせるに当たって、適切に結果予見可能性がある状況を判断せず、結果回避可能性の対策をとる義務を果たさなかったことが過失と判断された。

③、北陽病院の義務と過失

最高裁は北陽病院の過失と通り魔殺人の発生に関して、「患者の治療、社会復帰が精神医療の第一義的目標であり、他害のおそれという漠然とした不安だけで患者の治療を拒否し、患者を社会復帰から遠ざけてはならないことなど所論指摘の点を考慮してもなお、北陽病院の院長、担当医師、看護師らには院外散歩中にAが無断離院をして他人に危害を及ぼすことを防止すべき注意義務を尽くさなかった過失の存することは到底否定しがたいと言わざるを得ず、また、右過失と本件殺人事件との間には相当因果関係があるというべきである。」と判決した。

上記の最高裁の判断を左右したのは、「措置入院」ではない。措置入院であっても社会復帰のための開放医療を行うことを容認している。最高裁判断のポイントは、無断離院のおそれがある患者に開放的処遇を実施するについて、「無断離院して他人に危害を及ぼすことを防止すべき注意義務を尽くさなかった過失」にある。精神科病院は開放医療を積極的に推進することが求められる。そして同時に、開放医療を実施することによる事故の発生の可能性を予見して、事件や事故が発生する可能性の結果回避を行う対策を整える義務が課されているのである。精神科病院は開放医療の大義名分を唱えておれば、無責任であっても許されるという道理はない。また、判決は精神科開放医療の実施を制限したものではない。

いわき病院代理人は「精神科病院に法的な過失責任を問えば、日本の精神科開放医療

を行えなくなる」と主張しており、同一の主張が北陽病院事件でも行われた。しかしながら、北陽病院事件判決（平成6年）後、既に20年が経過した。この間に判明したことは、日本の精神科医療全体の停滞である。また、日本の精神医療界は国際的に名誉を回復していない。日本の精神科医療に求められるのは、責任回避ではない、法的責任の認識と履行である。その上で、精神障害者の人権を尊重しながら、他人に危害を及ぼすことを防止すべき注意義務を果たす医療を行うことで、精神科開放医療は促進される。

(3)、最高裁判決を密かに否定したいわき病院

①、最高裁が棄却した北陽病院の上告理由

いわき病院代理人はKM弁護士であり、同弁護士は北陽病院事件でも代理人を務めていた。いわき病院第1準備書面（平成19年2月7日）と最高裁平六（オ）1130号、平成8年9月3日、第三小法廷判決で上告棄却された北陽病院の上告代理人平沼高明、同野村弘、同堀井敬一、同KM、同加藤慎の上告理由は酷似している（「参考1、北陽病院といわき病院の主張」を参考にいただきたい）。これは、いわき病院代理人が北陽病院事件といわき病院事件に類似性があると認識していることを示す。北陽病院事件最高裁上告理由書は、病院外における入院患者による通り魔殺人事件の発生と病院側の過失責任を結ぶ、法的評価に関する病院の主張を述べたものであり、最高裁はこの上告理由を検討した結果「上告棄却」と判決した。

②、いわき病院代理人の裁判遅延戦略

いわき病院代理人は本件裁判においても、法的評価に基づいて過失責任の認定を行うことを強く求めてきた。そしていわき病院第1準備書面で北陽病院事件最高裁上告理由と同一内容の主張を行っていた。いわき病院代理人は地裁段階の審議でも、文書提出までに徒に時間を弄んだ事実がある。判明したことは、第1準備書面を提出する段階から無意味に時間を延長した後で、北陽病院事件の上告理由書を少し加工して、いわき病院の事例（語句）を当てはめるといだけの準備書面提出であった。そして、北陽病院事件裁判の上告理由の引用であることに付言するべきであった。そもそも前例の文書を借用するだけであるのであれば、作文に何ヶ月もの時間を要しない筈である。関係者に迷惑を押しつける行為である。

更に、裁判遅延戦略は、病院側鑑定人をして「事件当時と鑑定時点では医療水準が異なり、鑑定時点では大学病院などの高度な医療機関であれば問題となる医療であっても、当時の一般病院では過失とは言えない」として、客観的な根拠に基づかない（権威者の）鑑定意見を持ち出すための時間稼ぎであった。

③、いわき病院第1準備書面

本件裁判で、いわき病院側が最初に提出した第1準備書面は、北陽病院事件で病院側代理人が最高裁上告理由として、棄却された殆どの内容を同様に主張したことが判明した。いわき病院は、ほぼ同じ内容のままで主張を繰り返し、その上で、最高裁の判決で論理が否定されていたにも拘わらず、相当因果関係を北陽病院事件判決以上に詳細な条件を付して行うことを要求した。いわき病院代理人は北陽病院の代理人でもあったが、

本件裁判で第1準備書面を提出するに当たって、既に最高裁で主張して棄却された論理であることに言及した事実は無い。あたかも、本件裁判で提出する独自で最初の主張であるかの如く主張した。

いわき病院代理人は日本精神病院協会の顧問であり、精神医療裁判をこなす熟練弁護士である。最高裁で棄却された主張を、そのことに言及せず使用して、しかも病院の過失に関する相当因果関係を認定する判断条件を困難な方向に転換することを意図していたとすれば、それは、最高裁判決を密かに否定する行為である。相当因果関係に関する最高裁判断を、それと言及することなく変更しようとする訴訟姿勢は公正ではない。

④、「高度の蓋然性」の過剰な要求

北陽病院事件判決で、最高裁は犯人の岩手県内の病院からの無断離院と4日後の横浜市内における殺人事件に対する病院の過失責任に関連して、弁護側が提出した無理難題論を棄却して、常識的で妥当性ある判決を行った。ところが本件裁判でいわき病院代理人は医療裁判における「高度の蓋然性」という言葉を持ち出して、言葉のイメージから殊更に困難で、現実的でない条件をいわき病院代理人の頭の中で創りあげて「原告は因果関係の高度の蓋然性を証明できていない」との主張を繰り返した。現実的でない証明を要求することは、殺人事件の原因究明と責任の解明を不可能にして、殺人事件に対策をとることを否定して、基本的人権である生存権をないがしろにする行為である。

相当因果関係が認定される「高度の蓋然性」とは、一般人が常識的に理解できる起承転結の論理である。「高度」という言葉が示唆することがある「高級技術」とか「難解な論理」を意味しない。「誰でも、普通に、理解できる」、また「高度＝殆どの人間が納得する」という程度の「高度」の意味である。現実にはあり得ない「高度の蓋然性＝高度の特殊性」を殊更に要求することは、発生した殺人事件の原因解明と、より良い精神科開放医療の実現を願う社会の要請を否定する。実現性が無いことを要求することは、何もやらない、もしくは、非道なことで何をしていても良いという論理である。それは、精神科医療という社会事業の担い手として、極めて反社会的な見識である。

⑤、渡邊朋之医師の医療水準と過失免責の歴史

日本の精神医療の水準が世界的標準から比較すれば遅れていることは明らかである。本件裁判を通して、日本の精神医療の発展を阻害する医療側及び司法側の課題が浮き上がりがつつある。精神医療の水準にも達しない医師が精神保健指定医の資格を与えられ、正確な向精神薬の知識を持たないで治療を行う、いわき病院の渡邊朋之医師のようなレベルの診療が誰からも批判もされず、その結果何が起こっても責任も問われず、精神病院協会お抱えの弁護士や司法精神医学の権威までにも「無責任に」擁護してもらえる実態が明らかになった。自らは適切でない医療を不誠実な態度で行っているにも拘わらず、いわき病院の医療に過失を認定することがあたかも日本の精神科開放医療を破壊する事と主張する姿勢と論理は公正ではない。

⑥、「開放医療」は免罪符ではない

いわき病院代理人は「開放医療」を免罪符のキーワードにしているが、「開放医療は入

院形態や病状に関係なく、患者の好き放題に自由に行動できる」というものではない。野津純一氏は任意入院であっても、入院（治療）している以上は「何らかの（行動）制限」、例えば「院内諸規則を順守すること」を含め、「自宅とは異なる」環境に置かれていたことは明白である。いわき病院と渡邊朋之医師が野津純一氏に単独外出を許可したという事実は「それが可能である」、すなわち「自傷他害の恐れがないという予見性」という精神科医療機関・精神医療専門家として判断した合理的な理由が存在していなければならない。その前提を元にすれば「殺人を行うなど予見できなかった」という言葉は出るはずがない。いわき病院の弁明で、いわき病院の「杜撰さ」が浮き彫りになったのであり、精神医療のアンタッチャブルを巧みに利用した不誠実な弁明である。この様な不誠実な弁明を容認する事から、日本の精神医療の荒廃が事実となったと言える。

いわき病院の渡邊医師は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）に基づく精神保健指定医である。同法第 36 条に基づけば、精神科病院の管理者は任意入院者を含めて指定医が開放処遇の制限を行うことができるが、いわき病院と渡邊朋之医師は向精神薬の突然の同時中止という重大な誤りを犯したまま経過観察をせず、患者の診察要請も拒否し、ほったらかしの状態で外出させた。予見可能性があるかどうかを論じる以前に、病院として予見可能性を持たない恐るべき過失である。

⑦、法廷は日本の精神科開放医療を促進できる

いわき病院の渡邊朋之医師のような、ほったらかしの医療でも責任が問われない構造があつてこそ、日本の精神医療の改善が遅々としているのである。本件裁判では、その遅れを生み出している当事者本人および代理人と鑑定人が、「日本の精神科開放医療の遅れが裁判によって生じる」と主張している。これは医師、弁護士、大学教授として、職務の本分に照らして公正でない。卑しく、また、たちの悪い冗談である。精神科開放医療の基本は事実に基づいた普遍的な人権擁護である。日本の精神医療の遅れは、精神障害者の人権を尊重しているとは国際的に認められない、入院医療の実態にある。精神科開放医療の理念ではなく、いわき病院で発生した事実に基づいて過失認定を行うことで、日本の開放医療は実現する。

（４）、精神科開放医療と他害の危険性の予見性

①、措置入院及び刑事記録がある他害の危険性

いわき病院代理人は「北陽病院の犯人は、他害の危険性が診断された措置入院患者で、過去にも無断離院をするなど他害の危険性を考えることができない任意入院患者の野津純一氏とは異なる」との立場である。また、「純一は放火暴行履歴の前科がないため、他害の危険性を診断することはできない」と主張する。これに関連して精神科医師から「精神科医療で他害の危険性を予想した対応を行う前提として、前科の記録があることが条件」と指摘があつた。「前科がなく措置入院でもない野津純一氏が通り魔殺人したいわき病院事件は、北陽病院事件判決を前例とすることは困難」という意見である。

精神障害者の場合、患者の放火他害行動を行った事実と刑事罰（前科）は必ずしも連動しない。殺人事件の加害者が精神鑑定で心神喪失が認定されて、刑事処分が行われず

心神喪失者等医療観察法の下で治療を行うことは珍しくない。何回傷害事件（殺人未遂）を起こしても、また殺人をしても前科が付かないことがあり得る。そもそも精神科医療における患者の診断と、刑事処分は異なる。精神科医師は患者の過去の行動歴および患者診察で示す表現等の観察及び発言を聴取して患者の行動の特質を診察することが正しい。ましてや、事件直前の野津純一氏は渡邊朋之医師の複数の向精神薬の同時突然中止で攻撃性が極めて亢進した状況にあり、主治医は慎重に経過観察を行う義務があった。しかし、いわき病院代理人の論理に基づけば、野津純一氏が任意入院を希望したから自傷他害の危険性を検討しなくても良い事になる。精神科専門医（精神保健指定医）としての知識や技能は必要ないとする無責任な精神科医療である。これは、厚生労働大臣により知識及び技能を有すると認められた指定医（精神保険福祉法第 18 条）は、措置入院の決定だけでなく、任意入院患者の行動の制限の是非も判断することが求められる（精神保健福祉法第 37 条第 1 項に基づく厚生労働大臣が定める基準）ことに反する。

いわき病院（渡邊朋之医師）が、野津純一氏は「自傷他害など考えられない任意入院患者」と主張した事が、そもそも精神科医師の義務逸脱である。また、いわき病院が、任意入院患者がおこす暴力事件（殺人）という結果の予見を特段の根拠もなく行わないで、精神科開放医療を推進したことを証明する。結果予見性を持たなければ、結果回避可能性は無い。これは医師の義務違反であり、発生した事故に対して過失責任が問われて当然である。高松地裁判決が、任意入院患者であることを根拠に他害の危険性を否定したいわき病院の医療を容認したことは、重大な誤審である。精神障害者福祉法第 36 条第 1 項では、任意入院患者に対しても、医療又は保護に必要な限度において行動の制限を行うことができるとしており、同法第 37 条第 1 項では厚生労働大臣が入院中の患者の処遇について基準を定め、精神科病院の管理者はその基準を遵守する義務を定めている。本意見書 16 ページの参考で示したように、事件発生当時でも厚生労働大臣の基準では、任意入院患者の開放処遇を制限する場合として自傷行為の恐れがある場合等（他害の恐れも含むと理解できる）を挙げている。指定医の渡邊医師が知らなかったはずはない。

②、野津純一氏の放火暴行歴と他害を行う可能性

矢野真木人を直接的に殺人した野津純一氏に前科が記録されていないことは確かである。しかし、17 歳時の自宅及び両隣を全焼させた大火災の原因者は野津純一氏（本人は放火と診察で述べた）であり、未成年及び精神障害者でなければ刑事処分や補導の対象となった事件である。また、包丁を持った医大女医襲撃未遂事件は殺人未遂と言える事件であるが公式の記録になっていない。さらに、いわき病院に入院する前の香川県庁前の通行人襲撃事件は親が示談金を支払って解決した。しかし、精神障害者でなければ示談金を支払っても暴行行為で前科となる事件である。野津純一氏はいわき病院に入院後にも平成 17 年 10 月 21 日に突然看護師を襲った。隠された事件がなくても、野津純一氏には上記の暴行歴がある。野津純一氏の両親はいわき病院入院時に過去の放火暴行履歴を説明し、野津純一氏も主治医が交代した時に渡邊朋之医師に「25 歳時の一大事」などの暴行を行った事実を説明した。いわき病院と渡邊朋之医師が「前科がないから、放火他害行動歴を調査しなくても良い、野津純一氏の行動歴を分析しなくても良い、自傷他害の危険性が無い患者、自傷他害歴は知らない」などと主張することは、精神科開放医療を推進する医師として、義務と責任の放棄である。

③、いわき病院の向精神薬に関する錯誤は重大な過失である

渡邊朋之医師は主治医として受け持った患者の病状を適切に診断せず、病状の変化に対応しない臨床医師である。渡邊朋之医師の不誠実な診療姿勢と不作為が明らかな精神医療を以下に、列記する。

1)、複数の向精神薬の同時突然中止

- ア、慢性統合失調症患者に抗精神病薬（プロピタン）を中止して、統合失調症の治療を中断したまま放置し、抗精神病薬の再開を考えなかった
- イ、突然中止の危険性が特に指摘されるパキシル（抗うつ薬）を突然中止した
- ウ、患者がアカシジアで苦しんでいることを承知しながら、アカシジア治療薬のアキネトン薬効がない生理食塩水に代えるプラセボテストを実行して、医師によるプラセボ効果の評価判定を行わなかった

2)、病状変化を経過観察しなかった

- ア、平成 17 年 11 月 23 日（祝日：重大な薬剤処方変更を開始）から 12 月 7 日の身柄拘束までの間に 11 月 30 日の 1 日しか診察した記録が無い
- イ、プラセボテストを 3 日だけ行くと計画したが、12 月 1 日のプラセボ実施から 3 日後に診察せず、効果判定を行わず、漫然とプラセボテストを継続した
- ウ、受け持ち患者野津純一氏の度重なる診察要請に応えず、診察拒否をした
- エ、野津純一氏が顔面に自傷した根性焼きを発見することがなかった

3)、医師としての基本的素養の欠如

- ア、統合失調症治療ガイドラインの基本を無視した抗精神病薬の中止を行った
- イ、当時は既に常識であったパキシル突然中止の危険情報を知らず、またパキシル添付文書の記載を間違えて理解していた
- ウ、パキシル添付文書の突然中断の注意に関する理解を間違えていた
- エ、パキシル・プロピタン・インタビューフォームを中途半端に理解していた
- オ、重篤副作用疾患別対応マニュアル、アカシジアの中途半端に理解した無謀な処方中止を実践した
- カ、重大な処方変更後、患者に問診せず、病状悪化に気付かなかった

④、11 月 23 日からの精神科医療に不作為があった過失

いわき病院と渡邊朋之医師の決定的な過失は平成 17 年 11 月 23 日から野津純一氏に対して行った、複数の向精神薬（プロピタン、パキシル、アキネトン）の同時突然中止及びその後の患者の病状変化を経過観察せず、病状の悪化に対して治療的介入を行わなかった不作為である。渡邊朋之医師が行った医療は「精神科開放医療を誠実にやっている中の不可抗力で病院から許可による外出中の患者が殺人事件を引き起こした」と弁明できない。渡邊朋之医師が主治医として行った複数の向精神薬の突然同時中断で患者の病状が悪化していたにもかかわらず、主治医として患者を経過観察せず、放置して責任放棄を行った事実が過失である。渡邊朋之医師は、野津純一氏のような放火暴行履歴がある統合失調症患者に抗精神病薬を中止して治療を中断する危険性を認識せず、合わせて、

パキシル突然中断の危険性も認識せず、漫然と外出許可を出し続けた。渡邊朋之医師は精神科医師であれば当然の、患者の重大な自傷他害の危険性に関して、常識ある、普通の医師であれば当然持つべき、予見可能性を持たず、治療的観察と介入を何も行わなかったことで、結果回避可能性を持たなかった。いわき病院と渡邊朋之医師の過失責任は極めて重い。北陽病院の比ではない。いわき病院と渡邊朋之医師には、精神科医療の本質面で、錯誤があり、同時に不誠実な医療を行っていた。

(5)、精神科医療の健全さを損なう恫喝の主張

①、いわき病院及び日本精神病院協会等の理解

いわき病院代理人は精神科開放医療を錦の御旗にしている。開放医療はあたかも精神医学会の統一見解であり、日本の精神医学の名誉を題目とすれば批判は許されないとするひとりよがりな傲慢さがある。精神科開放医療は無責任の口実であってはならない。

②、いわき病院の主張は裁判官に対する恫喝である。

いわき病院は第1準備書面で以下の通り主張したが、同様の主張を北陽病院代理人も上告理由書で述べていた。

「もし、裁判所が事実の認定および事実に対する法的評価を誤り、精神科医が具体的に予見できないことについてまで、予見が可能であったと公権的に判断してしまうならば、精神科医は、具体的治療行為の過程において、自らの医学的判断に疑心暗鬼となり、精神科医としては仮に重大な結果を全く予見できない場合や、また予見できても具体的にではなく危惧感の程度であるに過ぎない場合であっても、結果に対する責任追及を回避するために、いかに国際的批判の対象となろうとも、また、患者の社会復帰にいかにもマイナスであろうとも、患者に対する管理を強化し、閉鎖的な病棟内治療を中心とし、開放療法を控え、精神病院に患者を拘束することが適当であるとの判断に傾かざるを得ない。」

この主張は裁判官に対する恫喝である。簡単に言えば、「予見可能性があるとして精神科医師に過失責任を認定する判決が出れば、精神科医師は自信とやる気を無くす。また、精神科開放医療に伴う患者の他害行為を少しでも避けるために、国際批判があっても、患者の社会復帰にマイナスであっても、精神病院に患者を拘束するようになる。それでも良いのか」という精神科医としての責任を放棄する宣言でもある。「医者が言うことには従いなさい」という恫喝である。精神科病院側が代理人の声を通して裁判官に対して「精神科開放医療者のサボタージュ宣言」のような恫喝を行うことは不誠実である。また、いわき病院の不誠実な医療に目をつむり、弁護することも不誠実である。健全な精神科医療の発展を期待するならば、誠実な法廷議論を行うべきである。不誠実な精神科医療を不誠実な論理で弁明することでは、日本の精神科医療が改善して、国際的信頼を獲得することにはならない。

本件裁判の控訴人矢野は、いわき病院と渡邊朋之医師の、精神科医療を真面目に勉強しない、誠実な態度で精神科臨床医療を行ったとは言えない、お粗末な現実を指摘している。いわき病院の渡邊朋之医師が野津純一氏に対して行った医療は精神科医療とは名

ばかりの不適切な行為である。また、いわき病院の弁論には「開放医療の大義名分があれば、患者が病院の外で殺人することはたいしたことでない」という認識が前面に出ている。その主張が持つ空恐ろしい人権侵害の意味に、いわき病院（渡邊朋之医師）とその代理人弁護士が気付かずに主張しているとしたら、驚くべきである。控訴人矢野は、その背景にある無責任な医療実態に過失責任を課して、精神科医療が改善されることを願っている。

③、日本のいわき病院でメディカルモデルが成立していたか？

いわき病院は、北陽病院事件上告理由書に追加して、第 1 準備書面で以下の通り主張した。

今日、精神科医療は、過去の患者に対する人権侵害行為を克服して、精神病に対するケアを中心に治療を実施し、国民衛生の実現のためにあるべき、まさに医療なのであって、社会防衛の手段はないという国際的コンセンサスが形成されていることは疑いがない。精神病患者に対する強制医療の根拠が「ポリスパワー」から「パレンスパトリエ」に求められているのである。

また、本件は、医師の裁量とこれに対する法的評価の判断の問題であり、「メディカルモデル」と「リーガルモデル」との対立、調整の事例なのであるが、国際的には、メディカルモデルを中心としつつ、適正手続きの保障という視点からリーガルモデルの導入という調整が図られつつあるというのが特にアメリカ合衆国をはじめとする先進諸国における趨勢である。

控訴人矢野は、いわき病院が真面目に主張しているか疑う。いわき病院及び代理人は、ポリスパワーという言葉を用い権力に対する一般庶民大衆の味方であるかの如く権力反感意識をくすぐり、同時にパレンスパトリエという自らも理解しない言葉を弄んで、あたかも非力な精神障害者の擁護者であるかの如く振る舞い、そして、メディカルモデルで人道豊かな精神科医療を行っており、その主張を行う、自らは正しいと、自らの美意識に酔っているかのように見える。しかし、いわき病院の渡邊朋之医師はパレンスパトリエの博愛の精神を持たない。持っていたならば、野津純一氏を見捨て放り捨てた臨床医療を行うはずがない。いわき病院の渡邊朋之医師がメディカルモデルと主張するのであれば、誠実に患者に対面しなければならない。

④、誠実な医療を行ってこそ

精神科開放医療は危険な医療ではない。精神科開放医療を行えば、「危険な精神障害者が街中をうろつき、市民生活が危険にさらされる」のではない。精神科医療機関がそのような危険を吹聴し、精神科医療機関の法廷代理人が、法廷を恫喝して、精神科医療機関が行った不誠実な医療の責任を免れるために、詭弁を弄することは間違っている。精神科開放医療を着実に実行するのであれば、日本の精神科医師の技量を向上する必要がある。日本の精神医療関係者が真面目に、一丸となって、良質で責任ある精神科開放医療を行うならば、精神障害者の自殺および、精神障害者が原因者となる他害事件（殺人未遂及び殺人）は減少すると予想される。英国では、過去 50 年間の経験で、それが実現した。他国で可能なことが、日本で不可能なわけがない。誠実な医療を行ってこそ、信頼性があり、効果を上げる、精神科開放医療は実現する。その第一歩は、いわき病院と

渡邊朋之医師の不勉強で、不誠実な精神科医療に過失責任を認定することである。

(6)、いわき病院の過剰な「高度の蓋然性」の論理

いわき病院代理人の論理（高度の蓋然性）は、「神様でもできないことを証明できなければ、病院側には過失はないと言っているに等しいもの」であり、被害者に泣き寝入りをさせることだけが目的の論理である。善良な一般の人が持つ常識感覚ではなく、腹黒い玄人の、事実に基づかず責任回避だけが目的で、論理を徒に複雑にして、人権侵害を容認する論理である。

そもそも、いわき病院代理人は、控訴人矢野の主張をねじ曲げて、論理建てをしている。このため、まともに反論しようとする、先ず、「そんなことは言っていない」というところから始めることになる。しかし、いわき病院が事件当日に、普通の精神科病院としてきちんと結果予見可能性を何に求めるかを考えて、結果回避可能性の手段を講じて、どうしても外出を許可する必要があると判断した際には、看護師か親の付き添いがなされていたならば、100%確実に矢野真木人は生存している。

野津純一氏の場合、病状が危険な状態にある時に単独外出させれば、殺人事件とはならなくても暴行や傷害を行い、誰でも良かったので、弱そうな誰かが犠牲になった可能性が極めて高い。その時、あたりに誰もいなければ、放火や犬やネコが殺された可能性がある。

近代的な民主的な憲法の下では、市民の基本的人権（安全に生存できる権利）を尊重する立場で、法律の解釈がなされなければならない。この点で、いわき病院代理人の考えは恐るべきものである。いわき病院は公的助成を受ける民間病院であり、善良な市民の常識に基づいた医療を誠実に行う義務から逸脱してはならない。

①、因果関係に関するいわき病院の主張の破綻

いわき病院代理人は「因果関係に関する被告以和貴会の主張（予備的主張）」（いわき病院第11準備書面、平成22年12月17日）で原告の主張として以下の9項目をあげた。

- 1)、統合失調症を的確に診断できなかった過失
- 2)、反社会的人格障害を診断しなかった過失
- 3)、統合失調症患者の抗精神病薬（プロピタン）を中止した過失
- 4)、レキソタン（ベンゾジアゼピン系抗不安薬）を連続大量投与した過失
- 5)、処方変更の効果判定をしなかった過失
- 6)、効果が無い社会復帰訓練を行った過失
- 7)、本件犯行当日に野津の診察をしなかった過失
- 8)、患者管理の過失
- 9)、本件犯行日に野津に単独外出を許可した過失

これらの諸点に関する議論は、その後3年余りの経過で、3)、5)、7)、8)、9)

が過失を構成する要素として、明らかになり、現在では以下の論点となる。

- 3)、統合失調症患者の抗精神病薬（プロピタン）を中止した過失は、抗精神病薬（プロピタン）を急激に中止し、同時にパキシル（抗うつ薬）を突然中断した過失
- 5)、処方変更の効果判定をしなかった過失は、複数の向精神薬の処方変更後に患者の病状に関して精神科医が経過観察せず、プラセボテストの効果判定をしなかった過失
- 7)、本件犯行当日に野津の診察をしなかった過失は、経過観察の診察をせず、病状悪化の予測が可能だったのに患者からの診察要請を繰り返し拒否した過失
- 8)、患者管理の過失は、大規模な処方変更後にチーム医療を機能させず、患者が顔面に自傷した根性焼きを発見しないほど杜撰な患者看護及び、野津純一氏の自傷他害行為の可能性に関して結果予見可能性を持たず、また結果回避可能性を持たない精神科臨床医療を行った過失
- 9)、本件犯行日野津に単独外出を許可した過失は、外出許可を出すに当たって、野津純一氏の状況（根性焼きでも治まらないイライラ、父親の悪口を言う幻聴、集団が喫煙の邪魔をする被害妄想）を確認せず、患者の病状の変化に対応しない、いわき病院の杜撰な外出管理の過失

いわき病院代理人は「1) ないし 9) として原告が主張する過失は、仮にそれらの点において落ち度があるとしても（これは全くあり得ないので、あくまでも議論のための過程である。）、それによって本件犯罪行為（殺人行為）という因果関係は認められない。1) ないし 9) の過失がなければそれによって亡矢野真木人の死亡を回避できたとの法的因果関係は否定される。」（第 11 準備書面、P.2）と述べていた。この、いわき病院代理人の主張の中で、「1) ないし 9) の過失がない」は否定された。また、3)、5)、7)、8)、9) の過失と矢野真木人殺人の間には因果関係が存在する。

②、野津の外出といういわき病院代理人の主張

いわき病院代理人は「野津が病院外に出ていなければ、野津が本件犯行時刻に犯行現場に所在することもなかったであろうから、レトロスペクティブに見て本件事件が発生しなかった」（第 11 準備書面、P.2）と述べたが、この主張は正しくない。

控訴人矢野は「野津を本件犯行時刻に犯行現場に所在させたことが間違い」と主張していない。いわき病院は外出許可を出して外出させるのであれば、病状が安定していることを確認すべきだったが、当日の野津純一氏は病状が悪化していた。それでも、いわき病院が外出許可を出すのであれば、看護師か親の付き添い付きで外出させることは可能であったと指摘している。その場合、野津純一氏は、凶器の包丁を買うことはあり得ず、誰かを殺傷することもなかったことは容易に想像できるし、矢野真木人は現在でも 100%生存していると断言できる。従って、いわき病院代理人の主張は間違いである。

精神科開放医療では可能な限り多数の患者の社会参加の達成が目標であり、控訴人矢野はその課題の達成を願っている。しかしそのことは、患者の治療を誠実に行わず、患者の病状の変化を観察せず、治療中の患者を無制限に市中に出すことを意味しない。精神科病院が患者の病状を改善し安定化する、現実の医療が伴わなければならないのである。いわき病院と渡邊朋之医師の間違いと無責任な、医療とは言えない医療行為には過失責任が課されなければならない。

③、「高度の蓋然性」といういわき病院代理人の主張

いわき病院代理人は「単独でなければ「高度の蓋然性」をもって本件犯行を回避できたかは議論の余地があり、少なくともこの点については原告からは具体的立証はなされていない」（第11準備書面、P.2）と主張した。この、「高度の蓋然性」をいわき病院代理人が主張する根拠は以下の通りである。

いわき病院代理人は「「因果関係」とは、事実としてのレベルにおいて「あれなければこれなし」の関係が存在する事が必要である」（第11準備書面、P.3）と主張したが、他の局面では「AなければBなし」とも論じており、同じことである。また、この表現は上述の「野津が病院外に出ていなければ、野津が本件犯行時刻に犯行現場に所在することもなかったであろうから、レトロスペクティブに見て本件事件が発生しなかった」と述べたが、いわき病院代理人の意識において同一の主張を言い換えただけである。しかし、それは全ての場合を言い当てておらず、正しくない主張である。いわき病院代理人の場合、「AなければBなし」の基本原則とする主張を言い換える時に、「大いなる作為（誤謬）を持ち込む手段を用いた」のである。

いわき病院代理人が用いる「高度の蓋然性」とは（第11準備書面、P.6）に記述した最高裁判例の「「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発生を招来した関係を是認し得る高度の蓋然性を証明する事であり、その判定は、通常人が疑いを差し挟はさまない程度に真実性の確信を持ち得るものであることを必要とする。」というものである（最判昭和50年10月24日民集29巻1417頁）」。これに基づけば、「高度の蓋然性」を証明する手続きは一見難しいことのように見えるが、読み碎けば「通常人が疑いを差し挟はさまない程度に真実性の確信を持ち得るものであること」が基本的な要件であり、要するに「一般人が納得する常識が判断基準」と言う意味である。

いわき病院代理人は、続いて「「医師が注意義務に従って行うべき診療行為を行わなかった不作為と患者の死亡との間の因果関係が肯定されるためには、経験則に照らして統計資料その他の医学的知見に関するものを含む全証拠を総合的に検討し、医師が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る必要があるものというべきである。」と近時の最高裁判決で判示されたところである。（最判平成11年2月25日民集53巻235頁）」（第11準備書面、P.6）と述べた。ところで、矢野真木人はいわき病院の患者ではないため、本件判例をそのままでは適用できない。また本件で渡邊朋之医師は「医師が診療行為を行っていたならば」の条件には当てはまらない。渡邊朋之医師は野津純一氏に対して「必要とされる診療行為を行った事実が無い」。しかしながら、「渡邊朋之医師が野津純一氏

に対して必要な診療行為を行っていたならば、矢野真木人は今日 100%生存していることは明白」である。

いわき病院代理人は「高度の蓋然性」という言葉を弄ぶが、北陽病院事件（最判平成 8 年 9 月 3 日）でも病院の過失責任と通り魔殺人事件の相当因果関係の認定では「**普通人の常識の範囲内の合理性**」があれば、「高度の蓋然性」は証明された。「高度の蓋然性」という言葉が持つ「難しそう」という言葉のイメージを利用した法廷弁論を行うことは間違いである。いわき病院代理人は言葉の遊びを行ってはならない。最高裁は、「普通人の常識で納得できる合理性」を求めているのである。高度とは、「大多数の常識人が納得する」という、「高度な理解」である。

④、いわき病院代理人が主張する「高度の蓋然性」

いわき病院代理人はいわき病院第 11 準備書面の「4 結論: P.28」で次の通り述べた。

③の「統合失調症患者に抗精神病薬（プロピタン）を中止した過失」についても、抗精神病薬中止によって 80~90%の確率で（つまり 10 人中 8 ないし 9 人の患者が）本件のような殺人行為に至るという客観的かつ科学的証拠が存在しない以上、これを本件犯行と「高度の蓋然性」をもって結びつけることは到底不可能である。

いわき病院代理人は上記の主張が「**普通の人**の常識からとんでもなく逸脱していること」に気付いていないようである。そもそも、厚生労働省が認可して入院患者のみならず通院患者に大量に使用している医薬は安全である。いわき病院代理人の主張に基づけば、「服薬すれば 10 人中 7 人までが殺人行為に至る、客観的かつ科学的根拠が存在する薬剤を処方した医師には過失責任を問えない」ことになる。

また、薬を突然中止することで、10 人中 1 人が殺人を行うことが確実な客観的かつ科学的データがある薬剤を厚生労働省が認可して市中に出回り、医師がその薬剤を処方してその後突然中止すれば、精神科病院の周りでは殺人事件が頻発することになる。当然、そのような危険な薬剤は医薬品として承認されるはずがない。常識観の欠如とは恐ろしいものである。いわき病院代理人の主張は間違いである。

⑤、いわき病院代理人の「A なければ B なし」論の暴走

本件裁判の目的の一つは、「日本における精神科開放医療の実現と促進」である。従って、いわき病院代理人が「A なければ B なし」の論理を用いるときに「外出許可なければ殺人なし」と論じることは、間違いである。「精神科開放医療を行う病院が、入院患者に外出許可を行っても、殺人事件は発生しない、精神科医療」が課題であり、それは諸外国の事例から可能であるからである。

いわき病院と渡邊朋之医師が野津純一氏に対して行った精神科医療は、医療とは言えない不真面目なものであった。常識はずれの薬事処方を行い、その上で経過観察も行わないことでは、何れ重大事故が発生することは止められない。それでも 10 人中 8 人から 9 人の患者が殺人事件を引き起こすのではない。ごく少数の患者が希に殺人を行うような条件でも、殺人事件の発生を容認すれば、社会的に重大かつ深刻である。いわき病院の

渡邊朋之医師が行う精神科開放医療で結果予見性と結果回避可能性を持たず発生した矢野真木人殺人事件に関して、非常識な「AなければBなし」論を展開した。いわき病院の渡邊朋之医師は、普通の医師であれば誰でも行うことを行わなかった過失がある。以下の諸点が実行されておれば、矢野真木人は現在でも 100%生きている。

- 1)、野津純一氏の過去の行動歴を分析して開放医療に活かしておれば事件を防止できた
- 2)、毎日の野津純一氏の様子を観察して、きちんと観察記録を記帳し、その日の外出許可の内容を見直し、調整しておれば、事件が発生することはなかった
- 3)、看護師が毎朝の定時記帳で、患者の顔面観察を行って、患者の様子の特徴を記帳しておれば、根性焼きを見逃すことなく、事件の発生を防止できた
- 4)、渡邊朋之医師が主治医を交代したときに良好な状況だった非定型抗精神病薬の処方を守り、CPK の正しい知識を持っておれば、野津純一氏のアカシジア治療で混迷せず、複数の向精神薬を突然中断するという無謀な処方変更を行うことが無かった
- 5)、渡邊朋之医師が薬剤師の忠告に耳を傾ける度量を持っておれば、向精神薬の処方変更の際に、薬剤の副作用などの知識をもたないままで行うことを防止できた
- 6)、渡邊朋之医師が統合失調症治療ガイドラインを再確認しておれば、慢性統合失調症の野津純一氏に抗精神病薬を中止したままで放置することがなかった
- 7)、渡邊朋之医師が、薬剤の添付文書（パキシル）を詳細に検討しておれば、パキシルを突然中断する危険性に気付き、より慎重な治療を行っていた
- 8)、渡邊朋之医師は薬剤師の助言を尊重して、処方変更を行うべきであった
- 9)、渡邊朋之医師が 11 月 23 日の複数の向精神薬の処方変更後、直ちに看護スタッフにカンファレンス等で、向精神薬中止の事実と重点治療看護項目などを周知しておれば、精神病院に備わる安全機能が起動して、野津純一氏の病状の悪化などの異常を速やかに発見して、自傷他害の衝動が亢進することがなかった
- 10)、渡邊朋之医師が 11 月 23 日の複数の向精神薬の処方変更後、野津純一氏の病状の変化に関心を持ち、経過観察を怠らなかったなら、治療的介入をするなど、異常行動の亢進を止めることが可能であった
- 11)、渡邊朋之医師が野津純一氏の診察要請に応じておれば、事件を未然に防止できた。
- 12)、いわき病院の他の医師が、レセプト承認と同時に患者の観察や診察を行っておれば、野津純一氏に異常行動が亢進することを止めることが可能であった
- 13)、12 月 6 日の朝、野津純一氏の診察をしておれば、事件は未然に防げた

⑥、主治医が普通の医師なら殺人事件はなかった=A ならば B なし

いわき病院の渡邊朋之医師が、精神科医療を真面目に勉強して、薬剤の副作用などの重大な注意事項に従った処方を行い、受け持った患者の病状の変化を診察して、病状の悪化に対して時を置かず対応する医師であれば、矢野真木人殺人事件は発生しなかった。「A なければ B なし」の論理は、逆転して表現することができる。「いわき病院と渡邊朋之医師が、今日の常識の医療水準を満たして、誠実に普通の医療を行っておれば、矢野真木人殺人はなかった」という常識論である。「A ならば B なし」である。

いわき病院の高度の蓋然性の論理は「外出許可者の 10 人中 7 人までが行う殺人」には過失責任を問えないとして「社会として容認すべき」という主張である。現に矢野真木

人殺人事件の発生に責任は無いと主張している。現実には矢野真木人は「10人中7人までが行う殺人は許容される」という認識がいわき病院と渡辺朋之医師にある中で殺人された。現実の社会では殺人事件があればその背景では桁違いに多い人身傷害事件が発生することが統計的な事実である。仮に「外出許可者の10人中7人までが行う人身傷害」であったとしても、いわき病院の周辺では人身傷害事件が頻発することになり社会は震撼する。その様な事態は容認されるはずがない。いわき病院代理人はそのことに気付かずに、十中八九の殺人を主張したが、いわき病院はその主張を訂正することがない。重大な人権上の問題を認識していない。

福島原子力災害では東電福島第一原子力発電所近傍の住民が、ふるさとを捨て、自宅を捨てて避難している。原発事故で避難している住民は、将来がんの危険性が高まる恐れと健康に被害がある恐れがあるために避難しているのである。その恐れは、現時点で生命の維持に差し迫ったものではなく、数年後から数十年後に発病する危険性である。原子力発電事故避難者は、短期間の内に10人中8～9人が死亡するから避難しているわけではない。いわき病院の主張は、「差し迫った生命への危機があっても、殺人事件の発生確率が10人中7人以下の頻度であれば、その危機を発生させた病院に責任は無い」と主張しているのである。現実には10人中1人が死亡するような状況が発生した場合、社会はその異常な高率の死亡率に騒然となることは間違いない。100人中1人であっても同様である。精神医療の議論では、命を守ることにしてもっと慎重であるべきである。健康な生命を維持することはそれ程重要である。

いわき病院の主張は、相手が健常者であれ精神障害者であれ、生命の安全と維持に関心で、本質的に反社会的である。いわき病院代理人は日本精神科病院協会の顧問弁護士を務める精神医療事故裁判の専門家であり、繰り返し共通して同じ論理を用いている可能性があり、いわき病院代理人の弁論活動を体系的に検討してみる必要があることを指摘する。精神科開放医療は日本が国際公約として実行している政策であるならば、その推進を願う観点からみると、いわき病院代理人がこれまで果たしてきた役割は、病院に不作為と怠慢を許し、院外の一般市民に被害を甘受させようとする、およそ精神科開放医療の促進とは逆行する、極めて反社会的なものである。国際公約は口先で大義名分を主張すれば実現するものではない。現実には誠実に行われる医療が伴わなければならない。口先だけの弁明を過失責任を問わない理由として許しては、精神科開放医療が日本社会から信頼を得て定着して発展し、精神障害者の社会参加を拡大することにはならない。

参考 1 : 北陽病院といわき病院の主張

北陽病院事件上告理由書といわき病院第 1 準備書面を並列して記載する。文中の黄色マスキング部分が、双方の主張の相異点所である。双方の主張の本質の部分は最高裁が棄却した論理であることが確認できる。なお、いわき病院代理人は第 1 準備書面が北陽病院事件上告理由書の写しである事実には言及したことはないが、北陽病院事件判決は参考にならないと否定し続けた事がある。

北陽病院事件 (上告理由)	いわき病院事件 (第 1 準備書面)
<p>最高裁平六(オ)1130号、平8.9.3第三小法廷判決、上告棄却</p> <p>上告代理人HN、同NM、同HI、同KM、同KTの上告理由</p> <p>二、本件強盗殺人は、精神分裂病患者が惹き起した事件であり、入院治療途上において無断離院した結果であるところから、治療を担当していた医師が、本件結果を予見することが可能であったか否か、本件結果を回避することが可能であったか否か(具体的には医師の採用した院外散歩という治療法の選択、実施方法に結果回避義務の違反がなかったか否か)、医師の治療行為と本件結果との間に相当因果関係が存在したか否か、という点が問題となったが、これに対する法的判断がどのようなものになるかによって、今後の精神分裂病患者に対する精神医療の方向性に一定の基準を与えることになる事案であった。</p> <p>三、本件は、発生した重大な結果からレトロスペクティブに条件関係を遡っていけば、そもそも精神分裂病患者を治療目的で院外に連れ出さなければ結果は発生しなかったという単純な思考が可能である。従って、第三者の死という重大な結果による多額の損害賠償責任を、病院側が未然に回避しようとするならば、治療目的上院外散歩等の精神療法が必要あるいは有用であるとの医学的判断が導かれる場合と言えども、そのような院外における療法の選</p>	<p>高松地裁平成18年(ワ)第293号被告代理人KMの第1準備書面(平成19.2.7)</p> <p>2 本件殺人は、いわき病院に入院中の精神障害者が惹き起した事件であり、入院治療途上において許可外出中に発生した結果であるところから、治療を担当していた医師が、本件結果を予見することが可能であったか否か、本件結果を回避することが可能であったか否か、</p> <p>医師の治療行為及び看護師の看護行為と本件結果との間に相当因果関係が存在したか否か、という点が問題となったが、これに対する法的判断がどのようなものになるかによって、今後の統合失調症をはじめとする精神障害者に対する精神医療の方向性に一定の基準を与えることになる事例である。</p> <p>3 本件は、発生した重大な結果からレトロスペクティブに条件関係を遡っていけば、そもそも入院中の精神障害者に対して外出許可を与えず、閉鎖処遇を続けていけば結果は発生しなかったという単純な思考が可能である。従って、第三者の死という重大な結果による多額の損害賠償責任を、病院側が未然に回避しようとするならば、治療目的上院外散歩等の精神療法が必要あるいは有用であるとの医学的判断が導かれる場合と言えども、そのような患者を</p>

択を断念あるいは躊躇せざるを得ないという状況が生まれやすい。

院外における療法を選択しない場合であっても、医師の判断からして、分裂病の妄想等の症状が強く、医学的にもそのような療法が、症状を増悪させる具体的可能性を有していると判断される場合であれば、患者の保護になり精神医療の目的と合致することになるので格別問題はない。

しかしながら、前記のように高額な損害賠償を請求されるかもしれないとの一種の危惧感から医学上必要かつ有用な院外の療法が事実上抑制されることになると、以下のような問題を生ぜしめる。

第一に、院外における精神療法は精神分裂病患者の社会復帰を果たすために必要不可欠な療法であるところ、この療法になかなか踏み切れないがために、患者の寛解を遅延させ、あるいは逆に症状を増悪させ、治療という医療の目的が頓挫してしまう。

第二に、患者を必要以上に長期に精神病院内に収容する結果となり、患者の自由を不当に拘束し基本的人権の侵害を生む。

第三に、患者に対する過度の管理が強化され、不当に長期の施設内治療が実施される上に、病院内での患者の自主性も不当に軽視され、患者が完全に医療に隷属する関係となってしまう。

四、精神医療という分野は、医学の中でも比較的新しく、特に精神分裂病については、その病名自体、1911年に初めてドイツのブローラーによって命名された新しい疾病であり、その診断基準、病理、治療法等については未だ80年余りの歴史し

院外に出すことを一切断念あるいは躊躇せざるを得ないという状況が生まれやすいこととなる。

院外における単独外出を許可しない場合であっても、医師の判断からして、幻覚・妄想等の症状が強く、医学的にもそのような単独外出が、症状を増悪させる具体的可能性を有していると判断される場合であれば、外出させないことは患者の保護になり精神医療の目的と合致することになるので格別問題はない。しかしながら、前記のように高額な損害賠償を請求されるかもしれないとの一種の危惧感から医学上必要かつ有用な院外への単独外出が事実上抑制されることになれば、以下のような問題を生ぜしめる。

第1に、院外への単独外出(外泊を含む)は統合失調症患者等の精神障害者の社会復帰を果たすために必要不可欠な処遇であるところ、この処遇になかなか踏み切れないがために、患者の寛解を遅延させ、あるいは逆に症状を増悪させ、治療という医療の目的が頓挫してしまう。

第2に、患者を必要以上に長期に精神病院内に収容する結果となり、患者の自由を不当に拘束し基本的人権の侵害を生む。

第3に、患者に対する過度の管理が強化され、不当に長期の施設内治療が実施される上に、病院内での患者の自主性も不当に軽視され、患者が完全に医療に隷属する関係となってしまう。

4、精神医療という分野は、医学の中でも比較的新しく、特に統合失調症については、その病名自体、1911年に初めてブローラーによって命名された新しい疾病であり(当初は精神分裂病と呼ばれた)、その診断基準、病理、治療法等については未

か有していない。

当初は精神分裂病の病理の解明が必ずしも十分ではなく、患者に対する過酷な治療法の試行錯誤の連続であり、患者がいれば人体実験の道具と化していたという歴史が存在し、また、精神分裂病の治療目的および精神分裂病患者を社会的にどのように据えるかによって、閉鎖療法と開放療法を選択等、治療内容が大きく異なるため、精神分裂病患者が社会的に危険な存在であり、この危険な患者から社会を防衛しなければならないというような思想によって、精神医療が患者に対する社会的抑圧の目的に利用されたという不幸な時期も経験した。

これらの歴史を踏まえて、第二次世界大戦後の国際社会においては、精神病患者に対する治療の目的が、治安維持による社会防衛ではなく、患者の保護および社会への復帰にあるということが明確に位置づけられ、国連の非政府間国際機構である国連人権連盟や、国際保健専門職委員会（ICHP）、国際法律家委員会（ICJ）等の国際機関が中心となって、国際社会における精神病患者の人権抑圧の改善、精神保健サービスの改善・充実に尽力しているところである。さらに1991年の国連総会決議では、「精神病患者擁護及びメンタルヘルスケア改善のための原則」が採択され、本件措置入院のような非自発的入院は、

「その精神病のために、自己または他人への即時のまたは差し迫った危害の大きな可能性のある」場合に限って許容されるとしており、強制入院治療の要件を厳格に解し、安易な精神病院への強制入院を許さないとの姿勢を鮮明に打ち出している。

一方、わが国の精神医療については、昭

だ90年余りの歴史しか有していない。

当初は精神分裂病の病理の解明が必ずしも十分ではなく、患者に対する過酷な治療法の試行錯誤の連続であり、患者がいれば人体実験の道具と化していたという歴史が存在し、また、統合失調症の治療目的および統合失調症患者を社会的にどのように据えるかによって、閉鎖療法と開放療法を選択等、治療内容が大きく異なるため、統合失調症患者が社会的に危険な存在であり、この危険な患者から社会を防衛しなければならないというような思想によって、精神医療が患者に対する社会的抑圧の目的に利用されたという不幸な時期も経験した。

これらの歴史を踏まえて、第二次世界大戦後の国際社会においては、精神病患者に対する治療の目的が、治安維持による社会防衛ではなく、患者の保護および社会への復帰にあるということが明確に位置づけられ、国連の非政府間国際機構である国連人権連盟や、国際保健専門職委員会（ICHP）、国際法律家委員会（ICJ）等の国際機関が中心となって、国際社会における精神病患者の人権抑圧の改善、精神保健サービスの改善・充実に尽力しているところである。さらに1991年の国連総会決議では、「精神病患者擁護及びメンタルヘルスケア改善のための原則」が採択され、本件措置入院のような非自発的入院は（控訴人注：野津純一氏は任意入院患者であり、非自発的入院ではない、いわき病院代理人の転写ミスと思われる）、「その精神病のために、自己または他人への即時のまたは差し迫った危害の大きな可能性のある」場合に限って許容されるとしており、強制入院治療の要件を厳格に解し、安易な精神病院への強制入院を許さないとの姿勢を鮮明に打ち出している。

一方、わが国の精神医療については、昭

和 40 年代以降、その悲惨な状態を告発する報告が登場するようになり、強制入院の手続きの安易な発動、精神障害者でない者や自傷他害の危険のない者に対する強制入院の発動、強制入院下の患者に対する治療がないままでの拘禁の継続、入院患者に対する暴行強迫等の人権侵害、作業療法という名の強制労働の実施、患者を被験者とする人体実験の実施等の、ショッキングな実情が公にされ、ようやく昭和 44 年 12 月に日本精神神経学会が「精神病院に多発する不祥事に関連し全会員に訴える」と題する声明を出し、精神科医師の姿勢を正し、明治・大正に遡る汚辱の歴史に終止符を打つことが表明された。そしてその後、精神医療の現場では患者に対する十分かつ適切な医療を与える努力が積み重ねられてきているのである。

しかしながら、わが国の精神病院における人権侵害の現状は一朝一夕のうちに完全には解消されず、このことが国際的関心事となり、昭和 59 年 8 月に国際人権連盟は日本の精神医療を公に批判し、昭和 60 年には国際保健専門職委員会 (ICHP) および国際法律家委員会 (IJC) が日本に調査団を派遣したうえ、日本の精神医療の時代遅れを指摘するとともに、精神障害者の人権が保障されていないと批判し、精神保健サービスの改善等の勧告を日本に出している。すなわち、わが国の精神医療は世界的に見て、患者の自由、保護を守る側面において遅れているとの認識で一致しているのである。

五、本件のように精神医療の途上で発生した事故に対する医療側の責任をどのように判断するかという問題は、国際社会におけるわが国の精神医療をどのような位置に置くことになるかという問題と極めて強く結び付いているのである。

本件において医療側の責任の有無を判

和 40 年代以降、その悲惨な状態を告発する報告が登場するようになり、強制入院の手続きの安易な発動、精神障害者でない者や自傷他害の危険のない者に対する強制入院の発動、強制入院下の患者に対する治療がないままでの拘禁の継続、入院患者に対する暴行強迫等の人権侵害、作業療法という名の強制労働の実施、患者を被験者とする人体実験の実施等の、ショッキングな実情が公にされ、ようやく昭和 44 年 12 月に日本精神神経学会が「精神病院に多発する不祥事に関連し全会員に訴える」と題する声明を出し、精神科医師の姿勢を正し、明治・大正に遡る汚辱の歴史に終止符を打つことが表明された。そしてその後、精神医療の現場では患者に対する十分かつ適切な医療を与える努力が積み重ねられてきているのである。

しかしながら、わが国の精神病院における人権侵害の現状は一朝一夕のうちに完全には解消されず、このことが国際的関心事となり、昭和 59 年 8 月に国際人権連盟は日本の精神医療を公に批判し、昭和 60 年には国際保健専門職委員会 (ICHP) 及び国際法律家委員会 (ICJ) が日本に調査団を派遣したうえ、日本の精神医療の時代遅れを指摘するとともに、精神障害者の人権が保障されていないと批判し、精神保健サービスの改善等の勧告を日本に出している。すなわち、わが国の精神医療は世界的に見て、患者の自由、保護を守る側面において遅れているとの認識で一致しているのである。

5、本件のように精神医療の途上で発生した事故に対する医療側の責任をどのように判断するかという問題は、国際社会におけるわが国の精神医療をどのような位置に置くことになるかという問題と極めて強く結び付いているのである。

本件において医療側の責任の有無を判

断する過程で検討されるべき具体的内容は以下のとおりである。

第一に、具体的に治療を担当していた医師が、当該患者を院外散歩に参加させたことの判断、そして具体的な院外散歩の実施方法の決定において、院外散歩中に患者が無断離院することの

具体的予見可能性および回避可能性が存在し、医師としての注意を払ったならば無断離院を具体的に予見し、無断離院を具体的に回避することができたと法的に判断できなければ、無断離院の発生についての医師の注意義務違反は認められない。

第二に、無断離院したならば数日後に無断離院した場所から約 500 キロメートルも離れた地点で強盗殺人を犯すことの具体的予見可能性および回避可能性が存在し、医師としての注意を払ったならば強盗殺人を具体的に予見し、強盗殺人を具体的に回避することができたと法的に判断できなければ、当該患者を院外散歩に参加させた医学的判断、そして院外散歩の実施方法の決定において、強盗殺人発生に対する注意義務違反の存在は認められない。

第三に、右第二の判断と相当部分において重なり合う判断ではあるが、仮に医師の院外散歩の実施についての注意義務違反が認められたとしても、その後発生した事実経過および最終結果に対して、注意義務違反時における具体的予見可能性が存在し、これまでの経験則や科学的予測の範囲を越えていないと法的に判断されなければ、注意義務違反と結果との間の因果関係は否定され、医師の結果に対する不法行為責任は認められない。

断する過程で検討されるべき具体的内容は以下のとおりである。

第 1 に、具体的に治療を担当していた医師が、当該患者を院外散歩に参加させたことの判断において、単独外出中に患者が包丁という非常に危険な本来的凶器を購入し、さらに通行人を待ち伏せして突然刺殺するであろうとの、具体的予見可能性および回避可能性が存在し、医師としての注意を払ったならば殺人を具体的に予見し、殺人を具体的に回避することができたと法的に判断できなければ、当該患者に外出許可を与えた医師の判断において、本件殺人事件発生に対する注意義務違反は認められない。

第 2 に、本件患者である被告野津に対する 1 年以上に亘る入院加療中、担当医師が患者に対する診断、治療方針の決定、投薬等の具体的治療行為の過程において、他の治療方法等を選択しなければ、当該患者が外出中に他人を刺殺するとの具体的危険性が存在し、そのような具体的結果を予見することが可能であり、かつ結果を回避することが可能であると法的に判断できなければ、担当医師の当該患者に対する本件医療行為には、本件殺人事件発生についての注意義務違反の存在は認められない。

第 3 に、既に触れたとおり、本件は精神障害者という歴史的にその人権保障が図られるべき人間の処遇を考えなければならない場面に直面しており、結果回避方法として当該患者を隔離拘束して社会から遮断することをもって法的因果関係を安易に肯定するという手法は、無意味かつ危険であるという点に注目する必要がある。当該精神障害者を絶対に病院の外に出さなければ確かに本件殺人事件が発生することはなかったのであるから、自然的因果関係において単純に考えれば外出許可と本件殺人との間に「A なければ B なし」と

いう条件関係が存在することとなる。しかしながら、精神科病院は犯罪者（未決・既決）を社会から隔離収容する拘置所・刑務所等の施設とは異なり、精神病を有する精神障害者に対する治療を行い患者の社会復帰を図る医療施設なのである。池田小学校児童殺傷事件を始めとする精神科受診歴を有する犯罪者による悲惨な事件により、理由もなく命を落とす被害者が存在する一方で、不当な差別・偏見に悩む多くの精神障害者が存在するという現実、そして、そのような悲惨な事件を防止するとともに、精神障害者に対する不当な偏見・差別を解消することを目的として定められ平成 17 年から施行されるに至っている心神喪失者医療観察法の適用範囲・具体的運用等の中で、精神障害者に対する処遇の程度が法的に検討されることが重要であり、そのような法的評価を通じて導かれた相当な処遇を出発点として、法的因果関係の有無が判断されるべきなのである。特に、本件の入院形態が「自傷他害のおそれのある精神障害者」に対する社会防衛的要素の含まれる「措置入院」ではなく、自傷他害のおそれなど認められない患者本人の意思による「任意入院」である点は重要な判断要素とされるべきである。

しかも、被告野津が起こした本件殺人事件は、被告野津に責任能力が存在することを前提として刑事事件として正式起訴され、限定責任能力との認定のもと殺人罪と銃刀法違反の併合罪の罪責を問われ、宣告刑としては極めて重い懲役 20 年（控訴人注：判決は 25 年）という判決言渡しによって確定し、現在被告野津は刑務所に服役しているという事実は軽視されてはならない。心神喪失者医療観察法施行下において、患者の精神障害から重大犯罪を起こす懸念のある触法精神障害者は、通常人と同様に単純に有罪判決を受けて刑務所に服役という流れに乗るのではなく、鑑定入院を経て治療反応性が認められれば指定医

<p>このような判断を経て、はじめて医師の医学的専門的判断による医療における裁量の違法を、不法行為責任という法的制度の中で問うことができるか否かが決定されるのである。</p> <p>右法的判断はあくまで事実関係を分析して、事実には従って行わなければならないが、もし、裁判所が事実の認定および事実に対する法的評価を誤り、医師が具体的に予見できないことについてまで、予見が可能であったと公権的に判断してしまうならば、医師は、具体的治療行為の過程において、自らの医学的判断に疑心暗鬼となり、医師としては仮に重大な結果を全く予見できない場合や、また予見できても具体的にではなく危惧感の程度であるに過ぎない場合であっても、結果に対する責任追及を回避するために、いかに国際的批判の対象となろうとも、また、患者の社会復帰にいかにもマイナスであろうとも、患者に対する管理を強化し、閉鎖的な病棟内治療を中心とし、開放療法を控え、精神病院に患者を拘束することが適当であるとの判断に傾かざるを得ない。</p> <p>このような状況に、精神医療現場が置かれることになれば、わが国の精神医療は、患者の社会復帰という目的を大きく損ない、昭和 40 年代に既に解消されるべきこ</p>	<p>療機関に審判入院して精神科医療を受けることになる。つまり、被告野津が医療観察法の手続に一切乗せられなかったということは、すなわち、被告野津の本件重大犯罪は自らの自由意思により惹き起こされたものであって、被告野津の精神疾患罹患とは直接の関連性はないと法的に判断されたということになるのである。この点は、本件における因果関係のみならず注意義務違反を論ずる場合に極めて重要な要素となるところである。</p> <p>このような判断を経て、はじめて精神科医の医学的専門的判断による医療における裁量の違法を、不法行為責任という法的制度の中で問うことができるか否かが決定されることとなるのである。</p> <p>6、上記法的判断はあくまで事実関係を分析して、事実には従って行わなければならないが、もし、裁判所が事実の認定及び事実に対する法的評価を誤り、精神科医が具体的に予見できないことについてまで、予見が可能であったと公権的に判断してしまうような事態に至れば、精神科医は、具体的治療行為の過程において、自らの医学的判断に疑心暗鬼となり、精神科医としては仮に重大な結果を全く予見できない場合や、また予見できても具体的にではなく危惧感の程度であるに過ぎない場合であっても、結果に対する責任追及を回避するために、いかに国際的批判の対象となろうとも、また、患者の社会復帰にいかにもマイナスであろうとも、患者に対する管理を強化し、閉鎖的な病棟内治療を中心とし、開放療法を控え、精神科病院に患者を拘束することが適当であるとの判断に傾かざるを得ないことを銘記されるべきである。</p> <p>このような状況に精神科医療の現場が置かれることになれば、わが国の精神科医療は、患者の社会復帰という目的を大きく損ない、昭和 40 年代に既に解消されるべ</p>
--	---

とが宣言された、明治・大正の汚辱の時代に逆戻りし、さらに厳しい国際的批判に晒されることは必至である。

従って、本件において裁判所は、医師の結果に対する具体的予見可能性、回避可能性の有無、医療行為と結果との間の因果関係の有無等の判断について、十分に審議を尽くし、証拠を慎重に検討し、さらに経験則に照らして、適切妥当な結論を導かなければならない重大な責務を負っているのである。

きことが宣言された、明治・大正の汚辱の時代に逆戻りし、さらに厳しい国際的批判に晒されることは必至である。

従って、本件において裁判所は、医師の結果に対する具体的予見可能性、回避可能性の有無、医療行為と結果との間の因果関係の有無等の判断について、十分に審議を尽くし、当該患者（被告野津）の入院期間中の具体的経過を中心に証拠を慎重に検討し、さらに経験則に照らして、適切妥当な結論を導かなければならない重大な責務を負っているのである。

7、精神科医療は患者に対する治療、患者の社会復帰が第一義的目標なのであり、常に医療者に対しては、患者に対する治療の義務が課せられていることを忘れてはならない。医療の具体的現場においては、精神科医が日々、担当する患者の自殺のおそれ、または他害のおそれについて悩みながらも、漠然とした不安だけで治療を拒否し患者を社会復帰から遠避けてはならないという使命を背負い、日々治療に当たっているのである。仮に医師が患者の精神症状が万全でなく単独外出中に何らかのトラブルが発生する抽象的な可能性を意識したとしても、一方で患者に対する治療義務も医師に課せられた重大な義務なのであり、このような二律背反的な判断の中で患者と対峙する医師は、非常に悩み苦しみながら専門的知見と臨床経験を駆使して、一つの結論を下さなければならないのである。本件原告の請求原因事実の主張は、このような医療現場における苦悩に対する考慮が全く欠落し、精神障害者は完治しない限り、精神科病院の壁の内に取り逃がさないように隔絶しておくべきであるとの法的根拠のない社会防衛義務を精神科病院に負担させようとするものに等しい。精神障害者に対する不当な予断と偏見を助長し、わが国の精神科医療を破壊しようとするも

のに他ならないと言って過言ではない。また、原告が、インターネットあるいはマスコミ等を利用して本件に関する偏向的かつ虚構に基づく悪意に満ちた情報を一方的かつ大量に垂れ流している行動には応分の非難がなされるべきものと思料する。

今日、精神科医療は、過去の患者に対する人権侵害行為を克服して、精神病に対するケアを中心に治療を実施し、国民衛生の実現のためにあるべき、まさに医療なのであって、社会防衛の手段ではないという国際的コンセンサスが形成されていることは疑いがない。精神病患者に対する強制医療の根拠が「ポリスパワー」から「パレンスパトリエ」に求められているのである。

また、本件は、医師の裁量とこれに対する法的評価の判断の問題であり、「メディカルモデル」と「リーガルモデル」との対立、調整の事例なのであるが、国際的には、メディカルモデルを中心としつつ、適正手続きの保障という視点からリーガルモデルの導入という調整が図られつつあるというのが特にアメリカ合衆国をはじめとする先進諸国における趨勢である。

本件におけるわが国の司法判断は、患者の保護という側面から特にその遅れを国際的に指摘されているわが国の精神医療の前進度がどの程度であるかを、国際社会から注目される重大な事案となり得るものである。従って、より慎重に、事実関係及び証拠を検討し、わが国の精神科医療者ならびに精神病患者、さらには、国連人権連盟、国際保健専門職委員会、国際法律家委員会等の国際機関に対しても、十分な説得力を持つ判断を示さなければならないのである。安易に事実認定及び法律評価は絶対に回避されなければならない。

参考2、いわき病院の主張（第1準備書面）の論点

いわき病院第1準備書面の主張を逐次引用して、控訴人矢野の反論を記載する。いわき病院の主張は「善良な医療を行っていたにもかかわらず、理不尽な難癖を付けられて、迷惑をしている」との姿勢であるが、事実が伴っていないことが審議で明らかになった。

(二) (注：以下、いわき病院第1準備書面の項目番号に合わせてある)

- ①、治療を担当していた医師が、本件結果を予見することが可能であったか否か、本件結果を回避することが可能であったか否か

(反論) 渡邊朋之医師が、本件結果を予見する医療を行い、結果回避の努力を行った事実は無い。事実と反するいわき病院側の主張である。医師としての基本的な義務を行った事実が無い医療行為には過失責任を問うことがなければ、医療は腐敗する。

- ②、医師の治療行為及び看護師の看護行為と本件結果との間に相当因果関係が存在したか否か

(反論) 平成17年11月23日以降、渡邊朋之医師は経過観察と治療的介入を行わず、看護師は顔面の根性焼きを発見しておらず、そもそも、医療と看護が不適切であった。医師と看護師が経過観察を行い、状況に応じた治療的介入をしていれば、本件結果(殺人事件)は生じなかったのであり、相当因果関係が存在する。

- ③、今後の統合失調症をはじめとする精神障害者に対する精神医療の方向性に一定の基準を与えることになる事例

(反論) いわき病院が適切な統合失調症治療を行って始めて可能な主張である。いわき病院の不適切で不誠実な医療行為を日本の標準的な医療とすることは間違いである。不誠実な医療行為を隠蔽することでは、日本の精神障害者に対する精神医療の方向性が停滞し、開放医療は促進されない。

(三)

- ①、発生した重大な結果からレトロスペクティブに条件関係を遡っていけば、そもそも入院中の精神障害者に対して外出許可を与えず、閉鎖処遇を続けていれば結果は発生しなかったという単純な思考が可能

(反論) 控訴人は閉鎖処遇の主張をしていない。いわき病院の治療的不作為を覆い隠す為にいわき病院代理人が持ち出した論理の偽装的転換である。

- ②、第三者の死という重大な結果による多額の損害賠償責任を、病院側が未然に回避しようとするならば、治療目的上院外散歩等の精神療法が必要あるいは有用であるとの医学的判断が導かれる場合と言えども、そのような患者を院外に出すことを一切断念あるいは躊躇せざるを得ないという状況が生まれやすい

(反論)、いわき病院は適切な精神科医療を行っておらず、主張の前提が成立しない。適切に精神科治療を行えば、また、誰かを付き添わせたならば、患者の院外外出は安全に行うことが可能である。「一切断念」や「躊躇」の言葉は暴論である。

- ③、院外における単独外出を許可しない場合であっても、医師の判断からして、幻覚・妄想等の症状が強く、医学的にもそのような単独外出が、症状を増悪させる具体的可能性を有していると判断される場合であれば、外出させないことは患者の保護になり精神医療の目的と合致することになるので格別問題はない

(反論) 渡邊朋之医師は、平成 17 年 12 月 6 日の事件前の 2 週間に、野津純一氏の外出許可に関する判断を行った事実が無い。外出許可は入院時から出しばなしで、毎日の運営に当たって患者の状況を確認して行う「医師の判断」をそもそも行っていない。

- ④、高額な損害賠償を請求されるかもしれないとの一種の危惧感から医学上必要かつ有用な院外への単独外出が事実上抑制される

(反論) 北陽病院事件でも同じ主張が行われた。賠償請求を禁じることは民事法治社会制度の基本を否定する。重要なことは、事故の原因者には過失責任を課すことである。そして、医師は医学上必要な医療を全うする義務がある。

- (三-1)、院外への単独外出(外泊を含む)は統合失調症患者等の精神障害者の社会復帰を果たすために必要不可欠な処遇であるところ、この処遇になかなか踏み切れないがために、患者の寛解を遅延させ、あるいは逆に症状を増悪させ、治療という医療の目的が頓挫してしまう

(反論) 患者の症状を観察し、それに応じた適切な開放医療を行えば、このような主張は不要である。この主張は、日本の精神医療界に特有の怠慢の主張で、開放医療を行うことで殺人が発生することを容認した姿勢で、腐敗して怠慢がある主張である。本項はいわき病院が患者の病状を増悪させてきたにもかかわらず、患者の診察要望さえも拒否して、何の対策も取らずに単独外出させた野津純一氏に対する精神医療の実態を病院代理人が認めていることを証言したものである。

- (三-2)、患者を必要以上に長期に精神病院内に収容する結果となり、患者の自由を不当に拘束し基本的人権の侵害を生む

(反論) 日本の精神医療界の自らの怠慢と人権侵害が多発している事実の原因を他に転換した責任逃れで、事態の改善に背を向けた主張である。いわき病院の長期に患者を収容する安易な精神医療の実態を病院代理人が認めていることを証言したものである。

- (三-3)、患者に対する過度の管理が強化され、不当に長期の施設内治療が実施される上に、病院内での患者の自主性も不当に軽視され、患者が完全に医療に隷属する関係と

なってしまう

(反論) 日本の精神医療が国際水準から遅れたままの状況から発した、人権侵害を容認する主張である。この様な弁明をして、精神障害者の抑圧を継続することは許されない。本項はいわき病院の患者の自主性を軽視した精神医療の実態を病院代理人が認めていることを証言したものである。すなわち、いわき病院と渡邊朋之医師は、間違った薬剤の処方をした後で経過観察を行わず、患者の自主的な診察請求を拒否し、渡邊朋之医師のやり方に隷属させていた事実があるが、それを覆い隠すために、控訴人が過度の管理を要求しているかのように言い立てている。控訴人は過度の管理強化を求めているのではなく、間違った医療とほったらかしの医療の改善を求めている。そのため責任ある精神科医療を求めて、いわき病院に対する過失責任の追及を行っている。

(四)

- ①、精神医療という分野は、医学の中でも比較的新しく、特に統合失調症については、その病名自体、1911年に初めてプロイラーによって命名された新しい疾病であり（当初は精神分裂病と呼ばれた）、その診断基準、病理、治療法等については未だ90年余りの歴史しか有していない。当初は精神分裂病の病理の解明が必ずしも十分ではなく、患者に対する過酷な治療法の試行錯誤の連続であり、患者がいわば人体実験の道具と化していたという歴史が存在し、また、統合失調症の治療目的および統合失調症患者を社会的にどのように据えるかによって、閉鎖療法と開放療法を選択等、治療内容が大きく異なるため、統合失調症患者が社会的に危険な存在であり、この危険な患者から社会を防衛しなければならないというような思想によって、精神医療が患者に対する社会的抑圧の目的に利用されたという不幸な時期も経験した。

(反論) 問題の本質は日本の精神医療の水準が現在の国際水準に到達しているか否かである。精神医学界の過去の不祥事を現在の不祥事の弁明理由に使う事はできない。「統合失調症患者が社会的に危険な存在であり、この危険な患者から社会を防衛しなければならないというような思想によって、精神医療が患者に対する社会的抑圧の目的に利用されたという不幸な時期も経験した」は、いわき病院の人権侵害に安易な精神医療の実態を病院代理人が認めていることを証言したものである。

なお、いわき病院代理人の「未だ90年余りの歴史しか有していない」という弁明には重大な疑問がある。現在は2014年であるが、弁護士として担当する最近の事件があれば「未だ100年余りの歴史しか有していない」と弁明するのであろうか。はたまた、北陽病院事件では最高裁で棄却された「上告理由」を、それとは明記しないで、あちらこちらの裁判で使用しているのであろうか？事実の裏付けがない主張を行い、精神医療が経験した非人道的な歴史を逆手に取った、過失免責論は詭弁である。

- ②、「その精神病のために、自己または他人への即時のまたは差し迫った危害の大きな可能性のある」場合に限って許容されるとしており、強制入院治療の要件を厳格に解し、安易な精神病院への強制入院を許さないとの姿勢を鮮明に打ち出している

(反論) 本項はいわき病院の安易な精神医療の実態を病院代理人が認めていることを証

言したものである。控訴人は、安易な強制入院を行わない精神医療改革をいわき病院と渡邊朋之医師の実例を示して、精神医療側が律すべき問題を指摘している。いわき病院代理人は、あたかも控訴人矢野が安易な強制入院を主張したかの如く論理を転換し、論点をすり替えて責任逃れをしてはならないのである。

いわき病院は、暴力履歴のある患者に対して、間違っただけの薬剤の処方をした後で経過観察を行わず、患者からの度重なる診察要請を拒否し、根性焼きの自傷行為にも気が付かず、ほったらかしの状態で外出させた。まともな精神科医であれば、抗精神病薬（プロピタン）の中止を含む複数の向精神薬の処方変更後には必ず経過観察を行い、野津純一氏の診察要求にも応じたに違いなく、主治医として治療責任を持つ患者の自己又は他人への差し迫った危害の可能性が充進していることを判別できた。

- ③、わが国の精神医療については、昭和 40 年代以降、その悲惨な状態を告発する報告が登場するようになり、強制入院の手続きの安易な発動、精神障害者でない者や自傷他害の危険のない者に対する強制入院の発動、強制入院下の患者に対する治療がないままでの拘禁の継続、入院患者に対する暴行強迫等の人権侵害、作業療法という名の強制労働の実施、患者を被験者とする人体実験の実施等の、ショッキングな実情が公にされ、ようやく昭和 44 年 12 月に日本精神神経学会が「精神病院に多発する不祥事に関連し全会員に訴える」と題する声明を出し、精神科医師の姿勢を正し、明治・大正に遡る汚辱の歴史に終止符を打つことが表明された。そしてその後、精神医療の現場では患者に対する十分かつ適切な医療を与える努力が積み重ねられてきているのである。

しかしながら、わが国の精神病院における人権侵害の現状は一朝一夕のうちに完全には解消されず、このことが国際的関心事となり、昭和 59 年 8 月に国際人権連盟は日本の精神医療を公に批判し、昭和 60 年には国際保健専門職委員会（ICHP）及び国際法律家委員会（ICJ）が日本に調査団を派遣したうえ、日本の精神医療の時代遅れを指摘するとともに、精神障害者の人権が保障されていないと批判し、精神保健サービスの改善等の勧告を日本に出している。すなわち、わが国の精神医療は世界的に見て、患者の自由、保護を守る側面において遅れているとの認識で一致している

（反論） いわき病院の渡邊朋之医師が野津純一氏に対して行った精神科臨床医療は「患者の自由、保護を守る側面において遅れているとの認識で一致している」を追認する不適切で、日本の精神医療の時代遅れを象徴する実態があった。このような事実と異なる弁明を、いわき病院と渡邊朋之医師の過失責任を免除する理由としてはならない。

- （五）、** 本件のように精神医療の途上で発生した事故に対する医療側の責任をどのように判断するかという問題は、国際社会におけるわが国の精神医療をどのような位置に置くことになるかという問題と極めて強く結び付いている

（反論） 控訴人矢野は「国際社会におけるわが国の精神医療」という認識を有しているからこそ、英国側から 3 人の鑑定人を招聘した。いわき病院側は、代理人が建前では国際社会と言いつつ、鑑定人が英国の事例を引用したが、控訴人側から「国際社会や英国の実情に関する認識の間違い」を指定されると「ここは、日本である」と強弁してきた。控訴人矢野は、いわき病院、いわき病院代理人及びいわき病院が推薦した鑑定人

に一貫性を求めるものである。

(五-1)、具体的に治療を担当していた医師が、当該患者を院外散歩に参加させたことの判断において、単独外出中に患者が包丁という非常に危険な本来的凶器を購入し、さらに通行人を待ち伏せして突然刺殺するであろうとの、具体的予見可能性および回避可能性が存在し、医師としての注意を払ったならば殺人を具体的に予見し、殺人を具体的に回避することができたと法的に判断できなければ、当該患者に外出許可を与えた医師の判断において、本件殺人事件発生に対する注意義務違反は認められない

(反論) 北陽病院最高裁判決ではここまでの具体性を予見可能性及び回避可能性の要件としていない。包丁の購入や待ち伏せなどして突然刺殺するなどの具体性を要求することは間違いである。また、そもそもいわき病院と渡邊朋之医師は「医師としての注意」を払った事実が無いので、弁明として成立していない。

いわき病院の事実は、放火暴力歴のある患者に対して、間違った薬剤の処方をした後で経過観察を行わず、患者からの診察請求を拒否し、根性焼きの自傷行為にも気が付かず、ほったらかしの状態で外出させたことである。普通の資質の医師が、常識ある一般の医師としての注意を払い観察と診断を行っていたならば、患者の状態が自傷他害の恐れがあると判断できたが、渡邊朋之医師はそれを怠った。

(五-2)、本件患者である被告野津に対する1年以上に亘る入院加療中、担当医師が患者に対する診断、治療方針の決定、投薬等の具体的治療行為の過程において、他の治療方法等を選択しなければ、当該患者が外出中に他人を刺殺するとの具体的危険性が存在し、そのような具体的結果を予見することが可能であり、かつ結果を回避することが可能であると法的に判断できなければ、担当医師の当該患者に対する本件医療行為には、本件殺人事件発生についての注意義務違反の存在は認められない

(反論) 過失の対象期間は平成17年11月23日以降で、渡邊朋之医師が実行した複数の向精神薬の同時突然中断は、医師の裁量権を逸脱した不適切な医療である。また、渡邊朋之医師は患者に関して放火暴行履歴の調査解析をしておらず、本件殺人事件発生についての注意義務違反が存在する。自らの業務不履行を覆い隠す詭弁の論理である。

いわき病院の主張は「あたかも重大な人身事故を引き起こした運転手が、「自分は10年以上無事故無違反だったから、今回の事故には責任が無い」と主張しているようなものである。責任は個別の事故に関して、厳密に原因究明が行われるべきである。なお、渡邊朋之医師は複数の向精神薬の同時突然中止に関して具体的な危険性を考えもせず、結果を予見していない。

(五-3)、

①、本件は精神障害者という歴史的にその人権保障が図られるべき人間の処遇を考えなければならぬ場面に直面しており、結果回避方法として当該患者を隔離拘束して社会から遮断することをもって法的因果関係を安易に肯定するという手法は、無意味かつ危険であるという点に注目する必要がある

(反論) 控訴人は野津純一氏を隔離拘束すべきであったという主張をしていない。いわき病院が結果回避方法として患者を隔離して社会から遮断する対応しかないと認識しているのであれば、いわき病院の安易な対応は、無意味かつ危険である。自らの責任を回避する事を狙った悪質な論理転換である。

- ②、当該精神障害者を絶対に病院の外に出さなければ確かに本件殺人事件が発生することはなかったのであるから、自然的因果関係において単純に考えれば外出許可と本件殺人との間に「AなければBなし」という条件関係が存在することとなる

(反論) これは、いわき病院代理人が持ちだした論理であり、控訴人矢野の主張ではない。いわき病院は、開放医療という錦の御旗があれば患者が外出先で事件を起こしても病院には何ら責任がないという認識でいるからこそ、自傷他害の恐れがある場合にも看護師の付き添いを条件にするなどの対応を考えない、無責任な開放医療を行った。

「AなければBなし」という単純な考え方を持ち出しているのは、いわき病院代理人のレトリックである。また、論理を必要以上に単純化して相手を攻撃するアジテータの戦術で、法廷に適した論法ではない。外出許可と本件殺人の関係では、いわき病院と渡邊朋之医師の間違った医療と患者を経過観察しない不作為があったことが事件を誘発した。いわき病院代理人は必要な条件を考慮せず、図式を必要以上に単純化して判断の間違いを誘導している。本件では、外出許可と殺人を直結する「AなければBなし」という論理は存在しない。殺人事件を発生させた問題の本質は、いわき病院と渡邊朋之医師の治療義務違反である。

- ③、精神科病院は犯罪者（未決・既決）を社会から隔離収容する拘置所・刑務所等の施設とは異なり、精神病を有する精神障害者に対する治療を行い患者の社会復帰を図る医療施設なのである

(反論) 本項は控訴人矢野が主張したことではない。なお、いわき病院と渡邊朋之医師が野津純一氏に行った入院治療の実態は「精神病を有する精神障害者に対する治療を行い患者の社会復帰を図る医療施設なのである」という主張を否定する現実があった。

- ④、池田小学校児童殺傷事件を始めとする精神科受診歴を有する犯罪者による悲惨な事件により、理由もなく命を落とす被害者が存在する一方で、不当な差別・偏見に悩む多くの精神障害者が存在するという現実

(反論) 不当な差別や偏見があることを理由にして殺人を合理化することはできない。この論理は、いわき病院代理人の加筆であるが、法曹資格所持者にあるまじき、殺人の論理を容認した主張である。渡邊朋之医師と同じく、職責の本分を逸脱している。

- ⑤、平成17年から施行されるに至っている心神喪失者医療観察法の適用範囲・具体的運用等の中で、精神障害者に対する処遇の程度が法的に検討されることが重要であり、そのような法的評価を通じて導かれた相当な処遇を出発点として、法的因果関係の有無が判断されるべきなのである

(反論) 心神喪失者等医療観察法の施行は民事訴訟を行うことを制限するものではなく、失当の主張である。また、野津純一氏に対する刑事裁判判決は本件裁判の争点ではない。裁判の争点は、北陽病院事件の最高裁判決を出発点として、いわき病院でなされた事実（暴力履歴のある患者に対して、間違った薬剤の処方をした後で経過観察を行わず、患者の自主的な診察請求を拒否し、根性焼きの自傷にも気が付かず、ほったらかしの状態で外出させたこと）が、事件と相当因果関係があるか否かである。

刑事裁判で、野津純一氏は慢性統合失調症患者であることが確認された上で、限定責任能力と判断されて、刑罰が求刑時と判決時の2回の軽減が行われ懲役25年が確定した。判決の論理からも、完全責任能力と完全な自由意思は否定されていた。野津純一氏が心神喪失者等医療観察法の手続きに乗せられていないのは、有期刑が確定して医療刑務所で医療及び観察等を受けるので、あえて医療観察法の手続きによる必要がないからである。

- ⑥、本件の入院形態が「自傷他害のおそれのある精神障害者」に対する社会防衛的要素の含まれる「措置入院」ではなく、自傷他害のおそれなど認められない患者本人の意思による「任意入院」である点は重要な判断要素とされるべきである

(反論) 任意入院であれば自傷他害のおそれなど認められないとした主張は何らの根拠もなく、間違いである。任意入院患者であっても、放火暴行履歴を調査解析して、病状の変化に対応して自傷他害行為が発言する可能性を予見して回避する義務が精神医療提供者に存在する。精神保健福祉法（第37条第2項及び第37条の2）では、任意入院患者に自傷他害行為があることを想定しており、精神科病院の管理者及び指定医に厚生労働大臣による基準（任意入院患者の開放処遇の制限）に従うよう求めている。

- ⑦、被告野津が起こした本件殺人事件は、被告野津に責任能力が存在することを前提として刑事事件として正式起訴され、限定責任能力との認定のもと殺人罪と銃刀法違反の併合罪の罪責を問われ、宣告刑としては極めて重い懲役20年（控訴人注：判決は懲役25年である）という判決言渡しによって確定し、現在被告野津は刑務所に服役しているという事実は軽視されてはならない

(反論) 北陽病院事件でも犯人に懲役13年が確定したが、最高裁は懲役刑が確定したことを理由にして病院の過失責任を減免していない。

- ⑧、心神喪失者医療観察法施行下にあつて、患者の精神障害から重大犯罪を起こす懸念のある触法精神障害者は、通常人と同様に単純に有罪判決を受けて刑務所に服役という流れに乗るのではなく、鑑定入院を経て治療反応性が認められれば指定医療機関に審判入院して精神科医療を受けることになる。つまり、被告野津が医療観察法の手続に一切乗せられなかったということは、すなわち、被告野津の本件重大犯罪は自らの自由意思により惹き起こされたものであつて、被告野津の精神疾患罹患とは直接の関連性はないと法的に判断されたということになるのである。この点は、本件における因果関係のみならず注意義務違反を論ずる場合に極めて重要な要素となるところである

(反論) 刑事裁判で、野津純一氏は慢性統合失調症患者であることが確認された上で、限定責任能力で刑罰が求刑時と判決時の2回の軽減が行われた上で、懲役25年が確定した。完全責任能力と完全な自由意志が認められたのではない。

(六)

①、上記法的判断はあくまで事実関係を分析して、事実に則って行わなければならないが、もし、裁判所が事実の認定及び事実に対する法的評価を誤り、精神科医が具体的に予見できないことについてまで、予見が可能であったと公権的に判断してしまうような事態に至れば

(反論) 本件の事実関係は、いわき病院と渡邊朋之医師の、医療知識の錯誤と入院医療契約の債務不履行である。また、予見可能性と結果回避可能性があったにもかかわらず、経過観察の不履行と診断拒否という渡邊朋之医師の怠慢により予見できず、その結果の回避もできないほったらかしの状況で開放医療を行った過失である。いわき病院代理人は、裁判所の判断の方向性を誤らせることを意図している。

②、精神科医が具体的に予見できないことについてまで、予見が可能であったと公権的に判断してしまうような事態に至れば、精神科医は、具体的治療行為の過程において、自らの医学的判断に疑心暗鬼となり、精神科医としては仮に重大な結果を全く予見できない場合や、また予見できても具体的にではなく危惧感の程度であるに過ぎない場合であっても、結果に対する責任追及を回避するために、いかに国際的批判の対象となろうとも、また、患者の社会復帰にいかにマイナスであろうとも、患者に対する管理を強化し、閉鎖的な病棟内治療を中心とし、開放療法を控え、精神科病院に患者を拘束することが適当であるとの判断に傾かざるを得ないことを銘記されるべきである

(反論) この論理は北陽病院事件でも上告理由で病院代理人によって主張されたが、最高裁は棄却した。北陽病院代理人といわき病院代理人は同一人であるが、「具体的な予見」と殊更に拘った主張をして、「具体性＝微に入り細に入った事実の予見可能性」が無いと主張して、精神医学的な妥当性を殊更に問題視しないことで、精神医学的に可能な危険性の予見及び結果回避を行い、建設的に精神医学的な対応を行う可能性を否定した。その上で、「精神科開放医療を行えない」と裁判官を恫喝して、適切な判断を行えないように誘導している。日本の精神科医療は、国際的水準に適合する精神科開放医療を行えば、患者管理強化の方向ではなく、患者の人権を束縛して拘束などの手段を取らず、精神科開放医療を実現することが可能である。「開放療法を控え、精神科病院に患者を拘束することが適当であるとの判断に傾かざるを得ないことを銘記されるべきである」との主張は、国際的批判を招く精神医療を自ら行いながら、責任を裁判官の判決が悪いと押しつける、極めて無責任な行為である。

④、このような状況に精神科医療の現場が置かれることになれば、わが国の精神科医療は、患者の社会復帰という目的を大きく損ない、昭和40年代に既に解消されるべきことが宣言された、明治・大正の汚辱の時代に逆戻りし、さらに厳しい国際的批判に晒され

ることは必至である

(反論) これは、恫喝である。精神医療界が自らの責任を放棄した宣言を行うに等しい。また、いわき病院代理人がこの主張を繰り返しているとしたら、法曹資格者としては不適切な行為である可能性が指摘できる。

- ⑤、本件において裁判所は、医師の結果に対する具体的予見可能性、回避可能性の有無、医療行為と結果との間の因果関係の有無等の判断について、十分に審議を尽くし、当該患者（被告野津）の入院期間中の具体的経過を中心に証拠を慎重に検討し、さらに経験則に照らして、適切妥当な結論を導かなければならない重大な責務を負っているのである

(反論) 本件裁判は平成 17 年 11 月 23 日以降に、いわき病院と渡邊朋之医師が野津純一氏に対して行った精神科医療の事実関係を確認することが求められる。渡邊朋之医師には統合失調症の治療に関する知識の錯誤、使用した向精神薬の添付文書を読まず、または注意事項を誤読した医師としての資質不足があった。複数の向精神薬を同時に突然中断した無謀な処方変更を行い、その後の患者の病状変化が確実に予想される時期に患者の病状を確認する経過観察を行わず、発生した病状悪化に対して適切な治療的介入を行わず、結果回避の義務を尽くしていない。このような、破天荒で呆れた医療には、過失責任を課すことが、社会運営の基本である。

いわき病院と渡邊朋之医師が精神科専門医として常識的な精神医療の基本を行っておれば、結果予見可能性と結果回避可能性は自ずとあった。精神科医師は不確実な未来予想を期待されているのではない。精神科医師として当然の基本を忠実かつ誠実に行えば、予想可能な患者の行動の危険性に予め気付く。問われているのは、精神医療専門家として、専門家の常識と義務に基づいて、結果予見性と結果回避可能性と持ち、未然の対処を行う誠実な医療と看護を実行したか否かである。

(七)

- ①、精神科医療は患者に対する治療、患者の社会復帰が第一義的目標なのであり、常に医療者に対しては、患者に対する治療の義務が課せられていることを忘れてはならない。医療の具体的現場においては、精神科医が日々、担当する患者の自殺のおそれ、または他害のおそれについて悩みながらも、漠然とした不安だけで治療を拒否し患者を社会復帰から遠避けてはならないという使命を背負い、日々治療に当たっているのである。仮に医師が患者の精神症状が万全でなく単独外出中に何らかのトラブルが発生する抽象的な可能性を意識したとしても、一方で患者に対する治療義務も医師に課せられた重大な義務なのであり、このような二律背反的な判断の中で患者と対峙する医師は、非常に悩み苦しみながら専門的知見と臨床経験を駆使して、一つの結論を下さなければならないのである。

(反論) いわき病院と渡邊朋之医師は、野津純一氏に対して治療義務を果たさなかったことが過失であり、殺人事件の発生を予見しようとするれば可能であったにもかかわらず、予見しようともせず、結果の回避をしなかった。

いわき病院代理人の弁論は、一般的にまじめな精神科医が治療に苦勞している話と、いわき病院で起きたことをすり替えた詭弁であり、事実の裏付けがない。まじめな精神科医ならば、仮に患者の精神状態が万全でないと判断し、外出中のトラブルの不安を感じたとすれば、診察を行い、必要な場合は、付き添いを付けるなどの方策をとる。

渡邊朋之医師の場合は、誤った薬剤処方をした後で経過観察をせず、患者の診察要求も拒否し、自傷の根性焼きにも気がつかず、ほったらかしにして外出させた。錯誤と怠慢の行為をあたかも誠実な医療であるかの如く事実を改変した。

- ②、本件原告の請求原因事実の主張は、このような医療現場における苦悩に対する考慮が全く欠落し、精神障害者は完治しない限り、精神科病院の壁の内に取り逃がさないように隔離しておくべきであるとの法的根拠のない社会防衛義務を精神科病院に負担させようとするものに等しい。精神障害者に対する不当な予断と偏見を助長し、わが国の精神科医療を破壊しようとするものに他ならないと言って過言ではない。

(反論) いわき病院と渡邊朋之医師は、精神科医療機関及び精神科医師として自らの治療義務違反をさておいて、問題の関心と焦点を「社会防衛義務を精神科病院に負担させようとする」とか「精神障害者に対する不当な予断と偏見を助長し、わが国の精神科医療を破壊しようとする」と主張して控訴人を根拠なく非難してきた。自らの不正を指摘する者に対して言論を抑圧する姿勢がある。

このような事実を歪曲する姿勢で、精神科医療を行えば、精神科医師に対して極めて弱い立場にある精神障害者の人権を尊重せず抑圧する結果になることは容易に予見可能である。また、野津純一氏が経験した不幸や悲劇が繰り返される、という悲惨な状況に関する結果予見可能性もある。

- ③、原告が、インターネットあるいはマスコミ等を利用して本件に関する偏向的かつ虚構に基づく悪意に満ちた情報を一方的かつ大量に垂れ流している行動には応分の非難がなされるべきものと思科する

(反論) 控訴人矢野はインターネット及びマスコミに意見を述べてきたことは事実である。しかしながら、証拠と事実の裏付けがない発言を行った事実はない。全て、客観的な事実に基づいており、基本的に、法廷で主張した意見を述べてきた。

マスコミの場合は、報道機関が取材と報道の権利を有しており、控訴人矢野が報道内容を左右することはできない。また、インターネット情報は、すべて出版社ロゼッタストーン ホームページ上の公表であり、全ての意見はロゼッタストーン の審査を通過した文章である。いわき病院代理人は弁護士であるが、マスコミの報道や出版社の記事掲載を非難して制限しようとする試みは、言論の自由及び報道の自由という、日本国憲法の根幹に拘わる制限であり、弁護士の行為として、不適切であることを認識すべきである。

- ④、今日、精神科医療は、過去の患者に対する人権侵害行為を克服して、精神病に対するケアを中心に治療を実施し、国民衛生の実現のためにあるべき、まさに医療なのであって、社会防衛の手段ではないという国際的コンセンサスが形成されていることは

疑いがない。

(反論) これは控訴人矢野の主張である。いわき病院と渡邊朋之医師は「まさに医療を行っていない」のであり、不誠実ないわき病院を防衛する手段として、精神障害者を人質にして、国際的コンセンサスという虚像を主張して、責任逃れを画策してきた。

- ⑤、精神病患者に対する強制医療の根拠が「ポリスパワー」から「パレンスパトリエ」に求められているのである。また、本件は、医師の裁量とこれに対する法的評価の判断の問題であり、「メディカルモデル」と「リーガルモデル」との対立、調整の事例なのであるが、国際的には、メディカルモデルを中心としつつ、適正手続きの保障という視点からリーガルモデルの導入という調整が図られつつあるというのが特にアメリカ合衆国をはじめとする先進諸国における趨勢である。

(反論) 精神医療として治療の具体的かつ実質的な内容がなく、措置入院であれ、任意入院であれ、患者をむやみに入院させ続けるいわき病院は、精神科医療の根拠が無い強制を行っているに等しい行為である。野津純一氏に対する医療的事実から判明したことは、患者に対する「ポリスパワー（病院の権威に基づく錯誤・怠慢・無責任の押しつけ）」の強制であり、「パレンスパトリエ（誠実で適切な医療と看護の提供）」に基づいた博愛の精神による庇護と精神障害者の病状の改善ではない。

更に、いわき病院と渡邊朋之医師は、今日の日本の精神医療の標準の精神科医療の水準すら達成できない、極めて錯誤と間違いが多くかつ患者を顧みず無視した、「医療とは言えない医療」である。いわき病院と渡邊朋之医師は「メディカルモデル」を主張することができない。「アメリカ合衆国をはじめとする先進諸国における趨勢である」と主張しても、いわき病院と渡邊朋之医師を擁護することにはならない。

(結論部分)

- ①、本件におけるわが国の司法判断は、患者の保護という側面から特にその遅れを国際的に指摘されているわが国の精神医療の前進度がどの程度であるかを、国際社会から注目される重大な事案となり得るものである。従って、より慎重に、事実関係及び証拠を検討し、わが国の精神科医療者ならびに精神病患者、さらには、国連人権連盟、国際保健専門職委員会、国際法律家委員会等の国際機関に対しても、十分な説得力を持つ判断を示さなければならないのである。

(反論) この結論部分の主張に基づくならば、いわき病院に過失責任を確定して、日本の精神医療は国際的に信頼できるものに改革を行わなければならない。精神科医療の責任を回避する判決を繰り返すことでは法的責任意識が育たない。そのような条件では、日本で精神科開放医療が国際的な信頼を獲得することは極めて困難であろう。

- ②、安易に事実認定及び法律評価は絶対に回避されなければならない。

(反論) いわき病院代理人の本音である。いわき病院と渡邊朋之医師の医療としての実質が無い精神科医療を行っている事実を覆い隠す事が目的である。

9、いわき病院「精神科開放医療」の過失責任

(1)、精神科病院の過失免責論

①、精神科病院の免責は当然ではない

いわき病院の立場は「精神科開放医療が日本の国際公約に基づく基本的な政策であり、それに反対することは間違い」である。さらに、「精神科開放医療を行っている病院には過失責任を問えない」と主張した。これに対して、控訴人矢野は「精神科開放医療を促進するには、責任ある医療が行われることが条件であり、そのためには、錯誤や怠慢や不作為が事実として確認された場合には過失責任が問われることが、普遍的な原理である」との立場で控訴している。

精神科開放医療が導入されるまでの日本の精神科医療は、「危険な精神障害者を社会から隔離して収容する」ことが主目的で、社会防衛の役割と機能が重視された施設であった。このため、劣悪な精神科医療及び医師や看護師の医療水準のまま、精神障害者と診断できれば強制的に、またほぼ永久に収容する施設であることが一般的かつ普通であった。そのような日本の精神科医療機関は国際批判の的となり、反転して、開放医療を行うようになったが、一朝一夕に、人権を制限してきた医療が人権を尊重して、精神障害の治療効果を達成する良質な医療に転換することは困難であった。精神科臨床医療で不作為の過失を行ったいわき病院に責任を問わず、その状況が放置されることは、国際水準に遅れた日本の精神医療の発達を阻害し、荒廃を促進する結果になる。

いわき病院と渡邊朋之医師に過失責任を問わないならば、その判断は法的判断の論理と認定手続きに問題があり、通り魔殺人のような不特定個人の生命の安全を脅かす事件の背景に共通してある事象に責任を問わず、社会が対応しない不作為を許すことになる。市民社会の人命の安全に課題がある中で、これは法治社会の不作為となる。精神科開放医療では病院と主治医は客観的な事実に基づいて適切な医療を誠実に行うことが求められる。それが精神科医療と精神障害者に対する社会の信頼に繋がる。また、日本の精神科開放医療が人権の普遍性を尊重する実態を持つことになれば国際的信用も拡大する。外面だけの形式主義のいわき病院を擁護して、いわき病院が野津純一氏に行った無責任な精神医療を国内で持続することは、新たな国際批判を招く原因となる。

②、相当因果関係の認定は常識論に基づく

精神医療裁判における相当因果関係の法的認定論理を、必要以上に複雑化することは間違いである。基本は人道を尊重した論理の徹底である。精神科病院という機関の都合を優先することが人権の保全になるのではない。精神障害者及び事件の被害者という命ある人間の生命と生活を守り向上することが、人権の擁護という成果をもたらす。

放火暴行歴を持つ慢性統合失調症患者に、抗精神病薬定期処方中止して治療を中断して同時にパキシル（抗うつ薬）を突然中断すれば、患者の自傷他害衝動は極めて亢進する。その予見可能な患者の病状の変化を経過観察せず、外出時の状況を確認せずに外出許可を出し続ければ、何れ、重大な人身事故が発生することを防止できず、結果回避

可能性は無い。抗精神病薬は有効血中濃度維持により抗幻覚・抗妄想・異常行動抑制作用を発揮できる。「屯服を患者が欲しがるときだけ与える」のは、感染症に抗生物質を時々投与すると同じで効果がないばかりか有害でさえある。高松地裁判決（P.107）はこの状況を「当時における判断として不合理でない」としているが、当時でも不合理で、医学薬学的に誤りである。

野津純一氏はいわき病院の外出許可 14 分後に一直線に包丁を購入し殺人した。常識として、いわき病院が行った精神科医療と外出許可及び野津純一氏による矢野真木人殺人事件には、相当因果関係が成立する。相当因果関係の認定は常識論である。野津純一氏には放火暴力歴があり、攻撃性が表れる状況を本人は「25 歳時の一大事」とか「再発時に一大事が起こった」（平成 17 年 4 月 27 日、退院に向けての教室参加記録）と認識し、いわき病院に伝えていた。この様な既往歴がある患者に、抗精神病薬を中止して統合失調症の治療を中断することは極めて危険である。その上で、攻撃性の亢進が指摘されていたパキシルを突然中止したことは極めて危険な精神科医療である。相当因果関係は普通に納得する常識論に基づいている。野津純一氏は普通の統合失調症患者ではなく暴行歴を有した患者であり、常識的に因果関係が成立する極めて危険な状況にあった。

②、高度の蓋然性の論理

高度の蓋然性に関して、いわき病院代理人は殊更に数値に置き換えて、科学的であるかの如く偽装したが、間違いで、殺人を許容する非人道的な論理である。外出許可者の 80～90%以上が殺人を行う高度の蓋然性の論理は前提として 70%までの殺人率では法的責任は無いと容認しており、非常識でかつ反社会的である。野津純一氏が 80～90%の高度の確率で矢野真木人を殺人することは誰にも、おそらく神様にも、証明できない。また、外出許可者の内 10 人中 7 人までが殺人する水準では病院に過失責任を問えないとする「高度の蓋然性の主張」は間違いである。複数の向精神薬の同時突然中止で、野津純一氏が極めて危険な状態（病状）に至っていたことは、精神科医師であれば常識であり、それが「（精神科医療の）高度の蓋然性」である。渡邊朋之医師が精神科医療の常識を持たなかったことが、過失である。野津純一氏の殺人行動を誘発した事に関しては、高度の蓋然性があったと理解することが常識であり、それこそ結果回避義務を全うできる責任ある精神科医療を期待できる。「いわき病院代理人の高度の蓋然性の論理」は、殺人事件の発生に無策であった病院と医師の責任をごまかす詭弁の論理である。

「高度の蓋然性」の「高度」とは、「難解」、「高級技術」または「巧みな論理」等を意味しない。いわき病院代理人は 80～90%以上の確率を持ち出したが、本来「高度の蓋然性」に数値概念を持ち込むことは間違いであり、70%までの殺人確率を容認する非常識きわまりない論理となった。現実にはいわき病院は矢野真木人殺人事件を発生させたことに反省がない。「高度の蓋然性」とは数値では表現できない「常識があれば誰でも容易に納得できること」で「蓋然性が高い」という意味である。

(2)、措置入院と任意入院及び病院の責任

いわき病院代理人は、いわき病院の弁護論理として「措置入院ではないから、院外の市民の安全までは責任は持てない。」と言いつけるしかないと推察される。しかし、本来の問題は、任意入院や措置入院の違いの議論ではない。「いわき病院と渡邊医師は、当時の一般的な精神科医の水準からは著しくかけ離れた、劣悪な「治療」であった」という事実で過失責任を確定することが、本件裁判の本質的な課題である。

①、いわき病院代理人は北陽病院事件上告理由を用いて弁論を開始した

いわき病院は「北陽病院事件は措置入院患者による殺人で、任意入院の本件の参考とはならない」との主張であるが、法廷に提出したいわき病院第1準備書面で行われた主張の大部分は、北陽病院事件上告理由書の記載と同一であった。いわき病院代理人は双方の裁判に関係したが、「北陽病院事件」と「いわき病院事件」の本質に同一性があると同人が認めていた証拠である。既に最高裁で棄却されていた北陽病院の上告理由書を、本件裁判においてはいわき病院主張開始して基本的主張として述べた第1準備書面として提出した事実は重い。

②、措置入院と任意入院の違いは、賠償責任義務者の違い

措置入院と任意入院の違いは、精神障害者の入院方式の違いであると同時に、賠償責任義務者の違いであり、過失責任の有無に関する事実認定には関係しない。措置入院の場合は、仮にいわき病院で事件が発生した場合でも、主治医の渡邊朋之医師はみなし公務員の立場にあり、賠償責任の第一義務者は知事となる。しかしながら、任意入院患者に係る過失で事件が発生した場合には、主治医が精神保健指定医であっても、知事は関係せず、当該病院と主治医に過失責任を限定して問うことになる。

他方、法的過失責任を問うことになる問題の本質は、措置入院であれ任意入院であれ、あくまでも病院と主治医が行った精神科医療に過失性が認定できるか否かである。精神科医療の錯誤や怠慢または不作為などの過失を認定する場合、同一内容でも措置入院では過失になるが、任意入院では過失にならないという二重基準はない。任意入院であれば医療の内容に関係せず法的過失責任を問われることがない、と主張することは、法治制度の基本から逸脱した主張である。そもそも、民間精神科病院であれば、過失責任が問われることがないという、前提はあり得ないことである。

③、静岡養心荘事件と北陽病院事件の判例

措置入院患者が殺人事件を引き起こした先例である、静岡養心荘事件と北陽病院事件の判例に基づけば、「措置入院は、知事の処分により、自傷他害の恐れのある者を強制的に入院させる制度であり、その治療管理行為が公権力の行使であり、その行使において過失があったので、損害賠償に知事は応じなければならなかった」と理解できる。

両事件とも、単純に措置入院だから知事に過失賠償責任が課されたのではない。双方の病院とも入院医療と患者看護における個別の問題を具体的に検討した上で、病院側の過失に基づく賠償責任が法廷で認定された。精神医療の過失を免責する特例はない。任

意入院でも、個別の医療内容を吟味して過失性の判断が行われることは当然である。

④、いわき病院のお粗末な精神科医療と看護

いわき病院と渡邊朋之医師の場合は、両事件に関係した県立病院よりも精神科医療と看護の内容がお粗末で、「治療」どころか、患者への加害がなされた医療的事実があり、病院と医師の医療の過失は大きい。いわき病院は、「任意入院だから、責任はない」という立場であり、「(仮に薬剤処方の過失を認めざるを得ないとしても)、純一は任意入院で」あり、院外で殺人を行うことは予想もしなかったし、予想する義務もない、顔の根性焼きには気がつかなかった、専門家が見て無かったのだから根性焼きは無かった」と言い続けることで、過失責任を逃れようとしているが、事実を見ない医療は詭弁である。

事件の本質は、科学的／精神医学的にはいわき病院と北陽病院の間に違いはない。実態としては、野津純一の状況は、任意入院であっても、他害の過去／傾向を持つ患者が主治医の行った誤った薬剤処方のせいで、基礎疾患の悪化と不安や激昂がある状態に至っており、病院として患者に対する注意義務が発生していた。これに対して、いわき病院は「(観察していなかったから) 知らなかった、そこまでは分からなかった」と言い続けてきた。そこに、いわき病院と渡邊朋之医師が同時に突然行った複数向精神薬の処方変更後の経過観察を行わなかった不作為の過失が指摘できる。

⑤、精神保健福祉法に基づく精神医療の責任

いわき病院が野津純一氏に対して行った医療の現実から、精神保健福祉法を運用する過程で「病院の責任」を曖昧にする論理が発達した可能性を指摘できる。本件裁判では、精神保健福祉法に基づいて「当時の一般的な水準の精神医学的知識と精神薬理学的常識に基づけば、精神医学的に自傷他害の恐れがある患者であっても、知事が措置入院と認定したか否かの違いで、病院の過失責任は異なる」として、いわき病院は任意入院であれば、現実を見ず結果予見可能性を持たなくても許されると主張した。精神保健福祉法の制度運用の実態で、精神科病院と精神科医師の過失責任に関連して、いわき病院の渡邊朋之医師のような怠慢で勉強しない医師が精神保健指定医になり、病院長になっている現実があり、結果的に法令遵守も注意義務違反も無視されることになり、この状態を放置することは、制度の健全な発展を阻害する可能性がある。

法に基づけば、任意入院と措置入院に関係なく、医療機関は自傷他害の恐れのある精神病患者に対する監護義務を負う。この監護義務には、更に患者自身を保護すべき義務と患者が第三者に加害行為をしないよう監督する監督義務が含まれる。その法的根拠は（民法第 709 条、715 条、国賠法 1 条）にあり、措置入院に限定せず任意入院でも自傷他害の恐れがある場合には、医療機関の責任は、同じ程度にある（飯塚和之氏、別冊ジュリスト 1989 年 No102、論文）。

精神障害者は、任意入院のままであっても、注意深い（入院医療としては当然の水準の）観察を行い、精神症状の悪化や症状の不安定化を把握できれば、看護に症状観察を強化する指示をだすことや、一時的な外出の制限などの行動制限を行うことは可能である。いわき病院がこの通常の治療手順を踏んで対応しておけば、通り魔殺人という矢野

真木人殺人事件の発生は防ぐことができた。

⑥、当時の野津純一氏には任意入院でも特殊な配慮や注意義務が必要

一般的に「任意入院は、措置入院と比較すれば観察密度は低い」とされる。措置入院はほとんどの場合、実際に他害行為を起こして、治療しなければさらに重篤な他害行為に発展する可能性が高いからである。しかしこの時期の野津純一氏は特殊な配慮や注意義務が必要で、措置入院と比較して観察密度が低くても良いわけではない。抗精神病薬の中止とパキシルの突然の中止状態であれば、措置入院患者と同様に、あるいは、安定期の措置入院患者よりも注意が必要だった。この、複数の向精神薬の同時突然中止は主治医の渡邊朋之医師が行ったものであり、主治医には厳重な配慮と注意義務があった。

いわき病院代理人は、本人が関係した北陽病院事件上告理由書では措置入院の「特殊な配慮・注意義務」さえも軽視していた。この措置入院における注意義務さえ軽視する弁護論と同じ骨格で、任意入院の「一般的な配慮・注意義務」をも軽んじた姿勢は批判されるべきである。いわき病院代理人は「任意入院と措置入院の制度の違い」を主張するが、その認識の実態は「措置入院と任意入院の入院医療の本質」に理解が至らず、精神科医療と看護を軽視する論理である。いわき病院代理人の主張の背景にある患者に対する治療責任を軽視する退廃の論理があることを理解する必要がある。

⑦、「大義名分は我にあり」と主張して誤謬を誘導する論法

いわき病院代理人の論法は「大義名分は我にあり」と主張して、現実の精神科医療現場では、統合失調症治療ガイドラインを無視し、基本的な精神医療から逸脱した医療の実態を覆い隠してきた。渡邊朋之医師は普通の医師では想像もできない、薬剤添付文書の記載事項をよく読まず、読んでも間違っ理解して処方した、お粗末な医師である。いわき病院代理人は、精神科開放医療は日本の国際公約であり「いわき病院を提訴したことは精神科開放医療に反対する行為」と主張したが、それは、いわき病院の不作為と錯誤の事実から目を逸らす戦術である。いわき病院代理人は「ポリスパワーの強制ではなくパレンスパトリエの人道医療」と主張したが、いわき病院の渡邊朋之医師が野津純一氏に行った精神科医療は不作為とほったらかしの実態であった。いわき病院代理人の弁論論理の基本は、事実に関係しない誤謬の判断を誘導する行為である。

いわき病院代理人は「任意入院と措置入院」は精神科病院の過失責任の判定では基本的な違いであると主張する。しかし、制度運用の違いは、実際に行われた医療内容の過失性を判断する基準とはならない。あくまでも、法的判断は、野津純一氏が経験した渡邊朋之医師の精神科臨床医療の事実に基づかなければならない。渡邊朋之医師が慢性統合失調症患者の野津純一氏に対して行った、期限を定めない抗精神病薬の中止、当時から危険性の亢進が指摘されていたパキシルの突然中止、及び、処方変更後に問診をせず経過観察を行わない医療は「一般的な配慮・注意義務」の欠如であって、この様な医療に大義名分はない。これは、基本的な医療の怠慢である。

⑧、本件裁判の意義は大きい

いわき病院事件の前例となる既判例（静岡養心荘事件、北陽病院事件）は、「知事によ

る措置入院患者」であった。任意入院患者に対する精神科病院医療に過失責任の可否を問う裁判は初めてである。いわき病院事件裁判は、わが国社会における人権と精神医療の普遍性の実現に関係しており、精神科病院の経営者や精神医学に関わる人たち、及び市民の安全に関心を持つ人達に大きな影響を及ぼすことになることを期待する。

(3)、いわき病院の法的責任

静岡地裁昭和 57 年 3 月 30 日判決（昭和 52 年（ワ）第 134 号損害賠償事件）に関連して、飯塚和之氏の論文から以下を引用する。

院外作業中の精神障害者の殺人事件

別冊ジュリスト（1989 年 6 月、No102）、P.99、飯塚和之

静岡地裁昭和 57 年 3 月 30 日判決（昭和 52 年（ワ）第 134 号損害賠償事件）

（判時 1049 号 91 頁、判タ 471 号 158 頁）

医療機関は、自傷他害のおそれある精神病患者に対する看護義務を負う。この看護義務は、更に患者自身を保護すべき義務（患者保護義務）と患者が第三者に加害行為をしないように監督する監督義務（患者監督義務）に分かれる。後者は保護の対象となる第三者に即して言えば、医療機関の第三者保護義務とすることができる。この監督義務（＝第三者保護義務）の発生根拠は、他害のおそれのある精神障害者の治療及び保護を引き受けたことであり、この引き受けを契機として一般第三者との関係で監督義務（＝第三者保護義務）が生じる。その際の法的責任根拠は、医師、看護人等の過失責任を経由しての医療機関側の不法行為責任（民法第 709 条、715 条）または国賠法 1 条の責任である。さらに、民法第 714 条第 2 項の代理監督者責任（医師または病院が代理監督者となる）もその根拠となる場合もある。そして、右の保護・監督義務における医療機関の注意義務の内容・程度は、精神障害者の治療上の処遇として要請されている開放治療政策との関連で定められなければならない。また、医師の専門的判断と裁量権をどこまで尊重するかが問題となる。

①、「自傷他害のおそれのない精神障害者」ではない

いわき病院は任意入院患者は「自傷他害のおそれのある精神障害者の治療及び保護を引き受けたことにはならない」との主張を行いたいようである。野津純一氏は平成 13 年に経験したいわき病院のアネックス棟の放任の管理を好み、平成 16 年にも任意入院を望んだ。平成 13 年に入院した際には、いわき病院は野津純一氏の治療の課題として攻撃性の発散を挙げていた事実がある。平成 17 年 9 月 21 日に野津純一氏の父親はいわき病院の HB 医師から入院前問診を受けて、息子の家庭内暴力、近隣者とのトラブル及び街頭での暴行等の行状を説明していた。いわき病院はそれらの過去歴を承知して任意入院を許可したのであり、「野津純一に他害のおそれが無い」と主張することはできない。

いわき病院が「任意入院患者である野津純一氏は他害のおそれが無い」と主張するのは病院として承知した事実の否定である。患者に関する事実を認めないことでは、適切な精神科治療を行えるはずがない。また、事実を確認しなければ、結果予見可能性は無いし、それに基づく結果回避可能性も無い。事実を否定したり、確認を怠ったりした怠

慢をいわき病院を免責する理由にしてはならない。

②、精神障害者による第三者加害行為

精神障害者による第三者加害行為としては「病院の看護体制に関わる場合」と「医師の治療行為に関わる場合」があるが、いわき病院の場合、アネックス棟における野津純一氏の治療ではその両方に問題があった。いわき病院はIG鑑定人の意見に基づき「医師の専門的判断・裁量権が尊重されるべき」で、医療機関の責任が否定されるべきとの主張である。しかし、主治医が行った医療行為が原因で患者の病状を悪化させた医療環境では、「専門的判断の尊重」は、医療側の原則的免責を意味しない。問題の本質は専門的判断の内容と、それに基づいて行われた医療行為が適切であったか否かである。

現実にはいわき病院では渡邊朋之医師は統合失調症治療ガイドラインに従わないで慢性統合失調症患者に抗精神病薬を中止し病状を悪化させ、パキシルの薬剤添付文書をきちんと読まず、理解せずにパキシルを突然中止して、患者に危険性が亢進する状況を招いていた。また同時にプラセボテストを行いアカシジアが悪化した。これは医師の専門的判断にもとる行為であり、法的判断云々、裁量権云々の問題ではない。いわき病院と渡邊朋之医師は「医療機関の注意義務の内容・程度は、精神障害者の治療上の処遇として要請されている開放治療政策」の体を成していない。「医師の専門的判断と裁量権の尊重、更には法的判断で過失責任の否定」を主張できる要件が備わっていない。

③、義務を果たしていない医師にまで過失が免責されてはならない

精神病院においては、その業務の性質上、精神病患者が入院中に自殺等不慮の事故を起こさないように、危険を防止する義務がある。医師が患者の病状を注意深く観察し、自殺念慮が軽減し、開放的処遇によって改善を期待しうるものと判断して治療的方法を選択した場合、必要な要件に対応しており、この判断に医学上不合理な点が認められないときには、たとえ医師の見込みに反して不幸な結果を招いたとしても、そのことの故に医師の過失を問うことは難しいと考えられる。しかしながら、いわき病院では上述の医師の過失を免責する論理を自分に都合よく解釈して、精神科医師は医療過誤の責任を簡単に回避できると慢心して、無責任な精神科臨床医療を行った。

いわき病院には、入院患者野津純一氏の病状の把握と、適切な薬物療法の実施を前提に、患者の過去の暴行歴を調査分析して、第三者への加害行為の予見可能性を持つ必要があった。いわき病院は患者野津純一氏の病状の変化を適切に診察して誠実に把握することが求められた。いわき病院と渡邊朋之医師は法的に過失が免責されてはならない。

④、精神科開放医療と第三者加害行為

精神科開放医療を行えば、「拘禁している場合に比較して精神障害者が他害行為に及ぶ事故を増加させる一面がある」と、精神科開放医療は第三者加害行為を増加させることを容認する施策と認識することは間違いである。精神障害者は拘禁されて自由を失い、人生に可能性と明るい未来を期待できない状況を強制される場合には、自暴自棄の念を抱き他害行為を起こしやすい気持ちを抱く場合が多い。しかしながら、誠実に行われる開放医療で精神障害者の心を解きほぐし、社会復帰と社会参加の道が拡大する場合には、

より良い未来に期待することが可能となる。

精神科開放医療は患者の病状や適性を配慮することなく行うものではない。患者の病状と行動歴を慎重に考慮して着実に実施される必要がある。精神科開放医療は医療の無策と放棄ではない。また患者に準備もなく、適切な受け入れ体制も確立せず、いきなり世間に放り出すものでもない。良質な精神科医療があつてこそ、建設的な精神科開放医療は実現する。医師には精神科開放医療を行うに当たって、患者が自傷他害行為を行う可能性に十分な対応を行ったことを示す説明責任がある。また説明責任を果たすことで、万一の自傷他害事故の発生に際しても医師は法的責任から免責される。そのことで精神科開放医療が社会から支持される根拠ともなる。精神科開放医療を日本の国際公約として行っているのであるから、第三者加害行為が発生しても病院や医師に過失責任を問うことがあつてはならないとする主張は間違いである。

⑤、いわき病院の法的責任

いわき病院の渡邊朋之医師が野津純一氏に対して行った精神科薬物療法は病状の安定化と改善に貢献せず、むしろ病状を悪化させた。その事実は野津純一氏を精神鑑定したSG医師が確認した。原因は渡邊朋之医師の統合失調症の治療に関する精神科専門医としては許されないレベルの知識不足、及び向精神薬の薬剤添付文書を読まずまた読んでも理解を間違えて行った薬剤の処方にある。更にその上で、渡邊朋之医師は処方変更後の経過観察を適切に行わず、病状の悪化に対応した治療的介入を行っていない。

いわき病院と渡邊朋之医師は当時でも現在でも精神科医療を行う医師としての最低限の医療水準を満たしておらず、主治医として責任ある医療を患者野津純一氏に対して行っていない。野津純一氏はいわき病院と渡邊朋之医師が行った医療の被害者である。そして矢野真木人はいわき病院と渡邊朋之医師が野津純一氏に対して行った医療錯誤と怠慢により命を奪われた犠牲者である。渡邊朋之医師の野津純一氏に対する精神科医療には、不特定の人間に生命に危害を与える可能性を極度に亢進した高度の蓋然性があつた。

渡邊朋之医師が事実に基づいて適切な治療行為を行っておれば、結果予見性と結果回避可能性は当然あつた。しかし、患者の状態に関する事実を適切に評価しない医療行為では結果予見可能性はあり得ず、結果回避可能性も無い。この様な、ほったらかしの医療行為は法的責任を回避することができない。

(4)、精神科開放医療の論理と倫理

①、精神科開放医療は殺人を減少する

デイビース鑑定人の情報に基づけば、英国の過去50年の経験を統計解析して、精神科開放医療を誠実に実行することで精神障害者による殺人数は減少していたことが判明した。精神科開放医療に伴う殺人事件の発生はゼロではない、しかしマクロのレベルで殺人数は減少した。このことはイタリアでも経験的事実があるとされる。良質な精神科医療と看護を実現するならば、精神科開放医療を促進することで、精神障害者による殺人と重大な人身傷害事件は減少する。更に、精神障害者の自殺件数の減少も期待できる。

重要なことは、責任感ある精神科医療を行うことである。いわき病院と渡邊朋之医師が行ったような、錯誤した医療知識と無責任でほったらかしの医療で重大事件が発生した場合には、事実を解明して、重大な過失がある場合には、責任を問う必要がある。精神科開放医療は単に精神障害者を無防備で病棟の外に出すことではない。精神障害の既往歴がある人間が、普通の人間として社会に受け入れられるための医療改革と社会の仕組み作りである。それは人間解放でもある。

②、客観的な事実の尊重

いわき病院代理人は日本の「閉じ込め型の精神科医療」から「精神科開放医療」への転換を「ポリスパワー：リーガルモデル」から「パレンスパトリエ：メディカルモデル」への転換と表現したが、日本語にならない議論である。また「パレンスパトリエ：メディカルモデル」を主張すれば、医療提供者は免罪となる論理はない。「パレンスパトリエ」の言葉の本質は、博愛の精神に基づいて、適切で良質な精神科医療を提供する義務が医療者にあることを意味している。自らも十分に理解しない言葉を用いて弁明しても実態が伴わなければ空論である。また、言葉を用いるだけで、その言葉の発言者が、人権を尊重した適切で優良な医療を実行していることにはならない。いわき病院が野津純一氏に行った治療的介入を行わないほったらかしが「メディカルモデル」であるはずがない。

日本では一般的に、精神科医師も、刑事・司法関係者も、「精神科開放医療で精神障害者による殺人事件数が増加することはやむを得ない。殺人数を削減することはできない」という認識と諦めの意識があると観察される。また「精神科開放医療を実行している間で発生した殺人事件に過失責任を問うことはできない」との意見が専門家に共有されていると思われる。そして精神障害者による重大な人身傷害及び殺人事件が発生しても、基本的に「心神喪失者等」として「心神喪失者等医療観察法の下で法的手続きが行われる」慣行が成立している。その現実的な波及効果として、いわき病院のような、任意入院患者であれば、放火暴行歴を調査解析しない、患者から申告があっても無視する「患者が自傷他害行為を行う可能性を無視した精神科開放医療」、「精神科薬物療法で最新の良質な知識を持たない医療」更には「患者の顔面を正面から正視しないおざなりの看護」などが行われても改善の方向性の力が働かない現実ができあがったと思われる。

いわき病院と渡邊朋之医師は、野津純一氏の両親から入院時に過去の放火暴行歴が申告されてもそれを積極的に調査解析していない。また野津純一氏は入院直後の平成 16 年 10 月 21 日の未明に看護師を背後から襲撃したが、いわき病院は暴行行動に関する調査をしていない。渡邊朋之医師は平成 17 年 2 月 14 日から主治医を交代したが、主治医交代時の問診で野津純一氏は過去の暴行歴を説明し、特に 25 歳時の一大事に関しては被害者の女医の名前を繰り返し発言した。しかし渡邊朋之医師は任意入院患者であることを理由にして野津純一氏の暴力行動や他害行為に関する調査と解析を行う必要はないと主張した。いわき病院と渡邊朋之医師が任意入院患者の自傷他害行動を行う可能性を無視したことは精神科専門病院及び精神保健指定医として義務違反である。ところが、地裁判決（P.105）は「被告渡邊が被告純一の過去の既往歴に無関心であったとはいえ、被告純一の過去の問題行動を聴取できなかったことに過失があるとまでは認められない」と

結論した。地裁判決は、「被告渡邊が被告純一の過去の既往歴に無関心であったとはいえず」と免責の理由としたが間違いである。医師に関心があっても、情報を医療に活かさなければ、精神科医療行為ではない。精神保健指定医渡邊朋之医師の職務義務違反である「野津純一氏の問題行動歴無視」を判決が承認したことになる。

③、課題は、必要で十分な医療と公明公正な手続き

精神科医療は、司法手続きによらず、精神障害者の人権に介入できる権限が許されており、その判断が、精神科医師の専門的判断という、ブラックボックスの中にあることが、本質的な問題だと考えられる。このため、渡邊朋之医師の様な、不作為と怠慢があっても「医師の裁量権」を盾にした「何でもござれで不透明な弁明」を許してきたと考えられる。精神科医療の場合、この本質は医療という表面を装った人権手続きの問題であり、今日の社会では医師のパターンリズムに依存した透明性に欠ける運用を行い続けることには問題がある。日本的慣例や既判例なども、人権手続きの側面から、見直すべきは、見直す必要があると、指摘できる。

本件裁判は 8 年以上の長期間に渡る審議を行ってきて、いわき病院の医療といわき病院代理人の弁護論理を通して、日本の精神科医療にかかわる重大な問題点が明らかになりつつある。いわき病院と渡邊朋之医師が行った精神科医療的事実から、精神医療にかかわる人権問題を、客観的な事実を基にして論じることが可能となったと考えられる。

④、精神医療の法的な過失責任の免責

英国では、ラボーン事件で「5%の自殺危険率でも、外出許可を出して、自殺を防がなかった病院の過失責任」を認めた、病院側の医療判断と行動を極めて厳密に審査して、責任を認定した事実がある。しかし、いわき病院の主張は、「精神科医療行為に過失責任が認められるようでは、精神科開放医療を推進し得ず、結果的に、精神科開放医療を行うことが適当な患者の社会参加の道を閉ざすことになる」である。これは英国で発生した社会的事実とは異なる。英国では精神医療者に厳しい法的責任を問うことで、精神科開放医療が促進されて、国民の信頼を獲得した事実がある。いわき病院が主張する、「精神科開放医療に法的責任を負わせてはならないという（原則的な）法的無責任論」は、病院と医師の「(精神科) 特例を期待した」ご都合主義である。無責任論からは、精神障害者の人権を尊重する精神科開放医療は促進されない。

マクロの社会現象として、精神科開放医療を推進すれば、精神障害者による殺人や自殺の実数が低下する可能性が英国の事例から示唆される。しかしながらミクロに見れば、「適切と思われる精神科開放医療を行っていたが、開放医療を実施している間に結果的に殺人事件が発生した」という不幸な事例は発生し得る。その場合、医療側に法的責任が問われてはならないとして過剰反応してきたのが日本の現実である。しかし、医療側に錯誤や怠慢があっても、全ての精神科医療事故に過失責任を負わせてはならないと原則論を主張することは行き過ぎである。また、反対に殺人事件が発生すれば、問答無用に医療側の責任を問うことも間違いである。精神科医療機関の過失責任論で、建設的で透明性がある対応を行うことが、日本の課題と言える。精神科医療機関が、適切に医療を行っていたと証明できれば、過失責任は問われてはならない。しかし、「適切な医療行

為を証明する手続き」は精神科医療（精神科開放医療を含む）では、全ての重大事件で行われ、かつ透明性を持った手続きが公正公明に行われる必要がある。

いわき病院事件裁判でわかったことは

- 1)、警察が押収していた資料でも「存在しない」と白を切る証拠隠し（刑事裁判で有罪判決がなければ、被害者側は法廷に提出できる証拠を入手できない現実）
- 2)、医師の独断を裁量権だから過失責任は無いという、非公開・無原則の弁明
- 3)、裁判を引き延ばした上で「当時の医療水準では過失を問えない」とした主張
- 4)、相手は素人と見くびって、問題点を言い換えて逸らした詭弁の論理
- 5)、権威者を表明する鑑定人の「お言葉」によるもみ消し

などの、手段が常習的な精神科医療側の法廷対応である。これでは、公明・公正とは言えない。本件裁判で、控訴人側が勝訴すれば、将来的には、精神科医療紛争が増加する可能性がある。そのような状況下でも、精神医療の健全な発展が促進されるためには、問われる問題の本質は、透明性を持って公明・公正に説明する、必要かつ十分な精神科医療を行った事実である。また、精神医療の人道の普遍性に対する責任感である。

⑤、精神障害者の社会参加

精神薬物療法が開発される前は、精神障害は治癒不可能な運命であり、多くの者が閉鎖的処遇の中で人生を終えることを強制された。しかし、薬物療法が可能となった現在では、治癒と軽減が可能な普通の疾病となりつつある。今後も薬物療法は進歩するであろう。そして精神障害者の多くは社会の一員として社会参加を行い、より充実した人生を全うすることが可能となると予想する。しかし、それに至る現実はずしも容易ではなく、いわき病院と渡邊朋之医師のように、形式だけで内容と実質が伴わない精神科医療を行う者の出現を許すことになったと思われる。精神薬物療法の基本は向精神薬の使用であるが、薬剤添付文書を読まず、正確に理解しない治療者が精神障害者の社会参加の助けになる筈もない。精神科開放医療にかこつけて、怠慢と不勉強によって患者に深刻な自傷他害を惹起させるような退廃の道に進んだ者には、それだけの責任を課すことが、社会の基本である。退廃者がのさばる状況は精神障害者の解放を阻害する。

⑥、精神科医療の健全な発展を期待する

控訴人矢野は精神科医療の健全な発展を希望しており、それは控訴人野津も同様の願いであると確信する。矢野真木人は命を奪われたため、意見を言うことはできないが、本人が自らの意思で社会貢献を行う前に、精神科医療の不始末で命を奪われたことは極めて残念である。他方、野津純一氏は「(刑期を満了すれば) 気楽に生きられる自由な生活」を希望するであろう。それを実現できるのは日本の精神科医療者の誠実な努力と働きである。日本の精神医療を荒廃させてはならない。日本の精神科医療は無責任であってはならない。いわき病院の医療は、精神障害者の人権を尊重しない行為であり、精神障害者により市民への他害行為に無策で容認していた。精神科医療は決して過去の「社会防衛政策の道具」になってはならない。精神科開放医療は、建設的な努力で達成されるものであり、決してほったらかしの医療ではない。

10、渡邊医師の結果予見と回避義務違反

平成17年12月6日12時24分におけるいわき病院入院患者による第三者殺人事件の発生は、主治医の渡邊朋之医師以外の何人も結果を予見し得ない事である。もし、いわき病院代理人が控訴人矢野に証明することを迫ったように、被害者本人の矢野真木人が野津純一氏を含む精神障害者に殺人されることを予見する事が可能であったならば、本人はその日その時に危険が予想される場に立つこともなく、現在も100%存命である。殺人される可能性に気づいても身を守らない人間は誰もいない。いわき病院の責任は誰もが容易に納得する合理的な論理に基づかなければならない。

平成17年11月から12月の時点で、唯一、野津純一氏による殺人を含む重大な他害事件が発生する可能性を予見して回避可能であった人物は野津純一氏の主治医渡邊朋之医師ただ一人である。渡邊朋之医師は精神保健指定医でいわき病院長であり、医療専門職の良心に基づいて結果予見性を持ち、その上で自らの能力と病院機能を働かせて、患者により重大事故が発生する可能性を未然に防止する結果回避義務があった。それは普通の精神科専門医であれば、当然のことである。渡邊朋之医師が普通の精神科医師の当然の義務を果たしておれば、矢野真木人殺人事件は発生しなかった。

渡邊朋之医師は平成17年11月23日から慢性統合失調症患者の野津純一氏に抗精神病薬(プロピタン)を中止して統合失調症の治療を中断していた。この時点で、患者に重大な自傷他害行為が発現する可能性を予見して、チーム医療で予見可能な結果を回避する義務があった。更に、パキシル(抗うつ薬)を同時に突然中止したが、その場合、患者が重大な自傷他害行為を行う危険性が高くなることは当時の精神科医の常識であった。また、2薬を同時に突然中断する危険性は、加算的でなく相乗的に飛躍的に亢進することも、大学病院の医師でなくても、普通の医師の常識であった。

野津純一氏の慢性統合失調症の治療を中断した渡邊朋之医師は、毎日のように患者を診察して経過観察を行うことが当然の義務であったが、複数の向精神薬の同時突然中止した11月23日(水・祝日)から12月7日(水)までの2週間で11月30日(水)の夜間に1回だけ診察を行ったのみである。野津純一氏は12月2日(金)には「内服薬が変わってから調子悪い」と言い、3日(土)には朝から「調子が悪い、ムズムズする、体が動く、手足が動く」と不調を訴えていた。渡邊朋之医師は「12月3日にも30分以上かけて診察した」と主張したが、患者の病状悪化に何も対応していなことは明らかである。12月3日の診察は診療録に記載が無く医師用違反で根拠がない。もし、仮に診察した事が事実であったとしたら、患者の病状を正確に評価できないなさない主治医であったことを証明するだけのことである。渡邊朋之医師に過失責任を逃れる術はない。

12月4日(日)には野津純一氏は朝からアカシジアで苦しんでおり、12時の生食1mlのプラセボ投与を「アキネトンやろ～」と疑った。高松地判決はこのプラセボ筋注を渡邊朋之医師が行ったと事実認定したが、主治医はプラセボ効果判定をしていない。また、野津純一氏は事件前の数日間は「喉の痛みと頭痛が続いていた」がこれはパキシル投与中止(特に突然の中止)に伴う症状である(パキシル添付文書、2005年6月改訂(第7

版)、P1、使用上の注意、2,重要な基本的注意、(3) 投与中止 (特に突然の中止))。しかし、12月5日(月)朝10時の看護記録で、看護師は医師の診察も無しに「風邪」と決めつけて、風邪薬を与薬した。(看護師はパキシル中断に伴う留意事項を指示されておらず、観察間違いはありえることである。)この看護師が決めた「風邪」症状をいわき病院ではMO医師の同日夜21時20分のレセプト承認、及び6日(火)朝10時の渡邊朋之医師の診察拒否時の証言で追認した。いわき病院では医師が患者を診察しないで(医師法17条(医師以外の医業の禁止)違反)病状を複写して記録していた。重大な義務違反である。その上で、渡邊朋之医師は6日に、患者を診察もせずに「風邪症状」と決めつけて野津純一氏に診察拒否をした。パキシル(抗うつ薬)を突然中断した医師として、薬剤添付文書に記載がある「喉の痛みと頭痛」の症状を診察して確認する義務を果たしておらず、看護師の意見で診断したことは間違いである。これでは主治医として結果予見性を持つ事はできない。

渡邊朋之医師が12月3日(土)から6日(火)までの間に、野津純一氏を診察していたら、いくら資質に問題がある医師であったとしても、野津純一氏の病状の異変に気付いていたであろう。更に、渡邊朋之医師は、当時の精神科医師の常識に基づいて、野津純一氏が重大な他害行為(殺人を含む)を行う可能性を予見できる可能な立場にあった。パキシル添付文書の記載を含む医療知識は当時も現在も同一である。更に渡邊朋之医師は精神保健指定医として医療情報を知り、そして理解する義務があり「当時は知らなかった」の弁明は通用しない。渡邊朋之医師は結果予見可能性があったが、診察をしないことで、そのチャンスを逃したが、その責任は主治医の渡邊朋之医師自身にある。

渡邊朋之医師には、複数の向精神薬を同時に突然中止した薬事処方変更で、主治医として結果の態様(病状の変化)を知るべき義務と、結果(病状の悪化と自傷他害行為の危険性の亢進)を予見するべき義務があり、同時に、予見可能な結果(深刻な他害行為の発現)を回避する義務と責任があった。そして、渡邊朋之医師が、普通有能力を有した精神科医であれば常識として知るべきことを知らないことは渡邊朋之医師を免責する理由にならない。渡邊朋之医師はいわき病院のチーム医療を機能させて、複数の精神科医が経過観察をするなどの行うべき責任があった。何もしないで、事件の発生を漫然と許したことに、いわき病院と渡邊朋之医師の過失責任がある。

野津純一氏はいわき病院に入院中で主治医の病院長渡邊朋之医師の治療下で、精神科医療というには程遠い状態に置かれていた。平成17年11月23日(水)から実施された複数の向精神薬の同時突然中止は慢性統合失調症患者に対する精神科薬物療法の中断である。その状況は、通院患者が精神科外来通院を勝手に止めて、その上で向精神薬の服薬を自ら中止する状況と変わらない。普通は入院中の患者には起こり得ない服薬の中止である。このような状況では自傷他害事故が発現する危険性は極めて亢進する。いわき病院の渡邊朋之医師が野津純一氏に対して行った精神科医療の中断は、日本の精神科医療に普通にある一般的な状況ではない。これは、いわき病院と渡邊朋之医師の特殊事例である。その特殊事例をいわき病院代理人はあたかも日本では普通の一般事例であるかのように弁論したが、間違いである。これほどお粗末な事例が一般的であるはずがない。

後記：(1)、精神科開放医療と過失責任

控訴人矢野は、平成18年4月の刑事裁判第1回法廷で野津純一代理人TD弁護士が平成17年12月6日のいわき病院看護記録から、「先生にあえんのやけど、もう前から言ってるんやけど、咽の痛みと頭痛が続いとんや」という被告人の事件直前の言葉を抜き出して「いわき病院の医療がもっとしっかりしていたら、殺人事件は発生しなかった」と発言した時から「民事裁判では、野津夫妻と協力して共同戦線を張ることができる」と確信した。そして、野津夫妻に協力関係を結ぶ提案をした。被害者と加害者が協力関係を結んだ民事訴訟は、おそらく、世界でも唯一の事例であるはずである。その背景に、日本国民が一市民の立場で精神科医療の過失を問う面前に立ちはだかる、「理不尽な障害」がある。私たちは、本件裁判が「人間としての普遍性の課題に直面している」ことを証明するためにも、協力関係を模索して維持する必要があった。

野津純一氏の過去の履歴を調査しておれば普通の医師であれば、第三者に対しての暴力傾向、包丁の使用など、何かの際には他害に及ぶことは容易に想像できた。いわき病院と渡邊朋之医師は「(任意入院患者だから)暴力行動歴を調べなかった、知らなかったから過失がない」と主張したが、逆立ちした議論である。「勉強してないから、知らなかったから」といって「過失を問われない」と主張するのは子どもの論理である。

渡邊朋之医師は精神科専門医師で、精神保健指定医で、大学病院の外来担当医で、病院長である。渡邊朋之医師に世間の期待は大きなものがある。ところがその実態は、自らの診療ミス、薬剤使用のミス、経過観察をしないミス、患者の診療請求に応えなかったミスなど、ミスと怠慢の連続であった。患者を激昂状態に追い込んだのに気がつかず、放ったらかしの状態で外出させ、帰院してからも患者を観察せず、事件の翌日に野津純一氏が逮捕されてから事件を知ったほどの恐るべき放任と無策だった。「まさかそんな馬鹿なことがあるはずは無いだろう」という信じがたい状態が、いわき病院と渡邊朋之医師に野津純一氏に対する医療で起きていた。このあまりのギャップに、根拠もなく「いくらなんでもそこまでひどくは無いだろう」として許してしまうことは間違いである。

いわき病院は「『精神科開放医療を推進している』という大義名分を主張できれば、どのような間違いがある精神科医療を行っても責任を問われてはならない。精神科病院と精神科医師の過失責任を問題の俎上に挙げることは、精神科開放医療に反対することで、過去の閉鎖処遇の時代に戻すこと」と主張したが、それは間違いである。いわき病院では時代の水準に適合した精神科医療を誠実に行うという現実が伴っていなかったが、そのことが過失を導いた要因である。

いわき病院代理人が主張した、相当因果関係を認定するための「(数量化した)高度の蓋然性」の論理は、市民の生命の安全を損なう自傷他害行為が発生することを容認する論理であり、現実には矢野真木人は殺人された。本音に精神医療提供者の慢心があり、自らは特別の立場にあるとして怠慢が容認されるべきとする傲慢な論理がある。精神科医療界でこのような論理が蔓延することがあってはならない。

精神科開放医療であれば、10人中7人までの犠牲者は許容されるとする「相当因果関係と高度の蓋然性」の論理は間違いである。精神科開放医療は必然的に市民の犠牲拡大を伴うものではない。医療者側の無為無策と怠慢を容認する論理を放置してはならない。日本の精神科医療が10人中7人までの殺人を容認するような、人命を尊重しない医療であるならば、それだけで、社会的な大問題である。控訴人矢野はいわき病院代理人の主張は代理人一人が空想した、現実を伴わない、非常識な主張であることを願うのみである。

「自由は放縦ではない。自由には責任が伴う」これは、市民が自由を享受するための基本原則である。精神科開放医療は放ったらかしの医療ではない。精神科開放医療は実がある誠実な医療が背景になければならない。精神科開放医療には責任が伴う。その責任は精神科医師の患者に対する責任と市民に対する責任である。共に、人権が尊重される責任である。医療の責任は人命の尊重であり、基本的人権に貢献することである。

精神科開放医療は精神障害で人権を損なわれてきた人間に対する光明である。精神科医療は向精神薬が開発されて大きく進歩し、化学療法とリハビリテーション手法の導入で、精神障害者が社会参加する道が開けてきた。多くの精神障害者は自らの意思に反して精神科病棟という狭い世界に閉じこめられる必然性がなくなっている。精神障害者は市民社会に参加して人生に希望を持つことができる。それは全ての人間が市民としての権利と義務を全うする社会を私たちが創りあげることでもある。

日本の精神科医療会には精神障害者を不必要に病棟に閉じこめた過去に対する反省があることを承知する。更に、国連等の国際社会から精神科開放医療の導入を迫られた事情も承知する。しかしそれは、精神医療の放棄と責任回避を行うことを容認して達成できる社会政策及び精神医療政策ではない。野津純一氏は精神科開放医療の名目で、合理的な医療を受けられず、ほったらかしの状態で病院外の行動を行っていた。それは、患者に積極的な社会参加を促進する道ではない。結果的に、いわき病院に入院して14ヶ月後に、小さな危険が積もり積もって、殺人という取り返しの付かない犯罪を行うに至った。野津純一氏は、渡邊朋之医師により、人生を破滅させられたのである。

精神科開放医療は無為無策を旨とするほったらかしの医療ではない。それは、薬物療法の進歩を背景にして、同時に、心理学的理解の促進、看護手法の向上、並びに、作業療法などのリハビリテーションの向上、更には、社会の受け入れ体制の整備などがあって実現可能な、精神障害者に希望を与える医療である。そして、精神科開放医療が適切に推進される場合には、社会防衛を目指さなくても、結果的に精神傷害者による殺人事件件数を削減することは可能である。

いわき病院と渡邊朋之医師のような錯誤と無為無策と怠慢の医療に過失責任を問わないことが、精神科開放医療を促進する事ではない。過失責任を問うことで健全な精神科医療は可能となる。矢野真木人は、外出許可者の10人中7人までが殺人することを容認したいわき病院医療が必然として発生させた殺人事件の犠牲者である。矢野真木人のような犠牲者の発生を抑制する安全な市民社会に貢献する精神科開放医療は可能である。

(2)、野津純一氏の社会参加

野津純一氏がいわき病院に入院して渡辺朋之医師から治療を受けていた平成17年当時に野津純一氏には社会参加を行える可能性は確かにあったと思われる。

渡辺朋之医師は、平成17年11月23日から抗精神病薬（プロピタン）とパキシル（抗うつ薬）を同時に突然中止したが、主治医として経過観察をせず、野津純一氏はアカシジアで苦しむままに放置されて、いわき病院は精神症状の悪化に伴う結果予見性と結果回避可能性を持つことなく、徒に通り魔殺人事件を発生させた。いわき病院ではアカシジアは治療困難だったが、平成22年1月に行われた北九州医療刑務所における移動法廷に出頭した野津純一氏は事件から4年2か月であったが、イライラやムズムズ及び手足の振戦を否定し「身体に震えがあるとすれば、寒さからだ」と述べた。すなわち、適切な治療を行えば、野津純一氏のアカシジアはコントロール可能であった。いわき病院は精神科専門病院であり、当然のこととして、治療可能であったはずである。野津純一氏が社会生活を開始することは不可能ではなかった。

渡辺朋之医師は患者野津純一氏に対して抗精神病薬（プロピタン）を中止したが、野津純一氏は10代後半から継続した慢性統合失調症の患者であり、抗精神病薬を中止することは適切ではない。むしろ平成17年2月14日に渡辺朋之医師が主治医を交代したときに「Stable」な状態を維持していたリスパダールなどの第2世代・非定型抗精神病薬を、大量投与でなく適切な量を維持量として投与する処方を見つけて病状の安定化を促進する必要があった。渡辺朋之医師はリスパダールを好まずトロペロンを処方して野津純一氏の病状を急速に悪化させたが、SZ医師が助け船を出してリスパダールを復活処方して、野津純一氏の病状を再度安定化させた経過がある。更に、リスパダールに関して渡辺朋之医師は平成17年7月25日に野津純一氏の求めに従って投薬を再開したが、病状が改善しない、として28日で中止したが、このときは「コントミン+プロピタン」の処方にリスパダールを追加しており、抗精神病薬の過剰投与であった。このようなリスパダール処方を否定することが目的であったと推察される懲罰的な処方を行わなければ、リスパダールに限定しなくても、野津純一氏に合った適切な抗精神病薬の処方を見つけることは可能であった。渡辺朋之医師は、トロペロン処方でも薬剤添付文書をまじめに読まず、抗精神病薬の知識には問題があった。

渡辺朋之医師はパキシルを突然中止したが、野津純一氏に処方していたパキシルも時間をかけて段階的に処方量を削減してゆけば安全に処方中止可能であった。いわき病院にあっても、野津純一氏がアカシジアで苦しむことを抑制した状況を作り出して、統合失調症の症状が安定した病状を確保することは十分に可能であったと推察される。

いわき病院に入院していた当時の野津純一氏の様子から推察できる野津純一氏の社会参加の態様は、独立して炊事洗濯を自ら行う生活ではないと考えられる。中間施設などの生活を行い両親の世話から独立することは可能であるとしても、食事の提供と身の回りの介助は必須であると思われる。そのような共同生活で、気が向けば町に出る散歩を行い、テレビやラジオを楽しむ生活を安定して行うことは可能であろう。本人には結婚

と独立願望があるが、女性に対する包容力や家庭生活を維持する資質と能力に不足があるため、実現は極めて困難である。また仕事を持ち定収入を得ることにしても社会生活の技量を有しておらず、そのような高望みをしないことが、心神が安定した生活を維持する条件となるであろう。

野津純一氏は「再発時に突然一大事が起こった」と説明するなど、抗精神病薬の中止と病状の再発と悪化には強い関心を有し、服薬態度が良い患者である。これは野津純一氏が社会参加を維持していく上で重要な要素である。このため抗精神病薬の血中濃度を常に維持する治療を行い、また万一の病状の再発に備えて、いつでも通院と治療が可能な施設で生活を維持することが期待される。

野津純一氏は放火暴行歴を有した統合失調症患者であり、特に他害行動に関しては比較的高い頻度の行動履歴を有しており、この点では極めて慎重な観察と即応性がある対応可能な状態を維持する必要がある。本人も「再発時の一大事」と認識しており、治療者・看護者と本人の間で、「再発時」の状況や情報を確認できるシステム作りが必要である。このように、慎重に行うべきであるが、野津純一氏の社会生活を維持することは十分に可能であったと思われる。

野津純一氏は他人との交流は得意ではない。個人として相互に独立した意識と認識を有しかつ尊重して、他人に対する関心を維持することはあまり得意ではないようである。しかしながら、社会から排除されなければ、気ままで善良な態度を維持することは可能である。そのような気ままな社会参加を本人は望んでいたのではないかと、思われる。

いわき病院が精神科開放医療を積極的に導入しているのであれば、患者に対する治療責任を全うして、患者の病状や個性に対応した看護やリハビリテーションを行う必要があった。野津純一氏はそのような治療に対応して効果を上げることが不可能な患者ではなかった。平成17年12月6日に殺人事件を発生することもなかった。

いわき病院の無責任な精神医療の直接的な犠牲者は野津純一氏である。矢野真木人はいわき病院と渡辺朋之医師が、野津純一氏に主治医として実行した複数の向精神薬の同時突然中止に基づいて、原因者として予見可能でありかつ予見義務がある、野津純一氏が他害行為を行う可能性を予見せず、結果回避可能性があったにも関わらず結果を予見せず、重大な処方変更後に経過観察を適切に行わず、医師として対応すべきことを何も行わず事件が発生するまで患者の治療を拒否して放置したために、重大な他害事件の発生を抑制することがなく、発生させた通り魔殺人事件の被害者である。いわき病院は、野津純一氏の病状悪化と通り魔殺人衝動の亢進、及びその結果として発生した矢野真木人通り魔殺人事件に対して、過失賠償責任がある。特に、矢野真木人を殺人させた責任はいわき病院と渡辺朋之医師にある。いわき病院と渡辺朋之医師が野津純一氏に対して適切な精神科医療を行っていたならば、矢野真木人が殺人されることはあり得なかった。また、野津純一氏は曲がりなりにも、社会生活のまねごとを行う程度には回復することが可能であったと推察される。