



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

松本俊彦（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）の医学講演及び医学文献について [情報提供書]

日本老年精神医学会 各位

令和3年4月29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



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。

当会が、今回、貴殿にお伝えする情報は、(1)第35回日本老年精神医学会 in 鳥取のシンポジウム4の「高齢者の不眠治療」における演題「2. 睡眠薬は安全か？；高齢者に睡眠薬を処方する際に注意すべきこと」（演者：松本俊彦（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、2020年12月21日）のレジメ、(2)松本俊彦医師（同）が被告の国立循環器病研究センターの協力医として名古屋地方裁判所に提出した「意見書」（平成27年（2015年）9月17日）、(3)松本俊彦医師（同）の医学文献の「鎮痛薬、睡眠薬、または抗不安薬使用障害の対応と治療」（日本臨床、精神医学症候群（第2版）III、2017年）、(4)「鎮痛薬、睡眠薬、または抗不安薬使用障害・中毒・離脱」（同）、(5)松本俊彦医師（同）の医学文献の「1. 依存の問題～常用量依存も含めて」（Modern Physician、2014年6月）及び(6)「厚生労働省薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会議事録」（2017年3月17日）の5件です。



1. 各文献の概要（原文から引用）

(1) 「2. 睡眠薬は安全か？；高齢者に睡眠薬を処方する際に注意すべきこと」

- ・「このことは、薬物依存症臨床の現場に訪れる高齢者の多くが、ベンゾジアゼピン類を中心とする睡眠薬・抗不安薬関連の精神医学的問題を呈していることを意味している。」
- ・「以上の事実は、加齢に伴い、様々な診療科に受診している高齢者が、その都度漫然と睡眠薬・抗不安薬を処方された結果、薬物依存症をはじめとする様々な薬物関連精神疾患を呈している可能性を示唆する。」
- ・「全処方薬剤のジアゼパム換算量は変化しておらず、その効果は限定的である可能性を指摘している。また、米国では、メディケアが 2006 年にベンゾジアゼピン類を保険給付の対象から除外するという対策を開始した。」
- ・『以上のことは、診療報酬減算や保険給付対象からの除外といった「懲罰的」な対策では十分な効果が得られない可能性を示唆する。』
- ・「今回の発表では、高齢者に睡眠薬を処方する際に注意すべき点、避けるべき薬剤について、薬物依存症を専門とする精神科医の立場から私見を述べたいと思う。」

(2)名古屋地方裁判所に提出した「意見書」

- ・「ここまでの議論からわかるように、身体依存は薬物依存の診断に必須の要件ではない。そもそも身体依存とは、依存性物質を投与された生体に見られる正常な反応と理解すべき現象である。たとえば、緩和医療の現場で、はモルヒネをはじめとして様々な医療用麻薬が投与され、その結果、患者の麻薬に対する耐性は上昇しており、急激な中止は離脱を招く状態となっている。同じことは、降圧剤であるβ遮断薬、あるいはステロイド系抗炎症薬の投与を受けている者も、連用により耐性が生じており、中止にあたっては離脱を防ぐために漸減が必要で、ある。しかし、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。」（7頁の2）薬物依存とは
- ・「要するに、常用量依存は薬物依存とは異なる病態である。もちろん、常用量依存そのものは長期的には様々な健康被害—特に加齢に伴って転倒や意識障害の原因となりうる—を引き起こす危険性があり、できる限り避けるべき事態ではあるが、薬物依存のように、ただちに専門的治療を行うべき病態ではない。」（8頁の3）常用量依存



- ・『常用量のB Z D（ベンゾジアゼピン）を長期間服用した場合、耐性や離脱などの身体依存を生じ、常用量依存の状態を呈する可能性は十分にある。しかし、この状態は薬物依存とは異なる病態である。薬物依存に罹患する者の多くは、深刻なストレスや感情的苦痛のなかで、医師の指示から逸脱し、「嫌な気分を忘れるために飲む」といった乱用をしている。その意味では、常用量のB Z D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。』（8頁の4）結論）
 - ・『その意味で B Z D（ベンゾジアゼピン）は、常用量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。』（9頁上段）
 - ・『以上を踏まえて質問に回答する。「B Z D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」という知見は、平成16、17年当時はもとより現在においても、医学的知見として確立はされていない。』（9頁の3項）
 - ・『私自身は、このような厳密な手続きをもって常用量依存を診断したことはなく、臨床場面では、この診断はあくまでも「疑い」とどまらざるをえない、一種の「理念的診断」でしかない。』（13頁の上段）
 - ・『もちろん、うつ病の症状はB Z Dの退薬症状という考え方もありうる。しかし、B Z Dの退薬でうつ状態を呈するのは通常一過性である。私の臨床経験では、ほとんどが2～4週程度で自然軽快し、抗うつ薬を投与するほど重篤な状態とはならず、そもそもそのよううつ状態には抗うつ薬はあまり効かないという印象がある。』（14頁の中段）
- (3) 「鎮痛薬、睡眠薬、または抗不安薬使用障害の対応と治療」
- ・「患者が、1日に使用している薬剤を表1の等価換算表を用いて、ジアゼパム、もしくはクロナゼパム1剤に置き換え、時間をかけて減量していくのが最もわかりやすい方法である。」（92頁右段下の2）ベンゾジアゼピン類の減量方法）
 - ・「中止時や減薬時に痙攣発作のような重篤な離脱が生じたことがある。精神依存、身体依存、ともに重度な類型である。」（91頁左段中のC．薬物依存症型）
 - ・「減薬ペースについては、外来で治療する場合には、等価換算量よりも少し多目の量から開始し、最初4週間は減量せずに、5週日から1週ごとにジアゼパム1mgずつ減量し、ジアゼパム換算量30mg／日を切ったら2週に0.5m



g ずつ、15 mg / 日を切ったら4週に0.5 mg ずつ減らしていく。そして、6 mg / 日まで減量できたらいったん減薬を止め、併存精神障害の治療状況や精神症状、さらに離脱症状を確認してから、今後の減薬方針（断薬か、極めてゆっくり減薬か、少量維持か）を検討する。」（93頁の左段）

(4) 「鎮痛薬、睡眠薬、または抗不安薬使用障害・中毒・離脱」

- ・「さまざまな鎮静薬・睡眠薬・抗不安薬の中でも、特に症例数が多いベンゾジアゼピン類の場合、発現頻度が比較的高い離脱症状としては、不眠、不安、焦燥、筋攣縮、けいれん発作などがあり、比較的发現頻度が低い離脱症状としては、離人感、浮遊感、知覚の変容、身体感覚の歪み、傾眠、意識障害、幻聴なども報告されている。ベンゾジアゼピン類の離脱症状は、通常、服用中断から2～4週間で消失するが、一部には年余にわたって持続するという報告もある。」（86頁の左段の4)鎮静薬・睡眠薬・抗不安薬による離脱）
- ・「一般にベンゾジアゼピン類による離脱の重症度は、薬剤の血中半減期や投与期間、投与量によって異なっている。ジアゼパムを例にとると、1日服用量10～20 mg 1カ月服用していても離脱が起こる可能性はあるものの、重篤な離脱を呈するには40 mg / 日以上以上の服用が必要である。離脱は通常最終服用の2～3日後より発現し不安、不快気分、明るい光や騒音に対する不耐性、悪心、発汗、筋攣縮などが高頻度に出現する。けいれん発作は離脱の中でも特に重篤な症状であり、一般にジアゼパム換算で50 mg / 日以上以上の服用者で生じやすい。」（88頁の右段下の3)離脱の診断と鑑別）

(5) 「1. 依存の問題～常用量依存も含めて」

- ・「睡眠薬・抗不安薬の乱用、依存は増加傾向にあり、わが国における薬物依存臨床の重要課題の1つである。」（ポイント）
- ・「睡眠薬・抗不安薬依存症患者の多くは、快感ではなく、不眠や不安による苦痛の緩和を求めて薬物を乱用しており、最終的に依存症に陥っている。」（同）
- ・「依存症の発症には医師の処方行動が大きな影響を与えている。」（同）
- ・「睡眠薬・抗不安薬の処方に際しては、処方方法、処方する薬剤の内容、患者の特性、不眠や不安の背景にある現実的困難を考慮した、慎重な処方が望まれる。」（同）



(6)「厚生労働省薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会議事録」(2017年3月17日)

- ・「私が所属している薬物依存研究部では1987年以降、ほぼ隔年、2年に1回、全国の精神科病院、有床の精神科医療施設で治療を受けている、薬物に関連した精神障害、要するに薬物乱用や依存の患者さんたちの全てのデータを集めて、どのような薬物が今問題になっているのか、あるいは個々の薬物乱用者はどのような臨床的な特徴を持っているのかということ、調べさせていただいています。

その中で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す。2010年には覚醒剤に次ぐ、我が国第2位の乱用薬物になっています。2012年と2014年に関しては、非常に社会的な問題になった危険ドラッグ等の乱用があって、一瞬その陰に隠れたのですが、直近の調査である2016年の調査では、再び第2位の乱用薬物となっています。

その睡眠薬や抗不安薬の、主にベンゾジアゼピンなのですが、その患者さんたちが、どこから乱用薬物入手しているのかを調べてみると、9割ないしは9割5分近くが医療機関からもらっているのです。それも処方という合法的な手続で乱用しているということなのです。まず、そういう現状があるのだということ、御理解いただければと思います。」(13最下段から14頁2段目)

- ・『それから、私どもが2012年に首都圏の4か所の薬物依存症の専門病院で、治療を受けているベンゾジアゼピン等の乱用・依存患者さんに関して、更に詳細な調査をしています。その患者さんたちを調べてみると、患者さんの84%が、例えば精神科等でいろいろな治療を受けている過程で、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ます。そういった患者さんたち全員は、医療機関で初めてベンゾジアゼピンを処方され、その結果として数年後に乱用依存を呈しているわけですが、そうした患者さんのうち、最初の処方を受ける際に、医師から依存性に関してちゃんと注意を受けたとか、「注意して飲んでくださいよ」ということを言われた人がどのぐらいいたかということ、たった32%なのです。結果として全員が乱用・依存に罹患しているのですが、処方当初にその説明を受けているのがわずか32%ということは、これはどうなのかなという気がしています。



そういう意味でも、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ですし、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っています。

ただ、余りそのことを喧伝すると、逆に危惧されるのが、治療の必要性があって飲んでいる患者さんたちが、勝手に中断してしまうことなのです。それでは、精神科医療の現場に混乱をきたします。

また、すでに原疾患である精神障害が改善し、投薬を中止できる状態にある患者さんであっても、勝手に中断することによって、そのリバウンドで不眠になったり、一時的に不安感や焦燥感がかえって強まってしまうこともあります。特に長期間服用を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います。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ます。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ますのです。これが、俗に言うところの常用量依存や臨床要量依存といわれる事態です。つまり、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いうけです。大体、処方されてから8週間飲んでいると、そのリスクが高まるという海外の報告もあるわけです。』
(14頁3段目から15頁1段目)

2. 当会の判断

(1) 松本俊彦医師は、ベンゾジアゼピン系薬物について、以下を警鐘している。

- ① 「ベンゾジアゼピン常用量依存」の危険性を警告しており、医学的治療が必要な疾患であること
- ② 「ベンゾジアゼピン薬物依存」は、その他の依存性薬物による依存症とは病態が異なるものの、現実の臨床現場に多数存在する疾患であり、患者は苦痛の緩和のためにベンゾジアゼピンを服用した結果、薬物依存に陥っていること
- ③ 「ベンゾジアゼピン薬物依存」の原因は、その多くが、医師の処方薬物及び処方方法等に起因していること
- ④ 「ベンゾジアゼピン薬物依存」の診断は、処方用量をジアゼパム換算した処方用量で判断しており、ジアゼパム換算で50mg/日以上の場合、痙攣発作等の重篤な離脱症状の危険性があり、薬物依存の治療が困難となること



- ⑤ 「ベンゾジアゼピン薬物依存」は、患者のパーソナリティ障害の要因が強調されているが、実際には、ベンゾジアゼピン系薬物を処方する医師の側にも問題があること
- (2) 松本俊彦医師は、上記のベンゾジアゼピン系薬物の危険性に基づき、同薬物の医薬品添付文書の改訂（平成29年3月）の審議会において、警告の強化に賛成の参考人意見を述べている。
- (3) 一方、松本俊彦医師が、被告の国立循環器病研究センターの協力医として名古屋地方裁判所に提出した「意見書」（平成27年（2015年）9月17日）では、上記の警鐘を、一切、否定して、まったく相違する意見書を記載している。
- (4) 我が国では、「ベンゾジアゼピン系薬物の不適切な処方がある」（国連麻薬統制委員会の2010年次報告書）と指摘されて以降、診療報酬減算等の対策が採られてきたが、いまだに、国内総処方量の抑制に効果がなく、多くの診療科において大量処方が継続している。その原因は、上記のとおり、医療界が混乱した矛盾する意見を示していることがひとつの原因となっている。その結果、我が国では「ベンゾジアゼピン薬物依存（特に、常用量依存）」の災禍が拡大しており、すでに「ベンゾジアゼピン薬害」の状況に陥っている。

草々

附属資料

- (1)第35回日本老年精神医学会 in 鳥取のシンポジウム4の「高齢者の不眠治療」における演題「2. 睡眠薬は安全か？；高齢者に睡眠薬を処方する際に注意すべきこと」（演者：松本俊彦（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）のレジメ
- (2)松本俊彦医師（同）が被告の国立循環器病研究センターの協力医として名古屋地方裁判所に提出した「意見書」
- (3)松本俊彦医師（同）の医学文献の「鎮痛薬、睡眠薬、または抗不安薬使用障害の対応と治療」（日本臨床、精神医学症候群（第2版）III、2017年）
- (4)「鎮痛薬、睡眠薬、または抗不安薬使用障害・中毒・離脱」（同）
- (5)松本俊彦医師（同）の医学文献の「1. 依存の問題～常用量依存も含めて」（Modern Physician、2014年6月）
- (6)「厚生労働省薬事・食品衛生審議会医薬品等安全対策部会議事録」（2017年3月17日）

以上