

いわき病院の精神科医療の過失

平成 27 年 3 月 2 日

控訴人：矢野啓司、矢野千恵

「心神喪失者の法的無責任能力」の法的原理を私たちは尊重します。しかしその事は「心神喪失ではない者に対する心神喪失者等として心神喪失者の法的無責任能力を拡大適用することではありません。私たちは、人間としてこの世に生を受けた以上は、人間として法的権利をどこまでも尊重されることが必須の条件です。精神障害を発症しても、人間としての権利は安易に精神科医師に委ねて好いものではありません。また心神喪失は一時の精神の状態ではなく、恒常的な状況を確認して認定されるべきです。殺人事件の現場を想像して下さい。殺人行為を行う時、殺人者のほとんどは正常心ではなく、異常な興奮や心理状態にあることがほとんどでしょう。その状態は「心神喪失等」と認められるのでしょうか。法的無責任能力を拡大して適用することは、人権擁護ではありません。安易に行われる個人の法的責任能力の制限と剥奪です。法的責任能力を守らないところで、人権が尊重されません。医療保護を大義名分にして、人権侵害を安易に行う事を容認してはなりません。

いわき病院は「外出許可者の 10 人中 8～9 人以上が殺人する高度の蓋然性を原告（控訴人）が証明できなければ、外出許可を出した病院に法的責任を問えない」と主張しました。これは「10 人中 7 人以下の殺人危険率であれば、殺人事件が発生しても、外出許可を出した病院は責任を取る必要は無い」という反社会的な論理です。心神喪失者の法的無責任能力は精神科病院の社会に対する法的無責任ではありません。精神科病院は市民に命の犠牲を要求できる権利を持ちません。しかし、おかしいことに、精神科医療機関が「10 人中 7 人までの殺人容認」を主張した場合、「その主張はおかしい」、「殺人を容認する、飛んでもない主張だ」という反論の声が巻き上がりません。何故誰もが黙るのでしょうか？日本の社会は、心神喪失者の法的無責任能力の原理を主張されると、思考停止になるように思われます。10 人中 1 人が殺人すれば、異常事態です。100 人中 1 人の殺人でも同様です。殺人を容認する論理は間違いです。知っていて放置することは犯罪です。大切なことは全て人間の生命の保全であり、生きる権利です。それが、いわき病院事件裁判の課題です。

いわき病院の精神科医療の過失

目 次

はじめに	3
①、いわき病院の相当因果関係の論理と狙い	3
②、いわき病院の過失の本質は医療放棄	4
③、国策を主張しても免責理由にはならない	4
④、精神科開放医療を改善する課題	5
⑤、病院外の第三者殺人に対する賠償責任	5
⑥、高度の蓋然性の残酷さを審議することなく判決するのは間違い	5
⑦、裁判の目的は常識的な精神科医療の実現	6
⑧、裁判の教訓を日本の精神科開放医療の実現に役立てる	6
1、いわき病院が野津純一氏に行った精神科開放医療	7
①、いわき病院入院と精神科開放医療	7
②、いわき病院代理人の10人中7人までの殺人を容認した弁論	9
③、渡邊朋之医師が主治医を引き継いだ時の不始末	10
④、風邪症状の診察と離脱症状の見逃し	12
⑤、野津純一氏に対して行った精神科開放医療と看護	16
2、精神医学に関する鑑定論争	18
①、地裁 IG 鑑定人の事実誤認	18
②、いわき病院は自ら地裁判決を否定した	19
③、UD 鑑定意見	19
④、NS 鑑定意見	23
⑤、デイブース医師団鑑定意見	25
⑥、FJ 鑑定意見	29
⑦、いわき病院は鑑定論争で敗北した	30
⑧、最終段階のいわき病院の戦術	32
3、11月23日からの精神科医療放棄	34
①、複数の向精神薬の同時突然中止	34
②、経過観察の怠慢と医療拒否	36
③、野津純一氏の病状の悪化	40

④、自傷他害の危険性を亢進する処方変更の後で患者を守らなかった	43
⑤、医師としての基本的素養の欠如	44
⑥、精神障害者野津純一氏のための精神科医療	45
4、いわき病院の法的過失責任	47
①、北陽病院事件裁判	47
②、法廷恫喝とサボタージュ宣言	48
③、常識論に基づく北陽病院事件判例	49
④、著しく不適切な以和貴会の精神医療行為	51
⑤、過失免責の歴史と渡邊朋之医師の医療水準	54
⑥、「開放医療」は免罪符ではない	54
5、地裁判断の間違い	56
①、渡邊朋之医師は誤診を押しつけて患者と対話が成立してなかった	56
②、統合失調症診断に不安な主治医と患者の対立	57
③、渡邊朋之医師は野津純一氏の病状を正確に把握してない	58
④、渡邊朋之医師は野純一氏の中絶症状悪化を無視した	59
⑤、薬剤師の離反を地裁は認識していない	61
⑥、いわき病院に過失責任を問うことに対する地裁の迷い	62
⑦、地裁判決の誤り箇所	65
6、本件裁判で築く国際標準の精神科開放医療	69
①、法廷は日本の精神科開放医療を促進できる	69
②、本件裁判の国際性	69
③、裁判の結果として普遍性がある精神科開放医療の実現を願う	69
7、付記：精神科医療と賠償責任	71
①、被害者遺族のなげき	71
②、専門中立機関の原因調査が必要	71
③、精神障害者による殺人事件に対する賠償	72
④、制度改革の必要性	73
⑤、いわき病院の場合	74

いわき病院の精神科医療の過失

平成 27 年 3 月 2 日
矢野啓司、矢野千恵

はじめに

①、いわき病院の相当因果関係の論理と狙い

いわき病院は相当因果関係の関連で、「A ならば B」又は「A なければ B なし」（地裁第 1 準備書面、p.5）の論理で、容易にいわき病院に過失認定されない戦略である。

【A ならば = 1 対 1 対応で = B】又は【A ならば = 高度の蓋然性で = B】

【A なければ = 1 対 1 対応で = B なし】又は【A なければ = 高度の蓋然性で = B なし】

本件裁判の鑑定論争を図式化すれば「高度の蓋然性」又は「1 対 1 対応」で以下となる。

【SSRI 抗うつ薬パキシルを突然中止したら = 高度の蓋然性で = 2 週間後に殺人する】

【抗精神病薬プロピタンを中止したら = 高度の蓋然性で = 2 週間後に殺人する】

この論理はいわき病院が提出する最初の前提に操作があり「A ならば」の「A の設定に」

作為がある。論理の帰結が決定的ではない想定問を持ち出して、あたかも自明の論理的な
結論であるように見せるごまかしのレトリックである。

いわき病院は鑑定論争で「SSRI 抗うつ薬パキシルの突然中止」ではなく、三環系抗うつ薬アミトリプチリンで Cross tapering した。また、「抗精神病薬プロピタンを中止した」が、プロピタンはそもそも薬効（抗幻覚抗妄想作用）が弱い。従って中止後 2 週間で殺人することはない。すなわち、殺人事件が発生する条件に達しておらず、そもそも 2 週間後の殺人など想定できない。従っていわき病院に最初から過失はないという論理である。しかし、治療薬承認の前提となる治験（臨床試験）では「2 週間後に殺人する」という条件はないし、危険な治療薬は承認されるはずがない。向精神薬を投与や中止した後の病状の変化は詳細に観察して記録され、患者の病状が悪化する場合には、記録すると同時に治療的介入が行われ、殺人を行うまで観察を続けることはない。臨床医が向精神薬を添付文書等の指示に従わずに中止や変更する場合には、慎重な経過観察が必須であり、病状悪化があれば速やかに治療的介入を行う事が前提である。経過観察を問題にせず、あり得ない結論である「2 週間後の殺人」を持ち出して、【架空の「A ならば B」の論理】としたことが間違いである。いわき病院の過失は経過観察と必要な治療的介入を全く行わないところにある。A ならばの条件設定で言及せず隠した部分が重要である。

小さな異変を放置すればある時点で急激に大事故に発展する。それ故、主治医には診察義務がある。「殺人という大事故の予見可能性が 80~90% 以上ではない」という理由で、患者の病状の変化を観察して確認せずに放置する論理は間違いである。経過観察と治療

的介入を行えば、統計的に極めて希な殺人に至り得る極端な病状の悪化がある場合でも、経過観察に基づいた未然の対処が可能である。それが今日の精神科医療の水準であり、【A（薬事処方を変更した）ならば＝高度の蓋然性で＝B（2週間後に殺人する）】という展開は最初からない。あり得ない仮定と非常識な結論を持ち出して、あたかも真つ当に因果関係の議論をして、控訴人の意見を否定しているかのような偽装である。いわき病院は架空の議論で「控訴人（原告）は因果関係を証明できていない」と主張し続けてきた。

いわき病院は勝訴した地裁判決が有効であって欲しいと願っている、そのため、触って欲しくない論点（根性焼きを見逃した看護、10人中7人以下の比率で殺人を容認する高度の蓋然性の論理、経過観察を行わない医療放棄、薬理論争で根拠を提出できない、渡邊朋之医師の統合失調症ガイドライン無視と添付文書に無知等）がある。いわき病院は高裁審議では、論点隠しと、回答を避けた「しらばくれ戦術」等を行なっている。地裁は「プラセボ筋注を医師が行った経過観察の事実とした」が、実際には看護師が単独でプラセボ筋注を行い、医師は患者に問診・診察・記録をしておらず、誤判決である。いわき病院は患者を「見かけただけで診察した」と医師法違反の主張を行った。診療録に記載が無くても、地裁はいわき病院の主張を「診察があった事実」として容認した。いわき病院は自らの不始末に言及しないことで、裁判官が好意的に解釈して判決することを狙っている。

②、いわき病院の過失の本質は医療放棄

いわき病院が行った医療過失の本質は入院治療を受けている精神障害者に対する治療放棄である。主治医の渡邊朋之医師には慢性統合失調症患者に対する基本的な治療知識に錯誤があった。また、精神薬理学知識に不足と錯誤があり、抗精神病薬（プロピタン）と SSRI 抗うつ薬パキシルの薬効と中断時の危険性に関する認識不足があった。その上で、いわき病院にはこれらの向精神薬を同時にかつ突然中止された患者の経過観察を行わない怠慢があった。更に、看護師は患者の顔面を正視して毎日の患者の病状の変化を正確に把握し記録する基本を守っていなかった。いわき病院の過失の本質は、精神障害者野津純一氏に対する医療放棄である。いわき病院は医療者として常識を逸脱していた。

③、国策を主張しても免責理由にはならない

いわき病院は、精神科開放医療は日本が国連等で諸外国に宣言した国策なので、精神障害者に精神科開放医療を行う医療に過失責任を問うことはできないという論理である。また、精神科開放医療を問題にすることは、日本で精神科開放医療を実行することに反対する行為であるとの見解であり、その論理を大義名分にして控訴人を批判してきた。日本は法治国家である。国策を主張すれば、医療錯誤や怠慢及び放棄に過失責任が免除されるという理由はない、また大義名分を主張すれば、医療行為を誠実に行わない、いわき病院の実態を容認して良いというものではない。医療の実態が重要であり、精神科医療機関と

して入院患者に対して果たすべき義務を履行していたか否かが本件裁判で明確にすべき課題である。地裁判決はいわき病院の論理に乗せられて認識を間違えたものである。

④、精神科開放医療を実現する課題

控訴人矢野は精神科開放医療に賛成であり、日本で精神科開放医療が推進されて、実現して定着することを願っている。その上で、日本における精神科開放医療を実効あるものにするには、いわき病院に実態があった、精神医療の錯誤と治療放棄及び看護の怠慢を放置してはならない。この様な状況で事故が発生した場合には、当事者に過失責任を取らせることが重要であると指摘している。いわき病院が主張するように、精神科医療機関に対して一律に法的責任が否定される状況では、責任ある精神科開放医療は育たない。控訴人は健常者と精神障害者に等しく適用される人権の普遍性が守られる社会を希求する。

⑤、病院外の第三者殺人に対する賠償責任

静岡養心荘事件（静岡地裁昭和 57 年 3 月 30 日判決（昭和 52 年(ワ)第 134 号）、及び岩手北陽病院事件（平成 8 年 9 月 3 日、最高裁判所第 3 小法廷判決）で、病院外の第三者を殺人した精神障害者を治療していた精神科病院に過失賠償責任を認めた判例がある。

矢野真木人は平成 17 年 12 月 6 日にいわき病院の入院患者野津純一氏に通り魔殺人された。控訴人矢野は両親としていわき病院に対して賠償請求権がある。殺人は人間社会の不幸な事実である。精神障害者による殺人は極めて希ではあるが、健常者の殺人よりは統計的に有為の高率で発生する。精神科医療機関は、普通の精神科医療を誠実に行う事で精神障害者の社会参加を促進すると共に、精神障害者による重大な他害行為が発現する可能性を最小限にする機能がある。精神科開放医療実施後に英国では統計的に精神障害者による殺人事件は減少した。責任感のある精神科開放医療を誠実に行うなら、不幸な殺人事件の発生は未然に防止できる。今日の精神科医療は精神障害者の殺人に対して無力ではない。精神科医療機関がチーム医療を行い、患者に適切な医療と看護を誠実に行えば、不幸な殺人事件は抑制可能である。

⑥、高度の蓋然性の非人道性を検討しない判決は間違い

高松地方裁判所は被告以和貴会が地裁第 11 準備書面（P.14、P.28）で主張した「外出許可者が 10 人中 7 人までの殺人を容認する高度の蓋然性」の論理の判断を回避した。しかしながら、地裁判決では抗精神病薬の中断や抗うつ薬パキシルの突然中止等を個別に検討して殺人事件の危険性（実質的な意味で、いわき病院の高度の蓋然性の論理に基づけば 10 人中 8～9 人以上殺人する頻度）は高くないとして、いわき病院の非常識で錯誤した薬物療法を容認した。地裁判決は、いわき病院が主張した高度の蓋然性の論理に結果的に基づいたことになる。そもそも、厚生労働者が承認して医療現場で使用される向精神薬

に1%を超える殺人の危険性はない。それでも、副作用の危険情報は重大であり、主治医は重大な危険性がわずか1%未満（80%に遙か至らない）として無視すべきではない。

いわき病院の高度の蓋然性の論理は「10人中7人までの殺人危険率ならば容認できる、その範囲であれば病院に責任を問えない」という主張で、病院として許されない人命軽視の主張である。高松地裁は具体的に言及して判断することを避けたが、**裁判所が第三者の殺人を容認する論理を明確に判断しないことは、「10人中7人以下の殺人危険率を法廷は容認すべき」という高度の蓋然性の論理を承認したに等しい**。精神障害者だから高い殺人危険率は当然という考えは間違いである。それは精神科医療の無責任と不作為である。殺人危険率が仮に10人中1人でも、また100人に1人でも、殺人事件の発生を数値で予想できる状況は、社会が放置してはならない深刻な事態である。いわき病院の主張は、市民の生命と治療中の精神障害者の権利保全を軽視しており、人権上重大な問題がある。

⑦、裁判の目的は常識的な精神科医療の実現

控訴人矢野はいわき病院が、医療機関として常識的で誠実な精神科医療を行い、精神医学知識を忠実に実行し、また薬剤添付文書の記述に従い、更に患者看護の基本に忠実な精神科医療を行う、精神障害者の人権の回復に貢献する精神科医療機関として改善されることを願っている。控訴人矢野はいわき病院と渡邊朋之医師の事例は、日本では「極めて希」な事例であって欲しいと願う。しかしながら、控訴人矢野が訴訟を行ってきた9年の間に伝え聞く情報では、いわき病院と渡邊朋之医師の事例は、日本では「極めて希」とは言えないようである。仮に「極めて希」であるとしても、医師の知識不足、不勉強、医療情報の誤解や錯誤は許されない。また、患者を経過観察しない医療怠慢と、看護の怠慢、及び医療放棄は許されない。**裁判の課題は常識的な精神科医療が行われていたか否かを見極めて、不作為や義務不履行には責任を問うことである。**

⑧、裁判の教訓を日本の精神科開放医療の実現に役立てる

控訴人矢野は本件精神医療裁判の課題は、精神疾患がある人間に対して精神科医療が基本に忠実で常識的な日常の医療を実現し、**精神障害がある無しにかかわらず全ての人間が共有する普遍的な人権を日本で達成することに、精神科医療機関が貢献することである**と考える。

いわき病院長渡邊朋之医師のように、医師の裁量権を錦の御旗にするが、勉強せず、患者を診ず、基本を守らない医療を施して、事故が起こっても責任を問われない医療が許されてきたのは精神科医療だけである。他科と同じように患者が尊厳を保てる医療が実現されることを控訴人は願うものである。

1、いわき病院が野津純一氏に行った精神科開放医療

①、いわき病院入院と精神科開放医療

1)、精神科開放医療はいわき病院の決定

野津純一氏は平成 16 年 10 月 1 日にいわき病院に任意入院したが、本人は開放病棟で入院生活を行い近隣のショッピングセンターなどを訪問して社会生活に触れながら統合失調症の病状が安定化することを期待していた。両親の野津夫妻は、息子純一の家庭内の暴力行為や、病状が悪化した時の外来通院時における通行人に対する突然の攻撃などの行為が治まることを願っていた。

いわき病院は入院前に両親から状況を聞き本人に問診して、開放処遇で治療することとして、第 2 病棟アネックス棟に入院させて、精神科開放医療を行いながら病状を改善して、中間施設で安定した生活を維持できることを目指した。これは、いわき病院が決定した野津純一氏に対する精神科医療の目標である。

2)、患者の暴力行動と放火暴行履歴を主治医は考慮する義務がある

野津純一氏の放火暴行履歴は、入院前問診で父親は HB 医師に中学校時代から入院時点に至るまでの概歴を説明し、母親もいわき病院職員の入院時の聞き取りに答えた。そして、野津純一氏は入院直後の平成 16 年 10 月 21 日の早朝に看護師に襲いかかった。

看護師襲撃事件は野津純一氏に暴力行動が発現する可能性をいわき病院が重要事項として医療・看護職員間で共有する必要性が十分な事実である。しかし渡邊朋之医師は「入院中わずか 1 回だけ」という認識で患者の暴力行動歴を「(いわき病院入院直前の) 香川県庁前通行人襲撃事件は知っている。しかし看護師襲撃は 1 回だけなのでたいしたことではない」と主張し、地裁証言で渡邊朋之医師は「放火暴行履歴を尋ねると患者との信頼関係を失うから尋ねない」と弁明した。渡邊朋之医師は「たいしたことではないので、何もしなくても責任は無い」という認識であるが、精神科開放医療を行う主治医は患者の放火暴行履歴を承知し、患者が社会生活に順応する過程で暴力行動を行わない様に精神科医療を施す義務がある。「渡邊は純一の放火暴行歴に無関心であったわけではないので過失ではない」として不作為を容認した地裁判決は誤審である。臨床医療では具体的な医療行為の実態が問題であり、「無関心であったわけではない」は免責の理由にならない。

いわき病院は地裁第 2 準備書面 (p.13) で「野津の過去の暴行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り結果である」と主張した。IG 鑑定人は「野津純一氏のこれまで暴行歴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、精神医学的に適当である。」(IG 鑑定意見書 (1)、乙 B 第 15 号証、P.13) と指摘した。野津純

一氏の統合失調症悪化と暴行歴は連動しているのである。

野津純一氏は事件前に「喫煙所の汚れに自分を困らせる集団の仕業」と妄想し、「父親の悪口を聞く幻聴」等の症状が表れていた。その時には渡邊朋之医師は複数の向精神薬を同時に突然中止していたのであり、主治医として暴力行動が発現する可能性に未然の対応をするべき義務があった。主治医は患者の経過観察をせず、「知っていたが、たいしたことではないので責任は無い」という、医療と看護の怠慢を理由とする弁明は許されない。精神科医療者が患者の放火暴行履歴を治療上考慮しなくても良いとする医療姿勢は、患者の利益を守る姿勢が欠如し、また第三者の市民の生命に対する責任感を持たず、社会的責任感を持たない不適切な主張である。

患者の病状を主治医が確認せずに「たいしたことではない」は一貫するいわき病院渡邊朋之医師の精神科医療の姿勢であるが、無責任な論理である。渡邊朋之医師は「善良で無知なる素人」ではない。精神障害者の自傷他害傾向を判定する専門家として認定された精神保健指定医で、いわき病院長で、精神科開放医療を全国で推進する SST 普及協会の役員（理事）、香川大学医学部精神科外来担当という高度な技量に裏付けられた精神科専門医である。その渡邊朋之医師が、受け持ち患者の病状の悪化と放火暴行履歴という行動傾向を確認せず、統合失調症治療ガイドラインを不勉強で、向精神薬の薬効や副作用の基本を知らず、更に薬剤添付文書を読まないで精神科臨床医療を行う事は犯罪である。渡邊朋之医師の無責任論を放置してはならない。そもそも「たいしたことではない」として患者観察を行わないことは治療放棄である。IG 鑑定意見に基づいて、渡邊朋之医師を地方の一般病院の一般の医師であることを免責理由にした地裁判決は不適切である。

3)、野津純一氏のわがままに左右された入院処遇の決定

野津純一氏は平成 16 年 10 月 26 日に隔離解除となったが、患者本人は閉鎖病棟の第 6 病棟で他の患者と交わる大部屋処遇を拒否してわがままを言い、鍵をかけない隔離室に居続けて、開放病棟のアネックス棟復帰を要求した。結局いわき病院側が折れて 11 月 9 日に第 2 病棟アネックス棟に戻され、翌年の平成 17 年 12 月 7 日の身柄拘束まで開放処遇が継続された。精神科開放医療を精神疾患の患者に対して実行するいわき病院の見識、及び精神医療専門家の良識が疑われる。野津純一氏に対する精神科開放処遇はいわき病院と主治医の治療意思である。大部屋体験で入院仲間との交流促進という社会性を促進する課題を拒否した野津純一氏に、いわき病院は漫然と毎日の病状の変化を観察することなく精神科開放医療を再開・継続した。患者が希望したので開放医療処遇の決定に病院の責任は無いという論理はない。当然のこととして野津純一氏を精神科開放処遇にしたことに関連して発生する問題に、いわき病院は法的責任を有する。

②、いわき病院代理人の 10 人中 7 人までの殺人を容認した弁論

1)、代理人の論理はいわき病院の事実

本件裁判ではいわき病院代理人の論理が先走っていると思われるところが散見された。しかし、代理人が主張した事実関係と論理の破綻もいわき病院が主張した精神科医療の現実であり、その責任はいわき病院にある。法律家である代理人が、精神医療に関する事実関係の確認及び論理構成を、いわき病院の承認と同意を基にして法廷に提出したものであることが大前提である。

いわき病院が地裁から高裁に至るまでの提出した主張（答弁書、準備書面等）のある部分は「代理人が弁論のために提出した主張であるので、いわき病院に責任は問えない、また、問うことは間違い」という論理はない。間違った主張があったと被控訴人側が認識するのであれば、その事を個別に法廷で訂正しなければならない。訂正がない場合は、全ていわき病院の実態と主張である。

2)、高度の蓋然性（10 人中 7 人まで殺人容認）の論理は間違い

『いわき病院代理人は依頼者の弁明という大義名分があれば、「高度の蓋然性の論理で、10 人中 7 人までの殺人は許される」と主張しても許されると考えている』としたら間違いである。この主張をいわき病院が主張した医療記録は残されておらず、代理人弁護士が提出した論理だから、いわき病院に責任を問うことはできないとして、裁判所が判断する対象外とすることは、重大な人権侵害を容認することにつながる。**いわき病院の主張は、殺人事件の発生を当然のこととする人道上極めて深刻な生存権を否定する精神科開放医療に関する主張である。高裁はこの主張の適否に関する判断を回避してはならない。**

いわき病院が殺人を容認する非人道的な論理で精神科医療を行うことは許されないことは、自明である。仮に外出許可者の 10 人中の 1 人が殺人を行うような状況があれば、その状況は社会が震撼する異常事態である。いかなる機関であれ放置することは許されない。地裁はこのいわき病院の主張（地裁第 11 準備書面、P.14 ④本件の評価、及び P.28 4 結論の③及び⑤、平成 22 年 12 月 17 日付）の非人道性に関して判断していないが、これは実質的に裁判所が 10 人中 7 人までの殺人を容認したことになる。

本件主張は「代理人の主張」として裁判所が判断しないまま放置すれば、今後に提訴される裁判でも同じ論理が繰り返して提起される可能性が極めて高い。現実にはいわき病院代理人はいわき北陽病院事件で最高裁に棄却された論理を本件裁判でも、その事実に言及することなく使用した。この様な非人道的な国民の健康に生きる権利を否定した主張には、明確な判断を示す必要がある。

③、渡邊朋之医師が主治医を引き継いだ時の不始末

1)、渡邊朋之医師は病状が安定していた患者の主治医を引き継いだ

野津純一氏がいわき病院に入院して4ヶ月半後の平成17年2月14日にいわき病院長渡邊朋之医師が主治医を交代したが、その時の前医NS医師の最後の診断は「Stable:安定」である。いわき病院に入院した後で、NS医師の治療で、野津純一氏の病状は改善していたことは明らかである。しかしながら主治医を交代した渡邊朋之医師は「前医の治療が良くなかったが、一時的に改善していた」と表現した。事実認識として渡邊朋之医師は「患者の野津純一氏は前医の治療で改善していた事実があり、その改善していた状況を引き継いだ事実」を確認していた。

渡邊朋之医師が付記した「前医の治療が良くなかった」に根拠が無い。この背景にはいわき病院長渡邊朋之医師の勤務医NS医師に対する個人的な勤務評価の問題が介在しているが、法廷判断の根拠となる医療事実としては「前医の治療が良くなかった」は渡邊朋之医師の誤った評価・認識であり、「Stable」の医療記録が事実として重要である。その上で、薬剤添付文書を読まず、経過観察を真面目に行わない渡邊朋之医師の医師としての治療姿勢で野津純一氏に対する精神科臨床医療を行った事実が本質的な問題である。

2)、渡邊朋之医師は病状悪化を招いたが対応できなかった

主治医を引き継いだ渡邊朋之医師は、統合失調症患者の病状が良好「Stable」と自らも確認したが、早くも交代2日後の2月16日から、抗精神病薬を非定型のリスパダールから高力価定型のトロペロンに変更する処方変更を実行した。ここに前医NS医師の治療を否定したい、いわき病院長渡邊朋之医師の思い上がりがある。しかしながらその後に展開した事実に基づけば、野津純一氏は、翌17日に「意識消失発作」があり、20日以降には病状が悪化して「頭痛、腹満、悪寒、嘔吐、便秘、光が反射」の症状があった。渡邊朋之医師の処方変更は適切ではなかった。

病状の急変に、渡邊朋之医師は抗精神病薬を変更した直後にもかかわらず病状が処方変更に関連している可能性を検討せず、表面的な症状から腸の感染症と診断して対応した。渡邊朋之医師は添付文書に記載がある「嘔吐、著しい便秘、腹部膨満、食欲不振、全身倦怠」の症状に基づいてトロペロン副作用（腸管麻痺）の可能性を疑っていない。本件殺人事件の発生を未然に防止することができなかった医療錯誤でも、渡邊朋之医師が添付文書を読まない医療錯誤が、漫然と繰り返された事実があったことが重大である。

3)、MO医師は野津純一氏の病状に無関心

野津純一氏のカルテに登場するKS医師（21日20:30時）はイライラを記述したのみである。MO医師（22日、23日）は風邪症状に対応する頓服とカマグを処方したが、

野津純一氏の病状の悪化に対応していない。内科医として病状を確認せず、観察していない。**MO 医師は患者の病状を確認する診察を行わずカルテのレセプト処理をする医師**である。MO 医師がレセプト処理をするときに、患者の現在の病状を確認しない姿勢は一貫している。12月5日にも、MO 医師のレセプト処理を診察した事実としていわき病院の過失免責理由とした地裁判決は間違いである。なお、渡邊朋之医師は人証で内科医が診察したと証言したが、その発言の真偽を疑わず、事実と認定した地裁判決は安易である。

4)、SZ 医師は対応できた

2月23日にSZ 医師が抗精神病薬のトロペロンを中止してリスパダールに戻して、野津純一氏の病状（胃腸症状等）は劇的に改善した。渡邊朋之医師が添付文書を読むという基本に忠実であれば、簡単に対応できた事例である。平成17年2月の渡邊朋之医師の処方変更に伴う野津純一氏の病状の悪化は、主治医がトロペロン薬剤添付文書を確認しておれば対処可能であった事実を物語る。そもそも、渡邊朋之医師は抗精神病薬をリスパダールからトロペロンに変更する必要は無かった。

5)、渡邊朋之医師を助けるチーム医療は破綻した

幸いにも渡邊朋之医師の主治医交代直後の不始末を、いわき病院はチーム医療で重大な結末に至る前に回避できた。言い換えれば、この時点ではいわき病院で野津純一氏の治療でチーム医療が機能していた。しかし、その後の9ヶ月間の経過で、いわき病院長渡邊朋之医師と勤務医の精神科医師、薬剤師、及び看護師の間のチーム医療が、少なくとも野津純一氏に対する治療で、機能しなくなっていた。この機能の荒廃が重要である。野津純一氏が11月23日の処方変更まで「それなりの入院生活を送っていたから免責される」のではない、この点で地裁判決は間違いである。事実は過去の暴力歴は全て統合失調症に由来しており、そして野津純一氏の殺人である。野津純一氏の殺人衝動を未然に防止できなかったいわき病院の精神科医療に過失責任が問われる。

一連の経過で、渡邊朋之医師は抗精神病薬トロペロンの添付文書に記載された副作用情報を読んでいなかったが、この行動様式は、同年11月23日以降の病状の変化があった際に、SSRI 抗うつ薬パキシルの添付文書や文献にあるSSRI 中止時の特徴を踏まえなかったこと、及び統合失調症治療ガイドラインを無視した医療行動に通じる。そもそも平成17年2月の野津純一氏の突発的な病状の悪化は主治医の渡邊朋之医師が原因者である。その病状の悪化に主治医として原因をつかむことができず、病状を改善できず、また病状が悪化している時に継続して患者観察と治療を行わず、渡邊朋之医師は主治医として対応できなかった。渡邊朋之医師の不勉強と知識不足は一貫している。

主治医交代時には、いわき病院としては仕事に忠実な勤務医の協力がありチーム医療

が機能したことが幸いした。渡邊朋之医師はいわき病院長であり、チーム医療の維持と機能向上を図る義務を有している。本件殺人事件が発生する直前の10月の時点で、渡邊朋之医師は野津純一氏を医師の指示を聞かない強迫観念が強い患者と考えたが、薬剤師は「コンプライアンスが良い患者」と意見が違い、薬剤師は渡邊朋之医師から離反した。渡邊朋之医師が複数の向精神薬の同時突然の中止を行うに当たって、薬剤に関する助言を行う薬剤師が処方変更に同意せず離反していたことは、重大な組織上の問題である。そして、渡邊朋之医師は薬剤師の助言に反し独りよがりの単独で、複数の向精神薬を同時に突然中止した。また看護師は顔面を精神科看護の基本から逸脱して患者を正視する看護を行わず、更には、2月の時点で行われた勤務医の精神科医師が病院経営者の渡邊朋之医師をバックアップする体制がなく、いわき病院ではチーム医療が崩壊していた。

平成17年2月の時点では2人の精神科医が協力したが、NS医師は渡邊朋之医師が資質を嫌い、SZ医師に関しては錯誤を助けられたことが病院長として不愉快で野津純一氏の治療から遠ざけた可能性がある。2医師に合わせて薬剤師が離反したことは、薬事処方箋で複数の向精神薬を同時突然中止した渡邊朋之医師の暴走をチェックできる、薬事処方の問題点を理解して対応できる高級医療技術者が不在で、機能の面からもチーム医療の崩壊は深刻な状況であった。上記の過程で、内科のMO医師はレセプト承認の機能を受けもち、渡邊朋之医師の従順な協力者であり続けたが、一貫して野津純一氏の精神科医療ではチーム医療の外にいたことは重要である。いわき病院でチーム医療が機能しておれば、殺人事件は未然に防止できた問題である。渡邊朋之医師は野津純一氏に複数の向精神薬の処方変更を行った事実を看護師に周知せず、留意点を指揮していない。渡邊朋之医師はいわき病院長であり、チーム医療を破綻させたことに責任を有する。月日の経過でいわき病院の医療の荒廃が進み累積したことは、デイビース鑑定人の指摘である。

いわき病院長渡邊朋之医師が野津純一氏に対して平成17年2月に行った医療錯誤の教訓は、同年11月から12月にかけての事件で活かされることはなかった。渡邊朋之医師は自らの不足や錯誤を見直すことができない精神科医師である。

④、風邪症状の診察と離脱症状の見逃し

渡邊朋之医師が人証で発言すれば、それが事実となるのではない。裏付けが必要である。

1)、MO医師は患者の病状に関心がなくチーム医療に参加していない

内科医のMO医師は平成17年2月18日から23日までの主治医交代後の患者野津純一氏の病状が悪化した際に、病状の本質を見極めた対応を行っていない。MO医師は野津純一氏の頓服処方箋でしばしばカルテに登場するが、基本的に、患者の求めに応じて看護師が与薬した後で行う、約束処方のレセプト処理であり、野津純一氏の病状を診察した医療

行為ではない（なお、約束処方とは、各医療機関で配合薬剤と用法用量を決めてある、よく使われる薬の組み合わせをいう。風邪薬や鎮痛剤など）。

MO 医師は 2 月の野津純一氏病状が悪化した際には、症状が胃腸症状という内科分野であったにもかかわらず、渡邊朋之医師により抗精神病薬の処方変更が行われた後で統合失調症薬の副作用及び目の前の症状との関係を疑わなかった。この患者の病状を医師として確認しない MO 医師の姿勢は、12 月 5 日の野津純一氏の風邪症状の診察が適切に行われたか否かの問題とも関連する。MO 医師は患者の病状の変化を観察して、精神科医療チームの一員として処方を行うものではなく事後にレセプト承認した診療録記載である。MO 医師は「風邪症状」という看護師からの報告に接して、医師として SSRI 抗うつ薬パキシルの突然中止と関連づけた確認診察を行う義務が生じていた。MO 医師は渡邊朋之医師の処方変更で発生した患者の病状悪化を一貫して見逃した。MO 医師は精神科専門病院であるいわき病院の内科勤務医であるが患者の精神病状に関心を持たず、野津純一氏の精神症状の動向を診察していない。

2)、MO 医師の 12 月 5 日の風邪症状記載

12 月 5 日に MO 医師は風邪症状と記載しているが、同頁右側の指示及び処置の欄には 12 月 3 日の生食 20ml 1 A、4 日の生食 20ml 1 A、5 日のペレックス 3.0、3×N 3 日分のレセプト承認まで、が記載されている。しかしながら、診療録の記載は左側の記載は「病状及び経過」欄は 12 月 5 日であるのに、同列の右側「指示及び処置」欄は 12 月 3 日と 4 日である。更に、12 月 6 日の横に 12 月 5 日の処置が記載されており、左右でちぐはぐである。また耳鼻科通院中と記載があるが、耳鼻科通院を行った外出許可の記載は見当たらない。MO 医師の診療録記載は、生食 1ml の筋注ではなく、野津純一氏を治療した事実を記載してない。医師として患者の診察と治療を行った事実を証明できない。MO 医師の診療録記載には看護記録の裏付けがない。

野津純一氏に対する風邪薬の与薬は 5 日朝 10 時の ON 看護師であり、MO 医師の診察と処置ではない。診療録に MO 医師は「薬剤包」と記述してあるが、右頁のいわき病院による清書（赤字）では「薬処方」となっており、改変である。「薬剤包」と「薬処方」では意味が異なる。いわき病院は診療録の記録を、悪筆であることを幸いにして、清書翻訳で改竄を行った。いわき病院は薬のレセプト承認を行っただけの作業を、あたかも、診察をして薬処方を行ったかのように記録を読む者が誤解するように事実の捏造を意図した。

3)、ON 看護師が与薬した風邪薬

風邪薬として ON 看護師が与薬したペレックスは 1 回分ずつ透明パッケージに入った

個包装の顆粒で、内容的に市販の風邪薬と同じであり、風邪気味の患者に看護師の判断で投与されるが、レセプト請求には医師のサインが必要である。このため、患者がペレックスを服用した後で、診療録に医師が追認のサインをするのが常である。MO 医師は 12 月 5 日に野津純一氏を投薬前に診察しなかったのである。そして野津純一氏の病状（喉痛、頭痛、振戦、不安焦燥、等）はペレックスでは改善されなかった。

ON 看護師が風邪薬を処方した後でレセプト承認をした MO 医師は、レセプト承認時に患者の様子確認をしていない。MO 医師は内科であるが、精神科病院勤務医であり、野津純一氏の風邪症状の程度、及び基本的な行動として、抗精神病薬（プロピタン）と SSRI 抗うつ薬パキシルを同時に突然中止していた患者の治療課題のアカシジアが亢進していたか否かを確認する必要がある。医師としての見識に基づいた義務である。

4)、IG 鑑定人は地裁裁判官の誤判断を誘導した

IG 鑑定人は、いわき病院の清書による改竄を疑うことなく、12 月 5 日 MO 医師診察と鑑定意見書に記載したため、地裁判決（P.115）は、「12 月 5 日に内科医が診察を行った」と断定し、経過観察をした証拠とした。MO 医師の治療事実と異なるカルテ記載を元にして、「MO 医師が診察した事実」と認定したことは、IG 鑑定人の錯誤である。

内科医の MO 医師が野津純一氏を 12 月 5 日に診察していたら、内科医として当然の医療行為として、喉の図を画き、喉のどのあたりが赤いか、痰がからむ咳か乾いた咳か、鼻水が濃いか、水のような鼻水か、頭のどのあたりがどのように痛いか等を問診し、見たこと聞いたことを診療録に書き込んだはずである。そして、喉や鼻を詳しく見る時、左頬を見ないと言うことはあり得ず、「左頬に根性焼きがあった」または「左頬に根性焼きは無かった」のうち、必ずどちらかの証言をこれまでの裁判の過程で自信を持って行っていたはずである。MO 医師が本当に 5 日に診察したのであれば、いわき病院は最初の地裁答弁書から MO 医師の名前を出して回答するのが常識である。しかしながら、事件後 9 年を経た現在に至るまで、MO 医師は根性焼きの有無に関する発言を一切していない。今日に至って、たとえ「12 月 5 日に診察しました」と文書を提出することがあっても、それはいわき病院に強制に近い要請を受けたからと推察される行為であり、信用に値しない。MO 医師から文書が提出される場合には、控訴人は改めて記述内容を詳細に検討し反論する用意があり、場合によっては、人証で本人他を証人喚問する必要がある。

5)、医師法違反の主張

被控訴人以和貴会の主張と、看護師の筋注を医師の経過観察とした地裁判決は、医師法 17 条【非医師の医業禁止】違反、第 19 条【診療義務等】違反、第 20 条【無診察治療等の禁止】違反、第 24 条【診療録】違反である。

特に、医師法第 17 条違反に関連して、非医師が限定的な医療行為を行うことの前提として「5 ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと」が明記されている（医師法 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について、厚生労働省医政局長通達：医政発第 0726005 号、平成 17 年 7 月 26 日：参考資料添付）。本件では、平成 17 年 11 月 23 日に実行した複数の向精神薬（パキシル、プロピタン他）の同時かつ突然の中止で「副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合」に該当する。

6)、風邪症状が風邪であったか否かは本質的な問題ではない

平成 26 年 12 月 5 日の法廷で、裁判官は「平成 17 年 12 月 5 日の風邪症状の説明」を被控訴人側に求めた。これは、控訴人側が刑事裁判 SG 鑑定に基づいて野津純一氏の症状は「根性焼きでも消えないイライラの亢進」が殺人事件を引き起すに至った主症状として、いることに関する裁判官の疑問と思われる。

いわき病院は「野津純一は風邪だった」として、「風邪だったので、主治医が診察する必然性はなかった」と主張してきた。いわき病院が「風邪の患者が殺人することは予想できない」と自己弁護しても、いわき病院の論理に眩惑されて、「風邪の可能性があるので、複数の向精神薬突然中止による中断症状は決定的と言い切れない」と本質を見誤った判断を行ってはならない。そもそも風邪で殺人する人間はいない。

野津純一氏が、仮に風邪（インフルエンザを含む）であったとしても、SSRI 抗うつ薬パキシルを突然中止した後であり、SSRI を中止にした後で発現する可能性がある離脱症状のインフルエンザ様症状等に留意する必要がある、主治医は自ら診察する義務があった。主治医には、看護師からの報告で風邪症状と離脱症状の発現を示すインフルエンザ様症状の確認を自らの眼で診察して見極める責任がある。渡邊朋之医師が、SSRI 抗うつ薬パキシルを突然中止した後で、患者観察を綿密に行う特別な時期という認識を持たず、一般の平常時という認識でいたことが過失である。添付文書に記載された重要な情報を読まない主治医渡邊朋之医師の不勉強による錯誤した医療を免責理由としてはならない。添付文書の重要事項を読まないことや理解しないことが重大事故に繋がれば主治医に過失がある。また同時に行った抗精神病薬プロピタン中止により抗妄想幻覚作用が失われた事による再燃や中断症状である可能性を、主治医自ら確認する義務は失われない。

渡邊朋之医師が、風邪症状という看護師からの報告に基づいて、主治医の精神科医として、離脱症状の発現を示すインフルエンザ様症状の可能性を疑わず、向精神薬中止に

よる中断症状の可能性を考えず、自ら診察を行わなかったことが、決定的な過失である。主治医が経過観察を行わない怠慢と医療放棄が医療過失である。

⑤、野津純一氏に対して行った精神科開放医療と看護

1)、アネックス棟の精神科看護師の配置

野津純一氏が入院した精神科開放病棟のアネックス棟は認知症専門病棟である第 2 病棟に付属し、アネックス棟に精神科看護師の独自配置は行われていない。認知症も精神障害の一つではあるが、加齢による認知症の介護と、病状を改善して退院を目指す精神障害の看護との違いを認識した看護体制は取られていない。いわき病院は基準に足りる人員配置であるので法的に問題ないという主張であるが、野津純一氏に対して、精神科看護師の専門的な技量に基づいた十分な精神科看護が行われていたという証明にはならない。

認知症の場合は精神症状の改善を期待する療法に加えて、下の始末など介護の労役が重点的な作業となる。他方、野津純一氏のような統合失調症患者の場合には下の世話は必要ではない。むしろ、精神症状の動向の変化を観察して記録し、病状の改善を促進することが重点的な課題である。重要な問題は、いわき病院第 2 病棟は下の始末の労役が過重的に係る職場であり、精神科看護を行う看護師は、労役を回避して、楽な仕事に逃避していると、看護長から見られていた職場認識があった事実である。そのような職場では、精神科看護は後回しにされる傾向があり、アネックス棟でも、その現実があった一つの証拠が、野津純一氏が自傷した顔面左頬の火傷の瘢痕（根性焼き）を発見することがない、いわき病院の精神科看護の事実である。下の世話に仕事の重点が置かれた第 2 病棟に併設されたアネックス棟では、毎日患者の顔面を正視して、患者の顔面を観察して病状を確認する精神科看護の基本が徹底されていなかった。

2)、野津純一氏の外出管理

野津純一氏は、1日2時間の範囲であれば、アネックス棟と棟違いの中央棟の第 2 病棟のナースステーションの前に置いてある入出簿に氏名、時間、行き先を記載して、看護師の許可を得て、外出できる決まりである。しかしながら、現実には、入出時に看護師が患者を観察する確認は行われていなかった。また、野津純一氏には「院内フリー」の行動の自由があり、アネックス棟のエレベータを使ってナースステーションの前を通らずに、病棟外そして病院外に出てもいわき病院は確認する手段を持たなかった。いわき病院のアネックス棟入院患者に対する外出時の確認は、行われていない。また、いわき病院の第 2 病棟は、精神障害患者の毎日の病状の変化を観察して記録し、病状の変化に対応して外出許可の内容をきめ細かく調整する体制を取っていなかった。いわき病院には患者の病状の変化を観察して外出許可に反映させて患者の人権を守るという発想がそもそも無い。患者の病状を経過観察して確認するべき時に確認せず「異常を確認せず、記録もない」の

で責任は無いとするいわき病院の主張は間違いである。そのような怠慢と不作為で反社会的な弁明を許してはならない。渡邊朋之医師は複数の向精神薬を同時に突然中止した後でも、外出許可の見直しや、看護師に対する指示の変更を行っていない。いわき病院は精神科開放病棟で患者の外出管理を行うことは、精神科開放医療を否定する行為であると主張してきた。いわき病院は無責任と放任を、あたかも自由を尊重した精神科医療であるかのごとき主張した混同がある。いわき病院は精神障害がある患者を守り、善良な市民として安全に社会参加を達成するという基本的人権の視点が欠如している。

地裁は看護師の数が基準を満たし、外出管理の手続きが文書で定められておれば過失はないと判断したが、教条主義的で実態を確認しない間違いである。いわき病院は患者の外出管理を適切に運営していない。過失判断は経過観察と治療的介入を行わず医療放棄を行った事実に基づく。精神科医療が行った過失は、精神科開放医療の理念の善し悪しではなく、患者が経験した事実と結果に基づいて判断されることが必要である。

3)、病状の悪化を予想せず確認の診察をしない精神科医療

渡邊朋之医師は平成 17 年 11 月 23 日から慢性統合失調症でアカシジア（イライラ、ムズムズ、手足の振戦）に苦しんでいる患者野津純一氏に抗精神病薬プロピタンを中止して統合失調症の治療を中断し、同時に SSRI 抗うつ薬パキシルを添付文書の「重大な基本的注意」の記載に違反して突然中止した。主治医は患者の病状が悪化する可能性を慎重に見極めて病状管理をする義務がある。渡邊朋之医師は 12 月 1 日からアカシジア緩和薬のアキネトン薬効がない生理食塩水に代えたプラセボ試験を行っており、プラセボ試験中は効果判定のために特に慎重に患者観察の診察を継続する必然性があった。

渡邊朋之医師は複数の向精神薬中止を看護師に周知せず、患者観察の重点事項を指示されていない看護師の報告に頼り、自らは経過観察の診察を行わず、プラセボ試験を開始しても患者に直接問診や診察をしない。渡邊朋之医師は野津純一氏が「殺人をするなど予想できない」と主張したが、そもそも主治医は患者の小さな異変や病状の変化を観察していない。病状の悪化を観察していないので責任を問われぬという免責の論理は通用しない。野津純一氏は病状が悪化し、特に 12 月 4 日以後にはアカシジアの再発は顕著で、渡邊朋之医師が治療的介入を行っておれば、事態は沈静化した。渡邊朋之医師は MO 医師が代わりに診察したと主張したが、医療記録が無く、医療行為があったことを証明できない医師法違反（第 17 条、第 24 条）の主張である。主治医は漫然と放置し、患者は自傷行為（根性焼）から重大な他害事件（殺人）にまで発展した。最初から高度の蓋然性で殺人を予見できるものではないが、軽微な異変を無視すれば、大事故に至ることは、常識である。小火も放置すれば大火事になる。火は小さい間に消火しなければならない。

2、精神医学に関する鑑定論争

いわき病院は鑑定論争に日本の大学教授を持ち出せば有利に展開する、また医師の裁量権は大きいので、論理の自由度が高いと考えていると思われる。地裁でも高裁でも鑑定人論争はいわき病院側の提案により行われた。この鑑定論争では、地裁 IG 鑑定人は「英国の精神科開放医療の先例」を持ち出して、精神科開放医療を行っていたいわき病院に過失はないと主張した。また UD 鑑定人は英国の研究や調査報告に言及して証拠文献を提出せずに、精神薬理学論争を切り抜けることを目指していた。英国の事例を持ち出せば、控訴人（原告）は知識を持たないので簡単に鑑定論争に勝てるという戦略である。その上で、いわき病院側の鑑定人は医学部教授であり、教授としての権威に基づいて、控訴人（原告）が推薦した鑑定人より権威がある鑑定意見であるという立場である。

そもそも、日本の大学教授が英国に言及したからとしても、その意見が根拠もなく正しいとして判決根拠とされることは間違いである。現実には、IG 鑑定人は原告側のデイビース医師団から矛盾を指摘されて、苦し紛れに「ここは日本である」と回答したが、それは自らの鑑定意見に根拠が無いと主張したに等しい。しかしながら、地裁では日本の大学教授の権威に基づいて判決が行われたが、日本の裁判所としては、きわめて不合理な判決根拠の認定であった。本件裁判には、英国、カナダ、オーストラリア及びスペインの精神医学者が鑑定人として参加しており、国際的に通用する論理が求められる。

①、地裁 IG 鑑定人の事実誤認

IG 鑑定人が地裁に提出した最初の鑑定意見書（平成 23 年 7 月 29 日付）は基本的に英国の精神科開放医療に関連した論文に主張の根拠を依存していた。ところが控訴人（原告）が推薦したデイビース医師団鑑定人からのリスクアセスメント（結果予見性）とリスクマネジメント（結果回避可能性）に関連した反論にあうと、「ここは日本である」と逃げた。日本の特殊性を論じるのであれば、最初から英国の事例を鑑定意見で例示して主張したことは間違いである。学者として何を正しいと信じて論じるかという普遍性を持たない、逃げの姿勢が前面に出た鑑定意見であった。

いわき病院が推薦した地裁 IG 鑑定人は、前提として「根性焼きのような、原告と病院側の間で事実認定に相違がある問題は鑑定しない」と宣言した。鑑定は 12 月 5 日に MO 医師の診察があったとしたが、診療録記載はプラセボ 1ml 筋注ではなく生食 20ml のレセプト承認であり、野津純一氏を治療した記録ではない。地裁判決は、100 円ショップレジ係の目撃などから「根性焼きが事件前に有った」と認定した。しかし地裁判決は「鑑定人が生食 20ml とプラセボ 1ml を（わざと？）錯誤したこと」を根拠にして、「いわき病院は根性焼きを見逃したわけではない」と結論したが、この判決文は「MO 医師は 12 月

5日に野津に根性焼を見つけたが言わなかっただけ」と同義である。もし判決通りであるならいわき病院は本件訴訟直後からMO医師に根性焼が12月5日にあったか否かを証言させたはずであるが、過去9年間の訴訟中に尋ねた痕跡はない。そもそも、IG鑑定人が鑑定意見を提出する前提として「根性焼きは鑑定しない」とした根性焼きに関連して、IG鑑定意見を根性焼き見逃しに関するいわき病院の免責根拠としたことは、地裁判決の論理的な逸脱である。地裁判決はIG鑑定意見の事実誤認を上塗りした。

②、いわき病院は自ら地裁判決を否定した

高裁でいわき病院が推薦したUD鑑定人は、【鑑定意見】の「② プロピタンの中止は本件における殺人事件と関連しない」の項で、「本件において野津純一に処方されていたプロピタンは、中止から1、2日で体内から消失したと考えるのが妥当」と鑑定した。地裁でIG鑑定(1)(乙B第15、P.18)は「プロピタンが中止されて2週間が経過した本件殺人事件の時点においても、その薬効が残存していた可能性は十分ある」と鑑定した。が、両鑑定人の鑑定意見は矛盾している。この場合、IG鑑定意見の後からUD鑑定意見を提出した事実に基づいて、いわき病院はIG鑑定意見を否定・訂正したことになる。双方の鑑定意見に矛盾がある場合、先に提出されたIG鑑定意見が、法廷参考鑑定意見として棄却される。従って、IG鑑定意見を根拠にしてプロピタンの薬効が持続していたとした地裁判決は根拠を失った。

いわき病院が、高裁第2準備書面(P.10~13、2 プロピタンの中止について、平成26年5月12日付)、及びUD鑑定意見で繰り返してIG鑑定意見を否定した。いわき病院は確定意思として、高裁第2準備書面とUD鑑定意見書で、地裁判決を否定した。その上で、UD鑑定人はプロピタンのハロペリドール換算値を誤認(WHOデータベースから逸脱)して、プロピタンの有効量を間違えた。投与したプロピタンは有効量で、野津純一氏はプロピタンが突然中止されて薬効が失われ、統合失調症の治療が中断した状況で、アカシジアが再発して、根性焼をしても激しいイライラや手足の振戦は治まらず、通り魔殺人を行った。UD鑑定人は医学部大学教授であるが、精神薬理学に関して基本的な理解不足と錯誤があり、UD鑑定意見を基礎にした判決を行う事は事実誤認になる。

③、UD鑑定意見

UD鑑定人は自らの主張の根拠となる論文を提出できていない(下記の1)~3))。仮に、UD鑑定人がこれから根拠論文を提出する場合には、NS鑑定人とデイブース医師団により、内容確認を行う事が必須の要件である。論文を提出すればそれで本件の議論は終わりとはならない。控訴人側は鑑定人も含めて、そもそもUD鑑定意見は錯誤であると指摘しており、改めてUD鑑定人の論理を再検討する必要がある。間違いの論理を根拠にして渡邊朋之医師は医師の裁量権を主張することはできない。

1)、UD 鑑定人は Cross tapering に関して文献や資料を提出できない

いわき病院が推薦した UD 鑑定人は SSRI 抗うつ薬パキシルの突然中止に関連して、「三環系抗うつ薬のアミトリプチリンで Cross tapering したので問題がない」、また「突然中止は英国の調査で問題がないと報告されている」との鑑定意見であるが、根拠の文献や資料を提出できない。従って、Cross tapering に関連して以下の論点が確定した。

- i)、UD 鑑定人が鑑定意見とした “Cross tapering” 手法には根拠が無い。
- ii)、UD 鑑定人の “Cross tapering” 手法に関する鑑定意見は間違いである。

2)、UD 鑑定人はパキシル離脱症候群に関する文献や資料を提出できない

UD 鑑定人は、「英国の調査では、パキシルの離脱症候群と思われる症状は平均して 2 日で出現し、ほぼ 10 日で消失すると報告されている。」と言及したが、「英国の調査」を報告できない。従って、パキシル離脱症候群に関連して以下の論点が確定した。

- iii)、UD 鑑定人の「パキシルの離脱症候群と思われる症状は、平均して 2 日で出現し、ほぼ 10 日で消失する」に関する鑑定意見には根拠が無い。
- iv)、UD 鑑定人の「パキシルの離脱症候群と思われる症状は平均して 2 日で出現し、ほぼ 10 日で消失する」に関する鑑定意見は間違いである。

3)、UD 鑑定人はパキシル 20mg/日量に関する文献や資料を提出できない

UD 鑑定人は「パキシルの中止に関しては離脱症候群の発症が警告されているが、本件では、投与量が 20mg で強迫性障害では承認用量の半量という低用量で、中止に際しては “Cross tapering” の手法を用いていること等から、離脱症候群が発生した可能性は低いと考えるのが相当である」また引き続いて「本件では離脱症候群が生じたとしても低用量であることを考慮すれば、11 月 23 日から同月 25 日の間であり、むしろ殺人事件が発生した 12 月 6 日の時点では離脱症状は消失していた可能性が高い」と主張した。

UD 鑑定人の主張は「パキシル 20mg/日量は、低用量なので中断症状（離脱症候群）を引き起こすことはない」となる。しかしながら UD 鑑定意見が正しいことを臨床的に証明する証拠論文は提出されていない。大学教授が鑑定すれば正しいのではない。

4)、UD 鑑定意見は的外れ

UD 鑑定人は【鑑定嘱託事項】に基づけば「控訴人が質問しないことを控訴人の質問として、それが非現実的な質問であるとして答えている」にすぎない。UD 鑑定人は「具体的には、平成 17 年 11 月 1 日から 12 月 6 日（事件当日）までの経過につき、控訴人側の

主張は」と前提を置いた。ところが、控訴人は平成 17 年 10 月 26 日（渡邊朋之医師は薬剤師の「野津は統合失調症という認識を、強迫症状が強いとたしなめた」が、同意しない薬剤師が離反した）から平成 18 年 1 月 10 日（レセプト請求でパーキンソン病をパーキンソン症候群に変更して渡邊朋之医師の誤診を訂正して申請した）までの期間を特定して指摘しており UD 鑑定人とは異なる。UD 鑑定人が控訴人の意見として特定した期間はいわき病院控訴審第 2 準備書面（4 本件における薬剤中止（平成 17 年 11 月 23 日）前後の野津の状態、P.15～27）の記述に基づくことは明白であるが、UD 鑑定人は、鑑定報告書の論理的な基礎として、11 月 23 日に実行した薬剤中止が重要な転換点であると認めたことは重要であり双方が一致した。その上で、控訴人側と被控訴人側の相違点は、「(薬剤処方変更が) 本件殺人事件を発生させた確定的な原因となり得たか否か」である。

【鑑定嘱託事項】

控訴審で争点となっている本件患者野津純一への処方のうち、11 月 23 日以降のパキシル、プロピタンの中止と本件殺人事件発生に関連について

具体的には、平成 17 年 11 月 1 日から 12 月 6 日（事件当日）までの経過につき、控訴人側の主張は、概要、パキシル 1 日 20mg、プロピタン 1 日 150mg の継続処方が、11 月 23 日に全て中止されたことにより、以下の機序により、本件殺人事件が発生したというものである。

- ① パキシルの離脱症状が発現し、イライラ・興奮が亢進して、約 2 週間後に殺人事件に至った。
- ② プロピタンの中止により定期処方の抗精神病薬がなくなったことにより、患者の幻覚妄想が抑制できなくなり、パキシルの離脱症状としての興奮等も抑制できず、中止から 2 週間後に殺人事件に至った。

そこで、本件について、主治医である渡邊医師が、患者野津純一に対する処方につき、パキシルとプロピタンを同時に全て中止し、他に定期的な抗精神病薬の処方をしなかったことが、本件殺人に関係したか否かを、臨床薬理学的見地から鑑定するように求められた。

UD 鑑定人が特記した下記の 2 項目は控訴人矢野が主張したことではない。

いわき病院が控訴人の主張とした設問

- ① パキシルの離脱症状が発現し、イライラ・興奮が亢進して、約 2 週間後に殺人事件に至った。
- ② プロピタンの中止により定期処方の抗精神病薬がなくなったことにより、患者の幻覚妄想が抑制できなくなり、パキシルの離脱症状としての興奮等も抑制できず、中止から 2 週間後に殺人事件に至った。

いわき病院はパキシルとプロピタンの各々に関して「中止から 2 週間後に殺人事件に至る」を高度の蓋然性で証明しろと控訴人に請求しているに等しいことである。そもそも高度の蓋然性でも、常識論でも「2 週間後に殺人」という必然の論理はない。これらの向精神薬を同時または個別にでも中止された患者は普通病状の悪化が見られるが、必ず殺人行動を引き起こすものではない。過去に暴行歴を有する患者の中に、病状に関連して暴力行動に至る患者はあり得る。それでもほとんどの患者は「中止から 2 週間後に殺人事件に至る」ことはない。ごく一部に、その衝動的な可能性を持つ患者がおり、野津純一氏に該当した。しかし、そもそも患者の病状をきめ細かく経過観察して、病状の悪化に対応しておれば、患者の暴力行動を未然に防止することは可能であり、殺人事件は発生しない。本件質問はいわき病院と渡邊朋之医師の医療放棄に目隠しをして、論理的に責任を控訴人に押しつけるものである。

控訴人矢野は「パキシルを添付文書の指示に従って徐々に減量して、経過観察と治療的介入を行っていたら、殺人事件の発生を効果的に抑制できた」と主張している。また、「プロピタンの中止で 2 週間後に自動的に殺人事件が発生することもない」。問題の本質は、いわき病院の医療放棄である。

控訴人の主張を極論と本質ではない内容の鑑定人に対する設問に言い換えて、問題の本質を覆い隠し、木を見て森を見ずの方向に判決を誘導するいわき病院の手段に眩惑されてはならない。「重大な処方変更後に主治医が自ら経過観察を行わない治療放棄」という本質を見誤ってはならない。控訴人の意見を言い換えて控訴人を批判するいわき病院代理人の手法に乗せられたことは UD 鑑定人の責任である。この問題設定の非現実性に、UD 鑑定人が気付かないところが問題である。

5)、「10 人中 7 人までの殺人を容認する高度の蓋然性」の論理と UD 鑑定意見

いわき病院は「十中八九 (80~90%以上の確率で殺人) の高度の蓋然性」という主張を持ち出して、殊更に困難で、現実的でない条件を頭の中で創りあげて「原告は因果関係を証明できていない」との主張を繰り返した。それは上記 4) の①と②の因果関係を「原告は 80~90%以上の確率 (高度の蓋然性) で証明せよ」と言うに等しい。

精神科医療ではそのような高度の確率でも低い確率でも必ず殺人の結果をもたらす向精神薬は承認されない。いわき病院は精神という多様性を相手にする精神科医療では非現実的な高度な確率値 (80~90%以上) を持ち出して、「自動的に発生する患者の病状の変化があり、臨床の観察と治療的介入を行っても行わなくても、高度の蓋然性に基づく因果関係で殺人事件が発生するが、控訴人は証明できない」と主張をしているに等しい。

パキシルの副作用に関連して、いわき病院が提出したパキシル・インタビューフォーム（乙B第22号、2011年8月）のⅧ.安全性（使用上の注意等）に関する項目の8. 副作用（p.32～35）によれば、臨床試験の総症例1,424例中で何らかの副作用が報告された事例は975例（68.5%）で、この割合は70%未満であり、いわき病院が主張した「高度の蓋然性の基準」に達していない。更に、重大な副作用に関連して、1) セロトニン症候群（1%未満）、2) 悪性症候群（1%未満）、3) 錯乱、幻覚、せん妄、痙攣（1%未満）である。パキシルの副作用は高度の蓋然性の水準に達していないから無視して良いのではない。更に、重大な副作用はわずか1%未満なので診察を免除されるのでもない。添付文書に記載されている意味は、極めて低い副作用であっても、慎重に経過観察する必要性を明記しているのであり、従って医療上の重大な事実であり診察義務が課される。また、そもそも「重大な副作用」に「殺人」という非常識な項目は記述されない。

6)、いわき病院が設問した目的

いわき病院が鑑定人に質問したことは実質的に「パキシルを突然中止しても2週間後に殺人事件に至ることはない」また「プロピタンを中止しても2週間後に殺人事件に至ることはない」、そして「控訴人の非常識を指摘して下さい」という論理である。そもそもパキシルとプロピタンは高度の蓋然性で殺人事件を引き起こす危険な薬剤ではないが、使用上の注意を間違えれば、極端な場合には患者に殺人等の行動の異常が発現する事がある。ところが、いわき病院はパキシルを Cross tapering したので突然の中止ではない、プロピタンはそもそも薬効が弱く抗幻覚抗妄想作用が強くないので中断症状は無く2週間後の殺人はあり得ない、だからいわき病院に責任は無いという論理である。デイビース医師団鑑定人によれば「UD鑑定人は「控訴人は投薬管理だけで殺人事件を発生させるだけの力があると考えている」という質問を設定して自ら回答した。」のである。しかし、UD鑑定人に間違いの課題を設問したのはいわき病院である。いわき病院は本設問で経過観察と治療的介入から裁判官の関心を逸らせることを意図した。

④、NS鑑定意見

1)、NS鑑定人とデイビース医師団は協調して鑑定意見を提出した

地裁で原告（高裁控訴人）が推薦した日本側鑑定人とデイビース医師団は各々独立して単独の立場で鑑定意見を提出した。高裁では、デイビース医師団のデイビース医師とアラマナク医師はNS鑑定人と事前に会合（KT代理人、控訴人矢野啓司・矢野千恵同席）し、意見調整をした上で、双方が鑑定意見書を提出した。NS鑑定人はいわき病院で臨床的経過観察が行われなかったことを過失が発生した基本的事実として指摘した。

2)、パキシルについて慎重な減量と臨床的観察を不要とする根拠はない

パキシルの臨床上的治療容量は最大 50 mg（うつ病治療では 40 mg）であり、20 mgは中等量である。2004 年 6 月号の JAMA 日本語版では「40 mgのパロキセチンを投与している場合、1 週間おきに 10 mgずつ薬を減らす」ことが推奨され、「減量から中止に至るまで最低 1 カ月を要する」とされている。20 mgからの減量も 1 週間おきに 10 mgの減量を行うことが推奨されている。

UD 鑑定人がパキシルの離脱症状と事件発生との因果関係に関する結論を提示する根拠としているパキシルの薬理学的特性や Cross tapering について、実験薬理的な知見としての価値はともかくとしても、臨床をあまりにも単純化して、臨床治療上の実際と乖離している。Cross tapering は、前薬の漸減に合わせて、他の薬剤を漸増し置換する薬物療法の手技の一つであり、前薬の漸減なく、後薬の漸増が計画的に行われていない薬剤変更を Cross tapering と呼ばない。また、UD 鑑定人の主張からは、慎重な減量と臨床的観察が不要である根拠は一切見出せない。

3)、パキシルの退薬症候群の出現リスクに関する意見は臨床無視

パキシルの離脱症状の発現に関しては、「パロキセチンによる中断時発現症状の発現率の個人差に関する臨床的・薬理遺伝学的検討」(村田雄介 福岡大学薬学集報 14(0), 55-60, 2014-03) 等の検討が現在でも続けられており、単純化した理論で断定的な結論を導くことは適切ではない。退薬症候群の出現リスクに関する意見についても、精神科臨床現場で生じる現状とはかけ離れた机上の理論に過ぎない。精神医学的には臨床的客観性と普遍性が求められる。このような非臨床的な暴論が本裁判で採用されることは許されない。

4)、プロピタンの中止は殺人事件と関連しないとした UD 鑑定意見は間違い

UD 鑑定人の鑑定意見は、断定根拠とする理論展開は臨床治療上に観察し得る薬理的現実を踏まえず実験薬理的理論を短絡的につなぎあわせた粗雑なものである。UD 鑑定人の理論を根拠にプロピタン中止と殺人の関連を否定することはできない。

5)、薬物療法を行う医師の慎重かつ綿密に臨床的観察を行う責務

薬物療法とは、実験医学的な推論と異なる事象の出現を前提とした高度の人体実験に外ならず、被験者である患者を危険に晒すものである。このため、薬物療法を行う医師は、慎重かつ綿密に臨床的観察を行う責務があり、実験室レベルの基礎データを根拠にした観察放棄は許されない。

6)、SSRI の中断により臨床的な経過観察の必要性は一層増していた

アカシジアは、自殺や不穏、衝動的な行為の誘因となることはよく知られており、ア

カシジアのある患者の薬剤変更時にはより慎重な臨床的観察が必要である。プロピタンが少量であっても、どのような臨床的有効性を有していたかは机上理論では評価はできず、アカシジアの原因薬剤となり得るプロピタンを中止することは、アカシジアの改善への期待と同時に、**抗精神病薬によって抑制されていた不穏や衝動的な行為の発現の抑止力を放棄することでもあり、より慎重で綿密な注意が必要であった。**一つの薬剤変更でのみ薬理学的な推測が難しい状況に加え、SSRI の中断というさらに脳内での薬理学的反応（SSRI による離脱、SSRI の中断によるアカシジアの悪化の危険性）の混乱が引き起こされる危険が高い行為が付加されており、**臨床的な経過観察の必要性は一層増していた。**

7)、 初歩的な臨床的知識を忠実に行えば殺人事件を未然に防げた

初歩的な臨床的知識に基づいた配慮が行われていれば、主治医は患者の**精神状態の変化に気づき、殺人事件の発生を未然に防ぐ可能性をはるかに高くすることができた。**矢野真木人殺人事件はあり得ない事である。

⑤、 デイブース医師団鑑定意見

1)、 デイブース医師団は SSRI 抗うつ薬研究では国際的最先端研究グループ

デイブース医師団鑑定人は精神薬理学特に本件裁判で問題となっている SSRI 抗うつ薬及び抗精神病薬の研究では国際的最先端研究グループとして実績を上げてきた、またデイブース医師団の各鑑定人は各々が権威ある国際研究誌の編集者である。その上で、今回は NS 鑑定人（精神科臨床医師、医学博士、精神薬理学）が、日本側のパートを分担して、日本の臨床薬理学研究及び臨床医療との整合性を確保した鑑定意見を提出した。

デイブース医師団は UD 鑑定人が証拠や文献を提出せずに「英国の事例」とした主張を、根拠と論理を明確にして否定した。いわき病院が推薦した UD 鑑定人は精神医学及び精神薬理学の専門家ではなく、デイブース医師団鑑定人及び NS 鑑定人と対抗し得る精神医学的見識を有していない。いわき病院が推薦した UD 鑑定人は地裁の IG 鑑定人の精神薬理学的意見を否定して、プロピタンに関する IG 鑑定意見を無効とした。その UD 鑑定人の鑑定意見は SSRI 抗うつ薬パキシルの三環系抗うつ薬アミトリプチリンとの **Cross tapering** の論理及び抗精神病薬プロピタンの抗妄想幻覚作用に関する認識は**錯誤**である。いわき病院は精神薬理学論争で敗退した。

2)、 パキシル 20mg を三環系抗うつ薬 10mg に変更しても鎮静化できない

UD 鑑定人は「パキシルは三環系抗うつ薬に変更して鎮静化されており突然の中止ではない」と主張したが、**薬理学的に非現実論で、完全な間違い**である。パキシルは主としてセロトニン系に影響を及ぼしており、パキシルのセロトニン・トランスポーターとの結合

力（セロトニン処理量）はアミトリプチリンと比較すると、 $3/0.08=37.5$ 倍である。更に世界保健機関（WHO）の日量投薬量換算表 (http://www.whooc.no/atc_ddd_index/) に基づけばパキシル 20mg/日はアミトリプチリン 75mg/日に相当する。それゆえ、パキシル 20mg/日に対して用いられたアミトリプチリン 10mg は換算量で $1/7.5$ である。これに基づいて計算すれば、 $7.5 \times 37.5 = 281$ となり、パキシル 20mg はアミトリプチリン 10mg と比して 281 倍のセロトニン・トランスポーター機能を持つことになる。本件のように、薬剤を他に置換する場合に影響度が 0.004 しかなければ、アミトリプチリンがパキシル中止の影響度を緩和する効果は無視できる水準であった。アミトリプチリンがわずか $1/281$ のセロトニン・トランスポーター機能しか持たないのであれば、処方変更は中断症候群に抑制効果を持たない。また、国際的に承認・使用されているガイドラインに基づけば、パキシルの突然中止は避けるべきである。

3)、パキシル処方量は少なかったは間違い

デイビース医師団鑑定人は、強迫性障害（OCD）の場合はパキシル投薬量の増加が必要になる状況があると承知するが、パキシル 20mg で十分な生物活性があり、薬量を増加しても必ずしも改善するとは限らない。UD 教授が主張した「パキシル 20 mgは、中止時の中断症候群が発生するには至らないほど少ない投与量である」との見解は間違いである。一般的にパキシル 20mg/日量はうつ症状に対する最適投薬量として広く認められており、パキシルを用いた治療において一般的な投与量の指標でもあり、十分なパキシル投薬量である。最も重要な点は、パキシル中断症候群はパキシル 20mg/日量の突然の中止に関して幅広い報告が行われており、プライスらの報告では、主治医からパキシル中止後に中断症状が報告された患者 430 人を調査したところ、73%の患者は中止前に 20mg/日量を最終投薬量としていた。結果として 83%の患者は最終投薬量が 20mg/日かそれより少ない量で中断症状を呈していた。これらの事実（エビデンス）は UD 教授の「20mg/日量は少ないので中断症状を引き起こすことはない」という鑑定意見に反している。

4)、パキシル中止に係る時間的な問題

UD 鑑定人のパキシル中止後の経過に関する意見に間違いが 2 点ある。

第 1 点は、UD 鑑定人は半減期を 5 回過ぎれば（製薬会社のデータに基づけば 3 日後から 5 日後となる）中断症候群の発現はないとしている点である。内科の UD 教授が日常的に取り扱う薬剤に関してはこの意見は正しいであろうが、エビデンスに基づけばパキシルには該当しない。プライスらの 161 例での調査では、4 日後の時点で 14%が、更に 1 週間後でも 7%でパキシル中断症候群が始まっていなかった。

第 2 点は、パキシル中断症状は平均持続期間が 8 日であり、多くの場合さらに長期間

持続する。パキシルの突然中止は中断症状が発現するための必要条件である。しかし、一旦中断症状が起きた場合には、パキシルが3~4日間で体内から排泄されることと中断症状の発現時期との関連性は限定的である。中断症状の持続期間は、パキシルの体外排泄に要する期間と関連性はない。

野津純一の事例に関連して、デイビス医師団鑑定人がプライスの報告の後の1996件のデータに基づいて推計したところ、パキシル中断症状は中止後2日から5日後（11月25日~28日）に発現する可能性が最も高く、12月6日（8~12日後）の殺人事件日はプライスが報告した中断症状の継続中期に相当する。それ故、本件の殺人事件の発生に蓋然性がある。また、野津氏が失望した状況は必ずしも殺人事件の当日が最初であったと考える必然性もない。11月23日の処方変更後から12月6日までの間の医療的接触が少なかった事実があるため、デイビス医師団鑑定人はこの期間にどのように野津氏の状況変化があったかについて具体的に知る事ができない。しかしながら、極めて強い水準のパキシル中断症状が12月6日に先だって発症していたことは確実であり、直前の状況が野津氏の精神症状の悪化を招いていたはずである。

パキシル突然中止に伴う問題は、抗精神病薬の中止と同時であった。パキシルと抗精神病薬の同時中止は患者に対して累積的な影響を及ぼし、この影響は以下の通りとなる。

パキシル中止による中断症候群

+パキシル治療中断による再燃症状

+抗精神病薬の中止による統合失調症の再燃

5)、UD教授の「(プロピタンの) 中断症状の報告はない」は間違い

抗精神病薬中止に関して、野津純一氏に「治療の中断による精神症状の悪化による再燃(リバウンド)があった」。UD教授の「(プロピタンの) 中断症状の報告はない」の見解は間違いである。精神症状歴がある患者に抗精神病薬を中止すれば治療効果が失われ、精神症状が悪化する。また、UD鑑定意見のプロピタン150mg/日量は極めて少量の投薬量であるとする意見に同意しない(WHO世界保健機関に基づけば、プロピタン150mg/日量はハロペリドール6mg/日に相当し、薬理的に重要な投薬量であり、抗ドーパミンD2受容体占有率に基づく適正な生物学的効果を達成するに十分な量である)。

6)、パキシル中止による「中断症状」と「反跳・再燃症状」

UD鑑定人の決定的な問題はパキシルを中止することにより、「中断症状」と「反跳・再燃症状」の2つの機序により、治療中であった病状が悪化するという点にある。パキシル中止と殺人事件の発生までの13日間は、この2つの機序が野津氏の精神症状に変化を起こすには十分な時間である。これらの機序が作用している時に、時を同じくして抗精神

病薬も中止されると、患者が誰であっても、治療目的とは逆に精神状態の悪化が引き起こされる危険が高くなる。野津氏が暴力的な手段で見知らぬ人を含む他者への危害行為を行った幅広い行為履歴を有している事実を同時に考慮すれば、野津氏が 13 日間にわたり治療的介入を受けず、病院を出て自分の意のままに市民と関わる事が出来る状況をいわき病院が許したことについて妥当性ある理由はない。

7)、Cross tapering に関する理解間違い

UD 鑑定人の「Cross tapering は適切に行われた」という見解は間違いである。Cross tapering 手法を導入するには、最初の薬剤は緩徐か漸次的に中止されなければならない（それにより、一時的に 1 回以上の最初の 20mg/日量より少ない中間的な段階がある）。モーズレー精神医学ガイドライン（英語圏諸国の権威ある臨床薬理学教科書）に基づけば、「抗うつ薬を 6 週間以上の期間投薬された患者には特段の重大な有害事象が発生しない限り突然中止してはならない。抗うつ薬を変更する場合は、突然の中止を避けなければならない。Cross tapering を行う場合には、効果が低いか薬剤耐性が低い薬剤量を徐々に削減して、同時に代替え薬をゆるやかに増量する。」と説明がある。

アミトリプチリンの導入が本当に Cross tapering を目的として行われたのであれば、アミトリプチリンを 10mg（パキシルの 7 分の 1 の効果であり）から治療効果がある 75mg 以上に速やかに増量するべきであったが、殺人事件に至るまでアミトリプチリンの増量は試みられた形跡はない。Cross tapering の第 1 定義（突然中止せず、漸減する）は明らかに無視されていた。アミトリプチリン投与は第 2 定義（緩やかに開始し、徐々に増量して中止を行う薬剤の治療薬用量に見合う量にまで到達させる）に適合しない。いわき病院が行った手法は Cross tapering の定義から逸脱し、パキシルは突然中止されており、野津純一氏に対する治療は Cross tapering と言えない。

8)、抗精神病薬の基本薬用量に関する理解間違い

UD 鑑定人はプロピタン（ピパンペロン）（150mg/日量）は、ハロペリドールの最低薬用量 3mg の半量であり、極めて少量の投薬量であると主張したが、換算係数を間違えている。WHO データベースはハロペリドールの経口薬用量 DDD（確定日薬量）を 8mg、対するプロピタンの DDD（確定日薬量）を 200mg と定義しており、プロピタン 150mg/日量はハロペリドール 6mg/日量と同一である。これは、UD 鑑定人が主張したハロペリドール（適用範囲：3mg-6mg/日）の最大量と同量である。

生物学的にハロペリドールの日量 4mg はドーパミン D2 受容体拮抗作用の最適量を達成する値であり、国際的に承認された基準に基づけば、プロピタン 150mg/日は比較的高い投薬量であり、同等の換算値となるハロペリドール 6mg はドーパミン受容体拮抗作

用最適量よりは過剰な値である。UD 鑑定人が 11 月 23 日までのプロピタン投薬量 150mg /日は極めて少量であると主張したことは、法廷を欺くものである。

9)、野津純一氏の精神状態を不安定化させた要素

UD 鑑定意見の「プロピタンの薬理特性および処方量からすれば、本件プロピタンによってパキシルの離脱症状を抑制する効果を期待すること自体がそもそも正しくなく、プロピタン中止がパキシルの離脱症状を増悪させたことを示す臨床薬理学的証拠は全くない。」は間違いである。精神医学が専門ではない薬理学者の UD 鑑定人は議論の本質を見失っている。野津氏の精神状態をより不安定化させた要素が問題である。

デイビース医師団鑑定人は、神経症状を不安定にさせる独立した各要素が、暴力的行為が発現する危険性を加算的に増大させたことを指摘する。事件に関連した各要素は、生物学的にも、薬理的にもお互いに関連性を持たないが、暴力行動が発現する危険性は累積的に亢進し、抗精神病薬の中止により精神病症状を制御できる可能性が低下して危険性が累積的に拡大した。パキシルの中止による中断症候群の危険性、再燃する危険性、強迫症状と不安症状の増大、また、同時にうつ症状が再燃する等の危険性が増大した。プロピタンとパキシルの両方を同時に中止して、双方の危険性が同時に発現した。暴力行動が複合的に発現する危険性は、各要因が薬理的に重複するしないにかかわらず増大した。野津純一氏の、精神疾患で他者に行った激しい暴力行為の履歴は、今回の事件で本人が暴力行為を行う危険性を増大させた要因である。

野津純一氏に行動の異常を亢進した要因

- a)、パキシルの突然中止（中断症状が発現する危険性を高めた）
- b)、パキシル中止で反跳（再燃）症候群の緩和に失敗した可能性がある
- c)、プロピタン中止で反跳（再燃）症候群の緩和に失敗した可能性がある
- d)、患者と精神科医の間で顔を見る交流が不足した
- e)、危険性の増大に連動して患者の外出許可が見直されず、患者は自分が望んだ時にはいつでも病院から外出し、市民と交わることが可能だった

⑥、FJ 鑑定意見

1)、精神科看護学のわが国の権威である

FJ 鑑定人は精神科看護を専門とする元新潟大学看護学科教授として、いわき病院の看護の体勢が極めてお粗末であり、患者野津純一氏の病状の変化を適切に主治医に伝えることができない水準であったことを指摘した。また、精神保健福祉法の指定医である渡邊朋之医師は法に基づいて患者の病状の変化に基づく自傷他害行為が発動する危険性に関して予見義務があることを指摘した。渡邊朋之医師が自傷他害行為を「予見可能性は無

い」また「予見する義務はない」と、繰り返された放火暴行歴を有する野津純一氏に他害行為が発現する可能性を予見する精神科医療を行わなかったことは違法である。

2)、IG 鑑定意見を地裁判決が根拠としたことは不適切

IG 鑑定意見書の、「精神保健福祉法の警察官、検察官通報の場合は、指定医はその情報に基づき専門的判断として自傷他害のおそれを予測できる。」とし、「一般の精神障害者の突発的な異常行動は予測できない」とする使い分けに科学的根拠がない。地裁判決は精神医学的な判断の拠り所とした IG 鑑定意見は大学教授の権威を前面に出しているが、精神医学の専門家として果たすべき役割を果たしておらず、社会が容認してはならない無責任な意見である。IG 鑑定人の言う「一般の精神障害者と措置入院患者の違い」の説明がないままで、IG 鑑定意見を地裁判決が根拠としたことは不適切である。

3)、IG 鑑定意見の主張は制度否定

野津純一氏は、過去に香川医大女医襲撃未遂や男性看護師に突然襲いかかるなどの行動履歴があった、警察官通報がなくともそれだけで、精神保健指定医である渡邊朋之医師に自傷他害行動などの問題行動の予測は、出来ると考えて良い。精神科医として特別な資格を与えられた渡邊朋之医師に「予測不可能」と鑑定したことは、IG 鑑定人の精神保健福祉制度否定である。法廷における判決は、制度の目的達成に貢献するものであることが期待されており、制度否定の鑑定意見に乗せられてはならない。

4)、いわき病院の看護水準はお粗末

いわき病院では野津純一氏の顔面を正視した対応が行われていなかったことは、患者が顔面に自傷した根性焼き（火傷の瘢痕）を発見してなかったことから明らかである。いわき病院の看護は、医師に適切な情報を提供できる水準に到達していたとは言えない。

渡邊朋之医師は、病院長として自分の病院の看護師の技術水準の低さに気づかず、不十分な看護体制を放置していた責任がある。看護師の技術水準は、他職種とのチーム医療における症例検討会議において看護師の発言を聞けば容易に把握できるが、それすら行われていない。看護師が患者観察を満足に行っていない不十分な看護体制を放置した責任は重大である。その上で、主治医の渡邊朋之医師は、平成 17 年 11 月 23 日から抗精神病薬プロピタンと抗うつ薬 SSRI パキシルを同時突然中止した後の、重大な処方中止や注意点を看護師に伝えなかった不作為の上に、経過観察を看護師に頼り、更に、12 月 1 日から実行したアキネトンを生理食塩水に代えたプラセボテストの評価を看護師の報告に依存して、医師自らが病状の実態を確認しない医師法違反を行った。

⑦、いわき病院は鑑定論争で敗北した

1)、いわき病院鑑定人は誠実な論理を展開していない

控訴人が推薦した鑑定人の各々は学者としてまた専門家として、学問的良心に忠実かつ誠実に鑑定意見を述べた。しかしながら、いわき病院が推薦した IG 鑑定人も、また IG 鑑定意見を否定した UD 鑑定人も共に誠実な論理を展開したとは言えない。いわき病院の過失本質は経過観察を行わない主治医と、患者の顔面の異常すら発見できない看護の怠慢があった、治療放棄であった。いわき病院鑑定人が医師として臨床医療を重視しないことは間違いである。

2)、いわき病院の 2 者の鑑定意見は矛盾している

いわき病院は精神医学的及び精神薬理学的な論理展開で、既に IG 鑑定人と UD 鑑定人が主張した論理の矛盾を消すことはできない。デイビース医師団鑑定人及び NS 鑑定人と対抗できる精神薬理学的の権威者が、真面目かつ誠実に鑑定意見を提出するのであれば、IG 鑑定意見と UD 鑑定意見を同時に容認する鑑定意見を提出できる可能性は無い。また UD 鑑定意見を修正すれば苦し紛れの言い訳となる。

3)、UD 鑑定意見は判決根拠にはならない

いわき病院が推薦した UD 鑑定人は IG 鑑定意見を否定し、その上で精神医学鑑定論争に敗北したのであり、鑑定論争を今後継続する意味はない。

UD 鑑定意見の問題点

- 1)、パキシルに関する UD 鑑定人の鑑定意見は誤りである。また、UD 鑑定人は自らの鑑定意見の根拠となる文献を提出できない。
- 2)、プロピタンに関して、UD 鑑定人は IG 鑑定意見を否定した。その UD 鑑定意見は IG 鑑定意見と共に間違いであることが、NS 鑑定意見及びデイビース医師団鑑定意見に基づいて判明した。
- 3)、いわき病院はプロピタンとパキシルに関して論理的に破綻した。
- 4)、いわき病院の法的な医療過失の本質は、精神薬理学的な錯誤と間違い、及び患者の顔面を正視せず根性焼きも発見できない不適切な看護と主治医が経過観察を行わない怠慢と治療放棄である。UD 鑑定意見はこのことの言及を回避した。

UD 鑑定人はそもそも精神医学者ではなく、精神薬理学に関する論文を持たない。UD 鑑定人は国立大学医学部の高血圧の研究を専門とする内科系薬理学者である。精神薬理学者でない者の鑑定意見を大学教授の鑑定意見であるから正しいとして、本件で判決の根拠とすることは、明白な精神薬理学的な錯誤に基づいた判決を行うことになる。UD 鑑定意見は判決根拠の参考意見としては棄却されることが正しい。

4)、いわき病院は治療放棄を弁明できない

いわき病院は今後も意表を突く珍論・奇論の論理を持ち出して、議論の展開を図る可能性はある。しかし控訴人は精神薬理学の問題（統合失調症治療ガイドラインを逸脱した抗精神病薬の処方中止方法、及び、SSRI 抗うつ薬パキシル添付文書違反等）だけをいわき病院の過失と指摘していない。控訴人が指摘するいわき病院の過失は、経過観察と治療的介入を行わない治療放棄である。これに対していわき病院は回答できない。いわき病院が精神薬理論争に挑んだ目的は、大学教授の名前と権威を借りた、重大で本質的な過失である医療放棄からの論点そらしである。

⑧、最終段階のいわき病院の戦術

地裁鑑定論争の経験から予見できる、鑑定論争の最終段階のいわき病院の手法は、焦点をねじ曲げ、控訴人側の反論を封じて逃げ切ることである。いわき病院にとって、裁判で敗訴しなければ勝訴であり、敗訴しないためのテクニックが使用される。

1)、いわき病院は実態が伴わない主張をする

医師が日常の看護師の観察を参考にして診察を行い治療的介入を行う事は常識であり正しい医療である。しかしながら、それが正当であるためには医師自らによる診察・治療とその内容のカルテ記載を行うことが必須である。平成 17 年 12 月 1 日から 7 日までの渡邊朋之医師は自ら行う患者観察と診察及び治療的介入を一切行っていない。その事実を目隠しして、文中では言及せずに、「看護師の観察を参考にすることに問題はない」と IG 鑑定書は主張した。一見この主張は正しい様に見える、地裁裁判官に対して説得力を持った。しかし、現実に行うべき医師の診察が伴っておらず、看護師の観察と看護記録記述だけで野津純一氏に対して行った精神科医療が診察と処方変更効果判定、及びプラセボ効果判定ができていたと認定した地裁判決は医師法違反である。IG 鑑定人は全てを述べないことで、治療放棄から裁判官の関心を巧みに逸らせたのである。

2)、いわき病院鑑定人が全鑑定意見を取りまとめたかのように見せかける

地裁判決では IG 意見書（3）は平成 24 年 12 月 21 日の結審日の直前に提出され、原告（控訴人）側の鑑定人の反論を時間的制限で封じた上で、IG 千葉大学教授のとりまとめ意見として「原告から証拠として提出された、FJ 意見書（甲 A 6 9）、NS 第 2 意見書（甲 A 7 0）。デイブース第 2 意見書（甲 A 7 1）、がいずれも、本件におけるいわき病院の野津純一に対する診療行為の適否を評価する意見として相応しないものである」と述べた。IG 鑑定人は自らが最高権威者を装い、原告が推薦した FJ、NS 及びデイブース医師団鑑定人の鑑定意見を講評して退けたことが、地裁裁判官の認識を決定づけたと言える。そもそも相手方の反論が時間的に不可能であることを見越して、自らは他鑑定人の意

見を評価できる権威者として、鑑定論争を逃げ切ることが許されない。

IG 鑑定人が IG 意見書（3）に自信を持っているのであれば、高裁鑑定論争は地裁鑑定論争の継続であり、UD 教授ではなくて、IG 教授が自ら高裁鑑定意見を執筆することが当然であった。IG 鑑定（Ⅲ）（乙 B20、p.8）は「パロキセチンの副作用に関する知識やいわき病院における治療・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についての法的評価は、最終的には裁判所が行う事であるが、精神医学的見地から評価を示すならば、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。」と述べた。平成 15 年 8 月から一貫してパキシル（パロキセチン）添付文書は「突然の中止」を禁止していたが、IG 鑑定人は「パキシル突然中止は避けること」が記載されたのは平成 15 年 8 月だが、「投与中に自殺行動リスク上昇が報告されているので注意深く観察する」の追加は H18 年 6 月、抗うつ薬服薬に伴う他害行為調査が H21 年 2 月、その結果が添付文書に載ったのは H21 年 5 月（乙 B18、p.15）として、添付文書違反の問題を「投与中の他害行為リスク記載（H21 年 5 月）」にすり替えた。他害行為の記載が事件の後でも、「パキシル突然中止は避けること」の記載日は変更されない。このような目くらましの論点隠しに誘導されたことは地裁裁判官の限界と錯誤である。「一般の精神科臨床における医療水準」を主張した IG 鑑定人は、薬剤添付文書の重大な基本的注意を守らず、精神科医療に二重基準を認めているため科学的普遍性を持つ意見ではなく、「精神医学的見地」を主張できない。控訴人（原告）側は高裁鑑定論争では、IG 鑑定人の地裁最終鑑定書に反論を行う所存であったが、IG 教授が鑑定論争から逃げ隠れたことは残念である。

いわき病院側は高裁でもこのような「UD 鑑定人による、最終とりまとめ」をして、高裁裁判官の判断を誘導する可能性がある。いわき病院の最終戦術と裁判官の理解力の問題であるが、本件裁判の精神医学的判断で、裁判官が道に迷う判決があれば、日本の精神医学界の国際的評価と尊厳を大きく損なう。「いわき病院における治療・看護の水準」は低い、しかし本質の問題は、治療放棄と看護の怠慢である。いわき病院の医療とは言えない実態に眼を背けてはならない。また、UD 鑑定人は精神医学者ではない。

3)、鑑定論争は終了すべきである

本件裁判の鑑定論争は終了すべきである。いわき病院は精神科病院として地裁でも高裁でも推薦した鑑定人の名誉と尊厳を尊重していない。鑑定人たる大学教授の学識を損なう鑑定依頼を精神科病院と精神保健指定医は行うべきではない。なお、いわき病院が鑑定論争を継続する意思を持つのであれば、論争の継続を止めないが、その場合には、鑑定根拠を提出しなければならない。大学教授の名前があれば正しい意見ではない。また、いわき病院の錯誤と医療放棄は、大学教授が鑑定する必要も無い、単純で明快な事実認定の

問題である。本件鑑定論争は IG 鑑定人と UD 鑑定人には不名誉な展開となったが、本来学術論争では学者の尊厳が尊重され、この様なことはあり得ないはずである。

3、平成 17 年 11 月 23 日からの精神科医療放棄

いわき病院に野津純一氏が入院して、病院長の渡邊朋之医師が主治医として患者野津純一氏に行った精神科医療には、向精神薬の選択や病状の診察と確認、及び治療方法の説明と同意の獲得等に数々の問題がある。その上で、控訴人は法的過失議論の的を絞り、敢えて平成 17 年 11 月 23 日以降から野津純一氏に実行した精神科医療に限定して過失責任を追及することにした。

本件裁判では、平成 17 年 11 月 23 日から実行した複数の向精神薬を同時に突然中止したことに関連する問題を取り上げる。いわき病院と渡邊朋之医師の精神科医療の過失を決定づける事実は、看護の怠慢、複数の向精神薬（プロピタン、パキシル、アキネトン）の同時突然中止、その後に患者の病状変化を経過観察せず、病状の悪化に対して治療的介入を行わなかった医療放棄である。いわき病院は複数の向精神薬の処方変更の問題だけを控訴人は指摘しているかのような対応をして、「経過観察」と「病状の悪化に対応した治療的介入」の問題を無視しているが、それは裁判官に対する誤りへの誘導である。

①、複数の向精神薬の同時突然中止

1)、IG 鑑定意見に依存した地裁判決は失効した

いわき病院は慢性統合失調症患者の野津純一氏に対して抗精神病薬（プロピタン）の投与を中止して、統合失調症の治療を中断した。主治医の渡邊朋之医師は抗精神病薬（プロピタン）中止している患者を、重大な処方変更が行われた事実を周知させられず看護指示も与えられない看護師の観察と報告に任せて、主治医自らが観察と診断を行う経過観察を行っていない。また、抗精神病薬を再開する条件を検討せず、治療スケジュールを作成していない。統合失調症治療ガイドライン違反である。

いわき病院が推薦した地裁段階の鑑定人の IG 千葉大学教授は「11 月 23 日から 12 月 6 日までの期間では（プロピタンの血中濃度は有効範囲内）で、抗精神病薬の効果は持続していた」と鑑定した。ところが、UD 琉球大学教授は「プロピタンは速やかに体外に排出されるため効果は持続しない」と鑑定した。いわき病院鑑定人の基本的に矛盾した意見である。更にいわき病院は高裁第 2 準備書面でも UD 鑑定人と同一の意見を提出しており、地裁 IG 鑑定意見を否定した事は、いわき病院の確定意思である。

いわき病院は精神科専門医療機関であり、自らも抗精神病薬の体内残留期間を承知していなければならず、鑑定意見を提出するに当たって、当然のこととして前後に提出する

鑑定意見に矛盾があることに気付かなければならない。いわき病院から言及はないが、IG 鑑定意見と UD 鑑定意見が矛盾しているという事実に基づけば、手続き的に後から提出したいわき病院高裁第 2 準備書面と UD 鑑定意見は地裁判決根拠となった IG 鑑定意見を否定して訂正したことになる。従って、**IG 鑑定意見に依存した地裁判決は根拠を失い失効した**。また、FJ 鑑定人は IG 鑑定人の精神保健福祉制度否定を指摘している。この点でも、地裁判決が IG 鑑定意見に依存していたことは不適切であった。

2)、いわき病院の抗精神病薬（プロピタン）に関する主張は破綻した

いわき病院は IG 鑑定意見の抗精神病薬（プロピタン）に関する論理を否定した。野津純一氏は慢性統合失調症であったが、その治療薬である抗精神病薬（プロピタン）の薬効と体内残存期間に関する UD 鑑定意見は間違いである。UD 鑑定人はプロピタン 150mg/日量は抗幻覚妄想作用を期待できるほどの薬効はない、断薬による中断症状は発生しないと鑑定意見を述べたが、国連のデータに基づけば、UD 鑑定人が最大量と指摘したハロペリドール 6mg/日量と同等量である。いわき病院の抗精神病薬（プロピタン）に関する主張は破綻した。また、プロピタン販売会社のエーザイと精神科治療ハンドブック（中外医学社（乙 B 36 号証）の著者も UD 鑑定意見の「プロピタン 150mg/日は低用量過ぎて抗幻覚妄想作用はほとんど無い」という主張を否定した。**いわき病院の抗精神病薬（プロピタン）に関する論理は破綻した。**

3)、突然中止の危険性が指摘されるパキシル（抗うつ薬）を突然中止した

SSRI 抗うつ薬パキシルは薬剤添付文書に「**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**」が事件当時の 2005 年より前から今日に至るまで一貫した「使用上の注意」の「重要な基本的注意」である。これに関して、**代替手法は一切推奨されていない**。また、添付文書で推奨されたパキシルの漸減と中止を行う際であっても、**患者を慎重に経過観察することは主治医に課せられた義務**である。

いわき病院が推薦した UD 鑑定人は、パキシル 20mg/日量は三環系抗うつ薬のアミトリプチリン（ノーマルン）10mg/日量に Cross tapering したので、主治医の渡邊朋之医師がきめ細かな経過観察を行わなくても問題はないとした。しかしながら **Cross tapering** は、パキシル薬剤添付文書が容認したパキシルを中止する際の代替手法ではない。主治医が自らの判断で添付文書に指示されていない手法でパキシルの投薬を変更することはあり得るが、その場合には、添付文書に記載された方法をとる場合より、更に慎重な診察と経過観察の義務が発生する。**Cross tapering を行っただけで診察義務が不要になると鑑定した UD 鑑定意見は間違い**である。いわき病院側は「そこが知りたい精神科薬物療法 Q&A」（乙 B 第 30～35 号）を根拠にしたが、出版社を通して回答した乙 B 第 35 号証の筆頭執筆者は、三環系抗うつ薬の使用を否定した。また、SSRI 研究の国際

的最先端研究者集団であるデイビース医師団鑑定人は、いわき病院が行った処方変更は **Cross tapering** の定義から外れていること、またアミトリプチリン 10mg/日の薬効はパキシル 20mg/日に比して 0.004 (1/281) 倍のセロトニン・トランスポーター機能しかなく、そもそも薬効を期待できないとして、UD 鑑定人の主張は的外れであることを指摘した。従って **UD 鑑定人の Cross tapering 論は間違いであり、判決根拠とすることは適切ではない。**

渡邊朋之医師は精神科開放医療を推進する全国団体である SST 普及協会の理事でありかつ国立香川大学医学部附属病院精神科外来担当医師でもあり、先進的な見識を持った精神科専門医として **Cross tapering** の手法を承知して野津純一氏の治療で試した可能性を否定することはできない。地裁段階で、IG 鑑定人は「大学病院の水準とは異なり、地方の一般病院の一般の医師には過失責任を問えない」と鑑定意見を述べて、地裁はこれを免責判断の根拠としたが、渡邊朋之医師に関する精神科専門医としての事実関係と社会的地位を誤認していた。また、IG 鑑定人の論理は医療現場における二重基準を容認し不適切である。**渡邊朋之医師が Cross tapering の定義に外れた手段で、薬効が期待できない治療を行った事は不適切である。** 渡邊朋之医師がどのような社会的地位にあるとしても、精神科専門医として治療手段の選択に過失責任が問われる。主治医として患者を直接に診察せず経過観察を行わなかった医療に過失責任義務を免除する正当な理由はない。**渡邊朋之医師は患者の治療方針変更で病状の変化を経過観察するという、主治医として最小限の義務を果たしてないところが過失の本質である。** 渡邊朋之医師は主治医として危うい手法を導入して経過観察をしてない事が、問題の本質である。

②、経過観察の怠慢と医療拒否

渡邊朋之医師が行った医療は「精神科開放医療を誠実にやっている中の不可抗力で病院から許可による外出中の患者が殺人事件を引き起こした」と弁明できない。渡邊朋之医師が主治医として行った複数の向精神薬の突然同時中断で患者の病状が悪化していたに、主治医として患者を経過観察せず、放置して責任放棄を行った事実が過失である。

1)、平成 17 年 11 月 23 日の後で 11 月 30 日しか診察した記録が無い

渡邊朋之医師は 11 月 23 日から慢性統合失調症の患者野津純一氏の処方から抗精神病薬（プロピタン）を中止して統合失調症の治療を何もせず、その上で、同時に SSRI 抗うつ薬パキシルを突然中止した。これらの治療方針の変更は極めて重大な変更であり、**統合失調症治療ガイドラインの上からも、パキシル添付文書の記載からも、慎重に患者を診察する経過観察の義務がある。** 渡邊朋之医師が自ら診察して診療録に記載した医療記録は、11 月 23 日以降で 12 月 7 日の身柄拘束までの間に、11 月 30 日の 1 日しか存在しない。（記録上は、11 月 30 日と 12 月 3 日の記載があるが、渡邊朋之医師本人が、平

成 22 年 8 月 9 日の人証といわき病院地裁第 10 準備書面及び第 13 準備書面 (p.3、p.4) で重ねて 11 月 30 日を 11 月 23 日に、12 月 3 日を 11 月 30 日に訂正変更した。) 事件から 4 年 8 ヶ月後の人証で、「12 月 3 日の診察記録を」わざわざ否定したところに、経過観察の重要性を認識しなかった渡邊朋之医師の意識構造が読み取れる。しかしながら、人証における渡邊朋之医師の証言は事実確認を要しない、いわき病院が発言した「事実」である。渡邊朋之医師は 12 月 3 日にも診察したと主張するが、医療記録は存在せず医師法第 24 条【診療録】違反の主張である。また、患者を廊下で見かけたとも主張するが、見かけたことは、医療行為ではない。いわき病院は医師法 17 条【非医師の異業禁止】違反、第 19 条【診療義務等】違反、第 20 条【無診察治療等の禁止】違反の主張を合わせて行った。そもそも複数の向精神薬を同時に突然中止した重大な処方変更後に、患者に問診せず慎重に経過観察しない臨床医療行為を正当化することは、社会正義に反する。

2)、プラセボ試験 (ニセ薬投与) の開始と主治医の診察義務違反

渡邊朋之医師は 11 月 22 日の診療録に「ムズムズ訴えがあり、一度、生食でプラセボ効果試す (3 日間試す)、本人希望時、生食、無効なら、アキネトン 1A」と記載してプラセボ計画を記述した。そして 11 月 30 日に「患者、ムズムズ訴えが強い、退院し、1 人で生活には注射ができないと困難である、心氣的訴えも考えられるため、ムズムズ時、生食 1ml、1 × 筋注とする、クーラー等への本人なりの異常体験 (人の声、歌) 等の症状はいつもと同じである」と記載して、患者がアカシジアで苦しんでいることを承知しながら、アカシジア治療薬のアキネトンを薬効がない生理食塩水に代えるプラセボテストを計画した。しかし、主治医は 12 月 1 日のプラセボ実施から 3 日後に診察せず、効果判定を行わず、漫然とプラセボテストを継続して、治療目的のアカシジアを徒に亢進させて、患者を苦しめた。

渡邊朋之医師は 11 月 23 日から複数の向精神薬の同時突然中止を行っており、その直後には、看護記録の上では、野津純一氏のイライラ等の症状の訴えは減少していた。しかし渡邊朋之医師は 11 月 30 日の診察で「ムズムズ訴え」そして「クーラー等への本人なりの異常体験 (人の声、歌) 等の症状はいつもと同じ」として幻聴があることを確認し、病状が再び悪化している兆候をとらえていた。その上で、「3 日間試す」と予め計画した、プラセボ試験を 12 月 1 日から OZ 看護師の判断で開始させたのである。この時点で、アカシジア症状 (イライラ、ムズムズ、振戦) の再発があったことは確定的であった。それだけに、主治医が直接診察するプラセボ効果判定は重要であった。看護師の観察を主治医が盲信して好いものではない。

渡邊朋之医師は 12 月 7 日に野津純一氏が警察に身柄拘束されるまで一度も患者を問診、診察と経過観察をしておらず、プラセボ試験の効果判定を医師自ら行わなかった。プ

ラセボ試験を行う状況は「副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合」（医師法17条、歯科医師方第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について、厚生労働省医政局長通達：医政発第0726005号、平成17年7月26日）に明確に該当し、主治医には診察義務が存在する。そもそも主治医は「3日間試す」としており、重点的な観察期間を指定していた。

12月2日12:00時にMY看護師が「プラセボ効果あり」と看護記録に記載したが、これは精神科医師の診察と診断ではない（医師法第17条【非医師の医業禁止】違反）。なお、診療録には、生食1mlの筋注ではなく、看護記録とは異なる時間帯に生食20ml×1アンプルのレセプト承認をした複数の医師のサインがあるが、プラセボ効果に関する記録は存在しない。「3日間試す」とした、プラセボ試験に関する主治医の確定診断は行われなかった。また、MY看護師の「プラセボ効果」観察も1回限りであり、MY看護師が渡邊朋之医師から特別に任命されて「連続的な容態の経過観察」を行ったものではない。いわき病院長の渡邊医師がMY看護師の1回限りの報告を頼りにして、プラセボ効果に関する医療的事実と主張することは間違いである。

12月1日以降、野津純一氏は「手と足が動く」としてイライラ時を頻繁に請求し、しかもその請求頻度が増えていた。特に、12月3日と4日は「調子が悪いです。横になったらムズムズするんです」また『アキネトン打って下さい、調子が悪いんです』表情硬く「アキネトンやろー」と確かめる』と切羽詰まった状況が看護記録にある。この時期に、プラセボ効果の評価と確認を主治医は行うべきであった。主治医が、自ら行ったプラセボ試験の効果も評価しない程、患者の病状に対する関心を持たなかったところが医療放棄の実態を決定づける。そもそも渡邊朋之医師は抗精神病薬（プロピタン）とSSRI抗うつ薬パキシルを同時突然中止した処方変更を看護師に周知せず、看護上の注意事項を指示していない。このため、看護記録が適切であったとは言えないが、それにしても、12月3日以降の野津純一氏の病状の悪化は顕著であった。本件ではMY看護師に責任を転嫁することはできない、本質は経過監察しない、主治医の責任の問題である。看護師に責任転嫁するのは、許されない。

3)、平成17年12月5日の風邪症状

平成17年12月5日の朝10時の検温で、ON看護師は37.4℃の風邪症状で「少ししんどいです。足と手も動くんです」という野津純一氏を「四肢の不随意運動の訴えあり、自床にて経過、他患との交流無く、時々ホールでタバコを吸っている。本人風邪との訴えあり、薬出しの要求あり。」と看護記録に記載した。この時点で野津純一氏は顔面に根性焼きを自傷していた可能性は高いが、「ホールでタバコを吸っている」状況で対応したON看護師は、野津純一氏に接近して顔面を正視した対応を行わず、ホールでタバコを吸って

いる患者のうちの1人として見かけ、至近距離からではなく、「本人風邪との訴え」に基づいて「風邪症状と判断した」と推定される。

12月5日の問題は「足と手も動くんです。」という野津純一氏の自己申告である。患者は「風邪症状」と「手足の振戦」を症状として訴えたので、アカシジアの再発の兆候と風邪症状を同時に訴えていた。この記録は、12月6日朝10時のYD看護師が野津純一氏の診察要請を渡邊朋之医師に伝えた時に「咽の痛みがあるが、前回と同じ症状なので様子を見る（看護師より）」とカルテに記載して、診察要請を却下した。これに対して野津純一氏は「先生にあえんのやけど、もう前から言ってるんやけど、咽の痛みと頭痛が続いとんや」と反応し、YD看護師は「両足の不随意運動あるが、頓服、点滴の要求なし。」と観察し、「不随意運動」を観察して、アカシジアの再発兆候をとらえていた。しかし、YD看護師は患者に近づいて患者の顔面を正視する観察を行っていない。野津純一氏は「看護師が正面から近づくこともためられるほど異様な状態」（鑑定医ではないが、診療録を見た精神科医が12月4日以降の野津純一氏の状況を表現した言葉である）であった可能性が推察できる。そしてYD看護師が伝えた緊急の診察要請を主治医は拒否した。

渡邊朋之医師は野津純一氏に抗精神病薬（プロピタン）を突然中止して、同時にSSRI抗うつ薬パキシルを突然中止していた。渡邊朋之医師は精神科医師には常識のSSRI抗うつ薬の中断症状を知らず、パキシル添付文書の記載内容も確認しておらず、離脱症状のアカシジア再発の兆候としてのインフルエンザ（風邪）様症状とアカシジアの再発の関連を考慮することがなかった。このような安易な考え方で「診察拒否」を行った。主治医は風邪症状と聞いて、インフルエンザ様症状を疑い、更には、手足の振戦や頭痛という関連情報から、患者に重大な兆候が発現している可能性を考えて緊急に対処する義務があった。渡邊朋之医師の知識不足からくる弁明を許してはならない。

4)、受け持ち患者野津純一氏の度重なる診察要請に応えず、診察拒否をした

渡邊朋之医師は野津純一氏の主治医であるが、患者からの診察要請に直ちに答える対応をほとんど行わない医師である。その背景には長期入院の患者では診察点数が低くまた一週間に1回しかレセプト請求できない事情があることは確かである。しかしながら、平成17年11月23日に渡邊朋之医師は慢性統合失調症の患者に抗精神病薬を中止して治療を中断して、更にその上で、SSRI抗うつ薬パキシルを同時に突然中止していた。この様な状況で患者から診察要請がある場合には、主治医は診察応需義務がある。自らが治療方針の変更をしておいて、いつでも病状に変化が発生することが予想可能な状況で、患者の病状確認をしないことは許されない。

12月6日朝10時の診察要請で、渡邊朋之医師は外来診察中を理由にしているが、外

来の列に並ばせるとか、外来診察の後で診察する意向を伝える、もしくは他の精神科医師に診察を依頼するなどの方法をとることは可能であり、複数の向精神薬を中止した後で敢えて診察拒否をする合理的な理由はない。また、渡邊朋之医師は7日の14時に野津純一氏がいわき病院から許可外出するまでの間に、野津純一氏を積極的に診察していない。渡邊朋之医師が望めば、12月6日（火）10時から7日（水）14時まで28時間の間、診察を行うことはいつでも可能であった。そもそも渡邊朋之医師には診察義務の認識が欠如している。そのような主治医の怠慢を容認することは社会正義に反する。渡邊医師の反論は診察義務を果たす意思を持たない強弁である。

5)、野津純一氏が顔面に自傷した根性焼きを発見することがなかった

野津純一氏は事件後に顔面左頬のタバコの火傷の瘢痕（根性焼き）を事件の2～3日前から自傷したと警察の陳述書で答えた。また身柄拘束直後（7日15:35時）に撮影された写真でも、自傷したと考えられる赤い瘢痕と黒化した瘡蓋に覆われた瘢痕が確認されており、黒化した傷は数日を経過した瘢痕であることは明らかである。根性焼きは6日事件直前に野津純一氏が凶器の包丁を購入した際にショップのレジ係が目撃して警察に通報し、犯人逮捕の決め手となった。根性焼きが12月6日の午後に野津純一氏の顔面左頬に存在していたことは確定的である。

野津純一氏は12月6日（火）13時頃から7日（水）14時まで25時間、根性焼きをした顔でいわき病院内にいたことは確定的である。しかし、いわき病院は医師も看護師も誰も、患者野津純一氏の顔面にある根性焼きを確認していない。いわき病院では患者の顔面を正視しない患者看護が日常的に行われていた。状況証拠から判断すれば、野津純一氏は12月3日～4日頃に根性焼きを自傷し始めたと推察される。精神科医療の基本は患者と治療者が顔と顔を合わせ患者の顔面を正視して、患者の精神状態の変化を観察することから始まる。いわき病院では患者観察が疎かで、看護と医療の怠慢があった。いわき病院が「純一の顔面に根性焼きはなかった」として提出した看護師の目撃証言（地裁答弁書）は信用できない。

③、野津純一氏の病状の悪化

1)、渡邊朋之医師の経過観察を行わない過失

野津純一氏のパキシル離脱症状はパキシルを突然中止してから6日目の11月28日に「車に酔ったみたい気分が悪い」と訴え、嘔吐時の屯用を服用した時から始まった可能性が高い。嘔気はパキシル離脱症状（パキシル添付文書、P.1）の一つである。渡邊朋之医師は複数の向精神薬（パキシルとプロピタン等の同時突然中止したことで「副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合」）を起動していたにもかかわらず、その認識を有せず「連続的な容態の経過観

察」を行わなかった。渡邊朋之医師は離脱症状の発現に関心を持たず不適切である。特に、11月30日は最後の診察であり、渡邊朋之医師が治療目的に関連した症状の診察と確認で、何に気付いたか極めて重要である。

2)、12月1日以降の野津純一氏の不安焦燥

12月1日からは、複数の向精神薬の同時突然中止後に一旦治まっていた振戦（パキシル離脱症状の一つ）が始まり、日を迫る毎に悪化した。ニセ（プラセボ）のアキネトン注射ばかりでアカシジア（イライラ・振戦）は改善せず、野津純一氏はイライラして根性焼きを行った。患者本人には注射がニセではないかという不信感もあった。離脱性アカシジア（パキシル離脱症状の一つ）がひどくなったが診てもらえず、不安焦燥（パキシル離脱症状の一つ）が増幅された。喉痛、発熱に頭痛（パキシル離脱症状の一つ）（風邪症状とインフルエンザ様症状は似ている）が続いており、もらった風邪薬屯用では良くならないので、最後の頼みの綱で正式に診察願いを出したが却下され、野津純一氏の失望は大きく、不安焦燥感が更に増えた。

3)、野津純一氏の統合失調症再燃

野津純一氏は、運悪く時を同じくして、抗精神病薬（プロピタン）が体内から無くなり、統合失調症が再燃（リバウンド）していた。根性焼きをしてもイライラはひどくなるばかりで、12月5日には「このイライラを鎮めるため人を殺す」決意をした（思考の歪曲出現）。診察拒否された日は、父親の悪口の幻聴や集団が喫煙の邪魔をする（被害関係妄想）が出ていた。野津純一氏が外出した時には、本人は激情・逆上（激越、錯乱、興奮はいずれもパキシル離脱症状の一つ）していた。そして殺人を実行した（プロピタンの異常行動抑制作用が失われていた）。渡邊朋之医師は患者野津純一氏が発言しなければ知りようがないと主張したが、「連続的な容態の経過観察」を行わなかったため、患者の病状が極端に悪化した兆候をとらえることができなかつたのである。医療義務違反を弁明の理由にして、責任回避を行うことは許されない。

4)、患者の顔面を見ない医療と看護

野津純一氏は、殺人後に血だらけの手のままで直ちに病院に戻った。病室で手を洗ったので、洗面所が血で汚れ、服についた返り血がシーツについていた可能性がある。いつも書く帰院時刻を記入せず、いつも会う母親を追い返し、いつも完食するのにその日の夕食と翌日の朝食も食べなかったが、第2病棟職員は誰も野津純一氏の異変に気付かず、外出許可も続行されたままで、翌日血のついた同じ服で外出し、身柄拘束されて始めて、主治医と第2病棟職員は受け持ち患者が殺人犯だったことを知った。ここでも、いわき病院が「連続的な容態の経過観察」を行わなかった怠慢が表れている。

患者野津純一氏の顔面左頬の根性焼きは既にショッピングセンターのレジ係に確認されていた。しかしいわき病院は野津純一氏が25時間いわき病院に滞在し、様々な普通とは変わった行動で異常な状況を示していたにもかかわらず、根性焼きを発見していない。これは、25時間にわたり、いわき病院内の医療者は誰も野津純一氏の顔面を正視する精神科看護の基本観察を行わなかった事実を確認する。いわき病院は「連続的な容態の経過観察」を行わないどこまでも能天気な精神科専門医療機関である。

5)、風邪症状の報告があれば主治医は診察する義務があった

12月6日の野津純一氏の殺人行為を左右する要素として、前日から風邪症状があったか否かは、重要な問題ではない。風邪やインフルエンザが流行する冬期に殺人が頻発するという事実もない。風邪症状の有無で、アカシジアの診断とイライラによる精神症状の悪化と殺人衝動が左右されることはない。

当時の野津純一氏はSSRI抗うつ薬パキシルを突然中止されていた。問題の本質は、風邪診断ではなく、野津純一氏が持続的に苦しんでいた、アカシジアに対する主治医の対応である。看護師から風邪症状という報告があれば、主治医は中断症状が発現した可能性を示すインフルエンザ様症状の可能性を考えて直ちに自ら診察を行う対応をする義務があった。そのような状況にある中で、主治医が重大な時期にある患者を経過観察せず、診察しないことが問題である。患者に発生した重大な兆候を見逃して、風邪だったからたいしたことはないと主張して、患者の治療放棄をする医療を放置してはならない。仮にも内科MO医師の風邪記載（診断ではない）があったことを理由にして、SSRI抗うつ薬パキシル中止による離脱症状のインフルエンザ様症状であった可能性を不問として、いわき病院の精神科医療の免責理由とすることがあれば、それは間違った判断である。いわき病院の診療録の記述からはMO医師が診察したという確認は取れない。また、MO医師は一貫して野津純一氏のアカシジアに関心がない。問題の本質はいわき病院がアカシジアの再発の兆候に対応したか否かであり、判断を感わされてはならない。

風邪（インフルエンザ様）症状はSSRI抗うつ薬パキシルを突然中止された患者に発生することがある、中断症状が発現して病状が悪化した兆候である。看護師から風邪症状の報告があったからこそ、主治医は患者を診察して慎重に観察する義務を認識するべきであった。その状況にもかかわらず、風邪症状を理由にして主治医の怠慢を免責する判断を行う事は間違いである。主治医の渡邊朋之医師がパキシル突然中止に伴う危険性に関する認識を持たなかったことが、過失の本質である。精神科専門医の「知らなかった、だから責任は無い」という子供の弁明を許してはならない。このような無責任な人物を主治医として信用した野津純一氏は哀れである。

渡邊朋之医師が行う医療行為の持続的な事実は、統合失調症の病状が安定していて抗精神病薬を変更するべき理由がない状況でも、患者と保護者に事前説明と同意獲得を行うこと無く、他の医師への反発という感情論や、自分の好みや思いつきで抗精神病薬の処方変更や中止をすること。また、それにより病状が悪化しても目の前に見える症状に対応するだけで、自ら行った抗精神病薬の処方変更・中止に関連して添付文書の記載を確かめるなど、病状の変化が発生した根本原因を探求しないこと。統合失調症治療ガイドラインや薬剤添付文書など基本的な文書の記載内容を確認せず、指示に逸脱した医療を行っても、自らの誤りに気付いて自ら修正を行うことが無い医師である。

事件の本質は渡邊朋之医師の「無知を容認する子供の弁明：知らなかったから私に責任は無い」にある。渡邊朋之医師は精神科専門医であり精神保健指定医であるその専門家が自らの専門分野の医療活動で、基本的で知るべき情報を「知らなかったから責任は無い」と抗弁することは反社会的である。この様な医師が精神科病院長の職責にあることはそもそも間違いであり、医師免許を返上させることが望まれる。**渡邊朋之医師が行った、不勉強による無知がもたらした弁明を、免責理由にしてはならない。**

④、自傷他害の危険性を亢進する処方変更の後で患者を守らなかった

1)、自傷他害の危険性の亢進に関する認識不在

渡邊朋之医師は、精神保健福祉法の指定医であるが、野津純一氏のような病状悪化時に放火暴行履歴がある統合失調症患者に抗精神病薬を中止して治療を中断する危険性を認識せず、パキシル突然中断の危険性も認識せず、漫然と外出許可を出し続けた。渡邊朋之医師は精神科医師であれば当然の、ましてや精神保健指定医であるにもかかわらず、**患者の重大な自傷他害の危険性に関して、精神科医師であれば当然持つべき、予見可能性を持たず、治療的観察と介入を行わなかったことで、結果回避可能性を持たなかった。**

患者が殺人する可能性を最初から予見する必要は無い。まして殺人行為を高度の蓋然性（80～90%以上の確率）でも低度の蓋然性でも予見できるものではない。しかしながら、主治医が精神科医として常識的な予見可能性（高度の蓋然性である必要は無い）を持って経過観察を行っておれば、必然（高度の蓋然性以上の確率）的に結果回避可能性があった。それが精神科病院に備わる安全機能である。殺人事件は簡単に発生するものではないが、いわき病院は野津純一氏の病状悪化の兆候をとらえ、未然の対応をすることは可能だった。精神科臨床医としての基本無視の怠慢と医療放棄が、精神科医療機関として結果回避可能性を持たず、殺人事件を発生させた。

2)、開放医療は患者を治療せず患者を放任する理由にならない

野津純一氏の両親は入院前問診で、病状悪化時の放火暴行歴を申告した。いわき病院は

任意入院で開放処遇を行っていたが、病状が悪化した患者に治療を行わずして、自ら意のままに市中行動を行わせる理由はない。主治医は統合失調症の治療を中断しており、行動に危険性が発生する可能性を予測すべき状況にあった。更に添付文書で禁止されている SSRI 抗うつ薬パキシルを突然中止した。主治医の処方変更で発生した状況で、医師は患者の安全に万全を行うべき責務を有していた。病状の悪化が予想できる状況で、患者が治療的介入を受けず、病院を出て自分の意のままに市民と交わることが出来る放任は許されない。地裁判決は無垢なる素人を仮装した弁明を容認したが、専門職の無為と怠慢を許した判決は間違いである。

3)、MO 医師の 12 月 5 日のレセプト承認

渡邊朋之医師は平成 22 年 8 月の人証で、「12 月 5 日に内科医が診察した」と証言した。診療録 12 月 5 日の MO 医師の記載は、ON 看護師が同日朝 10 時に与薬した薬剤包のレセプト承認である。重要な問題は、野津純一を診察した証拠となる記述が存在しない。また、精神科病院に勤務する内科医であるにもかかわらず、風邪症状と聞いて SSRI 抗うつ薬パキシルを突然中止したことに伴うインフルエンザ様症状を疑わず、確認診察した記述が見当たらないところにある。MO 医師は診察も問診も行わずにレセプト承認を事務的に行っていたのである。

4)、治療放棄は精神科開放医療ではない

いわき病院は、控訴人の指摘に対して「精神科開放医療を否定する主張」と反論した。精神科開放医療が定着して、精神科病床数が削減されている国々は、精神障害に対する治療を放棄せず、事故から患者を守ることが優先される。患者の治療を行わず患者を守らないで放任する精神科開放医療という主張は、不真面目で無責任であり、医療機関として本末転倒である。

⑤、医師としての基本的素養の欠如

デイビース医師団鑑定人は高松地裁に最初に提出した鑑定意見書（2012 年 3 月 1 日）(P.11) で以下の指摘を行った。

（英国の）医学生が長期的兆候（付け火、暴力及び重大精神障害の履歴）と緊急の短期的兆候（患者の精神状態を不安定化させる可能性が高い、直前に行われた突然の薬剤処方の変更等）に気付かなかった場合は、これらは暴力発動に危険性を増すことに繋がるため、落第となる。

学生がこれらの問題に気付いたとしても、緊急性が迫った高度な危険性に対処で

きる治療計画（患者の日常的な精神状態と危険性の変動と評価、それに基づく治療計画の作成、危機が軽減したと判明するまでの経過時間を病棟内におらせる又は付き添い付きの外出を許可する等）を提示できない場合にも落第である。

ブリストル大学医学部学生の卒業資格は英国精神保健法に基づく実行可能な知識を持つことが要件である。野津純一のケースの場合、学生は患者の状態から措置入院に移行させる条件を認定する事が求められる。学生は精神病状が進行している患者の状況を判断して、患者本人が病院内に留まることを望まない場合にも、精神保健法に基づいて拘留を検討できる暴力リスクの程度を判断しなければならない。

渡邊朋之医師が患者野津純一氏に行った精神科医療は英国であれば、医学部学生としては精神科専門医の分野ではない一般学生にも必修とされている精神医学の基本的な認識に間違いがあり、そもそも医師としては落第点の医療行為であるという評価である。渡邊朋之医師は精神保健指定医たる精神科専門医であり、病床数 248 の精神科病院長であり、国立香川大学医学部付属病院精神科外来担当医師であり、精神科開放医療を推進する SST 普及協会の理事たる指導者である。その渡邊朋之医師の精神科医療行為は英国の医学部では落第学生の水準という評価である。

渡邊朋之医師の弁明の基本の「不勉強で知らないから責任は無い」は詭弁である。医師として要求される水準に達していないことは過失である。渡邊朋之医師は精神科臨床医として当然求められる水準に達していない。いわき病院と渡邊朋之医師は精神科開放医療であるから、複数の向精神薬を同時に突然中止した処方変更の後で、主治医が病状の変化を診察する経過観察を行わなくても良い、また、精神障害があっても任意入院の開放医療を行っている患者の病状を確認して患者を保護することは精神科開放医療の否定であると主張してきた。このような**無作為と医療放棄を、法治国家である日本が許すことは、精神科医療の荒廃を促進することである。**いわき病院と渡邊朋之医師が行った、精神科医療を積極的に荒廃させる要因は以下の通りである。

いわき病院医療の反社会的要素

- 1)、病状悪化時に放火暴行歴が有る慢性統合失調症患者の過去歴を無視した。
- 2)、統合失調症治療ガイドラインの基本を無視した抗精神病薬の突然中止を行った。
- 3)、当時は既に常識でのパキシル突然中止の危険情報を知らず、またパキシル添付文書の記載を間違えて理解（いわき病院控訴審答弁書、平成25年9月30日）していた。
- 4)、パキシル添付文書の突然中止の注意に関する理解を間違えていた。
- 5)、パキシルとプロピタンのインタビューフォームを理解していなかった。
- 6)、重篤副作用疾患別対応マニュアル・アカシジア（乙 B17）に記載がある「中止後に

重篤なアカシジア出現」を知らず、無謀な処方中止を行った。

- 7)、重大な処方変更後、病状悪化するはずがないと思ひ込み患者を主治医本人が直接経過観察の診察を行わず、病状悪化に気付かなかった。
- 8)、薬剤中止による病状悪化時の改善（治療的介入）方法は、統合失調症治療ガイドラインとパキシル添付文書に記載がある通り、「元の用量にて再投与する」という極めて単純明快なことであるが、無知で行わなかった。
- 9)、「先生に会えんのやけど、前から言っとんやけど、頭痛と喉の痛みが続いとんや」と嘆く患者の願いを拒否した上に放置した。

⑥、精神障害者野津純一氏のための精神科医療

渡邊朋之医師は慢性統合失調症の野津純一氏に抗精神病薬プロピタンを中止して、SSRI 抗うつ薬パキシルを同時に突然中止する処方変更を事前に説明して同意を得ていない。渡邊朋之医師は10月26日に「Scですか、強迫観念が強い患者です。薬の作用副作用も、通常の受け止めでなく、本人の気になった所見・作用のみ強調され認識されます」、また11月7日に「思考途絶、話に一貫性乏しい」と記載して患者と主治医の間で意思疎通をとれない事実を記載した。しかしながら、このことは患者に処方変更の方針を説明しない理由とはならない。さらに、連続して面会（11月16日、18日）した両親にも処方変更の説明と同意を得ていない。渡邊朋之医師は処方変更後11月30日に1回しか診療録に記載する診察を行っていない。特に、プラセボテストを開始した後で、患者が不信感を表明しても主治医はプラセボ効果を評価する問診と診察を行っていない。向精神薬の処方変更やプラセボ試験は何が目的であったか、渡邊朋之医師の行動からは裏付けが取れず判然としない。渡邊朋之医師が患者の快復を目的とした治療を行っていたとは言えない。このような治療姿勢が、患者が殺人事件を引き起こすことを未然に防止できなかった背景にある。

4、いわき病院の法的過失責任

①、北陽病院事件裁判

矢野真木人殺人事件は被控訴人いわき病院から外出中の入院患者による第三者殺人事件である。先例は静岡養心荘事件（静岡地裁昭和 57 年 3 月 30 日判決（昭和 52 年(ワ)第 134 号）、(判時 1049 号 1 頁、判タ 471 号 158 頁)、1989 年 6 月、別冊ジュリスト No.102、P.98)、及び岩手北陽病院事件（平成 8 年 9 月 3 日、最高裁判所第 3 小法廷判決、平成 6 年（オ）第 1130 号、平成 6 年 2 月 24 日、東京高等裁判所判決、平成 5 年（ネ）第 2430 号、平成 4 年 6 月 18 日、横浜地裁判決、平成 1 年（ワ）第 676 号）であり、共に病院側の過失賠償責任が認定された。

1)、北陽病院よりいわき病院の責任は重大である

いわき病院は、本件裁判に望む最初の主張として、地裁第 1 準備書面（平成 19 年 2 月 7 日）を提出したが、最高裁平六（オ）1130 号、平 8 年 9 月 3 日、第三小法廷判決で上告棄却された北陽病院の上告代理人 HN、同 NM、同 HI、同 KM、同 KT の上告理由と酷似している。

いわき病院代理人は「北陽病院事件は本件の先例とはならない」と主張してきたが、**地裁第 1 準備書面は、いわき病院が北陽病院事件といわき病院事件の事件内容に類似性があると認識していた事実を示す。**北陽病院事件最高裁上告理由書は、病院外における入院患者による通り魔殺人事件の発生と病院側の過失責任を結ぶ、法的評価に関する病院の主張を述べたものであり、**最高裁（平成 8 年 9 月 3 日、最高裁判所第 3 小法廷判決、平成 6 年（オ）第 1130 号）はこの上告理由を検討した結果「上告棄却」と判決した。**

北陽病院事件では措置入院患者が病院から集団外出中に脱走して盛岡から横浜に移動して 4 日後に歩行者の警察官を刺殺した。北陽病院は治療内容の責任は問われていないが、外出中の管理義務に責任を問われて過失責任が確定した。いわき病院は治療内容と治療放棄が問題であり、なおかつ事件発生は病院から外出許可の直後であった。いわき病院は北陽病院より責任重大である。

2)、最高裁判決を密かに欺く行為

本件裁判で、いわき病院側が提出した地裁第 1 準備書面（平成 19 年 2 月 7 日）は、北陽病院事件で病院側代理人が最高裁上告理由として棄却された殆どの内容を同様に主張した。最高裁判決で論理が否定されていたにも拘わらず、相当因果関係の証明を北陽病院事件判決以上に詳細な条件を付して行うことを要求した。いわき病院代理人は北陽病院の代理人でもあったが、本件裁判で第 1 準備書面を提出するに当たって、既に最高裁で主張して棄却された論理であることに言及した事実はない。また、最高裁が棄却した理由に

該当しないという説明も行われていない。これは最高裁判決を密かに欺く行為である。

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

②、法廷恫喝とサボタージュ宣言

いわき病院は地裁第1準備書面で以下の通り主張したが、同じ主張を北陽病院も上告理由書で行っていたが、最高裁は棄却していた。

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

この主張は裁判所に対する恫喝である。また、「予見可能性があるとして精神科医師に過失責任を認定する判決が出れば、精神科医師は自信とやる気を無くす。また、精神科開放医療に伴う患者の他害行為を少しでも避けるために、国際批判があっても、患者の社会復帰にマイナスであっても、精神病院に患者を拘束するようになる。それでも良いのか」という精神科医としての責任を放棄するサボタージュ宣言でもある。「医者が言うことには従いなさい」という恫喝である。

精神科病院側が代理人の声を通して裁判官に対して「精神科開放医療者のサボタージュ宣言」を行うことは許されない。健全な精神科医療の発展を期待するならば、真摯な法廷議論を行うべきである。いわき病院の不誠実な精神科医療を恫喝の論理でいわき病院が弁明することでは、日本の精神科医療が改善して、国際的信頼を獲得することにはならない。当然のことであるが、最高裁はこの様なサボタージュ宣言を棄却した。

いわき病院で現実に発生したことは、上述のサボタージュ宣言が実現した状態である。本件裁判では、いわき病院と渡邊朋之医師の、精神科医療を真面目に勉強しない、誠実な態度で精神科臨床医療を行わない、お粗末な現実を指摘している。渡邊朋之医師が野津純一氏に対して行った医療は精神科医療とは名ばかりの不適切な行為である。また、いわき病院の弁論には「開放医療の大義名分があれば、患者が病院の外で殺人することは容認さ

れる」という認識がある。この主張は空恐ろしい程の人権侵害である。

③、常識論に基づく北陽病院事件判例

北陽病院事件判決で、最高裁は犯人の岩手県内の病院からの無断離院と 4 日後の横浜市内における殺人事件に対する病院の過失責任に関連して、弁護側が提出した無理難題論を棄却して、常識的で妥当性ある判決を行った。

1)、最高裁は十中八九までの高度の蓋然性は要求していない

いわき病院は北陽病院事件で議論の対象とならなかった十中八九の高度の蓋然性の論理を持ち出して、過失責任を否定しているが、最高裁は過失を認定する前提としてそのような具体的な数値を上げていない。

本件で、いわき病院が「(薬剤処方変更が) 本件殺人事件の原因となり得たか否か」と主張する前提は、救急救命率を参考にして、「高度の蓋然性＝十中八九の(80～90%以上の確率で) 殺人」(いわき病院地裁第 11 準備書面、平成 22 年 12 月 17 日、P.14、P.28) で「本件殺人事件の原因となり得たか否か」と定義した。いわき病院は「十中八九(80～90%以上の確率で殺人)の高度の蓋然性」という主張を持ち出して、殊更に困難で、現実的でない条件を頭の中で創りあげて「原告は因果関係の高度の蓋然性を証明できていない」との主張を行った。いわき病院が「原告は因果関係を証明できない」とした主張は「原告は 80～90%以上の確率での因果関係を証明できない」に等しい。しかし精神科医療ではそのような高度の確率で治療できる向精神薬は存在しない。いわき病院は精神という多様性を相手にする精神科医療ではあり得ない高度な確率値を持ち出して、患者の病状の変化に対応する臨床医療を軽視した主張を行っている。

控訴人矢野は「11 月 23 日に実行された複数の向精神薬の同時突然中止は一連の事件を開始した重要な転機であった」と指摘しているが、「引き続き 12 月 6 日の野津純一による矢野真木人殺人事件を、高度の蓋然性(80～90%以上の確率)でも、通常の論理でも、必然的かつ不可避免的に発生した」と主張していない。いわき病院の過失の基本は治療放棄である。法的過失に至る重要な問題は、いわき病院と渡邊朋之医師の医療と看護に怠慢があり、野津純一氏に対して医療放棄を行っていたことである。普通の医療を行えば、いわき病院は野津純一氏の精神病状悪化に気付いて対処し、本件事件は発生しなかった。治療放棄があれば、仮に極めて低い生起率であったとしても、不幸な事件の発生を防止することはできない。

2)、高度の蓋然性とは常識的な起承転結の論理

相当因果関係が認定される「高度の蓋然性」とは、一般人が常識的に理解できる起承転

結の論理である。「高度」という言葉が示唆する可能性がある「高級技術」とか「難解な論理」を意味しない。「誰でも、普通に、理解できる」、また「高度＝殆どの人間が納得する」という程度の「高度」の意味である。現実にはあり得ない「高度の蓋然性＝高度の特殊性」をことさらに要求することは、発生した殺人事件の原因解明と、より良い精神科開放医療の実現を願う社会の要請を否定する。**実現性が無いことを要求することは、何もやらない、もしくは、非道なことでも何をしてもしも良いという論理である。それは、精神科医療という社会事業の担い手として、極めて反社会的な弁明である。**本件裁判では、このことに着目しなければならない。この様な論理が精神科臨床医療で通用するならば、人権の普遍性が否定されることになる。

3)、殺人事件の発生は希な事象

殺人事件の発生は、(要因や要素を限定しても、1%未満の生起率に遙かに至らない)極めて希な事象である。そもそも高度の蓋然性で殺人事件の発生を予見することは不可能である。また高度の蓋然性で殺人事件が発生する事態は異常である。10人中8人以上でなくても、10人中1人、いや100人中1人でも殺人する可能性が想定されるような状況は異常事態であり、医療機関はその発生を未然に防ぐべく直ちに対応しなければならない。しかしながら、極めて希であっても不幸な殺人事件が発生し得ることは社会的な経験則である。いわき病院が主張した「高度の蓋然性で野津純一氏が矢野真木人を殺人する予見性を控訴人は証明できないので病院に責任は無い」という論理は間違いであり、個別事件の予見は万人に不可能である。そもそも生前の矢野真木人が野津純一氏に殺人されることが高度の蓋然性で予見可能であれば、その場所に出向かないなどの、回避行動を取ることも可能になる。また、矢野真木人でなくても、「不特定の人間に対する殺人を高度な蓋然性で予見できた」のであれば、いわき病院は自ら対応する義務があった。仮に、「殺人する確率が70%以下であるとしても、更に殺人確率が1%であるとしても、病院は殺人事件が発生する可能性を予見したが、高度な数値でないので、対応しなかった」のであれば、犯罪である。

いわき病院は精神医学的な裏付けがある現実論に基づかなければならない。野津純一氏には放火暴行履歴があり、事実いわき病院内でも平成16年10月21日に看護師襲撃事件があった。従って、いわき病院は病状が悪化した時の野津純一氏に暴力行動が発現する可能性を前提として、精神科開放医療を行う責任があった。渡邊朋之医師は野津純一氏に抗精神病薬プロピタンを中止して慢性統合失調症の治療を中断する際には、抗妄想抗幻覚作用が失われて、病状の再燃再発や悪化する可能性を、仮に低い確率であるとしても、予見する義務があった。また、低い確率だからこそ慎重に経過観察しなければならない。その上で、同時にSSRI抗うつ薬パキシルを突然中止したので、断薬症状の発現は高い確率(高度の蓋然性)で予想できた。渡邊朋之医師は主治医として病状の変化を慎重に確認

する必然性があった。そしてアカシジア症状の発現などの兆候があれば治療的介入（向精神薬の投薬量を元に戻す簡単な対応である）を行う事で、自傷他害行動に発展する可能性を未然に防止することが可能であった。

現実に看護報告には12月1日以降に「イライラ、ムズムズ、手足の振戦」などの記載が増えていた。11月30日の渡邊朋之医師の診察でも「患者、ムズムズ訴えが強い」また「クーラー等への本人なりの異常体験（人の声、歌）等の症状はいつもと同じである」と、主治医自ら再発兆候のアカシジアと幻聴を確認していた。いわき病院は野津純一氏の病状の悪化を知らなかったから責任を回避できるのではない、いわき病院と渡邊朋之医師は知っていたが、治療的介入を行わなかったのである。渡邊朋之医師には精神科臨床医として自傷他害行動の発現は十分に予見可能な状況であった。渡邊朋之医師は「高度の蓋然性で野津純一氏が矢野真木人を殺人する予見性」等という空論をもてあそぶ必要は無い。

被控訴人以和貴会はUD鑑定人に対する質問外としたが、**日常の患者の病状の変化に関する経過観察を行う医療的対応と、患者の顔面を正視する基本を徹底した看護が行われることが臨床医療の大前提である。**被控訴人以和貴会の過失の本質は、入院患者野津純一氏に対する、SSRI 抗うつ薬パキシルと抗精神病薬プロピタンの同時かつ突然に中止した精神薬理学的錯誤と、その後に患者の経過観察を主治医が行わなかった治療放棄である。治療放棄を行わず、誠実に医療と看護を行えば、精神科医療は殺人事件の発生に対して無力ではない。

いわき病院が主張した高度の蓋然性とは10人中7人までの殺人を容認する非人道的な意見である。このような現実的でない証明を要求することは、殺人事件の原因究明と責任の解明を不可能にして、殺人事件に対策をとることを否定して、基本的人権である生存権をないがしろにする反社会的な行為である。『「高度の蓋然性とは10人中7人までの殺人容認」に関連して、この主張は「いわき病院法定代理人」の弁論のために持ち出した主張であり、「いわき病院」の主張ではない、従ってこの主張を根拠にしていわき病院の責任を問うことは間違いである』という論理でいわき病院の責任を法廷が回避することはあり得る。しかし法廷代理人が法廷で行った主張や証言を、都合が悪くなれば依頼者の主張や事実関係ではないと、後から他人である法廷関係人が不明瞭な形で論理や認識を訂正することが容認されるのであれば、法廷は架空の議論の場となる。法定代理人の議論が効果的であればその議論を有効とするが、都合が悪くなれば依頼人とは関係ない、誰も責任を取る必要ないとすれば、法廷審議は被控訴人に一方的に有利な都合主義となる。

④、著しく不適切な以和貴会の精神医療行為

いわき病院は第11準備書面（平成22年12月17日P.20）で、最高裁判例(最一判平成

17年12月8日)を提出して、東京拘置所に勾留されていたXが脳梗塞を発症し、重大な後遺症が残った事案について、原審(東京高裁平成17年1月18日)が転送義務を否定し相当程度の可能性すら認めなかった判決を最高裁が認めた判例を引用した。同最高裁判決で島田裁判官は「保護利益が侵害されたと言うためには、単に不適切不十分な点があったと言うだけでは足りず、それが果たして法的に見て不法行為として過失損益を問われねばならないほどに著しく不適切不十分なものであったというべきかどうかについて、個々の事案ごとに十分慎重に判断する必要がある。」と意見を述べた。

(1)、「(医師の医療行為が)著しく不適切不十分な場合」

(最一判平成17年12月8日の島田裁判官の補足意見)：島田意見

(2)、「(医師の検査、治療等が医療行為の名に値しないような例外的な場合)」

(同判決の才口裁判官の補足意見)：才口意見

いわき病院は過失責任が否定される根拠として、最高裁判例を法廷に提出したが、以下の理由で、同判例はいわき病院の重過失を証明する根拠となる。

いわき病院及び主治医被告渡邊朋之医師が野津純一氏に行った精神科医療は「当該医療行為が著しく不適切不十分なものである事案」及び「医師の検査、治療等が医療行為の名に値しないような例外的な場合」に該当する。いわき病院は入院患者である野津純一氏に対して入院医療契約の債務不履行を行ったものであり、過失賠償責任が厳しく問われなければならない。

1)、医療知識の欠如と錯誤

統合失調症治療ガイドラインをまともに理解せず、抗精神病薬プロピタンを突然中止した後で、病状管理を行わず、抗精神病薬を再開するスケジュールを検討しなかった。同時にSSRI抗うつ薬パキシルの添付文書を読まずに禁止事項である突然中止を行い、断薬症状にも無知なままであった。島田意見

2)、患者無視(インフォームドコンセント不在)

渡邊朋之医師は平成17年11月23日から抗精神病薬プロピタンとSSRI抗うつ薬パキシルを同時に突然中止するに先立って、患者本人及び患者の両親に処方変更の計画を説明せず、理解と同意を得ておらず、野津純一氏は自らに生じた異常な状態を理解せず、混乱に陥り、自傷行為を繰り返した。そのような状況で、激しいイライラを鎮めるために誰かを殺人するしかないと考えて通り魔殺人を実行した。いわき病院は患者の野津純一氏が激しく苦しむ状況を医療者も看護者も観察して認識する事がなかった。島田意見

3)、処方変更の事実をスタッフ周知せず、看護指示を与えなかった

渡邊朋之医師は重大な処方変更を行った事実を病院スタッフに周知せず、看護上の重点注意事項や要観察事項を看護師に指示することがなかった。このため、看護師の観察は目的意識を欠いた散漫なものであったが、いわき病院は看護師の定数が足りていると弁明したが、実態が無い弁明である。島田意見

4)、経過観察を行わず、治療的介入も行わなかった

複数の向精神薬を同時に突然中止した後で、主治医は患者を連続的かつ慎重に経過観察する義務がある。渡邊朋之医師は重点要観察事項を指示されていない看護師の一般的かつ表面的な報告だけで、自ら経過観察を行わなかった。看護師は患者の重大な変化に気付かず、漫然とした報告を繰り返したが、医師は看護師の不正確な報告に頼り、自ら行うべき病状確認を行わなかった。このため、患者の病状の変化に対応した治療的介入を行う事もなかった。才口意見

5)、プラセボ効果判定を行わず漫然と継続した

渡邊朋之医師は12月1日にアキネトン1ml筋注を生食1ml筋注に代えるプラセボ試験を実行したが、一度も患者の状況を確認せず、1回限りのMY看護師の「プラセボ効果あり」という報告を信じて、漫然とプラセボ試験を続行し、試験を終了する時期を判断することもなかった。才口意見

6)、診察拒否と医療放棄

複数の向精神薬を同時に突然中止し、同時にプラセボ試験（ニセ薬投与）を行っておれば主治医は患者の病状の変化を頻繁に診察する義務があるが、経過観察を行わないばかりか、患者からの診察要請に応えず、あろうことか診察拒否を行った。看護師は誰も患者の顔を正視した看護記録を残しておらず、いわき病院は野津純一氏に対して医療放棄の状態であった。才口意見

7)、結果予見性と結果回避可能性

精神科医療を行う病院と主治医は治療方針変更に伴う患者の病状の変化に結果予見性を持ち、きめ細かな患者観察に基づいて、自傷他害行為の既往歴などから結果回避可能性を持ち、患者を病状の悪化や異常行動から守らなければならないが、患者観察を行わず、治療的介入も行わなかった。島田意見、才口意見

8)、いわき病院と主治医の責任

いわき病院には野津純一氏と言葉を交わし何でも話せるスタッフがいなかった。野津純一氏は「薬を整理しましょうと一方的に院長が決めてから調子が悪い」と言っていた。

本人は「先生に会いたかった（相談したかった）」が、渡邊朋之医師は病状が悪化するはずがないと思い込んでいた（地裁、第2準備書面 p.1、第4準備書面 p.7、第8準備書面 p.2）。渡邊朋之医師は主治医であるにもかかわらず、野津純一氏の度重なる診察要請を拒み続けた。更にいわき病院の看護師は、事件後に血だらけで帰院した野津純一氏の様子や行動の異変に気付かず、25時間病院内に居たにもかかわらず顔面の根性焼きを発見しないほど、入院患者に対する関心を持たなかった。いわき病院は、野津純一氏に異変や異常を病院が発見していないことを、野津純一氏に自傷他害行為の危険性が迫っていなかった証拠とするが、本質は医師も看護師も患者観察義務を果たさなかった、医療と看護放棄である。島田意見、才口意見

⑤、過失免責の歴史と渡邊朋之医師の医療水準

日本の精神医療の水準が世界的標準から比較すれば遅れていることは明らかである。本件裁判を通して、日本の精神医療の発展を阻害する医療側及び司法側の課題が浮き上がってきた。いわき病院は英国の事例を多用して自己弁明を行ったが、英国であれば医師失格の人間で、かつ精神医療の水準にも達しない医師が精神保健指定医の資格を与えられ、向精神薬の常識がない医師でも精神科医療を行っていた。

いわき病院長渡邊朋之医師のような錯誤した診療が誰からも批判もされず、その結果何が起こっても責任も問われず、精神病院協会お抱えの弁護士や司法精神医学と精神薬理学の実績がない内科薬理学の権威までにも「無責任に」擁護してもらえる実態がある。自らは適切でない医療を不誠実な態度で行うが、「いわき病院の医療に過失責任を追究することは、日本の精神科開放医療を破壊する事」と主張した姿勢と論理は正義ではない。

⑥、「開放医療」は免罪符ではない

いわき病院は素朴にも「精神科開放医療」を免罪符のキーワードにしているが、「開放医療は入院形態や病状に関係なく、患者の好き放題に勝手に行動できる」というものではない。それは無責任な精神科医療である。

野津純一氏は任意入院であっても、入院（治療）している以上は「何らかの（行動）制限」、例えば「院内諸規則を順守すること」を含め、「自宅とは異なる」環境に置かれていたことは明白である。いわき病院が野津純一氏に単独外出を許可したという事実は「それが可能である」、すなわち「自傷他害の恐れがないという予見性」という精神科医療機関・精神医療専門家として判断した合理的な理由が存在していなければならない。その前提を元にすれば「殺人を行うなど予見できなかった」という言葉は出るはずがない。いわき病院の弁明で、いわき病院の「杜撰さ」が浮き彫りになったのであり、精神科医療のアンタッチャブル性を巧みに利用した不誠実な弁明である。

今日では世界の常識として達成された精神科医療では普通に可能なことである。日本国内ではこの様な不誠実な弁明を法廷が無批判に容認してきた事から、日本の精神医療の荒廃が促進されたと言える。精神障害者の自由と精神科開放医療は法秩序の下にあり、無責任な放縦ではない。

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

5、地裁判断の間違い

高松地裁には、精神科医師の渡邊朋之医師と精神科医療機関及び日本の医学部精神科大学教授には不可侵の権威があると思込みがあり、過失認定に消極的な姿勢があったと思われる。また、任意入院患者や第三者の被害者に対する法的過失責任を問うことにとまどいがあったと推察される。

①、渡邊朋之医師は誤診を押しつけて患者と対話が成立してなかった

地裁は、渡邊朋之医師の野津純一氏の暴力行動把握に関して、「純一は渡邊のつっこんだ質問に対して回答を回避する傾向があった」(p.104、p.105)ので「渡邊が純一の過去の既往歴に無関心であったとは言えず、過失はない」(p.105)としたが誤りである。暴力既往歴に関して主治医交代時(平成17年2月14日)の間診で純一が「25才 一大事が起こった」と発言しかけた。しかし、内容を詳しく聞かず、精神医学的な確認をしなかったのは渡邊朋之医師である(平成22年8月、渡邊人証)。診療録に基づけば、渡邊朋之医師の突っ込んだ質問に対して野津純一氏の回答が渡邊朋之医師の思い通りでなかった事例は2回ある。渡邊朋之医師の診断上の錯誤と思込みがあり、パーキンソン病治療薬のドプスの効果を渡邊朋之医師には「効く筈」という押しつけがあり、他方では野津純一氏は実感として「効いていない」と知っており、双方の思い違いが原因で、対話が成立しなくなっていた。このような場合、対話責任が問われるのは主治医である。

渡邊朋之医師と野津純一氏の対話のすれ違い

i)、主治医交代後、高力価定型のトロペロンに変更したことで野津純一氏には不快な「光が反射する」副作用が出たが、渡邊朋之医師はトロペロン副作用と思わず、「不気味な現象」とした(平成17年2月25日)。

ii)、渡邊朋之医師は「ドプス投与で効果があるはず」と思い込んでいた。

8月16日 看護記録「あの白いカプセル(ドプス Cap)効きませんね。最初はいいかなと思っていたのに、やっぱり手・足動くんです。」

10月27日 状況から、野津純一氏は「ドプスはやって良くなかった」と発言した筈だが、渡邊朋之医師は「ドプスはやって良くなった」と改変した。

11月7日 渡邊朋之医師診察

(薬)	ドプス増えて、家に帰ると関節が痛くなる
(リウマチみたい)	うーんどうも今回そうでない
(なかなか説明しても)	アキネトン打ったら気持ちがいい
(中間施設の件)	ないですね、謝るとかワーカーの許可と院長の指示
(あと困っていること)	だいたいみつかったけど
(A) アセスメント	思考途絶、話に一貫性乏しいが

渡邊朋之医師はアカシジア（パーキンソン症候群）をパーキンソン病と診断してドプス（パーキンソン薬治療薬）を投与したが、ドプスの薬効を患者自身は「初めの2、3日しか効かなかった」として否定し、FS 薬剤師も野津純一氏の意見が正しい事を認めた。このドプスの薬効評価が渡邊朋之医師と野津純一氏及び FS 薬剤師との激しい対立点である。渡邊朋之医師は野津純一氏をパーキンソン病（ドプス有効）と診断したが、野津純一氏は治療薬（ドプス）の効果に同意していない。このため渡邊朋之医師は「なかなか説明しても」また、「思考途絶、話に一貫性乏しい」と診療録に記載した。しかし、渡邊朋之医師は平成 18 年 1 月 10 日のレセプト申請で、「パーキンソン病」（ドプス有効）の診断を「パーキンソン症候群」（ドプス無効）に変更しており、診断上の認識間違いをしていたのは、野津純一氏ではなく、渡邊朋之医師であった。野津純一氏はアカシジア（パーキンソン症候群：イライラ、ムズムズ、手足の振戦）で苦しんでいたものであり、またその症状に耐えきれなくて殺人事件を引き起こした。渡邊朋之医師が診断間違いを認めてレセプト申請で訂正したことが確認されたことは重大である。

平成 17 年 11 月以降の渡邊朋之医師と患者野津純一氏の対立を、渡邊朋之医師の立場からだけで判断した地裁判決は、客観的な事実関係を踏まえておらず、間違いである。

②、統合失調症診断に不安な主治医と患者の対立

SG 鑑定医によれば、野津純一氏は鑑別不能型統合失調症である。渡邊朋之医師は薬剤師に対して「Sc ですか、強迫観念が強い患者です」また「薬の作用副作用も、通常を受け止めでなく、本人の気になった所見・作用のみ強調され認識されます」（平成 17 年 10 月 26 日）と指導した。渡邊朋之医師は主治医として慢性の統合失調症患者である野津純一氏に対して統合失調症の診断を確信しておらず、また、主治医であるが患者に対して客観性を保った治療者の立場を維持することができず、感情的な対立者になっていた。

SG 鑑定書の野津純一氏の診断

- i)、一般に統合失調症は全くの末期を除いて常に意識は清明、知能も低下しない。人格荒廃の方が先に顕著になるが純一もその通りである。(p.13)
- ii)、理屈はかなり遅くまで残存し、行為面が先にダメになる。(p.15)
- iii)、イライラを解消するために大判焼を食べたり、根性焼きと同一平面で「殺人」を想起するのは、統合失調症の根本症状である「思考・知覚・感情・行動の奇妙な歪曲」である。(p.15)
- iv)、イライラ解消に殺人を選んだのは野津の緊張型統合失調症の症状である（検察による SG 医師への電話聴取書、p.2）。

渡邊朋之医師は主治医として野津純一氏の「思考・知覚・感情・行動の奇妙な歪曲」を前提として、アカシジアでイライラが亢進した際の自傷他害行動に留意して慎重に患者観察を行う義務があった。現実には、野津純一氏は看護師にムズムズや手足の振戦を訴える頻度が12月1日以降増大していた。渡邊朋之医師は「野津の看護師襲撃は1回限り」として、精神科医療で自傷他害行動の予見可能性を持たなくても良いとする弁明理由としたが、1回の事例があれば、十分である。渡邊朋之医師は主治医として、統合失調症の治療を全て中止した患者に行為面の配慮を行うべきであったが、していない。

③、渡邊朋之医師は野津純一氏の病状を正確に把握してない

渡邊朋之医師と野津純一氏の間で、主治医と患者の間の対話が成立していたとは言えない。12月1日から事件（6日）までの間に主治医の渡邊朋之医師は野津純一氏の度々の診察要求をはねつけ、一度も問診と診察をしていない。しかし、事件後に検察の取り調べで、野津純一は「検事さんが若くて優しくそうだったので何もかもお話ししました」と言って以下の供述をした。更にSG鑑定医にも同様に答えており、平成17年12月当時の野津純一氏に意思伝達能力があることが確認できる。野津純一氏を調査した検事もSG医師も共に職務上求められる被験者との対話能力を持って必要な情報を取得していた。ところが、渡邊朋之医師は患者との意見交換を保てず、統合失調症（Sc）であることを疑い強迫観念が強いとして10月26日に薬剤師を指導して、薬剤師が離反する原因となったが、結果的に渡邊朋之医師の方が患者野津純一氏の病状を正確に把握してない。

野津純一氏の検事に対する供述

- i)、殺人理由は病院の喫煙所が汚されるなど、イライラがたまっていたから（強迫障害）
- ii)、12月に入って、私の病室のすぐそばのドアが大きな音を立てて開け閉めされることが3回ほどあり、さらに怒りがかき立てられた（被害念慮）
- iii)、病院の喫煙所を汚す人たちは、私が外出したり病室で寝ているところを見計らって汚す（被害念慮）
- iv)、私の喫煙をやめさせようとしている集団が悪質ないたづらをしているように感じた（被害念慮）
- v)、病院に対する怒りが抑えきれないほどになっていた（関係被害念慮）
- vi)、腹立ちを解消する方法として、他人を包丁で刺すことを選んだ理由は、「イライラを解消するというのと、矢野さんを犠牲にすることで、私が裁判にかけられれば私の事件に関係ある者として、私の喫煙を邪魔していた集団が警察に捕まり、罰を受けることになるだろう」（思考の歪曲）
- vii)、病室のすぐ隣に非常階段があり、「ボタンボタン」とドアを明かします人がいて、私への嫌がらせかなと思い、私はイライラした（被害念慮）
- viii)、12月5日6日はいつにも増して喫煙所が汚れていて、ドアの開け閉めがうるさ

かった（強迫性障害、被害念慮）

- ix)、事件の前日からイライラ解消には人を殺すしかないのかという思いはあったが、はっきりと人を殺そうと決めたのは12月6日に病院を出る直前のことだった（思考の歪曲）
- x)、外出のため、エレベータホールに向かった時、「声が聞こえた所」で右の方から人の話す声が聞こえ「父親の悪口を言っているように聞こえた」（幻聴）
- xi)、以前からイライラしているところにこの様な出来事が重なってカチンと頭にきた（感情の歪曲）
- xii)、私はこのため完全に逆上してしまい、イライラを解消するためには人を殺すしかないと思った、私は怒りがこらえきれなくなった（感情・行動の歪曲）

渡邊朋之医師は「他人を殺すという考えは、本人が言わなければ解らない」と主張している。野津純一氏は、その考えが出たのは、12月5日とされており、患者を診察しない渡邊朋之医師は、殺人の言動を直接的に知ることは不可能だったであろう。ところが、12月以降に「ドアの開け閉めの騒音」や「喫煙所の汚れ」等で本人は不満を蓄積し、「喫煙所を汚す人や集団」に怒りを蓄積し強迫性障害（不潔恐怖）や統合失調症の病状が悪化していた。この様な病状が悪化している状況の変化は、主治医がきめ細かな診察を行うか、看護師が顔面を正視して言葉を交える看護を行えば、病院は直接「殺人という言動」を聞かなくても「自傷他害の衝動が亢進している兆候」として把握可能である。特に、渡邊朋之医師の場合は、野津純一氏と言葉の対話が成立していたとは言えない。その上で、主治医は経過観察を行わず、診察要請があっても拒否した。これでは、患者の状況を把握することもできないが、患者の状況の変化を確認しない責任は、いわき病院と主治医にある。

④、渡邊朋之医師は野純一氏の中絶症状悪化を無視した

地裁判決（p.115～116）は「風邪症状の訴えしかなければ主治医の診察は必要なく、外来の待合に並ばせる必要もない」としたが間違いである。主治医は11月30日に「強いムズムズ訴え」を把握し、異常体験（人の声、歌）等として幻聴を確認していた。また、看護記録に基づけば、平成17年12月1日以後の野津純一氏の言葉は以下の通りである。地裁判決は再発症状を見逃しており「風邪症状だけとした」ことは誤りである。また論理的な問題として、仮に風邪（インフルエンザ様）症状だけであったとしても、SSRIを中止した後であり、その事を理由にして主治医は患者を慎重に診察する義務があった。

事件直前の野津純一氏の病状の変化

11月30日 渡邊医師診察

患者 ムズムズ訴えが強い

退院し、1人で生活には注射ができないと困難である

心氣的訴えも考えられるため ムズムズ時 生食 1ml 1×筋注とする
クーラー等への本人なりの異常体験（人の声、歌）等の症状は
いつもと同じである

看護記録

- 12月1日 「下肢がムズムズしてたまらんかった」、「手足が動く」
- 12月2日 「「内服薬が変わってから調子悪いなあ…、院長先生が『薬を整理しましよ
う』と言って一方的に決めたんや」四肢の不随意運動出現」「手と足が動く
んです」
- 12月3日 「調子が悪いです。横になったらムズムズするんです」、「ムズムズするん
です、薬下さい」、「体が動くんです」、「手足が動くんです、注射して下さい」
- 12月4日 「又、手足が動くんです、注射はいいです、何か薬下さい」、「アキネトン
打って下さい、調子が悪いんです」、表情硬く「アキネトンやろー」と確か
める
- 12月5日 「少ししんどいです。足と手も動くんです。」
- 12月6日 10:00時「先生にあえんのやけど、もう前から言ってるんやけど、咽の痛
みと頭痛が続いとんや」両足の不随意運動あるが、頓服、点滴の要求なし。

12:10分 外出

12:24分 本件事件発生（控訴人矢野記載）

主治医は11月30日にムズムズ訴えと、幻聴を確認していた。野津純一氏の症状から、12月1日以降は「手足のムズムズ」と「振戦の訴え」が多く、風邪症状の訴えだけでないことは確かである。また、プラセボ試験を開始して以後、主治医は一度も診察せず、看護師は左頬と手の根性焼きにさえ気付かなかった。内部情報によれば、野津純一氏はこの間に「異常な幻聴出現」があり、第6病棟（閉鎖病棟）の看護師に訴えた。看護師は「野津は危ない」と主治医院長に伝えたが、無視された。香川町殺人事件の発生をTVニュースで知った第6病棟看護師たちは「事件の犯人は野津やわと噂し合った」という。渡邊朋之医師が患者野津純一氏の病状の変化（悪化）に関心を持たず、経過観察をしなかったところが、医療放棄である。

渡邊朋之医師は主治医として患者野津純一氏の「ムズムズ訴え」を心氣的である可能性を疑い12月1日からプラセボ試験を行っていたので、患者野津純一氏に離脱症状（アカシジア）の発現があるか否かは論理的に重大関心事であった。そもそも幻聴を渡邊朋之医師は野津純一氏の症状として11月30日に確認していた。ところが、12月1日から6日までの間に亢進していたムズムズや手足の振戦等の症状及び患者のプラセボに対する不信感に主治医として何も対応していない。その上で12月5日の風邪（インフルエンザ様）症状である。主治医としては、看護師の報告からSSRIの離脱作用の可能性を疑って、患

者を放置せず、病状を確認する義務があった。地裁が、「風邪症状の訴えしかなければ主治医の診察は必要ない」とした判決は、明白に誤判決である。主治医は、風邪（インフルエンザ様）症状の報告があったからこそ、診察する義務が生じていた。

⑤、薬剤師の離反を地裁は認識していない

地裁は、薬剤師の離反を重大な事実と認識していない。FS 薬剤師はいわき病院長渡邊朋之医師から平成 17 年 10 月 26 日の指導を受けて、11 月 2 日の薬剤管理指導報告を最後にした。控訴人（原告）はいわき病院に全ての薬剤管理指導報告記録を提出するように求め、いわき病院から乙 A 第 12 号証「薬剤管理指導内容」（平成 22 年 12 月 16 日付）を提出させて、平成 17 年 11 月 2 日の FS 薬剤師の報告が最後であると確認した。

離反直前の薬剤管理指導と渡邊朋之医師の指導

平成 17 年 10 月 26 日

薬剤管理指導

薬剤師:FS

指導内容：薬効・服用方法の説明

S：薬を飲んで落ち着きます。習慣にしているので薬を飲み忘れることはありません。プロピタンは非定型ですか？副作用止めは飲んでいます。足のムズムズがまたでてきました。アルマールは中止になったんです。先生に相談したらいいですか？

O：薬の薬効と飲み続ける意義についてお話ししました。

A：薬の名前や作用はよく覚えていました。自覚して服薬できており、コンプライアンスも良いです。足のムズムズが治らず、それに困っているとのこと。落ち着いていますが、表情は暗めでした。

P：次回副作用について説明予定。

医師コメント：医師：渡邊

Sc ですか、強迫観念が強い患者です。薬の作用副作用も、通常の受け止めではなく、本人の気になった所見・作用のみ強調され認識されます。一考下さい。

平成 17 年 10 月 27 日

渡邊朋之医師 (p) 方針 ドプスを増やしてプロピタンを変更する

平成 17 年 11 月 2 日

薬剤管理指導

薬剤師:FS

指導内容：副作用とその対処法

S：副作用は喉が渇くのがや震えるのがありました。副作用のせいで薬を飲みたくないと思ったことはありません。以前はセレネースを飲んで心臓がドキドキしたりしました。医大のときなので Dr には伝えないまま病院をかわりました。今は足が震えるのが治りません。困っています。ドプスも初めの 2, 3 日しか

効きませんでした。

O：薬の副作用を自覚症状を含めて話し、副作用が出たときは必ず Dr に伝えるよう指導。Dr に緊張して話せないときの伝えるポイントなどをお話しました。

A：アカシジアの症状が落ち着かず、イライラしたり足が動いたりするようです。アルマールも中止で、ほかに対策はないかと相談されています。抗ムスカリン剤でも心臓に負担がかかるので難しいでしょうか？

P：様子見

12月2日の薬剤管理指導報告は FS 薬剤師の最後の野津純一氏に関する薬剤管理指導で、以後、同薬剤師は野津純一氏に関連する資料を残していない。最後の報告で、FS 薬剤師は、野津純一氏の発言として、以下を記載している。

ア、口渇や手足の振戦などの副作用があり、治らない

イ、副作用を嫌って、薬を飲まないことはない

ウ、ドプスも初めの2、3日しか効かない

特に、「ドプスも初めの2、3日しか効かない」は、10月27日の渡邊朋之医師の「(p)方針 ドプスを増やしてプロピタンを変更する」に意識して反対しており、重要である。FS 薬剤師の「アカシジアの症状が落ち着かず、イライラしたり足が動いたりする」は、渡邊医師がアカシジア（パーキンソン症候群）にドプス（パーキンソン病治療薬）を処方したことに関して、「ドプスに効果は無い」と被雇用者として雇用者に婉曲に反対表明をした。「抗ムスカリン剤でも心臓に負担がかかるので難しいでしょうか？」は薬剤師としてはそもそも効果を期待できないドプスよりは抗ムスカリン剤（アキネトンやストブラン）を勧めたいが、野津純一氏の心臓が悪い可能性があると思い、質問形式になったと思われる。FS 薬剤師は、アカシジア副作用対策としてドプスを処方することは間違いで、患者も効かないと言い、渡邊朋之医師に注意喚起したが聞き届けられなかった。更に、渡邊朋之医師は慢性統合失調症を強迫障害と主張して抗精神病薬（プロピタン）の中止を指示したために、呆れて、ついて行けなかったと推察される。FS 薬剤師は以後の報告を残していない。いわき病院では院長に反意を持った薬剤師はその後の報告を行わない職務放棄を行った。病院機関として統制違反を許し、チーム医療が機能していない。

地裁判決は、この FS 薬剤師の離反の重要性を理解していない。むしろ、いわき病院では職員数が基準を満たしていることを根拠にして、チーム医療は機能していたと判決した。地裁は病院機能の実態を見ておらず、判決は錯誤である。

⑥、いわき病院に過失責任を問うことに対する地裁の迷い

いわき病院は地裁第1準備書面で「精神科開放医療者のサボタージュ宣言」（本論4章

の②) で法廷恫喝を行った。地裁判決 (p.115) は「渡邊はプラセボ筋注を自ら行う事で、経過観察を行った」と認定したが、渡邊朋之医師はプラセボ筋注をしておらず、地裁はいわき病院が主張しない事まで事実認定した。地裁裁判官は精神科病院に過失責任を課すことを躊躇したのではないかと疑われるところがある。結果的に地裁裁判官はいわき病院の「サボタージュ宣言」の脅しにとらわれていたことになる。

IG 鑑定人は意見書 (1) (乙 B1 5) (p.21) (平成 23 年 7 月 29 日) で「看護師などの報告を元にして渡邊医師が治療効果を判定するのは何ら問題ではない」と記載した。これはレトリックであり、渡邊朋之医師が看護師の報告を元に効果判定し、自らの診療録の記載に反映させることに問題はない。しかし、渡邊朋之医師自ら患者を診ず、質問せず、患者から聞き取りを一度も行わず、診療録に記載をしておらず、医師の医療記録がないにもかかわらず、医師が効果判定したと認定した地裁判決は、医師法 17 条【非医師の医業禁止】違反、第 19 条【診療義務等】違反、第 20 条【無診察治療等の禁止】違反、第 24 条【診療録】違反である。地裁はこの鑑定意見に全面的に依存して、渡邊朋之医師の医療放棄を容認した。

いわき病院はこの地裁判決を元にして高裁第 1 準備書面 (p. 25) (平成 26 年 5 月 12 日) で、「12 月 1 日 21 時 30 分 O : 頓服効果なく、本人訴えあり。P :医師指示により、生食 1ml 筋注にて様子観察」と記述した。これは誤認を誘導する記載変更である。看護記録の記載は「**21:30 生食 1ml 1A 筋注(OZNs)** 頓服効果なく、本人訴えあり、Dr 指示中左記施薬にて様子見」である。いわき病院が記載した「医師指示により」と OZ 看護師が記録した「Dr 指示中」では意味が異なる。いわき病院は、あたかも渡邊医師が看護師の横に立ち指示をしているかのような表現であるが、OZ 看護師は「Dr の前からの指示に基づいて筋注した」となり、プラセボ筋注は OZ 看護師の判断で開始した。渡邊朋之医師が翌 12 月 2 日にレセプト承認をしたが、筋注に立ち会わなかった証明である。プラセボ筋注は以下の通りである。

いわき病院が野津純一氏に行ったプラセボ筋注

- | | | |
|-----|--------------------|---------------------------|
| (1) | 12 月 1 日 (木) 21:30 | 生食 1ml 1A 筋注(OZNs) |
| (2) | 12 月 2 日 (金) 11:00 | 生食 1ml 1A 筋注 (MYNs) |
| | 時間不明 | (レセプト) 渡邊医師 生食 20ml |
| (3) | 12 月 3 日 (土) 16:45 | 生食 1ml 1A 筋注 (ARNs) |
| (4) | 20:30 | 生食 1ml 1A 筋注(TRNs) |
| (5) | 12 月 4 日 (日) 12:00 | 生食 1 ml 1A 筋注 (AMNs) |
| | 12 月 5 日 (月) 時間不明 | MO 医師 (FSNs) |
| | | レセプト承認 (12/3) 生食 20ml 1 A |

レセプト承認 (12/4) 生食 20ml 1 A

臨時処方(12/5)ペレックス 3 3 日分

- (6) 21:00 生食 1ml 1A 筋注 (AMNs)
時間不明 NY 医師レセプト承認 (12/5) 生食 20ml 1 A
(ARNs)

注 1 : 渡邊朋之医師は 12 月 2 日に生食 20ml アンプルのレセプト承認を行ったが、生食筋注を行ったのは第 1 回目 (OZ 看護師) と第 2 回目 (MY 看護師) である。

注 2 : MO 医師と FS 看護師は、12 月 5 日に 12 月 3 日の生食 20ml アンプルのレセプト承認を行ったが、生食筋注を行ったのは第 3 回目 (AR 看護師) と第 4 回目 (TR 看護師) である。

注 3 : 引き続いて MO 医師と FS 看護師は、12 月 5 日に 12 月 4 日の生食 20ml アンプルのレセプト承認を行ったが、生食筋注を行ったのは第 5 回目 (AM 看護師) である。

注 4 : NY 医師と AR 看護師は、12 月 5 日に生食 20ml アンプルのレセプト承認を行ったが、生食筋注を行ったのは第 6 回目 (AM 看護師) である。

プラセボの生食 1ml 筋注は、その時の担当看護師が患者野津純一氏の様子を見て、自らの判断で施注していた。また、レセプト承認した医師も、その時の医師が、筋注を実施した看護師ではない看護師の協力を得て行っていた。

仮に地裁判決の通り渡邊朋之医師が自ら筋注を行っていたのであれば、12 月 2 日 11 時の MY 看護師の記載では、「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」四肢の不随意運動出現にて、本人希望もあり(アキネトン筋注の代わりに)左記施行する。苦笑しながら上記話す。夜間は良眠できているとのこと。} はおかしいことになる。渡邊朋之医師の面前で患者の野津純一氏が「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」と不信感をあらわにしたにもかかわらず、主治医は対策を何も答えず、何も対応していない。従って、プラセボ筋注は看護師単独であり、その場にいない渡邊朋之医師はこの時は患者観察をしていない。

野津純一氏に対するいわき病院と渡邊朋之医師統合失調症の治療の基礎を満足に知らない不勉強、精神薬理学の基本を知らず添付文書の記載内容を確認しない怠慢、その上で、患者の病状の変化を観察せず、治療的介入を行わない医療放棄があれば、精神科開放医療は実現しない。地裁はいわき病院に法的過失を認定することにためらいがあったと推察できる。しかしながら精神科医療機関に法的責任を問わないことは、公序良俗の維持に貢献することにはならない。これまで日本では精神科病院に責任を問うことは極めて希であった。このため、精神科医療機関と精神科専門医の間で無責任な医療実態が一般化して

いたとしたら、法廷の判断が公序良俗を損ねる結果を導いたことになる。精神障害者に良質な精神科開放医医療を提供するには、行った不作為や錯誤には法的責任を問うことが条件となる。国際水準の日本の精神科医療を達成する基礎に法的責任がある。

⑦、地裁判決の誤り箇所

以下に、地裁判決の問題箇所を箇条書きする。

1)、判決 P.102 「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」は誤りである

渡邊朋之医師は、平成 17 年 11 月 23 日から抗精神病薬プロピタンの定期処方を中止して統合失調症の治療を何もせずに中断状態を放置した。インタビューフォームによるとプロピタンの代謝は極めて早く、中止後 2 週間経過して薬効が残存していた可能性は無く、IG 鑑定書（1）（乙 B15 号、p.18）は誤りである。抗精神病薬プロピタンの突然中止によるリバウンドや再燃についても IG 鑑定人は触れておらず、精神科医師として矜持がない。従って「統合失調症として治療していた」は判決の錯誤である。また、パキシルに代えて投与した抗うつ薬ノーマルンは最低有効量（75mg）の 10/75、また最低常用量（150mg）の 10/150 しか処方せず、強迫性障害の治療もできていなかった。

2)、判決 P.105 「純一の過去の既往歴を純一も両親も渡邊に十分伝えていなかった」「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」はいずれも誤りである

父親は入院前問診で暴力既往歴について HB 医師に申告したが、いわき病院はこの頁を診療録の証拠提出から除外してあった。入院時に、母親も放火暴行履歴をソーシャルワーカーに話した。野津純一氏も主治医交代時の問診で「25 才 一大事が起こった」と申告した。渡邊朋之医師は野津純一氏の放火暴行履歴を知りながら、統合失調症と強迫性障害の治療をせず、放置し、診察拒否までしたのである。

3)、判決 P.106 「甲 B15 は乙 B15」、また「甲 B17 は乙 B17」の誤り

4)、判決 P.107 「プロピタン中止後はコントミンを含む頓服を時々出したから当時の判断として不合理ではない」は誤りである

抗精神病薬はある一定の血中濃度が保たれないと抗幻覚妄想作用と異常行動抑制作用が無効である。当時も常識であり、判決の誤りである。

- 5)、判決 P.108 「処方中止後の症状について経過観察を行っている」は誤り
判決 P.109、P.110、P.111、P.115 医師による病状変化への問診記録がないにもかかわらず経過観察したというのは医師法違反の判決である
地裁判決が認定した医療記録が存在するという事実は看護記録であり、医師が診察した診療録の裏付けがない。看護師は医師の観察を補佐することは可能であるが、それが医師による治療が行われた証明とはならない。地裁は、裏付けがない判決をおこなった。地裁判決は、精神科臨床医療で非医師の医業（医師法 17 条）や無診察治療（医師法 20 条）等を促進することになる。渡邊朋之医師はそもそも診療義務違反（医師法 19 条）である
- 6)、判決 P.111 「プラセボ効果がある旨判定されている」は医師法違反
看護師による「プラセボ効果あり」の記述は、医師による問診、診察、カルテ記載がなければ「判定」ではない。医師法違反の判決である。
- 7)、判決 P.111 「同月 3 日（11 月 30 日に訂正された）以降も身体が動くなど症状を訴えたことが診療録や看護記録に記載され」は誤り
看護記録に記載はあるが、診療録に記載はない。
- 8)、判決 P.111 「渡邊による診察も定期的になさされていて」は誤り
渡邊朋之医師の診療録記載は「生食 20ml 承認サインが 1 回」あるだけであり、問診も診察も行っていない。12 月 6 日の「先生にあんのやけど」の訴えは悲惨である。診察が無かったことは明らかであり、いわき病院も「渡邊が診察した」と主張したことはない。判決のいわき病院に優しすぎる「誤認」である。
- 9)、判決 P.112 「純一に対して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」は偽りである
統合失調症の治療は中断され、強迫神経症の治療も有効量ではなかった。
- 10)、判決 P.112 「1 年以上粗暴行為は見られず、普段、単独外出を行っていた判断は不合理ではない」はレトリックである
原告（控訴人）は 11 月 23 日以前の外出許可については問題としないが、統合失調症の治療を中止した 11 月 23 日以降は状況が異なると主張している。
- 11)、判決 P.113 「純一の異常行動を予想することは当時は困難であったと言わざるを得ず」は判決の誤りである
抗精神病薬の定期処方突然中止されていた。従って野津純一氏に異常行動がでることを予測することは当然であった。またパキシル突然中止による病状悪化は当時既に添

付文書に記載があり、予測困難ではない。

12)、判決 P.113 「3対1看護が行われており精神病患者の精神疾患の悪化には注意が払われており」は正しくない

いわき病院第2病棟の看護師は顔面の火傷（根性焼）にも気付かないほどの観察力だった。その水準の看護師でも「純一は何かおかしい」と感じて渡邊朋之医師に診察願いを出したが、渡邊朋之医師は「病状が悪化するはずがない」と決めつけて診察拒否をした。主治医が頭ごなしに拒否しているのは、チーム医療は機能しない。

13)、判決 P.114 「根性焼ができた具体的な時期や程度について検討しても不明と言わざるを得ず、被告病院の看護師などがこれを見落としたとまでは断定できない」はレトリックである

根性焼は警察調べ（12月7日写真撮影）（検察官番号甲10）の3～4日前であり、複数の赤い瘢痕と黒化が進んだ古い瘢痕が確認された。看護師が見落としたことは事実である。野津純一氏の顔面左頬に根性焼が目撃されて確認された以後25時間にわたりいわき病院内に居たが、看護師も医師も全員が見落としていた。「看護師などがこれを見落としたとまでは断定できない」は明白な誤認である。

14)、判決 P.115 「11月23日の処方変更後も症状の大部分は従前とほぼ大差のないもの」は誤りである

いわき病院の診療録に何の記載もないにもかかわらず、判決が勝手に断言できる根拠はない。判決はSG鑑定意見（p.4～18、検察電話聴取 p.1～2）に書かれた「事件前の純一の病状悪化」を否定しており、誤りである。

15)、判決 P.115 「事後的に見れば、異常行動の予兆ということはできても…」は誤りである

事件前も、地裁判決当時も、「統合失調症治療ガイドラインに従わず、パキシル添付文書の「重要な基本的注意」にも従わなかった後の病状悪化」は当然予想できたことである。

16)、判決 P.115 「被告渡邊は12月4日に純一からアキネトン筋注を求められた際に生食筋注しか行っていないが・・・」には、渡邊朋之医師が自ら生食筋注を行ったかのように書いてあるが、判決の事実誤認である

地裁判決（p.115）は、引き続いて次のパラグラフに記載がある「渡邊は12月3日（11月30日に訂正）を最後に直接純一を診察せず」が正しい。

17)、判決 P.115 「12月5日には内科医が診察を行っており」は誤り

MO 医師がレセプト承認ではなく、診察した証拠と根拠はない。

18)、判決 P.115 「強迫症状についても、不潔嫌悪を強めていたことを病院関係者に告げていなかったことからすると」は誤認識

三環系抗うつ薬ノーマルンの投与量は最低常用量の 10/150 で、有効量に達しておらず、不潔嫌悪を強める状況であった。看護師の観察記録が無いことを、積極的な事実としたことは間違いである。

19)、判決 P.115 「外来診察中の渡邊が外来を中断して純一を診察しなかった、診察予定者の中に加えて純一を診察しなかった(診察拒否に)過失はない」は誤りである

複数の向精神薬を同時に突然中止した主治医には、統合失調症の病状悪化及び強迫性障害の病状悪化は予測できたことである。従って、対応しなかったことは過失である。

20)、判決 P.116 「開放病棟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に責任は無い」は不適切である

原告(控訴人)は「帰院時に厳格に確認する体制」を求めている。12月6日の犯行後の野津純一氏の様子から、いつも会う母親を追い返し、夕食と朝食の2回も食事を取らず、「警察が来たんか」と言っておびえる患者の様子をいつもとは違うと思わず、気がつかない看護体制の問題を指摘している。

21)、判決 P.116 「根性焼の発見は根性焼の程度や観察方法によって左右される」「純一は暗褐色上衣着用し返り血の付着も多くなき、長時間にわたって見逃したわけではない」したがって「患者管理、外出許可に過失相当ではない」は不適切である

患者の顔の傷が観察方法によって左右されるは不適切であり、顔を正視する精神科看護の基本を無視するものである。また、衣服に付着した返り血についても、多量でなかったから気付かなくて良いとして粗雑な看護観察を容認した。患者が沢山の異常サインを出していても、警察から連絡があるまで気付かないは、能天気すぎる。これは看護放棄であり、そのような怠慢を支持した判決は間違いである

6、本件裁判で築く国際標準の精神科開放医療

①、法廷は日本の精神科開放医療を促進できる

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

②、本件裁判の国際性

本件裁判で国際的標準にかなう精神科医療を標榜したのはいわき病院である。しかし、いわき病院が推薦した鑑定人が「英国では」と主張しても、いわき病院で英国並みの水準と責任感を持った精神科医療は実現しない。日本国内で行われた既存の判例や慣例を乗り越えた判断が本法廷で行われ、他の先進諸国が実現している精神科開放医療を日本でも促進する礎を築くことは控訴人側と被控訴人側に共通する願いである。本件裁判は、精神科医療の国際的常識眼で展開している。控訴人は、本件裁判を提訴した時から、世界に通用する人権認識が本件裁判で実現することを願っている。このため、本件裁判に国際的な精神科医師鑑定団を招へいし、同時に情報を国際化してきた。

③、裁判の結果として普遍性がある精神科開放医療の実現を願う

1)、裁判の目的

控訴人が本件裁判を、矢野真木人が殺人された事件当日から9年以上の長期に渡って裁判を維持し、協力者を国際社会に求めてきた理由は、日本で国際水準にかなう、精神医療が実現することを願うからである。控訴人は矢野真木人がこの世に生を受けて生きた意味を後付けであっても良いので与える事を模索している。控訴人は、それは、矢野真木人が死ぬに至った原因を解明して、社会の改善に資することであると確信する。

2)、精神科開放医療に犠牲者は必要ない

矢野真木人が殺人された直後に「精神障害者は不幸な人生を通して罪を償っているの、忘れなさい」と言われた。この様な理由で、健常者の生命が奪われることを社会が容認してはならない。「精神障害者は罪を償っている」という考え方は間違いである。精神障害は犯罪ではない。精神障害を犯罪と同一ととらえることは、精神障害者の人権を安易に制限や無視する理由となり間違いである。人間は社会集団として、統計的に生起率の関

係で、精神障害は発生し得る。精神医療はその不幸を背負った人々に社会として治療的改善と人道的処遇を果たすべき手段である。そこに、生まれつきで罪を背負った人間であるとか、健常者に生命の犠牲という交換条件を持ち込む論理は必要ない。

3)、真面目で誠実な精神科医療

いわき病院で判明した課題は、精神障害者に容易に心神喪失無罪という法的権利の免除が容認されることに安住した、精神障害を患った人間の法的権利否定である。日本で、精神障害者の社会参加が促進されない根本的な理由は、安易に精神障害者の人権を否定することを容認する現実があるからである。控訴人は真面目で誠実な精神科医療が普通になる事を求める。その第一歩は、不真面目で、精神科医療を非誠実に言い事故を発生させた精神科医療機関に過失責任を問うことである。

4)、精神障害者は危険という前提は誤り

精神障害者は危険という前提や認識は間違いである。精神障害者の自傷他害などの行動を予見・予測し、医療的に保護をしながら、病状の改善を促進することは可能である。それが、日本で実現すべき、精神科医療の国際水準である。いわき病院で明らかになったことは、精神科医師や看護師が、自らの医療技術を磨かず、思い込みの治療知識や精神薬理知識のままで、精神障害者野津純一氏の治療を蔑ろにしていた事実である。精神科医療が誠実に対応しておれば、野津純一氏は殺人者になることはなかった。精神科医療を誠実に行えば、精神障害者による殺人事件数が減少することは英国で立証されたことである。

5)、日本人の誇り

「精神障害者は危険」という認識は、日本の精神科医療関係者の怠慢と、不作為や義務違反を弁明するための、詭弁である。この様な弁明がまかり通ることにあぐらを掻いている日本では、精神科医療は国際水準を達成できない。

控訴人は本件裁判を通して、日本人に国際社会で誇りを増進・拡大してもらいたいと希望している。精神障害者の社会参加の拡大は、日本の人権問題である。人権とは犠牲を他者に押しつけるものではない。人権とは、あまねく全ての者に平等かつ普遍する権利である。日本は、その事で、国際社会で名誉を拡大することができる。これが、控訴人矢野夫妻が本件裁判を控訴人野津夫妻に呼びかけて、共同原告として行ってきた理由である。

控訴人矢野は死せる矢野真木人の代理人である。矢野真木人には、自分が命を失うに至った理由から、発言する権利がある。死人に口なしではない。矢野真木人の無念の思いが日本社会の改善に役立つことがあれば、控訴人として本望である。

7、付記：精神科医療と賠償責任

本項を記載する目的は、日本の精神障害者による重大犯罪に関連する制度的な問題に関する視点であり、いわき病院と渡邊朋之医師の過失責任に焦点を当てたものではない。

①、被害者遺族のなげき

控訴人矢野には精神障害者に家族を殺人された遺族から「民事裁判を提訴したい」という相談が時折舞い込んでくる。しかしながら残念なことに、裁判を提訴することは極めて困難である。第一段階で、精神障害者による殺人事件被害者は病院から治療を受けた患者ではないので、医療事故の被害者ではないとして弁護士に拒否されて、受任する弁護士を探せない。また、弁護士の多くは「これから精神科医療を勉強するのは大変で、とてもできない」と尻込みする。

そもそも、殺人した犯人は、既に「心神喪失者医療観察法で『心神喪失者等』」と認定されていて、個人情報である医療記録を入手することが困難である。また、精神科医療記録を入手できたとしても、その解読には多大の困難がある。控訴人は現実に何人かの精神科医師と相談し、助言を求めたが、SSRI 抗うつ薬パキシルの突然中止を明確に指摘する精神科医の出現は控訴人矢野が問題点を絞り込んだ後である。精神科医師の多くは、自らは解っていても他の精神科医が不利になる情報を提供しようとはしない職業倫理を持っている。

精神科医療に素人の精神障害者犯罪被害者が民事裁判を維持することは極めて困難である。この経験を踏まえて、日本の精神科医療制度には以下の制度的欠陥があると指摘できる。

②、専門中立機関の原因調査が必要

精神障害者による殺人事件は年間 120 人～140 人であるが、その原因や要因解析は体系的に行われていない。特に精神科医療の専門的な視点から、問題点を解析と分析を行うことが行われていない。精神医学界もしくは公的機関が精神障害者の原因者となる全ての殺人事件に関する調査を行い、報告書を公表することが望まれる。これにより、わが国の精神科医療が抱える問題点や改善を要する所を明らかにすることが可能となり、わが国の精神科医療の発展を促進する事になる。またひいては、精神科開放医療に対する国民の信頼を向上し、精神障害者の社会参加を欧米先進諸国並みに達成することが可能となる。

わが国では精神科医療で発生した重大事故に関連した調査や情報提供は行われていない。このことは、事件や事故に関する客観性を持った視点や世論が形成されないままで放

置される結果となっている。情報に客観性がないところでは市民社会の安全と精神障害者の人権に配慮した精神科医療を期待することはできない。精神障害にかかる世論が成熟するには情報の公開が必要である。

③、精神障害者による殺人事件に対する賠償

現在では犯罪被害者給付金制度があり、殺人事件被害者に対してわずかな金額の公的給付は行われている。しかしながら、わが国の制度として精神開放医療を促進するのであれば、第三者に対する全ての精神科医療事故に関して治療していた病院は医療過失証明の有無にかかわらず保険金賠償を支払うことを義務とすることが正当な社会制度である。これは交通事故では当然のことであり、保険金で賠償する体勢を持たない運転手はそれだけで社会的制裁の対象となる。交通事故では運転者の過失の有無にかかわらず、被害者は保険金による損害賠償支払いが行われる。また、運転者の過失は公的機関により調査解明される事が、社会として当然の手続きである。これに対して、運転者の過失や事故原因を被害者側が調査と解明することが義務とされるならば、道路交通の安全を確保することはできないことになる。

精神科医療は精神科開放医療を促進することが責務である。この場合、社会の仕組みとして、先ずは、医療機関側の責任の有無にかかわらず、全ての第三者の被害者に対する保険金による損害賠償を行う事を義務とすることが、社会として備えるべき制度である。精神科医療の知識を持たない素人の被害者遺族に過失証明責任を課した現行の制度は、ある日突然触れもなく命を奪われた被害者に対して極めて苛烈な制度である。この様な制度は改善されることが望まれる。

ここで明らかにしたいポイントは経済的な損失回復に限るという視点で、病院の責任追及とは全く別の問題として、取り組む必要性がある。精神障害者を治療して精神科開放医療を促進していた病院に過失があったか否かの問題と切り離して、ともかく事故が発生した後では、被害者の経済的損失に社会として対応する事が求められる。それは犯罪被害者給付金のようなわずかな一時金ではなく、被害者が生きていた時の経済的価値に見合うものである必要がある。

本件の民事裁判は「損害賠償請求事件」であるが、沢山の精神障害者による殺人事件被害者が「訴えること」を希望するが、現実には民事裁判提訴にすら至らない。病院が行った過失を証明する事を被害者が証明する事を要件とすれば、実質的に、殺人されたほぼ全員が命の代償を賠償されないことになる。控訴人矢野は法廷で戦えているが、他の被害者は戦えない、実質的に不可能である。命の損失があったにもかかわらず、法廷で賠償責任を議論する前に、提訴できないのが今日の日本の現実である。従って、少なくとも「損害

賠償請求」の部分は、保険金で対応すれば、殺人事件後に多くの被害者が持つ満たされない心が緩和される可能性がある。

本件裁判を控訴人矢野が行う目的は、いわき病院医療の錯誤と怠慢及び医療拒否を指摘して、日本の精神科医療の改善を促進することである。日本で精神障害の有無にかかわらない普遍的な人権尊重が実現することを願っている。

④、制度改革の必要性

日本では刑法第39条で心神喪失者の法的無責任能力が規定されているが、現実には「心神喪失者」の法的適用は拡大的な運用が行われている。日本では「心神喪失者等」として「心神喪失でない者」も「心神喪失と同等」にして、幅広く心神喪失の法適用が行われている。特に、犯行時点に一時的に心神喪失であったと認定される場合、精神鑑定医は、心神喪失ではない犯罪者の作為や嘘を精神鑑定で見抜くことが可能とは思われない。積極的に心神喪失を認定することは人権擁護ではない。罪に課せられない本人は人間として法的権利が安易に制限されることでもある。人権を守る制度の中で、安易な人権侵害や人権制限が行われることは考慮すべき点である。

英国では心神喪失として認定される者は日本より二桁少なく、心神喪失者と認定される事は、高度保安病院に残る一生涯の間強制入院される事を意味する。ところが、心神喪失と認定されなければ、死刑のない英国では殺人事件の犯罪者はいずれ開放される期待を持つことができる。わが国で、殺人者が心神喪失者等として罪に問われない場合、市民である第三者の殺人被害者には、命の代償がない。また病院の過失責任を証明する事は、99%不可能である。それは、控訴人が体験している、本件裁判の経過を見ても明らかである。心神喪失を心神喪失者等として安易に拡大することは心神喪失者等とされる者の法的権利の制限であると共に、心神喪失者等の犯罪により被害を受けた者に対する法的権利擁護を抑制することでもある。何人も、国家により基本的人権が制限されることがあってはならない。

精神科開放医療の促進と実現は日本社会が国連などの国際社会から課せられた政策課題である。しかしながら日本では精神科病床数は人口1万人あたり30床程度で、これを下げる政策は実現していない。他方眼を欧米諸国に転じれば、多数の諸国が日本の3分の1以下の水準まで引き下げを達成した。英国で解析された事例では、精神科開放医療を促進して、精神障害者による殺人数は減少した。日本も「精神障害者は危険」という「思い込み」から社会が認識を転換する必要がある。そのために精神科医療は医療技術の改善が求められ、看護体制も充実する必要がある。しかしながら、現実を目を向ければ、精神障害者の社会参加を拡大する過程で、矢野真木人の死のような不慮の事故は必ず発生し、そ

れは、統計的な現実である。その時に、国家政策を理由にして、命の代償を賠償しないのは、制度として片手落ちである。また、日本が「心神喪失者等」として心神喪失の認定範囲を国際的な水準より拡大するのであれば、「心神喪失者等」による殺人事件被害者の権利回復を行わない事は、健全者の人権を無視することになる。精神障害者の人権問題は、健全者の人権問題でもあり、日本における人権認識と制度運用の普遍性が問われる。

控訴人はいわき病院を相手にして民事裁判で戦っている。しかし被害者の大多数は、被害者側に過失を証明させる現在の体制では戦えず、泣き寝入りする。控訴人は矢野真木人の死後9年以上継続して法廷に臨んでいるが、多くの人はその経済的負担に耐えられない。また、控訴人は、外国の世界的な権威者を持つ学者集団の助けがあるので戦っている。この様な人脈を持てる精神障害者殺人事件被害者は今後出現することは困難であろう。被害者遺族に病院の過失責任を証明させる現在の法廷手続きはむごたらしい制度であり、改善の余地がある。交通事故であれ、精神障害者の殺人であれ、第三者の市民に対して発生した人命の損耗に社会が対応するという視点では同一であり、制度をこのままで放置することは許されない。

⑤、いわき病院の場合

矢野真木人が殺人された直後に、控訴人矢野は検察官に「いわき病院を起訴していただきたい」とお願いしたが、検察官から「証拠不十分で、事件として起訴できない」と言われた。当時の控訴人矢野は医療記録を見ることができず、証拠を持たず外面的な蓋然性からでは、いわき病院の刑事事件性を主張することはできなかった。当時捜査していた検察官にしても、仮に医療記録から抗精神病薬プロピタンとSSRI抗うつ薬パキシルの突然中断の事実をつかんだとしても、精神科医療知識が不足しており確信を持って医療放棄を主張することは困難であったと思われる。そもそも検察官の専門は刑法であり、精神科臨床医療ではない。

控訴人は本件を平成18年6月に提訴してから、今日で8年9ヶ月を経過した。その間に行った精神医学や精神薬理学の勉強の成果として、今日ではいわき病院の精神科医療を正当に行ったとは言えない精神薬理学の錯誤、看護師の怠慢、そして医師の知識不足、不勉強及び治療放棄を指摘できる。また、控訴人矢野千恵が薬剤師であることも幸いした。更に、控訴人矢野はデイビース医師を中心とする英国側の精神科医師5名の協力を得られたからこそ、ここまで解明することできたと言える。デイビース医師団は日本の精神医学界の国内事情に左右されることがなかったことは、強みであった。しかしながら、これらの状況はほとんどの精神障害者による通り魔殺人事件被害者には可能なことではない。すなわち泣き寝入りするしかないのである。

いわき病院が野津純一氏に対して行った精神科医療は、精神障害者に心神喪失が安易に認められるという現実に安住した、恐ろしいまでの医療の退廃である。これが、いわき病院が野津純一氏個人に対してたまたま行った特殊事例であれば未だ救われるところがある。しかしながら、いわき病院代理人が弁明する論理の背景には、一いわき病院の特集事例とすることができない、日本における普遍的な事実や事例が沢山ある実態が推察できる。そもそも、精神科開放医療を推進していた病院に責任を問うことが間違いという論理、及び、10人中8～9人以上が殺人するのでなければ責任を問われなかったとした高度の蓋然性の論旨の背景には、多数の責任を問われなかった殺人事件が埋没していると見るべきである。

控訴人矢野は、重大な社会問題を認識している。しかしながら、控訴人矢野が行い得る事は、本件裁判でいわき病院に民事過失責任を求めさせることである。そして、日本の精神科医療の改革は、控訴人矢野勝訴の後に始まると確信する。なお、控訴人矢野は民事裁判を提訴するに当たって、最初から「原告勝訴で決着」という甘い展望を抱いてはいない。日本の法廷の現実には厳しいものであると想定した。このために、デイビース医師団に参加を求めたのである。

控訴人矢野は日本の精神医療制度改革の歴史を学び、日本で精神医療に改善を求めるには、持続的な国際的な批判の眼が必要であると確信した。日本人として、日本の自己改革、自己改善能力に限界があるかも知れないと認識することは悲しいことである。しかしながら、控訴人矢野は長男矢野真木人が通り魔殺人された背景に許されざる精神医療の退廃を見た。本件裁判は、現段階における、私たちに与えられた宿命として対応している。