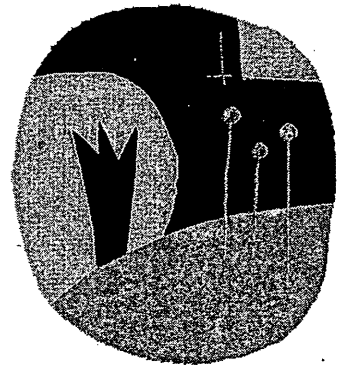


▼くすり漬け化する精神医学

# 処方薬乱用にみる精神科医療

松本俊彦

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所



はじめに

私は、四年前に現在の所属施設に薬物依存症の専門外来を立ち上げました。専門外来という看板を掲げて薬物依存症治療をするのは、横浜の依存症専門病院に勤務していたとき以来ですから、およそ一〇年ぶりのことでした。

一〇年という時間を挟んで再び正面から薬物依存症臨床に向き合ってみて、患者層の変化に驚きました。その変化とは、処方薬（精神科治療で用いられる抗不安薬や睡眠薬などの薬剤）依存症患者の増加でした。しかし何よりも驚いたのは、そうした処方薬依存症患者の多くが、自分たちの乱用薬物を精神科医から「処方」として合法的に入手している、という事実でした。そうした精神科医のなかには、自分の知悉

する精神科医の名前もありました。乱暴ない方を許してもらえば、要するに、彼らにとつての「ヤクの売人」は私の同業者だったというわけです。

申し遅れました。私は薬物依存症および自傷・自殺の臨床と研究を専門とする精神科医です。今日、処方薬乱用の問題は、一方では、薬物依存症として薬物依存専門外来で、またもう一方では、過量服薬による自傷・自殺として救命救急センターで、それぞれ問題となつていきます。いずれも、「不適切な薬物の使用」という意味で乱用という言葉で一括することができるでしょう。

本稿では、私が専門とする二つの分野からみえてきた処方薬乱用（Ⅱ処方薬依存症＋過量服

薬による自傷・自殺）について論じたいので、処方薬乱用防止に関する私見を述べさせていただきます。

## 処方薬はわが国第一の乱用薬物

処方薬依存症患者は、精神科で処方される抗不安薬や睡眠薬を連日大量に服用し、酩酊状態による物忘れや転倒、ときには自動車事故を起こし、その結果、家族や恋人を失い、仕事を失い、自分の健康や財産を失い、ときに将来の夢まで失つてようやく自分の問題に気づき、専門外来にやってくる。

ただ、患者の多くは、前医には内緒のまま、紹介状も持たずに受診しようとしています。依存症

からの回復を決意しながらも、その一方で、前医に転医を切り出すことで薬物入手先を失うことを恐れる気持ちがあるからなのでしょう。もちろん、そんなことでは治療などできないので、私は、「紹介状がなければ診察はできない」と伝え、患者に決断を迫ったりするわけです。

専門外来を始めた当初、患者が渋々持つてきた紹介状を見るたびに、私は思わず「え!？」と声を上げていました。ひどい処方内容ばかりだったからです。一例をあげれば、毎食後にソラナックス、デパス、レキソタンという三種の抗不安薬が、そして、就寝前にはハルシオン、ロヒプノール、マイスリーという力価の強い睡眠薬が三種も処方されており、これらに加え、ベゲタミンという合剤まで処方されているといった具合でした。ちなみに、このベゲタミンには、バルビタール系と呼ばれる、依存性が強く、しかも、過量摂取した場合には、呼吸抑制により致死的な事態を引き起こしうる成分が含まれています。今日、精神科医療では不要な治療薬といってよいものですが、残念なことに、いまだにこの薬剤を処方する医師が存在するのが現実です。

ともあれ、こうした体験を重ねるなかで、私は、自分が専門外来で体験していることが、単に私の所属施設だけに限られた現象なのか、あるいは、わが国全体でみられる現象なのかを知

りたいと考えるようになりました。そこで、私が行っている、全国約一六〇〇あまりの有床精神科医療機関を対象とした、薬物関連障害患者の実態調査<sup>1)</sup>に、処方薬乱用に關する項目を組み込んでみました。すると、薬物関連障害患者のなかで、処方薬を主たる乱用薬物とする患者さんの割合は年々増加傾向を示しており、二〇一〇年の調査では、有機溶剤を抜いて、ついに覚せい剤に次ぐわが国第二位の乱用薬物となっていることがわかったのです(図1)。この調査結果は、処方薬乱用は、いまや薬物依存症臨床現場で無視できない問題となっていることを示

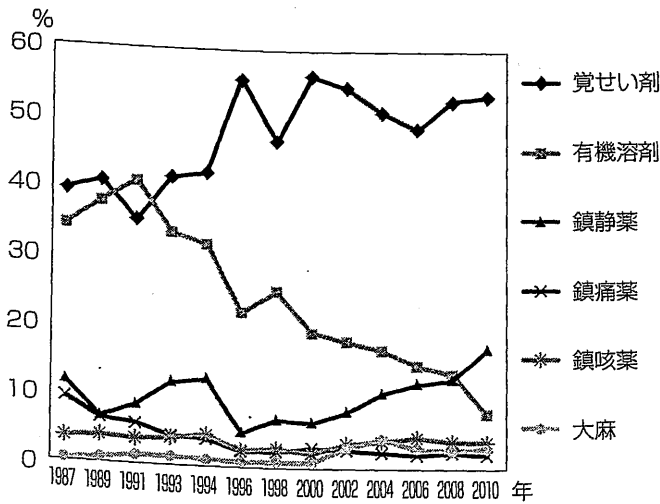


図1 全国精神科医療機関における薬物関連障害患者の主乱用薬物別にみた症例比率 (%) の経年変化 (文献1)

すものといえるでしょう。

### 白衣を着た売人

処方薬は、これまでわが国には存在しなかった新たな薬物乱用者層を作り出しました。私は、処方薬の依存症患者を、戦後以降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う研究をしたことがありますが<sup>1)</sup>。その結果、いくつかの相違点が明らかにされました。すなわち、処方薬依存症患者は、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・犯罪歴をもつ人が少ないという特徴がみられました。それから、気分障害や不安障害を併存する人が多く、過量服薬による自殺企図経験者が非常に多いという特徴も認められました。さまざまな点で、かつてみられなかったタイプの薬物乱用者といえるでしょう。

しかし、処方薬依存症患者と覚せい剤依存症患者とのさまざまな相違点のなかで、私自身、思わず唖然とさせられたのは、次の二つの特徴でした。

一つは、薬物使用動機の違いでした。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薬物を使用していたのに対し、処方薬依存症

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薬物を使用していたという点です。このことは、人は快楽をもたらさない薬物でも、苦痛を一時的にでも緩和してくれる薬物であれば、十分に依存症に陥りうることを示しています。

もう一つは、薬物入手経路の違いでした。覚せい剤依存症患者の多くは「売人」や「薬物仲間」から乱用薬物を手に入れたのに対し、処方薬依存症患者の約七五％は「精神科医」から入手していました。一五年前、私が初めて薬物依存症臨床を学び始めた頃、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』ツスよねえ」といわれることが何度かありました。そのたびに、まだ若い駆け出しの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、この調査の結果を突きつけられ、ダルクのスタッフの言葉もあながち間違いとはいえないことを思い知らされたわけです。

### 処方薬乱用を作り出す 精神科治療の特徴

続いて私は、精神科治療と処方薬乱用の関係調べてみました。具体的には、首都圏四カ所の依存症専門病院に通院する処方薬乱用患者を

対象として、乱用・依存発生の背景にある精神科治療の問題について検討したわけです。すると、その結果は精神科医として暗い気持ちにならざるを得ないものでした。というのも、患者の約八四％が、気分障害や不安障害などに対する精神科治療を受ける過程で処方薬依存症に罹患していることがわかったからです。要するに、これは「病気の治療のために病院に行ったら、病気は治らずに病気が増えた」という事態を意味しています。

この調査では、処方薬乱用患者を作り出した精神科医療機関における医師の処方行動も調べてみました。すると、精神科治療経過中に処方薬乱用を呈した人の七一％が、「依存性の高い薬剤の不適切な処方」（たとえば高力価・短時間作用型のベンゾジアゼピン系薬剤を複数処方する、あるいは、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処方する）を受けており、六九％の人が「薬剤を貯めている可能性を顧慮しない漫然とした処方を繰り返す」（たとえば、前回四週間分処方したのに、一週間後受診時に再び四週間分処方する）を受けていることがわかりました。それから、驚くべきことに、患者の四四％は、なんと「診察なしの処方」を繰り返し受けていたのです。

これらの処方行動は、いずれも、医師側の無配慮によって患者の薬物乱用傾向を引き出し、

発展させたといわれても、反論できないものです。とくに最後の「診察なしの処方」に至っては、厳密には無診療投薬として医師法で禁じられている処方行動です。

この調査は、処方薬乱用には精神科医の側にも十分に責任がある可能性を示すものだけではないでしょう。これまで処方薬乱用に関する精神科医の側の見解といえば、「困ったことに、一部のパーソナリティ障害患者が処方薬を乱用する」などと、責任を患者側になすりつけるというのが、お決まりのパターンでした。しかし、これは明らかに責任転嫁であったわけです。

### 精神科とともに増える過量服薬

別の角度から、処方薬乱用問題を検討してみましよう。

図2を見てください。これは、消防庁が公表しているデータで、自損行為（自傷や自殺企図と同義）による救急車出動件数、および救急車が搬送した人の数の年次推移を示したものです。この図からわかるのは、自損行為が、わが国で自殺者が急増した一九九八年を境に年々右肩上がりで見られることです。自殺者はほぼ三万人前後で横ばいであるのに対し、自損行為が年々上昇しているという現象をどう理解したらよいでしょうか。

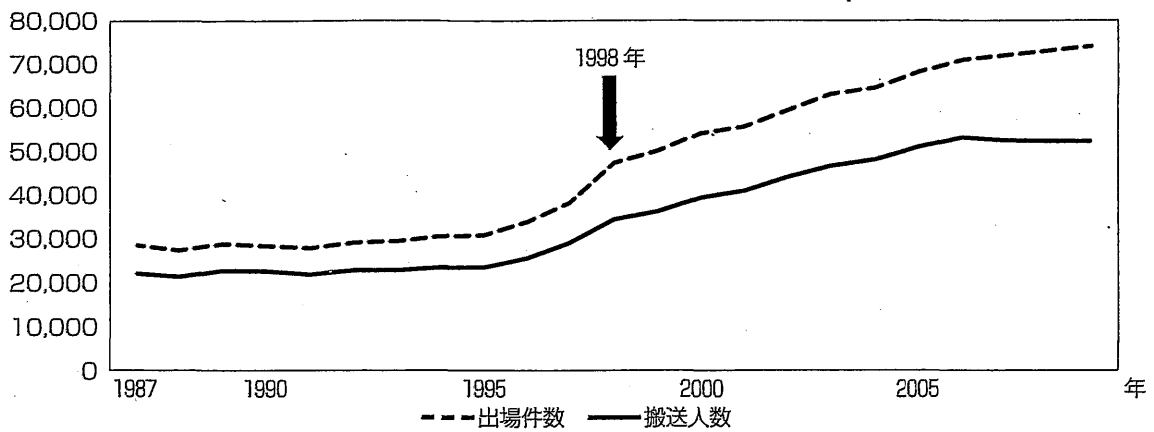


図2 自損行為による救急車の出場件数・搬送人数の年次推移 (平成23年内閣府自殺総合対策白書)

実は、この自損行為の大半が、処方薬の過量摂取であるといわれています。というのも、救命救急センターに搬送される自傷・自殺患者のなかで、手段・方法として最も多いのが過量服薬だからです。そのことを踏まえると、次のような推測が可能です。すなわち、「平成一〇年以降、自殺対策の必要性が叫ばれるなかで、一種の『精神科に行こう』キャンペーンが展開されるようになり、多くの国民が精神科を受診するようになったが、その結果、処方薬を入手する国民の絶対数が増加し、皮肉にも過量服薬も増加した」という可能性です。

もちろん、これは単なる推測にすぎません。ただ、「地域に精神科診療所が増えるにしたがい、総合病院救急外来に搬送される過量服薬患者が増加した」ことを指摘した報告は存在します<sup>3)</sup>。その意味では、しばしば耳にする、「ただ精神科に行かせれば、それで本当に自殺は減るのか」という、わが国の自殺対策への批判には、ある程度もつともな点はあるといえます。というのも、精神科医療へのアクセスは過量服薬による自殺未遂のリスクを高める可能性があるわけですから。

いずれにしても、救急医療の現場では精神科医に対する怒りが年々高まっています。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、私は本意にも「精神科医代表」として、救急医からの非難と攻撃のターゲットにされます。文字どおり「蜂の巣」状態にさせられるのです。ある救急医などははつきりとこう私にいつてのけました。

「精神科の患者は嫌いだが、精神科医はもっと嫌いだ」

その言葉を聞いたとき、私はこう感じました。このままでは精神科医は医学界において孤立する、と。

### 「過量服薬は安全」という神話

そもそも、過量服薬とは何なのでしょう。率直に言って、過量服薬自体は比較的致死性の低い自傷の方法です。今日、精神科治療薬の多くはかつてに比べれば、ずいぶんと安全になっています。したがって、常識的な精神科医の処方内容であれば、相当大量に処方薬を過量服薬したとしても、それ単独でただちに致死的な

結果となることはまれです。

おそらくはそのような事実を踏まえてのことでしょう、ある知人の精神科医はこう私に語りました。

「過量服薬＝自殺企図という図式は安直すぎる。そもそも、自殺以外の意図から行われる過量服薬だってある。それに、過量服薬という比較的致死性の低い手段があることで、一気に縊首や飛び降りのように致死的な手段をとることを避けることができる。過量服薬ならば一命をとりとめられるし、その後、集中的に再企図防止のケアをすれば、最終的に既遂を防げる。つまり、精神科につながることで過量服薬による未遂者は増えるかもしれないが、既遂については減らせるはずだ」

この発言をどう思いますか。

たしかにすべての過量服薬が自殺の意図から行われるわけではありません。図3に示したように、過量服薬による救命救急センターに搬送された患者のなかで、自殺の意図から過量服薬におよんだ人は、全体の半数です。<sup>4)</sup> 残りの半数は、「嫌なことを忘れたい」「このつらい時間を早くやり過ぎたい」などのように、不快感情を軽減する意図から過量服薬におよんでいます。要するに、自殺以外の意図による過量服薬です。

それでは、自殺の意図によらない過量服薬

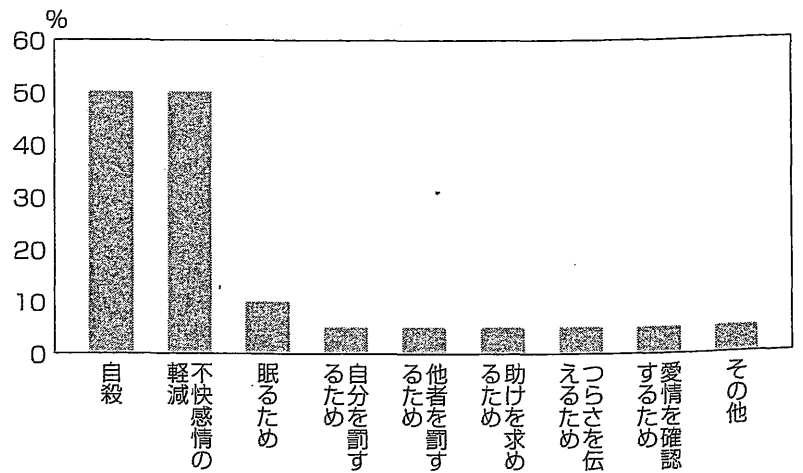


図3 救急救命センターに搬送された過量服薬患者における過量服薬の意図（複数選択可）（文献4）

は、自殺の意図による過量服薬よりも、行為の結果としてもたらされる医学的障害は軽症なものでしょうか。そのことを検討した研究の結果を示したのが図4です。

この研究では、救命救急センターに搬送された過量服薬患者を自殺意図の有無によって二群に分け、両群のあいだでAPACHE IIスコア（救命救急センターで広く用いられている医学的重症度評価の指標で、血液検査データ二項目、および呼吸・循環状態にもとづいて算出さ

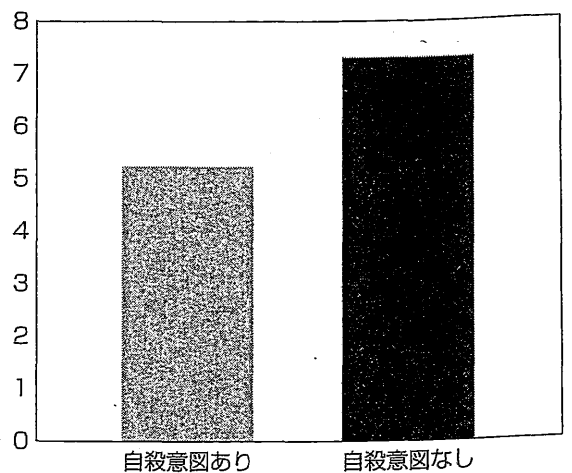


図4 救急救命センターに搬送された過量服薬患者における自殺意図の有無によるAPACHE IIスコア得点の比較（文献4）

れる。得点が高いほど重症）の得点を比較しました。すると、統計学には有意差は証明されなかったものの、APACHE IIスコアの平均得点はむしろ自殺意図のない群のほうが高かったのです。<sup>4)</sup>

この結果は、過量服薬は、たとえ自殺以外の意図から行われたとしても、危険な行為であることを示しています。その理由は、過量服薬が引き起こす酩酊にあるのでしよう。アルコールであれば、過量服薬であれば、酩酊は抑制を解除し、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惹起します。最初はためらいがちに、それこそ、おそろおそろ錠剤を口に運んでいた人も、酩酊すると変な弾みがつき、それこそ手元にある錠剤を手づかみで口のなか

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、少しでも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人がいたとしましょう。しかし、酩酊してくると、考え方が投げやりとなり、「生きてんのめんどくせーな」「このまま死んでもいいかな」「いつそのまま死ぬか」と考えるようになります。つまり、酩酊は感情的苦痛を自殺念慮へと変質してしまうのです。これでは、結果的に致死的な行動におよぶ人もいたとしても、何ら不思議なことではないでしょう。

ここに、過量服薬の危険を考えるうえで無視できない調査結果があります。私たちの研究チームでは、数年より心理学的剖検（ご遺族を情報源として自殺者の生きざま、死にざまに関する詳細な情報を収集する手法）による自殺既遂者の実態調査を行っています。その調査からは、自殺既遂者の約半数が、最期の行動におよぶ直前まで精神科治療を受けていたことがわかりました<sup>(5)</sup>。そして、この精神科治療経過中に既に遂に至った自殺者の特徴の一つとして、最終的な致死的行動（縊首や飛び降りなど）の直前に処方薬を過量摂取している、ということが明らかにされたのです<sup>(5)</sup>。

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縊首などの致死的行動が引き起こされた可能性を示唆しています。直前にまでこの自殺者の主治医を務めていた精神科医は、おそらくこの人の命を守ろうとして治療薬の処方をしていたはずですが、しかし残念ながら、皮肉にも処方薬は、「崖つ縁に立つ人の背中を押す」効果を發揮してしまった可能性があるわけです。さまざまな意味で、いま精神医学は岐路に立たされています。

### 精神科医も患者も（モノ）ではなく 〈ツナガリ〉を大切に

精神科医や精神科医療に関する苦言ばかり述べてきましたが、かくいう私も精神科医です。最後に少し自分たちの弁護をさせていただきたいと思えます。

米国では、抗不安薬や睡眠薬の乱用はあまり問題となっていない。「ベンゾジアゼピンの処方日数が制限されているから」という指摘をする識者もいますが、時折、米国から紹介されてくる患者の処方内容を見ると、ガイドラインなどに書いてある建前とはずいぶん違うぞという感想をもちます。意外にベンゾジアゼピンを処方しているのです。

私は、別の理由を考えています。米国では医療費が非常に高く、精神科医の診察はそうそう頻繁に受けることができません。実際、三ヶ月に一回しか診察を受けることができないという患者はざらにいます。当然、処方薬も曇ごと渡されるといって、乱用者ならばそれこそ「舌なめずりしたくなる」ようなやり方となつていくわけです。それなのに、睡眠薬や抗不安薬の乱用が少ないのはなぜでしょうか。

これは私の勝手な推測ですが、米国では、もはや精神科医は多くを期待されていない、そして精神科医のほうも、患者とのコンタクトが少ないせいで細かな病状の変化に気づかず、自分が何とかして患者の病状をよくしようという気が概に欠けている気がするのです。それであれば、処方の調整をすることも少ないでしょうし、当然、多剤大量療法になりにくいでしょう。私には米国の状況が幸せとはとうてい思えません。

意外と思うでしょうが、多剤大量療法を行っている精神科医のなかには、治療熱心で粘り強い臨床家も少なくないのです。しかし、彼らはいざしばしば孤立していて、スーパーバイザーや、忌憚ない意見交換のできる同僚やコメディカルスタッフがいないう状況で診療しています。もちろん、彼らは、熱意をもって患者と会い、性急な訴えや要求にも親切に対応しようと奮闘して

います。とはいえ、待合室には多数の患者がひ

しめいていて、患者の訴えや要求に対して短い診察時間のうちに答えを出さないといけません。まるでコーナーに追い詰められたボクサーのように、彼らは孤立無援の診察室に取り残されています。

この苦境をしのぐために、彼らは「ひとまず」薬を処方するわけです。おそらくそうした処方薬は、患者の苦痛だけでなく、精神科医自身が直面している苦痛をも一時的に緩和することでしょう。

しかし、そこに落とし穴があります。そのような一時しのぎの果てに待ち受けているのは、「薬物療法」に依存した診療スタイルです。そのありさまは、援助者との信頼関係不在の治療のなかで処方される薬によってつらい気持ちを紛らわせ、一時しのぎを繰り返す処方薬依存症患者と不思議と似ています。

いま求められているのは、精神科医も患者も、処方薬という（モノ）ではなく、治療関係という（ツナガリ）を中心に据えた精神科医療ではないでしょうか。さしあたって、精神科医の側にできることは、孤立無援で診療しなくすむ仕組みや制度——たとえば、スーパーバイズ・システムとコメディカルとの多職種チームによる外来診療など——を作ることではないか。最近私は、そんなふうを考えるようになり

ました。

おわりに

本稿では、処方薬依存症と過量服薬という切り口から見えてきた、精神科医療の課題を論じさせていただきました。そのなかで、処方薬乱用の背景には、精神科医と患者の双方に、「薬」という（モノ）による苦痛の一時しのぎ」という、いかにも依存症特有の病理があることも指摘させていただきました。

本稿のおわりにあたって一言強調しておきたいことがあります。それは、「薬という（モノ）」による苦痛の一時しのぎ」が最も低コストの解決策であるというのが国の現状であり、国家財政的にも「おいしい」という事実です。それに比べると、（ツナガリ）を中心に据えた精神科医療は、マンパワー確保のために莫大な予算投入なしには実現できません。

その意味では、わが国の廉価な精神科医療のツケが処方薬乱用を招いたと考えることもできるでしょう。そしていまもなお、国は廉価なメンタルヘルス対策を続けようとしています。私たちはそろそろ、自殺対策の文脈であれほど派手に「精神科に行こう」キャンペーンを展開しながらも、最近十数年のあいだに確実に通院精神療法の診療報酬点数が引き下げられ続けているという矛盾を糾弾し、そして、処方薬依存症

を問題視しながらも、いまだにその治療体制を構築する動きすらみえないという怠慢に怒りの声をあげなくてはならないと考えています。

#### 〔文献〕

- (1) 松本俊彦、尾崎茂、小林桜児、和田清「わが国における最近の鎮静剤（主としてベンゾジアゼピン系薬剤）関連障害の実態と臨床的特徴―覚せい剤関連障害との比較」『精神神経学雑誌』一一三巻、一一八四―一九八頁、二〇一一年
- (2) 松本俊彦、成瀬暢也、梅野充、青山久美、小林桜児「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』四七巻、三二七―三三〇頁、二〇一二年
- (3) 武井明、目良和彦、宮崎健祐、佐藤謙、原岡陽一「総合病院救急外来を受診した過量服薬患者の臨床的検討」『総合病院精神医学』一九巻、二一一―二一九頁、二〇〇七年
- (4) 松本俊彦、井出文子、銘苅美世、嶋根卓也「向精神薬乱用と依存（一）救急医療機関調査」『様々な依存症における医療・福祉の回復プログラムの策定に関する研究 平成二四年度総括・分担研究報告』九〇―一〇六頁、厚生労働省、二〇一三年
- (5) 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 Clin Neurosci* 66:292-302, 2012.

（まつもととしひこ／精神医学）