

最新高等保健体育 教授用参考資料
©大修館書店編集部, 2013

保体302

初版第1刷発行—2013年4月1日

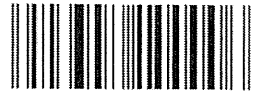
編集——大修館書店編集部
発行者——鈴木一行
発行所——株式会社 大修館書店
〒113-8541 東京都文京区湯島2-1-1
電話03-3868-2651(販売部) 03-3868-2297(編集部)
振替00190-7-40504
[出版情報] <http://www.taishukan.co.jp>

表紙デザイン——Concent, Inc.(山浦隆史, 高瀬優子, 石野博一)
印刷——広研印刷
製本所——牧製本

ISBN978-4-469-66253-5 Printed in Japan
本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、たとえ個人や家庭内での利用であっても著作権法上認められておりません。



9784469662535



1923347100006

ISBN978-4-469-66253-5
C3347 ¥10000E

定価 本体10,000円 +税



大修館書店

最新高等保健体育 教授用参考資料

診断概念の歴史

精神医学的診断の歴史において、物質使用と嗜癖の障害は「鬼っ子」ともいふべき存在である。健康被害と社会経済的損失の深刻さゆえに、この問題が精神保健や公衆衛生上の重要課題であることを公式に疑う者はいないが、実際には、多くの精神科医の選択的無関心に曝されている。たとえこの分野に関してどんなに無知や誤解を曝しても、「あの分野は特殊だからね」と肩をすくめて弁明すれば、周囲はすんなり納得し、決して責められることはない。その意味では、物質使用と嗜癖の障害は「否認の病」と呼ばれるが、案外、この問題を最も否認しているのは精神科医かもしれない。

そのことを示すよい証拠がある。歴史上、最も有名な精神医学の教科書の一つである、ドイツ人精神科医 Kurt Kolle の手なる『Psychiatrie 第5版』¹⁾をひもとくと、「嗜癖(Süchte)」と名づけられた章の記述は、当時の国際的水準に照らしてみても荒唐無稽である。Kolle¹⁾は、「酒癖(Trunksucht〈アルコール依存〉)」患者の治療方法は、「酒癖者には禁治産の宣告を下し、施設に入院せしめ、少なくとも1~2年は入院させておかなければならぬ。退院後も彼はなお長期間、禁治産者としておくべきであろう」と述べ、アルカロイド嗜癖(Alkaloidsucht〈オピオイド系薬物の依存〉)に至っては、「この嗜癖は特殊な人格素質の基盤のうえにのみ発生する」と、よりによって太字で強調されている。この太字強調には、Kolle 自身の個人的怨恨を勘ぐりたくなるほどの執念が感じられる。

率直に言って、今日的感覚ではいうに及ばず、同時代の国際的水準からみても、Kolle の主張には首をかしげざるをえない。なぜなら、この教科書が刊行された1961年当時、すでに米国ではアルコール依存症に対する包括的な治療が展開していた。1935年にアルコール依存者の自助グループA.A.(Alcoholics Anonymous)が誕生し、精神科医療から「治療不能」の烙印を押されたアルコール依存症者は、自らの手で回復を手に入れるという一大事業に着手し、1945年にはミネソタ州にA.A.メンバーによって米国の代表的な依存治療施設 Hazelden Center²⁾を開設していたのである。

筆者は何もここで、米国精神医学の先進性を訴えたいわけではない。なにしろ、Kolle と同時代の米国の精神科医は、治療と称してアルコール依存症患者に電撃けいれん療法を行ったり、LSDを投与したりと、完全に迷走状態にあった³⁾。米国におけるアルコール依存治療の進歩は当事者によってもたらされたものであった。そのような非嫡流的出自が、筆者をしてこの分野を「鬼っ子」と呼ばせるゆえんである。

本項では、物質使用と嗜癖の障害に関する診断概念の歴史の変遷をたどりながら、今日、この領域こそが精神医学・精神保健領域の中心課題であることを述べたい。

嗜癖から依存症へ

・・・「イクナイコト」としての嗜癖—米国における禁酒運動

Levine⁴⁾によれば、19世紀に禁酒運動が始まる以前の米国は、今日と比較してもはる

かにアルコール飲料の消費量が多かったという。人々は、家庭でも居酒屋でも仕事場でも、ワイン、ビール、ラム、リンゴ酒、ブランデー、ウイスキーなどのさまざまなアルコール飲料を、昼夜を問わず飲んでいたようである。それは食料であり、医薬品であり、人間関係の潤滑油とみなされ、ピューリタンでさえもアルコール飲料を「神の創造物」とたたえ、社会全体が酩酊に対して寛容であったという。当時の飲酒を表現する際に用いられた言葉は、酒を飲むのが「大好き (love)」といった愛情関連のもので、今日のように、自己統制にかかわる言葉ではなく、「強迫的 (compulsion)」などという言葉が用いられることもなかった。あくまでも個人が自由な意志で選択しているという理解であったという。

ところが、19世紀初頭になると、米国におけるアルコールに対する考え方に革命的な変化が生じた。飲酒への欲望を記述する言葉として、「抗しがたい (overwhelming)」、 「圧倒される (overpowering)」、 「抑えがたい (irresistible)」という表現が用いられるようになった。そしてこの頃から禁酒運動が始まったのである。最初は、医師、裕福な商人、大農場主といった上流階級のリーダーシップによって起こり、それが中流階級へと飛び火し、各地の禁酒同盟創設へとつながっていったという。彼らは、パンフレット、スピーチ、自叙伝などを通じて、禁酒のメッセージを伝え、周囲の飲酒者を説得していった。

上野⁵⁾は、こうした禁酒同盟の基本的な考え方のなかに、早くも「病気」としてのアルコール概念の重要な骨子が現れていると指摘している。すなわち、禁酒運動家たちは、①アルコールは常用癖がつく物質であり、日常的に飲酒すればさらなる常用に至る、②アルコールの即効性は、脳の道徳的な中核部分、自己統制を低下させるゆえに、貧困と犯罪の大半は、アルコールによって引き起こされる道徳的な退廃に原因がある、③アルコールは毒であり、脳や道徳的な機能だけでなく、身体的体質も変化させ、多くの病気を引き起こす原因となることを主張した。すでに彼らは、酩酊、不摂生、習慣的な酔いはすべて病気であると訴えるだけでなく、この「病気」が、「酒を適量に飲むことの延長線上にもたらされる自然な帰結である (= 進行性)」という、後に確立されるアルコール依存の疾病概念の中核的特徴を抽出していたわけである。

このような活動が米国全土に広がり、酒造会社と酒場を悪者とする世論の高まりのなかで、1919年に禁酒法が制定された。すなわち、疾病概念として確立されかけたアルコール問題は法律によって規定された道徳概念と合流したのである。禁酒法制定の背景には、禁酒により従業員の生産効率が上がり、アルコール多飲がもたらす生活費逼迫がなくなることで従業員の質上げ要求が減少する期待をもった、大企業経営者の思惑があったと推測されている⁵⁾。しかし、禁酒法とは無関係に、大恐慌による経済不況が国民の禁酒法に対する不信感を招き、反動で、酒造会社からの税収や酒場での消費活動が経済復興には必要という世論が沸き起こり、1933年には禁酒法は廃止されることとなった。なお、禁酒法時代にも、隠れ酒場は多数存在し、アルコール多飲者や嗜癖者は依然として社会的な深刻な問題であった。

「イクナイコト」から「ビョーキ」へ — Alcoholics Anonymous (A.A.) の誕生

禁酒法廃止によって再び米国内のアルコール消費量が増加してくるなかで、アルコール問題はかえって「病気」という側面が明確になった。そのような状況のなかで、自己統制に価値をおく米国の白人中流男性の不安に訴えるかたちで、民間の当事者団体の A.A. による普及活動が台頭してきた。

A.A. は、オハイオ州アクロンで、株式仲売人のビルと外科医のボブという、二人のアルコホリック（依存概念が確立していないこの時期、当然ながらアルコール「依存」/「依存者」という表現はなく、「アルコール嗜癖（者）」もしくは「アル中（者）」という意味で、alcoholic(s) という表現が用いられていた）の出会いがきっかけとなり、1935年に始まった。それまでのビルとボブは、いずれも多くの医療機関や精神科医から「匙を投げられた」アルコホリックであり、拠り所を失ったなかで、キリスト教聖職者によって率いられていたグループの会員となっていた。このグループは普遍的かつスピリチュアルなものに価値をおいた日常生活を追求することを目的としたものであり、アルコール依存者の会員は少なかったが、それでもビルは仲間の助けを得て断酒に成功した。一方のボブはしばらくのあいだ断酒できないでいたが、重度のアルコホリックであるビルが回復しているという事実を目の当たりにしたこと、そして、ビルによる「アルコホリックは病気である」という説得力ある説明によって、ビルに少し遅れて断酒に成功することができた。やがて二人はこの方法を用いて、アルコールに悩んでいる人たちに伝えようと活動を始めたわけである。

A.A. では、発足以来一貫して、「アルコホリックは、アルコホリズムという進行性の病気に罹患している」という疾病モデルが採用されている。注意すべきなのは、この疾病モデルは決して精神医学者によって提唱されたものではなく、あくまでも禁酒運動という市民運動に由来し、それを当事者が明確に定式化したものであった、という点である。A.A. の中心的信念をまとめた「12ステップ」は、「私たちはアルコールに対して無力であり、思い通りに生きていけなくなったことを認めた」という第1ステップで始まる。このことは、禁酒運動時代からの主張である、「アルコホリズムが進行性の病気であり、ひとたび飲酒すればコントロールを喪失してしまう。ゆえに、唯一の解決方法はアルコールを一生涯断つことである」という概念を、明確に定式化したものといえる。

「ビョーキ」から「病気」へ—医学によるアルコホリズムの追認

1930年代後半にイエール大学医学部のアルコホリズム調査研究プロジェクトは、A.A. の活動に早くから注目していた。このプロジェクトは後に、イエール・アルコールセンターとして拡大され、1940年にはアルコール研究の専門誌“*Quarterly Journal of Studies on Alcohol*”を刊行し、米国のアルコホリズム研究を牽引していくこととなる。そのなかでも、同誌編集長 Jellinek の果たした役割はきわめて重要なものであった。

Jellinek⁶⁾ は、手始めに2,000人の A.A. メンバーを対象として質問紙調査を行い、その

II. 物質関連障害および嗜癖性障害群

結果から、以下のようなアルコールリズムの臨床類型を明らかにした。

- ① アルファ・アルコールリズム：社会規範からは明らかに逸脱しているが、コントロール喪失や断酒による離脱症状を呈することはない病態である。今日、米国精神医学会の DSM-IV-TR⁷⁾ における「アルコール乱用 (alcohol abuse)」, 世界保健機関 (World Health Organization : WHO) の診断基準 ICD-10⁸⁾ では、「アルコール有害使用 (alcohol harmful use)」に分類される病態である。
- ② ベータ・アルコールリズム：多発神経炎や肝硬変、ビタミン欠乏などの栄養障害による各種疾患といったアルコール関連の身体疾患を呈するが、コントロール喪失は呈さない。今日、内科患者でしばしば遭遇するタイプである。このような病態の背景には、貧しい食生活と大量飲酒に寛容な文化があるという。
- ③ ガンマ・アルコールリズム：この臨床類型は、a) アルコールに対する神経適応に基づく耐性の上昇、b) 離脱症状と病的な渴望によって証明される「身体依存」、c) コントロール喪失の存在によって特徴づけられ、A.A. メンバーの約 85～87% がこれに分類されることから明らかなように、中核的なアルコールリズムである。この臨床類型の特徴は、今日における米国精神医学会 DSM-IV-TR⁷⁾ における「アルコール依存 (alcohol dependence)」, WHO の診断基準 ICD-10⁸⁾ では、「アルコール依存症候群 (alcohol dependence syndrome)」の範となっている。
- ④ デルタ・アルコールリズム：この臨床類型は、基本的にガンマ・アルコールリズムと同じ特徴をもつが、唯一異なるのは断酒不能であるという点である。その背景には、日常的にワインを飲むフランスのように、常習的飲酒を許容する社会文化的状況があり、本質的にはガンマ・アルコールリズムと変わらないものの、本人が離脱症状に直面することも、また、社会的な非難を経験することなく、発見、事例化が遅れる。
- ⑤ イプシロン・アルコールリズム：この臨床類型は、かつてヨーロッパや南米で報告された渴酒症 (dipsomania) という周期的連続飲酒を呈する者である。

Jellinek は、以上のようなアルコールリズムの類型化を通じて、ガンマ・アルコールリズムにみられる「コントロール喪失」を、アルコールに対する嗜癖者の中核症状として抽出した。さらに彼は、「1杯飲んだらコントロールが効かない」というこの病気への罹患者は、行為を支配する自由な意志は制限されており、免責されるべき必要性、少なくとも情状酌量されるべき必要性にも言及している。彼は、「確かにこのコントロール喪失を呈する病気に罹患した背景には、自由な意志によって飲酒をしつづけた結果、自ら招いたものである」ことを認めたとうえで、法的、宗教的、あるいは文化的に飲酒を許容する社会において発生した病気であること、また、アルコールリズムになりたくて飲酒していたアルコールリックスなど存在せず、罹患していても潜行性という病気の特徴ゆえに長期間本人が気づけないうままであることも多いことを指摘している。

Jellinek 率いるイェール・アルコールセンターは、A.A. の初期のメンバーとともに、1950年代には National Council on Alcoholism (NCA) という団体を設立し、「アルコールリズムが進行性の病気であり、アルコールリックスは援助と治療を必要とする病人である」という認識を広めるべく、全米で広報活動を行い、公式な治療プログラムや援助者の養成と

教育の必要性を説いてまわった。そのような努力が実り、1954年、米国医学会はアルコールリズムが正真正銘の医学的疾患であることを宣言したのである。同時に、こうした、アルコール問題に対する新しい認識は、他の依存性薬物の嗜癖者に対する援助にも拡大された。このような動きは、それまでは本項の冒頭に引用した Kollé と同じ認識を抱いていた精神科医療関係者にも大きな影響を与え、専門家のなかにも「嗜癖」の治療、援助の対象として積極的にかかわろうとする動きが出てきたのである。

・・・ WHO による「依存症候群」の明確化と用語の整理

アルコールリズムという新しい疾病概念により、この問題は医学的治療の対象となったが、同時に、用語や概念の混乱も引き起こした。従来、医学領域で用いられていた用語は、英語圏だけでも慢性アルコール中毒 (chronic alcohol intoxication)、慢性アルコール症 (chronic alcoholism)、アルコール嗜癖 (alcohol addiction) などと複数存在し、アルコールという物質使用のコントロール障害と物質使用の結果生じたアルコール関連障害とが混同されたままであった。こうした混乱を整理したのが、Edwards らの WHO 専門部会の報告書⁹⁾であった。

1977年、Edwards らを中心とした WHO 専門部会は、アルコール依存とアルコール関連障害という2つの概念を区別し、それぞれの概念を明確化した⁹⁾。アルコールに関連して生じるさまざまな医学的もしくは社会的問題の基底には、慢性的な過量摂取が続いているうちに、アルコールと生体 (人間でも動物でも) とのあいだの相互作用によって生じてくる中核的障害として、「依存 (dependence)」という病態が存在する。この依存という現象は、動物実験においても、「耐性」、「離脱」、「渴望」、「薬物探索行動」として確認される生理的水準のものである。Edwards らは、この依存を、その他のアルコール摂取に付随して生じるさまざまな障害から明確に区別して概念化した。これはきわめて妥当な判断である。というのも、アルコール関連障害患者の多くは基底にアルコール依存をもっているが、なかにはアルコール依存に罹患していないアルコール関連問題患者 (たとえば、一時的な過量飲酒による急性膵炎患者など)、あるいは、アルコール関連障害がまったく顕在化しないアルコール依存患者も存在するからである。

Edwards らは、アルコール依存を、行動面・精神面・身体面という3つの次元に及ぶ、一連の特徴的症狀から構成される症候群としてとらえ、アルコール依存症候群 (alcohol dependence syndrome) と命名した⁹⁾。具体的な症状としては、まず行動面の変化として、飲酒量の増加、社会的許容範囲を超えた逸脱的な飲酒パターン、飲酒行動の単一化 (平日と休日で飲酒様態の違いがなくなってしまうこと) があり、精神面の変化としては、飲酒コントロールの障害、衝動的な飲酒欲求 (渴望)、飲酒中心の思考 (いつも酒のことばかり考えている) がある。最後に身体面の変化として、離脱症状、離脱症状を緩和するための飲酒、耐性がある。なお、この場合、このアルコール依存症候群はアルコール依存と同義語であると理解すべきである。

Edwards らの定義は、アルコールだけでなく、他の依存性物質も含めた物質依存臨床に影響を与え、ICD-10 の「依存症候群」と DSM-IV-TR の「依存」という2つの診断基

準にもそのまま引き継がれた。もちろん、ICD-10には「物質使用を中止、または減量しようとする持続的な欲求または努力の不成功」が、一方、DSM-IV-TRには「物質を摂取したいという強い欲望と強迫感」(渴望)が欠けている、という相違はあった。それでも、両者の診断基準のいずれにおいてもこの3つの次元が広くカバーされており、そのことが成熟した医学的概念となるためには重要な点であった。というのも、たとえば行動面の変化だけでは、「いけないとわかっているけどやめられない」というコントロール障害を中核とすることとなるが、「いけないとわかってる」の「いけない」に関して社会的規範のような価値判断が混入する余地があるからである。しかし、そのような逸脱的な飲酒行動の基底に、離脱や耐性といった生理学的な水準での神経適応、すなわち、「身体依存」が存在すれば、価値判断を含まない純粋な医学的疾患として根拠となる。

●●● 中毒・乱用・嗜癖の概念批判

EdwardsらWHO専門部会の仕事は、禁酒運動、A.A., Jellinekと引き継がれた「疾病モデル」を整理し、アルコール依存症に医学的疾患として揺るぎない位置づけを与えた功績がある。また、この1977年の会議を境に、それまで使われてきた「中毒」、「乱用」、「嗜癖」という用語について定義の整理を行い、「依存症」と峻別した点も評価されるべきであろう。

参考までに、以下に「中毒」、「乱用」、「嗜癖」に関する定義を紹介しておく。

中毒

中毒とは、本来、外部から主体に何らかの科学物質が侵入し、有害な作用を及ぼすという生体への一方向の障害を指しており、物質摂取による薬理効果発現として急性中毒(例：酩酊、物質誘発性精神病性障害など)、あるいは、物質摂取の影響が蓄積した結果生じる生体の損傷として慢性中毒(例：肝硬変や末梢神経炎など)の意味で用いる医学用語である。

乱用

「乱用」という用語が含意する物質使用の様態としては、第1に、国家や社会が使用を認めていない物質の使用(unsanctioned use)、第2に、実際に精神的、身体的に障害をきたしている使用(harmful use)、第3に、将来、有害な結果が予想される使用(hazardous use)、そして第4に、社会的、家庭的な機能不全に結びつく使用(dysfunctioned use)などがあげられる。今日、ICD-10では、上記のうちの“harmful use”のみを採用しているのに対し、DSM-IV-TRでは、上記4つのいずれか1つを満たせば、「乱用」と診断することとなっている。したがって、DSM-IV-TRの場合には、法令によって規制されている薬物を使用すれば、その乱用様態にかかわらず、自動的に「物質乱用」と診断されることとなる。なお、いずれの診断基準でも、「依存症候群」もしくは「依存」の診断に該当する場合は除外項目となっており、「依存症候群」と「有害使用」、あるいは、「依存」と「乱用」の重複診断はなされない。

嗜癖

歴史的には嗜癖という表現は侮蔑的、差別的なニュアンスを含んだものであり、WHOは、この用語は科学的、中立的、および客観的概念としてふさわしくないと判断し、この用語を棄却した。しかし、その後、病的ギャンブリングや摂食障害、窃盗癖といった習慣性の問題行動の治療に物質依存症の考え方を導入して一定の成功がみられるようになると、状況は一変した。詳しくは後述するが、1980年代以降、耐性上昇、離脱症状、渴望といった生理学的依存の症候を伴わない、衝動制御の障害を説明する用語として、この嗜癖という表現が改めて用いられるようになっていく。

III 依存症から再び嗜癖へ

••• 依存症概念の限界

ここまで述べてきたように、「アルコール嗜癖」は、「アルコリズム」を経て「アルコール依存症」へと名称が変化する過程で、道徳的な価値判断を含んだ社会学的概念から、中立的で客観的な医学的概念へと衣替えをした。そのことが、この領域の学術的および臨床的な進歩に貢献をしたことはまちがいない。

しかし、身体依存を核とした依存症概念にはいくつかの限界もあった。たとえば、緩和医療の現場では、終末期患者に鎮痛薬としてオピオイドを投与している際に耐性はごくあたりまえに生じ、急激な投薬中断により離脱も起こる。また、臨床用量のβ遮断薬やベンゾジアゼピン系薬剤、あるいは選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor : SSRI) でも耐性は生じる。これらの医薬品を用いた治療は身体依存を引き起こすが、だからといって、ただちに治療対象とはならない。

また、依存症概念自体が、アルコールやオピオイドといった中枢抑制薬の薬理作用に基づいていることの限界もあった。たとえば、覚せい剤やコカインといった中枢刺激薬では、耐性上昇こそみられるものの、アルコールやオピオイドのような激しい離脱症状を欠いている。したがって、現在、中枢刺激薬は「精神依存はあるが、身体依存はない」と理解されている。さらに、大麻、あるいはLSD (D-lysergic acid diethyl amide) やMDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine) といった幻覚薬では、かなり深刻な乱用状態を呈する者においてさえ、耐性や離脱が不明瞭であることが少なくない。この事実は、依存症診断における身体依存優位性に対して疑義を突きつけるものである。

••• 嗜癖行動への概念拡張

もう一つ、依存症概念を揺るがしたのは、病的ギャンブリング、買い物依存などの病的浪費、過剰な性行動、インターネットへの耽溺、習慣性自傷行為、摂食障害、窃盗癖……、といった嗜癖的行動に対する概念拡張である。歴史的にみると、こうした嗜癖的行動は、1838年にEsquirol¹⁰⁾が提唱した、「モノマニー (monomania 〈偏執狂〉)」という臨床概念に相当する。その概念には、アルコール依存のほかに、放火癖、賭博癖、窃盗

癖、衝動殺人などが含まれ、判断力や知的能力が保たれ、思考障害や人格の荒廃がないにもかかわらず、質的もしくは量的に逸脱した特定の行動に対する内的衝動をコントロールできない病態である。

今日、モノマニー概念の多くは、物質使用、食行動、性行動に関するもの以外の問題行動を集めて、ICD-10の「習慣および衝動の障害 (habit and impulse disorder)」, DSM-IV-TRの「特定不能の衝動制御の障害 (以下、衝動制御障害) (impulse control disorder, not otherwise specified)」という診断カテゴリーに引き継がれている。それらのカテゴリーには、抜毛症、病的ギャンブリング、放火癖、窃盗癖といった行動が含まれているが、いずれも、自己もしくは他者に有害な結果をもたらすことを知りながら、内的衝動をコントロールできないという点で嗜癖的な特徴をもっている。その意味では、耐性上昇や離脱症状といった身体依存こそ欠くものの、かつてJellinekがアルコールリズムの中核症状として指摘した「コントロール障害 = 精神依存」は十分に備えている。また、こうした患者の多くは、これらの行動の直前に強い緊張感と過覚醒的感觉を自覚し、行為遂行とともに緊張緩和や安堵感を体験しているが、この現象自体が嗜癖行動と物質依存症との相似的な関係を示している。

臨床的にも、物質依存症と嗜癖行動とは無視できない近縁性がある。実際、1人の患者にこれら両方の問題が認められることは珍しくなく、このような病態は、嗜癖臨床において複合嗜癖 (cross addiction) と呼ばれている。たとえば、アルコール依存の治療経過中に、「断酒はできたが今度はパチンコにはまってしまい、パチンコが止まったら、今度は風俗通いや買い物による浪費が止まらなくなった」という患者、あるいは、アルコールや薬物が止まると拒食や過食を呈し、それが止まると今度は習慣性自傷行為が出現するといった、あたかも「モグラ叩き」のような相互変換性 (interchangeability)¹¹⁾ を呈する患者は少なくない。

なお、このような、物質依存症と嗜癖行動の高い併存率の原因として、臨床遺伝学的な近縁性、共通するパーソナリティ傾向、共通する生育歴上の外傷体験 (虐待やネグレクトなど) といった病因の共通性を指摘する研究は少なくないが¹²⁾、その一方で、物質使用と自己に有害な行動とのあいだには、特定のパーソナリティ傾向を介さない直接的な関係があることを指摘する研究もある^{13, 14)}。

物質依存症と嗜癖行動とは、治療論においても共通する部分が多い。確かに嗜癖行動は、本人自身がそうした行動のコントロールに苦慮しており、実際、単なる禁止や罰では改善しない。むしろこの「コントロールの困難さ」自体を治療・援助の対象とすることが必要なのである。実際、1980年代以降、米国ではこうした反復性問題行動を物質依存とのアナロジーで「嗜癖行動」ととらえ、物質依存の治療理念を適用する動きが出てきた。なかでも、病的ギャンブリングや摂食障害 (特に神経性大食症)、強迫的ショッピング (買い物依存) の治療にA.A.の12ステッププログラムを援用し、Gamblers Anonymous (G.A.), Overeaters Anonymous (O.A.), Debtors Anonymous (D.A.) などの自助グループが結成され、実際にそこから回復者を多数輩出している。

このようにみても、嗜癖行動と物質依存症とを区別するのは、ただ一つ身体依存の

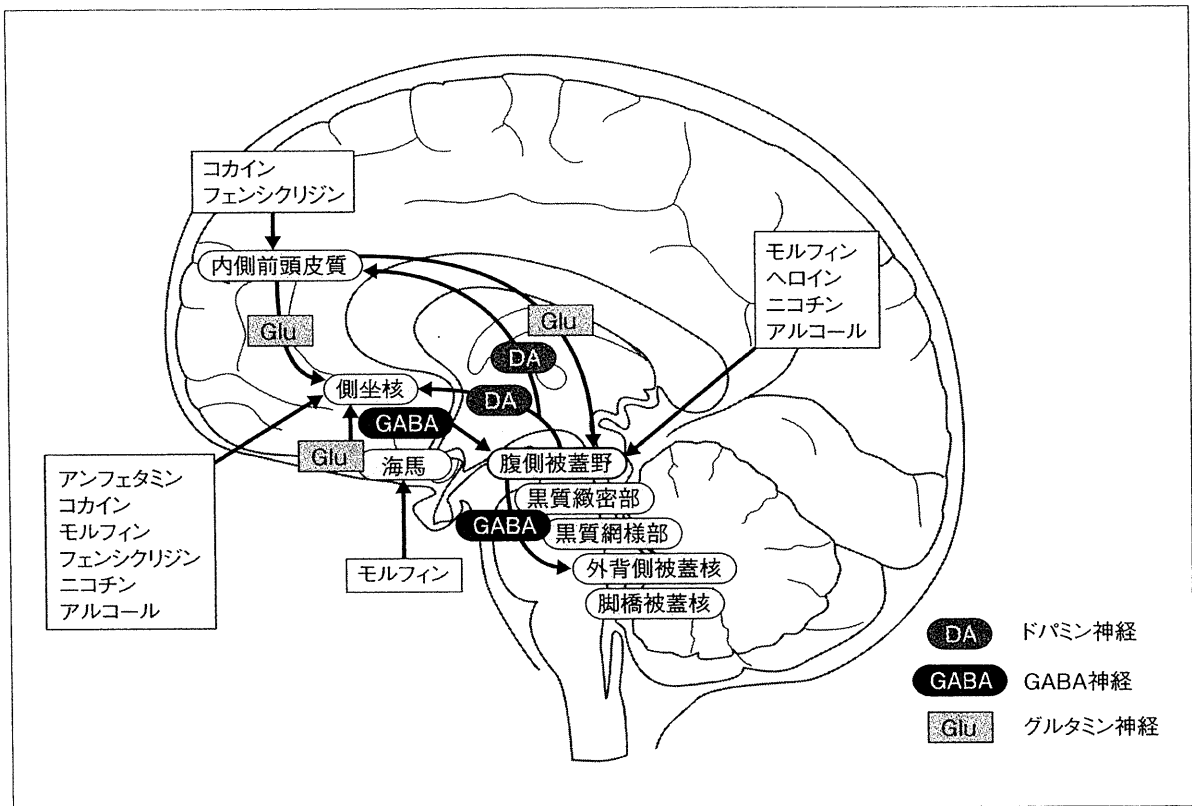


図1 脳内報酬系と依存性物質の作用部位

(州脇 寛. 臨床精神医学 1983¹⁵⁾より)

有無だけであるということができらるであろう。

●● 身体依存 vs. 精神依存

ところで、「物質依存症の本質は身体依存と精神依存のいずれにあるのか?」といった議論は、1977年のWHO専門部会の時点から存在した。Edwardsらも、「依存もしくは依存症候群と習慣との境界は不明瞭であり、明確な区別は困難である」ことを認めつつも、精神依存を重視すれば、物質依存症と病的ギャンブルやむちゃ食い（神経性大食症）といった嗜癖行動との差異を見出しがたくなるという懸念から、離脱症状や耐性上昇によって具体的に規定しやすい身体依存を重視する方針で依存概念を整理したのである。この問題は、1980年にワシントンで開催された、WHO物質関連問題専門部会においても再び蒸し返されたが¹⁵⁾、ここでもやはり身体依存の優位性が覆ることはなかった。

しかし今日、問題の焦点はもはや身体依存か精神依存かといった次元には存在しない。洲脇¹⁶⁾によれば、依存性物質はそれぞれ異なった脳内の作用部位をもつが、最終的には、共通した脳内報酬系の回路に影響を与えるという（図1）。この脳内報酬系は、中脳腹側被蓋野のA10細胞に起始し、側坐核、前頭皮質などに投射している中脳辺縁系ドパミン神経路が中心となり、さらに周辺に存在するGABA神経系、グルタミン酸神経系などにより形成されている。たとえば、マウスを用いた実験により、アルコールは腹側被蓋野や

側坐核におけるドパミン放出に関与していることが判明している。また、オピオイドは、 μ オピオイド受容体を介してGABA神経系を抑制することで、ドパミン神経系を興奮させ、その結果、側坐核でのドパミン放出が促され、ニコチンは腹側被蓋野のドパミン細胞を直接刺激して側坐核でのドパミン放出を増加させる。さらに、コカインや覚せい剤は側坐核でのドパミンの再取り込み阻害作用により、報酬効果を発揮する。

これらの知見は、依存性物質の本質は、脳内報酬系のドパミンレベルを上昇させる点にあることを示している。その意味では、その物質の薬理作用が中枢神経系に対して抑制性もしくは刺激性に作用するか否か、はたまた、身体依存があるかないかといったことは、さして重要な問題ではないのかもしれない。

さらに驚くべきことに、嗜癖行動においても脳内報酬系が関与している可能性を示唆されたのである。すなわち、むちゃ食いや、リストカットのような自傷行為に及んだ直後には β -エンドルフィンやエンケファリンといった内因性オピオイドの分泌量が増加しており、内因性オピオイド拮抗薬ナルトレキソンによって、一時的ではあるものの、そうした嗜癖行動が抑制されることが明らかにされたのである^{17,18)}。

●●「進行性・非可逆性のコントロール障害」への疑義

これだけの知見が提示されても、なおも物質依存症と嗜癖行動とを峻別すべきと主張する臨床家、研究者は少なくない。しばしば遭遇する反論の一例をあげてみよう。「依存症の治療は断酒・断薬を治療目標としている。事実、ひとたび依存症の水準に達してしまった者が、アルコール・薬物を適度にコントロールして使用することはできない。しかし、神経性大食症患者に対して、『一口でも食べたらコントロールできなくなるから、これからの人生、ずっと断食しろ』とはいえないはずである」。

しかし、物質依存症におけるコントロール障害の非可逆性と進行性は、あくまでも経験的なものであって、十分な実証的根拠があるわけではない。実際、容易に反証をあげることができる。たとえば、1953年にLemereは、死亡した500人のアルコール依存者の生活歴と自然経過の詳細な分析から、全アルコール依存者のうち、28%は死亡する直前まで飲酒を続けており、22%は重篤な疾患に罹患したために断酒し、11%は特に重篤な疾患に罹患したわけではないが断酒していたことを報告するとともに、7%の者は不完全ながらも飲酒のコントロールを取り戻し、3%は完全に適正な飲酒パターンを取り戻していたことに言及している³⁾。

そもそも、近年、物質依存症の治療目標は、必ずしもかつてのような「断酒、断薬」一点張りではなくなっている。たとえば、専門外来に初診したアルコール依存症患者に対して最初から断酒という治療方針を提示して治療関係が中断してしまうよりも、患者との対決的なかかわりを避け、暫定的に節酒から治療を始めつつ、動機づけ面接の技法を用いて治療関係を維持するほうが最終的な予後は良いことも明らかにされている¹⁹⁾。また、治療効果の評価にあたっては、多くの研究が、断酒・断薬率だけでなく、アルコール・薬物の摂取量や摂取頻度の減少をアウトカムとしている。もはや治療目標の違いを根拠にして物質依存症と嗜癖行動を区別することはできないのである。

●● DSM-5における嗜癖概念の復活

2013年5月、米国精神医学会は新しい精神障害診断分類 DSM-5 を発表した。DSM-5 の物質関連障害セクションの詳細については他の項に譲るとして、ここでは2つの重大な変更点について簡単にふれておきたい²⁰⁾。

一つは、物質使用障害下位カテゴリーに存在した「依存」および「乱用」という概念が消失し、「使用障害」に一本化されたのである。確かに従来の DSM-IV-TR における依存・乱用は、それぞれに着眼点が異なっており、概念として未成熟の部分があった。すなわち、依存が身体依存に力点を置いた医学的概念であるのに対し、乱用は、文化や社会規範、法令によって規定される社会学的概念なのである。DSM-5 では、こうした依存と乱用との質的な不連続性をなくすために、診断に際しての身体依存の優位性を減じるとともに、乱用診断における社会規範に依拠する項目を削除するという変更がなされている。むしろ診断に際して重要視されているのは、DSM-IV-TR では採用されなかった「渴望」の存在である。結果的に、かつて依存もしくは乱用と診断された逸脱的な物質使用の様態は、「使用障害」のカテゴリーにおいて一元的に整理され、重症度評価によって病態の違いを表現することとなっている。

筆者自身は、個人的にこの考え方を高く評価している。というのも、精神保健的な介入を要する問題は、何も「依存」水準の物質使用だけに限らないからである。今日の精神科臨床において、暴力行動や自傷や自殺企図といった自己破壊的行動を促進する要因として、依存水準未満のアルコール乱用や向精神薬乱用は臨床的に重要な意味をもっており、援助・介入の対象となりうる。しかしこれまでは、「依存」という概念があったばかりに、それと対比するかのようになり、「乱用」が軽視されるむきがあった。たとえば、精神科医療関係者のあいだに、「依存は医学的治療の対象だが、乱用は司法的対応、もしくは自己責任」として、医学的援助の埒外に位置づけるという援助方針がこの好例といえよう。

DSM-5 におけるもう一つの重要な変更は、「物質関連障害」というセクションの名称が「物質関連障害および嗜癖性障害群」へと変更され、ギャンブル障害がこのセクションに含まれることとなったという点である。さらに、将来の検討課題として、第 III 部にカフェイン使用障害、インターネットゲーム障害などを提示している。

このようなドラスティックな変更が行われている DSM-5 であるが、批判も少なくない。たとえば、かつての乱用概念に含まれていた司法的問題を診断基準から削除したことについて、「司法的問題による事例化はしばしば治療を求める動機となっており、本当に削除してよいのか」という批判がある。また、DSM-IV 作成タスクフォースの責任者であった Allen Frances は、DSM-5 ドラフトが発表された時点で、乱用と依存を使用障害に一本化したことに関して、「酒を覚えたての若者から最重度のアルコール依存症者までを同じカテゴリーにひとまとめにしてラベリングしてしまうことが若者の将来に与える影響が危惧される」と述べている²¹⁾。さらに、物質関連障害がカバーする範囲が拡大したことにより、これまで物質依存症のアナロジーとして定義されてきた嗜癖行動の臨床概念がかえって曖昧化してしまう懸念もある。

こうした批判はある意味で最初から予測可能なものであったはずである。それにもかかわらず、なぜ米国精神医学会はいまさら「嗜癖」という用語を復活させ、「依存症」概念を放棄したのであろうか？この点に関して、米国精神医学会の物質関連障害作業部会は次のように説明している。「鎮痛薬や β 遮断薬のように、医学的管理下での薬物治療においても身体依存を呈する薬剤は少なくないが、だからといって、通常、これらの治療薬を服用中の患者は治療の対象とはならない。耐性や離脱といった生理学的依存は、中枢神経作用薬に対する神経適応という正常な反応であって、それ単独で病的と決めつけることはできない。治療を要するかどうかの基準は、必ずしも身体依存の有無に依拠せず、どのくらいその人が物質使用にとらわれ、逸脱的・不適応的な行動をもたらしているかである」²²⁾。

この発言は、物質使用障害の中核的問題は、身体依存の有無ではなく、人が物質にとらわれ、支配される事態—Jellinekのいう「コントロール喪失」であり、今日風にいえば、「精神依存 = 渴望」—であることを改めて確認したものである。このようなDSM-5の考え方は、将来の物質関連障害の臨床を変える可能性がある。もちろん、それが望ましい方向か否かについては、現時点では見当もつかないが。

III おわりに一人はなぜ嗜癖するのか

人はなぜ物質や行動に嗜癖 (addicted) するのであろうか？かつてKolle¹⁾は、その理由として、「現代人における現存在の空虚さ (eine Leere des Daseins) が深刻化しているからだ」と述べたが、このような思弁的な言葉では、現代のわれわれには何も伝わらない。あるいは、Edwardsらを中心とする、かつてのWHO作業部会であれば、「それは依存性物質に手を出したことの当然の帰結だ」と説明するであろう。だが、それだけでは、仲間同士でむちゃな飲酒をしていた若者の多くが、依存症に罹患せずに、ある時期を境に節度のある社交的飲酒へと落ち着いていくことの説明ができない。

そうした現象を理解するうえで、KhantzianとAlbanese²³⁾が唱える「自己治療仮説 (self-medication theory)」は説得力がある。彼らは、不眠や不安、抑うつ、多動などの精神医学的症状による苦痛や、その他の現実的な苦悩の存在が依存症罹患脆弱性を準備し、その後の人生において、偶然、そうした苦痛を一時的に緩和する物質に遭遇したとき、人は依存症に罹患するという。実際、アルコールには社交不安障害の症状を一時的に緩和し、ヘロインは幼少期の虐待被害に関連する激しい怒りを鎮め、覚せい剤には抑うつ症状や、幼少時からの多動傾向を改善する可能性がある。そして事実、物質関連障害罹患者における精神障害罹患率は一般人口よりもはるかに高い。このことは、人は、快感や陶酔感を求めてではなく、苦痛を緩和するためある物質を繰り返し用いるなかで、最終的に依存症に罹患する可能性を示唆している。

それだけではない。あえて「苦痛を求めて」物質摂取をするようにみえる者もいる。たとえば、どんな薬理作用だろうとおかまいなしに、「薬」と名のつくものは何でも乱用する自己破壊的な者、あるいは、すでに何年か物質を断ち、一見、順風満帆な人生を送って

いたのに、突然、物質乱用を再発する者……。前者は、「シラフを避けるためならばいかなる苦痛もいとわない」といわんばかりに、自ら進んで地獄の業火に灼かれようとするし、後者は、再使用がもたらす、ほんの一瞬の快感の後には、果てしない長く続く苦痛がやって来ること知りながら、再使用に及んでしまう。しかし Khantzian と Albanese²³⁾ は、そのような患者のなかには、生活史記憶から排除された外傷記憶をもつ者が少なくなく、いわば「心の痛みを身体の痛みで蓋をする」²⁴⁾ というリストカットと同じように、「説明困難な苦痛」を、それよりは多少はマシな「説明可能な苦痛」で抑えている可能性がある」と指摘している。

こう考えてみると、「物質関連障害および嗜癖性障害群」の臨床とは、たとえ依存対象が違法薬物であったとしても、決して物質という「モノ」の規制や排除ではなく、また、いただけない行動という「コト」をやめさせることでもなく、本質的に痛みを抱えた「ヒト」の支援であることに改めて気づかされる。その意味では、この精神医学の「鬼っ子」は、1980年以降、米国精神医学会のリストから消失した神経症概念に代わって登場した、「現代型神経症」というべきもの、すなわち、精神医学の新たな挑戦対象なのかもしれない。

(松本俊彦)

●文献

- 1) Kolle K. Psychiatrie ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Stuttgart : Georg Thieme Verlag : 1961 / 塩崎正勝 (訳). K. コッレの精神医学. 東京 : 文光堂 ; 1963.
- 2) Hazelden Center. The Minnesota Model.
<http://www.hazelden.org/web/public/minnesotamodel.page>
- 3) White LW. Slaying the Dragon. Bloomington : Chestnut Health Systems/Lighthouse Institute ; 1998 / 鈴木美保子ほか (共訳). 米国アディクション列伝—アメリカにおけるアディクション治療と回復の歴史. 東京 : 特定非営利活動法人ジャパンマック ; 2007.
- 4) Levine HG. The alcohol problem in America : From temperance to alcoholism. Br J Addict 1984 ; 79 : 109-119.
- 5) 上野加代子. 第5章 アディクション・共依存の社会的構築. 清水新二 (編). 共依存とアディクション—心理・家族・社会. 東京 : 培風館 ; 2001. pp.182-229.
- 6) Jellinek EM. Disease Concept of Alcoholism, Reprint version. Piscataway, NJ : Alcohol Research Documentation ; 1988.
- 7) American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC : APA ; 2000 / 高橋三郎ほか (訳). DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引, 新訂版. 東京 : 医学書院 ; 2003.
- 8) World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guideline. Geneva : WHO ; 1992 / 融 道男ほか (監訳). ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン. 東京 : 医学書院 ; 1993.
- 9) Edwards G. The alcohol dependence syndrome : Usefulness of this idea. In : Edwards G, Grant M (eds). Alcoholism : New Knowledge and New Response. London : Croom Helm ; 1977. pp.136-156.
- 10) Esquirol E. Des Maladies Mentales. Paris : Bailliere ; 1838.
- 11) Lacey JH, Evans CD. The impulsivist : A multi-impulsive personality disorder. Br J Addict 1986 ; 81 : 641-649.
- 12) Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse. Review of literature. Int J Eat Disord 1994 ; 16 : 1-34.
- 13) Krahn D. The relationship of eating disorders and substance abuse. J Subst Abuse 1991 ; 3 : 239-253.

II. 物質関連障害および嗜癖性障害群

- 14) Krahn D, Kurth C, Demitrack M, et al. The relationship of dieting severity and bulimic behaviors to alcohol and other drug use in young women. *J Subst Abuse* 1992 ; 4 : 341-353.
- 15) 洲脇 寛. 薬物・アルコール関連用語に関する WHO 専門部会の勧告. *臨床精神医学* 1983 ; 12 : 641-646.
- 16) 洲脇 寛. 嗜癖精神医学の展開. 東京 : 新興医学社 ; 2005.
- 17) Coid J, Allolio B, Rees, LH. Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet* 1983 ; 2 : 545-546.
- 18) Jonas JM, Gold MS. The use of opiate antagonists in treating bulimia : A study of low-dose versus high-dose naltrexone. *Psychiatry Res* 1988 ; 24 : 195-199.
- 19) Miller WR. Motivation for treatment : A review with special emphasis on alcoholism. *Psychol Bull* 1985 ; 98 : 84-107.
- 20) American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th edition (DSM-5). Arlington VA : APP ; 2013 / 日本精神神経学会 (監), 高橋三郎ほか (訳). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京 : 医学書院 ; 2014.
- 21) Frances A. Opening pandora's box : The 19 worst suggestions for DSM5. *Psychiatr Times* 2010 ; 27 : 1-10.
- 22) American Psychiatry Association. DSM-5 draft. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- 23) Khantzian EJ, Albanese MJ. Understanding Addiction as Self Medication : Finding Hope Behind the Pain. Lanham, Maryland : Rowman & Littlefield Pub ; 2008 / 松本俊彦 (訳). 人はなぜ依存症になるのかー自己治療としてのアディクション. 東京 : 星和書店 ; 2013.
- 24) 松本俊彦. 自傷行為の理解と援助. 東京 : 日本評論社 ; 2009.

中毒性疾患 最近の動向

上條吉人 北里大学教授・救命救急医学

病態と診断

㉔ 学会での主なトピックス

2014年6月24日、「危険ドラッグ」を吸入していた37歳の男性が運転する乗用車がJR池袋駅（東京都豊島区）近くの繁華街で暴走し、男女8名が死傷する事件があった。警視庁は、男性が使用したとみられる「危険ドラッグ」に含まれていた「AB-CHMINACA」を含む未規制の2物質を特定した。厚労省は、事件の社会的影響と再発防止の観点から、専門家による審議会などの通常の手続きを省略して、事件発生からわずか3週間後の7月15日に、有害性の確認されたこの2物質を「指定薬物」に緊急指定した。同年7月5日、「危険ドラッグ」を吸入していた38歳の男性が運転する乗用車がJR赤羽駅（東京都北区）近くの交差点でミニバイクやタクシーと相次いで衝突し、3人が軽傷を負う事件があった。男性が使用したとみられる「危険ドラッグ」から「AB-CHMINACA」も検出されたが、当時は規制前だった。

これらの事件現場に近い帝京大学板橋キャンパス（東京都板橋区）で、「危険ドラッグ」が社会的注目を集めていた7月25-26日に、第36回日本中毒学会総会・学術集会は、帝京大学医学部救急医学講座の坂本哲也会長のもとで開催された。学会中には、後述する「危険ドラッグに関する多施設共同調査」の結果（上條吉人理事）、および危険ドラッグ中毒による心肺停止例や死亡例などの報告があり、マスコミ各社の取材が殺到した。本会長が「危険ドラッグ」の危険性についてマスコミなどを通じて広く公開・啓発することは本学会の大きな社会貢献と考えたことは、注目に値する（㉔キーワード2015）。

㉕ 疾患

1. 危険ドラッグによる急性中毒 日本中毒学会および日本救急医学会は、厚生労働班研究として、本邦における危険ドラッグによる急性中毒患者の実態に関する後ろ向き多施設共同調査を施行した。

対象は、2006年1月から2012年12月までに危険ドラッグを使用後に60の救急施設に搬送された518例の患者である。患者数は、2010年および2011年にはそれぞれ1および48例であったが、2012年には469例と激増した。ほとんどの患者は

男性（82.0%）で、20代または30代（80.5%）植物片（86.0%）に添加されていた合成薬物を（87.5%）していた。56例の患者（10.8%）で現場で対人・対物への暴力（32例）、交通事故例、自傷行為または自殺企図（4例）などの行為がみられた。

初診時のバイタルサインとしては、多くの患者頻脈、散瞳、高体温などの交感神経症状がみられたが、心拍数140回/分以上が36例、収縮期血圧130mmHg以上が36例、体温38.5℃以上が12例、高度の交感神経興奮症状がみられた患者もいた。また、GCS 8以下と重度の意識障害が33例でみられた。バイタルサインの異常以外で発現頻度の高かった身体症状としては、嘔吐が129例（24.9%）、心が81例（15.6%）、動悸が75例（14.5%）であった。精神症状としては、不穏・興奮が122例（23.6%）、不安・恐怖が54例（10.4%）、錯乱が11例（9.3%）、異常行動が33例（6.4%）、けいれん発作が30例（5.8%）、パニック発作が14例（2.7%）、幻覚・妄想が14例（2.7%）であった。発現頻度高かった身体合併症としては、横紋筋融解症が10例（10.0%）、腎障害が25例（4.8%）、肝障害が10例（4.8%）、外傷が9例（1.7%）であった。

入院治療を要した182例（35.1%）のうち20例（5.6%）は人工呼吸管理を要した。また、21例（4.1%）は7日以上入院を要したが、全例とも軽症で20例には合併症（横紋筋融解症12例、腎障害10例、肝機能障害7例、身体外傷3例）のみがみられた。ほとんどの患者（95.6%）は完全回復したが、10例（1.9%）は精神科病床へ転棟または転院し、3例（0.6%）は攻撃的または暴力的な行為のために警察に引き渡された。分析された12例が用いた20製品のサンプルから、合成カンナビノイド、合成カチノン、ケタミン類似物質が検出された。

治療

㉔ 薬物療法

メタノール・エチレングリコール中毒の治療薬であるホメピゾールは2014年秋に製造承認され、毒性メトヘモグロビン血症の治療薬であるメチレンブルーは製造承認申請中である。

㉔ キーワード2015

危険ドラッグ：合成カンナビノイドや合成カチノンなどの合成薬物を植物片などに添加した製品で、実際には生体に摂取することを暗黙の了解とされているが、医薬品を対象としている「薬事法」を逃れるために、表向きはお香（植物片）、バスソルト（粉末）、アロマリキッド（液体）などと称して販売されている。警視庁は、これまで定着していた「脱法ドラッグ」という呼び名は、危険な薬物ではないような誤解を与えているとして、ホームページなどで新たな呼称を募集し、2014年7月22日に「危険ドラッグ」を採用したことを発表した。

1. ホメピゾール メタノールはアルコール脱水素酵素およびアルデヒド脱水素酵素によって親物質より6倍も毒性の強い蟻酸に変換され、視神経毒性、中枢神経毒性、心毒性などを発揮する。エチレングリコールはアルコール脱水素酵素およびアルデヒド脱水素酵素によって親物質よりはるかに毒性の強いグリコアルデヒド、グリコール酸、グリオキシル酸、およびシュウ酸に変換され、中枢神経毒性、心毒性、腎毒性などを発揮する。ホメピゾールはアルコール脱水素酵素を阻害してメタノールやエチレングリコールが毒性代謝物に変換されるのを防ぐ。

2. メチレンブルー 生体内では、自己酸化によってヘモグロビン（Fe²⁺）からメトヘモグロビン（Fe³⁺）が産生されているが、NADH-メトヘモグロビン還元酵素やNADPH-メトヘモグロビン還元酵素などによってメトヘモグロビンはヘモグロビンに還元されて、メトヘモグロビン濃度は1%未満に維持されている。アニリンなどの酸化作用をもつ物質は、ヘモグロビンからメトヘモグロビンを産生するが、これらを大量摂取すると、上記の酵素による還元能を超えるためにメトヘモグロビン濃度が上昇する（メトヘモグロビン血症）。メトヘモグロビンは酸素と結合しないため酸素運搬能をもたないだけでなく、メトヘモグロビンの存在下ではヘモグロビンは酸素とより強固に結合して酸素解離曲線は左方移動するため、組織での酸素供給が減少して低酸素ストレスが生じる。メチレンブルー（還元型）はメトヘモグロビンからヘモグロビンへの還元を促進してメチレンブルー（酸化型）となるが、NADPH-メトヘモグロビン還元酵素によって、メチレンブルー（酸化型）は再びメチレンブルー（還元型）となる。

洗濯用のパック型液体洗剤：水溶性パックで1回分の洗濯用液体洗剤を包んだ製品である「洗濯用パック型洗剤」は、海外では約10年前より販売され、小児を中心とした誤飲事故などの報告が散見されている。日本でも、生活用品大手「P&G ジャパン」が2014年4月に「ジェルボール」という形状で、水に溶ける透明フィルムで1回分の洗濯用液体洗剤を包んだ製品である「洗濯用パック型洗剤」を発売した（図）。日本中毒情報センターによると、「洗濯用パック型洗剤」が発売されて以降3か月の間に24件の子どもが誤飲するなどの事故の情報が寄せられた。

図 洗濯用のパック型液体洗剤：日本の製品（左）と海外の製品（右）



日本でも子どもが誤飲するなどの事故が多発した。

㉕ 保険適用・診療報酬

1. 急性薬物中毒加算 2014年度の診療報酬の改定では、これまで高度救命救急センターにのみ認められていた急性薬物中毒加算が一般の救命救急センターでも算定可能となった。加算1（機器分析：5,000点）については、日本中毒学会が作成した「急性中毒標準診療ガイド」に記載されている「分析が有用な中毒起因物質15品目」から、ベンゾジアゼピン類およびテオフィリンを除いた、バルビツール酸類、プロムワレリル尿素、環系抗うつ薬、アセトアミノフェン、サリチル酸、有機リン系農薬、カーバメート系農薬、グルホシネート、パラコート、メタンフェタミン、メタノール、青酸化合物、ヒ素化合物の13品目が算定対象として該当する。また、加算2（その他：350点）については、Triage DOAは該当せず、自動生化学分析装置による特定薬剤治療管理料（TDM）などが該当し、13品目のなかではバルビツール酸類、アセトアミノ

2-1-5 処方薬乱用への対応

自殺の背景としての処方薬乱用

処方薬乱用と自殺との関連が指摘されている。生前に精神科の受診歴を有する自殺既遂者の多くが、自殺行動に及ぶ直前にベンゾジアゼピン系薬剤を含む処方薬を過量服薬しており、過量服薬によって惹起された¹⁾酪酐状態あるいは脱抑制効果が、衝動性の高い致死的な行動を促進した可能性があるという。また、処方薬乱用によって生じた薬物依存も増加傾向にあり、「薬剤を貯めている可能性を顧慮せずに漫然と処方²⁾を続けることが、薬物依存の発症に影響したと考えられる最大の問題点」という指摘もあるくらいである。このように処方薬乱用は、向精神薬等の多剤大量処方が生み出した「医原病」という見方もできる。平成26年度診療報酬改定では、抗不安薬、睡眠薬等の多剤大量処方を適正化するための見直しが行われた。

ゲートキーパーとしての薬剤師

患者の服薬状況から自殺リスクを察知できるゲートキーパーとして薬剤師の関与が期待されている。薬剤師に対する期待は、「薬剤師は過量服薬のリスクの高い患者のゲートキーパー（厚生労働省、2010年）」「調剤や医薬品販売を通じて住民の健康情報に接する機会の多い薬剤師をゲートキーパーとして養成する（自殺総合対策大綱、2012年）」のように、政策上にも表れている。

薬剤師がゲートキーパーとして期待される背景にはいくつかの理由が考えられる。第一に、処方薬乱用の可能性がある患者との面会機会が多いことがあげられる。院外処方化に伴い、患者が服用する向精神薬等の多くは、地域の薬剤師が調剤・交付している。第二に、服薬状況から自殺のリスクに気づきやすい立場にあることがあげられる。例えば、患者との対話（服薬指導）を通じて、決められた量以上に服用していることに気がつくことや、自宅で保管されている大量の残薬に気がつくこともある。薬局に勤務する薬剤師の26%が、過去1年以内に過量服薬者に対応した³⁾経験を有することが報告されている。第三に、薬剤師に対する相談の敷居の低さが考えられる。処方薬乱用という不都合な事実を主治医に話しにくいと感じる患者がいる一方で、薬剤師の前では本音が話せる患者もいるようである。診察室で語られない情報を主治医にフィードバックすることもゲートキーパーとしての薬剤師に期待される役割である。第四に、全国に広がる膨大な薬局数³⁾があげられる。全国の薬局数は55,797店舗（衛生行政報告例、2012年）にものほり、全国のコンビニエンスストア49,323店舗（日本フランチャイズチェーン協会、2013年）を上回る。

薬剤師はこれまで、地域におけるメンタルヘルス支援とは縁のない職種であったかもしれない。しかし、精神保健福祉センターや保健所が薬剤師会等の関係団体と連携しながら、薬剤師対象のゲートキーパー研修会を開催する事例もみられるようになった。

◎参考文献

- 1) Hirokawa S. et al : Psychiatry Clin Neurosci. 66, pp.292-302, 2012.
- 2) 松本俊彦ほか：日本アルコール・薬物医学会雑誌. 47 (6), pp.317-330, 2012.
- 3) 嶋根卓也：YAKUGAKUZASSHI. 133 (6), pp.617-630, 2013.

(嶋根卓也)

精神保健福祉白書2015年版
改革ビジョンから10年—これまでの歩みとこれから

2014年11月20日 発行

編集 精神保健福祉白書編集委員会
発行者 莊村明彦
発行所 中央法規出版株式会社
〒110-0016 東京都台東区台東3-29-1 中央法規ビル
営業 TEL 03-3834-5817 FAX 03-3837-8037
書店窓口 TEL 03-3834-5815 FAX 03-3837-8035
編集 TEL 03-3834-5812 FAX 03-3837-8032
URL <http://www.chuohokico.jp/>

印刷・製本 株式会社大洋社
装幀・カバー画 織田信生
ISBN978-4-8058-5074-9

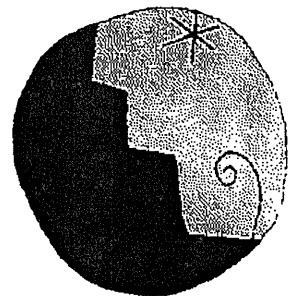
既丁本・乱丁本はお取り替えいたします。
定価はカバーに表示してあります。
本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は、著作権法上での例外を除き禁じられています。また、本書を代行業者等の第三者に依頼してコピー、スキャン、デジタル化することは、たとえ個人や家庭内での利用であっても著作権法違反です。

▼ユーザーの願い・コメディカルの思い

薬剤師からみた くすり漬け問題

鳴根卓也

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所



コンビニよりも多い薬局

医薬分業により、処方せんは院外に発行され、地域の保険薬局（いわゆる調剤薬局）で処方薬が交付される機会が増えています。社会医療診療行為別調査（二〇〇七年）によれば、精神科を標榜する診療所の院外処方率は七二・八％です。これは診療所全体（五六・八％）を大きく上回っています。つまり、精神科で通院治療を受けている患者さんの多くが、薬局で向精神薬を入手していることになりました。

厚生労働省の統計（衛生行政報告例）によれば、二〇一〇年における薬局数は全国で約五三〇〇〇店舗です。驚くことに、これは私たちが

普段利用するコンビニエンスストアよりも多い店舗数です。すべての薬局には、医師や看護師のように国家資格を有する薬剤師が勤務しており、患者に向精神薬等の処方薬を交付しています。

これだけ多数の薬局に薬剤師が勤務しているにもかかわらず、薬剤師は患者からも医療者からも「顔の見えない存在」と言われます。もちろん、病院勤務の薬剤師であれば、病棟での服薬指導などを通じて他職種との接点があるかもしれない。しかし、病院で働く医療者からすれば、院外の薬剤師との接点はそれほど多くはないでしょう。

「くすり漬け問題」を考えるならば、「くすり漬けの素」を供給する立場にある、薬局で起き

ている問題や、その問題に対する薬剤師のかわりも把握しておく必要があります。そこで本稿では、地域の薬剤師からみた「くすり漬け問題」を論じていきたいと思います。薬剤師が「くすり漬け」を感じる場面をいくつか紹介し、「くすり漬け」に対する薬剤師のかわりを論じることで、医師やコメディカルに薬剤師の顔を知ってもらうというのが本稿の狙いです。

処方薬の重複に気づいたとき

調剤レセプトを調べてみる

薬剤師が「くすり漬け」を感じる場面の一つは、重複処方に気づいたときです。重複処方とは、まったく同じ薬が異なる病院から同時に処