

「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ブロムワレリル尿素系の薬剤に比べて、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

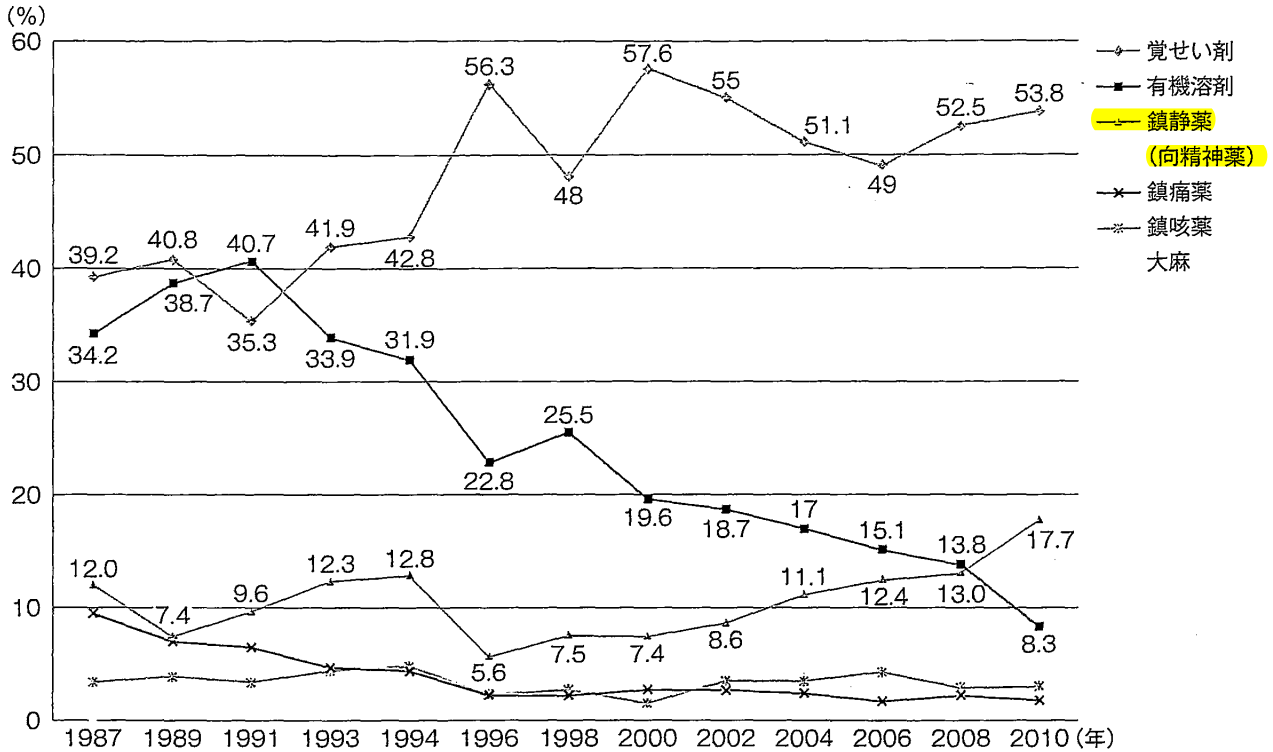
ことが次第にさまざまな弊害を生み出してきました。その1つが、1996年以降、確実に増加してきた向精神薬依存症、つまり処方薬によって身体的・精神的依存が形成されてしまう問題です。いまや向精神薬は、覚せい剤に次ぐ、わが国を代表する乱用薬物となっています(図1)。そしてもう1つが、過量服薬による自傷・自殺の問題です。

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)



睡眠薬・抗不安薬といった鎮静薬(向精神薬)が乱用薬物の第2位になっている点に注目。

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、いくつも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います。このことからわかるのは、たとえなんら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”ッスよね

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、残念ながらダ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、ともす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(デパス[®])
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ァイルを持っています。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付き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がいれんやせん妄、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、ベグ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

のなかで縊首などの致死的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。

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が、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いとすれば、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」した薬剤の処方を避ける。

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で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しまいます。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。

精

【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
[ISBN978-4-260-01795-4]

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。