

## 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 8 0】  
添付ファイル: 処方薬依存症の理解と対処法 (星和書店、成瀬・水澤) .pdf; 松本俊彦意見書の要旨.pdf; 医療現場において患者の大麻使用を知った場合の対応 (松本俊彦) 精神科治療学No.35Vol.1\_2020年1月.pdf; 麻薬中毒者又はその疑いのある者についての精神衛生鑑定医の行なう診断の方法及び基準について (昭和38年厚生省薬務局長通知) .pdf; 麻薬中毒の概念について (昭和41年厚生省薬務局長通知) .pdf; 大麻使用障害の治療 (橋本) 精神科治療学No.35Vol.1\_2020年1月.pdf; 医療事故情報収集等事業 第60回報告書.pdf; 医療事故情報収集等事業第 60 回報告書の公表について.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 400 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、皆さんの判断で自由に「転送・SNS 拡散」してください。

### 【目次】

1. 医療法による医療事故情報収集等事業 (報告書等を添付)
2. 大麻使用障害の治療 (橋本) 精神科治療学 No.35Vol.1\_2020 年 1 月 (添付)
3. 医療現場において患者の大麻使用を知った場合の対応 (松本俊彦) 精神科治療学 No.35Vol.1\_2020 年 1 月 (添付)
4. 薬の処方に影響示す統計調査も……製薬会社が医師に行う「弁当接待」の実態

### 【記事】

1. 医療法による医療事故情報収集等事業 (報告書等を添付)
  - (1)医療法に基づく医療事故情報収集等事業は、「医療事故情報収集・分析・提供事業」と「ヒヤリ・ハット事例収集・分析・提供事業」の2つの事業により構成されている。(添付: 医療事故情報収集等事業)
  - (2)医療事故情報収集等事業第 60 回報告書の公表について (添付)
  - (3)医療事故情報収集等事業 第 60 回報告書.pdf (添付)

①医療事故情報収集等事業の内、「医療事故情報収集・分析・提供事業」は、医療法上、報告義務のある医療機関が特定されている。

②医療事故情報収集等事業の内、「医療事故情報収集・分析・提供事業」の内容は、国民に公開されていない。

③ベンゾジアゼピン医療過誤事故 (名古屋訴訟) において、被告国循は複数の注意義務違反を判示され、損害賠償金の支払いを命じられ、事実、損害賠償金を支払い、医療法上の「事故等事案」の報告義務がある「特定機能病院」でありながら報告を怠っている。

④医療法上の「事故等事案」は、医療法施行規則第九条の二十の二の1項14号に定義されている。

[https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws\\_search/lsg0500/detail?lawId=323M40000100050](https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=323M40000100050)

⑤「事故等事案」の「事故等報告書」を報告するには、院内の安全管理委員会及び第三者医療安全監査委員会等で、①事故発生の原因、②類似事故の再発防止対策、③対策の院内周知などについて報告書に記載する必要がある。

- ⑥したがって、現在、被告国循に「事故等報告書」の報告義務の履行を求める行政事件訴訟法による訴訟が名古屋地裁に係属している（原告：多田、被告：国循）。
- ⑦国内で蔓延する「ベンゾジアゼピン薬害」も、医療事故情報収集等事業の報告書に掲載され、各医療機関に再発防止対策を警告されなければならない。

## 2. 大麻使用障害の治療（橋本）精神科治療学 No.35Vol.1\_2020 年 1 月（添付）

以下引用

『精神病症状との関連が強い種類の大麻が流通していることが示されており、精神科急性期治療に現れる初回エピソード精神病患者の中には、大麻使用障害を持つ人が増してくる可能性がある。大麻誘発性精神障害をきたした者は、その後高い率で統合失調症を発症するため、その治療に関しては一般満祐科医の果たす役割も大きい。』

『大麻使用は、統合失調症発症のリスク因子の一つと考えるのが妥当である。統合失調症発症のリスクに影響を与えるのが、使用頻度、開始年齢、大麻の種類である。18 歳時に大麻使用頻度が 50 回以上の人は、使用しない人と比較して、統合失調症の発症リスクは 6 倍だった。』

『いずれにせよ、これらの研究は、精神病性障害になって初めて治療に訪れることが多い CUD 患者は、その後の治療において、統合失調症と CUD との二つの診断を持つ重複障害（dual diagnosis）例としての治療が必要とをすることを示唆している。』

⇒日本で、到底、大麻を自由化することはあり得ない。そんなことをすれば、大量の「統合失調症患者」が発生することになる。

大麻などの依存性薬物は、ベンゾジアゼピン依存とは病態が異なるが、同じ依存性のある薬物の特性を知ることは無駄にはならない。

## 3. 医療現場において患者の大麻使用を知った場合の対応（松本俊彦）精神科治療学 No.35Vol.1\_2020 年 1 月（添付）（昭和 38 及び 41 年薬務局長通知も添付）

以下引用

『平成 28 年 7 月に発生した相模原障害者施設殺傷事件は、箱神科医療における薬物問題への介入のあり方に関して重要な問題を提起した。というのも、事件後に逮捕された加害者の尿中からは大麻成分が検出されたが、犯行 5 カ月前、加害者が措置入院となった際にも、簡易検査で尿中の大麻成分が確認されていたからである。』

『一方、ヘロインなどのオピオイド類の場合にはそのような治療導入は困難である。その身体依存は非常に強力で methadone や buprenorphine といったオピオイド代替療法を実施できないわが国の場合、依存性薬物からの離脱には非自発的入院によって物理的に薬物から隔離しなければならない。』

『最後に、以上の議論を踏まえ、患者の大麻使用を知った際の対応について私見を述べておきたい。患者の大麻使用を知った場合、われわれ医療者は原則として守秘義務を優先し、患者およびその家族に対して薬物問題を解決するための社会資源に関する情報提供、さらには、患者を薬物使用障害の治療や回復支援のためのプログラムにつながる努力をすべきであろう。』

『そして、もう一つの大麻使用患者のタイプが、すでに別の精神疾患に罹患しており、精神症状への対処として自己治療的に大麻を使用した結果、かえって精神症状の悪化を招いてしまう者である。』

さて、上記の 2（橋本）と 3（松本）の論文について、以下考察する。

① オピオイド依存症は身体依存が強力で、依存性薬物からの離脱には入院隔離が必要であり、「医原性疾患」であること。

⇒したがって、松本俊彦が名古屋地裁に提出した意見書（松本意見書）で、「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。」としたことと矛盾する。

② 薬物関連精神疾患の治療に当たる医師は、麻薬中毒の患者について、法定の麻薬及び向精神薬取締法

(麻向法)及び大麻取締法に基づく届出率は8.7%しか行われておらず、遵法されていないこと。

→したがって、松本らの違法薬物依存症を治療する**医師らの周りには、麻薬中毒患者が多数隠されており、司法警察が犯罪対策などの捜査及び取締りが行われていないことが分かった。**

③. 松本は「もう一つの大麻使用患者のタイプが、すでに別の精神疾患に罹患しており、精神症状への対処として自己治療的に大麻を使用した結果、かえって精神症状の悪化を招いてしまう者である。」としている事例があるが、橋本は否定していること。

→橋本が「大麻が急性の精神症状を引き起こすこと、統合失調症の治療転帰を悪化させること、そして統合失調症の発症リスクであることに、疑いの余地はない。大麻を若年から使盾すること、高い使用頻度、THC/CBD比の高い種類が、さらにそのリスクを高める。」としており、麻薬依存症患者の**自己治療的な大麻使用が否定されていること。**

④. 松本は、医師の守秘義務を盾にして、「患者の大麻使用を知った場合、われわれ医療者は原則として守秘義務を優先し、患者およびその家族に対して薬物問題を解決するための社会資源に関する情報提供、さらには、患者を薬物使用障害の治療や回復支援のためのプログラムにつながる努力をすべき」として、一切、麻薬中毒患者(麻薬依存症患者)の届出・通報を行わないことを提唱している。

→松本が提唱する麻薬中毒患者(麻薬依存症患者)の届出・通報を行わないことは**脱法行為**である。

⑤. 松本は、現行の麻薬及び向精神薬取締法(麻向法)などの依存性薬物の規制に関する法令を改正することにより、違法薬物依存症患者の社会的救済を訴え、「大麻等の非刑罰化」を改めて提唱しているが、それは間違いである。

→違法薬物の刑罰と依存症の治療は「別もの」であり、『大麻等の非刑罰化』により違法薬物依存症患者の社会的救済や治療が進む』という考え自体が間違っている。『**窃盗犯を社会復帰させるため「窃盗罪を非刑罰化」する」と提唱するほど馬鹿はいない。**それより、薬物依存における最大の問題は「医原性疾患」である「**処方薬物依存症**」である。それは、オピオイド及びベンゾジアゼピンを始めとする向精神薬全般に及んであり、医療行為上で処方された薬物により生じた「依存症」であり、ベンゾジアゼピン依存は、「身体依存」が中心であり、その重篤度は大麻などよりもヘロインやコカインに近い重篤度であり、医原性疾患であるため、違法薬物とは異なる対応が必要になる。米国は現在、「オピオイドクライシス」という麻薬性鎮痛薬の適量服用で年間数万人単位の死者がでており、処方薬こそが最大の薬物問題となっている。「**処方薬物依存が最大の薬物問題**」であることは日本でも同様である。

⑥. 松本は、大麻による薬物惹起精神病(統合失調症)について、『すでに元から別の精神疾患に罹患しており、大麻を使用した結果、精神症状の悪化を招いた』として、患者の脆弱性のせいに転嫁している。一方、橋本は大麻が精神疾患を発症させるとして、その関係を分析している。

→松本のように「すべて元からの精神病で、脆弱性がある者が大麻を使用して悪化している」のであれば、大麻を自由化しても問題ないという屁理屈になるが、そうではない。松本のような疾患の原因を「**患者責任説**」に**摩り替え**れば、依存性薬物への研究は不要になって何も進まなくなる。

#### 4. 薬の処方に影響示す統計調査も……製薬会社が医師に行う「弁当接待」の実態

[https://biz-journal.jp/2020/03/post\\_148749.html](https://biz-journal.jp/2020/03/post_148749.html)

医者も人の子、「**いい弁当を出した方の製薬会社の薬剤を処方しようか、それで患者は喜んで帰るだろう**」



全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会 多田雅史