

殺人事件といわき病院の精神科開放医療

まじめに精神科開放医療を行えば殺人数は減少する！

平成 26 年 1 月 21 日

矢野啓司・矢野千恵 (inglecalder@gmail.com)

目 次

はじめに	1
1、いわき病院事件裁判の目的	2
2、サイモン・デイビス鑑定人の意見	4
A、矢野真木人殺人事件を引き起こした根源の理由は何か？	4
B、精神科開放医療と（80～90%の）殺人危険率に妥当性があるか	5
C、KM 弁護士のパキシル添付文書の無茶な解釈論	7
D、英国では精神障害者の殺人数（比率）が減少したことに関して	8
3、英国の精神障害者殺人数が減少した記録	13
A、英国で精神科医療 50 年間の経験が持つ意味	13
B、精神科開放医療を行えば殺人数の増加はやむを得ないか？	14
C、ほったらかしのいわき病院の精神科開放医療	15
(参考) 英国医学会誌 (the British Medical Journal) (要約)	16
4、いわき病院の精神科医療と患者野津純一氏	19

はじめに

精神科開放医療は、精神科臨床の基本事項を誠実に実行することで安全性が担保されるのであり、結果として精神障害者の人間解放と社会参加が促進されることになる。このことはイギリスやイタリアの実践経験によっても明らかである。

控訴人矢野はいわき病院で渡邊医師が野津純一氏に対して行った精神科医療は特殊事例であって欲しいと考えている。精神科開放医療を行えば殺人事件の発生が不可避となるものではない。閉鎖処遇を止めて精神科開放医療を導入すれば殺人数は増加するものでもない。渡邊医師が野津純一氏に対して行った精神科医療は開放医療の美名の下に、患者の過去履歴を踏まえず、薬物療法の基本を逸脱し、患者の病状の変化を適切に経過観察しない、誠実でなく、主治医として義務違反の特殊事例であった。いわき病院が行った精神科開放医療は、治療を突然中止した患者に何のケアもしないで無責任に街頭に放り出す医療であった。そのいわき病院のほったらかしの医療は、精神科開放医療とは言えないものであり、矢野真木人殺人事件を誘発した。

いわき病院代理人がこれまで取った法廷戦術を分析すれば、結審法廷の直前にいわき病院が野津純一氏に対して行った精神医療的事実に関連して裁判官の確信を大きく揺らし、原告（控訴人）の主張に疑念を抱かせる目的の主張が行われ、更には提出された文書であってもその一般的な解釈を揺るがせるような常識外の視点で論理展開などが行われた。あたかも「いわき病院側が事前の全ての議論を総括した答弁書を提出した」という前提で、「法廷が事実確認を徹底できず、また論理が混乱した判断を行う方向に誘導された」と思われる状況が、高松地裁結審時に見られた。控訴人矢野は、いわき病院側から見て、何が裁判官の事実認定を大きく左右する可能性がある驚きの証拠提出となるかを推理して、以下を提出する。控訴人矢野の願いは正確な事実に基づいた判断を裁判所が行うことである。

控訴人矢野は、健全な社会や健全な医療は正確な事実に誠実に対応することで叶えられると確信する。精神科開放医療は真面目で誠実に推進される場合には精神障害者の社会参加を促進し、合わせて安全な地域社会の実現に貢献するものである。精神科医療が着実に実行されることで精神障害者の社会参加が促進され、同時に矢野真木人殺人のような不幸な事件の発生が繰り返すことがない社会を実現することが可能となる。

1、いわき病院事件裁判の目的

①、精神科開放医療で精神障害者の社会参加の拡大は実現できる

控訴人矢野は本件裁判を「いわき病院事件裁判」と仮称する。本件裁判は医療法人社団以和貴会（いわき病院）が任意入院患者野津純一氏に行った精神科医療の結果として、平成17年12月6日に控訴人矢野の長男矢野真木人を刺殺したことが原点である。従って、市民社会における精神科開放医療が課題となる。

控訴人矢野は、精神障害者と一般市民の共存と、人間として追及できる人生の幸福と生きる意義を、本件裁判の課題として考えている。これは、実現不可能な理想論ではない。今日では精神医療技術の進歩により多くの精神障害者に実現可能となりつつある。精神科開放医療は、市民社会の安全を犠牲にするものではなく、一般市民の犠牲の上に成り立つものでもない。精神科開放医療を誠実に推進することで、精神障害者と健常者共に、安全で健全な生活を行うことが可能となる。それは到達困難な理想論ではなく、先例となる事例はイギリスとイタリアにある。

②、いわき病院医療に過失がある事実

いわき病院と渡邊医師が、今日の精神薬理学的知識を正しく理解して薬事処方を行い、患者野津純一氏の病状の変化に伴う経過観察を行い、状況を適切に観察して看護を行い、病院スタッフが有機的に機能するチーム医療を真面目かつ誠実に推進した、適切な精神科臨床医療を行っていたならば、いや、このうちの一つでもまともに機能していたならば、矢野真木人殺人事件は発生しなかった。精神科開放医療はその前提として市民に生命の犠牲を強いるものではない。

いわき病院長渡邊医師は、精神科専門医でありながら、向精神薬の知識に錯誤があり、抗精神病薬（プロピタン）とパキシル（抗うつ薬）を同時に突然中断した後に適切に経過観察を行わず、いわき病院看護師も患者の顔面を正視する適切な看護を行わず、錯誤と怠慢と不作為があった。

③、精神科病院に過失責任を認めない判例の積み重ねが無責任を助長した事実

いわき病院は、適切な精神科医療を野津純一氏に対して行わず、無為なままで矢野真木人殺人事件を引き起こしたのであり、医療者側は法的に過失責任が問われて当然である。精神科開放医療が社会に定着し社会の理解と指示を得るためには、錯誤や怠慢及び無責任という過失ある医療を行い重大な事件を発生させた者に、刑事や民事の法的責任を問うことが前提である。それでこそ精神科医療に社会の支持が得られる。

わが国では精神科医療者側に法的責任が問われることはほとんど無い。いわき病院が野津純一氏に対して行ったほったらかしで放任した医療は、「法的責任は問われない」と安住した怠慢である。医療行為に法的責任が問われなければ、責任感のある精神科医療は育たない。

④、日本の精神科医療の改革を期待する裁判

いわき病院事件裁判の直接の課題は、いわき病院と渡邊医師が野津純一氏に対して行った精神科医療の問題を明確化することである。そしてそこから、一般化できる課題が浮かび上がる可能性がある。

日本の精神科医療を、患者本位で、精神薬理学的な知識の裏付けがあり、患者の病状に則した看護を行い、リハビリテーションの効果を上げ、患者の社会参加を促進するものに改善することである。その上で、精神障害者が安心して社会参加を行えるプライマリーケアと施設などが整備され、有機的に連携される必要がある。

日本で優良な精神科医療が実現する前提は、医療機関が基準に従った資格を持つ職員を雇用し、基準に則した施設を有するなどの外見的な整備だけではない。いわき病院事件で明らかになった事実は、病院機能を担い、患者に対する精神科臨床医療で責任を負う職員が、真面目に自らの職責を遂行していなかった現実である。いわき病院事件裁判を通して、精神科医療関係者のモチベーションの向上が促進され、精神障害の治療に効果をもつ医療が誠実に行われることを期待する。

⑤、安全な市民社会をつくること

いわき病院事件裁判が達成することを期待する成果は、矢野真木人の命が奪われたことに対する報復感情の充足ではない。矢野真木人がたった1回の人生で果たせなかった人生の価値として、精神科開放医療の促進と全ての市民に敷衍する普遍的な人権を尊重する社会の実現を、矢野真木人の名の下に求めている。

野津純一氏は、いわき病院の医療でなくても、どの病院に入院しても、またどのような医療を行っていても、不可避で必然的に殺人事件を起こしたのではない。いわき病院

の渡邊医師が野津純一氏に対して行った医療に、殺人衝動を引き起こした原因があった。いわき病院と渡邊医師が今日の精神科医療が実現している水準の医療を誠実にやっておれば、野津純一氏は殺人犯になる事はなかった。

精神科開放医療の促進は、ある日突然の理不尽な死という病院外における市民の犠牲を、「精神科開放医療に付随する避けることができない必要悪」として、社会が受忍することを強いる論理が背景にあるものであってはならない。精神科臨床医療を現在の精神科医療、看護、リハビリテーション技術を活用して誠実に行うなら、患者の病状の回復と改善及び社会参加を可能とする精神障害の軽快と寛解は自ずと伴ってくる。精神障害者の多くが人間としての生きる喜びを実感できるようになれば、善良な市民としての社会参加は実現できる。そのことは他の一般市民と生活環境を共有する安全な市民社会をつくることでもある。今日では、それは達成可能な課題である。

2、サイモン・デイビス鑑定人の意見

(NM 鑑定人の意見)

この裁判を通してデイビス意見が、日本で議論されることは日本の精神科医療においてとても重要な意味を持つと思います。

A、矢野真木人殺人事件を引き起こした根源の理由は何か？

(回答)

野津氏の履歴に基づけば、病院職員に対する攻撃や、一般市民に対する危険行為など危険／危害の兆候が示されていたのであり、野津氏は精神障害（統合失調症）の病気がかかっていたと言える。

野津氏の危険性は精神状況が悪化したときに亢進した。

野津氏の危険性は投薬が突然中止された状況では特に亢進したが、本件ではパキシルと抗精神病薬の中止がそれに当たる。放火暴行履歴がある患者の場合には、抗精神病薬を突然中止すれば制御不能な行動を危機的に亢進する可能性がある。更に、パキシルを突然中止すれば、不安などの離脱症状を亢進する結果となるが、その情報は 2005 年には医療情報として一般的であった。

それ故、2005 年 11 月 23 日から 12 月 6 日の間は、既存の危険要素（暴行履歴）と喫緊の危険増加要因（抗精神病薬とパキシルと同時に中止したこと）で、野津氏の危険レベルは高進していたと言える。しかしながら、次の場合にはこれらの危機的状況が昂進したことによる事件の発生は避けることが可能であった。

- a) 野津氏に対するパキシルと抗精神病薬の 2 薬剤同時の突然中止の危険性は普通の医師であれば当然予見可能であり、薬剤処方を中止前に戻す等の対応を行うことで

病状の不安定化を避けた（通常の薬剤の知識があれば当時でも野津氏の精神状態の不安定化の予見は可能であった）場合

- b) 野津氏の病状の変化を、精神科医師(主治医に限定しない)が常時観察し、病状の悪化の程度に対応した病状管理計画が変更され実施されていた場合
- c) 上記に基づいて外出許可が見直され、医師の事前診察を外出許可の条件とした場合

野津純一氏はいわき病院で入院治療を受けていた。いわき病院が入院を受け入れ、1年2ヶ月に渡り入院を継続させた背景に、「野津純一氏は入院治療が必要だった」といういわき病院の精神科医療機関としての医学的判断があったことが大前提となる。任意入院という入院形態や、精神科開放処遇という問題と関わりなく、いわき病院が、野津純一氏の病状の変化に対応して、適切な治療対応の変更や調整がきめ細かく行われていたならば、ほぼ100%の確実性を持って矢野真木人殺人事件の発生はあり得なかった。

野津純一氏による殺人事件は、これまでも述べたとおり、本人が持っていた暴行履歴と大規模な薬剤処方変更の相互作用の結果であり、いわき病院が経過観察を適切に行わず、外出中の行動管理計画を再検討しなかったことで、野津純一氏の病院外における公衆との接触を制限する等の対応見直しが行われず、殺人の危険性を極端にまで昂進した。我々は、高等裁判所がこれらの要素を全て勘案して審議を行うものと確信する。

これらの要素は相互に関連をしており、高松地裁が行ったように個別で断片的に審議される場合には、不適切な判決を行う結果となる。自動車事故を例にして比喻を行うとすれば、時速80キロで運転していて、ハンドルを急に右に切り建物に衝突して建物前を偶然歩いていた人に大怪我を負わせた場合、危険要素は個別に検証されるべきか、それとも相互に関連させて検証すべきであろうか？時速80キロの速度は合法的〔英国では50マイル/時(=80キロ/時)は合法〕であり、ハンドルを右に切ること自体に違法性は無い、しかしながら、ハンドルを急に右に切る行為は極めて危険である。

B、精神科開放医療と（80～90%の）殺人危険率に妥当性があるか

(質問) いわき病院の意見に基づけば、「外出許可中の患者10人中7人以下の殺人危険率であれば、許可を出した精神医療機関に過失責任を問うことができない」ことになる。

- ①、80～90%の他害危険率（自傷他害行為危険率及び殺人危険率）を計測することは可能ですか？
- ②、精神科医師は80～90%の他害行為危険率であることを証明できない場合には患者の外出許可を見直すことは不可能でしょうか？

(回答)

英国の経験から申し上げれば「80～90%という殺人危険率という数字を理解することは困難である」。最初の質問で80～90%という数字は「毎回病院外に外出許可を出す度の80～90%の殺人危険率」であるのか、それとも「ある特定の期間における殺人危険率（例えば、大規模な処方変更後で患者の精神状態が不安定化していた2週間を意味する

か等)」であるのかが問題となる。もし後者の場合は、80～90%の危険率は、外出許可時の各要素に分割される（例：患者の精神状態が悪化している状況下での8～9%程度の危険率の事例が10回重なったような状況）。もしこの様なことを実際にいわき病院が主張したのであれば、確率論で期間を限定しない危険率に意味がないことを指摘する。

世界中のどの国をとっても精神障害患者による殺人は希な事象である。英国で考えれば、80～90%の危険率という数字を個別に事象で想定することは不可能であり、それが2週間の期間としてもあり得ないことである。

英国医学会誌（the British Medical Journal）〔下記、4、の（参考）に掲載〕を参照していただきたい。

<http://bjp.rcpsych.org/content/193/2/130.long>

英国（以下、全てイングランドとウェールズを意味する）では精神障害者が原因者となる殺人が年間で約40件発生している。英国の人口は約56百万人であるため、統合失調症と重症の精神障害者は1%（約56万人）と見積もることができる。従って、英国における統合失調症と重症精神障害による一人当たり殺人危険率の基礎数値は0.000071/年もしくは0.0071%/年と言える。この0.0071%/年という基礎数値を元にすれば、80～90%の殺人危険率という数値が恣意的でありかつ無意味であることが理解できる。また0.0071%/年より高い数値より高い数値は市民に対する危険率を上昇させる精神医療行為と指摘することができる。

我々は、いわき病院が不特定の期間で80～90%の殺人危険率を議論することは間違いであると指摘する。殺人基礎危険率の0.0071%と80～90%の数値には違いがありすぎる。またある特定の個人が0.0071%/年の危険率ではなく40%/年の危険率を示している場合に社会はそれを容認できるであろうか？そんなことはあり得ない。社会はその対象となる人間に何らかの対応を行うことが求められ、特にその者が精神科医療機関で治療下にある場合には、危険率を引き下げることが求められ、その最も有効な手段は当該患者が自由に外出することを制限することである。

もし個人的な殺人危険率が40%ならば、その者は市中の自由行動は許されない。その人間の殺人回避率は0.6（60%）でありかつ重複性がある場合、数回外出許可が行われるだけで殺人を回避できる危険率は13%（ $0.6 \times 0.6 \times 0.6 \times 0.6$ ）まで低下する。野津純一氏は精神症状が悪化していた長期間に渡り毎日のように外出許可が与えられていた。従って、仮に40%という低い殺人危険率であっても、野津純一氏は毎日の様に外出していたのであり、すぐに80～90%を越える殺人危険率に到達する。

毎回の外出許可毎の殺人危険率という意味であれば、そのような高い数値は考えることができない。英国ラボーン事件では短期間における5%の危険率であっても英最高裁判決で容認されなかった程である。期間を定めない80～90%の議論には意味がないことを指摘する。

(控訴人矢野、付記)

いわき病院代理人は「外出許可中の患者が殺人を行う十中八九の高度の蓋然性を証明すること」を控訴人（原告）矢野に要求したが、その要求は、統計学的な根拠が無い非現実的な要求（空論）である。そもそも、いわき病院が主張した高度の蓋然性の主張は、論理的に間違いであった。サイモン・デイビス鑑定人は統計的な論理構造の上から、あり得ないことを確認したものである。更に、デイビス鑑定人は、現実論としてもあり得ない議論であることを指摘した。控訴人矢野は、いわき病院代理人の主張はそもそも統計学的に根拠不明かつ間違いであり、いわき病院が主張した「高度の蓋然性の論理」は棄却されることが当然と考える。

C、KM 弁護士のパキシル添付文書の無茶な解釈論

(質問) KM 代理人は他害行動に関する警告はパキシル添付文書の記載事項では無いとの見解であるが、これは正しい主張か？

(回答) KM 代理人が長々と引用した症状は、不安、焦燥及び興奮である。しかし KM 代理人は私たちが指摘した以下の事項を誤解している「一般人の場合は不安、焦燥及び興奮があっても他害行動には結びつかない。ところが、重大な他害行為履歴があり精神状態が抗精神病薬を必要とする程度に不安定であると診断されている患者の場合、精神の状態を混乱させ得る変化は過去に行った危険行為を繰り返す不安定化をもたらすことになる」。従って、KM 代理人が原告の意見は間違いであると主張した事は完全な間違いである。

KM 代理人は「もしパキシル、プロピタン及びドプスの突然中止が殺人事件を引き起こすほど危険なものであれば、これらの薬剤を病状が回転ドア状態の患者に処方することは危険であり、薬剤は認可されず、処方も許可されないはずである」と述べたが、この意見は奇妙である。ベンゾジアゼピン系薬剤（ロラゼパム、ジアゼパム、クロナゼパム、等）は突然中止が極めて危険であることはよく知られており、突然中止で生命の危険性がある離脱症状を呈する。これらの問題があるにも拘わらずベンゾジアゼピン系薬剤は世界で最も大量に使用されている向精神薬である（例：英国ではジアゼパムとロラゼパムだけでも6百万件も外来処方されている）、更にベンゾジアゼピン系薬剤は全ての先進国で大量に処方されている。KM 代理人の意見は非論理的であり、意図的な歪曲と、普通に処方される向精神薬に共通した一般的な危険性に関する知識の欠如がある。精神科医は処方の際に個々の患者の治療性向を考慮して危険性を最小限にして処方する義務がある。我々の見解では、渡邊医師といわき病院は、野津純一氏という常に高い危険性を持つ患者に対して潜在的な危険性がある薬剤の処方管理を間違えたのである。

KM 代理人はパキシル中止の危険性を個別に論じた。そして、KM 氏は禁止薬剤ではなく、一般的な注意に留まるとの主張である。KM 代理人は薬剤の全体像を見なければならぬ。パキシルの突然中断を一般人に行う場合には不快感を伴うにしても危険性は無い、しかし、強い他害行為履歴を持ち脆弱性が高い精神障害者にパキシルを中断する場合に当該患者の経過観察を行わず危険性が亢進することに対して対応策を持たない精神科

臨床医療は極めて拙劣である。

(控訴人矢野、付記)

この様な無茶な向精神薬の解釈論を法廷の場で行ういわき病院の精神科医療にそもそもの問題がある。これは、いわき病院代理人の向精神薬医の薬剤承認に関連した素人論理であるが、法廷に文書を提出するに先立って、当然、いわき病院と渡邊医師は事前の同意をしていなければならない。いわき病院が文書提出をしたこと、そのことが、薬剤処方に関する知識に錯誤があったことを証明する。

そもそも、「医師は、服薬による利益・不利益とともに、薬物中止による利益・不利益を患者に、説明しておくことが大切である」。本件では、渡邊医師は患者野津純一氏に対して、複数の向精神薬の同時突然中止に関してインフォームドコンセントしていなかった。野津純一氏は「薬剤中止による不利益」を承知しないまま、外出許可を与えられていたことが、重大ないわき病院の過失である。

D、英国では精神障害者の殺人数（比率）が減少したことに関して

①（質問）何故 1970 年が精神障害者による殺人数の転換点となり、その後減少に転じたか

(回答) 1970 年代が特筆されたのは Lange M 他の英国医学界誌報告（2008 (193:130-133)の「英国（イングランドとウエールズ）における 50 年間の精神障害者の殺人」 (*Homicide due to mental disorder in England and Wales over 50 years*) に基づいている。しかし、精神障害者により行われる殺人に関して何故 1970 年代前半が転換点となったかに関して理由は確定的ではない、

この質問には複雑な要因が関係するが、精神医療・介護手法の改良が行われたことで、1970 年代から以降に殺人数が低下したとも言える。その過程は 2 段階であり、第 1 段階は 1950 代後半から抗精神病薬や向精神薬を広くに使用するようになり、特にデポ剤が開発されたことで毎日の内服薬服用に理解が乏しい患者に特に有益であったことがある。第 2 段の要因として、英国では精神病治療制度が改正されたことがある。特に 1960 年代以後の法精神医学機関の拡充が行われ、一般医師に徹底した精神医学教育が 1980 年代から行われるようになった。同時に 1980 年代に地域社会（コミュニティー）精神医学チームが設立され、1990 年代からはケア計画を推進してきた。1992 年のジョナサン・ジト事件は特筆される事件であり、それ以後は危険評価と危険管理計画が強化された。2000 年には MAPPA 手順が定められ暴力や性犯罪を行う精神障害犯罪者に対する行政機関の連携が促進され、更に薬物不正使用を行う精神病患者に対する複合診断 (dual diagnosis) 手法が改善された。

同時に、留意すべきことが一点あり、過去の 45 年間で英国社会全体で

は暴力犯罪が増加している事実がある。一般社会で殺人数が増加しているため、精神障害者による殺人比率が減少したとも言える。

②（質問）精神障害者による殺人を減少させたと考えられる英国が実行した手法や手段は何か？

（回答）

A)、向精神薬（特に抗精神病薬）の服薬改善

1950年代まで統合失調症や精神障害の薬物療法は限定的であった。最初に広く使われるようになった抗精神病薬はクロルプロマジン(コントミン)で、1953年から市中で使われるようになった。その後の11年間でクロルプロマジンは5千万人以上に処方された(McKenzie, James F.; Pinger, R. R.; Kotecki, Jerome Edward (2008). *コミュニティ医療入門: An introduction to community health*. Boston: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 0-7637-4634-7)。その後、数多くの第1世代のフェノチアジン系薬剤が開発・導入された(例: チオリダジン)や類似のハロペリドールなどのブチロフェノン系薬物が使用された。非定型抗精神病薬のクロザピンは1960年代後半に現れ難治療性統合失調症患者に大変有効であったが血液学的副作用のため市中から排除されたものの、その後、副作用監視システムが開発されて再度使われるようになった。1990年代には、他の抗精神病薬が導入された(例: リスパダール、オランザピン(ジプレキサ)、クエチアピン(セロクエル))。これらは、初期の抗精神病薬より副作用が軽減されているため、今日では主流の薬剤となっている。

初期の抗精神病薬は内服薬であったが、1960年代に注射をすれば長期間血中濃度を維持できるデポ剤が出現した(Johnson DAW. *抗精神病薬の長期活性注射に関する歴史的展望: Historical perspective on antipsychotic long-acting injections*. *Br J Psychiatry* 2009)。これらの薬剤が開発されて、毎日錠剤を服薬する必要がなくなり、2~4週間隔の注射で十分であるため患者の服薬性が改善された。

初期の抗うつ薬(アミトリプティリンやある種のMAO阻害剤)が1959年から出現し、その後の55年間で全く新しい形態のもの等沢山の薬剤が開発された。そして抗うつ薬の副作用に関する知識も増加した。しかし近年開発された抗精神病薬が必ずしも初期に開発されたクロルプロマジンより薬効が高いとは限らない。例えばアミトリプティリンは近年の薬剤と効果は同等である。ただし副作用に問題が多いのである。

この様に過去55~60年間に統合失調症等の精神病やうつ病などの精神障害治療薬に大きな進展があり、副作用に関連して大きな改善が行われた。技術の進歩により薬剤の服薬信頼度(例: デポ剤の導入など)が向上し、更に、投薬と経過観察の手法が向上したため、クロザピンは血液学的危険性であっても安全に使用することが可能となった。更に、多剤使用時に薬理的かつ薬力学的な薬剤相互作用を避ける科学的理解度も向上した。

(矢野注：上記は、いわき病院における複数の向精神薬突然中止の問題及び中止後の経過観察が適切であったか否かという問題に関連する。)

殺人を防止する為に薬剤治療が重要な理由

抗精神病薬は精神病の治療に大きな影響があり、抗精神病薬を中止すれば通常は離脱の原因となる。

英国とオーストラリアの研究 (Meehan J, Flynn S, Hunt IM, Robinson J, Bickley H, Parsons R, Amos T, Kapur N, Appleby L, Shaw J. *統合失調症殺人犯罪者： Perpetrators of homicide with schizophrenia: 英国疾病調査： a national clinical survey in England and Wales.* Psychiatr Serv 2006; 57: 1648–51. 2: Nielsens OB, Westmore BD, Large MM, Hayes RA. ニューサウスウェールズ州における精神病患者による殺人 1993–2002 : *Homicide during psychotic illness in New South Wales between 1993 and 2002.* Med J Aust 2007; 186: 301–4) で殺人の危険性を低下させる精神疾病と薬剤使用の関係が解明されている。特に、精神障害がある中で治療中断と殺人を行う頻度に関連があるとする証拠がある。換言すれば、精神障害に関連した事件既往歴を持つ患者の治療中断の期間が長ければ長いほど殺人危険性は高くなる [Large M, Nielsens O. *精神障害の治療中断期間と精神障害に基づく殺人比率に関する証拠： Evidence for a relationship between the duration of untreated psychosis and the proportion of psychotic homicides prior to treatment.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008; 43: 37–44] 。

B)、初期治療と病状管理改良による精神障害診断に係る認識の改善

i)、英国の医療全体の問題

英国の全医学生は精神障害科目の履修が義務課程となっている。英国の医師の大多数は一般開業医となる。1980年代の初頭に英国一般開業医王立大学 (UK Royal College of General Practitioners) が一般開業医志望者教育3年計画を設立し、その課程で6ヶ月間の精神科研修が定められた。英国では医療職全体として統合失調症などの重篤精神障害の治療法を習得させてきた。この結果、精神障害の治療が従前より迅速に行われるようになった。

ii)、精神科医療の問題

精神障害者による自殺と殺人に関する国立秘密調査 (2006年) によれば英国では年当たり統合失調症者による殺人は約30件あり、その内15件は精神医療機関で治療を受けていなかった。

英国では精神障害者の治療機会の拡大に各種の手法や手段を導入しており、危険性に関する情報は医療機関で共有され治療に活かされ、精神障害者個人の治療と追跡を容易にしている。

その手法は以下の通りである

1)、患者ケア計画

患者ケア計画は 1990 年代に開始された。重症精神障害者に対する精神科治療の連携体制であり、各精神障害者毎に中心調整者（連絡調整 Key Worker）が任命され、医療と社会生活に関連した問題を常時評価してケア計画の見直しも随意おこなっている。

2)、地域社会精神医療チームの機能改善

英国では精神科病院と地域社会精神医療チームの連携強化が行われ、病院から退院した患者の安全を確保している。1980 年から大規模精神科病院で生活する患者数を削減しており、精神科病院は地域医療連携チーム（地域の精神科医、看護師、ソーシャルワーカー等で構成）を設立してきた。これにより、病院を退院した患者は地域医療連携チームにより継続的な治療が維持されることになる。ケア計画では退院した精神障害者と接触を維持して病状を評価することが必須の条件である。

3)、法精神医学サービスの設立

法精神医学では精神異常の既犯者（司法との連携を維持することが条件）の評価と管理を行っており、潜在的に危険性が高く病状が悪化した患者の病状管理に関して、一般精神科医と連携を取ることになっている。英国では、地域行政区で他害の危険性が高い行動を示す患者に対応する必要が生じた場合には、法精神医学者の意見を求める手続きを取る事が通例である。

1970 年代まで法精神医学は 4 カ所の高度保安病院（イングランド 3 カ所、スコットランド 1 カ所）で行われていたが、その後の 40 年間で制度は大幅に改良された。地域中程度保安病院が設立され、1990 年代には設立が加速した。また、1983 年の精神衛生法で重要項目（第 3 項、犯罪歴がある精神障害者特例として、法廷審議の前後における治療評価の規定）が定められた。

4)、危険な違法行為者に対する多角的対応政策

性的又は暴力的確定違法行為精神障害者であって、社会の中で他人に対して高い危険度を持つ者には責任機関（保護観察、刑務所、警察等）が指定される。2000 年以降、関連機関は公共の安全を目的とした MAPPA（多機関公共保安制度：Multi-Agency Public Protection Arrangements）規定に従うことになった。この規定は、登録性違反者、暴力違反者及びその他の違反者の中で公共に対する危害危険性が高い者が対象である。MAPPA 規定では、次なる重大違法行為を行う可能性が極めて高い状況の確認と危険評価を行い、危険性を低下させるために行い得る手段などを定めている。その上で、特別管理計画を定めて違反者が行動を監視可能な特定の地域内に居住するよう定める規制（例：子供との接触規制）や定期的に担当者と連絡をとる

等の規定がある。

5)、“複合診断：dual diagnosis”に関する特別専門家

英国では（アメリカと違い）複合診断は、統合失調症などの重度精神疾病と薬物（ヘロイン、クラック、コカイン等）違反の双方に適合する者に当てはまる。薬物違反者に精神障害があれば暴力行為の危険性を高める主たる危険要素である（参照：Soyka M, *薬物誤用及び精神障害と凶暴的行動：Substance Misuse, psychiatric disorder and violent disturbed behaviour*, *British Journal of Psychiatry* 2000; 176; 345-50）。これに関連する解説は数多くある（Mullen P, *法精神衛生：Forensic Mental Health*, *British Journal of Psychiatry* 2000; 176; 307-311）。薬物は精神障害者に直接的に暴力行動を引き起こし、治療方法を混乱させることに繋がる（間接的効果）。また当該人物の個性は薬物誤用と暴力行動に関係する。暴力行動のメカニズムにかかわらず、薬物誤用は高度の暴力行動を誘因する要素であり、英国では 1990 年代以降はこの二つの問題を抱える者に対する特別機関が設立された。

6)、リスク管理政策

英国で精神医療リスク管理の優先順位を高めるきっかけとなった事件は 1992 年のクリストファー・クルニスによるジョナサン・ジト殺人事件である。その後、リスク評価とリスク管理はケア管理改革の主要素となった。過去 20 年間にリスクの評価と管理の基礎となる研究が拡大し、長期間に亘る暴力行動の危険要素と、行動結果に関連した事後調査が実施された。

英国では、地域健康機関（病院や精神保健基金）で義務訓練を受けた職員による暴力危険評価やリスク管理計画を作成している。基金の施策は一般化された危機管理手法（例：歴史的臨床危機－20 手段：the “Historical Clinical Risk -20” (HCR-20) instrument, reference: Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD (1997). *HCR-20: 暴力危険度評価 第 2 版：Assessing the risk of violence. Version 2*. Vancouver, Canada. Simon Fraser University and BC Forensic Services Commission) を用いる。英国の臨床実施ガイドラインは統合失調症患者の全てに対して危機評価手法を用いるように指導している（国立優良保健臨床研究所：National Institute for Health and Clinical Excellence. *第 1 次第 2 次ケアにおける統合失調症治療と管理の重要介入事項：Core Interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care*, NICE 2009）。2005 年の調査報告に基づけば、一般精神障害患者（入院者及び通院者）の 60% 以上の患者が定期的に危機評価を受けている（Higgins N, Watts D, Bindman J, Slade M, Thornicroft G. *普通成人精神科における暴力評価：Assessing Violence Risk in General Adult Psychiatry*. *Psychiatric Bulletin* 2005; 29:131-3.）。

③（質問） 英国ではどのような殺人死が減少したか？

（回答） 1970 年以降の精神障害患者による殺人数の低下の効果は、「親近者

殺人」より「未知者殺人」に削減効果があった。「未知者殺人」とは被害者を加害者が事前に知らなかった場合（矢野真木人が野津純一氏に殺人された状況）であり、「親近者殺人」とは被害者と加害者が事前にお互いをよく知っていた場合である。

3、英国で精神障害者殺人数が減少した記録

英国（イングランド、ウェールズ）における精神障害者の殺人に関する 50 年間の記録

A、英国の精神科医療 50 年間の経験が持つ意味

英国（イングランドとウェールズ）における 50 年間の精神障害者による殺人総数と比率の変化に関する研究は示唆に富んでいる。サイモン・デイビース鑑定人の意見は上記「2、のB」に記載してある。ここでは、英国の経験〔Lange M 他の英国医学界誌報告（2008（193:130-133）:Homicide due to mental disorder in England and Wales over 50 years〕がわが国の精神科医療に及ぼす影響を考察する。

英国では人口 10 万人当たりの精神障害者の年間殺人率が 1970 年代まで増加して 1973 年には 0.245 人／年を記録したが、2000 年以降は 0.07 人／年（3 分の 1）まで低下した。殺人総数では人口 5 千万人余の英国（イングランドとウェールズ）で 1950 年の 50 人／年から 1970 年代には 100 人／年まで増加したが、2000 年以降は 40 人／年の程度となった。英国の経験を元にすれば、精神障害者による殺人比率は一定不変ではなく、社会的な努力で削減することが可能であることが判明した。特に、英国全体では移民の受け入れなど社会構造の変化に伴い殺人総数は増加傾向がある中で、精神障害者による殺人数が減少した事実は重要である。

上述を整理すれば、以下の通りとなる。

- ①、英国では精神障害者による殺人比率が 10 万人当たり 0.245 人／年の最高値を 1973 年に記録した
- ②、2000 年に上記の数値は 0.07 人／年まで低下した
- ③、英国では 1950 年以降は上記の数値は増加して、1970 年代中期がピークで、その後低下した。
- ④、社会的背景として一般殺人数は増加のままだった
- ⑤、英国で精神障害者による殺人総数（及び比率）が減少した要因として、抗精神病薬の普及と、精神医療施設の拡充、プライマリーケア等の社会復帰施設の整備及び精神医療知識の普及がある。論文報告者の Matthew Large, FRANZCP は、以下の精神医療関係の改善と改革の効果の特筆した。

- 1)、抗精神病薬の開発と普及促進
- 2)、精神科医療でプライマリーケアの拡充と医療関係者の精神医療知識の普及

この事実は、精神科開放医療が着実に実行されている場合には、精神科開放医療を促進しても精神障害者による重大犯罪は増加せず、むしろ減少したことを示している。社会の安全確保のためには一律的に精神障害者を精神科病棟に閉じ込める必要があるとする考え方は適切ではないと指摘できる事実である。精神科医療を適切に行い、治療効果を上げて、精神障害者の社会参加を促進することは、全ての市民の生活の向上と安定をもたらすことになる可能性を拡大する。

B、精神科開放医療を行えば殺人数の増加はやむを得ないか？

日本では「精神科開放医療は国際公約として促進しなければならないが、精神科開放医療を促進すれば、精神障害者による犯罪が増加することはやむを得ない」という認識があるのではないだろうか。「精神科開放医療を促進すれば、危険な精神障害者が町に出ることは避けられず、精神障害者犯罪は増加する」という認識が日本には根強くあり、精神障害者の社会参加を困難にしているのではないだろうか。本裁判でも、そのような「誤った認識」にいわき病院代理人は支配されているように観察される。

いわき病院は度重なる主張で、「控訴人（原告）矢野が「精神科解放医療を行ってはず、精神障害者は精神科病棟に収容すべきである」とあたかも主張したかの如く、またそれが前提であるかの如く、記述した。高松地裁裁判官もそれに同意した判決を下した。しかし、控訴人矢野は一貫して「精神科開放医療を促進して、着実に精神障害者の社会参加を達成する必要がある」と主張してきた。また、精神科開放医療は、無責任で何もしないほったらかしの医療ではなく、正確な医療知識に基づいて、誠実な医療を確実に行うことである、と指摘してきた。精神科開放医療を促進することは、精神障害者による犯罪の増加を必ずしも意味しない。いわき病院代理人と高松地裁裁判官の認識の中に潜む「理由の無い、一般的な懸念」がそもそも間違いであった可能性が高い、と指摘する。精神障害者を危険視する、根拠のない「常識観」は、事実を元にして訂正される必要がある。

英国の経験で上記Aの①、から④、は、発生した事実で、⑤はその事実に対する報告者の解釈である。そもそも、「精神科薬物療法」と「プライマリーケア等の社会的精神医療」は「精神障害の治療」及び「脱施設化による精神障害者の社会参加の拡大と促進」が目的であり、英国が経験したデータは「その効果が社会現象として確認できた」という意味となり、貴重である。その上で、精神科医療が改善され普及したことで「精神障害者が原因となる殺人数が減少した」、しかしながら、同じ時期の「一般人の殺人数(比率)は増加していた」。精神障害者による殺人は、社会的要因と精神医療的要因が重なりあっていると考えられるが、英国では、精神科医療が向精神薬の開発と知識と理解の促進及び精神医療技術の進歩、更にはリハビリテーションや社会参加訓練や施設などの整備による改善効果が大きく、一般的な殺人数の増加という社会的要因がある中で、精神障害者による殺人数の減少という大きな効果をもたらしたのである。

精神科医療の本来の目的は精神障害者による犯罪の防止ではない。精神科医療の目的は精神障害の軽減と治療の促進、また精神科開放医療の促進は精神障害者の社会参加の

拡大である。英国でも「精神障害者の犯罪防止を精神科開放医療導入の目的とせず、良質な精神科医療に基づいて、精神障害者の社会参加を促進し、精神科開放医療に社会の信頼と支持を得る事」が目的だった。英国の経験と事実は、直ちに日本に転化することはできない可能性がある。日本は英国と比較すればそもそも殺人数が少ない国であり、社会的背景が異なり、同じ結果が得られるとは限らない可能性はあり得る。しかし、英国では事実として日本より低い殺人比率を達成した。英国の50年間の経験は「精神科開放医療の促進は精神障害者による犯罪の増加には繋がらない」という事例である。英国では「精神障害者を犯罪者予備軍と認識する論理は間違っている」ことが証明されたのである。「精神科開放医療を推進すれば、精神障害者による殺人事件の発生は避けられないという無為な認識論」は訂正を迫られているのである。精神科開放医療は、善良な市民として精神障害者が社会参加できる、明るい未来の可能性を指し示している。

なお、英国における精神科開放医療は、いわき病院が野津純一氏に対して行っていた、「単なる病院・病室のドアを開けて自由に外出させる」無責任と放任ではない。きちんと体系立った精神科医療、看護及びリハビリテーションを誠実に実行し、更に社会の受け入れ体制を整備することである。

C、ほったらかしのいわき病院の精神科開放医療

控訴人矢野が指摘している問題は、「いわき病院と渡邊医師の精神科開放医療・精神科臨床医療」である。法廷の議論の目的は「野津純一氏は、犯罪を行うことを防ぐために治療を受けていたか、否か」ではない、あくまでも「野津純一氏に対するいわき病院と渡邊医師の精神科医療は適切であったか、錯誤はなかったか、怠慢や不作為はなかったか」が課題である。

法廷で証明されるべきは「矢野真木人殺人という結果に至った危険な他害衝動を野津純一氏に生じさせた原因の解明」である。また「渡邊医師が行った、患者の放火暴行他害履歴を考慮しない精神科開放医療には問題があった」と指摘している。控訴人矢野は、「当時の野津純一氏に精神科開放医療を行ったことは間違いだった」という主張や指摘を行っていない。精神科開放医療の実施に関する、医師の判断と患者の希望は尊重する。しかしながら、いわき病院が行った精神科開放医療は、「患者を病状に関係なく病院の外に出すだけの、無責任と放任＝ほったらかし」であり、「渡邊医師が行った、錯誤と怠慢と不作為の精神科医療では治療目的は達成されない」、その本質は「精神科開放医療とは言えない」と指摘している。

いわき病院と渡邊医師が野津純一氏に行った精神科薬物療法には、薬剤添付文書すらきちんと読まない怠慢、それに伴う抗精神病薬（プロピタン）とパキシルを同時に突然中断した錯誤、及び重大な処方変更した後で患者の経過観察を行わない不作為があった。また、いわき病院の看護は患者の顔面の異常すら発見できておらず、適切であったとは決して言えない。そのような医療が改善されていたならば、矢野真木人は今日でも100%生存しているはずである。控訴人矢野は矢野真木人の遺族として、何故、矢野真木人が死ぬに至ったか、その理由とメカニズムを明らかにすることを問いつける義務が

ある。

本件裁判を通して、「(裁判の成果は)殺人事件被害者(また、被害者になる可能性がある人間)と、精神科開放医療の受益者(=精神障害者)の双方の利益になる」と確信する。わが国は精神障害者による殺人数は年間 120 人～140 人であり、わが国の人口と比較すれば人口 10 万人当たり概ね 0.1 人/年となる。英国は 0.07 人/年であり、英国並みの成果を期待するならば、約 30%の改善の余地があり、年間 40 人以上の殺人被害者が削減可能となる事が期待できる。

精神科開放医療の推進に当たって、不作為や無力感を持つてはならない。精神科開放医療を直実に推進することで、精神障害者の社会参加は促進し、精神障害者による殺人被害も減少する。これは、空論ではなく、英国で実現された経験である。

(H0 鑑定人の意見)

精神科開放医療にとどまらず、不必要な入院を解消し、精神科病床の削減によって生じた人的資源と医療費を生活者の視点に立ったプライマリーケアと地域医療に振り向けるという「費用対効果」という視点が必要である。

また、イタリアでも精神医療改革によって、時間をかけて精神病院を閉鎖し、地域ケアが推進されたが、病院閉鎖により精神障害者の犯罪が増えたというデータはないと聞く。イタリアの精神医療改革も、もちろん犯罪予防を目的としたものではないが、(裁判の)関係者に、個別性を離れた原告(矢野)の基本的考え方に対する理解を深めてもらうために、「脱施設化政策」の意義について強調しておいても良いと考える。

参考：英国医学会誌 (the British Medical Journal 2008 (193:130-133) (要約)

<http://bjp.rcpsych.org/content/193/2/130.long>

Homicide due to mental disorder in England and Wales over 50 years

Lange M, Smith G, Swinson N, Shaw J and Nielssen O

概括

背景

精神障害者の殺人(数、比率)は一定であると言われてきた

目的

精神障害者の殺人に経時変化があるか、また他の殺人の経時変化と関連性があるか

手法

1946年から2004年にかけての英国殺人統計の解析に基づく

結論

精神障害者殺人の経時的変化

精神障害者による年間殺人数は1950年の50人から1970年代には100人まで増加した。最高値は1973年の人口10万人当たり0.245人/年であり、実数の最高値は1979年である。この時期（1957-1980年）殺人総数と精神障害殺人には強い相関があった（Kendall's tau=0.747, two-tailed significance $P < 0.0001$ ）。

その後の24年間（1981-2004年）で精神障害者殺人数は減少し、精神障害でない者による殺人者数と反対相関であった（Kendall's tau=-0.829, two-tailed significance $P < 0.0001$ ）。精神障害者殺人数は1950年初頭以来で最低となり、2000年以降は人口10万人当たり0.07人/年と、歴史的に最低の数値となった。

精神障害者殺人の数値が増加した理由のほとんどは、限定責任能力の裁定数が増加したことによる。更に、未成年殺人と心神喪失無罪特に法廷対応能力不能による無責任能力が1960年代から1970年代の初頭にかけてピーク値を示した。

精神障害者殺人と他の殺人の比率と相関

精神障害者殺人比率は1957-2004年の間に互いに関連しない2要素により低下した。初期の24年間（1957-1980年）は精神障害者殺人と他の殺人比率の間に強い相関があった（ $r=0.898$, $r^2=0.806$, $t=6.877$, $P < 0.0001$ ）。しかしながら、この時期にあっても、全体の殺人数が増加していたため、精神障害者殺人の比率は低下していた。第2期（1981-2004年）には、精神障害者殺人と他の殺人率に負の相関（ $r=-0.920$, $r^2=0.846$, $t=-11.00$, $P < 0.0001$ ）があり、精神障害者殺人比率及び年間殺人実数は減少したが、他の殺人数は増加し続けた。

殺人した後の自殺

「殺人後の自殺」（日本語の心中や無理心中に相当する）を独立して検討したが精神障害者の殺人とはパターンが異なっていた。1965年の死刑廃止後に「故殺(murder)後の自殺」数は著しく減少した。1952年から1965年間に殺人は1928件あり、内521件(27%)は「殺人(homicide)後の自殺」であったが、1966年から2004年間に19,236件殺人があったが内「殺人後の自殺」は1,357件(7.1%)であった（ $\chi^2=865$, $d.f.=1$, $P < 0.001$ ）。「殺人後の自殺」比率の減少は殺人総数の増加によっても説明可能であるが、しかしながら「殺人後の自殺」比率の減少は死刑廃止前の14年間は年率37.2%（ $s.d.=3.76$ ）であったが、死刑廃止後の14年間は年率30.9%（ $s.d.=8.32$ ）であった。T-検定で非対象（ $t=2.57$, $d.f.=26$, $P=0.016$ ）。

検討事項

Gibson & Klein and Morris & Blom-Cooperによれば殺人比率は1900年から1959年の間は比較的一定であり概ね人口10万人当たり0.3人/年であった。その後の45年間で殺人比率は着実に増加して2000年には人口10万人当たり1.5人/年となった。我々の分析によれば、精神障害者殺人率も1950年代中期から上昇し、1973年に最高値に達したが、その後は史上最低レベルまでに減少した。しかしながら殺人を行った

後に法的に精神障害と認定された人間数が増減した理由はこれらのデータからは知ることができない。

殺人比率が変化した理由

Fazel & Grann によれば精神障害者殺人比率が増減した理由は最大の該当数を占める限定責任能力者の認定基準が変化したところによる。しかしながら 1950 年代中盤の定義変更後に、「殺人に対する弁護論理」の定義に変化は無く、限定責任能力の認定基準変更により 1965 年から 1975 年の間に最高値を示した後は減少した。未成年殺人、心神喪失無罪及び法廷対応能力不全にまで影響が及ばないはずである。

この他の要因として、精神障害の認定に関する診断手法が過去 50 年間に変化した可能性が考えられる。Fazel & Grann はスウェーデンで精神障害者殺人比率が高い理由は精神鑑定を詳細に行うことに理由がある、と指摘した。しかしながら、過去 50 年間に犯罪者の精神障害確認が改善されていたならば、裁判所が精神障害者の犯罪を低く認定する事はあり得ないように思われる。

1970 年代に重症・慢性精神病の発生頻度が変化した可能性がある。統合失調症発生頻度はかつて考えられていたほど一定不変でないこと、また精神病と特定の薬物不正使用が精神障害者による殺人が最大値に達した原因である可能性がある。しかしながら、この仮説は経験則として証明されたものではない。

精神障害者の殺人数（比率）が一度上昇しその後減少したことには、別々の理由が考えられる可能性がある。第 1 の理由として、何らかの社会的要因（例：武器の供給量、不正薬物使用、国内国際間の人口移動）で全殺人数が増加すると共に、異常殺人も増加した。このことは総殺人数が多い地域では精神障害者特に統合失調症者の殺人数が多いという事実とも整合性がある。

殺人比率と治療の関係

その後の殺人数の減少は精神障害治療法が改善したことによる。抗精神病薬の導入と使用量の増加、精神病治療機関から退院後の保健サービス（プライマリーケア）治療担当者の精神療法知識の拡大、人口に見合った地域保健施設の設立などが、1970 年代以降の異常殺人数の減少に貢献した。この視点は近年の英国及びオーストラリアにおける研究成果でも認められており、精神疾患の初期治療が殺人危険率を削減することに繋がった。優良な治療により異常殺人が減少したという事実が発見されたことは、近年の若者の自殺数の増減に関する研究成果でも指摘されることである。市中に存在する殺人手段が減少すれば殺人数は減少する。他方、精神病を治療すれば殺人数を減少するとは考えられていなかった。精神疾患の治療方法の改善が示した結果は、殺人手段を制限するよりは合理的と言えよう。

殺人数が変化した理由の如何にかかわらず、本研究の主要成果は、精神障害者の殺人比率は一定不変でないことを発見したところにある。本発見は、精神障害者による殺人に関する既存の考え方に見直しを迫るものであり、精神疾患に基づく殺人の原因

を検証する研究を促し、その成果として精神科臨床医療を改善し人命の救済に繋がることになる。

4、いわき病院の精神科医療と患者野津純一氏

①、野津純一氏に対する患者放任主義（H0 鑑定人の指摘）

英国で精神障害者による殺人事件数が減少したという報告を提出して議論することで、本件裁判の目的が「犯罪防止のための精神医療と薬物療法」と誤解されかねない可能性がある。しかし、精神医療ユーザー（精神科医療で治療をうける精神障害者）の立場は、以下のようなところにある。

- 1)、精神医療は、犯罪予防のためにあるのではない。
- 2)、自分たちは、何か犯罪を犯すことを防ぐために治療を受けているのではない。

心の危機におけるリスク管理の目的には、怒りの感情や衝動性のコントロール、自己破壊的な行動の修正などがあげられるが、プライマリケアにおけるメンタルヘルスケアのスキルの向上により、早い段階で心の危機を克服し、犯罪件数が減少するというのも、あくまでもついてくる結果であって、メンタルヘルスケアのスキルの向上の目的ではない。

精神保健福祉法による入院医療では、例外的に、限定的に医療パートナーリズム（医療父権主義）を行使してでも、患者の不利益となることを守ることが認められている。医師及び管理者の責任を問う時、医療パートナーリズムという視点からも、精神科医療と犯罪抑制の問題を論じておく必要がある。医療パートナーリズム（医療主権主義）に対して患者主権主義という概念があり、今日、なにかと患者主権主義こそ大切で、医療パートナーリズムは弊害が大きいと見る向きがある。しかし、医療父権主義（医療パートナーリズム）と患者主権主義は、決して矛盾するものではなく、医療現場では、患者の保護という観点から、限定的とはいえ、パートナーリズム行使の判断を迫られることは少なくない。でなければ、精神科医や医療機関は、医療放棄や放任主義といったそしりを受けかねないことになる。

従って、いわき病院と渡邊医師は、法的に医療パートナーリズム行使できる義務と権限を持ちながら、これを適切に行使できたかどうかを問うことができる。

精神保健福祉法には、下記のように、この法律の目的が定められている。

第一条 この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成十七年法律第二百二十三号)と相まって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。

精神保健福祉法は、任意入院と言えども、入退院の決定について無前提に患者主権主義を認めているわけではない。入院医療の必要があれば、診察医は、その入院の必要性を患者に説得し、そして、その説得が不調に終わったときは、患者の健康の回復と患者の意思の尊重（医療父権主義と患者主権主義の狭間）というぎりぎりのところで、医療保護入院を行なうという判断を迫られることがある。患者主権主義は、放任主義ではない。

「任意入院患者へのお知らせ」の書面には、一般医療には見られない患者の自由を制限する諸条件が記載されている。それだけに非自発的入院医療を行うさいの管理者責任の重さが問われる証拠書面として訴えるものがある。

野津純一氏は、入院患者でありながら、外来患者以上になおざりにされていたといえる。外来患者であれば、医師の診察が必要だと思えば、自らの意思で何度でも外来を受診することができた。野津純一氏の事例は、外来患者であれば、こうは扱われなかったであろうと言える処遇であった。そうした意味では、野津純一氏は、入院精神医療に囲い込まれて、見捨てられたというケースといえる。

無視，無関心，放置。これが，野津氏の心に影を落とした。これは，否定できない事実である。

②、基本は患者に対する治療責任を果たす事

控訴人矢野は「精神科医療の目的は『精神障害者による犯罪を削減すること』または『精神障害者による殺人数を削減すること』」と主張していない。控訴人矢野は「精神科医療の目的は『精神障害の軽減と寛解を促進すること』および『精神障害者の社会参加の促進と人間として相応しい人生の享受を可能とすること』」と確信している。

上記の目的を達成することを可能とする精神科医療は、精神科開放医療の名目で患者放任と無責任、また不勉強と不作為の医療に過失責任を問わないことではない。全ての医療がそうであるように、精神科医療にも医療提供側が行ってしまった過失には責任が問われること、及び実質的で内容ある医療を全ての精神障害の患者に実現することが基本である。精神科医療機関は患者に対して治療責任を果たす事が大前提である。

精神科医療の本来の目的は「精神障害者による犯罪防止」ではない。あくまでも「精神科医療の促進による精神障害の症状の軽減と精神障害者の社会参加の拡大」である。英国では、その成果として「精神障害者による殺人数と比率が減少した」のである。この英国の成果を解釈するに当たって「プライマリーケアやリハビリテーションの促進な

どの精神科開放医療と精神科薬物療法は精神障害者による殺人数の削減を社会目的としている」と指摘することは、「論理の逆転」である。日本の精神科開放医療は後発（追随）者であり、英国の経験を知ることができる。その英国で、「殺人数が減少したので、犯罪防止が精神科医療と薬物療法促進の目的となる」と考える向きがあるとすれば、それは行き過ぎ、走りすぎの解釈と対応であると指摘できる。

③、野津純一氏に対するいわき病院の過失責任

いわき病院と渡邊医師が野津純一氏に対して適切な精神医療を行わず、薬剤の添付文書に従わず、統合失調症の治療の基本から逸脱した治療を実行したにもかかわらず、病状の経過観察を行わなかったことが過失の基本である。その野津純一氏は放火暴行履歴を有していたが、渡邊医師は複数の向精神薬の処方変更を行うことに関して患者本人の十分な理解と協力（インフォームドコンセント）を求めず、処方変更後は治療的介入を行わず、重大な危険行為が発現することを抑制することがなかった。結果として、野津純一氏は「誰でも良いから人を殺す」としてたまたま出会った矢野真木人を刺殺した。このような行為は、いわき病院と渡邊医師が精神科臨床医療を誠実かつ適切に行っておれば抑制可能であった。野津純一氏に適切な精神科医療が行われておれば、殺人事件の加害者となる必然性は無かった。

この背景となる事実は、英国で向精神薬に関する正しい知識の普及と拡大及び、プライマリケアやリハビリテーションなどの精神科医療の適正化と拡充により精神科開放医療が促進される中で、精神障害者による重大な犯罪が抑制されたことを示した研究成果からも裏付けられる。いわき病院は精神障害による入院患者野津純一氏が行った殺人行為（異常行動）に対して過失責任が問われなければならない。

(H0 鑑定人の意見)

いわき病院の渡邊医師は「（精神科治療の）逸脱ではないにしても、リスクが高く一般には推奨されないやり方を選んだにも関わらず、観察を怠った」と言える可能性がある。問題の要点は「観察を怠った」点である。

参考：一般に薬物を突然断つことを cold turkey と呼びます。特に習慣性のある薬物を突然断つと鳥肌が立つことから、こう呼ばれるようです。一般に cold turkey は、医療現場では否定的な意味合いに使われます。自律神経系統が stormy（嵐のような）な状態に陥るからです。特に、アルコール・薬物依存の治療においては、離脱症状が強くなるので勧められないとされますが、detoxification（解毒）の現場では、cold turkey が圧倒的です。**薬物の abrupt discontinuation（突然中止）で大切なのは、successive（持続的）で綿密な観察でしょう。**

野津純一氏は体調不良を訴えても取り上げてもらえず、看護師を通した紳士的な診察依頼も却下され、自尊心が毀損されたことが、犯行動機の一つであると、考えられる。