

日弁連総第113号  
2011年(平成23年)1月27日

法務大臣 江田 五月 殿

日本弁護士連合会  
会長 宇都宮 健 児

## 勸告書

当連合会は、東京拘置所に収容中の被収容者である袴田巖氏(以下「本人」という。)に係る人権救済申立事件につき、貴省に対し、以下のとおり勸告する。

### 第1 勸告の趣旨

本人は、妄想性障害に罹患しており、それに対する治療が必要な状態にあるのに、東京拘置所において適切な医療が受けられていない状況に置かれている。また、本人の症状は深刻であり、刑事訴訟法479条1項にいう「心神喪失」の状態にあると認められる。

よって、次のとおり勸告する。

- 1 本人について、死刑の執行を停止するよう命令すること。
- 2 本人について、刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律62条3項に基づいて、刑事施設外の病院に入院させて妄想性障害の治療を受けさせるよう、東京拘置所長に指示すべきこと。刑事施設内において治療をなすべき場合であっても、速やかに東京拘置所から適切な医療刑務所へ移送し、妄想性障害に対して適切な治療を受けさせること。

### 第2 勸告の理由

別紙「調査報告書」記載のとおり。

以上

**東京拘置所死刑確定者心神喪失に関する  
人権救済申立事件  
調査報告書**

2011年1月20日

日本弁護士連合会

人権擁護委員会

事件名 東京拘置所死刑確定者心神喪失に関する人権救済申立事件（2008年度第34号）  
受付日 2009年（平成21年）1月13日  
申立人 西嶋勝彦他23名  
相手方 法務大臣

## 第1 結論

法務大臣に対し、別紙勧告書のとおり勧告することが相当である。

## 第2 申立ての概要

申立人らは、東京拘置所に収容されている死刑確定者である袴田巖氏（以下「本人」という。）の再審請求の弁護人である。申立ての趣旨は、本人について、拘禁反応に罹患しているため、外部の精神科病院への入院が必要であり、それが不可能な場合には医療刑務所への移送が必要である、上記治療の必要性に加えて、再審請求中であり、死刑執行を停止すべきである、というものである。

## 第3 調査の経過

- 1 2009年1月13日 申立受付
- 2 同年1月23日 調査開始
- 3 東京拘置所への照会及び回答の受領  
（発）2009年4月17日→（答）同年5月1日  
（発）同年8月11日→（答）同年9月5日  
（発）同年9月24日→（答）同年10月8日
- 4 2009年5月14日 事件委員会委員が東京拘置所にて本人との面会を申し込むが、本人が面会に応じなかった。
- 5 2010年1月15日 事件委員会委員とC医師が東京拘置所にて本人と面会。
- 6 同年4月1日 C医師から同年3月31日付け意見書を受領。

## 第4 認定した事実

- 1 本人にかかる裁判等の状況  
本件において提出された資料及び本件について公表された判決等の記録によれば、次の事実が認められる。

- (1) 1966年 6月30日 こがね味噌強盗殺人・放火事件発生。
- (2) 同 年 8月18日 逮捕。以後、今日まで刑事施設に収容される。
- (3) 1968年 9月11日 静岡地方裁判所で死刑判決。
- (4) 1976年 5月18日 東京高裁で控訴棄却。
- (5) 1980年 11月19日 最高裁で上告棄却。
- (6) 1981年 4月20日 第1次再審請求申立て。
- (7) 1989年 3月14日 恩赦申立て。
- (8) 1994年 8月 8日 再審請求棄却。
- (9) 2004年 8月26日 即時抗告棄却。
- (10) 2004年 後見開始の審判申立て。
- (11) 2007年 11月 7日 前記後見開始の審判申立事件に関してA医師の鑑定書が提出される。
- (12) 2008年 3月24日 特別抗告棄却。
- (13) 同 年 4月25日 第2次再審請求申立て。
- (14) 同 年 8月11日 B医師の意見書が作成される。

## 2 本人の経歴等

本件において提出された資料及び本件について公表された判決等の記録によれば、次の事実が認められる。

- (1) 本人は、1936年3月10日に出生した。中学校を卒業後、ボクシングを習うようになり、国体にも出場した経験がある。1963年に婚姻し、1964年には長男が出生している。本人は、1962年頃から、強盗殺人・放火事件が発生したこがね味噌に勤務するようになった。
- (2) 1966年に同事件が発生したのちも、本人はこがね味噌で働いていた。前記のとおり、同事件発生から約2か月後の同年8月18日に逮捕された。本人については、捜査段階で自白したという調書があるが、公判廷では一貫して無罪を主張した。
- (3) 1968年に第1審の死刑判決がなされ、本人は直ちに控訴した。控訴審においても無罪主張をしたが、1976年に控訴が棄却された。1980年、最高裁において上告棄却の判決がなされ、同判決が確定した。
- (4) 本人の姉によれば、死刑判決が確定して2週間ほどしてから、本人の精神的変調が始まったとされている。東京拘置所が1992年

に作成して裁判所に提出した準備書面によれば，1984年12月以降，妄想的な言動が見られるようになり，1985年9月以降，実在しない人物の結婚に関する記載をした信書を発信したと記載されている。

### 3 本人の状態に関する医師の意見について

- (1) 本人の最近の精神状態については，本件申立てより以前に，前記のとおり，既に2名の医師による意見書等が出されているほか，後記のとおり，新たにC医師による意見書の提出を受けた。

A医師は，当時，国立精神・神経センター精神保健研究所に属する医師であり，東京家庭裁判所から鑑定の嘱託を受けた者である。その鑑定書は，本人について成年後見申立てがなされたことを受けて，本人の判断能力等を調査する目的で作成されたもので，17ページからなる鑑定書本体と，6ページからなる補充書に分かれている。

同鑑定書の作成にあたっては，当然のことながら，家庭裁判所から提出を受けた一件記録を参照しつつ，2度にわたって東京拘置所内で本人の問診や検査を実施しており，その信用性は高いものと認められる。

B医師は，社団法人日本精神神経学会の法・倫理関連問題委員会に属し，当時，D病院に所属していた。

本人の再審請求弁護士（本件申立人の一人）が，同委員会に対し，本人の状態等について書面で意見を述べるよう依頼したところ，同委員会がB医師を担当者として選任して，同医師によって意見書が作成されたものである。

意見書は，再審請求弁護士である申立人の依頼によって作成されたが，B医師は同委員会の委員として中立的立場で意見書を作成しており，本人あるいは申立人と利害関係を有するものではない。

また，B医師は，弁護士や本人の姉から関係記録の貸与を受けるとともに，本人と実際に面談して意見書を作成しているため，その信用性に疑問を差し挟む余地はない。

なお，同意見書は，全部で47ページにも及ぶ大部なものである。

さらに，本件事件委員会においては，本人の最新の状態を確認

するため、C医師に本人と面接してもらい、意見書の提出を受けた。C医師は、Eクリニックの院長を務める精神科医であるところ、東京保険医協会理事を歴任するなど豊富な臨床経験を有する。

同医師は、前記二つの鑑定書及び意見書の記述も踏まえた上で、本人にも面談して意見書を作成したのであり、これも高い信用性を有するものと認められる。

(2) これら3通の意見書等の結論部分の要旨は次のとおりである。

A医師の鑑定書(2007年10月23日と同月25日に本人と面接。以下「A鑑定書」という。)

本人について、精神の障害があり、それは拘禁反応である。前記症状のため、自己の財産を管理・処分できない。もし拘禁が解かれるならば、その能力を回復する可能性は極めて高い。

B医師の意見書(2007年10月16日に本人と面接。以下「B意見書」という。)

本人は、拘禁反応に罹患しており、誇大妄想、思考障害を呈している。治療を要し、強制的な投薬を含め、精神科病院への入院が望ましいが、それが不可能な場合には医療刑務所への移送が考慮されるべきである。現在は、刑事訴訟法439条1項4号の「心神喪失の状態」に該当する。死刑適応能力を欠いた現状にある。

C医師の意見書(2010年1月25日に本人と面接。以下「C意見書」という。)

本人には、現在、精神障害があり、精神医学的に見て「妄想性障害(誇大型)」または「持続性妄想性障害」に該当すると考えられる。本人の場合、精神的障害に対して行われる薬物療法、生活療法、精神療法などが実際に施行されていないため、その治療予後を述べることはできない。しかしながら、精神障害である以上、通常に実施されるべき治療が必要である。

#### 4 本人の面接時の状況

前記の意見書等の結論要旨のみでは、本人の実際の様子が分かりにくいと思われるので、本人が、医師らによる面接の際、どのような受け答えをしたかについて検討しておく。本人と面接者とのやりとりについては、意見書等の中で比較的詳細な記録が残されているので、可能な限り正確にその一部を引用する。

(1) 本人の氏名、経歴などについて

#### A 鑑定書

「今は、トウカロリ本尊八カマダイワオ、もうひとつは全能の神様。二つの名前持ってるんだね」「(出身地は)ハワイ。(静岡というの)は)ハワイのミコから分裂した。八カマダイワオという人が頑張ったということだね」「勉強して、神の申し子として、儀式中心になっていくという、これに一目散になって、ボクシングをやっていくんだ。・・負けた・・負けたことがない。万戦万勝」

#### B 意見書

「(袴田巖というの)は)儀式名ですね。今は名前が消えちゃってね。トーカロリー本尊袴田巖、それで拘禁されているんだね」「儀式は戦いですからね。それで負けなしで勝ってきたからね。それで名前が増えてきたわけです。世の中で一番偉いということです。」

#### C 意見書

「(名前は)本尊珍力珍着様殿神。世の中を作っている神なんだね。」「(袴田巖という人は)嘘だ。いやせんそんな人はね。」「(ボクシングをやっていたことについて)ボクシングっていうのは、宇宙なんかで・・俺が一番強いから。大きな怪獣とか、鳥とか、そういうのがいっぱいいるんだね。」

### (2) 強盗殺人・放火事件、自己が受けた死刑判決について

#### A 鑑定書

A 鑑定書は、成年後見制度に関するものであるため、事件や判決について本人がどう受け止めているかということについて、直接の質問等がなされた形跡は見られない。

#### B 意見書

「(事件については)あれは書いただけで事件もありゃせんし、逮捕もありゃせんし、袴田巖が頂点で、ミコ様との戦い。分裂してなったということ。魔法の知恵が働いているんだね」「(死刑判決については)あれは書いただけのことであって、こちらは無罪の判決をもらっているんだね。」「知恵というのは死なない。そういう知恵において、これは知恵だからね。死にゃせんわね。世界に女性いっぱいいるし、動物いっぱいいるし。」

#### C 意見書

「(事件については)儀式で書いただけで,殺人事件などない。そんなものありません。私に殺人犯なんて言ったって,そんな世の中ない・・・できるわけがない」「(死刑の判決も)書いただけです。・・・儀式で書いた」「(死刑にされるということは)まあできんな。私の世界・・・全部動かしているんだ。・・・作ってるんだ。世界をね。」

(3) 現在の環境, 処遇状況について

A 鑑定書

「(居場所は)ハワイのここは世界で一番高い・・・そうじゃないが, 100階建て以上のホテルになっているのかな。そのなかの自宅決定で,この中に東京拘置所もあると。(住所は)この, 東京都葛飾区1-35-1のAとなっているね」

B 意見書

「世界中に東京拘置所がある。それを跳び回っているんだ。」  
「儀式で入っている。自分の希望によって入っているんだから。世界を支配しているということで負けたらおしまいなんだ。それで,すべて対抗馬はいない」

C 意見書

「(東京拘置所に来てから)20年です。20年という契約でやっているんだね。20年がやっと終わって,いつ自由,今日なのか明日なのか,なれるのか,という事の段階に入ってるんですね。」「そういう段階で・・・私が自由になれば終わりということですね」「(薬は何か飲んでいますか,という問に対して)栄養剤だね。・・・そういう栄養の錠剤だね。・・・夜に2つ飲むんだ。・・・これは儀式の保証でやっているわけだ」

5 東京拘置所における医療の状況

前記のとおり,本人については強い妄想があると考えられ,3名の医師はいずれも本人に対する治療の必要性を認めているが,本人の現状について,東京拘置所がどのように理解し,どのような処遇を行っているのかについて,当委員会から3回にわたり照会したところ,同拘置所から次のとおりの回答があった。

(1) 本人は,「弄便行動」のような認知症様症状を呈していることが認められるが,食事,更衣,運動,入浴などは自立している。

(2) 2007年9月20日,長谷川式簡易知能評価スケール(改訂版)



を使用して検査したところ，11点（30点満点）であった<sup>i</sup>。

2009年3月21日にCT検査を実施したところ，年齢に比して，全体的にやや萎縮していた。

同年11月19日から，リスペリドン<sup>ii</sup>を就寝前に1回1包（2mg）投薬している。

- (3) 被収容者には週に2回の診察をしているが，本人については，糖尿病の既往もあるので，定期的に血液検査をし，必要に応じて治療をしている。
- (4) 現時点において，外部病院における診断，治療を行うべき病状ではなく，医療刑務所に搬送しなければならない病状はない。
- (5) 恩赦については，1989年6月16日に再審請求弁護人から，1990年12月11日に本人から，それぞれ出願があったが，それに対する回答はなされていない。

## 第5 判断

### 1 本人の病状について

本人の病状については，前記のとおり，本人を直接面接した3名の医師によって，それぞれ意見が表明されている。

まず，A医師，B医師は，本人について，拘禁反応を呈している，という診断をしている。

これに対して，C医師は，「拘禁反応」という用語を用いず，「妄想性障害」または「持続性妄想性障害」であると診断している。その根拠は，「拘禁反応」と診断することが誤りとはいえないものの，「拘禁反応」は一般にその症状が流動的で長続きしない場合が多いと考えられるところ，本人の妄想は長期にわたって持続して体系化されているものであること，国際診断基準には「拘禁反応」という特別の定義が存在しないことにある。

つまり，C医師も，本人の妄想が拘禁状況を背景として発症していることについては間違いのないものと理解しており，その意味では，3名の医師による見解に大きな差異があるとはいえない。

したがって，当委員会としては，もっとも直近にて本人と面談したC医師の見解に依拠し，本人について，拘禁状況を背景とする「妄想性障害」があるものと判断する。

### 2 被収容者の医療を受ける権利

- (1) 一般にすべての市民は健康で文化的な生活を送る権利を有している（憲法25条）。そして、健康な生活を送ることは、個人が尊厳ある生活を送る上での土台であって、憲法13条にもその根拠を求められるものというべきである。
- (2) この理は、刑事施設に収容されている者であっても変わるところはない。むしろ、被収容者は、自己の意思に反して施設に収容されており、自己の健康問題については、全面的に施設に委ねざるを得ないのであるから、施設管理者である刑事施設の長においては、被拘禁者を施設に収容してその自由を奪うことの代償として、被収容者に対し、地域社会一般と同様の医療を提供する義務があるというべきである。
- (3) したがって、被拘禁者が治療を要する疾病等に罹患している場合には、刑事施設の長は、被収容者に対し、速やかに必要かつ十分な医療上の措置を施す義務があるというべきであり、これを怠っている場合には、被収容者の憲法上の権利を侵害しているものといわねばならない。

そこで、以下、本件について、本人が要治療状態に置かれているのか、それに対する東京拘置所の処置が適切であるのかどうかについて検討することにする。

### 3 治療の必要性と可能性

- (1) 本人の状況については、診断名こそ違いがあるものの、それが深刻な精神症状であり、治療を必要とする状況にあることは、各医師が一致して認めているところである。

すなわち、A鑑定書によれば、「もし現在のようなこう留を解かれることがあり、心理的なストレスが完全に除去され、そして現実との接触をとることができるような積極的な働きかけをすることができれば、本人は拘禁反応から比較的速やかに回復することがかなり高い確率で期待できる」とされており、勾留からの解放とカウンセリング的な治療が必要であるとされている。

また、B意見書においては、「拘禁を解き、刑事手続きから完全に解放すれば快癒する可能性が高いが、刑、しかも死刑が確定している者に対する対応としては到底望めまい」として、一次的には拘禁からの解放が有効な対策であるとしつつも、現実的なアプローチが示唆されている。つまり、同意見書では、「精神疾患に対して行

われる治療の大きな部分を占めるのは原因に対する治療というよりも対処療法的な薬物療法および広義の精神療法であり、実はこれでかなりの快癒が見込めるのである。拘禁反応も例外ではない。少なくとも、治療を試みる前から、改善が見込めないと断定する根拠は全くない」とされ、現時点における薬物療法、精神療法がなされるべきであると説かれている。

そして、C意見書では、「精神障害である以上、通常に実施されるべき治療が必要であり、実施されることが精神医学的にも、また人道的観点のうえからも、望ましいものと考えられる」とされている。

このように、本人を診断した医師は、そろって本人に対する治療が必要であると判断しているのであって、その判断を疑うべき事情はない。したがって、本人については、妄想性障害の治療の必要性が認められるものと考えられる。そして、各医師が本人について治療の必要性を肯定しているのは、治療可能性があることを前提としていることは明らかであり、適切な医療が施されることによって、本人の精神障害についての改善が期待できる状況にあるといえる。

(2) 本人には治療を要する精神障害があり、その治療可能性も認められるというのであるから、本人を拘束している東京拘置所としては、ただちに、同人の精神症状を適切に把握し、それに応じた治療を施す義務があるというべきである。ところが東京拘置所長は、前記のとおり、本人の症状を単なる「認知症様」の症状であると理解したうえで、本人に対し、外部病院での診察・治療や、医療刑務所での治療が必要な状況にはないと回答するが、その前提となる本人の症状把握が誤っていることは前記に照らして明らかである。なお、本人に見られる前記のような妄想状態は、前記のとおり1980年の死刑確定のころ（当時の本人の年齢は44歳である）から発現しているというのであって、加齢性の認知症によるものとは認められず、この点において東京拘置所の診断は誤っている。

(3) したがって、現在における東京拘置所の本人に対する医療態勢は、本人が要治療状態にあるにもかかわらず、これに対する必要かつ十分な医療措置を講じていない状態にあるものといわざるを得ず、本人の医療を受ける権利を侵害した状況にある。

#### 4 本人に対する治療の方法について

そこで、さらに進んで、今後、本人に対して、どこでどのような治療がなされるべきであるかという点について検討する。

(1) 本人には妄想性障害について明確な病識がない。したがって、治療を行うとしても、ある程度は強制的な医療とならざるを得ない。そして、本人の妄想が拘禁を背景にして登場していること、妄想の内容も拘禁に関わることが中心であることからすれば、本人について拘禁を解き、心理的なストレスが完全に排除されて現実の接触をとることができるような環境に置かれれば、本人の精神状況が回復することが期待される(「第4 2(2) A鑑定書の結論要旨」参照)。したがって、本人に対する理想的な治療の内容としては、まず拘禁を解き、外部の病院において治療を行うべきであると考えられる。

しかしながら、本人は死刑の確定判決に基づいて拘禁されているのであり(刑法11条2項)、現行法上、法務大臣や東京拘置所長の裁量で拘禁を解くことは期待できない。当委員会としては、後記のとおり、本人は刑事訴訟法478条の「心神喪失」の状況にあり、死刑の執行が停止されるべきであると考えるが、死刑の執行が停止されたとしても、それでただちに本人の身柄が解放されるものではない。

また、前記のとおり、本人については恩赦の出願がなされており、現在、その結論が出ていない状況にある。本人に対する理想的な治療方法としては、拘禁を解いて、外部の病院で治療を継続させることにあると考えられるのであって、そのためにも、恩赦によって本人を釈放することが求められるといえる。しかし、現在のところ、恩赦が実際になされると見込むことは困難である。

そうしてみると、本人の置かれた現在の法的な地位や環境を前提とする限り、ただちに拘禁を解いて外部の病院に入院させることを法務大臣に求めることは困難である。ただし、刑事施設の長は、刑事収容施設及び被収容者等の処遇に関する法律62条3項に基づいて、被収容者である本人を、刑事施設外の病院に入院させることができる。法的な意味での拘禁を解くことはできないとしても、同条項に基づいて、外部の病院に入院させることはできるのであり、いわゆる次善の策として、外部の精神病院へ入院をさせ、同所において専門的な治療を受けさせるべきである。

(2) また、仮に外部病院への入院が認められない場合であっても、東

京拘置所の照会回答に鑑みれば，このまま同拘置所の医師によって本人に対する適切な医療がなされることを期待することはできない。また，本人の妄想性障害は深刻であり，刑事施設の内部で拘禁を続けたまま治療を行わざるを得ないとしても，その治療は，専門的な知識と経験，それに対応したスタッフを有する医療刑務所においてなされる必要がある。

したがって，本人について拘禁を解くことが理想的な治療方法であり，外部病院への入院治療が求められるとしても，現実的にそれが困難である場合には，速やかに医療専門施設である医療刑務所に移送したうえで，専門的な治療をなすべきであると考えます。

なお，八王子医療刑務所には精神疾患を有する受刑者のための病棟があり，「精神科医師が診察と精神医学的面接を実施して，入所したすべての精神疾患受刑者に対して，最初に薬物療法と精神療法を開始します。また，医師の診断に基づき，楽しい行動の中から治療的效果を高めるよう，レクリエーション療法，音楽療法等を行っています」（八王子医療刑務所「施設のしおり」）との案内がなされているため，東京拘置所よりは遥かに高い治療効果が期待できるものと思われる。

被収容者をどの施設に収容してどのような治療を行うかということについては，その権限と責任は法務大臣にある。よって，日本弁護士連合会は，こうした事情に鑑みて，別紙勧告書の勧告の趣旨2のとおり勧告することが相当である。

## 5 死刑の執行を停止すべきことについて

- (1) 本人の現在の精神障害が前記のとおりであるとすれば，刑事訴訟法479条（「死刑の言渡を受けた者が心神喪失の状態に在るときは，法務大臣の命令によって執行を停止する」）にいう「心神喪失」の状態にあると判断される。同条項にいう「心神喪失」とは，死刑の執行に際して自己の生命が裁判によって絶たれることの認識能力のないものをいうと解されており，刑法39条における「心神喪失」とは異なる概念であるとされている（藤永幸治ほか編『大コンメンタール刑事訴訟法第7巻』334頁〔玉岡尚志〕（青林書院，2000年））。

本人は，前記3で検討したように，自らが死刑確定者であることを理解せず，死刑判決そのものについても存在すら否定するような

言動に終始しており，到底，死刑の裁判を理解して裁判によって生命が絶たれることを認識する能力があるとは考えられない。

よって，本人について同条項にいう「心神喪失」の状態にある以上，死刑の執行が停止されるべきであることは当然である。

- (2) 本来であればただちに死刑の執行が停止されるべきである客観的状況があるにもかかわらず，本人については，その措置が取られることなく現在に至っている。したがって，法務大臣の判断次第では，本人に対する治療の有無や経過にかかわらず，いつでも死刑の執行が可能な状態に置かれていることになるが，それが本人に対する極めて重大な人権侵害に該当することは論を待たない。まして，東京拘置所の回答が前記のとおりであり，当局において，本人が重篤な精神障害に罹患しているという判断が欠如している状況のもとでは，死刑執行のリスクは定型的に高いものといわざるを得ない。

そもそも，わが国の死刑の運用において，死刑の確定判決を受けた者に対し，どのような基準で，またどのような順番で死刑執行の命令がなされるのかはまったく明らかにされていない。死刑の執行にあたり，本人の精神障害，精神症状の有無を的確に判断し，疑いのある死刑確定者を執行の対象から除外するというスクリーニングのシステムは，残念ながらまったく確立していない。

2008年10月に採択された国際人権（自由権）規約委員会の所見は，わが国に対して，高齢者，精神障害者への死刑執行に対し，より人道的な対応をとることを求めているが，このことは，まさに，精神障害者が死刑の執行に直面させられることが明らかな人権侵害であることを物語るものである。

そして，わが国においては，過去，例えば川中鉄夫死刑囚や藤間静波死刑囚のように，心神喪失の状況にあることが強く疑われる状況でありながらも，実際に死刑が執行されてきたという経過もある。

このような現状に照らせば，法務大臣に対して本人に対する適切な治療を求めるだけでははなはだ不十分であって，まずは法的にその執行を確実に停止させたいうえで，慎重に治療を行わせることが必要不可欠であると判断する。

よって，申立人が主張する死刑の執行停止を求めるその余の理由（本人について再審請求がなされていることなど）について判断するまでもなく，法務大臣に対し，別紙勧告書の勧告の趣旨1記載の

とおり勧告することが相当である。

(3) なお、当連合会は、2002年11月22日付けで公表した「死刑制度問題に関する提言」において、死刑制度の存廃につき国民的議論を尽くし、また、死刑制度に関する改善を行うまでの一定期間、死刑確定者に対する死刑の執行を停止する旨の時限立法の制定を提唱している。

したがって、当連合会としては、本件に限らず、あらゆる死刑囚について、その執行を差し控えることを強く望むものであることを、改めて述べておく。

以 上

- i 一般的には，11～15点で中程度の認知症，5～10点でやや高度の認知症と判定される。
- ii 添付文書によれば，同薬の薬効薬理として「抗ドパミン作動性（D2）及び抗ヒスタミン（H1）活性と共に顕著な抗セロトニン作動性（5-HT2）活性により，統合失調症の陽性症状及び陰性症状を改善する作用がある。」とされている  
（[http://www.info.pmda.go.jp/downfiles/ph/PDF/230127\\_1179038C1078\\_1\\_10.pdf](http://www.info.pmda.go.jp/downfiles/ph/PDF/230127_1179038C1078_1_10.pdf)（独立行政法人医薬品医療機器総合機構による医薬品医療機器情報提供ホームページより））