



全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会
Benzodiazepine YAKUGAI Association

御社の記事（東洋経済 ONLINE、2019/11/29）で掲載された
NCNP 松本俊彦医師の意見に関する情報提供書

東洋経済新報社 御中

令和元年11月30日

全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会

代表 多田 雅史



代 表

多田 雅史



「患者・行政・医療者の三者の協力」
を表しています

全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会
(Benzodiazepine YAKUGAI Association : BYA)

HP <https://www.benzodiazepine-yakugai-association.com/>
〒461-0001
愛知県名古屋市中区東1-1-35
ハイエスト久屋5F 柴田・羽賀法律事務所
事務所TEL : 052-953-6011、多田携帯 : 080-1566-3428
E-mail crosstada@fuga.ocn.ne.jp

BYA-HP: <https://www.benzodiazepine-yakugai-association.com/>

拝啓 御社、時下ますますご繁栄のことお慶び申し上げます。

当会は、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あり、2017年11月に設立され、すでに300名近い会員がいます。

このたび、御社の東洋経済 ONLINE 記事（2019/11/29）の『合法的な薬物依存「デパス」の何とも複雑な事情—ズルズルと飲み続ける患者を生んでしまった』を拝読し、当会は御社に情報提供申し上げるため、本書をお送りします。

第1 当会の主張の趣旨

1. 当会は、本記事の中でも、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター（以下「NCNP」という）の松本俊彦医師はベンゾジアゼピン副作用について、詭弁を弄して、東洋経済新報社の記者を騙していると考えている。
2. したがって、当会は、東洋経済新報社に対して、「情報提供書」（本書）を送付する。



3. 当会は、日本が世界最大のベンゾジアゼピン消費国と呼ばれ、国内にベンゾジアゼピンによる災禍が蔓延し、ベンゾジアゼピンの副作用である「**薬物依存、離脱症状、奇異反応**」等による極めて多数の被害者が存在する原因の1つに、国立の薬物依存研究機関である NCNP がベンゾジアゼピンの危険性の警鐘を怠ってきたことにあると考えている。
4. したがって、当会は、NCNP 理事長・総長の水澤英洋氏に対し、「松本俊彦 NCNP 薬物依存研究部長の解任」を複数回にわたり、要請している。
5. 当会は、NCNP 松本俊彦医師が、違法薬物使用者の診療において、関係法令に基づく知事及び警察等への通報を怠っており、刑法等の関係法令に違反していると考えている。
6. したがって、当会は、厚生局麻薬取締部及び警視庁組織犯罪対策第五課等へ、NCNP 松本俊彦医師の刑事告発及び捜査情報の提供を繰り返し実行している。

第2 当会の主張の理由

1. 趣旨の1及び2項について

(1) 御社の ONLINE 記事 (5 頁) から

『では「常用量依存は薬物依存症なのか」 松本の考えは違うという。

「いろいろ論議はありますが、私の答えは『薬物依存症ではない』というものです。精神科医が依存症と判断する際に重視するのは、身体依存（体が薬に慣れてしまい、急な中断で離脱症状が出現する状態）ではなく、精神依存（渴望、なりふり構わない薬物探索行動）の存在です。』

『常用量依存の人には、身体依存はありますが、精神依存はありません。医者から言われたとおりきちんと病院に行って薬を飲んでいるものの、本当は薬をやめたいと思っている。でも、いざやめようとするをやめられない。その理由が、病気の症状がまだ改善していないからなのか、身体依存が生じてしまっているのかがわからない。だから、本当にその人が常用量依存に陥っているのかがわからないのです。』、としている。



(2) つまり、松本俊彦の主張は「ベンゾジアゼピン常用量依存は身体依存であり、精神依存が生じないため、薬物依存ではない」ということである。しかし、独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 (PMDA) は「ベンゾジアゼピン依存症の中核は身体依存である」と明言しており (資料1)、MHLW は医薬品添付文書でベンゾジアゼピン薬物依存を警告し、国内消費量を抑制する診療報酬の減算政策を進めている。また、DSM-5 (精神障害の診断と統計マニュアル、アメリカ精神医学会) にも「ベンゾジアゼピンによる物質使用障害 (旧用語の薬物依存)」が定義されている (資料2)。

したがって、松本俊彦の主張は、松本独自の解釈によるものであり、PMDA 及び DSM-5 にもそのような判断基準は存在しないため、医学的に誤りである。当会は、松本俊彦の主張は、別の目的があると考えている。

2. 趣旨の3及び4項について

(1) 平成29年3月のベンゾジアゼピン医薬品添付文書の改訂に際して、MHLW の「2017年3月17日 薬事・食品衛生審議会 医薬品等安全対策部会議事録」(資料3) によれば、NCNP 松本俊彦は参考人として以下の発言をしている。

『それから、私どもが2012年に首都圏の4か所の薬物依存症の専門病院で、治療を受けているベンゾジアゼピン等の乱用・依存患者さんに関して、更に詳細な調査をしています。その患者さんたちを調べてみると、患者さんの84%が、例えば精神科等でいろいろな治療を受けている過程で、医師の指示から逸脱した大量・頻回の薬剤使用を呈するようになり、薬物乱用・依存に罹患しているということが分かっています。そういった患者さんたち全員は、医療機関で初めてベンゾジアゼピンを処方され、その結果として数年後に乱用依存を呈しているわけですが、そうした患者さんのうち、最初の処方を受ける際に、医師から依存性に関してちゃんと注意を受けたとか、「注意して飲んでくださいよ」ということを言われた人がどのぐらいいたかという、たった32%なのです。結果として全員が乱用・

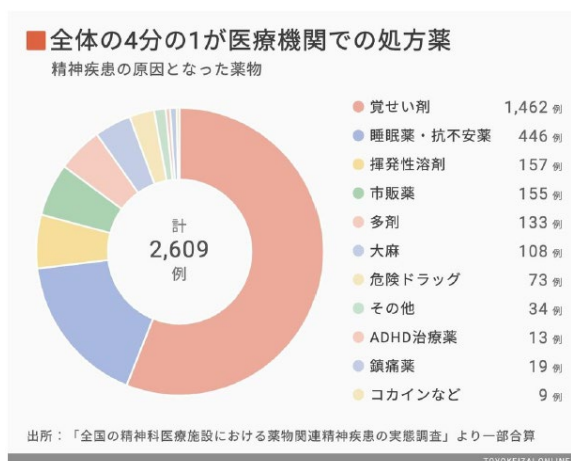


依存に罹患しているのですが、処方当初にその説明を受けているのがわずか32%ということは、これはどうなのかなという気がしています。

そういう意味でも、やはり我々医療が新たな病気に罹患する契機を作ってしまうということは注意しなければいけないですし、医療関係者全員がこの辺について、注意して向き合っていく必要があるだろうと思っています。』

『特に長期間服用をし続けてきた方の場合には、たとえ臨床用量、つまり治療量であっても、身体依存が形成され、様々な離脱症状が出る方がいます。そうした離脱症状のなかには、痙攣等のような重篤なものもありえます。さらに、そういう離脱症状が出てしまうと、やめようと思っても怖くなってしまい、ますますやめにくくなってしまいます。これが、俗に言うところの常用量依存や臨床用量依存といわれる事態です。つまり、治療の対象とすべき不安とか不眠が既に治っているにもかかわらず、自己判断でやめようとするとうと離脱症状が出てしまい、怖くてやめられなくなってしまうわけです。大体、処方されてから8週間飲んでいると、そのリスクが高まるという海外の報告もあるわけです。』、としている。

(2) 上記の参考人意見は、御社の記事における松本の意見と大きく相違している。また、記事によれば、下図で「睡眠薬・抗不安薬446例」とあるが、実態は『前述の全国実態調査には出てこないまさに一歩手前の「常用量依存」の患者が多いのではないかという指摘は医療従事者の中ではかなり多い。』、とされている。つまり、NCNPの下図の統計にはベンゾジアゼピン常用量依存患者は含まれていない（抜いてある）ということである。





常用量依存患者を加えれば精神疾患となった原因薬物で、ベンゾジアゼピンは断トツであろう。まさに、これが「**医原性アディクション**」である（埼玉医療 C.成瀬医師、**資料4**）。しかも、御社の記事によれば、松本は、「常用量依存の人には、身体依存はありますが、精神依存はありません。医者から言われたとおりにきちんと病院に行って薬を飲んでいるものの、本人は薬をやめたいと思っている。でも、いざやめようとするをやめられない。その理由が、病気の症状がまだ改善していないからなのか、身体依存が生じてしまっているのかがわからない。だから、本当にその人が常用量依存に陥っているのかどうかはわからないのです。」としているため、上図の統計は、どのように症例を選択したのか、説明が付かない。

(4) 一方、NCNP 松本俊彦が名古屋地方裁判所のベンゾジアゼピン医療過誤訴訟に際して、被告の国立研究開発法人 国立循環器病研究センター（国循）の協力医として提出した意見書の要旨は次のとおりである（**添付5**）。

『**①** 医療上処方されたベンゾジアゼピンによる薬物依存は、誰も薬物依存と呼ばず、医学的治療の対象ではない。

② ベンゾジアゼピンは薬物依存を生じず、医師の処方に従えば、ベンゾジアゼピンは薬物依存となる可能性は低い。

③ 自身の長年の診療経験において、ベンゾジアゼピン「常用量依存」の患者を1人も診断した経験がなく、「ベンゾジアゼピン常用量依存」という診断は「理念的診断」である。

④ ベンゾジアゼピンの離脱症状は、ベンゾジアゼピンの服用を中止すれば2～3週間で自然軽快するので、医学的治療の対象とはならない。したがって、患者が長期の離脱症状（遷延性離脱症候群）と訴えるものは、すべて元からの疾患（原疾患）の再燃である。

⑧ ベンゾジアゼピンは、医療上、治療を目的に処方された薬物であるため、たとえその薬物依存性により副作用を生じても、本来、医療上処方された薬物の副作用は区別されるべきであり、その処方責任を問うべきではない。そのことは最新のDSM-5でも明記されている。



⑨ ベンゾジアゼピンの力価をジアゼパム換算で評価する方法及びジアゼパム換算で2700mgを薬物依存閾値とすることは、常用量依存を呈した患者のBZD（ベンゾジアゼピン）処方状況を後方視的に調査した一つの研究論文の結果に基づいて、その著者が推測したにすぎず、エビデンスとしては不十分であり、採用できない。』

(5) したがって、松本俊彦医師の意見は、①御社の記事、②MHLWの参考人、③裁判所へ提出した意見書において、三者三様になっており、その都度、内容を変更している。

(6) 国内のデパスの消費量について、日経メディカル記事によれば、「外来で年間12億錠も出される大問題なあの薬（デパス）」（添付6）のとおり、デパスは日本特有（日本以外では製品化されていないとされる）のベンゾジアゼピン薬物であり、1年間に12億錠が消費されている。実に、日本人全員が1年間に12錠ずつ服用している危険な依存性薬物である。

(7) その他、NCNP 松本俊彦は多数のベンゾジアゼピンの危険性に関する論文を記載しており、当会はその全数（約20件）を所有しており、その内2件を添付する。詳細は添付資料を判読されたい。（添付7及び8）

① 鎮痛薬、睡眠薬、または抗不安薬使用障害の対応と治療（松本俊彦）

② 鎮痛薬、睡眠薬、または抗不安薬使用障害・中毒・離脱（松本俊彦）

(8) 以上より、当会はNCNP理事長・総長の水澤英洋氏に対し、「松本俊彦NCNP薬物依存研究部長の解任」を複数回に要請している。

3. 趣旨の4及び5項について

(1) 下記の情報提供の事実に記載の所為は、麻薬及び向精神薬取締法（以下「麻向法」という）の58条の2第1項に違反し、刑法の犯人蔵匿等の罪（刑法第103条）に該当すると考えられるため、厚生局麻薬取締部及び警視庁組織犯罪対策第五課等へ刑事告発及び捜査情報の提供を繰り返し実行している。

(2) 告発の事実



① 証拠（１）（資料 9）について

NCNP 松本俊彦は、証拠の（１）において、違法薬物使用者について以下の意見を示している。

「もう１つは、医療者は、患者の違法薬物使用を知った場合、本人に治療意欲があるならば、刑法が課せられている守秘義務を優先して警察に通報しないようにするべきです。通報の理由として、『犯罪の隠匿』として糾弾されるのではないかという不安をあげる医師もいます。こうした不安を解消するには、国から『患者の違法薬物使用を知った医師は、警察通報ではなく、できる限り治療につながる努力をすべき』という通達を出すなどして、医師を安心させる必要があります。」

上記の意見は現在の刑法第 103 条の犯人蔵匿等の罪を否定するものであり、極めて危険な考え方である。そして、松本俊彦医師は NCNP の医師として、違法薬物使用者が受診した際に警察への通報義務を履行していないものと推認され、その行為は麻薬及び向精神薬取締法第 58 条の 2 の 1 項が定める「医師は、診察の結果受診者が麻薬中毒者であると診断したときは、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢、性別その他厚生労働省令で定める事項をその者の居住地（居住地がないか、又は居住地が明らかでない者については、現在地とする。以下この章において同じ。）の都道府県知事に届け出なければならない。」に違反していると考えられる。そして、この届出は法令に基づく義務行為として守秘義務に反するものではない。

② 証拠（２）（資料 10）について

NCNP 松本俊彦は、証拠の（２）において、違法薬物使用者について以下の意見を示している。

「――ピエール瀧容疑者は 20 代から使っていた。依存していたのか。そうではないのか

分からないが、そういう（社会生活に支障をきたさず使い続けている）薬物乱用者はたくさんいる。覚せい剤も同じ。薬を一回使ったら依存症になるとか、廃人になることはない。そうなる人もいるが、アルコール



を飲む人が全員、依存症になることはないのと同じ。

— 薬物は危険なのでは

薬物の恐怖を極端な形で教育された子どもたちが初めて使うと、受けてきた教育がうそだとすぐ分かる。言われているほど気持ちよくもなく、怖いこともない。拍子抜けの初体験をして逆に常用に走り、依存症になる危険もある。」

上記の意見は厚生労働省医薬・生活衛生局監視指導・麻薬対策課の政策と相違している。また、松本俊彦医師は、違法薬物使用者のピエール瀧、清原和博及び元 KAT-TUN の田口淳之介などの裁判又は報道対談において、刑事裁判に証人として出廷し、「被告の治療のために寛大な処分」を求める旨の証言をし、また、「医師が違法薬物患者の治療のため、犯罪者を警察に通報しなくてもよい制度の創設」を提唱している。そのような制度は現行刑法に違反するものであり、かつ、犯罪未遂者が「違法薬物に手を出しても罪に問われない」、「執行猶予で済む」などと考え、違法犯罪を誘発する危険性が高く、国内における違法薬物の蔓延を招く危険性がある。また、違法薬物組織と密約する医師が出現する恐れもある。もとより、違法薬物使用に対する「医学的治療」と「刑事的責任」はまったく独立した別ものであり、違法行為に対する処罰は厳格に行われなければならない。

③ 証拠（3）（資料 1 1）について

NCNP 松本俊彦は、証拠の（3）において、違法薬物使用者について以下の意見を示している。

『もう一つ、救命救急センターに搬送された薬物依存症の患者さんから、尿検査で覚せい剤成分が検出されることがありますが、こうした場合、一律に警察に通報することはやめてほしい、ということです。』

『確かにわが国では、覚せい剤は法律で規制されていてそれを使うこと自体が犯罪になります。なので、警察に通報する医師は 100%の善意で「犯罪は告発しなければいけない」と無批判に思い込んでいるのでしょう。一般市民であればそれでよいと思います。でも、私たち医療者がす



るべきなのは通報することなのではないでしょうか。』

『薬物依存症の治療をしている医療機関で、「違法薬物が検出されたら通報します」と言っているところもあります。でもそれでは治療できないのです。医師の考え方が変わらないと、「白衣を着た捜査員」が増えるだけです。』

上記の意見は上記の①及び②項で示した松本俊彦医師の麻薬及び向精神薬取締法の58条の2第1項に違反する行為及び刑法の犯人蔵匿等の罪（刑法第103条）に該当すると推認できる証拠である。

④ 証拠（4）（資料12）について

NCNP 松本俊彦は、証拠の（4）において、違法薬物使用者について以下の意見を示している。

『「滑る（スリップ）」とは断薬中について覚醒剤を使ってしまうことを指す。一瞬、わたしは体が強張った。「覚醒剤取締法違反」が脳裏をよぎる。だが、誰もその人をとがめたり、嘆いたり、ましてや警察に告げたりはしない。』

『クスリをやめるためにクスリを使ってもいい？と、戸惑っていると松本は言い添えた。

「犯罪の討助ではありませんよ。ただ、薬物依存症の人が人前で『やりました』と言うのは、すごく勇気がいります。本当に使いたければ、黙って家でやる。なのにわざわざプログラムに足を運んで言うんです。これは、失敗したけどこのままではいけない、やり直したいと思っているからです。『やめられない』という告白は『助けてくれ』なんです。だから医療者は守秘義務に則って、その人を守らなくてはなりません』

『最高裁05年7月19日判決は、患者の尿から違法な薬物成分が検出された場合、医師が捜査機関に通報することは許容され、守秘義務に違反しない、と示した。しかし松本は「守秘義務のほうが重い」と説く。

「患者さんの尿、検体の所有権は厳密には本人にある。調べるのは治療のため。通報に利用したら目的外使用でしょ。刑法の守秘義務のほうが



手続き法である刑訴法の公務員の告発義務より重い。たとえ公務員医師でも、その人の本分は医療だから守秘義務が優先されます。医師は『白衣を着た捜査官』じゃない』

上記の意見は上記の①及び③項で示した松本俊彦医師の麻薬及び向精神薬取締法の58条の2第1項に違反する行為及び刑法の犯人蔵匿等の罪（刑法第103条）に該当すると断定できる証拠である。

また、医師の守秘義務が麻薬及び向精神薬取締法の58条の2第1項及び刑法の犯人蔵匿等の罪（刑法第103条）より重いという法解釈は存在しない。

(3) 上記の麻向法に基づく麻薬依存症者の都道府県知事への届出義務は、殆ど履行されていると言い難く、対象薬物の規制手段として機能していないといえる。したがって、当会は、法に基づく厳格な調査が必要と考える。

また、松本俊彦の考え方を進めれば、日本は「ベンゾジアゼピンの世界最大の消費国」の次は、「違法薬物使用大国」に陥ることは必定である。

4. まとめ

以上より、当会は、NCNP 松本俊彦は「国内のベンゾジアゼピン処方医師の責任を回避させる目的」で、複数の二枚舌を使い分けていると断定している。また、NCNP 松本俊彦は薬物依存専門家として、NHK 教育番組等にも出演しているため、当会は、NHK に対して、「松本俊彦を出演させないこと」を要請している。

ところで、米国の米国国立衛生研究所（NIH）は、米国におけるオピオイドによるオーバードース死者数（OD）を 70,237 人（2017 年、USA）、ベンゾジアゼピン OD を 1,527 人（同）、ベンゾジアゼピンとオピオイド併用ケースを 11,537 人（同）と報告している（資料 1 3）。そして、ベンゾジアゼピンによるアディクション（日本では「嗜癖」と翻訳して、患者の特性のせいにしてしている）は、ほぼ「**医原性アディクション**」、つまり、「**医原性疾患**」であることが周知となっている。一方、日本は米国の数倍のベ



ンゾジアゼピンを消費しているため、日本でベンゾジアゼピン OD がまったく存在しないなどは、到底、考えられない。

日本では、松本俊彦を代表する医療者により、ベンゾジアゼピン副作用を「既往の疾患」と摩り替え、ベンゾジアゼピン OD を「自死」と摩り替えたりしているに過ぎず、日本の精神医療は明治時代の「患者特性が原因」とする旧態依然の思考からほとんど進んでいない。しかし、海外の症例から、いつまでも日本における「ベンゾジアゼピン薬害」を隠し通すことはできない。

敬 具

資 料

- 1 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 添付文書改訂 調査報告書（2017年2月28日）
- 2 DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル
- 3 2017年3月17日 薬事・食品衛生審議会 医薬品等安全対策部会議事録
- 4 処方薬依存症の理解と対処法（星和書店、成瀬・水澤）
- 5 松本俊彦意見書の要旨
- 6 外来で年間12億錠も出される大問題なあの薬（デパス）
- 7 鎮痛薬、睡眠薬、または抗不安薬使用障害の対応と治療（松本俊彦）
- 8 鎮痛薬、睡眠薬、または抗不安薬使用障害・中毒・離脱（松本俊彦）
- 9 ピエール瀧被告に執行猶予判決。証人出廷した専門家が指摘する「回復しにくい社会」の問題点とは？：ハフポスト
- 10 必要なのは刑罰ではなく支援、コカイン使用のピエール瀧容疑者：時事ドットコム
- 11 「患者から覚せい剤成分検出で通報」良い医師か？—松本俊彦・国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部部長に聞く
◆ V o l . 1 : m 3 c o m
- 12 『「クスリをやった」と言える治療の場を（松本俊彦）』



全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会
Benzodiazepine YAKUGAI Association

: A E R A 2 0 1 9 年 9 月 9 日 号

1 3 NIH (OD Death) 図 1 + 図 8

<https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates>

以 上