

2001/001

厚生科学研究費補助金 医薬安全総合研究事業

薬物依存・中毒者の予防，医療および
アフターケアのモデル化に関する研究

平成13年度 研究報告書

主任研究者 **内村英幸**

平成14(2002)年3月

目 次

I. 総括研究報告	
内村英幸	1
II. 分担研究報告	
1. 薬物乱用・依存・中毒者の自然経過と疾病概念に関する研究 ―薬物依存者の医療機関における類型について― 松本俊彦、山口亜希子、上條敦史、南健一、遠藤桂子、矢花辰男、岸本英爾	7
2. 薬物依存者の治療予後調査体制の確立と再発防止に関する研究 平井慎二 (資料)・症例基本情報・症例情報	21
3. 法律よりみた薬物依存・中毒者の処遇に関する法律モデル 石塚伸一、大藪志保子、金尚均	33
4. 薬物依存者の保護観察に関するアンケート調査 中谷陽二	41
5. 若年薬物濫用者に対するダイヴァージョン・プログラムの整備に関する研究 八尋八郎、村上優、遠藤光一、大藪志保子 (資料)・アンケートのまとめ	49
6. 薬物依存専門治療施設のモデル化に関する研究 村上優、杠岳文、比江島誠一、遠藤光一、吉森智香子、小沼杏坪、 小宮山徳太郎、平井慎二、中村恵、岸本英爾、成瀬暢也 (資料)・調査票	63
7. 薬物関連問題に対する精神保健福祉センターの取り組みに関する研究 下野正健、堀池健介、掛川秋美、家永志おり、山崎吉徳、多田恭子、青柳節子 (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 取り組みの現状に関する調査票	81
8. アパリの「保釈中の刑事被告人に対する薬物研修プログラム」についての研究 近藤恒夫、尾田真言	101
9. 女性薬物依存者の回復のあり方に関する研究 上岡陽江、安高真弓、西村直之 (資料)・薬物・アルコール問題を持つ女性の回復過程に関する調査票	109
10. 薬物関連問題に対するソーシャルワークに関する研究 山野尚美	123
11. 薬物乱用のハイリスクグループへの介入に関する研究 鈴木健二、武田綾、村上優、杠岳文、比江島誠人、吉森智香子、藤林武史 (資料)・養護の先生へのアンケート	127
III. 研究成果	133
IV. 研究組織	135

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

国立肥前療養所

研究要旨

薬物依存に対する援助が高度の専門医療機関や一部の関係者のみにとどまって、一般的な精神医療・保健・福祉領域には広がらなかった。そこで本研究では、薬物依存・中毒者に対する治療介入体制の拡大を目的として、1) 薬物依存・中毒者に対する包括的な援助システムをモデル化し具体的なプログラムを提示する、2) 将来にわたる薬物依存への介入・治療・処遇に関して具体的な提案を行う、3) 治療効果を評価する体制を整えることを主要な研究課題とした精神保健・医療・福祉領域における各種の実証的な調査研究を行った。その結果、1) 薬物依存を「物質使用障害単独型」「衝動制御障害型」「精神病性障害型」という3類型を提唱した、2) 薬物関連問題を専門的に扱う多施設共同の転帰調査を行う体制を整えた、3) 処遇における福祉モデルの台頭にあわせて薬物自己使用犯に関する法整備を再検討する時期にきたこと、また司法矯正制度の中で保護観察制度を活用し、保護観察官を教育して医療との連携に当たらせることを指摘した、4) 少年の薬物自己使用犯の処遇について弁護士や付添人活動、並びに家庭裁判所による試験観察制度の活用により、医療ないし福祉化する方向でダイバージョンをすすめるよう提案した、5) 薬物依存専門治療施設は生物学的治療モデル、治療環境モデル、専門病棟集団療法プログラムモデル、急性期治療モデル、薬物治療プログラムモデルの5類型をそれぞれの治療対象、施設特異性にあわせてモデル化した、6) 精神保健福祉センターの薬物関連事業に関して特定相談、家族のグループ、専門職員研修、ダルク支援、自助グループ支援、地域レベルのネットワーク会議を具体化した、7) 民間回復者施設ダルクの福祉的な評価をし、またそこで行われている保釈中の刑事被告人に対する薬物研修プ

ログラムが有効性を示した、8) 子供を持つ女性薬物依存者への援助として、子供も共に入所できる回復者施設を提案した、9) 薬物依存当事者とその家族を援助するソーシャルワークの方法論を具体的に提示した、10) 養護教諭が薬物乱用に対する初期介入をおこなう上での方法論を示した。

A. 研究目的

薬物依存に対する援助が高度の専門医療機関や一部の関係者のみにとどまって、一般的な精神医療・保健・福祉領域には広がらなかった。そこで本研究は薬物依存・中毒者に対する治療介入体制の拡大を目的に1) 薬物依存・中毒者に対する包括的な援助システムをモデル化し具体的なプログラムを提示する、2) 将来にわたる薬物依存への介入・治療・処遇に関して具体的な提案を行う、3) 治療効果を評価する体制を整えることにある。

B. 研究方法

薬物乱用・依存に対する専門的な精神保健・医療・福祉について、以下のような分担研究課題に区分し、各種の調査研究を行い、実証的な成果を総合的に検討する方法をとる。

- 1) 薬物乱用・依存・中毒者の自然経過と疾病概念に関する研究では、薬物依存症の自然経過を症例の類型化を通して記述し、疾病概念を考察する。対象は、1997年6月～2000年3月に神奈川県立精神医療センターせりがや病院を初診した外来患者のうち、DSM-IVの物質使用障害の「依存」または「乱用」の基準を満たした174例である。
- 2) 薬物依存者の治療予後調査体制の確立と再発防止に関する研究では、薬物依存者の治療サービスを比

較的多く行っている精神科医療施設の協力を得て、多施設においてインフォームドコンセントに基づく予後の前向き調査体制を確立し、再発の要因、治療プログラムの有効性、アフターケアの在り方との検討を行う。

3) 法律サイドよりみた薬物依存・中毒者の処遇に関する研究と医療サイドよりみた薬物依存・中毒者の処遇に関する法律モデルに関する研究では、薬物関連法規、違法薬物に関する司法・矯正施設の運用の現状分析と、現在司法モデル、医療モデルに加えて福祉モデルでの処遇について検討を行う。保護観察制度に着目し保護観察官の調査を行う。また司法と医療の相方向からの連携について具体的な方法論、運用上の課題、必要があれば法の見直しについて検討を行う。

4) 若年薬物乱用者に対するダイバージョン・プログラムの整備に関する研究では、薬物乱用者の回復の援助を考える際には、処罰モデルから治療モデルへの移行(ダイバージョン)を検討を行う。特に少年審判での試験観察制度に着目し、付添人である弁護士との連携・協力を試みた。福岡弁護士会は少年身柄事件の全件付添人制度を発足させ、2001年4月1日から8月20日の期間の扶助付添件数全223件中、薬物自己使用事件は21件(9%)を占めていた。この21件の少年薬物自己使用事件の付添人を担当した弁護士にアンケート調査を行った。回答の中から興味深い5ケースを選び、担当弁護士を招いてケース研究会を行った。

5) 薬物依存専門治療施設のモデル化に関する研究では、我が国で行われている薬物関連精神障害の専門治療プログラム、システムについて比較検討して類型化し治療システムのモデル化を提示した。このために国立3施設、公立3施設、民間1施設の病院を調査した。

6) 薬物乱用・依存に対する精神保健福祉センターの業務に関する研究からは、全国で薬物乱用・依存についてプログラムを積極的に業務として展開している精神保健福祉センターについて、啓発、相談、地域ネットワークについて比較検討した。

7) 薬物依存・中毒者の社会復帰施設に関する研究からは、ダルクを社会資源として必要としている医療福祉のニーズを評価する。またダルクが現在行っ

ている回復援助の多様性と課題を評価した。

8) 女性薬物依存症者の回復の在り方に関する研究からは、薬物依存に伴って生じる家族問題を女性薬物依存症者について調査する。症例の個別とグループ研究を通して、世代伝播、子供の置かれている危機について分析し、介入や援助の方法について検討した。

9) 薬物関連問題に対するソーシャルワークに関する研究では、個別援助、集団援助、地域援助、社会福祉調査、社会福祉運営管理、社会計画、ソーシャルアクション等専門的援助技術について検討を行う。また、家族を対象とした援助について、その方法を類型化した。

10) 薬物乱用ハイリスクのグループの介入に関する研究では、養護教諭に対し薬物乱用の2次予防のニーズを評価するために、神奈川県と佐賀県の小・中・高校の養護教諭に対して、薬物関連問題に対する初期介入の経験と今後の方策についてアンケート調査を行なった。

C. 結果及び考察

1) 薬物乱用・依存・中毒者の自然経過と疾病概念に関する研究からは、調査対象は174例(男性66.7%、女性33.3%)であり、全体の初診年齢の平均は27.2歳(SD9.0)、男性28.4歳(SD8.9)、女性24.8歳(SD8.8)で、女性の方が有意に若年であった($p < 0.05$)。主乱用薬物の内訳は、覚せい剤が圧倒的に多く全体の59.2%を占め、続いて、トルエン(20.7%)、市販鎮咳感冒薬(8.6%)、ブタンガス(3.4%)の順で多かった。主乱用物質の使用開始年齢は20.9歳(SD6.9)、その使用期間は6.3年(SD6.0)であり、主乱用薬物に限らない薬物の初使用年齢は17.2歳(SD4.7)であり、平均して薬物初使用から約10.2年後に医療機関受診となっていた。

物質関連障害以外でのDSM-IVにおけるI軸診断では、気分障害(男性14.7%、女性43.1%、 $p < 0.001$)、摂食障害(男性7.8%、女性32.8%、 $p < 0.001$)、不安障害(男性9.5%、女性22.4%、 $p < 0.05$)は女性に多く認められたが、一方、精神病性障害は男性に多く認められた(男性35.3%、女性20.7%、 $p < 0.05$)。II軸に人格障害の診断がなされた症例は、全体の32.2%であった。

薬物依存者の自然経過と疾病概念を研究する端緒として、まずは、わが国の現状に見合った、十分に精神医学化され、治療にも有用な疾患類型を作ることを目指した。重要な臨床的事項を抽出することにより、薬物依存者の類型化を試みた。その結果、「物質使用障害単独型」「衝動制御障害型」「精神病的障害型」という3類型を提示することになった。

2) 治療転帰に関する多施設共同研究の予備的研究では、入院した薬物依存患者を対象にして、インフォームド・コンセントを本人ないし家族より得ることが出来た症例について、退院後5年間にわたって毎年1回(11月)に薬物使用状況、生活状況調査をおこなう。今回は多施設共同研究であるためにICD-10を用いた標準データベースに作成し、転帰調査体制を整えた。将来は再発要因の検討、治療プログラムや薬物療法など各種療法の効果判定EBMへも発展させる。

表1 精神障害対策の3つのモデル

司法モデル(LM)	治療モデル(MM)	福祉モデル(WM)	
処遇の契機	犯 罪	病 気	依 存 症
介入の正当化	行為に対する責任	病気の治療	回復の意思
処分決定機関	国 家 機 関	医 療 機 関	民 間 機 関
処遇の場面	刑 事 施 設	医 療 機 関	治 療 共 同 体
判断の主体	刑 事 施 設 長	担 当 医 師	依 存 症 者
運営の原理	規律秩序の維持	治療の適切性	自己決定と自治
主たる関心事	処 罰 と 保 安	治 療 と 保 護	回 復 と 支 援
周囲の役割	非 難 と 監 視	憐 憫 と 介 護	分 別 有 限 入

3) 精神障害を処罰の対象「リーガル・モデル(司法モデル)」と見るのか、それとも、治療の対象「メディカル・モデル(医療モデル)」と見るのかに加えて、近年、第3のモデルとして、「ウエルフェア・モデル(福祉モデル)」が台頭してきている。このモデルは、「治療共同体」構想に基づき、回復者自身の自己決定と自助集団のグループダイナミクスを重視する。

現在、一部の矯正施設では、覚せい剤受刑者の処遇類型別指導の中で、回復者を篤志面接委員として受け入れて、施設内でミーティングを開催している。保護観察所においても、シンナーや覚せい剤の依存症者にダルクを紹介し、社会内処遇に役立てようとして試みている。裁判所においては、アパリ(APARI)の企画するプログラムに参加することが保釈の条件

とされたり、ダルクの回復者が執行猶予を求める際の情状証人に採用されことなどもある。弁護士会の薬物弁護マニュアルでは、自助グループへの参加を促すことを勧めている。アメリカでは、より積極的に自助グループが刑事施設の内外で、民間主導のプログラムを展開しており、日本でも、その活動が注目されている。いまだに自己使用を処罰の対象としているが、一定の条件の下で、公務員の捜査機関への通報義務を緩和し、医療機関への引き継ぎを優先させることができるような法整備を考えるべきである。

保護観察官の調査からは保健医療、自助グループにアクセスするための情報提供、医療機関の保護観察対象者の積極受け入れの改善を要望している。

4) 少年薬物自己使用事件の付添人(弁護士)に対する調査から、薬物依存の治療について気軽に相談できる医療機関の窓口や、ダルク・NAの連絡先リスト、環境調整の一環として家族への対応を行う窓口、ケース研究に基づく薬物事件弁護マニュアルなどを必要と考えていること、少年の薬物自己使用のケースの弁護方針として、ほとんどが社会内処遇がよいと考えていることである。また、少年のプロフィールに関するアンケート調査やケース研究を通しては、薬物自己使用を行った非行少年本人に「加害者性」よりもむしろ家庭環境や社会環境の被害者としての側面が大きいことが浮き彫りになった。そのことから薬物自己使用少年に対しては処罰モデルではなく治療モデル・福祉モデルによって援助的介入を行うことが重要となることが明らかとなった。

5) 薬物依存専門治療施設は生物学的治療モデル、治療環境(専門病棟)モデル、専門病棟集団療法プログラム(DRP)モデル、急性期(離脱・解毒)治療モデル、薬物治療プログラムモデルの5類型に分けることができた。

生物学的治療モデル(国立武蔵病院)は行動薬理的視点から遷延性退薬徴候に注目した治療システムである。これは行動薬理的な仮説を前提としている。国立武蔵病院は閉鎖病棟で治療困難なものを対象にしている。

治療環境(専門病棟)モデル(国立下総療養所)は入院期間を提示して閉鎖病棟という構造によって、確実に依存対象の精神作用物質から隔離・禁断をは

かることを説明し、本人からのインフォームド・コンセントを得た後に任意入院として閉鎖病棟にて隔離・禁断を支援する。外来では条件契約療法（尿中の薬物検査を前提とした治療契約）を施行している。

専門病棟集団療法プログラム（DRP）モデル（国立肥前療養所、埼玉精神保健総合センター、せりがや病院）は集団療法プログラム（DRP）と自助グループとの連携に力点を置いた治療システムである。システムの中核はアルコール・リハビリテーション・プログラムARPと構造は同一であるが、この中で病棟環境（開放・閉鎖病棟）、入院期間、DRPのプログラムの差などに各施設の特徴がある。外来でのカウンセリングや自助グループへの参加が高く、回復途上者との仲間意識による治療への動機付けを重視している。

急性期（離脱・解毒）治療モデルは薬物誘発性精神病状態の治療に限定している。茨城県立友部病院では茨城ダルクとの連携により、主に薬物解毒から精神病状態の急性期治療のみを2週間、閉鎖病棟で行う。その後多くのケースは茨城ダルクに入寮する。

6) 薬物関連問題に対する精神保健福祉センターの役割を明確化し今後の取り組みの方向性を示した。薬物関連問題の予算化と取り組みが進んでいる。社会資源には地域格差があるも、工夫して取り組みがなされている。社会資源が充実している地域のセンターでは1次予防に重点を置き、センターが2次、3次予防に重点を置く地域もある。具体的な取り組みは薬物相談室を開き、家族教室を実施しており、今後も特定相談、家族のグループ、専門職員研修、ダルク支援、自助グループ支援、地域レベルのネットワーク会議を進めてゆく。

7) 薬物事犯の刑事裁判において、初犯の薬物自己使用犯は執行猶予付き判決が下されるだけで再発防止に向けた教育は公的な刑事司法制度の中では何もなされていない。アパリの薬物研修プログラムを受講した12名の刑事被告人は、その後の調査で再犯者がゼロであった。これらは保釈プログラムと称されミーティングを主体としたリハビリ施設で共同生活をさせるものである。ダルクの活動の多様化を示している。

8) 「回復していくなかでの養育の負担」を、女性薬物依存者の約80%が感じており、母子介入にあたっ

て養育の負担をどのように軽減していくかを検討する必要がある。「回復のために必要だと思う援助」では、ミーティングの参加を行ないやすくする支援と母子ともにケアが受けられる治療・リハビリ施設が求められており、母子ともにサポートできる回復支援の環境作りの必要性が示唆された。

9) 薬物関連問題に対するソーシャルワークの展開過程は薬物使用者の近親者が直面している社会生活上の問題を踏まえて、薬物関連問題に対するソーシャルワークの展開過程を示した（表2）。薬物使用者の受療状況に応じて援助過程を3段階に分け、薬物使用者とその近親者に対して求められる援助内容についてそれぞれ示した。

表2 薬物関連問題に対するソーシャルワークの展開過程

I 段階 薬物使用者の受療以前	
薬物使用者への援助	近親者への援助
1. 薬物依存に関する知識提供	1. 治療・援助の導入支援
2. 薬物使用者への対応の助言	
3. 近親者の社会生活上の困難	
4. ピアサポートへの導入改善支援	
II 段階 薬物使用者の受療期間中	
薬物使用者への援助	近親者への援助
1. 疾病の受容支援	1. 認知と行動のギャップへの対処支援
2. 近親者の社会生活上の困難支援	
3. ピアサポートへの導入の改善支援	
III 段階 薬物使用者の受療期間終了後	
薬物使用者への援助	近親者への援助
1. 断薬中の社会生活上の困難改善支援	1. ピアサポートグループ支援
2. 再使用時の受診・受療導入支援	
3. 社会生活上の困難支援	

10) 小学校169, 中学校108, 高校196, その他の学校9名の合計479名の養護教諭から回答があった。養護教諭が生徒の喫煙・飲酒・違法薬物問題の現場にいちばん近い専門家であることが確かめられた。従来からの薬物問題への第2次予防は、教師による生徒への生活指導の一環として、発見・処罰・反省という方策と、警察による検挙・補導・処罰という方策があり、いずれも規則違反・法律違反ということに根拠を置いていた。今回の調査結果は、生徒の健康管理・健康相談の責任者である養護教諭が、すでに小学校においても、健康相談、あるいはメンタルヘルス相談として生徒の薬物関連問題の相談に応じている姿が明らかになり、また養護教諭は専門家に

よる相談体制の必要性を回答していた。この結果から、学校におけるハイリスクグループへの薬物問題カウンセリングが、従来からの生徒指導と警察による取締りとは違うもうひとつの第2次予防のチャンネルとして必要性があることが立証された。

D. 結 論

- 1) 薬物依存を「物質使用障害単独型」「衝動制御障害型」「精神病性障害型」という3類型を提唱した。この薬物依存者の類型は、薬物依存症治療の細分化に関する検討と精神医学的な疾病論的位置づけに意義あると考えた。
- 2) 薬物関連問題を専門的に扱う多施設共同の転帰調査を行う体制を整えた。
- 3) 処遇における福祉モデルの台頭にあわせて薬物自己使用犯に関する法整備を再検討する時期に来た。また司法矯正制度の中で保護観察制度を活用し、保護観察官を教育して医療との連携に当たらせる。
- 4) 少年の薬物自己使用犯の処遇について弁護士の付添人活動、並びに家庭裁判所による試験観察制度の活用により、医療ないし福祉化する方向でダイバージョンをすすめるよう提案した。
- 5) 薬物依存専門治療施設は生物学的治療モデル、治療環境モデル、専門病棟集団療法プログラムモデル、急性期治療モデル、薬物治療プログラムモデルの5類型をそれぞれの治療対象、施設特異性にあわせてモデル化した。
- 6) 精神保健福祉センターの薬物関連事業に関して特定相談、家族のグループ、専門職員研修、ダルク支援、自助グループ支援、地域レベルのネットワーク会議を具体化した。
- 7) 民間回復者施設ダルクの福祉的な評価をし、またそこで行われている保釈中の刑事被告人に対する薬物研修プログラムが有効性を示した。
- 8) 子供を持つ女性薬物依存者への援助として、子供も共に入所できる回復者施設を提案した。
- 9) 薬物依存当事者とその家族を援助するソーシャルワークの方法論を具体的に提示した。
- 10) 養護教諭が薬物乱用に対する初期介入をおこなう上での方法論を示した。

II. 分 担 研 究 報 告

1. 薬物乱用・依存・中毒者の自然経過と疾病概念に関する研究
—薬物依存者の医療機関における類型について—

分担研究者 松 本 俊 彦

厚生科学研究費補助金 医薬安全総合研究事業
薬物依存・中毒者の予防、医療およびアフターケアのモデル化に関する研究 13年度研究報告書

薬物乱用・依存・中毒者の自然経過と疾病概念に関する研究 薬物依存者の医療機関における類型について

分担研究者 松本俊彦¹⁾

研究協力者 山口亜希子²⁾, 上條敦史³⁾, 南 健一³⁾
遠藤桂子³⁾, 矢花辰夫³⁾, 岸本英爾³⁾

1) 横浜市立大学医学部精神医学教室

2) 横浜市立大学学生相談室

3) 神奈川県立精神医療センターせりがや病院

I. 目的

薬物依存者の特徴にあわせた多様なサービスを行うためには、薬物乱用・依存・中毒者の経過と類型、および疾患概念を明らかにすることが重要である。初年度は、医療機関における調査を通じて、薬物依存者の類型化を試みた。

わが国の薬物依存研究を回顧すると、1960年代後半～90年代初頭にかけて、多数の薬物依存者類型が提唱されてきたが(石川ら,1966;高橋,1969a,b;西園ら,1969;竹山,1977;小沼,1987;永野,1992), その多くは、心理学的類型(石川ら,1966;高橋,1969a,b;西園と野入;1969)ないしは生態学的類型(竹山,1977;小沼,1987)であった。これら従来の類型は、薬物依存者の精神病理学的理解や司法的処遇の決定には有用な概念であるが、いずれの類型も、市販睡眠薬・鎮痛薬乱用者や有機溶剤の乱用者を対象として提唱された類型であり、第3次覚せい剤乱用期以降の現在の状況には必ずしもあてはまらない。

我々は新しい類型に以下のような特色を期待している。まず、第1に、自己治療self-medicationとしての薬物乱用を捉える視点(Khantzian,1985)や薬物依存者における高率な合併精神障害comorbidityに関する知見(Khantzianら,1985)など、近年の依存症研究の成果を盛り込んだ、「精神医学的」な類型である必要がある。第2に、薬物依存者の治療・アフターケアにおける問題点が反映されたものであることが望まれ

る。薬物依存者の良好な転帰のためには、医療機関との治療関係の継続は重要な要因のひとつであるが、実際には、薬物依存者の治療は中断しやすいという問題がある。この問題点を盛り込んだ、治療上の指針となるような類型が必要である。

我々は、以上の問題意識から、新しい類型の根拠を求めて、医療機関における薬物依存者の実態の調査を行った。

II. 対象と方法

対象は、1997年6月～2000年3月に薬物関連問題を主訴として神奈川県立精神医療センターせりがや病院を初診した外来患者のうち、同時期に同病院に勤務していた分担研究者が初診から一貫して治療を担当し、かつ、DSM-IVの物質使用障害の「依存」または「乱用」の基準を満たした174例である。

調査方法は後方視的手法を採用し、原則として分担研究者が診療録の記載をもとに後述する臨床的事項に関する項目を調査したが、必要に応じて、現在の主治医である研究協力者より新たな質問を依頼した場合もあった。

調査項目は以下のとおりである。まず基本的な情報として、初診年齢、性別、初診時職業、および主乱用薬物の種類を調べた。薬物乱用の状況に関しては、主乱用薬物の使用開始年齢と初診までの使用期間、主乱用物質使用開始以前の薬物使用経験の有無とその薬物

の初使用年齢，最初の薬物の初使用から初診までの期間，およびDSM-IVの物質使用障害の診断を調べた。生活歴に関する情報として，最終学歴，15歳未満での実親との離別体験，実親または養育者のアルコール・薬物乱用経験，違法薬物に関連した補導・逮捕歴，その他の補導・逮捕歴(薬物乱用開始前および後)，結婚経験，離婚経験を調べた。治療転帰に関しては，初診後3か月後および1年後の治療継続状況，せりがや病院入院経験と入院治療の転帰，治療期間中の自助グループ参加の有無を調べた。さらに，既往および治療期間中の自傷行為(自殺の意図の有無は問わない)と自殺の意図からの大量服薬の有無，および，治療期間中に明らかになった物質使用障害以外の合併精神障害について，そのDSM-IV診断(I軸およびII軸)を調べた。

このようにして得られた情報をもとに，我々は，対象を「3か月未満での治療中断群/継続群」に分類し，上述した調査項目について比較を行った。同様に，対象を「1年以上の治療継続群/中断群」，「せりがや病院入院歴のある群(入院群)/ない群(非入院群)」でも比較を行い，薬物依存者の類型化を行う上で重要な特性となる臨床的事項の抽出を試みた。

統計学的検討については，階層の差異にはPearsonの χ^2 検定を用い，分布の差異には，2群間の比較ではStudent-t検定を，3群間の比較では分散分析を行った。また，分散分析で有意差が認められた場合には，Bonferroniの post hoc correlationを施行し，3群間のうちのいずれの2群間で差が顕著であるかを明らかにした。全ての統計学的検討において，両側検定で5%未満の水準を有意とした。

III. 結果

1. 対象174例のプロフィール

1) 薬物使用歴と生活背景

対象174例の内訳(表1)は，男性116例(66.7%)，女性58例(33.3%)であり，全体の初診年齢の平均は27.2歳(SD9.0)，男性28.4歳(SD8.9)，女性24.8歳(SD8.8)で，女性の方が有意に若年であった($p < 0.05$)。主乱用物質の使用開始年齢は20.9歳(SD6.9)，その使用期間は6.3年(SD6.0)であり，性差は認められなかった。男女ともに，薬物の初使用経験年齢は17.2歳(SD4.7)であり，平均して薬物初使用から約10.2年後に受診となっていたが，男性(SD11.6年，

SD8.0)に比べて，女性(7.4年，SD7.9)の方が早期に医療機関受診していた($p < 0.01$)。なお，主乱用薬物に関するDSM-IV物質使用障害の診断では，85.9%が依存の診断を満たしており，その割合は男性で多かった(男性89.7%，女性77.6%， $p < 0.05$)。

表1 薬物依存症174例のプロフィール(1997.6-2000.3)

	total	male	female
初診年齢(歳)	27.2 (SD9.0)	28.4 (SD8.9)	24.8 (SD8.8) *
主乱用薬物の使用開始年齢(歳)	20.9 (SD6.9)	21.1 (SD7.0)	20.4 (SD6.8) *
主乱用薬物の使用期間(年)	6.3 (SD6.0)	7.1 (SD6.2)	4.4 (SD5.0)
薬物初使用年齢(歳)	17.2 (SD4.7)	17.1 (SD4.4)	17.5 (SD5.3)
薬物初使用~初診までの期間(年)	10.2 (SD8.2)	11.6 (SD8.0)	7.4 (SD7.9) **
DSM-IV物質使用障害診断			
依存	149 (85.6%)	104 (89.7%)	45 (77.6%) *
乱用	25 (14.4%)	12 (10.3%)	13 (22.4%) *

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, ***: $p < 0.001$

主乱用薬物の内訳(表2)は，覚せい剤が圧倒的に多く全体の59.2%を占め，続いて，トルエン(20.7%)，市販鎮咳感冒薬(8.6%)，ブタンガス(3.4%)の順で多かった。少数ではあったが，市販鎮痛薬，LSD，プロバリン，ベンゾジアゼピン，マジックマッシュルーム，メチルフェニデート，MDMA，ガソリンの乱用者も認められた。

表2 主乱用薬物の内訳

薬物の種類	人数(%)
覚せい剤	103 (59.2%)
トルエン	36 (20.7%)
鎮咳感冒薬	15 (8.6%)
ブタン	6 (3.4%)
鎮痛薬	2 (1.1%)
LSD	2 (1.1%)
プロバリン	2 (1.1%)
ベンゾジアゼピン	2 (1.1%)
マジックマッシュルーム	2 (1.1%)
メチルフェニデート	2 (1.1%)
MDMA	1 (0.6%)
ガソリン	1 (0.6%)

生活背景の特徴(表3)としては，全体の51.7%が初診時点で無職であり，54.6%が高校中退以下の学歴であり，31.8%に15歳未満で実親との離別体験が，29.9%に親のアルコール・薬物乱用問題が認められた。また，50%に薬物関連の補導・逮捕歴が認められ，36.2%に薬物乱用に先行する傷害，窃盗，家出などによる補導経験が認められた。31%に結婚経験が，21.3%に離婚経験が認められた。これは結婚経験者の7割近くが離婚を経験していることを意味しており，薬物依存者の不安定な異性関係が推測

された。なお、これらの生活背景の特徴には性差は認められなかった。

表3 薬物依存症174例の生活背景

	total	male	female
初診時無職	90 (51.7)	57 (49.1%)	33 (56.9%)
高校中退以下の学歴	95 (54.6)	67 (57.8%)	28 (48.3%)
15歳未満での実親の欠損	55 (31.8%)	33 (28.7%)	22 (37.9%)
親のアルコール・薬物乱用	52 (29.9%)	35 (30.2%)	17 (29.3%)
薬物関連の補導・逮捕歴	87 (50.0)	63 (54.3%)	24 (41.4%)
薬物乱用に先行する他の補導・逮捕歴	63 (36.2)	45 (38.8%)	18 (31.0%)
結婚経験	54 (31.0)	40 (34.5%)	14 (24.1%)
離婚経験	37 (21.3)	27 (23.3%)	10 (17.2%)

2) 治療転帰 (表4)

初診後、3か月未満で治療を中断した者は全体の42.5%と高い中断率であったが、一方、1年以上治療関係を継続した者は40.2%も認められた。また、全体の46%にせりがや病院入院経験が認められたが、1回でも入院薬物依存症治療プログラムを満期終了できたのは、入院経験者の43.8%にすぎなかった。分担研究者は原則として治療を担当する薬物依存者全員にダルク、NAへの参加を勧めていたが、治療期間中に1回でも自助グループに参加した者は17.8%にすぎなかった。なお、治療転帰に性差は認められなかった。

表4 薬物依存症の治療転帰

	total (%)	male (%)	female (%)
3か月未満での治療中断	74 (42.5)	51 (44.0)	23 (39.7)
1年以上の治療継続	70 (40.2)	47 (40.5)	23 (39.7)
せりがや病院入院経験	80 (46.0)	57 (49.1)	23 (39.7)
入院経験者の満期退院経験	35/80 (43.8)	26/57(45.6)	9/23(39.1)
自助グループ参加経験	31 (17.8)	21 (18.1)	10 (17.2)

3) 合併精神障害comorbidity (表5)

初診時点で何らかの形で幻覚や妄想などの精神病症状を呈していた者は、全体の55.8%を占め、精神病症状の存在が医療受診の契機として重要であることが推測された(表5)。また、男性(61.2%)は、女性(44.8%)よりも、精神病症状を呈する者が多い傾向が認められたが($p < 0.05$)、自傷行為および大量服薬の経験は女性で多かった($p < 0.001$)。

物質関連障害以外でのDSM-IVにおけるI軸診断(表5)では、精神分裂病および精神病性障害

(以下、精神病性障害)の合併が最も多く、全体の30.5%に認められた。続いて、気分障害が24.1%に認められ、そのうちの半数あまりが気分変調性障害であった。摂食障害は16.1%に認められたが、その病型の大半が神経性大食症であり、神経性無食欲症の制限型は1例も認められなかった。不安障害は13.8%に認められ、その大半がパニック障害であった。他には、窃盗癖、間欠性爆発性障害などの衝動制御障害の合併が7.5%に認められた。これらの合併I軸障害には性差が認められ、気分障害(男性14.7%、女性43.1%、 $p < 0.001$)、摂食障害(男性7.8%、女性32.8%、 $p < 0.001$)、不安障害(男性9.5%、女性22.4%、 $p < 0.05$)は女性に多く認められたが、一方、精神病性障害は男性に多く認められた(男性35.3%、女性20.7%、 $p < 0.05$)。

表5 初診時の状態と合併精神障害

初診時の精神病症状

	total	male	female
psychotic symptoms	87 (55.8%)	71 (61.2%)	26 (44.8%)

自傷・大量服薬の経験

	total	male	female
self-mutilation	29 (16.7%)	11 (9.5%)	18 (31.0%)
overdose	30 (17.2%)	10 (8.6%)	20 (34.5%)

Comorbidity

	total	male	female
mood disorder	42 (24.1%)	17 (14.7%)	25 (43.1%)
dysthymic disorder	23		
bipolar disorder	1		
major depressive disorder	10		
not otherwise specified	8		
eating disorder	28 (16.1%)	9 (7.8%)	19 (32.8%)
ANR	0		
ANBP	2		
BNP	10		
BNNP	11		
not otherwise specified	5		
anxiety disorder	24 (13.8%)	11 (9.5%)	13 (22.4%)
panic disorder	13		
generalized anxiety disorder	7		
social phobia	3		
obsessive-compulsive disorder	1		
impulse control disorder	13 (7.5%)	10 (8.6%)	3 (5.2%)
kleptomania	6		
intermittent explosive disorder	3		
pyromania	1		
not otherwise specified	3		
schizophrenia and psychotic disorder	53 (30.5%)	41 (35.3%)	12 (20.7%)

*: $p < 0.05$. **: $p < 0.01$. ***: $p < 0.001$

II軸に人格障害の診断がなされた症例は全体の32.2%であり、その下位分類としては、境界性人格障害が最多で、続いて反社会性人格障害、特定不能の人格障害、分裂病型人格障害などの順であった(表6)。人格障害全体の割合に性差は認められなかったが、

境界性人格障害は女性に多く(男性7.8%,女性22.4%, $p<0.01$), 反社会性人格障害は男性に多く認められた(男性9.5%,女性0%, $p<0.05$).

表 6 Personality disorderの合併について

	total (%)	male (%)	female (%)
axis II diagnosis (personality disorder)	56 (32.2)	34 (29.3)	22 (37.9)
subtypes			
BPD (borderline)	22 (12.6)	9 (7.8)	13 (22.4) **
ASPD (antisocial)	11 (6.3)	11 (9.5)	0 *
NOSPD (not otherwise specified)	8 (4.6)	5 (4.3)	3 (5.2)
STPD (schizotypal)	7 (4.0)	3 (2.6)	4 (6.9)
NPD (narcissistic)	3 (1.7)	3 (2.6)	0
APD (avoidant)	2 (1.1)	2 (1.7)	0
HPD (histrionic)	2 (1.1)	0	2 (3.4)
OCPD (obsessive-compulsive)	1 (0.6)	1 (0.9)	0

*: $p<0.05$, **: $p<0.01$

4) 小 括

対象とした薬物依存者は、17歳前後で最初の薬物使用を経験し、その後、20歳頃より後に病院受診の原因となる薬物と遭遇し、その薬物を6年あまり、最初の薬物使用経験から数えると、約10年後に受診という、平均的な薬物依存者の経過が推測された。一般に女性の方が男性よりも短期間で受診する傾向があり、対象の85.9%がDSM-IVにおける物質使用障害の依存の診断基準を満たした。以上より、対象は長期間の薬物使用歴を有する比較的重篤な薬物乱用者と見なすことができる。なお、乱用薬物は全体の約6割を覚せい剤が占めており、肥前療養所入院症例の調査(村上ら,2001)における39%という割合に比べて多かった。これは地域特性による差と考えられ、首都圏に近いせりがや病院では、第3次覚せい剤乱用期以降のわが国の現状がより先鋭に反映されたと推測された。

治療転帰では、3か月未満という比較的早期に治療から脱落してしまう者が4割強見られ、入院治療プログラムの満期終了者も半数弱、自助グループの参加者も低率にとどまり、治療継続の難しさが反映されていた。その一方で、1年以上もの比較的長期にわたって治療関係を継続している者が、やはり約4割認められたことは注目に値すると思われる。このことは、3か月以上治療関係を維持できれば、比較的長期に治療関係を維持できることを意味している。同時に、治療継続/中断に関する要因の調査を要すると思われた。

精神医学的問題としては、半数以上の者が初診時点で何らかの精神病症状を呈しており、医療機関受診の契機として、精神病症状は重要な要因となっていることがうかがわれた。合併精神障害については、興味深い性差が認められ、精神病性障害は男性に多く、気分障害、摂食障害、不安障害は女性に多い傾向が見られ、自傷や大量服薬のような衝動的行動も女性に多かった。このことは人格障害の下位分類にも反映されており、男性では反社会性人格障害が最も多かったのに対して、女性では境界性人格障害が最も多かった。

なお、薬物依存者の合併精神障害に関する先行研究では、ヘロイン依存者の77%に何らかのI軸精神障害が認められ、特に気分障害が最も多い(約60%)とする報告がある(Khantjianら,1985)。人格障害の合併率については、65%(Khantjianら,1985)、60%(Skodolら,1999)などの報告があり、その下位分類は、前者では反社会性人格障害が、後者では境界性人格障害が最多としている。いずれも、本調査の結果よりも高い合併率である。本調査では、調査方法の限界により低率にとどまった可能性がある。

2. 治療継続状況にもとづく検討

2) 3か月未満での治療中断の有無に関する比較(表7)

対象174例を3か月未満での治療中断の有無にもとづいて、治療中断群と治療継続群に分類したところ、治療中断群は74例(42.5%)、治療継続群は100例(57.5%)となった。これら2群間ですべての調査項目に関して比較を行った。その結果、薬物乱用状況、依存の診断、生活背景に差は認められなかったが、初診時の精神病症状とcomorbidityの一部で有意差が認められた。治療継続群は、治療中断群に比べて、初診時に精神病症状を呈していた者が多く(41.9%vs.67.0%, $p<0.01$)、摂食障害(6.8%vs.23.0%, $p<0.01$)と精神病性障害(18.9%vs.39.0%, $p<0.01$)の合併も多く認められた。

2) 1年以上の治療継続の有無に関する比較(表8)

対象を1年以上の治療継続の有無にもとづいて、治療継続群と治療中断群に分類したところ、治療継続群は70例(40.2%)、治療中断群は104例(59.8%)となった。この2群間での比較の結果、治療継続群は、治療中断群に比べ、薬物の初使用から初診までの期間が長く(11.8年SD8.7vs.9.1年SD7.6, $p<0.05$),

DSM-IV物質使用障害における依存に該当する者も多かった(97.1%vs.77.9%, $p<0.001$). また, comorbidityについても, 治療継続群では, 治療中断群に比べて, 摂食障害(27.1%vs.8.7%, $p<0.001$)と精神病性障害(44.3%vs.21.2%)の合併が多く認められた.

表7 3ヶ月未満での治療中断の有無に関する比較

	治療中断群 N=74	治療継続群 N=100
男性の比率 (%)	68.90%	65.00%
初診年齢 (歳)	27.0 (SD9.5)	27.4 (SD8.7)
主乱用物質の使用開始年齢 (歳)	20.5 (SD6.9)	21.2 (SD6.9)
主乱用物質の使用期間 (年)	6.3 (SD6.4)	6.2 (SD5.6)
薬物初使用年齢 (歳)	17.5 (SD4.9)	16.9 (SD4.5)
薬物初使用～初診までの期間(年)	9.5 (SD8.0)	10.7 (SD8.4)
DSM-IV物質使用障害 依存	60 (81.1%)	89 (89.0%)
高校中退以下の学歴	36 (48.6%)	59 (59.0%)
15歳未満での実親の欠損	23 (31.0%)	32 (32.0%)
親のアルコール・薬物乱用	20 (27.0%)	32 (32.0%)
薬物関連の補導・逮捕歴	39 (52.7%)	48 (48.0%)
薬物乱用に先行する他の補導・逮捕歴	26 (35.1%)	37 (37.0%)
結婚経験	26 (35.1%)	28 (28.0%)
離婚経験	17 (23.0%)	20 (20.0%)
初診時の精神病症状	31 (41.9%)	67 (67.0%)
Comorbidity		
mood disorder	13 (17.6%)	29 (29.0%)
eating disorder	5 (6.8%)	23 (23.0%)
anxiety disorder	9 (12.2%)	15 (15.0%)
impulse control disorder	3 (4.0%)	10 (10.0%)
schizophrenia or psychotic disorder	14 (18.9%)	39 (39.0%)
personality disorder	19 (25.7%)	37 (37.0%)

*: $p<0.05$, **: $p<0.01$

表8 1年以上の治療継続の有無に関する比較

	治療継続群 N=70	治療中断群 N=104
男性の比率 (%)	67.10%	66.30%
初診年齢 (歳)	28.6 (SD9.0)	26.3 (SD8.9)
主乱用物質の使用開始年齢 (歳)	21.8 (SD7.7)	20.3 (SD6.3)
主乱用物質の使用期間 (年)	6.8 (SD5.5)	5.9 (SD6.2)
薬物初使用年齢 (歳)	17.2 (SD5.4)	17.1 (SD4.1)
薬物初使用～初診までの期間(年)	11.8 (SD8.7)	9.1 (SD7.6)
DSM-IV物質使用障害 依存	68 (97.1%)	81 (77.9%)
高校中退以下の学歴	45 (64.3%)	50 (48.1%)
15歳未満での実親の欠損	26 (37.1%)	29 (27.9%)
親のアルコール・薬物乱用	24 (34.3%)	28 (26.9%)
薬物関連の補導・逮捕歴	32 (45.7%)	55 (52.9%)
薬物乱用に先行する他の補導・逮捕歴	21 (30.0%)	42 (40.4%)
結婚経験	21 (30.0%)	33 (31.7%)
離婚経験	17 (24.3%)	20 (19.2%)
初診時の精神病症状	41 (58.6%)	46 (49.2%)
Comorbidity		
mood disorder	20 (28.6%)	22 (21.2%)
eating disorder	19 (27.1%)	9 (8.7%)
anxiety disorder	12 (17.1%)	12 (11.5%)
impulse control disorder	7 (10.0%)	6 (5.8%)
schizophrenia or psychotic disorder	31 (44.3%)	22 (21.2%)
personality disorder	27 (38.6%)	29 (27.9%)

*: $p<0.05$, **: $p<0.01$, ***: $p<0.001$

3) せりがや病院入院歴の有無に関する比較 (表9)
対象をせりがや病院入院歴の有無にもとづいて, 入院群と非入院群に分類したところ, 入院群は80例(46%)となり, 非入院群は94例(54%)となった. 2群間の比較の結果, 入院群では, 非入院群に比べて, DSM-IV物質使用障害における依存に該当する者が多く(97.5%vs.75.6%, $p<0.001$), 初診時に精神病症状を呈していた者が多かった(68.8%vs.44.7%, $p<0.01$). また, comorbidityについては, 入院群では, 非入院群に比べて, 摂食障害(26.3%vs.7.4%, $p<0.01$)と精神病性障害(38.8%vs.23.4%, $p<0.05$)の合併が多く認められた. なお, 人格障害の合併も入院群で有意に多かった(50%vs.17%, $p<0.001$).

表9 せりがや病院入院歴の有無に関する比較

	入院群 N=80 (46%)	非入院群 N=94 (54%)
男性数	49.10%	50.90%
初診年齢 (歳)	27.9 (SD7.5)	26.7 (SD10.2)
主乱用物質の使用開始年齢 (歳)	21.1 (SD7.1)	20.7 (SD6.9)
主乱用物質の使用期間 (年)	6.8 (SD5.6)	5.8 (SD6.2)
薬物初使用年齢 (歳)	17.3 (SD4.6)	17.1 (SD4.7)
薬物初使用～初診までの期間(年)	10.9 (SD6.9)	9.5 (SD9.1)
DSM-IV物質使用障害 依存	78 (97.5%)	71 (75.6%)
高校中退以下の学歴	48 (60.0%)	47 (50.0%)
15歳未満での実親の欠損	28 (35.0%)	27 (28.7%)
親のアルコール・薬物乱用	31 (38.8%)	21 (22.3%)
薬物関連の補導・逮捕歴	43 (53.8%)	44 (46.8%)
薬物乱用に先行する他の補導・逮捕歴	28 (35.0%)	35 (37.2%)
結婚経験	25 (31.3%)	29 (30.9%)
離婚経験	20 (25.0%)	17 (18.1%)
違法薬物乱用者	59 (73.8%)	83 (88.3%)
合法薬物乱用者	21 (26.3%)	11 (11.7%)
初診時の精神病症状	55 (68.8%)	42 (44.7%)
Comorbidity		
mood disorder	24 (30.0%)	18 (19.1%)
eating disorder	21 (26.3%)	7 (7.4%)
anxiety disorder	14 (17.5%)	10 (10.6%)
impulse control disorder	9 (11.3%)	4 (4.3%)
schizophrenia or psychotic disorder	31 (38.8%)	22 (23.4%)
personality disorder	40 (50.0%)	16 (17.0%)

*: $p<0.05$, **: $p<0.01$, ***: $p<0.001$

4) 小括

3か月と1年の時点での治療継続状況, および入院治療経験の有無という観点から比較を行うことで, 医療機関における薬物依存者の特徴の抽出を試みた. その結果, 依存の程度がより重篤で, 初診の時点で精神病症状を呈し, 合併精神障害を持っているなど, 医学的に重症な依存者ほど, 医療を必要とする傾向が見いだされた. 生活背景の問題や非行・犯罪歴は治療の場への適応には関係していなかった.

治療継続に関する3つの比較すべてに共通して認められた、最も重要な要因が、摂食障害と精神障害というcomorbidityの問題であったことは注目すべき結果と思われた。

3. 物質使用障害単独群, 摂食障害群, 精神障害群の比較検討

1) 3理念型の定義

すでに見てきたように、治療継続には摂食障害と精神障害という合併精神障害が重要な要因となっていたが、摂食障害と精神障害の有無で薬物依存者の特性にどのような差異が生じるのかを調べるために、以下のような理念型を想定して比較検討を行った。

物質使用障害以外の合併精神障害を全く持たない群を「物質使用障害単独群(以下, 単独群)」とし、さらに、摂食障害と精神障害の双方の合併者(8例)を除外して、「摂食障害群」、「精神障害群」として3理念型を定義して比較した。単独群は対象中40例(23.0%)であった。摂食障害群は20例(11.5%), 精神障害群は45例(25.9%)となった。

2) 3理念型の比較(表10)

3群間で、男性の比率について有意差が認められた(p<0.001)。摂食障害群の男性比率は25%と最低でその大半が女性であることが示されたのに対して、精神障害群では82.2%とその大半が男性であった。初診年齢にも有意差が認められ(p<0.05)、摂食障害群が23.0歳(SD3.8)と最も低年齢で、精神障害群は28.4歳(SD7.5)と最も高年齢であった。主乱用薬物の使用開始年齢は各理念型ともに19歳前後であり、主乱用薬物の使用期間に有意差は認められなかった。薬物の初使用年齢はいずれでも16歳前後で差はなかったが、初使用から初診までの期間には有意差が認められ(p<0.05)、摂食障害群が6.6年(SD4.7)と最も短期で、精神障害群が11.8年(SD7.6)と最も長期であった。主乱用物質使用開始前に、別の薬物の使用経験を持つ者は摂食障害群で最も多く(80%)、単独群で最も少なかった(47.5%)。DSM-IV物質使用障害における依存の割合は、摂食障害群(95.0%)と精神障害群(93.3%)に比べ、単独群(62.5%)は有意に少なかった(p<0.001)。

続いて、生活背景に関する項目では、まず初診時の無職率に有意差が認められ(p<0.001)、精神

性障害群で73.3%と最も高率で、次いで摂食障害群の60%であり、単独群が25%と最も無職率が低かった。学歴や実親の欠損、親のアルコール・薬物問題、薬物関連の補導・逮捕歴、薬物乱用に先行する他の補導・逮捕歴、結婚歴、離婚歴に差は認められなかったが、唯一、薬物乱用開始後の他の補導・逮捕では、精神障害群で38%と、単独群の10%、摂食障害群の15%に比べて有意に多く認められた(p<0.01)。

表10 3理念型の比較

	単独群 N=40	摂食障害群 N=20	精神障害群 N=45	
男性の比率(%)	70%	25%	82.20%	***
初診年齢(歳)	24.8 (SD9.2)	23.0 (SD3.8)	28.4 (SD7.5)	*
主乱用薬物の使用開始年齢(歳)	19.8 (SD6.7)	18.6 (SD3.0)	20.1 (SD5.0)	
主乱用薬物の使用期間(年)	5.1 (SD5.9)	4.6 (SD4.3)	7.8 (SD6.5)	
主乱用薬物開始前の他の薬物使用歴	19 (47.5%)	16 (80%)	30 (66.7%)	*
薬物初使用年齢(歳)	16.6 (SD3.8)	16.4 (SD2.8)	16.6 (SD3.0)	
薬物初使用～初診までの期間(年)	8.9 (SD8.9)	6.6 (SD4.7)	11.8 (SD7.6)	*
DSM-IV物質使用障害 依存	25 (62.5%)	19 (95.0%)	42 (93.3%)	***
初診時無職	10 (25%)	12 (60.0%)	33 (73.3%)	***
高校中退以下の学歴	16 (40.0%)	11 (55.0%)	29 (64.4%)	
15歳未満での実親の欠損	7 (17.9%)	6 (30.0%)	19 (42.2%)	
親のアルコール・薬物乱用	12 (30.0%)	8 (40.0%)	18 (40.0%)	
薬物関連の補導・逮捕歴	20 (50.0%)	11 (55.0%)	25 (55.6%)	
薬物乱用に先行する他の補導・逮捕歴	14 (35.0%)	7 (35.0%)	13 (28.9%)	
薬物乱用開始後の他の補導・逮捕歴	4 (10.0%)	1 (5.0%)	17 (37.8%)	**
結婚歴	9 (22.5%)	3 (15.0%)	13 (28.9%)	
離婚歴	4 (10.0%)	3 (15.0%)	11 (24.4%)	
違法薬物乱用者	35 (87.5%)	14 (70.0%)	42 (93.3%)	*
覚せい剤乱用者	19 (47.5%)	12 (60.0%)	32 (71.1%)	**
Comorbidity				
mood disorder	0	13 (65%)	4 (8.9%)	***
anxiety disorder	0	9 (45%)	3 (6.7%)	***
impulse control disorder	0	5 (25%)	2 (4.4%)	*
personality disorder	0	15 (75%)	13 (28.9%)	***
自傷行為の経験	0	12 (60.0%)	8 (17.8%)	***
大量服薬の経験	0	14 (70.0%)	6 (13.3%)	***

*: p<0.05, **: p<0.01, ***: p<0.001

違法薬物乱用者は、精神障害群、単独群、摂食障害群の順で差が見られたが(p<0.05)、主乱用薬物が覚せい剤である者は、精神障害群(71.1%)、摂食障害群(60%)、単独群(47.5%)の順で多く、前2者と単独群の間には有意差が認められた(p<0.01)。

摂食障害群と精神障害群の間で、合併精神障害に関する比較をすると、摂食障害群で、気分障害(p<0.001)、不安障害(p<0.001)、衝動制御障害(p<0.05)、人格障害(p<0.001)の合併が有意に多かった。また、各群間で、自傷行為と大量服薬のいずれでも有意差が認められ(p<0.001)、摂食障害群でそれぞれ60%、70%と最も多く、一方、単独型ではいずれについても1例も認められなかった。

3) 小 括

3 理念型の間には様々な点で特徴的な差異が認められた。性差という点では、摂食障害群では女性が、精神病性障害群では男性が多く、単独群はその中間に位置していた。初診年齢は、摂食障害群は低年齢であったが、精神病性障害群は比較的高年齢で、しかも薬物使用期間も長い傾向が見られた。

摂食障害群と精神病性障害群は、単独群よりもDSM-IV物質使用障害における依存の割合が多く、依存症としてより重篤な群であると考えられた。それは初診時点の無職率の高さから推測される生活障害にも反映されていた。また、摂食障害群では、自傷行為と大量服薬による自殺企図の既往が多く、その衝動的傾向がうかがわれ、衝動制御障害群と呼び変えることさえできると思われた。気分障害、不安障害、衝動制御障害、人格障害の合併も多かった。

違法薬物乱用者は、摂食障害群では他の2群よりも少なかった。これは単独型ではトルエンなどの有機溶剤乱用者が多く、他方、摂食障害群の覚せい剤以外の乱用薬物には、市販鎮咳剤が多かったためと思われる。しかし、覚せい剤乱用者は、摂食障害群と精神病性障害群で多かった。このことは、覚せい剤が精神病症状に与える影響はもとより、覚せい剤と摂食障害の親和性(松本ら,2000)を支持するものと思われた。

以上の結果は、これら3群がそれぞれ明確な特徴を持った群であることを示唆するものと思われる。

なお、薬物関連の補導・逮捕歴や薬物乱用開始前の補導・逮捕歴に差はなかったが、薬物乱用開始後の補導・逮捕歴は、精神病性障害群で多かった。これは寺岡(1967)の報告と一致しており、慢性的に残遺した精神病症状が様々な反社会的行動に何らかの影響を与えている可能性が示唆された。

IV. 考 察

本調査には以下に述べる限界がある。第1に、本調査は1か所の医療機関における、1人の精神科医の自験例を対象としていること、第2に、調査は後方視的手法を採用しているため、質問は構造化されておらず、調査項目数も十分とはいえないこと、第3に、合併精神障害の診断は治療経過中に明らかになったものを採用しているため、短期間で治療中断となった症例では、

合併精神障害が見逃された可能性があることである。

しかし、本調査は、第3次覚せい剤乱用期以降の薬物依存者を対象としたわが国で最初の類型化の試みであり、治療状況への適応と合併精神障害という観点からの薬物依存者類型は、わが国では最初のものである。

1. わが国における薬物依存者類型に関する先行研究

わが国の薬物依存研究を回顧的に概観すると、従来提唱されてきた薬物依存者の類型は、1) 心理学的類型、2) 生態学的類型、3) 家族背景による類型に大別することができる。

心理学的類型には、石川ら(1966)、高橋(1969a, b)、西園ら(1969)による類型がある。石川らは、心理テストの所見にもとづいて、アルコール・薬物依存者を1)神経症型逃避メカニズム、2)行動化メカニズム、3)合併型嗜癖、4)単純快感追求型嗜癖に分類し、高橋は、1) asocial group、2) anomic group、3) neurotic groupと分類している。西園らは、1) 非倫理群、2) 感情閉鎖群(性格神経症)、3) 依存群(不適格人格)、4) 精神病前段階群、5) 反撥攻撃群、6) 情緒抑制群の6型に分類している。これらの類型では、「薬物嗜癖」という現象に対する精神病理学的理解に力点が置かれ、近年、dual diagnosisやself-medicationと呼ばれる概念も含まれている。しかし、いずれもハイミナル、オプタリドン、ナロン、アトラキシンなどの乱用者をもとに提唱された類型であり、現在のわが国の薬物乱用状況にはそぐわない。我々の調査結果と比較すると、精神医学的問題として、慢性精神病症状や摂食障害に関する指摘はみられない点も特徴的な差異である。

生態学的類型には、竹山(1977)による1) 脱線型、2) 非行型、3) フーテン型、4) 依存型という類型と、小沼(1987)による1) 単純遊び型、2) 非行型、3) 依存型という類型がある。これらは有機溶剤の乱用者を対象とした類型である。この類型は薬物依存の進行過程の段階を示したものであり、薬物乱用問題を抱える青少年の処遇を考えるうえでは有用であるが、医療機関に多く訪れる依存型のなかでの詳細な精神医学的分類がない。

家族背景による類型では、永野(1992)によるものがある。永野は薬物を乱用する青少年をその家族背景から、1)「一般」家庭型、2)「問題」家庭型、3) アルコール・薬物家庭型、4) 家なし型に分類して

いる。この類型は、家族病理という視点から薬物乱用者を捉えることで、より多角的な援助の展開を可能にした類型であり、すでに気分障害、自傷行為、自殺企図の既往を持つ一群の存在が指摘されている。しかし、有機溶剤乱用者を対象としている点が、薬物依存者全体の類型としては不十分である。

2. 新しい薬物依存者の類型

今回、我々は、薬物依存者の自然経過と疾病概念を研究する端緒として、まずは、わが国の現状に合った臨床類型を作ることを目指した。そのために、医療機関における薬物依存者を、治療継続状況という観点から検討して類型化を試みた。その結果、治療の継続という観点では、生活背景や学歴、あるいは補導・逮捕歴のような反社会的行動の挿話、人格障害のようなII軸診断などは重要な要因とはなっておらず、I軸の合併精神障害、なかでも摂食障害と精神病性障害の存在が治療継続の重要な要因であることが明らかにされた。さらに、「物質使用障害単独群」「摂食障害群」「精神病性障害群」という3つの理念型を比較した結果、それぞれが明確な特徴をもった群であることが明らかにされた。

確かにこれら3群はあくまでも理念型であって、これらの総計は105例で、対象の60.3%にすぎないため、すべての薬物依存者を厳密にいずれかの群に分類することはできない。しかし、他方で、すべての薬物依存者をこの3理念型のいずれかに近い特徴・傾向を持つ者としてならば、分類することは十分に可能と考えた。このような考えから、我々は、この理念型の特徴を拡張し、薬物依存者類型を概念化したいと考えた。

以下に、我々が提案する薬物依存者の各類型について述べる。

- 1) 「物質使用障害単独型」:文字通り薬物乱用が臨床主問題となっている症例を指している。薬物の急性中毒による、いわば物質誘発性の精神障害はあっても、通常解毒及び抗精神病薬治療による薬物療法により、遅くとも1か月以内に症状が消退し、「依存」そのものが主たる治療課題となる類型である。教育や集団精神療法を中心とした依存症治療プログラム病棟や自助グループが主たる対象とする一群である。
- 2) 「衝動制御障害(摂食障害)型」:治療のなかで、衝

動的行動が問題となる症例を指しており、その指標となるのは摂食障害の合併である。摂食障害は不食よりも過食が中心の病型で、しばしば自己誘発嘔吐や緩下剤乱用を伴う。摂食障害の診断基準は満たさない程度のやけ食いbinge eatingの挿話が繰り返される者もこのカテゴリーに含まれる可能性がある。体重コントロールを目的として薬物乱用が行われている場合もあるが、そのような因果関係が必ずしも明らかではなく、時には薬物乱用が食行動異常を誘発しているように見える場合もある(松本ら,2001a)。女性に多く、薬物乱用は比較的短期間であるにもかかわらず、依存は重篤である。境界性人格障害の診断がなされる者も多く、気分障害、不安障害の合併が多い。なかには、身体的・性的虐待の既往を持つ者もいる。また、自傷行為や大量服薬による自殺未遂が多く、通院・入院の経過でもこうした問題行動が繰り返される。つまり、薬物使用が中止された後でも、様々な衝動的な問題行動が相互変換性に出現するmulti-impulsive bulimia(Laceyら,1986,Lacey,1993)の様相を呈し、治療は難航する。

Pattisonら(1983)は、1)繰り返される自傷行為、2)摂食障害、3)物質乱用および反復される大量服薬を3主徴とする一群の患者を「deliberate self-harm(故意に自分を傷つける)syndrome」と一括して呼び、これら3つの問題行動が合併しやすいことを指摘している。この指摘は我々の臨床における印象と一致しており、我々は、摂食障害の合併がなくとも、自傷行為や大量服薬などの衝動的な問題行動がみられる症例は、この類型に含めて良いと考えている。あくまでも印象にとどまるが、このような症例では、薬物乱用中止後に摂食障害を発症することが少なくない。こうした考えをふまえて、この類型を、摂食障害型ではなく、あえて衝動制御障害型と呼ぶことにしたい。

- 3) 「精神病性障害型」:物質誘発性精神病障害に分類されない、薬物使用を中止後1か月以上経過しても遷延する精神病症状が、治療上問題となる症例を指しており、しばしば精神病症状消退後も抗精神病薬の服用が必要であり、男性が多い傾向がある。薬物乱用が長期に及んだ症例が多い。また、障害の程度によっては、依存症治療プログラムへの適応が困難であったり、就労などの社会参加に著しい制限を受

けたりする場合が少なくない。この類型は、後述するように、精神医学的には薬物依存/中毒性精神病としてみなす立場と精神分裂病としてみなす立場とがまだ交錯しており(富山,1987;Okudairaら,2001),治療の場の選択や社会資源の利用という面では、その双方から抜け落ちてしまうことが少なくない。そのため、医療、福祉の援助から脱落して通院・服薬が中断し、あるいは不眠・焦燥の自己治療から飲酒して精神病症状が再燃し、暴力行為などの反社会的行動につながる場合もある。

なお、物質使用障害単独型に比べて、衝動制御障害型と精神病性障害型では、覚せい剤を主たる乱用薬物としている者の割合が多い。詳しくは後述するが、この2つの合併精神障害が、覚せい剤の薬理作用と密接な関係を持っていることを示唆していると考えられる。

3. dual diagnosis(2重診断)類型との相違

我々の類型は、すでに提唱されているdual diagnosisを持つ薬物依存者の分類(dual diagnosis typology:Heinら,1997,Zimberg,1999)といくつかの点で類似している。

Zimberg(1999)は、dual diagnosis patientの類型を次のような3型に分けて整理している。Type I(primary psychiatric disorder)は、原発性primaryに、物質使用障害以外の精神障害が先行して存在し、その精神障害に対する自己治療として薬物乱用がなされた群である。この群では、薬物乱用の経過には基底の精神障害の病勢の消長が大きく影響しているため、基底の精神障害の治療が優先される。Type II(primary substance use disorder)は、薬物乱用がprimaryに存在し、薬物乱用の結果として様々な精神障害を続発した一群であり、これらの精神障害は薬物乱用の治療によって改善する。Type III(dual primary disorder)は、精神障害と薬物乱用のいずれが先に発症したかによらず、両方の障害がそれぞれ独立して消長し、いずれに対しても治療を要する一群であり、狭義のdual diagnosis patientということができる。

我々の3類型と対応させて考えると、Type IIに相当する症例は、合併精神障害のない薬物依存者とともに物質使用障害単独型に含まれ、Type IとType IIIの症例が、その精神障害の内容によって衝動制御

障害型ないしは精神病性障害型に分類されることになる。

我々の類型とZimbergの類型の異なる点は、主に次の3点である。第1に、Zimbergの類型はあくまでもdual diagnosis patientに限定した類型であるのに対して、我々の類型は中核的薬物依存者(物質使用障害単独型)も含んだ、医療機関における薬物依存者全体の類型である。第2に、Zimbergの類型は病因論的・因果論的視点から合併精神障害を捉えているのに対して、我々の類型では、どちらがprimaryであるかは問わず、横断面の状態から精神障害の有無を捉えている。第3に、我々の類型では、合併精神障害の中で摂食障害と精神病性障害だけが重要視されているという点があげられる。

この第3の相違点は重要である。すでに述べたように、精神病性障害型は長期薬物使用例が多く、5年以上の乱用歴を持つ者で慢性精神病症状が多いという報告(和田ら,1990)からも分かるように、薬物中毒後遺症としての側面も併せ持つ。他方、衝動制御障害型は、短期間の薬物使用にもかかわらず、使用コントロールを喪失して重篤な依存を呈して受診せざるを得なくなっており、慢性精神病が発現するほどの長期には薬物使用に耐えられないとも捉えられる。性差も顕著である。こうした点で、この2つの合併精神障害は対照的であり、治療上の対応も異なるため、類型として独立させる必要があると思われる。

なお、我々は、薬物依存者に合併が多いとされる気分障害や不安障害を類型として独立させなかった。その理由は、調査結果がその必要性を支持しなかったからであるが、我々の臨床的な印象からいっても、薬物依存者の気分障害・不安障害は、薬物使用に続発したものが大半で、特別な治療を要さない場合が多く、依存者の年齢からいっても、気分障害や不安障害は中年期症例のような典型的病像はとらず、むしろ衝動制御障害型の病像をとることが多いように思われた。現時点では、これらの合併例は、軽症例では物質使用障害単独型に、重症例では衝動制御障害型に分類されるのではないかと考えているが、今後さらなる検討と洗練が必要であろう。

4. 精神医学的類型の臨床的意義と今後の課題

今回の調査対象中、何らの合併精神障害も認めな

かったのはわずか23%であり、77%は何らかの合併精神障害を持っていた。これは海外での先行研究の報告(Khantzianら,1985)とも一致した結果である。しかも、治療継続をしている症例で特に合併精神障害が多いという事実は、薬物依存のアフターケアを考える上で重要な知見と思われる。

また、合併精神障害の中でも、摂食障害と精神病性障害が特に重要であり、それらの合併者は覚せい剤乱用者が多いという興味深い結果も得られた。ヘロイン依存者の合併精神障害の研究(Khantzianら,1985)では、気分障害が最も多い一方で、摂食障害や精神病性障害は1例も認められておらず、我々の調査結果とは著しく異なっている。これには乱用薬物の薬理作用の相違が深く関係していると思われる。

すなわち、精神病性障害については、全ての精神刺激薬は精神病症状を惹起する可能性があるが、なかでもmethamphetamineは精神病惹起作用が特に強力で、薬物使用中止後に精神病症状が1-3か月以上の長期間遷延持続することもあり(Iwanamiら,1994)、DSM-IVで精神分裂病および精神病性障害に分類される症例は必然的に多くなったと考えられる。摂食障害については、すでにコカインなどの精神刺激薬の乱用者では、他の薬理作用を持つ薬物乱用者よりも摂食障害の合併が多いことが報告されており(Jonasら,1987;Hudsonら,1992;Cochraneら,1998)、我々も、覚せい剤を「やせ薬」として乱用する摂食障害者が少なくなく(松本ら,2000)、有機溶剤などの乱用者と比べても、覚せい剤乱用者では摂食障害の合併率が高いことを報告している(松本ら,2001b)。それに対して、ヘロインの場合、強力な身体依存性があるが、精神病惹起作用はなく、食欲に対しても抑制的に作用しないことから、摂食障害との親和性が低いと考えられる。

以上より、我々の類型は、覚せい剤が中心的課題である現在のわが国の薬物乱用状況にある程度反映したものと考えている。

さて、この類型の意義は次の2点にある。

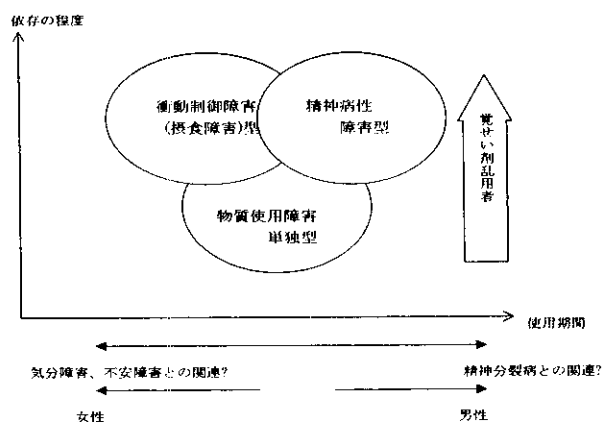
第1の意義は、薬物依存症治療の見直し、治療構造の細分化へ向けての根拠となりうることがあげられる。薬物依存症者の治療の枠組みでは、通常、できるかぎり薬物投与を控える方針が採用される。実際、医療機関で処方された向精神薬が、薬物依存者

に新しい依存対象をもたらすことがあり、処方際には十分に慎重であることが望まれる。しかし、奥平ら(1996)が指摘するように、慢性精神病症状を持つ薬物依存者では、服薬遵守を指導する精神病治療の枠組みが必要であることから、依存症の治療構造との矛盾が生じ、治療上の混乱が起こる場合がある。また、慢性精神病症状を持つ患者が依存症の治療構造に適応できず、一般精神病院への転院が望ましいと判断されても、転院は円滑には進みにくい現状がある。中間施設などの福祉資源の利用においても、薬物依存の枠組みと精神分裂病の枠組みの双方から脱落してしまいやすい。同じ問題が衝動制御障害型の症例にもあてはまり、衝動制御障害型では、薬物乱用を中止すると今度は過食・嘔吐や習癖的自傷などの他の嗜癖衝動行為が相互変換性に出現し、体重コントロールへの固執から薬物再使用、再入院を繰り返す症例が多い(松本ら,2000)。このため、当然、薬物療法は不可欠であるし、摂食障害などに対する特別なプログラムも必要である。盗食、自己誘発嘔吐、自傷行為などの問題行動への対応についても、病棟管理上しばしば問題となる点である。これらの合併精神障害を持つ薬物依存者が、行き場を失って医療機関で蓄積していく事態は、すでに前年度の村上らの報告(2001)でも指摘されており、薬物依存者の処遇問題の新しい方向性を作り出す上で、我々の類型が実質的な意味を持つのではないかと考えている。

第2の意義としては、我々の類型が、薬物依存者を、既存の精神医学概念との関連で位置づけ、理解するための一助となりうることがあげられる。衝動制御障害型では気分障害の合併がきわめて多く、不安障害、境界性人格障害などが重複して独特の状態像をなしていると考えられたが、その一方で、精神病性障害型では、他の精神障害の重複合併がきわめて少ないことが対照的であった。精神病性障害は、断薬後も長期遷延する覚せい剤精神病に対するDSM-IV診断であり、精神分裂病のカテゴリーに含まれる診断である。これには、長期遷延する精神病は「物質誘発性」とはみなさず、潜在する内因性精神病の発病とみなす米国精神医学会の見解が含意されているのである。わが国でも、慢性精神病症状を呈する有機溶剤乱用者(奥平ら,1996)や覚せい剤乱用

者(Okudairaら,2001)では,薬物使用期間よりも精神分裂病の家族歴が重要であるとして,精神分裂病との遺伝学的近縁関係を指摘する報告がある.このような他の精神障害との関係も含めて総合すると,薬物依存者3類型は図のような疾病論的布置とまとめることができる.

図 精神医学的3類型の疾病論的布置



ところで,今回の調査結果は,薬物依存専門病院において臨床に従事する者にとって,とまどわざるを得ないものであった.せりがや病院は一部,解毒用の隔離室はあるものの,原則として開放病棟のみの依存症専門病院であり,入院治療は任意入院による,1か月間の薬物依存症治療プログラム参加というスタイルで運営されている.摂食障害や精神病性障害を持つ患者もできるかぎりプログラムに参加させるように努力している.しかし,摂食障害を持つ患者に対する特別な治療プログラムはなく,精神病性障害の患者の場合には,精神症状のためにプログラムに身が入らないまま,形式的な参加で退院を迎えてしまうことも少なくない.我々は,このような dual diagnosis patientへの対応に不全感を抱きながら,依存の治療構造との折衷点を見いだして,かろうじて治療を行っている現状である.にもかかわらず, dual diagnosis patientよりも,中核的薬物依存者で高い治療中断率が認められたというのは,皮肉な結果である.これは,医療機関が,薬物依存者に対してまだ十分なサービスを提供できていないことを示唆しているのかもしれない.

最後に,今後の調査課題について述べたい.現時点では,調査課題として次の3点を考えている.まず第1に,転帰調査の必要性である.今回,治療の

継続という観点から,それに関わる要因を抽出し,薬物依存者の類型化を試みたが,治療継続がそのまま良好な転帰を意味するのか,あるいは,難治であるために長期間医療の場にとどまる結果となっているのかが不明である.転帰に関する知見が加わることで,我々の類型もはじめて臨床で意味を持ち,さらに疾病概念と自然経過を明らかにすることができると思われる.第2に,合併精神障害の内容の再検討である.治療継続に関与する要因として抽出されなかったが,医療機関で対応に苦慮するのは反社会性人格障害の合併例である.今回,調査対象中11例(6.3%)に反社会性人格障害が認められたが,この一群の位置付けについては今後再考し,さらに類型を細分化する必要があると思われる.また,鈴木ら(2001)は,若年アルコール依存者に合併する注意欠陥多動性障害について報告しているが,薬物依存者の類型にもこの視点は重要であり,今後の課題となるであろう.第3に,今回の調査は,対象が医療機関に限定された予備的な研究であり,薬物依存者の全体像を反映しているとはいえない.この点については,次年度に少年刑務所と連携した前向き研究を計画しており,ある程度,包括的な薬物依存者の全体像に近づけるのではないかと考えている.

V. 結 論

薬物依存者の後方視的調査の結果,治療継続に関係する要因として,摂食障害と精神病性障害という合併精神障害が重要であることが明らかになった.この結果から,薬物依存者類型の概念化を行い,「物質使用障害単独型」「衝動制御障害型」「精神病性障害型」という3類型を提案した.この薬物依存者の類型は,薬物依存症治療の細分化の検討をする上で意義があると考えられた.

VI. 文 献

- 1) Cochrane C, Malcom R, Brewerton T (1998) The role of weight control as a motivation for cocaine abuse. *Addict Behav* 22: 437-446
- 2) 石川淑郎, 梅垣和彦, 水島恵一ほか(1966) 嗜癖に関する一試論. *精神経誌* 68: 171-172
- 3) Hein D, Zimberg S, Weisman S (1997) Dual diagnosis subtype in urban substance abuse