

平成 27 年度 博士論文

物質使用障害と精神病性障害を併せ持つ者への支援に関する研究

昭和大学附属烏山病院

池 田 朋 広

主査 大久保 一郎 教授(ヒューマン・ケア科学専攻 保健医療政策学分野)

副査 水上 勝義 教授 (ヒューマン・ケア科学専攻 健康社会学・ストレスマネジメント分野)

副査 森田 展彰 准教授(ヒューマン・ケア科学専攻 社会精神保健学分野)

副査 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 部長

／自殺予防総合対策センター 副センター長

目 次

第1章 緒言	1
第1節 諸外国における薬物乱用の動向と現状	1
第2節 我が国における薬物乱用の動向と現状	1
第3節 薬物乱用に関する法的規定	3
3.1 違法薬物を規制する法律の概要	3
3.2 麻薬及び向精神薬取締法	3
3.3 覚せい剤取締法	3
3.4 刑の一部執行猶予制度について	4
第4節 依存症治療について	4
4.1 医療機関における依存症治療	4
4.2 DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) について	5
第5節 小括	5
第2章 違法物質使用障害者に関する研究とその問題点	7
第1節 用語の定義	7
1.1 薬物乱用	7
1.2 物質使用障害 (Substance use Disorder) の定義	7
1.3 覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議による分類と定義	7
1.4 覚せい剤精神病の障害概念	8
1.5 覚せい剤精神病の障害概念への反論	9
1.6 精神障害者の定義	9
1.7 併存性障害の定義	10
1.8 違法物質使用障害者 (Illegal Substance use Disorder) の定義	10
1.9 精神病性併存性障害の定義	11
第2節 物質使用障害に関する研究の動向	11
2.1 amphetamine/methamphetamine に関する研究	11
2.2 物質使用障害者の集団認知行動療法に関する研究	14
2.3 違法物質使用障害の精神科医療制度上の諸問題に関連する研究	18
2.4 併存性障害に関する研究	19
第3節 研究対象機関の特徴	20
第4節 小括	21
第3章 研究の目的	22
第4章 医療機関における ISUD の実態調査から PSCD の抽出を試みる	
研究1：措置入院指定病院に入院する違法物質使用障害者の実態調査	
- 退院時における逮捕群と非逮捕群との比較から -	
第1節 目的	24
第2節 対象と方法	24

2.1	対象	24
2.2	方法	24
第3節	倫理的配慮	25
第4節	結果	25
4.1	措置入院における ISUD の実態	25
4.2	違法薬物使用および精神科入院治療	25
4.3	臨床所見	25
4.4	犯罪歴	26
4.5	申請の形式と措置入院時の尿検査の実施状況	26
第5節	考察	27
5.1	尿検査の実施状況の比較からみた特徴	27
5.2	逮捕群と非逮捕群の特徴の比較	28
5.3	指定病院に求められる「非逮捕尿検査陰性群」への支援	29
第6節	本研究の限界	30
第7節	小括	30
第5章	ISUD への事例検討から PSCD の特殊性を明らかにする	
研究2	措置入院指定病院の立場における違法物質使用障害者への退院支援策の検討 －司法処遇と薬物採尿検査に着目した4事例から－	
第1節	目的	32
第2節	対象と方法	32
2.1	対象	32
2.2	方法	32
第3節	倫理的配慮	32
第4節	結果	32
4.1	4群に振り分けた結果	32
4.2	事例提示	33
第5節	考察	35
5.1	尿検査の実施状況の比較からみた特徴	35
5.2	指定病院の立場から求められる支援のあり方 - 逮捕群	36
5.3	指定病院の立場から求められる支援のあり方 - 非逮捕尿検査陽性群 /非逮捕尿検査未実施群	37
5.4	指定病院の立場から求められる支援のあり方 - 非逮捕尿検査陰性群	38
第6節	小括	39
第6章	薬物依存症リハビリテーション施設における PSCD の現状	
研究3	物質使用障害と精神病性障害を併せ持つ者への地域支援策の検討 －薬物依存症リハビリテーション施設への全国調査から－	
第1節	目的	40
第2節	対象と方法	40
2.1	対象・方法	40
2.2	利用者調査の方法	40

2.3	職員調査の方法	41
第3節	倫理的配慮	41
第4節	結果	41
4.1	SUDにおけるPSDの併存率	41
4.2	SUDとPSCDの比較	41
4.3	職員調査	42
第5節	考察	44
5.1	DARCにおけるPSCDの割合	44
5.2	DARCにおけるPSCDへの支援実態と望ましい支援のあり方	45
5.3	PSCDへの支援に関する連携体制と教育支援体制	46
第6節	小括	48

第7章. PSCDへの集団認知行動療法による介入効果の検討

研究4：物質使用障害とその他の精神障害を併せ持つ者への 集団認知行動療法プログラムの有効性の検討 - 精神病性併存性障害を中心に -

第1節	目的	49
第2節	対象と方法	49
2.1	CD-CBGTプログラムの実施	49
2.2	対象	49
2.3	方法	50
2.4	統計学的解析	51
第3節	倫理的配慮	51
第4節	結果	51
4.1	対象の基本属性	51
4.2	診断別分類	51
4.3	プログラムによる介入の効果測定	52
4.4	「PSCD群」と「OSUD群」における特性の比較	52
4.5	「PSCD群」と「OSUD群」におけるプログラム効果の比較	52
第5節	考察	52
5.1	対象者の特徴	52
5.2	CD-CBTプログラムの有効性	53
5.3	CDへの望ましい介入方法の検討	54
5.4	措置指定病院がCDへの介入プログラムを持つことの意義	55
第6節	本研究の限界と今後の課題	56
第7節	小括	56

第8章. PSCDへの事例研究

研究5：PSCDへの支援策の検討 - 実際の介入を行った3事例への考察 -

第1節	目的	58
第2節	対象と方法	58
第3節	倫理的配慮	58

第4節	事例提示	58
第5節	考察	63
5.1	統合失調症モデルによる入院治療と精神科リハビリテーション	63
5.2	麻薬及び向精神病薬取締法58条の運用の諸問題	63
5.3	統合失調支援モデルの限界と社会的回復の困難性	64
第6節	小括	65

第9章. PSCD への事例研究-2

研究6：覚せい剤使用による精神病性併存性障害への支援策の検討

-統合失調症支援モデル事例と依存症支援モデル事例との比較から-

第1節	目的	66
第2節	対象と方法	66
第3節	倫理的配慮	66
第4節	事例提示	66
第5節	考察	71
5.1	アセスメントの重要性	71
5.2	「心理社会的治療の有効性」と「不適切な直面化による弊害」	71
5.3	自助グループへのつながり	72
5.4	MCD への機関連携による支援	73
5.5	司法・医療対応の区分の明確化の必要性	74
第6節	小括	75

第10章. 6研究の総合考察

第1節	6研究のまとめ	76
第2節	精神科医療機関におけるPSCDへの適切な支援のあり方	78
2.1	アセスメントの重要性	78
2.2	PSCD への一般精神科医療機関における集団認知行動療法プログラムの提供	79
2.3	心理教育や精神保健福祉サービスの積極的な活用による生活支援と生活の枠付け	80
2.4	負荷のかからない方法による依存症支援施設や自助グループへのつながり方（回復支援）	82
第3節	司法機関との連携体制のあり方と、法の改正を伴う新制度の構築に向けた提言	83
3.1	精神科医療機関の責務	84
3.2	精神障害者福祉施設と司法関連機関との連携体制の構築	84
3.3	法の改正を伴う新制度構築への希望	86

第11章.	一連の研究の結論と総括	88
-------	-------------	----

謝辞

引用文献

図表

資料（倫理審査結果・本研究に関する業績一覧 等）

参考文献

第1章. 緒言

第1節 諸外国における薬物乱用の動向と現状

薬物乱用の動向は、国によって大きく違う。本研究では、日本でも最も乱用されている amphetamine/methamphetamine を中心に、その乱用状況を概観する。米国では、覚せい剤が鼻炎や喘息への効用から amphetamine 吸入剤（ベンゼドリン吸入剤）として 1932 年に一般薬として発売され、1936 年には錠剤も発売された。その後さまざまな疾患へ臨床応用されたが、戦争中は兵士が多用し、アスピリンと並んで広く用いられた。1933 年に Alles が amphetamine の興奮作用や陶酔感惹起作用を報告し、また 1937 年には依存性が報告されている。当時アメリカでは覚せい剤に対し厳しい規制はとられず、第二次大戦後には大戦中に覚せい剤依存に陥った兵士達や、有害性を知らない大学生や運動選手、トラック運転手などに使用された。1960 年代には LSD などの幻覚剤の代わりに“speed”という名でヒッピーたちに乱用されるようになり、乱用が広がるに伴い覚せい剤は内服から静脈注射へと変わっていった。法的規制が加えられたのは 1970 年代であり、その後急速に乱用は減少した。しかし 1980 年代になると再度乱用が広がりはじめ、ガラスパイプに覚せい剤を入れ加熱吸引する方法が“ice”という名で急速に広がった。この方法は静脈注射時と同等の効果があるとされている。1990 年代に入りアメリカ西海岸にも“ice”は広がった。アメリカで使用されている“speed”や“ice”というストリートネームは、現在では日本の青少年が覚せい剤を呼ぶときに使用されている。

ドイツでは 1938 年に Hauschild が methamphetamine には amphetamine と同様の薬理作用があることを見いだしているが、その後 Pervitin という商品名で市販され、軍隊で多用された。しかし、直ちに依存性が問題となって、1941 年には法的規制措置がとられ、麻薬取締法のもとで厳しい規制がとられるようになった。その後ドイツでは覚せい剤の乱用はほとんどない。

このように覚せい剤乱用は、先進国の中では日本特有の問題と思われがちであるが、世界的にも「アンフェタミン型中枢刺激薬問題 (amphetamine type stimulants : ATS)」として、乱用の拡大が指摘されている (和田ら, 2012)。

第2節 我が国における薬物乱用の動向と対策の現状

我が国における薬物乱用の歴史は、大きく分けると現在までに以下の 4 つの乱用期に区

分されている。

第1 流行期：終戦後の1954年を統計上のピークとし、55万人もの覚せい剤乱用者が存在したと推定され、1年間で約5万6千人が検挙された。戦争中に兵器増産や特攻隊の士気高揚などの目的で日本軍が使用していた覚せい剤（得にmetamphethamin 商品名ヒロポン）が大量に市場に放出されたために、学生、作家、運転手、賭博者、やくざなど広い市民層に乱用が広がり、薬害として注目された最初である。このため同年に「覚せい剤取締法」が制定され、その使用が非合法化された結果、一年間でほぼ鎮圧され、その後約10年間、検挙人員は1,000人を下回っていた。

第2 流行期：1950年代後半に流行したヘロインの乱用である。これは、戦後徐々に増加していたヘロイン乱用が、1961年～1962年頃に激増し、大都市を中心に全国に広まったものである。

第3 流行期：1970～1980年代の20年間でなだらかなピークとする流行期で、第2次覚せい剤乱用期といわれている。この間には年間2万人以上の逮捕者を数えた。最多は1984年の2万4千人である。この間、薬物は密造や輸入により、主として暴力団を通じて供給され、比較的高価であった。使用者も暴力団員やその周辺の者が多く、中年層の男性が乱用の主力であった。

第4 流行期：警視庁は昨今の覚せい剤をめぐる状況の変化から、1998年1月に第三次覚せい剤乱用期を宣言した。これまで暴力団を中心とした密売が、イラン人などの不法外国人による街頭での密売へと変わり、また価格が安くなり、一般市民層が入手しやすくなった環境、乱用のファッション化など価値観の変化などが原因していると考えられており、未成年者など若年層による使用の増加が事犯検挙者の増加の原因である。また、大麻や合成麻薬（MDMA）や、脱法ハーブ（危険ドラッグ）などが流行し、有機溶剤優位から大麻優位の欧米型に変化してきているとも言われている（尾崎, 2004）。

我が国の違法薬物対策は、島国特有の利点を活かし、水際で違法薬物が持ち込まれるのを防ぎ、「ダメ絶対」政策を代表として、とにかく一切使わせないことに重心がおかれている。そのため、一旦乱用してしまった者には、他の犯罪と比較して、重い量刑の処罰が与えられている（和田, 2000）。このように我が国では、違法薬物とその使用者の社会的排除を対策の原則としていることから、依存症をはじめとする物質使用障害者全体への支援体制の整備は、他の先進国に比してあまり進んでいないといえる。

第3節 物質乱用に関連する法的規定

3.1 違法薬物を規制する法律の概要

このような薬物乱用問題に対し、我が国は、「麻薬及び向精神薬取締法」、「大麻取締法」、「あへん法」、「覚せい剤取締法」により、厳正に対処してきた。これらの4つの法律がいわゆる薬物4法である。これらの4つの国内法は国際的な3つの条約の内容を満たすものである。前述の薬物4法に「国際的な協力の下に規制薬物に係る不正行為を助長する行為等の防止を図るための麻薬及び向精神薬取締法等に関する法律(麻薬特例法)」を加えたものが、いわゆる薬物5法である(福井ら, 1996)。

3.2 麻薬及び向精神薬取締法

麻薬および向精神薬の濫用による保健衛生上の危害を防止することを目的とし、麻薬・向精神薬の製造・製薬や輸出入を取り締まる法律。

麻薬は麻酔作用と中毒性を持った物質を指す。例としてはヘロイン、コカイン、モルヒネなどがある。コカインは局所麻酔に、モルヒネは鎮痛剤などに利用されている。向精神薬は、中枢神経系に作用して精神に何らかの影響をもたらす物質を指す。例としては、ジアゼパムやメチルフェニデートなどがある。ジアゼパムは、抗不安薬に、メチルフェニデートは抗うつ薬や、ADHD 治療薬などに使用される。この法によって指定されている薬物は、医薬品の製造販売業者や医師といった特定業務に携わるものが厚生労働大臣から免許を受けてはじめて扱うことができる。特にヘロインは、中毒性がきわめて高く、医療関係者でも取り扱いは厳しく制限されている。

正当な手続きを経ずに麻薬・向精神薬を扱った場合の罰則は重い。ヘロイン等を製造・輸出した場合、1年以上の有期刑が科せられる。未遂でも罰せられる。営利目的でヘロイン等を製造・輸入した場合は、3年以上の懲役、または無期懲役となる。未遂も罰則の対象となる(福井ら, 1996)。

3.3 覚せい剤取締法

第一条は法の目的について「覚せい剤の濫用による保健衛生上の危害を防止するため、覚せい剤及び覚せい剤原料の輸入、輸出、所持、製造、譲渡、譲受及び使用に関して必要な取締を行うことを目的とする。」と定められている。

第二条以下では、用語の意義や、指定及び届け出が定められ、以下のような罰則規定が

設けられている。

すなわち、第四十一条の四①において、

三：所持の禁止に違反した者。

四：譲渡及び譲受の制限及び禁止に違反した者

五：使用の禁止の規定に違反した者

は7年以下の懲役に処するとある。乱用の拡大を防ぐための見せしめの要素もあるため、刑罰としては他の刑罰と比較しても重いものとなっている。

3.4 刑の一部執行猶予制度について

「刑法の一部を改正する法律（平成25年6月19日法律第49号）及び薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予に関する法律（平成25年6月19日法律第50号）以下、『刑の一部執行猶予制度』が公布され、3年以内の施行に向けて動き出している（法務省，2013）。この制度は、懲役・禁固刑の刑期を分割し、一定期間受刑させた上で残りの刑期執行を猶予するもので、実刑と執行猶予の中間的な刑罰で、受刑者の再犯を防ぐとともに、社会復帰を促すのが狙いである。対象は、原則として、刑務所に入所したことがなく、且つ3年以下の懲役・禁固刑の場合とされているが、薬物使用の罪に関しては、刑務所に入所したことがある者でも、適用できることとなっている。

また、保護観察所の「指示」により、薬物依存回復支援プログラムの受講を促すことができるようになるほか、公共の場での清掃活動や福祉施設での介護補助などの義務付けも可能になるよう改められる。

第4節 依存症治療について

4.1 医療機関における依存症治療

我が国の医療機関における依存症治療は、久里浜方式に代表される解放病棟での任意入院によるアルコール依存症治療が主流である（遠藤ら，2009）。患者によって自治会が組織されており、病棟スタッフとの間で、微妙な力関係のバランスが保たれている。スケジュールに沿って毎日の生活を行うことになっており、その中に自助グループへの参加なども組み込まれている。こうした、アルコール依存症治療病棟における依存症治療は、自らの判断である程度社会的な行動がとれる状態であれば、適応可能であり、依存症治療の効果も期待できる。ところが、薬物依存症者の多くは、こうした解放病棟での規範内にとどま

ることが出来ない。そのため、閉鎖病棟での急性症状の治療のみしか行われなことが一般的である。近年になり、国立精神・神経医療研究センターを中心に、ロサンジェルスのマトリックス研究所が開発したマトリックスモデル (Matrix Model) を用いた、外来治療である、通称 SMARPP が、全国的に発展してきている (松本ら, 2009; 2013)。

4.2 DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) について

我が国における違法薬物乱用・依存症者への支援は、Drug Addiction Rehabilitation Center (以下、DARC) などの自助組織が主にその中心的役割を担ってきた。DARC は、1985 年に開設され、東京の日暮里をはじめとして全国各地に広がっており、長年に渡る薬物依存症者への回復支援の実績をもっている団体である (近藤恒夫ら, 1999; 2003)。2008 年 1 月の調査では、全国の DARC 関連施設は、運営団体 44 ヲ所・施設 66 ヲ所であった (幸田ら, 2008)。薬物依存症の経験を持つ回復者カウンセラーが施設の運営を行い、入所・通所者への 12 ステップミーティングを中心とした回復支援プログラムを提供している。開設当初から数年は、入所にあたって、一切の薬を断薬することが条件となっていたが、施設の増加に伴い、多様なニーズの物質使用障害者を受け入れるようになり、処方薬を服用しながらでも、DARC で回復を目指すことが可能となってきた。

第 5 節 小括

我が国の主要な違法薬物は、覚せい剤がであり、現在に至ってもその傾向に変わりはない。第三次覚せい剤乱用期のはじまりは、長期化する統合失調症患者への社会復帰に向けての動きが活発化しはじめた時期と同じ、1990 年代終わりの時期にあたる。我が国では、違法薬物とその使用者の社会的排除を対策の原則としていることから、依存症をはじめとする物質使用障害者全体への支援体制の整備は、他の先進国に比してあまり進んでいないといえる。物質使用障害者の多くは、逮捕・拘留・実刑という司法ルートで処遇されるか、覚せい剤等の急性中毒症状によって、追跡妄想などの一過性の精神病症状を呈し、精神保健福祉法による措置入院で、精神科病院に運ばれるという医療ルートに振り分けられるかのいずれかの対応が求められる。彼らは、急性精神病状態があれば治療の対象となるが、急性症状の消褪と共に退院となり、その後、同じ医療機関に再び現れることは少なく、地域を転々とするといわれている (池田ら, 2005)。1990 年代初頭は、まだ DARC も数ヶ所にしかなく、彼らの処遇 (敢えて支援とは言わず) は、もっぱら、退院時に閉鎖病棟を出たとき

に、目の前に警察官が立っていて、連れて行かれる所謂「門前逮捕」というものか、「お解き放ち」と呼ばれ、なんの支援もなく病院からただ出されるだけのふたつにひとつであった。しかし、近年になり、刑務所における収容定員数過多の問題に端を発した「刑の一部執行猶予制度」の法制化が決まり、DARCによる支援活動の広がりや、SMARPPの登場と共に、徐々にではあるがその治療・支援が発展してきている。

第2章 違法物質使用障害者に関する研究とその問題点

第1節 用語の定義 (図2-1)

1.1 薬物乱用

薬物乱用や依存といった用語は、精神薬理的視点からではなく、社会的・文化的背景も考慮されなければならない、社会において一定の見解が浸透しているわけではない。また、法律用語と医学・薬学用語とのずれもある。大原は、日本アルコール医学会用語委員会の見解を踏まえ、薬物乱用を「薬物乱用／医薬外使用 (Drug abuse / Non-medical use) 薬物乱用とは薬物を医学的常識、法規則、あるいは社会的慣習に故意に反した目的あるいは用法のもとに過剰摂取する行為をいう。」と定義している (大原, 1984)。本研究における「薬物乱用」もこの定義と同様とする。

1.2 物質使用障害 (Substance use Disorder) の定義

WHO の国際疾病分類 (ICD International Classification of Diseases) では、薬物乱用による精神及び行動の障害は、『F1x.x : 精神作用物質使用による精神及び行動の障害』に分類されている。その下位分類として 4 桁で症状の分類がなされている。「急性中毒 Acute intoxication」「有害な使用 Harmful use」「依存症候群 Dependence syndrome」「離脱状態 Withdrawal state」「せん妄をともなう離脱状態 Withdrawal state with delirium」「精神病性障害 psychotic disorder」「健忘症候群 Amnesic syndrome」「残遺性及び遅発性の精神病性障害 Residual and late-onset psychotic disorder」「他の精神及び行動の障害 Other mental and behavioural disorders」「特定不能の精神及び行動の障害 Unspecified mental and behavioural disorders」の 10 項目に分類されている。本稿では、支援の現場に立った視点からの分類を行うため、可能な限り診断分類に寄らない形で分類を行いたい。しかし、診断分類を用いなければ、明確な規定ができない場合は、ICD-10 を用いることとする (融ら, 1993)。

1.3 覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議による分類と定義

我が国では、諸外国とは異なる歴史的背景を踏まえ、1986年に「覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議 (旧厚生省) における診断基準」が作成された (加藤伸勝ら, 1986)。ICD や DSM とは違った側面からの切り口で、覚せい剤精神病の分類を行った我が国独自の試み

は、後の様々な覚せい剤関連疾患を扱った主要な論文に大きく影響を与えるものとなっている。主な概念が次のように定義されている。①覚せい剤急性中毒：覚せい剤の使用後1時間以内に出現する中枢神経系の異常興奮による精神神経症状、交感神経刺激作用などによる身体的中毒症状、さらに薬効の消退に伴って出現し数日間持続する反跳現象などからなる。時に意識障害と激しい精神運動興奮を主とする急性症候群の発現をみる。

②覚せい剤依存症：覚せい剤依存兆候および関連した精神身体症状を有するが、明確な幻覚妄想を伴わない状態である。

③覚せい剤精神病：覚せい剤依存兆候を有するかまたは有していた者に生じた幻覚妄想状態を主とする精神病状態である。休薬後には以下の経過類型を示す。

a) 早期消退型：休薬後1か月以内に症状が消退するもの。

b) 遷延・持続型：休薬後も1か月以上にわたって症状が持続するもの。なかには6か月以上の長期にわたって症状の消退と増悪を繰り返すものなどがある。

1.4 覚せい剤精神病の障害概念

臨床における「覚せい剤精神病」の捉え方に関する日本と欧米の間での相違は、立津ら(1956)の「覚せい剤中毒」と、Connell(1958)の「Amphetamine Psychosis」の2つの著書に端を発する。立津らは、長期持続例の存在を指摘して、覚せい剤による慢性脳障害(慢性中毒モデル)を早くから想定していたのに対し、Connellは、覚せい剤精神病をあくまでも覚せい剤の直接的薬理作用による急性症状(急性中毒モデル)として捉えた。そして、覚せい剤が尿中に検出されなくなっても精神病症状が持続する症例は覚せい剤精神病の診断から除外し、統合失調症などを疑うべきだとした。この考え方は、症状の持続を1ヶ月以内と規定するDSM-4に引き継がれている。ICD-10では、「精神病性障害(F15.5)」および「残遺性障害および遅発性精神病性障害(F15.7)」において、「精神病症状は、“典型的には”1ヶ月以内に部分的に消退し、6ヶ月以内に完全に消退する」とされている。しかし、我が国では、6ヶ月以上に亘り幻覚妄想状態が遷延・持続する症例の存在が臨床的に認められている。精神科医療施設事態調査(和田ら, 2012)においては、覚せい剤関連障害患者の1/4が、覚せい剤使用中断後6ヶ月以上に亘り精神病性障害が持続したと報告されている。さらに、このうち約40%は、3年以上に亘る精神病症状の持続が認められている。このように、我が国における覚せい剤精神病の臨床概念は、ICD-10, DSM-4の考え方とは、本質的に異なる面を持っている。

1.5 覚せい剤精神病の障害概念への反論

松本らは、論文「物質使用障害を併発した触法精神病例の薬物治療・心理社会的治療」において、覚せい剤精神病概念にこう反論している（松本ら, 2007）。「立津らは、methamphetamine 精神病は、その「当意即妙」の接触感において統合失調症とは区別できると指摘した。以来、伝統的に、わが国の一般精神科医は、methamphetamine 精神病と統合失調症を峻別することに熱心であった。実は、こうした峻別への固執は、純粹に学問的な関心だけではなく、methamphetamine 精神病を忌避する医療者の心情に支えられていた面もある。いわく、「methamphetamine 精神病は医療ではなく司法である」。しかし、Substance use Disorder 臨床を専門とする立場からいえば、慢性精神病を伴う methamphetamine 患者は、methamphetamine 使用障害患者のごく一部でしかない。（中略「どちらの治療プログラムからも脱落するとのことがかいてあった。」）我が国に比べると、米国の考え方は实际的である。DSM では、methamphetamine 中断後数か月を経ても精神症状が遷延する症例は、操作的に統合失調症と診断され、これに加えて methamphetamine 使用障害という診断もつけられる。これが重複障害と呼ばれる状態であり、統合失調症と Substance use Disorder の双方の治療を統合した、特別な地域支援を必要とした一群と捉えられている。」。

1.6 精神障害者の定義

精神障害者については、以下の定義がある。1950 年の「精神衛生法」制定から 1993 年の「精神保健法」改正までの間、精神障害者の定義は「精神病者（中毒性精神病を含む）、精神薄弱者及び精神病質者」とされてきた。ここでいう精神病とは「後天的に生ずる精神の異常」のすべてを指す。1993 年の改正において、精神障害者の定義も改訂がなされ、従来の「精神病者（中毒性精神病者を含む）」が下位分類されて「精神分裂病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者」とされた。1995 年の「精神保健及び福祉に関する法律」への改正では、精神障害の定義の変更は行なわれなかったが、1999 年の改正では「精神分裂病、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者」とされた。本研究では、精神保健福祉法に規定されている精神障害者を「精神障害者」とする（精神保健福祉研究会, 2007）。

1.7 併存性障害の定義

アルコールをはじめとする精神活性物質常用障害が、統合失調症や、気分障害、不安障害などの他の精神障害を合併するという、いわゆる薬物依存と精神病の重複診断事例に関しては、従来より様々な呼称が用いられている。近年、カナダでは、依存症治療のみでは回復困難な者について「物質使用障害 (Substance use Disorder) 以下『SUD』」と「精神健康障害 (Mental Health Disorder) 以下『MHD』」の双方を併せ持つ者という意味から「併存性障害 (Concurrent Disorder) 以下『CD』」という呼称が用いられ、様々なアセスメントや介入方法が検討されると共に、数多くの報告がなされている (カナダの Centre for Addiction and Mental Health 「CAMH」など) (CAMH; Health Canada, 2002)。CD の概念は、それぞれが同時期に影響したもののいくつかの組み合わせであると考えられる。米国では、これを「concurrent」「co-occurring」「dual」という方法や言い回しが違ういくつかの言い表し方をしている。例えば、「Dual diagnosis (現在カナダでは、精神病と発達障害をもつ者に使う)」「CAMI (化学薬品を乱用している精神病)」「MICA (精神病の化学薬品乱用)」「SAMI (物質乱用精神病)」「Co-Occurring disorders (共に出現する障害)」などである。我が国でもこうした一群について「覚せい剤精神病残遺性障害」「重複障害 (二重診断例)」として、後に述べる、統合失調症との病像の異同等主として診断に関して多くの研究がなされてきた (中谷陽二ら, 1991, 1994; 小沼, 2007; 和田, 1991; 妹尾, 1992)。しかしながら、カナダにおいて「Concurrent Disorders」は、アルコールや他の精神作用物質の乱用と感情・心理的・精神医学的問題が共に存在する状態を表す一般的な言い方である。(アメリカでは、「Dually Diagnosed」 or 「Dual Diagnosis (二重診断例)」という言い方が一般的に使われ、知能かもしくは発達の問題と精神健康問題の存在していることを表すのがふつうである。) 実例を挙げると、大麻使用と双極性障害」「アルコール使用とうつ病」「睡眠薬使用とパニック障害」「methamphetamine 使用と統合失調症」などである。カナダでは、dual diagnosis という言い方は、発達障害と精神障害とが一緒にある人に使う。アメリカと国際的文献では、dual diagnosis a と dual disorders という言い方は、最も一般的に使われる。けれども、最近では“co-occurring disorders”という言い回しは、精神障害と物質使用障害が一緒にあると診断された患者を表すために使われている。

1.8 違法物質使用障害者 (Illegal Substance use Disorder) の定義

本稿では、主に違法な物質使用障害を対象に研究を行うことを目的としていることから、

違法な薬物の使用と、法規制から逃れているいわゆる「危険ドラッグ」等の使用を行った者、もしくは、その使用が疑われる者を、便宜上、違法物質使用障害者 (Illegal Substance use Disorder 以下、「ISUD」) と定義することとした。

1.9 精神病性併存性障害の定義

本稿では、CD の中でも特に「SUD」と幻覚・妄想などの「精神病性障害 (Psychotic Disorders) 以下『PSD』」を併せ持つ事例を「精神病性障害を併せ持つ併存性障害 (Psychotic Concurrent Disorders) 『PSCD』」と定義し、「統合失調症患者の物質使用障害」と、「薬物・アルコール乱用者の精神病性障害」の双方を扱うこととした。精神病症状と物質使用の問題がある場合、厳密な診断としては、元来の統合失調症の上に物質使用が重なっているのか、あくまで物質使用障害のもとにその結果として精神病症状が生じているのかについて検討することが求められる。しかし、CD の概念は援助の観点から重複した問題を抱えた事例の治療・社会復帰を考える上での枠組みとして用いられており、本稿でも同様の観点で CD の概念を用いる。また、精神病性障害に加え摂食障害、発達障害、人格障害などがさらに併存する場合やその他の併用薬物 (有機溶剤・MDMA 等) の使用が混在する場合もあるが、そうした事例も排除せずに重複する問題をどのように援助プランに反映させるかを検討することとした。

第2節 物質使用障害に関する研究の動向

2.1 amphetamine/methamphetamine による心身及び社会性への影響に関する研究

1990年代以降、米国においてはATSが取沙汰され、我が国の歴史ある覚せい剤乱用対策に、諸外国の注目が集まった。国連薬物・犯罪事務所 (United National Office on Drugs and Crime : UNODC) の定義によれば、ATSとは、合成中枢神経系興奮薬物であって、methamphetamine, amphetamine, MDMA, MDMA と化学構造が類似した薬物の総称とされている (染田ら, 2005)。先にも述べたように、我が国の主要な乱用薬物は、コカインでも、ヘロインでも、大麻でもない。覚せい剤取締法で規制されている amphetamine と methamphetamine の、いわゆる覚せい剤である。ここでは、覚せい剤使用による PSCD なのか慢性覚せい剤精神病なのかということの議論は避けつつも、覚せい剤精神病に関する論文を中心に海外および我が国の研究を概観する。

はじめは、立津らが、「覚せい剤中毒」を発表して世界的に初めてとなる覚せい剤精神

病に関する記載をしたことによる(立津ら, 1956年)。一方、Connel は、“Amphetamine Psychosis”を記して覚せい剤による精神病症状は、短期で消失すると述べ(Connel, 1958)、当時一般販売されていた amphetamine の乱用について記載している。我が国では、東北大学を中心に統合失調症モデルとして覚せい剤精神病を捉える研究が盛んになる。佐藤らは、3 類型をまとめ、その後も慢性覚せい剤精神病について研究を行った(佐藤ら, 1982)。その後、1990年代以前の覚せい剤精神病に関する臨床的研究は、ほぼ日本からの症例報告に限られている。

1990年代以降になると、先にも述べた ATS が問題視され、欧米においても、amphetamine/methamphetamine が注目を浴びることになる。Derlet らが、ice と呼ばれる吸煙タイプの覚せい剤使用が拡大していると指摘した(Derlet, 1990)。また、Buffenstein らによって、ハワイにおける吸煙型の methamphetamine による慢性精神病について短い掲載がされている(Buffenstein, 1999)。

一方、同時期の我が国では、覚せい剤精神病 11 例とマッチングさせた統合失調症患者との比較を行い、臨床精神病理学的に断薬したあとも幻覚妄想が持続する覚せい剤精神病は、急性例とも統合失調症例とも違う慢性覚せい剤精神病として存在するとした

(Tomiya, 1990)。その後も、我が国の覚せい剤精神病についての研究は、精神症状の遷延を認める慢性覚せい剤精神病の病態に関する論文が多い(中谷陽二ら, 1991, 1994; 小沼, 2007; 和田, 1991)。

2000年代に入ると、より多面的方向から、研究がなされるようになる。例えば、使用方法の差異について検討した研究としては、松本らが、我が国における覚せい剤乱用方法の変化に注目し、吸煙による方法でも依存症や中毒性精神病の危険性は、静脈注射と同様にあることを述べた(Matsumoto ら, 2002)。Mc Ketin らは、静脈注射を行う者が、吸煙のみを行う者より、強い依存性を示したが、有害事象についての差異は見られなかったとしている(Mc Ketin ら, 2008)。

また、精神病症状との関連もさまざまな角度から検討がなされている。オーストラリアでは、Mc Ketin らが、オーストラリアの一般人口から募った 309 名の methamphetamine 乱用者に直接インタビューを行い、13%が精神病症状を経験し、23%がその前の 1 年間に臨床的に問題となる精神症状を示していたとした。調査時点において、methamphetamine を用いている者は、精神症状の発生率が、一般人口における 11 倍であり、依存の診断に合致する者は、さらに高率であるとした。加えて、精神病症状を経験したことのある

methamphetamine 乱用者の敵意について検討し、27%が病的な敵意を示し、2日間以上精神病症状が遷延した場合にはより多くなるとした (Mc Ketin ら, 2006)。ヘロインの併用や学歴が低いことも敵意と関連していたとした。Pasic らは、オーストラリアの都市部の精神科救急において 80%が精神病症状を示したと報告した (Pasic, 2007)。Winslow らは、ハワイをはじめとする米国の各地で methamphetamine 乱用が広がっており、内科的、精神科的合併症が多いことを指摘している (Winslow ら, 2007)。Mahoney らは、コカイン依存症者と methamphetamine 依存症者の比較を行い、男女の患者で使用時期や断薬時期に関わらず、コカインよりも methamphetamine 依存症者に精神病症状を多く認めたとした (Mahoney, 2008)。Cruickshank らは、文献レビューによって methamphetamine の使用量や症状について記載している依存症者が典型的に用いる 50mg 以上の量を連用すると精神病を引き起こし、遷延する精神病症状や認知機能障害パーキンソンニズムを引き起こすとした (Cruickshank ら, 2009)。典型的な急性症状は 7-10 日間持続し、残遺症状は 4-5 ヶ月間持続するとしている。さらに、症状や機能などについての研究もある。Lapworth らは、methamphetamine 乱用者は、敵意や攻撃性、陽性症状と関連しているが、そのプロセスやメカニズムについては、ほとんどわかってないとして、237 名の methamphetamine 乱用者を調査し、陽性症状と衝動性の高い methamphetamine 乱用者ほど、敵意を抱くとしている (Lapworth ら, 2008)。Jacobs らは、methamphetamine 精神病と妄想型統合失調症との間で神経認知機能を比較し、行われた神経認知領域での差異はなかったとしている (Jacobs, 2008)。Lin らは、325 名の覚せい剤乱用者の精神症状とその性差を検討し、台湾では methamphetamine 乱用は多いが、医療へのアクセスは少なく、精神症状の発現や自殺企図は男性より女性に多かったとした (Lin ら, 2004)。

他方、より社会学的視点からの研究もある。Semple らは、重大犯歴をもつ methamphetamine 乱用者とそれのない乱用者では、心理社会的に異なった点があると指摘している (Semple, 2008)。Glansner-Edwards らは、methamphetamine 乱用者における精神病症状と予後との関連性についてほとんどわかっていないとした上で、526 名の methamphetamine 乱用者の 3 年間の経過を調査し、精神病症状を示した患者は、その後の精神保健サービスの利用と精神病症状の遷延性と関連があるとした (Glasner, 2008)。Darke らは、methamphetamine の乱用による身体的、心理的な有害事象をレビューしている。これによると、身体的には、毒性、死亡、心疾患/循環器系疾患、血液を媒介するウイルス性疾患が問題であり、心理的には、精神病、うつ、依存症、自殺、不安、暴力行為が、問題

となるとしている (Darke ら, 2008)。和田らは、薬物乱用・依存の今日的政策課題について触れ、我が国の依存症治療の遅れと規制を逃れた薬物の乱用の危険性について述べている (和田ら, 2009)。

以上のように、ATS に端を発し 1990 年代から amphetamine/methamphetamine への研究が盛んになり、多面的な角度からの調査、研究がなされていた。特に、覚せい剤による中毒性精神病について、その経過やメカニズムについては知られていないとする研究者が多く見受けられた。我が国では、先に述べた立津の研究に端を発し、覚せい剤精神病者の診断に関して、我が国独自の研究が数多くなされ、世界に先立ちその成果を示してきたといえよう。その一方で、依存症を始め、覚せい剤精神病についても、PSCD についても、治療法や介入法の検討は、あまりなされてこなかったといえる。

2.2 物質使用障害者の集団認知行動療法に関する研究

前記の文献展望より、我が国の精神科医療は、これまで覚せい剤乱用者に対して、積極的介入を怠ってきたように思われた。そこで、ここでは諸外国の介入とその成果に関する文献を概観したい。Rowson らが、米国の西部と中西部において methamphetamine は、主要な公衆衛生学および司法的問題であり、ミシシッピ一側の東側で増加しており、緊急時の危機介入と、認知行動療法による治療が重要であるため、Matrix Model による治療の評価が必要と述べた (MATRIX Institute on Addictions, 2000)。ここで言う Matrix Model とは、ロサンジェルスのマトリックス研究所が開発し、精神刺激薬への依存症を中心とした外来治療プログラムである (松本ら, 2008)。欧米では、この頃より Matrix Model を中心とした治療法とその効果に冠する文献が目立つようになる。Rawson らは、Matrix Model と一般治療を割り付けた 978 名の治療効果測定を行っている (Rawson, 2004)。治療中は Matrix Model は有効であったが、治療終了後 6 ヶ月後の評価ではその効果が示されなかったとした。また、覚せい剤関連患者に対する尿検査を用いた転帰調査の報告がある。436 名の通常の治療と、435 名の 16 週の Matrix モデルでの治療を受けた者で、1 年後と 3 年後の薬物使用状況が比較されたところ、治療導入時、1 年後、3 年後の時点において、それぞれおよそ 70% の者が尿検査陰性であった。期待された治療期間の平均達成率は、概ね 60~65% であった。ただし、Matrix model の治療を受けた群のほうが通常の治療を受けた群に比べ、治療継続率 (期待された治療期間の比率) が高く、3 回とも尿検査が陰性であった比率が高かった (48%vs36%)。「治療を行っていること」「継続」「3 回とも尿検査が陰性である」

ことが、治療1年後以降の予後に関係していた。また、両群で、より年配であること、安定した生活でないこと（ホームレスなど）が、1年後の尿検査陰性につながりにくい要因であった。Hoffmannらの調査では、1,918人の薬物及びアルコール依存患者を対象とした治療1年後の転帰調査にて、断薬もしくは断酒率は63%であった。そのうち、最初の6ヶ月間に断薬あるいは断酒できた者の88%が、1年間の断薬あるいは断酒に成功した

(Hoffmann, 1993)。Simpsonらの調査では、The Drug Abuse reporting Program (DARP)が合衆国の52の州において、methadone維持療法・入所リハビリ施設（治療共同体）での治療プログラム・薬物療法なしの外来治療プログラム・解毒療法などの治療を受けた44,000名（大部分の対象患者はheroin乱用者）の1,6,12年後の予後を調査した米国の報告においては、治療6年後、61%が少なくとも1年以上、そして、12年後には75%が1年以上heroin常用をしておらず、67%が3年以上使用していなかった（Simpsonら, 1984）。この調査においても、「治療継続性」が予後に影響していた。治療に要する時間が予後の主な予測因子であることが示され、90日以上治療にとどまることが、良い予後に有意に関連していた。

Hubbardらは、DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Studies) の、methadone維持療法・入所リハビリテーションプログラム・薬物療法なしの外来カウンセリング治療・短期入院治療を受けた2,966名の4年後のフォローアップの比較を行っている。そのうち、外来治療を受けた者は364名で、治療導入時に比べると、heroin、cocaine、cannabis、alcoholはいずれも使用が減っていた。また、自殺念慮・企図、性的逸脱行動、健康問題は減っており、フルタイムでの就労率が上がっていた（Hubbardら, 2003）。Hubbardらは、The Treatment Outcome Prospective Study (TOPS) が、41の治療プログラム（methadone維持療法・入所リハビリテーションプログラム・薬物療法なしの外来カウンセリング）に参加した11,750名の患者のデータを収集したところ、3-5年後、少なくともプログラムを3ヶ月以上続けた者では、外来のカウンセリング治療を受けた者の47%が、heroin使用が減ったとした（Hubbardら, 1984）。英国においても、Gossopらによって、上記と同様の調査がある。54地域の1000名の患者を対象として、6ヶ月、1年後、2年後、4-5年後の転帰調査が行われた（Gossop, 2007）。methadone治療を受けた患者の、違法薬物の注射率は、治療導入時には61%であったが、4-5年後には37%へと減少した。入所リハビリ施設で治療を受けた者は、同時期に61%から29%へ減少した。Brechtらは、methamphetamine依存症者の大規模予後研究にて、外来患者の場合、女性であること、高校卒業よりも低い教育歴、治療開始時により若いこと、常用していること、注射での使用が、危険因子であると示唆された。

治療の維持の危険因子には、外来患者については、男性であること、使用開始時により若いこと、高校卒業未満の教育歴、常用、注射での使用があげられた (Brecht ら, 2005)。Hubbard らによると、外来治療プログラムの参加者は、治療前より治療 1 年後、そして 5 年後のほうが、より就労率が高かった (Hubbard ら, 2007)。Hoffmann らは、精神的苦痛、家族などとの関係性の問題、経済的困窮が、断薬を困難にさせ、また、アフターケアプログラムや自助グループへの参加が、断薬の成功に強く関係していた (Hoffmann ら 1987)。Weisner らによると、784 名の依存症治療プログラムを受けた外来患者の、治療 6 ヶ月の予後と治療 5 年後の予後との関連を調べた調査では、まず、治療後の 6 ヶ月間の断薬が、重要な予後因子であったとされている (Weisner ら, 2003)。さらに、6 ヶ月間断薬できた者では、より年配であること (29 以下に比べると、50 以上、40 代、30 代の順に良い)、女性であること、12 ステップミーティングに半分以上参加すること、回復を支援する社会的ネットワークをもっていることが、5 年後にも断薬している要因だった。6 ヶ月間に断薬をできなかった者では、薬物よりもアルコール依存であること、12 ステップミーティングに参加すること、入院治療、社会的ネットワークが、5 年後の予後に良い影響を与えていた。Marsden らは、薬物依存症の多くの人が、不安、感情障害、反社会性あるいは他のパーソナリティ障害などの併存精神疾患の問題を有するとし、NTORS の患者の多くが、精神心理的健康問題を持っていたことを明らかにした (Marsden ら, 2000)。また、Brecht らは、24 ヶ月の methamphetamine 治療プログラムについて、治療前と治療中、治療 2, 3 年後の、methamphetamine 使用、犯罪行為、就労率の 3 つの評価法で、349 名の予後が調査された (Brecht ら 2006)。結果は、治療後で methamphetamine 使用と犯罪行為が減り、就労率が上がっていた。教育レベルが高いことと治療に要する時間が長いことが、治療後の 3 つすべてが改善していることに関連していたと述べている。Brecht らは、methamphetamine 治療後、約半数が再発していた。36%が治療 6 か月後以内、15%が 7-19 ヶ月以内だった。再発因子として、治療期間が短いこと、薬物使用開始時の年齢がより歳をとっていること、methamphetamine を売ることに従事していることを挙げていた (Brecht, ら 2000)。Hillhouse らによって、420 名の methamphetamine 依存の治療を受けた者の、治療導入前、治療中、治療直後、治療の 6 ヶ月後と 12 ヶ月後について、ASI と the Craving, Frequency, Intensity and Duration Estimate (CFIDE) と尿検査が調べられ、治療前の使用状況が、治療中の行動や治療後の予後予測因子であった (Hillhouse ら, 2007)。性別、投与法、使用前の使用状況が重要な予測因子であった。また、Smith ら (1993) の調査によると、最

低限 12 ヶ月のさまざまな薬物依存治療を受けた、治療後平均 14.7 ヶ月の 427 名の電話調査にて、そのうちの 65.1%が治療後 1 年間断薬しており、60.2%が、平均 14.7 ヶ月後のフォローアップまでずっと断薬できていた。52%の alcohol 依存症者は、再飲酒あるいは他の薬物の使用をしていた。cocaine 依存症患者は 83.7%が 12 ヶ月の断薬を、81.6%が平均 14.7 ヶ月後のフォローアップまで断薬できていた。大麻依存症患者は、両方とも 70.7%であった。再使用危険因子は、仕事や家族などに関連した内的な対人関係 (intrapersonal determinants) と、薬物や alcohol を使用する人のそばにいることや、祝い事や特別な行事にいることなどの、外的な対人関係 (interpersonal determinants) であった。アルコール依存症患者にとっては両方重要であり、cocaine と大麻医損傷患者にとっては、外的な対人関係の方がはるかに重要であった。再使用の予防には、治療後の補強療法を受けることが薬物・alcohol への渴望を減弱させ、断薬率を上昇させたが、反対に、自助グループへの参加を増やすことは薬物・alcohol への渴望を増強させ、断薬率を低下させた。これにより、治療後の最初の 1 年間における患者の深刻な渴望の訴えは慎重に取り扱い、その原因を評価し、個別的な治療計画の見直しや検討をする必要があることが示唆された。Brecht らの調査においては、350 名の、methamphetamine 治療平均 5 年後 (治療後 3 年とそのあとの 2, 3 年のフォローアップ) の断薬継続期間が、治療後に再使用するまで何か月かということで調査された (Brecht ら, 2014)。61%が治療後 1 年以内に再使用し、14%が 2-5 年後に再使用した。再発予測因子として、methamphetamine に関連した重篤な精神症状および行動上の問題を経験したこと、治療期間が長いこと、治療後の断薬期間にも自助グループや他の治療に参加することであり、断薬期間が短いことの危険因子は、alcohol や薬物の問題を持つ親がいることと、methamphetamine を売ることに従事していることであった。Roll らは、methamphetamine の随伴性マネジメントの治療において、治療期間の長さや転帰について調査された (Roll ら, 2013)。118 名が、通常の 16 週の心理社会的治療、1, 2, 4 ヶ月追加の心理社会的治療を受ける 4 群に分けられた。平均連続断薬日数は治療の期間が長いほど長く (通常の治療では約 11 日であったが、4 ヶ月追加で治療を受けた者は約 35 日であった)、調査期間断薬を続けていた者も、治療の期間が長いほど長かった (3.4%、13.3%、20.0%、34.5%の順) く、尿検査が陰性であった比率も、治療を受けた期間がないほど高かった。

以上、これらの文献を概観すると、その治療がプログラムとして提供されていることと、外来治療が中心であることがわかる。また、治療の最終ゴールを就労においている研究も

多く見受けられ、より social な視点からの研究が目についた。さらに追跡調査によって長期的予後が確認されており、実質的な治療効果の確認までなされていたといえる。我が国では、松本らや森田らによって 2005 年ごろから、Matrix Model を参考にした治療法が導入され、医療観察法病棟や刑務所、精神保健センターなどで実施され、その評価が行なわれてきている(松本ら, 2007; 森田ら, 2007; 今村, 2010; 近藤あゆみら, 2014)。ところが、PSCD の治療に関しては、そもそもの治療機関が明確に示されておらず、通院治療はおろか、入院させて治療する精神科医療機関もほとんどないのが現状である。

2.3 違法物質使用障害の精神科医療制度上の諸問題に関連する研究

前項までに見てきた通り、違法物質使用障害者は、医療を継続することで断薬や生活の回復に結びつく可能性が高い。しかし他方で、違法物質使用障害者が医療につながり、治療を継続することは非常に難しい。なぜなら、いかに治療法が優れていても、その効果を「貯金」することはできず、地域で継続されなければ意味が失われてしまうのであり、患者は仕方なく治療を継続しているのが本音であるから、治療意欲はたえず揺らぎ、移ろいやすいからである(松本, 2013)。このため、違法物質使用障害者は、精神障害が悪化した時点で初めて、あるいは再び医療につながる場合がある。違法使用物質の中でも、主要な問題薬物である覚せい剤は、強力に精神病症状を引き起こすことから、中毒性精神病として精神科救急の場に登場することも多い(成瀬, 2013)。特に、精神症状が悪化すると、しばしば他害行為を行うこともあるため、措置入院制度によって医療に導入されることも稀ではない。

ところで措置入院制度は、精神保健福祉法 29 条に定められており、自傷他害のリスクを持つ精神障害者を司法から医療に導入する重要な役割を担う制度である。措置入院をするためには、可否を判断する指定医の診察(同法 27 条)を受ける必要があり、この事前段階として同法 23 条から 26 条の通報制度が規定されている。これらの通報制度を介して、殺人、傷害、放火等の触法行為を行った者が入院の対象となることを理由に、措置入院は、触法行為を行った精神障害者処遇の一翼を担う制度として注目されていた。しかし、触法行為を行った精神障害者を措置入院で処遇することには、制度上の問題(小山田ら, 1997、加藤久雄, 2002、田玉ら, 1997、五十嵐, 1998、武井, 1998, 2001, 2002、長尾, 1998、中谷陽二, 1998, 2003、藤森, 1998、山上, 1998、長尾, 2002)、入院治療上の問題(土屋ら, 1996、中谷真樹ら, 1987、中谷真樹, 1989、中谷陽二ら, 1992、中谷陽二, 1994, 1996、

田玉ら, 1998) などの観点から、種々の限界が指摘されていた。これらの問題点に基づき、2005 年から心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、「医療観察法」という）が施行されているが、同法の対象者は重大な他害行為を行った者を対象としているため、当然のことながら重大ではないが他害行為がある場合には、現在においても措置入院制度を介して一般精神科医療の対象となっている。

違法物質使用障害者が、「触法精神障害者」として取り扱われるのは、法に触れる他害行為を行ったために精神科医療を必要とするからである。しかし、時にそのこと以上に、違法物質使用障害者が、とりわけ「他の触法精神障害者」と「一線を画した触法精神障害者」として忌避的に対応される（松本, 2013）ことがある。それは、「違法」物質を使用したために精神障害を引き起こしたのであるから、そもそも自由の意思において法に触れる行為を選び、行った「犯罪者」として捉えところにある。措置入院の現状調査を見ると、常時ほぼ 1 割程度に物質障害者が入院することが示されており（雪竹, 1979、西山, 1984、中谷（真）, 1987、中谷（陽）, 1998、藤本, 1998、藤森, 1998、小池, 2009）それゆえに、違法物質使用者に対する措置入院制度上のあり方が問われることもあった（宮下ら, 2004）。

そうした状況の中、特に措置入院を受け入れる指定病院においては、民間病院でありながら、措置入院患者の実質的な受け皿として、公的医療の一部を担っている現状がある。しかし、その運用面は都道府県や各医療機関によって大きく異なり、指定病院の公共性の範囲も明確になっておらず、その混沌とした役割にここ十数年大きな変化はない（平田, 2010; 金子ら, 2002; 河崎ら, 2012）。このため、指定病院において、ISUD に対する忌避的感情を払拭しつつ、精神保健医療福祉の支援を強化していくためには、措置入院制度における適切な運用を図る必要がある。

2.4 併存性障害に関する研究

米国の大規模調査によると、「物質使用障害（Substance use Disorder）以下『SUD』」の生涯有病率は、「精神健康障害（Mental Health Disorder）以下『MHD』」のないもので 16% であるのに対し、MHD を有するものでは、30% であった。逆にアルコール使用障害と診断された者の MHD の生涯有病率は 37% で、アルコール使用障害を生涯持たない者の 2 倍近くであった。また、アルコール以外の SUD を持つ者の 53% が、MHD を生じており、アルコール以外の SUD を持たない者の 4 倍近くであった。障害種別に見る統合失調症の発生率では、47% となっている（Rieger ら, 1990）。Margolese らは先行研究をまとめた論文の中で、統合

失調症の 27.5%に SUD が併発しているとしている (Margolese, 2004)。我が国では、堀らによって入院依存症患者の転帰状況が分析され、1年半の退院患者のうち、52.5%が重複障害でその内、統合失調症圏は 16.8%であったとの報告がある (堀ら, 2006)。また、後藤の報告によれば、急性期治療病棟に入院した依存症関連疾患の罹患者は 19 ヶ月で 15.5%であり、その内、統合失調症との合併精神疾患患者は 1.8%であったと報告されている (後藤, 2008)。梅野らの調査では、2年間の統合失調症による入院患者 1453 例 (男性 800 例, 女性 653 例) の内、物質乱用または依存症が認められた患者は 32 例 2.2% (男性 24 例 3.0%, 女性 8 例 1.2%) であった。乱用物質の内訳はアルコール 17 名, 有機溶剤 4 例, 鎮咳剤 4 名, 覚せい剤 1 名, メチルフェニデート 1 例, 多剤乱用 5 例であった。多剤乱用については、アルコールと有機溶剤乱用が 3 例, アルコールと鎮咳剤乱用が 2 例あった。物質乱用と統合失調症のどちらが先行しているかに関しては、物質乱用先行群が 18 例, 統合失調症先行群が 12 例, 同時発症群が 2 例であったと報告されている (梅野ら, 2009)。さらに、筆者らが調査に関わった全国の DARC を対象とした調査においては、利用者全体の 55.1%が精神科薬を服薬中であり、精神病症状が 1 ヶ月以上続いている者は 40%であった (幸田ら, 2008)。国の文化や制度の違いからくる特徴、診断を行う精神科医の力量、居る場所 (急性期病棟・依存症病棟・施設等) などによって様々な違いが生じているものと思われた。

第 3 節 研究対象機関の特徴

この度、研究 1. 2. 4. 5. 6 の研究は、都内 A 精神科病院にて行ったものである。この施設の特徴は、以下のとおりである。23 区内にあり、都市からのアクセスも比較的良い。病床数は 293 床、精神科救急病棟 2 棟 (43 床・48 床)、亜急性期治療病棟 (60 床)、社会復帰病棟 (58 床)、認知症専門病棟 (50 床)、特別病棟 (34 床) となっている。措置入院の受け入れは、精神科救急病棟にて行っており、年間約 70 件程度の措置入院患者を受け入れている。統合失調症心理教育プログラムや、併存性障害認知行動療法プログラムは、亜急性期病棟にて行っている。この病棟は、精神科救急病棟から 3 ヶ月で退院できない患者や、退院から 3 ヶ月以内に、再入院が必要となった者を受け入れる病棟である。また、都道府県への届出による、アルコール患者ベッドも確保していることから、閉鎖病棟での治療が必要な物質使用障害の患者も直接入院してくる体制となっている。その他、発達障害専門外来にて、発達障害の確定診断を行っており、デイケアでは大人の発達障害の専門プログラムを提供している。

第4節 小括

併存性障害に関しては、古くから co-morbidity, dualdiagnosis などという名称によって、主に、その病態に関する研究が行なわれてきた。特に我が国では、戦後長年に亘って最も多く乱用されている「覚せい剤」の使用によって引き起こされる精神病症状と、統合失調長との差異についての研究が多い。欧米では、ATS 問題に端を發し、amphetamine/methamphetamine が注目された。諸外国の物質使用障害の研究の中には、併存性障害について扱っているものも少なくはないが、我が国における併存性障害の支援に関する研究については、松本らが行なった幾つかの研究のみであり、まだ始まったばかりとあってよいだろう。

一方、精神科医療の現場では、依存症支援に乗らない一部の物質使用障害者が未だ多く存在し、措置入院制度によって、民間の指定病院に送られてくる。しかし、今日に至っても彼らへの明確な支援の手立ては示されなく、触法・違法物質使用といった観点から、医療機関単体で対応することへの種々の限界が指摘されている。そうした、依存症治療のみでは回復困難な物質使用障害と精神障害を併せ持つ者 (Concurrent Disorder)、その中でも特に物質使用障害と幻覚・妄想などの精神病性障害 (Psychotic Disorders) を併せ持つ精神病性併存性障害 (Psychotic Concurrent Disorder) への支援策に関しては、司法・医療・福祉が連動したシステムの構築に向けて、更なる議論を積み重ねる必要がある。

第3章. 研究の目的

精神科医療現場では、主に覚せい剤をはじめとする違法物質乱用者の中に、数年に渡る断酒・断薬にも関わらず、遷延する精神症状により社会生活が困難となっている者を多く見受ける。彼らは、既存の依存症治療のプログラムでも、統合失調症治療プログラムでも適応が難しく、複数回に亘って司法機関と精神科医療機関に強制的に入れられるものの、出所・退院後の地域定着が叶わず、支援機関においても対応困難とされることがしばしば見受けられる（近藤恒夫ら, 1999; 池田ら, 2005）。また、その対応困難さから、本人にとって適切な対応がなされていないという状況も推測される。

したがって、本稿の一連の研究では、CDの中でも、特にSUDと幻覚・妄想などのPSDを併せ持つPSCD事例を中心に扱うこととした。PSCDに対し、まず、一般精神科医療・薬物依存症支援施設における処遇実態を明らかにする。そして、一般精神科医療における併存性障害介入プログラムの実践を行い、効果を検証すると共に、その必要性について述べる。さらに、PSCD支援事例への検証を行い、一般精神科医療における、PSCDに対する適切な医療サービスの提供に向けた方策を検討したい。加えて、司法との狭間の問題への取り扱いについても考察を加えていきたい。

以上点から、下記に示す6つの研究によって、以下の2つを研究の目的とする。

- 1) 精神科医療機関における『PSCD』への適切で包括的な支援の提供を行うためのresourceを提示すること。
- 2) 今後の我が国における『PSCD』に対する支援のあり方に関する提言を行うこと。

本稿の一連の研究は、図3-1に示したとおり、司法・医療・福祉の狭間の問題を取り扱うことになる。PSCDの支援には、複雑にこの3つ要素が絡み合っている状況にある。例えば、司法と医療の間には、医療観察法・精神保健福祉法の措置入院・矯正施設内の精神科医療などがあり、司法と福祉の間では、刑の一部執行猶予制度・刑務所内における再乱用防止プログラムやDARCメッセージなどがある。

構成は、図3-2に示した通りである。PSCDの一般精神科医療での治療は、主に措置入院によるものが多く、その後の治療につながりにくい状況にある。そこで、第1研究において、措置入院となったISUD患者を対象とし、退院時に「逮捕される群」と「逮捕されない群」の特徴を比較することによって、両者の実態の違いを把握する。そのうえで、措置入

院となる ISUD への介入にあたって指定病院が踏まえて置くべき点と、治療・支援上における今後の課題を明確にすることを目的とした調査を行い、ISUD の中に混在する PSCD の一般精神科医療での現状と問題点を浮き彫りにする（第 4 章）。続いて第 2 研究において、研究 1 で示した分類に沿って、望ましい支援のあり方に関し、事例研究で具体的支援策の検討を行い、他の ISUD への対応支援策と比較し、PSCD に特化した対応支援策について触れる（第 5 章）。

そして、研究 3 において、我が国で代表的な依存症支援施設である DARC への実態調査を行い、DARC における PSCD への支援の実態を明らかにすると共に、PSCD に対する望ましい支援体制のあり方を検討することを目的とした調査を行う（第 6 章）。

更に、研究 4 では、自らが所属する精神科措置指定病院において「併存性障害集団認知行動療法プログラム（-Cognitive Behavior Group Therapy for Concurrent Disorder of Substance use and Mental Health- 以下、「CD-CBGT プログラム」）を実践し、このプログラムの有効性の評価を行う。そして、CD への望ましい対応法や、措置指定病院におけるプログラムの有効な活用法に関して考察を深めるものとする。また、PSCD と精神病症状のない OSUD との 2 群間比較から PSCD への更なる別の介入の必要性にも触れる（第 7 章）。

最後に研究 5 と研究 6 において、実際に介入を行った支援事例への検証を行い、特徴的な PSCD 事例への介入について検討を加えると共に、代表的な違法物質である覚せい剤使用による PSCD 事例への具体的介入方法関しても検討を加えうる（第 8 章, 第 9 章）。

第4章. 医療機関における ISUD の実態調査から PSCD の抽出を試みる

研究1：措置入院指定病院に入院する違法物質使用障害者の実態調査

- 退院時における逮捕群と非逮捕群との比較から -

第1節 目的

本稿では、措置入院となった ISUD 患者を対象とし、退院時に「逮捕される群」と「逮捕されない群」の特徴を比較することによって、両者の実態の違いを把握し、そのうえで、措置入院となる ISUD への介入にあたって指定病院が踏まえて置くべき点と、治療・支援上における今後の課題を明確にすることを目的とする。

第2節 対象と方法

2.1 対象者は、1999年1月1日～2009年12月31までの10年間に都内にある精神科単科の大学附属病院に措置入院となった患者、全465名中、措置診察診断書において、違法物質使用が疑われる旨の記載がされていた者65名とした。

2.2 方法は、措置診察に関する診断書および入院カルテを基礎資料とした後ろ向き調査とし、著者らが作成した「措置入院による違法薬物使用者に関する調査票」に情報をコード化して転記した。調査期間は、2011年7月～8月とした。

主な調査項目は、性別・年齢・最終学歴・両親の離婚・婚姻歴・居住状況・入院直前の職業(表4.1)、違法物質使用経験・違法物質使用状況・精神科治療状況(表4.2)、保険費目・措置診察時診断(ICD-10)・措置入院時の問題行動・感染性肝炎の有無・退院時の転帰(表4.3)、覚せい剤取締法違反回数・過去に行った犯罪歴の有無(表4.4)、通報・申請者・入院前の尿検査結果(表4.5)を用いた。基礎資料に記載の見当たらないものは「不明」とした。

前記を踏まえ、以下の比較検討を行った。

退院時の処遇として逮捕される群(以下「逮捕群」と、逮捕されない群(以下「非逮捕群」との2群に分類し、各群における特徴を比較する。

統計学的検討に際しては、間隔尺度もしくは比例尺度の平均の差の検定にはt検定を、名義尺度の検定にはPearsonの χ^2 検定を用いた。解析にはIBM SPSS Statistics version 19.0を用いた。両側検定にて有意水準は5%もしくは1%とし、 $p < 0.05$ もしくは $p < 0.01$ を有

意差ありとした。

第3節 倫理的配慮

倫理的配慮として、昭和大学医学部倫理委員会の承認を得た。また、個人が特定できないようにするため、要旨に支障のない範囲で事例に加筆変更を加えた。

第4節 結果

措置入院における ISUD の実態

調査対象全体 65 名のうち、逮捕群は 19 名 (29.2%)、非逮捕群は、46 名 (70.8%) であった。

4.1 人口統計学的特性 (表 4.1)

性別は、男性 45 名 (69.2%)、女性 20 名 (30.8%) であり、入院時平均年齢では、逮捕群で平均 33.4 歳、非逮捕群では平均 38.1 歳で、いずれも有意差は認められなかった。最終学歴、両親の離婚の有無、婚姻歴においても、有意差は認められなかった。居住状況では、逮捕群は家族もしくは同居者がいるのに対して、非逮捕群は単身者が有意に多かった ($p=0.024$)。入院直前の職業では、両群共に「無職」の者が半数以上に見受けられたが、逮捕群では、有職者の割合が高く、暴力団・水商売の者がいないのに対し、非逮捕群では、その逆に、有職者の割合が低く、暴力団・水商売の者が有意に多かった ($p=0.036$)。

4.2 違法薬物使用および精神科入院治療 (表 4.2)

過去に使用経験がある違法薬物は、「覚せい剤のみ」が 27 名 (41.5%)、「覚せい剤とその他の違法物質」が 26 名 (40.0%) であり、両者を足すと 8 割以上の患者に以前から覚せい剤の使用歴があったことが窺える。違法物質の初回使用年齢および精神科初診年齢については有意差は認められなかったが、「初回使用からこの入院までの期間」 ($p=0.001$) および、「精神科初診からこの入院までの期間」 ($p<0.001$) には明らかな差が認められ、非逮捕群の方が、違法物質初回使用からも、精神科初診からも有意に長い時間が経過していた。また、「この入院による入院日数」は、非逮捕群の方が有意に長く ($p=0.016$)、「過去の精神科入院回数」も、非逮捕群の方が有意に多かった ($p=0.006$)。

4.3 臨床所見 (表 4.3)

診断では、ICD-10 に倣い診断病名を分類した。「覚せい剤精神病」「薬剤性精神病」「薬物中毒」は「薬物誘発性精神病性障害 (F1 x.5) 以下、『薬剤性精神病性障害』」としてまと

め、「急性精神病」は「急性一過性精神病性障害 (F23. x)」、「躁うつ病」「気分障害」は「気分 (感情) 障害 (F3x)」、「反社会性人格障害」「境界性人格障害」「人格障害」は、「特定の人格障害 (F60. x)」とした。措置診察時診断の主診断では、逮捕群が「薬剤性精神病性障害」「急性一過性精神病性障害」のいずれかであるのに対し、非逮捕群には、「統合失調症 (F20. x)」「気分 (感情) 障害」「特定の人格障害」も見受けられ、逆に「急性一過性精神病性障害」は少ないところに有意傾向が示された ($p=0.069$)。患者の多くは診断名が1つであったが、8名 (14.0%) には副診断が確認されており、「アルコール依存症 (F10. 2)」と「特定の人格障害」で8割を占めていた。対象者全体の措置診察時の問題行動 (複数回答可) は、「暴行」が65名中33名 (50.8%)と最も多く、続いて「自傷」21名 (32.3%)、「器物破損」18名 (27.7%)、「傷害」17名 (26.2%)の順に多かったが、逮捕群と非逮捕群の比較においては、有意な差は認められなかった。感染性肝炎の有無も、有意差は認められなかった。転帰においては、逮捕群19名 (100%)は全員逮捕となるが、非逮捕群では、自宅退院が29名 (63.0%)と最も多く、続いて「施設や病院への転院」12名 (26.1%)、「行き先不明」5名 (10.9%)であった。

4.4 犯罪歴 (表 4.4)

覚せい剤取締法違反回数では、逮捕群で平均0.58回、非逮捕群では平均1.2回であり、両群に有意差は認められなかった。過去に行った犯罪の有無では、罪名を「包括罪種」6罪種に「薬物事犯」を含めた7罪種を参考に(警視庁, 2012)、表に示した5つの罪種に分類したところ、全体で「暴行」「傷害」「恐喝」を含めた粗暴犯が目立って多かった。「大麻所持」「毒物及び劇物取締法」などの薬物事犯、「殺人」「殺人未遂」「強盗傷害」「傷害致死」などの凶悪犯も見受けられた。群間比較においては、犯罪歴の有無で、逮捕群3名 (15.7%)、非逮捕群27名 (58.7%)で有意差が認められた ($p=0.002$)。また、罪名別では「粗暴犯」が、逮捕群2名 (10.5%)、非逮捕群16名 (34.8%)で、非逮捕群において有意に多い傾向が認められた ($p=0.067$)。

4.5 申請の形式と措置入院時の尿検査の実施状況 (表 4.5)

通報経路では、24条による通報が53名 (81.5%)と大半を占めた。群間での有意差は認められなかったが、逮捕群は、すべてが24条通報であったのに対し、非逮捕群では、それ以外の通報経路による場合が見られた。入院前の尿検査の結果では、逮捕群が全員警察による尿検査が行われていたのに対し、非逮捕群では検査未実施と検査結果陰性の者が、有意に多い結果となった ($p<0.001$)。

第5節 考察

5.1 尿検査の実施状況の比較からみた特徴

逮捕群は19名全員が24条通報で、且つ措置診察前の尿検査により、尿中の違法薬物反応が陽性だったために逮捕に結びついたと考えられた。一方、非逮捕群では、24条通報が7割以上に上るにも係わらず、入院前に尿検査がなされていない場合が半数以上を占めていた。また、逮捕群と同じように「尿中薬物反応陽性」という結果であっても、逮捕されない場合が約1割に存在するなど、対応に一貫性がないことが明らかになった。これは、非逮捕群には、本来であれば逮捕群になるはずであった者が混在していることを表していると言える。言い換えれば、逮捕群は、措置入院以前の段階で違法物質を使用したことが明確であり、且つそれが司法手続きの係属をもたらす証拠として採用され得た者のみであり、逆に非逮捕群は、逮捕群の要件を満たさなかった残りの者ということになる。さらに、非逮捕群においては、「尿中薬物反応陽性」・「尿中薬物反応陰性」・「尿中検査なし」のすべての者が含まれていることなども含めて考えると、現行制度の下では、ISUD患者に対する尿検査の実施が統一化されていないことに付随して、適正な司法的対応が行われていない現状があるものと推測された。

では、非逮捕群の中に医療対応が困難な「尿中薬物反応陽性」のISUD患者が発見された場合、医療機関が司法手続きに尿検査結果を戻せばよいだけのことかということではない。同じ尿検査であっても、刑事司法機関が行う目的と、医療機関が行う目的は異なる。前者は犯罪捜査の一環として行うものであり、後者は診断を確実にすることが目的になる。前者では、措置診察時に警察官からの情報提供がなされることなどもあり、医療へ処遇が移る際の尿検査結果の情報が流れることについてのハードルは低い。一方、診断のために行われた検査結果を犯罪捜査に用いようとする、警察は原則として任意採尿を行う必要があるし、医師は通報義務と守秘義務違反との兼ね合いが裁判事例に発展することを回避するために通報することに対し消極的になることなど、そのハードルは極端に高くなってしまう（日本医師会, 2008）。要するに、ISUD患者に最初に関わることになる警察官の判断が、その後の処遇に大きく影響を及ぼすという事実は、如何ともし難いものがある。こうした強制採尿の法的諸問題は、今までも多くの指摘がなされてきた（中谷陽二ら, 1993; 大野ら, 1999; 飛田ら, 1992; 松田ら, 2007）。しかしながら、複雑且つ未整備な多くの法制度が、手続きの煩雑さを招き、そもそも司法精神医学に精通していない現場の警察官や医療

関係者たちに、更なる混乱を与えている状況に変化は見られていない。

今後は、臨床における司法的問題に関し、松本らがまとめた「薬物関連精神障害の臨床における司法問題に関する研究」を参考に、「覚せい剤取締法」の見直しや、「都道府県薬務課への届け出・通報制度（麻薬及び抗精神病薬取締法 58 条の 2）」の在り方の検討等を行うと共に、より現場の措置入院制度に即した、新たな ISUD への簡潔明瞭な対応マニュアルの作成と普及が求められるものと考えられた（松本ら, 2007, 2010; 精神保健福祉研究会, 2002）。

5.2 逮捕群と非逮捕群の特徴の比較

逮捕群と非逮捕群が、尿検査の結果で明確に分けられているわけではないことは、明らかになった。しかしながら、逮捕するかしないかは司法判断であるため、両者をどのような基準で振り分けているのかを、医療の側からは知り得ることはできない。そこで、逮捕群と非逮捕群との特徴を比較したところ、逮捕群の方が「違法物質初回使用からこの入院までの期間」と「精神科初診からこの入院までの期間」が短い傾向が見られた。この結果は、逮捕群の方が違法物質の影響下にある時間が短かったことを示すと言える。また、逮捕群は、非逮捕群に比べ、犯罪歴が少なく、同居者がおり、仕事を持っていることなどから、生活基盤が比較的安定しており更生可能な要件が整っている傾向が見受けられた。一方で、非逮捕群では、単身生活で、無職であり、凶悪犯罪も含めた犯罪歴も多く、精神科の入院退院も繰り返しているという、更生可能な要件が整っていない傾向が見受けられた。この結果は、一般的に考える予想とは逆の結果といえ、非逮捕群のように刑の執行によって更生する可能性の低いと考えられる者においては逮捕せず、医療による処遇に期待しようとする「更生可能性を基準にした選別」の存在が窺えるものであった。

こうした司法対応は、ISUD が遷延している者に対し、医療福祉的介入を積極的に受けさせようとする側面から見るとある意味で合理的であるといえる。一方で、刑罰の公平性の側面から考えると医療福祉的介入が必要であるからといって、違法物質の乱用が存在しているにもかかわらず逮捕しない場合があることは理にかなったものではない。それだけではなく、医療福祉的介入を積極的に受けさせる必要があるのは、非逮捕群だけでなく逮捕群にも共通して言えることである。特に逮捕群の特徴に示されたように、更生可能な要件が整っている者は、依存症治療の初期介入の効果が得られやすいため、逮捕によって医療福祉的介入への連続性を絶ってしまうことは賢明ではない。要するに、罰則と治療のうち、

罰則に主軸をおけば、前述のような更生可能要件を中心に振り分けが行われることになるが、治療に主軸を置けば、逮捕群も非逮捕群もそれぞれに適した治療と支援の提供が不可欠だと言えるのである。

こうした現状を十分に踏まえ、指定病院は、同様の図式をもって、地域支援機関や家族に処遇責任を押し付けるということのないよう、十分気を付けなければならない。そういった意味からも、今後は、逮捕群と非逮捕群（尿検査未実施群・尿検査陽性群・尿検査陰性群）の各々に対する指定病院の立場からの望ましい介入と退院支援に関して更なる検討を重ねることが求められる。

5.3 指定病院に求められる「非逮捕尿検査陰性群」への支援

前記の結果から、ISUD に対する司法対応の特徴と、その結果が ISUD 患者と指定病院にもたらす影響について述べた。では、指定病院の医療者が注目しなければならないのは、どういったことだろうか。

それは、全体のうち約 2 割は尿検査の結果、違法物質を使用していないことが明らかになったということである。この群の患者は、入院時に逮捕群が急性精神病であると診断されたのに対し、統合失調症や気分障害の合併例が多かった。これらの結果から言えることは、ISUD 患者は全て「違法物質の使用によって精神症状が悪化した」とばかりは言えないということである。

欧米では、こうした依存症治療のみでは回復困難な者について「SUD」と「精神健康障害 (Mental Health Disorder)」の双方を併せ持つ者という意味から「併存性障害 (Concurrent Disorder) 以下、『併存性障害』という呼称が用いられ、様々なアセスメントや介入方法が検討されると共に、数多くの報告がなされている (カナダの Centre for Addiction and Mental Health 以下、「CAMH」など) (CAMH, 2002; 森田, 2010; NIDA; skinner, W, 2005)。我が国では、一部の医療観察法病棟や一般精神科病院などにおいて、米国の MATRIX MODEL を参考に、ワークブックを活用したプログラムを提供する試みが始まっているものの (今井ら, 2010 ; MATRIX Institute ; 松本ら 2009 ; 高木ら, 2011)、その多くは当事者を中心とした薬物依存症者回復支援団体である DARC が、望まずして併存性障害も受け入れざるを得ない状況にある。しかし、そもそも DARC は、薬物依存症者の回復支援を目的とした自助組織であり、職員は回復者としての視点から依存症回復支援を行う体制をとっている組織であるため、統合失調症患者への対応までできる体制ではない (幸田ら, 2008)。当然の如く、

彼らの支援のみに頼って併存性障害者の地域定着の安定化を図ることは困難であり、その結果、多くの併存性障害者は、地域を転々としながら措置入院と措置解除同時退院や、逮捕・実刑を繰り返す状況が続いているのではないだろうか。そして、その状況は、精神科救急医療の整備を目的として、精神科救急入院料病棟が新設され、措置入院患者の受け入れ件数が指定病院の増収に関与するようになった 2002 年診療報酬改定以降も大きな変化は見られないように思われる（平田ら, 2010）。そのため、必然的に個々の現場で社会的責務を感じて、地域支援を行おうとする一部の臨床・福祉現場への負担が非常に大きくなっているといえる。

今後は、我が国でもこうした群への、「内因性の精神疾患への薬物療法を中心とした治療とリハビリテーション」と「乱用・依存に対する積極的な治療的介入」の双方を精神科医療機関で行う体制の構築と、福祉政策と連動した地域リハビリテーションの継続支援体制が確立され、措置入院となった ISUD 患者への退院支援として、提供されることが望まれる。

第 6 節 本研究の限界

本研究は、都内の一精神科単科大学附属病院での調査であり、対象者数が少ないことによって適切な因子を抽出できない恐れがあるため、多変量解析を行っていないところに限界がある。また、地域特性の偏りが結果に影響を及ぼしていることも懸念される。このため、この結果をただちに一般化することはできない。しかし、都内の措置入院患者は、原則として各指定病院に当番日制によりランダムに振り分けられていることから、都内の指定病院であれば、同様の傾向が認められる可能性は高い。また、1995 年に行なわれた調査では、薬物関連障害 8.0%、1998 年に都内一自治体病院で行った別の調査では、覚せい剤精神病が 6.7%、同様に 2009 年の調査で 5.9%と、措置入院患者数に占める ISUD 患者の割合は、概ね 6%~8%で推移していた（小池, 2009）。これらを踏まえると、本調査対象機関における ISUD 14.0%という割合は、概ね同程度の構成比を反映しているものと考えられた。

第 7 節 小括

措置入院における違法物質使用障害者の支援策を明らかにする目的で、1999 年 1 月 1 日～2009 年 12 月 31 までの 10 年間に都内の精神科単科大学附属病院に措置入院となった患者、全 465 名のうち、違法物質使用が疑われる旨の記載がされていた者 65 名について診療録による後ろ向き調査を行った。退院時に「逮捕される群」と、「逮捕されない群」との 2 群に

分類し、比較検討を行ったところ、逮捕群では、措置診察前に必ず尿検査が行われていた。非逮捕群においては、1割に措置入院前の違法薬物使用が尿検査の結果から明らかになっており、約6割については、措置入院前に尿検査がなされていなかった。ここから、「尿中薬物反応が陽性」という結果であっても、逮捕される場合とされない場合があり、非逮捕群の中には、本来であれば逮捕群になるはずであった者が混在している可能性が示唆された。逮捕群と非逮捕群の特徴を比べると、逮捕群では違法物質の影響下にある時間が短かく、犯罪歴が少なく、同居者がおり、仕事を持っていることなどから、更生可能性が高い傾向が見受けられた。すなわち、依存症治療の初期介入の効果が得られやすい更生可能性が高い者の方が、逆に逮捕されているということが推測された。警察介入時から措置入院に至る間では、尿検査の結果よりむしろ更生可能性に基づく選別がなされる傾向が示された。こうした公平性を欠く処遇は、両群の不適切な対応の連鎖となることを十分踏まえ、指定病院は同様の図式をもって、地域支援機関や家族に処遇責任を押し付けるということのないよう、退院支援のあり方に関して、検討を重ねる必要があるものと考えられた。一方で、全体のうちのうち約2割については、違法薬物を使用していないことが示された。この群の患者は、入院時に逮捕群が急性精神病であると診断されたのに対し、統合失調症や双極性感情障害の合併例が多かった。指定病院は、こうした違法物質の使用が無くとも症状が再燃した者に対し、責任を持って、適切な治療と支援体制の確立に向けた実践を重ねる必要があるものと思われた。

第5章. ISUD への事例検討から PSCD の特殊性を明らかにする

研究2：措置入院指定病院の立場における違法物質使用障害者への退院支援策の検討 －司法処遇と薬物採尿検査に着目した4事例から－

第1節 目的

本稿では、措置入院となった ISUD 患者を対象とし、逮捕と尿検査との関連に基づいた独自の分類を行い、各々の群における特徴的な事例への検討を加えることで、その適切な退院支援のあり方を模索することを目的とする。

第2節 対象と方法

2.1 対象者は、1999年1月1日～2009年12月31までの10年間に都内にある精神科単科の大学附属病院に措置入院となった患者、全465名中、措置診察診断書病名が、違法物質使用関連病名の者65名とした。

2.2 方法は、診療録の後方視的研究とした。退院時に逮捕をされたかされなかったか（逮捕の有無）と、措置入院前の段階において違法物質使用を確認するための尿検査を行ったか否か（尿検査の有無）と、結果が陽性だったか陰性だったか（尿検査の結果）を基準として、①逮捕群、②非逮捕入院前尿検査未実施群（以下「非逮捕尿検査未実施群」）、③非逮捕入院前尿検査陽性群（以下「非逮捕尿検査陽性群」）、④非逮捕入院前尿検査陰性群（以下「非逮捕尿検査陰性群」）の4群に分類する。

そして、それぞれにおける特徴的な事例を提示し、その処遇の違いを踏まえ、各群への望ましい支援のあり方を検討するものとした。

第3節 倫理的配慮

倫理的配慮として、昭和大学医学部倫理委員会の承認を得た。また、個人が特定できないようにするため、要旨に支障のない範囲で事例に加筆変更を加えた。

第4節 結果

4.1 上記に挙げた基準に沿って4群に振り分けた結果では、①逮捕群19名(29.2%)、②非逮捕尿検査未実施群27名(41.5%)、③非逮捕尿検査陽性群5名(7.7%)、④非逮捕尿検査

陰性群 14 名 (21.5%) であった (表 5.1)。

4.2 事例提示

i) 事例 1: 逮捕群

「刑事司法手続きからの転換 (Diversion Program)」による依存症治療介入が必要となる事例

31 歳 男性 正社員 (父親の会社に勤務)

措置診察時診断「覚せい剤精神病」(措置診断書の病名をそのまま付記)

退院時診断「覚せい剤使用による精神病性障害 (F15.5)」「覚せい剤使用による依存症候群 (F15.2)」

覚せい剤取締法違反で 1 回の逮捕歴がある。24 歳で覚せい剤を使用し、25 歳で執行猶予処分を受けている。同時期に離婚し、実家に戻る。その後は、会社を経営する両親と 3 人暮らしで、経済的には恵まれていた。X 年 X 月 X 日ベランダから飛び降りようとしていたところを母が取り抑え、110 番通報をした。警察官が駆けつけた際に意味不明な言辞が聞かれたため、24 条通報にて同日措置入院となった。入院直後に警察による家宅捜索が行われ、現物の覚せい剤が押収されたため、家族は警察から、退院時に逮捕となることの連絡を受けていた。X+5 日家族が弁護士を依頼した。父と弁護士、父が以前から相談していた支援団体の職員が患者と面会を行い、主治医らとも協議を行った結果、「弁護士と共に所轄の警察署に出頭する」こととなる。あわせて弁護士から警察に協議の結果を伝えた。X+62 日、措置解除と共に退院が決定し、同日、自首にて逮捕となった。裁判では、支援団体への通所を条件に、執行猶予中の再犯に対する執行猶予 (俗称: ダブル執行猶予) となり、同支援団体への通所を継続することになった。その後、退院してから 10 年以上薬物を使用することはなく過ごし、現在は、同支援団体の当事者スタッフとなっている。

ii) 事例 2: 非逮捕尿検査未実施群 不明慮な点が多く対応に混乱が生じた事例

27 歳 女性 生活保護アパート単身

措置診察時診断「急性精神病」(措置診断書の病名をそのまま付記)

退院時診断「覚せい剤使用による精神病性障害 (F15.5)」

中学時代に少年鑑別所に入所した経験がある。中学卒業後に家を出て、水商売を点々としていた。18 歳時、未婚のまま第 1 子を出産した。20 歳時に子供の父親ではない別の男性と結婚し、26 歳の時に離婚をした。子供が 5 歳の時に虐待を行ったため、子供は児童福祉法 28 条に基づき保護された。家庭裁判所調査官・児童福祉司の介入がなされている。夫は、

X-2年に覚せい剤取締法違反で逮捕され、本人入院時現在は、服役中である。X年X月X日に、本人が警察に電話をし、「助けて、殺される、怖い」と訴えた。このため警察官が自宅に行くと、警察官に対し「怖い、怖い」と言って叫んだり、警察官に暴行を加えるなどした。これに加え、「声まで変えられた」など意味不明な言辞が聞かれたため、24条通報が行われ、同日措置入院となった。措置診察前に親族から警察官に対し、本人の覚せい剤使用について報告がなされ、本人も過去の覚せい剤使用について認めたが、尿検査は施行されなかった。入院直後のTriageの検査結果にてMethamphetamineが陽性であった。入院直後から退院時まで、職員に対する威圧的態度が続いたが、一方で、ときに反跳現象と思われる症状でぐったりしていることもあった。2週間ほどで措置症状が消退し、X+3週間で措置解除になった。家族らからは退院後の支援が受けられなかったため、自宅アパートに戻り、単身生活を送ることになった。結局、一過性の急性期症状にしか対応は行われず、物質使用障害や、児童虐待への介入はなく、その後の通院もされることなく、詳細は不明である。

iii) 事例 3: 非逮捕尿検査陽性群 民間精神科医療機関では対応が困難な犯罪傾向の強い事例

34歳 男性 無職（同棲者が扶養）過去に監禁・暴行などで6回の逮捕歴あり

措置診察時診断「覚せい剤使用による急性精神病状態」「人格障害」（措置診断書の病名をそのまま付記）

退院時診断「覚せい剤使用による精神病性障害（F15.5）」

中学を卒業後、定職につかず、結婚して2子をもうけたが、離婚した。X-3年から、覚せい剤を頻繁に使用し、トラブルが増加。X年X月X日に、大量服薬し救急病院に搬送された。処置中に、興奮状態となり治療者に対し、暴力行為がみられたため、24条通報にて緊急措置入院となった。措置診察前に搬送先となった一般科救急病院の尿検査でMethamphetamine陽性が認められ、措置入院時の調査機関における尿検査でもMethamphetamine陽性が認められた。この結果を医師から本人に伝え、また、本人の同意のもと、医師から母と兄に病状と検査結果を伝えた。家族は「もう手に負えない」という理由で、司法で処遇がなされることを望み、検査結果を持って母が警察に出頭したが、その後警察からの連絡はなかった。急性期の精神状態は比較的速やかに消退したが、医師や看護師への威圧的態度は続いた。措置症状消退と共に措置解除同時退院となり、自宅に戻った。その後、同棲相手と元の生活に戻り、X+5年その同棲相手の女性を殺害した。

iv) 事例 4: 非逮捕尿検査陰性群

依存症治療と併存する内因性精神疾患への双方の治療、および精神障害者支援が必要な事例

43 歳 男性 無職（母が扶養） 職歴なし

措置診察時診断「薬物中毒」（措置診断書の病名をそのまま付記）

退院時診断「多剤使用による 残遺性障害および遅発性精神病性障害（F19.7）」

「活動性および注意の障害（F90.0）」

幼少期より落ち着きがなく暴力的であり、小児科で「微細脳機能障害」と診断を受けた。中学生の時から、有機溶剤を乱用していた。高校を中退した後は、毒物劇物取締法に基づく逮捕歴が十数回あり、少年院や刑務所の入所経験も十数回ある。覚せい剤や大麻の乱用歴もあった。飲酒はまったくしない。薬物依存症で 40 回以上の入院歴があり、このうち措置入院が 20 回程を占める。2、3 回程度、薬物依存症者回復支援施設である「Drug Addiction Rehabilitation Center 以下、DARC」に入所した経験もあるが、入所中にスーパーの窓ガラスを破ったり、包丁で母親を脅したりした。ここ数年は、処方薬への依存が中心であり、尿検査で違法薬物が検出されることはなかった。この度は、石で看板を叩いて暴れ、大声で叫ぶなどの状態が見られたため、母親の通報で警察官が介入し、24 条通報による措置入院となった。入院中は、以前と変わらず、身勝手な行動が見受けられたが、症状は安定したため、措置解除同時退院となった。退院の際には、医師と①週 1 回の外来受診、②週 4 日の精神科デイケア通所、③2 週に 1 度の依存症専門機関の男性看護師の訪問看護を受けることを約束し、④母が 2 週に 1 度はソーシャルワーカーによる面接を行うことになった。退院後、4 週間でデイケアを休みがちになり、生活リズムが崩れてきたため、再入院となった。ここ数年、他害行為による措置入院でしか入院に至らなかった本人にとって、医療保護入院で入院ができたことは、地域定着に向けた第一歩となった。1 ヶ月間の入院後は再度同じ条件の支援を受けながら、約 2 ヶ月間の地域生活を行ったが、その後覚せい剤の所持と使用の罪で逮捕され、1 年 8 ヶ月の服役が確定した。とはいえ、2 ヶ月の地域生活が続いたのは 20 年ぶりのことであった。

第 5 節 考察

5.1 尿検査の実施状況の比較からみた特徴

ISUD 患者に対しては、従来から警察官介入時から措置入院に至るまでの間に、尿検査が徹

底されていないことによって、本来であれば司法における処遇を必要とする患者かどうかの判断を曖昧にしたまま医療に導入されることの問題について、いくつかの指摘がなされている（松田ら, 2007 ; 中谷（陽）ら, 1993 ; 大野（直）ら 1999 ; 飛田 1992）。

この度の結果でも、違法物質の使用を否定できない者は、非逮捕群の約 4 割に上る。この群の内、少なくとも 24 条通報を経由して措置入院をした患者に対しては、警察が一律に強制採尿を行い、検査結果に忠実に従って刑事処分を行うことが、公平性重視の視点からすれば妥当であると言える。しかし、結果を見る限りでは、非逮捕群には、「尿中薬物反応陽性」・「尿中薬物反応陰性」・「尿中検査なし」のすべての者が含まれている。言い換えれば、逮捕群は、措置入院以前の段階で違法物質を使用したことが明確であり、且つそれが司法手続きの係属をもたらす証拠として採用され得た者のみであり、逆に非逮捕群は、逮捕群の要件を満たさなかった残りの者ということになる。よって、現行制度では、ISUD 患者に対する尿検査の実施が統一化されていないことに付随して、適正な司法的対応が行われていない現状があるものと考えられた。

同じ尿検査であっても、司法機関が行う目的と、医療機関が行う目的は異なる。前者は犯罪捜査の一環として行うものであり、後者は診断を確実にすることが目的になる。診断のために行われた検査結果を犯罪捜査に用いようとする、警察は原則として任意採尿を行う必要があるし、医師は通報義務と守秘義務違反との兼ね合いが裁判事例に発展することを回避するために通報することに対し消極的になる（日本医師会, 2008）。法に纏わる細かい議論はさておき、こうした複雑且つ未整備な多くの法制度のあり方が、現場での手続きの煩雑さを招き、そもそも司法精神医学に精通していない現場の警察官や医療関係者たちに更なる混乱を与え、結果として「よくわからない者はそのまま精神科医療」へという状況が続いているのではないだろうか。

今後は、ISUD の臨床における司法的問題に関し、松本らがまとめた「薬物関連精神障害の臨床における司法問題に関する研究」を参考に、「覚せい剤取締法」の見直しや、「都道府県薬務課への届け出・通報制度（麻薬及び抗精神病薬取締法 58 条の 2）」の在り方等への具体的検討を行うと共に、より現場の措置入院制度に即した、新たな ISUD への簡潔明瞭な対応マニュアルの作成と普及が求められるものと考えられた（松本ら, 2007, 2010 ; 精神保健福祉研究会, 2002）。

5.2 指定病院の立場から求められる支援のあり方 - 逮捕群

逮捕群のような事例に関し、欧米では、ISUDのような刑罰の対象でもあり医療の対象にもなる者への刑事手続きのあり方として、依存症治療の必要性の観点から「Diversion Program」によって、「Therapeutic Community」における治療を行う「Drug Court」を採用しており、刑罰より有効な再乱用防止対策の手段として注目され、増加する薬物事犯に対する抑制効果が期待されている（小沼ら, 2006）。これは、薬物事犯に対し、裁判所の決定によって、実刑の代わりに執行猶予を与え、薬物依存症の治療プログラムを受ける治療的処分とする制度である。現在我が国でも、「刑の一部執行猶予制度」を含む改正刑法と関連法が2013年6月に可決され、公布から3年以内に施行されることが決まった（法務省, 2014）。今後のISUD治療・支援体制の確立に向けて期待されている（宮永, 2012）。しかし、この法の施行を待たずとも、事例1のように、弁護士と民間薬物依存回復支援施設を活用することによって、Drug Courtと同じような、裁判所からの治療を前提とした執行猶予が与えられ、刑務所に入る代わりに民間の治療施設へ通うという形式をとることが可能である。実際には、既に独自にこうした取り組みを行っているNPO団体や、法律事務所等が存在している（近藤（恒）ら, 2003）。

薬物事犯は、再犯率が非常に高く、必然的に違法物質を使用することができない刑務所という環境では、十分な矯正効果は得られないとされている（小沼ら, 2006; 近藤（恒）ら, 2003）。したがって薬物事犯では、社会内処遇が重要な鍵となる。すなわち、逮捕群に対しては、措置入院を契機としてできるだけ早く依存症治療につながることに、裁判所の決定という強制力を以て保護観察制度下において治療につながり続けることが重要であるといえる。これにより、逮捕群による違法物質使用の再犯、あるいは依存症の再発防止を図ることができるものと考えられた。

5.3 指定病院の立場から求められる支援のあり方 - 非逮捕尿検査陽性群・非逮捕尿検査未実施群

事例2では、警察官介入段階での尿検査が行われなかったが、措置入院直後の「尿検査（トライエージ®）」においてMethamphetamine陽性が確認された。しかし逮捕はなされず、急性期の安全確保と一時的な鎮静のみを目的とした薬物療法を行い、再発・再使用予防や環境調整といった介入はなされないまま、措置解除と同時に自宅に退院となっている。逮捕はおろか、核となる依存症治療も、子供に対する虐待の問題などへの介入も全くなされなかったという事例であった。こうした検査未実施事例の尿中薬物反応の結果は、使用か

ら時間が経ってしまった措置入院後となつては正確に知り得ることはできない。そのため、本来なら司法において処遇されるはずの事例も含まれていたのではないかと推測できる。また事例 3 は、家族が司法対応を望み、措置入院直後に行われた尿検査で確認された Methamphetamine 陽性の結果をもって警察に出向いたにもかかわらず、逮捕されなかった事例である。いずれの事例においても、違法薬物の使用が明らかになっているにもかかわらず逮捕されることがなく、措置要件に該当する精神症状と問題行動が消退した時点で、早々に退院となっている。

こうした曖昧な司法対応の積み重ねが、医療関係者にもたらすものは、「本来であれば、司法処遇にすべき者の犯罪行為を、警察官が見逃したために医療処遇になったのではないか」という憶測である。それは、「今回は違法物質を使っていない者」と、「違法物質を使った者」との境界線を曖昧にし、すべての ISUD 患者に対して忌避感情を抱くようになる（倉田ら, 2006）。これとは逆に、刑罰が薬物事犯への再犯抑制につながらないとの認識から、敢えて尿検査を行わないことを推奨するという一部の依存症専門家たちの考え方もある。確かに、「刑の一部執行猶予制度」が確立されていない現状では、逮捕が望ましくないことはわかる。しかし、措置入院の場合、後方転送先は依存症専門病棟ではなく、救急・急性期対応の一般精神科病床であることを忘れてはいけない。精神科医療関係者の中で共通理解が得られていない現状で、敢えて尿検査を行わないことは、その先を請け負う指定病院の忌避感情を徒に増大させ、「すべての ISUD 患者を医療の対象から除外し、刑罰に処すべき」という考え方につながってしまうのではないだろうか。

民間の精神科医療機関にとって、措置入院は司法機関が関与する唯一の入院形態であり、公的任務の一部を担うものでもある。このため指定医療機関の立場では、その社会的役割を十分に認識したうえで、この次の支援を行う地域支援機関に支援のすべてを丸投げすることなく、精神科医療が行うべき治療と支援をしっかりと行うべきである。その認識を高めるためにも、司法機関における尿検査を基にした明瞭且つ適正な対応は、必要なものであると考えられた。

5.4 指定病院の立場から求められる支援のあり方 - 非逮捕尿検査陰性群

非逮捕群のうち約 3 割は尿検査の結果、違法物質を使用していないことが明らかになった。この結果から言えることは、ISUD 患者は全て「違法物質の使用によって精神症状が悪化した」とばかりは言えないということである。特に、事例 4 は、抱えている精神障害は複数

であり、違法物質の使用が契機でない場合でも精神症状が悪化したことが明らかである。このように、非逮捕群の中には支援が難しい患者が多数含まれており、精神症状の悪化が、違法物質の使用であったとは言えない事例については、精神科医療が積極的に引き受ける姿勢が求められる。

第6章 小括

措置入院における ISUD の支援策を明らかにする目的で、1999 年 1 月 1 日～2009 年 12 月 31 までの 10 年間に都内の精神科単科大学附属病院に措置入院となった患者、全 465 名のうち、違法物質使用関連病名の者 65 名について診療録による後ろ向き調査を行った。退院時に逮捕をされたかされないか（逮捕の有無）と、措置入院前の段階において違法物質使用を確認するための尿検査を行ったか否か（尿検査の有無）と、結果が陽性だったか陰性だったか（尿検査の結果）を基準として、①逮捕群、②非逮捕入院前尿検査未実施群（以下「非逮捕尿検査未実施群」）、③非逮捕入院前尿検査陽性群（以下「非逮捕尿検査陽性群」）、④非逮捕入院前尿検査陰性群（以下「非逮捕尿検査陰性群」）の 4 群に分類した。逮捕群では、措置診察前に必ず尿検査が行われていた。しかし、全体の概ね 1 割に、尿検査の結果が陽性であっても逮捕されていない者が存在しており、約 4 割で尿検査がなされていなかった。ここから、尿中薬物反応が陽性という結果であっても、逮捕される場合とされない場合があり、非逮捕群の中には、本来であれば逮捕群になるはずであった者が混在している可能性が示唆された。一方で、全体のおよそ 2 割については、尿検査陰性であり、司法介入時に違法物質を使用していないことが示された。逮捕群では、刑の一部執行猶予制度を活用し、社会内処遇によって依存症治療につなげることが望ましい群であるものと考えられた。非逮捕尿検査陽性群・非逮捕尿検査未実施群では、違法物質の使用が曖昧であるため、治療的介入が行いにくい状況が作られてしまっている。その曖昧さが、司法対応を必要としない者も含んだ医療からの排除につながらないためにも、警察官介入の時点で司法の対象であるかどうかを明瞭且つ適正に選別するシステムの早急な構築が望まれる。非逮捕尿検査陰性群では、違法物質使用がなくても再発していることから、指定病院が責任を持って、内因性精神疾患と物質乱用の双方への治療的介入を行い、適切な地域支援機関につなげて退院させることが必要であると考えられた。

第6章. 薬物依存症リハビリテーション施設におけるPSCDの現状

研究3：物質使用障害と精神病性障害を併せ持つ者への地域支援策の検討 ー薬物依存症リハビリテーション施設への全国調査からー

第1節 目的

本研究では、CDの中でも、特にSUDと幻覚・妄想などの「Psychotic Disorders（精神病性障害）以下、『PSD』を併せ持つ事例を「精神病性併存性障害(Psychotic Concurrent Disorders)以下、『PSCD』と定義し、DARCにおけるPSCDへの支援の実態を明らかにすると共に、PSCDに対する望ましい支援体制のあり方を検討することを主な目的とし調査を行った。精神病症状と物質使用の問題がある場合、厳密な診断としては、元来のPSDの上に物質使用が重なっているのか、あくまで物質使用の結果としてPSDが生じているのかについて検討することが求められる。しかし、CDの概念は支援の観点から重複した問題を抱えた事例の治療・支援を考える上での枠組みとして用いられており、本研究でも同様の観点でCDの概念を用いる。PSDに加え摂食障害、発達障害、人格障害などがさらに併存する場合もあるが、そうした事例も排除せずに重複する問題をどのように支援プランに反映させるかを検討することとした（CAMH, 2002；森田, 2010）。

第2節 対象と方法

- 2.1 本研究は、東京DARCが中心となり、2008年1月～4月に、全国DARCの関連施設（運営団体44カ所・施設66カ所）の利用者（通所・入所者）と職員に対し郵送自記式質問紙法による調査を実施した際のデータを再分析したものである。調査に同意した①入・通所利用者548名の回答のうち白紙等の回答を除く445名の回答（有効回答率86.3%）と、②職員86名（有効回答率100%）を分析対象とした。
- 2.2 利用者調査では、精神病症状の評価として「統合失調症セルフチェック 35項目」（市橋2002）を参考に、①「なぜか考えていることが人に伝わってしまう」、②「あたりの様子が異様に感じる」、③「まわりの人が自分を避けたり自分の悪口を言っているように思う」の3項目を作成した上で、a)「生活に支障をきたすくらい強く感じる」b)「気になってDARCプログラムに集中できない」c)「気にはなるが生活やプログラムには支障はない」d)「そのような感覚はない」の4件法による回答求め、「そのような感覚はな

い」以外のすべての回答を「精神症状あり」とした。そして3項目中1項目でも「精神症状あり」の遷延期間が1ヶ月を越えた者を「PSCD」と仮定し、「SUD群」と「PSCD群」との2群に分類した。この2群間比較で、薬物使用状況、医療・福祉における治療状況、施設での適応、生活や就労状況など社会生活において抱える問題点を中心に質問した。統計学的検討に際しては、間隔尺度もしくは比例尺度の平均の差の検定には、t検定を、名義尺度の検定には、 χ^2 検定、順序尺度の検定には、Mann-WhitneyのU検定を用いた。解析にはIBM SPSS Statistics version 19.0を用いた。両側検定にて有意水準は5%もしくは1%とし、 $p < 0.05$ もしくは $p < 0.01$ を有意差ありとした。

2.3 職員調査では、基本情報、当事者であるかの有無、専門職資格の有無、治療・支援の経験、業務内容（25項目中複数回答可）、および仕事上の問題などを調査することで、DARC職員の特徴を示した上で、仮想PSCD事例への支援に関し、事例において予想される困難、支援のあり方、DARC受け入れの条件について4件法を用いて質問した。

なお、倫理的配慮としては、東京DARCにおける調査の段階で、回答は自由であること、回答を拒否しても不利益を被らないこと、アンケートは匿名であり個人情報を守られることなどの説明を文書で行い、アンケートの返送をもって了承を確認するという手順で同意を得て調査を行っている。筆頭執筆者は、この東京DARCの調査において質問紙作成に参加したうえで、この度アンケートについて入力された無記名のデータを東京DARCの了承を得て再分析を施行したものである（幸田ら, 2008）。

第3節 倫理的配慮

データ使用に関する倫理手続きについては、筑波大学人間総合科学研究倫理委員会及び昭和大学附属烏山病院IRBの承認を得た。

第4節 結果

4.1 SUDにおけるPSDの併存率

SUDにおけるPSDの併存率は、「SUDにおけるPSDの併存率は、40%であった。

4.2 SUDとPSCDの比較

i) 人口統計学的変数

性別では、445名（男性89.2%、女性9.9%）で、両群間に有意差はなかった（ $p=0.809$ ）。調査時平均年齢は、37.2標準偏差9.9歳、SUD群の平均は38.3標準偏差9.9歳、PSCD群の平均は36.0標準偏差10.7歳で、PSCD群が有意差に若かった（t検定による、 $p=0.024$ ）。

その他の人口統計学的変数に関する両群の比較を表 1 に示した。このうち、最終学歴では、両群間に有意差はないものの、全体的に高校卒業までの者が多く、低学歴傾向が見受けられた。婚姻歴で、SUD 群の既婚・未婚者に対する離婚者の割合が多かった。経済基盤では、「障害年金」の項目についてのみ PSCD 群の方が多く見受けられた。その他の就労、現在の暮らし方、経済的基盤（家族親族からの金銭的支援、自身の預貯金、生活保護）に有意な差は認められなかった（表 6.1）。

ii) 物質使用状況

物質使用に関連する期間や年齢、使用薬物の種類について両群を比較し、表 2 に示した。「使用経験のある薬物の種類」「週 1 回以上の頻度での使用」では、有意な差は認められなかった。また、物質初回使用年齢に有意な差は認められなかったが、物質使用をやめたいと思った年齢は、PSCD の方が有意に若かった（表 6.2）。

iii) 逮捕・服役経験

「物質使用を理由とする逮捕や補導の経験」「刑務所入所経験」に関する比較を、表 3 に示した。両群に有意差はなかった（表 6.3）。

iv) DARC・自助グループの活用状況

「自助グループの参加状況」「DARC の紹介者」「NA の紹介者」に関する比較を表 4 に示した。両群に有意差はなかったが、全体として週 4 回以上の参加が多く、親族・知人等や、精神科医療・保健・福祉関係者からの紹介で、DARC や NA につながった者が多く見受けられた（表 6.4）。

v) 精神科治療・支援に関する要因の比較

精神科医療機関における治療・支援に関する要因の比較を、表 5 に示した。PSCD 群において、有意に現在精神科での診療を受け、精神保健福祉手帳を取得し、処方薬を服用していることがわかった。「精神科・神経科に対して最も期待すること（複数回答可能）」では、PSCD 群において「処方薬による治療」のみで有意に多いことがわかった。また、PSCD 群の方が、「精神科初診年齢（歳）」も「精神科初回入院時年齢（歳）」も若かった（表 5.5）。

vi) 生活満足度

PSCD 群は、DARC での生活上において、「DARC での生活全般」「DARC 職員との関係」「DARC での他のメンバーとの関係」「健康状態」「余暇の過ごし方」に関して有意に低い満足度であることがわかった。また、「家族との関係」に関しても、有意傾向がみられた（図 6.1）。

vii) ダルクへのニーズ

PSCD 群は、DARC に充実してもらいたいサービスとして「対人関係のスキルのトレーニング」「家事援助」「仲間とのふれあいの場」「福祉就労の紹介」に関して、有意に高い希望を持っていることがわかった。また、「就職活動時のサポート」「移送サービス」「配食サービス」「低家賃住宅」「心理カウンセリング」「一般就労の紹介」においても、有意傾向が見られた（図 6.2）。

4.3 職員調査

i) DARC 職員の特徴

調査時現在での全国 DARC の職員は、86 名（男性 86.0%、女性 14.0%）、調査時平均年齢は、41.2 標準偏差 8.4 歳であり、97.7%が依存症当事者であった。「依存症当事者である」97.7%「依存症当事者ではない」2.3%、専門資格・免許「なし」94%、「看護師」「ホームヘルパー」各々2%ずつ、「精神保健福祉士」1%と、そのほとんどが資格のない依存症当事者であった。現在の断薬継続期間（クリーンタイム）は、平均 17.9 標準偏差 32.1 ヶ月、職員になるまでの断薬継続期間は、平均 40.0 標準偏差 0.0 ヶ月であった。また、職員になるまでの治療・支援の経験については、DARC プログラム経験「あり」89.3%「なし」10.7%、依存症専門病棟治療プログラム経験「あり」47.6%「なし」51.2%、矯正施設での薬物教育「あり」22.6%「なし」77.4%であった。主な業務内容は、「利用者への個別支援(90.7%)」「家族との調整(82.6%)」「利用者の入・退院/通院のサポート(81.4%)」が多く、相談業務や直接支援が中心であることがわかった。負担を感じる業務では、「事務一般(34.9%)」「会計(30.2%)」が多い一方で、得意な業務としては、「刑務所へのメッセージ(25.6%)」「ミーティングの司会(20.9%)」といった、回復者だからこそできる業務であることがわかった。仕事上の問題として「利用者の施設内での暴力に 1 回以上巻き込まれたことがある(51.2%)」「勤務時間外に事件・事故によって 1 回以上呼び出された(71.2%)」「勤務の継続が困難なくらい精神的に消耗したことが 1 回以上ある者(68.6%)」とストレスフルな勤務実態が見受けられた。

ii) ダルク職員による併存性障害への支援上の課題

仮想 PSCD 事例を提示し、その支援に関して回答を求めた。

事例：24 歳男性 父は覚せい剤依存症で、母は統合失調症である。出生直後より乳児院へ入所。2 歳から 16 歳時まで兄と共に養護施設にて育つ。13 歳頃から素行不良で、

18歳時に覚せい剤を初回使用。その後職を転々とし、覚せい剤・シンナー・LSD・大麻を乱用。21歳時、コンビニで意味不明のことを言って暴れたため、精神科病院へ措置入院となる。退院後通院を中断し、不安感が高まり抑うつ状態となり、薬物を使用し錯乱状態となったため、2回目の入院となる。薬物療法（投薬治療）を行った結果、1ヶ月で状態は安定し日中の生活は穏やかに過ごすようになったが、幻聴及び妄想は消失せず。職員が尋ねると「おなかの中から男の声がする」「目をつぶっていても全部の景色がみえる」という奇妙な内容の話をする。また、話の内容がかみ合わないなど、コミュニケーションに関し、若干の障害が残っている。今後も継続的な服薬は必要であるが、精神状態はいたって安定しているため近日中に退院の予定である。退院後はDARCへの入所を本人が希望しており、検討中である。

仮想PSCD事例へ支援上の課題に関する質問の結果から、「あてはまる」「ややあてはまる」を合わせると、「スタッフの話を理解できない(68.7%)」「少しのストレスで混乱する(89.5%)」「突然暴力的となる(68.6%)」「トラブルを頻繁に起こす(72.1%)」といったことに困難を感じている一方で、「薬物を再使用する確率が高い」という項目については、「あまりあてはまらない」という回答が44.2%と高く、DARCにおけるこうしたPSCD事例については、薬物の再使用よりも、精神症状の再燃が危惧されている傾向が伺えた(図6.3)。

また、DARCがこうした事例を受け入れる条件整備としては、「必要である」「やや必要である」を合わせると、「症状悪化に24時間対応可能な精神科医療機関との連携(96.6%)」「状態悪化に対応できる十分な人手(100%)」との回答が多かった。また、「専門知識を得るための研修(86.1%)」や「DARC終了後の社会資源(94.2%)」についても求められていた(図6.4)。刑務所や精神障害者社会復帰施設などの既存の施設への入所よりも、「依存症と他の精神障害との両方の対応が可能な新たな施設を作るべき」との回答が、賛成とやや賛成を合わせて89.6%であり、その支援の難しさを表す結果であった(図6.5)。

第5節 考察

5.1 DARCにおけるPSCDの割合

利用者の精神症状の発生率では、約40%がPSCDであり、DARCが多くのPSCDを受け入れている状況が推測された。DARCでは、放火や殺人歴など、施設の安全面への問題点が顕著な場合や、自殺企図の可能性が明らかに高いなどといった精神疾患が際立って重篤な場合

を除いては、入寮に際して断ることは少ない。伝統的には治療薬の服用を継続している者は、除外されることもあったが、現在は受け入れられるようになってきている。特に、地方の DARC には MHD との合併症を持つ者が多く、彼らは通常のプログラムの期間を終えた後も社会復帰が出来ず、そのまま施設に残留してしまう。その数は、年々増加の一途を辿っているといわれている(幸田ら, 2008; 近藤(恒)ら 2003)。

精神医学的診断に関して言うと、DSMを基準とした物質使用障害者を対象とした調査において、物質関連障害以外の精神疾患を、最近 30 日以前に発症している場合が、全体の 4 分の 3 近くに及ぶという結果がでている。診断名では、恐怖症、全般性不安、心理的な機能不全、反社会的人格障害の頻度が高いとされる(NIDA)。本調査においても、現在精神科での診療を受け、精神保健福祉手帳を取得し、障害年金を受給し、処方薬を服用している者が、PSCD 群に有意に多いという結果が示されており、今回用いた分類が一定の信頼性を有していることの裏づけになっているといえよう。

とは言え、本研究では、操作的に PSCD を定義したため、この結果をもって PSCD の発生について論旨を広げることはできないが、少なくとも、幾人かの利用者が SUD のみを理由として DARC を利用しているのではないことが伺える結果であったといえる。

5.2 DARC における PSCD への支援実態と望ましい支援のあり方

DARC は、事実上ほかに支援先がないためにこうした PSCD 事例も受け入れざるを得ない状況となっていた。その結果、DARC における PSCD の多くは、DARC での生活や人間関係に不満を抱え、居心地の悪さを感じており、コミュニケーションに関する支援や日常生活支援が求められていた。これは、むしろ統合失調症患者特有のニーズに近い。DARC が行うべき支援は、断薬であり、依存症からの脱却である。そういった背景の施設に、ある意味まったく間逆の対応ともいえる処方薬の服用が必要な PSCD を受け入れざるを得ない状況になってきたことを考えると、PSCD にとっては居場所となりづらい状況があることは、ある意味自然なことと言えよう。依存症支援の枠では対応しきれない部分が、まさにニーズとして表れていると考えられる。繰り返すようだが、従来 DARC は薬物依存症者の支援施設である。依存症者の回復支援に焦点を当てた支援がなされて当然であると言える。

そこで、現状に対する対策を検討したい。まず、服薬管理との関連も含めた精神科訪問看護による服薬指導や、一般精神障害者を対象としたホームヘルプ事業の活用、就労継続支援事業所や地域活動支援センターとの連携など、いわゆる一般的な精神障害者への支援

で活用される様々な社会資源の活用や、関連機関との連携における工夫が求められよう(宮永ら 2012)。また、施設内での対応についても SUD のみの利用者とは違った関わり方が求められると言った点では、注意が必要であり、精神保健に従事している専門職との連携が重要となってくる。さらに、自助グループ利用に関しても SUD のみの利用者とは、違ったアプローチの検討が必要とされる。本調査においては、PSCD が NA に参加できていない状況はみうけられなかったが、これは PSCD が現状の NA につながりやすいと考えるよりも、むしろ DARC が入所者を NA へ繋げる支援に関し、蓄積された経験による高い技術と持っていることを伺わせる結果であったと解釈する方が妥当である。欧米では、CD が NA に参加するにあたり、事前に認知行動療法を用いたグループ教育や Social Skills Training を導入し、参加にあたってのコミュニケーション能力の向上を図ることを第 1 段階とし、自助グループ参加の段階に至ったら、援助者が NA に同行するところから徐々にグループに慣らしていく「Professionally Assisted Pre-NA Group」と呼ばれる方法が用いられている(Schizophrenia & Substance Use)。さらに、NA の 12 ステップを CD に即した形に修正した「Dual Recovery Anonymous(DRA)」と呼ばれるものを活用したグループも存在するなど、臨床における様々な工夫がなされている(Muser ら, 2003)。今後は、精神科医療機関における MATRIX を参考にした認知行動療法プログラムによる介入と並行して、こうした改良型の 12 ステップミーティングの発展も望まれる(今井ら, 2010; MATRIX Institute; 松本ら 2009; 高木ら, 2011; 池田ら, 2013)。

このように、PSCD への支援に関しては、依存症支援の知識と経験を基礎としつつ、統合失調症支援も参考にした支援のあり方を検討する必要がある。今後、そうした支援を、どのようにして DARC という薬物依存症者回復支援施設に組み入れて行けばよいのかについて、多くの薬物依存症者を支援してきた経験を持つ DARC 職員と、精神保健福祉の専門家の間で更なる検討の余地があるものと考えられた。

5.3 PSCD への支援に関する連携体制と教育支援体制

本調査においては、職員は PSCD への対応に苦慮しており、精神保健の専門知識の研修や連携医療機関などの必要性を感じていた。また、PSCD の支援に関しては、DARC 以外で依存症と他の精神障害との両方の対応が可能な新たな施設を作るべきとの回答が多数を占めた。確かに、DARC において統合失調症支援をも兼ね備えた PSCD 専門の支援を求めるのは、DARC 職員にとって大きな負担である。ましてや、DARC に協力してくれる精神科医療機関や、精

神保健福祉支援機関は極端に少なく、DARC 職員は大きな不安を抱えながら PSCD への支援を行っていることが、調査の結果からもわかる。1999 年に全国 DARC（当時は 16 施設）を対象に行われた調査でも、施設運営の困難として、医療機関との連携が取れないこと、対応しきれない対象者がいることが挙げられており、同じ問題が引き続き指摘されていることがわかる（近藤（恒）ら, 1999）。

現状では、仮に DARC での支援開始から 6 ヶ月間薬物使用の問題がなく、併存する他の精神障害の問題が際立っていたとした場合でも、「薬物依存症者」のレッテルを貼られたクライアントを、次に受け入れてくれる施設・機関は皆無に等しい。結局、支援のあり方の見直しを行ったところで、DARC で継続して見て行くしか方法がないということになる。しかし、PSCD のクライアントの立場に立てば、自らの障害特性に合わないプログラムを無理に続けなければならないことは、すなわち失敗体験を積み重ねていくこととなる。その結果として、彼らの自己肯定感の低下を招いてしまい、ドロップアウトしてしまうという負の連鎖が生じることになる。

対応困難な事例をまとめると、以下のようなになる。統合失調症との合併例で強固な妄想のある者や暴力の問題がある者や、パーソナリティ障害・発達障害のある者。また、職員が付きっきりになってしまうので、うつ症状の重い者や、希死念慮の強い者についても難しい。さらに別の視点からは、ミーティングやグループセッションの効果が感じられない、いわゆる「DARC プログラムに乗れないクライアント」も DARC での対応は難しいとされている。本来であれば、こうした多種多様な CD を受け入れるべき中心の機関は、精神科医療機関であり、法的支援体制が整備された公的機関による精神障害者社会復帰施設であるのではないだろうか。こうした機関に所属する精神保健に携わる専門職は、PSCD の支援を DARC 任せにするのではなく、DARC の活動をより深く理解し、もったきちんと DARC 職員たちの声を聞き、相互補完的に技術を活用し合いながら、PSCD の支援に対し、積極的に取り組む姿勢が求められる。

一方で、職員調査では、DARC 職員のほとんどが薬物依存症当事者であり、専門の資格を持たない者であった。これは依存症への回復を目的とした支援を行うには最も有効な支援体制であるといえるものの、精神保健福祉とリハビリテーション等の専門的知識が不足していることは否めない。その点では、DARC 職員への精神保健福祉等に関する教育体制の整備についても検討の余地があるように思われる。単純に考えると、国家資格である精神保健福祉士の資格をもつ、DARC 職員が増えることが最も望ましいように思われるが、資格取

得には、費用も時間もかかるものである。DARC 職員の精神保健福祉士資格取得への学資助成制度や、国庫負担による研修体制の整備など、DARC 職員が、PSCD を支援するにあたって必要な精神保健福祉に関する知識を、修得しやすい教育体制の整備も併せて行うことが必要である。

今後は、こうした諸問題を払拭すべく、2013 年 6 月に可決された「刑の一部執行猶予制度」を含む改正刑法と関連法改正及び、公布から 3 年以内の施行を踏まえた、司法観察下における医療的対応が可能な、PSCD 専門プログラムを持つ公的医療施設による治療体制の確立が求められる。

第 6 節 小括

我が国では、併存性障害支援の一端を DARC が担っているという仮説に基づき、「物質使用障害に精神病性障害を併せ持つ併存性障害 (PSCD)」の、DARC における支援の実態と課題を明らかにすると共に、PSCD に対する望ましい支援体制のあり方を検討することを主な目的で調査を行った。全国の DARC 関連施設で調査を行い、利用者および職員による回答を分析した。利用者調査の結果について、遷延する精神病症状をもつ「PSCD 群 (n=178)」とこれがない「SUD (物質使用障害) のみ群 (n=267)」の二群に分類し比較したところ、40% が PSCD であった。「PSCD 群」は「SUD 群」に比して、精神科薬服用者の割合、障害者支援制度を必要とする割合が有意に高かった。また、DARC における生活や人間関係の満足度が有意に低く、他者とのコミュニケーションに関する援助を求める者の割合が有意に高かった。一方で、職員に仮想 PSCD 事例を提示し、対応のために必要なものを尋ねたところ、「依存症と他の精神障害との両方の対応が可能な施設」「24 時間対応可能な精神科医療機関」「十分な人手、研修」などの回答を多く得た。DARC スタッフは PSCD の受け入れに苦慮しており、精神保健福祉等に関する専門知識の研修や、医療機関との連携を必要と感じていることがわかった。今後は、司法観察下における医療的対応が可能な、PSCD 専門プログラムを持つ公的医療施設による治療体制の確立が求められる。

第7章. PSCD への集団認知行動療法による介入効果の検討

研究4：物質使用障害とその他の精神障害を併せ持つ者への 集団認知行動療法プログラムの有効性の検討 - 精神病性併存性障害を中心に -

第1節 目的

本研究では、筆者らが所属する精神科措置指定病院における「併存性障害集団認知行動療法プログラム（-Cognitive Behavior Group Therapy for Concurrent Disorder of Substance use and Mental Health- 以下、「CD-CBGT プログラム」）の実践を述べつつ、このプログラムの有効性の評価を行う。そしてさらに、CD への望ましい対応法や、措置指定病院におけるプログラムの有効な活用法に関して考察を深めるものとする。

第2節 対象と方法

2.1 CD-CBGT プログラムの実施（図7-1）

本プログラムは、併存性障害の者を対象に、再発予防を目的として行った。Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) を部分的に使用し、DARC 等からの回復者メッセージや、SGM (small group meeting)・SST (social skills training) も組み入れ、図1に示すパッケージ化された全8回のオリジナルプログラムとなっている。特徴として、①乱用・依存のみではなく、併存する精神疾患への教育的介入も並行して行っている、②一般精神科閉鎖病棟で医療保護入院中の者を対象に行っている、③短期化する精神科入院治療を前提とした介入方法である、④独自のワークブックを作成して提供しているといった点が挙げられる（池田ら, 2013; 高木ら, 2011）。

なお、本プログラムでは、治療的意義を優先し、退院までの期間が短く、1回しか参加できない場合でも、積極的に受け入れる形式とした。そのため、参加者に比して修了者が少なくなっている。また、対象者を厳密に絞れば効果は上がるが、このプログラムは、できるだけ多くの患者に参加してもらうことを目的としていることから、受け入れ基準を可能な限り緩く設定した。

2.2 対象

2010年2月23日～2014年3月19日までの全16クルの参加者111名のうち、文書による調査説明に同意し、且つ全8回を修了した者47名を対象とした。

2.3 方法

本研究では、まずプログラムの効果を、開始前・修了後の指標の変化から検証した。次に物質使用障害に幻覚妄想などの精神病症状が合併する群を「物質使用障害と精神病性障害の双方を併せ持つCD (Psychotic Concurrent Disorder 以下、PSCD) 群」と定義し、ICD-10における診断分類から主診断が「物質使用による精神病 (F1x. 5, F1x. 7)」「統合失調症 (F20. x) 統合失調感情障害 (F25) を含む」の者を抽出した。本プログラムに参加し、主診断が上記以外(「物質使用による乱用・依存 (F1x. 1, F1x. 2)」「気分(感情)障害 (F3x)」など)の者を「その他の物質使用障害 (Other Substance Use Disorder 以下、OSUD) 群」と定義し分類した。「PSCD群」と「OSUD群」の2群において、前記の各項目の比較を行った。

効果測定にあたって採用した変数は、以下の通りである。

i) 診療録調査：性別・年齢・最終学歴・婚姻歴・同居者の有無・就労状況・今回の入院期間・入院回数・入院時入院形態・依存症専門治療歴・薬物使用経験・犯罪歴を調査した。

ii) 指標：プログラム開始前に、物質使用と精神病症状の程度を確認するために、①薬物依存スクリーニングテスト (DAST-20) (近藤あゆみら, 2014)、②日本版問題飲酒指標 (WHO/AUDIT) (廣ら, 2006 ; Schmidt, A, 1995) 及び、精神病圏の患者のみ③陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS) (Stanly R Kay ら, 1995) を行った。次に、介入効果を測定するために、プログラム前後で、処方薬量を測る④CP換算量を算出し、医師が評価する④機能の全体的評定 (GAF) (稲田ら, 2009) と、精神病圏の患者のみ⑤病識評価尺度 (SAI-J) (酒井ら, 2000) を行うと共に、自己評価によって⑥薬に対する構えの調査票 (DAI-10) (宮田ら, 1999)、⑦一般性セルフエフェカシー (自己効力感) 尺度 (GSES) (坂野ら, 2006)、⑧日本語版 SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) (松本ら, 2009 ; 小林(桜), 2010) ⑨アルコール・薬物に関するセルフエフェカシー (自己効力感) 尺度 (森田ら, 2007) を実施した。各指標の評価基準及び、信頼性と妥当性については、各文献を参照したい。

2.4 統計学的解析

統計学的検討に際しては、プログラム前後の比較には Wilcoxon の符号つき順位検定を、2 群間の比較には Man-Whitney の U 検定を用いた。解析には IBM SPSS Statistics version 19.0 を用いて行い、両側検定において有意水準は 5%未満とした。

第3節 倫理的配慮

結果は、統計的に処理し、個人の特定はできないよう倫理的に配慮した。なお、本研究は、昭和大学医学部医の倫理委員会および昭和大学附属烏山病院臨床治験審査委員会にて承認を得ている。

第4節 結果

4.1 対象の基本属性 (表 7.1)

性別は、男性 77% (36 名)・女性 23% (11 名) と男性の割合が多かった。平均年齢は、45.9 歳 (標準偏差 12.8) であり、入院時の入院形態は医療保護入院者が 49% と最も多かった。婚姻歴は、未婚者が 62% と最も多く、次いで離婚者が 21% であった。学歴では、高校卒 (大学・短大・専門学校中退を含む) 41% が最も多く、次いで中学卒 (高校中退を含む) が 38% であり、低学歴の傾向が見受けられた。同居者の有無では、あり 49% とほぼ半数であった。就労状況では、無職 (生活保護以外) が 43% と最も多く、次いで無職 (生活保護) 32% と無職の割合が非常に高かった。薬物使用経験では、全体の 23% に薬物使用経験があり、その内訳は、覚せい剤・大麻・危険ドラッグ・有機溶剤が中心ではあるが、LSD・ヘロイン・コカイン・MDMA・マジックマッシュルーム・モルヒネ・エクスタシーの使用も数例みられた。依存症専門治療の有無では、なし 75% であり、多くが依存症の専門治療を受けたことがなかった。逮捕歴では、30% に逮捕歴があり、内 6% が服役を経験していた。

4.2 診断別分類 (表 7.2)

主診断では、統合失調症の者が 36% と最も多く、次いで気分障害が 29% だった。物質使用障害では、アルコールによる者が多かった。また、副診断でもアルコール依存・乱用の者が、55% と多かった。

4.3 プログラムによる介入の効果測定 (表 7.3)

Cp 換算量の結果から、処方薬量に増加傾向が見受けられたが、有意差は認められなかった。評価者尺度では、機能の全般性が有意に向上していた ($p < 0.001$) ほか、自己評価尺度では、物質使用への問題意識と治療動機付け尺度の総得点 ($p < 0.01$) が中から高へと、その下位項目である物質使用をやめるための実効性も低値から中等値へと向上していた ($p = 0.001$)。一方、物質使用問題があるかどうかの迷いについては、低値のまま改善が見られなかった。

4.4 「PSCD 群」と「OSUD 群」における特性の比較 (表 7.1)

前述の診断分類に基づき PSCD を仮定した結果「PSCD 群」が 27 名 (57.4%)、「OSUD 群」が 20 名 (42.6%) であった (図 2)。「PSCD 群」において、年齢が有意に若く ($p < 0.01$)、薬物経験が多く ($p < 0.01$)、犯罪歴がある者が多い ($p < 0.01$) という結果であった。その他の項目には、有意な差は見られなかった。

4.5 「PSCD 群」と「OSUD 群」におけるプログラム効果の比較 (表 7.4)

両群を比較したところ、AUDIT において有意な差は見られなかったが ($p > 0.1$)、「OSUD 群」のみ、平均値が依存症に該当する値に達していた。また、CP 換算量の比較では、各群ともに処方量の増減に有意差はみられなかった。

「OSUD 群」では、機能の全般性 ($p < 0.001$)、服薬アドヒアランス ($p < 0.05$)、一般性自己効力感 ($p < 0.05$)、物質使用問題意識と治療動機付け ($p < 0.05$)、物質使用を止めるための実行性 ($p < 0.05$) の 5 つの項目に関して、有意な改善を示しており、物質依存に対する自己効力感 ($p < 0.1$) においても有意傾向が示された。一方、「PSCD 群」では、PANSS において「中等度の精神症状」であることが示され (平均値 74.9, 標準偏差 28.4)、機能の全般性 ($p < 0.01$) と病識尺度 ($p < 0.05$)、物質使用を止めるための実行性 ($p < 0.05$) において、有意な改善が見られたのみであり、それ以外の改善傾向は認められず、主観的指標に関しては、ひとつも改善が見られなかった。なお、薬物使用者が全員「PSCD 群」であったため、DAST の比較はできなかった。

第 5 節 考察

5.1 対象者の特徴

本研究の対象患者は、学歴・婚姻歴・就労状況等の特性から、疾患や障害のみならず、社会的に特殊な事情を抱えた群であることが窺えた。これまでも、物質使用障害は幼少期の虐待経験や貧困などといった多くの生育環境上の問題を抱えていることや、安定した愛着形勢がなされていないといった発達過程における問題が指摘されている(森田ら, 2012)。中には、虐待やトラウマの苦しみから逃れるために、少年期から逃避的もしくは自己治療薬的にアルコールや違法物質を使用していることもある。したがって、こうした生育環境要因が、その後の学業・結婚・就労などにおける過酷な状況を導き、ひいては障害を抱えた後の回復の阻害要因にまでつながっているとも言えよう。

特に PSCD 群をみると、年齢が有意に若く、違法薬物経験と犯罪歴者が多いことから、この群には違法物質使用障害の者が多いことを示しているものと考えられた。これについても、入退院や刑務所での実刑を繰り返す違法物質使用障害者は、措置入院を通して司法より精神科医療に転換されやすいことについての指摘があり、そうした、回復困難な物質使用障害者が入院に至り、このプログラムを受けているという社会的背景を如実に表している結果であると言える(池田ら, 2014)。

また、この度の結果を、SMARPP をはじめとする物質使用障害者を対象とした他の認知行動療法プログラムの効果測定を行った先行研究結果と比較してみたところ、DAST-20 の平均得点では、国立精神・神経医療研究センター病院の専門外来における物質使用障害者へのプログラムの参加者と同程度であった(松本ら, 2014)。SOCRATES においては、先行研究の中で最も低い結果であった。物質依存に対する自己効力感については、比較的高いとされる近藤らの研究対象者よりも高い数値となっていた。総じて、本研究の対象者は、他の施設と比べて物質使用問題についての意識が低い群であるとも言えよう。

5.2 CD-CBT プログラムの有効性

まず、全体の有効性について述べる。プログラム開始前と終了後で指標を比較すると、機能の全般性、物質使用をやめるための実効性の有意な改善が確認された。また、服薬アドヒアランス、物質使用への問題意識と治療動機付け尺度の総得点、物質使用問題に対する自己効力感についても改善傾向が見受けられた。先にも述べたように、本研究対象者は、物質使用に関する問題認識の低い群であると言えるが、この物質使用に関する問題意識と治療に対する動機付け程度に関して言えば、総じて改善傾向にあったと言えるだろう。今村らの報告では、SOCRATES の総得点は、治療準備性の高まりと正の相関を示し、短期介入

の場合には高得点の者ほど治療継続率が高いとされている (Mitchell, D, 2006, 2007)。プログラムへの参加によって、退院後の外来治療や支援機関への通所に向かった準備が具体化されて行ったものと考えられた。

次に2群比較から見た PSCF 群へのプログラムの有効性について述べる。この2群比較では、OSUD 群において、機能の全般性、一般性自己効力感、物質使用問題意識と治療動機付け、物質使用を止めるための実行性が向上していた。一方、PSCD 群では、一般性自己効力感、物質使用問題意識と治療動機付けでは有意差が認められなかったものの、機能の全般性と、物質使用を止めるための実行性では OSUD 群と同様の改善を認めた。これは一般に介入が難しいとされる PSCD 群に対しても本プログラムが効果的である事を示している。一方で向上しなかった指標から PSCD 群に治療介入が難しい原因が窺える。PSCD 群では、一般性自己効力感尺度が低値から向上していない。自己効力感がどのように影響しているかを伺い知ることは、この結果からだけでは難しい。しかし、入院中の統合失調症患者を対象とした集団認知行動療法の有効性への検討にて、入院中の統合失調症患者の GSES の向上が、CBGT による介入のみでは難しいことについて指摘もあることから、PSCD においても、統合失調症患者と同様に、精神病症状の重要度と、入院中であるという状況因子が、影響しているのではないかと推測された (奥原ら, 2013)。プログラムへの自己効力感による影響に関しては、今後、更なる検討の余地があるものと考えられた。

そして、さらにもうひとつ注目する点として、PSCD 群では統合失調症における客観的病識指標での効果が示される一方で、物質使用に関する主観的病識尺度では、超低値から変化がなかったことが挙げられる。この結果への解釈は、とても難しい。なぜなら、临床上では、物質使用は止められていても処方薬が決められた通りに飲めないことにより精神症状が再燃して再入院をする PSCD のケースを多く見受けるためである。その点を踏まえると、PSCD の場合、客観的には獲得されたように見える精神病症状への病識は、実は獲得されておらず、逆に物質使用の問題は、最初から精神病症状に付随して起こっていただけであり、主観的な病識はなくても、問題自体は消失してしまっているのではないかという憶測が立てられる。これは PSCD に対して特殊な治療が必要な理由の一つかも知れない。とは言え、今回のデータからだけでは、はっきりとしたことは言えないため、この点に関しては、検討の余地が残される結果となった。

5.3 CD への望ましい介入方法の検討

このプログラムでは、前項までにみたような一定の効果が認められた。しかし、認知行動療法的介入は一時的な変化をもたらすことはあっても、その後の介入が何もしなされなければ、その効果は失われていくと言われている (Mitchell, D, 2006, 2007)。そういった意味で、このプログラムは自助グループやその他の地域支援機関につなぐためのプロセスにおける介入手段として使うといった認識で活用する必要がある。このプログラムでは、全 8 回の内 2 回をメッセージのプログラムとしている。外部支援機関のメッセンジャーが来院し、「こちらに来てください」というメッセージを伝えてくれることは、医療者から「行ってください」と言われることより、遥かに効果的である。地域支援機関から呼び込んでもらうことで、継続的な地域サポート機関につながる事が最終的には最も重要であると言えよう。なお、プログラムの実際については、過去の文献をご参照されたい (池田ら, 2014)。

次に OSUD と PSCD では効果に差があった。PSCD では、主観的指標における改善が見られないことや、一般性自己効力感が低値で横ばいであることから、実感として回復している感覚が得られていないことが窺える。この群への介入としては、この度提供したプログラムに加え、統合失調症対象とした心理教育プログラムを併せて行うなど、精神病症状に特化した別の介入方法の検討が必要であると考えられる。さらに、このプログラムによる介入を行うことでさえ、他の患者と比較し自己評価を下げていることも考えられる。筆者らは、DARC の調査において、PSCD が心理のカウンセリングや、対人関係スキルトレーニング、仲間とのふれあいの場等を求めていることについて述べており、本プログラムにおいても同様のことが言えるのではないかと考えられた (池田ら, 2014)。今後は、プログラム全体に SST の要素を取り入れ、肯定的に賞賛するように更なる改変を行なうと共に、PSCD にはプログラムと並行して、個別のカウンセリング等によって、本人をより肯定する介入を提供する必要があるものと考えられた。また、統合失調症を対象とした心理教育プログラムを並行して行うなど、精神病症状に特化した別の介入方法を併せて提供することで、補完的な働きが期待できるものと考えられた。

5.4 措置指定病院が CD への介入プログラムを持つことの意義

筆者らは以前から、こうした CD への支援体制の構築が、措置入院指定病院において必要であることを繰り返し述べてきた (池田ら, 2010 ; 2013 ; 2014)。なぜなら、措置入院及び医療観察法による入院の患者においては、統合失調症に物質使用障害が併存する 경우가多く、さらに医療観察法による入院になる者の 6 割に、措置入院歴があるとの報告もある

ことから、精神障害者による不幸な重大犯罪を未然に防ぐには、CD への措置入院段階での介入がひとつの鍵となると考えるからである（菊池ら, 2014 ; 小池ら, 2009）。すなわち、精神障害者による不幸な事件を未然に防ぐためにも、措置指定病院で行われる、こうした CD への介入を図るプログラムが果たす役割は大きい。

このプログラムは、週 1 回全 8 回で亜急性期閉鎖病棟にて行われており、いわゆる一般精神科病棟を有する病院であれば、ワークブックを使うことで簡単に行うことができるものとなっている（池田ら, 2013; 高木ら, 2011）。また、プログラムが業務化されることにより、スタッフの物質使用障害への偏見が緩和されるなどといった支援者側への影響についても検討がなされている（石坂ら, 2015）。以上の点から、措置入院を受け入れる指定病院においては、CD に対し、この程度の簡易プログラムを行うことに関しては、義務化されることも視野に入れた検討が必要であるものと考えられた。

また、地域支援を担う DARC からも、措置入院指定病院における CD への丁寧な治療と支援協力が求められていることから、こうした患者への治療継続に向けた介入は、精神科医療機関が行なうべき重要な役割のひとつであると言えよう。

第 6 節 本研究の限界と今後の課題

本研究では、倫理的配慮から、介入しないことによる治療上の損失を避けるため、対照群を設けることができなかった。そのため介入前後の改善が、全てプログラムの効果のみであったと言い切ることはできない。また、薬物使用者が全員「PSCD 群」に含まれていたことから、この度の分類に関して、偏りが生じている可能性も否定できない。さらに、このプログラムが、その後の治療継続に実際にどのように関連して行ったかの検討も現段階では行われていない。

今後は、他の治療法との比較や、蓄積されたデータによる年代別の比較など、他の条件を同じくして、違う介入を行ったデータとの比較検討を行うなどして、このプログラムの効果を確認する必要がある。また、このプログラムが臨床においてどれだけ有効であるかについては、これからプログラムの回数を重ね、地域支援機関に患者をつなげていくことで、立証していく必要があるだろう。

第 7 節 小括

対象者の特徴として、学歴・婚姻歴・就労状況等から、疾患や障害のみならず、社会的に

特殊な事情を抱えた群であることが伺えた。PSCDにおいて、年齢が有意に若く、薬物経験が多く、犯罪歴がある者が多いという結果であったが、これは、PSCD群に、違法物質使用障害の者が多いことを示していると考えられた。また、このプログラムの有効性については、各指標の結果から、機能の全般性、物質使用をやめるための実効性の有意な改善が確認された。また、服薬アドヒアランス、物質使用への問題意識と治療動機付け尺度の総得点、物質使用問題に対する自己効力感についても改善傾向が見受けられた。そして、PSCD群とOSUD群における2群比較の結果から、プログラム効果に差が認められ、PSCD群についてはあまり効果が認められなかった。PSCD群では、主観的指標の改善が見られないことや自己効力感が低値で横ばいであること等から、実感として回復している感覚が得られていないことが窺えた。PSCDへの集団による介入を行う前には、個別の特性を踏まえた個別カウンセリングなどによって、自己肯定感や自己効力感を上げるような介入が必要であると考えられた。また、統合失調症を対象とした心理教育プログラムを併せて行うなど、精神病症状に特化した別の介入方法の検討も必要であると考えられた。一方、措置入院を受け入れる指定病院においては、より積極的にこうした物質の再使用防止に向けた簡易プログラムを実践していくことで、物質使用障害者の繰り返す措置入院に対する歯止めとなるという社会的意義を果たすことにつながるものと考えられた。今後も引き続きプログラムの回数を重ね、その後のソーシャルワークにおいて地域支援機関に多くのPSCD患者を適切につなげていくことで、急性期化する精神科臨床におけるCD-CBGTプログラムの有効性を立証していく必要がある。

第 8 章. PSCD への事例研究

研究 5 : PSCD への支援策の検討 - 実際の介入を行った 3 事例への考察 -

第 1 節 目的

本稿では、実際に扱った特徴的なPSCD事例を挙げ、その支援のあり方に関し検討を加えることを目的とした。

第 2 節 対象と方法

対象者は、都内にある精神科単科の大学附属病院に措置入院となった「統合失調症多剤乱用事例」「カンナビス精神病事例」「覚せい剤精神病長期支援事例」の 3 事例とした。方法は、診療録の後方視的研究とし、各事例への望ましい支援のあり方に関し考察を加えた。

第 3 節 倫理的配慮

倫理的配慮として、受診継続中の者については、本人より口頭による同意を得た。過去の診療録からの調査については、昭和大学医学部医の倫理委員会の承認を得た。また、論旨に支障のない範囲において事例に若干の加筆変更を加えた。

第 4 節 事例提示

事例 1 : 男性 31 歳 (発症年齢 21 歳頃 / 現在治療・支援継続中)

主診断 : ICD10-F20.0 「妄想型統合失調症」

副診断 : ICD10-F10.2 「アルコール依存症候群」

薬物使用歴 : 海外にて大麻の使用歴あり

精神科初診年齢 : 23 歳頃

犯罪歴 : なし

生活歴・現病歴 : 東京浅草生まれ、同胞 3 名中第 2 子長男。地元の小中学校、都立高校を経て大学に進学。経済的には裕福な家庭。3 年生時に 1 年間アジアを中心に海外旅行をして回った。旅行先にて数回の大麻使用がある (アルコール初飲も同時期から)。帰国後 1 年留学し卒業となる。卒業前後から昼夜逆転、閉居しがちな生活となり、家族も本人の変

調を感じていた。X-7 年には理由なく家族に暴力をふるうようになり、飲酒量も増え、時には 4 階から階下にワインボトルを投げることもあった。また、近隣女性の後を追ったり、訳のわからない電話をしたりとまとまりのない行動が目立った。X-6 年には、祖母への暴力があり、家族が警察通報し同日公立病院に医療保護入院となった。X-5 年まで入院したが、1 年後に外来を自己中断し症状が再燃した。同年 12 月にはスコップを持って子供を追い回すこともあった。X-4 年 12 月には近隣の飲食店の旗に放火し、措置入院となり、X-2 年春頃まで入院していた。退院後は近隣住民との関係が悪くなったため、近隣の区にて单身生活を行い定期的に通院していた。本人希望で X-1 年 4 月から近隣の大学病院へ通院となったが、X 年 2 月頃より飲酒量が増加したことをきっかけに生活が乱れ始め、3 月には医療中断した。X 年 4 月、「弟にキリストを馬鹿にされた」と幻覚妄想が活発となり、暴力を振るったため、父が警察通報し、24 条通報にて翌日筆者らが所属する A 病院に措置入院となった。入院後、薬物療法を開始し olanzupine20mg で経過観察としたが効果が薄かったため risperidone12mg に変薬した。しかし、独語が続き、容易に易怒性が高くなるため変薬。最終的には risperidone12mg、olanzupine20mg、sodium valproate12000mg にて症状が落ち着いた。その後も表面化はしないものの幻聴は続いており、独語もまれにみられたが、幻聴に支配される行動も認めないため、X+1 年 4 月から退院促進事業を活用し、精神障害者グループホーム（以下、GH）への入所決定となる。退院後は自己中断防止のため A 病院精神科デイケア（以下、DC）への通所・禁酒などの約束事を決めた上で、X+1 年 8 月 GH に退院となった。現在、「酒飲んだり、薬ちゃんと飲まないといろいろうまくいなくなるから」と自らの意思で飲酒は一切止め、週 4 日の DC に定期的に通い、幻覚妄想は内在するもののそれに左右されることなく、状態は年単位で安定している。しかし、部屋は散乱しており、デイケアの前の路上で歌を歌い、油絵を描いて毎日を送り、生活は整っているとは言い難く、その後何年も就労支援に乗ることができないでいる。

症例 2：男性 21 歳（発症年齢 19 歳頃 / 現在治療・支援継続中）

主診断：ICD10-F12.50「大麻使用による精神病性障害(統合失調症様のもの)」

薬物使用歴：大麻初回使用年齢19歳

精神科初診年齢：21歳頃

犯罪歴：なし

生活歴・現病歴：東京にて同胞 2 人中第 2 子次男として出生。生育発達に特記事項なし。

小中学校は公立。成績は中程度。自営業の両親と同居。友人は、親しい仲の友人が数人。私立高校を3年で卒業。私立大学福祉学部に入學したが、1年次の秋頃から通わなくなり、そのまま退學となる。以後自宅で無為に過ごし、地元の友人とクラブ通いをするようになる。その後昼夜逆転の生活となり、生活リズムが更に乱れていった。X-1年1月頃より、友人に勧められ巻きタバコの形をした大麻を使用するようになった。5月頃には家族も大麻使用を把握しており、警察に相談していたが、「現行犯でないと逮捕できない」といわれ、その後も大麻の使用、クラブ通い、昼夜逆転の生活は続いていた。同年12月頃に同年代の女性と付き合い始め、以降は若干生活が安定し、以後平日は自宅、週末は彼女宅で過ごすようになった。X年4月にアルバイトで宅配便の運送業についたが、「職場の人たちが自分から何か聞きだそうとしている」などの被害的な言辭が聞かれるようになった。また、4月の中頃からは、「誰かに見られているような気がする。」と言ひ、インターネットで宗教集団のサイトを見て「この集団が僕を迫っているに違いない」と確信。その後、「大勢の人が襲ってくる」と騒ぎ、自宅から飛び出して行こうとする行動も見られたため、X年4月中頃に、近所のメンタルクリニックを受診した。統合失調症の疑いで入院を勧められるが入院には至らず、保健所に相談し、3日後にA病院を外来初診し、同日任意入院となった。入院時に両親に精神保健福祉センターで行っている薬物依存症者の家族勉強会をインフォメーションしたが、父親からは参加に対して消極的発言が聞かれた。入院翌日に薬物採尿検査(Triage)にて「THC カルボン酸体」陽性となったため、麻薬中毒者診断届けを都道府県福祉局健康安全部薬務課麻薬対策係に提出した。届出に当たっては、事前に「麻薬中毒」の範囲について都道府県などに問い合わせをした上で、両親へのインフォメーションを行い、同意を得た。母親からは、「やったことの罪の認識をもってほしい」との言葉が聞かれた。再使用への抑止力とすることを目的に、届出を行うこととした。

本人は、入院直後から、スタッフに対しても「襲われる」「毒を盛られる」と被害妄想活発となり、困惑も強く不安状態を呈したことから、3日目には医療保護入院に切り替え、隔離拘束とし、risperidone3mg、lorazepam3mgで治療開始となった。興奮はなくなったが「テレビの中も全部赤だった、グルに違いない」「警察にも病院にも宗教団体の一味がいる」「盗聴されている」という妄想は続き、「空中に糸みたいなものが見えます、ほら」と幻視も認められた。risperidone3mg 継続にて徐々に妄想軽減し、隔離拘束解除となり一般室に移室となり、1週間ほどで「ストーカーはもういないです」「色の関連づけは今思うと馬鹿げています」と話すようになった。その後、「僕のコップが緑なのは、自分が葉っぱ(大麻)

を吸っていたということへの嫌がらせだ」「スピーカーをわざと ON/OFF にされている」など、被害妄想が再燃し、表情も硬くなったため、risperidone3mg→5mg→8mg と漸増。その後、被害妄想に基づく言辞は軽減した。妄想の内在はあるものの、切迫感はなく家族の理解もあり、X 年 5 月に自宅退院の方向になったため、都道府県福祉局健康安全部薬務課麻薬対策係より 2 名の職員が来院し、医師・精神保健福祉士が入り、届出に関し更に検討を加えた。その結果、現段階においては、届出をしたことによる抑止力のメリットより、リストに載ったことでのデメリットの方が大きいことが予想されたことと、今後麻薬中毒ではない（たとえば統合失調症でその後依存はなくまったく大麻を使わなくとも）となっても、リストからの削除はできないことなどから、今回の届出は取り下げすることとした。一方で、薬務課職員は、麻薬取締官としての特権も持っているとのことであり、今後も本人への面接は可能とのことであったため、本人・家族に面会してもらい、本人へ再使用をしないように伝えてもらった。しかし、本人の認識は乏しく、「やりませんよ」と表面的に言うのみであった。退院後のことを考え、薬物依存症者家族教室と薬物依存症者リハビリテーション施設 (DARC) に関するインフォメーションを母親に行った上で、退院となった。退院時は、risperidone8mg であった。その後、A 病院に外来通院となったが、副作用による薬剤性パーキンソンが出現したため、risperidone より aripirazole18mg に変更して経過観察とした。現在、大麻の使用もなく病状は安定している。

症例3：男性 32歳（発症年齢 18歳頃 /治療・支援終了時38歳）

主診断：ICD10-F15.75「カフェインを含む他の精神刺激剤使用による精神及び行動の障害 残遺性障害および遅発性精神病性障害」・覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議（旧厚生省）における診断基準で「覚せい剤精神病 遷延持続型」

薬物使用歴：覚せい剤初回使用年齢21歳。

過去に「揮発性有機溶剤（吸入薬）の有害な使用」があり、初回使用年齢16歳。

精神科初診年齢：19歳

犯罪歴：補導歴1回 前科不明（毒物劇物取締法違反・その他不明）

生活歴・現病歴：長男として出生。同胞なし。幼少期特記すべき問題なし。4歳時に父が他界。その後から母と2人暮らし。中学生の頃から不良仲間と付き合いようになり、高校は定時制高校を5年間かけて卒業している。16歳から有機溶剤乱用。19歳時毒物劇物取締法違反などで逮捕後服役。その後から、有機溶剤乱用による後遺症と思われる症状にて精神状

態が不安定となり、医療刑務所に送致され、計約2年間服役していた。医療刑務所内での受診が初診となる。出所直後から叔父が経営していた造園会社にて植木職人見習いとなる。同時期の21歳頃より覚せい剤の乱用を開始。29歳時に、覚せい剤常習者であった友人と共に、覚せい剤所持にて逮捕されるが尿検査にて覚せい剤使用が確認出来なかったことから、嚴重注意で釈放となっている。同時期に、駅のホームで倒れて救急搬送されたが身体異常はなく自宅にすぐ帰されるというエピソードがあった。X-1年に叔父の会社が倒産。無職となり自室に閉居するようになった。X-1年頃から奇妙な声が聞こえだしたと家族に訴え、母の勧めで公立B精神科病院を自ら受診するが1回の受診のみで終わっている。X年1月、夜間に近隣の幼稚園に侵入しトイレに隠れるなどの行動が見られ警察官が介入するも措置入院には至らなかった。同月、区役所に地域からの苦情が入ったため保健師が介入し、A民間病院外来受診となる。医師は入院を勧めたが、本人が拒否。母も入院を渋ったため入院には至らなかった。しかしその翌週、再度幼稚園に侵入したことにより、母も入院を決意し、X年X月にA病院急性期閉鎖治療病棟に医療保護入院となった。入院時興奮・幻聴が認められる。両腕に無数の注射跡あり。入院時に薬物採尿検査（Triage）にてAmphetamine／Methamphetamine陽性であった。risperidone3mgにて治療開始となり、1ヶ月ほどで急性症状が消退したため、任意入院に切り替え、依存症治療病棟へ転棟となったところ転棟当日自宅へ自主退院された。本人希望にて、外来通院と外来作業療法を行うようになった。その後risperidone2mgで経過観察していたが、幻覚妄想は持続し、ときに「腸が誰かにいじられている」などといった奇妙な言動はあるものの、覚せい剤の再使用や、地域での問題行動はなく経過した。X+1年経済的困難から就労を考えることはあるが、母に小遣いをせびり、就労活動は行わずに3年が過ぎる。X+3年4月母の定年を機に自立を考えるようになった。「母と離れて生活し、就労していきたい」との希望にて、医師・精神保健福祉士と相談した結果、まずは「作業所の通所」と「単身生活」から行っていくこととなった。地域の保健師にも相談するなどし、主体的に作業所を探し、GHや援護寮への入寮申し込みや面接も自ら行っていった。X+3年11月作業所開始となる。X+3年12月本人希望によりC援護寮の申し込みをし、最終審査まで行ったが、結果は「利用不承認」であった。その理由として表向きは、能力が高いため援護寮の利用の必要性がないとのことであったが、実際は覚せい剤精神病患者や刺青がある者は入所が困難という内実があったようである。X+4年5月GHに入所と同時に、生活保護開始となった。週4回作業所、週2回外来作業療法、2週に1度の外来通院とした。その後、引き続きGHから規則的に作業所に通所しており、幻聴はあるもの

の、退院後覚せい剤の再使用も、地域生活における問題もない。しかし、能力はありながらも正式な就労をしていく意欲に欠けており、生活保護を受けながらも、収入認定をせずに小遣い稼ぎの短期アルバイトをするなど、本当の意味での回復と自立への問題は多い。X+6年8月「障害の等級をあげてくれるクリニックへ行きたい」とのことで、外来も転医となった。

第5節 考察

5.1 統合失調症モデルによる入院治療と精神科リハビリテーション

事例1, 3は、統合失調症治療モデルによって治療とリハビリテーションを進めた結果、症状の再燃や物質の再使用を防ぐことができた。事例1は、繰り返されていた措置入院がなくなり、精神障害者グループホームを経て、長期に地域生活を行っている。また、事例3においては、親元から離れ、初めての単身生活を開始した。その後、覚せい剤の使用も、再発による再入院もない。精神科治療の現場においては、一見精神症状によって、易怒的、興奮的になっているのか、精神症状とは関係なく、もともと人格的な偏奇によって、他者を威嚇し、操作するために、粗暴な行為を行う者なのかの区別がつかないことがある。いわゆるサイコパスと呼ばれる、反社会性人格障害の者を、精神科医療で見るときではないという論議は、現在もしばしば精神科医療領域において議論の争点となるところではあるが、PSCDの患者に関して言えば、後者であるという前提で治療者が関わることが、往々にして行われているように思われる。別項で述べるアセスメントのこととも関連するが、まずは、違法物質の使用歴があるからと言って、単純に「悪い人である」という認識を持たず、少し長めの入院治療期間を設定し、しっかりと精神障害に焦点を当てた治療を行うことが重要である。

5.2 麻薬及び向精神薬取締法58条の運用の諸問題

事例2においては、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年3月17日法律第14号）58条による都道府県福祉局健康安全部薬務課麻薬対策係への通報を行った。この制度は、麻薬及び向精神薬取締法（第58条の2～第58条の19）に規定されている。法の詳細については、法文等を別途参照としたい。具体的には、どのような事を行うものかという点、同法に規定されている薬物を使用したことが明らかであり、且つ、医師の診察の結果により「麻薬、大麻又はあへんの慢性中毒の状態にある者」と判断された場合、都道府県の薬務課に通報を行

い、麻薬取締官等が来院にて本人に面接し、中毒者として登録を行うといった趣旨のものである。麻薬取締官は、警察官の権限も有しているため、司法機関職員からの軋轢を本人が感じ、再使用の抑制に効果があるとされている。麻薬中毒者として一度登録されると、簡単には削除されないため、登録にあたっては、登録が本当に本人の社会復帰のためになるのかについて、相当の検討が必要である。この制度は、活用の仕方によって、司法との狭間の患者に対する枠付けにもなることであるため、その活用方法について、また、麻薬取締官との連携については、よりいっそうの論議が必要であろう。しかし、この法律には、なぜか覚せい剤 (amphetamine / methamphetamine) 使用による中毒者が対象となっていないという法の欠落があるため、薬物使用者の多くを覚せい剤仕様で占めている我が国にとっては、活用用途が少ない。覚せい剤も麻薬指定に含めていく方向での法の見直しを検討すると共に、幅広い精神疾患を扱うことが求められている精神科医療現場の医師、看護師等や、現場で様々な対応を行わなければならない警察官・麻薬取締官においても、実際に活用可能なようなシステムの構築とガイドラインの作成が望まれる。

5.3 統合失調支援モデルの限界と社会的回復の困難性

事例はすべて、目立った症状の悪化がなく、再発・再使用を繰り返すことがなくなった。一方、事例1における生活の乱れや、事例2,3における身勝手な発言などから、人間的成長が止まってしまっているようにも感じられた。和田は、「薬物依存症者への支援は、rehabilitationではなく、habilitationである(和田,1990)。」と述べているように、依存症の回復では、元に戻るのではなく、依存症者である今の自分を超えていくことが必要であり、現行の統合失調症モデルの精神科リハビリテーションのみでは、そうした、成長につながる体験が欠けているように思われた。近年、一般精神科リハビリテーションにおいても、リカバリーの視点が重要視され、アメリカ連邦局でも IMR (Illness Management and Recovery) といったプログラムの開発が行われている(藤田ら,2008)。こうした取り組みは、精神障害者全般における全人的復権の具現化という大きな目標への一歩であると共に、その実現は、責任を持った社会人としての彼らの回復にとって、有効であると思われる。依存症治療においては、この回復の視点が、古くから重症視され、12ステップミーティングなどに、その機能が用いられている。以上を踏まえると、精神科病院における薬物療法をしっかりと行い、その後の精神科リハビリテーションを時間をかけて行うと共に、本当の意味での社会復帰と人間的成長を獲得できるような介入を行うことが、必要となってくるのではないかと考

えられた。

第6節 小括

実際に扱った特徴的な PSCD 事例を挙げ、その支援のあり方に関し検討を加えることを目的とし、「統合失調症多剤乱用事例」「カンナビス精神病事例」「覚せい剤精神病長期支援事例」の3事例とした、診療録の後方視的研究を行った。各事例への望ましい支援のあり方に関し考察を加えた。事例1,3では、いずれも統合失調症モデルに基づく介入によって、再発・再使用への第三次予防的介入が行えた。医療機関では、ISUDを犯罪者として見るのではなく、精神科医療の User として、積極的に治療する必要が求められた。事例2では、麻薬及び向精神病薬取締法58条の活用を検討したが、事例にはその活用が適さなかったことから、その活用法には、更なる検討の余地が残された。また、覚せい剤事例に58条が適応されないことに関し、現場の視点から、法整備が求められた。3事例とも一定の精神症状の安定と物質再使用の繰り返しからの脱却は図られたものの、その後数年に亘って就労に結びつくことはなく、生活が安定しているとは言えない状態となっていた。PSCDへの支援にあたっては、一定の精神症状の安定後、人格成長を促すような介入に移行していく必要性が感じられた。

第9章. PSCD への事例研究-2

研究6：覚せい剤使用による精神病性併存性障害への支援策の検討 -統合失調症支援モデル事例と依存症支援モデル事例との比較から-

第1節 目的

本稿では、実際に扱った特徴的なPSCD事例を挙げ、その支援のあり方に関し検討を加えることを目的とした。

第2節 対象と方法

約5年におよぶ継続的な統合失調症支援モデルに基づく支援を行なった事例と、3ヶ月の依存症治療支援モデルに基づく支援を行なった事例との支援の在り方に関する比較検討を行った。方法は、診療録の後方視的研究とした。

第3節 倫理的配慮

倫理的配慮として、受診継続中の者については、本人より口頭による同意を得た。過去の診療録からの調査については、昭和大学医学部医の倫理委員会の承認を得た。また、論旨に支障のない範囲において事例に若干の加筆変更を加えた。

第4節 事例提示

事例1 統合失調症支援モデル：A民間精神科病院初診時20歳（支援終了時26歳）男性 単身生活保護受給中

覚せい剤初回使用17歳 精神科初診年齢21歳

主診断：ICD10-F15.75「カフェインを含む他の精神刺激剤使用による精神及び行動の障害 残遺性障害および遅発性精神病性障害」・覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議（旧厚生省）における診断基準で「覚せい剤精神病 遷延持続型」 副診断：ICD10-F18.1「揮発性有機溶剤（吸入薬）の有害な使用」

補導歴3回 前科3犯（覚せい剤取締法違反・毒物劇物取締法違反・道路交通法違反・窃盗）

1) 生活史および家族歴

同胞2名中第2子次男として関東近県にて出生。父は無職で、覚せい剤の常習者であった。

後に逮捕され服役となり、その後は行方がわからなくなっている。母は精神障害もあり、生活が立ち行かないことから生活保護法における救護施設に入所。その後単身生活をしてきたが、本人が24歳時に死去している。兄は統合失調症にて精神科に通院しながら生活保護を受給し、他県にて単身生活を続けている。両親は、生活保護世帯であり、精神科病院で知り合い結婚、出産となった。両親が育児困難のため、出生直後より乳児院へ入所。2歳から16歳時まで兄と共に養護施設にて育つ。最終学歴は中学卒業。12歳頃から素行不良で、毒物劇物取締法違反・道路交通法違反などで補導される。試験観察で児童自立援助ホームに入所。17歳時車を盗み少年院に送致となり、6ヶ月間入院。退院後、更生保護施設に入所。そこで覚せい剤を初回使用する。その後、保護観察処分にて地元にもどる。数ヶ月で他県に移り、住み込みの工場へ就職するが、覚せい剤使用にて警察から厳重注意を受け工場を解雇となる。母親の家に転がり込むが、迷惑をかけてはいけないと思い、家を出でホームレスの状態となる。友人宅に転がり込み覚せい剤・シンナー・LSD・大麻を乱用。21歳時、他県精神科病院に初回入院となる。退院後暴力団組員となり、大きな刺青を入れる。

2) 現病歴

X-2年に他県精神科病院に不安と疲労感の訴えにて、初回入院となる。短期間で軽快し退院。その直後から暴力団員となる。X-1年に追跡妄想で不安感高まり失声・抑うつ状態となったため、児童自立援助ホームに転がり込み、職員につれられA民間精神科病院を受診。心因反応の診断で通院にて薬物療法を施行していたが、抑うつ気分および不安が治まらないことから、X-1年4月にA民間精神科病院閉鎖病棟に区長同意による医療保護入院となった。入院と同時に生活保護開始。入院後、ECT(Electroconvulsive therapy)と薬物治療により前記症状が速やかに軽快し、20日間の入院で軽快退院となる。退院後、児童自立援助ホームに仮住まいにて過ごすも、しばらくして行方がわからなくなり、その後窃盗事件にて逮捕され、執行猶予の身となった。同時期から前記症状が再燃し、X年12月急性期治療を行う閉鎖病棟に2回目の医療保護入院となる。

3) 支援経過

入院時採尿検査行われず、薬物使用の有無は不明。治療により症状は速やかに改善するも、院内散歩中に無断離院し、数日して飲酒による酩酊状態で再入院となるなど、問題行動はなくならなかった。外出の制限などを行い様子観察した後、退院を検討するも帰る先がなく、今後の処遇に関し嗜癖行動上の問題もあることから、X+1年3月アルコール依存症病棟(開放病棟)に転棟。任意入院へ変更となる。依存症病棟では、陰性症状と副作用により活動性

が低下し、プログラムにはなんとか参加するものの、他の依存症患者と同じような行動はできなかった。3ヶ月間アルコール依存症プログラムには何とか参加を続けたが、退院後は一般精神科デイケア（以下、DCと省略）にてフォローアップすることとなった。X+1年7月退院先がないため、一時的に児童自立援助ホームの空き部屋に退院となる。同月よりデイケア開始となる。X+1年8月公立援護寮に入寮の申し込みをする。また、同時期に精神障害者グループホーム（以下GHと省略する）の入所申し込みも平行して行う。X+1年9月刺青があること及び執行猶予中であることを理由に、公立援護寮への入寮は不承認となる。X+1年11月GHへ4ヶ月間という期限付きでの入所が決定、入所となる。X+2年3月GHの期限がきたため、アパートでの単身生活開始となる。保証人は、児童自立援助ホーム職員が行うことになった。DCへの通所は、何とか続けていたが、無断欠席や中途帰宅が度々あり、DC以外の時間の使い方に関し、多くの問題を抱えていた。同月知り合った21歳の女性と婚姻届けを出し、誰にことわることもなくアルバイトを開始。数週間後に、裸でうずくまっているところを警察に保護され、翌日X+2年6月A民間精神科病院閉鎖病棟に区長同意による3回目の医療保護入院となった。警察での尿検査で覚せい剤の使用は認められなかった。妻の行方がわからなくなっていたが、入院直後児童自立援助ホームの職員に連れられ本人と面談し、その場の話し合いで離婚が成立する。入院時本人希望にて覚せい剤採尿検査を行ったが、結果はAmphetamine・Methamphetamineともに検出されなかった。簡単な疎通はとれるが、思考途絶が見られ、視点も定まらず、病的体験の存在が強く疑われる状態であった。また、多幸感、過干渉、興奮などが見られたため、隔離を必要とした。ECTと薬物治療により症状は安定。X+2年10月退院となる。退院後の支援体制としては、前回DCのみでは規則的な生活が送れなかったことから、訪問看護及びナイトケア（以下NCと省略）を導入し、保護費は福祉事務所にて週払い窓口渡しとした。週間プログラムは、表1に示す通りである（表9.1）。また、本人も交えたケースカンファレンス（以下、CCと省略）にて決定した「本人と関係機関との取り決め事項」を文書にし、本人及び全関係機関の了承をとった上で、全員に配布した。内容は表2に示す通りである（表9.2）。

その後、週間プログラムに沿って規則的に生活する。覚せい剤の再使用も飲酒もなく、生活も安定していった。DCでは、音楽会などの行事において司会を務めるなどDC参加への積極性も見られた。また、訪問看護によって日常の生活に介入したことで、自炊や布団の上げ下ろしなど日常生活に関する細かな指導が行えるようになり、アパート生活にも生活感が出るようになっていった。一方で、突発的に不安・焦燥感が高まり、言動がまとまらなくなるこ

とがあった。また、稀に躁状態となることもあった。そのため、本人の希望による短期間の任意入院が3回あったが、約1年間大きな問題はなく経過した。X+4年4月から作業所への通所開始となる。しかし、X+4年6月「縛られるのが嫌になった」と無断で作業所とDCを休み、その数日後に全ての支援を自己中断し、同月DCも作業所も自ら辞めてしまう。医師の診察とSWの面接のみ週に1回ずつ行っていた。X+4年9月生活リズムが崩れ、精神症状が再燃し、過量服薬も行ったため7回目の入院となる。X+5年2月入院中に離院退院。外来に数回通院したが、本人希望で「違う病院に行きたい」とのことで、A病院での支援は終了となる。その後DCメンバーにお金をたかるなどの行為が見られ、夜間A病院併設の福祉ホーム入居者に金銭を無心に来たところ、入居者による通報で警察介入となったため、A病院への出入りが一切禁止となる。その後、近隣の精神科病院にて入退院を繰り返しながらも、地域で生活をしている。

事例2 依存症支援モデル:A民間精神科病院初診時31歳(支援終了時31歳)女性 単身 生活保護受給中

覚せい剤初回使用23歳 精神科初診年齢16歳 前科1犯(覚せい剤取締法違反)

主診断: ICD10-F15.75「カフェインを含む他の精神刺激剤使用による精神及び行動の障害 残遺性障害および遅発性精神病性障害」・覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議(旧厚生省)における診断基準で「覚せい剤精神病 遷延持続型」 副診断: ICD10-F10.24「アルコール依存症候群」・ICD10-F44.0「解離性健忘」・ICD10-F70.1「軽度精神遅滞の疑い<WAIS total IQ 69(X-1年検査)・66(X年検査)>」

1) 生活史および家族歴

東京にて同胞2人中第1子長女として出生。幼少期の生育発達状況は不明。小・中学校は公立。小学校2年生の時に転校。その後いじめられるようになり、中学校まで続いた。人と話すことができず、いつもびくびくしていた。高校は2年で中退。その後、洋裁の専門学校に入学するが、2年で中退しアルバイトを点々とする。両親が、本人18歳時に離婚。21歳まで父親と同居。その後、家出をし、友人宅に泊まり、アルバイトなど転々とするが続き、風俗で働いたり、ホームレスをしていたこともある。

2) 現病歴

16歳時抑うつを主訴に両親に連れられ地元の公立精神科病院初診。同時期にシンナー初回使用。1年間ほど通院している。22歳頃より覚せい剤を主に静脈注射、ときにあぶりや食物混入で使用。本人いわく「ヤクザに無理やりシャブ漬けにされた」と。23歳頃より度々幻覚が

あり、恐怖感に襲われた。アルコールの初飲は、20歳。22歳頃から大量飲酒。29歳時出会い系サイトで知り合った男性と覚せい剤を使用。覚せい剤取締法違反にて検挙される。執行猶予となり、法務省管轄の更生保護施設に入所。他の入所者との人間関係に悩み、「もう死ぬしかない」等の幻聴が出現。「死にたい」と訴え、近くの交番に行き、ナイフで手首を切ろうとするなどの行動があったため、緊急措置入院となり、翌日民間指定病院に後方転送となる。梅毒陽性で抗生剤治療を行い、治癒。1ヶ月程で「父親のところに帰る」とのことで退院となるが、退院日に飲酒し交番に駆け込んだため、同病院に同日再入院となる。1ヶ月後に退院となり、生活保護法の更生施設に入所するが、やはり、1週間ほどで飲酒にて、退所となっている。その後も飲酒による酩酊にて、救急搬送で内科に入院などした後、福祉事務所と民間精神科クリニックの介入で、X-1年B病院依存症専門病棟に入院となる。梅毒治癒・HIV陰性・トリコモナス膣炎の治療継続。3ヶ月のアルコールリハビリテーションプログラム（Alcoholism Rehabilitation Program 以下、「ARP」）を終了し、メリノール・アルコール・センター（Maryknoll Alcohol center 以下、「MAC」）女性クローズドミーティングとAA（Alcoholics Anonymous）につながり、生活保護法の更生施設に退院となる。しかし、1ヶ月で入院中に知り合った男性のところに行き、すぐに社会生活ができなくなる。別の精神科病院に入院するが、退院と同時に飲酒し、ホームレス状態となる。福祉事務所婦人相談員に連れられA病院初診となる。初診時現在保護観察処分中。

3) 支援経過

X月X日福祉事務所担当者と共に来院。A病院依存症治療病棟（開放病棟）に入院 任意入院となる。解毒治療開始。X+17日解毒治療終了。院内依存症治療プログラムに適応困難と判断し、以前から通って慣れているMACとAAに通所開始。X+21日MAC通所への不安から不穏・困惑状態を呈し、保護室隔離、区長同意による医療保護入院へ変更となる。保護室内徘徊し落ち着かず、「つらいつらい」「男の声で悪口を言われる」と訴え、大声をあげる状態。X+32日徐々に落ち着いたため隔離解除。X+50日任意入院に変更となる。本人は再度MACやAAに通所することを希望したが、治療方針として、依存症治療は行わず病棟内にて静養してもらうことをこの入院治療の目的とした。X+80日一般精神科作業療法と臨床心理士によるカウンセリングを開始。その後、概ね問題なく経過。退院後の方針としてA病院デイケアに依頼するも、対応困難とのことで却下となる。X+108日女性宿所提供施設（一人部屋）へ退院となった。退院後のとりあえずの目標は、施設内で安定した生活を行うこととした。支援機関はA精神科病院・福祉事務所・宿所提供施設・保護観察所・MAC。ケースマネジメントは、

福祉事務所婦人相談員が行うこととなる。本人の強い希望にて、AA への参加は一部許可とした。週間プログラムは、外来作業療法と個別面接を中心とした（表 9.3）。また、本人も交えた CC にて決定した「本人と関係機関との取り決め事項」を文書にし、本人及び全関係機関の了承をとった上で、全員に配布した。内容は表 4 に示す通りである（表 9.4）。

退院後、施設内で飲酒し、職員に対し易怒的となり、退院から 29 日間で A 病院依存症専門病棟へ再入院となった。入院時と同様に自助グループへの参加が心理的な負荷になっていると判断し、A.A への参加を控えるよう取り決めに修正し、解毒のみの治療で入院から 10 日で退院とした。しかし、翌日は来院せず、2 日後酩酊状態で救急搬送されてきたため、外来のみで対応し、約束が守られていないことを指摘した後、福祉事務所に自分で連絡を入れるよう伝え、施設に帰らせた。福祉事務所及び保護観察官には、A 精神科病院から、電話にて事の経過を報告した。その後、本人からの連絡なく、医療中断となった。49 日後に他病院に救急搬送となったとの連絡が入ったため、その時点を以て治療終了とした。

第 5 節 考察

5.1 アセスメントの重要性

Skinner, W は、著書 *Treating Concurrent Disorders : A Guide Counselors* において、併存性障害へのアセスメントの重要性について強調し、その目的と機能について以下のように指摘している。①診断のみでなく治療の計画実行のために役立つ情報を得る、②治療前後で治療の効果が判定できる、③（アセスメントを通じて）治療関係を築くと同時に、患者自身が自分の問題を明確にできる、④精神障害と薬物使用の関係と原因を調査するというものである (Skinner, W, 2005)。事例においても介入当初から MUD と PSD の双方への対応を念頭において治療を開始できていれば、より適切な支援が可能であったかもしれないという点で反省が残る。併存性障害への支援の開始にあたっては、介入当初からのアセスメントが重要であり、単に依存症からの脱却や精神症状の安定のみを目的としたものではなく、多面的なアセスメントがなされた上での、包括的な支援が必要であると考えられた。今後は、MCD に特化した認知行動療法プログラムの開発や、MCD が持つ特徴を踏まえた治療・支援のマニュアル化や専門支援施設の設置が求められる (松本ら, 2007 ; 森田ら, 2007)。

5.2 「心理社会的治療の有効性」と「不適切な直面化による弊害」

一般的に依存症治療の視点から考えると、依存症に焦点を当てた治療を行わない限り、薬

物の乱用が止むということは考えにくい。しかし、統合失調症支援モデル事例では、閉鎖病棟への入院による薬物療法の後、作業療法などによる心理社会的治療を行った上で、集団の中に日中の居場所をつくり、時間的枠組をあたえたことを機に乱用の悪循環から抜け出し、生活が安定していった。そのことから、薬物の乱用が「依存症」からくるものではなく、「遷延する精神病状態」や「他の精神疾患との合併」によって習慣化している場合においては、「薬物療法」と「環境調整による安定した生活習慣の維持継続のための介入」が有効であると考えられた。

一方、依存症支援モデル事例は、介入早期からの自助グループやARPへの参加が引き金となり、保護室隔離が必要なほど行動がまとまらなくなってしまった。一定期間の薬物療法を中心とした入院治療と精神科リハビリテーションを行わなかったことが、症状再燃の要因のひとつと考えられた。依存症支援モデルにおける注意すべき点としては、こうした際に「直面化」を間違った使い方として行う場合が見受けられるが、MCDに対し依存症治療プログラムに適応しないことを理由に、「治療終了とする」ということはしてはならない。MCDの多くは、「治療終了」の意味が理解できず、直面化が直面化になりえないことを十分考慮すべきである。以上の点から、初期のMCDへの介入としては、一旦依存症治療プログラムを中止し、精神状態が安定するまで薬物療法と精神科リハビリテーションを中心に行い、3ヶ月から6ヶ月程度以上の期間をかけてゆっくり対応する統合失調症支援モデルが望ましいと考えられた。とは言え、MCDの多くは、生育過程に大きな問題を抱え、犯歴を有しているなど特徴から、一般精神科病棟においては、他の統合失調症患者に悪影響を及ぼすことが指摘されており、支援機関が対応に苦慮する状況は避けられないだろう (Stuyt, E. B, 2006; 和田 (清) 2004)。そうした点も十分配慮した対応が求められよう。

5.3 自助グループへのつながり

統合失調症支援モデル事例は、入院直前まで覚せい剤の使用が確認されているにも関わらず、NA (Narcotics Anonymous) やDARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) などのいわゆる薬物依存に対する自助組織を活用せずとも、その後長期間に亘り覚せい剤の再使用がなく、生活も安定していったという特徴がある。MHDに焦点を当てた支援が一定の効果を上げたということがいえる。しかし一方で、薬物依存やその背後にある自らの内的な問題への洞察については十分ではなく、何事においても支援の枠組みがゆるくなると、容易に非社会的方向に流れる傾向は、修正されることはなかった。通常の依存症治療では、毎日の自助グル

ープにおけるミーティングで、正直に自分自身を語ることによって、精神的成長を図る。統合失調症支援モデル事例については、こうした自助グループ利用はできなかったが、精神症状と生活の安定が図られた後、いずれかの段階においてNA等の自助グループへの参加ができれば、より確実な回復が期待できると考えられた。我が国では、MCDを多く受け入れ、12ステップミーティングを行っている一部のDARCや、アルコール依存症の併存性障害への12ステップミーティングの活用の試みなどが報告されている（後藤ら, 2008）。しかし、精神科医療現場におけるMCDへの12ステップミーティング導入の取り組みは少ない。一方米国では、併存性障害の者がNAに参加するにあたり、事前に認知行動療法を用いたグループ教育やSST (Social Skills Training)を導入し、自助グループ参加の段階に至ったら、援助者がNAに同行するところから徐々にグループに慣らしていく「Professionally Assisted Pre-NA Group」と呼ばれる方法が用いられている（森田, 2009）。また、NAの12ステップを併存性障害に即した形に修正した「Dual Recovery Anonymous (DRA）」と呼ばれるものを活用したグループも存在するなど、臨床における様々な工夫がなされている（Muserら, 2003）。今後は、認知行動療法の導入と並行して、こうした新たな12ステップミーティングの活用の発展も望まれる。

5.4 MCDへの機関連携による支援

近年、こうしたMCD事例に関しては、司法機関・精神科医療機関が対応しないことによる結果として、DARCが抱え込まざるを得ない状況となっている（幸田ら, 2008）。こうした現状に対し、司法領域においては、刑務所内での依存症治療プログラムの導入が行われ、今後はさらに、DiversionやMatrix Modelなどを中心とした様々な対応が発展することが期待されている。また、精神科医療では、医療観察法病棟の在り方を巡って、国公立の司法専門病棟における薬物依存症への対応についての検討がなされつつある（松本ら, 2007）。こうした中、民間精神科病院は、犯罪性の高いMCDを国公立の機関につなげていくようなトリアージ機能を有しつつ、本事例のように犯罪性の低いMCDに関しては、積極的に治療を行うとともに、他の支援機関と連携を取ることによって、地域支援活動に貢献する必要があると考えられた。

統合失調症支援事例では、一般精神障害者の社会復帰施設、福祉事務所などと民間精神科病院との有機的連携による支援を試みた。しかし、統合失調症支援モデル事例では、公立である精神保健福祉センターに併設された援護寮への入寮を断られたという経過を辿った。その理由は、犯罪歴や他の入寮者との兼ね合い、援護寮利用目的との不一致などであった。決定には疑問が残るものであったが、結果的には民間の精神障害者グループホームが受け入れ

を検討してくれることとなった。今後は、こうした民間施設では対応困難な狭間の事例こそ、公的支援施設において積極的に受け入れ、法制度の改変も含めた検討を行ってほしいものである。一方、依存症支援モデル事例では、MAC や保護観察所との連携が特徴的であった。この事例では継続的に本人と関わる役割を保護観察所が担った。今後は、こうした事例に関わられる唯一の司法機関としての機能を活かした支援にも期待するところである。

今後もこうした様々な事例を通し、機関連携の在り方の検討を蓄積していく必要があるものと思われた。また、現状では、MCD に特化した精神科病院も精神障害者社会復帰施設も存在せず、試行錯誤の連携支援を行うより他に方法がない。今後は、MCD にも柔軟に対応できる TC の実現が、我が国においても望まれるところである（宮永, 2009）。

5.5 司法・医療対応の区分の明確化の必要性

民間精神科病院がMCDを忌避する理由の一つとして、医療機関に受診した違法薬物使用者への対応の仕方が不明瞭であることが考えられよう。一般精神科病院にて考慮すべき、薬物関連障害患者臨床にまつわる司法的問題への対処ガイドラインには、既にエキスパートコンセンサス、全国調査、法律家への意見を総合して作成されたものが存在する（松本, 2007）。しかし、未だ現場での混乱は続いており、司法につながる者と、医療・福祉につながる者は、精神科医個人の意識と力量によって分けられているように思われる。これは、現場レベルにおける薬物依存症者への治療的対応と法的対応の区別が明確となっていないことが、大きな要因であろう。その背景には、精神科医が、医師の裁量に任されている部分を活用しきれていないことが大きく影響しているのではないだろうか。また、精神科医療に携わる者の多くは、「違法性薬物使用の患者は、司法で対応してほしい」という意識が、根強くあるのも事実であろう（倉田, 2006）。本2事例は、薬物再使用がなかったことから、民間精神科病院と保健・福祉機関のみの連携で地域支援が可能であった。しかし、違法薬物の依存症者は、再使用がイコール犯罪行為になってしまうため、民間病院では組織体制が確かなところほど、病院側のリスクを下げるために、違法薬物依存症者を治療対象から除外する方向に動くという状況が伺える。現場では、多種多様な患者への治療を行いつつ、治療構造が特殊な患者への対応を適切に行うには限界があるということを踏まえなければならない。今後は、現場の視点からこの問題を捉えなおすことが必要であると思われた。また、精神科医への研修などによるスキルアップや忌避感情への介入などの根本的問題への対応行うと共に、法制度のスマート化や簡易マニュアルの普及などによって、現場に即したシステム化がなされる必要が

あるのではないだろうか。

第6節 小括

「覚せい剤使用障害 Methamphetamine use disorder (MUD)」と「精神病性障害 Psychotic Disorders (PSD)」を併せ持つ事例を「覚せい剤併存性障害 Methamphetamine Concurrent Disorder (MCD)」と定義し、統合失調症支援モデル事例と依存症支援モデル事例への支援の在り方に関する比較検討を行った。MCDへの支援は、アセスメントが重要であり、介入当初からMUDとPSDの双方へ焦点をあて、3ヶ月から6ヶ月の薬物療法と精神科リハビリテーションによって生活の安定を図った後に、負荷のかからない方法と範囲で自助グループに通うように働きかけを行うことが望ましいと考えられた。一方、支援機関の在り方としては、覚せい剤の再使用がないMCDは、医療機関が積極的に介入し、責任ある対応を行うことで、地域の保健・福祉機関は、安心してMCDを受け入れることができるものと考えられた。また、覚せい剤の再使用のある場合や犯罪性が高いMCDについては、司法機関と公的医療機関や公的社会復帰施設が中心となり適切な治療が行えるようなシステムの構築と、法・制度の整備が求められた。

第10章. 総合考察

第1節 6研究のまとめ

本稿で紹介した6つの研究は、総じて ISUD の実態を明らかにし、その中でも特に PSCD 支援のあり方を精神科医療の立場から模索するものだった。まず、第1研究では、措置入院によって精神科病院に入院する ISUD を対象に、診療録の後ろ向き調査を行い、逮捕群と非逮捕群に分類に基づき考察を行った。退院時に「逮捕される群」と、「逮捕されない群」との2群に分類し、比較検討を行ったところ、逮捕群では、措置診察前に必ず尿検査が行われていた。非逮捕群においては、1割に措置入院前の違法薬物使用が尿検査の結果から明らかになっており、約6割については、措置入院前に尿検査がなされていなかった。ここから、「尿中薬物反応が陽性」という結果であっても、逮捕される場合とされない場合があり、非逮捕群の中には、本来であれば逮捕群になるはずであった者が混在している可能性が示唆された。また、逮捕群と非逮捕群の特徴を比べると、逮捕群では違法物質の影響下にある時間が短かく、犯罪歴が少なく、同居者がおり、仕事を持っていることなどから、更生可能性が高い傾向が見受けられた。すなわち、依存症治療の初期介入の効果が得られやすい者の方が逮捕されているという実態が明らかになった。そのことから、警察介入時から措置入院に至る間では、尿検査の結果よりむしろ更生可能性に基づく選別がなされている可能性が示唆された。一方で、全体のうち約2割については、尿検査において違法薬物を使用していないことが示された。この群の患者は、入院時に逮捕群が急性精神病であると診断された場合が多かったのに対し、統合失調症や双極性感情障害の合併例が多かった。

第2研究では、前記の研究結果を踏まえ、指定病院に入院となる ISUD を、退院時に逮捕をされたかされないか（逮捕の有無）と、措置入院前の段階において違法物質使用を確認するための尿検査を行ったか否か（尿検査の有無）と、結果が陽性だったか陰性だったか（尿検査の結果）を基準として、①逮捕群、②非逮捕入院前尿検査未実施群（以下「非逮捕尿検査未実施群」）、③非逮捕入院前尿検査陽性群（以下「非逮捕尿検査陽性群」）、④非逮捕入院前尿検査陰性群（以下「非逮捕尿検査陰性群」）の4群に分類し、退院支援策について考察を加えた。逮捕群では、措置診察前に必ず尿検査が行われていた。しかし、全体の概ね1割に、尿検査の結果が陽性であっても逮捕されていない者が存在しており、約4割の者に尿検査がなされていなかった。ここから、尿中薬物反応が陽性という結果であっ

ても、逮捕される場合とされない場合があり、非逮捕群の中には、本来であれば逮捕群になるはずであった者が混在していることが明らかになった。一方で、全体のおよそ2割については、尿検査陰性であり、司法介入時に違法物質を使用していないことが示された。

第3研究では、前記の非逮捕尿検査陰性群にあたる精神科医療機関が積極的に支援すべき対象となる群に、PSCDが多いことを前提としたうえで、福祉機関に同様のPSCDに該当する者が存在しているかということと、どのような環境下におかれているかということとを調査した。我が国では、CD支援の一端をDARCが担っているという仮説に基づき、PSCDのDARCにおける支援の実態と課題を明らかにすると共に、PSCDに対する望ましい支援体制のあり方を検討した。利用者への調査にて、遷延する精神病症状を基に、PSCD群とこれがないOSUD群の2群に分類し比較したところ、約4割がPSCDであった。PSCD群はOSUD群に比して、精神科薬服用者の割合、障害者支援制度を必要とする割合が有意に高かった。また、DARCにおける生活や人間関係の満足度が有意に低く、他者とのコミュニケーションに関する援助を求める者の割合が有意に高かった。一方で、職員に仮想PSCD事例を提示し、対応のために必要なものを尋ねたところ、「依存症と他の精神障害との両方の対応が可能な施設」「24時間対応可能な精神科医療機関」「十分な人手、研修」などの回答を多く得た。DARCスタッフはPSCDの受け入れに苦慮しており、精神保健福祉等に関する専門知識の研修や、医療機関との連携を必要と感じていることがわかった。

第4研究では、精神科医療機関が、短い入院機関でも比較的簡単に行えるCD-CBGTプログラムを提供し、その効果について指標を用いて検証した。対象者の特徴として、学歴・婚姻歴・就労状況等から、疾患や障害のみならず、社会的に特殊な事情を抱えた一群であることが伺えた。PSCDにおいては、年齢が有意に若く、薬物経験が多く、犯罪歴がある者が多いという特徴が見られたが、これは、PSCD群に、違法物質使用障害の者が多いことを示していると考えられた。また、このプログラムの有効性については、各指標の結果から、機能の全般性、物質使用をやめるための実効性の有意な改善が確認された。また、服薬アドヒアランス、物質使用への問題意識と治療動機付け尺度の総得点、物質使用問題に対する自己効力感についても改善傾向が見受けられた。一方、PSCD群とOSUD群における2群比較の結果からは、プログラム効果に差が認められ、PSCD群についてはあまり効果が認められなかった。PSCD群では、主観的指標の改善が見られないことや自己効力感が低値で横ばいであることなどから、実感として変化している感覚や、回復している感覚が得られていないことが窺えた。

第5研究では、実際に扱った特徴的なPSCD事例を挙げ、その支援のあり方に関し検討を加

えることを目的とし、「統合失調症多剤乱用事例」「カンナビス精神病事例」「覚せい剤精神病長期支援事例」の3事例への支援に関し考察を行った。方法は、診療録の後方視的調査とした。各事例への望ましい支援のあり方に関し考察を加えた。事例1,3では、いずれも統合失調症モデルに基づく介入によって、再発・再使用への第三次予防的介入が行えた。精神科医療機関では、ISUDを犯罪者として見るのではなく、精神科医療のUserとして、積極的に治療する必要が求められた。事例2では、麻薬及び向精神薬取締法58条の活用を検討したが、事例にはその活用が適さなかった。そのことから、58条の活用法には、更なる検討の余地が残された。また、最も活用が期待されるamphetamine, methamphetamineが、逆に58条の適用とされないことに関して、現場の視点からは疑問が残り、支援の実情を反映した形への法整備が求められた。3事例とも一定の精神症状の安定と物質再使用の繰り返しからの脱却は図られたものの、その後数年に亘って就労に結びつくことはなく、生活が安定しているとは言えない状態となっていた。

第6研究では、「覚せい剤使用障害 Methamphetamine use disorder (MUD)」と「精神病性障害 Psychotic Disorders (PSD)」を併せ持つ事例を「覚せい剤精神病性併存性障害 Methamphetamine Psychotic Concurrent Disorder (M-PSCD)」と定義し、統合失調症支援モデル事例と依存症支援モデル事例への支援の在り方に関する比較検討を行った。

以上の研究結果を元にして、PSCDへの支援に関し、精神科医療機関が提供すべき支援のあり方について、考察してきたい。

第2節 精神科医療機関におけるPSCDへの適切な支援のあり方

2.1 アセスメントの重要性

研究1,2では、措置入院患者への入院前のアセスメントをしっかりと行うことで、適切な場所での適切な介入が行えるように、分類を行い、支援のあり方に関し検討を加えた。その上で、PSCDへの介入に関して、医療機関による更なるアセスメントがあった上での介入法のあり方に関して、研究6で考察した。PSCDへの支援を行う場合、介入当初から物質使用と精神症状の双方への視点を持ったアセスメントを行う重要性が上げられる。入院当初のアセスメントとしては、ルーティンで行われる血液検査などと共に、薬物による身体・精神への影響などを知るための薬物採尿検査(Triage)も併せて行うことが必要である。また、SUDの患者へのMHDの評価も行わなければならない。さらに、治療開始と共に、ア

アルコール・薬物の使用状況や、家族間の問題、世代間連鎖の状況など、依存症支援を前提としたアセスメントを行い、その後の支援に必要な社会的情報も聴取しておく必要もあるだろう。Skinner, W は、著書 *Treating Concurrent Disorders : A Guide Counsellors* において、アセスメントの重要性について強調し、その目的と機能について以下のように指摘している。①診断のみでなく治療の計画実行のために役立つ情報を得ること、②治療前後で治療の効果が判定できること、③(アセスメントを通じて)治療関係を築くと同時に、患者自身が自分の問題を明確にできること、④精神障害と薬物使用の関係と原因を調査するものであること(Skinner, W, 2005)。併存性障害への支援の開始にあたっては、介入当初からのアセスメントが重要であり、単に依存症からの脱却や精神症状の安定のみを目的としたものではなく、その後の生活における再発・再使用防止も視野に入れた、多面的なアセスメントが必要である。アセスメントの具体例としては、2つの障害がいつ頃からどのような経緯で進行してきたのかを問診することや、各々の障害に対する質問紙を実施することなどが挙げられる。どちらが原発性・2次性ということが明確でない場合も多いが、物質誘発性の症状や離脱症状の要素がどれくらいあるのか、物質使用以前や使用が止まっている時期にもMHDがあったのかも聞く必要がある。但し、実践上はどちらが原発という厳密な議論にこだわるよりは、SUDとMHDという2つ治療目的があると理解し、これを本人、家族に説明し、治療を進める方が有効であると指摘されている(Health Canada 2002, Muser, K. T. ら, 2003)。アセスメントにおいて、もっとも重要なことは、MHD, SUDのどちらの治療を行うにあっても、もう一方の存在を見落とさないことである。

2.2 PSCDへの一般精神科医療機関における集団認知行動療法プログラムの提供

本研究では、併存性障害の患者を対象に集団認知行動療法プログラムを行い、その効果について検討を加えた。この度、第4研究にて作成した併存性障害集団認知行動療法プログラムは、Matrix Modelを参考に、(松本ら, 2009)によって作成された「Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program : SMARPP」を改変したものである。また、(森田ら, 2007)が開発した「日本の薬物依存症者に対するマニュアル化した認知行動療法プログラム」も参考にしている。Matrix Modelとは、1984年に設立されたMatrix研究所のクリニックで開発された、中枢刺激薬依存に対する統合的集中型外来治療アプローチ法であり、当初は神経行動モデルNeurobehavioral Modelと呼ばれていた。このプログラムは、再発予防スキルトレーニング、動機付け面接、心理教育、家族療法、12ステッププログラ

ムへの参加などといった、複数の治療要素が統合されたものである。抵抗や否認とは闘わず、罰則ではなく報酬を与え、クライアントの治療継続に力点を置くという方法論を用いる。また、ワークブックと治療者マニュアルに準拠したグループセッションは、幅広い援助者が容易に実施できるという点で優れている（松本ら, 2008）。この治療を用いた、amphetamine/methamphetamine関連障害の患者に対する転帰調査の報告では、一般的な薬物治療を受けた者と、16週間のMatrix Modelでの治療を受けた者で、1年後と3年後の状況を比較したところ、Matrix Modelの治療を受けた群の方が、治療継続率が高かった。また、cocaine依存症者に対する調査では、Matrix Modelによる治療を継続的に、回数を多く受けている者ほど、1年後の予後が良かった（Rawsonら, 2012）。他方、我が国では、松本らの研究をはじめ、多くのワークブックによる実践がなされている（松本ら, 2008; 近藤あゆみら, 2014）。研究成果としては、例えば、医療観察法病棟における物質使用障害プログラムの効果測定において、物質使用障害の病識と、物質使用問題の総得点に有意な上昇が認められ、抗酒剤の服用率および自助グループへの参加同意率も上がったとしている（今村ら, 2010）。精神保健福祉センターにおける薬物依存症再発予防プログラムの有効性評価については、継続率、参加率は概ね良好であり、効果として、自助グループへの参加が促進されることや、気分感情の状態が改善することが示されたとしている（近藤あゆみら, 2014）。このように、依存症治療においては、Matrix Modelに準拠したプログラムの効果が確認されている。

本研究では、おそらく「一般性自己効力感」に引っ張られる形で、PSCDの自記式尺度の得点が上がらなかったことから、PSCDへの認知行動療法プログラムの作成にあたっては、自己効力感が向上する介入を併せて行うか、プログラムの中に組み入れる必要が示された。第3研究でも、PSCDがDARCプログラムにおいて満足してなく、コミュニケーション上のサポートを求めているが、同様な図式を持って、このプログラムへの参加が、OSUDとの比較によって、自己否定につながってしまわぬように、特別な配慮が必要である。客観的指標からは、改善が見られている点もあることを踏まえると、プログラムの提供自体を止めるというより、さらに追加した対応が必要であると考えべきだろう。個別カウンセリングなどのフォローアップも大切だが、SSTにみられるように、PSCDをプログラムに温かく迎え入れるスタッフの態度や、より多くの賞賛や参加時の拍手等が、重要になってくるのかもしれない。

2.3 心理教育や精神保健福祉サービスの積極的な活用による生活支援と生活の枠付け

研究5では、入院直前まで薬物の使用が確認されているにも関わらず、Narcotics Anonymous (NA)やDARCなどのいわゆる薬物関連支援施策を活用することなく、薬物の再使用がなく、処方薬を規則正しくのみ、生活も安定していったという特徴があった。依存症治療の視点から考えると、依存症に焦点を当てた治療を行わない限り、薬物の乱用が止むということは考えにくい。しかし、症例のように、薬物の乱用が、「遷延する精神病状態」や「他の精神疾患の併存」との関連から習慣化している場合においては「薬物療法」と「環境調整による安定した生活習慣の維持継続のための介入」が有効であると考えられた。また研究6では、覚せい剤使用によるPSCDをM-PSCDと定義し、その望ましい支援のあり方に関して、事例検討を行った結果、治療開始当初から一般的な依存症治療を導入することは負荷がかかりすぎるため、できるだけ避けるようにして、3ヶ月から6ヶ月の期間をかけ、精神病症状に焦点を当てた薬物療法と精神科リハビリテーションを行うことによって日常生活の安定を図ることを優先すべきという結論に至った。いわゆる、統合失調症の治療支援モデルを優先的に活用することで、そうした介入が可能となると言える。活用可能な支援制度を列挙すると、①精神科訪問看護、②精神障害者ホームヘルパー、③B型就労支援施設、④精神科デイケア、⑤精神障害者地域活動支援センター、⑥精神障害者グループホームなどといったものが挙げられる。併存精神疾患をもつ104名の薬物依存症患者の、治療1年後の転帰においては、治療をより長く続けること、精神福祉的サービスをより得ることなどが、予後良好因子だったとした (Chiら, 2006)。他方、Cretzmeyerらは、米国におけるmethamphetamine乱用の増加を述べ、嫌悪療法、薬物療法、心理社会的治療とケースマネジメントなどの有効性について述べている (Cretzmeyer, 2003)。薬物療法と並行して、心理教育プログラムによって、精神病症状に対する服薬の必要性やストレスマネジメントなどのMHDと付き合いながら生活していく上でのスキルを学ぶことも大切なことである。さらに、集団の中に安心して過ごせる日中の居場所をつくり、規則的に通うことも、生活リズムを崩さないために必要なことであろう。米国では、統合失調症やその他の重い精神障害を持つ人に対して、有効性が確認されている支援の普及が不十分であるという反省から、1998年より根拠に基づく実践 (Evidence Based Practices;EBP) プロジェクトが実践された。これは、先行研究から有効性が確認されている精神障害者に対する6つのEBPを指定し、実践ガイドラインやハンドアウト忠実度尺度などから構成されるツールキットを作成し、現場での普及を図る取り組みである (藤田ら, 2008)。この6つのEBPの中に、IDDT (Integrated

Dual Disorder Treatment) がある。それによると、SUD+精神病状態の患者への介入方法として、①理解力の問題を持つ場合、複雑な説明ではなく、簡明に物質乱用が精神症状を悪化させていたことを納得させ具体的に変える方法を指導していくこと、②抗精神病薬の投与やアサーティブなケースマネジメントを行うこと、③生活や活動の構造化や金銭管理を行うことなどを挙げている。いずれも、我が国で既に行われている精神障害者への支援を参考にすればよいものと思われる。そういった意味では、上記の6つのEBPの一つである統合失調症患者を対象としたIMR (Illness Management and Recovery) も参考になる。IMRは、リハビリテーションにリカバリーの視点を導入したところが、画期的であるが、周知のとおりリカバリーは、依存症の治療では古くから用いられていたものである。双方障害へのアプローチが歩み寄ってきているようにも思えるが、PSCDの治療では、この両方が必要となることから、どちらも参考にするところがあろう。他方、統合失調症患者と単純に同じに行かない部分もある。SUDの者は、生活上のリズムや行動規範が容易に崩れやすい傾向が見受けられるが、こうした特性はPSCDにも同様に見られる。対処方法としては、週間スケジュールの設定や、支援期間によるルール共有化などがある。研究5, 6においても「約束事」を作成し生活上の枠組を設け、支援機関がそれを共有するという個別の支援を行うことによって、乱用の悪循環から抜け出した事例を挙げた。こうした、「枠付け」は、統合失調症の場合必ずしも必要ではない。

2.4 負荷のかからない方法による依存症支援施設や自助グループへのつなぎ方（回復支援）

研究4では、低い自己効力感がCBGTでは改善していないことなどから、PSCDへの集団による介入を行う前に、個別の特性を踏まえた個別カウンセリングなどによって、自己肯定間や自己効力感を上げるような介入が必要であると考えられた。また、統合失調症を対象とした心理教育プログラムを併せて行うなど、精神病症状に特化した別の介入方法の検討も必要であると考えられた。また研究5では、3事例とも一定の精神症状の安定と物質再使用の繰り返しからの脱却は図られたものの、その後数年に亘って就労に結びつくことはなく、生活が安定しているとは言えない状態となっていたことから、PSCDへの支援にあたっては、一定の精神症状の安定後、人格成長を促すような介入に移行していく必要性が感じられた。研究5, 6の事例でも、心理的成長という点に関しては変化が見られず、何事においても支援の枠組みがゆるくなると、容易に生活全般にわたって崩れやすいという反面がある。依存

症治療で言うところのいわゆる「回復」には当たらない「ただ薬物が止まっているだけの状態」であったと言えよう。こうしたPSCDの状態は、特別な個別介入を間に挟んで、自助グループに乗せなければならないことを端的に表しているように思う。欧米では、併存性障害者がNAに参加するにあたり、事前に認知行動療法を用いたグループ教育やSocial Skills Training(SST)を導入し、参加にあたってのコミュニケーション能力の向上を図ることを第1段階とし、自助グループ参加の段階に至ったら、援助者がNAに同行するところから徐々にグループに慣らしていく「Professionally Assisted Pre-NA Group」と呼ばれる方法が用いられている。また、NAの12ステップを併存性障害者に即した形に修正した「Dual Recovery Anonymous(DRA)」も存在するなど、臨床における様々な工夫がなされている。研究3では、PSCDとOSUDにおいて、他の項目に比してNAへの参加率に関しては差がなかった。これは、DARCの回復者カウンセラーが、CDを自助グループへつなぐために特別な何らかの介入を行っていることが考えられ、そうした技術に関しては、専門職の方が、学ぶべき点であるといえる。また、CDを多く受け入れ、12ステップミーティングを行っている一部のDARCも存在する。一方、精神科医療現場におけるCDへの12ステップミーティング導入への取り組みはほとんど見受けられない。Muserらは、患者自身の動機付けに合わせた段階的に治療を進めることが重要であるとしており、CDの治療段階を①Engagment(関わり)、②Persuasion(説得)、③Active treatment(積極的な治療)、④Relapse Preventon(再発防止)に分けている。関係性を結び、動機付けを高めた後、積極的な治療の段階ではじめて薬物使用の低減や停止を求めるものであり、こうした段階的取り組みは、個々の精神状態を勘案した個別の介入時期を見極め、個々のニーズに合った対応が必要であることを示しているものと考えられた(Muserら, 2003)。一方、研究4で活用したオリジナルワークブックでは、4回、5回をリカバリーによるメッセージのプログラムとしている。自らの入院治療の場に、メッセンジャーが訪れ、「退院したらいつでも歓迎しますよ」というメッセージをくれることは、医療者が指示して自助グループに行かせようとするより、大きな意味を持つ介入となる。自助グループへの抵抗感を最小限に抑えることに有効に機能したものと考えられた。以上点を踏まえると、PSCDの回復支援では、本人の特性を踏まえた依存症回復支援を、本人の能力に応じて組み入れていくことが重要であり、負荷のかからない方法と範囲で自助グループに通うように働きかけを行うことが望ましいと考えられた。

第3節 司法機関との連携体制のあり方と、法の改正を伴う新制度の構築に向けた提言

3.1 精神科医療機関の責務

研究 1, 2 においては、各群への望ましい介入方法としては、①逮捕群では、刑の一部執行猶予制度を活用し、社会内処遇によって依存症治療につなげる。②非逮捕尿検査未実施群・③非逮捕尿検査陽性群では、違法物質の使用の扱いが法的に曖昧であるため、治療的介入が行いにくい状況が作られてしまっていたため、公正な立場から、司法機関による明瞭且つ適正な選別をおこなってもらうことが重要であると考えられた。非逮捕尿検査陰性群では、違法物質使用がなくても再発していることから、指定病院が責任を持って治療する必要がある。また、この群には、PSCD が多い傾向が示されているため、内因性精神疾患と物質乱用の双方への治療的介入を行い、適切な地域支援機関につなげて退院させることが重要であると考えられた。研究 4 では、措置入院を受け入れる指定病院においては、より積極的にこうした物質の再使用防止に向けた簡易プログラムを実践していくことで、物質使用障害者の繰り返す措置入院に対する歯止めとなるという社会的意義を果たすことにつながるものと考えられた。また、精神科医療機関が積極的に介入し、責任ある対応を行うことで、地域の保健・福祉機関は、安心して PSCD を受け入れることができるものと考えられた。

3.2 精神障害者福祉施設と司法関連機関との連携体制の構築

精神科医療機関は、①矯正保護施設の利用方法や保護観察官の立ち場に関する知識に乏しい。②「犯罪者」への忌避感情が高いという特徴がある。そのため、民間精神科医療機関は、司法機関との連携のあり方に関する更なる検討が必要である。米国では、違法薬物乱用による依存症者への支援施策として、「刑事司法手続きからの転換(Diversion)」や、「治療共同体 Therapeutic Community (TC)」等が有効とされ、我が国においても注目を集めている(近藤恒夫, 2003; 小沼, 2006)。一方、TC に関しては、回復者同士が作る共同体を通じた回復という要素と、専門家による働きかけ(心理プログラムや服薬管理を含む)を結びつけて行っており、特に近年は重複診断を考慮した運営もなされている(宮永, 2009)。一方我が国の精神科医療現場では、急性期治療による薬物療法のみが施され、急性症状の消退と共に退院となるが、地域生活は退院直後から困難となり、すぐに服薬中断となるため、再入院を繰り返しているという PSCD に多く遭遇する。先にも述べたが、PSCD は、DARC などの依存症専門支援施設での対応では困難があり、精神障害者支援制度下においては問題

視されるという狭間の症例である。研究5では、各々様々な機関と連携し、地域支援へとつながっていつている。現在、依存者への地域支援に関しては、AA・NAなどの自助グループが支援機関における大きな柱となっている。また、ミーティングを中心としたプログラムを提供する一部の精神障害者小規模作業所・NPO・無認可施設等によって支援が行われている。Diversionに関しては、「薬物使用等の罪を犯した者に対する刑の一部執行猶予に関する法律（平成25年6月19日法律第50号）」が可決され、2年後の施行に向けて動き出している。これにより、保護観察所と民間依存症支援施設の連携によって、薬物事犯への保護観察下における社会内処遇が実現することとなろう（法務省，2013）。そして、アルコール乱用によるPSCDの地域支援に関しては、一般精神障害者支援施設にてサポートされている場合と、アルコール依存症支援施設にてサポートされている場合とがある。前者の場合、社会適応を図るためのプログラムの一環として「飲み会」がある場合などがあり、飲ませないためには、事前の連携による情報共有が重要となってくる。GHの利用等についても同様の配慮が必要であろう。薬物使用によるPSCDに関しては、司法機関との連携のシステム化といった点で、TCの実現が望まれるところである。しかし、現状としてはDARCを中心としたNPO団体等にその支援のほとんどが押し付けられている格好になっている。全国のDARCを対象に行った調査では、PSCDの支援を行うには、症状悪化に24時間対応可能な精神科医療機関との連携や、DARCプログラム終了後の受け皿が求められており、職員がそうした連携を可能にするための専門的知識の習得なども必要とされていた（池田，2014）。逆に一般精神障害者支援の現場では、依存症という疾患自体の特殊性や、依存症支援施設の独自性を理解することが難しく、対応に苦慮している状況がある。更に、薬物使用者への機関連携による支援には、保健所・福祉事務所・精神障害者社会復帰施設などの精神保健福祉領域の機関に加え、都道府県の薬務課・麻薬取締官事務所・保護観察所・更生保護施設などの司法行政機関との連携も必要となってくることから、その連携のあり方は、複雑多岐に亘る。こうした状況から、一般精神障害者支援と依存症支援の双方に精通した専門家の介入がない限り、施設間の相互理解や機関連携は、困難な状況にあるといえよう。上記に示したように、一般精神科治療病棟等においても、PSCDに対する心理社会的治療アプローチについて、更なる検討の余地があるものと思われる。現場においては、各機関の役割に関し、相互理解を図るよう勤め、各々の機関が可能なことを行い、不可能なことは相談し合うという姿勢が求められる。排除するだけでは問題の解決には至らないという点を十分踏まえた対応が必要である。現状では、PSCDに特化した精神科病院も精神障害者社

会復帰施設も存在せず、試行錯誤の治療や医療・司法・福祉の有機的連携支援を行うより他に方法がない。今後は、PSCD にも柔軟に対応できる TC やアウトリーチによる支援を行なう「Assertive Community Treatment (ACT)」の実現など、支援の在り方や制度的改善等の検討も必要であろう。

3.3 法の改正を伴う新制度構築への希望

研究 1.2 では、民間病院である指定医療機関において、ISUD を扱う際の限界について触れた。研究 2 の尿検査陽性非逮捕事例にあったように、人格的に粗暴で犯罪性が高く、且つ尿検査からも methamphetamine が検出されており、警察もそれを知っている状況で、民間医療機関に押し付けられてしまうようであると対応がしきれない。そして、そのことが逆に善意で関わろうとする医療者を潰してしまうことになりかねない。そうした事態を避けるためにも、ISUD を医療機関に送る際の精神保健福祉法 23 条の取り扱いに関しては、国レベルの統一見解を基にしたガイドラインの作成が求められる。

次に、現存する活用されていない制度の見直しや法制度に関しても、現状に即したシステムを再構築する必要がある。そのひとつは、①麻薬及び向精神病薬取締法（昭和 28 年 3 月 17 日法律第 14 号）58 条による措置制度である。我が国で何年にも亘ってもっとも乱用されている「覚せい剤」のみが対象から外されていることで、現場では混乱が度々生じる。活用しづらだけでなく、積極的に介入を図ろうとする現場の医療者たちの混乱を生み、そのやりにくさから ISUD 支援が嫌煙されがちになってしまう状況を生んでいるかもしれない。法改正を伴うものになるため、容易ではないことは十分承知しているが、それでも、この制度は、早急に見直しを図られるべきことと思われる。

最後に、本来であればこうした ISUD を積極的に引き受ける立場にある国公立の医療機関や社会復帰施設が、その使用を認めてくれない状況が支援事例からも見受けられた。その結果、違法物質使用を現在は止めている PSCD の者は DARC にしか行き場がなく、しかし、研究 3 の結果にもあるように DARC では適応できずに、行き場を失っている状況が窺えた。PSCD の治療や支援には、依存症治療と精神障害者支援の双方の専門性が求められるといった点で、どこの支援機関でも担えるということではない。そういった意味では、「刑の一部執行猶予制度」の施行に伴って、専門職と回復者カウンセラーが共同で運営する我が国独自の TC の実現に期待するところは大きい。しかし、それだけでなく、PSCD 治療専門施設の都道府県単位の設置や、PSCD の支援を担う民間の医療・福祉機関に、司法対応も可能

な権限を持つ専門スタッフが、医療観察法における社会復帰調整官のような立場で出向いていく「司法観察 ACT チーム」を都道府県単位で設置するなど、新たな地域支援システムの構築が求められる。

第 11 章. 一連の研究の結論と総括

本稿で紹介した一連の研究では、精神科医療機関に措置入院となる者を退院時に逮捕される者と、逮捕されない者に分類し、その特徴を示した上で、逮捕の有無に加え、措置入院前の段階において違法物質使用を確認するための尿検査を行ったか否か（尿検査の有無）と、結果が陽性だったか陰性だったか（尿検査の結果）を基準として、①逮捕群、②非逮捕入院前尿検査未実施群（以下「非逮捕尿検査未実施群」）、③非逮捕入院前尿検査陽性群（以下「非逮捕尿検査陽性群」）、④非逮捕入院前尿検査陰性群（以下「非逮捕尿検査陰性群」）の4群に分類し、ISUDの望ましい退院支援策を示した。また、分類の結果から、精神科医療機関が積極的に治療を行うべき一群として、違法物質の使用がなくとも、措置入院に至るPSCDの存在を明らかにした。すなわち、司法機関におけるISUDの処遇に関する問題を指摘しつつ、当事者による自助組織であるDARCに支援を押し付ける格好となっている医療機関に対するPSCDの支援のあり方についても指摘した。また、DARCでは、PSCDへの対応に苦慮しており、PSCD自身もDARCでの生活において、依存症支援とは違ったPSCD特有の支援を求めていることがわかった。そして、PSCDには、SUDとMHDの双方に焦点があてられた特別な集団認知行動療法プログラムの提供が必要であり、さらに、集団に入る事前の介入として、自尊心を高めるような関わりとプログラム修了後に個々の機能にあったやり方とペースで、自助グループに繋げていくことや、精神保健福祉サービスの積極的活用が望まれた。以上、現行法下における望ましい支援のあり方を提示した。一方、こうした、司法的対応も含んだ特別なニーズへの対応を、民間の精神科医療機関やDARCが行うためには、司法機関や公的医療・福祉機関も犯罪性が高いISUDに対し、責任ある対応をすることが条件となる。現存のシステムで対応しきれない現状を鑑み、公的機関に設置された、司法における特別な権限を与えられたPSCD専門チームによるアウトリーチや、保護観察所の社会復帰調整官を中心としたACTチームによる支援などといった、新たな地域支援システムの構築が求められた。

こうしたISUDとPSCDへの介入に関して、民間指定病院の立場から検討がなされたことは少なく、本研究はその実務実績も含め評価できるものであったと思われる。

しかしながら、本研究にはいくつかの研究上の制限や問題点がある。第1に、本研究は、第3研究を除いては、すべて都内の一精神科単科大学附属病院での調査であるため、対象に偏りが生じている可能性を否定できないことである。特に、第1、第4研究においては、

対象者数が少ないことにより、適切な因子を抽出できない恐れがあるため、多変量解析を行っていないところに限界がある。また、第1研究においては、地域特性の偏りが結果に影響を及ぼしていることも懸念される。第2に、第4研究において、倫理的配慮から、介入しないことによる治療上の損失を避けるため、対照群を設けることができなかった。そのため介入前後の改善が、全てプログラムの効果のみであったと言い切ることはできない。また、薬物使用者が全員「PSCD群」に含まれていたことから、この度の分類に関して、偏りが生じている可能性も否定できない。さらに、このプログラムが、その後の治療継続に実際にどのように関連して行ったかの検討も現段階では行われていない。今後は、他の治療法との比較や、蓄積されたデータによる年代別の比較など、他の条件を同じくして、違う介入を行ったデータとの比較検討を行い、介入として行ったプログラムの効果を再確認する必要がある。また、現場の視点から考えると、この度の結果を踏まえたプログラム自体の改変も必要となってくる。さらに、このプログラムが臨床においてどれだけ有効であるかについて、追跡調査を行うことは当然のことながら、プログラムを経験した者への個別聞き取り調査を行うなどして、当事者が主観的に満足した支援が受けられているのかといったことを具体的に確かめなければならない。第3に事例検討においては、個々の心理的内界を解き明かすような客観的データが示されているわけでもなく、現場支援スタッフとしての経験に基づく憶測で実際に起こった事実に対して考察を加えているに過ぎないともいえる。専門職のブレインストーミングを行うなど、更なる工夫を加えた上での事例検討の蓄積が必要である。そして、第4に、本研究は、家族への調査を行えなえていないことが挙げられる。依存症治療において、家族介入は必須である。事例には詳しく挙げられなかったが、患者本人は薬物療法と精神科リハビリテーションにて、安定していったものの、家族の共依存状態が治まらず、本人も治療者も対応に苦慮することがあった。PSCDの家族介入については、アセスメントによって、介入当初から家族状況を把握しておき、本人への治療開始と同時期から、家族の自助グループ（Al-Anon / NAR-ANON）に関するインフォメーションや、家族療法／家族カウンセリングによる介入などを行う必要がある。Matrix Model では、依存症者本人が取り組んでいるプログラムと同様に、講義形式で回復のプロセスについて知識を身に付け、本人の依存症的行への対処を支援できるような協力体制を整えるようにしている（松本ら, 2008）。共依存傾向の強い家族は、統合失調症の家族会においては、周囲を巻き込んでしまうこともあるため適さない。依存症介入により心理状態の安定を図ったうえで、統合失調症に関する知識を得てもらう方がよいものと思われる。

共依存的傾向のない家族であれば、どちらから先ということはないが、依存症・統合失調症の双方に関する知識をつけてもらうことが望ましいであろう。今後は、更なる研究によって、望ましいPSCD家族への介入法の検討が必要である。

謝辞

すべてが、感謝と謝罪しかありません。入学から今日までずっと我が師匠である中谷陽二先生と、森田展彰先生。非力で自分勝手な私を、見捨てず、引っ張ってくださったこと、心から感謝致します。ありがとうございました。

また、この研究に関連する事業と現場改革をここまで一緒に付き合ってくれた臨床の仲間たち、わからないことを教えてくれ、助けてくれた研究仲間たちや先生方、そして、この研究と実践に賛同してくれたすべての方に心から感謝の気持ちを伝えたい。ほんとに、ほんとにありがとうございました。みなさんの顔は次々頭に浮かぶのに、言葉は、「ありがとう」しか浮かびません。ほんとうにありがとうございました。

8年前、僕は、自分の我がままで、大学院の博士課程に入り、自分のあまりの非力さに希望が見えなくなり、4年半前に自ら退学しました。しかし、その後も今日まで研究と実践を続けてきました。最後に、両親と家族に対し、今日まで、自分のやりたいことに、時間と労力とお金を費やし、あまり息子らしいこと、父親らしいことが出来なかったことを謝りたい。本当にごめんなさい。

今の感謝と謝罪の気持ちを忘れずに、明日からまた、臨床現場で苦しんでいる目の前の1人1人の患者さんと向き合い、そしてこれからも、10年後の10万人の人々を救えるような研究をしていきたいと思います。

本当にありがとうございました。

平成27年9月

引用文献

- ・合川勇三, 大谷保和, 森田展彰, 他: 東京都立松沢病院における第2次乱用期と第3次乱用期の覚せい剤関連障害入院患者の差違. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 47(2):57-67, 2012
- ・飛鳥井望, 西山詮, 三宅由子由子, 他: 精神科救急の実態—首都圏7施設共同一斉調査の結果から—. 精神神経学雑誌, 96(2):122-137, 1994
- ・Akiyama K: Longitudinal clinical course following pharmacological treatment of methamphetamine psychosis which persists after long-term abstinence. Ann N Y Acad Sic, 1074:125-134, 2006
- ・Brecht, ML., Greenwell, L., Anglin, MD.: Methamphetamine treatment trends and predictors of retention and completion in a large state treatment system (1992-2002). J Subst Abuse Treat, 29(4):295-306, 2005
- ・Brecht, ML., Greenwell, L., von Mayrhauser, C., et al: Two-year outcomes of treatment for methamphetamine use. J Psychoactive Drugs, 3:415-26, 2006
- ・Brecht, ML., von Mayrhauser, C., Anglin, MD.: Predictors of relapse after treatment for methamphetamine use, J Psychoactive Drugs. 32(2):211-20, 2000
- ・Brecht, ML., Herbeck, D.: Time to relapse following treatment for methamphetamine use a long-term perspective on patterns and predictors, 139:18-25, 2014
- ・Buffenstein, A., Heaster, J.: Chronic psychotic illness from methamphetamine. Am J Psychiatry, 156(4):662, 1999
- ・CAMH (Centre for Addiction and Mental Health) : <http://www.camh.net/index.html>
- ・Chi, FW., Satre, DD., Weisner, C.: Chemical dependency patients with cooccurring psychiatric diagnoses service patterns and 1-year outcomes, 30(5):851-9, 2006
- ・Cohen, S.: Amphetamine abuse. JAMA, 231(4):414-415, 1975
- ・Connell, PH: Amphetamine Psychosis. Oxford University Press, 1958
- ・Cretzmeyer, M., Sarrazin, MV., Huber, DL., et al: Treatment of methamphetamine abuse. research findings and clinical directions. J Subst Abuse Treat, 24(3):267-277, 2003
- ・Cruickshank, CC., Dyer, KR.: A review of the clinical pharmacology of

methamphetamine. *Addiction*, 104(7):1085-1099, 2009

• Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., et al: Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug Alcohol Rev*, 27(3):253-262, 2008

• Derlet, RW., Heischouer, B. : Methamphetamine. *West J Med*, 153(6):625-628, 1990

• 遠藤光一, 樋口進: 精神療法・心理社会療法ガイドライン 精神障害別 アルコール依存 久里浜方式. *精神科治療学*, 24(増刊号)257-259, 2009

• 福井進, 小沼杏坪: 薬物依存症ハンドブック. 東京, 金剛出版, 1996

• 藤田英美, 久野恵理, 鈴木友理子, 他: 疾病自己管理とリカバリー (illness Management and Recovery; I MR) の紹介. *精神医学*, 50(7):709-715, 2008

• 藤本淳三: 中宮病院における触法患者の実態. *法と精神医療*, (12):18-31, 1998

• 藤森英之: 松沢病院における触法患者の実態-触法精神障害者の入院形態の変更をめぐる問題. *法と精神医療*, 12:1-17, 1998

• Glasner, ES., Mooney, LJ., Marinelli, CP., et al: Clinical course and outcomes of methamphetamine dependent adults with psychosis. *J Subst Abuse Treat*, 35(4):445-450, 2008

• Gorelik, DA: The pharmacology of cocaine, amphetamine and other stimulants. In: *Principle of addiction medicine*. Lippincott, Williams & Wilkins, 2009

• Goldsmith, RJ., Ries, RK., Yuodelis, FC: Substance-induced mental disorders. In: *Principle of addiction medicine*. Lippincott, Williams & Wilkins, 2009

• Gossop, M., Stewart, D., Marsden, J.: Readiness for change and drug use outcomes after treatment. *Addiction*, 102(2):301-308, 2007

• 後藤恵: 重複障害をめぐる諸問題と統合的治療について-重複障害の罹患者を対象とした集団療法の有効性-. *日本アルコール薬物医学会*, 43(3):194-203, 2008

• Graham, HL.: *Cognitive-Behavioral Integrated Treatment (C-BIT): A treatment manual for substance misuse in people with severe mental health problem*. John Wiley & Sons. Ltd, Chichester, 2004

• 原井宏明, 村上優, 杠岳文 他: 諸外国との比較3年間のまとめ 治療に関するレビュー. 北部九州とハワイの物質使用患者の比較. 厚生科学研究補助金医薬安全総合研究事業研究報告書「薬物依存・中毒者のアフターケアに関する研究 平成10~12年度(主任 内村英幸)」分担報告書, 103-116, 2001

- Health Canada : Best Practices Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders .2002
- Hillhouse,MP.,Marinelli,CP.,Gonzales,RA.,et al.:Methamphetamine Treatment Project Corporate Authors. Predicting in-treatment performance and post-treatment outcomes in methamphetamine users. Addiction, 102:84-95,2007
- 廣尚典, 島悟:問題飲酒指標 AUDIT 日本語版の有効性に関する検討. 日本アルコール薬物医学会, 31:437-450, 1996
- 平田豊明:緊急措置入院の全国状況. 精神科救急, 13:54-57, 2010
- Hoffmann,NG.,Miller,NS.: Perspectives of effective treatment for alcohol and drug disorders. Psychiatr Clin North Am, 16(1):127-140, 1993
- 堀 達:アルコール・薬物依存と抑うつ状態. 日本アルコール精神医学雑誌, 13(2):19-26, 2006
- Hubbard,RL.,Craddock,SG.,Anderson,J.,et al.:Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). J Subst Abuse Treat, 25(3):125-34, 2003
- Hubbard,RL.,Rachal,JV.,Craddock,SG.,et al.: Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): client characteristics and behaviors before, during, and after treatment. NIDA Res Monogr, 51:42-68, 1984
- Hubbard,RL.,Leimberger,JD.,Haynes,L.,et al.: National Institute on Drug Abuse. Telephone enhancement of long-term engagement (TELE) in continuing care for substance abuse treatment: a NIDA clinical trials network (CTN) study. Am J Addict. 16(6):495-502, 2007
- Hoffmann,NG.,Sonis,WA.,Halikas,JA.:Issues in the evaluation of chemical dependency treatment programs for adolescents. Pediatr Clin North Am, 34(2):449-59, 1987
- 法務省: http://www.moj.go.jp/keijil/keijil2_00072.html
- 五十嵐禎人:触法精神障害者の処遇 その現状と問題点. 松下正明総編集, 臨床精神医学講座 19 司法精神医学・精神鑑定. 東京, 中山書店, 406-420, 1998
- 五十嵐禎人:イギリスにおける触法精神障害者の処遇—精神保健システムへの移送と専門治療施設—. 法と精神医療, 12:65-76, 1998
- 池田朋広, 山田光彦, 井口喬:措置入院による覚せい剤精神病者の実態と処遇に関する

研究. 法と精神科臨床 , 7(1) :27-35, 2005

・池田朋広, 山田光彦, 井口喬 : 地域における覚せい剤乱用者の実態と支援に関する研究 - 精神および行動の障害における二重診断例を中心に -. 日本社会精神医学会雑誌 , 14(1) :55-65, 2005

・池田朋広, 秋庭秀紀, 高木のり子, 他 : ソリューションフォーカスト・ブリーフセラピーを活用したアルコール依存症治療・リハビリテーションプログラム - 多職種チームアプローチと自助グループとの連携 -. 臨床精神医学, 38(9) :1305-1314, 2009

・池田朋広, 小池純子, 森田展彰, 他 : 措置入院指定病院の立場における違法物質使用障害者への退院支援策の検討 - 司法処遇と薬物採尿検査に着目した 4 事例から -. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 49(1) :45-56, 2014

・池田朋広, 小池純子, 森田展彰, 他 : 措置入院指定病院に入院する違法物質使用障害者の実態調査 - 退院時における逮捕群と非逮捕群との比較から -. 日本社会精神医学会雑誌, 23:112-122, 2014

・池田朋広, 森田展彰, 梅野充, 他 : 精神病性障害と物質使用障害の併存障害について - 精神病性併存性障害 3 症例への考察 -. 精神科治療学, 25(5) :573-581, 2010

・池田朋広, 梅野充, 森田展彰, 他 : 覚せい剤併存性障害への支援のあり方に関する一考察 - 統合失調症支援モデル事例と依存症支援モデル事例との比較から -. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45(2) :92-103, 2010

・池田朋広, 常岡俊昭, 稲本淳子, 他 : 第 V 部 物質使用障害とアディクションをめぐる様々な問題 複雑な症例の治療 重複診断症例の臨床的特徴と治療 - 統合失調症 -. 臨床精神医学, 28(増刊号) :307-363, 2013

・池田朋広, 小池純子, 幸田実 他 : 物質使用障害と精神病性障害を併せ持つ者への地域支援策の検討 - 薬物依存症リハビリテーション施設への全国調査から -. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 49(6) :340-355, 2014

・今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児 他 : 心神喪失者等医療観察法における物質使用障害治療プログラムの開発と効果. 精神医学, 54 (9) : 921-930, 2012

・今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 他 : 国立精神・神経医療研究センター病院医療観察法病棟における物質使用障害治療プログラムの開発と効果測定. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45(5) :452-463, 2010

・市橋秀夫 : 心の病気のチェックリスト統合失調症. こころの科学, 106, 11:71-75, 2002

- ・ 稲田俊也, 岩本邦弘: 観察者による精神科領域の症状評価尺度ガイド改訂版. 東京, 株式会社じほう, 2009
- ・ 石坂理江, 常岡俊昭, 小川浩史 他: 併存性障害の発見のための工夫 - 併存性障害チェックシートを用いて -. アディクションと家族, 30(2), 152-156, 2015
- ・ Jacobs E, Fujii D, Schiffman J, Bello I.: An exploratory analysis of neurocognition in methamphetamine-induced psychotic disorder and paranoid schizophrenia. Cogn Behav Neurol, 21(2):98-103, 2008
- ・ 金子晃一, 伊藤哲寛, 平田豊明: 現場で役立つ精神保健福祉法 (2000 年施行) その理念と実務. 東京, 星和書店, 2002
- ・ 加藤伸勝 他: 昭和 60 年度覚せい剤中毒者総合対策報告書. 厚生省覚せい剤中毒者対策に関する専門家委員会, 73-82, 1986
- ・ 加藤久雄: 人格障害犯罪者と社会治療 - 高度に危険な犯罪者に対する刑事政策は如何にあるべきか -. 東京, 成文堂, 2002
- ・ 河崎健人, 平田豊明 (報告書執筆者) 他: 措置入院患者の権利擁護、退院支援と地域移行に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業) 「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究 (研究代表者 竹島正)」平成 21 年度~23 年度 総合研究報告書. 195-206, 2012
- ・ 菊池安希子 他: 指定入院医療機関モニタリングに関する研究. 厚生労働科学研究費補助金「医療観察法制度の鑑定入院と専門的医療の適正化と向上に関する報告書」(研究代表者: 五十嵐禎人) 平成 25 年度総括・分担研究報告書:93-106, 2014
- ・ 警察庁: 平成 23 年の犯罪情勢 平成 24 年 6 月 .
<http://www.npa.go.jp/toukei/seianki/h23hanzaizyousei.pdf>
- ・ 小池純子, 森田展彰, 針間博彦, 他: 措置入院の現状に関する研究 - 医療観察法施行の影響に着目して -. 精神神経学雑誌, 111(11):1345-1362, 2009
- ・ 小林桜児, 松本俊彦, 千葉泰彦, 他: 少年鑑別所入所者を対象とした日本語版 SOCRATES (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) の因子構造と妥当性の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45(5):437-451, 2010
- ・ 近藤あゆみ, 井出美保子, 高橋郁恵 他: 精神保健センターにおける薬物依存症再発予防プログラム「TAMARPP」の有効性. 日本アルコール薬物医学会雑誌, 49(2):119-135, 2014
- ・ 近藤恒夫, 坪倉洋一, 長坂好一 他: ダルク施設調査研究, 厚生科学研究補助金 医薬安

全総合研究事業 平成 10 年度研究報告書 薬物依存・中毒者のアフターケアに関する研究:77-109, 1999

・近藤恒夫, 尾田真言: 薬物事犯者に対する新しい刑事政策に関する研究 アパリのダイバージョン・プログラムと米国ドラッグ・コート制度, 厚生労働科学研究費補助金 医薬安全総合研究事業 平成 14 年度研究報告書 薬物依存・中毒者の予防, 医療及びアフターケアのモデル化に関する研究:141-153, 2003

・小沼杏坪: 覚せい剤中毒の多面的臨床類型. 精神神経学雑誌, 86(5):315-339, 1984

・小沼杏坪: 薬物関連精神障害の診断. 日本アルコール・薬物医学会, 8:45-51, 2001

・小沼杏坪, 小森榮, 妹尾栄一: ドラッグコート アメリカ刑事司法の再編. 丸善プラネット株式会社, 東京, 2006

・小沼杏坪: 覚せい剤精神病 (陽性症状残遺型) と統合失調症の鑑別診断について. 日本アルコール精神医学会誌, 14(1):35-46, 2007

・幸田実, 平井秀幸, 高橋孝司, 他: 薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査, 厚生労働省平成 19 年度障害者保健福祉推進事業補助金事業 平成 19 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト. 特定非営利法人東京ダルク, 東京, 2008

・小山司: 覚せい剤中毒の症候. 精神科 M00K3 覚せい剤・有機溶剤中毒, 加藤伸勝編, 東京, 金剛出版:36-47, 1982

・倉田健一, 田村達辞, 近藤直樹, 他: 薬物関連精神障害に関する精神科医の意識調査結果について. 精神科救急, 9:102-106, 2006

・黒木規巨, 岩波明, 戸田壮一, 他: 覚醒剤精神病の臨床的研究. 臨床精神医学, 23:475-482, 1994

・ Lambert, MT., Griffith, JM., Hendrickse, W.: Characteristics of Patients With Substance Abuse Diagnoses in a General Psychiatry Unit in a VA Medical Center. Psychiatric Services, 47(10):1104-1107, 1996

・ Lapworth, K., Dawe, S., Davis, P.: Impulsivity and positive psychotic symptoms influence hostility in methamphetamine users. addiction behaviors, 34(4):380-305, 2008

・ Lehmen, AF., Myers, CP., Corty, E.: Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse. Hosp Community Psychiatry, 40: 1019, 1989

・ Lin, SK., Ball, D., Hsiao, CC., et al.: Psychiatric comorbidity and gender differences

of persons incarcerated for methamphetamine abuse in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58(2):206-212, 2004

・ Mahoney, JJ3rd., Kalechstein, AD., De La Garza R2nd., et. al. : Presence and persistence of psychotic symptoms in cocaine versus methamphetamine dependents. *Am J Addict*, 17(2):83-98, 2008

・ Margolese, H. C., Malchy, L., Negrete, J. C., et al. : Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses levels and consequences. *Schizophrenia Research*, 67:157-166, 2004

・ MATRIX Institute on Addictions : <http://www.matrixinstitute.org/index.html>

・ Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., et al. : Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *Br J Psychiatry*, 176:285-289. 2000

・ 松田昇, 古川元晴, 柳俊夫, 他 : 新版 覚せい剤犯罪の捜査実務 101 問 (改定) . 東京, 立花書房, 2007

・ 松本俊彦 : アディクション - 精神科医が「否認」する「否認の病」 - . *精神科治療学*, 25(5):565-571, 2010

・ 松本俊彦, 小林桜児 : 薬物依存者の社会復帰のために精神保健機関は何をすべきか? — Matrix Model と Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) — . *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 43(3):172-187. 2008

・ 松本俊彦, 今村芙美, 梅野充, 他 : 薬物関連精神障害の臨床における司法問題に関する研究. 平成 18 年度 厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究 (主任 和田清)」分担報告書 : 241-273, 2007

・ 松本俊彦, 今村扶美 : 物質依存を併存する触法精神障害者の治療の現状と課題. *精神科治療学*, 24(9):1061-1067, 2009

・ 松本俊彦, 今村扶美, 吉澤雅弘, 平林直次 : 物質使用障害を併発した触法精神病例の薬物治療・心理社会治療. *臨床精神薬理*, 10:751-758, 2007

・ 松本俊彦 : 薬物依存臨床における司法的問題への対応, *こころの臨床* a. la. carte, 29(1):113-119, 2010

・ 松本俊彦 他 : 薬物依存症に対する認知行動療法プログラムの開発と効果に関する研究.

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）平成 22 年度～平成 24 年度 総合報告書

- ・松本俊彦, 今村扶美, 吉沢雅弘, 他：物質使用障害を併発した触法精神病例の薬物治療・心理社会的治療. 臨床精神薬理, 10:751-758, 2007
- ・松本俊彦, 今村扶美, 小林桜児, 他：少年鑑別所における薬物再乱用防止教育ツールの開発とその効果—若年者用自習ワークブック「SMARPP-Jr.」—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 44: 121-138, 2009
- ・松本俊彦, 今村扶美, 吉澤雅弘 他：国立精神・神経センター武蔵病院医療観察法病棟の対象者に併発する物質使用障害について—評価と介入の必要性をめぐって—. 司法精神医学 3: 2-9, 2008
- ・松本俊彦, 今村扶美, 平林直次：医療観察法における覚せい剤依存の心理社会的治療. 最新精神医学 14 (2): 163-170, 2009
- ・松本俊彦：物質使用障害に対するワークブックを用いた治療プログラム. 精神科治療学, 28:59-65, 2013
- ・Matsumoto, T., Kimijo, A., Miyakawa, T., et al.: Methamphetamine in Japan: the consequences of methamphetamine abuse as a function of route of administration. *Addiction*, 97(7):809-817, 2002
- ・McKetin, R., McLean, J., Lubman, D.I., et al.: The prevalence of psychotic symptoms among methamphetamine users. *Addiction*, 101:1473-1478, 2006
- ・McKetin, R., Ross, J., Kelly, E., et al.: Characteristics and harms associated with injecting versus smoking methamphetamine among methamphetamine treatment inpatients. *Drug Alcohol Rev*, 27(3):277-285, 2008
- ・Mitchell, D., Angelone, D.J.: Assessing the validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with treatment-seeking military service members. *Mil Med*, 171: 900-904, 2006
- ・Mitchell, D., Angelone, D.J., Cox, S.M.: An exploration of readiness to change processes in a clinical sample of military service members. *J Addict Dis*, 26: 53-60, 2007
- ・宮永耕：覚せい剤依存者の地域生活移行支援. 最新精神医学, 14(2):171-176, 2009
- ・宮永耕：薬物依存症者の社会復帰を目的とした制度の重なりに関する研究. 平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業

「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究（主任 和田清）」分担報告書:151-161, 2012

・宮田量治：臨床疾患の症状評価 13. その他の状態 治療遵守度の評価法 分裂病の薬物コンプライアンス. 臨床精神医学, 増刊号:265-275, 1999

・宮下純子, 針間博彦：覚醒剤精神病患者の緊急措置入院における法的諸問題－1 自験例を通じて－. 法と精神科臨床, 6:1-8, 2004

・Misra, L., Kofoed, L.: Risperidone treatment of methamphetamine psychosis. Am J Psychiatry, 154(8):117, 1997

・森田展彰, 末次幸子, 嶋根卓也, 他：日本の薬物依存症者に対するマニュアル化した認知行動療法プログラムの開発とその有効性の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 42(5):487-506, 2007

・森田展彰：併存性障害をもつ薬物依存症患者へのアプローチ. 精神科治療学, 24:254-256, 2009

・森田展彰：薬物使用障害とその他の精神障害が併存する事例に対する治療. こころの臨床 a. la. carte 29(1):103-106, 2010

・森田展彰, 幸田実, 梅野充, 他：薬物乱用者の希死念慮の危険因子に関する研究. 日本アルコール薬物医学会 47(1):24-38, 2012

・Muser, KT., Noordsy, DL., Drake, RE., et al.: Integrated Treatment for Dual Disorders: A guide to effective practice. New York, London, The Guilford Press, 2003

・日本医師会：医師の職業倫理指針（改訂版）.
http://di.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/2008091_1.pdf

・長尾卓夫：触法精神障害者と措置入院制度の問題点. 日精協誌, 17(2):124-127, 1998

・長尾卓夫：重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇について 日精協の対応の経過. 日精協誌, 21(2):105-108, 2002

・中谷真樹, 功刀弘：重大事件を起こした精神障害者の治療と社会復帰－分裂病患者を中心に－. 精神医学, 29:1163-1169, 1987

・中谷真樹：触法分裂病者の治療的背景とその処遇－公立病院における調査から（第2報）－. 臨床精神医学, 18(8):1219-1226, 1989

・中谷陽二：覚醒剤精神病の診断と臨床症候学 日米薬物依存シンポジウム, 1990

・中谷陽二, 加藤伸勝, 山田秀世, 他：覚せい剤精神病のせん妄と錯乱 - 症候学的検討 - .

臨床精神医学, 20:1934-1944, 1991

・中谷陽二, 黒田治, 大木進, 他 : 検察官・矯正施設長通報による措置入院者の治療について. 精神経誌, 94(11):1099-1103, 1992

・中谷陽二: 精神障害者の責任能力 法と精神医学の対話. 金剛出版, 東京, 1993

・中谷陽二, 藤森英之, 岩波明 他: 精神障害の難治例及び触法例の臨床経過に関する多面的研究 (第2報). 平成5年度 厚生省精神・神経疾患研究委託費研究報告書「治療抵抗性精神障害の成因・病態に関する研究」:115-120, 1994

・中谷陽二: 触法精神障害者の治療—現状分析と提言—. 西山詮 (編) 精神障害者の強制治療—法と精神医学の対話2—. 東京, 金剛出版, 1994

・中谷陽二: 分裂病殺人者の治療について. 分裂病犯罪研究. 東京, 金剛出版, 1996

・中谷陽二: コミュニティ精神医療と触法精神障害者. 精神科治療学, 11(11):1153-1158, 1996

・中谷陽二: 犯罪と精神保健行政 戦後の動向. 臨床精神医学講座 19 司法精神医学・精神鑑定 (松下正明総編集, 東京, 中山書店) :421-428, 1998

・中谷陽二: 東京都における措置入院の実態に関する調査報告書, 1-7, 1998

・中谷陽二: 医療の視点からみた触法精神障害者処遇. 刑法雑誌, 42(2):253-265, 2003

・成瀬暢也: 覚せい剤使用障害の入院治療—渴望期を乗り切るために—. 精神科治療学, 28:205-211, 2013

・National Institute of Drug Abuse(NIDA) : <http://www.drugabuse.gov>

・西山詮: 堅い精神科救急 (緊急鑑定) の実態と改革. 精神経誌, 86(2):89-119, 1984

・奥原孝幸, 奥平智之, 松村人志: 入院中の統合失調症患者への集団認知行動療法の有効性に関する検討. 認知療法研究, 6(1):43-54, 2013

・大野直規, 山田和夫, 小阪憲司: 覚せい剤精神病患者からの採尿に関する問題点—刑事司法的観点から—. 神奈川県精神医学会誌, 49:7-12, 1999

・大原健士郎他編: アルコール・薬物依存—基礎と臨床—. 金原出版, 1984

・小山田静江, 岩波明, 上島国利, 他: 重大犯罪を犯した措置入院患者の処遇に関する検討. 法と精神科臨床, 1; 65-75, 1997

・尾崎茂: 物質依存の時代の変換と現状. 精神科治療学, 19(11):1289-1296, 2004

・Pasic, J., Russo, JE., Ries, RK., et al.: Methamphetamine users in the psychiatric emergency services: a case-control study. Am J Drug Alcohol Abuse, 33:675-686, 2007

- Rawson, RA. , Gonzales, R. , Brethen, P. : Treatment of methamphetamine use disorder: an update. J Subst Abuse Treat, 23(2) :145-150, 2002
- Rawson, RA. , Marinelli, CP. , Anglin, MD. , et al. : A multisite comparison of psychosocial approach for the treatment of methamphetamine dependence. Addiction, 99(6) :708-717, 2004
- Rawson, RA. , Gonzales, R. , Greenwell, L. , et al. : Process-of-care measures as predictors of client outcome among a methamphetamine-dependent sample at 12- and 36-month follow-ups. J Psychoactive Drugs, 44(4) :342-349, 2012
- Rieger, DA. , Farmer, ME. , Rae, DS. : Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse, Resulting from the Epidemiological Catchment Area(ECA) study. J. Am. Med. Assoc, 264:2511-2518, 1990
- Robert, ED. , Kim, TM. : Dual Diagnosis of Major Mental illness and Substance Abuse Volume2:Recent Research and Clinical Implications Group Treatment for Dually Diagnosed Clients, 33-52, 1996
- Roll, JM. , Chudzynski, J. , Cameron, JM. , et al. : Duration effects in contingency management treatment of methamphetamine disorders. Addict Behav, 38(9) :2455-62, 2013
- 坂口正道 : 最近の覚醒剤乱用とその臨床. 神経精神薬理, 19(11) :999-1006, 1997
- 酒井佳永, 金吉晴, 秋山剛 他 : 病識評価尺度(The Schedule for Assessment of Insight) 日本語版(SAI-J)の信頼性と妥当性の検討. 臨床精神医学, 31(2) :177-183, 2000
- 坂野雄二, 東條光彦, 福井 至 他 : 一般性セルフ・エフェカシー尺度. KOKORO NET CO, LTD, 2006
- 佐藤光源 : 慢性覚醒剤中毒の臨床的研究. 精神医学, 24(5) :481-489, 1982
- 佐藤光源 : 覚醒剤精神病及びその精神分裂病との関連. 精神医学, 30(4) :433-442, 1988
- Sato, M. , Numachi, Y. , Hamamura, T. : Relapse of paranoid psychotic state in methamphetamine model of schizophrenia. Schizophr. Bull. , 18(1) :115-122, 1992
- Schizophrenia & Substance Use : [http://www. Schizophreniaandsubstanceuse. ca /home/](http://www.Schizophreniaandsubstanceuse.ca/home/)
- Schmidt, A. , Barry, KL. , Fleming, MF. : Detection of problem drinkers: the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). South Med J. , 88:52-59, 1995
- 精神保健福祉研究会 監修 : 改訂第二版 精神保健福祉法詳解. 東京, 中央法規, 201-202, 2002

- Semple, JS., Zians, J., Ateffanie, AS., Patterson, TL. :Methamphetamine-users experiencing psychotic symptoms. Am J Addict, 17 (3):235-240, 2008.
- 妹尾栄一：薬物依存と精神病合併問題 - 二重診断例を中心に - . 精神医学, 34:869-874, 1992
- Skinner, W. :Treating Concurrent Disorders : A Guide Counselors , 2005
- Simpson, DD. :National treatment system evaluation based on the Drug Abuse Reporting Program (DARP) followup research. NIDA Res Monogr, 51:29-41, 1984
- Smith, JW., Frawley, PJ. :Treatment outcome of 600 chemically dependent patients treated in a multimodal inpatient program including aversion therapy and pentothal interviews. J Subst Abuse Treat, 10(4):359-69, 1993
- 染田恵, 寺村堅志, 桑山龍二：アジア地域における薬物乱用の動向と効果的な薬物乱用者処遇対策に関する調査・研究について. 法務省研究部 27, 2005
- Stuyt, EB., Sajbel, TA., Allen, MH. :Differing Effects of Antipsychotic Medications on Substance Abuse Treatment Patients with Co-occurring Psychotic and Substance Abuse Disorders, Am J Addict, 15:166-173, 2006
- Stanly R Kay, Lewis A Opler, Abraham Fiszbein 著 山田寛, 増井寛治, 菊本弘次, 翻訳：陽性・陰性症状評価尺度(PANSS)マニュアル. 東京, 株式会社星和書店, 1991
- 高木のり子, 池田朋広, 常岡俊昭 他：精神科亜急性期治療病棟におけるアディクションチームの発足と併存性障害治療プログラム(仮称)の試行, 季刊東京精神科病院協会誌, 別冊 No. 26:116-119, 2011
- 武井満：精神科救急と触法問題－医療対応か司法対応か. 精神科救急医療, 飛鳥井望, 分島徹編集, 東京, 金剛出版, 203-214, 1998
- 武井満：医療と司法の狭間の問題をいかに考えるか. 精神科治療学, 16(7) : 663-668, 2001
- 武井満：日本の精神鑑定の現状と問題点. 精神科, 1(5) :415-417, 2002
- 武井満：精神保健福祉法通報制度の問題点と司法精神医学的課題. 精神医学, 44(6) ; 619-625, 2002
- 立津政順, 後藤彰夫, 藤原豪：覚醒剤中毒, 東京, 医学書院, 1956
- 田玉逸男, 井口喬, 平沼昇 他：措置入院の判断基準とその処遇について. 法と精神科臨床, 1:51-62, 1997
- 田玉逸男、中川之子, 井口喬ほか：殺人を犯した触法精神障害者の治療と社会復帰に関

する研究. 法と精神科臨床, 1:52-73, 1998

・飛田清弘, 松浦恂, 澤新:改訂 覚せい剤事犯とその捜査. 東京, 立花書房, 1992

・Tomiyama G:Chronic schizophrenia-like states in methamphetamine psychosis. Jpn J Psychiatry Neurol, 44(3):531-539, 1990

・融道男, 中根允文, 小見山実:ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—. 東京, 医学書院, 1993

・土屋賢治, 中谷陽二, 岩波明:触法精神障害者の臨床的特徴について—1 公立病院における調査から. 精神医学, 38(3):287-293, 1996

・常岡俊昭, 杉沢諭, 池田朋広:入院中の統合失調症患者に対する多職種による心理教育の効果. 臨床精神医学, 43(1):101-108, 2014

・Ujike, H., Sato, M.:clinical Features of sensitization to methamphetamine observed in patients with methamphetamine dependence and psychosis. Ann N Y Acad Sci, 1025:279-287, 2004

・梅野充, 伊藤拓, 梅津寛, 他:統合失調症患者における物質使用障害の合併—松沢病院入院例についての検討—. 東京精神医学会誌, 26(1):8-13, 2009

・和田清, 福井進:覚せい剤精神病の臨床症状—覚せい剤使用年数との関係—アルコール研究と薬物依存, 25(3):143-158, 1990

・和田清, 福井進:覚せい剤精神疾患における残遺症候群について. 精神保健研究, 37:161-168, 1991

・和田清:薬物使用に関する全国住民調査. 平成 23 年度 厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究(主任 和田清)」分担報告書:15-95, 2012

・和田清:依存性薬物と乱用・依存・中毒—時代の狭間を見つめて—. 東京, 星和書店, 2000

・和田清:医療モデルの違いとしての精神作用物質依存症の治療. 精神科治療学, 19(11):1281-1287, 2004

・和田清, 尾崎茂, 近藤あゆみ 他:薬物乱用・依存の今日的状況と政策的課題. 日本社会精神医学会雑誌, 17(3):233-244, 2009

・Weisner, C., Ray, G.T., Mertens, J.R., et al.:Short-term alcohol and drug treatment outcomes predict long-term outcome. Drug Alcohol Depend, 71(3):281-94, 2003

- Winslow, BT., Voorhees, KI., Pehl, KA. :Methamphetamine abuse. Am Fam Physician, 76(8):1169-1174, 2007
- Wood, E., Lai, C., Marshall, BDL., et al. :Increase in fatal methamphetamine overdoses in aCanadian setting. Am J Addict, 18:248-249, 2009
- 山上皓 : わが国における現状と問題. 法と精神医療, 12:32-47, 1998
- Yeh, HS., Lee, YC., Sun, HJ., et al. :Six months foolow-up of patients with methamphetamine psychosis. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei), 64(7):388-394, 2001
- 雪竹朗 : 東京都における緊急措置入院制度に基づく入院者の実態. 精神医学, 21(9):935-943, 1979
- Yukitake, A:Amphetamine psychosis in Tokyo-its clinical features and social problems. Folia Psychiatry Neurol Jpn. 37(2):115-120, 1983
- Zweben, JE., Cohen, JB., Christian, D., et al. : Psychiatric symptoms in methamphetamine users. Am J Addict, 13:181-190, 2004

図2-1. 用語の定義

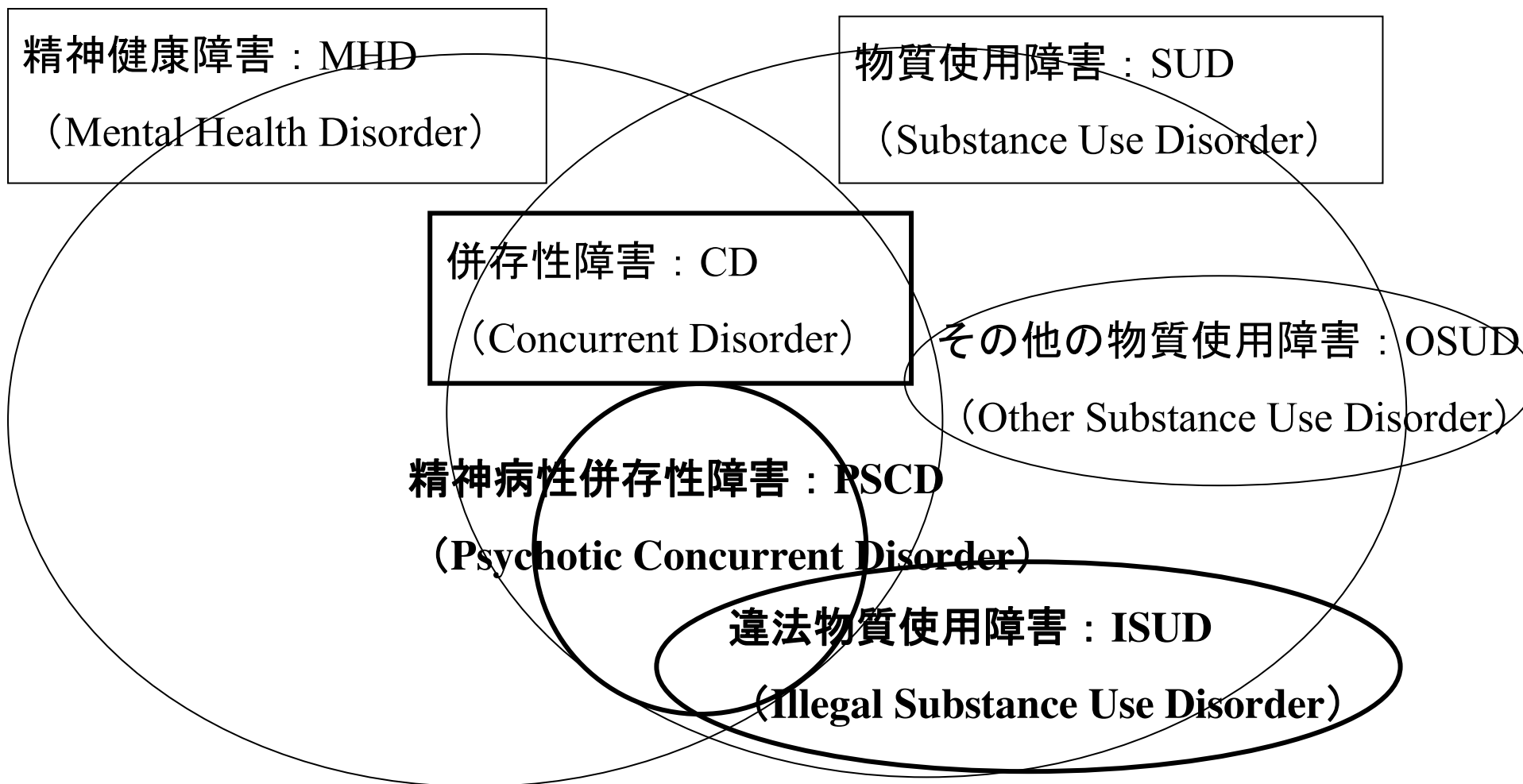


図3-1. 違法物質使用者への対策

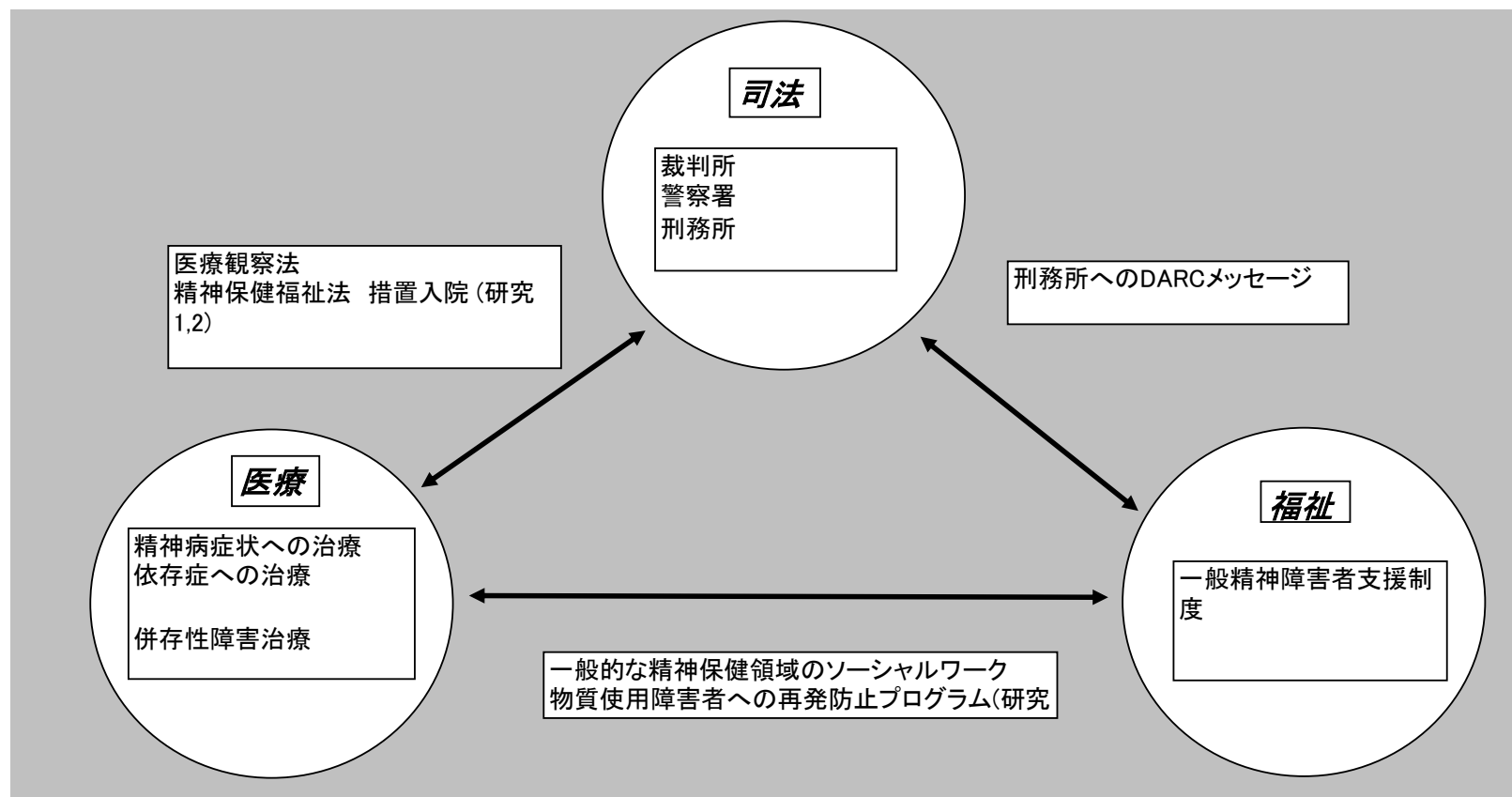


図3-2. 博士論文の構成

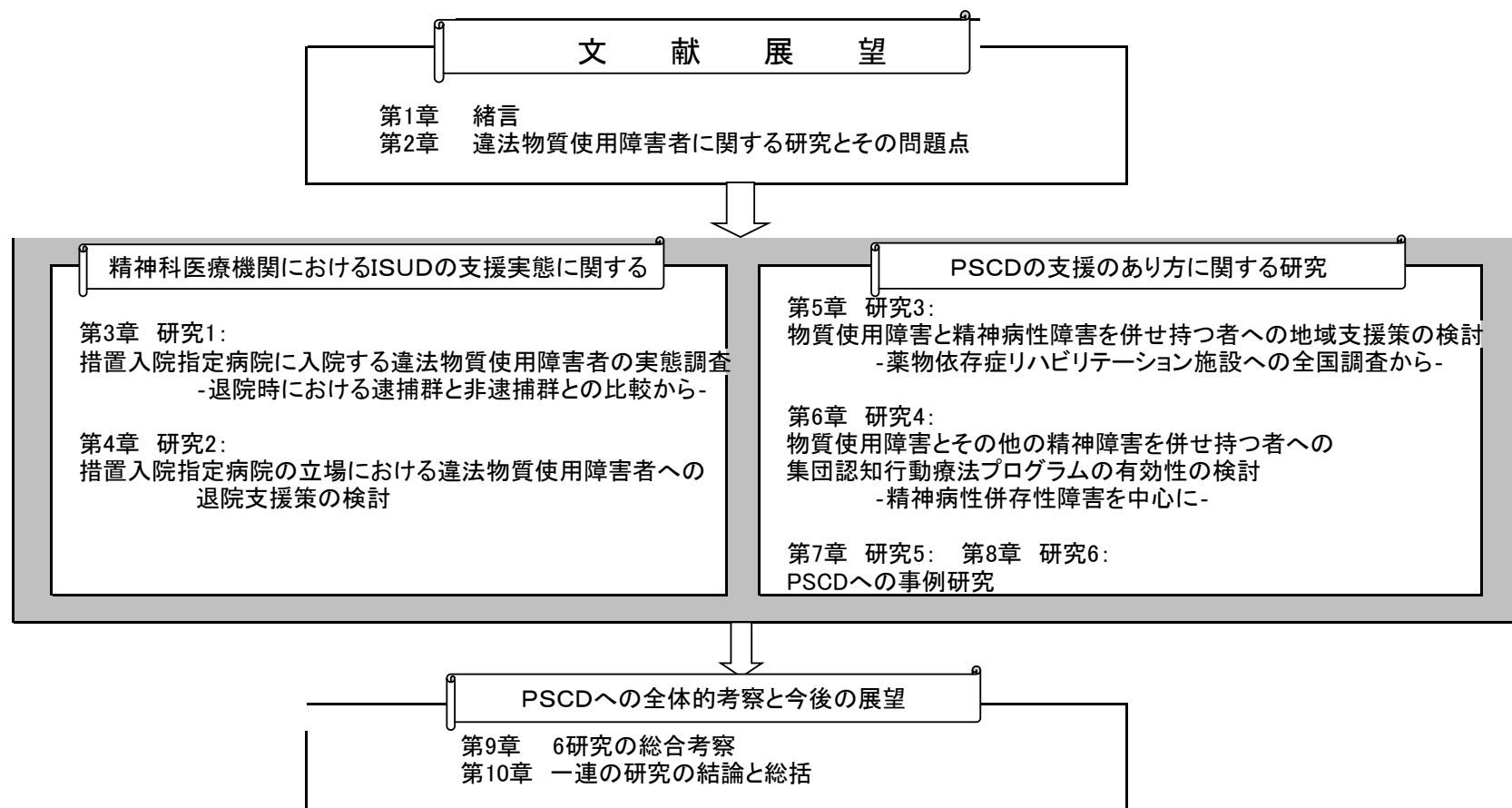


表4-1 退院時逮捕の有無による人口統計学的変数の比較

	全体(%)	逮捕群	非逮捕群	P値
	65 (100)	19 (29.2)	46 (70.8)	
性別				1.000
男性	45 (69.2)	13 (68.4)	32 (69.6)	
女性	20 (30.8)	6 (31.6)	14 (30.4)	
平均年齢(標準偏差)	36.7(10.1)	33.4(6.3)	38.1(11.1)	0.088
最終学歴				0.523
中学(小学校含む)	32 (49.2)	7 (36.8)	25 (54.3)	
高校	19 (29.2)	8 (42.1)	11 (23.9)	
大学	2 (3.1)	1 (5.3)	1 (2.2)	
大学院	1 (1.5)	0 (0.0)	1 (2.2)	
その他・不明	11 (16.9)	3 (15.8)	8 (17.4)	
両親の離婚の有無				0.728
あり	15 (23.1)	4 (21.1)	11 (23.9)	
なし	36 (55.3)	12 (63.2)	24 (52.2)	
不明	14 (21.5)	3 (15.8)	11 (23.9)	
婚姻歴				0.176
既婚	8 (12.3)	5 (26.3)	3 (6.5)	
未婚	31 (47.7)	8 (42.1)	23 (50.0)	
離別	17 (26.2)	4 (21.1)	13 (28.3)	
不明	9 (13.8)	2 (10.5)	7 (15.2)	
居住状況				0.024
単身	41 (63.1)	8 (42.1)	33 (71.7)	
家族と同居	17 (26.2)	6 (31.6)	11 (23.9)	
同棲	5 (7.7)	4 (21.1)	1 (2.2)	
同居(家族以外)	1 (1.5)	1 (5.3)	0 (0.0)	
不明	1 (1.5)	0 (0.0)	1 (2.2)	
入院直近の職業				0.036
有職	12 (18.5)	6 (31.6)	6 (13.0)	
無職(生活保護を含む)	43 (66.2)	13 (68.4)	30 (65.2)	
暴力団・水商売	10 (15.4)	0 (0.0)	10 (21.7)	

・数字は各事例数で、カッコ内は%を示す。

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を用いた。

・年齢については、t検定を用いた。

表4-2 退院時逮捕の有無による違法薬物使用および精神科入院治療に関する比較

	全体(%)	逮捕群	非逮捕群	P値
	65 (100)	19 (29.2)	46 (70.8)	
過去の違法物質使用経験(この度の使用を除く)				0.773
覚せい剤のみ	27 (41.5)	9 (47.4)	18 (39.1)	
覚せい剤とその他の違法薬物	26 (40.0)	6 (31.6)	20 (43.5)	
覚せい剤以外の違法薬物	2 (3.1)	1 (5.3)	1 (2.2)	
不明	10 (15.4)	3 (15.8)	7 (1.2)	
	平均値(標準偏差)			P値
違法物質初回使用年齢	22.6(6.7)	24.6(7.0)	21.8(6.4)	0.124
推定発症年齢	28.8(11.1)	28.5(10.1)	29.0(11.1)	0.880
初回使用からこの入院までの期間(年)	14.2(10.0)	8.0(7.3)	16.9(9.9)	0.001
精神科初診年齢	29.8(11.3)	30.1(7.3)	29.6(12.6)	0.867
精神科初診からこの入院までの期間(年)	6.9(8.0)	2.6(4.2)	8.5(8.5)	<0.001
この入院による入院日数	66.6(89.6)	38.6(17.2)	78.2(104.1)	0.016
過去の精神科入院回数	2.3(4.4)	0.68(1.2)	3.0(5.1)	0.006

・数字は各事例数で、カッコ内は%を示す。

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでも ある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。

・期間については、t検定を用いた。

表4-3 退院時逮捕の有無による臨床所見の比較

	全体(%)	逮捕群	非逮捕群	P値
	65 (100)	19 (29.2)	46 (70.8)	
保険費目				0.324
生活保護	26 (40.0)	5(26.3)	21 (45.7)	
健康保険	2 (3.1)	1 (5.3)	1 (2.2)	
国民健康保険	6 (9.2)	1 (5.3)	5 (10.9)	
不明	31 (47.7)	12 (63.2)	19 (41.3)	
措置診察時主診断 (ICD-10)				0.069
薬物誘発性精神病性障害 (F1x.5)	45 (69.2)	13 (68.4)	32 (69.6)	
急性一過性精神病性障害 (F23.x)	10 (15.4)	6 (31.6)	4 (8.7)	
統合失調症 (F20.x)	6 (9.2)	0 (0.0)	6 (13.0)	
気分(感情)障害 (F3x)	2 (3.1)	0 (0.0)	2 (4.3)	
特定的人格障害 (F60.x)	2 (3.1)	0 (0.0)	2 (4.3)	
措置診察時副診断 (ICD-10)				-
薬物誘発性精神病性障害 (F1x.5)	1 (1.5)	0 (0.0)	1(2.2)	
アルコール依存症 (F10.2)	3 (4.6)	0 (0.0)	3(6.5)	
特定的人格障害 (F60.x)	3 (4.6)	0 (0.0)	3(6.5)	
多剤薬物の有害使用 (F19.1)	1 (1.5)	0 (0.0)	1(2.2)	
なし	57 (87.8)	19 (100.0)	38 (82.6)	
措置診察時の問題行動 (複数回答可)				
殺人	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-
強盗	2 (3.1)	0 (0.0)	2 (4.3)	0.327
放火・弄火	4 (6.2)	1 (5.3)	3 (6.5)	0.516
傷害	17 (26.2)	6 (31.6)	11 (23.9)	0.498
暴行	33 (50.8)	11 (57.9)	22 (47.8)	0.509
脅迫	11 (16.9)	2 (10.5)	9 (19.6)	0.299
器物損壊	18 (27.7)	5 (26.3)	13 (28.3)	0.492
自殺企図	10 (15.4)	4 (21.1)	6 (13.0)	0.438
自傷	21 (32.3)	7 (36.8)	14 (30.4)	0.526
窃盗	6 (9.2)	0 (0.0)	6 (13.0)	0.107
性的問題行動	5 (7.7)	2 (10.5)	3 (6.5)	0.491
その他	15 (23.1)	5 (26.3)	10 (21.7)	0.531
感染性肝炎の有無(入院時検査)				0.353
あり	13 (20.0)	2(10.5)	11 (23.9)	
なし	43 (66.2)	15 (78.9)	28 (60.9)	
不明	9 (13.8)	2 (10.5)	7 (15.2)	
退院時の転帰				-
逮捕	19 (29.2)	19 (100.0)	0 (0.0)	
自宅退院	29 (44.6)	0 (0.0)	29 (63.0)	
施設や病院への転院	12 (18.5)	0 (0.0)	12 (26.1)	
行き先不明	5 (7.7)	0 (0.0)	5 (10.9)	

・数字は各事例数で、カッコ内は%を示す。

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。

・診断書は、平成18年11月頃から徐々に新書式に移行されている。

その際、「病状又は病態像」に関して、前書式にしたがって、著者らが適合する項目に修正した。

表4-4 退院時逮捕の有無による過去の犯罪歴の比較

	全体(%)	逮捕群	非逮捕群	P値
覚せい剤取締法違反回数(標準偏差)	65 (100)	19 (29.2)	46 (70.8)	0.086
過去に行った犯罪歴の有無	30 (46.2)	3 (15.7)	27 (58.7)	0.002
凶悪犯	7 (10.8)	1 (5.3)	6 (13.0)	0.663
粗暴犯	18 (27.7)	2 (10.5)	16 (34.8)	0.067
財産犯(窃盗犯・詐欺横領)	6 (9.2)	0 (0.0)	6 (13.0)	0.169
覚せい剤以外の薬物事犯	8 (12.3)	1 (5.3)	7 (15.2)	0.420
その他の刑法犯	4 (6.2)	0 (0.0)	4 (8.7)	0.313

・数字は各事例数で、カッコ内は%を示す。

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。

・回数については、t検定を用いた。

表4-5 退院時逮捕の有無による法的対応の比較

	全体(%)	逮捕群	非逮捕群	P値
	65 (100)	19 (29.2)	46 (70.8)	
通報・申請者				0.108
警察官の通報(24条)	53 (81.5)	19 (100.0)	34 (73.8)	
検察官の通報(25条)	5 (7.7)	0 (0.0)	5 (10.9)	
矯正施設の長(26条)	4 (6.2)	0 (0.0)	4 (8.7)	
直接診察	3 (4.6)	0 (0.0)	3 (6.5)	
入院前の尿検査結果				<0.001
検査未実施	28 (43.1)	0 (0.0)	27 (58.7)	
薬物反応陽性	23 (35.4)	19 (100)	5 (10.9)	
薬物反応陰性	14 (21.5)	0 (0.0)	14 (30.4)	

・数字は各事例数で、カッコ内は%を示す。

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行っ

表5-1 逮捕・尿検査の有無と尿検査結果を基準とし

逮捕群	19名 (29.2%)
非逮捕尿検査未実施群	27名 (41.5%)
非逮捕尿検査陽性群	5名 (7.7%)
非逮捕尿検査陰性群	14名 (21.5%)
合計	65名

表6-1 SUDとPSCDにおける人口統計学的変数の比較

		SUD		PSCD		P値	
		度数 (N=267)	平均値	度数 (N=178)	平均値		
性別	男	237	88.8%	160	89.9%	0.809	
	女	28	10.5%	16	9.0%		
	無回答	2	0.7%	2	1.1%		
学歴	中学卒業	42	15.7%	33	18.5%	0.110	
	高校卒業	84	31.5%	58	32.6%		
	その他専門学校など卒業	39	14.6%	25	14.0%		
	大学卒業以上	29	10.9%	22	12.4%		
	無回答	73	27.3%	40	22.4%		
結婚	結婚している	10	3.7%	10	5.6%	0.004	
	過去に結婚していたが別れた	100	37.5%	39	21.9%		
	結婚したことはない	155	58.1%	125	70.3%		
	無回答	2	0.7%	4	2.2%		
就労	就労	40	15.0%	17	9.6%	0.243	
	無職	208	78.0%	147	82.6%		
	無回答	19	7.0%	14	7.8%		
現在の暮らし方	DARCに入寮中	220	82.4%	147	82.6%	0.746	
	DARCに通所中	33	12.4%	18	10.1%		
	その他	3	1.1%	3	1.7%		
	無回答	11	4.1%	10	5.6%		
経済的基盤 (複数回答)	家族・親族からの金銭的支援	73	27.3%	50	28.1%	0.473	
	あなた自身の預貯金	7	2.6%	4	2.2%		0.533
	生活保護	168	62.9%	111	62.4%		
	障害年金	5	1.9%	8	4.5%		0.094
		度数 (N=263)	平均値 (標準偏差)	度数 (N=175)	平均値 (標準偏差)	P値	
調査時年齢(歳)		263	38.3% (9.9)	175	36.0% (10.7)	0.024	

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。

・年齢については、t検定を用いた。

表6-2 SUDとPSCDにおける物質使用状況および断薬期間の比較

	SUD		PSCD		P値	
	度数 (N=267)	%	度数 (N=178)	%		
使用経験のある薬物の種類	アルコール	241	90.3%	155	87.1%	0.562
	有機溶剤	152	56.9%	103	57.9%	0.522
	大麻	145	54.3%	112	62.9%	0.116
	覚醒剤	184	68.9%	119	66.9%	0.753
	睡眠薬・安定剤	168	62.9%	123	69.1%	0.314
	咳止め	75	28.1%	58	32.6%	0.491
週1回以上の頻度での使用	アルコール	189	70.8%	124	69.7%	0.672
	有機溶剤	103	38.6%	79	44.4%	0.411
	大麻	67	25.1%	57	32.0%	0.102
	覚醒剤	149	55.8%	90	50.6%	0.386
	睡眠薬・安定剤	126	47.2%	101	56.7%	0.090
	咳止め	40	15.0%	28	15.7%	0.572
断薬期間	1年未満	52	12.5%	30	80.5%	0.284
	1年より長期	215	16.9%	148	83.1%	
	度数 (N=267)	平均値 (標準偏差)	度数 (N=178)	平均値 (標準偏差)	P値	
物質初回使用年齢(歳)	235	17.8 (5.3) 歳	164	17.4 (5.5)	0.500	
物質使用をやめたいと思った年齢	257	36.2 (21.3) 歳	172	32.6 (16.4) 歳	0.049	

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。

・年齢については、t検定を用いた。

表6-3 SUDとPSCDにおける逮捕・服役歴の比較

		SUD		PSCD		P値
		度数 (N=267)	%	度数 (N=178)	%	
物質使用を理由とする逮捕や 補導の経験	あり	193	72.3%	128	71.9%	0.124
	なし	65	24.3%	49	27.5%	
	無回答	9	0.6%	1	2.2%	
刑務所入所経験	あり	109	40.8%	62	34.8%	0.437
	なし	148	55.4%	108	60.7%	
	無回答	10	3.7%	8	4.5%	

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。

・年齢については、t検定を用いた。

表6-4 SUDとPSCDにおけるダルク及び自助グループの利用状況に関する比較

		SUD		PSCD		P値
		度数 (N=267)	%	度数 (N=178)	%	
自助グループ参加状況	3回以下	24	9.0%	15	8.4%	1.0
	4回以上	232	86.9%	156	87.6%	
	無回答	11	4.1%	7	3.9%	
		SUD		PSCD		P値
		度数 (N=267)	%	度数 (N=178)	%	
DARCの紹介者	親族・知人等	107	40.1%	67	37.6	0.163
	精神科医療・保健福祉関係者	105	39.3%	73	41.0%	
	司法機関関係者	14	5.2%	18	10.1%	
	依存症支援関係者	24	9.0%	15	8.4%	
	その他	17	6.4%	5	2.8%	
NAの紹介者	親族・知人等	30	40.1%	21	37.6	0.412
	精神科医療・保健福祉関係者	44	39.3%	35	41.0%	
	司法機関関係者	0	5.2%	2	10.1%	
	依存症支援関係者	4	9.0%	1	8.4%	
	その他	3	6.4%	3	2.8%	
	無回答	216	43.4%	116	56.6%	

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。

・年齢については、t検定を用いた。

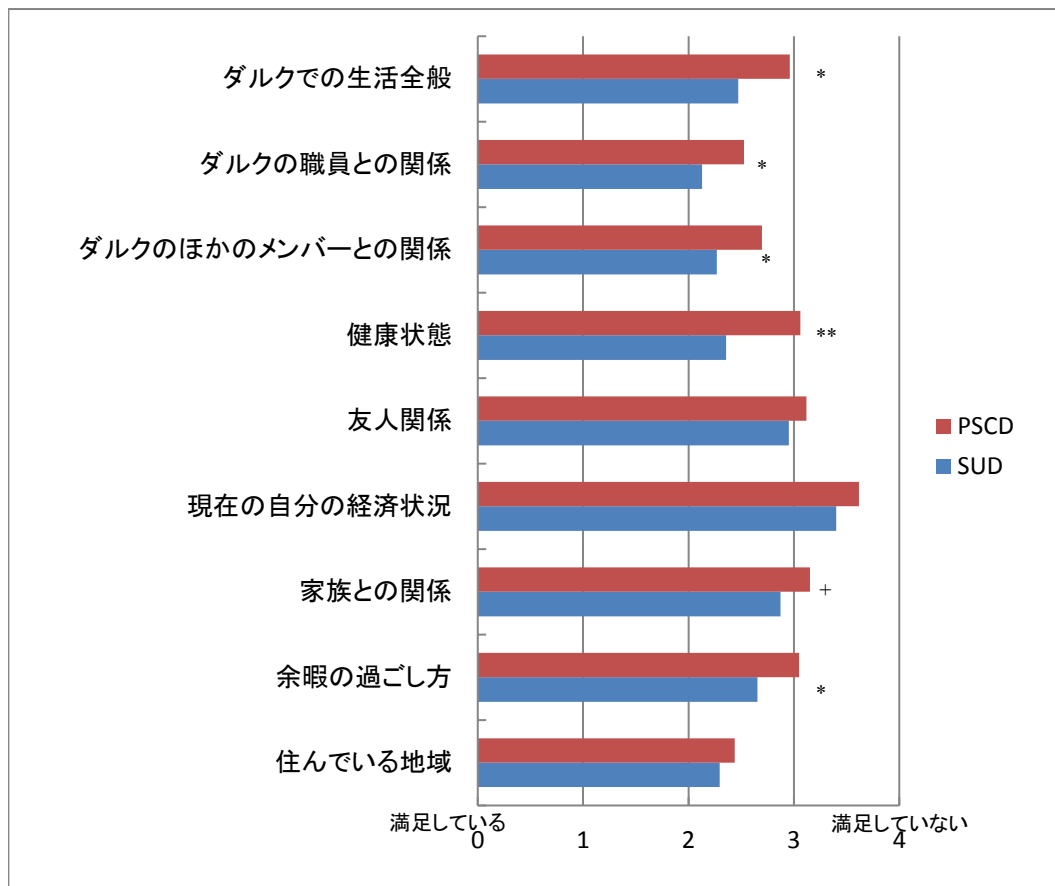
表6-5 SUDとPSCDにおける精神科治療・支援に関する要因の比較

	SUD		PSCD		P値	
	度数 (N=267)	%	度数 (N=178)	%		
精神科・神経科の診療	受けている	165	67.3%	139	82.7%	0.000
	受けていない	80	32.7%	29	17.3%	
	無回答	22	8.2%	10	5.6%	
精神科・神経科の受診経験	受けたことがある	234	87.6%	166	93.3%	0.104
	受けたことはない	26	9.7%	11	6.2%	
	無回答	7	2.6%	1	0.6%	
精神科・神経科入院経験	あり	191	81.6%	130	78.3%	0.703
	なし	41	17.5%	34	20.5%	
	無回答	2	0.9%	2	1.2%	
精神保健福祉手帳	持っている	44	17.0%	57	32.2%	0.000
	持っていない	215	83.0%	120	67.8%	
	無回答	8	3.0%	1	0.6%	
精神科の処方薬の服用状況	現在服用	131	51.6%	114	65.9%	0.010
	以前服用	84	33.1%	37	21.4%	
	服用したことはな	39	15.4%	22	12.7%	
	無回答	13	4.9%	5	2.8%	
精神科・神経科に対して最も期待すること(複数回答可能)	解毒治療	134	50.2%	80	44.9%	0.162
	処方薬による治療	92	34.5%	82	46.1%	0.009
	依存症の回復プログラム	140	52.4%	85	47.8%	0.192
	心理カウンセリン	142	53.2%	103	57.9%	0.191
	家族への助言や支	72	27.0%	58	32.6%	0.121
	度数 (N=267)	平均値(標準偏差)	度数 (N=178)	平均値(標準偏差)	P値	
精神科初診年齢(歳)	232	28.1(9.1)	165	25.7(9.0)	0.010	
精神科初回入院時年齢(歳)	190	28.9(9.3)	129	26.8(8.3)	0.039	

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。

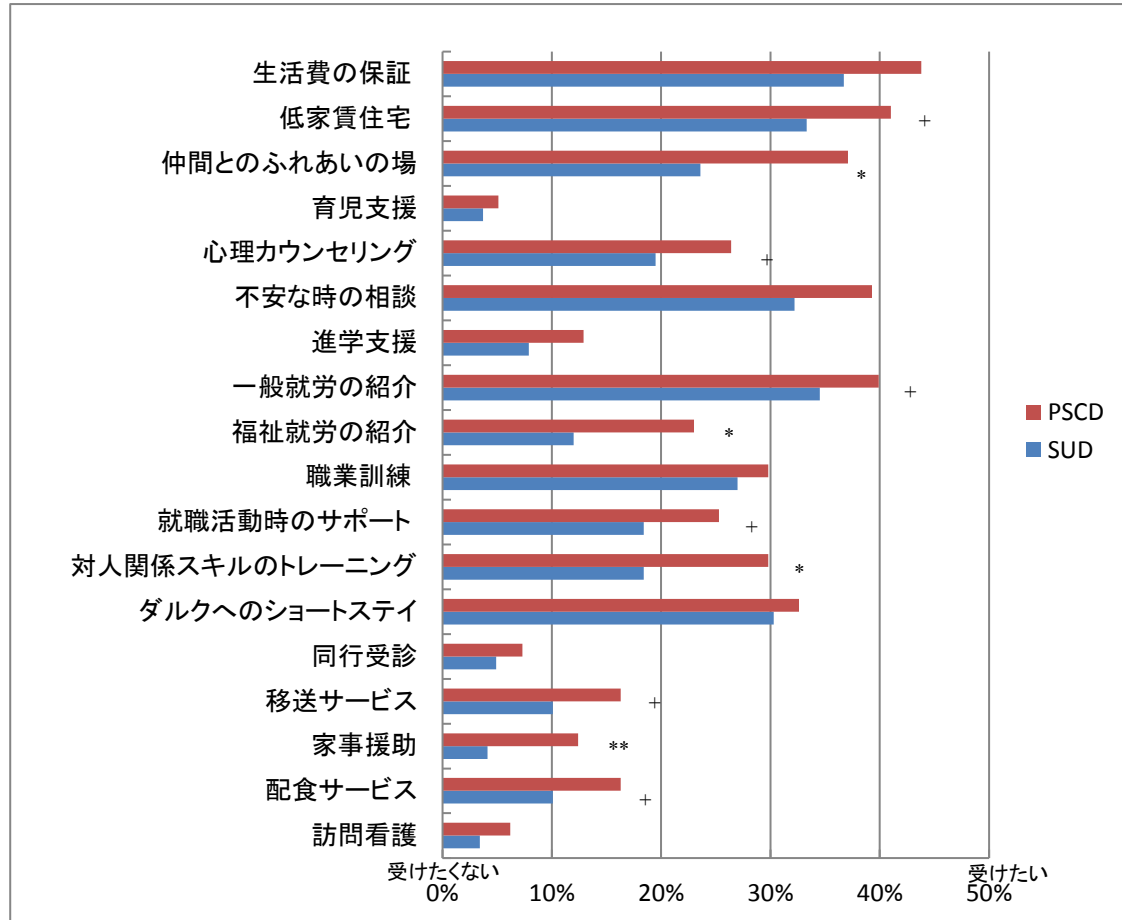
・年齢については、t検定を用いた。

図6-1 SUDとPSCDにおけるDARCでの生活満足度
Mann-WhitneyのU検定



Mann-Whitney の U検定, +: P<0.10, *:P<0.05, **: P<0.01, ***:P<0.001

図6-2 SUDとPSCDにおけるDARCに充実してもらいたいサービス
 Man-WhitneyのU検定



Pearsonの χ^2 検定, +: P<0.10, *:P<0.05, **: P<0.01, ***:P<0.001

6-3 DARC職員による事例において予想される困難

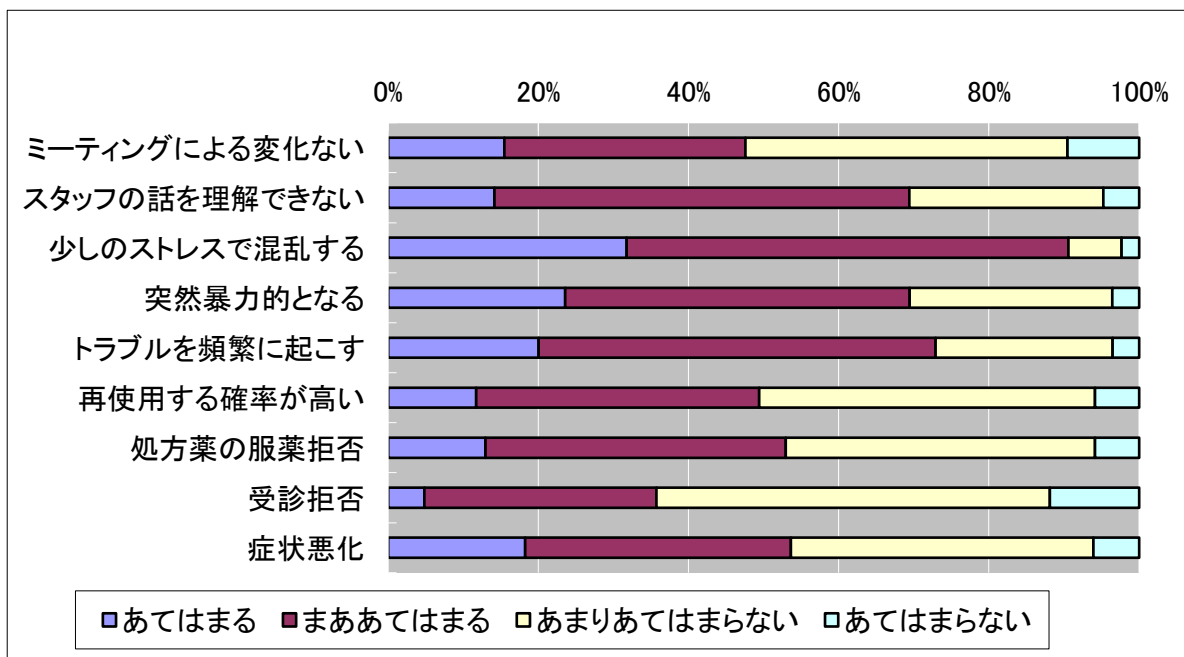


図6-4 DARC職員からみた事例への支援のあり方

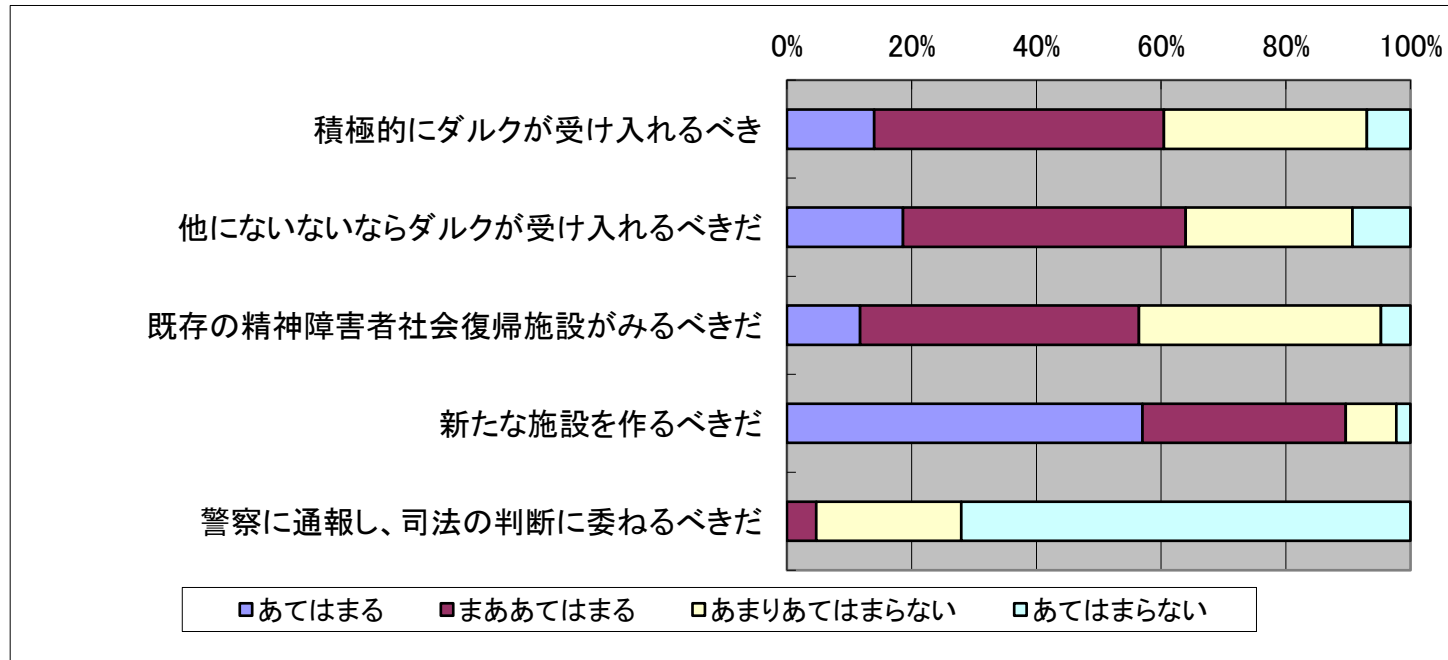
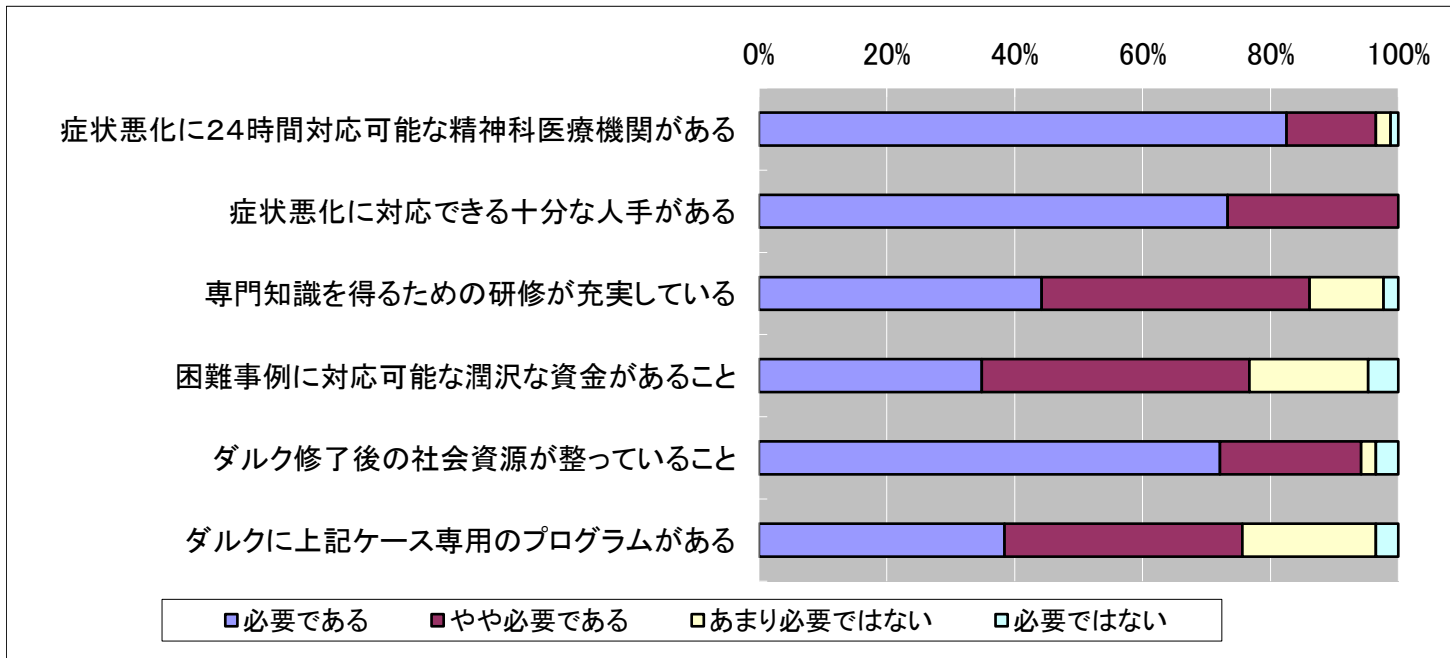


図6-5 この事例へのDARC受け入れの条件



<図7-1 併存性障害心理教育プログラム>

回数	講義	内容
1	SMARPP①③より	・なぜアルコールや薬物をやめなきゃいけないの？ ・精神障害とアルコール・薬物乱用
2	SMARPP⑤⑥より	・あなたのまわりにある引き金について ・あなたのなかにある引き金について
3	服薬の必要性 処方薬の自己管理	・精神障害に対する服薬の必要性について ・処方された薬の自己管理の方法について
4	薬物依存回復施設からの メッセージ	・併存性障害を踏まえたメッセージ ・メッセージ形式で利用者からの体験談
5	アルコールリハビリ施設 からのメッセージ	・併存性障害を踏まえたメッセージ ・メッセージ形式で利用者からの体験談
6	スモールグループ ミーティング(SGM)	・1～5までの振り返りを中心としたディスカッション ・自己のアルコール・薬物問題についてなど
7	ソーシャルスキル トレーニング(SST)	・<テーマ>アルコール・薬物を使っていたときの仲間 に夕方道端で会った時に、誘いをどう断るか？
8	地域生活シミュレーション SMARPP⑦より	・社会資源の活用法について ・これから先の生活スケジュールを立ててみよう

<表7-1 「PSCD群」と「OSUD群」の特性の比較>

	全体 47(100)	PSCD群 27(57.4)	OSUD群 20(42.6)	P値
性別				0.489
男性	36(76.6)	22(46.8)	14(29.8)	
女性	11(23.4)	5(10.6)	6(12.8)	
年齢	45.9±12.8	41.3±12.2	52.2±11.0	0.003
最終学歴				0.375
中学卒	18(38.3)	13(27.7)	5(10.6)	
高校卒	19(40.4)	9(19.1)	10(21.3)	
短大・専門学校卒	7(14.9)	3(6.4)	4(8.5)	
大学卒	3(6.4)	2(4.3)	1(2.1)	
婚姻歴				0.025
未婚	29(61.7)	21(44.7)	8(17.0)	
既婚	8(17.0)	2(4.3)	6(12.8)	
離婚	10(21.3)	4(8.5)	6(12.8)	
同居者の有無				1.000
あり	23(49.9)	13(27.7)	10(21.3)	
なし	24(51.1)	14(29.9)	10(50.)	
就労状況				0.954
常勤	4(8.5)	2(4.3)	2(4.3)	
非常勤	8(17.0)	5(10.6)	3(6.4)	
無職(生活保護)	15(31.9)	8(17.0)	7(14.9)	
無職(生活保護以外)	20(42.6)	12(25.5)	8(17.0)	
今回の入院期間	174.7±105.6	187.6±120.1	158.4±84.3	0.463
入院回数	2.2±2.8	2.3±2.8	2.1±2.9	0.748
入院時入院形態				0.599
措置入院	18(38.3)	12(25.5)	6(12.8)	
医療保護入院	23(48.9)	12(25.5)	11(23.4)	
任意入院	6(12.8)	3(6.4)	3(6.4)	
依存症専門治療歴				0.108
入院治療	9(19.1)	3(6.4)	6(12.8)	
通院治療	3(6.4)	3(6.4)	0(0.0)	
なし	35(74.5)	21(44.7)	14(29.8)	
薬物使用経験				0.001
あり	11(23.4)	11(23.4)	0(0.0)	
犯罪歴				0.006
逮捕	11(23.4)	10(21.3)	1(2.1)	
服役	3(6.4)	3(6.4)	0(0.0)	
なし	33(70.2)	14(29.8)	19(40.4)	

・数字は各事例数で、カッコ内は%を示す。

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。

・年齢・入院期間・入院回数についてのみ、Man-WhitneyのU検定を用いた。

<表7-2 診断別分類による群分け (ICD-10)>

群分け	病名	ICD-10	主診断	副診断
			47 (100)	47 (100)
PSCD群	ALによる精神病	F10.5	5(10.6)	0(0.0)
	物質(ALを除く)使用による剤精神病	F1x.5,F1x.7	5(10.6)	2(4.3)
	統合失調症(統合失調感情障害を含む)	F20.x	17(36.2)	0(0.0)
OSUD群	AL依存・乱用	F10.1,F10.2	5(10.6)	26(55.3)
	物質(ALを除く)使用による依存・乱用	F1x.1,F1x.2	0(0.0)	5(10.6)
	気分障害	F3x	14(29.8)	0(0.0)
	その他(AL性健忘症候群,精神遅滞 等)		1(2.1)	4(8.5)
	なし		0(0.0)	10(21.3)

・数字は各事例数で、カッコ内は%を示す。

<表7-3 プログラム前後の比較による介入効果の測定>

検査名	測定対象	範囲	度数(N=47)	介入前	介入後	P値
cp換算量	処方量	0-限界値	42	677.3±524.1	732±558.8	0.064
GAF	機能の全般性	0-100	45	43.7±12.5	56.6±12.8	<0.001
DAI-10	服薬アドヒアランス	(-10)-(+10)	43	2.6±4.3	6.0±12.4	0.051
GSES	一般性自己効力感	21-80	46	41.0±11.5	42.5±12.3	0.132
SOCRATES総得点	物質使用への問題意識と治療動機付	19-95	47	67.6±14.4	72.2±14.0	0.005
SOCRATES病識	物質使用障害に対する病識	7-35	47	24.6±6.7	26.0±6.7	0.058
SOCRATES迷い	物質使用問題があるかどうかの迷い	4-20	47	13.4±3.9	13.5±3.9	0.517
SOCRATES実行	物質使用をやめるための実行性	8-40	47	29.4±6.2	32.5±6.1	0.001
物質依存自己効力感尺度 (個別場面)	個別場面における物質依存に対する 自己効力感	11-77	35	58.3±19.7	63.1±15.9	0.080

Wilcoxonの符号つき順位検定を用いた。

<表7-4 「PSCD群」と「OSUD群」のプログラム効果の比較>

測定対象(検査名)	範囲	度数(N=47)	精神病症状あり群(N=27)		P値	精神病症状なし群(N=20)		P値
			介入前	介入後		介入前	介入後	
アルコール依存症尺度(AUDIT)	0-40 cut off 15	40	9.0±5.0			19.1±9.6		
薬物依存症尺度(DUST)	1-20	11	10.6±4.1			0±0		
精神症状尺度(PANSS総合得点)	30-210	22	74.9±28.4					
陽性尺度(PANSS陽性尺度得点)	7-49	22	19.6±4.6					
陰性尺度(PANSS陰性尺度得点)	7-49	22	18.5±9.3					
総合病理(PANSS総合病理得点)	16-112	22	46.2±13.5					
処方量(cp換算量)	0-限界値	42	773.3±544.6	823.4±587.0	0.108	504.5±451.6	568.7±479.6	0.332
機能の全般性(GAF)	0-100	45	45.6±14.0	55.5±14.8	0.002	41.3±10.2	58.1±9.8	<0.001
病識尺度(SAI-J)	0-18	21	13.0±3.4	15.5±4.4	0.022			
服薬アドヒアランス(DAI-10)	(-10)-(+10)	43	3.2±3.4	7.8±15.9	0.430	2.0±5.2	3.8±5.1	0.033
一般性自己効力感(GSES)	21-80	46	40.2±12.8	38.9±11.3	0.252	41.9±9.7	47.2±12.2	0.013
物質使用問題尺度(SOCRATES)	19-95	47	66.2±14.2	69.1±15.2	0.092	69.6±14.7	76.4±11.5	0.011
病識	7-35	47	23.4±6.5	24.2±7.2	0.268	26.3±6.8	28.5±5.0	0.125
迷い	4-20	47	13.0±3.7	12.5±4.0	0.943	14.0±4.3	14.9±3.4	0.303
実行	8-40	47	29.9±6.2	32.4±6.7	0.016	28.9±6.3	32.6±5.3	0.011
物質依存自己効力感尺度 (個別場面)	11-77	35	62.0±19.5	63.5±16.5	0.529	53.4±19.4	62.5±15.6	0.065

Wilcoxonの符号つき順位検定を用いた。

<表 9.1>事例 1 の週間プログラム

	月	火	水	木	金	土	日
AM	訪問看護	福祉・保健所	DC	診察	DC	児童自立支援 ホーム	
	DC	DC		面接			
PM	DC	DC	DC	OT	DC		
夜間	NC	NC	NC	NC	NC		

<表 9.2>事例 1 の「取り決め事項」

〇〇〇〇様の今後の治療に関し、関係機関及び関係職種間で意見調整を行いました。以下に、取り決め事項を提示いたします。

1. 別表にあるプログラムに沿って生活をする。
 1. 月に1度、持続薬の注射をする。
 2. 家賃を毎月31日もしくは翌月1日に大家さんに直接支払う。
 3. 夜間、土・日曜日はゆっくり過ごすことを心がけ、児童自立援助ホームに顔をだす。
 4. 病院に来られない場合は、必ず連絡をいれる。
 5. 飲酒は不可とする。飲酒してしまった場合は、正直に主治医にその旨を申しでること。
 6. 違法薬物の使用が疑われた場合は、採尿検査を行うこととする。
 7. 検査の結果覚せい剤の使用が認められた場合は検査結果を持って警察に自首することを約束する。
9. 麻薬取締法に規定する違法薬物が検出された場合、病院は通報義務が生じることを承知する。
10. 無断もしくはこちらから見て明らかに正当でない理由によりDC・NCへの遅刻・欠席が続いた場合や、飲酒・違法薬物の乱用・犯罪行為などの問題行動を起こした場合、及び上記1~9について、関係職員に対し虚偽の申し出を行ったことが明らかになった場合は、児童自立援助ホーム職員と福祉事務所担当者及び担当保健師との面接をA病院職員同席にて行うこととする。
11. 上記の話し合いでA病院での治療継続が本人の治療にとって望ましくないと判断された場合、A病院での治療継続は不可となる。
12. 精神的な疲労感が増加した場合の休息入院は可能とする。早めに関係職員に申し出ること。

上記1~12の『取り決め事項』の了承をもって、治療継続の確認といたします。上記の項目は本人及び関係機関の同意の上で作成されました。

<表 9.3>事例2の週間プログラム

	月	火	水	木	金	土	日
AM	心理面接		SW面接 内科外来	歯科	アルコール外来	AA	
PM	AA	OT	MAC	OT	OT	AA	
夜間							

<表 9.4>事例2の「取り決め事項」

〇〇〇〇様の退院後3ヶ月間の治療とリハビリテーションに関し、関係機関及び関係職種間で意見調整を行いました。以下に、取り決め事項を提示いたします。

1. 毎週月曜日心理面接。
2. 隔週水曜日 AMにSWと面接。
3. 隔週水曜日 AMに内科外来受診。
4. 毎週木曜日 AMに歯科受診。
5. 毎週金曜日 AMにアルコール外来受診。
6. 月～金曜日 PM1～3時はOT参加。
7. 夜間、土・日曜日はゆっくりすごす。
(AAに行くことは原則的に自由ですが無理をしないこと。)
8. 病院に来られない場合は、きちんと連絡を入れる。
9. 上記1～6について、無断もしくはこちらから見て明らかに正当でない理由により遅刻・欠席が続いた場合や、飲酒・違法薬物の乱用・売春行為などの問題行動を起こした場合、および関係職員に対し虚偽の申し出を行った場合は、保護監察官と福祉事務所担当者との面接を〇〇病院職員同席にて行うこととする。状況によっては、A病院での治療は終了となり、生活保護廃止となる場合がある。
10. 毎日抗酒剤を必ず服用する。
11. 救急車を使用しての入院は不可とする。
12. 精神的な疲労感が増加した場合の休息入院は可能とする。早めに関係職員に申し出ること。
その後の方針については、退院後3ヶ月を経た時点で、福祉事務所担当者、〇〇荘職員、MAC職員、A病院職員同席のもと検討することとする。
13. 保護観察官への相談は、どのような状況になっても可能とする。

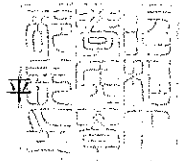
上記1～13の『取り決め事項』の了承をもって、治療継続の意思確認といたします。関係者が検討した結果、取り決めた内容であるため、可能な限り継続されることをお勧めします。
また、上記の項目は関係機関の同意の上で作成されました。

審査結果通知書

承認番号1105号
平成23年8月15日

精神医学
准教授 稲本 淳子 殿

昭和大学
医学部長 小出 良平



受付番号： 1105

課題名： 措置入院における物質使用障害者の研究

-指定病院における過去10年間の措置入院者カルテ調査から-

研究者名： 准教授 稲本 淳子

さきに申請のあった上記課題に係る審査申請書等を、平成23年7月26日の医学部
医の倫理委員会で審議し、下記のとおり判定したので通知します。

なお、研究期間中は1年毎に「経過報告書」、終了時には「終了報告書」を提出する義務
がありますので、必ずご提出ください。

記

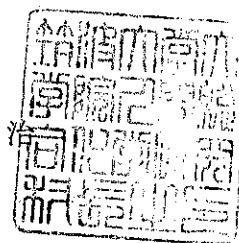
判定 承認

研究倫理審査結果通知書

申請者(実施責任者又は指導教員)

森田 展彰 殿

人間総合科学研究科長
五十殿 利 治



平成23年6月16日付けで申請のあった研究倫理について、審査の結果、下記のとおり判定したので通知します。

記

1 課題名

物質使用障害者の回復支援関連要因に関する研究 ―薬物依存症リハビリテーション施設全国調査から―

2 判定

承認

3 理由

23-97

課題番号 第 895 号

平成 23 年 8 月 8 日

利益相反に係る審査結果通知書

申告者

森田 展彰 殿

人間総合科学研究科利益相反委員会 委員長

五十殿 利治

平成23年4月14日付で申告のあった産学官連携活動における利益相反について、
審査した結果、下記のとおり判定したので通知します。

記

1 研究題目 物質使用障害者の回復支援関連要因に関する研究—薬物依存症リハビリ
テーション施設全国調査から—

2 判定 承認

審査結果通知書

西暦 2013 年 6 月 6 日

昭和大学附属烏山病院
病 院 長 殿

昭和大学附属烏山病院
臨床試験審査委員会
委員長 稲本 淳子



審査依頼のあった件 (整理番号 : B-2013-001) についての審査結果を下記のとおり
通知いたします。

記

課題名	物質使用障害者の回復支援関連要因に関する研究 —薬物依存症リハビリテーション施設全国調査から—
審査区分	<input type="checkbox"/> 委員会審査 (審 査 日 : 西 暦 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 迅速審査 (審査終了日 : 西暦 2013年 6 月 3 日)
審査結果	<input checked="" type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 修正の上で承認 <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 既承認事項の取り消し <input type="checkbox"/> 保留
「承認」以外の 場合の理由等	
備考	委員長が分担研究者として研究に携わっているため、委員長の指名を受け内田 副委員長が委員長代理として可否を決定した。 審査者 : 内田副委員長 (委員長代理)、蜂須副委員長

西暦 2013 年 6 月 6 日

申請者 (主任研究者) 池田 朋広 殿

依頼のあった試験に関する審査事項について上記のとおり決定しましたので通知いたします。

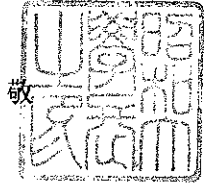
昭和大学附属烏山病院
病院長 加藤 進昌



平成 25 年 6 月 19 日

烏山病院
臨床試験審査委員会委員長 殿

昭 和 大 学
学 長 片 桐



利益相反委員会の審査結果について（ご報告）

6 月開催分の烏山病院臨床試験審査委員会の審査に伴い、利益相反委員会に提出された申告書の内容について、下記のとおりご報告申し上げます。

記

【審査委員】久光理事、医学部－小風教授（委員長）、平野教授、歯学部－山本教授、薬学部－本田教授

【報告事項】

1 次申告件数 1 件（審査対象 0 件）

* 昭和大学利益相反規程に基づき、産学官連携活動を伴う研究課題のみ審査の対象としております。

* 1 次申告書は、審査対象の確認を行うため、倫理審査申請に係る全案件についてご提出いただいております。

平成25年6月3日 利益相反委員会 申告内容一覧表
 対象者: 平成25年度 鳥山病院臨床試験審査委員会 (6月第2週申請分)

No.	1次2次	申請日	学部	勤務施設	勤務先	職名	氏名	倫理審査申請課題名	産学官連携活動の種類	1次申告書				2次申告書				審査結果	
										設問1	設問2	設問3	1-(1)-①	1-(1)-②	1-(2)-①	1-(2)-②	2		3
1	○	-	6月27日	医	鳥山病院	精神医学講座	特別研究生	池田 朋広	物質使用障害者の回復支援関連要因に関する研究一薬物依存症リハビリテーション施設実地調査から一	いいえ	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1次申告書設問内容

- 設問1 上記研究課題における研究組織内(部門長・申請者・分担者・個人情報保護管理者)の何れかの方で、当該企業・財団の顧問・アドバイザーなどなんらかの役割に就いてる方はいですか?
- 設問2 上記研究課題における研究組織内(部門長・申請者・分担者・個人情報保護管理者)の何れかの方で、当該企業・財団の株式等なんらかのエクイティを所有している方はいですか?
- 設問3 上記研究課題における研究組織内(部門長・申請者・分担者・個人情報保護管理者)の何れかの方で、その方の給与等の原資が当該企業・財団からの委託研究費・寄附金・指定寄付により賄われている方はいですか?

2次申告書設問内容

- 1. 報酬を受ける者の立場
 - ① 研究代表者(分担者)本人について
 - ② 外部活動(診療活動を除く全てを記載)
 - ③ 企業・団体からの収入(診療報酬を除く) 複数の場合、列記する。
- (2) 研究代表者(分担者)の家族について(二親等まで)
 - ① 外部活動(診療活動を除く全てを記載)
 - ② 企業・団体からの収入(診療報酬を除く)
- 2. 研究代表者の産学官連携活動にかかると受ける収入(研究代表者のみ記入)
- 3. 産学官連携活動の相手先のエクイティ
- 4. インフォームドコンセント(IC)への記載

審査結果通知書

承認番号 811号
平成21年11月4日

精神医学
准教授 稲本 淳子 殿

昭和大学
医学部長 安原



受付番号: 811
課題名: 統合失調症患者への「入院病棟における多職種介入心理教育プログラム」の
検討

研究者名: 准教授 稲本 淳子

さきに申請のあった上記課題に係る審査申請書等を、平成21年9月24日の医学部
医の倫理委員会で審議し、下記のとおり判定したので通知します。

記

判定 承認

研究内容変更願

平成 23 年 7 月 4 日提出

昭和大学医学部長 殿

申請者（主任研究者）

所 属 精神医学教室
職 名 准教授
氏 名 稲本 淳子 印

今般、下記のとおり医の倫理委員会審査申請書の研究内容の変更をお願いいたします。

記

1. 課題名 統合失調症患者への「入院病棟における多職種介入心理教育プログラム」の検討	
2. 申請年月日 平成 21 年 8 月 21 日	3. 受付番号 811
4. 研究内容（変更前） 多職種連携による心理教育プログラムを導入し、疾病の理解、薬物治療、地域社会資源、栄養指導、生活スキルの獲得などに関する正しい知識や情報を提供する。週 1 回で全 8 回のプログラムの前後において、効果の測定を行う。	
5. 研究内容（変更後） プログラムの概要については大きな変更はない。評価尺度について、依存性を評価する尺度を追加し、プログラムのメニューに依存症物質使用防止のセッションを加える。また、物質使用障害の者も対象とする。	
6. 変更理由 統合失調症患者がアルコール・薬物乱用等を伴う場合、その心理教育プログラムを効果的に実施するためには、依存性物質使用状況へのアセスメントと教育的介入が重要となる。本研究の目的である心理教育プログラムを、必要な対象者へと適切に提供し、その効果を正確に測定するために、上記の内容の追加を行った。	

研究内容変更願（回答）

平成23年8月15日

精神医学
准教授 稲本 淳子 殿

昭和大学
医学部長 小出 良平



課題番号： 811

課題名： 統合失調症患者への「入院病棟における多職種介入心理教育プログラム」の検討

標記の件について、平成23年7月26日の医学部医の倫理委員会で審議した結果、

下記のとおり判定しましたので通知します。

記

判定 承認

審査結果通知書

西暦 2014年 5月 14日

昭和大学附属烏山病院
病 院 長 殿

昭和大学附属烏山病院
臨床試験審査委員会
委員長 吉田 武美



審査依頼のあった件（ 整理番号：B-2013-014 ）についての審査結果を下記のとおり
通知いたします。

記

課題名	物質使用障害とその他の精神障害を併存する者への「認知行動療法プログラム」による介入効果に関する研究
審査区分	<input type="checkbox"/> 委員会審査（審査日：西暦 年 月 日） <input checked="" type="checkbox"/> 迅速審査（審査終了日：西暦 2014年 5月 14日）
審査結果	<input checked="" type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 修正の上で承認 <input type="checkbox"/> 却下 <input type="checkbox"/> 既承認事項の取り消し <input type="checkbox"/> 保留
「承認」以外の 場合の理由等	
備考	

西暦2014年 5月14日

申請者（主任研究者）稲本 淳子 殿

依頼のあった試験に関する審査事項について上記のとおり決定しましたので通知いたします。

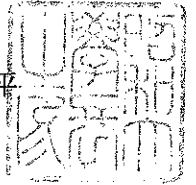
昭和大学附属烏山病院
病院長 加藤 進昌



平成 25 年 11 月 14 日

烏山病院
臨床試験審査委員会委員長 殿

昭 和 大 学
学 長 小 出 良 平



利益相反委員会の審査結果について（ご報告）

11 月開催分の烏山病院臨床試験審査委員会の審査に伴い、利益相反委員会に提出された申告書の内容について、下記のとおりご報告申し上げます。

記

【審査委員】久光理事、医学部－小風教授（委員長）、平野教授、歯学部－山本教授、薬学部－本田教授

【報告事項】

1 次申告件数 3 件（審査対象 0 件）

以上

* 昭和大学利益相反規程に基づき、産学官連携活動を伴う研究課題のみ審査の対象としております。

* 1 次申告書は、審査対象の確認を行うため、倫理審査申請に係る全案件についてご提出いただいております。

平成 25 年 9 月 18 日

平成25年10月25日 利益相反委員会 申告内容一覧表
 対象者:平成25年度 鳥山病院臨床試験審査委員会(IRB) (10月第4週申請分)

No.	1次2次	申請日	学部	勤務施設	勤務先	職名	氏名	倫理審査申請課題名	産学連携活動の概要	1次申告書		2次申告書				審査結果				
										1-1	1-2	1-1-1	1-1-2	1-1-3	1-1-4		1-2-1	1-2-2	1-2-3	1-2-4
1	○	9月27日	医	鳥山病院	精神神経科	教授	岩波 明	成人病は意欲如多動性障害者に対する心理社会的プログラムの効果検証	いいえ	-	1-1-1	1-1-2	1-1-3	1-1-4	1-2-1	1-2-2	1-2-3	1-2-4	-	
2	○	9月27日	医	鳥山病院	精神神経科	准教授	稲本 淳子	物質使用障害とその他の精神障害を併存する者への「認知行動療法プログラム」による介入効果に関する研究	いいえ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	○	10月25日	その他	鳥山病院	臨床薬理研究センター	臨床検査技師	恩地 由美	同一検査方法を用いた日本人、白人における検査結果の比較検討	いいえ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1次申告書設問内容

- 設問1 上記研究課題における研究組織内(部門長・申請者・分担者・個人情報保護管理者)の何れかの方で、当該企業・財産の顧問・アドバイザーなど
 なんらかの役職に就いている方はいますか？
- 設問2 上記研究課題における研究組織内(部門長・申請者・分担者・個人情報保護管理者)の何れかの方で、当該企業・財産の株式等ならぬエクイティを
 所有している方はいますか？
- 設問3 上記研究課題における研究組織内(部門長・申請者・分担者・個人情報保護管理者)の何れかの方で、その方の給与等の原資が当該企業・財産からの
 委託研究費・寄附金・指定寄付により賄われている方はいますか？

2次申告書設問内容

1. 詳細を要する者の立場
- (1) 研究代表者(分担者)本人について
- ① 外部活動(診療活動を除く全てを記載)
 - ② 企業・団体からの収入(診療報酬を除く) 複数の場合、列記する。
- (2) 研究代表者(分担者)の家族について(二親等まで)
- ① 外部活動(診療活動を除く全てを記載)
 - ② 企業・団体からの収入(診療報酬を除く)
2. 研究代表者の産学連携活動にかかわる受け入れ額(研究代表者のみ記入)
3. 産学連携活動の相手先のエクイティ
4. インフォームドコンセント(IC)への記載

審査結果通知書

承認番号 856号
平成22年4月6日

精神医学
准教授 稲本淳子 殿

昭和大学
医学部長 小出良平



受付番号： 856
課題名： 覚せい剤併存性障害に関する研究

研究者名： 准教授 稲本淳子

さきに申請のあった上記課題に係る審査申請書等を、平成22年2月18日の医学部
医の倫理委員会で審議し、下記のとおり判定したので通知します。

記

判定 承認

本研究に関する業績一覧

<研究助成事業>

1. 平井秀幸・高橋孝司・梅野充・池田朋広・阿部幸枝・谷部陽子・遠藤恵子
・近藤恒夫・幸田実（事業責任者）・森田邦雅・秋本恵一郎

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課 平成19年度障害者保健福祉推進事業 障害者自立支援調査研究プロジェクト プロジェクト検討委員

2. 池田朋広（主任研究者）・小池純子・大野泰正・齋藤勲・稲本淳子・森田展彰
・松本俊彦

「物質使用障害」と「その他の精神障害」を併存するものに対する認知行動療法プログラムの効果検証に関する研究、及びその普及事業

第45回（平成26年度）三菱財団社会福祉助成事業・研究助成

<論文>

1. 池田朋広・梅野充・森田展彰・秋庭秀紀・中谷陽二：

覚せい剤併存性障害への支援にあり方に関する一考察-統合失調症支援モデル事例と依存症支援モデル事例との比較から-

アルコール薬物医学会誌 第45巻2号 92頁～103頁 平成22年(2010)

2. 池田朋広・森田展彰・梅野充・稲本淳子：

精神病性障害と物質使用障害の併存性障害について-精神病性併存性障害3症例への考察-

精神科治療学 第25巻5号 573頁～581頁 平成22年(2010)

3. 池田朋広・小池純子・森田展彰・山本和弘・合川勇三・松本俊彦・稲本淳子：

措置入院指定病院の立場における違法物質使用障害者への退院支援策の検討-司法処遇と薬物採尿検査に着目した4事例から-

日本アルコール・薬物医学会雑誌 第49巻 第1号 45頁～56頁 平成26年(2014)

4. 池田朋広、常岡俊昭、稲本淳子、松本俊彦：

物質使用障害とアディクション臨床ハンドブック 第V部 物質使用障害とアディクションをめぐる様々な問題 1. 複雑な症例の治療 1) 重複診断症例の臨

床的特徴と治療①—統合失調症—

精神科治療学 Vol.28 増刊号 357頁～363頁 平成26年(2014)

5. 池田朋広・小池純子・森田展彰・合川勇三・松本俊彦・稲本淳子・岩波明:
措置入院指定病院に入院する違法物質使用障害者の実態調査-退院時における逮捕
群と非逮捕群との比較から-(第4回 優秀論文賞)

日本社会精神医学会雑誌 第23巻 第2号 112頁～122頁 平成26年(2014)

6. 池田朋広・小池純子・幸田実・稲本淳子・森田展彰:
物質使用障害と精神病性障害を併せ持つ者への地域支援策の検討-薬物依存症リハ
ビリテーション施設への全国調査から-

日本アルコール・薬物医学会雑誌

第49巻 第6号 340頁～355頁 平成26年(2014)

<学会発表(筆頭発表のみ)>

1. 池田朋広・秋庭秀紀・梅野充・大坪天平・森田展彰・中谷陽二:覚せい剤依存症に
その他の精神障害や知的障害を合併する併存性障害の事例への支援,第4回日本司
法精神医学会 佐賀,平成20年(2008)

2. 池田朋広・梅野充・幸田実 他3名:併存性障害への地域支援実態と今後の課題-
薬物依存症リハビリテーション施設全国調査から-,第28回日本社会精神医学会(優
秀発表賞 受賞) 宇都宮,平成21年(2009)

3. 池田朋広・森田展彰・稲本淳子・梅野充・山本和弘・合川勇三・中谷陽二:措置入院
における物質使用障害の実態と課題 -指定病院における過去10年間の措置入院者
カルテ調査から-,第6回 日本司法精神医学会 東京,平成22年(2010)

4. 池田朋広・稲本淳子・杉沢諭・山本和弘・檀瑠影・常岡俊昭・加藤進昌:再発のない
安定した地域生活を目的とした心理教育プログラムの開発-精神科亜急性期病棟にお
ける統合失調症入院患者を中心に-第29回日本社会精神医学会 松江,平成22年
(2010)

5. 池田朋広・稲本淳子・杉沢諭・山本和弘・常岡俊昭・檀瑠影・清水勇人・中坪太久
郎・加藤進昌:統合失調症入院患者を対象とした多職種による「心理教育プログラム」
の検証,第30回日本社会精神医学会 奈良,平成23年(2011)

6. 池田朋広・常岡俊昭・高木のり子・石坂理江・稲本淳子・松本俊彦・加藤進昌:精神

科重急性期病棟における併存性障害治療プログラム(仮称)の立ち上げ, 第46回日本アルコール薬物医学会 名古屋, 平成23年(2011)

7. 池田朋広・小池純子・中坪太久郎・竹野美沙・山本和弘・壇瑠影・清水勇人・常岡俊昭・三村将・加藤進昌・稲本淳子:統合失調症患者の精神症状に関連する認知機能の検討, 第31回日本社会精神医学会, 平成23年(2012)

8. 池田朋広・常岡俊昭・稲本淳子・高木のり子・石坂理江・小池純子・松本俊彦・加藤進昌:自殺企図によって措置入院となったうつ病・アルコール依存性障害への介入—併存性障害治療プログラムによる介入を行った 1 事例の報告, 第36回自殺予防学会 東京, 平成24年(2012)

平成19年度障害者自立支援調査研究プロジェクト

「薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査」報告書

特定非営利活動法人 東京ダルク

もくじ

(1)	まえがき	
(2)	ダルクとは (設立経緯、基本的プログラム、基本的な施設形態、ダルクの目的など)	
(3)	調査について (調査の背景 調査目的・方法 実施期間・調査対象)	
(4)	調査1 (質問紙調査)の結果	10
(5)	調査1 (質問紙調査)の考察	20
(6)	調査2 (訪問調査)の結果	32
	名古屋…名古屋ダルク 柴慎也 (名古屋ダルク代表)	32
	大阪…フリーダム 倉田めば (フリーダム代表)	37
	栃木…栃木ダルク 栗坪千明 (栃木ダルク代表)	45
	横浜…横浜ダルク 五十畑修 (横浜ダルクデイケアセンター施設長)	51
	仙台…仙台ダルク 飯室勉 (仙台ダルク代表)	56
	岐阜…岐阜ダルク 遠山かおり (岐阜ダルク代表)	63
	茨城…茨城ダルク 岩井喜代仁 (茨城ダルク代表)	67
	東京女性…ダルク女性ハウス 上岡陽江 (フリッカ・ビー・ウーマン施設長)	75
(7)	調査2 (訪問調査)の考察	89
(8)	まとめ	101
(9)	文献リスト	
(10)	注釈 (グロッサリー)	
(11)	図表	106
(12)	資料：調査票	116
(13)	資料：基礎集計表	175

プロジェクト検討委員

平井秀幸	東京大学教育学部研究員
高橋孝司	社会福祉主事 事務局
梅野充	精神科医師 筑波大学 大学院 人間総合科学研究科
池田朋広	精神保健福祉士 筑波大学 大学院 人間総合科学研究科
阿部幸枝	保健師 精神保健福祉士
谷部陽子	保健師 精神保健福祉士
遠藤恵子	臨床心理士 精神保健福祉士
近藤恒夫	アパリ理事長 日本ダルク代表
幸田実	東京ダルク ダルクホーム施設長
森田邦雅	東京ダルク セカンドチャンス施設長
秋本恵一郎	東京ダルク セカンドチャンス指導員 精神保健福祉士

調査票3. ダルク各職員へのアンケート調査

アンケートご協力をお願い

このアンケート（調査票3. ダルク各職員へのアンケート調査）は、全国にあるダルクの職員の皆さんの仕事内容や仕事に対する考え方、その他の生活実態を調査し、よりよい職員生活のためのあり方を考える参考にしようとするものです。皆さんに記入していただいた後、すぐにコンピューターに入れ、結果はすべてパーセントを計算するなど、統計的に処理しますので、どの職員が何を答えたかが誰かに知られるようなことは決してありません。テストではありませんので、答えたくない質問は答えなくてもかまいません。また、アンケートの記入の仕方が分からない場合は、一人で判断せず、施設の責任者の方に相談してください。また、下記の連絡先までご連絡いただいても結構です。

このアンケート（調査票3. ダルク各職員へのアンケート調査）は、「**有給の職員**」の方のみご回答ください。「有給の職員」とは、ダルクでの仕事によって何らかの給与を得ている方のことを指します。スタッフ研修中のボランティア職員の方は、「有給の職員」にあたりませんので、このアンケートではなく、「調査票4. ダルク利用者へのアンケート調査」にご記入ください。

それでは、ありのまま、思うままをお答えください。

質問等の連絡先：（ 東京ダルク 幸田：03（3807）9978
：03（3875）8808
日本ダルク 高橋：03（3891）9958 ）

●あなた自身の基本的なことからについてお聞きします。

Q1 あなたが所属しているダルクの名前を教えてください。

()

Q2 あなたの性別に○をつけ、年齢を記入してください。

男・女 ()才

Q3 あなたが最後に通った(または現在通っている)学校は、次のどれにあてはまりますか。あてはまる番号1つに○をつけてください。

- 1. 中学校
- 2. 高等学校
- 3. 専修学校・各種学校
- 4. 短期大学、高等専門学校
- 5. 四年制大学
- 6. 大学院
- 7. わからない

Q4 あなたは最後に通った学校を卒業しましたか。中退しましたか。それとも、現在、在学中ですか。

- 1. 卒業
- 2. 中退
- 3. 在学中

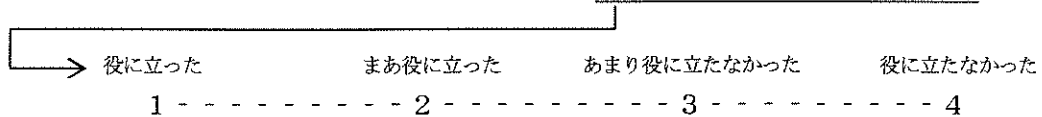
Q5 あなたは薬物(アルコールを含む)の当事者ですか。あてはまる番号1つに○をつけ、矢印の指示に従って次のSQ(またはQ6)に進んでください。

- 1. 当事者である → 次のページのSQ1～5へ
- 2. 当事者ではない → 4ページのQ6へ

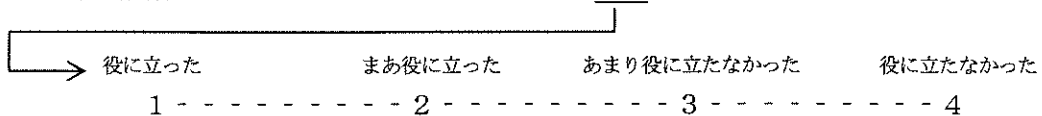
Q5で「1. 当事者である」を選んだ方にお聞きします。

SQ1 あなたは、以下に挙げるプログラムを経験したことがありますか。また、そのプログラムは自分の回復にとってどの程度役に立ちましたか。A～Jそれぞれについてあてはまる方に○をつけ、「あり」を選んだ方は、矢印の指示に従い、あてはまる番号1つに○をください。

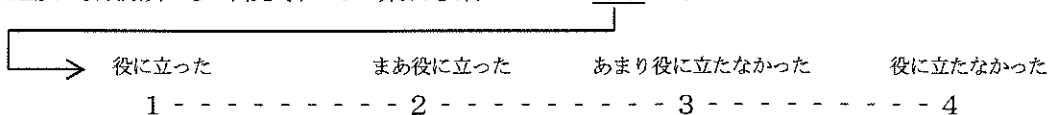
A. ダルクのプログラム.....あり(入寮期間()ヶ月)・なし



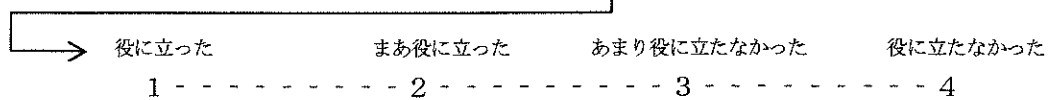
B. 依存症病棟の治療プログラム.....あり・なし



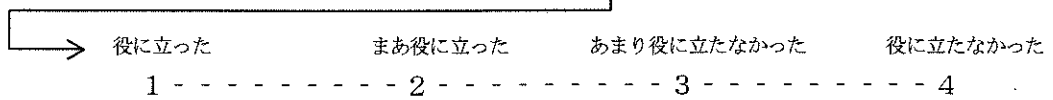
C. 矯正施設(刑務所・少年院等)での薬物教育.....あり・なし



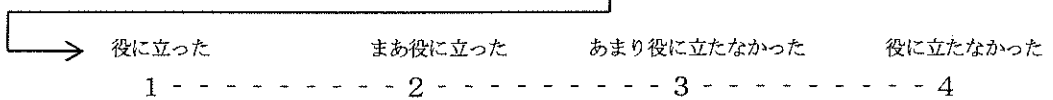
D. NA・AAのミーティング・・・・・・・・・・あり・なし



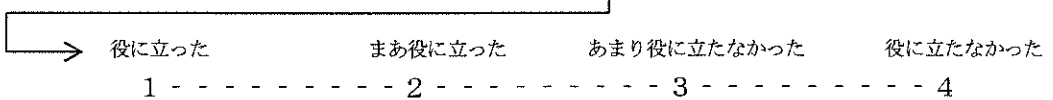
E. マックのプログラム・・・・・・・・・・あり・なし



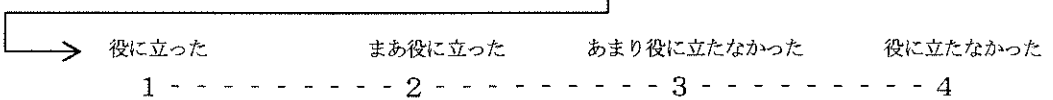
F. 依存症専門クリニックの回復プログラム・・・・・・・・・・あり・なし



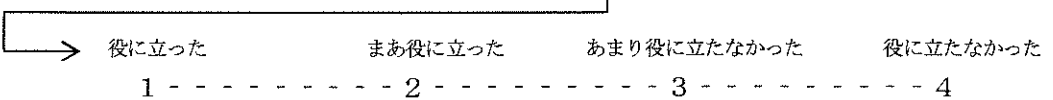
G. カウンセラーによる心理カウンセリング・・・・・・・・・・あり・なし



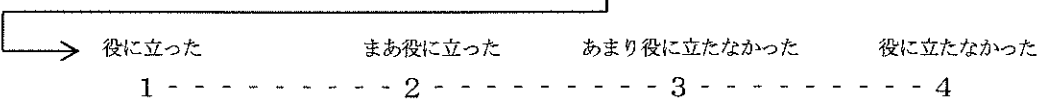
H. 学校での薬物教育・・・・・・・・・・あり・なし



I. 宗教団体への参加・相談・・・・・・・・・・あり・なし



J. その他・・・・・・・・・・あり(具体的に_____)・なし



SQ2 あなたが職員になるまでのクリーンタイムはどれくらいですか。

()年()ヶ月

SQ3 あなたの今現在までのクリーンタイムはどれくらいですか。

()年()ヶ月

SQ4 あなたがクリーンになってから職員になるまでの間、一番長く続いた仕事はどのような種類のものでしたか。あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. 正社員
2. パート・アルバイト
3. その他（派遣・請負・日雇い等）
4. 働いた経験はない

SQ5 薬物依存の当事者として利用者のケアにあたることで生じることとして、以下のものはそれぞれの程度あてはまりますか。A～Dそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

	あてはまる	まあ あてはまる	あまり あてはまらない	あて はまらない
A. 自分の回復に良い影響を与える・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4
B. 利用者のケアを行う上で、 当事者としての自分の経験が役立つ・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4
C. 利用者の抱える問題に巻き込まれる ことで、薬物再使用の危険性がある・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4
D. 利用者の前では正直に 自分の弱さを認めにくくなる・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4
E. 仕事上のストレスから、身体的 ないし精神的失調をきたしたことがある・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4

Q6 あなたが職員になった理由として、以下のものはどの程度あてはまりますか。A～Jそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

	あてはまる	まあ あてはまる	あまり あてはまらない	あて はまらない
A. 職員にならないかと誘われたから・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4
B. 社会に出る自信が持てなかったから・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4
C. 自分の回復にとって職員の仕事は 役に立つと考えたから・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4
D. 仲間の回復の役に立ちたいと思ったから・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4
E. 仕事内容が自分にもできそうだったから・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4
F. ダルクの活動に興味があったから・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4
G. 自分の経験を生かした仕事を したいと思ったから・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4
H. 職員の姿が自分にとっての憧れだったから・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4
I. ダルク職員以外の仕事が 見つからなかったから・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4
J. 他の仕事よりも給料が良かったから・・・	1 - - - - -	2 - - - - -	3 - - - - -	4

Q7 あなたが職員になってからの期間はどのくらいですか。また、職員になる前に、ボランティア職員（無給のスタッフ研修期間も含む）の経験がある方は、ボランティア職員の期間も教えてください。

ボランティア職員の期間 正規職員になってからの期間

ボランティア職員の経験がない方 $\xrightarrow{\hspace{10em}}$ () 年 () カ月

ボランティア職員の経験がある方 $\xrightarrow{\hspace{2em}}$ () 年 () カ月 () 年 () カ月

Q8 あなたが今まで職員を続けてくるにあたって、以下のことはどの程度重要でしたか。A～Jそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

重要 だった	やや 重要だった	あまり重要 ではなかった	重要では なかった
-----------	-------------	-----------------	--------------

- A. 仕事上のアドバイスをくれる
 専門家の存在・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- B. スポンサーシップ・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- C. 職員同士の支えあい・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- D. 他のダルクとの連携・協力・・・・・・・・・・・・ 1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- E. 活動を支援してくれる協力者や支援者（運営委員、
 支援センター委員、理事等）の存在・・・・・・・・ 1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- F. 十分かつ安定した収入・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- G. 回復していく利用者の姿を見る喜び・・・・・・・・ 1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- H. 利用者をケアすることによって促進される
 自分の回復・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4

Q9 あなたが職員になってから、業務として以下のような研修の機会がありましたか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- 1. 行政機関（精神保健福祉センター・保健所等）での研修会
- 2. 1以外の機関（カウンセリングセンター・大学・研修所等）での講義／講座・講演会・勉強会
- 3. 他の施設（他のダルクも含む）での研修
- 4. 学会・研究会等への参加
- 5. 資格取得のための学校・講座等への参加
- 6. 海外の施設での見学・研修
- 7. その他（具体的に ）

Q10 あなたは現在、以下にあげる専門資格や免許を持っていますか。あてはまる番号すべてに○をつけ、指示に従って次のSQに進んでください。

- 1. 精神保健福祉士
- 2. 看護師
- 3. 社会福祉士
- 4. ホームヘルパー（介護福祉士を含む）
- 5. 臨床心理士

Q10で、選択肢のどれかひとつにでも○をつけた方にお聞きします。（Q10でどの選択肢にも○をつけなかった方は、次のページのSQ3に進んでください）

SQ1 あなたが専門資格・免許を取得した時期は、以下のどれにあてはまりますか。あてはまる番号1つに○をつけてください。

- 1. 職員になる前からすべての専門資格・免許を持っていた
- 2. 今もっている専門資格・免許の一部は職員になってから取得した
- 3. 今もっているすべての専門資格・免許を職員になってから取得した

SQ2 あなたが専門資格・免許を取得した理由はなぜですか。A～Fそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

- | | あてはまる | まあ
あてはまる | あまり
あてはまらない | あてはま
らない |
|---|-------|-------------|----------------|-------------|
| A. 資格が仕事をする上での自信になるから・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B. 資格を持つことで自分がまわりから
専門職として認知されるから・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C. 資格を持つことで、
施設が社会から信頼を得られるから・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D. 資格を利用すれば、
ダルク以外の仕事にもつけるから・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| E. 職員同士が議論や評価基準を
共有しやすいから・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F. 薬物使用当事者としての経験以外の知識も
必要だと思うから・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G. 施設を運営する上で有資格者が必要との
行政の指導があったから・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |

Q10で選択肢のどこにも○をつけなかった方にお聞きします。

SQ3 あなたは今後、Q10で掲げられた専門資格・免許を取得したいという希望を持っていますか。あてはまる番号に○をつけ、矢印の指示に従って次のSSQに進んでください。

- 持っている → すぐ下のSSQ1へ
- 持っていない → 次のページのSSQ3へ

上のSQ3で「1. 持っている」を選択した方にお聞きします。

SSQ1 あなたが、Q10で掲げられた専門資格・免許を取得したいという希望を持っているのに、それらを取得していない理由はなぜですか。A～Cそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

- | | あてはまる | まあ
あてはまる | あまり
あてはまらない | あてはま
らない |
|-------------------------------------|-------|-------------|----------------|-------------|
| A. 受験資格を満たせないから・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B. 資格・免許を取得するための
勉強をする時間がないから・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C. 受験や受験準備のためにお金がかかるから・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |

SSQ2 今後、Q10で掲げられた専門資格・免許を取得するとすれば、どのようなものを取得したいと希望していますか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 精神保健福祉士
2. 看護師
3. 社会福祉士
4. ホームヘルパー (介護福祉士を含む)
5. 臨床心理士

上のSQ3で「2. 持っていない」を選択した方にお聞きします。

SSQ3 あなたがQ10で掲げられた専門資格・免許の取得を希望しない理由はなぜですか。A～Cそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

- | | あてはまる | まあ
あてはまる | あまり
あてはまらない | あてはま
らない |
|--|-------|-------------|----------------|-------------|
| A. 資格・免許がなくても、薬物使用当事者としての経験だけで十分な仕事ができるから・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B. 自分で勉強して専門知識を身につけておけば、特に資格・免許はいらないから・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C. 専門資格・免許を持つことで、利用者との対等性が失われてしまうから・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |

●あなたの生活状況についてお聞きします。

Q11 あなたのダルクにおける1年間の給料はどれくらいですか。あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. 50万円未満
2. 50～99万円
3. 100～149万円
4. 150～199万円
5. 200～249万円
6. 250～299万円
7. 300万円以上

Q12 あなたの世帯構成について、あてはまる番号1つに○をつけてください。

1. 単身世帯である → Q13へ
2. 自分以外の世帯員がいる → 次のページ頭のSQ1へ

Q12で「2. 自分以外の世帯員がいる」を選んだ方にお聞きします。

SQ1 自分以外の世帯員の人数を教えてください。

- A. 親・・・・・・・・・・・・・・・・・・()人
- B. 兄弟・・・・・・・・・・・・・・・・・・()人
- C. 配偶者 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・いる ・ いない
- D. 子供・・・・・・・・・・・・・・・・・・()人
- E. その他(祖父母、同居人など)・・・・・・・・・・()人

Q13 あなたの世帯収入のおおよその内訳について、以下の記入例を参考に、記入してください。(あなたのダルクでの給料のみで世帯全体が生活している場合、「あなたのダルクでの給料」の割合を100%にしてください。)

【記入例】	
あなたのダルクでの給料	約 (50) %
あなたのダルク以外での給料	約 (10) %
あなた以外の世帯員(配偶者や子ども、両親など)の給料	約 (10) %
世帯員外(同居していない親族など)からの経済援助	約 (0) %
過去の貯蓄からの切り崩し	約 (0) %
生活保護	約 (0) %
働いて得た収入以外の収入(家賃収入や利息・配当金など)	約 (30) %
その他の収入	約 (0) %
計	100 %

あなたのダルクでの給料	約 () %
あなたのダルク以外での給料	約 () %
あなた以外の世帯員(配偶者や子ども、両親など)の給料	約 () %
世帯員外(同居していない親族など)からの経済援助	約 () %
過去の貯蓄からの切り崩し	約 () %
生活保護	約 () %
働いて得た収入以外の収入(家賃収入や利息・配当金など)	約 () %
その他の収入	約 () %
計	100 %

Q14 利用者一般にとって、以下のプログラムはクリーンであるためにどれくらい重要だと思いますか。A～Jそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

	重要 である	まあ 重要である	あまり 重要でない	重要 でない
A. ミーティングへの参加	1	2	3	4
B. 宿泊を通じた共同生活	1	2	3	4
C. NAへの参加	1	2	3	4
D. スポーツ・レクリエーション活動	1	2	3	4
E. 作業プログラム (農作業・創作作業・内職作業等)	1	2	3	4
F. 施設内での就労支援プログラム (カウンセリング・職業訓練・職業紹介等)	1	2	3	4
G. 施設外での宿泊を伴うプログラム (キャンプ・海水浴等)	1	2	3	4
H. ダルクとしてのメッセージ活動 (病院・刑務所・少年院・学校等で 自らの体験談を話すこと)への参加	1	2	3	4
I. ボランティア活動	1	2	3	4
J. (ボランティア以外の)地域交流活動 (バザーへの出店・スポーツ大会)	1	2	3	4

Q15 あなたの職員としての仕事はどのようなものですか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- | | |
|--|----------------------|
| 1. 講演の講師 | 2. 会計 |
| 3. 事務一般 (各種申請書等の作成・ニュースレターの作成・ホームページの管理など) | |
| 4. 福祉事務所との連絡 | 5. ミーティングの司会 |
| 6. 利用者の入退院/通院のサポート | 7. 病院へのメッセージ |
| 8. 刑務所へのメッセージ | 9. 服薬管理・指導 |
| 10. 関係機関が主催するプログラム (セミナー、家族教室等) への参加 | |
| 11. 地域の関係機関の会議 (事例検討会、ネットワーク会議等) への参加 | |
| 12. 主治医との連絡相談 | 13. 保護司/保護観察所との打ち合わせ |
| 14. 利用者家族との調整 | 15. 弁護士との打ち合わせ |
| 16. 電話・面接などによる薬物相談 | 17. 利用者との個別相談 |
| 18. 利用者の自助グループへの送迎 | 19. 退寮後のアフターサポート |
| 20. 利用者の食事の準備 | 21. 利用希望者の身元引き受け |
| 22. 入寮前のサポート (情状証人、拘置所への面会) | 23. 理事会・運営委員会等への出席 |
| 24. 生活費・預かり金等の管理 | 25. その他 (具体的に) |

Q16 上のQ15で○をつけたあなたの仕事のうち、あなたが一番負担だと思う仕事、一番苦手な仕事、一番得意な仕事、利用者にとって一番大切だと思う仕事はなんですか。Q15の番号で、A～Dそれぞれについて、最大3つまでお答えください。

- A. あなたが一番負担だと思う仕事 () 番と () 番と () 番
 B. あなたが一番苦手な仕事 () 番と () 番と () 番
 C. あなたが一番得意な仕事 () 番と () 番と () 番
 D. 利用者にとって一番大切だと思う仕事 () 番と () 番と () 番

Q17 あなたの現在の仕事にとって、以下にあげる経験ほどの程度役に立ちましたか。A～Mそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

	役に立った	まあ役に立った	あまり役に立たなかった	役に立たなかった	そのような経験はない
A. 刑務所に入った	1	2	3	4	5
B. 精神科病院に入院した	1	2	3	4	5
C. 逮捕された	1	2	3	4	5
D. 保護観察を受けた	1	2	3	4	5
E. いろいろな薬物 (アルコールを含む)を使った	1	2	3	4	5
F. 高校や大学を卒業した	1	2	3	4	5
G. 専門資格を取得した	1	2	3	4	5
H. 結婚して家庭をもった	1	2	3	4	5
I. 過去にダルク職員以外の 仕事に就いていた	1	2	3	4	5
J. 過去にダルクに入寮した	1	2	3	4	5
K. 過去にダルク以外の 回復プログラムを受けた	1	2	3	4	5
L. 宗教に入信した	1	2	3	4	5
M. プログラムにつながった後に 薬物の再使用をした	1	2	3	4	5

Q18 あなたは過去1年間で、以下のような体験をしたことがありましたか。A～Fそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

	4度以上 あった	2・3度 あった	1度 あった	全く なかった
A. 施設内での利用者の暴力に巻き込まれた	1	2	3	4
B. 自分の薬物再使用の危険を感じた	1	2	3	4
C. 勤務時間外に事件・事故が起きて、 施設から呼び出された	1	2	3	4
D. 職員として地域住民からの苦情を受けた	1	2	3	4
E. ダルクの収入だけでは生活が苦しいと感じた	1	2	3	4
F. 勤務の継続が困難なくらい精神的に消耗した	1	2	3	4

Q19 あなたは以下のことがらがどれくらいあてはまりますか。A～Fそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

	そう思う	まあ そう思う	あまり そう思わない	そう 思わない
A. 仕事上の相談ができる相手がいない	1	2	3	4
B. 自分の将来に不安を感じる	1	2	3	4
C. 十分な報酬を得られている	1	2	3	4
D. 今の仕事は自分に向いている	1	2	3	4
E. 十分な休暇がとれている	1	2	3	4
F. 今の自分の仕事に充実感を感じる	1	2	3	4

Q20 生活面に関する以下の事柄について、あなたは今現在のどのくらい満足していますか。A～Fそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

	まあ		どちらとも	あまり	
	満足している	満足している	言えない	満足していない	満足していない
A. 住んでいる地域	1	2	3	4	5
B. 余暇の過ごし方	1	2	3	4	5
C. 家庭生活	1	2	3	4	5
D. 現在の家計の状況	1	2	3	4	5
E. 友人関係	1	2	3	4	5
F. 健康状態	1	2	3	4	5

●あなたの社会や世の中に関するお考えについてお聞きします。

Q21 以下の事柄は、個人や家族の責任でしょうか、それとも国や地方自治体の責任でしょうか。A～Fそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

	どちらかと言えば			どちらかと言えば	
	個人や家族 の責任	個人や家族 の責任	どちらとも 言えない	国や地方自治体 の責任	国や地方自治体 の責任
A. 高齢者の生活保障	1	2	3	4	5
B. 高齢者の医療・介護	1	2	3	4	5
C. 子どもの教育	1	2	3	4	5
D. 保育・育児	1	2	3	4	5
E. アディクトの回復支援	1	2	3	4	5
F. 障害者の自立支援	1	2	3	4	5

Q22 次のような意見について、あなたは賛成ですか。それとも反対ですか。A～Gそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

	賛成	どちらかと言えば		反対
	賛成	賛成	反対	反対
A. 夫に十分な収入がある場合には、 妻は仕事をもたない方がよい	1	2	3	4
B. なんといっても女性の幸福は結婚にある	1	2	3	4
C. 夫は外で働き、妻は家庭を守るべきだ	1	2	3	4
D. 結婚しても、必ずしも子どもを もつ必要はない	1	2	3	4
E. 政府は、裕福な家庭と貧しい家庭の 収入の差を縮めるために、対策をとるべきだ	1	2	3	4
F. 自分で決めたことなら、その結果には 自分で責任を負うべきだ	1	2	3	4
G. 専門家の決定や助言に、素人は 口を挟まずに従うべきだ	1	2	3	4

Q23 あなたは、今の日本の社会や人々について、次のように思いますか。A～Gそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4
	1	2	3	4

Q24 今の日本の社会において成功するために、次のことはそれぞれどのくらい重要とされていると思いますか。また、あなた自身はそれらが本来はどの程度重要であると考えていますか。A～Gそれぞれについて、当てはまる番号1つに○をつけてください。「日本の現状」と「あなた自身の考え」の両方にお答えください

	＜日本の現状＞				＜あなた自身の考え＞			
	重要である	まあ重要である	あまり重要でない	重要でない	重要である	まあ重要である	あまり重要でない	重要でない
A. 学歴	1	2	3	4	1	2	3	4
B. 家柄	1	2	3	4	1	2	3	4
C. 努力して身につけた実力	1	2	3	4	1	2	3	4
D. 持って生まれた才能	1	2	3	4	1	2	3	4
E. 運	1	2	3	4	1	2	3	4
F. 専門的な資格	1	2	3	4	1	2	3	4
G. うまく人づきあいを する能力	1	2	3	4	1	2	3	4

●下記のようなケースに関するあなたのお考えについてお聞きします。

以下のQ25～27は、下記の文章を読んだ上でお答えください。

24歳男性 父は覚せい剤依存症で、母は統合失調症である。出生直後より乳児院へ入所。2歳から16歳時まで兄と共に養護施設にて育つ。13歳頃から素行不良で、18歳時に覚せい剤を初回使用。その後職を転々とし、覚せい剤・シンナー・LSD・大麻を乱用。21歳時、コンビニで意味不明のことをいって暴れたため、精神科病院へ措置入院となる。退院後通院を中断し、不安感が高まり抑うつ状態となり、薬物を使用し錯乱状態となったため、2回目の入院となる。薬物療法（投薬治療）を行った結果、1ヶ月で状態は安定し日中の生活は穏やかに過ごすようになったが、幻聴及び妄想は消失せず。職員が尋ねると「おなかの中から男の声がする」「目をつぶっていても全部の景色がみえる」という奇妙な内容の話をする。また、話の内容がかみ合わないなど、コミュニケーションに関し、若干の障害が残っている。今後も継続的な服薬は必要であるが、精神状態は、いたって安定しているため近日中に退院の予定である。退院後はダルクへの入所を本人が希望しており、検討中である。

Q25 上記のようなケースに対し、スタッフとして支援するにあたってどのような困難が予想されるでしょうか。A～Iそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

	あてはまる	まあ あてはまる	あまり あてはまらない	あてはま らない
A. ミーティングによる変化がない	1	2	3	4
B. スタッフの話を理解できない	1	2	3	4
C. 少しのストレスで混乱してしまう	1	2	3	4
D. 突然、暴力的になる	1	2	3	4
E. 他の利用者とのトラブルが頻繁に起こる	1	2	3	4
F. 薬物の再使用をする確率が高い	1	2	3	4
G. 必要と思われる薬を飲まない	1	2	3	4
H. 病院に受診してくれない	1	2	3	4
I. 本人の統合失調症症状が悪化する	1	2	3	4

Q26 上記のようなケースに対する支援のあり方として、以下のようなものにあなたは賛成ですか、それとも反対ですか。A～Eそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

	賛成	やや 賛成	やや 反対	反対
A. 薬物の問題を抱えているのだから、 ダルクが受け入れるべきだ	1	2	3	4
B. 他に受け入れる施設がないのであれば、 ダルクが受け入れるべきだ	1	2	3	4
C. 既存の精神障害者のための施設につなげる べきだ	1	2	3	4
D. 依存症と他の精神障害の両方の対応が 可能な施設を新たに作るべきだ	1	2	3	4
E. 警察に通報し、司法の判断に委ねる べきだ	1	2	3	4

Q27 仮に、上記のようなケースをダルクが受け入れる場合には、どのような条件が必要だと思われますか。A～Fそれぞれについて、あてはまる番号1つに○をつけてください。

	必要 である	やや 必要である	あまり 必要ではない	必要 ではない
A. 症状が悪化した場合に、24時間 対応可能な精神科医療機関があること	1	2	3	4
B. 症状の急激な変化に対応できる 十分な人手があること	1	2	3	4
C. 職員が専門知識を身につけるための 研修が充実していること	1	2	3	4
D. 困難なケースに対応するための 潤沢な資金があること	1	2	3	4
E. ダルクのプログラムを修了した後の 社会資源が整っていること	1	2	3	4
F. ダルクに上記のようなケース専用の プログラムがあること	1	2	3	4

調査票 4. ダルク利用者へのアンケート調査

アンケートご協力をお願い

このアンケート（調査票 4. ダルク利用者へのアンケート調査）は、全国にあるダルクを利用していらっしゃるみなさんの日々の生活や考え方などを調査し、今後、ダルクをよりよいものにしていくための参考にしようとするものです。みなさんに記入していただいた後、すぐにコンピューターに入れ、結果はすべてパーセントなどになおして計算しますので、だれが何をこたえたかが他人に知られるようなことは決してありません。また、アンケートの記入の仕方が分からない場合は、一人で判断せず、必ず近くにいるダルク職員の方に相談してください。

それでは、時間制限はありませんので、ゆっくりと、ありのまま、思うままをお答えください。

<アンケートに記入するうえでの簡単な注意>

- * アンケートの中で、何も断りなく「**薬物**」とかかれた場合は、アルコールをふくめるものとして考えてください。
- * アンケートの中に出てくる「**入寮者**」とは、ダルクの入寮施設に現在入寮している人のことをさします。また、「**通所者**」とは、ダルクの入寮施設に現在入寮してはいないが、ダルクの通所施設・通所サービスを利用している人のことをさします。「入寮者」と「通所者」をあわせて、ダルク「**利用者**」と呼ぶことにします。
- * ダルクの入寮施設に入寮しながらダルクの通所施設・通所サービスも利用している人は、「入寮者」となります。
- * 今回の調査では、スタッフ研修やボランティア職員、ダルクから給料をもらわずに生活保護を受けながらスタッフをしている方も「利用者」となりますので、このアンケートにお答えください。

<アンケートが終わったら…>

アンケートが終わったら、まずダルク職員から、記入し終わったアンケート用紙を入れるための「**封筒**」をもらってください。そして、（ダルク職員ではなく）自分の手で、その「封筒」の中に自分の書いたアンケート用紙を入れ、自分の手で封をして、ダルク職員に提出してください。こうすることで、あなたのアンケート用紙が職員やダルクの仲間たちに見られる可能性はなくなり、あなたの個人情報保護されますので、必ずこの手順を守ってください。

●はじめに、あなたの基本的なことからお聞きします

Q1 あなたの性別に○をつけ、年齢を記入してください。

男・女 () 歳

Q2 あなたは現在、結婚していますか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. はい
2. 過去に結婚していたが別れた
3. 結婚したことはない

Q3 あなたにはお子さんがいますか。あてはまる番号に○をつけてください。

1. はい () 人
2. いいえ

Q4 あなたの現在の暮らし方についてお聞きします。あなたは以下の選択肢のうち、いずれの状況にあてはまりますか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. ダルクに入寮中 → Q5へ
2. ダルク以外の福祉施設からダルクに通所中 → Q5へ
3. 簡易宿泊所（ドヤ）・一時宿泊所（公共の定額宿泊施設）などからダルクに通所中 → Q5へ
4. 自宅（家族といっしょに暮らしている）からダルクに通所中 → SQ1へ
5. 自宅（一人暮らし）からダルクに通所中 → Q5へ
6. 病院からダルクに通所中 → Q5へ
7. その他（具体的に) → Q5へ

Q4で「4. 自宅（家族といっしょに暮らしている）からダルクに通所中」を選んだ方にお聞きします。

SQ1 現在あなたがいっしょに暮らしているのはどのような方ですか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 親
2. きょうだい
3. 配偶者
4. 子ども
5. その他（祖母など）

●あなたの職業や経済状況についてお聞きします。

Q5 あなたは現在何らかのお仕事についていますか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. 正社員 → SQ1～SQ4へ
2. パート/アルバイト → SQ1～SQ4へ
3. 福祉的就労（作業所・社会適応訓練事業所など） → SQ1～SQ4へ
4. その他（派遣/請負、日雇いなど） → SQ1～SQ4へ
5. 現在は働いていない → Q6へ

Q5で「1. 正社員」「2. パート/アルバイト」「3. 福祉的就労（作業所・社会適応訓練所等）」

「4. その他（派遣/請負、日雇いなど）」のいずれかを選んだ方にお聞きします。

SQ1 あなたは現在どのようなお仕事をされていますか。具体的な仕事の種類・内容をお書きください。（例：スーパーのレジ係、飲食店の調理係、作業所での作業）

()

SQ2 あなたが現在の仕事をはじめるとき、自分に薬物の問題があるということを職場の誰かに伝えましたか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. 一部の人だけに伝えた
2. 職場の全員に伝えた
3. 誰にも伝えなかった

SQ3 現在のあなたのお仕事で得られる月平均の収入（月収）はどれくらいですか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. 3万円未満 2. 3万円以上6万円未満 3. 6万円以上9万円未満
4. 9万円以上12万円未満 5. 12万円以上15万円未満 6. 15万円以上

SQ4 現在のあなたのお仕事について、以下のことはどの程度あてはまりますか。A～Fそれぞれについて、1～4の数字の中であてはまるものひとつに○をつけてください。

- | | | まあ | あまり | あて |
|--|-------|-------|---------|-------|
| | あてはまる | あてはまる | あてはまらない | はまらない |
| A. 現在の仕事の内容に満足している | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B. 現在の仕事から得られる収入に満足している | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C. 現在の職場 ^{しよくば} での人間関係に満足している | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D. 現在の仕事から得られる収入だけで
将来安定した暮らしができるか不安である | 1 | 2 | 3 | 4 |
| E. この先、現在の仕事を
続けていけるか不安である | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F. 仕事とダルクのプログラムを
両立させることができるか不安である | 1 | 2 | 3 | 4 |

Q6 あなたは、ダルクを利用する前に、何らかの収入を得られる仕事についていたことがありましたか。(ここでは福祉的^{ふくしてきしいうらう}就労^{しいうらう}についての経験はふくみません)

1. ある → SQ1～SQ2へ
2. ない → Q7へ

Q6で「1. ある」を選んだ方にお聞きします。

SQ1 今までにあなたが何らかの収入を得られる仕事についていた期間^{まかん}は、すべて合計するとどれくらいですか。

約 () 年 () か月

SQ2 上のSQ1でお答えいただいた期間の中で、全部で何か所の職場^{しよくば}で働いていましたか。(すぐにやめてしまった職場^{しよくば}も、できるだけ思い出して記入してください。)

() か所

Q7 あなたの現在の暮らしにとって、経済的^{けいざいてき}な基盤^{きばん}は何ですか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- | | | |
|--|---|---------------------------|
| 1. 家族・親族からの金銭的 ^{きんせんてきしえん} 支援 | 2. あなた自身の預貯金 ^{よちよちきん} | 3. 生活保護 ^{せいふつほご} |
| 4. 障害年金 ^{しょうがいねんきん} | 5. 障害年金 ^{しょうがいねんきん} 以外の給付金 ^{きゅうふきん} (傷病手当や失業手当など) | |
| 6. あなた自身の給料 | 7. その他 (具体的に) | |

Q11 あなたがダルクへの入寮または通所を開始したときのことについてお聞きします。

(1) そのときに、あなたにダルクを紹介したのはどこでしたか。以下の機関・人・手段のなかで、あなたにとってもっとも大きな影響をあたえたものひとつに○をつけてください。

- | | | |
|----------------|---------------|-----------------|
| 1. 家族 | 2. 精神科病院 | 3. 生活保護のケースワーカー |
| 4. 精神保健福祉センター | 5. 保健所・保健センター | 6. ダルク利用者 |
| 7. 保護観察所 | 8. 民間の相談機関 | 9. 弁護士 |
| 10. 警察 | 11. 刑務所職員 | 12. インターネット |
| 13. テレビ・本・雑誌など | | |
| 14. その他（具体的に | | ） |

(2) そのときに、あなたがダルクの利用を決心したのはなぜですか。以下の選択肢の中で、あなたにとってもっとも大きかった理由をひとつ選んで○をつけてください。

- | | | |
|-------------------------------|-------------------|------------------|
| 1. お金がなくなったから | 2. 逮捕されたから | 3. 入院したから |
| 4. 身近な薬物使用者の死に直面したから | | 5. 家族に強くすすめられたから |
| 6. 住むところがなかったから | 7. 家族や親族に見捨てられたから | |
| 8. ダルクの利用が、生活保護を受けるための条件だったから | | |
| 9. 薬物がやめられなかったから | | |
| 10. その他（具体的に | | ） |

Q12 あなたが、ダルクに対して今後サービスとして充実してもらいたいと思うことはなんですか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1. 個別面接（カウンセリング） | 2. 家族や職場との調整（本人、ダルクを交えた三者面談など） |
| 3. 就労支援（仕事の紹介や職業訓練など） | |
| 4. 教育支援（英会話、パソコン講習、資格取得、進学支援など） | |
| 5. ダルクが運営する会社での就労 | 6. 法律相談（債務整理など） |
| 7. 家族教育プログラム | 8. 12ステップの勉強会 |
| 9. レクリエーションの充実 | 10. 薬物検査（尿検等）の実施 |
| 11. 働き始めた利用者のための住居（スリークォーターハウス） | 12. 食事の提供・充実 |
| 13. その他（具体的に | ） |

Q13 あなたはダルク退寮後に、以下にあげるサービスがあれば受けてみたいと思いますか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 訪問看護
2. 配食サービス（食事を提供してくれるサービス）
3. ホームヘルプ（家事の援助をしてくれるサービス）
4. 移送サービス（体調が悪くなったときなどに移動手段を提供してくれるサービス）
5. 同行受診（病院へのつきそいをしてくれるサービス）
6. ショートステイ（体調が悪くなったときなどの、施設への短期入所サービス）
7. コミュニケーション能力や対人関係スキルのトレーニング
8. 就職活動時のサポート（履歴書の書き方の指導や模擬面接の実施など）
9. 職業訓練（職業に必要な技術・技能の訓練、職業訓練校のあっせん、資格講座の紹介など）
10. 福祉就労の紹介（福祉施設が経営する会社や工場等での仕事の紹介など）
11. 一般の仕事の紹介
12. 進学支援
13. 不安が生じたときにいつでも相談できるサービス
14. 心理カウンセリング
15. 育児支援
16. 仲間や理解者とのふれあいの場の提供
17. 低家賃住宅の提供
18. 生活費の保障
19. その他（具体的に)

Q14 あなたは、今までにダルク以外の精神障害者の社会復帰施設（共同作業所、授産施設等）を利用したことがありますか。

1. ある
2. ない

Q15 あなた自身にとって、以下のプログラムはクリーンであるためにどれくらい重要だと思いますか。
A～Kそれぞれについて、1～5の数字の中であてはまるものひとつに○をつけてください。下の<注>
>をよく見て、正しく記入してください。

<注>

正しい記入の例
 A. ***** ①—2—3—4—5
 B. ***** 1—②—3—4—5
 C. ***** 1—②—3—4—5
 D. ***** ①—2—3—4—5
 E. ***** 1—2—③—4—5
 F. ***** 1—2—3—4—⑤
 G. ***** 1—2—3—④—5
 H. ***** 1—2—3—④—5
 I. ***** 1—2—3—4—⑤
 J. ***** ①—2—3—4—5
 K. ***** 1—2—③—4—5

間違った記入の例
 A. ***** 1—2—3—4—5
 B. ①***** 1—2—3—4—5
 C. ***** 1—2—3—4—5
 D. ①***** 1—2—3—4—5
 E. ***** 1—2—3—4—5
 F. ***** 1—2—3—4—5
 G. ***** 1—2—3—4—5
 H. ***** 1—2—3—4—5
 I. ①***** 1—2—3—4—5
 J. ***** 1—2—3—4—5
 K. ***** 1—2—3—4—5

- | | 重要
である | まあ
重要である | あまり
重要でない | 重要
でない | プログラムを
受けていない |
|---|-----------|-------------|--------------|-----------|------------------|
| A. ミーティングへの参加 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B. 宿泊を通じた仲間との共同生活 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C. NAへの参加 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D. スポーツ・レクリエーション活動 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E. 作業プログラム
(農作業・創作作業・内職作業等) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| F. 施設内での就労支援プログラム
(カウンセリング・職業訓練
職業紹介等) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| G. 施設外での宿泊を伴うプログラム
(キャンプ・海水浴等) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| H. ダルクとしてのメッセージ活動
(病院・刑務所・少年院・学校等で
自らの体験談を話すこと) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I. ボランティア活動 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| J. (ボランティア以外の) 地域交流活動
(バザーへの出店・スポーツ大会) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| K. 金銭管理 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

●あなたの薬物使用に対する体験や考え方についてお聞きします。

Q16 処方薬や市販薬を飲むことに対するつぎのような意見について、あなたはどの程度賛成・または反対ですか。A、Bそれぞれについて、1～4の数字の中であてはまるものひとつに○をつけてください。下の<注>をよく見て、正しく記入してください。

<注>

正しい記入の例

A.***** 1—(2)—3—4
 B.***** 1—2—3—(4)

間違った記入の例

(A).***** 1—2—3—4
 B.***** 1—2—3—4

- | | | | | | |
|----|--|----|-------|-------|-------|
| | | | どちらかと | どちらかと | |
| | | 賛成 | いえば賛成 | いえば反対 | 反対 |
| A. | いかなる薬も、できるかぎり飲まない方がいい・・・ | 1 | ----- | 2 | ----- |
| B. | 健康がすぐれないときは、自分で判断せず、
医師に相談の上、薬を飲むべきだ・・・ | 1 | ----- | 2 | ----- |

Q17 ダルクでは、アルコールを薬物の一種と考えていますが、あなた自身は飲酒について、どのように考えていますか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. アルコールは薬物の一種であるので、飲酒すべきではない
2. アルコールは薬物の一種だが、適度であれば飲酒してもかまわない
3. アルコールは薬物ではないが、飲酒すべきではない
4. アルコールは薬物ではないので、適度であれば飲酒してもかまわない

Q18 あなたが最初に使った薬物（ここではアルコールは含みません）は何でしたか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

- | | | |
|-----------------|----------|---------------------|
| 1. 有機溶剤 | 2. ガス | 3. 大麻 (マリファナ・ハシシなど) |
| 4. アヘン・ヘロイン | 5. コカイン | 6. 覚せい剤 |
| 7. 咳止め薬 | 8. 鎮痛剤 | 9. 睡眠薬・安定剤 |
| 10. MDMA | 11. ケタミン | 12. LSD |
| 13. その他 (具体的に) | | |

Q19 あなたは、今までに以下の薬物を使ったことがありますか。また、過去に使っていた場合は、その薬物を平均してどのくらい使っていましたか。A～Fそれぞれについて、1～5の数字の中であてはまるものひとつに○をつけてください。また、使ったことがある薬物については、はじめて使った年齢と最後に使った年齢も記入してください。

- | | 使ったこと
はない | 今までに
数回程度 | 月に
一回程度 | 週に
一回程度 | ほぼ
毎日 | はじめて使った
年齢 | 最後に使った
年齢 |
|------------------------|--------------|--------------|------------|------------|----------|---------------|--------------|
| A. アルコール | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ()歳ごろ | ()歳ごろ |
| B. 有機溶剤 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ()歳ごろ | ()歳ごろ |
| C. 大麻(マリファナ
・ハシシなど) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ()歳ごろ | ()歳ごろ |
| D. 覚せい剤 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ()歳ごろ | ()歳ごろ |
| E. 睡眠薬・安定剤 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ()歳ごろ | ()歳ごろ |
| F. 咳止め薬 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ()歳ごろ | ()歳ごろ |

*その他の薬物を使っていた方は、以下の空欄に、使っていた薬物の種類（複数でもかまいません）や頻度、はじめて使った年齢、最後に使った年齢を自由に書きこんでください。

Q20 あなたがダルクにつながる一番の大きなきっかけとなった薬物は何ですか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

- | | | |
|--------------------|-----------------|----------|
| 1. アルコール | 2. 有機溶剤 | 3. ガス |
| 4. 大麻 (マリファナ・ハシシ等) | 5. アヘン・ヘロイン | 6. コカイン |
| 7. 覚せい剤 | 8. 咳止め薬 | 9. 鎮痛剤 |
| 10. 睡眠薬・安定剤 | 11. MDMA | 12. ケタミン |
| 13. LSD | 14. その他 (具体的に) | |

Q 2 1 あなたがQ 2 0で選んだ薬物をもっともひんぱんに使用していた地域はどこですか。都道府県名を記入してください。

() 都・道・府・県

Q 2 2 あなたが薬物をやめたいと思いはじめたのは何歳ごろですか。数字を記入してください。また、やめたいと思ったことがない人は、「なし」と記入してください。

() 歳ごろ

Q 2 3 あなたの今日現在までのクリーンタイムを、空欄に記入してください。また、クリーンタイムが1ヶ月に満たない方は、「1か月目」と記入してください。

() 年 () か月目

Q 2 4 あなたは、今までに薬物を含む依存症専門のカウンセリングを受けたことがありますか。

1. ある → SQ 1～SQ 2へ
2. ない → Q 2 5へ

Q 2 4で「1. ある」を選んだ方にお聞きします。

SQ 1 あなたが最初のカウンセリングを受けたのは何歳のときですか。

() 歳

SQ 2 あなたが最初にカウンセリングを受けたのはどこですか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. 薬物専門のカウンセリングセンター
2. ダルク
3. 精神保健福祉センター・保健所・保健センター
4. 精神科病院・クリニック
5. 矯正施設 (刑務所・少年院・少年鑑別所など)
6. 警察
7. 女性センター・シェルター
8. その他 (具体的に)

Q25 あなたは、薬物への“依存”ということに関して、どのような考えをお持ちですか。A～Fそれぞれについて、1～4の番号の中であてはまるものひとつに○をつけてください。

まあ あまり そう
 そう思う そう思う そう思わない 思わない

- A. 薬物への“依存”とは、自分の意志では
 どうすることもできない「病気」である・・・1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4
- B. 薬物への“依存”とは、他人から言われる
 のではなく、自分自身で認めることで
 はじめて、回復への道がひらける・・・1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4
- C. 薬物“依存”者は、通常の人より道徳的に
 一段劣った存在である・・・1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4
- D. 自分が薬物へ“依存”しているかどうかは、
 医師や専門家から診断を受けることに
 よって正確にわかる・・・1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4
- E. 自分は薬物“依存”者である・・・1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4
- F. 薬物“依存”という病気は回復可能である・・・1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4
- G. 薬物“依存”も精神障害の一種なので、
 精神障害者と同じ施設の中で
 回復が可能である・・・1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4
- H. 薬物“依存”も障害の一種なので、
 知的・身体障害者と同じ施設の中で
 回復が可能である・・・1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4

Q26 あなたがダルクを利用して薬物依存から回復しようとした時、以下の人たちは理解をしてくれましたか。A～Eそれぞれについて、1～6の番号の中であてはまるものひとつに○をつけてください。

理解 まあ理解して あまり理解して 理解して 知らせて
 してくれた くれた くれなかった くれなかった いない いない

- A. 親・・・1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4 - - - - - 5 - - - - - 6
- B. 配偶者・・・1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4 - - - - - 5 - - - - - 6
- C. きょうだい・・・1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4 - - - - - 5 - - - - - 6
- D. 友人・・・1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4 - - - - - 5 - - - - - 6
- E. 職場の人たち・・・1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4 - - - - - 5 - - - - - 6

Q27 あなたにとって、薬物依存からの回復とはどのようなものですか。A～Hそれぞれについて、1～4の番号の中であてはまるものひとつに○をつけてください。

- | | | | | |
|--|--------------|-------------|----------------|-----------------|
| | とても
あてはまる | まあ
あてはまる | あまり
あてはまらない | まったくあて
はまらない |
|--|--------------|-------------|----------------|-----------------|
- A. 経済的に自立できるようになった状態・・・1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- B. 結婚して家庭をもてるようになった状態・・・1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- C. ダルク・プログラムを修了した状態・・・1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- D. 少なくとも3年間はクリーンが続いている状態・・・1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- E. 家族や知人など、まわりの人との
人間関係に自信が持てるようになった状態・・・1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- F. ありのままの自分を
受け入れられるようになった状態・・・1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- G. 仲間の中で生きていくことの大切さを
理解できるようになった状態・・・1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- H. 薬物への欲求がなくなった状態・・・1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4

Q28 ダルクでは、ほとんどの職員が薬物依存からの回復途上者ですが、回復途上者が職員をすることに
ついては以下のようなさまざまな意見があります。あなたは以下のような意見に賛成ですか、それとも
反対ですか。A～Fそれぞれについて、1～4の番号の中であてはまるものひとつに○をつけてくださ
い。

- | | | | | |
|--|----|----------------|----------------|----|
| | 賛成 | どちらかと
言えば賛成 | どちらかと
言えば反対 | 反対 |
|--|----|----------------|----------------|----|
- A. 利用者の気持ちをよくわかってもらえる・・・1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- B. 職員が利用者にとって回復のモデルとなる・・・1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- C. 職員は、薬物の再使用も回復の一つの
プロセスであると理解しているので、
利用者はやりなおすチャンスをややすい・・・1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- D. 職員に対しては、今まで利用者が
身近な人たちにしてきたやり方が通用しない・・・1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- E. 職員自身の経験を利用者におしつけがちになる・・・1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4
- F. 職員はさまざまな専門的ケア
(医療的ケア・法律的ケアなど) ができない・・・1 - - - - 2 - - - - 3 - - - - 4

●NAミーティングについてお聞きします。

Q29 あなたは現在、NAミーティングに週何回参加していますか。

週に約 () 回

Q30 あなたがNAのミーティングにはじめて参加したのは何歳のときですか。

() 歳のとき

Q31 あなたがNAのミーティングに参加するためにかかる交通費は1か月でどのくらいですか。(ダルクの車でミーティング会場に通っている人は、職員におおよそその交通費を聞いて、記入してください。また、バスや電車などの無料乗車券を利用した場合は、自分のお金で払ったとして、その分もふくめた金額を記入してください。)

1か月に約() 円

Q32 あなたがふだん参加しているNAのミーティング会場のうち、もっとも遠い会場までは、あなたが現在生活しているところからどのくらいの時間がかかりますか。片道の時間を記入してください。

片道約() 分

Q33 あなたは、ダルクを利用する前に、NAのミーティングに参加したことがありましたか。

1. はい _____ → SQ1へ
2. いいえ _____ → Q34へ

Q33で「1. はい」を選んだ方にお聞きします。

SQ1 あなたがNAミーティングに参加するきっかけを作ったのは誰ですか。以下のうち、もっとも重要なきっかけだったものを選んで、あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1. NAのメンバー | 2. 家族 |
| 3. 精神科病院の職員 | 4. 生活保護のケースワーカー |
| 5. 精神保健福祉センター | 6. 保健所/保健センター |
| 7. 保護観察官 | 8. 民間の相談機関の職員 |
| 9. 弁護士 | 10. 警察の職員 |
| 11. 刑務所職員 | 12. インターネット |
| 13. テレビ・本・雑誌等 | |
| 14. その他(具体的に) | |

●あなたと医療機関とのかかわりについてお聞きします。

Q34 あなたは現在、以下の医療機関の診療を受けていますか。A～Eそれぞれについて、どちらかに○をつけてください。

- A. 精神科・神経科.....受けている・受けていない
→ SQ1へ
- B. 内科.....受けている・受けていない
- C. 婦人科.....受けている・受けていない
- D. 歯科.....受けている・受けていない
- E. その他(具体的に.....科).....受けている・受けていない

Q34で、現在、精神科・神経科の診療を受けていると答えた方にお聞きします。

SQ1 あなたは現在、精神科・神経科の診療をどれくらいの頻度で受けていますか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. 1週間に1回程度
2. 2週間に1回程度
3. 1ヶ月に1回程度
4. それ以下の頻度

Q35 あなたは、医療機関から処方された精神・神経に作用する薬(睡眠薬・精神安定剤・抗不安薬・抗精神病薬など)を服用していますか。

1. つねに服用している・必要に応じて服用している → SQ1～SQ3へ
2. むかし服用していたが、現在は服用していない → SQ1～SQ3へ
3. 服用したことはない → Q36へ

Q35で「1. 常に服用している・必要に応じて服用している」を選んだ方にお聞きします。

SQ1 あなたが現在その薬を服用している理由として、以下にあげることは、それぞれどの程度あてはまりますか。A～Eそれぞれについて、1～4の数字の中であてはまるものひとつに○をつけてください。

まあ あまり あて
あてはまる あてはまる あてはまらない はまらない

- A. 症状をおさえるために薬が必要だから・・・1-----2-----3-----4
B. 規則正しい生活を送るために薬が必要だから・・・1-----2-----3-----4
C. 薬を飲むことで快適な生活が送れるから・・・1-----2-----3-----4
D. 医師が薬を飲むように指示したから・・・1-----2-----3-----4
E. ダルクの職員が薬を飲むように指示したから・・・1-----2-----3-----4

SQ2 あなたが現在服用している薬の効果について、以下にあげることは、それぞれどの程度あてはまりますか。A・Bそれぞれについて、1～4の数字の中であてはまるものひとつに○をつけてください。

まあ あまり あて
あてはまる あてはまる あてはまらない はまらない

- A. 自分の期待したとおりの
効果を実感している・・・1-----2-----3-----4
B. 自分の期待した効果より
副作用のほうを強く感じている・・・1-----2-----3-----4

SQ3 あなたが現在服用している薬を今後はどうしていきたいと思えますか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. 一日も早く飲むのをやめたい
2. できれば飲むのをやめたい
3. できれば飲みつづけたい
4. これからもぜひ飲みつづけたい

Q36 あなたは今までに、精神科・神経科の診療を受けたことがありますか（今現在、精神科・神経科の診療を受けている方も、「1. 受けたことがある」に○をつけてください）。

1. 受けたことがある → SQ1～SQ3へ
2. 受けたことはない → Q37へ

Q36で、「1. 受けたことがある」を選んだ方にお聞きします。

SQ1 あなたが最初に精神科・神経科の診療を受けたのは、何歳のときでしたか。

() 歳

SQ2 あなたは精神科・精神科に入院したことがありますか。1、2のうち、あてはまる番号のどちらかに○をし、入院したことがある方は、最初に入院した年齢・入院回数・通算の入院期間についても記入してください。

1. 精神科・神経科に入院したことがある・・・(最初に入院した年齢 () 歳)
(入院回数 () 回)
(通算の入院期間 () 年 () か月)
2. 精神科・神経科に入院したことはない

SQ3 あなたは、今までに、精神科・神経科の診療を受ける中で以下のような気持ちになったことがありますか。A～Cそれぞれについて、1～4の数字の中であてはまるものひとつに○をつけてください。

- | | よく
あった | ときどき
あった | あまり
なかった | ほとんど
なかった |
|---|-----------|-------------|-------------|--------------|
| A. 医師・看護師などが、患者である
自分のうったえや意見を尊重して
治療してくれたと感じた・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B. 医師・看護師などが、病気の症状や治療方針
についてのわかりやすく、きちんとした説明なし
に治療を進めようとしていると感じた・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C. 医師・看護師などが、一人の対等な個人として
患者である自分に接してくれていると感じた・・・ | 1 | 2 | 3 | 4 |

Q37 あなたが、精神科・神経科に対して最も期待することはどのようなことですか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 入院などによる解毒治療
2. 処方薬による治療
3. 依存症に対する回復支援プログラムの提供
4. 本人への心理カウンセリング
5. 家族への助言や支援
6. 薬物検査の実施
7. その他(具体的に)

●精神保健福祉手帳についてお聞きします。

Q38 あなたは精神保健福祉手帳を持っていますか。どちらかに○をつけてください。

1. 持っている → SQ1～SQ3へ
2. 持っていない → SQ4へ

Q38で「1・持っている」を選んだ方にお聞きします。

SQ1 あなたが持っている手帳は何級ですか。

() 級

SQ2 あなたが精神保健福祉手帳を取得した理由は何ですか。もっともあてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. 自分にとって必要だったから
2. 施設職員などからすすめられたから
3. 薬物依存者も障害者として認められたほうがよいと思ったから
4. その他（具体的に)

SQ3. 精神保健福祉手帳を持っていることで、以下にあげるような気持ちを感じたことはありますか。A～Dそれぞれについて、1～4の数字の中であてはまるものひとつに○をつけてください。

- | | ある | ときどきある | あまりない | ない |
|---------------------------------------|----|--------|-------|----|
| A. さまざまなサービスや、割引を受けられるようになってよかった | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B. 障害者として見られることで、社会からの差別を感じた | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C. 生活保護が受けやすくなったり、加算がついたりして生活上の不安が減った | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D. 障害者として認定されることで、自分のプライドが傷ついた | 1 | 2 | 3 | 4 |

Q38で「2. 持っていない」を選んだ方にお聞きします。

SQ4 あなたが精神保健福祉手帳を取得しなかった理由は何ですか。もっともあてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. 自分には必要なかったから
2. 施設職員などが特に手帳を取得する必要はないと言っていたから
3. 薬物依存者は障害者として認められないほうがよいと思ったから
4. 自分としてはほしかったが、認定されなかったから
5. その他（具体的に)

●「障害者自立支援法」についてお聞きします。

Q39 平成18年に、「障害者自立支援法」ができました。この法律は、障害者に対する福祉サービスに関してのものであり、障害者の地域生活や自立を支援する目的で作られました。精神・神経科の通院医療費の補助や、施設（グループホームなど）利用時の認定に関係があります。

(1) あなたは「障害者自立支援法」について聞いたことがありますか。

1. 聞いたことがある → SQ1へ
2. 聞いたことがない → Q40へ

Q39(1)で「1. 聞いたことがある」を選んだ方にお聞きします。

SQ1 あなたは現在、「障害者自立支援法」を何らかの形で利用していますか（自分が利用しているかどうかわからない方は、職員に聞いたうえで教えてください）。

1. 利用している → SSQ1-1に答えたあと、Q40へ
2. 利用していない → SSQ1-2に答えたあと、Q40へ

Q39(1)SQ1で「1. 利用している」を選んだ方にお聞きします。

SSQ1-1 あなたが「障害者自立支援法」を利用するようになった理由は何ですか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 関係者（施設職員・家族など）にすすめられたから
2. 施設利用時の条件だったから
3. 自己負担金が減るなら何でも活用しようと思ったから
4. 利用できる福祉サービスの幅がひろがると思ったから
5. 障害者の権利は活用するべきだと思ったから
6. その他（具体的に)

Q39 (1) SQ1で「2. 利用していない」を選んだ方にお聞きします。

SSQ1-2 あなたが「障害者自立支援法」を活用していない理由は何ですか。
あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 自分がこの法律の対象になると思わなかったから
2. 関係者（施設職員・家族など）に反対されたから
3. 障害者として支援をうけることで、自分や家族に
マイナスの影響がでるかもしれないと心配だったから
4. 薬物依存は障害ではないので、使うべきではないと考えたから
5. 自分にとって必要がないから（精神・神経科を受診していないなど）
6. その他（具体的に ）

●あなたと司法機関・矯正施設とのかかわりについてお聞きします。

Q40 あなたは、いままでに司法機関にかかわり、以下のような処分をうけたことがありますか。(A)
(B) それぞれについて「1. ある」「2. ない」のいずれかに○をつけ、「1. ある」の場合は必要な
項目に記入してください。

(A) 薬物を使っていること（薬物使用、薬物売買、薬物使用下での窃盗・暴力事件など）が原因で、
逮捕や補導をされたこと

1. ある・・・・・・・・・・・・・・・・通算逮捕・補導回数（ ）回
はじめて逮捕・補導されたのは（ ）歳のとき
2. ない

(B) 薬物とは無関係の事件で、逮捕や補導をされたこと

1. ある・・・・・・・・・・・・・・・・通算逮捕・補導回数（ ）回
はじめて逮捕・補導されたのは（ ）歳のとき
2. ない

Q41 あなたは、いままでに以下のような矯正施設^{きょうせいしせつ}に入所したことがありますか。(A)～(E)それぞれについて「1. ある」「2. ない」のいずれかに○をつけ、「1. ある」の場合は必要な項目に記入してください。さらに、指示に従ってSQに進んでください。

(A) 刑務所^{けいむじょ}に入所したこと

1. ある・・・・・・・・・・いままでの通算^{つうさん}入所回数 () 回
はじめて刑務所^{けいむじょ}に入所したのは () 歳のとき
2. ない

(B) 少年院^{しょうねんいん}に入所したこと

1. ある・・・・・・・・・・いままでの通算^{つうさん}入所回数 () 回
はじめて少年院^{しょうねんいん}に入所したのは () 歳のとき
2. ない

(C) 少年鑑別所^{しょうねんかんべつじょ}に入所したこと

1. ある・・・・・・・・・・いままでの通算^{つうさん}入所回数 () 回
はじめて少年鑑別所^{しょうねんかんべつじょ}に入所したのは () 歳のとき
2. ない

(D) 拘置所^{こうちじょ}に入所したこと

1. ある・・・・・・・・・・いままでの通算^{つうさん}入所回数 () 回
はじめて拘置所^{こうちじょ}に入所したのは () 歳のとき
2. ない

(E) 婦人補導院^{ふじんほどういん}に入所したこと

1. ある・・・・・・・・・・いままでの通算^{つうさん}入所回数 () 回
はじめて婦人補導院^{ふじんほどういん}に入所したのは () 歳のとき
2. ない

Q41の(A)～(D) どれかひとつにでも「1. (入所したことが) ある」を選んだ方は、次のSQ 1～SQ2にお答えください。

SQ1 あなたは矯正施設のなかで、以下のような薬物離脱指導を受けた経験がありますか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

1. 施設職員による講義形式の指導を受けた
2. ダルク職員以外の外部講師（精神科医・薬剤師・聖職者など）による講義形式の指導を受けた
3. 薬物に関連するビデオや映画、スライドなどをみた
4. 複数の受講者同士で語り合うグループワーク形式の講座を受けた
5. ダルク職員による話やミーティングが行われる講座を受けた
6. その他（具体的に ）

SQ2 あなたは、矯正施設に入所している間、精神・神経に作用する薬（睡眠薬・精神安定剤・抗不安薬・抗精神病薬など）を飲んでいましたか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

1. つねに飲んでいた
2. 必要に応じて飲んでいた
3. 飲んだことはなかった

●あなたが現在考えていること、感じていることについてお聞きします。

Q42 以下にあげることは、個人や家族の責任でしょうか、それとも国や地方自治体の責任でしょうか。A～Fそれぞれについて、1～5の番号の中であてはまるものひとつに○をつけてください。

	どちらかと言えば			どちらかと言えば	
	個人や家族 の責任	個人や家族 の責任	どちらも 言えない	国や地方自治体 の責任	国や地方 自治体の責任
A. 高齢者の生活保護	1	2	3	4	5
B. 高齢者の医療・介護	1	2	3	4	5
C. 子どもの教育	1	2	3	4	5
D. 保育・育児	1	2	3	4	5
E. アディクトの回復支援	1	2	3	4	5
F. 障害者の自立支援	1	2	3	4	5

Q 4 3 以下のような意見について、あなたは賛成ですか、それとも反対ですか。A～Iそれぞれについて、1～4の数字の中であてはまるものひとつに○をつけてください。

- | | 賛成 | どちらかと
言えば賛成 | どちらかと
言えば反対 | 反対 |
|--|----|----------------|----------------|----|
| A. 夫に十分な収入 <small>しゅうにゅう</small> がある場合には | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 妻は仕事を持たない方がよい | | | | |
| B. なんといっても女性の幸せは結婚にある | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C. 夫は外で働き、妻は家庭を守るべきだ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D. 結婚しても、必ず子どもを持つ必要はない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| E. 政府は、裕福な家庭と貧しい家庭の | | | | |
| 収入の差を縮めるために政策をとるべきだ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F. 自分で決めたことなら、その結果には | | | | |
| 自分で責任を負うべきだ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G. 専門家の決定やアドバイスに、 | | | | |
| 素人は口をはさまずに従うべきだ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| H. 能力が高い人が、能力の低い人よりも | | | | |
| 多くのお金や高い地位を得るのは当然だ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| I. 自分の力で働き、稼いだお金で生活していく | | | | |
| ことが人間として望ましい生き方だ | 1 | 2 | 3 | 4 |

Q 4 4 あなたは、今の日本の社会や人々について、次のように思いますか。A～Gそれぞれについて、1～4の番号の中であてはまるものひとつに○をつけてください。

- | | そう思う | まあ
そう思う | あまりそう
思わない | そう
思わない |
|----------------------------------|------|------------|---------------|------------|
| A. 全体的にゆたかな社会だ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B. 自分のことしか考えない人が多い | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C. まじめに努力すればむくわれる社会だ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D. お金持ちや地位の高い人が得をする社会だ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| E. 新聞やテレビからの情報は信頼できる | 1 | 2 | 3 | 4 |
| F. 大人は、若者の考えや気持ちを | | | | |
| あまり理解していない | 1 | 2 | 3 | 4 |
| G. お金持ちと貧乏な人との差が | | | | |
| 広がっている社会だ | 1 | 2 | 3 | 4 |

Q45 今の日本の社会において成功するために、次のことはそれぞれのくらい重要とされていると思いますか。また、あなた自身はそれらが本来はどのくらい重要であると考えていますか。A～Gそれぞれについて、1～4の数字の中であてはまるものひとつずつに○をつけてください。(「日本の現状」と「あなた自身の考え」の両方にお答えください)

	＜日本の現状＞				＜あなた自身の考え＞			
	重要 である	まあ重要 である	あまり 重要でない	重要で ない	重要 である	まあ重要 である	あまり 重要でない	重要で ない
A. 学歴	1	2	3	4	1	2	3	4
B. 家柄	1	2	3	4	1	2	3	4
C. 努力して身につけた実力	1	2	3	4	1	2	3	4
D. 持って生まれた才能	1	2	3	4	1	2	3	4
E. 運	1	2	3	4	1	2	3	4
F. 尊厳的な資格	1	2	3	4	1	2	3	4
G. うまく人付き合いする能力	1	2	3	4	1	2	3	4

Q46 わたしたちの社会には上層に位置するグループや、下層に位置するグループがあります。

(1) 次のような上から下までの幅の中で、今現在のあなたはどこに位置すると思いますか。

一番上 一番下
1 - - - 2 - - - 3 - - - 4 - - - 5 - - - 6 - - - 7 - - - 8 - - - 9 - - - 10

(2) 次のような上から下までの幅の中で、15歳ころのあなた(一緒に暮らしていた場合は

ご家族全体)は、どこに位置していたと思いますか。

一番上 一番下
1 - - - 2 - - - 3 - - - 4 - - - 5 - - - 6 - - - 7 - - - 8 - - - 9 - - - 10

Q47 あなたは日々の生活のなかで、次にあげるA～Gのような^{かんかく}感覚がどのくらいありますか。A～Gそれぞれについて、1～4の数字の中であてはまるものひとつに○をつけてください。そのうえで、矢印にしたがって、その感覚がどのくらい続いているのかについてもお答えください。

	生活に支障を きたすくらい 強く感じる	気になって ダルクのプログラム に集中できない	気にはなるが、生活 やプログラム には支障はない	そのような 感覚 はない
--	---------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------

A. 理由なく不安感に襲われる・・・ 1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4

→ その感覚はどれくらい続いていますか・・・ 1ヵ月未満 1ヶ月から6ヶ月 6ヶ月以上
1 - - - - - 2 - - - - - 3

B. なぜか考えていることが
人に伝わってしまう・・・ 1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4

→ その感覚はどれくらい続いていますか・・・ 1ヵ月未満 1ヶ月から6ヶ月 6ヶ月以上
1 - - - - - 2 - - - - - 3

C. あたりの様子が異様に感じる・・・ 1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4

→ その感覚はどれくらい続いていますか・・・ 1ヵ月未満 1ヶ月から6ヶ月 6ヶ月以上
1 - - - - - 2 - - - - - 3

D. あまり眠れない・・・ 1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4

→ その感覚はどれくらい続いていますか・・・ 1ヵ月未満 1ヶ月から6ヶ月 6ヶ月以上
1 - - - - - 2 - - - - - 3

E. 何をするにもやる気がおきない・・・ 1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4

→ その感覚はどれくらい続いていますか・・・ 1ヵ月未満 1ヶ月から6ヶ月 6ヶ月以上
1 - - - - - 2 - - - - - 3

F. まわりの人が自分を避けたり自分の悪口を
言っているように思う・・・ 1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4

→ その感覚はどれくらい続いていますか・・・ 1ヵ月未満 1ヶ月から6ヶ月 6ヶ月以上
1 - - - - - 2 - - - - - 3

G. 気が沈んで、ゆううつだ・・・ 1 - - - - - 2 - - - - - 3 - - - - - 4

→ その感覚はどれくらい続いていますか・・・ 1ヵ月未満 1ヶ月から6ヶ月 6ヶ月以上
1 - - - - - 2 - - - - - 3

Q 4 8 生活面に関する以下のようなことがらについて、あなたは現在、どの程度満足していますか。A～Fそれぞれについて1～5の数字の中であてはまるものひとつに○をつけてください。

	満足 している	まあ 満足している	どちらとも 言えない	あまり 満足していない	満足 していない
A. 住んでいる地域	1	2	3	4	5
B. 余暇の過ごし方	1	2	3	4	5
C. 家族との関係	1	2	3	4	5
D. 現在の自分の経済状況	1	2	3	4	5
E. 友人関係	1	2	3	4	5
F. 健康状態	1	2	3	4	5
G. ダルクのほかの メンバーとの関係	1	2	3	4	5
H. ダルクの職員との関係	1	2	3	4	5
I. ダルクでの生活全般	1	2	3	4	5

●過去に、あなたのまわりで起こったできごとについてお聞きします。

Q 4 9 あなたは、過去1年間で、以下のような経験をしたことがありますか。A～Eそれぞれについて、どちらかに○をつけてください。

- A. 自分の家に空き巣が入った
- B. 力づくで物品を奪いとられた
- C. 詐欺の被害を受けて、お金などをだましとられた
- D. 暴力を受けたり、暴力事件にまき込まれたりした
- E. 性的な暴力被害にあった
- F. 自殺しようと考えた

Q 5 0 あなたは、過去5年間で、深く心に傷を受けるような衝撃的なできごと（離婚、失業、大きな病気やケガ、身近な人の死など）を何回経験しましたか。

なし	1回	2回	3回	4回以上
1	2	3	4	5

●あなたの人間関係や家族関係についてお聞きします。

Q51 あなたは、今までに暴力団となんらかのかかわりがありましたか。

- 1. あった → SQ1へ
- 2. なかった → Q52へ

Q51で「1. あった」を選んだ方にお聞きします。

SQ1 暴力団とはどのようにかかわっていましたか。あてはまる番号ひとつに○をつけてください。

- 1. 自分自身や身近な人が暴力団関係者だった
- 2. 自分自身や身近な人は暴力団と無関係だったが、暴力団関係者から薬物を入手していた
- 3. その他（具体的に)

Q52 あなたのご親族（両親やきょうだい、親戚など）のなかで、以下のようなアディクション問題を抱える方はいらっしゃいましたか。あてはまる番号すべてに○をつけてください。

- 1. 薬物
- 2. アルコール
- 3. ギャンブル
- 4. 摂食
- 5. 暴力・虐待
- 6. 異性・セックス
- 7. その他（具体的に)

Q53 あなたは、中学生のころまでに、以下のような経験をしたことがありましたか。A～Dそれぞれについて、1～4の番号の中であてはまるものひとつに○をつけてください。

- | | よく
あった | たまに
あった | 1回だけ
あった | まったく
なかった |
|---|-----------|------------|-------------|--------------|
| A. 家族の人から殴る・蹴るなどの
暴力をふるわれた | 1 | 2 | 3 | 4 |
| B. 家族の人から心が傷つくような
ひどいことを言われた | 1 | 2 | 3 | 4 |
| C. 家族の人から食事の世話をしてもらえ
なかつたり、冷たく無視されたりした | 1 | 2 | 3 | 4 |
| D. 家族の人から性的ないたづらを受けた | 1 | 2 | 3 | 4 |

●あなたやあなたのご両親の通われた学校についてお聞きします。

Q54 あなた自身、あなたの父親、あなたの母親の3人について、最後に通った（または現在通っている）学校は、次のどれにあたりますか。あてはまる番号をひとつ選び、それぞれ記入してください。

<戦前>

1. 旧制^{しんじょう}尋常^{じんじょう}小学校（国民学校を含む）
2. 旧制^{こうとう}高等^{こうとう}小学校
3. 旧制中学校・^{こうとうじやうがくこう}高等^{こうとう}女^{にょ}学校
4. 旧制^{じつぎやう}実業^{じつぎやう}・^{しょうぎやう}商業^{しょうぎやう}学校
5. 旧制^{しはん}師範^{しはん}学校
6. 旧制高校・旧制^{せんもん}専門^{せんもん}学校・^{こうとうしはん}高等^{こうとう}師範^{しはん}学校
7. 旧制大学・旧制^{だいがくいん}大学院^{だいがくいん}

<戦後>

8. 新制中学校
9. 新制高校
10. 新制短大
11. 高等^{せんもん}専門^{せんもん}学校
12. ^{しやう}専修^{しやう}学校・^{かくしよ}各種^{かくしよ}学校（^{せんもん}専門^{せんもん}学校など）
13. 新制大学
14. 新制^{だいがくいん}大学院^{だいがくいん}
15. わからない

あなた自身（ ） 父親（ ） 母親（ ）

Q55 あなた自身、あなたの父親、あなたの母親は、それぞれ、Q54で記入した学校を卒業しましたか。

^{ちやうたい}中退^{ちやうたい}しましたか。それとも、現在、^{ざいがくちやう}在学中^{ざいがくちやう}ですか。あてはまる番号をひとつ選び、それぞれ記入してください。

1. 卒業
2. 中退
3. 在学中
4. わからない

あなた自身（ ） 父親（ ） 母親（ ）

アンケートはこれで終わりです。長い時間、お疲れ様でした。
最後に、記入もれがないか、もう一度確かめてください。

記入もれはありませんか？
ないようでしたら、封筒に自分の手でアンケート用紙をいれ、
必ず封をしてから、ダルク職員に渡してください。

第45回(平成26年度)三菱財団社会福祉事業・研究助成申込書

平成26年1月8日

公益財団法人三菱財団 理事長 畔柳 信雄 殿

申込者名 いけだ ともひろ
 池田 朋広 (印)
 生年月日・性別 昭和47年4月20日生 男性
 所属・職名 昭和大学医学部精神医学講座(昭和大学附属烏山病院) 特別研究生
 所属機関所在地 〒157-8577
 東京都世田谷区北烏山 6-11-11
 電話 03-3300-5231 (内線164)
 FAX 03-3307-8056
 E-Mail t.iked@cmcd.showa-u.ac.jp

申込内容

申込分野	N		
助成希望 案件名	「物質使用障害」と「その他の精神障害」を併存する者に対する認知行動療法プログラムの効果検証に関する研究、及びその普及事業		
研究期間	1年 (2014年10月～2015年9月)	申込金額	1,950,000円
案件の概要	<p>物質使用障害(Substance use Disorder)と精神健康障害(Mental Health Disorder)の双方を併せ持つ者は、「併存性障害(Concurrent Disorder)」という呼称が用いられており、海外では、様々なアセスメントや介入方法が検討されると共に、数多くの報告がなされている。一方、我が国の併存性障害への治療介入は、物質使用障害あるいは精神障害のいずれかに包含されてしまい、併存性障害への具体的対応や心理社会的治療に関する介入はほとんどなされていない。そこで、急性期型精神科病院の入院治療において活用可能な、併存性障害者の再発予防に効果的なプログラムの効果検証を行う。さらに、本事業により作成した併存性障害者に対する認知行動療法ワークブックを、急性期型精神科病院に提供し、プログラムの必要性を伝えるとともに、ワークブックを活用した心理社会的治療介入の普及を図る。</p>		

実施担当者・関係スタッフ・協同研究者

氏名	<small>こいけ じゅんこ</small> 小池 純子、 <small>まつもと としひこ</small> 松本 俊彦	<small>おおの たいせい</small> 大野 泰正、	<small>さいとう いさお</small> 齋藤 勲、	<small>いなもと あつこ</small> 稲本 淳子、	<small>もりた のぶあき</small> 森田 展彰、
----	--	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

連絡責任者(勤務先)

氏名	<small>いけだ ともひろ</small> 池田 朋広	勤務先	昭和大学昭和大学附属烏山病院		
住所	〒157-8577 東京都世田谷区北烏山 6-11-11				
電話	03-3300-5231 (内線164)	携帯電話	080-4333-0817	FAX	03-3307-8056
E-Mail	t.iked@cmcd.showa-u.ac.jp				

※このページ目以降(助成申込内容)は、ホームページからダウンロードしたフォーマットにご記入の上、A4用紙に出力(片面印刷)し、本助成申込書と共に(右肩にホチキスどめ)ご提出下さい。

- ・応募申込は、本財団インターネットホームページ上で作成した「助成申込書」を本「助成申込内容」の表紙として付け、申込書一式（左肩ホチキスどめ）としてご提出下さい。（必ず「助成申込書」と「助成申込内容」双方をセットして下さい）
- ・申込書一式は正本1通、副本7通（コピー）を全て片面印刷（コピー）で作成し、ご提出下さい。
- ・「助成申込内容」はワープロ又は黒ボールペンを使用し楷書で明瞭に記入して下さい。（ワープロご使用の場合、文字フォント9ポイント以上として下さい）
- ・各項目スペース不足の場合は適宜用紙にて補足説明頂いても結構です。補足資料は正1通、副7通全てに添付して下さい。
- ・尚、法人・団体の場合は、定款・寄附行為等、役員名簿、資産負債の状況、案内書等も参考資料として正1通、副7通に添付して下さい。

第45回(平成26年度)三菱財団社会福祉事業・研究 助成申込内容

申込者属性（どちらかにチェックして下さい）

個人



法人・団体



代表研究者（法人・団体の場合は代表者）

氏名（ふりがな） 池田 朋広（いけだ ともひろ）

生年月日（西暦表示） 1972年 4月 20日

最終学歴・学位

筑波大学大学院博士課程 人間総合科学研究科 ヒューマン・ケア科学専攻 社会精神保健学分野
単位取得中途退学 修士(リハビリテーション)
(卒業年次、大学院の場合、その過程の終了等)

所属機関・現職
(教室名等を含む)

昭和大学附属烏山病院 精神保健福祉士
昭和大学医学部精神医学講座 特別研究生
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 研究生

主要職歴

- ・昭和大学附属烏山病院入職 精神保健福祉士 平成8年～平成26年1月現在
- ・特定非営利活動法人メンタルケア協議会 東京都精神科救急医療情報センター精神科救急専門相談員 平成16年5月～平成19年5月迄
- ・精神保健参与員 東京地方裁判所 指定登録 4件指定 平成17年10月～平成26年1月現在
- ・財団法人東京都医学総合研究所 精神行動医学研究分野 協力研究員平成 23年4月～平成26年1月現在

申込金額

¥

1,950,000 円

※本財団のホームページ上で作成した「助成申込書」の金額と合せること

三菱財団申込金額の支出予定内訳		明 細
支出項目	金額(千円)	(支出項目は優先度の高いものから具体的に記入して下さい)
印刷費	850千円	ワークブックの印刷・製本・デザイン料、調査票の印刷
出張旅費	200千円	ワークブックの説明のための旅費、学会等への出張旅費
謝礼	150千円	研究補助者・プログラム実施協力者(DARC職員等)への謝礼
必要備品	350千円	ノートパソコン、統計用ソフト、記録用媒体
郵送費	100千円	ワークブックの配布時の郵送費用
研究成果報告	300千円	研究成果投稿料、英文校正依頼
合 計	1,950千円	(上記申込金額と合わせて下さい)

他財団等から既に調達済みの金額

調達先	金額(千円)	
なし		
合 計		

他財団等への申込中ないし申込予定の資金

調達予定先	金額(千円)	主な支出項目
なし		

本事業・研究課題に要する費用 総 額 1,950千円 (本欄と上記金額合計とは合せる必要はありません)

受付日

受付番号

代表研究者（事業者）の業績及び概要

- ・助成金により行う事業又は調査研究の事業者・代表研究者のこれまでの業績概要
- ・研究者の方の場合は、主要発表論文、特に今回お申込の案件に関する論文(両面コピー可)3篇以内、各1部を「正」の申込書に添付して下さい。(「副」には添付不要)なお、当該資料は原則として返却致しません。
- ・法人・団体等の場合は施設の概況、事業開始経緯、収容能力、立地、職員数等もご記入下さい。

池田朋広、森田展彰、梅野充 他:覚せい剤併存性障害への支援にあり方に関する一考察-統合失調症支援モデル事例と依存症支援モデル事例との比較から-。日本アルコール・薬物医学会誌, 45(2):92-103、2010

池田朋広、常岡俊昭、稲本淳子、松本俊彦:重複診断例の臨床的特徴と治療①-統合失調症-。精神科治療学, 28(増刊号):357-363、2013

池田朋広、小池純子、森田展彰、合川勇三、松本俊彦、稲本淳子、岩波明:措置入院指定病院に入院する違法物質使用障害者の実態調査-退院時における逮捕群と非逮捕群との比較から-。日本アルコール・薬物医学会誌, 2013年10月受理

実施担当者・関係スタッフ・協同研究者

- ・助成金により行う事業又は調査研究の実施担当者・関係スタッフ及び協同研究者の氏名・生年月日・職歴等

<実施担当者>

小池純子:昭和50年3月18日生 筑波大学大学院 H22年卒 博士(学術)自治医科大学看護学部・助教

小池純子、森田展彰、針間博彦、中谷陽二:措置入院の現状に関する研究-医療観察法施行の影響に着目して-。精神経誌 111:1345-1360、2009。他

大野泰正:昭和58年10月22日生 昭和大学医学部 H20年卒 昭和大学医学部精神医学講座・大学院生

大野泰正、稲本淳子、山田浩樹 他:発達障害や双極性感情障害が疑われた両側前頭葉のクモ膜下のう胞の1症例。臨床精神医学, 41(2):189-193、2012。他

齋藤 勲:昭和42年1月22日生 ワシントン州立大学薬学部 H15年卒 博士(薬学)

昭和大学薬学部病院薬剤学講座・准教授

Saito I, Mari K, Sasaki K, Sato H, Kiuti Y, Yamamoto T: Introducing novel learning Methods to a pharmacy school. Pharmacy Education, 7(2):103-108, 2007。他

<協同研究者>

稲本淳子:昭和36年5月20日生 昭和大学医学部 S62年卒 博士(医学) 昭和大学医学部精神医学講座・准教授

主要論文:稲本淳子、池田朋広、加藤進昌:長期的視点に立った精神科治療・リハビリテーションを行う過程において就学支援が有効であった統合失調症患者4症例について。精神科治療学, 26(1):105-112、2010。他

森田展彰:昭和38年9月28日生 筑波大学大学院博士課程医学研究科環境生態系専攻 H元年卒 博士(医学)

筑波大学医学医療系社会精神保健学領域・准教授

森田展彰、幸田実、梅野充 他:薬物乱用者の希死念慮の危険因子に関する研究。日本アルコール・薬物医学会雑誌, 47(1):24-38、2010。他

松本俊彦:昭和42年8月15日生 佐賀医科大学医学部卒 H5年

独立行政法人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存研究部

診断治療開発研究室長・自殺予防総合対策センター副センター長

Matsumoto T, Matsushita S, Okudaira K, Naruse N, Cho T, Muto T, Ashizawa T, Konuma K, Morita N,

Ino A: Sex differences in risk factors for suicidality among Japanese substance use disorder patients: Association with age, types of abused substances, and depression. Psychiatry and Clinical Neurosciences 66: 390-396, 2012。他

<関係スタッフ(プログラム運営スタッフ)>

昭和大学附属烏山病院:

・常岡俊昭:S54年10月27日生(医師)・小川浩史:S58年10月12日生(医師)・梅澤かおり:S60年10月21日生(医師)

・高木のり子:S51年2月25日生(看護師)・石坂理江:S47年6月26日生(看護師)

・根本ありす:S50年9月28日生(臨床心理士)・山本和弘:S60年7月24日生(精神保健福祉士)

・藤澤尚子:S40年4月19日生(作業療法士)

当該事業ないし調査研究について

(1)背景ないし必要性

物質使用障害 (Substance use Disorder) と精神健康障害 (Mental Health Disorder) の双方を併せ持つ者は、「併存性障害 (Concurrent Disorder) という呼称が用いられており、海外では、こうした人々に対し、様々なアセスメントや介入方法が検討されると共に、数多くの報告がなされている (カナダの Centre for Addiction and Mental Health 「CAMH」 など)。一方、我が国の併存性障害への治療介入は、物質使用障害あるいは精神病性障害のいずれかに包含されてしまい、併存性障害への具体的対応や心理社会的治療に関する介入はほとんどなされていない。また、入院治療では、物質使用による急性症状が消退すると同時に、再使用・再発予防に対する介入が何ものなされないまま、地域や当事者団体である DARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) 等に押し付けられる格好で退院している例も多く見受けられる。結果として、地域では対応しきれず、自傷・他害による再入院が繰り返されている。精神科医療の急性期化・入院短期化の流れのなかで、急性期型精神科病院の入院治療における併存性障害への簡易で効率的に活用可能な治療プログラムの確立が急務である。

(2)目標

本研究では、急性期型精神科病院の入院治療において活用可能な、併存性障害者の再発予防に効果的なプログラムの効果検証を行う。さらに、本事業により作成した併存性障害者に対する認知行動療法ワークブックを急性期型精神科病院（措置入院指定病院）に提供し、プログラムの普及を図っていくことを目的とする。

(3)助成金で行う「事業」又は「調査研究」の概要（具体的内容とスケジュール等）

以下スケジュールにもとづき、1) ワークブックの作成、2) 一精神科指定医療機関におけるプログラムの効果検証、3) 複数の精神科医療機関へのワークブックの配付、4) 発表・公表を行う。

1. ワークブックの作成（平成 26 年 4 月～平成 26 年 12 月上旬）

医療機関においてプログラムを試行する際、一定のサービスの質を保障するための一つのツールとなる併存性障害に関する認知行動療法ワークブックを 2 種類作成する。ひとつは、「精神障害と物質使用の問題を持つ方への認知行動療法ワークブック」であり、もうひとつは、自殺・アルコール対策に焦点を絞った「うつ病とアルコール問題を持つ方への認知行動療法ワークブック」である。この 2 つのワークブックは、現在試験的に使用している「併存性障害心理教育ワークブック」をベースに、欧米の知見と我が国ですでに試行されている「物質使用障害者に対する認知行動療法」および「精神疾患に対する心理教育」を参考に新たに作成するものである。認知行動療法に倣い、認知と行動の変容に焦点をあて、①疾病教育、②依存性物質の渴望への対処法、③処方薬の正しい飲み方、④回復者メッセージ、⑤問題解決のためのコミュニケーション技法の習得といった内容で構成する。より効果的で活用しやすいツールとなるよう、併存性障害者への治療にあたっている医療機関の実践家および研究者による十分な助言・指導のもとで作成し、必要に応じて改訂を加える。

2. プログラムの効果検証（平成 26 年 4 月上旬～平成 27 年 1 月下旬）

精神科急性期病棟を持つ一指定医療機関（昭和大学附属烏山病院）において、エントリー期間内（平成 26 年 11 月末までを予定）に入院した患者のうち、エントリー基準（①ICD-10 に基づく診断により「F1：精神作用物質使用による精神および行動の障害」と「F20：統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害」の二つの診断が付く者か、もしくは、「F1x.5 or F1x.7：物質使用障害による精神障害」に分類される者、②精神症状が安定していると主治医が判断する者、③他の重大な身体的合併症を有さない者、④本研究の内容を理解し、同意の得られた者）をすべて満たす者を研究対象とする（合計約 25 名を想定）。ワークブックを使用し、対象者に対し、集団精神療法による介入を行う。プログラムは、週 1 回 1 時間程度とし、計 8 回による終了を予定している。プログラムの試行前後において、標準化された複数の尺度により、精神症状・全般的機能・病識・薬に対する構え・自己効力感・嗜癖重症度等の評価を行う。使用する尺度は、陽性・陰性症状評価尺度（PANSS）、簡易精神症状評価尺度（BPRS）、病識評価尺度（SAI-J）、機能の全般的評定尺度（GAF）、Drug Abuse Screening Test（DAST）、アルコールチェックリスト（AUDIT）、薬に対する構えの調査表（DAI-10）、一般性セルフ・エフェカシー尺度（GSES）、薬物依存に対する自己効力感尺度、アルコール・薬物に関する質問紙票（SOCRATES）である。対象者の症状評価等の客観的情報は精神科医師により測定し、その他の項目については、対象者に自記式質問紙を配付し、データを収集する。あわせて、病院内に保管されている診療録から、患者基本情報、患者背景、臨床所見、地域生活上の諸問題の情報を収集する。なお、プログラムにおける外部講師（回復者メッセージの回の当事者等）に対しては、謝礼を渡す予定である。

3. ワークブックの配付（平成 26 年 2 月下旬～平成 27 年 5 月下旬）

プログラムの試行期間に複数のプログラム実施担当者や受講者（併存性障害者）からの助言をもとに改訂を加え、ワークブックを完成させる。ワークブックは、「精神障害と物質使用の問題を持つ方への認知行動療法ワークブック」と、「うつ病とアルコール問題を持つ方への認知行動療法ワークブック」を各 400 部、計 800 部を製本し、措置入院を受け入れている都内 27 の指定病院に配付する。必要に応じて、分担研究者が直接医療機関に出向き、ワークブックの使用方法を説明する。

4. 発表・公表（平成 27 年 6 月～平成 27 年 8 月）

調査結果を報告書としてまとめ、提出する。また、国内の精神医療保健福祉に関する学会や研究会、および専門誌等において研究成果を公表する。学会・研究会等を通じて、プログラムに興味を持った医療機関に対しては、追加してワークブックを配布すると共に、併せて本プログラムへの見学参加を募っていく。なお、本事業は、倫理的配慮として、すべて昭和大学倫理委員会の承認を得ており、分担研究者稲本淳子を代表として、UMIN-CTR への登録も完了している。また、収集データは、外部に接続されていないノートパソコンにて厳重に管理し、結果の公表には、統計ソフトにて解析を行ったものを用いるため、個人が特定されることはない。

参考文献

- 1) Health Canada : Best Practices Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders ,2002.
- 2) 幸田実,梅野充,平井秀幸 他:薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査,厚生労働省平成 19 年度障害者保健福祉推進事業補助金事業 平成 19 年度障害者自立支援調査研究プロジェクト,特定非営利法人東京ダルク,2008
- 3) National Institute of Drug Abuse(NIDA) : <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATI.html> 他

(4) 特筆すべきポイント等

認知行動療法を用いたプログラムは、既に多くの研究においてその効果についての実証がなされているものの、併存性障害に特化したプログラムの開発は行われていない。本研究では、ワークブックを作成し、プログラムを実践する。さらに、その効果をより詳細に明らかにすることで、科学的な根拠に基づいた、より短期で効率的なプログラムを行うためのワークブックを作成する。

本研究では、患者がプログラムに参加すること自体が、治療的介入となるため、参加者へのメリットも大きい。また、本研究におけるプログラムは、患者に直接かかる負担は少なく、自らの障害に目を向け、主体的に精神科医療を活用するユーザーとなりえる参加型医療を具現化したものとなっている。

さらに、本事業を通して、対象機関に「精神障害と物質使用の問題を持つ方への認知行動療法ワークブック」と「うつ病とアルコール問題を持つ方への認知行動療法ワークブック」を配布すること自体が、併存性障害者への適切な介入の必要性を呼びかけるものであり、精神科救急医療での「物質使用障害」や「併存性障害」への介入意義を、精神科急性期病棟をもつ指定医療機関において、普及・啓発するうえでの一助となることが期待される。

本研究を通して、プログラムの実践と科学的な効果検証を繰り返し、より効果的かつ活用しやすいワークブックの作成を行っていくことにより、依存症専門治療病棟を持たない精神科指定精神科病院においても、併存性障害者に対する再発予防に向けた短期集中的な治療介入を、より簡易に提供することができることが期待される。このワークブックが多くの精神科医療機関に普及することで、地域で依存症者を支援している DARC などの民間支援機関の負担軽減を図っていきたい。

前年度までの助成応募・決定実績

A 当財団助成応募実績（年度・テーマ・採否等）

第 44 回（平成 25 年度）三菱財団社会福祉事業・研究助成 分担研究者

「物質使用障害」と「精神病的障害」を併存する者に対する認知行動療法プログラムの開発と効果検証に関する研究、及びその普及事業 不採用 研究代表者 稲本淳子

B 他財団・機関よりの助成実績（年度・テーマ・金額等）

1) 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部企画課 平成 19 年度障害者保健福祉推進事業 障害者自立支援調査研究プロジェクト 共同研究者（プロジェクト検討委員）

題目「薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査」

代表者 森野嘉郎 助成額 9,250 千円

2) ファイザープログラム 心とからだのヘルスケアに関する市民活動・市民研究支援 平成 20 年度 協力研究者

題目「アディクション・カウンセラーのヘルスケア支援プロジェクト」

代表者 森野嘉郎 助成額 3,000 千円

3) 厚生労働省 障害保健福祉推進費補助金事業 平成 21 年度 共同研究者

題目「依存症回復途上者に対する就労・就学支援ニーズ調査」

代表者 森野嘉郎 助成額 11,250 千円

4) 科学研究費 基盤研究C・平成 22 年度～25 年度 分担研究者

題目「統合失調症入院患者への『多職種介入心理教育プログラム』の有効性に関する研究」

研究代表者 稲本淳子 研究費 4,740 千円

5) 科学研究費 基盤研究C・平成 24 年度～27 年度 協力研究者

題目「他害行為を行った精神障害者と家族の現状と支援に関する研究」

研究代表者 小池純子 研究費 5,330 千円

所属機関長の承諾（個人等の事業・研究申込で所属機関のある場合）

本 所属の表記申込者が、本件助成の申込みをすることを承諾致します。

所属機関長職名（注1） 聖隷大学附属病棟長

平成 26 年 1 月 7 日

氏名・職印（注2）

公印

（注1） 例えば、大学院研究科長、学部長、研究所長等、直属の所属機関長。

（注2） 職印は公印でお願いします。（個人印を公印として使用されている場合は個人印でも可）

物質使用障害とその他の精神障害を併存する者への 「認知行動療法プログラム」による介入効果に関する研究への御協力をお願い

1. はじめに

私たちは、患者さんにご協力いただき、「入院中の患者さんへの認知行動療法プログラムの効果検証の調査」をしております。下記の説明をお読みいただき、十分納得した上で、この調査にご協力いただけるか判断してください。この文書を読まれて、納得の上でこの調査にご協力いただける場合は、同意書に署名をお願いします。調査にご協力されるかどうかはあなたの自由意思で決めてください。この調査にご協力されないときでも、あなたが診療などで不利益を受けることは一切ありません。また、この調査は直ちにあなたの治療に役に立つものでもなく、診療とも関係ありません。

2. 研究の目的

本研究は、依存性物質の使用に伴う障害とその他の精神疾患を併せ持つ患者さんへの認知行動療法プログラムが、どのような機能を上げるのに効果があるのかを調べることを目的にしています。

3. 研究の方法（デザイン）

①参加基準について

認知行動療法ワークブックを使用した治療的介入を受ける患者さんをお願いしています。

②研究予定期間およびスケジュール

平成25年10月末～平成28年3月31日までです。

ワークブックを使用した1回1時間程度のプログラムを週一回で全8回行います。

1回目の始まる前と、8回目の終わったあとに、アンケートにお答えいただきます。

③資料の取り扱い（採取方法・使用方法・保管等）と廃棄について

前記のアンケートは、5つもしくは、6つの質問紙を組み合わせたもので、20分程度で回答できるものとなっております。回収された資料は、統計的に処理され、学術発表等に使用されます。担当者により鍵のかかった戸棚で保管され、個人名の入った資料が病院外に持ち出されることはありません。

4. 研究に用いる薬剤について

特にありません。

5. 研究参加に伴う利益・不利益について

この調査への参加は、あなたの自由意思によって決定され、同意しない場合においても、あなたに不利益が生じることはありません。

6. 自由意思による同意と同意撤回の自由

この調査への参加は、あなたの自由意思によって決定されます。また、いつでも同意を撤回することができます。その際は集めた資料のすべての情報が破棄されます。

7. 研究への参加を断っても診療上の不利益は受けないこと

参加に同意されなくても、治療機関から不利益を受けるようなことは一切ありません。

8. プライバシー等の保護について

この研究を実施するにあたって、あなたから提供された資料や診療情報から住所、名前等が削られ、代わりに新しい符号をつける匿名化を行います。あなたとこの符号とを結びつける対応表は、個人情報管理責任者が厳重に管理します。これを連結可能匿名化といいます。こうすることによって、資料や診療情報の解析を行なう研究者には、誰の資料等を解析しているのか分からなくなります。

9. 健康被害が発生した場合の対応と補償について

この研究に伴う補償はありません。これは本研究が、健康被害を生じることが考えにくいからです。しかし万が一、健康被害が生じた場合は、医師は、十分な治療やその他適切な措置を行うとともに、その原因の究明に努めます。なお、健康被害による費用の支払いは、被験者が加入する健康保険を使用することになります。

10. 新たな情報が得られた場合の対応について

特に新薬等を用いる研究ではないため、この項目に該当することはありません。

11. 研究参加中守っていただく事項について

集団で行われる認知行動療法プログラムに参加する場合は、ワークブックに記載されている「Ⅲ. プログラム参加のルール」にあります以下の項目についてお願いしております。①皆に悪い影響があるような言動は慎みましょう。②場の雰囲気をみださないようにしましょう。③他人の意見を批判するようなことはせず、自分以外の参加者の意見も尊重してください。④病院やスタッフへの要求を出す場所ではないのでご配慮ください。⑤原則として毎回出席です。最後までがんばりましょう。⑥原則として途中退室はできません。御用の際は、ご遠慮なくスタッフにお声をおかけください。

12. 倫理性の審査について

本研究は、昭和大学附属烏山病院臨床試験審査委員会の承認を得た研究です。

13. 研究に関わる費用について

この調査に協力して、新たに費用がかかることは一切ありません。

14. 研究結果の公開について

この研究で得られた成果は、学会で報告され、関連する分野の学術雑誌に論文として公表する予定です。さらに、データベース上で公表することもあります。しかし、いずれの場合も個人が特定されるような情報が出ることは一切ありません。

15. 知的財産権、利益相反について

この調査から特許権、また、それを基として経済的利益が生じることがあっても、その権利は、調査を実施する研究機関や研究者に属し、あなたがその権利を持つことはありません。

16. 研究者等の氏名及び職名

この研究の主任研究者および連絡先は以下の通りです。

責任者：稲本淳子

昭和大学附属烏山病院 精神科 准教授

〒157-8577

東京都世田谷区北烏山6-11-11

03-3300-5231 (代表)

17. 質問の自由・相談窓口について

この調査の内容に関しては、いつでも担当者に質問することができます。

この研究へのご質問やご意見については、9時～17時の間に担当の医師にご相談ください。

同 意 書

昭和大学附属烏山病院
病 院 長 殿

研究課題名 物質使用障害とその他の精神障害を併存する者への
「認知行動療法プログラム」による介入効果に関する研究

下記の各項目について担当医師から別紙説明文書より説明を受けて納得しましたので、研究に参加することに同意しました。

- (1) 研究の概要および目的
- (2) 研究の方法 (デザイン)
 - ① 参加基準について
 - ② 研究予定期間およびスケジュール
 - ③ 資料の取り扱い (採取方法・使用方法・保管等) と廃棄について
- (3) 研究に用いる薬剤について
- (4) 研究参加に伴う利益・不利益について
- (5) 自由意思による同意と同意撤回の自由
- (6) 研究への参加を断っても診療上の不利益は受けないこと
- (7) プライバシー等の保護について
- (8) 健康被害が発生した場合の対応と補償について
- (9) 新たな情報が得られた場合の対応について
- (10) 研究参加中守っていただく事項について
- (11) 倫理性の審査について
- (12) 研究に関わる費用について
- (13) 研究結果の公開について
- (14) 知的財産権について
- (15) 研究者等の氏名及び職名
- (16) 質問の自由・相談窓口について

研究への参加へ同意された方は資料等の保存について次の()のいずれかに○をつけて下さい。

()本研究の終了後は速やかに資料等を廃棄し、他の目的には使用しないでください。

()本研究終了後も資料等が保存され、将来新たに計画される研究に使用されることに同意します。

同意日 西暦 年 月 日

同意者署名 _____

説明日 西暦 年 月 日

説明者署名 _____

患者名： _____ 年齢（ _____ ）歳 性別： 男 ・ 女

診療情報

第1病名： ICD-10： _____

第2病名： ICD-10： _____

プログラム開始時入院形態： _____

退院時入院形態： _____

入院日： _____

退院日： _____

入院日数： _____ 日間

過去の入院回数： _____ 回

プログラム開始年月日： _____

プログラム終了年月日： _____

プログラム参加回数： _____ 回

プログラム開始時 CP換算量： _____

プログラム終了時 CP換算量： _____

使用経験物質名： _____

最多使用物質名： _____

施設名： _____ 事例番号： _____ 年齢（ _____ ）歳 性別： 男 ・ 女

生年月日： 19 _____ 年 _____ 月 _____ 日

登録日： 20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

生活背景

最終学歴： 中学 ・ 高校 ・ 専門学校 ・ 大学 ・ 大学院 （ 中退 ・ 卒業 ）

婚姻歴： 独身（未婚・離婚後） ・ 既婚 同居者： 有 ・ 無

就労状況： 無職（生保・その他） ・ 非常勤 ・ 常勤

備考：

病歴

主たる乱用物質名

DSM 診断： 乱用 ・ 依存 ・ （ _____ ）

精神病症状（登録時）： 有（急性・慢性） ・ 無 乱用開始年齢： _____ 歳

最終乱用年月日： _____ or およそ（ _____ ）日前 ・ （ _____ ）ヶ月前 ・ （ _____ ）年前

最近 1 ヶ月以内の他の乱用物質： 有（物質名 _____ ） ・ 無

過去の依存症専門治療歴： 有（通院 ・ 入院 ・ 民間施設 ・ 自助 G） ・ 無

過去の犯罪歴： 有（補導 ・ 少年院 ・ 逮捕 ・ 服役） ・ 無

備考：

--

		調査登録時	プログラム終了時
AUDIT			
SOCRATES 8A 得点	病識 Re		
	迷い Am		
	実行 Ts		
	計		
飲酒日数 (本人自己申告)			日
セッション参加回数			回 (%)
主治医診察受診回数			回 (%)
A.A.断酒会への参加 (1回以上)			あり なし

【付録】 SOCRATES 8A 採点法 (各質問 1~5 点で全 19 問→総得点 19~95 点)

「病識」: 質問番号 1,3,7,10,12,15,17 の合計 (最低 7~最高 35 点)

「迷い」: 質問番号 2,6,11,16 の合計 (最低 4~最高 20 点)

「実行」: 質問番号 4,5,8,9,13,14,18 の合計 (最低 8~最高 40 点)

	病識 Re	迷い Am	実行 Ts
	1 =	2 =	4 =
	3 =	6 =	5 =
	7 =	11 =	8 =
	10 =	16 =	9 =
	12 =		13 =
	15 =		14 =
	17 =		18 =
			19 =
合計			

SOCRATES で得られた点数の解釈

	総得点	病識 Re	迷い Am	実行 Ts
超高値	90 点以上		19~20	39~40



高値	70 以上	35	17~18	36~38
中等値	50 前後	31~34	14~16	31~35
低値	30 以下	27~30	9~13	26~30
超低値		7~26	4~8	8~25

① 「病識」 (Re) *Recognition*

高値→物質乱用と関連した問題を持っており、自分自身変わりたいと思っている。また変わらなければ、問題が続くであろうという認識を持っている。

低値→物質乱用が重大な問題を引き起こしていることを否認し、依存という診断名を拒否する。自分自身変わろうとは思っていない。

② 「迷い」 (Am) *Ambivalence*

高値→物質乱用の問題を自分は持っているのではないかと、という迷いを時々感じている。高い値は、迷いや不確実性の高さを反映しており、熟慮段階において見られるような、反省に対して開かれている心のあり方を映し出している。

低値→自分が物質乱用の問題を持っているかどうかについて、余り迷っていないことを示している。迷いが無い理由は 2 通りあることに注意しなければならない。すなわち、自分に物質乱用の問題があることを十分認識しているために迷いが無い場合（「病識」は高値を示す）と、自分には物質乱用問題など無い、と理解している場合（「病識」は低値を示す）である。したがって、「迷い」の値が低い場合、その意義を把握するためには、必ず「病識」の値と合わせて解釈しなければならない。

③ 「実行」 (Ts) *Taking steps*

高値→すでに自分の物質乱用問題に対して、前向きな行動を取り始めていることを示している。場合によっては、すでに変化に伴う何らかの成功体験を得ていることもありうる。患者は後戻りしたくない気持ちをもっており、前向きな行動を続けるために援助を求めることもある。この項目の高値は、断酒・断薬の予測因子であることが報告されている。

低値→自分の物質乱用に関して、最近、行動を変えようと試みたことなく、また現在も何ら行動の変化を起こそうとはしていないことを示している。

参考文献

Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* 10, 81-89.

平成 年 月 日



- 個人評価表 -

(事前 ・ 事後)

(AL ・ DR)

主治医 ()

担当看護師 ()

お名前 ()

第 期プログラム 平成 年 月 日～

平成 年 月 日迄

DAI-10

患者 ID _____ 評価日 年 月 日
 患者名 _____ 様 評価者 _____

点

- | | | | |
|----|-------------------------|------|--------|
| 1 | 私の薬は、良い所が多くて、悪いところが少ない | そう思う | そう思わない |
| 2 | 薬を続けていると、動きがにぶくなって調子が悪い | そう思う | そう思わない |
| 3 | 薬を飲むことは、わたしが自分で決めたことだ | そう思う | そう思わない |
| 4 | 薬を飲むと、気持ちがほぐれる | そう思う | そう思わない |
| 5 | 薬を飲むと、疲れてやる気がなくなる | そう思う | そう思わない |
| 6 | わたしは、具合が悪い時だけ薬を飲む | そう思う | そう思わない |
| 7 | 薬を続けていると、本来の自分でいられる | そう思う | そう思わない |
| 8 | 薬が私のところや体を支配するなんておかしい | そう思う | そう思わない |
| 9 | 薬を続けていると、考えが混乱しないですむ | そう思う | そう思わない |
| 10 | 薬を続けていれば、病気の予防になる | そう思う | そう思わない |

薬やこの質問票について、さらにご意見があれば、以下にお ください。

HSIES Test 質問用紙

回答記入日	月	日	
氏名			
性別	男・女	年齢	歳
職業			

以下に16個の項目があります。各項目を読んで、今のあなたにあてはまるかどうかを判断してください。そして右の回答欄の中から、あてはまる場合には『はい』、あてまらない場合には『いいえ』を○で囲んで下さい。はい、いいえ どちらにもあてはまらないと思われる場合でも、より自分に近いと思う方に必ず○をつけて下さい。どちらが正しい答えということはありませんから、あまり深く考えずにありのままの姿を答えて下さい。

- 何か仕事をするときは、自信を持ってやるほうである。

はい	いいえ
----	-----
- 過去に犯した失敗や嫌な経験を思い出して、暗い気持ちになることがよくある。

はい	いいえ
----	-----
- 友人より優れた能力がある。

はい	いいえ
----	-----
- 仕事を終えた後、失敗したと感じることのほうが多い。

はい	いいえ
----	-----
- 人と比べて心配性なほうである。

はい	いいえ
----	-----
- 何かを決めるとき、迷わずに決定するほうである。

はい	いいえ
----	-----
- 何かを決めるとき、うまくいかないのではないかと不安になることが多い。

はい	いいえ
----	-----
- 引っ込み思案なほうだと思う。

はい	いいえ
----	-----
- 人より記憶力がよいほうである。

はい	いいえ
----	-----
- 結果の見通しがつかない仕事でも、積極的に取り組んでいくほうだと思う。

はい	いいえ
----	-----
- どうやったらよいか決心がつかずに仕事にとりかかれなことがよくある。

はい	いいえ
----	-----
- 友人よりも特に優れた知識を持っている分野がある。

はい	いいえ
----	-----
- どんなことでも積極的にこなすほうである。

はい	いいえ
----	-----
- 小さな失敗でも人よりずっと気にするほうである。

はい	いいえ
----	-----
- 積極的に活動するのは、苦手なほうである。

はい	いいえ
----	-----
- 世の中に貢献できる力があると思う。

はい	いいえ
----	-----

Drug Abuse Screening Test (DAST)

次の薬についての質問のなかで、自分にあてはまるものに、若の空らん「〇」をつけてください。

1	あなたは医療目的(病気を治すこと)以外に薬物を使用したことがありますか?	〇
2	あなたは処方薬(病院からもらった薬)を乱用したことがありますか?	
3	あなたは一度に2種類以上の薬物を乱用しますか?	〇
4	あなたは薬物を乱用しないで1週間を過ごすことができますか?	
5	あなたは薬物使用を止めたいときには、いつでも止められますか?	〇
6	あなたは薬物使用の結果として、ブラックアウト(記憶が飛んでしまうこと)やフラッシュバック(薬を使っていないのに、使っているような幻覚におそわれること)を経験したことがありますか?	
7	あなたは自分の薬物乱用を悪いこと、あるいは、いけないことといつも思いますか?	〇
8	あなたの家族はあなたが薬物に関係することをいつもこぼしていますか?	
9	薬物乱用のために、あなたと家族の間に問題が生じたことがありますか?	〇
10	あなたは薬物使用のために友達を亡くしたことがありますか?	
11	あなたは薬物使用のために、家族をかえりみなかったことがありますか?	〇
12	あなたは薬物乱用のために、学業や仕事に支障を来したことがありますか?	
13	あなたは薬物乱用のために仕事を失ったことがありますか?	〇
14	あなたは薬物の作用のせいで、ケンカをしたことがありますか?	
15	あなたは薬物を手に入れるために、違法行為をしたことがありますか?	〇
16	あなたは違法性薬物の所持で、逮捕・補導されたことがありますか?	
17	あなたは薬物を止めたときに、気分が悪くなったり、イライラがひどくなったりするような、禁断症状を経験したことがありますか?	〇
18	あなたは薬物使用の結果として、身体の調子を崩したことがありますか?(記憶喪失、けいれん、出血、肝炎など)	
19	あなたは薬物問題で誰かに助けを求めたことがありますか?	〇
20	あなたは薬物乱用についての治療プログラム(精神科での治療)を受けたことがありますか?	

アルコールチェックリスト (AUDIT)

1 あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度でのみますか？

- 0. 飲まない
- 1. 1カ月に1度以下
- 2. 1カ月に2～4度
- 3. 1週に2～3度
- 4. 1週に4度以上

2 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？

ただし、日本酒1合=2.2単位、缶ビール大(500ml)2単位、缶ビール小(350ml)1.4単位、焼酎お湯割1杯(6:4)=2.2単位、ウイスキーシングル薄め1杯=1単位、ワイン1杯=1.2単位、
(1単位=純アルコール9～12g)

- 0. 1～2単位
- 1. 3～4単位
- 2. 5～6単位
- 3. 7～9単位
- 4. 10単位以上

3 1度に6単位以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？

- 0. ない
- 1. 1カ月に1度未満
- 2. 1カ月に1度
- 3. 1週に1度
- 4. 毎日あるいはほとんど毎日

4 過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- 0. ない
 - 1. 1カ月に1度未満
 - 2. 1カ月に1度
 - 3. 1週に1度
 - 4. 毎日あるいはほとんど毎日
-

5. 過去1年間に、普通だと思えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- 0. ない
 - 1. 1ヵ月に1度未満
 - 2. 1ヵ月に1度
 - 3. 1週に1度
 - 4. 毎日あるいはほとんど毎日
-

6. 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- 0. ない
 - 1. 1ヵ月に1度未満
 - 2. 1ヵ月に1度
 - 3. 1週に1度
 - 4. 毎日あるいはほとんど毎日
-

7. 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか？

- 0. ない
 - 1. 1ヵ月に1度未満
 - 2. 1ヵ月に1度
 - 3. 1週に1度
 - 4. 毎日あるいはほとんど毎日
-

8. 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことがどのくらいの頻度でありましたか？

- 0. ない
 - 1. 1ヵ月に1度未満
 - 2. 1ヵ月に1度
 - 3. 1週に1度
 - 4. 毎日あるいはほとんど毎日
-

9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか？

- 0. ない
 - 2. あるが、過去1年にはなし
 - 4. 過去1年間にあり
-

10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理に携わる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？

- 0. ない
- 2. あるが、過去1年にはなし
- 4. 過去1年間にあり

SOCRATES (The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) 8A

アルコールの使用に関する質問票

以下の質問文をよく読んで下さい。あなたが自分のアルコール使用に関して感じていること（または感じていないこと）が書かれています。ひとつひとつの質問に対して、あなたが今現在そう思うか、またはそうは思わないかを、その度合いに応じて1から5までの数字のうち、どれか一つに○をつけて下さい。各質問に対して当てはまる数字を一つだけ選び、○をつけてください。

		絶 対 に そ う は 思 わ な い	そ う は 思 わ な い	ど ち ら と も い え な い	そ う 思 う	絶 対 そ う 思 う
1	自分のお酒の飲み方を何とか変えたいと真剣に思っている。	1	2	3	4	5
2	ときどき自分はアルコール依存なのではないかと思うことがある。	1	2	3	4	5
3	すぐにお酒の飲み方を変えなければ、自分の問題は悪くなる一方だと思う。	1	2	3	4	5
4	私はすでに自分のお酒の飲み方を少し変えようとし始めている。	1	2	3	4	5
5	昔、自分はお酒を飲みすぎていたけれど、その後、何とかそのような飲み方を変えることができた。	1	2	3	4	5
6	ときどき、自分のお酒の飲み方が他の人たちを傷つけているかもしれないと思うことがある。	1	2	3	4	5
7	自分にはアルコールの問題がある。	1	2	3	4	5
8	自分のお酒の飲み方を変えようと頭で考えているだけではなく、実際に行動に移し始めている。	1	2	3	4	5
9	自分は既に以前のようなお酒の飲み方はやめている。そして昔のような飲み方に戻ってしまわない方法を探している。	1	2	3	4	5
10	自分は深刻なアルコール問題を抱えている。	1	2	3	4	5
11	ときどき自分はお酒の飲み方をコントロールできているのだろうか疑問に思うことがある。	1	2	3	4	5
12	自分のお酒の飲み方のせいで、たくさんの害が生じている。	1	2	3	4	5
13	自分は今、お酒の量を減らすか、お酒をやめるために積極的に行動している。	1	2	3	4	5

		絶対にそうは思わない	そうは思わない	どちらともいえない	そう思う	絶対にそう思う
14	自分は以前のようなアルコールの問題に戻ってしまわないように、誰かに助けてもらいたいと思っている。	1	2	3	4	5
15	自分はお酒の飲み方に問題があるとわかっている。	1	2	3	4	5
16	自分はお酒を飲みすぎるのではないかと思うことがある。	1	2	3	4	5
17	自分はアルコール依存者だ。	1	2	3	4	5
18	自分はお酒の飲み方を何とか変えようと努力している。	1	2	3	4	5
19	自分はお酒の飲み方を少し変えてみた。そして以前のような飲み方に戻ってしまわないように助けてもらいたいと思っている。	1	2	3	4	5

SOCRATES

以下の質問文をよく読んで下さい。あなたが自分の薬物使用に関して感じていること(または感じていないこと)が書かれています。ひとつひとつの質問に対して、あなたが今現在そう思うか、またはそうは思わないかを、その度合いに応じて1から5までの数字のうち、どれか一つに○をつけて下さい。各質問に対して当てはまる数字を一つだけ選び、○をつけてください。

	絶対にそうは 思わない	そうは 思わない	どちらともい えない	そう思う	絶対そう思 う
1. 自分が薬物を使うことを何とか変えたいと真剣に思っている	1	2	3	4	5
2. ときどき自分は薬物依存なのではないかと思うことがある	1	2	3	4	5
3. すぐに薬物をやめなければ、自分の問題は悪くなる一方だと思う	1	2	3	4	5
4. 私はすでに自分の薬物の使い方を少し変えようとし始めている。	1	2	3	4	5
5. 昔、自分は薬をたくさん使っていたけれど、その後、何とかそのような使い方を変えることができた。	1	2	3	4	5
6. ときどき、自分が薬物を使うことで他の人たちを傷つけているかもしれないと思うことがある。	1	2	3	4	5
7. 自分には薬物の問題がある。	1	2	3	4	5
8. 自分は薬物を使うことを変えようと頭で考えているだけではなくて、実際に行動に移し始めている	1	2	3	4	5
9. 自分はすでに以前のような薬物の使い方はやめている。そして昔のような使い方に戻ってしまわない方法を探している。	1	2	3	4	5
10. 自分は深刻な薬物の問題を抱えている。	1	2	3	4	5
11. ときどき自分は薬物の使用をコントロールできているのだろうか疑問に思うことがある。	1	2	3	4	5
12. 自分が薬物を使用することで、たくさんの害が生じている。	1	2	3	4	5
13. 自分は今、薬物の使用を減らすか、薬物の使用をやめるために積極的に行動している。	1	2	3	4	5

	絶対にそうは 思わない	そうは 思わない	どちらともい えない	そう思う	絶対そう 思う
14. 自分は以前のような薬物の問題に戻ってしまわないように、誰かに助けてもらいたいと思っている。	1	2	3	4	5
15. 自分には薬物の問題があると分かっている。	1	2	3	4	5
16. 自分は薬物を使いすぎなのではないかと思うことがある。	1	2	3	4	5
17. 自分は薬物依存者だ。	1	2	3	4	5
18. 自分は薬物の使用を何とか変えようと努力している。	1	2	3	4	5
19. 自分は薬物の使い方を少し変えてみた。そして以前のような使い方に戻ってしまわないように助けてもらいたいと思っている。	1	2	3	4	5

使用したことがある薬物（あてはまるものすべてを○で^{かこ}囲んでください）

・シンナー	・ガスパン	・覚せい剤	・MDMA（エクスタシー、バツ）
・大麻（マリファナ、チョコ）	・ケタミン	・マジックマッシュルーム	・LSD（エル、アシッド、ペーパー）
・ヘロインまたはモルヒネ	・マジックマッシュルーム	・アルコール	
・ゴメオ（5-Meo-DIPT、5-Meo-MIPT、Foxy）			
・その他			

もっとも使用した薬物（1つだけを○で^{かこ}囲んでください）

・シンナー	・ガスパン	・覚せい剤	・MDMA（エクスタシー、バツ）
・大麻（マリファナ、チョコ）	・ケタミン	・マジックマッシュルーム	・LSD（エル、アシッド、ペーパー）
・ヘロインまたはモルヒネ	・マジックマッシュルーム	・アルコール	
・ゴメオ（5-Meo-DIPT、5-Meo-MIPT、Foxy）			
・その他			

■以下の^{ぶんしょう}文章について自分が^{じぶん}どれくらいあてはまるかを考え、^{ばんごう}番号に○をつけて下さい。

あてはまる
 ややあてはまる
 どちらともいえない
 あまりあてはまらない
 あてはまらない

- 1) 自分がお酒を飲みたくなるきっかけをわかっていて、それを
 できるだけ避けるように^{ちゅうい}注意できる…………… 1 2 3 4 5
- 2) 今後、もしお酒を飲みたくなることがあっても、
 何とか飲まないでその^ば場を切り抜ける^{じゅんび}準備ができている…………… 1 2 3 4 5
- 3) お酒がなくても^{まいかつ}生活していける^{じしん}自信がある…………… 1 2 3 4 5
- 4) ^{こま}困った時にもお酒に頼らず、
 周りの人に^{たすけ}助けを^{もとめ}求めることができる…………… 1 2 3 4 5
- 5) ^{なに}何かあっても、あわてずやっ^{おち}ていける^{あたま}落ち着いた気持ちをもてる…………… 1 2 3 4 5

■ 以下のような状況やできごとの際に、お酒を飲まない自信は、どれくらいありますか？
 お酒を飲まない自信のレベルを1（全然自信がない）から7（絶対の自信がある）で表すとすれば、今のあなたの自信のレベルに近い数字を1つ選んで、○をつけてください。

	ぜんぜん自信がない	少ししか自信がない	やや自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	だいぶ自信がある	絶対の自信がある
1) お酒を飲むことに誘われた時	1	2	3	4	5	6	7
2) 他の人がお酒を飲んでいるところを見た時	1	2	3	4	5	6	7
3) ちょっとなら大丈夫と試し飲みしたくなった時	1	2	3	4	5	6	7
4) セックスしたい気持ちからお酒を飲みたくなった時	1	2	3	4	5	6	7
5) ストレスや疲れによりお酒が欲しくなった時	1	2	3	4	5	6	7
6) よく眠れずお酒が欲しくなった時	1	2	3	4	5	6	7
7) 身体の不調や苦痛によりお酒を飲みたくなった時	1	2	3	4	5	6	7
8) 人間関係の悩みでお酒を飲みたくなった時	1	2	3	4	5	6	7
9) 落ちこみや不安によりお酒が欲しくなった時	1	2	3	4	5	6	7
10) 腹が立ってお酒が欲しくなった時	1	2	3	4	5	6	7
11) 孤独で、さみしくてお酒が欲しくなった時	1	2	3	4	5	6	7

使用したことがある薬物（あてはまるものすべてを○で囲んでください）

・シンナー	・ガスパン	・覚せい剤	・MDMA（エクスタシー、バツ）
・大麻（マリファナ、チョコ）	・ケタミン	・LSD（エル、アシッド、ペーパー）	
・ヘロインまたはモルヒネ	・マジックマッシュルーム		
・ゴメオ（5-Meo-DIPT、5-Meo-MIPT、Foxy）	・その他		

もっとも使用した薬物（1つだけを○で囲んでください）

・シンナー	・ガスパン	・覚せい剤	・MDMA（エクスタシー、バツ）
・大麻（マリファナ、チョコ）	・ケタミン	・LSD（エル、アシッド、ペーパー）	
・ヘロインまたはモルヒネ	・マジックマッシュルーム		
・ゴメオ（5-Meo-DIPT、5-Meo-MIPT、Foxy）	・その他		

■以下の文章について自分がどれくらいあてはまるかを考え、番号に○をつけて下さい。

	あてはまらない	あまりあてはまらない	どちらともいえない	ややあてはまる	あてはまる
1) 自分が薬物を使いたくなるきっかけをわかっていて、それをできるだけ避けるように注意できる……………	1	2	3	4	5
2) 今後、もし薬物を使いたくなることがあっても、何とか使わないでその場を切り抜ける準備ができている……………	1	2	3	4	5
3) 薬物がなくても生活していける自信がある……………	1	2	3	4	5
4) 困った時にも薬に頼らず、周りの人に助けを求めることができる……………	1	2	3	4	5
5) 何かあっても、あわてずやっていける落ち着いた気持ちをもてる……………	1	2	3	4	5

■以下のような状況やできごとのときに、薬物を使わない自信は、どれくらいありますか？
 薬物を使わない自信のレベルを1（全然自信がない）から7（絶対の自信がある）で表すとすれば、今のあなたの自信のレベルに近い数字を1つ選んで、○をつけてください。

	ぜんぜん自信がない	少ししか自信がない	やや自信がない	どちらともいえない	少し自信がある	だいぶ自信がある	絶対の自信がある
1) 薬物を使うことに誘われた時	1	2	3	4	5	6	7
2) 他の人が薬物を使っているところを見た時	1	2	3	4	5	6	7
3) ちょっとなら大丈夫と試したくなった時	1	2	3	4	5	6	7
4) セックスしたい気持ちから薬物を用いたくなった時	1	2	3	4	5	6	7
5) ストレスや疲れにより薬物が欲しくなった時	1	2	3	4	5	6	7
6) よく眠れず薬物が欲しくなった時	1	2	3	4	5	6	7
7) 身体の不調や苦痛により薬物を使いたくなった時	1	2	3	4	5	6	7
8) 人間関係の悩みで薬物を使いたくなった時	1	2	3	4	5	6	7
9) 落ちこみや不安により薬物が欲しくなった時	1	2	3	4	5	6	7
10) 腹が立って薬物が欲しくなった時	1	2	3	4	5	6	7
11) 孤独で、さみしくて薬物が欲しくなった時	1	2	3	4	5	6	7

プログラムをやってみた感想を教えてください

質問文		あてはまるものに○をつけてください				
1	ないよう 内容はむずかしかったですか	わかりやすい	ややわかりやすい	ふつう	ややむずかしい	むずかしい
2	やく 役に立ちそうですか	たいへん役に立つと思う	多少は役に立つと思う	どちらともいえない	あまり役に立たないと思う	まったく役に立たないと思う
3	もっともに参考 <small>さんこう</small> になったのはどの講義 <small>こうぎ</small> ですか。1つ選 <small>えら</small> んで○をつけてください。	<p>あるこーるやくぶつじゅうふくしょうがい 1. アルコール・薬物と重複障害</p> <p>ひきがねいかり 2. 引き金と錨</p> <p>ふくやくひつようせいかんり 3. 服薬の必要性和管理</p> <p>かいふくしゃめっせーじ 4. 薬物依存症回復者メッセージ</p> <p>かいふくしゃめっせーじ 5. アルコール依存症回復者メッセージ</p> <p>すもーるぐるーぶみーていんぐ (SGM) 6. スモールグループミーティング (SGM)</p> <p>せいかつぎのうくんれん 7. 生活技能訓練 (SST)</p> <p>せいかつしゅうかん 8. ストレスマネジメントと生活習慣</p>				

コード _____ 年 月 日 (評価者 _____)

精神的健康と病気という1つの仮想敵な連続体に沿って、心理的、社会的、職業的機能を考慮せよ。身体的(または環境的)制約による機能の障害を含めないこと。

(コード) (注:例えば45, 68, 72のように、それが適切ならば、中間の値のコードを用いること)

- 100
|
91 広範囲の行動にわたって最高に機能しており、生活上の問題で手に負えないものは何もなく、その人の多数の長所があるために他の人々から求められている。症状は何もない。
- 90
|
81 症状が全くないか、ほんの少しだけ(例:試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない(例:たまに、家族と口論する)。
- 80
|
71 症状があったとしても、心理社会的ストレスに対する一過性で予期される反応である(例:家族と口論した後の集中困難)、社会的、職業的または学校の機能にごくわずかな障害以上のものはない(例:学業で一時遅れをとる)。
- 70
|
61 いくつかの軽い症状がある(例:抑うつ気分と軽い不眠)、または社会的、職業的または学校の機能に、いくらかの困難がある(例:時にずる休みをしたり、家の金を盗んだりする)が、全般的には、機能はかなり良好であって、有意義な対人関係もある。
- 60
|
51 中等度の症状(例:感情が平板的で、会話がまわりくどい、時に恐慌発作がある)、または社会的、職業的または学校の機能における中等度の障害(例:友達が少ない、仲間や仕事の同僚との葛藤)。
- 50
|
41 重大な症状(例:自殺の考え、強迫的儀式がひどい、しよつちゅう万引きする)、または社会的、職業的、または学校の機能において何か重大な障害(例:友達がいない、仕事が続かない)。
- 40
|
31 現実吟味が意思伝達にくらかの欠陥(例:会話は時々、非論理的、あいまい、または関係性がなくなる)、または仕事や学校、家族関係、判断、思考または気分など多くの面での粗大な欠陥(例:抑うつ的な男が友人を避け、家族を無視し、仕事ができない。子どもが年下の子どもを殴り、家で反抗的で、学校では勉強ができない)。
- 30
|
21 行動は妄想や幻覚に相当影響されている。または意思伝達が判断に粗大な欠陥がある(例:時々、滅裂、ひどく不適切にふるまう、自殺の考えにとらわれている)、またはほとんどすべての面で機能することができない(例:一日中、床にしている、仕事も家庭も友達もない)。
- 20
|
11 自己または他者を傷つける危険がかなりあるか(例:死をはっきり予期することなしに自殺企図、しばしば暴力的、躁病性興奮)、または時には最低限の身の清潔維持ができない(例:大便を塗りたくる)、または意思伝達に粗大な欠陥(例:ひどい滅裂か無言症)。
- 10
|
1 自己または他者をひどく傷つける危険が続いている(例:何度も暴力を振るう)、または最低限の身の清潔維持が持続的に不可能、または死をはっきり予測した重大な自殺行為。
- 0 情報不十分

	1	2	3	4	5	6	7
1. 情動の平準化 Blunted affect	情動反応性の減少をさす。表情、仕事、適切な感情表現を乏しさに変れる。感情基調や情動反応性の身体的表現を直接時の観察に基づいて評価する。	1 1 定規に当てはまらない。 2 病理解が緩かしい、もしくは正常上限。 3 感情や仕事の平準化が大半であったり、不完全であったり、あるいは過剰に受け取れている。	1 1 定規に当てはまらない。 2 病理解が緩かしい、もしくは正常上限。 3 自主性を失う、周囲の出来事への無関心が増える。	1 1 感情と仕事の平準化、感情基調や情動反応性を乏しにする。	1 1 情動が全般的に平準化で、たまたまに感情的な変化を示す、仕事もわづかである。	1 1 患者が平準化を示し、ほとんどの感情が抑制され、感情の表現が乏しい。感情の表現が乏しい。感情の表現が乏しい。感情の表現が乏しい。	1 1 感情の平準化と仕事を平準化する。感情の表現が乏しい。感情の表現が乏しい。感情の表現が乏しい。
2. 情動の引き離り Emotional withdrawal	周囲のことでおそれ、感情や関心を示さないこと。感情的な対人行動の観察に基づいて評価する。	1 1 定規に当てはまらない。 2 病理解が緩かしい、もしくは正常上限。 3 自主性を失う、周囲の出来事への無関心が増える。	1 1 定規に当てはまらない。 2 病理解が緩かしい、もしくは正常上限。 3 自主性を失う、周囲の出来事への無関心が増える。	1 1 患者は感情的に遠慮とその変化に對して、感情的距離を引き出せる。	1 1 患者は感情的に遠慮から感情的に離れており、感情的に無目的に、自身に足るが、感情的に必要である。感情的に必要である。	1 1 患者は感情的に無関心で、対人距離は感情的に遠慮を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 患者は感情的に無関心で、対人距離は感情的に遠慮を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。
3. 遠慮性の情愛 Poor rapport	会話を共感性と開放性に欠け、患者への最近感や関心のこまやかな観察、非言語的対人距離による、感情的な観察に基づいて評価する。	1 1 定規に当てはまらない。 2 病理解が緩かしい、もしくは正常上限。 3 自主性を失う、周囲の出来事への無関心が増える。	1 1 定規に当てはまらない。 2 病理解が緩かしい、もしくは正常上限。 3 自主性を失う、周囲の出来事への無関心が増える。	1 1 患者は感情的に遠慮を示し、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 患者は感情的に遠慮を示し、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 患者は感情的に遠慮を示し、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 患者は感情的に遠慮を示し、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。
4. 受動性/無欲症 下による社会的 Passive withdrawal	受動性、無欲性、欲求欠如、意志欠如のため、社会活動に對して関心や自主性が減少すること。そのため対人距離は減少し、日常生活にも無関心になる。社会性について観察して評価する。	1 1 定規に当てはまらない。 2 病理解が緩かしい、もしくは正常上限。 3 自主性を失う、周囲の出来事への無関心が増える。	1 1 定規に当てはまらない。 2 病理解が緩かしい、もしくは正常上限。 3 自主性を失う、周囲の出来事への無関心が増える。	1 1 ほとんどの社会的活動に對して受動的であり、無関心で、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 ほとんどの社会的活動に對して受動的であり、無関心で、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 ほとんどの社会的活動に對して受動的であり、無関心で、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 ほとんどの社会的活動に對して受動的であり、無関心で、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。
5. 抽象的思考の困難 Difficulty in abstract thinking	抽象的・象徴的形式で思考することが困難なことを一連化することの困難さ、問題解決に必要となる概念が自己中心の思考が優先になつて、抽象性として認められる。問題解決と抽象的思考の具体的な抽象的思考を評価する。	1 1 定規に当てはまらない。 2 病理解が緩かしい、もしくは正常上限。 3 自主性を失う、周囲の出来事への無関心が増える。	1 1 定規に当てはまらない。 2 病理解が緩かしい、もしくは正常上限。 3 自主性を失う、周囲の出来事への無関心が増える。	1 1 ほとんどの社会的活動に對して受動的であり、無関心で、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 ほとんどの社会的活動に對して受動的であり、無関心で、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 ほとんどの社会的活動に對して受動的であり、無関心で、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 ほとんどの社会的活動に對して受動的であり、無関心で、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。
6. 会話の自発性と 流動性の欠如 Lack of spontaneity and flow of conversation	無能力、意欲低下、抑鬱、あるいは認知面での欠如と関連して会話の正常な流れが妨げられる。これは感情的な交流の過程における流動性と生産性中に観察される認知・言語過程を評価する。	1 1 定規に当てはまらない。 2 病理解が緩かしい、もしくは正常上限。 3 自主性を失う、周囲の出来事への無関心が増える。	1 1 定規に当てはまらない。 2 病理解が緩かしい、もしくは正常上限。 3 自主性を失う、周囲の出来事への無関心が増える。	1 1 患者は感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 患者は感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 患者は感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 患者は感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。
7. 定向的思考 Stereotyped thinking	患者の流動性、自発性、柔軟性が減少し、真実的思考が乏しく、問題の解決に必要とされる言語過程を評価する。	1 1 定規に当てはまらない。 2 病理解が緩かしい、もしくは正常上限。 3 自主性を失う、周囲の出来事への無関心が増える。	1 1 定規に当てはまらない。 2 病理解が緩かしい、もしくは正常上限。 3 自主性を失う、周囲の出来事への無関心が増える。	1 1 患者は感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 患者は感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 患者は感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。	1 1 患者は感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず、感情的に必要を示さず。

総合	神経	精神	生理	心理	行動	感情	意識	知覚	記憶	思考	感情	行動	
1. 心気症 Somatic concern	不安 Anxiety	3. 罪責感 Guilt feeling	4. 緊張 Tension	5. 興奮と不自然 Mannerisms and posturing	6. 抑うつ Depression	7. 運動原産 Motor retardation	1. 心気症 心気症といふは、身体的病変をいふ。病変のあるいは病変を疑う。過度の心配から起る過度の心配である。過度の心配から起る過度の心配である。過度の心配から起る過度の心配である。	2. 不安 不安	3. 罪責感 罪責感	4. 緊張 緊張	5. 興奮と不自然 興奮と不自然	6. 抑うつ 抑うつ	7. 運動原産 運動原産
2. 不安 Anxiety	不安 Anxiety	不安 Anxiety	不安 Anxiety	不安 Anxiety	不安 Anxiety	不安 Anxiety	不安 Anxiety	不安 Anxiety	不安 Anxiety	不安 Anxiety	不安 Anxiety	不安 Anxiety	
3. 罪責感 Guilt feeling	罪責感 Guilt feeling	罪責感 Guilt feeling	罪責感 Guilt feeling	罪責感 Guilt feeling	罪責感 Guilt feeling	罪責感 Guilt feeling	罪責感 Guilt feeling	罪責感 Guilt feeling	罪責感 Guilt feeling	罪責感 Guilt feeling	罪責感 Guilt feeling	罪責感 Guilt feeling	
4. 緊張 Tension	緊張 Tension	緊張 Tension	緊張 Tension	緊張 Tension	緊張 Tension	緊張 Tension	緊張 Tension	緊張 Tension	緊張 Tension	緊張 Tension	緊張 Tension	緊張 Tension	
5. 興奮と不自然 Mannerisms and posturing	興奮と不自然 Mannerisms and posturing	興奮と不自然 Mannerisms and posturing	興奮と不自然 Mannerisms and posturing	興奮と不自然 Mannerisms and posturing	興奮と不自然 Mannerisms and posturing	興奮と不自然 Mannerisms and posturing	興奮と不自然 Mannerisms and posturing	興奮と不自然 Mannerisms and posturing	興奮と不自然 Mannerisms and posturing	興奮と不自然 Mannerisms and posturing	興奮と不自然 Mannerisms and posturing	興奮と不自然 Mannerisms and posturing	
6. 抑うつ Depression	抑うつ Depression	抑うつ Depression	抑うつ Depression	抑うつ Depression	抑うつ Depression	抑うつ Depression	抑うつ Depression	抑うつ Depression	抑うつ Depression	抑うつ Depression	抑うつ Depression	抑うつ Depression	
7. 運動原産 Motor retardation	運動原産 Motor retardation	運動原産 Motor retardation	運動原産 Motor retardation	運動原産 Motor retardation	運動原産 Motor retardation	運動原産 Motor retardation	運動原産 Motor retardation	運動原産 Motor retardation	運動原産 Motor retardation	運動原産 Motor retardation	運動原産 Motor retardation	運動原産 Motor retardation	

この表は、精神医学の診断基準に基づいて作成されたものである。各項目の記述は、臨床観察や患者の自覚症状に基づき、医師の判断によって行われる。また、この表は、診断の補助として使用されるものであり、最終的な診断は、医師の総合的な判断による。

14 衝動的な衝動障害 Poor impulse control	衝動的で抑鬱のない気分の変動や、夜性を考えない深層や衝動的な思考をもたらすような、内的な促進に対する行動の抑制や衝動的な思考。面接中の行動と看護職員ないし家族の報告に基づいて、評価する。	定期的に当てはまらない。	病情的か深層か、もしくは正常上層。	患者はストレスに直面したり満足が得られないとき、容易に怒り、衝動的な行動に陥ることがある。	患者は些細な刺激にエピソード、互逆を伴う。特に衝動的となり、いさめられることや小さな衝動を怒りとして表す。	患者は衝動や衝動的な身体行動を含む衝動的な性格を繰り返して、強い攻撃性を示したことがあり、2度あり、そのために患者の衝動や身体的傷害がある。治療を必要としたことがある。	患者は、しばしば衝動的であり、攻撃的、威嚇的、強要的な行動を示し、性的な衝動に誘われたり、場合によっては性的な行動に誘われたり、場合によっては性的な行動に誘われたり。	患者は致死的な暴行や自殺を犯し、何度も強要性を示している。あるいは自傷行為を示す危険な衝動のコントロールが不可能であり、常に衝動的な監督あるいは自傷からの物理的制御を必要とする。
15 没入性 Preoccupation	内的に生じた思考と感情に没入して、自閉的な状態に没入して、現実的な世界から遠ざかる行動がえられる。面接中に認められた他人行動を評価する。	定期的に当てはまらない。	病情的か深層か、もしくは正常上層。	個人的な思考や問題に没入して没入する。そのために患者は自己中心的な感情に陥り、他人に示す関心が薄くなっている。	患者はしばしば自閉的な状態に陥っている。社会的な関心や他人との社会的関心を失っている。患者はしばしば自閉的な状態に陥っている。社会的な関心や他人との社会的関心を失っている。	患者はしばしば自閉的な状態に陥っている。社会的な関心や他人との社会的関心を失っている。患者はしばしば自閉的な状態に陥っている。社会的な関心や他人との社会的関心を失っている。	患者は、しばしば衝動的であり、攻撃的、威嚇的、強要的な行動を示し、性的な衝動に誘われたり、場合によっては性的な行動に誘われたり、場合によっては性的な行動に誘われたり。	患者は致死的な暴行や自殺を犯し、何度も強要性を示している。あるいは自傷行為を示す危険な衝動のコントロールが不可能であり、常に衝動的な監督あるいは自傷からの物理的制御を必要とする。
16 自主的な社会回避 Active social avoidance	理由のない恐怖感や不安感、社会的な関わりが制限されている。患者は社会的な関わりを避ける傾向がある。	定期的に当てはまらない。	病情的か深層か、もしくは正常上層。	患者は他人がいる場所ではすぐに退場を求めたり、一人で一人で過ごす傾向がある。患者は社会的な関心を失っている。	患者は他人との社会的関心を失っている。患者はしばしば自閉的な状態に陥っている。社会的な関心や他人との社会的関心を失っている。	患者はしばしば自閉的な状態に陥っている。社会的な関心や他人との社会的関心を失っている。患者はしばしば自閉的な状態に陥っている。社会的な関心や他人との社会的関心を失っている。	患者は致死的な暴行や自殺を犯し、何度も強要性を示している。あるいは自傷行為を示す危険な衝動のコントロールが不可能であり、常に衝動的な監督あるいは自傷からの物理的制御を必要とする。	

尺度	合計	百分率階級	範囲
陽性除穢	_____	_____	_____
陰性除穢	_____	_____	_____
総合精神病理	_____	_____	_____
評点4以上の陽性項目	_____	_____	_____
評点4以上の陰性項目	_____	_____	_____
症候学的分類	_____	_____	_____

(翻訳、構成 PANSS研究会、山田 寛、増井寛治、坂本弘次)

病識評価尺度 (SAI-J)

氏名

合計点 /20 点

1.治療と服薬の必要性

1a 最近一週間の患者の服薬態度を観察する。

2=服薬を受け入れている。

1=言葉や感情面での拒薬傾向

0=実際の拒薬行為

1b 服薬についての患者の考えや態度をたずねる。

2=医師に確認する。または服薬を続ける。

1=相談せずに部分的に中断する。

0=中止する

1c 入院についての意識をたずねる。

あなたが入院している理由は？

2=受入れ可能な説明をする。

1=一部に事実らしい出来事を踏まえているが、患者独自の解釈や空想、部分的な妄想をまじえて説明する。空想の内容が共感できるものでも、内容が非現実的なものであれば1とする

0=ほぼ全面的に妄想的、不合理な解釈をする

2. 自己の疾病についての意識

2a 患者に自分が病気だと思えますか、または自分の調子がどこかおかしいと思えますか。とたずねる

2=しばしば思う

1=時々思う

0=決して思わない

もし1か2ならば次に進む

2b 患者に自分は精神の病気であると思えますかとたずねる。

2=しばしば思う

1=ときどき思う

0=決して思わない

もし1か2ならば次に進む

2c 患者にどうしてその病気になったのかたずねる

2=受入れ可能なメカニズムに基づいてきちんとした説明をする

1=説明が混乱しており、同じような説明が繰り返され、患者が適切に理解しているとは思われない。またはわからないという。

0=妄想的な説明

3.精神症状についての意識

3a 妄想は正しくない、もしくは本当に起こった事ではと思えますか。とたずねる。

2=明らかに正しくない

1=恐らく正しくない

0=正しい

もし1か2ならば次に進む

3b 幻覚や妄想がなぜ起こると思いますかをたずねる

2=病気の一部である

1=疲れやストレス等の外的な出来事への反応である

0=外からの不合理な力(おそらく妄想のせいである)

補足・周りの人たちがあなたの幻覚や妄想についての話を信じてくれない時どのような気持ちになりますか。

0=みんな嘘をついている

1=誰がなにを言おうと自分の言うことは正しい

2=どう考えたらよいかわからない。わけが分らない

3=自分が間違っているかもしれない気がする

4=そういう時は自分が病気なのだと思う



物質使用と精神障害の問題を持つ方のための

集団認知行動療法ワークブック

-A Cognitive Behavior Group Therapy Workbook
for Concurrent Disorder of Substance use and Mental Health-



昭和大学医学部精神医学講座
昭和大学附属烏山病院

I. このプログラムについて

このプログラムは、薬物・アルコールについて話し合う勉強会です。

退院後の生活が安定したものになるように、スタッフや仲間と共に勉強しましょう。

期間は、下記のスケジュールで全8回です。できるだけ最後まで参加しましょう。


II. スケジュール

回	講義	内容	参加印
1	疾患と治療	・なぜアルコールや薬物が問題なのか？ ・併存性障害とその治療の必要性について	
2	引き金と欲求	・あなたの周りにある引き金について ・あなたの中にある引き金について	
3	服薬の必要性 処方薬の自己管理	・精神障害に対する服薬の必要性について ・処方された薬の自己管理の方法について	
4	アルコール依存症リハビリ施設 メッセージ	・自助グループについて ・メッセージ形式でリカバリーからの体験談を聴く	
5	薬物依存症回復支援施設 メッセージ	・自助グループについて ・メッセージ形式でリカバリーからの体験談を聴く	
6	スモールグループミーティング (SGM)	・1回～5回までの振り返りを中心としたディスカッション ・自己のアルコール・薬物問題についてなど	
7	ソーシャルスキルトレーニング (SST)	<テーマ>アルコール・薬物を使っていたときの仲間 夕方道端で会った時に、誘いをどう断るか？	
8	ストレスマネジメントと 生活スケジュール	・ストレスの解消法を考えてみよう ・これからの生活スケジュールを立ててみよう	

III. プログラム参加のルール

- ①皆に悪い影響があるような言動は慎みましょう。
- ②場の雰囲気のみださないようにしましょう。
- ③他人の意見を批判するようなことはせず、自分以外の参加者の意見も尊重してください。
- ④病院やスタッフへの要求を出す場所ではないのでご配慮ください。
- ⑤原則として毎回出席です。最後までがんばりましょう。
- ⑥原則として途中退室はできません。御用の際は、ご遠慮なくスタッフにお声をおかけください。

IV. 退院後の目標



第1回 精神障害とアルコール・薬物乱用

◆自己紹介をしましょう

1. なぜアルコールや薬物が問題なのか？

みなさんはこう思っているかもしれません。

「自分はアルコール依存症なんかじゃない！」

「薬物はやめるつもりだが、どうしてアルコールまでやめなきゃいけないのか？」

「自分はマリファナでトラブルを起こしたことなんかない！」

「自分は酒を飲みすぎることなんかない！」

「自分はちゃんとコントロールして覚せい剤を使ってる！」などなど。

そのとおりかもしれませんが、でも、ちょっと考えてみてください。

みなさんが晩酌を始めたばかりの頃のお酒の量、初めて薬物を使い始めた頃の量と、今、飲んだり使ったりしている量は同じですか？ 少しずつお酒や薬物の量が増えてはいませんか？

これまでアルコールに酔っているときや薬物を使用しているときに、いつになく怒りっぽくなったり、荒っぽい口調で家族や友人につかかってしまったりしたことはないですか？

あるいは、気づかないうちに自分の体を傷つけてしまったり物を壊してしまったりして次の日に後悔するといった経験はないでしょうか？

アルコールや薬物にお金を使ってしまって生活費に困ったり、ふだんの生活に支障がでていませんか？



アルコールや薬物は、あなた自身の「コントロールする力」をゆ
っくりと奪っていきます。いくらあなたが今、お酒や薬物をうまく
コントロールできていたとしても、アルコールや薬物の影響を受け
た脳は、少しずつあなた自身をコントロールできなくなっていく
可能性があります。

みなさんは、昔からお酒が「きちがい水」などと呼ばれてきたこ
とを知っていますか？ むかしの人は、アルコールが人の理性を失
わせてしまうことを知っていたのです。

さて、このいちばん最初のセッションでは、アルコールや薬物と
さまざまな心の病気との関係について考えてみましょう。



2. アルコール・薬物と精神障害

(1) 不眠症を悪化させます

アルコールや薬物は不眠症を悪化させます。

アルコールを飲んで酔うと「寝つき」がよくなったように感じるかもしれませんが、眠りは浅くなって、睡眠の質は悪くなります。寝酒をしている人は、一見すると眠っているように見えても、脳波検査を行うと、「睡眠の脳波」になっておらず、「昏睡状態の脳波」になっているだけです。これではいくら睡眠をとっても、「こころの疲れ」はとれません。

(2) うつ状態を悪化させます

アルコールや薬物を使用すると、落ち込んでいた気分が少しの間、楽になった感じがするかもしれませんが、しかし、くり返し乱用しているうちに、かえって抑うつ気分は悪化していきます。

うつ病の人がアルコール・薬物を使用すると、自殺の危険性も高まると言われています。それは、アルコールや薬物が理性の働きを弱めてしまうことと関係があります。

(3) 衝動のコントロールが効かなくなります

アルコールや薬物は感情のコントロールを効かなくさせてしまいます。そのため、もしも何かつらい感情を抱えていれば、我慢ができなくなってしまい、突発的に治療薬のまとめ飲みやリストカットのような自分の身体を傷つける行動を引き起こすこともあります。

アルコールを飲んだ状態では「痛み」に鈍感になっているので、リストカットをすると、軽く傷をつけるつもりであった場合にも、いつもより深刻な傷を作ってしまう傾向がありますし、ときには命にかかわる場合もあるのです。

女性の場合、アルコールや薬物を使うと、性暴力の被害者になってしまう危険性も高まります。

(4) 暴力犯罪をおこしやすくなります

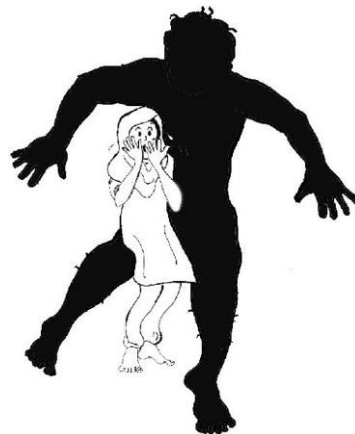
自分の体を傷つけてしまうだけではありません。多くの研究がアルコールや薬物依存症と暴力犯罪との関係も指摘しています。

アルコールや薬物の依存症の人は、依存症ではない人と比べると、将来、殺人や傷害事件を起こす確率が数十倍も高いといわれています。ちなみに、電車のなかや駅構内で起こる暴力事件の半数以上で、アルコールによる酩酊が関係しています。

(5) フラッシュバックをひきおこします

以前、アルコールや薬物を使っていた時、人がいないのに声だけ聞こえたり（幻聴）、「自分が警察に追われているのでは？」という勘ぐりが止まらない（妄想）体験をした人が、アルコールや薬物を再び使うと、幻覚や妄想がぶり返すことがあります。

これをフラッシュバックといいます。



(6) 薬物依存症を悪化させます

薬物依存症の人は、アルコールを飲んで「ほろ酔い」になると、「薬物を使いたい」という欲求が出てきます。また、酔いがまわれば、当然、理性がはたらきにくなります。多くの薬物依存症の方が、ほろ酔いの際にスリッパ (=再使用のこと) しています。

(7) 睡眠薬や治療薬の効果を弱めます

アルコールや薬物は睡眠薬や治療薬 (安定剤や抗うつ薬など) の効果を弱めたり、悪影響を与えてしまいます。

アルコールを飲んだり、薬物を使っていると、うつ病や不眠症の人がいくら治療薬を飲んでも脳の中で効果的に働かなくなってしまいます。これではいくら病院に通っても精神障害はよくなりません。

Q1: あなたは上の(1)~(7)の中で、「自分にあてはまるかも・・・」
と思った項目はありますか？

ある方は、ご自分が体験された具体例を下に書いてみてください。



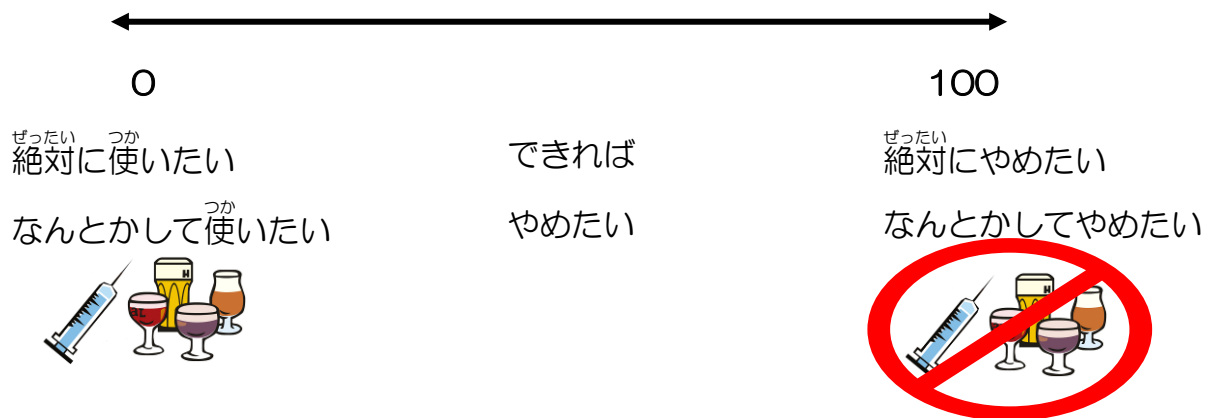
3. あなたにとって、アルコールや薬物を使うのは、どんなメリット(よい点)とデメリット(悪い点)がありますか？

アルコール・薬物 <small>やくぶつ つか</small> を使うメリット	アルコール・薬物 <small>やくぶつ つか</small> を使うデメリット
<p>・</p> 	<p>・</p> 
アルコール・薬物 <small>やくぶつ</small> をやめるメリット	アルコール・薬物 <small>やくぶつ</small> をやめるデメリット
<p>・</p> 	<p>・</p> 

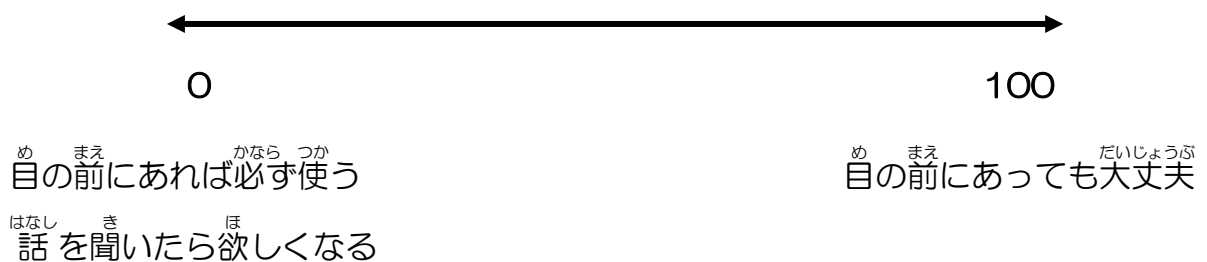


4. アルコール・薬物やくぶつを使つかいたい気持きもちとやめる自信じしん

① 使つかいたいーやめたい



② 自分じぶんの意思いしの強つよさ・やめる自信じしん



5. 併存性障害ってなに？

統合失調症や躁うつ病などの精神障害を持っている人が、アルコールや薬物を乱用することはめずらしいことではありません。

最初に統合失調症や躁うつ病が発病し、その後アルコールや薬物の乱用が始まる人もいますし、それとは反対に、アルコールや薬物を使っているうちに、統合失調症や躁うつ病が発病することもあります。

いずれにしても、ひとりの患者さんに、統合失調症や躁うつ病（うつ病、摂食障害、パニック障害、外傷性ストレス障害でもよいです）などの

精神障害とアルコール・薬物乱用

という2つの問題を同時に

併せ持つ場合に、「併存性障害」

と呼び、併存する双方の障害への

治療が必要になります。

併存性障害



6. 精神障害の人がアルコールや薬物を乱用すると…

さて、統合失調症や躁うつ病などの精神障害は、不安感、イライラ感、不眠症をもたらし、幻聴・幻覚や妄想を生じることがあります。いずれも本人にとっては、とても不愉快でつらい症状です。こうしたつらい症状を自分なりになんとか和らげようとして、アルコールや治療薬ではない薬物を使う人がいます。

アルコールやダウンナー系の薬物（シンナーやマリファナ）は一時的にこれらのつらい症状を和らげてくれますが、その「酔い」が覚めた後には、かえって前よりもつらさが増していることも少なくあり

ません。また、眠るためや、嫌なことを忘れるためにアルコールを飲んで、最終的には不眠症やうつ状態も悪化してしまいます。

なんとかして仕事のやる気を出させようとして、外出するときの緊張感や対人恐怖症を和らげようとして、大量のカフェインや覚せい剤などを使う人もいます。これによって一時的には、やる気が出たり、緊張や不安なしに人前に出たりできるようになるかもしれませんが、しかし、本当にこれは短い間の話です。

結局は、幻聴・幻覚や妄想を悪化させるばかりか、クスリの効果がきれた後、よけいに体がだるくなったり、気分がいつそう落ち込んでしまったりします。

7. 精神障害の人がアルコールや薬物を乱用したり、処方薬を急にやめるとこんなことが起こります。

幻聴・幻覚や妄想が再発します。

不眠、うつ状態、躁状態などの精神障害の症状が悪化します。

自殺の危険が高まります。

治療薬の服薬が不規則になって、服薬しないことが多くなってしまいます。

治療薬の効果が低下します。

自分の衝動をうまくコントロールできなくなってしまい、他人や自分を傷つける行動をしやすくなります。

判断力がにぶってしまい、治療を放りだし、アルコールや薬物にお金をつぎ込み、経済的にこまることが多くなります。

通院の予約やデイケア・作業所に行く約束をすっぽかすことが多くなり、生活が乱れがちになります。

Q2: あなたの^{せいしんしょうがい}精神^{おも}障害^{しょうじょう}の主な^{しょうじょう}症状^{しょうじょう}は、どのようなものですか？
(アルコール・薬物^{やくぶつ}に^{かんけい}関係^{しょうじょう}のない^{ふく}症状^{しょうじょう}も含まれます)

Q3: あなたは、^{せいしんしょうがい}精神^{しょうじょう}障害^{げんちょう}の^{しょうじょう}症状^{ふあん}（^{やわ}幻聴^{やわ}、^{やわ}イライラ^{やわ}、^{やわ}不安^{やわ}）を和^{やわ}らげるために、^{やくぶつ}アルコール^{やくぶつ}や^{やくぶつ}薬物^{やくぶつ}をつかったことがありますか？
どのような^{しょうじょう}症状^{たい}に対し、どんな^{しゅるい}種類^{やくぶつ}の^{つか}薬物^{つか}を使^{つか}っていましたか？

・どんな^{しょうじょう}症状^{しょうじょう}？

・どんな^{やくぶつ}薬物^{やくぶつ}？

Q4: アルコールや^{やくぶつ}薬物^{らんよう}の^{らんよう}乱用^{らんよう}をすることで、あなたの^{せいかつ}生活^{せいしん}や^{せいしん}精神^{せいしん}障^{しょうがい}害^{ちりょう}の^{ちりょう}治療^{えいきょう}にどのような^{えいきょう}影^{えいきょう}響^{えいきょう}がありましたか？
(例: ^{ふくやく}服^{ふきそく}薬^{ふきそく}が^{ふきそく}不^{ふきそく}規^{ふきそく}則^{ふきそく}にな^{ふきそく}った、^{びょういん}病^{かよ}院^{かよ}に通^{かよ}わな^{かよ}くなくな^{かよ}ってしま^{かよ}った)

8. 併存性障害（アルコール・薬物乱用＋その他の精神疾患）
の患者さんはこんなことを言っていました



Aさん

よい気分になりたくてマリファナを吸って
ました。吸うと頭がぼおーとしてとてもいい
気分になったけれど、そのうち幻聴がひどくな
ってきて、まわりの人が自分を見張っているよう
な『勘ぐり』が出てきてました。
結局、マリファナを使っているうちに病気が
ひどくなって入院してしまいました…

ビールを飲むとイライラがおさまって気分が落
ちつきます。だから、そのうちビールを飲んでいれ
ば大丈夫かなと思って、治療薬をきちんと飲まなく
なっていました。

しばらくして病気が再発して家で暴れてしまい、
再入院することになってしまいました…



Bさん



Cさん

薬剤性精神障害と言われて、通院していました。
N Aにも行ってたけれど、依存症の仲間を真似
て、精神科で処方されていたお薬を、全部止めて
みたところ、N Aの仲間が自分の悪口を言ってい
る気がして、仲間の一人を殴ってしまいました…

病びょう気きになっなてから人ひと前まえに出でるのが怖こわくなっなて、友ともだちがいなくなっなってしまっしました。ひとりぼっちになるのが嫌いやで、昔むかしつきあっあっていた悪わるい仲なか間まと会あうようになりまなした。みんながアルコールを飲のんでいたから、自分じぶんもひとりだけ飲のまないわけにもいいかないし、誘さそわれるままに一いっ緒しょに飲のみまました。

でも、そのうちうちに不眠症ふみんしょうやイライラが強つよくなっなて、もっもとたたくさん飲のまないといいられなくなっなってしまっしままて。そんな生せい活かつを送まっていたら、いつの間まにか死しにたたい気き持もちが強つよくなり、手て首くびを切きってしまっしました…



Dさん

以い前ぜん、覚かくせいせい剤ざいやマリファナをつか使つかって、強きょう制せい入にゅう院いんになっなってしまっしましたことことがありまます。「統とう合ごう失しつ調ちょう症しょう」とか「薬やく剤ざい性せい精せい神しん病びょう」とかいいろろんんな診しん断だんがつきまました。

その後のち、DARCダルクに行いくようになり、通つう院いんも続つづけていまます。処しよ方ぽうされられた薬くすりはちちゃんちんと飲のんで、日に中ちゆうは病びょう院いんのかいかけけのようにいり、夜よはNAなに行いっていまます。

デイケアでは、おおちちづづききて過すごごせていまますし、NAでは仲なか間まがいるから寂さみしくくないです。



Eさん

“気をつけようね”

精神障害を抱えている人は、そうでない人に比べると、ずっとアルコールや薬物の依存症になりやすいことが知られています。アルコールや薬物を使うと一時的に気持ちが楽になる、あるいは、孤立しないですむと考^{かんが}えている人もいますが、最終的には自分の病気を悪化させて、せっかくの安定した生活が台無しになってしまうことが少なくありません。また、処方薬が必要のない依存症の方もおりますが、依存症以外の精神障害を併せ持っている方の場合、処方薬による治療が必要です。そうした場合、障害を2つ抱えるというデメリットはありますが、逆に精神障害の支援制度と依存症の支援制度の両方を使えるというメリットもあります。

自分が抱えている精神疾患の症状が悪化したときや、なにか悩みがあったときには、自分だけでなんとかしようと思わずに、あなたを担当している医療スタッフに相談しましょう。

地域生活を送るにあたっての治療・支援プランニングなどについても、症状によって向き・不向きもあるので、よく相談して決めることが大切です。



第2回 あなたの引き金について

◆自己紹介をしましょう

1. 外的な引き金



きっかけとなることを「引き金」といいます。

引き金は、大きく2つの種類に分類できます。1つは、自分を取りまく環境のなかにあるものであり、もう1つは、自分の内部にある心や身体の状態に関連するものです。前者を「外的な引き金」といい、後者を「内的な引き金」といいます。

まず、「外的な引き金」について考えてみましょう。

Q1: 下にあげる項目のなかでこれをきっかけ（引き金）にしてアルコールや薬物を使うことが多かったものはどれでしょうか。

- | | |
|------------------------|-------------------|
| () 一人で家にいるとき | () 給料日の後 |
| () 飲み仲間やクスリ仲間 | () デート |
| () 食事のとき | () セックス |
| () 特定の友達の家 | () 朝起きたあと |
| () 夜 | () ミネラルウォーターのボトル |
| () クラブ遊び | () スポーツをするとき |
| () 公園のトイレ | () 繁華街に行ったとき |
| () 仕事の前 | () 仕事の後 |
| () 音楽を聞くとき | () 手元にお金がある時 |
| () 映画を見るとき | () 車の中 |
| () コンビニの前 | () 自動販売機 |
| () お酒をのんだとき | |
| () 知っている売人がいるところを通った時 | |

Q2: ^{ほか}他にもまだ、あなたが^{かこ}過去にアルコールや^{やくぶつ}薬物を使っていた^ば場所や^{じょうきょう}状況、あるいは、^{しょうらい}将来アルコールや^{やくぶつ}薬物を使ってしまう^{そう}ような場所や^{ばしょ}状況^{じょうきょう}はありませんか？



Q3: ^{はんたい}反対に、「あの^{ひと}人の^{まえ}前ではアルコールや^{やくぶつ}薬物を使いが^{づらい}づらい。あの^{ひと}人は^{かな}悲しませたくない」。そんな^{ひと}人はいますか？ それは^{だれ}誰でしょう？ ^{かそく}家族^{びょういん}でしょうか？ ^{びょういん}病院などの^{スタッフ}スタッフ^{でしょうか}でしょうか？



2. 「錨」について



あなたには、「この人だけはぜったいに^{かな}悲しませたくない」、「この人^{ひと}の前ではアルコールや^{やくぶつ}薬物を使えない」というような人はいませんか？ あるいは、「これをしているときにはぜったいにアルコールや^{やくぶつ}薬物のことは^{かんが}考えない」とか「さすがにこの^{ばしょ}場所ではアルコールや^{やくぶつ}薬物を使えない」というような^{じょうきょう}状況や^{ばしょ}場所はないでしょうか？

こうしたものを「^{いかり}錨」と呼びます。

^{いかり}錨とは、^{ふね}船が^{しお}潮に^{なが}流されないように^{かいちゆう}海中におろす^{おもり}錘のことです。あなたがアルコールや^{やくぶつ}薬物の^{よつきゅう}欲求に^{なが}流されてしまわないように、あなたを^{じょうきょう}クリーンな^{はたら}状況にとどめる^{はたら}働きをします。

たとえば、^{かぞく}家族や^{えんじょしゃ}援助者の前ではアルコールや^{やくぶつ}薬物を使ったことがないという人は、どうしても^{きけん}危険な^{ばしょ}場所にいかなければならない場合には、^{かぞく}家族や^{えんじょしゃ}援助者に^{いっしょ}一緒に^き来てもらうという^{ほうほう}方法があります。あるいは、^{エー}A.A.や^{たんしゅかい}断酒会につながっている人ならば、そうした^{なま}グループの^き仲間について^{ほうほう}来てもらう方法もあります。

^{じっか}実家ではとても^{やくぶつ}薬物を使う^{つか}気になれないという方は、^{かた}精神的に^{せいしんてき}ピンチのときで^{やくぶつ}薬物を^{さいしよう}再使用してしまう^{かのうせい}可能性が高いときだけ、^{いちじてき}一時的に^{じっか}実家に^み身を^よ寄せてもいいでしょう。

^{きゅうりょう}給料が入るとついでに^{はい}アルコールを^の飲んだり、^{やくぶつ}薬物を^か買ったりしてしまいそうならば、^{きゅうりょう}給料日の夜には、^{よる}あらかじめ^{かぞく}家族や^{やくぶつ}アルコールや^{えん}薬物と^{ゆうじん}縁のない友人と^{いっしょ}一緒に^{しょくじ}食事をする^{やくそく}約束をしておくという^{ほうほう}方法があります。



アルコールや薬物をやめるうえで、「**錨**」を見つける作業は、引き金を見つけることと同じくらい大切なものです。

後のページに、薬物やアルコールの引き金について、人・場所・物・状況といった分類ごとに書きこむ表があります。自分にとっての引き金と錨を整理して書いてみましょう。

書く際には、みなさんのこれまでの**実体験**にもとづいて、できるだけ具体的に書いてください。引き金や錨を探すときのポイントは「これまでの**実**の**体**験にもとづいていること」です。

たとえば、「親がいるときには使いにくい」と感じていても、**実際**には親がいるときであっても使っていたのであれば、表の「決して使わない『錨』となる人」の欄に「親」と書くことはできません。もちろん、親がいるときに使うのは、ふだんとくらべると非常にまれなことであったならば、「ほとんど使わない」のところには書けるかもしれません。

できあがった表は、関係スタッフと今後の生活上の注意点について話し合うときの資料にしてみてください。

Q4: いままで考えてきたことにもとづいて、次のページにあるアルコールと薬物の「**引き金と錨の一覧表**」を作ってみましょう。



ひ がね いかり いちらんひょう
【引き金と錨 一覧表】

ひづけ 日付: 年 月 日 さくせい 作成

	100% ←————→ 0%			
	いつも使っていた ひ がね 「引き金」	たいてい使っていた	ほとんど使わなかった	決して使わない いかり 「錨」
ひと 人				
ばしょ 場所				
じょうきょう 状況 ふくそう おんがく 服装、音楽、 かんじょう ひょうじょう 感情、病状 など 等				
アドバイス	とても危険です。こ うした状況に 遭遇するだけで 使用してしまいま す。必ず対策をたて てください。	なが じかん 長い時間、こうした 状況にいること は、大変リスクが たか 高いです。すぐに たいさく 対策をたてましょ う。	リスクは低いです が、注意が必要で す。	こうした状況を ちゅうしん せいかつ 中心に、生活のス ケジュールを た 立てると、再使用し ない生活が維持で きます。

3. 内的な引き金

次に、あなた自身のなかにある引き金、すなわち、内的な引き金についてとりあげたいと思います。

たとえば、イライラすると薬物を使いたくなる、嫌なことがあったときにアルコールでうさばらしをするといったように、感情が引き金となって、薬物やアルコールを使いたくなることがあります。

次にあげた「気持ちのリスト」を見てみてください。これまで、どんな気持ちのときに薬物やアルコールを使うことが多かったでしょう。チェックのついた感情は、あなたにとって薬物やアルコール使用の「引き金」となりやすい感情です。

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 不安 | <input type="checkbox"/> 怒り | <input type="checkbox"/> 自信をなくす | <input type="checkbox"/> 退屈感 |
| <input type="checkbox"/> あせり | <input type="checkbox"/> 無力感 | <input type="checkbox"/> うつ | <input type="checkbox"/> 悲しい |
| <input type="checkbox"/> 緊張 | <input type="checkbox"/> 疲れ | <input type="checkbox"/> ねたましい | <input type="checkbox"/> 孤独・寂しい |
| <input type="checkbox"/> 罪悪感 | <input type="checkbox"/> イライラ | <input type="checkbox"/> 高揚した気分 | <input type="checkbox"/> 欲求不満 |
| <input type="checkbox"/> 幸福 | <input type="checkbox"/> リラックス | <input type="checkbox"/> 恥ずかしい | <input type="checkbox"/> 気合・やる気 |
| <input type="checkbox"/> 敗北感・打ち負かされた気分 | | | |
| <input type="checkbox"/> 自分が邪魔ものに思えたり、いない方がいいかなと思う気持ち | | | |
| <input type="checkbox"/> 人から見捨てられた感じ | <input type="checkbox"/> 気が大きくなった感じ | | |
| <input type="checkbox"/> プレッシャーをかけられた感じ | <input type="checkbox"/> 落ち着かない気分 | | |
| <input type="checkbox"/> その他：
_____ | | | |

Q5: あなたは、これまでどのような感情におそわれたときに、アルコールや薬物を使うことが多かったですか？
チェックリストをつけてください。

Q6: 最近あなたがときどき体験している感情にはどのようなものがあるでしょうか？ 3つの感情をあげてみてください。
最初のページの〈感情のリスト〉も参考にして考えてみてください。

1: _____

2: _____

3: _____



4. 危険な状況「H.A.L.T」

はら はら た こりつ つか
～腹をすかすな、腹を立てるな、孤立するな、疲れるな～

は ると くうぶく おこ こどく
H.A.L.Tとは、空腹のとき、怒っているとき、孤独でさびしいとき、
つか
そして疲れたときが、とくにアルコールや薬物に再び手を出してしま
いやすい、ということをおもだしてもらおうための略語です。

(1) HUNGRY—空腹—

なか
お腹がすいていると、アルコールや薬物を使いたくなることが多い
といわれます。くうぶくじにスーパーに買い物に行くと、
さけての
つついお酒に手を伸ばしたくなってしまいかもしれ
ません。また、なか
お腹がすくと、ふあん
不安になったりイライ
ラしやすくなってしまいます。



(2) ANGRY—怒り—

やくぶつ さいしやう ひと
イライラしているときにアルコールや薬物を再使用してしまう人は
とても多いです。おお おお ひと
多くの人にとって、怒りをうまくしずめるのは、かんたん
なことではありません。しかし、怒りをあらわにしたり、ぼうりよく
たり、アルコールや薬物を使って怒りをまぎらわせようとするのは、
けんぜん ほうほう
健全な方法ではありません。かといって、ただ怒りをおさえこんでし
まうことも、おな けんぜん かた
同じように健全なやり方とはいえません。

いかにしょう
どんなときに怒りが生じやすいのか、どうやって怒
りをコントロールしたらいいのか、スタッフと話し合い
ながらとく たいせつ
取り組んでいくことが大切です。



(3) LONELY—孤独—



回復への道のりは孤独なものです。

アルコールや薬物使用による影響で、人間関係が壊れてしまっている人も少なくないでしょう。精神障害が出てしまったことで、友人とのつきあいができなくなってしまった人もいることでしょう。アルコールや薬物のために、大切な人が自分のもとから去ってしまったという人もいるかもしれません。そして、あなたが自分の回復への道を歩みはじめることを決意したならば、アルコールや薬物を使う仲間とのつきあいもあきらめなくてははいけません。

こうした孤独感はとてつらいものです。孤独感から、再びアルコールや薬物に手を出してしまいやすくなります。

(4) TIRED—疲労—

アルコールや薬物をやめると、睡眠の障害が生じることがあります。また、退院してまもない時期、新しいデイケアや作業所に通い初めてまもない時期、仕事をはじめてまもない時期は特に注意が必要です。新しい環境の緊張感のせいで、うまく睡眠をとることができず、疲れがたまりがちです。

疲れは、しばしば再使用の引き金となります。へとへとになっていたり、エネルギーが不足していると、アルコールや薬物の力を借りたくなることも多いでしょうし、健全な方法で対処することが難しくなります。



Q7: このような、アルコールや薬物の誘惑にのってしまいやすい
状況を避けたり乗り切ったりするためには、どんな対策が考え
られますか？

• どんな誘惑が一番危険？

• どんな対策が効果的？



第3回 処方薬の服薬必要性和自己管理

◆自己紹介をしましょう

1. なぜ精神科の薬が処方されているか？

みなさんはこう思っているかもしれません。

「自分は依存症や精神病なんかじゃない！」

「処方薬なんか飲んでも意味がない！」

「全部気合でなんとかなる！」

「入院させられている意味がわからない！」などなど。

みなさんの考えは、ほんとうにそうかもしれませんし、違うかもしれません。

今回は、処方薬の必要性について考えていきましょう。

Q1：あなたは、どのような症状で入院になりましたか？

思い当たる出来事を書いてみましょう。



Q2: 精神科の処方薬は、皆さんのどのような症状を軽減させてくれるのでしょうか？ 下記の表を参考に、自分に思い当たる症状を書いてみましょう。

- 幻聴・妄想がでる
- とても不安になる
- イライラする
- 暴力を振るってしまう
- 気分が落ち着かない
- 眠れなくなる
- 起きられなくなる
- 悲しくなる
- 死んでしまいたくなる
- 怖くてたまらなくなる
- 食事ができなくなる
- 何もやりたくなくなる
- 考えがまとまらない



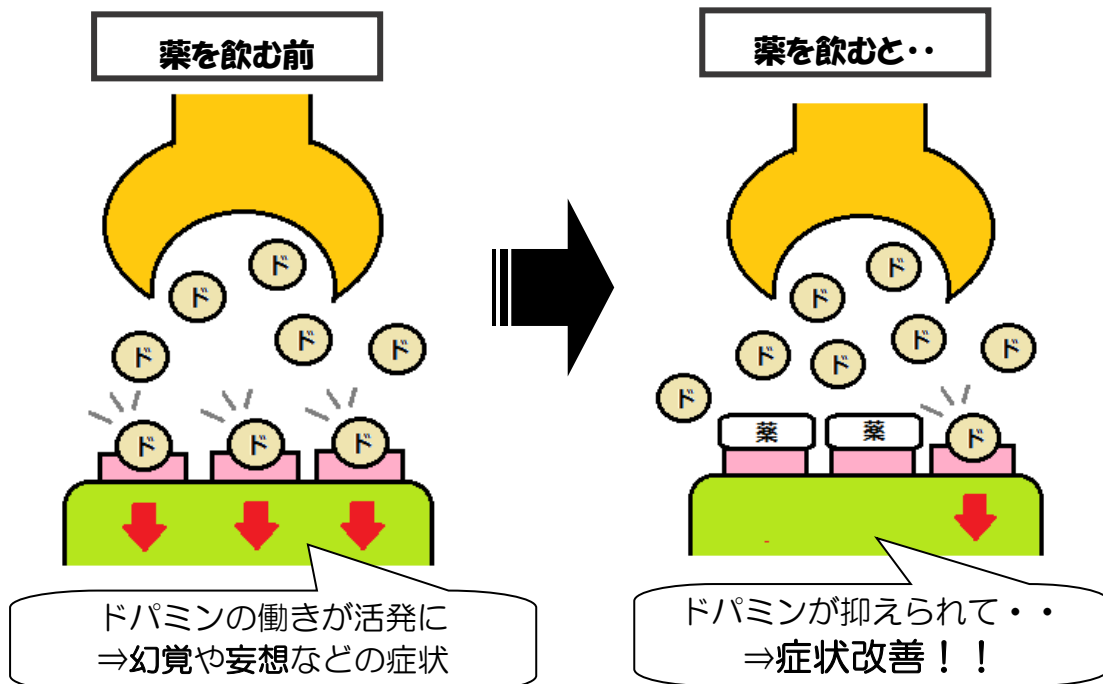
2. 処方薬はこうした症状を和らげる手助けをしてくれます。

処方薬は、精神的な辛さ、病気の症状を和らげるために飲むものです。みなさんが、退院後も安心して、自分から処方どおりにお薬が飲めることは、とても重要なことです。

薬の飲み心地、効果などは医師や看護師からみてわかるものと、飲んでいてご本人しかわからないことがあります。処方薬の変更には、2～3週間の時間を要する場合や、入院による治療を必要とすることがあります。この入院治療中に主治医とよく相談し、主体的に治療に参加するようになりましょう。

処方されているお薬について心配があれば、何でも主治医・担当看護師・薬剤師に相談しましょう。

<くすりの効き方>



Q3: あなたは、どのような処方薬を飲んでいますか？思い付くお薬の名前を書いてみましょう。

また、その薬の効果についても書いてみてください。

3. なぜ薬は続ける必要があるのでしょうか？

薬は症状を和らげるためと理解していても、服用するのを忘れて病気の症状が悪くなり、つらい経験をされたことはありませんか？薬は飲み続けることで脳の働きを調整し再発を予防します。

退院後も安心して、自分から処方どおりに薬が飲めることは、症状の改善、再発予防のためにとっても重要なことです。

また、みなさんの外見や性格が人によって異なるように、ひとりひとり病気の症状も異なります。病気の症状が異なれば飲んでいる薬の種類や数もさまざまなのです。



Q4: 薬を飲んで、“良くなった症状” または “良かったことがら” を書いてみましょう。

4. 副作用について

処方薬を服用していると、本来の効果以外の、好ましくない作用（副作用）が出現することがあります。

例えば、吐気・胃の不快感、口が渇く、便秘・おなかが張る、立ちくらみ、日中の眠気などがあります。

副作用の症状は患者さんごとに異なり、起こる人もいれば全く起こらない人もいます。しかも、自分ではその症状が病気によるものか副作用なのか、という区別がつきにくい場合もあります。

何か気になったり、困ったりするような症状があれば、主治医・担当看護師・薬剤師に相談してみましょう。また、副作用が出たからといって、絶対に自分の判断で薬を中止しないでください。

5. 自己調整は、とっても危険

自分で薬を調整するのはとても危険です！！

薬物やアルコールとの併用や、自己調整は身体に大きなダメージを与え、死につながる恐れもあります。絶対にやめましょう。

“眠れない”との理由で睡眠薬がどんどん増えていってしまったり、複数の医院や病院を受診して、多数の処方薬を服用している場合もあります。

主治医とよく相談することが大切です。









6. 退院後も薬を飲み続ける工夫

薬の効果は、時間と共に体外に排出されて薄れていってしまいます。食事と同じように時間を決めて飲み続けることが大切です。薬の効果時間は、状態や薬剤によってそれぞれ違いますので、医師の指示通りに飲むことが大切です。

生活において無理なく飲み続けるには、「習慣作り」が大切です。自分にあった薬の種類、剤形、服用回数を主治医や薬剤師と相談して、飲み続けられるようにしましょう。

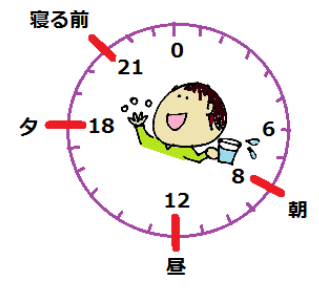
薬の剤形

<p>錠剤</p>  <ul style="list-style-type: none"> ・飲みやすい ・携帯しやすい 	<p>カプセル</p>  <ul style="list-style-type: none"> ・飲みやすい ・携帯しやすい 	<p>粉薬</p>  <ul style="list-style-type: none"> ・用量の調整がしやすい
<p>注射</p>  <ul style="list-style-type: none"> ・効き目が早い 	<p>デポ剤</p>  <ul style="list-style-type: none"> ・4週間に1回の筋肉注射で効果がある 	<p>水薬</p>  <ul style="list-style-type: none"> ・えん下困難な人にも

薬の回数

1日に

- 1回
- 2回
- 3回
- 4回 etc...



Q5: 退院後も処方されたお薬をきちんと飲み続けるには、どのような工夫があるでしょうか？

あなたが思いつく方法をいくつか挙げてみましょう。

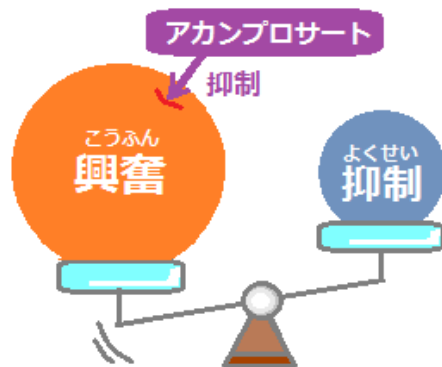
7. 断酒補助薬って何？

断酒補助薬とは、中枢神経系に作用して、アルコール依存で亢進した神経活動を抑制し、飲酒欲求を抑える薬です。服用を続けることで、お酒を飲みたいという気持ちがなくなる効果が期待できます。タバコでいうところの禁煙補助剤の効果とよく似ています。

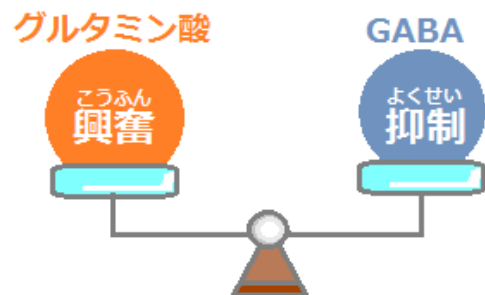
服用にあたっては、断酒の意思があることが前提であり、カウンセリングなどの精神療法や、断酒会などの自助グループといった心理社会的治療を受けながら、この薬を服用することが推奨されています。

1回に2錠、1日3回、食後に噛み砕かずに服用します。食後に服用することで、効果が2～3倍上がるとの報告がなされています。

アルコール依存症の状態・・・



正常な状態へ・・・



実際に断酒補助薬を服用中の方の感想として、「飲みたい気持ちが和らいだ」「この薬が効いているかどうかはわからない。でも、最近はお酒を飲んでないから、効いてるのかな」という意見があります。また、主な副作用として、下痢などの報告があります。

まずは、主治医とよく相談のうえ、服用にあたってのメリットデメリットを理解してから、服用を開始しましょう。

8. 抗酒剤って何？

抗酒剤とは、毎日服用することによって、人工的に「アルコールを受けつけない体質」にする薬です。この薬を服用すると、ほんの少しのアルコール飲料でも、吐き気と心臓のドキドキがひどくなり気持ち悪くなって、アルコールを楽しめなくなります。

抗酒剤が必要な人は、アルコール依存症の人だけではありません。依存症ではないけど、飲むと暴力的な行動をとりやすい人も、抗酒剤が必要です。

また、アルコールを飲むと精神科の治療薬がきちんと作用しなくなると言われています。薬を飲んで精神状態が落ち着いているけどお酒を飲んでしまいそうな人には、抗酒剤が助けになるかもしれません。

…抗酒剤の効果…

- (1) 朝起きたときの決意を一日中保つことができます。
- (2) 誘惑から自分を守ることができます。
- (3) 周囲の人を安心させ、あなたへの信頼感を高めます。
- (4) アルコールへの未練を断ち切れます。



9. 抗酒剤はいつ・どんなふうに服用したらいいの？

抗酒剤は、一日のどの時間に服用しても、同じように効果があらわれます。しかし、いちばんのおすすめしたい方法は、朝、起床してすぐ抗酒剤を服用するというものです。アルコールをやめていると、朝の目覚めの気分もよいものです。

抗酒剤は、自分のことをいちばん信じてほしい人のまえで服用するのがポイントです。信頼を得るためにも、ご家族や、毎日通う作業所の支援者が見ているところで飲みましょう。



また、入院中の方は、入院中から服用を始めて、習慣づけておきましょう。

抗酒剤服用中にアルコールを飲んでしまうと、アルコールによる身体への負担が予測できないくらい大きくなり、大変危険です。

万一、飲んでしまったら、すぐにあなたの支援者に連絡して、内科系の医療機関を受診するなどの対処を取ってもらいましょう。

Q7：あなたが一番信じてほしい人は誰ですか？ もし抗酒剤を飲むとしたら誰の前で飲みたいですか？ 考えてみてください。

第4回 アルコール依存症回復支援施設からのメッセージ

◆自己紹介をしましょう

1. 自助グループとは

1935年アメリカで2人の回復不可能と言われていたアルコール依存症者が出会ったときに、自助グループAA（Alcoholics Anonymous）の歩みが始まりました。2人は、自分たちのアルコールに関する体験を語り合っているうちに、自分たちの飲酒への欲求が消えて、お酒をやめ続けていられることを発見しました。

その後、依存症者同士が集まってお互いの酒害体験を語り合うグループ活動が広まり、それまで治療が不可能といわれていたアルコール依存症者が、次々と断酒に成功していきました。

今日、AAは、全米だけで100万人以上のメンバーをもち、世界の約150か国に広がる団体となりました。



2. AAとはどんな集まりなの？

エーエー
AA (Alcoholics Anonymous=無名のアルコール依存症者たち)
は、その名のとおり、お互いにプライバシーを守り、メンバー全員が
びょうどう
平等であるために、本名・住所・職業などを明らかにしなくて
も、自分のお酒の飲み方に問題があると思えば、誰でも参加できる
団体です。自分がお酒をやめて、他者の断酒を助けることを唯一の
もくてき
目的としています。

まいにち ぜんこくかくち かいじょう ひら
毎日、全国各地の会場でAAのミーティングが開かれています。
ミーティングとは「言いつばなし、聞きつばなしの原則」という形式
おこ
で行なわれるもので、基本的に仲間の体験談を聞くことと、自分の
たいけん はな
体験を話すことが中心です。司会者の進行に従って、1人ずつ自分
いんしゅ たいけんたん かた
の飲酒による体験談を語ります。1回のミーティングは、1時間から
じかんはんていど
1時間半程度です。

また、自分のプライバシーをどこまで明かすかは、本人の自由で
す。多くの参加者は、アノニマス・ネームというニックネームで呼び
あ
合っています。



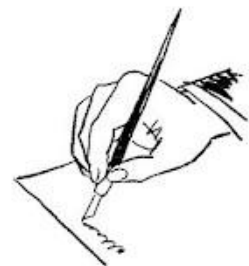
3. メッセージを聞いて振り返る

今日は、メッセージを聞いて、自分の入院前の状態を振り返り、
皆さんの回復に役立ててください。

また、ぜひ後ほど質問などもしてみてください。

最後に、お一人ずつご感想もお聞かせください。

MEMO :



第5回 薬物依存症回復支援施設からのメッセージ

◆自己紹介をしましょう

1. なぜ自助グループが必要なのか？

依存症からの回復には、自助グループへ通うことが大切といわれています。それには、以下のような理由があります。

- ① 薬物やアルコールをやめなければいけないのは自分ひとりではないことに安心する
- ② 止められていることを喜び、励ましてくれる仲間がいる
- ③ 長年、止められている人から、自信と勇気を得られる
- ④ 自分の薬物（アルコール）問題を素直に認めることができるようになる
- ⑤ 薬物依存症者には再使用が、アルコール依存症者にとっては節酒が不可能なことや、再飲酒がいかに危険かについて教えてくれる
- ⑥ 日常生活で起こるストレスを話したり人の話を聞いたりすることで解決できる
- ⑦ 自助グループの中で人の話を聞いたり自分の話をしたりすることで対人関係の練習ができる
- ⑧ グループに助けを求めに来た同じ問題に悩む人を助けることで、人の役に立つことができる

2. 自助グループにはどうやって参加すればいいの？

参加をするには、インターネットで、AA日本ゼネラル・サービス・オフィスや、NA（Narcotics Anonymous=無名の薬物依存症者のグループ）を検索し、日時と会場を確認すれば、直接行くだけです。

ごぜんちゆう にっちゆう よる
午前中・日中・夜と3つのパターンがあるので、会場を渡り歩けば、1日3回まで出ることができます。一人で行きにくければ、断酒を考えている友人と一緒に試してみてもいいかもしれません。

AA・NAには、お酒や薬物の問題に困っている本人だけが参加できるクローズドミーティングと、その他の人も参加できるオープンミーティングがあります。

じよせい じよせい わかものむ
女性だけの女性クローズドや、若者向けのヤングミーティングなど
とくべつ
特別なニーズの方のみを限定しているグループもあります。

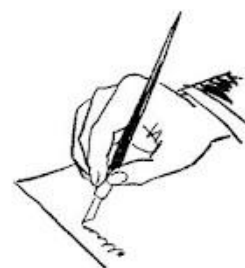
3. メッセージを聞いて振り返る

ほんじつ
今日は、メッセージを聞いて、自分の入院前の状態を振り返り、
みな
皆さんの回復に役立ててください。

また、ぜひ後ほど質問などもしてみてください。

さいご
最後にお一人ずつご感想もお聞かせください。

MEMO :



◆以下に、「NA12ステップ」を挙げています。

薬物依存症 回復への12ステップ

1. 私達は、アディクションに対して無力であり、生きていくことがどうにもならなくなったことを認めた。
2. 私達は、自分より偉大な力が、私達を正気に戻してくれ
ると信じるようになった。
3. 私達は、私達の意志と生命の方向を変え、自分で理解して
いる神、ハイパーパワーの配慮にゆだねる決心をした。
4. 私達は、探し求め、恐れることなく、モラルの棚卸表を作った。
5. 私達は、神に対し、自分自身に対し、もう一人の人間に対し、
自分の誤りの正確な本質を認めた。
6. 私達は、これらの性格上の欠点をすべて取り除くことを神
にゆだねる心の準備が完全にできた。
7. 私達は、自分の短所を取り除いてください、と謙虚に神に求めた。
8. 私達は、われわれが傷つけたすべての人の表を作り、その
すべての人たちに埋め合わせをする気持ちになった。
9. 私達は、その人たち、または他の人びとを傷つけないかぎ
り、機会あるたびに直接埋め合わせをした。
10. 私達は、自分の生き方の棚卸を実行し続け、誤った時は直ちに認めた。
11. 私達は、自分で理解している神との意識的触れ合いを深めるために、神の
意志を知り、それだけを行っていく力を祈りと黙想によって求めた。
12. これらのステップを経た結果、霊的に目覚め、この話を他の人達に伝え、
またあらゆることに、この原理を実践するように努力した。

エス・ジー・एम スモール グループ ミーティング
第6回 S G M (Small Group Meeting)

～これまでの内容を振り返ってみんなで話してみよう～

◆自己紹介をしましょう。好きな食べ物も一緒に紹介してください。

エス・ジー・एम スモール グループ ミーティング
1. S G M (Small Group Meeting)について

あなたは、アルコール・薬物を使うことが中心の生活をしてきたため、徐々に人とのコミュニケーションがうまくとれなくなり、言いたいことを言えなかったり、言うときには衝動的に言い放ってしまったりしていませんか？

人間関係をうまく保って、社会生活を円滑に行っていくことは、人間関係のストレスを軽減させ、再飲酒・再使用を防ぐ錨になります。

SGMでは、相手を尊重した話し方を意識することで、自らのコミュニケーションパターンの改善を目指します。

さらに、人前で自分の思いを言葉に出して表現することで、心の浄化作用効果が得られると共に、自己理解を深めることもできます。

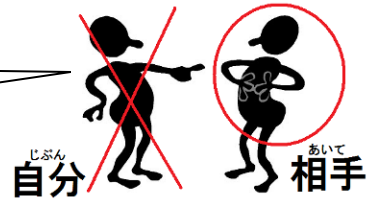


2. 話し方の3タイプ

① 非主張的タイプ (ノンアサーティブタイプ)

あいて ひと ゆうせん じぶん あとまわ
相手やまわりの人を優先して、自分を後回しにするタイプです。

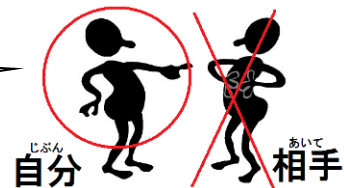
わたし
私はOKじゃない、あなたはOK



② 攻撃タイプ (アグレッシブタイプ)

じぶん かんが あいて まわ ひと かんが
自分のことだけを考えて、相手や周りの人のことを考えないタイプです。

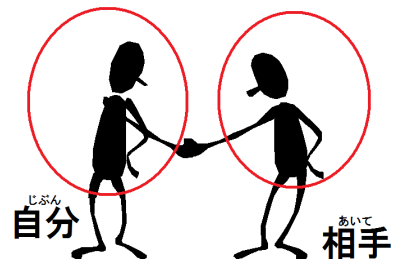
わたし
私はOK、あなたはOKではない



③ 適応的タイプ (アサーティブタイプ)

じぶん きも すなお ひょうげん あいて はいりょ
自分の気持ちを素直に表現しつつ、相手への配慮もするタイプです。

わたし
私もOK、あなたもOK



みな
さて、皆さんはどのタイプでしょうか？

わたし
「私もOK、あなたもOK」を意識した話し方は、コミュニケーション上手になるための秘訣です。

3. 「私もOK、あなたもOK」を意識して、これまでの5回の勉強会を振り返って、自分の思ったこと、感じたことを話し合ってみましょう。

SGMの約束事（ルール）

- ① ミーティングの中で話し合ったことは別の場所では話さない。
（※個人の秘密を尊重する）
- ② みんなに悪い影響があるような言動は慎む。
- ③ 場の雰囲気乱さない。
- ④ 自分の意見が長時間になって、会を独占しないように気をつける。
- ⑤ 他人の意見を批判するようなことはせず、自分以外の参加者の意見も尊重する。
- ⑥ 病院やスタッフへの要求を出さない。



エス・エス・ティー ソーシャル スキルズ トレーニング
第7回 **S S T (Social Skills Training)**
じっさい さそ ことわ
実際に誘いを断ってみよう

◆自己紹介をしましょう。嫌いな食べ物も一緒に紹介してください。

《ウォーミングアップ》

1. ゲーム

2. 自己紹介

名前を言った後、その日のテーマに沿ってスピーチをします。

《オリエンテーション》

エス・エス・ティー ソーシャル スキルズ トレーニング 1. S S T (Social Skills Training)について

あなたは、アルコール・薬物を使うことが中心の生活をしてきたため、徐々に人とのコミュニケーションがうまくとれなくなり、言いたいことを言えなかったり、言うときには衝動的に言い放ってしまったりしていませんか？ 人間関係をうまく保って、社会生活を円滑に行っていくことは、人間関係のストレスを軽減させ、再飲酒・再使用を防ぐ錨になります。

SSTとは、Social skills Trainingの略です。ここでは、「生活技能のトレーニング」と呼びます。適切なコミュニケーション技能を取り入れることで、自らのコミュニケーションパターンの改善を目指すトレーニングのことで、今まで染み付いた行動に変化を与えてみることで、考え方も変わるかもしれませんし、今あなたが抱えている問題に対する解決の糸口が見つかるかもしれません。

2. ロールプレイをしてみましょう

ロールプレイとは、SSTのひとつで、^{じっさい} ^{ばめん} ^{てきせつ} ^{こうどう} 実際の場面で適切に行動ができるように、^{まえ} ^{えんぎ} 前もって演技をしてみることで、^{れんしゅう} 練習をするものです。^{じぶん} 自分のコミュニケーションのパターンを^{ふりかえり} 振り返り、また、^{たしや} 他者のより良いコミュニケーションパターンを^み 見つけることを^{いしき} 意識しながら、この^{あと} 後のロールプレイに^{とく} 取り組んでみましょう。

① ^{ばめんせってい} まず、場面設定をしてみましょう

^{むかし} ^の ^{なかま} ^{しょくじ} 場面：昔の飲み仲間から、食事にさそわれたとき

Aさんは、^{やくぶつ} アルコールと薬物が^{せいしんてき} やめられず、精神的にまいってしまい、^{せいしんか} ^{にゅういん} 精神科に入院しました。^{いし} 医師からは、^{たいいんご} 退院後にアルコール・^{やくぶつ} ^{しょう} 薬物を使用しないように^い 言われています。

^{きょう} 今日、^{じたく} ^{としょかん} ^い ^{へや} 自宅から図書館に行こうと部屋を出ました。すると、^{まえ} ^{じもと} ^{なかま} 前から地元の仲間の^{ある} Bさんが歩いてきました。^{かれ} ^{かのじょ} 彼（彼女）は、^{やくぶつ} ^{つか} アルコール・薬物を使っていたときの^{なかま} 仲間です。



Bさん：「^{いま} ^の 今から呑みにいくんだけど、^{いっしょ} ^い 一緒に行こうよ。」

Aさん：「」

Bさん：「^{さけ} ^の 酒を呑まなければいいじゃん。^{めし} ^い 飯だけでも行こうよ。」

Aさん：「」

エス・エス・ティー やくそくごと
② S S T の約束事 (ルール) の確認^{かくにん}をしよう

- 1) グループ^{ぜんたい}全体の^{わだい}話題^{したが}に従^{したが}う
- 2) 一度に一人だけが話すようにする
- 3) 他^{たしや}者の^よ良いところを自分の行動に取り入れていく。
- 4) 批判^{ひはん}や指摘^{してき}はしない。
- 5) プログラムを進^{すす}めていく中でわからない点は、
拳^{きょしゆ}手^{しつもん}をしていつでも質問^{しつもん}できる。
- 6) よいと思^{こうどう}った行動^{はつげん}・発言^{はくしゆ}に対して拍手^{はくしゆ}をする。
(自分や、相手をほめる)

③リーダーのロールプレイを見^みてみよう

ロールプレイを^{かんさつ}観^{かん}察^{さつ}して、良かったところを見つけてみましょう。

④ロールプレイをや^やってみよう

・フィードバック

ーロールプレイでよかったところはどこでしょうか？

・も^もっと^とう^うま^まく^くや^やる^るた^ため^めの^のフィードバック

ーさら^{さら}に^にう^うま^まく^くや^やる^る方^{ほう}法^{ほう}が^があ^ある^るで^でし^しょう^うか^か？

ー場^{ばあい}合^{あい}によ^よっ^って^ては、も^もう^う一^{いっ}度^どロ^ろール^るプレイ^いを^をし^して^てみ^みま^まし^しょう^う



3. 今日やったことのまとめと振り返り

生活技能とは、「対人場面において適切な行動をするためのスキル」を意味します。

具体的にはどのような要素から成り立っているのでしょうか。

大きく分けると、「自分から発信するための行動」と、「相手を受け止める行動」の2つから成り立っています。

① 自分から発信するための行動

ここでは、「発する言葉の内容」、「声量」、「会話の速度」、「声の高低や抑揚」、「視線の合わせ方」、「話すときの姿勢」、「顔の表情」、「相手との距離の取り方」、「身振り手振り」などが含まれます。

例えば、狭い部屋で二人きりで話すときに、あまり大声で話すのは適切ではありません。また、初対面の人に対して必要以上に近づいてしまうと、相手に嫌な印象を与えるかもしれません。



② 相手を受け止める行動

ここでは「相手の話の意味を理解する」、「話している相手の気持ち（感情）を理解する」、「自分がどのタイミングで反応するか」、「どのような状況なのか」といったものが含まれます。

例えば、誰かと会話をしているときに、自分ばかりが話してしまうと、相手はおもしろくないと感じてしまうかもしれません。また、相手が落ち込んでいることを理解せずに配慮のない言葉を掛けてしまうと、相手はさらに落ち込んでしまうかもしれません。



このように、生活技能とは、非常に複雑な行動の要素から成り立つもので、簡単に正解が見つかるものでもありません。全ての場合において適切な行動というのはないので、そのときどきの状況に応じた行動を取れるように、トレーニングをすることが重要です。

いろいろな場面に応じた生活技能を練習することで、練習した場面に遭遇した際にはもちろんですが、それと似たような場面においても練習の成果を発揮することができるようになります。ひとつの生活技能のトレーニングで学んだ要素は、他の場面にも応用が効くものです。

4.SSTをやってみた感想

SSTをやってみた感想をお一人ずつお聞かせください。

～今日の講義はこれでおしまいです。お疲れ様でした～

第8回 ストレスマネジメントと生活習慣^{せいかつしゅうかん}

◆^{じ こしょうかい}自己紹介をしましょう。

1. ストレスって何？

ストレスは、^{にちじょう}日常の^{せいかつ}生活や^{にんげんかんけい}人間関係の中で^う生まれます。^{なが}長い間、^{あいだ}ストレスにさらされると^{ふけんこう}不健康な^{じょうたい}状態になります。

ストレスになるもの（ストレスー）には、^{さまざま}様々なものがあります。^{にんげんかんけい}人間関係や^{しごと}仕事、^{かんきょう}環境の^{へんか}変化などは、^{いっばん}一般に^{いしき}意識されやすい^{ストレスー}ストレスーです。

また、^{ふたんかん}負担感をともなうもの
だけでなく、^{しょうしん}昇進や^{けっこん}結婚などと
いった、^{できごと}うれしい出来事でも、
これまでとは^{ちが}違った^{やくわり}役割を^{にな}担っ
たり、^{せいかつ}生活の^{へんか}変化に^{てきおう}適応する
^{ひつよう}必要があり、^{ストレス}ストレスになりや
すいものです。



^{せいしんしっかん}精神疾患が^{はっしょう}発症しやすい^{せいかつ}生活の^{ふしめ}節目として、「^{じゅけん}受験、^{にゅうがく}入学、^{そつぎょう}卒業、
^{しゅうしょく}就職、^{てんしょく}転職、^{かぞく}家族からの^{どくりつ}独立、^{にんげんかんけい}人間関係の^{れんあい}トラブル、^{しつれん}恋愛、^{しつれん}失恋」
などが^あ挙げられています。

^{にゅうがくしけん}入学試験や^{かぞく}家族との^{めいかく}いさかいなどといった^{めいかく}明確で^{めいかく}大きなものだけ
ではありません。^{ふだん}普段の^{かじ}家事や^{びょういん}病院の^ま待ち時間など、^{にちじょう}日常にあるち
よっとした^{できごと}出来事や^{へんか}小さな^{へんか}変化も^{ストレス}ストレスになることがあります。

特に、^{せいしんしっかん}精神疾患をもつ^{かんじゃ}患者さんは、^たストレスに^{よわ}耐える力が弱くなつており、ごく^{ちい}小さな^{へんか}変化や^{ふか}負荷でも^{つよ}強い^{えいきょう}影響を生じさせることがあります。また、たくさんのストレスを^{かか}抱え込むことで^{しょうじょう}症状が出たり、^{あつか}悪化したりすることもあります。



Q1: あなたにとって、ストレスになりやすいことは、どのようなことでしょうか？



2. ストレスのサイン

ストレスがかかると、^{しんしん}心身にさまざまな^{へんか}変化（^{はんのう}ストレス反応）が^{あらわ}現れます。^{しんたいてき}身体的には、^ね寝つきが悪い、^{ねむ}眠りが浅い、^{しょくよく}食欲が落ちる、^ま食欲が増す、^{どうき}動悸がする、^{おと}音や^{ひかり}光に^{びんかん}敏感になる・・・などの^{へんちょう}変調としてあらわれることがあります。また^{しんりてき}心理的には、^{むきりよく}無気力、^{いらいら}怒り、^{いらいら}イライラ、^{ふあん}落ち込み、^{ふあん}不安、^{へんちょう}あせりなどの^{きた}変調を来すことがあります。

^{じぶん}自分にとっての^しストレスのサインを知ることで^{はや}早めに^{へんちょう}変調に^{きづ}気づき^{たいしよ}対処することができます。

Q2: あなたはストレスがかかると、あなたの^{からだ} 体や^{こころ} 心は、どのよう
になりますか？

あなた^{じしん}自身のストレスのサインについて^{かんが} 考えてみましょう。



3. ストレスへの^{たいしよ}対処

一般的^{いっぱんてき}にストレスに^{たいしよ}対処するための^{こうどう}行動として、

- ◆^{せっきよくてき} 積極的に^{かいけつ} 解決をはかる（とにか^{いっしょうけんめい}く一生懸命がんばる）
- ◆^{もんだい} 問題から^{はな} 離れる（ま^{べつ}ったく別の^{たの}楽しいことをする）
- ◆^{しゅうい} 周囲に^{そうだん} 相談する（^{こま} 困りごとの^{そうだん} 相談やグチなど）
- ◆^{かいけつ} 解決を見^{みお}く送る（^{いま} 今できることに^{とく} 取り組む）
- ◆^{おさ} 行動や感情を^き 抑える（^{あきら} 気にしない、諦めるなど）

といったことがあります。^{とくてい} 特定のストレスには、^{とくてい} 特定の^{たいしよほう} 対処法がある
のではなく、さまざま^{せんたくし}な^{ゆうよう} 選択肢があり、それを組み合わせることで^{たいしよ} 有用
な^{たいしよ} 対処につながります。

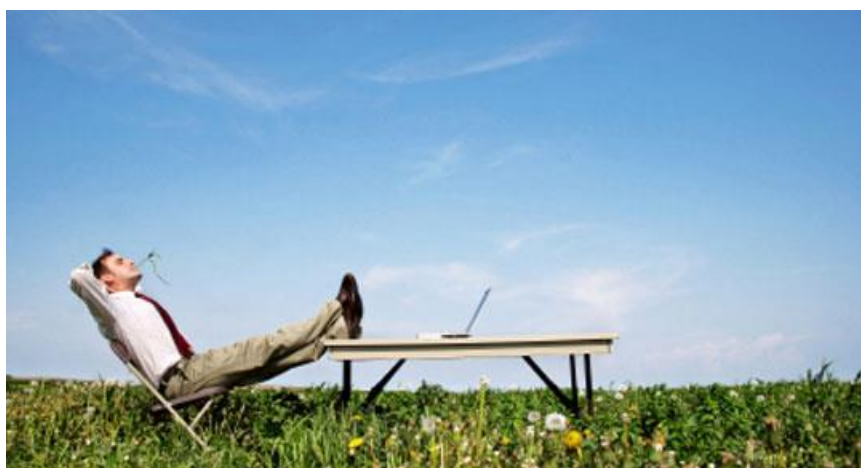
ストレスの^{たいしよ} 対処には、^{かんが} 考えられないことは^{むし} 無視したり、しばらく
^{きより} 距離を^お 置くことも^{たいせつ} 大切です。^{にゅういん} 入院によって^{かじ} 家事や^{しごと} 仕事から^{きより} 距離をとる
ことも^{たいしよほうほう} 大切な^{たいしよ} 対処方法の一つです。

また、何回も経験するようなストレスに対しては、どう対処するかという自分なりのコツをつかんでおくと、とっさのときに役立ちます。SSTなどのプログラムは、こうした自分なりの対処技術をつかむうえで有効です。

困った時には、手助けを頼んだり相談することも一つの対処法になります。病院のスタッフや家族と話をすること、グチを聞いてもらう人をつくることも大切な対処法です。



自分にとっての「ストレスへの対処法」を積極的に獲得して活用していくことが、ストレスに強く・柔軟な自分自身をつくり、症状の安定にもつながります。



Q3: あなたのストレスを減らしたり軽くしたりするために、どのようなことができるでしょうか？

ストレスへの対応のアイデアを書いてみましょう。

Q4: あなたのストレスの対処のために、力になってくれそうな人（サポーター）は誰ですか？



4. スケジュールを立てて生活習慣を整えよう

「スケジュールをたてる」ことは、薬物やアルコールを使わないで一日を過ごすためにとても役立ちます。

薬物やアルコールをやめて間もないとき、「何もすることがない時間」はとても危険です。暇な時間ができると、つい薬物やアルコールでも使おうかと考えてしまい、使ってしまう危険性が高まります。

また、スケジュールを立てることにより、引き金に出会う可能性の高い予定は前もって避けたり、対策を立てたりすることができます。その日一日が自分にとって安全な一日となるようにスケジュールを作り、その通りに過ごすことは、しらふで過ごす日を引きのばしていくためのよい方法のひとつです。

スケジュールを作るときは、「これだったら何とか実行できそうだ」と思えるような現実的なスケジュールにしましょう。仕事や約束事と同じように、趣味や休息の時間も計画に含めてください。



スケジュールを作る目的は、「危険な時間」や「何もすることがない時間」をなくすために、前もってあなたの行動を念入りに計画しておくことです。週末の夜にクラブ遊びをして使うことが多かった人は、その時間に薬物とは縁のない友達との約束を入れておくなど、より安全な過ごし方ができるようにスケジュールをたてましょう。

回復の第一歩は、アルコールや薬物の使用につながるような行動を避けることから始まります。

わざわざスケジュールを作ってそれを実行するのは、少しばかり
ているように思えるかもしれません。でもこれは、アルコールや薬物
をやめ続けるための最初の取り組みとして、とても大事なことの
一つです。毎日同じ時間に次の日のスケジュールをたて、それをなる
べく実行する習慣を身につけましょう。

スケジュールを変更する場合は、それが再使用に関係するような
危険な行動ではないかよく考えてください。あなたのスケジュール
は、あなた自身をアルコールや薬物から守ってくれるものであるこ
とを深く心にとめてください。

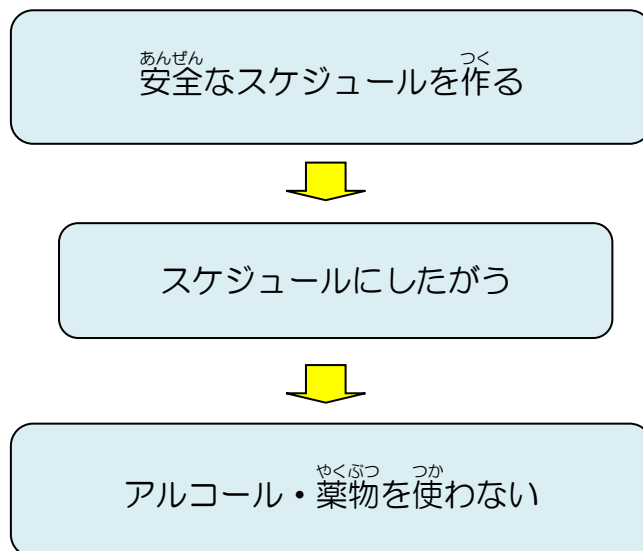
スケジュールは頭で考えるだけでな
く、必ず表に書くようにしましょう。頭
の中で作ったスケジュールは簡単に頭の
中で書きかえられてしまいます。紙に書き
とめておけば、前もって考えておいたス
ケジュール表にしたがって、あなたが
「やるべきこと」を行うことができます。



Q5: あなたがアルコールや薬物を使用していたときの生活を思い出して
ください。当時の一日の過ごし方はどのようなものでしたか？
(起きる時間や寝る時間、仕事や学校、食事や洗面、人づきあい、お金の使い方など)

退院後には、アルコールや薬物を使用していたころとは違う、安全で健康な生活を送ることが大切です。そのためには、一日が安全かつ健康的なものとなるようにスケジュールを立て、その通りに生活することが非常に重要になってきます。

“スケジュールを立てる”という行動は、あなたの回復のバロメーターです。あなたが自分自身でスケジュールを作り、それを守っている間は、アルコールや薬物を使わないでいられることでしょう。



スケジュールの中に空いている時間を作ったり、2、3日スケジュールを作らなかったり、危険だとわかっている予定になにも対処しなかったりした場合などは「黄色信号」で、“トラブルがせまっている”といえるかもしれません。そんな時は、主治医や相談にのってくれるスタッフ、役所のケースワーカー、一緒にやめている仲間などにすぐに助けを求めるべきです。



あなたが自分で書いたスケジュールを自分でこなせるようになるまで、つまり、「自分自身の人生をコントロールする能力を身につけた」といえるようになるまでは、そのスケジュールは必ずだれかに見てもらってください。

これから先の1年間、アルコールや薬物をやめている間は、とにかく、こうした取り組みをつづけてみるのが大切です。

5. 実際にスケジュールを立てる

いくつかの生活パターンを想像して、スケジュールを立ててみましょう。たとえば、

- 仕事や学校、作業所・デイケアに行く日
- 病院に行く日
- 何も予定がない日（休日など）

といった、いろいろな生活のパターンがあります。



その他にも、
あなたの具体的な一日の
生活についてのスケジュールを、
次のページに作ってみましょう。

【わたしのスケジュール表^{ひょう}】

月 日		月 日		月 日	
何も予定のない日		(の日)		(の日)	
6:00		6:00		6:00	
7:00		7:00		7:00	
8:00		8:00		8:00	
9:00		9:00		9:00	
10:00		10:00		10:00	
11:00		11:00		11:00	
12:00		12:00		12:00	
13:00		13:00		13:00	
14:00		14:00		14:00	
15:00		15:00		15:00	
16:00		16:00		16:00	
17:00		17:00		17:00	
18:00		18:00		18:00	
19:00		19:00		19:00	
20:00		20:00		20:00	
21:00		21:00		21:00	
22:00		22:00		22:00	
23:00		23:00		23:00	
24:00		24:00		24:00	
1:00		1:00		1:00	
2:00		2:00		2:00	

6 カレンダーと達成マーク

自分が回復過程のどの時点にいるのかわかることは、あなた自身にとっても、担当スタッフにとっても、大切なことです。進行状況のカレンダーを作ることはいろいろな点で役に立ちます。

- ① あなたが回復段階のどの時点にいるのかわかります。
- ② 「しらふ」でいられた日数を確認することは、あなたの自信につながります。
- ③ 回復が一日一日積みかさなっていることが確認できないと、アルコール・薬物から離れている生活がとても長く感じられてしまうものです。

スタンプやシールなどを使って、アルコールや薬物なしですごせた日を記録していきましょう。

あなたが定期的に「しらふ」でいられた日を記録していくことで、あなた自身や担当スタッフ・地域の援助者が回復の進み具合をより簡単に確認することができます。

スケジュール帳を持っていない人は、今日にでもさっそく用意しましょう！



最後のおさらい

以上で全8回が修了です。・・いかがでしたでしょうか？

最後に、大切なポイントをおさらいしておきましょう。

1. アルコールの過剰な摂取、違法・脱法薬物の使用、処方薬の乱用は、脳や身体にとって、とても有害ですので、やめましょう。
2. あなたが乱用してしまいやすいお酒や、薬物を遠ざけるために、あなたの「引き金」と「錨」をよくわかっておきましょう。
3. 処方薬は決められたとおりに飲みましょう。飲み心地の悪さを感じた時でも、勝手に自己中断せず、主治医に相談しましょう。
4. 自助グループは、あなたの回復にとって有用な手段の一つです。主治医や支援者と相談しながら、自分にあった活用をしましょう。
5. 他者との肯定的なコミュニケーションは、とても大切です。「私もOKあなたもOK」を心がけましょう。
6. だめなことはきちんと断りましょう。
7. ストレスは、気付かないうちに溜まっているものです。自分なりの対処方法を見つけ、ストレスケアを行いましょう。
8. 生活習慣を崩さないことは、すべての基本です。日中の活動場所や、栄養のバランスのとれた食事をする方法など、あらかじめ退院後の生活スケジュールを立てておきましょう。
9. 失敗したり、困ったことが起きたら、隠したり、後回しにしたりせず、早めにあなたの支援者や、主治医など信頼のおける人に相談しましょう。

みな
皆さんのこれからの人生が
心穏やかで満ち足りたものでありますように、
心からお祈り申し上げます。



へいあん いの
「平安の祈り」

神様 私にお与えください。

自分に変えられないものを 受け入れる落ち着きを、

変えられるものは 変えてゆく^{ゆうき}勇気を、

そして 二つのものを 見分ける^{かしこ}賢さを。

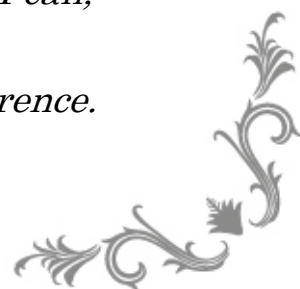
THE SERENITY PRAYER

grant me the serenity to accept

the things I cannot change,

courage to change the things I can,

and wisdom to know the difference.



物質使用と精神障害の問題を持つ方のための
集団認知行動療法ワークブック

- A Cognitive Behavior Group Therapy Workbook
for Concurrent Disorder of Substance use and Mental Health -

作成・編集責任者

池田朋広 昭和大学医学部精神医学講座
昭和大学附属烏山病院
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
〒157-8577
東京都世田谷区北烏山 6-11-11 TEL:03-3300-5231
URL: <http://www10.showa-u.ac.jp/~karasu/>

共同作成者

常岡俊昭 昭和大学医学部精神医学講座
高木のり子 昭和大学附属烏山病院
石坂理江 昭和大学附属烏山病院
藤澤尚子 昭和大学附属烏山病院
杉沢諭 昭和大学薬学部病院薬剤学講座
種田綾乃 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 社会復帰研究部

作成協力者

稲本淳子 昭和大学医学部精神医学講座
幸田実 特定非営利活動法人 東京ダルク
篠原義裕 日本ダルク
加藤みお子 特定非営利活動法人 STORY
森田展彰 筑波大学医学医療系社会精神保健学領域

監修

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

- * 無断転載はご遠慮ください。
- * 本書は、SMARPP を参考に作成されました。
- * 本書は、第45回（平成26年度）三菱財団社会福祉事業・研究助成によって作成されました。
- * 本書を用いてプログラムを実施する際には、責任者までご一報ください。

2015年2月 改訂版

資料論文

措置入院指定病院に入院する
違法物質使用障害者の実態調査
—退院時における逮捕群と非逮捕群との比較から—

池田朋広, 小池純子, 森田展彰, 合川勇三, 松本俊彦, 稲本淳子, 岩波 明

■資料論文

措置入院指定病院に入院する違法物質使用障害者の実態調査
—退院時における逮捕群と非逮捕群との比較から—池田朋広^{1,2,3)}, 小池純子^{1,4)}, 森田展彰⁵⁾, 合川勇三⁶⁾,
松本俊彦³⁾, 稲本淳子^{1,2)}, 岩波 明^{1,2)}

抄録:

【目的】措置入院をした違法物質使用障害(ISUD)患者の退院支援策を検討することを目的とした。

【対象と方法】過去10年間に、東京都内における一精神科単科大学附属病院に措置入院となった患者全465名のうち、違法物質使用障害者65名について実態調査を行った。

【結果】退院時に逮捕される群とされない群の比較から、非逮捕群では、1割に措置入院前に違法薬物の使用が確認され、約6割については措置入院前に尿検査がなされていなかった。ここから、尿中薬物反応が陽性であっても、逮捕される場合とされない場合があり、本来であれば逮捕されるはずの者が非逮捕群に混在していると思われる。また、逮捕群には非逮捕群と比べ、犯罪歴が少なく、同居者がおり、仕事を持っているという特徴が見出された。他方、非逮捕群の3割は違法薬物を使用しておらず、統合失調症や気分障害を合併している場合が多かった。

【結論】警察介入時から措置入院に至る間では、尿検査の結果よりむしろ更生可能性に基づく選別がなされる傾向があることから、指定病院は、その点を十分踏まえた対応を行うと共に、退院支援のあり方に関して、検討を重ねる必要があるものと考えられた。また、措置入院となるISUD患者の中には、違法物質の使用がなくとも症状が再燃した者が少なからず含まれていることが明らかになった。これらの患者は、依存症治療と精神症状への治療の双方が必要となるため、指定病院において積極的に治療を行うことが望まれる。

日社精医誌 23:112-122, 2014

索引用語：物質使用障害, 覚せい剤, 措置入院, 違法性, 薬物採尿検査

I. はじめに

措置入院制度は、司法と精神科医療の狭間で、行政処分としてその役割を担ってきている³²⁾。そうした状況の中、措置入院を受け入れる指定病院は、実質的な受け皿として、民間病院でありながら、公的医療の一部を担ってきている。しかし、その運用面は都道府県や各医療機関によって大きく異なり、指定病院の公共性の範囲も明確になっておらず、その混沌とした役割にここ十数年

大きな変化はない^{5,28)}。現場の「措置入院指定病院、以下『指定病院』」では、軽微な触法行為を犯した触法精神障害者や違法物質を使用した「物質使用障害(substance use disorder)、以下『SUD』」など、司法と医療との狭間にある患者が日々入院しては、現場の試行錯誤の退院支援を受けて地域に戻っていく^{6,7,8,12)}。

一方近年、諸外国においては「アンフェタミン型中枢刺激薬(amphetamine type stimulants: ATS)問題」が取りざたされ、我が国の歴史あ

る覚せい剤乱用対策に、諸外国の注目が集まった。また、国内では、大麻や脱法ハーブなどが流行し、有機溶剤優位から大麻優位の欧米型に変化してきているとも言われている^{1,3,34)}。このような状況の中、覚せい剤や大麻などの違法物質を使用することによって引き起こされる「違法物質使用障害 (illegal substance use disorder)」、以下『ISUD』に罹患した場合、患者は精神科病院への入退院と矯正施設への服役の双方を繰り返しながら、地域を転々として生活をする傾向があるとされている^{10,19)}。なぜこうした状況に至るのか、その要因は司法・医療・福祉にまたがり様々であるが、その理由の一つに触法行為を犯す傾向が見られるISUDを、一般精神科医療の現場で扱うことへの難しさがあるように思われる²⁵⁾。医療現場にとっては、司法処遇が適用される可能性のある者は招かれざる患者であり、違法物質の使用という犯罪行為を行った可能性のある者を医療機関が受け入れることについては、運用上の種々の限界も抱えている^{9,28)}。そこで、これまででも多くの議論の中心となった一つに、警察官介入時の「薬物採尿検査、以下『尿検査』」のあり方についての問題がある^{17,24,27,33)}。その実施は、司法機関にとっては捜査の一環として、精神科医療にとっては診断を確定するために重要な要点であるといえる。特に、措置入院となる者の場合、警察介入から24条通報によって行われる措置診察へと続く

場面での尿検査の有無は、退院と共に逮捕されるか否かの決定に大きく関わる。逮捕がなされるか否かは、その患者の人生に大きく影響することであるため、指定病院の立場における尿検査の現状と課題については、時勢の影響を勘案しつつ、常に議論を重ねていく必要があるものと思われる。

そこで本稿では、措置入院となったISUD患者を対象とし、退院時に「逮捕される群」と「逮捕されない群」の特徴を比較することによって、両者の実態の違いを把握し、そのうえで、措置入院となるISUDへの介入にあたって指定病院が踏まえて置くべき点と、治療・支援上における今後の課題を明確にすることを目的とする。

II. 対象と方法

1. 対象

対象者は、1999年1月1日～2009年12月31日までの10年間に都内にある精神科単科の大学附属病院に措置入院となった患者、全465名中、措置診察診断書において、違法物質使用が疑われる旨の記載がされていた者65名とした。

2. 方法

措置診察に関する診断書および入院カルテを基礎資料とした後ろ向き調査とし、著者らが作成した「措置入院による違法薬物使用者に関する調査

英文タイトル: A Comparative Study of the Current Status of Illegal Substance Use Disorder Patients - Arrested and Non-Arrested at the Point of Medical Discharge - Involuntarily Admitted by Orders of the Prefectural Governor

受付日: 2013年8月5日 受理日: 2014年3月29日

著者連絡先: 池田朋広(昭和大学附属烏山病院)

〒157-8577 東京都世田谷区北烏山 6-11-11

TEL: 03-3300-5231 FAX: 03-3307-8098

E-mail: t.iked@cmcd.showa-u.ac.jp

Corresponding author: Tomohiro Ikeda

Department of Psychiatry, Showa University School of Medicine

6-11-11 Kita Karasuyama Setagaya, Tokyo 157-8577, Japan

1) 昭和大学医学部精神医学講座

Tomohiro Ikeda, Junko Koike, Atsuko Inamoto, Akira Iwanami: Department of Psychiatry, Showa University

School of Medicine

2) 昭和大学附属烏山病院

Tomohiro Ikeda, Atsuko Inamoto, Akira Iwanami: Department of Psychiatry, Showa University Karasuyama Hospital

3) 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

Tomohiro Ikeda, Toshihiko Matsumoto: Department of Drug Dependence Research National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

4) 自治医科大学看護学部精神看護学

Junko Koike: School of Nursing Jichi Medical University

5) 筑波大学医学医療系社会精神保健学領域

Nobuaki Morita: Faculty of Medicine, University of Tsukuba

6) 東京都立松沢病院

Yuzo Aikawa: Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

票」に情報をコード化して転記した。調査期間は、2011年7月～8月とした。

主な調査項目は、性別・年齢・最終学歴・両親の離婚・婚姻歴・居住状況・入院直前の職業(表1)、違法物質使用経験・違法物質使用状況・精神科治療状況(表2)、保険費目・措置診察時診断(ICD-10)・措置入院時の問題行動・感染性肝炎の有無・退院時の転帰(表3)、覚せい剤取締法違反回数・過去に行った犯罪歴の有無(表4)、通報・申請者・入院前の尿検査結果(表5)を用いた。基礎資料に記載の見当たらないものは「不明」とした。

前記を踏まえ、以下の比較検討を行った。

退院時の処遇として逮捕される群(以下「逮捕群」と)と、逮捕されない群(以下「非逮捕群」と)の2群に分類し、各群における特徴を比較する。

統計学的検討に際しては、間隔尺度もしくは比例尺度の平均の差の検定にはt検定を、名義尺度の検定にはPearsonの χ^2 検定を用いた。解析にはIBM SPSS Statistics version 19.0を用いた。両側検定にて有意水準は5%もしくは1%とし、 $p < 0.05$ もしくは $p < 0.01$ を有意差ありとした。

3. 倫理的配慮

倫理的配慮として、昭和大学医学部倫理委員会の承認を得た。また、個人が特定できないようにするため、要旨に支障のない範囲で事例に加筆変更を加えた。

Ⅲ. 結果

調査対象全体65名のうち、逮捕群は19名(29.2%)、非逮捕群は、46名(70.8%)であった。

1. 人口統計学的特性(表1)

性別は、男性45名(69.2%)、女性20名(30.8%)であり、入院時平均年齢では、逮捕群で平均33.4歳、非逮捕群では平均38.1歳で、いずれも有意差は認められなかった。最終学歴、両親の離婚の有無、婚姻歴においても、有意差は認められなかった。居住状況では、逮捕群は家族もしくは同居者がいるのに対して、非逮捕群は単身者

が有意に多かった($p=0.024$)。入院直前の職業では、両群共に「無職」の者が半数以上に見受けられたが、逮捕群では、有職者の割合が高く、暴力団・水商売の者がいないのに対し、非逮捕群では、その逆に、有職者の割合が低く、暴力団・水商売の者が有意に多かった($p=0.036$)。

2. 違法薬物使用および精神科入院治療(表2)

過去に使用経験がある違法薬物は、「覚せい剤のみ」が27名(41.5%)、「覚せい剤とその他の違法薬物」が26名(40.0%)であり、両者を足すと8割以上の患者に以前から覚せい剤の使用歴があったことが窺える。違法物質の初回使用年齢および精神科初診年齢については有意差は認められなかったが、「初回使用からこの入院までの期間」($p=0.001$)および、「精神科初診からこの入院までの期間」($p < 0.001$)には明らかな差が認められ、非逮捕群の方が、違法物質初回使用からも、精神科初診からも有意に長い時間が経過していた。また、「この入院による入院日数」は、非逮捕群の方が有意に長く($p=0.016$)、「過去の精神科入院回数」も、非逮捕群の方が有意に多かった($p=0.006$)。

3. 臨床所見(表3)

診断では、ICD-10に倣い診断病名を分類した。「覚せい剤精神病」「薬剤性精神病」「薬物中毒」は「薬物誘発性精神病性障害(F1 x.5)」、以下『薬剤性精神病性障害』としてまとめ、「急性精神病」は「急性一過性精神病性障害(F23.x)」、「躁うつ病」「気分障害」は「気分(感情)障害(F3x)」、「反社会性人格障害」「境界性人格障害」「人格障害」は、「特定的人格障害(F60.x)」とした。措置診察時診断の主診断では、逮捕群が「薬剤性精神病性障害」「急性一過性精神病性障害」のいずれかであるのに対し、非逮捕群には、「統合失調症(F20.x)」「気分(感情)障害」「特定的人格障害」も見受けられ、逆に「急性一過性精神病性障害」は少ないところに有意傾向が示された($p=0.069$)。患者の多くは診断名が1つであったが、8名(14.0%)には副診断が確認されており、「アルコール依存症(F10.2)」と「特定的人格障害」で8割を占めていた。対象者全体の措置診察

表1 退院時逮捕の有無による人口統計学的変数の比較

	全体(%)	逮捕群	非逮捕群	P値
	65(100)	19(29.2)	46(70.8)	
性別				1.000
男性	45(69.2)	13(68.4)	32(69.6)	
女性	20(30.8)	6(31.6)	14(30.4)	
平均年齢(標準偏差)	36.7(10.1)	33.4(6.3)	38.1(11.1)	0.088
最終学歴				0.523
中学(小学校含む)	32(49.2)	7(36.8)	25(54.3)	
高校	19(29.2)	8(42.1)	11(23.9)	
大学	2(3.1)	1(5.3)	1(2.2)	
大学院	1(1.5)	0(0.0)	1(2.2)	
その他・不明	11(16.9)	3(15.8)	8(17.4)	
両親の離婚の有無				0.728
あり	15(23.1)	4(21.1)	11(23.9)	
なし	36(55.3)	12(63.2)	24(52.2)	
不明	14(21.5)	3(15.8)	11(23.9)	
婚姻歴				0.176
既婚	8(12.3)	5(26.3)	3(6.5)	
未婚	31(47.7)	8(42.1)	23(50.0)	
離別	17(26.2)	4(21.1)	13(28.3)	
不明	9(13.8)	2(10.5)	7(15.2)	
居住状況				0.024
单身	41(63.1)	8(42.1)	33(71.7)	
家族と同居	17(26.2)	6(31.6)	11(23.9)	
同棲	5(7.7)	4(21.1)	1(2.2)	
同居(家族以外)	1(1.5)	1(5.3)	0(0.0)	
不明	1(1.5)	0(0.0)	1(2.2)	
入院直近の職業				0.036
有職	12(18.5)	6(31.6)	6(13.0)	
無職(生活保護を含む)	43(66.2)	13(68.4)	30(65.2)	
暴力団・水商売	10(15.4)	0(0.0)	10(21.7)	

・数字は各事例数で、カッコ内は%を示す。

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。

・年齢については、t検定を用いた。

表2 退院時逮捕の有無による違法薬物使用および精神科入院治療に関する比較

	全体(%)	逮捕群	非逮捕群	P値
	65(100)	19(29.2)	46(70.8)	
過去の違法物質使用経験(この度の使用を除く)				0.773
覚せい剤のみ	27(41.5)	9(47.4)	18(39.1)	
覚せい剤とその他の違法薬物	26(40.0)	6(31.6)	20(43.5)	
覚せい剤以外の違法薬物	2(3.1)	1(5.3)	1(2.2)	
不明	10(15.4)	3(15.8)	7(15.2)	
	平均値(標準偏差)			P値
違法物質初回使用年齢	22.6(6.7)	24.6(7.0)	21.8(6.4)	0.124
推定発症年齢	28.8(11.1)	28.5(10.1)	29.0(11.1)	0.880
初回使用からこの入院までの期間(年)	14.2(10.0)	8.0(7.3)	16.9(9.9)	0.001
精神科初診年齢	29.8(11.3)	30.1(7.3)	29.6(12.6)	0.867
精神科初診からこの入院までの期間(年)	6.9(8.0)	2.6(4.2)	8.5(8.5)	<0.001
この入院による入院日数	66.6(89.6)	38.6(17.2)	78.2(104.1)	0.016
過去の精神科入院回数	2.3(4.4)	0.68(1.2)	3.0(5.1)	0.006

・数字は各事例数で、カッコ内は%を示す。

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。

・期間については、t検定を用いた。

表3 退院時逮捕の有無による臨床所見の比較

	全体(%)	逮捕群	非逮捕群	P値
	65(100)	19(29.2)	46(70.8)	
保険費目				0.324
生活保護	26(40.0)	5(26.3)	21(45.7)	
健康保険	2(3.1)	1(5.3)	1(2.2)	
国民健康保険	6(9.2)	1(5.3)	5(10.9)	
不明	31(47.7)	12(63.2)	19(41.3)	
措置診察時主診断(ICD-10)				0.069
薬物誘発性精神病性障害(F1x.5)	45(69.2)	13(68.4)	32(69.6)	
急性一過性精神病性障害(F23.x)	10(15.4)	6(31.6)	4(8.7)	
統合失調症(F20.x)	6(9.2)	0(0.0)	6(13.0)	
気分(感情)障害(F3x)	2(3.1)	0(0.0)	2(4.3)	
特定の人格障害(F60.x)	2(3.1)	0(0.0)	2(4.3)	
措置診察時副診断(ICD-10)				-
薬物誘発性精神病性障害(F1x.5)	1(1.5)	0(0.0)	1(2.2)	
アルコール依存症(F10.2)	3(4.6)	0(0.0)	3(6.5)	
特定の人格障害(F60.x)	3(4.6)	0(0.0)	3(6.5)	
多剤薬物の有害使用(F19.1)	1(1.5)	0(0.0)	1(2.2)	
なし	57(87.8)	19(100.0)	38(82.6)	
措置診察時の問題行動(複数回答可)				
殺人	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	-
強盗	2(3.1)	0(0.0)	2(4.3)	0.327
放火・弄火	4(6.2)	1(5.3)	3(6.5)	0.516
傷害	17(26.2)	6(31.6)	11(23.9)	0.498
暴行	33(50.8)	11(57.9)	22(47.8)	0.509
脅迫	11(16.9)	2(10.5)	9(19.6)	0.299
器物損壊	18(27.7)	5(26.3)	13(28.3)	0.492
自殺企図	10(15.4)	4(21.1)	6(13.0)	0.438
自傷	21(32.3)	7(36.8)	14(30.4)	0.526
窃盗	6(9.2)	0(0.0)	6(13.0)	0.107
性的問題行動	5(7.7)	2(10.5)	3(6.5)	0.491
その他	15(23.1)	5(26.3)	10(21.7)	0.531
感染性肝炎の有無(入院時検査)				0.353
あり	13(20.0)	2(10.5)	11(23.9)	
なし	43(66.2)	15(78.9)	28(60.9)	
不明	9(13.8)	2(10.5)	7(15.2)	
退院時の転帰				-
逮捕	19(29.2)	19(100.0)	0(0.0)	
自宅退院	29(44.6)	0(0.0)	29(63.0)	
施設や病院への転院	12(18.5)	0(0.0)	12(26.1)	
行き先不明	5(7.7)	0(0.0)	5(10.9)	

・数字は各事例数で、カッコ内は%を示す。

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。

・診断書は、平成18年11月頃から徐々に新書式に移行されている。その際、「病状又は病態像」に関して、前書式にしたがって、著者が適合する項目に修正した。

時の問題行動(複数回答可)は、「暴行」が65名中33名(50.8%)と最も多く、続いて「自傷」21名(32.3%)、「器物破損」18名(27.7%)、「傷害」17名(26.2%)の順に多かったが、逮捕群と非逮捕群の比較においては、有意な差は認められなかった。感染性肝炎の有無も、有意差は認められなかった。転帰においては、逮捕群19名(100%)は

全員逮捕となるが、非逮捕群では、自宅退院が29名(63.0%)と最も多く、続いて「施設や病院への転院」12名(26.1%)、「行き先不明」5名(10.9%)であった。

4. 犯罪歴(表4)

覚せい剤取締法違反回数では、逮捕群で平均0.58回、非逮捕群では平均1.2回であり、両群に

表4 退院時逮捕の有無による過去の犯罪歴の比較

	全体(%)	逮捕群	非逮捕群	P値
	65(100)	19(29.2)	46(70.8)	
覚せい剤取締法違反回数(標準偏差)	1.0(1.3)	0.58(1.2)	1.2(1.4)	0.086
過去に行った犯罪歴の有無	30(46.2)	3(15.7)	27(58.7)	0.002
凶悪犯	7(10.8)	1(5.3)	6(13.0)	0.663
粗暴犯	18(27.7)	2(10.5)	16(34.8)	0.067
財産犯(窃盗犯・詐欺横領)	6(9.2)	0(0.0)	6(13.0)	0.169
覚せい剤以外の薬物事犯	8(12.3)	1(5.3)	7(15.2)	0.420
その他の刑法犯	4(6.2)	0(0.0)	4(8.7)	0.313

- ・数字は各事例数で、カッコ内は%を示す。
- ・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。
- ・回数については、t検定を用いた。

表5 退院時逮捕の有無による法的対応の比較

	全体(%)	逮捕群	非逮捕群	P値
	65(100)	19(29.2)	46(70.8)	
通報・申請者				0.108
警察官の通報(24条)	53(81.5)	19(100.0)	34(73.8)	
検察官の通報(25条)	5(7.7)	0(0.0)	5(10.9)	
矯正施設の長(26条)	4(6.2)	0(0.0)	4(8.7)	
直接診察	3(4.6)	0(0.0)	3(6.5)	
入院前の尿検査結果				<0.001
検査未実施	27(41.5)	0(0.0)	27(58.7)	
薬物反応陽性	24(36.9)	19(100)	5(10.9)	
薬物反応陰性	14(21.5)	0(0.0)	14(30.4)	

- ・数字は各事例数で、カッコ内は%を示す。
- ・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。

有意差は認められなかった。過去に行った犯罪の有無では、罪名を「包括罪種」6罪種に「薬物事犯」を含めた7罪種を参考に¹³⁾、表に示した5つの罪種に分類したところ、全体で「暴行」「傷害」「恐喝」を含めた粗暴犯が目立って多かった。「大麻所持」「毒物及び劇物取締法」などの薬物事犯、「殺人」「殺人未遂」「強盗傷害」「傷害致死」などの凶悪犯も見受けられた。群間比較においては、犯罪歴の有無で、逮捕群3名(15.7%)、非逮捕群27名(58.7%)で有意差が認められた(p=0.002)。また、罪名別では「粗暴犯」が、逮捕群2名(10.5%)、非逮捕群16名(34.8%)で、非逮捕群において有意に多い傾向が認められた(p=0.067)。

5. 申請の形式と措置入院時の尿検査の実施状況(表5)
 通報経路では、24条による通報が53名(81.5%)と大半を占めた。群間での有意差は認め

られなかったが、逮捕群は、全てが24条通報であったのに対し、非逮捕群では、それ以外の通報経路による場合が見られた。入院前の尿検査の結果では、逮捕群が全員警察による尿検査が行われていたのに対し、非逮捕群では検査未実施と検査結果陰性の者が、有意に多い結果となった(p<0.001)。

V. 考察

1. 尿検査の実施状況の比較からみた特徴

逮捕群は19名全員が24条通報で、且つ措置診察前の尿検査により、尿中の違法薬物反応が陽性だったために逮捕に結びついたと考えられた。一方、非逮捕群では、24条通報が7割以上に上るにも関わらず、入院前に尿検査がなされていない場合が半数以上を占めていた。また、「尿中薬物反

応陽性」という結果であっても、逮捕されない場合が約1割に存在するなど、対応に一貫性がないことが明らかになった。これは、非逮捕群には、本来であれば逮捕群になるはずであった者が混在していることを表していると言える。言い換えれば、逮捕群は、措置入院以前の段階で違法物質を使用したことが明確であり、且つそれが司法手続きの係属をもたらす証拠として採用され得た者のみであり、逆に非逮捕群は、逮捕群の要件を満たさなかった残りの者ということになる。さらに、非逮捕群においては、「尿中薬物反応陽性」・「尿中薬物反応陰性」・「尿中検査なし」の全ての者が含まれていることなども含めて考えると、現行制度の下では、ISUD患者に対する尿検査の実施が統一化されていないことに付随して、適正な司法的対応が行われていない現状があるものと推測された。

では、非逮捕群の中に医療対応が困難な「尿中薬物反応陽性」のISUD患者が発見された場合、医療機関が司法手続きに尿検査結果を戻せばよいだけのことかというところではない。同じ尿検査であっても、刑事司法機関が行う目的と、医療機関が行う目的は異なる。前者は犯罪捜査の一環として行うものであり、後者は診断を確実にすることが目的になる。前者では、措置診察時に警察官からの情報提供がなされることなどもあり、医療へ処遇が移る際の尿検査結果の情報が流れることについてのハードルは低い。一方、診断のために行われた検査結果を犯罪捜査に用いようとする、警察は原則として任意採尿を行う必要があるし、医師は通報義務と守秘義務違反との兼ね合いが裁判事例に発展することを回避するために通報することに対し消極的になることなど、そのハードルは極端に高くなってしまふ²³⁾。要するに、ISUD患者に最初に関わることになる警察官の判断が、その後の処遇に大きく影響を及ぼすという事実は、如何ともし難いものがある。

こうした強制採尿の法的諸問題は、今までも多くの指摘がなされてきた^{17, 24, 27, 33)}。しかしながら、複雑且つ未整備な多くの法制度が、手続きの煩雑さを招き、そもそも司法精神医学に精通して

いない現場の警察官や医療関係者たちに、さらなる混乱を与えている状況に変化は見られていない。

今後は、臨床における司法的問題に関し、松本らがまとめた「薬物関連精神障害の臨床における司法問題に関する研究」を参考に、「覚せい剤取締法」の見直しや、「都道府県業務課への届け出・通報制度(麻薬及び抗精神病薬取締法58条の2)」のあり方の検討等を行うと共に、より現場の措置入院制度に即した、新たなISUDへの簡潔明瞭な対応マニュアルの作成と普及が求められるものと考えられた^{18, 21, 28)}。

2. 逮捕群と非逮捕群の特徴の比較

逮捕群と非逮捕群が、尿検査の結果で明確に分けられているわけではないことは、明らかになった。しかしながら、逮捕するかしないかは司法判断であるため、両者をどのような基準で振り分けているのかを、医療の側からは知り得ることはできない。そこで、逮捕群と非逮捕群との特徴を比較したところ、逮捕群の方が「違法物質初回使用からこの入院までの期間」と「精神科初診からこの入院までの期間」が短い傾向が見られた。この結果は、逮捕群の方が違法薬物の影響下にある時間が短かったことを示すと言える。また、逮捕群は、非逮捕群に比べ、犯罪歴が少なく、同居者がおり、仕事を持っていることなどから、生活基盤が比較的安定しており更生可能な要件が整っている傾向が見受けられた。一方で、非逮捕群では、単身生活で、無職であり、凶悪犯罪も含めた犯罪歴も多く、精神科の入院退院も繰り返しているという、更生可能な要件が整っていない傾向が見受けられた。この結果は、一般的に考える予想とは逆の結果といえ、非逮捕群のように刑の執行によって更生する可能性の低いと考えられる者においては逮捕せず、医療による処遇に期待しようとする「更正可能性を基準にした選別」の存在が窺えるものであった。

こうした司法対応は、ISUDが遷延している者に対し、医療福祉的介入を積極的に受けさせようとする側面から見るとある意味で合理的であるといえる。一方で、刑罰の公平性の側面から考える

と医療福祉的介入が必要であるからといって、違法物質の乱用が存在しているにもかかわらず逮捕しない場合があることは理にかなったものではない。それだけではなく、医療福祉的介入を積極的に受けさせる必要があるのは、非逮捕群だけでなく逮捕群にも共通して言えることである。特に逮捕群の特徴に示されたように、更生可能な要件が整っている者は、依存症治療の初期介入の効果が得られやすいため、逮捕によって医療福祉的介入への連続性を絶ってしまうことは賢明ではない。要するに、罰則と治療のうち、罰則に軸を置けば、前述のような更生可能要件を中心に振り分けが行われることになるが、治療に軸を置けば、逮捕群も非逮捕群もそれぞれに適した治療と支援の提供が不可欠だと言えるのである。

こうした現状を十分に踏まえ、指定病院は、同様の図式をもって、地域支援機関や家族に処遇責任を押し付けるといふことのないよう、十分気を付けなければならない。そういった意味からも、今後は、逮捕群と非逮捕群(尿検査未実施群・尿検査陽性群・尿検査陰性群)の各々に対する指定病院の立場からの望ましい介入と退院支援に関してさらなる検討を重ねることが求められる。

3. 指定病院に求められる「非逮捕尿検査陰性群」への支援

前記の結果から、ISUDに対する司法対応の特徴と、その結果がISUD患者と指定病院にもたらす影響について述べた。では、指定病院の医療者が注目しなければならないのは、どういったことだろうか。

それは、全体のうち約2割は尿検査の結果、違法物質を使用していないことが明らかになったということである。この群の患者は、入院時に逮捕群が急性精神病であると診断されたのに対し、統合失調症や気分障害の合併例が多かった。これらの結果から言えることは、ISUD患者は全て「違法物質の使用によって精神症状が悪化した」とばかりは言えないということである。

欧米では、こうした依存症治療のみでは回復困難な者について「SUD」と「精神健康障害(Men-

tal Health Disorder)」の双方を併せ持つ者という意味から「併存性障害(Concurrent Disorder)、以下『併存性障害』』という呼称が用いられ、様々なアセスメントや介入方法が検討されると共に、数多くの報告がなされている(カナダのCentre for Addiction and Mental Health, 以下「CAMH」など)^{2, 4, 22, 26, 29, 30)}。我が国では、一部の医療観察法病棟や一般精神科病院などにおいて、米国のMATRIX MODELを参考に、ワークブックを活用したプログラムを提供する試みが始まっているもの^{11, 16, 20, 31)}、その多くは当事者を中心とした薬物依存症者回復支援団体である「Drug Addiction Rehabilitation Center, 以下DARC」が、望まずして併存性障害も受け入れざるを得ない状況にある。しかし、そもそもDARCは、薬物依存症者の回復支援を目的とした自助組織であり、職員は回復者としての視点から依存症回復支援を行う体制をとっている組織であるため、統合失調症患者への対応までできる体制ではない¹⁵⁾。当然の如く、彼らの支援のみに頼って併存性障害者の地域定着の安定化を図ることは困難であり、その結果、多くの併存性障害者は、地域を転々としながら措置入院と措置解除同時退院や、逮捕・実刑を繰り返す状況が続いているのではないだろうか。そして、その状況は、精神科救急医療の整備を目的として、精神科救急入院料病棟が新設され、措置入院患者の受け入れ件数が指定病院の増収に關与するようになった2002年診療報酬改定以降も大きな変化は見られないように思われる⁵⁾。そのため、必然的に個々の現場で社会的責務を感じて、地域支援を行おうとする一部の臨床・福祉現場への負担が非常に大きくなっているといえるのではないだろうか^{7, 8)}。

今後は、我が国でもこうした群への、「内因性の精神疾患への薬物療法を中心とした治療とリハビリテーション」と「乱用・依存に対する積極的な治療的介入」の双方を精神科医療機関で行う体制と、福祉政策と連動した地域リハビリテーションの継続支援体制が確立され、措置入院となったISUD患者への退院支援として、包括的に提供されることが望まれる。

VI. 本研究の限界

本研究は、都内の一精神科単科大学附属病院での調査であることから、対象者数が少ないことにより、適切な因子を抽出できない恐れがあるため、多変量解析を行っていないところに限界がある。また、地域特性の偏りが結果に影響を及ぼしていることも懸念される。このため、この結果をただちに一般化することはできない。しかし、都内の措置入院患者は、原則として各指定病院に当番日制によりランダムに振り分けられていることから、指定病院であれば、同様の傾向が認められる可能性は高い。また、1995年に行われた調査では、薬物関連障害8.0%、1998年に都内一自治体病院で行った別の調査では、覚せい剤精神病が6.7%、同様に2009年の調査で5.9%と、措置入院患者数に占めるISUD患者の割合は、概ね6%~8%で推移していた¹⁴⁾。これらを踏まえると、本調査対象機関におけるISUD 14.0%という割合は、概ね同程度の構成比を反映しているものと考えられた。

VII. まとめ

1. 措置入院における違法物質使用障害者の支援策を明らかにする目的で、1999年1月1日~2009年12月31までの10年間に都内の精神科単科大学附属病院に措置入院となった患者、全465名のうち、違法物質使用が疑われる旨の記載がされていた者65名について診療録による後ろ向き調査を行った。
2. 退院時に「逮捕される群」と、「逮捕されない群」との2群に分類し、比較検討を行ったところ、逮捕群では、措置診察前に必ず尿検査が行われていた。非逮捕群においては、1割に措置入院前の違法薬物使用が尿検査の結果から明らかになっており、約6割については、措置入院前に尿検査がなされていなかった。ここから、「尿中薬物反応が陽性」という結果であっても、逮捕される場合とされない場合があり、非逮捕群の中には、本来であれば逮

捕群になるはずであった者が混在している可能性が示唆された。

3. 逮捕群と非逮捕群の特徴を比べると、逮捕群では違法物質の影響下にある時間が短く、犯罪歴が少なく、同居者がおり、仕事を持っていることなどから、更生可能性が高い傾向が見受けられた。すなわち、依存症治療の初期介入の効果が得られやすい更生可能性が高い者の方が、逆に逮捕されているということが推測された。
4. 警察介入時から措置入院に至る間では、尿検査の結果よりむしろ更生可能性に基づく選別がなされる傾向が示された。こうした公平性を欠く処遇は、両群の不適切な対応の連鎖となることを十分踏まえ、指定病院は同様の図式をもって、地域支援機関や家族に処遇責任を押し付けるということのないよう、退院支援のあり方に関して、検討を重ねる必要があるものと考えられた。
5. 一方で、全体のうち約2割については、違法薬物を使用していないことが示された。この群の患者は、入院時に逮捕群が急性精神病であると診断されたのに対し、統合失調症や気分(感情)障害の合併例が多かった。指定病院は、こうした違法物質の使用がなくとも症状が再燃した者に対し、責任を持って、適切な治療と支援体制の確立に向けた実践を重ねる必要があるものと思われた。

執筆にあたり貴重なご助言を頂きました中谷陽二先生と、加藤進昌先生に深く感謝いたします。なお、本研究は、第6回日本司法精神医学会大会(2010年10月、東京)で行った発表を再考したものです。

VIII. 文献

- 1) 合川勇三, 大谷保和, 森田展彰他: 東京都立松沢病院における第2次乱用期と第3次乱用期の覚せい剤関連障害入院患者の差違, 日本アルコール・薬物医学会雑誌 47(2): 57-67, 2012
- 2) CAMH (Centre for Addiction and Mental

- Health) : <http://www.camh.net/index.html>
- 3) 原井宏明, 村上 優, 杠 岳文他: 諸外国との比較3年間のまとめ 治療に関するレビュー・北部九州とハワイの物質使用患者の比較. 厚生科学研究補助金医薬安全総合研究事業研究報告書「薬物依存・中毒者のアフターケアに関する研究 平成10~12年度(主任 内村英幸)」分担報告書, 103-116, 2001
 - 4) Health Canada : Best Practices Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders, 2002
 - 5) 平田豊明: 緊急措置入院の全国状況. 精神科救急 13 : 54-57, 2010
 - 6) 池田朋広, 秋庭秀紀, 高木のり子他: ソリューションフォーカスト・ブリーフセラピーを活用したアルコール依存症治療・リハビリテーションプログラム—多職種チームアプローチと自助グループとの連携—. 臨床精神医学 38(9) : 1305-1314, 2009
 - 7) 池田朋広, 森田展彰, 梅野 充他: 精神病性障害と物質使用障害の併存障害について—精神病性併存性障害3症例への考察—. 精神科治療学 25(5) : 573-581, 2010
 - 8) 池田朋広, 梅野 充, 森田展彰他: 覚せい剤併存性障害への支援のあり方に関する一考察—統合失調症支援モデル事例と依存症支援モデル事例との比較から—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 45(2) : 92-103, 2010
 - 9) 池田朋広, 山田光彦, 井口 喬: 措置入院による覚せい剤精神病患者の実態と処遇に関する研究. 法と精神科臨床 7(1) : 27-35, 2005
 - 10) 池田朋広, 山田光彦, 井口 喬: 地域における覚せい剤乱用者の実態と支援に関する研究—精神および行動の障害における二重診断例を中心に—. 日本社会精神医学会誌 14(1) : 55-65, 2005
 - 11) 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児他: 国立精神・神経医療研究センター病院医療観察法病棟における物質使用障害治療プログラム開発と効果測定. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 45(5) : 452-463, 2010
 - 12) 河崎健人, 平田豊明(報告書執筆者)他: 措置入院患者の権利擁護, 退院支援と地域移行に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究(研究代表者 竹島正)」平成21年度~23年度 総合研究報告書. 195-206, 2012
 - 13) 警察庁: 平成23年の犯罪情勢 平成24年6月. <http://www.npa.go.jp/toukei/seianki/h23hanzaizyousei.pdf>
 - 14) 小池純子, 森田展彰, 針間博彦他: 措置入院の現状に関する研究—医療観察法施行の影響に着目して—. 精神神経学雑誌 111(11) : 1345-1362, 2009
 - 15) 幸田 実, 梅野 充, 平井秀幸他: 薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査, 厚生労働省平成19年度障害者保健福祉推進事業補助金事業 平成19年度障害者自立支援調査研究プロジェクト. 特定非営利法人東京ダルク, 東京, 2008
 - 16) MATRIX Institute on Addictions : <http://www.matrixinstitute.org/index.html>
 - 17) 松田 昇, 古川元晴, 柳 俊夫他: 覚せい剤犯罪の捜査実務101問. 立花書房, 東京, 1983
 - 18) 松本俊彦, 今村扶美, 梅野 充他: 薬物関連精神障害の臨床における司法問題に関する研究. 平成18年度 厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究(主任 和田 清)」分担報告書. 241-273, 2007
 - 19) 松本俊彦, 今村扶美: 物質依存を併存する触法精神障害者の治療の現状と課題. 精神科治療学 24(9) : 1061-1067, 2009
 - 20) 松本俊彦, 今村扶美, 吉沢雅弘他: 物質使用障害を併発した触法精神病例の薬物治療・心理社会的治療. 臨床精神薬理 10 : 751-758, 2007
 - 21) 松本俊彦: 薬物依存臨床における司法的問題への対応. こころの臨床 a・la・carte 29(1) : 113-119, 2010
 - 22) 森田展彰: 薬物使用障害とその他の精神障害が併存する事例に対する治療. こころの臨床 a・la・carte 29(1) : 103-106, 2010
 - 23) 日本医師会: 医師の職業倫理指針(改訂版). http://di.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/2008091_1.pdf
 - 24) 中谷陽二: 精神障害者の責任能力 法と精神医学の対話. 金剛出版, 東京, 1993
 - 25) 中谷陽二, 藤森英之, 岩波 明他: 精神障害の難治例及び触法例の臨床経過に関する多面的研究(第2報). 平成5年度 厚生省精神・神経疾患研究委託費研究報告書「治療抵抗性精神障害の成因・病態に関する研究」. 115-120, 1994
 - 26) National Institute of Drug Abuse (NIDA) : <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html>
 - 27) 大野直規, 山田和夫, 小阪憲司: 覚せい剤精神病患者からの採尿に関する問題点—刑事司法的観点から—. 神奈川県精神医学会誌 49 : 7-12, 1999
 - 28) 精神保健福祉研究会監修: 改訂第二版 精神保健福祉法詳解. 中央法規, 東京, 201-202, 2002
 - 29) Schizophrenia & Substance Use : <http://www.Schizophreniaandsubstanceuse.ca/home/>
 - 30) Skinner, W.: Treating Concurrent Disorders: A Guide Counselors, 2005
 - 31) 高木のり子, 池田朋広, 常岡俊明他: 精神科亜急性期治療病棟におけるアディクションチームの発足と併存性障害治療プログラム(仮称)の試行. 季刊東京精神科病院協会誌, 別冊No.26 : 116-119, 2011
 - 32) 武井 満: 医療と司法の狭間の問題をいかに考えるか. 精神科治療学 16(7) : 663-668, 2001
 - 33) 飛田清弘, 松浦 洵, 澤 新: 改訂 覚せい剤事犯とその捜査. 立花書房, 東京, 1992
 - 34) 和田 清: 薬物使用に関する全国住民調査. 平成23年度 厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究(主任 和田 清)」分担報告書. 15-95, 2012

*abstract***A Comparative Study of the Current Status of Illegal Substance Use Disorder Patients – Arrested and Non-Arrested at the Point of Medical Discharge – Involuntarily Admitted by Orders of the Prefectural Governor**

Tomohiro Ikeda^{1,2,3)}, Junko Koike^{1,4)}, Nobuaki Morita⁵⁾, Yuzo Aikawa⁶⁾,
Toshihiko Matsumoto³⁾, Atsuko Inamoto^{1,2)}, Akira Iwanami^{1,2)}

Objectives : This study was designed to show the current status of the rehabilitation support system for Illegal Substance Use Disorder (ISUD) patients involuntarily admitted by order of the prefectural governor, and to recommend an appropriate rehabilitation support system for them.

Participants and Methods : The subjects in this study were 65 ISUD patients selected from 465 patients who were admitted by order of the prefectural governor, over the previous 10 years, to a psychiatric hospital attached to a university in Tokyo.

Results : Compared with the group who were not arrested at medical discharge, those who were arrested had shorter criminal records, lived with other people, and had employment. In those who were not arrested, illegal substance use was confirmed in 10 percent. Urine monitoring was not ordered in about 60 percent at involuntary examination. The results indicated that there was not an arrest in every case even though the drug urine monitoring result was positive for illegal substance use. Also, people who should have been arrested were included in the group of people who were not arrested. Since 30 percent of those not arrested did not use illegal substances but had complications of Schizophrenia or Mood Disorder, further medical welfare support was needed.

Conclusion : A subject tended to be classified on the basis of corrigibility rather than the result of drug urine monitoring between the time of law enforcement interventions and involuntary admission. Therefore, the designated hospital should take this into account when administering medical intervention and discussion is needed on the support required for hospital discharge. The designated hospital must work continuously to establish the appropriate treatment and support system with consideration of the fact that a significant number of people without illegal substance use but who relapsed with psychiatric symptoms, was included in the involuntary admission of ISUD patients.

Key words : *Substance use disorder, Methamphetamine, Involuntary admission by order of the prefectural governor, Illegality, Drug urine test*

Jpn Bull Soc Psychiat 23:112-122, 2014

¹⁾Department of Psychiatry, Showa University School of Medicine

²⁾Department of Psychiatry, Showa University Karasuyama Hospital

³⁾Department of Drug Dependence Research National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

⁴⁾School of Nursing Jichi Medical University

⁵⁾Faculty of Medicine, University of Tsukuba

⁶⁾Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

第4回日本社会精神医学会優秀論文賞 選考報告

選考委員長・編集委員長
水野雅文

受賞論文

池田朋広^{1,2,3)}, 小池純子^{1,4)}, 森田展彰⁵⁾, 合川勇三⁶⁾,
松本俊彦³⁾, 稲本淳子^{1,2)}, 岩波 明^{1,2)}

措置入院指定病院に入院する違法物質使用障害者の実態調査
—退院時における逮捕群と非逮捕群との比較から—

- 1) 昭和大学医学部精神医学講座, 2) 昭和大学附属烏山病院,
3) 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,
4) 自治医科大学看護学部精神看護学, 5) 筑波大学医学医療系社会精神保健学領域,
6) 東京都立松沢病院

日本社会精神医学会雑誌 23巻2号 112-122頁収載

選考会議は、平成27年1月18日に開催された編集委員会において開催された。第23巻に掲載された全ての原著論文、資料論文、実践報告のうち本学会理事・編集委員が第1著者であるものを除く6篇を対象とした。欠席委員からは、事前に候補論文についての推薦理由が提出されていた。合評の結果、本論文を受賞論文とすることを満場一致で決定した。

著者らは、措置入院をした違法物質使用障害(illegal substance use disorder, ISUD)患者の退院支援策を立てることを目的として、1999年から2009年までの10年間に大学附属病院の精神科単科病院に措置入院となった患者465名のうち、違法物質使用が疑われる旨の記載があった65名についての診療録調査を行い、退院後の逮捕群と非逮捕群に分けて検討した。

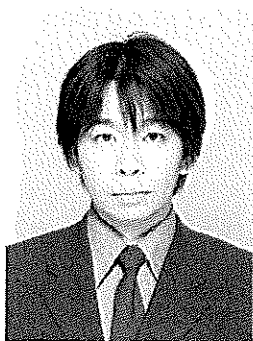
その結果退院時の逮捕群は全員が措置診察前に尿検査を受けていた。非逮捕群では、1割に措置入院前に尿検査で違法薬物の使用が確認されながら、約6割には尿検査がなされていなかった。すなわち、尿中薬物反応が陽性であっても、逮捕される場合とされない場合があること、逮捕群は非逮捕群に比べ、犯罪歴が少なく、同居者が居り、仕事を持っているなどむしろ更生可能性が高いことがうかがわれた。また非逮捕群の3割は入院時に違法薬物を使用しておらず、統合失調症や気分障害の合併が考えられた。

同論文は、一医療施設での違法物質関連精神障害患者調査ではあるが、逮捕手続き等の取り締まり上の問題、医療福祉的介入と更生可能性の関連などの諸問題を指摘した。

受賞論文に対する主な選評は下記のとおりである。

- ・ 指定病院とDARCを含めた民間リハビリテーション施設の継続支援体制の課題を論じた貴重な研究成果
- ・ 違法物質使用障害者における尿検査をめぐる諸問題、逮捕群のほうが適応レベルが高いことを明らかにしたこと、精神病の併存例に対する治療の問題点などを指摘している。
- ・ 調査結果がインパクトに富み、違法物質使用障害者の今後の処遇や支援に資する。
- ・ 今日この時代の違法物質使用の実態を反映し、記録にとどめる貴重な資料。

なお授賞式は平成27年3月開催の第34回大会の席上、受賞論文の第1著者に対して賞状と賞金の贈呈ならびに受賞記念講演が行われた。



池田 朋広 氏

ソーシャルワーカーとしての現場での苦悩を出発点として、精神科救急病棟に入院する違法物質使用障害の方を、それでもなんとか回復へ向かわせることができないものかとの想いをもって、この論文を執筆致しました。共同研究者である諸先生方のご指導や、周囲の仲間の支えなくして、ここまでたどり着くことはできませんでした。皆様に本当に感謝致しております。この論文が、現場の第一線でご活躍されている臨床家の諸先生方の目に触れることで、違法物質使用障害者への関わり方の参考となればうれしく思います。この度の受賞は、あまり日の当たらない分野を歩いてきた自分にとって、大きな励みになりました。選考委員の諸先生方に、心から感謝申し上げます。

淑徳大学社会学部社会学科卒業後、平成8年より昭和大学附属烏山病院にソーシャルワーカーとして入職し、現在に至る(精神保健福祉士・社会福祉士)。筑波大学大学院教育研究科カウンセリング専攻にて修士課程修了。筑波大学大学院博士課程人間総合科学研究科社会精神保健学分野単位取得退学。現在、昭和大学医学部精神医学講座特別研究生として在籍。

措置入院指定病院の立場における
違法物質使用障害者への退院支援策の検討
－司法処遇と薬物採尿検査に着目した4事例から－

池田朋広^{1,2,3)*}, 小池純子^{1,4)}, 森田展彰⁵⁾, 山本和弘²⁾,
合川勇三⁶⁾, 松本俊彦³⁾, 稲本淳子^{1,2)}

- 1) 昭和大学医学部精神医学講座
- 2) 昭和大学附属烏山病院
- 3) 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
- 4) 自治医科大学看護学部精神看護学
- 5) 筑波大学医学医療系社会精神保健学領域
- 6) 東京都立松沢病院

(受付：平成25年8月12日；受理：平成25年11月11日)

A study of the rehabilitation support system for illegal substance use disorder
patients from the viewpoint of the designated hospital
4 case studies focusing on judicial treatment and drug urine monitoring

Tomohiro IKEDA^{1,2,3)}, Junko KOIKE^{1,4)}, Nobuaki MORITA⁵⁾, Kazuhiro YAMAMOTO²⁾,
Yuzo AIKAWA⁶⁾, Toshihiko MATSUMOTO³⁾ and Atsuko INAMOTO^{1,2)}

- 1) *Department of Psychiatry, Showa University School of Medicine, 1-5-8 Hatanodai, Shinagawa, Tokyo 142-8666, Japan*
- 2) *Department of Psychiatry, Showa University Karasuyama Hospital, 6-11-11 Kita Karasuyama, Setagaya, Tokyo 157-8577, Japan*
- 3) *Department of Drug Dependence Research National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8502, Japan*
- 4) *School of Nursing Jichi Medical University, 3311-159 Yakushiji, Shimotsuke, Tochigi 329-0498, Japan*
- 5) *Faculty of Medicine, University of Tsukuba, 1-1-1 Tennodai, Tsukuba, Ibaraki 305-8577, Japan*
- 6) *Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital, 2-1-1 Kamikitazawa, Setagaya, Tokyo 156-0057, Japan*

(Received : August 12, 2013 ; Accepted : November 11, 2013)

日本アルコール・薬物医学会雑誌 第49巻 第1号 (平成26年2月刊行) 別刷
Separate-print from Vol. 49 No. 1 of Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence
February 2014

措置入院指定病院の立場における
違法物質使用障害者への退院支援策の検討
－ 司法処遇と薬物採尿検査に着目した4事例から －

池田朋広^{1,2,3)*}, 小池純子^{1,4)}, 森田展彰⁵⁾, 山本和弘²⁾,
合川勇三⁶⁾, 松本俊彦³⁾, 稲本淳子^{1,2)}

- 1) 昭和大学医学部精神医学講座
- 2) 昭和大学附属烏山病院
- 3) 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
- 4) 自治医科大学看護学部精神看護学
- 5) 筑波大学医学医療系社会精神保健学領域
- 6) 東京都立松沢病院

(受付：平成25年8月12日；受理：平成25年11月11日)

A study of the rehabilitation support system for illegal substance use disorder
patients from the viewpoint of the designated hospital
4 case studies focusing on judicial treatment and drug urine monitoring

Tomohiro IKEDA^{1,2,3)}, Junko KOIKE^{1,4)}, Nobuaki MORITA⁵⁾, Kazuhiro YAMAMOTO²⁾,
Yuzo AIKAWA⁶⁾, Toshihiko MATSUMOTO³⁾ and Atsuko INAMOTO^{1,2)}

- 1) *Department of Psychiatry, Showa University School of Medicine, 1-5-8 Hatanodai, Shinagawa, Tokyo 142-8666, Japan*
- 2) *Department of Psychiatry, Showa University Karasuyama Hospital, 6-11-11 Kita Karasuyama, Setagaya, Tokyo 157-8577, Japan*
- 3) *Department of Drug Dependence Research National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8502, Japan*
- 4) *School of Nursing Jichi Medical University, 3311-159 Yakushiji, Shimotsuke, Tochigi 329-0498, Japan*
- 5) *Faculty of Medicine, University of Tsukuba, 1-1-1 Tennodai, Tsukuba, Ibaraki 305-8577, Japan*
- 6) *Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital, 2-1-1 Kamikitazawa, Setagaya, Tokyo 156-0057, Japan*

(Received : August 12, 2013 ; Accepted : November 11, 2013)

*責任著者：池田朋広，昭和大学附属烏山病院 〒157-8577 東京都世田谷区北烏山6-11-11
mail: tikedacmed@showa-u.ac.jp

Summary

This study was designed to reveal the current status of the rehabilitation support system for patients with Illegal Substance Use Disorder (ISUD). From among 465 patients who had been admitted to a psychiatric hospital in Tokyo within the past 10 years by order of the prefectural governor, 65 patients with ISUD were selected for inclusion in this study.

Based on whether or not the person was arrested at the time of discharge, whether or not urine drug monitoring was ordered, and the results of the monitoring, each subject was classified into one of the following four types: 1) Arrested; 2) Not arrested and no urine drug monitoring; 3) Not arrested and positive urine drug monitoring results; and 4) Not arrested and negative urine drug monitoring results.

In Group 1, every subject underwent urine drug monitoring prior to an involuntary examination; however, even though 10 percent of the subjects in this study were found to have positive results on urine drug monitoring, none of them were arrested. Moreover, 40 percent of the study subjects were not subjected to urine drug monitoring, and about 30 percent of non-arrested subjects were shown not to have used any illegal substances. Based on these results, it appears to be ideal for patients in Group 1 to apply to a diversion program, followed by medical treatment for addiction. To avoid the elimination of patients from medical services due to the vagueness of the classifications, whether or not judicial administration is required at the time of police intervention should be clearly and appropriately clarified for patients in Groups 2 and 3. Patients in Group 4 may experience a relapse of psychiatric symptoms, even if they do not use illegal substances; therefore, it is necessary for designated hospitals to perform medical treatment interventions responsibly for both endogenous psychosis and substance abuse, and to collaborate with appropriate social support facilities within the community regarding the medical discharge of such patients.

Key words: substance use disorder, urine drug monitoring, Involuntary admission by order of the prefectural governor, illegality, rehabilitation support system
物質使用障害, 薬物採尿検査, 措置入院, 違法性, 支援体制

はじめに

措置入院制度は、司法と精神科医療の狭間で、行政処分としてその役割を担ってきている³⁶⁾。そうした中、措置入院を受け入れる指定病院は、実質的な受け皿として、民間病院でありながら、公的医療の一部を担ってきている。しかし、その運用面は都道府県や各医療機関によって大きく異なることから、指定病院の公共性の範囲も明確ではなく、その混沌とした役割にここ十数年大きな変化はない^{5,32)}。そのような状況の中、「措置入院指定病院 以下『指定病院』」には、軽微な触法行為を犯した精神障害者や違法物質を使用した「物質使用障害 (Substance use Disorder) 以下『SUD』」など、司法と医療との狭間にある措置入院患者が日々入院しては、現場の試行錯誤の退院支援を受けて地域に帰される^{7,8,9,13)}。

一方近年、諸外国においては「アンフェタミン型中枢刺激薬問題 (amphetamine type stimulants : ATS)」が取沙汰され、我が国の歴史ある覚せい剤乱用対策に、諸外国の注目が集まった。また、国内では、大麻や脱法ハーブなどが流行し、有機溶剤優位から大麻優位の欧米型に変化してきているとも言われている^{13,39)}。このような覚せい剤や大麻などの違法物質を使用することによって引き起こされる「違法物質使用障害 (Illegal Substance use Disorder) 以下『ISUD』」に罹患した場合、患者は精神科病院への入退院や、矯正施設への服役と出所の双方を繰り返しながら、地域を転々として生活をする傾向があるとされている^{11,29)}。この要因は様々であり、司法・医療・福祉にまたがる複雑な問題である。だが、その理由の一つとして、触法行為を犯す傾向がみられるISUDを、一般精神科医療の現場で扱うことが困難な状況にあることが挙げられよう²⁹⁾。医療現場にとっては、司法処遇が適用される可能性のある者は招かれざる患者であり、違法物質の使用という犯罪行為を行った可能性のある者を医療機関が受け入れることについては、運用上の種々の限界も抱えている^{10,32)}。中でも、警察官介入時の「薬物採尿検査 以下、『尿検査』」のあり方については、今までも多くの問題が指摘されてきており、^{20,28,31,37)}。その実施は、司法機関にとっては捜査の一環として、医療にとっては診断を確定するための手続きとして、重要な要点であるといえる。特に、措置入院となる者の場合、警察官介入から24条通報によって行われる措置診察へと続く場面での尿検査の有無は、逮捕されるか否かの決定に大きく関わる。退院時に逮捕がなされるか否かは、その患者の人生に大きく影響することであるため、警察官介入時から措置入院時に至る経過にも着目しながら、指定病院の立場における退院支援の現状と課題を明らかにする必要があると思われる。

そこで本稿では、措置入院となったISUD患者を対象とし、逮捕と尿検査との関連に基づいた独自の分類を行い、各々の群における特徴的な事例への検討を加えることで、その適切な退院支援のあり方を模索することを目的とした。

対象と方法

対象者は、1999年1月1日～2009年12月31までの10年間に都内にある精神科単科の大学附属病院に措置入院となった患者、全465名中、措置診察診断書病名が、違法物質使用関連病名の者65名とした。

方法は、退院時に逮捕をされたかされなかったか（逮捕の有無）と、措置入院前の段階において違法物質使用を確認するための尿検査を行ったか否か（尿検査の有無）と、結果が陽性だったか陰性だったか（尿検査の結果）を基準として、①逮捕群、②非逮捕入院前尿検査未実施群（以下「非逮捕尿検査未実施群」）、③非逮捕入院前尿検査陽性群（以下「非逮捕尿検査陽性群」）、④非逮捕入院前尿検査陰性群（以下「非逮捕尿検査陰性群」）の4群に分類する。

そして、それぞれにおける特徴的な事例を提示し、その処遇の違いを踏まえ、各群への望ましい支援のあり方を検討するものとした。

倫理的配慮

倫理的配慮として、昭和大学医学部倫理委員会の承認を得た。また、個人が特定できないようにするため、要旨に支障のない範囲で事例に加筆変更を加えた。

表1 逮捕の有無・尿検査の有無・尿検査の結果を基準とした分類

逮捕群	19名	(29.2%)
非逮捕尿検査未実施群	27名	(41.5%)
非逮捕尿検査陽性群	5名	(7.7%)
非逮捕尿検査陰性群	14名	(21.5%)
合計	65名	

結 果

1. 前記に挙げた基準に沿って4群に振り分けた結果では、①逮捕群19名(29.2%)、②非逮捕尿検査未実施群27名(41.5%)、③非逮捕尿検査陽性群5名(7.7%)、④非逮捕尿検査陰性群14名(21.5%)であった(表1)。

2. 事例提示

1) 事例1：逮捕群

「刑事司法手続きからの転換 (Diversion Program)」による依存症治療介入が必要であった事例

31歳 男性 正社員 (父親の会社に勤務)

措置診察時診断「覚せい剤精神病」(措置診断書の病名をそのまま付記)

退院時診断「覚せい剤使用による精神病性障害 (F15.5)」 「覚せい剤使用による依存症候群 (F15.2)」

覚せい剤取締法違反で1回の逮捕歴がある。24歳で覚せい剤を使用し、25歳で執行猶予処分を受けている。同時期に離婚し、実家に戻る。その後は、会社を経営する両親と3人暮らしで、経済的には恵まれていた。X年X月X日ベランダから飛び降りようとしていたところを母が取り抑え、110番通報をした。警察官が駆けつけた際に意味不明な言辭が聞かれたため、24条通報にて同日措置入院となった。入院直後に警察による家宅捜索が行われ、現物の覚せい剤が押収されたため、家族は警察から、退院時に逮捕となることの連絡を受けていた。X+5日家族が弁護士を依頼した。父と弁護士、父が以前から相談していた支援団体の職員が患者と面会を行い、主治医らとも協議を行った結果、「弁護士と共に所轄の警察署に出頭する」こととなる。あわせて弁護士から警察に協議の結果を伝えた。X+62日、措置解除と共に退院が決定し、同日、自首にて逮捕となった。裁判では、支援団体への通所を条件に、執行猶予中の再犯に対する執行猶予(俗称：ダブル執行猶予)となり、同支援団体への通所を継続することになった。その後、退院してから8年以上薬物を使用することはなく過ごし、同支援団体の当事者スタッフとなった。

2) 事例2：非逮捕尿検査未実施群 不明慮な点が多く対応に混乱が生じた事例

27歳 女性 生活保護アパート単身

措置診察時診断「急性精神病」(措置診断書の病名をそのまま付記)

退院時診断「覚せい剤使用による精神病性障害 (F15.5)」

中学時代に少年鑑別所に入所した経験がある。中学卒業後に家を出て、水商売を点々としていた。18歳時、未婚のまま第1子を出産した。20歳時に子供の父親ではない別の男性と結婚し、26歳の時に離婚をした。子供が5歳の時に虐待を行ったため、子供は児童福祉法28条に基づき保護された。家庭裁判所調査官・児童福祉司の介入がなされている。夫は、X-2年に覚せい剤取締法違反で逮捕され、本人入院時現在は、服役中である。X年X月X日に、本人が警察に電話をし、「助けて、殺される、怖い」と訴えた。このため警察官が自宅に行くと、警察官に対し「怖い、怖い」と言って叫んだり、警察官に暴行を加えるなどした。これに加え、「声まで変えられた」など意味不明な言辞が聞かれたため、24条通報が行われ、同日措置入院となった。措置診察前に親族から警察官に対し、本人の覚せい剤使用について報告がなされ、本人も過去の覚せい剤使用について認めたが、尿検査は施行されなかった。入院直後のTriageの検査結果にてMethamphetamineが陽性であった。入院直後から退院時まで、職員に対する威圧的態度が続いたが、一方で、ときに反跳現象と思われる症状でぐったりしていることもあった。2週間ほどで措置症状が消退し、X+3週間で措置解除になった。家族らからは退院後の支援が受けられなかったため、自宅アパートに戻り、単身生活を送ることになった。結局、一過性の急性期症状にしか対応は行われず、物質使用障害や、児童虐待への介入はなく、その後の通院もされることなく、詳細は不明である。

3) 事例3：非逮捕尿検査陽性群 民間精神科医療機関では対応が困難な犯罪傾向の強い事例

34歳 男性 無職（同棲者が扶養）過去に監禁・暴行などで6回の逮捕歴あり

措置診察時診断「覚せい剤使用による急性精神病状態」「人格障害」（措置診断書の病名をそのまま付記）

退院時診断「覚せい剤使用による精神病性障害（F15.5）」

中学を卒業後、定職につかず、結婚して2子をもうけたが、離婚した。X-3年から、覚せい剤を頻繁に使用し、トラブルが増加。X年X月X日に、大量服薬し救急病院に搬送された。処置中に、興奮状態となり治療者に対し、暴力行為がみられたため、24条通報にて緊急措置入院となった。措置診察前に搬送先となった一般科救急病院の尿検査でMethamphetamine陽性が認められ、措置入院時の調査機関における尿検査でもMethamphetamine陽性が認められた。この結果を医師から本人に伝え、また、本人の同意のもと、医師から母と兄に病状と検査結果を伝えた。家族は「もう手に負えない」という理由で、司法で処遇がなされることを望み、検査結果を持って母が警察に出頭したが、その後警察からの連絡はなかった。急性期の精神状態は比較的速やかに消退したが、医師や看護師への威圧的態度は続いた。措置症状消退と共に措置解除同時退院となり、自宅に戻った。その後、同棲相手と元の生活に戻り、X+5年その同棲相手の女性を殺害した。

4) 事例4：非逮捕尿検査陰性群

依存症治療と併存する内因性精神疾患への双方の治療、および精神障害者支援が必要な事例

43歳 男性 無職（母が扶養）職歴なし

措置診察時診断「薬物中毒」（措置診断書の病名をそのまま付記）

退院時診断「多剤使用による 残遺性障害および遅発性精神病性障害（F19.7）」

「活動性および注意の障害（F90.0）」

幼少期より落ち着きがなく暴力的であり、小児科で「微細脳機能障害」と診断を受けた。中

学生の時から、有機溶剤を乱用していた。高校を中退した後は、毒物劇物取締法に基づく逮捕歴が十数回あり、少年院や刑務所の入所経験も十数回ある。覚せい剤や大麻の乱用歴もあった。飲酒はまったくしない。薬物依存症で40回以上の入院歴があり、このうち措置入院が20回程を占める。2、3回程度、薬物依存症者回復支援施設である「Drug Addiction Rehabilitation Center 以下、DARC」に入所した経験もあるが、入所中にスーパーの窓ガラスを破ったり、包丁で母親を脅したりした。ここ数年は、処方薬への依存が中心であり、尿検査で違法薬物が検出されることはなかった。この度は、石で看板を叩いて暴れ、大声で叫ぶなどの状態が見られたため、母親の通報で警察官が介入し、24条通報による措置入院となった。入院中は、以前と変わらず、身勝手な行動が見受けられたが、症状は安定したため、措置解除同時退院となった。退院の際には、医師と①週1回の外来受診、②週4日の精神科デイケア通所、③2週に1度の依存症専門機関の男性看護師の訪問看護を受けることを約束し、④母が2週に1度はソーシャルワーカーによる面接を行うことになった。退院後、4週間でデイケアを休みがちになり、生活リズムが崩れてきたため、再入院となった。ここ数年、他害行為による措置入院でしか入院に至らなかった本人にとって、医療保護入院で入院ができたことは、地域定着に向けた第一歩となった。1ヶ月間の入院後は再度同じ条件の支援を受けながら、約2ヶ月間の地域生活を行ったが、その後覚せい剤の所持と使用の罪で逮捕され、1年8ヶ月の服役が確定した。とはいえ、2ヶ月の地域生活が続いたのは20年ぶりのことであった。

考 察

1. 尿検査の実施状況の比較からみた特徴

ISUD患者に対しては、従来から警察官介入時から措置入院に至るまでの間に、尿検査が徹底されていないことによって、本来であれば司法における処遇を必要とする患者かどうかの判断を曖昧にしたまま医療に導入されることの問題について、いくつかの指摘がなされている

20,28,31,37)

この度の結果でも、違法物質の使用を否定できない者は、全体の約4割に上る。この群の内、少なくとも24条通報を経由して措置入院をした患者に対しては、警察が一律に強制採尿を行い、検査結果に忠実に従って刑事処分を行うことが、公平性重視の視点からすれば妥当であると言える。しかし、結果を見る限りでは、非逮捕群には、「尿中薬物反応陽性」・「尿中薬物反応陰性」・「尿中検査なし」のすべての者が含まれている。言い換えれば、逮捕群は、措置入院以前の段階で違法物質を使用したことが明確であり、且つそれが司法手続きの係属をもたらす証拠として採用され得た者のみであり、逆に非逮捕群は、逮捕群の要件を満たさなかった残りの者ということになる。よって、現行制度では、ISUD患者に対する尿検査の実施が統一化されていないことに付随して、適正な司法的対応が行われていない現状があるものと考えられた。

同じ尿検査であっても、司法機関が行う目的と、医療機関が行う目的は異なる。前者は犯罪捜査の一環として行うものであり、後者は診断を確実にすることが目的になる。診断のために行われた検査結果を犯罪捜査に用いようとするれば、警察は原則として任意採尿を行う必要があるし、医師は通報義務と守秘義務違反との兼ね合いが裁判事例に発展することを回避するために通報することに対し消極的になる²⁰⁾。法に纏わる細かい議論はさておき、こうした複雑且つ未整備な多くの法制度のあり方が、現場での手続きの煩雑さを招き、そもそも司法精神医学に精通していない現場の警察官や医療関係者たちに更なる混乱を与え、結果として「よくわから

ない者はそのまま精神科医療」へという状況が続いているのではないだろうか。

今後は、ISUDの臨床における司法的問題に関し、松本らがまとめた「薬物関連精神障害の臨床における司法問題に関する研究」を参考に、「覚せい剤取締法」の見直しや、「都道府県薬務課への届け出・通報制度（麻薬及び抗精神病薬取締法58条の2）」の在り方等への具体的検討を行うと共に、より現場の措置入院制度に即した、新たなISUDへの簡潔明瞭な対応マニュアルの作成と普及が求められるものと考えられた^{21,24,32)}。

2. 指定病院の立場から求められる支援のあり方 - 逮捕群

逮捕群のような事例に関し、欧米では、ISUDのような刑罰の対象でもあり医療の対象にもなる者への刑事手続きのあり方として、依存症治療の必要性の観点から「Diversion Program」によって、「Therapeutic Community」における治療を行う「Drug Court」を採用しており、刑罰より有効な再乱用防止対策の手段として注目され、増加する薬物事犯に対する抑制効果が期待されている¹⁶⁾。これは、薬物事犯に対し、裁判所の決定によって、実刑の代わりに執行猶予を与え、薬物依存症の治療プログラムを受ける治療的処分とする制度である。我が国でも、「刑の一部執行猶予制度」を含む改正刑法と関連法が2013年6月に可決され、公布から3年以内に施行されることが決まった⁶⁾。今後のISUD治療・支援体制の確立に向けて期待されている²⁹⁾。しかし、この法の施行を待たずとも、事例1のように、弁護士と民間薬物依存回復支援施設を活用することによって、Drug Courtと同じような、裁判所からの治療を前提とした執行猶予が与えられ、刑務所に入る代わりに民間の治療施設へ通うという形式をとることが可能である。実際には、既に独自にこうした取り組みを行っているNPO団体や、法律事務所等が存在している¹⁵⁾。

薬物事犯は、再犯率が非常に高く、必然的に違法物質を使用することができない刑務所という環境では、十分な矯正効果は得られないとされている^{15,16)}。したがって薬物事犯では、社会内処遇が重要な鍵となる。すなわち、逮捕群に対しては、措置入院を契機としてできるだけ早く依存症治療につながることで、裁判所の決定という強制力を以て保護観察制度下において治療につながり続けることが重要であるといえる。これにより、逮捕群による違法物質使用の再犯、あるいは依存症の再発防止を図ることができるものと考えられた。

3. 指定病院の立場から求められる支援のあり方 - 非逮捕尿検査陽性群・非逮捕尿検査未実施群

事例2では、警察官介入段階での尿検査が行われなかったが、措置入院直後の「尿検査（トライエージ®）」においてMethamphetamine陽性が確認された。しかし逮捕はなされず、急性期の安全確保と一時的な鎮静のみを目的とした薬物療法を行い、再発・再使用予防や環境調整といった介入はなされないまま、措置解除と同時に自宅に退院となっている。逮捕はおろか、核となる依存症治療も、子供に対する虐待の問題などへの介入も全くなされなかったという事例であった。こうした検査未実施事例の尿中薬物反応の結果は、使用から時間が経ってしまった措置入院後となっては正確に知り得ることはできない。そのため、本来なら司法において処遇されるはずの事例も含まれていたのではないかと推測できる。また事例3は、家族が司法対応を望み、措置入院直後に行われた尿検査で確認されたMethamphetamine陽性の結果をもって警察に出向いたにもかかわらず、逮捕されなかった事例である。いずれの事例においても、違法薬物の使用が明らかになっているにもかかわらず逮捕されることがなく、措置要件に該当

する精神症状と問題行動が消退した時点で、早々に退院となっている。

こうした曖昧な司法対応の積み重ねが、医療関係者にもたらすものは、「本来であれば、司法処遇にするべき者の犯罪行為を、警察官が見逃したために医療処遇になったのではないか」という憶測である。それは、「今回は違法物質を使っていない者」と、「違法物質を使った者」との境界線を曖昧にし、すべてのISUD患者に対して忌避感情を抱くようになる¹⁸⁾。これとは逆に、刑罰が薬物事犯への再犯抑制につながらないとの認識から、敢えて尿検査を行わないことを推奨するという一部の依存症専門家たちの考え方もある。確かに、「刑の一部執行猶予制度」が確立されていない現状では、逮捕が望ましくないことはわかる。しかし、措置入院の場合、後方転送先は依存症専門病棟ではなく、救急・急性期対応の一般精神科病床であることを忘れてはいけない。精神科医療関係者の中で共通理解が得られていない現状で、敢えて尿検査を行わないことは、その先を請け負う指定病院の忌避感情を徒に増大させ、「すべてのISUD患者を医療の対象から除外し、刑罰に処すべき」という考え方につながってしまうのではないだろうか。

民間の精神科医療機関にとって、措置入院は司法機関が関与する唯一の入院形態であり、公的任務の一部を担うものでもある。このため指定医療機関の立場では、その社会的役割を十分に認識したうえで、この次の支援を行う地域支援機関へ、支援のすべてを丸投げすることないよう、精神科医療が行うべき治療と支援をしっかりと行うべきである。その認識を高めるためにも、司法機関における尿検査を基にした明瞭且つ適正な振り分けは、重要な役目であると考えられた。

4. 指定病院の立場から求められる支援のあり方 - 非逮捕尿検査陰性群

全体のうち約2割は尿検査の結果、違法物質を使用していないことが明らかになった。この結果から言えることは、ISUD患者は全て「違法物質の使用によって精神症状が悪化した」とばかりは言えないということである。特に、事例4は、抱えている精神障害は複数であり、違法物質の使用が契機でない場合でも精神症状が悪化したことが明らかである。このように、非逮捕群の中には支援が難しい患者が多数含まれており、精神症状の悪化が、違法物質の使用であったとは言えない事例については、精神科医療が積極的に引き受ける姿勢が求められる。

欧米では、こうした依存症治療のみでは回復困難な者について「SUD」と「精神健康障害 (Mental Health Disorder)」の双方を併せ持つ者という意味から「併存性障害 (Concurrent Disorder) 以下、『併存性障害』という呼称が用いられ、様々なアセスメントや介入方法が検討されると共に、数多くの報告がなされている (カナダのCentre for Addiction and Mental Health 以下、「CAMH」など)^{2,4,26,30,33,34)}。我が国では、一部の医療観察法病棟や一般精神科病院などにおいて、米国のMATRX MODELを参考に、ワークブックを活用したプログラムを提供する試みが始まっているものの^{12,19,23,35)}、多くはDARCが、望まずして併存性障害も受け入れざるを得ない状況にある¹⁷⁾。しかし、そもそもDARCは、薬物依存症者の回復支援を目的とした自助組織であり、職員は回復者としての視点から依存症回復支援を行う体制をとっているため、種々の精神疾患を対応できる体制ではない¹⁸⁾。当然の如く、彼らの支援のみに頼って併存性障害者の地域定着の安定化を図ることは困難であり、その結果、多くの併存性障害者は、地域を転々としながら措置入院と措置解除同時退院や、逮捕・実刑を繰り返す状況が続いているのではないだろうか。そして、その状況は、精神科救急医療の整備を目的として、精神科救急入院料病棟基準化され、措置入院患者の受け入れ件数が指定病院の増収に関与するようになった

2002年診療報酬改定以降も大きな変化が見られていない⁵⁾。そのため、必然的に個々の現場で社会的責務を感じて、地域支援を行おうとする一部の医療・福祉現場への負担が非常に大きくなっているといえるのではないだろうか⁸⁹⁾。

今後は、我が国でも、「内因性の精神疾患への薬物療法を中心とした治療とリハビリテーション」と「乱用・依存に対する積極的な介入」の双方を精神科医療機関で行う体制と、福祉政策と連動した地域リハビリテーションの継続支援体制が確立され、措置入院となったISUD患者への退院支援として、提供されることが望まれる。

本研究の限界

本研究は、都内の一精神科単科大学附属病院での調査であるため、地域特性の偏りや対象者数が限られているところでの分類に基づく、特徴的な事例への考察であるところに限界がある。また、調査期間が10年間と長く、その間に診断病名の傾向や、尿検査の件数の推移においても変動があるものと思われる。このため、この結果をただちに一般化することはできない。しかし、都内の措置入院患者は、原則として各指定病院に当番日制によりランダムに振り分けられていることから、指定病院であれば、同様の傾向が認められる可能性は高い。また、1995年に行なわれた調査では、薬物関連障害8.0%、1998年に都内一自治体病院で行った別の調査では、覚せい剤精神病が6.7%、同様に2009年の調査で5.9%と、措置入院患者数に占めるISUD患者の割合は、概ね6%~8%で推移していた¹⁴⁾。これらを踏まえると、本調査対象機関におけるISUD約14.0%（465名中85名）という割合は、やや高目ではあるが、概ね同程度の構成比を反映しているものと考えられた。さらに、年間推移から見た尿検査件数の変動と4群間の分布については、別途さらなる調査が必要と考えられた。

ま と め

- 1) 措置入院におけるISUDの支援策を明らかにする目的で、1999年1月1日~2009年12月31日までの10年間に都内の精神科単科大学附属病院に措置入院となった患者、全465名のうち、違法物質使用関連病名の者65名について診療録による後ろ向き調査を行った。
- 2) 退院時に逮捕をされたかされないか（逮捕の有無）と、措置入院前の段階において違法物質使用を確認するための尿検査を行ったか否か（尿検査の有無）と、結果が陽性だったか陰性だったか（尿検査の結果）を基準として、①逮捕群、②非逮捕入院前尿検査未実施群（以下「非逮捕尿検査未実施群」）、③非逮捕入院前尿検査陽性群（以下「非逮捕尿検査陽性群」）、④非逮捕入院前尿検査陰性群（以下「非逮捕尿検査陰性群」）の4群に分類した。
- 3) 逮捕群では、措置診察前に必ず尿検査が行われていた。しかし、全体の概ね1割に、尿検査の結果が陽性であっても逮捕されていない者が存在しており、約4割で尿検査がなされていなかった。ここから、尿中薬物反応が陽性という結果であっても、逮捕される場合とされない場合があり、非逮捕群の中には、本来であれば逮捕群になるはずであった者が混在している可能性が示唆された。一方で、全体のおよそ2割については、尿検査陰性であり、司法介入時に違法物質を使用していないことが示された。
- 4) 逮捕群では、刑の一部執行猶予制度を活用し、社会内処遇によって依存症治療につなげることが望ましい群であるものと考えられた。

- 5) 非逮捕尿検査陽性群・非逮捕尿検査未実施群では、違法物質の使用が曖昧であるため、治療的介入が行いにくい状況が作られてしまっている。その曖昧さが、司法対応を必要としない者も含んだ医療からの排除につながらないためにも、警察官介入の時点で司法の対象であるかどうかを明瞭且つ適正に選別するシステムの早急な構築が望まれる。
- 6) 非逮捕尿検査陰性群では、違法物質使用がなくても再発していることから、指定病院が責任を持って、内因性精神疾患と物質乱用の双方への治療的介入を行い、適切な地域支援機関につなげて退院させることが必要であると考えられた。

執筆にあたり貴重なご助言を頂きました中谷陽二先生と、岩波明先生に深く感謝いたします。なお、本研究は、第6回日本司法精神医学会大会（2010年10月、東京）で行った発表を再考したものである。

文 献

- 1) 合川勇三, 大谷保和, 森田展彰, 梅野 充, 岡田直大, 池田朋広, 梅津 寛, 妹尾栄一, 中谷陽二, 岡崎祐士: 東京都立松沢病院における第2次乱用期と第3次乱用期の覚せい剤関連障害入院患者の差違. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 47(2): 57-67, 2012
- 2) C A MH (Centre for Addiction and Mental Health):
<http://www.camh.ca/en/hospital/Pages/home.aspx>
- 3) 原井宏明, 村上 優, 杠 岳文, 比江島誠人, 遠藤光一, Haning W.F., 内村英幸: 諸外国との比較3年間のまとめ 治療に関するレビュー・北部九州とハワイの物質使用患者の比較. 厚生科学研究補助金医薬安全総合研究事業研究報告書「薬物依存・中毒者のアフターケアに関する研究 平成10～12年度 (主任 内村英幸)」分担報告書, 103-116, 2001
- 4) Health Canada: Best Practices Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders, 2002.
- 5) 平田豊明: 緊急措置入院の全国状況. 精神科救急, 13: 54-57, 2010
- 6) 法務省: http://www.moj.go.jp/keiji1/keiji12_00072.html
- 7) 池田朋広, 秋庭秀紀, 高木のり子, 山本育美, 大坪天平, 森田展彰, 中谷陽二: ソリューションフォーカスト・ブリーフセラピーを活用したアルコール依存症治療・リハビリテーションプログラム - 多職種チームアプローチと自助グループとの連携 -. 臨床精神医学, 38(9): 1305-1314, 2009
- 8) 池田朋広, 森田展彰, 梅野 充, 稲本淳子: 精神病性障害と物質使用障害の併存障害について - 精神病性併存性障害3症例への考察 -. 精神科治療学, 25(5): 573-581, 2010
- 9) 池田朋広, 梅野 充, 森田展彰, 秋庭秀紀, 中谷陽二: 覚せい剤併存性障害への支援のあり方に関する一考察 - 統合失調症支援モデル事例と依存症支援モデル事例との比較から -. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45(2): 92-103, 2010
- 10) 池田朋広, 山田光彦, 井口 喬: 措置入院による覚せい剤精神病患者の実態と処遇に関する研究. 法と精神科臨床, 7(1): 27-35, 2005
- 11) 池田朋広, 山田光彦, 井口 喬: 地域における覚せい剤乱用者の実態と支援に関する研究 - 精神および行動の障害における二重診断例を中心に -. 日本社会精神医学会誌, 14(1): 55-65, 2005
- 12) 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 平林直次, 和田 清: 国立精神・神経医療研究センター病院医療観察法病棟における物質使用障害治療プログラムの開発と効果測定. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45(5): 452-463, 2010
- 13) 平田豊明 (報告書執筆者): 措置入院患者の権利擁護, 退院支援と地域移行に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金 (障害者対策総合研究事業)「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究 (研究代表者 竹島正)」平成21年度～23年度 総合研究報告書. 195-206, 2012

- 14) 小池純子, 森田展彰, 針間博彦, 中谷陽二: 措置入院の現状に関する研究 - 医療観察法施行の影響に着目して -. 精神神経学雑誌, 111(11): 1345-1362, 2009
- 15) 近藤恒夫, 尾田真言: 薬物事犯者に対する新しい刑事政策に関する研究 アパリのダイバージョン・プログラムと米国ドラッグ・コート制度, 厚生労働科学研究費補助金による14年度研究報告書 薬物依存・中毒者の予防, 医療及びアフターケアのモデル化に関する研究: 141-153, 2003
- 16) 小沼杏坪, 小森 榮, 妹尾栄一: ドラッグコート アメリカ刑事司法の再編. 丸善プラネット株式会社, 東京, 2006
- 17) 平井秀幸, 高橋孝司, 梅野 充, 池田朋広, 阿部幸枝, 谷部陽子, 遠藤恵子, 近藤恒夫, 幸田 実, 森田邦雅, 秋本恵一郎: 薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査, 厚生労働省平成19年度障害者保健福祉推進事業補助金事業 平成19年度障害者自立支援調査研究プロジェクト. 特定非営利法人東京ダルク, 東京, 2008
- 18) 倉田健一, 田村達辞, 近藤直樹, 成瀬暢也, 伊豫雅臣, 尾崎 茂, 小沼杏坪: 薬物関連精神障害に関する精神科医の意識調査結果について. 精神科救急, 9: 102-106, 2006
- 19) MATRX Institute on Addictions: <http://www.matrixinstitute.org/index.html>
- 20) 松田 昇, 古川元晴, 柳 俊夫, 本田守弘, 関口新太郎: 新版 覚せい剤犯罪の捜査実務101問(改定). 立花書房, 東京, 2007
- 21) 松本俊彦, 今村美美, 梅野 充, 岡田幸之, 尾崎 茂, 小田雅彦, 上條敦史, 柑本美和, 小林桜児, 津久江亮太郎, 成瀬暢也, 比江島誠人, 吉澤雅弘: 薬物関連精神障害の臨床における司法問題に関する研究. 平成18年度 厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究(主任 和田清)」分担報告書. 241-273, 2007.
- 22) 松本俊彦, 今村扶美: 物質依存を併存する触法精神障害者の治療の現状と課題. 精神科治療学, 24(9): 1061-1067, 2009
- 23) 松本俊彦, 今村扶美, 吉澤雅弘, 平林直次: 物質使用障害を併発した触法精神病例の薬物治療・心理社会治療. 臨床精神薬理, 10: 751-758, 2007
- 24) 松本俊彦: 薬物依存臨床における司法的問題への対応, こころの臨床 a.a.cartel, 29(1)Mar: 113-119, 2010
- 25) 宮永 耕: 薬物依存症者の社会復帰を目的とした制度の重なりに関する研究. 平成23年度 厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究(主任 和田清)」分担報告書. 151-161, 2012.
- 26) 森田展彰: 薬物使用障害とその他の精神障害が併存する事例に対する治療, こころの臨床 a.a.cartel, 29(1)Mar103-106, 2010
- 27) 日本医師会: 医師の職業倫理指針(改訂版).
http://di.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/2008091_1.pdf
- 28) 中谷陽二: 精神障害者の責任能力 法と精神医学の対話. 金剛出版, 東京, 1993
- 29) 中谷陽二, 藤森英之, 岩波 明: 精神障害の難治例及び触法例の臨床経過に関する多面的研究(第2報). 平成5年度 厚生省精神・神経疾患研究委託費研究報告書「治療抵抗性精神障害の成因・病態に関する研究」. 115-120, 1994.
- 30) National Institute of Drug Abuse(NIDA):
<http://www.drugabuse.gov/principles-drug-addiction-treatment>
- 31) 大野直規, 山田和夫, 小阪憲司: 覚せい剤精神病患者からの採尿に関する問題点一刑事司法的観点から-. 神奈川県精神医学会誌, 49: 7-12, 1999
- 32) 精神保健福祉研究会 監修: 改訂第二版 精神保健福祉法詳解. 中央法規, 東京, 201-202, 2002

- 33) Schizophrenia & Substance Use : <http://www.Schizophreniaandsubstanceuse.ca/home/>
- 34) Skinner, W.: Treating Concurrent Disorders : A Guide Counselors. Centre for Addiction and Mental Health, Tronto, 2005
- 35) 高木のり子, 池田朋広, 常岡俊昭: 精神科亜急性期治療病棟におけるアディクションチームの発足と併存性障害治療プログラム(仮称)の試行, 季刊東京精神科病院協会誌, 別冊No.26 : 116-119, 2011
- 36) 武井 満: 医療と司法の狭間の問題をいかに考えるか, 精神科治療学, 16(7) : 663-668, 2001
- 37) 飛田清弘, 松浦 恂, 澤 新: 改訂 覚せい剤事犯とその捜査. 立花書房, 東京, 1992
- 38) 和田 清: 薬物使用に関する全国住民調査. 平成23年度 厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究(主任 和田 清)」分担報告書. 15-95, 2012

物質使用障害と精神病性障害を併せ持つ者への 地域支援策の検討

—薬物依存症リハビリテーション施設への全国調査から—

池田朋広^{1,2)*}, 小池純子^{1,3)}, 幸田 実⁴⁾, 稲本淳子^{1,5)}, 森田展彰⁶⁾

1) 昭和大学医学部精神医学講座

2) 昭和大学附属烏山病院

3) 自治医科大学看護学部

4) 特定非営利活動法人東京ダルク

5) 昭和大学横浜市北部病院

6) 筑波大学医学医療系 社会精神保健学領域

(受付：平成26年7月10日；受理：平成26年10月8日)

Investigation of community support measures for patients with
comorbid substance use disorder and psychotic disorder:
Nationwide survey of Drug Addiction Rehabilitation Centers

Tomohiro IKEDA^{1,2)*}, Junko KOIKE^{1,3)}, Minoru KOUDA⁴⁾,
Atsuko INAMOTO^{1,5)} and Nobuaki MOROTA⁶⁾

- 1) *Department of Psychiatry, Showa University School of Medicine, 6-11-11 Kita Karasuyama, Setagaya, Tokyo 157-8577, Japan*
- 2) *Department of Psychiatry, Showa University Karasuyama Hospital, 6-11-11 Kita Karasuyama, Setagaya, Tokyo 157-8577, Japan*
- 3) *Jichi Medical University, 3311-1 Yakushiji, Shimotsuke-shi, Tochigi-ken 329-0498, Japan*
- 4) *Nonprofit Organization Tokyo Drug Addiction Rehabilitation Center, 3-1-6 Higashinipori, Arakawa-ku, Tokyo 116-0014, Japan*
- 5) *Department of Psychiatry, Showa University Northern Yokohama Hospital, 35-1 Chigasakiyuuou, Tuduki-ku, Yokohama-shi, Kanagawa-ken 224-8503, Japan*
- 6) *Faculty of Medicine, University of Tsukuba, 1-1-1 Tennodai, Tsukuba 305-8575, Japan*

(Received : July 10, 2014 ; Accepted : October 8, 2014)

日本アルコール・薬物医学会雑誌 第49巻 第6号 (平成26年12月刊行) 別刷
Separate-print from Vol. 49 No. 6 of Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence
December 2014

原著

物質使用障害と精神病性障害を併せ持つ者への
地域支援策の検討

—薬物依存症リハビリテーション施設への全国調査から—

池田朋広^{1,2)*}, 小池純子^{1,3)}, 幸田 実⁴⁾, 稲本淳子^{1,5)}, 森田展彰⁶⁾

- 1) 昭和大学医学部精神医学講座
- 2) 昭和大学附属烏山病院
- 3) 自治医科大学看護学部
- 4) 特定非営利活動法人東京ダルク
- 5) 昭和大学横浜市北部病院
- 6) 筑波大学医学医療系 社会精神保健学領域

(受付：平成26年7月10日；受理：平成26年10月8日)

Investigation of community support measures for patients with
comorbid substance use disorder and psychotic disorder:
Nationwide survey of Drug Addiction Rehabilitation Centers

Tomohiro IKEDA^{1,2)*}, Junko KOIKE^{1,3)}, Minoru KOUDA⁴⁾,
Atsuko INAMOTO^{1,5)} and Nobuaki MOROTA⁶⁾

- 1) *Department of Psychiatry, Showa University School of Medicine, 6-11-11 Kita Karasuyama, Setagaya, Tokyo 157-8577, Japan*
- 2) *Department of Psychiatry, Showa University Karasuyama Hospital, 6-11-11 Kita Karasuyama, Setagaya, Tokyo 157-8577, Japan*
- 3) *Jichi Medical University, 3311-1 Yakushiji, Shimotsuke-shi, Tochigi-ken 329-0498, Japan*
- 4) *Nonprofit Organization Tokyo Drug Addiction Rehabilitation Center, 3-1-6 Higashinippori, Arakawa-ku, Tokyo 116-0014, Japan*
- 5) *Department of Psychiatry, Showa University Northern Yokohama Hospital, 35-1 Chigasakiyuuou, Tuduki-ku, Yokohama-shi, Kanagawa-ken 224-8503, Japan*
- 6) *Faculty of Medicine, University of Tsukuba, 1-1-1 Tennodai, Tsukuba 305-8575, Japan*

(Received : July 10, 2014 ; Accepted : October 8, 2014)

* 責任著者：池田朋広，昭和大学医学部精神医学講座 〒157-8577 東京都世田谷区北烏山6-11-11
mail: tikedac@med.showa-u.ac.jp

Summary

In psychiatric care practice, patients are often seen who have difficulty with their social lives due to protracted psychiatric symptoms despite years without drug abuse. The difficulty of dealing with such cases and the lack of preparedness of the legal system leave circumstantial care as the only option. Western countries have recently begun using the name 'concurrent disorder' as a diagnosis for patients deemed unable to recover solely through such treatment for drug addiction, signifying the presence of both a substance use disorder (SUD) and a mental health disorder. Various assessment and intervention methods are being investigated, and many studies have been reported. Based on the hypothesis that Drug Addiction Rehabilitation Center (DARC) are partly involved in supporting those with psychotic concurrent disorders (PSCD) in Japan, we conducted a survey to clarify the actual support for PSCD patients at DARC and the challenges they face.

Surveys were administered to DARC-related institutions all over Japan (44 governing organizations and 66 institutions). Complete responses from 86 full-time employees and 445 DARC users were analyzed. DARC users were divided into two groups: psychiatric concurrent disorders (PSCD group, n=178) and those without such symptoms (SUD group, n=267), with the PSCD group accounting for 40% of the DARC users surveyed. Compared to the SUD group, the PSCD group was significantly less satisfied with their lifestyle and interpersonal relations at the DARC and a significantly higher proportion of the PSCD group requested assistance in communicating with others. When employees were presented with a hypothetical PSCD case and asked what was needed to deal with it, some responses were, "an institution that can treat both drug addiction and other mental health disorders," "a psychiatric care institution that provides 24-hour care," and "sufficient manpower and training." In the future, a treatment system must be established based on public medical institutions with a dedicated PSCD program that can provide medical care under legal observation.

Key word: drug addiction, concurrent disorder, drug addiction rehabilitation center(DARC), halfway house for psychiatric rehabilitation

物質依存, 併存性障害, DARC, 精神障害者社会復帰施設

はじめに

我が国における違法薬物乱用・依存症者への支援は、Drug Addiction Rehabilitation Center (以下、DARC) などの自助組織が主にその中心的役割を担ってきた。DARCは、東京をはじめとして全国各地に開設され、長年に渡る薬物依存症者への回復支援の実績をもっている団体である。一方、精神科医療の現場では、依存性物質の使用を中止した後にも遷延する精神症状により社会生活が困難となっている者を多く見受けるが、その対応の困難さから、多くの治療支援機関が、対応できていないという状況がある¹⁾。欧米では、こうした依存症治療のみでは回復困難な者について「物質使用障害 (Substance use Disorder) 以下『SUD』」と「精神健

康障害 (Mental Health Disorder) 以下, 『MHD』の双方を併せ持つ者という意味から「併存性障害 (Concurrent Disorder) 以下, 『CD』という呼称が用いられ, 様々なアセスメントや介入方法が検討されると共に, 数多くの報告がなされている^{6,9)}. 我が国でもこうした一群について「覚せい剤精神病残遺性障害」「重複障害 (二重診断例)」として, 統合失調症との病像の異同等など主に診断に関して多くの研究がなされてきた^{9,10)}. しかし, 具体的治療・支援方法に関する研究や実践報告は少なく, 支援方法も確立されるに至っていない.

そこで, 本研究では, CDの中でも, 特にSUDと幻覚・妄想などの「Psychotic Disorders (精神病性障害) 以下, 『PSD』を併せ持つ事例を「精神病性併存性障害 (Psychotic Concurrent Disorders) 以下, 『PSCD』と定義し, DARCにおけるPSCDへの支援の実態を明らかにすると共に, PSCDに対する望ましい支援体制のあり方を検討することを主な目的として調査を行った. 精神病症状と物質使用の問題がある場合, 厳密な診断としては, 元来のPSDの上に物質使用が重なっているのか, あくまで物質使用の結果としてPSDが生じているのかについて検討することが求められる. しかし, CDの概念は, 支援の観点から重複した問題を抱えた事例の治療・支援を考える上での枠組みとして用いられており, 本研究でも同様の観点をCDの概念を用いる. PSDに加え摂食障害, 発達障害, 人格障害などがさらに併存する場合もあるが, そうした事例も排除せずに重複する問題をどのように支援プランに反映させるかを検討することとした^{8,11)}.

本研究は, 今後我が国におけるPSCDへの支援方法を検討するための基礎的な研究として, 意義を有するものと考えられたので報告する.

対象と方法

本研究は, 東京DARCが中心となり, 2008年1月~4月に, 全国DARCの関連施設 (運営団体44カ所・施設66カ所) の利用者 (通所・入所者) と職員に対し郵送自記式質問紙法による調査を実施した際のデータを再分析したものである.

調査に同意した①入・通所利用者548名の回答のうち白紙等の回答を除く445名の回答 (有効回答率86.3%) と, ②職員86名 (有効回答率100%) を分析対象とした.

利用者調査では, 精神病症状の評価として「統合失調症セルフチェック 35項目」¹²⁾を参考に, ①「なぜか考えていることが人に伝わってしまう」, ②「あたりの様子が異様に感じる」, ③「まわりの人が自分を避けたり自分の悪口を言っているように思う」の3項目を作成した上で, a)「生活に支障をきたすくらい強く感じる」b)「気になってDARCプログラムに集中できない」c)「気にはなるが生活やプログラムには支障はない」d)「そのような感覚はない」の4件法による回答を求め, 「そのような感覚はない」以外のすべての回答を「精神症状あり」とした. そして3項目中1項目でも「精神症状あり」の遷延期間が1ヶ月を越えた者を「PSCD」と仮定し, 「SUD群」と「PSCD群」との2群に分類した. この2群間比較で, 薬物使用状況, 医療・福祉における治療状況, 施設での適応, 生活や就労状況など社会生活において抱える問題点を中心に質問した. 統計学的検討に際しては, 間隔尺度もしくは比例尺度の平均の差の検定には, t検定を, 名義尺度の検定には, χ^2 検定, 順序尺度の検定には, Mann-WhitneyのU検定を用いた. 解析にはIBM SPSS Statistics version 19.0を用いた. 両側検定にて有意水準は5%もしくは1%とし, $p < 0.05$ もしくは $p < 0.01$ を有意差ありとした.

職員調査では, 基本情報, 当事者であるかの有無, 専門職資格の有無, 治療・支援の経験,

業務内容（25項目中複数回答可）、および仕事上の問題などを調査することで、DARC職員の特徴を示した上で、仮想PSCD事例への支援に関し、事例において予想される困難、支援のあり方、DARC受け入れの条件について4件法を用いて質問した。

なお、倫理的配慮としては、東京DARCにおける調査の段階で、回答は自由であること、回答を拒否しても不利益を被らないこと、アンケートは匿名であり個人情報を守られることなどの説明を文書で行い、アンケートの返送をもって了承を確認するという手順で同意を得て調査を行っている。筆頭執筆者は、この東京DARCの調査において質問紙作成に参加したうえで、この度アンケートについて入力された無記名のデータを東京DARCの了承を得て再分析を施行したものである¹⁹⁾。

データ使用に関する倫理的配慮については、筑波大学人間総合科学研究倫理委員会及び昭和大学附属烏山病院IRBの承認を得た。

結 果

1. SUDにおけるPSDの併存率

SUDにおけるPSDの併存率は、40%であった。

2. SUDとPSCDの比較

1) 人口統計学的変数

性別では、445名（男性89.2%、女性9.9%）で、両群間に有意差はなかった（ $p=0.809$ ）。調査時平均年齢は37.2標準偏差9.9歳、SUD群の平均は38.3標準偏差9.9歳、PSCD群の平均は36.0標準偏差10.7歳で、PSCD群が有意差に若かった（ t 検定による、 $p=0.024$ ）。

その他の人口統計学的変数に関する両群の比較を表1に示した。このうち、最終学歴では、両群間に有意差はないものの、全体的に高校卒業までの者が多く、低学歴傾向が見受けられた。婚姻歴では、SUD群の既婚・未婚者に対する離婚者の割合が多かった。経済基盤では、「障害年金」の項目についてのみPSCD群の方が多い傾向が見受けられた。その他の就労、現在の暮らし方、経済的基盤（家族親族からの金銭的支援、自身の預貯金、生活保護）に有意な差は認められなかった（表1）。

2) 物質使用状況

物質使用に関連する期間や年齢、使用薬物の種類について両群を比較し、表2に示した。「使用経験のある薬物の種類」「週1回以上の頻度での使用」では、有意な差は認められなかった。また、物質初回使用年齢に有意な差は認められなかったが、物質使用をやめたいと思った年齢は、PSCDの方が有意に若かった（表2）。

3) 逮捕・服役経験

「物質使用を理由とする逮捕や補導の経験」「刑務所入所経験」に関する比較を、表3に示した。両群間に有意差はなかった（表3）。

4) DARC・自助グループの活用状況

「自助グループの参加状況」「DARCの紹介者」「NAの紹介者」に関する比較を表4に示した。両群間に有意差はなかったが、全体として週4回以上の参加が多く、親族・知人等や、精神科医療・保健・福祉関係者からの紹介で、DARCやNAにつながった者が多く見受けられた（表4）。

表1 SUDとPSCDにおける人口統計学的変数の比較

		SUD		PSCD		P 値
		度数 (N=267)	平均値	度数 (N=178)	平均値	
性別	男	237	88.8%	160	89.9%	0.809
	女	28	10.5%	16	9.0%	
	無回答	2	0.7%	2	1.1%	
学歴	中学卒業	42	15.7%	33	18.5%	0.110
	高校卒業	84	31.5%	58	32.6%	
	その他専門学校など卒業	39	14.6%	25	14.0%	
	大学卒業以上	29	10.9%	22	12.4%	
	無回答	73	27.3%	40	22.4%	
結婚	結婚している	10	3.7%	10	5.6%	0.004
	過去に結婚していたが別れた	100	37.5%	39	21.9%	
	結婚したことはない	155	58.1%	125	70.3%	
	無回答	2	0.7%	4	2.2%	
就労	就労	40	15.0%	17	9.6%	0.243
	無職	208	78.0%	147	82.6%	
	無回答	19	7.0%	14	7.8%	
現在の暮らし方	DARCに入寮中	220	82.4%	147	82.6%	0.746
	DARCに通所中	33	12.4%	18	10.1%	
	その他	3	1.1%	3	1.7%	
	無回答	11	4.1%	10	5.6%	
経済的基盤 (複数回答)	家族・親族からの金銭的支援	73	27.3%	50	28.1%	0.473
	あなた自身の預貯金	7	2.6%	4	2.2%	
	生活保護	168	62.9%	111	62.4%	
	障害年金	5	1.9%	8	4.5%	
		度数 (N=263)	平均値 (標準偏差)	度数 (N=175)	平均値 (標準偏差)	P 値
調査時年齢 (歳)		263	38.3% (9.9)	175	36.0% (10.7)	0.024

- ・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。
- ・年齢については、t検定を用いた。

5) 精神科治療・支援に関する要因の比較

精神科医療機関における治療・支援に関する要因の比較を、表5に示した。PSCD群において、有意に現在精神科での診療を受け、精神保健福祉手帳を取得し、処方薬を服用していることがわかった。「精神科・神経科に対して最も期待すること(複数回答可能)」では、PSCD群において「処方薬による治療」のみで有意に多いことがわかった。また、PSCD群の方が、「精神科初診年齢(歳)」も「精神科初回入院時年齢(歳)」も若かった(表5)。

6) 生活満足度

PSCD群は、DARCでの生活上において、「DARCでの生活全般」「DARC職員との関係」

表2 SUDとPSCDにおける物質使用状況および断薬期間の比較

	SUD		PSCD		P 値	
	度数 (N=267)	%	度数 (N=178)	%		
使用経験のある薬物の種類	アルコール	241	90.3%	155	87.1%	0.562
	有機溶剤	152	56.9%	103	57.9%	0.522
	大麻	145	54.3%	112	62.9%	0.116
	覚醒剤	184	68.9%	119	66.9%	0.753
	睡眠薬・安定剤	168	62.9%	123	69.1%	0.314
	咳止め	75	28.1%	58	32.6%	0.491
	週1回以上の頻度での使用	アルコール	189	70.8%	124	69.7%
有機溶剤		103	38.6%	79	44.4%	0.411
大麻		67	25.1%	57	32.0%	0.102
覚醒剤		149	55.8%	90	50.6%	0.386
睡眠薬・安定剤		126	47.2%	101	56.7%	0.090
咳止め		40	15.0%	28	15.7%	0.572
断薬期間		1年未満	52	12.5%	30	80.5%
	1年より長期	215	16.9%	148	83.1%	
	度数 (N=267)	平均値 (標準偏差)	度数 (N=178)	平均値 (標準偏差)	P 値	
物質初回使用年齢 (歳)	235	17.8 (5.3) 歳	164	17.4 (5.5)	0.500	
物質使用をやめたいと思っ た年齢 (歳)	257	36.2 (21.3) 歳	172	32.6 (16.4) 歳	0.049	

- ・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定（両側検定）を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。
- ・年齢については、t検定を用いた。

表3 SUDとPSCDにおける逮捕・服役歴の比較

	SUD		PSCD		P 値	
	度数 (N=267)	%	度数 (N=178)	%		
物質使用を理由とする逮捕や補導の 経験	あり	193	72.3%	128	71.9%	0.124
	なし	65	24.3%	49	27.5%	
	無回答	9	0.6%	1	2.2%	
刑務所入所経験	あり	109	40.8%	62	34.8%	0.437
	なし	148	55.4%	108	60.7%	
	無回答	10	3.7%	8	4.5%	

- ・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定（両側検定）を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。
- ・年齢については、t検定を用いた。

表4 SUDとPSCDにおけるダルク及び自助グループの利用状況に関する比較

		SUD		PSCD		P値
		度数 (N=267)	%	度数 (N=178)	%	
自助グループ 参加状況	3回以下	24	9.0%	15	8.4%	1.0
	4回以上	232	86.9%	156	87.6%	
	無回答	11	4.1%	7	3.9%	
		SUD		PSCD		P値
		度数 (N=267)	%	度数 (N=178)	%	
DARCの 紹介者	親族・知人等	107	40.1%	67	37.6	0.163
	精神科医療・保健福祉関係者	105	39.3%	73	41.0%	
	司法機関関係者	14	5.2%	18	10.1%	
	依存症支援関係者	24	9.0%	15	8.4%	
	その他	17	6.4%	5	2.8%	
NAの紹介者	親族・知人等	30	40.1%	21	37.6	0.412
	精神科医療・保健福祉関係者	44	39.3%	35	41.0%	
	司法機関関係者	0	5.2%	2	10.1%	
	依存症支援関係者	4	9.0%	1	8.4%	
	その他	3	6.4%	3	2.8%	
	無回答	216	43.4%	116	56.6%	

・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定（両側検定）を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。
 ・年齢については、t検定を用いた。

「DARCでの他のメンバーとの関係」「健康状態」「余暇の過ごし方」に関して有意に低い満足度であることがわかった。また、「家族との関係」に関して、有意傾向がみられた（図1）。

7) ダルクへのニーズ

PSCD群は、DARCに充実してもらいたいサービスとして「対人関係のスキルのトレーニング」「家事援助」「仲間とのふれあいの場」「福祉就労の紹介」に関して、有意に高い希望を持っていることがわかった。また、「就職活動時のサポート」「移送サービス」「配食サービス」「低家賃住宅」「心理カウンセリング」「一般就労の紹介」においても、有意傾向が見られた（図2）。

3. 職員調査

1) DARC職員の特徴

調査時現在での全国DARCの職員は、86名（男性86.0%、女性14.0%）、調査時平均年齢は、41.2標準偏差8.4歳であった。「依存症当事者である」97.7%「依存症当事者ではない」2.3%、専門資格・免許「なし」94%、「看護師」「ホームヘルパー」各々2%ずつ、「精神保健福祉士」1%と、そのほとんどが資格のない依存症当事者であった。現在の断薬継続期間（クリーンタイム）は、平均17.9標準偏差32.1ヶ月、職員になるまでの断薬継続期間は、平均40.0標準偏差

表5 SUDとPSCDにおける精神科治療・支援に関する要因の比較

		SUD		PSCD		P値
		度数 (N=267)	%	度数 (N=178)	%	
精神科・神経科の 診療	受けている	165	67.3%	139	82.7%	0.000
	受けていない	80	32.7%	29	17.3%	
	無回答	22	8.2%	10	5.6%	
精神科・神経科の 受診経験	受けたことがある	234	87.6%	166	93.3%	0.104
	受けたことはない	26	9.7%	11	6.2%	
	無回答	7	2.6%	1	0.6%	
精神科・神経科 入院経験	あり	191	81.6%	130	78.3%	0.703
	なし	41	17.5%	34	20.5%	
	無回答	2	0.9%	2	1.2%	
精神保健福祉手帳	持っている	44	17.0%	57	32.2%	0.000
	持っていない	215	83.0%	120	67.8%	
	無回答	8	3.0%	1	0.6%	
精神科の処方薬の 服用状況	現在服用	131	51.6%	114	65.9%	0.010
	以前服用	84	33.1%	37	21.4%	
	服用したことはない	39	15.4%	22	12.7%	
	無回答	13	4.9%	5	2.8%	
精神科・神経科に 対して最も期待す ること (複数回答可能)	解毒治療	134	50.2%	80	44.9%	0.162
	処方薬による治療	92	34.5%	82	46.1%	0.009
	依存症の回復プログラム	140	52.4%	85	47.8%	0.192
	心理カウンセリング	142	53.2%	103	57.9%	0.191
	家族への助言や支援	72	27.0%	58	32.6%	0.121
		度数 (N=267)	平均値 (標準偏差)	度数 (N=178)	平均値 (標準偏差)	P値
精神科初診年齢 (歳)		232	28.1% (9.1)	165	25.7% (9.0)	0.010
精神科初回入院時 年齢(歳)		190	28.9% (9.3)	129	26.8% (8.3)	0.039

- ・分割表において、期待値が5以下のセルが全体のセルの20%以上あるか、期待値が1以下のセルが1つでもある場合はFisherの正確確率検定(両側検定)を行った。これ以外の場合は χ^2 乗検定を行った。
- ・年齢については、t検定を用いた。

0.0ヶ月であった。また、職員になるまでの治療・支援の経験については、DARCプログラム経験「あり」89.3%「なし」10.7%、依存症専門病棟治療プログラム経験「あり」47.6%「なし」51.2%、矯正施設での薬物教育「あり」22.6%「なし」77.4%であった。主な業務内容は、「利用者への個別支援(90.7%)」「家族との調整(82.6%)」「利用者の入・退院/通院のサポート(81.4%)」が多く、相談業務や直接支援が中心であることがわかった。負担を感じる業務では、「事務一般(34.9%)」「会計(30.2%)」が多い一方で、得意な業務としては、「刑務所へのメッ

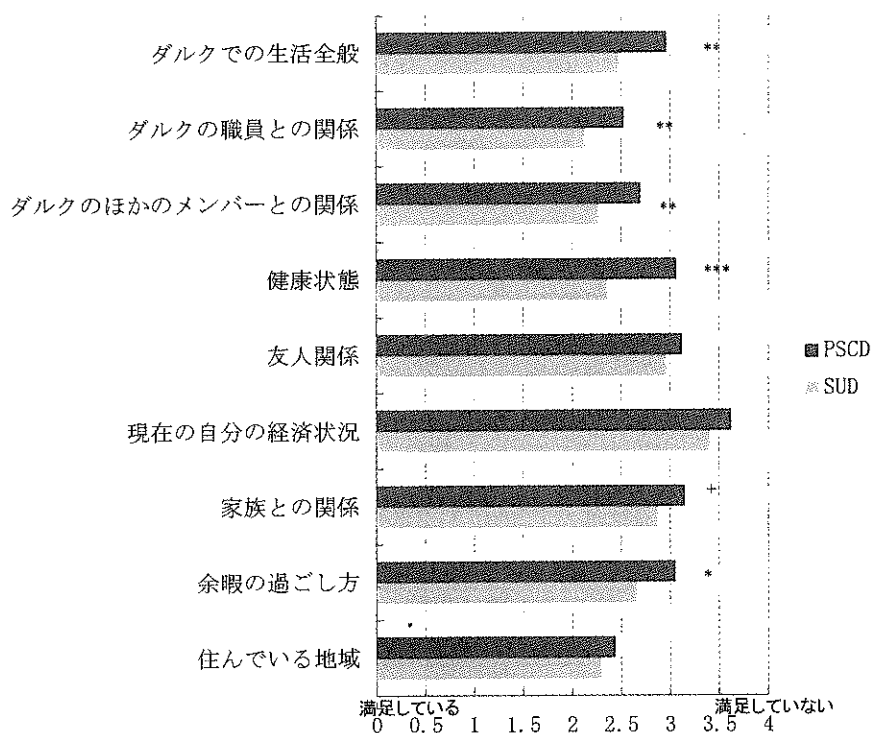


図1 SUDとPSCDにおけるDARCでの生活満足度
Mann-WhitneyのU検定, +: $P < 0.10$, *: $P < 0.05$, **: $P < 0.01$, ***: $P < 0.001$

セージ (25.6%)」「ミーティングの司会 (20.9%)」といった、回復者だからこそできる業務であることがわかった。仕事上の問題として「利用者の施設内での暴力に1回以上巻き込まれたことがある (51.2%)」「勤務時間外に事件・事故によって1回以上呼び出された (71.2%)」「勤務の継続が困難なくらい精神的に消耗したことが1回以上ある者 (68.6%)」とストレスフルな勤務実態が見受けられた。

2) ダルク職員による併存性障害への支援上の課題

仮想PSCD事例を提示し、その支援に関して回答を求めた。

事例：24歳男性 父は覚せい剤依存症で、母は統合失調症である。出生直後より乳児院へ入所。2歳から16歳時まで兄と共に養護施設にて育つ。13歳頃から素行不良で、18歳時に覚せい剤を初回使用。その後職を転々とし、覚せい剤・シンナー・LSD・大麻を乱用。21歳時、コンビニで意味不明のことを言って暴れたため、精神科病院へ措置入院となる。退院後通院を中断し、不安感が高まり抑うつ状態となり、薬物を使用し錯乱状態となったため、2回目の入院となる。薬物療法（投薬治療）を行った結果、1ヶ月で状態は安定し日中の生活は穏やかに過ごすようになったが、幻聴及び妄想は消失せず。職員が尋ねると「おなかの中から男の声がする」「目をつぶっていても全部の景色がみえる」という奇妙な内容の話をする。また、話の内容が噛み合わないなど、コミュニケーションに関し、若干の障害が残っている。今後も継続的な服薬は必要であるが、精神状態はいたって安定しているため近日中に退院の予定である。退院後はDARCへの入所を本人が希望しており、検討中である。

仮想PSCD事例への支援上の課題に関する質問の結果から、「あてはまる」「ややあてはまる」

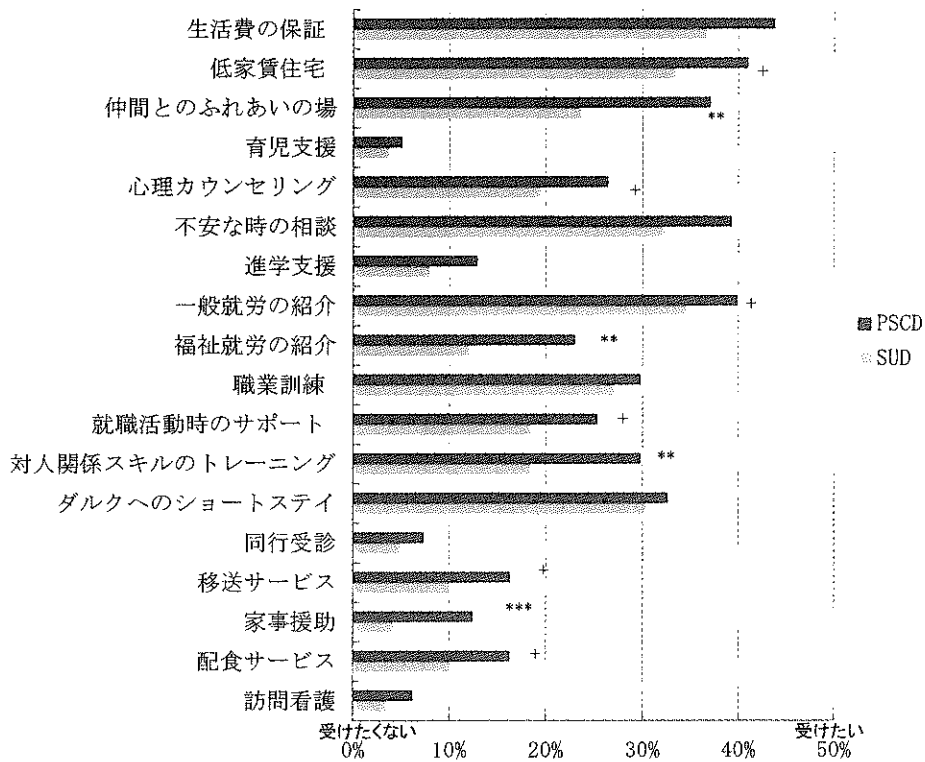


図2 SUDとPSCDにおけるDARCに充実してもらいたいサービス
 Pearsonの χ^2 二乗検定, +: P<0.10, *: P<0.05, **: P<0.01, ***: P<0.001

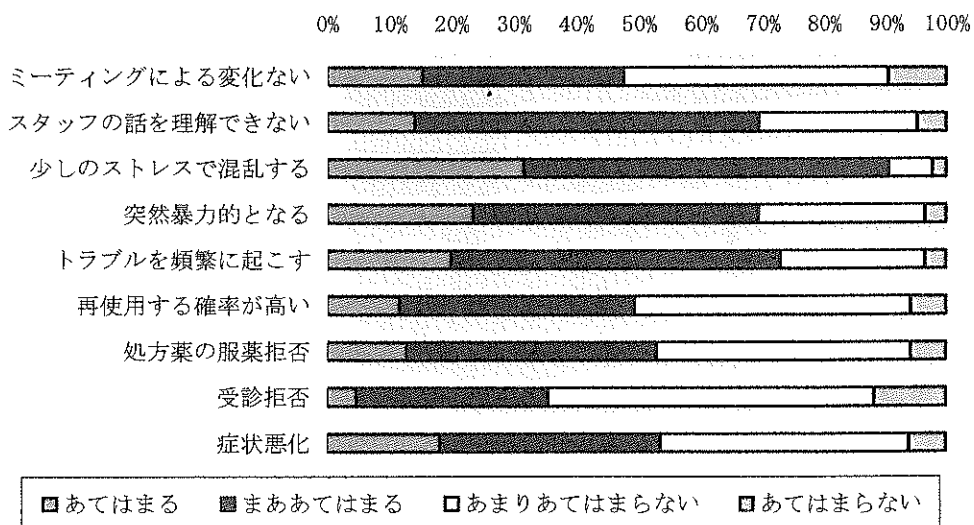


図3 DARC職員による事例において予想される困難

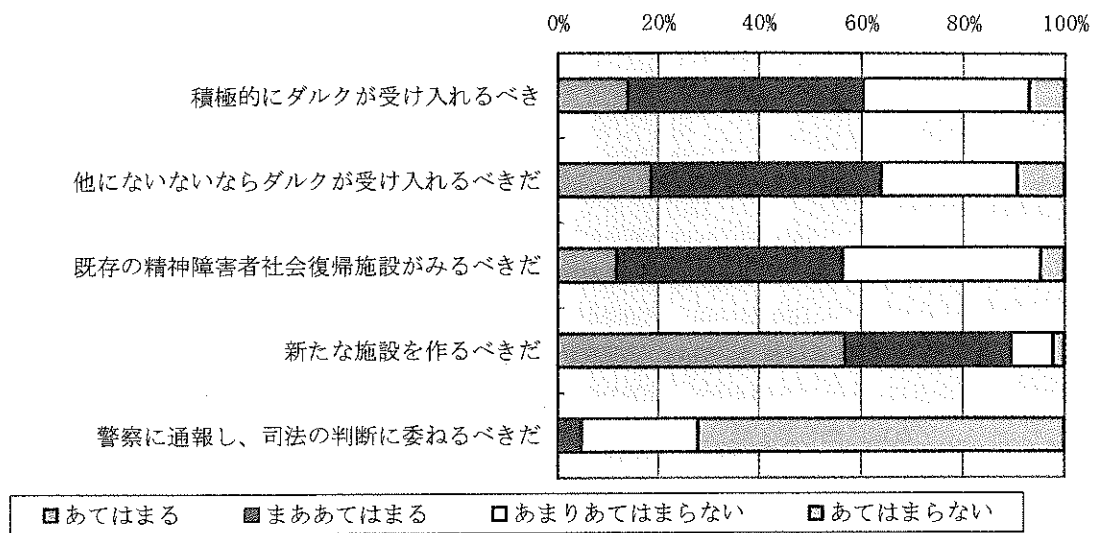


図4 DARC職員からみた事例への支援のあり方

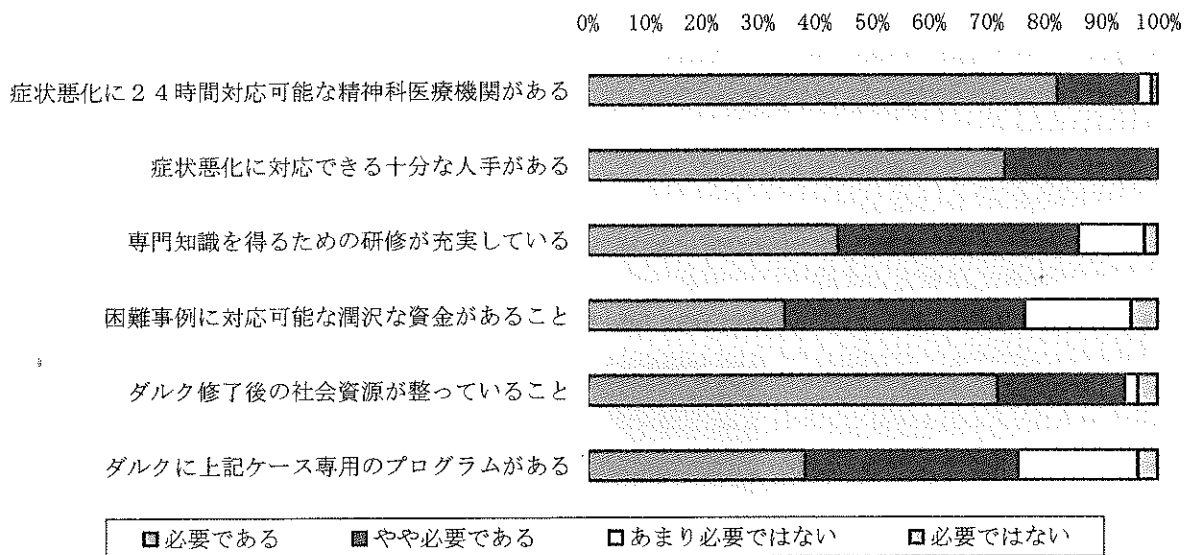


図5 この事例へのDARC受け入れの条件

を合わせると、「スタッフの話を理解できない (68.7%)」「少しのストレスで混乱する (89.5%)」「突然暴力的となる (68.6%)」「トラブルを頻繁に起こす (72.1%)」といったことに困難を感じている一方で、「薬物を再使用する確率が高い」という項目については、「あまりあてはまらない」という回答が44.2%と高く、DARCにおけるこうしたPSCD事例については、薬物の再使用よりも、精神症状の再燃が危惧されている傾向が伺えた (図3)。

また、DARCがこうした事例を受け入れる条件整備としては、「必要である」「やや必要である」を合わせると、「症状悪化に24時間対応可能な精神科医療機関との連携 (96.6%)」「状態

悪化に対応できる十分な人手（100%）」との回答が多かった。また、「専門知識を得るための研修（86.1%）」や「DARC終了後の社会資源（94.2%）」についても求められていた（図4）。刑務所や精神障害者社会復帰施設などの既存の施設への入所よりも、「依存症と他の精神障害との両方の対応が可能な新たな施設を作るべき」との回答が、賛成とやや賛成を合わせて89.6%であり、その支援の難しさを表す結果であった（図5）。

考 察

1. DARCにおけるPSCDの割合

利用者の精神症状の発生率では、約40%がPSCDであり、DARCが多くのPSCDを受け入れている状況が推測された。DARCでは、放火や殺人歴など、施設の安全面への問題点が顕著な場合や、自殺企図の可能性が明らかに高いなどといった精神疾患が際立って重篤な場合を除いては、入寮に際して断ることは少ない。伝統的には治療薬の服用を継続している者は、除外されることもあったが、現在は受け入れられるようになってきている。特に、地方のDARCにはMHDとの合併症を持つ者が多く、彼らは通常のプログラムの期間を終えた後も社会復帰が出来ず、そのまま施設に残留してしまう。その数は、年々増加の一途を辿っているといわれている^{13,14)}。

精神医学的診断に関して言うと、DSMを基準とした物質使用障害者を対象とした調査において、物質関連障害以外の精神疾患を、最近30日以前に発症している場合が、全体の4分の3近くに及ぶという結果がでている。診断名では、恐怖症、全般性不安、心理的な機能不全、反社会的な人格障害の頻度が高いとされる⁹⁾。本調査においても、現在精神科での診療を受け、精神保健福祉手帳を取得し、障害年金を受給し、処方薬を服用している者が、PSCD群に有意に多いという結果が示されており、今回用いた分類が一定の信頼性を有していることの裏づけになっているといえよう。

とは言え、本研究では、操作的にPSCDを定義したため、この結果をもってPSCDの発生について論旨を広げることができないが、少なくとも、幾人かの利用者がSUDのみを理由としてDARCを利用しているのではないことが伺える結果であったといえる。

2. DARCにおけるPSCDへの支援実態と望ましい支援のあり方

DARCは、事実上ほかに支援先がないためにこうしたPSCD事例も受け入れざるを得ない状況となっていた。その結果、DARCにおけるPSCDの多くは、DARCでの生活や人間関係に不満を抱え、居心地の悪さを感じており、コミュニケーションに関する支援や日常生活支援が求められていた。これは、むしろ統合失調症患者特有のニーズに近い。DARCが行うべき支援は、断薬であり、依存症からの脱却である。そういった背景の施設に、ある意味まったく間逆の対応ともいえる処方薬の服用が必要なPSCDを受け入れざるを得ない状況になってきたことを考えると、PSCDにとっては居場所となりづらい状況があることは、ある意味自然なことと言えよう。依存症支援の枠では対応しきれない部分が、まさにニーズとして表れていると考えられる。繰り返すようだが、従来DARCは薬物依存症者の支援施設である。依存症者の回復支援に焦点を当てた支援がなされて当然であると言える。

そこで、現状に対する対策を検討したい。まず、服薬管理との関連も含めた精神科訪問看護による服薬指導や、一般精神障害者を対象としたホームヘルプ事業の活用、就労継続支援事業

所や地域活動支援センターとの連携など、いわゆる一般的な精神障害者への支援で活用される様々な社会資源の活用や、関連機関との連携における工夫が求められよう¹⁵⁾。また、施設内での対応についてもSUDのみの利用者とは違った関わり方が求められると言った点では、注意が必要であり、精神保健に従事している専門職との連携が重要となってくる。さらに、自助グループ利用に関してもSUDのみの利用者とは、違ったアプローチの検討が必要とされる。本調査においては、PSCDがNAに参加できていない状況はみうけられなかったが、これはPSCDが現状のNAにつながりやすいと考えるよりも、むしろDARCが入所者をNAへ繋げる支援に関し、蓄積された経験による高い技術を持っていると解釈する方が妥当であろう。欧米では、CDがNAに参加するにあたり、事前に認知行動療法を用いたグループ教育やSocial Skills Trainingを導入し、参加にあたってのコミュニケーション能力の向上を図ることを第1段階とし、自助グループ参加の段階に至ったら、援助者がNAに同行するところから徐々にグループに慣らしていく「Professionally Assisted Pre-NA Group」と呼ばれる方法が用いられている¹⁶⁾。さらに、NAの12ステップをCDに即した形に修正した「Double Trouble in Recovery (DTR)」と呼ばれるものを活用したグループも存在するなど、臨床における様々な工夫がなされている¹⁷⁾。今後は、精神科医療機関におけるMATRIXを参考にした認知行動療法プログラムによる介入と並行して、こうした改良型の12ステップミーティングの発展も望まれる¹⁸⁾²¹⁾。

このように、PSCDへの支援に関しては、依存症支援の知識と経験を基礎としつつ、統合失調症支援も参考にした支援のあり方を検討する必要がある。今後、そうした支援を、どのようにしてDARCという薬物依存症者回復支援施設に組み入れて行けばよいのかについて、多くの薬物依存症者を支援してきた経験を持つDARC職員と、精神保健福祉の専門家の間で更なる検討の必要性があるものと考えられた。

3. PSCDへの支援に関する連携体制と教育支援体制

本調査においては、職員はPSCDへの対応に苦慮しており、精神保健の専門知識の研修や連携医療機関などの必要性を感じていた。また、PSCDの支援に関しては、DARC以外で依存症と他の精神障害との両方の対応が可能な新たな施設を作るべきとの回答が多数を占めた。確かに、DARCにおいて統合失調症支援をも兼ね備えたPSCD専門の支援を求めるのは、DARC職員にとって大きな負担である。ましてや、DARCに協力してくれる精神科医療機関や、精神保健福祉支援機関が極端に少ない現状では、大きな不安を抱えながらPSCDへの支援を行っていることであろう。現状では、仮にDARCでの支援開始から6ヶ月以上薬物使用の問題がなく、併存する他の精神障害の問題の方が際立っていたとした場合でも、「薬物依存症者」のレッテルを貼られたクライアントを、次に受け入れてくれる施設・機関は皆無に等しく、結局、支援のあり方の見直しを行ったところで、DARCで継続して見て行くしか方法がない。また、PSCDのクライアント自身の立場に立てば、自らの障害特性に合わないプログラムを無理に続けなければならないことは、すなわち失敗体験を積み重ねていくこととなる。その結果として、彼らの自己肯定感の低下を招いてしまい、ドロップアウトしてしまうという負の連鎖が生じることになる。

DARCでの対応困難な事例をまとめると、以下ようになる。統合失調症との合併例で強固な妄想のある者や暴力の問題がある者や、パーソナリティ障害・発達障害のある者。また、職員が付きっきりになってしまうので、うつ症状の重い者や、希死念慮の強い者についても難しい。さらに別の視点からは、ミーティングやグループセッションの効果が感じられない、い

いわゆる「DARCプログラムに乗れないクライアント」もDARCでの対応は難しいとされている。本来であれば、こうした多種多様なCDを受け入れるべき中心の機関は、精神科医療機関であり、法的支援体制が整備された公的機関による精神障害者社会復帰施設であるのではないだろうか。そういった意味では、こうした機関に所属する精神保健に携わる専門職は、PSCDの支援をDARC任せにするのではなく、DARCの活動をより深く理解し、もっときちんとDARC職員たちの声を聞き、相互補完的に技術を活用し合いながら、PSCDの支援に対し、積極的に取り組む姿勢が求められよう。

一方で、職員調査では、DARC職員のほとんどが薬物依存症当事者であり、専門の資格を持たない者であった。これは依存症への回復を目的とした支援を行うには最も有効な支援体制であるといえるものの、精神保健福祉とリハビリテーション等の専門的知識が不足していることは否めない。その点では、DARC職員への精神保健福祉等に関する教育体制の整備についても検討の余地があるだろう。単純に考えると、国家資格である看護師や精神保健福祉士の資格をもつDARC職員が増えることが最も望ましいように思われる。しかし、資格取得には、費用も時間もかかるものである。DARC職員の専門資格取得への学資助成制度や、国庫負担による研修体制の整備など、DARC職員が、PSCDを支援するにあたって必要な精神保健福祉に関する知識を修得しやすくするための体制整備も、併せて行うことが重要であろう。

今後は、こうした諸問題を払拭すべく、2013年6月に可決された「刑の一部執行猶予制度を含む改正刑法と関連法改正及び、公布から3年以内の施行」を踏まえた、司法観察下における医療的対応が可能な、PSCD専門プログラムを持つ公的医療施設による治療体制の確立が求められる^{15,22)}。

結 論

我が国では、併存性障害支援の一端をDARCが担っているという仮説に基づき、「物質使用障害に精神病性障害を併せ持つ併存性障害（PSCD）」の、DARCにおける支援の実態と課題を明らかにすると共に、PSCDに対する望ましい支援体制のあり方を検討することを主な目的として、調査を行った。全国のDARC関連施設で調査を行い、利用者および職員による回答を分析した。利用者調査の結果について、遷延する精神病症状をもつ「PSCD群（n=178）」とこれがない「SUDのみ群（n=267）」の二群に分類し比較したところ、40%がPSCDであった。「PSCD群」は「SUD群」に比して、精神科薬服用者の割合、障害者支援制度を必要とする割合が有意に高かった。また、DARCにおける生活や人間関係の満足度が有意に低く、他者とのコミュニケーションに関する援助を求める者の割合が有意に高かった。

一方で、職員に仮想PSCD事例を提示し、対応のために必要なものを尋ねたところ、「依存症と他の精神障害との両方の対応が可能な施設」「24時間対応可能な精神科医療機関」「十分な人手、研修」などの回答を多く得た。DARCスタッフはPSCDの受け入れに苦慮しており、精神保健福祉等に関する専門知識の研修や、医療機関との連携を必要と感じていることがわかった。今後は、司法観察下における医療的対応が可能な、PSCD専門プログラムを持つ公的医療施設による治療体制の確立が求められる。

謝 辞

本研究の調査にご協力下さったDARCスタッフの方々、当事者の皆様に心より感謝申し上げます。

また、共に調査・研究を行った平井秀幸さん、阿部幸枝さん、谷部陽子さん、高原恵子さん、そして執筆にあたり、ご助言くださいました梅野充先生と中谷陽二先生に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業として行われた調査を、第29回日本社会精神医学会（宇都宮）にて発表し、優秀発表賞を頂いた内容を再考察し、あらためて論文として書き上げたものである。

文 献

- 1) 池田朋広, 秋庭秀紀, 高木のり子, 山本育美, 大坪天平, 森田展彰, 中谷陽二: ソリューションフォーカスト・ブリーフセラピーを活用したアルコール依存症治療・リハビリテーションプログラム-多職種チームアプローチと自助グループとの連携-. 臨床精神医学, 38(9): 1305-1314, 2009.
- 2) 池田朋広, 森田展彰, 梅野 充, 稲本淳子: 精神病性障害と物質使用障害の併存障害について-精神病性併存性障害3症例への考察-. 精神科治療学, 25(5): 573-581, 2010.
- 3) 池田朋広, 梅野 充, 森田展彰, 秋庭秀紀, 中谷陽二: 覚せい剤併存性障害への支援のあり方に関する一考察-統合失調症支援モデル事例と依存症支援モデル事例との比較から-. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45(2): 92-103, 2010.
- 4) 池田朋広, 小池純子, 森田展彰, 山本和弘, 合川勇三, 松本俊彦, 稲本淳子: 措置入院指定病院の立場における違法物質使用障害者への退院支援策の検討-司法処遇と薬物採尿検査に着目した4事例から-. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 49(1): 45-56, 2014.
- 5) 池田朋広, 小池純子, 森田展彰, 合川勇三, 松本俊彦, 稲本淳子, 岩波 明: 措置入院指定病院に入院する違法物質使用障害者の実態調査-退院時における逮捕群と非逮捕群との比較から-. 日本社会精神医学会雑誌, 23: 112-122, 2014.
- 6) National Institute of Drug Abuse (NIDA): <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATI.html>
- 7) C A MH (Centre for Addiction and Mental Health): <http://www.camh.net/index.html>
- 8) Health Canada: Best Practices Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders, 2002.
- 9) 中谷陽二: 精神障害者の責任能力 法と精神医学の対話, 金剛出版, 東京, 1993.
- 10) 中谷陽二, 藤森英之, 岩波 明: 精神障害の難治例及び触法例の臨床経過に関する多面的研究 (第2報). 平成5年度 厚生省精神・神経疾患研究委託費研究報告書「治療抵抗性精神障害の成因・病態に関する研究」, 115-120, 1994.
- 11) 森田展彰: 薬物使用障害とその他の精神障害が併存する事例に対する治療. こころの臨床 a.la.carte, 29: 103-106, 2010.
- 12) 市橋秀夫: 心の病気のチェックリスト統合失調症. こころの科学, 106: 71-75, 2002.
- 13) 平井秀幸, 高橋孝司, 梅野 充, 池田朋広, 阿部幸枝, 谷部陽子, 遠藤恵子, 近藤恒夫, 幸田 実, 森田邦雅, 秋本恵一郎: 薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査, 厚生労働省平成19年度障害者保健福祉推進事業補助金事業 平成19年度障害者自立支援調査研究プロジェクト, 特定非営利法人東京ダルク, 東京, 2008.
- 14) 近藤恒夫, 尾田真言: 薬物事犯者に対する新しい刑事政策に関する研究 アパリのダイバージョン・プログラムと米国ドラッグ・コート制度, 厚生労働科学研究費補助金による14年度研究報告書 薬物依存・中毒者の予防, 医療及びアフターケアのモデル化に関する研究:141-153, 2003.
- 15) 宮永 耕: 薬物依存症者の社会復帰を目的とした制度の重なりに関する研究. 平成23年度 厚生

労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究（主任 和田清）」分担報告書. 151-161, 2012.

- 16) Schizophrenia & Substance Use : <http://www.Schizophreniaandsubstanceuse.ca/home/>
- 17) Double Trouble in Recovery : <http://www.doubletroubleinrecovery.org/index.html>
- 18) MATRIX Institute on Addictions : <http://www.matrixinstitute.org/index.html>
- 19) 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児, 平林直次, 和田 清: 国立精神・神経医療研究センター病院医療観察法病棟における物質使用障害治療プログラム開発と効果測定. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45(5): 452-463, 2010.
- 20) 高木のり子, 池田朋広, 常岡俊昭: 精神科亜急性期治療病棟におけるアディクションチームの発足と併存性障害治療プログラム（仮称）の試行. 季刊東京精神科病院協会誌, 別冊 26: 116-119, 2011.
- 21) 池田朋広, 常岡俊昭, 稲本淳子, 松本俊彦: 第V部 物質使用障害とアディクションをめぐる様々な問題 複雑な症例の治療 重複診断症例の臨床的特徴と治療 - 統合失調症 -. 臨床精神医学, 28 (増刊号): 307-363, 2013.
- 22) 法務省 : http://www.moj.go.jp/keijil/keiji12_00072.html

第V部 物質使用障害とアディクションをめぐる様々な問題

1) 複雑な症例の治療

1. 重複診断症例の臨床的特徴と治療①

—統合失調症—

池田 朋広^{*,**} 常岡 俊昭^{*} 稲本 淳子^{*} 松本 俊彦^{**}

I. はじめに

統合失調症とアディクションとの関連に関する研究は、National Institute on Drug Abuse (NI-DA), Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) などを中心に数多く散見され、診断のみならず、治療法、支援方法など様々な観点からの検討が行われている^{1, 5, 17, 23, 25)}。わが国においても、古くからその臨床所見の差異について多くの研究がなされてきた^{14, 15, 22, 31)}。また、近年では重複障害を診断学とは別の視点から障害として括り、その介入方法についての検討がなされるなど、臨床と直接結びつく部分への検討も始まっている^{4, 12, 18-21, 29)}。筆頭執筆者も統合失調症とアディクションの併存性障害に関する臨床経験をまとめている⁷⁻¹¹⁾。

ある米国の大規模調査によると、「物質使用障害 (substance use disorder), 以下『SUD』」の生涯有病率は、「精神健康障害 (mental health disorder), 以下『MHD』」のないもので16%であるの

に対し、MHDを有するものでは、30%であった。逆にアルコール使用障害と診断された者のMHDの生涯有病率は37%で、アルコール使用障害を生涯持たない者の2倍近くであった。また、アルコール以外のSUDを持つ者の53%がMHDを生じており、アルコール以外のSUDを持たない者がMHDを生ずる割合の4倍近くであった。障害種別に見る統合失調症の発生率では、47%となっている²⁴⁾。わが国では、堀らによって入院依存症患者の転帰状況が分析され、1年半の患者のうち52.5%が重複障害で、そのうち、統合失調症圏は16.8%であったとの報告がある⁶⁾。また、後藤らの報告によれば、急性期治療病棟に入院した依存症関連疾患の罹患者は19ヵ月で15.5%であり、そのうち、統合失調症との合併精神疾患患者は1.8%であったと報告されている⁴⁾。さらに、梅野らの調査では、2年間の統合失調症による入院患者1,453例 (男性800例, 女性653例)のうち、物質乱用または依存症が認められた患者は32例2.2% (男性24例3.0%, 女性8例1.2%)であった³⁰⁾。そして、全国のDARCを対象とした調査においては、利用者全体の55.1%が精神科治療薬を服薬中であり、特定の精神病症状が1ヵ月以上続いている者は40%であった¹⁶⁾。これらの報告は、対象や診断基準の違いもあるため、はっきりとした併存率まではわからないが、精神疾患の影には物質使用障害の問題が隠れていることが、ある程度見てとれる。

CAMHでは、こうした「SUD」と、「MHD」の重複事例に関し、双方を併せ持つ者という意味から「併存性障害 (concurrent disorder), 以下『CD』」という呼称が用いられている。本稿では、CDの

*昭和大学医学部精神医学講座

〔〒157-8577 東京都世田谷区北烏山6-11-11〕

Tomohiro Ikeda, Toshiaki Tsuneoka, Atsuko Inamoto, M.D., Ph.D.: Department of Psychiatry, Showa University School of Medicine, 6-11-11, Kitakarasuyama, Setagaya-ku, Tokyo, 157-8577 Japan.

**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

Tomohiro Ikeda, Toshihiko Matsumoto, M.D., Ph.D.: Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry.

中でも特に「SUD」と幻覚・妄想などの「精神病性障害 (psychotic disorders), 以下『PSD』」を併せ持つ事例を「精神病性障害を併せ持つ併存性障害 (psychotic concurrent disorders: PSC-D)」と定義し、「統合失調症患者の物質使用障害」と、「薬物・アルコール乱用者の精神病性障害」の双方を扱うこととした。CD の概念は援助の観点から重複した問題を抱えた事例の治療・社会復帰を考える上での枠組みとして用いられており、本稿でも同様の観点でCD の概念を用いたい。

本稿では、筆頭執筆者らが所属する大学附属精神科病院における臨床の実際を述べ、精神保健および精神障害者福祉に関する法律 (以下、精神保健福祉法) に基づく措置入院指定病院 (以下、指定病院) の立場から PSCD の望ましい支援法について考察を加えたい。

II. 精神科医療の現状

さて、精神科医療の現場では、SUD の中に数年にわたる断酒・断薬にもかかわらず、遷延する精神症状により社会生活が困難となっている者が多く見受けられる。彼らは、既存の依存症治療のプログラムでも、統合失調症治療プログラムでも適応が難しく、地域の支援機関においても対応しきれず、措置入院と様々な犯罪による司法処遇を繰り返しながら、地域を転々とする状況にあるものと推測される^{11, 26)}。こうした治療継続がなされない状況が、今なお続いている背景には、司法と医療の間の立場に置かれやすい物質使用障害ならではの環境要因がいくつも存在する。そのひとつに、司法と一般医療との狭間にある行政処分としての措置入院制度における運用上の諸問題がある。筆者らは、少なくとも措置入院患者に関しては、精神保健福祉法第29条の規定に基づく措置入院要件 (以下、措置要件) となった急性症状への薬物治療のみならず、併存する物質使用障害への再発も含めた介入を行うことが、指定病院の社会的責務のひとつであり、どの指定病院も PSCD への最低限の再発予防的介入は行うべきであると考えている¹³⁾。

とは言え、PSCD への介入が、「リスクはあれ

ど利益にならない」ことは、周知のことである。そこで、退院時の患者本人の未来を微かな希望へとつなげることができ、退院後の生活支援を担う地域支援機関が疲弊しきってしまわないようにするために、指定病院でも実施できる介入法を以下に紹介したい。

III. 併存性障害心理教育プログラム — Karasuyama Psychotic Concurrent Disorder Psycho Education Program (以下、K-Program PSCD ver.) —

昭和大学附属烏山病院では、積極的な物質使用障害の受け入れは行っていないが、物質使用障害の措置入院患者や、入院となった患者が物質使用の問題を持つ場合には、再発予防と社会復帰支援の一環として併存性障害心理教育プログラムによる介入を行っている。本プログラムは、国立精神・神経医療研究センター (以下、NCNP) にて開発された Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) を部分的に用いることで、物質の再使用防止を図るとともに、「服薬の必要性と処方薬の自己管理」「地域生活シミュレーション」の回を設け、統合失調症の再発防止の視点も取り入れたオリジナルワークブックを活用したものである。このワークブックでは、ワークによる介入だけではなく、チーム医療と地域関係機関との連携を意識し、外部機関の「依存症回復支援施設からのメッセージ」を「ボランティア」という形式で導入している。さらに、Small Group Meeting (SGM), Social Skills Training (SST) を含めた計4パターンの種目をワンパッケージとし、全8回の心理教育プログラムとして提供している (表1)。特徴としては、①乱用・依存のみではなく、併存する精神疾患への疾病教育も並行して行っている点、②依存症専門病棟でなく一般精神科閉鎖病棟で行っている点、③対象患者の多くが医療保護入院中である点などが挙げられる。各回参加ごとにスタッフの参加印をワークブックに押し、全8回に参加したのものには院長印の入った賞状が贈られるなど、患者のモチベーションを上げるための工夫も行っている。

このプログラムには、PSCD に限らず様々な物

表1 併存性障害治療プログラム（文献29より引用）

回数	講義	内容
1	SMARPP ①③より	・なぜアルコールや薬物をやめなさいいけないの？ ・精神障害とアルコール・薬物乱用
2	SMARPP ⑤⑥より	・あなたのまわりにある引き金について ・あなたのなかにある引き金について
3	服薬の必要性 処方薬の自己管理	・精神障害に対する服薬の必要性について ・処方された薬の自己管理の方法について
4	薬物依存回復施設からのメッセージ	・併存性障害を踏まえたメッセージ ・メッセージ形式で利用者からの体験談
5	アルコールリハビリ施設からのメッセージ	・併存性障害を踏まえたメッセージ ・メッセージ形式で利用者からの体験談
6	スモールグループミーティング (SGM)	・1～5までの振り返りを中心としたディスカッション ・自己のアルコール・薬物問題についてなど
7	ソーシャルスキルトレーニング (SST)	・〈テーマ〉アルコール・薬物を使っていたときの仲間に夕方道端で会った時に、誘いをどう断るか？
8	地域生活シミュレーションSM-ARPP ⑦より	・社会資源の活用法について ・これから先の生活スケジュールを立ててみよう

質使用障害を併存する患者が参加している。2010年2月のプログラム開始時から2011年度末まででは、全部で5クールが行われ、参加者は22名（男性18名、女性4名）であり、そのうち、8回すべてに出席した者は13名であった。2012年度は、全5クールで41名（男性30名、女性11名）が参加し、全出席者は18名であり、合計63名（延べ81名）の参加があった。診断別では、「統合失調症（ICD10-F20）」および「物質使用による精神病性障害（ICD10-F1x.5, F1x.7）」の診断が付いたいわゆるPSCDの者は38名であり、全体の60.3%となっている。それ以外は、「双極性感情障害（ICD10-F20）」と「アルコール依存症（ICD10-F20）」の重複診断の者15名（23.8%）、「依存症候群（ICD10-F20）」単独診断の者7名（11.1%）、その他「精神遅滞」「認知症」等3名（4.8%）となっている。

IV. K-Program PSCD ver. の効果

プログラムの効果測定については、NCNPでの研究に倣い、Drug Abuse Screening Test (DAST)、アルコールチェックリスト (AUDIT)、薬物依存に対する自己効力感尺度、アルコール・薬物

に関する質問紙票 (SOCRATES) を用いて物質使用に関する評価を行っている¹²⁾。また、精神症状等の評価には、陽性・陰性症状評価尺度 (Positive And Negative Syndrome Scale: PANSS)、病識評価尺度 (Schedule for Assessment of Insight: SAI-J)、機能の全般的評定尺度 (Global Assessment of Functioning Scale: GAF)、薬に対する構えの調査表 (Drug Attitude Inventory: DAI-10)、一般性セルフ・エフィカシー尺度 (General Self-Efficacy Scale: GSES) を用いている。詳細は別途執筆を予定している。こうしたプログラムの効果をEBP (evidence based practice) に基づき実証することは容易ではないが、今後とも取り組む必要性はあるものと思われる。

一方で、現場での治療者の主観や、当事者の感想なども、効果を計る上で大切に扱うべきことであろう。そこで、一現場スタッフとしての主観を延べる。ひとつには、参加当事者は、楽しんでプログラムに参加しているように思われたことである。実際、出席率はとてもよく、参加者は皆、常にプログラム開始10分ほど前から、集団療法室の前に集まって参加者同士談話をしており、終了後の感想では、「いい勉強になった」「自分を振り返るいい機会になった」「楽しかった」などの声

が多く聞かれた。また、このプログラムができたことで、地域支援機関に自らつながることを選択する患者が増えたようにも感じている。退院が間近になり「作業所に行ってください」「AAに行くように」といきなり言われても、本人たちも何のことだかわからないことが多く、困惑してしまう。こうした介入によって、何もわからないまま人生の選択を迫られるのではなく、提供された情報をもとに、今後の生活についてより具体的にイメージし、主体的に選択するという経過を踏むことができるようになったのではないだろうか。

V. 考 察

1. アセスメント

本来、アセスメントとは、介入の初期段階として、専門的視点を持ち、多面的かつ丁寧に行わなければならないことである²⁸⁾。しかし、ここではあえて現場感覚を重視して考察したい。精神科医療現場でPSCDへの介入を行うにあたって、最も大切なことは、患者のQOL (quality of life) の視点に立った上で、SUD問題を見逃さないことであると言える。診断分類は、治療上たいへん重要なことである。しかし、分類された結果として、治療・支援の対象から排除されるようでは意味がない。「この患者は依存症ではないから」という常套句で、SUD問題への介入がなされない状況はいまだ多くの精神科病院で見聞きされる状況であるので、注意を喚起したい。

さて、アセスメントでは、①入院時の違法薬物採尿検査、②過去の違法薬物使用経験やアルコール摂取量、③処方薬の乱用がないか、④入院のきっかけに物質使用が関連していないかなど、生活場面全般における物質の摂取状況を可能な限り詳細に拾うことが求められる。SUD問題は、司法対応、精神状態、身体健康状態、家族関係、雇用など個人の生活全般に影響を与えている。それを踏まえた上で、SUD問題が、生活場面におけるどの部分に今一番影響を与えており、自らの所属機関は、どういった部分に対しての介入が可能なかを判断していく。例えば、統合失調症の患者であったとしても、措置要件となった自傷他害行為

において、飲酒が関連するのであれば、再飲酒防止の介入は必要となる。こうして、診断とは別の視点から、SUD問題を拾い上げるというアセスメントをすることで、退院支援につなげる段階になって初めてSUD問題が浮かび上がるなどといったことのないようにすべきである。SUDが持つ多面性を網羅したアセスメントツールとしては、嗜癖重症度指標 (Addiction Severity Index: ASI) がある。現場感覚では、時間的・労力的な猶予がない場合が多いものと思われるが、一度でも試してみると、アセスメントを行うにあたって押さえるべき点が理解できるかもしれない²⁷⁾。

2. 介入 (治療・リハビリテーション・ソーシャルワーク)

SUD問題への包括的アセスメントによって、生活上におけるどういった部分に対して、どのくらいのSUD問題が生じているかを把握したら、各機関が行える範囲で介入を行うことになる。精神科医療機関の場合、司法対応の一端や身体治療などにおいて、機関としての限界値を求められることも少なくない。合併症医療の対応可能範囲や、行政処分としての措置入院の責任性の範囲をどこまでと捉えるかによっても、その介入の範囲は違ってくる。一貫した対応が行われるように法制度の整備が求められるところではあるが、それよりもまず、今、自らが所属している機関や自らの職種ができることを行う姿勢が何より大切なのではないだろうか。

さて、PSCDへの具体的介入としては、まず初めに先に述べた丁寧なアセスメントで得た正確な情報をもとに、陽性症状への薬物療法を開始すると同時に、家族介入や地域環境調整、経済的対応など並行して対応が可能な点への介入を開始する。多岐にわたる問題を抱えるPSCDには、ひとつずつ介入しては、時間がかかり過ぎてしまい、問題の先送りがさらなる問題に発展することも少なくない。治療介入と同時並行的にその他の問題に対しても、ソーシャルワーク等による早期介入を図ることで、可能な限り問題を遷延化させないような配慮が必要であろう。

次に、心理教育である。統合失調症患者の場合、

急性症状の安定を以て再発予防のための「処方薬の必要性」や、「ストレスケアについて」などの心理教育プログラムを行う傾向になってきているようだが、PSCDの場合は、加えて「物質使用が心身に及ぼす悪影響」や「再使用防止のための方策」など物質使用障害ならではの問題にも焦点を当てた心理教育を併せて行う必要がある。また、リカバリーの視点を組み込みDARC等の当事者団体からのメッセージも含めることで、自助グループへの係属を推奨していく。さらに、参加者同士のディスカッションを通してお互いの経験を話し合うなどして、自らの物質使用問題と向き合うことができればさらによいだろう。そして最後に、統合失調症患者に行うのと同様な作業療法などの一般精神科臨床で行われるリハビリテーションを、各々の症例に合わせて組み込んでいながら、本人の今後の生活に関する自己決定を尊重した地域生活のあり方を、家族や関係機関職員等も交えて検討していくことになろう。

欧米では、CDがNarcotics Anonymous (NA)に参加するにあたり、事前に認知行動療法を用いた心理教育やSSTを導入し、自助グループ参加の段階に至ったら、援助者がNAに同行するところから徐々にグループに慣らしていく「Professionally Assisted Pre-NA Group」と呼ばれる方法が用いられている³⁾。また、NAの12ステップをCDに即した形に修正した「Double Trouble in Recovery (DTR)」と呼ばれるものを活用したグループも存在する。さらに、多くの専門家による動機づけ面接による介入が行われるなど、臨床における様々な工夫がなされている²⁾。しかし、わが国ではこうした試みはまだごく一部にすぎず、求めるような治療・支援体制がそもそも存在しない場合も多い。そのため、わが国のPSCDへの介入のあり方に関しては、ほぼすべてがcase by caseであり、best practiceは存在しないと言ってもよい。そうした現状を踏まえ、治療者自身が自ら「治療プログラム」や「連携支援体制」を作り出すことも視野に入れた対応が必要である。そして何より、問題が多岐にわたるPSCDへのQOL向上を目的とした介入を行うという観点を中心に置き、アセスメント・治療・リハビリテーション・

ソーシャルワークが、介入初期から終焉に至るまでのすべての過程において、各専門職によるコラボレーションによって進められることが最も望ましいのは言うまでもない。これには、各々の専門職の技量とチームワークが求められよう。

3. チーム医療と機関連携

前述のようなプログラムは、場所とワークブックがあって、医師も含めたチームメンバーが最低4人居れば何とか始められる。主要メンバーはN-CNP薬物依存研究部が行っている「薬物依存症認知行動療法研修」に参加し、その前後で、同病院の依存症プログラムを見学してみるのがよいだろう^{12, 18, 19)}。また、作業療法士がチームに入れば、作業療法としての診療報酬を得ることも可能である。各職種がひとつのプログラムを通してそれぞれの専門性を活かすことができるため、多職種参加型が望ましいであろう。

機関連携は、相手の機関がどのような機関であるかを知るところから始まるといってよい。連携先の相手機関が行っている支援内容を把握して、見当違いな依頼をしないように気をつけなければならない。精神科医療機関が求める支援とアディクション専門機関が提供している支援が食い違ってしまう場合も多いので注意が必要である。特に自助組織が提供している支援については、まず、その立ち位置の違いをよく理解しておくことをお勧めしたい。

現在、PSCDの支援に関しては、入所支援の多くがDARCにほぼ押し付けられる格好となっていることが指摘されており、本来DARCが対象としている依存症支援と、精神科医療機関が求める精神障害への社会復帰支援との狭間で、PSCDの患者自身が行き場を失っている¹⁶⁾。こうしたDARC等の薬物依存症回復支援施設での対応が困難であり、精神障害者支援制度下においては問題視されるという狭間の事例に対して、排除するだけでは問題の解決には至らないという点を十分踏まえ、互いの機関が協力し合って前向きに検討を重ね、支援にあたる姿勢が求められよう。また、現場レベルの創意工夫に頼るばかりでなく、司法行政における制度的改善策のレベルでも、今後の

PSCD 支援のあり方に関するさらなる検討が併せて必要である³²⁾。

VI. まとめ

統合失調症と物質使用障害の合併事例への対応について、CAMHにおけるCDの概念に倣い、PSCDという定義を用いて、その治療と支援のあり方について精神科指定病院の立場から検討を行った。物質使用が措置要件や地域生活に関与している場合は、「依存症」という診断に囚われることなく、疾病の再発・物質の再使用防止という観点からの介入が必要と考えられた。K-Program PSCD ver. は、そうしたPSCDへのチームアプローチによる介入のひとつとして紹介した。介入にあたっては、患者のQOLの視点に立った上で、SUD問題を見逃さないことが重要であり、その上で、排除するだけでは問題の解決には至らないという点を十分踏まえ、多職種によって「薬物療法」「心理教育等も含む精神療法」「自助グループにつながる支援」などの介入を行っていくことが必要である。わが国のPSCDに対する支援体制は未整備であり、現場の試行錯誤による治療と支援が続いている。現状として、PSCDのほぼすべてがcase by caseと言ってもよく、best practiceは存在しない。今後も司法・医療・福祉の各分野における事例を挙げて、さらなる検討を加えるとともに、制度的改善策の検討も併せて行う必要がある。

謝 辞

執筆にあたり貴重なご助言をいただきました筑波大学大学院人間総合科学研究科社会精神保健学分野の森田展彰准教授と、昭和大学医学部精神医学講座の岩波明教授に深く感謝いたします。そして、K-Program PSCD ver. をともに立ち上げた昭和大学附属烏山病院看護師の高木のり子さん、石坂理江さんをはじめ、多くの専門職スタッフの皆様は心から感謝いたします。

なお、昭和大学附属烏山病院におけるK-Program PSCD ver. の見学および同ワークブックの使用に関するご相談は、筆頭執筆者にご連絡いただければ、検討させていただきます。

文 献

- 1) Centre for Addiction and Mental Health (<http://www.camh.ca/en/hospital/pages/home.aspx>)
- 2) Double Trouble in Recovery (<http://www.doubletroubleinrecovery.org/index.html>)
- 3) Drake, R.E. and Mueser, K.T.: Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Abuse. Volume 2: Recent Research and Clinical Implications. Group Treatment for Dually Diagnosed Clients. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, p.33-52, 1996.
- 4) 後藤 恵: 重複障害をめぐる諸問題と統合的治療について—重複障害の罹患者を対象とした集団療法の有効性—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 43: 194-203, 2008.
- 5) Health Canada: Best Practices Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders, 2002.
- 6) 堀達: アルコール・薬物依存と抑うつ状態. 日本アルコール精神医学雑誌, 13 (2): 19-26, 2006.
- 7) 池田朋広, 秋庭秀紀, 高木のり子ほか: ソリューションフォーカスト・ブリーフセラピーを活用したアルコール依存症治療・リハビリテーションプログラム—多職種チームアプローチと自助グループとの連携—. 臨床精神医学, 38: 1305-1314, 2009.
- 8) 池田朋広, 森田展彰, 梅野充ほか: 精神病性障害と物質使用障害の併存障害について—精神病性併存性障害3症例への考察—. 精神科治療学, 25: 573-581, 2010.
- 9) 池田朋広, 梅野充, 森田展彰ほか: 覚せい剤併存性障害への支援のあり方に関する一考察—統合失調症支援モデル事例と依存症支援モデル事例との比較から—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45: 92-103, 2010.
- 10) 池田朋広, 山田光彦, 井口喬: 措置入院による覚せい剤精神病患者の実態と処遇に関する研究. 法と精神科臨床, 7: 27-35, 2005.
- 11) 池田朋広, 山田光彦, 井口喬: 地域における覚せい剤乱用者の実態と支援に関する研究—精神および行動の障害における二重診断例を中心に—. 日本社会精神医学会誌, 14: 55-65, 2005.
- 12) 今村扶美, 松本俊彦, 小林桜児ほか: 国立精神・神経医療研究センター病院医療観察法病棟における物質使用障害治療プログラムの開発と効果測定. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45: 452-463, 2010.
- 13) 河崎健人 (研究分担者), 平田豊明 (報告書執筆者), 浅井邦彦ほか (研究協力者): 措置入院患者の権利擁護, 退院促進と地域移行に関す

- る研究。厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究（研究代表者：竹島正）」平成21年度～23年度総合研究報告書，p.195-206, 2012.
- 14) 小沼杏坪：薬物関連精神障害の診断基準。日本アルコール精神医学雑誌，8（2）：45-51, 2001.
- 15) 小沼杏坪：覚せい剤精神病（陽性症状残遺型）と統合失調症の鑑別診断について。日本アルコール精神医学雑誌，14（1）：35-46, 2007.
- 16) 幸田実，梅野充，平井秀幸ほか：薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査。厚生労働省平成19年度障害者保健福祉推進事業補助金事業・平成19年度障害者自立支援調査研究プロジェクト。特定非営利法人東京ダルク，東京，2008.
- 17) MATRIX Institute on Addictions (<http://www.matrixinstitute.org/index.html>)
- 18) 松本俊彦，今村扶美：物質依存を併存する触法精神障害者の治療の現状と課題。精神科治療学，24；1061-1067, 2009.
- 19) 松本俊彦，今村扶美，吉澤雅弘ほか：物質使用障害を併発した触法精神病例の薬物治療・心理社会治療。臨床精神薬理，10；751-758, 2007.
- 20) 森田展彰，末次幸子，嶋根卓也ほか：日本の薬物依存症者に対するマニュアル化した認知行動療法プログラムの開発とその有効性の検討。日本アルコール・薬物医学会雑誌，42；487-506, 2007.
- 21) 森田展彰：併存性障害をもつ薬物依存患者へのアプローチ。精神科治療学，24（増刊）：254-256, 2009.
- 22) 中谷陽二，藤森英之，岩波明ほか：精神障害の難治例及び触法例の臨床経過に関する多面的研究（第2報）。平成5年度厚生省精神・神経疾患研究委託費研究報告書「治療抵抗性精神障害の成因・病態に関する研究」，p.115-120, 1994.
- 23) National Institute on Drug Abuse (NIDA) ([tp://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment](http://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment))
- 24) Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S. et al.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. JAMA, 264；2511-2518, 1990.
- 25) Schizophrenia & Substance Use (<http://www.schizophreniaandsubstanceuse.ca/home/>)
- 26) 妹尾栄一：薬物依存と精神病合併問題—二重診断例を中心に—。精神医学，34；869-874, 1992.
- 27) Senoo, E., Ogai, Y., Haraguchi, A. et al.: Reliability and validity of the Japanese version of the Addiction Severity Index (ASI-J). Japanese Journal of Studies on Alcohol and Drug Dependence, 41；368-379, 2006.
- 28) Skinner, W.: Treating Concurrent Disorders: A Guide Counsellors. Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 2005.
- 29) 高木のり子，池田朋広，常岡俊明ほか：精神科亜急性期治療病棟におけるアディクションチームの発足と併存性障害治療プログラムの試行。季刊東京精神科病院協会誌，別冊 No. 26；116-119, 2012.
- 30) 梅野充，伊藤拓，梅津寛ほか：統合失調症患者における物質使用障害の合併—松沢病院入院例についての検討—。東京精神医学会誌，26；8-13, 2009.
- 31) 和田清，福井進：覚せい剤精神疾患における残遺症候群について。精神保健研究，4；161-168, 1991.
- 32) 和田清：薬物使用に関する全国住民調査。平成23年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）「薬物乱用・依存等の実態把握と薬物依存症者に関する制度的社会資源の現状と課題に関する研究（主任研究者：和田清）」総括・分担研究報告書，p.15-95, 2012.

精神病性障害と物質使用障害の併存性障害について

—精神病性併存性障害 3 症例への考察—

池田 朋広^{1,2)} 森田 展彰²⁾ 梅野 充^{2,3)} 稲本 淳子¹⁾

抄録：「物質使用障害 substance use disorders (SUD)」と「精神病性障害 psychotic disorders (PSD)」を併せ持つ事例を「精神病性障害を併せ持つ併存性障害 (psychotic concurrent disorders : PSCD)」と定義し、心理社会的治療による介入方法を中心とした検討を行った。本 3 事例はともに生活の安定を図ることで長期間に及び薬物の再使用がなく、精神症状も安定するという経過を辿った。しかし、心理的成長はあまり見られなかった。PSCD への支援は、①介入当初から SUD と PSD の双方へ焦点を当てながら、②「日中の通える場所を与え」「約束事により枠づけをする」ことで日々の生活の安定化を図るとともに、③負荷のかかり過ぎない方法と範囲で、自助グループに通うように専門的技術を活用して、働きかけを行うことが必要と考えられた。また、介入当初から、④家族の依存症問題も考慮するとともに、⑤関係機関の有機的連携によって支援を行うことが望ましいと考えられた。今後は、PSCD に特化した認知行動療法プログラムの開発や、PSCD が持つ特徴を踏まえたアセスメント・治療・支援マニュアルの構築や専門支援施設の設置が求められる。

精神科治療学 25(5) ; 573-581, 2010

Key words : schizophrenia, substance use disorder, concurrent disorder, psycho social treatment, self help group

I. はじめに

わが国における統合失調症とアディクションとの関連に関する研究は、主に「覚せい剤精神病残遺性障害」として、統合失調症との病像の異同など主に診断に関して多くの研究がなされてき

た^{9, 10, 21, 26)}。というのもわが国は、近年欧米で注目されるようになった「アンフェタミン型中枢刺激薬問題 (amphetamine type stimulants : ATS)」に対する、戦後直後の第一次覚せい剤乱用からの対策の歴史があり、覚せい剤中毒者対策がその中心となってきたという経緯が大きく影響しているものと思われる²²⁾。そうした諸外国とは異なる歴

Concurrent disorder of psychotic disorders and substance use disorders—An attempt to support the three cases with psychotic concurrent disorders—

¹⁾昭和大学医学部精神医学教室

〔〒157-8577 東京都世田谷区北島山6-11-11〕

Tomohiro Ikeda, Atsuko Inamoto, M.D., Ph.D. : Department of Psychiatry, Showa University School of Medicine, 6-11-11, Kita-Karasuyama, Setagaya-ku, Tokyo, 157-8577 Japan.

²⁾筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻

Tomohiro Ikeda, Nobuaki Morita, M.D., Ph.D., Mitsuru Umeno, M.D. : Graduate School of Comprehensive Human Sciences, Doctoral Program in Human-Care Sciences, University of Tsukuba.

³⁾東京都立松沢病院

Mitsuru Umeno, M.D. : Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital.

史的背景を踏まえ、1986年に「覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議（旧厚生省）における診断基準」が作成された。ICDやDSMとは違った側面からの切り口で、覚せい剤精神病の分類を行ったわが国独自の試みは、後の様々な覚せい剤関連疾患を扱った主要な論文に大きく影響を与えるものとなっている。

米国では、1980年代後半から重複障害への関心が高まり、「二重診断例 dual diagnosis（以下、DD）」に関する文献が多く発表されるようになる。DDは、依存症状と精神病症状が重複して出現するため、診断も二重になるという立場をとるものである。Lehmanらの類型化仮説によると両者の症状が重複して出現する病態として、①一次性精神疾患に薬物乱用を合併した群、②薬物乱用に精神医学的後遺症が生じた群、③二重（一次性）診断例、両疾患に共通する成因を持つ状態（例えばホームレス）が挙げられている^{13,25)}。すべてが含まれるというDDの概念の提唱により物質使用と精神病症状の発生のどちらが先かという問題から、視点をずらした格好になったものといえよう。

II. 物質使用障害と統合失調症の併存率

米国の大規模調査によると、「物質使用障害 substance use disorder（以下、SUD）」の生涯有病率は、「精神健康障害 mental health disorder（以下、MHD）」のない者で16%であるのに対し、MHDを有する者では、30%であった。逆にアルコール使用障害と診断された者のMHDの生涯有病率は37%で、アルコール使用障害を生涯持たない者の2倍近くであった。また、アルコール以外のSUDを持つ者の53%が、MHDを生じており、アルコール以外のSUDを持たない者の4倍近くであった。障害種別に見る統合失調症の発生率では、47%となっている²³⁾。また別の調査では、MHDにSUDを合併する率は58%であったとの報告や、重度の精神障害者のほぼ50%に、SUDが併発していたとの報告もあった¹²⁾。Margoeseらは先行研究をまとめた論文の中で、統合失調症の27.5%にSUDが併発しているとして

いる¹⁴⁾。

わが国では、堀らによって入院依存症患者の転帰状況が分析され、1年半の退院患者のうち、52.5%が重複障害でそのうち、統合失調症圏は16.8%であったとの報告がある⁵⁾。また、後藤らの報告によれば、急性期治療病棟に入院した依存症関連疾患の罹患者は19ヵ月で15.5%であり、そのうち、統合失調症との合併精神疾患患者は1.8%であったと報告されている³⁾。梅野らの調査では、2年間の統合失調症による入院患者1,453例（男性800例、女性653例）のうち、物質乱用または依存症が認められた患者は32例2.2%（男性24例3.0%、女性8例1.2%）であった。乱用物質の内訳はアルコール17名、有機溶剤4例、鎮咳剤4名、覚せい剤1名、methylphenidate 1例、多剤乱用5例であった。多剤乱用については、アルコールと有機溶剤乱用が3例、アルコールと鎮咳剤乱用が2例あった。物質乱用と統合失調症のどちらが先行しているかに関しては、物質乱用先行群が18例、統合失調症先行群が12例、同時発症群が2例であったと報告されている²⁷⁾。さらに、筆者らが調査に関わった全国の薬物依存症者リハビリテーション施設（Drug Addiction Rehabilitation Center, 以下DARC）を対象とした調査においては、利用者全体の55.1%が精神科薬を服薬中であり、精神病症状が1ヵ月以上続いている者は40%であった¹¹⁾。国の文化や制度の違いからくる特徴、診断を行う精神科医の力量、居る場所（急性期病棟・依存症病棟・施設等）などによって様々な違いが生じているものと思われた。

III. 併存性障害の概念

近年カナダでは、依存症治療のみでは回復困難な者について「SUD」と「MHD」の双方を併せ持つ者という意味から「併存性障害 concurrent disorder（以下、CD）」という呼称が用いられ、様々なアセスメントや介入方法が検討されるとともに、数多くの報告がなされている（カナダのCentre for Addiction and Mental Health (CAMH) など）^{1,4,24)}。わが国でもこうした一群について、認知行動療法による取り組みなどが散見

されるようになってきているものの、その報告は少なく、支援方法も確立されるに至っていない¹⁹⁾。精神科医療現場では、主にアルコール依存症者や覚せい剤乱用者の中に、数年にわたる断酒・断薬にもかかわらず、遷延する精神症状により社会生活が困難となっている者を多く見受ける。彼らは、既存の依存症治療プログラムでも、統合失調症治療プログラムでも適応が難しく、地域の支援機関においても対応困難とされることがしばしば見受けられる⁶⁾。また、その対応困難さから、本人にとって適切な対応がなされていないという状況が推測される⁷⁾。

本稿では、CDの中でも特に「SUD」と幻覚・妄想などの「精神病性障害 psychotic disorders (以下、PSD)」を併せ持つ事例を「精神病性障害を併せ持つ併存性障害 (psychotic concurrent disorders: PSCD)」と定義し、「統合失調症患者の物質使用障害」と、「薬物・アルコール乱用者の精神病性障害」の双方を扱うこととした。精神病症状と物質使用の問題がある場合、厳密な診断としては、元来の統合失調症の上に物質使用が重なっているのか、あくまで物質使用障害のもとにその結果として精神病症状が生じているのかについて検討することが求められる^{9, 10, 21, 28)}。しかし、CDの概念は援助の観点から重複した問題を抱えた事例の治療・社会復帰を考える上での枠組みとして用いられており、本稿でも同様の観点でCDの概念を用いる。また、精神病性障害に加え摂食障害、発達障害、パーソナリティ障害などがさらに併存する場合やその他の併用薬物（有機溶剤・MDMA等）の使用が混在する場合もあるが、そうした事例も排除せずに重複する問題をどのように援助プランに反映させるかを検討することとした。

なお、本事例報告は倫理的配慮として、受診継続中の者については、口頭による同意を得た。過去の診療録からの調査については、昭和大学医の倫理委員会の承認を得た。また、論旨に支障のない範囲において事例に若干の加筆変更を加えた。

IV. 症例提示

〔症例1〕男性、31歳（発症年齢、21歳頃／現在治療・支援継続中）

主診断：ICD-10-F20.0「妄想型統合失調症」
副診断：ICD-10-F10.2「アルコール依存症候群」
薬物使用歴：海外にて数回のみ大麻の使用歴あり
精神科初診年齢：23歳頃
犯罪歴：なし

生活歴・現病歴：同胞3名中第2子長男。地元の小中学校、高校を経て大学に進学。経済的には裕福な家庭。3年生時に1年間アジアを中心に海外旅行をして回った。旅行先にて数回の大麻使用がある（アルコール初飲も同時期から）。帰国後1年留年し卒業となる。卒業前後から昼夜逆転、閉居しがちな生活となり、家族も本人の変調を感じていた。X-7年には理由なく家族に暴力をふるうようになり、飲酒量も増え、時には4階から階下にワインボトルを投げることもあった。また、近隣女性の後を追ったり、訳のわからない電話をしたりとまとまりのない行動が目立った。X-6年には、祖母への暴力があり、家族が警察通報し同日公立病院に医療保護入院となった。X-5年まで入院したが、X-4年に外来を自己中断し症状が再燃した。同年12月にはスコップを持って子どもを追い回すこともあった。同月には近隣の飲食店の旗に放火し、措置入院となり、X-2年春頃まで入院していた。退院後は近隣住民との関係が悪くなったため、近隣の区にて单身生活を行い定期的に通院していた。本人希望でX-1年4月から近隣の大学病院へ通院となったが、X年2月頃より飲酒量が増加したことをきっかけに生活が乱れ始め、3月には医療中断した。X年4月、「弟にキリストを馬鹿にされた」と幻覚妄想が活発となり、暴力を振るったため、父が警察通報し、24条通報にて翌日筆者らが所属するA病院に措置入院となった。入院後、薬物療法を開始しolanzapine 20mgで経過観察としたが効果が薄かったためrisperidone 12mgに変薬した。しかし、独語が続き、容易に易怒性が高くなるため変薬。最終的にはrisperidone 12mg, olanzapine

20mg, sodium valproate 1,200mgにて症状が落ち着いていた。その後も表面化はしないものの幻聴は続いており、独語も稀にみられたが、幻聴に支配される行動は認めないため、X+1年4月から退院促進事業を活用し、精神障害者グループホーム(以下、GH)への入所決定となる。退院後は自己中断防止のためA病院精神科デイケア(以下、DC)への通所・禁酒などの約束事を決めた上で、X+1年8月GHに退院となった。現在、「酒飲んだり、薬ちゃんと飲まないといろいろうまくいかなくなるから」と自らの意思で飲酒は一切止め、週4日のDCに定期的に通い、幻覚妄想は内在するもののそれに左右されることなく、状態は安定している。

〔症例2〕男性、21歳(発症年齢、19歳頃/現在治療・支援継続中)

主診断：ICD-10-F12.50「大麻使用による精神病性障害(統合失調症様のもの)」

薬物使用歴：大麻初回使用年齢19歳

精神科初診年齢：21歳頃

犯罪歴：なし

生活歴・現病歴：同胞2人中第2子次男として出生。生育発達に特記事項なし。小中学校は公立。成績は中程度。自営業の両親と同居。友人は、親しい仲の友人が数人。私立高校を3年で卒業。私立大学に入学したが、1年次の秋頃から通わなくなり、そのまま退学となる。以後自宅で無為にすごし、地元の友人とクラブ通いをするようになる。その後昼夜逆転の生活となり、生活リズムがさらに乱れていった。X-1年1月頃より、友人に勧められ巻きタバコの形をした大麻を使用するようになった。5月頃には家族も大麻使用を把握しており、警察に相談していたが、「現行犯でないと逮捕できない」と言われ、その後も大麻の使用、クラブ通い、昼夜逆転の生活は続いていた。同年12月頃に同年代の女性と付き合い始め、以降は若干生活が安定し、以後平日は自宅、週末は彼女宅ですごくすようになった。X年4月にアルバイトについたが、「職場の人たちが自分から何か聞きだそうとしている」などの被害的な言辭が聞かれるようになった。また、4月の中頃から

は、「誰かに見られているような気がする」と言い、インターネットで宗教団体のサイトを見て「この集団が僕を追っているに違いない」と確信。その後、「大勢の人が襲ってくる」と騒ぎ、自宅から飛び出して行こうとする行動も見られたため、X年4月中頃に、近所のメンタルクリニックを受診した。統合失調症の疑いで入院を勧められるが入院には至らず、保健所に相談し、3日後にA病院を外来初診し、同日任意入院となった。入院時に両親に精神保健福祉センターで行っている薬物依存症者の家族勉強会をインフォメーションしたが、父親からは参加に対して消極的発言が聞かれた。入院翌日に薬物採尿検査(Triage)にて「THCカルボン酸体」陽性となったため、麻薬中毒者診断届けを都道府県福祉局健康安全部薬務課麻薬対策係に提出した。届出にあたっては、事前に「麻薬中毒」の範囲について都道府県などに問い合わせをした上で、両親へのインフォメーションを行い、同意を得た。母親からは、「やったことの罪の認識を持ってほしい」との言葉が聞かれた。再使用への抑止力とすることを目的に、届出を行うこととした。

本人は、入院直後から、スタッフに対しても「襲われる」「毒を盛られる」と被害妄想活発となり、困惑も強く不安状態を呈したことから、3日目には医療保護入院に切り替え、隔離拘束とし、risperidone 3mg, lorazepam 3mgで治療開始となった。興奮はなくなったが「テレビの中も全部赤だった、グルに違いない」「警察にも病院にも宗教団体の一味がいる」「盗聴されている」という妄想は続き、「空中に糸みたいなものが見えます、ほら」と幻視も認められた。Risperidone 3mg継続にて徐々に妄想軽減し、隔離拘束解除となり一般室に移室となり、1週間ほどで「ストーカーはもういないです」「色の関連づけは今思うと馬鹿げています」と話すようになった。その後、「僕のコップが緑なのは、自分が葉っぱ(大麻)を吸っていたということへの嫌がらせだ」「スピーカーをわざとON/OFFにされている」など、被害妄想が再燃し、表情も硬くなったため、risperidone 3mg→5mg→8mgと漸増。その後、被害妄想に基づく言辭は軽減した。妄想の内

在はあるものの、切迫感はなく家族の理解もあり、X年5月に自宅退院の方向になったため、都道府県福祉局健康安全全部業務課麻薬対策係より2名の職員が来院し、医師・精神保健福祉士が入り、届出に関しさらに検討を加えた。その結果、現段階においては、届出をしたことによる抑止力のメリットより、リストに載ったことでのデメリットの方が大きいことが予想されたことと、今後麻薬中毒ではない（たとえば統合失調症でその後依存はなく全く大麻を使わなくとも）となっても、リストからの削除はできないことなどから、今回の届出は取り下げすることとした。一方で、業務課職員は、麻薬取締官としての特権も持っているとのことであり、今後も本人への面接は可能とのことであったため、本人・家族に面会してもらい、本人へ再使用をしないように伝えてもらった。しかし、本人の認識は乏しく、「やりませんよ」と表面的に言うのみであった。退院後のことを考え、薬物依存症者家族教室とDARCに関するインフォメーションを母親に行った上で、退院となった。退院時は、risperidone 8mgであった。その後、A病院に外来通院となったが、副作用による薬剤性パーキンソン症状が出現したため、risperidoneよりaripiprazole 18mgに変更して経過観察とした。現在、大麻の使用もなく病状は安定している。

〔症例3〕男性、32歳（発症年齢、18歳頃／治療・支援終了時38歳）

主診断：ICD-10-F15.75「カフェインを含む他の精神刺激剤使用による精神及び行動の障害 残遺性障害および遅発性精神病性障害」・覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議（旧厚生省）における診断基準で「覚せい剤精神病 遷延持続型」

薬物使用歴：覚せい剤初回使用年齢21歳。過去に「揮発性有機溶剤（吸入薬）の有害な使用」があり、初回使用年齢16歳

精神科初診年齢：19歳

犯罪歴：補導歴1回、前科不明（毒物劇物取締法違反・その他不明）

生活歴・現病歴：長男として出生。同胞なし。幼少期特記すべき問題なし。4歳時に父が他

界。その後から母と2人暮らし。中学生の頃から不良仲間と付き合いようになり、高校は定時制高校を5年間かけて卒業している。16歳から有機溶剤乱用。19歳時毒物劇物取締法違反などで逮捕後服役。その後から、有機溶剤乱用による後遺症と思われる症状にて精神状態が不安定となり、医療刑務所に送致され、計約2年間服役していた。医療刑務所内での受診が初診となる。出所直後から叔父が経営していた会社にて職人見習いとなる。同時期の21歳頃より覚せい剤の乱用を開始。29歳時に、覚せい剤常習者であった友人とともに、覚せい剤所持にて逮捕されるが尿検査にて覚せい剤使用が確認できなかったことから、嚴重注意で釈放となっている。同時期に、駅のホームで倒れて救急搬送されたが身体異常はなく自宅にすぐ帰されるというエピソードがあった。X-1年に叔父の会社が倒産。無職となり自室に閉居するようになった。同年頃から奇妙な声が聞こえだしたと家族に訴え、母の勧めで公立B精神科病院を自ら受診するが1回の受診のみで終わっている。X年1月、夜間に近隣の幼稚園に侵入しトイレに隠れるなどの行動が見られ警察官が介入するも措置入院には至らなかった。同月、区役所に地域からの苦情が入ったため保健師が介入し、A民間病院外来受診となる。医師は入院を勧めたが、本人が拒否。母も入院を渋ったため入院には至らなかった。しかしその翌週、再度幼稚園に侵入したことにより、母も入院を決意し、X年1月にA病院急性期閉鎖治療病棟に医療保護入院となった。入院時興奮・幻聴が認められる。両腕に無数の注射跡あり。入院時に薬物採尿検査（Triage）にてAmphetamine/Methamphetamine陽性であった。Risperidone 3mgにて治療開始となり、1ヵ月ほどで急性症状が消退したため、任意入院に切り替え、依存症治療病棟へ転棟となったところ転棟当日自宅へ自主退院された。本人希望にて、外来通院と外来作業療法を行うようになった。その後risperidone 2mgで経過観察していたが、幻覚妄想は持続し、ときに「腸が誰かにいじられている」などといった奇妙な言動はあるものの、覚せい剤の再使用や、地域での問題行動はなく経過した。X+1年経済的困難から就労を考えることは

あるが、母に小遣いをせびり、就労活動は行わずに3年が過ぎる。X+3年4月母の定年を機に自立を考えるようになった。「母と離れて生活し、就労していきたい」との希望にて、医師・精神保健福祉士と相談した結果、まずは「作業所の通所」と「単身生活」から行っていくこととなった。地域の保健師にも相談するなどし、主体的に作業所を探し、GHや援護寮への入寮申し込みや面接も自ら行っていった。X+3年11月作業所開始となる。X+3年12月本人希望によりC援護寮の申し込みをし、最終審査まで行ったが、結果は「利用不承認」であった。その理由として表向きは、能力が高いため援護寮の利用の必要性がないとのことであったが、実際は覚せい剤精神病患者や刺青がある者は入所が困難という内幕があったようである。X+4年5月GHに入所と同時に、生活保護開始となった。週4回作業所、週2回外来作業療法、2週に1度の外来通院とした。その後、引き続きGHから規則的に作業所に通所しており、幻聴はあるものの、退院後覚せい剤の再使用も、地域生活における問題もない。しかし、能力はありながらも正式な就労をしていく意欲に欠けており、生活保護を受けながらも、取入認定をせず小遣い稼ぎの短期アルバイトをするなど、本当の意味での回復と自立への問題は多い。X+6年8月「障害の等級を上げてくれるクリニックへ行きたい」とのことで、外来も転医となった。

V. 考 察

1. アセスメント

各症例は、乱用薬物や精神症状の遷延期間に差はあるものの、介入当初は精神病症状を主体としているという点において共通しており、薬物療法による治療を中心として行う必要があった。入院当初のアセスメントとしては、ルーティンで行われる血液検査などとともに、薬物による身体・精神への影響などを知るための薬物採尿検査(Triage)を行うことが必要である。また、治療開始とともに、アルコール・薬物の使用状況や、家族間の問題、世代間連鎖の状況など、依存症支援を前

提としたアセスメントを行い、その後の支援に必要な社会的情報も聴取しておく必要があるだろう。Skinner, W.は、著書「Treating Concurrent Disorders: A Guide Counsellors」(2005)²⁶⁾において、アセスメントの重要性について強調し、その目的と機能について以下のように指摘している。①診断のみでなく治療の計画実行のために役立つ情報を得ること、②治療前後で治療の効果が判定できること、③(アセスメントを通じて)治療関係を築くと同時に、患者自身が自分の問題を明確にできること、④精神障害と薬物使用の関係と原因を調査するものであること²⁶⁾。併存性障害への支援の開始にあたっては、介入当初からのアセスメントが重要であり、単に依存症からの脱却や精神症状の安定のみを目的としたものではなく、その後の生活における再発・再使用防止も視野に入れた、多面的なアセスメントがなされた上での包括的な支援が必要である。今後は、わが国のPSCDの特徴を考慮した包括的アセスメントマニュアルの作成が求められる。

2. 心理社会的治療による介入

違法薬物乱用による依存症患者への支援施策としては、「刑事司法手続きからの転換(Diversion)」や、「治療共同体 Therapeutic Community(TC)」[Matrix Model]等が有効とされ、注目を集めている^{8,15,17)}。欧米のTCという回復施設では、回復者同士が作る共同体を通じた回復という要素と、専門家による働きかけ(心理プログラムや服薬管理を含む)を結びつけて行っており、特に近年は重複診断を考慮した運営がなされている¹⁷⁾。一方わが国の精神科医療現場では、急性期治療による薬物療法のみが施され、急性症状の消退とともに退院となるが、地域生活は退院直後から困難となり、すぐに服薬中断となるため、再入院を繰り返しているというPSCDに多く遭遇する。

本3症例では、心理社会的治療による介入を行ったことで、回転ドア状況を防ぎ、社会生活の安定を図るという試みを行っている。本3症例は、入院直前まで薬物の使用が確認されているにもかかわらず、Narcotics Anonymous(NA)やDARCなどのいわゆる薬物関連支援施策を活用すること

なく、薬物の再使用がなく、処方薬を規則正しく飲み、生活も安定していったという特徴があった。これは、①集団の中に日中の居場所をつくり、②「約束事」を作成し枠組を設けるといって、個別の支援を行うことによって、乱用の悪循環から抜け出したためと考えることができる。精神障害に焦点を当てた支援が一定の効果を上げた症例と言えるであろう。依存症治療の視点から考えると、依存症に焦点を当てた治療を行わない限り、薬物の乱用が止むということは考えにくい。しかし、症例のように、薬物の乱用が、「遷延する精神病状態」や「他の精神疾患の併存」との関連から習慣化している場合においては「薬物療法」と「環境調整による安定した生活習慣の維持継続のための介入」が有効であると考えられた。しかし一方では、心理的成長という点に関しては変化が見られず、何事においても支援の枠組みがゆるくなると、容易に生活全般にわたって崩れやすいという側面がある。依存症治療で言うところのいわゆる「回復」には当たらない「ただ薬物が止まっているだけの状態」であったと言えよう。自助グループにおける「回復」の指標の一つとして霊的成長が挙げられるが、これは、繰り返し行われる毎日のミーティングにおいて、正直に自分自身を語ることで得られる変化である。自らミーティングに参加する姿勢というものが、回復の第一歩として問われてくるのであろうが、このたびのアプローチにおいては、こうした自発性に基づく支援がなされていなかったという反省点が残る。こうした状態への対策としては、介入当初より、依存症治療の開始時期を検討しつつ、精神症状と生活の安定が図られた後、いずれかの段階においてNA等の自助グループへの参加が必要であると考えられた。米国では、併存性障害者がNAに参加するにあたり、事前に認知行動療法を用いた心理教育やSocial Skills Training (SST)を導入し、自助グループ参加の段階に至ったら、援助者がNAに同行するところから徐々にグループに慣らしていく「Professionally Assisted Pre-NA Group」と呼ばれる方法が用いられている²⁰⁾。また、NAの12ステップを併存性障害者に即した形に修正した「Double Trouble in Recovery (DTR)」

と呼ばれるものを活用したグループも存在するなど、臨床における様々な工夫がなされている²¹⁾。わが国においても、PSCDを多く受け入れ、12ステップミーティングを行っている一部のDARCが存在する。また、アルコール乱用によるPSCDに対する12ステップミーティング導入への取り組みも見受けられる²²⁾。

以上の点を踏まえると、地域において対応困難とされているPSCDのうちの一部は、統合失調症患者へのアプローチと同様の方法で精神障害者社会復帰施設を活用した対応を行うことが可能であり、かつそのような方法が依存症治療的な接近法よりむしろ望ましい場合があると考えられた。しかし、心理的成長が見られないという側面もあるため、動機づけ面接をはじめとする認知行動療法や、PSCDにも参加できるように改良された12ステップミーティングの活用など、PSCDに特化した認知行動療法プログラムの開発や、PSCDが持つ特徴を踏まえた治療・支援のマニュアル化や専門支援施設の設置が求められる^{16,18)}。

3. 家族介入の必要性

症例には詳しく挙げられなかったが、患者本人は薬物療法と精神科リハビリテーションにて安定していくものの、家族の共依存状態が治まらないことがある。アセスメントによって介入当初から家族状況を把握しておき、本人への治療開始と同時期から、家族の自助グループ(AI-Anon/NAR-ANON)に関するインフォメーションや、家族療法/家族カウンセリングによる介入などを行う必要がある。共依存傾向の強い家族は、統合失調症の家族会においては、周囲を巻き込んでしまうこともあるため、適さない。依存症介入により心理状態の安定を図った上で、統合失調症に関する知識を得てもらう方がよいものと思われる。共依存傾向のない家族であれば、どちらからということはないが、依存症・統合失調症の双方に関する知識もつけてもらうことが望ましいであろう。

4. 多施設連携について

PSCDは、依存症支援施設での対応では困難があり、精神障害者支援制度下においては問題視さ

れるという狭間の症例である。本3症例は、各々様々な機関と連携し、地域支援へとつながっている。現在、依存者への地域支援に関しては、AA・NAなどの自助グループが支援機関における大きな柱となっている。また、ミーティングを中心としたプログラムを提供する一部の精神障害者小規模作業所・NPO・無認可施設等によって支援が行われている。アルコール乱用によるPSCDの地域支援に関しては、一般精神障害者支援施設にてサポートされている場合と、アルコール依存症支援施設にてサポートされている場合とがある。前者の場合、社会適応を図るためのプログラムの一環として「飲み会」がある場合などがあり、飲ませないためには、事前の連携による情報共有が重要となってくる。GHの利用等に関しても同様の配慮が必要であろう。薬物使用によるPSCDに関しては、司法機関との連携のシステム化といった点で、TCの実現が望まれるところである。しかし、現状としてはDARCを中心としたNPO団体等にその支援のほとんどが押し付けられている格好になっている。全国のDARCを対象に行った調査では、PSCDの支援を行うには、症状悪化に24時間対応可能な精神科医療機関との連携や、DARCプログラム終了後の受け皿が求められており、職員がそうした連携を可能にするための専門的知識の習得なども必要とされていた¹⁰⁾。逆に一般精神障害者支援の現場では、依存症という疾患自体の特殊性や、依存症支援施設の独自性を理解することが難しく、対応に苦慮している状況がある。さらに、薬物使用者への機関連携による支援には、保健所・福祉事務所・精神障害者社会復帰施設などの精神保健福祉領域の機関に加え、都道府県の薬務課・麻薬取締官事務所・保護観察所・更生保護施設などの司法行政機関との連携も必要となってくることから、その連携のあり方は、複雑多岐にわたる。こうした状況から、一般精神障害者支援と依存症支援の双方に精通した専門家の介入がない限り、施設間の相互理解や機関連携は、困難な状況にあるといえよう。

上記に示したように、一般精神科治療病棟等においても、PSCDに対する心理社会的治療アプローチについて、さらなる検討の余地があるものと

思われる。現場においては、各機関の役割に関し、相互理解を図るよう努め、各々の機関が可能なことを行い、不可能なことは相談し合うという姿勢が求められる。排除するだけでは問題の解決には至らないという点を十分踏まえた対応が必要である。現状では、PSCDに特化した精神科病院も精神障害者社会復帰施設も存在せず、試行錯誤の治療や医療・司法・福祉の有機的連携支援を行うより他に方法がない²⁹⁾。今後は、PSCDにも柔軟に対応できるTCや「Assertive Community Treatment (ACT)」の実現など、支援のあり方や制度的改善等の検討も必要であろう。

IV. 結 論

「SUD」と「PSD」を併せ持つ事例を「PSCD」と定義し、心理社会的治療による介入方法を中心とした検討を行った。本3事例はともに生活の安定を図ることで長期間に及び薬物の再使用がなく、精神症状も安定するという経過を辿った。しかし、心理的成長はあまり見られなかった。PSCDへの支援は、①介入当初からSUDとPSDの双方へ焦点を当てながら、②「日中の通える場所を与え」「約束事により枠づけをする」ことで日々の生活の安定化を図るとともに、③負荷のかけ過ぎない方法と範囲で、自助グループに通うように専門的技術を活用して働きかけを行うことが必要と考えられた。また、介入当初から、④家族の依存症問題も考慮するとともに、⑤関係機関の有機的連携によって支援を行うことが望ましいと考えられた。今後は、PSCDに特化した認知行動療法プログラムの開発や、PSCDが持つ特徴を踏まえたアセスメント・治療・支援マニュアルの構築や専門支援施設の設置が求められる。

謝 辞

個人情報保護のため、所属や氏名を列挙することができませんが、支援者としての熱い想いを持って、ともにご支援をくださった関係機関の皆様と、本論文の投稿にご同意くださったご本人様に心より感謝申し上げます。また、本稿の執筆を快くご承諾くださいました、昭和大学医学部精神医学教室の加藤進昌教授に心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) CAMH (Centre for Addiction and Mental Health) : <http://www.camh.net/index.html>
- 2) Double Trouble in Recovery : <http://www.doubletroubleinrecovery.org/index.html>
- 3) 後藤恵: 重複障害をめぐる諸問題と統合的治療について—重複障害の罹患者を対象とした集団療法の有効性—. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 43; 194-203, 2008.
- 4) Health Canada: Best Practices—Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders, 2002. (http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/index-eng.php)
- 5) 堀達: アルコール薬物依存と抑うつ状態. 日本アルコール精神医学雑誌, 13(2); 19-26, 2006.
- 6) 池田朋広, 山田光彦, 井口喬: 地域における覚せい剤乱用者の実態と支援に関する研究—精神および行動の障害における二重診断例を中心に—. 日本社会精神医学会誌, 14; 55-65, 2005.
- 7) 池田朋広, 山田光彦, 井口喬: 措置入院による覚せい剤精神病患者の実態と処遇に関する研究. 法と精神科臨床, 7; 27-35, 2005.
- 8) 近藤恒夫, 尾田真言: 薬物事犯者に対する新しい刑事政策に関する研究—アパリのダイバージョン・プログラムと米国ドラッグ・コート制度. 厚生労働科学研究費補助金による14年度研究報告書「薬物依存・中毒者の予防, 医療及びアフターケアのモデル化に関する研究」, p.141-153, 2003.
- 9) 小沼杏坪: 薬物関連精神障害の診断. 日本アルコール精神医学雑誌, 8(2); 45-51, 2001.
- 10) 小沼杏坪: 覚せい剤精神病(陽性症状残遺型)と統合失調症の鑑別診断について. 日本アルコール精神医学雑誌, 14(1); 35-46, 2007.
- 11) 幸田実, 梅野充, 平井秀幸ほか: 薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査. 厚生労働省平成19年度障害者保健福祉推進事業補助金事業—平成19年度障害者自立支援調査研究プロジェクト. 特定非営利法人東京ダルク, 東京, 2008.
- 12) Lambert, M.T., Griffith, J.M. and Hendrickse, W.: Characteristics of Patients With Substance Abuse Diagnoses on a General Psychiatry Unit in a VA Medical Center. Psychiatr. Serv., 47; 1104-1107, 1996.
- 13) Lehman, A.F., Myers, C.P. and Corty, E.: Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse. Hosp. Community Psychiatry, 40; 1019-1025, 1989.
- 14) Margolese, H.C., Malchy, L., Negrete, J.C. et al.: Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. Schizophr. Res., 67; 157-166, 2004.
- 15) MATRX Institute on Addictions: <http://www.matrixinstitute.org/index.html>
- 16) 松本俊彦, 今村扶美, 吉沢雅弘ほか: 物質使用障害を併発した触法精神病例の薬物治療・心理社会的治療. 臨床精神薬理, 10; 751-758, 2007.
- 17) 宮永耕: 覚せい剤依存者の地域生活移行支援. 最新精神医学, 14; 171-176, 2009.
- 18) 森田展彰, 末次幸子, 嶋根卓也ほか: 日本の薬物依存症者に対するマニュアル化した認知行動療法プログラムの開発とその有効性の検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 42; 487-506, 2007.
- 19) 森田展彰: 併存性障害をもつ薬物依存症患者へのアプローチ. 精神科治療学, 24; 254-256, 2009.
- 20) Mueser, K.T. and Noordsy, D.L.: Group Treatment for Dually Diagnosed Clients. In: (eds.), Drake, R.E. and Mueser, K.T. Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Abuse Volume 2: Recent Research and Clinical Implications, Jossey-Bass, San Francisco, p.33-52, 1996.
- 21) 中谷陽二, 加藤伸勝, 山田秀世ほか: 覚せい剤精神病のせん妄と錯乱—症候学的検討—. 臨床精神医学, 20; 1934-1944, 1991.
- 22) 尾崎茂: 物質依存の時代の変換と現状. 精神科治療学, 19; 1289-1296, 2004.
- 23) Rieger, D.A., Farmer, M.E. and Rae, D.S.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse, Resulting from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. J. Am. Med. Assoc., 264; 2511-2518, 1990.
- 24) Schizophrenia & Substance Use: <http://www.Schizophreniaandsubstanceuse.ca/home/>
- 25) 妹尾栄一: 薬物依存と精神病合併問題—二重診断例を中心に—. 精神医学, 34; 869-874, 1992.
- 26) Skinner, W.: Treating Concurrent Disorders: A Guide Counsellors. Centre for Addiction & Mental, Toronto, 2005.
- 27) 梅野充, 伊藤拓, 梅津寛ほか: 統合失調症患者における物質使用障害の合併—松沢病院入院例についての検討—. 東京精神医学会誌, 26; 8-13, 2009.
- 28) 和田清, 福井進: 覚せい剤精神疾患における残遺症候群について. 精神保健研究, 37; 161-168, 1991.
- 29) 和田清: 医療モデルの違いとしての精神作用物質依存症の治療. 精神科治療学, 19; 1281-1287, 2004.

覚せい剤併存性障害への支援のあり方に関する一考察 —統合失調症支援モデル事例と依存症支援モデル事例との比較から—

池田朋広^{1,2)}, 梅野 充^{1,3)}, 森田展彰¹⁾, 秋庭秀紀⁴⁾, 中谷陽二¹⁾

- 1) 筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻社会精神保健学分野
- 2) 昭和大学医学部精神医学教室
- 3) 東京都立松沢病院
- 4) 清川遠寿病院

(受付：平成21年9月29日；受理：平成22年2月2日)

Two ways to support for methamphetamine concurrent disorder
- Comparison of "schizophrenia support" model and "dependence support" model -

Tomohiro IKEDA^{1,2)}, Mitsuru UMENO^{1,3)}, Nobuaki MORITA¹⁾,
Hideki AKINIWA⁴⁾ and Yoji NAKATANI¹⁾

- 1) *Graduate School of Comprehensive Human Sciences, Doctoral Program in Human-Care Sciences, University of Tsukuba, 1-1-1 Tennodai, Tsukuba-shi Ibaraki-ken 305-8575, Japan*
- 2) *Department of Psychiatry, Showa University School of Medicine, 6-11-11 Kitakarasuyama, Setagaya, Tokyo 157-8577, Japan*
- 3) *Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital, 2-1-1 Kamikitazawa, Setagaya, Tokyo 156-0057, Japan*
- 4) *Kiyokawaenyu Hospital, 3414 Susugaya, Kiyokawa-mura, Aikou, Kanagawa-ken 243-0112, Japan*

(Received : September 29, 2009 ; Accepted : February 2, 2010)

日本アルコール・薬物医学会雑誌 第45巻 第2号 (平成22年4月刊行) 別刷
Separate-print from Vol. 45 No. 2 of Jpn. J. Alcohol & Drug Dependence
April 2010

Jpn.J.Alcohol & Drug Dependence
日本アルコール・薬物医学会雑誌

覚せい剤併存性障害への支援のあり方に関する一考察 —統合失調症支援モデル事例と依存症支援モデル事例との比較から—

池田朋広^{1,2)}, 梅野 充^{1,3)}, 森田展彰¹⁾, 秋庭秀紀⁴⁾, 中谷陽二¹⁾

- 1) 筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻社会精神保健学分野
- 2) 昭和大学医学部精神医学教室
- 3) 東京都立松沢病院
- 4) 清川遠寿病院

(受付：平成21年9月29日；受理：平成22年2月2日)

Two ways to support for methamphetamine concurrent disorder
- Comparison of "schizophrenia support" model and "dependence support" model -

Tomohiro IKEDA^{1,2)}, Mitsuru UMENO^{1,3)}, Nobuaki MORITA¹⁾,
Hideki AKINIWA⁴⁾ and Yoji NAKATANI¹⁾

- 1) *Graduate School of Comprehensive Human Sciences, Doctoral Program in Human-Care Sciences, University of Tsukuba, 1-1-1 Tennodai, Tsukuba-shi Ibaraki-ken 305-8575, Japan*
- 2) *Department of Psychiatry, Showa University School of Medicine, 6-11-11 Kitakarasuyama, Setagaya, Tokyo 157-8577, Japan*
- 3) *Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital, 2-1-1 Kamikitazawa, Setagaya, Tokyo 156-0057, Japan*
- 4) *Kiyokawaenyu Hospital, 3414 Susugaya, Kiyokawa-mura, Aikou, Kanagawa-ken 243-0112, Japan*

(Received : September 29, 2009 ; Accepted : February 2, 2010)

Summary

The coexistence of methamphetamine use disorder (MUD) and psychotic disorder (PSD) is common in clinical settings. These cases are defined as methamphetamine concurrent disorder (MCD). It is often hard to decide which type of support is suitable for a MCD case; the one used for schizophrenics ("schizophrenia-support" model) or for drug addicts ("dependence-support" model). In the present study, we compare the courses of two MCD cases; one was supported using the "schizophrenia-support" model, and the other by the "dependence-support" model. These cases suggest that it is preferable to switch the models from one to the other, based on the severity of dependence. After stabilizing the patient's life through the use of at

least three to six months of pharmacotherapy and psychiatric rehabilitation, we can recommend that the patient attend self-help meetings convenient for them. If the MCD patient has no risk of methamphetamine use, the hospital should play a major role to urge the health and the welfare facilities to support the patient. If the patient has some risk of relapse or criminal behavior, the legal system as well as medical and welfare facilities should play the major roles to present suitable services and to prepare an appropriate care-system.

Key words: methamphetamine dependence, schizophrenia, concurrent disorder, psychiatric rehabilitation, self help group

覚せい剤依存症，統合失調症，併存性障害，精神科リハビリテーション，自助グループ

はじめに

近年，若年者による薬物乱用の増加に伴い精神作用物質に起因する精神障害が大きな社会問題となっている。とりわけ，我が国に於いては覚せい剤乱用者が未だ多く報告され，「アンフェタミン型中枢刺激薬問題（amphetamine type stimulants：ATS）」として世界的にも注目されている¹⁾。こういった違法薬物乱用による依存症者への支援施策としては，「刑事司法手続きからの転換（以下，Diversion）」や，「Therapeutic Community（以下，TC）」「Matrix Model」等が有効とされ，注目を集めている²⁾。一方，精神科医療現場では，主に覚せい剤乱用者の中に数年に渡る断薬にも関わらず，遷延する精神症状により社会生活が困難となっている者を多く見受ける。彼らは，既存の依存症治療のプログラムでも，統合失調症治療プログラムでも適応が難しく，地域の支援機関においても対応困難とされることがしばしば見受けられる。また，その対応困難さから，本人にとって適切な対応がなされていないという状況が推測される³⁾。

欧米では，こうした依存症治療のみでは回復困難な者について「物質使用障害（Substance use Disorder）以下『SUD』」と「精神健康障害（Mental Health Disorder）以下『MHD』」の双方を併せ持つ者という意味から「併存性障害（Concurrent Disorder）以下『CD』」という呼称が用いられ，様々なアセスメントや介入方法が検討されると共に，数多くの報告がなされている（カナダのCentre for Addiction and Mental Health「CAMH」など）⁴⁾。我が国でもこうした一群について「覚せい剤精神病残遺性障害」「重複障害（二重診断例）」として，統合失調症との病像の異同等主に診断に関して多くの研究がなされてきた⁵⁾¹²⁾。しかし，具体的対応や治療に関する研究や実践報告は少なく，支援方法も確立されるに至っていない。

ここでは，CDの中でも，特に「覚せい剤使用障害（Methamphetamine use Disorder）以下『MUD』」と幻覚・妄想などの「精神病性障害（Psychotic Disorders）以下『PSD』」を併せ持つ事例を「覚せい剤併存性障害（Methamphetamine Concurrent Disorder）以下『MCD』」と定義し，その実態把握と今後求められる支援のあり方を検討することを主な目的とした。というのは，こうした精神病症状を持つ薬物使用の事例は非常に多いにも関わらず，対応が難しいことが知られているためである。精神病症状と薬物使用の問題がある場合，厳密な診断としては，元来の統合失調症の上に物質使用が重なっているのか，あくまで物質使用障害のもとにその結果として精神病症状が生じているのかについて検討することが求められる⁹⁾¹²⁾。しかし，CDの概念は支援の観点から重複した問題を抱えた事例の治療・社会復帰を考える上

での枠組みとして用いられており、本研究でも同様の観点でCDの概念を用いる。

また、覚せい剤以外の併用薬物（有機溶剤等）については、列挙はするが、違法薬物の問題として覚せい剤乱用を含めて論じることとした。

この度、約5年におよぶ継続的な統合失調症支援モデルに基づく支援を行なった事例と、3ヶ月の依存症治療支援モデルに基づく支援を行なった事例との支援の在り方に関する比較検討を行った。本2事例への検討は、今後我が国における覚せい剤併存性障害者への支援方法を確立するにあたり、一定の意義を有するものと考えられたので報告する。

なお、本事例報告は倫理的配慮として、論文の投稿に関し入通院時に口頭による同意を得た。また、論旨に支障のない範囲において事例に若干の加筆変更を加えた。

事例提示

事例1 統合失調症支援モデル：A民間精神科病院初診時20歳（支援終了時26歳）男性 単身生活保護受給中

覚せい剤初回使用17歳 精神科初診年齢21歳

主診断：ICD10-F15.75「カフェインを含む他の精神刺激剤使用による精神及び行動の障害 残遺性障害および遅発性精神病性障害」・覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議（旧厚生省）における診断基準で「覚せい剤精神病 遷延持続型」 副診断：ICD10-F18.1「揮発性有機溶剤（吸入薬）の有害な使用」

補導歴3回 前科3犯（覚せい剤取締法違反・毒物劇物取締法違反・道路交通法違反・窃盗）

1) 生活史および家族歴

同胞2名中第2子次男として関東近県にて出生。父は無職で、覚せい剤の常習者であった。後に逮捕され服役となり、その後は行方がわからなくなっている。母は精神障害もあり、生活が立ち行かないことから生活保護法における救護施設に入所。その後単身生活をしていたが、本人が24歳時に死去している。兄は統合失調症にて精神科に通院しながら生活保護を受給し、他県にて単身生活を続けている。両親は、生活保護世帯であり、精神科病院で知り合い結婚、出産となった。両親が育児困難のため、出生直後より乳児院へ入所。2歳から16歳時まで兄と共に養護施設にて育つ。最終学歴は中学卒業。12歳頃から素行不良で、毒物劇物取締法違反・道路交通法違反などで補導される。試験観察で児童自立援助ホームに入所。17歳時車を盗み少年院に送致となり、6ヶ月間入院。退院後、更生保護施設に入所。そこで覚せい剤を初回使用する。その後、保護観察処分にて地元にもどる。数ヶ月で他県に移り、住み込みの工場へ就職するが、覚せい剤使用にて警察から嚴重注意を受け工場を解雇となる。母親の家に転がり込むが、迷惑をかけてはいけないと思い、家を出てホームレスの状態となる。友人宅に転がり込み覚せい剤・シンナー・LSD・大麻を乱用。21歳時、他県精神科病院に初回入院となる。退院後暴力団組員となり、大きな刺青を入れる。

2) 現病歴

X-2年に他県精神科病院に不安と疲労感の訴えにて、初回入院となる。短期間で軽快し退院。その直後から暴力団員となる。X-1年に追跡妄想で不安感高まり失声・抑うつ状態となったため、児童自立援助ホームに転がり込み、職員につれられA民間精神科病院を受診。心因反応の

診断で通院にて薬物療法を施行していたが、抑うつ気分および不安が治まらないことから、X-1年4月にA民間精神科病院閉鎖病棟に区長同意による医療保護入院となった。入院と同時に生活保護開始。入院後、ECT（Electroconvulsive therapy）と薬物治療により前記症状が速やかに軽快し、20日間の入院で軽快退院となる。退院後、児童自立援助ホームに仮住まいにて過ごすも、しばらくして行方がわからなくなり、その後窃盗事件にて逮捕され、執行猶予の身となった。同時期から前記症状が再燃し、X年12月急性期治療を行う閉鎖病棟に2回目の医療保護入院となる。

3) 支援経過

入院時採尿検査行われず、薬物使用の有無は不明。薬物治療により症状は速やかに改善するも、院内散歩中に無断離院し、数日して飲酒による酩酊状態で再入院となるなど、問題行動はなくならなかった。外出の制限などを行い様子観察した後、退院を検討するも帰る先がなく、今後の処遇に関し嗜癖行動上の問題もあることから、X+1年3月アルコール依存症病棟（開放病棟）に転棟。任意入院へ変更となる。依存症病棟では、陰性症状と副作用により活動性が低下し、プログラムにはなんとか参加するものの、他の依存症患者と同じような行動はできなかった。3ヶ月間アルコール依存症プログラムには何とか参加を続けたが、退院後は一般精神科デイケア（以下、DCと省略）にてフォローアップすることとなった。X+1年7月退院先がないため、一時的に児童自立援助ホームの空き部屋に退院となる。同月よりデイケア開始となる。X+1年8月公立援護寮に入寮の申し込みをする。また、同時期に精神障害者グループホーム（以下GHと省略する）の入所申し込みも平行して行う。X+1年9月刺青があること及び執行猶予中であることを理由に、公立援護寮への入寮は不承認となる。X+1年11月GHへ4ヶ月間という期限付きでの入所が決定、入所となる。X+2年3月GHの期限がきたため、アパートでの単身生活開始となる。保証人は、児童自立援助ホーム職員が行うことになった。DCへの通所は、何とか続けていたが、無断欠席や中途帰宅が度々あり、DC以外の時間の使い方に関し、多くの問題を抱えていた。同月知り合った21歳の女性と婚姻届けを出し、誰にことわることもなくアルバイトを開始。数週間後に、裸でうずくまっているところを警察に保護され、翌日X+2年6月A民間精神科病院閉鎖病棟に区長同意による3回目の医療保護入院となった。警察での尿検査で覚せい剤の使用は認められなかった。妻の行方がわからなくなっていたが、入院直後児童自立援助ホームの職員に連れられ本人と面談し、その場の話し合いで離婚が成立する。入院時本人希望にて覚せい剤採尿検査を行ったが、結果はAmphetamine・Methamphetamineともに検出されなかった。簡単な疎通はとれるが、思考途絶が見られ、視点も定まらず、病的体験の存在が強く疑われる状態であった。また、多幸感、過干渉、興奮などが見られたため、隔離を必要とした。ECTと薬物治療により症状は安定。X+2年10月退院となる。退院後の支援体制としては、前回DCのみでは規則的な生活が送れなかったことから、訪問看護及びナイトケア（以下NCと省略）を導入し、保護費は福祉事務所にて週払い窓口渡しとした。週間プログラムは、表1に示す通りである（表1）。また、本人も交えたケースカンファレンス（以下、CCと省略）にて決定した「本人と関係機関との取り決め事項」を文書にし、本人及び全関係機関の了承をとった上で、全員に配布した。内容は表2に示す通りである（表2）。

その後、週間プログラムに沿って規則的に生活する。覚せい剤の再使用も飲酒もなく、生活も安定していった。DCでは、音楽会などの行事において司会を務めるなどDC参加への積極性も見られた。また、訪問看護によって日常の生活に介入したことで、自炊や布団の上げ下ろし

表1 事例1の週間プログラム

	月	火	水	木	金	土	日
AM	訪問看護	福祉・保健所	DC	診察	DC	児童自立支援 ホーム	
	DC	DC		面接			
PM	DC	DC	DC	OT	DC		
夜間	NC	NC	NC	NC	NC		

表2 事例1の「取り決め事項」

〇〇〇〇様の今後の治療に関し、関係機関及び関係職種間で意見調整を行いました。以下に、取り決め事項を提示いたします。

1. 別表にあるプログラムに沿って生活をする。
1. 月に1度、持続薬の注射をする。
2. 家賃を毎月31日もしくは翌月1日に大家さんに直接支払う。
3. 夜間、土・日曜日はゆっくり過ごすことを心がけ、児童自立援助ホームに顔をだす。
4. 病院に来られない場合は、必ず連絡をいれる。
5. 飲酒は不可とする。飲酒してしまった場合は、正直に主治医にその旨を申しでること。
6. 違法薬物の使用が疑われた場合は、採尿検査を行うこととする。
7. 検査の結果覚せい剤の使用が認められた場合は検査結果を持って警察に自首することを約束する。
9. 麻薬取締法に規定する違法薬物が検出された場合、病院は通報義務が生じることを承知する。
10. 無断もしくはこちらから見て明らかに正当でない理由によりDC・NCへの遅刻・欠席が続いた場合や、飲酒・違法薬物の乱用・犯罪行為などの問題行動を起こした場合、及び上記1～9について、関係職員に対し虚偽の申し出を行ったことが明らかになった場合は、児童自立援助ホーム職員と福祉事務所担当者及び担当保健師との面接をA病院職員同席にて行うこととする。
11. 上記の話し合いでA病院での治療継続が本人の治療にとって望ましくないと判断された場合、A病院での治療継続は不可となる。
12. 精神的な疲労感が増加した場合の休息入院は可能とする。早めに関係職員に申し出ること。

上記1～12の『取り決め事項』の了承をもって、治療継続の確認といたします。上記の項目は本人及び関係機関の同意の上で作成されました。

など日常生活に関する細かな指導が行えるようになり、アパート生活にも生活感が出るようになっていった。一方で、突発的に不安・焦燥感が高まり、言動がまとまらなくなることがあった。また、稀に躁状態となることもあった。そのため、本人の希望による短期間の任意入院が3回あったが、約1年間大きな問題はなく経過した。X+4年4月から作業所への通所開始となる。しかし、X+4年6月「縛られるのが嫌になった」と無断で作業所とDCを休み、その数日後に全ての支援を自己中断し、同月DCも作業所も自ら辞めてしまう。医師の診察とSWの面接のみ週に1回ずつ行っていた。X+4年9月生活リズムが崩れ、精神症状が再燃し、過量服薬も行ったため7回目の入院となる。X+5年2月入院中に離院退院。外来に数回通院したが、本人希望で「違う病院に行きたい」とのことで、A病院での支援は終了となる。その後DCメンバーに

お金をたかるなどの行為が見られ、夜間A病院併設の福祉ホーム入居者に金銭を無心に来たところ、入居者による通報で警察介入となったため、A病院への出入りが一切禁止となる。その後、近隣の精神科病院にて入退院を繰り返しながらも、地域で生活をしている。

事例2 依存症支援モデル：A民間精神科病院初診時31歳（支援終了時31歳）女性 単身 生活保護受給中

覚せい剤初回使用23歳 精神科初診年齢16歳

主診断：ICD10-F15.75「カフェインを含む他の精神刺激剤使用による精神及び行動の障害 残遺性障害および遅発性精神病性障害」・覚せい剤中毒者対策に関する専門家会議（旧厚生省）における診断基準で「覚せい剤精神病 遷延持続型」 副診断：ICD10-F10.24「アルコール依存症候群」・ICD10-F44.0「解離性健忘」・ICD10-F70.1「軽度精神遅滞の疑い< WAIS total IQ 69（X-1年検査）・66（X年検査）>」

前科1犯（覚せい剤取締法違反）

1) 生活史および家族歴

東京にて同胞2人中第1子長女として出生。幼少期の生育発達状況は不明。小・中学校は公立。小学校2年生の時に転校。その後いじめられるようになり、中学校まで続いた。人と話すことができず、いつもびくびくしていた。高校は2年で中退。その後、洋裁の専門学校に入学するが、2年で中退しアルバイトを点々とする。両親が、本人18歳時に離婚。21歳まで父親と同居。その後、家出をし、友人宅に泊まり、アルバイトなど転々とするが続き、風俗で働いたり、ホームレスをしていたこともある。

2) 現病歴

16歳時抑うつを主訴に両親に連れられ地元の公立精神科病院初診。同時期にシンナー初回使用。1年間ほど通院している。22歳頃より覚せい剤を主に静脈注射、ときにあぶりや食物混入で使用。本人いわく「ヤクザに無理やりシャブ漬けにされた」と。23歳頃より度々幻覚があり、恐怖感に襲われた。アルコールの初飲は、20歳。22歳頃から大量飲酒。29歳時出会い系サイトで知り合った男性と覚せい剤を使用。覚せい剤取締法違反にて検挙される。執行猶予となり、法務省管轄の更生保護施設に入所。他の入所者との人間関係に悩み、「もう死ぬしかない」等の幻聴が出現。「死にたい」と訴え、近くの交番に行き、ナイフで手首を切ろうとするなどの行動があったため、緊急措置入院となり、翌日民間指定病院に後方転送となる。梅毒陽性で抗生剤治療を行い、治癒。1ヶ月程で「父親のところに帰る」とのことで退院となるが、退院日に飲酒し交番に駆け込んだため、同病院に同日再入院となる。1ヶ月後に退院となり、生活保護法の更生施設に入所するが、やはり、1週間ほどで飲酒にて、退所となっている。その後も飲酒による酩酊にて、救急搬送で内科に入院などした後、福祉事務所と民間精神科クリニックの介入で、X-1年B病院依存症専門病棟に入院となる。梅毒治癒・HIV陰性・トリコモナス膣炎の治療継続。3ヶ月のアルコールリハビリテーションプログラム（Alcoholism Rehabilitation Program 以下、「ARP」）を終了し、メリノール・アルコール・センター（Maryknoll Alcohol center 以下、「MAC」）女性クローズドミーティングとAA（Alcoholics Anonymous）につながり、生活保護法の更生施設に退院となる。しかし、1ヶ月で入院中に知り合った男性のところに行き、すぐに社会生活ができなくなる。別の精神科病院に入院するが、退院と同時に飲酒

表3 事例2の週間プログラム

	月	火	水	木	金	土	日
AM	心理面接		SW面接 内科外来	歯科	アルコール 外来	AA	
PM	AA	OT	MAC	OT	OT	AA	
夜間							

表4 事例2の「取り決め事項」

〇〇〇〇様の退院後3ヶ月間の治療とリハビリテーションに関し、関係機関及び関係職種間で意見調整を行いました。以下に、取り決め事項を提示いたします。

1. 毎週月曜日心理面接。
2. 隔週水曜日AMにSWと面接。
3. 隔週水曜日AMに内科外来受診。
4. 毎週木曜日AMに歯科受診。
5. 毎週金曜日AMにアルコール外来受診。
6. 月～金曜日PM1～3時はOT参加。
7. 夜間、土・日曜日はゆっくりすごす。
(AAに行くことは原則的に自由ですが無理をしないこと。)
8. 病院に来られない場合は、きちんと連絡を入れる。
9. 上記1～6について、無断もしくはこちらから見て明らかに正当でない理由により遅刻・欠席が続いた場合や、飲酒・違法薬物の乱用・売春行為などの問題行動を起こした場合、および関係職員に対し虚偽の申し出を行った場合は、保護監察官と福祉事務所担当者との面接を〇〇病院職員同席にて行うこととする。状況によっては、A病院での治療は終了となり、生活保護廃止となる場合がある。
10. 毎日抗酒剤を必ず服用する。
11. 救急車を使用しての入院は不可とする。
12. 精神的な疲労感が増加した場合の休息入院は可能とする。早めに関係職員に申し出ること。
その後の方針については、退院後3ヶ月を経た時点で、福祉事務所担当者、〇〇荘職員、MAC職員、A病院職員同席のもと検討することとする。
13. 保護観察官への相談は、どのような状況になっても可能とする。

上記1～13の『取り決め事項』の了承をもって、治療継続の意思確認といたします。関係者が検討した結果、取り決めた内容であるため、可能な限り継続されることをお勧めします。
また、上記の項目は関係機関の同意の上で作成されました。

し、ホームレス状態となる。福祉事務所婦人相談員に連れられA病院初診となる。初診時現在保護観察処分中。

3) 支援経過

X月X日福祉事務所担当者と共に来院。A病院依存症治療病棟（開放病棟）に入院 任意入

院となる。解毒治療開始。X+17日解毒治療終了。院内依存症治療プログラムに適応困難と判断し、以前から通って慣れているMACとAAに通所開始。X+21日MAC通所への不安から不穏・困惑状態を呈し、保護室隔離、区長同意による医療保護入院へ変更となる。保護室内徘徊し落ち着かず、「つらいつらい」「男の声で悪口を言われる」と訴え、大声をあげる状態。X+32日徐々に落ち着いたため隔離解除。X+50日任意入院に変更となる。本人は再度MACやAAに通所することを希望したが、治療方針として、依存症治療は行わず病棟内にて静養してもらうことをこの入院治療の目的とした。X+80日一般精神科作業療法と臨床心理士によるカウンセリングを開始。その後、概ね問題なく経過。退院後の方針としてA病院デイケアに依頼するも、対応困難とのことで却下となる。X+108日女性宿所提供施設（一人部屋）へ退院となった。退院後のとりあえずの目標は、施設内で安定した生活を行うこととした。支援機関はA精神科病院・福祉事務所・宿所提供施設・保護観察所・MAC。ケースマネジメントは、福祉事務所婦人相談員が行うこととなる。本人の強い希望にてAAへの参加は一部許可とした。週間プログラムは、外来作業療法と個別面接を中心とした（表3）。また、本人も交えたCCにて決定した「本人と関係機関との取り決め事項」を文書にし、本人及び全関係機関の了承をとった上で、全員に配布した。内容は表4に示す通りである（表4）。

退院後、施設内で飲酒し、職員に対し易怒的となり、退院から29日間でA病院依存症専門病棟へ再入院となった。入院時と同様に自助グループへの参加が心理的な負荷になっていると判断し、AAへの参加を控えるよう取り決めを修正し、解毒のみの治療で入院から10日で退院とした。しかし、翌日は来院せず、2日後酩酊状態で救急搬送されてきたため、外来のみで対応し、約束が守られていないことを指摘した後、福祉事務所に自分で連絡を入れるよう伝え、施設に帰らせた。福祉事務所及び保護観察官には、A精神科病院から、電話にて事の経過を報告した。その後、本人からの連絡なく、医療中断となった。49日後に他病院に救急搬送となったとの連絡が入ったため、その時点を以て治療終了とした。

考 察

1. アセスメントの重要性

Skinner,Wは、著書Treating Concurrent Disorders: A Guide Counselors (2005)において、併存性障害へのアセスメントの重要性について強調し、その目的と機能について以下のように指摘している。①診断のみでなく治療の計画実行のために役立つ情報を得る、②治療前後で治療の効果が判定できる、③（アセスメントを通じて）治療関係を築くと同時に、患者自身が自分の問題を明確にできる、④精神障害と薬物使用の関係と原因を調査するというものである¹³⁾。事例においても介入当初からMUDとPSDの双方への対応を念頭においた治療を開始できていれば、より適切な支援が可能であったかもしれないという点で反省が残る。併存性障害への支援の開始にあたっては、介入当初からのアセスメントが重要であり、単に依存症からの脱却や精神症状の安定のみを目的としたものではなく、多面的なアセスメントがなされた上での、包括的な支援が必要であると考えられた。今後は、MCDに特化した認知行動療法プログラムの開発や、MCDが持つ特徴を踏まえた治療・支援のマニュアル化や専門支援施設の設置が求められる^{14,15)}。

2. 「心理社会的治療の有効性」と「不適切な直面化による弊害」

一般的に依存症治療の視点から考えると、依存症に焦点を当てた治療を行わない限り、薬物の乱用が止むということは考えにくい。しかし、統合失調症支援モデル事例では、閉鎖病棟への入院による薬物療法の後、作業療法などによる心理社会的治療を行った上で、集団の中に日中の居場所をつくり、時間的枠組をあたえたことを機に乱用の悪循環から抜け出し、生活が安定していった。そのことから、薬物の乱用が「依存症」からくるものではなく、「遷延する精神病状態」や「他の精神疾患との合併」によって習慣化している場合においては、「薬物療法」と「環境調整による安定した生活習慣の維持継続のための介入」が有効であると考えられた。

一方、依存症支援モデル事例は、介入早期からの自助グループやARPへの参加が引き金となり、保護室隔離が必要なほど行動がまとまらなくなってしまった。一定期間の薬物療法を中心とした入院治療と精神科リハビリテーションを行わなかったことが、症状再燃の要因のひとつと考えられた。依存症支援モデルにおける注意すべき点としては、こうした際に「直面化」を間違った使い方として行う場合が見受けられるが、MCDに対し依存症治療プログラムに適應しないことを理由に、「治療終了とする」ということはしてはならない。MCDの多くは、「治療終了」の意味が理解できず、直面化が直面化になりえないことを十分考慮すべきである。以上の点から、初期のMCDへの介入としては、一旦依存症治療プログラムを中止し、精神状態が安定するまで薬物療法と精神科リハビリテーションを中心に行い、3ヶ月から6ヶ月程度以上の期間をかけてゆっくり対応する統合失調症支援モデルが望ましいと考えられた。とは言え、MCDの多くは、生育過程に大きな問題を抱え、犯歴を有しているなどの特徴から、一般精神科病棟においては、他の統合失調症患者に悪影響を及ぼすことが指摘されており、支援機関が対応に苦慮する状況は避けられないだろう^{16,17)}。そうした点も十分配慮した対応が求められよう。

3. 自助グループへのつなぎ

統合失調症支援モデル事例は、入院直前まで覚せい剤の使用が確認されているにも関わらず、NA (Narcotics Anonymous) やDARC (Drug Addiction Rehabilitation Center) などのいわゆる薬物依存に対する自助組織を活用せずとも、その後長期間に亘り覚せい剤の再使用がなく、生活も安定していったという特徴がある。MHDに焦点を当てた支援が一定の効果を上げたということがいえる。しかし一方で、薬物依存やその背後にある自らの内的な問題への洞察については十分ではなく、何事においても支援の枠組みがゆるくなると、容易に非社会的方向に流れる傾向は、修正されることはなかった。通常の依存症治療では、毎日の自助グループにおけるミーティングで、正直に自分自身を語ることによって、精神的成長を図る。統合失調症支援モデル事例については、こうした自助グループ利用はできなかったが、精神症状と生活の安定が図られた後、いずれかの段階においてNA等の自助グループへの参加ができれば、より確実な回復が期待できると考えられた。我が国では、MCDを多く受け入れ、12ステップミーティングを行っている一部のDARCや、アルコール依存症の併存性障害への12ステップミーティングの活用の試みなどが報告されている¹⁸⁾。しかし、精神科医療現場におけるMCDへの12ステップミーティング導入の取り組みは少ない。一方米国では、併存性障害の者がNAに参加するにあたり、事前に認知行動療法を用いたグループ教育やSST (Social Skills Training) を導入し、自助グループ参加の段階に至ったら、援助者がNAに同行するところから徐々にグループに慣らしていく「Professionally Assisted Pre-NA Group」と呼ばれる方法が用いられている¹⁹⁾。ま

た、NAの12ステップを併存性障害に即した形に修正した「DTR (Double Trouble in Recovery)」と呼ばれるものを活用したグループも存在するなど、臨床における様々な工夫がなされている²⁰。今後は、認知行動療法の導入と並行して、こうした新たな12ステップミーティングの活用も発展も望まれる。

4. MCDへの機関連携による支援

近年、こうしたMCD事例に関しては、司法機関・精神科医療機関が対応しないことによる結果として、DARCが抱え込まざるを得ない状況となっている²¹。こうした現状に対し、司法領域においては、刑務所内での依存症治療プログラムの導入が行われ、今後はさらに、DiversionやMatrix Modelなどを中心とした様々な対応が発展することが期待されている²²。また、精神科医療では、医療観察法病棟の在り方を巡って、国公立の司法専門病棟における薬物依存症への対応についての検討がなされつつある¹⁴。こうした中、民間精神科病院は、犯罪性の高いMCDを国公立の機関につなげていくようなトリアージ機能を有しつつ、本事例のように犯罪性の低いMCDに関しては、積極的に治療を行うとともに、他の支援機関と連携を取ることによって、地域支援活動に貢献する必要があると考えられた。

統合失調症支援事例では、一般精神障害者の社会復帰施設、福祉事務所などと民間精神科病院との有機的連携による支援を試みた。しかし、統合失調症支援モデル事例では、公立である精神保健福祉センターに併設された援護寮への入寮を断られたという経過を辿った。その理由は、犯罪歴や他の入寮者との兼ね合い、援護寮利用目的との不一致などであった。決定には疑問が残るものであったが、結果的には民間の精神障害者グループホームが受け入れを検討してくれることとなった。今後は、こうした民間施設では対応困難な狭間の事例こそ、公的支援施設において積極的に受け入れ、法制度の改変も含めた検討を行ってほしいものである。一方、依存症支援モデル事例では、MACや保護観察所との連携が特徴的であった。この事例では継続的に本人と関わる役割を保護観察所が担った。今後は、こうした事例に関わる唯一の司法機関としての機能を活かした支援にも期待するところである。

今後こうした様々な事例を通し、機関連携の在り方の検討を蓄積していく必要があるものと思われた。また、現状では、MCDに特化した精神科病院も精神障害者社会復帰施設も存在せず、試行錯誤の連携支援を行うより他に方法がない。今後は、MCDにも柔軟に対応できるTCの実現が、我が国においても望まれるところである²³。

5. 司法・医療対応の区分の明確化の必要性

民間精神科病院がMCDを忌避する理由の一つとして、医療機関に受診した違法薬物使用者への対応の仕方が不明瞭であることが考えられよう。一般精神科病院にて考慮すべき、薬物関連障害患者臨床にまつわる司法的問題への対処ガイドラインには、既にエキスパートコンセンサス、全国調査、法律家への意見を総合して作成されたものが存在する²⁴。しかし、未だ現場での混乱は続いており、司法につながる者と、医療・福祉につながる者は、精神科医個人の意識と力量によって分けられているように思われる。これは、現場レベルにおける薬物依存症者への治療的対応と法的対応の区別が明確となっていないことが、大きな要因であろう。その背景には、精神科医が、医師の裁量に任されている部分を活用しきれていないことが大きく影響しているのではないだろうか。また、精神科医療に携わる者の多くは、「違法性薬物使用の患者は、司法で対応してほしい」という意識が、根強くあるのも事実であろう²⁴。本2事例は、薬

物再使用がなかったことから、民間精神科病院と保健・福祉機関のみの連携で地域支援が可能であった。しかし、違法薬物の依存症者は、再使用がイコール犯罪行為になってしまうため、民間病院では組織体制が確かなところほど、病院側のリスクを下げるために、違法薬物依存症者を治療対象から除外する方向に動くという状況が伺える。現場では、多種多様な患者への治療を行いつつ、治療構造が特殊な患者への対応を適切に行うには限界があるということを踏まえなければならない。今後は、現場の視点からこの問題を捉えなおすことが必要であると思われる。また、精神科医への研修などによるスキルアップや忌避感情への介入などの根本的問題への対応を行うと共に、法制度のスマート化や簡易マニュアルの普及などによって、現場に即したシステム化がなされる必要があるのではないだろうか。

謝 辞

個人の情報を保護するため、所属や氏名を列挙することができませんが、支援者としての熱い想いを持って、共にご支援を下さった関係機関の皆様と、本論文の投稿に御同意下さった御本人様に心より感謝申し上げます。また、本稿の投稿にあたり快くご承諾くださいました、昭和大学精神医学教室の加藤進昌教授に心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 尾崎 茂：物質依存の時代の変換と現状。精神科治療学，19(11)：1289-1296, 2004.
- 2) 近藤恒夫，尾田真言：薬物事犯者に対する新しい刑事政策に関する研究 アパリのダイバージョン・プログラムと米国ドラッグ・コート制度，厚生労働科学研究費補助金による14年度研究報告書 薬物依存・中毒者の予防，医療及びアフターケアのモデル化に関する研究，141-153, 2003.
- 3) MATRX Institute on Addictions : <http://www.matrixinstitute.org/index.html>
- 4) 池田朋広，山田光彦，井口 喬：措置入院による覚せい剤精神病患者の実態と処遇に関する研究。法と精神科臨床，7(1)：27-35, 2005.
- 5) 池田朋広，山田光彦，井口 喬：地域における覚せい剤乱用者の実態と支援に関する研究—精神および行動の障害における二重診断例を中心に—。日本社会精神医学会誌，14(1)：55-65, 2005.
- 6) Schizophrenia & Substance Use : <http://www.Schizophreniaandsubstanceuse.ca/home/>
- 7) CAMH (Centre for Addiction and Mental Health) : <http://www.camh.net/index.html>
- 8) Health Canada : Best Practices Concurrent Mental Health and Substance Use Disorders, 2002.
- 9) 中谷陽二，加藤伸勝，山田秀世，岩波明，藤森英之：覚せい剤精神病のせん妄と錯乱 - 症候学的検討 - . 臨床精神医学，20：1934-1944, 1991.
- 10) 和田 清，福井 進：覚せい剤精神疾患における残遺症候群について。精神保健研究，37：161-168, 1991.
- 11) 小沼杏坪：薬物関連精神障害の診断。日本アルコール精神医学雑誌，8：45-51, 2001.
- 12) 小沼杏坪：覚せい剤精神病（陽性症状残遺型）と統合失調症の鑑別診断について。日本アルコール精神医学雑誌，14(1)：35-46, 2007.
- 13) Skinner, W.: Treating Concurrent Disorders : A Guide Counselors, 2005
- 14) 松本俊彦，今村扶美，吉沢雅弘，平林直治：物質使用障害を併発した触法精神病例の薬物治療・心理社会的治療。臨床精神薬理，10：751-758, 2007.
- 15) 森田展彰，末次幸子，嶋根卓也，岡坂昌子，清重知子，飯塚 聡，岩井喜代仁：日本の薬物依存症者に対するマニュアル化した認知行動療法プログラムの開発とその有効性の検討。日本アルコー

- ル・薬物医学会, 42(5): 487-506, 2007.
- 16) Stuyt,E.B. Sajbel,T.A. and Allen,M.H.:Differing Effects of Antipsychotic Medications on Substance Abuse Treatment Patients with Co-occurring Psychotic and Substance Abuse Disorders, Am.J.Add., 15 : 166-173, 2006.
 - 17) 和田 清:医療モデルの違いとしての精神作用物質依存症の治療. 精神科治療学, 19(11) : 1281-1287, 2004.
 - 18) 後藤 恵:重複障害をめぐる諸問題と統合的治療について-重複障害の罹患者を対象とした集団療法の有効性-. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 43(3) : 194-203, 2008.
 - 19) Robert,E.D. and Kim,T.M.: Dual Diagnosis of Major Mental illness and Substance Abuse Volume2:Recent Research and Clinical Implications Group Treatment for Dually Diagnosed Clients : 33-52, 1996.
 - 20) Double Trouble in Recovery : <http://www.doubletroubleinrecovery.org/index.html>
 - 21) 平井秀幸, 高橋孝司, 梅野 充, 池田朋広, 阿部幸枝, 谷部陽子, 遠藤恵子, 近藤恒夫, 幸田 実, 森田邦雅, 秋本恵一郎:薬物依存症者が社会復帰するための回復支援に関する調査, 厚生労働省平成19年度障害者保健福祉推進事業補助金事業 平成19年度障害者自立支援調査研究プロジェクト, 特定非営利法人東京ダルク, 東京, 2008.
 - 22) 宮永 耕:覚せい剤依存者の地域生活移行支援. 最新精神医学, 14(2) : 171-176, 2009.
 - 23) 松本俊彦, 今村扶美, 梅野 充, 岡田幸之, 尾崎 茂, 小田晶彦, 上條敦史, 柑本美和, 小林桜児, 津久江亮太郎, 成瀬暢也, 比江島誠人, 吉澤雅弘:薬物関連障害の臨床における司法的問題に関する研究. 平成18年度 厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラーサイエンス総合研究事業「薬物乱用・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究 (主任和田 清)」分担報告書, 241-273, 2007.
 - 24) 倉田健一, 田村達辞, 近藤直樹, 成瀬暢也, 伊豫雅臣, 尾崎 茂, 小沼杏坪:薬物関連精神障害に関する精神科医の意識調査について, 精神科救急, 9 : 102-106, 2006.