

いわき病院事件の高裁鑑定論争

平成 27 年 1 月 2 1 日

矢野啓司・矢野千恵

inglecaldler@gmail.com

いわき病院事件裁判は平成 26 年 12 月 5 日に公判が行われ、控訴人（原告）側が、被控訴人（被告）いわき病院側が提出した鑑定書に反論する鑑定意見書を提出しました。いわき病院が野津純一氏に対して行った精神科臨床医療に関する鑑定論争を報告します。

目次

1、高裁鑑定論争の概要	1
（1）、精神科医療の鑑定	1
（2）、SSRI 抗うつ薬パキシルの突然中止	3
（3）、抗精神病薬（プロピタン）の突然中止	5
（4）、裁判官の判断	6
（5）、鑑定論争に関して	8
（6）、精神科医療と賠償責任	9
2、高裁鑑定意見	13
（1）、いわき病院高裁鑑定人の鑑定意見	13
（2）、藤野鑑定意見書	16
（3）、西村鑑定意見書	19
（4）、デイビース医師団鑑定意見書	23

1、高裁鑑定論争の概要

（1）、精神科医療の鑑定

①、いわき病院の鑑定人は精神医療の専門家ではない

いわき病院が推薦した琉球大学臨床薬理学教授で高血圧症が専門の「いわき病院高裁鑑定人」の意見が平成 26 年 8 月 1 日の公判で提出されました。これに関し控訴人側はいわき病院高裁鑑定人の精神科臨床の経験や精神薬理学の研究実績を調査しましたが、本件裁判で対象となっている精神薬理学における実績を確認することができませんでした。いわき病院は精神科専門医療機関です。いわき病院長の渡邊朋之医師は精神保健指定医であり、精神科開放医療に関連する全国専門家集団である SST（社会生活技能訓練）普及協会の役員（理事）であり、その上で国立香川大学付属病院精神科外来担当医です。その精神科臨床医療を弁護した、いわき病院が推薦した専門家は精神医療を専門に研究していなかったという事実がありました。日本の精神医療裁判で、専門家でもない大学教授の鑑定意

見に基づいて判決が行われるとしたら、正当な精神科医療を実現しているという真実に基づいて判断されるべき裁判で、精神障害を適切に治療して精神障害者の人権を守る医療が実現することが約束されません。

控訴人矢野が裁判を行う目的は、精神科医療の促進と精神障害者の社会参加の拡大、そして精神障害の有無にかかわらず普遍的に社会が守り育てる人権の実現です。人権は全ての人間に平等であり、他者に犠牲を強いる論理は許されません。社会の安全確保を大義名分として精神障害者を危険な存在と決めつけて、劣悪な医療のまま閉じ込めることは間違いです。精神科開放医療をお題目にして、精神薬理学的に間違っただけの医療を行い、なおかつ治療放棄をした医療に責任を取らず、市民に命の犠牲が発生することに責任を取らない社会は、正義ではありません。この願いは、「人権！人権！人権！」と叫ぶお念仏ではありません。普遍性のある人の生存と自由に関する法的権利の実現であり、社会制度や機能の整備です。また人権の普遍性にかかわることで、特定の専門家集団や機関が独占的に判断を委ねられ、批判に晒されないことも間違いです。日本で行われる精神障害者に対する精神科医療は国際的に通用する精神医学に基づいた学術的客観性に裏付けられていなければなりません。今日の社会で人権を擁護する活動や手段は、科学技術の成果により、より確実性が高まるものであると確信します。私たちはこの裁判で人間の精神の自由と法的権利を確認する精神医学及び精神医療が日本で実現することを課題とします。

控訴人矢野は法廷における精神医学鑑定論争は、高度な水準に到達した精神医学の専門家が学者として誠実な姿勢で行うことが望まれると考えます。このため、精神医学の教授格（現教授、元教授、元助教授であっても教科書や重要文献等の著者）の方々に、直接または間接に依頼し、更には公募形式で執筆者を募集し、「いわき病院が行った精神薬理学の適否に焦点を当てた意見」を求めましたが、これに応じて下さる日本人の精神医学権威者と巡り会うことはできませんでした。高裁鑑定論争に、精神医学を専門とする日本大学教授格学者の参加を、控訴人側の推薦であれ、被控訴人側の推薦であれ、得られなかった事を、非常に残念に思います。日本の精神医療の専門家と権威者が、精神薬理学の高裁法廷審議で精神医療の業績を持たない部外の専門家の鑑定意見を許したことは驚くべきです。自らの専門の名誉と権威を他者に委ねたことは極めて残念な事実です。

控訴人矢野はいわき病院が入院患者野津純一氏対して行った精神科医療の問題（精神薬理学の知見、経過観察と医療的介入、看護の適切性等）は、高度の学識を有する精神医学専門家によって論じられることが必須であると考えます。その事により、本件裁判を通して、精神医療の課題を明らかにすることが可能になり、裁判の結果として日本の精神科医療が国際的水準の信頼を得ることに繋がると確信します。精神科専門医療機関であるいわき病院が推薦した鑑定専門家が精神医療の専門外であった事実は、極めて残念に思います。仮にいわき病院が問題の本質は精神科医療の問題ではないと主張したのであれば欺瞞です。私たちはそのようなごまかしを許さない陣容で再反論をすることにしました。

②、精神薬理学の国際的最先端集団

控訴人矢野は地裁段階で鑑定意見を執筆した、元新潟大学医学部看護学教授藤野邦夫氏、及び精神科臨床医師・医学博士（精神薬理学）西村直之医師に再度の鑑定意見執筆を

依頼しました。その上で、カナダ・トロント大学 CAMH（嗜癮・精神保健センター）デイビース助教授に、デイビース医師団鑑定人の体制を日本側で教授格であることを容易に認識できる陣容に再構成できないかを依頼し、西オーストラリア大学精神科教授シヨン・フッド精神科医師が参加することになりました。控訴人が鑑定を依頼した藤野元教授はわが国における精神科看護学の権威です。西村医師は現役の臨床医師で精神薬理学医学博士です。その上で、デイビース医師団の（デイビース医師、フッド医師、クリスマス医師）は精神薬理学の世界的権威者集団です。また、今回の西村鑑定意見は単独で提出されたものではなく、事前にデイビース医師団と協議して調整の上で、日本側のパートを受け持ったものです。デイビース医師団の鑑定意見は、国際的に最先端の見解であると共に、西村鑑定人の協力により日本の精神科医療現場との整合性が確保されたものです。

③、尊厳ある精神医療鑑定の実現

私たち控訴人（地裁原告）矢野は、いわき病院が推薦した鑑定人（千葉大学医学部教授）の鑑定意見がその意見の学問的正しさや、鑑定意見を起草した前提の客観性を見極めることなく、国立大学教授という権威に依存して地裁判決で全面的に採用された事に衝撃を受けました。いわき病院が推薦した千葉大教授は原告と被告の間で事実認定に意見の一致を見ない根性焼きを論じないと鑑定の前提を置いていたにもかかわらず、判決ではいわき病院が推薦した地裁鑑定人の意見を根拠にして「いわき病院は根性焼きを見逃していた訳ではない」と判断されたことにも矛盾がありました。裁判所における精神医学的判断は、事件が発生した時点の客観的な事実関係と精神医学の水準に正しく基づいたものでなければなりません。地裁の判断がいわき病院の推薦した鑑定人による意図的な錯誤を誘導した意見に乗せられていたことは、日本の事実認定手続きの信頼性を傷つけるもので残念でした。更に、いわき病院が推薦した地裁鑑定人の鑑定意見には学問的誠実性の側面で、最初は英国の事例を持ち出して議論を煙に巻くことを意図したにもかかわらず、地裁原告（控訴人）が推薦したデイビース医師団から反論にあうと「ここは日本である」と回答して逃げるなど、精神医学専門家として一貫性と尊厳を持たない、極めて残念な姿勢がありました。いわき病院が推薦した地裁鑑定人の業績は英国の精神科開放医療を日本に紹介と導入したところにあります。自らの学問の普遍性を否定したところに、日本の精神医学者として品位が損なわれており、自らの名誉を傷つけたと考えます。

控訴人矢野は高裁における精神医療の確認者及び鑑定者の役割を地裁に引き続いて、デイビース医師団鑑定人と西村鑑定人に託し、看護的な側面を藤野鑑定人に依頼しました。日本における精神医学裁判に、精神科医師である日本の大学教授格の専門家が参加しないままで審議が行われる事は遺憾です。しかしながら、控訴人側は、今日の国際精神神経学会で最先端の精神医療、精神医学、精神薬理学専門家集団に協力を得ることができた事実を誇りにします。私たちは、国際的に通用する人間の尊厳を大切にしたい法廷の議論の展開が行われることに期待します。

（２）、SSRI 抗うつ薬パキシルの突然中止

①、いわき病院代理人の根拠を示さない断定

いわき病院鑑定人（琉球大学内科薬理学教授）は、いわき病院が野津純一氏に対して行

った複数の向精神薬の同時突然中止に関係する精神薬理学に関する鑑定意見を提出しました。その内容は、SSRI 抗うつ薬パキシルの突然中止はそれほど危険ではないという報告が当時既に英国で行われていた。またパキシル 20mg/日を三環系抗うつ薬のアミトリプチリン（ノーマルン）10mg/日に置き換えて Cross tapering したので問題は無い。また、抗精神病薬（プロピタン）の常用量投与（150mg/日）を突然中止した問題は、元々投与量は控えめな量で、しかもプロピタンの抗幻覚妄想作用も低いので、一度に中止しても中断症状は出ない。従って「パキシル、プロピタンの同時また突然の中止と本件殺人事件発生に関連はない。」という鑑定意見です。

いわき病院高裁鑑定人はパキシルを三環系抗うつ薬のアミトリプチリンに置き換えても問題がないとする主張の根拠となる文献を提出しておりません。また、英国で行われたとされる「SSRI 抗うつ薬パキシルの突然中止はそれほど危険ではないという報告」を証拠提出できておりません。いわき病院鑑定人は「パキシル 20 mg/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」と臨床的に証明する証拠論文を提出していません。更に「プロピタンの抗幻覚妄想作用も低いので、一度に中止しても中断症状は出ない」という主張の根拠となる論文を提出しておりません。大学教授が鑑定意見書に記載したからその見解が正しいのではありません。その大学教授が精神医療の専門家であっても、裁判所が鑑定意見の根拠を確認せずに判決を行うことは正しい判断ではありません。それでは、日本の裁判制度の信頼を傷つけます。そのような盲目の判断が行われるならば、日本はまるで未開社会に等しい状況ということになります。このような専門外の学者の暴走を許すことは、日本の精神医療及び精神医学界の名誉を傷つけます。

なお、控訴人矢野はいわき病院側鑑定意見の根拠となる論文を平成 27 年 1 月 15 日までに法廷に提出することを求めました。しかしながらいわき病院鑑定人の琉球大学教授は、鑑定意見を提出してから 5 ヶ月半経過した後でも、根拠と証拠を提出できませんでした。次期法廷開催日の 3 月 19 日（木）までに何らかの文献を提出する可能性は否定できません。しかしながら、そもそも英国側のデイブース医師団鑑定人（本分野では世界的権威者集団である）の調査から漏れた、デイブース医師団鑑定人の意見を否定する英国の権威ある文献を提出できるとは思われません。

②、パキシルの Cross tapering

西村鑑定人の調査では、国内では「パキシルを三環系抗うつ薬のアミトリプチリンに置換」する処方に当時から危険性が指摘されていた事実はあっても、推奨されていないことが判明しました。また、西村鑑定人とデイブース医師団鑑定人によれば、いわき病院鑑定人が主張した Cross tapering は手法として定義に外れているばかりか、パキシル 20mg/日を三環系抗うつ薬のアミトリプチリン（ノーマルン）10mg/日に置き換えても、セロトニン・トランスポーター機能で評価すれば 0.004 (1/281) 比しかなく、そもそも薬効を期待できないことが指摘されました。更に、英国ブリストル大学ナット教授門下の鑑定人集団であるデイブース医師団は「英国で行われた SSRI 抗うつ薬パキシルの突然中止はそれほど危険ではないという調査報告」の存在を認めておりません。いわき病院が推薦した高裁鑑定人は精神薬理学者ではありませんが、いわき病院は精神科専門医療機関であり、渡邊朋之医師は精神科専門医です。従って、高裁鑑定人が間違った意見を提出した責任は

いわき病院にもあります。いわき病院はこの点で責任逃れをしてはなりません。

③、本質は SSRI 抗うつ薬パキシルの突然中止

SSRI 抗うつ薬パキシルの問題の本質は、添付文書の【使用上の注意】の 2、重要な基本的注意の(3)の「投与中止(特に突然の中止)により、めまい、知覚障害(錯感覚、電気ショック様感覚等)、睡眠障害、激越、不安、嘔気、発汗などがあらわれることがあるので、突然の投与中止は避けること。投与を中止する際は、徐々に減量すること。」と記述がある突然の中止です。この添付文書にある「突然の投与中止は避けること」の記載は、今日に至るまで一貫した記載であり、事件以前から今日まで代替手法は推薦されておられません。主治医は、自らの見識で添付文書の指示に従わない処方を行うことは可能です。精神科開放医療を促進する SST (社会生活技能訓練) 普及協会の役員(理事)であり、その上で国立香川大学付属病院精神科外来担当医でもある高度の技量を持った筈の精神科専門医である渡邊朋之医師が、自らの判断でパキシル 20mg/日を突然中止して三環系抗うつ薬のアミトリプチリン(ノーマルン) 10mg/日に置き換えること自体は違法ではありません。(本件に関連して、地裁判決はいわき病院地裁鑑定人(千葉大教授)の意見に従って、渡邊朋之医師を大学病院の水準にない地方病院の一般的な医師として、医療水準のダブルスタンダードを容認しましたが、それは間違いです。)しかしながらその場合には、「パキシルを徐々に減量する」よりはるかに慎重な主治医が直接行う経過観察義務があることが適切です。渡邊朋之医師は 11 月 23 日にパキシルを突然中止した後で、睡眠薬を服用した 11 月 30 日の夜間に 1 回だけ診察しただけでした。これでは、適切な経過観察を行ったとは言えません。臨床医師の基本的な義務は受け持ち患者を自ら診察して病状の変化を正しく認識するところにあります。いわき病院はこの点で責任逃れをしてはなりません。

いわき病院高裁鑑定人は英国調査があるので危険性は無かったとしておりますが、その根拠を提出する必要があります。大学教授が「英国の調査」と言えば、日本でその発言が有効となるものではありません。いわき病院は地裁鑑定(千葉大教授)でも「英国の事例」を自ら述べたにもかかわらず、デイブース医師団鑑定人から反論にあうと「ここは日本である」と逃げた前歴があります。そのような詭弁を繰り返してはなりません。なお、今後、いわき病院高裁鑑定人(琉球大学教授)が英国の事例に関する文献を法廷に提出する場合には、その内容と主張の真偽をデイブース医師団鑑定人に評価してもらうことが、必須の要件となります。地裁の結審時に行われた、結審の法廷が開催される前日に文書を提出して裁判官の判断を惑わせる目くらまし戦術に英国の文献提出を利用するようなごまかしを行う事は、日本の法廷の国際的信頼を揺るがします。いわき病院鑑定人は日本の学問的信頼性を自ら傷つけてはなりません。

(3)、抗精神病薬(プロピタン)の突然中止

①、高裁鑑定人は地裁鑑定意見を否定した

いわき病院の地裁鑑定人(千葉大教授)は「患者野津純一に投与され抗精神病薬(プロピタン)は 11 月 23 日に突然中止されたけれど、2 週間後の 12 月 6 日には薬効が持続していたと考えられる」と鑑定意見を述べました。ところがいわき病院高裁鑑定人(琉球大教授)は、「プロピタンは 1 日か 2 日で速やかに体外に排出されてなくなる、事件当時の

12月6日まで薬効は持続しない」という鑑定意見であり、いわき病院が推薦した地裁鑑定人と高裁鑑定人で鑑定意見に矛盾がありました。このいわき病院側の矛盾はどちらの鑑定者の意見が正しいか否かという論争ではありません。いわき病院は地裁で提出した抗精神病薬（プロピタン）に関する鑑定意見を、高裁では改めて鑑定意見を提出して「間違い訂正した」こととなります。すなわち、いわき病院は地裁判決の根拠となった「事件当時には抗精神病薬（プロピタン）の薬効は持続していた」という主張を取り下げたことで、地裁判決を自ら否定しました。いわき病院は、「判決は間違いと主張した事実はない」と反論するでしょう。確かにいわき病院または高裁鑑定人（琉球大学教授）から「地裁判決は間違い」という言葉はありません。しかし、双方の鑑定意見は矛盾しており、論理的には「地裁判決の根拠は間違いだった」として地裁鑑定意見を訂正・提出した高裁鑑定人の意見となります。

上記のいわき病院高裁鑑定人意見（平成26年7月29日付）はいわき病院高裁第2準備書面（平成26年5月12日付）の「2 プロピタンの中止について（3）プロピタンの薬理特性」と一字一句に至るまで同一です。このような「コピペ」の鑑定意見を大学教授が提出した事実はいわき病院鑑定人の医学者としての尊厳を傷つけます。鑑定意見書は高松高等裁判所にいわき病院代理人を通して提出された大学教授署名入りの公式文書です。

②、いわき病院高裁鑑定意見は間違い

いわき病院高裁鑑定人は抗精神病薬（プロピタン）150mg/日はそもそも薬効を期待できないほど低用量であったので「突然中止しても中断症状が発現する程の問題は無い」と主張しましたが、証拠論文を提出できない主張です。プロピタン150mg/日量は標準的な処方量の範囲であり、薬効が期待できるとして認知された用量です。更に、WHOの換算値に基づけば、ハロペリドール6mg/日と同等であり、これはハロペリドール最大許容量で、決して薬用量が低すぎると言うことはありません。すなわち、いわき病院高裁鑑定人は抗精神病薬（プロピタン）の薬効に関する認識を間違えており、鑑定意見は錯誤です。このような錯誤でも大学教授の鑑定意見として裁判所に提出したところに、いわき病院の医療に精神薬理的な過失があった証拠となります。

③、いわき病院医療の精神薬理的根拠は破綻した

いわき病院は精神科専門医療機関であり、野津純一氏に確定診断された慢性統合失調症患者の治療に習熟した医療機関です。そのいわき病院は高裁第2準備書面で抗精神病薬（プロピタン）の体内残存に関する地裁判決を否定し、その事をいわき病院高裁鑑定人（琉球大学教授）が鑑定人として裏付けました。いわき病院は地裁判決根拠を2回にわたり、繰り返して文書で否定しました。その上で、地裁判決根拠となった地裁鑑定人の意見を訂正して提出したいわき病院が推薦した高裁鑑定意見は錯誤でした。すなわち、いわき病院は野津純一氏に対する統合失調症の治療を適切に行った事を証明する根拠を失いました。これは、いわき病院が自ら主張し、かつ高裁鑑定人（琉球大学教授）が追認した見解です。

（4）、裁判官の判断

①、法律家の判断

いわき病院高裁鑑定人（琉球大学教授）の精神薬理的な根拠を西村鑑定人とデイビー

ス医師団鑑定人は「間違い」と指摘しました。判決は精神医学者ではない法律専門家の裁判官が行うものです。そこに、必ずしも精神医学的また科学的に正しくない判断が下される可能性が入り込む要素があります。

いわき病院のお得意技は控訴人の主張を巧みに言い換えて、あたかも控訴人が非現実的であり得ない主張を行ったかの如く、裁判官の問題認識を眩惑するところにあります。いわき病院鑑定人が行った鑑定意見の大前提は、以下の主張を控訴人は行っていないにもかかわらず、控訴人の主張として議論を展開しました。

- 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。

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ます。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はありません。問題の本質は、いわき病院の医療放棄です。本質ではない問題を主張して、木を見て森を見ずの方向に誘導するいわき病院に裁判官は眩惑されてはなりません。医学を含めて科学は普遍性の追求と解明及びその成果を人間社会の向上に役立てることです。その成果が今日の人権の普遍性を追求する社会の基礎的な要件となっているのです。いわき病院の重大な処方変更後に主治医が自ら経過観察を行わない、治療放棄という問題の本質を見誤ってはなりません。

②、風邪症状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、高裁裁判官は「平成 17 年 12 月 5 日の風邪症状を説明すること」をいわき病院側に求めました。これは、控訴人側が野津純一氏の症状は「アカシジアによるイライラの亢進」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高裁裁判官の疑問提出です。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」と主張してきた経緯があります。そもそも「風邪で殺人」という行動を起こす必然性はありません。風邪が大流行する冬期に殺人事件が大発生するという事実はありません。また、仮に患者野津純一の症状が風邪（インフルエンザを含む）であったとしても、主治医は SSRI 抗うつ薬パキシルを突然中止した後であり、SSRI を中止した後で発現する可能性があるインフルエンザ様症状等他に留意する必要があります。複数の向精神薬を突然処方変更した主治医自らが診察する義務がありました。主治医には看護師が報告した風邪症状と SSRI 抗うつ薬パキシルの離脱症状としてのインフルエンザ様症状である可能性を考えた病状の変化を確認するため自らの眼で診察して見極める責任がありました。これに関して添付文書に記載された重要な情報を読まないという、主治医渡邊朋之医師の不作为による錯誤した医療を免責理由としてはなりません。添付文書の記載事項を読まないことや理解しないことは主治医の過失です。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が失われることありません。

いわき病院は「風邪の患者が殺人することは予想できない」と自己弁護する可能性が高いでしょう。それは意味のない自己弁護論です。しかしながら高裁裁判官が、その論理に眩惑されて、「風邪だった可能性があるので、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きれない」と本質を見誤った判断を行うことが懸念されます。渡邊朋之医師が、風邪症状と伝え聞いて、インフルエンザ様症状の可能性を疑い、向精神薬中止による中断症状の可能性を考えて、主治医自らが診察を行わなかったことが、決定的な過失です。問題の本質は、風邪症状ではなく、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す。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の本質です。患者の治療放棄をする医療を放置してはなりません。

③、本件は国際的に通用する判断が求められる

地裁段階から本件裁判で国際的に通用する判断を最初に求めたのはいわき病院です。また、いわき病院が推薦した地裁鑑定人（千葉大教授）は英国の精神科開放医療を基本に置いた鑑定意見書を最初に提出した経緯があります。更に、いわき病院が推薦した高裁鑑定人（琉球大教授）も、英国留学経験があり英国の事例を基本において（根拠となる文献を提出せずに）、薬理学的にいわき病院の過失責任はないと、主張しました。いわき病院側が行った主張の基本は、国際社会、特に英国で通用する精神科医療という視点です。

控訴人は国際社会や国連及び WHO で通用する精神科開放医療が日本で実現することを願っており、英国を中心として世界（英国、カナダ、オーストラリア、スペイン）で活躍しているデイビース医師団鑑定人に日本国内の鑑定論争に参加することを求めました。デイビース医師団から提供を受けた文献や証拠を控訴人矢野が日本でまとめて意見書を作成して法廷に提出するだけでなく、デイビース医師団鑑定人が自らの見解として直接鑑定意見書を作成して意見を法廷に提出することを求めました。控訴人矢野はデイビース医師団に地裁段階から裁判終結まで、全ての鑑定論争に参加するように依頼しました。これに基づいて、日本側鑑定人と合わせた現在の控訴人側の鑑定人の構成があります。

主治医に課せられた、患者をきちんと診察する治療義務は世界共通です。国際標準の精神科医療とは、国際的に認定された診断基準や治療基準に基づき、今日の水準の精神薬理学を踏まえ、薬剤添付文書の記載に忠実で、患者観察義務と治療責任を負う医療です。それは、特別なことではなく、基本に忠実な精神科臨床医療です。

（５）、鑑定論争に関して

精神医学鑑定論争は、控訴人（原告）側及び被控訴人（被告）側の鑑定人の双方が推薦した鑑定人が、専門家としての知識に基づいて科学的に事実の解明と問題点のありかを明確にする論争です。学問的な認識の違いに関する指摘を行うことは当然ですが、事実を意図して言い換えたり、専門外の鑑定意見を述べたり、また学者としての良心に疑念を持たれるような鑑定意見を提出することは、学者としての品位を傷つけることとなります。

本件裁判における鑑定論争には日本側で控訴人側及び被控訴人側から推薦された鑑定人の他に、控訴人が推薦した英国、カナダ、オーストラリア、スペインの鑑定人が参加し

ており国際化しております。控訴人は各鑑定人には、自らの尊厳に基づいた、名誉ある議論をしていただきたいと、希望しました。

(6)、精神科医療と賠償責任

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きます。しかしながら残念なことに、多くの場合裁判を提訴することは極めて困難です。まず最初に、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ません。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」と尻込みします。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す。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ります。現実には初期には何人かの精神科医師と相談し、助言を求めましたが、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私たちが問題点を絞り込んだ後でした。精神科医師の多くは、自らは解っている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論理を持っています。このため、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す。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します。

①、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被害者は年間 120～140 人ぐらいですが、その原因や要因解析は体系的に行われておりません。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ません。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ます。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ところ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ります。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ります。

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とで、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に放置される結果となっています。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ません。

②-1、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で公的給付が行われています。しかしながら、わが国が国家の制度として精神科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す。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制を持たない運転手はそれだけで社会的制裁の対象となります。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ます。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す。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るはずがありません。

精神科医療は精神科開放医療を促進することが責務です。この場合、社会の仕組みとして、まずは、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して保険金による十分な金額で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す。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ている現行の制度は、ある日突然前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す。この様な制度は改善されることが望まれます。全ての被害者に可能な現実的な制度を整備することが望まれます。

②-2、ロゼッタストーン編集長の疑問

上述の「第三者の被害者に対して保険金による十分な金額で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す」に関連して、ロゼッタストーン社編集長から「この主張は、ちょっと一般の共感を得にくい気がします。病院に多くを求めすぎているような印象を受けました。交通事故と殺人事件を同一視するのもなんとなく違和感を感じました。」という疑問提出がありました。

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という主張です。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という視点です。

私たちが提訴して、矢野真木人の死後9年以上継続して戦っている民事裁判は「損害賠償請求事件」です。沢山の精神障害者による殺人事件被害者が「訴えること」を希望しますが、現実には民事裁判提訴にすら至りません。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となります。私たちは、法廷で戦えておりますが、他の方は、戦えません。実質的に不可能なのです。貴重な命の損失があつたにもかかわらず、賠償責任を議論する前に法廷から排除されるのが今日の日本です。一般市民である第三者の死は無駄死です。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でしょう。なお、私たちが裁判を行う本来の目的は、いわき病院医療の錯誤と怠慢及び医療拒否を指摘して、そして、日本の精神科医療を改革することです。この様な裁判は、今後も提訴され続けることが重要です。

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おりますが、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おります。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おります。特に、犯行時点に一時的に心神喪失であつ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どこまで精神鑑定で見抜くことが可能でしょうか、はなはだ疑問です。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いオーダーと聞きます。心神喪失者と認定される事は、高度保安病院に残る一生の間強制入院される事を意味します。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ます。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、命の代償がありません。また病院の過失責任を証明する事は、99%不可能です。それは、私たちが体験している、本件裁判の経過を見ても明らかです。

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す。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、これを下げることが実現していません。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ています。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ました。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ります、また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ります。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ます（それは、統計的な現実です）。その時に、国家政策だからとして、命の代償を賠償しないのは、制度として片手落ちです。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、健常者の人権を無視することです。精神障害者の人権問題は、健常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ます。

ところで、私は山林を所有しており、その伐採を平成27年1月5日から、山林職人の親方に依頼して3人の木こり仕事として開始しました。山林職人集団に木こり仕事を依頼して作業を任せることは、普通の手順です。翌6日は雨で仕事休止、7日の作業2日目で、なんと、その請負人の木こりの親方が自ら伐採した樹木の下敷きになり死亡しました。雨の翌日の作業で、足場が悪かった可能性があります。この死亡事故に、木こり作業は専門職である亡くなられた木こりの親方本人の采配であり、私は全く責任がありません。しかし、仕事の発注者として、保険金で死亡賠償手続きをしております。私が、主張しているのは、精神科開放医療を業務で行う以上は、関連した事故に対して、責任の有無にかかわらず、また責任を認める・認めないにかかわらず、発生した人命の損失には賠償を行うという潔さです。業務上過失致死でなくても、事故責任が証明されていなくても、命の損失に対しては相応の負担を行う体制作りは必要です。それは、交通事故では社会が認知して制度化しており、精神障害者による殺人事件等の人命損耗事案の前例となります。

私たちはいわき病院を相手にして民事裁判で戦っております。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ません、泣き寝入りです。私たちは矢野真木人の死後9年以上継続して法廷に望んでいますが、多くの人はその経済的負担に耐えられません。また、私たちは、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えています。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まず

ないでしょう。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、余りもむごたらしい制度です。「精神科病院の過失を、交通事故と殺人事件を同一視するもので違和感がある」という特別であるという認識は、いわき病院で発生した主治医の不勉強と怠慢と治療放棄及び看護師が患者の顔を正視しない看護の怠慢をのさばらせてきた原因ではないでしょうか。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す。

③、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」とお願いしましたが、検察官から「証拠不十分で、事件として起訴できない」と言われました。当時の私たち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ませんでした。また、医療記録を見ることのできたとしても、直ちに問題点の箇所を指摘することは困難だったでしょう。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だったと思われまます。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ありません。

私たちは本件を平成 18 年 6 月に提訴してから、次期法廷で 8 年 9 ヶ月を経過します。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ます。また、矢野千恵が薬剤師であることも幸いしました。更に、控訴人矢野はデイブ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のできたと言えます。デイブ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、強みでした。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ありません。すなわち泣き寝入りするしかないのです。

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す。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ります。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、一いわき病院の特殊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、実態が推察できます。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ことが可能です。

私たちは、重大な社会問題を認識しています。しかしながら、私たちが行い得る事は、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す。そして、日本の精神科医療の改革は、私たちの後に始まると確信します。なお、私たち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おりません。日本の法廷の現

実は厳しいと想定しました。このために、デイビース医師団に参加を求めたのです。日本の精神医療の改革には、持続的な国際的な批判の眼が必要であると確信しました。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すが、現段階における、私たちの宿命として対応するだけです。

2、高裁鑑定意見

(1)、いわき病院高裁鑑定人の鑑定意見

琉球大学大学院医学研究科、臨床薬理学教授、医学博士

【鑑定意見書】

私は、被控訴人医療法人以和貴会及び同医療法人が開設するいわき病院長渡邊朋之医師の代理人より、「平成 25 年（ネ）第 175 号損害賠償控訴事件」に関し、患者 N に対する診療経過、特に薬物治療に関する意見を求められた。

よって、当損害賠償事件における裁判資料を参考にして、以下に、意見をまとめた。

【事件概要】

医療法人以和貴会が開設するいわき病院に任意入院していた患者 N が入院中に単独外出して、全く見ず知らずの第三者を、直前にスーパーで購入した包丁で、すれ違いざまに刺殺した事件に関する損害賠償請求事件である。被害者の遺族が医療法人以和貴会、W 医師、N の 3 名を被告として提起した損害賠償請求と、N の両親が医療法人以和貴会を被告として提訴した損害賠償請求訴訟とが併合審議がなされ、第一審の高松地方裁判所では、被害者遺族からの N に対する請求のみが認められ、その他の請求はいずれも棄却となった。これに対し、被害者遺族及び N の両親が控訴し、現在高松高等裁判所で控訴審が審議されているところである。

【鑑定嘱託事項】

控訴審で争点となっている本件患者 N 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 W 医師が、患者 N 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。

【鑑定的前提資料について】

本件訴訟記録（証拠等）を全て鑑定資料として検討した。

【鑑定意見】

（鑑定事項）

控訴審で争点となっている本件患者 N 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

（回答）

関連はない。

（理由）

一般に、薬物療法中に生じた好ましくない事象を「有害事象」と呼ぶが、それが薬剤の使用開始、あるいは中止に関連するか否かを判断する際に重要な点は、まず、その有害事象発生と薬剤投与の時系列である。

しかるに、本件においては原判決が認定した本件 N の精神症状の経過（甲 A 8, 13～16, 19～23、丙 1）（控訴人矢野による注：鑑定人が引用した根拠は検察官、警察官による被告取り調べ調書であり、精神科医師が作成した報告書ではない）からは、パキシルやプロピタン、アキネトンの中止による著しい精神症状の悪化は認められない。殺人行為自体も幻覚・妄想などの病的体験に基づくものではなく、また、精神運動興奮状態や緊張病状態にもなかつたと推定され、むしろ以前からの症状が継続しているものと考えられる。結局本件は、原疾患の症状の継続症例と考えるほうがより適切であり、時間的な関連性も少ないとなれば、本件は薬剤中止に起因する可能性は低くなると評価されるのが正当である。

以上より、本件の薬剤中止と有害事象発生（殺人事件）の間の因果関係は「疑わしい (doubtful)」と分類されることになる。

本件において主治医は、N の症状の改善がなかなか認められないことから、薬剤の変更やアキネトンのプラセボへの変更を行ったと考えられる。近年、特に精神科領域における多剤併用が問題視されるが、本件では薬剤を増やさず、変更やプラセボを中止しての離脱を図るなど薬物療法の至適化への努力が率直に伺えるものである。

① パキシルの中止は本件における殺人事件と関連しない

臨床薬理学的な視点から説明する。

本件において、パキシルについては、鎮静を目的とした三環系抗うつ薬への変更を行っているのであり、突然の中止ではない。添付文書に記載されているように、パキシルは強迫性障害に適応を持つが、副作用として不安、焦燥、興奮、パニック発作、不眠、易刺激性、敵意、攻撃性、衝動性、アカシジア／精神運動興奮、軽躁、躁病等が出現することが警告されている。本件では、N の症状がパキシルに関連するかどうかは不明であるものの、これらの報告に鑑み、症状改善のためにパキシルを中止し、症状を緩和する目的で鎮静作用の強い三環系抗うつ薬への変更を図ったものと推察される。確かに、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 とむしろ強

迫性障害においては承認用量の半量という低用量であったことと、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。“Cross tapering”とは、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 SSRI の中止に際して、離脱症候群を予防するためにもしばしば用いられ、三環系抗うつ薬に変更されることが多い。本件の“Cross tapering”はパキシルも元々低用量であり、漸減はしていないものの最終用量としては適切であり、開始した三環系抗うつ薬アミトリプチリンもごく少量で開始していることから慎重に行われたと考えて良い。

確かに、SSRI 全般に離脱症候群は報告されており、突然の中止後数日以内で生じ、1～2週間で消失するとされている。ただし、症状が出現するまでの期間は、薬物動態の違いが影響するとされている。症状は怠さや筋肉痛から、不安焦燥感まで多岐にわたり、はっきりと「原疾患の症状ではなく、離脱症候群である」と言えるような特異的なものではない。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。薬物動態学的には、パキシルの半減期は15時間程度であり、中止後に血中濃度がほぼ0になるには3日程度を要するため、この報告に矛盾しない。

従って、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に入れば、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のである。

しかしながら、そもそも本件では、先述したように、三環系抗うつ薬への“Cross tapering”を適切に行っているため、離脱症候群が生じていた可能性自体が極めて低いと考えられるのである。

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

抗精神病薬のプロピタンであるが、これは、いわき病院側から証拠提出されたとおり、ハロペリドールに代表されるプチロフェノン系抗精神病薬に属するが、臨床において使用されている抗精神病薬の中でも、抗5-HT_{2A}/抗D₂比(抗ドパミン/抗セロトニン比)が0.01と小さい薬剤であり、錐体外路症状は少なく、陰性症状の改善にも効果が期待できる抗精神病薬である。作用機序としては、黒色線条体路をはじめとするドパミン作動性中枢神経におけるドパミン受容体拮抗作用である。しかし、セロトニン5-HT₂受容体拮抗作用が著明である反面、抗ドパミンD₂効果はクロルプロマジン(コントミン)の5分の1程度で、通常の投与量でのドパミンD₂受容体拮抗作用は強くはない。よって、抗幻覚妄想作用はそれほど強くはない(乙B36号証:精神科治療薬ハンドブック、上島国利、中外医学社)。

また、プロピタンは低力価の抗精神病薬であり、その薬力価は、プロピタンを200とすると、クロルプロマジン100、ハロペリドール2である(乙B37、第18回:2006年版向精神薬等価換算、稲垣 中、臨床精神薬理9:1443-1447)。本件でNに対して11月23日に処方されていた“プロピタン1日150mg”はプロルプロマジンに換算すれば1日75mgであり、またハロペリドールに換算すれば1日1.5mgである。プロピタンの維持量(定常状態後の基本的処方量)としては、1日150mgは最低量である(適宜増減は可能であるものの、添付文書上の維持量の上限は600mgである)。クロルプロマジンの精神科での基本的な成人1日処方量は50~450mg(適宜増減)、ハロペリドールの基本的維持量は1日3~6mg(適宜増減)であることから考えても、本件で、11月23日まで処方さ

れていたプロピタン 1日 150mg が極めて控えめな低用量であったことは敢えて付言するまでもない。プロピタン 1日 150mg というのは、抗精神病薬の代表格とされるハロペリドールの 1日維持量の、更に半量である。

以上より、もともと抗幻覚妄想作用が他の抗精神病薬よりも強くないプロピタンを、1日 150mg という極めて低用量で処方していた本件では、このプロピタンがなければ N の統合失調症の幻覚妄想症状を抑制できないといった、限界状態にあったという状況では到底あり得ない。

これはパキシルを同時に中止したとしても同様である。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的証拠は全くない。

以上、本件ではプロピタンは極めて低用量の使用であり、これまでの離脱症候群の報告は見当たらないことから、今回の中止により精神症状の急速な悪化が生じたとは考え難い。プロピタンの半減期に関する報告はないが、通常 1日 2、3回の服用が推奨されていることから、半減期は数時間程度と推定される。従って、本件において N 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であり、中止後 2週間で精神症状が悪化し、本件殺人に至ったとは到底考えられない。

この点について控訴人からは、「プロピタンの半減期は約 30時間であり、1週間で体内から完全に排出され、中止から 2週間後が精神症状の増悪：再燃時期として最も危険である」などと主張されているが、あらためて指摘するとおり。これを示す客観的なデータは確認できない。

③ アキネトンの中止は本件における殺人事件と関連しない

アキネトンは抗コリン薬であり、アカシジアにも用いられるが、抗コリン作用自体が精神症状を引き起こすことがあり、本件では依存も疑われ、症状の改善がなかなか得られなかったことから、偽薬を用いた離脱を凶ったと考えられるところである。これは適切な薬物療法であり、しかも、本件での殺人事件との関連はないと考えられる。

(2)、藤野鑑定意見書

精神科医療における自傷他害行為の予測可能性及びいわき病院の看護師の技術水準不足

元新潟大学医学部保健学科教授

藤野邦夫

1)、精神保健福祉制度と精神科医師の自傷他害予測

地裁いわき病院鑑定人は意見書Ⅲ、P.5で〔藤野鑑定人は、「医師は、『精神障害者のなす突発的な異常行動は予想しきれない』という。一方、措置診察では、初対面で非協力的な対象者も診察するが、一時間程度で精神障害者か否か、今後近い時期に自傷他害の行動が予想されるかを判断している。これは予測困難な異常行動の発生予測を前提としている。場面によって予測困難と言い、措置診察では、予測可能との使い分けは『矛盾』であり専門性の否定である」という意見は、措置入院の診察を受ける患者と一般の精神障害者

の突発的な異常行動とを混同した議論のように思われる。措置入院の診察を受ける患者の多くは精神保健福祉法第 24 条および 25 条に基づく警察官・検察官通報が多い。警察官通報の前提には、その直前に患者に自傷行為や他害行為が存在しており、そして精神医学の知識がない警察官でも「自傷他害のおそれ」があると考えた事例である。と鑑定意見を述べた。

上記に関して藤野意見書（平成 24 年 10 月 15 日付）で「精神科医師は、精神障害者のなす突発的な異常行動は予測できないと言いながら、一方の措置診察では自傷他害のおそれを容易に判断している。それは矛盾であり専門性の否定である」と指摘した。

地裁いわき病院鑑定意見は、「警察官通報や検察官通報の場合は直前の自傷他害行為が明白なので予測ができる。しかし、一般の精神障害者の突発的な異常行動は予測できない。」としている。しかしながら、えん罪事件や警察官による誤認逮捕が存在することも事実である。これは、警察官や検察官の事実認定が不確かである可能性があることを意味している。この背景には、警察官は、治安優先の思考に偏りがちで対象者が措置入院になることを密かに望んでいる可能性がありえる職業的特性が考えられる。

地裁いわき病院鑑定意見書は、警察官、検察官が作成した書類を正しいとの前提で措置診察をしているという論理となる。しかしながら精神保健指定医の本来の役割は、専門性を背景に客観的に事実認定し、行政権限をもって強制治療するか否かの判断を求められている。精神保健指定医は通報機関の情報を疑ってかかるほどの慎重さが求められ、専門性に基づいた意見が期待される社会的役割を担っている。地裁いわき病院鑑定人は、精神保健指定医の役割を適切に認識せず、通報機関からの情報に依存して措置診察をしていることになり、専門家としての役割と機能を否定した盲目的な意見である。

地裁いわき病院鑑定意見書の、「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」とする使い分けは科学的根拠のない言い訳である。地裁判決が精神医学的な判断の拠り所とした地裁いわき病院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った。地裁いわき病院鑑定人の言う「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、地裁いわき病院鑑定意見を地裁判決が根拠としたことは不適切であった。

地裁いわき病院鑑定意見に、さらに付け加えれば、精神障害者は適切な治療が行われることによって措置症状が消退する。この場合は、精神保健福祉法第 29 条の 4 と 29 条の 5 に基づき知事に措置症状消退届けを出さなければならない。精神保健指定医は、自傷他害の症状が減少したと予測できるからこそ届け出ができる。ここでも、精神科専門医として予測可能性が問われており、現実には、予測できないとする精神保健指定医は存在しない。

N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 W 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W医師に「予測不可能」と鑑定したことは、地裁いわき病院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、制度破壊の鑑定意見に乗せられてはならない。

2) 、いわき病院看護師の技術水準

精神科看護の教科書において精神科看護の基本は、患者の立場を尊重した

①共感的理解

②信頼関係の構築

から始まる、としている。精神障害者には、不快な病的体験と対人関係の障害等の経験に基づく周囲の人への不信感を持つ者が含まれている。その背景に、薬物療法中心の治療では精神的な安定感が得られないという現実がある。

精神科看護に関する、共感的理解とは、看護師が対応する患者に対し、その人の世界をあたかも自分の世界であるかのように感じ取り、その「あたかも」を認識できる職業的専門的性質を失わないことである。共感的理解は同情や同感とは区別される。また、信頼関係を築くには、精神障害を持つ患者その人の世界観を理解し承認する。つまり、看護師としてプロフェッショナルな意識を持ち、相手の考えや気持ちを理解し、認めてあげることである。

いわき病院の看護記録も他の精神科病院でも使用している、S（主訴）、O（所見）、いわき病院（評価）、P（方針）を使用している。しかしながら、いわき病院の記録には主訴が多く書かれているが、その患者が示し訴えた事実に対して専門的な判断評価と看護援助が欠けている。つまり、患者の立場が尊重されておらず患者＝看護師の信頼関係が未熟なまま入院患者を扱っている様子が記録に残っている。いわき病院の看護師は「様子観察」という対応引き延ばしを行い。看護専門職としてなすべき義務を果たしていない。アカシジアで苦しむ患者野津純一氏の辛さの受けとめや辛さを和らげる言葉の投げかけも記録されていない。共感的理解を欠いた、無為・無策・放任の看護であった。必要とされる記録がないことを持って、免責の理由とすることは間違いである。それでは、良質な精神科看護は実現しない。

精神科専門である主治医は、長時間患者と接している看護師の観察や判断を信用して患者の生活態度や服薬の効果等を評価判断するのが一般的である。看護師が患者との信頼関係が構築されていれば、患者は自ら不安や小さな訴えも気軽に看護師に言ってくる。つまり、外観の観察ではなく内面の観察も自然に出来るのが専門性である。しかしながら、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ものである。

W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 W 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。

極めて低いまま放置された看護師の技術水準、そしてその看護師の観察に依存した W 医師の責任放棄の精神科臨床医療は、今日の日本で放置されることは許されない。

(3)、西村鑑定意見書

医学博士（精神神経薬理）日本精神神経学会認定専門医
西村直之

（注：西村鑑定人は、事前にデイビース鑑定人及びアラマナク鑑定人と会合して意見調整を行った。）

1) パキシルの用量が 20 mg と低用量で、“Cross tapering”の手法を用いているため、離脱症状が発生した可能性が低いとのいわき病院鑑定意見について

高裁いわき病院鑑定人（琉球大教授）は、パキシルの用量が 20 mg と低用量で、“Cross tapering”の手法を用いているため、離脱症状が発生した可能性が低いと断じている。しかし、いわき病院鑑定人の主張は、精神科臨床的にも臨床精神薬理学的にも以下の点において不適切である。

①、パキシルの処方量と減量時の注意事項

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。その後、2010 年 9 月には、日本の精神医療の治療現場においては、パキシルの減薬・中止が 10 mg 単位でも難しい症例が多数あり、漸減中止にのみ使用できる 5 mg という低用量の漸減用薬剤が発売されている。この発売にあたり発売元のグラクソ・スミスクライン社のフィリップ・フォシェ社長は「薬剤を減量・中止する際に、より漸減しやすい低含量製剤を求める臨床現場の声に応え、「パキシル®錠 5mg」を日本独自の製剤として発売いたしました」と述べている。SSRI のなかで、このような漸減中止用の特殊な低用量剤型が存在するのはパキシルのみである。これらのパキシルを取り巻く状況を鑑みるに、20 mg を低用量とし、漸減するほどの危険はないとして事件との因果関係を論じているいわき病院鑑定は臨床治療の実態を踏まえた内容とは言い難い。当然、パキシル 20mg の中断にあたって慎重な減量と臨床的観察が不要である根拠とはならない。

②、” Cross tapering” 手法によるパキシルの置換

” Cross tapering” の手法を用いているために、離脱症状が発生した可能性が低いといういわき病院鑑定についても、精神科臨床および精神薬理学的見地から全く同意することはできない。” 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” と呼ぶことは精神臨床薬理では本邦内はもとより国際的にも許されるものではない。本件で行われた SSRI であるパキシルの中断と、三環系抗うつ薬の投与の関係を” Cross tapering” とみなすことは精神医学的臨床では認められない。

三環系抗うつ薬による SSRI の” Cross tapering” の手技がどの程度離脱症状の発生を具体的にどの程度抑制できるのかについて書かれた論文が、事件発生当時には国内には存在しておらず、SSRI の” Cross tapering” の有効性や安全性については不明であった。例え、計画された三環系抗うつ薬を用いた SSRI の” Cross tapering” の手技を用いたとしても、その有効性や安全性は保証されたものではなく、いわき病院鑑定人が主張するような薬剤中断のリスク評価を行わなくて良いとする科学的な根拠には全く成り得ない。補足となるが、現在においても、SSRI の” Cross tapering” 手技は、国内では臨床的に確立された方法として一般的に行われているものではなく、臨床的な有効性や安全性を国内で評価した論文は存在しない。SSRI の三環系抗うつ薬の置換に関する最初の臨床報告は 2005 年に行われているが、その報告「Paroxetine 10mg からの退薬で生じ、診断や治療に難渋した SSRI 退薬症候群の 1 例」ではパキシル 10mg を 4 カ月間投薬後に三環系抗うつ薬へ変更したところ、パキシル中止 3~4 日後より衝動性、易刺激性、激越などが出現したことが報告されるとともに、SSRI の投薬を中断する場合には、たとえ最低量の中断においても、患者に予期される症状を十分に説明することが、円滑な治療の継続のため重要であるとしている（野村 恭子 心身医学 45(8), 619-625, 2005-08-01 日本心身医学会）。10 mg という低用量でも離脱症候群が生じたこと、” Cross tapering” が必ずしも十分な効果をあげない場合があることが、国内で事件発生前に既に報告されていることは留意されるべきである。

③、パキシルの退薬症候群

いわき病院鑑定人は、英国の調査を根拠に「離脱症候群が生じても、11 月 23 日から同月 25 日の間」と断定しているが、薬物動態については人種差、個体差が大きいことが知られており、パキシルについてもその主効果のみでなく退薬症候群（離脱症状）の出現においても、単に投与量や薬理学的な推測値では予測できないことは臨床治療での前提となることからであり、実際の臨床現場においては、このような理論的断言は不可能である。あくまでも離脱症状出現リスクが高い期間の理論的推測にすぎない。一旦出現した離脱症状が遷延することも精神科の臨床現場では日常的に経験することであり、この理論的主張も臨床治療の実態とは乖離した乱暴なものである。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、およそ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、慎重な減量と臨床的観察が不要であるとする根拠に、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、臨床的観察の重要性

以上、いわき病院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おり、臨床治療上の実際とはあまりにも乖離している。また、いわき病院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すことはできない。

本裁判は、臨床現場で生じうるリスク配慮の問題が議論されるべきで、机上の期待的推測は裁判の真摯な議論を阻害するため排除されるべきであると考えます。このような精神医学の臨床と乖離した鑑定意見を、精神科臨床医である被控訴人が採用し、反論根拠としたことに驚きを隠しえない。

2) プロピタン中止の影響が本件に与えた影響に対するいわき病院鑑定意見について

プロピタン中止は本件の殺人事件と関連しないとしていわき病院鑑定人は断定している。いわき病院鑑定人の鑑定意見は、一見合理的な説明のように見えるが、その断定根拠とする理論展開においては、臨床治療上に観察し得る薬理学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。いわき病院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。

①、抗精神病薬と効果の個人差

プロピタン等の統合失調症の治療に用いられる薬剤は、抗精神病薬と総称されている。抗精神病薬が作用する場所が脳であり、そのためには脳血液関門を薬剤が通過する必要がある。このため、投与量と脳内薬剤濃度は用量的な正の相関関係は有するものの、個人差が大きいことが知られている。また、プロピタンは、肝臓にて代謝・分解を受けるが、その過程に関与する分解酵素にも個人差があり、投与量と薬剤血中濃度の相関にも個人差があることが知られている。さらに、抗精神病薬の治療効果は、必ずしも投与量に相関せず、ごく少量の抗精神病薬の投与によって、激しい精神症状が劇的に改善する症例もあれば、理論的には有効量をはるかに超えた用量を用いても全く治療上の反応が認められない症例もあり、むしろ実験薬理的推測と臨床的な反応が一致する症例と出会うことは少ない。抗精神病薬の副作用についても同様であり、極めて個人差が大きいことは周知の事実である。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楽観的な観察放棄を許されるものではない。

②、いわき病院鑑定意見と地裁いわき病院鑑定意見の矛盾

高裁いわき病院鑑定人（琉球大学教授）は「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であり、中止後2週間で精神症状が悪化し、本件殺人に至ったとは到底考えられない。」としているが、地裁時の地裁いわき病院鑑定人（千葉大学教授）は「プロピタンは服用が中止されて2週間後の時点は薬効が残存していた可能性がある」従って「プロピタン中止から2週間後の統合失調症悪化による事件発生はない」と意見を述べている。また、高裁いわき病院鑑定人は「プロピタン投与は効果がないほどの低用量だった。」とし、地裁いわき病院鑑定人は「プロピタンは中止後2週間も体内残存して効果を発揮するほどだった」と相反する鑑定意見を述べている。この点について、理論的に全く相反する鑑定意見を同じ医療者（W 医師）が、自身の臨床行為の妥当性を主張する根拠と提示していることは理解に苦しむものである。

③、慢性的アカシジア患者の薬物感受性の臨床的特徴

そもそも、これらの薬剤変更が行われた背景に、加害者であり W 医師の患者である N 氏が、慢性的なアカシジアに苦しんでいたことがある。慢性的なアカシジアが存在し、そのことに患者が苦痛を感じていたこと、またその事実を主治医である W 医師が認識していたことは、一審の審理の中でも事実として認められていることである。アカシジアは、抗精神病薬の副作用として生じやすく、SSRI の減量・中断後の離脱期にも認められやすいことは一般的な精神科臨床医の常識である。本来、投与薬剤の副作用であるアカシジアは、薬理学的理論上は薬剤の影響が消失した後に、アカシジアもまた自然に消失することになる。しかし、実際の臨床においては N 氏のように、薬剤の変更や中止、精神症状の悪化の危険性があるドパミン製剤の投与を以てもアカシジアをコントロールすることができていない。慢性的なアカシジアが存在する患者では、薬剤への感受性の変化が生じている可能性が高く、向精神薬全般への反応性が薬理学的推測と食い違い、時に予想を超えた過敏な反応や全く反応しない無反応などが治療上観察される。時には、原因薬剤の減薬や中断でも、アカシジアの出現や増悪が生じることさえもある。向精神薬の長期的投与や多剤併用の影響と個体要因によって、脳内での薬物感受性が変化を起こすことがその原因ではないかと言われている。このようなアカシジアに関する知見は、1980 代には多数の論文が国内でも報告されており、事件当時の臨床的な常識であった。いわき病院鑑定意見書は、これらの臨床的な前提を無視したものである。

④、アカシジアによる自殺や不穏、衝動的な行為の誘因と経過観察

また、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ったことは言うまでもない。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ことは明らかである。このように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と考えるべきである。

このような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と考えられる。

(4)、デイビース医師団鑑定意見書

鑑定人

カナダ・トロント大学・サイモン デイビース (精神科医師)

オーストラリア・西オーストラリア大学教授・ショーン フッド (精神科医師)

英国・ケンブリッジ・デイビッド クリスマス (精神科医師)

英国・ロンドン・シーアン マクアイバー (精神科医師)

スペイン・ブランカ ボリー・アラマナク (精神科医師)

(注：デイビース鑑定人とアラマナク鑑定人は、事前に西村鑑定人と意見交換を行い、日本国内の実情を確認した。)

いわき病院鑑定意見書に対する反論及びいわき病院の精神医学的かつ精神薬理学的に錯誤があり患者の顔面を見ない精神医療

最初に

デイビース医師、フッド教授及びクリスマス医師は長年にわたり精神医学及び精神薬理学の研究に従事してきた。デイビース医師団鑑定人の3名は、精神薬理学の世界的権威であるブリストル大学デイビッド・ナット教授が指導する精神薬理学研究部門で研究を開始し、SSRI 抗うつ薬の研究に従事し、同薬の作用機序、薬物動態学・臨床特性に関して膨大な研究報告を執筆してきた。例として「抗うつ薬誘導性イライラ (神経過敏) / 不安症候群に関する総合的研究」がある。(Lindsey I. Sinclair, David M. Christmas, Sean D. Hood, John P. Potokar, Andrea Robertson, Andrew Isaac, Shrikant Srivastava, David J. Nutt, Simon J. C. Davies) この研究は 2009 年に英国精神医学誌 (the British Journal of Psychiatry) にデイビース、クリスマス、フッド (Dr Davies with Dr Christmas and Professor Hood) が掲載した。この報告には 49 回の引用実績があり、この分野では国際的に最多の引用実績を有する業績である。また、フッド教授はトリプトファン枯渇に関する世界的権威であり、SSRI 抗うつ薬の作用に重要な役割を果たす脳内伝達物質であるセロトニンをトリプトファンが操る影響を説明可能とした科学的手法を解明している。フッド教授が報告した「急性トリプトファン枯渇；第1部：原理及び方法論 (Acute tryptophan depletion. Part I: rationale and methodology: Sean D Hood, Caroline J Bell, David J Nutt) は 153 回引用された。

(上記業績を達成した後、チームを解散し) デイビース鑑定医師団の3名はブリストル大学を去り、共に英語圏の有名研究機関で昇格した。デイビース医師はカナダ・トロント大学 (カナダの最高学府であり、精神医学研究では世界の上位5大学である)、フッド教授は西オーストラリア大学教授 (精神医学・臨床神経科学部門主任教授) に就任し、またクリスマ

ス医師はケンブリッジに移籍した。デイビースとクリスマスは英国精神薬理ガイドライン協会（BAP）の不安障害治療（Baldwin et al 2014）に関する共同執筆者である。フッド教授は西オーストラリアにおける各種の精神障害治療ガイドラインの指導者（e.g. Western Australian Psychotropic Drugs Committee（西オーストラリア向精神薬委員会）. Antipsychotic Drug Guidelines Version 3 August 2006（抗精神病薬ガイドライン、第3版、2006年8月）and Anxiety Disorders Drug Treatment Guidelines August 2008（不安障害薬治療ガイドライン、2008年8月））である。デイビースとフッドは精神薬理学誌（Journal of Psychopharmacology）の編集委員でもある。私たち3名は研究実績を上げると共に臨床精神医療に従事している。

マクアイバー医師は司法精神医学専門医（Orchard Unit, West London Mental Health Trust；西ロンドン精神医療基金、オーチャード支部）で女性の司法精神医学地位確立に従事しており、標準的司法入院が不十分な段階にあり治療の必要性和危険性が亢進した状態にある女性患者の治療に関する課題の全国的先導者である。アラマナク医師は地裁初期の段階から精神科臨床及び精神薬理学に関して控訴人矢野を指導してきた。本人はBAP（英国精神薬理学ガイドライン協会）のADHD（注意欠如・多動性障害）担当の第1執筆者である。また、マクアイバー医師とアラマナク医師は共にブリストル大学ナット教授の指導を受けて精神薬理学研究を行ってきた。

デイビース鑑定医師団は、精神薬理学者かつ臨床精神医学者としていわき病院鑑定報告書にはいくつかの専門技術的な過誤があると考え。いわき病院鑑定人の過誤が、いわき病院の野津純一に対する治療行動と2005年12月6日における矢野真木人殺人に至ったことの解釈に大きく影響している。デイビース医師団鑑定人は以下の通り考えを述べるが、その前に、いわき病院鑑定意見書は臨床に従事する精神医学者であれば常識の現在の精神薬理学的知識を踏まえておらず、また用語の定義と薬物用量を錯誤していることを指摘する。

1) いわき病院鑑定人は矢野側が主張しないことに反論している

いわき病院鑑定人（琉球大学教授）は、控訴人の主張として「パキシル離脱症状が発現し、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」と述べた。これは、控訴人の見解を極端に歪曲した意見である。控訴人の指摘は「N氏が暴力行為を行う危険性は精神状態が関係し、本人が行った病院職員や第三者に対する放火暴行等の数々の触法行為歴が関連する」というものである。患者が過去の行った危険行動といわき病院の対応を考察すれば、適切な治療的対応を行えば不必要なまで危険性を亢進させない治療的対応が可能であったにもかかわらず、いわき病院は他害の危険性を耐え難い水準まで不必要に亢進させたのである。控訴人は「各種の要素が組み合わされて、原疾患の症状を原因とするよりは、N氏に遙かに大きな精神状態の悪化をもたらした」と指摘している。その要因としてパキシルと抗精神病薬プロピタンの2薬を同時かつ突然に中止したことがある。更に、処方変更の後で殺人行為を行うに至るまでの13日間に、医療スタッフと野津氏の間で顔と顔をつきあわせる接触が無く、病院が暴力行動の発現する危険性に対応する機会を失っていた。プロピタンとパキシルを同時に中止されて、N氏の精神状態に即時的な影響があ

ることは当然予想されたことであるが、それでも、病院からの外出管理は本人が望めばいつでも自由に行える状況のままであった。

同様の論理でいわき病院鑑定人は「プロピタンとパキシルの中止と、原因と結果の相互作用により望ましからざる逆作用（殺人事件）が発生する関連はない」と結論づけた。いわき病院鑑定人は再び矢野側が質問しないことに回答した。いわき病院鑑定人は「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。いわき病院鑑定人は「原疾患の継続症例」が根本原因であるが、「控訴人は「原疾患の継続症例」であることを無視して、投薬管理の変更だけを問題点としていわき病院を非難している」との論理である。しかしながらその論理は控訴人の見解を歪曲したものである。既に述べた通り、控訴人の主張は各種の要因を総合的に指摘しており、また関係する要因の幾つかはいわき病院の管理下にあり病院の努力で変更（介入）が可能であった。控訴人の治療薬剤の中止に関する論理は、「複数の治療薬剤の中止により、患者に精神症状の悪化に至る可能性が高くなる状況は容易に発生し得る」、そして「精神症状が混乱すれば危険行動履歴がある人物の場合には危険性が極めて亢進することになる」というものである。

デイビース医師団鑑定人は「精神科医師であれば誰であってもパキシル 20mg/日とプロピタンを同時に突然中止するようなことは行わない」と確信する。そして、この様な適格性に欠ける処方製薬会社提供の添付文書に明白な違反であると共に、各種の国際的ガイドライン違反でもある。仮に主治医が、N氏のような病状悪化時の暴行履歴を持つ患者に、2種類の薬剤を同時にしかも突然中止する決断をせざるを得ない状況になった場合は、デイビース医師団鑑定人は「精神科医師は患者の経過観察を頻繁に行い、同時に患者に対して病院からの外出許可を制限して、一般市民との交流を制限するべきである」と確信する。11月23日から12月6日までの期間に、精神科医師が継続的に診察し、N氏の精神症状が悪化した時には病院からの外出を制限する措置を取る等の治療的配慮が行われておれば、殺人事件が発生することは無かった。いわき病院鑑定人が「控訴人は治療薬剤の変更だけを殺人の原因とした」として鑑定したことは合理性を欠いた誤りである。更に、いわき病院鑑定人が「原疾患の継続症例」を殺人の原因としたことは単純に過ぎる無益な論理である。そもそも、統合失調症患者が殺人事件の原因者となる事例は極めて希である。統合失調症の治療は有効であり、また危険性が亢進する状況が予見される場合には、危機管理手法が功を奏し、患者に治療的介入が行われ、同時に患者が危害を加える可能性があれば他の人間との接触が制限されることになる。いわき病院鑑定人は精神科医師ではなく、高血圧症の専門家である。臨床精神科医師としてデイビース医師団鑑定人は、本件に関するいわき病院鑑定意見は失当と指摘する。治療薬剤の変更だけで、もしくは原疾患（統合失調症）だけで殺人事件が発生することはない。殺人事件は、単一の要因を原因として確定することは困難で、多数の要因が関係する錯綜した状況で発生する。それ故、患者に關係する治療的側面のいかなる要素が危険性を亢進したか、または低下したかを確認することが必要である。

2)、いわき病院鑑定人は「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

いわき病院鑑定人の意見は薬理的に非現実論である。このいわき病院鑑定人の主張は二要素に分割可能である。

2-1)、パキシルは鎮静化を目的として三環系抗うつ薬に置換された

2-2)、突然の中止ではない

パキシルの基本的な薬理作用はセロトニン・トランスポーター阻害作用であり、化学物質であるセロトニンの可給性を増加させると考えられており、この選択的な効果を持つものとして 1970 年代に設計された薬剤である。これに対して、アミトリプチリンは 1950 年代に抗うつ薬として確認された初期の薬剤である。この薬は選択的化学的機能を持つようには設計されておらず、脳内で、ノルアドレナリン、セロトニン、アセチルコリンやヒスタミン等多数の化学系に影響を及ぼす薬剤である。

上記の 2-1) のいわき病院鑑定人意見のように、パキシルからアミトリプチリンに変更することによって、アミトリプチリンが鎮静の主要な化学的作用を持つヒスタミンに影響を与えるために、鎮静化を期待できると主張することは可能ではある。しかしながら、いわき病院鑑定人意見 2-2) は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、セロトニン・トランスポーター阻害・平衡解離定数 (equilibrium dissociation constant) は 0.08 単位である。パキシルはアミトリプチリンのセロトニン阻害・平衡解離定数 3 単位より極めて弱い親和性しか持たない。これはパキシルのセロトニン・トランスポーターとの結合力、すなわち化学物質セロトニン処理量はアミトリプチリンと比較すると、 $3/0.08=37.5$ 倍であることを意味している。更に世界保健機関 (WHO) の日量投薬量換算表 (http://www.whocc.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。従って、パキシルに交換されたアミトリプチリンのセロトニン・トランスポーター機能は 37.5 分の 1 でしかなく、投与量は同等量の 7.5 分の 1 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と言える。

いわき病院鑑定人はアミトリプチリンを鎮静化目的に追加したと主張することは可能であるが、「突然の中止ではない」と主張したことは完全な間違いである。パキシルは突然中止されたが、添付文書と国際的に承認された手法から逸脱である。仮に、セロトニン・トランスポーター機能が同等量で置換されていたのであれば、突然の中止を問題にするところではない。しかしながら、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。これまでもデイビース医師団は鑑定意見で述べたことであるが、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。(e.g. Anderson IM, Nutt DJ, Deakin JFW et al (2000) Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 (エビデンスに基づく抗うつ薬によるうつ障害治療ガイドライン、1993 年版) British

3)、パキシル処方量は少なかったは間違い

パキシル (製薬会社研究論文、P.30) (<http://www.gsk.ca/english/docs-pdf/product-monographs/Paxil.pdf>) によれば、うつ症状に対して「成人常用量：パキシル(PAXIL®)は 20mg/日から開始し、通常の場合、20mg/日量は最適水準」とある。強迫性障害 (OCD) 患者の場合は「パキシル (PAXIL®)は 20mg/日量から始め、強迫性障害 (OCD) ではパキシル (PAXIL®) 40mg/日を推奨」とある。

これまでパキシル 20mg/日量は最も一般的な処方量であるとされてきた。(Price, J.S., Waller, P. C., Wood, S.M., et al (1996)) セロトニン再取り込み阻害剤 4 薬物は中止症状等に関連して比較安全試験が行われている。プライスらにより、1992-3 年国際医療統計資料に基づいて、20mg/日量の処方が 79%、30mg/日量処方が 10%、40mg/日量処方がわずか 7%であることが明らかになった。(British Journal of Clinical Pharmacology, 42, 757-763.) シンガポールで行われた調査によれば、第三次ヘルスケア施設 (治療がより困難となり通常よりも多い薬物量が必要とされる患者が治療を受けている) では患者 55 人のパキシル平均投薬量は 22.6mg/日であった。(Xie F, Tan CH, Li, SC, Human Psychopharmacology Clinical and Experimental 2005; 20; 459-6) 従って、最も処方量が多くかつ平均薬物用量に近似しているパキシル 20mg/日投薬量を、いわき病院鑑定人が投薬量としては少ない量で生物学的活性も低いと主張したことは、極めて滑稽である。

ところで、臨床精神医学誌 (the Journal of Clinical Psychiatry : 国際的に最高水準の精神医学誌) に「パキシルの最適処方量」(Dunner DL & Dunbar GC. J Clin Psychiatry. 1992 Feb;53 Suppl:21-6.) という高い信頼をおける論文が掲載されている。この論文では、うつ病治療目的のパキシルによる治療計画はいくつかの個別の投与研究と世界的な臨床試験データベースの解析を元に確立に至ったことが述べられている。パキシルの導入開始量は、同時に最低有効量でもあるが 20mg/日である。同時にほとんどの患者の場合 20mg/日量は最適量でもある。導入開始から 1~3 週間で十分な効果が見られない患者の場合には、10mg 量を 1 週間以上の期間を置いて 50mg/日量を限度として増量できる。投薬は 1 日 1 回とし、通常は朝に服用する。高齢者の場合にはパキシル投薬量は 20mg-40mg である。強迫性障害 (OCD) 患者の場合には、58%の患者に 20mg/日量で臨床的反応が見られ、70%の患者で 40mg/日量で有効と報告されており、強迫性障害の場合は 40mg/日量が投薬目標となる (Hollander et al, 2003)。

Ruhe ら (パキシル投薬量の増加が大うつ病性障害に効果的でない証拠：セロトニン・トランスポーター占有率の影響評価に関する無作為試験、精神神経

薬理学誌、Neuropsychopharmacology.2009Mar;34(4):999-1010.doi:10.1038/npp.2008.148.Epub 2008 Oct 1) の報告によれば、SPRCT (Single-photon emission computed tomography) スキャンに基づいて評価されたセロトニン・トランスポーター受容体占有率は 20mg/日量の投薬量を増やしても増加せず、パキシルの増量とプラセボ導入に違いは見られなかった。従って、大多数の患者の場合には 20mg/日量を増加することに生物学的有利性はない (なお、少数の患者では投薬量の増加で効果が見られることがある)。パキシルは 20mg 量で、最大の生物学的効果を発現することが可能である。

デイブ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している。その上で、上述の研究報告に基づけば、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のである。従って、いわき病院高裁鑑定人が主張した「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非常に一般的な投与量の指標でもある。仮に強迫性障害 (OCD) に最適量でないとしても、十分なパキシル投薬量である。

いわき病院鑑定人に対する反論で最も重要な点は、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いるという事実である。前記の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ことが明らかになっている。残りの患者は最終投薬量が 20mg/日より多いか少ないかであり、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) はいわき病院鑑定人の「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

臨床薬理学者であるいわき病院鑑定人はパキシル離脱症候群を半減期 (いわき病院鑑定人は半減期を 15 時間としたが、製薬会社は 24 時間としている (<http://www.gsk.ca/english/docs-pdf/product-monographs/Paxil.pdf>)) から推定することを試みた。この論理はほぼ全ての薬剤に当てはまるが、パキシルには適応しない。パキシルに適応しないことはパキシル中止を特集した権威ある文献を検討すれば一目瞭然である。影響力が高い評論誌である英精神薬理学誌 (British psychopharmacologists) でハダードらは「パキシル中断症状は通常の場合抗うつ薬中止後に数日で発現し、開始後 1 週間以上継続する」と述べている。(Haddad P, Anderson I, Recognising and managing antidepressant discontinuation symptoms. Advances in Psychiatric Treatment : 抗うつ薬中断症状の診断と対処方法、精神医学治療の進歩(2007). 13: 447-457)。パキシル中止の悪影響に関する報告 160 件に基づけば、中断症状は通常 2 日後に発現し、4 日以内の発現率は 86%、また 1 週間以内では 93%であった (Price, J.S., Waller, P. C., Wood, S.M., et al (1996))。セロトニン選択的再取り込阻害薬 4 剤の使用

比較研究事例として中断症状も報告されており、1週間以後の発現率は7%であった (British Journal of Clinical Pharmacology, 42, 757-763.)。

中断症状の持続時間に関してハダードらは「抗うつ薬中断反応の多くは、発現後1日から3週間で突然解消する」と述べている。プライスらの研究によれば、パキシル中断症状を治療されなかった71例の平均継続期間は8日であり、継続期間は1~52日であった。

いわき病院鑑定人のパキシル中止後の後の経過に関する意見に対してデイブース医師団鑑定人は明確な間違いを2点指摘する。第1点は、いわき病院鑑定人は半減期を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。いわき病院鑑定人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、前述のハダードらの意見及びプライスらが研究した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点として、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。明らかに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り、さらに、中断症状の持続期間に関しては(パキシルの体外排泄に要する期間と)何の関連性もない。

N氏の事例に関連して、デイブース医師団鑑定人が推計したところ(プライスの報告の後の1996件のデータに基づく)、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、殺人事件の発生に蓋然性がある。また、N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、デイブース医師団鑑定人はこの期間にどのようにN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。

抗うつ薬の中止は、(抗うつ薬に)特有の中断症候群に加えて、抗うつ薬で治療していた疾病の症状を再燃させる危険性があること忘れてはならない。パキシルはうつ病、全般性不安障害、パニック障害そして強迫性障害(OCD)に効果を持つが、中止後13日間を経過しており、抗うつ薬の中止が強迫性障害(OCD)の症状を再発させていた可能性がある。全般性不安障害、パニック障害やうつ病なども不安やうつ症状を付加するほど診断基準を満たすには至らないまでも、パキシルによる不安やうつ症状への治療効果も同時に消失していた可能性が高い。この現象は反跳現象(リバウンド)として知られている。反跳現象による症状群の発現はパキシル中断症状より遅れて生じるが、それはパキシル中止によって抗うつ薬要求性が逆転することにより複雑な分子的变化が引き起こされることに起因する。(Bhanji NH, Chouinard G, Kolivakis T, Margolese HC (2006) "Persistent tardive rebound panic disorder, rebound anxiety and insomnia following paroxetine

withdrawal (パキシル中止に起因するパニック障害の持続的遅発性反跳現象および不安、不眠の反跳現象について) : a review of rebound-withdrawal phenomena : 離脱と反跳現象に関する反跳現象評価報告書". Can J Clin Pharmacol 13 (1): e69-74.)

更に、パキシル突然中止に伴う上述の問題の全ては、抗精神病薬の中止と同時であった。デイビス医師団は既にパキシルと抗精神病薬の同時中止で患者に対して 2 種類の薬剤の変更は累積的な影響を及ぼすと指摘した。総括すれば、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

デイビス医師団鑑定人が既に指摘したことであるが、抗精神病薬を中止する問題により興奮や他害攻撃性などを伴う精神病症状の再燃が起り得ることである。私たちが指摘したとおり、複数の研究者により、抗精神病薬の突然中止で徐々に削減するよりは精神病症状の危険性が増加するという調査成績がいくつか報告されている。(Ref 1: Viguera AC, Baldessarini RJ, Hegarty JD, et al. Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. Archives of General Psychiatry. : 抗精神病薬維持療法における突然中止と漸減の臨床的危険性、総合精神医学選集誌) 1997;54:49-55, Ref 2: Moncrieff J, Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. Acta Psychiatr Scand. : 抗精神病薬の中止は精神疾患の再燃を引き起こすか? 精神疾患の急速な出現 (過感受性精神病) と中止に伴う再燃、スカンジナビア精神医学誌 2006;114:3-13)。

プロピタンのような低力価の抗精神病薬も不安、静止不全やアカシジアのチョーナードら (Chouinard et al) (Withdrawal symptoms after long-term treatment with low-potency neuroleptics. 低力価鎮静剤で長期間治療した後の離脱症状 Chouinard G, Bradwejn J, Annable L, Jones BD, Ross-Chouinard A. J Clin Psychiatry. 1984 Dec;45(12):500-2.) とダフレンスら (Dufresne and Wagne) (Antipsychotic-withdrawal akathisia versus antipsychotic-induced akathisia: further evidence for the existence of tardive akathisia. 抗精神病薬の中止に伴うアカシジアと抗精神病薬によるアカシジア : 遅発性アカシジアがある証拠、Dufresne RL1, Wagner RL. J Clin Psychiatry. 1988 Nov;49(11):435-8) が報告した中断症状を引き起こすことがある。しかしながらこの効果がある証拠は以下の理由で必ずしも広く認識されているわけではない。

- a)、パキシル中断症候群
- b)、パキシル中止による既存症状の再燃 (リバウンド)
- c)、抗精神病薬の中止による精神症状の再発

それ故、抗精神病薬中止に関するデイビス医師団のコメントは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）があったとなる。従っていわき病院鑑定人の「（プロピタンの）中断症状の報告はない」という見解は我々の意見と相容れない。我々は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るために精神症状が悪化することを指摘している。また、いわき病院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（下記の第 6 項を参考のこと；WHO 世界保健機関はプロピタン 150mg/日量はハロペリドール 6mg/日に相当し、薬理的に非常に重要な投薬量であり、高いドパミン 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）。

いわき病院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、治療中であつた病状が悪化するという点である。パキシル中止と殺人事件の発生までの 13 日間は、上述の 2 つの機序により N 氏の精神症状に変化を引き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ことを深慮すべきである。N 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、N 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こと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を見出せない。

5)、Cross tapering に関する理解の間違い

いわき病院鑑定人の「Cross tapering は適切に行われた」という見解は間違いである。Cross tapering の定義に基づけな、以下の手順は間違いである。

- a)、パキシルの突然かつ完全な中止を行ったこと
- b)、少量のアミトリプチリンを導入したこと

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（Taylor, Paton and Kapur, Eleventh Edition, 2012）（英語圏諸国では臨床薬理学教科書として権威がある）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、同時に代替薬をゆるやかに増量する。

と定義と説明がある。

パキシル 10mg 錠は幅広く用いられている（パニック障害の開始量として用いられる）。また 5mg 錠の処方 10mg 錠を分割することで、削減が困難な場合に一般的に行われる。W 医師が Cross tapering を本当に意図していたのであれば、薬用量を徐々に削減することが可能であった。アミトリプチリンを小量で開始したことは理解できるし、これはモーズレーの第 2 定義に当てはまる。しかしながらアミトリプチリンの処方量 10mg は承認さ

れた最低処方量 75mg/日の 1/7.5 である。この様な少量ではパキシル中断症状を軽快する効果を期待できない（既に述べたとおり、アミトリプチリンはセロトニン・トランスポーターとの親和性が 37.5 / 1 である）、しかも WHO データ (http://www.whooc.no/atc_ddd_index/) に基づけば、パキシルの薬量の 7分の1程度（WHO によればパキシル 20mg はアミトリプチリン 75mg に相当する）であるため、アミトリプチリンのセロトニン再取り込み阻害効果（定常状態に達した後）はパキシルの 1/280 程度である。これほどの低用量のアミトリプチリンでは再燃に対応できない（アミトリプチリン 10mg は抗ヒスタミン効果で鎮静効果を期待できるが、最低治療薬用量 75mg/日と、標準量 150mg/日から遙かに低い投薬量である）。更に、N 氏が全般性不安障害や強迫性障害で苦しんでいたのであればアミトリプチリンの効果を期待できるが、他の障害に対して有効であるというエビデンスは存在しない。

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。しかし、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。アミトリプチリンの導入はパキシルに無い鎮静化を目的としていたが、アミトリプチリンではパキシルの強迫症状、不安症状及びうつに対する効果は期待できない。**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し、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。従って、いわき病院が行った手法は **Cross tapering** の定義から逸脱したものである。

いわき病院鑑定人が **Cross tapering** がパキシル 20mg（第 3 項で論じたとおり、一般的には最適薬量であり、生物学的活性も最大である）から 0mg への突然削減に関連して適切に行われたと確信するのであれば、いわき病院鑑定人は **Cross tapering** の定義を自らの都合で改変したことになる。英語の「**cross**」は第 1 薬を初期量から徐々に削減し、同時に第 2 薬を徐々に増量して治療効果のある水準にまで高めることであり、その過程で投与薬用量の「交差」が行われることである。パキシルは突然中止されており、N 氏に対する治療は **Cross tapering** と言えないものである。

6) 抗精神病薬の基本薬用量に関する理解間違い

いわき病院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、デイビース医師団鑑定人はいわき病院鑑定人の投薬量換算を認めない。いわき病院鑑定人は換算係数を間違えている。

デイビース医師団鑑定人は WHO のデータ (http://www.whooc.no/atc_ddd_index/) に基づくが、これは国際的に承認された数値であり、WHO の薬剤統計協力センターのウェブからデータを容易に入手可能である。WHO データベースに基づけば、全ての薬品の DDD 値（確定日薬量）を公開しており、「DDD は各薬剤当たりの平均日維持量であり、成人に対する至適用量として用いられる」ものである。WHO データベースはハロペリドール

ルの経口薬用量 DDD を 8mg、対するプロピタンの DDD を 200mg と明確に定義している (http://www.whooc.no/atc_ddd_index/?code=N05AD05)。従って、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、いわき病院鑑定人が主張したハロペリドールの最大量と同量である(いわき病院鑑定人はハロペリドールの適用範囲を 3mg-6mg/日とした)。

生物学的にハロペリドールの日量 4mg はドパミン D2 受容体拮抗作用の最適量を達成する値である (Exploration of Optimal Dosing Regimens of Haloperidol, a D2 Antagonist, via Modeling and Simulation Analysis in a D2 Receptor Occupancy Study : ハロペリドールの最適探索、D2 阻害剤対 D2 受容体拮抗作用分析, Hyeong-Seok Lim et al, Biological Pharm Res (2013) 30:683-693)。従って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 はドパミン受容体拮抗作用最適量よりは過剰な値である。国際基準に従うにせよ、従わないにせよ、いわき病院鑑定人が 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。

7)、いわき病院鑑定人のコメントに反論：「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。」

不幸なことに精神医学が専門ではない薬理学者のいわき病院鑑定人は議論の本質を見失っている。ここでは N 氏の精神状態をより不安定化させる要素が問題である。

デイブース医師団鑑定人は(訳者付記：また、控訴人矢野もそのような主張をした事実はない)「パキシルの中断症状に対して抗精神病薬が制御機序を働かす」ことに全く期待を持っていない。我々はプロピタンの中止が、共有する薬理学的機序によってパキシルの中断症状を直接的に悪化させるという可能性についても想定していない。この点では、いわき病院鑑定人に同意する。しかしながら、私たちは、神経症状をより不安定にさせることにつながる独立した個々の要素が、暴力的行為発現の危険性の増大に加算的に働くことを強調したい。事件に関連した 2 要素もしくはそれ以上の要素は、生物学的にも、薬理的にも関連性を持たないが、暴力行動の危険性は累積的に亢進することがある。従って、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、それにより危険性が累積的に拡大する。パキシルの中止による中断症候群の危険性と、それとは別に独立して再燃の危険性、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する。プロピタンとパキシルの両方を同時に中止したことで、双方の危険性が同時に発現したのである。複合的な暴力行動の危険性は個別の要因が薬理学的に重複するしなにかかわらず増大する。精神疾患が他者を巻き込んだ激しい暴力行為の履歴は、当該患者の暴力行為の危険を増大させる要因である。

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)、パキシル中止により反跳（再燃）症候群の緩和に失敗した可能性がある
- c)、プロピタン中止により反跳（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)、危険性が増大したこと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

(訳者注)

中断症状 (discontinuation symptom) 及び中断症候群 (discontinuation syndrome) は、近年、抗うつ薬の中断時に出現する症状の説明において英国でよく使われる用語である。離脱症候群・退薬症候群 (withdrawal syndrome) は、主にアルコールや麻薬などの依存性薬物の禁断症状を指す用語として使われてきた歴史がある。このため、治療薬の中断 (医学的行為) によるものは、中断症状と別に表現されてきている。しかしながら、日本国内では、中断、離脱、退薬の使い分けは、このようなニュアンスではほとんど行われておらず、同義ととらえて問題はないと考えられる。

従って、「中断症状、中断症候群、離脱症候群、退薬症候群」などの用語は、同義的に読み替え可能である。