

Table 1. Comparison of the Motivation at Initial Drug Use between Patients with Sedatives- and Methamphetamine-related Disorders (multiple choice allowed)

	鎮静薬関連障害患者 n=119		覚せい剤関連障害患者 n=350		$\chi^2$	p
	人数	百分率	人数	百分率		
誘われて***,†	9	7.6%	165	47.1%	55.085	<0.001
刺激を求めて***,†	2	1.7%	56	16.0%	15.698	<0.001
好奇心・興味から***,†	9	7.6%	123	35.1%	30.614	<0.001
断り切れずに*	1	0.8%	23	6.6%	5.257	0.022
自暴自棄になって***,†	19	16.0%	12	3.4%	26.400	<0.001
覚醒効果を求めて	2	1.7%	12	3.4%	0.795	0.373
疲労の軽減	5	4.2%	12	3.4%	0.244	0.621
性的効果を求めて	2	1.7%	13	3.7%	1.023	0.312
ストレス解消	8	6.7%	23	6.6%	0.037	0.847
抑うつ気分の軽減***,†	19	16.0%	9	2.6%	30.554	<0.001
不安の軽減***,†	31	26.1%	7	2.0%	73.412	<0.001
不眠の軽減***,†	51	42.9%	2	0.6%	167.309	<0.001
疼痛の軽減	2	1.7%	3	0.9%	0.670	0.413
やせるため	2	1.7%	3	0.9%	0.670	0.413
その他	6	5.0%	7	2.0%	3.444	0.063

\*  $p < 0.05$ , \*\*\*  $p < 0.001$ , † post Bonferroni correction  $p < 0.05$  (pre correction  $p < 0.0030$ ).

は、「精神病症状」の治療が重要な臨床的課題であるのに対し、鎮静薬関連障害患者の場合には、依存や乱用といった、「使用障害」が重要な臨床的課題であることを意味する。

こうした診断の違いはそのまま両群の状態像の違いを反映し、最終的には、各乱用薬物の薬理作用の違いを反映している。というのも、鎮静薬には覚せい剤のような精神病惹起作用はない。そのため、鎮静薬関連障害の場合、まずは精神病が重要な臨床的課題となる覚せい剤関連障害とは異なり、必然的に最初から「使用障害」の治療が臨床的課題になる。今後、薬物関連障害に占める鎮静薬関連障害の割合が大きくなるにつれ、薬物依存臨床は、「薬物誘発性精神病の治療」から、本来の中心的課題である「薬物使用障害の治療」へと重点が変化していく可能性がある。

なお、そのような将来において危惧されるのは、わが国には薬物依存の治療ができる医療施設が極めて少ないという現状である。そもそもわが国の精神科医療関係者のあいだでは薬物関連障害に対する忌避的感情が強く、治療を引き受ける施設自体が極めて少ないうえに（病院調査でも、調査期間に薬物関連障害患者の受診や入院があったと回答したのは、調査協力施設 1021 施設中のわずか 13.2%にあたる

135 施設、全国の有床精神科医療施設全体のわずかに 8.4% でしかなかった）、そのわずかな施設のうち、薬物依存に特化した治療プログラムを実施している施設はさらにごく少数しかない。精神科医療機関における薬物依存治療プログラムの開発と普及が急務と言えよう。

**3-2-4. 薬物入手経路の特徴** 病院調査からは、精神科医療による鎮静薬関連障害発症への関与が示唆される結果も得られた。すなわち、過去 1 年以内に主な薬物を使用した者における薬物入手経路を検討した結果、覚せい剤関連障害患者では、「密売人（日本人）」若しくは「不明」が多かったのに対し、鎮静薬関連障害患者では、「精神科医」、「身体科医」、「薬局」などといった医療関係者が多く認められ、なかでも、精神科医は、身体科医とのかけもち症例を合わせれば、75%の薬物入手先として同定されたのである（Table 2）。

もちろん、乱用薬物の入手先として挙げられた精神科医を一方向的に責めるのは妥当とは言えない可能性がある。本調査では、鎮静薬関連障害患者の 45% に、ICD-10 における「F3 気分（感情）障害」の併存が認められ、さらには、「F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害」（25.2%）、「F4 神経症性障害、ストレス関連性及び身体表現性障害」（17.6

Table 2. Comparison of the Routs to Obtain the Abused Drugs between Patients with Sedatives- and Methamphetamine-related Disorders (multiple choice allowed)

	鎮静薬関連障害患者 n=109		覚せい剤関連障害患者 n=177		$\chi^2$	p
	人数	百分率	人数	百分率		
友人	5	4.6%	18	10.2%	0.156	0.693
知人*	1	0.9%	23	13.0%	5.961	0.015
恋人・愛人	0	0.0%	7	4.0%	2.399	0.121
家族	2	1.8%	3	1.7%	0.585	0.444
密売人(日本人)***,†	1	0.9%	58	32.8%	19.943	<0.001
密売人(外国人)	0	0.0%	6	3.4%	2.051	0.152
精神科医師***,†	65	60.0%	0	0.0%	225.103	<0.001
身体科医師***,†	8	7.1%	0	0.0%	24.148	<0.001
精神科・身体科両方の医師***,†	17	15.0%	0	0.0%	52.386	<0.001
薬局***,†	8	7.3%	0	0.0%	24.148	<0.001
インターネット	0	0.0%	2	1.1%	0.678	0.410
その他	1	0.9%	0	0.0%	2.097	0.085
不明***,†	1	0.9%	60	33.9%	20.824	<0.001

\*  $p < 0.05$ , \*\*\*  $p < 0.001$ , † post Bonferroni correction  $p < 0.05$  (pre correction  $p < 0.0038$ ).

%), 「F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群」(17.6%)の併存も多かった。このことは、鎮静薬の依存・乱用が、先行して発症した精神障害に対する「自己治療」<sup>8)</sup>であった可能性も考えられる。このような場合、担当医は、鎮静薬の乱用・依存を認識しながらも、併存精神障害を標的とした薬物療法を継続せざるを得ないことがあり、不本意にも「薬物入手経路」となってしまった事態も考慮する必要はあろう。

### 3-2-5. 過量服薬による自殺関連行動との関連

とはいえ、単独でも自殺の危険因子であるうつ病性障害<sup>2)</sup>やパーソナリティ障害<sup>9)</sup>を併存する鎮静薬関連障害患者に対し、漫然と鎮静薬を投与しつづけることには危険が伴う。事実、病院調査では、鎮静薬関連障害患者は、覚せい剤関連障害患者に比べて自殺関連行動を呈する者が多く(33.6% vs. 10.5%)、しかも、約半数がそのような自己破壊的行動の手段として「医薬品の服薬」を用いていた。

このことは、鎮静薬関連障害患者が、単なる薬物乱用・依存者であるだけでなく、自殺行動のハイリスク群でもあり、鎮静薬依存・乱用患者と過量服薬患者は重複する集団である可能性が高いことを示唆している。その傍証としては、われわれ<sup>10)</sup>が全国7ヵ所の物質依存専門医療機関における通院患者を対象とした調査の結果が挙げられる。その調査では、アルコール・覚せい剤・鎮静薬の各使用障害患者の

なかで、Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)<sup>11,12)</sup>の自殺傾向やうつ評価尺度の得点が顕著に高かったのは、鎮静薬使用障害患者であった。なお、このわれわれの先行研究でも、鎮静薬使用障害患者の85.7%が、専門医療機関受診以前に一般精神科で治療を受けており、その治療過程で薬物乱用・依存を呈したことが明らかにされている。

ベンゾジアゼピン系などの睡眠薬・抗不安薬が引き起こしている問題は、薬物乱用・依存だけには留まっていないことを認識しておく必要がある。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おり、<sup>9)</sup>こうした患者の8割近くがベンゾジアゼピン系の睡眠薬・抗不安薬を過量摂取していたという。<sup>13)</sup>これらのベンゾジアゼピン系薬剤は、過量摂取による致死性が低い一方で、衝動的な患者の場合には、ベンゾジアゼピンの脱抑制作用により、自傷行為や自殺企図、あるいは攻撃的行動を惹起する可能性がある。既に廣川ら<sup>3)</sup>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、ベンゾジアゼピンなどの精神科治療薬を過量摂取していたことを報告し、これによって惹起された脱抑制ないし酩酊状態が自殺行動を促進した可能性を指摘している。

### 3-3. 乱用リスクの高いベンゾジアゼピン系薬剤

**3-3-1. わが国におけるベンゾジアゼピン処方  
現状** 筆者は、今日の精神科医療においてバルビツレート系やブロムワレリル尿素系の睡眠薬を処方するのは、たとえいかなる事情があっても絶対に避けるべきだと考えているが、悩ましいのはベンゾジアゼピンである。そもそもベンゾジアゼピンは、メプロバメート、あるいは、バルビツレート系やブロムワレリル尿素系睡眠薬に比べ、依存性や大量摂取時の安全性において優れていることから、1960年代以降、世界各国において使用されてきた。しかし、早くも1970年代にはジアゼパムを始めとするベンゾジアゼピン系薬剤の乱用・依存が問題化し、<sup>14)</sup> 1980年代に入ると常用量依存の問題も指摘されるようになった。<sup>15,16)</sup> これらの理由から、今日、欧米では、ベンゾジアゼピンの使用に対しては否定的な意見が優勢である。

しかし欧米とは異なり、わが国では、ベンゾジアゼピン系薬剤はすべての診療科で広く処方されており、例えば、1998-1999年におけるわが国のベンゾジアゼピン系抗不安薬の処方件数は、欧米の6-20倍にもものぼることが指摘されている。<sup>17)</sup> しかし、わが国の診療報酬制度や社会資源の現状を考慮すれば、いかなる場合でもベンゾジアゼピンを処方しない診療は、現実離れた理想論と言わざるを得ない。実際、乱用・依存を呈さずにベンゾジアゼピンの長期服用によって恩恵を享受している患者は少ない。現状では、ベンゾジアゼピン系薬剤の投与期間をできるだけ短期とし、乱用・依存の危険性が高い薬剤を避ける努力が必要であろう。

**3-3-2. 乱用リスクの高い薬剤同定の試み** ベンゾジアゼピン乱用・依存を作り出すのを回避するには、何よりもまず、乱用リスクの高い薬剤に関する情報が必要である。一般にベンゾジアゼピンは高力価かつ短時間作用型のものほど依存性があるとされているが、われわれは、そのような薬理学的プロフィール以外の要因も無視できないと考えている。薬物依存臨床の現場では、同程度の力価と作用時間を持つベンゾジアゼピン系薬剤が複数存在するものにもかかわらず、乱用者が選択しているのは特定の数種に偏っている。そうした偏りには、ベンゾジアゼピン乱用・依存者間で特定の薬剤の知名度や「ブランド性」だけでなく、医療機関における処方件数

の多さも無視できない。

そこでわれわれ<sup>18)</sup>は、方法論的な限界を承知したうえで予備的研究として、前述した病院調査におけるベンゾジアゼピン乱用者139名（ベンゾジアゼピンが主乱用薬物ではない者も含む）の薬剤選択の状況を、単一施設（筑波大学附属病院）での調査結果に基づく文献的対照群<sup>19)</sup>と比較し、処方頻度比べて乱用頻度が高い短時間作用型ベンゾジアゼピン近縁薬剤（チエノジアゼピン系やシクロピロロン系薬剤も含む）の同定を試みた。

Table 3は、ベンゾジアゼピン乱用者139名に認められた乱用ベンゾジアゼピン系薬剤を症例数の多い順に並べたものである。乱用症例が最も多い薬剤は、ベンゾジアゼピン系薬剤であるフルニトラゼパムであり、ついで、トリアゾラム、エチゾラム、ゾルピデムなどの短時間作用型ベンゾジアゼピン系薬剤が続いた。このうち、筑波大学附属病院全ベンゾジアゼピン処方調査でとり上げられたものと同じ8種の薬剤の処方率と比較した。その結果、本研究では、医療機関における処方率に比べてベンゾジアゼピン乱用者による選択率の高い薬剤として、2種類のベンゾジアゼピン系薬剤が明らかになった（Ta-

Table 3. Types of Abused Benzodiazepines ( $n=139$ , multiple choice allowed)

薬剤の一般名	認められた症例数	百分率
Flunitrazepam	69	49.6%
Triazolam <sup>a</sup>	45	32.4%
Etizolam <sup>a</sup>	44	31.7%
Zolpidem <sup>a</sup>	37	26.6%
Brotizolam <sup>a</sup>	21	15.1%
Bromazepam	20	14.4%
Nimetazepam	15	10.8%
Alprazolam	14	10.1%
Nitrazepam	13	9.4%
Diazepam	12	8.6%
Quazepam	8	5.6%
Estazolam	7	5.0%
Cloazolam	6	4.3%
Lorazepam	6	4.3%
Zopiclone <sup>a</sup>	6	4.3%
Clotiazepam <sup>a</sup>	3	2.2%
Lormetazepam <sup>a</sup>	3	2.2%
Clonazepam	2	1.4%
Ethyl loflazepate	2	1.4%

<sup>a</sup> Short-acting type of benzodiazepine.

Table 4. Comparison of Selective or Prescribed Rates of Eight Types of Short-Acting Benzodiazepines with a Literature Control

	対 象 群			文 献 的 対 照 群							
	全国精神科医療施設調査における BZ 系薬剤乱用症例 (n=139)		筑波大学精神科において BZ 系薬剤が処方された患者 (n=1566)		p-value	筑波大学一般診療科において BZ 系薬剤が処方された患者 (n=5211)		筑波大学病院全体で BZ 系薬剤が処方された患者 (n=6777)			
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	p-value	n	(%)	p-value
Triazolam	45	32.4%	136	8.7%	<0.001	243	4.7%	<0.001	379	5.6%	<0.001
Zolpidem	37	26.6%	160	10.2%	<0.001	1729	33.2%	0.120	1889	27.9%	0.856
Zopiclone	6	4.3%	81	5.2%	0.843	127	2.4%	0.160	208	3.1%	0.329
Brotizolam	21	15.1%	297	19.0%	0.307	1674	32.1%	<0.001	1971	29.1%	<0.001
Rilmazafon	0	0.0%	65	4.2%	0.009	702	13.5%	<0.001	767	11.3%	<0.001
Lormetazepam	3	2.2%	86	5.5%	0.110	26	0.5%	0.038	112	1.7%	0.505
Etizolam	44	31.7%	633	40.4%	0.047	1064	20.4%	0.002	1697	25.0%	0.094
Clotiazepam	3	2.2%	80	5.1%	0.150	221	4.2%	0.286	301	4.4%	0.295

BZ, benzodiazepine. p-value for Fisher's exact test.

ble 4). 以下にその結果を述べておきたい。

#### (1) トリアゾラム

この薬剤は、大学病院精神科、大学病院一般診療科、大学病院全体のいずれとの比較においても、ベンゾジアゼピン乱用者による選択率の方が有意に高率であった。高力価・短時間作用型ベンゾジアゼピンであるトリアゾラムは、かねてより中途覚醒時の健忘や反跳性不眠・不安といった問題とともに依存性が指摘されており、過去の病院調査においてもつねに乱用ベンゾジアゼピンの上位に名を連ねてきた。

Table 4 からも明らかのように、トリアゾラムの問題点については既に処方する医師の側も認識しているのか、精神科と一般診療科のいずれにおいても処方頻度は比較的低い。しかし、それにもかかわらず、乱用者による選択率が高いということは、乱用者側の嗜好性、ないしは、乱用者側がその薬剤を入手するためになんらかの積極的な努力や探索行動をとっている可能性が推測される。

#### (2) ゾルピデム

ゾルピデムの乱用者選択率は、大学病院一般診療科と大学病院全体の処方頻度とのあいだでは差が認められなかったものの、大学病院精神科との比較では有意に高かった。ゾルピデムは、シクロピロロン系に分類される薬剤であり、GABA<sub>A</sub> 受容体複合体の  $\omega 1$  受容体に対する高い選択性により、催眠鎮静作用を発揮しながらも、 $\omega 2$  受容体と関連する作用（抗痙攣・抗不安・筋弛緩作用）は弱く、依存形成性も低いとされてきた。しかし、最近のレビュー<sup>20)</sup>でも、ゾルピデム乱用・依存・離脱を呈した症例の

報告は多数あることが確認されている。

#### (3) その他の薬剤について

ロルメタゼパムは、ゾルピデムとは反対に、大学病院一般診療科における処方率とのあいだでのみ選択率が高かったが、乱用者における選択件数と大学病院一般診療科での処方件数はいずれも少なく、現時点ではあくまでも参考情報として受け止めておくべきだろう。一方、プロチゾラムとリルマザルホンは、医療機関における処方率に比べてベンゾジアゼピン乱用者における選択率の低い薬剤として同定されたが、これらのベンゾジアゼピン系薬剤に対する乱用者選択率が低い理由が、薬理学的プロフィールにあるのか知名度にあるのかは不明である。また、エチゾラムについては、乱用者選択率は大学病院精神科の処方率よりは低いものの、一般診療科よりは高いという結果であり、その解釈に苦慮するところである。とはいえ、過去の病院調査でもつねに乱用薬剤の上位にあることから、今後も慎重に乱用実態の推移を注視していく必要があるように思われる。

最後にフルニトラゼパムにも触れておきたい。文献的対照群にはフルニトラゼパムに関する情報がなかったため、この比較検討の対象とはならなかったが、この薬剤がトリアゾラムを大きく上回る乱用頻度の高いベンゾジアゼピン薬剤であることを忘れるべきではないであろう。事実、海外では、その健忘惹起作用が犯罪に悪用される事件が多発した結果、現在、米国ではスケジュール IV の麻薬指定を受けている。

### 3-4. 精神科治療薬乱用の背景にあるわが国の精

**神科医療** 繰り返しになるが、いまや睡眠薬や抗不安薬はわが国第2位の乱用薬物であり、乱用患者の75%が精神科医から「薬物」を入手している。だが、こういった事態は昨日今日始まったことではない。既に10年以上前より、当時、薬物依存専門病院に勤務していた筆者は、ダルクの職員から、「なぜ精神科医は、患者が何か訴えるたびに薬を増やすのか？ おかげでうちの施設利用者は、せっかく覚せい剤をやめられたのに、今度は処方薬でおかしくなっている。精神科医は『白衣を着た売人』だ」という耳の痛い批判を再三聞かされてきた。われわれ精神科医はなんとしてもこの汚名を払拭しなければならぬし、「乱用するのはパーソナリティ障害の患者だけだ」などといった、患者の個人病理のみに責任転嫁する、よくあるタイプの弁明を許してはならない。

精神科医療関係者は、現代の精神科医療がそれ自体「薬物依存」促進的な機能を持っていることを自覚する必要がある。ここでは、最後に、そのことを示すエピソードを2つほど紹介したい。

1つ目のエピソードは、精神科外来でのものである。不安を訴える患者が来院し、担当医はひとまずベンゾジアゼピン系の抗不安薬を処方する。翌週、患者は再診し、「先生のくださったあのお薬、よく効いて気持ちが楽になりました」と話す。すると、担当医は、「そうですね、それはよかったです。では、今日も同じお薬を出しておきますね。次は2週間後にまた来てください……」と応える。

このやりとりは、何かが決定的に間違っている。症状に圧倒されているときには自分の生活をふりかえる余裕などなからうが、症状が落ち着いた今だからこそ、不安の背景にある現実的な困難について話し合い、根本的な解決を目指すべきである。しかし実際には、ただ漫然とベンゾジアゼピンが処方され続けている場合が少なくない。

もう1つのエピソードは、ある精神科病棟でのものである。夜勤帯に入院患者が不安を訴えてナースステーションを訪れる。すると、看護師がろくに話も聞かずに医師から不安時頓服薬として指示された、第一のベンゾジアゼピンを患者に手渡す。15分後、患者は再びやってくる。「まだ不安です」。今度は別の看護師が、面倒くさそうに肩をすくめながら第二のベンゾジアゼピンを手渡す……

一体、この頓服薬は誰のためのものでしょうか？ 患者のため？ そうではあるまい。これは、夜勤帯の手薄な体制のなかで、看護スタッフが疲弊しないためのもの、あるいは、当直医が呼び出されないためのものである。当の患者は、誰にも不安の背景について尋ねられることもなく、入院を通じてすっかり「ベンゾジアゼピン漬け」となる。

近年、精神科診療所数と精神科通院患者数は確実に増加しており、さらに自殺対策のなかで展開されている啓発活動がこれに拍車をかけている可能性がある。というのもこれは、皮肉な見方をすれば、睡眠薬や抗不安薬といった「薬物」の使用経験者は年々増えていることを意味するからである。しかも、2008年に向精神薬処方日数に対する規制が緩和されたことにより、患者が一度に多量のベンゾジアゼピン系薬剤を入手する機会も増えた。

筆者はこうした事態への対策として、「ベンゾジアゼピンの依存性に関する卒前・卒後教育の強化」などといった、おきまりの提言だけでは生ぬるいと考えている。問題を医師だけに委ねるのではなく、医師からの処方に基づいて調剤を行い、患者に治療薬を手渡す専門職—すなわち、薬局薬剤師—を巻き込んだ予防策が必要であろう。また、既に患者は多数存在することも忘れてはならない。そのために、専門的な治療体制を整備し、医療のなかで生じた薬物依存を医療が責任を持って回復させる必要があることも強調しておきたい。

#### 4. ゲートキーパーとなるために薬剤師が心得ておくべき基本事項

筆者は、薬剤師もまた自殺対策の重要なゲートキーパーとして参加する資格のある専門職の1つであると考えている。そのことは、筆者が所属する自殺予防総合対策センターが、自殺対策に関連する学会や団体の意見をとりまとめた、「自殺総合対策大綱の見直しに向けての提言」<sup>21)</sup>にも明記した。しかし、薬剤師が研修を受ける機会は限られており、そのせいで、自殺予防に関する基本的な知識さえも欠いている薬剤師は少なくないのではないかと推察する。

そこで、本節では、自殺対策のゲートキーパーとなるために薬剤師が心得ておくべき基本事項について整理しておきたい。

## 4-1. 気づくこと

**4-1-1. 自殺の危険因子としての自殺念慮** 自殺念慮は、近い将来の自殺を予測する重要な危険因子の1つである。その証拠に、Kesslerら<sup>22)</sup>は、自殺念慮を抱いた者の34%は具体的な自殺の計画を立てており、自殺の計画を立てた者の72%は実際に自殺企図におよんでいたことを報告している。

医療者のなかには、自殺念慮を聞くことに抵抗感を持つ者も少なくない。かえって患者の「背中を押す」ことになるのではないかという恐れを抱く者もいる。実は、防ぎ得なかった自殺の大半が、「気づかれない」ことによって発生している。自殺念慮を確認しないことによってもたらされる結果の方がはるかに深刻である。

**4-1-2. 自殺念慮を尋ねることの意義** 自殺を考える者は、その苦悩の原因が何であれ、自らが置かれた状況を恥と感じ、自殺念慮について「語ってはならない」という一種のタブーと思い込んでいることが少なくない。しかし、ChilesとStrosahl<sup>23)</sup>によれば、聞いたからといって患者が自殺し易くなるというエビデンスはなく、「むしろ患者は安心することが多い。質問されることによって、これまで必死に秘密にしてきたことや個人的な恥や屈辱の体験に終止符が打たれる」という。もちろん、このことは自殺の考えを取り消すことを意味しないが、「この人と少し話してみるかな」という気持ちにはなってくれる可能性が高く、関係性を構築する上での第一歩となる。

### 4-1-3. 「死にたい」という告白への対応の原則

#### (1) 告白に感謝する

自殺念慮に関する質問に対して、あるいは患者自身から「死にたい」という言葉が出てきたとき、訴えを軽視しないで真剣に向き合い、共感と支持、思いやり、そして支援を約束する姿勢が伝わるようにすることが大切である。そして、慌てて騒ぐことなく、静かで穏やかな態度で、正直に自殺念慮を告白してくれたことをねぎらい、「自分の気持ちを正直に語ることはよいことである」というメッセージを伝える必要がある。

#### (2) 「自殺はいけない」はいけない

安易な励ましをしたり、やみくもな前進を唱えたりすべきではない。「残された人はどうするのだ」「家族の身になってみる」「死んではいけない」とい

う叱責や批判、あるいは強引な説得も好ましいものではない。また、患者とのあいだで「自殺の是非」をめぐって、いわば「神学論争」をすることは、不毛であるばかりか、有害ですらある。「自殺はいけない」と決めつけられれば、患者はもはや正直に自殺念慮を語らなくなる。

#### (3) 「死にたい」の意味を理解する

自殺がよいか悪いかはさておき、幸福のあまり自殺するという人は稀であり、多くの者は困難や苦痛ゆえに自殺を考えることは間違いない。だとすれば、「死にたい」という告白は、「困難や苦痛のせいで『死にたい』くらいつらいが、もしもその苦痛が少しでも減るのであれば、本当は生きたい」というメッセージと考えることができる。そして援助者としてのわれわれは、患者の話を傾聴しながら、その「耐え難く、逃れられない」困難な問題が何かを明らかにしなければならない。そのうえで、援助者は、患者が抱える「困難」を軽減するという共通目的に関する治療同盟の確立が望ましい。

自殺念慮を抱える者は、「白か黒か」という硬直した二者択一的思考をするなかで、心理的視野狭窄に陥っていることが多い。<sup>24)</sup>そのため、困難や苦痛に対する建設的かつ現実的な解決方法を思いつげなくなっていたり、そもそも、支援資源に関する情報を知らないまま、絶望感に圧倒されてしまっている。

## 4-2. つなげること

**4-2-1. 確実に支援資源につなげる** 患者に必要な支援資源が判明し、精神科医療機関や、他の相談機関や援助機関（例えば債務処理のための司法書士事務所、あるいは、生活苦に対する福祉事務所など）を紹介する場合には、確実につなげる配慮をしなければならない。というのも、精神的に追いつめられた自殺念慮者は、注意力や判断力、記憶力が低下しており、援助者の指示をうわの空で聞き流していることがあるからである。また、自殺を考える者は、自分にプラスとなることを実行するのに消極的となっていて、面接で同意しておきながら、実際にはその助言通りに実行しないこともある。

たとえ患者が精神科医療機関への受診に同意した場合でも、速やかに診察予約がとれなければ、結局、受診しないままとなってしまうかもしれない。精神科受診日までかなりの日数を要する場合には、保健所や精神保健福祉センターと相談し、保健師が

自宅を訪問するなどの対応が可能かどうか問い合わせるのも1つの方法である。また、首尾よく受診しても、紹介元のニーズがきちんと伝わらず、精神科医療機関で「自殺が切迫している状況」であることを踏まえた対応をしてもらえなかった場合には、患者は失望し、通院を中断してしまう可能性がある。紹介先と緊密な連携と情報提供が必要である。

同じように、司法書士や公的相談機関につなげる場合にも、同行する、本人と一緒に電話をかける、説明した内容の要点をメモにして渡すといった工夫が必要である。

**4-2-2. 自殺念慮者の心性をふまえたつなぎを心がける** 自殺念慮を抱く者の心理は両面的である。「死にたい」と訴えながら、「助けを求める気持ち」と「助かりたくない気持ち」が同時に存在しているのである。前者ゆえに、その言動は、ときとして演技的、操作的なものに見えてしまい、援助者の陰性逆転移を引き起こしてしまう可能性がある。その一方で、後者は、援助者の助言や指示に従わない態度としてあらわれ、援助者の管理的・支配的な態度を引き出してしまふかもしれない。そのような場合、患者が援助者に心を閉ざすようになり、結果的に自殺のリスク評価が困難となってしまうことがある。

#### 4-2-3. できる限り同意を得る努力をすること

自殺を考える者は、自尊心が低下した状態にあるだけでなく、自己効力感も低下し、「自分にはこの困難や苦痛をどうすることもできない」という無力感に苛まれている。こうした状況のなかで、例えば本人の意向を無視して、周囲の判断だけで支援を進めれば、かえって本人の無力感を強めることとなる。したがって、相談機関の紹介や治療・援助方針の策定、あるいは家族や医療機関などへの情報照会にあたっては、できる限り、患者の同意を得るように努め、協働的な援助関係の構築に努める。

**4-2-4. 入院の功罪について慎重に検討する** 自傷・自殺の恐れは、精神科病棟への非自発的入院の要件であり、入院には患者を自殺行動から物理的に保護するという機能がある。しかし Chiles と Strosahl<sup>23)</sup> は、「精神科病院への入院が自殺を減らすというエビデンスはなく、自殺は、他のいかなる施設よりも精神科病棟で起きている」と述べ、精神科入院がもたらす医原性の副作用について警告して

いる。というのも、非自発的入院という、いわば「自己決定権の剥奪体験」が退院後の患者の自殺リスクをかえって高めてしまうことがあり、また、入院という、保護的な環境において周囲の同情や配慮を得やすい状況を得る体験が、患者の自殺行動を不適切に強化してしまうこともあるからだという。

誤解しないでほしいが、筆者は決して入院治療が無意味である、若しくは、回避するべきと主張しているのではない。精神科病棟は、薬物療法に反応し易い精神症状を集中的に改善させるのには最適な環境であり、入院中に、患者の安全を確保した状況で家族内葛藤の解決や職場との調整を進めるための時間を作り出すことができる。しかし、背景にある現実的な困難や苦痛を軽減するためのソーシャルワークをしないで、あくまでも医療者や家族の安心のために、「物理的に行動を制限する」だけのための入院を繰り返すのは意味がなく、かえって退院直後の自殺リスクを高めてしまう。

**4-2-5. 守秘の原則は適用されない** 「協働的」というのと矛盾するようだが、自殺念慮者や自殺未遂者の援助においては守秘義務の原則は適用されないことも強調しておきたい。患者自身が「このことは家族には言わないでください」と訴えた場合には、「あなたを守るためにそれが必要である」ことを粘り強く説明する必要がある。もしも家族と連絡をとらないまま対応し、その後まもなく自殺既遂若しくは再企図となった場合の訴訟リスクは大きい。

なお、家族に知られたくないと主張する患者に対しては、かならずその理由を確認すべきである。自殺を考えているという事実よりも家族の反応—患者を頭ごなしに叱責したり、あるいは、家族が過度に自責したり、本気に受けとらない可能性を危惧していることが、患者が家族に知られたくない理由であることが少なくない。その場合には、そのような患者の思いに十分に配慮し、単に事実を告知だけでなく、家族に対する心理教育や情報提供が必要である。

#### 4-2-6. 「自殺しない契約 (No Suicide Contract/ Suicide Prevention Contract)」

##### (1) 次回までの時限的契約

協働作業を通じて、困難を軽減するための方針が患者とのあいだで共有され、しかるべき「つなぎ」の方策も見えてきたところで、患者に「自殺しない

契約」を求めることとなる。といっても、「この先ずっと自殺はしない」という漠然とした契約は、それ自体がナンセンスである。この契約は、あくまでも次回の面接予約を前提とする「時限的契約」であり、面接のたびに確認されるべきものである。

(2) 自殺のリスクアセスメントツールではない

この「契約」によって確認されるのは、「自殺念慮がない」「自殺の危険がない」ということではなく、「自殺したくなったらかならず連絡する」という、援助者との治療同盟である。

(3) 「自殺しない契約」の問題点

Simon<sup>23)</sup>とShea<sup>24)</sup>は、その有効性に関するなんらのエビデンスもないにもかかわらず、あまりにもこの「契約」が臨床現場で過大評価されていることを問題視している。ルーチン業務として行われる「自殺しない契約」には、単に医療関係者の不安を軽減する以上の効果はないと心得るべきであろう。実際、この契約に同意した後で自殺企図におよんだ患者は意外に多く、また自殺意図の高い患者の場合には、表面的に同意することで、その意図を悟られないようにすることも稀ではないという。<sup>24)</sup>

(4) 治療同盟が前提

「自殺しない契約」は、継続的な援助関係と信頼できる治療同盟を前提として初めて治療的な意味を持つ。そして、治療同盟とは、患者との協働によって多くの時間を共有することで—あるいは、これから共有していくことの合意を前提として—構築されるものである。

したがって、例えば、今後、患者との継続的治療関係を持つ予定がない救急外来の医療者やリエゾン精神科医が、単回の介入のなかで事務的にこの「契約」を持ち出しても、効果はほとんど期待できない。<sup>25)</sup>ましてや、自殺念慮の背景にある現実的困難や苦痛に関心を持つとせず、医療者が単にこの「契約」だけを患者に求めるのは、むしろ有害と考えなければならない。

なお、「自殺しない契約」は、法的な契約ではなく、あくまでも臨床上の契約である。したがって、臨床家を訴訟上の責任追及から守るものではない。<sup>24)</sup>

#### 4-3. 見まもること

**4-3-1. つなげた後にも会い続けること** 自殺のリスクに「気づき」、そして「つなぐ」ことに成

功したからといって、作業はまだ終了ではない。例えば、かかりつけ医が精神科医療機関へと紹介したとしても、かかりつけ医のところでも引き続きフォローをすること、すなわち「見まもる」ことが望ましい。

理由は2つある。1つは、前節で述べたように、「自殺しない契約」が有効に機能するためには、「次回の面接予約」が必須だからである。そしてもう1つは、援助の中断を防ぐ目的からである。つまり、せっかくかかりつけ医が精神科医療機関を紹介しても結局受診しなかったり、なんとか受診こそしたものの、「相性が悪い」などといった理由で精神科通院を中断してしまったりするという事態は決して稀ではない。そうした場合、かかりつけ医とつながり続けていることで援助が中断せずすみ、改めて別の精神科医療機関を紹介することも可能である。

自殺リスクの高い人に対しては、様々な分野にわたる複数の援助者がそれぞれ複数回ずつ会い続ける必要があると言いかえてもよいだろう。そして、一度「死にたい」と訴えた人は、その後しばらくは本人が何も訴えなくなっていたとしても、折に触れて自殺念慮について尋ねるようにすべきである。

**4-3-2. 自殺の対人関係理論** 自殺対人関係理論を提唱している米国の精神科医 Joiner<sup>26)</sup>は、人を自殺に至らしめる究極的な危険因子として、次の3つの要因を挙げている。第一に、「獲得された自殺潜在能力」である。すなわち、自傷行為や自殺企図、あるいは拒食や過食・嘔吐、アルコール薬物乱用で身体を痛めつける体験を繰り返す人は、こうした体験を通じて身体的疼痛に対する鈍感さ、自殺に対する恐怖感の乏しさを獲得してしまう。第二に、「所属感の減少」である。これは、人とのつながりが無いという感覚、孤立感を意味する。そして最後に、「負担感の知覚」である。これは、「自分が生きていることが周囲の迷惑になっている」という認識である。

それでは、自殺の危険が高い患者を目の前にした場合、医療者はこの3つの要因とどのように向き合えばよいであろうか。実は、「獲得された自殺潜在能力」を改善するには、非常に長い期間を要する。比較的短期間の介入で変化し得るのは、「所属感の減少」と「負担感の知覚」である。「負担感の知覚」の背後には、しばしば罪業妄想を引き起こす精神疾



患が存在していたり、整理すべき債務や経済的困難な状況、さらには、調整を要する家庭内若しくは職場内の人間関係が存在する。これらはいずれも、まさしく「つなぎ」を要する問題と言えよう。

それでは、薬剤師を含むすべての医療関係者が最低限できることは何であろうか？ それはおそらく「所属感の減少」に対する介入である。具体的には、既に述べたように、「自殺の是非」をめぐる議論を避け、まずは患者の話を傾聴し、「次回の予約をとる」という介入は、患者に「受容された」という感覚をもたらし、「所属感の減少」を減少させるはずである。

### 5. おわりに

本稿では、わが国における自殺対策の文脈のなかで薬剤師が果たす役割を明らかにするために、まずはわが国における自殺の実態とその対策の課題を論じた。続いて、薬剤師に直接関係する、精神科治療薬乱用の実態と問題点に論じた。そのうえで、自殺予防のゲートキーパーの一人として薬剤師が心得ておくべきことを述べた。

既に述べたように、自殺リスクの高い人に対しては、様々な分野にわたる複数の援助者がそれぞれ複数回ずつ会い続ける必要がある。言いかえれば、「気づき、つながり、見まもりあう」関係性が文字通り網の目のように張りめぐらされ、患者の周囲に「いのちのセーフティネット」が作り上げられる必要がある。

もちろん限界はある。精神科医を含めて、自殺予防に対して万能な医療者などおらず、どんなに手を尽くしても防ぎ得ない自殺は存在する。しかしその一方で、ささやかな努力でも防ぎ得る自殺があるのもまた事実である。例えば、サンフランシスコのゴールデンゲート・ブリッジにおいて、明らかな自殺の意図があるとして強制的に保護された者のうち、9割以上の者が数年後も生存していたという。<sup>26)</sup>

筆者は、医療機関のあらゆる診療科であらゆる職種の方が、それぞれにできる「気づき、つながり、見まもり」を実践することだけでも、自殺予防に十分に効果が発揮されるにちがいないと確信している。その意味で、本稿が、自殺予防のゲートキーパーを担おうとする薬剤師にとって、その活動の一助となれば幸いである。

## REFERENCES

- 1) Bertolote J. M., Fleishmann A., De Leo D., Wasserman D., *Crisis*, **25**, 147-155 (2004).
- 2) Lönnqvist J. K., Henriksson M. M., Isometsä E. T., Marttunen M. J., Heikkinen M. E., Aro H. M., Kuoppasalmi K. I., *Psychiatry Clin. Neurosci.*, **49** (Suppl. 1), S111-S116 (1995).
- 3) Hirokawa S., Matsumoto T., Katsumata Y., Kitani M., Akazawa M., Takahashi Y., Kawakami N., Watanabe N., Hirayama M., Kameyama A., Takeshima T., *Psychiatry Clin. Neurosci.*, **66**, 292-302 (2012).
- 4) Bureau of Social Welfare and Public Health, Tokyo Metropolitan Government, The Research Report of Suicide: A Study Using a Psychological Autopsy, 2009, pp. 41-44.
- 5) Takei A., Mera K., Miyazaki K., Satoh Y., Haraoka Y., *Japanese Journal of General Hospital Psychiatry*, **19**, 211-219 (2007).
- 6) Matsumoto T., Ozaki S., Kobayashi O., Wada K., A National Survey on Current Situation of the Patients with Drug-related Disorders in Japanese Psychiatric Facilities, Research Report, Health and Labour Sciences Research Grants named Research on Regulatory Science of Pharmaceuticals and Medical Devices, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2011, pp. 89-115.
- 7) Matsumoto T., Ozaki S., Kobayashi O., Wada K., *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, **113**, 1184-1198 (2011).
- 8) Khantzian E. K., "Recent Developments in Alcoholism, Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions: Similarities and differences," ed. by Galanter M., Plenum, New York, 1990, pp. 251-277.
- 9) Linehan M. M., Rizvi S. L., Welch S. S., Page B., "The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Psychiatric aspects of suicidal behavior: Personality disorders," eds. by Hawton K., van Heeringen K., John Wiley & Sons, Chichester, 2006, pp. 147-178.
- 10) Matsumoto T., Matsushita S., Okudaira K., Naruse N., Cho T., Muto T., Ashizawa T., Konuma K., Morita N., Ino A., *Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence*, **45**, 530-542 (2010).
- 11) Otsubo T., Tanaka K., Koda R., Shinoda J.,

- Sano N., Tanaka S., Aoyama H., Mimura M., Kamijima K., *Psychiatry Clin. Neurosci.*, **59**, 517–526 (2005).
- 12) Sheehan D. V., Lecrubier Y., Sheehan K. H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R., Dunbar G. C., *J. Clin. Psychiatry*, **59**, 22–33 (1998).
- 13) Okura R., Mino K., Kogake M., *Journal of Japanese Association for Acute Medicine*, **19**, 901–913 (2008).
- 14) Woody G. E., O'Brien C. P., Greenstein R., *Int. J. Addict.*, **10**, 843–848 (1975).
- 15) Lader M., Petursson H., *Biol. Psychiatry*, **16**, 1195–1201 (1981).
- 16) Rickels K., Case W. G., Downing R. W., Winokur A., *JAMA*, **250**, 767–771 (1983).
- 17) Murasaki M., *Jpn. J. Clin. Psychopharmacol.*, **4**, 3–27 (2001).
- 18) Matsumoto T., Shimane T., Ozaki S., Kobayashi O., Wada K., *Seishin Igaku*, **54**, 201–209 (2012).
- 19) Nakajima M., Honma M., Igarashi T., Kanbayashi Y., Ohara M., Nagasawa I., Kohda Y., *Jpn. J. Pharm. Health Care Sci.*, **36**, 863–867 (2010).
- 20) Victorri-Vigneau C., Dailly E., Veyrac G., Jolliet P., *Br. J. Clin. Pharmacol.*, **64**, 198–209 (2007).
- 21) Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry: Proposals for revision of the “Japanese Initiative of Suicide Countermeasures.”: <http://ikiru.ncnp.go.jp/ikiru-hp/120611teigen.html>, cited 30 April, 2013.
- 22) Kessler R. C., Roger R., Adams P. A., *Arch. Gen. Psychiatry*, **56**, 617–626 (1999).
- 23) Chiles J. A., Strosahl K. D., “Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients,” American Psychiatric Publishing, Washington D.C., 2005.
- 24) Shea C. S., “The Practical Art of Suicide Assessment,” Wiley, New York, 1999.
- 25) Simon R. I., “Assessing and Managing Suicide Risk: Guidelines for Clinically Based Risk Management,” American Psychiatric Publishing, Washington D.C., 2004.
- 26) Joiner T. E. Jr., Van Orden K. A., Witte T. K., Rudd M. D., “The Interpersonal Theory of Suicide: Guidance for Working with Suicidal Clients,” American Psychological Association, Washington D.C., 2009.

## うつ病の自殺予防

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  
同 自殺予防総合対策センター 副センター長

## 要 旨

うつ病は、あらゆる精神障害の中で最も自殺行動と密接に関連しているが、うつ病患者の自殺は決してうつ病の症状だけで引き起こされるわけではない。その意味で、自殺予防という観点から言えば、うつ病診療においては、家族関係、職場の問題、経済的問題といった現実的問題も含めた総合的なアセスメントが必要と言える。本稿では、Joinerらの『自殺の対人関係理論』に基づくアセスメント法を紹介した。

## はじめに

うつ病は、あらゆる精神障害の中で最も自殺行動と密接に関連している。国内外の心理学的剖検調査は、自殺既遂者の9割余りが致死的行動の直前には何らかの精神障害に罹患した状態にあり、中でもうつ病性障害は自殺既遂者全体の3～4割と最も多いことを明らかにしている。

本稿では、どのような特徴を持つうつ病患者が自殺のリスクが高く、うつ病患者の自殺予防のために精神科医はどのような点に留意すべきなのかについて、最近の我々の研究成果も紹介しながら論じてみたい。

## 自殺リスクの高いうつ病の特徴

海外では、自殺リスクの高いうつ病患者の臨床的特徴について多くの研究がなされている。例えばConnerら<sup>1)</sup>によれば、うつ病性障害患者における自殺の50%は発症後1年以内に起

こり、しかもその80%は発症後半年以内に起こっていることを報告し、発症早期における自殺リスクを強調している。また、ZimmermanとChelminski<sup>2)</sup>は、大うつ病性障害患者の自殺行動のリスクは、うつ症状の重症度よりも全般性不安障害の症状の有無に影響されることを明らかにしている。この知見は、「人はうつには耐えられるが、不安には耐えられない」という、临床上重要な知恵を教えてくれる。さらにCorneliusら<sup>3)</sup>は、アルコール乱用の存在は気分障害患者の1年以内における自殺行動を予測することを明らかにし、Fawcettら<sup>4)</sup>は、精神病症状の存在、喜びと関心の喪失(失快楽症)、全不眠に近い重篤な睡眠障害が、うつ病患者における重要な自殺の危険因子であると報告している。

翻って、国内における研究知見はどうであろうか?我々は、2007年より現在まで継続して行っている心理学的剖検研究のデータを用いて、

男性うつ病罹患者に関する2つの解析<sup>5)6)</sup>を試みている。

1つは、うつ病にて精神科治療中の男性自殺既遂者の検討である。我々は、自殺直前まで「うつ病」という診断で精神科治療を受けていた30~50歳代の男性自殺既遂者を抽出し、この対照群として、年齢をマッチさせた精神科治療中のうつ病患者で、最近1年以内は自殺念慮や自傷・自殺行動が認められない者を設定し、同じ面接票、同じ情報源(家族)からの情報収集により、社会経済的要因や家族構成・生活様式、ならびに精神医学的特徴を比較した<sup>5)</sup>。その結果、家族構成や就労・生活状況、あるいは収入・借金といった経済的状况については、両群間で差は認められなかった。しかし、自殺既遂群では、「休職取得」や「自立支援医療制度(精神通院医療)の利用者」が有意に少なかった。

このことは、精神疾患に罹患していることに対する本人や家族の受容と理解、さらには治療に対する職場の理解と協力が得られておらず、治療継続を容易にするための環境が整備されていないことを示唆している。また、自殺既遂群では死亡1年前にアルコールに関連したさまざまなトラブルを起こしていた者が多く、1カ月の飲酒日数が10日以上であるといった特徴も認められた。このことは、治療経過中に飲酒がうつ病患者の自殺リスクを高めるという先行知見を確認する結果と考えられた。

もう1つは、初回自殺企図が既遂となった成人男性の検討である<sup>6)</sup>。近い将来の自殺死亡の予測因子として最も重要でオッズ比が高いのは言うまでもなく自殺企図歴の存在であるが、例えば警察庁統計によれば、我が国の男性自殺既遂者の中で過去の自殺企図が確認されている者は全体の13.7%にすぎない。このことは、男性の自殺予防に関する限り、自殺企図歴という予測因子はほとんど実効的な意義を持たない可能性を示唆している。そこで我々は、初回自殺企図が既遂となった男性のデータを抽出し、一方、既遂群と居住地と年代が一致し、自殺企図歴の

ない生存者を対照群として設定し、同じ面接票と情報源から情報を収集し、両群間での比較を試みた<sup>6)</sup>。

その結果、男性における初回自殺企図が既遂となることを予測する要因として、うつ病などの気分障害への罹患とともに、返済困難な借金の存在と、アルコール乱用・依存への罹患という要因も高いオッズ比で抽出されたのである。この結果は、成人男性の自殺予防のためには、うつ病診療に際して絶えず患者の経済的状况と飲酒様態に目配りし、それぞれに対して必要な支援や治療を提供することが重要であることを示している。さらには、司法書士等と精神科医療機関との間の連携や、一般精神科とアルコール依存専門医療機関との連携を構築する必要もあろう。言い換えれば、一般に古典的な病像を呈しやすくと考えられている成人男性患者のうつ病診療においてさえ、診察室の中での短時間の紋切り型の問診と抗うつ薬による薬物療法だけでは、自殺予防として十分とは言えないわけである。

要するにこれらの研究結果は、うつ病患者の自殺は決してうつ病の症状だけで引き起こされるわけではないという、考えてみれば当たり前の事実を示しているのである。言い換えれば、人は「うつ病」だけならば踏ん張れるが、例えば「借金」のような現実的困難を同時に抱えている場合には踏ん張りきれないのである。その意味でも、うつ病診療においては、家族関係、職場の問題、経済的問題といった現実的問題も含めた総合的なアセスメントが必要と言えるであろう。

#### 自殺予防に資するうつ病診療のために

うつ病患者の総合的な自殺のリスクアセスメントに役立つのが、Joinerら<sup>7)</sup>が提唱する『自殺の対人関係理論』である。Joinerらは、人を自殺に至らしめる究極的な危険因子として、次に述べる3つの要因を挙げている。

1つ目は、「獲得された自殺潜在能力」である。これは、自殺以外の意図による自傷行為、

あるいは拒食や過食・嘔吐、アルコール・薬物乱用で身体を痛めつける体験を繰り返す中で獲得する、身体的疼痛に対する鈍感さ、自殺に対する恐怖感の乏しさである。すなわち獲得された自殺潜在能力とは、非致命的な自己破壊的体験の蓄積による、一種の自殺準備状態（自殺行動閾値が低下した状態）である。

2つ目は、「所属感の減弱」である。これは、「人との繋がりが無い」、「自分の居場所がない」、「誰からも必要とされていない」という感覚を意味する。うつ病症状の直接的な影響は、患者の主観的な所属感減弱をもたらしたり、意欲や作業効率の低下という症状を介して患者に「自身の存在理由を喪失した」という感覚を抱かせたりすることがある。また、症状が長期間遷延する過程で、社交から退却し、職場や家庭で居場所を失うことにより、所属感の減弱を呈することもあろう。さらには、医療者の否定的態度や担当医の異動などが、患者に残された唯一の居場所を奪う危険性もある。

3つ目は、「負担感の知覚」である。これは、「自分が生きていることが周囲の迷惑になっている」、あるいは「自分がいないほうが周囲は幸せになれる」という認識である。これは、罪業妄想のように症状によって生じる一方で、多重債務により家計が逼迫する中で、「自分が死んで生命保険のお金がおければ、家族の生活は楽になるはず…」という認識から生じることもある。症状が長期に遷延する中で家族や援助者の負担が高まり、そうした周囲の疲れが本人に対する否定的な態度や発言として現われた際にも、この負担感の知覚が高まることがある。

Joinerらによれば、上述した3つの要因の総和が一定の水準を超えたとき、人は心理的視野狭窄の状態へと陥り、自殺の危機が急激に高まるという。このことは裏を返せば、この3つの領域の観点から支援の計画を考えることが自殺予防に資する可能性を意味している。例えば、「獲得された自殺潜在能力」自体は長期間の自己破壊的行動によって蓄積されたものなので急激に減少させることはできないが、アルコール

乱用に対する介入により、さらなる悪化を防ぎうる。また「所属感の減弱」に対しては、うつ病治療に併行して家族や職場に対する心理教育が有効であろう。さらに「負担感の知覚」に対しては、妄想的思考に対する治療、経済的問題に対する支援資源との連携、家族や援助者の支援が有効であろう。

#### おわりに

精神医学業界の一部には、1998年に急増した自殺の中心層である働き盛り世代の男性を意識して、「内因性」や「メランコリー親和型」、「執着気質」といった古典的うつ病に対する医学的治療を重視し、いわゆる若年者や女性に多く見られる「新型うつ病」を揶揄的に語る風潮がある。

しかし、自殺はいずれのタイプのうつ病にも生じうるし、うつ病の重症度がそのまま自殺リスクの高さを意味するとは限らない。実際、本稿で見てきたように、働き盛り世代の男性に限ってもうつ病だけが問題で自殺が生じているわけではないのである。その意味では、自殺予防に資するうつ病診療には、狭義の精神医学の枠組みを超えた、総合的かつ全人的視点が必要である。

#### 文 献

- 1) Conner KR, et al: Psychological vulnerability to completed suicide: a review of empirical studies. *Suicide Life Threat Behav* 31: 367-385, 2001.
- 2) Zimmerman M, et al: Generalized anxiety disorder in patients with major depression: is DSM-IV's hierarchy correct? *Am J Psychiatry* 160: 504-512, 2003.
- 3) Cornelius JR, et al: Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry* 152: 358-364, 1995.
- 4) Fawcett J, et al: Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. *Am J Psychiatry* 144: 35-40, 1987.
- 5) 松本俊彦, 他: 自殺既遂者の心理社会的特徴に関

する研究－精神科受診歴のあるうつ病患者における自殺のリスク要因の検討－. 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「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究 (研究代表者: 加我牧子)」総括・分担研究報告書, p25-35, 2012.

- 6) 松本俊彦, 他: 自殺既遂者の心理社会的特徴に関する研究－過去に自殺企図歴のない成人男性における自殺の危険因子の検討－. 厚生労働科学

研究費補助金障害者対策総合研究事業「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究 (研究代表者: 加我牧子)」総合研究報告書, 2013. (印刷中)

- 7) Joiner T E, et al: The Interpersonal Theory of Suicide: Guidance for Working With Suicidal Clients. American Psychological Association, Washington, DC, 2009.

# 自傷行為

松本 俊彦

## はじめに

リストカットに代表される自傷行為は、今や学校保健における主要な課題の1つとなっている。今日、刃物で故意に自らの体を傷つけるタイプの自傷行為に限っても、中学生・高校生の約1割(男子7.5%, 女子12.1%)に自傷経験がある<sup>1)</sup>。そして、中学校に勤務する養護教諭の96.3%, 高校に勤務する養護教諭の99.0%が、自傷する生徒に対応した経験があり、そうした経験を持つ養護教諭の大半が、「どう対応してよいか分からない」と感じている<sup>1)</sup>。

本稿では、若者における自傷行為が持つ意味や自殺との関係、そして、予防のあり方について私見を述べさせていただきたい。

## なぜ自傷行為を繰り返すのか

自傷行為の多くは、通常、激しい怒りや不安、緊張、気分の落ち込みといったつらい感情を緩和するために行われる。つまり、自傷行為とは、自殺以外の目的から、「これくらいであれば死なないだろう」という非致死性の予測のもとに、客観的にも致死性の低い手段を用いて、自らの体を傷つける行為なのである<sup>2)</sup>。その意味では、「死ぬこと」を目的として、「これくらいやれば死ぬるだろう」という致死性の予測のもとに、自らの体を傷つける自殺企図とは、明らかに異なる行為と

いえる。

もちろん、援助者の多くは、自傷行為が自殺企図とは性質の異なるものであることは直感的に理解している。しかし、このことは必ずしも自傷行為を正しく理解していることを意味していない。というのも、繰り返されるリストカットなどの自傷行為を「誰かの気を引くために」行われる、いわば人騒がせな、演技的・操作的行動と思いつている援助者が意外に多いからである。

しかし、エビデンスが明らかにしているのは、自傷行為の大半は1人きりの状況で行われ、周囲の誰にも告白されない、という事実である<sup>3)</sup>。このことは、自傷行為が、しばしば誤解されているような「人の気を引くためのアピールの行動」とは本質的に異なり、むしろ「孤独な対処行動」と理解すべきであることを意味している。言い換えれば、自傷行為とは、本来は、誰に助けを求めたり相談したりするべきところを、自分1人で苦痛を解決しようとする、いわば援助希求能力の乏しさを反映する行動と考えることができるであろう。

自傷行為は、体に痛みを加えることで心の痛みを鎮め、さらには、封印してしまう方法でもある。実際、「もう何年も涙を流したことがない」「すごく悲しいときにも涙が出ない」と語る、自傷する若者たちは珍しくない。

自傷による「心の痛み」の鎮痛効果は、何よりもその簡便さと即効性において優れている。例え

まつもと としひこ：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、同自殺予防総合対策センター副センター長 連絡先：☎ 187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

ば、侮辱されたり無視されたりすることによる苦痛に対しては、直接、加害者に対して、「そういう態度はやめてほしい」と改善を求めるのが、本来、建設的かつ根本的な解決策であるはずである。しかし、その反面この方法は、相手が圧倒的に強い存在であったり、改善を求めたりするとかえって事態が悪化することが危惧されたりする場合には、リスクの高い方法でもある。

そのような場合、自傷することによって、ある種の人たちは速やかに苦痛を感じている意識状態を変容させることができるのである。事実、ある研究は、自傷を繰り返す者の場合、自傷直後には内因性オピオイド(エンケファリンやβ-エンドルフィンなどの、いわゆる「脳内麻薬」)の分泌が急激に高まっている可能性が指摘されている<sup>4)</sup>。つまり、自傷行為には、「耐え難い心の痛み」に対する鎮痛効果がある。このような効果は、自傷行為に対する報酬効果となり、その行動を強化する。それゆえに、自傷行為はしばしば繰り返される過程でいつしか手放せないものとなり、中には、「それなしでは生きることができない」と主張する若者も登場するのである。

## 自傷行為の問題点と自殺との関係

既に述べたように、その意図や機能から、自傷行為は自殺とは峻別されるべき行動である。すなわち、自殺が、「耐えがたい、逃れられない、果てしなく続く苦痛」から解放されるための唯一の「脱出口」としての意味を持つのに対して、自傷行為には、怒りや恥辱感といった強烈な感情によってもたらされた混乱を鎮め、意識状態を再統合する機能、言いかえれば、「正気への再入場口」ともいべき意義がある<sup>5)</sup>。

このように、自傷行為は少なくとも短期的には自殺とは明確に異なる行動である。しかし、2点ほど深刻な問題点がある。1つは、結局のところそれは一時しのぎにすぎず、困難に対する根本的、建設的な解決を怠ってしまうために、長期間にはかえって事態が複雑化・深刻化してしまうことが少なくない、という点である。もう1つは、

自傷行為は、繰り返されるうちに麻薬と同じく耐性を獲得し、それに伴ってエスカレートしてしまいうやすい、という点である。そして、この耐性獲得の結果、当初と同じ程度の「鎮痛効果」を得るために、自傷の頻度や強度を高めざるを得なくなってしまう。最終的には「切ってもつらいが、切らなきゃなおつらい」という事態に至ると、「消えたい」「死にたい」という考えを抱く若者が少なくない<sup>1)</sup>。

要するに、自傷とは、「生き延びるために」繰り返されながら、逆説的に死をたぐり寄せてしまう行動なのである。実際、10歳代において自傷した経験のある者は、そうでない者に比べて10年後の自殺既遂によって死亡するリスクが数百倍高くなることが知られている<sup>6)</sup>。このことは、たとえ「リストカットじゃ死なない」といえたとしても、「リストカットをするやつは死なない」とはいえないことを示している。

## 最大のゲートキーパーは友だちである

自傷行為が将来における若者の自殺リスクを高めるのならば、若者に対する自傷予防教育は、それ自体、将来の自殺予防として機能する可能性がある。

とはいえ、「自分を傷つけるのは『ダメ、ゼツタイ』』といった自傷予防教育は好ましいものとはいえない。なぜなら、若者の1割は既に自傷経験がある。もしも、自傷行為を非難する予防教育を行えば、自傷経験のある若者は孤立を深め、ますます周囲に相談できなくなってしまうであろう。Hawtonら<sup>3)</sup>の自殺予防研究チームの研究によれば、自傷行為に及ぶ若者のほとんどは、自らの自傷行為について、親や教師、あるいはカウンセラーといった、責任をもって彼らを支援してくれる大人に相談せず、友人だけにしか告白しない傾向があるという(図1)。

実際、彼らが友人たちに自傷行為を告白する際は、決まって「絶対に先生や親にいわないで」という条件付きで語られる。その結果、友人たちの中には、自傷行為のグロテスクさに恐れをなして本人を避けるようになってしまう者がいるかもし



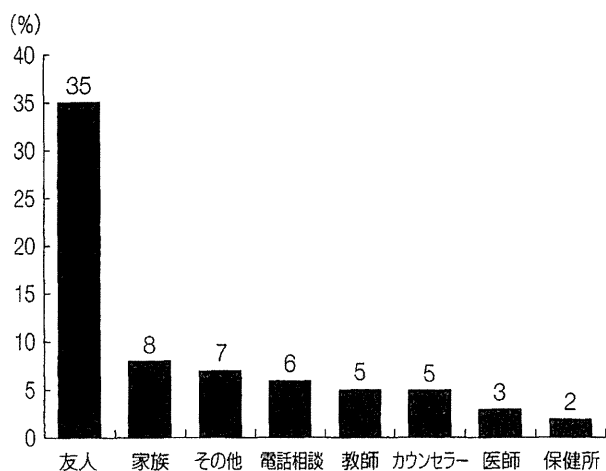


図1 「自傷経験を誰に告白・相談したことがありますか？」(文献<sup>2)</sup>より転載)

れない。あるいは、「誰にもいわないで」という言葉に縛られて1人で悶々と問題を抱え込んだり、さらには、あくまでも善意から「私を友だちだと思うなら、もう自傷しないって約束して」などと、できない約束を一方的に押しつけて、かえって自傷する若者を追い詰めてしまったりする者もいるであろう。また、本人の自傷にふりまわされるなかで、今度は友人までもが自傷行為に及ぶようになる、といった伝染現象が生じることも珍しくない。

要するに、自傷する児童・生徒の一番のゲートキーパーは友人であるが、自傷の発見が友人だけにとどまるかぎり、かえって本人が孤立してしまったり、自傷行為がかえって広がったりしてしまい、適切な支援には結びつかないことが多いのである。

そのような認識から、米国マサチューセッツ州では、「ACTプログラム」という自傷予防プログラムが実施されている<sup>7)</sup>。そのプログラムでは、次のことが強調されている。「自傷は決してまれなことではない。もちろん、つらさを紛らわすのに最善の方法ではないが、最悪のことではない。それは助けを求めるサインなのである。だから、友人が自傷行為をしているのに気づいたら、決して見て見ぬふりをせずに、その人に関わり、『あなたの助けになりたい』と伝え、信頼できる

大人につなげよう。もしも友人から『秘密にして』と頼まれても、その通りにしてはいけない。彼らには専門家の助けが必要である」。

こうしたメッセージは、「Acknowledge(気づき)」、「Care(関わり)」、「Tell(つなぎ)」という3つの単語に要約されている。このプログラムで用いられる、生徒向けの15分ほどの映画では、この3つの単語の頭文字をとった「ACT」というスローガンが、分かりやすく、そして印象的に繰り返される構成となっている。このことから分かるように、「ACTプログラム」は、「自分を大切にしなければならない」などといった道徳教育とは全く異なり、若者の援助希求能力を高めることに主眼に置いているのである。

もっとも、この「ACT」が期待通りに機能するには、大人たちへの教育が不可欠である。保護者や教師などの一般の大人は、とすれば自傷行為という表層の問題行動を禁止することだけに固執しがちであるが、自傷以外に有効な対処スキルを知らない若者たちは、単なる叱責や説教に遭遇する体験を重ねると、ますます自分から援助を求められなくなってしまうものである。このため、このプログラムは、生徒だけでなく、教師や保護者に対しても実施されなければならないし、大人たちが若者から渡された「援助希求のバトン」をしかるべき専門家につなげられるような体制整備が前提となる。

## 「故意に自分の健康を害する」症候群に対する健康教育

若者たちにおいて、自傷行為は飲酒・喫煙の習慣や薬物乱用のリスクといった精神作用物質の使用、あるいは、拒食や過食などといった食行動異常と密接に関連している。いずれも、1回の行動だけで深刻な健康被害をもたらすことはないものの、繰り返し行われるなかでその弊害が身体に蓄積し、健康を損なう危険がある。

実は、自傷行為をする若者にしばしばみられる、こうした「健康を害する」行動は、物質乱用や食行動異常だけにとどまらない広がりを持って

いる。Jacobsら<sup>7)</sup>によれば、15歳以下の女性の習慣性自傷者は平均8~9名の相手とセックスした経験があるといい、筆者自身の臨床経験でも、援助交際などの不特定多数とのセックス、あるいは、避妊しないセックスといった、性的危険行動を繰り返す女性の自傷患者は珍しくない。もちろん、こうした行動によってただちに健康が損なわれるわけではないものの、性感染症への罹患や、深刻な犯罪に巻き込まれる危険がある。その意味では、本人がどこまでそれを自覚しているかは別にして、広義の自傷行為と捉えることが可能である。

筆者は、自傷行為だけではなく、物質乱用や摂食障害、さらには様々な危険な行動によって自らの健康を損い脅かす一連の行動を、「『故意に自分の健康を害する』症候群」という言葉で一括し、これをターゲットとした総合的な健康教育を、学校という、一度に多くの若者にアクセスできる場で行って欲しいと願っている。具体的に言えば、彼らの「故意に自分の健康を害する」行動を、「死んではいけない」「命を粗末にしてはいけない」と禁止されるような非倫理的もしくは背徳的行動としてではなく、メンタルヘルス問題として、「もしも友人がこれらの問題を抱えていたら、どのようにして助けてあげたらよいのか？」を学ぶプログラムである。

筆者は、こうしたプログラムを通じてわれわれが若者に伝えなければならないのは、「最大の自傷行為は、リストカットでも薬物乱用でもなく、『悩みを抱えたときに誰にも相談しないこと』である」、あるいは、「人生において最も悲惨なことは、ひどい目に遭うことではなく、1人で苦しむことである」ということだと信じている。なるほど、自傷行為は将来における自殺死亡の危険因子ではあるが、それは決して、たとえばリストカットを繰り返すたびに傷が深くなり、動脈や神経を切断し、ついには出血多量で死ぬ…わけではない。むしろ何らかの心の痛みに対して、ある時期にはリストカットで、別の時期には過量服薬で戦いを挑み、しかし、現実的な苦痛をそのような行動でごまかしきれなくなる中で、ついに戦いを断

念し、自傷行為を手放すとともに命を断つわけである。言い換えれば、彼らの将来における自殺リスクを高めているのは、自傷行為自体ではなく、「つらい状況に置かれているのに誰にも助けを求めずに、1人で解決しようとする」という行動特性にある。そのことを忘れてはならない。

## || おわりに

以上、若者の自傷行為が持つ意味と自殺との関係、そして予防のあり方について私見を述べさせていただいた。本来であれば、対応法についても論じたいところであったが、残念ながらすでに紙幅は尽きた。

だが、前述した筆者なりの健康教育の理念を敷衍していけば、自傷行為を繰り返す若者を援助する際のヒントは自ずと見えてくる。少なくともやっつけはいけない対応は見えてくる。それは、自傷を禁じたり、「もうしない」ことを約束させたり、叱責したり、「自分を大事にしてください」と説教したりして、若者たちに「やはり人に助けを求めるとロクなことがない」と感じさせる対応である。これはまずい。百害あって一利なしである。最後にそのことだけ念を押して、本稿の締めくくりとさせていただきます。

## 文 献

- 1) 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
- 2) B・W・ウォルシュ(著)、松本俊彦、他(訳)：自傷行為治療ガイド。金剛出版、2007
- 3) Hawton K, et al: By Their Own Young Hand: Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents. pp 94-116, Jessica Kingsley Publisher, London, 2006
- 4) Coid J, et al: Raised plasma met-enkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet* **8349**: 545-546, 1983
- 5) A・R・ファヴァツツァ(著)、松本俊彦(監訳)：自傷の文化精神医学—包囲された身体。金剛出版、2009
- 6) Owens D, et al: Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* **181**: 193-199, 2002
- 7) Jacobs D, et al: Signs of self-injury: ACT to prevent self-injury high school implementation guide and resources, Screening for Mental Health, Inc. and The Bridge of Central MA, 2007

## 物質使用障害患者における自殺の危険因子とその性差： 年齢，乱用物質の種類，およびうつ病との関連

松本俊彦<sup>1)</sup>，松下幸生<sup>2)</sup>，奥平謙一<sup>3,4)</sup>，成瀬暢也<sup>5)</sup>，長 徹二<sup>6)</sup>，  
武藤岳夫<sup>7)</sup>，芦沢 健<sup>8,9)</sup>，小沼杏坪<sup>10)</sup>，森田展彰<sup>11)</sup>，猪野亜朗<sup>12)</sup>

Toshihiko Matsumoto, Sachio Matsushita, Kenichi Okudaira, Nobuya Naruse, Tetsuji Cho,  
Takeo Muto, Takeshi Ashizawa, Kyohei Konuma, Nobuaki Morita, Aro Ino

【目的】本研究の目的は，年齢と性別を調整した形でわが国の物質使用障害（SUD）患者における自殺の危険因子，および，その性差を検討することである。【方法】1,420名のSUD患者を対象として，年齢，性別，乱用物質の種類と数，現在のうつ病性障害，自殺傾向に関する情報を自記式質問票によって収集し，男女別に，自殺傾向と各変数との関連について未調整/調整オッズ比を求めた。【結果】多変量解析の結果，自殺傾向に関連する要因として，若年，女性，現在におけるうつ病性障害の併存が同定された。また，男女別の解析では，うつ病性障害は男女に共通した自殺の危険因子であり，男性では若年であることも危険因子であったのに対し，女性ではうつ病性障害以外の危険因子は同定されなかった。【結論】SUD患者の自殺リスクに影響を与えるのは，乱用物質の種類や数ではなく，人口動態的変数とうつ病性障害の併存である。

<Key words : depressive disorder, risk factor, substance use disorder, suicide>

### はじめに

物質使用障害（substance use disorder : SUD）は，自殺の重要な危険因子の1つであり，海外の心理学的剖検研究の多くが，自殺既遂者が自殺の直前に罹患していた精神障害として，SUDは，うつ病に次いで多く見られるものであることを明らかにしている<sup>6,16)</sup>。De LeoとEvans<sup>10)</sup>によれば，SUDが間接的および直接的な機序でそれに罹患

する者の自殺リスクを高めるといふ。間接的な機序としては，失職や逮捕・服役，離婚や絶縁を引き起し，すでに罹患している精神障害の症状を悪化させ，結果的にその人を心理社会的，経済的に追い詰めてしまう可能性がある。また，直接的な機序としては，アルコールや薬物といった物質の薬理作用が抑制を解除して衝動性を亢進させ，自己破壊的行動を促進させる可能性がある。

著者所属：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薬物依存研究部/自殺予防総合対策センター 2) 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 3) 神奈川県立精神医療センターせりがや病院 4) 翠戸塚クリニック 5) 埼玉県立精神医療センター 6) 三重県立こころの医療センター 7) 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター 8) 医療法人北仁会旭山病院 9) 医療法人こぶし植苗病院 10) 医療法人せのがわ KONUMA 記念広島薬物依存研究所 11) 国立大学法人筑波大学大学院人間総合科学研究科 12) 医療法人山下会かすみがうらクリニック

本論文は，PCN誌に掲載された最新の研究論文<sup>22)</sup>を編集委員会の依頼により，著者の1人が日本語で書き改め，その意義と展望などにつき加筆したものである。

それでは、SUDに罹患する者の中で、さらにどのような特徴をもつ者で特に自殺リスクが高いのであろうか？ 海外の研究には、SUD患者における自殺の危険因子を明らかにしたものがいくつか存在する<sup>3,9,12)</sup>。HarrisとBarraclough<sup>12)</sup>が行った精神障害者の転帰に関するメタ分析は、乱用物質の種類によってSUD患者の自殺による標準化死亡比が異なることが明らかにされており、乱用物質が抗不安薬・睡眠薬、オピオイド、あるいは複数物質である者は、アルコールや大麻である者よりも自殺死亡比が高いことを示している。また、全米疫学調査のデータを用いて、アルコール、吸入薬、およびオピオイド乱用者の自殺傾向を比較した研究<sup>3)</sup>では、自殺リスクはどの物質を乱用しているかではなく、同時に乱用する物質の数が多いほど高くなることが明らかにされている。さらに、Davisら<sup>9)</sup>のコホート研究では、うつ病の併存がSUD患者の自殺リスクを高めることが指摘されている。

しかし、これらの先行知見は、あくまでも海外の薬物乱用状況を反映したものである。欧米では一貫して問題となってきた乱用薬物はオピオイド類（ヘロイン）であるに対し、わが国では、オピオイド乱用者はきわめてまれで、オピオイドとは全く薬理作用が異なる覚せい剤が、60年あまりもの長きにわたって最も乱用が深刻な薬物であり続けてきた<sup>19)</sup>。また、薬物に関する法規制のあり方も、欧米とは異なっている。その意味では、この海外の知見をそのままわが国のSUD患者に適用することには限界があろう。

そうした中で我々は、わが国のSUD患者を対象とした調査から、覚せい剤使用障害および抗不安薬・睡眠薬使用障害患者は、アルコール使用障害患者に比べて、自殺企図や自殺念慮の経験者が多いことを報告している<sup>20)</sup>。しかし、この研究には2つの重要な限界がある。第1に、我々の研究では、先行研究において自殺リスクが高いとされる多剤乱用者が分析の対象から除外されている。そして第2に、年齢と性別を調整せずにそのまま比較している。事実、この研究では、覚せい剤使

用障害患者はアルコール使用障害患者よりも顕著に若く、また、抗不安薬・睡眠薬使用障害患者では、覚せい剤使用障害患者やアルコール使用障害患者と比べると、圧倒的に女性の割合が多い。これでは、SUD患者における自殺リスクは、乱用物質の種類ではなく、年齢や性別といった要因により強く影響を受ける可能性を否定できない。

そこで、今回我々は、年齢と性別を調整した形でわが国のSUD患者における自殺の危険因子を明らかにするとともに、男女別にも自殺の危険因子を同定するために、自記式質問票による調査を行った。よって、ここにその結果を報告したい。

## I. 研究の方法および結果

### 1. 研究の方法

#### 1) 対象

本研究の対象は、以下に掲げる全国7ヶ所のアルコール・薬物依存症専門医療機関において、2009年12月の1ヵ月間に受診した全通院患者のうち、DSM-IV-TRのSUDの基準を満たし、かつ、調査協力への同意が得られた者である。

調査実施施設は、アルコール・薬物依存症に対する専門病棟を有する、国内で主要な7ヶ所の医療機関である。その内訳は、北海道・東北地域1ヶ所（医療法人北仁会旭山病院）、関東・甲信越地域3ヶ所（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター、神奈川県立精神医療センターせりがや病院、埼玉県立精神医療センター）、東海・北陸地域1ヶ所（三重県立こころの医療センター）、中国・四国地域1ヶ所（医療法人せのがわ瀬野川病院）、九州・沖縄地域1ヶ所（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）であった。

調査期間中に上記の依存症専門医療機関に受診した対象候補者は1,650名であった。このうち、調査協力に同意が得られ、かつ、回収された質問票に深刻なデータ欠損があったものを除外した結果、最終的な対象者数は1,420名（対象候補者の86.1%：男性1,113名、女性307名：平均年齢〔標準偏差〕；全体50.5〔13.3〕歳、男性52.3〔12.9〕歳、女性43.0〔11.7〕歳）であった。