

IV 薬物乱用防止対策

1 深刻化する薬物乱用

わが国は、1996（平成8）年、1997（平成9）年と、覚せい剤事犯により補導された中学生・高校生の数は連続して史上最多記録を更新し、しかもその増加率は前年比の2倍以上という空前の事態に見舞われた。この平成8年以来、わが国は第3次覚せい剤乱用期に突入したといわれており、この数年で、薬物乱用者は急激に若年化し、これまでまったく非行歴のない普通の若者までが薬物に手を染めるようになったことが指摘された*1。その後、取り締まりの強化、「ダメ、ゼッタイ」キャンペーンなどにより、覚せい剤に関して情勢はひとまず横ばいで推移している。

しかし、このことは第3次覚せい剤乱用期が終焉したことを意味してはいない。厚生労働省*2の調べによれば、2009（平成21）年における薬物事犯の検挙人員は15,417人であり、このうち覚せい剤事犯の検挙人員は11,873人と前年に比べて増加して、全薬物事犯における検挙人員の8割弱を占めるに至っている。また、覚せい剤の押収量は369.5kgと、前年に比べほぼ同水準であるものの、検挙人員の過半数を暴力団構成員等が占めるとともに、営利犯の検挙人員が大幅に増加している。そして、検挙人員の58.0%が再犯者という状況からもうかがわれるように、単に薬物の供給を絶つだけでは限界があり、薬物依存に対する治療による需要低減が必要となっている。

さらに忘れてはならないのが、乱用薬物の多様化という問題である。海外のドラッグ・カルチャーが次々に輸入され、大麻やMDMA（合成麻薬の一種、通称「エクスタシー」）といった薬物に関連する検挙者は、最近10年間で確実に増加しており、とくに大麻関連事犯については検挙人員がはじめて3,000人を超え、併せて、室内栽培を含む不正栽培事犯が広がりを見せつつあるという深刻な状況にある。また、有機溶剤乱用者減少とは逆に、睡眠導入薬や抗不安薬といった精神科治療薬の乱用者の急増も無視できない（図3-3）*3。精神保健的問題に対する地域への啓発が進み、精神科受診に対する心理的抵抗感が減弱するなかで、むしろ精神科治療薬の乱用者の増加が認められている。精神科治療薬の乱用・依存の場合には、法令によって規制されている薬物でないだけに、治療という観点がいっそう重要になってくる。

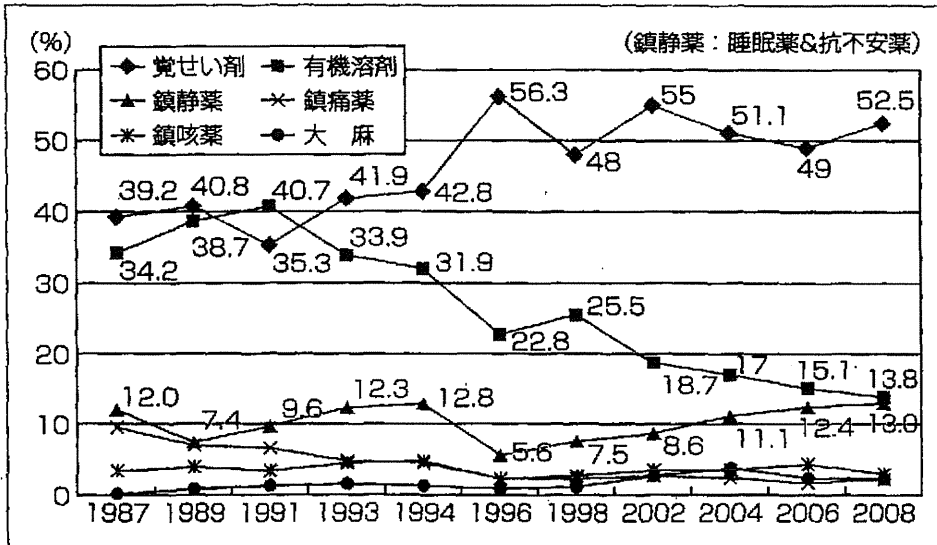
同様に、薬物乱用・乱用依存者の病態も多様化し、そのことは薬物依存治療の現場にさま

*1 警視庁：薬物犯罪の現状と対策。警察白書 平成12年度版。大蔵省印刷局、2000。

*2 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課編：麻薬・覚せい剤行政の概況（2010）。2010。

*3 尾崎 茂，和田 清，大槻直美：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査。平成20年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）「薬物乱用・依存等の実態把握と『回復』に向けての対応策に関する研究（研究代表者 和田 清）」研究報告書，2009，pp87-134。

●図3-3 主たる使用薬物別にみた症例(%)の推移



資料 尾崎 茂, 和田 清, 大槻直美: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査, 平成20年度厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)「薬物乱用・依存等の実態把握と『回復』に向けての対応策に関する研究(研究代表者 和田 清)」研究報告書, 2009, pp87-134.

さまざまな困難をもたらしている。たとえば、気分障害や統合失調症、パーソナリティ障害や発達障害といった、さまざまな精神障害を併存する乱用・依存者に対しては、柔軟かつ個別的な対応も必要であり、従来の^{じっぽひとから}十把一絡げの治療プログラムには限界があることも指摘されている。

2 わが国の薬物乱用の歴史と海外の状況

わが国は、先進国のなかでは奇跡的に深刻な薬物問題がない国であり、これはわが国の薬物使用に対する厳しい法制度によるところが大きい(表3-6)。しかし、これはあくまでも欧米と比較しての話であり、戦後さまざまな薬物乱用が消長し、社会問題となってきた。

わが国の薬物乱用問題の皮切りは、覚せい剤である。第二次世界大戦後、軍需品であった覚せい剤(ヒロポン)が市中に放出され、多くの人がある危険性を知らずに乱用し、第1次覚せい剤乱用期(1946〔昭和21〕～1957〔昭和32〕年)と呼ばれる事態を呈した。この乱用期は、覚せい剤取締法が制定され、覚せい剤が違法化されることで徐々に沈静化した。その後、ヘロインの乱用(1957～1964〔昭和39〕年)、市販の睡眠薬や鎮痛薬の乱用(1960〔昭和35〕～1964年)、シンナー、ボンドなどの有機溶剤の乱用(1964～1967〔昭和42〕年)などが次々と社会問題となった。有機溶剤に関しては、1972(昭和47)年の毒物及び劇物取締法改正によって乱用が規制されたが、それ以後もトルエンが乱用される形で有機溶剤の乱用は現在まで続いている。

違法化によっていったんは沈静化した覚せい剤乱用が再び社会問題となってきたのは、1970(昭和45)年ころである。違法薬物である覚せい剤は、暴力団の資金調達のために密売されるようになり、第2次覚せい剤乱用期を迎えた。この時期には、覚せい剤精神病による

●表3-6 わが国における依存性薬物に関する法制度の変遷



殺人事件などが多数発生した。さらに、「バブル経済」の崩壊した1990年代半ばより、覚せい剤乱用は一般の青少年まで巻き込んで拡大し、第3次覚せい剤乱用期と呼ばれる事態を迎えるのである。また、同時期より、大麻、コカイン、LSD、MDMAなどが海外から輸入され、脱法ドラッグと呼ばれるマジックマッシュルーム（2001〔平成13〕年に麻薬及び向精神薬取締法によって規制）も加わって、わが国はかつてない多剤乱用時代を迎え、確実に欧米の状況に近づいている。

なお、欧米の状況は、わが国とは比較にならないほど深刻である。とくにヨーロッパでは、薬物乱用に対する厳罰主義の限界から、「ハームリダクション（Harm Reduction；薬物の弊害を少なくする）」政策をとる国もある。その政策には、大麻などのソフトドラッグを黙認することによるヘロイン汚染抑止の試み、ヘロイン代替薬（メサドン）による置換維持療法、HIV（human immunodeficiency virus）感染予防という観点から注射器の無料配布サービスなどがある。

欧米には、薬物依存からの回復プログラムも数多く存在し、違法薬物の自己使用犯は犯罪者としてではなく、薬物依存という精神疾患をかかえた者として処遇される傾向がある。たとえばアメリカでは、違法薬物の自己使用事犯者に対して、刑務所で服役する代わりに、裁判所の監督下で治療施設に通所させる、「ドラッグコート（Drug Court）」*という地域内治療

* 小沼杏坪監訳、小森 榮、妹尾栄一訳：ドラッグコート—アメリカ刑事司法の再編、丸善プラネット、2006（Nolan, J. L.: Reinventing Justice: The American Drug Court Movement. Princeton University Press, 2001）。

的処遇システムが存在する。このドラッグコートによる地域内処遇は、刑務所に収監するよりもはるかに経費が削減でき、しかも再犯率が低いことが証明されている。こうした実践から、欧米においては、違法薬物事犯者の再犯率低減には司法的対応よりも治療的対応のほうが有効である、といったことが広く認識されている。

3 依存性薬物の特性と種類

有機溶剤、覚せい剤、大麻、睡眠薬、ヘロイン、コカインなどの薬物は、依存性薬物と総称される。アルコールも広い意味では依存性薬物に含まれる。

依存性薬物の特性をあげると、以下のようになる。

- (1) 脳に作用して気分を変える。中枢神経に対する作用は、薬物によって抑制作用し興奮作用に分類される。
- (2) 神経系に精神依存、耐性、身体依存などの薬理学的変化を起こす。
- (3) 依存の進行とともに、よい効果は減弱するようになり（耐性）、不快な症状は出やすくなる（逆耐性）。
- (4) 幻覚や妄想などの精神病症状を発現し、事件や事故の原因となりうる。
- (5) いったん形成された依存の体質は一生消えない。長期間、薬物乱用を辞めていても、再使用するとすぐに依存状態に戻り、激しい症状が出現してしまう。

主な依存性薬物の特性を表3-7に示した。

4 有機溶剤乱用

わが国で最も多く乱用されている代表的な有機溶剤は、トルエンであるが、ほかにもラッカー、シンナーなどがある。わが国では、多くの薬物乱用者が14歳ころよりトルエンを経験することを皮切りに薬物乱用に至り、高校に進学しても中退してしまうことが多い。さらに、そのような生活のなかでより依存性の強い薬物への依存に発展し、不安定な生活状況のなかで他のさまざまな犯罪行為に関係する場合もある。その意味で、1980～1990年代の薬物乱用防止対策においては、中学生のトルエン乱用をいかに防ぐかという問題は、薬物乱用対策としては重要な課題であった。しかし近年、トルエンをはじめとする有機溶剤乱用者は年々減少傾向にある。薬物乱用をするサブカルチャー集団のなかで、有機溶剤を使うことは「格好悪い」というイメージが広がったことが関係していると考えられる。

有機溶剤乱用者の重症度を考える際には、使用形態から考えるとわかりやすい。多くのトルエン乱用者は、仲間と一緒にいるときだけトルエンを吸引するという「集団使用」から乱用を開始する。この段階では、「一緒に悪いことをして連帯感を高める」という反社会的な使用であり、司法的対応が有効である。しかし、トルエンは依存性薬物であるので、吸引をくり返すなかでだいに依存が形成され、仲間と一緒にいないときにもトルエンを吸引するようになる。さらには仲間と一緒にいることよりもトルエン吸引のほうに価値を感じるよ

●表3-7 精神作用物質の心身に及ぼす影響

アヘン類 (ヘロイン, モルヒネ)	-	-	+++	-	鎮痛, 縮瞳, 便秘, 呼吸抑制, 血圧低下, 傾眠	瞳孔散大, 流涙, 鼻漏, 嘔吐, 腹痛, 下痢, 焦躁	-	麻薬
バルビツール酸類	++	++	++	-	鎮静, 催眠, 麻酔, 運動失調, 尿失禁	不眠, 振戦, けいれん発作, せん妄	-	向精神薬
アルコール類	++	++	++	-	酩酊, 脱抑制, 運動失調, 尿失禁	発汗, 不眠, 抑うつ, 振戦, 嘔気, 嘔吐, けいれん発作, せん妄	+	その他
ベンゾジアゼピン類	+	+	+	-	鎮静, 催眠, 運動失調	不安, 不眠, 振戦, けいれん発作, せん妄	-	向精神薬
有機溶剤 (トルエン, 接着剤, ブタンガス)	+	±	+	+	酩酊, 脱抑制, 運動失調	不安, 焦躁, 不眠, 振戦	++	毒物劇物
大麻	+	±	+	++	眼球充血, 感覚変容, 情動の変化	不安, 焦躁, 不眠, 振戦	+	大麻
コカイン	+++	-	-	-	瞳孔散大, 血圧上昇, 興奮, けいれん発作, 不眠, 食欲低下	脱力, 抑うつ, 焦躁, 過眠, 食欲亢進	++	麻薬
アンフェタミン類 (メタンフェタミン, MDMA)	+++	-	+	-	瞳孔散大, 血圧上昇, 興奮, 不眠, 食欲低下	脱力, 抑うつ, 焦躁, 過眠, 食欲亢進	+++	覚せい剤
LSD	+	-	+	+++	瞳孔散大, 感覚変容	不詳	±	麻薬

資料 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課編：麻薬・覚せい剤行政の概況（2010）。厚生労働省，2010。

うになると、「単独使用」という非社会的な使用様態を呈する。この段階になると「依存症」として医療的な介入が必要である。

トルエンの急性中毒では、さまざまな程度の意識障害や幻視を主体とした精神病症状が出現するが、乱用の初期においては、トルエンの摂取をやめれば数日のうちに消退する。一方、トルエンの長期使用はさまざまな精神・神経症状をもたらす。トルエンの摂取の有無にかかわらず持続する慢性精神病症状や動因喪失症候群がよく知られており、しばしば統合失調症との鑑別が困難である。また、神経症状としては、トルエンによる小脳変性症や末梢神経障害によって、構音障害や歩行障害が出現することもある。重篤な例では貧血や肝機能障害、腎機能障害を呈する場合がある。

5 覚せい剤乱用

覚せい剤は、わが国の薬物問題の歴史においては最も深刻な乱用薬物であり、第二次世界大戦後より一貫して精神科医療現場で最も多く遭遇する乱用薬物である。

わが国で使われている覚せい剤はメタンフェタミンと呼ばれる物質である。覚せい剤には強力な交感神経刺激作用があるために、使用によって頻脈、動悸、瞳孔散大などを起こす。離脱によって発汗や振戦を呈するような身体依存はないが、精神依存は強力であり、遊びのつもりで始めてやめられなくなる人が多い。

覚せい剤の急性中毒による精神症状は、乱用者の使用量や使用期間によってさまざまであるが、誇大的な気分や過活動といった躁状態、機械の分解などにあくことなく没頭するといった常同行為、統合失調症様の幻覚・妄想状態、せん妄状態などさまざまである。なかでも特徴的な精神症状とされているものが2つある。1つは、警察などに「追跡されている」「包囲されている」という内容の妄想である。これは、違法薬物を使用しているという心理的罪悪感が妄想内容に影響を与えている。もう1つは、猜疑・詮索的な構えである。乱用者によってしばしば「勘ぐり」と呼ばれるこの構えは、覚せい剤使用直後の多幸的・誇大的な気分が消退すると、抑うつ気分とともに出現し、その後も慢性的に持続する。この構えは、長期間覚せい剤をやめている場合にも残ることがあり、心的ストレス、不眠、不安、飲酒を契機として「自分の悪口をいわれているのではないか」などという被害関係妄想が発展して(フラッシュバック)、傷害・殺人事件などにつながることもある。さらに、長期間の覚せい剤乱用によって、覚せい剤使用中止から数年を経ても、統合失調症と区別できない慢性持続性の精神病状態が遷延する症例もある。

これまでわが国の覚せい剤乱用者の多くは、まず10代の中ごろでトルエンの乱用を経験し、10代の終わりころから20代のはじめころに暴走族や暴力団への接近を契機に覚せい剤乱用を経験するというパターンが多かった。しかし、第3次覚せい剤乱用期以後、わが国には非行歴をもたない覚せい剤乱用者が急増し、トルエン乱用を経ずに最初からいきなり覚せい剤を経験するケースも決してまれではなくなった。この背景には、加熱吸煙という新しい覚せい剤使用法の登場がある*。

加熱吸煙による覚せい剤使用は、HIVやC型肝炎ウイルスの感染リスクから注射による薬物使用が忌避される風潮のなかで、1980年代後半にハワイで発祥し、1990年代になってからわが国に拡大した方法である。具体的には、アルミ箔の上に置いた覚せい剤を下から火であぶり、気化した煙をストローなどで経気道的に吸入する。この方法は、従来の静脈注射に比べれば格段に心理的抵抗感が低いが、静脈注射で使用する場合と同じ効果を得るためには2倍の量の覚せい剤が必要であるため、依存が進行してくると、経済的な事情から静脈注射に

* 松本俊彦：最近の覚せい剤乱用者の臨床的特徴について—加熱吸煙乱用者と静脈注射乱用者の比較検討。精神神経学雑誌, 102 (5): 498-513, 2000.

切り替える者が多い。

加熱吸煙には、覚せい剤を女性にとっての身近な「痩せ薬」にした側面がある*¹。女性の覚せい剤乱用者では摂食障害が多く、女性覚せい剤乱用者の37%に摂食障害の合併が認められる*²。覚せい剤には食欲を抑え、体重を減少させる作用がある。これが女性にとって覚せい剤を身近なものとしてしまう。しかし、依存が進行すると、覚せい剤の離脱期に食欲が激しく亢進して過食を呈するという現象が起こるようになる。そのため、ダイエット目的から覚せい剤を乱用していた者は離脱期の過食に直面して、肥満恐怖が高まる結果、自己誘発嘔吐を始めてしまい、神経性大食症へと発展してしまうことがある*³。こうなると、今度は、過食・嘔吐もコントロールできない状態に陥り、過食をやめるために覚せい剤を再使用することが繰り返されるようになり、覚せい剤がますますやめにくくなる。

なお、覚せい剤乱用者に限らず、女性のアルコール・薬物依存者では、摂食障害を合併する者、とくに神経性大食症を合併する者が多いが、そのような症例は自傷行為や大量服薬などを呈しやすいなど、境界性パーソナリティ障害と共通した臨床的特徴をもっている。

6 大麻乱用

わが国では、2000（平成12）年以降徐々に大麻取締法事犯者が増加し、若者を中心に静かに乱用の広がりをみせており、かつて有機溶剤が担っていた「入門的薬物（gateway drug）」としての地位に取って代わりつつある。

大麻は幻覚誘発剤に分類され、主に吸煙で使用される。日本では大麻取締法（1948〔昭和23〕年）によって規制されており、医師は大麻中毒者と診断した場合には麻薬中毒者と同様に都道府県知事に届け出る義務がある。

大麻に含まれるTHC（tetrahydrocannabinol；テトラヒドロカンナビノール）が幻覚作用を発現する。精神作用（急性中毒症状）は、状況によって変動が大きい。大脳辺縁系に作用し、陶酔感、幸福感、多弁、万能感、気分易変、攻撃性などの気分・情動の変化を示したり、錯視、幻視、聴覚過敏、幻聴、味覚の変化などの知覚障害、あるいは、思考散乱、支離滅裂などの思考障害を呈したりすることが多い。長期乱用によって慢性中毒状態を呈する段階では、意欲喪失、易疲労、無関心、無気力などを呈する場合があり、これは「無動機（動因喪失）症候群」と呼ばれ、重篤な症例では荒廃した統合失調症との鑑別が困難であることもある。

大麻乱用者は、多剤乱用を呈する者が多い。アメリカでは、大麻が薬物乱用の入門薬物と

* 1 松本俊彦、宮川朋大、矢花辰夫、他：女性覚せい剤乱用者における摂食障害の合併について（第1報）。精神医学, 42（11）：1153-1160, 2000.

* 2 松本俊彦、山口亜希子、上條敦史、他：女性物質使用障害における摂食障害—乱用物質と摂食障害の関係について。精神医学, 45（2）：119-127, 2003.

* 3 松本俊彦、宮川朋大、矢花辰夫、他：女性覚せい剤乱用者における摂食障害の合併について（第2報）。精神医学, 43（1）：57-64, 2001.

なっており、大麻使用の経験からさまざまな薬物に関心を抱き、よりハードな薬物の乱用へと発展していく。これはわが国におけるトルエンと同じ役割をもっている。

わが国の若者たちのなかには、「大麻は安全である」と信じている者がおり、その根拠としてしばしばヨーロッパの一部の国で大麻使用が黙認されていることをあげる。しかし、これは大麻の取締りにまで手が回らないほど、深刻なヘロイン乱用問題がある国での話である。なお近年では、THCの神経毒性に関する弊害が明らかにされており、大麻による無動機（動因喪失）症候群は、薬物療法に反応しにくい難治な後遺症である。

7 その他の薬物乱用

1) 麻 薬

モルヒネ、コデイン、ヘロインなどはアヘンアルカロイド系麻薬と総称される。モルヒネとコデインは天然アルカロイドで、モルヒネは緩和医療の現場で鎮痛薬として使用される。いずれも強力な精神依存、身体依存があり、離脱時には悪寒、全身の疼痛、下痢などの激しい身体症状が出現する。そのためモルヒネは医療関係者の乱用が多い。コデインは、鎮咳作用があるために、低濃度にして感冒薬として使用されている。なお、一時期、わが国で市販鎮咳薬乱用が流行した際には、内容成分に含まれていたコデインの依存性が問題視され、製薬会社が成分変更を余儀なくされた経緯がある。

ヘロインは半合成麻薬で、依存性はモルヒネよりもはるかに強く、早期に耐性は上昇し、身体依存性も著明である。ヘロインは麻薬の代表であり、世界中で乱用され、最も厳しく規制されている薬物である。覚せい剤とは違って幻覚・妄想はあまり認めないが、離脱症状と渴望が非常に激しく、ヘロインの購入資金ほしさの強盗など、さまざまな犯罪とも関係している。また、静脈注射によるヘロイン乱用者も多く、他の乱用者と注射器を共有することで、HIVやウイルス性肝炎（B型、C型）の感染が問題となる。

2) コカイン

コカインは中枢神経に対して興奮作用をもち、精神依存が非常に強く、覚せい剤と非常によく似た薬理的性質をもっている。かつては局所麻酔薬として眼科・耳鼻咽喉科の手術に使用された。現在、日本では、ヘロイン、コデインとともに麻薬に指定されている。乱用方法は、かつては静脈注射ないしは経鼻吸引（コカインの結晶を砕いて粉末化し、鼻から吸い込んで鼻粘膜からの吸収によって摂取する方法である）が中心であった。しかし、1980年代から、アメリカでは「クラック（煙草で吸引できる状態にしたコカインの塊）」を用いる経気道的摂取法が主流になったが、これは安価なうえに使用コントロールを失いやすく、強い依存性がある。精神症状は、最初は多幸福感、高揚感、多弁などがみられるが、やがて覚せい剤と同様に幻聴や妄想がみられるようになる。とくにコカインでよく知られている病的体験としては、皮膚痒痒感から「皮膚の下に虫が這っている」と思い込んでしまう皮膚寄生虫妄想がある。

3) 催幻覚剤

LSD (lysergic acid diethylamide; リゼルギン酸ジエチルアミド) は, PCP (phencyclidine; フェンサイクリジン) や通称「エクスタシー」で知られる MDMA (methylenedioxymethamphetamine; メチレンジオキシメタンフェタミン) と同様, 催幻覚剤に分類される合成麻薬であり, わが国では1970 (昭和45) 年に麻薬取締法によって麻薬に指定された。急性中毒症状として, 知覚変容, 錯視, 錯聴, 幻視・幻聴が出現しやすく, バッドトリップ (嫌悪反応) によってパニック状態を呈することもまれではない。一部の乱用者は, 乱用中止後にも長期にわたって慢性精神病状態を呈したり, フラッシュバック現象を呈したりすることもある。精神依存はあるが, 身体依存はなく, 離脱症状は現れない。

催幻覚薬のなかには, 違法薬物の化学構造をごくわずか変化させることで, 巧妙に法規制の網の目をくぐり抜けた薬物 (通称「脱法ドラッグ」) もある。化学構造を変えたことで急性中毒症状が予測できなくなっており, その効果発現に個人差や商品による差があり, 一部には, 非常に強力な幻覚惹起作用をもつ薬剤もあることから, 非常に危険である。最近では, トリプタミン誘導体である5-Meo-DIPT (通称「フォクシー」) や5-Meo-MIPT (通称「ミプティ」) が問題となり, 急速, 麻薬及び向精神薬取締法による規制対象となっている。事実, 2005 (平成17) 年に東京都内で, 5-Meo-DIPT と5-Meo-MIPT による急性中毒に陥った男性が, その幻覚の影響下で交際相手の女性を刺殺するという事件が発生している。なお, これらの薬物のもつ依存性については, いまだ不明な点が多い。

また, 天然の幻覚発現剤として「マジックマッシュルーム」と通称される幻覚キノコがある*¹。東南アジア方面への海外渡航経験者を中心に乱用され, わが国では, 法規制を受けない, いわば「脱法ドラッグ」として繁華街やインターネットで容易に入手できた。しかし, これは内容成分にはシロシビン (あるいはサイロシビン) という LSD 類似の物質が含有される幻覚発現剤であり, 一時期, 乱用者が幻覚の影響下で交通事故を起こしたり, 自殺行動に走ったりという事件が多発し, 2001 (平成13) 年に麻薬取締法で麻薬に指定された。わが国独自の幻覚キノコとして, 「ベニテングタケ」「オオワライタケ」なども知られている。

4) ブタンガス

近年, 「ガスパン遊び」, すなわち, ブタンガス乱用が問題になっている。ブタンガスは, ライター用ガスやカセットコンロ用ボンベに含まれる易燃性の気体であり, わが国ではコンビニエンスストアなどで簡単に入手できる。ブタンガス乱用者には中学生が多く, その大半が当初から単独で使っているという特徴がある*²。短期間の乱用でも深刻な依存状態に陥ってしまう症例も多く, 依存性もかなり強いと考えるべきである。基本的に有機溶剤の一種なので, 急性中毒の精神症状としては, トルエンと同じように幻視が多い。

* 1 松本俊彦, 宮川朋大, 矢花辰夫, 他: 精神症状出現にマジックマッシュルーム摂取が関与したと考えられる2症例. 精神医学, 41 (10): 1097-1099, 1999.

* 2 松本俊彦, 宮川朋大, 上條敦史, 他: ライター用ブタンガス乱用者の臨床的特徴. 精神医学, 43 (8): 875-883, 2001.

ブタンガス乱用には2つの問題がある。第1に、単独使用者が多く、無臭であることから、親や教師に気づかれにくく、なかなか事例化しない。第2に、法規制されていないために、司法的な対応がなされない。仮に司法的な対応があったとしてもコンビニエンスストアでガスボンベを万引きした際に警察が介入する程度であり、この場合もたいていは「窃盗」として扱われるだけで、依存性薬物の乱用者という視点での対応はなされない。このため、乱用者自身が事態を自覚しにくく、治療につながりにくいという問題がある。

5) 睡眠導入薬、抗不安薬、その他の精神科治療薬

ベンゾジアゼピン系の睡眠導入薬、抗不安薬には依存性があり、医師の処方によらない売買は麻薬及び向精神薬取締法で規制されている。しかし、他の違法薬物とともに密売される場合もあるし、合法的な入手経路として複数の診療科の医師から処方を受ける場合もある。個人が乱用したり、自殺企図に利用したり、「レイブドラッグ」として犯罪などに悪用されたりすることがある。

これらの薬剤の乱用者のなかには、ハルシオン®（トリアゾラム）やロヒプノール®（フルニトラゼパム）といったブランド化された薬剤を、密売ルートやインターネット上から購入している者もいるが、乱用・依存者全体からみると、そうした者の割合はさほど多くはない。実は、乱用者の多くが、うつ病などの精神障害の治療を受けているなかで、精神科主治医から処方されたこれらの薬剤を乱用し、依存を呈するに至っていることが明らかにされている*。

このことは、2つの問題を提起している。1つは、わが国の薬物療法に偏った精神科医療のあり方を反省し、また、欧米に比べ、わが国ではベンゾジアゼピン系薬剤が長期処方されている現状を変えていく必要性である。それからもう1つは、睡眠導入薬や抗不安薬の乱用・依存者の多くが、他の精神障害を併せもつ重複障害患者であり、併存する精神障害の治療のためになんらかの薬物療法が必要とされる、という問題である。したがって、治療のゴールは必ずしも「いっさいの精神科治療薬を使わない」といったことにはならず、従来の薬物依存治療とは異なる、柔軟かつ個別的な対応が必要とされる。

もう1つ無視できないのは、リタリン®（メチルフェニデート塩酸塩）の乱用問題である。この薬剤は、覚せい剤の一種であり、ナルコレプシー、重篤なうつ状態、注意欠如多動性障害の治療薬として用いられることがあるが、近年、その乱用が大きな社会問題となったことは記憶に新しい。その背景には、患者の求めに応じて、「うつ病」という保険病名で処方箋を乱発する一部の悪質な精神科診療所の存在があった。そこで、2006（平成18）～2007（平成19）年にかけて厚生労働省は、保険適用の制限や処方・調剤・流過程の厳格化などの規制にふみ切った。これらの対策により、2008（平成20）年以降、精神科医療機関に受診

* 松本俊彦, 松下幸生, 奥平謙一, 他: 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・薬物医学会雑誌, 45 (6): 530-542, 2010.

するリタリン® 乱用患者数は減少傾向を示しているが、それでも、少数ながら一定の割合で存在している現実もあり、今後も予断を許さない状況である。

6) その他の市販薬

1980年代以降、最も乱用された市販薬は鎮咳薬・感冒薬である。「ブロン®」という商品名（液体のものと錠剤のものがある）の市販鎮咳薬の乱用が有名である。この鎮咳薬の成分としてコデイン（弱い麻薬成分）とメチルエフェドリン（ごく弱い覚せい剤類似成分）が含まれているが、大量に摂取し続ければ、重篤な依存が形成され、さらには幻覚妄想のような精神病症状も出現しうる。製薬会社による成分変更によって鎮咳薬乱用は終焉しつつあるが、同様の成分はいまだいくつかの市販感冒薬に含有されており、実際にその薬理効果を期待している乱用者も存在する。

8 薬物依存の重症度評価

薬物依存がどの程度進んでいるかを評価して、その重症度に応じた対策治療を行わねばならない。アメリカ精神医学会の薬物乱用の重症度分類を以下に示す。

(1) 第1段階：気分の変化を覚える段階

友人から勧められて依存性薬物を試す。集団で薬物を乱用する。家族は変化に気づいていないことが多い。

(2) 第2段階：気分の変化を求める段階

週末などに薬物を乱用する。主に集団使用、時に単独使用。授業をサボるなどの問題が起きてくる。服装、身なりが変わる。

(3) 第3段階：気分の変化に夢中になっている段階

頻回に単独で薬物を乱用する。家族とのいさかきが始まる。盗みなどで警察沙汰になる。学校を退学したり、仕事を辞めたりするようになる。

(4) 第4段階：薬物が切れると正常と感じられない段階

連日薬物を乱用する。1日中薬物を乱用する。慢性の中毒状態。身体的に疲弊し、体重減少が始まる。記憶障害やフラッシュバックなどの精神症状が始まる。

さらに、ある研究者は、上述の4つの段階に加え、まだ薬物は使用していないが、興味をもっている段階として「第0段階」があり、この時期の予防が最も大切で有効であると述べている。

9 初期の乱用者への対応

初期乱用者とは、上述したアメリカ精神医学会における第1段階および第2段階の薬物乱用者が中心になり、気分の変化を求めて薬物を使用するようになってから、さほど時間が経っていない者が多い。わが国の場合には、多くが10代の有機溶剤乱用者であろう。

彼らの薬物乱用が事例化して大人たちの知るところとなるころには、すでに教師や警察にみづかり、司法的な対応になっている状況であることが多い。このときにきちんと社会的な責任をとらせ、周囲の親や教師が尻ぬぐいをしないことが重要である。大人としての自覚を求めることは薬物乱用の治療では大事である。と同時に、薬物乱用の事例化は、周囲の大人が、少年たちの学校や家庭における困難に気づき、彼らの話に耳を傾け、さまざまな介入を行う好機でもある。信頼できる大人との出会い、乱用仲間からの離脱、薬物乱用の弊害に関する正しい知識の獲得によって、比較的容易に薬物から離れる者もいる。

彼らのなかには、教師、警官、裁判所の勧めで医療機関に受診する者もいるが、たいてい、本人は必ずしも治療の必要性を自覚しておらず、仕方なしに受診している。入院の圧力が時に有効なこともあるが、では、実際に入院してそれで事態がよい方向に向かうかといえば、必ずしもそうではない。むしろ入院や自助グループへの参加により、「自分は彼らほど重症ではない」と否認を強化してしまう場合もあるし、他の薬物に対する関心をいたずらに刺激するだけの場合もあろう。

このような初期乱用者に対し依存症専門病院を有効に利用する方法としては、短期間の通院による教育的セッションがある*。具体的な例をあげれば、1～3回の外来受診による介入である。薬物依存の程度を評価し、頭部CTスキャン、脳波検査、血液検査を実施し、それら医学的検査の結果に基づいて、薬物乱用の弊害に関する啓蒙を行うのである。彼らの知識は、往々にして非行仲間の先輩から仕入れた不正確な知識であるので、このような教育はそれ自体が有意義である。このような介入を契機に本人が通院治療を継続する場合もあるし、家族が家族教室参加を継続する場合もある。初期の段階では、本人が治療関係を継続することはまれであるが、家族が精神保健福祉士との相談や家族教室参加を継続していることは重要であり、家族の変化により間接的に本人の行動を変えていくことは十分に可能であるし、薬物再使用の際の治療的介入の機会もとらえやすくなる。

10 長期乱用者の治療

第3段階、第4段階に進行した薬物乱用者では、薬物を自力で中断できなくなっていることが多く、入院による解毒が必要である。任意入院が原則であるが、中毒性精神病の症状が重篤で幻覚や妄想に影響された行動が著明であれば、医療保護入院もありうる。

狭義の解毒は1週間程度あれば十分であり、精神病症状がある場合でも薬物療法により遅くとも2週間以内に消退する。しかし実際には、薬物の最終使用から約1カ月程度は強い薬物渴望が存在するので、解毒終了後に治療プログラムのある病棟で入院治療を継続することが望ましい。ただし、この治療は本人の治療意欲なしには成り立たない。本人が望まなけれ

* 村上 優, 比江島誠人, 杠 岳文, 他: 薬物依存に関する病院プログラムと転帰調査. 厚生労働科学研究費補助金(医薬安全総合研究事業)「薬物依存・中毒者のアフターケアのモデル化に関する研究(主任 内村英幸)」総合研究報告書(平成10年度～平成12年度), 2001, pp7-15.

ば入院治療はいったん終了とし、外来通院に切り替えることもある*。

当然、退院したものの通院につながらず、薬物乱用が続いている場合もある。この場合には、家族だけでも来院し続けることに意味がある。また、幻覚・妄想、興奮などの精神症状から自傷他害のおそれがあれば、警察官通報により精神科緊急・救急のルートに乗せるべきである。そのような激しい精神症状はないが、家のなかであからさまに薬物使用を続けていれば、司法的な対応も選択肢の1つである。

薬物乱用者の家族には司法的対応をためらう者が少なくない。「子どもを警察に売るような真似はできない」「こうなったのは自分のしつけに問題があったからである。自分たちでなんとかしなければ」という親の言葉をよく耳にする。また、「鑑別所や少年院に入っても治療を受けるわけではないし、かえって悪いことを覚えてしまう」ことを危惧する親もいる。

しかし、違法行為に対する社会的責任を果たすことは治療上必要な場合もある。重篤な例では、薬物依存からの離脱のためには、本人が、「自分はまだ子どもだから」という態度で社会に甘えている状態から脱却し、自立することを意識することが重要なこともある。また、矯正施設への入所によって薬物を一定期間切り、シラフの状態で今後の自分について考えることにも意味があり、それ自体が本人に「底つき体験」をもたらし、真摯な治療動機を準備する可能性もある。

11 当事者による支援活動

自助グループの歴史は、アルコホリクス・アノニマス (Alcoholics Anonymous : AA) のめざましい成功に始まる。当初、薬物依存者も AA に参加していたが、1953年にカリフォルニアで薬物依存者の自助グループ「ナルコティクス・アノニマス (Narcotics Anonymous : NA)」が生まれた。ヘロイン依存者のグループが、AA の原則や12ステップおよび12の伝統を薬物依存にも適用したのである。以後、さまざまな紆余曲折を経ながら、NA は確実に成長しており、日本を含む43カ国の14,000あまりのグループが存在している。

日本では、1980 (昭和55) 年に最初の NA グループが東京で生まれ、現在は主要な都市でミーティングが開かれている。また、1985 (昭和60) 年には薬物依存から回復者である近藤恒夫を中心に民間リハビリテーション施設「ダルク」(Drug Addiction Rehabilitation Center ; DARC) が設立され、現在、ダルクは日本各地60カ所以上の場所に設立されて地域における薬物依存者のケアを実践している。

アルコール依存症と同様に、薬物依存症からの回復においても、当事者相互の支援が果たす役割は重要である。もちろん、自助グループや民間リハビリテーション施設につながることで回復のための唯一の方法とはいえない。しかし、薬物をやめる気持ちになかなか

* 松本俊彦：薬物乱用・依存と行動障害。和田 清編，薬物乱用・依存，こころの科学，通巻111号，2003，pp39-43.

れない薬物依存者の多くが、「どうせやめられない」と思い込んでおり、それゆえに薬物をやめるために積極的な行動を起こせないでいる。したがって、自助グループや民間リハビリテーション施設につなげることで、たくさんの「薬物をやめ続けている薬物依存者（薬物依存からの回復者）」と会うこと自体が治療意欲を引き出す場合があるのである。

その意味では、薬物依存者に対する援助者が、薬物依存者を自助グループや民間リハビリテーション施設につなげ、薬物依存からの回復者と出会う機会をつくることはきわめて重要な仕事である。

12 家庭の問題

薬物乱用者は、過酷な生育状況、生活環境を背景にもつ者が少なくない。幼少時期に養育者からの身体的虐待やネグレクトを経験した者、あるいは、幼少期に実親の離別体験や親の飲酒問題をもつ、いわゆるアダルトチルドレン（adult children）と呼ばれる者も多い。また、女性の乱用者のなかには、養育者からの性的虐待の被害者もあり、それによる心的外傷後ストレス障害の症状への対処行動として、薬物を乱用する者もいるといわれている。

これらのことは薬物乱用者を理解するうえで重要である。一般に、虐待の被害者は、幼少期から虚無感を抱いて生きており、大人に対して猜疑的であるが、その一方で、仲間に執着して非行集団に帰属し、そこで家や学校では得られない「居場所」や「必要とされている感覚」を得ようとする。その意味で、有機溶剤の集団使用には、仲間との絆を確認する儀式として意義があるが、それによって虚無感や自己無価値感を紛らわしているうちに、深刻な薬物依存症に陥ってしまう。

いずれにしても、薬物乱用予防には家庭における日常生活が大切である。薬物を乱用する中学生は、食事の時間を含めて、1日のうちで家族全員と共有する時間が少なく、ゲームセンターやコンビニエンスストアにたむろしながら、「居場所がない」と感じ、「自分は誰からも必要とされていない」と考えている者が多いという*。薬物の誘いを断るには、薬物の害について知識をもっているだけでは十分ではなく、自分を大切にす気持ちや育める家庭や社会が必要である。

13 学校における薬物乱用防止教育

文部科学省の指導により、現在、ほとんど中学校や高等学校では、生徒を対象とした薬物乱用教育が実施されており、すべての学校で、その基調的テーマである「ダメ、ゼッタイ」あるいは「NO! ドラッグ」といった印象的な標語の入ったポスターが掲示されている。こうした教育は、最近における有機溶剤乱用者の減少をみるかぎり、一定の効果を上げていると考えられる。

* 松本俊彦：薬物乱用・依存と行動障害。前掲書。pp39-43.

しかし、「ダメ、ゼッタイ」に象徴されるような薬物乱用防止教育が、すべての子どもに有効なわけではない。2009（平成21）年に内閣府が実施したインターネット調査^{*1}では、10代・20代の若者のほぼ1割程度が、「（薬物乱用防止教育に）影響を受けていない」と回答し、薬物乱用に対して「1回くらいであれば身体に害はなさそうなので、いいのではないか」もしくは「他人に迷惑をかけなければ個人の自由である」という肯定的・容認的な認識をもっていることが明らかにされている。しかも、この1割の若者は、「（薬物乱用防止教育に）影響を受けた」と回答した者に比べて、顕著に自尊心が低いことも明らかにされているのである。

同様の知見は筆者自身の調査でも確認されている。すなわち、中高生の約1割にリストカットなどの自傷経験があるが、そのような生徒は早くから飲酒や喫煙を経験し、身近に薬物とアクセスしやすい交友関係ももっているなど、薬物乱用ハイリスク群であるだけでなく、薬物乱用防止教育に対して否定的な態度をとる傾向が顕著だったのである^{*2}。この結果は、自尊心が低く、自分を傷つけることに抵抗感のない子どもは、早くから薬物使用に高い親和性をもつだけでなく、従来の「ダメ、ゼッタイ」的な薬物乱用防止教育が有効ではない可能性を示している。いい換えれば、従来の薬物乱用防止教育は、その教育の最も重要なターゲットであるはずの薬物乱用ハイリスク者に対して有効ではない可能性があるのである。

以上の知見は、今後、薬物乱用防止教育のあり方を見直す必要があることを示唆するものといえる。おそらく将来における薬物乱用防止教育は、「悩みをかかえたとき、つらい気持ちになったとき、誰にどう相談すべきか」といったテーマに焦点づけした、生徒と保護者、教師双方に対するものへと変化すべきかもしれない。実際、鈴木健二ら^{*3}は、薬物乱用のリスクの高い子どもは、悩みを親や教師に相談しないという特徴があることを明らかにしている。その意味では、薬物乱用防止教育は、従来の「道徳教育」から、子どもたちの援助希求能力を高める「メンタルヘルス教育」へと変化することが求められているといえるであろう。

14 地域での対応

現代の日本では、地域の共同体における連帯感が希薄化し、隣人同士のつながりが少年たちの非行や逸脱に対するブレーキとなることはむずかしくなっている。その意味で、薬物乱用防止のための啓蒙活動において、学校や各種公的相談機関に期待される役割は大きい。

予防活動として、学校における生徒に対する予防教育は必要であるが、それ以上に重要なのは、子どもの保護者である大人への啓発も重要である。薬物乱用者の家族の多くが、「ま

*1 松本俊彦：求められる薬物乱用防止教育とは？～「ダメ、ゼッタイ」だけではダメ。内閣府 平成21年度インターネットによる「青少年の薬物乱用に関する調査」報告書、2010、pp59-67。

*2 松本俊彦：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。日本評論社、2009。

*3 鈴木健二、村上 優、杠 岳文、他：高校生における違法性薬物乱用の調査研究。日本アルコール・薬物医学学会雑誌、34（5）：465-474、1999。

さかうちの子に限って」と驚くとともに、「自分の子どもの薬物問題をどこに相談すればよいのか、まったく知らなかった」と述懐するものである。大人に対する啓発活動には、(1) 子どもとの関係を振り返る契機を与え、(2) 薬物乱用問題は今や社会全体の問題であって、一部の家庭だけの特殊な問題ではないことを実感させ、さらに、(3) 薬物乱用問題に遭遇したときの対応や相談機関の情報を提供し、早期介入の素地を用意するといった意義がある。

薬物乱用への介入においては、地域の各種公的相談機関の役割はいっそう重要である。薬物乱用者が自分から進んで医療機関を受診することはまれであり、家族の相談によって事例化したり、生活の困窮、ドメスティックバイオレンス (domestic violence ; DV) や児童虐待への介入をきっかけに、薬物乱用問題が認知されたりする場合も多い。いかに本人を治療につなげるかという戦略を考えるうえで、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所、児童相談所、婦人相談所の精神保健福祉士の役割は非常に重要である。その主な役割は、家族、医療機関、司法機関と連携し、それらの関係を調整役として最終的に本人に介入していくことである。

15 地域の行政機関、保健企画での取組み

1) 精神保健的問題としての薬物乱用問題

精神保健分野の行政的施策のなかで、薬物依存対策は文字どおり総合的かつ包括的な保健政策が求められる分野である。

現在わが国では、薬物問題は、法令に違反する行為、すなわち犯罪とみなされると同時に、精神保健的問題であるとも理解されている。前者の立場でいえば、国民が心身に有害な影響を与える物質に曝露されることがないように、法令によって流通を規制し、「薬物供給の低減」に努める必要がある。しかし、たとえば覚せい剤取締法事犯者の再犯率は60%近くに達している状況を考えれば、「薬物供給の低減」に限定した行政的施策には限界があることは明らかである。むしろ高い再犯率の背景に存在する「薬物依存」という精神医学的疾患に対する治療・援助を提供し、「薬物需要の低減」がなされなければならない。

2) 薬物依存が精神保健的問題と認識されるまで

しかし、精神保健医療関係者の間では、薬物乱用問題が精神保健的問題とみなされるようになったのは、比較的最近のことである。その最初の第一歩は、1996 (平成8) 年6月、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)」の一部が改正され、覚せい剤慢性中毒者に関する準用規定 (法第44条) が廃止されるとともに、薬物依存に罹患する者が精神障害者に含まれることが明確化されたことにさかのぼる (法第5条)。この改正によって、薬物依存者は、医療的・福祉的援助を必要とする「障害者」として明確に位置づけられた。

さらに、1998 (平成10) 年に内閣に設置された薬物乱用対策推進本部において「薬物乱用

防止五か年戦略（旧・五か年戦略。1998〔平成10〕～2002〔平成14〕年）」が、続いて2003（平成15）年には「新・五か年戦略（2003～2007〔平成19〕年）」が策定された。そのなかで、精神保健福祉分野の課題として、「薬物依存・中毒者の治療，社会復帰の支援によって再乱用を防止するとともに，薬物依存・中毒者の家族への支援を充実する」ことが明記された。現在，これらの施策の一環として，全国の精神保健福祉センターではさまざまな薬物関連事業が行われている。

3) 精神保健福祉センターにおける薬物関連問題相談事業

薬物乱用防止対策実施要綱に基づき，1999（平成11）年度より各都道府県・政令指定都市はそれぞれの精神保健福祉センターにおいて，薬物関連問題に関する技術指導および技術援助，知識の普及，家族教室の開催などを行うこととなった。

このことは，わが国の精神保健行政のなかでは重要な進歩といえたが，いくつかの問題点があることも否めない。まず，精神保健福祉センターによって職員数や職種配置には大きな違いがあり，結果的に薬物関連問題への対応にも著しい格差が生じている。そのために，家族相談はもとより，技術指導や技術援助が十分に行える体制にない地域も少なくない。また，相談しようとする家族の側が一方的に「規制薬物のことを相談したら警察に通報されるのではないか」と思い込んでいる，という公的機関ならではの問題点もある。さらには，家族の相談に対応したところで，そもそも，紹介できる医療機関等の援助資源が乏しく，ともしれば当事者による民間リハビリテーション施設ダルクに丸投げするようなかたちとなり，ダルクスタッフの疲弊を招いている側面も否めない。

このようななかで，東京都多摩総合精神保健福祉センターでは，薬物依存をかかえる当事者を対象とした，集団認知行動療法による再乱用防止プログラム(TAMARPP：Tama Relapse Prevention Program；通称「タマープ」)^{*1}を実施している。これは，米国において高い評価を得ている統合的外来覚せい剤依存治療プログラム Matrix Model(マトリックスモデル)^{*2}を参考にした，神奈川県立精神医療センターせりがや病院での外来治療プログラム SMARPP (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program；通称「スマープ」)^{*3}を，非医療機関である精神保健福祉センターでも実施できる内容に改変したものである。これは，精神保健福祉センターにおけるはじめての依存者本人に対する援助プログラムとして評価できる実践である。同様の試みは，現在，すでに他のいくつかの精神保健福祉センターでも実施されている。

* 1 松本俊彦，小林桜児：薬物依存者の社会復帰のために精神保健機関は何をすべきか？ 日本アルコール・薬物医学会雑誌，43（3）：172-187，2008.

* 2 Matrix Institute：http://www.matrixinstitute.org/index.html

* 3 小林桜児，松本俊彦，大槻正樹，他：覚せい剤依存者に対する外来再発予防プログラムの開発— Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP). 日本アルコール・薬物医学会雑誌，42（5）：507-521，2007.

16 重複障害(dual diagnosis)と自殺について

1) 重複障害

薬物依存者には重複障害をもつものが非常に多く、アルコール依存者と比べても多い。重複障害で最も多い精神障害は、精神病性障害(慢性精神病)、気分障害、不安障害、摂食障害である。また、幼少時期に注意欠如多動性障害の病歴があり、現在でもその症状が残遺している者では、衝動の制御が困難な者が多く、入院治療に際してもさまざまなトラブルが起りやすい。なお、注意欠如多動性障害の既往は、早期からアルコール・薬物乱用を開始する危険因子の1つであるといわれている*1。

筆者らは、治療環境の選択という観点から、薬物依存者を「物質使用障害単独型」「精神病性障害型」「衝動制御障害型」の3分類を提唱している*2。物質使用障害単独型では、精神病症状や不安障害・気分障害があっても薬物使用による症状であるため、物質使用障害すなわち薬物乱用・依存の治療を行えば、比較的速やかに症状は消退し、向精神薬の投与も不要である。しかし、他の2類型ではそうではない。精神病性障害型は、薬物を長期間やめているにもかかわらず、慢性精神病症状が遷延する一群であり、覚せい剤や有機溶剤といった違法薬物乱用・依存者で認められることが多く、集団精神療法などの治療プログラムに適應できず、薬物依存症としての対応に加え、統合失調症と同様の福祉的資源を利用する必要がある。

一方、衝動制御障害型は、女性ならびに精神科治療薬乱用者に多く、摂食障害の合併が特徴的な一群であり、反復性の自傷・自殺行動が特徴的である。違法薬物の乱用者が、「好奇心から」「友人に誘われて」といった理由から、密売人や反社会的集団に所属する友人から入手した薬物を乱用するのに対し、この類型の場合には、「つらい気持ちや不安、不眠を解消するため」といった自己治療的な意図から、精神科医から入手した精神科治療薬を乱用する傾向がある。しばしば境界性パーソナリティ障害の併存診断が認められ、こうした病態に対応できる治療チームが必要となる。

なお、重複障害をもつ薬物依存者の治療では、病態を正しく評価したうえで、適切な治療環境を選択する必要があるが、正確な精神医学的評価を行うためには、薬物の解毒が優先され、少なくとも1カ月の断薬期間が必要である。

2) 自殺問題

1998(平成10)年にわが国の年間自殺者数は一挙に30,000人を超え、以後、13年間高止まりのまま推移している。こうした状況のなかで、2006(平成18)年に自殺対策基本法が制定され、翌2007(平成19)年には自殺総合対策大綱が閣議決定され、自殺対策は国をあげて向

*1 松本俊彦：薬物依存の理解と援助―「故意に自分の健康を害する」症候群。金剛出版、2005。

*2 松本俊彦：薬物依存の理解と援助―「故意に自分の健康を害する」症候群。前掲書。

き合うべき重要課題となっている。しかし、わが国では自殺予防の観点からの精神保健的対策はうつ病対策に限定されており、海外ではうつ病と並ぶ自殺の危険因子であるアルコール・薬物依存が無視されていることが問題であった。こうしたなかで、2008（平成20）年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱の一部改訂（「自殺対策加速化プラン」*1）のなかで、アルコール依存とともに薬物依存に罹患する者も自殺ハイリスク者として認められ、その対策強化が明文化されたのである。

実際、全国に展開しているダルクにおいては、利用者やスタッフの自殺予防が喫緊の問題となっている*2。医療機関の薬物依存患者に対する忌避的感情から、深刻な重複障害をかかえる薬物依存者がダルクに集積し、その対応でスタッフも消耗、疲弊している現実がある。また、「薬物依存からの回復には『底つき体験』が必要」という認識から家族だけでなく、援助者までもが薬物依存者の「突き放し」を徹底するなかで、支援を失った薬物依存者が自殺してしまう事例、あるいは、幼少期の外傷体験に関連するフラッシュバックに対する自己治療として薬物を使っていた依存者が、薬物をやめることでかえって自殺リスクを高めてしまった事例もある。

薬物依存者の自殺問題と向き合うことは、われわれ援助者に、薬物依存からの回復者に対するアフターケアの必要性、さらには、「薬物をやめる／やめない」「薬物を使った／使わない」といったことばかりに拘泥しない、総合的かつ包括的な支援の必要性を痛感させる、きわめて重要な問題提起を含んでいるように思われる。

V 思春期精神保健対策

最近、従来の精神医学的診断分類に当てはまらない思春期の子どもたちのケースが多くなってきた。学校や家庭で些細なことをきっかけに衝動的となり、聞くに耐えない暴言を吐き、難解な理屈をいいつのる。ビデオやゲームのことを話しているときには生き生きとした表情なのだが、親の対応の仕方や社会問題（学校教育、政治、経済、環境など）について独特の批判をするときには、別の世界にふみ入ってしまったかのように無表情となり、早口で激しくしゃべり続ける。まるで何かにマインドコントロールされているのかと疑うほどである。彼らは、両親のこれまでの自分に対する態度を、口汚くののしり、法外な賠償金を求めたり、復讐の機会を待ち望んでいると公言する。フィクションの世界と現実を混同し、善悪の区別ができなくなっているようである。人並みではないもの、自分とは異なるものを排除しようとし、社会的弱者をなぶりものにし、真面目さをあざ笑う「嘲笑文化」が子ども社会にも蔓延している。

また、多くの少年事件にみられるように、理解しにくい状況のなかで思いもよらぬ行動に走る子どもが多くなっている。衝動コントロールがきかないという状態に近く、何かのき

*1 内閣府：自殺対策加速化プラン。内閣府 自殺総合対策会議決定、平成20年10月31日。

*2 森田展彰、岡坂昌子：薬物使用障害者の自殺。精神科治療学、25（2）：213-221、2010。

かけで頭のなかが真っ白になり、前後の出来事を覚えていない。当たり前のことだが、子どもは発達の過程でさまざまな経験をし、社会的トレーニングを積み重ね、ストレスに対する耐性や他人とのかかわり方を学んでいくのである。幼いころから友人関係が希薄で親友がいず、人間関係にはあいまいさのあることを習得しておらず、論争の果てに殴り合い、そして和解するなどという経験のない彼らには、表面的な奇妙な優しさがあり、自分が傷つけられることに極度に敏感である*。

子どもにとって耐え難い刺激が加えられていても、まわりの人びとにはその子どもの状態を「普通のこと」と思い込んでいるときに、「理由もなくキレル」という現象が起こる。このことは、「子どものところがわからない」ということと表裏をなしている。同じ言葉を話していても、まったく違った意味で話していることがあり、話しかけられた言葉から連想するものがまったく違ったものであることをしばしば経験する。まるで、生活習慣・言葉・文化が異なる外国人に出会ったようなものである。最近の日本の大人と子どもは、まったく異なる文化圏で生まれ育ったようなものである。異なる文化圏に生きる子どものことを、大人の伝統的文化的規準で判断しようとしても無理なのであろう。

1 マージナリティ・パーソナリティ(marginality-personality)

—異文化との共存

最近のいじめ問題や少年事件をみていると、筆者が30数年前にパプアニューギニアを訪れたときに感じた異文化との共存の問題がまざまざと思い出される。

1978(昭和53)年、筆者はメルボルンで開催された第9回国際児童青年精神医学会に出席し、「日本の家族と文化における父親役割の変遷」についての特別講演を行った。学会終了後、約2カ月間、王立メルボルン小児病院精神科で研修を受け、日本へ帰る途中ふと立ち寄ったのが「最後の未知の国」といわれたパプアニューギニアであった。当時、パプアニューギニアには精神科医が2人しかいなかったが、その1人のBurton-Bradley博士に案内されて、さまざまな施設をみてまわった。そのときに「ニューギニア症候群」と呼ばれる現象のあることを知った。急速に西欧文化と接触しはじめていた当時のパプアニューギニアでは、自殺とアルコール中毒が急増しており、「アモク(amok)」と「マージナリティ・パーソナリティ(marginality-personality)」が重大な問題であった。

マージナリティ・パーソナリティは、急速な異文化との接触によって5,000年の歴史を50年で生きようとする変化に根ざすものであり、近代化と伝統的な種族文化および信仰の境目に立たされ、どの文化圏にも属さない特有のパーソナリティとして出現したものである。マージナリティ・パーソナリティの子どもは、一見行儀がよいようにみえるが、不登校や怠学になりやすいといわれていた。

* 山崎晃資：現代に生きる子ども達。山崎晃資、石橋昭良、朝倉喬司、他編著：少年事件 おとなは何ができるか。同人社、2008、pp12~54。