

第 3 回 2025.03.01

なぜ若者は市販薬を オーバードーズするのか？

松本 俊彦 氏

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 部長／
薬物依存症センター センター長

本日は、いま若者の中で大きな問題となっている市販薬のオーバードーズについて、その実態と対策の課題を端的にお話ししたいと思います。まず、皆さんと確認しておきたいデータがあります。警察庁のデータに基づいて文部科学省がまとめた児童・生徒の自殺者総数の経年の推移のグラフです。これを見るとすぐに分かるのですが、児童・生徒の自殺者総数は増えています。

日本の自殺者数の全体の統計は、1998 年から年間 3 万人を超えて、3 万人以上で高止まりした状態が 14 年間続きました。その間の 2006 年に自殺対策基本法が制定され、国・自治体挙げての取り組みが展開されました。総数としては今、2 万 268 人（2024 年暫定値）になっています。統計のある 1970 年代以降では 2 番目に少ない数字となっています。

ただ、これは人口動態的な変化が大きいような気がします。1998 年に急増した自殺は、人口が非常に大きい層、いわゆる団塊の世代の人たち（第 1 次ベビーブーマー）の自殺が増加したため、総数が増えたと考えられます。今はその年代の人たちが高齢になり、人口自体が減り始めていることが、自殺者総数の減少として表れているのだと思います。

しかしその間、子どもたちの自殺は増え続けました。しかもコロナ禍に入ってから、大きく弾んだようにさらに右肩上がりになりました。学校における自殺予防教育というと、長らく「命を大事に」「自分を大事に」という生命尊重教育や道徳教育がメインでした。でも、道徳では人の命を救えないのではないかという問題意

識が生まれ、2017 年から文部科学省の鶴の一声で、年 1 回 45 分は「SOS の出し方教育」を行いましょう、ということになりました。そして援助希求能力を高める教育が全国的に展開されました。それがどこまで効果があったのか、少し皮肉な言い方になりますが、むしろこの教育を始めた後の方が、子どもたちの自殺は増えているのです。SOS を出しつつも、絶望している子どもたちが増えているのかもしれない。

小中高の自殺者総数の高まりの中で、特に顕著に上がっているのが高校生です。高校生の中でも、特に女性に注目する必要があります。女性の自殺者総数の上がり方は、尋常ではない高まりを示しています。高校生年代の女性に何が起きているのでしょうか。それは定かではありませんが、首都圏で精神科臨床をやっていると、歌舞伎町や「トー横」界隈で数か月に 1 回ずつ、高校生年代の女性が高い所から飛び降りたという話を聞きます。実際、私が担当している患者さんの中にも、そのようにして亡くなった人がいます。

実際に飛び降りが増えているのかどうかは分かりません。ただ、私の中で印象に残っている飛び降り自殺があります。2023 年 4 月、千葉県松戸市で起きた女子高校生 2 人の飛び降り自殺です。なぜ、この自殺が私に強い印象を残したのかというと、この 2 人の女の子は自分たちが飛び降りる場面をライブで動画配信していたのです。配信はプロバイダーによってすぐに削除されましたが、SNS で拡散されて、今もインターネット上で拾うことができます。

この 2 人の女の子は SNS のアカウントを持ってい

ました。そこに投稿された内容を分析し、2 人の共通の知人や友人にインタビューを行ったジャーナリストがいます。このジャーナリストによると、2 人は様々な背景を持っていたそうです。1 人は小学校高学年の時から醜形恐怖に悩み、自分の大嫌いな顔と折り合いをつけるために連日、リストカットや市販薬のオーバードーズをしていました。もう 1 人の女の子は、東南アジア系の外国人であるお母さんが、文化差の関係で日本になかなか馴染めなかった。女の子はそうした苦痛のはけ口とされ、「あんたなんか産まなきゃよかった」「あんたさえいなければ」と言われながら育ったそうです。それで小学校の時にリストカット、中学校に入ってから市販薬のオーバードーズを繰り返していたことが分かっています。

2 人は飛び降りる直前に写真を投稿しています。「最後の晚餐」と題された写真です。本人たちが最後に食べたと思しき食料品が写っていますが、そこにはたくさんの市販薬の錠剤と、ストロング系のアルコール飲料も写っています。おそらく 2 人はそれらを体内に摂取し、酩酊状態になり、前後不覚な状態、死や痛みに対する恐れが吹っ飛んだ状態で、マンション屋上から身を躍らせたのだらうと思います。

このエピソードから私は何を言いたいのかというと、2 つのことです。1 つは、現在的女子高校生の自殺の背景には何らかの形で市販薬が絡んでいるのではないかと、ということです。そしてもう 1 つは、市販薬を不適切に使用する子たちは、背景にそのようなものを必要とする問題を抱えている、ということです。私は、市販薬のせい若者が死んでいると言いたいわけではありません。市販薬へのアクセスを防ぐだけでは対策として限界があります。

では、この市販薬の問題は救急の現場にどのような影響を及ぼしているのでしょうか。埼玉医科大学の上條吉人先生が行った、首都圏の 3 つの救命救急センターでの調査によると、市販薬のオーバードーズによって救命救急センターに搬送される患者さんがこの数年で激増しています。コロナ前と比べると、コロナ禍に入ってから 2.3 倍に増えています。さらに、2020 年に 3 つ救命救急センターにオーバードーズで救急搬送された患者さんの 85% が、10 代もしくは 20 代の女性であることも分かっています。今、若い

女性たちに一体何が起きているのでしょうか。

続いて、私が専門とする薬物依存症の臨床現場の状況をお伝えします。私たちは 2 年に 1 回、全国の精神科医療施設（精神病床を持っている民間病院・大学病院・公立病院などの精神科医療施設）1530 施設（現時点の数）に対して、薬物乱用・依存の実態を探るための調査を行っています。毎回の調査年の 9 月から 10 月の 2 か月間を定点観測期間として、この間に入院でも通院でもいいので、治療を提供した薬物依存症患者さんのデータを提供してもらっています。集まったデータは主な乱用薬物ごとに分類し、その乱用薬物の割合が経年的にどう推移しているのか調べています。

どの調査年でも、一貫して大きな割合を占めているのが覚せい剤です。覚せい剤は第 2 次世界大戦以降、わが国の医療の現場でも問題になっている薬物です。それから、2014 年に一時的に大きな割合を占めたのが、いわゆる脱法ハーブをはじめとした危険ドラッグです。様々な規制を強化したり、薬事法を改正したりしたことで販売店舗が減り、市中に流通しなくなりました。今は臨床現場からほとんど姿を消しています。

しかし、危険ドラッグが姿を消したからといって、薬物依存症の患者さんが減ったわけではありません。むしろ増えています。患者さんの数自体は、危険ドラッグの乱用禍が終焉した後の方が増えています。一体、どんな薬物が増えているのかというと、2 つの薬物に注目する必要があります。1 つは、精神科で処方される睡眠薬や抗不安薬、いわゆるベンゾジアゼピン系の薬、あるいはベンゾジアゼピンとは言わないけれども、同じくベンゾジアゼピン受容体に作用する睡眠薬や抗不安薬です。この割合が 10 年前よりも増えています。そしてもう 1 つの薬物が、今日のテーマである市販薬です。これが確実に増えています。

若者の薬物の問題というと、何かと大麻のことが言及されます。確かに大麻取締法で捕まる人は激増していて、今や覚せい剤取締法で逮捕される人よりも多くなっています。しかし、医療の現場ではそうではありません。おそらく、大麻で多く捕まっているのは取り締まり側が頑張っているからであって、大麻使用による健康被害は増えていないというのが、医療の立場で

の我々の印象です。むしろ問題なのは、処方薬や市販薬といった捕まらない薬物、1 回やっても人生は破滅しないことを多くの国民が知っている薬物であり、これでおかしくなっているのです。薬物依存症の臨床現場では今、医薬品が問題となっていることを押さえておいて欲しいと思っています。

いずれにしても、今一番問題となっている薬物は、覚せい剤、市販薬、処方薬の順で、かなり間があいて大麻です。この 4 大薬物に関して、私たちは別の調査もしています。各薬物の依存症患者さんに対して、最近 1 年以内に自傷や自殺行動をしたことがあるかどうかを調べているのです。つまり、自殺リスクが高いのはどの薬物の依存症なのか、ということをはっきりしたいのです。すると、市販薬の依存症患者さんの自殺リスクが圧倒的に高く、最近 1 年以内に自傷や自殺行動をしている人が多いことが分かりました。市販薬の依存症患者さんは依存症であるだけでなく、同時に自殺のハイリスクグループなのです。

こうした調査を踏まえて、今度は 10 代の薬物依存症患者さんだけをピックアップしてみました。2 年ごとの調査で全国から集まった 10 代の薬物依存症患者さんの数（実数）を見ると、危険ドラッグのピーク時（2014 年）には、10 代の患者さんは 25 人くらいでした。10 代のうちから薬物の問題で精神科に来る人は多くありませんが、一定の割合でいます。その後、危険ドラッグが入手できなくなって、10 代の患者さんは一旦減りました。しかし、その後また 10 代の患者さんが増えて、2022 年時点では危険ドラッグのピーク時に比べて倍増しています。そして、直近（2024 年）の 9 月から 10 月の 2 か月間を対象にした調査では、前回の 2022 年調査と比べて 3 倍に増え、危険ドラッグのピーク時と比較すると 6 倍にまで増えています。

今、薬物依存症外来では 10 代の患者さんが本当に増えているんです。この患者さんたちは一体、どんな薬物を使っているのでしょうか。今から 10 年前、危険ドラッグのピーク時には、10 代の患者さんのおおよそ半数は危険ドラッグを使っていました。しかし、危険ドラッグが市中に流通しなくなると、それを乱用する依存症患者さんは他の年代と同じように減ってきました。しかし、10 代の依存症患者さんは増えていま

す。一体どんな薬物が増えたのかというと、まさに市販薬です。調査をする度に、10 代の薬物依存症患者さんに占める市販薬依存の割合はどんどん増えて、直近（2024 年）の調査ではなんと 72% 近くになりました。今や、10 代の薬物依存症患者さんをみたら市販薬を疑え、という状況になっています。

それにしても皮肉な話です。実は 2014 年に、ブロン（咳止め薬）など以前から乱用リスクが高かった市販薬に関して、薬局の店頭で販売個数制限が行われるようになり、1 人 1 箱まで、2 箱以上は買えない、というルールが開始されました。なぜ始まったのかというと、この頃からインターネット上で市販薬を販売したいという会社が非常に増えてきて、国に規制緩和を求めました。国もこれを受け入れたかったのですが、日本薬剤師会から、ネットで販売すると若者たちが乱用するのではないか、という反対意見が出てきました。そして、国会でかなり激しい論戦になりました。その結果、落とし所として、インターネットで市販薬を売ることに伴う規制緩和を始める、その代わり、乱用拡大を防ぐため、薬局の店舗ではリスクの高い市販薬の販売個数制限をしよう、ということになったのです。この施策は効果があったのでしょうか。むしろ、これをやった後の方が市販薬の依存症患者さんは激増しました。ほとんど効果がなかったと言っていいのかもしれない。

近年のこうした状況を話すと、子どもたちは危険ドラッグが流通しなくなったから、代わりにハイになれる薬物として市販薬を使うようになったのか、と思われる人もいます。でも、その推測は間違っていると思います。10 年前に危険ドラッグを使っていた 10 代の患者さんと、市販薬を近年使っている患者さんはバックグラウンドが異なるのです。かつて危険ドラッグを使っていた 10 代の患者さんたちは、ほとんどが男性でした。そしてほとんどが、学業から早期にドロップアウトしていました。中学を卒業したまま、もう教育から離れてしまっている、あるいは高校に進学しても直ぐに辞めてしまっている、というような人々です。他にも、犯罪歴がある、薬物問題は彼らの広範に及ぶ反社会的抵抗のごく一部に過ぎない、というようなプロフィールを持っています。つまり昔ながらの、いかにも薬物乱用少年らしいバックグラウンドを持っていたわけですね。

ところが近年、市販薬を使っている 10 代の依存症患者さんたちは、ほとんどが女性です。そして現在は高校在籍中、あるいは少なくとも高校は卒業している、という点で、学業から早期のドロップアウトをしていません。非行歴、犯罪歴もありません。その意味では、この 10 代の女の子たちは少なくとも表面上は、家庭や学校や地域において「良い子」と目されるような子たちなのだろうと思います。しかし、かつて危険ドラッグを乱用していた 10 代の患者さんに見られない特徴があります。精神疾患の合併率が高いのです。

特に多いのが神経発達症です。自閉スペクトラム症に代表されるような広い意味での発達障害を合併している人が非常に多くなっています。それから、解離性障害、心的外傷後ストレス障害、適応障害、といったストレスやトラウマに関連するメンタルの問題を抱えています。おそらくは生来の発達でこぼこのせいで、親からすると養育しにくく、親としては悪気がなくても、子どもたちからすると非常に虐待的な対応として体験された可能性もあるでしょう。そして学校に上がる頃になると、今度はクラスメイトからのいじめや、からかいの対象になったりします。そうした傷つきが、ストレスやトラウマに関連するメンタルヘルスの問題につながっているのかもしれません。

そして、メンタルヘルス問題に由来する精神的な苦痛を和らげるために、市販薬を使っているのではないかと、そのような推測が成り立ちます。言い換えると、かつて危険ドラッグを使っていた 10 代の子たちは、ハイになるために使っていましたが、市販薬を近年使っている 10 代の子たちは、マイナスの感情をゼロに近づけるために使っているのではないのでしょうか。そして何よりも市販薬乱用の 10 代の子たちに特徴的なのは、乱用する以前からリストカットを繰り返し、リストカット卒業とちょうど入れ違いにして市販薬のオーバードーズを始めた、というケースが少なからずみられることなのです。1 人の同じ人間に、クロノジカル（年代順）に、ある時はリストカット、ある時はオーバードーズがみられます。中には両方が同時にみられる人もいます。こういうケースが結構あるのです。このようなことから、リストカットとオーバードーズには何らかの共通点があるのではないかと考えられます。

では、何が共通していて、何が異なるのか。それを知りたいと多くの人が考えると思います。そのヒントとなるものを 1 つ示しておきたいと思います。オックスフォード大学自殺予防センターのチームが行った研究です。もっぱらリストカットを繰り返す若者たちと、もっぱらオーバードーズだけを繰り返す若者たちを集めて、そうした行動の背景にはどのような動機、意図、目的があるのか、示した多くの選択肢（つらい感情から解放されたい、自分自身を罰したい、死にたい、絶望しているのを示したい、愛されているのか知りたい、など）の中に当てはまるものがあれば、いくつでもいいので回答してください、という調査を行いました。そしてこの調査から、共通点と相違点が浮かび上がってきました。

まず共通点ですが、どちらも「つらい感情から解放されたい」を 7 割以上が選択しました。とてもつらい気持ちになっているので、人に助けを求めたり、大人に相談したりするべきなのですが、人を信じられないのでそれができない。だから、ひとりぼっちでつらい感情から解放されるためにやっているのです。では相違点はどこかかというと、「死にたい」という気持ちです。リストカットもオーバードーズも、その行為をする気持ちを 1 つだけ選べと言われると、「死にたい」を選択する人は少ないと思います。リストカットやオーバードーズで死ぬとは思っていないし、死ぬためにその行為を行っているわけではありません。しかしながら、リストカットする人たちは、切っていない時はいつも「消えたい」「居なくなりたい」「死んでしまいたい」という死につながる虚無的な気持ちを抱いているものです。ですから、複数回答 OK と言われると、「死にたい」を選ぶ人たちが一定の割合で出てくるのです。

「死にたい」と答えた人は、リストカットのグループで 40.2%、オーバードーズのグループで 66.7% となっており、オーバードーズの方が明らかに多いのです。つまり、リストカットよりもオーバードーズの方が死にたい気持ちがより大きくなるのです。別の見方をすれば、リストカットと自殺の間にオーバードーズがある、と言えるのかもしれません。おそらく彼らは、そのあたりのことをある程度分かっている気がします。リストカットは、どのくらい切っているのか視覚的に確認しながら行います。切り過ぎたと思えば、そ

ここで手を止めることも可能です。出血は直ちには止まりませんが、傷がそれ以上広がることはありません。

しかしオーバードーズは、自分の体を傷つけるプロセスは身体の内部で行われるので、観察できません。飲み過ぎたと思って飲むのを止めても、数時間後にもっとひどい状態になります。つまり、行為と結果との間に時間的な遅延がすごくあるので、なかなかその状況をコントロールすることができません。昨日 50 錠飲んで大丈夫だったから、今日も同じ量を飲んで大丈夫なのか、それは分かりません。飲む薬の種類によりますし、複数の製品を同時に飲んだり、アルコールと併用したりする場合は、体内の動態が変化してきます。オーバードーズを連日していると肝機能が低下してくるので、たった 10 錠しか飲んでいないのに 50 錠以上の効果が出てしまうこともあります。だから内臓の疲れ具合にも依拠しているわけです。つまり行為の結果の予測ができないのです。

このように、コントロールも結果の予測もしにくいオーバードーズを、あえて行う人たちというのは、「こんなので死ぬるとは思っていないけれども、ワンチャン死ぬるなら、それはそれでラッキー」と思っています。つまり、より自暴自棄で、死につながる考えが大きな人、強い人たちがオーバードーズを選んでいる可能性があるということになります。

さらにここで、私が 20 年近く前に行った研究の結果を重ね合わせてみたいと思います。かつて私は、習慣的にリストカットを繰り返す患者さん 81 人を 3 年間追跡し、その期間中に極めて深刻な自殺行動を呈した人たちにはどのような特徴があったのかを調べました。その中で、治療経過中の深刻な自殺行動予測因子として浮かび上がってきたのが、市販薬の乱用を伴っているかどうか、だったのです。やはり市販薬の乱用を伴う人たちは、治療経過中に深刻な自殺行動を引き起こす可能性が高かったのです。

リストカットをしている患者さんたちの中にも、市販薬のオーバードーズ歴がある人となない人がいて、両者にどんな違いがあるのか比較しました。すると、市販薬の乱用歴がある人はリストカット歴が長かったのです。おそらく、リストカットではつらい気持ちが和らがなくなってきた、戸惑う中で市販薬のオーバー

ドーズにシフトしている可能性があります。シフトすることによって、死にたいくらいつらい今を生き延びることができるようになったのだけれども、長期的なスパンで見ると、むしろ自殺のリスクが高まっている、とも言えるわけです。

では、実際にどんな薬が乱用されているのでしょうか。最も多く乱用されているのは、コデイン類（アヘン類）や覚せい剤原料が含まれている風邪薬・咳止め薬です。商品名で言うと、エスエスブロン錠、パブロンゴールド A です。次に多いのが、デキストロメトर्फアンという成分が含まれている風邪薬・咳止め薬です。商品名で言うと、メジコンせき止め Pro、コンタック総合感冒薬です。その次は、プロモバレリル尿素という非常に古い成分を含む薬です。この成分はベンゾジアゼピンの 2 世代前の睡眠薬で、現在の精神科臨床ではまず使われることがありません。これが市販され、乱用されています。商品名はウットです。その次はジフェンヒドラミンという抗ヒスタミン成分を含むアレルギーの薬で、商品名はレスタミンコーワです。抗ヒスタミン成分は眠気を催すので、ドリエルという睡眠薬にもこの成分が入っています。次は、アリルイソプロピルアセチル尿素を含む薬で、これはプロモバレリル尿素と類似した鎮静成分なのですが、実は 80 年前にアメリカにおいて、血小板が減ってしまう状態を引き起こす可能性があるということで、使用禁止になっている薬剤です。でも日本では、市販薬の中に結構使われています。商品名で言うと、イブ A、ナロンエースなどです。そして最後にカフェインの錠剤、商品名エスタロンモカなどがあります。

臨床的に非常に問題になっているのは、ブロン、パブロンとメジコンです。この 2 つについて、各論的に話をしていきます。まずブロン、パブロンですが、様々な成分が入っていて、相互に影響し合って効果を強めたり、依存性を強めたりします。中でも特に気になる 2 つの成分に言及しておきます。ひとつは、メチルエフェドリン塩酸塩です。あるいは同種のものとして、プソイドエフェドリンが入っています。この成分はわが国では、覚せい剤取締法によって、覚せい剤原料として規制されています。実は違法な成分なのです。しかしながら 10 倍に薄めれば、市販薬に入っていることになっています。なぜこれが入られているかというと、気管支を拡張して空気の通りを良くする

ためです。しかし、覚せい剤と同じ成分ですので、意欲が出たり、落ち込んだ気持ちが一時的に高揚したりします。食欲を一時的に抑制してくれるので、やせ薬としての効果もあります。でも、こうした効果はどんどん弱くなってきて、当初と同じ効果を維持するためには使用量を増やす必要があります。覚せい剤類の成分ですから、体質的あるいは遺伝的に脆弱な人は、一過性に統合失調症のような幻覚や妄想が出てしまうこともあります。

ブロン、パブロンに入っているもう1つの成分は、ジヒドロコデインリン酸塩です。これは体内に摂取されるとコデインに変化します。いずれも、わが国では麻薬及び向精神薬取締法によって麻薬として規制されている違法薬物成分です。しかしこれも、100 倍に薄めれば市販薬に使っていいことになっています。ジヒドロコデインは延髄の咳中枢を麻痺させることで咳を止めます。しかし、これは心にも効きます。アヘン類ですから、多幸感が生じてつらい気持ちや不安感を紛らせてくれるのです。ところが同時に、体質的に依存になりやすい人は、規定量でも長期間使って急に止めると離脱が出ます。涙がボロボロ出たり、鼻水が止まらなくなったり、下痢気味になったりします。乱用せずに普通に使っても出てしまうのです。ですから、これを連日オーバードーズしている子たちが急に止めると、めっちゃくちゃ気持ちが落ち込んで、すごく死にたくなったりします。ブロン、パブロンを連日、大量にオーバードーズしている子たちは、いきなり止めてはいけません。乱用がこれ以上ひどくならないようにするとか、ゆっくり徐々に止めていくことが必要で、うっかり自力で一気に止めてしまった子が急に死にたくなって別の自殺行動をする、ということは我々の薬物依存症臨床ではよく見られる現象です。

続いてメジコンです。これは比較的最近発売された市販薬です。従来の咳止め薬ブロン、パブロンの依存性が高いということで、もっと依存性が低い咳止め薬ができないかということで、これまで医療機関で処方薬としてのみ使われていたメジコンが市販化されました。「非麻薬性の咳止め薬」と言われています。確かに有効成分のデキストロメトルファンは、コデインやメチルエフェドリンに比べるとはるかに依存性は少ないです。しかし薬理的には NMDA 受容体拮抗薬と言われていて、違法薬物であるケタミンやフェンサイ

クリジンと類似した幻覚を引き起こす作用があります。ですから本当の意味で安全かどうか疑問がありますし、メジコンのオーバードーズで死亡事例も結構出ています。

デキストロメトルファンは肝臓の2つの酵素によって分解されます。CYP2D6 と CYP3A4 です。そして CYP2D6 については、日本人はかなり遺伝子多型があるため、分解酵素の力に個人差があります。ですから、みんなと一緒にオーバードーズしたのだけれど、朝に1人だけ冷たくなっている人がいる、ということが起きてしまいがちです。実際に事故が起きています。それから CYP3A4 は、柑橘系果汁と一緒に摂取すると、この酵素の働きが阻害されます。実際に死亡事例を見てみると、メジコンと一緒に缶チューハイ・ストロングゼロのダブルグレープフルーツと一緒に摂取しているケースが目立ちます。柑橘系果汁によってデキストロメトルファンを分解できなくなり、血中濃度が急激に上昇して致死量を超えてしまい、自発呼吸が止まってしまった可能性が推測されます。そのような意味で、市販薬のオーバードーズには様々な危険性が内包されているのです。

しかし一方で、生きづらさを抱える若者たちにとっては、助かっている部分もゼロとは言えません。例えばコデインは、孤独感や孤立感をすごく和らげてくれます。実は我々も、コデインやモルヒネやヘロインなどの、広い意味でのオピオイド類が体内にあって、 β エンドルフィンやエンケファリンという脳内麻薬があるわけです。そして内因性のオピオイドの受容体が、元々どの人間にも備わっています。健康な人間に、内因性のオピオイドの受容体をブロックする薬を長期間投与すると、心理的な変化が得られることが分かっています。疎外感や孤立感が減茶苦茶強くなるのです。おそらく我々は、本当は孤立している人間なのかもしれないけれど、この内因性のオピオイド、つまり脳内麻薬が一定程度働くことによって、まよかしのつながり感、ひとりじゃない感が生まれているのかもしれない。しかし、強い孤立感を抱えている人もいるでしょう。そういう人たちは、市販薬に含まれるコデインを摂取することによって、孤立感を誤魔化している可能性もあると思います。

それからメチルエフェドリンのような覚せい剤原料

は、抗うつ薬として彼らの意欲の低下を助けています。問題の無い生徒のように振る舞ったり、学校のルーチンをこなしたりするために、この薬を必要とする人たちが、市販薬依存症の患者さんの中に多くいるわけです。さらに、トラウマを抱えていて過去の嫌な体験がフラッシュバックしている子たちは、フラッシュバックが起こると1分1秒をすごく長く感じます。しかし、覚せい剤のようなアップパー系の薬を使うと時間の流れが速く感じるので、つらい時間もすぐに過ぎてフラッシュバックが楽になるのです。このような助かる効果もあります。

メジコンに含まれるデキストロメトルファンは、ケタミンやフェンサイクリジンと同じような幻覚薬としての作用があります。どのような幻覚を引き起こすのかというと、離人感です。あるいは解離性障害と同じように、つらい気持ちから意識の距離が置かれて、音もしない静かな白黒の世界に意識を置くことができます。これが楽だという子たちもいます。子ども時代に親から激しい暴力を受けたり、性暴力の被害を受けたりして、その時のつらい記憶が今まさに起きているみたいフラッシュバックが繰り返されている子たちです。

それで解離ができればいいのですよ。解離して意識が飛んでしまったり、他の人格が出てきたりする子たちは、実は主観的にはつらい気持ちが低減しています。でも解離できない子たちがいます。そういった子たちはフラッシュバックが起こる度に、狂ったようにリストカットして、それでもいくら切ってもつらい気持ちが紛れないので苦しみます。その子たちがメジコンをオーバードーズして、デキストロメトルファンの作用によって人工的な解離状態、ケミカルディソシエーションの状態になると、リストカットが止まるのです。ここでもまた、助かる部分があるのです。

要するに私が何を言いたいのかというと、この市販薬のオーバードーズは長期的には間違いなく自殺の危険因子です。10代の時にそのような行動をしたことがある若者は、したことがない若者に比べると、10年以内に自殺既遂で死亡するリスクが400倍から700倍高い、という報告もあります。しかし短期的には、直ちに死ぬのを少し延期するのに役立っているのです。実際に私がコロナ禍以降、たくさんみてき

た10代の市販薬依存症の患者さんたちも、実は結構命を落としています。亡くなった患者さんたちの特徴をみると、薬のオーバードーズで死亡した子は1人くらいしかいません。亡くなった子たちは、頑張って市販薬を止めている時、あるいは減らしている時に、市販薬によって紛らわしていたつらさに意識が圧倒されて、死んでいるのです。ここから何が分かるかというと、市販薬のオーバードーズを漫然と続けても地獄ですが、一気に止めても地獄なのです。止めても地獄、続けても地獄の中で、我々はどう支援したらいいのか。それを残りの時間で端的にお話ししたいと思います。

まず1つ、オーバードーズをする子たちの多くが医療機関にアクセスしていません。多く見積もっても1割程度しか病院に行っていないことが分かっています。病院に行った1割の子たちは、飲んだ薬の量が多い、あるいはオーバードーズした結果、様々な医学的な障害が深刻だったから病院に行ったわけではありません。実は、深刻な子たちが医療に行っているわけではないのです。医療に行っていない子たちも同じくらいの深刻さであることが分かっています。最初のうちは医療に行っても、オーバードーズを繰り返す中でだんだん医療から遠ざかることも分かっています。そしてむしろ医療にアクセスしない子たちの方が、うつ状態が深刻で、自尊心が低くて、人に対する不信感が強い、つまりメンタルの傷つきはより深刻であることが分かっています。とするならば、実はオーバードーズの自傷性というものは、支援を求めないことも含めて自傷的な部分があるわけです。むしろ医療機関に来た人たちには、労いの言葉を与えるべきだろうと思います。「よく来たね」「正直に話してくれてありがとう」、ここから始めなければいけないのです。

本人たちに一気に変化を求めることは酷です。「あなたなら変わるよ」「一緒に頑張って止めていこう」と言われると、自尊心が低い子たちは今のままの自分、ありのままの自分はダメなのだと、否定されたと思ってしまいます。つまり、患者さんに変化を求めるということは、今のままの本人を否定することになるわけです。かといって変化を求めないわけにもいきません。ありのままを認めつつ、変化を促すという矛盾したことをセラピーの中でやっていかなければいけません。DIALECTICAL（弁証法的）に、この矛盾する2つと上手くバランスを取りながらやっていきます。

治療の中で最悪なのは、治療関係が途切れてしまうことです。実際に亡くなられたケースを振り返ってみると、通院が途切れた後、しばらくたってから警察から「亡くなった」という連絡を聞くパターンが多いです。だからオーバードーズがどんなに繰り返されていても、まず大事なのは次もやって来ることです。いきなり「止めろ」と言ったら次から来なくなります。治療関係を継続するためには、少しでも害を減らす、あるいは安全にオーバードーズする、これを話し合うことが大事です。その意味で、従来の依存症治療の考え方は完全に捨てなければいけません。従来は「断酒」「断薬」から始まるという考え方でしたが、市販薬のオーバードーズを繰り返す若者たちに対しては、このやり方ではまずいということです。

最初にすべきことはモニタリングだと思います。私はよく、オーバードーズ日記を付けてもらいます。かなり細かく付けてもらいます。そして、毎回の診察の中でその日記を見せてもらいながら、話し合いをします。何曜日、どの時間帯、どんな場所でオーバードーズすることが多いのか。何があった日に、誰と会った日に、オーバードーズすることが多いのか。つまり、オーバードーズを促進する要因を分析します。トリガー、引き金と言ったりもします。逆に、何でこの日はオーバードーズしないで済んだのか、ということも考えます。もしかすると、その日の過ごし方の中にオーバードーズを抑止する要因があるのかもしれません。それも一緒に分析し、より安全に暮らすためにはどうしたらいいのかを話し合っていきます。

もちろん、我々の提案を本人たちが全て受け入れてくれるわけではありませんが、本人の意向を尊重しつつ、でもうまくいかなかったら改めてもう一回、健康的な生活のための提案をするという、3歩進んで2歩下がるような取り組みをしています。そうしながら、オーバードーズの薬の量が減った、薬を複数から1剤にした、などのちょっとした変化を見つけていきます。パブロンをブロンにした、というのも実は進歩なのです。パブロンにはアセトアミノフェン、つまりカロナールのような鎮痛解熱成分が入っていて、それがすごく肝臓を壊します。だからパブロンを使うくらいなら、ブロンの方がいい。より安全な変化を見つけてあげて、ちゃんと前進していることをフィードバックしてあげる。この小さな変化を褒められないと、大き

く変化するための勇気につながらないことを、我々は理解しておかなくてははいけません。

それにしても、なぜ市販薬の問題が若者たちの中で拡散していったのでしょうか。SNSのせいでしょうか。もちろんSNSも関係していますが、第一義的にはそうではありません。ドラッグストアが減茶苦茶増えたことが影響しているのです。今、ドラッグストア業界は市場規模8兆円、最近では10兆円を超えているのではないと言われるほど、非常に盛況な業界になっています。毎年1年間に1000軒から1500軒のドラッグストアが新規オープンしていて、国もこれを推進しています。なぜならば、拡大する医療費を少しでも下げるのに最も効果的な方法は、国民をなるべく病院に行かせないことだからです。これまでは処方箋がなければもらえなかった薬を市販薬にして、病院に行かなくても手に入るようにしました。ロキソニン、ガスター、メジコンは、真にそういった形で市販化されました。

ドラッグストアはこれまで、薬剤師がいなければ店舗を開けませんでした。そこで、薬剤師がいなくても薬を売れるようにするため、2009年から始まったのが登録販売者という資格です。高校を卒業し、市販薬販売の実務経験が1年以上ある人が試験を受けて合格すると、都道府県知事から「市販薬を売っていいですよ」という形になります。市販薬には1類、2類、3類があり、1類は薬剤師が対面で説明しなければ売れないのですが、2類と3類は登録販売者がいれば売っていいことになっています。市販薬の95%は2類と3類であり、乱用されているのは2類なので、結局、登録販売者だけで売れるのです。そして国は、登録販売者こそがセルフメディケーション推進計画の旗頭と考えて、これを前面に打ち出しています。

2015年には、登録販売者の受験資格が学歴不問、市販薬販売実務経験不問、となりました。ですから高校生や中学生が腕試しに受けていますし、私が診ている10代、20代の女性患者さんたちも「将来の夢は登録販売者になること」なんて言っています。既に試験に合格した人もいます。これは、市販薬を入手しやすい職業に意識的に就いているような感じもします。そして2017年には、セルフメディケーション税制が始まりました。一定以上の市販薬購入金額がある人は、

確定申告の時に領収書を出すことで医療費の控除対象にする、という制度です。例えば、自分の娘さんの市販薬オーバードーズに悩む親御さんが、確定申告の時期になると娘さんの部屋をノックして、「市販薬の領収書はないか」と聞いているような有り様なんです。セルフメディケーション推進政策は、本当に国民を健康にしたのか、若者たちの命や健康を守ることに貢献しているのか、ということに関しては、厳密に精査する必要があると思います。

市販薬が絶対にダメと言い切ることはできませんが、市販薬の中には、医療の現場では危険過ぎて使われなくなった成分が平気で入っているものもあります。プロモバレルリル尿素や、血小板減少性紫斑病を引き起こすとされるアシルイソプロピルアセチル尿素などが入っていたりします。それからロキソニンの中にも、市販化されるとカフェインが入ったりします。なぜカフェインが必要なのか、こういったこともきちんと議論がなされないまま、次から次へと新製品が開発されています。

もちろん国も一定程度の問題意識を持って、色々な取り組みの委員会などで報告書を出しています。しかしながらこれは、精神保健の分野や精神科医療の分野の支援者が委員に入っていない検討会です。あくまでも製薬メーカーや、ドラッグストアチェーン業界の役員とか、薬学部の教授とか、薬の専門家だけで話合っています。その取りまとめ報告書の内容を見ると、市販薬オーバードーズの恐さについて人々に知らせる啓発的なポスターを張るべきだと書いてあったりします。つまり、市販薬オーバードーズやめますか、それとも人間やめますか、みたいなメッセージポスターを張るべきだということでしょうか。あるいは、身分証明書を確立して未成年には売らないようにしよう、みたいなことが色々書いてあったりします。

実際、首都圏では10代の子たちは市販薬をドラッグストアでなかなか売ってもらえなくなっています。その結果、何が生じているかというと、悪い年長の男性から高いお金で転売してもらっています。そのためにパパ活をやったりしています。中には、転売する売人たちが市販薬のおまけとして、MDMA やケタミンといった違法薬物を付けてくれることもあります。実は密かに、市販薬がゲートウェイドラッグとして違法

薬物の入口になっているのです。

対策は私であれば次のようにします。この10年の間、若者の自殺を防ぐために様々なSNS相談窓口ができました。それらを載せた1枚紙のリーフレットを作り、ドラッグストアに来るお客さん全員に配布するのです。頻回に購入する人だけに渡したら、その人たちを差別することになるので全員に渡します。そうすることによって、皆がゲートキーパーになり、若者に有益な情報を提供できる社会になるのではないかと、私はそれを期待しています。

最初の方でお話ししましたが、2017年から行われたSOSの出し方教育では、むしろ自殺が増えていきます。なぜなのか。それは今、SOSを出しにくい社会になっているからではないかと思います。市販薬のオーバードーズについて、我々が今行っている全国の高校生調査では、高校生の60人に1人が市販薬のオーバードーズ経験があることが分かっています。しかし、この調査は不完全です。全日制の高校だけが対象で、調査日に学校を休んだ子どもはカウントされていません。市販薬のオーバードーズを繰り返す高校生は学校を休みがちです。しかも全日制よりは、定時制や通信制に多くいます。ですから高校生全体をまとめるならば、30、40人に1人、ざっくり言えば教室の中に1人や2人いてもおかしくない状況なのです。にもかかわらず最近、一部の高校の中で、校則で市販薬のオーバードーズを禁止する所が出始めています。市販薬のオーバードーズを止められなくて、学校の先生に相談したら停学や退学になる恐れがある。これでは安心してSOSを出せません。だからSOSの出し方教育をやってもダメなのです。

今、市販薬は若者たちの中で一番の問題となっている薬物です。とするならば、従来の違法薬物にターゲットを絞った「ダメ。ゼッタイ。」教育は考え直す必要があります。むしろ、薬物乱用防止教育は自殺予防教育と合流した方がよいと思います。もしも友達が市販薬のオーバードーズをしていたら、それは良いことではないけれど悪いことでもない、何かトラブルを抱えているサインなんだ、だから見て見ぬふりをせずに声をかけて、信頼できる先生の所に一緒について行ってあげよう、つなげてあげよう。そのような教育こそが望まれているのだと思います。その意味でも、「ダメ。

ゼツタイ。」ではダメなんだということを最後に強調
しまして、私の話とさせていただきます。

Q.

オーバードーズを行っている学生の情報を教職員が知った時、どう対処したらよいのでしょうか。また、そのことを知っている友人をどうケアし、保護者とのように連携したらよいのでしょうか

懲罰的な対応ではなく、市販薬のオーバードーズをどのくらい毎回やっているのか、相談し合えるような継続的な関係をご本人との間に築いて欲しいと思います。そして今日お話ししたようにモニタリングしながら、少しでもましになる方法を一緒に話し合っていくことが大事だと思います。もちろん医療機関との連携等も必要だと思います。それから親御さんについてですが、市販薬を乱用している若者たちの親御さんの苦労は大変です。そこでぜひお願いしたいのは、精神保健福祉センターにつなげて欲しいのです。このセンターには依存症の家族相談と共に、思春期の家族相談の窓口もあります。若者の市販薬の問題は、思春期と依存症の両方の観点が必要なので、ご家族を孤立させないことを心掛けていただきたいと思います。

Q.

BOND プロジェクトのような対人支援の現状、効果、課題、展望について教えてください

自殺対策の取り組みの中で、生きづらさを抱えた若者たちを支援する民間団体が増えてきました。それぞれに一生懸命やっています。BOND プロジェクトは其中でも特に老舗であると思っています。公的サービスや医療では、なかなか行き届かない所まで寄り添ってくださっている部分もあります。ただ一方で、質的な部分にばらつきがある点は否めません。また、抱え込み過ぎていて危険なんじゃないかと思うケースもあるので、やはり医療と併用してそういったものを使うことが、より安全ではないかと思っています。

さらに民間団体のひとつの問題は、カリスマのあるリーダーが何らかの形でその団体を離れると、支援力が一気に無くなってしまうことが

あります。継続性という点で、私は公的なサービスも併せて鍛えていくことが施策上必要ではないかと考えています。

Q.

薬物に関する国の審議会に松本先生のような精神科の専門家が入っていない状況は、今後改善するのでしょうか

今のところ僕にはそういう話はございません。やはりこれは、薬剤師業界とか薬系の官僚の人たちが、何となく医療を避けたいという気持ち強いところもあり、セクト主義みたいな部分に阻まれている印象があります。

Q.

オーバードーズしている生徒の行動変容があった場合、どのような賞賛の声をかけますか。あまり大きく反応すると、元に戻った時に自身を責め過ぎるのではないかと感じています

私は「ほう、今回はしていないんだ」と、ちょっと不思議そうに小さく反応します。大きく反応するデメリットは今質問された通りで、失敗した時に正直に言えなくなってしまいます。大喜びしないことが大事なと思います。

Q.

精神科クリニックの精神保健福祉士として、オーバードーズする若い患者さんに対して、通院継続などに役立つような関わり方があればご助言ください

どんな状態であれ、受診したことを賞賛する、それに尽きるのかなと思います。「よく来てくれたね」ということを、大げさではなくコンパクトに、あっさりと言うことがいいかなと思います。

Q.

市販薬をオーバードーズしている人たちの長期的な予後はどのようなのでしょうか

リストカットに関しては調査が結構ありますが、オーバードーズに関しては信頼できる予後調査はまだないです。一部では普通の精神疾患として、うつ病の治療が長期に渡って行われることもあります。元気になって、活躍している人が多数いることも事実です。私自身の臨床的な実感から言うと、背景にある併存の精神疾患によって予後はずいぶん変わる気がします。あまり併存疾患がない人たちは、学校を変わったりのをきっかけに、本当に劇的に良くなります。人との出会いで大きく変わる人もいることを申し添えておきたいと思います。

Q.

オーバードーズしている若い事例と向き合う時、保健師はメンタルヘルスと考えていますが、学校側は非行と捉えています。学校とどのようにコミュニケーションしたらよいのでしょうか

これは大事な指摘です。本当にそうなのです。校則で禁止することも含めて、非行の範疇にされてしまっています。そしてリストカットも非行にされています。でも、これは健康問題なのだとすることを、我々は保健、医療、福祉の立場から言っていく必要があります。そのためには、薬物乱用防止教育を「ダメ。ゼッタイ。」から変えていかないといけないのではないかと考える次第です。

Q.

オーバードーズがカッコいいと思っている子どもたちにどのように声をかけたらよいのでしょうか

カッコいいと本気で考えているとは私は思わないのですが、OD をすることによって、これまで友達がいなかったり、居場所がなかったりした子たちが、SNS や歌舞伎町のトー横界限などで人とつながれるメリットがあります。人とつながれて喜んでいる時はハネムーン状態なので、調子にのっている、カッコいいと思っている、というふうには大人には見えてしまうのは事実だと思います。でもたぶんその子たちは、それまで相当恵まれていなかったんだろうなあ、というふうに想像力で補って、ちょっと気持ちを鎮めていただければと思います。声のかけ方はふつうをお願いします。

Q.

少しでもましになる方法を探すのは忍耐力が必要だと感じました。客観的にましでなくても、自覚的に本人が工夫していたらよいのでしょうか

もちろん本人の工夫は尊重します。でも客観的にみて、それでましになっているかねえ、という疑問は本人に直接フィードバックします。頭ごなしには言いませんが、フィードバックはします。さらに、本当に微々たる変化、あるいは3歩進んで2歩下がるみたいな状況に付き合っていないといけないので、支援者は確かに忍耐力が必要です。その時に、ネガティブケイパビリティ、頑張ってもすぐに成果が現れない状況に我々支援者が耐えるということ、この能力がすごく問われていると思う次第です。