

## 多田雅史

---

**件名:** 全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会 (BYA)【情報 Vol.1 4 4】  
**添付ファイル:** ベンゾジアゼピン総消費量 (国別) 2016年INCB報告 (合計値版\_図編集版).pdf; ベンゾジアゼピン総消費量 (国別) 2016年INCB報告.xlsx; 現代精神医学大系 (中山書店) 1977年\_\_1章 薬物依存の概念.pdf; 意見書 (甲B 1 7 5、徳倉)、テキスト認識.pdf

各位 (本情報提供メールは当会会員、協力弁護士、協力医、報道機関、医療過誤団体、野党政党等の約300カ所へ送信しています)

全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会 (BYA) の多田雅史です。  
本メールはベンゾジアゼピン (BZD) 関連情報をお送りしています。

- (1)新規の情報提供希望者が身近におられた場合、**BYA-HPの「お問合せ」**をご紹介ください。  
<https://www.benzodiazepine-yakugai-association.com/>
- (2)有用な情報をお持ちの方は本メールに返送してお知らせください。皆さんに情報提供します。
- (3)情報の中で「**拡散すべき情報**」があれば、皆さんの判断で「**転送・SNS拡散**」してください。
- (4)また、皆さんが支援する政党があれば、**ベンゾジアゼピン薬害の実態を政党にお伝えください。**

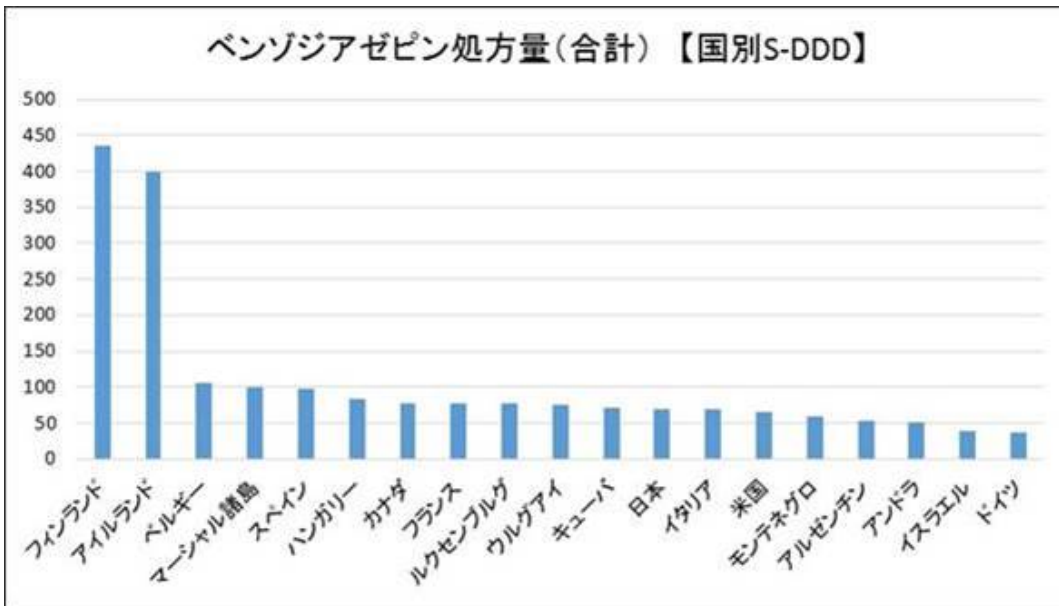
### 【目次】

1. 世界のベンゾジアゼピン処方状況及び総消費量 (**BYA計算、添付**)
2. 高齢者にリスク高い薬、80代処方ピーク 睡眠・抗不安 (**添付**)
3. 現代精神医学大系 (中山書店) 1977年\_\_1章 薬物依存の概念 (**添付**)
4. BYA情報提供メールのHP掲載

### 【記事】

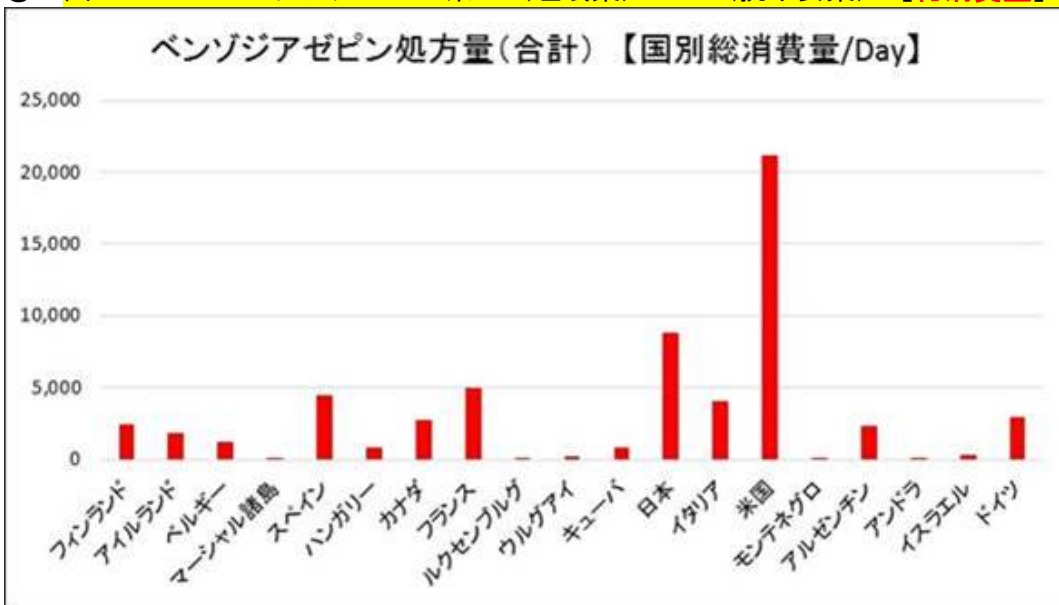
1. 世界のベンゾジアゼピン処方状況及び総消費量 (**BYA計算、添付**)  
(BYA)【情報 Vol.1 4 2】に掲載の国別ベンゾジアゼピン消費量を見やすいように国を並べ替えた。  
出典：国連麻薬統制委員会 (INCB ; INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD) レポート Psychotropic Substances 2016  
[https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2016/Technical\\_Publication\\_2016\\_English.pdf](https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2016/Technical_Publication_2016_English.pdf)

⑤ 図3-1 ベンゾジアゼピン系1 (睡眠薬) + 2 (抗不安薬) 【S-DDD】



(BYA計算)

⑥ 図3-2 ベンゾジアゼピン系1(睡眠薬)+2(抗不安薬)【総消費量】



(BYA計算)

図3-1の1日1000人当たりの処方量【S-DDD: defined daily doses for statistical purposes】では比較的人口の少ない国々が上位になる。一方、図3-2の人口を乗じた国別総消費量では第1位米国、第2位日本となる。日本では医療上の処方がほぼ100%であり、広く汎用されている実態がある。

## 2. 高齢者にリスク高い薬、80代処方ピーク 睡眠・抗不安(添付)

<https://www.asahi.com/articles/ASMCW5R1LMCWULZU00R.html>

以下引用

『高齢になると、薬を分解して排泄(はいせつ)する能力が低くなることから、薬が効きすぎたり、副作用が強く出たりしやすい。日本老年医学会の高齢者の薬についての指針「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」は、これらの薬について「使用するべきでない」「可能な限り使用を控える」と求めている。第三者機関の医療事故調査・支援センターは6月、ベンゾ系の薬をのんでいた高齢者が入院中に転倒し、頭を強打して死亡した複数の事例を示し、慎重に扱うよう提言している。』

『ベンゾ系の睡眠薬・抗不安薬のうち、**性別と年齢層が判別できる約39億8千万錠を解析**。53%の約21億錠が65歳以上に、33%の約13億1千万錠が75歳以上に処方されていた。』

すでに日本老年医学会がGLで警告しており、いまさらのニュースでもない。

### 3. 現代精神医学大系（中山書店）1977年\_\_1章 薬物依存の概念（添付）

以下引用

『よく問題にされるのは薬物依存・乱用者のパーソナリティ特性であるが、およそ依存者全体に共通するパーソナリティはないといってよい。しばしば意志薄弱が問題にされるが薬物乱用のない非行少年と薬物乱用のある非行少年ではその比率には差が認められない。Rorschachテスト、その他のパーソナリティテストによって出され出された結果も依存・乱用者に特有とはいえない。（6頁）』

『以上、薬物依存の概念をめぐって精神医学の立場から問題点を指摘した。一貫していえることは、薬物依存は主として医学的概念であり、薬物乱用は社会的概念であって、両者は次元を異にする概念だということである。両者が併存することはありえてもその評価基準を異にし、これを混同するところに薬物中毒という依存の結果としての概念が使用されてきた。薬物嗜癖という概念も依存に比べてあいまいであり、習慣という言葉とともにやがて廃されるべきであるとされている。

薬物依存のうち、身体依存については臨床的（特にbarbiturateの禁断時脳波検査）にも実験的にも医学的に立証しうる根拠が明らかにされている。この際、同型の薬物投与によって禁断症状が消失することもその根拠となる。このうち、禁断痙攣と禁断せん妄の2症状が最も明快な禁断症状とされている。（8頁）』

すなわち、「薬物依存・乱用者の依存者全体に共通するパーソナリティはない」ことが明確にされている。

そして、「薬物嗜癖という概念も習慣という言葉も、依存に比べてあいまいであり、とともに廃されるべき」とされている。

さらに、「薬物依存のうち、身体依存については臨床的にも実験的にも医学的に立証しうる根拠が明らかにされており、禁断痙攣と禁断せん妄の2症状が最も明快な禁断症状（離脱症状）である」ともされている。

上記の医学文献は1977年発行のものであり、実に、現在の2019年から42年前の文献である。すでに、ベンゾジアゼピンの薬物依存（身体依存）についても言及されていた。このような医学体系が出版されていながら、なぜ、厚生労働行政は、諸外国に歩調を合わせて、ベンゾジアゼピンの処方規制しなかったのか？そこには「**行政の不作为**」が存在する。

一方、現在、**NCNP薬物依存研究部長の松本俊彦医師**は「**アディクション=嗜癖**」という用語を用いて、「**精神的な脆弱性のある人間が薬物依存となる**」として、「**ベンゾジアゼピン依存症もパーソナリティ障害が原因**」と結論付けている。また、『**ベンゾジアゼピン依存症は「精神依存」が生じにくいことから「薬物依存ではない**』』ともしている。このような思想は、上記文献の1977年よりも大きく後退している。また、**すでに米国精神医学会が「ベンゾジアゼピン薬物依存は、処方薬による医原性アディクションである」としているのと大きく乖離している。**少なくとも、ベンゾジアゼピン依存症の診断に「**断薬**」は必要がなく、「**減薬**」して「**離脱症状の発症**」及び再服薬による「**離脱症状の鎮静化**」を確認すれば、容易に「**ベンゾジアゼピン薬物依存症（常用量依存）**」を診断できる。

この点について、**名古屋大学医学部精神科の徳倉達也医師**は、名古屋ベンゾジアゼピン薬害訴訟（原告：多田、被告：国循病院）に提出した意見書において、つぎのように記載している。（添付、甲B175号証）

『7. 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター松本俊彦医師による意見書では、本事例のような医原性のBZD依存症を「**身体依存はあっても精神依存は存在しないことから、用語の定義上、薬物依存とならない。精神障害の診断基準DSM-5でも、精神依存の症状である渴望が強調されている**」として薬物依存から除外する旨の記載がありますが、DSM-5が「**精神障害**」の診断基準であることから、精神症状(精神依存)のない病態を診断基準に含めていないことは、当然のようにも思います。また、物質使

用障害には分類されないものの、物質誘発性障害のうちの「抗不安薬離脱」には分類されるものと考えます。

薬物依存の用語の定義を変えたとしても、従来からの物質依存の診断概念自体を否定する理由にはなりません。また、BZD系薬物依存症患者が実際に多数存在し、複数の医療機関において減薬・断薬治療が行われていることから、「BZD系薬物に起因する依存症」は、現実には存在しています。本件で問題となるのは、「多田氏に生じた病態が精神障害の診断基準における薬物依存に含まれるかどうか」ではなく、「多田氏にBZDによる依存・離脱が生じて不利益を被ったかどうか」であると考えます。』

すなわち、DSM-5において「薬物依存」の用語が「物質使用障害」に変更されたことにより、「ベンゾジアゼピン依存症が薬物依存ではない」という松本の意見は医学的に誤りであり、PMDAが『ベンゾジアゼピン依存症の中核が「身体依存」』としており、身体依存により引き起こされる離脱症状の中心は、上記文献のとおり「痙攣・せん妄」などの重篤な症状であることが、1977年には明らかにされていた。

#### 4. BYA情報提供メールのHP掲載

本情報提供メールはBYA-HPにも、そのまま掲載しています。

HPへの情報掲載量が増加したため、以下の2つのページに分けています。

##### (1) 情報提供メール（その1）

<https://www.benzodiazepine-yakugai-association.com/%EF%BD%82%EF%BD%99%EF%BD%81%E6%83%85%E5%A0%B1%E6%8F%90%E4%BE%9B%E3%83%A1%E3%83%BC%E3%83%AB-%E3%81%9D%E3%81%AE%EF%BC%91/>

##### (2) 情報提供メール（その2）

<https://www.benzodiazepine-yakugai-association.com/%EF%BD%82%EF%BD%99%EF%BD%81%E6%83%85%E5%A0%B1%E6%8F%90%E4%BE%9B%E3%83%A1%E3%83%BC%E3%83%AB-%E3%81%9D%E3%81%AE%EF%BC%92/>



全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会 多田雅史

#### 協議会の連絡先

愛知県及び東京都に連絡先を置く

愛知県（暫定仮）

柴田・羽賀法律事務所

〒461-0001 名古屋市東区泉1-1-35

ハイエスト久屋5F Tel : 052-953-6011

