

もっとも、われわれの仕事の中には、「リピーターを作らない」ことも含まれているはずですので、微力ながらできる限りのことはして行きたいと思っています。

- ・自分の友人が中学時代に薬物依存（シンナー）のため入院したことがあったため、その点について本人に話しをした（幻覚症状など）。その後、友人がどのようにして薬物依存から立ち直ったかについても話しをした。すると、本人が他人の更生について関心を持ち初め、自分も更生しようという意欲が湧いてきたようであった。
- ・第2部に記載した少女のケースでは、覚せい剤であったため、前歴など全く無かったにも関わらず、少年院送致となった。鑑別所で同室だった少女は同じ覚せい剤でも、補導委託による試験観察の検討がされたようだったが、当職担当のケースでは、付添人以外全員「少年院送致」の意見で、審判でもそうなった。本人は全く納得できていない様子で、その後の家族関係も不安に思われた。（兄が警察に通報したのが逮捕のきっかけになったケースであるため）
- ・病気ととらえることすら拒否する人には、本当にどうすればよいのか悩む。拘束されている状態では、自分がもう薬物の誘惑を簡単に断ち切れると思ってしまい、自分がおかれた状況を安易に考える傾向がある。したがって、社会内処遇のもとで、治療プログラムを受けさせるにしても、ある程度強制的な契機が必要と思う。

第2部 今回付添人活動で担当された薬物自己使用のケースについて、少年本人に関する医療的見地からのアンケート

(1)年齢 平均 16.4 歳

14 歳=1

15 歳=1

16 歳=4

17 歳=4

18 歳=2

(2)性別

男=4

女=8

(3)婚姻歴 未婚=12

(4)最終学歴

1. 中学校卒業=4

2. 高校中退=5

3. 高校卒業=0

4. その他=3

- ・ 高校通信制在学中
- ・ 中学 3 年
- ・ 中学生

(5)就労経験

1. なし=4

2. あり（正式な就労）=1

3. あり（アルバイト）=7

(6)父親との離別体験

- 1. なし=5
- 2. あり=7
 - 3 歳=1
 - 5 歳=1
 - 13 歳=1
 - 14 歳=1
 - 不明=3

(7)母親との離別体験

- 1. なし=9
- 2. あり=2
 - 7 歳=1
 - 14 歳=1
- 不明（記入無し）=1

(8)家族歴

父親

- ・年齢 平均=48 歳
 - 記入有=4
 - 不明=6
 - 40 代=2（45 歳として平均に加えた）
- ・アルコール・薬物問題
 - なし=9
 - あり=3
- ・犯罪歴なし=9
 - あり=2
 - 記入無し=2

母親

- ・年齢 平均=44.3 歳
 - 記入有=4
 - 不明=4
 - 40代=3 (45歳として平均に加えた)
 - 死亡=1
- ・アルコール・薬物問題
 - なし=8
 - あり=2
 - 記入無し=2
- ・犯罪歴なし=10
 - あり=0
 - 記入無し=2

(9)問題になっている薬物名

- シンナー=9
- 覚せい剤=5 (そのうちシンナーと覚せい剤の両方=2)

(10)習慣的使用の有無

1. なし=9
2. あり=2
 - 13歳=1
 - 18歳=1

(11)少年または家族が相談した相談機関

1. 精神科医療機関=1
2. 精神科以外の医療機関=1
3. 保育所=0
4. 精神保健福祉センター=0
5. ダルク=0
6. ダルク以外の自助グループ=0
7. その他=6

- ・ 児童相談所=2
- ・ 相談していなかった様子、ただし児相が数回様子を見に行ったことがあるようだ。
- ・ なし
- ・ 警察、相談とは言えないだろうが、兄が自宅に注射器があるのを見つけ、警察に通報した。その後尿から覚せい剤が検出され、逮捕された。

(12)少年の治療歴

1. 今まで治療を受けたことはない=10
2. 医療機関に通院していた=0
3. 医療機関に入院していた=2
4. 自助グループに参加した、またはダルクに入所した=0

(13)本件以前の薬物使用による児童福祉処置

1. なし=12
2. 児童相談所入所=0
3. 児童自立支援施設入所=0
4. その他=0

(14)本件以前の薬物使用による司法処置

1. なし=8
2. 保護・補導=0
3. 不処分=0
4. 保護観察=3
5. 児童自立支援施設送致=0
6. 試験観察（*終局決定もご回答下さい）=1
7. 少年院送致=0
8. 検察官送致=0
9. その他=0

(15)薬物使用による今回の司法処置

1. 不処分=0
2. 保護観察=2
3. 児童自立支援施設送致=0
4. 審判続行（*終局決定もご回答下さい）=0
5. 試験観察（*終局決定もご回答下さい）=2
6. 少年院送致=6
7. 検察官送致=0
8. その他=2
 - ・ 審判待ちの状態
 - ・ まだ審判があっていない

II. 分 担 研 究 報 告

6. 薬物依存専門治療施設のモデル化に関する研究

分担研究者 村 上 優

厚生科学研究費補助金 医薬安全総合研究事業
薬物依存・中毒者の子防、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

薬物依存専門治療施設のモデル化に関する研究

分担研究者 村上 優¹⁾

研究協力者 杠 岳文¹⁾, 比江島誠一¹⁾, 遠藤光一¹⁾, 吉森智香子¹⁾

小沼杏坪²⁾, 小宮山徳太郎³⁾, 平井慎二⁴⁾, 中村 恵⁵⁾

岸本英爾⁶⁾, 成瀬暢也⁷⁾

- 1) 国立肥前療養所 2) 医療法人せのがわ会瀬野川病院, 広島薬物依存研究所
3) 国立精神・神経センター武蔵病院 4) 国立下総療養所 5) 茨城県立友部病院
6) 神奈川県立精神医療センターせりがや病院 7) 埼玉県精神保健総合センター

研究要旨

我が国の薬物依存治療システムを類型化してモデルとして提示し、また各施設での治療転帰を長期に調査する体制を整え、今後の我が国の薬物依存治療システムを整備と発展に寄与する目的で7施設を調査して5治療モデルに分類した。すなわち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である。また専門施設として基本的に備えるべき共通項目を提示した。

I. 目 的

我が国の薬物依存治療は小沼らによって体系づけられてきた。近年、生物学的な知見や心理社会的アプローチを採用した治療システムも提案されおり、「アルコール及び薬物関連精神障害の診断と治療ガイドライン」（白倉班）としてまとめられている¹⁾。我が国における本研究に関連した研究は1) 薬物依存患者に対する看護ケアモデルの開発（田中美恵子）²⁾、2) 薬物依存者に対する精神保健及び精神医療体制に関するワークショップ（小沼）、3) 国立精神医療施設における多施設共同研究への予備的研究（小沼）、4) 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（小沼）では①国公立精神病院をめぐる薬物関連精神障害の治療に関する行政的施策の推進、②地域における薬物関連精神障害に対する医療対応、③国立及び都道府県立精神病院を対象とする薬物関連精神

障害に関する施設調査、④国立及び都道府県立精神病院に常勤する精神科医師を対象とする調査、⑤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、⑥国立及び都道府県立精神病院の薬物依存専門病棟に勤務体験を有する看護職員を対象とした調査、⑦国立及び都道府県立精神病院に勤務するPSWを対象とした調査が行われた³⁾。

今回は我が国の薬物依存治療システムを類型化してモデルとして提示し、また各施設での治療転帰を長期に調査する体制を整え、今後の我が国の薬物依存治療システムを整備と発展に寄与する。

II. 方 法

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。このために国立肥前療養所、国立下総療養所、国立精神・神経センター武蔵病院、埼玉精神保健総合センター、神奈川県立精神医療センターせりがや病院、茨城県立部病院、医療法人せのがわ会瀬野川病院を調査した。調査は資料1の調査用紙を用いアンケートと各施設に調査に向き聴取した。

III. 結 果

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

デルに分けて報告する。生物学的治療モデルは国立武蔵病院，治療環境（専門病棟）モデルは国立下総療養所，専門病棟集団療法プログラム（DRP）モデルは国立肥前療養所と埼玉精神医療総合センターならびにせりがや病院，急性期（離脱・解毒）治療モデルは友部病院，薬物治療プログラムモデルは瀬野川病院である。

表1 平成12年度薬物依存患者数

施設	新患者数			入院患者数			調査日入院患者数		
	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
武蔵	—	—	—	—	—	—	—	—	—
下総	—	—	—	181	145	36	22	21	1
肥前	112	73	39	55	37	18	8	5	3
埼玉	84	63	21	65	47	18	8	6	2
せりがや	318	224	94	181	129	52	9	8	1
友部	74	66	8	64	56	8	—	—	—
瀬野川	88	71	17	139	109	30	26	17	9
計	676	497	169	685	523	162	73	57	16

図1 平成12年度薬物依存入院患者 年代別

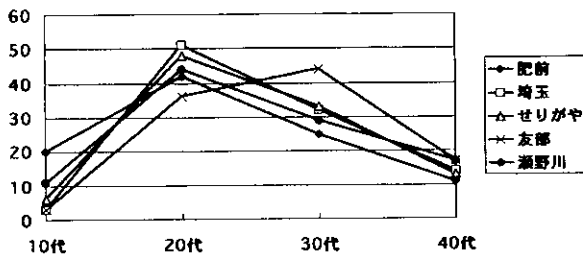
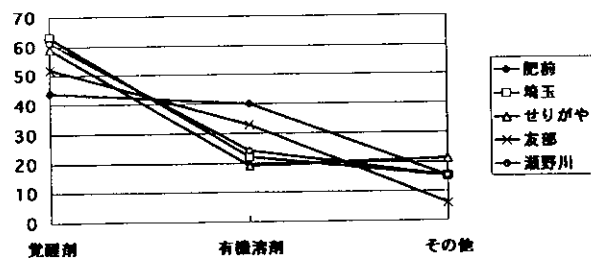


図2 平成12年度薬物依存入院患者 乱用薬物別



平成12年度の各施設における受診した新患者数，入院患者，調査日の入院患者数を表1にまとめた。入院患者総数は685人である（国立武蔵病院を除いて）。男女比は3.2対1である。その年代別の構成を施設別に見るといずれも20歳代が中心であり，国立肥前療養所では10歳代が多い傾向があり，埼玉精神医療総合センター

やせりがや病院などでは30歳代が多い傾向にある（図1）。この年代を反映して依存薬物を各施設で見ると，国立肥前療養所では有機溶剤の割合が他の施設に比べて多い傾向にある（図2）。それぞれが対象としている薬物依存における病態水準の違いを反映している。

表2 外 来

施設	専門外来	外来プログラム	家族プログラム
武蔵	なし	なし	1/月、心理教育、集団
下総	あり	条件契約療法	MHWCを紹介
肥前	あり	フリーインターベンション	2/月、構造的家族療法、MHWCを紹介
埼玉	なし	外来ミーティング	2/月、薬物家族教室
せりがや	あり	外来ミーティング	2/月、薬物家族教室
友部	なし	なし	MHWCを紹介
瀬野川	アルコール外来として	なし	2/年、家族会

外来プログラムを表2に示した。薬物依存専門外来と独自の外来プログラムを持つ施設が多く，一般精神科外来ないしはアルコール外来として行っているところがある。家族プログラムは初期介入のこともあり外来で行われているが，各施設内に家族教室を置くとすると，精神保健福祉センターを紹介する施設がある。

表3 入 院

施設	入院プログラム	入院形態	入院期間
武蔵	アルコール依存と同一	非自発的入院	9~10ヶ月
下総	薬物依存専門	自発19%、非自発81%	2ヶ月
肥前	薬物依存専門	自発的入院	4週間
埼玉	一部薬物専門	自発的入院	8週間
せりがや	一部薬物専門	自発的入院	4週間
友部	なし	自発的入院が主	2週間
瀬野川	覚せい剤プログラム 有機溶剤プログラム	自発と非自発	3ヶ月

表4 病 棟

施設	専門病棟	男女	閉鎖・開放
武蔵	アルコール・薬物依存専門	混合	閉鎖
下総	薬物依存専門	混合	閉鎖
肥前	アルコール・薬物依存併用専門	別	開放
埼玉	アルコール・薬物依存専門	混合	閉鎖
せりがや	アルコール・薬物依存専門	別	開放
友部	急性期治療病棟で対応		閉鎖
瀬野川	アルコール中心で薬物依存を併用	混合	閉鎖・開放

入院とその病棟の特徴を表3、表4に示した。入院プログラムは薬物依存専門に作られている施設とアルコール依存と同一のプログラムの所がある。薬物依存専門プログラムでも一部他のプログラムを併用している。入院形態は扱う病態水準の違いを反映している。精神病状態を多く扱う施設では非自発的入院を中心としており、依存を主な治療対象にするDRPモデルの施設では自発的な入院が中心である。入院期間は9ヶ月(武蔵)から2週間(友部)までとばらつきが大きい。3ヶ月(下総、瀬野川)、2ヶ月(埼玉)、1ヶ月(肥前、せりがや)が中心である。閉鎖・開放病棟にも治療戦略の違いが現れる。任意入院でも行動をコントロールしながら治療を組み立てるとすれば閉鎖病棟にするし、あくまで依存状態にあるときはアルコール依存で定着した任意入院で開放病棟の処遇とする施設もある。開放病棟にする場合は男女問題を回避するために男女別の病棟にしている。

表5 治療

施設	心理社会的治療	非精神病状態での薬物療法
武蔵	基本治療	あり(精神病状態:IPD100-200mg)
下総	基本治療、認知行動、内観、自助、ダルク	なし
肥前	基本治療、ボランティア、ダルク	なし
埼玉	基本治療、自助、ダルク	定型・非定型抗精神病薬、BZ系、SSRI、気分調整薬
せりがや	基本治療、自助、ダルク	BZ系
友部	なし、ダルクとのネットワーク	なし
瀬野川	認知行動、内観、自助	BZ系

*基本治療：個人精神療法、集団精神療法、心理教育、作業、運動

表6 ネットワーク

施設	自助グループ	ダルク	社会復帰	司法	地域
武蔵	希望	なし	時に	なし	なし
下総	メッセージ	メッセージ	なし	薬務課、麻取、更生	あり
肥前	メッセージ参加	メッセージ参加	なし	ケースにより	MHWC
埼玉	メッセージ参加	メッセージ参加	なし	ケースにより	保健所
せりがや	参加	メッセージ参加	あり	薬務課、麻取、更生	MHWC
友部	メッセージ	メッセージ全例に動機付	なし	なし	MHWC 保健所
瀬野川	メッセージ	なし	探検寮、福祉ホーム	警署、麻取、矯正	技術情報センター

治療とネットワークを表5と表6に示した。心理社会的な治療では個人精神療法や集団精神療法、心理教育、作業療法は基本治療として急性期治療に限定している友部病院を除きどの施設も有している。ただこれらの治療の集中度は各施設によりばらつきがある。こ

の他に内観療法や認知行動療法、自助グループへの参加を勧めるなど施設ごとにプログラムが異なる。各施設が活用するネットワークにも特徴が有する。自助グループを重視するところ、司法・矯正機関を重視する施設に分けることができる。精神保健福祉センターや保健所に連携してプログラム(家族プログラム、事例検討会、相談など技術指導)を有するところがある。また精神保健福祉法上の社会復帰施設を活用するところもある。

以下、各モデルごとに紹介する。

1. 生物学的治療モデル(国立武蔵病院)

国立武蔵病院で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。すなわち、①退薬症状には依存薬物に差異があるが遷延性退薬徴候はすべての依存薬物に共通して見られる、②精神依存の退薬症状が遷延性退薬徴候と考えられ薬物への渴望としてとらえられる、③遷延性退薬徴候は周期的に出現し波動状に経過し症状が収束するには依存の重篤度により6ヶ月以上を要するとしている。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。そのために断酒・断薬の動機付けは入院条件としない、入院期間は治療目標到達までで期限の設定はしないと受容的、指示的、個別的対応に心がける⁴⁾。

構成はアルコール・薬物依存の専門病棟で男女混合病棟である。調査日にはアルコール・薬物依存症入院患者は男性35人女性9人である。平成13年度の薬物依存の入院患者総数は39名であった。薬物依存に対する専門外来や外来プログラムはなく、入院はアルコールと同一のプログラムを有している。入院は自発的入院と非自発的入院(医療保護60%、措置入院20%程度)で後者が主である。治療は閉鎖病棟での解毒とプログラム参加である。入院期間は9から10ヶ月を目安としている。心理社会的治療は個人精神療法、集団精神療法、心理教育、作業・運動療法があり、薬物療法ではハロペリドール(多量では100~200mg)等を使用する。家族プログラムは月に1回心理教育、集団精神療法、家族療法的なアプローチを行っている。自助グループへは希望すれば参加を認めてる。ダルクとの連携は無いが、その他の社

会復帰施設とは時に連携をとる。司法機関との連携はとってはいない、積極的な地域ネットワークは行っていない。

症例の特徴は覚せい剤乱用が15人、有機溶剤が13人で、単剤依存から多剤依存が増加している傾向にある。

病棟スタッフは専任医師2人、看護婦16人、PWSや臨床心理士、作業療法士は各0.2人である。転帰調査システムは倫理委員会の問題で体制はとれていない。

2. 治療環境（専門病棟）モデル（国立下総療養所）

薬物依存専門病棟での治療は国立下総療養所における薬物関連精神疾患の臨床から培われた治療対応である。1999年にこれまでの薬物依存専門病棟の運営を生かした構造を有する薬物依存専門治療病棟が新築された。薬物依存症の治療段階を3期4段階に区分して、その治療目標を定めている。1期導入期は①家族内危機への早期介入②疾病への理解と治療の主体は本人との理解③底つき体験④断薬の決意⑤治療方法・回復可能性の認識である。2期脱慣期を前期（離脱期）と後期（渴望期）にわけ、前期（離脱期）は①解毒②断薬への取り組み開始③禁断症状の管理④薬物関連身体障害・精神障害の改善で、後期（渴望期）は①強い薬物渴望に基づく情動障害への対応②依存課程の洞察③生活リズムの回復④薬物関連身体障害・精神障害の改善⑤社会適応能力の向上である。3期断薬継続期は①トンネル現象（抑うつ、焦燥、不眠、頭痛、耳鳴りなど心氣的愁訴）への対応②スリップ時の対応③経済自立④家族関係の再構築⑤薬物のない生活習慣の確立である。これらの治療目標に対する治療の方法をあげ、2期治療を専門病棟での治療としている。精神病状態と薬物依存に続く焦燥・易怒的状態の認められる期間は医療保護入院としている。精神症状を認めない依存症候群には、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⁵⁾。

構成は薬物依存中心の専門病棟で男女混合病棟である。調査日には薬物依存症入院患者は男性21人、女性1人である。平成12年度の薬物依存の新患者数のデータはなく、入院した薬物依存患者総数は181人で男性145人、女性36人であった。薬物依存に対する専門外来プログラムは条件契約療法がある。入院は薬物依存プログラムを有している。入院は自発的入院（任意入院19%）と非自発的入院（医療保護63%、措置入院11%、鑑定入院7%）で後者が主である。治療の導入は閉鎖病棟での解毒、プログラムである。入院期間は2ヶ月を目安としている。心理社会的治療は個人精神療法、集団精神療法、認知行動療法、内観療法、心理教育、作業・運動療法、自助グループ、ネットワークがあり、薬物療法では精神病状態がない症例への薬物療法は原則行っていない。家族プログラムは精神保健福祉センターで行っている。その他としては麻薬行政担当者による抑止力としての設定を行っている。自助グループやダルクのメッセージを受けている。その他の社会復帰施設とは連携はない。司法・行政機関では県薬務課や麻薬取締官や矯正関係者と連携をとり、地域ネットワークも行っている。

症例の特徴は覚せい剤81人、有機溶剤24人で、その他には向精神病薬4人、市販薬4人、麻薬2人である。

病棟スタッフは専任医師2人、看護婦20人、PSWや臨床心理士、作業療法士は併任が1人ずつである。転帰調査システムはない。

3. 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）

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。システムの中心はアルコール・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。

1) 国立肥前療養所における薬物依存プログラム（DRP）

薬物依存が思春期・青年期に発症する疾患であることから、治療への抵抗性を少なくするために強制

性を廃し任意性に依拠し、治療への接近性を改善しようとし、薬物依存の思春期心性に配慮してプログラムを構成しているシステムである。思春期心性の中心は自我同一性獲得を巡る葛藤で生じる逸脱行動（行動化）と融合的な行動（仲間、共感）を治療に取り込むことにある。治療構造は薬物依存リハビリテーション・プログラムDRPとして①任意入院で1クール1ヶ月②入院初日よりプログラムに参加③DRPを構成する要素として心理教育・集団精神療法・運動療法・ボランティア活動をあげ密にプログラムを組む④自助グループNAへの参加⑤薬物依存回復施設のダルクとの連携⑥短期解毒コース（了解に基づく行動制限）よりなる。また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。

構成はアルコール薬物依存併用の専門男性病棟で、女性は他病棟（開放）に専用病室を持っている。

調査日には薬物依存症入院患者は男性5人、女性3人である。平成12年度に受診した薬物依存新患者数は総数112人（男性73人、女性39人）である。年代は10歳代36人（男16、女20人、32%）、20歳代45人（40%）、30歳代21人（19%）、40歳以上は10人（9%）である。覚せい剤が44人（39%）、有機溶剤は57人（51%）、向精神薬・市販薬は8人（7%）、麻薬は2人（2%）である。平成12年度に入院した薬物依存患者総数は55人（男性37人、女性18人）であった。年代は10歳代11人（男5、女6人、20%）、20歳代23人（42%）、30歳代14人（25%）、40歳以上は7人（11%）である。覚せい剤が24人（44%）、有機溶剤は22人（40%）で、向精神薬・市販薬は8人（15%）である。このように治療対象は10代も多く、20歳代が中心で、これを反映して覚せい剤と有機溶剤が同数近くにある。また女性の割合が多いのも特徴である。

薬物依存に対する専門外来をもち、薬物家族教室は外来も対象にしている。

入院での薬物依存プログラムを有している。入院の多くは自発的入院で任意入院である。一部精神病状態で治療を要し入院の同意が得られない例が医療保護、措置入院となって入院する。この場合急性期治療病棟（閉鎖）で治療が行われる。任意入院での

治療の導入は開放病棟での解毒、プログラムである。入院期間は1治療期間が4週間である。心理社会的治療は個人精神療法、集団精神療法、心理教育、作業・運動療法、ボランティア活動、自助グループ、ダルクとのネットワークがある。

精神病状態がない症例への薬物療法は行っていない。

家族プログラムは構造化された心理教育と集団療法を行い、自助グループ（ナラノン）を紹介している。

自助グループやダルクのメッセージを受け、希望すれば入院中からの参加をしている。その他の社会復帰施設とは連携はない。司法・行政機関とはケースによって連携をとるが一律ではない。地域ネットワークは医師が周辺の精神保健福祉センター（佐賀、福岡、北九州）に月1から2回技術指導に行き関係を持っている。

病棟スタッフは専任医師5人、看護婦18人、臨床心理士1人、作業療法士1人で、PSWは併任が1人である。転帰調査システムは存在している

2) 埼玉県立精神保健総合センター

40床のアルコール・薬物専門病棟で医師4、看護25、PSW2、臨床心理士1、作業療法士2人で豊富なスタッフを有する。治療契約が成立すると任意入院で8週間のアルコールと区別無くプログラムにのせる。1期治療（解毒、身体・精神症状の治療、動機付け）と2期（依存の治療）にわけ患者会に入会し、プログラム化された集団療法に参加する。

構成はアルコール薬物依存併用の専門病棟で男女混合病棟である。

調査日には薬物依存症入院患者は男性6人、女性2人である。平成12年度に受診した薬物依存新患者数は総数84人（男性63人、女性21人）である。年代は10歳代6人（7%）、20歳代44人（48%）、30歳代23人（27%）、40歳以上は11人（13%）である。覚せい剤が60人（71%）、有機溶剤は15人（14%）で、向精神薬・市販薬は7人（8%）である。平成12年度に入院した薬物依存患者総数は65人（男性47人、女性18人）であった。年代は10歳代2人（3%）、20歳代33人（51%）、30歳代23人（32%）、40歳以上は9人（14%）である。覚せい剤が41人（63%）、有機溶剤は14人（22%）で、向精神薬・市販薬は10

人（15％）である。このように治療対象は20歳代が中心で30歳が次いで多く、覚せい剤の割合が多いことが特徴である。

薬物依存に対する専門外来はないが、外来ミーティングを行っている。

入院での薬物依存プログラムを有している。入院は自発的入院で任意入院である。治療の導入は閉鎖病棟での解毒、プログラムである。プログラムの期間は8週間である。心理社会的治療は個人精神療法、集団精神療法、心理教育、作業・運動療法、自助グループ、ダルクとのネットワークがある。

精神病状態がない症例への薬物療法では定型・非定型抗精神病薬やベンゾジアゼピン系、気分調整剤としてのカルマゼピンやバルプロン酸やリチウム、SSRI等の抗うつ剤を使用している。

家族プログラムは心理教育を行い、自助グループ（ナラノン）を紹介している。

自助グループやダルクのメッセージを受け、希望すれば入院中からの参加をしている。その他の社会復帰施設とは連携はない。司法・行政機関とはケースによって連携をとるが一律ではない。

地域ネットワークは医師が各保健所に月1回技術指導に行き密な関係を持っている。

病棟スタッフは専任医師4人、看護婦25人、PSW2人と臨床心理士1人、作業療法士は併任が2人ずつである。転帰調査システムは存在している。

3) 神奈川県立精神医療センターせりがや病院

任意入院で1クール1ヶ月で横浜ダルクや周辺の自助グループとの連携を持ち集団療法をはじめとするプログラムよりなる。

構成は総病床数80床で、アルコール薬物依存併用の専門病棟で男性病棟、女性病棟がある。

調査日には薬物依存症入院患者は男性8人、女性1人である。平成12年度に受診した薬物依存新患者数は総数318人（男性224人、女性94人）である。覚せい剤が194人（61％）、有機溶剤は53人（17％）で、向精神薬・市販薬は62人（19％）、麻薬類は9人（3％）である。平成12年度に入院した薬物依存患者総数は181人（男性129人、女性52人）であった。年代は10歳代11人（6％）、20歳代86人（48％）、30歳代60人（33％）、40歳以上は24人（13％）である。覚せい剤が107人（59％）、有機溶剤は35人（19％）

で、向精神薬・市販薬は33人（18％）、麻薬6人（3％）である。このように治療対象の特徴は20歳代が中心で30歳が次いで多く、依存薬物は覚せい剤の割合が多く、市販薬や向精神薬が次いで多く、有機溶剤の割合が低く、大麻を含む麻薬症例も見られる。

薬物依存に対する専門外来があり、薬物外来ミーティングや薬物家族教室を行っている。

入院での薬物依存プログラムを有している。入院は自発的入院で任意入院である。治療は開放病棟での解毒、プログラムである。入院期間は1ヶ月である。心理社会的治療は個人精神療法、集団精神療法、心理教育、作業・運動療法、自助グループ、ダルクとのネットワークがある。

精神病状態がない症例への薬物療法ではベンゾジアゼピン系を使用している。

家族プログラムは薬物依存家族教室で集団療法を行い、自助グループ（ナラノン）を紹介している。

自助グループやダルクのメッセージを受け、入院中から参加している。その他の社会復帰施設とは連携はない。司法・行政機関とはケースによれば連携をとるが一律ではない。

地域ネットワークは医師が各保健所に月1回技術指導に行き密な関係を持っている。

病棟スタッフは専任医師5人、看護婦40人、PSWや臨床心理士は2人ずつである。転帰調査システムは存在している。

4. 急性期（離脱・解毒）治療モデル

急性の薬物誘発性精神病状態を精神科救急医療として対応することは広く行われている。この場合に、司法・取締機関との関連や、依存への介入に関しては統一した方法論を持たない。

1) 群馬県立精神医療センター

県下の警察搬送例を中心とする精神科救急基幹病院業務と精神鑑定業務の多くを担当している。覚醒剤精神病は急性中毒症状に対する治療を行い、使用行為には警察対応で任意採尿や強制採尿で司法側の取り組みを容易にしている。慢性・後遺障害には自助グループとの連携を活発化してゆく⁷⁾。

2) 茨城県立友部病院

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。

構成はアルコール薬物依存の専門病棟はなく、急性期治療病棟で対応する。

調査日には薬物依存症の入院患者は男女ともなかった。平成12年度に受診した薬物依存新患者数は総数74人（男性66人、女性8人）である。年代は10歳代6人（8%）、20歳代29人（39%）、30歳代31人（42%）、40歳以上は8人（11%）である。覚せい剤が42人（57%）、有機溶剤は20人（27%）、向精神薬・市販薬は6人（8%）、麻薬は3人（4%）などである。平成12年度に入院した薬物依存患者総数は64人（男性56人、女性8人）であった。年代は10歳代2人（3%）、20歳代23人（36%）、30歳代28人（44%）、40歳以上は11人（17%）である。覚せい剤が33人（52%）、有機溶剤は21人（33%）で、向精神薬・市販薬は4人（6%）である。このように治療対象は30代が最も多く、20歳代が次いで多く、10代は少ない。これを反映して覚せい剤が多く、有機溶剤が少ない。また女性の割合が少ないのも特徴である。

薬物依存に対する専門外来はなく一般外来として行っている。外来受診者へは茨城ダルクを勧めている。

入院での薬物依存プログラムはない。入院の多くは解毒の治療契約により自発的入院で任意入院である。一部激しい精神病状態で治療を要し入院の同意が得られない例が医療保護、措置入院となって入院する。治療の導入は閉鎖病棟での解毒で精神病状態の治療が中心である。入院期間はダルクのプログラムに参加できる時点を目安に、おおよそ2週間である。心理社会的治療は特に行っていない。ダルクとのネットワークが中心である。

精神病状態がない症例への薬物療法は行っていない。

家族プログラムは病院では持たず、精神保健福祉センターの家族教育プログラムを紹介している。

自助グループやダルクのメッセージを受け、全ての症例に勧めている。初期介入は茨城ダルクが行い入寮することが決まってから入院する例が多い。その他の社会復帰施設とは連携はない。司法・行政機関との連携はとっていない。地域ネットワークは精神保健福祉センターと保健所2カ所に相談窓口がある。

る。

病棟スタッフは専任スタッフはなく全て併任である。転帰調査システムは存在している

5. 薬物治療プログラムモデル

（医療法人せのがわ会瀬野川病院）

病棟単位ではなく、病院に薬物（覚醒剤班と有機溶剤班）治療プログラムがあり、開放・閉鎖病棟に入院している患者が参加する。3ヶ月が1治療期間として、薬物プログラム以外は病棟の活動に参加する。

構成はアルコール中心で薬物依存を併用している男女混合病棟である。

調査日には薬物依存症入院患者は男性17人、女性9人である。平成12年度に受診した薬物依存新患者数は総数88人（男性71人、女性17人）である。年代は10歳代18人（20%）、20歳代44人（50%）、30歳代23人（23%）、40歳以上は6人（7%）である。覚せい剤が53人（60%）、有機溶剤は26人（30%）、向精神薬・市販薬は4人（5%）、麻薬は3人（3%）等である。平成12年度に入院した薬物依存患者総数は139人（男性109人、女性30人）であった。年代は10歳代15人（11%）、20歳代61人（44%）、30歳代40人（29%）、40歳以上は23人（17%）である。覚せい剤が85人（61%）、有機溶剤は33人（24%）で、向精神薬・市販薬は21人（15%）である。このように治療対象は10代は少なく、20歳代が中心で次いで30歳代が多い。覚せい剤が多く有機溶剤は比較的少ない。また女性が少ないのも特徴である。

薬物依存に対する専門外来はアルコール外来としてある。

入院での薬物依存プログラムを有している。入院は病態に応じて閉鎖病棟、開放病棟が選択され、その後のプログラムも病態に応じて選択されている。入院形態は任意入院67人（48%）、医療保護入院46人（33%）、措置入院26人（19%）である。入院期間は3ヶ月を目安にしている。心理社会的治療は個人精神療法、集団精神療法、認知行動療法、内観療法、心理教育、作業・運動療法、自助グループ、ダルクとのネットワークがある。

精神病状態がない症例への薬物療法はジアゼパムの投与を行っている。

家族プログラムは臨床心理士による個人面接の他、心理教育と集団療法を年2回行っている。

自助グループのメッセージを受け、希望すれば入院中からの参加をしている。その他の社会復帰施設は援護寮、福祉ホームやグループホームと連携している。司法・行政機関とは警察、矯正関係、麻薬取締事務所との連携をとる。

病棟スタッフは併任医師5人、看護婦25人、臨床心理士1人、作業療法士1人で、PSW1人である。転帰調査システムは存在している。

IV. 考 察

我が国において薬物依存治療は中毒性精神病モデルを中心に国立下総療養所の小沼によって体系化されてきた⁴⁾。このシステムで治療を受けた薬物依存の転帰は、覚せい剤の56.4%が断薬（平均5.5年の経過）しており、有機溶剤では29.2%が良好群（2～3年の経過）であった^{8) 9)}。国立肥前療養所における薬物依存治療プログラムはアルコール病棟に併設する形で組まれているために、同様の治療環境を持つ医療機関で採用しやすいシステムである反面、任意入院でかつ開放病棟における薬物依存者の管理について限界を有する。このシステムで治療を受けた薬物依存は退院後断薬をしている経過良好群37.7%、薬物再使用（スリップ）は経験しているが調査時に断薬している要観察群33.8%、不変18.2%、死亡1.3%、矯正施設に入所9.1%であった。どの治療システムを選択するためには治療モデルと治療効果は併せて検討する必要がある¹⁰⁾。

これまでに薬物依存の特徴のうち、その発病過程に着目した。発症年齢が早く10歳代中ごろより乱用が始まり自我の形成が進む思春期に依存が形成され平均で19±4.8歳で依存症を発症させている。依存の進行は早く、このために成長にともない体験すべき社会体験を欠落していたり、逆に早期にゆがんだ形で体験していたりする。背景にある崩壊や虐待、逆に過干渉や密着などの生育過程での家族問題、薬物探索行動としての犯罪行為、他の嗜癖行動の合併、また気分障害や精神病性障害の合併など重複障害の存在を念頭にいった治療戦略の構築の必要性を指摘した¹¹⁾。

米国精神医学会治療ガイドラインでは今後の薬物依存に対する治療システムを検討するうえで、13の領域に焦点をおいている。これに沿って治療モデルを検討

する¹²⁾。

1) 障害の進行、臨床経過と治療モデル

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タイプの治療モデルに分類した。これらは治療モデルとして完成したものではない。治療対象や病態にあわせて今後も変化してゆくと考えられる。薬物依存の自然経過を時間系列にみながら、必要に応じた援助や治療を組み立てる必要がある。

治療対象の薬物依存は20歳代を中心に10歳代に傾いているか（国立肥前療養所）、30歳代に傾いているかである（せりがや病院）。共通する点は思春期・青年期にある症例を対象にしている点で、これが治療システム構築のキーワードになる。

専門病棟集団療法プログラム（DRP）モデルは依存を治療対象にしている。依存（疾病）の否認に対する治療戦略（行動や認知の変化）が重要視され、心理教育や共感性に働きかけるために集団的な治療が中心になる。また当事者との相互作用が治療に重要な意味を持つことから自助グループや回復者カウンセラーによる運営を行っているダルクとの連携を具体的に持っている。

生物学的治療モデルは慢性精神病状態を主な治療対照しているために、疾病が進行して年齢が高くなり、重複障害も多く見られる。症例の個人差が大きく集団的な治療は成り立たず、個別の治療計画や治療ゴールが必要となる。分裂病の治療戦略と類似している。

その中間にあるのが治療環境（専門病棟）モデルである。依存が進行して渴望が強くなり、この行動をコントロールすることなしには治療が成り立たない。そのために十分に考慮された専門の閉鎖病棟が治療方法として大きな意味を持つ。はじめに治療契約をえれば、それを守る義務が生じるとして閉鎖病棟で行動の管理を行うという治療理念は受け入れられているが、この専門病棟は広がってはいない。

2) 特定の患者群における治療様式と転帰

国立肥前療養所では10歳代の有機溶剤や女性が多く受診する。これは治療への接近性の良さを反映している。このために外来でのブリーフ・インターベンションが必要になる。10歳代や20歳代の症例のよ

りに早期治療や、介入をうけた後にどのような転帰をとるのか調査の必要性がある。同様に、武蔵病院での疾病性が進んでいる症例における転帰調査も必要とされる。これらの結果は治療方法の効果を反映するより、病態レベルと介入の時期（ステージ）の関係を反映する可能性がある。

3) 治療環境、特定の治療様式の組み合わせによる治療プログラムの効果

DRPと他の治療様式との比較が必要である。国立下総療養所のモデルが薬物依存に対する治療システムの中核であるが、地域特性（大都市、都市、住宅街、農漁村など）や、対象の特異性（依存薬物の種類、性別、病態レベルなど）、社会資源（自助グループ、ダルク、社会復帰施設の有無など）の違いに応じて治療プログラムも工夫される必要がある。ただし治療モデルを検討するにあたり共通する項目は、①思春期や思春期心性への治療（精神療法）②治療契約を得るための方法（初期介入、家族介入）③司法問題を有する症例への医療としての基本姿勢（ダイバージョン、取締機関との連携、守秘義務と通報義務）④治療環境の整備（閉鎖病棟・開放病棟、スタッフ、回復者カウンセラーの配置）⑤治療期間の概念（2週間、4週、8週、3ヶ月、期限なし）⑥精神科薬物療法の戦略（依存に対する薬物療法とその有効性）⑦自助グループへの評価と連携（NAやNar-anon）⑧社会資源とのネットワークを如何に組み合わせるかである。

性別による治療環境への配慮は臨床的には重要である。対人関係依存、特に異性関係の問題を持つ女性症例では安易に男女関係への行動化が起こり治療を中断せざるを得なくなる。女性を対象にした専門プログラムと施設を検討する必要性がある。

薬物依存では思春期・青年期に発症するものが多い。世代別に転帰をみると10代では良好群が多く、早期治療の必要性を示唆する。これはまだ薬物への依存レベルが初期で回復しやすいことに加えて、成長が回復に果たす役割が大きいことが上げられる。10代の薬物依存は自然経過として回復する率が高いとも考えられるが、医療的な介入があれば回復は十分に期待できることを示している。これは依存形成の進行に従い世代の違いにより治療戦略でも多様性が求められていることを示している。

社会復帰施設と自助グループの必要性は認められているが、その施設を公的な施設とするか民間の施設とするのかは議論が分かれる。当事者の任意性を引き出すことで回復を援助する場が社会復帰施設とすれば、病院など治療施設よりは自由な環境で処遇することが前提になる。

薬物依存の自助グループは地域の偏在があり、ダルクの存在を基盤に成立している現状を反映している。自助グループの存在を念頭にいた治療システムでは、このプログラムが広がるためには地域での自助グループへの支援体制も必要である。

4) 治療の集中度、進行度、および相互作用

治療を構成する方法論は薬物療法、力動的的精神療法、認知行動療法、集団療法、心理教育、ソーシャルワーク、他の機関とのネットワーク、自助グループなどがあげられているが、その治療の集中度に関して各プログラムで大きな違いがある。概して集中度は低い（日、週、月単位で1プログラム、年に1プログラムもある）といえる。当事者による回復者施設ダルクでは日に3回のミーティング（集団療法的な方法）を毎日おこなって集中度は高い。専門医療施設のプログラムの集中度がこの程度でよしとすべきか否かは検討する必要がある。

5) 重複障害や他の物質使用障害を有する患者の診断と治療

小児期の行為障害、反社会性人格障害、注意欠陥・多動症候群の既往歴が薬物依存の発症と関連していることはこれまでも言及されている¹³⁾。物質誘発性障害として急性中毒や慢性中毒、フラッシュバックとして精神病を惹起することがある。また覚せい剤精神病では遷延持続型では1ヶ月以上、時には6ヶ月以上も精神症状を有するものもある。臨床をおこなう上で精神病性障害をどう評価し治療するかは治療システムを作成するときの課題である。診断的に精神分裂病などの鑑別の必要性があるし、治療的には治療契約（任意、非自発的入院）、治療環境（閉鎖、開放病棟）の選択、治療プログラムへの参加の適否、薬物療法が依存レベルにある症例とは異なる。治療システムとして最も明確なものは、精神病状態だけが治療対象であり、違法性薬物は司法的処遇によるとする群馬方式である。しかし他の専門施設では依存を治療対象にして取り込んでいる。国

立肥前療養所では精神病性障害の治療は個別の治療としておこない、これらの症状が消腿してからDRPに組み込むものから、国立武蔵病院に代表されるように依存も精神病状態にあるものも基本的に同一のシステムで治療するものまである。重複障害も同様にプログラム対象から原則的に除外するものから、取り込むものまである。現実には薬物依存の治療を担当すると重複障害を有する症例は医療化されて蓄積されてくるために症例数は増加する傾向にあり、治療戦略の開発が必要である。

他の物質使用障害を有するか否かは、薬物依存として一括して扱うところと、覚せい剤グループと有機溶剤グループに分けてプログラムを有するところがある。現実的には薬物依存では多剤乱用依存しているものが多いために、多くの施設は同じプログラムを採用している。

6) 遷延性退薬徴候と治療システム

小宮山等は遷延性退薬徴候に対する治療戦略を提唱している⁴⁾。遷延性退薬徴候をどのように評価するのかは今後の実証的な研究が待たれるが、治療的には治療契約のあり方と薬物療法の戦略に違いを表す。国立武蔵病院では、易怒的で気分が変動しやすい状態を遷延性退薬徴候の情緒障害として治療するために治療契約に治療の意志は問わない、閉鎖病棟での管理、入院期間は長期として期間を決めず、積極的薬物療法をおこなう方式を提唱している。元来重篤例を中心に治療をおこなっており、薬物依存全般に適応できる方法ではない。抗精神病薬の大量療法についても科学的検証が必要であろう。しかし遷延性退薬徴候について治療契約時に説明し、それを治療することの必要性、起こりやすい期間は管理を強化することをインフォームドコンセントして治療システムへ導入する方式は、国立下総療養所が提唱し多くの医療機関が採用している。

7) 乱用物質による脳の形態、生化学、生理に及ぼす影響と治療システム

MRIによる有機溶剤依存者の脳所見、覚せい剤の逆耐性現象や薬物効果発現に対する生化学的な研究、睡眠やバイオリズムに関する生理学的な研究など知見の蓄積は進んでいる。これらの知見を治療方法や治療対象の選択にフィードバックする必要がある。MRIにより有機溶剤による白質変性の所見は

早い段階より診断がつくようになり、神経学的徴候や無気力や感情の平板化、無動機症候群など精神症状との関連が明らかになってきている。これらの知見からいえるのは障害が進まない前に早期介入、早期治療方法を確立することである。

8) 渴望に対する薬物療法

我が国では渴望を直接対象にした薬物療法は存在しない。通常抗うつ剤や抗不安剤がその目的で使用される。治療を進める上でハームリダクションという概念も否定的である。

抗うつ剤や抗不安剤、睡眠剤、時には炭酸リチウムやテグレトール気分調節を目的とした薬物を積極的に使用する機関と、治療後にこれらの処方薬を乱用する可能性を考慮に入れて薬物療法は消極的な使用にとどめる機関がある。今後渴望に対する薬物療法や渴望を軽減する方法論の組み合わせについて検討する必要がある。

9) 慢性の薬物使用による脳などの機能障害に対する薬物療法

精神病性障害に対する抗精神病薬の治療は副作用の発現頻度が高いなど問題を有する。また治療者によって薬剤の選択や投与量に対しても大きな違いがあることが分かっている。薬物療法に対する指針は実証的なデータをもとに示されることが必要である。

10) 治療プログラムに対する費用対効果

薬物依存の治療システムが広がるためにはその方法が採用しやすいこと、治療効果が得られることと同時に医療経済的に成り立つことが求められる。医療供給（ベット数、病院数など）がどの程度必要になるのかを予測する必要がある。

薬物依存を専門にしているのは国立下総療養所だけで、他はアルコール依存中心として薬物依存を併用している。国立肥前療養所型DRPでは利用する患者がどれほど存在するか医療ニーズの量的な評価をしなければ、スタッフ体制を整えても採算性を伴わない可能性がある。手厚い体制をとるためには薬物依存に特化する診療報酬等の検討も必要である。

11) 予防と早期介入の方法

中学生や高校生に対する薬物乱用の実態や、一般人口に対する薬物依存の実態については報告がある^{10) 13)}。これらをもとに早期治療への介入など方法論は提唱されている。医療への接近性をよくするため

に任意入院の重視や、教育や司法など他の機関との連携を積極的に模索した。その結果、早期の薬物依存症例、特に若年の有機溶剤依存が受診することになり、これらの症例に対してブリーフインターベンションを行っている。新たな早期介入、治療プログラムを開発するためにも現在の治療への評価を行う必要がある。

治療対象にすべき薬物依存か教育機関での処遇が望ましいレベルか、司法機関での処遇が本来であるのか、家族相談の初期介入レベルであるのかは明確な指標がない。これらの判断が明確にならない時期の対応が重要である。この時期にインターフェースとして対応機関（例えば精神保健福祉センター）と様子を見る期間があれば早期の治療ないし介入が可能になる。

我が国では薬物関連問題への対応は医療的な対応の遅れと、司法的な処遇優位と指摘されることが多い。その司法モデルによる処遇に限界がきていることも事実である。薬物関連問題で矯正施設に収容されている者のなかで自己使用犯などの薬物依存状態にあると予測されるものは多い。自己使用犯などの薬物依存状態にある者へ、医療と司法・矯正施設を相互に連携して処遇するために制度や法律的な検討をおこなう必要がある。これまでに報告があるように司法と医療間の連携について、ダイバージョンという視点より意識的に整えることが必要となっている。内田が報告しているように現行法や制度の中でもダイバージョンを意識的に行うことは可能である¹⁶⁾。特に教育的な配慮を多く有する少年法のなかで具体化することが検討しているが、成人でも執行猶予や仮釈放をする過程で検討すべきである。司法的な介入を経て医療化された症例では、治療契約が任意で得やすく、また医療では回復しないときには司法的な処遇が対応できるなど双方向での介入となり、医療と司法・矯正が連携することで効果的な対応が可能になる。

V. 結 論

我が国の薬物依存治療システムを類型化してモデルとして提示し、また各施設での治療転帰を長期に調査する体制を整え、今後の我が国の薬物依存治療システムを整備と発展に寄与する目的で7施設を調査して5

治療モデルに分類した。すなわち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である。また専門施設として基本的に備えるべき共通項目を提示した。これらの治療モデルは治療対象の病態水準、世代、男女、地域、社会資源などの相違に規定されている。

この1年でも7施設に入院した薬物依存は685人を超えており、2ないし3年で得られた症例をコホートにして追跡調査を行うことによって各モデルを検証することができる。今後は各治療モデルが転帰調査による検証を経て、より構造化した治療モデルとしての提示が求められる。すなわち1) 薬物依存治療に関する医療、保健、教育、行政、司法にわたる戦略を構築する、2) 薬物依存治療を病態、年齢、地域によってモデル化し普及する、3) 多施設における長期転帰調査体制の確立し、その転帰調査より治療適応に関する臨床データを蓄積する。このために長期の調査を実施する研究班の整備が必要である。

薬物依存症の医療を提供するために、司法機関をはじめ多機関の関与が予防、初期介入やアフターケアに必要である。複合的な要素が回復に役割を果たしたことの結果であるこのためには多機関が参加する研究班の構成が必要である。今後、この結果をもとに研修等を通じて薬物依存を初めとする薬物関連施設の増設を期待する。

VI. 文 献

- 1) 白倉克之：アルコール・薬物関連障害の診断と治療ガイドライン。厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「アルコール・薬物依存症の病態と治療に関する研究」（主任研究者白倉克之）平成10年～12年度総括研究報告書。2001
- 2) 田中美恵子：薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発。文部省科学研究費「薬物依存症患者に対する看護ケアモデルの開発」（研究代表者田中美恵子）。平成11年度～12年度研究成果報告書、2001
- 3) 小沼杏坪：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(3)。厚生科学研究「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). 平成12年度研究報告書; 165-184, 2001
- 4) 小宮山徳太郎, 三つ汐洋, 関本正規: 脳に鍵をかける—行動薬理学的視点からの治療. 精神医学, 509; 470-476, 2001
 - 5) 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); 63-76, 金剛出版, 東京, 1996
 - 6) 村上優, 比江島誠人, 遠藤光一, 杠岳文: 心に鍵をかける—自助グループとのお連携による治療. 精神医学, 509; 485-491, 2001
 - 7) 花輪昭太郎: 都道府県における薬物関連疾患の治療体制について. 精神医学, 509; 499-502, 2001
 - 8) 小沼杏平: 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; 601-612, 1998
 - 9) 小沼杏平: ヘルスクエスト選書1「シンナー乱用の治療と回復」, 有限会社ヘルスワーク協会, 1994
 - 10) 村上優: 薬物依存に関する病院プログラムと転帰調査. 厚生科学研究「薬物依存・中毒者のケアに関する研究」(主任研究者内村英幸). 平成10~12年度総合研究報告書; 7-15, 2001
 - 11) 村上優, 比江島誠人, 遠藤光一, 杠岳文: 薬物依存に関する病院プログラムと入院患者の転帰に関する研究. 厚生科学研究「薬物依存・中毒者のケアに関する研究」(主任研究者内村英幸). 平成11年度研究報告書; 5-15, 2000
 - 12) Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders. Alcohol, Cocaine, Opioids. American Psychiatry Association. 1995 (精神神経学会監訳, 米国精神医学会治療ガイドライン「物質使用障害 アルコール, コカイン, オピオイド」医学書院, 東京, 2000
 - 13) 和田清: 薬物依存—乱用依存の歴史・現状と基本概念. 薬物依存 (和田清編); 5-20, ライフサイエンス, 東京, 2000
 - 14) 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; 95-106, 1999
 - 15) 内田博文: 薬物自己使用犯の法的検討. 厚生科学研究「薬物依存・中毒者のケアに関する研究」(主任研究者内村英幸). 平成11年度研究報告書; 55-62, 2000

調査票

調査日： 年 月 日

1. 基本情報

1) 施設名

2) 総病床数

3) 専門病棟

① なし

② あり (□薬物中心、□アルコール薬物併用、□アルコール中心)
(□男性、□男女混合、□女性)

調査日の入院薬物依存症 男性 人 女性 人

4) 専門病室

① なし

② あり (□薬物中心、□アルコール薬物併用、□アルコール中心)
(□男性、□男女混合、□女性)

調査日の入院薬物依存症 男性 人 女性 人

5) 新患者数 (平成 12 年度)

総数		人 (男性	人 女性	人)
年代	10才代	人 (男性	人 女性	人)
	20才代	人 (男性	人 女性	人)
	30才代	人 (男性	人 女性	人)
	40才代	人 (男性	人 女性	人)
	50才代以上	人 (男性	人 女性	人)
主な使用薬物	覚醒剤	人 (男性	人 女性	人)
	有機溶剤	人 (男性	人 女性	人)
	向精神薬	人 (男性	人 女性	人)
	市販薬	人 (男性	人 女性	人)
	麻薬	人 (男性	人 女性	人)
	その他	人 (男性	人 女性	人)

注：市販薬はウット、咳止め、鎮痛剤など

向精神薬はバルピタール系、ベンゾジアゼパン系など