

令和4年（ワ）第1880号 損害賠償等請求事件

令和4年（ワ）第22539号 損害賠償請求事件

原告 原告1ほか

被告 東京電力ホールディングス株式会社

第35準備書面

(精神的被害について～蟻塚意見書の総論)

2024（令和6）年9月4日

東京地方裁判所民事第32部甲合議B係 御中

原告ら訴訟代理人

弁護士 井戸謙

弁護士 河合弘之ほか



第1 はじめに～なぜ精神科医の意見書を提出するのか

裁判において、事実を認定するためには経験則によらなければならない。専門的な経験則については、特別な学識経験を備えた者の専門的知識、またはその知識を利用した判断が必要である。

損害賠償事件において原告らの精神的被害の存在について認定を求めするためには、精神的被害の鑑定的作業を行う専門家の判断が必要であることから、蟻塚亮二医師（以下「蟻塚医師」という）の意見書を提出することにした。

第2 蟻塚意見書の信用性について

1 精神的被害について鑑定的な意見を作成する者が備えるべき要件

(1) 他の専門家に求めると同様に、中立で客観的な実証的根拠が求められることは言うまでもない。今日、司法の場において用いられる精神的

被害の評価は、これが外傷のように可視的ではないことから、評価の客観化については研究が重ねられてきている。「患者の問診を鵜呑みにして判断している」と相手方から容易に出されるような批判が当たるような低いレベルにあるものではない。

ただし、鑑定的な診断をする者には、最低限の要件が必要である。司法精神医学に詳しい岩井圭司氏（精神科医師、兵庫教育大学名誉教授）は、①精神医学あるいは臨床心理学全般において基礎的な臨床トレーニングを受けていること。②心的外傷に起因する疾患（PTSD）、解離性障害など）およびストレス関連疾患について、少なくとも数例以上の治療経験を有すること。③心的外傷に起因する疾患及びストレス関連疾患についての疫学、診断、治療についての最近の文献に通じていることの3点を満たしていることが必要であるとする。そして、具体的には①については精神保健指定医と同程度の臨床経験、つまり3年以上の精神科での診療歴を含んで臨床医として5年以上の実務経験を有するものであること、③については、鑑定業務開始後に適宜最新の文献を渉猟すれば足るとしている（岩井圭司「民事賠償裁判における精神的被害の評価」精神科治療学 2002 17（4）P417～424 甲全 403）。

（2） 以上を、蟻塚医師の意見書の記された以下のような自己紹介に照らして見る。次のように記載されている。

「私は 1972 年に弘前大学医学部を卒業し、精神科医として 50 年余を現場で働いてきた。医師となって 32 年働いた青森県弘前市では、統合失調症を持つ人たちの医療と地域生活の向上に取り組み、欧米の精神科リハビリテーションに関する専門書を 5 冊翻訳出版した。また日本精神障害者リハビリテーション学会の設立に世話人として参加した。1985 年から 1997 年まで、弘前市の藤代健生病院長を務めた。1991 年には心理社会リハビリテーション世界会議(WAPR)で「精神障害者の就労に関する常任委員会」委員にアジアからただ一人推挙され、国連や WHO に日本の現状を伝えた。

弘前市で精神科医を務めた 30 年間に、自傷他害の恐れのある精神疾患患者の精神鑑定の依頼はほとんど断らず引き受けた。また検察庁から起訴前の簡易鑑定をしばしば依頼され、年間 5 例程度、少なく見ても 50～70 例ほどを行った。このほかに過労性うつ病自殺や、パワハラによる PTSD の労災認定に取り組んで多数の医学意見書を提出した。

2004 年に沖縄に移住し、戦後 60 余年を経て発症した晩年発症型 PTSD(late-onset PTSD)を日本で初めて発見して発表した(2010 年)。

沖縄で夜間に頻繁に覚醒する高齢者の不眠と多数例、遭遇した。通常精神医学の常識では「うつ病に見られる不眠」である。しかしこの高齢者たちに「うつ病傾向」はなく、むしろ昔の記憶のフラッシュバックや「運転していて急にここがどこかわからなくなる」という解離性せん妄などが見られた。この「奇妙な不眠」の本態を解明するべく大量の海外文献を渉猟した。その結果、ナチスのホロコースト収容所からの生還者の 40 年後の睡眠障害」という米国論文にある不眠と、目の前の「奇妙な不眠」とが酷似していたので、「沖縄戦の時どこにいましたか」と聞いて彼らが子どもの頃に戦場を死体を踏んで逃げ回ったことを突き止めた。こうして沖縄戦による晩年発症型の PTSD を発見したのである。(Jules Rosen and et al., Sleep disturbances in Survivors of the Nazi Holocaust, Am. J Psychiatry1991; 148 : 62-66)

2013 年にはケンブリッジ大学で開かれた「島の戦争研究会」に沖縄戦 PTSD を報告し、2015 年にはヨーロッパ・ストレス・トラウマ・解離学会(コペンハーゲン)で「福島における原発事故後のメンタルヘルス」を報告した。2013 年に福島県相馬市のメンタルクリニックなごみに赴任し、大震災被災者や原発事故避難者の PTSD やストレス性疾患の診療にあたっている。」

(3) 鑑定的意見書の作成者として適格であること

①「精神科医として 50 年余を現場で働いた」というのであり、3 年以上の精神科での診療歴を含んで臨床医として 5 年以上の実務経験を有

し、精神保健指定医でもある。②心的外傷に起因する疾患の治療経験は沖縄戦被害者、東日本大震災被災者、原発事故避難者などの診療にあたっており、「数例」を遥かに凌駕する。③沖縄戦被害者にみられる「晩年発症型の PTSD（高齢になって症状が現れる）」の発見を発表するためには、最新の文献に通じていることは明らかである。

以上のように、蟻塚医師は、診断によって、原告らの精神被害を有効に裁判所に顕出することのできる者である。

2 診断の仕方～原告の自由な陳述を重視すること

鑑定的な診断が、もっぱら原告の主観的な報告にだけ頼り、被害者の主張を鵜呑みにするのであってはならない。しかし、被害者本人の自由な陳述の中に事実の手がかりがある。この自由な陳述を批判的に吟味しなければならないのであり、本人の陳述にじっくりと辛抱強く耳を傾ける必要がある。

おって各原告について述べるが、蟻塚氏は必ず1～2度、直接診察をしている。かつ各原告が作成した詳細な陳述書を踏まえて診断を行っている。

蟻塚医師は、各々の陳述に照らして診断するが、これまで執筆された原告らに関する各意見書を見れば明らかな通り、原告が発した言葉を鵜呑みにすることなく、ときには発言内容とは逆にみえる診断を行っている場合があることもわかる。

3 一般的な診断基準を用いること

(1) 診断病名をつけるにあたっては一般的な診断基準を用いることが必要である。

世界中で汎用されている標準的な診断基準としては、精神障害の診断統計マニュアル DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) と国際疾病分類 ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) がある。

DSM はアメリカ精神医学会が作成する精神障害に関する国際的な診

断基準の1つで、1952年に第1版が出版され、その後改訂を重ねている。その実用性の高さ、わかりやすさなどから、臨床、研究、教育の幅広い分野で用いられている。ICDは「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」で、異なる国や地域から、異なる時点で集計された死亡や疾病のデータの体系的な記録、分析、解釈及び比較を行うため、世界保健機関（WHO）が作成した分類である。

(2) 本件では、これまで2人の原告は、蟻塚氏からPTSDとの認定をされているが、PTSDの診断のためには、「心的外傷体験」（出来事基準）の後に、下記のような症状があらわれることが中核症状となる。

- ①侵入（再体験）：思い出したくない辛い記憶が時折蘇る。悪夢に出る。
- ②過覚醒：神経が張り詰めた状態にあり不眠になる。
- ③回避：必要以上にその出来事を考えないようにする。

(3) 本件原告（被害者）らが、甲状腺がんに罹患した者たちであることから、蟻塚氏は、心的外傷体験（出来事基準）として、がんの宣告あるいはがんの罹患の事実を指摘しており、それによって、各原告に生じた症状を丁寧に診断し、PTSDの認定をしているのである。

(4) ところで、PTSDの心的外傷体験（出来事基準）は、従前、一般には「実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事を体験すること」と捉えられていた。そのため、裁判所もその要件に固執し、「実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事」には当たらない場合であるから、PTSDを認めないとの判断が下される場合も、なおあるのである。

たしかに、PTSDの研究が進んだのは、ベトナム帰還兵の精神症状が特異であったことに端を発することから、当初は「実際にまたは危うく死ぬまたは重症を負うような出来事」の遭遇が要件とされていた。

しかし、その後PTSD症状が発生する心的外傷体験の内容は、それに限らないことが、多くの症例の中で明らかにされてきた。

DSM-IV（第4版1994年）においては、「がんなど命にかかわるほど

の経験」もこの心的外傷体験に当たるとされるにいたっている。したがって、本件でも PTSD の要件（出来事基準）を満たしているとの診断がなされているのである。

(5) がんの罹患・宣告が心的外傷体験にあたることについて

「がんなど命にかかわるほどの経験」が、出来事基準に該当することについては、蟻塚医師自らが「がん」サバイバーであることから、心的外傷体験として、PTSD を罹患するに値するものであることを身を持って体験していることに言及しておく。蟻塚医師は以下のように述べる。

「私は、『多重がん』と呼ばれるがん患者の当事者である。36歳の時に大腸がんで開腹手術を受け、その後も肺がんや前立腺癌、膀胱がん、大腸がんなどを繰り返した。こうして『がん体験』を繰り返して、『今度は死ぬかもしれない』と何度思ったか知れない。同時に自分の『がん体験』を基に精神腫瘍学(Psycho-oncology)について勉強し、がんの生存者で、『いつまで生きるかわからない』『いつ死ぬかわからない』という人たちのカウンセリングも行っている。がん患者の心理的反応や、その手当を研究する精神腫瘍学は、1970年代に欧米でスタートした。私は73年に旧ソ連の病院を訪ねた時にこの学問の存在を知り【がん患者の心因反応について】というロシア語論文を翻訳紹介した(E.F バジンほか、民医連医療誌、1980.11)。1986年に日本精神腫瘍学会が発足した。」と。

このように、がんに罹患するということが、「いつまで生きるかわからない」「いつ死ぬかわからない」という大きな精神的ストレスをあたえるものであり、医学的には抑うつ、不眠、せん妄などの精神症状だけでなく、相互に影響する器質的問題と精神的問題へのケアが必要とされるものであることから、がんの告知が一般的になった1970年代頃より発展してきた比較的新しい分野として、「精神腫瘍科」が国立がん研究センターに創設されたという実態がある。

また、サイコオンコロジー (About Psycho-Oncology) ～「心」の研

究をおこなう精神医学・心理学（サイコロジー＝Psychology）「がん」の研究をする腫瘍学（オンコロジー＝Oncology）を組み合わせた造語～が、「精神腫瘍学」と訳され、1980年代にがん医療における心を専門とする新しい学問として確立された。がんの診断がもたらす精神的ストレスの高さが認知されてきたのである。

- 4 以上述べてきたように、蟻塚医師による原告らの診断は、医師としての実績とともに、自らのがんサババーブとしての経験からも、信用性の高いものであるといえる。

第3 原告らがAYA(アヤ)世代において罹患した精神的被害について

- 1 AYA世代とは、Adolescent & Young Adult（思春期・若年成人）のことをいい、15歳から39歳の患者があてはまる。若者ががんに罹患することによるダメージの大きさは、一般的にも想定できるものであるが、近時、医療の中においても「AYA（アヤ）世代」のがんとして、特殊な配慮を払う必要のあるものとして、国が取り組んでいる。

この年代の患者は中学生から社会人、子育て世代とライフステージが大きく変化する年代であり、患者一人ひとりのニーズに合わせた支援が必要となってくるからである。

- 2 蟻塚意見書においても、「成人期初期には就職して「大人になること」に挑戦すること、現実社会の価値と自分の価値がつながること、社会における自分のアイデンティティの確立」など、この世代にとって社会における自分のアイデンティティを確立するための時期であることを指摘する。また、「PTSDによる回避症状のため浅い対人関係を続けざるを得なくなるが、このことは将来の結婚や家庭を築く課題について否定的な影響を与える」ことを、この年齢の原告に起こる特有の問題として指摘している。

3 厚生労働省は「AYA 世代のがん対策に関する政策提言」¹をおこなっているが、その提言検討の中では AYA 世代のがんゆえに生じている現状を下記のように上げる。

- がん体験は、AYA の将来構想に影響を与える。また、AYA は、同世代の健康な若年者に比べ不安が強い。
- AYA の中でもライフステージによってニーズの傾向が異なる。発症時には認識されていないニーズが、治療後の時間経過とともに新たなニーズとして認識される場合もある。
- 医療従事者はAYA のニーズを十分に認識できていない可能性がある。
- AYA の多くは、意思決定や自己管理に必要な、がん治療の合併症・後遺症およびそれらの生活に対する影響や管理方法について、第三者に説明することが困難と感じている。
- 取り組みが不足している点として、AYA のがん治療後の二次がんの発症や健康上の問題についてのデータが不足している。AYA のがん治療後の長期フォローアップの仕組みは確立していない。ピアサポートのニーズ、家族支援等のニーズが充足していない。等が挙げられる。
- AYA への生殖に関する情報提供と生殖医療との連携は十分ではない

以上のように、AYA 世代のがん患者は、世代的に様々な問題に遭遇しているにも関わらず、それへの解決が施されていないことから、当事者は混沌とした不安と先の見えない将来に翻弄されている実情が、国によっても認識されているのである。

この年代に当たる原告らが、大きな不安や葛藤の中に置かれ苦悩していることは明らかである。

3 妊孕性（にんようせい「妊娠するための力」）についての被害

¹ <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000138588.pdf>

- (1) AYA 世代のがんがもたらす問題点として、がん治療に伴う妊孕性（男女を含む）への影響が指摘されている。治療によって将来子どもができにくくなる、あるいはできなくなる可能性について、厚労省は次のような調査を行っている。

「総合的な思春期・若年成人(AYA)世代のがん対策のあり方に関する研究」によれば、治療中の AYA 世代がん患者の 35.3%、AYA 世代発症がんサバイバー（がん経験者）の 45.5%が、不妊治療や生殖機能に関して悩んでいると回答しており、AYA 世代のがんがもたらす象徴的な問題である。

厚労省は、AYA 世代のがん患者等が希望をもってがん治療等に取り組めるように、将来子どもを授かることができる可能性を温存するための妊孕性温存療法及び妊孕性温存療法により凍結した検体を用いた生殖補助医療等を確保できるように、費用の一部を助成し、その経済的負担の軽減を図るなどの取り組みを行っている（小児・AYA 世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業）。

- (2) しかし、原発事故による被爆が原因でがんに罹患した原告らは、この妊孕性の温存療法によっては、救われないのである。がん治療が妊孕性に影響を与えるのではなく、がん罹患そのものがすでに妊孕性を害してしまっているのである。国ががん手術による妊孕性を問題視するのであれば、原告らの妊孕性への不安は比べ物にならない根本的な不安、あるいは絶望だと言わなければならない。

- 4 国立がん研究センター、国立病院機構、千葉大学医学部附属病院など、多くの病院で AYA 世代のがん患者に対する支援の取り組みが行われており、国立がん研究センターでは「AYA サポートチーム」が設置され、AYA 世代の患者が抱える精神心理的な悩みごとについて、幅広く相談に乗り、不安で落ち着かない、眠れない、憂鬱な気持ちが続いているなどの困りごとや症状緩和のために薬の調整や精神腫瘍医も配しているので

ある。これはとりも直さず、AYA世代のがんにより患者が大きな精神的被害を受けることを国や医療機関が認めている証左である。

第4 総括

ここまで2人の原告についての蟻塚医師の意見書においては、原告らが、甲状腺がんによってPTSDに罹患していることを認定している。

「がん」がPTSDの要件である心的外傷体験（出来事基準）に当たることについては、DSM-IVがそれを認めているのであるが、蟻塚医師は自らのがんサバイバーとしての体験からも優に外傷的体験であることを自覚している。「精神腫瘍学（Psycho-Oncology）」についても学び、当事者のカウンセリングも行っている。医学界としても、がんが精神に大きな影響を与えることから、精神腫瘍学が定着するに至っているのである。

さらに、がんを心的外傷体験（出来事基準）とするPTSDにおいて、被害者がAYA世代に当たる場合には、その被害は人生の重要な部分に関わるものとなり、被害の実態はより大きなものとなるのであることが明らかにされている。

以上