

わが国の自殺の現状と自殺予防に期待する薬剤師の役割

松本俊彦

Current Situation of Suicide in Japan, and What Pharmacists Contribute for Suicide Prevention

Toshihiko Matsumoto

Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry; 4-1-1 Ogawahigashi-machi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan.

(Received February 13, 2013)

In Japan, a national countermeasure has been forwarded since the enactment of the Basic Act on Suicide Countermeasures in 2006 and the Comprehensive Suicide Prevention Initiative in 2007. The distinctive policy of the Japanese countermeasure is expressed as the word, “comprehensive,” which means that suicide prevention may not only be carried out only by mental health measures but also by comprehensive measures including chance of administrative practices. This policy is proper, although mental health measures appear to be too simple inclining to psychiatric treatments for the classic type of “depression” by a pharmacotherapy. The authors have insisted that mental health measures including psychiatric treatments are also required to be more comprehensive. This paper describes that benzodiazepine (BZ)-abuse problems including overdosing by suicidal intents have got worse recently as psychiatric clinics have increased and most of BZ abusers obtain the abused drugs from psychiatrists. This current situation indicates that pharmacists need to monitor psychiatrists’ prescribing behavior and qualities of psychiatric treatment is required to be refined, suggesting pharmacists may be one of the “Gate Keeper,” as supporting resources for suicide prevention. Additionally, this paper explained that basic attitudes and responses acquired by pharmacists as a supporter for suicide prevention.

Key words—benzodiazepine abuse; pharmacist; prevention for drug abuse; overdosing; suicide prevention

1. はじめに

わが国の自殺者総数は、1998年に一挙に3万人を超えて、以後、現在まで14年間高止まりのまま推移している。急増当初、職場においても家庭においても責任ある立場にある中高年男性の自殺が目立っていたが、最近2、3年のうちに、自殺者の年代的なピークはこれからの日本を背負って立つべき若年層へと推移する動きをみせている。いづれにしても、わが国では20-50代という生産人口にあたる年代における死因の第1位が「自殺」であり、自殺がもたらす国全体の損失は極めて深刻である。

こうした状況のなかで、2006年には自殺対策基

本法が制定され、その法律に基づいて、2007年には、わが国の自殺対策の問題意識と目標を明記した自殺総合対策大綱が閣議決定された。その結果、わが国の自殺対策は、「可能であればやる」という単なる努力目標ではなくなり、国や自治体、さらには民間の様々な組織や団体が取りまねばならない義務へと変わったことになる。

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

2. わが国における自殺の実態とその対策のあり方

2-1. わが国における自殺の実態 戦後のわが国における自殺者数の推移には3つのピークがあっ

The author declares no conflict of interest.

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自殺予防総合対策センター (〒187-8553 東京都小平市小川東町 4-1-1)

e-mail: tmatsu@ncnp.go.jp

本総説は、日本薬学会第132年会シンポジウム S37 で発表したものを中心に記述したものである。

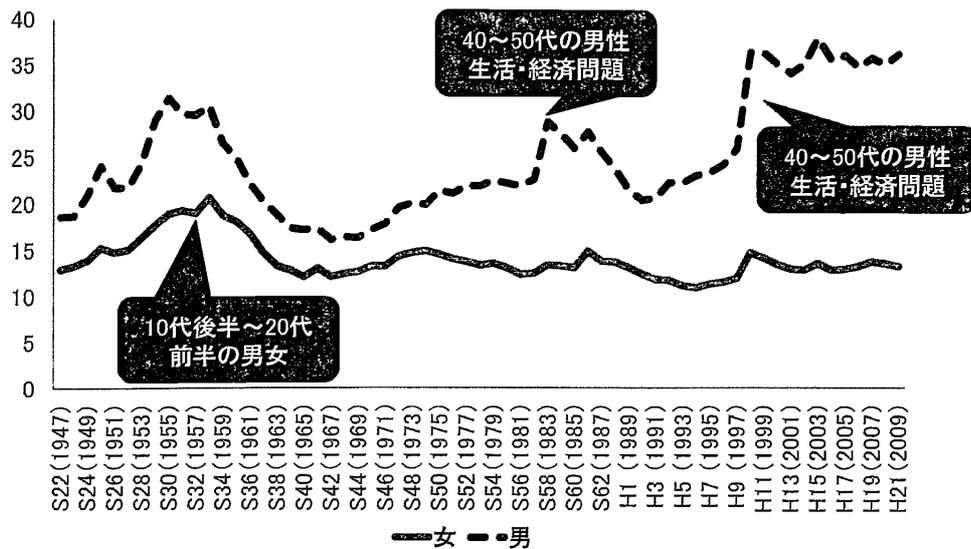


Fig. 1. Change of Suicide-Death Rate in Japan

た (Fig. 1). 1つ目は、1953年から1960年にかけての若年層を中心とする自殺の急増であり、2つ目は、石油危機後の長引く不況の影響下でみられた1983年から1987年にかけての中高年層を中心とする自殺の急増であった。そして、3つ目が、周知のように、1998年から14年間に続いている、現在における自殺者数の高止まり状態であり、その背景には、バブル崩壊後の経済不況、さらにそれに伴う雇用や労働環境の悪化があった。しかし、強調しておかねばならないのは、これら3つのピーク時以外の時期も、わが国の自殺者数は他の国と比べて低くはなかったということである。それにもかかわらず、わが国は長い間これといった自殺対策をとってこなかった。

わが国が保健福祉行政の施策として自殺対策に取り組み始めたのは、遅まきながら1998年の自殺急増からさらに2年の月日を経た2000年のことであった。けれども、その時点では対策はいまだ不完全なものと言わざるを得ないものであった。というのも、それは「健康日本21」に掲げられた「心の健康づくり」における数値目標として「自殺者数減少」が示されただけで、本質的にはうつ病予防対策に留まっていたからである。わが国が本格的な自殺対策に乗り出すには、実際にはそれからさらに数年を要した。

すなわち、自殺者数が減少しない状況が続くなかで、まずは2002年に自殺防止有識者懇談会による

「自殺予防に向けての提言」が出され、その3年後の2005年に、参議院厚生労働委員会で自殺問題に関する集中審議が行われて、「自殺に関する総合的対策の緊急かつ効果的な推進を求める決議」が採択された。そして、2006年に参議院議員有志を中心に議員立法として自殺対策基本法が成立し、自殺対策は、単なる努力目標ではなく、国として真摯に取り組むべき課題として位置づけられた。

翌2007年6月には、基本法を受けて自殺総合対策大綱が閣議決定されたわけだが、その名称に付加された「総合的」という表現こそ、わが国の自殺対策を象徴するキーワードである。言い換えれば、わが国における自殺対策の特徴は、「総合的」という言葉に要約できるのである。

実は、この「総合的」という言葉には2つの意味がある。以下にこの2つの「総合的」の意味を解説しておきたい。

2-2. わが国の「総合的な」自殺対策について

2-2-1. 「総合的」にこめられた1つ目の意味

「総合的」という言葉が含む、1つ目の意味は、メンタルヘルス対策に限定されない、様々な社会的問題への行政的施策も含めた包括的な対策ということである。これは、1998年における自殺急増の背景には、バブル崩壊後に急増した多重債務やリストラによる生活苦、あるいは、リストラこそ回避したものの、一人当たりの労働が過重となり、うつ病に罹患する……といった社会的状況があったという認

救命センターは極めて少なく、自殺未遂によって救命救急センターに搬送された人の多くは、そこで身体医学的な治療を受けるとそのまま退院となっている現状がある。また、海外の救急医療スタッフのあいだでは、こうした自殺未遂患者のことを『God-damn syndrome (邦訳すると、「こんちくしょう症候群」)』という隠語で呼ぶ習わしがあるとされており、そうした陰性感情が、患者の身体的治療のみを行って早期退院させたり、自殺リスクを過小評価したりする態度に影響を与えている可能性もある。実際、自殺未遂行動は、しばしば医療スタッフはもちろん、家族、友人、同僚といった身近な人から怒りなどの陰性感情を引き出し、そうした感情が、自殺行動の背景にある精神障害や他の現実的困難を適切に評価し、必要な治療や支援へとつなげるといった対応を妨げてしまうことは少なくない。

そこで、「危機介入」に対する対策として、救命救急センターにおける精神医学的評価やソーシャルワーク機能の充実とともに、医療関係者を始めとする様々な援助者が抱いている、自傷や自殺未遂を繰り返す患者に対する陰性感情の低減が必要なのである。率直に言ってわが国における自殺対策の現状では、この「危機介入」に関してはあまりにも課題が残されているが、いくつかの大学病院や大規模総合病院では、救命救急センターに精神科医や専属ケース・マネジャーを常駐させ、自殺未遂者に対する総合的支援とフォローアップを提供し、意義ある成果が得られている。

(3) 事後対応

3つ目の要素は「事後対応」、すなわち、既に発生してしまった自殺への対応である。これは、残された身近な人たち—遺族、恋人、友人、同僚、そして援助者など—への支援やケアを意味する。

なかでも、家族に対する支援はとても重要である。確かに、身近な人の自殺に遭遇した人は、意識のどこかに「苦境における選択肢の1つ」として自殺がすり込まれるためか、将来における自殺リスクが高くなる。その意味で自死遺族の心理的ケアは大切であるが、実はそれよりも先に必要なのは、一家の大黒柱を喪った遺族に対する法的な手続きや経済的な支援に関する情報提供であろう。こうした情報が、行政機関の様々な相談窓口で手に入れるような体制の整備が望まれる。

また、心理的ケアに従事する援助者は、遺族の心理について十分に知識と理解を持っておく必要もある。援助者の不用意な発言が遺族をいっそう傷つけるといった事態は、稀ならず起きている。ともすれば援助者は、来談した遺族に対する「うつ状態から回復させる」とか「早く元気になってほしい」とかいった目標を抱きがちである。しかし当の遺族は、「ただ故人の話聞いてもらおう」ことだけを望んでいたりと、「自分が気づかずにあの人を死なせてしまった。私がいけないのだ。だから私は楽になってはいけない。この苦痛から逃げないことが私に与えられた罰なのだ」などと考えていることがある。ちなみに、遺族にとっては、「自殺予防」という言葉もつらい言葉の1つであることを理解しておく必要がある。なぜなら、その言葉を耳にするたびに、「サインに気づけなかった」「守れなかった」という罪悪感を刺激されてしまうからである。

自殺総合対策の難しさは、単に自殺予防だけでなく、事後対応のように自殺予防とは矛盾する対策をも同時に進めていかなければならない、という点であろう。しかしそれでも私は、この矛盾こそが重要であると考えている。理由は2つある。1つは、自死遺族の語りのなかには、将来の自殺を防ぐのに役立つ経験が含まれているからである。筆者の私的な経験を振り返ってみても思うのだが、身近で発生する自殺の多くは、「青天の霹靂」のように発生する。いわゆる「自殺のサイン」などといったものの多くは、事後に「そういえば……」といった感じで気づかれるものといってもよいだろう。つまり、私たちの知恵は限られたものなのである。だからこそ、過去の自殺から多くを学び、それを未来の自殺予防に生かしていく必要がある。

また、遺族の語りはそれだけで、将来の日本からこうした悲しみを減らす対策が必要とされることの根拠となる。私は、「自殺は個人的な問題であって、国や自治体が莫大な税金を投入してまですることなのか」と質問されることがあるが、いつも内心、「まずは、ご遺族の方たちの話を聞いてほしい」と苦々しく感じる。自殺予防に取り組むすべての援助者は、遺族の深く、癒えることのない悲しみを知る必要がある。

2-3. 「総合対策」における精神保健医療の役割と課題 精神保健に限定しない「総合対策」とは、

読み方を変えれば、「精神保健的対策だけでは自殺は防げない」ということを前提とした対策と理解することもできる。このことは、自殺リスクの高い精神障害と日常的な対峙する精神科医療の責任が軽減したことを意味するのであろうか？

もちろん、そんなことはない。海外で実施されてきた、心理学的剖検の手法を用いた自殺既遂者の調査^{1,2)}では、「自殺既遂によって死亡した者の90%以上が死の直前になんらかの精神障害に罹患していた」ことが明らかにされている。要するに、そもそもの原因が家族関係や借金であったとしても、あるいは過重労働であったとしても、自殺に至る最終的な共通経路は精神障害なのである。その意味では、精神科医療は自殺に傾く者を水際で食い止める役割を担わざるを得ない状況はなんら変わらない。

今日、国内の様々な地域では一般住民を対象とした、「うつ病は心の風邪」といった内容の啓発的な講演会が数多く開催され、また、プライマリケア医から精神科医への紹介に対して診療報酬加算をする施策もとられるなど、精神科受診はますます促進されている。こうした施策の根拠となっているのが、やはり海外の心理学的剖検研究の知見²⁾—自殺既遂者が罹患していた精神障害のなかでも最も多いのが「うつ病」であるが、そのほとんどが精神科治療を受けていない—である。未治療のうつ病患者を精神科治療につなげることは、自殺予防の至上の命題なのである。

しかし、正直に告白すれば、筆者は、「精神科治療を受ければ自殺しないですむ」といった神話を無邪気に信じる気持ちにはなれない。今日、都市部の精神科外来はどこも患者で混雑し、一人ひとりの患者に対して丁寧に時間をかけているゆとりなど、どう考えてもない。診療報酬として通院・在宅精神療法が加算できる5分ぎりぎりの診察でテンポよく患者を捌いて行かざるを得ないし、実はそれが最も経済効率がよい方法でもある。あえて極端な表現をさせて頂くと、精神科の外来診察室で最も主流を占めている診療スタイルは、「夜眠れているか？ 飯食っているか？ 歯磨いたか？ また来週……」という、いわば「ドリフターズ診療」である。もちろん、短い診察時間では解決策が見あたらない場合も少なくないが、そんなときには、「とりあえずお薬を追加しておきます」という慣用句で、食い下がる患者

の語りに句読点を打ち、診察を強制終了させるわけである。こういった診療で、果たして自殺を考えるほど追い詰められた人を助けることができるのだろうか？

衝撃的な事実がある。最近行われた自殺既遂者の調査^{3,4)}では、その多くが自殺時点で精神科治療中であったことが明らかにされている。われわれが実施している心理学的剖検調査では自殺既遂者の46%³⁾が、また、東京都が独自に実施した自殺者遺族に対する聞き取り調査では52%⁴⁾が、それぞれ精神科治療中であったのである。このことは、従来いわれてきた、「自殺既遂者の多くが精神科治療を受けていない」という説が神話でしかない可能性を示しているとは言えないだろうか？

われわれの調査³⁾からは、さらに驚くべき知見が得られている。それは、精神科受診歴を持つ自殺既遂者は、縊首や飛び降りといった最期の致死的行動に際して、処方された治療薬を過量摂取したことによる、一種の酩酊状態のなかで自殺行動に至った可能性が高い、というものである。いささか極端な見方ではあるが、もしも本当にそのような実態があるとするれば、精神科医が向精神薬を処方したことが、結果的に自殺を幫助することになったという誹りを受けないとも限らない。

もちろん、こうしたデータは、あくまでも自ら進んで調査に協力した自死遺族だけが聞き取りの対象となっている、という点に注意する必要がある。その意味では、わが国の自殺既遂者全体を反映しているとは言えないデータである。とはいえ、最近、ある救急医が怒りに打ち震えながら筆者に吐いた言葉を思い起こすと、このデータがあながち真実から大きくかけ離れた結果とは思えないのである。ちなみに、その言葉とは、「精神科クリニックが増えても、自殺が減るのではなく、過量服薬による自殺未遂が増えただけではないか？」というものであった。実際、そのことを支持する事実もある。⁵⁾

以上のことを考えれば、自殺リスクが高まった人を単に精神科医療につなげることを促す対策だけでなく、つなげた後の治療や援助の質の向上が求められている。また、精神科医療につなげた結果が、精神科治療薬の乱用・依存、あるいは過量服薬による自殺企図を増やすだけの結果に終わってしまったのは、それこそ元の木阿弥である。その意味では、精

精神薬物療法が適切なものであるかどうかをモニタリングする仕組みが必要である。

いずれにしても、精神保健医療的な支援にはまだまだ多くの課題が山積されている状況である。したがって、「総合的対策」という看板の下で、精神保健医療的な支援か、支援資源の1つのオプションとして矮小化されることがあってはならないであろう。

3. 精神科治療薬乱用・依存の実態

これまで筆者はわが国における自殺対策について述べ、そのなかで現状の精神保健医療対策の課題として、過量服薬などの精神科治療薬乱用の問題をとり上げた。実は、この精神科治療薬乱用問題は自殺対策だけでなく、薬物依存の臨床現場でも問題となっている。なかでも、近年、睡眠薬や抗不安薬などの精神科治療薬の乱用が増加しており、乱用薬剤として多いのは、処方頻度の高さから、ベンゾジアゼピン系、若しくはその近縁薬剤である。

こうした精神科治療薬乱用の背景には、わが国の精神科医療のあり方が無視できない影響を与えている可能性がある。最近では、わが国の精神科医療にみられる多剤大量療法に対する批判的な報道も増えたが、ある意味で、こうした批判は遅きに失したという印象もある。実は、この問題は、ダルク (Drug Addiction Rehabilitation Center; DARC) のように地域で薬物依存者支援に携わってきた援助者のあいだでは、精神科治療薬依存患者の増加として、10年以上前より認識されていた。

本章では、精神科治療薬乱用の実態と乱用者の臨床的特徴、さらには、薬物依存臨床からみえてきた精神科医療の問題点について述べてい。

3-1. 精神科治療薬乱用の実態

3-1-1. 「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調査」 われわれは、わが国における薬物乱用・依存者の実態を把握するために、全国の精神科病床を有する医療施設を対象として、1987年以來隔年で「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 (以下、病院調査)」⁶⁾を実施してきた。この調査は、毎回ほぼ同じ方法論で実施されており、わが国の医療機関における薬物関連障害患者に関する悉皆調査として唯一のものである。

この調査の最新のものは2010年に実施されている。2010年の調査では、全国の精神科病床を有す

る医療施設1612施設 (国立病院機構44施設、自治体立病院139施設、大学医学部附属病院83施設、民間精神病院1346施設)を調査対象施設として実施された。具体的には、2010年9-10月の2ヵ月間に、全国1612の調査対象施設に外来受診若しくは入院した、ICD-10の「F1:精神作用物質使用による精神及び行動の障害」の診断に該当する全患者のうち、問題となっている精神作用物質 (主たる薬物) がアルコール以外の者を対象候補者とした。その結果、1021施設 (回答率63.3%) から回答が得られ、うち135施設 (13.2%) から、合計953例の薬物関連障害症例が報告された。ここから、同意が得られなかった症例 (230例)、及び性別、年齢、主たる乱用薬物に関する情報が欠損している症例 (52例) を除外した結果、671症例 (調査期間に調査協力施設に受診若しくは入院した全症例の70.4%: 男性475例、女性196例) が最終的な分析対象となる薬物関連障害症例となった。

3-1-2. わが国第2位の乱用薬物としての精神科治療薬 2010年に収集された薬物関連障害症例671例を主たる乱用薬物別に分類したところ、覚せい剤361例 (53.8%)、鎮静薬 (睡眠薬・抗不安薬) 119例 (17.7%)、多剤57例 (8.5%)、有機溶剤56例 (8.3%)、鎮咳薬20例 (3.0%)、大麻18例 (2.7%)、鎮痛薬12例 (1.8%)、その他28例 (4.2%) という結果になった。

この結果が意味することは2つある。1つは、1987年に本調査が開始されて以来一貫して覚せい剤につぐ第2位の乱用薬物であった有機溶剤が、ついにその地位を降り、代わりに鎮静薬がわが国第2位の乱用薬物となった、という事実である。Figure 2は、本調査における各種の「主たる薬物」が全対象に占める割合の推移を経年的に示したものである。調査実施年によって調査対象施設の回答率や症例総数が異なるので単純な比較はできないが、Fig. 2からも明らかなように、1993年以降、有機溶剤を主たる薬物とする症例の割合が年々急激に低下している一方で、鎮静薬を主たる薬物とする症例の割合は緩徐に上昇しつづけ、2008年調査の時点で、既に有機溶剤 (15.1%) と鎮静薬 (12.4%) の割合の差が相当に縮まっていたが、2010年調査でついにその順位が入れ替わったわけである。

もう1つは、精神科医療は薬物依存の問題をいよ

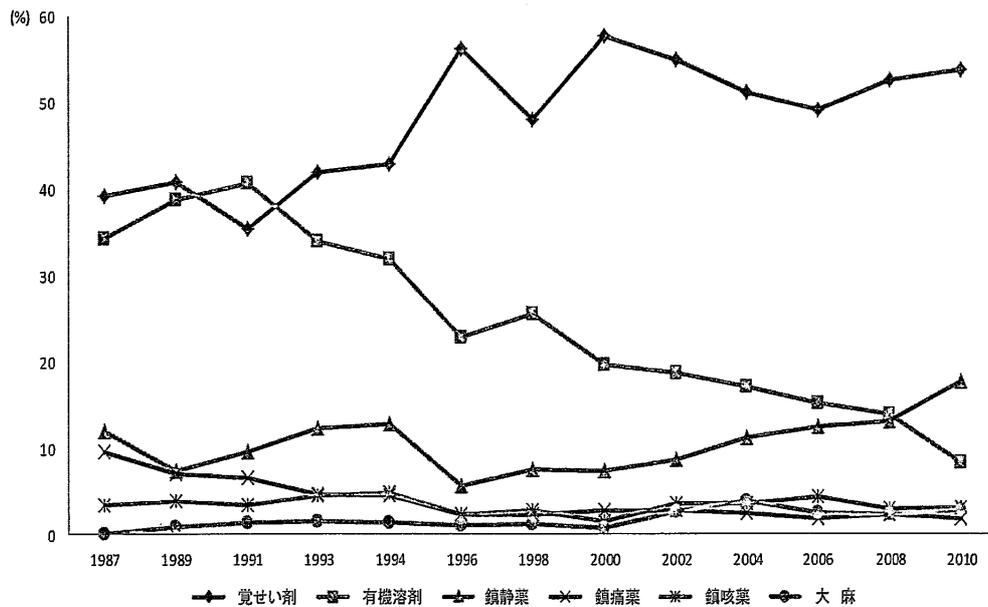


Fig. 2 Change of Patients-Proportions (%) by Types of Abused Drugs

いよ避けることができなくなった，ということである。これまでわが国の薬物関連障害と言えば，覚せい剤や有機溶剤といった規制薬物によるものが中心であり，これらの薬物の場合，使用自体が犯罪を構成する行為であった。このため，薬物誘発性精神病性障害の消退後に残る，「覚せい剤依存」については，司法的問題として治療対象から除外する余地が残されていた。しかし，わが国の薬物関連障害臨床の現場では，司法的対応では解決できない薬物関連障害患者の占める割合が年々大きくなっており，今や「使用障害（依存ないしは乱用）」を医学的治療の対象とせざるを得なくなっていると言えるであろう。

3-2. 精神科治療薬乱用患者の臨床的特徴

3-2-1. 生活背景の特徴 病院調査のデータを用いて筆者ら⁷⁾は，鎮静薬関連障害患者の臨床的特徴を明らかにするために，一貫してわが国の薬物関連障害臨床の中心的問題である覚せい剤関連障害患者との比較を試みた。その結果，鎮静薬関連障害患者は，様々な点で覚せい剤関連障害患者と異なる臨床的特徴を持っていることが明らかにされた。すなわち，鎮静薬関連障害患者は，覚せい剤関連障害患者に比べて，女性の比率が高く，比較的若年であることに加え，暴力団や非行グループとの関係を持つ者，逮捕・補導歴を持つ者が顕著に少なかったのである。これには，鎮静薬が，覚せい剤のような，反

社会的集団との交流を介して遭遇する規制薬物ではないことが関係していよう。

3-2-2. 薬物初回使用動機の特徴 興味深いのは，薬物初回使用動機に関する，鎮静薬関連障害患者と覚せい剤関連障害患者との相違であった (Table 1)。覚せい剤関連障害患者では，「誘われて」，あるいは，「好奇心・興味から」や「刺激を求めて」という動機から薬物使用を開始していた者が多かったのに対し，鎮静薬関連障害患者では，「不眠の軽減」，「不安の軽減」，「抑うつ気分の軽減」，あるいは「自暴自棄になって」という動機から薬物使用を開始した者が多いという特徴がみられた。このことは，仲間からの圧力や刺激・快楽希求のなかで開始される覚せい剤とは対照的に，鎮静薬の場合には，苦痛や困難の軽減という正規の医学的治療，若しくは一種の「自己治療」⁸⁾として使用が開始された可能性を示唆している。

3-2-3. 診断・状態像の特徴 鎮静薬関連障害患者と覚せい剤関連障害患者とでは，薬物関連障害に関する最も重要な ICD-10 診断 (F1 診断) にも顕著な違いがみられた。覚せい剤関連障害患者の約 67% が精神病性障害若しくは残遺性障害・遅発性精神病性障害を主要な診断としたのに対し，鎮静薬関連障害患者の場合には，その約 80% が依存症候群若しくは有害な使用という診断がなされていたのである。このことは，覚せい剤関連障害患者の場合に

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3-2-5. 過量服薬による自殺関連行動との関連

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

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

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

ベンゾジアゼピン系などの睡眠薬・抗不安薬が引き起こしている問題は、薬物乱用・依存だけでは留まっていないことを認識しておく必要がある。わが国では近年、都市部での精神科診療所数の増加に伴い、向精神薬の過量摂取による自殺企図で救急搬送される患者の数が増加しており、³⁾ こうした患者の8割近くがベンゾジアゼピン系の睡眠薬・抗不安薬を過量摂取していたという。¹³⁾ これらのベンゾジアゼピン系薬剤は、過量摂取による致死性が低い一方で、衝動的な患者の場合には、ベンゾジアゼピンの脱抑制作用により、自傷行為や自殺企図、あるいは攻撃的行動を惹起する可能性がある。既に廣川ら³⁾は、精神科治療下にありながら自殺既遂に至った者の多くが、縊首などの致死性の高い自殺行動におよぶ直前に、ベンゾジアゼピンなどの精神科治療薬を過量摂取していたことを報告し、これによって惹起された脱抑制ないし酩酊状態が自殺行動を促進した可能性を指摘している。

3-3. 乱用リスクの高いベンゾジアゼピン系薬剤

3-3-1. わが国におけるベンゾジアゼピン処方

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

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

3-3-2. 乱用リスクの高い薬剤同定の試み

ベンゾジアゼピン乱用・依存を作り出すのを回避するには、何よりもまず、乱用リスクの高い薬剤に関する情報が必要である。一般にベンゾジアゼピンは高力価かつ短時間作用型のものほど依存性があるとされているが、われわれは、そのような薬理学的プロフィール以外の要因も無視できないと考えている。

薬物依存臨床の現場では、同程度の力価と作用時間を持つベンゾジアゼピン系薬剤が複数存在するものにもかかわらず、乱用者が選択しているのは特定の数種に偏っている。そうした偏りには、ベンゾジアゼピン乱用・依存者間で特定の薬剤の知名度や「ブランド性」だけでなく、医療機関における処方件数

の多さも無視できない。

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

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

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

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

^a Short-acting type of benzodiazepine.

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

	対 象 群			文 献 的 対 照 群								
	<i>n</i>	(%)	<i>p</i> -value	<i>n</i>	(%)	<i>p</i> -value	<i>n</i>	(%)	<i>p</i> -value			
Triazolam	45	32.4%	<0.001	136	8.7%	<0.001	243	4.7%	<0.001	379	5.6%	<0.001
Zolpidem	37	26.6%	<0.001	160	10.2%	<0.001	1729	33.2%	0.120	1889	27.9%	0.856
Zopiclone	6	4.3%	0.843	81	5.2%	0.160	127	2.4%	0.160	208	3.1%	0.329
Brotizolam	21	15.1%	0.307	297	19.0%	<0.001	1674	32.1%	<0.001	1971	29.1%	<0.001
Rilmazafon	0	0.0%	0.009	65	4.2%	<0.001	702	13.5%	<0.001	767	11.3%	<0.001
Lormetazepam	3	2.2%	0.110	86	5.5%	0.038	26	0.5%	0.038	112	1.7%	0.505
Etizolam	44	31.7%	0.047	633	40.4%	0.002	1064	20.4%	0.002	1697	25.0%	0.094
Clotiazepam	3	2.2%	0.150	80	5.1%	0.286	221	4.2%	0.286	301	4.4%	0.295

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

ble 4). 以下にその結果を述べておきたい。

(1) トリアゾラム

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

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

(2) ゴルピデム

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

報告は多数あることが確認されている。

(3) その他の薬剤について

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

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

3-4. 精神科治療薬乱用の背景にあるわが国の精

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

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

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

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

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

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

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

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

4. ゲートキーパーとなるために薬剤師が心得ておくべき基本事項

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

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

4-1. 気づくこと

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

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

4-1-2. 自殺念慮を尋ねることの意義 自殺を考える者は、その苦悩の原因が何であれ、自らが置かれた状況を恥と感じ、自殺念慮について「語ってはならない」という一種のタブーと思い込んでいることが少なくない。しかし、ChilesとStrosahl²³⁾によれば、聞いたからといって患者が自殺し易くなるというエビデンスはなく、「むしろ患者は安心することが多い。質問されることによって、これまで必死に秘密にしてきたことや個人的な恥や屈辱の体験に終止符が打たれる」という。もちろん、このことは自殺の考えを取り消すことを意味しないが、「この人と少し話してみるかな」という気持ちにはなってくれる可能性が高く、関係性を構築する上での第一歩となる。

4-1-3. 「死にたい」という告白への対応の原則

(1) 告白に感謝する

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

(2) 「自殺はいけない」はいけない

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

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

(3) 「死にたい」の意味を理解する

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

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

4-2. つなげること

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

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

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

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

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

4-2-3. できる限り同意を得る努力をすること 自殺を考える者は、自尊心が低下した状態にあるだけでなく、自己効力感も低下し、「自分にはこの困難や苦痛をどうすることもできない」という無力感に苛まれている。こうした状況のなかで、例えば本人の意向を無視して、周囲の判断だけで支援を進めれば、かえって本人の無力感を強めることとなる。したがって、相談機関の紹介や治療・援助方針の策定、あるいは家族や医療機関などへの情報照会にあたっては、できる限り、患者の同意を得るよう努め、協働的な援助関係の構築に努める。

4-2-4. 入院の功罪について慎重に検討する 自傷・自殺の恐れは、精神科病棟への非自発的入院の要件であり、入院には患者を自殺行動から物理的に保護するという機能がある。しかし Chiles と Strosahl²³⁾ は、「精神科病院への入院が自殺を減らすというエビデンスはなく、自殺は、他のいかなる施設よりも精神科病棟で起きている」と述べ、精神科入院がもたらす医原性の副作用について警告して

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

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

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

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

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

(1) 次回までの時限的契約

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

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

(2) 自殺のリスクアセスメントツールではないこの「契約」によって確認されるのは、「自殺念慮がない」「自殺の危険がない」ということではなく、「自殺しなくなったらかならず連絡する」という、援助者との治療同盟である。

(3) 「自殺しない契約」の問題点

Simon²³⁾とShea²⁴⁾は、その有効性に関するなんらのエビデンスもないにもかかわらず、あまりにもこの「契約」が臨床現場で過大評価されていることを問題視している。ルーチン業務として行われる「自殺しない契約」には、単に医療関係者の不安を軽減する以上の効果はないと心得るべきであろう。実際、この契約に同意した後で自殺企図におよんだ患者は意外に多く、また自殺意図の高い患者の場合には、表面的に同意することで、その意図を悟られないようにすることも稀ではないという。²⁴⁾

(4) 治療同盟が前提

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

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

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

4.3. 見まもること

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

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

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

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

4-3-2. 自殺の対人関係理論 自殺対人関係理論を提唱している米国の精神科医 Joiner²⁶⁾は、人を自殺に至らしめる究極的な危険因子として、次の3つの要因を挙げている。第一に、「獲得された自殺潜在能力」である。すなわち、自傷行為や自殺企図、あるいは拒食や過食・嘔吐、アルコール薬物乱用で身体を痛めつける体験を繰り返す人は、こうした体験を通じて身体的疼痛に対する鈍感さ、自殺に対する恐怖感の乏しさを獲得してしまう。第二に、「所属感の減少」である。これは、人とのつながりが無いという感覚、孤立感を意味する。そして最後に、「負担感の知覚」である。これは、「自分が生きていることが周囲の迷惑になっている」という認識である。

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

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

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

5. おわりに

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

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

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

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

REFERENCES

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

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