

考えます。

1. 自分を傷つけるという症状

自傷は若者に多く、男性よりも女性に多い傾向があります。また、さまざまな精神科の病気をもつ人や、そういった病気が2つ以上重なっている人にも多く見られます。中には、自分を傷つける行為の1つとして、薬物やアルコールを乱用する人や、自分を傷つけた時の記憶がない人（かいりせい解離性障害）もいます。

そして、実際に自傷行為をした人に理由を尋ねると、その答えはさまざまです。たとえば、「つらさを忘れたくて」、「スッキリしたくて」、「血を見ると、自分が生きている実感がもてるから」とか、「イライラが爆発して暴れそうだったから」など、より悪い結果に自分が押し流されるのを避けようとして、自傷に及んでいることが分かります。あるいは、「わかってもらえない」、「助けてもらえない」という満たされない思いから、自傷する人もいます。

つまり、自傷行為に及ぶ時というのは、その時の自分の感情や問題がかかえられないだけでなく、その背後に孤独感や絶望感といった複雑な心境がひそんでいることが多いのです。

そして、いろんな理由から、その対処行動として自傷をくり返しているうちに、徐々に自傷の目的が自分をコントロールする方にズれて行って、よりリスクの高い自傷行為に及んだり、場合によっては、命を危うくする事態すら出てきてしまうのです。なお、10代で自傷した経験のある人は、10年後に自殺するリスクが数百倍になるという報告もあります。

2. 自分を傷つけてしまう人の支え方

相手が「自傷行為をしているかもしれない」と感じたら、批判せずに「心配している」ことを伝えましょう。また、自傷行為を打ち明けられたら、まずはその勇気に対して「打ち明けてくれて、ありがとう」というメッセージを伝えましょう。というのも、それまで自分で自分を傷つける以外の方法を見つけられなかった人が、人に助けを求められたということは、それがたとえ自傷行為の後であったとしても、その人にとっては回復に踏み出す“はじめの一歩”になるからです。

注意したいのは、死ぬつもりのない自傷でも、結果的に本人が思っていたよりも傷が深くて血が止まらなくなったり、意識がもうろうとして別の事故にあってしまったり、意識不明の状態に陥ったりと、思いのほか後遺症が残ったり、命に関わるような危険が出てきてしまうということです。

ですから、まずは自傷行為があったかどうか、そしてそれがどの程度危険なのかを確認することが先決です。そこで治療が必要かどうかの判断がつかなければ、とりあえず医療機関に行きます。安全に移動できないほど重症であれば、救急車で搬送してもらいます。

また、自傷しようとしている人や、大量服薬後で意識がもうろうとしている人は、判断力が低下していて、近づく危険な場合もあります。興奮していたり話ができそうになれば、うっかり近づかずに、まずはスタッフの安全を確保しましょう。また、幻聴や幻視、妄想がある場合や、支離滅裂な状態で自傷しようとしている場合には、警察に保護してもらって、精神科医療機関の受診を進めましょう。

では、幸いにして、自傷行為が命にかかわるほどではなく、本人が話せそうな場合には、どうしたらいいのでしょうか。

まずは、傷や状態が落ち着いたところで、自傷のきっかけや、自傷しそうな時にサイン（そのきざし）があるかなどについて、本人と一緒に振り返ってみましょう。というのも、先ほども言ったように、自傷する人というのは、背後に孤独感や絶望感をかかえながら、自分の気持ちをうまく言葉にできない人が多いので、手前で見えている自傷行為の向こう側にある“抱えにくい感情”を少しでも軽くしていくことが、長い目でみると大切です。こうして、自分の感情と少しずつ向き合えるようになったり、自分の置かれている状況に少しずつでも変化をつけていこうと思えるようになると、やがて自傷行為を必要としなくなる、支援はそこを目指していきます。

中には、自傷行為がパターンになって染みついている人たちもいます。過食嘔吐やリストカットをすることで「生きている」という実感がもてたり、「イライラがスッキリする」とクセのようになっていて、自傷しないと自分をコントロールできないと思いこんでしまっている人たちです。

「自傷がいいことではないのは分かっているけど、やめられない」と話す人もいます。時には、頭ごなしに止められると、「自分で自分の身体を傷つけて何が悪いの?」、「傷つけないと生きている実感がわからない」と反論してくる人もいます。

しかしそうは言っても、自傷している本人も、内心では「全く問題ない」と居直っているわけではないのです。ですから、「わかっているけど、やめられない」という心の叫びの方に、まずは耳を傾けていきます。そして、その人が“自傷に求めている効果”や“続けるとおこる問題”、“自傷をやめることで解決できること”や“逆に困るかもしれないこと”について、こちらの考えを押し付けたり決めつけたりせずに、一緒に確認してみましょう。こうして、落ち着いて考えを整理することで、パターンようになってしまった自傷に対する思い込みを減らしていくのです。

とりあえずの対処法としては、①自傷のきっかけになるような状況を避ける、②自傷行為をする前に自分の中のサインに気づく、③きっかけになりそうなことに対して自傷以外の方法を取るなど、あらかじめ対応を考えておくと、とっさの時にも実行しやすいでしょう。その際、自傷につながりやすい場所や時間、状況について押さえておくのも有効です。

そして、こういった一緒に確認したり考えたりするという関わり自体が、本人を孤独感からすくい上げ、自傷以外の対処方法を選んでいく道すじをつけていくことにもつながっていきます。

スタッフの方も、自傷があったかなかったということにいちいち反応せずに、本人が自傷行為をしない生活を少しずつ身につけていく、その姿を根気よく支え、見届けていきましょう。

■「死にたい」という人■

1. 「死にたい」という症状

「死にたい」という症状は、うつ病、統合失調症（^{けんかく}幻覚や^{もろそつ}妄想、思考の流れや内容に障害が見られる病気）、薬物・アルコール関連問題、パーソナリティ障害など、さまざまな病気で見られます。ここに薬物やアルコールの問題をもつ人たちが入るのは、彼らがもともと自分を大切に思えなくて、薬物乱用に走っているということもありますが、薬物やアルコールには一時的に理性や判断力を^{うば}奪うところがあるので、ともすると“死”以外の方法が見えなくなってしまう危険性があるからです。

実際、依存症者にかぎらず、自殺を^{こころ}試みて救急の医療機関に運ばれた人の実に3分の1から、血液中にアルコールが検出されたという報告や、寝酒をする人は自殺のリスクが高かったという報告もあります。また、自殺を試みた人には、うつ病や統合失調症、アルコール依存症などですでに精神科を受診していた人、自殺を計画していた人や、過去にも自殺を試みたことのある人、身近に自殺者がいた人、借金のあった人、妻や夫・恋人がいなかった人、^{ながわすら}長患いの人などがいて、実際そういう背景があると自殺のリスクが高くなるという報告もあります。

2. 「死にたい」という人の支え方

その時点では危険な行為をしていなくても、その人が「死にたい」という気持ちをかかえているかもしれないと感じたら、直接本人に「死にたい」気持ちがあるのか聞いてみましょう。「直接聞いたりしたら、自殺のリスクを高めてしまうのではないかと心配する人がいるかもしれませんが、一般的には、聞かれたことで自殺のリスクが上がることはないと言われています。

そして、すでに自殺を計画している人の場合には、その時点ですでに自殺のリスクが非常に高い状態にあるわけですから、実際の計画があるかどうかを^{たず}尋ねることで、リスクがどれくらいなのかを把握することもできるのです。もし自殺を現実的に考えるほどリスクが高いのであれば、その人を一人きりにはせずに、別のスタッフと情報を共有して、医療機関につなげていきましょう。

また、すでに死ぬような行動をしたり、間もなく実行に移そうとしている場合、たとえば、すでに薬を大量に飲んでしまったとか、首を吊る^く紐を準備していたり、飛び降りようとして建物の屋上にいるという場合には、スタッフだけで対処しようとはせずに、警察や救急車の助けを借り

ましょう。すでに薬を飲んでしまった場合など、命にかかわる危険性がある場合には、救急車で医療機関を受診し、体の状態を診てもらいます。また、幻聴や幻視、妄想などがあって、自殺や自傷がさし迫っている場合には、たとえ本人が受診を拒んだとしても、警察に保護してもらって、精神科医療機関の受診を進めていきます。

では、「死にたい」気持ちはあるものの、そこまでの切迫した状態ではない場合には、どう関わったらいいのでしょうか。

まずは、“死にたいくらいつらい気持ち”を打ち明けてくれた、その勇気をねぎらいましょう。そして、批判したり、原因を分析したり、アドバイスしようとはせずに、相手の気持ちに対してまっすぐに耳を傾けてみましょう。そしてできれば、その場でつらさがやわらく方法を一緒に考え、なるべく早く、助言を求められる専門家（主治医や信頼できる医療スタッフ、生活保護の担当者など）に相談に行きましょう。その際、単に「先生に相談してみたら」とアドバイスするのではなく、実際に受診日を予約・確認したり、病院に一緒に行く約束をするなどして、本人が次の支援に着実につながるのを見届けましょう。

またうつ病や統合失調症など、「死にたい」気持ちがさまざまな心の病気からおこっている場合には、それぞれの病気に対する精神療法や薬物療法などの治療を受ける必要があります。うつ病の場合は抗うつ薬、統合失調症は抗精神病薬を中心とした薬物療法に加え、病気に関する知識をつけることで自分の状態への理解を深めたり（疾病教育）、知らず知らずのうちにパターンになってしまっている考え方や行動のクセを見直して、変化をつけていくような治療（認知行動療法など）を受けるのが有効な場合もあります。

なお、治療にあたっては、必要に応じて抗不安薬や睡眠薬が処方されることもありますが、いくつもの医療機関を受診しては、薬をためて大量服薬を繰り返す人には、一度その人の生活の様子が分かる人が受診に付きそい、主治医の先生に相談してみましょう。その際、①通院先を1カ所にしぼる、②睡眠薬などの過量に飲むと命にかかわるような薬は避けてもらう、③薬の処方日数を短くしてもらうなど、大量服薬につながりにくいように環境を整えていくことも大切です。そして、依存症者でなくても、アルコールや薬物が自殺のきっかけになってしまうことはあるので、処方薬の乱用を避けることは非常に重要です。

Q & A

Q₁

「家族と口論になると、イライラがとまらず、自分の部屋にこもってリストカットしてしまう」という相談を受けました。どうしたらいいのでしょうか？

まずは、打ち明けてくれたことをねぎらいましょう。次に、家族との距離のとり方、口論になりそうな時の対処方法について一緒に考え、イライラのきっかけを遠ざけていきましょう。

それでもイライラのきっかけを避けられなかった時の対処法としては、①いつもリストカットする場所に刃物を置かない、②リストカットしそうになったらスタッフに相談する、③自傷の代わりのイライラ解消法を考えるなど、自分でできそうな対処方法をあらかじめ一緒に考えておくと、いざという時にスムーズに対処できるでしょう。

このように、本人の家族に対する複雑な思いを受けとめながら、対処方法についてスタッフが一緒に考えてくれることで、少しずつでも本人の孤独感がやわらいで、自傷行為をしなくても気持ちの切りかえができるようになっていたり、常にまとわりついていた不安から解放されるようになること、こういう地道な関わりが、実は何より着実な支援となるのです。

Q₂ リストカットした直後に、それを笑顔で打ち明けられ、困ってしまいました。このような態度でも、本人は本当に生きにくさをかかえているのでしょうか？

自傷行為をした直後には、一時的に気分がハイになることがあります。このため、自傷という危険な行為に不釣り合いなほど、本人の態度が軽く見えてしまう場合があります。しかし、これは自傷行為後の一時的な気分の変動からきているので、自傷行為がその人にとって危険な対処方法であることに変わりはありません。

打ち明けてくれたことは、その時の相手の態度に惑わされずに真剣に受け止め、傷の手当をするとともに、こちらの支援の気持ちを伝えましょう。

Q₃ 「実は、私、死のうと思ってるんです。でも誰にも言わないでください」と、口止めされたら、どうしたらいいのでしょうか？

生死に関わる秘密をもつことは非常に危険です。その人の死の危険性を回避することが難しくなるだけでなく、秘密にした後で、実際にその人が自殺してしまったら、そのスタッフも心に大きな傷を負うことになるでしょう。本人の命のためにも、スタッフ自身の心の健康のためにも、生死に関わる秘密をもつことは、決してしないようにしましょう。

《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]

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 22～24 年度総合分担研究報告書
向精神薬乱用と依存

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】本研究の目的は、向精神薬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、ならびに、薬局薬剤師を情報源として向精神薬の処方や調剤の状況を調査することを通じて向精神薬の乱用・依存の実態把握を行うとともに、向精神薬乱用・依存予防のゲートキーパーとしての薬剤師の可能性と課題を明らかにすることである。

【方法】本研究では、医療機関調査（薬物依存症専門医療機関と救急医療機関）に受診した向精神薬乱用・依存患者の臨床的特徴、ならびに、その背景から精神科治療の特徴に関して、各担当医を対象とした質問紙調査を行った。また、埼玉県薬剤師会の協力を得て、埼玉県内の薬局で調剤を受けた患者に関するレセプト調査を実施するとともに、管理薬剤師を対象とした質問紙調査を行った。

【結果】薬物依存症専門医療機関の調査からは、向精神薬乱用・依存患者の多くが精神科治療過程で発症していることが明らかにされ、精神科診療において精神科医が自らの処方行動に注意すべき点があることが明らかにされた。また、救急医療機関調査でも、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、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ことが示唆された。一方、薬局調査からは、過量服薬者に出会った薬剤師の多くが、主治医に報告すると同時に処方変更やお薬手帳の確認を求めており、的確なフィードバックが行われていることが明らかにされ、向精神薬乱用・依存予防のゲートキーパーとして薬局薬剤師が十分に貢献できる可能性が支持された。しかしその一方で、薬剤師を対象とした、向精神薬の乱用・依存に関する臨床知識や、コミュニケーションに主眼を置いた服薬指導や疑義照会のスキル向上を目的とする研修が必要であることも示唆された。

【結論】向精神薬乱用・依存の予防のためには、精神科医が自らの処方行動に十分に留意する必要がある。また、薬剤師が向精神薬乱用・依存のゲートキーパーとしての機能を発揮するには、医師が薬剤師法第 24 条（処方せん中の疑義）を十分に理解し、薬剤師と好ましい連携体制を構築する必要がある。

研究協力者

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
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
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

A. 研究目的

ベンゾジアゼピン（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 (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、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 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、BZ 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、BZ 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 BZ 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 BZ 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、BZ 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、縊首などの致死性の高い自殺行動におよぶ直前に、BZ 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。

このようななかで、厚生労働省は、上述の研究報告や、向精神薬等の適切な処方について国民の関心が高まっていることなどを踏まえ、自殺傾向が認められる患者に向精神薬を処方する場合には、投与日数や投与量に注意を払うなどの配慮を求める文書を通じた（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長, 2010）。厚生労働省が組織した自殺・うつ病等対策プロジェクトチームは、向精神薬の過量服薬問題の解決に向けた取り組みの一つとして「薬剤師の活用」を挙げている（厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム, 2010）。医薬分業が進むなか、医療機関から発行された処方せんは、院外処方せんとして地域の保険薬局に持ち込まれ、患者の多くは向精神薬を薬剤師から受け取ることになる。したがって、薬剤師は、過量服薬リスクの高い患者を早期発見し、適切な医療に結びつけるゲートキーパーとしての役割が期待されていることになる。

そこで、本研究では、以下の二つのことを目的にして調査を実施することにした。一つは、薬物依存症専門医療機関と救急医療機関という、向精神薬乱用・依存患者と最も頻繁に遭遇する医療機関での調査から、BZ 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。もう一つは、薬局薬剤師を情報源として向精神薬の処方や調剤の状況を調査することを通じて、向精神薬の乱用・依存の実態把握を行うとともに、向精神薬乱用・依存予防のゲートキーパーとしての薬剤師の可能性と課題を明らかにすることである。

以下に、これらの目的にもとづいて実施された調査の結果を報告する。

B. 研究方法

1. 医療機関調査

本調査は、医療機関のなかで向精神薬乱用・依存患者と最も頻繁に遭遇していると思われる二つのタイプの医療機関——薬物依存症専門医療機関と救急医療機関——をフィールドとして実施された。

1) 薬物依存症専門医療機関調査

この調査は、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 名を対象として実施された。

情報収集方法は、担当医による面接、ならびに診療録からの情報転記により、あらかじめ設定された調査票に従って、乱用対象薬剤の種類、入手経路、BZ 使用障害に関連する様々な問題行動、他の精神障害の DSM-IV-TR 診断、一般精神科医療機関における治療や処方の問題点などについて調査した。

2) 救急医療機関調査

この調査は、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 例を対象として行われた。

情報は、同大学病院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収集した。主な調査項目としては、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）、過量服薬患者の臨床的特徴（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）、および、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）を設定した。

2. 薬局調査

向精神薬の乱用・依存の実態の一端を把握することを目的に、研究班活動期間中に埼玉県薬剤師会に加盟する保険薬局 1877 ヶ所（全数）で調剤を受け

た患者、および同薬局の管理薬剤師を対象とした、以下の二つの調査を行った。

1) 向精神薬の重複処方と過量服薬事例に関する調査

この調査は、さらに次の二つのコンポーネントから構成されていた。

①調査 A (向精神薬の重複処方に関する実態調査)：この調査は、平成 22 年 1 月～12 月までに埼玉県薬剤師会に加盟する保険薬局 1877 ヶ所 (全数) で調剤を受けた患者を対象とし、薬局の既存データ (匿名化されたレセプトデータ) を用いて行われた。具体的には、重複投薬・相互作用防止加算 (以下、重複防止加算と表記) の算定件数、対象薬剤が重複した件数を調べ、薬剤重複事例については、さらに処方せんと薬剤服用歴などをもとに、患者性別、患者年齢、保険種別、重複薬剤名、重複パターン、重複を発見した情報源、診療科、処方変更の有無、薬剤情報提供加算算定の有無などを調べた。

②調査 B (過量服薬事例調査)：この調査は、埼玉県薬剤師会に加盟する全保険薬局 1877 ヶ所の管理薬剤師を対象として、過量服薬に関するエピソードを聞いた経験およびその情報源、代表的な過量服薬エピソード、患者・患者家族への服薬指導、処方医へのフィードバック、疑義照会についての考えや経験、管理薬剤師の基本属性 (性別、年代、薬剤師数) を調べた。

2) 向精神薬乱用・依存が疑われる患者への服薬指導と処方医への疑義照会・情報提供に関する調査

この調査は、埼玉県薬剤師会入会薬局のうち、平成 23 年 11 月時点において調剤業務を行っていた全保険薬局 1863 カ所に勤務する薬剤師 1414 名を対象として、向精神薬乱用・依存が疑われる患者への服薬指導と処方医への疑義照会・情報提供の実態を明らかにする目的から実施された。

情報収集は、無記名自記式質問票を用いた郵送法による横断的な方法を用い、調査項目としては、過量服薬患者およびドクターショッピング患者との面会経験 (過去 1 年間)、当該患者に対する服薬指導や処方医への疑義照会の状況、薬局属性、薬剤師属

性を設定した。さらに自由記載欄を設け、「過量服薬が疑われる患者に気づいたきっかけ」、「服薬指導の質を高めるために必要なこと」、ならびに「処方医への情報提供・疑義照会を積極的にできない背景」についての回答を求めた。

(倫理的配慮)

本研究におけるすべての調査は、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の承認を得て実施された。また、医療機関調査では、調査実施施設といったすべての医療機関 (国立精神・神経医療研究センター、東京都立松沢病院、神奈川県立精神医療センターせりがや病院、埼玉県立精神医療センター、北里大学) に設置された倫理委委員会の承認も得た。

C. 研究結果

1. 医療機関調査

1) 薬物依存症専門医療機関調査

この調査では、対象となった BZ 患者 87 例中、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ることが明らかにされた。また、対象患者の 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。

さらに、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。

2) 救急医療機関調査

この調査では、対象患者20例のうち、半数は「自殺」の意図から、そして同じく半数は、「不快感情の軽減」の意図から過量服薬におよんでいたことが明らかにされた。対象の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、BZ系薬剤(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。なお、75%に、救命救急センター入院時に気分障害の併存が、対象の85%に何らかの自傷・自殺企図歴が認められた。

対象中、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。

また、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。さらに、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。

2. 薬局調査

1) 向精神薬の重複処方と過量服薬事例に関する調査

この調査では、719ヶ所の薬局(埼玉県薬剤師会会員保険薬局の38.3%)より重複処方や過量服薬に関する情報を収集することができ、以下のことが明らかにされた。

調査Aでは、計119事例の向精神薬の重複処方患者が判明し、薬剤師は、薬剤服用歴・服薬指導・お薬手帳を情報源として重複を発見し、処方医への疑義照会を経て、重複処方事例の82.4%は処方の変更されていることが確認された。また、重複薬剤はエチゾラム(31.3%)が最も多く、酒石酸ゾルピデム(15.6%)、プロチゾラム(14.3%)と続いた。重複した診療科としては、「内科+整形外科」という組み合わせが最も多く、エチゾラムの重複が高い頻度で発生していることが明らかにされた。

調査Bでは、50.5%の薬剤師は、服薬指導等を通じて過量服薬者に出会った経験があり、向精神薬を用いた自殺未遂、薬物依存の疑いなどの事例が挙げられていた。また、過量服薬者に出会った薬剤師の多くが、主治医に報告すると同時に、処方変更やお薬手帳の確認を求めており、的確なフィードバックが行われていることがうかがわれた。しかし一方で、薬剤師自らが、自分自身のコミュニケーションスキルや病態に関する知識不足に自覚し、さらなる教育を求める意見も少なくなかった。

2) 向精神薬乱用・依存が疑われる患者への服薬指導と処方医への疑義照会・情報提供に関する調査

調査対象となった管理薬剤師のなかで、過量服薬患者との面会経験率は25.9%、ドクターショッピング患者との面会経験率は13.9%であった。こうした患者との面会経験率は、常勤勤務薬剤師、年代の若い薬剤師、特定の病院から処方せんを応需している薬局、勤務薬剤師数が多い薬局、月あたりの処方せん応需枚数が多い薬局で高い傾向がみられた。

また、当該患者への服薬指導の質を向上させるために必要な条件として、「患者との良好な信頼関係」(72.0%)、「向精神薬乱用・依存に関する知識」(70.0%)、「処方医との良好な信頼関係」(61.0%)が挙げられた。さらに、処方医への疑義照会を積極的にしない(できない)背景として、「処方医は患者の状況を理解していると思うから」(39.0%)、「処方医とのトラブルを避けたいから」(29.1%)、「患者とのトラブルを避けたいから」(28.3%)などが挙げられていた。なお、特定の医療機関(特に病院)から処方せんを応需している薬局は、「処方医とのトラブルを避けたいから(p=0.010)」、「患者とのトラブルを避けたいから(p<0.001)」と考える傾向が有意に高くみられた。

一方、自由記載欄に書かれた回答の質的データ分析からは、以下のことが明らかにされた。すなわち、ゲートキーパーとしての服薬指導(関わり)に必要な役割として「傾聴、共感の姿勢」、「生活背景の理解」といったキーワードが抽出された。しかしその一方で、薬剤師から処方医への情報提供・疑義照会(つなぎ)に関する課題も見受けられ、背景要因として「薬剤師による疑義照会の目的や意義が処方医に十分に理解されていない可能性」、「処方医に対する遠慮」が影響している可能性が考えられた。

D. 考察

本研究は、向精神薬乱用・依存の実態を、向精神薬乱用・依存患者と最も多く遭遇する可能性がある医療機関(薬物依存症専門医療機関と救急医療機関)をフィールドとして明らかにするとともに、向精神薬乱用・依存の予防に貢献できる支援資源として薬局の可能性と課題を検討したものである。

本研究における医療機関調査から明らかにされたことは、精神科医療のあり方に関するいくつかの課題であった。すなわち、まず、薬物依存症専門医療機関にて治療を受けているBZ系薬剤の乱用・依存患者の検討からは、精神科診療のなかで、物質関連障害の挿話を持つ患者に対するBZ処方には慎重となるべきであり、他の患者についても、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ことが示唆された。また、実際の精神科診療にあたっては、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系薬剤の処方に際しては、必ず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考えられた。

続いて、救急医療機関調査でも、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ることが明らかにされた。このことから、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ことが示唆された。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可能性も示唆された。

一方、薬局調査からは、過量服薬者に出会った薬剤師の多くが、主治医に報告すると同時に、処方変更やお薬手帳の確認を求めており、的確なフィードバックが行われていることが明らかにされた。このことは、向精神薬乱用・依存予防のゲートキーパーとして薬局薬剤師が十分に貢献できる可能性を支持する結果と考えられた。しかしその一方で、薬剤師自らが、自分自身のコミュニケーションスキルや病態に関する知識不足を自覚しており、薬剤師を対象とした、向精神薬の乱用・依存に関する臨床知識や、コミュニケーションに主眼を置いた服薬指導や疑義照会のスキル向上を目的とする研修が必要であることも示唆された。

また、薬局薬剤師がゲートキーパーとして機能するためには、いくつかの課題も明らかになった。なかでも、疑義照会をめぐる問題は重要と考えられた。というのも、本研究では、特定の医療機関(特に病院)から処方せんを応需している薬局は、向精神薬の乱用・依存が疑われる患者との接触機会が多い一方で、処方医や患者とのトラブル回避を重視するあ

まりに、処方医への積極的な情報提供・疑義照会が妨げられている可能性が示唆されたからである。薬局薬剤師が処方箋応需先との利害関係に左右されることなく、安心して情報提供・疑義照会が行える調剤環境が必要であり、薬剤師法第 24 条（処方せん中の疑義）を医師や関係機関向けに改めて周知し、薬剤師による疑義照会（情報提供も含めて）に対する理解・協力を求めることが、今後ゲートキーパーとしての薬剤師が持つ「つなぎ」の機能を充実させるうえで重要であると考えられた。

E. 結論

本研究では、向精神薬乱用・依存の実態を、向精神薬乱用・依存患者と最も多く遭遇する可能性がある医療機関（薬物依存症専門医療機関と救急医療機関）をフィールドとして明らかにするとともに、向精神薬乱用・依存の予防に貢献できる支援資源として薬局の可能性と課題を検討した。その結果、向精神薬乱用・依存の予防には、まずは精神科医が自らの処方行動に十分に注意をする必要があることが判明し、また、薬剤師には向精神薬乱用・依存予防に貢献できる可能性が明らかにされた。今後は、医師に対して、薬剤師法第 24 条（処方せん中の疑義）を改めて周知し、薬剤師による疑義照会（情報提供も含めて）に対する理解・協力を求めるとともに、薬剤師に対して、向精神薬の乱用・依存に関する臨床知識や、コミュニケーションに主眼を置いた服薬指導や疑義照会のスキル向上を目的とした研修が必要であると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

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, 2010.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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

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ユミエール 26. 依存症・衝動制御障害の治療, pp132-142, 中山書店, 東京, 2011

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択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: 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

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

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

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

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

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

G. 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

H. 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.

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長 (2010) 向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について (障精発 0624 第 1 号平成 22 年 6 月 24 日) .

- 厚生労働省自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム
(2010) 過量服薬への取組・薬物治療のみに頼らない診療体制の構築に向けて。
- 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.

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 22～24 年度総合分担研究報告書

アルコール・薬物依存症への対応方法の普及

「精神保健福祉センターにおける薬物依存症の相談対応のガイドライン作成について」

研究分担者 小泉 典章

長野県精神保健福祉センター 所長

研究要旨

【目的】精神保健福祉センターの薬物依存症対策への要請は高まり、平成 24 年度に薬物依存症の相談対応のガイドラインを作成した。

【方法】平成21年度実施の薬物依存症関連事業について、全センターに対してアンケート調査を行い、それを基に、精神保健福祉センターにおける薬物依存症の相談対応のガイドラインを作成提示し、全国のセンターからの意見聴取を行った。

【結果】平成22年度の調査研究では、個別相談指導は、ほぼ全ての精神保健福祉センターで実施されている。家族教室は、ほぼ半数のセンターでは実施されている。その結果を基に、薬物依存症の相談対応機関での標準的な相談対応のガイドラインを平成24年度に作成した。ガイドラインを2部構成にし、第1部は保健所や精神保健福祉センターの共通な薬物依存症相談対応の前提部分、第2部は精神保健福祉センターが果たすべき、相談対応や家族支援のあり方を示したガイドラインとした。

【結論】薬物依存症者の病態は多様なため、その対応も、相談対応、自助グループ対応、医療対応、司法対応などの、多様な支援が必要であり、また、本人だけでなく、家族にも十分な理解と協力を求めることが必要である。

研究協力者

増茂尚志 栃木県精神保健福祉センター
所長

田辺 等 北海道立精神保健福祉センター
所長

23 年度の検討を踏まえ、薬物依存症の相談対応のガイドライン試案を作成した。

ガイドラインの作成にあたって、多くのセンターで実施できなければ、意味が乏しいと思われ、相談対応や家族支援の展開のために使うことができる目安となるガイドライン作成を目指した。

A. 研究目的

平成 24 年度はこれまで行った全国の精神保健福祉センターの薬物依存症対策の平成 22 年度の調査や薬物依存症の相談に対応するガイドラインに必要な要素の平成

B. 研究方法

全国68（当時）のすべての都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターに対し