

いう者では自殺のリスクが高いという。すなわちわが国では、アルコール消費量と自殺死亡との関係は、虚血性心疾患などと同様「U字型」の相関関係を持っているということになる。この知見は、アルコール使用障害の診断に該当するか否かに関係なく、多量飲酒が自殺の危険因子となりうることを示している。

さまざまな精神活性物質の中で、アルコールほど日本人の生活の中に深く浸透している物質はなく、飲酒はさまざまな社交や行事の中で広く行われている。しかし、自殺予防という観点からみれば、使用障害(乱用・依存)の水準に達しない正常範囲内のアルコール摂取に対しても、一定の注意を払う必要があるかもしれない。

薬物乱用と自傷

リストカットなどの自傷行為は、しばしば不快感情の軽減、あるいは周囲への意思伝達や操作といった意図から故意に自らの身体に損傷を加える行動である²⁵⁾。自傷行為は、意図や身体損傷の非致死性ゆえに自殺とは異なる行動であるが、Owensら²⁶⁾のメタ分析によれば、10代における自傷行為の存在が10年後の自殺死亡のリスクを数百倍に高めるといわれており、自殺の危険因子として捉える必要がある。

自傷行為はさまざまな程度の物質使用と密接な関係がある。海外では、物質使用障害と自傷行為との密接な関連を指摘する研究は多く^{27)~29)}、Walsh²⁵⁾によれば、重篤な自傷患者の77%に吸入剤乱用、58%に大麻乱用、42%にLSD乱用が認められたという。わが国でも、自傷行為の経験のある者では覚せい剤や有機溶剤などの違法薬物使用歴が高率にみられることが明らかにされている³⁰⁾³¹⁾。

こうした自傷行為と物質使用との関係は、特定の人格傾向によらない直接的なものと考えられている。その証拠に、一般の中高生において自傷の経験・程度は、飲酒・喫煙などの物質使用と密接に関係していることが明らかにされている^{32)~34)}。なお、アルコールやベンゾジアゼピンなどによる酩酊は、人為的な解離類似状態を惹起して衝動制御を困難とし、また、疼痛閾値を上昇させることで自傷行為の誘発や重症化を

もたらす³⁴⁾。事実、Linehan³⁵⁾は、自傷患者の13.4%が自傷直前にアルコールを摂取していることを指摘している。

わが国の自殺対策における物質使用障害対策の位置づけ

わが国では、1998年に突如として自殺の急増が起こった。この急増の背景には、バブル経済の崩壊による多重債務や失職といった経済的問題を抱えた中高年男性の自殺の急増があったといわれている。これ以後13年間、わが国の自殺者総数は毎年3万人を超えるという高止まりの状態が続いている³⁶⁾。

こうした事態に対して2006年に自殺対策基本法が制定され、2007年には自殺総合対策大綱が閣議決定され、国をあげて自殺対策に取り組む体制が整った。その中で、精神保健分野の対策としては「うつ病の早期発見・早期治療」に関する取り組みが一貫して重視されてきたものの、海外においては、物質使用障害は自殺に関連する精神障害としてうつ病とともに必ず言及されていることを考えると、あまりにうつ病に偏重した対策との印象は拭えない。

しかし、2008年10月に閣議決定された自殺総合対策大綱の一部改正(「自殺対策加速化プラン」)の中で、ようやくわが国でも自殺ハイリスク者対策の一つとして「アルコール・薬物依存症対策」が明記されるに至った³⁷⁾。現時点ではまだ具体的対策は明示されていないものの、今後、自殺予防の観点から「依存症対策」の推進が期待される場所である。とりわけ、飲酒に寛容なわが国ではアルコールは日常生活に深く浸透しているだけに、アルコールと自殺との関連に関する啓発が地域住民はもとより医療者をはじめとした援助職に対しても行われる必要がある。

最近、筆者らのグループが実施した心理学的剖検研究³⁸⁾では、自殺既遂者の21%が自殺前1年以内にアルコール問題を呈しており、そのうちの8割がアルコール使用障害の診断に該当し、しかも、アルコールを摂取した状態で最期の行動に及んだ者が多かったことが明らかにされている。精神科通院中であった者もいたが、アルコール問題に対する専門的な援助を受けている

者は1人もいなかった。

もちろん、研究対象となった自殺既遂者は、わが国の自殺者全体を代表しているとはいえないことに注意する必要がある。しかしこの21%は、いずれも仕事を持つ中高年男性であり、借金や離婚などの困難な心理社会的状況を抱えているなど、まさしく1998年の自殺急増における中心的年代層を反映した特徴を持っていたのである。こうした知見からも、わが国の自殺対策の中で「依存症」に重点を置いた施策をとることの意義が示唆されているのである。

おわりに

以上、本稿では、アルコール・薬物の乱用・依存と自殺との関連について概説し、その知見に基づいて今後わが国の自殺対策の文脈の中で何が課題となるのかについて、筆者の私見を提示させていただいた。

あえて口幅ったいことをいわせていただければ、わが国の精神科医療は援助者が手をつけやすいところを中心に発展してきた印象が否めない。それは、たとえば一般精神科医療においては統合失調症であり、自殺対策においてはうつ病という、いずれも医学的モデルにはまりやすく医療者が共感しやすい病態ということである。その一方で、医療者として陰性感情を惹起される領域については精神科医療の苦手分野として放置されてきた。そして、そのような分野の一つとして物質乱用・依存がある。

自殺予防のためには援助者が自らの苦手分野を克服する必要がある、というのが筆者の考えである。そのためには、精神保健的領域の自殺対策もまたそれ自体が「総合的なもの」となり、精神保健的支援全体の底上げがなされなければならない。筆者はそのように信じている。

文 献

- 1) Chynoweth R, Tonge JI, Armstrong J. Suicide in Brisbane : A retrospective psychosocial study. *Aust N Z J Psychiatry* 1980 ; 14 : 37-45.
- 2) Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH, et al. Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 1959 ; 49 : 888-99.
- 3) Roy A. Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry* 2001 ; 158 : 1215-9.
- 4) Roy A. Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. *J Clin Psychiatry* 2001 ; 63 : 403-7.
- 5) Barraclough B, Bunch J, Nelson B, et al. A hundred cases of suicide : Clinical aspects. *Br J Psychiatry* 1974 ; 125 : 355-73.
- 6) Lönnqvist JK, Henriksson MM, Isometsä ET, et al. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 1995 ; 49 Suppl 1 : S111-6.
- 7) Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997 ; 170 : 205-28.
- 8) 大原健士郎. アルコールと自殺—アルコール依存症と自殺との関係からの考察. *Clinician* 1990 ; 396 : 1141-5.
- 9) 清野忠紀. アルコールおよび薬物中毒者の自殺企図に関する研究. *精神医学* 1971 ; 13 : 901-9.
- 10) 斎藤 学. アルコール依存症者の自殺企図について. *精神神経学雑誌* 1980 ; 82 : 786-92.
- 11) 松本桂樹, 世良守行, 米沢 宏, ほか. アルコール依存症者の自殺念慮と企図. *アディクションと家族* 2000 ; 17 : 218-23.
- 12) 岡坂昌子, 森田展彰, 中谷陽二. 薬物依存者の自殺企図に関する研究—自殺企図の実態とリスクファクターの検討—. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 2006 ; 41 : 39-58.
- 13) 松本俊彦, 小林桜児, 上條敦史, ほか. 物質使用障害患者における自殺念慮と自殺企図の経験. *精神医学* 2009 ; 51 : 109-17.
- 14) 川上憲人. わが国における自殺の現状と課題. *保健医療科学* 2003 ; 52 : 254-60.
- 15) De Leo D, Evans R. Chapter 10 : The impact of substance abuse policies on suicide mortality. In : De Leo D, Evans R. *International Suicide Rates and Prevention Strategies*. Cambridge : Hogrefe & Huber ; 2004. p. 101-12.
- 16) Cheng AT. Mental illness and suicide. A case-control study in east Taiwan. *Arch Gen Psychiatry* 1995 ; 52 : 594-603.

- 17) Cherpitel CJ, Borges GL, Wilcox HC. Acute alcohol use and suicidal behavior : a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res* 2004 ; 28 (5 Suppl): 18-28.
- 18) Wasserman D, Värnik A, Eklund G. Male suicides and alcohol consumption in the former USSR. *Acta Psychiatr Scand* 1994 ; 89 : 306-13.
- 19) Birckmayer J, Hemenway D. Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970-1990. *Am J Public Health* 1999 ; 89 : 1365-8.
- 20) Skog OJ. Alcohol and suicide in Denmark 1911-24 —experiences from a 'natural experiment' . *Addiction* 1993 ; 88 : 1189-93.
- 21) Skog OJ, Teixeira Z, Barrias J, et al. Alcohol and suicide : the Portuguese experience. *Addiction* 1995 ; 90 : 1053-61.
- 22) Makela P. Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction* 1996 ; 91 : 101-12.
- 23) Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 2001 ; 96 Suppl 1 : S59-75.
- 24) Akechi I, Iwasaki M, Uchitomi Y, et al. Alcohol consumption and suicide among middle aged men in Japan. *Br J Psychiatry* 2006 ; 188 : 231-6.
- 25) Walsh BW. *Treating Self-Injury*. New York : Guilford Press ; 2005. [松本俊彦, 山口亜希子, 小林桜児・訳. 自傷行為治療ガイド. 東京 : 金剛出版 ; 2007.]
- 26) Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002 ; 181 : 193-9.
- 27) Lacey JH, Evans CD. The impulsivist : a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addict* 1986 ; 81 : 641-9.
- 28) Pattison EM, Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry* 1983 ; 140 : 867-87.
- 29) Matsumoto T, Azekawa T, Yamaguchi A, et al. Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004 ; 58 : 191-8.
- 30) Matsumoto T, Yamaguchi A, Asami T, et al. Characteristics of self-cutters among male inmates : Association with bulimia and dissociation. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005 ; 59 : 319-26.
- 31) Izutsu T, Shimotsu S, Matsumoto T, et al. Deliberate self-harm and childhood histories of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in junior high school students. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006 ; 14 : 1-5.
- 32) 山口亜希子, 松本俊彦. 女子高校生における自傷行為—喫煙・飲酒, ピアス, 過食傾向との関係—. *精神医学* 2005 ; 47 : 515-22.
- 33) Matsumoto T, Imamura F. Self-injury in Japanese junior and senior high-school students : Prevalence and association with substance use. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008 ; 62 : 123-5.
- 34) Favazza AR. *Bodies Under Siege. Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 2nd edition. Baltimore : Johns Hopkins University Press ; 1996. [松本俊彦・監訳. 自傷の文化精神医学～包囲された身体. 東京 : 金剛出版 ; 2009.]
- 35) Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York : Guilford Press ; 1993.
- 36) 内閣府. 平成23年版自殺対策白書. 東京 : 内閣府 ; 2011.
- 37) 内閣府. 平成20年版自殺対策白書. 東京 : 内閣府 ; 2008.
- 38) 赤澤正人, 松本俊彦, 勝又陽太郎, ほか. アルコール関連問題を抱えた自殺既遂者の心理社会的特徴 : 心理学的剖検を用いた検討. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 2010 ; 45 : 104-18.

* * *

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

松本俊彦^{1)*}, 成瀬暢也²⁾, 梅野 充³⁾, 青山久美⁴⁾, 小林桜児⁵⁾,
嶋根卓也¹⁾, 森田展彰⁶⁾, 和田 清¹⁾

- 1) 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
 - 2) 埼玉県立精神医療センター
 - 3) 東京都立松沢病院
 - 4) 神奈川県立精神医療センターせりがや病院
 - 5) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院
 - 6) 国立大学法人 筑波大学大学院人間総合科学研究科
- (受付：平成24年5月14日；受理：平成24年7月19日)

A study on clinical features of patients with benzodiazepines use disorder (BZsUD), and characteristics of psychiatric treatments which may cause BZsUD

Toshihiko MATSUMOTO¹⁾, Nobuya NARUSE²⁾, Mitsuru UMENO³⁾, Kumi AOYAMA⁴⁾,
Ohji KOBAYASHI⁵⁾, Takuya SHIMANE¹⁾, Nobuaki MORITA⁶⁾ and Kiyoshi WADA¹⁾

- 1) *National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1 Ogawahigashi-cho, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan*
- 2) *Saitama Prefectural Psychiatric Hospital, 818-2 Komuro, Ina-cho, Kitaadachi-gun, Saitama 362-0806, Japan*
- 3) *Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital, 2-1-1 Kamikitazawa, Setagaya, Tokyo 156-0057, Japan*
- 4) *Kanagawa Psychiatric Center Serigaya Hospital, 2-3-1 Serigaya, Minami-ku, Yokohama, Kanagawa 233-0006, Japan*
- 5) *Center Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1 Ogawahigashi-cho, Kodaira, Tokyo 187-8553,*
- 6) *University of Tsukuba Graduate School of Comprehensive Human Sciences, 1-1-1 Tennodai, Tsukuba, Ibaraki 305-8577, Japan*

(Received : May 14, 2012 ; Accepted : July 19, 2012)

* 責任著者：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
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1 mail: tmatsu@ncnp.go.jp

Summary

Background and aims: The aims of present study are to clarify the clinical features of patients with benzodiazepine use disorder (BZsUD), and to examine the characteristics of psychiatric treatments which may cause BZsUD.

Methods: We conducted a medical chart and interview survey to 87 outpatients with benzodiazepine use disorder, who had consecutively visited the four hospitals, specialized in addiction problems, located in metropolitan area, during a month of December, 2011.

Results: Consequently, 88.5% of the patients with BZsUD reported to obtain BZs to be abused from general psychiatric clinics, and 83.9% contracted BZsUD in process of general psychiatric treatment. Among the patients who contracted BZsUD in process of psychiatric treatment, 43.8% were speculated to have the other substance-related disorders such as methamphetamine or alcohol-related disorder at start of the psychiatric treatment. Further, approximately 70% of them reported that surplus BZs were prescribed without consideration of storing drugs, and over 40% also reported that BZs were prescribed without a medical examination.

Conclusions: The findings of the present study may let us to propose the following four measures to be taken for prevention of BZsUD: First, latent substance-related disorders should not be overlooked, second, short-acting and high-potency BZs should not be prescribed if possible, third, storing and abusing BZs should always be considered, and finally, BZs should be prescribed with a medical examination.

Key words: benzodiazepines, prevention, psychiatric treatment, substance use disorder
ベンゾジアゼピン, 予防, 精神科治療, 物質使用障害

はじめに

benzodiazepine (以下BZ)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¹⁾、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³⁾。なかでもGriffithsとWeerts²⁾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⁶⁾。

一方、わが国では、BZ系薬剤はすべての診療科で広く処方されており、その処方量の多さがしばしば問題視されている。たとえば村崎⁸⁾は、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倍にもものぼると述べており、また、田島⁹⁾は、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BZ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、と指摘している。最近になって国連が刊行した報告書¹⁰⁾では、BZ系抗不安薬の処方量は欧州諸国に比べると必ずしも多いとはいえないものの、他方で、BZ系催眠薬の処方量は欧米諸国よりもはるかに多いことが報告されている。

このような状況のなかで、薬物依存臨床の現場ではBZ関連障害患者の数は確実に増加している。事実、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（以下、病院調査）』¹¹⁾によれば、最近10年あまりのあいだ、BZを含む鎮静薬・催眠薬・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は確実に増加し、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二の乱用薬物となった。さらにこの調査では、鎮静薬・催眠薬・抗不安薬関連障害患者の約75%が、乱用薬物を精神科医療機関から入手していたことも明らかにされている。これは、精神科治療のあり方を見直すことなしにBZ乱用の広がりを抑止することはできないことを示す知見といえよう。

近年、自殺対策における啓発活動によって精神科受診は促進され、わが国全体の精神科通院患者数は確実に増加している¹²⁾。今後、BZの使用経験を持つ国民の割合はますます高くなるであろう。さらに、2008年に施行された向精神薬処方日数の規制が緩和されたことにより¹³⁾、皮肉な見方をすれば、患者が一度に多量のBZ系薬剤を入手する機会が増えたとも考えることもできる。こうした文脈を踏まえれば、BZ乱用・依存を呈しやすい精神科患者の臨床的特徴、ならびに、BZ乱用・依存を作り出しやすい精神科医療について検討することには、まさに喫緊の課題である。

そこで今回我々は、首都圏の依存症専門医療機関に通院する、BZ使用障害患者を対象として、BZ乱用・依存の契機となった精神科治療のあり方に関する調査を行った。本研究の目的は、BZ使用障害患者の臨床的特徴、ならびに、BZ使用障害発症の契機となる精神科治療の特徴を明らかにすることである。よって、ここに調査結果を報告するとともに、BZ使用障害の防止に関して若干の提案をさせていただきたい。

方 法

1. 対象

本研究は、鎮静薬・催眠薬・抗不安薬使用障害患者に関する調査プロジェクトの一環として行われた。このプロジェクトの対象は、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、①主たる乱用薬剤の種類にかかわらず、DSM-IV-TRにおける「鎮静薬・催眠薬・抗不安薬の使用障害（乱用・依存）」の診断基準を満たし、②調査時点では精神病状態、錯乱状態、意識障害などを呈しておらず、さらに、③本調査の参加に同意した者である。

本研究では、上記条件を満たす者のうち、乱用する「鎮静薬・催眠薬・抗不安薬」がBZ系薬剤（thienodiazepine系およびcyclopyrrolone系薬剤も含む）である者を抽出して、対象とした。その結果、調査期間中に4箇所の調査実施施設に受診した、条件を満たす鎮静薬・催眠薬・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。そのなかで、乱用する「鎮静薬・催眠薬・抗不安薬」がBZ系薬剤であった者は87名

(男性37名, 女性50名)であり, その年齢は20~67歳に分布し, 平均年齢 [標準偏差] は37.2 [8.8] 歳であった。

2. 調査手続き

情報収集は, 調査実施施設における対象者の担当医によってなされた。後述する調査項目について回答するにあたって各担当医は, 診療録転記で対応できるものはそこから転記し, 診療録情報では足りない情報については, 各担当医自身が構造化されない面接を実施し, 追加の質問により情報を補った。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, 各担当医がこれまでの治療経過や前医からの診療情報提供書の内容を踏まえたうえで総合的に判断したうえで回答した。

3. 調査項目

調査項目は, 筆頭筆者が実施する『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』11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共著者の意見を参考にして, 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) 対象者のBZ使用障害に関する項目

- ①BZ使用障害のDSM-IV-TR下位診断: 乱用もしくは依存のいずれかを回答することを求めた。
- ②調査実施施設にて治療開始時に見られたBZ誘発性障害のDSM-IV-TR下位診断
- ③BZ使用障害に関連する様々な問題行動: これまで以下のカテゴリーに該当する問題の有無について回答を求めた (複数選択可)。「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」, 「健忘を伴う行動による社会的トラブル」, 「交通事故や転倒による救急医療機関への搬送」, 「過量服薬による救急医療機関への搬送」, 「複数の医療機関からの重複処方」, 「インターネットや密売人からの不正な入手」, 「処方せん偽造や薬局強盗などの犯罪行為」。
- ④BZによって得られる, もしくは期待される効果: 以下のカテゴリーより該当するものを選択させた (複数選択可)。「不眠が解消される」, 「不安や緊張感が緩和される」, 「気分の落ち込みが改善される」, 「嫌なことを忘れられる」, 「意欲が出る」, 「その他」。
- ⑤BZの初使用から乱用を呈するまでの期間: 「1年未満」, 「1年以上3年未満」, 「3年以上」という3つのカテゴリーから該当するものを1つのみ選択。
- ⑥入手経路: これまでのBZ使用歴のなかで, 以下のカテゴリーのなかで該当するものについて回答を求めた (複数選択可)。「精神科医療機関からの処方」, 「一般科医療機関からの処方」, 「医療機関からの不正入手」, 「薬局より不正入手 (正当な処方せんによらない入手)」, 「密売人により入手」, 「家族の治療薬を流用」, 「恋人・内縁関係者より入手」, 「友人・知人より入手」, 「その他」。
- ⑦他の物質関連障害に関する情報: 併存の有無を回答し, 乱用物質について「アルコール

ル」,「覚せい剤」,「吸入剤」,「大麻」,「複数物質」,「その他」のなかから該当するものすべてを選択。

3) BZ使用障害発症の契機となった精神科治療に関する項目

- ①一般精神科医療機関における治療がBZ使用障害発症の契機となったか否か: 担当医が様々な情報を総合的に判断し,「はい/いいえ」で回答した。
- ②BZ使用障害を発症した時期の平均的な診察時間と通院間隔: 診察時間については,「5分未満」,「5分以上30分未満」,「30分以上」のなかから最も近いものを1つだけ選択する。また,通院間隔については,「週1回以上」,「隔週1回」,「月1回」,「隔月1回」,「3ヶ月に1回」,「半年に1回」,「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」のなかから最も近いものを1つだけ選択する。
- ③一般精神科医療機関における処方内容の問題点: 次のカテゴリーにある処方が繰り返し行われてきた場合に,該当するものすべてを選択(複数回答可)。「薬剤を貯めている可能性を顧慮せずに漫然と処方続ける(例:4週間分処方したにもかかわらず,2週間後に再診し,そこで再び4週間分の処方をする事 [=フライング処方] が繰り返し行われるなど)」,「大量療法」,「長期処方(例:病態を顧慮しない長期処方)」,「依存の危険がある治療薬の処方(例:患者の病態には適切とはいえない高力価・短時間作用型BZの処方,barbiturate系薬剤含有合剤の処方,乱用者間で『ブランド化』されている薬剤の処方など)」,「頓用薬の多用」,「診察なしの処方」。
- ④一般精神科医療機関における処方薬の依存性に関する説明の有無
- ⑤依存症専門医療機関への受診の契機:「精神科主治医の意見」,「他の医療・保健・福祉関係者の意見」,「家族・友人・知人の意見」,「本人の自覚」,「その他」のなかから最も近いものを一つだけ選択。
- ⑥一般精神科医療機関における治療開始時の状態像: 該当するDSM-IV-TR診断カテゴリーをすべて選択(複数回答可)。

4. 倫理的配慮

本研究において収集した調査項目は,いずれも個人の特定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。また,本研究は,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。

5. 統計学的解析

本研究では,BZ使用障害患者87例全体,ならびに,そのうちで一般精神科治療の過程でBZ使用障害患者について,各項目の単純集計結果を提示した。

結 果

1. 対象者のBZ使用障害に関する項目(表1)

表1に,87名のBZ使用障害患者の概要を示す。対象におけるBZ使用障害のDSM-IV-TR下

表1 対象者におけるBZ使用障害の特徴

調査項目		該当症例数(N=87)	百分率
BZ使用障害の診断	乱用	27	31.0%
	依存	60	69.0%
調査実施施設における治療開始時に見られたBZ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%
BZ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%
	処方せん偽造や薬局強盗などの犯罪行為	5	5.7%
	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
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%
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%
	薬局からの不正入手(正当な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%
鎮静剤・催眠剤・抗不安薬以外の物質関連障害の併存	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%

BZ, benzodiazepine

表2 BZ使用障害発症の契機となった精神科治療の特徴

		該当症例数(N=73)		
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回以上	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%	
	半年に1回以下	0	0.0%	
	上記カテゴリでは説明できない、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	50	68.5%
を続ける				
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%	
一般精神科医療機関における治療開始時の状態像(複数回答)	診察なしの処方(通称「薬のみ外来」)	32	43.8%	
	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%	
	一般精神科における処方薬の依存性に関する説明の有無	24	32.9%	
	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・保健・福祉関係者の意見	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%	

BZ, benzodiazepine

位診断は、「乱用」27名(31.0%)、「依存」60名(69.0%)であった。また、調査実施施設にて治療開始時に見られたBZ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。

BZ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。一方、「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%)にとどまった。

BZ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、BZ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%)がほぼ同比率で続いた。

また、乱用する鎮静薬・催眠薬・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、他方、「密売人」(2.3%)や「医療機関からの不正入手」(0.0%)といった不正な経路から入手していた者の割合は低かった。

他の物質による関連障害は、対象者87名中50名(57.5%)に認められ、乱用物質としては、「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。

2. BZ使用障害発症の契機となった精神科治療に関する項目(表2)

対象者87名中、調査実施施設の各担当医によって、一般精神科医療機関での治療が契機となってBZ使用障害が発症したと判断された者は73名(83.9%)であった。

表4に、BZ使用障害発症の契機となった精神科治療のあり方に関して、該当者73名の結果を示す。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。通院間隔については、「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。

一般精神科医療機関における薬剤処方の問題点としては、「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。一般精神科医療機関で治療開始した当初の状態像を反映するDSM-IV-TR診断としては、「物質関連障害」(43.8%)が突出して高率であり、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。

なお、一般精神科医療機関において、処方薬の依存性に関する説明を受けていた者は、73名中24名(32.9%)であった。また、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については、「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。

考 察

我々が知り得た限りでは、本研究は、BZ使用障害発症の契機となる精神科治療のあり方を検討したものである。以下に、BZ使用障害患者の臨床的特徴、BZ使用障害発症の契機となった精神科治療の特徴、ならびにBZ使用障害を予防するための注意点という、三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

1) BZ使用障害の重症度について

本研究では、対象が罹患するBZ使用障害には、様々な病態、重症度のものが含まれていることが示唆された。そのことは、たとえばBZ使用障害に付随する誘発性障害に反映されていた。中毒や健忘性障害といったBZの過剰摂取による症候を反映した診断が広く見られる一方で、離脱や離脱性せん妄といった、身体依存の形成を示唆する症候を反映する診断がなされた者も存在した。

また、関連する問題行動にも同様の現象が反映されているように思われた。というのも、健忘による社会的トラブル、過量服薬による救急医療機関搬送、交通事故や転倒といった過剰摂取によるものが多く認められた一方で、一部の症例では、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な処方の要求をしたりといった薬物探索行動と思われる行動も認められたからである。このような幅広い病態は、対象におけるBZ使用障害下位診断が、「依存」約7割、「乱用」約3割であったことと矛盾しないように思われる。以上の結果は、今日、薬物依存臨床の現場では、身体依存を欠く乱用水準の病態であっても、その多様な医学的・心理社会的弊害ゆえに治療対象となっている実態を示すものといえるであろう。

2) BZ使用障害と過量服薬との関係

本研究では、過量服薬による救急医療機関搬送の経験を持つ者は、対象者の半数あまりにおよんでいた。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、向精神薬の過剰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¹⁴⁾、こうした過量服薬患者の8割近くがBZ系の睡眠薬・抗不安薬を過剰摂取していたことが指摘されている¹⁵⁾。

もちろん、過剰摂取による直接的な致死性という点ではBZ系薬剤は深刻な問題にならないが、慢性的な自殺念慮を抱え、さらに衝動制御能力が乏しい患者の場合には、BZが引き起こす脱抑制作用により、自傷行為や自殺企図、あるいは攻撃的行動が惹起されてしまう危険性がある。実際、廣川ら¹⁶⁾は、心理学的剖検の手法を用いた自殺既遂者の調査から、精神科治療下でありながら自殺既遂に至った者の多くが、縊首などの致死的な自殺行動におよぶ直前にBZなどの精神科治療薬を過剰摂取していたことを報告し、過量服薬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。

すでに我々¹¹⁾は、BZなどの鎮静剤使用障害患者では、他の物質使用障害患者よりもはるかに自殺企図歴を持つ者が多く、その際に過量服薬という手段を用いる者が多いことを明らかにし、鎮静剤使用障害患者と過量服薬による自殺企図患者とが互いに重複する一群である可能性を触れている。本研究の結果はこの先行知見を確認するものであり、BZ依存の防止対策が自殺予防にも資する可能性を示唆している。

3) BZ使用の動機と入手経路について

本研究ではまた、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。この結果もまた我々の先行知見¹³⁾と一致する。すでに我々は、覚せい剤関連障害患者の多くが「好奇心から」「刺激を求めて」という快楽希求的な動機や、「仲間から勧められて」という反社会的集団内の圧力から薬物使用に至っているのに対し、鎮静薬・催眠薬・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。

さらに本研究では、患者の88.5%が乱用するためのBZを精神科医療機関から入手していることも確認された。我々の先行研究¹³⁾では精神科医療機関からBZを入手していた者は75%であったが、本研究ではその割合はさらに高くなっていた。その理由としては、先行研究では入手経路について「最も主要なもの一つだけ」という回答させていたのに対し、本研究では「該当するものすべて」と複数選択にしたことによる影響が推測される。いずれにしても、BZ使用障害患者の多くが、おそらくは何らかの精神障害の治療のために「処方」という合法的な手続きで薬物を入手しているといえるであろう。

4) BZ使用障害患者に診られた他の臨床的特徴

本研究では、BZ使用障害患者の約半数が初使用から1年以内に乱用状態に陥っており、しかも、半数以上の者が覚せい剤やアルコールといった他物質の関連障害にも罹患していた。これは、BZ使用障害患者の大半が比較的短期間で乱用状態に陥っており、同時に、他の物質関連問題を併せ持っているということの意味する。BZ使用障害の発症には、薬剤自体が持つ薬理学的な依存性だけでなく、物質使用障害に対する罹患脆弱性ともいべき患者側の要因が影響している可能性も考えられる。

2. BZ使用障害発症の契機となった精神科治療の特徴

1) 一般精神科医療機関における治療内容

本研究では、BZ使用障害患者の83.9%が、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中にBZ使用障害を発症していた。この結果は、その治療内容が直接的もしくは間接的にBZ使用障害発症促進的に影響した可能性を示唆する。

そこで問題となるのが、BZ使用障害患者が受けていた一般精神科医療機関における治療内容である。しかし、本研究の結果は、少なくとも診察時間や診察頻度といった治療の枠組みは常識的な範囲のものであったことを示した。なるほど、平均的な診察時間が30分超過していた者は少なく、3割あまりの者は5分未満という短時間の診察であったが、それでも、対象の67.1%は5分以上30分未満という時間を費やされており、通院頻度についても約86%の者は週1回～月1回の間隔で治療が提供されていた。こうした診察の時間や頻度は、それが本当に患者の病態に見合ったものなのか否かはともかくとして、現行の診療報酬制度下における精神科治療としてきわめて現実的な水準にあると考えるべきであろう。

むしろ問題は、一般精神科医療機関における治療薬の処方のあり方にあるように思われた。本研究では、精神科治療経過中にBZ使用障害を発症した者の71.2%が、当該医療機関で「依存性の危険がある薬剤（患者の病態には適不適切な高力価・短時間作用型薬剤や乱用者のあいだでブランド化されている薬剤）」の処方を受けており、68.5%の者が「薬剤を貯めている可能

性を顧慮しない漫然とした処方」を受けていた。さらに、47.9%の者は「多剤併用療法」や「大量療法」を、そして、43.8%の者は「診察なしの処方」を受けていた。

もちろん、これらの結果は慎重に検討しなければならない。というのも、これらの処方上の問題に関する項目は、担当医が総合的に判断したうえで回答したものであるが、それでも患者の供述を基礎としている。したがって、申告バイアスが混入する余地は十分にある。また、最終的にBZ使用障害を発症したという事実が、想起バイアスとして患者の供述に影響を与え、さらには、その供述を受け取る担当医にも影響を与える可能性も否定はできない。我々の臨床経験からいえば、「依存の危険性のある薬剤」、「多剤療法」、「大量療法」については、患者の病態や治療プロセスの観点からやむを得ない場合もあり、それだけを理由にしてただちに「悪い治療」と決めつけることはできない。

しかしその一方で、「薬剤を貯めている可能性を顧慮しない漫然とした処方」や「診察なしの処方」に関しては、たとえいかなる治療状況にあったとしても避けるべき行為であるのもまた事実である。特に本研究の場合、こうした事態が「繰り返し認められる」場合に限って同定の条件としたことから、これらの問題ある処方は、ある程度、常態化したものであったと理解しなければならない。いうまでもないことだが、フライング処方を漫然と繰り返すこと、ならびに、診察なしの処方を繰り返すことは、いずれもBZ使用障害の発症に促進的な影響をおよぼす診療行為である。

2) 依存症専門医療機関への受診の契機

本研究では、患者のBZ使用障害に気づき、専門的治療へのアクセスを促すのは、しばしば精神科主治医以外の者であることも明らかにされた。すなわち、依存症専門医療機関への転医の契機として最も多かったのは確かに一般精神科主治医による勧奨であったが、その割合は41.1%と過半数には至らず、むしろ他の医療・保健・福祉関係者の意見(24.7%)、家族・友人・知人の意見(17.8%)、本人の自覚(12.3%)といった、主治医以外の者からの助言が契機となった者が少なくなかったのである。

これは、ある意味で当然の結果といえるかもしれない。「診察なしの処方」を繰り返す治療関係では、主治医も患者に関する情報を得ることができず、結果的にBZ使用障害にも気づくことができないはずである。また、フライング処方を漫然と繰り返す主治医に対しては、家族はもちろんのこと、自らBZを求めて受診を繰り返していた患者でさえも信頼感を抱くことは難しいであろう。

3) 精神科治療経過中にBZ使用障害を発症した患者の状態像

本研究では、精神科治療経過中にBZ使用障害を発症した者が、治療開始当初に最も多く認められた診断カテゴリーは、物質関連障害(43.8%)であった。このことは、将来、BZ使用障害を発症する患者のなかには、すでにBZ以外の物質関連障害を持つ者が一定の割合で存在している可能性があることを示唆している。この結果は、BZ使用障害患者の6割近くが調査時点においてもBZ以外の物質関連障害を併存していたこととも矛盾しないものである。以上より、すでにBZ以外の物質関連障害に罹患している者は、将来におけるBZ使用障害発症リスクの高い脆弱な一群として、BZの処方に際して相当に慎重になる必要があるだろう。

ここで注意すべきなのは、いま論じている「一般精神科医療機関における治療開始時の状態像を反映する診断」とは、一般精神科医療機関での治療中になされた診断ではなく、あくまで

も本研究において後方視的に推測した診断であるということである。この結果は決して一般精神科医療機関において物質関連障害に対する治療が行われていたことを意味するものではなく、むしろ我々は物質関連障害が看過されていた可能性を強く疑っている。というのも、わが国の一般的な精神科医療関係者は、物質関連障害患者に対して忌避的であり、自分が治療をしている患者が物質関連障害に罹患していることを知った時点で依存症専門医療機関へと紹介する、という事態は何ら珍しくないからである。事実、我々の病院調査でも、薬物関連障害患者は、全国の精神科医療機関のうちの、わずかに8.3%の施設に集中している現状がある¹¹⁾。

すでに我々は、一般精神科通院中のうつ病性患者の2割前後がアルコール使用障害を併存していることを報告し、相当数のアルコール使用障害患者が一般精神科医療機関において看過されている可能性を指摘している¹⁰⁾。我々は、こうした看過はアルコール使用障害だけに限った話ではなく、おそらくは薬物使用障害にも当てはまる現象ではないかと推測している。特に薬物の場合には、法規制や罪悪感のために患者側が隠蔽したり、過少申告したりする傾向はいっそう顕著となるはずである。したがって、精神科医の側が、物質関連問題が存在する可能性をたえず念頭に置き、評価と情報収集を怠らないことが大切であろう。

ところで、本研究では、一般精神科医療機関における治療開始時の状態像として、物質関連障害に次いで、気分障害(27.4%)、不安障害(20.5%)、パーソナリティ障害(16.4%)が見られたことも忘れてはならない。このことは、他の物質関連障害に罹患してなくても、精神科治療経過中にBZ使用障害を発症することが十分にあり得ることを示している。なお、一般精神科医療機関での治療開始時点から、すでに物質関連障害が潜在していたか否かで、BZ使用障害の発症プロセスや臨床的特徴にどのような差異があるかについては、今後、検討を要する課題といえよう。

3. BZ使用障害を防止するための注意点

以上の知見にもとづいて、我々は、BZ使用障害を作り出さない精神科治療のために、以下のような提案しておきたい。

- ①多剤併用療法や大量療法をできるだけ避けるように努める。
- ②「診察なしの処方」は原則としてしない。
- ③フライング処方に対する十分な目配りをする。
- ④短時間作用型BZや乱用者間でブランド化されているBZを極力処方しない。
- ⑤患者の現在および過去の物質関連障害のエピソードを評価する。

なお、BZを処方する際には、必ずあらかじめ患者に対してBZの依存性に関する説明を行うべきであると考えている。本研究では、精神科治療の過程でBZ使用障害を発症した者のうち、BZの依存性に関する説明を受けていたのはわずかに32.9%でしかなかった。この数値が一般精神科医療の平均から逸脱しているのか否かについては不明であるが、BZなどの鎮静薬・催眠薬・抗不安薬がわが国の第二の乱用薬物となっている現状¹¹⁾を考慮すれば、もはや「依存の心配は全くない」という態度を貫くことは倫理的に適切とはいえないように思われる。

4. 本研究の限界

本研究にはいくつかの限界があるが、なかでも主要なものは次の三点である。第一に、対象の代表性に関する問題である。本研究における調査実施施設は、首都圏における代表的な薬物依存症専門医療機関であり、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。とはいえ、本研究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。第二に、本研究で収集した、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く、想起バイアスの混入を否定できない。そして最後に、本研究は、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ために、得られた知見は、BZ使用障害発症促進的なものではなく、単に今日わが国の精神科医療の特徴をそのまま反映したものである可能性は否定できない。その意味では、今後、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。

結 論

本研究では、鎮静薬・催眠薬・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、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88.5%が精神科医療機関から薬物を入手しており、83.9%が精神科における治療経過中にBZ使用障害を発症していた。また、精神科治療経過中にBZ使用障害を発症した者のなかには、すでにBZ以外の物質関連障害に罹患した者が少なくなかった。さらに、精神科治療中にBZ使用障害を発症した者では、「薬剤を貯めている可能性を顧慮しない漫然とした処方」や「診察なしの処方」といった治療を受けていた者が少なくなかった。

以上より、精神科治療のなかでBZ使用障害を作り出さないようにするには、患者の物質関連障害を看過しないこと、依存性の高い薬剤の処方を避けること、たえず薬剤を貯めたり、乱用したりしている可能性を念頭に置くこと、必ず診察したうえで処方することが必要であると思われた。

謝 辞

本研究に際して献身的なご協力をいただいた、東京都立松沢病院湯本洋介先生、高濱三穂子先生、合川勇三先生にこの場を借りて心より感謝申し上げます。

なお、本研究は、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）「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）の助成を受けて実施されたものである。

文 献

- 1) Woody, G.E., O'Brien, C.P., Greenstein, R.: Misuse and abuse of diazepam: an increasingly common medical problem. *Int. J. Addict.*, **10** : 843-848, 1975
- 2) Paris, J.: Chapter 6 Antidepressants. In Paris, J. The use and misuse of psychiatric drugs. An evidence-based critique. pp.85-108, Chichester, 2010.
- 3) Lader, M., Petursson, H.: Benzodiazepine derivatives, side effect and dangers. *Biol. Psychiatry*, **16**

- : 1195-1201, 1991.
- 4) Rickels, K., Case, W.G., Downing, R.W., et al.: Long-term diazepam therapy and clinical outcome. *JAMA*, 250 : 767-771, 1983.
 - 5) Griffiths, R.R., Weerts, E.M.: Benzodiazepine self-administration in humans and laboratory animals—implications for long-term use and abuse, *Psychopharmacology*, 134 : 11-37, 1997.
 - 6) Tennant, F.S. Jr., Pumphrey, E.A.: Benzodiazepine dependence of several years duration: clinical profile and therapeutic benefits. *NIDA Res Monogr.*, 55 : 211-216, 1984.
 - 7) The Royal College of Psychiatrists: CR59. Benzodiazepines: risks, benefits and dependence. A re-evaluation. Council Report CR59 January 1997. Royal College of Psychiatrists, London, 1997.
 - 8) 村崎光邦: 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.
 - 9) 田島 治: ベンゾジアゼピン系薬物の処方再考. *臨床精神医学*, 30 : 1065-1069, 2001.
 - 10) International narcotics control Board: Report of the international narcotics control board on the availability of internationally controlled drugs: Ensuring adequate access for medical and scientific purposes. United Nations, New York, 2010.
 - 11) 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 : 1184-1198, 2011.
 - 12) 精神保健福祉研究会: 第3章 精神障害者支援施策. 我が国の精神保健福祉 (精神保健福祉ハンドブック) 平成22年度版, pp69-111, 太陽美術, 東京, 2010.
 - 13) 厚生労働省: 保険局医療課長通知「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」等の一部改正について. 保医発第0328001号, 2008.
 - 14) 武井 明, 目良和彦, 宮崎健祐, 佐藤 譲, 原岡陽一: 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.
 - 15) 大倉隆介, 見野耕一, 小縣正明: 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.
 - 16) 廣川聖子, 松本俊彦, 勝又陽太郎, 木谷雅彦, 赤澤正人, 橋祥友, 川上憲人, 渡邊直樹, 平山正実, 竹島 正: 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, 2010.
 - 17) 松本俊彦, 松下幸生, 奥平謙一, 成瀬暢也, 長 徹二, 武藤岳夫, 芦沢 健, 小沼杏坪, 森田展彰, 猪野亜朗: 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, 鎮静薬・催眠薬・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 : 530-542, 2010.
 - 18) 松本俊彦, 小林桜児, 今村扶美, 赤澤正人, 長 徹二, 松下幸生, 猪野亜朗: うつ病性障害患者における問題飲酒の併存率: 文献的対照群を用いた検討. *精神医学*, 54 : 29-37, 2012.

