

402.7
N1

精神科 救急医療 ガイドライン

規制薬物関連精神障害

2011年版

Guidelines for
Psychiatric
Emergency
Treatment
Controlled
Substance
Related Mental
Disorders
Version 2011

編集 日本精神科救急学会



「精神科救急医療ガイドライン(規制薬物関連精神障害)」作成班

日本精神科救急学会 理事長 澤 温

日本精神科救急学会 医療政策委員会 (委員長：平田 豊明)

「精神科救急医療ガイドライン(規制薬物関連精神障害)」(編集担当理事：小沼 杏坪)

執筆者一覧 (順不同) () 内は本書の執筆部分

伊豫 雅臣	千葉大学大学院医学研究院精神医学 教授 (Ⅲ1, IV3)
梅野 充	東京都立松沢病院 精神科 医長 (Ⅲ5, IV2, VII)
尾崎 茂	中野総合病院 精神神経科 部長 (Ⅲ4)
倉田 健一	こころの健康クリニック可部 院長 (Ⅱ)
小沼 杏坪	医療法人せのがわ KONUMA 記念広島薬物依存研究所 所長 (I1~4, II, IV1, 8)
武井 満	群馬県立精神医療センター 院長 (I5)
田原 淳子	埼玉県立精神医療センター 主任看護師 (V)
成瀬 暢也	埼玉県立精神医療センター 副病院長 / 埼玉県立精神保健福祉センター 副センター長 (Ⅲ3)
平田 豊明	静岡県立こころの医療センター 院長 (VI)
比江島 誠人	医療法人ハートピア 細身クリニック 副院長 (Ⅲ2)
松本 俊彦	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所薬物依存研究部診断治療開発研究室長 / 自殺予防総合対策センター 副センター長 (IV6)
武藤 岳夫	国立病院機構肥前精神医療センター 精神科医長 (Ⅲ2)
森田 展彰	筑波大学大学院人間総合科学研究科 講師 (IV4, 5, 7)

(編集事務局)

津久江 一郎	医療法人せのがわ 瀬野川病院 理事長・院長
小沼 杏坪	医療法人せのがわ KONUMA 記念広島薬物依存研究所 所長
尾崎 茂	中野総合病院 精神神経科 部長
倉田 健一	こころの健康クリニック可部 院長

1. ベンゾジアゼピン系薬物による依存症候群

(1) 概 要

ベンゾジアゼピン (Bz) 系薬物は抗不安作用、催眠作用、筋弛緩作用、抗けいれん作用を有し、様々な診療科において数多く処方されている。

Bz 系薬物は比較的即効性で効果を実感しやすいため服用量が不十分であったり、服用・服用間反跳性不安 (interdose rebound anxiety) により、Bz 系薬物を乱用し、精神依存が生じ、身体依存も形成される可能性がある。また、長期使用により身体依存が形成され、薬物の減量や中断の際に退薬症候が出現したり、耐性形成により服用量が増えることがある。

上記のような医療とのかかわりの中で依存が形成されるのに加え、短時間作用型睡眠導入薬は娯楽のために乱用されることもある。乱用者は「ハイ」となるという精神効果を期待して使用しており、そのまま精神依存や身体依存が形成されていくこともある。

さて、米国精神医学会 (1990) では Bz 系薬物の使用は短期間としている。また認知機能障害や身体依存、離脱症候などが起こりやすい状態として、①高用量、②4ヵ月以上の連日使用、③高齢、④鎮静薬や睡眠薬、アルコール依存がある者または既往のある者、⑤高力価で短時間作用型 Bz 系薬物を挙げている¹⁾。

このように Bz 系薬物は比較的安全な薬剤であり、患者の満足も得られやすいことから頻用される薬剤だが、依存症候群を引き起こす可能性のある薬剤でもある。

(2) 病 態

Bz 系薬物の依存症候群では、④薬理作用下における不適応的行動、⑤退薬症候としての大発作、不安焦燥、錯乱など、⑥薬物探索行動としての反社会的行動がみられる。④は急性中毒状態であり、⑤と⑥は共に Bz 系薬物の体内からの消失が関係している。したがって、いずれも Bz 系薬物の体内動態とそれに伴う精神、行動の変化と考えられる (図Ⅲ-1)。

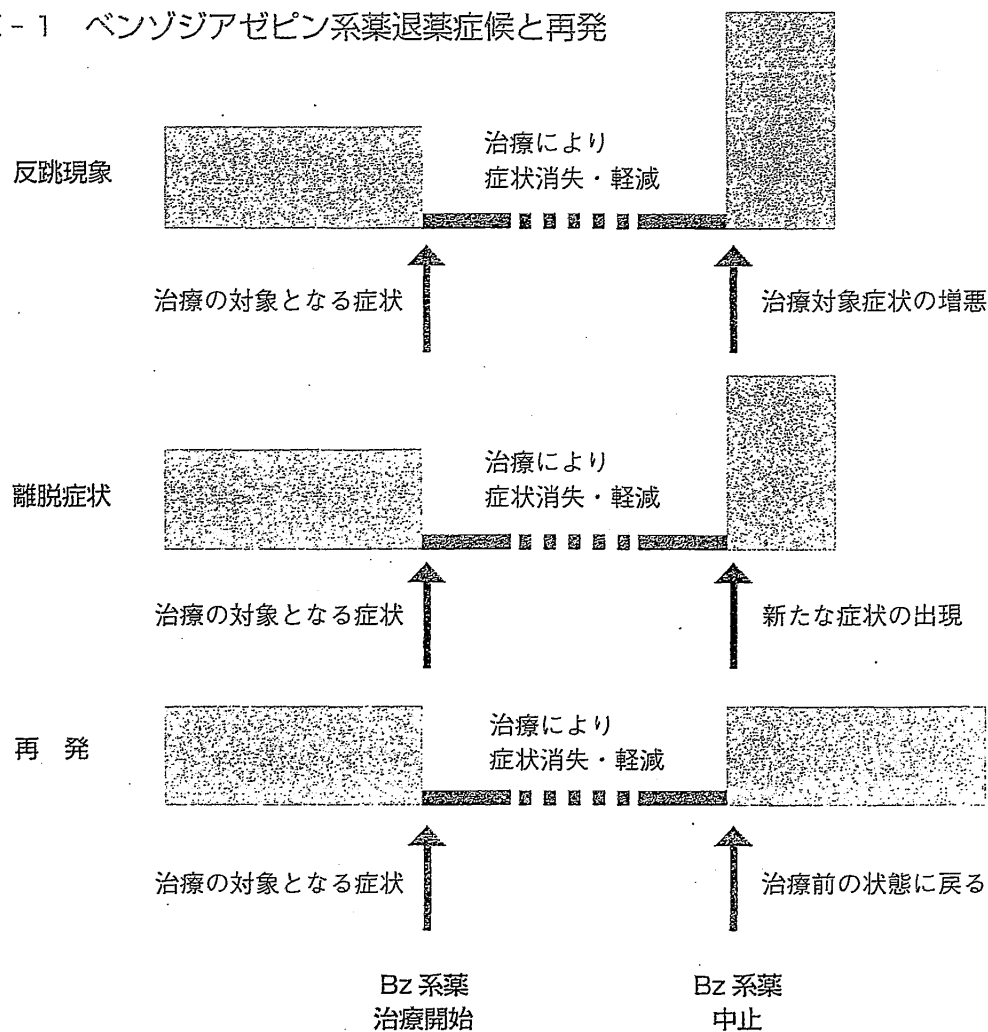
① 薬理作用下における不適応的行動

高用量の Bz 系薬物を連日服用し、その作用下で、例えば不適切な性的または攻撃的行動、気分不安定、判断力低下、社会的または職業的機能の低下といった臨床的に著しい不適応性の行動的または心理的变化が生じる²⁾。このときには神経学的症状も併発するのが一般的であり、ろれつ不良や協調運動障害、眼振を認め、また、認知機能障害として注意障害や前向き健忘を生じる。急性中毒が重篤となれば昏睡に至る。トライエージなどにより尿中の Bz 系薬物の存在が確認される。

② 退薬症候としての大発作、不安焦燥、錯乱など

退薬症候としては反跳現象、離脱症状、再発がある (図Ⅲ-1)。離脱症候は短時間作用型では中止後1日以内に生じ、長時間作用型では5日程度で生じる。そのピークは短時間作用型で1日目、長時間作用型で10日目である。多くは一過性であり2~4週間以内に消失する³⁾。離脱症候の重症度は Bz 系薬物が高用量であるほど重症である⁴⁾。大発作は長時間作用型よりも短時間作用型の方が生じやすい⁵⁾。

図Ⅲ-1 ベンゾジアゼピン系薬退薬症候と再発



ベンゾジアゼピン系薬物中止に伴い出現する退薬症候の鑑別のポイント

【反跳現象】

Bz系薬物服用前から元々存在し服用により抑制されていた症状（不眠，不安などの治療対象症状）が，Bz系薬物服用中断により，一過性に服用前よりも強く出現すること。

【離脱症状】

Bz系薬物服用前にはみられなかった症状が，Bz系薬物服用中断により新たに出現すること。

出現頻度の高いもの：不眠，不安，気分不快，筋肉痛，振戦，消化器症状など

比較的頻度は低いが特徴的なもの：知覚過敏や知覚変容，離人感

重度のもの：大発作や精神病症状など

【再発】

元々の疾患が再び悪くなることで，薬剤服用前と比べて，症状の性質も強さも基本的には変化しない。経過は，反跳現象や離脱現象とは異なり，薬剤中止後，徐々に出現する。

a. 反跳現象

Bz系薬物服用前に元々存在し、服用により抑制されていた症状が服用中止により一過性に服用前よりも強くなる現象を反跳現象という。例えば、不眠の治療でBz系薬物を服用していて中止すると翌晩に服用前以上に強い不眠が出現する⁶⁾。これを反跳性不眠という。不安が対象となった場合には反跳性不安という。ところで短時間作用型のBz系薬物では服用と服用の間に、この反跳性不安が出現することがあり、interdose rebound anxietyと呼ばれている。

b. 離脱症状

反跳現象とは異なり、体内からの薬物の消失に伴いBz系薬物服用前にはみられなかった症状も新たに出現する現象をいう。出現頻度の高いものとしては不眠、不安、気分不快、筋肉痛、振戦、消化器症状などがみられる。これらのいくつかはBz系薬物で期待される効果の逆のものである。また比較的頻度は低いがBz系薬物に特徴的な離脱症状として知覚過敏や知覚変容などの知覚障害や離人感がある。離脱症状の多くは軽度とされるが、大発作やせん妄など重度のものが出現することもある。

c. 再発

元々の疾患が再び悪くなることで、薬剤服用前と比べて、症状の性質も強さも基本的には変化しない。経過は、反跳現象や離脱症状とは異なり、薬剤中止後、徐々 to 出現する。再燃は短時間作用型で57%、長時間作用型で27%にみられた⁴⁾。

d. 薬物探索行動としての反社会的行動

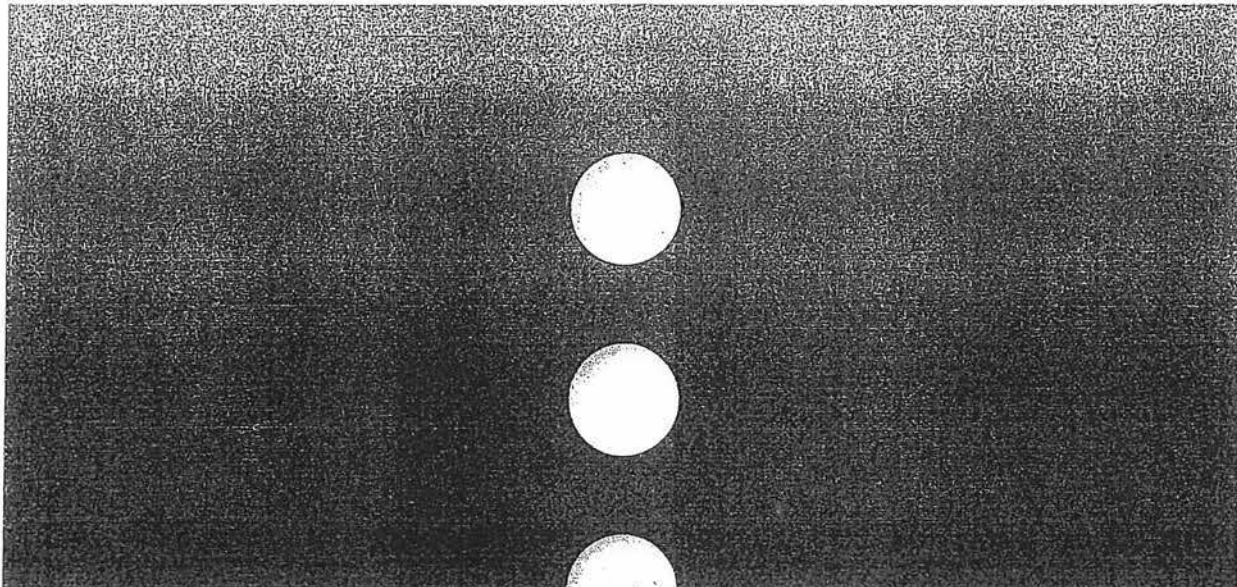
処方されたBz系薬物では十分な抗不安効果が得られず、また反跳性不安のために多くのBz系薬物を求めて、病院・診療所を多重受診することがある。また、医師に大量のBz系薬物投与を要求し、拒否されると威嚇したり、時にBz系薬物を盗んだりする。このような反社会的行動の背景には退薬症状と関係した制御困難な不安や不快感、渴望がある可能性を認識する必要がある。

(3) 治療

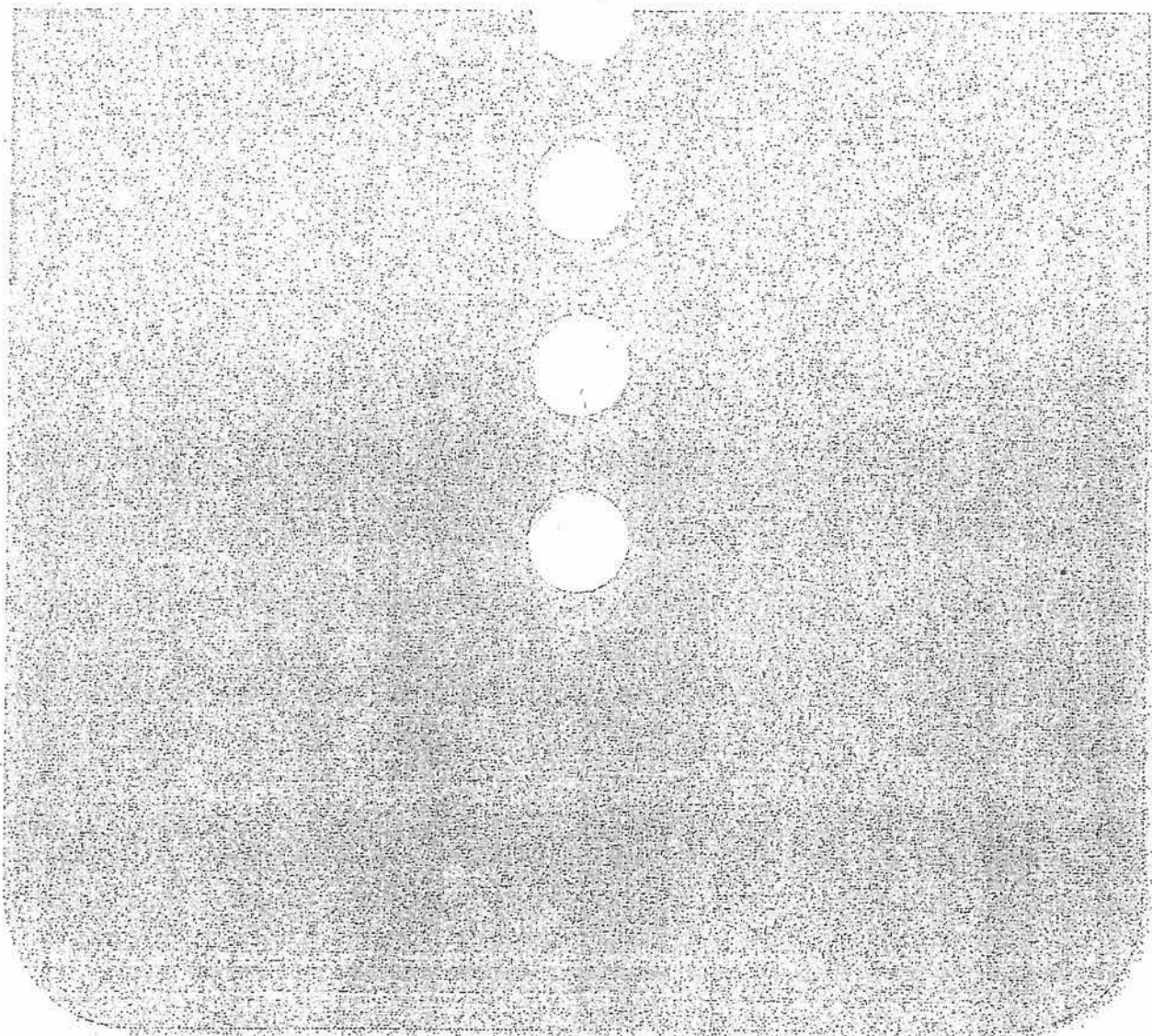
Bz系薬物依存症候群の治療は、Bz系薬物の減量・中止のストラテジーと退薬症候への対処という薬物療法が中心となる。その一方で患者は不安が強く、時に医療不信にも陥っているため、Bz系薬物依存の症候と退薬症候を最小限にした治療を行うことを説明することが重要となる。

Bz系薬物の長期使用者でのBz系薬物の減量・中止では、高用量ほど退薬症候は出やすいが、基本的には用量を問わず退薬症候が出現すると考えるべきである。退薬症候が出現すると不安焦燥が増強し、治療アドヒアランスは低下し、薬物探索行動も出現するので、退薬症候の出現を最小限にするよう減量していく。

服用しているBz系薬物から治療のためのBz系薬物への置換が必要となる。短時間作用型Bz系薬物では急激に体内より消失するため退薬症候を出現しやすく、依存を形成しやすいだけでなく、依存の治療においても短時間作用型の使用は好ましくなく、長時間作用型のBz系薬物に切り替えるべきである(図Ⅲ-2)。



IV. 薬物関連精神障害の治療の プロセスと選択肢



1. 入院形態の選択と入院治療

ここでは、主に覚せい剤関連精神障害を中心に述べることにし、麻薬及び向精神薬取締法の対象となる麻薬関連精神障害については他項に譲ることにする。

(1) 精神保健福祉法改正による覚せい剤依存者に対する行政施策上の変化

平成 11 年の精神保健福祉法（以下法と略記）の改正により、法第 5 条の規定によって「精神作用物質による急性中毒又はその依存症を有する者」が法の対象となる「精神障害者」として例示され、同時に第 44 条の覚せい剤の慢性中毒者に関するみなし規定が抹消された。これにより、アルコール・有機溶剤・覚せい剤・向精神薬などの薬物による依存者はようやく精神障害者として明文化され、法に規定される医療及び福祉施策の対象となった。それまでは法の規定する医療又は福祉施策の対象となっていたのは、中毒性精神病患者がすべてであり、覚せい剤の慢性中毒者に関しては、法による保健医療施策の対象となっていたが、社会復帰施策からは除外されていたのである。ここで、「慢性中毒者」とは「自発的に薬物の使用を止めることができないような者」であり、薬物依存者の法律用語である。一方、わが国においては、覚せい剤の使用は「覚せい剤取締法」で厳しく規制されており、「自発的に薬物の使用を止めることができない」依存者であるからといって、使用の罪が軽減されることはない。

ここで重要なのは、違法薬物使用による精神障害者の処遇においては、精神科医療は精神病性障害を中心とする薬物関連精神障害に対する治療を受け持ち、刑事司法は規制薬物の所持・使用の訴追を受け持っているということである。そして、これらは本来独立した機能であることを忘れてはならない。したがって、薬物の所持・使用は犯罪であるが、それは刑事司法の領域において、罪を償うことによって完結する問題である。犯罪であるからといって、医療及び社会福祉の領域において、薬物依存者のための治療・処遇の対策が必要ないという理由にはならない。

●薬物の所持・使用は犯罪であるが、それは刑事司法の領域において、罪を償うことによって完結する問題である。犯罪であるからといって、医療及び社会福祉の領域において、薬物依存者のための治療・処遇の対策が必要ないという理由にはならない。

(2) 入院形態の選択

① 覚せい剤などによる依存症候群

平成 11 年の法改正直前の平成 10 年 9 月に報告された公衆衛生審議会精神保健福祉部会の精神保健福祉法に関する専門委員会報告¹⁾では、「覚せい剤依存者について、精神症状の程度にかかわらず、強制的に入院させることができるという現行法第 44 条は廃止すべきである」、「覚せい剤依存者においては覚せい剤による中毒性精神病患者にみられるような顕著な症状がないことから、強制的な入院措置を行う必要はなく、あくまで、覚せい剤依存の入院治療は、患者本人の断薬の意思があることを前提とすべきである」とされている。

したがって原則として、覚せい剤による精神病性障害を伴わない依存症候群の場合には、非自発的入院の対象とはせず、覚せい剤の所持・使用という違法行為については刑事司法の対応に委ねられるべきである。覚せい剤依存者の入院治療を行う場合には、すでにI章でも触れたように、あらかじめ限定された入院期間を提示した上で、原則的に任意入院を選択すべきである。やむを得ず非自発的入院を選択する場合には、状態像や人権上の問題に十分配慮しながら慎重に対処すべきものと思われる。覚せい剤依存症の場合には、覚せい剤使用という違法行為を続ければ逮捕・刑事訴追に結びつくので、断薬意思を引き出すのは、アルコール依存症より容易な側面もある。

一方で、治療への同意能力に問題があると思われる未成年の有機溶剤依存者、性格変化の著しい薬物依存者、認知障害を有する多剤依存者などにおいて、特に急性中毒により異常な精神運動興奮を呈している場合には、安易に非自発的入院を選択すれば、病院依存を引き起こす結果を引き起こし、放置すれば過量服薬や自殺企図による生命の危険もあるので、どのように対応するかは薬物依存症の臨床で最も困難かつ専門的な命題である。本学会（日本精神科救急学会）会員に対するアンケート調査でも、有機溶剤依存症では急性中毒に基づいて、また覚せい剤依存症では情動面の性格変化による精神運動興奮に基づいて他害行為の危険性が高い場合に限定して、措置入院を含めて非自発的入院を積極的に選択するという意見が多くみられた²⁾。

薬物依存症の治療の主体は薬物依存者自身であるが、本人の薬物依存症からの回復を願いながら、実は本人の薬物依存の生活を丸抱えにしている家族の共依存（co-dependence）に対する治療的対応もまた必要となる。

●精神病症状を伴わない薬物依存症の治療の主体は薬物依存症者自身であり、セルフ・ケアが基本である。したがって、精神保健福祉法による入院は、原則的には本人から治療意欲を引き出した後、本人の同意に基づき、任意入院が選択されるべきである。

●治療の同意能力に問題があると思われる未成年の有機溶剤依存者、性格変化の著しい薬物依存者、認知障害を有する多剤依存者などにおいて、特に急性中毒症状を呈している場合には、安易に非自発的入院を選択すれば、病院依存を引き起こす結果を引き起こし、放置すれば生命の危険もあるので、どのように対応するかは薬物依存症の臨床で最も困難かつ専門的な命題である。

●本人の薬物依存症からの回復を願いながら、実は本人の薬物依存の生活を丸抱えにしている家族の共依存（co-dependence）に対する治療的対応もまた必要となる。

② 急性ないし亜急性中毒性精神病

薬物依存症を基盤として二次的に生ずる中毒性精神病（有機溶剤精神病・覚せい剤精神病・大麻精神病など）の治療に関しては、精神科医療が治療の役割を受け持っている。したがって、その病的体験に基づいて精神運動興奮の激しい急性期および亜急性期には、医療保護入院などの非自発的入院での対応が主となる。

この場合、基礎疾患である薬物依存症に対する治療的対応が是非必要である。それなしには、薬物の再使用により、容易に精神病症状が再燃し入院を繰り返す結果となる。

この場合、現在のところ、大別して次の2つの対応が選択されている。

- a. 精神病性障害の治療とそれに続く依存症候群の治療を薬物専門病棟において一貫して治療する対応：精神病性障害の軽快後に顕在化するホスピタル期（渴望期）においても、入院時点からの非自発的入院を継続し、薬物からの脱慣を行うものである。
- b. 精神病性障害の治療は精神科救急入院料病棟あるいは急性期治療病棟において、おおむね非自発的入院によって行い、その後の依存症候群の治療については、改めて本人の依存症に関する治療意思を確認した上で、任意入院に切り替えて、薬物専門病棟において行うという二段構えの対応：この場合、病態に応じて専門病棟における各種治療プログラム、地域のNA・ダルクのミーティングなどへの参加を促す。依存症に焦点をあてた治療が自病院で終結することがむずかしい場合には、アルコール専門病棟や薬物専門病棟を有する病院に後送転院させたり、ダルクなどの薬物専門入寮型リハビリ施設への入所も選択肢になる。ダルクを選択する場合には、依存症が比較的軽症の場合には問題ないが、再使用により精神病症状が容易に再燃、再入院を要することも比較的多く経験されるので、十分に治療意欲を引き出しておくことが重要である。

- ①薬物依存症を基盤として二次的に生ずる中毒性精神病（有機溶剤精神病・覚せい剤精神病・大麻精神病など）の治療に関しては、精神科医療が治療的役割を引き受けている。したがって、その病的体験に基づいて精神運動興奮の激しい急性期および亜急性期には、医療保護入院などの非自発的入院での対応が主となる。
- ②この場合、基礎疾患である薬物依存症に対する治療的対応が是非必要である。それなしには、薬物の再使用により、容易に精神病症状が再燃し入院を繰り返す結果となる。
- ③その際、精神科病院における依存症候群の治療選択には、現状では（ア）精神病性障害の治療とそれに続く依存症候群の治療を薬物専門病棟において一貫して治療する対応と、（イ）精神病性障害の治療は精神科救急入院料病棟あるいは急性期治療病棟において、おおむね非自発的入院によって行い、その後の依存症候群の治療については改めて本人の依存症に関する治療意思を確認した上で、任意入院に切り替えて、薬物専門病棟において行うという二段構えの対応がある。

③ 入院期間中の薬物依存専門療法

薬物依存治療期には、入院前に集積していた身辺諸問題のケースワークによって渴望期を乗り越えた後は、一般精神科におけると同様に運動療法や作業療法は焦燥感をやわらげるほか、集中力・持久性の回復、意欲減退徴候の改善、生活リズムの回復に役立つ。薬物依存症の行動変容を図るためには、個人および集団精神療法を用いた種々の心理社会的治療が組み合わされて実施されてはいるが、治療成績などのエビデンスが不足しており、これらの治療効果の判定には、多施設においてクリニカル・パスの導入・集積により、退院後の長期的転帰調査が実施される必要がある。集団精神療法は医師・CPを含め多職種のスタッフによって実施する割には、作業療法と比較しても診療報酬が著しく低く設定されており、今後の医療経済的な改善が待たれる。

（小沼 杏坪）

2. 外来通院治療

救急外来を受診したが入院せずに外来通院を選択する場合や退院後に外来治療を行う場合について述べる。中毒性精神病の急性期で入院して退院後、外来につなごうとする場合にはドロップアウトが非常に多いので注意が必要になる。

なお、外来通院治療の基本的指針としては、米国国立薬物乱用研究所から「薬物依存症の効果的な治療のための指針」³⁾が出されており、ここでは患者個別のニーズに合わせた治療計画の必要性や、長期間の回復過程の中で、患者を支援することの重要性が示されている。

またわが国の実践では小沼らが長年試みてきている「条件契約療法」がある^{4), 5)}。これは、断薬への動機づけを強化することを目的とする一治療契約であり、実際には以下のように説明される。

「まず、『覚せい剤を使用すること自体が違法行為であり、覚せい剤を使用した場合にはうやむやにせず、その罪を償うのが社会人として生きていくための最低の条件である』ことを説明する。その上で『定期的に外来を受診し、その都度自分自身の尿を提出する。尿中覚せい剤の検出キットを使って本人の眼前で検査し、もし尿中に覚せい剤反応が陽性に出た場合には、その尿をもって警察に自首する』という条件を提示し、署名捺印により治療関係が成立する方法である。『覚せい剤は今後、絶対に使わない。もし使う場合には、逮捕は覚悟する』という断薬への強い意志表明である。」

これらの指針を踏まえて、治療段階ごとに外来通院治療について述べる。

(1) 導入期のアセスメント

外来通院を選択しようとする場合に、今回の初診時の主訴が何であったかに注意する。やはり治療は主訴をめぐる展開し、主訴に戻りつつ回復に至るべきものである。通院の目的や目標に常に意識的であるようにする。

改めて薬物乱用歴を確認して、救急受診に至った経緯について合意する。初回使用、その原因、習慣的使用に至った経過、強迫的な薬物使用や「コントロール喪失」という感覚の有無などをまとめる。また薬物乱用が継続してきた要因や心理状態を整理する。救急受診時のことは本人が覚えていなくとも家族が警察を呼ぶような何らかの事態があったはずで、こうした経緯について一応、ストーリーとして合意する。

通院治療の契約にあたっては、司法的な関与や通報がどういう場合に必要になるのかを説明する。「違法な行為が続くようならば自首を勧めることもある」と伝えて、本人の治療意欲次第であることも確認する。

この時に患者側のニーズ、モチベーションの把握に心がける。どのくらい困っていて、断薬に対してどのくらい真摯な意欲を持っているのかを知るようにする。ところが話していてもそれはあまり直接的に伝わってこないことが少なくない。そのような場合にはむしろ入院の説明にどのくらい真剣に興味を示しているか、家族と一緒にあればどのような交流があるか、といったようなことから間接的に推し量ることができる。

治療契約は次のような点について患者本人と同意する。

- ① 外来治療には規則的に通うこと
- ② 経過の中で検査を行って薬物使用していないことを確認すること
- ③ 他患から誘惑されたり、薬物使用をそそのかされたりしても、毅然とした態度で断わ

ること

- ④ 治療は病院だけで完結するのではなく、必要に応じて自助グループやリハビリテーション施設の利用を併用すること

外来治療開始時点でのアセスメントの注意点

- ① 本人の主訴・期待。それが治療として提供されうるか。
- ② 初回使用から次第に依存状態に至る過程を共有する。
- ③ 本人の病識、「コントロール喪失」についての自覚の程度。
- ④ 家庭や周囲の人々との人間関係。
- ⑤ 薬物乱用の再発リスクがどういう状況で高まるか。

(2) (再)入院を提案する時

依存症治療における入院の適応は、「本人の中で入院治療を始めるだけの機が熟した時」ということになる。具体的には再乱用（リラプス）の体験などの中で、「やはりひとまず解毒のために入院したい」、「治療プログラムを徹底してクリーンな生活に入りたい」との望みが高まった時である。

依存症の特性として、患者の治療動機は時として揺らぐ。そのために米国の指針⁶⁾では、病院はいつでも入院を受けられる体勢を整えておき、本人がその気になった時にただちに受け入れることが推奨されている。日本の依存症医療の現状としてはそれは困難であろうし、必ずしも望ましいとはいえないだろうが、検討に値する意見ではあろう。

(3) 薬物乱用が止まらないとき

外来通院中の患者で、時にリラプスがわかることがある。あるいは違法な薬物でなければ、本人からの陳述が得られることがある。違法な薬物の乱用が続いているのであればやはり犯罪行為であるから、これを看過し続ける訳にはいかない。医療者側に警察への通報義務はないが、自首を勧めたり、家族から事情を詳しく聴いたりした上で警察通報の可能性について示唆することはある。

尿中薬物検査に関する結果の取り扱いについては、治療というコンテキストで行われている以上、これが断薬の継続に役に立つものとして行われるべきである。もしも陽性が出た場合にも、ではそこでどう治療のレベルを強めるのか、自分の生活の一部を断薬継続、治療のために犠牲にしている、その程度をどうアップさせるのかを考えるきっかけに利用する感覚が大切であろう。

(4) 「後遺症」への対処

Gorski (1986)⁶⁾は、PAW (Post Acute Withdrawal) という概念について述べ、断薬の後に数週間から1年以上にも渡って起こる反応であると説明している。この立場では、薬物依存症の治療はいわばPAWをどう扱っていくのかに尽きるといえるだろう。断薬を始めてから生ずるこうした症状やそこからくるストレスを、薬物なしでどう乗り切るのか、が患者の課題であって、それをどう支えていくのが治療者の課題といえる。こうした症状のために患者はむしろ「断薬を始めてかえって調子が悪くなっている」と感じる場合もある。これ

に対しては、そのことを受け止めながら具体的な対処法を検討し、同時に一時的な反応である場合が多いことを伝える。

(5) 断薬継続の維持

断薬が板についてきたら本人とともに喜ぶ。それが治療の目的の大切な点であるからである。数週間から半年くらいの断薬期間が維持できれば、そこで初めて様々な心理社会的な問題を取り扱う。十分な断薬期間が経過する前に、「私の薬物乱用には理由があって、それについてカウンセリングして欲しい」などと言って心理学的な問題を持ち出そうとする場合もある。その時には「まずは断薬がしっかり続いていることが必要。まだその問題は扱わない。薬物を使った原因の話を思い出すと、また使いたくなってしまうはずでしょ」と返す。台風が来て大雨が降っているときには傘をさしたり、雨戸を閉めたりすることが先決で、これが断薬を「今」どう維持するかの話にあたる。様々な心理社会的要因のことは台風が熱帯の方でどう発生するのか、を考えるのにあたり、それはある程度状態が安定していないと取り組めるものではない、と伝える。

「スリップ」や「リラプス」といわれる再使用が起きてしまったら、違法なものなら自首を勧めるというような方法での直面化も重要である。しかしどんな経過があったのか、そこを振り返るような方法でなるリラプスを予防する、という観点も重要であろう。このような再発予防のための心理療法的技術を洗練させることが、治療者にとって今後取り組むべき課題の1つである。

また、薬物依存症の治療では、恋愛関係が問題になる場合は多いが、それを本人が語ろうとしないような場合は何か治療関係にうまくいっていない点があるのではないかと見直すことが必要になる。無理に引き出すことはしないが、待ちの姿勢で経過をみると、こうした話題が出てくるので、一緒に考える。回復に向けて、心理的な安定が未だ得られていないようなタイミングで恋愛問題が出てくるようならば、そのときは強めに「色恋沙汰は回復の障害になりうる問題」と伝えるようにしている。患者の中には治療からドロップアウトしてパートナーとの生活に入っていくような場合もある。

さらに社会復帰のタイミングは、慎重に検討すべきことがらであろう。矯正、更生保護のような観点からは、経済的に安定することが再犯予防の第一条件であるとして早期の社会復帰や就労を勧める場合が多いようである。一理あるが、依存症の回復支援の観点からいえば、復職や就職が本人の治療経過でどういう意味があるのか検討する必要がある。「お金を持つと再使用しやすくなる」といったレベルの話から、本人が「自ら稼ぐ」ということが可能なだけの、いわば人間的な成熟が治療プログラムの中で達成されているのかといったレベルまで、様々な観点からの検討が必要で、時間がかかることが多い。

- 外来治療を勧める際には、初期の目的、治療契約の感覚に注意する。
- 患者の治療動機に程度に意識的になる。
- 再発予防の観点から、再使用に至る過程とその段階について知る。
- 回復には長期間かかるが、再使用などの際に安易に排除せず、粘り強く治療的関与を継続することが必要である。

(梅野 充)

- 1 すべての患者に適切な治療というものはない。
- 2 治療はいつも利用可能でなくてはならない。
- 3 効果的な治療は患者の多様なニーズに応じるものである。単に薬物乱用だけに焦点づけたものではない。
- 4 患者のニーズが変化すれば、治療計画は変更しなくてはならない。
- 5 治療を一定の期間続けることは、効果を上げるために非常に重要である。
- 6 カウンセリングなどの行動科学的な治療はアディクションの治療においては非常に重要である。
- 7 投薬もカウンセリングなどの行動科学的な治療と組み合わせた時には重要な治療要素になる。
- 8 精神疾患を合併した依存症患者は、統合的な治療を提供されなくてはならない。
- 9 医学的な解毒はそれのみではたんに治療の第1段階に過ぎず、長期間の薬物乱用には効果がない。
- 10 治療は必ずしも自発的でなくても効果があることがある。
- 11 治療期間中は薬物使用の検査を継続して繰り返す必要がある。
- 12 治療プログラムの中には感染症検査を導入する必要がある（HIV/AIDS、B型肝炎、C型肝炎、結核など）。
- 13 回復には時間がかかり、様々な治療的な試みが繰り返される。

3. 薬物療法

依存性薬物または乱用される薬物は数多くあるが、アルコールとタバコを除くと ICD-10 では、アヘン類、大麻類、鎮静剤あるいは睡眠剤、コカイン、カフェインを含む他の精神刺激剤、幻覚剤、揮発性溶剤、多剤および他の精神作用物質に分類される。また特に精神医療でかかわると考えられる状態像としては急性中毒、依存症候群、離脱状態、精神病性障害、健忘症候群、残遺性および遅発性の精神病性障害、その他または特定不能の精神および行動の障害が挙げられている。また ICD-10 には分類されていないが、臨床上対応を迫られるものとして薬物渴望が挙げられる。

さて精神科救急または精神科急性期治療で対象となる臨床状態は急性中毒、離脱状態、精神病性障害、残遺性および遅発性の精神病性障害が主であると考えられる。これら状態への治療薬剤は、急性中毒状態と離脱症状は使用された物質によって異なる⁷⁾。以下に精神科救急または精神科急性期治療での治療薬剤について述べる。

(1) 急性中毒および離脱症状（表Ⅳ-1）

アヘン類や鎮静剤、睡眠薬、揮発性溶剤は急性中毒症状として意識障害がみられるため、ICU（集中治療室）などで生命機能管理を行いながら薬物の体内からの消失を待つこととなる（Ⅱ. 規制薬物使用による急性中毒 参照）。この時期、シンナーなどの揮発性溶剤では焦燥・興奮が出現することがあるが、この場合にはリスperiドンなどの抗精神病薬を使用する。アヘン類や鎮静剤、睡眠薬の長期使用者では急性中毒後に離脱症状が出現することに留意し、アヘン類ではメサドン内服、鎮静剤あるいは睡眠剤ではベンゾジアゼピン系薬内服または筋注というアゴニストにより退薬症候を軽減し、その後漸減中止していく。

一方、コカインや覚せい剤の急性中毒では焦燥・興奮、幻覚妄想状態となって受診することが多く、リスperiドンなどの抗精神病薬を用い、焦燥・興奮が激しい時にはジアゼパムの筋注または経口投与を行う。コカインや覚せい剤ではアヘン類やベンゾジアゼピン系薬のよ

うな離脱症状は生じない。

LSD や MDMA などの幻覚剤に対しては軽度の焦燥にはジアゼパム内服または筋注を行い、焦燥が強いときにはハロペリドール筋注が奨められている。ところで、LSD などでは使用中止後にフラッシュバック出現がみられるため、その予防としてハロペリドール1～5mg を数週間内服させる。

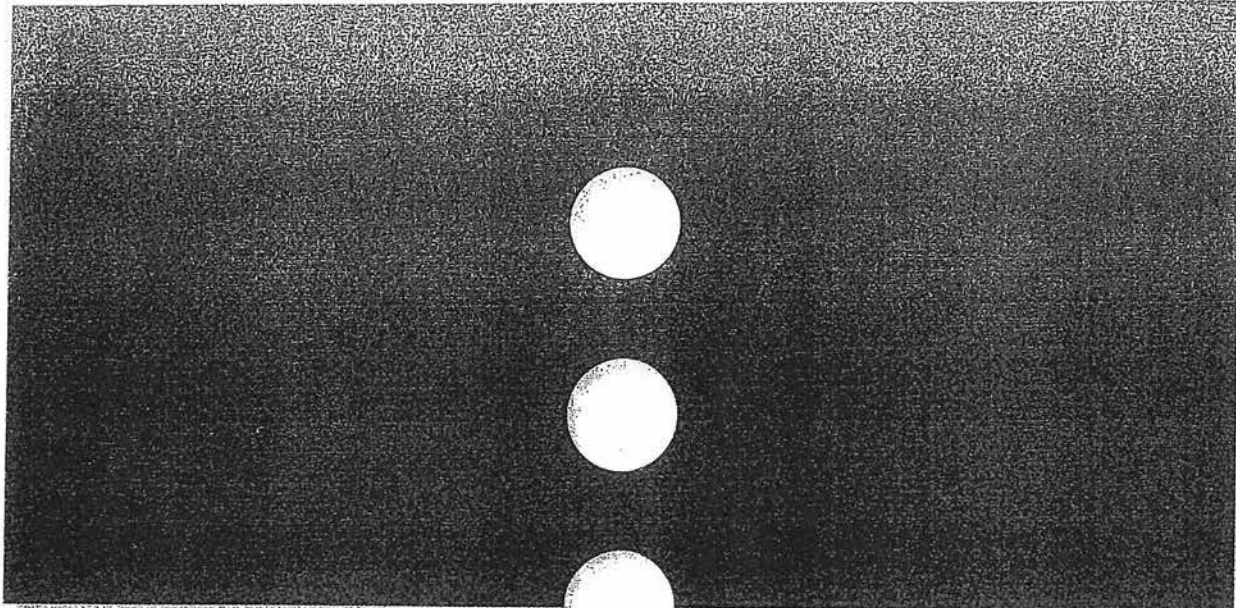
フェンサイクリジン (PCP) の急性中毒ではやはり焦燥に対してベンゾジアゼピン系薬を使用し、精神病症状には高力価抗精神病薬を使用する。ただし、PCP 自体が強い抗コリン作用を有しているため、フェノチアジン系薬は禁忌となっている。

(2) 精神病性障害、残遺性および遅発性の精神病性障害

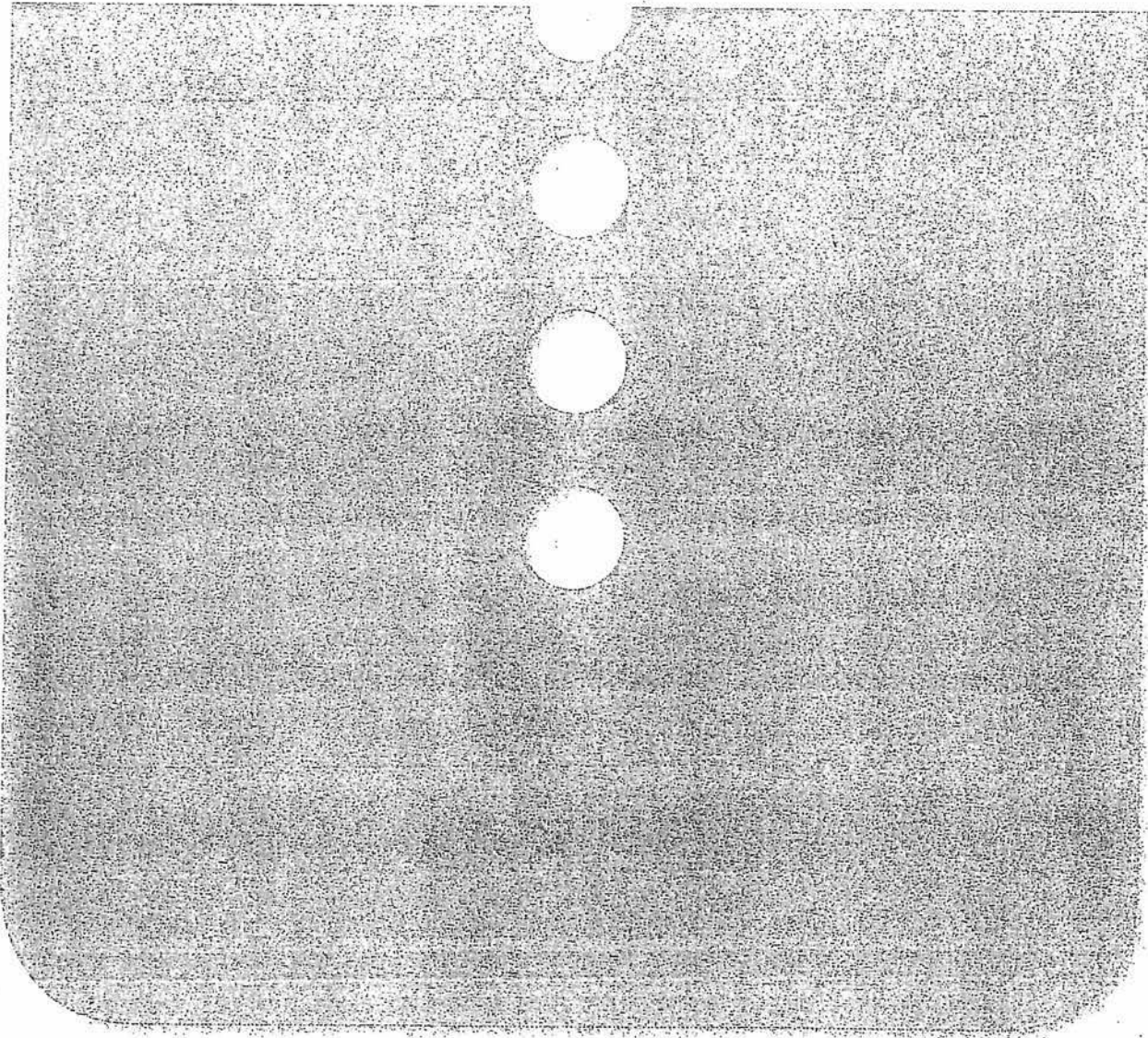
覚せい剤やコカイン、揮発性薬剤、大麻では長期使用後に残遺性または遅発性の精神病性障害を生じる。幻覚妄想など統合失調症様症状に対しては統合失調症治療に準じた抗精神病薬を中心とした薬物療法を行う。近年統合失調症治療では新規非定型抗精神病薬単剤治療があり、ファーストラインとしてはこれを試みるべきであろう。うつ状態や躁状態などの気分障害を呈することもあり、これも気分障害に準じた治療を行う。

表Ⅳ－１ 精神作用物質による急性中毒と離脱状態に対する薬物治療

	急性中毒		離脱状態
	意識障害	焦燥・興奮	
アヘン類	状態に応じてICUなどにて生命機能管理		メサドン内服と漸減
大麻類		不安には抗不安薬、幻覚・妄想には抗精神病薬	
鎮静剤あるいは睡眠剤	状態に応じてICUなどにて生命機能管理		ベンゾジアゼピン系薬により退薬症候を軽減し漸減する
コカインおよび精神刺激剤(覚せい剤)		リスベリドンなどの抗精神病薬。焦燥・興奮が著しい時にはジアゼパム筋注または経口投与	
幻覚剤(LSD, MDMA など)		軽度焦燥にはジアゼパム内服または筋注、強度の焦燥にはハロペリドール筋注	フラッシュバック予防のため抗精神病薬を数週間内服
フェンサイクリジン(PCP)		焦燥に対しベンゾジアゼピン系薬を使用し、精神病症状には高力価抗精神病薬。フェノチアジン系薬は禁忌	
揮発性溶剤	状態に応じてICUなどにて生命機能管理	焦燥に対しリスベリドン投与	



VII. 家族に対する治療教育



1. 家族に対する見方

規制薬物関連精神障害の臨床において、家族との連携や家族メンバーに対する治療的介入の必要性は非常に高い。

家族関係は治療上の促進要因とも、時には阻害要因ともなりうる。本人の救急入院に関連して医療者とうまく協力関係がとれたり、退院後に本人が断薬を継続できうるための治療的取り組みについて理解し、本人の取り組みを支援する役割をとったりすることができれば、家族は大きな治療の促進要因になる。一方で、救急入院に関する理解が不十分であったり、精神医療そのものへの抵抗感があったりして協力がむずかしい場合があるのは、規制薬物関連精神障害に限らず、起こることであろう。さらに規制薬物関連精神障害の場合には、家族が極端に秘密主義的になったり、依存症の病態への理解が不十分なために本人に過干渉になったりすることで、急性期やその後の回復の阻害要因になっていると捉えざるを得ないような場合もある。

また家族関係が薬物乱用の契機になっていると捉えられる場合がある。幼少期からの家族関係の中で家族メンバーや本人のストレスが高まり、それが薬物乱用につながったと見なすことができる場合もあり、特定の使用が家族関係の悪化の中で起きた、つまり家族関係が薬物乱用の契機になった、と見なされる場合もある。

さらに家族システム全体の変化が回復に有効である。一般に薬物依存者の家族システムには様々な段階でのゆがみ、変化が生じている場合があり、これを改善することが本人の回復に有効に働く。つまり家族の変化によって本人が回復に向かう場合も多く、家族全体が治療の対象であるということもできる。

同時に家族は、治療に必要な情報を把握している情報源でもある。実生活での本人を一番よく観察してきている。診断や治療に必要な情報を提供できる立場でもあり、特に薬物乱用の経過について本人が語りたがらないような場合には、家族からの情報が有用である。精神科救急の現場においては、家族のみから事情を聴取して後に、本人の診察を行う場合もある。この際に家族から本人の薬物乱用の経過についての情報を聴取することも必要である。守秘義務を前提として、医療者としては家族に敬意を払い、信頼感が得られるような態度、姿勢を示すことが必要である。

家族は本人への対応を変えることによって、本人の治療を促進できる存在である。その意味で薬物乱用・依存症者の家族は治療対象の一部でもあり、治療資源の一部でもある。

これらのために、家族との連携や家族メンバーへの治療的介入の必要性は非常に高いといえる。次項で述べるように、精神科救急医療への受診が必要になるような状況は、家族システムとして本人の薬物乱用の問題に対処する限界を示しているともいえるので、家族への治療的介入の絶好のチャンスと捉えることができる。

2. 受診時の家族を巡る状況

規制薬物をはじめとする薬物依存症は、一般の医療の中では見過ごされやすく、精神科医療受診に至るまでは長期間かかる場合が多い。本人は内科や身体救急を受診することがあっても、薬物乱用について陳述せず、家族も逮捕などを恐れて医療者に本人の薬物乱用を伝え

ないことも多い。家族は本人の薬物乱用の問題を家族内だけで解決しようとしたり、本人を叱責したり恫喝したりすることで断薬させたり、生活スタイルや人間関係を改善させようとする。多くの家族はこうした経過の中で疲労し、本人は心理社会的な状態の悪化や中毒性精神病を発症してもなお、受診の意志を示さず、家族内は膠着状態に陥っている。精神科救急の受診は、このような膠着した家族全体に介入し、本人を治療に向かわせる絶好のチャンスであるといえる。こうした状況に変化を与える契機になりうるのが救急受診である。

精神科救急の現場に受診する段階で、家族は疲弊し切っている。まずこのことを念頭において、家族をねぎらう感覚が必要である。家族の希望やニーズを知り、理解できる形で医療として可能なことや、精神保健福祉法上の行動制限などの対応が有効な範囲とその限界とを説明する必要がある。家族は精神科入院によって、一挙に問題が解決して本人がすっかり回復することができる、と思い込んでいたり、医療機関が年余にわたって本人の行動を制限し、管理できると思い込んでいたりすることがある。医療機関ではひとまず中毒性精神病の治療を短期間の行動制限の中で行うにすぎず、その後、薬物の再乱用を防止し、断薬継続や回復のための治療・支援は、通院しながら地域の関係機関や施設などを利用することが必要であることを伝える。家族がこのような非現実的な希望や意向を持つのは、医療につながるまでの家族の苦労や疲労が強いからであり、この家族の労苦をねぎらう感覚が医療者には必要であろう。

時には家族として本人の薬物乱用について気づいていながら隠そうとしたり、逆に法的な対応にこだわって拒否的になったりする場合もある。家族全体をアセスメントする視点が必要で、それに基づいて家族が理解できる範囲で家族全体の現状についても伝えて、その解決のための方策を検討する。医療者として守秘義務を前提として、家族メンバーそれぞれの立場や労苦に対する共感的な姿勢を持つことで、家族の秘密主義や硬い態度をやわらげることができよう。

多くの家族にとっては、精神科救急受診が最初の精神科医療機関との出会いである。医療者としても過酷な状況での診療である場合が多いが、家族の状況に想いをはせ、家族の不安や不信を招くことがないような説明や態度、姿勢が必要である。

3. 家族心理教育の概要

本人の入院治療や外来通院治療が開始されてなるべく早期の段階で、家族は次のような点を理解している必要があろう。

- ① 乱用薬物の特徴：中枢神経系に作用する物質で、快的な錯覚を本人にもたらし、依存を引き起こすものであること。
- ② 依存症の疾患概念：依存症は本人の薬物に対するコントロール喪失を指し、そのことが疾患そのものであること。
- ③ 薬物依存症の進行：乱用の継続によって進行する慢性疾患であること。
- ④ 離脱症状と中毒性精神病：依存症の合併症として離脱症状や中毒性精神病が起きること。救急医療や救急精神科医療で治療が可能なのは、この合併症の部分であること。
- ⑤ 依存症的な「生き方」「性格変化」：依存症の経過の中で、本人の生活そのものが薬物中心になり、意欲面、情動面、道徳面での性格変化をきたすこと。
- ⑥ 治療薬の特徴や副作用：精神科の治療薬のうち、抗精神病薬や抗不安薬、睡眠導入剤

など主なものの作用や副作用。当初副作用が強くとも治療経過に伴って改善する場合が多いこと。漫然と治療薬の投与を続けるべきではないこと。

- ⑦ 自助グループやリハビリテーション施設などの利用：自助グループや施設における治療プログラムは有効性が高いが、逆にそこでの人間関係などには本人が薬物使用を再開したり、より依存性の強い薬物使用に踏み切ったりする契機になる場合もあること。
- ⑧ 依存症からの回復：回復には長年月がかかり、粘り強い介入を要する場合が多いこと。こうした諸点を念頭においた上で、家族に説明を行って、関係機関（精神保健福祉センター、地域の保健福祉センターや保健所、カウンセリング機関、リハビリテーション施設、自助グループなど）への相談を勧める。こうした関係機関の多くでは家族向けの教育プログラムを実施しているので、それらを受けて薬物依存症の病態について家族が学習すること、学習した内容に基づいて本人への対応を変えることで、本人が断薬し、回復へ向かいやすくなることを説明する。

4. イネイブリング

「イネイブリング」とは、文字通り家族が本人の薬物乱用や問題行動を、実行「可能にさせる = enabling」という意味である。アルコール家族における家族メンバー相互のコミュニケーションの中で、家族が本人の依存的行動（飲酒行動）を持続可能にさせるように、薬物乱用による問題を肩代わりして解決したり、本人の依存的行動が可能になるような本人への世話焼きをしたりすることを示している。さらに依存的行動の結果として起こる問題に対して家族が過剰に反応したり、情緒的に巻き込まれたりすることで、本人のストレスを高め、かえって依存的行動を悪化させるような場合も含まれる。

依存症家族に特徴的なこうした行動を「イネイブリング」として捉え、これがどの程度起きているのか、本人の依存症治療への動機づけのための行動を家族がとるようになるにはどのような介入が必要か、といった視点から家族システムをアセスメントすることが必要である。その上で、家族メンバーが客観的にこの行動を把握し、自ら変化させて、本人の治療動機を高めるような行動がとられるようになることを支援する。前節で述べたような家族教育プログラムに参加し、本人には断薬継続のための依存症治療を受けるだけの治療意欲がないような場合でも、家族自身だけでも相談相手をもって粘り強い取り組みを続けることを勧める。

「イネイブリング」とは上記のように依存症者をかかえる家族の中で起こりがちなコミュニケーションや行動のパターンを指す言葉であるが、ともすればそれが表面的に捉えられて「家族のせいで依存症が良くならない」といったニュアンスで医療者の側が家族に伝える場合があるようである。特に精神科救急医療の現場のように、時に慌ただしい中で行われる診療において、医師やその他の医療者からこのような発言があると、家族は医療や相談そのものに拒否感を持ってしまう。

家族メンバーはそれぞれ依存症の病態についての理解の程度やそれまでの相談歴も異なっており、どのメンバーにどのような言葉を用いればその意図が伝わりうるのか、医療者は特に「イネイブリング」のような行動を説明する際には、注意をはらう必要がある。アルコール医療の中で、ともすれば「イネイブリング」のような言葉が表面的に使われすぎてきた歴史があり、概念としては現在も有用であろうが、説明には注意が必要な用語である。

5. 規制薬物の届け出

「麻薬中毒者」の都道府県知事への届け出をのぞき、医療機関には届け出義務はない。しかし、時には家族が毅然とした態度を取ることが必要であること、逮捕や警察介入が、時に治療的な転帰になりうることも説明する。

臨床的には、逮捕や刑務所への入所の後に治療が進むことも観察される。逮捕拘留の中で断薬期間が保証されることや、刑務所内での再犯防止のためのプログラムの成果と考えられる場合も多い。

ただし、医療者が必要以上に法的対応や警察への届け出を強調すると、家族は「困っても病院に行くこともできない」という不安を持つ。医療者としては、治療的な意義を常に念頭におきながら介入・教育する必要がある。

時に家族は、逮捕や警察介入について強い不安感や拒否感を示す。世間体を気にしているような場合もあれば、中毒性精神病の症状が刑務所で適切に加療されるのかに不安を持っているような場合もある。

24条通報に基づく措置診察のような、警察介入を要するような段階であれば、警察の業務の一環として、違法薬物使用を看過するわけにはいかないであろう。一方で医療者としては、本人や家族の不安や不信を招くような介入をすることはできない。特定の原則に固執することなく、本人や家族の状態を適切にアセスメントして、治療上必要な方策の1つとして、家族からの警察への通報や、警察の介入、本人の自首などの方法を捉え、家族への説明を行うべきであろう。

- 家族は治療対象の一部でもあり、治療資源の一部でもある。
- 家族全体をアセスメントする視点が必要である。
- 家族心理教育の観点を知る。都道府県立の精神保健福祉センターなどの利用可能な資源について情報提供を行う。
- 家族自身の相談相手を見つけることを勧める。
- 家族に対しては、法的対応を含む毅然とした対応が治療的に作用することも伝える。

なお、最後ではあるが、厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課から発行されたA4版44頁のパンフレット「ご家族の薬物問題でお困りの方へ」は、①薬物依存症を理解しましょう、②回復のために家族は何をしたらよいのでしょうか、③まずは家族が元気をとりましょう、④家族の相談が回復のチャンスを作ります、⑤Q&A、⑥付録 連絡先一覧、という章立てでていねいに解説してあるので、是非参考にされたい（註）。

● 註：このパンフレットは以下のホームページからダウンロードすることができる。●

- ◆ 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 <http://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu>
- ◆ 全国薬物依存症者家族連合会 <http://www.yakkaren.com/>

（梅野 充）



((社) 出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。
複写される場合、そのつど事前に、下記の許諾を得てください。

(社) 出版者著作権管理機構

TEL. 03-3513-6969 FAX. 03-3513-6979 e-mail : info@jcopy.or.jp

精神科救急医療ガイドライン 規制薬物関連精神障害 2011年版

定価 (本体価格 1,800 円 + 税)

2012 年 3 月 28 日 第 1 版第 1 刷発行

編集 / 日本精神科救急学会

発行者 / 岩井 壽夫

発行所 / 株式会社へるす出版

〒164-0001 東京都中野区中野 2-2-3

電話 03-3384-8035 (販売) 03-3384-8177 (編集)

振替 00180-7-175971

<http://herusu-shuppan.co.jp>

印刷所 / 三松堂印刷株式会社

©2012, Printed in Japan

〈検印省略〉

乱丁本、落丁本はお取り替えいたします。

ISBN 978-4-89269-766-1