

BZD 依存/常用量依存をめぐる疑義

松本 俊彦・2017年7月23日

最近、今年3月に名古屋地裁で1審判決が出た「BZD 事案」について、被告側から要請で執筆した私の意見書があれこれ取りざたされているらしい。その裁判は、「ある医療機関でBZDの処方を受けたことで、薬物依存になったばかりか、BZDの離脱ないしは後遺症としてうつ病を続発した。これは薬害である」という原告側の提訴から始まったものだが、どうも私の意見書が、BZD薬害関係団体の方々には、これまで薬物乱用・依存や自殺予防の観点からBZD批判をしてきた私が大きく変節していると感じられたようだ。なかには、「松本は国家権力によって変節を強いられた」と邪推する者まで出ているらしい。率直に言って、私は何ら変節していないし、どこからも圧力など受けていない。問題視すべきなのは、私の意見書の文章を分解して都合のいいようにつなぎ合わせる、という悪意ある改ざんを行い、「いかに松本の主張が荒唐無稽であるか」を強調し、ブログやSNSで公表している者がいることだ。これは容赦できない。

原告側は一審判決を不服として控訴しており、したがって、本件はまだ係争中の案件である。そのため、これまでは不用意な発言を控えてきた。しかし、事実関係が改ざんされたまま、論争が奇妙な方向に展開している事態を、さすがに静観することはできなくなった。

そこで、意見書の詳細をはっきりと提示しておいた方がよいだらうと判断し、個人情報に配慮したかたちで、ここに私が作成した意見書の掲載に踏み切った次第だ。

意見書全文を提示する前に、まずは私の主張を簡単に整理しておきたい。最初に明記しておきたいのは、私には、被告側医師が行った治療法を肯定するつもりは毛頭ないということだ。ただ、他の診療科において実践されている特殊な治療法について、私はその是非を云々するのは筋違いだらうと判断し、意見書のなかでとりあげることは差し控えた。

そのうえで、私がわざわざここで弁明するのはなぜか。それは、今回の案件には「依存症」概念の根幹にかかわる問題が含まれており、薬物依存(症)を専門とする立場からは到底看過できないと考えたからだ。

この5年間ほど、私の薬物依存外来に初診するBZD乱用・依存患者は確実に減少傾向にある。おそらくマスメディアからの批判、あるいは厚労省による多剤処方に対する減算施策がそれなりに効を奏しつつあるのだろう。

しかしその一方で、ある一群のBZD関連障害患者が目立つようになってきたのだ。興味深いことに、その一群の患者は、マスメディアが精神科における多剤大量療法やBZD乱用・依存がとりあげると、大抵はその翌日に受診を申し込んでくるという特徴がある。

この一群には2つの亜型がある。1つは、常用量のBZDを「やめたい」という主訴を持つものの、実は治療薬を必要とする精神疾患が存在している、という類型だ。本来は抗うつ薬や抗精神病薬による薬物療法が必要だが、自身の精神疾患を受け入れることができず、そうした薬剤による治療を頑なに拒んでいる。

そしてもう1つは、「BZDの離脱を治してほしい」と、アシュトンマニュアル片手に「これは、BZD離脱の長期遷延、薬害だ」を訴えて受診する類型だ。後者の場合、BZD自体はすでに断っており、最終使用から数ヶ月～数年という長い期間を経過している。それにもかかわらず、離脱による多様な身体不調が改善しないと執拗に訴えるのだ。通常、さまざまな精査によっても身体医学的な異常が証明できず、精神科医としては、身体表現性障害と診断せざるをえないケースである。

いずれのタイプも、自身の人生のうまくいかなさの責をすべてBZDに帰している、というのが共通した特徴だ。

断言しておくが、BZDの長期服用や常用量依存には問題ないなどとは微塵も考えていない。むしろ漫然としたBZDの長期処方はさまざまな健康被害をもたらす。したがって、後先を考えない安易な処方を許容すべきではないし、かねてより主張してきたように、医師の「薬物療法」依存は、早急に改善される必要がある。

しかし同時に、常用量依存と薬物依存(症)との混同もまた許容すべきではない。なるほど、BZDは、治療量でも容易に耐性や離脱といった身体依存を形成

するという点で、潜在的な依存症罹患リスクの高い薬剤だが、だからといって治療量範囲内で服用を継続している者に対して、治療薬の服用を中止できないことのみをもって、「薬物依存(症)」と診断するのは妥当ではない。診断にあたっては、使用量の増大傾向と精神依存の確認は必須であるし、そもそも、治療すべき精神症状が存在する場合には、薬物依存(症)はおろか、常用量依存ともいえないはずだ。

私の主張は次のように要約できる。すなわち、「生きづらさ」を安易に医療化し、薬物療法一本槍で解決しようとする医療のあり方——医師の「薬物療法」依存——は大いに問題であるが、それと同様、「生きづらさ」のすべての責を薬剤に負わせ、本来向き合うべき事柄から目をそらす生き方——患者の「BZD依存」依存——もまた問題ということだ。

前置きが長くなったが、以下に私が作成した意見書の全文を掲載する。

意見書

I. 緒言

私 松本俊彦 は、現在、国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センターに所属する精神科医師であり、現在の職名は精神保健研究所薬物依存研究部長である。平成 27 年 7 月 29 日、私は、X 医療研究センター代理人より、以下の 10 の質問事項に関する意見書の作成を依頼された。

【質問事項】

1. 最初に先生の薬物依存研究分野における実績、ベンゾジアゼピン系(BZD)薬物の依存に関する研究実績等をご教示ください。
2. BZD 薬物を長期間服用すると常用量でも薬物依存が生じるという見解(資料③参照)について、先生のご意見をお聞かせください。また、ランドセンの長期服用により薬物依存が生じることがあるのかどうかをご教示ください。
3. BZD 薬物を患者に処方する際に、投与量をジアゼパム換算で管理しなければならない、ジアゼパム換算で 2700mg を超えてはならないということが(資料③参照)、平成 16 年から 17 年ころの医学的知見として確立されていたと言えるでしょうか。また、現在においてはどうか。