

## 《Ⅳ. もっと詳しく知りたい方に、おすすめの本や記事のリスト》

『中高生のためのメンタル系サバイバルガイド』

松本俊彦編、こころの科学

『自傷行為の理解と援助 「故意に自分の健康を害する」若者たち』

松本俊彦、日本評論社

『彼女たちはなぜ万引きがやめられないのか？窃盗癖という病』

竹村道夫、飛鳥新社

『万引き、という病 止められず10年 有罪判決受け 入院して治療』

井田香奈子、2013.1.8.（火）付朝日新聞社会面記事“ルポルタージュ現代”

『窃盗癖(Kleptomania)』

<http://www2.wind.ne.jp/Akagi-kohgen-HP/Kleptomania.htm>（赤城高原ホスピタルホームページ）

『“どうしても「あれ」がやめられないあなたへー衝動性障害という病”』

ジョン・ブランド&サック・キム著（加藤洋子訳）、文藝春秋社

『睡眠障害の対応と治療ガイドライン』

内山真、じほう

『脳に効く「睡眠学」』

宮崎総一郎、角川SSC新書、2010

平成 25 年 3 月  
重複障害対応ガイドライン作成委員会作成

樋口 進（久里浜医療センター）  
青山 久美（神奈川県立せりがや病院）  
朝倉 新（新泉こころのクリニック）  
奥平 富貴子（東北会病院）  
桑田 美子（久里浜医療センター）  
長 徹二（三重県立こころの医療センター）  
成瀬 暢也（埼玉県立精神医療センター）  
真栄里 仁（久里浜医療センター）  
村山 昌暢（赤城高原ホスピタル）  
森田 展彰（筑波大学）

このガイドラインは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（主任研究者 宮岡等）」での分担研究「アルコール・薬物依存症と他の重複障害の実態把握と治療モデルの構築に関する研究」の一環として作成された。

# [付属资料 2]

## (付録) 過剰なインターネットの利用が精神科上の介入対象となる要件の検討

### インターネット依存が病気になる日 (治療対象を統計的に決める条件と手順)

#### ・ リスクと介入

ある状態が病気であるか否かを統計的な手法で決定する手法は存在しない。病的な状態であるか否かは専門家の合議により裁量的に決められる（一見数量的な診断基準でもカットオフ値は裁量的に決められている）。一方、ある状態が病気につながるか否かは統計的な手法で推測することができ、「リスク（因子）」と呼ぶ。

リスクが身体や精神の状態である場合には、病気に再分類されることがある。たとえば、高めの血圧自体は有害事象ではないが、将来の有害事象（脳血管障害や心筋梗塞など。）のリスク因子であることが統計的に判明したため、「高血圧症」という病名がつけられ、治療の対象に組み込まれた。一方、貧困や低い教育歴も有害事象（心筋梗塞や自殺など。）のリスクであることが統計的に分かっているが、社会経済状態（SES）のリスクは病名がつけられず、治療の対象とはならない（予防の対象にはなる）。

身体的・精神的なリスクとSESのリスクの間には、行動面のリスク（リスク行動）が位置する。問題飲酒や低い運動量はリスク行動の代表であり、将来の有害事象発生が統計的に証明されたものから順次介入の対象となる（一部には病名もつく）。ただ、窃盗症のように、将来の有害事象発生が必ずしも統計的に示されているわけではないが、行動自体が有害（反社会的）とされる場合には治療の対象とされることがある。

病気の定義を統計的に決めることはできないが、将来の有害事象につながる「リスク」は統計的に決定できる。リスクには病名がつけられることがある。

#### ・ リスクであることの必要条件

ある現象がリスクであることの必要条件は以下の3つである：(1) アウトカムとなる有害事象が存在する、(2) その現象が将来の有害なアウトカムの発生を増やす、(3) その現象と共存する別の因子の影響を取り除いても有害なアウトカムの増加が観測される。

条件(1)は、有害事象の特定がキーとなる。研究課題であるインターネット依存について言えば、それ自体は有害事象ではないので、インターネット依存が引き起こす有害事象とは何かを特定しておく必要がある（例：「衝動性が高まる」など）。

条件(2)は、「将来の発生」（時間的前後関係）がキーポイントである。肥満は心筋梗塞のリスクとされるが、心筋梗塞患者に肥満の人が多くを（横断的調査で）示しても証明にならない。肥満の人はそうでない人に比べ、将来的に心筋梗塞を起こしやすいことを示さなければならない（この部分は、「相関と因果は異なる」という言葉に要約される）。条件(2)を満たすために、縦断調査（追跡調査）が必須となる。

条件(3)は交絡因子の調整を意味する。仮に、インターネット依存がうつ病の罹患を増やすことを証明したいとする。また、インターネット依存の人は「技術者が多い」「一人暮らしが多い」「睡

眠時間が短い」など、いくつかのリスク因子を同時に持つ傾向があると仮定する。この場合、職業や家族構成、睡眠時間などの交絡因子を調整してもなお、うつ病の発生を有意に増加させることを多変量解析で示す必要がある。なお、交絡因子を抽出する手法としては、対象疾患・状態（今回はインターネット依存）を有する人を対象とした横断的な調査や先行研究の整理、専門家の意見聴取がある。

ある事象をリスクと示すためには、アウトカムとしての有害事象を定め、その有害事象の発生が、交絡因子を調整しても有意に増加することを縦断調査により示す必要がある。

・インターネット依存は「病気」か

前段まで「リスク」を広い意味で用いたが、“危険な状態”を示す用語には、「ハザード」と「リスク」の2種類がある。ハザードは危害要因そのものを指し、(発生確率を無視して)ある危険が実際に発生した場合の重大性に着目する。たとえば、マンホールの穴に落ちると高い確率で死ぬので「マンホールの穴」は重大なハザードである。一方、リスクはハザードの大きさ×発生確率で表され、実質的な危険性を示す。街を歩いていてマンホールに落ちることは滅多にないので、「マンホール穴死」のリスクは極めて小さい。恐れるべきは、ハザードではなくリスクである(メディアではハザードが喧伝されがち)。

縦断調査と多変量解析により統計学的有意と出た“リスク”は、実はハザードである。統計学的有意性は、ある有害事象を起こしうるか否かという yes/no の問いには答えているが、そのハザードが実際にどれくらい危ないか(ハザードの大きさおよびリスク)には答えていない。実質的な危なさは、統計学的有意性(p値)ではなく、臨床的有意性(点推定値や信頼区間の幅)で判断される。インターネット依存により自殺が統計学的有意に増えることが示されたとしても、その増分が0.1%であれば、臨床的な意義は大きくない。別のリスク因子に医療資源を振り向けるべきであろう。統計学的有意はあくまでリスク証明の必要条件に過ぎないと言える。同時に臨床的な有意性を示すことが最重要であり、そのとき、インターネット依存はリスク行動として本格的な介入の対象となると考えられる。

統計学的有意性と臨床的有意性は異なる。統計学的有意性の証明は必要だが、臨床的有意性の存在によりインターネット依存はリスク因子として介入の必要性を帯びる。

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 24 年度分担研究報告書  
向精神薬乱用と依存（1）  
—救急医療機関調査—

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  
自殺予防総合対策センター 副センター長

研究要旨

【目的】三次救急医療機関に受診する過量服薬患者の臨床的特徴を明らかにするとともに、過量服薬という形での向精神薬乱用発症の背景にある、精神科における治療薬処方の問題点を明らかにする。

【方法】対象は、2012年9月～12月に北里大学病院救命救急センターに急性薬物中毒により入院した、精神科治療薬の過量服薬による成人患者20例を対象として、同救命救急センター精神科常勤医2名が、あらかじめ用意された調査票の項目について、面接および診療録にもとづいて情報収集した。

【結果】対象の半数は「自殺」を意図して過量服薬におよんでいたが、一方で、「不快感情の軽減」を意図した者も半数存在した。また、対象の半数近く（47.4%）は、周囲に気づかれない状況で過量服薬におよんでおり、過量服薬前にその実行を予告した者は21.1%、過量服薬後に他者に実行を報告した者は36.8%であった。今回の過量服薬エピソードに際して服用した薬剤としては、ベンゾジアゼピンおよびその近縁薬剤（75%）と抗うつ薬（65%）が突出して多く、やや離れて抗精神病薬（40%）が続いた。対象者における、DSM-IV-TRの向精神薬使用障害下位診断は、全例「乱用」に該当した。対象の95%が単一の精神科医療機関から入手しており、医療機関や薬局から不正な手続きで入手していた者、あるいは、密売人から入手していた者はひとりも認められなかった。また、75%に、救命救急センター入院時に気分障害の併存が認められた。自傷・自殺企図歴については、対象の85%に認められた。自傷・自殺に用いた手段としては、「医薬品の過量摂取」（60%）と「四肢に対する自己切傷」（50%）といった、致死性が比較的低いもの大半を占めた。

対象20例中、精神科治療の過程で過量服薬を呈するようになった者は18例（90%）であり、その18例の精神科初診時点での状態像は、「気分障害」（55.6%）が最も多く、次いで「不安障害」（5例, 27.8%）であった。精神科治療における処方の問題としては、「依存の危険がある治療薬の処方」が最も多く、55.6%に認められた。次いで、「多剤併用療法」（44.4%）、「薬を貯めている可能性を顧慮せずに漫然と処方続ける」（38.9%）などが続いた。なお、処方される向精神薬の増量に最も強い影響を与えた要因は、「医療者側の判断」が最も多く（88.9%）、また、今回の過量服薬による救命救急センター入院に際して、通院先の精神科より診療情報提供書が得られたのは、60.0%にとどまった。

【結論】過量服薬による救急搬送患者の大半は、気分障害や不安障害を主訴として精神科治療を受ける過程で過量服薬を呈するようになっており、過量服薬する薬剤を単一の精神科医療機関から入手していた。以上より、精神科医の知識向上や注意によって、過量服薬をある程度までは防ぎ得る可能性があるように思われた。また、精神科から救命救急センターへの診療情報提供率が高くなかったことから、救急医との意思疎通や連携体制を改善するために、精神科医には努力の余地があると考えられた。

#### 研究協力者

井出文子 北里大学病院救命救急センター研究員  
銘苺美世 北里大学病院救命救急センター病棟医  
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  
薬物依存研究部心理社会研究室長  
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  
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  
人間総合科学研究科准教授  
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

ところで、向精神薬乱用は、過量服薬による自殺企図として一般救急の現場でも問題となっており、そこでもしばしば救急医療スタッフから精神科治療の問題が指摘されている。事実、地域に精神科診療所が増えるにしたがって、救急搬送されてくる過量服薬患者数が増加したという報告もある(武井, 2007)。さらに注目すべきなのは、そうした患者の多くが、精神科で多剤・大量療法を受けており、なかでもベンゾジアゼピン系薬剤を処方されている患者でことに過量服薬が目立つという指摘もある(大倉ら, 2008)。

そこで本研究班の最終年度にあたる今年度、我々は、三次救急医療機関に受診する過量服薬患者の臨床的特徴を明らかにするとともに、過量服薬という形での向精神薬乱用発症の背景にある、精神科における治療薬処方の問題点を明らかにすることとした。

#### A. 研究目的

いまや薬物依存臨床の現場では、向精神薬(抗不安薬・睡眠導入薬)は、覚せい剤に次ぐわが国第2位の乱用薬物となっている(松本ら, 2011)。昨年度、本研究班で実施した調査では、向精神薬使用障害患者の88%が精神科医療機関から乱用薬物を入手しており、84%が一般精神科医療機関において治療過程で向精神薬使用障害を発症しており、なかでも精神科における処方のあり方に問題があることが明らかにされた(松本ら, 2013)。こうした知見は、向精神薬乱用問題がわが国の精神科治療のあり方と密接に関連している可能性を示唆する。

#### B. 研究方法

対象は、2012年9月～12月に北里大学病院救命救急センターに急性薬物中毒により入院したすべての成人外来患者のうち、(1) DSM-IV-TRにおける「鎮静剤・催眠剤・抗不安薬の使用障害」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、(3) 本研究への協力に本人からの同意を得られた者である。

情報収集の方法は、同救命救急センターに常駐する精神科常勤医2名が、面接および診療録、診療情報提供書にもとづいて総合的に判断し、あらかじめ用意された調査票の項目に回答する方式を採用した。

調査票の項目は以下の内容から構成されていた(巻末資料参照)。(1) 今回の入院の理由となった過量服薬の様態(行為の意図や実施の状況、服用した薬剤の内容、過量服薬の結果として生じた医学的障害の重症度など)、(2) 患者の臨床的特徴(入院時における精神医学的診断、乱用する向精神薬の入手方法、自傷・自殺の既往歴など)、(3) 過量服薬の背景にある精神科治療の特徴(精神科治療開始時の精神医学的診断、精神科での処方の問題点など)。

得られた情報は、項目ごとに単純統計を提示した。

(倫理的配慮)

本研究は、分担研究者の所属施設である国立精神・神経医療研究センター倫理委員会、ならびに、調査実施施設である北里大学倫理委委員会の承認を得て実施された。

## C. 研究結果

調査対象期間に同救命救急センターに入院した、急性薬物中毒の患者は 63 例いた。このうち、成人であり、DSM-IV-TR における「鎮静剤・催眠剤・抗不安薬の使用障害」の診断基準を満たす者(=向精神薬の過量服薬患者)は 39 例であった。さらに、この 39 例中、精神症状や医療的状況などの点で本研究への協力できる状態にあり、しかも同意が得られた者 20 例であった。この 20 例(男性 3 例、女性 17 例: 平均年齢 [標準偏差], 39.2 [9.2] 歳)が、本研究における最終的な対象者となった。

表 1 は、対象における過量服薬の様態に関する集計結果を示したものである。まず、過量服薬の意図に関して複数選択で質問した結果、対象の半数(10 例, 50%)に「自殺」が認められた一方で、「不快感情の軽減」を意図した者も半数(10 例, 50%)存在した。次いで、「眠るため」が 2 例(10%)、「自分を罰するため」、「他者を罰するため」、「他者に助けを求めるため」、「他者に自分のつらさをわからせるため」、「他者の愛情を確認するため」、

「その他」が、いずれも 1 例(5%)であった。なお、自殺の意図が認められた者のうち、今回の行為に関して計画性・準備性が認められた者、ならびに致死性の予測が認められた者は、いずれも 2 名(自殺意図のあった者の 20%)であった。

対象の半数近く(9 名, 47.4%)は、周囲に気づかれない状況で過量服薬におよんでおり、過量服薬前にその実行を予告した者は 4 例(21.1%)、過量服薬後に他者に実行を報告した者は 7 例(36.8%)であった。また、今回の過量服薬エピソードに際して服用した薬剤としては、ベンゾジアゼピンおよびその近縁薬剤(15 例, 75%)と抗うつ薬(13 例, 65%)が突出して多く、やや離れて抗精神病薬(8 例, 40%)が続いた。なお、4 例(20%)にアルコールの併用が認められた。

さらに、対象のなかで、過量服薬により誤嚥性肺炎や低体温を呈した者はおらず、気管挿管・人工呼吸管理や血液浄化などの治療を受けた者もいなかった。ただし、3 日間以上の入院治療を要した者は 8 名(42.1%)いた。集中治療室入室患者の重症度評価と予後予測のために開発された APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) II スコアの平均点 [標準偏差] は、6.3 [5.4] 点であった。なお、この APACHE スコアとは、集中治療室入室患者における病態の重症度を客観的に評価するために作られた予後予測法であり、得点の算出にあたっては、12 項目におよぶ生理学的パラメータ(体温、平均血圧、心拍数、呼吸数、動脈血酸素化、pH、血清ナトリウム、血清カリウム、血清クレアチニン、ヘマトクリット値、白血球数、意識レベル)の評価、年齢の評価、合併する慢性疾患に対する評価に与えられる点数の総和として求める。点数が高いほど重症度は高いと判定され、最高点は 71 点である。

表 2 は、対象となった過量服薬患者の臨床的特徴に関する項目の集計結果である。診断困難であった 1 名を除き、対象者における、DSM-IV-TR の向精神薬使用障害下位診断は、全例「乱用」に該当した。また、向精神薬による誘発性障害の下



位診断は、「中毒」が17例で最も多く、大きく離れて次が「気分障害」(2例, 10.5%)、「不安障害」

(1例, 5.3%)であり、他のカテゴリーに該当する者はいなかった。

乱用する向精神薬の入手経路としては、対象者の19例(95%)が単一の精神科医療機関から入手しており、わずか1例(5%)のみが複数の精神科医療機関から入手していた。一般科医療機関から乱用薬剤を入手していた者は1例(5%)であり、この症例は単一の一般科医療機関から入手していた。その他、家族や恋人・内縁関係の者より入手していた者が各1例(5%)いた。医療機関や薬局から不正な手続きで入手していた者、あるいは、密売人から入手していた者はひとりも認められなかった。

向精神薬障害に関連する問題行動については、該当する者が少なく、「(過去に)過量服薬で救急医療機関に搬送された」(6例, 30%)、ならびに、「健忘を伴う問題行動」(5例, 25%)がかろうじて該当する程度であった。医療者への執拗な処方要求や複数の医療機関受診、インターネットや密売人からの入手など、不正な手続きによる薬剤入手といった問題行動を呈した者はいなかった。

救命救急センター入院時に認められた、他の精神医学的診断としては、気分障害(15例, 75%)が群を抜いて多かった。次いで、向精神薬以外の物質関連障害(7例, 35%:すべてアルコール関連障害)、不安障害(2例, 10%)が続いた。こうした併存障害は対象者全例に認められ、その大半(18例, 90%)は、向精神薬使用障害(過量服薬)の出現に先立って、他の精神障害に罹患していた。

今回の過量服薬を除く自傷・自殺企図歴については、対象の85%(17例)に認められた。自傷・自殺に用いた手段としては、「医薬品の過量摂取」(12例, 60%)と「四肢に対する自己切傷」(10例, 50%)といった、致死性が比較的低いもの多かった。その一方で、「縊首」(0例)、「高所からの飛び降り」(2例, 10%)、「鉄道・自動車への飛び

込み」(1例, 5%)といった、致死性の高い手段を用いた者は少なかった。

表3は、治療過程で過量服薬を呈するようになった患者が受けていた、精神科治療に特徴に関する項目の集計結果である。対象20例中、精神科治療の過程で過量服薬を呈するようになった者は18例(90%)であった。また、20例全例が、現在、精神科治療中であったが、救命救急センター入院時に通院先の精神科から診療情報提供書が得られたのは、11例(60%)であった。

精神科での治療過程で過量服薬を呈するようになった18例について、救命救急センター常駐の精神科医により、精神科初診時点での状態像を反映するDSM-IV-TR診断で評価してもいったところ(複数回答可)、最も多かったのは「気分障害」(10例, 55.6%)であり、次いで「不安障害」(5例, 27.8%)、続いて、「向精神薬以外の物質関連障害」、「統合失調症および他の精神病性障害」、「解離性障害」、「パーソナリティ障害」がそれぞれ各1例(5.6%)認められた。

調査にあたった2名の救命救急センター常駐の精神科医師が判断した、精神科治療における処方の問題としては、「依存の危険がある治療薬の処方」が最も多く、10例(55.6%)に認められた。次いで、「多剤併用療法」(8例, 44.4%)、「薬を貯めている可能性を顧慮せずに漫然と処方続ける」(7例, 38.9%)、「大量療法」(4例, 22.2%)、「頓用薬の多用」(3例, 16.7%)、「診察なしの処方」(5.6%)という順であった。なお、精神科において、ベンゾジアゼピン系およびその近縁の抗不安薬や睡眠薬の処方にあたって、「依存性・危険性」に関する指導・説明があったという者は、6例(33.3%)であった。

精神科において処方される向精神薬の増量に最も強い影響をあたえた者は、「医療者側の判断」が最も多く、18例中16例(88.9%)が該当した。一方、患者自身が増薬を要求したことが原因と判断された症例は2例(11.1%)にとどまった。

最後に、表 4 に参考までに我々が行った追加分析の結果を示す。我々は、過量服薬の意図に「自殺」が含まれていたか否かで対象を「自殺意図あり」群 (10 例) と「自殺意図なし」群 (10 例) に 2 分類し、表 1 で示した過量服薬の様態に関する諸項目に関して、この 2 群間で比較を試みた。その結果、「自殺意図あり」群では、「自殺意図なし」群に比べて、「不快感情の軽減」のために過量服薬におよんだ者が有意に少なかった (20% vs. 80%; Student-t 検定,  $p=0.023$ )。また、「自殺意図あり」群では、過量服薬前に実行の「予告」をしている者が有意に多かった (40% vs. 0%, Fisher 直接法両側検定)。さらに、統計学的に有意ではなかったが、「自殺意図あり」群では、「自殺意図なし」群に比べて、過量服薬の際に服用した薬剤として「抗うつ薬」が含まれていた者が多い傾向が認められた (90% vs. 40%, Fisher 直接法両側検定)。なお、過量服薬の結果もたらされた医学的障害の重症度を反映する APACHE II スコア得点には、両群間で有意差は認められなかった。

#### D. 考察

本研究は、救急医療機関に搬送されてきた過量服薬患者の背景に見られる、精神科治療の問題を検討したものである。今回の調査から得られた結果を、過量服薬の様態における特徴、過量服薬患者の臨床的特徴、ならびに、過量服薬の背景系にある精神科治療の問題という観点から、以下に考察していきたい。

##### 1. 過量服薬の様態における特徴

本研究では、過量服薬は自殺意図から行われることもあれば、不快感情を緩和するために行われることもあり、過量服薬=自殺企図とはいえない可能性が示唆された。ただし、このことは、過量服薬がさほど自殺リスクの低い行動であることを意味するものではない。救急外来に搬送されてきた過量服薬患者を 1 年間追跡した Ando ら (投稿中) の調査では、過量服薬患者の退院 1 年以内の再企図率は 42% であり、さらに既遂率は 3% で

あることを明らかにされており、自殺既遂の危険因子として無視することはできない。実際、Rodham ら (2004) は、過量服薬と自己切傷 (リストカットなど) の意図を、それぞれ複数回答可能な選択肢で調べてみた結果、その意図として最も多いのは過量服薬と自己切傷のいずれも「不快感情の緩和」であった点は共通していたが、2 番目に多い意図が、自己切傷では「自罰」であったのに対し、過量服薬では「自殺」であったことを明らかにしている。その意味では、自己切傷よりも自殺意図によるものが含まれる割合は多いと考えるべきである。

本研究では、自殺の意図から過量服薬をした者に限って、さらに過量服薬に際しての計画・準備性、ならびに致死性の予測についても調べている。その結果、計画性・準備性および致死性の予測があった者は、それぞれ自殺意図のあった者の 2 割に過ぎなかった。このことは、過量服薬がかなり無計画かつ衝動的に行われている示唆する結果といえるであろう。また、半数近くの者は、周囲に気づかれにくい状況で過量服薬を行っており、実行前に他者に「予告」している者や実行後に「報告」している者は意外に少なかった。このことは、しばしば多くの援助者に信じられているように、過量服薬の多くが周囲に対する操作もしくは意思伝達のために行われるといった考えが必ずしも妥当とはいえないことを示唆している。

本研究の対象が過量服薬に際して服用した薬剤として最も多かったのは、ベンゾジアゼピン、もしくはその近縁薬剤であった。この結果は、ベンゾジアゼピンの持つ依存性による服用量の増大や、酩酊効果による脱抑制が、過量服薬に対して促進的にはたらいた可能性を推測させるものである。しかし注意すべきなのは、対象の 75% が服用していたベンゾジアゼピンに次いで多く服用されていたのが抗うつ薬であり、対象の 60% がこれを服用していたという事実である。さらに、対象の 40% が抗精神病薬も過量服薬しており、他方で、バルビツレート含有薬剤やブロムワレリル尿素系薬剤

を服用していた者はきわめて少なかった。これは、むしろ今日の精神科において処方される薬剤の処方頻度をそのまま反映したものである可能性もある。その意味では、過量服薬する者は、ある特定の薬剤を選び分け、選択して服用しているというよりも、処方されて手元にある薬剤を手当たり次第、服用していると考えた方が正しいのかもしれない。

なお、本研究の対象となった過量服薬患者の多くは、3日未満の入院治療で退院しており、誤嚥性肺炎や低体温を呈した者は認められなかった。また、人工呼吸管理や血液浄化を受けた者はおらず、医学的重症度と予後予測の指標であるAPACHE II得点も非比較的的低かった。以上より、過量服薬患者の身体医学的状況は軽症であったと考えられる。

## 2. 過量服薬患者の臨床的特徴

本研究の対象は、1例の情報不足による診断困難例を除き、全例がDSM-IV-TR「鎮静薬・抗不安薬・催眠薬使用障害」の下位項目が「乱用」に該当し、「依存」の基準を満たす者は認められなかった。すでに我々(2011)は、薬物依存専門医療機関に鎮静薬・抗不安薬・催眠薬依存患者のなかには過量服薬による自殺企図経験者が高く、鎮静薬・抗不安薬・催眠薬の依存と過量服薬のような自殺関連行動とは重複する部分が多く、両者は密接な関連にあると指摘している。しかし今回の調査結果は、救急医療の現場から見ると、必ずしも両者の関係はそこまで密接とはいえない可能性を示唆するものであった。同じ重症度の過量服薬でも、救急医療機関で事例化するのはい部に限定されている可能性があり、事例化する群としない群とでは、依存との関係性という点で病態が異なっているのかもしれない。

対象において過量服薬する薬剤の入手先として最も多いのは、精神科医療機関であった。一部で、ごく少数、一般診療科医療機関や家族、恋人・友人から薬剤を入手している者もいたが、驚くべきことに、対象の95%は単一の精神科医療機関から

薬剤を入手しており、他の不正な方法によって入手している者は皆無であった。この結果は、対象者は過量服薬するための薬剤を、自分の精神科主治医から「処方」という形で入手している可能性を示唆し、主治医が精神科治療薬を処方する際に何らかの工夫をすることで、過量服薬をある程度までは予防できる可能性をも意味している。

また、対象全例に対して、鎮静薬・抗不安薬・催眠薬乱用以外の精神医学的障害の併存が認められた。そのなかで最も多いのは、気分障害であり、次いで鎮静薬・抗不安薬・催眠薬以外の物質の関連障害であった(全例がアルコール関連障害)。いずれにしても、対象の9割が、まず他の精神医学的障害を発症した後に過量服薬が問題化していた。このことは、精神科において気分障害などの治療を受ける過程で鎮静薬・抗不安薬・催眠薬乱用の発現が促進された可能性を示唆するものといえるであろう。

本研究では、対象の85%に、過去に自傷もしくは自殺企図の既往が認められ、その手段・方法として最も多かったのは、「医薬品の過量摂取」、すなわち、過量服薬であることが明らかにされた。このことは、過量服薬が再発性、反復性の高い行動であることを示唆している。また、他の手段・方法としては、「四肢に対する自己切傷」が多く、その一方で、縊首は1例も認められず、過量服薬患者は比較的致死性の低い手段・方法で自傷・自殺を繰り返す傾向があることを示しているように思われる。

## 3. 過量服薬の背景にある精神科治療の問題

本研究では、過量服薬患者の9割が精神科治療の過程で過量服薬行動を、いわば「続発」していることが明らかにされた。対象の多くは、当初、気分障害や不安障害といった、一般精神科外来で比較的頻繁に遭遇する状態像を呈して精神科治療に導入されており、少なくとも本研究で把握したかぎりでは、当初からパーソナリティ障害の状態像を呈していた者は、わずか1例に過ぎなかった。その意味では、過量服薬という行動は、患者本人

の精神病理だけでなく、精神科治療によって刺激され、促進された部分が皆無とはいえない可能性があるように思われる。

実際、本研究では、高力価短時間作用型の薬剤を複数処方したり、バルビツレート含有の合剤を処方したりするといった、「依存の危険がある治療薬の処方」、あるいは、「多剤併用療法」や、フライング処方などの「薬を貯めている可能性を顧慮せずに漫然と処方続ける」といった処方上の問題が認められた患者が少なくなかった。こうした処方上の問題は、昨年度、分担研究者が実施した薬物依存専門医療機関のベンゾジアゼピン乱用者調査（松本ら，2012）の場合ほどは高率ではなかったものの、決して無視できるほど少なくなかった。本研究の別の調査項目において、「処方される向精神薬の増量や多剤化に最も強い影響を与えた要因」として、「医療者側の判断」が最も多かったことを考慮しても、精神科医の側で注意すべき課題といえるであろう。

さらに加えていえば、本研究では、今回の過量服薬による救命救急センター入院に際して、通院先の精神科より診療情報提供書が得られたのは60.0%にとどまった、という事実にも注目する必要がある。これは、あくまでも筆者の私的な経験にもとづく話であるが、救命救急センタースタッフを対象とした自殺予防研修会に講師として赴くたびに、筆者は、救命救急スタッフの精神科医療や精神科医に対する不信感や怒りは根強いことに驚かされている。そうした怒りの理由はいくつかあるが、その代表的なものは、何度患者に過量服薬されても決して多剤大量療法の処方を変えないことに対してであり、そして、迅速に診療情報を提供してくれず、救命救急センターの方から退院時に患者に診療情報提供書を預けても、精神科医の側からの返信がない場合が少なくないことに対してである。精神科医療を提供する以上、処方した治療薬を過量服薬される可能性をゼロにすることはほぼ不可能に近いが、せめて精神科医の側から、再発防止に努めようとする姿勢や、救命救

急のスタッフと良好な関係を築こうとする態度をアピールしていかなければ、両者の連携はあり得ない。その点でも、精神科医には努力すべき課題があると心得るべきであろう。

#### 4. 追加分析——自殺意図の有無による過量服薬の様態の違い

本研究では、追加の分析として、過量服薬の意図に「自殺」が含まれていたか否かで対象を「自殺意図あり」群（10例）と「自殺意図なし」群（10例）に2分類し、表1で示した過量服薬の様態に関する諸項目に関して、この2群間で比較を試みた。その結果、「自殺意図あり」群では、「自殺意図なし」群に比べて、「不快感情の軽減」のために過量服薬におよんだ者が少なく、過量服薬前に実行の「予告」をしている者が多いことが明らかにされた。また、過量服薬の結果もたらされた医学的障害の重症度を反映するAPACHE IIスコア得点に差は認められなかった。以上のことは、次の三点を示唆している可能性がある。第一に、過量服薬は自殺の意図から行われることもあれば、不快感情の軽減から行われることもあり、一様に論じることのできない複雑な現象である、ということである。第二に、過量服薬前に実行の「予告」をするという行動は、操作的、演技的な意図を反映するのではなく、むしろ自殺の意図——より正確に言えば、「死にたい」と思いつつも迷っている状況——を意味するものかもしれないことである。そして最後に、過量服薬の結果もたらされた医学的障害の重症度から近い将来における自殺リスクを評価するのは困難である、ということである。

なお、統計学的に有意ではなかったが、「自殺意図あり」群では、「自殺意図なし」群に比べて、過量服薬の際に服用した薬剤として「抗うつ薬」が含まれていた者が多い傾向が認められ、この点については、今後さらに対象症例を蓄積していけば、今後、この傾向は信頼できる知見であることが証明される可能性がある。

#### E. 結論

本研究では、北里大学病院救命救急センターに精神科治療薬の過量服薬により入院となった成人患者 20 例を対象として、過量服薬という形での向精神薬乱用発症の背景にある、精神科における治療薬処方の問題点について検討した。

その結果、過量服薬による救急搬送患者の大半は、気分障害や不安障害を主訴として精神科治療を受ける過程で過量服薬を呈するようになっており、服用する薬剤としてはベンゾジアゼピン類が最も多く、次いで抗うつ薬が多かった。また、大半の患者は、過量服薬する薬剤を単一の精神科医療機関から入手しており、増薬の判断は、患者自身の要求ではなく、精神科主治医の判断によってなされていた。以上より、過量服薬予防のために精神科医にできることは少なくない可能性が推測された。

## E. 研究発表

### 1. 論文発表

Shimane T, Matsumoto T, Wada K:

Prevention of overlapping prescriptions of psychotropic drugs by community pharmacists. *Japanese Journal of Alcohol and Drug Dependence* 47 (5): 202-210, 2012.

松本俊彦, 嶋根卓也, 尾崎 茂, ほか: 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乱用者選別率と医療機関処方率に関する予備的研究. *精神医学* 54 (2): 201-209, 2012.

松本俊彦: 過量服薬による自殺企図の理解と予防・危機介入. *日本精神科病院協会雑誌* 31 (10): 1031-1039, 2012.

松本俊彦: 物質使用障害と自傷・自殺. *精神科* 20 (3): 257-262, 2012.

松本俊彦, 成瀬暢也, 梅野 充, ほか: Benzodiazepines 使用障害の臨床的特徴とその発症の契機となった精神科治療の特徴に関する研究. *日本アルコール・薬物医学会誌日*

*本アルコール・薬物医学会雑誌* 47 (6): 317-330, 2012.

## 2. 学会発表

松本俊彦: 我が国の自殺の現状と自殺予防に期待する薬剤師の役割. シンポジウム S37 薬剤師を真の“ゲートキーパー”とするために～薬剤師が潜在的な精神科疾患や処方薬による薬物依存をピックアップできるようになるためにはどうすることが必要か～. 第 132 回日本薬学会, 2012. 3.31, 札幌

松本俊彦: 依存臨床からの提言 スタディグループ 4 睡眠導入薬/抗不安薬依存形成とその対策. 第 22 回日本臨床精神神経薬理学会・第 42 回神経精神薬理学会合同年会, 2012. 10. 19, 宇都宮

松本俊彦: 精神科救急における向精神薬関連障害の治療. シンポジウム 8 精神科救急における物質関連障害の治療的対応. 第 20 回日本精神科救急学会総会, 2012. 10. 28, 奈良

嶋根卓也, 松本俊彦, 和田清: 向精神薬乱用を疑う患者に関する疑義照会・情報提供を薬剤師が積極的にできない背景. 平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2012.9.7, 札幌

松本俊彦, 成瀬暢也, 梅野 充, ほか: Benzodiazepines 使用障害の臨床的特徴とその発症の契機となった精神科治療の特徴に関する研究. 平成 24 年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会, 2012.9.7, 札幌

## F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

## G. 文献

Ando, S., Matsumoto, T., Kanata, S., et al. (in submission) One-year follow-up after admission to an emergency department for

drug overdose in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*.

Rodham, K., Hawton, K., Evans, E. (2004) Reasons for deliberate self-harm: comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43: 80-87.

松本俊彦, 成瀬暢也, 梅野充, ほか (2012) 向精神薬乱用と依存(1)—依存症専門医療機関調査—。平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(精神障害分野)「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)」総括・分担研究報告書, pp26-47.

表1: 対象20例における過量服薬の様態

		分析対象数	平均 [SD]	
年齢		20	39.4 [9.2]	
性別(男性比率)		分析対象数	該当者	百分率
過量服薬の意図 (複数回答)	自殺	20	3	15.0%
	計画性・準備性あり	10	2	20.0%
	致死性の予測あり	10	2	20.0%
	不快感の軽減	20	10	50.0%
	眠るため	20	2	10.0%
	自分を罰するため	20	1	5.0%
	他者を罰するため	20	1	5.0%
	他者に助けを求めため	20	1	5.0%
	他者に自分のつらさをわからせるため	20	1	5.0%
	他者の愛情を確認するため	20	1	5.0%
	その他	20	1	5.0%
過量服薬の状況	周囲に気づかれにくい状況で実行	19	9	47.4%
	他者に対する実行の「予告」	19	4	21.1%
	他者に対する実行の「報告」	19	7	36.8%
今回過量服薬した 薬剤	ベンゾジアゼピンおよびその近縁薬剤	20	15	75.0%
	バルビツレート系睡眠導入薬・バルビツレート含有合剤	20	1	5.0%
	プロムフレリル尿素系睡眠薬	20	0	0.0%
	抗うつ薬	20	13	65.0%
	抗精神病薬	20	8	40.0%
	気分安定化薬	20	4	20.0%
	精神刺激薬	20	0	0.0%
	アルコール	20	4	20.0%
	その他	20	8	40.0%
今回の過量服薬の 医学的重症度	誤嚥性肺炎	20	0	0.0%
	低体温	20	0	0.0%
	気管挿管+人工呼吸管理の実施	20	0	0.0%
	血液浄化法の実施	20	0	0.0%
	3日間以上の入院	19	8	42.1%
		分析対象数	平均 [SD]	
	APACHE II スコア (平均値 [SD])	20	6.3 [5.4]	

表2: 過量服薬患者の臨床的特徴

		分析対象数	該当者	百分率	
向精神薬に関する使用障害診断 (DSM-IV-TR)	乱用	19	19	100.0%	
	依存	19	0	0.0%	
		分析対象数	平均 [SD]		
向精神薬の使用歴	初使用年齢(歳)	18	32.2 [8.2]		
	乱用開始年齢(歳)	17	37.4 [10.8]		
		分析対象数	該当者	百分率	
向精神薬に関する誘発性障害の診断	中毒	19	17	89.5%	
	離脱	19	0	0.0%	
	中毒せん妄	19	0	0.0%	
	離脱せん妄	19	0	0.0%	
	持続性認知症	19	0	0.0%	
	健忘性障害	19	0	0.0%	
	精神病性障害	19	0	0.0%	
	気分障害	19	2	10.5%	
	不安障害	19	1	5.3%	
	性機能障害	19	0	0.0%	
	睡眠障害	19	0	0.0%	
過量服薬した向精神薬の入手先	精神科医療機関からの処方	単一医療機関	20	19	95.0%
		複数医療機関	20	1	5.0%
	一般診療科医療機関からの処方	単一医療機関	20	1	5.0%
		複数医療機関	20	0	0.0%
	医療機関からの不正な入手	20	0	0.0%	
	薬局からの不正な入手	20	0	0.0%	
	密売人	20	0	0.0%	
	家族	20	1	5.0%	
	恋人・内縁関係の相手	20	1	5.0%	
	友人・知人	20	0	0.0%	
	その他	20	0	0.0%	
	向精神薬使用障害に関連する問題行動	医療者への執拗な、もしくは恫喝や脅迫などを伴う処方要求	20	0	0.0%
		健忘を伴う問題行動	20	5	25.0%
交通事故や転倒による救急医療機関への搬送		20	1	5.0%	
過量服薬による救急医療機関への搬送		20	6	30.0%	
複数の医療機関からの重複処方		20	0	0.0%	
インターネットや密売人からの不正な入手		20	0	0.0%	
処方せん偽造や薬局強盗などの犯罪行為		20	0	0.0%	
現在の併存精神障害		幼児期、小児期、青年期に初めて診断される障害	20	0	0.0%
		せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害	20	0	0.0%
	一般身体疾患による精神疾患	20	1	5.0%	
	<b>向精神薬以外の物質関連障害</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>35.0%</b>	
	統合失調症および他の精神病性障害	20	1	5.0%	
	<b>気分障害</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>75.0%</b>	
	不安障害	20	2	10.0%	
	身体表現性障害	20	1	5.0%	
	虚偽性障害	20	0	0.0%	
	解離性障害	20	1	5.0%	
	性障害および性同一性障害	20	0	0.0%	
	摂食障害	20	0	0.0%	
	睡眠障害	20	0	0.0%	
	他のどこにも分類されない衝動制御の障害	20	0	0.0%	
	適応障害	20	0	0.0%	
	パーソナリティ障害	20	1	5.0%	
	併存障害と向精神薬使用障害との発症の継時的関係	併存障害が先	20	18	90.0%
		両障害が同時に	20	1	5.0%
		向精神薬使用障害が先	20	1	5.0%
	今回以外の自傷・自殺企図歴	自傷・自殺の既往	20	17	85.0%
<b>四肢に対する自己切傷</b>		<b>20</b>	<b>10</b>	<b>50.0%</b>	
体幹・顔部に対する自己切傷		20	0	0.0%	
毒物の摂取		20	1	5.0%	
<b>医薬品の過量摂取</b>		<b>20</b>	<b>12</b>	<b>60.0%</b>	
縊首		20	0	0.0%	
高所からの飛び降り		20	2	10.0%	
鉄道・自動車への飛び込み		20	1	5.0%	
溺水		20	0	0.0%	
その他		20	2	10.0%	



表3: 治療過程で過量服薬を呈するようになった患者が受けていた精神科治療の特徴

	分析対象者	該当者	百分率
<b>精神科治療過程で向精神薬の過量服薬が出現</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>90.0%</b>
<b>精神科主治医から救急医療機関への診療情報提供あり</b>	<b>20</b>	<b>11</b>	<b>60.0%</b>
一般精神科での治療開始時の状態像			
幼児期、小児期、青年期に初めて診断される障害	18	0	0.0%
せん妄、認知症、健忘性障害、および他の認知障害	18	0	0.0%
一般身体疾患による精神疾患	18	0	0.0%
向精神薬以外の物質関連障害	18	1	5.6%
統合失調症および他の精神病性障害	18	1	5.6%
<b>気分障害</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>55.6%</b>
<b>不安障害</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>27.8%</b>
身体表現性障害	18	0	0.0%
虚偽性障害	18	0	0.0%
解離性障害	18	1	5.6%
性障害および性同一性障害	18	0	0.0%
摂食障害	18	0	0.0%
睡眠障害	18	0	0.0%
他のどこにも分類されない衝動制御の障害	18	0	0.0%
適応障害	18	0	0.0%
パーソナリティ障害	18	1	5.6%
精神科での処方の問題点			
<b>薬を貯めている可能性を顧慮せずに漫然と処方</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>38.9%</b>
<b>多剤併用療法</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>44.4%</b>
大量療法	18	4	22.2%
長期処方	18	0	0.0%
倍量処方	18	0	0.0%
<b>依存の危険がある治療薬の処方</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>55.6%</b>
頓用薬の多用	18	3	16.7%
診察なしの処方(「薬のみ」外来)	18	1	5.6%
<b>精神科における向精神薬の依存性・危険性に関する指導・説明あり</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>33.3%</b>
精神科において向精神薬の処方量が増えた要因			
患者自身の要求	18	2	11.1%
家族からの要求	18	0	0.0%
<b>医療者側の判断</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>88.9</b>
その他	18	0	0

表4: 自殺意図の有無による過量服薬の様態に関する比較

	分析対象数	自殺意図あり N=10		自殺意図なし N=10		p
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	
年齢(歳)	20	42.7	11.1	36.0	5.7	0.112
	分析対象数	該当者	百分率	該当者	百分率	
性比(男性比率)	20	3	30.0%	0	0.0%	0.211
過量服薬の意図(複 数回答)	20	2	20.0%	8	80.0%	0.023
不快感情の軽減*						
眠るため	20	0	0.0%	2	20.0%	0.474
自分を罰するため	20	1	10.0%	0	0.0%	1.000
他者を罰するため	20	0	0.0%	1	10.0%	1.000
他者に助けを求めめるため	20	0	0.0%	1	10.0%	1.000
他者に自分のつらさをわからせるため	20	0	0.0%	1	10.0%	1.000
他者の愛情を確認するため	20	0	0.0%	1	10.0%	1.000
その他	20	0	0.0%	1	10.0%	1.000
過量服薬の状況						
周囲に気づかれにくい状況で実行	19	4	40.0%	5	55.6%	0.656
他者に対する実行の「予告」*	19	4	40.0%	0	0.0%	0.033
他者に対する実行の「報告」	19	3	33.3%	4	40.0%	1.000
今回過量服薬した 薬剤						
ベンゾジアゼピンおよびその近縁薬剤	20	7	70.0%	8	80.0%	1.000
バルビツレート系睡眠導入薬・バルビツレート含有合剤	20	0	0.0%	1	10.0%	1.000
プロムフレリル尿素系睡眠薬	20	0	0.0%	0	0.0%	-
抗うつ薬+	20	9	90.0%	4	40.0%	0.057
抗精神病薬	20	4	40.0%	4	40.0%	1.000
気分安定化薬	20	1	10.0%	3	30.0%	0.582
精神刺激薬	20	0	0.0%	0	0.0%	-
アルコール	20	2	20.0%	2	20.0%	1.000
その他	20	3	30.0%	5	50.0%	0.650
今回の過量服薬の 医学的重症度						
誤嚥性肺炎	20	0	0.0%	0	0.0%	-
低体温	20	0	0.0%	0	0.0%	-
気管挿管+人工呼吸管理の実施	20	0	0.0%	0	0.0%	-
血液浄化法の実施	20	0	0.0%	0	0.0%	-
3日間以上の入院	19	5	50.0%	3	33.3%	0.650
	分析対象数	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
APACHE II スコア (点)	20	5.2	5.2	7.3	5.8	0.402

\*  $p < 0.05$ , +  $p < 0.1$  (Fisher's exact test)



