

医薬品の過剰摂取に至る 自殺未遂者への対応について

福岡大学医学部精神医学教室

医師 衛藤 暢明

etonobu@me.com

なぜ今、医薬品（市販薬・処方薬）なのか？

なぜ今、医薬品（市販薬・処方薬）なのか？

理由1 最近、救急医療機関に搬送される人が、また増えてきているから。

日本の救急医療システム

重症度・緊急度



3次救急

命に関わる重症の状態に対応。複数の診療科・複数の医師が関わる。

2次救急

入院を必要とする状態に対応。基本的に一つの診療科（1人の医師）が対応する。

1次救急

初期救急施設。外来診療で対応可能で、帰宅が前提。
休日・夜間の対応。急患センター。

福岡大学病院 救急医療体制



自殺企図者への介入

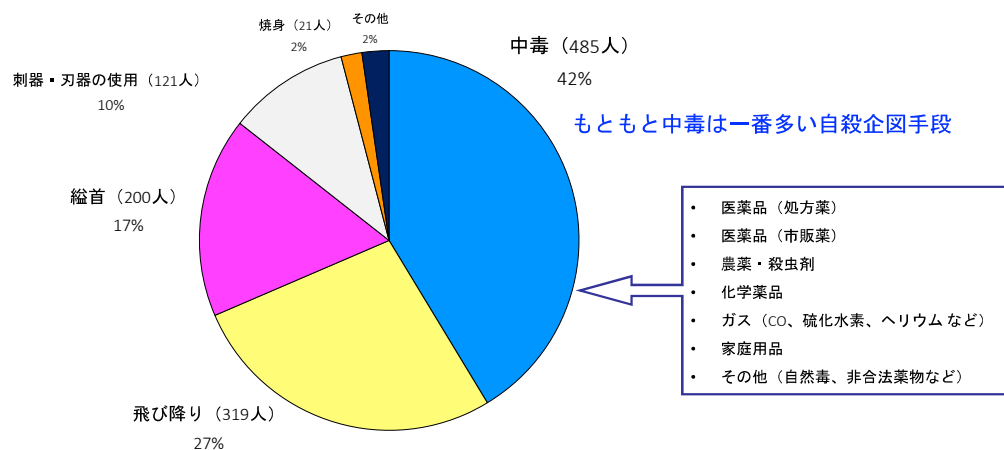
自殺企図者は救命救急センターに集まる

2006年より本格的に自殺企図者の調査を開始

- ・ 全例を把握する
- ・ 自殺未遂者（生存している人）に聞き取りを行う
- ・ 自殺企図者の家族の支援

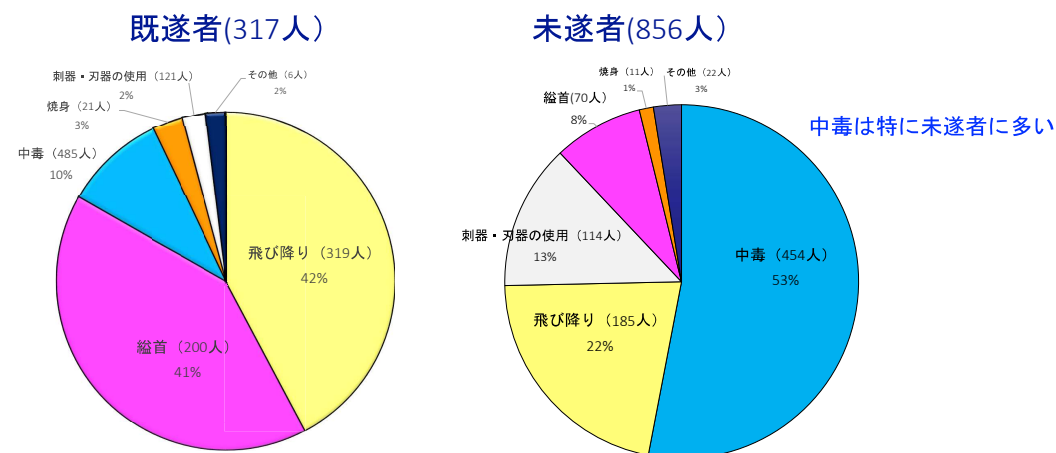
3次救急 自殺企図者全体（1173人）の自殺企図手段

[2002年～2021年度 福岡大学病院]



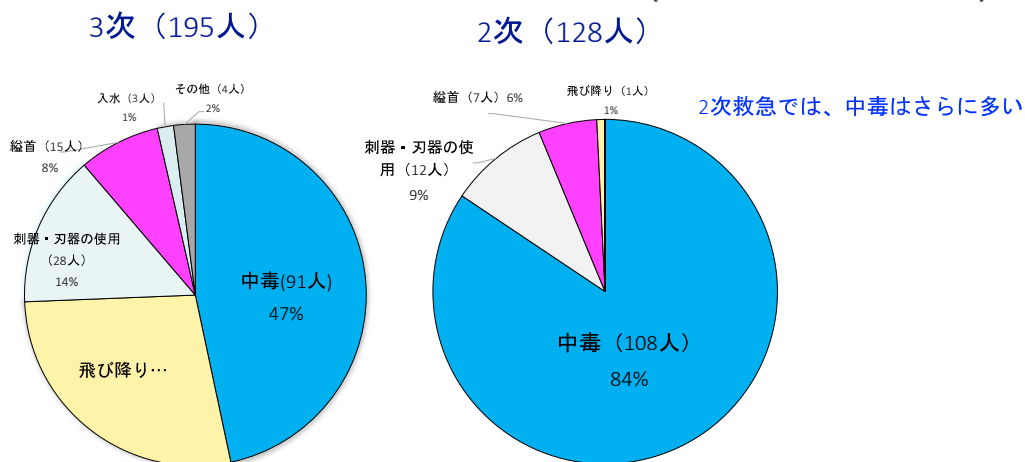
既遂者と未遂者の自殺企図手段の違い

[2002年～2021年度 福岡大学病院]



3次および2次救急における自殺未遂者の自殺企図手段の違い

[2014年～2021年度 福岡大学病院]



3次および2次救急における医薬品中毒による自殺未遂者

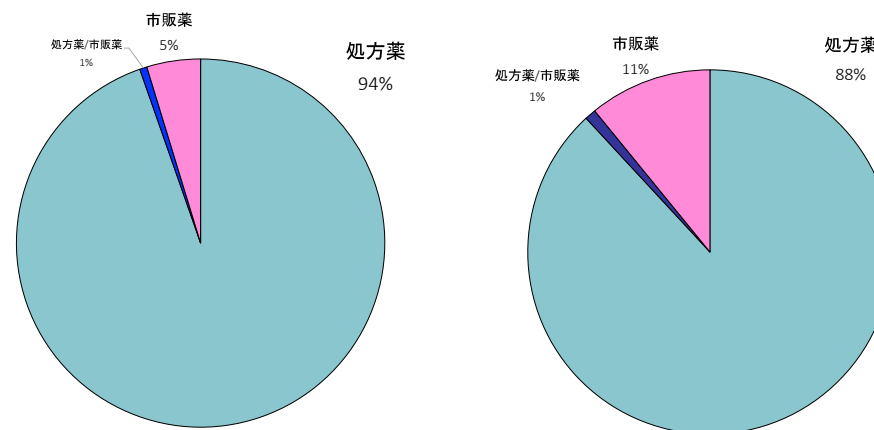
3次 (329人)

[2002年～2021年度]

2次 (108人)

[2014年～2021年度]

2次救急の方が市販薬が多い



救急医療機関で自殺予防活動を行う理由

- 自殺未遂歴は、将来の自殺に関する最も強力な予測因子。

1年以内に1～3%が自殺 5年以内に9%が自殺 (Owens et al., 2002)

5年以上追跡すると、2-13%が自殺 (衛藤, 河西, 2014)

- 日本の一般人口における自殺の発生頻度（自殺率）は、10万人あたり17.6人。

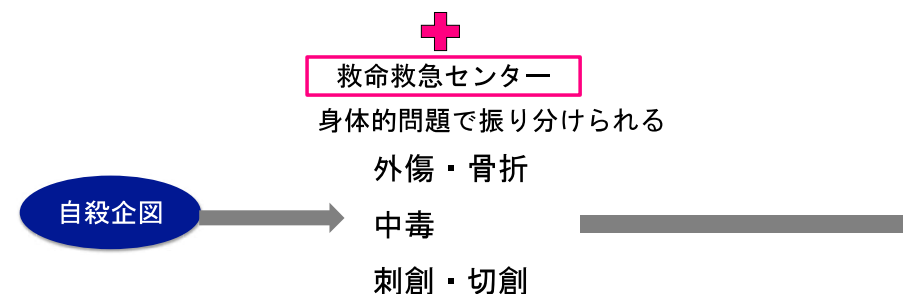
[警察庁 令和5年中における自殺の状況 <https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/R06/R5jisatsunojoukyou.pdf>]

- 3次救急には身体的に重症自殺企図者が集まる。

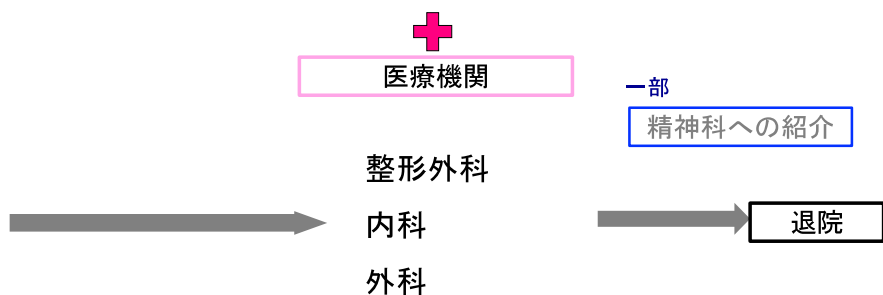
自殺対策の最も重要な「要衝地」である。

自殺未遂者は見逃されていた

最初は「自殺企図」でも・・・

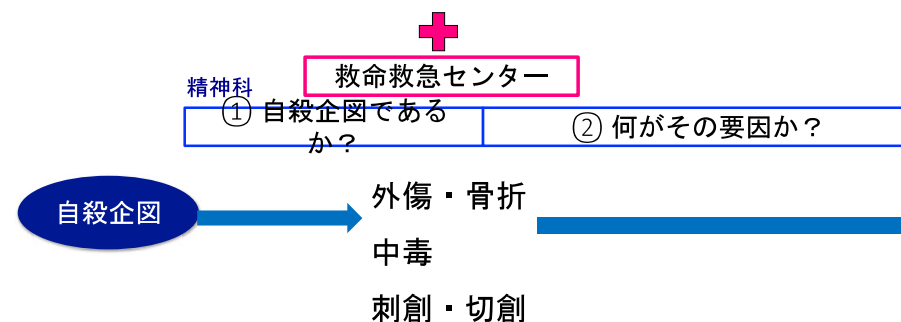


身体的治療をしているうちに、身体的問題しかない患者さんになる。

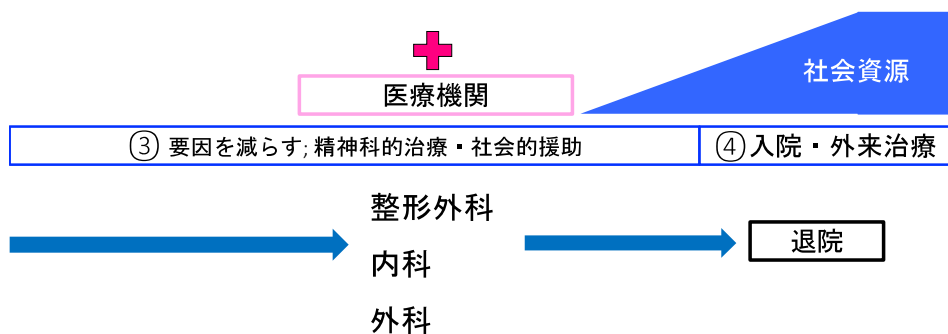


近年の取り組み

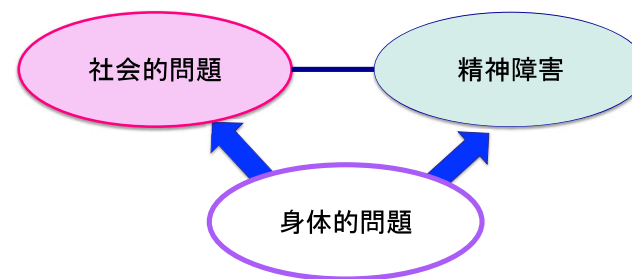
自殺企図直後から精神科が関わる



身体的治療と精神科的治療を並行して行う



自殺未遂者への対応



最優先すべきことは何なのか？

総合病院で行う自殺予防活動

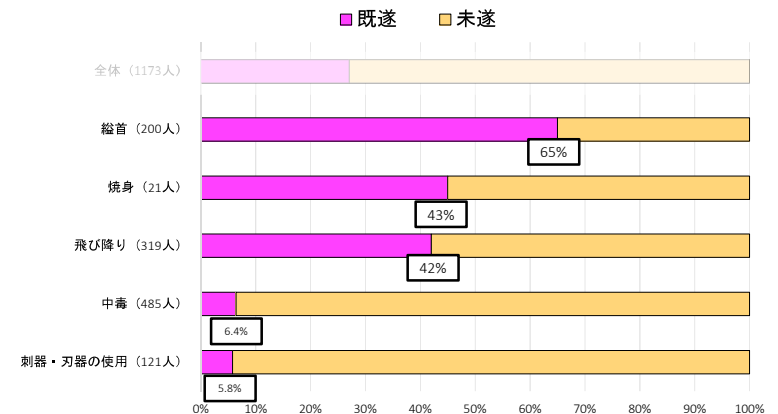
自殺企図の手段

- 中毒（医薬品、ガス etc.）
- 飛び降り（多発骨折）
- 刺器・刃器（刺切創）
- 縊首（低酸素脳症）
- 重症熱傷

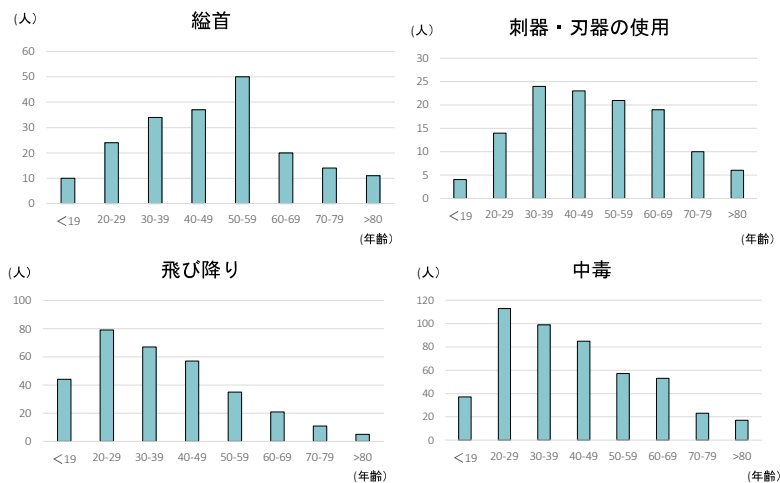
自殺企図者の抱える問題

- 精神障害
統合失調症・気分障害
認知症・パーソナリティ障害
神経症・アルコール依存症
- 社会的問題
経済的問題・職業上の問題
家族の問題・人間関係の問題
環境の問題 etc.

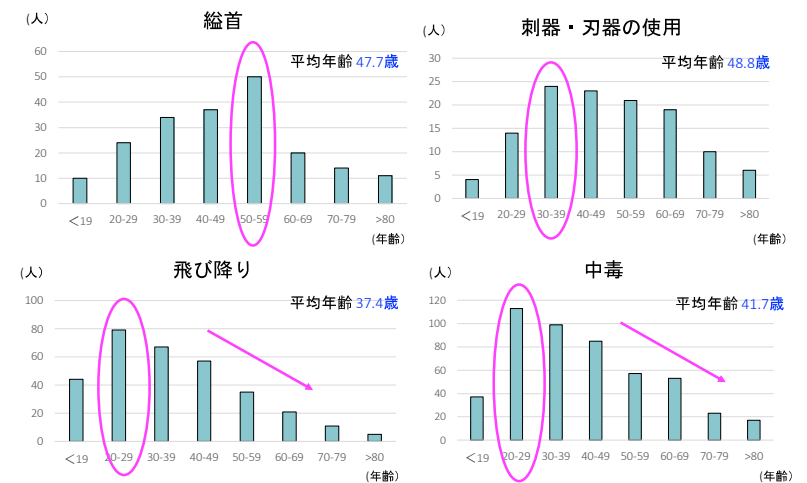
3次救急 自殺企図手段ごとの既遂率



3次救急 自殺企図手段ごとの患者の年齢



3次救急 自殺企図手段ごとの患者の年齢

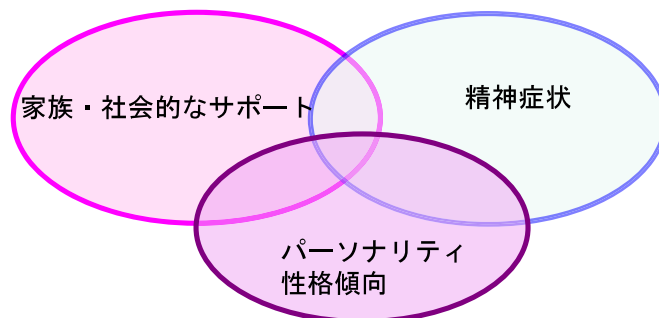


3次救急 自殺の手段別にみた既遂者と未遂者の入院日数

	既遂		未遂	
	平均入院期間 (日)	[標準偏差]	平均入院期間 (日)	[標準偏差]
縊首	2.77	[5.02]	14.3	[19.0]
焼身	9.00	[14.0]	28.3	[32.9]
飛び降り	1.32	[1.45]	27.5	[24.6]
中毒	3.69	[4.88]	6.81	[50.5]
刺器・刃器の使用	2.43	[11.3]	9.06	[56.5]

自殺未遂者はさまざまな困った 要因を同時に持っている

さまざまな問題を同時に持っている場合に対応できるシステムづくり



Qualitative analysis of blood from patients engaging in deliberate self-harm: Differences between prescribed and detected drugs

Masato Masuda¹ | Brian Waters² | Leo Gotoh^{1,3} | Yoshihiko Nakamura⁴ | Yoshifumi Kato⁵ | Shigeki Nabeshima⁵ | Shin-ichi Kubo² | Nobuaki Eto¹ | Hiroaki Kawasaki¹

2021年4月1日～2022年9月30日

3次救急 および 2次救急 に救急搬送された者

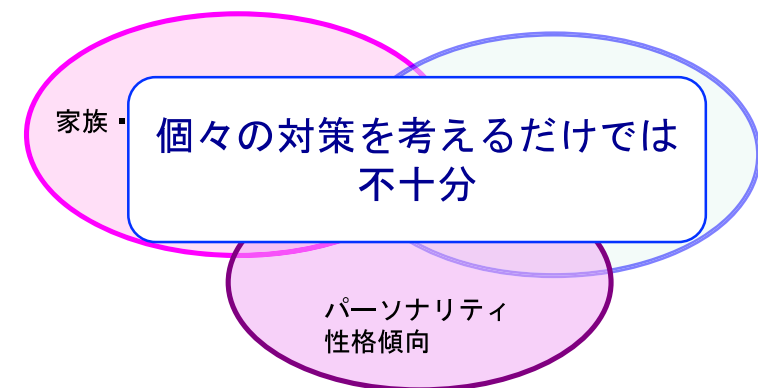
対象者 55人 男性：20人（平均46.5±14.7歳）

女性：35人（平均25.5±9.7歳）

手段：過量服薬 28人（50.9%）、その他中毒 5人（9.1%）、
飛び降り 15人（27.3%）、刺器・刃器 4人（7.3%）、
縊首 2人（3.6%）、焼身 1人（1.8%）

- 1カ月以内に向精神薬の処方されていた患者では、**全体の76%で処方薬以外**（市販薬含む）が検出された。
- 過量服薬では、直近の処方薬以外が有意に多く検出された。

自殺企図者の場合、さまざまな問題を同時に持つから難しい



自殺未遂者を診て

- 自殺未遂者の多くが「回復」し、社会生活に戻っていく。
- 自殺企図直後は、実態の把握と回復に向けた治療的働きかけの大きなチャンスである。
- 救急医療機関に入院となった時点から、社会復帰を前提とした関わりを行う必要がある。

私見

精神科医療は自殺予防の中で最も重要な位置を占めるにも関わらず、未だ十分な役割を果たしているとは言えない。

精神科医療は、自殺の問題にきちんと応えられるようにならないといけない。

なぜ今、医薬品（市販薬・処方薬）なのか？

理由2 最近、これまでとは異なる傾向での薬物の乱用が増えているから。

薬物の依存と乱用

薬物依存

薬物の乱用の繰り返しの結果として生じた脳の慢性的な異常状態であり、その薬物の使用を止めようと思っても、渴望を自己コントロールできずに薬物を乱用してしまう状態のこと。

薬物乱用

ルールに反した「行い」に対する言葉で、社会規範から逸脱した目的や方法で薬物を自ら使用すること。

薬物の依存と乱用

薬物依存 薬物の乱用の繰り返しの結果として生じた脳の慢性的な異常状態であり、その薬物の使用を止めようと思っても、渴望を自己コントロールできずに薬物を乱用してしまう状態のこと。

身体依存 薬物がいつも身体の中にある状態に変化する。このため、**離脱症状**を呈することになる。離脱症状の苦痛を避けるために、**薬物探索行動**に至る。

精神依存 **渴望**（薬物が欲しいという強い欲求）に抗しきれず、自制が効かなくなった**脳の障害**（状態）。精神依存では、その薬物が切れても、身体的な不調は原則的には出ない。

乱用される“違法でない”薬物



エナジードリンク（カフェイン含有飲料）

- ・ カフェイン・ビタミンB群・アミノ酸を含む炭酸飲料



カフェインを含まない



無水カフェイン50mg



2005年 発売
カフェイン80mg



2012年 発売
カフェイン 142mg

エナジードリンク（カフェイン含有飲料）

- ・ カフェイン中毒の症状

軽度の場合：胃痛・胸痛・吐気・心拍数増加・呼吸が早くなる など
重度の場合：痙攣・頭痛・過呼吸 など

- ・ カフェイン乱用・依存の状態であるかどうか？

成人の摂取量の目安 1日400mg コーヒー100mlにカフェイン60mg
モンスター355ml カフェイン142mg
モンスター500ml カフェイン200mg

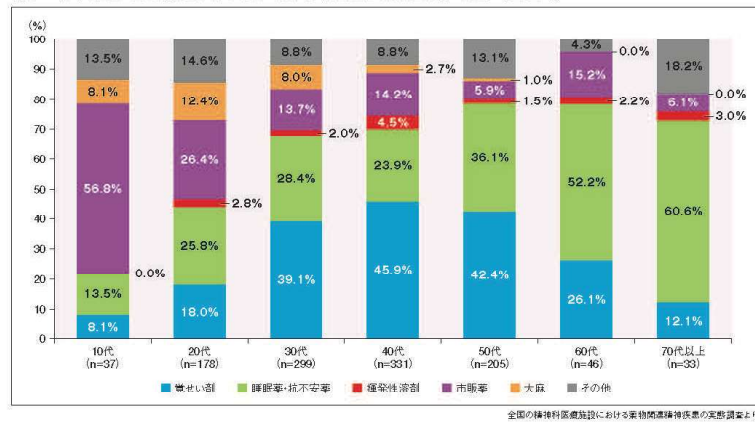
コーヒーとのカフェイン量比較

- ・ モンスターエナジー：142mg（355ml缶）
- ・ セブンイレブン ホットコーヒー（R）：93mg
- ・ セブンイレブン ホットコーヒー（L）：140mg



乱用する薬物の年代別の違い

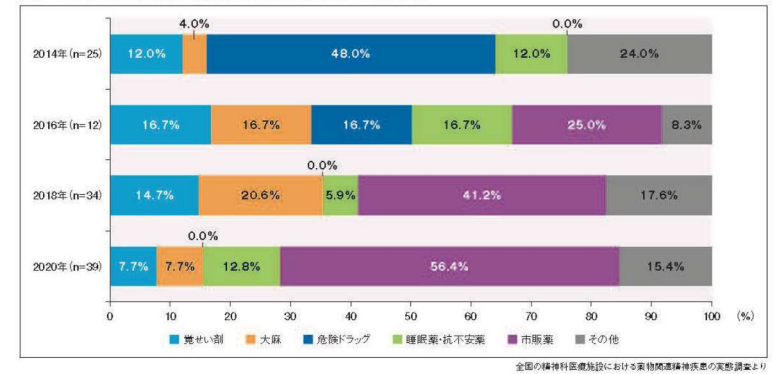
図4 「1年以内に薬物使用あり」症例における年代別「主たる薬物」の比率（2020年）



松本俊彦（2021）薬物依存症の今-乱用薬物の動向と今後の課題

10代における乱用薬物の変化

図5 10代における「主たる薬物」の経年推移（2014～2020年）



松本俊彦（2021）薬物依存症の今-乱用薬物の動向と今後の課題

乱用される市販薬

表32: 市販薬を主たる薬物とする症例における薬剤の内訳 (N=229)

	度数	%
ブロン・バブロン系の市販薬		
新ブロン液エース	18	7.9
エスエスブロン液L	7	3.1
新エスエスブロン錠エース	7	3.1
エスエスブロン錠	83	36.2
バブロンSゴールドW	23	10.0
バブロンSa	1	0.4
バブロンゴールドA	14	6.1
バブロンメディカルT	1	0.4
バブロンメディカルC	1	0.4
バブロンメディカルN	1	0.4
バブロンエースPro	3	1.3
商品名不明・その他	117	51.1
ブロン・バブロン以外の市販薬		
ウット	33	14.4
イブ / イブクイック / エスタックイブ	13	5.7
ナロンエース / ナロン	10	4.4
レスタミン錠	9	3.9
ルル / 新ルル	8	3.5
トニン / 新トニン液	7	3.1
コンタック	6	2.6
ドリエル	5	2.2
ベンザブロック	4	1.7
ナロン	3	1.3
アネトン	2	0.9
エスタロンモカ	2	0.9
バファリン	2	0.9

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（令和2年厚労省行政推進調査事業）

市販薬の乱用・依存は増え続けている

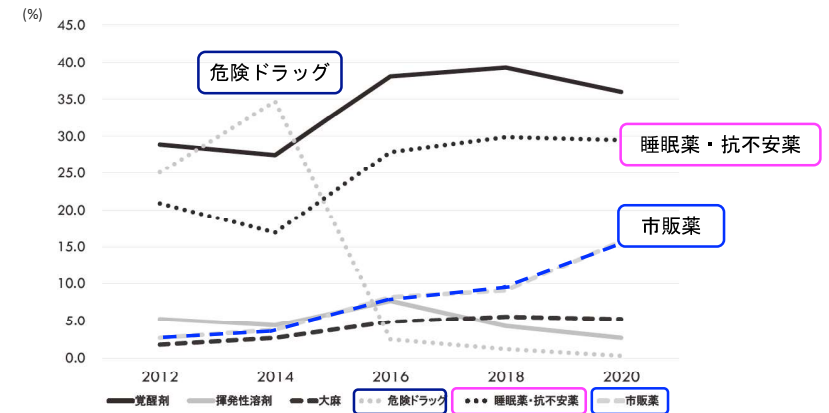


図6: 1年以内使用あり症例の「主たる薬物」の推移

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（令和2年厚労省行政推進調査事業）

危険ドラッグの歴史

- 1990年代 「合法ドラッグ」が店舗で販売されるようになった
- 2000年代 「脱法ドラッグ」の用語が用いられるようになった
- 2005年 厚生労働省が「違法ドラッグ」へ呼称変更
- 2010年代 「合法ハーブ」（合成カンナビノイド含有）が流行
マスメディアで喧伝される
- 2014年 警察庁と厚生労働省がパブリックコメントから「危険ドラッグ」の呼称
を選定

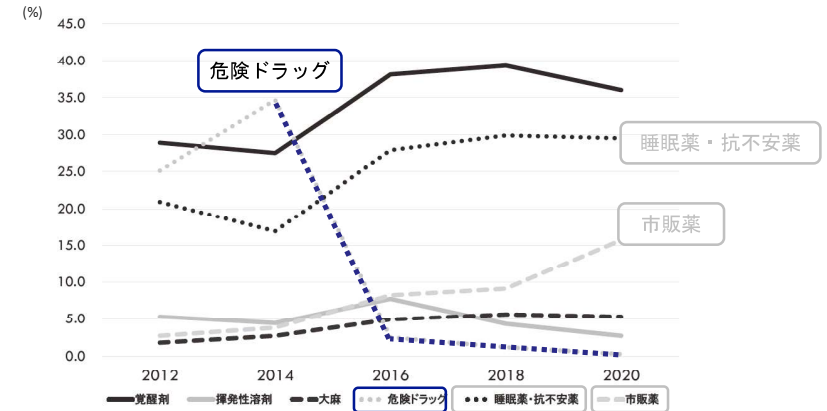


図6: 1年以内使用あり症例の「主たる薬物」の推移

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（令和2年厚生省行政推進調査事業）

市販薬 OTC:Over the Counter医薬品

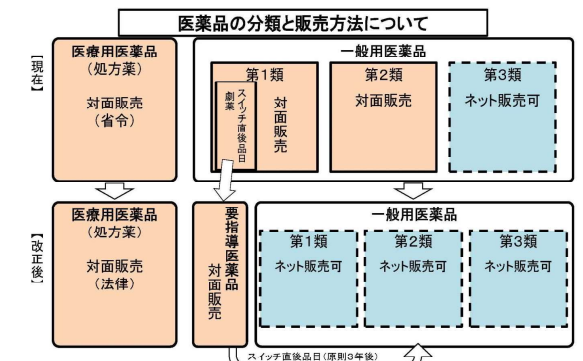
OTC医薬品 薬局・薬店・ドラッグストアなどで処方せん無しに購入できる
医薬品。

医療用医薬品（医師が処方する医薬品）と区別。

市販薬 OTC:Over the Counter医薬品

2014年 薬事法 及び 薬剤師法の一部変更

厚生労働省 医薬品食品局



注1) 要指導医薬品の指定の範囲については、薬事・食品衛生審議会薬指第1部医薬品部会にて審議。
注2) 薬局製造販売医薬品については、前掲指定品目を除き、第1類医薬品と同様の販売方法とする。

インターネットを介したOTC医薬品の販売

2014年 薬事法 及び 薬剤師法の一部変更

厚生労働省 医薬品食品局

一般用医薬品のネット販売のルールの概要④ (適切な情報提供・販売)

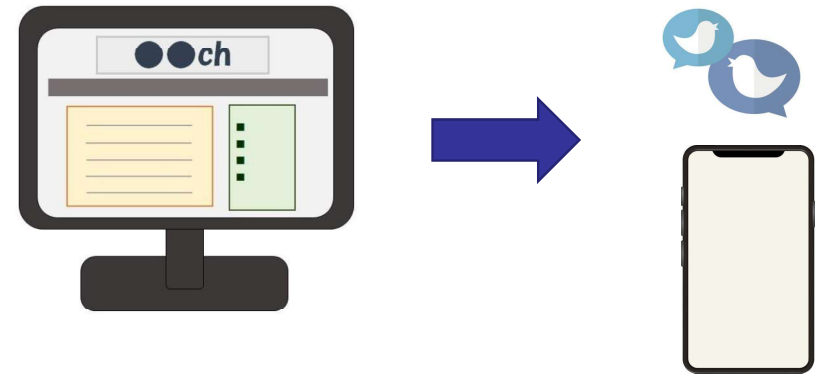
- ① 購入者が情報提供内容を理解した旨の確認
- ② 購入者に再質問がないことの確認
- ③ 指定第2類について、禁忌の確認を促すための掲示・表示等
- ④ 情報提供義務免除の範囲及び判断者の見直し(継続使用者等について、薬剤師が情報提供の要否を判断)
- ⑤ 乱用等のおそれのある医薬品の販売個数の制限等
- ⑥ 使用期限の表示・使用期限切れの医薬品の販売禁止
- ⑦ オークション形式での販売の禁止
- ⑧ 購入者によるレビューや口コミ、レコメンドの禁止
- ⑨ モーラー運営者の薬事監視への協力

※ 店舗販売も同様のルールが適用される。

インターネットの利用方法の変化

ネット掲示板

SNS

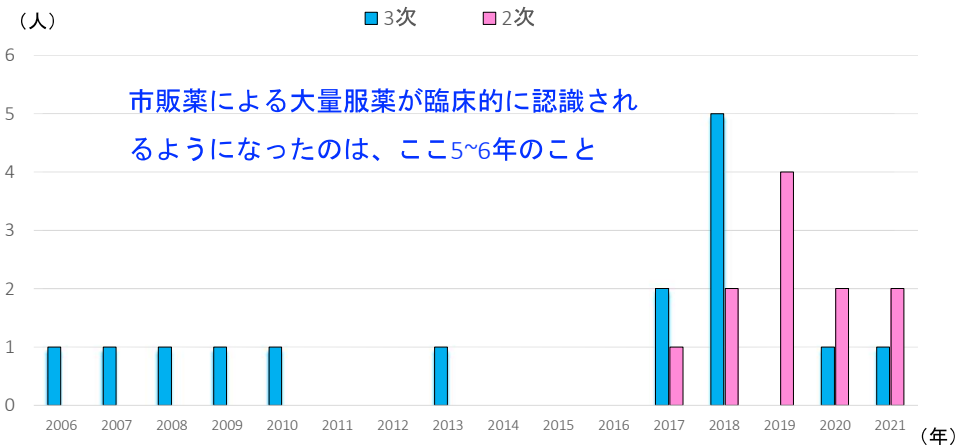


インターネットの利用方法の変化

ネット掲示板

SNS

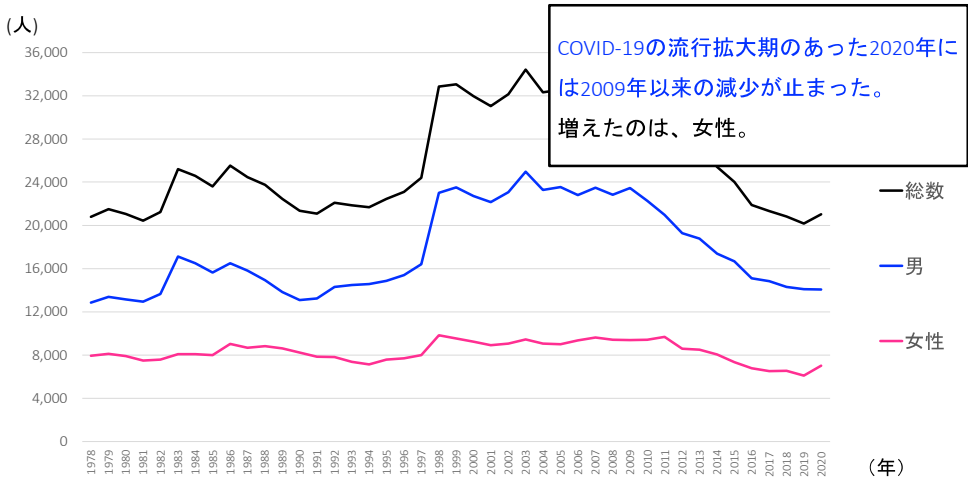
3次および2次救急における市販薬中毒による自殺未遂者



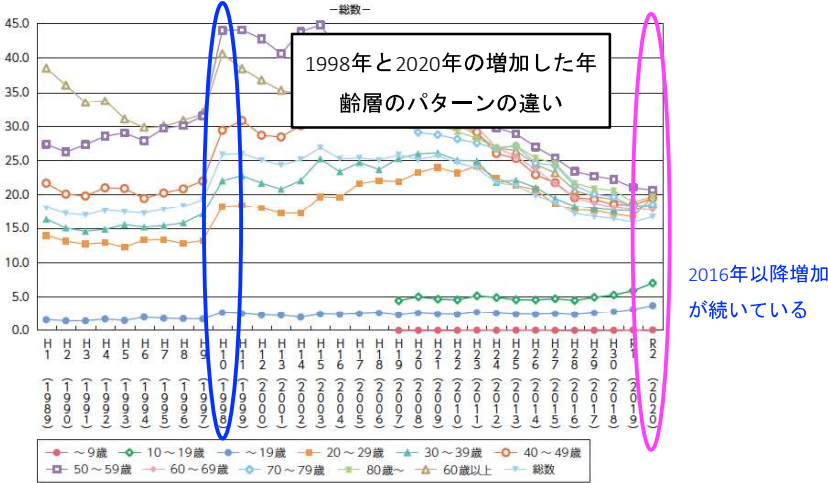
なぜ今、医薬品（市販薬・処方薬）なのか？

理由3 10代を中心とした若年者の自殺が増えてきている。

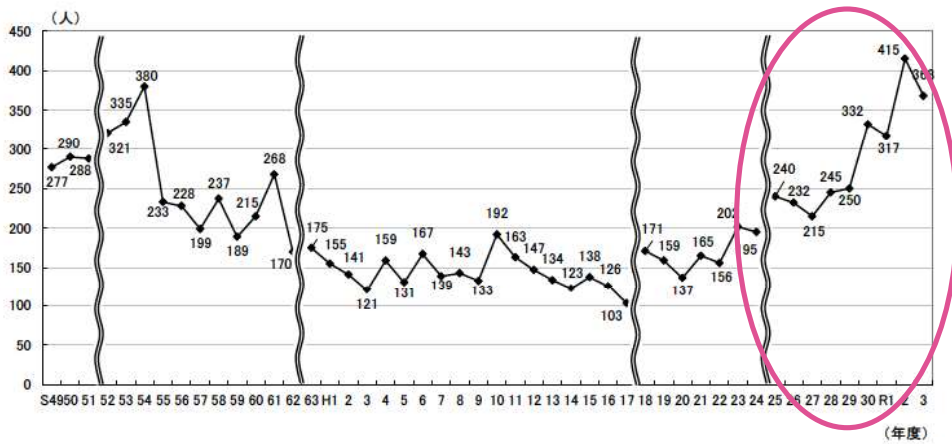
自殺者の年次推移（警察庁 自殺統計）



年齢階級別の自殺死亡率の推移 [令和3年度版自殺対策白書]



児童生徒の自殺の状況推移



[文部科学省中等教育局児童生徒課 令和3年度 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について]

7. 自殺(学校から報告のあったもの)

(7-1) 児童生徒の自殺の状況

		小学生 (人)	中学生 (人)	高校生 (人)	計 (人)
2013年度	平成25年度	4	63	173	240
2014年度	平成26年度	7	54	171	232
2015年度	平成27年度	4	56	155	215
2016年度	平成28年度	4	69	172	245
2017年度	平成29年度	6	84	160	250
2018年度	平成30年度	5	100	227	332
2019年度	令和元年度	4	91	222	317
2020年度	令和2年度	7	103	305	415
2021年度	令和3年度	8	109	251	368
2022年度	令和4年度	19	123	269	411
2023年度	令和5年度	11	126	260	397

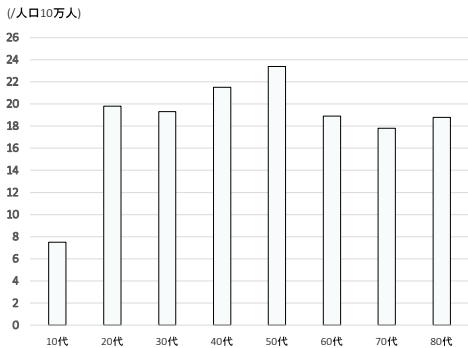
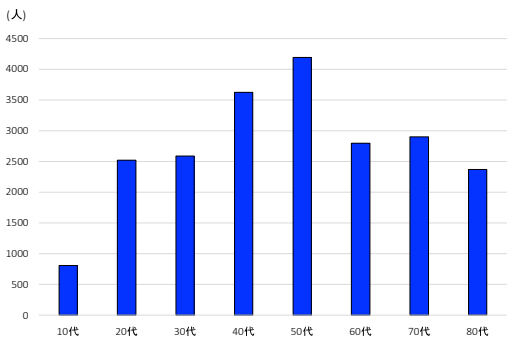
[文部科学省中等教育局児童生徒課 令和5年度 児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査結果について]

令和3年 年齢(5歳階級)死因順位

		5-9歳	10-14歳	15-19歳	20-24歳	25-29歳	30-34歳	35-39歳	40-44歳	45-49歳	50-54歳
第1位	悪性新生物	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	自殺	悪性新生物	悪性新生物
第2位	不慮の事故		悪性新生物	不慮の事故	不慮の事故	不慮の事故	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	自殺	心疾患
第3位	先天奇形等		不慮の事故	悪性新生物	悪性新生物	悪性新生物	不慮の事故	心疾患	心疾患	心疾患	自殺

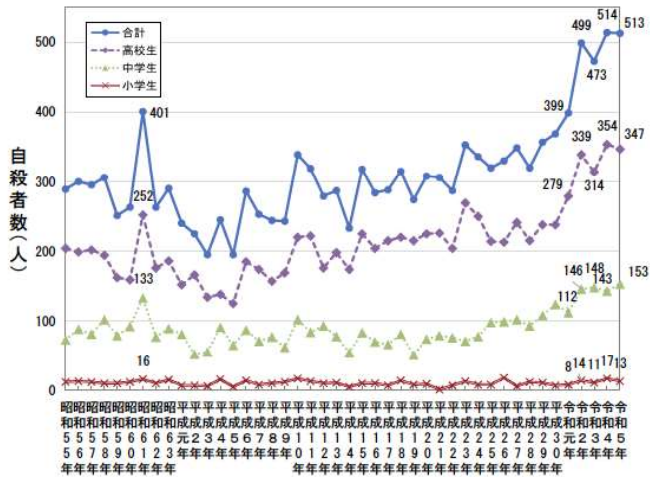
[厚生労働省 令和3年人口動態統計月報年計(概数)の概況]

年代別 自殺者数と自殺率



[警察庁 令和5年中における自殺の状況]

小中高生の自殺者数の年次推移



[警察庁 令和5年中における自殺の状況]

若年者のメンタルヘルスを考える意義

- わが国において、初等教育からメンタルヘルスについて学ぶ機会はない。
- 実際には若年者は、メンタルヘルスの不調が出現する年代である。
- セルフヘルプや専門機関への相談という手段を知らない。

（そしてそのまま大人になる）

- 近年の「自死遺児」への対応は、十分でなかった。

ぜひこの状況を変えていきましょう。

若年者で問題となる精神障害

- 統合失調症
- うつ病（抑うつ症）/双極性障害（双極症）
- 自閉スペクトラム症
- 摂食障害
- 薬物乱用（市販薬乱用）
- パーソナリティ障害
- 神経症（適応障害、不安障害、解離性障害）
- 性に関する問題（性別違和・性別不合・LGBTQ）

このほか、不登校、睡眠のリズムの乱れ、虐待、ゲーム依存・・・ect.

若年者の自殺の特徴

1. 自殺念慮をもつ割合は多いが、実際に行動にうつることは少ない。
2. 自傷は、将来の自殺既遂のリスク。
3. メディアの影響を受けやすい。（群発自殺）
4. 最近では、ネットやSNSを介した「いじめ」や「心中」が関与する自殺が出現。
5. 精神障害が顕在化してくる年代であるが、低年齢であるほど、精神症状は必ずしも典型的ではない。

思春期の精神科診療体制の問題

- 精神科医療の中で思春期患者を対象とした外来の需要は多いが、供給はまだ少ない。
- ほとんどが予約制で受療までに相当の時間がかかる。

数ヶ月待ちも稀でない!

- 自殺の危険の高まった状態にすぐに対応できない。

医療ネグレクト

1. 子どもが医療行為を必要とする状態にある。

2. 医療行為をしない場合に不利益を生じる可能性が高い。

3. その医療行為の有効性と成功率に高さが認められている。

4. 保護者が要望する治療・対処法の有効性が保障されていない。

5. 通常であれば理解できる方法と内容を説明している。

子どもにとって必要な医療を親が受けさせないために、子どもの生命をおびやかす、あるいは健康に重大な被害を与える可能性をもたらす危惧を抱かせる状況において、厚生労働省から都道府県(指定都市、児童相談所設置市)の児童福祉主観部(局)長に、技術助言として通知(平成24年3月9日 雇児総発第 0309 第2号)が行われています。

	10歳代	20歳代	30歳代
精神科的な問題	精神科受診歴は少ない 診断は様々な側面から検討する必要 ・ 発達の問題 ・ 統合失調症の鑑別 ・ ほとんどは神経症	診断は様々 ・ 発達の問題 ・ 統合失調症の鑑別	精神科受診歴は多い 症状の不安定さ 症状コントロールの困難さ
心理社会的問題	ほとんどが「家族」と「学校」に関わる要因 ・ 両親の離婚/別居/単身赴任/不仲 ・ 同胞時の自閉症/精神障害 ・ (ネグレクト、虐待) ・ (性別違和/性別不合)	問題の多様性 ・ 養育された家庭の問題 (DV・ネグレクト・虐待) ・ 学業上の問題 ・ 恋愛・夫婦関係の問題 ・ 仕事上の問題 ・ アルコール・薬物の問題	もともとあった問題の悪化・複雑化 ・ 家族の問題 (サポートの少なさや状況の変化) ・ 交際相手・結婚相手との関係悪化
支援者 新たなシステム	・ 中学校・高校の養護教諭 ・ スクール・カウンセラー ・ スクール・ソーシャルワーカー ○精神科病棟入院中の院内学級 ○学習指導ボランティア	・ 大学事務・心理相談室 ○障がい学生支援委員会 ○精神科受療継続にむけた本人・家族への働きかけ ○経済的問題に関する相談	○精神科的診断の見直し ○受療継続にむけた本人・家族への働きかけ ○家族関係の調整 ○生活環境の立て直し

	40-50歳代	60-80歳代
精神科的な問題	気分障害が主 ・ 気分障害 ・ 適応障害 ・ 統合失調症の悪化 ・ 認知機能の悪化	気分障害と器質性精神障害（認知症）の鑑別 ・ 気分障害（適応障害） ・ 認知症/器質性精神障害 ・ 妄想性障害 ・ アルコール依存症
心理社会的問題	この年代に特有の問題 ・ 家族の問題（離婚/子どもの養育/親の介護） ・ 家族の支援の少なさ ・ 定職に就けない ・ 経済状況の悪化 ・ 仕事の多忙さ ・ アルコール・薬物の依存	この年代に特有の問題 ・ 身体疾患にもとづく問題 ・ 身近な人の死の影響 ・ 家族のサポートの少なさ（家族の状態の変化） ・ 経済状況の悪化
支援者 新たなシステム	・ 司法書士 ・ 弁護士 ・ 生活保護ケースワーカー ○家族関係や生活環境の立て直し ○リワークへのつなぎ ○依存症の治療へのつなぎ	・ 地域包括支援センター ・ 訪問看護 ○公的サービスの利用にむけた支援 ○成年後見制度 ○介護保険の利用 ○精神科医療・身体疾患の治療の継続への支援

小児期の身体的虐待と性的虐待

- ・ 自殺率は少なくとも10倍増加させる。
- ・ 小児期の被虐待歴:自殺、自殺企図、自殺念慮が増える。
- ・ 自殺企図のリスクは、虐待の重症度と関連する。
- ・ 性的虐待は、反復的な自殺の意図のない自傷のリスク因子である。

薬物を大量に飲むと何が問題になるのか？

① 処方薬（向精神薬）

かつて「睡眠薬」は自殺の手段だった

ジュディ・ガーランド

(1922-1969) アメリカの女優・歌手

47歳で死亡

幼少期からアンフェタミンを使用。

滞在先のロンドンで、睡眠薬の過剰摂取が原因で死亡したとされる。



オズの魔法使い
(1939)



マリリン・モンロー

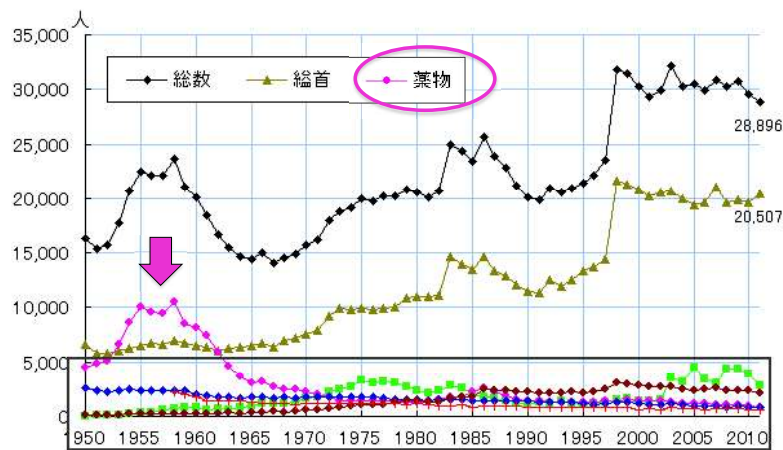
1962年 マリリン・モンローが36歳で死亡

アンフェタミン、ネンブータル（ペントバルビタール）の常用に加え、アルコールの使用を行っていた。

その死因には諸説あるものの、薬物乱用・依存の問題は明らかだった。



自殺手段別自殺者数の推移



社会実情データ図録 (<http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/2747.html>)

1960年代以降、向精神薬はの開発は急速に進んだ

1963年 ケネディ大統領の議会演説

「近年、新薬の取得や開発によって、精神疾患患者のほとんどが、居住する地域内で速やかに有効な治療を受け、社会復帰できるようになっています。このような飛躍的進歩のおかげで、巨大で陰鬱な精神科病院に長期あるいは無期限に閉じ込められることが昔話になりました。」



バルビツレート（バルビツール酸）からベンゾジアゼピン系へ

1920年～1950年代まで鎮静剤・睡眠薬として実質的に唯一の薬剤だった。しかし、嗜好性、離脱症状がしばしば問題になった。また早期に薬物耐性を形成し安全域が狭かった。

1960年代にベンゾジアゼピン系が開発され、バルビツール酸系の薬剤は置き換わっていった。

ベンゾジアゼピン系の睡眠薬・抗不安薬の使用へ

1961年にそれまで市販されていたバルビツレートの入手が制限されたことで薬物による自殺は激減した。（Lester D, Abe 1989）

向精神薬の安全性は向上したが、
依然として問題は残った

バルビツレート（バルビツール酸）を含有する薬剤

ベンゾジアゼピン系の睡眠薬・抗不安薬の普及後に、ほとんど唯一残った向精神薬（睡眠薬）があった。

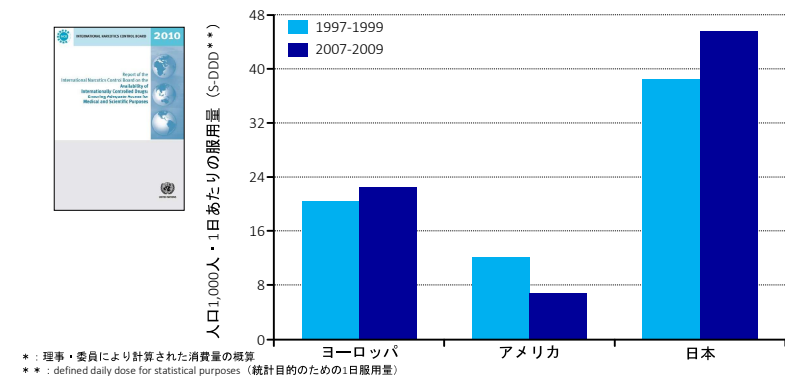
ベグタミンという薬剤



- ・フェノバルビタール
 - ・クロルプロマジン
 - ・塩酸プロメタジン
- 1957年、日本発の合剤
2016年で販売中止

ベンゾジアゼピン系睡眠薬の消費量（国連レポート）

欧米に比べ、日本におけるベンゾジアゼピン系睡眠薬の服用量は多い



多剤(大量)処方になることの問題点

- 転倒・転落のリスクの増大
- 依存・乱用の問題
- 自殺企図の手段につながる可能性
- せん妄のリスク増大

ベンゾジアゼピン系薬剤をいかに減らすかという 取り組みに変わっていった

eラーニング | e-Learning



公益社団法人 日本精神神経学会
The Japanese Society of Psychiatry and Neurology

SUB MENU	
◆ eラーニングについて	
◆ 共通講習eラーニング	
◆ 認知症診療医認定制度	
◆ 精神科薬物療法研修eラーニング	
◆ PC環境等の注意事項	

- 2020年度 精神科薬物療法研修 eラーニング
- 2019年度 精神科薬物療法研修 eラーニング
- 2018年度 精神科薬物療法研修 eラーニング
- 2017年度 精神科薬物療法研修 eラーニング
- 2016年度 精神科薬物療法研修 eラーニング
- 2015年度 精神科薬物療法研修 eラーニング
- 2014年度 精神科薬物療法研修 eラーニング
- ベンゾジアゼピン受容体作動薬の投薬関連（2014年配信の「睡眠薬」と2018年配信eラーニング）

重症化した急性医薬品中毒

30歳代 男性

大量服薬した後に電話で精神科に連絡し、その後死亡した

20歳代 女性

大量服薬をしている最中、正座の姿勢のまま意識障害に陥った

重症化した急性医薬品中毒

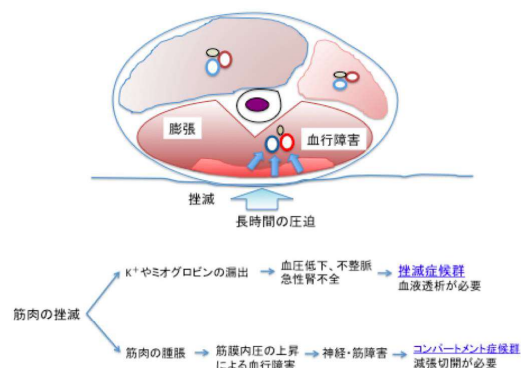
30歳代 男性

ため込んでいた薬を隠し持っていた

20歳代 女性

薬を飲んだ上で、自傷した手を風呂につけていた

挫滅症候群 コンパートメント症候群



向精神薬の大量服薬

重篤な身体的障害

- ① 致死性の不整脈
- ② 挫滅症候群・コンパートメント症候群
- ③ 誤嚥性肺炎
- ④ 低体温

すべて大丈夫と言えますか？

日本における向精神薬の使用



現在の睡眠薬

- ① ベンゾジアゼピン系
 - ② 非ベンゾジアゼピン系
 - ③ オレキシン受容体拮抗薬
 - ④ メラトニン受容体作動薬・メラトニン
- 筋弛緩作用（転倒のリスク）
せん妄のリスク
- 大量服薬の場合に、ほぼ生命への危険はない
- 神経伝達物質のオレキシンはオレキシン受容体に結合し、脳を覚醒へと促す。
オレキシン受容体に作用し、オレキシンの受容体への結合を拮抗的に阻害する。
- スボレキサント（ベルソムラ®） レンボキサント（デエビゴ®）
ダリドレキサント（クービビック®） ボルノレキサント
- 大量服薬の場合に、さらに生命への危険は少ない
- 大量服薬の場合に、さらに生命への危険は少ない

Figure 1 displays four blister packs of Belomora tablets. The top two packs are labeled 'Belomora 15' and the bottom two are labeled 'Belomora 25'. Each pack contains 15 tablets arranged in a 3x5 grid. The tablets are white, round, and feature a score line. The packaging is blue and white, with text in Russian and English. The top left pack is labeled 'Belomora 15' and the top right pack is labeled 'Belomora 25'. The bottom left pack is labeled 'Belomora 15' and the bottom right pack is labeled 'Belomora 25'. The tablets are marked with '15' and '25' respectively.



乱用・依存の問題で精神科医療の場面で出会う人たちは、
自殺の危険因子を多く持つ。

自殺の問題と薬物乱用・依存の問題は
近いところにある

自殺の危険にもとづく危険度の評価

SAD PERSONS スケール④（４）の完成版を評価する	
SAD PERSONS スケール④	男性
☐ Sex	20歳未満と45歳以上:
☐ Age	うつ病
☐ Depression	睡眠症候群の存在
☐ Previous attempt	☐ 自殺未遂 ☐ 自殺
SAD PERSONS スケール⑤	
☐ Ethanol history	アルコール、薬物の使用(医師)
☐ Rational thinking bias	幻覚・妄想性思考、精神科入院
☐ Social support deficit	社会的サポート欠如
☐	☐ 被害者の疑念 ☐ ましな家族療法 ☐ 失業
☐	☐ 社会経済的状況の悪化 ☐ 犯罪前歴
☐	☐ 身体的健康問題 ☐ 身体的虐待
☐	☐ 家族療法のメタアナリシス
☐	☐ 家族療法の効果 (患者がうつ病の治療のために来た) *
☐	☐ 不安定でまじい治療者
☐ Organized plan	組織的な方法計画
☐	組織的な方法計画 (場合、読み取り、リスニング)
☐	☐ 組織的な方法計画
☐	☐ 十分な説明と理解に基づいて同意を得る
☐ No spouse	配偶者がいない
☐	配偶者がいない
☐ Sickness	疾病 思
☐	☐ 鬱病 ☐ 躁病 ☐ 強迫性障害との関係
☐	疾病 思
☐	☐ 鬱病・双極性障害の発症
☐	☐ 生活に大きな支障がある ☐ 大きな変容を要している
4つの質問への答え	
☐ 正確に回答する家族歴	☐ 喪失体験
☐ 同意困難	☐ 課題に関連した特性 / パーソナリティの問題
*SAD PERSONS スケール: 1980年アメリカで初めて開発された自他害リスク因子(SAD PERSONS <Patterson, WM; Dohm, MH; Patterson, J>; Patterson, GA (April 1983). "Evaluation of suicidal potential: the SAD PERSONS scale." <i>Psychosomatics</i> 24 (4): 34-9. 上記の質問は一時的に変更している。	

自殺の危険に関する評価

☐ Sex	男性
☐ Age	20 歳未満と 45 歳以上
☐ Depression	うつ状態
☐ Previous attempt	自殺企図の既往
☐ Ethanol abuse	アルコール・薬物の乱用
☐ Rational thinking loss	幻覚・脳器質症候群、精神病状態
☐ Social support deficit	社会的援助の欠如

☐ 自殺企図 ☐ 自傷

☐ 職場での孤立 ☐ 乏しい家族関係 ☐ 失業
☐ 社会経済的地位の低下 ☐ 経済的損失
☐ 病気・けがによる生活への影響 ☐ 予想外の失敗
☐ 配偶者のドメスティックバイオレンス
☐ 他者の死の影響（重要なつながりがあった人の死）
☐ 不安定で乏しい治療関係

自殺の危険に関する評価

☐ Organized plan	組織的な計画
☐ No spouse	配偶者がいない
☐ Sickness	身体疾患

☐ 致死性の高い手段（縊首、飛び降り、ガス etc.）
☐ 複数の手段の併用
☐ 手の込んだ計画・強い/動揺する自殺念慮

☐ 未婚 ☐ 離婚 ☐ 別居 ☐ 配偶者との死別

☐ 慢性・消耗性の疾患
☐ 生活に大きな支障がある ☐ 大きな苦痛を感じている

自殺の危険に関する評価

SAD PERSONS スケールに含まれない危険因子

- ☐ 自殺の家族歴 ☐ 喪失体験
☐ 事故傾性

事故を防ぐのに必要な措置をとらない
 慢性疾患（例：糖尿病、自己免疫性疾患）に対して予防や医学的な助言を聞かない
 糖尿病患者が、食事療法、運動、服薬などをやめる／腎移植を受けた患者が免疫抑制剤の内服をやめる／腎不全の患者が人工透析をやめる／飲酒が生命の危険につながることを医師に指摘されていても、大酒を続ける
 まじめな社員がなんの連絡もなく失踪する／それまで問題をおこしたことがない人が、酒を飲んだ上で喧嘩に巻き込まれる／交通事故を起こす／性的な逸脱行為に及ぶ

☐ 自殺に関連した性格・パーソナリティの傾向

- ☐ 依存的 ☐ 敵対的 ☐ 衝動的 ☐ 強迫的 ☐ 抑うつの ☐ 反社会的

自殺未遂歴は最大の自殺の予測因子である

自殺未遂者の追跡調査 review

1年以内に 1～3% が自殺

5年以内に 9% が自殺

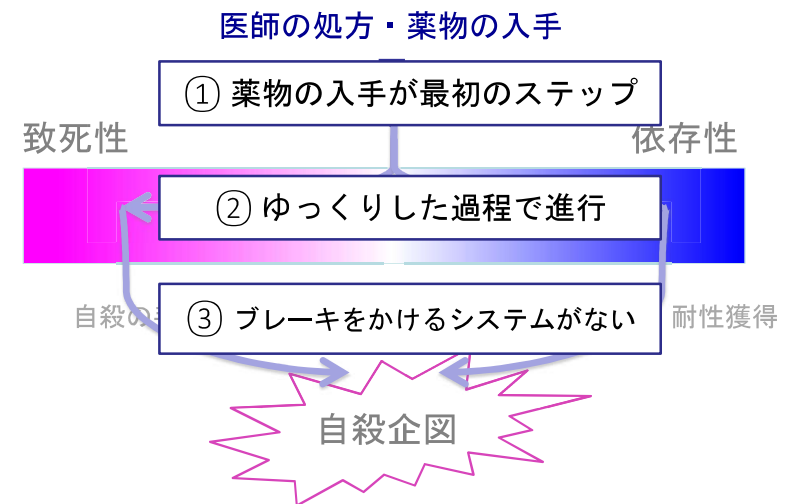
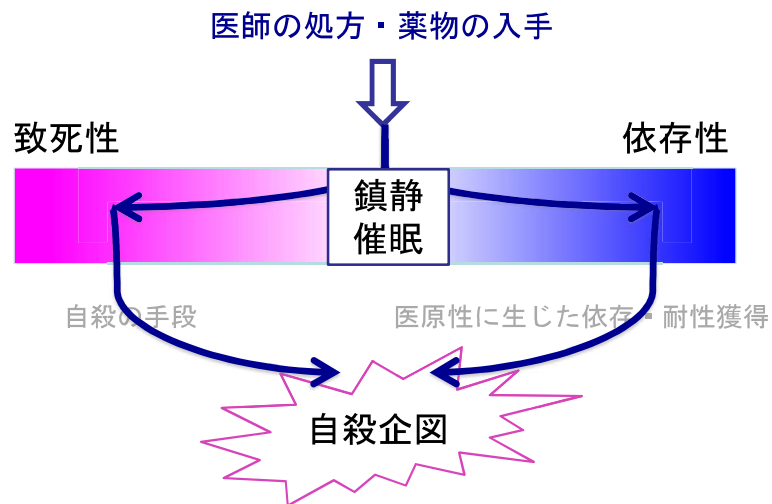
(Owens et al., 2002) ⁹⁾

5年以上追跡すると、2-13%が自殺

(衛藤, 2014) ¹⁰⁾

自殺の保護因子（防御因子）(Jacobs DG et al., 2006)¹¹⁾

- ☐ 子ども（産後精神病、気分障害を除く）
- ☐ 家族への責任感
- ☐ 妊娠
- ☐ 信仰心
- ☐ 生活への満足感
- ☐ 現実検討能力
- ☐ 積極的な社会的サポート
- ☐ 積極的な対処技能
- ☐ 積極的な治療関係



薬物を大量に飲むと何が問題になるのか？

② 市販薬

市販薬の乱用・中毒が問題になる症例の特徴

- インターネット、SNSで情報を得て、自ら市販薬を購入している。
- 使用する薬剤は、特定の数種類であり、SNSで得た情報をほとんどそのまま模倣する形で使用する。

市販薬の乱用・中毒が問題になる症例の特徴

- 使用の初期には多幸感や鎮静作用を求めて使用する。
- 依存形成や耐性獲得から使用の頻度・使用量が増加する。
- 処方薬に比べて身体的な影響が少ないと本人・家族が認識していることも多く、身体的に重症化して中毒に対する治療が必要になるまで、薬物乱用の事実が明るみに出ない。

薬物の乱用についての事実から目をそらさない。

乱用される“違法でない”薬物

デキストロメトルファン

鎮咳去痰薬であり、鎮静作用もある。

風邪薬や鎮咳薬の成分として一般用医薬品にも含まれている。

娯楽的な薬物として乱用されることがある。

多幸感は一時的な用量依存性ではなく、過量投与した者は一般に様々な状態を経験する。

乱用される“違法でない”薬物

メチルエフェドリン

生薬の「麻黄」の主成分。ドパミン受容体系に作用して食欲抑制効果を発現する。鎮咳去痰薬として、防風通聖散、麻黄湯、葛根湯などの漢方薬に含まれる。

カフェイン

カフェインの持つ食欲抑制効果は強力ではないが、やせを求めるときに使用されることがある。

薬物依存症者の治療・援助とは、単に「薬物をやめさせる」ことではない。

援助者は、薬物依存症者の多くが何らかの「痛み」を抱える一人の人間であるということを忘れてはならない。薬物依存者の多くが、孤立無援の状況で内なる「痛み」と格闘する過程で薬物使用のコントロールを喪失している。このことは、薬物依存症者の支援とは、「薬物をやめさせることの支援」ではなく「『痛み』を抱えた個人の支援」である。

[松本俊彦]

薬物依存症者の治療・援助とは、単に「薬物をやめさせる」ことではない。

依存症者本人が地域において『生きていてよかった』と思えるような支援することが、最終的なゴールである。

わが国の薬物依存に対する取り組み

古典的な意味での「感染症対策モデル」であった。

||

「予防第一、万一感染したら隔離」
治療論不在の政策であった。

「取り締まり（薬物供給の根絶）」は世界最高水準にあるが、「治療」は世界でも後進国である。

[松本俊彦]

『ダメ、ゼッタイ』だけではダメ

実際にリスクの高い子どもたち

「人に迷惑をかけなければ、薬物でどうなろうとその人の勝手」

- 先進国の多くは、薬物依存を「経過中、再発と寛解をくりかえす」という点で「慢性疾患モデル」を採用している。
- この枠組みは再使用よりも治療やケアからの離脱を問題視する、という新しい支援モデルを生み出した。

薬物依存症者で見られること

彼らの多くは、社会的な経験が極端に乏しい。

- ・ 役所で各種の手続きをする方法
- ・ 相談機関への連絡方法
- ・ 交通機関の乗り方 など

を知らない。

→ 取り戻すべき習慣がなく、新たに生き方を学び習慣を獲得（[habilitation](#)）しなければならない。

薬物依存症者の特徴

- 養育環境・心的外傷体験幼少期にさまざまな虐待やネグレクト
- 養育者との離別体験
- 家族内の暴力場面への曝露
- アルコール問題を抱える家庭での生育経験
- 幼少期における注意欠陥・多動性障害（AD/HD）
- 学校生活（学業、クラブ活動、交友関係）における達成感の乏しさ
- 友人からによるいじめ被害の体験
- 摂食障害の併存

共依存

多くの家族に「共依存」と呼ばれる病理が存在する。この病的な**家族システム**が本人の薬物使用を維持している。

したがって、本人の回復のためには、まずは病的な家族システムを変化させる必要がある。

家族への支援

家族のこれまでの苦労や相談にきたことをねぎらう。

- 一人の薬物依存症患者が医療機関を受診するまでには、長い年月にわたる家族の苦悩がある。
- 薬物問題を誰かに相談するということは、たとえ相手が専門職の援助者であったとしても恥の感覚を伴う行動である。家族の心情からいえば、できれば相談しないですませたい。
- 連日のように家庭内で繰り広げられる暴力や奇行に何年間も曝され続けるなかで、家族の判断力は低下し、援助希求能力を失っていく。

家族への対応

依存症家族教室、あるいは、薬物依存症患者家族の自助グループへの参加の促し

- 家族には、「1回だけの参加では効果がない。少なくとも1年間は通うべき」と伝えるようにする。
- 継続的に参加しているうちに、患者に対する過干渉や尻ぬぐい行動といったイネイブリングが徐々に減じる。
- 間接的に本人の行動にも好ましい変化—本人自身の治療導入や治療継続—が見られるようになる。

●ご家族の薬物問題でお困りの方へ●	
	
厚生労働省	
目次	
第1章	薬物依存症を理解しましょう
1	薬物乱用・薬物依存・薬物中毒……………P.2
2	薬物依存症が生み出す様々な問題……………P.5
3	薬物依存症の進行と回復の過程……………P.7
第2章	回復のために家族は何をしたらよいのでしょうか
1	薬物依存症が家族にもたらす影響……………P.13
2	薬物依存症と家族の葛藤……………P.15
3	大切な人のために家族ができること……………P.16
第3章	まずは家族が元気を取り戻しましょう
1	家族の自助活動……………P.20
2	自助活動の効果……………P.23
第4章	家族の相談が回復のチャンスを作ります
家族の相談が回復のチャンスを作ります……………P.24	
第5章	Q&A
Q&A……………P.29	
付録：連絡先一覧……………P.39	

治療をどう行うか

回復に向けた働きかけ

何事をするにもストレスが伴う

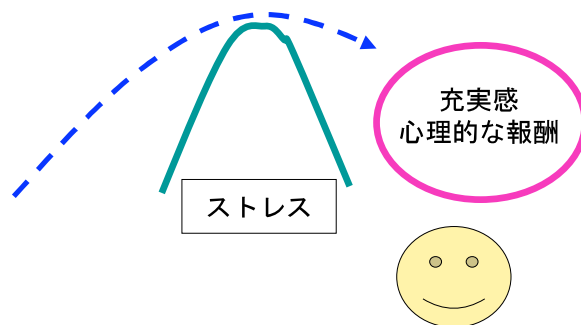
「やってみようかな」
「でも大丈夫かな」



回復に向けた働きかけ

乗り越えられたら・・・

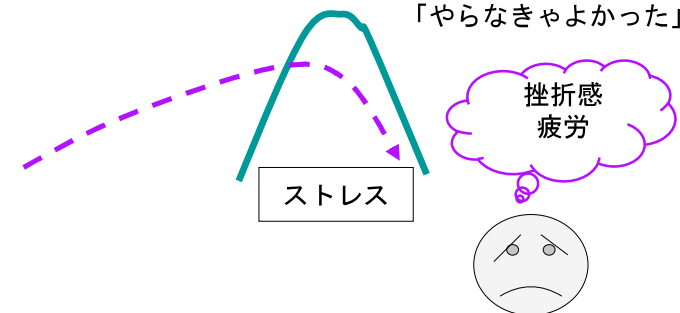
「やってよかった」



回復に向けた働きかけ

乗り越えられないと・・・

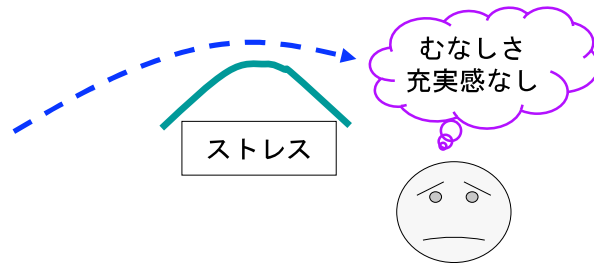
「やっぱりダメだった」
「やらなきゃよかった」



回復に向けた働きかけ

ストレスばかりが問題ではなく・・・

「やっても仕方がない」



自殺未遂者に求めること

相談すべき時に

相談すべき人に

相談すべきことを

相談できるようになる

まず支援者がやってみせる

SST（社会技能訓練）の基本

やってみせ 言って聞かせて させてみせ
誉めてやらねば 人は動かじ

（山本五十六）

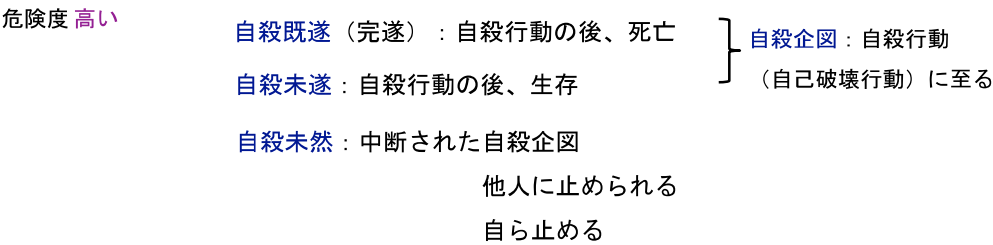
まず支援者がやってみせる

SST（社会技能訓練）の基本

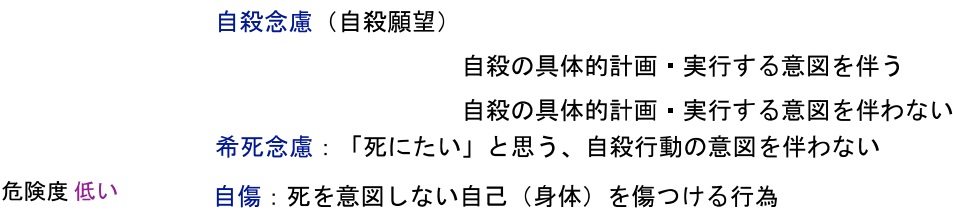
やってみせ 言って聞かせて させてみせ
誉めてやらねば 人は育たず

（西園昌久）

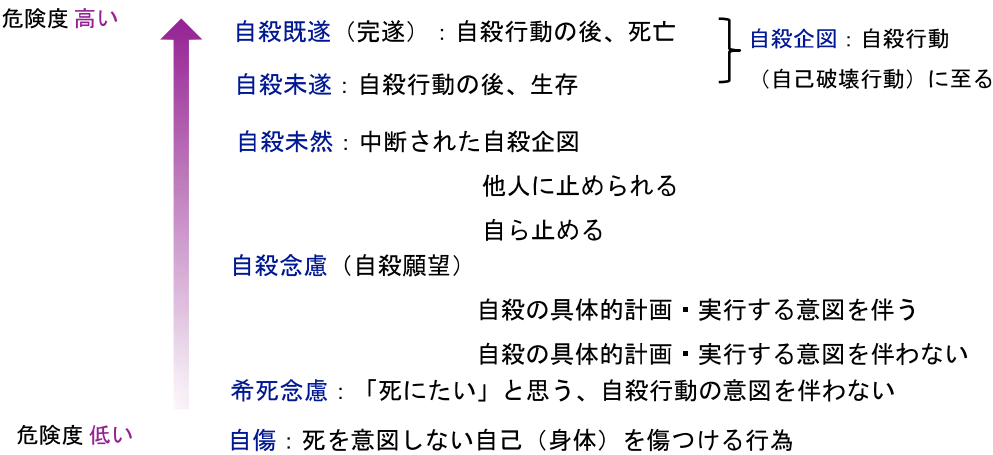
自殺に関連した用語と危険度の段階



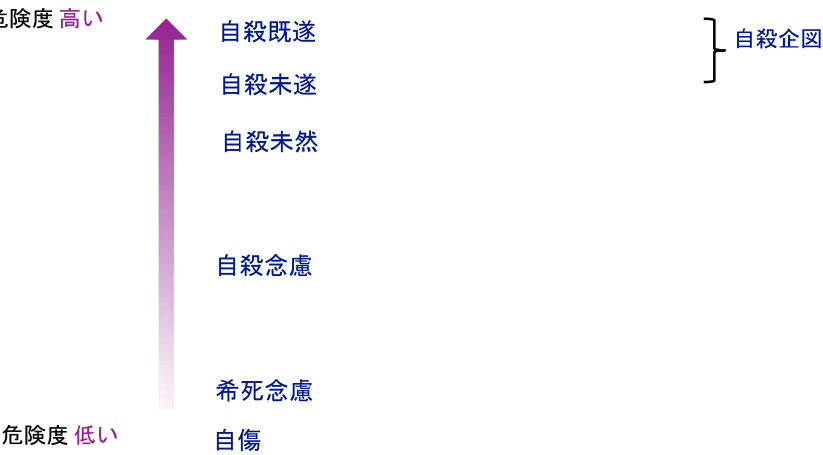
自殺に関連した用語と危険度の段階



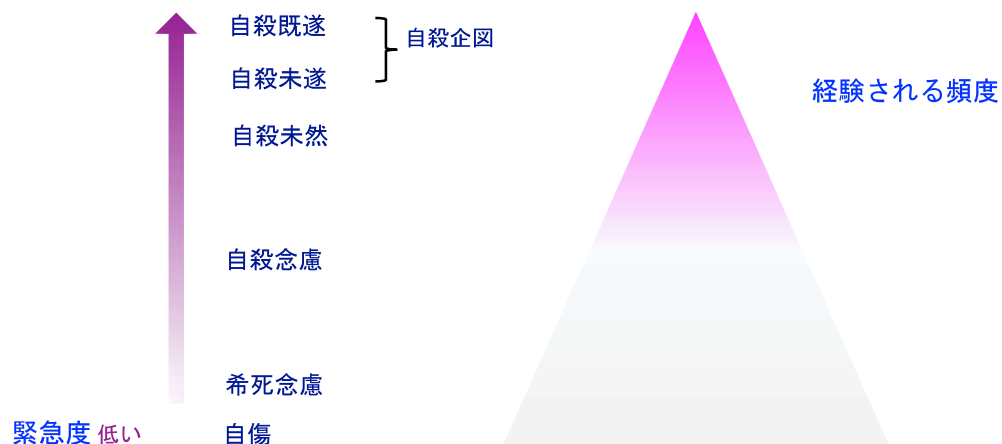
自殺に関連した用語と危険度の段階



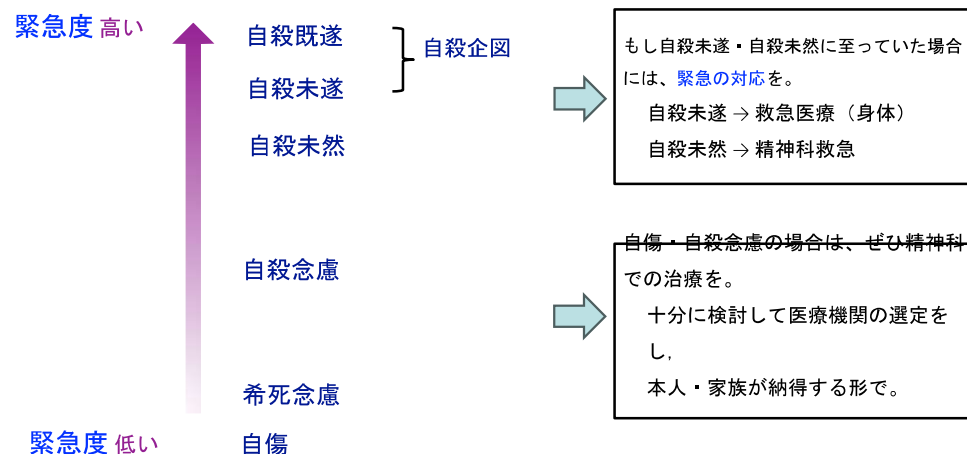
自殺に関連した用語と危険度の段階



自殺に関連した用語と危険度の段階



自殺に関連した用語と危険度の段階



してはいけないこと？

自殺しない誓約は有効か？

齊尾 武郎^{1)*} 栗原 雅直²⁾

1) フジ虎ノ門整形外科病院内科・精神科
2) 虎の門山下メンタルクリニック

Is a no-suicide contract valid?

Takeo Saio^{1)*} Masanao Kurihara²⁾

1) Department of Internal Medicine and Psychiatry, Fuji Toranomon Orthopedic Hospital
2) Toranomon Yamashita Mental Clinic

臨床評価 47巻1号 2019

4. おわりに

本稿の冒頭に述べた通り、NSC関連戦略は、我が国では、“うつ病の小精神療法に関する「笠原の7カ条」”³⁾のひとつ「自殺しないように誓約してもらう」というclinical pearlとしてよく知られており、その評価は高く⁴⁰⁾、現在もわが国のうつ病の精神科臨床で一般的に用いられている技法である⁵⁰⁾。（ただし、今日では、笠原の小精神療法は、同氏が1980年に掲げた「日常臨床におけるミニマム・リクワイアメント」を指すものとしてされており⁴²⁾、そこではNSCには言及されていない。）本稿で示したように、英文論文では、特に1990年代後半から2000年代にかけ、NSC関連戦略についてさまざまな議論があり、その有効性を検証する動きもあったが、わが国にはそうした動きはほとんど紹介されていない。名医の箴言・clinical pearl、古くからある医学的慣習も、その主張・方法・内容が正しいかどうかを検証することが健全な批判的精神の表れであり、後進たちの果たすべき責務であろう。

してはいけないこと？

×「自殺しない」約束をする。

*あまり意味がない。

私なら・・・

「自殺の危険があると思ったら、私ができるあらゆる手を使って自殺を防ぐ努力をすることを約束します。」

「死にたい」と言われたら

TALKの原則

Tell

Ask

Listen

Keep safe

支援者の反応

よくある答え

- ・なぜそう思うのか尋ねる
- ・とにかくその人の話を聞く

実際には・・・

- ・聞かなかったことにする
- ・「自殺はダメ」と諭す
- ・家族が悲しむことを伝える
- ・命の大切さについて話す



TALKの原則

Tell

はっきりと言葉に出して「**あなたのことを心配している**」と伝える。

相手のことを心配する際に行う支援者の姿勢・態度・行動

TALKの原則

Ask

死にたいと思っているか（いたか）どうか、率直に尋ねる。

死にたい気持ち、死、自殺、死後の世界などについて話題にする。

死にたい気持ちについてたずねて、行動にうつることはない

TALKの原則

Keep safe

危ないと思ったら、まず本人の安全を確保する。

周囲の人の協力を得て、適切な対処をする。

自殺したいと考える人は、周囲の人に相談しない。
支援者がまずやってみせる。

TALKの原則

Listen

相手の絶望的な気持ちを徹底的に傾聴する。

絶望的な気持ちを一生懸命受け止めて聞き役に回る。

相手が話す（沈黙している）ときに口をさし挟まない

TALKの原則

Tell

「死にたい」人に出会った時に
思い出してください。

Ask

Listen

Keep safe

「死にたい」と打ち明けられたとき

死にたい気持ちは、誰にでも話せることではありません。あなたは、その人の死にたい気持ちを話せる選ばれた人なのです。

死にたい気持ちを話せた相手（支援者）の言うことは聞いてくれる。

自傷への対応

自殺の危険が高いとき

通常の相談では本人に対して守秘義務を負う。

自殺の危険に関しては例外

自殺の危険が高い場合

守秘の原則には従わない！

→ 専門家・家族に連絡を取り、本人の安全を確保する。

自傷に対する対応

自殺念慮を伴わず自分を傷つける場合に、「自傷」とする。

- 自傷も将来の自殺既遂の危険因子。
- 自殺企図と同様に自殺の危険の評価を行う。

自傷はいずれ終わる（やめる）。

ただ、すぐではない。決して軽視すべきでない。

自傷をどう考えるか？

- 「不快感情」への対処方法として自傷する。つらい出来事やつらい記憶を“切り離し”（鎮痛効果）ている。
- 鎮痛効果には耐性獲得（同じように効果がえられなくなる）や依存性（やめられず他の方法に頼れない）があるため、自傷はエスカレートしていく。
- もともと対処行動であったはずの自傷が、「自殺の手段」となったり、他のより危険な手段に置き換わる。

『自傷行為の理解と援助』松本俊彦 日本評

自傷への対応

- 「自傷しない約束」をしない！
- 「よく言えたね」「よく来たね」
- 「なぜ」(Why?)ではなく、どんな気持ちだったか(How? What?)を尋ねる。
- 問題は自傷したのに“告白しない” “傷のケアをしない”ことである。

とはいえ、やはり自傷は難しい

- 自傷をする子どもが、自ら抱えている苦しみや悲しみを語ることは、ほとんどない。
- 出会いの時から「長期戦」を覚悟しなければならない。
- 関わる大人も自傷する子どももお互いに、分からないことに耐える必要がある。

ビオン, W の考えからの着想

- 不確かさの中で支えるもの

負の能力 negative capability

- 自傷が起こった時に見えていることは、問題の一部でしかない。
- 患者が十分に抱えられる（containされる）必要がある。

患者が存在を認められ、言葉を受け取ってもらえる



グリッド

	定義的 仮説	ψ	表記 Notation	注意 Attention	問い Inquiry	行為 Action	...n
A β要素	A1	A2				A6	
B α要素	B1	B2	B3	B4	B5	B6	...Bn
C 夢思考・ 夢・神話	C1	C2	C3	C4	C5	C6	...Cn
D 前概念	D1	D2	D3	D4	D5	D6	...Dn
E 概念	E1	E2	E3	E4	E5	E6	...En
F コンセプト	F1	F2	F3	F4	F5	F6	...Fn
G 科学的演繹 体系		G2					
H 代数計算式							

- ・ 行為（6列）をすることと、考えること（3-5列）には決定的な違いがある。
- ・ 特に不快な感情を「排泄（排出）」している時には特にそう。

自殺関連行動（自傷・薬物乱用）に対して、行為（多くは禁止）で応じるのではなく、考えることを促す。

そのために治療者も考える。

(=もの思い reverie)

『精神分析の方法』 精神分析の要素



『自分を傷つけてしまう人のためのレスキューガイド』
松本俊彦
法研, 2018



『対象関係論を学ぶ』
松木邦裕
岩崎学術出版社, 1996



『ネガティブ・ケイパビリティ 答えの出ない事態に耐える力』
常木蓬生
朝日選書, 2017

今こそ自殺予防を

- ・ 今だからこそ、これまでの知識と技術、つながりを駆使して一歩踏み出して自殺予防につながる取り組みを。
- ・ そして、今度こそは自死遺族・自死遺児のケアを。

さいごに

私たちに求められること

「孤立しない、孤立させない」

危機的な状況では、わずかな支援が大きな力になることを自覚する。

「希望を持ち続ける」

私たちが生き残る

【参考】



名古屋市いのちの支援サイト

こころの絆創膏 ~絆でまもるいのちのあかり~

④ 名古屋市 様々な悩みに関する相談窓口の情報を紹介するサイトです。

講師

エトフ ノブアキ
衛藤 暢明さん（福岡大学病院 精神科医師）
福岡大学病院で「自殺予防外来、自死遺族専門外来」を担当
専門領域はコンサルテーション・リエゾン精神医学、
自殺予防、精神分析的精神療法。
精神科病棟と救命救急センターを中心とした臨床にも従事し、
特に自殺予防に関する調査・研究及び教育を行っている。

主な講義内容（動画タイトル）

- 【研修動画①】自殺の危険度の高い人への対応
- 【研修動画②】自殺の危険因子と危険度の評価方法
- 【研修動画③】高齢者の自殺予防
- 【研修動画④】子ども・若者の自殺予防
- 【研修動画⑤】自死遺族の支援



- 2020年12月26日 テーマ：中高生の自殺予防 最近の話題を中心に 講師：衛藤暢明（福岡大学病院）
- 2021年1月23日 テーマ：中高生の自殺予防(1) 医療機関との連携に向けて 講師：衛藤暢明（福岡大学病院 医師）
- 2021年1月23日 テーマ：中高生の自殺予防(2) 医療機関との連携に向けて 講師：井口葉子（福岡県立修猷館高校 養護教諭）、
浦田裕美（九州大学病院 公認心理師・臨床心理士）
- 2021年1月25日 テーマ：薬物依存からみた自殺予防につながる支援 講師：堀井宏和（北九州DARC所長）
浦田裕美（九州大学病院 公認心理師・臨床心理士）
- 2021年1月29日 福岡県弁護士と精神科医療者による自殺問題研究会 講師：佐野千春（法テラス福岡・福岡県弁護士会 弁護士）、
衛藤暢明（福岡大学病院 医師）
- 2021年2月1日 福岡県司法書士会 講師：衛藤暢明（福岡大学病院 医師）、濱田なぎさ（福岡県司法書士会 司法書士）
- 2021年2月6日 福岡県社会福祉士会 講師：衛藤暢明（福岡大学病院 医師）、木藤孝祐（福岡県社会福祉士会 社会福祉士）
- 2021年3月15日 福岡県警本部 人身安全対策課 テーマ：警察との連携 講師：小田上雄起（福岡県警）
- 2022年2月19日 テーマ：自死遺族の視点から考える(講師) 尾家 満（リメンバー福岡自死遺族の集い スタッフ、
小早川慶次（リメンバー福岡自死遺族の集い 代表）
- 2022年2月22日 テーマ：子どもと女性の自殺予防(講師) 坂本彩子（福岡大学医学部小児科学教室 公認心理師・臨床心理士）
佐川民(福岡県弁護士会・はるかぜ法律事務所)、小田上雄起（福岡県警本部 生活安全部 人身安全対策課）
- 2022年2月23日 テーマ：中高生の自殺予防（講師）中学生の自殺予防 浦田裕美（福岡大学大学院 人文科学研究科）、
井口葉子（福岡県立修猷館高等学校）
- 2022年2月23日 テーマ：救急搬送された自殺未遂者のフォロー・インシデントを中心に-（講師）橋本聡(国立病院機構熊本医療センター 精神科救急医療センター センター長）
、末永卓也（産業医科大学病院 患者サポートセンター地域連携・退院支援室 ソーシャルワーカー）
- 2022年2月23日 テーマ：大学生の自殺予防（講師）面高有作、松尾寿栄（九州大学キャンパスライフ・健康支援センター）
- 2022年3月4日 テーマ：自殺予防に向けた行政機関の取り組み(講師)木藤孝祐、滝下未希（福岡県社会福祉士会）、古里百合子（福岡市精神保健福祉センター自殺対策係）

- 15.2022年3月11日 テーマ：なぜ医療機関を受診しないのか（講師）濱田なぎさ（福岡県司法書士会）,松尾真裕子（福岡大学病院精神保健福祉士）
16. 2022年3月18日 テーマ：コロナ禍での総合病院におけるリエゾン活動と自殺予防（講師）大橋綾子（九州大学病院精神科神経科 医師）,河野さつき（福岡大学病院 精神科看護認定看護師）
- 17.2022年3月19日 テーマ：アディクションと自殺予防（講師）岡田昌宏（ジャパンマック福岡）,堀井宏和（北九州DARC）,樋口克也（北九州DARC）,浦田裕美（福岡大学大学院 人文科学研究科）
18. 2022年9月17日 テーマ：市販薬依存～生きづらさを抱える若者をどう理解してどう支えるか～（講師）宇佐美 貴士（北九州市立精神保健福祉センター 医師）
- 19.2022年9月17日 テーマ：中高生の自殺予防 自殺の危険からみた自殺予防の基礎（講師）衛藤 暢明（福岡大学医学部精神医学教室）
20. 2022年11月26日 テーマ：依存症の理解と対応～医療の立場から・依存症回復施設の立場から～（講師）長徹二（信貴山病院 ハートランドしぎさん 臨床教育センターセンター長）,岡田 昌之（特定非営利活動法人ジャパンマック 代表理事）村田典子（北九州DARC スタッフ）
21. 2023年3月18日 テーマ 中高生の自殺予防（講師）江崎 京子（学校法人伊万里学園 敬徳高等学校 スクールカウンセラー）高口 恵美（福岡県教育委員会 西南学院大学 他 スクールソーシャルワーカー）
22. 2023年3月19日 テーマ 大学生の自殺予防（講師）太刀川弘和（筑波大学医学医療系 災害・地域精神医学教授）
23. 2023年11月11日 テーマ ギャンブル依存（講師）入来晃久（地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪精神医療センター 医師）樋口 克也（非営利特定活動法人 PRANET 旧北九州DARC）,大部 孝（福岡県司法書士会 司法書士）
- 24.2024年2月9日 テーマ 学校における市販薬のOD予防に関する研修会（講師）高木 淳一（福岡市薬剤師会 薬剤師）,吉村 宏（福岡市薬剤師会 薬剤師）増田 将人（福岡大学医学部精神医学教室 医師）
- 25.2024年2月23日 テーマ 自殺予防の力動的アプローチ（講師）衛藤暢明（福岡大学医学部精神医学教室）,縄田秀幸（油山病院 精神科医師）
- 26.2024年2月25日 テーマ 学校と精神科医療の連携―スクールカウンセラーの立場から―（講師）須藤将司（福岡市スクールカウンセラー/公認心理士・臨床心理士）

福岡大学病院 自殺予防外来/自死遺族専門外来

2021年4月～

福岡大学病院

自殺予防外来 月曜日

自殺企図後、自傷・自殺未然、自殺の危険が高い場合

自死遺族専門外来 金曜日

自殺に関連した問題、自死遺族（自死遺児）を優先的に診療

- 紹介状なしでの受診でも受け入れる。
- 医療機関からの紹介状（どの診療科でも可）があれば、選定療養費は不要。
- 受診時は簡単なアンケートと自記式心理スケールの記載を依頼。