

平成23年（ネオ）第141号損害賠償請求上告事件

上告人 ウェイン・マイケル・ダグラス (Wayne Micheal Douglas)

被上告人 [REDACTED] クリニックこと [REDACTED]、[REDACTED]



上告理由書

平成23年5月9日

最高裁判所 御中

上告人 ウェイン・マイケル・ダグラス (Wayne Micheal Douglas)



上記当事者間の頭書事件に関する上告理由は、下記のとおりである。

なお、私の母国語は英語であり日本語ではないことから、日本語の使い方が不自然な点があるかもしれません。また、内容についてはなるべく簡潔に書いたが、本件は医療関係なので、普段より詳しい説明を要した。どうかご容赦ください。

記

第1 本件の争点

本件の争点は、下記の5つ有る。

- ① 上告人がベンゾジアゼピン依存症となったか否か。
- ② 被上告人 [REDACTED] (医師，以下「被上告人 [REDACTED]」と言う。) に説明義務違反があったか否か。
- ③ 被上告人 [REDACTED] に経過観察義務違反があったか否か。
- ④ ②又は③と損害との間の因果関係の有無。
- ⑤ 損害の額。

しかるところ、第2審判決は、①乃至③をいずれも否定に解し、④及び⑤については、判断を下していない。そこで、本理由書においては、上記①乃至③また、④及び⑤がいずれも肯定に解されるべき理由について述べる。

第2 上告理由

1 控訴審判決の要旨

控訴審判決は、以下の理由を挙げ、上告人がベンゾジアゼピン依存症になったと認めることはできないと認定している。

- (1) 上告人は、自己がベンゾジアゼピン中毒であるとの根拠として提出する証拠の主たるものは、上告人をベンゾジアゼピン中毒であると診断したジャドスン医師の書簡、5つの意見書（甲A23の1、2〔第1意見書〕、甲A28の1、2〔第2意見書〕、甲A35の1、2〔第3意見書〕、甲A39の1、2〔第4意見書〕、未提出〔第5意見書〕である。また、上記の意見書が踏まえた証拠（提出済みの9つのカルテ）。
- (2) DSM-IV-TR 診断基準によれば、3つの基準に該当するとき、ベンゾジアゼピン依存症と診断できる（争い無い事実）。ところが、ジャドスン第1～4意見書は、上告人の症状は5つの基準に該当すると言うけれども、この該当については疑問が残る。
- (3) 自律神経失調症にかかっていた為、ベンゾジアゼピン依存症ではないのではないかとの疑い。

2 控訴審判決の不当性

控訴審判決は、上告人がベンゾジアゼピン依存症になったか否かに関し、以下の点に誤りがある。

(1) DSM-IV-TR 依存症診断基準の適用が誤解された

判決書の5頁のとおり「DSM-IV-TRの物質依存の基準の適用例として挙げられている物質はコカイン、アルコール、喫煙であるから、治療のために標準的に用いられる薬物に上記基準を機械的に当てはめてすることはできない」と相手側が主張しているが、実は、ベンゾジアゼピンを含む処方による薬物も DSM-IV-TR 診断基準に当てはまる。

ベンゾジアゼピンを含む処方による薬物も DSM-IV-TR 診断基準に当てはまる事実については、ジャドスン専門医は次のように述べている。

「DSM IV TRは精神障害を診断するために用いられている事をここで確認して置く。承認されている精神障害の中、薬物による精神障害も該当し、これが処方薬による障害にも当たる。ベンゾジアゼピン依存症も含まれている」（別紙①の2）。

ジャドスン専門医は、第1意見書にて次のように述べている。「ベンゾジアゼピン依存症の診断をするために、当アルコール・薬物科では、DSM-IV TRを用いている。DSM-IV TRは、アメリカ精神医学会によって使用される基準である。DSM-IV TRにおいて記載されている通り、薬物依存症〔訳注：「物質依存」と同義。〕とは、臨床的に重大な障害や苦痛を引き起こす物質使用の不適應的な様式で、〔7つの診断基準の内：訳注〕3つ（またはそれ以上）の基準が、同じ12か月の期間内のどこかで起こることによって示される（訳注：甲B7の197頁参照。物質依存と診断するための7つの基準が掲げられている。）。ウェインの場合、臨床的障害としては、肉体的症状と精神的症状の双方が有った。この臨床

的障害と連関するものとして、同人が仕事で職分を全うすることができないことを含む、同人の生活に対する打撃が有った」（甲A23-ジャドスン医師第1意見書2.1.3事項）。

「7つの基準のうち、ウェインは1, 2, 4, 6, 7に該当した。換言すれば、依存症であると診断するためには、7つの基準のうち3つの基準に該当しさえすれば足りるところ、5つの基準に該当したのである」（甲A23-ジャドスン医師第1意見書2.3事項）。

さらに、「DSM-IV TRによる診断を補うべく、ウェイン（上告人）の臨床像につき、ICD-10に依拠した診断をも併せ行った。ICD-10は、物質依存〔薬物依存症〕を診断するのにヨーロッパにおいて、より一般的に使用されている（甲A23-ジャドスン医師第1意見書2.1.3事項）。

（2）DSM-IV-TR 依存症診断基準該当の解釈が誤っている

判決書の内容を見ると、第2審では上告人が充足した基準（1. 耐性、2. 離脱症候、4. 制御不能、6. 生活への打撃、7. 有害であることを知っているにもかかわらず使用を継続したこと）の全てが分析に入れて配慮されていない事が明白である。

上記の1. 耐性と2. 離脱症候しか配慮せずに判決の内容が決められている。しかし、「これらの基準を適用する際に気を留めるべきことは、これは各基準を一つずつ検討するような単純なケースではないということだ。むしろ全体的臨床像の中で、それぞれの基準の関係を考慮しながら検討されるべきである」（甲A35-ジャドスン医師第3意見書1.2.2事項）。

更に、第2審の判決では、上記の1. 耐性と2. 離脱症候における証拠の一部一部のみがピックアップされ、適当に組み合わせられた結果、不公正な判断に至っている。

しかし、「DR・ウェスン、DE・スミスとW・リングがベンゾジアゼピン中毒、他、鎮静睡眠薬中毒に関する講義（「中毒医学の諸原理」第3版）において強調した通り、診断基準（DSM IV TR）を使いこなすには、問題全体につき（中毒性薬剤専門医による）熟考した洞察と判断を要する」（甲A23-ジャドスン医師第1意見書2.1.1事項）。

更に、ジャドスン医師の証人尋問が採用されなかった為、法廷では、中毒性薬剤専門医として、その熟考した洞察と判断を発揮・披露する機会はなかった。本件の関係者の中では、その洞察と判断ができる能力を有するのはジャドスン医師（中毒性薬剤専門医）しかいない。同医師が専門的訓練を受け、中毒性薬剤専門医としての豊富な経験があり、資格もあるからである。

注：その結果、本件では、中毒性薬剤専門医による証人・鑑定人尋問は一切採用されなかった為、証拠の解釈については、資格のない者が勝手に解釈できる状態に至っている。しかし、実は、証人・鑑定人尋問は採用されなかったにも関わらず、ジャドスン専門医による各意見書は、証拠（各カルテ）を基づいて問題全体につき、必要な洞察と判断を十分に発揮している。

これを確認するために、第2審の判決が下された後、上告人はDSM-IV-TR基準の（1）耐性、（2）離脱症候を充足したか否かについては、アシュトン教授に直接に専門意見を尋ねることにした（ベンゾジアゼピ

ン依存症についてはアシュトン教授が世界中で最も能力のある専門家である)。

ジャドスン医師の意見書(甲A23-第1意見書1.4事項、甲A35-第3意見書2.1~2.2事項)に載っている病歴・症状(ベンゾジアゼピン服用前、服用中、また漸減療法の時)をそのまま同教授に送った。

注:ジャドスン医師の各意見書の内容は、提出済みの証拠(各カルテ)に基づいているものである事実を理解する必要がある(別紙⑦:甲A35-ジャドスン医師第3意見書3.4事項)。

また、元甲A26号証は、現甲A37の1~3号証になっている。

アシュトン教授は、上告人の病歴・症状を分析したところ、次のように意見を述べた:「ベンゾジアゼピン治療中、投与量の減量及び離脱の間における、ほぼ全てのウェイン・ダグラスの症状(ジャドソン医師の報告書に記録されている)は依存症及び自律神経系の活動亢進によるものであり、これはこのような状況ではよく起こることである」と専門的な意見を述べた(別紙⑤の2C-3段落)。

上告人が(1)耐性、また(2)離脱症候の基準を充足した上、(4)制御不能、(6)生活への打撃、(7)有害であることを知っているにもかかわらず使用を継続したことの基準も充足した。この事実は、提出済みの証拠(各カルテ)また、DSM-IV-TR 依存症診断基準に基づいて、中毒性薬剤専門医により決定されたものである(別紙②および③)。

(3) 上告人が充足した5つのDSM-IV-TR基準は、全体的臨床像の中で配慮されていない

上記の通り、「診断基準(DSM IV TR)を使いこなすには、問題全体につき(中毒性薬剤専門医による)熟考した洞察と判断を要する」。また、「これらの基準を適用する際に気を留めるべきことは、これは各基準を一つずつ検討するような単純なケースではないということだ。むしろ全体的臨床像の中で、それぞれの基準の関係を考慮しながら検討されるべきである」(甲A35-ジャドスン医師第3意見書1.2.2事項)。

しかし、判決書の内容を見ると、それぞれの基準の関係はもちろんのことですが、全体的臨床像の中の関連事実も分析に入れて配慮されていない為、中毒性薬剤専門医のように、正確な判断ができた筈はない。全体的臨床像は下記の実例を含む。

ア 治療中に、治療を受けているにもかかわらず、上告人の症状が悪化して、また離脱症候による新しい症状も生じた事実(別紙②:甲A35-ジャドスン医師第3意見書2.2事項)。

イ 中止試みの不成功の一連(甲A39-ジャドスン医師第4意見書1.5事項)。

ウ 薬剤治療が有害であることを知っているにもかかわらず使用を継続した事実(別紙②:甲A35-ジャドスン医師第3意見書2.5事項)。

エ [REDACTED] 医師による薬剤療法の開始前、職責の軽い仕事とはいえ、日本でなお勤務し続けることができていたが、治療途中で契約通りの仕事をこなすことが難しくなり、続いて雇用契約の最後（3月31日）まで働くことができなくなった結果、3月25日を持って、1週間早く帰国せざるを得なかった事実（甲？－埼玉県国際交流協会の雇用契約）、（甲？－ニュージーランドへの航空券）。

また、契約解除後、ついには、1年以上もの間、再就職することができなくなるという状態に至った事実（甲A41－ウィットウェル医師のカルテ）、（甲？－Work & Income New Zealand - 傷病手当金授与証明書）。

オ 上記の仕事の例を含め、生活への打撃は、治療前ではなく、治療後に起こった事実（別紙②：甲A35－ジャドスン医師第3意見書2.4事項）。

カ ベンゾジアゼピンをやめた時、離脱症候に悩まされていた事実（別紙②：甲A35－ジャドスン医師第3意見書2.2.9事項）、（甲A41－ウィットウェル医師のカルテ3頁）。

キ 第2意見書ではジャドスン専門医が意見を述べたとおり「ウェインはNZに帰国し、支えになる家族の元へ戻り、日本での職場環境などから離れたため、普通の場合、単なるストレスによる病状は落ち着いた筈であるものの、なお離脱症状に悩まされ続けていた」の事実（甲A28－ジャドスン医師第2意見書4頁）。

ク 第3意見書ではジャドスン専門医が意見を述べたとおり「ベンゾジアゼピンをやめた後、日本での生活と仕事に復帰することができ、現在継続中の賠償訴訟による更なるストレスの下にいるも関わらず、以前よりずっと良い健康状態を維持し続けている」の事実（甲A35-ジャドスン医師第3意見書3.1.9事項）。

注：相手側また高等裁判所側も上記の（ク）については説明・反論を一切挙げていない。さらに、つい最近の東日本大震災の影響を受けて、以前より大きな負担を負っているにも関わらず、ずっと良い健康状態を維持している。

（4）言葉（病名）の誤解

2000年12月に、[REDACTED] 医師により「自律神経失調症」と診断された。同年12月21日に、英語の診断書を用意してくれて、同診断書には、「自律神経失調症」の英訳として、“Autonomic Nervous Disorder” と書いてある（別紙④）。

しかし、下記のとおり、この曖昧な診断名による様々な問題がある。

問題（1）不安・ストレス

日本においては「自律神経失調症（Autonomic Nervous Disorder）」というのは、一般的な生活上のストレス/不安によって起こる心身症状に悩まされる状態によく用いられる病名である（自律神経失調症についての本に目を通して、またインターネット検索で簡単に確認できる事実）。その理由、ストレスにかかると、自律神経系が失調状態になるからである。

西洋では、「自律神経失調症 (Autonomic Nervous Disorder)」という言葉は、一般的な生活上のストレス/不安によって起こる心身症状に悩まされる状態に用いられる病名ではない。むしろ、この病状には簡単に「Stress (ストレス)」また「Anxiety (不安)」という病名を付けるのは普通である (別紙⑦：甲A35-ジャドスン医師第3意見書3.3.3事項)。

(注：現代の英語では「Stress (ストレス)」また「Anxiety (不安)」の言葉の意味をあまり区別しないのである。いずれも、一般的な生活上のストレス/不安によって起こる心身症状に悩まされる状態によく用いられる病名である。)

問題 (2) 機能低下 対 機能亢進

日本においては、自律神経系の機能亢進に関する疾患 (例：一般的な生活上のストレス/不安によって起こる心身症状) の場合は、「自律神経失調症 (Autonomic Nervous Disorder)」という診断名が付けられる。

また、自律神経系の機能低下に関する疾患 (神経疾患を含む非常に多くの原因ある) の場合でも、「自律神経失調症 (Autonomic Nervous Disorder)」という診断名が付けられる。

西洋では、「自律神経失調症 (Autonomic Nervous Disorder)」という言葉は、自律神経系の機能低下に関する疾患 (神経疾患を含む非常に多くの原因ある) のみに用いられる。

アシュトン教授がこれを確認している。「西洋では、“Autonomic Nervous Disorder” という言葉は神経疾患を含む非常に多くの原因によって起こるシステムの機能低下を意味する」(別紙⑤の2D-2段落)。

問題（3）包括的用語

日本においては、病気の原因が不明の場合でも、「自律神経失調症 (Autonomic Nervous Disorder)」という診断名が付けられる。注：高等裁判所の最初の裁判長は指摘したとおり、「病気の原因が不明の場合、“自律神経失調症”という診断名が付けられるケースが多い」。

その結果、日本では、自律神経系の機能亢進にしる、機能低下にしる、自律神経系が失調状態になる限り、様々な病状に「自律神経失調症 (Autonomic Nervous Disorder)」という診断名が付けられる可能性があると言える。

問題（4）Disorder

上記のとおり、[REDACTED]医師が「自律神経失調症」という診断名（日本においては、一般的な生活上のストレス/不安によって起こる心身症状に悩まされる状態によく用いられる病名）を“Autonomic Nervous Disorder”という英訳にした。

しかし、下記のとおり、アシュトン教授によると、“Disorder”という言葉を一般的な生活上のストレス/不安によって起こる心身症状に悩まされる状態に当てはめることができない。

「自律神経系の活動は通常、身体的及び精神的なストレスにより増加するが、ストレスが解消されると通常の活動に戻る。ストレスがない状況下で自律神経系の活動亢進が持続する場合にのみ、“Disorder”とみなされる。貴方のケースでは、ストレスが解消された時、自律神経系の活動増加の症状が治まった。私の見る限りでは、ベンゾジアゼピンを服用する以前に貴

方が“Autonomic Nervous “Disorder”を患っていたという問題はまったくなく、貴方の自律神経系は単に普通に及び生理学的に反応していただけであった」(別紙⑤の2D-3段落)。

“...there was no question that you had ..” 私がここで意味したのは、貴方がベンゾジアゼピンを服用する以前に“Autonomic Nervous “Disorder”を患っていたというのは論外だ、ということだ。すなわち、貴方がそれを患っていた訳はなく、それを更に検討する価値もなく、論点でもないということである。(別紙⑤の2E-5段落)。

問題(5) 原因を示すものではない

日本で頻繁に用いられている「自律神経失調症 (Autonomic Nervous Disorder)」という診断名は原因を示すものではない。ただ自律神経系が失調状態にあるしか意味がしない。

西洋では、原因に特に言及する診断名(原因を示す病名)を用いるのは普通である。例: Stress (ストレス) また Dependency (依存症)。

論理的根拠

上告人は、心理的及び神経学的な訴えの前歴がなかった事、また上告人の症状の特徴から見ると、本件の場合、紛争点は自律神経系の機能亢進の問題になると断定できる。

英語の意味では、「自律神経失調症 (Autonomic Nervous Disorder)」という言葉は、上告人の病状には当てはまらないが、日本語の意味では、相手側が「自律神経失調症 (Autonomic Nervous Disorder)」という言葉を使って、上告人の症状について反論する際、実は、自律神経系の機能亢進の問題を言っている。

自律神経系の機能亢進を惹き起す原因としては、(A) Stress (ストレス) および Anxiety (不安)、また (B) ベンゾジアゼピン依存症が認められている。アシュトン教授が確認している。「自律神経系はあらゆる原因により起こる不安症やストレスに反応する。ベンゾジアゼピン耐性、依存症及び離脱の全てはストレスと不安症を発現させるので、自律神経系の反応はその他いかなる種類の不安症の反応とも同じである。しかし長期に渡るベンゾジアゼピン服用では、ストレス/不安症は数カ月または数年に渡って継続するので、結果的に自律神経系活動の症状もまた継続する」(別紙⑤の2D-4段落)。「ストレス状態 (ベンゾジアゼピン離脱を含む) は通常、自律神経系の活動の増加を引き起こす」(別紙⑤の2E-4段落)。

上記の問題の解決法

これ以上の不要また不正な混乱を避けるため、また両側が同じ事に対する反論を行っていることを確かめるため、今後は、「自律神経失調症」のことを「自律神経失調症 (自律神経系の機能亢進)」と言う。

また、本件の筋を正確に見切るため、今後は、「自律神経失調症 (自律神経系の機能亢進)」の単なる存在ではなく、「自律神経失調症 (自律神経系の機能亢進)」の原因に集中する必要がある。

原因

ジャドスン専門医の各意見書にて、2000年下旬～2001年に渡る上告人の病状「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」の主な原因として、「一般的な生活上のストレス/不安」を除外する特段理由（証拠に基づいたもの）を積極的に挙げてきた（別紙⑦：甲A35－ジャドスン医師第3意見書3.3事項）。

しかし、これに対して、相手側が、2000年下旬～2001年に渡る上告人の病状「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」の主な原因として、「ベンゾジアゼピン依存症」を除外する特段理由（証拠に基づいたもの）をぜんぜん挙げていない。ただ、「原告が“自律神経失調症”（自律神経亢進の疾患）」だと単純に言い繰り返してきただけである。

注：これを理解する必要だが、当方は依存症を立証することに当たり、当時の上告人の自律神経系が失調状態（自律神経系の機能亢進）にあった事実を除外しようとしていた訳ではない。むしろ、一般的な生活上のストレス/不安によって起こった事を原因として除外してきた。ところが、日本においては、「自律神経失調症」というのは、一般的な生活上のストレス/不安によって起こる心身症状に悩まされる状態によく用いられる病名である為、これが混乱および誤解を齎してしまった訳である。

- (5) 自律神経失調症にかかっていた為、ベンゾジアゼピン依存症ではないのではないかとの疑いは根拠ないもの

上記のとおり、本件の初期段階から現段階に渡り、自律神経失調症という紛争点については、ずっと大きな誤解が続いてきた為、本件には、大変深

刻また不公正な影響を齎してきた。その理由、各関係者が下記の事実を理解していないからである。

一つ目、ベンゾジアゼピン依存症が、不安・ストレス及び「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」を惹き起す事実。アシュトン教授（世界中で最も能力を有するベンゾジアゼピン依存症専門家）が次のようにこの事実を確認している。「自律神経系はあらゆる原因により起こる不安症やストレスに反応する。ベンゾジアゼピン耐性、依存症及び離脱の全てはストレスと不安症を発現させるので、自律神経系の反応はその他いかなる種類の不安症の反応とも同じである。（別紙⑤の2D-4段落）。

次のとおり、ジャドスン専門医も確認している。「上記に加え、下記の臨床研究に基づきアシュトン教授が指摘しているように、依存症は、不安障害のように薬剤が本来治療するはずであった症状と全く同じ症状を発現することがある」（甲A35-ジャドスン医師第3意見書3.3.15事項）。注：翻訳ミスの注意（the very same symptoms = 全く同じ症状）

二つ目、当初（治療前）、一般的な生活上のストレス・不安により、有る程度の「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」にかかっている場合、ベンゾジアゼピン服用中、耐性および依存症の形成により「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」が非常に悪化する場合もあり、これは離脱反応により認められる。

注：こうなると、治療中に、患者の症状が悪化し、また全く新しい症状も生じることがある。私の場合もそうであった（別紙②：甲A35-ジャドスン医師第3意見書2.2.3 & 2.2.9事項）。

この事実もアシュトン教授が確認している。「ベンゾジアゼピンは、中枢神経系及び、中枢神経系に支配されている自律（交感及び副交感）神経系の両方の神経系全体に影響を及ぼす。初期効果は神経系活動の低下であるが、定期的な服用では、耐性の発現により全体のシステムの活動が亢進する。これは、薬物が中止された場合、投与量が減量された場合に起こる、またベンゾジアゼピンがまだ服用されている場合でも起こりうる、離脱反応により認められる。（別紙⑤の 2 A - 1 段落）。

「裁判所に関心がある場合のために記すと、ベンゾジアゼピンの作用機序はリラクゼーションと落ち着きを誘発する働きをする脳の神経伝達物質である GABA（ガンマーアミノ酪酸）を増加させることである。この活動の耐性が発現すると、GABA の受容体が減少（下方抑制）、及び GABA の活動が減少、結果として不安症が起こり（及び自律神経系活動の増加）、これは投与量の減量及び離脱によりさらに増大する」（別紙⑤の 2 D - 5 段落）。

「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」を立証することにより、患者がベンゾジアゼピン依存症に罹患されていた事実を除外するという反論になっていけば、裁判側また弁護士らは自律神経系の生理学を理解していないとアシュトン教授が懸念を示している（別紙⑤の 2 D - 6 段落）。

従って、「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」にかかっていた為、ベンゾジアゼピン依存症ではないのではないかとの疑いは根拠のないものである。しかも、「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」の存在また悪化は、反って、ベンゾジアゼピン依存症を維持するものである。

さらに、2000年下旬～2001の間、「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」上告人の場合は、実際にベンゾジアゼピン依存症によるもの

であった事実を、アシュトン教授が確認している。同教授が「ベンゾジアゼピン治療中、投与量の減量及び離脱の間における、ほぼ全てのウェイン・ダグラスの症状（ジャドソン医師の報告書に記録されている）は依存症及び自律神経系の活動亢進によるものであり、これはこのような状況ではよく起こることである」と専門な意見を述べた（別紙⑤の2C-3段落）。

上記のアシュトン教授が指示したとおり、ベンゾジアゼピンは神経系全体に影響を及ぼすため、依存症を形成すると、自律神経が失調状態になることは当然である。これがあまり当然な事であるため、英語の文献では殆ど載っていない。アシュトン教授が次のようにこの事実を確認している。「医学文献の読者にとっては明らかであるため、ベンゾジアゼピンに関する殆どの参照は、実際、“自律神経系”には言及していない。」（別紙⑤の2C-1段落）。

ベンゾジアゼピンは神経系全体に影響を及ぼすからこそ、患者たちが数多くの身体的また心理的な症状に悩まされている。これはアシュトン教授が例として紹介した症状を含む（別紙⑤の2C-2段落）。上告人の場合、薬剤治療を受けてからこれらの症状の殆どをはじめて生じた（別紙②：甲A35-ジャドソン医師第3意見書2.2.3 & 2.2.9事項）。

従って、「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」があったため、上告人が依存症ではなかったという反論は、メタファーで言うと、ある患者はウィルスがあったため、風邪ではなかったと同じ論理である。不自然であり、理屈が通らず、全くくだらない話である。

相手側は、上告人が「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」があったため、依存症ではなかったと、裁判を納得することに成功すれば、エス

キモーに雪を売ることにもきっと成功するだろう。それはたいへん見事な功績になる。全く不公正だが、それでもとても見事！

注1：上記のとおり、本件の紛争点は、上告人が（A）自律神経失調症か（B）ベンゾジアゼピン依存症のどちらかにかかっていたという問題ではない。むしろ、依存症は「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」を惹き起すため、結局は、上告人が依存症にかかっていたか否かという問題のみになる。

治療中、離脱症候と一致する新しい症状を生じた事実（別紙②：甲A35-ジャドスン医師第3意見書2.2.3事項）、漸減療法の際に離脱症候に悩まされた事実（別紙②：甲A35-ジャドスン医師第3意見書2.2.9事項）および（甲A41-ウィットウェル医師カルテ3頁）、また7つの基準中5つのDSM-IV-TR診断基準を充足した事実（別紙②：甲A35-ジャドスン医師第3意見第2章）により、上告人は間違いなく依存症に罹患されていて、このことがひいては、「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」という疾患を惹き起したものである。

注2：「自律神経失調症」は、被上告人[]によるベンゾジアゼピン処方内服を終えた後のみに初めて診断されたものであり、その以前はなかった。薬剤治療開始される前に、非上告人[]（本人）さえも「自律神経失調症」という診断をしなかった。非上告人[]は自分の投薬が終わった後のみに「自律神経失調症」だと主張している。

(6) 元々神経疾患の可能性はなかった

上記のとおり、2000年12月21日に、[REDACTED]医師に英語の診断書を用意してくれて、同診断書には、「自律神経失調症」の英訳として、“Autonomic Nervous Disorder” と書いてある（別紙④）。

しかし、“Disorder” という言葉は、先天的・永続的な病気などの異常を示すものである。上告人の場合は、ストレス（ベンゾジアゼピン耐性、依存症及び離脱によるもの）が解消された時、自律神経系の活動増加による症状が治まった。その結果、当時の上告人の病状は、“Disorder” だと言えないのである（別紙②D-3段落）。

ベンゾジアゼピン薬をやめてから時間と共に、症状が回復し、また身体が徐々に通常に戻った事実は、証拠（主にカルテ）を基づいたジャドスン専門医の意見書で明確に説明してある（甲A35-ジャドスン医師第3意見書3.1事項）、（甲A39-ジャドスン医師第4意見書2.5事項）。

さらに、上告人は、以前には何の心理的及び神経学的な訴えの前歴がない。この事実はハッチンソン神経科医に確認された。「それ（急性前提障害）以外の神経学的障害を示す兆候は無い」（甲A4-ハッチンソン神経科医の意見書）。長期の掛かり付け医であるテーハー医師もこの事実を維持している。「1990年から1999年に渡り、彼（上告人）の病歴によると、彼（上告人）は、心理的、神経的、また脳神経に関する症状はなかった（甲A19-テーハー医師の意見書）。

- (7) 医師による処方薬の量および期間では依存症を形成する可能性が十分にある

判決書によると、医師による処方薬の量および期間では依存症を形成する可能性がないと言っているが、これは、アシュトン教授の専門意見を完全に反している（下記参照）。

「もしベンゾジアゼピンが定期的に2～4週間以上にわたり服用されるならば、耐性と依存が生じる可能性がある。最小投与量はなく、例えば耐性と依存は2.5mg～5mgのジアゼピンの定期的な服用後に見られたこともある」（甲A35-ジャドスン医師第3意見書2.1事項）。

注：アシュトン教授がベンゾジアゼピン依存症の世界ナンバーワンの第一人者であり、地球上では、アシュトン教授よりベンゾジアゼピン依存症についての知恵を有する人物は存在しない（別紙⑥の2）。

ジャドスン専門医の各意見書作成については、アシュトン教授が文献や専門意見などの提供により協力をしてくれた。

- (8) 高等裁判所は個性性を考慮していない

ジャドスン専門医の第5意見書は、依存症における個性性を説明し、次のように述べている。“多くの因子により、離脱症状の持続する期間や激しさなどがひとりひとりの場合は異なる。臨床研究において、「各人の離脱症状は違う」とアシュトン教授が意見を示した。この個人差が存在するからこそ治療中に注意深くの観察（モニタリング）を行うのはとても重要なことである”（別紙⑨：ジャドスン医師第5意見書2.2事項）。

しかし、判決書の内容をみると、高等裁判所は個性性を考慮していない事が明白である。

また、ジャドスン医師は第3意見書1.3事項にて、下記のとおり説明した。「続いて、ウェインの患者のカルテ情報の内容を考慮し始める以前に、彼の症状や、全体的臨床像、DSM IV-TRの適用からして、当職は既に、少なくとも50～100%の可能性で、彼はただ処方期間と投薬量のみにより依存を生じたと断定することができる。原注：依存の可能性が広範囲である理由は、個性性が考慮される必要があるためである」。

注：上記の[]による和訳は間違えている。本来の意味は次のとおり：「続いて、ウェインの患者のカルテ情報の内容、彼の症状や、全体的臨床像、またDSM IV-TRの適用を別にしても、ただ処方期間と投薬量のみにより、少なくとも50～100%の可能性で、彼は依存を生じたと断定することができる。原注：依存の可能性が広範囲である理由は、個性性が考慮される必要があるためである」。

(9) 翻訳のミス

ジャドスン専門医による各意見書の和訳を[]に依頼してきたが、いつもは2ヶ国に渡り、また2ヶ国語を使って弁護士と医師の間で、関連資料（各カルテ開示請求、解説文作成、翻訳文作成など）必要もあって、提出締切日に間に合わせるだけで精一杯だったので、訳文をチェックする余地もなく、翻訳のミスが生じた結果、意見書の説得力が弱まった所もある。

(翻訳の注意) []は、下記のとおり、“most likely”という言葉をおそらくという言葉に訳してきた。

例：	Report 3	Article 2. 2. 7	(耐性および離脱症状)
	Report 3	Article 3. 3. 5	(鑑別診断)
	Report 3	Article 3. 3. 14	(鑑別診断)
	Report 3	Article 3. 3. 20	(鑑別診断)
	Report 3	Article 3. 3. 21	(鑑別診断)
	Report 4	Article 3. 2. 8	(鑑別診断)
	Report 4	Article 3. 2. 12	(鑑別診断)
	Report 4	Article 4. 1. 7	(鑑別診断)

おそらく = perhaps ですが、perhaps は可能性として40%ぐらいしかない。でも“most likely”（「可能性が最も高い」）は可能性として90%ぐらいになり、比較的にぜんぜん違うので、これを理解する必要がある。

注：上記の事項では、ジャドスン専門医が主張していたのは、薬剤治療に伴った上告人の症状は、単なる生活上のストレス/不安ではなく、投薬による耐性および離脱反応で起こった蓋然性が最も高い（“most likely”）ということである（別紙⑦：甲A35－ジャドスン医師第3意見書3.3事項）。

3 憲法32条違反

- (1) 重要証人であるジャドスン医師(中毒性薬剤専門医)の証人・鑑定人尋問は、第1審また第2審ではで行われていない

上告人は、平成20年3月27日の弁論準備手続期日にて、ジャドスン医師の尋問を第1審裁判所に打診したところ、第1審裁判所は、信頼できる通訳の確保が困難であるし、それには及ばないとして、同医師の尋問申請をしないようにとの訴訟指揮を行ったのである。

さらに、高等裁判所段階でもジャドスン医師の尋問を第2審裁判所に打診したところ、不明な理由で同医師の尋問申請をしないようにとの訴訟指揮を再び行ったのである。

しかし、ジャドスン医師は、薬物依存症の熟練した専門家であり、且つ、上告人をベンゾジアゼピン依存症として最初に診断した医師である。かかる専門家の鑑定人尋問をせずに、その判断を一方向的に否定した第1審また第2審の手法は、重大な過誤に繋がる危険をあえて冒したものである。

- (2) 高等裁判所の最初の裁判長は、指摘したプロセスが途中で停止された為、証拠に基づいて本件の全容および鑑別診断を完成させる機会はなかった

高等裁判所の最初の裁判長が転勤される前、下記のように指摘した。「重要な証人であるジャドスン医師が、各カルテを見ていないのに、正確な判断できるどころか」という疑問点を取り上げた。

従って、その疑問を無くする為に、第1審でやるべきだったプロセス（各カルテを訳して、各カルテの内容を踏まえた意見書の提出）が指摘された。そのプロセスはようやく第2審で開始されたが、第1審では行われなかった結果、第2審の時間に大きく食い込んでしまった。そのプロセスの現在の status は下記の通り：

高等裁判所の最初の裁判長が指摘したプロセスの現在の Status

証拠番号	カルテ	意見書	Status
乙A 1	■■■■ 医師のカルテを踏まえた意見	第3	提出済み
甲A 6	■■■■ センターのカルテを踏まえた意見	第3	提出済み
甲A 24-1	■■■■ 病院（耳鼻科）のカルテを踏まえた意見	第3	提出済み
甲A 24-2	■■■■ 病院（神経内科）のカルテを踏まえた意見	第3	提出済み
甲A 36-1	ジャドスン医師のカルテを踏まえた意見	第4	提出済み
甲A 41-1	ウィットウェル医師のカルテを踏まえた意見	第4	提出済み
甲A 42-1	テーハー医師のカルテを踏まえた意見	第4	提出済み
甲A 25-1	■■■■ 病院（内科）のカルテを踏まえた意見	第5	未提出
甲A 25-2	■■■■ 病院（精神科）のカルテを踏まえた意見	第5	未提出

ジャドスン専門医による証人尋問 （上記のプロセスにより作成された各意見書の内容が足りなかったところや残っている疑問点等を明確にさせる為）		不採用
---	--	-----

上記の第5意見書の内容は、標準的漸減療法後の長期的影響（持続性離脱、依存症経験によるトラウマ、その後の賠償訴訟の更なるプレッシャーなど）といった後遺症による症状と、「（単なる）一般的な生活上のストレス/不安による自律神経失調症」の症状を区別する上、「（単なる）ストレス・不安による自律神経失調症」を除外する理由を挙げているが、上記のプロセスが途中で停止された為、提出する機会はなかった（別紙⑨）。

注：高等裁判所の最初の裁判長は、「証拠に基づいた主張しか認めない」と明確に指示したので、その指示に従って、ジャドスン専門医による第3～5意見書の内容の全てが証拠提出済みの9つのカルテ（上記参照）に基づいて作成され、また全ての関連事実がDSM-IV-TR依存症診断基準に適応され着々と説明しているものである。

- (3) 本件を主に担当した右陪席裁判官は職業倫理に反する行動を示していた

これが当時の代理人弁護士からの報告書に反映されている。

下記は、平成21年12月1日午前10時30分、東京高等裁判所第9民事部書記官室（16階）にて、開かれた第1回進行協議期日についての報告書からの抜粋。

“裁判所の構成は3名となります。今回は、内1名（恐らく右陪席）が出て来て、色々と聞きました。不勉強な裁判官で、記録を何も読んでいませんでした。” “この裁判官ほど、不勉強な高裁裁判官に会うのは、私は、はじめてです。”

下記は、平成22年3月25日午前11時40分に開かれた高裁第4回期日（第3回弁論準備手続期日）についての報告書からの抜粋。

“左陪席は、裁判長のようにテキパキと訴訟指揮できませんから、時間が沢山かかるのは当然なのです。しかし、大坪裁判長が転勤となれば、それはそれで、後任の裁判長がどんなふうに出て来るかという不安が残ります”。大坪裁判長は、事件の筋を正確に見切ろうとする姿勢が顕著で、当

初の左陪席のように、「あんたたち1審で負けたんでしょ。2審でも負けが推定されるよ。」などと安直に出る所は皆無だったのですが、すべての裁判官がそんなふうではありません”。

上記のコメントで判断すると、結局本件を主に担当することになった右陪席裁判官の判断は、個人的な意見や先入観などに左右されたようである。裁判官はこのような態度をとることは、公正だと言えるのか、また社会のためになると言えるのか、これについては大きく疑問に思うところである。

(注：本件の最初の裁判長が転勤され、当事件について何も知らない別の裁判長は途中で入ってきた事もあった。事情がぜんぜんわかっていないのに、結局は正確な判断ができるのか、これも大きく疑問に思うところである)。

- (4) 以上のとおり、第2審は公正な手続によって判決をしておらず、憲法第32条の違反がある。

4 過失と損害との間の因果関係

第2審判決は、過失と損害との間の因果関係については、判断を下していないが、下記のとおり、過失があった事が明白である。

- ① 上記の理由により、上告人がベンゾジアゼピン依存症であった事実が明白でなる。

- ② 被上告人[REDACTED]に説明義務違反があったか否かについて

下記の書類を見ると、説明義務違反があった事実が明白でなる。

- (別紙⑧：甲A39-ジャドスン医師第4意見書第4章)
- (別紙⑩：平成21年10月27日付、原判決取消の理由書)

③ 被上告人[]に経過観察義務違反があったか否かについて

下記の書類を見ると、経過観察義務違反があった事実が明白でなる。

- (別紙⑧：甲A39—ジャドスン医師第4意見書第4章)
- (別紙⑩：平成21年10月27日付、原判決取消の理由書)

注：判決書によると、[]医師は、定期的に検査を行っていたので、観察義務違反はなかったと言っているが、[]医師は行っていた検査は、めまい検査だけに限り、依存症のモニタリングについては、検査を一切行っていなかった。

この事実はジャドスン専門医が確認している。[]医師の患者のカルテ情報には起こり得る薬物依存症に関するモニタリングの記録が全く含まれておらず、そのことはモニタリングが不十分であったこと、そしてそれにより最終的にウェインのベンゾジアゼピン依存症形成に至った事実を更に支持するものである(証拠 乙A1)。

(別紙⑧：甲A39—ジャドスン医師第4意見書4.3事項参照—特に、4.3.12事項参照)。

④ 上記の②説明義務違反および③経過観察義務違反と損害との間の因果関係の有無

以上のとおり、説明義務違反および経過観察義務違反があった事実が明白である。よって、上告人[]による過失と、上告人の依存症と、それに伴った損害との間の因果関係が有る。

⑤ 損害の額

損害賠償については、請求額が高等裁判所の判決書のとおりだが、上告人は大変お金に困っており、代理人弁護士に依頼するお金もなく、自ら上告の印紙代さえも納付できなかった為、今回は請求額を丁度2000万円にする。

5 最後に

上告人はベンゾジアゼピン依存症であった事実を立証するために、下記の手続きを行って主張立証をしてきた。

1. 高等裁判所の最初の裁判長が指摘したプロセスに従って、ジャドスン医師の各意見書（特に第3～5）は、各証拠（証拠提出済みの9つのカルテ）に基づいている。
2. ジャドスン医師の各意見書のすべては、中毒性薬剤専門医によるものである。
3. ジャドスン医師の各意見書のすべては、世界中に承認されているDSM-IV-TR 診断基準に基づいている。
4. 耐性および離脱症候という診断基準の適応については、ジャドスン医師の意見書の内容がベンゾジアゼピン依存症の世界ナンバーワンの第一人者であるアシュトン教授に検証されている。
5. ジャドスン医師の各意見書は、アシュトン教授による意見や文献を含む。

上記の証拠にも関わらず、上告人がベンゾジアゼピン依存症であった事実を立証することができなければ、日本の国民は、これからも長い間、ベンゾジアゼピン依存症という苦痛の危険性を抱えたままであろう。中では、この苦痛から抜け出す方法が見えないため通勤中、電車の前で飛び込みをしたりする人もいるに違えない。

上告人の場合は、NZに帰国するという選択があって、そこで正しい診断また適切な治療を受けた為、回復ができ、ベンゾジアゼピン依存症の地獄から抜け出すことに成功した。ベンゾジアゼピン依存症は、普通の人々の健康・生活を大きく損害させ、周りの家族や職場などの人間関係を含め、社会

全体にも悪影響を与えるのである (Benzodiazepinesベンゾジアゼピン: How They Work and How to Withdrawal. その働きと離脱方法 C.H. アシュトン教授 — 第一章参照)、(甲C26-第3陳述書77事項の和訳参照)。

ジャドスン専門医による証人・鑑定尋問が採用されなかった事がたいへん不公正であると思っているが、前記に述べたとおり、同医師の各意見書の内容の全てが証拠提出済みの9つのカルテ(上記参照)に基づいて作成され、また全ての関連事実がDSM-IV-TR依存症診断基準に適応され着々と説明しているものであるため、尋問採用の有無にも関わらず、上告人は依存症であった事実を十分に立証している。さらに、上告人が依存症であった事実が世界ナンバーワンの第一人者に検証された。

なるほど被上告人[]は、有名な医師(国際的権威者)ですが、同医師の専門分野は平衡感覚で、被上告人[]本人が調停で認めたとおり、ベンゾジアゼピン依存症については全く知識がない。その結果、本件(ベンゾジアゼピン依存症の事件)では、ベンゾジアゼピン依存症については全く知識がない組の意見バーサス中毒性薬剤専門医とベンゾジアゼピン依存症の世界ナンバーワンの第一人者による組の意見(証拠に基づいたもの)というスィチュエーションになっている。だが、何らかの理由で、ベンゾジアゼピン依存症については全く知識がない組の意見のほうが信頼性があると判断されている。これがとても有り得ない。

裁判側の理解を得るにはどこまでやらなければならないのだろうか？
実は、損害賠償金が支払われても、今までの準備に掛けてきた時間を計算に入れると、結局、請求額の3倍ぐらいの分がただの稼ぎだけになってしまう。去年、翻訳代だけに100万円以上を費やさざるを得なかった。今の私は44歳になるが、お金がぜんぜんなく、借金しか何も持っていない、そして、

最近、法テラスからのローンもこの借金に加えられた。これが非上告人[REDACTED]の投薬およびそれに伴った損害賠償請求の手続きにより生じたものである。

実際に、日本はベンゾジアゼピンの危険性への理解や対応が随分遅れている。これが、去年8月28日(土)にNHKで放送された「広がる処方薬依存」という番組で明らかになる事実である。アシュトン教授もこれについて懸念を表明している：「日本では、ベンゾジアゼピン処方率は非常に高く、またザナックスを例として強力なベンゾジアゼピンの使用頻度が明らかに高く、医師らの処方する期間および量は大き過ぎる」(別紙⑤の2F~H)。

本件みたいに裁判は社会への責任をちゃんと果たさないケースが続く限り、また非上告人[REDACTED]のように医師らが責任を回避して続くことができる限り、何も変わらず多くの人々が依存症という生き地獄の中で苦しんでいく。それでいいですか？残念ながら、自分が被害者にならない限り他人は理解ができないのは現状である。東北大震災を受けて、トラウマなどの治療として、以前よりベンゾジアゼピンが多く処方されると想定できる。しかし、残念ながら投薬が長時間(数ヶ月間以上)続くと、これらの人たちにとってまた別の地獄が訪れてくる可能性が十分にある。

平成21年12月1日に開かれた第1回進行協議期日についての報告書(元代理人弁護士作成)によると、「[REDACTED]医師は控訴されたことに怒り狂っている」などと述べた。上告人がどれだけ苦しんできた事また、以前・現在・将来にも苦しむ日本人のことを考えて見ると、非上告人[REDACTED]は本当に怒る権利があるだろうか？被害者たちのことはどうでもいいですか？

ベンゾジアゼピン依存症は、薬剤が本来治療する筈であった症状「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」と全く同じ症状を発現することがよくあるので、本件は大変複雑で、有る程度で疑問が残るのは当然だと思われる。

日本の法律では、“Beyond reasonable doubt” という法律学が通るかどうかはわからないが、本件の全容および関連証拠を配慮すると、当方は上告人が依存症であって、またその依存症による障害も生じた事実を“Beyond reasonable doubt” 程度で立証してきた筈である。結局、上告人はベンゾジアゼピン依存症であったのは真実で、今回の裁判は公正が期たされなかった。

10年間以上に渡り、薬物依存症、また継続的賠償訴訟による負担でたいへん悩まされてきた。これ以上、被害させられたくはないので、本件はこれからは長引かせられないことが望ましい。今の時点では、ベンゾジアゼピン薬の危険性を明確にさせるため全力を尽くしてきた。そのため、これからはどうなるかは、もう上告人の問題ではない。これからは、相手側の良心の問題、そして最終的に日本国民の問題になってしまう。

現段階で、上告人が願っているのは、アシュトン教授が確認したとおり、依存症は不安・ストレスおよび「自律神経失調症（自律神経系の機能亢進）」を惹き起す事実を理解する上で、ジャドスン専門医による各意見書や上告人の各陳述書をもう一度ご検討し、また、その内容判断の結果、第2審の手続きおよび判決が公正であると言い切れるかどうか審査を行うことのみである。そして、最後の判決をお願い申し上げます。

以上

附属書類

- | | | |
|-----|--|----|
| 1 | 上告理由書 | 8通 |
| 2 | 上告受理申立書 | 8通 |
| 3 | 別紙 | 8通 |
| 1-1 | ジャドスン専門医による書簡（英語の原本） | |
| 1-2 | ジャドスン専門医による書簡（和訳） | |
| 2 | 第3意見書に載っている DSM-IV-TR 各基準の適応（和訳）
甲A第35号証の2 | |
| 3 | 第4意見書に載っている DSM-IV-TR 各基準の適応（和訳）
甲A第39号証の2 | |
| 4 | ● 医師による診断書 | |
| 5-1 | アシュトン教授による専門家の意見（英語の原本） | |
| 5-2 | アシュトン教授による専門家の意見（和訳） | |
| 6-1 | アシュトン教授の横顔（英語の原本） | |
| 6-2 | アシュトン教授の横顔（和訳） | |
| 7 | 第3意見書に載っている鑑別診断（和訳）
甲A第35号証の2 | |
| 8 | 第4意見書に載っているインフォームド・コンセント、
モニタリングの問題点（和訳）甲A第39号証の2 | |
| 9 | ジャドスン医師第5意見書（未提出） | |
| 10 | 平成21年10月27日付、原判決取消の理由書 | |