

表2 薬物経験率

覚せい剤																												
経験(%)				初回年齢分布(使用者のみ)(%)											初回平均(歳)	最終年齢分布(使用者のみ)(%)											最終平均(歳)	
あり	なし	その他未回答	～9	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～		10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～		
ア症	5.3	78.9	15.8	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	35.5
薬物	80.8	19.2	0.0	0.0	0.0	57.1	19.0	9.5	9.5	0.0	4.8	0.0	0.0	0.0	21.4	0.0	4.8	23.8	23.8	19.0	14.3	9.5	4.8	0.0	0.0	0.0	30.4	
全体	35.9	54.7	9.4	0.0	0.0	56.5	21.7	8.7	8.7	0.0	4.3	0.0	0.0	0.0	21.3	0.0	4.3	26.1	21.7	17.4	13.0	8.7	4.3	4.3	0.0	0.0	30.8	
吸入剤																												
経験(%)				初回年齢分布(使用者のみ)(%)											初回平均(歳)	最終年齢分布(使用者のみ)(%)											最終平均(歳)	
あり	なし	その他未回答	～9	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～		10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～		
ア症	23.7	10.5	0.0	5.6	14.7	79.3	17.2	3.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.6	0.0	28.6	42.9	14.3	0.0	0.0	0.0	14.3	0.0	0.0	0.0	23.3	
薬物	69.2	0.0	0.0	0.0	43.5	92.3	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.2	5.6	33.3	22.2	11.1	5.6	11.1	5.6	5.6	0.0	0.0	0.0	25.1	
全体	42.2	6.3	0.0	3.4	26.3	83.3	14.3	2.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.3	4.0	32.0	28.0	12.0	4.0	8.0	8.0	4.0	0.0	0.0	0.0	24.6	
アルコール																												
経験(%)				初回年齢分布(使用者のみ)(%)											初回平均(歳)	最終年齢分布(使用者のみ)(%)											最終平均(歳)	
あり	なし	その他未回答	～9	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～		10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～		
ア症	92.1	2.6	5.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.2	0.0	0.0	2.9	0.0	11.4	11.4	20.0	25.7	5.7	14.3	8.6	45.5	
薬物	88.5	11.5	0.0	0.0	43.5	92.3	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	14.7	0.0	0.0	21.7	26.1	13.0	17.4	8.7	13.0	0.0	0.0	0.0	32.6	
全体	90.6	6.3	3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.6	0.0	0.0	10.3	10.3	12.1	13.8	15.5	20.7	3.4	8.6	5.2	40.4	
大麻																												
経験(%)				初回年齢分布(使用者のみ)(%)											初回平均(歳)	最終年齢分布(使用者のみ)(%)											最終平均(歳)	
あり	なし	その他未回答	～9	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～		10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～		
ア症	10.5	71.1	18.4	0.0	0.0	25.0	25.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	29.5	
薬物	76.9	23.1	0.0	0.0	5.0	68.4	21.1	5.3	5.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	19.1	0.0	10.0	25.0	25.0	20.0	5.0	10.0	5.0	0.0	0.0	0.0	28.8	
全体	37.5	51.6	10.9	0.0	4.2	60.9	21.7	4.3	13.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.1	0.0	9.1	22.7	27.3	22.7	4.5	9.1	4.5	0.0	0.0	0.0	28.8	
ヘロイン																												
経験(%)				初回年齢分布(使用者のみ)(%)											初回平均(歳)	最終年齢分布(使用者のみ)(%)											最終平均(歳)	
あり	なし	その他未回答	～9	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～		10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～		
ア症	0.0	81.6	18.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-
薬物	19.2	80.8	0.0	0.0	0.0	40.0	40.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	21.4	0.0	0.0	40.0	40.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	27.2
全体	7.8	81.3	10.9	0.0	0.0	40.0	40.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	21.4	0.0	0.0	40.0	40.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	27.2
エクスタシー																												
経験(%)				初回年齢分布(使用者のみ)(%)											初回平均(歳)	最終年齢分布(使用者のみ)(%)											最終平均(歳)	
あり	なし	その他未回答	～9	10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～		10～	15～	20～	25～	30～	35～	40～	45～	50～	55～	60～		
ア症	2.6	78.9	18.4	0.0	0.0	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.0	0.0	0.0	0.0	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	28.0	
薬物	46.2	53.8	0.0	0.0	0.0	50.0	25.0	16.7	0.0	8.3	0.0	0.0	0.0	0.0	22.1	0.0	8.3	41.7	16.7	16.7	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	26.7	
全体	20.3	68.8	10.9	0.0	0.0	53.8	23.1	15.4	0.0	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0	21.6	0.0	7.7	38.5	23.1	15.4	15.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	26.8	

表3 SCID-II 結果

		回避性	依存性	強迫性	受動攻撃性	抑うつ性	妄想性	分裂病型	分裂病質	演技性	自己愛性	境界性	反社会性	特定不能
ア症	閾値以上の割合(%)	10.5	0.0	13.2	2.6	5.3	2.6	0.0	0.0	0.0	0.0	2.6	10.5	0.0
	全体の平均点	0.5	0.1	0.7	0.2	0.3	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.2	0.5	0.0
薬物	閾値以上の割合(%)	11.5	0.0	0.0	3.8	3.8	0.0	0.0	3.8	0.0	0.0	11.5	46.2	3.8
	全体の平均点	0.8	0.2	0.4	0.5	0.9	0.4	0.4	0.3	0.2	0.5	1.3	2.3	0.0
全体	閾値以上の割合(%)	10.9	0.0	7.8	3.1	4.7	1.6	0.0	1.6	0.0	0.0	6.3	25.0	1.6
	全体の平均点	0.6	0.1	0.6	0.3	0.6	0.2	0.2	0.1	0.1	0.3	0.7	1.2	0.0

表4 M.I.N.I結果

(%)	大うつ病			気分変調症	自殺の危険			躁病		パニック障害/広場恐怖			社会恐怖
	現在	過去	メランコリー		低度	中等度	高度	軽躁病	躁病	パニック障害(広場恐怖-)	パニック障害(広場恐怖+)	広場恐怖(パニック障害-)	
ア症	0.0	2.6	0.0	5.3	28.9	2.6	5.3	7.9	2.6	0.0	0.0	5.3	0.0
薬物	7.7	11.5	7.7	7.7	42.3	7.7	7.7	19.2	19.2	3.8	0.0	3.8	11.5
全体	3.1	6.3	3.1	6.3	34.4	4.7	6.3	12.5	9.4	1.6	0.0	4.7	4.7
(%)	強迫性障害	PTSD	物質使用障害				精神病障害			摂食障害			反社会性人格障害
			アルコール依存症	アルコール乱用	薬物依存症	薬物乱用	現在	生涯	気分障害(精神病像+)	無食欲症	大食症	むちゃ食い/排出型	
ア症	2.6	0.0	15.8	1.0	0.0	0.0	2.6	10.5	0.0	0.0	0.0	0.0	21.1
薬物	3.8	3.8	0.0	0.0	0.0	0.0	23.1	30.8	0.0	0.0	3.8	0.0	65.4
全体	3.1	1.6	9.4	1.0	0.0	0.0	10.9	18.8	0.0	0.0	1.6	0.0	39.1

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究
(研究代表者 宮岡 等)

平成 23 年度分担研究報告書
向精神薬乱用と依存 (1)
—依存症専門医療機関調査—

研究分担者 松本 俊彦 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
薬物依存研究部 診断治療開発研究室長

研究要旨

【目的】

本研究の目的は、鎮静剤・催眠剤・抗不安薬（特に benzodiazepine 系薬剤）使用障害患者の臨床的特徴、ならびに、使用障害を引き起こしやすい精神科医療の特徴を明らかにすることである。

【方法】

対象は、2011 年 12 月の 1 ヶ月間に首都圏の 4 つの薬物依存症専門医療機関外来に受診した BZ 系薬剤（benzodiazepine 系、thienodiazepine 系、および cyclopyrrolone 系薬剤）の使用障害患者 87 名（乱用 27 名：依存 60 名）である。情報収集は、担当医による面接、ならびに診療録からの情報転記によって行った。

【結果】

対象となった BZ 患者の 88.5%が、乱用物質である BZ を精神科医療機関から「処方」というかたちで入手していた。また、患者の 95.4%に、物質関連障害以外の精神障害の併存が認められ、そのうちの 83.1%は、BZ 使用障害発症に先だてて他の精神障害に罹患していた。

患者の 84.0%が、前医である一般精神科治療の経過中に BZ 使用障害を発症しており、前医にて治療を開始した当初の状態像としては、物質関連障害（43.8%）が最も高率であった。前医において提供されていた診察時間や通院頻度はごく平均的なものであったが、「短時間作用型薬剤などの依存の危険の高い薬剤の処方」（71.2%）、「薬剤を貯めている可能性を顧慮せずに漫然とした処方が続けられる」（68.5%）、「診察なしで薬剤の処方を受ける」（43.8%）といったように、処方のあり方自体に問題が認められた。

なお、主治医の方から処方される薬剤の依存性に関して指導や説明を受けていた者は、わずかに 32.9%にとどまった。前医から依存症専門医療機関への転医の契機となったのは、前医の意見（41.1%）が最も多かったが、他の医療関係者や援助者の意見（24.7%）、家族・友人・知人の意見（17.8%）、本人の自覚（12.3%）を契機としている者も少なくなかった。

【結論】

一般精神科診療のなかで BZ 使用障害の発症を予防するためには、物質関連障害の挿話を持つ患者に対しては、フライング処方や重複処方に対する十分な目配りをし、依存リスクの高い薬剤を極力処方しないようにする必要がある。また、多剤併用療法や大量療法、あるいは診察なしの処方をしないことはもとより、BZ の処方に際しては、あらかじめ患者に依存性に関する説明、適切な服用に関する指導を行う必要がある。

研究協力者

成瀬暢也	埼玉県立精神医療センター 副院長
梅野 充	東京都立松沢病院 医長
上原 (青山) 久美	神奈川県立精神医療センター せりがや病院 医長
小林桜児	独立行政法人国立精神・神経医療 研究センター病院 精神科医師
森田展彰	国立大学法人筑波大学大学院科学研究科 准教授
嶋根卓也	独立行政法人国立精神・神経医療研究 センター精神保健研究所薬物依存研究部 研究員
和田 清	独立行政法人国立精神・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
湯本洋介	東京都立松沢病院 医師
高濱三穂子	東京都立松沢病院 医師
合川勇三	東京都立松沢病院 医師

A. 研究目的

benzodiazepine 系薬剤は、抗不安作用、催眠作用、筋弛緩作用、抗けいれん作用を持ち、meprobamate、あるいは、barbiturate 系や bromvalerylurea 系睡眠薬に比べ、依存性や大量摂取時の危険性が低いという特徴がある。そのため、1960 年代以降、世界各国の精神科診療において使用されてきた。しかし、早くも 1970 年代には diazepam をはじめとする BZ 系薬剤の乱用・依存が問題化し (Paris, 2010; Woody et al, 1975)、1980 年代以降になると、臨床用量内であっても、長期服用により身体依存が形成され、中止に伴って離脱症状が現れるという報告がなされるようになった (Lader & Petursson, 1981; Rickels & Case, 1983; Griffiths & Weerts, 1997)。なかでも Griffiths と Weerts (1997) は、BZ を 8 ヶ月以上の長期投与した場合には、治療効果よりも反跳性不眠・不安や離脱症状を回避しようとする行動が上回ってしまうことを明らかにしている。こうした依存

形成性の観点から、今日、欧米では、BZ の使用に否定的な意見が多い (Tennant & Pumphrey, 1984; The Royal College of Psychiatrists, 1997)。

一方、わが国では、benzodiazepine 系薬剤はすべての診療科で広く処方されており、その処方量は世界的に見ても突出している。たとえば、1998~1999 年におけるわが国の BZ 系抗不安薬の処方件数は、欧米の 6~20 倍にものぼり (村崎, 2001)、欧米各国では、1990 年代以降、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: SSRI) の導入に伴って benzodiazepine 系抗不安薬の処方が激減したにもかかわらず、わが国では SSRI 導入後も処方件数は減少していない、という指摘がある (田島, 2001)。

わが国のこうした精神科医療の状況が影響してか、我々が 1987 年以降、経年的に行ってきた『全国精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態に関する調査』(松本ら, 2011) では、最近 10 年あまりのあいだ、benzodiazepine などの鎮静剤・催眠剤・抗不安薬を主たる乱用薬物とする薬物関連障害患者の割合が確実に増加しており、ついに 2010 年には有機溶剤や大麻を追い越して、覚せい剤に次ぐわが国第 2 の乱用薬物となってしまった。さらに驚くべきことに、鎮静剤・催眠剤・抗不安薬関連障害患者の約 75% が、乱用に用いる薬剤を精神科医療機関から入手していたのである。このことは、鎮静剤・催眠剤・抗不安薬の乱用・依存への対策を講じる際には、必然的に精神科医療のあり方とともに論じる必要があることを意味している。

もう一つ忘れてはならないのは、benzodiazepine 系などの睡眠薬・抗不安薬が引き起こしている問題は、薬物乱用・依存だけにはとどまっていない、という点である。わが国では近年、都市部での精神科診療所数の増加に伴い、向精神薬の過量摂取による自殺企図で救急搬送される患者の数が増加しているが (武井ら, 2007)、こうした患者の 8 割近くが benzodiazepine 系の睡眠薬・抗不安薬を過量摂取し

ていたという（大倉ら，2008）。これらの benzodiazepine 系薬剤は、過量摂取による致死性が低い一方で、衝動的な患者の場合には、ベンゾジアゼピンの脱抑制作用により、自傷行為や自殺企図、あるいは攻撃的行動を惹起する可能性がある。すでに廣川ら（2010）は、精神科治療下にありながら自殺既遂に至った者の多くが、縊首などの致死性の高い自殺行動におよぶ直前に、ベンゾジアゼピンなどの精神科治療薬を過量摂取していたことを報告し、これによって惹起された脱抑制ないし酩酊状態が自殺行動を促進した可能性を指摘している。

近年、自殺対策のなかで展開されている啓発活動によって、精神科受診がますます促進されており、2008年の向精神薬処方日数の規制緩和により、患者が一度に多量の benzodiazepine 系薬剤を入手する機会も増えている。こうしたことを考慮すれば、どのような臨床的特徴を持つ患者が処方された鎮静剤・催眠剤・抗不安薬の乱用や依存を呈しやすく、どのような特徴を持つ精神科医療が鎮静剤・催眠剤・抗不安薬の乱用や依存を作り出しやすいのかを検討することは、臨床的にきわめて重要である。

そこで、今回、依存症専門医療機関に通院する鎮静剤・催眠剤・抗不安薬（特に benzodiazepine 系薬剤）使用障害患者を対象としてその臨床的特徴を明らかにし、使用障害を引き起こしやすい精神科医療の特徴を検討するために調査をおこった。よって、以下に調査結果を報告する。

B. 研究方法

1. 対象

対象は、2011年12月の1ヶ月間に首都圏において代表的な4つの薬物依存症専門医療機関（国立精神・神経医療研究センター病院、東京都立松沢病院、埼玉県立精神医療センター、神奈川県立精神医療センターせりがや病院）に受診したすべての成人外来患者のうち、以下の条件を満たす者である。すなわち、①DSM-IV-TRにおける「鎮静剤・催眠剤・抗不安薬の使用障害（乱用もしくは依存）」の診断基準

を満たし、②精神病状態、錯乱状態、意識障害などを呈しておらず、同意能力のある精神状態であること、③本調査の参加に同意した者である。

2. 調査項目

調査項目は、研究分担者が実施する『全国精神科医療施設における薬物関連障害患者の実態に関する調査』の調査項目や選択肢、ならびに、薬物依存臨床を専門とする各研究協力者からの意見を参考にし、以下のように設定した。

1) 人口動態的変数

①性別

②年齢

2) 鎮静剤・催眠剤・抗不安薬関連障害に関する情報

①鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害のDSM-IV-TR下位診断（乱用もしくは依存）

②調査実施施設にて治療開始時に見られた鎮静剤・催眠剤・抗不安薬誘発性障害の診断

③乱用対象となっている鎮静剤・催眠剤・抗不安薬、ならびに他の精神科治療薬の種類

④鎮静剤・催眠剤・抗不安薬の初使用から乱用を呈するまでの期間（乱用開始年齢と初使用年齢の差）

⑤入手経路

⑥乱用によって得られるもしくは期待される効果

⑦最も病状が深刻な時期に認められた依存の症状（耐性獲得、渴望・薬物探索行動、使用コントロール喪失、離脱症状）

⑧鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害に関連する様々な問題行動（医療者に対する執拗な処方要求や恫喝、健忘を伴う行動による社会的トラブル、外傷、過量服薬、複数の医療機関からの重複処方、各種不正な薬剤入手など）

3) 他の物質関連障害に関する情報

①他の物質関連障害の併存の有無

②他の物質関連障害の主たる原因薬物

4) 物質関連障害以外の精神障害と自傷・自殺歴に関する情報

①他の精神障害の併存の有無

②鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害と併存精神障害の発症に関する継時的な関係

③他の精神障害の DSM-IV-TR 診断カテゴリー

④自傷・自殺行動の生涯経験、ならびに経験した手段・方法

5) 鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害発症の契機となった一般精神科医療に関する情報

①鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害発症した時期の一般精神科医療の形態

②依存症専門医療機関への受診の契機、ならびに前医からの紹介状の有無

③一般精神科医療機関において治療開始時の状態像を反映する DSM-IV-TR 診断カテゴリー

④一般精神科医療機関における平均的な診察時間と通院間隔

⑤一般精神科医療機関における処方内容の問題点（薬剤を貯めている可能性を顧慮せずに繰り返し行われるフライング処方、極端な長期処方や、高力価・短時間作用型薬剤、乱用者間で「ブランド化」されている、依存の危険の高い薬剤の処方）

⑥一般精神科医療機関における処方薬の依存性に関する指導・説明の有無

⑦一般精神科医療機関において処方量増加に影響下と思われる要因（患者の要求、家族からの要求、医療者側の判断など）

⑧一般精神科医療機関での治療開始から鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害が事例化するまでの期間

3. 調査方法

調査期間において調査実施施設に受診した対象者に対して、上述した調査項目からなる調査票（巻末資料参照）に沿って、各対象者の担当医による診療録情報の転記、ならびに、担当医による補足の面接調査を通じて情報収集を行った。具体的には、調査票の項目に回答する際に、診療録転記で対応できるものはそこから転記し、診療録情報だけでは足りない項目については、各担当医が構造化されない方法で追加の質問をした。その際、担当医が、患者の想起に明らかに不正確な点や誇張した点があると考え

た場合には、担当医が臨床的な観点から総合的に判断して調査票に回答することとした。特に鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害発症前に一般精神科で受けていた時期の治療内容や状態像に関する判断は、担当医がこれまでの治療経過、さらには前医からの診療情報提供書の内容を踏まえて慎重に行った。なお、鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害発症の契機となった精神科医療が複数存在する場合には、最も発症促進的に関与したと考えられる医療機関を想定して回答することを求めた。

調査項目はいずれも個人の特が困難な情報であり、担当医によって記入された調査票は、連結不可能匿名化の手続きを経て、研究統括者である研究分担者のもとに郵送され、分析された。なお、今回は、主たる乱用薬物として benzodiazepine 系もしくはその近縁薬剤（thienodiazepine 系および cyclopyrrolone 系薬剤）（本稿では、これらを一括して BZ 系薬剤もしくは単に BZ と略す）である者を分析の対象とした。

（倫理的配慮）

本調査は、国立精神・神経医療研究センター、東京都立松沢病院、埼玉県立精神医療センター、神奈川県立精神医療センターの各倫理委員会の承認のもと実施された。

C. 研究結果

調査期間中に4箇所の調査実施施設に受診した鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害患者は108名であり、このうち調査に同意した者は96名（同意率88.9%）であった。そのうち、今回の分析の対象である、主たる乱用物質がBZ系薬剤（benzodiazepine系、thienodiazepine系、およびcyclopyrrolone系薬剤）である者は87名（男性37名、女性50名）であり、年齢分布は20~67歳、その平均年齢〔標準偏差〕は37.2〔8.8〕歳であった。

表1に、対象者87名の鎮静剤・催眠剤・抗不安薬関連障害の概要を示す。対象における鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害のDSM-IV-TR下位診断は、

「乱用」27名(31.0%)、「依存」60名(69.0%)であった。調査実施施設にて治療開始時に見られた鎮静剤・催眠剤・抗不安薬誘発性障害の診断としては、「中毒」(63.2%)が最も多く、次いで「健忘性障害」(41.4%)、「離脱」(35.6%)、「中毒性せん妄」(34.5%)という順であった。また、BZ以外の鎮静剤・催眠剤・抗不安薬ならびに他の精神科治療薬のなかで乱用が認められた薬剤としては、「抗精神病薬」(28.7%)、「バルビツレート系薬剤(含有合剤も含む)」(27.6%)が多く、次いで「抗うつ薬」(18.4%)が続いた。

BZなどの鎮静剤・催眠剤・抗不安薬の初使用から乱用状態を呈するまでの期間は、「1年未満」が最も多く、対象者の約半数(49.4%)が該当し、残る半数が「1年以上3年未満」(24.1%)と「3年以上」(26.4%)とにほぼ同比率で続いた。また、乱用する鎮静剤・催眠剤・抗不安薬の入手経路としては、「精神科医療機関からの処方」(88.5%)が突出して高率であり、一方、「密売人」(2.3%)や「医療機関からの不正入手」といった不正な経路から入手していた者の割合はきわめて低かった。

表2に、鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害の症候、ならびに他の物質関連障害に関する情報を示す。鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用によって得られる効果、もしくは期待する効果としては、「不安や緊張感が緩和される」(58.6%)、「不眠が解消される」(57.5%)、「嫌なことを忘れられる」(57.5%)がほぼ同率で突出していた。また、最も病状が深刻な時期に認められた依存症候としては、「使用コントロール喪失」(77.0%)と「強烈な渴望、薬物探索行動」(74.7%)が同率で高く、次いで「耐性獲得」(41.4%)、「離脱症状」(26.4%)という順であった。

鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用に関連する問題行動としては、「健忘を伴う行動による社会的トラブル」(63.2%)が最も多く、次いで「過量服薬による救急医療機関への搬送」(51.7%)、複数の医療機関からの重複処方(40.2%)、「医療者への執拗な処方要求、恫喝、強迫、粗暴行為を伴う処方要求」(33.3%)

と続いた。また、「処方せん偽造や薬局強盗のような犯罪行為」におよんだ経験のある者は5名(5.7%)であった。

他の物質関連障害を併存は、対象者57.5%(50名)に認められた。その物質関連障害の主たる原因物質としては、「覚せい剤」(26.4%)が最も多く、次いで「アルコール」(14.9%)であった。

表3に、物質関連障害以外の併存精神障害の概要、ならびに自傷・自殺の生涯経験率を示す。対象者87名中、物質関連障害以外の精神障害を併存する者は、95.4%(83名)というきわめて高い比率におよんでいた。併存精神障害と鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害の継時的関係については、他の精神障害を併存する者83名中の83.1%において併存精神障害が先行して発症していた。併存精神障害のDSM-IV-TR診断カテゴリーは、「不安障害」(37.3%)が最も多く、次いで「気分障害」(26.4%)、「パーソナリティ障害」(21.8%)、「統合失調症および他の精神病性障害」(19.5%)が続いた。

対象者のなかでこれまで自傷・自殺行動におよんだ経験のある者は全体の72.4%におよんでいた。その具体的な方法としては、「医薬品などの過量摂取」(65.5%)が群を抜いて高率であった。2番目に多いのは、「四肢に対する自己切傷」(37.9%)のような致死性の低い手段・方法であったが、さらにその次の第3番目には「縊首」(21.8%)のように致死性の高い手段が続いた。

表4に、鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害発症の契機となった精神科医療の特徴、ならびに治療開始時の状態像を示す。対象者87名中73名(84.0%)が、依存症専門医療機関受診以前に通院していた一般精神科医療機関における治療経過のなかで鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害を発症していた。その73名が鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害発症時に治療を受けていた精神科医療機関の形態としては、精神科診療所(60.3%)が最も多く、次いで単科精神科病院(26.0%)であった。一般精神科医療機関から依存症専門医療機関へと転医する契機とな

った出来事は、「精神科主治医の意見」(41.1%)が最も多く、次いで「他の医療関係者もしくは援助者の意見」(24.7%)、「家族・友人・知人の意見」(17.8%)、「本人の自覚」(12.3%)という順であった。なお、依存症専門医療機関への転医にあたって、前医からの診療情報の提供が得られた者は、73名中51名(69.9%)であった。

また、鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害発症前に一般精神科医療機関で治療開始した当初の状態像をDSM-IV-TR診断カテゴリーにあてはめると、「物質関連障害」(43.8%)が突出して高率という結果であった。次いで「気分障害」(27.4%)、「不安障害」(20.5%)、「パーソナリティ障害」(16.4%)という順であった。

表5に、鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害発症の契機となった精神科医療の詳細を示す。当該一般精神科医療機関における平均的な診察時間としては、「5分以上30分未満」(67.1%)が最も多く、次いで「5分未満」(31.5%)であり、「30分以上」(1.4%)という者はきわめて低率であった。通院間隔としては、「隔週1回」(43.8%)が最も多く、次いで「月1回」(27.4%)、「週1回」(15.1%)と続いた。当該一般精神科医療機関における処方内容の問題点としては、「依存の危険がある治療薬の処方」(71.2%)、「薬を貯めている可能性を顧慮せずに漫然と処方続ける」(68.5%)の二つの多さが際立っていた。続いて、「多剤併用療法」と「大量療法」(いずれも47.9%)、「診察なしの処方(通称「薬のみ外来」)」(43.8%)という結果であった。

鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害発症前に治療を受けていた一般精神科医療機関において、処方薬の依存性に関する指導・説明を受けていた者は、73名中24名(32.9%)でしかなかった。また、一般精神科において処方薬量が増えた要因として最も大きなものは、「患者自身の要求」(79.5%)であり、それから大きく離れて「医療者側の判断」(15.1%)であった。さらに、一般精神科での治療開始から使用障害の事例化までの期間としては、「3年以上」

(39.7%)が最も多く、次いで「1年未満」(32.9%)、「1年以上3年未満」(26.0%)という結果であった。

D. 考察

我々の知るかぎり、本調査はBZ使用障害患者の症候と臨床的特徴を系統的に検討したわが国数少ない研究のなかの一つであり、BZ使用障害の発症促進的な一般精神科医療のあり方を検討したという点では、国内最初の研究といえるであろう。

以下に、BZ使用障害の症候と患者の臨床的特徴、ならびにBZ使用障害を引き起こす精神科医療の特徴という二つの観点から考察を行いたい。

1. BZ使用障害患者の臨床的特徴

本調査から得られた知見をもとに、BZ使用障害患者の臨床的特徴について以下に整理しておきたい。

1) 使用障害自体よりも誘発性障害による心理社会的・医学的トラブルが高率

BZ使用障害患者の多くが、強烈な渴望、およびそれにもとづく薬物探索行動、ならびに使用コントロール障害という二つの依存症候を呈しており、その一方で、耐性獲得や離脱といった身体依存症候を呈した者は比較的少なかった。このことは、BZ誘発性障害の診断カテゴリーやBZ使用障害に随伴する問題行動にも反映されていた。すなわち、BZ誘発性障害では、離脱や離脱せん妄といった身体的依存の成立を前提とする症状よりも、中毒や健忘性障害といったBZ過量摂取による酩酊がもたらす症状の発現率の方がはるかに高かった。また、BZ乱用による問題行動においても、複数の医療機関からの重複処方を受けたり、医療者に対して執拗かつ粗暴な処方要求といった、規定に薬物探索行動の存在が推測される行動以上に、健忘による社会的トラブルや過量服薬による救急医療機関への搬送を経験している者が多く認められた。

以上の特徴は、本調査におけるBZ使用障害の約3割が、使用障害の下位カテゴリーとして「乱用」の診断に相当する病態であることが関係していると

推測される。このことは決して、BZ は依存水準に達する者が少ないということの意味するわけではない。現実には、本調査の対象者でも離脱や離脱せん妄を呈する患者は少なくない。むしろ BZ 使用障害は、たとえ依存水準に達しない場合でも、健忘がもたらす社会的トラブルや過量摂取に伴う医学的弊害などの問題を引き起こし、治療の対象となりえると理解すべきであろう。

2) 「苦痛の緩和」のために使用を開始し、比較的短期間で乱用を呈する傾向がある

BZ 使用障害患者の多くが、不安や緊張感の緩和、不眠の解消、嫌なことを忘れるといった、いわば「苦痛の緩和」を求めて薬剤を乱用していることが明らかにされた。すでに我々は、覚せい剤関連障害患者の場合には、「好奇心から」「仲間から勧められて」という快感に対する新奇希求的動機、もしくは反社会的集団内の圧力から薬物使用に至った者が多いのに対し、鎮静剤・催眠剤・抗不安薬関連障害患者の場合には、不眠、不安、抑うつ気分といった苦痛を緩和する目的から薬物使用に至る者が多いことを報告しているが（松本ら、2011）、今回の調査結果もこのことを支持するものであった。

本調査では、BZ 使用障害患者の 88.5% は、精神科医療機関において「処方を受ける」ことで乱用薬物を入手していた。この数値は、我々が 2010 年に全国の有床精神科医療施設を対象とした実態調査（松本ら、2011）で明らかになった結果（75%）よりもさらに高い数値である。今回このような高い数値となった理由としては、我々の先行研究では、調査対象施設として一般精神科医療機関も含まれていたのに対し、今回は依存症専門医療機関に限定して実施したことが関係しているのかもしれない。ただ、両者の数値に多少の相違はあるにしても、BZ 使用障害患者の大半がその乱用薬物を精神科医療機関から入手しているという点では、全く共通した結果を示しているといえるであろう。

このことは、必ずしも精神科医が乱用者にだまされ、利用されていることとは同義ではなく、むしろ

治療のために処方した薬剤が、結果的な主治医の意に反して不本意な使われ方をしていると捉えるべきかもしれない。というのも、後述するように BZ 使用障害患者のほぼ全員近くが何らかの精神障害を併存しており、しかもその 8 割以上は、BZ 使用障害の発症以前に併存精神障害に罹患しているからである。したがって、BZ 使用開始以前より、何らかの心的苦痛を体験し、そうした苦痛の解決のために精神科医療を受けるなかで BZ 使用障害が続発したと考えるべきであろう。

BZ 使用障害患者のさらに注目すべき特徴は、BZ 使用障害では初使用から乱用を呈するまでの進行が早いということである。事実、本調査では、BZ 使用障害患者の約半数が初使用から 1 年未満で乱用状態を呈しており、治療開始からまもない段階で乱用状態を呈していた可能性がある。こうした進行プロセスの早さが、BZ の薬理学的プロフィールによるものなのか、あるいは、個体側の脆弱性によるものなのかについては、今後、詳細な検討が必要であろう。

3) BZ 使用障害患者は複雑で精神医学的問題を抱えている

本調査では、BZ 使用障害患者の 95.4% に、物質関連障害以外の精神障害の併存が認められることが明らかになった。なかでも不安障害の併存率が最も高く、BZ の薬理作用や治療標的となっている症状を考えれば、治療薬として投与されることが使用障害の発症の契機となった可能性がある。次いで気分障害、パーソナリティ障害の併存が高率であった。なお、前述したように、併存精神障害を持つ BZ 使用障害患者の 83.1% は、BZ 使用障害発症に先だつて他の精神障害に罹患していた。

また、BZ 使用障害患者の 6 割弱に他の物質関連障害を併存しており、BZ の他にも、抗精神病薬や抗うつ薬といった、必ずしも依存性が明らかとはいえない精神科治療薬の乱用をする者も少なくなかった。さらに、BZ 使用障害患者の 72.4% に自傷・自殺行動の既往が認められた。自傷・自殺行動の手段・

方法としては、医薬品（おそらくは BZ）の過量摂取が最も多く、BZ 使用障害に不随する問題行動と一致していたが、他方で、縊首のように致死性の高い方法を用いている者もいたことは注意する必要がある。Harris と Barraclough (1997) による様々な精神障害を抱える者の転帰調査のメタ分析によれば、様々な物質関連障害に罹患する患者のなかで、主たる乱用物質ごとに標準化自殺死亡率を比較した場合、最も標準化自殺死亡率が高いのは、オピエート関連障害患者でもアルコール関連障害患者でもなく、BZ などの鎮静剤の関連障害患者であった。我々の先行研究（松本ら、2010）においても、鎮静剤使用障害患者、覚せい剤使用障害患者、アルコール使用障害患者とのあいだで、M.I.N.I.における「自殺の危険」セクションの得点が最も高かったのは、鎮静剤使用障害患者であった。

以上のことをまとめると、BZ 使用障害患者の特徴は、複数物質の乱用が認められ、物質関連障害以外の精神障害の併存も認められるなど、複雑な病態を呈していると考えられる。また、併存精神障害が存在する患者が多いことから、乱用リスクの高さを承知のうえで精神科薬物療法を実施すべき症例は多いと推測される。その意味では、従来のような単に「断酒、断薬」を目標にした依存症治療理念にはそぐわない面があり、BZ 使用障害に特化した治療論の構築が求められるといえるであろう。

2. BZ 使用障害促進的な一般精神科医療の特徴

1) 診察時間や診察頻度よりも処方あり方に問題がある

本調査では、BZ 使用障害患者の 84.0%が、以前に通院していた一般精神科治療の経過中に BZ 使用障害を発症していた。このことは、その医療内容に何らかの発症促進的な要因が存在した可能性を示唆する。

BZ 使用障害患者がかつて受けていた一般精神科医療機関における治療を、診察時間や診察頻度という観点で検討してみると、その内容は意外にも常識的なものであった。なるほど、平均的な診察時間が

30 分を超えるような十分な時間をかけられていた者は少なく、それどころか患者の 3 割あまりは 5 分未満というごく短時間の診察しか受けていなかったが、それでも、対象の 67.1%は 5 分以上 30 分未満という精神科再診としては平均的な時間をかけられていたのは事実である。同様に、通院頻度についても、対象者の約 86%は週 1 回～月 1 回という常識的な範囲内の間隔で通院していた。こうした診察時間や診察頻度が、果たして BZ 使用障害患者の複雑な病態の治療に真に適切なのかどうかはさておき、現行の診療報酬制度下における精神科医療サービスとしてはごく常識的な内容と考えるべきであろう。

しかし、調査結果が示唆したのは、診察時間や診察頻度の問題ではなく、治療薬の処方あり方に問題がある可能性であった。BZ 使用障害患者の 71.2%が短時間作用型などの依存性が高いとされている薬剤や BZ 乱用者のあいだでブランド化されている薬剤を処方され、68.5%は、薬剤を貯めている可能性を顧慮せずに繰り返しフライング処方を受けていた。また、47.9%の者は、多剤併用療法や大量療法を受け、43.8%は、主治医の診察を受けずに薬剤のみの処方を受けることを繰り返していた。

なお、調査結果から、患者の 8 割近くは、自らが主治医に強く要求することで処方される薬剤の量を増やしていったことが推測されるが、その一方で、主治医の方から処方される薬剤の依存性に関して指導や説明を受けたと回答した BZ 使用障害患者はわずかに 32.9%であった。このことは、処方する医師の側に BZ の依存性に関して十分な認識がなかった可能性を示唆している。

2) 主治医は BZ 使用障害を看過している可能性が高い

BZ 使用障害の発症に関与したと考えられる一般性精神科医療機関の担当医は、患者の BZ 使用障害を看過している、あるいは、最終的に気づいたとしてもかなり時間的な遅延がある可能性がある。本調査では、一般精神科で精神科薬物療法が開始されてから BZ 使用障害が事例化して主治医が気づくまで

に要した期間は、1 年未満が 32.9%にとどまり、3 年以上が 39.7%であった。すでに述べたように、実際には患者の 49.4%は、BZ 初使用から 1 年未満で乱用状態を呈していることを考えれば、この結果が示唆しているのは、BZ 乱用の進行プロセスに比べ、主治医の問題認識はどうしても遅れがちである、ということであろう。

しかし、たとえ主治医が気づいていなくとも、患者自身や周囲の者は問題に気づいている場合もあるように思われる。本調査では、依存症専門医療機関への転医の契機となった出来事として最も多かったのは、一般精神科医療機関の担当医であった。しかし注目すべきなのは、その割合は 41.1%と必ずしも大多数を占めには至らず、他の医療関係者や援助者の意見 (24.7%)、家族・友人・知人の意見 (17.8%)、本人の自覚 (12.3%) といった出来事を契機として転医した者も相当数存在したという点である。さらに、3 割程度の者は、前医である一般精神科医からの診療情報提供書もなく、依存症専門医療機関へと受診していた。このことは、主治医が患者に関して情報が不足している状況に置かれており、自分が処方した薬剤が患者の生活にどのような影響を与えているのかに関する客観的な立場からのフィードバックが得られていない可能性を示唆するだけでなく、主治医との信頼関係も十分に構築されていなかった可能性を疑わせる結果といえるかもしれない。

3. BZ 使用障害の誘発を予防するための注意点

本調査では、一般精神科医療機関における治療過程で BZ 使用障害を発症した者が、一般精神科にて治療開始した当初の状態像についても調べている。その結果、その当時の状態像を反映する DSM-IV-TR の診断カテゴリーとして最も多かったのは、物質関連障害 (43.8%) であった。このことは、この一群の患者のなかには一定の割合で、BZ 使用障害発症以前からすでにアルコール・薬物の関連障害を有する者が存在していたことを意味する。逆にいえば、過去に何らかの物質関連障害の挿話が認められた患者は、BZ 使用障害発症に対する脆弱な一群で

あるといえるかもしれない。

ここまでの一連の調査結果を踏まえると、一般精神科診療のなかで BZ 使用障害の発症を予防するための方策として、多剤併用療法や大量療法、あるいは診察なしの処方をしていないといった常識的な注意点の他に、次のような注意点を提言することができようと思われる。すなわち、薬物療法の実施に先立って、患者の現在および過去の物質関連障害の挿話を十分に評価すること、そして、物質関連障害の挿話を持つ患者に対して薬物療法を導入する際には、特に治療開始 1 年以内には乱用の可能性に注意し、フライング処方や重複処方に対する十分な目配りをし、短時間作用型 BZ 系薬剤や乱用者間でブランド化されている、依存リスクの高い薬剤は極力処方しないようにすることである。

なお、精神科医自身も BZ の依存性について十分自覚するとともに、BZ を処方する際にはあらかじめ患者に依存性に関する説明、適切な服用に関する指導を行うべきなのはいうまでもない。

4. 限界

本調査にはいくつかの限界がある。第 1 に、対象の代表性に関する問題である。本調査を実施した依存症専門医療機関は、首都圏では代表的な施設であり、薬物依存治療に関する医療的資源がきわめて乏しいわが国の現状を考えると、首都圏エリアの BZ 使用障害患者の相当な割合をカバーしていると推測される。しかし、本調査の知見はあくまでも首都圏に限定されたものであり、わが国全体における知見としてただちに一般化できるわけではない。また、依存症専門医療機関ということで、BZ 使用障害のなかでも「依存」に該当する患者は十分にカバーできていると考えられるものの、他方で、挿話性に過量服薬を呈するような「乱用」に該当する患者については必ずしもカバーできているとはいえない可能性がある。今後、救命医療機関に過量服薬などで搬送される BZ 使用障害患者に対しても同様の調査を行う必要がある。

第 2 に、本調査で用いた過去に通院していた一般

精神科医療機関通院時の治療内容や状態像に関する情報収集は、すでに依存症専門医療機関に通院している患者の想起によっている部分が大きいことから、想起バイアスの混入を否定できない。第3に、本調査は対照群を設定せずに、BZ 使用障害患者から得られた情報だけにもとづいて、一般精神科医療機関における治療内容の検討を行っている。したがって、得られた知見は、BZ 使用障害に罹患した患者に特有のものではなく、今日のわが国の精神科医療の特徴をそのまま反映している可能性もある。今後は、適切な対照群を設定し、精神科治療過程における BZ 使用障害発症の危険因子を同定する検討が求められる。

E. 結論

本研究では、鎮静剤・催眠剤・抗不安薬（特に benzodiazepine 系薬剤）使用障害患者の臨床的特徴、ならびに、使用障害を引き起こしやすい精神科医療の特徴を明らかにすることを目的として、2011 年 12 月の 1 ヶ月間に首都圏の 4 つの薬物依存症専門医療機関外来に受診した BZ 系薬剤（benzodiazepine 系、ならびにその近縁の thienodiazepine 系および cyclopyrrolone 系薬剤）の使用障害患者 87 名に対する調査を行った。

その結果、BZ 使用障害患者の 95.4%に、物質関連障害以外の精神障害の併存が認められ、そのうちの 83.1%は、BZ 使用障害発症に先だって他の精神障害に罹患していたことが明らかにされた。また、患者の 84.0%が、前医である一般精神科治療の経過中に BZ 使用障害を発症しており、前医にて治療を開始した当初の状態像としては、物質関連障害（43.8%）が最も高率であった。前医において提供されていた診察時間や通院頻度は、ごく平均的なものであったが、前医の処方には様々な問題があることが明らかにされた。

以上により、一般精神科診療のなかで BZ 使用障害の発症を予防するためには、とりわけ物質関連障害の挿話を持つ患者に対しては、BZ 乱用へと至ら

ないように細心の配慮をするとともに、依存リスクの高い薬剤の処方を極力避ける努力が必要と考えられた。また、多剤併用療法や大量療法、あるいは診察なしの処方をしないことはもとより、BZ を処方する際にはあらかじめ患者に依存性に関する説明、適切な服用に関する指導を行うべきであると思われる。

F. 文献

- Griffiths, R.R., Weerts, E.M. (1997) Benzodiazepine self-administration in humans and laboratory animals-implications for long-term use and abuse, *Psychopharmacology*, 134: 11-37.
- Harris, E.C. and Barraclough, B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, 170: 205-228.
- 廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎, ほか (2010) 死亡前に精神科治療を受けていた自殺既遂者の心理社会的特徴: 心理学的剖検による調査. *日本社会精神医学会雑誌*, 18: 341-351.
- Lader, M., Petursson, H. (1981) Benzodiazepine derivatives, side effect and dangers. *Biol. Psychiatry*, 16: 1195-1201.
- 松本俊彦, 松下幸生, 奥平謙一, ほか (2010) 物質使用障害患者における乱用物質による自殺リスクの比較—アルコール、アンフェタミン類、鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害患者の検討から—。 *日本アルコール・薬物医学会誌* 45 (6): 530-542.
- 松本俊彦, 尾崎 茂, 小林桜児, ほか (2011) わが国における最近の鎮静剤（主としてベンゾジアゼピン系薬剤）関連障害の実態と臨床的特徴——覚せい剤関連障害との比較——。 *精神神経学雑誌* 113 (12): 1184-1198.
- 村崎光邦 (2003) わが国における向精神薬の現状と展望—21 世紀をめざして—。 *臨床精神薬理*, 4: 3-27, 2001.
- 大倉隆介, 見野耕一, 小縣正明 (2008) 精神科病床を

持たない二次救急医療施設の救急外来における向精神薬過量服用患者の臨床的検討. 日本救急医学会誌, 19: 901-913, 2008.

武井 明, 目良和彦, 宮崎健祐, ほか (2007) 総合病院救急外来を受診した過量服薬患者の臨床的検討. 総合病院精神医学, 19: 211-219, 2007.

田島 治 (2001) ベンゾジアゼピン系薬物の処方 を再考する. 臨床精神医学, 30: 1065-1069.

Paris, J. (2010) Chapter 6 Antidepressants. In Paris, J. The use and misuse of psychiatric drugs. An evidence-based critique. pp.85-108, Chichester.

Tennant, F.S. Jr., Pumphrey, E.A. (1984) Benzodiazepine dependence of several years duration: clinical profile and therapeutic benefits. NIDA Res Monogr., 55: 211-216.

The Royal College of Psychiatrists (1997) CR59. Benzodiazepines: risks, benefits and dependence. A re-evaluation. Council Report CR59 January 1997. Royal College of Psychiatrists, London.

Woody, G.E., O'Brien, C.P., Greenstein, R. (1975) Misuse and abuse of diazepam: an increasingly common medical problem. Int. J. Addict., 10: 843-848.

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 松本俊彦, 尾崎 茂, 小林桜児, 和田 清: わが国における最近の鎮静剤 (主としてベンゾジアゼピン系薬剤) 関連障害の実態と臨床的特徴——覚せい剤関連障害との比較——. 精神神経学雑誌 113 (12): 1184-1198, 2011.
- 2) 松本俊彦: 物質依存の強迫性・衝動性—渴望に対する薬物療法—. 臨床精神薬理 14: 607-614, 2011.
- 3) 松本俊彦: アルコール依存症と嗜癖概念: DSM-5 ドラフトを受けて. 日本精神科病院協会雑誌 30 (4): 298-305, 2011.

4) 松本俊彦: 嗜癖問題と自傷・自殺. アディクションと家族 27 (4): 297-301, 2011.

5) 尾崎 茂, 小林桜児, 松本俊彦, 和田 清: 医療施設からみた最近の特徴. 日本社会精神医学会雑誌 20(4): 399-406, 2011.

6) 松本俊彦: 依存・嗜癖における強迫性・衝動性と薬物療法. 精神神経学雑誌 1133 (10): 999-1007, 2011.

7) 松本俊彦: 12 社会心理的疾患. 薬物乱用. 五十嵐 隆編 小児科診療ガイドライン—最新の診療指針— [第2版], 514-518, 総合医学社, 東京, 2011

8) 松本俊彦: V. 薬物依存 4. 心理社会的治療. 福居顯二編 専門医のための精神科臨床リュミエール 26. 依存症・衝動制御障害の治療, pp132-142, 中山書店, 東京, 2011

2. 学会発表

- 1) 松本俊彦: アルコール・薬物問題と自殺予防. 3 学会合同市民公開講座「アルコール・薬物依存と自殺防止」, 平成 23 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2011. 10. 15, 名古屋
- 2) 松本俊彦: 依存・嗜癖における強迫性・衝動性と薬物療法. シンポジウム 29 強迫スペクトラム障害の可能性と治療～DSM-5 の動向と薬物療法を中心に～. 第 107 回日本精神神経学会学術総会, 2011. 10. 27, 東京
- 3) 小林桜児, 松本俊彦, 今岡岳史, 和田 清: 物質使用障害と統合失調症における解離の併存. 平成 23 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2011. 10. 13, 名古屋
- 4) 嶋根卓也, 松本俊彦, 和田 清: 薬局薬剤師を情報源とする向精神薬の乱用・依存の実態把握に関する研究. 平成 23 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2011. 10. 15, 名古屋
- 5) 松本俊彦, 嶋根卓也, 尾崎 茂, 小林桜児,

和田 清: 乱用・依存の危険性の高いベンゾ
ジアゼピン系薬剤同定の試み: 文献的対照群
を用いた予備的研究. 平成 23 年度アルコー
ル・薬物依存関連学会合同学術総会, 2011. 10.

15, 名古屋

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

表1: 鎮静剤・催眠剤・抗不安薬関連障害の概要

調査項目	該当症例数 (N=87)	百分率	
鎮静剤・催眠剤・抗不安薬に関する物質使用障害の診断	乱用	27	31.0%
	依存	60	69.0%
調査実施施設治療開始時に見られた鎮静剤・催眠剤・抗不安薬に関する物質誘発性障害の診断(複数回答)	中毒	55	63.2%
	離脱	31	35.6%
	中毒性せん妄	30	34.5%
	離脱せん妄	5	5.7%
	持続性認知症	1	1.1%
	健忘性障害	36	41.4%
	精神病性障害	3	3.4%
	気分障害	12	13.8%
	不安障害	17	19.5%
	性機能障害	1	1.1%
	睡眠障害	14	16.1%
乱用が認められたBZ以外の鎮静剤・催眠剤・抗不安薬、ならびに他の精神科治療薬(複数回答)	バルビツレート系薬剤(含有合剤を含む)	24	27.6%
	プロムフレリル尿素系薬剤	4	4.6%
	抗うつ薬	16	18.4%
	抗精神病薬	25	28.7%
	気分安定化薬	1	1.1%
	精神刺激薬(メチルフェニデートなど)	10	11.5%
	その他	3	3.4%
初使用から乱用を呈するまでの期間	1年未満	43	49.4%
	1年以上3年未満	21	24.1%
	3年以上	23	26.4%
入手経路(複数回答)	精神科医療機関からの処方	77	88.5%
	一般科医療機関からの処方	18	20.7%
	医療機関からの不正入手	0	0.0%
	薬局より購入(処方せんによらない入手)	4	4.6%
	密売人より入手	2	2.3%
	家族の治療薬を流用	4	4.6%
	恋人・内縁関係者より入手	2	2.3%
	友人・知人より入手	8	9.2%
その他	4	4.6%	

BZ, benzodiazepine

表2: 鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害の症候、ならびに他の物質関連障害に関する情報

調査項目	該当症例数(N=87)	百分率	
乱用によって得られる、もしくは期待する効果(複数回答)	不眠が解消される	50	57.5%
	不安や緊張感が緩和される	51	58.6%
	気分の落ち込みが改善される	31	35.6%
	嫌なことを忘れられる	50	57.5%
	意欲が出る	11	12.6%
	その他	10	11.5%
最も病状が深刻な時期に認められた依存症候(複数回答)	耐性獲得	36	41.4%
	強烈な渴望、薬物探索行動	65	74.7%
	使用コントロール喪失	67	77.0%
	離脱症状(振戦やけいれん)	23	26.4%
鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害に関連する問題行動(複数回答)	医療者への執拗な処方要求、恫喝、脅迫、粗暴行為を伴う処方要求	29	33.3%
	健忘を伴う行動による社会的トラブル	55	63.2%
	交通事故や転倒による救急医療機関への搬送	22	25.3%
	過量服薬による救急医療機関への搬送	45	51.7%
	複数の医療機関からの重複処方	35	40.2%
	インターネットや密売人からの不正な入手	13	14.9%
他の物質関連障害の併存	処方せん偽造や薬局強盗などの犯罪行為	5	5.7%
	併存あり	50	57.5%
他の物質関連障害の主たる原因薬物(複数回答)	アルコール	13	14.9%
	覚せい剤	23	26.4%
	吸入剤	3	3.4%
	大麻	1	1.1%
	複数物質	3	3.4%
	その他	8	9.2%

表3: 物質関連障害以外の併存精神障害の概要、ならびに自傷・自殺の生涯経験率

調査項目		該当症例数 (N=87)	百分率
物質関連障害以外の精神障害の併存	他の精神障害併存あり	83	95.4%
併存精神障害と鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害の継時的関係	併存精神障害が先に発症	69	83.1%
	両障害が同時に発症	7	8.4%
	向精神薬使用障害が先に発症	7	8.4%
併存精神障害の内容(複数回答)	通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害	8	9.6%
	せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害	0	0.0%
	一般身体疾患による精神疾患	1	1.1%
	統合失調症および他の精神病性障害	17	19.5%
	気分障害	23	26.4%
	不安障害	31	37.3%
	身体表現性障害	3	3.6%
	虚偽性障害	1	1.1%
	解離性障害	8	9.2%
	性障害および性同一性障害	1	1.1%
	摂食障害	11	12.6%
	睡眠障害	3	3.4%
	他のどこにも分類されない衝動制御の障害	2	2.3%
	適応障害	8	9.2%
パーソナリティ障害	19	21.8%	
自傷・自殺の生涯経験	自傷・自殺の既往あり	63	72.4%
自傷・自殺の手段・方法(複数回答)	四肢に対する自己切傷	33	37.9%
	体幹・頸部に対する自己切傷	7	8.0%
	劇毒物の摂取	3	3.4%
	医薬品などの過量摂取	57	65.5%
	縊首	19	21.8%
	高所からの飛び降り	9	10.3%
	鉄道・自動車への飛び込み	7	8.0%
	溺水	2	3.2%
その他	4	4.6%	

表4: 鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害発症の契機となった精神科医療の特徴と治療開始時の状態像

調査項目	該当症例数(N=87)	百分率	
精神科治療経過中のBZ使用障害発症	73	84.0%	
	該当症例数(N=73)		
鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害を呈した精神科医療の形態	精神科診療所	44	60.3%
	単科精神科病院	19	26.0%
	総合病院精神科	7	9.6%
	大学病院精神科	2	2.7%
	その他	1	1.4%
依存症専門医療機関への転医の契機となった出来事	精神科主治医の意見	30	41.1%
	他の医療関係者もしくは援助者の意見	18	24.7%
	家族・友人・知人の意見	13	17.8%
	本人の自覚	9	12.3%
	その他	3	4.1%
前医からの診療情報提供書	あり	51	69.9%
一般精神科医療機関にて治療開始時の状態像(複数回答)	通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害	6	8.2%
	せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害	0	0.0%
	一般身体疾患による精神疾患	0	0.0%
	物質関連障害	32	43.8%
	統合失調症および他の精神病性障害	8	11.0%
	気分障害	20	27.4%
	不安障害	15	20.5%
	身体表現性障害	4	5.5%
	虚偽性障害	0	0.0%
	解離性障害	3	4.1%
	性障害および性同一性障害	0	0.0%
	摂食障害	5	6.8%
	睡眠障害	7	9.6%
	他のどこにも分類されない衝動制御の障害	2	2.7%
	適応障害	6	8.2%
	パーソナリティ障害	12	16.4%

表5: 鎮静剤・催眠剤・抗不安薬使用障害発症の契機となった精神科医療の詳細

調査項目		該当症例数 (N=73)	百分率
診察時間	5分未満	23	31.5%
	5分以上30分未満	49	67.1%
	30分以上	1	1.4%
通院間隔	週1回	11	15.1%
	隔週1回	32	43.8%
	月1回	20	27.4%
	隔月1回	0	0.0%
	3ヶ月に1回	3	4.1%
	半年の1回	0	0.0%
	上記カテゴリーでは説明できない、不規則もしくは断続的な通院	7	9.6%
	当該患者の使用障害発症に影響したと考えられる、一般精神科における処方内容の問題点(複数回答)	薬を貯めている可能性を顧慮せずに漫然と処方続ける	50
多剤併用療法		35	47.9%
大量療法		35	47.9%
長期処方		21	28.8%
倍量処方		8	11.0%
依存の危険がある治療薬の処方		52	71.2%
頓用薬の多用		22	25.3%
診察なしの処方(通称「薬のみ外来」)		32	43.8%
一般精神科における処方薬の依存性に関する指導・説明の有無		24	32.9%
一般精神科において処方薬量が増えた要因(最も大きな要因と思われるものを1つだけ選択)	患者自身の要求	58	79.5%
	家族からの要求	1	1.4%
	医療者側の判断	11	15.1%
	その他	3	4.1%
一般精神科での薬物療法が開始されてから使用障害の事例化までに要した期間	1年未満	24	32.9%
	1年以上3年未満	19	26.0%
	3年以上	29	39.7%
	不明	1	1.4%

