

厚生科学研究補助金 医薬安全総合研究事業

薬物依存・中毒者のアフターケアに関する研究

## 平成10年度研究報告書

---

主任研究者 内村英幸

1999年3月

厚生科学研究補助金 医薬安全総合研究事業

薬物依存・中毒者のアフターケアに関する研究

## 平成10年度研究報告書

主任研究者 内村英幸

1999年3月

# 目 次

I. 総括研究報告		
内村英幸、村上優、原井宏明、内田博文、近藤恒夫、鈴木健二、下野正健	.....	1
II. 分担研究報告		
1. 病院プログラムについて		
村上優、杠岳文、西村直之、遠藤光一、比江島誠人、原井宏明、内村英幸	.....	3
(資料)		
・肥前物質使用障害面接基準	.....	9
2. 薬物依存に関する地域プログラムの検討		
下野正健、古賀初子、板井修一、多田薫、伊藤智美、安高真弓、梶畑俊雄	.....	47
(資料)		
・薬物関連問題についてのアンケート	.....	61
3. 精神保健福祉センターにおける薬物関連問題に取り組みの現状とあり方に関する実態調査		
下野正健、藤林武史、南川喜代晴、柳橋雅彦	.....	65
(資料)		
・精神保健福祉センターにおける薬物関連問題に対する取り組みの現状とあり方に関するアンケート	.....	73
4. ダルクの施設調査研究		
近藤恒夫、坪倉洋一、長坂好一、森田邦雅、中島清治、比江島誠人、村上優	.....	77
(資料)		
・DARC施設調査票	.....	89
・回復への12ステップ	.....	103
・茨木ダルクの報告	.....	104
・NA日本全国ミーティング一覧	.....	109
5. 薬物自己使用事犯の法的検討		
内田博文、金尚均、大藪志保子	.....	119
(資料)		
・わが国における薬物犯罪の現状と対策	.....	123
・ドイツにおける麻薬政策	.....	131
・フランスの薬物対策法制度および薬物政策	.....	134
6. 諸外国との比較 ―治療・リハビリテーションに関する文献レビュー―		
原井宏明	.....	141
7. 高校生における薬物関連問題の調査研究		
鈴木健二、村上優、西村直之、杠岳文、藤林武史	.....	147
(資料)		
・アルコール・ドラッグへの関心度調査	.....	157
III. 研究組織		159

# I. 総括研究報告

主任研究者 内村 英幸

## 総括研究報告

主任研究者 内村英幸<sup>1)</sup>

分担研究者 村上 優<sup>1)</sup>、原井宏明<sup>2)</sup>、内田博文<sup>3)</sup>

近藤恒夫<sup>4)</sup>、鈴木健二<sup>5)</sup>、下野正健<sup>6)</sup>

1) 国立肥前療養所 2) 国立療養所菊池病院

3) 九州大学法学部 4) 日本ダルク

5) 国立療養所久里浜病院 6) 福岡県精神保健福祉センター

### 研究要旨

薬物依存・中毒者のアフターケアについて、病院プログラム、地域プログラム、中間施設（ダルク）の現状を評価した。これらの施設で共通に使用する肥前物質使用障害面接基準を作成した。また法制度の面より自己使用事犯への検討をおこなった。高校生の薬物関連問題を調査して一次予防とハイリスク群への介入を検討した。海外の薬物依存治療技法の紹介をおこなった。

### I. 目的

薬物依存・中毒者に対するアフターケア体制を具体的に調査、検討し、そのリハビリテーションにむけて病院や地域、法システムを包括的に提案すると共に、具体的な援助・介入技法の開発を目的とする。

### II. 研究方法

（福岡、佐賀の治療圏で薬物依存・中毒の治療・援助を行っている病院・地域（精神保健福祉センター）、中間施設（ダルク）を調査した。またフランス、ドイツの薬物法制度を比較した。高校生を対象に薬物使用についてのアンケート調査を行った。海外文献より治療・援助技法を紹介した。

### III. 研究結果

1) 肥前物質使用障害面接基準を作成しデータベース化を始めた。2) 病院における薬物依存プログラム

DRPを作成した。3) 薬物乱用・依存に対する対応体制とニーズ調査を行った。司法・医療・保健・福祉・教育機関1355ヶ所を調査し早期介入法の普及関係機関の連携、家族相談の開発、社会復帰施設支援を検討した。4) 薬物依存回復者施設（ダルク）の現状を調査した。財政問題について補助金の在り方を検討した。またスタッフ教育・研修などピアカウンセラーについて検討した。5) 自助グループであるNAも全国36グループ120会場でミーティングが行われている。回復におけるNAについて正しい評価が必要である。6) フランスとドイツにおいて薬物自己使用事犯を取引事犯と区別して医療対応を重視している現状を紹介した。7) 高校生の薬物使用はシンナー経験5.1%、大麻は1.1%、覚醒剤0.8%存在し、その回りに予備群が各々13.6%、3.5%、2.5%存在した。8) 日本は欧米に比して薬物依存治療のニーズが低く、これまで治療技法の検討は具体性に欠いていた。

### IV. 考察

薬物依存・中毒のアフターケアと具体的に整えるためには、病院と地域を含めた包括的な薬物依存プログラムDRPをシステムとして作り上げる必要がある。薬物依存の特性を考慮にいと、1) 若年に発病するので思春期問題として、2) 違法性の薬物においては法規制との関係で、3) 治療介入に抵抗があるため治療プログラムとして、4) 家族介入や社会的な関連問題への介入として、5) 回復者カウンセラーDARC

## 総括研究報告

や自助グループNAの正しい評価のもとでDRPを作成する。

## V. 結 論

我国にあった薬物依存のアフターケアについて検討をする基礎資料を得た。

## II. 分 担 研 究 報 告

### 1. 病院プログラムについて

分担研究者 村 上 優

## 病院プログラムについて

分担研究者 村上 優<sup>1)</sup>

研究協力者 杠 岳文<sup>1)</sup>、西村直之<sup>1)</sup>、遠藤光一<sup>1)</sup>

比江島誠人<sup>1)</sup>、原井宏明<sup>2)</sup>、内村英幸<sup>1)</sup>

1) 国立肥前療養所

2) 国立療養所菊池病院

### 研究要旨

薬物依存で相談、治療、リハビリテーションにかかる症例について肥前物質使用障害面接基準を作成した。これにより薬物依存の評価手順を標準化することにより診断を容易に行うことができる。また同基準により症例のデータベース化し、今後の治療・アフターケアの経過を追跡する。現在1998年度に受診した23例の薬物依存についてデータを集積している。

### I. 目的

薬物依存の治療やリハビリテーションは、単独の機関により成り立つものではない。医療・保健・司法の各領域に加えてリハビリテーション施設や自助グループなど多様な援助の複合体として援助システムはある。このため症例の評価を基準化し、症例のデータベースを蓄積し、経過を追跡して、援助システムの役割分担や機能を検討し、今後の薬物依存・中毒者のアフターケアに必要なシステムを提案する。とりわけ薬物依存専門医療にとどまらず、従来の精神病院でも容易に採

用できる病院プログラム（薬物依存リハビリテーションプログラムDRP）を開発することを目的とする（表1）。

### II. 方法

肥前物質使用障害面接基準を作成した。この面接基準を用いて国立肥前療養所、福岡と佐賀県精神保健福祉センター、九州ダルクに相談・治療で訪れた症例の評価をおこなった。これらの機関は各々病院プログラム、家族を中心とした相談、入所通所リハビリテーション事業をおこなっており、症例がどのような相談・治療・アフターケアのシステムの流れに乗っているのかを調査した。

病院内プログラムは国立肥前療養所の外来プログラムと、アルコール薬物病棟での入院プログラム、さらにはNAやDARCへの連携などにより有機的なシステムとした。また医療化される前の司法や相談機関、医療化した後のリハビリテーション施設などとの連携について調査を計画している。

### III. 結果

#### 1. 肥前物質使用障害面接基準（資料1）

DSM-IVやICD10を参考として肥前物質使用障害基準を作成した。これは関係者全員が記入する基準と訓練を受けた者（医師には限らない）が記載する基準と、自記式の薬物使用調査よりなり、さらに記入解説を別にしている。通常の診察や相談時にこの基準にそって評価をおこなうと、容易に標準化した

表1 研究の目的

- |                             |
|-----------------------------|
| 1. 薬物依存の評価基準の作成             |
| 2. 薬物依存症例のデータベース            |
| 3. 病院プログラムの作成               |
| 4. 周辺の薬物関連機関とのネットワーク        |
| 5. 治療経過と予後                  |
| 6. 薬物依存リハビリテーションプログラムDRPの作成 |



面接が可能となる。専門医に限らず薬物依存の評価が可能となった。

全員記入をする基準は家族相談のみでも作成し、診断的トレーニングを受けていないものでも容易に記載できる。フェースシートと離別体験を中心とした生育史の困難、教育や就労歴、物質使用に関する処遇の経過よりなっている。

診断トレーニング経験者による基準はDSM-IVによって診断することを基本としている。これは薬物依存についての病歴、急性中毒、離脱症状の既往や現症、過去1年間の社会適応の評価（GAF尺度）、治療歴、合併している精神・身体障害、心理社会的環境的問題より構成をされている。

自記式の基準は、薬歴（種類、初回使用年齢、最終使用年齢、補導・逮捕歴、入手方法）と薬物以外の嗜好行動歴が1項である。2項は薬物に対する調査で重症度調査（Severity of Dependence Scale）を使用している。3項は薬物使用について過去12ヶ月の状態についてDAST-20<sup>1)</sup>を使用した質問で構成されている。生活の満足度はSAS-SRを用い最近の2週間についての日常生活について質問している。最後に追跡調査（6ヶ月、1年、2年）についての説明と同意書をえるようにしている。

## 2. 病院プログラムについて

現在の国立肥前療養所の薬物依存治療プログラムは、1994年にアルコール専門病棟が薬物・アルコール専門病棟となることに伴い試行されてきた。入院病棟は男性50床の開放病棟で離脱室を1床有する。急性期病棟（閉鎖）を使用する場合もある。女性は2室（8人）の専門病室がある。専門外来は週4回

表2 国立肥前療養所・薬物依存の治療構造

1. アルコール病棟を薬物・アルコール病棟へ（開放）
  - 1) 男子：50床で専門病棟（開放）－離脱室1床
  - 2) 女子：8室で専門病室－保護室4室
2. 専門外来は4回/週
3. スタッフ
  - 1) 医師5人（常勤4人、レジデント1人）
  - 2) 専任心理療法士1人、専任OTR1人
  - 3) 特1類看護
4. 精神病状態は急性期病棟（閉鎖）

開かれている。スタッフは医師5人（常勤4人、レジデント1人）、専任の臨床心理士1人と作業療法士1人、看護は特1類の基準にある（表2）。

治療プログラムはアルコールリハビリテーションプログラムARPとの合同プログラムに加えて、薬物依存のみを対象とした薬物リハビリテーションプログラムDRPよりなる。ARPは治療教育、集団精神療法、作業療法、行動療法、運動療法からなっている。DRPは毎日の薬物ミーティング、地域のNAへの参加（1回/週）、ダルクのメッセージミーティング（1回/週）よりなる（表3）。

入院期間は多くは本人との契約での入院（任意入院）のために目的により融通性をもって設定している。これは薬物依存の多くが若年者で、アルコールに類して一律に期間を決めたプログラムを履行することが困難なために、柔軟性を持たせることで治療からの脱落をさけることを意図している。解毒のみを目的とする場合は2週間、解毒と初期治療では1ヵ月、脱習慣を目的とする場合には3ヵ月を予定している。いずれも回復者（NAやダルクメンバー）と出会う機会を設けるようにしている（表3）。

表3 治療プログラム

1. ARPと合同プログラム
2. 薬物依存リハビリテーションプログラムDRP
  - 1) 毎日の薬物ミーティング
  - 2) 地域へのNA参加（1回/週）
  - 3) ダルクのメッセージミーティング（1回/週）
3. 入院期間
  - 1) 解毒のみ：2週間から1ヵ月（任意入院）
  - 2) 脱習慣プログラム：3ヵ月（任意入院）
  - 4) 遷延性精神病状態は一般の精神病治療（任意・医療保護・措置入院）

国立肥前療養所のDRPにおいてはダルクや自助グループのNAとの関係を当初より重視している。これは薬物依存が青年期・思春期心性との関連において発症している場合が多く、仲間としての共感性により認識や行動を大きく変化させる期待があるからである。第1には初期介入においてダルク・自助グループの位置を明確にしている。必要があれば、はじめダルクへ紹介した後に改めて離脱や精神病状

態の治療目的で入院の手順をとる場合もある。第2にはダルクが介入している事例は24時間体制を危機介入に協力して、解毒目的の入院を受け入れている。第3に入院した初期よりNAやダルクのミーティングに参加している。出会いの機会を保证することに務めている。第4にダルクに入寮後の外来治療を担当している(表4)。

表4 国立肥前療養所薬物依存治療とダルク・自助グループ

1. 初期介入においてダルク・自助グループの位置を明確
2. 危機介入は24時間体制-ダルク介入事例の解毒は積極的に協力
3. 治療導入初期より自助グループやダルクのミーティングに参加
4. ダルク入寮・通所後の外来治療(薬物療法を含む)

### 3. 周辺の薬物関連機関とのネットワーク

薬物依存の初期介入や治療・リハビリテーションに関与する機関は多岐にわたっている。1機関のみで対応するには困難と限界を有しており、役割の明確化と連携は包括的なDRPを考える上で重要なことである。

家族相談や家族治療については病院プログラムとして初期介入に位置付けられる電話相談(外来看護婦と専門病棟看護婦による)。個別の家族相談(専門医)、アルコール依存との合同の家族教室(心理療法士)をおこなっているが、薬物依存のみの集団の家族教育を含めた家族支援プログラムの必要性が認められる。病院で行う場合一回の参加者数が少ないので、多機関より紹介を受ける形で家族支援プログラムを精神保健福祉センターで行うことにし、そのテキストを含めて準備をおこなっている。

特に有機溶剤では中学、高校生が多く、学校との協力体制も必要とされる。これは生活指導や養護教師を窓口として協力している。

司法機関は警察など取締り機関と、処遇や処罰を決定する裁判所、さらには弁護士、後には保護観察所、保護司と連携する機会が多い。警察の生活安全課への協力、家庭裁判所の調査官との事例検討、試験観察などを介しての医療への橋渡しなど個別の検討をおこなってきている。

表5 国立肥前療養所における薬物依存受診の推移

年度	外 来			入 院	
	新 患	覚せい 剤再掲	総 数	新 患	総 数
1993	19	4	139	3	6
1994	25	8	114	11	15
1995	39	3	230	13	21
1996	77	12	448	31	44
1997	104	36	655	42	71
1998	86	11	644	27	46

国立肥前療養所における薬物依存受診の推移は近年増加の傾向にある(表5)。これは薬物依存治療のニーズの高さを表わしている。

1998年度は国立肥前療養所で診察した86例について23人のデータを集積した。この基準によりデータの集積をすすめているが、まだ類型化や予後を追跡する段階にはいたらず、平成11年度に本格的なデータベースを予定している。

## IV. 考 察

### 1. 症例評価と転帰調査

薬物依存の医療は医療と司法の境界領域にある問題や、人格障害など処遇に困難を伴うことなどより、一般の精神医療からは遠ざけられた存在だった。しかし民間リハビリテーション施設であるダルクの展開や、自助グループであるNAの広がり、またアルコール医療の経験蓄積による初期介入、家族介入、危機介入の方法も一般化し、それを薬物依存にも適用するなど治療システムの導入が以前よりも容易になってきている。

薬物依存の治療からリハビリテーションを含めたアフターケアについて、導入をはかりやすい実行可能なシステムとするために、まず薬物依存についての評価の標準化を目的として肥前物質使用障害面接基準を作成した。これはDSM-IVを基礎としており、ICD-10との互換性も有している。

次に症例の蓄積を待って依存性薬物の種類と病態、処罰モデルとの関係、治療やリハビリテーションなどより類型化を試み、薬物依存・中毒者のアフターケアについて検討を試みたい。

2. 薬物依存リハビリテーションプログラムDRPをめぐって

病院プログラムは外来と入院プログラムよりなっている。アルコールリハビリテーションプログラムARPに模して薬物依存リハビリテーションプログラムDRPを考えるにあたっては次の問題があげられている。治療契約が十分に得にくい、守られない、違法性薬物の場合に処罰モデルと医療モデルの境界が明確でない、人格障害による問題行動化を生じやすいなど困難がある。これまでは急性期の精神病状態に対する解毒治療のみに限定するか、閉鎖病棟で管理体制を重装備化するか、抗精神病薬による鎮静を充分におこなうなどの方法が採用されており、これらは現在のアルコール依存の治療とは対極にある方法となっている。そのことが薬物依存を処遇困難とし治療が普及しにくい一因ともなっている。

これまで埼玉県の詳細な精神医療サービスの検討(関紳一, 1996)が報告されている<sup>2)</sup>。それによれば閉鎖病棟で通常は任意入院、期間は3ヵ月を標準とするがそれ以上となったり、逆に解毒治療だけの場合もある。個別性を重視した治療計画が作成され、ダルクなどの社会復帰施設への継続参加や、家族プログラムも開始している。平均在院日数は72.3日で24名の転帰調査(1年1回)では、継続入院1名、再入院3名、通院中7名、中断13名であった。中断

の問題は死亡2名、移設入所1名、司法処遇3名で転帰不明は7名であった。寺岡は精神科診療所における覚醒剤精神病の臨床を報告している<sup>3)</sup>。15年の調査期間に100名の症例を重ね、その転帰は30名が入院、外来での症状軽快21名、外来で症状再燃12名、中断22名、逮捕4名等である。またこれらの診療体制より急性期の危機介入システム、20~30床の24時間体制の法的薬物依存救急医療施設の設置と専門医の養成を提案している。小沼は国立下総療養所での治療転帰より、治療の多様性と治療の継続性を軸に3~5年の断薬を目標に覚せい剤精神疾患患者の長期追跡調査を報告している<sup>4)</sup>。それによると110名の症例で死亡10.9%、刑務所服役中4.6%、精神病院入院中6.4%、最近1年間1回の使用もない56.4%、不明19.1%で経過良好群が高く、それに基づいて中間施設と社会内処遇の地域ネットワークモデルを提示している。

国立肥前療養所ではARPに模したDRPを採用しているが、その際外来治療の重視、処罰モデルとの連携の在り方の検討、早期からのダルクとの連携、入院期間の融通性、治療目標の多様性などを試行している。

ARPは初期介入より社会復帰まで一つの流れがあり、医療としてモデル化しやすい(図1)。一方薬物依存の治療モデルは初期介入より社会復帰への

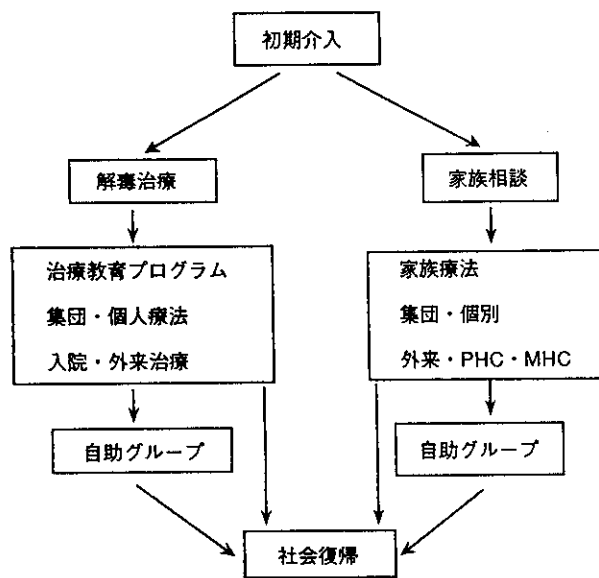


図1 アルコール依存の治療モデル

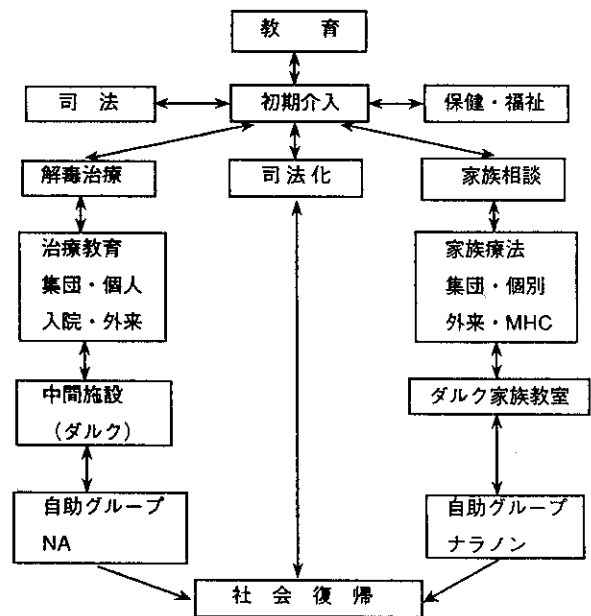


図2 薬物依存の治療モデル

流れが一方向ではなく、多方向であったり、逆行したりと錯綜してモデル化しにくい(図2)。その理由として薬物依存の持つ疾病としての属性による部分と、援助する側の役割や対応技術が確立しておらず、疾病の社会的位置が処罰の対象としてみられており、医療のコンセンサスを得られる水準にないことに起因する。例えてあげれば思春期に発症するので成長の評価が問題となるし、医療と司法のタイアップも明確な方法論の交流はないままにきている。

平井は「回復」を促進する治療的対応を支えるべきで、この対応においては、各種サービスが充実され、適切な評価と同時に種々の程度の強制力をもって、薬物乱用者を治療的対応に導入し係属を保持しなければならない」とし、積極的に刑事司法機関に係属するよう指導するように主張している<sup>5)</sup>。処罰モデルを担保しつつ治療モデルを導入しようとするが、それにみあう法的なダイバージョンへの言及がない。

小沼はその成書の中で薬物依存症の治療ガイドラインを示し、治療技法として薬物療法、個人精神療法(内観療法)、家族援助、集団精神療法、運動療法、環境療法をあげている<sup>6)</sup>。理知的な疾病理解となっているが、治療モデルとしては明確でも、回復してゆくモデルとしての検討はこれからの実証的な研究が必要と思われる。

病院でおこなう狭義のDRPより、回復過程の援助全般を含んだ包括的DRPを今後は検討していく必要がある。

家族の治療教育や自助グループ(ナラノン)への導入は精神保健福祉センターとの連携で行うように

計画をしている。医療機関が全てのプログラムをそろえることは不可能であるし、また望ましいことではない。家族援助は現在、プログラム化されたダルク家族会も機能しているが、家族への初期介入と教育については、テキストを作成しプログラム化して精神保健福祉センターでおこなう準備をすすめている。

## V. 結 語

薬物依存・中毒者についてのデータベースと、病院プログラムの試行により、普及化しやすい薬物依存アフターケアプログラムを検討することを目的として研究を進める。

## VI. 文 献

- 1) 和田 清：医師用症状評価尺度—アルコール依存・薬物依存. 臨床精神医学, 増刊号: 48—51. 1996
- 2) 関 紳一：都道府県レベルでの薬物依存・中毒者に関する専門精神医療サービス体制の検討. 平成7年度厚生科学研究麻薬等対策研究事業. 1995
- 3) 寺岡 葵：精神科診療所における覚醒剤精神病の臨床—急性期と慢性期の比較をとらえて—. 精神経誌, 100: 425—468. 1998
- 4) 小沼杏坪：薬物依存症の治療・処遇体制. 日本アルコール・薬物医学会誌, 33: 603—612. 1998
- 5) 平井慎二：わが国の薬害対策の基本姿勢と薬物乱用者への対応システムの在り方. アディクションと家族, 15: 155—166. 1998
- 6) 福井進・小沼杏坪編：薬物依存症ハンドブック. 金剛出版, 東京. 1996

通し番号

## *Hizen Substance Use Disorder Schedule*

肥前物質使用障害面接基準

ケースカードコード番号

---

\*備考(記入途中など)

\*自記式記入状況(チェック)

薬物使用調査

重症度調査

DAST-20

SAS-SR

I. フェイスシート

1. 面接対象者
 

1) 利用者本人	2) 利用者の家族
3) 医療・施設・公的機関関係者	4) その他（特定する_____）
  
2. 記入者名 \_\_\_\_\_
  
3. 施設名
 

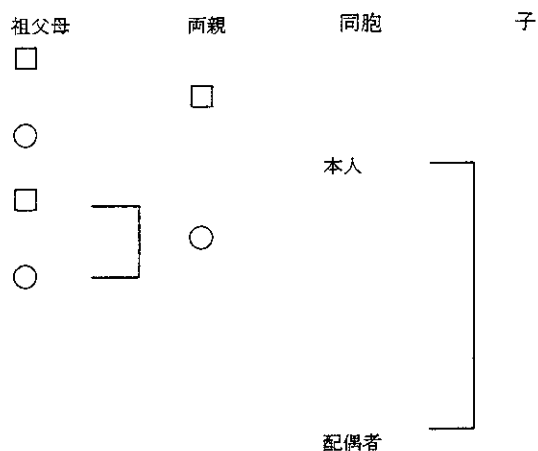
1) 国立肥前療養所	2) 福岡DARC
3) 北九州DARC	4) 福岡県精神保健福祉センター
5) 佐賀県精神保健福祉センター	6) その他_____
  
4. 情報源 該当するものすべて
 

1) 協力的かつクリーン状態の本人面接	2) 非協力的または薬物影響下の本人面接
3) 家族面接	4) 医療情報提供書・紹介状
5) 福祉など他施設のケースカード・カルテ	6) 自記式
7) 他_____	
  
5. 当事者（利用者・患者）のイニシャル（アルファベット） □□
  
6. 当事者の番号右詰（カルテ番号，肥前では外来一元番号，ID番号） □□□□□□□□
  
7. 当事者の生年月日 19□□年□□月□□日
  
8. 当事者年齢 □□才
  
9. 調査対象日（本人の受診日など病歴を取った日） 19□□年□□月□□日
  
10. 当事者性別            1) 男性      2) 女性
  
11. 来所・来院のきっかけ（複数回答可 受診・処遇のみで情報を提供しない所は除外）
 

1) 本・新聞から知った	1 2) DARCの紹介
2) 直接（以前から知っていた、近所）	1 3) 自助グループの紹介
3) 電話相談（心の電話）	1 4) 保護観察官の紹介
4) 家族の勧め	1 5) 警察署
5) 友人・知人の勧め	1 6) 裁判所・弁護士
6) 職場関係者の勧め	1 7) 福祉事務所
7) 学校の勧め	1 8) 児童相談所
8) 医療機関（精神科以外）の紹介	1 9) 保護司・民生委員
9) 精神科の紹介	1 0) 精神保健福祉センターの紹介
1 1) 保健所の紹介	2 0) その他（

12. 現在の同居家族（非血縁者も含む）

家族の病歴は8ページのFH-RDCによる家族歴に記入。同胞は兄弟姉妹の別，子は息子・娘の別，を記載。  
同胞および子については出生順に記入。複雑な場合は文章で記載。



II. 離別体験

\*18才未満に両親のどちらかと1年以上離別した経験がある場合に記載して下さい

13. 父親と離別した最初の年齢    ない場合は99を記入    才

14. 父親と離別した理由

- |               |       |
|---------------|-------|
| 1) 離婚・別居・行方不明 | 2) 死別 |
| 3) 職業上の理由     | 4) 疾病 |
| 5) 受刑         | 6) 他  |
| 9) なし         |       |

15. 母親と離別した最初の年齢    ない場合は99を記入    才

16. 母親と離別した理由

- |               |       |
|---------------|-------|
| 1) 離婚・別居・行方不明 | 2) 死別 |
| 3) 職業上の理由     | 4) 疾病 |
| 5) 受刑         | 6) 他  |
| 9) なし         |       |

17. 15才までの主な養育者

- |         |              |
|---------|--------------|
| 1) 両親   | 2) 母親        |
| 3) 父親   | 4) 祖父母       |
| 5) 叔父叔母 | 6) 同胞        |
| 7) 施設   | 8) その他 _____ |

18.15才までの養育体験の問題 複数回答可

\* 質問文の例「子どものころは楽しかったですか? つらいことはありませんでしたか?」

- |                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| 1) 主な養育者の身体・精神疾患  | 2) 遺棄(捨て子など)       |
| 3) ネグレクト(neglect) | 4) 経済的問題           |
| 5) 主な養育者の変更       | 6) 同居者による暴行        |
| 7) 同居者による性的暴行     | 8) その他生活史・養育体験上の問題 |

( \_\_\_\_\_ )  
8) なし

III. 教育・就労歴

19. 教育歴・最終学歴 (学校に在学した満年数を記入して下さい 留年は含まないで下さい) \_\_\_\_\_年

20. 現在の職業

- |  |   |
|--|---|
| 1) 専門的技術職(技師, 保母, 教師, 医師, 看護婦, 研究者, 弁護士, タレントなど) | 8) 製造・建築業(工員, 自動車整備士, 大工, 土木作業員, 洋裁師など) |
| 2) 管理職(工場主, 会社の管理職など)                            | 9) 保安職(警察官, 自衛隊員, ガードマンなど)              |
| 3) 事務職(会社の事務員, 銀行員, 公務員など)                       | 10) サービス業(美容師, 理容師, 調理師, 板前等)           |
| 4) 販売職(小売店主, 飲食店主, 商店員, セールスマン, テキヤ, 外交員など)      | 11) 家事・主婦                               |
| 5) 農林漁業(農業, 漁業, 林業)                              | 12) 学生                                  |
| 6) 採掘業(炭坑員, 鉱夫など)                                | 13) 無職・退職                               |
| 7) 運輸・通信業(鉄道員, 運転手, 車掌, 船員, 配達人, 電話交換手など)        | 14) 暴力団構成員・売人など                         |
|  | 15) 風俗(ソープなど)                           |
|  | 16) その他 _____                           |

21. 過去1年間の就労期間

- |                      |           |
|----------------------|-----------|
| 1) 無職、退職、入院などのため就労せず | 2) 3ヶ月以下  |
| 3) 9ヶ月以下             | 4) 10ヶ月以上 |

22. 過去1年間で続けて3ヶ月以上就労していた場合, その仕事内容

23. ひとつの職種に常勤として(週30時間以上就労) ついていた最長の就労期間 \_\_\_\_\_ヶ月

24. 最長の常勤就労時の仕事内容

25. 中卒後の生活保護受給年数 なければ0 \_\_\_\_\_年

26. 初婚年齢 なければ0 \_\_\_\_\_才

27. 婚姻回数 なければ0 \_\_\_\_\_回

28. 現在の婚姻 1) 未婚 2) 死別・離別・別居 3) 既婚(同居中)



#### IV. 物質使用に関する処遇

29. 今まで問題になった薬物（臨床的・司法的・教育的関与の対象になったもの）の種類数 種類  
（種類はDSM-IVの分類に従う、ニコチンは除外）

注意！今まで問題になった薬物が今回診察・相談時の薬物のみの場合は31から37は空白にする

##### <最初に問題になった薬物>

30. 最初に問題となった薬物名（試用のみでも誘発性障害・摘発があれば含む）

31. 薬物使用による最初の司法処置（摘発、収監など） 前歴が無い場合は0 才頃

32. 司法処置の内容 該当するものすべて

- 0) なし
- 2) 家裁送致
- 4) 保護観察
- 6) 起訴
- 8) 実刑

- 1) 補導・保護
- 3) 家裁による試験観察
- 5) 少年院・少女苑
- 7) 執行猶予
- 9) 他 \_\_\_\_\_

33. 薬物使用による本人の専門機関受診（精神科受診、相談施設への相談） 無い場合は0 才頃

34. 薬物使用による本人の専門機関受診先 該当するものすべて

- 0) なし
- 2) 物質依存を専門としない精神科医療機関
- 4) 精神保健福祉センター
- 6) DARC
- 8) その他 \_\_\_\_\_

- 1) 精神科以外の医療機関
- 3) 物質依存を専門とする医療機関
- 5) 保健所
- 7) 自助グループ

35. 薬物使用による児童福祉処置 該当するものすべて

- 0) なし
- 2) 教護院入所

- 1) 児童相談所入所
- 3) その他 \_\_\_\_\_

##### <依存性薬物の変遷>

36. 初回から現在まで依存していた薬物名（時期の順に）

薬物名	使用期間
1) _____	_____年 _____ヶ月
2) _____	_____年 _____ヶ月
3) _____	_____年 _____ヶ月
4) _____	_____年 _____ヶ月

##### <診察・相談時に問題になっている薬物>

37. 問題になっている薬物名

38.併用している薬物名

39.薬物使用による司法処置（摘発，収監など） 前歴が無い場合は0 才頃

40.司法処置の内容 該当するものすべて

- |         |              |
|---------|--------------|
| 0) なし   | 1) 補導・保護     |
| 2) 家裁送致 | 3) 家裁による試験観察 |
| 4) 保護観察 | 5) 少年院・少女苑   |
| 6) 起訴   | 7) 執行猶予      |
| 8) 実刑   | 9) 他 _____   |

41.薬物使用による専門機関受診（精神科受診，相談施設への相談） 無い場合は0 才頃

42.薬物使用による専門機関受診先 該当するものすべて

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| 0) なし                 | 1) 精神科以外の医療機関     |
| 2) 物質依存を専門としない精神科医療機関 | 3) 物質依存を専門とする医療機関 |
| 4) 精神保健福祉センター         | 5) 保健所            |
| 6) DARC               | 7) 自助グループ         |
| 8) その他 _____          |                   |

43.薬物使用による児童福祉処置 該当するものすべて

- |          |              |
|----------|--------------|
| 0) なし    | 1) 児童相談所入所   |
| 2) 教護院入所 | 3) その他 _____ |

パート2 本人の面接後に記入

<本人診察時に問題になった薬物>

44.情報源 該当するものすべて

- |               |                        |
|---------------|------------------------|
| 1) 本人の診察と病歴聴取 | 2) 医療機関による詳細な紹介状またはカルテ |
| 3) 他 _____    |                        |

45.習慣的使用開始 才頃

46.使用開始時の1年間とくらべて使用頻度または一時の使用量が3倍になった時期 才頃  
(使用量が増えていなければ0を記入してください)

47.連続使用開始 なければ0 才頃

48.離脱症状初発 なければ0 才頃

49.最近5年間の最長無使用期間 1カ月以下は0

〇〇月

50.既往急性中毒症状 使用物質に関わらず該当するものすべて

0)なし

<主にアルコールとシンナーで見られるもの>

- |                 |            |
|-----------------|------------|
| 1)ろれつ回らない会話     | 2)協調運動障害   |
| 3)不安定歩行(千鳥足)    | 4)眼振       |
| 5)注意または記憶力の低下   | 6)昏睡・昏迷    |
| 7)めまい           | 8)嗜眠       |
| 9)反射の抑制         | 10)振戦      |
| 11)精神運動制止       | 12)全身の筋力低下 |
| 13)視覚像の不鮮明または複視 | 14)多幸      |

<主に覚せい剤で見られるもの>

- |                                 |                        |
|---------------------------------|------------------------|
| 15)過剰な警戒心,不安緊張または怒り             | 16)常同的行動(細かな作業に熱中する)   |
| 17)頻脈または徐脈                      | 18)瞳孔散大                |
| 19)血圧上昇または下降                    | 20)発汗または悪寒             |
| 21)嘔気または嘔吐                      | 22)体重減少                |
| 23)精神運動興奮または制止                  | 24)筋力低下,呼吸抑制,胸痛または心拍不整 |
| 25)錯乱,けいれん発作,ジスキネジー,ジストニー,または昏睡 |                        |

<その他の症状>

- 26)知覚の変化(知覚の強化,錯覚,共感覚)  
 27)物質によって誘発され,真実ではないという自覚がある幻覚や妄想  
 28)現実検討が失われた幻覚・妄想  
 29)不適切な性的行動 攻撃的行動  
 30)せん妄  
 31)他

51.既往離脱症状 使用物質に関わらず該当するものすべて

0)なし

<主にアルコールで見られるもの>

- |                     |           |
|---------------------|-----------|
| 1)自律神経系過活動(発汗,頻脈など) | 2)手指振戦    |
| 3)不眠                | 4)嘔気または嘔吐 |
| 5)一過性の幻覚または錯覚       | 6)精神運動興奮  |
| 7)不安                | 8)痙攣発作    |

<主に覚せい剤で見られるもの>

- |             |           |
|-------------|-----------|
| 9) 疲労感      | 10) 不快な夢  |
| 11) 不眠または過眠 | 12) 食欲の亢進 |
| 13) 精神運動制止  | 14) 筋肉痛   |

<その他の症状>

- |         |       |
|---------|-------|
| 15) せん妄 | 16) 他 |
|---------|-------|

52. 過去1年間について最もよいときの社会適応の評価 GAF尺度による

□□□

## V. 診断・病歴

53. 物質関連障害の診断 DSM-IVに従います。すべての合併する診断をつけてください  
物質の分類に関連した障害（乱用，依存）

物質の分類に関連した物質誘発性障害（中毒，離脱，精神病性障害，気分障害など）

54. 過去の治療歴

- 1) 今まで薬物や精神療法などの治療を受けていない
- 2) 医療機関にて治療を受けていた
- 3) 自助グループに数回以上参加した，またはDARCに入所した。
- 4) その他（具体的に\_\_\_\_\_）

## VI. 物質関連障害以外の精神・身体障害の合併

55. 譫妄，痴呆などの記憶力・認知の障害

- |       |            |         |
|-------|------------|---------|
| 1) なし | 2) 過去に既往あり | 3) 現在あり |
|-------|------------|---------|

56. 幻覚妄想状態の既往

- 1) なし
- 2) 薬物使用時・離脱時のみにあった（薬物誘発性精神病性障害）
- 3) 使用時以外も持続した（精神分裂病）
- 4) その他（具体的に\_\_\_\_\_）

57. 大うつ病エピソード（落ち込み，不眠，心気症，希死念慮，自殺企図）の既往

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 1) なし                  | 2) 過去に1度あった（大うつ病単一エピソード） |
| 3) 過去にくり返しあった（大うつ病反復性） | 4) 現在あり                  |