

「処方薬依存」と「脱法ドラッグ」が大変なことになっておる

処方薬依存

何がこんな残念な状況を生んでいるのか
直視してみましょう



松本俊彦 (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・精神科医

1993年佐賀医科大学卒業後、神奈川県立精神医療センター、横浜市立大学医学部附属病院精神科などを経て、2010年より現職。

自傷・自殺やアディクション問題を一括して、「故意に自分の健康を害する」症候群として名づけている精神科医です。最近、原稿執筆と講演に追われていて、そうした仕事のストレスを、深夜にCoCo壱番屋の激辛カレーや天下第一品の濃厚ラーメンを摂取するという、「故意に自分の健康を害する」行為で乗り切っています。明らかに本末転倒です。

●国立精神・神経医療研究センター：〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

ベンゾジアゼピンに寛容すぎる日本

ベンゾジアゼピン系の睡眠薬・抗不安薬(本稿では、「向精神薬」という用語で統一させていただきます)は、今日、あらゆる診療科で広く処方されています。当初、その特徴は、かつて抗不安薬として用いられたメプロバメートや、睡眠薬として用いられたバルビツレート系やプロムワレリル尿酸系の薬剤に比べて、依存性、ならびに大量摂取時の危険性が低い、という点にあるとされてきました。

しかし海外では、1970年代には早くもジアゼパムの乱用・依存が問題化し、その危険性が指摘されるようになりました。そして欧米に比べると、わが国の治療文化は不自然なほどベンゾジアゼピンに寛容でしたが、その

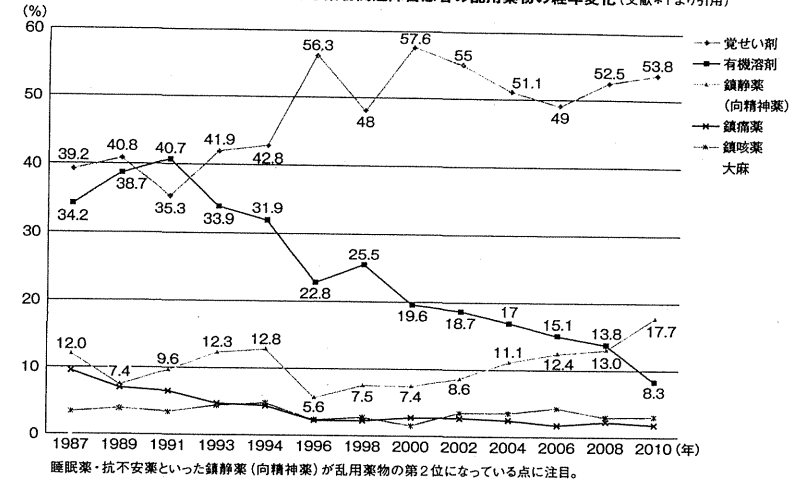
ことが次第にさまざまな弊害を生み出してきました。その1つが、1996年以降、確実に増加してきた向精神薬依存症、つまり処方薬によって身体的・精神的依存が形成されてしまう問題です。いまや向精神薬は、覚せい剤に次ぐ、わが国を代表する乱用薬物となっています(図1)。そしてもう1つが、過量服薬による自傷・自殺の問題です。

本稿では、これらの予防のために、精神科医療関係者が注意すべきことについて述べさせていただきます。

向精神薬は我が国を代表する乱用薬物

向精神薬依存症患者は、これまでの我が国には存在しなかった新たな薬物乱用者層で

図1 全国の精神科医療機関における薬物関連障害患者の乱用薬物の経年変化(文献*1より引用)



す。戦後、一貫してわが国最大の乱用薬物である覚せい剤の依存症患者と比較すると、いくつかの相違点が明らかになります*1。例えば、向精神薬依存症患者は、覚せい剤依存症患者に比べて「女性が多く」「年齢が若く」「学歴が高く」「非行歴・犯罪歴を持つ人が少なく」「過量服薬による自殺企図経験者が多い」という特徴があります。

しかし、最も重要な相違点は、薬物使用動機の違いです。覚せい剤依存症患者の多くは、「刺激を求めて」「誘惑されて」といった、刺激・快楽希求的な動機から使用するのに対し、向精神薬依存症患者は、「不眠や不安を軽減するために」「抑うつ気分を改善するために」といった、苦痛を緩和する目的から使用します。このことからわかるのは、たとえなんらかの快感をもたらさなくとも、「耐えがたい苦痛

を緩和してくれる効果」があれば、その薬物は人を依存症にさせる危険性が十分にある、ということです。

私たち医療者のミッションは、患者の「苦痛を緩和すること」です。その意味では、善意に基づくかわりであっても、医療には本質的に患者を依存症にさせる要素が含まれているといえます。事実、私たちの調査では、向精神薬依存症患者の75%は、その乱用薬物を精神科医から入手していることが明らかにされています*1。多くの場合、不安、不眠、あるいは抑うつに対する治療薬として精神科医から処方され、それを服用しているうち依存症を発症するパターンです。

かつて私が薬物依存症臨床の駆け出しの頃、DARC(ダルク)のスタッフから、「精神科の医者って、“白衣を着た売人”ツッよね

え〜」と言われたことが何度かありました。そのたびに、まだ若い精神科医であった私はひそかに傷つき、怒りも覚えたものですが、この調査結果を見てみると、残念ながらタルクスタッフの言葉もあながち間違いとはいえないでしょう。

依存症を引き起こしやすい処方パターン

向精神薬依存症を引き起こしやすい医師の処方パターンには、次の3つの特徴があります*2。第1に、高力価・短時間作用型のベンゾジアゼピン系薬剤を複数処方したり、乱用者のあいだで“ブランド”化されている乱用リスクの高い薬剤を無思慮に処方したりすることです。

第2に、薬剤を貯めている可能性を顧慮せずに漫然とした処方を繰り返すこと——たとえば、前回4週間分処方したのに、1週間後受診時に再び4週間分処方する——などです。

そして第3に、診察なしで処方箋のみ出すということ、すなわち、医師法で禁じられている「無診療投薬」です。

これまで睡眠薬・抗不安薬の乱用・依存については、「衝動的で依存的なパーソナリティ傾向がある」とか「パーソナリティ障害が存在する」などと、ともしれば患者側の要因ばかりが強調されてきました。しかし現実には上述の通り、処方する医師の側にも問題が認められることが少なくないのです。

“ブランド”化されている薬を知ろう

私たち精神科医療関係者は、乱用者のあいだで“ブランド”化されている向精神薬につ

いても十分に知っておく必要があります。

人気薬剤の上位は、
 トリアゾラム(ハルシオン®)
 フルニトラゼパム(ロヒプノール®,サイレース®)
 エチゾラム(デバス®)
 ゾルピデム(マイスリー®)
 アルプラゾラム(ソラナックス®,コンスタン®)
 ベゲタミン®

などです*3。これらの多くは、ベンゾジアゼピンもしくはその近縁薬剤として、「高力価」「短時間作用型」という、依存を生じやすいプロフィールを持っています。今回ここでは、特にエチゾラムとゾルピデムを取り上げて問題点を述べておきます。

エチゾラムは、複数の診療科から重複して処方されることが最も多い薬剤です*4。これには、筋緊張性頭痛や腰痛症など、エチゾラムの適応症が幅広いことに加え、ジェネリック製品が多く、医師もそれがエチゾラムであることに気がにくいことが関係しています。また、向精神薬指定を受けていないために、長期処方が可能です。こうした理由から、乱用者は一度に大量のエチゾラムを手にすることができてしまうのです。多くの患者がエチゾラムについて、「とても飲み心地がよく、飲むと高揚感がある。短期間でやめられなくなる」と語っており、予想以上に依存性が強いと理解すべきです。

次にゾルピデムですが、この薬剤は、非ベンゾジアゼピン系(シクロピロロン系)睡眠薬であり、一般のベンゾジアゼピン系睡眠薬に比べて、筋弛緩作用が弱く、高齢者に対してもふらつきや転倒が起きにくいという特徴を持っています。しかし、「非ベンゾジアゼピ

ン系」というプロフィールから、一部の医療関係者のあいだに「依存性が少ない」「安全」という誤解を生んでいるようです。実際には、そのようなことはありません。すでに海外では離脱けいれんやせん妄、重篤な健忘など、ベンゾジアゼピン系睡眠薬と同様の副作用が報告されています。

ベンゾジアゼピンとは異なりますが、ベゲタミンについても触れておきます。この薬剤は、フェノバルビタールなどからなる合剤であり、高度な依存症と過量服薬時の呼吸抑制作用など、多くの危険な特徴があります。私は、この薬剤は今日の精神科医療には不要な薬剤であり、いかなる事情があっても処方すべきではないと考えています。

過量服薬による自傷・自殺

向精神薬乱用・依存問題のもう1つの側面として、過量服薬があります。

過量服薬は、今日、救命救急センターで大きな問題となっていますが、精神科医療と密接な関係があります。実際、過量服薬患者のほぼ全員が精神科治療中であり、実際、地域に精神科診療所が増えるに従い、救急外来に搬送される過量服薬患者が増加したことを指摘する調査もあります*5。

すでに触れたように、向精神薬依存症患者のなかには、過量服薬経験者が少なくありません。事実、過量服薬する人が最も好む薬剤は、酩酊感をもたらしてくれるベンゾジアゼピン系の向精神薬であり、なんらかの意図的な薬剤選択がありそうです。

こうした薬剤選択から推測されるように、すべての過量服薬が必ずしも自殺を目的とし

ているわけではありません。実は、過量服薬の約半数は、「嫌なことを忘れたい」「とにかく深く眠りたい」などと、自殺以外の意図から行われています。

しかし、たとえ自殺以外の意図からであっても、過量服薬は危険な行動です。というのも、過量服薬は酩酊をもたらすからです。酩酊は人の心の抑制を解除し、衝動性を高めて、しらふではとても考えられないような行動を引き起こします。最初はためらいがちに、おそるおそる錠剤を口に運んでいた人も、酩酊すると勢いがつき、手元にある錠剤を手づかみで口の中に放り込むようになります。

酩酊はまた、死に対する恐怖感を弱め、ものの考え方、感じ方を自暴自棄的なものへと変質させます。当初は、「死にたいくらいつらい」と感じる体験に遭遇し、そうした感情的苦痛を忘れたくて処方薬の錠剤をまとめて過量に口に放り込んだとしても、酩酊が進行するに従い、「生きてんのめんどくせーな」「このまま死んでもいいかな」「いっそのまま死ぬか」と考えるようになってしまうのです。要するに、酩酊は感情的苦痛を自殺念慮へと変質させてしまいます。その結果、致死的な行動に及ぶ人がいたとしても、なんら不思議なことではないでしょう。

自殺既遂者に関する私たちの調査*6では、そうした危険性の傍証となる知見が得られています。それは、精神科治療を受けていた自殺既遂者の多くが、最終的な致死的行動(縊首や飛び降りなど)の直前に、処方された向精神薬を過量摂取していたというものです。この結果は、過量服薬による酩酊が脱抑制状態や衝動性の亢進をもたらし、そのような状況

のなかで楡首などの致死行動を引き起こされた可能性を示唆します。皮肉にも治療薬が、「崖っ縁に立つ人の背中を押した」可能性があるのです。

今日、救急医療の現場では、精神科医に対する怒りが高まっています。私は、救命救急センターのスタッフを対象とした自殺未遂者ケア研修会などで講師を務めることがありますが、そのたびに救命救急センタースタッフの怒りをひしひしと感じます。患者が何度過量服薬を繰り返しても一向に多剤大量処方を変えない精神科医、患者の診療情報をすぐに提供しない精神科医、救命救急センターから退院時に出した診療情報提供書に返信しない精神科医……。

そうした研修会の質疑の時間では、私は不本意にも「精神科医代表」のように誤解され、救急医からの非難と攻撃にさらされます。文字通り「蜂の巣」状態になる感じです。ある救急医などははっきりとこう私に言っていました。

「精神科の患者は嫌いだ、精神科医はもっと嫌いだ」

私は、このままでは精神科医療関係者は医療界で孤立してしまうと感じています。

これに注意して処方すべし

ここまで、向精神薬乱用・依存のさまざまな問題を述べてきました。しかし、「それでは、向精神薬を全く使用しないで医療ができるのか」と言われれば、少なくとも現状ではなかなか難しい面もあります。弊害を最小限に抑えた処方をするほかなければ、医師は、以下の点に留意して処方を行うべきです。

1. ベンゾジアゼピンの使用は短期間にとどめる。

向精神薬の投与期間が3か月を超えると、常用量依存が発症する危険がわずかに高まり、8か月以上になるとかなりの確率で発症します。したがって、可能な限り、最初から短期の使用にとどめることを考慮した治療計画を立て、患者にもあらかじめそのことを伝えた上で、向精神薬を処方するようにすべきです。

2. 「ブランド化」した薬剤の処方避ける。

前述したような、乱用者のあいだで“ブランド”化した薬剤は、できるだけ用いないようにすべきです。特に注意すべきなのは、こうした薬剤を名指しして処方を要求する患者です。このような患者に遭遇した場合、複数の医療機関から同種の薬剤の処方を受けていないかどうか、前回処方した日数よりも早い時期に再受診し、本来であれば残薬の存在が想定されるにもかかわらず、処方を求めているか、といった点から情報収集したほうがよいでしょう。

3. 向精神薬を定時薬として処方しない。

効果が検証されることのないまま、向精神薬が定時薬として漫然と処方されるという事態も避けるべきです。このような処方が常用量依存を作り出し、服用中止を困難にしています。発作時頓服に限って服用させることで、あらかじめ中止しやすい状況を準備しておく、という方法もよいでしょう。

しかしその反対に、パニック障害で予期不安が強い患者や衝動的な患者の場合、頓服という使用法は、かえって過量服薬などの乱用リスクを高めることもあります。そのような

患者には、そもそもベンゾジアゼピンを処方すべきではないということです。

4. 禁酒指導をする。

ベンゾジアゼピンとアルコールとのあいだには交差耐性があり、両者を併用している人では依存の進行が早いことが確認されています。向精神薬の処方にあたっては、患者の飲酒習慣を確認した上で治療中の禁酒を指導すべきであり、禁酒困難症例に対しては投与を控えるべきでしょう。

5. 現実的困難には薬ではなくソーシャルワークを。

一般に、不眠や不安の原因となる現実的困難——特に、職場におけるパワー・ハラスメントや不倫の悩み、配偶者間暴力、家庭内別居など、「苦痛にさらされながらも、そこから逃げ出せないでいる状況」——をかかえている患者は依存症になりやすい傾向があります。過去に虐待などの外傷体験を持つ人の場合には、上述したような状況に対して特に脆弱であり、短期間で依存症に陥ってしまいます。

このような現実的困難をかかえる人にとって、薬物療法は問題解決の決め手にはならず、単に解決を先延ばしするだけの効果しか持たないでしょう。こうした患者に対しては、現実的困難の解決に向けての環境調整やソーシャルワークが優先されます。

6. 頭痛・市販薬の乱用にも注意。

現在も苦痛を伴う状況に置かれている患者の多くが、日頃から執拗に「頭痛」を訴え、鎮痛薬の処方を繰り返し求めたり、ひそかに市販鎮痛薬を常用・乱用したりしています。このような患者は、向精神薬の乱用リスクが

高い人たちです。

また、過去に深刻な心的外傷体験により著明な解離傾向を呈するに至った患者も、向精神薬の乱用リスクが高い一群です。彼らは、フラッシュバックや頻発する解離状態を食い止めるのに最も良いのは、「15分でもいいから深く眠ること」であることを経験的に知っています。それで向精神薬の乱用や過量服薬が繰り返されるわけです。そして、解離性障害患者の愁訴として最も多く見られるのが、まさに頭痛なのです。

その意味で、頭痛の訴えや市販鎮痛薬乱用は、**向精神薬乱用リスクの高さを示す指標**といえるでしょう。

その薬は誰のため？

繰り返しになりますが、私たち医療者のミッションは患者の「苦痛を緩和する」ことです。それだけに、もしも**私たちが医療の持つ力を不適切に用いれば**(=「乱用」ということ)、**医療は患者を依存症にさせてしまう危険性**があります。

例えば、夜勤帯に入院患者が不安や不眠を訴えてナースステーションを訪れたとしましょう。看護師はろくに話も聞かずに、医師から指示された第1の頓服薬を患者に手渡します。しかし15分後、患者は再びやってきます。「やはりまだ不安で眠れません」。今度は別の看護師が、面倒くさそうに第2の頓服薬を手渡します……。

一体、この頓服薬は誰のためのものなのでしょうか？ 患者のため？ 違いますよね。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、あるいは、当直医が安**

眠を妨げられないためのものです。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「困った時には薬を飲めばいい」ということを叩き込まれます。退院する頃にはすっかり「薬漬け」です。

私たち精神科医療関係者は、性急に苦痛の緩和を求める患者を前にして、ともすれば、愁訴の背景にある現実的困難を無視して「ひとまず」薬でお茶を濁す、という怠慢をしてしまいがちです。こうした対応は患者の苦痛だけでなく、医療者自身が直面している「無力感」という苦痛をも緩和してくれます。それは、向精神薬の錠剤を口の中に放り込むことで薬物依存症患者が「ひとまず」困難な一瞬をやり過ごすのと似ています。

要するに、私たちもまた「薬物療法依存症」に罹患しやすいのです。私たちは、このことを十分肝に銘じて、日々の仕事と向き合っていくべきでしょう。

[引用・参考文献]

- * 1 松本俊彦, 尾崎茂, 小林桜児ほか: 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.
- * 2 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・薬物医学会雑誌, 47: 317-330, 2012.
- * 3 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: 201-209, 2012.
- * 4 Shimane T, Matsumoto T, Wada K: Prevention of overlapping prescriptions of psychotropic drugs by community pharmacists, Japanese Journal of Alcohol and Drug Dependence, 47: 202-210, 2012.
- * 5 武井明, 目良和彦, 宮崎健祐ほか: 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.
- * 6 Hirokawa S, Matsumoto T, Katsumata Y, et al.: Psychosocial and psychiatric characteristics of suicide completers with psychiatric treatment before death; A psychological autopsy study of 76 cases. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 66: 292-302, 2012.

NURSING BOOK INFORMATION

医学書院

<精神科臨床エキスパート>

依存と嗜癖 どう理解し、どう対処するか

シリーズ編集 野村総一郎・中村 純・青木省三・朝田 隆・水野雅文

編集 和田 清

●B5 頁216 2013年
定価: 本体5,800円+税
[ISBN: 978-4-260-01795-4]

薬物やアルコールなどの物質依存症患者への治療と支援、およびギャンブルやインターネットに過度にのめり込んでしまう人への対応についてまとめた1冊。患者の傾向や治療上の注意点、家族へのサポート・情報提供の方法など、一般臨床医が知っておくべき対応のコツについて症例を交えつつ具体的に提示。回復に重要な役割を果たす自助グループの取り組みも紹介する。

「処方薬依存」と「脱法ドラッグ」が
大変なことになっておる

違法薬物使用を知った医療者に、 通報義務はあるのか

松本俊彦（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・精神科医

大学病院精神科に勤務していた頃、当直をしていると、深夜に救命外来から緊急の呼び出しを受けることがありました。聞けば、交通外傷で搬送されてきた患者の尿中から覚せい剤が検出されたのだと言います。救急医は切迫した口調で、「確か警察に通報する義務があるんですよね？」と筆者に承認を求めてきます。これに対して私が、「通報義務なんかないですよ」と返すと、救急医は「馬鹿な！？こいつら野放しですか？ 本人の将来を考えてもきちんと服役したほうが……」と食ってかかってくる……これがお決まりのパターンでした。

本当にこの手のやりとり、これまで何度したかわかりません。一体どこで教わったのでしょうか。「医師は患者の違法薬物使用を発見した場合には警察に通報する義務がある」と信じている医療者は意外なほど多いのです。

もちろん、善良な市民の1人として、覚せい

剤刑罰法違反という犯罪を発見した際に、これを警察へ告発する「権利」はあります。しかし医療者としての「義務」はありません。そしてここで気になるのは、警察に通報し、しかるべき処罰を受けさせることが、薬物依存症からの回復に役立つと信じて疑わない「えせ正義漢」の存在です。

本稿では、薬物依存症の援助をするにあたって知っておくべき司法的問題を整理し、医療者としての対応の指針を概説したいと思います。

まずは、薬物乱用・依存の臨床に関連する法令を次ページにまとめます。

医療者に警察への通報義務はない

はっきりお伝えしますが、いずれの違法薬物についても、医師をはじめとする医療者に、警察通報を義務付けた法令はありません。

しかしこれを知って、「その医療者が公的機関に所属する公務員である場合」を心配す

る人もいるでしょう。警察に通報しないことが「公務員の犯罪告発義務（刑事訴訟法239条の2）」に抵触するのではないかとこの点です。

これについても心配にはおよびません。というのも、そもそもこの条項には罰則規定がなく、また、過去の判例や国会法務委員会において、教育、相談、援助、治療を本務とする公務員が、更生・治療上の観点から守秘義務を優先するという裁量は、許容されることがはっきりと確認されているからです。

ただし医師には、「麻向法」の麻薬中毒者を、「都道府県知事」へ届け出る義務がある

しかし、医師の場合には、「麻薬及び向精神薬取締法（麻向法）」の麻薬中毒者を「都道府県知事」へ届け出る義務があります。

麻向法第58条の2では、「医師は、診察の結果受診者が麻薬中毒者であると診断したときは、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢、性別その他厚生労働省令で定める事項をその者の居住地の都道府県知事に届け出なければならぬ」と定めています。

ここでいう麻薬には、ヘロイン、モルヒネ、コカイン、LSD、MDMAなど麻向法の規制対象物に加え、右の表の1に示したように、あへん、大麻も含まれる点に注意が必要です。

ちなみに、前条における「麻薬中毒者」の概念ですが、昭和41年に厚生省薬務局長通達として、「麻薬中毒とは、麻薬に対する精神的身体的欲求を生じこれを自ら抑制することが困難な状態、即ち麻薬に対する精神的身体的依存の状態をいい、必ずしも自覚的または他覚的な禁断症状が認められることを要するものではない」が出されています。これは、

依存性薬物に関する法令のまとめ

1. 麻薬及び向精神薬取締法（以下、麻向法）

規制対象は、麻薬、麻薬原料植物、向精神薬、麻薬向精神薬原料です。

*麻薬に関する規制 厚生労働大臣の免許を持つ麻薬取扱者（麻薬製造・製剤・販売業者など）や都道府県知事の免許を持つ麻薬施用者（研究・医療での使用者）以外の者による麻薬の所持、輸出・輸入、製造、製剤、譲渡・譲受、施用・使用を禁じています。

ここでいう「麻薬」とはあくまでも医学的概念ではなく法律的・行政的概念です。

したがって、ヘロインやモルヒネなどの医学的意味での狭義の麻薬（オピオイド類）に加え、コカイン、LSD、MDMA（エクスタシー）といった、本来、オピオイド類に分類されない、薬理学的機序が全く異なる物質も含まれています。

そのほかにも新たに登場したさまざまな薬物が次々に社会問題となるのに対応して、この法律的・行政的な「麻薬」に含める薬物は年々増えています。

例えば、2002年の改正によって、サイロシピンなどの催眠覚物質を含有するキノコ類やその菌糸（通称「マジックマッシュルーム」）が加わりましたし、2005年には東京都内で発生した急性中毒状態での殺人事件に関与した5-Meo-DIPT（通称「フォクシー」）が追加されました。最近では、 α -PVPなど脱法ドラッグに含まれていた数種の物質も、新たに「麻薬」として麻向法の規制薬物に追加されています。

なお（のちに項目2として「あへん法」を挙げていますが）、生あへんを医薬品として加工した「あへん末」は麻薬とみなされ、麻向法の規制対象です。

また（のちに項目3として「大麻取締法」を挙げていますが）、大麻からの成分の抽出、および抽出成分（ハッシュ・オイルなど）の使用も、やはり麻向法の規制対象です。

*向精神薬に関する規制 「向精神薬」に指定された薬剤に関しては、処方日数が制限されています。それぞれの薬剤の依存性や乱用危険性に基づいて、向精神薬は第1種から第3種までに分類され、種別に応じて輸出・輸入の規制や保管・管理について異なる規制が定められています。製造、販売、輸出・輸入、試験・研究などの取り扱いに際しても、厚生

労働大臣や都道府県知事の免許が必要となります。
 ちなみに、頭痛や腰痛などの広い適応症を持つエチゾラム(商品名:デパス[®])のような薬剤は、乱用・依存頻度が高いにもかかわらず、向精神薬に指定されていません。このため処方日数の上限がなく、薬物乱用・依存の防止という点で問題です。

2. あへん法

規制の対象は「けし」「けしがら」「けし」の麻薬を抽出できる部分「あへん」「けし」の液汁が凝固したものです。この法令では、あへんの使用は医療および学術研究目的に限定されており、厚生大臣の免許がなければ、けしの栽培、あへんの採取、輸出・輸入、買い取り、受け渡し、所持を禁じています。また、あへん・けしがらの吸食については全面的に禁止されています。

3. 大麻取締法

この法令は、都道府県知事の免許を受けた大麻取扱者以外による大麻の所持、栽培、譲渡・譲受、輸入・輸出、研究目的の使用を禁止しています。ただ、大麻の使用そのものを禁止する規定はありません。

とはいえ、大麻から製造した医薬品の施用、施用のための交付、受施用は全面的に禁止されています。

4. 覚せい剤取締法

この法令は、「覚せい剤」および「覚せい剤原料」に関する規制を定めたものです。すなわち、覚せい剤の用途を医療および学術研究に限定し、指定された取扱者以外による覚せい剤および覚せい剤原料の輸入・輸出、製造、所持、譲渡・譲受、使用を禁止しています。

5. 毒物及び劇物取締法

この法令でいう有機溶剤とは、トルエンと酢酸エチル、トルエンまたはメタノールを含有するシンナー、接着剤、塗料などのことを指します。本法令では、これらの有機溶剤を摂取・吸入すること、あるいは摂取・吸入の目的で所持すること、こうした目的を知って販売または授与することを禁止しています。

6. 薬事法

この法令は、医薬品、医薬部外品、化粧品および医療機器の安全性の確保のために必要な規制を定めたものです。この法令で指定された薬剤(指定薬物)は、行政機関の承認や確認、許可、監督の下でなければ、製造や輸入、販売ができません。

近年社会問題となっている、いわゆる脱法ドラッグの場合、それに含有されているさまざまな物質がこの数年間に相次いで指定薬物に登録されてきましたが、この薬事法による規制には2つの大きな問題点がありました。

1つは、薬物の指定が化学構造式に依拠して行われるという点です。このため、規制後には化学構造式の一部を少しだけ改変した類似物質(誘導体)が新たな脱法ドラッグとして流通するという、「イタチごっこ」が後を絶たなかったのです。そこで、2013年2月より厚生労働省は、脱法ドラッグに含有される規制物質の誘導体を含めて規制するという包括指定を導入し、現在約890種の物質を指定薬物としています。

もう1つは、薬事法による規制では、販売側を取り締まることができても、乱用者側を取り締まることができないという点です。これに対して現在(本稿執筆2013年11月現在)、厚生労働省は、指定薬物の所持や使用を罰則付きで禁止するという薬事法改正案を国会に提出しています。おそらく近日中に成立・施行されることでしょう。

しかし私は、こうした法改正の効果は限定的になるだろうと、次の2つの理由から予想しています。

1つは、現時点では、脱法ドラッグに含まれている指定薬物をすみやかに「検出する方法」がないからです(脱法ドラッグの含有成分は、「トライエージ[®]」などの簡易検査キットでは検出できません)。

もう1つは、本人が「脱法」という認識で購入した場合、その所持・使用は「違法性の認識」を欠いていることとなるからです。この場合、所持・使用者は販売者にだまされた「被害者」という位置づけとなり、その所持・使用が犯罪を構成する条件を十分には満たさないからです。

図1 法令別に見た、医師による通報・届出義務の有無

	警察への通報義務	都道府県知事への届出義務
麻薬及び向精神薬取締法	×	○
あへん法	×	(○)
大麻取締法	×	(○)
覚せい剤取締法	×	×
毒物及び劇物取締法	×	×

麻薬中毒者の定義としては、急性中毒性精神病や身体依存の存在ではなく、薬物使用を中心とした生活習慣の存在が判断上重要であることを意味しています。従って、例えば1回の薬物使用の結果、急性中毒性精神病を呈した場合には、届出不要という判断もあり得るわけです。

覚せい剤と有機溶剤は、通報義務も届出義務もない

なお、都道府県知事への届出義務があるのは、「麻向法」の規制薬物を使用している場合のみですから、「覚せい剤取締法」と、「毒物及び劇物取締法」の規制薬物の場合には、警察への通報義務も都道府県知事への届出・通報義務もありません(図1)。

ただ、過去にこのような事例がありました。医療機関で偶然実施した検査により覚せい剤使用が判明した患者を、医師が通報したのです。この場合は義務がないのに通報したのですから、この医師は「一市民の権利として、法律違反者を通報した」ということになりました。

患者はその医師を「守秘義務違反」として告訴しました。この裁判では、最終的には最高裁判所が、「治療や検査中に違法薬物を検

出した場合、これを捜査機関に通報するのは正当。守秘義務に違反しない」という判断を示しています。

要するに、医師は患者の覚せい剤使用について、警察に通報してもしなくても、法的には問題がないということなのです。

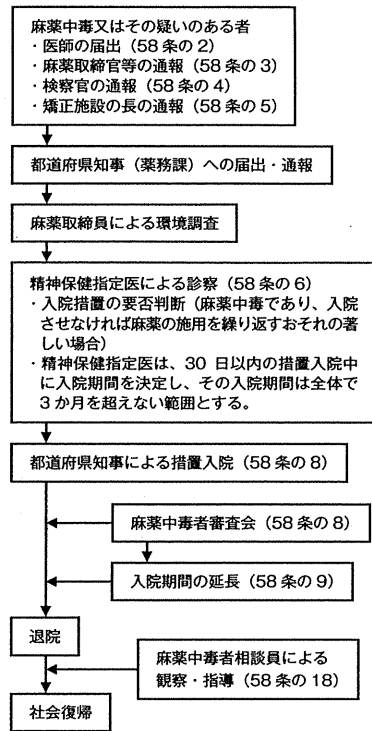
「都道府県知事への届出」は、医学的治療へつなげるアフターケアのため

それでは、医師による「都道府県知事への届出」の流れを追いつつ、これが何のための制度であるかを見ていきましょう。

図2を見ればわかるように、麻向法が医師に麻薬中毒者の届出を義務づけている理由は、医学的治療・保護を重視したアフターケア制度を活用するためなのです。麻薬中毒者相談員には司法権(逮捕等の身柄拘束を行使する権利)がなく、守秘義務が優先されるのですが、そうした人からの観察・指導によって、違法薬物依存者を退院後も医学的治療へと促す制度なのです。

従って、うまく利用すれば臨的に意義ある制度といえます。例えば、LSD、MDMA、大麻などの依存者の外来治療においても積極的にこの届出を行うことで、治療からの脱落を防ぐことができるかもしれません。

図2 麻薬及び向精神薬取締法における麻薬中毒者の医療・保護



1. 都道府県薬務課への連絡

ある患者を麻薬中毒という診断をした場合、医師はまず都道府県の薬務課に電話で連絡しなければなりません。通常、薬務課連絡をもって、都道府県知事に通報したことになり(麻薬法58条の2)、薬務課はその患者を自治体の麻薬中毒者台帳に登録することになります。同時に薬務課は、地方厚生局麻薬取締部を介して厚生労働省に報告しますが、この報告によって警察通報がなされることは原則としてありません。

2. 麻薬取締員による環境調査

その後、薬務課職員である麻薬取締員は、その患者が通院・入院している病院へと出向いて患者と面会し、環境調査を行います。この環境調査は、精神

保健指定医による診察(58条の6)の必要性の判断を目的としています。麻薬取締員は自治体所属の司法警察官としての権限を持つものの、環境調査は取り調べとは異なり、あくまでも医療・保護の必要性と本人の治療意欲を評価するためのものなのです。

3. 麻薬中毒者の診察(58条の6)と入院措置(58条の8)

環境調査の結果、都道府県知事が必要と認めた場合には、精神保健指定医による診察が行われます(58条の6、7)。診察の結果、患者が「麻薬中毒者であり、かつ、その者の症状、性及び環境に照らしてその者を入院させなければその麻薬中毒のために麻薬、大麻又はあへんの施用を繰り返すおそれが著しいと認められた」時には、厚生労働省が定める病院(「麻薬中毒者医療施設」)に措置入院させます。

その際、精神保健指定医は、30日以内の措置入院中に、治療に必要な入院期間を、3か月を限度として決定しなければなりません(58条の8)。治療経過のなかで入院期間の延長が必要となった場合には、各自治体の麻薬中毒審査会に申請し、全入院期間が6か月を超えない範囲で毎回2か月までの延長ができます(58条の9)。

4. 麻薬中毒者相談員によるアフターケア(58条の18)

退院後の通院期には、麻薬中毒者相談員による定期的な観察・指導が実施されます。麻薬中毒者相談員は非常勤の自治体職員であり、司法権のない、守秘義務を負った職種です(保護司の兼任が多い)。本人の薬物再使用に際しては、医学的治療を促す方向で援助・指導を行うのが通常です。

なお、観察・指導の頻度については、昭和40年厚生省薬務局長通達によって、(i)退院後3か月未満については1か月に1回以上、(ii)退院後1年未満の者は2か月に1回以上、(iii)退院後2年未満の者は4か月に1回以上、(iv)退院後3年未満の者は6か月に1回以上、そして、(v)退院後3年以上を経過した者については1年に1回以上という基準が定められています。

5. 観察・指導の解除

麻薬中毒者指導員によるアフターケアを受けるなかで、5年以上のクリーン(薬物を使わない生活)が達成されると、薬務課から厚生労働省に対して解除申請が行われます。解除後は、その者の名前は自治体の麻薬中毒者台帳から削除されます。

麻薬法の届出義務を知らない医療者が多い

しかし実際の臨床場面では、必ずしも正確に運用されていません。

そもそも、麻薬法の届出義務を知らない医療者が多いのです。多少知っていても、この届出対象薬物に「大麻」が含まれていることを知らなかったり、届出先を「都道府県知事」ではなく「警察」と誤解していたりします。

また、「麻薬中毒」の診断を、身体依存を手がかりに行うために、合成麻薬や大麻のように身体依存の徴候を欠く薬物の乱用者が、「麻薬中毒者」と診断されないこともあります。

また、治療関係への影響も無視できません。いくら法令で定められているからといって、本人に何も告げずに届出をすれば、何も知らない本人のもとに薬務課から突然連絡が入ることになり、治療関係が破綻する可能性があります。ですから届出に際しては、アフターケアの内容をくわしく説明し、「本制度は回復を支援するものであり、本人を捜査の対象とするものではない」ことを丁寧に説明しなければなりません。

さらに、この制度は対象患者の治療意欲が乏しい場合には無効です。というのも、先述したように麻薬中毒者相談員には司法権がなく、本人の治療意欲が乏しく、相談員のかかわりを拒んでいる場合にはなすすべがないからです。なるほど、同じ薬務課職員でも麻薬取締員には司法権がありますが、だからといってただちに逮捕には踏み切れません。従って、薬物使用状況が深刻で本人の健康を著しく損なうことが危惧される場合には、麻

薬中毒者相談員、麻薬取締員が、家族と相談し、家族からの警察通報を打診するというかたちを取るしかないのです。

病院は、患者が正直になれる場所ではない

残念なことに、薬物依存症のことを十分に理解している医療者は少なく、「犯罪なのだから」と、「意志を強く持て」「自分が犯したことの責任を取れ」という根性論を根拠に通報したエピソードを、一種の「武勇伝」として語る医療者もいます。

なかには警察官が覚せい剤精神病患者の診察を求めて医療機関に連れてきた際に、措置診察を行う条件として「警察で任意採尿(覚せい剤反応が証明される必要があります。病院で実施された尿検査結果は起訴に際しての証拠にはなりません)を実施してくることを要請してはばからない精神科医もいます。これなどは、「医師の心召義務(医師は病気で助けを求めている人の診療を断ってはならない、という医師法に定められた義務規定)」に抵触した対応であり、この場合、違法行為に手を染めているのは明らかに医師の側といえるでしょう。

薬物依存症の専門家の立場からすると、違法薬物使用の発覚は、治療を深める絶好の機会といえます。もしも実際の臨床場面で、患者が正直にこの事実を認めたのであれば、本来はまずは正直な告白を支持すべきなのです。というのも、薬物依存症からの回復に必要なのは、世界中で少なくとも1か所は、正直に「使いたい」「使ってしまった」と告白で

きる場所が存在することだからです。

はっきりと言ってしまえば、医療者たるもの、治療開始当初の再使用は、むしろ回復の正常経過として織り込み済みの現象と心すべきです。そもそも薬物依存症とは、再発と寛解を繰り返す慢性疾患です。EmmelkampとVedel^{*1}によれば、薬物使用を繰り返しながらでも治療を継続していれば、患者の一部は再発と寛解を繰り返しながら、最終的には断酒・断薬を達成するといいます。かたやそれに失敗した患者においても、物質摂取量・摂取頻度は減少して、人生全体から見た医学的障害や心理社会的損失の抑制には成功するといえます。

いまや国際的には、薬物依存症からの回復には、司法的対応よりも治療的対応のほうが有効であり、薬物依存症は糖尿病や高血圧症と同じ慢性疾患と見なすべきという趨勢にあります。血糖や血圧のコントロールに失敗した糖尿病や高血圧の患者に対して、通常、医療者は叱責や罰ではなく専門的な助言を与えます。それと同じように、薬物依存症患者にも治療に役立つ助言が必要なのです。

通報は止めませんが、回復のための情報提供を怠ってはなりません

もっとも、これだけの理屈を並べても、「それでも自分は通報する」との考えに固執する医療者はいると思います。それはそれで尊重すべきでしょう。なぜなら、医療者といえども一市民として法律違反を告発する権利はあるからです。一方で、違法薬物の病棟内への持ち込みやほかの患者への譲渡や売買が発覚した場合は、警察に通報すべきと考えなければ

なりません。とはいえ、そのような場合でさえ、医療者は、患者とその家族に対して、回復に資する情報の提供を怠ってはならないのです。

もちろん、患者本人が情報提供を拒む場合もあります。しかしそのような場合でも、家族に対する情報提供は必要です。依存症という病気の特徴は、本人が問題を自覚するよりもはるかに早い段階で、家族が問題を認識し、さまざまな困難や苦悩する事態に遭遇する点にあります。家族が相談につながり、悪循環化している関係性を見直すなかで、本人に好ましい変化が見られるようになることはまれではないのです。

具体的には、「各都道府県・政令指定都市に、最低1か所は精神保健福祉センター（公的機関）がある」という情報を伝えてほしいと思います。そうした機関では、薬物依存症者の家族相談や家族教室を定期的で開催しています。可能であれば、薬物依存症者家族の自助グループについても情報を提供する必要があると思います。

医療者のミッションに立ち返って考えたい

かつて筆者は、我が国の薬物依存症臨床専門医と法学者と共に、治療中の薬物依存症患者の違法薬物使用への対応についてガイドラインを作成しました^{*2}。その会議の際、薬物依存症専門医全員が、「患者の覚せい剤使用については、通報もしないし、自首も勧めない。あくまでもこれからの治療について一緒に考える題材とする」という意見で一致しました。そして、その会議に同席した法学者は、

「通報をするかどうかは、医師の裁量である」と専門医の見解を支持してくれました。

裁量に委ねられているのであれば、医療者である私たちに求められる対応は明らかです。それは、患者やその家族の心身の健康にとって少しでも良い選択肢を提示することです。


通報の是非に迷った際には、たえずこの原点に立ち戻り、自らの職責、専門職としてのミッションに適った行動は何であるのかを真剣に考えてほしいと思います。

【引用文献】

*1 Emmelkamp, P.M.G., Vedel, E.: Research basis of treatment. In "Evidence-based treatment for alcohol and drug abuse: A practitioner's guide to theory, methods, and practice (Emmelkamp & Vedel)", Routledge, New York, p85-118, 2006.

*2 松本俊彦, 今村扶美, 梅野充博: 薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究. 平成18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乱用・依存者に対する対応策に関する研究(主任研究者: 和田清)」分担報告書, p241-273, 2007.

僕は治ることを諦めて、
「坂口恭平」を操縦することにした。
家族とともに、建てない建築家、湧えない天才、治さない患者
——坂口恭平が生きたために続いた感動の「当事者研究」!



ベストセラー『独立国家のつくりかた』
などで注目を浴びつづける坂口恭平。
しかしそのきらびやかな才能の奔出は、
「躁のなせる業」でもある。鬱期には強
固な自殺願望に苛まれ外出もおぼつか
ない。青年期から躁鬱病に悩まされて
きた著者は、試行錯誤の末、この病は
もはや自分では手に負えないと諦め、
「意のままにならない《坂口恭平》をみ
んなで操縦する」という方針に転換し
た。その成果やいかに!

〈シリーズケアをひらく〉
坂口恭平躁鬱日記
著者: 坂口恭平=建築家・作家
A5版、296頁+巻末折り込み
(坂口恭平周辺地図 in 熊本)
定価 1890円 (本体 1800円+税)
ISBN 978-4-260-01945-3
著者自筆イラスト 77点、一字取紙!

医学書院

■研究報告

「脱法ドラッグ」乱用・依存患者の臨床的特徴

—乱用する製品の形状による比較—

谷渕由布子^{1,2)} 松本 俊彦³⁾ 立森 久照³⁾
 高野 歩⁴⁾ 和田 清³⁾

抄録：近年わが国では、「脱法ドラッグ」が様々な社会問題となっている。「脱法ドラッグ」製品には多くの銘柄があり、製品によって含まれている精神作用物質の成分が異なるため、使用によって生じる臨床像も異なる可能性がある。そこで、今回我々は、「脱法ドラッグ」関連障害患者を、ハーブ系製品の乱用者、ハーブ系以外の製品の乱用者、両方の乱用者（混合群）に分類し、臨床的特徴の違いを明らかにすることを目的として、2012年全国精神科病院調査のデータを用いた検討を試みた。比較した結果、人口動態的特徴の違いと、薬物誘発性の臨床像には違いが見られなかったが、「脱法ドラッグ」使用に際して期待する薬理効果、併存する精神障害や精神医学的問題という点に関しては違いがある可能性が示唆された。特に混合群において、新奇希求的な意図から薬物使用をする者が多く、ICD-10のF9の併存も多いこととの関連が推測された。今後はより精緻な実態調査や臨床研究が必要であろう。 精神科治療学 29(1): 113-121, 2014

Key words : designer drugs, legal highs, herbal products, synthetic cannabinoids, synthetic cathinones

I. はじめに

近年わが国では、「脱法ドラッグ」が社会問題となっている。「脱法ドラッグ」とは、既存の規制薬物の化学構造式を一部変更することで法規制を回避した薬物のことであり、規制薬物と同じく高揚感、多幸福感などの効果、あるいは、依存性や中毒症状といった有害性を持ちながらも、化学構

造式の違いにより従来の薬物検出検査では検出されないという特徴がある。過去にはマジックマッシュルームや5-MeO-DIPT、2C-T-シリーズなどが「脱法ドラッグ」として流通した時期があったが、その後、規制によってこれらの薬物の乱用は沈静化した。しかし2010年以降、わが国では再び「脱法ドラッグ」に関連した有害事象の報告が激増し、救急医療現場において急性中毒に起因する幻覚妄想、意識障害、けいれんや心停止の報告が

chiatry.

³⁾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

Toshihiko Matsumoto, M.D., Ph.D., Hisateru Tachimori, Ph.D., Kiyoshi Wada, M.D., Ph.D. : National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry.

⁴⁾東京大学大学院医学系研究科精神看護学専攻 Ayumi Takano, Ns : Department of Psychiatric Nursing, Tokyo University Graduate School of Medicine.

2013年8月26日受稿, 2013年10月8日受理
 Clinical characteristics of patients with evasive designer-drugs use disorders : A comparison by the difference of the products.

¹⁾医療法人同和会千葉病院²⁾独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院

[¹⁾〒274-0822 千葉県船橋市飯山崎町2-508]

Yuko Tanibuchi, M.D., Ph.D. : ³⁾Chiba Hospital, 2-508, Hazama-cho, Funabashi-shi, Chiba, 274-0822 Japan/

²⁾Center Hospital, National Center of Neurology and Psy-

「脱法ドラッグ」の形状の違いとそれらを使用する際に期待する薬理効果や使用した際の臨床的特徴とのあいだに何らかの関係が存在するならば、その関係を明らかにすることは啓発的にも臨床的にも重要であろうと考えた。そこで、今回我々は、2012年全国精神科病院調査のデータを用いて、「脱法ドラッグ」の製品形状と臨床的特徴の関連について検討を試みた。

II. 方法

1. 「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に関する調査」

本研究の対象について述べる前に、母体である「2012年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（以下、全国精神科病院調査）」の対象と方法の概要を説明しておきたい。

1) 調査対象施設

2012年調査の対象施設は、全国の精神科病床を有する医療施設で、内訳は国立病院・国立病院機構46施設、自治体立病院136施設、大学病院83施設、そして民間精神科病院1,344施設の計1,609施設であった。

2) 調査対象症例の条件

調査対象症例は、2012年9月～10月の2ヵ月間に対象施設に入院もしくは外来受診した全薬物関連障害患者（ICD-10の「F」：精神作用物質使用による精神および行動の障害）の診断に該当する患者のうち、臨床上也も問題となっている精神作用物質がアルコール以外の者）である。

3) 情報収集の方法

調査実施に先立ち、各対象施設に調査に関する案内文書を送付し、院内の適切な場所に掲示して患者に周知したうえで、原則として担当医による面接を通じて情報を収集し、不足分を診療録からの転記情報を用いた。面接を実施する際には口頭で同意を取得したが、面接可能な状態であり、かつ、調査への協力を拒否する症例の場合には、「調査への協力拒否」として情報収集はせずに該当例数のみの報告を求めた。また、該当症例が未成年者である場合、あるいは、すでに退院してしまったり、病状が不安定であったりといった理由

により面接困難な場合は、担当医が診療録から調査項目に該当する情報を転記することとし、この場合、同意取得は不要とした。以上の手続きにより記入された調査票は、郵送もしくはファックスによって、本調査を統括する第二著者のもとに集められ、分析された。

なお、本調査は、独立行政法人国立精神・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(承認番号 A2012-034)。

4) 調査項目について

調査項目は、従来と同様、人口動態的データ(性別、年齢、最終学歴、就労状況、現在の配偶関係、反社会的な交友関係や犯罪歴、各種薬物の生涯使用経験と最近1年以内の使用状況、現在における「主たる薬物」の種類、使用動機、入手経路、薬物使用に関するICD-10 F1下位分類、併存精神障害に関するICD-10分類といったものであり、いずれも項目についても、各担当医が、調査面接から得た情報とこれまでの診療情報とを総合して判断し、回答することとした。

本調査における「主たる薬物」とは、調査票を記載する各担当医が「現在治療中の臨床的問題に最も影響を与えていると思われる薬物」を指し、以下のようなカテゴリーを設定した。すなわち、覚せい剤、有機溶剤、大麻、コカイン、ヘロイン、MDMA、MDMA以外の催幻覚薬、「脱法ドラッグ」、睡眠薬・抗不安薬、鎮痛薬、鎮咳薬、リタリン、その他、多剤である。なお、ここでいう「多剤」とは、現在治療中の臨床的問題に影響を与えている薬物が複数存在し、「主たる薬物」を特定することが困難な場合に選択するカテゴリーである。また、「脱法ドラッグ」は2012年調査より新設されたカテゴリーであり、可能なかぎり、乱用されている「脱法ドラッグ」の種類がいわゆる「脱法ハーブ」なのか、それ以外のものなのか、あるいは両方なのかについても情報を収集した。

5) 病院調査で収集された薬物関連障害症例
2012年の病院調査では、対象施設1,609施設のうち1,136施設(70.6%)より回答が得られた。調査実施期間に受診ないしは入院が報告された薬物関連障害症例数は計1,161例であり、このうち877例

に関して面接もしくは診療録転記による情報収集を行うことができた。しかし、性別、年齢、もしくは主たる薬物に関する情報が欠損している症例が29例あり、この29例を除いた848例(男性602例、女性246例：平均年齢【標準偏差】、38.3【12.2】歳)を2012年全国精神科病院調査における薬物関連障害症例とした。

2. 本研究の対象

本研究では、まず病院調査で収集された薬物関連障害症例848例のなかから、主たる薬物が「脱法ドラッグ」である者(「脱法ドラッグ」関連障害症例)138例を抽出した。さらに、調査項目に関する想起バイアスをできるだけ少なくし、比較的最近における薬物乱用の実態を反映するために、138例のなかで「最近1年以内に使用がある者」137例を抽出した。そのうえで、「脱法ドラッグ」の乱用様態が「主としていわゆる『脱法ハーブ』を乱用(ハーブ群)」「主として粉末状ないしは液体状製品を乱用(非ハーブ群)」「いずれも乱用(混合群)のいずれかであるかが判明している者を最終的な解析の対象とした。

以上の手続きの結果、解析の対象となった「脱法ドラッグ」関連障害症例は118例(最近1年以内に「脱法ドラッグ」使用がある者の86.1%：男性107例、女性11例：平均年齢【標準偏差】、27.9【7.9】歳)となった。また、この118例のうち、57例がハーブ群に、26例が非ハーブ群に、35例が混合群に分類された。

3. 分析に用いた変数

本研究では、病院調査で収集した情報のうち、以下の変数を分析に用いた。

1) 人口動態的変数

年齢、生物学的性別。

2) 薬物を使用する理由

病院調査において継続的に使用されてきた以下の11のカテゴリーより、該当するものすべてを選択させた(複数回答可)。そのカテゴリーは、「誘われて・断り切れずに」、「刺激を求めて・好奇心から」、「自暴自棄になって」、「覚醒効果を求めて」、「疲労の軽減」、「性的効果を求めて」、「スト

レス解消」、「抑うつ気分の軽減」、「不安の軽減」、「不眠の軽減」、「やせるため」である。

3) ICD-10 F1下位診断分類

該当するF1下位カテゴリー(F1x.0急性中毒～F1x.8他の精神および行動の障害)をすべて選択させた(複数回答可)。

4) 併存するF1以外他の精神障害のICD-10診断分類の大カテゴリー

該当するカテゴリー(F0症状性を含む器質性精神障害～F9小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害)をすべて選択させた(複数回答可)。

4. 統計学的解析

本研究では、「ハーブ群」、「非ハーブ群」、「混合群」の3群間で「薬物を使用する理由」、「ICD-10 F1下位診断分類」、「併存するF1以外他の精神障害のICD-10診断分類」などに関する回答を比較した。

統計学的解析には、SPSS ver 17.0 for WindowsおよびR3.0.1を用いた。年齢のような量的変数の3群間比較にはANOVAを用い、有意差が認められた場合には、いずれの2群間の差が有意であるのかを明らかにするために、独立2群の平均値の差の検定(t検定)によって多重比較を行った。また、質的変数の3群間比較にはFisher's exact testを用い、全体で有意差が認められた場合には、どの群間の差が統計学的に有意かを確認するために、2×2のクロス表に分割しFisher's exact testによる多重比較を行った。いずれの多重比較においてもBonferroniの修正を適用した。すべての分析は両側検定にて行い、有意確率5%未満を統計学的に有意とした。

III. 結果

表1は、ハーブ群、非ハーブ群、混合群において年齢、ならびに性別を比較した結果である。3群間の年齢、性別に有意差はなかった。

表2は、3群間において薬物を使用する理由を比較した結果である。薬物使用の動機・理由に関する11のカテゴリーのなかで、「刺激を求めて・

好奇心から」(P=0.016)、「覚醒効果を求めて」(P=0.018)、ならびに「性的効果を求めて」(P=0.032)の3つにおいて3群全体で有意な差があった。Bonferroniの修正を適用した多重比較によって3群のいずれの2群間の差が有意であるかを検討すると、「刺激を求めて・好奇心から」という理由は、混合群(68.6%)がハーブ群(38.6%)よりも該当する者の割合が有意に高い(P=0.009<0.05/3=0.0167)。一方、「覚醒効果を求めて」および「性的効果を求めて」では、いずれの2群間でも有意な差はなかった。

表3は、3群間においてICD-10 F1下位診断分類を比較した結果である。F1診断のすべての下位分類に関して有意差はなかった。

表4は、3群間において併存障害のICD-10の大カテゴリー診断分類を比較したものである。その結果、「F4神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害」(P=0.031)、および「F9小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」(P=0.018)において3群全体で有意差があった。しかし、この2つの大カテゴリー診断分類については、Bonferroniの修正を適用した多重比較によって3群のいずれの2群間の差が有意であるかを検討したが、いずれの2群間でも有意な差はなかった。なお、本研究の対象118例全体では、何らかの併存精神障害の診断がなされていた者は64例(54.2%)であった。

IV. 考察

本研究は、「脱法ドラッグ」関連障害患者の臨床的特徴を、製品の形状に着目して検討したものである。その結果、ハーブ群、非ハーブ群、混合群のあいだで年齢と性別に差が認められず、また、F1下位診断分類にも差が認められなかったが、その一方で、いくつかの差異も認められた。このことは、これら3種の「脱法ドラッグ」乱用者のあいだには、人口動態的特徴、ならびに、乱用する製品の種類によって引き起こされる臨床像には違いがないものの、併存する精神障害や精神医学的問題、薬理効果に対する期待という点に関しては違いがある可能性を示唆している。

表1 ハーブ群, 非ハーブ群, 混合群における年齢と性別の比較

	主たる脱法ドラッグ (N=118)			F	df	P	
	ハーブ群	非ハーブ群	混合群				
	N=57	N=26	N=35				
年齢	平均 標準 偏差	27.3 8.3	30.3 7.4	26.7 6.5	1.914	117	0.152
性別 (男)	度数 %	54 94.7%	22 84.6%	31 88.6%	-	-	0.266

以下に, 得られた結果について詳しく考察していきたい。

1. 「脱法ドラッグ」の形状と精神症状

本研究では, ICD-10 F11診断のすべての下位カテゴリーに関して, 3群間での有意差は認められなかった。製品の形状の違いにより内容成分も異なると考えれば, 製品の形状により引き起こされる精神症状や問題行動などの臨床像には何らかの相違があると予測される。しかし, その一方で, 最近の「脱法ハーブ」では, 複数の合成カンナビノイドが混ぜ込まれていることが普通であり, 同時に, cathinone系を含む中枢神経興奮作用を有する「脱法ドラッグ」が含まれていることもあるため, 「脱法ドラッグ」の形状と中枢神経系への作用は単純には語れない難しさが指摘されている¹⁰⁾。

表3に示した結果は, 3群間での精神症状の違いを認めないものであった。違いが認められなかった理由としては, 2つの可能性が推定される。1つは, 上述したように, 「脱法ドラッグ」の形状と中枢神経系への作用は単純には語れない¹⁰⁾という指摘に対して, 本調査の結果がその実証的役割を果たしている可能性があるということである。もう1つは, そもそも, 各群間において幻聴や幻視, あるいは様々な種類の妄想に差があったとしても, F11下位カテゴリーではすべて「精神病性障害」として一括りにされてしまうために, 微細な症候学的差異が結果に反映されにくいというF11下位カテゴリー上の問題である。今回の結果に関していえば, この両者の可能性が考えられよう。ただし, 形状の異なる3群に共通して, 依

表2 3群間における薬物を使用する理由の比較 (複数選択)

	脱法ドラッグ関連障害症例 (N=118)			P	
	ハーブ群	非ハーブ群	混合群		
	N=57	N=26	N=35		
誘われて・断り切れずに	度数 %	12 21.1%	6 23.1%	7 20.0%	1.000
刺激を求めて・好奇心から	度数 %	22 38.6%	11 42.3%	24 ^a 68.6%	0.016
自暴自棄になつて	度数 %	5 8.8%	3 11.5%	7 20.0%	0.303
覚醒効果を求めて	度数 %	8 14.0%	3 11.5%	13 37.1%	0.018
疲労の軽減	度数 %	12 21.1%	2 7.7%	9 25.7%	0.177
性的効果を求めて	度数 %	2 3.5%	5 19.2%	6 17.1%	0.032
ストレス解消	度数 %	16 28.1%	9 34.6%	15 42.9%	0.344
抑うつ気分 の軽減	度数 %	11 19.3%	8 30.8%	8 22.9%	0.509
不安の軽減	度数 %	7 12.3%	7 26.9%	4 11.4%	0.217
不眠の軽減	度数 %	1 1.8%	3 11.5%	4 11.4%	0.069
やせるため	度数 %	1 1.8%	0 0.0%	2 5.7%	0.441

a, b: 異なる肩付き文字間は多重比較の調整を行った上で統計学的に有意に異なる。

存症候群と精神病性障害が高率に認められたことは, 「脱法ドラッグ」の形状に関係なく, 「脱法ドラッグ」自体が依存性と精神病惹起作用において高い危険性を有していることを示唆していることは強調すべき結果であろう。

2. 乱用する「脱法ドラッグ」の種類と併存精神障害の関係

本研究では, 併存精神障害に関して, 「F4神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害」, ならびに, 「F9小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」において3群間で有意差が認められた。Bonferroniの修正後には各2群間における有意差を証明することができなかったものの, これらの併存精神障害は混合群で高率であった。Oepenらは, 物質使用障害 (substance use disorder: SUD) と他の精神障害との

表3 3群間におけるICD-10のF11下位診断分類の比較 (複数回答)

	主たる脱法ドラッグ (N=118)			P	
	ハーブ群	非ハーブ群	混合群		
	N=57	N=26	N=35		
F1x.0 急性中毒	度数 %	11 19.3%	2 7.7%	4 11.4%	0.359
F1x.1 有害な使用	度数 %	15 26.3%	3 11.5%	3 8.6%	0.078
F1x.2 依存症候群	度数 %	31 54.4%	14 53.8%	25 71.4%	0.225
F1x.3 離脱状態	度数 %	2 3.5%	0 0.0%	2 5.7%	0.677
F1x.4 せん妄を伴う離脱状態	度数 %	4 7.0%	0 0.0%	1 2.9%	0.503
F1x.5 精神病性障害	度数 %	23 40.4%	15 57.7%	16 45.7%	0.348
F1x.6 健忘症候群	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	1 2.9%	0.517
F1x.7 残遺性障害・遅発性精神病性障害	度数 %	4 7.0%	4 15.4%	6 17.1%	0.257
F1x.8 他の精神および行動の障害	度数 %	1 1.8%	0 0.0%	2 5.7%	0.441

重複障害患者の特徴として多剤乱用傾向を指摘しているが, 本研究の結果はこの知見を支持するものかもしれない⁷⁾。というのも, 混合群は, 同じ「脱法ドラッグ」といっても, 異なる成分と形状のハーブ系製品と非ハーブ系製品の両方を乱用しているという意味において「多剤乱用」といえるからである。

2つの併存精神障害のうち, 特にF9に該当する精神障害については, ハーブ群と非ハーブ群には該当する症例が1例も認められなかったという点で, 混合群とF9の精神障害との関連は興味深い結果といえ, 今後さらに検討される必要がある。というのも, F9の精神障害としては, 注意欠如・多動性障害 (attention-deficit/hyperactive disorder: ADHD) が代表的であるが, SUDとADHDとの高い併存率を指摘する報告は数多く, 幼少期におけるADHD症状の存在は将来におけるSUDの罹患危険因子と考えられているからである。また, ADHDを併存するSUD患者は, 薬物乱用開

表4 3群間における併存障害のICD-10診断の比較 (複数回答)

	主たる脱法ドラッグ (N=65)			P	
	ハーブ群	非ハーブ群	混合群		
	N=37	N=12	N=16		
F0 症状性を含む器質性精神障害	度数 %	2 5.4%	0 0.0%	0 0.0%	1.000
F2 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害	度数 %	5 13.5%	0 0.0%	1 6.3%	0.516
F3 気分障害	度数 %	13 35.1%	3 25.0%	1 6.3%	0.080
F4 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害	度数 %	2 5.4%	2 16.7%	5 31.3%	0.031
F5 生理的障害及び身体的要因に関連した精神障害	度数 %	1 2.7%	1 8.3%	1 6.3%	0.395
F6 成人の人格及び行動の障害	度数 %	5 13.5%	4 33.3%	3 18.8%	0.252
F7 知的障害 (精神遅滞)	度数 %	4 10.8%	0 0.0%	1 6.3%	0.819
F8 心理的発達障害	度数 %	4 10.8%	0 0.0%	1 6.3%	0.819
F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	度数 %	0 0.0%	0 0.0%	3 18.8%	0.018

始年齢が早く, 薬物の使用量が多く, 治療中断率や覚醒後の再発率が高いという報告もある^{1,19)}。しかし, もちろん, 本研究では併存精神障害診断の下位カテゴリーに関する情報収集を行っていない点には十分に注意する必要がある。これは本研究の限界の1つといえる。本研究において混合群で多く認められたF9の診断は, そのまま「小児期より症状が存在していたことが確認されており, しかも, その症状が成人期まで残遺している」という正確な診断手続きによるADHD診断を意味するものではなく, そもそもF9にはADHD以外の疾患も含まれる。以上に関しては, 今後より詳細な調査が必要である。

さらに、混合群においては、F4の併存者の割合も多かったことも興味深い結果である。Bonferroniの修正後には有意差が証明できなかったため、慎重な議論が必要であるが、この結果は、混合群のなかには、気分高揚、多幸感、意欲亢進、覚醒効果、緊張緩和などの効果により、抑うつや不安などの精神症状に対する「自己治療」的な目的から乱用していた者が少なくなく、それが抑うつや不安を頻発するF4の併存診断として反映されたと考えることもできる。すでに我々は、脱法ハーブ関連患者には薬物使用開始前の精神科治療歴を持つ者が多く、自己治療的な目的で薬物の乱用、依存に至った可能性を報告している¹⁾。あるいは、上述した混合群とADHDとの関連が妥当なものであるとしたならば、このF4は、ADHDが適切に対応されてこなかったことに起因する二次障害である可能性も考えられるかもしれない。いずれにしても、以上の点については、今後より大きなサンプルと詳細な情報収集によって改めて検討される必要があろう。

3. 乱用するドラッグの種類と薬物使用に際して期待する効果

本研究では、薬物使用の理由として、混合群では「刺激を求めて・好奇心から」に該当する者が有意に多く認められた。このことは、混合群では、薬物使用に際して、刺激や快感に対する期待、あるいは新奇希求的態度が他の2群に比べて強い可能性を示している。混合群の高い新奇希求性については、その、「脱法ドラッグ」に関する多剤乱用嗜好から容易に想像されるが、さらに推測を一步進めれば、すでに述べたADHDとの関連という観点からも興味深く²⁾、今後、心理社会的観点だけでなく、生物学的観点からも研究する価値のあるトピックかもしれない。というのも、かねてより新奇希求的な気質とドパミンD4受容体遺伝子(DRD4)との密接な関連が指摘されているが、すでに分子生物学および神経画像的研究は、ADHD患者ではDRD4の7回の反復配列多型が多く認められることを明らかにしているからである³⁾。このような観点からの研究は、将来、物質乱用に対する脆弱性の生物学的基盤を明

らかにできる可能性がある。

さらに本研究では、Bonferroniの修正後に各2群間における有意差を証明するには至らなかったものの、非ハーブ系製品を乱用する患者群において、「覚醒効果を求めて」と「性的効果を求めて」薬物を使用する者の割合が多く、ハーブ群において、「疲労の軽減」目的で薬物を使用する者の割合が多い傾向が示された。これについては、これまで乱用者のあいだで信じられてきた「脱法ドラッグ」に関する情報が、各製品に対して期待する効果の違いとして製品選択に影響を与えた可能性も考えられる。従来、非ハーブ系製品に含まれていると考えられてきたcathinone誘導体は、amphetamineやMDMAに似た化学構造式を持つ中枢神経刺激薬であり、これまでも、気分高揚や性感を高める効果が謳われて販売されてきた経緯がある。したがって、実際にどのような内容成分が含まれているのかはさておき、非ハーブ系製品を購入する者のなかには、こうした覚醒効果や性感強化に対する期待から意識的にこの製品を選択した可能性もあろう。同様のことは、ハーブ系製品の乱用者にも当てはまるかもしれない。ハーブ系製品に含まれている合成カンナビノイドは、大麻に含まれるTHCに類似することから、大麻と同じような中枢神経抑制作用をもたらすとされている。したがって、ハーブ系製品を購入する者は、大麻類似の効果を期待している可能性がある。

4. 本研究の限界

最後に本研究の限界について触れておきたい。本研究の限界はいくつかあるが、主要なもの以下に記す。第一に、本研究の解析に用いた情報は、各調査実施施設で薬物関連障害症例の治療を担当した個々の医師によって判断・評価の基準は一律ではないと考えられる。また、患者が申告する状況が統一されていないことも、結果に影響した可能性がある。第二に、本研究では、ハーブ系および非ハーブ系という分類をしているが、そもそもそれらの内容成分は不明な点が多く、形状や種類が異なっても共通の物質が含まれている可能性があることから、このような分類が妥当であるのかどうかについては検討の余地がある。第三

に、本研究は精神科医療機関を受診した薬物関連障害患者を対象としたものであり、薬物乱用者全体の特徴を反映したものではないため、本研究の結果をただちに一般化することはできない。第四に、相互作用を持つ可能性がある他の依存性物質の使用歴については考慮していないことである。そして最後に、症例数が少ないため、統計的なパワーが十分でなく、Bonferroniの修正によって2群間の有意差が証明できなかった項目もあった。今後は、「脱法ドラッグ」を構成する物質について詳細に調査した、より多くの症例数を対象とした、詳細な情報を収集した研究が求められる。

以上のような限界はあるものの、本研究は、昨今わが国で問題となっている「脱法ドラッグ」について、ますます多様化する「脱法ドラッグ」製品の形状と臨床像との違いに関する一定の知見を明らかにした最初の研究として、臨床的および社会的意義があると考えている。

V. おわりに

本研究では、2012年全国精神科病院調査のデータベースを用いて、「脱法ドラッグ」関連障害患者を、「脱法ドラッグ」の形状の違いに基づいて、ハーブ群、非ハーブ群、混合群に分類し、その臨床像の比較を試みた。その結果、いずれの群でもその依存性と精神病惹起作用の危険性を推測させる臨床像を呈するという点で共通していた。同時に、混合群では、新奇希求的な意図から薬物使用をする者が多く、ICD-10のF9に該当する精神障害の併存率も高いことから、ADHDとの関連が推測された。

わが国ではすでに「脱法ドラッグ」の法規制への取り組みが行われており、2013年3月より包括規制も実施されている。しかし、少なくとも本稿執筆時点では、薬物依存臨床の現場にはいまだ数多くの「脱法ドラッグ」関連障害患者が受診している状況にある。こうした状況を改善していくには、引き続き、さらなる法規制の整備、インターネット上の監視、ならびに、迅速かつ信頼性のある内容成分の検出技術の開発といった薬物供給の

低減対策は必要であることは論を俟たないが、これに加えて、薬物需要の低減対策を展開していく必要もある。具体的には、特に「脱法ドラッグ」乱用者に多く見られる若年層に対して、「脱法ドラッグ」に関する乱用防止教育を広く実施するとともに、すでに「脱法ドラッグ」の乱用・依存を呈している使用経験者に対する再乱用防止プログラムの開発、ならびに治療体制の整備である。このような対策を展開していくためには、本論文を端緒として、「脱法ドラッグ」乱用者の心理社会のおよび精神医学的特徴に関する様々な調査・研究が行われ、情報、知見の蓄積がなされる必要がある。

文 献

- 1) Arias, A.J., Gelernter, J., Chan, G. et al. : Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects : prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Addict. Behav.* 33;1199-1207, 2008.
- 2) Comings, D.E., Gonzalez, N., Wu, S. et al. : Studies of the 48 bp repeat polymorphism of the DRD4 gene in impulsive, compulsive, addictive behaviors : Tourette syndrome, ADHD, pathological gambling, and substance abuse. *Am. J. Med. Genet.* 88; 358-368, 1999.
- 3) 松田正彦 : 脱法ハーブの実態とその危険性について. *中毒研究*, 26; 16-21, 2013.
- 4) Johnson, L.A., Johnson, R.L. and Portier, R.B. : Current "legal highs". *J. Emerg. Med.*, 44; 1108-1115, 2013.
- 5) 黒木由美子, 飯田薫, 竹内明子ほか : 日本中毒情報センターで受信したいわゆる「合法ハーブ」による急性中毒に関する実態調査. *中毒研究*, 24; 323-327, 2011.
- 6) 松本俊彦, 谷淵由布子, 高野歩ほか : 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24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) 分担研究報告書, 2013.
- 7) Oepen, G., Levy, M., Saemann, R. et al. : A neuropsychological perspective on dual diagnosis. *J. Psychoactive Drugs*, 25; 129-133, 1993.
- 8) Rosenbaum, C.D., Carreiro, S.P. and Babu, K.M. : Here today, gone tomorrow...and back again? A review of herbal marijuana alternatives (K2,

- Spice), synthetic cathinones (bath salts), kratom, Salvia divinorum, methoxetamine, and piperazines. *J. Med. Toxicol.*, 8; 15-32, 2012.
- 9) Sizoo, B., van den Brink, W., Gorissen van Eenige, M. et al.: Personality characteristics of adults with autism spectrum disorders or attention deficit hyperactivity disorder with and without substance use disorders. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 197; 450-454, 2009.
- 10) 高野博徳, 黒木由美子, 波多野弥生ほか: 脱法ハーブの法律による規制と現状. *中毒研究*, 26; 22-27, 2013.
- 11) 谷渕由布子, 松本俊彦, 小林桜児ほか: 薬物依存症専門外来における脱法ハーブ乱用・依存患者の臨床的特徴—覚せい剤乱用・依存患者との比較—. *精神経誌*, 115; 463-476, 2013.
- 12) 東京都福祉保健局: 指定薬物を含有する違法ドラッグの発見について. 平成25年2月27日 (報道発表資料)
- 13) van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W. et al.: Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend.*, 122; 11-19, 2012.
- 14) 和田清, 船田正彦, 富山健一ほか: 脱法ハーブを含む「脱法ドラッグ」乱用とその実態. *精神科*, 22; 26-32, 2013.

長野県薬剤師会における自殺対策及び過量服薬防止への取組み —「かかりつけ薬局・薬剤師から関係機関への紹介先リスト」の作成—

高田弘子¹⁾、日野寛明¹⁾、小泉典章²⁾

- 1) 一般社団法人 長野県薬剤師会
2) 長野県精神保健福祉センター

Efforts toward prevention of suicide and drug overdose by Nagano Pharmaceutical Association

HIROKO TAKATA¹⁾, HIROAKI HINO¹⁾, NORIYUKI KOIZUMI²⁾

- 1) Nagano Pharmaceutical Association
2) Nagano Prefectural Mental Health and Welfare Center

長野県薬剤師会では会員が自殺防止ゲートキーパーの役割を果たすべく、研修会、冊子配布、紹介先リストの作成を行った。4回の研修会には延べ268名が参加し、会員の自殺防止対策への意識が高まり、96.5%の参加者が「実務に有用な研修である」と答えた。研修会では講演後に、薬剤師として行うべきことを具体的に考えるべく少人数討議を行った。その結果、自殺対策に対する意識を持ち、薬剤師としての本来の業務を一層充実することが、自殺防止への貢献につながるということが理解された。また参加者の要望から作成した「かかりつけ薬剤師・薬局から関係機関への紹介先リスト」は、援助を必要とする方に対し、会員が適切かつなぎを行う際に有用なツールとなった。またリストは会員薬局・病院・診療所その他、関係機関447箇所へ配布を行い、薬剤師がゲートキーパーの一端を担う存在であることへの理解につながった。

キーワード：自殺対策 (suicide prevention strategy)、過量服薬 (overdose)、地域連携 (community cooperation)、ゲートキーパー (gatekeeper)

I. はじめに

わが国の自殺者の数は年間3万人前後で推移し、国を挙げて自殺対策が進められている。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が平成22年9月に出した答申¹⁾には「薬剤師の活用」という提言も含まれた。自殺の原因として約半数は健康問題があげられ²⁾、近年向精神薬の過量服薬と自殺の関連が指摘されている³⁾。医療・健康に関わる職種とし

て、薬剤師が自殺防止に貢献することが求められていることから⁴⁾、長野県薬剤師会では、会員の「自殺対策」「向精神薬過量服薬」への意識の向上・啓発を目指し、自殺防止のゲートキーパーとしての役割を果たすことを目的として、研修会の実施・冊子配布・紹介先リストの作成を行ったので報告する。

II. 方法

A. 研修会の実施

平成23年8月より平成25年10月にかけて合計4回の研修会を行った。実際に地域薬剤師会で自殺予防に取り組んでいるモデル事業や、国の機関で自殺防止に取り組む薬剤師、大学病院の救急治療センターで働く精神保健福祉士の講演、精神科医より高度救命救急センターにおける自殺に関する患者の状況の報告や現

代版うつ病の解説など、様々な分野・職域における第一線での自殺防止への取り組みを紹介した。また長野県精神保健福祉センター所長による県の自殺防止対策の現状報告及びゲートキーパー養成講座を行った。第2回研修会より講演後に少人数のグループに分かれ、テーマを決めて討議を行い、結果をまとめた。

1. 講演

第1回研修会 平成23年8月7日(日)

■「自殺予防ゲートキーパーの果たす役割への期待」

長野県精神保健福祉センター所長 小泉典章

■「うつ自殺予防策 富士モデル事業の実践」

富士市薬剤師会うつ自殺対策室室長 廣中義樹

第2回研修会 平成24年8月5日(日)

■「過量服薬防止において薬剤師ができること」

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・研究員 嶋根卓也

■「薬局をゲートキーパーステーションに」

長野県精神保健福祉センター所長 小泉典章

第3回研修会 平成25年3月3日(日)

■「自殺防止への取組み～精神保健福祉士として薬剤師に期待すること～」

北里大学医学部中毒・心身総合救急医学講座

精神保健福祉士 山田菜陽子

■「自殺関連行動のため信州大学医学部附属病院高度救命救急センターを受診した患者に関する検討」

信州大学医学部精神医学講座助教 矢崎健彦

第4回研修会 平成25年10月6日(日)

■「現代日本うつ病を解剖する

—自殺予防への貢献をめざして—」

東京女子医科大学医学部精神学講座 坂元薫

■「薬剤師が取り組む自殺予防の実践」

新潟県薬剤師会理事 向井勉

2. 討議 (スモールグループディスカッション)

第2回研修会 平成24年8月5日(日)

<討議1>「薬剤師の気づき・関わり・つなぎ」

参加者を「気づき」・「関わり」・「つなぎ」の3つの

テーマに分け、実際の業務において、薬剤師の視点でゲートキーパーとしてどのような役割を果たすことができるかを討議した。

第3回研修会 平成25年3月3日(日)

<討議2>「過量服薬の対応を考える」

～具体的な声かけを考える～

過量服薬を防止するために、薬剤師の気づきのポイント、具体的な声かけ、対応策について討議を行った。

第4回研修会 平成25年10月6日(日)

<討議3>「過量服薬患者への服薬指導を考えてみよう」

過量服薬事例をもとに、自殺を未然に防ぐための服薬指導のシナリオを各グループで作成した。

3. アンケート調査の実施

第2回研修会より、研修会終了後に参加者に対し、研修会の有用度および研修会に対する感想・意見を自由記載するアンケートを行った。

B. テキスト配布及び内閣府自殺対策ゲートキーパー養成研修動画の周知

長野県精神保健福祉センターで作成した「ゲートキーパーのためのテキスト(第2版および第3版)」⁶⁾「自殺関連相談ハンドブック」⁷⁾を長野県薬剤師会が増刷し、会員薬局及び会員の勤務する病院・診療所へ配布した。また、内閣府で作成した自殺対策ゲートキーパー養成研修動画において専門家編に薬剤師編が加わったことから、会員にその存在とアクセス方法を周知した。

C. 紹介先リストの作成

研修会における参加者の討議の中から「実際に事例に遭遇した際に連携をとる紹介先を日頃から把握すべきである」との意見が出され、それを受けて長野県薬剤師会薬局部会が中心となり、平成25年3月に「かかりつけ薬局・薬剤師から関係機関への紹介先リスト」を作成した。(図1)(図2)

第2章に自殺防止ゲートキーパーの心得、第3章に過量服薬防止において薬剤師がすべきこと、第5章に薬剤師がつなぐ可能性の高い紹介先のリストを掲載し実際につなぐ際のフローチャートを示した。(図3)

巻末には「地域の相談機関リスト」のページを空欄で用意し、各地域で得た情報を長野県薬剤師会のホームページに掲載し、必要な地域の情報をダウンロードして利用できるように工夫した。

III. 結果

A. 研修会

研修会には延べ268名の薬剤師が参加した

1. 討議結果

講演後の討議では、実際の現場で自殺願望を持つ患者や過量服薬が疑われる患者に応じた経験を持つ参加者が多数おり、各々の体験をもとに活発な討議が行われた。

<討議1>「薬剤師の気づき・関わり・つなぎ」

(2014年1月17日受付 2014年1月27日受理)

連絡先：〒390-0802 松本市旭2-11-20
長野県薬剤師会会営薬局
高田弘子
TEL 0263-32-3663
E-mail: di3@naganokenyaku.or.jp



図1 紹介先リスト 表紙

1. 薬剤師の果たす役割
2. ゲートキーパーの一員としての役割
自殺予防ゲートキーパーの活動
自殺のサイン
内閣府自殺対策研修動画案内 等
3. 過量服薬防止に関する医療的な対策への貢献
適切な薬物治療の提供
具体的な事項
過量服薬の未然防止をめざして⁸⁾ 等
4. うつ病及び自殺防止対策関連資料
5. 自殺予防のための相談窓口リスト
紹介のフローチャート
各種相談窓口
6. 地域の相談機関リスト (書き込み式)
7. 相談受付事例報告書

図2 紹介先リストの内容

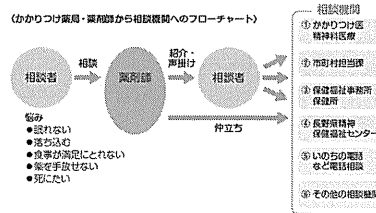


図3 紹介のフローチャート

(1) 薬剤師の気づきのきっかけ

- ◎薬歴から
- ・受診間隔が短い ・多剤を併用している
- ◎お薬手帳から
- ・複数医療機関を受診している ・薬が重複している
- ◎服薬指導の際に
- ・患者本人の見た目、訴え ・残薬が多い
- ・コンプライアンスが悪い ・乱用の疑いがある

◎カウンターで

- ・「薬が足りない」というクレーム
- ・「処方箋をなくした」という訴え

(2) 薬剤師の関わり方のポイント

- ・傾聴一相手の気持ちを受け止める
- ・患者と信頼関係を築く
- ・コミュニケーション能力を磨く
- ・積極的な声掛けを心がける
- ・長期の関わり一急がず長い視野で関わる
- ・本人だけでなく家族とのかかわりを保つ

(3) 薬剤師のつながりの役割

- ・医師への服薬状況等の連絡・疑義照会
- ・精神科医療への紹介
- ・本人に渡さず家族に薬の管理を依頼
- ・ヘルパーや介護者との情報共有

- ・行政機関（市町村の保健担当課など）への連絡
- ・主に経済問題から悩まれている方を消費者生活センターにつなぐなど、適切な相談機関へのつなぎ
- ・自治体の自殺対策協議会への参画

実際に、夜遅く電話に長時間対応したが、後日自殺を考えていたことが分かった例や、長く体調不調を訴える女性患者をかかりやすい女性医師のメンタルクリニックに紹介したところ受診行動を起こしたなど、具体的な対応の例も数多く挙げられた。討議の中で薬剤師が適切なつなぎを行うためには、必要な関係機関を把握しておくと同時に、日頃から顔のみえる関係を構築しておくことが望まれるという意見が出され、紹介先リストの作成につながった。

<討議2> 「過量服薬の対応を考える」

(1) 過量服薬の気づきのきっかけとなるチェックポイント

- 薬歴：多剤併用、受診間隔、頻回受診
- お薬手帳：重複受診、多剤併用、薬の重複
- 服薬指導：副作用、残薬確認、患者の様子・訴え、

薬剤師 P：E さんこんにちは。お待たせしました。お薬は前回と同じ内容が、1週間分処方されています。何か心配な事ありますか？最近眠れていますか？調子はどうですか？
 患者 E：はい…あまり眠れていません。いろいろ心配しちゃいます。
 薬剤師 P：お薬は色々な種類の薬を飲んでるようですが…？最近眠れない何かありましたか？何か疲れていますか？
 患者 E：はい…まあ、家で子供の事やPTAの事で色々陰口をたたかれて、大変なんです。
 薬剤師 P：そうですね…大変でしたね。PTAとか、人間関係とがありますよね。ところで、お薬はきちんと飲んでいますか？お家にどれくらい残っていますか？眠れない時、いつもより多く飲んでしまったり…ありませんか？
 患者 E：えっと…うーん…前に少し残っていたお薬を飲んでしまったことがあります。お薬もあまっているものもあります。
 薬剤師 P：そうなんです…先生は、お薬あまっていること知っていますか？
 患者 E：いいえ…何か言いに…
 薬剤師 P：お薬多くありましたら、どのくらい残っているかも私のほうで確認できますので、お家にあまっているお薬持ってきていただいてもいいですし、先生にも私の方から言っておきましょうか？お薬がたくさんお家にあっても、分からなくなったり、間違えて飲んでしまっても大変です。
 患者 E：そうですね。お願いしてもいいですか？

図4-1 第4回研修会で作成されたシナリオ例1

カウンターで：市販薬大量購入（プロムワレリル尿素、消炎鎮痛剤、鎮咳剤、消毒剤、ベンジンなど）、
 「薬が不足」、「家族がのんだ」、「なくした」という訴え

(2) 具体的な声掛けのやりかた

- ・よく眠れていますか
 - ・ふらつくことはありませんか
 - ・おかわりはないですか
 - ・残っている薬はありませんか
 - ・他に薬はありませんか
 - ・お薬のことで気になることはありませんか
 - ・何かお使いですか
 - ・気になることは電話して下さい
 - ・薬についてお医者さんに相談されましたか
 - ・精神科を受診してみたいかですか
 - ・死にたいと思っていますか
- 電話がかかってきたが戻りが回っていなかったため病院に連絡した例や、渡した薬を一気に服用し救急車で搬送されたことを後日知った例など、具体的な体験が挙げられた。具体的な声掛けを討議しているうちに、日常業務の中で頻繁に用いている会話が、過量服薬防止へつながることが改めて認識された。
 <討議3> 「過量服薬患者への服薬指導を考えてみよう」
 最初にモデルシナリオ（患者から得た過量服薬に関する情報を医師にフィードバックする設定）を用いて

二人一組でロールプレイを行い、疑似体験を行った後に、薬をためこみ、発作的に過量服薬自殺を図った患者という設定をもとに、どのような服薬指導が効果的であったかというシナリオを作成した。2つグループの作成したシナリオを例示する。(図4-1, 4-2)
 薬のためこみ防止は過量服薬防止の第1歩であり、各グループどのような声掛けが有用であるかを熱心に討議した。

2. アンケート結果

研修会後のアンケートでは、実務に有用という回答が第2回～第4回の参加者の平均で96.5%となった。(表1)

<アンケートにおける自由記載の抜粋>

- ・日常業務を改めて見直す機会となった。服薬指導が本来の姿であれば、ゲートキーパーとしての役割の入口に立てると感じる。
- ・自殺のサインに気づく意識を、日々の業務の中で高めておくべきだと感じた。
- ・しっかり傾聴する姿勢の大切さを学んだ。何より患者さんとの信頼関係を築くことが第一だと思う。
- ・長期にわたり定期的に関わる職種として、患者さんに寄り添う気持ちで見守りたい。
- ・今までは声をかけることをためらっていたが、もう一歩踏み込んで声かけを行っていきたい。
- ・自殺の意図をはっきり尋ねても良いのだと認識を改めた。

薬剤師 P：こんにちは。お待たせしました。
 患 者 E：あ…はい。
 薬剤師 P：お薬は前回と同じ内容が1週間分処方されています。お薬について何か心配なことや気になることはありませんか？
 患 者 E：いや…特にないです。
 薬剤師 P：そうですね。お薬はきちんと飲めていますか？1日の飲む回数も多いし、毎日決められた量を飲むのは大変ですね。
 患 者 E：は…はい。実は眠れない時にお酒を飲んでしまうんですが、その時には、何の薬をどのくらい飲んだか分からない時もあります。
 薬剤師 P：それは大変ですね。どんな時にお酒を飲みたくてしまうのですか？
 患 者 E：主人に叱られたり、子どもが反抗したりで何もかも嫌になってしまう時です。そんな時は以前からもらった薬もいろいろ飲んでしまいます。
 薬剤師 P：そうですね。それは辛かったですね。イライラした時はお薬もたくさん飲んでしまうんですね。そんな時死にたいと思うことはありますか？
 患 者 E：ありますね…訳が分からなくなっちゃいます。
 薬剤師 P：お辛い状況だったのでですね。正直にお話しただいてありがとうございます。今度そのような時は電話でも結構ですので連絡して下さいね。それと、以前に処方されたお薬は、今の症状には合わないのを持ってきて下さい。飲酒してしまうと間違えて飲んでしまうかもしれないので。
 患 者 E：はい。次回持ってきます。今日はいろいろと話を聞いて下さりありがとうございます。

図4-2 第4回研修会で作成されたシナリオ例2

- ・薬剤師のつなぎ先を具体的なリストにしてほしい。
- ・向精神薬の処方意図についてもっと学びたい。
- ・事例検討やロールプレイなど具体的な対応をさらに深めていきたい。

B. テキスト配布及び内閣府自殺対策ゲートキーパー養成研修動画の周知

「ゲートキーパー」という名称になじみのなかった薬剤師にとって、入門書となる「ゲートキーパーのためのテキスト」の配布は自殺防止に薬剤師もかかわるべきであるという意識をもつ啓蒙の第一歩となった。動画に関しては、会員の要請により長野県薬剤師会のホームページにリンクをはり、アクセスを容易にした。

C. 紹介先リストの作成

「かかりつけ薬局・薬剤師から関係機関への紹介先リスト」は会員薬局及び会員の勤務する病院・診療所のほか、各市町村保健担当課など関係機関447箇所へも配布を行った。(表2) また自治体に自殺対策協議会が設置されるに当たり、配布を要請された事例もあった。そのほか内閣府の自殺対策官民連携協議会議(平成25年9月3日開催)において、薬剤師の取り組みに関する参考資料として提出された⁹⁾。

各地域薬剤師会の担当者が地域ごとに関係する相談機関の情報を調べ、巻末の「地域の相談機関リストのページ」に貼付するべく、長野県薬剤師会のホームペ

ージに掲載し、会員に公開した。

IV. 考察

A. 研修会

自殺に関しては、ゲートキーパーなどの介入的な活動により、特に地方都市に在住する男性では自殺を図る率が2割低下したという報告がある¹⁰⁾。介入的な自殺対策を行った、青森、秋田、岩手、宮崎、鹿児島県の地方男性では下がったのに、同じ対策を行った、宮城、千葉、福岡県の都市部に住む男性では差はなかった。

国をあげて自殺対策を進める中、薬剤師のゲートキーパーとしての役割が期待されている状況ではあるが、多くの薬剤師にとっては自殺対策、ゲートキーパーという領域は耳新しく、何をすればよいのか分からない状態であった。研修会を重ねる中で、自殺に関する具体的な情報や、実際に第一線で自殺対策に取り組む様々な職種の講師の考えや活動を知ることにより、自殺防止対策の現実の姿が浮かび上がってきた。参加型研修で少人数討議を行うことにより、日常業務における互いの体験を共有することが可能となり、具体的に自分達に何ができるかを考える中で、薬剤師として行うべきことが明確になってきた。少人数討議の課題としてロールプレイや実際の服薬指導におけるやりとり

表1 研修会参加者アンケートの結果(研修の有用性)

	参加者 (人)	アンケート 配布者 (人)	回答者 (人)	回答率 (%)	本日の研修は業務に有用か(人)		
					はい	いいえ	無回答
第1回	86	—	—	—	—	—	
第2回	75	69	57	82.6%	55 (96.5%)	1 (1.8%)	1 (1.8%)
第3回	53	45	40	88.9%	37 (92.5%)	0 (0%)	3 (7.5%)
第4回	54	48	45	93.8%	45 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
計	268	162	142	87.7%	137 (96.5%)	1 (0.7%)	4 (2.8%)

表2 紹介先リストの配布先

長野県医師会他 関係団体
 保健福祉事務所・保健所
 各市町村 保健担当課
 各市町村 福祉担当課
 各市町村 高齢者福祉担当課
 各市町村社会福祉協議会
 各市町村地域包括支援センター

を考えることにより、実際の対応の具体的なイメージを描くことが可能になった。これらの結果、地域の保健拠点としての薬局の役割をきちんと果たし、患者背景を踏まえた服薬指導や治療・服薬に対する患者の理解促進、服薬状況の確認や適切な介入、服薬状況に関する処方医との連携などの日常業務を、意識を高く持ち、よりきめ細かく行うことが、薬剤師としてのゲートキーパーの役割を果たすことにつながる事が理解された。薬剤師は多くの場合、患者が医療を受ける過程で最後に接する医療従事者であり、長い期間に渡り患者と関わり続ける職種でもあることから、セーフティネットの一員として、適切なつなぎを行った後も、見守る存在であり続けることが可能であると考えられる。

研修後のアンケート結果には、今後、実際にゲートキーパーとしての職能を果たしたいという意見が最も多く見られた。このように研修会を通じて会員の自殺防止対策への意識の高まりが見られ、薬剤師の気づきを促すきっかけとなった。また、過量服薬防止に対し、医師の処方意図を理解できる知識や、患者に対する具体的な対応について事例検討やロールプレイなどを用いてもっと学びたいという声もあり、薬剤師としての職能を高め、患者に寄り添う薬剤師になりたいという思いが感じられた。

B. 紹介先リストの作成

紹介先リストは会員が日常の業務の中でゲートキーパーの役割を果たす上で、援助を必要とする方に応じた際に、適切な機関へ紹介するために有用なツールとなった。研修会後のアンケートにおいても、リストがあるとなき先がわかりやすく有効だという意見や、討議の中で実際に市の保健担当課につないだという例もみられた。リストを関係機関にも配布することにより、薬剤師がゲートキーパーの一端を担う存在であることを広く理解してもらうことができた。また巻末の「地域の相談先リスト」に記載する地域情報を長野県薬剤師会ホームページに掲載するにあたり、各エリアの担当者が地域の相談機関を調査したことが、各地域薬剤師会が関係機関とつながりを持つきっかけとなった。今後は本リストを用いて実際に「つなぎ」を行った事例を収集し、さらに情報共有を図っていきたくも考える。可能であれば医師会等との連携会議の設置も検討していきたい。

V. まとめ

薬剤師は、薬に関する専門的な知識のもと、地域住民の生活や心身の状態に接する職業であり、また薬局は地域の健康支援拠点のひとつであることから、薬局の相談・情報発信の機能、他職種・機関との連携機能を活かし、ゲートキーパーとしての役割を果たすこと

長野県薬剤師会の自殺対策への取組み

が求められている。研修や紹介先リスト等を通して自殺対策に対する意識を向上し、薬剤師としての本来の業務を一層充実することが自殺防止への貢献につながると考えられる。自殺対策には地域でのネットワークが不可欠であり、その一員として薬剤師が職能を發揮していきたい。

文 献

- 1) 厚生労働省自殺・うつ病対策プロジェクトチーム：過量服薬への取組—薬物治療にのみ頼らない診療体制の構築に向けて—。2010.
- 2) 内閣府自殺対策推進室，警視庁生活安全局生活安全企画課：平成 24 年中における自殺の状況。2013.
- 3) 廣川聖子，松本俊彦，勝又陽太郎，他：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.
- 4) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター：自殺総合対策大綱の見直しに向けての提言。2013
- 5) 日本薬剤師会：過量服薬対策，自殺対策に関する今後の取り組み。2011.
- 6) 長野県精神保健福祉センター，長野県自殺予防情報センター：守ろうたいせつないのち ゲートキーパーのためのテキスト第 3 版。2013.
- 7) 長野県精神保健福祉センター，長野県自殺予防情報センター：長野県自殺関連相談ハンドブック。2012.
- 8) 茨城県，（社）茨城県薬剤師会，茨城県病院薬剤師会他：向精神薬服薬指導マニュアル～STOP！過量服薬～。2012.
- 9) 長野県薬剤師会：「かかりつけ薬局・薬剤師から関係機関への紹介先リスト」。2013.
- 10) Yutaka Ono et al: Effectiveness of a Multimodal Community Intervention Program to Prevent Suicide and Suicide Attempts: A Quasi-Experimental Study. PLOS ONE 8 (10) : 1-12, 2013

家族を治療につなげるために①

薬物・アルコール問題のある 家族を治療につなげる ために

1. このプログラムについて
2. 依存症のメカニズム
3. プログラムの概要
4. 参加される方へのお願い
5. 目標を設定しましょう

このワークブックは徳島大学大学院ソシア・アーツ・アンド・サイエンス研究部准教授、
境泉洋先生のひきこもりのためのワークブック「若者を社会につなぐ」を参考にさせてい
ただいています。

1. このプログラムについて

このプログラムは、薬物・アルコール問題を持つ人を治療につなげるために、家族にはどのようなことができるかを学んでいくためのプログラムです。

●家族支援の位置づけ

薬物・アルコール依存症は、本人が病気であることを自覚しにくい、自分から病院にかかって治そうとなりにくい病気です。そのため、家族が先に相談に来るケースが非常に多くみられます。家族は、本人にどのように接すればよいのがわからず、何とかして薬物やアルコールをやめさせようとして、説得、小言、懇願、脅しなど、考えられることはすべてやってみます。しかしながら、そうした試みのほとんどは効き目がなかったのではないのでしょうか？本人が問題を認識し、治療を受けるようになるためには、まずは家族を支援することが大切です。

このプログラムは家族を「薬物・アルコール問題の解決の中核を担う人」と位置付けています。今回から9回にわたるプログラムを実施しますが、皆さんのためのプログラムであることを意識してください。

●家族支援の方針

このプログラムでは、次の3つのことを目的としています。

① 家族自身の負担の軽減

ほとんどの家族は薬物・アルコール問題を抱えて大きなストレスを感じています。本人に対して適切な対応をするためには、家族自身が少しでも健康な状態を維持していることが大事です。

② 本人が病院を受診する

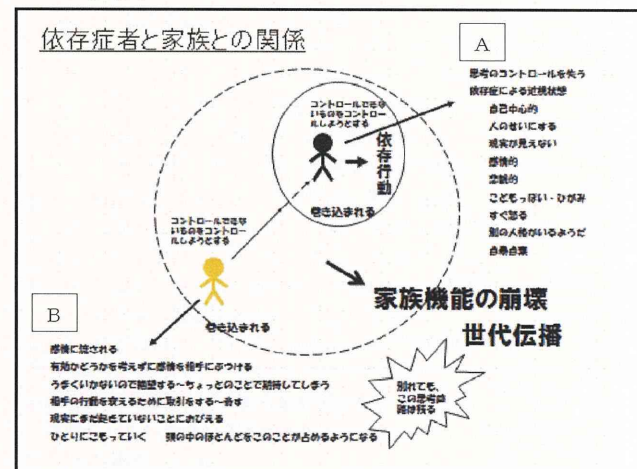
③ 本人の薬物・アルコール使用状況が変わる（量が減るなど）

●このプログラムの有効性に関するエビデンス

このプログラムは、認知行動療法という心理療法の技法にもとづいておこなわれます。これまで次のような結果が得られています。

- ① 物質依存に陥った人を治療に繋げるために家族がこのプログラムを受け始めたのち、70%が本人を治療に繋げることに成功しています。
- ② このプログラムに参加した家族は物質依存に陥った人との関係が改善しています。
- ③ 本人が治療につながるか否かにかかわらず、家族自身の心理的健康が改善しています。

2. 依存症のメカニズム



依存症という病気は家族を深く巻き込んでいきます。いつの間にか、知らず知らずのうちに相手の事ばかりが頭を占拠していきます。まずは**依存症という病気が本人と家族をどんな関係にしていくのか**について、上の図にあるように、大きな構図としてつかんでおきましょう。目的地にたどり着くための大切な地図になるはずです。

依存症はコントロール障害の病気です。薬物依存症の場合は薬物の使用をコントロールできなくなり、薬物に行動を支配されてしまいます。しかしながら、本人は「自分はまだうまくやれている」と勘違いしていることがほとんどです。だんだん病気が進行していくにつれて、Aに書いてあるような思考や状態に陥っていきます。

家族はその本人に対して、なんとか薬物を止めて欲しいと願います。そのために小言や泣き言をいう、懇願や叱責をする、脅すといった行動をとるようになります。しかしながら、残念なことに、こうした行動ではほとんど全く効果がありません。今度は、本人に薬物を使わせないための行動(薬物を隠す、捨てる)も始まります。こうなるともう本人と家族のコントロール合戦になってしまいます。強いのはどちらかというと、人間の意志よりも依存性薬物の支配力の方が強いのです。断薬を始めなければ、その力関係は変わらないでしょう。『止めさせたい、でも止めない。こちらがいえばいうほど今度は隠れて使うようになる。薬物がないと暴力を振るう、逆に脅しをかけてくる。』

依存症になると、一番大事なものは薬物やアルコールになってしまいます。家族の愛情もわからなくなってしまいます。そういう依存症に乗っ取られた本人をなんとかしようとして、今度は家族も依存症に頭に乗っ取られてしまう。これは、家族が巻き込まれた結果です。家族はBにあるような思考回路に陥ってしまいます。

《ではどうしたらいいのでしょうか？》

どうしたって家族はこうしたパターンにおちいってしまうものです。もちろん、そうでない家族もあります。でも、多くの場合は知らない間にこうなっているものです。別に家族が悪いわけではありません。まずそれに気づくことが大切です。

次にすべき事は「効果のないやり方をやめ、効果のあるやり方だけをする事」です。最初はその見分けもつかないでしょう。見分けがつかないには依存症のことを理解するしかありません。パターンがわかり、すべきことははっきりしたとしても、実行するのはまた別の問題です。水泳と同じで、泳ぐ理屈は分かっても実際泳げるようになるには練習が必要です。長い、時にはつらい道のりですが、この練習は間違いなく効果を生みますし、家族の人間としての幅や深みを増してくれるでしょう。おまけ一人ではきつても仲間がいればやれるものです。あきらめないで、やっていきましょう。

家族がわかったのではありません。依存症というのは得体のしれない怪物のようなものです。闘う相手をよく知って効果的な手を今から打っていきましょう

●悪循環から抜け出すためのコツ

① 失敗の原因

なんとか飲酒を止めさせようとすればするほど、悪循環にはまっていきます。それが依存症の特徴の一つです。家族が陥りやすい傾向をまとめました。

1. 先に言いすぎる
2. 言葉が多すぎる
3. 正しいことを言いすぎる
4. 答えを出しすぎる
5. 相手のアラが見えすぎる
6. 先回りして考えすぎる
7. 感情的になりすぎる
8. 起きていないことを怖がりすぎる（予期不安）
9. 事実を相手にきちんと見せていない

当てはまることがありましたか？（ ）

② 成功の秘訣 10 か条

失敗しやすいやり方を変えていくだけでかなりの効果があります。どうせ努力するのなら、効果が高いやり方を使いましょう。

1. 先に口出ししないで、何事も後出しにしましょう
2. 相手より言葉数を少なくしましょう
3. 人は正しいことを言われても変わらないと悟りましょう
4. 答えを出すのはいつも相手だと心得ましょう
5. 相手のアラは見えてもいいが、指摘は慎重にしましょう
6. 先回りして考えすぎないように気を付けましょう
7. 「相手は感情的、こちらは理性的」と自分に言い聞かせましょう
8. 事が起きてから動くようにしましょう
9. 相手に分かるように事実を見せるように工夫しましょう
10. 薬物・酒のことや大事な話は相手がしらふの時だけにしましょう

今日からまずできそうなことはどれですか？
（ ）