

高松地方裁判所判決（平成 25 年 3 月 27 日）

平成 25 年 3 月 27 日判決言渡 同日原本領收 裁判所書記官 山下清和
平成 18 年（ワ）第 293 号 損害賠償請求事件（以下「甲事件」という。）
平成 20 年（ワ）第 619 号 損害賠償請求事件（以下「乙事件」という。）
口頭弁論終結日 平成 24 年 12 月 21 日

判 決

甲 事 件 原 告 矢 野 啓 司
(以下「原告啓司」という。)

同所
甲 事 件 原 告 矢 野 千 惠
(以下「原告千恵」という。)

上記両名訴訟代理人弁護士

甲事件被告・乙事件被告

医療法人社団以和貴会
(以下「被告以和貴会」という。)

同 代 表 者 理 事 長

渡 邊 朋 之

乙 事 件 被 告

渡 邊 朋 之
(以下「被告渡邊」という。)

上記両名訴訟代理人弁護士

甲 事 件 被 告

野 津 純 一
(以下「被告純一」という。)

乙 事 件 原 告

野 津 [REDACTED]
(以下「原告 [REDACTED]」といふ。)

同所

乙 事 件 原 告

野 津 [REDACTED]

(以下「原告[REDACTED]」という。)

上記 3 名訴訟代理人弁護士

同

主 文

- 1 被告純一は、原告啓司に対し、6060万6302円及びこれに対する平成17年12月6日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 2 被告純一は、原告千恵に対し、6060万6302円及びこれに対する平成17年12月6日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。
- 3 原告啓司及び原告千恵の被告純一に対するその余の請求及び被告以和貴会に対する請求をいずれも棄却する。
- 4 原告[REDACTED]及び原告[REDACTED]の請求をいずれも棄却する。
- 5 訴訟費用は、原告啓司及び原告千恵並びに被告純一に生じたものについてはこれを10分し、その3を被告純一の負担とし、その余を原告啓司及び原告千恵の負担とし、被告渡邊に生じたもの並びに原告[REDACTED]及び原告[REDACTED]に生じたものについては原告[REDACTED]及び原告[REDACTED]の負担とし、被告以和貴会に生じたものについては原告[REDACTED]、原告[REDACTED]、原告[REDACTED]及び原[REDACTED]の負担とする。
- 6 この判決は、1項及び2項に限り、仮に執行することができる。

事 実 及 び 理 由

第1 請求

1 甲事件

被告以和貴会及び被告純一は、原告啓司及び原告千恵各自に対し、連帶して2億1717万5000円及びこれらに対する平成17年12月6日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

2 乙事件

被告以和貴会及び被告渡邊は、原告[REDACTED]及び原告[REDACTED]各自に対し、連帶して1000万円及びこれらに対する平成17年12月6日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え。

第2 事案の概要

1 請求の要旨

甲事件は、矢野真木人（昭和52年8月20日生、平成17年12月6日死亡。以下「亡真木人」という。）の両親である原告啓司及び原告千恵（以下「甲事件原告ら」ともいう。）が、亡真木人が被告純一によるいわゆる通り魔殺人に遭って刺殺されたのは（以下「本件犯行」という。），被告純一の当時の入院先であるいわき病院（以下「被告病院」という。）の診断、治療上の過失や、看護・監督義務違反の過失によるものであると主張して、被告純一及び被告病院を設置している被告以和貴会に対し、被告純一に対しては不法行為に基づく損害賠償請求として、被告以和貴会に対しては法人の不法行為ないし使用者責任に基づく損害賠償請求（民法旧44条（平成18年法第50号による改正前のもの）、医療法68条、民法715条）として、連帶して2億1717万5000円及びこれらに対する本件犯行日である平成17年12月6日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求めた事案である。

乙事件は、被告純一の両親である原告[REDACTED]及び原告[REDACTED]（以下「乙事件原告ら」ともいう。）が、被告純一が本件犯行に至ったのは、主治医であった被告渡邊が、本件犯行当日、被告純一の診断及び治療を求める訴えを聞知しながら診察、治療をせず、また、単独での外出を禁止せず、看護師の付添いを指示しなかった過失によるものであると主張して、被告以和貴会に対しては使用者責任に基づく損害賠償請求として、被告渡邊に対しては不法行為に基づく損害賠償請求として、連帶して、慰謝料1000万円及びこれらに対する本件犯行日である平成17年12月6日から支払済みまで民法所定の年5分の割合によ

る遅延損害金の支払を求めた事案である。

2 前提事実（争いのない事実、各掲記の証拠及び弁論の全趣旨により容易に認められる事実）

(1) 当事者

ア 甲事件原告らは、被告純一に刺殺された亡真木人の両親である。

イ 被告以和貴会は、被告病院を開設し、精神科医療業務を営む医療法人である。

ウ 被告渡邊は、被告以和貴会の代表者理事長であり、平成7年春から被告病院の院長をしており、平成17年2月14日から被告純一の主治医であった者である。（丙5）

エ 被告純一は、統合失調症などの病名で、平成16年10月1日から被告病院に任意入院し、治療を受けていた者である。

オ 乙事件原告らは、被告純一の両親である。

(2) 被告純一の病歴

被告純一は、中学校卒業後の昭和58年4月頃から、以下のとおり、統合失調症、強迫神経症などの病名で、複数の精神病院において通院治療を受けていた。

ア 昭和58年4月から昭和61年10月まで、2～3回、[REDACTED]メンタルクリニックにおいて、自律神経失調症の病名で通院治療を受けた。

イ 昭和63年3月から同年8月まで、[REDACTED]市民病院（現在は[REDACTED]総合病院）神経科において、強迫神経症の病名で通院治療を受けた。

ウ 昭和62年4月から平成12年7月まで、香川医科大学医学部附属病院（現在は香川大学医学部附属病院。以下「香川医大」という。）において、強迫神経症と統合失調症の病名で入院及び通院治療を受けた。

エ 平成2年11月から平成10年4月まで、[REDACTED]クリニックにおいて、強迫神経症の病名で通院治療を受けた。

オ 平成11年6月から平成12年7月まで、[REDACTED]クリニックにおいて、統合失調症の病名で通院治療を受けた。

カ 平成11年9月から同年12月まで、[REDACTED]病院において、強迫神経症の病名で、通院治療を受けた。

キ 平成13年4月から平成16年10月まで、[REDACTED]医院において、統合失調症の病名で通院治療を受けた。

ク 平成14年1月5日から平成16年10月まで、医療法人社団[REDACTED]病院において、通院治療を受けた。

ケ 平成13年4月から平成16年9月まで、被告病院において、統合失調症、強迫神経症の病名で通院治療を受けた。なお、この間、平成13年6月21日から同年7月22日まで及び同年11月2日から同月17日までの2回にわたり、被告病院に入院している。

(3) 被告病院への入院（乙A1）

被告純一は、統合失調症、強迫神経症の病名で、平成16年10月1日、被告病院に任意入院し、治療を受けていた。

被告純一は、被告病院入院後の同月21日、同病院の[REDACTED]看護師（以下「[REDACTED]看護師」という。）が注射器を洗っていると勘違いして、同看護師に飛びかかるということがあったため、閉鎖病棟に入れられたが、同月26日に隔離解除となり、開放病棟（アネックス棟）に移された。

(4) アネックス棟での処遇

被告純一が隔離解除となった以降に入院していたアネックス棟は、不眠症や軽度のうつ病・不安障害と統合失調症等の退院準備中患者など精神症状が軽度であり日常生活がほぼ自立し得る患者と20歳未満の児童の精神障害者のための開放病棟ユニットであった。アネックス棟の入院規則については、運用規定として「アネックス棟ストレス・ケア・ユニットを御利用の皆様へ」（乙A4）があり、入院患者に対して「アネックス棟入院のしおり」

(乙A 5) が配布されており、入院患者の外出・外泊については、規則上は、あらかじめ主治医あるいは看護師に申し出て、許可が得られれば、ナースステーションにある外出簿に記入した上、外出・外泊できるものとされていた(乙A 4, 5)。

被告純一の病室は、別紙1図面(乙A 3の2枚目)のとおり、アネックス棟3階222号室であった。

(5) 入院中の症状の推移、治療状況(乙A 1)

被告純一の被告病院入院中の主な症状の推移、治療状況のうち、平成17年11月25日までのものは、別紙2「被告純一の症状、治療状況一覧表」の平成16年10月1日から平成17年11月25日の欄のとおりである。

(6) 入院中の外出、外泊状況(乙A 1)

被告純一の、被告病院入院中の外出、外泊状況で記録のあるものは、別紙3「被告純一の外出・外泊経過」記載のとおりである。

(7) 被告純一に対する薬剤処方(乙A 1)

被告病院が、平成17年11月1日から同月22日までの間に、被告純一にした薬剤処方は、別紙4「被告純一に対する薬剤処方一覧表(平成17年11月1日から同月22日まで)」のとおりである。

(8) 本件犯行日における被告純一の診察の求め(乙A 1)

被告純一は、平成17年12月6日午前10時頃、看護師に対し、「先生に会えんのやけど、もう前から言ってるんやけど、のどの痛みと頭痛が続いとんや。」と述べ、医師の診察を求めたが、被告渡邊は診察を行わなかった。

(9) 本件犯行(甲A 1, 8, 13~23, 丙1)

被告純一は、平成17年12月6日午後0時24分頃、香川県高松市香川町(当時は香川郡香川町)所在の店舗駐車場において、亡真木人に対し、殺意をもって、所携の文化包丁(刃体の長さ約15.8センチメートル)で同人の右前胸下部を1回突き刺し、胸部大動脈切損により出血死させて殺害し

た（本件犯行）。

高松地方検察庁は、上記犯行につき、被告純一を殺人及び銃砲刀剣類所持等取締法違反の罪で起訴し、高松地方裁判所は、平成18年6月23日、被告純一は、本件犯行当時、その事理弁識能力や行動制御能力を欠く状態にまでは至っていないが、それらが著しく減弱していた心神耗弱の状態にあったと認定した上で、被告純一を懲役25年に処する旨の判決をし、同判決は確定した（高松地方裁判所平成18年（わ）第79号。以下、本件犯行に係る刑事事件を「本件刑事事件」という。）。

3 争点

- (1) 被告病院、被告渡邊による治療上の過失、看護、監督義務違反の過失の有無
- (2) 甲事件原告らの損害及びその額
- (3) 乙事件原告らの損害及びその額
- (4) (1)の過失と(2)、(3)の各損害との間の相当因果関係の有無

4 争点に対する当事者の主張

- (1) 争点(1)（被告病院、被告渡邊による治療上の過失、看護、監督義務違反の過失の有無）について
(甲事件原告らの主張)

ア 統合失調症を的確に診断できなかった過失

被告純一の統合失調症への罹患は20年以上の長期に及び、症状は再燃を繰り返していた。ところが、主治医であった被告渡邊は、被告純一の統合失調症が慢性期に経過していることを看過した挙げ句、慢性期の統合失調症の患者に不可解な行動や衝動行動がみられることがあるにもかかわらず、強迫神経症という診断とそれに対する治療に重きを置き過ぎ、被告純一の統合失調症を適正に診断せず、その結果、被告純一がイライラ感を解消するために自傷他害行為に出る可能性があることに対する適切な治療を

怠った。

被告純一は、 I C D – 1 0 （国際疾患基準）の F 2 0 . 0 妄想型統合失調症， F 2 0 . 1 破瓜型統合失調症， F 2 0 . 2 緊張型統合失調症の全ての要素を内包した F 2 0 . 3 鑑別不能型統合失調症で、その症状は、破瓜型主流の慢性統合失調症であり、極めて寛解が難しいタイプである。しかるに、被告渡邊は、 F 2 0 . 0 妄想型統合失調症と、 F 2 0 . 2 緊張型統合失調症だけを統合失調症としており、被告純一の主症状である F 2 0 . 1 破瓜型統合失調症を見逃し、結果として被告純一の統合失調症を的確に診断できなかったという重大な診断上の過失があった。これは、被告渡邊が、事件直後に警察と検察で行った供述で、当初は被告純一の症状を「統合失調症」と供述したのに、その後、「統合失調症と強迫神経症」，「統合失調症と強迫神経症で、あくまでもメインは強迫神経症」，「統合失調症を示す数値は低い」と供述内容を変遷させたことからも明らかである。

被告渡邊は、 F 2 0 統合失調症に重症の F 4 2 強迫神経症（強迫性障害）を併発していると診断するのであれば、予後が特に悪いので、なおさら被告純一の統合失調症が慢性期破瓜型である可能性を見極める必要があった。本件刑事事件の 医師の精神鑑定（以下、同医師作成の精神鑑定書（甲 A 3 0 , 丙 2 ）及びそれを補足する電話聴取書（丙 3 ）を併せて「鑑定」という。）でも、「慢性期破瓜型統合失調症は、どんどん人格荒廃が進み、廃人に近い状態になる型であるが、理屈はかなり遅くまで残存し、行為面が先に駄目になる状況」と説明されている。

I C D – 1 0 による F 2 0 . 1 破瓜型統合失調症の説明と被告純一の症状が合致していると思われる点は、「被告純一は、感情の変化が顕著、妄想や幻覚は一時的、心気的な訴え、行動は気まぐれで予想し難い、同じ言葉の繰り返し、孤立傾向、行動は目的と感情を伴わないよう見える、 15 歳から 25 歳までの間に発病した「陰性」症状、とりわけ感情の平板化

と意欲低下の急速な進行のため予後不良となりがち」という点である。被告渡邊が、被告純一の主症状であるF20.1破瓜型統合失調症を被告純一の病前の性格・元来の気質と判断間違いをして、結果として被告純一のF20統合失調症を的確に診断できなかつたことは、重大な診断上の過失である。

被告渡邊が被告純一の統合失調症を適切に診断していなかつたことは、本件訴訟の初期段階では「精神障害ではない者の犯行」という「統合失調症ではない者の犯行」と同義の主張を行つたこと、「反社会性パーソナリティ障害と統合失調症は二重診断できない」と主張していたこと、本件訴訟提訴から2年が経過した後に「被告純一は統合失調症」であると主張したが、その後も頻繁に、あたかも被告純一が寛解状態にあつたかのごとく主張を展開してきたことからも明らかである。

このように、被告渡邊が被告純一の統合失調症の診断を適切に行えなかつたことは、被告渡邊が被告純一の具体的症状への対処ができていない治療を行い、統合失調症薬の中斷に至る原因となつた過失であつて、全ての過失を誘因した基本的な原因である。

イ 反社会性パーソナリティ障害を診断できなかつた過失

(ア) **T** 鑑定の結果によれば、鑑定時及び本件犯行時の被告純一の精神状態は、意識は清明で、時間、場所などに対する見当識は良、知能もIQ76で正常成人並みであるが、慢性鑑別不能型統合失調症及び反社会性パーソナリティ障害のために、幻聴、思考の平坦化及び貧困化、連合弛緩、感情鈍麻などの症状があり、人格崩壊に傾いており、小児的、自己中心的で人間らしい情緒や周囲への気配りなどは全くない、とされてゐる。

したがつて、被告渡邊は、被告純一の入院処遇において、被告純一の反社会的人格を前提とした綿密な評価と対応を考慮し、被告純一の行動

異変に最大の注意を払う義務があったが、これを怠った診断（治療）上の過失がある。

- (イ) 被告病院は、次のとおり、被告純一の反社会性パーソナリティ障害を基礎付ける幾多の情報を入手していた。また、平成16年2月頃、[REDACTED] 医院受診中に、被告純一と通行人がトラブルになったことについても、被告病院の主治医が被告純一の両親である乙事件原告らから少しずつ時間をかけて聴取すれば把握できた事柄である。これらの事実からすれば、被告病院は、被告純一の自傷他害の可能性を十分に認識していたというべきである。
- a 香川医大の[REDACTED]医師から被告病院に宛てられた平成13年6月21日付けの診療情報提供書（紹介状）には、「主訴または病名」として「精神分裂病」、「現病歴」として「昭和61年当科初診、人格障害、強迫障害で経過していたが、平成11年6月頃より隣人に対する被害妄想、幻聴が出現した様子」などと記載されていた。
 - b 被告病院の[REDACTED]医師は、被告純一の入院前の問診を平成16年9月21日に行った際、「強迫が目立つ」「母にも強要」「妄想3+で暴力、隣家までどなり込んだり転居したり」「[REDACTED]医院 駐車場～医院までの間 歩行者 or 自転車の人を押し倒おす」「後は大げんか」「父母が2人で攻めてくる」「隣のニワトリが自分に対して鳴いてくる」「隣の人がニワトリを使って自分へ悪口も」などと聴取している（甲A34の2）。被告純一は、このように、[REDACTED]医院での暴行や隣家にニワトリの声がうるさいと言って怒鳴り込んだ行為など、過去の暴力行為を[REDACTED]医師に話していた。
 - c 被告純一が16歳時に母親との口論の末、自宅で火事を起こしたことも、被告純一の両親である乙事件原告らから被告病院に伝えられた。

- d 平成17年1月10日の看護計画欄（乙A6）に、問題点として「幻聴により、自傷他害の恐れがある」とし、計画として「不眠、不安、不機嫌などの前駆症状」「日常生活行動、態度、話し方、表情」「幻聴の有無」「夜間の睡眠状態」「ささいな行動に注意する」などと記載されている。
- e 歯科の診療報酬明細書（甲A35、乙A1）にも、「統合失調症」「日によって暴力行動をするため抑制器具使用し看護師介助のもとに治療」「精神不安定、ヒステリーを伴い暴力行動あり看護師介助のもとに治療」「治療に対して不協力看護師介助のもとに治療」などといった記載がある。被告純一の歯科診療には、毎回「障害加算」という、1回の治療につき175点の保険点数加算がなされており、「障害加算」は「著しく歯科診療が困難な者」に対して加算されるものであるから、歯科診療録に格別の暴力行為の記載がないとしても、被告病院はその危険性を十分に知悉していたというべきである。
- f 平成16年10月21日の午前7時頃、[REDACTED]看護師に殴りかかった。
- g 平成17年2月14日及び同月16日、主治医が被告渡邊に交代した際、被告渡邊は、被告純一及びその両親である乙事件原告らと面談しているが、その際、被告純一が25歳の時、香川医大の[REDACTED]医師との間で「一大事」が起こった旨聴き取りがなされている（乙A1）。被告渡邊は、「一大事」の内容を問い合わせ直さなかったとしているが、香川医大の[REDACTED]医師との間で「一大事」が起こったことを患者本人の口から聴取し、診療録にまで記載している以上、この面談の際、被告純一あるいは乙事件原告らから「一大事」の内容を詳しく尋ねないことなど社会通念上考えられないことである。
- (ウ) 被告渡邊が被告純一の反社会性パーソナリティ障害を的確に診断できなかつたのは、被告渡邊の聴取と把握、治療が不十分、不適切であった

ことが原因である。

被告純一の主治医であった被告渡邊の被告純一に対する診察は1週間に1回程度しか行われていない。被告渡邊の院内回診は午後10時ころに始まるのが通例で、時には真夜中の午前2時に回診することもあった。このような診察で、患者の病状が適切に把握されたとは考えられない。

被告病院においては、平成16年10月から1年以上被告純一の治療をできているが、被告純一の病状は改善しておらず、この事実も、被告病院の治療の不適切さを推認させる。

(エ) 被告以和貴会は、統合失調症と反社会性パーソナリティ障害は二重診断できないと主張し、被告純一には統合失調症が継続していたから、反社会性パーソナリティ障害と診断することには無理があるという診断技術論を持ち出すが、一方で、反社会性パーソナリティ障害を本件犯行時までに診断することは不可能であったなどと、理論的には反社会性パーソナリティ障害の診断が可能であることを前提とする主張をしており、そもそも主張に矛盾がある。

ウ アカシジアの診断をCPK値で行った過失

被告純一に対しては、平成17年2月21日にCPK（クレアチン・ホスホ・キナーゼ。筋肉破壊の目安を示すもの。）値の検査が実施されていたところ、被告渡邊は、同月25日、被告病院勤務医である[医師]が同月23日に被告純一の症状につき「足がムズムズしてじっとしていられないアカシジア（+）」と診断していたものを、「アカシジアにしてはCPK値が低い」として、「アカシジアは心気的なもの」と訂正診断した。

しかし、CPK値を、被告純一の言葉及び看護師の記載では、手足の振戦、ムズムズ、イライラと表現されていたアカシジア（静坐不能症。錐体外路系副作用の急性副作用のひとつで、ムズムズ感等の異常感覚を伴い、落ちつきなく立ったり座ったり歩き回ったりする運動過多の状態等を症状

とする。) 及び遅発性ジスキネジア (錐体外路系副作用の遅発性副作用のひとつで、顔面、口部、舌、頸、四肢や軀幹などに出現するほぼ常同的で無目的な異常不随意運動を症状とする。) の診断指標とすることは、医学的には基本的に間違いである。それにも関わらず、被告渡邊は、同年12月3日まで被告純一のムズムズや手足の振戦を「心気的」なものと繰り返し記述しており、自らの医学知識の錯誤に基づく診断間違いを訂正しなかつた。

このCPK値を診断の根拠としたことは、被告純一に対する抗精神病薬投与の中止、レキソタンの大量連続投与及び生理食塩水の筋肉注射（以下「筋注」ということがある。）等の、相互に関連する重大な薬事処方の過誤を引き起こした原因となる重大な過失である。

エ 平成17年11月23日に突然の処方変更を行った過失

被告渡邊は、次のとおり、平成17年11月23日以降、プロピタン、パキシル、ドプス等複数の向精神薬を含む投薬を突然中止し、レキソタンを增量し、アキネトンに代えて生理食塩水を筋肉注射した過失がある（甲A62の1、62の2、丙12）。

(ア) プロピタンの投与を中止した過失

被告渡邊は、遅くとも本件犯行から2週間前の平成17年11月23日より、病歴20年余の慢性統合失調症患者である被告純一に対する処方から、抗精神病薬プロピタンの投与を中止した。

統合失調症の薬物療法で中心的役割を果たすのは抗精神病薬であって、抗精神病薬抜きに統合失調症の薬物療法は考えられない。精神科医にとって、統合失調症の患者に対して抗精神病薬の投薬を急激に中止してはならないということは常識である。抗精神病薬により脳内のドーパミンD2受容体が遮断され、アカシジア、遅発性ジスキネジアなどの錐体外路系副作用が出た場合には、ドーパミンD2受容体遮断作用がより緩や

かな低力価の薬へ、また、低力価の薬の中でも第二世代型抗精神病薬（非定型抗精神病薬）への切替えなどが推奨されるのであって、抗精神病薬の投与は中止すべきでない。被告純一に同月 22 日まで処方されていたプロピタンにより生じていた副作用は「下肢のムズムズと軽度のイライラ」だけで、プロピタン投与を中止する必要はなかった。したがって、被告渡邊が被告純一に対する抗精神病薬の投与を中止したことは、重大な過失である。

被告渡邊は、抗精神病薬を中断しても良い理由として、アカシジアやジスキネジアの改善目的を主張するが、上記のとおり抗精神病薬を中断する必要がある副作用はなかったし、そもそも被告渡邊は平成 17 年 1 月 3 日の診療録に「ムズムズは心気的とも考えられる」と記載しており、中止の根拠が混乱している。前記のように被告純一の統合失調症を的確に診断せず、アカシジアとジスキネジアも正確に診断せずに抗精神病薬の投与を中断したことは、重大な過失である。

なお、被告純一に対する抗精神病薬プロピタン投与を中止した時期につき、被告以和貴会は同年 11 月 23 日からと主張するが、本件犯行の 1か月以上前から抗精神病薬投与を中止していたという被告以和貴会の内部情報がある。これに関しては、同年 10 月 27 日の被告純一の診療録に、被告渡邊の記載で「方針、（抗パーキンソン薬である）ドプスを増やしてプロピタンを変更する」とあり、上記内部情報と時期的にも内容的にも一致するところである。

(イ) パキシルの投与を中止した過失

被告渡邊には、平成 17 年 11 月 23 日の大規模な処方変更において、パキシル（抗うつ薬）も中断し、被告純一の自傷他害の危険性を亢進させ、その後も診察と治療的介入を行わなかった過失がある。パキシルの中断により他害の危険性が亢進することは薬剤添付文書に記載された重

要事項であり、被告渡邊は主治医として添付文書の記載を確認すべき義務があり、更なる重篤な事態が生じる可能性を認識すべきであった。

(ウ) レキソタンを大量連続投与した過失

被告渡邊は、平成17年11月30日より、被告純一の重度強迫性障害の治療のためとして、レキソタン（ベンゾジアゼピン系抗不安薬で、プロマゼパムを有効成分とする。常用量1日6～15ミリグラム。）を、最大常用量の2倍に当たる1日当たり6錠（30ミリグラム）に増量して連日大量投与した。レキソタンには、統合失調症等の精神障害者に使うと本来の目的とは逆の作用をして刺激興奮・攻撃性（奇異反応）が発現する危険性がある。しかし、被告渡邊は、レキソタン投与により刺激興奮・攻撃性（奇異反応）が発現する可能性を予見せず、看護師にも主要チェック項目として注意喚起せず、状況把握もしておらず、これは重大な過失である。

(エ) アキネトンに代えて生理食塩水を筋肉注射した過失

被告渡邊は、平成17年11月22日の診断で、被告純一から「ムズムズの訴えがあり、一度生食（生理食塩水）でプラシーボ効果試す」と診療録に記載した。これは、患者に対して、同じに見えるが薬効がない試薬を薬効があると偽装して与えることであり、被告渡邊が、アキネトン（抗パーキンソン薬）に代えて生理食塩水の筋肉注射をするという、患者の同意なしの処方変更を行ったことを意味している。実際に被告純一に対して生理食塩水の筋肉注射が行われたのは同年12月1日からであるが、生理食塩水の筋肉注射には薬効がなく、それ以降、被告純一のアカシジアは亢進した。

被告純一が、一時的に生理食塩水の効果があったかのような発言を同月2日午後0時にした事実はあるが、その直後の同日午後3時30分にはイライラ感に耐えられなくなり、イライラ解消のための与薬を求めて

いた。被告渡邊が診察したとされる同月3日には、被告純一は頻繁にアキネトンの筋肉注射とイライラ治療薬の与薬を求め、同月4日には、本当にアキネトンを筋肉注射されているかまで疑っていた。このように、被告渡邊は、被告純一の求めを無視して薬効がない生理食塩水を注射し続けることにより、アカシジアを亢進させ、更には被告純一の不安焦燥、挫折感、イライラ、医療者への不信感等を増大させた過失がある。

(オ) 処方変更の効果判定をしなかった過失

医師は、処方変更した後には、その効果を判定して、その結果を診療録に記載しなければならない。ところが、被告病院は、本件犯行の2週間前の平成17年11月23日から、被告純一の抗精神病薬投与中止等の大幅な処方変更を行ったにもかかわらず、診療録には同年12月3日に1回だけ「クーラー音などの異常体験はいつもと同じ」としか記載しなかった。被告渡邊は、被告純一を観察したはずであるが、被告純一に対して、遅発性ジスキネジアに関する質問をしておらず、看護師や作業療法士等の非資格者の報告をもって「薬事処方の効果判定をした」と主張するが、実際には自ら処方変更の効果判定を実施していない。

このように、被告病院には、慎重に処方変更の効果判定と副作用チェックを行い必要に応じて処方を見直すべきところ、これを行わなかつた過失がある。

(オ) 病棟の機能を無視した入院患者処遇の過失

本件犯行当時の被告病院のホームページによれば、被告病院のアネックス棟3階は「児童思春期心のケア病棟」であるとされていたが、現実には、認知症治療を実質的な目的とする中央棟3階の2病棟に付属していた。被告病院のアネックス棟は、2病棟の一部として機能・運営され、アネックス棟に特化した看護は行われていなかつたのであるから、本件ではアネックス棟に限定して議論すべきではない。それを踏まえて本件犯行当時の被

告病院中央棟に注目すると、被告病院は、3階（2病棟）が「ストレスケア病棟」で2階が「老人性痴呆疾患治療病棟」とされていたが、実態は痴呆老人病棟として運営されており、被告病院は、公称の病院組織と日常の運営の現実が乖離していた。

本件犯行当時36歳であった被告純一は思春期の児童ではなく、また、認知症の介護とストレスケアの看護は目的も手段も異なっているにも関わらず、2病棟が一元的に管理していたアネックス棟3階に入院していたのである。このような病院機能の無視が、被告純一の根性焼きを見逃すほどの看護上の怠慢という過失を引き起こした。

カ 本件犯行当日に被告純一の単独外出を許可した過失

(ア) 患者外出状況に関する管理不備

被告純一は、アネックス棟という開放病棟にいた。アネックス棟には、ナースステーションはあるが、常駐のスタッフは誰もおらず、同じフロアの介護（痴呆）老人病棟のナースステーションにおいてアネックス棟も遠隔管理・監視するシステムになっているが、モニターシステムもなく、内科・介護病棟の看護師は痴呆老人の介護でとても忙しく、アネックス棟にまで手が回らない。したがって、アネックス棟にいた被告純一はいつでも自由に外出することができ、被告病院において外出中か院内にいるか確認もできなかった。

アネックス棟の規則では、外出・外泊についてはあらかじめ主治医あるいは看護師に申し出て、許可が得られれば、ナースステーションにある外出簿に記入した上で外出・外泊できるものとされていた。しかし、実際は、2時間以内の外出については、患者はいつでも自由に外出することが可能で、外出簿への記載は徹底されていなかった。その上、被告純一には、消灯時間外の「院内フリー（自由に病棟の外に出る許可）」が与えられていた。

また、被告病院の患者外出状況の管理については、病棟看護師が事後に外出管理記録のノートを見て、外出の記録を確認する程度であり、逐一の外出状況は把握しておらず、危機管理に乏しい運用であった。

(イ) 被告純一の異常行動の予兆の見落とし

a 異常行動の予兆の存在

本件犯行に及ぶ直前に被告純一には以下のようない異常があり、被告病院ではこれらの異常に気づいて外出を許可すべきではなかったのに、これらの異常を見逃した。

- ① 退院が1か月後に迫っているというストレス
- ② 被告病院職員にかまつもらいたいという貧乏ゆすり
- ③ 1週間前の根性焼き

被告純一の左頬に入院当初から根性焼き跡が存在していたことは、被告純一の左頬の写真に関する甲A37号証の2の③～⑥、⑧の写真に新旧の根性焼き瘢痕が存在することから明らかである。被告純一の本件犯行後の逮捕直後の顔写真では根性焼きの痕が瘡蓋になっているが（甲A52の写真番号5。なお、甲A53の写真番号3、4では、逮捕されてから2日の間に被告純一が引っ搔いたのか、瘡蓋が取れて赤くなっていることが分かる。），本件犯行後に根性焼をしたのであればこれほど早く瘡蓋になるはずもないことからしても、本件犯行以前に根性焼きがなされたことは明らかである。

精神障害者の診察では診断の根拠となる医学データは限られており、患者の表情を観察して行動や発言内容等の情報に基づいた診断が行われることが基本で、主治医が、患者の顔面変化の詳細な観察をすることは診察時の必須である。被告病院は、平成17年12月5日には、被告純一の発熱に関連して[医師]医師が「昨日より風邪症状（本人訴えあり）薬処方耳鼻科通院中」と診療録に記載した際、

診察にあたり喉の奥を見たはずであるにも関わらず、被告純一の顔面左頬の異常に気づいていなかった。被告病院の看護師も、毎日、被告純一の状況の変化を観察していたはずであるのに、被告純一の左頬の根性焼きを見逃した。

被告純一の根性焼きの事実は、被告純一が精神的に非常にイライラした状態にあり、自傷他害のおそれが強かつたことを示す、有力かつ重要な状況証拠である。それにもかかわらず、被告病院はこれを見逃し、本件犯行当日の外出許可に至った。

- ④ 被告病院内の喫煙所の汚れがひどくなっていることにイライラしていた
- ⑤ 平成17年12月3日の、足のムズムズ感とイライラ感と手洗い強迫
- ⑥ 同日の、エアコン音が人の歌声に聞こえる幻聴
- ⑦ 同月5日（本件犯行前夜）の、風邪症状の37.4度の発熱
- ⑧ 同日の食欲不振
- ⑨ 同日の不眠、睡眠剤追加要求（23時30分）
- ⑩ 自室の隣の非常階段のドアの開け閉め音を煩わしく思っていた
- ⑪ 被告病院内の他の患者の話し声を聞いて、自分の父親の悪口を言っていると思い込み、憤懣を募らせていた

b 被告純一に対する本件犯行前の診察懈怠

被告純一は、本件犯行直前の平成17年12月6日午前10時頃に咽頭痛や身体的不調を訴えて、被告渡邊の診察を願い出ており、被告渡邊は、看護師からこれを聞いて被告純一の面会、診察希望を知っていた。被告渡邊は、被告純一の主治医として、看護師に指示して外来診療室に待機させて診察、治療することが十分に可能であった。そして、被告渡邊が被告純一を診察していれば、被告純一のイライラ感は

消失し、落ち着きを取り戻したであろうことは容易に推認することができ、本件犯行も未然に防ぐことが可能であった。

したがって、被告病院には、本件犯行前に被告純一を診察せず、被告純一の異常行動の予兆を見落とした過失がある。

(ウ) 単独外出許可の過失

被告病院が、被告純一に上記(イ)aで前述した異常行動の予兆があったのであるから、その具体的な精神症状の変動を評価して、単独外出を禁止するか、最低でも誰かの同伴の上で外出を許可すべき注意義務を負っていたにもかかわらず、異常行動の予兆を見逃し、本件犯行日当日に安易に単独外出許可を与えたことは、精神病院としての患者に対する管理義務違反であり、重大な過失である。

被告渡邊は、投薬基準を無視して抗精神病薬プロピタン投与を中止し、統合失調症患者に投与すれば暴力等の攻撃性を発現し自傷他害行為の危険性を高めるレキソタンの大量連続投与を行い、効果がない生理食塩水の注射を行った。20年の長い病歴を有する統合失調症の患者である被告純一に効果のない社会生活技能訓練や作業療法を実施し、被告純一がストレス亢進する最大要因である退院を迫っていた。それにもかかわらず、被告病院は、被告純一の顔面の根性焼きを見逃すなど、被告純一の状況把握がおざなりであった。このように、被告病院には、被告純一が奇異反応で攻撃性の発露を伴う統合失調症の症状がいつ再燃するかわからない危険な状況にあったことに慎重に対処すべき状況にあったにもかかわらず、自傷行為の徴候と攻撃性が亢進する状況を見逃し、本件犯行当日に単独外出を許可した過失がある。

被告以和貴会は、患者が、単独外出中に包丁を購入し、通行人を刺殺するであろうという具体的な予見可能性と結果回避可能性がなければ、外出許可を与えたことに法的責任は認められないと主張している。しか

し、これは明らかに過剰で不当な要件であり、患者がイライラした感情を募らせ、統合失調症あるいは反社会性パーソナリティ障害による病状が不安定な状態にあり、単独外出すると何らかの危険や脅威を社会あるいは他人に与える危険性があるという危惧感が認められれば、その間、単独外出を禁止し、どうしても外出したければ、看護師あるいは家族の同伴のもとに外出を許可するといった注意義務を当然負担すべきである。被告以和貴会は、「措置入院それとも開放病棟での自由放任」という極論で病院経営を行っており、精神科医師としての怠慢と不注意をノーマライゼイションあるいは開放医療の名の下に正当化し責任逃れをしようとしているにすぎない。

(乙事件原告らの主張)

ア 本件犯行前の被告純一に対する診察懈怠

被告渡邊は、被告純一の主治医として、平成17年12月6日の本件犯行日の約4か月前である同年7月21日に被告純一を診察し、被告純一には統合失調症による幻聴、妄想及び強迫観念に基づく行動がみられ、かつ忍耐が低下し、衝動的に興奮による暴行が発現することがあること、本件犯行当日にもみられたイライラ感の高揚によって爆発的な暴行が発現するおそれが十分にあることを診断、熟知していた。

また、被告渡邊は、平成17年11月23日にプロピタン、パキシル、ドブス等の投薬を突然中止し、これによって精神症状の再燃やアカシジアの悪化等の重篤な事態が生じる危険性があったため、処方変更後の綿密な経過観察が欠かせなかったにもかかわらず、看護師らに綿密な経過観察の指示を出さず、頓服と注射で対応させたのみであり、被告純一の病状変化を十分に把握する診察を一切しなかった。

このような中、被告純一は、平成17年12月6日午前10時頃、被告病院の[REDACTED]看護師（以下「[REDACTED]看護師」という。）に対して、咽喉の

痛みと頭痛を訴えて主治医である被告渡邊の診察と治療を強く求めた。■

■看護師は、被告純一の訴えを緊急かつ重要なものと考え、被告渡邊に対して、被告純一が診察と治療を求めていることを院内電話により口頭で伝え、被告渡邊はこれを了知した。被告渡邊は、■看護師の前記訴えを聞知した以上、同看護師に指示して、被告純一を被告病院の外来診察室の前に待機させ、例えば診察の順番を外来患者の中に入れるなど工夫して適当な方法をとり、被告純一を診察し、適切な治療をすることは容易に十分に可能であり、このような診察、治療をすることは、主治医である被告渡邊にとって当然のことであった。しかるに、被告渡邊は、医師法19条1項所定の「診療に従事する医師は、診察治療の求があった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。」との規定に違反し、■看護師から被告純一が主治医である被告渡邊の診察治療を求めていることを知りながら、何ら正当な理由なくこれを拒み、診察治療をしなかった。被告渡邊が被告純一に対して上記診察治療をしていれば、被告純一の気持ちは満足し、イライラ感は消失して被告純一の精神状態は鎮静・安定し、衝動的に興奮による暴行が発現するおそれがなくなったことは容易に推認、予見できる。

したがって、被告渡邊が被告純一を診察し、治療しなかったことは、主治医として被告純一の診療義務違反（医師法19条違反）であり、被告渡邊の重大な過失である。

イ 単独外出許可の過失

被告渡邊は、被告純一に対する診察の上、■看護師に指示して、被告純一の単独外出を禁止し、万一被告純一の外出が必要なときは、必ず看護師の付添いを指示することは容易に十分に可能であり、被告渡邊は医師として、殊に患者である被告純一の主治医として、上記の指示をする診療上の義務を負っていた。

しかるに、被告渡邊は、この診療義務に違反して、漫然と被告純一の単独外出を容認ないし看過し、その結果、単独外出の僅か30分後に本件犯行が行われたのであるから、被告渡邊には、本件犯行当日に被告純一の単独外出許可をした過失がある。

(被告以和貴会及び被告渡邊の主張)

ア 統合失調症を的確に診断できなかった過失について

被告純一に対する診断は当初より統合失調症であり、両親に対しても統合失調症の病状を診療録等で説明している。不潔恐怖については強迫症状として捉えており、この症状は前主治医の[REDACTED]医師（以下「[REDACTED]医師」という。）の診療録にも記載されているが、最終的に強迫症状を有する統合失調症として治療していた。このように、被告病院において被告純一は、統合失調症であると適切に診断の上、治療を受けており、被告病院に統合失調症を的確に診断できなかった過失はない。

なお、ICD-10（国際疾患基準）やDSM-IV（アメリカ精神学会の基準）による病型分類は、診断時点の患者に優性な臨床症状によって評価されるが、その病型が変化する患者も少なくなく、その時点の病型分類そのものに重要な意味があるわけではないし、病型に応じて治療方法、特に薬物療法が変わるわけではない。

イ 反社会性パーソナリティ障害を診断できなかった過失について

(ア) ICD-10でのパーソナリティ障害（人格障害）の診断ガイドラインによれば、パーソナリティ障害は「他の精神科的障害に直接起因しない状態」という要素があるとされており、統合失調症の病状としての行為、行動、発言などの可能性があれば反社会性パーソナリティ障害との診断はできない。また、DSM-IVによれば、パーソナリティ障害は安定し長期間継続すること、その様式が他の精神疾患の表れや結果で説明されないことが診断の要素であるところ、被告純一の過去の暴行（被告

病院入院後に[...]看護師に殴りかかろうとした行為)は突発的であり、長期継続的でなく、またそれは妄想や幻聴などの統合失調症の症状のための異常行動と考えられ、明らかに精神疾患の表れであるから、やはり反社会性パーソナリティ障害という診断を下すことはできない。甲事件原告らが指摘する杉本鑑定は、このDSM-IVの基準を使用しながら、本来できないはずの反社会性パーソナリティ障害という判定をしており、誤りがある。

- (イ)a 被告純一が高校生の頃になされた[...]クリニックの医師の診断は、「統合失調症、神経症、人格障害」となっているが、これは、実際に被告純一自身が受診したわけではなく、親が代わりに相談してなされた診断である。被告純一に対して診断を行った他の医師も、「強迫神経症」「境界型人格障害」「統合失調症」などと診断しており、[...]クリニック通院中(平成11年)に、有意な幻聴妄想とそれに伴う興奮がみられて「統合失調症」と診断されて以降、統合失調症が主たる病名となっており、付随する症状には強迫症状が記載されることが多いとなっている。反社会性パーソナリティ障害と診断されたとの記録は、診療録には一切記載されていない。
- b 被告純一の平成13年の被告病院入院時における香川医大からの診療情報提供書(紹介状)には、「被害関係妄想、幻聴は目立ちませんがイライラ気分、ソワソワで自宅での休養困難」とあり、入院当日に出たOT指示の目的は「社会復帰、攻撃性の発散、日常生活のリズムの安定化」となっている。主症状は不安状態となっており、看護記録も不穏なし、易怒性なしとなっており、他害や自傷といった攻撃性は窺われない。
- c 被告純一の被告病院以外でのこれまでの行動のうち、反社会性パーソナリティ障害を考えさせる行為は、16歳時に母親である原告[...]

●との口論の末、自宅で火事を起こした行為、隣家に土足で怒鳴り込んだ行為及び香川医大通院中に主治医を刺殺しようと包丁をもって診察に出かけた行為などである。しかし、16歳時の火事の件については、詳細は不明であるが、少なくとも逮捕・補導に至るような行為ではなかったことが明らかである。また、隣家に土足で怒鳴り込んだ件や包丁をもって診察に出かけた件については、人格の問題というよりは、統合失調症の幻聴、被害妄想、関係妄想、恋愛妄想などの病的体験に影響された他害行為と考える方が精神医学的には適切である。そして、本件犯行前のこれらの行為については、被告病院受診時に、被告純一本人及びその両親である乙事件原告らから主治医に対して一切伝えられていない。

d 歯科の治療は、被告病院では外来一般歯科で行っており、これは精神障害者専用の歯科ではない。甲事件原告らが指摘する歯科の診療報酬明細書の看護師介助や抑制具使用といった記載については、歯科の治療は精神障害者でなくとも不安や痛み、恐怖を生ずることがあり、入院している精神障害者の歯科治療については、その症状が難解なことがあること、被告純一は、入院時に岡崎看護師を襲うことがあり、時に暴力的になる可能性があったことから、病棟看護師が付き添うことになっており、記載されたものである。精神障害者の歯科治療には保険上の加算があり、そのためには、歯科治療を受ける患者の歯科治療中に起こり得る状態を記さなければならないことから、被告病院の歯科において甲事件原告らが指摘する記載をしたが、歯科の診療中に被告純一の暴力行為があったわけではなく、かかる記載から被告純一の反社会性パーソナリティ障害を基礎付けることはできない。

(ウ) 被告純一の被告病院入院時に反社会的所見はみられておらず、被告病院入院直後に、被告純一が、注射器を洗っていると勘違いして●看護

師を襲った件についても、同看護師によけられた直後に襲うことを止め自分で自室に戻るなど、統合失調症の妄想によるものと考えるのがふさわしい症状であった。以後の入院期間中、被告純一は、本件犯行を犯すまで、反社会的発言や行動を全く起こしていない。

主治医が知り得ない暴力、破壊、殺人衝動などは、被告純一本人とその両親である乙事件原告らしか知らず、医師の側で一方的に推察し得ることではない。本件犯行に係る刑事事件の資料の中で、被告純一の両親である乙事件原告らですら、被告純一が大学にナイフを持って行った事件の記憶が曖昧であり重大性の認識がなく、事件が発生してから数年も経過した被告病院入院時に、当該事件を全く陳述していない。被告純一本人も何も述べておらず、このような状況下で、主治医である被告渡邊から特定の攻撃的行為を積極的に尋ねることは精神科臨床上およそ一般的ではなく、不可能といつてもよい。

甲事件原告らは、被告純一及びその両親である乙事件原告らが傷害や暴行について話した旨主張するが、「25歳の時に一大事が起った」という被告純一の話だけから、10年以上前の他の病院で起った、主治医（[REDACTED] 医師）を刺そうとした事実を伝えたことにはならないことは明らかである。被告純一は、気に入らないことや触れられたくないことには言葉数が少なく、途中で「もうええや」と言うことが多々あった。このことは、原告[REDACTED]の供述調書のとおり、「聞き直すと『もうええが』等というだけで、いつの場合もそれ以上の話はしてくれませんでした」ということがあり、被告純一から、過去の出来事を聴取することがいかに難しいことであるかを示唆させるものである。したがって、被告純一及びその両親である乙事件原告らからの情報では、事実を知ることについて大きな限界があり、被告純一及びその両親である乙事件原告らからの問診には正確な情報は期待できなかったといえる。

(エ) 以上のとおり、本件犯行時点までに、被告病院において、被告純一につき反社会性パーソナリティ障害との診断を行うことは不可能であった。

ウ アカシジアの診断をC P K値で行った過失について

被告渡邊はC P K値が低いことから、悪性症候群特有のアカシジアは否定的と考えたが、薬剤副作用としてのアカシジアまでC P K値から否定したわけではない。また、被告渡邊は、平成17年2月23日に被告純一の足のムズムズをアカシジアと診断した医師の診断を、アカシジアは心気的なものとして訂正したわけでもない。診療録の記載からも明らかとなり、被告純一が、当時、アカシジアを呈していたのは確実であり、それに対して被告病院では種々の治療が行われていた。診療録の記載は、遺憾ながらアカシジアをC P K値で診断していたと誤解されかねない不正確なものであるが、その記載から直ちに被告渡邊に過失があると判断することは誤りである。

エ 平成17年11月23日に突然の処方変更を行った過失について

（ア）プロピタンの投与を中止した過失について

一般論として、抗精神病薬による重大な副作用が出ていない患者であれば、抗精神病薬を続けることに異論はないが、被告純一は、長い治療経過により、錐体外路症状が継続している状態であった。

被告純一には、平成12年の香川医大受診時に既にアカシジア様の「足がそわそわする」といった訴えがあり、以後継続して足のムズムズ、勝手に動くなどの症状が生じている。平成16年10月に被告病院に入院した時点でも、被告純一からは、足のムズムズ、勝手に動くのをどうにかしてほしい、そのことでイライラするという訴えが頻回にあり、これは、長期に抗精神病薬を服薬しているための遅発性ジスキネジアと考えられた。被告病院は、定型抗精神病薬から錐体外路病状が軽減される非定型抗精神病薬に変更しても被告純一の錐体外路症状が改善せず、結

局、低力価のプロピタン（フロロピパミド50ミリグラム1錠）で幻聴や妄想も活発とならないため、これを継続使用することとした。

フロロピパミドはハロペリドールを1とした場合、その力価は約100分の1である低力価の薬である。被告病院では、被告純一の足のムズムズの訴えが頻回でそのためイライラも生じるため、プロピタンの一時中止を行った。福祉施設等で生活するには、頻回にアキネトンの注射を行うわけにはいかず、今後の長い療養生活も考えた結果、遅発性ジスキネジアの改善を試みることとした。

被告病院は、平成17年11月時点で、被告純一の幻聴や妄想が活発ではなく、面接や看護への疎通性もとれ、衝動性や攻撃性もないことからプロピタンを中止し、イライラが酷ければクロルプロマジン15ミリグラム、ジアゼパム5ミリグラム、ビペリデン1ミリグラムの内服及び振えが酷いときにはビペリデンの注射、不安焦燥感が強い時にはジアゼパムの注射を、そして幻覚が強いときには抗精神病薬のチミペロンの注射を行っている。被告純一は、イライラ時やムズムズ時など状態の悪化時には自ら訴えることが可能であったため、即効性もある注射での対応を行ったものである。遅発性ジスキネジアに対しては、ビペリデンやβブロッカーも無効であったため、ベンゾジアゼピンでの治療をすることとなっている。プロピタンの中止は、イライラの原因が、足が勝手に動くジスキネジアもしくはアカシジアの所見であったために行われたものであり、その後の対応として即効性のある注射剤の指示がなされていることからすると、決して闇雲にプロピタン投与を中止したものではない。被告純一の足が動く所見とイライラは改善していないが、増悪もしており、プロピタン服用中と訴えに変化はない。

以上より、プロピタン（フロロピパミド）を中止したことによる過失はない。

(イ) パキシルの投与を中止した過失について

否認ないし争う。被告以和貴会及び被告渡邊の依頼で作成された鑑定意見書（乙B15, 18, 20。以下、各意見書をまとめて「意見書」という。）のとおり、パキシルの投与を中断した点に過失はない。

(ウ) レキソタンを大量連続投与した過失について

被告病院は、平成17年11月23日以降、抗パーキンソン剤やβブロッカーなどでも改善しない副作用である遅発性ジスキネジアに対して、原因として考えられる抗精神病薬プロピタンの投与を中止し、ベンゾジアゼピン系抗不安薬であるレキソタン（プロマゼパム製剤）を增量して治療を行った。被告病院は、レキソタンが長期の抗精神病薬の投与で発生した遅発性ジスキネジアに効く可能性があり、抗不安、抗緊張や興奮を抑える効果の他、被告純一に一貫して存在していた強迫症状にも効果があったためこれを使用していたところ、同日までの投与量日量15ミリグラムで効果が少ないと、また被告純一の体が大きいことから、同日以降、レキソタンを增量した。

ベンゾジアゼピン系薬剤は、投与中、稀に奇異反応（抑うつ、幻覚妄想、精神運動興奮、敵意攻撃）がみられることがあるが、その発生頻度は0.2～0.7パーセントと極めて低いとされており、その発生機序も明確にされてはいない。診療録の記載からも、レキソタン增量後に刺激興奮、敵意などが生じていたとは考えにくく、また、看護記録からもレキソタンによる奇異反応はみられない。奇異反応は、通常出る反応ではなく、その機序も明確でない現状からすれば、そのような具体的予見は極めて困難である。

以上より、被告病院にレキソタンを大量連続投与した過失はない。

(エ) アキнетンに代えて生理食塩水を筋肉注射した過失について

プラセボ（薬効がない試薬を薬効があると偽装して与えること）の事

実は認めるが、その余の主張は否認し、それが過失であるとの評価は争う。

被告病院が、アキネトンを注射しないようにしたのは、抗パーキンソン薬のアキネトン自体が頻繁に行うと副作用が生じることと、依存形成を防ぐためであった。被告病院は、被告純一の足のムズムズの訴えが強く、安易に注射を要求するため、被告純一から訴えがあった時には最初に生理食塩水を打ち、無効ならアキネトンを使用するよう指示を出していた。被告病院は、被告純一の状態悪化時にはアキネトンの注射、不安焦燥時にはセルシンの注射、幻覚などが強い時にはトロペロンとアキネトンの注射で対応することとしており、その投薬方針に過失はない。

(4) 処方変更の効果判定をしなかった過失について

被告病院は、被告純一に方針を確認するために被告渡邊において面接を行った。被告渡邊は、被告純一が、平成17年11月23日以後、同月28日から同月30日まで外泊していたため、同月30日の帰院後に被告純一と面接をしている。そして、外泊時の被告純一につき、原告[REDACTED]記載の所見はなく、また、同月24日、25日の作業療法の記録、同月28日の金銭管理トレーニングの記載にも攻撃性や刺激性の亢進の記載もなく、看護記録によても、同月23日から同月30日までは、それ以前と比べてムズムズやイライラなどが多くみられたわけではなく、イライラ時不眠時の屯用薬の使用も増加していない。被告純一は、同年12月3日の面接まで、落ち着いて作業療法に参加し、物静かに過ごしている。看護記録では、同月1日にイライラとの記載があるが、同月2日には四肢の不随意運動という本人の訴えで生理食塩水の筋肉注射をしたところ、「めちゃくちゃよく効きました」との訴えがあり、被告渡邊は、そういう情報に基づき、同月3日午後7時頃から30分程度、診察室で被告純一との面接を行った。

処方変更の効果確認は、面接時の態度、声、表情も含めた対話の内容、作業療法や金銭管理トレーニング、看護師からの情報なども参考にしながら総合的に判断するものであるが、本件では、処方変更を行った同年11月23日以後と以前の被告純一の症状には差がないと判断されたのである。甲事件原告らが述べる遅発性ジスキネジアやイライラの訴えは処方以前から一貫してみられた症状であり、処方変更後に強まった症状ではない。

以上のとおり、被告渡邊は、被告純一に対する薬剤の効果について検討しており、被告病院に処方変更の効果判定をしなかった過失はない。

才 病棟の機能を無視した入院患者処遇の過失について

アネックス棟は精神科病棟であり、同じフロアに介護老人病棟はない。認知症の患者は存在するが、病室毎に区分しており、また、主にリハビリテーションが可能で会話疎通性もある患者が主体であって、医療がしにくい状態での混在はなかった。そして、被告病院では、精神障害者の治療は医師と看護師だけで行うのではなく、精神保健福祉士、医療心理士、作業療養士、薬剤師、栄養士など他職種でチームを組んで行っていた。

被告病院は、精神保健福祉法の規定に基づき、入院形態として任意入院を採用して被告純一を開放病棟に入院させ、精神症状による暴力行為があった際には迅速に医師が診察し、閉鎖病棟に転棟させて隔離を開始し、隔離中は綿密な経過観察を行って薬物療法の調整や精神療法を行い、隔離の必要性がなくなり次第、精神保健指定医の判断のもとに隔離を終了していた。被告病院が、被告純一の病状の適切な評価に基づき、閉鎖病棟転棟時に安易に入院形態を医療保護入院に変更せずに任意入院を継続した上で隔離を行ったことと、隔離終了後に、被告純一の最終的な社会復帰に向けて被告純一に対人関係に慣れることの重要性を伝え、閉鎖病棟一般室での経過観察を行った上で開放病棟

へ移動させたことは、被告病院における被告純一の処遇が適切な病状評価に基づき、それぞれの病棟の機能も踏まえた上で行われたことを明確に示すものである。

したがって、病棟の機能を無視した入院患者処遇の過失はない。

カ 本件犯行当日に被告純一の単独外出を許可した過失について

(ア) 患者外出状況に関する管理不備の不存在

アネックス棟にはデイルームやナースコーナー等があり、ナースコーナーには1日のうち決まった時間には日ごとに割り当てられた担当ナースが滞在し、不在時も、担当看護師の氏名をナースコーナーに貼り出している。また、棟全体での生活ルールが決まっており、エレベーターは、朝6時から夜7時までしか動いておらず外に出られない時間帯があり、午後7時から翌朝7時までは玄関に施錠もされ、アネックス棟の遠隔管理・監視システムにはモニターが設置されている。アネックス棟は、内科介護病棟ではなく精神科病棟であり、甲事件原告らが「内科・介護病棟の看護師」と決め付けている点は誤りである。

被告病院では、興奮しやすい状態、幻覚妄想が活発でそれにともなう行動、物を壊す、大声を出すなどがあれば、隔離室を持つ閉鎖病棟に速やかに移るようにしている。そのため第2病棟の勤務の看護者が特に危険であるということはない。精神疾患のための状態悪化には注意しており、興奮している場合は他の病棟の応援も駆け付けることになっている。夜間の見回りは適当にしているわけではなく、時間帯に応じて見回る場所、患者を決めており、興奮している患者には1人ではなく2人で対応している。少なくとも、入院治療を自分の意思で受けている患者は夜勤者を襲うことを通常考えているわけではない。互いに直ぐに駆けつけることのできる範囲で夜勤者は行動している。それに加え第2病棟入院中の患者は、同時に何人も悪くなるような状態ではない。もしそのような患者で

あるならば、被告純一が平成16年10月に対処された場合と同様に、速やかに閉鎖病棟である6病棟に移されるのである。

また、アネックス棟の2病棟では、3対1看護（現在は15対1看護）が行われ、看護補助者もおり、担当看護師は定期的に病棟内を行き来し、廊下等で適宜入院患者に声を掛けたり、患者から話しかけられたりしていて、外出の記載がなく長時間不在の患者は判明可能である。本件犯行後に被告純一の本件犯行や帰院に気付かなかつたのは、被告純一が、何もなかつたように帰ってきて病室で目立たないように過ごしていただためである。

このように、被告病院では、入院患者の日常生活の観察を十分行っていた。

(イ) 異常行動の予兆の見落としの不存在

a 異常行動の予兆の不存在

本件犯行1週間前の根性焼きについては、被告純一の供述でしかなく、それは妄想や幻覚に基づくものである可能性も否定できない。本件犯行に係る刑事事件の取調べの記録には、根性焼きがどの大きさで何か所どこにあるかなどの具体的指摘はなされていない。また、被告病院職員の供述には根性焼きに触れているものではなく、甲事件原告らがイライラの証としている根性焼きを、何故被告病院の職員が確認してないのか不思議である。顔面に負ったタバコの火傷であり、それも一度でなく数回となると、被告病院の職員が誰もこれについて指摘してないのは全く不可解である。本件犯行の起こる1週間前に主治医の被告渡邊だけでなく、病棟職員、外来看護師など多くの人が被告純一を見ているが、そういう顔面の傷は全く確認していない。これらの事実は、そもそも事件1週間前に被告純一の頬に根性焼きの痕などなかつたことを強く推認させるものというべきなのである。被告純一は、

根性焼きを「数日前より行った」と述べるが、平成17年12月3日の面接ではそのような身体的変化・異常は認められていないし、同月7日に外来看護師が正面から見た際にも、そのような火傷は一切認められていない。また、事件直後に面会に来てタバコを直接渡した原告 [REDACTED] も火傷を認めていないし、甲事件原告ら側が被告病院職員から聴取したとされる内容にも「根性焼き」の話はない。甲事件原告らが指摘する「根性焼き」は、タバコが消えるほどの火傷であり、それも1日60本も吸う者がつけたものということになるのであるから、被告純一が供述したとおりであれば、顔面に生々しく爛れて水脹れした大火傷がなければ筋が通らないが、実際は、このような異常所見を誰一人認めていないのである。被告純一の供述は、事実と明らかに異なると推察せざるを得ない。

被告純一は、本件犯行に係る刑事事件の判決において、本件犯行後、自分がやってしまったことについて捕まるかもしれないと非常に恐れていたと認定されており、同月7日に外出して犯行現場付近に赴く直前に、自分の顔を変装するために、顔面の何か所かにタバコの日を押し当てて顔を変えようとしていたのではないかと強く推認される。

したがって、本件において、被告純一に「根性焼き」をするほどの自傷行為があった事実や、甲事件原告らが指摘するその他の異常行動の予兆もなく、被告病院医師らが、それを見落としたという事実も存在しない。

b 被告純一に対する本件犯行前の診察懈怠の不存在

(a) 主治医がまとまって30分以上、診察室で患者と面接することは週1度であるが、状態悪化時には随時診察をしており、また、面接以外にもデイルームや病室での短時間の診察をしている。したがって、被告渡邊は被告純一を週1度以上診察していた。

(b) 被告渡邊は、本件犯行の直前1週間内である平成17年11月30日と同年12月3日に被告純一を診察しており、足が勝手に動く、ムズムズするという所見、それに加え手指振戦が見られているが、特にその訴えが強くなつたものではない。幻聴や妄想も、入院後続くエアコンの音が人の声に聞こえるなど、事件の前に精神的興奮を特に悪化させていたわけではなく、通常の症状以外に咽頭痛の風邪症状の訴えがあるだけで、それをもとに外出の禁止や付き添いをつけるべき等と判断できる状態ではなかつた。たとえ、同月6日の午前に被告渡邊が外来診察を中断し咽頭痛の診察をしたとしても、被告純一自身がそれまでの足のムズムズや咽頭痛のことしか言わなければ外出禁止の処置などはできない。被告純一自身が、本件犯行に係る刑事事件において、イライラなどドアの音や喫煙所のことを主治医に話さなかつたと供述しており、患者自身の訴えを表在化しなければ、主治医として外出禁止や付き添いの必要性の判断はなし得ず、そのような指示は出せないのである。

(c) 被告純一は、本件犯行日の2日前から発熱と喉の痛みを生じたが、被告渡邊は、これに対して薬を処方している。風邪症状による喉の痛みと発熱による頭痛は、通常よく見られる症状であり、脱水や40度近い発熱があつたわけではなく、点滴等の緊急の処置を必要としたわけでもなく、診察中の外来患者を放置してでも緊急に被告純一を診察しなければならない状態ではなかつた。

被告純一は、平成17年9月末から10月末にかけても同様に喉の痛みを訴え、これに対して被告渡邊は処置をしているが、発熱がなくとも頻回かつ執拗に訴えがあり、結局は胸部CTを施行した。この時に、被告純一の極端に多すぎる喫煙（1日約60本を喫煙）が問題となり、1日60本程度という本数を少しずつ減らすよう、

被告渡邊から被告純一に対し説明していた。

(d) 本件犯行日である平成17年12月6日前10時頃の被告純一の訴えも同じ内容であり、身体的には緊急を要する所見はなかった。また精神面での訴えはそれまでと変わらず、イライラして大声で怒鳴る、物に当たるなどの精神的な興奮状態ではなかったため、被告渡邊が診察中の外来患者を放置して病棟の被告純一の診察を行う緊急性は生じていなかった。

本件犯行日は火曜日であり、被告渡邊の定期外来診察日であった。被告渡邊は、同日午前9時20分頃から外来診察を開始し、同日は合計9名の外来患者を、昼休みを取らずに継続して診察していた。被告渡邊が2人目の患者を診察している時に、被告純一が入院している2病棟の看護師より、被告純一が「37度の発熱があり、喉が痛いので見て欲しいと被告純一から訴えがある」旨の院内電話があった。被告渡邊は、これに対し、既に前日に風邪薬としてペレックス顆粒が処方され、被告純一がこれを内服していることであり、また、熱は極めて微熱で、その他喉の痛み以外の訴えがなく、心身両面から考えて、緊急に外来患者の診察を敢えて中断した上で被告純一を診察する必要性・緊急性は低いものと判断し、看護師に対して、外来診察が終了してから病棟に上がり被告純一を診る旨の返事をした。被告渡邊は、外来診察を同日午後1時半頃に終了し、昼食を摂るために病院内の自室に戻る途中、被告純一の病室がエレベーターの横にあったことから、一度被告純一の部屋を覗いたが、その際には同人は在室していなかった。

このように、本件犯行日当日の朝、外来中に、被告純一の微熱と喉の痛みの訴えに対して、目の前の外来患者の診察を中断して、緊急に被告純一を優先して診察する必要性は全く認められなかった。

(ウ) 単独外出許可の過失の不存在

a 被告病院が被告純一を付添いなく一人で外出させた事実は認めるが、その余の甲事件原告らの主張は争う。症状が軽減して退院をしていく患者に対し単独の外出を許可することは、治療上必要な処置であるところ、社会には幻覚妄想を有していても日常生活をしている精神障害者は多数存在しており、一人での外出、外泊ができないということになれば、一度入院した精神障害者は、退院が半永久的に不可能となる。特に、任意入院の患者は、常に自らの意思で退院・外出する権利があり、何時までも職員が付き添わなければ外出させられないとの処置をすること自体違法である。

被告純一は、退院に向け本件犯行前まで2時間内の一人外出を頻回に行っていたが、これは具体的な症状経過を踏まえて、退院の準備として治療上必要・有用と判断されたからである。精神保健指定医は、表出する精神症状が強制的治療を要する時には強制入院である医療保護入院に変更する旨の判断は可能であるが、本件における被告純一の犯行前の症状は、従前と変わらず、足がムズムズする、喉が痛い等の訴えのみであり、幻聴や手洗い強迫などの所見も通常訴えるものと同様であったため、単独外出を禁止する判断処置を要するものとはおよそ判断できない。その他、原告が指摘する食欲不振、喫煙所の汚れなどのイライラのみを理由に任意入院を医療保護入院に変更することは不可能であり許されない。

被告純一には、入院当初から足のムズムズ、勝手に動く、頭痛、イライラの訴えは絶えず見られていたが、被告渡邊だけでなく看護師にも、被告純一の言いたいことのみを伝えるだけで、表情は暗く、感情の起伏が表面に出ることは少なかった、喉の痛み、イライラだけで、入院患者がいきなり殺人を起こすという事態は精神科臨床においても

希有に等しく、そのような経過は精神科の専門の医師ですら予測し難いというべきである。仮に本件で、被告純一が診察を訴えた際、直ちに診察していたとしても、既に通常の風邪薬は内服中であったこと、またイライラ、ムズムズ時の指示も出されていることから、任意入院中であった被告純一に対しては、運動興奮を認めたり、大声を出したり、看護師や他の入院患者に対する執ような攻撃的言動を認めるなどの状態がなければ、むやみに行動制限をすることはできない。

b 本件において、被告渡邊は、粘り強く被告純一を作業療法等のメニューに乗せて社会復帰に向けた治療を継続していたのであり、単独外出についても同様である。この単独外出についても外出時間帯、距離等を制限するなど一定のルールを設けており、漫然と単独許可を与え続けていたものではない。

被告純一の被告病院入院中の外出・外泊経過は、別紙3のとおりであるところ、いずれも問題なく帰院しているのであり、閉鎖処遇すべきであるなどという結論は到底導き得ない。被告病院及び被告渡邊にとって、被告純一が本件犯行を起こすことを具体的に予見することなど全く不可能だったのである。

c 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る、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である。しかしながら、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、次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科病院内に収容するという結果となり、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、不当に長期に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隸属する関係となってしまう。

d 本件のように精神科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科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。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点は、次のとおりである。

第1に、具体的に治療を担当していた医師が、患者に対して単独外出許可を与えた判断において、単独外出中に患者が包丁という非常に危険な本來的凶器を購入し、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及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、本件犯行発生に対する注意義務違反は認められない。

第2に、患者に対する1年以上にわたる入院加療中、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医療行為には、犯行発生についての注意義務違反は認められない。

第3に、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つ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犯行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犯行との間に「AなければBなし」という条件関係は存在することになる。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。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年から施行されてい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の適法範囲・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、被告純一が起こした本件犯行は、被告純一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砲刀剣類所持等取締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25年という判決が確定し、現在被告純一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。被告純一が心神喪失者医療観察法の手続に一切乗せられなかつたということは、本件犯行が被告純一の自由意思により引き起こされたものであつて、被告純一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。

(2) 争点(2)（甲事件原告らの損害及び額）について

（甲事件原告らの主張）

上記(1)の被告以和貴会の過失及び被告純一の本件犯行により、原告啓司及び原告千恵は、以下の損害を被った。

ア 逸失利益 3億5735万円

亡真木人は、原告啓司の経営する有限会社リバプール企画（以下「リバプール企画」という。）などに半年前から役員、従業員として勤め、平成17年には年間691万1848円の収入があった。

亡真木人は、リバプール企画などに勤めてまだ半年しか経っていないなかつたが、原告啓司の長男として会社の後継者として働いており、近い将来はリバプール企画などの代表者として3000万円以上の年収が長期間にわたり見込まれた。

亡真木人は、死亡当時28歳であったが、その逸失利益を算定するにあたり現実の年収を基礎として計算するのは妥当でなく、リバプール企画などの代表者として見込まれる全年齢平均年収3000万円を基礎収入として計算するのが相当である。

亡真木人は、死亡当時28歳であったから、就労可能年数39年、そのライピニツツ係数17.017、生活費控除30パーセントで計算すると、逸失利益は、3億5735万7000円（3000万円×0.7

$\times 17,017$ 円)となり、3億5735万円を下らない。

原告啓司及び原告千恵は、亡真木人の両親として各2分の1(1億7867万5000円)ずつ相続した。

イ 慰謝料 4000万円

28歳で前途洋々たる人生を一瞬にして奪われた亡真木人本人に対する慰謝料は3000万円が相当であり、両親である原告啓司及び原告千恵が各2分の1(1500万円)ずつ相続した。

最愛の長男を突然失い、深い悲しみと失意、憤りにある両親である原告啓司及び原告千恵には、各500万円ずつ固有の慰謝料を認めるのが相当である。

ウ 葬祭費 200万円

エ 弁護士費用 3500万円

弁護士費用としては、旧日弁連報酬等基準規定による手数料及び謝金の合計金額3500万円(原告啓司、原告千恵各1750万円ずつ)が相当である。

オ 上記合計 4億3435万円

(被告以和貴会の主張)

いずれも知らないし争う。

(被告純一の主張)

全て不知。

(3) 争点(3)(乙事件原告らの損害及び額)について

(乙事件原告らの主張)

上記(1)(乙事件原告らの主張)で記載したとおり、被告渡邊には診療義務違反の過失があり、被告以和貴会は被告渡邊の使用者として、被用者がなした診療義務違反の監督義務を懈怠した過失があるところ、これらの過失の結果、被告純一は本件犯行により、25年の長期間にわたり刑務所に服役する

ことになったため、乙事件原告らは、回復不能の重大な精神的苦痛を受けた。これを慰謝するには、少なくとも原告[REDACTED]及び原告[REDACTED]それぞれにつき1000万円が必要である。

(被告以和貴会及び被告渡邊の主張)

知らないし争う。

(4) 争点(4)（争点(1)の過失（被告病院、被告渡邊による治療上の過失、看護、監督義務違反の過失）と(2)（甲事件原告らの損害）及び(3)（乙事件原告らの損害）の各損害との間の相当因果関係の有無）について

(甲事件原告らの主張)

被告純一が亡真木人殺害に至った相当因果関係の解明にあたっては、論理の階層性及び論理構造を見極める必要がある。本件犯行では、亡真木人殺害を行ったのは被告純一である。しかし、被告純一が本件犯行を決意するまでには、段階的に、また、連鎖反応的に拡大した被告以和貴会及び被告渡邊の精神医療過誤と過失がある。被告純一が本件犯行に至るまでには、「誤診→精神薬理学的過誤→診察・看護等の義務違反→被告純一の単独外出と本件犯行」という密接に因果関係が連関する過失の相互作用があった。

その全貌を解明した上で相当因果関係が認定されなければ、亡真木人の人命損耗を契機として、被告純一が被告病院内で放置されていた過誤に満ちた精神医療の本質を解明して社会の公共性に即して明らかにすることにはならない。本件訴訟では、被告純一に対する精神医療の過誤と過失を構造的かつ体系的に解明することで、被告以和貴会及び被告渡邊の本件犯行に対する過失責任がより明確になるとともに、日本における精神障害者の社会参加の方途がより着実で確実なものとして発展することに繋がる認識の基盤となる事実を確立するものと確信する。

本件犯行当日に被告渡邊が被告純一を診察していれば、同人のイライラ感は消失し、落ち着きを取り戻したであろう事は容易に推認することができる。

少なくとも被告純一が「院長先生に診てもらった」という満足感を得られた、と指摘できる。亡真木人が被告純一に殺害されることは、未然に防ぐことが可能であった。このため、本件犯行当日の診察拒否と単独外出許可は、論理的に最も相当因果関係が高い被告以和貴会と被告渡邊の過失である。

しかしながら、被告以和貴会と被告渡邊の過失のうち、亡真木人殺害事件と相当因果関係を有する過失は、本件犯行当日の過失に限られない。過失から事件が発生するまでには、「原因→診察・診断→対処」の精神医療提供者が持つべき行動原理がある。被告以和貴会と被告渡邊は診断間違いを犯し、その上で精神薬理学的な対応に過誤があった。そもそも、正確な診断をせず、また誤った投薬を行い、適切な看護を行うことができなければ、入院患者の病気が軽減や寛解することを期待できない。ここに、重大な過失の相互連関作用があり、亡真木人殺人に至る相当因果関係の論理を構築する。

被告以和貴会と被告渡邊は、被告純一の毎日の状況を正確に把握していない。患者の正確な状態を把握することなしに精神障害者の治療を行うことは無責任の極みである。

その延長線で、悔やまれるのは「被告渡邊が本件犯行当日の午前中に被告純一を診察さえしていれば、殺人を犯すまでに至る可能性があった被告純一の攻撃性の徴候を主治医として察知して事前に回避可能であったと考えられ、診察の結果、当日の単独外出を禁止し、あるいは誰か付きそうように指示することは可能であったし、すべきであったと考えられる」状況が放置されていたことである。

本件犯行は、被告純一に対する外出許可（本件犯行日の午後0時頃）の20分後の出来事であった。被告渡邊が正確に被告純一を診断し適切な投薬を行い、被告以和貴会が適正な看護を行うことにより毎日の被告純一の状況を把握しており、その上で被告渡邊が当日に診察していれば、本件犯行は行われなかつた。

建物の屋根は屋根を支える梁だけがあれば立ち上がるものではない。建物がしっかりした基礎（正しい診断）を持ち、その上に骨組みの構造（精神薬理学的処方）を組み立て、そして側面の壁や外壁（適切な治療と看護）を取り付け、その上に梁（適切な外出管理）があってこそ立派な屋根（他害行為の抑制）が可能となる。被告以和貴会と被告渡邊は、統合失調症、反社会性パーソナリティ障害、アカシジア、ジスキネジアの診断を間違えていた。このため、統合失調症薬を中断するとともにイライラと手足の振戦に対して抗不安薬を過大に投与して、反社会性パーソナリティ障害の被告純一の自傷他害行為の可能性を増悪させた。その上で、被告純一の根性焼きという重大な自傷行為に気づかず、被告純一からの診察要請をも拒否して漫然と外出許可を与えてしまった。かかる重大な過失の相互連関により、被告純一が殺人も含めた他害事故を起こす具体的危険が迫っていたことについては予見可能性があったというべきである。そして、予見可能性、相当因果関係は、双方とも客観的な事情を基礎にした社会通念から判断されるものである以上、ほぼ重なるものであり、「イライラ」が極限に高まり「激情」した被告純一に外出許可を与えれば殺人も含めた他害事故を起こしたことについて社会通念上因果関係は肯定されるべきである。

（乙事件原告らの主張）

被告渡邊が、本件犯行日当日の午前中に外来診療室において被告純一を診察し、かつ適切な治療をしたならば、被告純一の被告渡邊による診察を求める訴えは叶えられ、イライラ感は消失し、精神状態は安定したと思われる。

被告渡邊が被告純一を診察し、適切な治療をした場合、被告渡邊は主治医として慎重を期して被告純一に対して入院している自室での休養を指示し、かつ、単独の外出を禁止し、万一外出を希望する時は担当の[REDACTED]看護師の添いを要する旨、指示することは容易に可能であった。

被告渡邊は、被告純一の主治医であるにもかかわらず、上記のような診察

をせず、かつ、適切な治療もせず診察上の義務を怠り、義務を履行しなかった結果、被告純一の単独外出による本件犯行が行われたのである。

(被告以和貴会及び被告渡邊の主張)

被告純一が本件犯行を行った原因是、病気ではなく被告純一自身の気質によるところが大きい。すなわち、本件犯行は、被告純一の統合失調症が増悪したための殺人衝動ではなく、被告純一自身の元来の気質、「おもしろくない」「ゆるせない」といった考えに基づいて誰でも良いとして殺人を犯したものと考えるのが相当である。

甲事件原告ら及び乙事件原告らの主張は、「被告純一は喫煙所が汚れていてイライラした」「喉の痛みと発熱をすぐ診てくれなかつた」「内服薬がレキソタン30ミリグラムとイライラ時の頓服薬であった」「それが原因で被告純一は殺人をせざるを得なくなつた」というものと思われるが、このような因果関係を肯定することは法的には不可能である。訴訟上の因果関係の立証は、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來した関係を是認し得る高度の蓋然性を証明することであり、その判定は、通常人が疑いを差し挟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り、医師が注意義務に従って行うべき診療行為を行わなかつ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、医師がその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うる高度の蓋然性が証明される必要がある。本件において被告純一による亡木殺害の要因を特定することは困難であるが、統合失調症の増悪ではなく被告純一の気質によるところが大きいと考えられるところ、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木人に発生した死亡結果を回避できることを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。

したがって、被告病院に過失がないことはもちろん、本件では法的な因果関係も認められない。

第3 当裁判所の判断

1 認定事実

第2の2の前提事実、認定事実の末尾に掲記した証拠及び弁論の全趣旨によれば、甲事件原告ら及び乙事件原告らが被告病院ないし被告渡邊の過失として暗示、主張する内容を検討する前提として、次の事実が認められる。ただし、証拠中、次の認定事実と異なる部分は、他の証拠に照らし、採用しない。

(1) 統合失調症について

ア 特徴

統合失調症は、精神病（現実との接触の喪失）、幻覚（誤った知覚）、妄想（誤った確信）、会話と行動の解体、情動の平板化（感情の幅の限界）、認知障害（推論及び問題解決の障害）及び仕事や社会的機能の障害により特徴づけられる精神疾患である。症状は、通常、青年期又は成人早期に始まる。統合失調症患者の約10%は自殺するといわれ、また、暴力行為に関しても軽度のリスク要因であるが、危険な行動よりは暴力の脅しや幾分攻撃的なかんしゃくの方が多いとされる。（甲B14）

イ 国際的診断基準

わが国の精神科臨床においては、その診断や統計、分類等のため、厚生労働省が疾病統計に採用している世界保健機関（WHO）の作成した I C D - 1 0 (International Classification of Diseases 10th revision) や、米国精神医学会（A P A）の作成した国際的診断基準 D S M - IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental

al Disorders, fourth edition, text revision) などが用いられている。ICD-10は、統合失調症を、妄想型、破爪型、緊張型、鑑別不能型、統合失調後抑うつ、残遺型、単純型の7つに分類し、DSM-IVは、同様に、妄想型、解体型、緊張型、鑑別不能型及び残遺型の5つに分類している。ただし、この病型分類は、診察時点の患者に優性な臨床症状によって評価され、例えば、同時期に2つ以上の病型の類型を呈して鑑別不能型と診断されたり、経過に応じて他の病型に変化したりすることもある。また、病型に応じて、治療方法、特に薬物療法が変わるわけではない。

ICD-10及びDSM-IVにおける統合失調症の診断基準の概要は、次のとおりである。（以上につき、甲B4、乙B2、15）

(ア) ICD-10

次の症状のうち、①から④の中のいずれか1つに属するもので、少なくとも1つの極めて明らかな症状（十分に明らかでなければ、2つ以上であること），あるいは、⑤から⑨の中の少なくとも2つからなる症状が1か月以上の期間、ほとんどいつも明らかに存在していることが必要である。

- ① 考想化声、考想吹入あるいは奪取、考想伝播
- ② 支配される、影響される、あるいは抵抗できないという妄想で身体や四肢の運動や特定の思考、行動あるいは感覚に明らかに関連付けられているもの、および妄想知覚
- ③ 患者の行動にたえず注釈を加えたり、仲間たちの間で患者のことを話題にしたりする幻声、あるいは身体のある部分から発せられるという他のタイプの幻声
- ④ 宗教的あるいは政治的な身分、超人的な力や能力といった、文化的に不適切でまったく不可能な、他のタイプの持続的な妄想

- ⑤ 持続的な幻覚が、明らかな感情的内容を欠いた浮動性の妄想か部分的な妄想、あるいは持続的な支配観念をともなったり、あるいは数週間か数か月間毎日継続的に生じているとき
- ⑥ 思考の流れに途絶や挿入があり、その結果、まとまりのない、あるいは関連性を欠いた話し方をしたり、言語新作がみられたりする
- ⑦ 興奮、常同姿勢あるいはろう屈症、拒絶症、緘黙、および昏迷などの緊張病性行動
- ⑧ 著しい無気力、会話の貧困、情動的反応の鈍麻あるいは不適切さのような、ふつうには社会的ひきこもりや社会的能力の低下をもたらす「陰性症状」
- ⑨ 関心喪失、目的欠如、無為、自己のことだけに没頭した態度、および社会的ひきこもりとして明らかになる、個人的行動のいくつかの局面の全般的な質にみられる、著明で一貫した変化

(イ) DSM-IV

a 特徴的症状

次のうち2つ以上が、1か月の期間（治療が成功した場合は短い）ほとんどいつも存在していること。

- ① 妄想
- ② 幻覚
- ③ まとまりのない会話（例：頻繁な脱線または滅裂）
- ④ ひどくまとまりのない又は緊張病性の行動
- ⑤ 陰性症状、すなわち感情の平板化、思考の貧困、または意欲の欠如

b 社会的又は職業的機能の低下

障害のはじまり以降の期間の大部分で、仕事・対人関係・自己管理などの面で1つ以上の機能が病前に獲得していた水準より著しく低下

している（又は小児期や青年期の発症の場合、期待される対人的、学業的、職業的水準にまで達しない。）。

c 期間

障害の持続的な徴候が少なくとも6か月間存在する。この6か月の期間には、基準aを満たす各症状（すなわち活動期の症状）は少なくとも1か月（または治療が成功した場合はより短い）存在しなければならないが、前駆期又は残遺期の症状の存在する期間を含んでもよい。これらの前駆期又は残遺期の期間では、障害の徴候は陰性症状のみかもしくは基準aに挙げられた症状の2つ又はそれ以上が弱められた形（例：風変わりな信念、異常な知覚体験）で表されることがある。

ウ 抗精神病薬の副作用等

(ア) 抗精神病薬の薬効及び副作用

統合失調症に対する抗精神病薬（強力精神安定剤）は、脳内のドーパミン受容体のうちD₂受容体を遮断し（薬物が受容体と結合することによってドーパミンと受容体の結合を妨げる），過剰に活動しているドーパミン神経の活動を抑制することによって、統合失調症による幻覚、妄想、思考障害、自我障害などの症状を改善すると考えられている。

抗精神病薬による薬物療法は1952年（昭和27年）に始まり、精神症状の改善を持続的なものにした点や、急性期における外来治療を可能にした点などの長所から、それまでのインスリンショック療法や電気けいれん療法、持続睡眠療法に代わり統合失調症治療の主流を占めるようになった。統合失調症に対する薬物療法は、幻覚、妄想症状などの陽性症状に対する効果が強力であるが、従来の定型抗精神病薬（従来型抗精神病薬）は、高率に錐体外路症状（錐体外路系副作用、E.P.S）を発現したり、認知機能を低下させたりするなどの副作用を有していたため、1980年代後半から、これらの欠点を補うべく非定型抗精神病薬（第

二世代抗精神病薬)が次々に開発され、現在の統合失調症の薬物治療は、非定型抗精神病薬を第一選択とする時代に移行しつつある。

すべての抗精神病薬はドーパミンD₂受容体遮断作用を有しており、この作用が高力価の抗精神病薬ほど強力な抗精神病作用が期待できる。他方、抗精神病薬は副作用として、錐体外路症状を引き起こすことがあり、その発病率は抗精神病薬服用者の50～70%に及ぶとされる。(以上につき、甲B14, 15, 17, 20, 21, 乙B5, 6, 17)

(イ) 主な錐体外路症状

主な錐体外路症状としてアカシジア、パーキンソニズム、ジストニア、遅発性ジスキネジアがあり、その概要や治療法は次のとおりである。なお、錐体外路症状は、発症時期に応じて急性錐体外路症状(急性アカシジア、薬剤性パーキンソニズム、急性ジストニア)と遅発性錐体外路症状(遅発性ジスキネジア、遅発性ジストニア、遅発性アカシジア)に大別されることもある。(甲B15, 20, 21, 乙B5, 6, 17)

a アカシジア

アカシジアは、自覚的には「じっとしていられない落ち着きのなさ」や「足のムズムズ、そわそわ感」と表現される病態であり、静坐不能症ともいわれる。他覚的には徘徊や貧乏ゆすりなどの運動過多として観察されることが多いが、しばしば不安、焦燥、易刺激性などの精神症状として表出されることもあるため、鑑別を要する。苦悩のあまり自殺企図に及ぶ例もみられる。錐体外路症状の中で最も出現頻度が高く、およそ25～40%である。

アカシジアは、その発現時期により、急性アカシジア、遅発性アカシジア、離脱性アカシジア、慢性アカシジアに分けられることもある。急性アカシジアは、原因薬物の投与開始後あるいは増量後6週間以内

に発症したアカシジアをいい，遅発性アカシジアは，原因薬物の投与開始後3か月以上後に発現したアカシジアをいい，離脱性アカシジアは，既に3か月以上，原因薬物が投与されており，その中断ないし著しい減量により6週間以内に発症したアカシジアをいい，慢性アカシジアは，アカシジアの症状が3か月以上継続しているものをいい，急性アカシジアが最も頻度が高い。

薬剤誘発性の急性アカシジアが発症した場合には，救急対応として抗コリン薬（ビペリデン，トリヘキシフェニジル）又はベンゾジアゼピン系薬剤（ジアゼパム，クロナゼパム）の投与が有効である。次に，可能な範囲での原因薬物の減量，変更を行う。抗精神病薬の場合，一般的に高力価，高用量の場合にアカシジアが出現しやすいことが知られているので，非定型抗精神病薬の低力価のものに変葉するか，できるだけ減量するようとする。仮に，変更や減量が困難な場合には，対症的な薬物療法を行う。ただし，抗コリン薬は，有効性につき多数の報告がある一方，排尿障害，便秘，口渴などの身体症状，せん妄，記憶障害，認知障害などの精神症状の発現のリスクがあるので，安易に慢性的に用いるべきではない。欧米でも，抗コリン薬の有効性は古くから指摘されてきたが，近年では，アカシジアに対する対症療法としては， β 遮断薬が第一選択となっている。ジアゼパム，クロナゼパムなどのベンゾジアゼピン系薬剤のアカシジアに対する有効性も確立されており，アカシジアと精神運動興奮とを区別し難い場合や極度の不安を伴う場合には，ベンゾジアゼピン系薬剤が有用である。ただし，ベンゾジアゼピン系薬剤も抗コリン薬と同様に，慢性投与による副作用や依存の問題が発生する可能性があり，長期連用は避けるべきとされる。

急性ジストニアやパーキンソニズムなど他の錐体外路症状と併存す

ることもあり、副作用の判断が難しい場合は、積極的に疑わしい薬剤の減量や中止を試みることも大切である。

なお、遅発性アカシジアの治療については、急性アカシジアと同様に原因薬物の減量や中止を検討するが、抗コリン薬は無効とされる。

b (薬剤性) パーキンソニズム

薬剤性パーキンソニズムは、抗精神病薬によって筋固縮、無動・寡動、振戦という特発性パーキンソン病類似の症状を呈するものであり、従来型抗精神病薬による発現率はおよそ20～30%である。薬剤投与後およそ4～10週をピークに出現し、高齢者、女性、非喫煙者で頻度が高いとされる。

治療としては、まず原因薬物の減量や低力価薬物への変更を試みることが行われる。薬物ではビペリデンなどの抗コリン薬が有効で、抗ヒスタミン薬もある程度の効果がある。

c ジストニア

急性ジストニアは、四肢、体幹、頭頸部の筋群に間欠性あるいは持続性の筋固縮と痙攣が生ずる不随意運動で、患者にとって最も苦痛な副作用の一つである。抗精神病薬投与後、数時間から数日くらいの間に発現しやすく、眼球上転、眼瞼けいれん、舌突出、痙攣性斜頸、頸後屈などの形態でみられることが多い。咽喉部に生じると、気道が閉塞して窒息に陥ることがあるので看過できない。さらに、被暗示性に富み心理的ストレスにより増悪する特徴を有しているため、ヒステリーと誤診しないよう注意する必要がある。発症頻度はおよそ10～20%であるが、30歳以前の若年者、男性、高力価薬剤の投与、高用量、筋肉内注射、同系薬剤によるジストニアの既往が危険因子となる。ジストニアは、まれに遅発性に出現するが、急性ジストニアと異なり難治性である。

治療としては、まず原因薬剤の減量・中止もしくは低力価薬や非定型抗精神病薬への変更を検討すべきであるが、即効性が期待できるのは、ビペリデンなどの抗コリン薬の筋注やプロメタジン・ジフェンヒドラミンなどの抗ヒスタミン薬の筋注または静脈注射である。これが無効な場合は、ジアゼパムなどのベンゾジアゼピン系薬剤を静脈注射してもよい。

d 遅発性ジスキネジア

抗精神病薬の長期服薬中に発現する口、頬、舌、下顎などの不随意運動で、時に四肢、軀幹の舞踏病様不随意運動を伴う。治療の決め手はないが、出現時には減薬を試みるべきとされる。

エ 抗精神病薬の離脱症状

投与中の薬剤を急に減量したり中止したりすることにより生じる症状は離脱症状（退薬症状）と呼ばれるところ、抗精神病薬の処方を急に減らした場合にも離脱症状が生じることがあり、その症状は、主に、自律神経症状、精神症状、（離脱性）錐体外路症状に大別される。これは、抗精神病薬によって脳内のドーパミン受容体が代謝的に増加していたところで抗精神病薬が減量されることにより受容体が遮断から解放され、過敏に反応して精神症状が出現する状態であると考えられている。また、錐体外路症状は、振戦、パーキンソン症状、アカシジア（離脱性アカシジア）やジストニア等の症状が生じる。（甲B20, 21）

統合失調症は、再発を繰り返しながら次第に症状や生活機能障害が進行する例が少なくないため、再発予防及び急性期消退後にも持続する症状の安定を目的とする維持療法が不可欠である。維持療法をいつまで継続するのが良いのかについては明確な答えがなく、米国精神医学会の治療ガイドライン第2版では、もし薬物療法を中断する場合には、精神症状を観察しながら薬物を漸減し、中断後も入念な経過観察を行い、再燃徵候があれば

直ちに維持療法を再開することを勧めているが、間欠的な維持療法は持続的な維持療法に比べて再発が多く、しかも遅発性ジスキネジアの頻度はむしろ高いとされている。また、すべての患者において、幻覚妄想の完全消失を目指して薬物の增量や変更を繰り返すのは有益ではないが、特徴の異なる抗精神病薬への切替えによって改善が見られるることは少なからずあるとされる。（甲B13）

オ 統合失調症と強迫症状の併発

統合失調症患者に強迫症状が併発することは100年以上前から報告されており、その発生率は、強迫性障害の診断基準を満たすもので3.8～45%，強迫性障害の診断基準を満たさない程度の強迫症状を合併するもので10～64%とかなり高率になっていて、かつては「統合失調症か強迫神経症か」という二者択一であったが、現在では重複診断が許容されている。強迫症状を合併する症例ほど重症度が重い傾向があり、予後は不良とされる。

統合失調症患者が示す強迫症状に対する薬物治療としては、現時点では、抗精神病薬に選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）を併用するのが有用とされる。薬物治療開始前に、統合失調症と強迫症状の関連を考慮することも重要である。（以上につき、甲B14，21）

（2）反社会性パーソナリティ障害について

パーソナリティ障害（人格障害）は、一般に、人格の不適応的な逸脱として理解されている。そのうち、反社会性パーソナリティ障害（非社会性パーソナリティ障害）は、傷害や殺人などの攻撃的行動、窃盗や暴行など社会的規範からの著しい逸脱、社会的義務の不履行など、他者の権利を無視、侵害する反社会的行動パターンを持続的に示すことが特徴とされる。

DSM-IVによる反社会性パーソナリティ障害の診断基準の概要は、次のとおりである。（甲B4，乙B2）

ア 他人の権利を無視し侵害する広範な様式で、15歳以降起こっており、次の3つ以上によって示される。

(ア) 法にかなう行動という点で社会的規範に適合しないこと。これは逮捕の原因になる行為を繰り返し行うことによって示される。

(イ) 人をだます傾向。これは自分の利益や快楽のために嘘をつくこと、偽名を使うこと、又は人をだますことを繰り返すことによって示される。

(ウ) 衝動性または将来の計画を立てられないこと。

(エ) 易怒性及び攻撃性。これは身体的な喧嘩または暴力を繰り返すことによって示される。

(オ) 自分又は他人の安全を考えない向こう見ずさ。

(カ) 一貫して無責任であること。これは仕事を安定して続けられない、又は経済的な義務を果たさないということを繰り返すことによって示される。

(キ) 良心の呵責の欠如。これは他人を傷つけたり、いじめたり、又は他人のものを盗んだりしたことに無関心であったり、それを正当化したりすることによって示される。

イ 患者は少なくとも18歳である。

ウ 15歳以前に発症した行為障害の証拠がある。

エ 反社会的な行為が起きるのは統合失調症や躁病エピソードの経過中のみではない。

(3) 争点で問題となる主な薬剤（プロピタン、アキネトン、パキシル、レキソタン）について

本件で問題となる主な薬剤のうち、プロピタン、アキネトン、パキシル、レキソタンの薬理作用は次のとおりである。なお、プロピタン、アキネトン、パキシル、レキソタンは、いずれも薬剤の商品名である。

ア プロピタン

塩酸フロロピパミドを有効成分とする定型抗精神病薬である。常用量は、投与初期（1～2週間）は1日50～150ミリグラム、以後は漸増し、1日150～600ミリグラムを、1日3回に分薬、適宜増減して投与する。塩酸フロロピパミドは低力価で、ハロペリドール（薬剤の商品名はセレネースなど。従来型抗精神病薬。）の力価の約100分の1である。

（甲B10，15，弁論の全趣旨）

イ アキネトン

ビペリデンを有効成分とする抗パーキンソン薬である。特発性パーキンソニズム、その他のパーキンソニズム（脳炎後、動脈硬化性、中毒性）、向精神薬（中枢神経系、すなわち脳に作用して、とくに精神機能に何らかの影響を及ぼす薬物の総称（甲B17）。抗精神病薬など。）投与によるパーキンソニズム、ジスキネジア（遅発性を除く）、アカシジアに対する効能がある。本剤については依存形成につながるおそれがあるので、観察を十分に行い、慎重に投与することとされている。（甲B10）

ウ パキシル

選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）である塩酸パロキセチン水和物を有効成分とする抗うつ薬である。うつ病、うつ状態、パニック障害、強迫性障害に対する効能がある。（甲B10）

エ レキソタン

プロマゼパムを有効成分とするベンゾジアゼピン系精神神経用剤である。強力な静穏・抗不安作用を有し、臨床上、不安・緊張・抑うつ及び睡眠障害に加え、強迫・恐怖症状にも有用な薬剤である。神経症、うつ病の成人の場合、常用量は、1日6～15ミリグラムであり、2～3回に分薬して投与し、年齢、症状により適宜増減する。（甲B10、乙B8）

ベンゾジアゼピン系薬剤は、抗不安作用、鎮静・催眠作用、抗けいれん作用、筋弛緩作用を持つ一方、奇異反応（逆説反応・脱抑制）の副作用が

あり、抑うつ状態、精神病状態、敵意・攻撃性・興奮などが出現することもある。ただし、レキソタンの副作用は用量依存性に生じるものではないとされている。奇異反応と本来の症状の悪化や元々の性格による反応との鑑別は困難だが、診断を誤ると攻撃性や興奮が遷延し暴力を生じる可能性もあり、投与薬剤の種類や用量と症状を経時的に振り返ることが必要である。また、大量連用により薬物依存を生じることがあるので、観察を十分に行い、用量を超えないよう慎重に投与すべきとされている。（甲A38の48頁、甲B11、乙B15）

(4) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（平成17年法律第123号による改正前のもの。以下「精神保健福祉法」という。）における開放処遇について

精神保健福祉法は、精神障害者の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする法律である（同法1条）。同法にいう精神障害者とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう（同法5条）。

精神障害者の入院については、都道府県知事が、精神障害者が自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めたときに、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させる措置入院（同法29条1項）、精神科病院の管理者が、保護者の同意を前提に、本人の同意を得ずに行う医療保護入院（同法33条1項）のほか、本人の同意により行われる任意入院（同法22条の3）があり、被告純一は、本件犯行当時、被告病院に任意入院中であった。精神科病院の管理者は、任意入院者から退院の申出があった場合においては、その者を退院させなければならないが（同法22条の4第

2項），精神保健指定医による診察の結果，当該任意入院者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めたときは，72時間限り，退院させないことができる（同条3項，18条）。また，任意入院者についても，精神科病院の管理者は，その医療又は保護に欠くことのできない限度において，その行動について必要な制限を行うことができる（同法36条1項）。

一般的に，精神科の入院治療についてはできるだけ開放的な治療環境での処遇が行われることが望ましく，特に任意入院によつた場合には自らの同意による入院であることに鑑み，原則，開放病棟で処遇することが望ましいとされる。任意入院者に対する開放処遇に当たつての具体的な留意事項は，精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（昭和63年厚生省告示第130号。以下「本件告示」という。）第5に規定されており，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。開放処遇。）を受けるものとし，開放処遇の制限は，当該任意入院者の病状からみて，その開放処遇を制限しなければ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，制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことがあってはならないとされている。また，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，精神保健指定医は，当該任意入院者の診察を行うものとし，また，精神保健指定医は，必要に応じて，積極的に診察を行うよう努めるものとされている（本件告示第5の（一），（三），（四））。（甲B16）

（5）被告病院の診療看護体制等

被告病院では，精神科，心療内科，内科，リハビリテーション科，呼吸器科，及び歯科の6つの科が存在していたが，同病院は基本的に精神科の病院であったため，歯科以外は全て精神的な疾患に伴う症状に対応できるように

なっていた。入院病棟は、1病棟、2病棟、3病棟、5病棟及び6病棟の合計5病棟が存在しており、うち2病棟は混合病棟で、アネックス棟の中にある、比較的症状が軽く、退院等の社会復帰を予定している患者が入院していた。アネックス棟は、被告病院の西側に存在している3階建ての建物であり、1階は外来患者の施設が、2階にはリハビリ室、体育館、作業療法室等があり、3階には2病棟が存在していた。（甲A33、丙4、5）

2病棟の病床数は56床であり、うち10床ほどがアネックス棟内（アネックス部）にあり、本件犯行当時の入院患者数は55名であった。同病棟の看護師、准看護師及び看護助手は合計27名であり、当時は3対1看護が基本となっていて、日中は約7～10名、夜間は約3名の看護師等で対応していた。同病棟では、医師から制限された場合を除き、平日の午前9時から午後5時までの間、2時間以内の外出をすることができ、外出に際しては、ナースステーションに備え付けられたノート（以下「外出簿」という。）に外出時間と外出先等を記載することとされていて、被告純一も、本件犯行当時、外出簿に記載することにより外出が可能な状態にあった。

また、喫煙はデイルームのみと限定され、自室内での喫煙は禁止されていた。被告純一の本件犯行当時の病室は、2病棟内の1床病室である222号室であり、別紙1のとおりアネックス棟内にあって、階段に隣接していた。

（以上につき、甲A33、乙A3～5、7、9、丙4、弁論の全趣旨）

（6）被告純一の病歴、診療経過

ア 被告病院以外での病歴等

被告純一は、昭和44年3月10日に乙事件原告らの長男として生まれ、中学校卒業後の昭和58年4月頃から、次のとおり、複数の精神病院において通院治療を受けていた（第2の2(2)の前提事実、甲A9、26、29、30、丙1、2）。

（ア）昭和58年4月から昭和61年10月まで、2～3回、████メンタル

クリニックにおいて、自律神経失調症の病名で通院治療を受けた。

- (イ) 昭和63年3月から同年8月まで、[REDACTED]市民病院（現在は[REDACTED]総合病院）神経科において、強迫神経症の病名で通院治療を受けた。
- (ウ) 昭和62年4月から平成12年7月まで、香川医大において、強迫神経症と統合失調症の病名で入院及び通院治療を受けた。
- (エ) 平成2年11月から平成10年4月まで、[REDACTED]クリニックにおいて、強迫神経症の病名で通院治療を受けた。
- (オ) 平成11年6月から平成12年7月まで、[REDACTED]クリニックにおいて、統合失調症の病名で通院治療を受けた。
- (カ) 平成11年9月から同年12月まで、[REDACTED]病院において、強迫神経症の病名で、通院治療を受けた。
- (キ) 平成12年に障害者手帳の申請を、平成13年に障害者年金の申請をし、障害者手帳1級の交付、国民年金障害者年金1級の認定を受けた。
- (ク) 平成13年4月から平成16年10月まで、[REDACTED]医院において、統合失調症の病名で通院治療を受けた。
- (ケ) 平成14年1月5日から平成16年10月まで、医療法人社団[REDACTED]病院においても通院治療を受けた。

イ 被告病院入院前の被告純一の主な行動について

- (ア) 被告病院入院前の被告純一の状況は、次のとおりであった。（甲A9, 26~29, 49, 乙A6の後ろから4枚目の裏, 乙A8）
- a 中学校2年時の1学期より不登校となり、当時、無理矢理行かせようとした親に対して暴れ、自宅内の物をほとんど壊すということがあった。以後、学校には通わず、14歳から16歳頃までの2年間はほとんど家から出ることなく、食事、トイレ、風呂、テレビを見る時間以外は自室に閉じこもっていたが、本人に気ままな生活を送らせている限りは大きな問題は起こさなかった。

- b 16歳頃に母親と口論になり、自宅で火事を起こして家を半焼させ、警察沙汰になった。
- c 平成6年3月4日頃に、香川医大精神科に外来通院する日でなかつたにもかかわらず、「これから████先生に会いに病院に行く。」として、セカンドバックの中に包丁を入れて同病院に赴いた。当日は、原告████が上記発言を聞いて病院に先回りしていたため、原告████が被告純一を止めて病院から連れ出した。
- d █████クリニックに通院している頃、烏骨鶏が攻めてくるとして、烏骨鶏を飼育している隣家に土足で上がり込んで押しかけたことがあった。
- e 平成16年2月に、████医院前路上で、若い男性と胸倉を掴み合い、相手の服を破るトラブルを起こした。

(イ) 被告病院では、上記(ア)a, bの事実を聴取していたほか、平成16年9月21日に████医師が被告純一の問診を行った際に上記(ア)に関連すると思われる事実として、「強迫が目立つ」「母にも強要」「妄想3+で暴力、隣家までどなり込んだり転居したり」「████医院 駐車場～医院までの間 歩行者 or 自転車の人を押し倒す」「後は大げんか」「父母が2人で攻めてくる」「隣のニワトリが自分に対して鳴いてくる」「隣の人がニワトリを使って自分へ悪口も」などと聴取していた。また、被告渡邊は、25歳の時に「一大事が起った エアコンの位置をかえたら医師████がセレネースを出した」という事項も聴取していた。(甲A34の2、乙A1の38頁、乙A6の後ろから4枚目裏、乙A8)。

ウ 被告病院における主な診療経過等

(ア) 平成16年10月1日の任意入院前の経過

被告純一は、平成13年4月から平成16年9月まで、被告病院において、統合失調症、強迫神経症の病名で通院治療を受けた。また、その間、平成13年6月21日から同年7月22日まで及び同年11月2日

から同月 17 日までの 2 回、被告病院に入院した。

(イ) 平成 16 年 10 月 1 日の任意入院

被告純一は、平成 16 年 10 月 1 日、被告病院の 2 病棟に任意入院した。当時の主治医は [] 医師であり、被告純一の主な症状、治療状況、薬剤処方状況は、別紙 2, 4, 5 のほか、次のとおりであった。また、外出・外泊状況は別紙 3 のとおりであった。（第 2 の 2 の前提事実、乙 A 1 の 1, 5, 127 頁、被告渡邊）

診断：統合失調症

状態像：強迫症状、思考伝播、思考吹入、関係妄想

(ウ) 看護師に対する暴行

a : 平成 16 年 10 月 21 日

被告純一は、同日午前 7 時 20 分頃、突如としてアネックス棟の詰所に侵入し、同所において歯磨き中であった [] 看護師に対して殴りかかった。被告純一によると、被告純一は、[] 看護師が洗面所で注射器を洗っていると思い込み、それが不潔であると考えたとのことであった。被告純一は幻覚・妄想・不穏状態であり、上記暴行のため、同日から同年 11 月 9 日まで従来の 2 病棟から閉鎖病棟である 6 病棟への転棟を指示され、そのうち、同年 10 月 21 日から同月 26 日までは P I C U (保護室) において隔離された。なお、被告純一の医師ないし看護師に対する暴力行為は、同月 21 日の [] 看護師に対する上記暴行以外にはなく、不潔強迫状態が強まった際に暴言を吐いたことはあったが、幻聴やムズムズの症状を訴える時には怒鳴ることはなかった。（甲 A 31, 乙 A 1 の 10~17, 134~148 頁、丙 4, 5）

被告純一は、同月 21 日、[] 医師と次の会話をし、妄想状態は「++」、時間的失見当識は「+」と診断された。（乙 A 1 の 11,

12頁)

〔医師〕 野津さん、看護師が洗面台で注射器を洗っているのが見えたんですか。

〔被告純一〕 はい。

〔医師〕 詰所でならありますですが、ホールでは100%あり得んですよ。

〔被告純一〕 そうですか。

〔医師〕 その見たことが、幻視だとは思えんですか。

〔被告純一〕 はい。

〔医師〕 少し、ゆっくり治療しましょう。

〔被告純一〕 はい。

〔医師〕 ゆうべから眠剤増やしたんですが、やはり不眠時をのんだんですね。

〔被告純一〕 はい。

〔医師〕 しゃべりにくい副作用は出ますがね。薬を増やした方がいいと思いますが、副作用が出やすいですね。

〔被告純一〕 先生、ボクと医大の〔医師〕先生と結婚できますか。

〔医師〕 それは無理でしょう。

〔被告純一〕 アネックスはボクが行ったら男性看護師が増えるんですか。

〔医師〕 それは関係ないです。これに署名してくれますか。

〔被告純一〕 今日は平成16年の・・・12月ですか。

〔医師〕 10月です。21日です。

〔被告純一〕 23日とちがいますか。

〔医師〕 21日です。

b 同年10月26日

暴力のおそれが減少したと判断された。 (乙A 1の14頁)

c 同月28日

強迫観念、イライラともに改善中。構音障害十。

大部屋に移ることを強く拒否し、隔離室からアネックス棟の個室に移りたいと訴えるが、他者の中に入ることができないと社会生活困難であり、治療上も大部屋に慣れる必要がある旨を告知された。 (乙A 1の15頁)

d 同年11月1日

昨日、隔離室から大部屋に移ったが、本日、隔離室に戻ることを強く希望した。 [REDACTED] 医師が治療上の必要性を説得するも、「いや、なんとか個室にもどしてください。」と了承せず、隔離室に施錠のない状態で入室した。 (乙A 1の15頁、弁論の全趣旨)

(エ) 平成16年10月ないし平成17年2月の主な幻聴、妄想

a 平成16年10月13日

入院前のように触った物が不潔に思いますかとの問い合わせに対しては「今のところ大丈夫です。」と答える。「TVラジオで自分のことを言われると気がしてダメなんです。」と訴えた。 (乙A 1の7頁)

b 同年11月25日

TVが自分の事を言よるようなのは「あります。それと外出した時がいかんですね。(例えば)車が自分の方へ突っ込んでくるような・・・。(店では)本屋で自分が来たからそばに人が来たような。」などと訴え、関係妄想、被害妄想がまだ認められた。 (乙A 1の20頁)

c 平成17年1月15日

調子が悪いとの訴えがあり、換気扇の音が人の声に聞こえ、幻聴が強い。「『おちつかんなと言うと、おちつかんやろおちつかんやろ、

おちつかんやろ』と聞こえてきて休もうにも休めない。」などと訴えた。（乙A1の31頁）

d 同月17日

換気扇の音に合わせて「ボクが言った事に返事をするような声」など幻聴が聞こえると訴えた。換気扇以外の音では、「エアコンとか車の音で」幻聴が聞こえると訴えた。（乙A1の31頁）

e 同年2月15日

診療録の以下の記載のとおり、換気扇やエアコンの音が人の名前や声に聞こえる、自分の考えていることが他人に漏洩している気がするなどと話し、被告渡邊は、これを踏まえ、被告純一には幻聴、思考奪取が認められるが連合弛緩はないなどと診断した。また、トロペロン又はプロピタンを主剤とする方針も示された。（乙A1の41、42頁、丙5）

「（幻聴は）『換気扇とかエアコンとか暖房』

（音がどんなに）『猪木、馬場とかプロレスのこと考えると名前が

する』

（自分の考えが他人に伝わる）『医師~~●~~の時にあった、盗聴とか

あった』

（他人の考えがわかる）『特にない』

（盗聴）『今もある』」

(オ) 主治医の交替とその直後の診察等

a 平成17年2月14日

被告純一や乙事件原告らによる「長いこと治療しているのに全然良くならない。今の主治医の先生ではだめた。主治医を他の先生に変えて欲しい。」という再三の要望を受け、平成17年2月14日、主治医が~~●~~医師から被告渡邊へと変更になった。被告渡邊は、同日、被

告純一と面接し、聴取内容を診療録に次のとおり記載した。なお、被告渡邊は、翌日の同月 15 日にも過去の診療状況等の確認を行っている（乙A1の38～43、170頁、丙5）。

17才 医師 [REDACTED]

入院をしたがらない

主訴不明

18才 車でみてくれ 医師 [REDACTED] (男性)

薬は定めてない？（よく覚えていない）

19才 医師 [REDACTED] → 医師 [REDACTED]

むちや怖がっていた

胸部圧迫感、話の中で異常

注射を打った

[REDACTED] 総合病院に入院した

医大に行きたいということで医師 [REDACTED] 先生に入れてもらった

それで医師 [REDACTED] が主治医

薬は飲んだよくなつた（16年前）

退院、主治医医師 [REDACTED]

25才 一大事がおこつた

エアコンの位置をかえたら医師 [REDACTED] がセレネースを出した

（エアコンかえたら）いてもたってもおれない

それで医師 [REDACTED] に入院したいといって行った。それで入院した。

（それで）退院し、よくならずに再び医師 [REDACTED] に行った。

メイラックス 3錠

メレリル 3錠

それ以後は医師 [REDACTED] に診てもらった

レキソタン（2）1錠 レキソタン4錠

メレリル1錠 セレネース（1.5）1錠

アキネトン1錠 一日3回毎食後

29才 メイラックスを内服したら足の振戦が止まった

退院できた（調子よかつた）

医師■を怒らせてしまつて医師■先生に行った。

それで調子悪くなつた。

レキソタン（5）1錠をだしたので

また医師■に戻つて香川医大へ

入院 2000年3月29日3ヶ月たつ

（医師■は）

診てもらって次の医師■の所に來た

b 平成17年2月21日

吐き気を訴え、腹部触診が実施されたほか、採血検査が実施された。

同日の採血検査は、通常の定期的なスクリーニング時の検査項目以外の項目（インフルエンザA・B、甲状腺ホルモン（TSH, FT3, FT4）、電解質（Na, Cl, K）、CPK値）も含む検査内容であり、CPK値は138IU/lであつて、基準範囲（男性の場合、45～280IU/l）内であった。（乙A1の44頁、乙A6の3枚目）

c 同月23日

足がムズムズしてじっとしていることができず、一日中歩き回つており、■医師から、アカシジアあり、上肢、下肢ともに筋強剛ありとの診断を受け、「トロペロン合わない？ 以前よく効いたというリスパダール中心に変更してみる。」として、リスパダール中心の臨時処方を受けた。（乙A1の45、46頁）

d 同月24日

昨日アキネトン筋注後落ち着き、夜間良眠。「精神的にも大分楽になりました」とのことでのことで、経過をみることとなった。(乙A1の46頁)

e 同月25日

(a) 被告渡邊は、同日、被告純一の診察を行い、診療録に被告純一の治療方針等を、概要、次のとおり記載した。(乙A1の46~48頁)

「(P) 方針

薬はトロペロンよりリスパドールの方が安心するらしい。

アカシジアにしてはCPKの値が低い。薬を急に止めたことの影響もある。」

(b) CPK値は、心臓をはじめとした骨格筋、平滑筋など筋肉の中にある酵素であり、心筋梗塞、心筋炎、進行性筋ジストロフィー、萎縮性筋硬直症、多発性筋炎など、筋肉細胞に異常が生じると筋肉細胞内のCPKが血中に流出して異常高値を示すため、筋肉破壊の目安を示すものとして参考になる。そして、精神科領域においてCPK値が異常高値を示す疾患としては、抗精神病薬の副作用である悪性症候群が挙げられるところ、被告渡邊は、被告純一のCPK値が異常高値を示していないかったことから、悪性症候群特有のアカシジアは否定的であると考えたものであり、薬剤副作用としてのアカシジアまでを否定したものではなかった。この点については、悪性症候群に特有のアカシジアは存在しないとされていることから、被告渡邊の理解が不正確な部分もあったが、同日以降も被告純一のアカシジアの所見が診療録に記載され、これに対する薬物治療も行われていたことも踏まえると、診療録の「アカシジアにしてはCPKの

値が低い」との記載をもって、被告渡邊が薬剤副作用としてのアカシジアを否定したものとは認められない。（乙B15、被告渡邊）

(カ) プロピタンの処方開始

被告純一は、平成17年8月中旬以降、抗精神病薬としてプロピタン1日150mg（イライラを訴えた時の頓服薬としてコントミンの処方は継続）の処方を受けていたが、毎日のようにアカシジアの症状を訴え、イライラ時の頓服薬（ジアゼパム、コントミン、タスモリン）の与薬を受けていた。

(キ) 社会復帰訓練

退院に向けた治療も行われ、被告渡邊や作業療法士等により、作業療法のほか、SST（ソーシャル機能トレーニング）、金銭管理トレーニング、服薬指導が行われた。しかし、被告渡邊が、同年9月7日や同年11月7日に退院準備の話をしたところ、その後からムズムズ感の悪化を訴え、退院することはできなかった。

なお、被告純一は、平成17年4月27日の退院教室で、「突然に一大事が起こった。」と発言しているが、記録上、その内容は確認されていない。（以上につき、乙A1の63、97頁以下、丙5、弁論の全趣旨）

(ク) 本件犯行前の主な診療経過

a 平成17年10月27日

ドプスを増やしてプロピタンを変更する方針とする。（乙A1の114頁、被告渡邊）

b 同年11月7日

被告純一は、ムズムズについては「少しましです。」、薬などについては「ドプス増えて家に帰ると関節が痛くなる」「アキネトン打つたら気持ちがいい。」などと訴えた。被告渡邊は、これらを踏まえ、

「思考途絶（考えが突然進まなくなり頭の中で中断されてしまうこと）」、「話に一貫性乏しい」と評価した。

なお、この時期の治療においては、中間施設への退院が目標とされていた。（乙A1の116、117頁、弁論の全趣旨）

c 同月10日

午後4時30分に、「すみません。イライラするけん、アキネトン注射してください。」との訴えがあり、（注射に）依存傾向と評価されている。（乙A1の238頁）

d 同月22日

ムズムズ訴えがあり。一度、生食（生理食塩水）でプラシーボ効果を試すこととし、被告純一がイライラを訴えた際の注射を、従来のアキネトン1A筋注から生理食塩水1A筋注、無効ならアキネトン1A筋注に変更した。（乙A1の122頁）

e 同月23日

レキソタンを增量する方針とする。薬の副作用の可能性が高いと評価されている。（乙A1の123頁。なお、日付が「11／30」と記載されているが、実際には11月23日の記載であったことにつき、乙A10、被告渡邊、弁論の全趣旨）

また、プロピタンやパキシルの処方が同日、中止された（乙A1）。この点、甲事件原告らは、被告純一に対するプロピタンの処方が中止された時期につき、本件犯行の1か月前から中止されていたとの内部情報もあり、これは平成17年10月27日の診療録に「ドプスを増やしてプロピタンを変更する」とあることと符合する旨指摘するが、平成17年10月27日の診療録（乙A1の114頁）に「ドプスを増やしてプロピタンを変更する」とあるのは、同日の診療録の被告渡邊の考え方として、「（ドプスを増やそうか）」「（ジプレキサとセロ

クエル試してみる必要が）」などと記載されていること、同年11月15日にプロピタンが1日に150ミリグラム処方されていること（乙A1の119頁）からすると、同年10月27日の上記記載は、同日にプロピタンの処方を中止したという趣旨ではなく、アカシジアの副作用を防止するためにドプスを增量し、場合によってはプロピタンもジプレキサとセロクエルに変更するとの今後の方針であり、ドプスについてはすぐに增量するが、プロピタンについては経過を見ながら処方を検討するという意味であって、プロピタンの処方が中止されたのは同年11月23日であったと認められる。（被告渡邊）

f 同月25日

「カマグは調整して飲んでる。他のは、きちんと飲んでます。薬が変わって手が動かなくなって、ムズムズがなくなった。幻聴は続いている。」と述べ、四肢不随意運動はなかった。（乙A1の241頁）

g 同月26～28日

イライラ時の頓服薬の服用はなく、不眠時薬の頓服のみであった。
(乙A1の241, 242頁)

h 同月28日～同月30日の外泊

同月28日午後3時15分から同月30日午後3時35分まで、外泊した。（乙A1の242頁）

i 同年12月1日

イライラ時の頓服薬を2回使用するが、効果がなかつたため、午後9時20分に生食1mlの筋注を受ける。（乙A1の242頁）

j 同月2日

被告純一から「内服薬が変わってから調子悪いなあ・・・院長先生が（薬を）『整理しましょう』と言って一方的に決めたんや。」との発言があり、四肢の不随意運動が出現した。被告純一人の希望もあ

り、午前 11 時に、アキネトンの筋注の代わりに生食 1m1 の筋注を受ける。

午後 0 時に、「ああ、めちゃくちゃよく効きました。」と、筋注の効果があったと表情良く話し、プラセボの効果ありと判断され、様子観察となった。午後 3 時 30 分と 11 時 30 分に、本人の希望で、イライラ時の頓服薬をそれぞれ服用した。（乙 A 1 の 242, 243 頁）

k 同月 3 日

被告渡邊と面接（本件犯行前の最後の面接となった。）。ムズムズ訴えが強く、退院し、1 人で生活する際には注射ができないと困難である。心気的訴えも考えられるため、ムズムズ時は、生食 1m1 を筋注とする。クーラー等の音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。

午前 11 時 10 分にナースコールがあり、「ムズムズするんです。薬ください。」と訴え、イライラ時の頓服薬を 1 包服用する。

午後 4 時 45 分にナースコールがあり、「体が動くんです。筋注したら 5 分くらいで効く。」と訴え、生食 1m1 の筋注を受ける。

午後 9 時 30 分にもナースコールがあり、「手足が動くんです。注射して下さい。」と訴え、生食 1m1 の筋注を受ける。（乙 A 1 の 124, 243 頁）

l 同月 4 日

午前 0 時頃、「また手足が動くんです。注射はいいです。何か薬下さい。」と訴え、本人の希望により、イライラ時頓服薬 1 包の与薬を受ける。

午後 0 時頃、「アキネトン打って下さい。調子が悪いんです。」と訴え、生食 1m1 の筋注を受けたが、表情固く「アキネトンやろー」

と確かめる。

午後 11 時 45 分、本人の希望によりイライラ時の頓服薬を 1 包服用。（乙 A 1 の 125、243 頁、乙 A 21）

m 同月 5 日

M

発熱のため、内科医の [REDACTED] 医師が診察する。

午前 10 時に「少ししんどいです。足と手も動くんです。」と、四肢の不随意運動の訴えあり。自床にて過ごし、他患者との交流はなく、時々ホールで煙草を吸っている。風邪と訴え、薬を出すよう要求する。

午後 3 時に「だいぶ良くなつた。薬飲んだけんかいの。少しまだ、だるいな。」と表情良く話すが軽度倦怠感の訴えあり。時々、咳嗽あり。自床にて静かに経過。四肢の不随意運動なく、不安感の訴え等もない。

午後 9 時に「アキネトンして下さい。（看護師が内服を先に使用しますかと問い合わせたところ）今日は注射していないのでして下さい。」と訴え、生食 1m1 の筋注を受けた。表情はやや硬く、他患者とも交流や会話はないが、話しかけにははつきりと返答する。（乙 A 1 の 125、244 頁、乙 A 21、丙 5）

n 同月 6 日

午前 10 時頃、「先生に会えんのやけど。もう前から言ってるんやけど、喉の痛みと頭痛が続いとんのや。」と訴える。両足の不随意運動があるが、頓服や点滴の要求はない。被告渡邊は、午前中に、看護師を通じて被告純一の喉の痛みの訴えを聞いたが、当時は午後 3 時まで外来患者の診断を行っている最中であったことや、前回と同じ症状と判断したため、しばらく様子を見ることとした。被告渡邊は、外来の診察終了後に被告純一の元を訪れようとしたが、被告純一が外出中であったため、結局、面接はできなかった。

被告純一は、日中の外出中に本件犯行に及び、帰院後に面会に来た母親に対しては、タバコを受け取っただけで「もう帰れ」などと告げて追い返した。また、午後8時頃には夕食を摂取せず、午後9時にはイライラを訴え、イライラ時の頓服薬を服用した。（以上につき、甲A49、乙A1の244、245頁、乙A21、丙4、5）

なお、被告純一は、当日の外出も含め、普段の外出時に看護師に声をかけずに外出していた。また、食事に関しては普段、特に好き嫌いはなかった。（甲A14、丙4）

○ 同月7日

午前8時頃、朝食の摂取を促されるも、「朝ごはんいらん。食べん。」と拒否して摂取しなかった。

なお、被告病院は、本件犯行の犯人が被告純一であることに気付いておらず、同人の逮捕後に連絡を受けて、初めてこれを了知した。（乙A1の245頁、乙A21、丙4）

④ 歯科での治療

a 被告純一は、被告病院内の外来一般の歯科における診察、治療も併せて受けており、平成16年3月22日から平成17年11月24日までの間、合計37回、受診した。そのうち、平成16年3月22日、同年10月6日、平成17年3月18日、同年4月1日、同年5月25日、同年6月8日、同年8月2日、同年9月6日、同年10月4日、同年11月1日の診療に係る歯科診療録には、「日によって暴力行動をするため抑制器具使用し看護士介助のもとに治療」と記載され、平成16年12月8日及び平成17年1月31日については、「精神不安定、ヒステリーを伴い暴力行動あり看護士介助のもとに治療」と記載され、平成17年7月5日については「治療に対して不協力、看護士介助のもと治療」と記載されていた。また、診療報酬明細書にも、

「身体拘束」との記載がなされていた。 (乙A16~18)

b 上記の歯科診療録の「抑制器具使用」「身体拘束」「看護士介助」の記載は、被告純一が、歯科の治療の途中で起き上がったり鏡で確認したりすることにより頻繁に治療を中断せざるを得ない状況であったため、被告純一の保護と治療の安定した施行を目的として、被告純一の同意を得た上で、タオル等により、その身体を診察台に固定したことを「抑制器具使用」と記載し、看護師が介助した際には「看護士介助」と記載したものであり、歯科の治療中に、被告純一が病院関係者に対して暴力を振るったことや、興奮して抑制器具が必要になったことはなかった。

また、診療報酬明細書に「身体拘束」と記載されていること(乙A16)についても、歯科診療に関する診療保険点数制度は、診療の中止が必要なほど著しく歯科診療が困難な者を診療した場合に点数加算を行うものであるところ、被告純一は、上記のとおり何度も治療中に起き上がるなどして歯科治療を中断させる状況であったため、その身体を固定する処置が行われたものであり、歯科での治療中に、被告純一が病院関係者に対して暴力を振るったことはなかった。そのため、診療中に暴力を振るうなどした場合に身体を拘束して行う場合の「困難加算」「1.5倍加算」は行われていない。(以上につき、乙A8, 16, 18, 被告渡邊, 弁論の全趣旨)

(コ) 根性焼きについて

被告病院の診療録及び看護記録(乙A1)には、被告純一の根性焼きの記載はなく、被告渡邊は、本件刑事事件の取調べにおいて、被告純一の左頬の傷は、真新しいものではなく、自分が被告純一の主治医になつた時には既に存在していたと思う、普段面接していてもその時の顔色次第で目立たないときもあったぐらいであるから、傷自体はずつと前に何

らかの理由でできたものと思う、逮捕時の被告純一の顔写真（甲A 37）のうち、2-①から2-⑧までは平成17年12月3日に診察した時点でも存在していなかった、看護師から、根性焼きをしたとの報告は受けていない旨述べている（丙5、被告渡邊）。他方、被告純一は、同月7日の取調べにおいて、根性焼を3日位前、病院の中の喫煙所で喫煙していた際、衝動的というか、何かわけが分からなくなつてタバコの火を自分に押し付けた旨供述し（甲A 11），同月11日の取調べにおいて「同月6日の数日前」からタバコの火を左手の人差し指の付け根とか左頬に押し付けて根性焼きをした（甲A 14）などと供述しているが、平成22年1月25日に行われた尋問では、人を殺す「1か月前」「1週間前」に根性焼きをしたなどと曖昧な供述をしている。また、原告[]は、平成17年12月6日（火曜日）午後4時前くらいに被告病院に行き、被告純一に面会しようとした際に、いつの間にか被告純一の左頬に1センチ弱位の四角っぽい痣ができていた、普段、面会には毎週、月曜日から木曜日の間に1回程度様子を見に行っている旨供述し（甲A 49），本件犯行直前に被告純一に包丁を売った店の店員は、左頬に1センチメートルくらいの四角い火傷のような傷がある男が、午後0時15分から午後0時20分頃までの間に話しかけてきたなどと供述している（甲A 50）。そして、逮捕時及び逮捕後に撮影された被告純一の左頬には、赤黒い火傷状態の瘢痕が数カ所確認できる（甲A 37、52、53）。これらの供述内容、画像からすると、被告純一は、本件犯行直前の包丁を購入する時点では既に根性焼きをしていたことが認められる。また、被告渡邊の根性焼きに関する供述内容は、その位置や程度を含め具体的なものであり信用でき、平成17年12月3日の診察時点では、近接した時期の根性焼きは存在しなかつたと認められる。そうすると、被告純一は、被告渡邊の同月3日の診察後、本件犯行当日に包丁を購入

するまでの間に根性焼きをしたものであるが、被告純一の供述内容は、供述時の精神状態について慎重な検討が必要である上、大まかな時期は特定しているが具体的な時期までは断定できておらず、曖昧な点があること、同月5日に医師が被告純一の風邪を診察した際などに新しい根性焼きの存在を指摘していないことからすると、上記期間のどの時点^Mで根性焼きがなされたのか、また、被告病院の医師や看護師がこれを見落としたのかまでは判然としないと言わざるを得ない。

(7) 本件犯行等について

ア 本件犯行の経緯

被告純一は、平成17年12月6日の午後0時10分頃に被告病院を外出し（乙A11の2）、被告病院付近のショッピングセンター内にある、いわゆる100円ショップにおいて、105円で文化包丁（刃体の長さ約15.8センチメートル）を購入した。

被告純一は、同日午後0時24分頃、被告病院付近にある香川県香川郡香川町所在の店舗駐車場において、付近のレストランで昼食を終えて同駐車場に出てきた亡真木人（当時28歳）に対し、殺意をもって、上記文化包丁で同人の右前胸下部を1回突き刺した（本件犯行）。これにより、亡真木人は、右前胸下部から後ろ左下方に向かう、深さ約1.8センチメートルの傷を負い、右肺下葉下端、横隔膜、肝臓、胸部大動脈、左肺下葉を損傷して、胸部大動脈切損により出血死した。

被告純一は、亡真木人を刺した後、被告病院に戻り、帰院時刻を外出簿に記載することなく、2号棟の自室である222号室に戻った。そして、翌日である同月7日午後1時15分頃に、外出簿に外出時刻を記載した上、被告病院を外出し、本件犯行現場付近に再び赴き、警察官による職務質問を経て逮捕された。

なお、被告純一には前科はなく、被告病院入院中に多数回外出している

が、その際にも、本件犯行を除き、トラブルを起こしたことではなく、自宅での外泊時にも同様にトラブルの報告はなかった。（以上につき、甲A 1, 8, 13～23, 50, 51, 乙A 11の2, 丙1, 5, 弁論の全趣旨）

イ 本件犯行の動機

被告純一が供述した本件犯行の動機は、次のとおりであった。

被告病院入院中、院内の喫煙所が汚れていることに不満を持っていたが、本件犯行の1, 2か月前頃からはその汚れが特にひどくなったように感じ、何者かが自分の喫煙を邪魔しようとしているなどと思ってイライラするようになった。そして、本件犯行の数日前に、そのイライラ感を解消するため、人を殺そうと思うようになったが、まだその時は漠然とそう思っていただけであった。ところが、本件犯行日になると、上記喫煙所の汚れが一層ひどくなったり、自室の隣にある非常階段のドアの開け閉めの音もうるさいと思うようになり、これらは何者かによる自分への嫌がらせであると感じ、その上、院内での他の患者の話し声を聞くと、自分の父親の悪口を言われているように感じられたため、ますますイライラを募らせるようになった。誰が汚している犯人か分からなかつたので抗議のしようもなく、院長である被告渡邊や看護師に対しては、病気の治療そのものとは関係のないことで院長に動いてもらうのは申し訳ないと思い、相談は遠慮していた。そして、このイライラ感を解消するためには、誰でもいいから人を殺すしかないと思うようになった。それでも、病院の医師や看護師は、自分の治療をしてくれていることから殺さないでおこうと考えたし、また、院内の他の患者についても、世話になっている病院に迷惑がかかることから殺害しようとは考えなかつた。犯行当日の昼食後にイライラが限界に来て、誰でも良いから殺してやろう、子供はかわいそうだから殺さないが、ほかの相手であれば誰でも良いと思って外出し、たまたま駐車場に出てきた男が来た瞬間に、こいつを刺そうと思った。（甲A 8, 13～16, 19～

23, 丙1)

ウ 返り血の付着

本件犯行により、被告純一の右手には返り血が付着した。被告純一は、被告病院に帰ってから、外出簿の置かれているナースステーションに立ち寄ることなく、自室に戻り、室内の洗面所でこれを洗い落とした。また、服にも返り血が点状に数点、付着したが、目立つのものではなく、被告病院の職員には発見されなかった。被告純一は、翌日も同じ服を着用して外出した。（甲A15, 22）

エ 亡真木人に対する気持ちについて

被告純一の亡真木人に対する本件犯行後の気持ちは、次のとおりである。刺した後の気持ちは、「あーあ、やってしもた。俺の人生終わってしもた。」というものであった。悪いことをした、申し訳ないという気持ちがちょっとあるが、被害弁償したいとの気持ちは持っていない。亡真木人は運が悪い人やなあと思う。（甲A8, 13～18, 20～23, 被告純一）

(8) 被告純一に対する刑事事件での精神鑑定

T

T

本件刑事事件につき被告純一の精神鑑定を行った[医師作成の]鑑定の概要は、次のとおりである。

ア 鑑定主文

被告純一の鑑定時及び犯行時の精神状態は、意識は清明、時間、場所等に対する見当識は良、知能もIQ76にて、正常成人並みである。しかし、慢性鑑別不能型統合失調症及び反社会性パーソナリティ障害の故に、幻聴、思考の平坦化及び貧困化、連合弛緩、感情鈍麻等の症状があり、人格崩壊に傾いている。小児的、自己中心的で人間らしい情緒や、周囲への気配り等は全くない。社会人として、単独で生活する事は不可能である。今回の外出も、しかるべき人（看護師その他）が付き添うべきであった。

被告純一の今回の犯行は、「イライラ感」を消滅する手段として、被告純一自身が選択したものである。異常体験に由来するものではない。加えて、犯行時の状況を詳しく記憶し、陳述が可能である。殺人の手段とした「包丁」も、犯行直前に合法的に入手が可能であった。したがって、被告純一の犯行時の刑事責任能力（事物の是非善悪を正しく認識し、その認識に従って正しく行動する能力）は、慢性統合失調症、人格障害の故に、正常成人と比べて、著しく劣ってはいたが、全くない状態とはいはず、有していたと診断する。

遅きに失した感はあるが、被告純一はきちんと入院治療をするべきである。そうすれば、幾分の症状の改善は可能であろう。

イ 考察内容等

被告純一は、慢性鑑別不能型統合失調症であり、発病は15歳前後と考えられる。これは、慢性の経過中に、緊張型、妄想型及び破爪型の全ての病型が出て鑑別が困難なタイプの統合失調症であり、主流としては破爪型である。発病以来、20年以上、姑息的、一時的な治療に終始し、次第に慢性に経過し、面接当時には人格崩壊に傾き、人間らしさが失われ、自己中心的で、周囲への配慮の全くない人格で人格障害になっている。ただし、被告純一の場合は、やはり統合失調症が主であり、人格障害は従たる障害である。

被告純一は、ここまで慢性化していればかなり治療に長期間を要するであろうが、入院治療するべきである。また、開放管理はすべきではない。

被告純一が本件犯行当時入院していた被告病院では「強迫神経症」との診断もなされているが、被告純一は強迫神経症ではない。神経症というのはいずれ必ず治るものであり、20年も神経症に罹患している患者をみたことがない。被告純一は、膝の上を両手でこする行為を繰り返すなどを強迫神経症であるからだと説明していたが、強迫行為は統合失調症の

症状の一つでもある。これまで、被告純一が診察等を受けた病院で「強迫神経症」という診断がなされていたことがあるが、これは被告純一の父親が世間体を気にして分裂病という診断名を嫌ったからだと思う。被告純一は、「自分が煙草を吸うのを邪魔しようとしている」と思ったというが、これは被害・関係妄想であって、統合失調症の症状の一つとして説明できる。イライラ解消の手段として全く無関係の被害者（亡真木人）を殺害したのは、統合失調症の基本的な症状が「思考、知覚、感情の根本からの奇妙な歪曲」であり、そのような思考をするのが統合失調症であったからということになる。イライラを解消する手段として殺人という方法を選択したこと、殺害対象として全く無関係の亡真木人を選んだのは、被告純一が慢性鑑別不能型統合失調症で、緊張型統合失調症の症状も現れたからであり、殺人行為まで決意するに至ったのは反社会性パーソナリティ障害も影響を及ぼしていると思う。ここまで慢性の統合失調症になると、完全責任能力ありというのは難しく、心神耗弱と判断する。

(9) 本件刑事事件

高松地方裁判所は、平成18年6月23日、被告純一は確定的殺意に基づき本件犯行を行ったものであり、事理弁識能力や行動制御能力を欠く状態にまでは至っていなかったが、それらが著しく減弱していた心神耗弱の状態にあったと認定した上で、被告純一を、殺人及び銃砲刀剣類所持等取締法違反の罪により懲役25年に処する旨の判決をし、同判決は確定した。

同判決においては、[REDACTED]鑑定につき、人格障害（反社会的人格障害）という語の意味がやや明らかではない点（いわゆるDSM（「精神疾患の分類と診断の手引き」）の診断基準を当てはめて導き出されたものではないため、慢性統合失調症の陰性症状の内容の説明のために、DSMの用語を借用しているものと解される。）や、[REDACTED]クリニックの医師の診断を根拠として、被告純一が生来性の反社会的人格障害であるかに述べる点（[REDACTED]クリニックの

医師による「境界性人格障害」という診断は、被告純一を直接診察せずになされたものである上、境界性人格障害と反社会性人格障害は、同じB群の人格障害に分類されているものの、その内容は相當に異なるものである。)を除けば、特に疑問を抱かせるような点はない旨指摘されている。

また、同判決は、被告純一の症状につき、同人の診療録によれば統合失調症と診断されたのは平成11年になってからであるが、関係証拠によると、その診断の根拠となった症状は、通院を開始した昭和58年直後頃から認められる症状と同様のものといえること、統合失調症と診断されなかった最大の理由は、明確な妄想の存在が認められなかつたことにあるといえるところ、これは破爪型の統合失調症であることを否定するものではなく、現に、昭和63年の時点で既に統合失調症を疑い、人格崩壊の途中にあると感じていた医師もいることに照らすと、被告純一が、いわゆる不登校となつた直後の15歳頃から統合失調症に罹患していたもので、強迫神経症との診断は誤りであるとする^T鑑定の立場は正しいとしている。(丙1)

(10) 被告渡邊の供述等

ア 本件刑事事件での供述内容

被告渡邊は、平成17年12月7日及び同月8日、警察官の取調べにおいて、被告純一の症状等につき、概要、次のとおり供述した。(甲A31、丙5)

被告純一の病名は統合失調症と強迫神経症である。支離滅裂な会話をする連合弛緩はみられないものの、幻聴や思考奪取の症状があつたことから、私自身も被告純一を統合失調症と診断している。強迫神経症は、何かに対して不安を抱くと、それが気になって仕方なくなり、他のことが手につかなくなつて日常生活に支障を來すようになる病氣であり、被告純一の場合は特に「不潔に対する強迫観念」が顕著に認められた。平成16年10月の看護師に対する暴行の原因も不潔に対する強迫観念の表れであり、これ

以外にも、母親に対して「部屋が汚いから掃除しろ。」などとしつこく暴言を吐いたりしていたことを聞いており、被告純一の強迫神経症は明らかであった。統合失調症と強迫神経症は精神医学上別個の病気であるが、被告純一の場合、強迫神経症は統合失調症の圈内のものと判断している。

ムズムズ感等については、薬の多用は良くないので何とか投与しないようしようとしても、被告純一は絶対に聞き入れず、毎日のように同じ訴えをするから、仕方なく薬を投与したり、場合によっては薬でも何でもない生理食塩水を注射したりしていた。

過去に被告病院でも暴力沙汰を起こしそうになったのは事実であるし、被告純一の家族からも「[REDACTED]クリニック（注・[REDACTED]医院）へ通院している途中で、止めてあつた自転車を蹴り倒したりした。」という話も聞いているから、被告純一に暴力的な素養が全くないとは言えないことは事実であるが、それでも被告純一を開放病棟での治療とし、外出を認めていたことについては、これまでの診察状況からは間違いではなかったと考える。

イ 本件訴訟における供述内容

被告純一に対する診断は当初より統合失調症である。不潔恐怖については強迫症状として捉えており、この症状は前主治医である[REDACTED]医師の診療録にも記載されているが、最終的に強迫症状を有する統合失調症として治療した。

ICD-10での人格障害の診断ガイドラインによれば、人格障害は「他の精神科的障害に直接起因しない状態」という要素があるとされており、統合失調症の病状としての行為、言動、発言などの可能性があれば反社会性パーソナリティ障害との診断はできない。また、DSM-IVによれば、「人格障害は安定し長期間継続すること、その様式が他の精神疾患の表れや結果で説明されない」ことが診断の要素であるところ、被告純一の

過去の暴行（被告病院入院後に看護師に殴りかかろうとした行為）は突発的であり長期継続的でなく、またそれは妄想や幻聴などの統合失調症の症状のための異常行動と考えられ、明らかに精神疾患の表れであるので、当該基準によつても反社会性パーソナリティ障害との診断を下すことはできない。被告純一の被告病院入院時には反社会的所見はなく、被告純一が●●●看護師を襲つた事例においても、同看護師によけられた直後に暴行を止めて自室に戻るなど、統合失調症の妄想によるものと考えるのがふさわしい症状であり、以後、入院期間中、本件犯行を犯すまで、反社会的発言や行動を全く起こしていなかつたのであり、反社会性パーソナリティ障害との診断はできなかつた。

慢性鑑別不能型統合失調症での幻聴及び妄想は、被告純一の場合、被告病院入院中も存在し、具体的には、ドアの音を誰かが意図的に立てていると考えることや、エアコンの音が人の声に聞こえること等があるが、そのことによるイライラが一貫してみられるわけではなく、大声を出したり足や手で物品を破壊する行為があるわけでもなく、部屋や廊下をじっとできずに歩き回ったり走り出すなどの精神運動興奮的症状もみられないことからすると、残遺症状としての妄想や幻聴が一概にイライラを助長させ、殺人をしたいという動機に直接結びつくとは考えにくい。（以上につき、乙A 8、被告渡邊）

2 被告病院の被告純一に対する診療、看護に関する意見

(1) デイビース意見書

甲事件原告らと親交があり、亡真木人のことも出生時から知つてゐる、英国のブリストル大学精神科名誉講師 S imon J. C. D a v i e s 医師が、甲事件原告らの依頼を受けて、西ロンドン精神健康基金司法精神医学上級指導官 S i a n M c i v e r 医師及びブリストル大学精神科講師 D a v i d C h r i s t m a s 医師と共同で作成した 2 0 1 2 年（平成 2 4 年）

3月1日付け鑑定意見書（甲A62の1，2）及び同年10月20日付け鑑定意見書Ⅱ（甲A71の1，2）であり（以下、まとめて「デイビース意見書」という。）それらの概要は、次のとおりである。

被告渡邊は、「患者の治療」と「患者の殺人衝動から市民を守る」という医師に科された二つの義務を果たさず、悲惨な結末に至らしめた。被告渡邊と被告病院は、被告純一に深刻な暴行歴があるにもかかわらず、リスクアセスメント（危険評価）も、被告純一の暴力衝動から他者を守るリスクマネジメント（危険管理）も行っていない。患者の背景情報、現在の患者の精神状態と社会的状況及び過去の行動履歴を取得して適切なリスクアセスメントを行うことは、国際的に受け入れられた精神障害診断の作業標準であるにも関わらず、被告純一の医療記録には、基礎的な精神病歴を取得した証拠がなく、これに基づいて精神状態評価試験を行った証拠もない。これは治療義務違反であり、このような精神医療は英国の現在の治療実態と明確に異なり、国際的に期待される水準に遠く及ばない。指摘すべき基本的な問題は、[A] 意見書が指摘する、殺人事件を予見できたかという点ではなく、被告病院の精神医療の水準があまりにも低劣であったために、被告純一の他害危険性という暴力リスクを削減する可能性をなくした点にあり、被告病院の運営にはシステム欠陥があって、その欠陥が被告純一に殺人をさせたことである。我々は、本件で基本的なリスクアセスメントとリスクマネジメントが行われていれば、暴力行為を実行する危険性（リスク）が極めて高い状態にあると予見できたという見解を持つ。

英国における基本的な精神科医療は、①過去のリスクに関連して、他害行為や危険行為などの行為履歴を正確に記録し、その上で家族や過去の病院やヘルスケア・サービスの記録等で履歴を補強すること、②直近に行った処方変更や精神状態の変化など、リスクを高める可能性がある現状の状況を考慮すること、③患者のリスクを亢進する可能性がある、精神病の再発症状を確

認するため、精神状態を定期的、日常的に診断すること、④上記①で確認された過去の履歴を基にして②で現在のリスク評価をし、基本的なリスクマネジメント計画を作成し、リスクが亢進して精神病の病状が再発や悪化する場合には、③の心理状態確認検査を定期的に行い、リスク水準を更に亢進する可能性がある再発兆候（病状の増悪や新しい兆候）を発見することが行われている。これは、一般の精神科病院を含む全ての精神科医師が行うべき基本的な業務要件であり、開放処遇でも同様である。しかるに、本件で、被告病院は、上記4項目の全てにおいて落第である。

被告渡邊は、被告純一が同一地域で入院治療を受けていたのであるから、他医療機関における記録入手することは十分可能であった。英國でも、精神科病院に入院した患者に他国滞在歴があることが多いため、全く制度が異なる世界中の諸国から医療記録の取り寄せをしたり、口頭で情報交換をしたりしており、諸外国（英國、アメリカ、アイルランド、カナダ、オーストラリア）でも、過去の入院記録から過去の医療履歴を取得するのが普通である。被告純一の精神病履歴を、被告純一人、父親、香川医大及び█████医院から聴取していたならば、被告純一が過去に、両親の家を焼失させた付け火、家庭内暴力を頻発していたこと、包丁を持って行った女医襲撃未遂事件、街路における無関係な他者を襲った暴行等の記録を知り得たことは明白であり、これらの情報は、被告純一に更なる暴力行為を行うリスクが高いことを示している。

我々は、被告渡邊が、本件犯行直前の平成17年11月23日に処方薬の突然の変更を行ったことにより、暴力行為歴がある被告純一の精神状態を不安定化させてリスクを一層亢進したという見解を持つ。被告渡邊は、大規模な処方変更により、抗精神病薬（プロピタン）中断による精神病症状の再発と病状悪化に伴う潜在的な暴行のリスク増大、抗うつ薬（パキシル）の突然の中止による断薬症状と興奮及びイライラ症状による暴力発現リスクの増大

という二種の危険を生じさせたにもかかわらず、被告純一の精神状態を評価するリスクアセスメント及びそれをリスクマネジメント計画に反映することを行っておらず、これは特筆すべき不作為である。精神科医師であるならば、抗精神病薬と抗うつ薬の両方を同時に中断してはならず、そして、危険性（リスク）が亢進する可能性がある時期に患者の精神状態を頻回に診断しないことがあってはならず、リスクアセスメントなしに病棟の外に出してはならない。

平成17年12月に入手可能な多くのガイドラインは、パキシルを突然中断すべきではないと忠告している。パキシルは、半減期が最短であり、半減期が長い活性代謝物質を持たないため、突然の中止は、不安、不眠、イライラ、興奮、気分・知覚障害、胃腸症状及び精神症状といった強烈な離脱症状を引き起こし、上記ガイドラインで同類の抗うつ病薬の中では突然の中止が最も危険であると特筆されている。**A** 意見書は、若年成人にパキシルを投与する場合には注意深く観察することという記載が平成18年6月に追加され、厚生労働省が抗うつ薬剤服用に伴う他害行動に関する調査を行ったのは平成21年2月で、その結果が添付文書に反映されたのは同年5月のことであるとしているが、これはパキシル服用による自殺の問題であり、本件で問題となるパキシル中止の問題は、平成17年12月より遙か前（平成15年8月）に明らかになっていたのであって、被告渡邊には、パキシルの離脱症状を考慮しない医療を行った過失がある。

(2) 西村意見書

C 医療法人の会クリニック院長である**C** 医師（精神科医師）が、甲事件原告らの依頼を受けて作成した、平成24年3月5日付け意見書（甲A63）及び同年10月20日付け意見書II（甲A70）であり、それらの概要は次のとおりである（以下、同医師作成の各意見書をまとめて**C**「**C**意見書」という。）。

A

意見書は、被告純一は「慢性の統合失調症患者」であり、本件犯行が生じた精神医学的背景には慢性期の統合失調症患者に見られる不可解な行動や衝動行為として理解するほかないと断定しており、統合失調症としたことは臨床的な所見からも納得できるものであるが、意見書の単一的で断定的な解釈は、統合失調症という病名の中に他の併存障害を埋没させることで慎重な臨床的判断の不在を不問としており、精神医学的な臨床上、疑義がある。被告純一の過去の病歴では様々な病名が付けられており、被告病院入院時の記録にも統合失調症の主症状ではない「強迫症状」の存在が明記されていて、過去に強迫神経症（強迫性障害）と診断されていることからしても、これが一過性の症状ではなく持続していたことが推測できる。また、家族関係において依存的で、感情や行動の統制能力が脆弱であり、衝動的な暴力行為が生じている。「慢性の統合失調症」と表現すると、対人交流が少なく、自閉的で発動性が乏しく、その内的な世界の把握が困難であり、そこから生じる行動も事前に把握不能というステレオタイプな印象を持ちやすいが、被告純一の場合、情緒的発達の課題と未成熟な人格形成の問題が存在していたと思われ、診断が変遷していることからしても、典型的な統合失調症とは言い難く、上記のステレオタイプな印象で解釈することは問題である。強迫神経症は、些細なことへの強いこだわりや囚われが生じる精神症状の一つであり、自身のこだわりや恐怖感、不快感を引き金に、他者への暴力が生じることが知られている。強迫神経症として症状が現れ、後に統合失調症の病状が明らかになってくることは臨床上よく出会うことであり、その両者が併存している病態も珍しくない。家庭内暴力の既往があり、強迫症状が明らかに存在するケースでは、入院の形態を問わず、他者への暴力が生じる危険性を想定することは、治療介入の基本的な注意事項の一つである。被告純一の入院時の履歴をみれば、過去の暴力事件の既往、衝動的な粗暴行動の存在、焦燥感など心理状態の不安定さによる暴力行為の出現、病的体験による被影響

体験下の行動化の可能性、家族関係内における依存欲求と暴力・衝動行為の情報など、被告純一の他害リスクを予想しておかなければならぬ情報が複数記載されており、被告純一が、衝動的な暴力が生じる可能性を予測しておくべき患者であったことが分かる。漫然とした治療や看護を続けていれば衝動的な暴力の予測は難しいが、人格形成の未熟さに起因する衝動の統制の障害と暴力の発生、強迫神経症の思考や情緒的混乱から生じる暴力、統合失調症の悪化による他害行為の発生を想定して、それぞれの臨床症状のパターンの基本的かつ丁寧な観察ができていれば、いずれかの予兆をつかむことは不可能でない。

慢性期にある統合失調症の患者の行動を予測するのが容易でない点は、
意見書が指摘するとおりであるが、慢性期であっても、暴力を含む衝動行為や陰性症状の影に隠れ目立たなくなっていた幻覚や妄想に基づく行動の表面化が生じることを想定し、より慎重な診療と評価を行わなければならない場合がある。複数の薬剤を同時に変更した場合や中止した場合は、外出、外泊のリスクの再評価、外出時の看護者の付添い、行動制限などが検討されておくべきである。自閉及び対人回避傾向の強い慢性期の統合失調症の患者は、治療的な働きかけそのものがストレスとなり得ること、社会復帰に向けたりハビリテーションもまたストレス要因となり得ることを考慮すべきであり、社会復帰への働きかけの妥当性と、その働きかけによる精神症状悪化リスクの増大は異なる次元の問題であり、リスクを軽減する対策が求められる。そして、これらのリスクを考慮した上で、リスクマネジメントに対応する治療計画と医師の診察、さらに治療計画に基づいた看護スタッフに対する観察評価の指示が作成されている必要がある。このような医療上のリスクマネジメントは、個々の医師の責任ではあるものの、病院がどのようなリスクマネジメントに対する意識を持ち、医療現場を運営しているかに依存する部分が大きい。

過去の病歴の取得、情報共有につき、他院における診療記録へのアクセスは現在でも一般的な診療として行われていないが、過去の病歴を他院から取得することが難しいからこそ、個々の医療機関は可能な限り家族や本人から、病歴や治療歴の聞き取りを行うことが不可欠である。本件では、断片的であるが暴力や衝動行為の既往について把握できており、過去の診療録や家族からの積極的な病歴聴取など行うべき診療情報収集の努力を行うべきであったのに、入手した診療情報は漫然と軽視され、暴力や他害行為のリスク対策の機会が失われたのは重大な問題である。

A [REDACTED]意見書では、抗精神病薬プロピタンの断薬後、2週間程度の効果の残存を推測しているが、症状増悪や再燃は早ければ1週間程度でも起こりうることは臨床薬理学的事実である。

パキシル（パロキセチン）は、本来、抗うつ薬であり、統合失調症の治療適応はないが、陰性症状の改善、強迫症状の改善目的で抗精神病薬と併用されていること自体は逸脱した薬物選択ではないと考えられる。一方で、パキシルは、その薬理効果において攻撃性の増強、脱抑制、衝動行為の出現などが生じることが当時でもよく知られており（平成13年12月には薬剤情報パンフレットに薬理作用が記載されるなど、製薬会社担当者や医学誌といった一般的な情報源を通じて得ることは、当時、可能であった。）、過去に突発的な暴力行為や衝動行為が確認されたケースにおいては、攻撃的行動の誘発を考慮して用いるべき薬剤ではない。

ディビース意見書では、日本の精神医療水準が国際的標準に達しておらず、その自覚が医療者に乏しい旨端的に指摘されており、本件は、法律上の判断がいかなるものであれ、日本と世界の精神医療の差を晒すものとなることは確かであり、これは医師個人の責任を超え、精神医療サービス従事者全ての問題として受け止められるべきものである。

(3) [REDACTED]意見書

D

D

元新潟大学医学部保健学科教授である[REDACTED]氏が、甲事件原告らの依頼を受けて作成した平成24年10月15日付け意見書（以下「[REDACTED]意見書」という。甲A69）であり、その概要は次のとおりである。

本件には、①精神衛生法を中心とする精神衛生行政の失策と人権上の課題、②精神科医師の診断への批判なき依存、③精神障害者は危険との国民の認識に依存した怠慢、④措置入院制度の社会防衛的運用の課題、⑤精神科医師の診断と治療効果の検証不足という問題が存在している。

また、平成17年11月1日から本件犯行までの看護記録をみると、S（Subject, 主訴）とO（Object, 所見）が多く、A（評価）とP（方針）が極めて少ない。被告純一は、薬の副作用であるアカシジアに苦しみ、足の不随意運動、イライラ感が強く、その辛さを毎日のように訴え、看護師はその事実を把握しているにもかかわらず、被告渡邊はプラセボとしての生理食塩水を筋肉注射しており、必要な治療も看護もせず、被告純一の辛さを受け止めていない。同年12月6日の外出時の様子や帰院時の様子の記録もないなど、被告病院は看護技術水準が極めて低い。本件では、精神科医師のみならず看護職員を含めた医療上の怠慢や錯誤が行われており、被告病院の治療技術水準は、国際水準と比較しても、わが国の基礎的な精神医療水準と比較しても許されないほど劣悪であることが明らかとなった。

(4) [REDACTED] 意見書

E[REDACTED]臨床心理士、精神保健福祉士、看護師、保健師、医師、精神医療ユーザー、精神障害者の家族、市民などが加わり、保険、医療又は福祉の増進を図る活動を行っている特定非営利活動法人[REDACTED]が（甲A66），甲事件原告ら、乙事件原告ら及び被告純一の依頼を受けて作成した平成24年3月14日付け鑑定意見書（以下「[REDACTED]意見書」という。甲A65）であり、その概要は次のとおりである。

平成17年12月6日の本件犯行直前、被告純一が精神的情緒的危機にあ

ったことは明らかで、タイムリーで適切な対応が必要であった。しかし、平成17年12月に入り、被告純一のイライラ感が強く、プラセボ処置が増えるなど、日常的な精神医療現場で十分把握可能なサインが出されており、主治医との面談がないことに不満を募らせていたにもかかわらず、「心の危機」のSOSサインを見逃し、適切な対応を怠った主治医である被告渡邊と被告病院の責任は大きい。

主治医の交替、突然の処方中止、漫然と重ねられる外泊、アカシジアが解消されていない中でのSST（社会生活技能訓練）への参加、イライラ感に対して対症療法的に行われる頓服薬投与やプラセボ処置など、目的が曖昧であったり計画性が乏しい対応が目立ち、一定のエビデンスに基づいた医学的、心理的並びに社会的評価が行われていない。主治医交替時点における医師間の引継事務の不徹底、退院準備の中での大きな処方変更などからも、医療従事者間の連携の不備もみられる。リスク管理のための選択と集中の前提となる健康の回復やリハビリテーションなどに関する情報の収集、分析、伝達及び共有が行われていない。

被告渡邊をはじめ、被告病院職員は、被告純一に対する無視と無関心が被告純一の苦痛をいたずらに長引かせ、不信感を強めさせ、二次的な心理社会的問題の発生や当人の自尊感情を毀損するおそれがあることに留意すべきであった。

B

(5) [REDACTED]意見書

B

[REDACTED]こころの健康センター所長[REDACTED]医師が、乙事件原告ら及び被告純一の依頼を受け、作成した平成24年2月9日付け鑑定意見書（以下「[REDACTED]意見書」という。丙12）であり、その概要は次のとおりである。

被告病院の診断に関して特に過失があったとは考えられない。薬剤投与に関しては、過失があった可能性はある。

被告純一は、慢性の統合失調症と考えられる。反社会性パーソナリティ障

害を含め、それ以外の精神科疾患、精神障害に該当するとは考えにくい。被告渡邊は、被告純一を、統合失調症の診断のもとに治療していると考えられ、この診断は適切なものと考えられる。

薬剤投与に関しても、概ね当時の一般的精神科医療のレベルから見て、過失といえるほどのものは認められない。ただし、平成17年11月23日～30日の間のどこかの時点で、プロピタン150mg、パキシル20mg、ドプス1000mgなどを一度に中止したのであれば、その中止及び中止後管理の仕方に問題はあるだろう。まず、中止の仕方については、副作用症状の程度、それによる日常生活への影響の強さ、身体的危険度及び薬剤中止に伴う危険性などによって決まってくる。被告純一のイライラの原因となっている可能性のある「頑固なアカシジア」の改善は、治療の重要性がかなり高いものと考えられる一方、これまで同様の症状が続き、しかもそれなりに入院生活が行われていた経過を勘案すれば、同症状の改善の緊急性はそれほど高いものとは思われず、薬剤を急激に中止することにより「プロピタンを中止することによって起きる精神症状の再燃」及び「パキシルを中止することによって起きる離脱症状及びうつ症状の再燃」という不利益が予想され、これらは場合によってはかなり重篤なものとなる可能性がある。特に本件の場合、被告純一のイライラが、薬剤惹起性のアカシジアによるものなのか、それとも統合失調症の症状としての慢性のイライラなのかを主治医としても迷いながら薬剤調整しているはずであり、通常であれば、アカシジアに最も関与が疑われるプロピタンをまず漸減・中止し、その後にイライラの経過を見ながらパキシルの漸減・中止に進むのが標準的と考えられる。数種類の薬剤を一度に中止している点は、やや性急に過ぎるきらいがあり、配慮不足とみなされても仕方ない。薬剤中止後の管理については、被告渡邊は、急激な薬剤中止後の患者の病状変化を十分に把握するだけの診察ができていなかった可能性がある。

任意入院中の患者の行動制限は、きわめて慎重に判断されるべきものであり、行動制限をするに値する明らかな症状、問題行動、危険性などが存在することが確認された場合は、患者に十分説明した後、行動制限を行うべきであり、患者の納得が得られない場合には、適切な入院形態への変更も考慮されるべきであり、家族を含めて治療方針、治療枠の確認を行うことが必要である。わが国の精神科医療の特性を踏まえれば、診察頻度が週に1回程度というのはそれほど特別なことではなく、そう頻回に主治医診察を求めることはあまり現実的ではないが、本件の場合、平成17年11月23日に主剤であったプロピタンを含め、複数の薬物を一度に中止したすぐ後の時期であり、また、同年12月2日及び3日には病棟看護スタッフが被告純一の病状変化に気付いていた可能性があり、もし、仮に（乙事件原告ら及び被告純一が鑑定依頼にあたり設定した条件である）「数日前から被告純一が被告渡邊の診察を希望していた」のであれば、やはり主治医としてはその数日の間に診察する時間を作るべきであったろう。

(6) A 意見書

千葉大学社会精神保健教育センター教授である [REDACTED] 医師（以下「[REDACTED] 医師」という。）は、被告以和貴会及び被告渡邊の依頼を受け、平成 23 年 7 月 29 日付け鑑定意見書（乙 B 15），平成 24 年 8 月 6 日付け鑑定意見書Ⅱ（デイビース意見書，[REDACTED] 意見書，[REDACTED] 意見書，[REDACTED] 意見書）**B**，**C**，**D**，**E**，**F**、**G**、**H**、**I**、**J**、**K**、**L**、**M**、**N**、**O**、**P**、**Q**、**R**、**S**、**T**、**U**、**V**、**W**、**X**、**Y**、**Z** 意見書等を踏まえた追加意見。乙 B 18）及び同年 12 月 17 日付け鑑定意見書Ⅲ（デイビース意見書，[REDACTED] 意見書等を踏まえた追加意見。乙 B 20）を作成した（[REDACTED] 意見書）。それらの概要は、次のとおりである。

本件は、平成17年12月6日までに被告病院において被告純一に行われた医療行為に過失があったか否か、すなわち、結果予見義務・結果回避義務違反があったか否かがまず問題となり、過失があった場合には、過失と亡真

本人の死亡・殺害との間に因果関係があったか否かが問題となる。過失につき、本件で問われている問題の本質は、一般の精神科病院である被告病院における精神科医療が、本件犯行当時の一般的な精神科医療の水準からみて適切なものであったかという点に集約できる。

被告病院における平成16年10月1日以降の入院記録を見ると、同月21日に看護師に殴りかかった暴力事件を除けば、被告純一には、不穏・興奮や攻撃性の亢進などを窺わせるような病状の変化や悪化を認めることはできない。被告病院における他害行為のおそれのある状態にある入院患者に対する治療・対応は、一般精神科病院としては適切かつ妥当なものと考えられる。看護記録を詳細に検討してみても、時に表情の硬さや険しさなどの記載はみられるものの、幻覚・妄想などの陽性症状の悪化やそれに基づく行動の異常などは観察されないまま経過し、各種の心理社会的療法に参加してはいたものの、病棟内では基本的には無為・自閉の生活で、時折アカシジアの訴えがあるものの、対人接触を嫌う傾向が明らかであり、統合失調症の陰性症状は重篤であったことが窺える。統合失調症の陰性症状が重篤であるにもかかわらず、被告病院では、被告純一の社会復帰を目指して作業療法、社会生活技能訓練、退院教室、金銭管理トレーニングなどの心理社会的療法が積極的に提供されており、医師、看護師、作業療法士などがチームのように積極的に被告純一の治療に取り組んでいたことが窺える。

欧米においても、患者の過去の他害行為に関する情報は、その患者の将来の他害行為のリスクを評価するための最も重要な情報であり、英国においては、患者の居住地域によって担当する精神科医療機関が明確に決まっていて、患者がどのレベルの治療を受けている場合でも、患者の医療提供の責任を持つチームが明確化され、レベルの異なる治療を行き来する場合でも、それぞれのレベルの治療を担当するチーム間での情報交換や意思疎通がスムーズで、患者の過去の治療情報を入手することにも大きな困難は生じない。これに対

し、我が国においては、受診してきた患者本人やその家族から生活歴や病歴を聴取し、診断・治療を行っていくのが精神科臨床の通常である。被告純一のように、他の医療機関から紹介された場合には、その医療機関からの診療情報を得ることはできるが、その多くは受診時に患者等が持参する紹介状によってであり、紹介元の医療機関に病歴の詳細などを改めて確認することはほとんどない。個人情報保護を重視する近年の趨勢では、かりに医師が患者の治療や処遇を決定するために重要と考えられるような情報であっても、他の機関が保持する情報にアクセスすることは容易でなく、被告病院が紹介元の医療機関に対して、過去の他害行為に関する情報を得るような努力をしていないことは過失とはいえない。

一般に、統合失調症に罹患している患者の他害行為は、急性期の幻覚・妄想状態や精神運動興奮状態で行われることが多いことはよく知られた事実である。しかし、本件犯行は、幻覚・妄想などの病的体験に影響された犯行とはいえず、また、精神運動興奮状態や緊張病状態で行われたものでもなく、仮に熟練した精神科医が診察していたとしても、その精神症状の変化を察知することは困難であったと考えられる。

平成17年11月23日からプロピタンの処方を中止した点については、アカシジアに対する治療として、平成17年12月当時の一般の臨床精神科医が検討すべき治療法のほぼ全てが試されていたと評価でき、そうした努力にもかかわらず被告純一のアカシジア症状が改善しないこと、それまでの被告病院における被告純一の症状に対する医学的評価や看護観察の結果を総合して被告純一の精神症状が安定していることを見極めた上で、プロピタンの中止を行ったものと推測される。厚生労働省の重篤副作用疾患別対応マニュアル・アカシジア（乙B17）に、アカシジアの判断が難しい場合は積極的に疑わしい薬剤の減量や中止を試みることも大切であること、脳内のドーパミン受容体の遮断作用は抗精神病薬中止後もしばらくの間継続することが知

られており、プロピタンの服用が中止されて2週間が経過した本件犯行時点においてもその薬効が残存していた可能性は十分あることからして、プロピタンの処方を中止した点に過失はない。

C [redacted] 意見書におけるパキシルに関する指摘については、現在の精神科医療においては常識といつてもよいものと思われるが、こうした攻撃性や衝動性がどの時点から精神科医療における常識となっていたかについては検討を要する。わが国の医学論文においてパキシルの副作用に関する報告が行われるようになったのは平成13年以降のことであるが、その添付文書に「投与中止（特に突然の中止）により、めまい、知覚障害（錯覚、電気ショック様感覚等）、睡眠障害、激越、不安、嘔気、発汗等があらわれることがあるので、突然の投与中止は避けること。投与を中止する際は、徐々に減量すること。」という記載がなされたのは平成15年8月であるものの、「若年成人（特に大うつ病性障害患者）において、本剤投与中に自殺行動（自殺既遂、自殺企図）のリスクが高くなる可能性が報告されているため、これらの患者に投与する場合には注意深く観察すること。」という記載が追加されたのは平成18年6月であり、厚生労働省が抗うつ薬服用に伴う他害行為に関する調査を行ったのは、平成21年2月であり、その結果が添付文書に反映されたのは同年5月のことであって、こうした経緯を考えると、平成17年12月6日当時に、最先端の医療知識に接する機会の多い大学病院の医師でもなければ[redacted] 医師のように臨床精神薬理学を専攻していたわけでもない被告渡邊に、パキシルの投与と他害行為のリスクに関する知識がなかったとしても、そのことだけで過失があったとまでいふことはできない。パキシルの副作用に関する知識や被告病院の治療・看護の水準が、平成17年12月6日当時の一般の精神科臨床における医療水準と比較して妥当であったか否かという点については、精神医学的見地からの評価を示すならば、精神科臨床の一般的水準を逸脱するものとは言えないと判断する。

精神障害者に対してレキソタンを含むベンゾジアゼピン系の抗不安薬を処方する場合には、奇異反応（パラドックス反応。本来、鎮静効果のあるベンゾジアゼピン系薬剤を使用したにもかかわらず、逆に気分が高揚し、易怒的、攻撃的となる現象。）についても念頭に置くことが必要であるが、奇異反応は用量依存性に生じる現象ではないから、平成17年11月23日にレキソタンを增量しても奇異反応が生じることはないと考えられ、実際、記録を分析しても、奇異反応と思われるような行動は観察されていない。

アキネトンに変えて生理食塩水を筋肉注射した点については、被告純一の訴える「手や足が動かされる」という症状が抗精神病薬による副作用であるアカシジアであるのか、それとも統合失調症の精神症状によるものなのかを鑑別する目的で変更したものであり、医師の裁量権の範囲内と考えられる。平成17年12月4日の被告純一の様子からは、生理食塩水に代えてアキネトンの筋肉注射を考慮してもよいのではないかと考えるが、アキネトンの筋肉注射をしなければ過誤になるというものではない。

デイビース意見書で述べられている被告純一に関するリスクアセスメント、リスクマネジメントについての意見は、被告純一の治療が英國の精神科医療機関で行われたのであれば、当方としても同様の結論に達するものであるが、平成17年12月時点のわが国的一般精神科医療の水準からすれば、被告純一に関する処遇には特に問題がないと考えられ、本件犯行を事前に予測することは不可能であると言わざるを得ない。任意入院患者についても、病状を踏まえてリスクアセスメント、リスクマネジメントを行うべきとの指摘は同感であるが、そのことは、平成17年12月6日時点はもとより、現時点の精神科臨床においても一般的な知識となっているかというと、残念ながらそのような水準には達していないのが現状といえる。

- 3 爭点(1)（被告病院、被告渡邊による治療上の過失、看護、監督義務違反の過失の有無）について

(1) 治療、看護、監督上の注意義務について

被告病院のような精神科病院における患者に対する治療、看護、監督上の注意義務の内容を検討すると、統合失調症等の精神疾患に罹患している患者であっても、その罹患の一事をもって直ちに他害行為に及ぶおそれがあると速断することはできないが、他方で、精神疾患は人間の行動を司る精神作用に異常を来すものであり、ことに統合失調症にあっては、前記1(1)アの認定事実のとおり、幻覚や妄想等を伴う結果、自傷他害に至ることもあり得るところである。そこで、精神科病院の管理者、医師、看護師等の医療従事者は、精神障害者が他害行為を行うことがないよう、当時の医療水準に照らして社会通念上要求されるところに従って患者に対する診断を行い、その動静に注意し、入院患者の病状に内在する危険を把握・予見した上で治療行為を行うことに加え、他害行為が発生する危険性を把握・予見した場合には、その危険性に応じた診察、治療、処遇を行う注意義務があると解するのが相当である。精神保健福祉法が、精神障害者の保護等の観点から、精神科病院の管理者が入院中の者に対して必要な行動制限を行う権限（同法36条1項）など、必要な権限を付与していることも、精神科病院の医療従事者が上記注意義務を尽くすことを前提にしたものと解される。もっとも、精神障害者をいわゆる閉鎖病棟の厳重な保護の下に置くことは、人身の自由をはじめとする基本的人権の重大な制限を伴うものであり、社会復帰の促進の観点からも、精神障害者に対する開放処遇の理念は最大限尊重されなければならない。また、精神障害者に対する治療は、医師の当時における前方視的な専門的判断に委ねられ、患者の状態も患者に応じて様々であり、治療方法の選択肢が複数存在するのが通常であることからすると、当該医療措置が過失と認められるのは、当時における前方視的な判断として、医師の裁量に委ねられた範囲を逸脱した場合に限られるというべきである。

そこで、上記の観点に従い、被告病院、被告渡邊の被告純一に対する診断、

治療、看護、監督面に注意義務違反が認められるかを検討する。

(2) 統合失調症を的確に診断できなかった過失の有無について

本件犯行前の被告純一の精神症状については、平成16年10月ないし平成17年1月の臨床所見において、「『おちつかんなと言うと、おちつかんやろおちつかんやろ、おちつかんやろ』ときこえ」たり、「ボクが言った事に返事をするような声」がしたりしたという、自身の行動に注釈を加えるような幻聴が存在していたことが認められること（ICD-10の診断基準③、DSM-IVの診断基準a ①該当），思ったことが声になる考想化声や「TVが自分のこと言う」と考想奪取や思考伝播の可能性が高い訴えが認められたこと（ICD-10の診断基準①、DSM-IVの診断基準a ①該当）、「本屋でわざと他人が自分のそばに来る」との訴えや、盗聴されている旨の訴えがあり、被害妄想が存在していたこと（DSM-IVの診断基準a ②該当），平成16年10月26日に閉鎖病棟で隔離解除となった後に閉鎖病棟の一般室への移動を指示された際に拒否して個室を希望したこと等から、被告純一が孤立、自閉的であり、他者との接触を嫌う傾向があるといった陰性症状が認められていること（ICD-10の診断基準⑧、DSM-IVの診断基準a ⑤該当），中学校2年時から不登校となり、仕事についても短期間で退職となるなど、社会適応ができていなかったこと（ICD-10の診断基準⑨、DSM-IVの診断基準b 該当）からすると、統合失調症に罹患していたものと認められる。これは、臨床所見を検討した[A]意見書、[B]意見書及び[C]嘱託意見書とも共通しており、被告純一の精神症状を慢性鑑別不能型統合失調症及び反社会性パーソナリティ障害と結論づけた[D]鑑定も統合失調症の存在自体は肯定していて、概ね同様といえる。

そして、上記1(6)の認定事実によれば、被告純一に対しては、平成16年10月1日の被告病院入院時に当時の主治医であった[E]医師により、統合失調症との診断がなされており、症状についても、「思考伝播、思考吹入、

「関係妄想」といった ICD-10 の統合失調症（F20）の診断基準①の考想化声、考想吹入、考想伝播に該当する症状が記載されていて、被告純一を統合失調症と診断できていたことが認められる。平成17年2月14日に被告純一の主治医となった被告渡邊も、[REDACTED]医師の上記診断を踏まえた上、同日及び翌日である同月15日の診察を通じて、被告純一に幻聴や思考奪取が認められるとの判断を行っており、これは ICD-10 の統合失調症の診断基準①の考想奪取や、③の幻声に該当するものである上、統合失調症に対する抗精神病薬であるトロペロン又はプロピタンを主剤とする方針が示されており、その後の作業療法や社会復帰訓練の指示においても被告純一の診断名を統合失調症と記載していること（乙A6の平成17年3月25日及び同年10月31日の作業療法指示箋）からすると、被告純一に統合失調症が認められるとの診断を行っていたと認められる。

C この点、[REDACTED]意見書は、被告純一を統合失調症とすることに同意しつつも、典型的な慢性の統合失調症と異なり、過去に強迫神経症が認められ、情緒的発達の課題と未成熟な人格形成の問題が存在していたことが重要であり、家庭内暴力の既往があって強迫症状が明らかに存在するケースでは、他者への暴力が生じる危険性を想定すべきと指摘する。しかしながら、本件において被告渡邊や[REDACTED]医師は、被告純一の診断につき、不潔恐怖を強迫症状として捉え、最終的には強迫症状を有する統合失調症として治療しており、単純に慢性の統合失調症のみとしていたわけではないから、被告純一に対する統合失調症の診断内容自体に過失があるとは認められない。

甲事件原告らは、被告純一は F20.0 妄想型統合失調症、F20.1 破爪型統合失調症及び F20.2 緊張型統合失調症の全ての要素を内包した F20.3 鑑別不能型統合失調症で、その症状は破爪型主流の慢性統合失調症であったにもかかわらず、被告渡邊は、被告純一の主症状である F20.1 破爪型統合失調症を病前の性格・元来の気質と判断間違いで見逃し、あた

かも被告純一が寛解状態にあったかのごとく主張を展開し、結果として統合失調症を的確に診断できなかった重大な過失がある、その証左に、被告渡邊の診断内容に関する供述は変遷しているなどと主張する。しかしながら、かかる病型分類に応じた薬物療法の内容が定められているわけではなく、被告渡邊が被告純一の統合失調症を診断できていたことは上記のとおりである。また、被告渡邊は、本件刑事事件での供述においても、強迫神経症を併有する統合失調症であることを前提に供述を行ったものであって、本件訴訟における供述（乙A8、被告渡邊）と比較して、被告純一の病状に関する供述の実質的内容に変遷があるとは認められず、被告純一の統合失調症が寛解状態にあるとの認識で行ったものとはいえない。

したがって、被告渡邊に、被告純一の統合失調症を的確に診断できなかつた過失があるとは認められない。

(3) 反社会性パーソナリティ障害を診断できなかつた過失の有無について

上記1(6)イの認定事実によれば、被告純一は過去に、自宅に付け火をする（ただし、放火の意図があったかまでは証拠上不明である。）、近隣の家の鳥骨鶏が攻めてくるとして怒鳴り込む、香川医大通院中にバック内に包丁を入れて同病院に赴く、[REDACTED] 医院通院中に胸倉の掴み合いをしており、被告病院入院後も、看護師が注射器を洗っていると勘違いして襲いかかろうとしたことが認められる。[REDACTED] 鑑定は、これらの事情から、被告純一が慢性鑑別不能型統合失調症に加え、反社会性パーソナリティ障害であったとするものである。

そこで検討するに、被告純一が近隣の家に怒鳴り込んだのは、そこで飼育されている鳥骨鶏が攻めてくると考えたからであり、香川医大に包丁を持参した点も、被告病院入院中に香川医大の担当医であった[REDACTED] 先生と結婚できるか質問していることも踏まえて検討すると、人格の問題というよりは、統合失調症の幻聴、被害妄想、関係妄想、恋愛妄想などの病的体験に影響さ

れた他害行為とも考えられる。被告病院の[REDACTED]医師が平成16年9月21日に聴取していた「強迫が目立つ」「母にも強要」「妄想3+で暴力、隣家までどなり込んだり転居したり」「[REDACTED]医院 駐車場～医院までの間 歩行者or自転車の人を押し倒おす」「後は大げんか」「父母が2人で攻めてくる」「隣のニワトリが自分に対して鳴いてくる」「隣の人がニワトリを使って自分へ悪口も」などの内容も、隣家に怒鳴り込んだ点は粗暴性を窺わせるものであるが、大部分は幻聴、妄想を示す内容となっている。また、被告純一は、被告病院の[REDACTED]看護師に対する暴行以外に、被告病院内で暴力行為を行っておらず、粗暴傾向を窺わせるような特段の言動もない。さらに、被告純一は被告渡邊の突っ込んだ質問に対しては回答を回避する傾向もあった（乙A8）。そうすると、被告病院において、被告純一の反社会性パーソナリティ障害を診断するのは困難であったと言わざるを得ない。被告病院歯科での治療に当たって身体の固定のためタオルが用いられたことがあった点については、これは被告純一が治療中に身体を動かすことを防止するためであって、暴力防止のためではなく、実際に歯科の職員に対する暴力もなかったことからすると、やはり反社会性パーソナリティ障害を基礎づけるものとはいえない。

T[REDACTED]鑑定が反社会性パーソナリティ障害とする点は、DSM-IVの診断基準を当てはめて導き出されたものではなく、慢性統合失調症の陰性症状の内容の説明のため、反社会性パーソナリティ障害の用語を借用しているものと解され、統合失調症による人格変化の結果としておこる「人格障害」と、DSM-IVやICD-10が診断カテゴリーとして統合失調症とは別に掲げる「パーソナリティ障害」とを混同した疑いがあるものである（丙1、乙B15）。また、同鑑定が、[REDACTED]クリニックの診断を根拠としている点は、[REDACTED]クリニックによる「境界性人格障害」いう診断が被告純一を直接診断せずになされたものである上、反社会性パーソナリティ障害とはその内容が相當に

異なっていることからすると（丙1），その判断根拠に疑問があると言わざるを得ず，同鑑定をもってしても，本件犯行前の診断において，被告純一を反社会性パーソナリティ障害と診断できたとは認められない。

この点，デイビース意見書，**C**意見書は，過去の暴力行為の既往を聴取しなかった点を指摘しており，被告純一の過去の既往歴を全て聴取することが望ましいのは各指摘のとおりであるが，被告純一はもとより乙事件原告らがこの事情を被告渡邊に十分伝えていなかったこと（本件訴訟において被告純一の過去の問題行動に焦点が当てられた現在においても，その行動の詳細，動機については不明な部分がある。），被告渡邊は，平成17年2月14日及び同月15日の2日にわたり，被告純一の成育歴に従って過去の出来事を比較的詳細に質問していたと認められること，被告純一は被告渡邊の突っ込んだ質問に対して回答を拒否する傾向があったこと（乙A8）からすると，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，被告純一の過去の問題行動を聴取できなかつたことに過失があるとまでは認められない。

以上からすれば，被告純一に反社会性パーソナリティ障害があつたとは直ちには認められず，仮に，これが認められたとしても，被告病院に，被告純一の反社会性パーソナリティ障害を診断できなかつた過失は認められない。

(4) アカシジアの診断をCPK値で行った過失の有無について

被告渡邊は抗精神病薬の副作用である悪性症候群特有のアカシジアを否定したものであり，薬剤副作用としてのアカシジアを否定したものではなく，その後もアカシジアの症状に対する治療を行っていたことからすると，被告病院に，錐体外路症状のアカシジアの診断をCPK値で行った過失があるとは認められない。

(5) 平成17年11月23日に突然の処方変更を行った過失の有無について

ア 抗精神病薬（プロピタン），抗うつ薬（パキシル）の投与中止について

(ア) 甲事件原告らは、抗精神病薬抜きに統合失調症の治療は考えられないところ、平成17年11月22日まで処方されていたプロピタン（ただし、本件犯行の1か月前から中止されていたとの内部情報も指摘している。）により生じていた副作用は「下肢のムズムズと軽度のイライラ」だけで、プロピタン投与を中止する必要はなかったにもかかわらず、この投与を中止したことは重大な過失である、また、パキシルを同時に中断し、被告純一の自傷他害の危険性を亢進させ、その後も診察と治療的介入を行わなかつたことも過失である旨主張する。

そこで検討するに、被告渡邊が平成17年4月4日からプロピタンの処方を開始した経緯は、被告純一が、平成12年の香川医大受診時に既にアカシジア様の「足がそわそわする」と訴え、平成16年10月1日に被告病院に入院した時点でも足のムズムズを訴えていたことから、長期間にわたり抗精神病薬を服薬しているために遅発性ジスキネジアが生じているものと考え、トロペロン（チミペロン）やリスペダール（リスペリドン）といった高力価薬を使用したものの、幻覚、妄想の改善がなく、かえって光線が目に入るなどの症状が現れたことから、低力価薬のプロピタンの使用を開始したというものである（乙A1の61頁、乙A8）。そして、被告渡邊は、平成17年11月頃に、被告純一が不穏・興奮を示しておらず、精神症状が安定していたと判断したことから、プロピタンの処方を中止したものである（乙A8）。この中止の判断は、被告純一が、平成17年7月から8月にかけても足がガクガクする、勝手に動くなどの四肢の不随意運動（アカシジアの症状）を訴え、同年11月頃も毎日のようにアカシジアの症状を訴える中のものであり、慢性的に幻聴も存在していたが、その点以外の精神症状は概ね安定していたこと（甲B15），アカシジアの判断が難しい場合には、積極的に疑わしい薬剤の減量や中止を試みることも大切であるとされており（甲B1

7），プロピタンはアカシジアに最も関与が疑われるものであったこと（丙12），プロピタンの投与中止後，足が動く所見とイライラは改善していないが増悪もしておらず，イライラが酷い場合にはコントミン（クロルプロマジン），セルシン（ジアゼパム）などの与薬を行うなど他の対処法をとることとしていたこと（甲A8）からして，当時における判断として，不合理なものであったとはいえない。

(イ) デイビース意見書は，パキシルの突然の中止は不安，不眠，イライラ，興奮，気分・知覚障害，胃腸症状及び精神症状といった強烈な離脱症状を引き起こし，極めて危険であること，この離脱作用の危険性については，既に当時も知られていたはずであることを指摘し，B意見書も，通常であればアカシジアに最も関与が疑われるプロピタンの漸減・中止を行い，その後にイライラの経過を見ながらパキシルの漸減・中止に進むのが標準的であると考えられるのに数種類の薬剤を一度に中止していく点はやや性急に過ぎる旨指摘し，確かに，現時点で後方視的に評価すれば，プロピタンとパキシルを同時に中止した点は，離脱症状や，アカシジアの原因薬物の究明を困難にさせるという点において，理想的なものとは言い難い部分もある。

そこで，プロピタン及びパキシルの処方を同時に中止した判断が医師の裁量を逸脱したものかを検討するに，被告純一は，平成17年8月頃から同年11月23日までの約3か月間，ほぼ毎日のようにアカシジアの症状を訴えていたところ，薬物誘発性のアカシジアが発症した際の対応としては，①救急対応として抗コリン薬やベンゾジアゼピン系薬剤の投与を行うこと，②可能な範囲で原因薬物の減量，変更を行うこと，③仮に減量や変更が困難な場合には対症的な薬物療法を行うこととされており，本件では，①につきイライラ時の頓服薬の服用や筋肉注射が行われ，②に関しては，平成17年7月から8月に非定型抗精神病薬への変

更が試みられたが、その後もアカシジアの症状は改善されず、③に関しては、抗コリン薬であるアキネトン、β遮断薬であるアルマール、ベンゾジアゼピン系薬剤であるセルシンやレキソタンが処方されており、アカシジアに対する治療として、平成17年12月当時の一般的な治療法を既に試みていたと評価できる状況下であった（乙B15）。また、前記のとおり、被告渡邊は、処方中止当時の症状及びその後の症状についても経過観察を行っている。そうすると、プロピタンとパキシルを同時に中止したことは理想的なものとはいえないものの、雑体外路症状に対する改善の試みとして既に他の方策を相当試み、かつ、その経過観察を行っている中のものであったことからすると、医師の裁量を逸脱したとまでは言い難い。

(ウ) したがって、被告渡邊に、抗精神病薬（プロピタン）及び抗うつ薬（パキシル）の処方を中止した過失があるとは認められない。

イ レキソタンを大量投与した過失の有無について

甲事件原告らは、被告渡邊が、平成17年11月30日から、被告純一の重度強迫性障害の治療のため奇異反応が発現する危険性のあるレキソタンを大量連續投与したにもかかわらず、奇異反応に関する状況把握をしていない重大な過失があったなどと主張する。

そこで検討するに、レキソタンはベンゾジアゼピン系薬剤であるところ、ベンゾジアゼピン系薬剤には奇異反応と呼ばれる副作用があり、統合失調症等の精神障害者に使うと本来の目的とは逆の作用をして刺激興奮・攻撃性（奇異反応）が発現する危険性があること、常用量1日15ミリグラムのレキソタンが、同月23日に增量の方針となり、その後、1日30ミリグラム処方されていたことは上記1(6)の認定事実のとおりであるが、レキソタンの副作用は用量依存性に生じるものではないとされている（乙B15）。実際に、被告純一に対するレキソタン増量後の診療経過をみても奇

異反応はみられておらず、本件犯行も、その動機、経緯からすれば、数日前から風邪を引いていた中、不潔嫌悪感や幻聴、イライラ感が強まつたためであり、精神的運動興奮に対する抑制が病的に利かなくなつて惹起されたものとは認められない。また、レキソタンの常用量は上記のとおりであるが、年齢、症状に応じて適宜増減するものとされ、被告純一の当時の年齢（36歳）や、ベンゾジアゼピン系抗不安薬の薬効の速さ、抗精神病薬の増加の抑制、錐体外路症状の軽減を目的に、被告純一の当時の症状に応じて增量したことを、直ちに医師の裁量の範囲を越えた過失と評価することは相当でない。さらに、証拠上、奇異反応を明示した上で経過観察が指示されたかは不明であるが、增量後についても被告純一の症状経過につき比較的詳細な記録が残されていることからして（乙A1），被告病院が状況把握を怠っていたとも認め難い。

したがって、被告渡邊に、レキソタンを大量投与した過失は認められない。

ウ アキネトンに代えて生理食塩水を筋肉注射した過失の有無について
甲事件原告らは、被告渡邊は、抗パーキンソン薬のアキネトンに代えて、患者の同意なく薬効のない生理食塩水の筋肉注射を行い、それ以降、被告純一のアカシジアを亢進させ、更には被告純一の不安焦燥、挫折感、イライラ、医療者への不信感等を増大させた過失があるなどと主張する。

そこで検討するに、被告渡邊は、平成17年11月下旬にも訴えていた四肢の不随意運動が、抗精神病薬の副作用であるアカシジアによるものなのか、それとも統合失調症の精神症状によるものなのかを鑑別する目的で、イライラを訴えた際ににおける筋肉注射をアキネトンから薬効のない生理食塩水に切り替えて試し、効果がみられない場合にはアキネトンを使用する方針を同月22日に立て、同月23日以後、被告純一から注射の要望があつても直ちにアキネトンの筋肉注射を行わなかつたことが認められる。

しかしながら、この生理食塩水によるプラセボ（偽薬）を試みるという判断は、アカシジア様の症状を呈していても統合失調症による精神症状との鑑別が必要とされていること、アキネトンには依存性があり、同月 7 日には「アキネトン打つたら気持ちがいい。」との発言や、同月 10 日に「注射に依存傾向」と指摘されていることから、アキネトンへの依存傾向が既に生じている可能性を考慮しなければならなかつたこと、上記のとおり、被告渡邊は、アカシジアに対する治療として、平成 17 年 12 月当時的一般的な治療法を既に試みていたと評価できることからすれば、不合理であるとはいえない。

被告純一に対しては、同年 12 月 1 日から生理食塩水の筋肉注射がプラセボとして行われ、同月 2 日には「めちやくちやよく効きました。」と、プラセボの効果がある旨判定されている。被告純一からは、同月 4 日午前 0 時頃に「注射はいいです。何か薬下さい。」と訴えがあり、午後 0 時頃に「アキネトン打ってください。」として注射の希望があり、生理食塩水の筋肉注射後にも「アキネトンやろー。」と確かめる発言があり、それにもかかわらずアキネトンの筋肉注射は施行されていないが、上記のとおり、その 2 日前にプラセボ効果が窺われたこと、頻繁にアキネトンの注射を要求し、アキネトンへの依存傾向は顕著というべき状況であったことからすると、被告渡邊が、経過観察の下に、プラセボ効果や、四肢の不随意運動の原因判定を引き続き実施し、アキネトンへの依存を遮断するために、直ちにアキネトンの筋肉注射を行わなかつたことが、医師の裁量を逸脱したものとは認め難い。

したがって、被告渡邊に、アキネトンに代えて生理食塩水を筋肉注射した過失は認められない。

エ 処方変更の効果判定をしなかつた過失の有無について

医師は、患者に対して行った治療の効果を適切に評価・判定すべき注意

義務を負っており、被告渡邊は、平成17年11月23日に大規模な処方の変更を行った後についても、直接の診断や看護師からの症状報告を通じて、処方変更の効果を適切に評価・判定すべき注意義務を負っていたというべきである。

そこで、平成17年11月23日の処方変更（プロピタン及びパキシルの処方中止、レキソタンの增量、アキネトンのプラセボとしての筋肉注射など）にあたり、被告病院にこの注意義務違反が認められるかを検討するに、被告純一のアカシジアの症状やプラセボの効果については、同年11月25日に「薬が変わって手が動かなくなってムズムズがなくなった。」と述べて一時的に改善されたこと、しかし、同年12月2日に四肢の不随意運動が出現し、プラセボとしての生理食塩水の筋肉注射を受けたところ、その効果を確認できたこと、同月3日以降も体が動くなどの症状を訴えたことが被告病院の診療録や看護記録に記載されている。このように、被告病院においては、処方変更後の患者の状況につき情報収集、報告が継続されており、被告渡邊による診察も定期的になされていて、被告病院に、被告純一の処方変更の効果判定をしなかった過失があるとは認められない。

オ 以上からすれば、被告病院に、平成17年11月23日の処方変更に関する過失は認められない。

(6) 病棟の機能を無視した入院患者処遇の過失の有無について

甲事件原告らは、被告病院は公称の病院組織と日常の運営の現実が乖離しており、同病院のアネックス棟3階は、現実には認知症治療を実質的な目的とする中央棟3階の第2病棟に付属していて、このような病院機能の無視が、被告純一の根性焼きを見逃すほどの看護上の怠慢という過失を引き起こしたなどと主張する。

しかしながら、アネックス棟は、完成した当初は児童、思春期にある患者を対象としていたが、春休みや夏休みしか入院がなかつたため、その後に、

変更され、ストレスケアを主に行う病棟へと変更したものであって、専ら小児や痴呆老人を対象としたものではない（被告渡邊）。そして、被告純一に對しては認知症の治療ではなく、統合失調症や強迫神経症による精神症状の治療が施されており、この症状の有無につき診察や看護が行われたことは診療録、看護記録（乙A1）からも明らかである。被告純一は、看護師に対する平成16年10月21日の暴行事件直後は一旦、閉鎖病棟である6病棟に転棟となつたが、同月26日に暴力のおそれが減少したと判断され、一般室や施錠のない状態での保護室で経過観察を受けた後、医療保護入院に変更されることなく、任意入院を継続したものであり、3対1看護の体制の下、診察、看護を受けながら社会復帰に向けた訓練を受けるなどとしていて、甲事件原告らが主張する、病棟機能を無視した入院患者処遇の過失があるとは認められない。

(7) 被告純一の単独外出を許可した過失の有無について

ア 普段から外出を許可していた点について

(ア) 精神科病院において患者の外出・外泊許可にあたつては、患者の状態を観察して攻撃性などの症状が顕著で他害行為のおそれが認められる場合には、通行人刺殺についての具体的予見可能性がなくても、単独外出の禁止や、あるいは付添いを付ける注意義務があるというべきである。

被告病院においては、本件犯行当日のみならず、普段から被告純一の外出を許可していたところ、既に認定判断したとおり、被告純一は平成16年10月21日に岡崎看護師に対する暴行事件を起こしているが、その後1年以上にわたり粗暴行為はみられず、統合失調症やアカシジアなど錐体外路症状はみられたものの、他者への攻撃性を窺わせる言動は観察されていなかった。そうすると、被告純一を開放病棟である2病棟に任意入院させた上、普段、単独外出許可を行っていた判断が不合理であるとは認められない。

(イ) 被告病院への平成16年の入院以前にみられた、被告純一の自宅内の器物損壊行為、自宅への付け火、近隣の家への怒鳴り込み、香川医大通院中にバック内に包丁を入れて赴く、通行人と胸倉のつかみ合いをするなどの行動についても、上記(3)で認定判断したとおり、被告病院に伝えられた話の内容やその後の診療経過からして、被告病院において被告純一の異常行動を予測することは当時は困難であったと言わざるを得ず、被告病院がこれを把握しなかったことや被告純一の外出を制限しなかつたことに過失があるとはいえない。

(ウ) 甲事件原告らは、いつでも自由に外出でき、外出中か院内にいるかも確認されていないアネックス棟に被告純一を入れて自由に行動させておいたという患者管理上の過失を指摘する。

しかしながら、被告病院においては、任意入院中の患者の外出については、ナースステーションの外出簿に記載の上外出することとされていた上（乙A11〔枝番を含む〕），医師の判断により任意入院中の患者であっても外出制限を行うことは可能な体制となっており、ナースステーションには看護師が常駐していた（被告渡邊）。また、2病棟では当時、通常3対1看護が行われ、精神病患者の精神疾患の悪化には注意が払われており、定期的な巡回のほか、病状に応じて巡回もなされており、看護師が痴呆老人の介護で忙しく手が回らないという状況ではなかった（乙A9）。

したがって、被告病院の看護体制や、外出管理も含めた患者管理体制に不備があったとは認められない。

(エ) 甲事件原告らは、効果のない社会復帰訓練の一環として外出許可がされたと主張するが、任意入院はもともと社会復帰を目的にしており、証拠上、被告純一に対する社会復帰訓練に効果がなかったとは認められず、かかる見解は採用の限りでない。

(オ) また、甲事件原告らは、被告病院が措置入院又は開放病棟での自由放任との極論で病院経営を行っていたと主張するが、被告病院では、被告純一が平成16年に看護師に対する暴行を行った後、閉鎖病棟に転棟させ、その後、暴力傾向についても慎重に判断しながら、直ちに2病棟に転棟させることなく、閉鎖病棟内で隔離解除の上で一定期間経過を観察するなどしてから、暴力傾向が収まったことを確認の上、開放病棟である2病棟に転棟させるなどしており、開放処遇を原則とする理念に従つて病院運営を行っていることは明らかであって、措置入院それとも開放病棟での自由放任という極論での病院運営を行い、その結果、外出許可を行っていたとは到底いえない。

(カ) 以上からすれば、普段、被告純一の外出許可を行っていた点に過失は認められない。

イ 本件犯行当日の外出許可の点について

甲事件原告らは、被告純一に他害行為のおそれのある具体的予兆があり、被告病院はこれを見落として被告純一の外出許可を行った過失がある旨主張し、乙事件原告らも概ね同様に主張するので、検討する。

(ア) 根性焼きについて

被告純一は、被告渡邊による平成17年12月3日の診察後、本件犯行当日に包丁を購入するまでの間に根性焼きをしたものと認められるが、その具体的な時期や程度については甲事件原告らの主張を踏まえて検討しても不明といわざるを得ず、被告病院の看護師等がこれを見落としたまでは断定できない。

(イ) その他の兆候について

甲事件原告らは、被告純一の異常行動の予兆として、退院1か月前後のストレス、貧乏搖すり、喫煙所が汚いとのイライラ、足のムズムズ感、エアコンの幻聴、風邪症状、食欲不振、不眠、非常階段のドア、悪口と

の思い込みなどを指摘する。

しかしながら、被告純一の本件犯行までの被告病院における診療経過からすれば、被告純一は統合失調症による幻聴や、アカシジアなどの精神症状を訴えており、平成17年11月23日の薬剤処方変更後も、軽快、悪化の変動はあるものの、その症状の大部分は従前とほぼ大差のないものであり、事後的にみれば異常行動の予兆ということはできても、本件犯行当時、これを異常行動の予兆と捉えることは極めて困難である。

(ウ) 診療看護について

甲事件原告ら及び乙事件原告らは、被告病院が被告純一に対する診療、看護を怠り、異常行動の予兆を見落とした旨主張するが、平成17年11月23日の薬剤処方変更後にも被告純一に対する診療、看護が継続されていたことは、上記(5)エで認定判断したとおりである。

被告渡邊は、同年12月4日に、被告純一からアキネトンの筋肉注射を求められた際に、生理食塩水の筋肉注射しか行っていないが、その2日前にプラセボの効果が見られたことを踏まえ、経過観察を行っている期間内の出来事ということができ、処方変更の効果判定を怠っていたとは認められない。

また、被告渡邊は、同月3日を最後に、直接、被告純一を診断せず、本件犯行当日である同月6日にも被告純一の診断を行わなかったものであるが、風邪を訴えて発熱がみられた同月5日には内科医が診察を行っており、本件犯行当日の訴えは頭痛、喉の痛みという風邪の症状であつて、統合失調症やアカシジアの著しい増悪の所見、攻撃性の発現はみられておらず、強迫症状についても、不潔嫌惡を強めていたことを被告純一は被告病院関係者に告げていなかつたことからすると（甲A14、被告渡邊），外来診療中であった被告渡邊が、直ちに外来診療を中断して被告純一を診察しなかつた、あるいは、診療予定者の中に被告純一を加

えて被告純一を診察しなかったことに過失があるとは認められない。

(エ) 外出管理等について

甲事件原告らは、被告病院の診療、看護の懈怠を示す事実として、被告純一の外出や帰院状況を把握せず、また、本件犯行後に返り血が付着した被告純一の帰院等を見落としていたなどと主張する。

確かに、被告純一は、本件犯行後の帰院時にナースステーションの看護師に声をかけず、外出簿にも帰院時刻を記載せずに自室に戻っていることからすると、被告病院には、帰院時に厳格に確認する体制が構築されていなかったことが窺われるが、開放処遇において、帰院する患者を見逃すことのないよう必ずチェックを行う体制を構築していない限り看護体制に過失があるとまでは言い難い。帰院後に看護師が被告純一の根性焼きや衣服に付着した返り血に気付かなかつた点は、看護上、十分なものであったとは言い難いが、根性焼きの発見は、根性焼きの程度や観察方法によっても左右され、被告純一は暗赤色系の上衣を着用しており、衣服への返り血の付着も多量ではなかつたこと、長期間にわたってこれらを見過ごしたわけでもないことからすると、この点をもって、本件犯行前の患者管理体制ないし本件犯行前に外出を許可した点に過失があるとすることも相当でない。

(オ) したがって、本件犯行当日に単独外出許可をした点にも過失は認められない。

ウ 以上のとおり、被告病院に、被告純一を単独外出させた過失は認められない。

(8) 小括

以上のとおり、わが国の今後の精神科医療の在り方につき種々の有益な指摘も含む前記2の各意見書の内容も踏まえて検討しても、当時の医療水準を前提とした前方視的判断として、被告病院、被告渡邊に治療上の過失、看護、

監督義務違反の過失があったとは認められない。

4 争点(2)（甲事件原告らの損害及び額）について

本件犯行が、亡真木人及びその両親である甲事件原告らに対する不法行為に該当するのは明らかである。そこで、本件犯行と因果関係のある甲事件原告らの損害額（亡真木人から各2分の1ずつ相続した額及び甲事件原告ら固有の損害額の合計額）を検討する。

(1) 逸失利益 6871万2604円

甲事件原告らは、亡真木人の逸失利益につき、本件犯行時までの稼働状況を基礎とした上で、将来、リバプール企画などの代表者として見込まれる収入を考慮して基礎収入を3000万円とすべき旨主張するが、リバプール企画での亡真木人の収入は甲事件原告らとの収入の調整をしており、必ずしも実収入が明らかでないこと、確定申告上の所得が200万円前後にすぎないこと（甲C2の1、2の4）、将来の稼働状況について確実な保障はないことがからすると、その基礎収入は、平成17年賃金センサス男性大学・大学院卒全年齢平均賃金をもってするのが相当である。

亡真木人は、本件犯行による死亡当時、28歳であり、その基礎収入は平成17年賃金センサス男性大学・大学院卒全年齢平均賃金の672万9800円とし、就労の終期は67歳、就労可能年数は39年（ライピニツツ係数17.017）と定めるのが相当である。生活費控除率は、本件犯行までの貯蓄状況、生活費費消状況（甲C1）からして、40%と認める。

したがって、亡真木人の逸失利益は、次の計算式のとおり、6871万2604円（小数点以下四捨五入）となる。

（計算式）

$$672万9800円 \times (1 - 0.4) \times 17.017 = 6871万2604円$$

(2) 慰謝料

ア 亡真木人について 3000万円

亡真木人は、昭和52年8月20日に甲事件原告らの長男として生まれ、平成13年3月に香川大学を卒業した後、北陸先端科学技術大学院大学を中途退学し、平成17年6月から父親である原告啓司が経営する駐車場経営を事業とするリバプール企画の仕事に専念し、将来は、原告啓司の後継者として同社を背負い、ビジネスマンとして世界に雄飛する夢を持ち、また、これから家庭を築こうとしている中、平成17年12月6日午後0時24分頃、本件犯行によって殺害されたもので（甲A3の102～142頁、甲A4付属資料11頁），何ら殺害されるべき理由もないのに、被告純一によって28歳という若さで前途洋々たる人生を突然に断絶された無念には察するに余りあるものがある。

かかる事情からすれば、亡真木人の慰謝料としては、3000万円が相当というべきである。

イ 甲事件原告らの慰謝料 各500万円

甲事件原告らは、28年間慈しみ、これから自らの会社や世界で活躍することを期待していた最愛の長男を突然に失い、深い悲しみと失意、憤りを抱き、亡真木人の七回忌を迎えても亡真木人を未だに埋葬できずにいる（甲A74）。このような事情からすると、亡真木人の両親である原告啓司及び原告千恵に対しては、各500万円ずつ固有の慰謝料を認めるのが相当である。

(3) 葬祭費 150万円

甲事件原告らは、亡真木人の死亡により葬祭費を支出したことが認められるところ（甲A3），その額としては、150万円をもって相当と認める。

(4) 弁護士費用 各550万円

原告啓司及び原告千恵は、逸失利益及び亡真木人の慰謝料9871万2604円を、各2分の1の割合で亡真木人からそれぞれ相続したものである。

そして、甲事件原告らが本件訴訟提起にあたり弁護士に訴訟提起等を依頼したことは当裁判所に顕著であるところ、本件事案の性質、内容、審理経過、認容額（各5510万6302円）を考慮すると、本件訴訟と相当因果関係のある弁護士費用としては、各550万円をもって相当と認める。

(5) 上記合計

ア 原告啓司 6060万6302円

イ 原告千恵 6060万6302円

第4 結論

以上によれば、甲事件原告らの請求のうち、被告純一に対する請求については、不法行為に基づく損害賠償請求として、それぞれ6060万6302円及びこれに対する本件犯行日である平成17年12月6日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の各支払を求める限度で理由があるからこの限度で認容し、その余は理由がないから棄却すべきであり、甲事件原告らの被告以和貴会に対する請求及び乙事件原告らの被告以和貴会及び被告渡邊に対する請求については、その余の点について判断するまでもなく理由がないから、いずれも棄却すべきである。

よって、主文のとおり判決する。

高松地方裁判所民事部

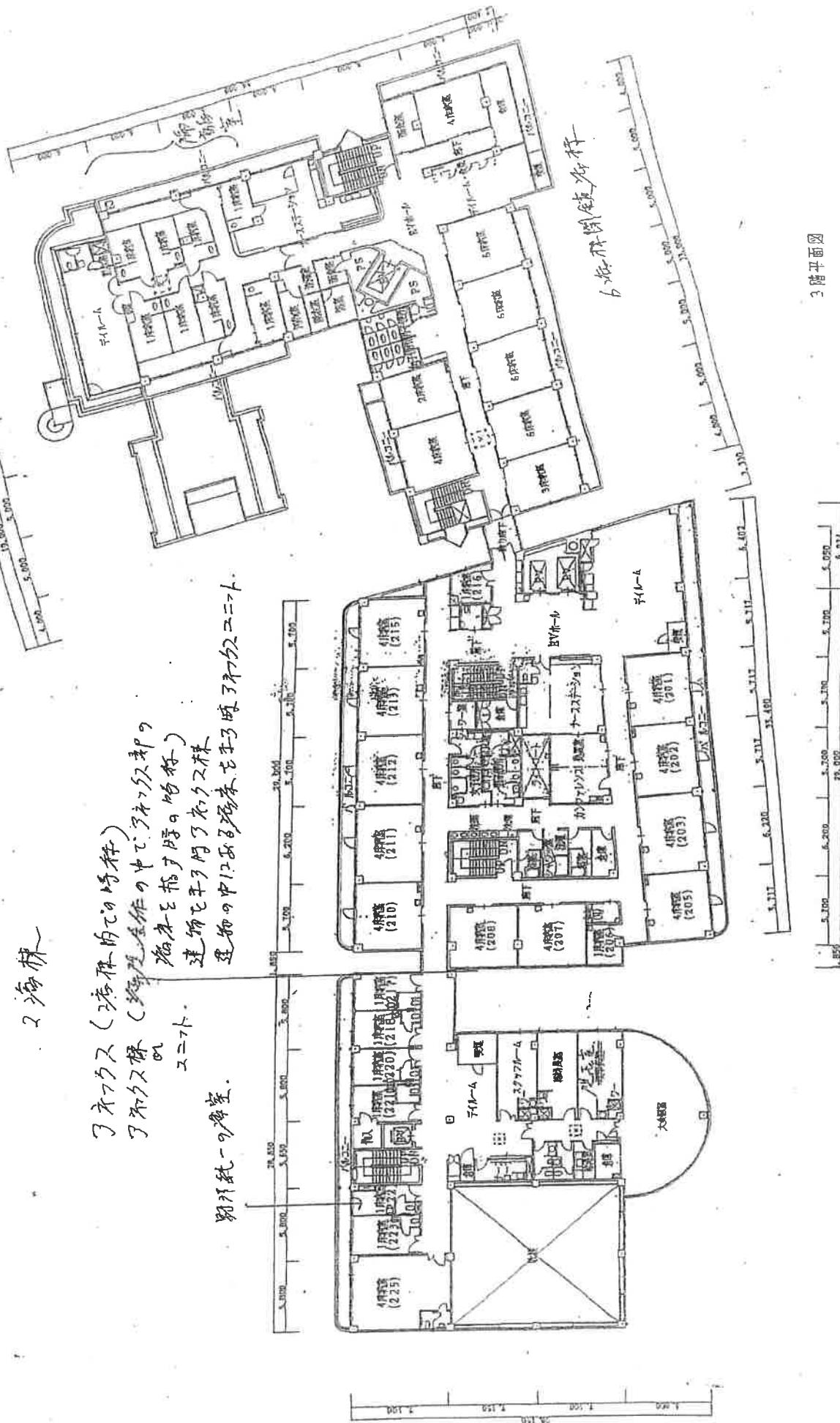
裁判長裁判官

裁判官

裁判官

[REDACTED]

(別紙1 図面)



(別紙2)

被告純一の症状、治療状況一覧表

月／日	症 状	治 療 状 況
平成16年 10／1	強迫症状ひどく、家族が困り任意入院	検査、投薬
10／4	訴えなし	入院精神療法、投薬
10／5		作業療法指示
10／13	関係妄想+、強迫行為-、強迫念慮+、不眠+	投薬
10／14		作業療法、入院精神療法、投薬
10／16	強迫念慮++、関係妄想+、睡眠良、食欲良	
10／18	強迫と関係妄想以外精神症状なし	投薬
10／21	幻覚によると思われる、職員に対する暴力 妄想状態++、時間的失見当識+	隔離開始 入院精神療法
10／22	身体の落ち着かないのが副作用か症状が明確でない	投薬、隔離継続
10／23	とりあえず落ち着いている	隔離継続
10／24	とりあえず落ち着いている	隔離継続
10／25		投薬、隔離継続
10／26	イライラ改善	投薬、入院精神療法、隔離解除
10／28	強迫観念、イライラともに改善中、構音障害+	
11／1	強迫++	入院精神療法
11／3		投薬
11／8		投薬
11／9		心理教室指示、入院精神療法、投薬
11／15	強迫はよく改善中、表情よし、関係妄想はまだ少し あるも他の精神症状なし	入院精神療法
11／17		投薬
11／20		投薬
11／25	関係妄想、被害妄想まだあり、強迫は改善中	作業療法、入院精神療法、投薬
11／29	症状は少しあるがイライラはない、比較的順調	入院精神療法
12／1	歯痛	投薬
12／2	手足の勝手な動きと共にイライラ再燃、この症状は コントミンで改善された	投薬
12／3		投薬
12／4		投薬

12/6		入院精神療法, 投薬
12/7		投薬
12/9		投薬
12/13	精神状態まあよし	入院精神療法, 投薬
12/15		投薬
12/20	今一番つらい症状は手足が勝手に動くこと、TVを見ると自分のことを言っているような気がする	入院精神療法, 投薬
12/26		投薬
12/28	手足の勝手な動きあり	入院精神療法, 投薬
12/29		投薬
12/30		投薬
平成17年 1/5	外泊中, 手はあまり動かなかった	投薬
1/6	かぜ?, 咽頭部, 頭痛あり	投薬
1/11	外泊中, 手足が動いたが, 今は止まっている	入院精神療法, 投薬
1/12		投薬
1/14		投薬
1/15	幻聴強い	投薬
1/17	始めて幻聴あり	入院精神療法, 投薬
1/18		投薬
1/19		投薬
1/20	幻聴あり, 会話自然	入院精神療法
1/24	外泊中, 幻聴あり	入院精神療法, 投薬
1/26		投薬
1/28		投薬
2/1		投薬
2/2	著変なし	入院精神療法, 投薬
2/4	幻聴は少し強くなった	
2/7	著変なし	
2/8		入院精神療法
2/9		投薬
2/14	順調	入院精神療法
2/15	(客観的) 幻聴	作業療法, 投薬
2/16	手洗い強迫	投薬
2/17		作業療法

2/20	吐き気、頭痛	注射
2/21	イライラするので手足がむずむずする、吐き気あり	投薬
2/22		投薬
2/23	足がムズムズしてじっとしていられない	投薬、注射
2/24		精神療法
2/25		精神療法、投薬
2/28		精神療法、投薬
3/3		投薬、注射
3/4		精神療法、投薬
3/7	咽頭痛、寒気を訴える	投薬、作業療法
3/8		作業療法
3/10	ムズムズは続くので注射を	注射、精神療法、投薬
3/11	アネックスの扉の開け閉めが気になる	
3/12		投薬
3/15		投薬、注射
3/16	関係念慮強い	入院精神療法
3/17	ムズムズの訴え	投薬、注射
3/18	ムズムズの訴え	注射、投薬
3/21		注射、投薬
3/24		投薬
3/29		入院精神療法、投薬、作業療法
4/1		投薬
4/4		投薬、精神療法
4/6	イライラ、ムズムズ	
4/8		投薬
4/10		投薬
4/14		作業療法
4/18	強迫観念増大、発作？	投薬
4/25		投薬
4/26		作業療法
4/29		リハビリ指示
5/2	手洗い強迫	投薬
5/9		投薬
5/10		作業療法

5/12		投薬
5/17		作業療法
5/24		作業療法
5/26		生活技能訓練
5/27		投薬
5/31	眠剤飲んで朝方足が勝手に動く	作業療法、投薬
6/2		作業療法、投薬
6/6		投薬
6/7		作業療法
6/8		投薬
6/9	午前2時～3時にムズムズして足が動く	投薬
6/11		投薬
6/12		投薬
6/15		投薬
6/16		投薬
6/17	歯痛の訴え多い	投薬、生活技能訓練
6/18		投薬
6/21	(ムズムズは) ある	投薬
6/23		作業療法、投薬、生活技能訓練
6/24		投薬
6/25		投薬
6/27		投薬
6/28	中間施設に行くようになって調子悪い	投薬、作業療法
6/29		注射
6/30	ムズムズが外泊時にひどい	投薬、生活技能訓練
7/1		投薬
7/5		作業療法
7/7		作業療法
7/8		注射
7/9		投薬
7/11		投薬
7/12		作業療法
7/13		注射
7/14		注射

7/15		投薬
7/19		作業療法
7/21	立っていると両足がガクガクする	入院精神療法、生活技能訓練
7/25		投薬
7/26		作業療法
7/28		作業療法、注射、生活技能訓練
7/29	イライラする	投薬、作業療法、注射
8/1		注射
8/2		作業療法
8/4		注射、作業療法、生活技能訓練
8/5		投薬
8/7	強迫観念、何か聞こえるのは違うこと	注射
8/9		投薬、作業療法
8/10		注射
8/11		投薬、生活技能訓練
8/12		作業療法
8/17		投薬
8/18		注射、生活技能訓練
8/19		投薬
8/23		作業療法
8/24		投薬、生活技能訓練
8/26		投薬
8/27	(ムズムズ) なくなった	
8/30		作業療法
8/31		投薬、生活技能訓練
9/5		作業療法
9/7	幻聴がかわらずある、(ムズムズ) よくなってきた	投薬
9/8	咽頭痛あり	投薬
9/13		作業療法
9/15	(ムズムズは) よくないんです	投薬
9/21	(ムズムズ) 家ではある、不潔恐怖がある	生活技能訓練
9/22		作業療法
9/24		投薬
9/26		作業療法
9/28		投薬、生活技能訓練

9／29		作業療法
9／30		投薬
10／3		作業療法
10／5		投薬
10／6	(ムズムズ) 少しだけ	作業療法
10／7	咽頭の痛み訴えは減っている	投薬
10／11		注射
10／12		注射, 投薬
10／13		注射
10／14		注射, 投薬
10／17		作業療法
10／18		作業療法, 投薬, 注射
10／19	手と足が勝手に動く	生活技能訓練
10／20		投薬
10／28	ムズムズ訴え多い	
10／25		注射
10／26		注射, 投薬, 生活技能訓練
10／27	(ムズムズ) やっぱりある	作業療法, 投薬
10／31		注射
11／2		投薬
11／3		注射
11／7	(ムズムズは) 少しましです, 思考途絶	作業療法
11／8		作業療法, 投薬
11／9		生活技能訓練
11／10		投薬, 注射, 作業療法
11／11		投薬
11／15	(ムズムズは) 出てない, 手が動いてしまう	作業療法, 投薬
11／16		注射, 生活技能訓練
11／17		注射
11／18		注射
11／20		投薬
11／22	ムズムズ訴えがあり	作業療法, 注射
11／24		作業療法
11／25		作業療法

11／30	ムズムズ訴え強い、クーラー等の音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	
12／1		作業、注射
12／2		注射
12／3		投薬、注射
12／4		注射
12／5	昨日より風邪症状（本人訴えあり）	投薬、注射
12／6	喉の痛みがあるが、前回と同じ症状なので様子を見る	

(別紙3)

被告純一の外出・外泊経過

平成16年

- ・12月4日午後3時～同月5日午後7時 外泊
- ・同月11日午後3時～同月12日午後6時 外泊
- ・同月14日午後2時30分～同日午後5時 外出
- ・同月23日午後3時～同月26日午後4時 外泊
- ・同月30日午前10時から平成17年1月3日午後6時 外泊

平成17年

- ・1月7日午後3時～同月9日午後6時 外泊
- ・同月28日午後3時～同月30日午後5時 外泊
- ・2月9日午後3時～同月13日午後5時 外泊
- ・3月4日午後4時30分～同月6日午後4時 外泊
- ・同月12日午後3時～同月14日午後5時 外泊
- ・同月18日午後3時～同月20日午後5時 外泊
- ・同月25日午後3時～同月27日午後7時 外泊
- ・4月1日午後3時～同月3日午後5時 外泊
- ・同月8日午後3時～同月10日午後5時 外泊
- ・同月21日午後4時～同月24日午後5時 外泊
- ・同月28日午後4時～5月1日午後5時 外泊
- ・同月5日午後3時～同月8日午後5時 外泊
- ・同月9日午後2時～同日午後6時 外出
- ・同月13日午後3時～同日午後5時 外出
- ・同月20日午後1時～同月22日午後5時 外泊
- ・同月27日午後6時～同月29日午後5時 外泊
- ・6月3日午後3時20分～同月5日午後5時 外泊

- ・同月 18 日午後 6 時～同月 21 日午後 6 時 外泊
- ・同月 25 日午後 3 時～同月 28 日午後 3 時 外泊
- ・7 月 1 日午後 3 時～同月 3 日午後 5 時 外泊
- ・同月 8 日午後 3 時～同月 10 日午後 5 時 外泊
- ・同月 15 日午後 3 時～同月 18 日午後 6 時 外泊
- ・同月 29 日午後 3 時～同月 31 日午後 6 時 外泊
- ・8 月 5 日午後 6 時～同月 8 日午後 6 時 外泊
- ・同月 12 日午後 3 時～同月 15 日午後 6 時 外泊
- ・同月 19 日午後 3 時～同月 22 日午後 6 時 外泊
- ・同月 26 日午後 6 時～同月 28 日午後 5 時 外泊
- ・9 月 2 日午後 3 時～同月 4 日午後 6 時 外泊
- ・同月 8 日午後 3 時～同月 10 日午後 6 日 外泊
- ・同月 14 日午後 1 時～同日午後 5 時 外出
- ・同月 16 日午後 3 時～同月 18 日午後 6 時 外泊
- ・同月 26 日午後 3 時～ 外出
- ・同月 30 日午後 3 時～10 月 2 日午後 6 時 外泊
- ・同月 5 日午後 0 時 40 分～同日午後 5 時 外出
- ・同月 7 日午後 3 時～同月 9 日午後 6 時 外泊
- ・同月 20 日午後 3 時～同月 23 日午後 6 時 外泊
- ・11 月 4 日午前 10 時～同月 6 日午後 8 時 外泊
- ・同月 11 日午後 6 時～同月 14 日午後 6 時 外泊
- ・同月 28 日午後 3 時～同月 30 日午後 6 時 外泊

(別紙4)

被告純一に対する薬剤処方一覧表（平成17年11月1日から同月22日まで）

日付	頓服薬	注射
11.1	レキソタン錠 5 5mg×3 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 プロピタン錠 50mg×3 酸化マグネシウム 2g パキシル錠 20mg タスモリン錠 1mg レンデム錠 0.25mg インスミン10 10mg ドプスカプセル200 200mg×4 ジアゼパム(5)1T×2 コントミン0.15g×2 タスモリン1%0.1g×2	アキネトン1A im
11.2	レキソタン錠 5 5mg×3 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 プロピタン錠 50mg×3 酸化マグネシウム 2g パキシル錠 20mg タスモリン錠 1mg レンデム錠 0.25mg インスミン10 10mg ドプスカプセル200 200mg×5	

	ジアゼパム(5)1T コントミン0.15g タスモリン1%0.1g	
11.3	レキソタン錠 5 5mg×3 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 プロピタン錠 50mg×3 酸化マグネシウム 2g パキシル錠 20mg タスモリン錠 1mg レンデム錠 0.25mg インスミン10 10mg ドプスカプセル200 200mg×5 ジアゼパム(5)1T×2 コントミン0.15g×2 タスモリン1%0.1g×2 ロキソニン60mg ムコスタ100mg × 2	アキネットン1A im セルシン(5) 1A im
11.4	レキソタン錠 5 5mg×1 ヒベルナ糖衣錠 25mg×1 プロピタン錠 50mg×1 酸化マグネシウム 1g パキシル錠 20mg ドプスカプセル200 200mg×3 ジアゼパム(5)1T コントミン0.15g	

	タスモリン1%0.1g (am10より外泊)	
11. 5	(外泊中)	
11. 6	(14:30帰院) レキソタン錠 5 5mg×1 ヒベルナ糖衣錠 25mg×1 プロピタン錠 50mg×1 酸化マグネシウム 1g タスモリン錠 1mg レンデム錠 0.25mg インスミン10 10mg ドプスカプセル200 200mg×2	
11. 7	レキソタン錠 5 5mg×3 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 プロピタン錠 50mg×3 酸化マグネシウム 2g パキシル錠 20mg タスモリン錠 1mg レンデム錠 0.25mg インスミン10 10mg ドプスカプセル200 200mg×5	アキネットン1A im セルシン1A im
11. 8	レキソタン錠 5 5mg×3 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 プロピタン錠 50mg×3 酸化マグネシウム 2g	

	パキシル錠 20 mg タスモリン錠 1 mg レンデム錠 0.25 mg インスミン10 10 mg ドブスカプセル200 200 mg × 5 ドブス(200)1C ジアゼパム(5)1T × 2 コントミン0.15g × 2 タスモリン1%0.1g × 2	
11. 9	レキソタン錠 5 5 mg × 3 ヒベルナ糖衣錠 25 mg × 3 プロピタン錠 50 mg × 3 酸化マグネシウム 2 g パキシル錠 20 mg タスモリン錠 1 mg レンデム錠 0.25 mg インスミン10 10 mg ドブスカプセル200 200 mg × 4 ドブス(200)1C ジアゼパム(5)1T コントミン0.15g タスモリン1%0.1g ロキソニン60mg ムコスタ100mg	アキネトン1A im
11. 10	レキソタン錠 5 5 mg × 3	アキネトン1A im

	ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 プロピタン錠 50mg×3 酸化マグネシウム 2g パキシル錠 20mg タスモリン錠 1mg レンデム錠 0.25mg インスミン10 10mg ドブスカプセル200 200mg×4 ドブス(200)1C ジアゼパム(5)1T×2 コントミン0.15g×2 タスモリン1%0.1g×2	
11.11	レキソタン錠 5 5mg×3 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 プロピタン錠 50mg×3 酸化マグネシウム 2g パキシル錠 20mg ドブスカプセル200 200mg×4 ドブス(200)1C ジアゼパム(5)1T コントミン0.15g タスモリン0.1g (18:10より外泊)	
11.12	(外泊中)	
11.13	(外泊中)	

11.14	(16:00帰院) レキソタン錠 5 5mg×1 ヒベルナ糖衣錠 25mg×1 プロピタン錠 50mg×1 酸化マグネシウム 1g タスモリン錠 1mg レンデム錠 0.25mg インスミン10 10mg ドプスカプセル200 200mg×2	
11.15	レキソタン錠 5 5mg×3 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 プロピタン錠 50mg×3 酸化マグネシウム 2g パキシル錠 20mg タスモリン錠 1mg レンデム錠 0.25mg インスミン10 10mg ドプスカプセル200 200mg×4 ジアゼパム(5)1T×2 コントミン0.15g×2 タスモリン1%0.1g×2	
11.16	レキソタン錠 5 5mg×3 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 プロピタン錠 50mg×3 酸化マグネシウム 2g	アキネトン1A im× 2

	パキシル錠 20mg タスモリン錠 1mg レンデム錠 0.25mg インスミン10 10mg ドブスカプセル200 200mg×5 ドブスカプセル200 1カプセル ジアゼパム(5)1T コントミン0.15g タスモリン0.1g	
11.17	レキソタン錠5 5mg×3 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 プロピタン錠 50mg×3 酸化マグネシウム 2g パキシル錠 20mg タスモリン錠 1mg レンデム錠 0.25mg インスミン10 10mg ドブスカプセル200 200mg×5 ジアゼパム(5)1T×2 コントミン0.15g×2 タスモリン1%0.1g×2 ロキソニン60mg ムコスタ100mg	アキネトン1A im
11.18	レキソタン錠5 5mg×3 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3	アキネトン1A im

	プロピタン錠 50mg×3 酸化マグネシウム 2g パキシル錠 20mg ドブスカプセル200 200mg×5 ジアゼパム(5)1T×2 コントミン0.15g×2 タスマリン1%0.1g×2 (18:30より外泊)	
11.19	(外泊中)	
11.20	(外泊中)	
11.21	(16:00帰院) レキソタン錠5 5mg×1 ヒベルナ糖衣錠 25mg×1 プロピタン錠 50mg×1 酸化マグネシウム 1g タスマリン錠 1mg レンデム錠 0.25mg インスミン10 10mg ドブスカプセル200 200mg×2	
11.22	レキソタン錠5 5mg×3 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 プロピタン錠 50mg×3 酸化マグネシウム 2g パキシル錠 20mg タスマリン錠 1mg	アキネトン1A im

	レンデム錠 0.25mg	
	インスミン 10 10mg	
	ドプスカプセル 200 200mg × 5	
	ジアゼパム(5) 1T	
	コントミン 0.15g	
	タスマリン 1% 0.1g	
	ロキソニン 60mg	
	ムコスタ 100mg	

(別紙5)

被告純一に対する薬剤処方一覧表（平成17年11月23日から同年12月6日まで）

11.23	レキソタン錠 5 5mg×6 ヒペルナ糖衣錠 25mg×3 酸化マグネシウム 2g レンデム錠 0.25mg インスミン10 10mg ノーマルン10 10mg ジアゼパム(5) 1T コントミン0.15g タスモリン1%0.1g	
11.24	レキソタン錠 5 5mg×6 ヒペルナ糖衣錠 25mg×3 酸化マグネシウム 2g レンデム錠 0.25mg インスミン10 10mg ノーマルン10 10mg ジアゼパム(5) 1T コントミン0.15g タスモリン1%0.1g ロキソニン60mg ムコスタ100mg	

11. 25	レキソタン錠 5 5 mg × 6 ヒベルナ糖衣錠 25 mg × 3 酸化マグネシウム 2g レンデム錠 0.25 mg インスミン 10 10 mg ノーマルン 10 10 mg ロキソニン 60 mg ムコスタ 100 mg	
11. 26	レキソタン錠 5 5 mg × 6 ヒベルナ糖衣錠 25 mg × 3 酸化マグネシウム 2g レンデム錠 0.25 mg インスミン 10 10 mg ノーマルン 10 10 mg ロキソニン 60 mg	
11. 27	レキソタン錠 5 5 mg × 6 ヒベルナ糖衣錠 25 mg × 3 酸化マグネシウム 2g レンデム錠 0.25 mg インスミン 10 10 mg ノーマルン 10 10 mg レンドルミン 1T	
11. 28	レキソタン錠 5 5 mg × 4 ヒベルナ糖衣錠 25 mg × 2 酸化マグネシウム 1g	

	セルベックス レンドルミン 1T (15:15より外泊)	
11.29	(外泊中)	
11.30	(15:35帰院) レキソタン錠 5 5mg×2 ヒベルナ糖衣錠 25mg×1 酸化マグネシウム 1g レンデム錠 0.25mg インスミン 10 10mg ノーマルン 10 10mg	
12.1	レキソタン錠 5 5mg×6 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 酸化マグネシウム 2g レンデム錠 0.25mg インスミン 10 10mg ノーマルン 10 10mg ジアゼパム (5) 1T×2 コントミン 0.15g×2 タスマリン 1% 0.1g×2	生食 1ml im
12.2	レキソタン錠 5 5mg×6 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 酸化マグネシウム 2g レンデム錠 0.25mg インスミン 10 10mg	生食 1ml im

	ノーマルン 10 10mg ジアゼパム (5) 1T×2 コントミン 0.15g×2 タスモリン 1% 0.1g×2	
12.3	レキソタン錠 5 5mg×6 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 酸化マグネシウム 2g レンデム錠 0.25mg インスミン 10 10mg ノーマルン 10 10mg ジアゼパム (5) 1T コントミン 0.15g タスモリン 1% 0.1g	生食 1ml im×2
12.4	レキソタン錠 5 5mg×6 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 酸化マグネシウム 2g レンデム錠 0.25mg インスミン 10 10mg ノーマルン 10 10mg ジアゼパム (5) 1T×2 コントミン 0.15g×2 タスモリン 1% 0.1g×2 ロキソニン 60mg	生食 1ml im
12.5	レキソタン錠 5 5mg×6 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3	生食 1ml im

	酸化マグネシウム 2g レンデム錠 0.25mg インスミン 10 10mg ノーマルン 10 10mg レンドルミン 1T	
12.6	レキソタン錠 5 5mg×6 ヒベルナ糖衣錠 25mg×3 酸化マグネシウム 2g レンデム錠 0.25mg インスミン 10 10mg ノーマルン 10 10mg ジアゼパム (5) 1T コントミン 0.15g タスマリン 1% 0.1g	