

## 修正意見書

私 松本俊彦は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部長の精神科医として、研究開発法人国立循環器病センターを被告、多田雅史氏を原告とする医療過誤訴訟において、被告代理人小原法律特許事務所弁護士 小原 望氏、古川智祥氏、増田哲也氏より質問事項に関する意見書の作成を依頼され、平成 27 年 9 月 17 日、意見書（元意見書）を記載し提出しました。

当該の医療過誤訴訟はベンゾジアゼピンと呼ばれる向精神薬の副作用の薬物依存、離脱症状及び奇異反応等による医療過誤の損害賠償請求訴訟でした。私は、意見書を記載する際、被告の損害賠償責任を回避させるため、被告に有利な事項を列挙することとし、逆に、(1)ベンゾジアゼピン製薬会社の医薬品添付文書に記載された副作用に関する事実、(2)諸外国でベンゾジアゼピンの副作用が警告されていた事実、(3)ベンゾジアゼピンの医薬品添付文書の警告を強化改訂する厚生労働省の審議会（平成 29 年 3 月 17 日）における自らの参考人意見、並びに(4)私自らのベンゾジアゼピン副作用に関する医学文献及び臨床経験と相違する内容を記載しましたが、それらの内容は当時すでに明らかになっていた医学的知見とも概ね相違するものでした。

私は、精神保健研究所薬物依存研究部の研究医及び臨床の精神科医として、長年にわたり、依存性薬物の研究及び治療に携わり、処方薬物の向精神薬（ベンゾジアゼピン等）並びに違法薬物の大麻や覚せい剤等の依存性薬物が引き起こす薬物依存（又は、最新の文献では「物質使用障害」という）を基礎とする副作用及び障害等を十分に把握し警告してきた医師として、また、原告を始めとする国内に多数存在するベンゾジアゼピン副作用被害者の実情を鑑み、自らの知見に反する意見書を記載し提出したことに対して、自責の念を禁じ得ず、ベンゾジアゼピンの副作用に関する医学的真実を明らかにするため、本修正意見書を作成することを決心したものです。

以下、平成 27 年 9 月 17 日に記載して提出した元意見書の要点に沿って、医学的知見及び自身の臨床経験に合致した修正意見を示します。

### 1. ベンゾジアゼピンは薬物依存の副作用が存在すること

- 1) 私は元意見書の 8 から 9 頁の結論で「常用量の BZD を長期間服用していたとしても、医師の指示を遵守している限りにおいては、薬物依存を

呈する可能性は低いと考えられる。」と記載しました。しかし、私自身の医学文献、国連麻薬統制委員会の2010年次報告書及びベンゾジアゼピン医薬品添付文書の重大な副作用の項目に警告されているとおり、ベンゾジアゼピンは医師の指示を遵守して服用していても、薬物依存を発症することは国内外で広く知られており、元意見書を記載した当時でも周知でした。そして、その病態は「常用量依存（又は臨床用量依存）」と呼ばれ、すでに平成2年頃には日本国内でも問題視されていました。その後、ベンゾジアゼピンの医薬品添付文書は、厚生労働省の薬事・食品衛生審議会 医薬品等安全対策部会（2017年3月17日）における審議を経て薬物依存、離脱症状及び奇異反応の副作用に関する警告が強化改訂されており、その「使用上の注意」の改訂は次の点であり、『「使用上の注意」改訂の周知について』（厚生労働省、平成29年3月21日）から引用します。

- 『 (1) 承認用量の範囲内においても、連用により薬物依存が生じることがあるので、
- ① 用量及び使用期間に注意し、慎重に投与すること。
  - ② 催眠鎮静薬又は抗不安薬として使用する場合には、漫然とした継続投与による長期使用を避けること。投与を継続する場合には、治療上の必要性を検討すること。
- (2) 承認用量の範囲内においても、連用中における投与量の急激な減少又は投与の中止により、原疾患の悪化や離脱症状があらわれることがあるので、投与を中止する場合には、徐々に減量するなど慎重に行うこと。
- (3) ベンゾジアゼピン受容体作動薬については、統合失調症患者や高齢者に限らず、刺激興奮、錯乱等があらわれることがあるので、観察を十分に行うこと。 』

そして、上記の医薬品添付文書の改訂の審議会において、私は添付文書の副作用に関する警告の強化改訂に賛成意見を述べました。また、私は薬物依存研究所で1987年以降、全国の精神科病院等において依存性薬物の調査を実施している結果について、1990年代の終わり、ないしは2000年以降、じわじわと増えてきた乱用薬物が、実は今問題となっている睡眠薬や抗不安薬であり、その薬物がベンゾジアゼピンであること及びその患者さんたちは精神科等の治療の過程で、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ることを参考意見として述べています。さらに、私は、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うところを述べました。そして、特にベンゾジアゼピンを長期間服用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おり、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ること、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、これが、常用量依存や臨床用量依存といわれる事態であり、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、処方されてから8週間飲んでみると、そのリスクが高まるという海外の報告があることについても、審議会で紹介しました。

以上が「ベンゾジアゼピン常用量依存（臨床用量依存）」に関する私の真の意見であり、ベンゾジアゼピンは医師の指示を遵守して服用していても「連用」により薬物依存（又は物質使用障害）を発症するため、元意見書の内容は医学的誤りであり、修正します。特に、臨床用量の範囲でも薬物依存を生じる「常用量依存（臨床用量依存）」がベンゾジアゼピン問題の中核です。また、ベンゾジアゼピンを長期間にわたり高用量を服用した場合、身体依存が形成され、痙攣等の重篤な離脱症状を発症することも周知な事実であり、重篤な離脱症状が2次的な遷延性の症状（遷延性離脱症候群等）を発症し長期間の治療を必要とする病態のリスクがあることも知られています。

したがって、元意見書で『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。』と記載したことは事実と相違しており、事実は多数の「常用量依存」の患者に遭遇しているため、この点の意見も修正します。

- 2) ベンゾジアゼピンに薬物依存性が存在することは、国連麻薬統制委員会が2010年に公開した年次報告書において、「日本では不適切なベンゾジアゼピンの処方がある」と警告され、また、同時に日本は世界最大のベ

ンゾジアゼピン消費国であるとも指摘されました。このことは、その後の2016年に、それまで向精神薬に指定されておらず、特に我が国において大量処方されているエチゾラム(商品名デパス)が向精神薬に指定された結果、現在でも日本が世界最大のベンゾジアゼピン消費国であると言われる所以です。そして、2010年次報告の以降、今日まで、厚生労働行政当局が国内のベンゾジアゼピン消費量を抑制するために、複数回の診療報酬の減算規制を実施しているとおりであります。したがって、ベンゾジアゼピンは医師の指示に従って服用しても薬物依存(又は物質使用障害)となる危険性がある処方薬物であり、それは「医原性疾患」であることから、早急に、有効な処方規制等の必要性があります。そして、私自身もその必要性を自らの医学文献で複数回に警告してきました。

- 3) 薬物依存は「精神依存」と「身体依存」があり、ベンゾジアゼピンの副作用は主に身体依存です。ベンゾジアゼピンを長期間にわたり連用すると「薬物耐性」が形成されるため、同じ鎮静効果を得るためには服用量を増加させていくことになり、やがて、身体依存に至ります。そして、高用量を服用する患者さんの中には「脱抑制」を生じて、自身の行動をコントロールできなくなり、処方されたベンゾジアゼピンを一気に大量服用する事態やベンゾジアゼピンを清涼菓子のようにかじり出す事態が生じることがあり、その結果、過量服用死(Overdose Death)に至ることが知られています。このことは、救急医療現場では頻繁に遭遇する事象であり、救急医からは「ベンゾジアゼピンの安易な処方を制限する必要がある」との意見さえも挙がっています。また、ベンゾジアゼピンの処方量の増加と国内の自殺者の増加が相関しているとの指摘に基づき、私自身も厚生労働省の自殺防止対策事業等に参加し、また、国立精神・神経医療研究センターの自殺予防総合対策センターとしてもベンゾジアゼピン規制の必要性を訴えてきました。さらに、これらの副作用の事態は、米国のNIH(米国国立衛生研究所、National Institutes of Health)の報告によれば、米国では2017年の1年間にベンゾジアゼピンによる過量服用死(Overdose Death)が1,527人と報告され、さらに、医療用麻薬のオピオイドとベンゾジアゼピンを併用する場合には11,537人(2017年、USA)の過量服用死が報告されています。現在、米国では医療用麻薬のオピオイドによる大量死亡者が報告されており、社会問題となっています。この点について、本修正意見書の4項で詳細を記載します。

## 2. ベンゾジアゼピンの離脱症状の重篤性

- 1) ベンゾジアゼピンの副作用の1つに、用量を変更又は減量した際に生じる「離脱症状」があります。その具体的な症状は多数の医学文献において掲載されており、軽症のものから重篤なものまであり、「不安、焦燥感、不眠、集中力の低下、イライラ感、悪心、食欲低下、頭痛、振戦、心悸亢進、発汗、けいれん発作、せん妄、幻覚、妄想、痙攣」等の多様な症状が指摘されています。これらの症状の重篤度は服用したベンゾジアゼピンの用量、頻度及び期間等が影響しており、いわゆる「依存性薬物の用量依存性」があります。現在、ベンゾジアゼピンには多種類の薬物が開発・販売されており、それぞれの力価が異なるため、基準薬物のジアゼパムに等価換算して処方用量の力価を評価する方法が一般的であり、等価換算係数もすでに研究済みで公開されており、厚生労働省の委託研究事業の報告書でも「ジアゼパム換算による評価方法」が採用されています。そして、ジアゼパム換算によれば多種類のベンゾジアゼピンの力価は、汎用されるものでも60倍以上の薬物間の力価差があります。したがって、離脱症状の重篤度は処方されたベンゾジアゼピンの総量をジアゼパム換算することにより、概ねの評価が可能です。また、平成29年3月に改訂された最新のベンゾジアゼピンの医薬品添付文書において「連用中における投与量の急激な減少又は投与の中止により離脱症状を発症する」と掲載されたとおり、どのようにベンゾジアゼピンを減薬又は中止したかも離脱症状の軽重に関わってきます。すなわち、高用量のベンゾジアゼピンを長期間にわたり服用し、薬物依存となった状態下で、急激に減薬又は中止すれば、重篤な離脱症状を発症することは明らかであり、本医療過誤の患者さん（原告）が重篤な痙攣、せん妄を発症したことは容易に判断できますし、その後、「医薬原性精神障害」といえる重度のうつ病を発症したことも当然であろうと考えられます。
- 2) また、薬物依存を発症する依存閾値もジアゼパム換算で2700mgが一定の閾値として提唱されています。そして、一般的なベンゾジアゼピンの処方であれば閾値に到達するには数カ月間の服用期間とされています。しかし、依存閾値は患者さんの個体差があるため、必ずしも2700mgでなければ薬物依存にならないというのではなく、最近の研究では2700mg未満であっても依存となる事例が報告されています。そのため、本医療過誤の患者さん（原告）は依存閾値を遥かに超える30000mg（ジアゼパム換算）に近いベンゾジアゼピンを処方されていたとされていますので、

間違いなく薬物依存となっており、しかも、その後に適正な減薬方法によらずにベンゾジアゼピンを減薬又は中止していることから、重篤な離脱症状に陥ったことは間違いないと考えられます。

- 3) ベンゾジアゼピンを中止する際には、急激な減薬又は中止による離脱症状の発症を避けるため、「計画的な減薬治療」が必要となります。減薬方法は各種の方法が研究されていますが、第1は「緩徐な減薬」です。ベンゾジアゼピンの減薬には複数年の期間が必要であり、研究者の中には「服用期間と同等の期間が必要」と提唱する事例もあり、ベンゾジアゼピンの服用により本来の脳が持つ機能のダウンレギュレーションを回復させるためには、相当の長期間が必要であるということです。第2は「減薬速度」です。具体的にベンゾジアゼピンを減薬する際、問題となるのは「減薬用量の決定」と「減薬の期間」です。そのためには服用するベンゾジアゼピンの元用量をジアゼパム換算して、そこから、ジアゼパム換算した用量で減薬用量を決めることです。その用量の決定には多様な研究報告がありますが、私自身の文献では「4週ごとにジアゼパム換算0.5mgずつ減らしていく」などの方法を提唱しています。そして、この方法に従えば、一般的な処方用量であっても2ないし3年、高用量であれば数年間の減薬治療期間が必要となります。したがって、「1/2から1/4用量を2-4週間ごとに減薬する」などとする文献も存在しますが、元用量が高用量や長期間服用の場合、急激な減薬となるため、当然に、離脱症状を発症することになり、その結果、患者さんが離脱症状を恐れて減薬できない事例が多発します。本医療過誤の患者さん（原告）の場合、計画的な減薬治療がまったく施行されていないため、重篤な離脱症状であったことは容易に判断できます。したがって、私は元意見書で「ベンゾジアゼピンの離脱症状は、服用中止後に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。」と記載したことは、医学的知見に反するものであり、減薬治療でさえ複数年を必要とするため、2~3週間の短期間で重篤な離脱症状が自然軽快することはまったくあり得ません。あるとすれば、極めて短期間に低用量のベンゾジアゼピンを服用した症例くらいしか当てはまりません。また、ベンゾジアゼピンの減薬により患者さんの原疾患が再発する「再燃」と呼ばれる症状となる場合があり、ベンゾジアゼピンの副作用と混在する症例がありますが、明らかにベンゾジアゼピンによる副作用と再燃は区別できる症例が多いことも知られています。

以上のとおり、ベンゾジアゼピンの副作用が、他の依存性薬物と共通して、重篤化する症例があることは知られており、明らかに医学的治療の対象となります。特に、ベンゾジアゼピンを高用量に長期間服用した症例では、服用用量に相関して副作用が重篤化します。したがって、私が元意見書に記載した「ベンゾジアゼピンの離脱症状は、服用中止後に2～3週間で自然軽快する」等の意見は間違いであり、修正します。

### 3. ベンゾジアゼピン薬物依存と患者の性格特性等

- 1) 私は、元意見書及び SNS など、「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、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」との趣旨の発言をしました。しかし、その原因はベンゾジアゼピンの副作用の「奇異反応」などにより患者さんの対人関係の崩壊が生じ、その結果、失職や家庭崩壊等に至る事例が多くあるため、結果として患者さんが“生きづらさ”を生じているものと捉えています。奇異反応とはベンゾジアゼピンが持つ鎮静効果の逆反応を生じる副作用であり、自殺傾向の有無にかかわらず抑うつ、恐怖症、攻撃性、暴力などを発症する病態であり、DSM-4 及び 5（精神障害の診断と統計マニュアル、アメリカ精神医学界）などの精神医学専門書でも掲載されているとおり、広く知られています。したがって、ベンゾジアゼピンを連用した患者さんが奇異反応を発症し、生活が困難となる事態を生じ得ますが、実際には、その事態と薬物の副作用の因果関係を証明することが困難なことが多いため、文献等で推定されている発症率よりも多数の症例があるものと考えています。

以上のとおり、元意見書の「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」は医学的誤りがあり、事実は「ベンゾジアゼピンの副作用が患者さんを生きづらくしている」との事象があり得るとするのが正しい修正意見です。

- 2) また、私以外の被告協力医の意見書において、「麻薬や覚せい剤と異なり、ベンゾジアゼピン薬物依存の発症は服用した誰もが罹患するわけではなく、ベンゾジアゼピンの場合は服用する患者の性格傾向に発症の原因がある。」との趣旨の意見がありますが、ベンゾジアゼピン薬物依存の発症原因が服用する患者さんの性格傾向に関係することはなく、そのような意見は医学的知見とまったく相違するものです。このことは医薬品添付文書の重大な副作用の項目に警告されているとおり、ベンゾジア

ゼピンの「連用」により依存発症の閾値を超えたときに身体依存を発症するものであり、PMDAの調査結果報告書（平成29年2月28日）においても「連用」が原因であることが明確にされています。そのことは本意見書の1の1)の(3)に示したとおり、奇異反応については、平成29年に医薬品添付文書が強化改訂される前には「統合失調症等の精神障害者に投与すると逆に刺激興奮、錯乱等があらわれることがある」又は「精神障害を合併している患者に投与すると逆に刺激興奮、錯乱等があらわれることがある」と表記されていたところ、精神障害の有無とは関係なく「あらゆる投与患者であらわれる可能性がある。」（PMDA調査結果報告書11頁）と改訂され、患者さんのパーソナリティ障害等の有無の条件はすべて削除されました。そして、ベンゾジアゼピンには依存性があることは1980年代には明らかにされており、同報告書では「1980年代になりBZ受容体作動薬の依存に対する認識が変わり、問題の中核は、濫用や医療外使用によるものではなく、医療上の使用で生じる依存であるとする考えが徐々に浸透してきている。」（同2頁）とされているとおり、ベンゾジアゼピン薬物依存が患者さんの性格傾向に発症の原因があるとする考え方は、元意見書を記載した当時からまったくありませんでしたし、また、医薬品添付文書が平成29年に強化改訂される以前においても、そのような記載はありませんでした。すなわち、被告協力医の意見書における「ベンゾジアゼピン薬物依存の発症は服用した誰もが罹患するわけではなく、ベンゾジアゼピンの場合は服用する患者の性格傾向に発症の原因がある。」との意見はあくまで副作用を発症した患者さんに対する偏見と言わざるを得ません。あくまでベンゾジアゼピン薬物依存の発症の原因は、依存発症の閾値が関与することであり、一定の閾値が提唱されているものの、患者さん毎の閾値の個体差が存在するということです。もし仮に、患者さんの性格傾向がベンゾジアゼピン薬物依存の発症に関与するのであれば、我々薬物依存研究者は“性格傾向”を研究すべきこととなりますが、そのような研究が行われたことは、一切、ありません。それにもかかわらず、本医療過誤訴訟の判決において、医学的知見とまったく相違する「性格傾向が発症の原因」とする意見が採用されたことは、薬物依存研究者として、まことに嘆かわしいことであり、本修正意見書を記載する決心に至った大きな要因の1つとなりました。

- 3) 以上のとおり、ベンゾジアゼピン薬物依存の発症の原因は、患者さんの「依存発症の閾値」が関与することであるというのが医学的事実です。



#### 4. 処方薬物による副作用の問題（医療用麻薬オピオイドを含め）

- 1) 各種報道されているとおり、現在、米国では医療用麻薬オピオイドの汎用処方による薬物依存を起因とする過量服用死（Overdose Death）が社会問題となっています。この事態の詳細を米国の NIH が統計的なデータで公開しており、それによれば、米国では 2017 年の 1 年間に 70,237 人（2017 年、USA）の過量服用死があると報告されています。一方、日本では米国ほどのオピオイドを消費していないため、過量服用死は多くないと考えられますが、国内にはまとまった報告書が存在しません。そして、すでに本修正意見書の 2 項で記載したとおり、NIH はベンゾジアゼピンの過量服用死についても経年的な統計的データを報告しています。そして、我が国のベンゾジアゼピン消費量は米国を上回っており、厚生労働省が公開する NDB オープンデータによれば、国内の 1 年間のベンゾジアゼピン処方総量は 100 億錠を超えていることが判明しています。この処方数量は国民全員が 1 人あたり年間約 100 錠のベンゾジアゼピンを服用していることになるため、異常に多いと言わざるを得ません。これでは、我が国における依存薬物の第 2 位にベンゾジアゼピンが登場することは当然であろうと考えます。
- 2) 医療上処方された薬物による副作用について、私は元意見書で「医療用麻薬（オピオイド）が投与されて薬物依存となっても、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。」との意見を記載しましたが、医学的事実と相違しており、前項のとおり、オピオイド薬物依存が医学的治療の対象であることは明らかです。また、DSM における「薬物依存」の用語が「物質使用障害」に変更されたとしても、従来から存在する「薬物依存」の病態や概念がなくなったわけではありません。したがって、同様に、医療上処方されたベンゾジアゼピンによる薬物依存等の副作用が薬物依存専門治療の対象となります。また、ベンゾジアゼピンの場合、大麻や覚せい剤等の違法薬物とは異なり、医療上の必要性から処方されたものであるため、本来、違法薬物の影響と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、患者さんがベンゾジアゼピンを服用した目的は治療目的であるため、違法薬物とは同列に論じることはできません。つまり、患者さんがベンゾジアゼピンにより薬物依存に罹患した責任は、杜撰な依存性薬物を処方した医療者側にあるのは当然です。しかし、他方、医療者としては患者さんを治療するために処方した薬物であるため、その全責任を問われ

ることには、内心じくじたるものがあることも事実です。したがって、「処方薬物による薬物依存等の副作用の責任を問うべきでない」とした元意見書は誤りであり、「問うべきでない」と最新の DSM-5 で明記されている。」と記載したことも間違いです。

- 3) 以上のおおりに、医療上処方された薬物による副作用の責任を「患者の原疾患」として、処方医が自らの責任を患者さんに転嫁することは許されるものではありません。特に、この点について、私の元意見書の記載内容が大きな過ちがあったことを認め、深く反省するものです。

## 5. 医療上の処方薬物の副作用問題について

医療上処方されたベンゾジアゼピンが、我が国では過去に「安全な薬だ」として精神科以外の一般診療科でも汎用されたところ、その後、薬物依存、離脱症状及び奇異反応等の重篤な副作用が明らかになってきたにもかかわらず、また、諸外国が早期に規制する対策を採ってきたにもかかわらず、医療者自身がベンゾジアゼピンの処方規制や消費量の抑制を図ることができなかった事態に対して、特に、医療者自らが処方薬物による医療過誤を啓発できず、日本が世界最大のベンゾジアゼピン消費国であると警告されるまでに至ったことを深く反省し、その原因に対する対策を真摯に検討する必要があると考えられます。

そして、私には医療者及び厚生労働省の医薬品の安全性承認システムのあり方など、複数の問題点があると考えており、今後、さらなる薬物開発の進歩・進化により、薬物による副作用の発症が一層複雑化すると予想される中、将来に生じ得る類似の医療過誤を防止するためには、患者さん、医療者及び厚生労働省等の多くの関係者が情報を共有化したうえで、効果がある対策を議論すべき時期に来ていると考えています。

今日、医療費の増加は社会問題化しており、厚生労働省の中央社会保険医療協議会では、ベンゾジアゼピンの大半が一般診療科で汎用されており、一旦、「常用量依存」となった患者さんが多量のベンゾジアゼピンを止む無く継続服用しているとの事態も指摘されています。原疾患の治療に効果のない薬物を2次的な薬物依存により大量処方することは、医療費上からも、大きな課題を含んでいるため、「ベンゾジアゼピンの服用を継続すれば離脱症状は生じないので問題ない」といった場当たり的な対処では、根本的な解決には至りません。

## 6. 最後に

修正意見書の最後にあたり、以上のとおり、私が元意見書に記載した内容の多くの点が医学的事実等と相違するものであったこと及びベンゾジアゼピンの副作用に対する誤解又は患者さんへの偏見を助長するものであったことを認めるとともに、「ベンゾジアゼピン常用量依存」を「理念的診断」として存在しない疾患であるかのように元意見書を記載したことを深くお詫びします。そして、本修正意見の内容は、PMDA が取りまとめた調査結果報告書（平成 29 年 2 月 28 日）及びベンゾジアゼピンの最新の医薬品添付文書の重大な副作用等の内容にも合致するものであり、かつ、最新の医学的知見・医学的事実及び自身の臨床経験に合致した私の真の意見であることをお誓い申し上げます。

私は、薬物依存研究者として、大麻や覚せい剤等の違法薬物だけでなく医療上の処方薬物においても、薬物依存等の重篤な副作用が生じている事態において、本修正意見書に沿って、ベンゾジアゼピン等の処方薬物の副作用に関する諸問題が、一日も早く患者さんの福利を最優先として、適正に解決されることを心から願っています。

以上

令和元年 8 月 20 日

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 部長

松本俊彦 