

精神科医療と第三者殺人責任

平成 27 年 3 月 16 日

矢野啓司、矢野千恵
inglecalder@gmail.com

1、精神科医療と殺人事件

①、矢野真木人殺人事件

矢野真木人（享年 28 才）は、現高松市香川町のショッピングセンターの駐車場で、平成 17 年 12 月 6 日に通り魔殺人された。犯人の野津純一氏（当時 36 才）は近隣の精神科病院である医療法人社団以和貴会いわき病院で入院治療を受けていた、一級の障害者手帳を所持し一級の障害者年金を受給する、慢性統合失調症患者である。

事件は矢野真木人から見れば、直前まで致命的な危機の発生を予測することが不可能で、自分自身が殺される未来展開を予想した自己防衛行動を取ることはあり得ない。また、日本は安全な社会であり、市民がいつ何時不意に襲われるかも知れないと常に予測して対応しなければならない状況は許されない。いわき病院が主張した「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」という論理が通用するならば、日本の市民生活の安全性は医療といわき病院の論理を容認する司法の両面から崩れる。

②、野津純一氏の立場

野津純一氏の立場から見れば、主治医の渡邊朋之医師が行った精神科開放医療の治療の過程で、野津純一氏は徐々に深刻な自傷他害行為を実行する可能性が充進していた。野津純一氏はある日突然に通り魔殺人行為が弾けたのではなく、徐々に状況が悪化して、主治医の渡邊朋之医師に本人が訴え続けた「イライラと手足の振戦」に苦しみ、結果として通り魔殺人を行った。放火暴行履歴がある慢性統合失調症の患者として入院治療を受けていた野津純一氏には、事件の発生は「ある日突然」ではなく、医療放棄された結果として、やむを得ず行った自傷他害行為で、その他害行為が極めて深刻な殺人であった。

野津純一氏が状況を正確に自己認識できていたかと言えば疑問である。主治医の渡邊朋之医師は野津純一氏の治療薬（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たが、その事を患者に事前に説明して同意を得ておらず、更には苦しんでいたアカシジアも、治療薬のアキネトン薬効がない生理食塩水に代えるプラセボ試験（患者に試験目的を知らせない偽薬試験）を行い、野津純一氏は自分が置かれた状況を理解できない状態にあり、いわき病院には患者に対するより大きな観察と診察の義務があった。11 月 2 日までは、FS 薬剤師が薬の効能や副作用を説明して野津純一氏の理解を助けたが、向精神薬の薬効と処方変更に関して渡邊朋之医師と FS 薬剤師は見解を異にし

て、11月23日から実行した複数の向精神薬の同時突然中止に関連して、患者野津純一氏に対するFS薬剤師の説明と病状の変化の聞き取りは行われていない。患者は激しいアカシジア「イライラ、ムズムズ、手足の振戦」等の症状が激化したことに困惑して、主治医の渡邊朋之医師に何回要請しても診察してもらえず、診察拒否されて絶望感を抱いた。チーム医療が破綻したいわき病院のアネックス棟では、野津純一氏の窮状に気付いた精神科看護師はおらず、看護師が患者の診察要請を取り次いでも渡邊朋之医師は拒否した。患者は激しいアカシジアの苦しみに耐えかねて、根性焼の自傷行為を繰り返してもイライラを解消できず、「誰でも良いので人を殺す」と決意して、いわき病院から許可による外出後のわずか14分で、偶々であった矢野真木人を刺殺した。

③、いわき病院と殺人事件

いわき病院長の立場から事件を見れば、渡邊朋之医師は野津純一氏が訴えていた「イライラ、ムズムズ、手足の振戦」の症状に有効に対応できず困惑して、主治医の判断で、平成17年11月23日から複数の向精神薬（プロピタンとパキシル）を同時に突然中止し、アカシジア緩和薬アキネトン薬効がない生理食塩水に代えるプラセボ試験を計画した。これは、主治医として自らの細心の注意義務を課した状況で、その後に漫然と平常時の対応をしたことは医療義務違反である。渡邊朋之医師は「野津純一が『人を殺す』と直接言わないので、殺人することは知りようがない」と主張した。主治医は「重大な治療上の方針変更」を患者に事前の説明と同意を得ずに行い、同時に治療目的を秘匿する「プラセボ試験」を行い、その上で、患者を経過観察せず、診察したのは2週間で夜間に1回だけあった。渡邊朋之医師の「患者が事前に言葉で説明しなかった」という弁明は、主治医として患者に不可能な要求である。野津純一氏が置かれた状況は、医療側が義務として、細心の注意を払い、患者の状況の変化を把握すべき事態であった。

渡邊朋之医師は慢性統合失調症の患者の野津純一氏に抗精神病薬プロピタンを突然中止して統合失調症の治療を中断した。主治医は患者に異常行動が出やすい状況をもたらし、その上で、突然の中止を行えば患者に激越等の異常（離脱症状）が発現する可能性が極めて高いとして、添付文書で「突然の中止禁止」を指示されていたSSRI抗うつ薬パキシルをプロピタンと同時に突然中止した。この行動は精神科臨床医師として基本の、統合失調症治療ガイドライン違反であると共に、添付文書の重大な禁止事項から逸脱した治療である。基本的でかつ重大な治療指針から逸脱した医療を行う時には、主治医は通常の観察ではなく、経過観察頻度を上げて問診と診察を行い患者の病状の変化をきめ細かく掌握して、病状の悪化がある時には時を失わず治療的介入を行う義務がある。渡邊朋之医師はその認識を欠き、「純一の病状悪化は予想できなかった」という弁明は、精神科臨床医師として義務を果たした上の、精神医療の常識に基づいた弁明ではなく、非常識をあたかも常識として主張する詭弁である。精神科専門医には必要とされる義務的な精神医療知識があり、無知を装う弁明は許されない。

いわき病院長渡邊朋之医師は「矢野真木人を平成17年12月6日の昼過ぎに突然殺人することまでは予見できない」と主張した。いわき病院は、「野津純一は事前に渡邊朋之

医師に対して殺人すると言わなかった」また「主治医は、殺人事件の発生を具体的に予見できないので責任は無い」と主張した。過失の構成要素として重要なことは「殺人事件に至らないまでも、他害行為を行う可能性を、主治医として予見せず、患者の診察を行わなかったこと」である。渡邊朋之医師は統合失調症の治療を中断してその上で添付文書に重大な禁止注意事項として明記されている「パキシルの突然中止」を行った。主治医として、患者に自傷他害行動の亢進という行動の異常が発現する可能性を予見して、その兆候を慎重に経過観察し、好ましくない病状の変化が現れた際には、直ちに治療的介入を行う義務があった。主治医の観察義務を履行しない治療放棄をして、「患者を診察していないので、患者の異常な兆候を発見していない、従って主治医として責任は無い」といういわき病院の無責任な論理は許されない。

④、可能だった治療的介入

いわき病院は「殺人を行う事までは予見できない、病院に責任は無い」と主張した。これはあり得ない事を主張して免責理由とする反社会的な主張である。治療方針を変更した後では病状悪化の兆候を見逃さず、治療的介入を行う事が医療者の義務である。現実に11月30日に渡邊朋之医師が1回だけ野津純一氏を診察した際には、治療目的であったアカシジアの再発と幻聴の異常体験（人の声、歌）に気付いており、12月1日以降の看護記録にもアカシジア症状の悪化に関連した観察記録が記載されている。その期間は主治医自らがプラセボ試験の効果確認を行なうべき正にその時である。主治医として渡邊朋之医師は「重大な処方変更を行い、プラセボ試験中の患者野津純一氏」にアカシジアの症状が悪化していることに、看護師の報告から気付くべき時であった。主治医は最初に設定したスケジュール通りにプラセボ試験効果判定の診察と問診を行えば、殺人に至った病状の極端な悪化を避けることができた。（いわき病院は「病状は悪化してなかった」と主張したが、主治医は診断していない。）

主治医が必要な患者の診察をせず、殺人を行うまで、何もしない精神科医療では、いかなる事故であれ、発生する可能性を察知する未然の対応は不可能である。経過観察は、義務として行うべき患者の病状変化の診察で、一見軽微な病状の悪化にきめ細かく対応する事で、重大な精神科医療事故である、第三者に対する殺人事件の発生は有効に防止することが可能となる。「殺人事件の発生を予見できないので、何もする必要がない」という渡邊朋之医師の抗弁は間違いで、医療者として義務違反である。平成17年11月23日以降にいわき病院が行わなかった精神科臨床医療的対応は、以下の通りである。

- 1)、プロピタンとパキシルを従前の投与量で再開する。
- 2)、患者野津純一氏の病状が安定化するまで、一時的に単独では外出制限を行うか、付き添い付の外出に変更する。

この対応は、普通で一般的な医療手段で、患者が精神科開放医療の処遇を受ける権利を制限しない。また、患者に対する閉じ込め要求でもない。渡邊朋之医師は控訴人（原告）の指摘に対して突然極論を持ち出して、控訴人があたかも精神科開放医療を全面否定し

たかのような反論を行い、地裁は主張に乗せられた。しかし、高裁法廷にはいわき病院の主張の本質を見破っていただきたい。基本は精神疾患を持つ患者に、最低限必要な精神科臨床医療を実行することである。主治医の渡邊朋之医師は野津純一氏のアカシジア治療で、抗精神病薬プロピタンを突然中止して慢性統合失調症の治療を中断して、その上で、添付文書の記載に違反して SSRI 抗うつ薬パキシルを突然中止した。この状況では、主治医はきめ細かく経過観察、診察と問診して記録を残す義務があり、義務さえ果たせば、高度の蓋然性以上の可能性で殺人事件の発生を防止可能であった。

⑤、精神障害者は危険という認識の誤り

日本では「精神障害者が殺人行為をすることは避けられない」、「精神障害者が殺人行為を行う事を止められない」、「そもそも精神障害者は危険な存在である」そして、「精神障害者が危険であることは変えられない」という思い込みが社会通念としてあるように思われる。その上で、精神科病院は本来的に危険な精神障害者の収容施設となっているので、精神障害者による第三者殺人という危険性には眼をつむることが、社会として公序良俗を尊重することになる、という視点は正しくない。

いわき病院はこの一般的な認識を、自らの免責理由にしている。また、いわき病院は控訴人（原告）が誤った偏見を持っているとして、控訴人が行った主張を正しく引用せず、自らの空想と推察で控訴人を決めつけて批判した。いわき病院が無力感を利用した主張をすることは、精神科専門医療機関の責任放棄である。

今日では精神障害は治療が不可能な疾病ではない。向精神薬の開発で、多くの精神疾患で寛解を期待できるようになり、将来的には治癒することも想定可能である。また精神障害者の行動も予見可能であり、「精神障害者は誰でも殺人を行う可能性があり危険」ではない。野津純一氏は、過去に放火暴行履歴があり、病状が悪化した際には自傷他害の危険性が高くなることが予想可能な患者であるが、野津純一氏は闇雲に自傷他害行為を行うのではない。病状の変化を観察し、病状が悪化した際には向精神薬を調整し、同時に一時的な行動制限を行う事で、自傷他害行動を抑制することは可能である。野津純一氏が良き社会の一員として社会生活を行う事を可能とする、精神科医療は存在する。論理として、いわき病院はそれが可能であると確信したからこそ、放火暴行履歴を自己申告した野津純一氏を開放病棟で入院治療して、退院を目指した治療を行っていたことになる。しかし、その前提としていわき病院が 10 人中 7 人までの第三者殺人には責任を取る必要は無いと考えて、精神科開放医療を実行したとしたら、市民に生命の犠牲を押しつける極めて深刻な反社会行為である。

渡邊朋之医師は精神障害者に自傷他害の行動が発現する可能性の程度を予測することができる法的資格を持った精神保健指定医である。また、精神科医療の改善（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等）により、患者の攻撃性を発散することも治療課題である。現在の精神医学は、自傷他害行為に対して全く無力ではない。多くの精神障害者が社会の一員として、良き市民として参加することを可能にする水準を達

成している。いわき病院長渡邊朋之医師が、統合失調症治療ガイドラインを誠実に勉強して、薬剤添付文書の指示に従う精神科薬物療法を行い、患者の病状の変化に対応した治療的介入を行えば、野津純一氏が殺人事件を引き起こすことはなかった。

⑥、いわき病院の無責任論

渡邊朋之医師は「野津純一の病状悪化は予想できない」また「野津純一の病状は悪化してなかった」と主張した。その根拠は「渡邊朋之医師自身が野津純一氏の病状悪化していた状況を確認していない」ところにある。そもそも主治医は必要な時に行うべき経過観察の診察をしておらず主治医が行った医療記録がない。知識不足で不勉強の渡邊朋之医師が「野津純一の病状悪化を予想しない」ことはあり得る。しかしそれは、複数の向精神薬を同時に突然中止した主治医として、統合失調症治療ガイドラインとパキシル添付文書に違反した過失を証明する。「控訴人は不可能を主張している」としたいわき病院側の認識と弁明は間違いで、精神科臨床医師が当然持つべき資質と能力が欠如している。自らの不勉強を隠して、司法に対して「精神科開放医療には大義名分があるから過失責任を負わすべきではない、いわき病院の現実を見ずに判断しなさい」という押しつけである。精神科医療は実証科学であり、事実の判断は、医療の進歩で変わる。渡邊朋之医師は精神科臨床医師として行うべき当然の義務を果たしていない。慢性統合失調症患者を治療する医師として、当然認識しておくべき「統合失調症治療ガイドラインとパキシル添付文書」の知識を持たなかったのであり、医師の怠慢は過失である。

いわき病院と渡邊朋之医師は、現実としてあり得ない極論を持ち出して、「控訴人が無謀な主張をしている」と偽装した。いわき病院は「野津純一が、外出して包丁を購入して、通行人の胸を突然刺して殺人することまでは予見できない、したがって、予見できなかったいわき病院には責任は無い」という論理である。そして過失責任が問われる殺人の予見性とは、「外出許可者の10人中8～9人以上が殺人する比率」である。そもそも、「10人中8～9人以上が殺人する比率」は異常事態で、そのような状況が病院に発生することは許されない。また、「そのような異常事態が発生するまで、患者の病状を経過観察する診察をしなくても良い」という医療放棄も許されない。いわき病院の主張は、「真面目に日常の精神科臨床医療を行わない」、「患者を観察しない」、「患者を診察しない」、「患者に問診しない」従って「患者の病状悪化は知ることができない」また、「患者の状態に関する医師の医療記録は存在しない」、「医師の医療記録という証拠が存在しないので、病院の責任は無い」である。そして、「仮に何らかの記録があっても『10人中8～9人以上が殺人する比率』を被害者側が証明できなければいわき病院に責任を問うことはできない」という論理である。この論理は公序良俗に適合しない。精神科病院が患者を守っていない。また、「10人中7人までの比率」で市民の生命に犠牲があることを容認し、国民の生存権を否定する反社会的な意見である。

野津純一氏は渡邊朋之医師の精神科医療で統合失調症治療薬の抗精神病薬処方変更が繰り返されて副作用として発症したアカシジア（イライラ、ムズムズ、手足の振戦）が悪化した。何しろ渡邊朋之医師は野津純一氏が症状として訴えたアカシジアを「アカシジア

(パーキンソン症候群)ではないパーキンソン病」と誤診していたが、事件後に、渡邊朋之医師は平成18年1月10日のレセプト申告で診断名をパーキンソン病からパーキンソン症候群に変更して、診断間違いを認めた事実がある。野津純一氏を苦しめたアカシジアを適切に診断できない渡邊朋之医師は、精神薬理学の薬事処方で混迷して平成17年11月23日から複数の向精神薬を同時に突然中止した処方変更を行った。しかしながら、その後には主治医は義務として行うべき経過観察をせず、問診せず、診察は2週間で夜中に1回だけであった。これは主治医として責任を放棄した状況で、渡邊朋之医師は、重大な向精神薬を同時に中止した処方変更の事実を周知されず、観察の注意事項を指示されていない看護師の一般的な観察に頼り、自らは患者を診察しない医療放棄を行った。主治医として野津純一氏の病状悪化に気付かなかつたが、それでも、看護記録では病状が悪化していた兆候は顕著であった。これは、主治医として患者の病状の変化を見守り、必要なら治療的介入(中止薬剤の再投与)をする意思を持たない医療放棄であった。

渡邊朋之医師は診察してなかったから知らなかった。知らなかったのも、医師には責任は無いという論理である。この無責任論を放置してはならない。これは、破廉恥なほったらかしの医療放棄で、臨床医療の常識ではあり得ない事である。

⑦、精神科開放医療は安全

統計的に精神障害者による殺人率は精神障害を持たない者より高い数値であることは確かである。しかし、精神障害を罹患すれば、全員が高い殺人危険率を持つという単純な事実はない。精神障害を罹患しても、殺人を行う危険性を持つ患者はごく希で、ほとんどの患者は適切な精神科医療で治療を受けて、人権を尊重した処遇が行われるならば、極端な自傷他害行為を行わない。また、病状が悪化(リスクアセスメント)した際に医療側が適切に治療的介入や病状が悪化して行動に不安が生じる際に患者を一時的に保護する等の対応(リスクマネジメント)を行うならば、殺人という極端な行動を行うことはほとんどの場合回避できる。それが、今日では世界標準の精神科医療である。

「精神障害者は危険」という考え方は誤りである。また、精神障害者が社会の一員として参加することを可能とする精神科医療技術や手法も発達している。精神障害がない健常者の中にも殺人者はいる。精神障害者の中にも殺人者は発生する。ただ、精神障害者の場合には、過去の行動履歴及び病状の変化、そして野津純一氏の場合のような治療の状況に基づいて、自傷他害の危険性が亢進する可能性を予見可能な場合が存在する。患者が他害行動をする可能性を検討してはならないという渡邊朋之医師の主張は間違いで責任放棄である。精神科開放医療を行う主治医は、患者の行動履歴の確認を行い、患者の社会参加を達成する可能性を向上する、慎重な治療的対応を継続する事が求められる。精神科医療は患者の社会参加を促進することが可能である。

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] は以下の通りであり、精神科開放医療の優れた教訓となる。

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。精神障害者による殺人総数は人口 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。

- 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を特筆した。
 - 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

精神科開放医療が着実に実行される場合には、精神科開放医療で精神障害者による重大犯罪は増加せず、むしろ減少した。これは「社会の安全確保のため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」は適切ではなかった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。

⑧、事件の本質は怠慢と医療放棄

野津純一氏による矢野真木人殺人事件を引き起こさせた本質は、いわき病院長の精神医療知識の錯誤、精神薬理学の不勉強、看護の怠慢、主治医の治療義務違反という医療放棄である。渡邊朋之医師が行った、責任逃れの不真面目な弁明を許してはならない。無責任な精神科医療の事実を放置して、日本で精神障害者の社会参加の拡大が実現することは困難である。精神科医療を改善するには、法的過失責任を確定する事が第一歩となる。本件裁判を開始した当時には EC 諸国の人口あたりの精神科病床数はわが国の約半数であったが、今日では 1/3 以下の水準まで低下した。日本で精神科開放医療が促進されない現実を重く受け止めて、法的責任感のある精神科医療を促進することが求められる。日本は良い国であると信じたい。また、日本は精神障害者の人権を尊重する国であると世界に誇る国でありたい。控訴人が本件裁判を行う動機である。

2、過失と責任

法廷では文書の交換が主であり、丁々発止の討議は行われない。しかしながら、控訴人にとって最も重要なことは、いわき病院に精神科医療上の過失があったことを証明する論理構造とその背景となる事実の認定である。

①、病院外の第三者に対する過失賠償責任

精神科医療の特性として、病院外の第三者に対する過失賠償責任の有無が、病院で治療を受けていた精神障害者の行動を通して問われるところにある。判例として静岡養心荘事件と岩手北陽病院事件で、病院外で入院患者が殺人行為を行った事に関連して、治療していた病院の過失責任が問われた事例がある。

②、いわき病院の医療放棄が野津純一氏の犯行を誘発した

矢野真木人殺人犯の野津純一氏は刑事裁判で心神耗弱が認定されて、懲役 25 年が確定した。いわき病院の主張は「極めて長期の有期刑であり、確定意思による殺人行為では病院の責任は問われない」というものである。また、「野津純一氏は本人の希望による任意入院で精神科開放医療の患者であり、病院は本人の行動に責任を負えない」とも主張した。

いわき病院長渡邊朋之医師は平成 17 年 11 月 23 日から、慢性統合失調症で入院治療を受けており、アカシジアで苦しんでいる患者野津純一氏に対して、抗精神病薬プロピタンを突然中止して統合失調症の治療を中断した。そして薬剤添付文書で「突然の中止」を禁止されている SSRI 抗うつ薬パキシルを同時にまた突然に中止した。渡邊朋之医師は 11 月 23 日の複数の向精神薬の同時突然の中止後で 12 月 6 日の殺人事件発生までの間に、11 月 30 日の夜間に 1 回野津純一氏を診察したのみであるが、この時にアカシジアの再発と幻聴妄想の兆候をつかんでいた。その上で、渡邊朋之医師は 12 月 1 日からアカシジア治療薬のアキネトンを生食塩水 1ml の筋注に代えるプラセボ（偽薬）試験を開始した。渡邊朋之医師はプラセボ試験開始後 3 日で効果判定を行うと予め計画したが、確認のための観察と診察を行っていない。看護記録では野津純一氏のアカシジアの再発の兆候は顕著で、プラセボ筋注も 12 月 5 日まで 6 回実施されたが、主治医は患者の病状を確認する診察をしていない。また野津純一氏は風邪症状を 12 月 5 日から発したと看護師が報告した後で、SSRI 離脱症状であるインフルエンザ様症状の可能性を主治医として診察せず、観察指示を受けていない看護師の報告に頼ったことは不適切である。渡邊朋之医師は複数の向精神薬の同時突然の中止後の重大な時期に患者を診察しない医療放棄をした。

慢性統合失調症の患者野津純一氏は主治医の複数の向精神薬を統合失調症治療ガイドラインとパキシル添付文書に違反して突然中止されて、その上で、経過観察の診察も問診も受けない治療放棄の状況にあった。このような場合、主治医は、患者の何物にも支配されない自由意思による自己判断で行われた殺人行動であると主張することはできない。そもそも、全くの自由意思の野津純一氏が見ず知らずの矢野真木人を突然刺殺する理由は

存在しない。野津純一氏の行動は統合失調症者の「思考・知覚・感情・行動」の奇妙な「歪曲」に基づき、アカシジアの苦しみに耐えかねた野津純一氏が引き起こしたものである。これは、渡邊朋之医師の医療放棄が野津純一氏にもたらした行動である。

③、10人中7人まで殺人を容認する高度の蓋然性の論理

いわき病院はいわき病院における野津純一氏に対する医療と野津純一氏による矢野真木人殺人事件の間には、直接因果関係は存在しない、更にはいわき病院の医療が野津純一氏に殺人衝動を誘発する高度の蓋然性は存在しないという論理である。

そもそも、矢野真木人と野津純一氏の間には相互の人間関係は事前には存在しない。従って、「矢野真木人を殺害する」という事前の野津純一氏の意味は存在しない。しかしながら、不特定多数の中から誰かを殺害する場合に、その誰かを事前に予見して確定することを、病院側の過失を証明する前提条件とはならない。野津純一氏側に極めて高い誰かを殺人する意思が生じれば、殺人事件は発生し得る事である。精神科医療に怠慢があれば、悲惨な事件は発生するし、その事件に最大の責任を問われるべき人物は必ず存在する。如何に発生の確率は低くて、予め特定の被害者の予見が困難（不可能）であっても、被害者を事前に確定できないことは原因者を免責する理由にはならない。いわき病院は矢野真木人を12月6日に殺害する事まで予見できないと、不可能を言わせていることは詭弁である。日常の医療で、患者に他害行為のかすかな危険性の亢進を観察と、診察及び問診を通して確認していないことが問題の本質である。

野津純一氏の殺人行動は、病状が極度に悪化した統合失調症患者に特有の衝動である。いわき病院は「直接因果関係を証明しろ」と控訴人（原告）に要求するその論理が飛躍して、「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証明しろ」と要求した。この要求は、「つい論理が滑った、ごめんなさい」で納められる論理ではない。「10人中7人までの殺人行為」であれば、精神科病院に責任追及するのは間違いという、思い上がり背景にある。この様な主張を「まあまあ」と「いい加減に済ませる対応」は間違いである。このような市民の生存権に関する重大なことをいい加減に済ませる対応が、精神障害者の人権を守らない認識の根底にあり、いわき病院の治療放棄にまで至る論理である。また、これぐらいの条件を出しておけば、どうせ誰も証明できないから、医療放棄は許されるという安易な論理でもある。このような論理を法廷は容認してはならない。

④、複数の向精神薬の同時突然中止と矢野真木人殺人の直接因果関係

いわき病院の精神科医療錯誤と野津純一氏の殺人衝動を直接因果関係と高度の蓋然性の論理で結びつける精神薬理学的な要素は平成17年11月23日から実行した抗精神病薬プロピタンとSSRI抗うつ薬パキシルの同時突然中止である。UD鑑定人はプロピタンの薬効は元々弱い上に150mg/日量は少量でしかない。また短期間で体外に排泄されるので、2週間後に野津純一氏に殺人衝動を引き起こさないと主張して、IG鑑定意見を否定して訂正した。更に、パキシル20mg/日量はノーマルン10mg/日量にCross taperingされたので、パキシルの離脱症状は発生せず、2週間後に野津純一氏に殺人衝動を引き起

こすことはない、プロピタンとパキシルの同時突然中止で野津純一氏の心神の状態が大きく変化して行動の異常に至ることはないと主張した。しかしながら、UD 鑑定人の意見はプロピタンの薬効の認識を間違え、更に **Cross tapering** の論理から逸脱しており根拠が無いこと、及び双方の向精神薬の同時突然中止は野津純一氏の心神に重大な影響があったことを、NM 鑑定人とデイビース医師団鑑定人は証明した。

渡邊朋之医師が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た処方変更は放火暴行履歴がある野津純一氏の病状を悪化して、行動の異常を導く可能性がある重大な医療行為であった。そして、その後で経過観察の診察と問診を行わず、病状の悪化に対応する治療的介入をしない医療放棄を行った。NM 鑑定人とデイビース医師団鑑定人は研究報告やエビデンスに基づいて複数の向精神薬の同時突然中止と矢野真人殺人には直接因果関係があり、高度の蓋然性で野津純一氏による殺人行為がいわき病院の医療からもたらされた論理的背景を証明した。

⑤、いわき病院の精神医療錯誤と不勉強

UD 鑑定人はプロピタンの薬効とパキシルと三環系抗うつ薬トリアミプチリンの **Cross tapering** に関して、精神薬理学の鑑定人としては許されない錯誤があり、大学教授である UD 鑑定人の鑑定意見を根拠にした判決を高松高等裁判所は行ってはならない。また、UD 鑑定人の知識不足と不勉強の状況はいわき病院長渡邊朋之医師の実態でもある。渡邊朋之医師は抗精神病薬を中止するに当たって、精神科臨床医師であれば基本中の基本である統合失調症治療ガイドラインに逸脱した、信じられないほどの不勉強があった。更に、**SSRI** 抗うつ薬パキシルに関しては、「突然の中止を避けること」は平成 15 年 8 月から添付文書に記載があるにもかかわらず、認識を持たなかった。

医師は高級資格であり、治療ガイドラインや薬剤添付文書に必ずしも従わない治療を試みることは全て禁止されている訳ではない。主治医として自らの見識に従って、独自の治療法を導入することはあり得る事である。しかしその場合には、主治医として慎重な経過観察の診察と問診を行い、その記録を詳細に取り、少しでも患者の病状に変化や異常がある場合には、時を失わず治療的対応を行う義務がある。渡邊朋之医師は 11 月 23 日から 12 月 7 日の野津純一氏退院までの間に 11 月 30 日の夜間の 1 回しか医療記録を残していない。渡邊朋之医師は「患者野津純一氏を観察した」という主張を行った経緯があるが、その観察を行ったのは、看護師であり、渡邊朋之医師が診察と問診をして医療記録に記載したものではない。渡邊朋之医師は不勉強で知識が不正確である上に、重大な時期にある患者を自ら直接診察していない。これは医療放棄であり正当な医療では無い。渡邊朋之医師は自ら診察していないので、野津純一氏の病状悪化を確認していない。その事は、渡邊朋之医師を免責する理由にはならない。慢性統合失調症の患者の野津純一氏は抗精神病薬プロピタンを中止されて統合失調症の治療を中断されていた上に加えて、同時に **SSRI** 抗うつ薬パキシルを突然中止されていた。この状況下にある患者を主治医が直接診察も問診もしないことは許されない義務違反である。

⑥、いわき病院のチーム医療破綻

渡邊朋之医師は平成 17 年 11 月 23 日に重大な手法変更（抗精神病医薬プロピタンの突然中止、SSRI 抗うつ薬パキシルの同時突然中止）を実行した後で患者観察を看護師に頼り、自らは 11 月 30 日の夜間に 1 回だけ診察したとする医療記録を残した。重要な問題は、渡邊朋之医師は 11 月 23 日の処方変更後に治療上の重大な変更をした事実を看護師に周知せず、看護観察上の重要項目の指示も行っていない。看護師が残した記録は、患者の治療目的と課題を認識した上の報告とは言えず、渡邊朋之医師がこれらを元にして医師として医療事実として主張することはできない。主治医は看護師などの医療スタッフの観察を参考にすることはできる、しかし、主治医の事前の指示もなく、主治医の確認もない観察記録を医療記録と主張したことは医師法違反である。

渡邊朋之医師が平成 17 年 2 月 14 日に野津純一氏の主治医を交代した直後に抗精神病薬リスパダールをトロペロンに変更した際にも、患者は病状が急変して悪化したが、その際には精神科医長の SZ 医師が協力して、野津純一氏の病状を回復させた。ところが、11 月 23 日に導入した処方変更では、医療記録上レセプト承認をした医師は存在するが、野津純一氏の病状を確認して介入した医師はいない。薬剤師は向精神薬の薬効などをきめ細かく野津純一氏に説明していたが、野津純一氏の病状診察と、アカシジア（パーキンソン症候群）を渡邊朋之医師がパーキンソン病と診断して効果がないドプスに頼ることに異を唱えて、11 月 2 日以降野津純一氏の薬事療法に関与していない。更に、野津純一氏は顔面左頬に根性焼（タバコ火傷）を自傷したが、いわき病院の看護師は顔面を正視しない看護を行っていたと推察され、誰も発見した記録を残していない。野津純一氏の顔面に根性焼が確認されていた 12 月 6 日 13 時から 7 日 14 時まで 25 時間いわき病院内に野津純一氏は滞在していたが、根性焼の観察記録が無いことから、看護師の散漫な観察の実態は明らかである。上述の通り、いわき病院のアネックス棟では野津純一氏の精神科医療に関連したチーム医療は機能していなかった。

⑦、アカシジアの診察

野津純一氏は渡邊朋之医師の治療で徐々に「イライラ、ムズムズ、手足の振戦」の症状を悪化させており、渡邊朋之医師もその治療で決定打を見出せず困惑と混迷を深めていた。渡邊朋之医師は野津純一氏の症状を「ムズムズ」ととらえてパーキンソン病のジスキネジアと診断し、ドプスを処方していた。ところが、患者の野津純一氏は「ドプスは効かない」と認識し、薬剤師も野津純一氏の意見に同意していた。ところが、渡邊朋之医師は野津純一氏をアカシジア（パーキンソン症候群）ではないパーキンソン病とこだわっており、野津純一氏の診察でも意見が食い違った。渡邊朋之医師は野津純一氏が「イライラ」と表現しても「ムズムズ」ととらえ、野津純一氏の間違いとして、診療録に記載し、更に説明しても患者が同意しない、患者の強迫性障害の問題としてとらえていた。渡邊朋之医師は看護師が野津純一氏の求めに応じて与薬した「イライラ」を「ムズムズ」であったとまで主張した。いわき病院内では患者の病状の表現に渡邊朋之医師と看護師や患者との間で共通の言葉の理解が成立していなかった。

11月23日から渡邊朋之医師が実行した重大な処方変更は野津純一氏が苦しめられていた「イライラ、ムズムズ、手足の振戦」対策であり、今日では渡邊朋之医師はアカシジア対策であったことに同意している。しかしながら、渡邊朋之医師が医療記録でパーキンソン病をパーキンソン症候群に変更したのは、平成18年1月10日のレセプト申請からである。事件当時野渡邊朋之医師は、アカシジアをドプスで治療しようとして、抗精神病薬プロピタンを中止し、SSRI抗うつ薬パキシルを突然中止し、更に、アカシジア治療薬のアキネトン薬効がない生理食塩水に代えるプラセボ試験を行っていた。渡邊朋之医師がアカシジア（パーキンソン症候群）をパーキンソン病と誤解して、混迷していたことは確かである。しかし、いくら主治医が混迷したからと言っても、患者を自らの眼で観察せず、診察せず、問診しない治療放棄は許されない。

⑧、風邪（インフルエンザ様）症状の可能性と診察義務

野津純一氏は平成17年12月5日10時に37.4℃でON看護師は風邪症状として風邪薬を与薬した。その後、MO医師は記載時間不明であるが「昨日より風邪症状（本人訴えあり）薬剤包、耳鼻科通院中、体温37.4℃」とペレックス3.0、3×N 3日分のレセプト承認を12月3日と4日の各・生食20ml 1Aと同時にいった。風邪症状で与薬したのはON看護師であるが、MO医師は風邪症状の報告からSSRI抗うつ薬パキシルを突然中止した際に発現する可能性があるインフルエンザ様症状を疑って、患者を診察し問診した証拠はない。ON看護師が野津純一氏に「少ししんどいです。足と手も動くんです。四肢の不随意運動の訴えあり」と報告したアカシジア症状を確認していない。また、NY医師は21:00時のプラセボ1ml筋注に関連して生食20mlのレセプト承認を行っていたが、アカシジア緩和薬のアキネトンを要求した野津純一氏の風邪（インフルエンザ様）症状との関連を疑っていない。

12月6日朝10時に渡邊朋之医師はYD看護師から野津純一氏に診察要請が伝えられたが、「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拒否を行っていた。ここで、重要な問題は（看護師より）と記載して、風邪症状の報告が医師の診察ではないことを認めている事実である。渡邊朋之医師は野津純一氏の「イライラ、ムズムズ、手足の振戦」に関連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ので離脱症状を疑う義務があった、更にアカシジアに関連してプラセボ試験まで行っていた、風邪症状（＝インフルエンザ様症状＝離脱症状）と聞いて、自ら患者を診察して、病状の悪化がないか確認する義務があった。

SSRI抗うつ薬パキシルの離脱症状に関連して、渡邊朋之医師は処方変更を実行した主治医であり、風邪症状と聞いてインフルエンザ様症状の可能性を疑わなかったことは過失である。更に、MO医師とON医師はアカシジア（イライラ、ムズムズ、手足の振戦）に関連した生食20mlのレセプト承認作業を行っていたのであり、同時に風邪症状の看護師報告があれば、インフルエンザ様症状＝SSRI抗うつ薬パキシルの離脱症状を疑い直ちに自ら診察と問診する義務があった。ON看護師の風邪症状の報告と風邪薬を与薬した事

実は、いわき病院で野津純一氏を主治医が詳細に診察と問診して病状を確認する義務があったが、行わなかった過失を証明する。

⑨、過失の本質は医療放棄

いわき病院が行った過失の本質は治療義務を果たさない医療放棄である。野津純一氏は慢性統合失調症でいわき病院の第 2 病棟アネックス棟に任意入院して精神科開放医療を受けていた。基本的な事実、野津純一氏は入院治療の必要があるからいわき病院に入院したのであり、いわき病院も入院の必要性を認めたので野津純一氏に入院許可を与え、治療を継続していたのである。その野津純一氏が任意入院して精神科開放医療の患者であったことを理由にして、精神科医療と治療に関する全責任が患者野津純一氏にあるとするいわき病院の論理は間違いである。精神科医療機関として責任と義務放棄である。

いわき病院は慢性統合失調症の患者野津純一氏に対して平成 17 年 11 月 23 日から統合失調症の治療を中断する抗精神病薬プロピタンの中止を行い、同時に突然の中止を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。11 月 23 日以後の野津純一氏は通常の入院治療の状況ではなく、主治医が随時経過観察のきめ細かな病状の診察と問診を行う義務を持った時期であった。ところがいわき病院では主治医の診察は 11 月 23 日から 12 月 7 日までの 2 週間で 11 月 30 日の夜間に 1 回だけであった。主治医は診察義務を果たしていない。なお、主治医は看護師からの報告が随時あったと主張したが、看護師は複数の向精神薬を同時に突然注した処方変更の事実、及び目的及び患者観察の注意点を指示されておらず、報告は一般的で目的意識を欠いたものであった。更に、野津純一氏が事件の数日前に自傷した顔面の根性焼を、看護師は誰も発見していない。このことは、精神科看護の基本である患者の顔面を正視する患者観察が行われなかった事を裏付ける。渡邊朋之医師が頼った看護師の報告は精神科看護の観察として信頼性が伴わないものである。これらの実態は、いわき病院の医療放棄である

⑩、能動的に矢野真木人殺人事件を回避可能だった者

本項では、自らの意思で矢野真木人殺人事件を回避することが可能だった者を指摘する。なお、指摘した者の全員が「回避をする義務を持った人間」とは限らないが、主治医の渡邊朋之医師には野津純一氏に深刻な自傷他害行為が発現する可能性（リスクアセスメント）を予見して回避（リスクマネジメント）する責任放棄と義務放棄があった。

1)、渡邊朋之医師

渡邊朋之医師は平成 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、野津純一氏の心神の状況に大きな影響を与えた重大な処方変更を実行した主治医であり、矢野真木人殺人事件を発生させた直接の原因者であり、処方変更後の経過で、医師としての義務を果たしておれば、事件の発生を回避することが可能だった人間である。従って、渡邊朋之医師は主治医として回避義務があったにもかかわらず、殺人事件が発生するに任せた、重大な責任がある。

2)、MO 医師

MO 医師は内科医であるが、常に渡邊朋之医師を補佐していた。渡邊朋之医師がやり散らかした医療行為のレセプト請求事務などの事務処理を主として行い、渡邊朋之医師が定期処方する処方薬を途切れないように処方指示も行った。MO 医師の問題は、医師が行う事務処理に当たって患者観察や診察と問診を行わず、病状を確認していないところにある。特に、平成 17 年 12 月 5 日には風邪症状に看護師が与薬したペレックスのレセプト承認を行ったが、MO 医師は精神科専門病院のいわき病院に勤務する内科医であり、当然のこととして風邪症状の報告から SSRI 抗うつ薬パキシルを突然中止した後で発生し得るインフルエンザ様症状の可能性、左頬の根性焼（精神症状の悪化）、咽頭が腫れているか否か等、に気付く責任があった。MO 医師が重大な症状が発現した可能性に気付いて、野津純一氏の病状を確認する診察を行っておれば、異変に気付いたはずである。この場合、矢野真木人殺人事件の発生は回避可能であった。MO 医師は野津純一氏の処方に関する継続的なレセプト承認を行っており、患者観察をおざなりにした重大な過失責任がある。

3)、NY 医師

NY 医師は 12 月 5 日 21 時のプラセボ筋注のレセプト承認を行っており、この時に野津純一氏を診察して、異変に気付く、もしくは、12 月 1 日に開始して 3 日間の計画のプラセボ試験効果評価を判断する精神科医の責任感を持っておれば、介入が可能だった。MO 医師と同じく、いわき病院長の仕事に介入することを避けたと推察される。しかしながら、医師としては責任を免れない。

4)、FS 薬剤師

FS 薬剤師は平成 17 年 11 月 2 日を最後にして野津純一氏の薬事処方と患者説明に関与しておらず、薬剤師として義務違反といわき病院の職務統制違反である。本人は、病院長で雇用者の渡邊朋之医師と見解を異にして、心理的に耐えられない状況下にあったと推察される。しかしながら、薬剤師として職務放棄があった。

5)、SZ 医師

平成 17 年 2 月に渡邊朋之医師が抗精神病薬リスパダールをトロペロンに変更して、野津純一氏に異変が発生した際には、2 月 25 日に診察して、それ以前には渡邊医師、MO 医師、KS 医師は誰も対応できなかったが、有効に処置して野津純一氏の病状を回復させた。12 月の時点でも対応可能な資質と能力を有していた。いわき病院は精神科医療を真面目に行わない渡邊院長、渡邊院長の信頼を失った NS 医師という、実行力がある精神科医師が不足しており、当時の SZ 医師は激務に晒されていた。野津純一氏の診察は SZ 医師の担当ではなく、義務ではないが、返す返す残念である。それだけに、野津純一氏のカルテに関連した渡邊朋之医師及び MO 医師と NY 医師の不作為に医師として責任が問われる理由がある。

6)、看護師全般

OD いわき病院第2病棟看護長は、人証で、野津純一氏に対して11月23日に渡邊院長が行った処方変更の事実は院長から特記事項として知らされず、カルテを見て知ったと答弁した。そのような主治医の指示がない場合でも、野津純一氏の状況確認は毎日の看護師の定例の観察が基本となる。いわき病院の看護師は誰も野津純一氏の顔面の異常（根性焼）を発見していない。特に、根性焼が外部の人間に確認された平成17年12月6日13時以降、7日14時までの25時間に発見していない。このことは、顔面を正視して観察する精神科看護の基本が守られていなかったことを証明する。いわき病院の看護師が基本に忠実であれば、野津純一氏の殺人衝動に至る状況の悪化を察知して、未然の対応を取ることが可能であった。

3、精神医療の改革と法治社会

①、NM 鑑定人の疑問

NM 鑑定人からいただいたメールを記載する。

精神医療における無過失補償について、何人かの先生に聞いてみました。無過失補償そのものが医療の中でも試験的な段階にあり、精神科医療の領域では正面から議論がなされている様子はないようです。狭義の医療事故では、医療行為に対して被医療者（患者）が受けた損害を補償する構造となっており、被医療者以外と関係ない第三者への被害は医療事故に概念には含まれていないようです。

精神医療は社会的性質を強く持っているため、行為責任は直接的な医療行為を超え管理責任に及ぶため、一般的な「医療責任」の枠組みでは議論され難いのでしょうか。精神科に通院したり、入院している患者さんが起こした違法行為が疾患と関係なければ、単に犯罪として処罰対象になるのですが、実際にはその関連を否定も肯定もできないグレーゾーンの出来事がたくさんあります。

アルコール依存症で通院中の人、飲酒して死亡事故を起こした場合に医療責任はあるのか？もっと極端になると、薬物依存で治療中の人、薬物使用で捕まった（他害行為に及んだ）時に、家族から「きちり治療していないから事件が起きた」と責められることがあります。医療観察法の存在も「責任」の問題をあいまいにしています。

日本で、本格的に無過失医療事故補償制度が導入された契機に大野病院事件があります。医療事故ではあるが過失とは言い難い医療行為を遺族が警察に告訴して、警察が起訴してしまったある種の冤罪事件です。（事件の詳細な報告が出ていますが、門外漢からみても医療行為として妥当だと思います）

精神医療の行為が刑事事件化すれば、新たな補償制度の議論が生じる可能性があります。ただし、その条件としては「責任ない医師が責任を問われたいため」の大義名分がなければ医師会も精神病院協会も動くことはないでしょう。警察もいくつかの医療事件で、マスメディアの動きに沿って逮捕・起訴に踏み込み、最近では有罪にならな

いことが増え、起訴には慎重になってきています。司法が保安処分的な受け皿として必要としている精神科病院を敢えて敵に回すことはよほどの世論の動きがなければ難しいのではないのでしょうか。

人権、法律、医療政策、金銭、司法、社会不安、などと深くかかわる問題であり、まだ頭の整理がついていません。大きな課題であることは間違いなく、複数の専門的にによる多角的な議論をしないと見えてこない大きさがあると思います。

精神科医療というのは外部から見えない部分に満ちています。さらにエビデンスを踏まえない危険な経験主義が残存しています。このブラックボックスであることが司法にも行政にも医療者にも都合よく働いていることは否めません。私見ですが、精神科医療に関連する重大な事件が生じた場合は、航空機事故の事故調査委員会のように第三者による事故検証委員会が設置されるべきだと考えています。現在の行政監査は、いじめ問題の学校や教育委員会の調査のようなものでしかありません。責任の所在を明確にするとともに、再発防止の勧告を行う機関が必要です。

本件では、その役割の一翼を担うべき精神病院協会の顧問弁護士が詭弁に終始し、責任回避のみに奔走しており、身内の調査では何も生れそうにありません。外部の検証こそが、今の精神医療には必要だと思います。

控訴人は、本件訴訟とは全く別の問題として、「精神障害者による第三者殺人の被害者には人命損失が発生した事に伴う『損害賠償を行う制度』が社会の仕組みとして整えられて良い」と考える。そのことは医療側に過失責任が確定できるか否かの問題とは別の問題である。日本では、精神障害があれば、心神喪失者等として幅広く心神喪失が認定される。殺人犯が心神喪失者として罪に問われないとしても、殺人された被害者に対する賠償を社会が全く無視して好いものではない。「心神喪失者は無罪」の原則は法治社会の約束事であり、社会としては「心神喪失者に命を奪われた被害者」に対する救済を考えて良い。被害者を救済しないことは社会として片手落ちと思われる。

本件訴訟は被害者救済とは別問題である。矢野真木人を殺人した野津純一氏を治療していたいわき病院と同病院長で主治医の渡邊朋之医師には、精神医療知識の錯誤、薬剤添付文書の不勉強、看護師の顔面を正視しない看護という怠慢、主治医が必要とされる患者観察と診察を行わない診療拒否、そしてこれらを総合した医療放棄があった。その過失責任を法的に確定して、医療者が義務を果たす事が課題である。

控訴人はいわき病院に医療放棄の過失責任を問うことは、精神障害者の社会参加の拡大という日本の社会目標に沿うことになると確信する。いわき病院長が野津純一氏に対して行った、医療知識の不足に基づく錯誤した医療や、薬剤添付文書に違反した治療、更に患者無視は許されない。そのような状況を放置すれば、日本の精神科医療は荒廃する。控訴人は、精神医療を改善する要石になると確信して、本件裁判を提訴した。

②、いわき病院という教訓

NM 先生

無過失保証のご意見ありがとうございます。『責任ない医師が責任を問われないため』の大義名分がなければ医師会も精神病院協会も動くことはない』は当然の論理です。私も、「何でもかでも、通院患者や入院患者が殺人すれば、全ては病院の責任と単純化して、責任を追及する論理は間違い」と考えます。基本的に医療側が最低限の医療義務を果たしておれば、安易に過失責任を問わないことが原則であり、医療サービスが維持されることが公序良俗を守ることになります。

本件裁判は社会の仕組みの問題として、今日の平等化した情報化社会で国民の信頼を獲得することができる精神科医療が日本で実現しているか否かという視点で見直す必要があるという、精神科臨床医療に再考を促す指摘でもあります。不幸にして精神科医療を受けている精神障害者による第三者殺人事件が発生した後では、少なくとも、精神科医療側に必要最小限の医療を行っていたという「証明＝医療記録の提示」と「中立機関による調査」が必要です。基本的には、「医療は性善説で運営されることが適切であり、医療側の善意を信じて、むやみに問題にする事は不適切」という原則は必要です。日本が訴訟社会化して、医療提供者をことさらに萎縮させるのは間違いです。同時に、医療は国民の健康と健全な精神に貢献することが求められる公費負担で維持される社会活動です。この側面では、第三者殺人など重大な事件に関連した全ての情報の透明性が求められ、不幸な事件が発生した場合には「説明責任を果たすこと」が社会に対する医療側の義務とすることが期待されます。

現状では、精神障害者が原因者となった第三者の殺人事件では、殺人事件を発生させた精神障害者が「心神喪失者等」の「等」の部分で「心神喪失者」として安易に認定されているのではないのでしょうか。心神喪失者等として刑法の対象とならず、法的処分が行われる場合には、殺人事件の被害者側が、詳細で具体的な情報を知ることができません。情報を知らせない、また情報を解説しない制度運営は間違いです。基本は、情報の開示と関係者の理解と納得です。第三者殺人事件等の重大事件では、少なくとも中立機関の調査は必要で、情報を開示して、その上で、堂々と、医療の都合を主張するべきです。

本件裁判では、いわき病院長渡邊朋之医師の精神科臨床医療に精神保健指定医としてはあり得ないはずの、統合失調症の治療に関する勉強不足及び SSRI 抗うつ薬パキシルの添付文書を読まないし読んでも「重大な注意事項」に関する指示内容を正確に理解できない問題が判明しました。その上で、渡邊朋之医師は主治医であるにもかかわらず、複数の向精神薬の同時突然中止に関連して、看護師に注意と観察事項を指示してチーム医療を起動することがなく、自らも経過観察と治療的介入を行わない医療放棄の状態にありました。しかしながら秘密主義では、いわき病院の渡邊朋之医師のような破廉恥な医師がいても、反社会的な事実が知られることがないため、社会が対策を取る可能性が封じられて、より良い精神科医療に発展しません。これでは公序良俗に反します。「国民に知らしめな

いことが医療者には好都合」という考え方は、現代的ではありません。また、そのような対応は、今日の国際社会、多民族・多文化社会では、日本の尊厳を損ないます。

いわき病院と渡邊朋之医師が行った事は医療現場の腐敗であり、破廉恥です。普通、常識としてあり得ないはずで、にわかには信じられないことです。この事実が判明したことは、社会の仕組みを再点検する必要性を暗示します。そして、社会の仕組みを改善するためにも、ターニングポイントが必要であり、渡邊朋之医師には責任を取らせるべきです。全ての医師が渡邊朋之医師と同じではないことは、当たり前だし、渡邊朋之医師は、極端な事例と信じます。しかし、いわき病院の事例がある現況は間違いです。社会の仕組みとして、正義と合理性が成り立たず、法秩序や原理原則が守られておりません。渡邊朋之医師の野津純一氏に対する医療は、健全な社会を破壊する反社会的な行為です。

精神医療に関連した、精神科医療の第三者である殺人事件の被害者に、社会の仕組みとして救済の道が何もないのはおかしいことです。司法には、考えるべき事、そしてやるべき事があります。また、いわき病院のような医療側の怠慢が放置されて、医療者が秩序破壊者や国民の生存権の否定者になってはいけません。この裁判を通して経験したことで、いわき病院は外出許可者の10人中7人までが殺人事件を引き起こしても外出許可を出した病院に責任を取らせることは間違いと主張しました。そしてその様な精神科医療機関を批判することは精神科開放医療を破壊する行為であると控訴人(原告)を非難しました。被害者側に「精神医療を批判することは秩序破壊者である」を決めつけるいわき病院が行った対応では、社会は改善せず、建設的な対応ができなくなります。私たち控訴人は、この裁判をきちんとやり遂げることで、控訴人の提案として、日本の精神科医療の改革が端緒を得ることになると確信します。

本件裁判で、いわき病院は「病院の都合で、市民の生命を犠牲にすることを容認する論理」を主張しました。残念なことに、地裁は、その非人道的な論理を見逃しました。しかし、その見逃しは許されません。国民の生存権に抵触します。

③、健全な精神科医療を育てる医療側に対する際限の無い責任追及

いわき病院は本件裁判の当初から「いわき病院は真っ当な精神科医療を行っていた。しかし、原告は理不尽なイチャモンをつけて、精神科開放医療の促進と精神科医療の発展を阻害しており、けしからん」という論理で反論してきた。しかしながら、診療録や看護記録等の医療記録や、鑑定人の鑑定意見から判明したいわき病院が野津純一氏に行った精神科臨床医療事実は、主治医の不勉強と義務違反による医療放棄という、反社会的行為であった。いわき病院は原告の主張は精神科開放医療の促進という日本の国際公約を闇雲に批判する行為であり、精神科開放医療の発展を阻害する行為であるとして、反論した。そして残念ながら、高松地方裁判所は、いわき病院が野津純一氏に対して行った怠慢の実態に目をつむり、いわき病院に法的過失責任を認めない判決を下した。

精神障害者による第三者殺人事件は発生し得る問題である。精神科医療と精神薬理学

の進歩に基づいて誠実に精神科臨床医療を行うなら、精神障害者による第三者殺人事件は確実に減少する。しかし、殺人数をゼロにすることは困難である。同時に、精神障害者でない者の殺人犯罪をゼロにすることも困難である。しかし第三者殺人者数がゼロにならないからとして、精神科病院は何も努力をしなくてもよいという理由はない。いわき病院は、過剰な前提を持ち出して「その実現可能性はないので、日常的に可能な常識的な確認事項であっても、患者の病状を知る努力を何もしない、患者の治療放棄に責任を取る必要は無い」という詭弁である。病院として、医療機関として、また医療従事者として当然行うべき最低限の義務を果たさない無責任な抗弁は許されない。このような医療機関と医師には過失責任を取らせることが必要である。医療者として行うべき責任を果たさない医師や医療機関に責任を問わなければ、医療者の怠慢と不作為を許すことになり、医療は荒廃し、精神障害者の人権回復と社会参加の道が閉ざされる結果になる。

反対に、医療者に対する際限のない責任追及は医療の進歩に貢献せず、公衆の福祉も実現しない。人間は誰も最後には死すべき運命にあり、死の時には医師が立ち会うことが当然であり、死という結果が発生したことだけで医師に責任追及することは間違いである。ただ、現代社会は情報化社会で知識の共有化が進み、更に高学歴社会で市民の理解力は高度化した。医師だけが問題の本質を理解して、情報を占有した時代は過去の事である。その意味で、疑わしい場合には、医療には説明責任が伴い、医療者は妥当性がある医療を行ったという説明責任を果たした上で、原則過失責任が免除されることが適切である。

④、論理と人道主義に基づいた精神医療改革

「司法が保安処分的な受け皿として必要としている精神科病院を敢えて敵に回すことはよほどの世論の動きがなければ難しいのではないのでしょうか」という意見は、大きな「世論の動き」がなければ社会改革が実現することは困難という、政治的な世論の動きや活性化に期待した意見と思われる。しかし「司法が保安処分的な受け皿として精神科病院を必要としている」としても、渡邊朋之医師が行った「治療放棄」という社会的不正義と法的義務違反には、司法は厳しく対応することが法治社会の原理である。「精神科医として常識を持たない主治医の、あたら殺人者を作り出した破廉恥な医療放棄」にまで、精神科病院団体の社会的圧力を許すことになれば、法治国家としての尊厳と信頼が傷つくことになる。裁判事案としての本件は、いわき病院と渡邊朋之医師の錯誤した医療行為と治療放棄という事実で過失責任を認定することで、控訴人は法治主義を貫徹して社会正義を実現することで、理性の力で健全な社会を作り上げていくことができると確信する。

いわき病院は本件裁判を開始するに当たって、「精神科開放医療は国連等の国際社会に表明した日本の国際公約である」と宣言した経過がある。控訴人（地裁原告）はこれに反対せず、日本で精神科開放医療が着実に拡大することを願う。いわき病院が主張した「精神科開放医療」は、スローガンに終わり精神障害者の医療に貢献する現実が伴わない。いわき病院は「開放医療」という言葉を、自らの定義でねじ曲げて「無責任な医療」、「何もしない医療」更には「精神障害者を擁護しない医療」に変更して、治療放棄の惰眠をむさぼっている。このような無責任で医療放棄の状況は、何も大衆運動や政治運動で対応する必

要はない。医療の不作為放棄の行動には、反社会的行為を行った事実により法的過失責任を課し、社会的制裁を行えばよい。いわき病院のような不誠実な医療機関には社会的制裁を科すことで、自ずと日本の精神科開放医療は促進する。

控訴人は、日本が法治社会として、不誠実な医療放棄を行った医療法人社団以和貴会に、当然あるべき法的過失責任を確定する事を願う。精神科医師が現代の精神医療を誠実に勉強して、誠実に医療義務に応えるならば、精神科開放医療は促進され、より多くの精神障害者が人権を尊重された社会生活を歩むことが可能となると確信する。