



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

情報提供書

関東信越厚生局 麻薬取締部 御中
警視庁 組織犯罪対策5課 御中
厚生労働省医薬・生活衛生局 監視指導・麻薬対策課長 田中 徹 様
国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター理事長 水澤 英洋 殿

令和2年4月4日

全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会
情報提供人 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
愛知県名古屋市東区泉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

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

情報提供人	多田 雅史
	〒461-0001 愛知県名古屋市東区 1-1-35
	ハイエスト久屋5F 柴田・羽賀法律事務所内
	全国ベンゾジアゼピン薬害連絡協議会
	携帯 080-1566-3428*、電話 052-953-6011
被情報提供人	松本 俊彦
	〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1
	国立研究開発法人
	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 医師
	電話 042-341-2711

* 本件へのお問合せは上記の携帯電話へお願いします。



拝啓

当会は、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターの薬物依存研究部長の松本俊彦医師が提唱する「日本国内における違法薬物の非刑罰化」に対して、強く反対する立場から、同医師の意見が間違いであることを、以下のとおり情報提供するものです。

1. 記事1『榎原敬之逮捕で注目。精神科医が警告する「薬物報道の在り方」』

(1) 記事1において、松本俊彦医師は以下の意見を述べている。

- ① 日本では、薬物を使うのは極悪人だ、というラベリングが乱用防止教育の中でかなり刷り込まれ、人々のあいだに薬物依存症の人に対する強い偏見が植えつけられています。その結果、違法薬物の依存症になった人が治療や支援を受けづらくなっています。
- ② そもそも前提として薬物依存症の専門病院が非常に少ないという問題もありますが、「薬物を使ってしまった」「薬物がやめられない」と、薬物依存症の最も中核的な症状を申告すると、通報してしまう医師もいるのです。医師は本来守秘義務があるはずですが（苦笑）。
- ③ 需要を減らすとき、ターゲットになるのがやめたくてもやめられない依存症の人たちなのです。そのためには彼らへの治療が必要ですが、現在の日本は取り締まり一辺倒、支援がおろそかになっています。
- ④ 違法薬物の使用は人を殺したわけでもなければ、誰かの財産を奪ったわけでもありません。“被害者なき犯罪”といってもいいものです。「誰かに迷惑をかけているじゃないか！」という意見もあるでしょう。ですが、それを言うなら少なくとも薬理作用だけでいったら、違法薬物よりも、暴力行動につながりやすいアルコールのほうがはるかに深刻です。
- ⑤ 日本では国民の健康や福祉向上のために行われているはずの規制がそれを上回っている現状があります。
- ⑥ 法と刑罰による規制で薬物をコントロールしようとした結果、何が生まれたかといえば、この60年近くのあいだ、世界中のアヘンやコカインの生産量は激増しています。そして、アヘンを規制するとモルヒネを使う、モルヒネを規制するとヘロインを使う、といったように、規制を強化すればするほど、より危ない薬物が出てきてしまった。
- ⑦ オランダを中心に、ハームリダクションという政策を取り始めました。簡単にいうと、国民の薬物使用量を減らすのではなく、薬物使用の結果



生じる様々な害（ハーム）を減らす政策です。その具体的な方法のひとつとして、国が使用を許可して薬物をコントロールするというものがありました。

- ⑧ しかも、今度はヘロインよりもっと強力なフェンタニールやオキシコドンと呼ばれるような処方麻薬がアメリカ中に広がり、多量服薬により、多くの人々が亡くなるという、現在も炎上中の問題が起こってしまいました。
- ⑨ 本当に必要なのはまともな雇用を作り、街づくりをやり、密売者が儲からない仕組みを作ること。そのためには規制をやめ、非犯罪化すべきではないか、という議論が起きているのが現状です。こういった流れの中で国連や WHO は薬物問題を非犯罪化し、健康問題として扱うべきだとして動いており、私もそうするべきだと思っています。
- ⑩ ですが、日本では乱用防止が効きすぎている。それは、現在、日本の一部でも生じているような、コロナウイルスに罹患した人に対してバッシングや排除の動きが出ていますね。同じように、薬物依存症になってしまった人がスティグマタイズされてしまっています。
- ⑩ これはデータにも表れています。覚醒剤取締法違反は再犯率が高く、平均年齢もどんどん上がっており、年々受刑者に占める再入所率も高まっています。つまり、覚せい剤依存症という病気が治らないまま、刑務所をいったり来たりしている人たちがいるのです。この事実をもってしても刑罰が全く効いていないことがわかります。
- (2) すなわち、松本俊彦医師は「日本でもオランダと同じ施策により、大麻、覚醒剤及びヘロイン・コカインなどの違法薬物について、非刑罰化により、違法薬物依存症患者の社会復帰を図り、現行の違法薬物の水際対策を中止する」ということを提唱している。
- (3) しかしながら、これらの意見は本質的な間違いがあり、以下である。
- ① 違法薬物依存症患者の社会復帰のために違法薬物の非刑罰化を図れば、本来生じる必要がなかった新たな違法薬物依存症患者を大量に発生させるという危険性がある。このことは、記事2「大麻検挙」で、「年代別では20代が最も多く1950人、次いで30代が1068人、10代が609人などなっていて、30代以下が84%を占めています。年々低年齢化している傾向があり、中学生も6人が検挙されました。」「安易な好奇心から大麻を使用し、その後、覚醒剤やコカインなどより依存性が高い薬物に手を出



す若者も多い。」とされていることから明らかである。

- ② 違法薬物依存症患者の社会復帰を図るための施策は、本来、社会復帰に必要な教育や就業のための施策であり、「違法薬物使用及び所持の非刑罰化」により図ろうとすることは、本末転倒の邪道である。「違法行為の刑罰」と「薬物依存症の治療」は別ものであり、それぞれ独立して対策を進めなければならない。
 - ③ 日本が、現在、違法薬物大国になっていない理由は、やはり、これまでの「水際対策と厳罰適応」による成果である。松本俊彦医師の意見は、すでに違法薬物大国となって対策の取りようがなくなったオランダなどの模倣をしようとするものであって、日本をこれらの国々のような「違法薬物大国」に誤導するものであり、看過できない。
 - ④ そして、何より、現在の日本の違法薬物規制の在り方で最大の問題点は、松本俊彦医師らのような一部の医師が、「勝手な医師の守秘義務を持ち出して、薬物依存症患者を適法に通報せず」にいるため、薬物依存症患者及びその背景にいる密売人などのルートが放置されていることである。すなわち、違法薬物が、一旦、国内に侵入すれば、それを使用する薬物依存症患者及び密売人に対する捜査が適法になされていない実態がある。これでは、水際対策と比べて「片手落ち」と言わざるを得ない。
 - ⑤ そして、国立機関の責任者である松本俊彦医師が、現行の違法薬物に関する規制法令に違反する「違法薬物の非刑罰化」を報道記事等で堂々と提唱していること自体が、異常な状況である。
- (4) 以上より、松本俊彦医師が提唱する「違法薬物の非刑罰化」は論じる価値がなく、却って、我が国を危険にさらす恐れがあるため、直ちに、その主張を止めさせるべきである。

2. 記事2『大麻所持などの検挙者 3年連続で過去最多 低年齢化傾向強まる』

- (1) 記事2では、すでに示したとおり、安易な好奇心から大麻を使用し、その後、覚醒剤やコカインなどより依存性が高い薬物に手を出す若者が多く、20代の若者が多い、というのが日本の違法薬物使用の実態である。
- (2) したがって、松本俊彦医師が提唱する「違法薬物の非刑罰化」を行えば、日本が「違法薬物大国に陥ること」は火を見るより明らかである。

3. 記事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)』



- (1) 記事3の『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）』は、松本俊彦医師の医学論文であり、星和書店発行の医学雑誌「精神科治療学 No. 35Vo1. 1_2020年1月」に掲載されたものである。記事3において、松本俊彦医師は以下の意見を述べている。
- ① 平成28年7月に発生した相模原障害者施設殺傷事件は、精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。
 - ② 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。
 - ③ 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。
 - ④ 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。
- (2) 上記の記事3（松本）と記事4（橋本）との論文について、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、『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。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 松本医師は「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。したがって、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。大麻を若年から使用すること、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と矛盾すること。
- 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。したがって、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。なぜなら、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。

「処方薬物依存症が最大の薬物問題」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。

- (3) 以上より、松本俊彦医師が提唱する「違法薬物の非刑罰化」、「違法薬物が統合失調症等の精神疾患を引き起こす原因は患者の脆弱性」、「オピオイドやベンゾジアゼピンなどの医療で処方された『処方薬依存症』は重大な問題ではない」とする意見は、完全な間違いである。

4. まとめ

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターの薬物依存研究部長を担う松本俊彦医師が、「違法薬物の非刑罰化」、「違法薬物使用者を通報しない」、「違法薬物が精神疾患を引き起こす原因は患者の脆弱性」、「オピオイドやベンゾジアゼピンなどによる処方薬依存症は重大な問題ではない」などと、現行刑法に違反する行為を推奨し、医学的事実と異なる意見を執拗に述べ、処方薬物に因る医原性疾患を患者の脆弱性に責任転嫁し、我が国の違法薬物にかかる政策を誤導させようと企図する行動は、看過できない。そのような人物が、国の薬物依存研究の責任者であることは、極めて不適切であり、違法行為の捜査を実施するとともに、直ちに解任させるべきである。

添付資料

- 記事1 『榎原敬之逮捕で注目。精神科医が警告する「薬物報道の在り方」』
記事2 『大麻所持などの検挙者 3年連続で過去最多 低年齢化傾向強まる』
記事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）』
記事4 『大麻使用障害の治療』（橋本）精神科治療学 No. 35Vol.1_2020年1月

敬具