

平成30年6月28日判決言渡 同日原本領収 裁判所書記官

平成29年(ネ)第322号 損害賠償請求控訴事件

(原審:名古屋地方裁判所平成25年(ワ)第5249号)

口頭弁論終結日 平成30年3月13日

判 決

名古屋市緑区滝ノ水2丁目1702番地の11

控訴人兼被控訴人(1審原告) 多 田 雅 史

(以下「1審原告」という。)

同訴訟代理人弁護士 柴 田 義 朗

同 高 岡 伸 匡

大阪府吹田市藤白台五丁目7番1号

被控訴人兼控訴人(1審被告) 国立研究開発法人国立循環器病研究センター

(以下「1審被告」という。)

同代表者理事長 小 川 久 雄

同訴訟代理人弁護士 小 原 望

同 古 川 智 祥

同 増 田 哲 也

主 文

- 1 本件各控訴をいずれも棄却する。
- 2 1審原告の当審における拡張請求を棄却する。
- 3 1審原告の控訴費用及び当審における拡張請求に関する訴訟費用は1審原告の負担とし、1審被告の控訴費用は1審被告の負担とする。

事 実 及 び 理 由

第1 当事者の求めた裁判

1 1審原告の控訴

(1) 控訴の趣旨

ア 原判決を次のとおり変更する。

イ 1審被告は、1審原告に対し、1億6911万8029円及びこれに対する平成16年7月14日から支払済みまで年5分の割合による金員を支払え（1審原告は、当審において、原審における1億6012万3224円の損害賠償請求を、このように拡張した。）。

ウ 訴訟費用は、第1、2審とも1審被告の負担とする。

エ 仮執行宣言

(2) 控訴の趣旨に対する答弁

ア 1審原告の控訴を棄却する。

イ 1審原告の当審における拡張請求を棄却する。

ウ 当審における訴訟費用は全て1審原告の負担とする。

エ 仮執行免脱宣言

2 1審被告の控訴

(1) 控訴の趣旨

ア 原判決中、1審被告敗訴部分を取り消す。

イ 上記取消しに係る部分の1審原告の請求を棄却する。

ウ 訴訟費用は、第1、2審とも1審原告の負担とする。

(2) 控訴の趣旨に対する答弁

ア 1審被告の控訴を棄却する。

イ 控訴費用は1審被告の負担とする。

第2 事案の概要

- 1 本件は、浮動性めまい（非回転性めまい）の症状を訴えて、1審被告が開設する病院（以下「1審被告病院」という。）で通院治療を受けた1審原告が、ベンゾジアゼピン系薬物依存となって重篤な離脱症状を生じたのは、1審被告病院の医師が、①ベンゾジアゼピン系薬物を適応のない症例に投与しない注意義務に違反し、②ベンゾジアゼピン系薬物の総投与量を管理すべき注意義務に

違反し、③離脱症状を回避する適切な減薬・断薬方法を実施すべき注意義務に違反し、④ベンゾジアゼピン系薬物の性質及び副作用等に関する説明義務に違反したからであると主張して、1審被告に対し、上記医師の不法行為に係る使用者責任又は診療契約上の債務不履行に基づく損害賠償請求として、損害額合計1億6012万3224円（損害額1億4556万6568円と弁護士費用1455万6656円の合計額）及びこれに対する不法行為日である平成16年7月14日から支払済みまで民法所定の年5分の割合による遅延損害金の支払を求めた事案である。

原審は、上記④の説明義務違反があるとして、同説明義務違反と相当因果関係のある損害額合計117万7330円及びこれに対する遅延損害金の支払を求める限度で1審原告の請求を認容したところ、1審原告及び1審被告の双方がそれぞれ控訴するとともに、1審原告は、当審において、上記1億6012万3224円の損害賠償請求を1億6911万8029円（損害額1億5374万3663円と弁護士費用1537万4366円の合計額）の損害賠償請求に拡張した。

以下、略語は、特に断りのない限り、原判決の例による。

## 2 前提事実及び一般的医学的知見

(1) 前提事実及び一般的医学的知見は、次の(2)のとおり原判決を補正するほかは、原判決「事実及び理由」の「第2 事案の概要等」の2及び3に記載のとおりであるから、これを引用する。

### (2) 原判決の補正

ア 原判決2頁13行目の「証拠」の次に「（枝番号のある証拠については、特記しない限り、枝番号の全てを含み、以下においても同様とする。）」を加える。

イ 原判決3頁22行目の「甲B1」の次に「（平成14年12月発行）」を加える。

ウ 原判決4頁15行目から16行目にかけての「甲B52, 乙B24, 26の1」を「甲B52(平成26年10月発行), 乙B24(平成17年7月発行), 26の1(平成20年3月発行)」に改める。

エ 原判決4頁17行目の「甲B7, 92」を「甲B7(平成15年5月改訂), 92(平成26年3月改訂)」に改める。

オ 原判決4頁26行目から5頁1行目にかけての「甲B2, 54」を「甲B2(平成24年10月改訂), 54(平成26年2月改訂)」に改める。

カ 原判決5頁9行目の「甲B4」の次に「(平成24年4月改訂)」を加える。

キ 原判決5頁15行目の「乙B1」の次に「(平成26年1月改訂)」を加える。

### 3 本件の争点及び争点に対する当事者の主張

(1) 本件の争点及び争点に対する当事者の主張は、次の(2)のとおり原判決を補正し、4のとおり当審における当事者の主張を加えるほかは、原判決「事実及び理由」の「第2 事案の概要等」の4及び5(1)ないし(5)に記載のとおりであるから、これを引用する。

#### (2) 原判決の補正

ア 原判決14頁11行目の「甲B50の1」の次に「(平成11年6月発行)」を、12行目の「徳倉達也医師」の次に「(以下「徳倉医師」という。)」をそれぞれ加える。

イ 原判決20頁18行目の「林内科」を「林内科クリニック」に改める。

ウ 原判決21頁4行目の「本郷仁医師」の次に「(以下「本郷医師」という。)」を加える。

エ 原判決21頁17行目の「被告病医院」を「1審被告病院」に改める。

オ 原判決22頁4行目の「DMS-IV-TR」を「DSM-IV-TR(精神疾患の診断・統計マニュアル(新訂版, 平成16年1月発行)。甲B1

3)」に改める。

カ 原判決23頁16行目の「徳倉達也医師」を「徳倉医師」に改める。

キ 原判決25頁2行目の「精神障碍者手帳」を「精神障害者手帳」に改める。

#### 4 当審における当事者の主張

##### (1) 1審原告の補充主張

###### ア 本件に関する医学的知見について

厚生労働省医薬・生活衛生局安全対策課長が平成29年3月21日に発した「催眠鎮静薬、抗不安及び抗てんかん薬の「使用上の注意」改訂の周知について（依頼）」（甲B247）により、BZ系薬物44種類の医薬品添付文書の大改訂が行われたところ、その主な趣旨は、①常用量依存の存在が認められたこと、②常用量依存の状態下においてBZ系薬物の急激な減少又は投与の中止により離脱症状が現れることがあることが認められたこと、③脱抑制による自殺企図、刺激興奮又は錯乱等のBZ系薬物特有のいわゆる奇異反応が、特定の既往症を有する限られた患者だけではなく、あらゆる投薬患者で現れる可能性があることが認められたことにあるから、ランドセンによっては薬物依存も離脱症状も生じないとしてきた1審被告の主張は全て瓦解している。

原審の判断は、改訂前のBZ系薬物の医薬品添付文書における古い医学的知見を前提とするものであるから見直されるべきである。

###### イ 松本俊彦医師（以下「松本医師」という。）の意見書（以下「松本意見書」という。乙B29）の評価（争点(2)、(3)及び(5)）について

医学的な専門家の判断の結果としての鑑定意見（私的鑑定意見書による意見を含む。）の評価に当たっては、①症状の経過・検査結果の推移を踏まえた判断となっているか否か、②一般的な知見としての医学文献等との整合的な説明が具体的にできているか否かが考慮事実として重要とされて

いる。

そして、原審は、大江医師の注意義務違反及びランドセン投与によって1審原告に発生した損害に関しては、松本意見書に依拠して、依存症の閾値及びジアゼパム換算（争点(2)）、ランドセンの減薬方法に関する注意義務違反（争点(3)）、ランドセン投与と平成18年4月以降に生じた1審原告の症状との間の相当因果関係（争点(5)）を否定したが、以下のとおり、松本意見書は1審原告の治療経過を踏まえた判断となっておらず、一般的な医学的知見とも相反するので、信用性に乏しく、原審は証拠の評価を誤ったものである。

(ア) 1審原告の症状の経過・検査結果の推移等の具体的事実を踏まえた意見となっているか

松本意見書は、1審被告代理人の作成した「被告病院における診療経過一覧表」（乙B31）及び「前医・後医の治療経過一覧表（乙B32）」（以下、これらを併せて「本件診療経過一覧表」という。）に基づいて作成されたものであり、1審被告病院の診療記録、前医・後医の診療記録等を踏まえて作成されたものではないため、1日当たりジアゼパム換算80mgのランドセンが投与されたこと、総投与量がジアゼパム換算2万8500mg（少なくとも1審被告病院において2万3000mg以上）で、依存症の閾値とされる2700mgを大幅に超えていることについて、松本意見書においては全く言及されておらず、投薬の経過についての検討が行われたとはいえない。

また、1審原告にうつ病等の精神疾患が存在しないことは、東邦ガス診療所、こころの医療センターの診療記録からも明らかであり、前医の診療記録にも1審原告がうつ病であったことを証明する資料は存在せず、東邦ガス診療所の徳倉医師及びこころの医療センターの東医師は、1審原告の病態はうつ病等の精神疾患ではなく、BZ系薬物の依存・離脱と

の意見を述べているのである。このように存在しない1審原告の精神障害について松本医師が執ように言及しているのは、松本医師が前医・後医の診療記録を精査することなく、上記「前医・後医の診療経過一覧」のみに基づいて意見を述べているためにほかならない。

さらに、松本医師は、平成17年5月9日に大江医師が1審原告に服用を指示した量を2mgであるとする上記「被告病院における診療経過一覧表」記載の事実に基づいて、減薬方法がごく一般的なものであり、特に問題を感じないとの意見を述べるが、実際には、同日の段階で1mgまで減量しており、仮に2mgまでの減量であったとしても、ジアゼパム換算で1日当たり40mgの過大な減量用量となり、この点が減量の適否の判断では最も重要であるにもかかわらず、わい曲された事実に基づいて意見が述べられている。

(イ) 医学的な一般的知見と意見が整合しているか

a 常用量依存と薬物依存

松本意見書は、薬物依存を診断するには、渴望にさいなまれるなどの精神依存の存在が必須とするが、BZ系薬物は身体依存を形成する薬物であるとされ（甲B195）、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（以下「PMDA」という。）の平成29年2月28日付け調査結果報告書（以下「本件調査結果報告書」という。甲B246）は、BZ系薬物の常用量依存、それに随伴する離脱症状及び奇異反応が存在することを認めているから、松本意見書は明らかに本件調査結果報告書と異なっている。

また、松本医師は、公刊された論文（甲B21、平成25年6月発行）における意見において、患者の精神依存とは関係なく依存が発症することを認め、BZ系薬物の奇異反応である脱抑制による衝動性、攻撃性等の危険性を指摘しているものであり、松本意見書の意見と矛盾

している。

本件においては、大江医師によるランドセンの大量投与が争点であることは明らかであるにもかかわらず、この点について言及しないまま、医療界でもいまだ受け入れられていない「薬物依存」の定義を操作することによって、薬物依存が生じる可能性は低いとする松本意見書は、誠実性の観点から問題がある。

b ジアゼパム換算

松本意見書は、BZ系薬物の投与量をジアゼパム換算で管理しなければならないという知見は医学的知見として確立されていないとする。

しかし、ジアゼパム換算は、カプラン臨床精神医学テキスト（甲B252、平成28年5月発行）、アシュトンマニュアル（甲B255、平成14年8月改訂。ただし、日本語での公開は平成24年8月である（乙B33）。）等においても広く採用されているもので、これに代替する換算方法は存在せず、松本医師も、自らの論文（甲B192、平成24年4月発行）ではジアゼパム換算により処方量を算出しているものであり、松本意見書と異なっている。

そもそもBZ系薬物の力価の強度は、BZ系薬物の開発段階から想定されているもので、共通の化学構造による抗不安、催眠、鎮静、抗けいれん作用の効果に加えて、その効果ごとの強度の増減を目標に開発されたものであるから、当然、各BZ系薬物において目標とする効果ごとに強度が異なり、その力価差を評価する尺度が必要不可欠であるため、基準薬物のジアゼパムに等価換算する方法が採られてきた（甲B38、平成11年7月発行）。

このようにBZ系薬物の使用に関しては力価を換算することが不可欠であるにもかかわらず、松本医師は、ジアゼパム換算を否定し、自らの従前の論文とも矛盾しており、その意見の信用性は乏しいもので



ある。

c 減薬方法

松本意見書は、BZ系薬物の減薬に関するガイドラインは存在せず、個々の医師の裁量に任されているのが現状であるとする。

しかし、BZ系薬物の急激な中止・減薬は、重篤な離脱症状を生じさせる可能性を高めるため、少量かつ徐々に減薬することが望ましいとされ、定評ある成書で、臨床精神医学のバイブルとされる「薬物・アルコール関連障害」（甲B50の1）において、ジアゼパム換算で1週間に0.5～2.5mgずつ減薬する必要があるとして、減薬に関する具体的な指針及び方法が示されており、「アルコール薬物関連障害の診断・治療ガイドライン」（甲B88，平成14年12月発行）においても、減薬に関する具体的な指針及び方法が示されている。また、アシュトンマニュアル（甲B255）においても、「ジアゼパム一日40mg（あるいはその等価量）を摂取していた人は一日20mgの用量に到達するまで、1～2週間毎に2mgずつ一日の用量を減らしていくことが可能でしょう。」と記載されている。

したがって、松本医師の意見は、医師の裁量を過大で広範な範囲に認めるもので、医学的な一般的知見と相反する。

d 依存症の閾値

医学文献（甲B74（平成16年5月発行），75（平成22年8月発行））において、依存症の閾値として2700mgが提唱されており、個体差が存在するものの、少なくとも上記数値が閾値の目安として各種医学文献でも表示されており、松本医師自身も、それらの依存症の閾値を掲載する医学文献を参考文献として多数引用している。

ウ 争点(3)（大江医師及び宮下医師は離脱症状を回避する適切な減・断薬方法を実施すべき注意義務に違反したか（大江医師につき平成17年5月9

日及び同年8月1日、宮下医師につき同年12月21日及び同月22日)  
) について

BZ系薬物の減薬方法について、一般的に確立した基準が存しないとしても、漸減すべきことについてのコンセンサスは存し、経過観察をしながら段階的に減薬を図るべき注意義務があることは法的規範としても確立していたのである。

また、仮に減薬方法について臨床現場において一致した減薬方法が存在せず、具体的にどのような減薬方法を採用すれば1審原告のBZ系薬物依存・離脱の結果を回避することができたといえるか確定できないとしても、投与量の調整によって、1審原告のBZ系薬物依存・離脱という結果を避けることができた蓋然性は高いと判断される。

1審原告に対するこころの医療センターでの減薬は成功していることからすれば、原審は、大江医師がジアゼパム換算で1日当たり40～60mgを減量したことを看過しており、大江医師らには、ランドセンの投与量を調整すべき注意義務を怠った過失が認められるものである。加えて、大江医師らは、1審原告を診察することなく減薬の指示を出していたものであり（無診察診療）、継続的な経過観察を怠った過失は重大であって、かかる過失と1審原告のBZ系薬物依存・離脱症状の発症との間には相当因果関係が優に認められる。

エ 争点(5) (各注意義務違反と1審原告に平成18年1月以降に生じた症状ないし障害との因果関係の有無) について

(ア) 遷延性離脱症状の存在

原審は、BZ系薬物における遷延性離脱症状の存在を全く無視しているものである。

アシュトンマニュアル（甲B255）、カプラン臨床精神医学テキスト（甲B252）及び「DSM-5を読み解く」（甲B256、平成2

6年10月発行)によると、離脱後症候群は、数か月、数年にも及び、続発する抑うつ症状も重篤化して遷延化するものであるから、1審原告の離脱症状に続発した抑うつの症状は、遷延性BZ離脱症状と解するのが合理的であって、松本意見書が述べるように、離脱症状が1か月程度で治まり、抑うつ症状でも軽度とするのは医学的知見と乖離したものである。

確かに、1審原告の離脱症状については安定した時期があったことは事実であるが、一時的に症状が安定していたことをもって離脱症状から回復したとすることはできない。また、1審原告は、平成18年1月以降、こころの医療センターでBZ系薬物であるコンスタン及び抗うつ剤が投与されており、かかる処方によって症状が一時的に軽減したものである。

#### (イ) 後遺障害

1審原告には、東医師が証言するとおり記銘力低下の後遺障害が発生しているところ、アシュトンマニュアル(甲B255)及び臨床精神神経薬理学テキスト(甲B257、平成26年11月発行)においても、BZ系薬物によって記憶力・記銘力の低下は認められるとされており、1審原告の記銘力低下は遷延性BZ離脱症状によるもので、後遺障害として評価すべきものである。

ところが、原審は、離脱症状の治療期間が限定されていることについては松本意見書に依拠して一応の理由を述べているが、1審原告に後遺障害が認められないことについては全く理由を述べておらず、事実誤認が存するものである。

#### (2) 1審被告の補充主張

ア 争点(4)(大江医師はBZ系薬物の性質及び副作用等に関する説明義務に違反したか(平成16年7月14日))について

(ア) 抗てんかん薬の投与による治療法が医療水準として確立していなかったことを前提とする説明義務の内容及び程度

a 個々の医療行為の場面における具体的な患者との関係による説明義務の内容及び程度

医師が負うとされている説明義務は、患者がいかなる医療行為を受けるかを自ら決定できるとする自己決定権の前提となるものであるから、説明義務の内容は、医療行為の一般的な内容だけではなく、個々の医療行為の場面における具体的な患者との関係から検討されるべきものである。

具体的な場面において、患者が、医療水準として確立されていない治療とはいえ、その治療方針の概要を理解しており、その上でも患者自身が治療開始を強く希望し、医師として治療を行う必要性に迫られているなどの事情が存在する場合には、これらの事情は説明義務の内容及び程度を検討するにあたり当然に考慮される必要がある。

本件では、遠方から来た患者が、効果がある可能性のある薬を切望しているという状況の下で、大江医師は、成富研究及びその後の臨床経験で得た知見と経験を踏まえ、奏効する可能性がある抗てんかん薬としてランドセンを選択し、1審原告に対し、脳磁計検査では異常は認められなかったことを説明した上で、ランドセンを服用して効果を確かめるという方針で治療を行うことについての説明を行った。

そして、1審原告は、それまでの大江医師の説明から治療方針を理解して一貫して薬の処方を希望しており、平成16年7月14日の時点で上記説明を受けた上でもなお薬を服用して効果を試したいと強く希望したのであるから、1審原告が治療を受けるか否かを決定するのに必要かつ十分な説明が行われていたことは明らかである。

b 診断的治療における説明義務の内容及び程度

診断的治療（すなわち、様々な事情から確定診断ができないような場合であっても、患者の苦痛を取り除くために、医師の裁量において症状の原因を想定して投薬治療を行い、かかる投薬に対する効果が見られなければ別の原因を想定して別の薬を試みるという治療法である。）自体は、当時の医療水準においては広く認められた治療法であり、診断的治療であるからという理由だけで説明義務が加重されるということとはあり得ない。

医師としては、これから行う治療が診断的治療であり、一定の原因を想定して治療を行い、その治療に効果があれば治療を継続し、効果がなければ別の治療を試みる旨を説明すれば、患者は、そのような診断的治療を受け入れるかどうかを具体的に判断できるものであり、患者の自己決定権の侵害という問題は生じ得ず、説明義務としては十分であるというべきである。

大江医師は、薬を切望する1審原告に対し、脳磁計検査等により客観的に原因を特定できない状況において、診断的治療として抗てんかん薬を投与する旨を説明しており、診断的治療に際して行うべき説明として不足があったと評価される点は何ら存在しない。

(イ) ランドセンの副作用に関する説明義務について

a 臨床用量依存を前提とする説明義務がないこと

BZ系薬物の臨床用量依存という概念は、当時はおろか現在においても医学的知見として確立された定義はなく、かかる概念についての説明義務を負うことはあり得ない。

現に、ランドセンの添付文書には、副作用として、大量連用の場合の依存についての記載はあるが、臨床用量依存については何ら言及されておらず、これらは医学的知見として確立していないことの証左である。

原判決が挙げる医学文献に記載されている事項はあくまで一つの見解にすぎず、当時の医学界において広く認められていたことはない。

b 離脱症状に関する説明義務がないこと

仮に、臨床用量依存とそれによる離脱症状を認めるとしても、ランドセンを長期服用する患者について減・断薬が実施される際には、医師がそれまでの治療経過や患者の症状を考慮した上で、適切な指導の下でその都度服用量を指示し、症状の再燃や離脱症状の危険がないように慎重に減・断薬が実施されることになるから、離脱症状が生じるのは、患者が医師の指示に従わないなどの例外的な場合に限られる。そのため、投薬開始の時点で、そのような事後の例外的な場面を想定した上で、考え得る全ての危険性を説明しなければならないとするのは相当ではなく、離脱症状に関する事項についても、医師が投薬時に説明する義務を負うと解すべきではない。

現に、1審原告は、1審被告病院受診前に多数の診療機関からBZ系薬物の処方を受けているが、その処方の際に臨床用量依存や離脱症状について各診療機関から説明を受けていた事実は認められない。

それ故、投薬開始の時点において、ランドセンの副作用として臨床用量依存が形成されること、急激な減・断薬を行った場合に離脱症状が生じる可能性があることについて説明すべきであるということではできない。

イ 争点(5) (各注意義務違反と1審原告に平成18年1月以降に生じた症状ないし障害との因果関係の有無) について

(ア) 大江医師の説明義務違反とランドセン服用との間の相当因果関係の不存在

1審原告は、初診時から大江医師の説明を受けた上で、一貫して薬の処方を希望し、平成16年7月14日の時点でもなお薬を服用して効果

を試したいと強く希望したのであるから、仮に説明義務を履行していたとしても必ずしも服用を中止したとはいえず、自ら希望して服用していた可能性も十分に認められる。

離脱症状の問題が生じるのは急激な減・断薬を行った場合で、通常は医師による適切な指導の下で服用量の調整や減・断薬が実施されるのであるから、仮に長期服用となる場合で離脱症状が発現したとしても、それは患者自身が医師の指導に従わなかったことに起因するものにほかならず、投薬の時点で十分な説明を受けていたかどうかに関わるものではない。

そもそも、仮にもランドセンの投与を検討する際に、大江医師が1審原告に対して長期服用によって依存（臨床用量依存）が形成され、急激な減・断薬の場合には離脱症状が生じる可能性があることを説明するとすれば、当然、そのような離脱症状を防ぐためには医師が慎重に減・断薬を行うものであり、それによって離脱症状の発現を防ぐことができること、ランドセンは長時間作用型のBZ系薬物であり、比較的離脱症状が出にくいとされていることも併せて説明するものと思われる。

そうすると、1審原告がたとい精神疾患を欠格事由とする職に就いており、精神疾患を恐れていたとしても、上記のような説明を総合的に判断し、慎重に減・断薬を行えば離脱症状が生じる可能性は少ないであろうと考えて、長期間悩まされ続けている症状を治療するために、投薬を希望した可能性の方が極めて高いというべきである。

(イ) 1審原告の症状との間の相当因果関係

1審原告は、平成17年5月から自らの判断で減薬を開始し、同年12月に宮下医師に断薬を相談した段階では1日当たり0.25mgというごく少量まで減薬していたのであるから、平成18年1月の時点で急激に症状が悪化して不安感や焦燥感などの症状が発現することは通常で

は考えられない。

また、1審原告は、平成18年1月の時点で受診したところの医療センターにおいてうつ病との診断を受けており、1審原告の各症状はランドセンの離脱症状と評価すべきものでない。

さらに、1審原告は、1審被告病院を受診する以前はめまい症状が改善されない状況で複数の医療機関を受診し続けていたのに対し、本件では、大江医師による治療が奏効したにもかかわらず、体重減少がランドセンの副作用であると疑ってランドセンの中止を求めるに至り、ようやく見つけた効果のある薬を止めなければならないという落胆と、症状が再燃するのではないかという不安は以前とは全く異なるものであり、極度の不安に陥っていたことから強い精神症状が発現した可能性は十分に考えられる。

以上のように、1審原告のランドセンの服用や症状の経過、初診時にうつ病との診断を受けていることからすれば、平成18年1月以降の1審原告の症状はうつ病によるものであると認めるべきである。

そして、1審原告が1審被告病院を受診する以前に複数の医療機関を受診し、抗不安薬を継続して処方されてきたことからすると、1審原告が精神的な疾患を抱えていた可能性は否定できず、その症状が発現した可能性を排除できない以上、平成18年1月以降の1審原告の症状がランドセンの離脱症状であることについて証明されたと認めることはできない。

(3) 争点(6) (1審原告の請求の拡張後の損害の有無及びその額) について

ア 1審原告の主張

1審原告の損害額は、本判決別紙のとおり合計1億6911万8029円である。

(ア) 1審被告病院における医療費



a 治療費（6万0880円）

1審原告は、大江医師及び宮下医師による検査、診察及び説明に基づくランドセン投与の結果、重大な離脱症状及び後遺障害に苦しむこととなったところ、大江医師及び宮下医師の診療行為は、医学的及び薬学的な根拠がなく、添付文書では認められていない適応外処方であり、およそ治療に向けたものとはいえず、1審原告の症状の改善に資するどころか、むしろ悪化させるものでしかなかった。

1審原告が1審被告に支払った治療費のうち自己負担額は、平成16年中の受診日に係る自己負担額が合計3万0440円（甲C44）であり、平成17年中の受診日に係る自己負担額も平成16年中の自己負担額と同額と考えるべきであるから、合計6万0880円である。

b 通院交通費（24万8400円）

1審原告が在住する名古屋市から1審被告病院への通院に要する交通費は、①名古屋駅・新大阪駅間の新幹線代が往復で1万2720円（片道6360円）、②新大阪駅・千里中央駅間の地下鉄代が往復で640円（片道320円）、③千里中央駅・1審被告病院間のバス代が往復で440円（片道220円）の合計1万3800円である。

1審原告の1審被告病院への通院回数は18回（乙A3）であるから、通院交通費は合計24万8400円である。

c 有給休暇相当額（54万円）

1審原告が1審被告病院に通院するには、少なくとも半日の有給休暇を取得する必要があった。

1審原告の平成17年当時の年収は1454万7150円（甲C32）で、年間勤務日数は365日から年間休日120日を控除した245日であるから、1審原告の1日当たりの収入は約6万円であり、半日分の有給休暇相当額は1回当たり3万円というべきである。

1 審原告の 1 審被告病院への通院回数は 18 回（乙 A 3）であるから、1 審原告が 1 審被告病院への通院に用した有給休暇相当額は合計 54 万円である。

(イ) 後医の医療費

a 治療費

(a) こころの医療センター

① 平成 18 年 1 月から平成 21 年 12 月 24 日（症状固定日）までの治療費（56 万 8570 円）

1 審原告は、BZ 依存症及び離脱症状（急性期の離脱症状に伴い発症した精神疾患を含む。）の治療のため、平成 18 年 1 月 6 日から症状固定日、すなわち復職日（甲 A 4）である平成 21 年 12 月 24 日までの間、こころの医療センターへの入通院を余儀なくされ、その治療費（自己負担額であり、文書料を含む。）は合計 56 万 8570 円（甲 C 28）である。

② 平成 22 年 1 月から平成 30 年 3 月末日（定年退職日）までの治療費（13 万 5100 円）

1 審原告は、症状固定日以降も、こころの医療センターの主治医から定期的な通院を指示されており、平成 22 年 1 月から平成 29 年 4 月までの治療費（自己負担額であり、文書料を含む。）は合計 12 万 0800 円（甲 C 28, 29, 80）である。また、平成 29 年 5 月以降も従前と同じ頻度（月 1 回）で通院治療を受けるとすると、同月から平成 30 年 3 月までの 11 か月間の治療費は、平成 27 年 3 月から平成 29 年 4 月までの治療費合計 3 万 3750 円を通院月数 26 か月で除した月額平均約 1300 円の割合による合計 1 万 4300 円となり、これらの合計額は 13 万 5100 円である。

③ 平成30年4月以降の治療費（24万8374円）

1審原告は、今後も定期的な経過観察が必要とされており、毎月1回の通院及び投薬に要する費用は合計1500円程度（甲C29,80）であるから、平均余命24年（当審において、訴えの変更申立書をもって請求を拡張した平成29年9月当時、1審原告は59歳であった。）に対応するライブニッツ係数13.7986を乗じて中間利息を控除すると、合計24万8374円となる。

(b) 東邦ガス診療所（24万2195円）

1審原告は、復職後から現在まで、勤務先の東邦ガス株式会社（以下「東邦ガス」という。）から、医療上及び福利厚生上、「要注意」又は「要観察」の指定を受けており、毎月1回、東邦ガス診療所の精神科医の診察を受けている。その費用は、平成22年から平成28年までの間で合計17万7870円（甲C96）であり、今後も定年退職日（平成30年3月末日）まで受診すると、平成28年以降は診療における東邦ガスの補助制度が改正され、実費負担に変更されたため、平成29年1月から平成30年3月までの治療費は6万4325円となり、これらの合計額は24万2195円である。

b 入院雑費（14万7000円）

1審原告は、BZ離脱症状の治療のため、平成18年6月12日から同年9月17日までの98日間、こころの医療センターに入院し、入院雑費は日額1500円が相当であるから、合計14万7000円となる。

c 介護費用

(a) 平成18年1月から平成21年12月24日（症状固定日）まで

の介護費用（4万1173円）

1 審原告は、BZ離脱症状に苦しんでいる最中、1 審原告の症状が直接の原因となって家庭崩壊し、近親者が全くいないために独居状態となり、主治医の指示により、身辺の世話をしてもらうため、介護事業者に介護を依頼せざるを得なかった。

1 審原告が平成18年度から平成21年12月までに支出した介護費用は、合計4万1173円（甲C30）である。

(b) 平成22年1月から平成30年3月末日（定年退職日）までの介護費用（9万0149円）

1 審原告は、症状固定日以降も、身体障害者認定（3級）を受けている関係上、月4回はヘルパーによる生活介助を付けるようこころの医療センターの主治医から指導されており、平成22年1月から平成29年3月までの介護費用は合計7万8149円（甲C30、81ないし85）である。これに、平成29年4月以降、同じ頻度で平成30年3月まで介護を受けるとすると、月額平均1000円の割合による合計1万2000円となり、これらの合計額は9万0149円である。

(c) 平成30年4月以降の介護費用（16万5583円）

1 審原告は、現在も身体障害者3級の認定を受けており、介護事業者のプログラム上、最低が週1回の訪問となるから、今後も、毎月4回程度のヘルパーによる訪問介護を要することになり、月額平均1000円で、上記ライブニッツ係数13.7986を乗じて中間利息を控除すると、合計16万5583円となる。

d 通院交通費

(a) 平成21年12月24日（症状固定日）までの通院交通費（10万2720円）

1 審原告の自宅からこころの医療センターまでの交通費は、市営バス（小坂停留所から地下鉄神沢駅前までで210円）及び地下鉄桜通線（神沢駅から桜山駅までで270円）で片道480円（往復で960円）であり、平成18年1月から平成21年12月24日までの通院回数は107回（甲C28）であるから、合計10万2720円である。

(b) 平成22年1月から平成30年3月末日（定年退職日）までの通院交通費（14万5920円）

1 審原告は、症状固定日以降も、こころの医療センターの主治医から定期的な通院を指示されており、平成22年1月から平成29年4月までの通院回数は141回（甲C28, 29, 80）であるから、通院交通費は合計13万5360円である。また、平成29年5月以降も従前と同じ頻度（月1回）で通院すると、同月から平成30年3月まで通院交通費は合計1万0560円となり、これらの合計額は14万5920円である。

(c) 将来の通院交通費（15万8959円）

1 審原告は、今後も定期的な経過観察が必要とされており、毎月1回の通院を平均余命に至るまで行う必要があるから、上記ライブニッツ係数13.7986を乗じて中間利息を控除すると、合計15万8959円となる。

(ウ) 休業損害

1 審原告は、BZ離脱症状のため、平成18年1月から平成21年12月までの間、欠勤・休職を余儀なくされて、以下のとおりの損害を被った。

a 休職による減収分（4644万4891円）

上記期間中に勤務先から支払われた給与等は、平成18年が133

5万8083円（甲C33），平成19年が121万7309円（甲C34），平成20年が369万0584円（甲C35），平成21年が805万3125円（甲C36）であるが，平成18年及び平成19年の支払金額は，合計110日間の有給休暇を全て消費して得られたものであるから，平成18年及び平成19年の収入は0円とみるべきであり，各年の収入と平成17年の収入1454万7150円（甲C32）との差額（平成18年及び平成19年は各1454万7150円，平成20年は1085万6566円，平成21年は649万4025円）の合計4644万4891円が減収による損害である。

b 昇給できなかったことによる減収分（200万円）

1審原告に対する勤務先の評価は高く，平成17年までの過去6年間と同様のペースで昇給した可能性が高かったところ，BZ離脱症状による休職がなければ，休職期間に合計200万円の収入増があったはずである。

c 退職金の減額分（1589万0524円）

1審原告の勤務先における上記期間の扱いは，欠勤及び有給休暇期間が1年間，休職期間が3年間であり，社内規程（甲C39）により休職期間は勤続期間に算入されず，また，欠勤及び後遺障害に起因する業務処理能力低下により，平成17年7月1日時点における人事考課は「b1」（平成22年度の人事処遇制度の改定後の「A」ランク，平成27年度の人事処遇制度の改定後の「b+」ランクに相当する。甲C89）であったが，欠勤等を経た平成18年7月1日時点の人事考課は「c1」（平成22年度の人事処遇制度の改定後の「C」ランク，平成27年度の人事処遇制度の改定後の「b-」ランクに相当する。甲C89）に，休職を経た後の平成23年度以降平成26年度までは「D」，平成27年度以降は「c」（平成22年度の人事処遇制

度の改定前の「c 2」ランク，平成27年度の人事処遇制度の改定前の「D」ランクに相当する。甲C87，89）に低下したため，退職金予定金額が減額となった（甲C86）。

これらにより，退職一時金457万円及び退職年金1266万9534円の合計1723万9534円から退職金総額ポイントの上限超過分を控除した1589万0524円（休職期間が623万8002円，復職から定年退職までの期間が965万2522円）が退職金の減額分である。

(エ) 逸失利益（5912万0189円）

1審原告がBZ離脱症状を発症する前の平成17年の収入は1454万7150円（E1級11ランク）であり，BZ離脱症状がなければ2年に1回のペースで昇級し，定年となる平成30年には，1800万円（E2級12ランク）になったはずであるから，逸失利益の算定における1審原告の基礎収入は，上記各金額の平均値である1627万3575円とすべきである。

そして，1審原告は，現在もBZ系薬物の離脱に起因する前向き健忘及び逆行性健忘が残遺しているところ，復職した後，短時間勤務や軽作業主体の勤務とされており，このような状態は，「神経系統の機能又は精神に障害を残し，服することができる労務が相当な程度に制限されるもの」（後遺障害等級9級10号。労働能力喪失率0.35）に該当する。また，1審原告の勤務先における定年後の再雇用の条件は「健康である者」と定められているため，1審原告は，定年後の再雇用を望まず，収入の道は閉ざされる見込みである。

そこで，上記基礎収入に就労可能年数15年に相当するライブニッツ係数10.3797を乗じて逸失利益を算出すると，5912万0189円となる。

(オ) 慰謝料

a 傷害慰謝料（５００万円）

1 審原告は、平成18年1月6日から平成21年12月24日まで、BZ離脱症状の治療のために入通院を強いられたところ、入院期間は98日間、通院期間はおよそ48か月である。また、1 審原告は、激烈な離脱症状に苦しみ、けいれん及びせん妄等の生命の危険を感じるほどの重篤な副作用の苦痛に耐えなければならなかった。かかる入通院期間及び1 審原告の苦痛を慰謝する傷害慰謝料としては500万円が相当である。

b 後遺障害慰謝料（700万円）

1 審原告の後遺障害等級は、上記(エ)のとおり9級10号であるから、後遺傷害慰謝料は700万円が相当である。

c 本件固有の慰謝料（1500万円）

1 審原告は、1 審被告病院の医師らが処方した高用量BZにより、重篤な依存・離脱症状に苦しんだだけでなく、勤務先での評価は落ち、妻子との関係も壊れて家庭が崩壊した。

また、1 審原告は、本件訴訟において、1 審被告が周知の医学的知見・医療倫理に反する主張をし、1 審被告の協力医に医学的事実と全く異なる意見書を作成させて、証拠として提出したことなどによって、一層の精神的苦痛等を被るとともに、多量の医学文献の調査及び専門医の鑑定意見書を入手せざるを得ず、多大な時間と費用を投入させられた。

これらによる本件固有の慰謝料は1500万円が相当である。

(カ) 文書料（39万3036円）

1 審原告は、1 審被告の責任を明らかにし、1 審被告の主張の誤りを確認・立証するため、①複数の医療機関の診療記録開示費用4万845



0円、②文献謄写費用28万2394円、③文献購入費用6万2192円の合計39万3036円を要した。

(キ) 弁護士費用 (1537万4366円)

本件の弁護士費用は、上記アないしカの損害額合計1億5374万3663円の1割である1537万4366円が相当である。

イ 1審被告の主張

(ア) 1審被告病院における医療費

いずれも否認する。

仮に、何らかの過失が1審被告に認められるとしても、1審原告と1審被告との間に成立している診療契約は準委任契約であると解されるところ、請負契約のように結果の発生を目的とせず、事務処理そのものを目的とすることから、診療契約によって予定された結果（治癒等）が医療行為によって実現されなかったとしても、直ちに医療費請求権が消滅しないことは明らかである。

(イ) 後医の医療費

a 治療費

(a) こころの医療センター

① 平成18年1月から平成21年12月24日（症状固定日）までの治療費

否認ないし争う。仮に1審被告に過失が認められる場合でも、その過失と相当因果関係が認められるのはせいぜい平成18年2月末までの部分についてである。

② 平成22年1月から平成30年3月末日（定年退職日）までの治療費

いずれも否認する。仮に1審被告に過失が認められる場合でも、症状固定後は治療の必要性及び相当性が認められず、相当因果関

係が認められるものではない。

③ 平成30年4月以降の治療費

否認ないし争う。仮に1審被告に過失が認められる場合でも、症状固定後は治療の必要性及び相当性が認められず、因果関係が認められるものではない。

(b) 東邦ガス診療所

否認ないし争う。

b 入院雑費

否認する。仮に1審被告の過失及び相当因果関係のある損害の発生が認められるとしても、相当因果関係が認められる治療期間はせいぜい平成18年2月までであり、同年6月から9月まで入院したのは、ランドセンの離脱症状とは別の原因に基づくものであるから、入院雑費は相当因果関係のある損害とは認められない。

c 介護費用

否認する。そもそも1審原告が介護を要する状態になったとは認められない。

d 通院交通費

否認ないし争う。仮に1審被告に過失が認められる場合でも、その過失と相当因果関係が認められるのはせいぜい平成18年2月末までの部分についてである。

(ウ) 休業損害

a 休職による減収分

否認ないし争う。休業の必要性及び相当性が認められない。

仮に1審被告に過失が認められるとしても、その過失と相当因果関係がある損害としての休業損害は平成18年2月末までの部分であるが、この部分について、具体的な欠勤日数は明らかではなく、全てに

ついて休業の必要性があったとは認められないから、休業損害は認められない。

b 昇給できなかったことによる減収分

否認する。休業損害は、休業により得ることができなかった現実の損害を填補するものであり、仮に昇給していた場合の給与の金額を前提とするような不確定な事実に基づく計算はできない。

c 退職金の減額分

否認する。1審原告の勤務先の人事考課が下げられた理由が本件に起因する低評価であるという点は何ら立証されていない。また、1審原告の減額分に関する計算はいずれも不確定な事実を前提とするものである以上、合理的な根拠に基づくものではないことは明らかである。

(エ) 逸失利益

否認する。1審原告に自動車損害賠償保障法の後遺障害等級別表第二の9級10号相当の後遺障害が残存したとは認められず、また、1審被告の過失との相当因果関係も認められない。なお、基礎収入について、昇給という不確実な事実を前提とした主張に理由がないことは明らかである。

(オ) 慰謝料

a 傷害慰謝料

否認ないし争う。仮に1審被告に過失が認められる場合でも、その過失と相当因果関係が認められる通院期間はせいぜい平成18年2月末までの部分についてである。

b 後遺障害慰謝料

否認ないし争う。1審原告に自動車損害賠償保障法の後遺障害等級別表第二の9級10号相当の後遺障害が残存したとは認められない。

c 本件固有の慰謝料

否認ないし争う。本件では、慰謝料の増額事由は存在せず、また、別途精神的損害として評価すべき事情も存在しない。

(カ) 文書料

否認する。

(キ) 弁護士費用

否認ないし争う。

(4) 消滅時効の成否（争点(7)）について—当審における1審被告の追加主張

ア 1審被告の主張—予備的抗弁

仮に、大江医師の説明義務違反の過失と1審原告の損害との間に相当因果関係が存在すると認められる場合であっても、1審原告は、遅くとも平成18年6月のころの医療センターへの入院中に、ランドセンの服用により離脱症状が生じたことを述べており、同時点で大江医師の加害行為を認識していたのであるから、同時点が不法行為の消滅時効の起算点となり、同時点から3年後の平成21年6月を経過していることは明らかである。

そこで、1審被告は、1審原告に対し、当審第1回口頭弁論期日（平成29年7月5日）において、上記不法行為（使用者責任）に基づく損害賠償請求権についての消滅時効を援用する旨の意思表示をした。

イ 1審原告の主張

1審原告が、BZ系薬物依存症及び離脱症状であることを把握したのは、東医師による診断書（甲A1）によってであり、その時期は同診断書が作成された平成24年1月4日である。

### 第3 当裁判所の判断

1 当裁判所も、1審原告の請求（当審における拡張請求を含む。）は117万7330円及びこれに対する遅延損害金の支払を求める限度で理由があり、その余は理由がないものと判断する。その理由は次のとおりである。

2 認定事実について

(1) 認定事実は、次の(2)のとおり原判決を補正するほかは、原判決「事実及び理由」の「第3 当裁判所の判断」の1に記載のとおりであるから、これを引用する。

(2) 原判決の補正

- ア 原判決31頁15行目の「甲A2」を「甲A1」に、16行目の「42」を「43」に、同行目の「66, 68」を「66～68」にそれぞれ改め、17行目の「。枝番のある書証は枝番を含む。」を削る。
- イ 原判決32頁19行目の「前庭神経炎」を「左前庭神経炎」に、21行目の「検査」を「精査」にそれぞれ改める。
- ウ 原判決37頁21行目の「回復するのを」を「回復するかを」に改める。
- エ 原判決38頁21行目の「0.25mg錠」を「0.5mg錠の半分の0.25mg」に改める。
- オ 原判決40頁9行目及び19行目から20行目にかけての各「林内科」をいずれも「林内科クリニック」に改める。
- カ 原判決43頁3行目の「恐怖」を「恐怖感」に改める。
- キ 原判決43頁13行目末尾の次に行を改めて次のとおり加える。
- 「 これに対し、1審原告は、宮下医師に対し、ランドセンの服用を継続するのでは精神的な目標を失ってしまうため、現在の症状がランドセンによって保たれているのか、それともめまい症状は治癒していて、ランドセンを断薬できていないだけなのかを見極めたいとして、ランドセンの減量・中止を優先する旨の意向を明らかにした。(甲A44)
- ミ 同年12月26日(メール)

1審原告は、宮下医師に対し、3連休中(同年12月23日から同月25日まで)に抗不安薬の減量を断念したこと、不安感が以前よりも増幅し、気分が落ち込み、ソラナックス0.4mg錠を1日に3～4錠服用しても改善しないこと、1審被告病院に行って診察を受けることはで

きないが、自身のふさぎ込みをコントロールできない状態であるため、こころの医療センターの受診予約をしたこと、その際、こころの医療センターから紹介状を持参するように指示されたため、宮下医師において、こころの医療センターに対する紹介状を作成して、1審原告方に送付してほしいことなどを記載したメールを送信した。(甲A45)

そこで、宮下医師は、こころの医療センターの担当医に宛てて、傷病名をめまい症候群、全般性不安障害(GAD)、「既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・処方等」として、1審原告がBZ系薬剤の依存症に対して不審と不安を大きく抱き、減量中止を強く希望していること、最近の過度の減量のために再び不安症状が増強し、こころの医療センターでの受診を希望していること、1審原告がBZ系薬の中止を強く希望していること、内服の経過は1審原告に聞いてもらいたいことなどを記載した同年12月26日付け診療情報提供書(甲A68)を作成し、そのころ1審原告方に送付した。(甲A68、弁論の全趣旨)

なお、平成18年1月31日、1審原告が宮下医師に対し、同年2月6日の受診予約をキャンセルしたいことなどを記載したメールを送信したことを契機として、同月1日、宮下医師と1審原告との間で交わされたメールにより、1審被告病院における通院治療を当面休止して、こころの医療センターでの通院加療を継続することとされた。(甲A46ないし48)」

ク 原判決43頁21行目末尾の次に「(甲A64・1, 11, 12頁, 16ないし18頁, 甲A68)」を加える。

ケ 原判決43頁25行目の「本郷仁医師」を「本郷医師」に改め、同行目末尾の次に「(甲A61の4・39ないし41, 45頁)」を、44頁2行目末尾の次に「(甲A61の4・45, 46頁, 甲A67)」を、5行目末尾の次に「(甲A61の4・47ないし49頁)」を、15行目末尾

の次に「(甲A61の4・50ないし52頁)」をそれぞれ加える。

コ 原判決44頁20行目の「カルテ」の次に「(甲A71)」を、21行目末尾の次に行を改めて次のとおりそれぞれ加える。

「本人は、コンスタン依存だと思っている⇒出来れば抜きたいと思っている？」

自分は、「抗不安薬の離脱」だから、どんな風になるのか調べて欲しい。」

サ 原判決44頁24行目末尾の次に行を改めて次のとおり加え、25行目の「②」を「③」に改める。

「②同年6月16日

抗不安薬の離脱の失敗によってどんな事が起こるか」

シ 原判決45頁6行目から7行目にかけての「テトラミド」の次に「コンスタン」を、同行目末尾の次に「(甲A61の4・53頁, 甲A71・83頁)」を、9行目末尾の次に「(甲A1, 61の5・81頁)」をそれぞれ加える。

ス 原判決45頁13行目の「同年4月3日までは、フルタイムでの勤務を再開した。」を次のとおり改める。

「こころの医療センターの同年2月28日の診察時には、2週間毎日出勤している、夕方以降は良いが、朝の気分は良くない、また仕事を休むのも不安である、勤務先からは、今の状態について何か言われるということはないなどと、同年3月7日の診察時には、時間制限で仕事をしていると、同年4月3日の診察時には、フルタイムで仕事を再開したが、疲れやすい、また休まないとやっていけないかもしれない、半日の仕事なら問題ないなどと、同年5月29日の診察時には、仕事に行っていたが、辛くなってきて、もう無理かもしれないなどと説明するようになり、同年6月12日には、勤務先の部長が同行し、以前は一緒に飲酒にいたりできていたが、最近調子がおかしく、特に朝方の調子が悪いようで、辛そうなメールが頻

繁に送られてくるので、仕事を休んでもらっている、仕事を休み始めて、さらにおかしくなってきたなどと説明した。(甲A61の4・49ないし52頁)

セ 原判決45頁14行目の「(3)イ」を「(3)イ(イ)」に改め、17行目末尾の次に「(甲A2, 4)」を加える。

ソ 原判決45頁24行目末尾の次に「(甲A2, 4)」を加える。

タ 原判決46頁1行目末尾の次に「(甲A3)」をそれぞれ加える。

### 3 本件に関する医学的知見について

(1) 本件に関する医学的知見は、次の(2)のとおり原判決を補正し、(3)のとおり当審における1審原告の補充主張について判断を加えるほかは、原判決「事実及び理由」の「第3 当裁判所の判断」の2に記載のとおりであるから、これを引用する。

#### (2) 原判決の補正

ア 原判決46頁3行目の「(甲B7)」を削り、同行目末尾の次に行を改めて次のとおり加え、4行目の「ア 使用上の重要な基本的注意として、」を削る。

「ア 1審原告に投与された当時の添付文書(甲B7)

(ア) 使用上の重要な基本的注意」

イ 原判決46頁8行目の「イ」を「(イ)」に改め、同行目の「の一つ」を削り、同行目の「依存症」を「依存性」に、13行目の「との記載が」を次のとおりにそれぞれ改める。

「と、「刺激興奮、錯乱等(頻度不明) 精神障害を合併している患者に投与すると逆に刺激興奮、錯乱等があらわれることがある。このような症状があらわれた場合には適切な処置を行うが、投与を中止する場合には徐々に減量するなど慎重に行うこと。」とそれぞれ記載」

ウ 原判決46頁13行目末尾の次に行を改めて次のとおり加える。



「イ 平成29年3月改訂後の添付文書等（甲B246ないし250）」

（ア）厚生労働省医薬・生活衛生局安全対策課は、BZ受容体作動薬の添付文書の「使用上の注意」の項において、大量連用時の依存性に関する注意喚起が行われていたが、1980年代になってBZ受容体作動薬の依存に対する認識が変わり、問題の中核が、濫用や医療外使用によるものではなく、医療上の使用で生じる依存であるとする考えが徐々に浸透してきているとして、PMDAに対し、催眠鎮静薬、抗不安薬及び抗てんかん薬のうち、「使用上の注意」に「依存性」、「薬物依存」又は「離脱症状」の副作用が記載されている医薬品について、依存性等の安全性に関する調査を依頼した。

（イ）PMDAは、平成29年2月28日、国内副作用報告の集積状況、依存及び離脱症状等に関する総説及び国内ガイドラインの調査を踏まえて、要旨、次のとおりの内容の本件調査結果報告書を作成した。

まず、長期投与の恐れがある、あるいは長期投与が想定される抗てんかん薬等としてGABA<sub>A</sub>受容体 $\alpha$ 1サブユニットに結合するBZ受容体作動薬については、承認用量の範囲内においても、長期間の服用により身体依存が形成され、減量や中止時に離脱症状が現れることから、依存は「大量連用」時のみに引き起こされるわけではないと考えられ、「重大な副作用」の項の①「依存性もしくは薬物依存」に記載されている依存があらわれる場合の注意喚起を「大量連用により」から「連用により」に、②離脱症状が現れる場合の注意喚起を「大量投与又は連用中における」から「連用中における」にそれぞれ変更し、③「依存性もしくは薬物依存」に「用量及び使用期間に注意し慎重に投与する」旨を追記することが適切であるとする。

次に、BZ受容体作動薬の承認用量で発現することが報告されている奇異反応につき、リスク因子として環境や対人関係などでの著明な

葛藤下にある患者，もともと敵意や攻撃性の強い性格の患者，中枢神経系の抑制機構に脆弱性を有する患者（精神病の既往，脳器質障害，小児，高齢者など）等が知られているが，あらゆる投与患者で現れる可能性があることから，添付文書における奇異反応に相当する刺激興奮，錯乱等の副作用に係る注意喚起である「統合失調症等の精神障害者への投与により，逆に刺激興奮，錯乱等があらわれることがある」のうち，奇異反応に相当する副作用が現れる特定の患者集団として記載されている「統合失調症等の精神障害者」等の記載を削除することが望ましいとする。

- (ウ) そこで，本件調査結果報告書を踏まえて，平成29年3月にランドセンの添付文書（甲B249）が改訂され，その「重大な副作用」の項の「依存性（頻度不明）」が「連用により薬物依存を生じることがあるので，観察を十分に行い，用量及び使用期間に注意し慎重に投与すること。また，連用中における投与量の急激な減少ないし投与の中止により，けいれん発作，せん妄，振戦，不眠，不安，幻覚，妄想等の離脱症状があらわれることがあるので，投与を中止する場合には，徐々に減量するなど慎重に行うこと。」に，「刺激興奮，錯乱等（頻度不明）」が「刺激興奮，錯乱等があらわれることがあるので，観察を十分に行い，症状があらわれた場合には適切な処置を行うこと。なお，投与を中止する場合には徐々に減量するなど慎重に行うこと。」にそれぞれ変更された。」

エ 原判決46頁26行目の「GABA」を「γ-アミノ酪酸（GABA）」に，47頁2行目の「甲B1，5」を「甲B1・214頁，甲B5（平成18年12月発行）・1672頁」にそれぞれ改める。

オ 原判決47頁12行目末尾の次に「（甲B1・214頁，甲B5・1671頁）」を加え，15行目の「甲B1，5」を「甲B1・214，21

5頁，甲B5・1671頁」に改め，24行目の「甲B222」の次に「（平成14年7月発行）」を加える。

カ 原判決48頁6行目の「甲B1，5」を「甲B1・215頁」に改め，8行目から9行目にかけての「甲B5」の次に「・1671，1672頁」を加える。

キ 原判決48頁18行目の「67頁」を「66，67頁」に改める。

ク 原判決48頁21行目の「甲B177」の次に「（平成26年10月発行）」を加える。

ケ 原判決48頁25行目の「反跳現象」の次に「（元の症状がより強度に現れるもので，中断後早期に出現する反跳性の不安や不眠がこれに当たる。）」を加え，26行目の「1日」を「1日量」に改め，49頁3行目から4行目にかけての「甲B88・」の次に「214，215，」を加える。

コ 原判決49頁10行目の「離脱症状がほとんど出現しないとされている」を「離脱症状がほとんど出現せず，その後の減量過程でほとんどの症状が現れるとされている」に，11行目の「早い」を「速い」にそれぞれ改める。

サ 原判決49頁21行目の「4分の1」を「4分の1以下」に，25行目の「早い」を「速い」にそれぞれ改め，50頁6行目の「乙B26の1」の次に「・75頁」を加える。

シ 原判決50頁11行目の「甲B12」の次に「（平成23年発行）」を加える。

ス 原判決50頁14行目の「乙B3」の次に「（平成14年発行）」を，同行目末尾の次に行を改めて次のとおりそれぞれ加える。

「キ 緩徐な離脱スケジュールの例として，ジアゼパム1日40mg（あるいはその等価量）を摂取していたときは，1日20mgの用量に到達するまで，1～2週間ごとに2mgずつ1日の用量を減薬して，10～2

0週を要し、その後は毎週あるいは2週ごとに1日の用量を1mgずつ減薬して、20～40週を要し、合計30～60週を要するとされる。

(アシュトンマニュアル(甲B255)49頁)

セ 原判決50頁16行目の「39」の次に「(平成18年発行)」を加え、18行目の「示されている。」を「示されており、日常臨床において、多剤併用療法を受けている精神疾患患者の概算服用量の把握や、向精神薬の切り換えの際の目安として利用することが期待されている。(甲B38・まえがきv, 101頁)」に改め、25行目末尾の次に「(甲B38・109, 111～118頁, 甲B39・1446, 1447頁)」を、51頁1行目末尾の次に「(甲B38・118頁, 甲B39・1446頁)」をそれぞれ加える。

### (3) 1審原告の補充主張に対する判断

1審原告は、上記第2の4(1)アのとおり、原審における判決言渡し後にBZ系薬物の添付文書が改訂されたことをもって、改訂前の添付文書ないし古い医学的知見に基づく原審の判断は変更されなければならない旨を主張する。

しかし、本件においては、平成16年7月14日から平成17年12月22日までの間の大江医師及び宮下医師の1審原告に対するランドセンの投与等の医療行為に係る注意義務違反の有無を争点として、平成16, 7年当時の医療水準を構成する医学的知見に照らして上記注意義務違反の有無を判断すべきことは自明であって、平成29年3月の添付文書の改訂やその前提となる本件調査結果報告書に示された医学的知見が上記注意義務違反の有無に係る判断を左右するわけではなく、本件調査結果報告書及び添付文書の改訂に至る要因となった医学的知見の変容や諸症例の蓄積等は、個別の争点における医療水準ないし医学的知見の内容として検討されるべきものである。

したがって、1審原告の上記主張は採用することができない。

### 4 争点(1) (大江医師はBZ系薬物を適応のない症例に投与しない注意義務に違

反したか（平成16年7月14日））について

(1) 争点(1)については、次の(2)のとおり原判決を補正するほかは、原判決「事実及び理由」の「第3 当裁判所の判断」の3に記載のとおりであるから、これを引用する。

(2) 原判決の補正

ア 原判決51頁5行目の「232」の次に「, 264, 265」を加える。

イ 原判決53頁2行目末尾の次に行を改めて次のとおり加える。

「なお、1審原告は、上記論文と同旨の成富医師及び大江医師の論文（甲B112, 平成17年4月発行）が引用する文献9）の文献（甲B264, 平成14年発行）並びに上記論文の文献13）が引用する文献（甲B265, 平成15年発行）によれば、投与された抗けいれん薬はバルプロ酸ナトリウム、すなわちデパケンRのみであると主張するが、上記論文の記載を疑うべき事情はうかがわれない。」

ウ 原判決53頁17行目の「無作為化二重盲試験」を「無作為化二重盲検試験」に改め、23行目末尾の次に次のとおり加える。

「なお、1審被告は、てんかんに対して抗てんかん薬であるランドセンが有効であることは既に確立されているから、プラセボを用いた無作為化二重盲検試験は不要であると主張するが、成富研究に係る「脳磁図を用いた高齢者平衡機能障害の診断と機序解明および転倒防止に関する研究」（甲B10）中の大江医師ほか分担研究者となっている「慢性めまい感に対する抗てんかん薬治療の効果に関する検討」と題する部分と整合しない。」

エ 原判決54頁22行目から23行目にかけての「相応の理由がある。」から25行目の「認められ」までを次のとおり改める。

「相応の理由がある。

この点につき、1審原告は、各種の抗てんかん薬ではそれぞれ作動機序が異なっており、各種のてんかん症状に対応して開発され、てんかんの症

状により使い分けられているから、一律に抗てんかん薬の全部がめまい症に有効だとする1審被告の主張には医学的根拠が全くない旨を主張する。

しかし、上述した成富研究の基本的な発想に加えて、医療法人桜花会醍醐病院の名誉院長である有馬成紀医師の意見書（以下「有馬意見書」という。甲B353）には、BZ系の薬剤は化学構造式が極めて類似し、同一の受容体を介して作用するため、個々の薬剤は作用発現時間、作用時間（半減期）、力価を異にするのみで、ほぼ同一の作用であるとの知見が示されていることを考慮すると、デパケンRに代えてランドセンを選択することに全く医学的根拠がないなどとはいえず、1審原告の上記主張は採用することができない。

そして、証拠（乙A32, 33, 乙B4, 乙C7, 証人大江洋史）及び弁論の全趣旨によれば、1審被告病院が紙媒体で保管している診療録のうち、医師が医薬品の処方指示を行うオーダーリングシステムのデータが蓄積されていたサーバー内を検索して、大江医師、成富医師及び宮下医師がランドセンを処方したことが判明した患者の診療録を大江医師において確認し、慢性ふらつき・めまい症に対し、①平成16年7月以前に1審被告病院に入院して大江医師によりランドセンが処方されていたか、②同月以前に外来でランドセンが処方され、平成17年10月以降（なお、同月より前の外来患者のデータは上記サーバー内に蓄積されていない。）においても、外来で大江医師、成富医師又は宮下医師によりランドセンが処方されていた患者4名が特定されたこと、上記患者らのうち3名については、当初はデパケンRが処方されたが、平成15年7月（50代男性）、同年10月（50代女性）及び同年11月（70代女性）にそれぞれランドセンの処方に変更され、その余の1名（70代男性）については、平成15年6月に当初からランドセンが処方されたこと、50代女性、70代女性及び50代男性については、慢性めまい・ふらつき症状の改善ないしめまい

の消失といった効果があり、70代男性については、骨髄抑制の副作用によりランドセンの処方を中止せざるを得なかったが、脳磁計検査の結果ではランドセンによる効果が確認されていたことが認められ」

5 争点(4) (大江医師はB Z系薬物の性質及び副作用等に関する説明義務に違反したか(平成16年7月14日))について

(1) 争点(4)については、次の(2)のとおり原判決を補正し、(3)のとおり当審における1審被告の補充主張について判断を加えるほかは、原判決「事実及び理由」の「第3 当裁判所の判断」の4に記載のとおりであるから、これを引用する。

(2) 原判決の補正

ア 原判決57頁5行目の「原告は」を「大江医師は」に改める。

イ 原判決58頁11行目の「臨床容量依存」を「臨床用量依存」に改める。

ウ 原判決59頁5行目の「説明しておらず」から7行目の「さらに」までを次のとおり改める。

「説明していない。

一方、1審被告は、大江医師が診断的治療であることを説明したと主張し、当審において提出された大江医師の陳述書(乙A31)においても、平成16年7月2日のデパケンR投与時の説明は、診断的治療という専門用語は使用していないものの、診断的治療の趣旨で投薬するというもので、1審原告も上記趣旨を完全に理解して投薬に同意したとされており、その意味するところは、同月14日の大江医師による説明も、診断的治療の継続を前提とする抗てんかん薬のデパケンRからランドセンへの変更であることを示しているというものと解される。

確かに、上記1(2)イ及びウに認定の診療経過及び上記(1)に認定の説明内容に照らすと、大江医師は、1審原告が服用していたソラナックスの薬効を完全に排除するための入院精査、脳波検査及び脳磁計検査が必要である

と説明しながらも、それらを実施しないまま、1審原告の求めに応じてデパケンRを投与し、脳波検査及び脳磁計検査で異常が認められなかったものの、1審原告の求めに応じてデパケンRをランドセンに変更して投与したのであるから、実質的には診断的治療であるとの説明をし、1審原告もその趣旨を理解していたものと認めることができる。

しかし」

(3) 1審被告の補充主張に対する判断

ア 抗てんかん薬の投与による治療法が医療水準として確立していなかったことを前提とする説明義務の内容及び程度について

1審被告は、上記第2の4(2)ア(ア)のとおり、医師による説明義務の内容及び程度が、個々の医療行為の場面における具体的な患者との関係等によって規定され、診断的治療というだけで説明義務が加重されることはなく、大江医師は、1審原告がランドセンの処方による治療を受けるか否かを自己決定するのに必要かつ十分な説明を行った旨を主張する。

しかし、大江医師が、1審原告が抗てんかん薬をランドセンに変更して治療を継続するかどうかを自己決定するために必要な説明を尽くしていないことは、補正して引用した原判決第3の4(4)に説示のとおりであるから、1審被告の上記主張は採用することができない。

イ ランドセンの副作用に関する説明義務について

(ア) 臨床用量依存を前提とする説明義務

1審被告は、上記第2の4(2)ア(イ)aのとおり、平成16年7月14日当時、医学的知見として確立されていないBZ系薬物の臨床用量依存についての説明義務はなく、ランドセンの添付文書にも臨床用量依存については何ら言及されていなかった旨を主張する。

しかし、平成16年7月14日当時、臨床用量の範囲内であっても、BZ系薬物の長期服用により身体依存を形成する臨床用量依存の可能性



があることは、引用した原判決第3の2(2)に認定したとおりであって、臨床用量依存に係る副作用についての説明義務がなかったと認めることはできない。なお、承認用量の範囲内においても、長期間の服用により身体依存が形成されることを指摘する本件調査結果報告書を踏まえて、ランドセンの添付文書における「重大な副作用」の記載が「連用により薬物依存を生じることがある」と改訂されたことは上記3(2)に認定のとおりである。

(イ) 離脱症状に関する説明義務

1 審被告は、上記第2の4(2)ア(イ)bのとおり、患者が医師の指示に従わないなどの事後の例外的な場面を想定して離脱症状に関する説明をすべき義務はない旨を主張する。

しかし、平成16年7月14日当時であっても、BZ系薬物の長期服用により臨床用量依存を形成する可能性があり、大江医師にその説明義務があったことは上記(ア)に判断したとおりであり、これに、補正して引用した原判決第3の2(3)及び(4)に認定判断した離脱症状及び減薬方法に関する医学的知見並びに後記7において判断するとおりBZ系薬物の減薬時における漸減の速度が医師の合理的裁量に委ねられていることをも併せて考慮すると、臨床用量依存を形成しても、医師の指示する減薬方法に従っている限り、およそ離脱症状が生じる可能性がないとは認められず、1審原告が、診断的治療としての抗てんかん薬をランドセンに変更して治療を継続するかどうかを自己決定する上で、ランドセンの副作用としての離脱症状発症の可能性に係る説明を受ける必要がなかったと認めることもできない。

したがって、1審被告の上記主張は採用することができない。

- 6 争点(2) (大江医師はBZ系薬物の総投与量を管理すべき注意義務に違反したか(平成16年9月17日))について

(1) 争点(2)については、次の(2)のとおり原判決を補正し、(3)のとおり当審における1審原告の補充主張について判断を加えるほかは、原判決「事実及び理由」の「第3 当裁判所の判断」の5に記載のとおりであるから、これを引用する。

(2) 原判決の補正

原判決60頁3行目の「むしろ、」の次に「1審原告に投与された当時の」を、4行目から5行目にかけての「記載はなく」の次に「、本件調査結果報告書(甲B246)においても、用量及び使用期間に注意し慎重に投与するとか、抗てんかん薬として用いる場合以外は、継続投与を避け、短期間にとどめるとされたものの、総投与量の制限についてはまでは言及されておらず、平成29年3月改訂後の添付文書(甲B249)にも同様に総投与量を制限すべき趣旨の記載はないままであり」をそれぞれ加える。

(3) 1審原告の補充主張に対する判断

ア ジアゼパム換算及び依存症の閾値について

1審原告は、松本意見書につき、1審被告病院における依存症の閾値を大幅に超えるランドセンの総投与量に言及していない点において、本件診療経過一覧表に基づいて作成されており、1審原告の症状の経過・検査結果の推移等の具体的事実を踏まえた意見になっておらず、また、BZ系薬物の投与量及び閾値をジアゼパム換算により管理することが医学的知見として確立していないとする点において、医学的な一般的知見と整合しないとしてるる主張する。

しかし、本件診療経過一覧表の記載内容は、補正して引用した原判決第3の1の認定事実と整合するものであって、客観的な診療経過に反する経緯は含まれていないから、1審原告の症状の経過・検査結果の推移等の具体的事実を踏まえた意見になっていることは明らかである。

また、BZ系薬物の総投与量をジアゼパム換算により管理することが医

療水準として確立していたと認められないことは、補正して引用した原判決第3の5に認定判断したとおりであるから、松本意見書が医学的な一般的知見と整合しないということもできない。

そして、松本医師の「2. うつ病治療～ベンゾジアゼピンの功罪～」(医薬ジャーナル2012年4月号。甲B192)には、「通常の臨床用量以下(ジアゼパム換算で30mg/日)」であっても、BZの長期服用により身体依存が形成され、中止に伴って離脱症状が現れるとの文脈でジアゼパム換算した投与量が示されているが、それをもって、BZ系薬物の総投与量をジアゼパム換算により管理すべきであるとの知見を示していたとは理解できないから、松本意見書のうちのジアゼパム換算による総投与量の管理に関する部分が、他の文献における松本医師の知見と整合しないなどとはいえない。

したがって、1審原告の上記主張はいずれも採用することができない。

#### イ 常用量依存と薬物依存について

1審原告は、松本意見書につき、BZ系薬物による薬物依存の診断に精神依存の存在を必須とする点が本件調査結果報告書と異なり、医学的な一般的知見と整合しない旨を主張する。

本件調査結果報告書及びそれを踏まえたランドセンの添付文書の平成29年3月の改訂については、補正して引用した原判決第3の2(1)に認定のとおりである。

しかし、松本意見書は、薬物依存につき、精神作用物質に対する渴望を意味する精神依存と、精神作用物質の精神作用に対して中枢神経系が適応し、中枢神経系に絶えず精神作用物質が供給されている状態を通常の状態と認識して、新たな均衡状態を作り出す現象を意味する身体依存とを区別して、身体依存は依存性物質を投与された生体に見られる正常な反応と理解すべき現象であるのに対し、それとは異なる薬物依存と診断するには、

精神依存の存在が必須であるとの医学的知見を示しているのもであって、それは薬物依存が、身体依存、すなわち臨床用量依存ないし常用量依存とは異なる病態であることを指摘することに主眼があるのであって、BZ系薬物の長期間服用により身体依存が生じることを否定するものではないから、松本意見書が薬物依存に関する医学的な一般的知見、あるいは本件調査報告書と矛盾しないことは明らかである。

したがって、1審原告の上記主張は採用することができない。

7 争点(3) (大江医師及び宮下医師は離脱症状を回避する適切な減・断薬方法を実施すべき注意義務に違反したか(大江医師につき平成17年5月9日及び同年8月1日、宮下医師につき同年12月21日及び同月22日))について

(1) 減・断薬の速度に係る医師の合理的裁量及び医師の患者に対する管理・指導の必要性

補正して引用した原判決第3の2(4)に認定したBZ系薬物の減薬方法等に関する医学文献等の記載によれば、BZ系薬物を減薬するに当たっては漸減を原則とすることが一般的な医学的知見となっていることが認められるが(そのこと自体は1審被告も争っていない。)、漸減の速度については、様々な速度、方法が提唱されており、1審原告は、引用した原判決第3の2(4)イに認定の臨床精神医学講座(甲B50の1・338頁)が紹介するHiggittの減薬方法、補正して引用した原判決第3の2(4)キに認定のアシュトンマニュアル(甲B255・49頁)が例示する緩徐な離脱スケジュール等が標準的な減薬方法である旨を主張するものの、一般的に確立した基準といえるものがあることを認めるに足りる証拠はなく、また、ジアゼパム換算により処方量及び減薬量を管理する必要があることが確立した医学的知見になっていることを認めるに足りる証拠もない。

これらに照らすと、医師がBZ系薬物を減・断薬するに際しては、漸減すべき注意義務があるものの、その速度については、医師の合理的な裁量に委

ねられているものと認めるのが相当である。

ところで、B Z系薬物の漸減の速度が医師の合理的裁量に委ねられているということは、医師が上記合理的裁量の範囲内でB Z系薬物の服用量及び当該服用量の服用期間を設定・指示したときには、B Z系薬物を処方された患者に上記指示を遵守させ、医師の管理下で上記指示を更新・変更しつつ、B Z系薬物を漸減して、離脱症状の発現を回避しつつ減・断薬の実現に務めるべきことが当然の前提になるというのが相当である。

そうすると、B Z系薬物の減・断薬に際して、医師が服用量等を設定・指示しないとか、患者が医師の指示に服さず、自己の判断で服用量等を調整して減・断薬を実行するようなことは想定されていないのであり、患者が医師の指示に服さないようなときには、補正して引用した原判決第3の4(3)ア及び(4)に認定判断したとおり、ランドセンの副作用として、長期服用により臨床用量依存を形成し、急激な減薬等によって離脱症状を発症する可能性があることに関する説明義務が適切に尽くされていることを前提に、離脱症状の発症を回避するためには、自己の判断に基づく減・断薬を中止して医師の指示に服する必要があることを改めて説明し、それを当該患者に十分理解させるように努めなければならないものというのが相当である。

そこで、以下においては、大江医師及び宮下医師が、合理的裁量の範囲内で1審原告に対するランドセンの服用量及び当該服用量の服用期間を設定・指示して、適切な減・断薬方法を実施したかどうか、1審原告が大江医師及び宮下医師の指示に服さず、自己の判断で服用量等を調整して減・断薬を実行していたとすれば、それを中止して、大江医師及び宮下医師の指示に服させるために必要な説明等に努めていたかどうかという観点で、離脱症状を回避する適切な減・断薬方法を実施していたかどうかを検討する。

## (2) 大江医師の注意義務違反について

### ア 平成17年5月9日について

(ア) 大江医師が指示したランドセンの服用量

1審原告は、平成17年5月9日、大江医師が、前回受診時（同年3月25日）に処方した1日の服用量が4mgであったのを突如4分の1に当たる1mgにまで急減させたとして、このランドセンの減薬方法は不適切かつ危険であり、注意義務違反は明らかである旨を主張する。

しかしながら、大江医師が平成17年5月9日に1日の服薬量を1mgと指示したことを認めるに足りる証拠はなく、かえって、引用した原判決第3の1(2)スに認定のとおり、大江医師は、同日、1審原告から体がだるいので1日2mgまで減量し、それを3週間継続してふらつきがないこと等の報告を受けたことから、1日当たり2mgの服用を指示した上、薬の残量を考慮して1日当たり1mgを42日分処方したことが認められる。この点に関する大江医師の証言及び同人作成の陳述書（乙A28）の記載は、同日のカルテ（乙A3）に、上記のような前回受診以降の服用量の減量経過等について1審原告が報告した内容のほか、「しばらく ランドセン1.0 0.5 0.5mgにて行く」との記載があることと整合しており、1審原告が報告した服用量の減量経過からすれば、残量を考慮して処方したというのは自然かつ合理的なものであって、信用することができる。

したがって、大江医師が平成17年5月9日の診察時に、突如ランドセンの1日当たりの服用量を前回受診時の4分の1である1mgに減量した旨の1審原告の主張は採用することができず、また、東医師の診断書（甲B188）のうち、大江医師による減薬方法が危険である旨の意見については、1審原告の主張する上記のような事実関係を前提とするものであるから、採用することができない。

なお、1審原告は、松本意見書につき、平成17年5月9日に大江医師が1審原告に指示した服用量が2mgであるとの「被告病院における

診療経過一覧表」(乙B31)記載の歪曲された事実に基づいて、大江医師による減薬方法がごく一般的なものであり、特に問題を感じないとする点において、1審原告の症状の経過・検査結果の推移等の具体的事実を踏まえた意見になっていないと主張する。しかし、同日に大江医師が1審原告に対して服用を指示した量が2mgであることは、上記説示のとおりであり、また、本件診療経過一覧表の記載内容が客観的な診療経過に反する経緯を含まないものであることは上記6(3)アに説示したとおりであるから、松本意見書が1審原告の症状の経過・検査結果の推移等の具体的事実を踏まえた意見になっていないとは認められず、1審原告の上記主張は採用することができない。

(イ) 大江医師が指示した服用量の当否

BZ系薬物の減薬において漸減が原則とされるのは、急激な減薬によって離脱症状が生じる恐れがあるからであるところ、平成17年5月9日に大江医師が1審原告に対し1日当たり2mgの服薬を指示したことは、1審原告から1日当たり2mgの服用を3週間継続して問題がないとの報告を受けてなされたものであることからすれば、引用した原判決第3の2(3)エの離脱症状の出現時期に関する医学的知見を踏まえても、上記指示が不適切であったとはいえない。

(ウ) 1審原告の判断による減薬を中止させるように努めたかどうか

1審原告が、ランドセンの服用量が1日当たり4mgに増量された平成17年3月25日から同年5月9日までの間に、大江医師の指示に基づかず、自己の判断で服用量を1日当たり3mg、さらに1日当たり2mgにまで減量し、それを3週間続けており、ふらつきはないものの、体重が4か月で67kgから59kgに減少したことを大江医師に事後報告し、大江医師においても、1日当たり2mgの服用を指示して、いわば1審原告の判断による服用量を追認したといえることは引用した原

判決第3の1(2)シ及びスに認定し、上記(ア)及び(イ)に説示したとおりである。

そうすると、大江医師は、平成17年5月9日に1審原告が自己の判断でランドセンの減薬を行っているとの報告を受けても、結果としての同日現在の服用量を追認して同量の服用を指示するにとどまっており、1審原告に対し、離脱症状発症の危険性を説明して自己の判断でランドセンの減薬を行うことを中止させ、以後は大江医師の指示に従うべきである旨を諭して理解させるような措置を全く講じていないことが明らかである。

したがって、大江医師は、平成17年5月9日時点において、離脱症状を回避する適切な減薬方法を実施すべき注意義務に違反していたものと認めるのが相当である。

イ 平成17年8月1日について

(ア) 大江医師がランドセンの服用中止を指示したかどうか

1審原告は、大江医師が、平成17年8月1日のメールで、1審原告の症状を観察することなく、いきなりランドセンの服用を中止するよう指示したとして、このランドセンの断薬方法の指示は不適切かつ危険であり、その注意義務違反は明らかである旨主張するところ、引用した原判決第3の1(2)チに認定のとおり、大江医師は、同日、1審原告に対し、ふらつきの症状が改善すればランドセンを中止していただければ幸いである旨のメール(乙A4の2)を送信しており、同メールの文面上は、直ちにランドセンの服用を中止するよう指示したようにも理解し得るところである。

しかしながら、補正して引用した原判決第3の1(2)タに認定のとおり、1審原告は、3日前の平成17年7月29日のメール(甲A16)で、大江医師に対し、服用を中止するとめまいの症状が出現すると述べてお



り、同年8月1日の大江医師の上記メールは、これを受けて送信されたものであって、1審被告が主張するように、将来的にふらつきの症状が改善した場合に中止できることを伝える意図であったと考えられること、引用した原判決第3の1(2)チ及びツに認定のとおり、1審原告は、上記メールを受けて直ちに服用を中止したわけではなく、服用量を減らすよう努めることとしていたところ、大江医師は、同月12日に1審原告から1日1錠ずつ減量したことによって睡眠障害、振戦、不安、焦燥感、気分の落ち込み、下痢の症状が出たことなどの報告を受けたことから、離脱症状が出現するのであれば、本当に少量ずつ減量していくほかなく、1週間ないし2週間に0.25mgずつのゆっくりとした速度で可能であれば減量してもらいたいとのメール(甲A25)を送信していることからすれば、大江医師が1審原告に対し、ランドセンを漸減するのではなく、直ちに中止することを指示したということはできず、また、大江医師が同日に指示した減薬速度も、補正して引用した原判決第3の2(4)に認定した医学文献等の記載に照らして不合理とはいえない。

(イ) 1審原告の判断による減薬を中止させるように努めたかどうか

上記ア(ウ)に説示した大江医師の注意義務違反の結果、1審原告は、平成17年5月9日以降も、自己の判断で服用量を1日当たり0.5mgまで減量し、その後1日当たり1.5mgに増量して服用するなどしており、そうした経過を大江医師に同年6月20日から同年7月29日までのメールで事後報告していたものの、大江医師の指示に服するような言動を示さず、同日時点においても、1日当たり1.5mgからの減量を試行中であることが報告されていたことは補正して引用した原判決第3の1(2)セないしタに認定したとおりである。

しかるに、大江医師は、平成17年8月1日のメールにおいても、上記ア(ア)に説示したとおり、ふらつきの症状が改善すればランドセンの服用

を中止できることを伝えるにとどまっていた、1審原告が大江医師の指示によらずに服用量を増減させていることを戒め、かつ、試行中の減薬を中止して、以後は大江医師の指示に服するように諭して理解させるような措置を全く講じていないことが明らかである。

その結果、1審原告は、補正して引用した原判決第3の1(2)テないしフに認定したとおり、平成17年8月5日から1日0.5mg錠を1錠ずつ減量して離脱症状を出現させ、3日目に減薬を中止して1日当たり1.5mgに復したものの、なおも1週間ごとに0.25mgずつ減量して6週間で断薬することに対する意欲を示すなどし、その後も1審原告が自己の判断で主体的に減薬を行い、それを大江医師に報告することが続いていたものである。

そうすると、大江医師は、平成17年8月1日時点においても、離脱症状を回避する適切な減薬方法を実施すべき注意義務に違反していたものと認めるのが相当である。

### (3) 宮下医師の注意義務違反について

#### ア 宮下医師の指示した服用量等の当否

1審原告は、宮下医師が、直近の処方量だけを見て、常用量依存の可能性を否定し、1審原告の症状を嚴重に観察することもなく、平成17年12月21日及び同月22日の電子メールで服用量の漸減を指示したとして、宮下医師にも、離脱症状を回避する適切な減・断薬方法を実施しなかった注意義務違反が認められる旨を主張する。

しかしながら、補正して引用した原判決第3の1(2)ホ及びマに認定のとおり、宮下医師は、1審原告から、現状の服用量や減量によって不安感等の症状が出現したことなどの報告を受けて、これ以上の減量は不要である旨述べ、それでもなお年末年始に減量を進めたいとして減量方法の指導を依頼した1審原告の希望を受けて、中止を目指すのであれば、二、三日に

1 回内服するとのスタンスで内服間隔をあけていって頓服することとし、更には平成18年2月末から3月初旬までに中止してはどうかというメールを送ったものであるところ、平成17年12月21日当時の服用量が1日当たり0.25mgにまで減量されていたことに加え、補正して引用した原判決第3の2(4)エiiに認定のとおり、長時間作用型のBZ系薬物については隔日法を推奨する文献も存在していたこと、宮下医師が指示した減薬方法は約2か月間かけて中止するという内容であったことなどからすれば、宮下医師の上記指示内容が不適切であったということはできない。

イ 1 審原告の判断による減薬を中止させるように努めたかどうか

引用した原判決第3の1(2)へに認定のとおり、1 審原告の担当を大江医師から引き継いだ宮下医師は、平成17年12月5日、1 審原告から自己の判断でランドセンの服用量を1日当たり0.75mgまで減量し、それ以上減量するとだるさが増強するとの報告を受けても、上記服用量の2倍の量と漸減用の細粒を処方するにとどまり、1 審原告が大江医師ないし宮下医師の指示によらずに服用量を減量させていることを戒め、以後は宮下医師の指示に服するように諭して理解させるような措置を講じていない。

また、宮下医師は、1 審原告に対し、平成17年12月21日に減量は不要と考えるとの明確な意見を伝え、同月22日にも、不適切とはいえないランドセンの服用中止までの方法及び期間を指示していることは上記アに説示したとおりであるが、同月5日と同様、なおも1 審原告が宮下医師の指示によらずに服用量を減量していることを戒め、宮下医師の指示に服して減・断薬する必要があることを理解させるような措置までは講じておらず、離脱症状を回避する適切な減・断薬方法としては不十分な対応にとどまったものといわざるを得ない。

その結果、補正して引用した原判決第3の1(2)ミに認定したとおり、1 審原告は、ランドセン及びコンスタンを1日当たり0.25mgずつとい

う服用量を、自己の判断で平成17年12月23日から同月25日までの間に減量しようとしたものの、それを断念し、不安感が増幅してソラナックスを服用しても改善しないというように心身の状況を悪化させて、争点(5)において判断する離脱症状を発症するに至っているのである。

そうすると、宮下医師は、平成17年12月21日及び同月22日時点において、離脱症状を回避する適切な減薬方法を実施すべき注意義務に違反していたものと認めるのが相当である。

#### (4) まとめ

以上のとおり、BZ系薬物の減・断薬の速度については、医師の合理的裁量に委ねられているものの、大江医師及び宮下医師は、1審原告に対し、離脱症状を回避するためには、1審原告の判断でランドセンの服用量等を調整して行う減・断薬を中止して医師の指示に服する必要があることを説明し、それを十分理解させるために必要な措置を講じず、上記合理的裁量を適切に行行使するために必要な前提を欠いたまま、1審原告が推し進める減・断薬の過程における服用量を追認し、あるいはそれを前提としてランドセンを処方するなどの対応に終始したものとわざるを得ないから、離脱症状を回避する適切な減・断薬方法を実施すべき注意義務に違反したものと認められる。争点(3)に関する1審原告の主張は理由がある。

#### 8 争点(5) (各注意義務違反と1審原告に平成18年1月以降生じた症状ないし障害との因果関係の有無) について

(1) 争点(5)については、次の(2)のとおり原判決を補正し、(3)のとおり当審における当事者双方の補充主張について判断を加えるほかは、原判決「事実及び理由」の「第3 当裁判所の判断」の7に記載のとおりであるから、これを引用する。

#### (2) 原判決の補正

ア 原判決64頁5行目の「説明義務違反」から同行目末尾までを「BZ系

薬物長期服用患者の離脱症状」に改め、6行目の「ア」を削る。

イ 原判決64頁14行目末尾の次に行を改めて次のとおり加える。

「(2) 大江医師の説明義務違反とランドセン投与との間の相当因果関係の有無」

ウ 原判決64頁15行目の「イ」を削り、同行目の「東邦ガス株式会社」を「東邦ガス」に、17行目の「有しており」を「有し、東邦ガス四日市工場の副工場長として、同資格を有することが必要な保安責任者の地位に就いており」に、21行目の「そのような」から65頁2行目末尾までを次のとおりにそれぞれ改める。

「また、1審原告の精神疾患に対する恐れないし警戒は、上記1(1)ア(エ)に認定した平成13年11月14日の藤田保健衛生大学病院神経内科の受診時に、担当医師をして、1審原告が器質的な原因によるとの説明しか受け入れようとせず、精神科を受診して、過換気症候群に係る緊張・不安の背景を解明する必要があるとの意見を説明しても納得しない旨を診療録に記載(甲A62・7頁)させるほど強固なものであったことがうかがわれる。

一方、1審原告がふらつきや浮動性めまい等の症状を訴えて複数の医療機関を転々とした末、ようやく成富研究の存在にたどり着き、1審被告病院を受診するに至ったことは上記1(1)に認定したとおりである。また、1審原告は、既に上述した複数の医療機関で治療を受けた際にBZ系薬物を処方されていた上、上記4(1)イに認定した程度の大江医師の説明により、脳磁計検査の結果が判明する前にデパケンRを服用するとの診断的治療を受けることを承諾している。

これらの諸事情を踏まえると、1審原告が平成16年7月14日にデパケンRをランドセンに変更して治療を継続するかどうかを自己決定するに際し、上記4(3)アに説示した①ないし⑤の各事項、特にランドセンの副作用及び離脱症状に関する⑤について適切な説明が尽くされるときには、医

師がランドセンの減・断薬方法を適切に管理し、慎重に漸減して離脱症状の発現防止に努める旨をも説明されるものというべきであるから、1審原告は、診断的治療における抗てんかん薬がデパケンRから同じくBZ系薬物であるランドセンに変更されたとしても、なお治療を継続することを決断したものと認めるのが相当であって、1審原告の精神疾患に対する恐れのないし警戒が強固なものであることは上記判断を左右しない。

したがって、大江医師の説明義務違反と1審原告のランドセン服用との間に相当因果関係は存在しないものと認められ、これに反する1審原告の主張は採用することができない。

エ 原判決65頁2行目末尾の次に行を改めて次のとおり加える。

〔3〕 大江医師の説明義務違反並びに大江医師及び宮下医師の適切な減・断薬方法実施義務違反と1審原告の判断による減・断薬実施との間の相当因果関係の有無

上記4(4)に説示したとおり、大江医師は、ランドセンの長期服用により臨床用量依存を形成し、急激な減薬等によって離脱症状を生じる可能性があることを説明していない。

また、本判決第3の7に説示したとおり、1審原告が自己の判断でランドセンの服用量を調整して減薬等を実行し、その事後報告を受けた大江医師及び宮下医師が、そうした減薬を中止させ、医師の指示に従う必要があることを理解させるために必要な措置を講じず、離脱症状を回避する適切な減・断薬方法を実施すべき注意義務に違反していた。

そうすると、1審原告は、大江医師の上記説明義務違反によってランドセンの長期服用による臨床用量依存の形成及び急激な断薬等による離脱症状の発症といった副作用を理解しないまま、自己の判断で服用量を調整して減薬を実行し、大江医師及び宮下医師の上記適切な減・断薬方法実施義務違反により、自己の判断による減薬の実行を中止して医師

の指示に服すべき必要性を認識しないまま、自己の判断による減・断薬を押し進めたものというべきであるから、大江医師の上記説明義務違反並びに大江医師及び宮下医師の上記適切な減・断薬方法実施義務違反と1審原告の判断による減・断薬実施との間には相当因果関係が存在するものと認めるのが相当である。」

オ 原判決65頁3行目の「(2)」を「(4)」に、同行目の「ランドセン投与」を「1審原告の判断による減・断薬実施」に、5行目から11行目までを次のとおりにそれぞれ改める。

「ア 1審原告が主張する遷延性離脱症状に関する医学的知見

(ア) アシュトンマニュアル(甲B255)

a 離脱の経過

BZの離脱症状は、日ごと、週ごと、あるいは一日の中において症状の強さや種類を変えながら、特徴的に一進一退し、現れては消える症状もあれば、別の症状に取って代ることもあり、こうした波は、時間が経つにつれて激しさが弱まり、頻度も少なくなっていく。一般的には、断薬してから数週間後には、確実に調子が良いと感じる“正常な”時間帯が、数時間あるいは数日間現れ、次第にその“正常な”時間がより頻繁に訪れ、より長く持続するようになる一方、間に起こる不快な症状は減退する。(アシュトンマニュアル101頁)

b 遷延性離脱症状

BZから離脱した人のうち少数が、長期に及ぶ影響に悩まされ、数か月、数年経過しても消えない遷延性の症状であり、BZの長期服用者のうち10～15パーセントの人が“離脱後症候群”を発症するといわれており、BZを20年以上服薬していたり、離脱において辛い経験をしていたりする人が多くいる。自分で漸減をコント

ロールし、ゆっくりと減薬した人では、離脱症状が遷延化する確率がはるかに低い。(アシュトンマニュアル102頁)

最も長期化しやすい症状には不安、不眠、抑うつ、多彩な知覚及び運動系の症状、消化器系の障害、記憶力及び認知力の低下がある。(アシュトンマニュアル102頁)

c 抑うつ

抑うつは、BZの慢性服用により引き起こされたり、悪化したりすることがあり、離脱症候群の特徴的症狀でもある。抑うつ症状は、離脱後に初めて、時には数週間遅れで発症することがあり、その症状は重篤になる場合があり、また何か月も遷延化することもあり得る。以前に抑うつの発症歴あるいは家族歴のある人が、この併発症によりかかりやすいかどうかは明らかではなく、その原因もよく分かっていない。BZは多くの神経伝達物質及びホルモンの機能を妨げるため、抑うつは、例えば、セロトニンの活動低下と離脱のストレスが組み合わさってもたらされている可能性が考えられる。離脱における抑うつが、最終的に治療が必要なほど重篤な場合、抗うつ薬や認知療法に反応し、通常は、6～12か月かけて徐々に軽減していく。(アシュトンマニュアル105頁)

d 記憶力低下及び認知力の低下

BZは記憶機能及びいくつかの認知機能、特に注意力の持続を損なうことがよく知られているが、長期服用者の中には離脱後に残存する、継続的な知的能力の低下を訴える人がいる。治療用量の長期服用者における研究は、最長のもので離脱後10か月間しか継続されておらず、認知障害は、ゆっくりと回復してはいるものの、少なくとも上記10か月間は持続し、不安レベルとの関連性はなかった。スウェーデンのいくつかの研究では、BZ断薬後4～6年経過して



も、改善は見られるものの、依然として知的障害が存続することが示された。しかし、高用量摂取やアルコール摂取が追加因子となっていたかどうかは明らかではない。(アシュトンマニュアル107頁)

e BZによる脳の構造的損傷

BZは、アルコールと同様、脂溶性であり、脳細胞の脂肪を含んだ膜(脂質膜)に取り込まれるため、多年にわたる摂取により、慢性アルコール依存者に見られるように、大脳皮質の萎縮のような物理的変化がもたらされる可能性が考えられ、その変化は離脱後部分的にしか回復しない場合があることが示唆されてきた。しかし、コンピュータ断層撮影法(CTスキャン)による複数の研究にもかかわらず、治療用量服用者において、脳の萎縮を示す決定的な証拠は示されておらず、高用量乱用者における研究結果においても確証は得られていない。今日の検査法では検知されない、僅かな変化をもたらす可能性はあるが、得られるエビデンスに基づく限り、そのような変化が永続すると考えられる理由はない。(アシュトンマニュアル108頁)

(イ) カプラン臨床精神医学テキスト(甲B252)

中止後症候群とも呼ばれるBZ系薬物の離脱症候群の臨床症状は、服用した期間の長さ、服用量、減量の割合、服用していた薬物の血中半減期によって決まり、離脱症候群の症状には、不安、緊張、発汗、落ち着きのなさ、易刺激性、易疲労感、くらくら感、振戦、不眠、脱力感等がある。薬物の突然の中止、特に半減期の短いものを中止した場合は、離脱症状は重篤で、抑うつ、妄想、せん妄、けいれんなどが出現することがある。一部の症状に限れば、離脱症候群の頻度はBZ系薬物による治療を受けている患者の90パーセントにも及ぶが、重

篤な離脱症候群に陥るのは、高用量を長期間服用している患者のみである。半減期の長い薬物を服用していた患者では、中止後1～2週間遅れて離脱症候群が出現することがある。(1067, 1068頁)

(ウ) DSM-5を読み解く(甲B256)

長く消えない不安、不機嫌、不眠などの離脱症状は、非物質誘発性の不安症又は抑うつ障害と誤認されやすい。物質が長期的に摂取されていればいるほど、より高用量が用いられていればいるほど、重症の離脱症状(せん妄、けいれん大発作)が起こる可能性が高い。鎮静薬、睡眠薬又は抗不安薬離脱せん妄、幻視、体感幻覚又は幻聴を伴った意識と認知の障害によって特徴付けられる。この場合、「離脱」に代わって「離脱せん妄」と診断されるべきである。(179頁)

(エ) 臨床精神神経薬理学テキスト(甲B257)

BZ系薬物により、健忘や記憶力低下など認知的な問題が生じうることは古くから指摘されており、最近も長期服用の認知機能への影響を調べた研究のメタ解析が行われ、視空間認知、注意集中力、問題解決、一般知能、精神運度の速度、感覚処理、運動処理、言語記憶、非言語記憶、作業記憶など測定された全ての認知機能が低下し、これはBZ系薬物の中止により回復するものの、もともとの水準には復帰しないとの結果が報告されている。ただ現場での実感としては、飲酒と併用した場合に生じる健忘などを除けば、BZ系薬物による認知機能の低下が臨床的に大きく問題になることは多くない。(234頁)

イ 1審原告の症状等に関する医師の意見書等の要旨

(ア) 東医師の診断書(甲B188)及び意見書(甲B251, 354, 392)(以下、これらを併せて「東意見書」という。)

a 平成17年中の減薬に伴う症状

1審原告は、高力価のランドセンを、てんかん症例でも高用量の

範ちゅうに属する1日当たり4mg（ジアゼパム換算80mg）処方されていたところ、平成17年に1日でジアゼパム換算60mg以上（又は40mg以上）という極めて急激な減薬が行われた結果、重篤な離脱症状の「けいれん発作、せん妄、振戦、不眠、不安、離人症等の離脱症状」が発現していた。

b 断薬に伴う平成18年1月以降の症状

1審原告は、平成17年12月にランドセンを完全に断薬したため、離脱症状に連続又は合併してうつ病を発症し、不眠、不安、離人症等の多様な精神病症状を発症したものと考えられる。

1審原告の平成18年1月から同年3月までの間の病状は悪化しており、本郷医師は、BZを継続投与しながら、抗うつ薬を増量投与していたため、その時期には離脱症状が一時的に鎮静化したと考えられるが、前医の診療情報提供書によっては高用量のランドセンが処方されていたとの情報が得られておらず、急性期の離脱症状の鎮静化に必要な十分な量のBZ薬物を投与できていなかったと考えられるため、同年2月頃から同年3月頃に、BZの再服薬により離脱症状が一時的に鎮静化していた日又は時間帯が生じて、勤務先に出勤できたとしても、それによって離脱症状から回復したとはいえない。

BZ離脱に合併するうつ状態は、通常うつ病ないし本態性のうつ病とは発症機序が異なるため、治療方法が確立しておらず、1審原告の場合も、抗うつ薬の効果が現れるまでに長い時間を要した。

1審原告は、離脱症状に合併するうつ状態が悪化して平成18年6月にこころの医療センターに入院しているのであり、ランドセンの薬物依存及び離脱症状とは別の精神疾患が、偶然同時期に発病したと考えるのは、医学上合理的とはいえない。

### c 断薬までの経過

BZ薬物の減薬には平成18年1月から平成19年3月末までの間の1年3か月間を必要とし、その際、減薬に伴う神経症状を抑えるため、抗うつ薬ミアンセリン（商品名テトラミド）を併用しながら減薬を進め、最終的なBZの断薬に成功したが、BZ中止後も、うつ状態が改善するまで遷延性離脱症状をきたしていたと考えられ、減薬時に増薬して併用された抗うつ薬を減薬するには復職前の平成21年までを必要としたため、最終的なBZ薬物依存の減薬治療が終了した時期は、復職が可能となった同年12月末と考えるのが妥当である。

なお、遷延性離脱症候群については、医学的に確立した病態とはいえない。

### d 残遺性障害

1審原告は重篤な離脱症状を発症したため、前向き・逆行性健忘及び認知機能低下の認知機能障害（ウェクスラー記憶検査：一般性記憶、スコア80）、治療が必要なレベルの慢性的な下痢等の消化管障害が残遺性障害として存在し、遷延性の離脱症候群に罹患している。

### e 奇異反応

1審原告については、平成17年8月に前医の指示でランドセンを急に断薬した際の自殺企図、不相応な不動産投資及び夫婦関係の崩壊が奇異反応の存在を示している。1審原告及び家族は、ランドセンの奇異反応による脱抑制や攻撃性の増加などを認識しておらず、また、1審原告には既往の精神疾患がなく、かつ、同年12月末までは勤務先の管理職として就業していたことを考え合わせると、上記の行動は典型的なBZ薬物の奇異反応である多幸福感や易刺激性興

奮等が原因の異常行動であると解するのが医学上合理的である。」

カ 原判決 65 頁 18 行目の「状態にならない」を「状態とはならず、そもそもそのようなうつ状態には抗うつ薬はあまり効かないという印象がある」に、19 行目から 20 行目にかけての「反応している」を「反応しており」にそれぞれ改める。

キ 原判決 66 頁 2 行目の「イ」を「ウ」に、24 行目の「ウ」を「エ」にそれぞれ改める。

ク 原判決 67 頁 1 行目の「認定事実(3)」の次に「及び同(4)」を加え、5 行目末尾の次に次のとおり加える。

「この点、1 審原告は、勤務先での就業状況につき、コンスタンの服用により離脱症状が沈静化することがあり、勤務先からも、同年 2 月末頃に出社できる日があれば、短時間でも出社するように指示されたため、タクシーを利用して通勤したが、出勤後にけいれん等の離脱症状が発現し、社員に同行してもらって帰宅することがしばしばあり、同年 3 月頃も、滞留している事業所長の決裁業務を処理するため無理をして出勤しても、勤務先で離脱症状が発現し、フルタイムで稼働するような状態ではなく、同年 2 月から 3 月頃の間には数日程度も出勤していなかった旨を主張し、1 審原告の陳述書（甲 A 85）はこれに沿う内容のものである。しかし、上記主張等は、上記 1(4)アのこころの医療センターの診察時における 1 審原告の当時の説明内容と整合しないから、1 審原告の上記主張及び陳述書は採用することができない。」

ケ 原判決 67 頁 10 行目末尾の次に次のとおり加える。

「この点、1 審原告は、夫婦関係の崩壊や、多額の負債という事実と異なる無根拠な不安は B Z 系薬物の奇異反応によるものであり、それらの問題が精神疾患を発症させたものではないと主張するが、上記 1(3)イに認定のとおり、こころの医療センターに通院及び入院治療中、1 審原告自身が繰り返

返し上記問題に関する不安等を述べていたので

あるから、それが1審原告の精神状態に影響を及ぼしたことは否定できず、

1審原告の上記主張は上記判断を左右しない。」

コ 原判決67頁14行目の「東医師の診断書では、」を「東意見書では、平成18年1月頃からBZ薬物依存の減薬治療が終了した平成21年12月末までの約」に改める。

サ 原判決67頁19行目の「エ」を「オ」に、同行目の「ランドセン投与」を「1審原告の主導によるランドセンの減薬」にそれぞれ改める。

### (3) 当事者双方の補充主張に対する判断

ア 大江医師の説明義務違反とランドセン服用との間の相当因果関係の存否について—1審被告の補充主張

1審被告は、上記第2の4(2)イ(ア)のとおり、大江医師が、臨床用量依存の形成及び離脱症状発症の可能性とともに、ランドセンが長時間作用型のBZ系薬物であり、離脱症状を回避するために慎重に減・断薬することを併せて説明すれば、精神疾患を恐れていた1審原告であっても、長期間悩まされていた浮動性めまいの治療のために抗てんかん薬をランドセンに変更して治療を継続した可能性が高いから、上記5において判断した大江医師の説明義務違反と1審原告のランドセン服用との間には相当因果関係が存在しない旨を主張し、この主張に理由があることは補正して引用した原判決第3の7(2)に説示したとおりである。

イ 平成18年1月以降に生じた症状等との間の相当因果関係の存否について—1審原告の補充主張

1審原告は、上記第2の4(1)エ(ア)のとおり、平成18年1月以降に生じた症状が全てBZ系薬物の遷延性離脱症状であって、同年3月末頃までに同離脱症状から脱したのではないと主張するのに対し、1審被告は、上記第2の4(2)イ(イ)のとおり、上記症状はうつ病が発現したものにはすぎず、

ランドセンの離脱症状ではないと主張する。

(ア) B Z系薬物の遷延性離脱症状ないし遷延性離脱症候群

東医師は、補正して引用した原判決第3の7(4)イ(ア)のとおり、1審原告が遷延性離脱症状を発症していたとの所見を示しているものの、同cにおいて、遷延性離脱症候群が医学的に確立した病態とはいえないとの知見を示しており、有馬意見書8、15頁においても、遷延性離脱症候群は精神科医の間で共有された概念とはいえないとの知見が示されているから、補正して引用した原判決第3の7(4)ア(ア)に認定したアシュトンマニュアルのうちの遷延性離脱症状に関する部分は医学的に確立した知見であるということとはできない。

(イ) 離脱症状としてのうつ症状と本態性うつ病との鑑別可能性

東意見書は、補正して引用した原判決第3の7(4)イ(ア)bのとおり、1審原告は離脱症状に連続又は合併してうつ病を発症したものであるが、B Z離脱に合併するうつ状態は、通常うつ病ないし本態性のうつ病とは発症機序が異なり、治療方法が確立していない旨の知見を示しているところ、有馬意見書16、17頁は、1審原告に発症したうつ症状がランドセンの離脱症候群であるのか、本態性うつ病であるのかを決定的に鑑別・確定診断する方法は存在せず、状況から推定する以外に方法はないとの知見を示しており、同知見の合理性、相当性を疑わせる証拠は存在しない。

そこで、以下においては、有馬意見書の示す上記知見に沿って、平成18年1月以降のうつ症状の発症に関わる状況等について検討する。

(ウ) 離脱症状の一時的鎮静化か離脱症状からの回復か

東意見書は、補正して引用した原判決第3の7(4)イ(ア)bのとおり、平成18年1月から3月頃は、本郷医師が急性期の離脱症状の鎮静化に必要な量のB Z薬物を投与できていなかったものの、B Zの再服薬に

より離脱症状が一時的に鎮静化していた日又は時間帯が生じて、勤務先に出勤できたにすぎず、離脱症状から回復していたわけではないとの所見を示している。

また、有馬意見書15頁も、平成18年1月に中部労災病院でコンスタン及びデパスという比較的力価の高いBZが投与され、次いでこころの医療センターでソラナックスの投与を受けて、一時的に離脱症状が軽快したと考えられるが、完全断薬されていたわけではなく、復職可能なまでに離脱症状が回復していたとは考え難いとの所見を示している。

平成18年1月以降、中部労災病院においてコンスタン及びデパスが、こころの医療センターにおいてソラナックスないしコンスタンが1審原告に処方されていたことは、補正して引用した原判決第3の1(3)ア及びイ(ア)に認定のとおりであるから、同月以降に1審原告に生じた不安感、焦燥感、不眠等の離脱症状の消長は、完全断薬が達成されて消失したかどうかという観点ではなく、上記のとおりBZ系薬物の服用を継続していることを前提として、上記の各症状が軽快ないし消失したかどうかという観点で検討、判断すべきものである。

そして、1審原告の上記各症状につき、平成18年2月14日頃に抑うつ、不安とも改善傾向を示していたことは、補正して引用した原判決第3の1(3)イ(ア)に認定のとおりであり、同(4)アに認定した同月28日以降のこころの医療センターでの診察時における1審原告の説明内容を見ても、就業再開による疲労や再度の休業に対する不安を述べるにとどまっていて、同年1月以降に生じた上記各症状には言及していないのであるから、それらが消失、少なくとも軽快したことは否定し難く、補正して引用した原判決第3の7(4)エに説示したとおり、1審原告は、遅くとも同年3月末頃までに離脱症状から回復したものと認めるのが相当である。



なお、1審被告は、上記第2の4(2)イ(イ)のとおり、そもそも上記の各症状が離脱症状ではなく、1審原告のうつ病によるものであると主張するが、同主張を採用できないことは、補正して引用した原判決第3の7(4)ウに説示したとおりである。

(エ) 平成18年4月以降のうつ症状

次に、平成18年1月以降に1審原告に生じた不安感、焦燥感、不眠等の離脱症状が同年3月末頃までに消失ないし軽快したとしても、1審原告は、フルタイムの勤務を再開した同年4月頃からこころの医療センターに入院した同年6月12日までの間にうつ症状を発症し、悪化させている。

この点につき、東意見書は、補正して引用した原判決第3の7(4)イ(ア)bのとおり、ランドセンの薬物依存及び離脱症状とは別の精神疾患が、偶然同時期に発病したと考えるのは、医学上合理的とはいえないとの所見を示し、有馬意見書17頁も、離脱と無関係に新たなうつ病が発症した可能性は非常に低いとの所見を示しており、東意見書及び有馬意見書は、いずれも平成18年1月以降に生じた離脱症状が継続しているとの所見を示しているものと解される。

a BZ系薬物の処方状況

補正して引用した原判決第3の1(3)ア及びイ(ア)に認定のとおり、1審原告については、平成18年1月以降、中部労災病院においてコンスタン及びデパスが、こころの医療センターにおいてソラナックスないしコンスタンが処方されており、それらの処方量は、中部労災病院でのコンスタン錠0.4mgが1日3錠、デパス錠0.5mgが不安時1錠で(甲A64・12頁)、こころの医療センターでのソラナックス錠0.8mgが不安時1錠を30回分で、同月24日以降はコンスタン錠0.4mgを不安時1錠10回分、同月31日以降はコンス

タン錠0.4mgを1日3錠との処方が上記入院時まで継続されていたというものである（甲A61の4・3～14頁）。

そうすると、ランドセンと、コンスタン、デパス及びソラナックスでは、補正して引用した原判決第2の3(2)に認定のとおり、いずれも高力価であるものの、血中半減期が異なり、ランドセンが長時間作用型に分類されるのに対し、ソラナックスないしコンスタンは短時間作用型ないし中時間作用型に、デパスは短時間作用型に分類されているという違いがあることを踏まえても、既に平成18年1月4日から約3か月間、上記のBZ系薬物が継続的に投与されており、一旦は上記離脱症状が消失ないし軽快したにもかかわらず、処方薬及び処方量に何らの変化もない状況で、突然離脱症状としてのうつ症状が再発し、悪化したということには合理的な疑問が残るといわざるを得ない。

b 平成18年4月頃以降の原告の説明内容等

こころの医療センターの診察時における1審原告の説明内容は、補正して引用した原判決第3の1(3)イ(ア)に認定のとおりであって、妻から離婚を求められて別居に至ったことや、住宅ローン等の負債を懸念する内容のもので、平成18年3月末頃までの診察時にはうかがわれない内容のものであり、特に、本郷医師は、同年6月12日の「初診時以降のサマリー」（甲A61の4・15頁）に「妻から離婚の話が出てからは、仕事が手につかなくなってきた」、「金銭にかんする過剰な不安（家のローン、生活のお金など）、焦燥感、不眠、抗不安薬中毒なのではないかという不安、ランドセンが中止になったことへの後悔」などと1審原告の説明内容を記録している。

c 1審原告の精神疾患の既往

1審原告はうつ病等の精神疾患の既往はないと主張し、東医師の意見書（甲B251・7頁）及び有馬意見書17頁も同旨の所見を示し

ている。

しかし、1審原告につき、1審被告病院を受診する前に受診した複数の医療機関において精神疾患が疑われていたことは、補正して引用した原判決第3の1(1)ア(エ)、(オ)、(ク)、(コ)及び(カ)に認定のとおりであり、大江医師の初診時の所見も、同(2)アに認定のとおり、「仮面様顔貌」、「うつ状態の疑い」というものであった。

そして、松本意見書は、本件診療経過一覧表に記載された上記の各医療機関における診療経緯を踏まえて、潜在していたうつ病がBZ離脱によって顕在化したとの所見を示し、日本赤十字社大阪赤十字病院精神神経科部長である和田央医師の意見書(乙B30・3, 4頁)も、1審原告に精神的なストレスと密接に関連した身体愁訴が出現しやすい傾向があった可能性が高く、そうした1審原告の性格傾向を勘案すると、平成18年4月以降の症状も、離脱症状ではなく、社会生活及び日常生活における大きなストレスを背景とした精神症状及び身体症状であると捉えることがはるかに妥当であるとの所見を示している。

この点につき、1審原告は、松本意見書のうち、本件診療経過一覧表に基づいて、1審被告病院の診療記録、前医・後医の診療記録等を踏まえておらず、1審原告の面接もしていないにもかかわらず、1審原告にうつ病が潜在していたとの意見を述べている点において、1審原告の治療経過を踏まえた判断になっておらず、信用性が乏しい旨を主張する。

しかし、本件診療経過一覧表の記載内容は、補正して引用した原判決第3の1の認定事実と整合するものであって、客観的な診療経過に反する経緯は含まれていないから、松本意見書が、1審被告代理人から提供された本件診療経過一覧表等に基づいて作成されていることをもって信用性が低いなどといえないことは明らかである。

また、松本医師が、1審原告のうつ状態がBZ系薬物離脱によるものではなく、それによってもともと潜在していたうつ病が顕在化したと捉えるべきであるとの所見を示しているのは、厳密に常用量依存を診断するには、減薬・断薬時に出現した症状が、基礎にある精神障害の症状ではなく、他に罹患している精神障害がないことを証明する必要があるとの医学的知見（松本意見書12頁）を前提に、松本医師の臨床経験では、BZ系薬物の退薬で出現するうつ状態は通常一過性であって、2～4週間程度で自然軽快し、抗うつ薬を投与するほど重篤な状態とはならず、抗うつ薬もあまり効かないと認識しているにもかかわらず、1審原告のうつ状態が相当長期にわたって持続し、抗うつ薬に反応していることを捉えたものと理解できるから、松本医師が1審原告の面接をしていないことをもって、松本意見書が信用性に欠けるなどといえないことも明らかである。

したがって、1審原告の上記主張はいずれも採用することができない。

#### d まとめ

これらを総合考慮すると、1審原告は、うつ病等の確定診断がされた既往はないものの、うつ病の潜在、あるいは精神的なストレスと密接に関連した身体愁訴が出現しやすい性格傾向がうかがわれるところ、平成18年1月以降、継続的にBZ系薬物を投与されていたにもかかわらず、同年4月以降に離婚問題等の社会生活及び日常生活上の不安や焦燥を駆り立てる事態が生起するという新たな局面に直面して、うつ症状等を発症し、それを悪化させたものと認めるのが相当であって、これに反する東意見書及び有馬意見書のうちの上記(エ)柱書き部分に示した各所見は採用することができない。

#### (オ) 後遺障害としての記銘力低下

1 審原告は、遷延性 B Z 離脱症状による後遺障害として記銘力が低下したと主張し、東意見書は、補正して引用した原判決第 3 の 7(2)イに認定のとおり、1 審原告が前向性・逆行性健忘及び認知機能低下の認知機能障害（ウェクスラー記憶検査：一般性記憶、スコア 80）、治療が必要なレベルの慢性的な下痢等の消化管障害が残遺性障害として存在し、遷延性の離脱症候群に罹患しているとの所見を示している。

しかし、有馬意見書 18 頁には、うつ病が記銘力低下を起こす疾患であるとの知見が示されていることに照らすと、1 審原告に東意見書が指摘するとおりの認知機能障害等が生じているとしても、それによって平成 18 年 4 月以降に 1 審原告に生じた症状がランドセンの離脱症状によるものであると鑑別すべきことになるわけではなく、上記(エ)の判断は左右されないのであるから、1 審原告の上記主張は採用することができない。

#### (カ) まとめ

以上のとおり、1 審原告は、平成 18 年 1 月以降に不安感、焦燥感、不眠等の離脱症状を発現させたが、それらは同年 3 月末頃までに消失ないし軽快して回復し、同年 4 月以降に社会生活及び日常生活上の不安や焦燥を駆り立てる事態が新たに生起する局面に直面して、うつ症状等を発症し、それを悪化させたものと認められ、上記イの柱書き部分の 1 審原告の主張及び 1 審被告の主張はいずれも採用することができない。

### 9 争点(6)（1 審原告の請求の拡張後の損害の有無及びその額）について

#### (1) 1 審被告の責任原因について

補正して引用した原判決第 3 の 4 及び上記 7 に説示したとおり、1 審被告の被用者である大江医師には争点(4)に係る説明義務違反（過失）が、大江医師及び同じく 1 審被告の被用者である宮下医師には争点(3)に係る適切な減・断薬方法実施義務違反（過失）が認められるから、1 審被告は、1 審原告に

対し、大江医師及び宮下医師の上記不法行為に係る使用者責任に基づき、上記説明義務違反及び上記適切な減・断薬方法実施義務違反との間に相当因果関係が存在すると認められる損害を賠償すべき責任を負う。

(2) 1 審被告病院における医療費について

大江医師の説明義務違反と1審原告がデパケンRをランドセンに変更して治療を継続したこととの間に相当因果関係が存在しないことは補正して引用した原判決第3の7(2)に判断したとおりであるから、抗てんかん薬をデパケンRからランドセンに変更した後の1審被告病院における医療費については、大江医師の説明義務違反との間に相当因果関係が存在する損害には当たらないものと認められ、これに反する1審原告の主張は採用することができない。

(3) 後医の医療費について

ア 治療費

補正して引用した原判決第3の7(2)及び上記8(3)イに判断したとおり、平成18年1月以降に1審原告に生じた離脱症状が同年3月末頃までに回復するまでの間のこころの医療センターにおける治療費については、大江医師の説明義務違反並びに大江医師及び宮下医師の適切な減・断薬方法実施義務違反との間に相当因果関係の存在する損害と認められるが、①同年4月以降のこころの医療センター及び東邦ガス診療所における治療費、②同年6月12日から同年9月17日までの間のこころの医療センター入院中の入院雑費、③平成19年4月以降の介護費用（なお、1審原告は平成18年1月から平成21年12月までの介護費用として領収金額証明書（甲C30）を提出するが、同証明書は平成19年4月以降の訪問介護利用料に関するものであり、平成18年1月から3月までの間に1審原告が訪問介護を利用していたことを認めるに足りる証拠は存在しない。）については、大江医師の説明義務違反並びに大江医師及び宮下医師の上記適切な減・断薬方法実施義務違反との間に相当因果関係の存在する損害と認める

ことはできない。

そして、1審原告のこころの医療センターにおける平成18年1月から同年3月までの間の治療費は、領収明細書（甲C28）により合計1万4170円（文書料を含む。）と認められる。

#### イ 通院交通費

大江医師の説明義務違反並びに大江医師及び宮下医師の上記適切な減・断薬方法実施義務違反との間に相当因果関係が存在するものと認められる通院交通費は、上記アに説示した平成18年1月から同年3月までの間の1審原告のこころの医療センターにおける治療に関するものに限られるところ、証拠（甲C28）及び弁論の全趣旨によれば、上記期間中のこころの医療センターへの通院回数は合計8回であり、1審原告の肩書住所地からこころの医療センターへの通院に要する交通費は、市営バス（小坂停留所から地下鉄神沢駅前までで210円）及び地下鉄桜通線（神沢駅から桜山駅までで270円）で片道480円、往復960円と認めるのが相当であるから、通院交通費は合計7680円と認められる。

#### (4) 休業損害について

大江医師の説明義務違反並びに大江医師及び宮下医師の上記適切な減・断薬方法実施義務違反との間に相当因果関係の存在する欠勤等は、上記(3)アに説示した平成18年1月以降に1審原告に生じた離脱症状が同年3月末頃までに回復するまでの間の欠勤等に限られ、同年4月以降の欠勤及び休職については、大江医師の説明義務違反並びに大江医師及び宮下医師の上記適切な減・断薬方法実施義務違反との間に相当因果関係が存在すると認めることはできない。

そして、補正して引用した原判決第3の1(4)の認定事実に加えて、弁論の全趣旨によれば、1審原告は、平成18年1月から同年3月までの間に、勤務先を相当日数休んだこと、同期間には有給休暇が充てられたことが認めら

れるものの、具体的欠勤日数は証拠上明らかでなく、また、上記(3)イに認定したところの医療センターへの通院頻度に照らしても、当該欠勤日数の全てがやむを得ないものであったかどうかは明らかでないから、それらの欠勤等に基づく休業損害は認めることができない。ただし、1審原告が実際に欠勤し、相当日数の有給休暇を消費したことは、後記(6)の慰謝料額の算定に際して考慮するのが相当である。

しかし、平成18年1月から同年3月までの間の欠勤等により、1審原告の勤務先における年俸テーブル上のランクが昇級せず（甲C37、38参照）、人事考課の低下により退職金が減額されたとは認めるに足りないから、1審原告の主張する昇級できなかったことによる減収分及び退職金の減額分が大江医師の説明義務違反並びに大江医師及び宮下医師の上記適切な減・断薬方法実施義務違反との間に相当因果関係の存在する損害であるとは認められない。

#### (5) 逸失利益について

補正して引用した原判決第3の7(2)及び上記8(3)イに判断したとおり、大江医師の説明義務違反並びに大江医師及び宮下医師の上記適切な減・断薬方法実施義務違反との間に相当因果関係が存在するものと認められるのは、平成18年1月以降に1審原告に生じて、同年3月末頃までに回復した離脱症状に関するものであって、同年4月以降に生じた症状及びそれに起因する障害との間に相当因果関係が存在するものとは認められないのであるから、この点に関する1審原告の主張は理由がない。

#### (6) 慰謝料について

1審原告は、大江医師の説明義務違反並びに大江医師及び宮下医師の上記適切な減・断薬方法実施義務違反に起因して不安感、焦燥感、不眠等といったランドセンの離脱症状を呈し、平成18年1月から同年3月までの3か月間にわたり、上記離脱症状の治療のための通院を余儀なくされて精神的苦痛



を被ったものと認められ、これに上記(4)で説示した有給休暇の費消及び後記の1審原告の自己決定権の侵害による精神的損害を含む本件に現れた一切の事情を併せて考慮すると、1審原告の通院慰謝料額は、100万円をもって相当というべきものと認められる。なお、大江医師の説明義務違反とランドセン投与との間に相当因果関係が存在しないと認められることは補正して引用した原判決第3の7(2)に説示したとおりであるところ、上記説明義務違反は、その後に発生した大江医師及び宮下医師の適切な減・断薬方法実施義務違反と競合して、それらとの間に相当因果関係が存在すると認められる1審原告の判断による減・断薬の結果として平成18年1月頃から同年3月末頃までの離脱症状を生じさせているのであるから、上記説明義務違反によって抗てんかん薬をデパケンRからランドセンに変更して治療を継続するかどうかに関する1審原告の自己決定権が侵害されたことによる精神的損害を別個の損害として評価・算定する必要はないと認めるのが相当である。

これに対し、1審原告が主張する上記第2の4(3)ア(オ)bの後遺障害慰謝料については、上記(5)で説示したのと同様の理由により、大江医師の説明義務違反並びに大江医師及び宮下医師の上記適切な減・断薬方法実施義務違反との間に相当因果関係の存在する損害とは認められない。

また、1審原告が主張する上記第2の4(3)ア(オ)cの本件固有の慰謝料についても、本件全証拠によっても、1審原告の勤務先における人事評価の低下、妻子との関係悪化及び家庭崩壊といった事情が、平成18年1月以降に1審原告に生じて、同年3月末頃までに回復した離脱症状に関連するもので、大江医師の説明義務違反並びに大江医師及び宮下医師の上記適切な減・断薬方法実施義務違反との間に相当因果関係が存在するなど認めすることはできず、また、1審被告の訴訟活動が1審原告に対する別途の不法行為を構成し、あるいは慰謝料の増額事由になるなどとも認められない。

#### (7) 文書料

弁論の全趣旨によれば、1審原告は、診療記録開示費用として4万8450円を負担したことが認められるところ、本件事案の性質及び審理の経過に照らすと、上記診療記録開示費用4万8450円については、大江医師の説明義務違反並びに大江医師及び宮下医師の上記適切な減・断薬方法実施義務違反との間に相当因果関係の存在する損害と認めることができるが、その余の文献謄写費用28万2394円及び文献購入費用6万2192円については、相当因果関係の存在する損害とは認められない。

(8) 弁護士費用

本件事案の内容、審理経過、認定損害額、その他本件に現れた一切の諸事情を総合考慮すると、1審原告の本件請求に係る弁護士費用相当損害金としては10万7030円をもって相当というべきものと認められる。

(9) まとめ

したがって、1審被告が1審原告に対して支払うべき損害額は合計117万7330円と認められる。

10 争点(7) (消滅時効の成否) について

1審被告は、上記第2の4(4)アのとおり、大江医師の不法行為に係る使用者責任に基づく1審原告の1審被告に対する損害賠償請求権についての消滅時効の起算点は平成18年6月であると主張し、同主張には、宮下医師の不法行為に係る使用者責任に基づく1審原告の1審被告に対する損害賠償請求権も含まれるものと解される。

確かに、1審原告は、補正して引用した原判決第3の1(3)イ(イ)に認定のとおり、こころの医療センターに入院中の平成18年6月頃に、「本人は、コンスタン依存だと思っている」、「抗不安薬の離脱の失敗によってどんな事が起こるか」などとして、抗不安薬に対する依存やその離脱に対する不安等を表現しているものの、それらが大江医師の離脱症状等に関する説明義務違反並びに大江医師及び宮下医師の離脱症状を回避する適切な減・断薬方法の実施義務違反

の結果として実行・継続した1審原告が自己の判断で主導したランドセンの減薬に起因するものであるなどと客観的、分析的に認識・理解していたことはいかがわれないから、同様に認定のとおり、東医師がBZ系薬物依存症（既往）との診断名を追加した平成24年1月4日付け診断書（甲A1）をもって、大江医師の説明義務違反及びそれに起因するランドセンの離脱症状等の問題可能性を認識したものと認めるのが相当である。

そうすると、上記損害賠償請求権の起算点は早くとも平成24年1月4日と認められ、同日から3年が経過する前の平成25年11月27日に本件訴えが提起されたことは当裁判所に顕著であるから、上記損害賠償請求権はいまだ時効消滅していないものと認められる。

したがって、この点に関する1審被告の主張は理由がない。

#### 第4 結論

よって、1審原告の請求を117万7330円及びこれに対する遅延損害金の支払を求める限度で認容した原判決は相当であって、1審原告の控訴及び当審における拡張請求並びに1審被告の控訴はいずれも理由がないからこれらを棄却することとして、主文のとおり判決する。

名古屋高等裁判所民事第3部

裁判長裁判官 揖 斐 潔

裁判官 近 藤 猛 司

裁判官

日 比 野

幹



## ベンゾジアゼピン医療事故訴訟の損害額の総括表

別紙

(円)

項目	細目	発生時期				合計
		平成16年4月～同17年12月 国循病院の受診期間	同18年1月～同21年12月 休職期間	同22年1月～同30年3月 復職から定年退職までの期間	同30年4月～同45年3月 定年退職から75歳までの期間	
1. 1審被告病院の医療費	(1)治療費	60,880 ①	—	—	—	60,880
	(2)通院交通費	248,400 ②	—	—	—	248,400
	(3)通院の有給休暇(半日/回)	540,000 ③	—	—	—	540,000
2. 後医の医療費	(1)治療費 1)名古屋市立大学病院	—	568,570 ④	135,100 ⑤	248,374 ⑥	952,044
	同上 2)東邦ガス診療所	—	—	242,195 ⑦	—	242,195
	(2)入院雑費	—	147,000 ⑧	—	—	147,000
	(3)介護費用	—	41,173 ⑨	90,149 ⑩	165,583 ⑪	296,905
	(4)通院交通費	—	102,720 ⑫	145,920 ⑬	158,959 ⑭	407,599
3. 休業損害	(1)休職による減収分	—	46,444,891 ⑮	—	—	46,444,891
	(2)昇級できなかったことによる減収分	—	—	2,000,000 ⑯	—	2,000,000
	(3)退職金の減額分	—	6,238,002 ⑰	9,652,522 ⑱	—	15,890,524
4. 逸失利益	(1)労働能力喪失	—	—	—	59,120,189 ⑲	59,120,189
5. 慰謝料	(1)傷害慰謝料	—	5,000,000 ⑳	—	—	5,000,000
	(2)後遺障害慰謝料	—	—	7,000,000 ㉑	—	7,000,000
	(3)本件固有の慰謝料(家庭崩壊等)	—	—	15,000,000 ㉒	—	15,000,000
6. 文書料	(1)診療記録開示費用	—	—	48,450 ㉓	—	48,450
	(2)文献謄写費用	—	—	282,394 ㉔	—	282,394
	(3)文献購入費用	—	—	62,192 ㉕	—	62,192
小計		849,280	58,542,356	34,658,922	59,693,105	153,743,663
7. 弁護士費用	小計の10%	—	—	—	—	15,374,366
合計		849,280	58,542,356	34,658,922	59,693,105	169,118,029

これは正本である。

平成30年 6月 28日

名古屋高等裁判所民事第3部

裁判所書記官 太田 弘 実

