



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

「大麻等の薬物対策のあり方検討会」へ
松本俊彦医師の参加に対する抗議書

厚生労働省 医薬・生活衛生局長 鎌田 光明 様
同 監視指導・麻薬対策課長 田中 徹 様

令和3年1月26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



Registered trademark (R)
「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 : crosstada2@vesta.ocn.ne.jp

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

* 本件へのお問合せは上記の携帯電話へお願いします。

前略

当会は、2017年11月に設立され、400名余の会員がい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、御省の「大麻等の薬物対策のあり方検討会」へ国立精神神経医療センター（NCNP）の薬物依存研究部長の松本俊彦医師が参加していることに対して、当会は、強く抗議する。これまで、同医師は「日本国内で大麻の自由化・非刑罰化」を主張し、かつ「ベンゾジアゼピン系薬物（向精神薬）は常用量依存を生じず、常用量依存患者を1人も診たことがなく、副作用も短期間で寛解する」などと主張しており、我が国における大麻の普及及びベンゾジアゼピン系薬物の大量処方に貢献している。そして、添付の報道資料1において、同医師は『大麻取締法の中で「使用罪」を作るのは、僕は反対です。』と明言しているため、同医師は、極めて危険な考え方の人物であり、同検討会の構成員として極めて不適切であり、同医師を同検討会から除外することを強く求める。

第1 趣旨

1. NCNPの松本俊彦医師は、我が国における大麻等の違法薬物の取締り検討会において、「米国のように大麻の自由化・非刑罰化」を主張しているため、御省の「大



麻等の薬物対策のあり方検討会」の構成員から除外することを強く求める。

2. 国連の麻薬統制委員会（INCB）は、2010年次報告書で「日本では不適切なベンゾジアゼピン処方がある」と指摘し、警告したが、御省は、この状態に有効な対策を採っていない。その結果、INCBの最新の報告書によれば、我が国のベンゾジアゼピン消費量は世界第2位であり、依然として大量処方が続いている。この際、御省は、我が国における「ベンゾジアゼピンの不適切な処方」を改善するためのベンゾジアゼピン規制を発動すべきである。

第2 理由

1. 趣旨の1について

(1) 趣旨の1に記載のとおり、NCNPの松本俊彦医師は、これまで、多数回に、我が国における大麻等の違法薬物の自由化・非刑罰化を主張している（資料3、4、5）。そして、今回、資料1の報道においても、『大麻取締法の中で「使用罪」を作るのは、僕は反対です。』と明言し、『これ以上、規制する法律はやめてほしい。国際的には非犯罪化や合法化が進み、刑罰ではなくて回復支援をとという流れが進む中で、日本が国際的な世論に逆らって、より厳罰化しましたというスタンスを取る必要はないのではないかと思います。』とまで発言している。また、『そのために、危険ドラッグ対策で増強された捜査力を駆使し、一生懸命大麻取締法事犯者を捕まえて、「大麻が深刻な問題になっています」という世論を作って、いつか使用罪の創設につなげようと考えていたのか——。まあ、これはあまりにもうがちすぎた考え方かもしれませんが、大麻取締法で逮捕され、その保釈中に私の外来に受診した「大麻愛好家」たちを診るにつけ、どうしてもそう勘ぐってしまいます。いずれもやけに健康で、社会的にも活躍している人が少なくありませんでした。』とも発言し、さらに、『今までトランプ政権は比較的厳罰主義のスタンスでしたが、それにもかかわらず、アメリカでは15の州で嗜好品として的大麻が合法化されています。医療用大麻を認めていない州は3州ぐらいしかない。』として、日本での大麻の自由化・非刑罰化の持論を展開している。

(2) 松本俊彦医師が、大麻の自由化・非刑罰化を持論とする根拠は、違法薬物依存患者の社会的ドロップアウトの防止及び保護又は治療を求めるとするが、そのような根拠は、現実的には違法薬物依存者の救済にはならず、却って、違法薬物依存患者の増大に拍車をかけることになり、同医師の主張は、到底、信用できない。仮に、日本で大麻が自由化されれば、国際的な違法薬物販売シンジケートが「富裕国の日本での大麻・覚醒剤等の販売拡大」を狙っている中、堂々と、日本



での違法薬物の販売組織を合法的に設置できることになり、日本国民の多数が違法薬物の被害者となることは火を見るよりも明らかである。そして、日本は、「世界での最大の違法薬物大国」に陥ることになる。また、我が国で「大麻の自由化・非刑罰化」が図られれば、松本俊彦医師は、莫大な利権・利益を得ることが予想できる。事実、資料6のとおり、松本俊彦医師は、多くの製薬会社から多額の寄付金を受けている。

(3) さらに、資料1で、松本俊彦医師は、『連邦政府としてアメリカが大麻を合法化してしまうと、日本は相当に困るのではないのでしょうか。というのも、日本では大麻の乱用実態がなかったにもかかわらず、第2次世界大戦後にGHQの指導で大麻取締法ができた歴史があります。その米国の指導という根拠がなくなるからです。』などとも主張するが、これまで、我が国における大麻等の違法薬物の消費量が、他国よりもはるかに少ない量に抑制できたのは、上記の政策を導入したGHQの先見性といえる。また、最近、大麻等の自由化を進めている国々は、「すでに大麻等が国内に蔓延してしまい、取締りが困難な状況に至り、止む無く、自由化せざる得なくなる状態に追い込まれた」ためである。一方、我が国における大麻等の使用は、近年、増加してきたとはいえ、依然として、一部の芸能人やヤクザ等に限られており、わざわざ、それらの芸能人やヤクザ等に利するために自由化する理由はまったくない。

(4) ところで、松本俊彦医師は、自書の「精神科医療における大麻関連障害」精神科治療学 第35巻第1号2020年1月(谷渕、松本俊彦)(資料7)において、大麻の精神疾患への影響について、『精神科の臨床現場で遭遇する大麻関連障害患者を、①大麻使用による精神症状を呈する者、②大麻の依存症に罹患した者、③大麻自体の問題が自覚的あるいは他覚的主訴ではなく、併存精神症状を主訴に受診した者、④以上3つの類型に該当しない者、の4つの類型に分類して考察した。

(略)、大麻は精神病症状や離脱症状、無動機症候群、認知機能障害など多彩な精神症状を惹起する危険性があることが報告されている。(略)、2. 慢性精神病状態 大麻の直接的作用が影響していると想定される期間を超えて、長期間にわたり幻覚妄想などの症状が慢性的に持続することがある。つまり「残遺性適性障害・遅発性精神病性障害」である。大麻使用が持続性の精神病症状出現のリスクを増加させることが、いくつかの長期研究で示されている。そして、大麻の慢性精神病症状誘発作用は用量依存的であることがメタ解析で示されており、大麻を頻繁に摂取する者は大麻を使用しない者と比較して、慢性精神病症状を発症する危険性はほぼ4倍であった。』ことを明らかにしている。



(5) しかし、一方で、『ただし、慢性化した精神病症状は大麻との因果関係を証明することが難しい。何度も精神病状態を繰り返して次第に症状が慢性遷延化するケースは、再発を繰り返す統合失調症の経過と類似し、大麻乱用が統合失調症を惹起する可能性や、統合失調症の症状を悪化させる危険性も報告されている。』として大麻の影響が小さいことを主張している。また、資料2の報道資料でも、『まず、大麻が身体の病気にどう影響したかについての報告はほぼ皆無です。(略)、大半のケースは他の薬物も使っているばかりか、そもそも大麻使用とは独立して、別の精神障害も合併している人です。そう考えると、日本には純粹に大麻に関する健康被害に関する知見がほとんどないと言えます。(略)、全年代で比べると、その関連ははっきりしなくなります。その意味では、そのように10代という早期から大麻を使用している人は、もともと何らかの精神医学的な脆弱性を持っているのではないか、という指摘もあります。(略)、僕らは使っている人たち、外来に来る患者さんの言葉を聞いて思うところがあります。みんな大麻を軽く見ています。「大麻ぐらいはいいんじゃないですか?」という人がほとんどです。(略)、これまで精神科で大麻の研究がほとんど行われてこなかったのは、大麻だけの問題で精神科に来る人が少ないからです。大麻で体調を崩したり、精神的に不安定になる人は珍しいのです。だから数が集まりにくい。(略)、そんなわけで、僕らが診察室で出会ってきた大麻で捕まった人を見てみると、つくづく大麻を使うことの一番の害は、刑罰だなと思うのです。正直、一体何のための規制なのかと頭を抱えることもたびたびです。』としており、前述の精神科治療学(資料7)の記述内容とは大きく相違し、まったく矛盾している。

(6) すなわち、松本俊彦医師の主張の実態は、大麻と精神疾患の因果関係が証明できるエビデンスが少ないという内容でしかない。つまり、大麻の悪影響が疫学的に証明されていないので影響は小さいとしているものであり、極めて、拙速かつ無責任な主張である。現在のコロナ禍で例えれば、「コロナワクチンの副作用はエビデンスある証拠がないので、ワクチンは安全だ」というような幼稚な理論である。もし仮に、「大麻は安全で自由化・非刑罰化すべきである」と主張するのであれば、松本俊彦医師自身が大麻を人体実験として自ら連用して、影響度が小さいことを立証すべきである。しかしながら、実際に、医師は違法薬物の危険性について、自らが実証することはせず、その理由は、大麻の恐ろしさを知っているからである。しかも、大麻の影響が小さいとする論拠は、『既往の精神疾患、つまり、原疾患＝患者の既往の「パーソナリティ障害」との摩り替え』でしかなく、精神科の臨床現場で、処方薬の副作用の責任を逃れるための「常套句」であり、



極めて遺憾であり、言語道断である。また、松本俊彦医師が、繰り返し「大麻等の違法薬物の自由化・非刑罰化」を求めていることは、同医師自身が大麻常習者ではないかという疑念も噂されている。国内で医師自身が自由に扱える依存性薬物に溺れる事例が多数あることは周知である。

(7) 結論として、「大麻の安全性が立証されていない以上、安全対策として規制すべきである」ことは、過去の多くの依存性薬物における歴史が事実を明らかにしている。すなわち、処方薬の依存性は、「開発時は安全だ⇒後に危険性が明らかになり規制する」の繰り返しの歴史であり、コカイン、ヘロイン、バルビツール酸でさえ、当初は「安全な医薬品」として普及させた後、大量の死者が生じて、規制に乗り出した歴史がある。

(8) 以上より、我が国において、大麻等の違法薬物の規制及び取締り並びに水際対策の強化は、必須の政策であるため、それに異を唱え、また、御省の政策の『**薬物乱用防止「ダメ。ゼッタイ」**』にも反対している松本俊彦医師を（資料2）、「大麻等の薬物対策のあり方検討会」の構成員とすることは、極めて、不適切であり、当会は、松本俊彦医師を構成員から除外することを強く求める。逆に、松本俊彦医師を構成員とし続けることは、今回、『御省が「大麻等の違法薬物の国内の自由化・非刑罰化」を進めようとしている』との誤解を広く国民に与えかねない。

2. 趣旨の2について

(1) 趣旨の2に記載のとおり、国連の麻薬統制委員会（INCB）が、2010年次報告書で「**日本では不適切なベンゾジアゼピン処方がある**」と指摘し警告したとおり、我が国におけるベンゾジアゼピン消費量は、諸外国に比べて突出している。しかも、ベンゾジアゼピンが向精神薬であるにもかかわらず、消費量の60%が精神科ではなく、一般内科で処方されている。

(2) 2010年以降、御省は、ベンゾジアゼピン消費量を抑制するため、複数回の診療報酬の減算対策を採ったが、一向に、国内消費量は減少していない。その原因は、一旦、「ベンゾジアゼピンは安全な薬だ」として汎用されたことにあり、その結果、①医療者でさえ、いまだに「ベンゾジアゼピンは安全な薬だ」と誤解して汎用・連用させていること、②2017年にベンゾジアゼピンの医薬品添付文書が改訂され、重大な副作用の発症条件が強化改訂されたにもかかわらず、医療者とその改訂内容を十分に理解していないこと、③ベンゾジアゼピンが依存性薬物であるため、連用して薬物依存となると容易に減薬又は断薬できないため、止む無く、連用を続けている「**常用量依存患者**」が多数に存在すること、④ベン



ゾジアゼピン薬物依存となった患者は、治療上必要がないベンゾジアゼピンの服用を継続するため、不必要な健康保険料の負担が生じていることが中医協で指摘されていること、等の問題が存在する。そして、その歴史的経過は、まさしく、「大麻の自由化・非刑罰化の主張と類似」しており、一旦、「大麻は安全だとして自由化すれば、容易にその事態を改善することができなくなることは、「ベンゾジアゼピン薬害の歴史」が明らかに示している。

(3) すなわち、ベンゾジアゼピンは、いわゆる「**薬害＝医原性疾患**」であるが、これまで、「**副作用ではなく原疾患だ**」として、ベンゾジアゼピン副作用が軽視され隠蔽されてきた。しかし、2020年に生じた「小林化工事件」において、「水虫の経口抗真菌剤」のイトラコナゾールにベンゾジアゼピンの「**リルマザホン塩酸塩水和物**」＝「**リスミー**」（睡眠導入剤）を混入させた結果、患者が死亡又は多数の副作用が生じた。これほど、端的に、ベンゾジアゼピン系薬物の副作用を明らかにした事例は存在しない。小林化工事件で、「リルマザホン塩酸塩水和物」＝「リスミー」により、患者が死亡又は多数の副作用が生じた原因は、「原疾患の水虫」ではなく、『**ベンゾジアゼピン系薬物本体の「処方薬の副作用」＝「医原性疾患・医原性事故**』である。

(4) 小林化工事件の実態は各種の報道がなされているが（資料8）、問題の中核は、「ジェネリック薬の信頼を失墜させた」ことでもなく、「製剤のプロセスの杜撰さ」でもない。問題の中核は、「**ベンゾジアゼピン系薬物の危険性の軽視**」である。ベンゾジアゼピン系薬物の副作用の重大さが見落とされてきた原因は、副作用を「**患者の原疾患**」と摩り替える行為が、営々と、いわば意図的な誤診が行われてきたことにある。そのせいで、**ベンゾジアゼピン系薬物の危険性への認識及び警鐘が疎かにされてきた結果が、今回の小林化工事件の中核であり、反省すべき点であることは言うまでもなく、御省は、ベンゾジアゼピン副作用による既存の被害者の全症例について、その原因を再検証し、我が国における「ベンゾジアゼピンの不適切な処方」（INCB）を改善するため、ベンゾジアゼピンに関する諸規制を強化しなければならない。**

(5) 一方、NCNPは、研究開発法人として、「**ベンゾジアゼピン薬害**」について警鐘すべき立場でありながら、NCNPの松本俊彦医師は、あろうことか、ベンゾジアゼピンの副作用を全面的に否定する意見書を裁判所に提出している。また、SNS上でも、同じ主張を展開しており（資料9）、「**ベンゾジアゼピン依存患者は、自分の生きづらさをベンゾジアゼピンのせいにしている**」とまで主張している。このような人物が、NCNPの薬物依存研究部長の職に就いていること自体が異常で



あり、これほどの不適切な人事は存在しない。松本俊彦医師は、ベンゾジアゼピン副作用患者を犠牲にして、ベンゾジアゼピンの処方医師の責任回避及び製薬会社の利益に貢献しているにすぎない。かかる人物が、今回、「大麻等の薬物対策のあり方検討会」の構成員として参加することは、我が国にとって大きな過失であり、当会は、強く抗議し、松本俊彦医師を同検討会から除外することを強く請求する。

3. ベンゾジアゼピン系薬物の規制について

- (1) 2017年3月、ベンゾジアゼピン系薬物の医薬品添付文書が改訂されて、「連用」による「**薬物依存**」の発症（ベンゾジアゼピン臨床用量依存＝常用量依存）が明らかにされ、「連用時の急激な減薬又は断薬」により「**離脱症状**」を発症する危険性についても収載された。また、患者の「パーソナリティ障害」とは関係なく、すべてのベンゾジアゼピン服用患者において、「**奇異反応**」を生じる危険性も警告された。
- (2) しかしながら、臨床現場では、依然として「ベンゾジアゼピンは安全な薬で長期連用しても問題ない」とする医療者が多数であり、医薬品添付文書に記載の「**重大な副作用**」について、一切、説明されないまま、大量処方が続いている。また、減薬又は断薬により「**離脱症状**」や「**奇異反応**」を発症しても、未だに「**原疾患だ**」などと診断され、ベンゾジアゼピン副作用の患者は路頭に迷っている。
- (3) このような杜撰かつ低級な薬物処方は、到底、「医療」とは呼べない。また、そのような行為は患者を傷害する行為であり、到底、医療費の給付対象とは言えない。この際、御省は、医療現場で横行する「**杜撰なベンゾジアゼピン処方**」及び「**その副作用診断の実態**」を正確に検証して、あまりにも酷いベンゾジアゼピン処方の実態を解明して、早急に改善する方策を採ることを強く要求する。
- (4) また、令和3年1月20日の「**大麻等の薬物対策のあり方検討会**」（第1回）の資料においても、ベンゾジアゼピンの精神依存及び身体依存等の副作用の重大性があまりにも軽視されている。世界で、大麻を自由化する国はあるが、ベンゾジアゼピンを自由化する国は存在せず、ベンゾジアゼピン副作用が大麻より重大であることは世界で周知である。この点も、我が国の認識は遅れている。

添付資料

1. なぜ突然、大麻「**使用罪**」創設の議論が始まった？ 薬物依存症の専門家に裏表を聞きました。
2. 結局、大麻は健康に悪いの？ 薬物依存症の専門家が訴える一番の害は.....



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

3. 相模原事件を考える～公判を前に：国の再発防止検討チームに参加 松本医師
が考える事件と精神科医療（毎日新聞）
4. 違法薬物使用を非犯罪化し、治療・支援を__薬物は罪ですか（朝日新聞）
5. 「クスリをやった」と言える治療の場を（松本俊彦）__A E R A_2019_9_9
6. マネーデータベース『製薬会社と医師』～松本俊彦
7. 「精神科医療における大麻関連障害」精神科治療学第 35 巻第 1 号 2020 年 1 月
8. 「2 人が死亡」ジェネリック薬の信頼を失墜させた睡眠剤混入の大罪
9. 「BZD 依存／常用量依存をめぐる疑義」（松本俊彦の投稿の SNS）

草々