



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

再犯防止シンポジウム2019「依存症からの回復」  
における NCNP 松本俊彦医師の講師採用に対する抗議書

法務省 大臣官房  
政策立案総括審議官  
西山 卓爾 殿

令和2年1月7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」  
を築いています

BYA

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  
愛知県名古屋市長区泉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](mailto:crosstada@fuga.ocn.ne.jp)

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

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

当会は、2017年11月に設立され、すでに200名余の会員を有す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。今回、御省が主催する『再犯防止シンポジウム2019「依存症からの回復」』（秘書課企画再犯防止推進室）において、国立精神・神経医療研究センター（NCNP）の薬物依存研究部長の松本俊彦医師を講師として採用されたことに対し、当会は、違法薬物問題において、極めて遺憾な事態と考え、強く抗議するものです。

その理由は、松本俊彦医師は、現在の我が国における違法薬物使用に対して「違法薬物使用の非犯罪化、刑罰化」を主張しており、同医師自身も違法薬物使用者が NCNP を受診した際に、法律が定める届出及び通報を行わない旨を宣言し、事実、必要な届出及び通報を行っていないことが判明しています。そして、同医師の主張は、「現行の違法薬物の自由化」を唱えるものであり、御省が同医師を再犯防止シンポジウムの講師として採用したことは、あたかも「法務省が違法薬物の自由化を進める意向がある」との誤解を招いています。よって、当会は以下の趣旨で御省に抗議し、要望をお伝えするものです。



## 第1．趣旨

違法薬物の非犯罪化・刑罰化により、違法薬物の自由化を唱え、かつ、現行の違法薬物規制の法律等に違反する行為を重ねる NCNP 薬物依存研究部長の松本俊彦医師を、御省のシンポジウム等の講師に採用しないこと。

## 第2．理由

### 1. 松本俊彦医師の主張は、日本の現状からかけ離れていること

- (1) 朝日新聞社の2019年2月13日の記事「薬物は罪ですか」(資料1)における NCNP の薬物依存研究部長の松本俊彦医師の記事において、同医師は、『(大麻、コカイン、覚せい剤などの薬物に対して)、つまり、刑罰は有効どころか害と言えます。アルコールも薬物も「本人の責任で使うもの」であり、薬物の使用は「非犯罪化」すべきだと思います』、『日本では封じ込めが成功し、欧米に比べ(違法)薬物使用者は少ないとされています。しかし、実際は、刑罰により本当に依存症に苦しむ人が「使っている」と言い出せない現状があるのではないのでしょうか』としている。
- (2) その趣旨は、松本医師は「大麻、コカイン、ヘロイン、覚せい剤などの違法薬物使用を非刑罰化して自由化せよ」と主張しているものである。しかし、そのようなことをすれば、現在、日本は依存性薬物であるベンゾジアゼピンの消費大国に陥り、「日本がベンゾジアゼピンの次に違法薬物大国」となるのは必定である。仮に、松本医師が言うように「非刑罰化」すれば、地方厚生局の麻薬取締官は解散し、MHLW(厚生労働省)の監視指導・麻薬対策課も警視庁組織犯罪対策5課も不要になる。そして、違法薬物の水際対策を行う海上保安庁の薬物水際対策も不要になり、その結果、町中のコンビニ等で大麻、コカイン、ヘロイン、覚せい剤などの違法薬物が自由に販売されることになる。さらに、近々、刑事裁判が開かれる「沢尻エリカ」についても、「無罪放免する」ということになり、NHKの大河ドラマも撮り直す必要がなくなり、そのまま放送できることになる。
- (3) また、特に重大なこととして、非刑罰化すれば、多くの若年層が、興味本位で大麻や覚せい剤を自由に試すことができることになり、それこそ、日本中の高校生が学校の中で大麻を吸っている事態を公認することになる。
- (4) したがって、松本医師の主張が採用されることはなく、すでに大麻などの自由化を進めたカナダやポルトガルなどの国々は「水際対策に失敗して違法薬物が国内に蔓延した」結果、やむなく自由化せざるを得なくなり、違法薬物の流通に課税して管理する手法を選択せざるを得なくなったのである。したがって、水際対策に成功している日本が違法薬物の非刑罰化・



自由化を選択する道理はまったくない。

果たして、日本は管理しきれないほど国中に違法薬物が蔓延しているであろうか？ 否、そのような事態にはなっていない。その理由は「厳しい刑罰を伴う規制」をかけてきた成果であり、MHLW 規制当局の成果である。

(5) さらに、松本医師は「医師が違法薬物使用者を警察等に通報しなくてもよい法制度の整備」も提唱している（資料2）。仮に、そのような法ができれば、「殺人犯が医療機関に逃げ込めば通報されない」ことになり、医療者に犯罪者を通報しなくてもよいという特権を設けることは“刑法概念の崩壊”につながるため、到底、あり得ないことである。法務省が松本医師をシンポジウムの講師に採用することは、医師が違法薬物を通報しなくてもよい法制度の整備に賛同していることになる。

しかし、「治療と刑罰は別もの」であり、治療は医師、刑罰は司法当局が担うことであり、混同することはできない。

(6) また、松本医師が言うように「違法薬物使用者は孤立感や社会への不信が促している」とするが、ピエール瀧、塩尻エリカ、田代まさし、田口淳之介などが、はたして孤立感や社会への不信感で違法薬物を使用したのだろうか？ 決してそのような事実はないと考えられる。

孤立感や社会への不信がある人間など、すべての人に当てはまるだろう。しかし、それらの人々の全員が違法薬物に陥っているわけではなく、努力して社会に挑戦している者が多数である。一方、NHK-E テレのバリバラに出演する違法薬物使用者は、体が不遇で両足や両手がないわけではなく、単に社会に不満を持っているにすぎない。体が不遇な人々でも「パラリンピック」に出て、十分、努力している人はたくさんいる。つまり、バリバラに出演する違法薬物使用者は「自分の無精を人のせいにして」にすぎない。

(7) 結局、違法薬物使用者の治療に失敗している NCNP 松本らは「日本の刑法に難癖」をつけているだけである。「治療と刑罰は別もの」であることは言うまでもない。また、刑罰を受けた者を差別する社会体質の問題が、違法薬物使用者の社会復帰を妨げているのであり、松本医師の主張の論点は的外れである。

(8) 当会は、松本俊彦医師の「大麻、コカイン、ヘロイン、覚せい剤などの違法薬物使用を非刑罰化して自由化せよ」との主張に対して、賛成の趣旨を掲載する朝日新聞社に対して抗議文を郵送した。また、同時に、MHLW、警察庁にも同様の趣旨で、情報提供書を郵送している。



## 2. 松本俊彦医師の主張は、現行の刑法等に違反していること

- (1) 報道記事によれば、『今年も著名人による薬物事件が相次いだ。沢尻エリカ被告（33）は MDMA の所持、ピエール瀧（52）はコカイン使用での逮捕。特徴的だったのは覚醒剤ではない“非シャブ系”の薬物が多かったこと。捜査当局は来年の東京五輪を前に違法薬物の一掃に本腰を入れているとされ、大捕物が続く可能性もありそうだ。』、『芸能界だけではなく“非シャブ系”薬物は若者を中心に広がりを見せている。MDMA の押収量は14年の608錠から18年の1万2307錠と20倍増。コントロール下に置いているつもりが、いつの間にか支配下に置かれてしまうのが“非シャブ系”の怖さで「覚醒剤やヘロインなどの強い薬物への入り口となりやすく、ゲートウエードラッグと呼ばれている」（専門家）という。』とされている。
- (2) このように、すでに MDMA は4年間で20倍の量が摘発されている。このような非常事態下で、松本俊彦医師は「MDMA を非刑罰化し自由化せよ」と主張し、沢尻エリカを「無罪放免」せよと言っているのである。到底、あり得ない話である。
- (3) しかも、松本医師は、すでに診療中に違法薬物依存者が現れても、法律に基づく通報を行わない旨を宣言し実行しており、現行の刑法等の法律に違反していることが明らかになっている。したがって、NCNP 松本俊彦医師が、違法薬物使用者の診療において、医師の守秘義務を逆手に取って、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。その事実は、**資料2**のとおりである。
- (4) 以上より、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。

## 3. 松本俊彦医師が違法薬物使用者の刑罰の廃止を提唱する真の目的

- (1) NCNP 松本俊彦医師が、再三、「違法薬物使用者の刑罰の廃止」を提唱している真の目的について、当会は以下の2つの目的があると考えている。
  - ① 違法薬物使用者への刑罰を廃止して、より多数の若年層の違法薬物依存者を創出すること。その結果、多くの違法薬物依存者を精神科病院へ送り、現在、精神科病院が長期入院患者の削減により経営が悪化している事態を回復させる目的がある。
  - ② そして、その功績により、松本俊彦は NCNP の次期理事長・総長の



ポストを狙っているのである。

- (2) すなわち、NCNP 松本俊彦医師は「違法薬物利用者を利用し、良心ある医師を偽装する“えせ医師”」であると、当会は見做している。当会は、近々、捜査当局（麻取部&警視庁組織犯罪対策第五課）が NCNP 及び松本俊彦の近辺に隠れている違法薬物使用者を摘発することを期待している。

#### 4. 松本俊彦医師が世界中で問題視されている「ベンゾジアゼピン薬害」を否定していること

- (1) 松本医師は、ベンゾジアゼピン医療過誤訴訟において、被告（ベンゾジアゼピンを「適応外処方」した国立循環器病研究センター）の協力医として、以下の趣旨の意見書を名古屋地方裁判所に提出している。（資料3）

- 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。そもそも、最新のDSM-5では「薬物依存」の用語は削除されたため、日本のベンゾジアゼピンの医薬品添付文書の用語は間違いである。また、代わってDSM-5では「物質使用障害」が定義されたが、その定義上、ベンゾジアゼピン副作用は「物質使用障害」にも当たらない。
- 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。
- ⑤ ベンゾジアゼピン薬物依存の発症の原因は、麻薬や覚せい剤と異なり、誰もが罹患するわけではなく、ベンゾジアゼピンを服用する患者の性格傾向に発症の原因がある。
- ⑥ ベンゾジアゼピン薬物依存及び離脱症状を訴える患者は、元からの精神病（原疾患）であり、中には、自分の生きづらさをベンゾジアゼピンのせいにしてている者が多いと考えられる。
- ⑦ モルヒネをはじめとして、医療上、様々な医療用麻薬（オピオイド）が投与されているが、これらの患者のことを誰も薬物依存とは診断し





ないし、実際、薬物依存専門治療の対象とはならない。これと同様に、仮にベンゾジアゼピンにより「薬物依存」となっても、医療上処方された薬物であるため、誰も薬物依存とは診断しないし、薬物依存専門治療の対象ともならない。したがって、NCNPの「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」において、第2位の乱用薬物が睡眠薬・抗不安薬（市販薬であるものは除く）であることと矛盾しない。

- 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。

(2) 一方、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」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。(資料4)

- ① 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こと、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。

② 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。

(3) その他、ベンゾジアゼピンの医薬品添付文書の改訂前には、松本医師は「ベンゾジアゼピンの依存性及び離脱症状」等の副作用を警告する医学文献を多数記述しており、前項(2)と符合するものである。しかし、実際の医療事故の裁判においては、前項(1)のとおり、まったく相反する意見、真逆の意見を裁判所に提出している。

(4) 松本俊彦医師が、それまでの医学文献と相違する意見書を裁判所に提出している理由として、当会は以下の理由があると考えている。

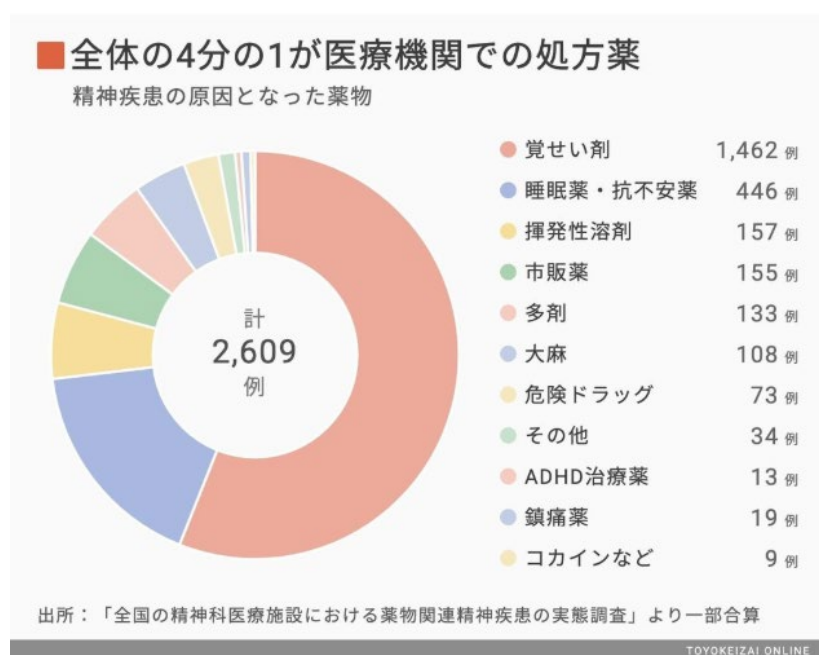
NCNP が調査する厚生労働省の厚生労働科学研究費補助金による「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査(研究分担者:松本俊彦・国立精神神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部部长)」において、全国の入院機能を持つ精神科の医療施設を対象に薬物を乱用して急性中毒や依存、精神障害などの治療を受けた患者の実態をまとめたものである。下図のとおり、第1位が覚せい剤、第2位が睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、第3位が揮発性溶剤、第4位が市販薬である。

(資料5)

(5) そして、松本医師は、第1位の覚せい剤、第4位の市販薬については、積極的に警鐘を発しているが、第2位の睡眠薬・抗不安薬(ベンゾジアゼピン)については、一切、発言しなくなった。その理由は、覚せい剤及び市販薬は「患者の責任」で使用している薬物であるが、第2位のベンゾジ



アゼピンは、ほぼ100%が医療者の処方している「処方薬物」であり、その責任は処方した医師にあるため、「医原性疾患のベンゾジアゼピン薬害」には口を閉ざしており、逆に、「ベンゾジアゼピンは薬物依存にならない」（松本意見書の①）などとして、処方薬依存の否定に躍起になっているのである。つまり、松本医師が②ベンゾジアゼピン系薬物に言及しない理由は、医療者が処方した薬物の「医原性疾患＝医療事故」だからである。一方、①違法薬物及び③市販薬は、患者の判断・責任で服用しているため、医療者の責任が問われないので、同医師は、①及び③の薬物について、積極的に言及しているにすぎない。



出典：<https://toyokeizai.net/articles/-/316514>

(6) しかも、中医協における健保連の報告によれば、「ベンゾジアゼピンは向精神薬であるにも拘わらず、65%が精神科ではない一般診療科で処方されている」ことが報告されている。したがって、上記(5)の「全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査」には精神科のデータしか含まれておらず、処方量の過半を占める一般診療科で処方されているベンゾジアゼピンによる薬物依存のデータは統計に反映されていない。つまり、ベンゾジアゼピン系薬物は第2位の依存性薬物とされているが、NCNPの調査データには医療者が処方した「ベンゾジアゼピン常用量依存」が意図的に除外されており、含まれていないという実情がある。そして、「処方薬依存こそが依存性薬物の中核的問題」であることが、すでに諸外国で明らかにされている。したがって、一般診療科でのベンゾジアゼピン薬物





依存のデータを調査すれば、ベンゾジアゼピンが依存性薬物の第1位であることは疑いがない。

(7) その点について、処方薬依存は、松本意見書の「**⑦** モルヒネをはじめとして、医療上、様々な医療用麻薬（オピオイド）が投与されているが、これらの患者のことを誰も薬物依存とは診断しないし、実際、薬物依存専門治療の対象とはならない。」とするが、完全な間違いであり、米国において、オピオイド薬害が大きな社会問題になっていることが示している。

そして、埼玉県立精神医療センター副院長の成瀬暢也医師は、「処方薬依存症の理解と対処法」（星和書店、成瀬・水澤）において、『近年、睡眠薬などの適量服用に象徴される処方薬の乱用・依存が深刻な問題となっている。医師が処方する治療薬という性格上、医原性の要素も強く、覚せい剤などの違法薬物とは異なる対応が必要である。』としているとおり（資料6）、「医原性の処方薬依存」こそが最大の問題であり、違法薬物問題とは比較にならないほど巨大かつ深刻な問題を、我が国に生じさせている。

(8) 結局、松本俊彦医師は、ベンゾジアゼピン薬物依存について、「**⑤** ベンゾジアゼピン薬物依存の発症の原因は、麻薬や覚せい剤と異なり、誰もが罹患するわけではなく、ベンゾジアゼピンを服用する患者の性格傾向に発症の原因がある。**⑥** ベンゾジアゼピン薬物依存及び離脱症状を訴える患者は、元からの精神病（原疾患）であり、中には、自分の生きづらさをベンゾジアゼピンのせいに行っている者が多いと考えられる。」（松本意見書）として、特定のパーソナリティ障害のある患者だけがベンゾジアゼピン依存に罹患するとして、「**アディクション＝嗜癖**」という用語を利用して、処方薬依存を患者の責任に転嫁しようとしている。しかしながら、成瀬医師は『ベンゾジアゼピンやそのほかの鎮静剤による離脱症状には、不眠、不安、抑うつ症状、高揚感、支離滅裂な思考、敵意、大げさ、見当識障害、体感／聴覚／視覚の幻覚症状、そして希死念慮などがあります。症状が進行すると、腹部の痙攣、筋肉の痙攣、悪心、嘔吐、震戦、発汗、発作などが出現するようになります。』（資料6）としており、米国ではベンゾジアゼピン依存症は、ほぼ「医原性の薬物依存＝医原性のアディクション」であることが明らかにされていることを述べている。

(9) 米国におけるオピオイドが「**医原性の薬物依存＝医原性のアディクション**」であるように、日本におけるベンゾジアゼピンも同じく「**医原性の薬物依存＝医原性のアディクション**」である。なお、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の OD を 11,537 人（同）と報告している（資料 7）。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、日本は米国に次ぐ世界第 2 位のベンゾジアゼピンを消費しているため（資料 8）、日本でベンゾジアゼピン OD がまったく存在しないなどとは、到底、考えられない。

（10）以上より、当会は、NCNP の松本俊彦医師を「医師として信用できない人物」と見做しており、御省が同医師をシンポジウム等の講師として採用することは許し難い行為であると考えている。

#### 5. 抗不安薬や睡眠薬（ベンゾジアゼピン）は増える一方

<https://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20191222-00000018-nkgendai-hlth>

- （1）中医協の報告及び他社報道によれば、国内のベンゾジアゼピン消費量は微減しているものの、依然として大量処方が続いている。他社報道を引用すると、『病院で処方される睡眠薬と抗不安薬には、いくつかのグループがあるが、副作用で認知症のような症状が表れる可能性があるという問題となっているのは、ベンゾジアゼピン系と呼ばれるグループに属する薬だ。ベンゾ系の睡眠薬と抗不安薬は、持病の数が増えるにつれて増加傾向にある。一度、処方されると、53%は継続して処方されている。』とされている。
- （2）特に問題なのは、①ベンゾジアゼピンが持病の増加に伴って処分量がいまだに増加していること、②一度処方されると依存症となって53%が継続処方となって年余にわたり処方され続けていること、である。

この事実は、①は現場の医療者にベンゾジアゼピンの依存性や副作用の重大性が伝わっていないこと、②はベンゾジアゼピンが短期間で薬物依存に陥り、断薬できずに服用せざるを得ない「常用量依存」になる患者が53%となることを示している。したがって、今日もまた、新たなベンゾジアゼピン薬害の被害者が増え続けているのである。

#### 6. 結論

以上より、NCNP 松本俊彦医師が現行の刑法等に違反する主張を展開しているにもかかわらず、法務省がシンポジウム等の講師として松本俊彦医師を採用したことは、国民に対して、法務省が誤った主張に賛同している



かのような誤解を与えかねず、時代に逆行する「違法薬物の非犯罪化・非刑罰化」を促進させる世相を醸成しかねないため、当会は、強く抗議する。

また、松本医師は、国内の薬害史上、最大となる「ベンゾジアゼピン薬害」を打ち消そうとしており、当会は、そのような医療者をシンポジウム等の講師に採用する法務省の姿勢にも大きな疑念を抱かざるを得ない。

よって、当会は、法務省に対して、「違法薬物の蔓延を招く主張」を行い、「ベンゾジアゼピン薬害」を否定する NCNP（国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター）の松本俊彦医師を法務省のシンポジウム等の講師から完全に除外するように要請し、強く抗議するものである。

なお、当会は、2020通常国会において、野党議員へ本課題の追及を依頼している。

敬具

## 資料

- 1 違法薬物使用を非犯罪化し、治療・支援を\_\_朝日新聞（薬物は罪ですか）\_\_2019年12月13日記事
- 2 「くすりをやった」と言える治療の現場を—松本医師が“医師が違法薬物使用者を警察等に通報しなくてもよい法制度の整備”を提唱
- 3 松本俊彦意見書の要旨（平成27年9月17日 名古屋地方裁判所民事3部へ提出）
- 4 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(抄)
- 5 医薬品・医療機器等安全性情報（No.365）（松本俊彦）（抄）
- 6 「処方薬依存症の理解と対処法」星和書店（抄）
- 7 NIH 報告書（Overdose Death（過量服用死）、オピオイド図1、ベンゾジアゼピン図8）
- 8 ベンゾジアゼピン総消費量（国別）2016年 INCB 報告\_\_図1、2

以上



全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会

### 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

