

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11年度研究報告書

主任研究者 内村英幸

2000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11年度研究報告書

主任研究者 内村英幸

2000年3月

目 次

I. 総括研究報告	
内村英幸	1
II. 分担研究報告	
薬物依存に関する病院プログラムと入院患者の転帰調査	
村上優、比江島誠人、杠岳文、遠藤光一、原井宏明、西村直之	5
薬物依存に関する地域プログラムの検討 ～薬物依存家族教室～	
下野正健、青柳節子、堀池健介、海老原竜二、安高真弓、伊藤智美、 松本晶美、比江島誠人、芝田寿美男	17
薬物依存に関する地域プログラムの検討	
～薬物問題に関わる関係機関のネットワークについて～	
下野正健、青柳節子、堀池健介、海老原竜二、伊藤智美、安高真弓、 松本晶美、藤林武史、村岡早苗	27
薬物依存回復者施設利用経験のある回復者に関する調査研究	
近藤恒夫、宮永耕、村上優、比江島誠人、森田邦雅、坪倉洋一	41
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	55
高校生の薬物問題への関心と薬物乱用防止教育の効果	
鈴木健二、村上優、杠岳文、比江島誠人、藤林武史、武田綾	63
諸外国との比較 ～北部九州とハワイの物質使用障害患者の比較～	
原井宏明、村上優、杠岳文、比江島誠人、遠藤光一、W.F. Haning MD、 Andy Anderson、内村英幸	71
III. 外国人研究者招へい事業報告	
ハワイ州における薬物依存援助システムから ～日本に対する提言～	
W.F.Haning MD	101
IV. 研究組織	129

I. 總 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¹⁾

分担研究者 村上 優¹⁾、近藤恒夫²⁾、下野正健³⁾

内田博文⁴⁾、鈴木健二⁵⁾、原井宏明⁶⁾

- 1) 国立肥前療養所 2) 日本ダルク
3) 福岡県精神保健福祉センター 4) 九州大学法学部
5) 国立療養所久里浜病院 6) 国立療養所菊池病院

研究主旨

薬物依存・中毒者の病院治療プログラムの作成と病院を受診する薬物依存の評価、地域プログラムとして家族支援プログラムと地域ネットワークの開発、中間施設であるダルク利用者を通して回復過程の調査、ダイバージョンを中心とする薬物関連の法規関係法の運用の在り方、一次予防として高校生に対し薬物乱用防止プログラムと生徒の変化についての調査を行い薬物依存の治療・アフターケアに関する具体的なシステムを検討した。また、これらの比較としてハワイ州の薬物関連問題を調査した。

分担研究者 村上 優¹⁾、原井宏明²⁾、内田博文³⁾
近藤恒夫⁴⁾、鈴木健二⁵⁾、下野正健⁶⁾

- 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

I. 研究目的

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今後あるべき病院や地域プログラム、法システムの在り方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

- 1) 病院プログラムについては国立肥前療養所に薬物

リハビリテーションプログラムDRPを作成し、入院した薬物依存症を肥前物質使用障害面接基準をもちいて評価を行った。これを転帰調査のコホートとした。

- 2) 福岡県精神保健福祉センターにおいて薬物依存家族教室プログラムを開発し、試行した。また福岡と佐賀地区において関係機関のネットワーク作りを試みその方法論を検討した。
3) 民間の薬物依存回復施設であるダルクを利用して回復に至った者について発病から回復に至る経過を調査した。
4) 薬物自己使用事犯のダイバージョンについてドイツ及びフランスを中心に比較法的な研究と、わが国の法律実務における法社会学的研究方法を用いた。
5) 高校生に対して薬物乱用防止講演を行い、前後に生徒の意識調査を行い講演の効果の判定を行った。
6) アメリカ合衆国の中で日系人が多く、依存性薬物でも覚醒剤への依存が多いハワイ州において治療施設であるHina Maukaにおける症例を通して治療システムの日米比較を行った。

III. 研究結果

- 1) 病院調査では60人平均年齢26.1(±7.7)歳より肥前物質使用面接基準に基づくデータが得られた。比較的若年者が多く、来院の経験はダルク、一般医療機関、精神科専門医療機関が主で、一部保健、司法・矯正機関の紹介があった。家族離別した者が多

く、依存している薬物は有機溶剤44%、覚醒剤35%等であった。二重診断を受けた者は精神分裂病15%、躁うつ病エピソード18%等であった。司法・矯正処遇を受けた体験は65%にのぼった。

- 2) 薬物依存家族教室は1クール5回とし2クールを試みた。1回平均8家族の参加があった。理解度を知るチェックリスト、これまでの対応を振り返るワークシートを作成して試行した。

関係機関のネットワークでは広域圏の福岡では保健所単位をブロック化して関係機関を選定・招集して実務担当者会議を6回開催し事例検討を行った。小規模県である佐賀県では県全体を対象として薬物問題連絡会議1回と、保健・医療・司法等関係機関を対象とした事例検討会を3回、教育関係を含めた「ネットワーク在り方研究会」を1回開催した。

- 3) ダルクを利用して回復した者50人よりデータが得られた。平均年齢31.7(±6.3)歳で、依存していた薬物は有機溶剤48%、覚醒剤56%、大麻50%等を中心に多剤使用した者が多かった。薬物使用開始年齢は平均16.0(±3.9)歳、薬物への依存は18.3(±3.9)歳、薬物依存と自覚したのは25.9(±5.1)歳、ダルクにつながったのは26.8(±5.5)歳、回復へのターニングポイントを得たのは28.1(±5.2)歳であった。司法、矯正施設体験者は54%、医療施設体験者は92%であった。
- 4) ドイツにおける薬物自己使用犯へのダイバーションについて明らかにした。また我国において治療を要する薬物自己使用少年を保護観察処分に対し、その下で治療を受けさせる道が存在することが明らかになった。
- 5) 6つの高校の生徒の回収のアンケートは約1600人であった。講演前の調査では、高校生の薬物に対する関心は高く、使ってみたい薬物には、眠気の取れる薬や痩せる薬、頭がさえる薬という回答が30%を越えていた。違法性薬物に関しては、18%が薬物容認的な態度を示していた。違法性薬物に誘われた経験を持つ生徒は12%存在したが、彼らを薬物接近群、その他の生徒を薬物非接近群として比較すると、薬物接近群は、何らかの意味で使ってみたいと回答した者が49%で、薬物非接近群とは大きな差が存在した。
- 6) ハワイ州における薬物依存治療システムについて

急性期治療(州立病院)、回復施設(Hina Mauka)、また薬物裁判所Drug Courtの実際を報告した。またHina Maukaの利用者の38人(男25人、女13人)の肥前面接基準に評価をえて日米比較を行った。

IV. 考 察

- 1) 病院プログラムには、若年の薬物依存症が多く受診しており、家族崩壊が進行しているものの、まだ家族機能を残しているものが多い。初期介入では多様で地域ネットワークによって受診が動機付けられている。司法処遇も多くの方が受けており、これが「治療の動機付け」につながる症例もある。シンナーの割合が高いのは地域特性に加えて若年が主なことによる。二重診断も多く、疾病性の強い症例が受診している。
- 2) 精神保健福祉センターでの家族プログラムを今回行ってみて、本家族教室に求められる役割は、①正しい知識や接し方を学ぶ、②同じ問題を持つ者同士の出会いやわかちあいの場を提供する、③家族が本人から離れる場を作るといった点であると思われる。1クール目は自助グループにつながっている参加者が多かったが、自助グループでわかちあいを重ねて、ある程度知識はあると考えていたメンバーからも知識充足を希望する声が多かった。そのため、2クール目は知識供与に配慮しながら実施中である。

薬物依存家族教室には、集団療法的アプローチを中心にしながら知識供与を臨機応変に入れる形が望ましいと思われた。今回開発したチェックリストやワークシートを利用することによって、同じテーマでも一度きりの参加に終わらず継続性が保ちやすいこと等が明らかになった。
- 3) 地域ネットワークについて福岡県は、人口にして佐賀県の約5倍強の規模であるため、保健所等で開催されているサービス調整会議を模した会議をセンターでモデル的に開催した。主な効果は、①司法・法務行政機関のネットワークづくりへのモチベーションが高まった ②実務担当者間の連携のきっかけとなった ③事例検討中心なので、実務上の連携方法がイメージしやすかった、の3点である。参加者のアンケートには、会議の継続や、地域レベルでの開催を希望する意見が多く挙げられた。しかし問題点として、①センターでの開催は、教育や警察が対象

としにくく限界がある ②家庭裁判所や児童相談所は、援助対象年齢が限定されているため、成人事例では実務がイメージしにくい、という2点がある。

佐賀県は、保健・医療・司法の3機関が連携を持ちながら支援・対応できることを目標に、センターで行う予定の、薬物関連問題相談事業における事例検討会をモデル的に開催した。その結果、今まで連携の機会の殆どなかった司法機関の参加を得ることができ、具体的な事例検討を通して、各機関間の薬物事例への認識や対応の差異について共通理解を持つことができた。また、家族も含めた事例への継続的な援助の必要性が明らかになった。「ネットワークのあり方研究会」では、教育関係者も含めて、現状の問題点とその対応について具体的な意見交換が可能となり、任意の研究グループの意義が確認できた。

4) 今回はダルクを利用してクリーンが1年以上継続した回復途上にある者の調査である。薬物依存が始まり、薬物依存と自覚をするまでに8年近くの時間が経過し、様々なエピソードが展開されていく。その間に少年院や刑務所など司法・矯正施設の経験をした者は46%にのぼり、医療機関を体験した者は92%となっている。これらの機関でどのような介入や教育、治療を受け、その意味が本人にどのように受け止められているかは今回調査されていない。回復の緒につくには「底つき」までの体験と時間が必要とすることは明らかとして、これらの時間を短縮する介入方法が検討されてしかるべきと考えられる。また回復した者については医療の関与が司法の関与よりも多いことは、この方面の援助体制整備を必要としていることを示唆する。

5) 薬物事犯の処遇について、少年法24条は、要保護少年に対する保護処分として、少年院収容（14歳以上）、児童自立支援施設又は児童養護施設への収容という施設内処遇の他、社会内処遇である保護観察処分を定めている。実務では、保護処分の正式決定前の試験観察を一種の社会内処遇として用いている。薬物自己使用少年をダイバージョンし、必要な治療を受けさせようとする場合、後者の社会内処遇、なかでも保護観察が注目されるが、これまでは治療を要する薬物自己使用少年への適用は殆どなされていない。予測困難な治療の強制は法的に無理というのが理由とされてきた。しかし、活用すべく工夫の余

地があることが明らかとなった。強制には至らない範囲ではあるが、保護観察処分が付された少年の保護者等に強力に働きかけて入院等、治療を行わしめるという道である。

6) 高校生に対する薬物乱用教育において、講演後の調査では、講演に対して面白かったという回答と面白くなかったという回答がそれぞれ20%で、どちらでもないという回答が60%であり、講演がインパクトを持たなかったようであるが、専門家の講演とDARCメンバーの体験談ではどちらが良かったかという質問でDARCメンバーの体験談が良かったという回答が80%に達していた。

7) ハワイ州における薬物問題は、覚醒剤事例が多いなど日本と共通点が多く、比較検討を行う。

V. 結 論

薬物依存・中毒者に対するアフターケアについて、福岡・佐賀をモデル地域として、病院プログラム、地域プログラム、回復者施設、法制度の運用、一次予防としての高校生教育を実際に行い評価を得た。また比較をしやすいハワイ州の体験より検討を行った。

薬物依存・中毒者のアフターケアを実施する上で、1) アルコール病棟を有する施設が容易に採用できる薬物依存プログラムDRPの開発、2) 薬物依存は、その疾病特性より若年の症例が多く受診し、これら若年・思春期症例を対象としたDRPを開発、3) 思春期例を念頭に入れ最近の家族に関する知見を取り入れた家族支援を目的とする家族教室の開発、4) 知識教育を組み込んだ家族教室など家族教室の目的に応じた多様化、5) 初期介入やアフターケアのための関係機関、特に司法・矯正や教育機関を含めた連携の方法論の確立、6) 都市型と郊外型のように地域特性に応じた地域ネットワーク事業の展開、7) 民間回復者施設に対するアフターケアに果たす役割を正しく評価し、今後運営可能な支援を行うシステム、8) 現行法内での法律運用においてダイバージョンを明確化して司法・医療の関係を整備する、9) 比較しやすい（法体制や依存薬物等）諸外国との比較より、今後の薬物依存・中毒へのアフターケア体制を検討することが必要、10) 回復過程に対する理解を症例より学び、回復のイメージを共有するところから、有効な介入、援助、治療、共生、司法介入・矯正、連携の在り方を検討すべきである。

II. 分 担 研 究 報 告

薬物依存に関する病院プログラムと入院患者の転帰調査

分担研究者 村 上 優

薬物依存に関する病院プログラムと入院患者の転帰調査

分担研究者 村上 優¹⁾研究協力者 比江島誠人¹⁾、杠 岳文¹⁾、遠藤光一¹⁾原井宏明²⁾、西村直之³⁾

1) 国立肥前療養所 2) 国立療養所菊池病院

3) あらかきクリニック

研究主旨

薬物依存の専門医療機関の必要性は国の政策医療として取り上げられるところであるが、現在では国立に専門病棟が1ヵ所で、アルコールとの併用を入れると国立には2ヵ所、公立で3ヵ所、民間を入れても10ヵ所にも満たないのが実情である。医療的には薬物依存もアルコール依存の治療システムの延長線上に位置していると考えられるにもかかわらず、これまでその特殊性が強調される傾向にあった。ここでは広まったアルコール依存の治療システムに追加する形で薬物依存の治療を検討し、薬物依存リハビリテーションプログラムDRPをアルコール病棟に併設した。そうすれば薬物依存への専門治療を担う施設は飛躍的に増加することが期待できるからである。この際に薬物依存治療における思春期心性への配慮と、処罰モデルから治療モデルへの移行（ダイバージョン）、自助グループの重要性を強調した。

国立肥前療養所のDRPを受けた薬物依存男性45人、女性15人の計60人についてプロフィールが得られた。平均年齢は26.1（±7.7）歳で25歳未満が半数を占めており、若年者が多い。来院の経路は多様でダルク、一般医療機関、精神科専門診療機関、家族の介入が多く、保健機関や司法・矯正機関がそれに次いだ。家族は18歳までの父や母の離別体験を有する者が30%あった。最初に問題となった薬物は有機溶剤が71%、覚醒剤11%、処方・市販薬18%であるのに対し、治療の開始時に主に依存している薬物は各々44%、35%、13%である。司法・矯正処置を受けた者は65%で、少年法

関連は33%、執行猶予7%、実刑13%が体験をしている。依存が進行して連続使用状態となったのは平均19.0±4.8歳である。二重診断では精神分裂病15%、大うつ病エピソード18%、躁エピソード17%にみられ、この他に不安障害18%、摂食障害27%、睡眠障害47%、衝動コントロール障害も47%にみられた。これをコホートとして今後転帰調査を行う。

I. 目 的

我国においては薬物依存の治療は、これまで中毒性精神病モデルを中心に国立下総療養所の小沼らによって体系化されてきた¹⁾。薬物依存の専門医療機関の必要性は国の政策医療として取り上げられるところであるが、現在では国立に専門病棟が1ヵ所で、アルコールとの併用を入れると国立には2ヵ所、公立で3ヵ所、民間を入れても10ヵ所にも満たないのが実情である。この状態は過去におけるアルコール専門医療機関と類するところである。アルコール中毒よりアルコール依存に治療のターゲットが推移し、久里浜方式（任意契約、開放医療、3ヵ月の治療期間、集団療法、治療教育プログラムなどを特長とする）が登場して、研修により全国に広がるようになり今日のアルコール医療が創られてきた。久里浜病院にアルコール専門病棟が設置された時と、全国断酒連盟が発足したのが同じ年であったように、アルコール医療は専門家の治療システムの開発と同時に、当事者による回復を目的とした自助活動が車の両輪のように重要であった。医療的には薬物依存もアルコール依存の治療システムの延長線上

に位置していると考えられるにもかかわらず、これまでその特殊性が強調される傾向にあった。ここでは広まったアルコール依存の治療システムに追加する形で薬物依存の治療を検討していく。そうすれば薬物依存への専門治療を担う施設は飛躍的に増加することが期待できるからである。

また同時にダルクのような回復者施設や自助グループとの連携の在り方についても検討を行う必要がある。そこでアルコール病棟をアルコール・薬物病棟とし、薬物依存に関する病院治療プログラム（以下DRPと略）を作成して試行している。このDRPを受けた入院患者について評価を行い、この集団をコホートとして転帰調査を行うことにより、DRPの内容、治療期間、ダルクなどの社会資源、初期介入における司法との連携について検討する。これによりアルコール病棟に併設して薬物依存への治療を提供するモデルとする。

II. 対象と方法

1995年より国立肥前療養所においてアルコール治療プログラムに併設してDRPを試行してきた。1999年より改定して、現在は1治療期間を1ヶ月とし、開放病棟で任意入院を原則として治療契約を行い、心理教育、集団精神療法、運動療法、ボランティア活動をプログラム化し、自助グループへの早期の参加、ダルクとの連携を行う治療システムを試行している。このDRPを受けた薬物依存患者について、肥前物質使用面接基準をもちいて評価を行いデータベースとした。これをコホートとして転帰調査を行う計画で、今回はこのコホートのプロフィールを明らかにした。

III. 結 果

1. 国立肥前療養所における薬物依存リハビリテーションプログラム

国立肥前療養所において依存のレベルにある者への治療は表1に示した。

入院期間は1クールを1ヵ月とし、その都度更新するようにした。そのことで任意の治療契約はとりやすくなり、早期に退院してもその後の治療関係は継続しやすくなった。この期間の中で急性期の精神症状を改善し、病気についての理解や、家族などとの関係性の見直しや改善、自助グループとの出会いなどを十分に計ることは困難である。このために治療の経過で2～

表1 肥前方式のDRP(依存への治療プログラム)

1. 依存には任意入院(1クール=1ヶ月)
2. 入院初日よりのプログラム参加
3. DRPを構成する要素
 - 1)心理教育
 - 2)集団精神療法
 - 3)運動療法
 - 4)ボランティア・アクティビティ
4. 自助グループへの参加
5. DARCとの連携
6. 短期解毒コース(本人の理解に基づく行動制限)

3クルールの治療をすすめることはあるが、あくまでも任意契約の中でやっている。1回の入院ですべてを行うことは目的とせず、再入院も考慮に入れている。

このように短期間の入院のために、入院初日よりプログラムには参加することが求められる。精神症状が強く、また覚せい剤のつぶれの時期のように活動性が著明に低下している時期でも3日前後でプログラムには参加している。

DRPを構成する要素は①心理教育、②集団精神療法、③運動療法、④ボランティア・アクティビティよりなっている。

心理教育の教材として「ドラッグってなんだろう」²⁾、「なぜ、わたしたちはダルクにいるのか」³⁾、「薬物依存」⁴⁾を利用している。これらのテキストより疾病としての理解、思春期心性への理解、回復体験の理解、家族関係への理解を得るように構成している。心理教育は週2回で、1回1時間とし医師、看護婦、臨床心理士が担当する。

集団精神療法は毎日行われている。薬物ミーティングは体験談を中心に言いつばなし、聴きっぱなしを原則としている。ダルクやNAの体験者もあり、また外来よりの参加もある場合はミーティングの質は高まる傾向にある。この他にアルコール依存との合同のミーティングも週1回行われる。自分自身を言葉にのせて表現することや、他のメンバーに共感することは、元来そのような体験の少なかった依存者には導入期に抵抗があるものの、早い段階で受入れられてゆく。

運動療法は作業療法士と看護婦がおこなっている。これまでDRPの農作業に参加して身体を使う活動を

行ってきたが参加が乏しかった。そこで遊びの要素が大きく身体的には負荷の大きい運動を採用している。人数が少数でもできるサッカー、バトミントンや卓球などを取り入れている。

ボランティア・アクティビティは痴呆病棟に入院している痴呆老人のレクリエーションに参加して、車椅子を押したり、話し相手になったり、一緒に歌ったりと介助の手伝いをしている。これは任意の参加で強制はせず、あくまでもボランティアとして参加を前提にしているが、薬物依存の若者には受け入れる者が多い。いつもケアを受ける立場が多かった彼らが、逆転して世話をする体験は新鮮であるし、本来持っていた人へのやさしさが自然と表現されている。週に1回で看護婦が担当している。

自助グループへの参加は、NAのメッセージ（訪問）を受け入れて病院でミーティングをおこなう一方で、週1回夜間に行われる近くのNAへスタッフ付き添いで参加をしている。自助グループでミーティングを体験することで、急速に治療への抵抗は薄れてゆくことが多い。このドラスティックな変化はアルコール依存よりは大きく、思春期にある者の共感（融合）の大きさがうかがえる。ただ退院後のNA参加へ直接的には結びつくケースは少ないのも現状である。

民間薬物依存回復者施設であるダルクとの連携は自

助グループのNAと同様に重要である^{3) 4)}。九州において回復者カウンセラーで運営されているダルクは、精神保健福祉法上のグループホームや共同作業所の認可を受けるまでになり、その運営も軌道にのり始めている。初期介入の段階でダルクを紹介することも多いし、ダルク入所者が解毒のために入院することも多い。このために解毒のみを目的として1～2週間の短期解毒入院を行っている。これはダルクに入所を前提とし任意ではあるものの閉鎖病棟にてケアを行う。この解毒入院も夜間などの救急入院も受け入れている。今後は医療とダルクのような施設との有機的な連携に工夫を要する。医療がリハビリテーションとして比較的長期にケアを行うとダルクへの入所を動機付けることは現実的に困難である。また早期にすぎると施設内でのケアが困難となる。ケースを重ねて連携の形を検討すべきである。

以上、DRPについて週間スケジュールは表2に示した。家族教室は精神保健福祉センターに依頼してプログラム化しており、個別の家族介入や家族療法は病院で行う形式をとっている。家族へのケアは重要で家族の自助グループであるナラノンやダルク家族会も展開しており、これらの紹介やサポートもおこなっている。

表2 DRP（ドラック・リハビリテーション・プログラム）

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
AM	薬物学習 (9:30~10:30) 女性ミーティング (11:00~12:00)	薬物エキササイズ (9:30~11:00)	アルコール・ 薬物ミーティング (9:40~11:30)	薬物学習 (9:30~10:30)	薬物エキササイズ (9:30~11:00) 家族会(第1, 3金曜日) (10:00~11:30)
PM	DVA 薬物・ボランティア・ アクティビティ (14:00~14:30) 体力測定 (3週間目, 9週間目) 回診 (16:00~)	アルコール・ 薬物学習会 (14:00~15:30) 回診 (16:00~)	薬物ミーティング (14:00~14:30) 内科診療 (15:00~16:00)	薬物ミーティング (14:00~14:30)	薬物ミーティング (14:00~14:30) 外泊
夜間	NA久留米 (18:00出発)			NAメッセージ (第1木曜日)	

2. 入院者のプロフィール（肥前物質使用障害基準による評価）

1) 年齢・性別

国立肥前療養所に1998年11月より、1999年12月までに入院した薬物依存症者64人より、肥前物質使用障害面接基準により情報の得られた60人について結果をまとめた。

年齢は平均 26.1 ± 7.7 歳で、年齢の分布は20～24歳が最も多く、次いで20歳未満、25～29歳となっている。これからも思春期・青年期にある症例が治療対象の中心となっていることがわかる（図1）。

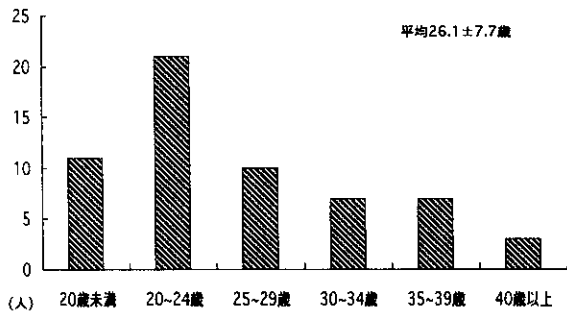


図1 年齢

性別では男性45人（75%）で平均年齢 26.7 ± 8.2 歳、女性15（25%）で平均年齢 24.2 ± 6.0 歳である。男女比は3：1となっており、女性の方がより若い症例が集まっている。

2) 来院の経路

国立肥前療養所を受診するきっかけになる機関や人、紹介された経路について調査した（図2）。ダルク18%、一般医療機関18%、家族19%、精神科医療機関16%と多く、精神保健福祉センターを含む保健所8%、警察や家庭裁判所や保護観察所など司法行政・司法・矯正機関より8%、職場5%、友人3%などであった。来院の経路は病院の持つネットワークを反映しているものと考えられる。

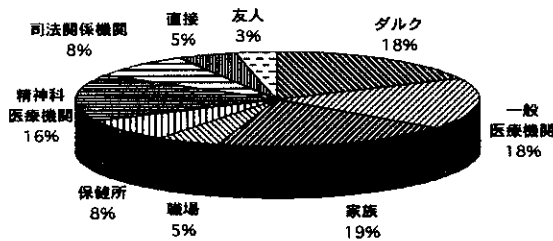


図2 来所・来院の経路

3) 家族関係

現在同居している家族ありとする者が54人（90%）で、単身生活者は6人（10%）であった。そのなかで親世帯と同居している者は40人、夫婦及び子供との同居が5人、同胞との同居が1人であった。これらのことより家族との関係があり、家族機能を有している症例が病院受診につながっていることを示している。

生育史をみていくと、父親との離別を体験している者が19人（32%）おり、初めて離別した年齢は6歳未満が9人で幼少時に離別したことを示している（図3）。一方母親との離別を体験した者は19人（32%）おり、初めての離別した年齢は幼少期5人いるものの各年齢に均質である（図4）。父親との離別した理由の多くは父親自身の受刑や行方不明、離婚など、父親の問題を反映したものが多い。一方母親は、これらに加えて死別や疾病、職業上の理由などが多く、受刑1人や離婚3人と母親の問題を反映するものは少ない。

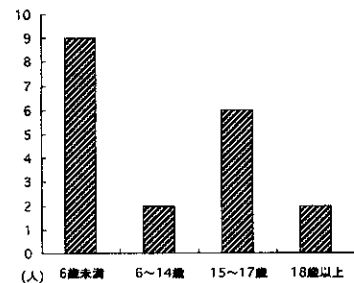


図3 父親と初めて離別した年齢

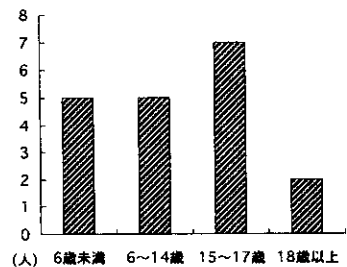


図4 母親と初めて離別した年齢

婚姻に関しては未婚83%、既婚9%、離婚8%となっている。年齢を考えると未婚が多いとも考えられるが、社会環境の劣悪さも反映している（図5）。

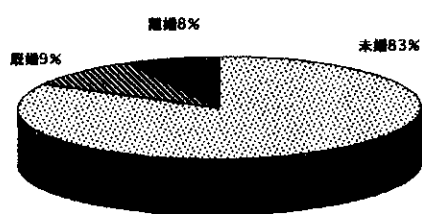


図5 現在の婚姻について

4) 教育歴・職歴

中学卒25人、高校中退13人で合わせて38人（66%）が高校中退までの教育歴である。高校卒業は17%、大学や専門学校を含めて進学したものは17%であった（図6）。

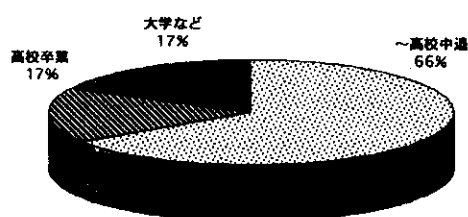


図6 教育歴

職歴については現在就労している者は18人（30%）で、無職は35人（59%）、学生4人、主婦2人でこの他に暴力団構成員1人であった。過去1年間の就労期間を問うと10ヶ月以上15人（25%）、3～9ヶ月13人（22%）、3ヶ月未満7人（12%）、就労をしていない者は18人（30%）であった。

以上より教育歴についても高校中退までの者が66%で、教育機会を逃しており、職歴についても59%は現在無職で、過去1年をとっても3ヶ月未満の職歴しかない者が42%と生活の条件は悪く、それを反映して自立の能力が障害されているといえる。

5) 依存性薬物の変遷について

最初に乱用した薬物はシンナーが32人（71%）、覚醒剤5人（11%）、処方薬（ベンゾジアゼパム系）や市販薬（ウット、ブロン、セデスなど）が8人（18%）であった。最初より多剤併用した者が15人（25%）にみられていた（図7）。

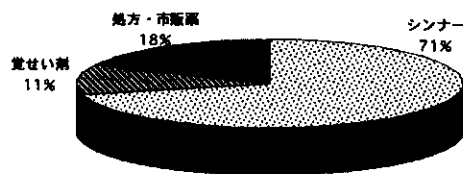


図7 最初に問題になった薬物

病院に受診した際に乱用・依存していた薬物はシンナー21人（44%）、覚醒剤18人（35%）、処方・市販薬6人（13%）、多剤併用2人（4%）でその他2人（4%）であった（図8）。

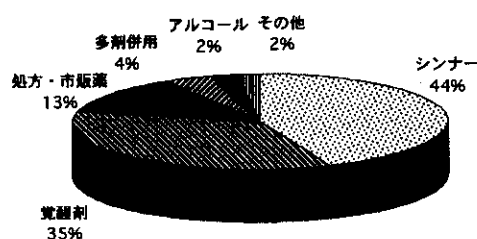


図8 問題になっている薬物

これはゲート・ウェイドラッグとしてシンナー乱用に始まり、遊び感覚でしよ薬物が広がり、その後は他の依存性薬物に移行していく経過を示している。若年の症例が多く、シンナーの占める割合がまだ高い現状にあり、この後にさらに覚醒剤などへの移行も予想される。

6) 薬物使用による司法処置

最初の薬物乱用に関連して司法処遇を受けた者19人（32%）について、14歳が3人、15～17歳が7人、18～20歳が7人でそれ以上では2人となっている。少年法の適応を受ける年齢で、その処遇も補導のみで診療した者は6人（10%）、家庭裁判所に送致されて保護観察処分を受けた者は6人（10%）、少年院入所となった者は1人（2%）であった。成人後では執行猶予2人であった。

シンナー症例が多く、また未成年でも18歳未満の若年であることから、処遇は在宅で、矯正機関の関与はなしか、保護観察が中心であった。

今回受診につながる薬物使用に関連して司法処遇を受けた者は32人（53%）となった者について、14歳が4人（7%）、15～17歳が8人（13%）、18～

19歳が5人（8%）、20歳以上の成人が16人（27%）である。少年法の適応を受ける年齢では補導のみ11人（18%）、家庭裁判所送致後に保護観察7人（12%）、少年院など施設収容2人（3%）であるが、成人後は執行猶予4人（7%）、実刑7人（12%）となっていた（表3）。

表3 司法処置の内容

なし	： 21名(35%)
少年関連	： 20名(33.3%)
執行猶予	： 4名(6.7%)
実刑	： 8名(13.3%)
不明	： 7名(11.7%)

成人になるに従い再犯を繰り返すこともあり、執行猶予など在宅処遇より、刑務所など矯正施設に入所する者も増加している。このように医療にかかった症例にも、司法的な処遇を受けた者は多いが、司法処遇より直接的に医療処遇に結びつく症例は少ない。

7) 薬物使用による専門機関の受診

最初に依存した薬物について相談した専門機関は、一般医療機関3人（5%）、精神科医療機関10人（17%）、薬物依存を専門とする精神科医療機関7人（12%）、ダルク2人（3%）保健所1人（2%）で、全く相談しなかったとする者は13人（22%）であった。

受診時に依存・乱用した薬物について相談した専門機関については一般医療機関7人（12%）精神科医療機関11人（18%）、薬物依存を専門とする精神科医療機関15人（25%）、ダルク8人（13%）、精神保健福祉センター・保健所3人（5%）で、全く相談しなかったのは8人（13%）であった。

薬物依存についての相談機関の中心は医療機関とする者が多い。なかでも精神科医療機関や、薬物依存を専門とする医療機関へ相談する者が多い。しかしダルクへの相談が医療につながる契機となることも多い。本来、コミュニティにあって相談を多く受けてしかるべき保健所や精神保健センターは、十分に機能していないのも実情である。

8) 依存の発症から受診にいたる時間経過

受診時に問題となった薬物について、習慣的使用

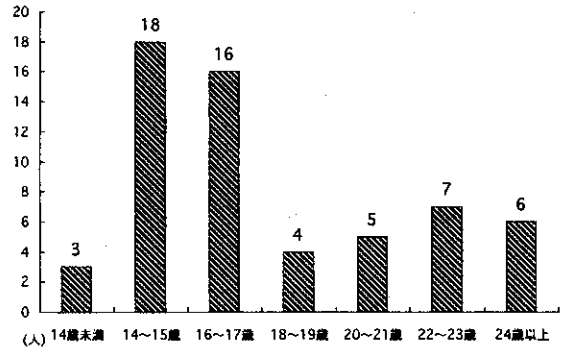


図9 習慣的使用開始

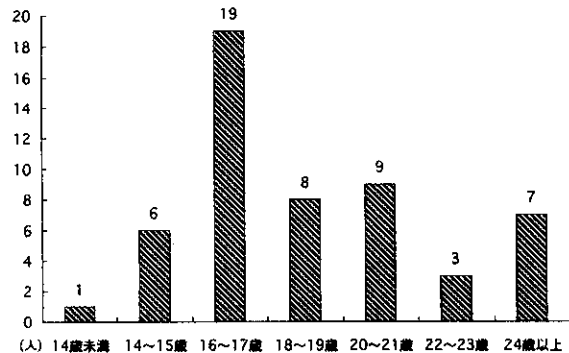


図10 連続使用開始

が始まったのは平均18.3±5.6歳である（図9）。

その後連続使用や使用量の増加など依存が進行したのは平均19.0±4.8歳である。今回受診した平均年齢は26.7±8.2歳である（図10）。依存が進行して後も7年の時間を経て医療機関につながっている。これは医療機関が相談や治療を受け入れる体制にないことに加えて、依存問題の有する特性として否認の問題がある。依存そのものの進行は1年程の経過でおこるのに対して、医療へかかるまでに多くの時間を要していることは、医療化までの初期介入について問題を整理する必要がある。それは 1) 家族の相談を受ける機関における初期介入モデル、2) 少年法について薬物問題に関する回復支援のモデル、3) 警察の介入について薬物、特にシンナー乱用の少年達への介入システム、4) 司法・矯正から医療化へのルート作り（ダイバージョン）、5) 教育機関（中学・高校）における介入モデル、6) 当事者の匿名性が守れる相談機関などが具体的に創設されることが望まれる。現在の司法モデル優先の対応では、困ったと感じても直ちに援助を求める行動に結びつかないのは当然で、薬物依存を疾病として理解するならば、医療機関へつなぐことが容易となるよ

うな法律的、行政的、医療的な配慮を必要としている。

9) 最近5年の薬物の最長無使用期間

依存が始まって、最近5年間で最も薬物を使用しなかった期間の長さを問うた。

全く無使用の期間のない者7人(12%)、3ヶ月未満10人(17%)、3ヶ月以上6ヶ月未満9人(15%)、6ヶ月以上9ヶ月未満8人(13%)、9ヶ月以上12ヶ月未満11人(18%)、1年以上11人(18%)であった。アルコールとの比較では断薬期間(クリーン期間)を有する者が多い印象がある。薬物はアルコールに比して違法性で社会的規範よりは使用しないことが明確なことも関係しているかもしれない。アルコール依存の予後について過去の断酒期間の有無が回復率に関与しているが、薬物依存では不明である。

10) 既往の急性中毒症状と離脱症状

急性症状や離脱症状は、使用した薬物により異なり一律に論じることはできない。

分裂症状に似る精神病状態の既往のある者は47人(78%)であり、精神病院に受診するには依存状態より、精神病状態に力点がおかれている。離脱症状における精神病状態についても発現既往歴は18人(30%)で、不眠などを含めた自律神経症状が中心だったものは42人(70%)であった。

医療化されるには自覚的な症状、精神病状態の発生が受診に結びつくことが明らかになった。

11) 二重診断について

物質関連障害以外の精神疾患の合併については、幻覚妄想状態が薬物使用時以外にも持続した者は9人(15%)にみられている。うつ病エピソードは過去の既往ありとする者20人(33%)で受診時に11人(18%)はうつ状態であった。躁エピソードは既往ありとする者は11人(18%)で、受診時は4人(7%)が躁状態であった。

その他について合併している障害を表4に示した。摂食障害や睡眠障害、衝動コントロール障害などが多く見られている。摂食障害は16人(27%)にみられ、そのうち男性は11人(男性の24%)、女性は5人(女性の33%)であった。摂食障害は通常女性に多く発症するとされていたが、病院を受診する症例のなかで男女比は1対1.4と接近しており特徴的である。重篤化する症例は女性に多くみられる印象が

あるものの、男性の摂食障害、特に過食症の増加は注目に値する。

表4 物質関連障害以外の精神・身体疾患の合併

• 不安障害	11人(18.3%)
• 身体表現性障害	5人(8.3%)
• 摂食障害	16人(26.7%)
• 睡眠障害	28人(46.7%)
• 衝動コントロール障害	28人(46.7%)
• DSM-IV II軸の障害	7人(11.7%)

DSMIVの診断基準を採用した場合に、二重診断として精神疾患の合併が多く見られており、抗精神病薬など精神科薬物療法を要する者も多くみられている。一方で摂食障害のように薬物依存と等価性に考えてよい症例などが男女とも多くみられる。依存性薬物使用時には問題視されなかった過食が、薬物を中止後に問題として表われることはよくみられる現象である。この場合の疾病の等価性ないしsyndrome shiftが多いことを示している。

IV. 考 察

1. DRPを行う上での薬物依存の特殊性

アルコール依存と薬物依存の違いを検討すると表5のようになる。

表5 我国における薬物依存とアルコール依存の比較

	薬物依存	アルコール依存
年 齢	若年(思春期)	中 年
乱 用	初期より	中期より
依存形式	早 期	男性10年 女性6年
薬物探索行動	多くは違法性 (犯罪としての性質)	マナーとしての問題
精神・身体依存	精神依存優位	身体依存優位
クロスアディクション	多 い	年代・性別により差あり
家族・社会問題の存在	多問題を必発する	年代・性別により差あり

第1には発症年齢の違いである。薬物依存は10代の半ばより乱用が始まり、自我の形成が進む思春期に病気として依存が形成されていく。アルコール依存でも若年に発症するグループは、薬物依存と同じプロフィールを有している⁵⁾。このように思春期に発病したがゆえに、成長に伴い体験すべき社会的体験を欠落して

いたり、逆に早期に歪んだ形で体験をしたりと、その人格に及ぼす影響は大きい。薬物なしでアイデンティティを保つことが困難で、回避的であったり、短絡的であったり、不安に陥りやすかったり、自らを過小に評価したり、または自らを過大評価して簡単に挫折したりする。思春期を過ぎても、社会的な体験の乏しさから社会復帰は円滑に進まないし、また自我の未熟さより同じく薬物に依存する仲間しか共感を持ちえなくなり、社会的孤立は深まる。薬物依存はその乱用の開始に、薬物を勧めた仲間が必ずいたように、回復過程でも回復してゆく仲間を強烈に求めている。思春期に特徴的な行動化として性的逸脱行為も多くみられる。

第2に依存性薬物の性質上、乱用の開始は早い。乱用とは通常でない使用であり、シンナーや覚せい剤は元々使用が禁止されているのであるから、使用そのものが乱用にあたる。また安定剤や咳止めシロップ（ブロン）などのように、初めより本来の目的で使用するのではなく、遊びとして気分を変える目的で使用されるものもあり、乱用自体が使用目的となっている。アルコールのように長い飲酒習慣の中で徐々に生じる乱用とは異なっている。

第3に依存の形成は早期より生じる。アルコール依存は飲酒するようになり男性で10年から15年、女性でも6年から8年の経過で依存が形成されるという。薬物依存ではシンナーでも乱用を始めて依存形成まで1年から数年以内で生じる。またゲートウェイドラッグとしてのシンナーより覚せい剤へ移行する場合や、覚せい剤に手を染めて直ちに依存してゆくケースもある。その依存の進行の早さに、そして依存が引き起こす問題行動や家族間の葛藤に有効な手がうてないままに混乱をきたしている。これは薬物自体の特性に加えて、思春期に依存が形成される特長といえる⁶⁾。

第4に依存が引き起こす薬物を求める行為である薬物探索行動が、今の日本では犯罪とされる場合が多い。シンナーは毒物劇物取締法、覚せい剤は覚せい剤取締法、また麻薬及び向精神薬取締法など使用そのものが違法とされている。このことは薬物依存が疾病とみられる前に犯罪とみなされる場合が多く、治療よりは処罰を求めることが多くみられる。平成10年6月30日現在の覚せい剤中毒の入院数は全国で798人で、同8年の薬物依存で入院、通院の全国推計患者数は1,700人⁷⁾である。刑務所で処置を受けている覚せい剤事犯が1万人を

超えているとされることから、薬物問題の大半は処罰モデルで対応されているといえる。その流れを受けて、専門的治療では覚せい剤依存を疑われると採尿をして検査をおこない、陽性に出れば警察へ出頭することを前提に治療契約を結ぶ方法が提唱されている。しかし、医師の治療関係上の守秘義務と、犯罪を関知した場合の通報義務のどちらにプライオリティがあるのか、治療を進める上でどちらが大切なのかなど議論を有するところである。

第6には薬物依存のみではなく、ギャンブルや摂食障害、そして何よりも人間関係への依存など他のアディクション問題を合併する者が多い。このクロスアディクションの問題が場合によっては医療化を推進させる原因となる場合もある。ギャンブルでは経済・生活問題として、摂食障害は身体問題として、人間関係依存は家族療法的介入により、依存者の底つき体験は加速される。薬物依存から他のアディクションに移行し治療抵抗性となる面もあり、これらのアディクションの評価は重要である。また気分障害や精神分裂病、人格障害などの合併例もあり、精神医学的な診断を総合的におこなう必要（dual diagnosis）も合わせて強調しておく。

第7には薬物依存の背景に家族問題が重く存在する場合が多い。親のアルコールやギャンブル依存、幼児や学童期の放置を含めた虐待経験、逆に過干渉や密着し過ぎた親子関係（母子関係が主）などはよく存在する。また学校からの脱落、いじめ、非行グループとの交遊関係など社会的な条件にも困難を有し、薬物への依存がさらに社会的条件を劣悪化させてゆくために、依存が進行すると普通の社会より孤立し、サブカルチャー化した薬物依存の世界に入り込んでゆく悪循環が形成されてゆく。

2. 薬物依存の治療戦略と治療システム

薬物依存の治療プロセスについて小沼は次のように論じている。¹⁾

導入期としては、家族内危機への早期介入、薬物依存が再発を繰り返す慢性の病気であることへの理解、底つき体験、治療への動機付けと断薬の決意、治療方法や回復可能性の認識をえることをあげている。その後治療に入った後は、1～3ヵ月間の脱慣期として薬物の連続使用から抜け出る時期とし、離脱期の前期と渴

望期の後期にわけている。離脱期には急性中毒症状の治療である解毒、退薬症状の管理、薬物関連の身体障害と精神障害の治療を行う。渴望期には強い薬物渴望に基づく情動障害への対応、依存過程の洞察に基づく断薬継続への動機付け、生活のリズムの回復、社会適応能力の向上を行う。これらは主に入院プログラムとして考えられている。その後3年間以上の断薬継続期として、主に外来治療や自助グループの参加により経過をみる。この時期は抑うつや心気症状などトンネル現象への対処、スリップ（再使用）時の対応、経済的自立、家族関係の再構築を行い、薬物のない生活習慣の確立を目指すとしている。そのための治療戦略を専門的精神保健サービスのスペクトラムとして提示している。⁸⁾

アルコール依存における治療戦略も初期介入、離脱期の治療とリハビリテーション、その後の自助グループ中心のリハビリテーションより構成されている。しかし実際の病院での治療では前項であげた薬物依存の特殊性を考慮に入れた組立てが行われており、治療側の立場に違いが存在する。具体的にあげると①まず治療における任意性をどう位置付けるのか、入院は任意入院か医療保護入院なのか、②開放病棟で処遇するのか閉鎖病棟なのか、③入院期間はどのようにして決めるのか、④違法性薬物における処罰モデルとの関係は、⑤スリップ時の対応は、⑥入院プログラムや外来プログラムの内容は、⑦自助グループや民間薬物依存回復施設であるダルクとの関係性を具体的にどのようにしているのか、⑧使用している評価尺度は、⑨転帰調査など予後モニターする体制はなど具体的な治療システムには差がみられる。これはアルコール依存の治療は依存に対する治療として組立てられているが、薬物依存では中毒状態（幻覚・妄想状態）を多く含む重篤な状態の者に対する治療を中心に組み立てられているからである。そこで、アルコール依存と類似した依存のレベルにある者に対して治療プログラムの試みを検討することになった⁹⁾。

3. 薬物依存リハビリテーションプログラム

アルコール依存にはAlcohol Rehabilitation Programという造語があり、ARPと称して広く流布した。その代表が久里浜方式と称されている。それに相当する薬物依存リハビリテーションプログラムがDRPで

ある。国立肥前療養所では表2のように薬物依存が増加した1994年よりDRPを試行してきた。現在はARPからは独立させて独自のプログラムと、一部をアルコールと同じプログラムを使用している。

DRPにおいて考慮すべき問題を表6に示した。

**表6 薬物依存リハビリテーションプログラム
DRPにおいて考慮すべき問題**

-
1. 思春期心性への理解
 - 1) 契約
 - 2) acting out
 - 3) 任意と強制
 2. 違法性薬物への理解
 - 1) 処罰モデル
 - 2) 医療モデル
 - 3) ダイバージョン(抜け道)
 3. 精神依存と毒性の強さ
 - 1) 行動パターンの狭小化(渴望の強さ)
 - 2) 毒性による急性中毒・慢性中毒
-

第1には思春期心性への理解である。容易に薬物依存の自我機能は萎縮したり、肥大化したり、特に境界が曖昧となって被害的となったり、他者とくに異性には侵食的だったり不安定化しやすい。自我機能のコントロールが不十分な時期に任意の契約を得るとするならば、それは比較的短期間の契約を更新する方法でなければ成立しない。また生じてくる行動化 acting outに対して過度にコントロールを試みるとしたら直ちに対立して任意性の関係は得られないことから、許容すべき問題はアルコールよりも広く設定せざるをえない。規制は病院という範囲で可能な限り少ない方がよいが、食事や就寝起床の時間などは規制化し、他は自由とはゆかないまでも緩やかにしている。任意性を引き出すためには開放処遇が原則で、退院希望が強い場合や離院した際には、そのまま退院になる可能性が大きい。この自由な雰囲気の中で治療の中にとどまるようにするのは、入院せざるを得ない環境設定か、治療プログラムの魅力と、そこで出会う人々との陽性感情の体験である。環境設定のために、初期介入の時点で家族カウンセリングを重視している。また陽性の感情を最も演出するのは、薬物依存の回復者や回復してゆこうとする者との出会いである。このために早い時

期にダルクやNAよりのメッセージを得ることは重要となる。依存状態では入院はあくまでも任意である。一過性の精神病状態minor psychosisでも原則として任意の入院契約としている。精神病状態が明確な場合は医療保護入院として、まずは急性期治療を開始する場合があるも少数である。

第2に違法性薬物への理解である。処罰モデルによる薬物への規制は、現在の法律体制の下では主流とされている。矯正により規範的な行動を学習し回復することが期待されており、その線にそって回復する者もいる。しかし多くは累犯者となり回復の緒につかない。少年の場合、矯正は教育的配慮で構成されており、様々な機会が少年に与えられる。保護観察であったり、試験観察であったり、鑑別所での評価を受けることであったり、少年院への収容だったりする。その中において処罰モデルと医療モデルの連携は我国では意識的に行われていない。刑罰の非刑罰化とされるダイバージョンは我国では採用されてはいない。しかしシンナー少年は補導されて親に引きつがれれば何の処分もないし、覚醒剤の取締りも精神症状のある場合は処罰化する前に病院に送られる。少年の場合、家庭裁判所の判断も保護観察にするものの治療への動機付けは行われない。大人の場合、執行猶予がついたとしても裁判の経過中に治療への動機付けが行われることはない。我国では結果としてダイバージョンが行われることは多いものの、意図して治療へつなげるシステムがないのが実情である。少年の場合は家庭裁判所で治療を動機付けつつ、試験観察で経過をみる試みなどがあり、今後の初期介入の一方法として注目されている。医療モデルが提示されれば、我国でも実質的なダイバージョンが進むと予想される。

現在においては医療にきた場合に違法性薬物による依存にあっても、これを直ちに処罰モデルにつなげることは行うべきではないと思う。そうでなければ、本心や真実を語ることを回避させてしまし、病気として認識することを遠ざけてしまうからである。医療への接近をしやすくするためにはダイバージョンを意図的に行いうる医療と司法のコンセンサスを得ることが求められる。

4. 病院を受診する薬物依存

病院を受診する薬物依存の特徴は、①若年者が多く、

②家族機能を残している、③他の様々な機関に既にながっている、④精神病状態を呈しているか既往がある、⑤二重診断として精神医学的問題を有する、ということになる。これは国立肥前療養所の特徴であり、病院により差違が認められる。このために病院プログラムは①若年者に対応するプログラムを有すること、②家族介入プログラムを持つこと、③連携のネットワークを持っていること、④精神医学的な治療戦略を有することが求められる。受診しやすい環境を整えることによって早期の治療介入を行う必要があるとしても、現在では依存の発病より平均で7年近くが経過しており、この期間の短縮が可能となるような戦略が求められている。小沼の報告¹⁰⁾では治療転帰に影響を与える因子の検討を行い、良好な経過をたどる薬物依存（覚醒剤）は①入院時の年齢が低い、②就労年数が長い、③配偶者がいる、④矯正施設の被収容歴がない、⑤精神病院入院回数が少ないことをあげている。

医療機関にかかったシンナーや覚醒剤の長期間の自然経過については寺岡の報告がある^{11) 12)}。これは15年8カ月の間に精神科診療所を受診した覚醒剤精神病100例について、長期間の経過を生活歴や病状、病歴を含めて詳細に報告している。疾病として経過とともに、治療や介入、リハビリテーションなど回復の援助を視点として予後を調査する必要が求められている。そこで病院で治療を受けた症例をコホートとしてプロスペクティブな転帰調査を行い初期介入、家族相談、治療プログラム、ダイバージョンの在り方、自助グループやダルクなど回復者施設との連携についてより具体的な検討を行う必要がある。

V. 結 論

薬物依存の医療化が進行すると、その疾病特性より若年の症例が多く受診する。このために若年を対象としたDRPに改変をしていくことが求められてきた。また初期介入の多様性、特にダルクなど回復施設や司法介入後の医療化（ダイバージョン）の必要性も重要である。

文 献

- 1) 小沼杏坪：薬物依存症の治療ガイドライン。薬物依存症ハンドブック（福井進，小沼杏坪編）金剛出版，東京，1996

- 2) 水澤都加佐：ドラッグ（薬物）ってなんだろう。岩崎書店，東京，1992
- 3) 近藤恒夫他：なぜ、わたしたちはダルクにいるのか。東京ダルク発行，1997
- 4) 近藤恒夫：薬物依存。大海社，東京，1997
- 5) 鈴木健二：未成年者のアルコール問題。アルコール臨床研究のフロンティア（樋口進編），原健出版，東京，1996
- 6) 和田清：“Gateway Drug”概念について。日本アルコール・薬物医学会雑誌，34(2)：95-106，1999
- 7) 我が国の精神保健福祉（平成10年度版）。厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課監修，厚健出版社，東京，1998
- 8) 小沼杏坪：薬物依存・中毒者の専門的・包括的医療・サービスに関する研究。厚生科学研究「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」（主任研究者寺元弘）総合研究報告書（平成7-9年度）：12-27，1998
- 9) 村上優：病院プログラムについて。厚生科学研究「薬物依存・中毒者のアフターケアに関する研究」（主任研究者内村英幸）平成10年度研究報告書：3-46，1999
- 10) 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雑誌，33(5)：603-612，1998
- 11) 寺岡葵：精神科診療所における覚醒剤精神病の臨床。精神経誌，100(7)：425-468，1998
- 12) 寺岡葵他：シンナー・ボンド乱用ギャング集団の予後について—とくに覚醒剤と関連して。精神経誌，84(11)：814-815，1982

II. 分 担 研 究 報 告

薬物依存に関する地域プログラムの検討
～薬物依存家族教室～

分担研究者 下野 正健