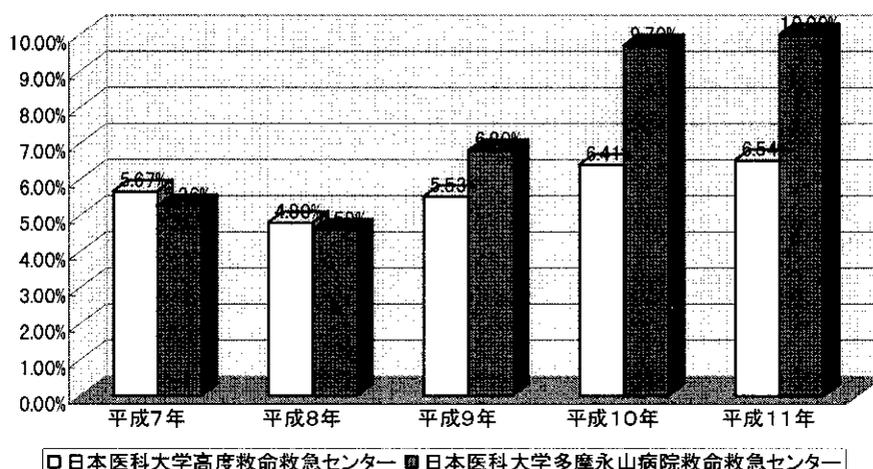


	中毒患者数	全入室患者数	中毒患者の占める割合(%)
平成 7年	86/32	1516/608	5.67/5.26
平成 8年	77/33	1602/719	4.80/4.59
平成 9年	82/46	1481/676	5.53/6.80
平成10年	93/75	1451/773	6.41/9.70
平成11年	97/85	1483/849	6.54/10.00

図1 日本医科大学高度救命救急センター/日本医科大学多摩永山病院救急救命センター

図2 全入室症例のうち中毒症例の占める割合



□日本医科大学高度救命救急センター ■日本医科大学多摩永山病院救急救命センター

がみられる場合がおもに搬送基準となる。しかし中毒症例では眠剤服用などはとくにその服用からの時間が十分に経って来院する場合などバイタルサインに異常はみられないことが多く、救急隊などの判断で2次救急施設に収容されるケースも多々みられる。しかし、症例によっては自殺企図など、中毒がもつその事件性から、例えばバイタルサインに異常がみられなくても3次救急施設への転送となることもある。

次に中毒症例のその原因による分類であるが図3、図4で示すように精神・神経薬を含めた医薬品による中毒症例が第1位と比率では約6割から8割をしめているが、この5年間その比率に大きな変化はみられない。新谷らは高次救急施設では医薬品による中毒症例が第1位と多く、かわって1次救急施設や、電話相談ケースでは家庭用薬品による中毒が第1位になっていることを報告している。精神・神経薬ではバイタルサイン、つまり意識障害をきたすことが多いがために重症症例とのことで高い比率で第3次救急施設に搬入されるとおも

われる。

次に月別の症例数をこの5年間にさかのぼってその症例数で示す。

以前より冬から春にかけてつまり冬の寒い時期から暖かい時期に移行する際に活動が活発となりその時期に症例数が増えるということがいわれてはいたが、このグラフより10月から年末にかけての時期に多い傾向がみられた。しかしこの時期は両救命救急センターで入室患者が増加する時期でもある。また精神・神経疾患の既往歴のある症例についての月別症例数においても、有意さはみられなかった。

一般に薬物中毒症例の診断には既往歴、現場の状況など、とくに意識が無い場合などはその他、複数の情報が大切となる。しかし実際には脳疾患との鑑別がつきにくく、頭部CTを施行するケースがある。

今回の調査では全中毒症例数706人中75症例、つまり約10.6%の割合でCTが施行されていた。また頭部CT後の除外診断により結果として薬物中毒

図3 中毒患者の推移
(日本医科大学高度救命救急センター)

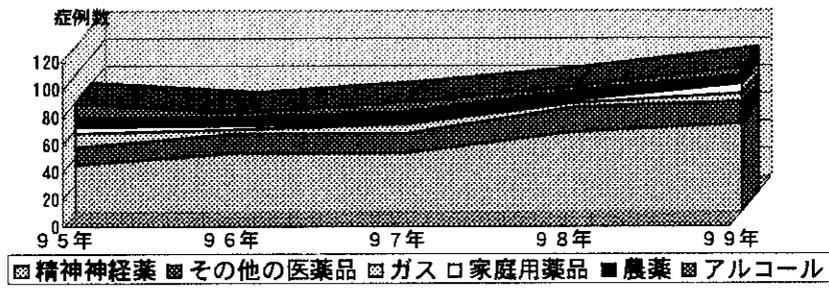


図4 中毒患者の推移
(日本医科大学多摩永山病院救命救急センター)

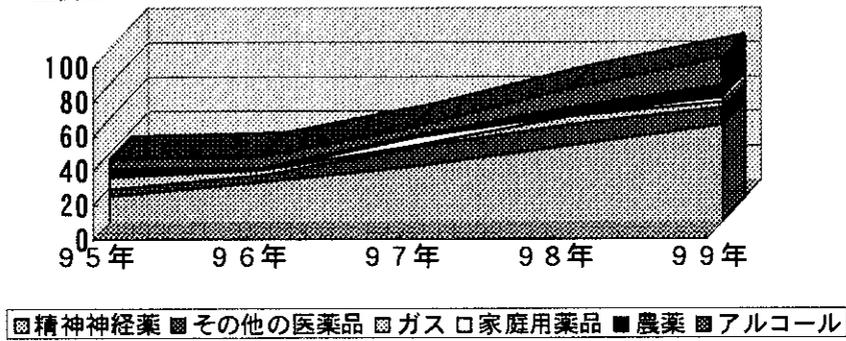
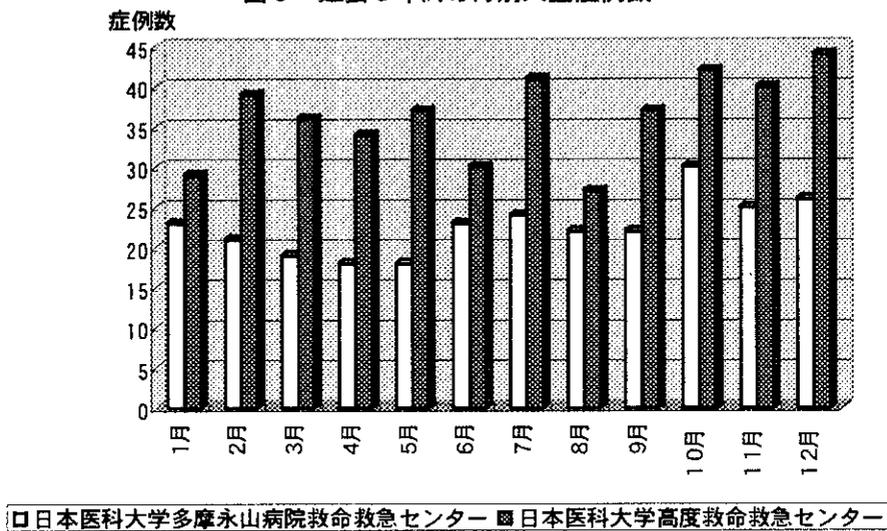


図5 過去5年間の月別入室症例数



症例	年齢	性別	国籍	服用薬	入院日数	転帰	発生年度
1	31	F	中国	睡眠薬	2日間	自宅	1998
2	29	F	タイ	メチレンブルー	2日間	自宅	1999
3	38	F	中国	睡眠薬	2日間	自宅	1999
4	37	M	日本	キニーネ	3日間	自宅	1999
5	23	M	タイ	利尿剤	2日間	自宅	1999

表2

と判明するケースが少なく無い。

とくに最近では表2に示すように外国人及び外国の薬物による中毒症例が増加しつつある。このようなケースの場合、その原因薬の処方せんがある場合はその成分等の情報より適切な対処、治療法が選択されるが、症例4にみられたようにそのような情報がなかった場合なども十分考えられ、迅速な原因薬物の解明には当大学付属病院においては法医学教室などとの関係が必要とおもわれる。

以上のような、ある意味では現代社会を反映していることとしてほかにインターネットを利用した、薬物購入による中毒症例が昨年よりみられるようになった。

症例1

22才 男性

自殺目的にて自殺用ホームページをみたのち、そこに掲載されていた薬物(ブロムワレリル尿素)を購入、服用。意識障害により来院するが胃洗浄施行後、経過良好にて第2病日自宅退院する。

症例2

33才 男性

元来、薬マニア。いままで大量の薬物をインターネットで購入。今回GHB(γヒドロキシ酪酸)を服用後意識障害にて来院するが胃洗浄施行後、経過良好にて第4病日自宅退院する。

インターネットを利用した薬物購入はその購入方法の簡便さからいわゆる一般の人たちも容易に入手可能であり、上記2症例がとくに精神科疾患などの既往歴がないことを考えあわせると、今後の中毒症例数が増加する可能性がある。

E. 結論

第3次救急施設など高次救急施設では、以前から指摘されているようにその症例の割合は、やはり精神・神経疾患症例が多く、そのうち既往症を持つ症例は約4割から5割を占めた。

現代社会を反映し、外国人や外国の薬物による中毒症例もみられ、未知の薬物にたいする迅速な解析などが必要であるとおもわれた。

またインターネットを利用した症例もみられ今後その普及とともにさらに症例数が増加する可能性がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

(1) 宮内雅人、富岡譲二、山本保博(日本医科大学救急医学)、仁平 信、林田真喜子、大野曜吉(同 法医学教室);救命救急センターにおける薬物乱用の実態、第22回日本中毒学会、平成12年7月22日(予定)

分担研究報告書
(2-1)

薬物依存・中毒者に対する国公立精神病院の機能・役割に関する研究（2）

1. 国公立精神病院に常勤する精神科医師の薬物関連精神障害に関する意識調査の結果について
2. 各都道府県・指定都市精神保健福祉担当課に対する精神作用物質による依存症を有する者の入院形態に関する調査の結果について

分担研究者 小沼杏坪（国立下総療養所）

研究要旨 今年度は初めての試みとして、国公立精神病院における薬物関連精神障害の診療の主役である常勤する精神科医師を対象として、薬物関連精神障害の臨床における重要な課題に関する意識調査を行った。また、各都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課を対象に、精神作用物質による依存症に対する非自発入院の割合に関する調査を行い、考察の結果、以下のような成果を得た。

1. 精神科医師全体では、薬物関連精神障害のうち、精神病性障害の方が依存症候群よりも忌避される傾向が低い。また薬物関連精神障害の診療経験が多い程、それに対する忌避感情は緩和され、診療への取組みが積極的となる。
2. 薬物関連精神障害の治療を行う場合、直接の治療目標としては、診療経験の多寡にかかわらず、〈急性中毒症状の治療〉、〈精神病性障害の治療〉、〈離脱期の医学的管理〉が多く選択されるが、〈断薬意思の確立と強迫的使用からの脱慣〉、〈断薬継続の支援と薬物依存からの回復の支援〉という依存症候群に関連する事項は、診療経験の多い精神科医師の方が選択する比率が高い。これらの他、〈薬物依存の完全除去〉も選択する比率が高くなるが、〈薬物依存の完全除去〉は現在の医療の限界を超えており、直接の治療目標とするべきではない。
3. 全般的にみて、精神病的症状を認めない薬物依存症の入院形態の選択は、アルコール依存症、有機溶剤依存症、覚せい剤依存症の順に、任意入院を選択する率が低くなり、医療保護入院を積極的に選択する率が高くなる。また、薬物関連精神障害の診療経験が多いほど、薬物依存症に対して任意入院を選択する率が高くなる。
4. 有機溶剤・覚せい剤依存を診断した場合、75%が告発しないことを選択するが、刑事司法との関連で行政的にも議論を深める必要がある。その場合に、判断の基準となる基本的な三つの意見を法的根拠と共に、要約して挙げた。
5. 薬物依存臨床医師研修にすでに参加経験を有する精神科医師は、参加希望を表明している精神科医師よりも、薬物関連精神障害の診療に積極的である。これらの結果から、今後一層、薬物専門治療病棟を重点的に整備し、そこでの臨床経験を集積し、一般化することと、薬物依存に関する臨床医師等の研修を充実することが、国公立病院のみならず、全国の精神科医師等の薬物関連精神障害の診療に対する忌避感情を緩和するのに役立つと思われる。
6. 各都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課を対象とした調査では精神作用物質による依存症に対する非自発入院が選択される割合の高いのは回答をくれた54自治体中、10の自治体である。このうちある県では、非自発入院の割合は、主診断がアルコール依存症で20%、有機溶剤依存症で40%、覚せい剤依存症では、80%という高い割合であった。
7. 一方、愛媛県、川崎市、福岡市では、三つの物質の依存症に対して、非自発入院は全くなく、すべて任意入院で対応されている。愛媛県からは精神医療審査会において、依存症のみでは医療保護入院の適用は不相当として扱っているとのコメントをもらった。
8. 精神作用物質による依存症に対する入院形態の選択に関する精神保健行政上の歴史的経過を考察した。
9. 本年4月1日から施行される改正精神保健福祉法では、任意入院の選択は精神障害者本人の同意の有無ではなく、同意能力の有無により、判断することとされているため、今後は、精神作用物質による依存症に対しては、原則的に任意入院が選択されるべきであり、応急入院や医療保護入院という非自発入院の届出がなされた場合は、精神医療審査会において、その状態像が厳密に検討される必要があることを指摘した。

分担研究者 小沼杏坪
国立下総療養所 精神科医長

研究協力者 小田晶彦
国立下総療養所 精神科医師

A. 研究目的

地域精神医療行政上、薬物依存・中毒者に対する適切かつ円滑な専門的精神科医療の提供体制を整備していくためには、マン・パワーと設備において比較的整っている国公立精神病院において、政策医療として、率先して薬物依存・中毒者の診療を行い、その中から民間の精神科医療施設等との診療上の連携体制を構築する必要がある¹⁾。

このような視点から、本研究は国立・国立・都道府県立精神病院（厚生省精都道府県立精神病院を対象として、調査研究を行い、中毒性精神病患者等に対する適切かつ円滑な専門的精神科医療の提供体制の構築のために、役立つ実証的な行政的基礎資料を提供することを目的としている。

今年度は、①国公立精神病院において薬物関連精神障害の診療の主役である常勤する精神科医師（管理者を含む）を対象として、薬物関連精神障害に関する意識調査を行うとともに、②各都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課を対象に精神作用物質による依存症の入院形態に関する調査を行ったので、その結果を報告する。

B. 研究方法

1. 国公立精神病院に常勤する精神科医師（管理者を含む）の薬物関連精神障害に関する意識調査

国立・都道府県立精神病院（厚生省精神保健福祉課監修：「我が国の精神保健福祉平成11年度版²⁾」収載の一覧表を参照）118施設に常勤する精神科医師全体の867名（予め、対象施設における平成12年1月20日現在の常勤医師数について調査し、判明した人数）を対象とした。

精神科医師の背景因子に関する調査項目に加えて、薬物関連精神障害の診療に関する項目として、特に、①薬物関連精神障害の診療を行う場合、直接の治療目標をどこにおくか、②現在、精神病症

状の認められないアルコール、有機溶剤、及び覚せい剤の使用による依存症候群の入院に際して、どのような入院形態を選択するか、③法により規制されている有機溶剤及び覚せい剤の使用による依存症候群の患者が受診してきた場合、その患者を警察に告発するか否かなど、薬物依存の臨床における重要な課題に関して、意識を問う「薬物関連精神障害に関する精神科医師意識調査票（後掲）」を作成した。

平成11年1月27日に各施設長宛に、調査協力依頼の文書と共に発送し、個別に返信用封筒に入れてもらい、回収する方法をとり、平成12年2月28日までで締切った。

精神科医師の背景因子に関する項目のうち、主に、①これまでに薬物関連精神障害の診療を経験した患者数の多寡、②現在、外来で診療している薬物関連精神障害の患者数の多寡、③薬物依存臨床医師研修への参加経験の有無と、上記の臨床上の課題に関する意識調査項目とのクロス表を集計して作成し、比較検討を加える方法をとった。統計的有意差は χ^2 検定によった。

2. 各都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課に対する精神作用物質による依存症の入院形態に関する調査

精神作用物質のうち、アルコール、有機溶剤、及び覚せい剤を例にとり、これらの物質使用による依存症が主診断の場合の入院形態の選択に関する対応の現状と法改正後の見込について調査票（後掲）を作成し、対象とした59の都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課に宛てて、平成12年2月14日に発送し、3月20日までに合計54治体（回収率 91.5%）から回答を得た。

この集計結果のうち、医療保護入院、応急入院など非自発入院の割合の高低と平成10年度の措置率²⁾（措置入院者数／在院患者数×100）との関係を検討した。

C. 結果

1. 国公立精神病院に常勤する精神科医師（管理者を含む）の薬物関連精神障害に関する意識調査

ア. 精神科医師としての診療経験年数

回答をくれた精神科医師474名（回収率は54.7%である）の診療経験年数をみると、＜10年以上20年未満＞に全体の36.5%、＜20年以上＞に28.3%が含まれる（表1）。従って、合わせて、64.8%が＜10年以上＞の診療経験を有する。

イ. 精神科医師として経験した勤務先

＜一般病院＞での勤務経験は474名のうち、70.9%が有しており、＜保健所・精神保健福祉センター＞での勤務経験は11.8%が有している（表1）。

ウ. 精神保健指定医の取得の有無

精神保健指定医の資格は474名のうち、80.0%が有している（表1）。

エ. 薬物関連精神障害の診療経験

① 薬物専門治療病棟での診療経験

薬物専門治療病棟での診療経験を有する者の比率は、全体の22.4%である（表2）。

② 薬物専門外来での診療経験

薬物専門外来での診療経験を有する者の比率は全体の21.1%である（表2）。

③ これまでに薬物関連精神障害の診療を経験した症例数

これまでに薬物関連精神障害の診療を経験した症例数は、回答をくれた医師474名のうち、＜10例未満＞134名（28.3%）、＜10例以上50例未満＞226名（47.7%）、＜50例以上＞110名（23.2%）である（表1）。

④ 現在、入院治療を担当している薬物関連精神障害の症例数

現在、入院治療を担当している症例数をみると、＜0例＞260名（54.9%）、＜1例以上5例未満＞173名（36.5%）、＜5例以上＞39名（8.2%）である（表1）。

⑤ 現在、外来治療を担当している薬物関連精神障害の症例数

現在、外来治療を担当している症例数をみると、＜0例＞115名（24.3%）、＜1例以上5例未満＞226名（47.7%）、＜5例以上20例未満＞94名（19.8%）、＜20例以上＞38名（8.0%）である（表1）。

オ. 薬物関連精神障害のうち、依存症候群に対する診療の取り組み姿勢

精神作用物質による依存症候群に対するこれまでの診療の取り組み姿勢については、これまでに診療を経験した薬物関連精神障害の症例数が多いほど、有意に＜積極的＞あるいは＜やや積極的＞を選択する比率が高くなっており、＜50例以上＞の診療経験を有する精神科医師では、110人中40.0%が＜積極的＞あるいは＜やや積極的＞を選択している。一方、これまでに診療を経験した薬物関連精神障害の症例数が＜10例未満＞の精神科医師では、134名中79.9%が＜普通＞あるいは＜やや消極的＞を選択している（表2）。

更に、現在外来治療を担当している薬物関連精神障害の症例数が多いほど、有意に＜積極的＞あるいは＜やや積極的＞を選択する比率が高くなる。現在外来治療を担当している症例数が＜20例以上＞と多い精神科医師では、38名中81.6%が＜積極的＞あるいは＜やや積極的＞を選択している（表5）。

カ. 薬物関連精神障害のうち、精神病性障害に対する診療の取り組み姿勢

まず、精神科医師全体でみると、精神病性障害のうち、《精神病性障害に対する診療の取り組み》の方が、《依存症候群に対する診療の取り組み》と比較して、＜積極的＞、＜やや積極的＞共に、2倍以上の高い比率を示しており、忌避感情が低くなっている（表2）。

また、精神病性障害に対するこれまでの診療の取り組み姿勢については、これまでに診療を経験した薬物関連精神障害の症例数が多いほど、＜積極的＞あるいは＜やや積極的＞を選択する比率が高くなっており、＜50例以上＞の精神科医師では、110人中57.2%が＜積極的＞あるいは＜やや積極的＞を選択している。一方、これまでに薬物関連精神障害の診療を経験した症例数が＜10例未満＞の精神科医師では、134名中65.6%が＜普通＞あるいは＜やや消極的＞を選択している（表2）。

更に、現在外来治療を担当している薬物関連精神障害の症例数が多いほど、＜積極的＞あるいは＜やや積極的＞を選択する比率が高くなる。現在外来治療を担当している症例数が＜20例以上＞と多い精神科医師では、38名中79.0%が＜積極的＞あるいは＜やや積極的＞を選択している（表5）。

キ. 薬物関連精神障害の治療を行う場合、直接の治療対象とする項目（複数回答）

精神科医師全体でみると、薬物関連障害の治療を行う場合、直接の治療目標として選択する比率の第1位は＜精神病性障害の治療＞76.2%、第2位は＜急性中毒症状の治療＞66.9%、第3位は＜離脱期の医学的管理＞65.2%となっている（表3）。しかし、依存症候群の直接の治療目標として重要と思われる＜断薬意思の確立と強迫的使用からの脱慣＞や＜断薬継続の支援と薬物依存からの回復の支援＞が選択されるのは50%以下の比率である（表3）。

これまでに診療を経験した薬物関連精神障害の症例数が多い程、更にまた現在外来治療を担当している薬物関連精神障害の症例数が多い程、直接の治療目標として選択される比率の高くなる項目は、＜精神病性障害の治療＞、＜断薬意思の確立と強迫的使用からの脱慣＞、＜断薬継続の支援と薬物依存からの回復の支援＞であり、これらの他、＜薬物依存の完全な除去＞も入っている（表3、6）。

ク. 現在、精神病症状を認められない精神作用物質による依存症候群の入院形態の選択

現在、精神病症状の認められない精神作用物質による依存症候群に対する入院形態の選択は、全体的にみると、アルコール依存症、有機溶剤依存症、覚せい剤依存症の順に、＜あくまでも任意入院を選択する＞の率が低くなっている（表4）。

また、薬物関連精神障害の診療を経験した症例数が多いほど、いずれの精神作用物質による依存症候群においても、＜あくまでも任意入院を選択する＞の比率が高くなる（表4）。＜50例以上＞の薬物関連精神障害の診療経験を有する精神科医師110名においても、10%程度は＜積極的に医療保護入院を選択する＞ないしは＜医療保護入院、場合によっては措置入院を選択する＞を選んでいる（表4）。

ケ. 法により規制されている有機溶剤及び覚せい剤の使用による依存症候群の患者が受診してきた場合、その患者を告訴するか否かについて（複数回答）

精神科医師全体でみると、「毒物及び劇物取締法」や「覚せい剤取締法」は薬物乱用による保健衛生上の危害予防という特別立法であり、その観

点から医師は守秘義務に基づき告発せず、医療を優先するべきであるを213名（44.9%）が選択し、第1位を占めている。次いで「毒物及び劇物取締法」や「覚せい剤取締法」には、「麻薬及び向精神薬取締法」に規定されている届出の義務はないので、医師の裁量の範囲であり、告発しない方が望ましいを50名（31.6%）が選択し、第2位を占めている（表7）。

また、現在、外来診療を担当している薬物関連精神障害の症例数が多い程、有意に、その他を選択して、記入回答を寄せられた精神科医師が多くなっている。一方、現在、外来診療を担当している薬物関連精神障害の症例数が少ない程、有意に今後、議論を深め行政的に解決すべき問題であるが、覚悟をもって告発するべきであるを選択している（表7）。

コ. 精神科臨床医師研修への参加経験と参加希望

意識調査に回答を寄せてくれた精神科医師のうち、68名（14.4%）はすでに精神科臨床医師研修への参加経験を有しており、212名（44.7%）が今後参加を希望している（表8）。＜参加したくない＞を選択した精神科医師の中にも、公務多忙のため参加できないというコメントが相当数みられた。

＜すでに参加した＞を選択した精神科医師は＜参加したい＞を選択した医師と比較しても、《依存症候群に対する診療の取組み》と《精神病性障害に対する診療の取組み》を共に＜積極的＞を選択する比率が高くなっている（表8）。

2. 各都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課に対する精神作用物質による依存症の入院形態に関する調査

ア. 回収率

対象とした59都道府県・指定都市のうち、計54自治体から回答を得た。回収率は91.5%である。

イ. 改正前の現行法体制下における薬物依存症に対する非自発入院の比率について

アルコール、有機溶剤、覚せい剤のうち、1種類以上の薬物による依存症に対して、非自発入院が選択される割合の高い自治体、即ち、医療保護入院や応急入院の入院届が出される比率がくかな

りある（25%程度）＞、＜半分はある（50%程度）＞、あるいは＜大部分である（75%程度）＞という判断の回答をくれた自治体は59自治体中、10自治体（17.0%）である（表9）。一方、依存症に対して非自発入院が選択される割合の低い自治体は37自治体（62.7%）である（表9）。

各都道府県・指定都市の平成10年における措置率との関係を見ると、非自発入院の割合の高い自治体では、措置率が1.0%以上～2.0%未満の自治体に多い傾向がみられ、非自発入院の割合の低い自治体では、措置率が1.0%未満の自治体が多い傾向がある。

ウ. 改正精神保険福祉法の施行後において、薬物依存症に対する非自発入院の比率がどのように変化するかの見込について

回答を得た54の都道府県・指定都市のうち、半数以上の29自治体が＜変わらない＞という回答であり、8自治体が＜多くなる＞、16自治体が＜分らない＞、1自治体が＜その他＞であった。

D. 考察

1. 国公立精神病院に常勤する精神科医師（管理者を含む）の薬物関連精神障害に関する意識調査

ア. 国公立精神病院に常勤する精神科医師について

調査の対象とした国公立精神病院に常勤する精神科医師は、約2/3が精神科医師として10年以上の経験豊かな医師であり、約1/5が薬物専門病棟での診療経験を有しており、4/5が精神保健指定医の資格を有している。

イ. 薬物関連精神障害の診療に関する忌避感情について

全般的に、薬物関連精神障害の診療に対する取り組みの積極性をみると、薬物関連精神障害のうち、精神病性障害の方が依存症候群よりも忌避感情が低いようである。

薬物関連精神障害の診療に関する忌避感情は、診療経験が増すにつれて、また実際に薬物関連連精神障害の入院・外来治療を担当する症例数が多い程、診療に対する積極性が増すことは重要な知

見である。

国立精神・神経センター精神保健研究所では、既に昭和61年から薬物依存研究部を中心に「薬物依存臨床医師研修」を行ってきたが、今回の調査で対象とした精神科医師の14.4%はこの研修への参加経験を有していた。これらの研修参加経験者では、これから参加希望する精神科医師に比べて有意に、薬物関連精神障害の診療に対して積極性が増すことは、また、重要な知見である。

精神病院に在院する患者の62.9%が＜精神分裂病、分裂病型障害等＞であり、14.2%が＜症状性を含む器質性精神障害＞である現状²⁾からすると、わずか5.9%を占める＜精神作用物質による精神及び行動の障害＞は、地域では、比較的特定の病院に集中する傾向が強いため、実際に精神科医師としての経験が少ければ、専門病棟に配属されない限りは、なかなか診療経験が増していかないと思われる。

確かに、薬物関連精神障害を有する患者は入院期間中に、①他の患者に威圧的で私的に利用すること、②怒りっぽく粗暴な言動が多いこと、③看護者の指示・注意への反抗・無視、④再入院を繰り返す患者が多い、⑤せん妄時の身体管理など医療管理上の問題が多いため^{3,4)}、特にその使用が規制されている有機溶剤や覚せい剤による依存症候群や精神病性障害に対しては、精神科医師の忌避感情が高いのである。

そして、精神科医師の薬物関連精神障害に対する忌避感情は、精神科医師の自己弁護のため、以下のように巧みに表現される。即ち、『薬物関連精神障害は精神分裂病と違って、自ら原因を求めたものである。更に、アルコール関連の精神障害では、原因物質であるアルコールの使用は合法であるが、有機溶剤や覚せい剤はその使用が違法である。従って、刑事司法の領域での取締りをもっと厳重にするべきだ』と。

我が国の薬物乱用者・依存者に対する治療・処遇の体制^{5,6,7)}は、大きく分類すると①社会の安全と秩序を守るため、薬物の使用を非行・犯罪として法により規制する「法による規制モデル legal model」、②薬物依存症という病気に罹った患者として、医療とケアを施す「医療モデル medical model」、③薬物を使わないと生きていけない生活の困難者として、ケアと保護をあたえる「社会福祉モデル social model」の3つである。

我が国では、このうち「医療モデル」と「社会福祉モデル」の整備がいまだ行き届いていないために、結局は、薬物使用を規制する法律の網に引っかかって、薬物乱用者・依存者の大部分が矯正施設内で処遇されているのである^{5, 6, 7)}。

更に、我が国では、覚せい剤取締法による刑罰は罪刑応報主義を外れて、一般国民の乱用防止を見込んだ見せしめの要素も加味されているため⁸⁾、非常な厳罰で処遇されているのである。

このような背景から、厚生省では、平成8年11月改定の国立病院・療養所の再編成・合理化の基本方針のなかで、精神疾患に対する医療について、他の設立主体では対応困難な領域として、精神科救急、合併症問題と共に、薬物依存症を政策医療として重点化の方針を打ち出したものと思われる。

この意味においても、従来から指摘しているように^{1, 5)}、今後一層、薬物依存専門治療病棟の整備を行い、更に、薬物依存に関する臨床医師の研修の充実することによって、国公立病院の精神科医師の薬物関連精神障害の診療に対する忌避感情を少しでも、減らして行くことが重要な課題と思われる。

ウ. 薬物関連精神障害の診療において、直接の治療目標をどこにおくか

精神科医師全体でみても、また薬物関連精神障害の診療経験が少なくても、〈精神病性障害〉、〈急性中毒症状の治療〉、及び〈薬物離脱期の医学的管理〉は治療目標とされやすい。しかし、薬物依存症候群の治療の重要な治療目標である〈断薬意思の確立と強迫的使用からの脱慣〉及び〈断薬継続の支援と薬物依存からの回復の支援〉は、薬物関連精神障害の診療経験が増すにつれて、選択する比率が高くなる。このことは結構なことなのであるが、同時に〈薬物依存の完全な除去〉も直接の治療目標として、選択する率が増し、また有意の差はないものの、〈薬物乱用に伴う問題行動や生活の乱れの改善〉も多く選択する傾向がうかがえる。

現在の医療では、〈薬物依存の完全な除去〉はその限界を超えており、洗脳でもしない限り成り立たないことである。従って、直接の治療目標として、〈薬物依存の完全な除去〉を選択することは、薬物依存症が必要以上に長期にわたって精神

病院へ非自発的に入院させられることへの導火線になるおそれが強い。このことの人権的な問題の危険性はすでに、平成5年度の研究報告書⁴⁾以来、幾度も指摘してきたことである。

また、薬物関連障害からの治療・回復が順調になされれば、薬物乱用の程度が目立って減少するため、〈薬物乱用に伴う問題行動や生活の乱れの改善〉も当然ながら、付随して認められることではある。しかし、薬物関連障害の治療経験が増すにつれて、薬物乱用に伴うこのような社会的問題を直接の治療目標として選択する傾向が見られるのは、重大な問題をわれわれに提起しているものと思われる。

現行の精神保健福祉法では、精神障害者を純粋に医学的概念で規定しており、〈薬物乱用に伴う問題行動や生活の乱れの改善〉を直接の治療の対象とすることは、的外れも甚だしく、アルコール依存症に対して発展してきた精神科医療行政の歴史をもう一度、おさらいする必要があると思われる。

エ. 法により規制されている有機溶剤及び覚せい剤の使用による依存症候群の患者が受診してきた場合、その患者を告訴するか否かについて

本来はケースバイケースで判断すべき問題であり、医師の裁量に任されているのであるが、調査票を作成した立場からは、薬物依存の臨床で、判断材料となる現時点の主要な基本的意見を提示し、その一般化を意図したものである。それは以下の3つの意見に要約される。すなわち、①医師の裁量の範囲であり、「毒物及び劇物取締法」や「覚せい剤取締法」には、「麻薬及び向精神薬取締法」第58条の2の『医師は、診察の結果受診者が麻薬中毒者(依存者)であると診断したときは、すみやかに、その者の氏名、住所、年令、性別その他厚生省令で定める事項をその者の居住地の都道府県知事に届け出なければならない』というような規定はないのであり、診断した医師がすべてを告発することになると、早期発見・早期治療すべき依存者を相談・治療から遠ざける結果となるし、かえって精神病性障害を発症して、幻覚妄想に基づく凶悪な犯罪が多発することが予想されるので、現状では、告発しない方が望ましい。②「刑事訴訟法」第239条第2項には、「官吏又は公

吏は、その職務を行うことにより犯罪があると思料するときは、告発をしなければならない。」と規定されているが、傷害事件などの被害者を診察したときの告発とは異なり、告発することにより、明らかに本人が不利益を被ることになる。「毒物及び劇物取締法」や「覚せい剤取締法」は、薬物乱用による保健衛生上の危害予防という特別立法であるという観点から、医師は刑法第134条の守秘義務に基づいて告発はせず、むしろ医療を優先させるべきである。なお、麻薬中毒者（依存者）を診断したときには、「麻薬及び向精神薬取締法」によって、届出することは当然である。また、病棟内に持ち込まれた覚せい剤を発見した場合も、治療環境の浄化という観点から、届出するべきであると考えられる。③現状では、告発した個々の医師が患者から恨みを受ける恐れがあり、今後、議論を深め、行政的に解決しなければならない問題である。

2. 各都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課に対する精神作用物質による依存症の入院形態に関する調査

ア. 調査の主旨

今回の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の改正により、第44条が削除され、精神障害者の定義は、第5条『この法律で「精神障害者」とは、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をいう。』と医学的概念で規定される。これにより覚せい剤のみならず、すべての精神作用物質の依存者が引き続き、法の対象であることが、明確にされた。

また、医療保護入院の対象者が精神障害によりその同意に基づいた入院を行う状態にないものと判定された者であることが法文に明記された（33条関係）。

この改正に際して、精神科臨床の現場では、精神障害者の非自発的入院の対象となる疾患、あるいはその状態がどの範囲かという点が問題となっている。

そこで、精神作用物質による依存者が精神病院に入院する場合、各都道府県・指定都市のレベルで、①現行法上、アルコール、有機溶剤、覚せい剤による依存症を有する者に対する入院形態の選

択について、任意入院が選択されないで、医療保護入院や緊急入院という非自発入院が選択されて、入院届が出されるのはどの程度の割合か、日常業務での印象で判断して、回答を求める。また、②なんらかの基準を定めていれば教えてほしいこと、③本年4月1日からの改正法の施行上、入院形態の選択に関して、その対応にどのような変化が見込まれるのか、以上3点について調査したのである。

イ. 結果についての考察

調査では、任意入院で入院した患者の実数が把握出来ないため、日常業務での印象で判断して回答してもらう以外に方法はなかったが、アルコール、有機溶剤、覚せい剤共に、主診断がこれらの物質の依存症である場合、34の自治体で<少しはある（5%程度）>が選択されていた。

薬物依存症で非自発入院が選択される割合の高いのは10の自治体で見られたが、このうちある県では、非自発入院の割合は診断がアルコール依存症では、20%、有機溶剤依存症では、40%、覚せい剤依存症では、80%という高い割合であった。

一方、愛媛県、川崎市、福岡市では3つの物質の依存症では、非自発入院は全くなく、すべて任意入院で対応されている。愛媛県からは、精神医療審査会において、依存症のみでは医療保護入院の適用は不相当として扱っているとのコメントをもらった。また、千葉市では、有機溶剤依存症と覚せい剤依存症では、非自発入院は全くないが、アルコール依存症の医療保護入院が少数例あり、これらについてはその状態像に照らして、医療保護入院が妥当との精神医療審査会での判断があったというコメントをもらった。

ウ. 精神作用物質の依存症に対する入院形態の選択に関する精神保健行政上の歴史的経過

ここで、精神作用物質の依存症に対する入院形態の選択に関する精神保健行政上の歴史的経過をたどってみたい。

昭和36年以後、昭和63年までの間は「精神障害者措置入院及び同意入院取扱要領について（昭和36年8月16日衛発第659号により通知、昭和63年5月13日健医発第575号により廃止）」によって、覚せい剤、眠剤等の薬物又はアルコールによる嗜癖及び中毒は、措置入院や同意入院という非自発

入院の対象とされていたのである。この通知に基づいて、当時は地域で酒に酔って暴れたり、常習的な無銭飲食、暴力・傷害事件など社会的問題の多いアルコール依存者は、精神病症状が認められなくとも、措置入院や同意入院という非自発入院が選択されていたのである。

昭和38年に改正された麻薬取締法（現在は麻薬及び向精神薬取締法）では、麻薬中毒者（依存者）の措置入院制度が導入されたが、これは基本的にその当時の精神科医療におけるアルコール依存者に対する対応をモデルとして、多少の改善を加えたものと解される。

このような中で、昭和59年3月のいわゆる宇都宮病院事件など、精神病院の不祥事件を契機として、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進を図る観点から、昭和63年精神保健法が施行されたのである。以後、アルコール依存症については、「アルコール症者及び酩酊者の入院取り扱いについて（昭和63年11月11日健医精発第41号）」によって、精神症状を有する場合に、精神保健法を適用するとされている。

国立療養所久里浜病院におけるアルコール中毒特別病棟が開設され、そこで厳密な医学的概念に基づいて、臨床医等を対象としたアルコール依存症の研修が実施されるなど、漸次、アルコール依存症に対する医療保護の体制が整備されてきた。行政的な各種の施策に加えて、地域においては、断酒会やAAなどの自助グループの活動が活発となった。これらの結果、現在では、アルコール依存症の治療は生活習慣病と同じく、本人自身のセルフ・ケアが重要であり、治療に関しては本人が応分の責任を持つべきであるとされている。従って、アルコール依存症者が精神病院へ入院する場合、その入院形態の選択は、本人の治療意思に基づいて、任意入院を選択することが原則であり、意思に反しての医療保護の強制は避けられるべきであると思われる。

一方、覚せい剤依存症については、戦後の第一次覚せい剤乱用を背景として、法第51条（現行法第44条）が新設され、覚せい剤の慢性中毒者またはその疑いのある者を精神障害者に準じて、法の対象とされていたことにより、精神保健法の施行により、先の「精神障害者措置入院及び同意入院取扱要領について」の通知は廃止されたものの、

現在まで精神保健福祉法44条による準用規定によって、措置入院や同意入院という非自発入院の対象とされてきた。

このような中で、平成8年栗田病院事件、平成9年大和川病院などの不祥事件が再発したため、今回の法改正において、第44条が削除され、精神障害者の定義の中に、精神作用物質による依存症を有する者として、医学的概念で規定され、他の物質による依存症と同列に扱われることになったと理解される。

従って、法改正後の本年4月1日からは、覚せい剤依存症についても、アルコール依存症などと同等に、原則的に任意入院を選択することにより対応されるべきであると思われる。

本年4月1日から施行される改定精神保健福祉法では、任意入院の選択は精神障害者本人の同意の有無ではなく、同意能力の有無により、判断することと規定されているため、今後は、これらの薬物依存症に対して応急入院や医療保護入院という非自発入院の届出がなされた場合は、愛媛県や千葉市のように、精神医療審査会において、その状態像が厳密に検討される必要があると思われる。

エ. 国立下総療養所での精神作用物質による依存症の治療経験から、

国立下総療養所では、昭和39年以来、薬物依存・中毒専門治療病棟において、アルコールを含め、有機溶剤、覚せい剤その他の精神作用物質による依存症及びこれらの薬物による中毒性精神病の治療を行ってきた。

われわれの当初からの理念は、①中毒性精神病は原則的として、医療保護入院を選択し、主に薬物療法により幻覚などの精神病症状の消褪をはかる。その際、精神病症状が消褪しても、薬物渴望に基づく焦燥的・易怒的状态の認められる期間中（長くても2ヵ月間）は、依存対象物質の再使用の危険が高く、従って、精神病症状の再燃、再入院の危険が高いため、医療保護入院を継続する。

②精神病症状を認めない薬物依存症は、法第44条による準用規定のある覚せい剤依存症であっても、予めその入院治療期間（1.5～2ヵ月間）を提示して、本人の意思によるインフォームド・コンセントを得てから、任意入院として閉鎖病棟という構造によって、依存対象の精神作用物質からの隔離・禁断を援助することを旨としてきた。薬物

依存症の臨床経験上は、有機溶剤や覚せい剤はそれぞれ取締法で規制されているため、アルコール依存症よりは治療の動機付けが成り立ちやすいというのが実感である。

オ. 薬物依存臨床医師及び看護職員研修について

平成11年度から国立精神・神経センター精神保健研究所と国立下総療養所との協同行う薬物依存の臨床医師研修及び看護職員研修が一部予算化され、当所においては、丸1日間の研修を行うようになった。

研修では、前項で述べた下総療養所における薬物関連精神障害に対する入院治療の方針と具体的な治療法、それに加えて外来における条件契約療法9,10) (通院時に毎回、自己尿を提出し、尿中の薬物検出検査を施行し、違法薬物が陽性の場合には、自己尿を最寄りの警察署に持参して自首するという条件に、治療契約を結び、薬物からの脱慣を支援する治療法) を提示することに主眼を置いている。

カ. 行政的な提案

冒頭にも述べたように、今回の精神保健福祉法の改正・施行に際して、精神科臨床の現場では、精神障害者の非自発的入院の対象となる疾患、あるいはその状態がどの範囲かという点が問題となっている。

この場合、精神作用物質による精神疾患のうち、依存症(現在、精神病状態を認めない)と中毒性精神病の診断区分は、他の精神疾患について、改正法第33条関係の医療保護入院の対象者であるかどうかを判定する場合の基準として、一つの重要な良いモデルとなると思われる。

従って、現在、解釈の分かれている年少者の同意能力、痴呆患者の同意能力の判断基準を初めとして、真に精神障害者の人権に配慮した精神医療体制の整備のためには、同意の有無ではなく、同意能力の有無によって、任意入院か、医療保護入院・応急入院などの非自発入院かを選択する場合、一つの判断基準として、精神病状態を認めない精神作用物質による依存症は、原則的に任意入院を選択するべきであることを提示することは、精神科医療の現場の混乱を多少とも緩和するのに、行政上役立つものと思われる。

E. 結論

1. 国公立精神病院において、薬物関連精神障害の診療の主役である常勤する精神科医師を対象として、薬物関連精神障害の臨床における重要な課題に関する意識調査を行った。精神科医師を対象とした薬物関連精神障害に関する意識調査は初めての試みである。
2. 精神科医師全体では、薬物関連精神障害のうち、精神病性障害の方が依存症候群よりも忌避される傾向が低い。
また薬物関連精神障害の診療経験が多い程、それに対する忌避感情は緩和され、診療への取組みが積極的となる。
3. 薬物関連精神障害の治療を行う場合、直接の治療目標とするのは、診療経験の多寡にかかわらず、〈急性中毒症状の治療〉、〈精神病性障害の治療〉、〈離脱期の医学的管理〉が多く選択されるが、〈断薬意思の確立と強迫的使用からの脱慣〉、〈断薬継続の支援と薬物依存からの回復の支援〉という依存症候群に関連する事項は診療経験の多い方が選択する比率が高い。これらの他、〈薬物依存の完全除去〉も選択される比率が高くなるが、〈薬物依存の完全除去〉は現在の医療の限界を超えており、直接の治療目標とするべきではない。
4. 全般的にみて、精神病的症状を認めない薬物依存症の入院形態の選択は、アルコール依存症、有機溶剤依存症、覚せい剤依存症の順に、任意入院を選択する率が低くなり、医療保護入院を積極的に選択する率が高くなる。また、薬物関連精神障害の診療経験が多いほど、任意入院を選択する率が高くなる。
5. 有機溶剤・覚せい剤依存を診断した場合、75%が告発しないことを選択するが、刑事司法との関連で、行政的にも議論を深める必要がある。その場合に、判断の基準となる基本的な意見を法的根拠と共に、三つ要約して挙げた。
6. 臨床研修にすでに参加経験を有する精神科医師は、参加希望を表明している精神科医師よりも、薬物関連精神障害の診療に積極的となる。
7. 各都道府県・指定都市の精神保健福祉担当課を対象に精神作用物質による依存症に対する非自発入院の割合に関する調査を行ったところ、

薬物依存症に対して非自発入院が選択される割合の高いのは10の自治体で見られた。

このうちある県では、非自発入院の割合は診断がアルコール依存症では、20%、有機溶剤依存症では、40%、覚せい剤依存症では、80%という高い割合であった。

8. 一方、愛媛県、川崎市、福岡市では3つの物質の依存症に対しては、非自発入院は全くなく、すべて任意入院で対応されている。愛媛県からは精神医療審査会において、依存症のみでは医療保護入院の適用は不相当として扱っているとのコメントをもらった。
9. 精神作用物質による依存症に対する入院形態の選択に関する精神保健行政上の歴史的経過を考察した。
10. 本年4月1日から施行される改定精神保健福祉法では、任意入院の選択は精神障害者本人の同意の有無ではなく、同意能力の有無により、判断することと規定されているため、今後は、精神作用物質による依存症に対しては、原則的に任意入院が選択されるべきであり、応急入院や医療保護入院という非自発入院の届出がなされた場合は、愛媛県や千葉市のように、精神医療審査会において、その状態像が厳密に検討される必要があることを指摘した。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 小田晶彦、小沼杏坪：薬物依存・中毒者の精神科医療体制に関する全国調査の結果。第34回日本アルコール・薬物医学会。1999. 9. 10、札幌。
- 2) 本研究の成果の一部は、第96回日本精神神経学会総会のシンポジウムにおいて発表する。

G. 文献

- 1) 寺元 弘：厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）「薬物依存・中毒者の疫学調査及び精神医療サービスに関する研究班（主任研究者寺元 弘）」総合研究報告書（平成7～9年度）；pp29、1998。

- 2) 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課 監修：我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成11年版、厚健出版株式会社発行、1998。

- 3) 小沼杏坪、小田晶彦：薬物依存・中毒者に対する国公立精神病院にの機能役割に関する研究。平成10年度厚生科学研究費補助金（医薬安全総合研究事業）「薬物乱用・依存等の疫学的研究及び中毒性精神病患者等に対する適切な医療のあり方についての研究（主任研究者：和田清）」研究報告書、pp. 141-156, 1999。

- 4) 小沼杏坪、太田耕平：精神医療施設における薬物乱用・依存者の治療・処遇のあり方に関する研究(2)。平成5年度厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）「薬物依存者に対する相談・治療・処遇並びにアフターケアに関する研究班（主任研究者：小沼杏坪）」研究報告書、pp. 73-104, 1994。

- 5) 小沼杏坪：平成4～6年度総合研究報告書。厚生科学研究費補助金（麻薬等対策総合研究事業）「薬物依存者に対する相談・治療・処遇並びにアフターケアに関する研究班（主任研究者：小沼杏坪）」研究報告書、pp. 73-104, 1995。

- 6) 小沼杏坪：薬物依存者に対する治療・処遇体制について。アディクションと家族 15(2)；132-136, 1998。

- 7) 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 33(5)；603-612, 1998。

- 8) 大槻和夫：「大阪ダルク支援センターセミナーブック1 刑事事件としての薬物依存」、大阪ダルク支援センター、大阪、1996。

表1. <精神科医師の背景>と<これまでに経験した症例数>のクロス表

調査項目	これまでに診療を経験した薬物関連精神障害の症例数			
	10例未満	10例以上50例未満	50例以上	全体 **
【1】精神科医としての診療経験年数				
1. 2年未満	19 (14.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (4.0)
2. 3年以上～5年未満	27 (20.1)	12 (5.3)	5 (4.5)	44 (9.3)
3. 5年以上～10年未満	35 (26.1)	55 (24.3)	11 (10.0)	103 (21.7)
4. 10年以上～20年未満	27 (20.1)	98 (43.4)	47 (42.7)	173 (36.5)
5. 20年以上	26 (19.4)	60 (26.5)	47 (42.7)	134 (28.3)
6. 無記入	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.2)
【2】精神科医としての経験した勤務先				全体 n.s.
1. 精神病院	112 (83.6)	207 (91.6)	101 (91.8)	424 (89.5)
2. 一般病院	88 (65.7)	168 (74.3)	77 (70.0)	336 (70.9)
3. HC・MHC	12 (9.0)	31 (13.7)	12 (10.9)	56 (11.8)
4. その他	5 (3.7)	18 (8.0)	11 (10.0)	34 (7.2)
5. 無記入	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)
【3】精神保健指定医の取得の有無				全体 **
1. 精神保健指定医	76 (56.7)	195 (86.3)	104 (94.5)	379 (80.0)
2. 非指定医	58 (43.3)	31 (13.7)	6 (5.5)	95 (20.0)
【4】薬物専門治療病棟 a. での診療経験				全体 **
1. なし	122 (91.0)	186 (82.3)	55 (50.0)	366 (77.2)
2. あり	11 (8.2)	40 (17.7)	54 (49.1)	106 (22.4)
3. 無記入	1 (0.7)	0 (0.0)	1 (0.9)	2 (0.4)
【4】薬物専門外来での b. 診療経験				全体 **
1. なし	124 (92.5)	189 (83.6)	55 (50.0)	371 (78.3)
2. あり	10 (7.5)	35 (15.5)	54 (49.1)	100 (21.1)
3. 無記入	0 (0.0)	2 (0.9)	1 (0.9)	3 (0.6)
【4】現在、入院治療を d. 担当している症例数				全体 **
1. 0例	92 (68.7)	120 (53.1)	47 (42.7)	260 (54.9)
2. 1例以上5例未満	42 (31.4)	95 (42.0)	33 (30.0)	173 (36.5)
3. 5例以上	0 (0.0)	9 (4.0)	30 (27.3)	39 (8.2)
4. 無記入	0 (0.0)	2 (0.9)	0 (0.0)	2 (0.4)
【4】現在、外来治療を . 担当している症例数				全体 **
1. 0例	59 (44.0)	44 (19.5)	10 (9.1)	115 (24.3)
2. 1例以上5例未満	68 (50.7)	129 (57.1)	29 (26.4)	226 (47.7)
3. 5例以上20例未満	7 (5.2)	51 (22.6)	34 (30.9)	94 (19.8)
4. 20例以上	0 (0.0)	1 (0.4)	37 (33.6)	38 (8.0)
5. 無記入	0 (0.0)	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (0.2)
全体	134 (100.0)	226 (100.0)	110 (100.0)	474 (100.0)

χ² 検定； **：1%水準，*：5%水準，n.s.：有意差なし

表2. <薬物関連精神障害に対する取組み>と<これまでに経験した症例数>のクロス表

調査項目	これまでに診療を経験した薬物関連精神障害の症例数			
	10例未満	10例以上50例未満	50例以上	全体 **
【6】依存症候群に対する診療の取組み姿勢				
1. 積極的	1 (0.7)	7 (3.1)	29 (26.4)	37 (7.8)
2. やや積極的	6 (4.5)	20 (8.8)	15 (13.6)	42 (8.9)
3. 普通	51 (38.1)	116 (51.3)	43 (39.1)	210 (44.3)
4. やや消極的	56 (41.8)	68 (30.1)	20 (18.2)	147 (31.0)
5. まったく消極的	8 (6.0)	14 (6.2)	3 (2.7)	25 (5.3)
6. その他	11 (8.2)	1 (0.4)	0 (0.0)	12 (2.5)
7. 無記入	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)
【7】精神病性障害に対する診療の取組み姿勢				
1. 積極的	6 (4.5)	38 (16.8)	37 (33.6)	82 (17.3)
2. やや積極的	22 (16.4)	41 (18.1)	26 (23.6)	90 (19.0)
3. 普通	74 (55.2)	28 (56.6)	41 (37.3)	245 (51.7)
4. やや消極的	14 (10.4)	15 (6.6)	6 (5.5)	35 (7.4)
5. まったく消極的	4 (3.0)	3 (1.3)	0 (0.0)	7 (1.5)
6. その他	13 (9.7)	1 (0.4)	0 (0.0)	14 (3.0)
7. 無記入	1 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)
全体	134 (100.0)	26 (100.0)	110 (100.0)	474 (100.0)

表3. <薬物関連精神障害の直接の治療目標>と<これまでに経験した症例数>のクロス表

調査項目	これまでに診療を経験した薬物関連精神障害の症例数			
	10例未満	10例以上50例未満	50例以上	全体
【5】直接の治療目標 (重複回答あり)				
1. 急性中毒症状の治療	89 (66.4)	154 (68.1)	71 (64.5)	317 (66.9) n. s.
2. 精神病性障害の治療	90 (67.2)	179 (79.2)	88 (80.0)	361 (76.2) *
3. 強迫的使用から脱慣	57 (42.5)	105 (46.5)	68 (61.6)	231 (48.7) *
4. 離脱期の医学的管理	76 (56.7)	146 (64.6)	84 (76.4)	309 (65.2) n. s.
5. 薬物依存の回復支援	40 (29.9)	112 (49.6)	68 (61.8)	220 (46.4) **
6. 残遺性精神病性障害	30 (22.4)	54 (23.9)	33 (30.0)	118 (24.9) n. s.
7. 薬物依存の完全除去	2 (1.5)	11 (4.9)	13 (11.8)	26 (5.5) *
8. 生活乱れ・問題行動	27 (20.1)	57 (25.2)	32 (29.1)	116 (24.5) n. s.
9. その他	15 (11.2)	5 (2.2)	4 (3.6)	24 (5.1) *
10. 無記入	4 (3.0)	0 (0.0)	1 (0.9)	5 (1.1)
全体	134 (100.0)	226 (100.0)	110 (100.0)	474 (100.0)

χ² 検定; **: 1%水準, *: 5%水準, n. s.: 有意差なし

表4. <依存症候群の入院形態の選択>と<これまでに経験した症例数>とのクロス表

調 査 項 目	これまでに診療を経験した薬物関連精神障害の症例数			
	10例未満	10例以上50例未満	50例以上	全 体 n. s.
【8】入院形態の選択 a. アルコール依存症				
1. あくまでも任意入院	54 (40.3)	106 (46.9)	65 (59.1)	228 (48.1)
2. できるだけ任意入院	57 (42.5)	85 (37.6)	29 (26.4)	171 (36.1)
3. 積極的に医療保護	17 (12.7)	21 (9.3)	10 (9.1)	48 (10.1)
4. 医療保護ときに措置	1 (0.7)	2 (0.9)	1 (0.9)	4 (0.8)
5. その他	5 (3.7)	14 (6.2)	6 (5.5)	26 (5.5)
6. 無記入	1 (0.7)	1 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.4)
【8】入院形態の選択 b. 有機溶剤依存症				全 体 *
1. あくまでも任意入院	37 (27.6)	90 (39.8)	53 (48.2)	181 (38.2)
2. できるだけ任意入院	66 (49.3)	86 (38.1)	35 (31.8)	189 (39.9)
3. 積極的に医療保護	22 (16.1)	32 (14.2)	12 (10.9)	66 (13.9)
4. 医療保護ときに措置	3 (2.2)	3 (1.3)	3 (2.7)	9 (1.9)
5. その他	5 (3.7)	17 (7.5)	9 (8.2)	32 (6.8)
6. 無記入	1 (0.7)	1 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.4)
【8】入院形態の選択 c. 覚せい剤依存症				全 体 *
1. あくまでも任意入院	30 (22.4)	85 (37.6)	47 (42.7)	163 (34.4)
2. できるだけ任意入院	49 (36.6)	63 (27.9)	24 (21.8)	137 (28.9)
3. 積極的に医療保護	36 (26.9)	41 (18.1)	12 (10.9)	90 (19.0)
4. 医療保護ときに措置	11 (8.2)	12 (5.3)	9 (8.2)	32 (6.8)
5. その他	7 (5.2)	26 (11.5)	19 (17.3)	53 (11.2)
6. 無記入	1 (0.7)	1 (0.4)	0 (0.0)	2 (0.4)
全 体	134 (100.0)	226 (100.0)	110 (100.0)	474 (100.0)

χ^2 検定；**：1%水準，*：5%水準，n. s.：有意差なし

表5. <薬物関連精神障害に対する取組み>と<外来診療症例数>とのクロス表

調 査 項 目	現在, 外来治療を担当している薬物関連精神障害の症例数			
	0 例	5 例未満	5例以上20例未満	20 例以上 **
【6】依存症候群に対する診療の取組み姿勢				
1. 積極的	0 (0.0)	4 (1.8)	9 (9.6)	24 (63.2)
2. やや積極的	4 (3.5)	17 (7.5)	14 (14.9)	7 (18.4)
3. 普通	51 (44.3)	104 (46.0)	47 (50.0)	7 (18.4)
4. やや消極的	41 (35.7)	85 (37.6)	21 (22.3)	0 (0.0)
5. まったく消極的	6 (5.2)	16 (7.1)	3 (3.2)	0 (0.0)
6. その他	12 (10.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
7. 無記入	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
【7】精神病性障害に対する診療の取組み姿勢				
1. 積極的	10 (8.7)	30 (13.3)	20 (21.3)	22 (57.9)
2. やや積極的	12 (10.4)	44 (19.5)	26 (27.7)	8 (21.1)
3. 普通	63 (54.8)	132 (58.4)	42 (44.7)	7 (18.4)
4. やや消極的	14 (12.2)	15 (6.6)	5 (5.3)	1 (2.6)
5. まったく消極的	2 (1.7)	4 (1.8)	1 (1.1)	0 (0.0)
6. その他	13 (11.3)	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
7. 無記入	1 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全 体	115 (100.0)	226 (100.0)	94 (100.0)	38 (0.0)

表6. <薬物関連精神障害の直接の治療目標>と<外来診療症例数>とのクロス表

調 査 項 目	現在, 外来治療を担当している薬物関連精神障害の症例数			
	0 例	5 例未満	5例以上20例未満	20 例以上
【5】直接の治療目標* (*:重複回答)				
1. 急性中毒症状の治療	74 (64.3)	151 (66.8)	67 (71.3)	24 (63.2)ns
2. 精神病性障害の治療	73 (63.5)	184 (81.4)	74 (78.7)	29 (76.3) *
3. 強迫的使用から脱慣	48 (41.7)	97 (42.9)	52 (55.3)	33 (86.8)**
4. 離脱期の医学的管理	68 (59.1)	143 (63.3)	64 (68.1)	33 (86.8) *
5. 薬物依存の回復支援	46 (40.0)	88 (38.9)	53 (56.4)	32 (84.2)**
6. 残遺性精神病性障害	17 (14.8)	57 (25.2)	27 (28.7)	16 (42.1) *
7. 薬物依存の完全除去	4 (3.5)	5 (2.2)	8 (8.5)	9 (23.7)**
8. 生活乱れ・問題行動	20 (17.4)	55 (24.3)	21 (22.3)	20 (52.6) *
9. その他	5 (4.3)	15 (6.6)	1 (1.1)	3 (7.9)ns
10. 無記入	3 (2.6)	1 (0.4)	0 (0.0)	1 (2.6)
全 体 数	115 (100.0)	226 (100.0)	94 (100.0)	38 (0.0)

χ² 検定; **: 1%水準, *: 5%水準, n. s.: 有意差なし

表7. <薬物依存症の告発問題>と<外来診療症例数>とのクロス表

調査項目	現在、外来治療を担当している薬物関連精神障害の症例数			
	0 例	5 例未満	5例以上20例未満	20 例以上
【9】有機溶剤・覚せい剤依存症の告発問題 (複数回答あり)				
1. 医師の裁量の範囲	38 (33.0)	69 (30.5)	29 (30.9)	14 (36.8)ns
2. 医師の守秘義務	52 (45.2)	100 (44.2)	43 (45.7)	17 (44.7)ns
3. 行政的に解決すべき	13 (11.3)	28 (12.4)	7 (7.4)	3 (7.9)ns
4. 覚悟もち告発すべき	6 (5.2)	15 (6.6)	7 (7.4)	4 (10.5)ns
5. 当然告発すべき	11 (9.6)	13 (5.8)	1 (1.1)	1 (2.6) *
6. その他(記入回答)	13 (11.3)	34 (15.0)	24 (25.5)	8 (21.1) *
7. 無記入	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
全体	115 (100.0)	226 (100.0)	94 (100.0)	38 (0.0)

χ² 検定; **: 1%水準, * : 5%水準, n. s. : 有意差なし

表8. <薬物関連精神障害に対する取組み>と<臨床医師研修への参加経験希望>とのクロス表

調査項目	臨床医師研修への経験と参加希望			
	すでに参加	参加したい	参加したくない	その他 **
【6】依存症候群に対する診療の取組み姿勢				
1. 積極的	12 (17.6)	17 (8.0)	5 (2.9)	3 (15.8)
2. やや積極的	12 (17.6)	22 (10.4)	7 (4.0)	1 (5.3)
3. 普通	22 (32.4)	98 (46.2)	81 (46.3)	9 (47.4)
4. やや消極的	18 (26.5)	67 (31.6)	58 (33.1)	4 (21.1)
5. まったく消極的	4 (5.9)	7 (3.3)	14 (8.0)	0 (0.0)
6. その他	0 (0.0)	1 (0.5)	9 (5.1)	2 (10.5)
7. 無記入	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.6)	0 (0.0)
【7】精神病性障害に対する診療の取組み姿勢				
1. 積極的	20 (29.4)	34 (16.0)	25 (14.3)	3 (15.8)
2. やや積極的	16 (23.5)	41 (19.3)	30 (17.1)	3 (15.8)
3. 普通	27 (39.7)	116 (54.7)	91 (52.0)	11 (57.9)
4. やや消極的	4 (5.9)	19 (9.0)	12 (6.9)	0 (0.0)
5. まったく消極的	1 (1.5)	1 (0.5)	5 (2.9)	0 (0.0)
6. その他	0 (0.0)	1 (0.5)	11 (6.3)	2 (10.5)
7. 無記入	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.6)	0 (0.0)
全体	68 (100.0)	212 (100.0)	175 (100.0)	19 (0.0)

χ² 検定; **: 1%水準, * : 5%水準, n. s. : 有意差なし

表 9. 薬物依存症が主診断の場合の精神病院への入院形態

非自発入院 の割合	措置率（措置入院者数／在院患者数％）			合 計（％）
	1.0%未満	1.0%以上 2.0%未満	2.0%以上	
高い自治体	3（30.0）	5（50.0）	2（20.0）	10（100.0）
低い自治体	18（48.7）	12（32.4）	7（18.9）	37（100.0）
不明	3	3	1	7
未回収	0	3	2	5
全 体	24（40.7）	23（39.0）	12（20.3）	59（100.0）

参考資料 1

薬物関連精神障害に関する
精神科医師意識調査票

＜ 調査票記入のご依頼 ＞

ご多忙の折り、大変恐縮ですが、国公立精神病院において薬物関連精神障害の診療に主要な役割を果たしている常勤の精神科医師の薬物関連精神障害者に対する意識調査を行い、分担研究課題：国公立精神病院の機能・役割に関する重要な資料とさせて頂きたく、宜しく御協力の程、お願い申し上げます。

＜ 調査票記入上の手引き ＞

- 【1】質問には、選択肢に丸印をつけるか、_____に回答を記入して下さい。
- 【2】本調査において、薬物関連精神障害とは、ICD-10のF1＜精神作用物質使用による精神および行動の障害＞をいう。すなわち、アルコール、有機溶剤、覚せい剤などの使用による急性中毒、依存症候群、精神病性障害などをいう。
- 【3】調査対象は、常勤の精神科医とさせていただきます。
- 【4】ご多忙中恐縮ですが、できるだけ2月15日（火）までに、各自が記入済の調査票を同封の返信用封筒に入れてご返送して下さいをお願いします。
なお、回答に際して、不明な点やご質問などがありましたら、遠慮なく、下記にお問い合わせ下さい。
最後に恐れ入りますが、折角の資料ですので、記入漏れがないか、今一度確認してください。