

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構
健康被害救済部 御中

令和2年6月5日
請求人 多田雅史

送 付 票

以下の資料を送付しますので、ご査収ください。

1. 被告（国立循環器病研究センター）との医療過誤訴訟の確定判決
 - (1) 名古屋地方裁判所
 - (2) 名古屋高等裁判所
 - (3) 最高裁判所
 - (4) 被告は、現在、上記の確定判決の損害賠償金を名古屋法務局に供託している。

2. 現在、被告と係争中の訴訟の訴状（原告）
 - (1) 上記1項の判決の強制執行を被告が停止させたことによる損害賠償請求事件（簡易裁判所から地方裁判所へ移送）

事件番号 令和元年（ワ）第5202号 損害賠償請求事件
 - (2) 上記1項の判決について、行政事件訴訟法による被告の医療法の「事故等報告書」の履行を求める事件

事件番号 令和2年（行ウ）5号 損害賠償等請求事件

3. 障害年金の審査請求の結果
 - (1) 決定書（東海北陸厚生局社会保険審査官田中文）
 - (2) 国民年金・厚生年金保険年金証書（厚生労働大臣）

4. 障害年金申請用診断書（名古屋市立大学病院こころの医療センター東英樹医師）
 - (1) 障害認定日の診断書（平成19年7月25日 現症）
 - (2) 申請日の診断書（平成30年6月6日 現症）
 - (3) 審査請求時の診断書

5. 上記1項の訴訟における原告協力医の診断書及び意見書、被告の協力医の意見書
 - (1) 原告協力医
 - ① 東英樹（名古屋市立大学精神科（こころの医療センター））
 - ② 徳倉達也（名古屋大学付属病院精神科、東邦ガス(株)産業医）

- ③ 有馬成紀（醍醐病院名誉院長）
- ④ 中山明峰（名古屋市立大学耳鼻咽喉科）
- ⑤ 眞弓久則（眞弓循環器クリニック院長）

(2) 被告協力医

- ① 松本俊彦（国立精神・神経医療研究センター）
- ② 和田央（大阪赤十字病院精神科）
- ③ 井上有史（静岡てんかん・神経医療センター）
- ④ 成富博章（千里中央病院）
- ⑤ 中野美佐（市立豊中病院神経内科）

(3) 上記(2)①の松本俊彦意見書の要旨（請求人）

6. 被告が「めまい症」に抗てんかん薬を処方した実験的処方の成果を公開した資料

- (1) 脳磁計を用いて慢性的めまい感の脳内神経活動の画像化に成功（被告、日立製作所）
- (2) “めまい”の観察に世界で初めて成功（日立製作所）
- (3) 被告は、当初、日立製作所と共同で、めまい症を定量的に診断できる装置（脳磁計）を開発したと広報していたが、その後、脳磁計では地球磁場の影響の方が大きいため、頭蓋骨外からめまい症を定量的に検査・診断できないことが判明し、また、ベンゾジアゼピン系薬物には「めまい症」への作動機序がないため、請求人を最後に、同研究を中止している（被告の内部報告書）。

7. 補足資料：全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会（BYA）による「ベンゾジアゼピン薬害の国家賠償請求集団訴訟」について

- (1) 当会は、2017年11月に設立され、すでに300名余の会員がいるベンゾジアゼピン系薬物（向精神薬）の副作用による被害者の会です。現在、東京地方裁判所へ「**ベンゾジアゼピン薬害の国家賠償請求集団訴訟**」の提訴を準備しており、PMDAの調査結果報告書（平成29年2月28日）の2頁のとおり、「1980年代になりBZ受容体作動薬の依存に対する認識が変わり、問題の中核は、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」とされているにもかかわらず、厚生労働省が、やっと、平成29年3月21日にベンゾジアゼピン系薬物の医薬品添付文書の改訂を指示したことは、ベンゾジアゼピン系薬物の危険性の警告が、国内では大幅に遅れた事態を招き、その結果、国内で多くのベンゾジアゼピンの副作用患者を発生させています。したがって、当会は、ベンゾジアゼピンの副作用被害者が参集して、2020年内に、国及び製薬会社の不作為に対する国家賠償請求集団訴訟の提訴を準備しています。
- (2) また、厚生労働省の中央社会保険医療協議会（第364回及び417回）において、健康保険組合連合会の幸野委員が指摘するとおり、①医療機関で処方された抗不安薬・睡眠薬

の約65%が、精神科でない一般の診療所・病院で出されていたこと、②このまま向精神薬の処方制限しないと依存症がかなり発生するのではないかと懸念を示し、1種類の処方であっても処方目数にある程度の制限をかけていくべきなどと提案したこと、③これまでの改定で向精神薬の長期処方の適正化に取り組んできたにもかかわらず、BZ系薬の数量が大きく変化していない点を厳しく指摘し、健保連によるデータとして55%が精神科を標榜していない診療科から処方されており、「かなり長期にわたって処方されている」と述べ、「諸外国では累積処方日数を制限している国もあるが、日本は減算方式で甘い」「厳格な対応をしていく必要がある」と強調したことが明らかになっています。したがって、現在も、我が国では臨床現場で大量のベンゾジアゼピン系薬物の処方が継続しており、日々、新たなベンゾジアゼピン薬物の副作用による「**医原性の処方薬物依存患者**」が発生しています。

(3) 本件請求人の上記1項の医療過誤訴訟では、裁判所が被告側協力医の意見書を大幅に採用した結果、一旦、「ベンゾジアゼピン薬物依存及び離脱症状」を認定しながら、「短期間で寛解した」として損賠賠償額を矮小化しています。しかしながら、東海北陸厚生局社会保険審査官は、上記3項(1)の障害年金の審査請求の決定書において、「相当因果関係については、必ずしも、医学的見地からのみ判断されるべきことではないが、特段の事情の存しない限り、まずは、その傷病の診療に当たった医師が、当該傷病の性質、病状及び治療の経過等を踏まえた結果として、相当因果関係があるか否かについてどのような医学的判断をしているかが重視されなければならないというべきである。」(決定書の14から15頁)として、主文(1頁)のとおり「厚生労働大臣が、平成31年2月12日付で、審査請求人に対し、国民年金法による障害基礎年金及び厚生年金保険法による障害厚生年金の請求を却下するとした処分は、これを取り消す。」と決定しています。そして、上記3項(2)のとおり、障害年金の遡及請求が認められています。したがって、上記1項の裁判所の判決だけが、請求人の主治医の診断書に従わずに、被告側協力医の意見書を採用しており、主治医の診断及び治療の経過並びに東海北陸厚生局社会保険審査官の判断と相違する事態になっています。

しかも、被告側協力医の意見書の内容は、①ベンゾジアゼピンの臨床用量依存を否定し、②特定のパーソナリティ障害患者のみが薬物依存を発症するなどとしており、上記のPMDAの調査結果報告書及びベンゾジアゼピン医薬品添付文書の警告内容と相違しているにもかかわらず、上記1項の判決は被告側協力医の意見書を大きく採用しました。

当然、請求人のベンゾジアゼピンによる副作用の治療に当たった主治医の診断及び治療経過が最重要であり、上記1の確定判決だけが、請求人の治療に関与していない被告側協力医の意見書を採用したこと自体に、大きな判断の誤りが存在します。

(4) 以上より、現在、請求人は上記1の確定判決に対する「再審請求訴訟」を準備中です。

以上